がんの緩和医療における口腔トラブルとケア

静岡県立静岡がんセンター
緩和医療科 部長　安達 勇
歯科・口腔外科 部長　大田 洋二郎

for MEDICAL PROFESSIONS

はじめに ……1
緩和医療について ……2
がん診断後～がん終末期でみられる口腔トラブル ……3
口腔乾燥症、粘膜感染、口臭のケア ……4
Topic 1 ビスフォスフォネート系薬剤関連顎骨壊死（BRONJ）…7
Topic2 終末期がん患者の口渇と口腔ケア ……8
がん終末期医療における口腔ケアの実際 ……9

はじめに

静岡県立静岡がんセンター
緩和医療科 部長　安達 勇

現在まで、国立がんセンター腫瘍内科で30年間、静岡がんセンター緩和医療科で8年間、患者さんと接してきました。しかし、とくに緩和医療においては、次第に経口摂取ができなくなり、それに伴って体重減少や免疫力低下などを呈する事例を、数多く経験しています。「口から食べる」ことは消化・吸収を活発にし、免疫力向上にも有用ですが、そのためには口腔衛生が非常に重要です。口腔粘膜は細胞の代謝が早いため、継続的な栄養管理や口腔ケアを怠ると、細菌や真菌による感染をはじめ、味覚障害などのさまざまな口腔トラブルを生じ、ますます患者さんを衰弱させることになりかねません。とくに、肺炎の発症抑制には、就寝前の口腔ケアがきわめて重要です。ぜひ、このハンドブックを座右に、日常の患者さんの口腔ケアを実践されることを願う次第です。

静岡県立静岡がんセンター
歯科・口腔外科 部長　大田 洋二郎

がんが進行すると体力が低下し、セルフケアが困難になり、食事も少しずつ不自由な状況が生まれてきます。さらに、向精神薬や安定剤の投与、酸素吸入、ステロイド投与の影響から、口腔乾燥や口内炎、カンジダ症などさまざまな口腔トラブルが発症します。しかし、この時期には積極的に病状の原因解決を行うのではなく、「苦痛となる症状の緩和」を図ることがゴールになるのです。「最期まで自然な形で、口から好きなものを食べたい」という気持ちをかなえられるよう、病院や在宅でがん終末期医療に携わる医師や看護師、訪問看護師、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士、栄養士、介護士などすべての職種の方々に読んでいただければ幸いです。

がんの緩和医療における口腔トラブルとケア

●監 修：

静岡県立静岡がんセンター

緩和医療科 部長	安達 勇
歯科・口腔外科 部長	大田 洋二郎

●執 筆（五十音順）：

静岡県立静岡がんセンター

患者家族支援研究部 部長	石川 睦弓
歯科・口腔外科 部長	大田 洋二郎
歯科・口腔外科 歯科衛生士	辻本 好恵
看護部 副看護師長	妻木 浩美

緩和医療について

その定義と概念[1)]

●**定義**：2002年に、WHOは緩和医療を下記のように定義している。

「生命を脅かす疾患に直面した患者・家族に対し、疾患の早期から、痛み・身体的問題・心理社会的問題・スピリチュアルな問題を積極的に、的確に評価し、それが障害とならないよう予防・対処することで、QOLを改善するアプローチ」

