

図6 口腔粘膜壊死

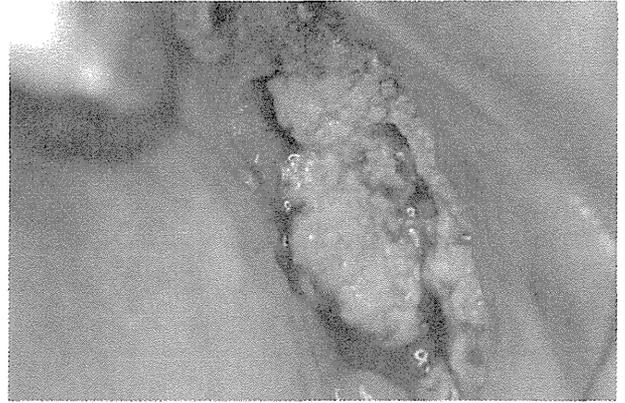


図7 放射線性顎骨壊死

Point!

- ・有害事象出現の時期・メカニズムを理解し、患者に説明することができる
- ・実践で活かせるケア方法を理解することができる

【事例】

A氏 70歳代、男性

・診断までの経過

X年 : 食道がんに対して食道亜全摘+胸骨後胃管挙上術施行。
その後は年に1～2回の定期診察を受けていた。

X年+13年5月: 自覚症状はなかったが、定期診察で中咽頭がんが疑われた。
精査の結果、内視鏡的な切除は困難と判断され、放射線治療単独での治療方針となった。

X年+13年6月: IMRT66Gy/33fr/2Gy、外来通院での治療開始。

・治療の経過

放射線開始前に、放射線治療医から歯科受診の必要性、放射線治療による有害事象に関する説明が行われた。看護師からは、治療の流れ、医師からの説明内容の理解を確認し、日常生活に関する内容も含めて補足説明を行った。A氏は連携歯科診療所からの情報提供書を持参し、当院歯科口腔外科を受診。歯科医による診察と歯科衛生士によるスクリーニング、患者指導が実施された。治療開始前の口腔内の状態は良好であった。

A氏は外来通院で治療を受けていたため、毎日問診票で看護師が体調確認を行っていた。

① 24Gy くらいから、食思低下・味覚低下・嚥下時痛・倦怠感を自覚

<医師・看護師のかかわり>

1. 嚥下時痛に対して、鎮痛剤の内服・含嗽を開始する。

アルギン酸ナトリウム（アルロイドG[®]）食前内服。

頓用としてアセトアミノフェン（カロナール[®]）内服薬を使用する。

ジクロフェナクナトリウム（ボルタレン錠[®]）+トラネキサム酸（トランサミンカプセ

ル[®]) + 炭酸水素ナトリウム + 精製水の含嗽を開始する。

2. 食事指導を実施する。
3. 治療開始前オリエンテーションを行う。

パンフレット (図8、9) を用い、有害事象や日常生活について説明。また、一般的な説明に加え、栄養補助食品やゼリーなど、口当たりのよい食べやすいものを具体的に紹介する。

< A氏の反応 >

説明された方法をすぐに実施。効果や変化について医療者に伝えることができる。

② 50Gy くらいから粘膜炎が増強し、ファイバー・自覚症状から粘膜炎 Grade2

- ・口内乾燥感が強くなる。
- ・口腔カンジダ症出現 (図10)。



図10 口腔カンジダ症

< 医師・看護師のかかわり >

1. 含嗽・内服・食事摂取状況を確認する。
含嗽による鎮痛効果は実感。
内服薬の効果が不十分であったため、モルヒネ塩酸塩水和物 (オプソ[®]) の使用を開始。

経腸栄養剤 (エンシュアリキッド H[®])、
栄養補助食品 (カロリーメイトゼリー[®])

など、食べやすいもの (プリンやヨーグルト、フレンチトーストなど) を自分で選択し、少量ずつ摂取。水分は 1.5L/日程度摂取可能。

2. 口腔清掃の必要性を再度説明する。
3. アムホテリシン B (シロップ剤; ファンギゾンシロップ[®]) の内服を開始する。
4. 口内乾燥に対して、濡れマスクを適宜使用方法を説明する。

< A氏の反応 >

6~8回/日程度の含嗽と指示通りの内服を実施。
夜間は濡れマスクを使用し、口内乾燥感軽減を実感できた。

③ 放射線治療終了時 66Gy、味覚なし・咽頭粘膜炎 Grade2・皮膚炎 Grade1

- ・口腔カンジダ症改善傾向。

< 医師・看護師のかかわり >

1. 治療後のケア継続・定期フォローの必要性について説明する。
2. 放射線治療中に連携歯科診療所でのフォロー、当院での定期スクリーニングを実施する。

④ 放射線治療終了後 13 日目

- ・口腔粘膜炎による疼痛のため、経口摂取が不可能になる。
- ・37.8 度の発熱、誤嚥性肺炎疑いのため、緊急入院。
- ・舌背側、口蓋垂、軟口蓋、口唇に斑状の白斑および周囲発赤を多発して認める (図11)。



頭頸部（口腔、咽頭、喉頭など）の 治療を受けられる方へ

<治療中にどのようなことがあるでしょう？>

口の中の痛み	治療が始まって2～3週間たつと、口の中が痛んだり、ひりひりしてくることがあります。食べ物を飲み込みにくくなることもあります。治療が終了すれば、徐々に症状はおさまってきます。
味覚障害	食べ物の味がわかりにくくなり、食欲が落ちることがあります。味覚障害は治療後も長期間続く場合があります。
口の乾燥	唾液の分泌が悪くなり、口の中が乾燥しやすくなります。長期間にわたって続くこともあります。
声のかすれ	喉の治療をされる場合、声帯にむくみが起こり、このような症状が出る場合があります。治療が終われば徐々に改善します。

これらの症状に対して、うがいや痛み止めの薬を使用する場合があります。治療が始まり、そのような気になる症状が出てきた場合は我慢せず、ご相談ください。

<日常生活で守っていただきたいこと>

- ☆毎食後、歯を磨きましょう。
そのときは軟らかい歯ブラシを使って、ていねいに磨きましょう。
- ☆口の中の清潔を保つために、うがいを励行しましょう。特に食前のうがいは食欲の増進にもつながります。うがい薬については担当医に相談してください。
- ☆口の粘膜を傷つけるおそれがありますので、治療中は以下のものは控えましょう。
酒、たばこ・香辛料・酸味の強いもの・固いもの・熱すぎたり、冷たすぎるもの
- ☆食事は水分の多い以下の食物が食べやすいかもしれません。
お粥・牛乳やヨーグルト・バナナ・とろろ汁やスープ・蜂蜜・豆腐・麺類（うどん、そばなど）
- ☆水分補給にはストローのほうが飲みやすいかもしれません。
- ☆カプセルや錠剤が飲みにくくなってきたら、担当医にご相談ください。
- ☆化粧品を使用されるときは、担当医か看護師にご相談ください。
- *入院中の患者様の食事については、病棟の医師、看護師と相談し食べやすいものに変更していただけます。外来通院中の患者様に対しては、ご相談にのりますので、おっしゃってください。

