症例報告

より緊密な多職種連携による口腔機能管理が功を奏した舌癌の1例

若 林 宣 江¹⁾ 杉 山 知 子²⁾ 井 上 千 恵 子¹⁾
山 川 道 代²⁾ 岡 田 成 生²⁾ 野 口 忠 秀²⁾
神 部 芳 則²⁾ 森 良 之²⁾

抄録：口腔癌の治療法には外科療法、化学療法、放射線療法などがあるが、いずれの治療においても、口腔機能の低下や粘膜炎の発生など治療に伴う副作用が出現する。われわれは多職種と連携し口腔機能管理を行った左側舌癌の1例を経験した。患者は68歳、男性。左側舌扁平上皮癌の診断で手術と化学放射線治療が行われた。入院早期より口腔機能管理を開始し、また、嚥下と栄養をサポートするために多職種でカンファレンスを行い、情報を共有し専門的な支援を継続することで、退院まで口腔機能を維持し、治療を完遂することができた。

キーワード：口腔癌、多職種、歯科衛生士

緒 言

口腔癌の治療には外科療法、化学療法、放射線療法などがあり、いずれの治療においても、嚥下や構音機能障害、口腔粘膜炎、口腔乾燥の出現、味覚障害などを生じる。更に嚥下機能の低下は栄養摂取を困難にし、低栄養を招くことで患者の日常生活動作（activities of daily living：ADL）や生活の質（quality of life：QOL）の低下を生じる。口腔癌の治療に際して、歯科衛生士による口腔機能管理の他に看護師、言語聴覚士、管理栄養士など多職種による専門的な介入は患者のADLの回復、QOLの向上に有効と考えられる。今回、当院にて多職種とのより緊密な連携により、患者の支援に取り組んだ左側舌癌の1例について報告する。

症 例

患者：68歳、男性。

初診：201X年7月上旬。

主訴：左側舌の疼痛。

既往歴：高血圧、脳梗塞（66歳）。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：201X年3月より左側舌の疼痛を自覚したが放置していた。その後、疼痛の増悪に加え舌の可動性の低下を生じたため、201X年7月に近くの歯科を受診した。精査加療の必要を指摘され、当科に紹介受診となった。

診断：左側舌扁平上皮癌（cT4aN2cM0）

現症：左側舌に腫瘤・潰瘍形成を認め、硬結は舌半側を超え、可動性の低下も認めた。食事は普通食を摂取してい

たが、接触痛が著明であり、セルフケアは1日数回の含嗽のみであった。全顎的な歯垢と舌苔の付着が著明で口臭も重度であった（Fig. 1）。

処置および経過（Fig. 2）：入院直後より歯科衛生士による口腔機能管理とセルフケア指導、病棟看護師による1日1～2回の口腔内確認・指導が開始となった（Fig. 3）。患者は元来口腔衛生に無頓着であったこともあり、病棟看護師には、ブラッシングと頻回に含嗽が実施されているかの確認を依頼した。15病日には摂食嚥下を専門とする歯科医師による嚥下機能評価を行い、術前術後の間接訓練メニューが決定した。術前は舌の痛みが著明であったため、喉頭拳上訓練のみの指導となった。16病日には管理栄養士の個別介入により経腸栄養剤の追加、21病日にNST介入が開始となり、術後の経腸栄養剤の内容が提示され、22病日に手術施行となった。手術は、気管切開術、両側機能的頸部郭清術、舌可動部亜全摘術、右側腹直筋による軟組織再建術が施行された。術後3日目より経管栄養が開始と

Fig. 1 初診時口腔内所見

舌癌による疼痛と接触痛が著しいため口腔衛生状態は極めて不良。

¹⁾ 自治医科大学附属病院歯科口腔外科（主任：森 良之科長）

²⁾ 自治医科大学医学部歯科口腔外科学講座（主任：森 良之教授）
〔受付：2018年4月13日，受理：2018年6月11日〕

Fig. 2 治療の流れと多職種の介入

	専門的口腔機能管理 ① 精査 ② 歯科治療 ③ スケーリング ④ 舌ケア ⑤ PMTC ⑥ セルフケア指導 ⇒ ブラッシング・舌ケア・ 含嗽・義歯清掃	術後口腔機能管理 ① 口唇保湿 ② スポンジブラシ使用し 口腔内 清拭 ③ ブラッシング ④ 保護シーネ 清掃 ⑤ 口腔機能訓練	化学放射線療法中のセルフ ケア指導事項 ① ブラッシング(3回) ② 含嗽(5回以上) ③ 口腔内保湿 ④ 保護用シーネ清掃	セルフケア指導 ① ブラッシング ② 粘膜ケア ③ 口腔機能訓練
	入院時	術後	化学放射線療法時	退院時
看護師	病棟看護師によるセルフ ケアの確認・指導開始	病棟看護師による術後 口腔ケア・口腔機能訓練 確認・指導開始	病棟看護師・放射線療法 認定看護師による 口腔内チェック・有害事象の 予防・緩和支援	
口腔機能訓練	術前口腔機能訓練 ① 喉頭挙上訓練	術後口腔機能訓練 術後4日目 ① 腹式呼吸 ② 息こらえ嚥下 ③ 肩の運動 ④ アイスマッサージ ⑤ うなずき嚥下	口腔機能訓練 術後10日目 ① 腹式呼吸 ② 嚥出訓練 ③ 息こらえ嚥下 ④ 頸部ストレッチ ⑤ 肩の運動 ⑥ 舌運動 ⑦ 口唇訓練 ⑧ アイスマッサージ ⑨ うなずき嚥下	口腔機能訓練 術後15日目 ① 頸部ストレッチ ② 嚥出訓練 ③ 開口訓練 ④ 発声訓練 ⇒ アイウエオ ⑤ 舌負荷訓練 ⑥ シャキア・エクササイズ ⇒ おでこ変法 ⑦ 喉頭挙上