●**概念**：「疾患の早期から」とあるように、本来、緩和ケアはがんの治療早期から並行して導入されるべきであると、WHOは提唱している。

図1 緩和医療導入に関する概念（WHO 2002）

1) WHO 2002

緩和医療での患者の「苦しみ」

●**身体的症状**：疼痛や全身倦怠感、呼吸困難、消化器症状（食欲不振・便秘・嘔気・嘔吐）、不眠などがみられる。とくに終末期は、こうした症状が増強しやすい。

●**全人的苦痛**：すべてのがん患者には、下図に示すように、身体症状に加え、精神面や社会的・実存的な苦痛が出現する。これらは全人的苦痛と呼ばれている[1)]。

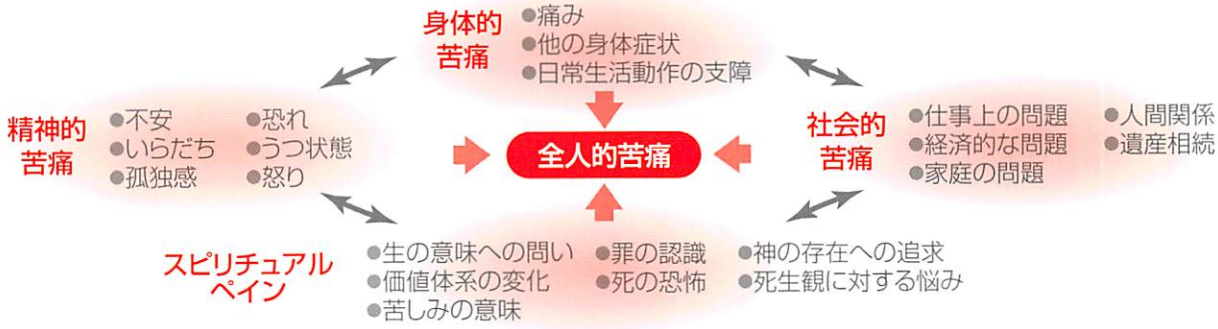


図2 全人的苦痛の概念（WHO 2002）

チーム医療の必要性

●緩和ケアでは、多方面の苦痛の解決に多職種のチームで患者・家族を支えていくのが望ましい。

✓ 身体面、精神面、社会面での苦痛の緩和
✓ 院内、院外（在宅）でのケアの必要性

図3 多職種チームの構成

がん診断後～がん終末期でみられる口腔トラブル

口腔乾燥症

概　略

- 口腔乾燥症は、がんにおける口腔トラブルとして最も頻度が高く、約80%の患者が自覚するという報告もある[2)]。
- 剥離上皮や粘稠痰の付着、口腔内の細菌増殖などで衛生状態が悪化することがある。
- 唾液の潤滑低下による粘膜疼痛、脆弱化した粘膜からびらん形成を生じることがある。

原　因

- 経口摂取量の減少や制限による唾液分泌低下、脱水気味のときの輸液、薬剤の副作用、口呼吸、酸素吸入など。

2) Susan SC et al; Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. Oncol Nurs Forum, 29(10): 1421-1428, 2002

真菌感染(カンジダ性口内炎)

概　略

- 典型的な病態として、舌や口蓋粘膜に白苔が盛り上がったような状態が確認される(偽膜性カンジダ)。がん終末期の70%の患者にカンジダ症を認める報告がある[3)]。
- ピリピリ・チクチクとした、持続性の弱い痛みを特徴とする。

原　因

- 免疫低下により、口腔内常在菌であるカンジダ菌が増加することで日和見感染を起こす。
- ステロイドや抗菌薬の長期投与例、糖尿病、免疫力の低下も増悪因子[4)]。

3) Michael JA, et al; Oral health in terminally ill: a cross-sectional pilot. Special Care in Dentistry. 11(2): 59-62, 1991
4) 武田　文和監訳; トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント. 医学書院, 88-90, 東京, 2003

口臭(舌苔)

概　略

- がんの終末期に起こりやすく、とくに予後が日・時間単位になり下顎呼吸をする時期では、室内に呼気が臭う場合がある。

原　因

- 口腔衛生不良、口腔・咽頭・呼吸器に生じた壊死や感染、重症感染、胃内容物停滞など。
- 舌苔内の汚れをタンパク質が分解することで産生される揮発性硫化物(VSC)が原因とされる[5)]。

5) Tonzetich J.: Direct gas chromatographic analysis of sulphur compounds in mouth air in man. Arch Oral Biol.16: 587-597, 1971

口腔内出血

概略・原因

- 肝がん、肝機能障害による血液凝固因子の産生障害など、血小板減少、または播種性血管内凝固症候群(DIC)に伴ってみられる[6)]。
- 口腔ケア介入時の出血には、十分な注意を要する。

6) 武田　文和監訳; トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント. 医学書院, 256-264, 東京, 2003