<いつでもご相談ください>

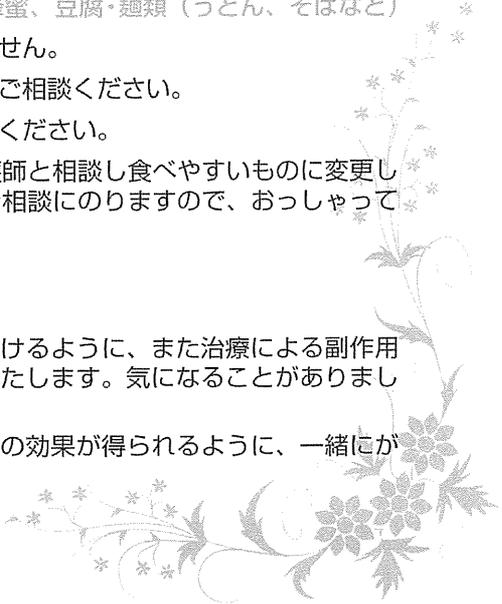
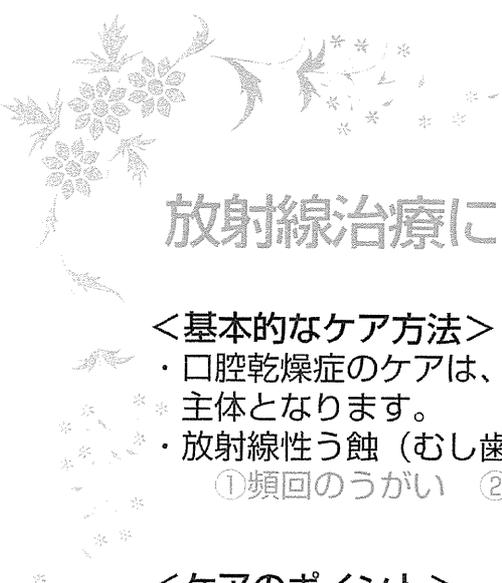
- ・治療の必要性を十分理解され、納得して受けただけのように、また治療による副作用にすみやかに対処できるように、私達看護師も援助いたします。気になることがありましたら、いつでも声をかけてください。
 - ・決められた回数の治療を最後までお受けになり、治療の効果が得られるように、一緒にがんばりましょう！
- 

図8 治療開始前オリエンテーションで使用しているパンフレット（資料提供：京都大学医学部附属病院放射線治療科）



放射線治療による口腔トラブルのケア

<基本的なケア方法>

- ・口腔乾燥症のケアは、うがい薬や市販の保湿剤による対処方法が主体となります。
- ・放射線性う蝕（むし歯）への対処も、重要なケアのひとつです。
①頻回のうがい ②保湿剤の使用 ③歯のメンテナンス

<ケアのポイント>

①頻回のうがい

- ・うがいは最低でも1日3回、できれば起床時・毎食前・毎食後・寝る前の8回程度行いましょう。
- ・口腔内にうがい薬や水を含み、ブクブクうがいを基本とします。
（うがい薬はアズノール含嗽液が使用しやすいでしょう）

②保湿剤の使用

- ・市販の保湿剤はいくつかあります。
- ・アルコールが含まれていない低刺激のものを選びましょう。
- ・スプレー型・ジェル型・洗口型などがあり、使いやすいものを使用してみましょう。

③歯のメンテナンス

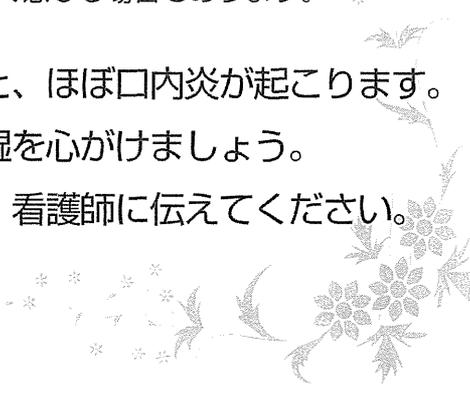
- ・定期的に歯科口腔外科の受診を行いましょう。
- ・口腔内を自分でも1日1回観察しましょう。口腔粘膜の異常や痛み、出血を認めたら医師や看護師に報告しましょう。
- ・口腔内で放射線が当たっている部分の抜歯は、原則として禁忌です。そのため、むし歯（う蝕）、歯槽膿漏（歯周病）にならないようにケア・観察が重要になります。

* ペットボトルを近くに置いておき、水分をこまめに摂ることも1つの方法です。
ただし緑茶は爽快感がありますが、乾燥を強く感じる場合もあります。*

★化学療法・放射線療法を行っている時、ほぼ口内炎が起こります。

その場合も口の中を清潔に保ち、保湿を心がけましょう。

痛みがある場合は、我慢せずに医師・看護師に伝えてください。



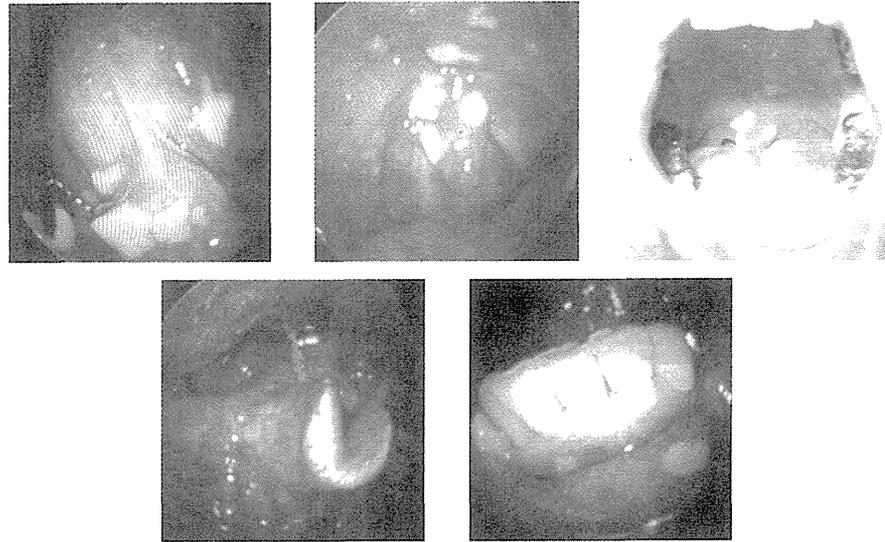


図 11 放射線治療後 13 日目の状態
舌背側・口蓋垂・軟口蓋・口唇に斑状の白斑および周囲発赤を多発して認める。

<医師・看護師のかかわり>

1. 絶食、補液管理・抗菌薬投与、内服と少量の飲水は可能。
2. 口腔粘膜状態の観察、疼痛管理を行う。
3. 歯科での保清時、疼痛に対してリドカイン塩酸塩・アドレナリン配合（ビスカス剤；キシロカインビスカス[®]）＋アズレンスルホン酸ナトリウム水和物（アズノール[®]）含嗽水を使用する。
4. 嚥下造影予定（頭頸部外科との連携）。

