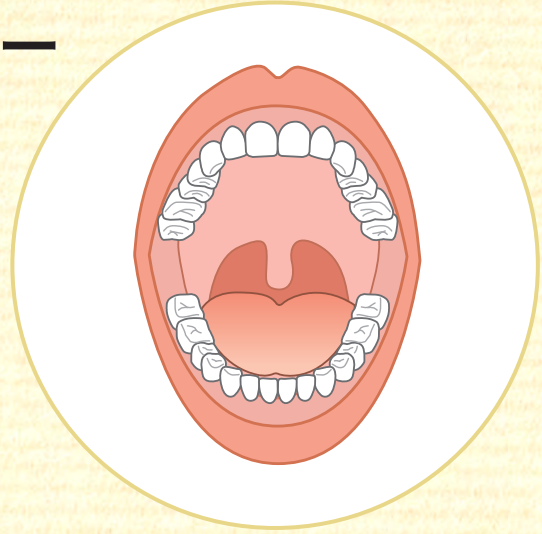
ORAL CARE

口腔外科医が書いた

ナースのための

がん患者の口腔マネジメント

ー周術期から終末期までー



著 ◆ 杉 政和
（日本口腔外科学会認定 口腔外科専門医）

INTERACTION

はじめに

がん治療の副作用やがんの進行に伴う合併症へのマネジメントは、がん治療の遂行やがん患者の苦痛の緩和という点からも、もはや不可欠と考えられる時代になりました。がん患者の口腔内にもさまざまな合併症が出現しますが、以前は、がん患者の口腔合併症（oral complication）は、患者の予後や生命に直接影響しないからという理由で放置されたり、口腔ケアなどの対応も後回しにされてきました。口腔内の異常を患者が訴えても、なんでも「うがい」で済ませていた時代です。

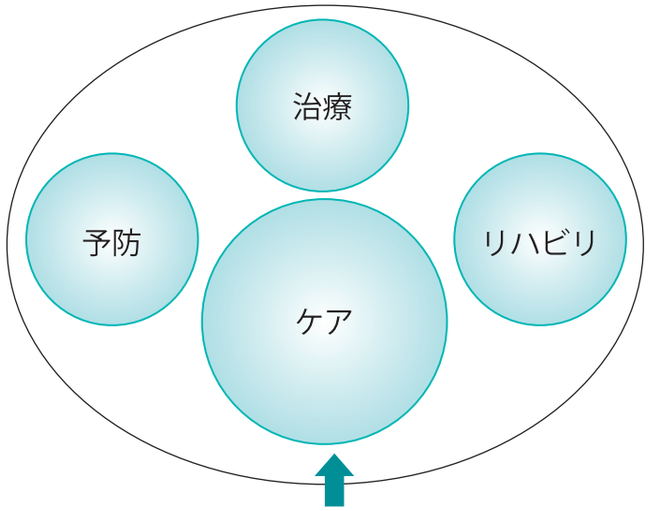
長年、がん患者の口腔合併症を診察してきた立場からみると、口腔合併症への対応は口腔のケアだけでは困難で、ケアのほかに治療や予防、リハビリテーションなどを幅広く含む、口腔の一元的な管理（口腔マネジメント）が必要であるということがいえます。

近年、この口腔マネジメントを支持療法として行うことで、合併症の予防や症状の改善、ひいては患者の QOL の向上にも寄与することが明らかになるにつれ、がん治療における口腔マネジメントの重要性が、医療関係者の間でも徐々に理解されるようになってきています。なかでも、口腔マネジメントにおけるケアの果たす役割は大きく、口腔合併症の病態を踏まえた、看護介入としての適切なケアが求められています。

本書を手にとっていただいたあなたは、がん患者の口腔合併症への対応について、なにかしらの興味か、使命感か、または挫折感などをお持ちなのかもしれません。特に、「口腔ケアをやりたいのだけれど、なにから、どう手をつけたらよいのか、よくわからない」、「口腔ケアをがんばってやったのに、どうもうまくいかない」、というご相談を看護師の皆さんからよくいただきます。