味覚障害

概略・原因

- がん治療時の味覚障害の原因として、放射線治療や薬物療法による化学感受性機能障害や低栄養状態が挙げられる[7-8)]。
- QOLにも影響を与えるため、がん終末期の患者にとって大きな問題となる。

7) Wismer WV.: Assessing alterations in taste and their impact on cancer care. Curr Opin Support Palliat Care. 2(4): 282-287, 2008
8) Hutton JL, et al; Chemosensory Dysfunction Is a Primary Factor in the Evolution of Declining Nutritional Status and Quality of Life in Patients With Advanced Cancer. J Pain Symptom Manage. 33(2):156-165, 2007

口腔乾燥症、粘膜感染、口臭のケア

口腔乾燥症のケア

含嗽（セルフケア可能例）

- 月単位の予後が期待できセルフケアが可能であれば、含嗽による保湿は、持続時間は短いものの口腔内も清潔にできる。
- 含嗽はできれば数時間おきに、含嗽剤や保湿剤を用いて行い、30秒間のブクブクうがいを基本とする。
- 含嗽剤の処方例を表1に示す。保湿剤については、後述する。

表1　含嗽剤の処方例

処　方	使用方法
アズレンスルホン酸顆粒5包、グリセリン60mLを水500mLに溶解する	1回20mLを口に含み、ゆっくりブクブクうがいを20～30秒した後、吐き出す

スポンジブラシによる保湿・清掃

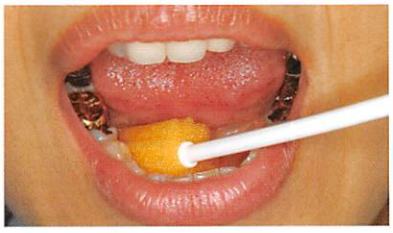
- セルフケアが不可能な場合は、看護師がスポンジブラシとハブラシによる保湿・清掃を行う。その実際を下記に示す。
- ケアを行う際は、誤って飲み込むこと（誤嚥）のないように注意を払う。

口腔清拭時の注意

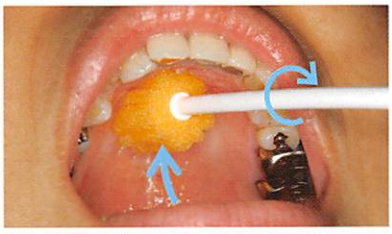
- ▶口腔粘膜を傷つけないように、軟らかいスポンジブラシを用いる。
- ▶スポンジブラシには、粘膜刺激の少ない保湿剤を含ませて使う。
- ▶スポンジブラシの動きは「奥から手前」「中から外」への回転動作を基本とする。

①上顎と下顎の片方ずつの頬粘膜に、スポンジブラシを回転させながら軽く引っ張るように清拭する。

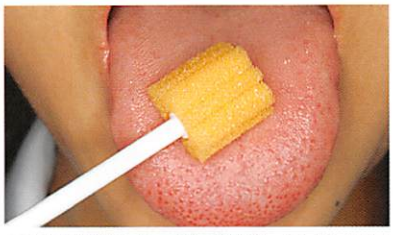
②歯肉は、上顎と下顎の片方ずつにスポンジブラシを回転させながら、軽く押さえるように清拭する。



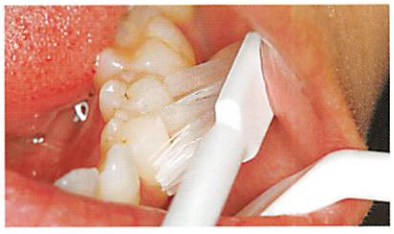
③下顎舌側は、軽く舌を上げてもらいスポンジブラシを挿入し、U字型の口腔底を片方ずつ拭う。