・治療を通しての患者とのかかわり

看護師は患者が治療開始前に受けた説明をどの程度理解し実施できているかを確認し、セルフケア能力を評価する。そしてケア方法を患者と相談しながら、個別的な介入方法を検討する。

A氏は70歳代と高齢であったが、医療者に対して症状を的確に伝え、説明を受けたケア方法を取り入れることが可能であった。このようにセルフケア能力が高い場合、看護師は適宜実施状況を確認、再評価しながら患者をサポートする。

A氏は治療中頃から、有害事象（嚥下時痛や口腔粘膜炎症、味覚異常など）による苦痛について、ほぼ毎日問診票に変化を記載するようになり、看護師と症状の話をするようになった。こまめに対処方法を確認できることもセルフケア能力のひとつである。

口腔咽頭粘膜炎症は、治療開始後2週間程度で出現しやすくなり、さらに味覚異常やそれに伴う食思低下、体重減少のリスクも高まる。A氏の症状出現も同時期であり、治療後半には疼痛、味覚異常による経口摂取不良と低栄養状態、さらに口腔清掃が不十分になった結果、口腔カンジダ症が出現したと考えられる。A氏は外来通院で治療を完遂できたが、症状悪化の程度が強ければ入院への移行も検討されていた。

A氏は治療終了後13日目に発熱を認め、経口摂取不可能、誤嚥性肺炎疑いで入院となった。

A氏は食道亜全摘+胃管拳上術後の嚥下機能障害、高齢、口腔粘膜炎や咽頭粘膜炎による疼痛、唾液分泌低下による口内環境・清掃状態の悪化などの要因が重なり、誤嚥性肺炎になったと考えられる。抗菌薬・補液、疼痛管理を行うと同時に、口腔内の清潔を保つ日々のケアを継続し、改善傾向となった。

頭頸部領域の放射線治療では、治療後半に有害事象による苦痛が大きくなる。そのため、治療開始時はセルフケア能力が高くても、後半には部分的な介助が必要となる場合もあり、治療後の機能予後についても十分な観察が必要となる。タイムリーな状況把握と治療完遂に向けた身体的・精神的なサポートが必要である。

(4) マッサージや訓練による機能回復（詳細は p.84～89 を参照）

・唾液腺マッサージ（照射後、炎症が治まってから行う）

・間接訓練

口や飲み込む筋肉の動きをよくしたり、過敏であったり、鈍くなった感覚を正常に戻すことを目的に行う。

・直接訓練

誤嚥しにくい食べ物を用いて口からの摂食訓練を行い、飲み込みの上達を図ることを目的に行う。

頭頸部：放射線治療中のエクササイズ

☆痛みなどの苦痛を伴う場合は、エクササイズを中止してください。
☆エクササイズの方法がわかりにくければ、遠慮なく質問してください。

①口の周りの機能に効果があるエクササイズ

1. 口角を上げて、5秒キープしてください。
1日3回、1回5セット行います。
2. 頬を吸う感じで、唇を前に押し出すようにしてください。5秒キープします。
同じように1日3回、1回5セット行います。

②開口障害の予防のエクササイズ

1. 口を開けて、下唇を指で優しく下に伸ばします。5秒キープします。
1日3回、1回5セット行います。
2. 下顎を前に出すようにして5秒キープします。
3. 下顎を左右に動かします、それぞれの方向で5秒キープします。
1日3回、1回5セット行います。

③首の柔軟性と良い姿勢のエクササイズ

1. 良い姿勢で座ります。
2. 顎を胸に付けるように前に首を曲げます。
3. 5秒キープします。
1日3回、1回5セット行います。
1. 良い姿勢で座ります。
2. 顎先を前に出す・引く動作をします。それぞれ5秒キープします。
1日3回、1回5セット行います。
1. 良い姿勢で座ります。
2. 顔を前に向け、耳が左右の肩に付くようにそれぞれ5秒ずつ傾けます。
1日3回、1回5セット行います。
1. 良い姿勢で座ります。
2. 身体は動かさず、肩を見るように頭を回します。
それぞれ5秒キープし、左右行います。
1日3回、1回5セット行います。

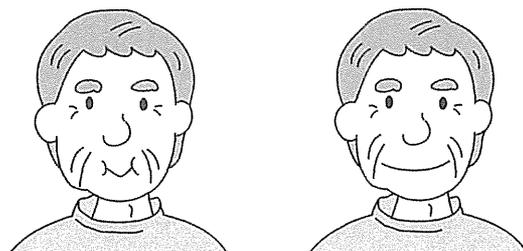


図 12 放射線治療中・後の運動をまとめた患者説明用パンフレット

1) がん患者にとって食べることの意味

口から食べることは、単に栄養素を摂取するだけでなく、食べる人と「食べ物」「食べさせる人」「食事の場」とが触れあうことにより、五感を通して脳に刺激を与え、人間らしく生きる原点として、人に生きる喜びと楽しみを与えるという重要な意義をもっています。

がん患者は、痛みや倦怠感、呼吸苦など病気の進行に伴い、さまざまなことができなくなっています。食事に関しては、症状に起因するものや治療に関すること、精神的なことから食べられなくなっていくことが多くあります。そのようななか、がん患者が少量でも自分で選んだ食物を食べるということは、最も身近な自己決定、自己実現の一つであると言えるでしょう。

進行期がん患者が本当に食べたいものを選び、味わうことができれば、自分の思いを実現し満たされた心地よい時間を過ごすことができ、特に終末期の患者にとって死を待つだけの時間という観点から一転して、重要な意味をもつと考えます。

2) 緩和医療におけるオーラルケアの目的

(1) 経口摂取の維持

- ・ 低栄養を予防し、体力の低下を防ぐ
- ・ 残された時間の中で、「食べること」による喜びを大切にしてもらう
- ・ 食べることの楽しみを向上し、体力や意欲、行動力のほか、生きる楽しみ、QOLの向上を目指す