本書は、看護技術や看護実践の本ではありません。看護師の皆さんが、がん患者の口腔合併症のケアに介入するにあたり、ぜひ知っておいていただきたい口腔合併症と、口腔マネジメントに関する知識をまとめたものです。皆さんがお持ちの疑問点や不明な点について、本書でその解決策を見い出していただき、看護実践としての適切な口腔マネジメントを行うためにお役立てください。

本書の第１章〜第３章では、「総論編」として口腔合併症とは何か、口腔マネジメントの考え方、がん治療に伴う口腔マネジメントについて解説しました。実際に口腔マネジメントにあたる前にご一読いただき、実践内容の考え方について理解を深めてください。後半の第４章と第５章では、「実践編」として口腔症状から病名を判断する方法と口腔マネジメントの方法について、できるだけわかりやすく解説しました。まず第４章の診断フローチャートで患者の口腔症状から病名を診断した上で、具体的な口腔マネジメントの方法（第５章参照）を立案してください。



口腔合併症のマネジメント

本書は、看護師の皆さんを対象にしていますが、がん患者の口腔マネジメントに向き合っておられる医師、歯科医師、歯科衛生士の皆さんにも十分にご活用いただける内容となっていますので、お役に立てば幸いです。

終わりになりましたが、本書の内容のほとんどは、私ががん患者の口腔に関する診療やケアのボランティアとして平成８年よりおうかがいしている石川県済生会金沢病院緩和ケア病棟において、実際に経験し、学んだことをまとめたものです。ここに、お世話になった歴代の医師、看護師はじめ関係の方々に感謝するとともに、拝見した多くのがん患者の皆様に感謝申し上げる次第です。

今後、支持療法としての適切な口腔マネジメントが広く行われ、口腔合併症に苦しむがん患者の苦痛が少しでも緩和されることを願うとともに、本書がその一助となれば望外の喜びです。最後に、本書の出版にご尽力いただいたインターアクション株式会社の畑めぐみさんと木村明さんに深く感謝いたします。

2019 年 10 月

杉　政和

（本書では、がん治療の副作用やがんの進展によって起こる口腔症状を「口腔合併症」、口腔の一元的な管理のことを「口腔マネジメント」と呼ぶことにします）

目　次

第１章　がん患者の口腔合併症

1 がん患者の口腔合併症とはなにか …… 8
- 1 がん治療期の口腔合併症 …… 8
- コラム 日和見感染症 …… 10
- 2 がん終末期の口腔合併症 …… 11

2 口腔合併症の特徴と対応 …… 12
- 1 みえにくい …… 12
- 2 治る合併症と治りにくい合併症がある …… 14
- 3 口腔乾燥症を併発していることが多い …… 14

第２章　口腔マネジメント

1 「口腔ケア」とどう違うのか …… 16
- 1 「口腔ケア」が混乱を招く …… 16
- 2 「口腔マネジメント」と「口腔健康管理」 …… 17
- 3 「口腔マネジメント」は治療やケア、予防などを広く行い、口腔の状態や機能を一元的に管理すること …… 18
- 4 日常の口腔マネジメントとしての標準的口腔ケア …… 20

2 口腔マネジメントを行うのに必要な５つのポイント …… 22
- 1 口腔内をアセスメントする力 …… 22
- 2 口腔内を診断する力 …… 23
- 3 対策（ケアだけで良いか、治療とケアが必要か）を判断する力 …… 23
- 4 医師、歯科医師、歯科衛生士と連携する力 …… 23
- 5 標準的口腔ケアを行える力 …… 23

3 口腔マネジメントの考え方 …… 24
- 1 がん治療期のマネジメント …… 24
- 2 がん終末期のマネジメント …… 26
- コラム 国も認める支持療法としての口腔マネジメントの有用性 …… 31

4 口腔マネジメントを行うにあたって －著者からの提案と本音－ …… 32
- 1 口のケアには終わりがない …… 32
- 2 疲れすぎないように …… 32
- コラム 歯科との連携方法 …… 34