④口蓋粘膜は、スポンジブラシを奥から手前に拭う。重度の乾燥時は、汚れを綿球に浸した生理食塩水で軟らかくし、ピンセットで除去する。



⑤舌は尖端をガーゼで保持し、スポンジブラシを押さえるように回転、もしくは毛先の軟らかいハブラシを斜め倒しに当てて拭う。



⑥歯面清掃では、ハブラシによるプラーク除去が必須であるが、疼痛が強い場合は歯磨き剤は使わない。

保湿剤

- **スプレー型**：携帯性と簡便性に優れ、指を使わず直接塗布するため衛生的であり、身体を動かさずに使用できる。低刺激性のものがよい。
  - ▶一般にスプレー型保湿剤の保湿持続時間は短いが、現在は滞留性に優れ保湿持続時間が長いものもある
- **ジェル型**：チューブから適量を手指もしくはスポンジにとって舌表面にのせ、舌を使って口腔内全体に薄く行き渡らせる。
- **洗口型**：ノンアルコール・低刺激性のものを選び、30秒間のブクブクうがい、もしくはスポンジブラシに含ませて使う。

水、氷片

- 上述のような方法のほか、頻回に少量の水を飲ませたり氷片を舐めさせるシンプルな介入も、症状緩和には有効である。
- この場合も、誤嚥のないように注意を払う。

真菌感染(カンジダ性口内炎)のケア

臨床病態

●**偽膜性カンジダ**：典型的な病態で、白いカッテージ・チーズ様病変をみる。舌・口蓋粘膜に好発し、拭い取れるがピリピリと痛み出血する。

●**肥厚性カンジダ**：非常に少ない。口角や口腔内に白板症様の病変をみる。粘膜に硬結があり、拭い取ることができない。

●**紅斑性カンジダ**：義歯装着者に多くみられ、舌尖や舌側縁部、口蓋の粘膜が発赤する。灼熱感を強く覚える[9]。

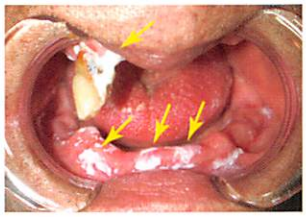


図4 偽膜性カンジダ

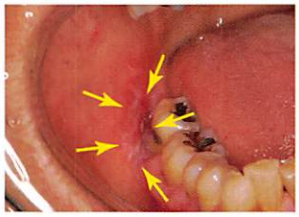


図5 肥厚性カンジダ

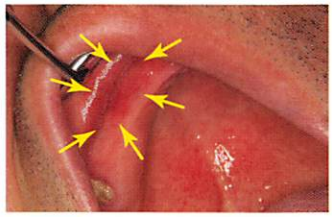


図6 紅斑性カンジダ

9) Pereira-Cenci T, et al; Development of Candida-associated denture stomatitis: new insights. J Appl Oral Sci. 16(2):86-94, 2008

治療について

●カンジダ菌は口腔内常在菌である。したがって、細菌検査で検出されたとしても、治療は菌増殖を示す所見と自覚症状(ピリピリとした痛みなど)を確認したときのみに行う。

●治療には、アゾール系抗真菌剤(イトラコナゾール内服液、ミコナゾール軟膏)が有用である。

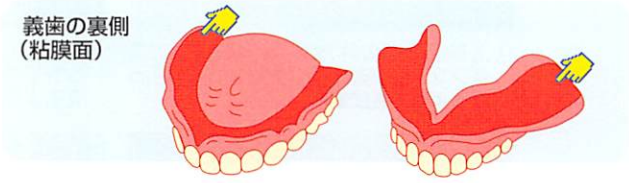
●抗真菌剤の長期使用は舌乳頭を萎縮させ、刺激に過敏となりやすいため、症状が消失したときには使用を中止する。

義歯の管理

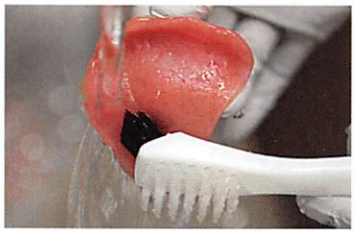
●義歯はカンジダ菌の温床となりやすいため、十分に管理を行い清潔を保つ[10]。

●自分自身でできない場合、家族や看護師が管理する。

汚れやすい部位　とくに凹凸の多い構造の複雑な場所、裏の溝など。



管　理　義歯ブラシ、義歯洗浄剤、専用の保管容器を使う(普通のハブラシ、歯磨き剤、日常で使う湯のみやコップは使わない)。



①毎食後、義歯専用ブラシを使って流水下でしっかりと洗う

②就寝時は、保管容器に水と洗浄剤を入れ、その中で保管する

③起床時、流水で義歯を洗って装着。保管容器も洗って乾燥させる

ブラッシング　義歯は割れやすいので、必ず水を張った洗面器の上などで行う。

義歯ブラシの毛の使い分け

10) Radford DR, et al; Adherence of Candida albicans to denture-base materials with different surface finishes. J Dent. 26(7): 577-583, 1998