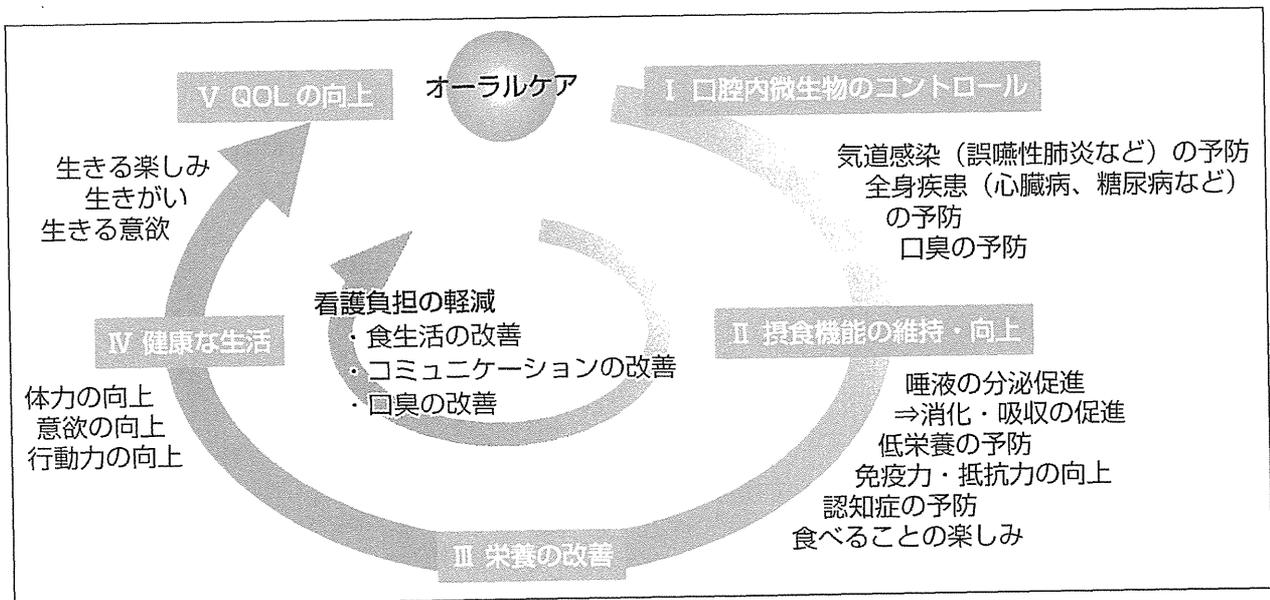


図1 緩和医療におけるオーラルケアの目的

(2) 口腔内観察の留意点

- ・ 口腔は静的観察と動的観察が必要
- ・ 口腔は個人差が大きい
- ・ 口腔は消化管の一部であり、一つの臓器である
- ・ 口腔は多機能である
- ・ 精神的ストレスの影響がストレートに現れる
- ・ 他者に見られることに抵抗の大きい部分である
- ・ 口腔は歯や粘膜など、性質の違うもので構成されている
- ・ 口腔の観察は、歯や舌やそれぞれ単体で、かつ口腔全体として見る

(3) 口腔清掃実施時の留意点

- ・ 安楽な体位をとる（頭部・背部・腰部・足底の支持面積と角度）
- ・ 疲れさせない（呼吸に合わせる）
- ・ ミラー・ペンライトを使用し、視野を確保し、細部まで見る（舌の下、前歯と硬口蓋の際、口唇の粘膜面）
- ・ 嘔吐を誘発しないように注意する
- ・ 出血傾向がある場合は、軟毛ブラシを使用する

* 以下の場合には歯ブラシによる通常の口腔清掃を考慮しましょう

- ・ 激しい嘔気・嘔吐があるとき
- ・ 歯肉、頬粘膜、舌などに触れただけで痛みがあるとき
- ・ 多臓器より出血が認められるとき（血尿、皮下出血など）

3) 緩和医療における口腔清掃の計画と評価

(1) 優先順位

- ・ 生命に直接影響を及ぼすもの
- ・ 健康回復への影響が大きいもの
- ・ 患者本人が実施する意欲があるもの
- ・ 患者本人の主観的苦痛の度合いが強いもの

(2) 計画立案時の注意点

- ・ 患者や家族を交えて立案する
- ・ 具体的で、目標が見えるものを提案する
- ・ 毎日、実践できる内容を盛り込む
- ・ 患者が実施する意欲を保てる
- ・ 患者にとって苦痛を伴わない
- ・ 患者の闘病意欲を損なわない

- ・画一的にならない
- ・患者や家族に説明し、同意を得る

(3) 具体的な計画

- ・誰が実施するのか：患者本人、家族、看護師、歯科衛生士
- ・どこまで行うのか：保湿、含嗽、清拭、マッサージ、粘膜のブラッシング、歯磨き
- ・いつ行うのか：起床時、食前、食後、睡眠前、口腔乾燥時
- ・どこで行うのか：洗面所、居室、ベッド上
- ・使う用具は何か：歯ブラシ、粘膜ブラシ、舌ブラシ、スポンジ、シリンジ（吸い飲み）、吸引器、膿盆など

(4) 評価 「患者の QOL の向上がみられたか」

- ・笑顔、表情が豊かになる
- ・家族との対話が多くなる
- ・食欲が出る、食事摂取量が増える
- ・人との交流を好む
- ・生活への意欲が出る

Point!

- ・患者の表情や体の緊張等をよく観察し、一度で完璧（外観が美しくなる）を目指さない（これは自己満足でしかない）
- ・終末期は、個々の患者、家族の QOL の向上が口腔清掃の目的となる
- ・基本的に一回にかかる時間は短く、回数を多く行う
- ・あくまでも患者の状況、希望、同意に基づいて行う
- ・家族にもできるケアの情報提供を行う
- ・セルフケア能力を支援する



図2 緩和医療におけるオーラルケアの流れ

4) 緩和医療のセルフケアの支援（器質的オーラルケアの実際）

器質的オーラルケアの詳細は「6）周術期の器質的オーラルケア」（p.20）を参照。

5) 緩和医療でよくみられる症状

(1) 口渇

進行期がん患者における口腔内は、経口摂取量や水分摂取量の減少により脱水気味になったり、精神安定剤や抗うつ剤の服用などにより、非常に乾燥した状態になります。特に終末期患者ではその約80%に口腔乾燥が認められ¹⁾、これにより唾液による自浄作用や抗菌作用がなくなるために、口腔内が著しく不衛生な状態になります。そして、口腔内清掃を適切に行わなければ、強い口臭が部屋中に充満することとなります。

脱水による循環血液量の低下と血中浸透圧の上昇は、口渇の重要な刺激要因と考えられます。しかし、進行期がん患者における脱水の主要な病態は、サードスペースへの体液貯留を伴う血管内脱水であり、細胞膜透過性の亢進や膠質浸透圧の低下が関与しているため、単に輸液量を増加させても、有効に脱水を改善できないと推測されます。逆に、輸液を増加させることにより、胸水や腹水の貯留のほか、気道分泌物の増加や浮腫の助長が起りやすくなります。