第３章　がん治療に伴う口腔マネジメント

1 がん治療 …… 35

2 化学療法に伴う口腔マネジメント …… 36
- 1 化学療法（薬物療法、抗がん剤治療） …… 36
- 2 抗がん剤による口腔内の変化（口腔トラブル） …… 40
- 3 抗がん剤による口腔トラブルの原因 …… 40
- 4 アセスメントのポイント …… 41
- 5 セルフケアの指導と予防 …… 42
- コラム 薬剤関連顎骨壊死（Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw : MRONJ） …… 43

3 放射線治療に伴う口腔マネジメント …… 45
- 1 放射線療法 …… 45
- 2 放射線療法に伴う口腔内の変化 …… 47
- 3 アセスメントのポイント …… 48
- 4 セルフケアの指導と予防 …… 49

4 周術期における口腔マネジメント …… 51
- 1 術前の口腔管理（周術期等口腔機能管理） …… 51
- 2 挿管中の口腔管理 …… 53

5 緩和医療(緩和ケア)における口腔マネジメント …… 56
- 1 終末期がん患者にみられる口腔内の変化 …… 56
- 2 終末期がん患者の口腔トラブルの原因 …… 58
- 3 終末期がん患者の口腔のケア …… 60

第４章　口腔症状から病名を診断する

1 口腔のみかた …… 62
- 1 アセスメント技術 …… 62
- 2 コミュニケーション技術 …… 66

2 症状のアセスメント …… 67
- 1 ３段階アセスメントの提案 …… 68

3 フローチャートでラクラク診断 …… 72

1 見える症状：器質的疾患
ーその可能性がある原因疾患と対策ー …… 72
（1）腫れている …… 73
（2）出血している …… 74
（3）白くなっている …… 76
（4）赤くなっている …… 76
（5）水疱がある …… 79
（6）潰瘍がある …… 80

2 見えない症状：機能的疾患
ーその可能性がある原因疾患と対策ー …… 81
（1）痛みがある …… 81
（2）口が乾く …… 83
（3）味がわかりにくい …… 83
（4）食べにくい（咀嚼障害） …… 84
（5）飲み込みにくい …… 85
（6）むせる …… 85
（7）口が臭い …… 85

第５章　主な口腔合併症のアセスメントとマネジメント
ーなぜ起こる？どう対応する？ー

1 口腔粘膜炎 …… 86
1 病態生理 …… 86
2 アセスメント …… 89
3 マネジメント …… 89

2 口腔カンジダ症 …… 95
1 病態生理 …… 95
2 アセスメント …… 96
3 マネジメント …… 96

3 細菌感染症 …… 100
1 病態生理 …… 100
2 アセスメント …… 101
3 マネジメント …… 101

4 ウイルス感染症 …… 103
1 病態生理 …… 103
2 アセスメント …… 105
3 マネジメント …… 105

5 口腔乾燥症 …… 107
1 病態生理 …… 107
コラム 唾液の基礎知識 …… 111
2 アセスメント …… 114
3 マネジメント …… 114
コラム 口渇と口腔乾燥 …… 118

6 味覚障害 …… 119
1 病態生理 …… 119
コラム 味覚の基礎知識 …… 122
2 アセスメント …… 126
3 マネジメント …… 127

7 摂食・嚥下障害 …… 130
1 病態生理 …… 130
コラム 摂食・嚥下の基礎知識 …… 138
2 アセスメント …… 140
3 マネジメント …… 140

8 口臭 …… 144
1 病態生理 …… 144
2 アセスメント …… 146
3 マネジメント …… 147

巻末付録
入れ歯のはなし …… 148
1 入れ歯は義歯のこと？ …… 149
2 義歯の構造 …… 150
3 局部床義歯の外し方・入れ方（着脱方法） …… 152
4 義歯の清掃方法 …… 153
5 義歯の管理方法 …… 154
6 義歯を取り去ってはいけない …… 155