口臭(舌苔)のケア

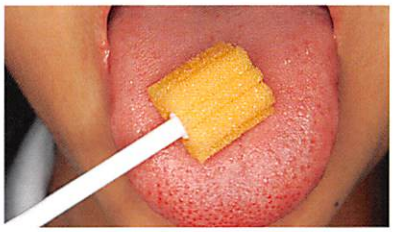
口臭の原因となる「舌苔」

- 舌苔は、上皮組織・白血球・大量の細菌が苔状に堆積したもの。
- 口腔乾燥症、舌運動の麻痺、抗生物質の連続投与で増悪しやすい。
- 舌苔自体は病的ではないが、多量に付着すると感染源となり、また口臭の重要な原因ともなる[11]。
- 舌苔を除去することで口臭抑制することができる[12]。

11)Dancer MM, et al: Tongue coating and tongue brushing: a literature review. Int J Dent Hyg. 1(3): 151-158, 2003
12)大森みさき 他: 舌苔を認める者の口臭抑制に対する舌清掃の効果について. 日本歯周病学会会誌, 47(1): 36-43, 2005

舌苔の除去

- 具体的な手法は、P.4「スポンジブラシによる保湿・清掃」の⑤と同様である。**図7**として、下記に再掲する。



舌尖をガーゼで保持し、軟らかいスポンジブラシを押さえるように回転、もしくは毛先の軟らかいハブラシを斜め倒しに当てて拭う。

図7 舌苔の除去

- このとき、刺激で嘔吐するおそれがあるため、無理をせずに優しく10回ほど擦掃する。通常は、1日1回のケアで十分である。
- 1回ですべて除去しようとはせず、2、3回に分けて少しずつ行う。
- 保湿剤や20倍に希釈したオキシドールなどの塗布により、堆積した舌苔を軟化させて除去を容易にすることができる。

口臭のケア

- 口臭の予防は、上述のように舌苔の物理的除去が基本となる(**図7**)。
- 他の原発巣のがんが口腔内に転移し、組織の壊死や感染が生じると、口腔ケアでは除去できない口臭もある。
- その場合、グラム陽性球菌、嫌気性菌の感染による口臭が疑われ、クリンダマイシンやメトロニダゾールの投与が有効な場合もある[13]。

13) 武田　文和監訳: トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント. 医学書院, 78, 東京, 2003

味覚障害のケア

概略

- 味覚障害は低栄養状態をもたらし、治療やQOLに悪影響を与えかねない。
- 薬物や口腔カンジダ菌によって増悪する[14]。
- 具体的には、どの味や匂いに障害があるかを個々に見極め、栄養士と相談して食事内容を調整する(濃い味・薄い味対応、冷食対応など)。
- また、香りのよい食事を摂る、友人や家族と語らいながら食事をすることもよい。

14) 武田　文和監訳: トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント. 医学書院, 90-92, 東京, 2003

Topic 1

ビスフォスフォネート系薬剤関連顎骨壊死(BRONJ)

がん治療を受けている患者において、ビスフォスフォネート(以下BP)系薬剤投与により顎骨壊死、すなわち、BP系薬剤関連顎骨壊死(Bisphosphonate Related Osteonecrosis of the Jaw : BRONJ: ブロンジェ)が発症することが報告されている。

BP系薬剤の臨床適応

●骨粗鬆症(経口製剤)　骨量増加による骨折率低下が期待できる。骨粗鬆症治療の第一選択薬。
●がん領域(主に静注製剤)　がん骨転移に伴う骨痛や骨折等の骨関連事象の改善ができる。

悪性腫瘍の高カルシウム血症
固形がんの骨転移(乳がん・肺がん・前立腺がん・腎がんなど)
多発性骨髄腫

→ 長期間投与がなされる場合が多い

BRONJとは?