実際には、輸液により客観的な皮膚粘膜の乾燥をある程度和らげることが可能ですが、主観的な苦痛としての口渇は輸液を行わない看護ケアによって十分緩和することができます。

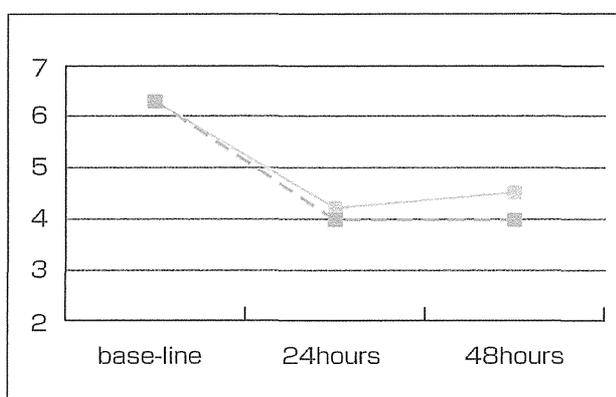


図3 輸液の有無による試験²⁾

実線：輸液群
破線：非輸液群
縦軸：VAS

図3はオーラルケアだけを行った患者と、オーラルケアに加えて1,000mLの輸液を行った患者での口渇の程度を無作為化比較試験したのですが、看護ケアに輸液を加えても症状緩和効果は上積みされないことが示唆されています。したがって、口渇の緩和のためにルーチンワークで輸液を行うことはお勧めできません。

a. 口渇に対するケア：機能的オーラルケア

・唾液腺マッサージ (p.87 参照)

b. 口渇に対するケア：補助的に行うもの

生命予後が週単位、日単位になると、体力の低下により、患者自身で含嗽ができない状態になります。この時期は、小さな氷片またはレモン水で口唇のまわりや舌を湿らせるだけでも、乾燥症状を緩和することができます。アトマイザー（スプレーボトル）など使用し、患者の好みの飲み物を舌に散布するという方法もあります。こうしたケアは家族に協力してもらい、頻

回に行うようにしましょう。無力感を抱く家族にとっても、患者のために何かできるということが心の支えになることもあります。また、古くからごま油などが経験的に保湿剤として使用されていましたが、最近では表1のような製品が数多く市販されています。

表1 保湿剤の種類

形状	製品（販売元）
ジェル	リフレケアH（イーエヌ大塚製薬）、バイオティーン オーラルバランスジェル（T&K）、ピバジェルエット（東京技研）、オーラルプラスジェル うるおいキープ（和光堂）など
液	
洗口	コンクールマウスリンス（ウエルテック）、バイオティーン オーラルバランスリキッド（T&K）など
スプレー	ウエットキーピングミスト（オーラルケア）、バトラージェルスプレー（サンスター）など
泡	ウエットエイド（デントケア）など

c. 終末期の口腔乾燥の緩和

- ・口腔乾燥は、少量の経口摂取、オーラルケア、氷片を口に含むことにより全例で緩和される¹⁰⁾
- ・輸液治療は、口腔乾燥を改善させないことが多い。口腔乾燥に対しては、オーラルケアが重要である¹¹⁾

(2) 口臭

口臭の原因には、口腔内に棲息する多くの微生物が関与していると言われています。これらの微生物によってタンパク質などの分解が起こり、その結果として臭気物質（揮発性硫化物）ができます。清潔な口の中ではその量が少ないので、他人に口臭と感じさせることはありません。しかし、口の中が不潔で、清掃がされていないと細菌が増加し、プラークが沈着します。また、口臭の原因となるさまざまな病気に罹患しやすくなります。

a. 口臭に対するケア：器質的オーラルケア

- ・基本的な口腔清掃に準じる（p.20 参照）
 - 症状に対するケアの基本は、舌ブラシを使用し、舌根部の舌苔を除去することであり、舌苔を除去しなければ、口臭をなくすことは難しいと言えます。ただし、舌ブラシを使用する際は粘膜を傷つけないよう注意して行いましょう。

b. 口臭に対するケア：補助的に行うもの

- ・含嗽・清拭
 - 10%の希釈オキシドールに1～2滴のハッカ油を入れた液で含嗽、清拭をする
- ・胃内容物の停滞による逆流
 - 胃内容物の停滞による食道への逆流は、口臭の原因になる
 - 腸蠕動を促進させるような薬剤を使用する

・揮発性硫化物を抑制する

揮発性硫化物を抑制するスプレーなどを1日3回使用する

c. 口臭が患者・家族に与える影響

会話をすることは、最大のコミュニケーション手段です。口臭が原因で話ができない、口臭が強く面会客にもゆっくりしてもらえない状況が続いた場合、患者自身の精神的負担もかなりのものになります。残された時間を大切にすべき進行期がん患者にとっては、口臭のコントロールも重要です。

(3) 口腔内カンジダ症

口腔カンジダ症は、*Candida* 属菌種により引き起こされる日和見感染症であり、①皮膚・粘膜を侵す表在性カンジダ症と、②消化管、気管・気管支・肺、腎・尿路系、その他の深部臓器を侵す深在性カンジダ症（内臓カンジダ症）に大別されます。初期には粘膜の表面に灰白色ないし乳白色の斑点状、帯状ないしは板状の偽膜を形成します。偽膜はガーゼなどでこすると容易に剥離できますが、日時が経過して真菌が上皮深部へ進入すると剥離しにくくなり、無理に剥離すると、びらん、ないし潰瘍となります。

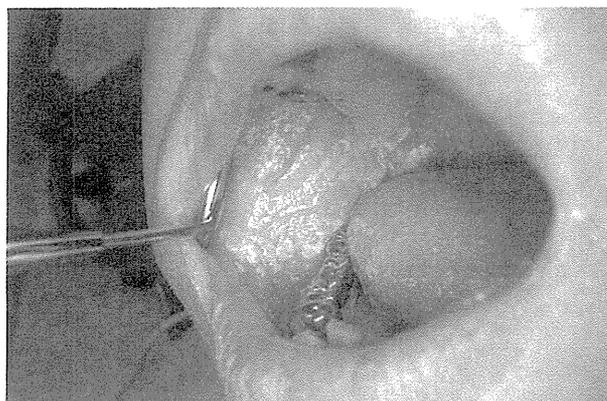


図4 頬粘膜・舌の急性偽膜性口腔カンジダ症

口腔カンジダ症は終末期がん患者の70～85%にみられ¹³⁾、ステロイド投与、抗菌薬投与による菌交代現象として発症します。口腔清掃不良、口腔乾燥は口腔カンジダ症の誘因となり、義歯の清掃が不十分な状態では義歯内面にカンジダが増殖、粘膜は紅斑やびらんとなり、義歯性口内炎と呼ばれる状態になります。