Fig. 3 口腔機能管理の実際

なり、術後4日目より腹式呼吸、息こらえ嚥下、うなずき嚥下などの間接訓練が、術後13日目に嚥下練習食（ゼリー）を用いた直接訓練が開始となった。なお、術後の間接訓練は回復の程度に応じて、排出訓練、頸部ストレッチ、舌運

動、口唇訓練など訓練メニューを追加・変更した。術後28日目から構音訓練目的に言語聴覚士が、また肩関節拘縮改善のため作業療法士が介入となった。その後、術後43日目には化学放射線療法が開始となり、放射線療法認定看護

	低刺激ソフト食	嚥下練習食A	嚥下練習食B	嚥下練習食C	嚥下移行食
食事の特徴	塩分、酸味等の化学刺激、硬さ等の物理的な刺激を少なくしている。	半固形のもので、咽頭に食塊が残らないもの、刺激の少ないものを中心にしている。	Aに加え、やや繊維が多いものを取り入れている。口腔粘膜への付着性が高くなっている。	半固形に加えのものの流動態の料理を取り入れている。均質で食物繊維、肉・魚類の脂肪を含みざらつき感はBより強い。ばらばらになる料理は適度なとろみをつけている。	嚥下練習食から三分菜食に移行するまでの食事。嚥下練習食Cよりざらつき感が高い。半固形から流動態の料理が中心。舌で押した時にばらばらになりにくい物性で、流動態の料理は適度なとろみをつけている。
適応症状	放射線療法等による口内炎の炎症時	咀嚼・嚥下困難時術後、一時的に起こる嚥下困難時	咀嚼・嚥下困難時術後、一時的に起こる嚥下困難時	嚥下・嚥下困難時術後、一時的に起こる嚥下困難時	嚥下困難時術後、一時的に起こる嚥下障害時
エネルギー	1,600 kcal	40 kcal	150 kcal	600 kcal	1,200 kcal
食事内容	供食回数	3 回	昼のみ 1食1品	朝・昼・夕 3食3品 お茶ゼリー	3 回
	主食	かゆ		かゆペーストゼリー かゆ	かゆ
	その他	副食は三分菜程度肉、魚は形を残さず、刺激を少なくしてある	ゼリー	卵豆腐・かぼちゃゼリー・ムース・プリン・ゼリー等	温泉水卵・はんぺんの煮物・じゃがいものマッシュ・ヨーグルト・桃ゼリー・みそスープゼリー等

※タイプAに加えて
共食するもの

※タイプBに加えて
共食するもの

Fig. 4 当院における食事基準

師による口腔ケア介入が開始となった。放射線療法中は連日口腔内を確認し、口腔内の問題点や注意点などを患者に細かく指導した。歯科衛生士はセルフケア指導と口腔機能管理を、病棟ではブラッシングと含嗽の励行、口腔内の保湿などのセルフケアの確認を病棟看護師に依頼し、有害事象の予防・緩和支援に努めた。本症例では化学放射線治療前に内視鏡下に胃瘻造設を試みたものの、大腸と胃壁との癒着による大腸誤穿刺の可能性が高いと判断され、胃瘻造設は見送りとなった。しかし管理栄養士による食形態の提案とNSTの週1回の栄養評価、それに伴う経腸栄養剤の提案などの介入により経口摂取の継続は可能で、化学放射線療法開始から終了までに、体重は約3kgの減少がみられたが、栄養の指標である総蛋白、アルブミン値、BMIは低下することなく維持できた。照射終了から22日目、術後112日目に退院となった（Fig. 4）。

歯科衛生士は口腔機能管理の他に、言語聴覚士が実施する訓練と並行して歯科医師と共に頸部ストレッチやおでこ変法など口腔機能訓練も行った。

考 察

口腔癌の治療は進行癌を除き外科療法が主体である¹⁾。外科療法では、腫瘍切除による実質欠損に伴う構音・摂食嚥下障害、頸部郭清術による頸部・肩の運動障害などさまざまな機能障害を伴う場合がある。一方、化学療法や放射線療法では、粘膜炎や唾液分泌障害、味覚障害、消化器症状などが出現し、患者は身体的、精神的ストレスを抱える。