●2006年に、Marxらが、「原因は不明だが、BP系薬剤投与により上・下顎骨に壊死が起こる」と初めて報告した[15]。
●発症率は後ろ向き調査で、乳がん100人に1.2人、多発性骨髄腫は100人に2.4人[16]。

米国口腔外科学会[17]のBRONJ診断基準

次の特徴をすべて満たす場合

1. BP系薬剤による治療を現在行っているか、または過去に行っていた
2. 顎顔面領域に骨露出が認められ、8週間以上持続している
3. 顎骨放射線治療の既往がない

15) Marx RE, et al: Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg. 61(9): 1115-1117, 2003
16) Hoff AO, et al: Frequency and risk factors associated with osteonecrosis of the jaw in cancer patients treated with intravenous bishosphonates. Journal of Bone and Mineral Research. 23: 826-836, 2008
17) Advisory Task Force on Bisphosphonate-Related Ostenonecrosis of the Jaws: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws. J oral Maxillofac Surg. 65: 369-376, 2007

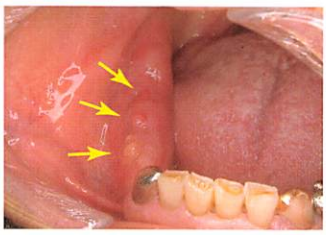
BRONJの局所リスク因子[17]

●抜歯など、骨に及ぶ外科処置：歯科の外科処置が、骨壊死発生リスクを上昇させる
●下顎に好発する：発生率　上顎対下顎=1対2
●口腔内感染巣の存在：歯周病、歯肉膿瘍の存在は骨壊死発生リスクを上昇させる
　不適合義歯(褥瘡からの感染)もリスクを上昇させる
●口腔衛生状態の不良

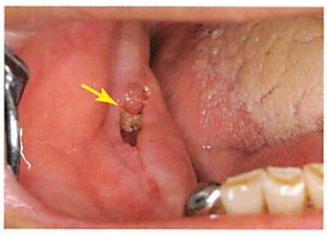
BRONJの発症(早期は骨髄炎様症状に注意)

●BRONJの診断基準にある8週間以上の骨露出で対応を開始するのは遅い。
●極初期には小さな歯槽骨部の膿瘍、歯槽部の持続鈍痛など骨髄炎様症状がある。
この症状が、骨壊死に移行する可能性があり、見逃さないよう注意する[18]。

症例　多発性骨髄腫　80歳代　男性　200X年7月にBP系薬剤の投与開始



BP系薬剤投与開始の翌年2月から右下顎歯肉の疼痛を自覚。4月に当口腔外科を受診時、小さな複数の膿瘍様病変を確認する。



生検により、下顎骨骨髄炎と診断。その後、数ヵ月で骨露出がみられた。

18) 大田洋二郎ら: ビスフォスフォネート剤投与による顎骨壊死・顎骨骨髄炎の発症早期症状と経口抗菌薬長期投与による顎骨骨髄炎治療の試み. 第46回 日本癌治療学会総会抄録号. 43(2).2008

Topic 2

終末期がん患者の口渇と口腔ケア

日本緩和医療学会は、2007年4月に「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」を策定し、発行またホームページ上で公開している(http://www.jspm.ne.jp/)。この中には輸液による口渇の改善の可否、そして口腔ケアについての考え方が示されている[19]。

口渇には看護ケアが重要

終末期がん患者において、輸液治療は口渇を改善させないことが多い。
口渇に対しては看護ケアが最も重要である。

がん終末期の口渇に対し、看護師によるケア(口腔ケア)が症状緩和を図る方法であると、全般的な推奨の中に記載されている。口腔ケアは、がん終末期に必須のケアと考えられる。

口渇による苦痛の緩和に有効なケアは何か?