口角びらんも口腔カンジダ症の一症状として出現する場合も多く、特に両側性に認められた場合にはほとんどがカンジダによるものと考えられています。

カンジダの主な症状としては、口腔内の不快感、口腔粘膜の白斑、味覚の消失などがあげられます。

なお、びらんと潰瘍は以下のように分けられます。

- ・びらん：皮膚または粘膜の一部が表層のみ欠損した状態
- ・潰瘍：皮膚または粘膜の一部が上皮層より深部まで欠損した状態

a. カンジダに対するケアの方法

口腔カンジダ症は浅在性真菌症であるため、外用抗真菌薬による局所塗布や含嗽、抗真菌剤の内服などが治療手段となります。また、義歯の内面をよく洗浄するなど、義歯のケアを十分に行う必要があります。

抗真菌薬として、ミコナゾール（フロリードゲル経口用：ミコナゾール[®]）、アムフォテリ

シンB（ファンギゾンシロップ[®]）、クロトリマゾール（エンペシドトローチ[®]）、イトラコナゾール（イトリゾール[®]）などが用いられています。クロトリマゾールはHIV感染症患者における口腔カンジダ症に保険適応があります。

なお、抗真菌薬の投与期間は原則2週間とし、1週間投与しても症状の改善がみられないときは耐性菌出現の問題があるので中止し、ほかの療法に切り替えましょう。長期間の使用は耐性菌出現の問題があり、また、中途半端な使用は好ましくありません。

・軟膏使用方法の例

軟膏タイプのは、水分に触れると薬の周囲が濡れて固まり、つるっとして口の中で転がり、患部に塗布できないことがあります。あらかじめ患部の水分（唾液）を拭き取っておき、塗る指や綿棒は濡いた状態で使用しましょう。塗布時に疼痛を伴うこともありますが、すり込むように塗布してください。また、舌を使わずに自然に口腔内に唾液が回るのを待つことを忘れずに患者へ伝えましょう。



図5 抗真菌薬

(4) 舌苔

舌苔とは、舌表面に口腔粘膜の剥離上皮、食物残渣、細菌などが付着して、白色（図6左）、黄色、あるいは黒色（図6右）の苔をかぶった（被苔）ように見える状態を言います。舌苔は舌根近くから付着するようになり、舌背部にかけて広がっていくのが特徴です。

舌表面の糸状乳頭は、傷がつかないように保護する役割をもっており、毎日少しずつ伸びますが、咀嚼や会話などの舌の動きに伴い、通常は落屑と再生の均衡が保たれています。少量の舌苔は健康な人にも見られますが、多量の舌苔が付着すると、口臭や味覚低下、感染の原因にもなります。

舌苔の付着が強い状態は、消化管機能の低下や経口摂取の減少、脱水による唾液分泌量の減少により、口腔内の自浄作用が減弱していることなどが考えられます。舌苔が厚く肥厚していると、一度には除去できないことが多く、強い刺激で舌苔そのものを除去しようとすると糸状乳頭まで除去してしまい、粘膜を傷つけることがあります。粘膜の破綻は、感染や疼痛、出血などが生じる要因にもなり、また、味覚や咀嚼・嚥下機能にも影響を及ぼし、食事摂取が困難となる場合があるので注意が必要です。

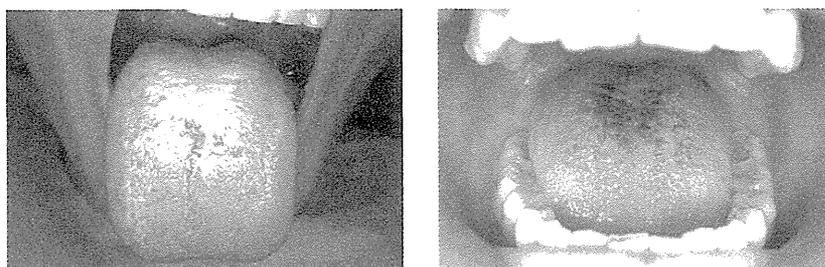


図6 舌苔（左から白色、黒色）

a. 舌苔に対するケア：器質的オーラルケア

・基本的な口腔内清掃に準じる（p.20 参照）

b. 舌苔に対するケア：補助的に行うもの

舌苔の除去のために、パイナップルやキウイなどが経験的に使用されてきましたが、現在はタブレット状のものも市販されています。

（5）味覚異常

がん患者は、甘みや尿素（肉などに多く含まれる）に対する閾値が下がると言われていますが、一概ではなく、味覚刺激に対する許容範囲が通常より狭くなることから、慣れ親しんだ食物を好まれ、複雑な味付けは嫌われることが多くなります。

終末期がん患者では唾液の分泌が減少し、口腔内の乾燥が著しくなるため、口腔環境が悪化します。加えて、水分不足による味覚障害や咀嚼困難、それに続く嚥下困難が出現し、唾液に含まれる消化酵素の減少が食欲不振や消化吸収減退につながります。

詳しくは、p.57 を参照してください。

a. 味覚異常に対するケア

・食事の工夫

味覚鈍麻： 濃い味付け、はっきりした味の料理、出汁や香辛料を利かせる、亜鉛を含む食品を摂取させる

悪味・異味症： 嫌悪感を覚える食品は避ける、塩味を控えて出汁を効かせる、ゴマや柚子などの香りや酢を利用する

味覚過敏： 薄味または素材そのもので食べる食品や料理の選択

・苦みについて

「食物すべてが苦くて食べられない」「水やお湯ですら苦く感じる」という患者がよくみられます。では、苦味を強く感じるのはなぜでしょうか。

5つの基本味のうち、甘味は、砂糖や穀類に含まれるブドウ糖、塩味は塩化ナトリウム、旨味は肉や魚に多いイノシン酸やグルタミン酸で、栄養不足を感じたときに食べたい味覚です。

一方、酸味はその食物が腐っているかどうか、苦味は毒であるかどうかを見分けるために発達した味覚で、人間を危険から回避させるシグナルとも言えます。特に、一番感じやすいのが苦味です。ほかの味覚の感度がダウンしても、生命を維持するうえで最も危険な毒を感じ取る苦味の味覚だけは最後まで残るのではないかと推測されています。