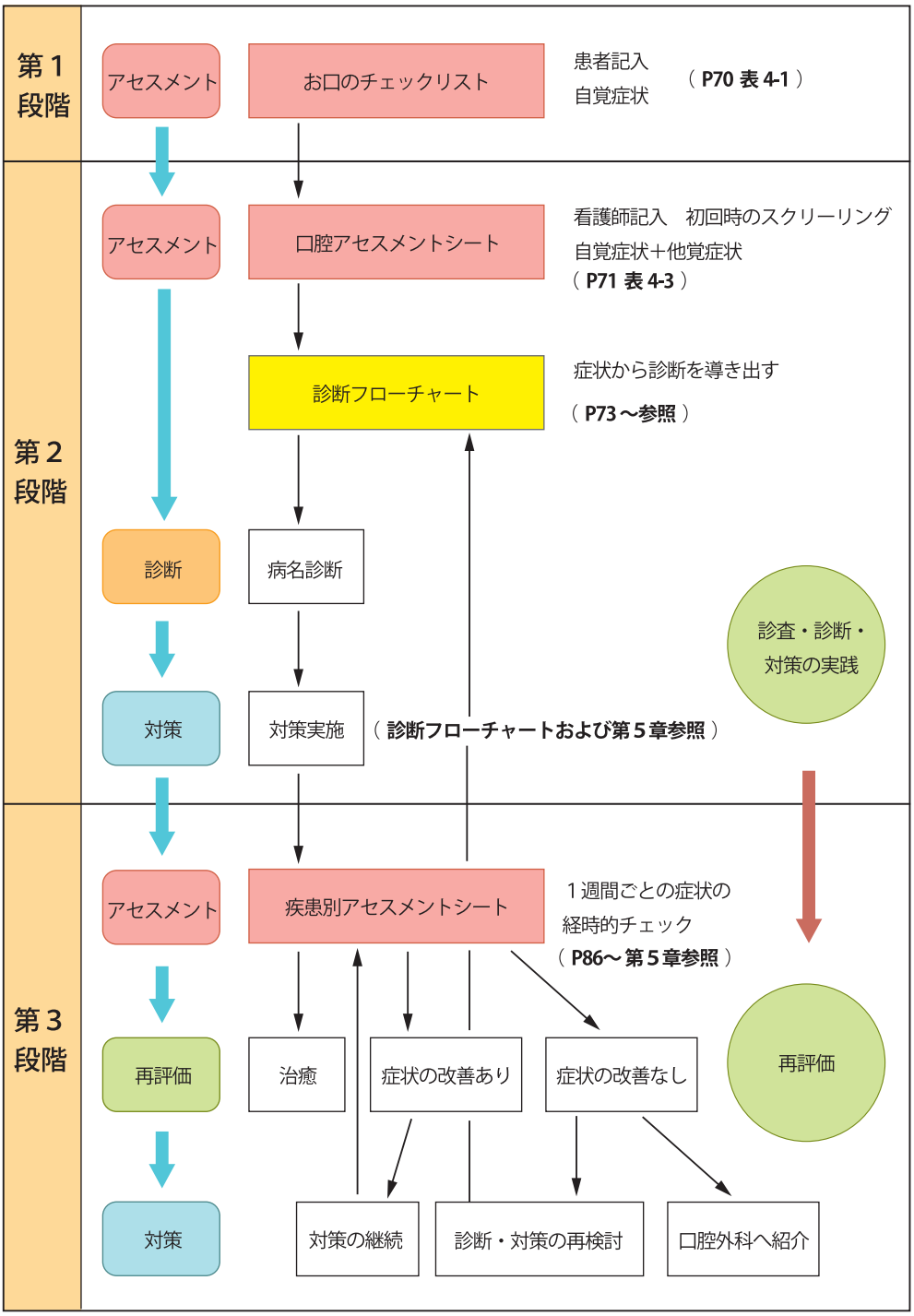


図 4-7　３段階アセスメントのフローチャート

患者 ID	氏名	No.
月　　日	記入者	

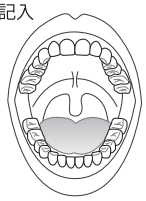
チェックリスト No.	自覚症状	他覚症状		
1 歯	□ しみる □ かむと痛い □ 何もしなくても痛い □ 歯が動く □ その他 （　　）	部位	上・下　　左・右　　前歯・奥歯　（○で囲む）	
		状態	□ かけている □ 動揺している □ その他（　　）	
2 義歯	□ 痛い □ 落ちる、はずれる □ 割れた、こわれた □ その他（　　）	部位	上・下　　左・右　（○で囲む）	
		状態	□ 割れている □ ひびが入っている □ その他（　　）	
3・4 不快感 口臭	□ 口の中が気持ち悪い □ すっきりしない □ 口臭がする	口腔衛生状態	清掃状態	□ 著しく不良　□ 不良　□ 良
			食べかす	□ 多い　□ 少しあり　□ なし
			歯のみがき残し	□ 多い　□ 少しあり　□ なし
			舌苔	□ 多い　□ 少しあり　□ なし
			口臭	□ 強い　□ 少しあり　□ なし