特に摂食嚥下機能の低下は低栄養を招き治療の継続が困難となり、ADLやQOLの低下につながる²⁾。このような治療に伴う障害に対しては歯科医師、歯科衛生士に加え、様々な職種による専門的な評価や対応が重要になる。丹生らは、関連診療科や多職種との連携により、治療中および治療後のQOLの向上を目指したチーム医療を実践することが重要と述べているが³⁾、当科においても、口腔癌患者の口腔内を評価したうえで、嚥下機能や食事の形態、口腔清掃状態や口腔粘膜炎症の程度に応じた口腔機能管理に努め、患者の支援ために毎週多職種カンファレンスを実施し情報の共有に努めている。高橋ら、池上らは早期からの多職種介入はBMIや血中総蛋白濃度や血中アルブミン濃度の維持改善を可能にし、患者のQOL向上につながると述べている^{4,5)}。本症例においても、粘膜炎出現中でも疼痛の管理や栄養の管理を適切に行うことで血中総蛋白濃度や血中アルブミン濃度、BMIの著しい低下を認めることなく治療を完遂できたものと考えられた。

カンファレンスで多職種からの情報を得ることで、われわれ歯科衛生士の口腔機能管理の方法にも変化を認めるようになった。例えば、嚥下障害を認める患者の嚥下訓練は、言語聴覚士や歯科医師が実施し、病棟看護師も訓練の確認を行っているが、口腔機能管理の介入時にも必要な訓練を実施することで継続した機能訓練が可能になった。

本症例を通して、周術期の感染や口腔粘膜炎症を最小限にするため、また、経口摂取による栄養管理を継続するためには、歯科衛生士による口腔衛生状態の維持の他に、多職

種がカンファレンスに介入し、情報を共有して、それぞれの立場からの専門的な支援を継続していくことが重要であることを強く認識した。当科においては、医学部附属病院としての特徴を生かし、今後も口腔癌患者の治療に際し、多職種連携による患者支援を継続し、早期 ADL の回復、早期 QOL の向上に努める方針である。

ま と め

多職種との緊密な連携により、口腔機能管理を行った舌癌の1例について報告した。早期より開始する多職種連携による退院までの支援は、患者の早期 ADL の回復、早期 QOL 向上に繋がると考えられた。

本論文に関して、開示すべき利益相反状態はない。

文 献

- 1) 日本頭頸部癌学会：頭頸部癌診療ガイドライン．2018 年版．金原出版，東京，2018，7 頁．
- 2) 川上美香，水口瑠里子，田中裕子，他：頭頸部癌化学放射線療法に対する栄養サポートの重要性について．鳥取赤十字医誌 25：44-47，2016．
- 3) 丹生健一：舌・口腔癌治療の最前線—チーム医療の最前線—．日耳鼻 116：586-591，2013．
- 4) 高橋美貴，大高木淑恵，藪口美樹，他：口腔癌術後の摂食・嚥下カンファレンス介入効果．言語聴覚研究 12：272-280，2015．
- 5) 池上由美子，砂山明子：周術期口腔機能管理と栄養．臨床栄養 126：268-276，2015．

別冊請求先：若林宣江 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1
自治医科大学歯科口腔外科学講座

A Case of Tongue Cancer Successfully Treated by Oral Functional Management with Close Cooperation of Multidisciplinary Care Teams

Nobue WAKABAYASHI¹⁾, Tomoko SUGIYAMA²⁾, Chieko INOUE¹⁾,
Michiyo YAMAKAWA²⁾, Naruo OKADA²⁾, Tadahide NOGUCHI²⁾,
Yoshinori JINBU²⁾, and Yoshiyuki MORI²⁾

¹⁾ *Department of Dentistry, Oral and Maxillofacial Surgery Jichi Medical University Hospital*
(Chief: Dr. Yoshiyuki MORI)

²⁾ *Department of Dentistry, Oral and Maxillofacial Surgery Jichi Medical University*
(Chief: Prof. Yoshiyuki MORI)

J. Jpn. Oral Medicine, 24 : 13 ~ 17, 2018

Abstract : Surgery, chemotherapy, and/or radiotherapy are treatment options for oral cancer, but they have certain side effects, such as mucositis and decreased oral function. A case of a patient with tongue cancer who underwent oral function management by multidisciplinary care teams is reported. The patient was a 68-year-old man who had undergone surgery and chemoradiotherapy for squamous cell carcinoma of the tongue. Oral functional management was started from the early stage of hospitalization, with repeated discussion with multidisciplinary care teams to support the patient's deglutition function and nutrition. By the sharing of information between teams and continued specialized support, the patient was able to maintain oral function until his discharge.

Key words : oral cancer, multidisciplinary care team, dental hygienist

Reprint requests to Nobue WAKABAYASHI, Department of Dentistry, Oral and Maxillofacial Surgery, Jichi Medical University, 3311-1, Yakushiji, Shimotsuke-shi, Tochigi 329-0498, Japan.

[Received April 13, 2018 : Accepted June 11, 2018]