（6）口内炎

口内炎とは、口腔粘膜の炎症を伴う病変を指します。原因として、局所の細菌感染、歯科用金属アレルギー、化学療法、頭頸部放射線療法、ビタミン欠乏症など、全身状態に因果関係があることが多いです。

a. 口内炎に対するケア：器質的オーラルケア

- ・基本的な口腔内清掃に準じる (p.20 参照)
ただし、保湿はしっかり行う。

b. 口内炎に対するケア：補助的に行うもの

- ・含嗽剤（口腔内の保湿および殺菌・消毒）
ポビドンヨード、アズレン酸ナトリウム水和物・ NaHCO_3 配合。

疼痛が強い場合は、4%リドカイン塩酸塩・アドレナリン配合+含嗽用アズレン酸ナトリウム水和物・ NaHCO_3 配合を使用しましょう。

含嗽が困難な場合はスプレー容器に入れ直接噴霧する、4%リドカイン塩酸塩・アドレナリン配合軟膏を使用するなどしましょう。

- ・ステロイド軟膏の塗布
デキサメタゾン口腔用軟膏（詳細は p.55 を参照）
- ・ステロイド貼付剤
トリアムシノロンアセトニド口腔用貼付剤
- ・ステロイド噴霧剤
ベクロメタゾンプロピオン酸エステル

(7) その他

a. 出血があるときのオーラルケア

- 10%過酸化水素水で含嗽をする
- 濃いお茶での含嗽も止血作用がある
- 凝血は無理に剥がさないよう注意する

b. 口渇はあるが嚥下困難があり、水分の摂取が難しい患者へのケア

p.78 を参照。

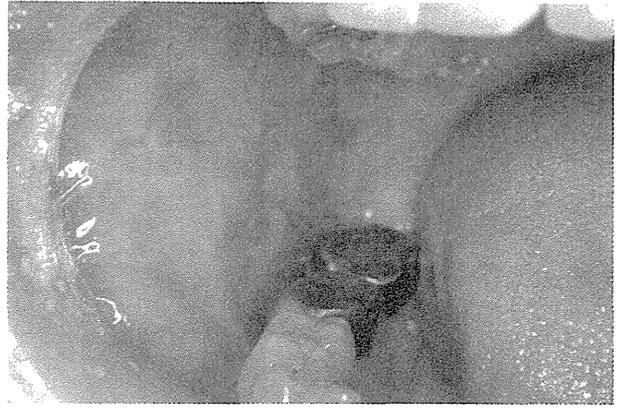


図7 口内炎

6) 機能的オーラルケアの実際

(1) 摂食・嚥下障害における間接訓練

a. 頸部可動域訓練

頸部拘縮の改善、予防および頸部のリラクゼーションを目的として行います。

<方法>

1. 頭と肩、首などに手を添えて、無理のない範囲で前後左右にゆっくりと倒す（5～10秒を各2回）
2. 旋回（左右各2回）
3. 肩上げ（3回）

<注意>

姿勢を安定させ、苦痛を伴わない範囲で可動域を広げる

b. アイスマッサージ

寒冷刺激を与えることにより、刺激に対する感受性を高め、嚥下反射を誘発しやすくします（図8、9）。頭頸部がん術後の早期訓練では、残存機能の低下を予防する目的で行います。

<方法>

1. 患者の口唇にアイス綿棒を当て、冷たいことを知らせる（氷水に綿棒を浸して使用する場合は、綿棒を軽く絞ってから使用する）
2. アイス綿棒にて、頬の内側・外側から刺激する（左右30秒程度）
3. アイス綿棒を咽頭後壁の弾力を感じる箇所、または咽頭反射が起こる箇所まで押しつける（5秒程度）
4. 咽頭後壁、口蓋弓部をアイス綿棒で力を入れずに軽くこする
5. 舌や舌付近をアイス綿棒で軽くこする

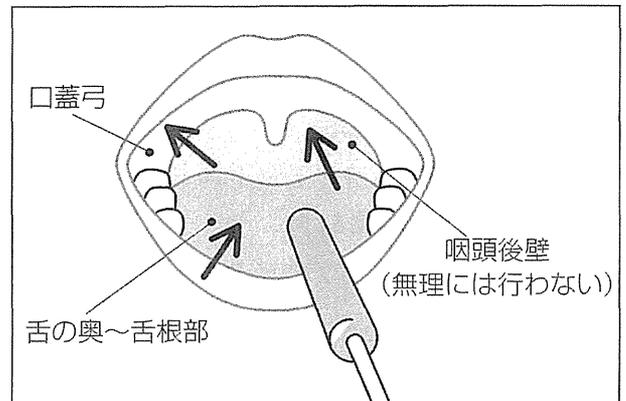


図8 アイスマッサージ



図9 アイスマッサージの実際

口蓋弓や舌の奥、咽頭後壁をアイス綿棒でマッサージする。

6. 舌尖や舌の表面・側面をアイス綿棒で軽くこすったり、押ししたりする
7. アイス綿棒で舌を前・横・上方から押し、患者へ押し返すように指示する

<注意>

マッサージ中に口腔内に唾液や水分が溜まったら嚥下させる。

c. 嚥下体操

全身や頸部の嚥下筋のリラクゼーションを目的して行います。また、覚醒を促すことにもつながります。なお、舌の運動を行うと舌周辺の筋肉が鍛えられ、唾液の分泌が促進されます。

<方法>

摂食前に準備体操として行います（次ページ図 10）。

d. 頭部挙上訓練（シャキアエクササイズ）

舌骨上筋群、喉頭挙上筋群の筋力強化を行い、食道入口部を開きやすくします（図 11）。

<方法>

1. 仰臥位で、両肩をしっかり床に付けたまま、足の指が見えるまでできるだけ高く頭を上げる
2. 最初に頑張っって何秒間できるかを計り、運動能力に合わせた負荷を決めていく
3. 訓練時の負荷量は運動能力の 60%程度を目安に設定する（たとえば、初回が 1 分 20 秒であれば、45 秒に設定する）
4. 等尺性運動（運動能力の 60%程度で、ずっと頭を上げている運動）と反復挙上運動（頭を 10 回上げ下げする運動）の組み合わせを 3 セット行う
5. 最終的には 1 分間の等尺性運動と反復挙上運動連続 30 回を 1 セットとし、1 日 3 セットを 6 週間行う

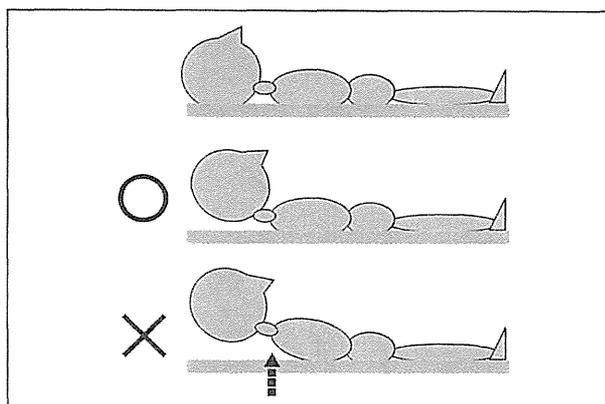


図 11 頭部挙上訓練

<注意>

負荷が大きいため、症例によって適宜、強度や頻度を調節する必要がある。

e. 息こらえ嚥下（図 12）

息をこらえたまま嚥下をすることで気道が閉鎖するため、誤嚥を防ぐことができます。

<方法>

1. 口腔周囲筋や口腔内のマッサージ、アイスマッサージなどを行い、唾液を飲み込みやすい状態にする
2. 鼻から息を吸って、そのまま息を止めさせる
3. 空嚥下、唾液をゴクンと飲み込ませる（唾液を嚥下）