5 舌 歯肉 口腔粘膜	□ しみる □ 触ると痛い □ 何もしなくても痛い □ 腫れている □ 出血する □ その他（　　）	口腔粘膜状態	部位記入 	発　赤　□ あり　□ なし
				びらん　□ あり　□ なし
				潰　瘍　□ あり　□ なし
				腫　脹　□ あり　□ なし
				水　疱　□ あり　□ なし
				白　斑　□ あり　□ なし
6 口腔乾燥	□ ネバネバする □ 少しかわいている □ とてもかわいている □ その他（　　）	柿木の分類	□ 0 度（正常）乾燥なし □ 1 度（軽度）唾液の粘性が亢進している □ 2 度（中等度）唾液中に細かい泡がみられる □ 3 度（重度）舌の上にほとんど唾液が見られず乾燥している	
		がん治療	□ 抗がん剤　□ あり　□ なし □ 口腔への放射線治療　□ あり　□ なし □ その他（　　）	
7 味	□ 味がわかりにくい □ 変な味がする □ その他（　　）	患者の表現	具体的に記載	
		がん治療	□ 抗がん剤　□ あり　□ なし □ 口腔への放射線治療　□ あり　□ なし □ その他（　　）	
8～12 摂食 嚥下	□ うまくかめない □ よくむせる □ うまく飲み込めない □ その他（　　）	質問用紙（P133 表 5-26）	問題点	
		摂食時の観察	問題点	
13 その他	（　　）	身体的症状		