口渇の症状緩和に関する「口渇による苦痛の緩和に有効なケアは何か?」の項がある。輸液治療は口渇を改善しないことが多く、具体的な口渇に対するケアが解説されている。

●口渇による苦痛の程度を把握する

例
- ▶高カルシウム血症や急性嘔吐による脱水に対する治療(輸液やビスフォスフォネート剤)
- ▶口腔内カンジダ症に対する口腔ケアや抗真菌薬
- ▶抗コリン性薬物の減量・中止
- ▶呼吸困難による口呼吸に対する酸素や薬物治療など

●口渇の原因を探索し、有効と思われる原因治療を行う

●口渇を緩和する薬物療法を検討する

●口渇を緩和するケアを提案し、患者の好むものを選択する

例
- ▶含嗽をすすめる
- ▶少量の水分摂取、氷片・かき氷・シャーベットなどを頻回に口に含めるようにする
- ▶患者が好むものを噴霧できる容器に入れて散布する(ガーゼやスポンジスティック(スワブ)・綿棒などを用いる)
- ▶湿度調整として加湿器を設置する
- ▶夜間乾燥するときにネブライザーを使うなど

●唾液の分泌を促す

例
- ▶レモン水、酸味のあるドロップやパイナップルの小片を口に含む(冷凍したパイナップルでもよい)
- ▶ガムなど何かを口にくわえる
- ▶顎のマッサージ
- ▶口腔内保湿用ジェルや口腔内保湿用の洗口液を使用する
- ▶人工唾液を使用する
- ▶太白ごま油、白色ワセリン、オリーブ油を塗布する

●口内炎の予防と観察、口渇が出現する前にセルフケアの指導も行う

19) 日本緩和医療学会：終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン, 66, 2007

がん終末期医療における口腔ケアの実際

がん終末期における口腔ケア

●生命予後が1～2ヵ月というがん終末期には全身状態が低下(Performance Status 3-4)して、臥床した時間が増えてくるとセルフケアが十分にできなくなる。そこで口腔ケアは、看護師と歯科医師や歯科衛生士が協働してケア介入することが望まれる時期である。

●この時期では、下記のような口腔内の状況が想定される。

- ▶口腔内に痂皮や痰が大量に付着し、スポンジブラシだけのケアでは十分に除去できない。
- ▶口腔内に腫瘍があり、持続的に口腔粘膜からの出血が続く、あるいは開口が十分にできない。
- ▶歯間に食渣やプラークが大量に付着し、スポンジブラシでは十分に除去できず、口臭が改善しない。

●緩和ケア病棟で、死因は誤嚥性肺炎も比較的多く、口腔ケアは就寝前に必須のケアである。また最期まで口から食べることを支える、がん治療の質を向上させる重要なケアである。

がん終末期に行う、専門的な口腔ケアのための「5つのステップ」

手順1

口腔ケア器具の準備(必要な器具は、表2を参照)

清掃用ブラシ

●小さなヘッドのハブラシ、シングルタフトブラシ(1本磨き用ブラシ)
- ▶意識レベル低下時で開口しにくいときでも、歯列後方部や舌側を磨くことができる。

●歯間ブラシ
- ▶歯間部の食渣やプラークの除去に用いる。

●舌ブラシ
- ▶舌苔を効率よく除去することができる。

●軟らかいスポンジブラシ
- ▶歯肉や口蓋粘膜を、優しく少ない刺激で清掃することができる。
- ▶スポンジ部に浸した水分を軽く絞ると、口腔内へのたれ込みも少なく清掃ができる。

薬剤：物理的な口腔内細菌の除去を目的とし、特別な薬剤は使用しない。

●保湿洗口液 適量(あらかじめ、紙コップに準備する)
- ▶ノンアルコールで低刺激性のものを選ぶ。

●保湿剤(ジェル、ジェルスプレーなど)

●オキシドール20倍希釈液 適量(あらかじめ、紙コップに準備する)

表2 口腔ケアに必要な器具のチェックリスト

口腔ケア用品	ガーゼ・軟膏類
□ ハブラシ(ヘッドの小さいもの) □ シングルタフトブラシ(1本磨き用) □ 歯間ブラシ □ 舌ブラシ □ 軟らかいスポンジブラシ □ 保湿剤(ジェル、ジェルスプレーなど) □ 紙コップと薬液 (以下の薬液を個々に入れる) ①保湿洗口液 適量 ②オキシドール20倍希釈液 適量 □ 歯科用ミラー □ ピンセット	□ ガーゼ □ ワセリンまたは アズレンスルホン酸軟膏 **口腔ケア時の装具・備品** □ プラスチック手袋 □ マスク □ ゴーグル □ ペンライト