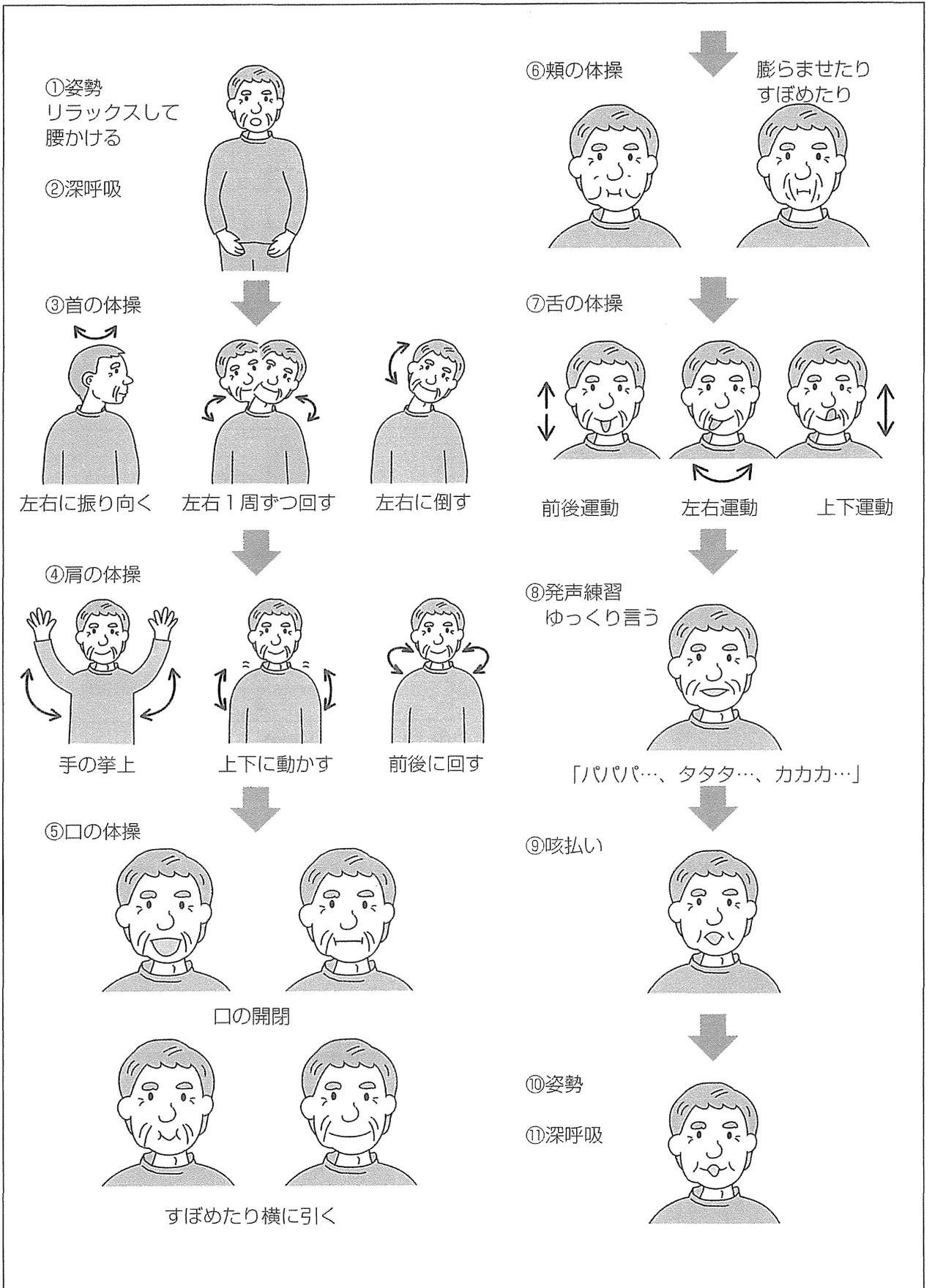


図 10 嚥下体操

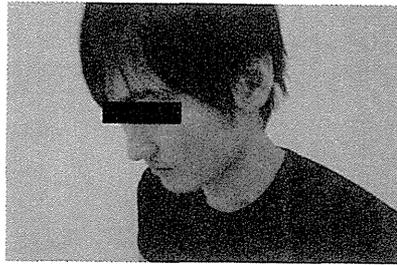
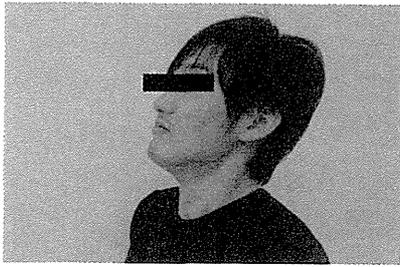


図 12 息こらえ嚥下

鼻から息を吸い（左）、空嚥下（中央）、咳払い（右）。

- その後、「エヘンッ」と咳払いをさせる

f. ブローイング訓練

吹く動作により、鼻咽腔閉鎖にかかわる神経・筋群の機能を改善させる訓練です（図 13）。

<方法>

- コップに水を入れ、ストローでぶくぶくと泡が立つように吹く
- うまく泡立たないときには指で鼻をふさいで介助し、徐々に介助を減らしていく
- ストローでコップの水を吹く代わりに、細く裂いたティッシュペーパーを吹いてもよい



図 13 ブローイング訓練

g. プッシング・プリング訓練（図 14）

押したり持ち上げたりする運動により、反射的に息こらえが起こることを利用して、軟口蓋の挙上、声帯の内転を改善させることを目的に行います。

<方法>

- 壁を押す、肩から拳を振り下ろすなどのプッシング動作を練習する
- 動作とともに強い発声をする。ある程度、響く声が出るようになったら、徐々に動作を減らしていく。プッシング動作の代わりに、椅子の底面や肘掛けを引っ張るなどのプリング動作でもよい



図 14 プッシング・プリング訓練

h. 唾液腺マッサージ（図 15）

唾液には、①乾燥を防ぎ、咀嚼・嚥下機能を助ける湿潤作用、②口腔内微生物叢をコントロールする抗菌作用、③プラーク中の酸を中和させる緩衝作用、④口腔内の食渣やプラークを洗い流す自浄作用、などの働きがあります。

これらの作用により、口腔内の粘膜が保護され、咀嚼や嚥下が促されたり、飲食などによっ