表 4-3　口腔アセスメントシート

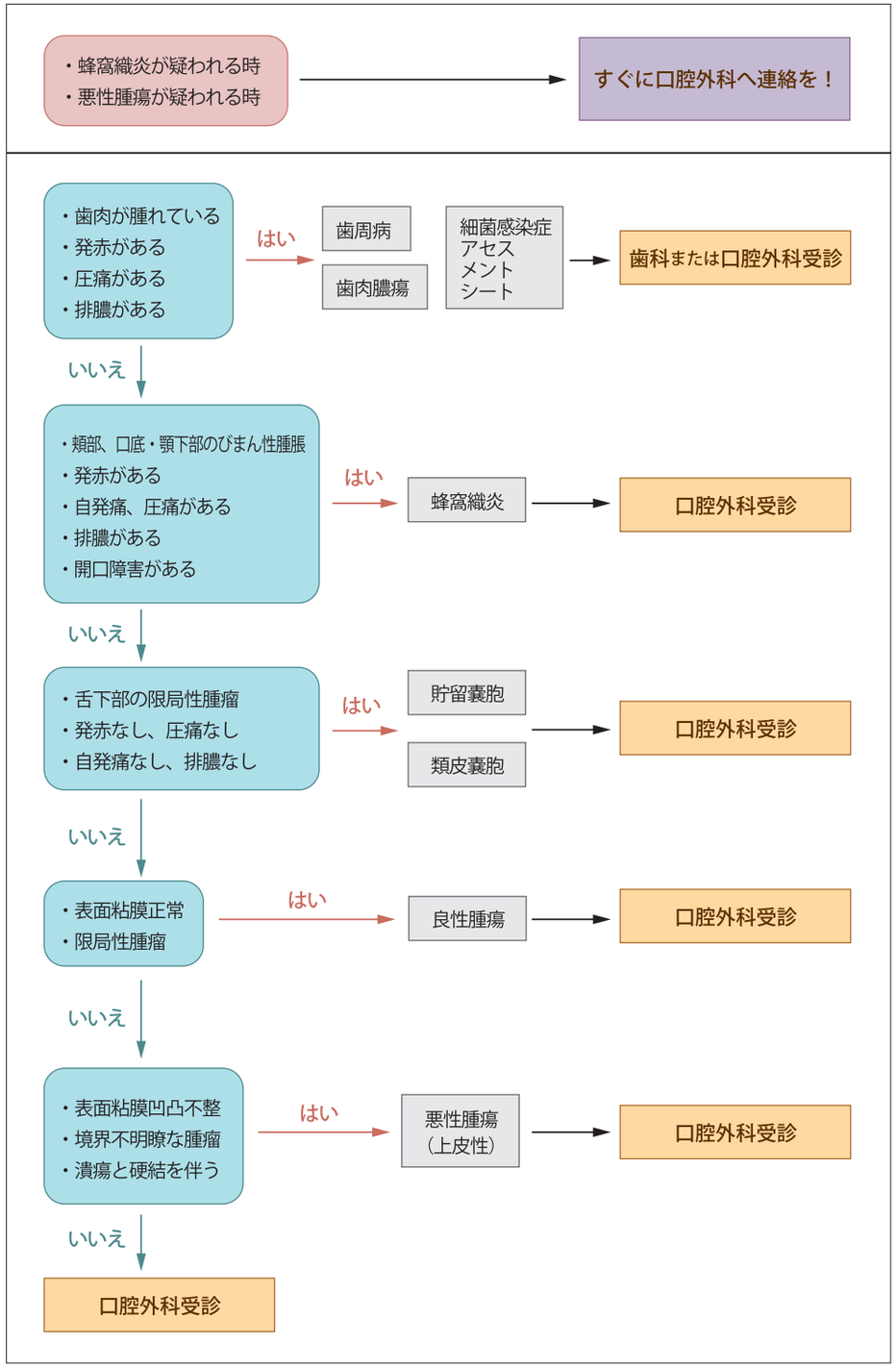


図 4-8　診断フローチャート　「腫れている」

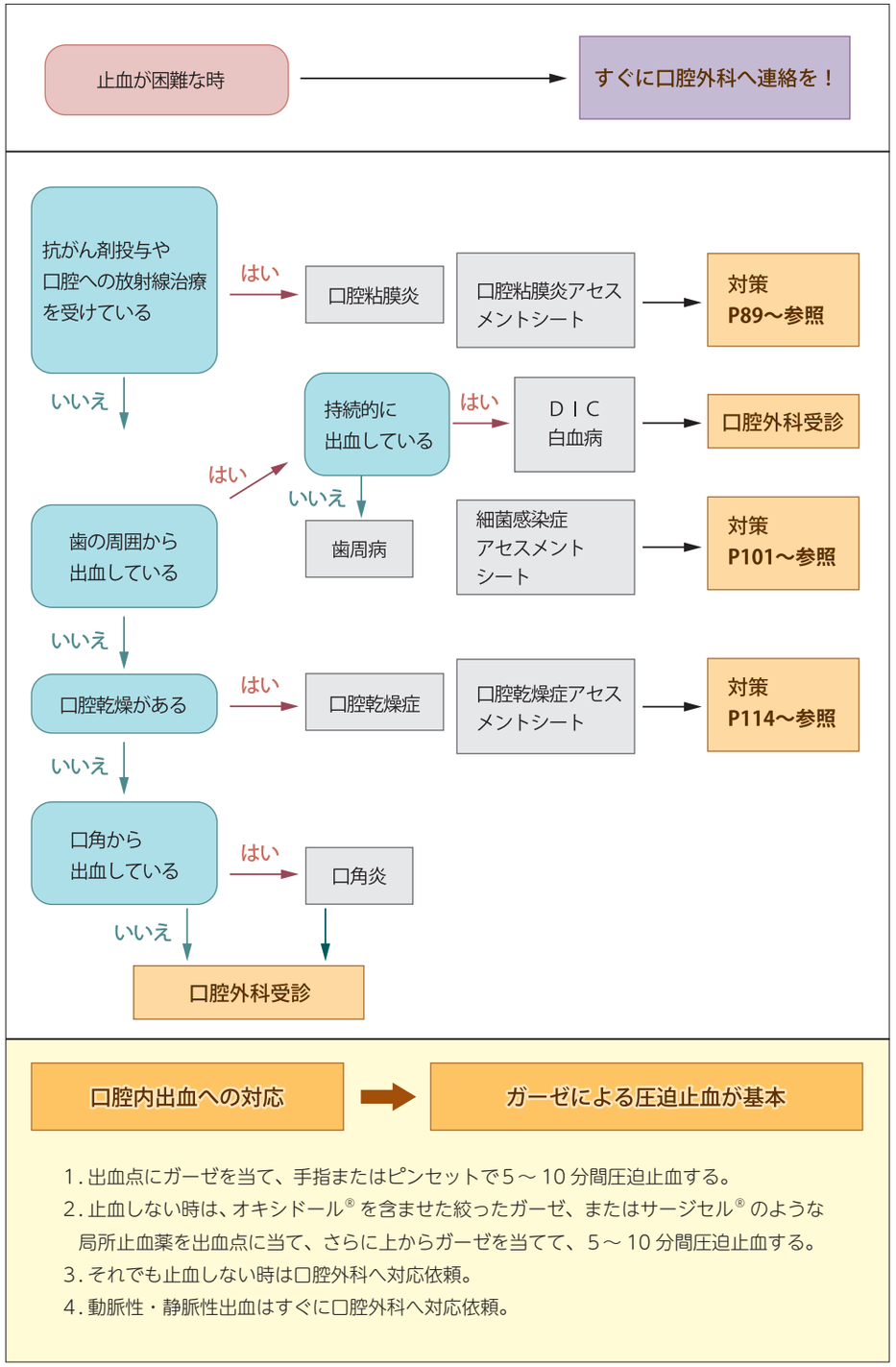


図 4-9　診断フローチャート「出血している」

第 5 章

主な口腔合併症のアセスメントとマネジメント －なぜ起こる？どう対応する？－

1 口腔粘膜炎

＜ポイント＞

- ●抗がん剤による口腔粘膜炎は、従来型の抗がん剤では約 40%の患者にみられる。投与開始後 2 ～ 10 日頃から発生し、治癒までに 2 ～ 3 週間を要する。
- ●口腔粘膜炎を発症しやすい従来型の抗がん剤は、フルオロウラシル（5 FU）、メトトレキサート、ドキタキセル、ドキソルビシン、ビンクリスチンなどである。
- ●放射線療法による口腔粘膜炎は、口腔領域が照射野に入った場合にみられ、その発生率はほぼ 100%で、症状も抗がん剤による口腔粘膜炎よりも広範かつ重篤である。
- ●口腔粘膜炎の症状は、口腔粘膜の発赤や軽度の疼痛から始まり、粘膜のびらんや潰瘍をきたすと疼痛は増大し、出血、二次感染などが起こる。その結果、発熱や摂食・咀嚼障害、嚥下障害などの重篤な症状を呈し、経口摂取ができなくなることも多い。
- ●口腔粘膜炎が発症した場合、栄養の管理、感染の防止、疼痛のコントロール、の 3 つの観点から対処する必要がある。
- ●口腔粘膜炎の発生を予防することは困難で、発生した口腔粘膜炎が重篤化しないように、早期からきめのこまかい口腔マネジメント（口腔内保清、口腔内保湿、疼痛緩和）を行い、二次感染を防止することが目標になる。