手順2 口腔粘膜の保湿

口唇部

●ワセリン、またはアズレンスルホン酸軟膏を手指で薄く塗布する
- ▶口唇は乾燥しやすく、痂皮の付着も多い。
- ▶保湿せずに口唇を引っ張ると、痂皮がはがれて出血しやすいために注意を要する。

口腔粘膜①：頬粘膜

●保湿剤（ジェル、ジェルスプレーなど）を指につけ、頬を内側からなでるように塗布する
- ▶このとき、頬粘膜をやや伸ばすとよい。

口腔粘膜②：歯肉・口蓋粘膜・舌

●保湿洗口液をスポンジブラシに浸し、薄く塗布する

✓ 舌背部の肥厚した舌苔、口蓋部の厚い痂皮がある場合
スポンジブラシに浸したオキシドール希釈液で、表面を湿らせておく

✓ 口腔粘膜炎を生じている場合
病変部を避けて保湿し、炎症部位にはアズレンスルホン酸軟膏を塗布する

手順3 シングルタフトブラシによる歯面の清掃 スポンジブラシによる粘膜面痂皮除去

歯面の食渣、プラークの除去

●シングルタフトブラシ（もしくは小さなヘッドのハブラシ）を使用
- ▶意識レベル低下で十分な開口量が確保できなくても、小さな器具であれば対処できる。
- ▶とくに、シングルタフトブラシは歯頸部の汚れもピンポイントで除去できる。
- ▶また、口腔粘膜炎の部位にも触れずに清掃することができる。

●ブラッシングで落ちた食渣、プラークは湿らせたガーゼで拭い取る
●歯間に汚れが付着して除去しにくいときは、歯間ブラシを併用する

口蓋部の多量の痂皮、舌背部の舌苔の除去

●「手順2」の保湿処置数分後、軟らかくなってからスポンジブラシで拭い取る
- ▶もしくは、ピンセットでゆっくりはがすように除去する。

手順4 保湿洗口液を浸したスポンジブラシによる歯面・粘膜面の仕上げ磨き

全身状態が低下している患者では、誤嚥に注意

●水分が口腔内にたれ込まないよう、スポンジブラシは絞って使う
●また、水分を多く用いる口腔内洗浄は、肺炎リスクを高めるために避ける

手順5 口腔ケア仕上げの保湿

口腔粘膜の保湿処置

●仕上げに、「手順2」同様の保湿処置を施す

口腔ケア用品について(参考)

スプレー型保湿液

簡便性に優れ、患部を刺激せずに直接塗布できる。また、滞留性がよく、保湿持続時間が長いジェルスプレー型の保湿剤もある。

バトラー
ジェルスプレー

洗口液(保湿タイプ)

市販の洗口液は、ノンアルコールで低刺激性のものを選択する。また、保湿タイプのものは、口腔内の清掃と保湿の効果をともに備えている。

バトラー
マウスコンディショナー

歯磨き剤

口腔粘膜への歯磨き刺激を抑えるため、なるべく低刺激性のものを選択する。また、むし歯予防のため、フッ素配合の歯磨き剤の使用が望ましい。

バトラー
マイルドペースト

ハブラシ

ハブラシの毛の硬さは、口腔内の状態などを考慮して選択する。たとえば、脆弱化した口腔粘膜ではごく軟らかいものを使う。また、ヘッド部が小さく、柄がストレートなものが望ましい。

バトラー
ハブラシ#03S

スポンジブラシ

口腔粘膜炎などの疼痛でハブラシでの清掃が困難、あるいは保湿のために洗口液を含ませるなどの場合に使う。口腔内の隅々まで届き、スポンジの目が細かいものがよい。

バトラー
スポンジブラシ

掲載製品についての問合せ先：サンスター株式会社　TEL. 072-682-4733
http://jp.sunstar.com

2012年6月作成