1 病態生理

（1）原因

口腔粘膜炎の原因は、抗がん剤や放射線から発生する活性酸素による直接的な細胞毒性に加えて、粘膜下組織でのサイトカインによる炎症反応やアポトーシスによる上皮細胞の欠損など、5 つの過程からなる複雑な機序であることがわかってきました[1) 2)]（**図 5-1**）。この中で最も重要な時期は、上皮が欠損する潰瘍期で、潰瘍形成のために強い疼痛を伴うとともに、上皮が欠損するために口腔内細菌、特にグラム陰性菌に感染すると、細菌内毒素が粘膜下組織を直接刺激してマクロファージからサイトカインの放出を促す結果、組織障害をさらに増悪化させて、口腔粘膜炎が一層重篤なものになってしまいます。この重篤化を防ぐためにも、口腔内清掃を徹底して感染を防ぐことがたいへん重要になります。

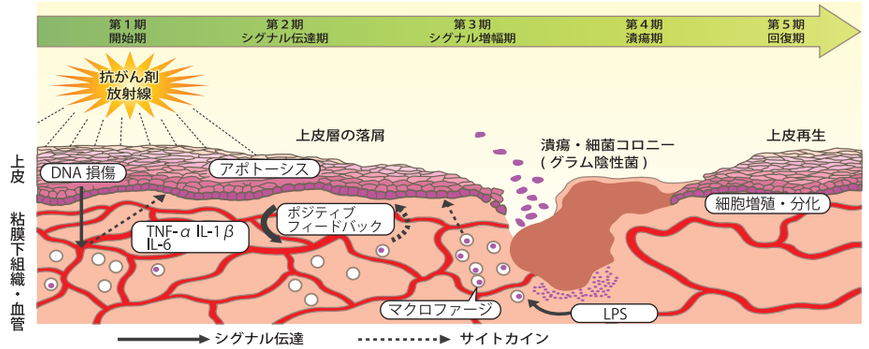


図 5-1　口腔粘膜炎の発生機序（文献 1 ,2 より引用改変）

	細胞障害性薬（従来型抗がん剤）	分子標的薬
出現頻度	約 40%	20%未満
症状の程度	重篤化しやすい	比較的軽度

表 5-1　抗がん剤による違い（文献 3 より引用改変）

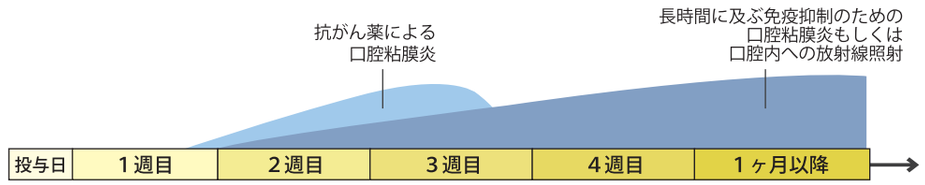


図 5-2　口腔粘膜炎のみられる時期（文献 3 より引用改変）

口腔粘膜の細胞は、2 週間程度の短いサイクルで再生を繰り返しているため、細胞分裂能の高い細胞に作用する従来型の抗がん剤の影響を受けやすく、**表 5-1** に示すように約 40%の患者にみられ、症状も重篤化しやすいとされています。

従来型の抗がん剤による口腔粘膜炎は、投与開始後 2 ～ 10 日頃から発生し、治癒までに 2 ～ 3 週間を要します[3)]（**図 5-2**）。口腔粘膜炎を発症しやすい従来型の抗がん剤は、5 - フルオロウラシル系（5-FU、S-1 など）、メトトレキサート、ドキタキセル、ドキソルビシン、ビンクリスチンなどです（**表 5-2**）。

一方、分子標的薬では口腔粘膜炎の出現率は 20%未満で、その症状も比較的軽いといわれていますが、mTOR 阻害薬（エベロリムス、テムシロリムス）では高頻度に発症します（**表 5-2**）。そのほか、チロシンキナーゼ阻害薬（スニチニブ）や EGFR 阻害薬（パニツムマブ、セツキシマブ）などでも口腔粘膜炎を起こすことがあり、分子標的薬だから口