

## 《頭頸部放射線療法・抗がん剤治療における標準的口腔ケア》

### ○ 日本造血細胞移植学会看護部会(旧造血細胞移植看護ネットワーク)より抜粋

#### 1. 移植早期からケアを開始する

##### 1) 歯科的処置を行う

歯科受診し、う歯、歯周炎のチェックと治療を行う。そして、正しいブラッシング方法を指導する

##### 2) ブラッシングが効果的に行えているか評価(視覚的に効果的なものとして歯垢染め出し剤を使用)

#### 2. 患者さん自身による自己管理ができるように支援する

##### 1) 日中は2時間毎、夜間は覚醒時に含嗽を行う。

##### 2) 含嗽には水や生理食塩水など、使用しやすいものを使用する。

##### 3) 少なくとも1日3回は歯ブラシを使用してブラッシングを行う。

##### 4) 嘔吐後は必ず含嗽をする。

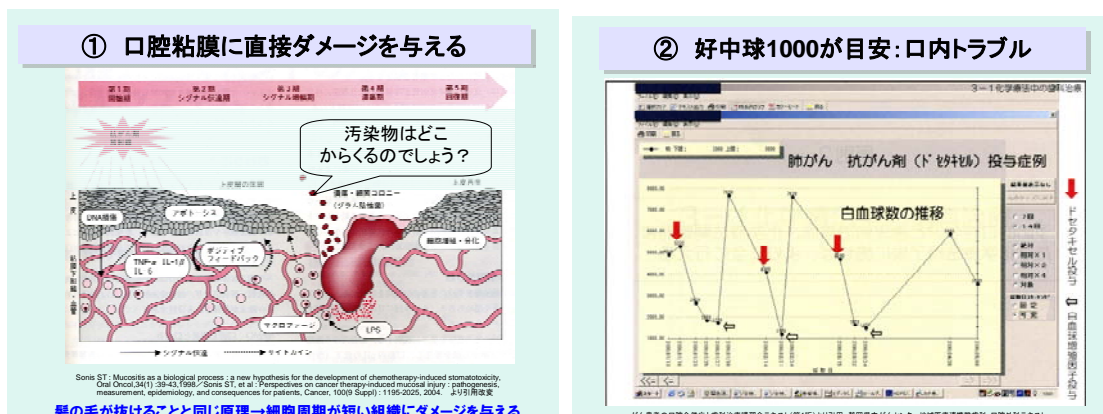
##### 5) 口唇の乾燥を防ぐ(リップクリームまたは軟膏を使用する)。

\* 義歯を装着している場合口腔ケアを行う際と睡眠時ははずす。義歯も清掃をして手入れをする。

\* ケアを継続するために、疼痛コントロールを十分に行うべきである。

### ○ 移植患者の歯科ケア、口腔ケアのポイント

口内炎は、抗がん剤から発生するフリーラジカルによる粘膜の破壊と炎症や、骨髄抑制による好中球の減少で口腔粘膜の局所感染が生じることによって発症する。また、放射線療法による唾液腺障害で口腔内の自浄作用が低下することでも局所感染を生じやすい。口内炎を予防するため、移植決定から口腔ケアを開始する。しかし、手技を習得しても、前処置期間中は悪心・嘔吐や倦怠感などのためにケアが実施されないことが多い。看護師は口腔内の状態や患者のセルフケアの状態を観察・評価し、できる限りセルフケアが行えるように支援する。



口内炎発現時には、口腔ケアに加え積極的な疼痛管理が必要である。痛みは不眠やストレスの原因となり、患者のQOLが著しく低下する。局所鎮痛剤だけではなく、全身性の鎮痛剤も検討する。

麻薬による管理も積極的に実施するが、口腔粘膜障害の改善後は麻薬からの離脱も早期にできる。

○ **癌治療に伴う口腔合併症の割合(米国がんセンターHPより)**

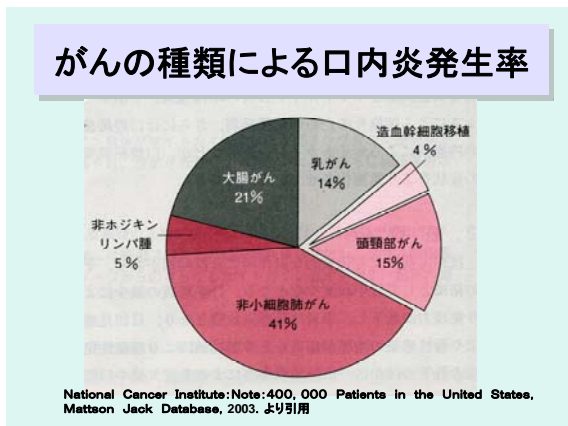
40%	抗がん剤治療を受ける患者 このうちの50%に口内炎症状が強く、投与スケジュール変更、投与量の変更を余儀なくされている
80%	造血幹細胞移植患者
100%	口腔領域が照射野に入る放射線治療を受けた頭頸部癌患者

米国がんセンターでもがん治療を始める2週間前までには、口腔ケアを受けることを推奨している。

○ **口内炎を起こしやすい抗がん剤**

メソトレキサート (メソトレキセート<sup>(R)</sup>)・フルオロウラシル (5-FU<sup>(R)</sup>)・エトポシド (ラステット<sup>(R)</sup>)、  
 ベプシド<sup>(R)</sup>・シタラビン (キロサイド<sup>(R)</sup>)・シスプラチン (ランダ<sup>(R)</sup>、プリプラチン<sup>(R)</sup>)・シクロホスファミド (エンドキサン<sup>(R)</sup>)  
 パクリタキセル (タキソール<sup>(R)</sup>)・ドセタキセル (タキソール<sup>(R)</sup>)・アドリアシンなどがあるが、他の抗がん剤も容量依存的に発生し、口腔衛生状態の悪い方が重度化する。

○ **代表的な口腔有害事象**



化学療法
口腔粘膜炎・口腔感染 (菌性感染を含む) カンジタ症・ヘルペス感染・味覚障害
放射線療法
口腔粘膜炎・唾液腺機能障害 (口腔乾燥) 放射線う蝕・放射線骨壊死・味覚異常

○ **アセスメント: 現在論文や臨床ではNCI-CTCAEが最も使用されている**

WHOによる口腔粘膜炎のグレード分類: 固形物の嚥下の可否で分類。発症部位で高くなる場合がある。

- Grade 0 : 症状なし
- Grade 1 : 疼痛+/-、粘膜の紅斑、潰瘍なし
- Grade 2 : 粘膜の紅斑、潰瘍あり、固形食の嚥下可
- Grade 3 : 広範囲の粘膜の紅斑、潰瘍あり、固形食の嚥下不可
- Grade 4 : 広範囲の口内炎のため栄養摂取不可

NCI-CTCAE version3, 0による分類: 潰瘍の病態で分類しているので正確な評価ができる。

- Grade 1 : 粘膜の紅斑
- Grade 2 : 斑状潰瘍または偽膜
- Grade 3 : 融合した潰瘍または偽膜、わずかな外傷で出血
- Grade 4 : 組織の壊死、顕著な自然出血、生命を脅かす
- Grade 5 : 死

## ○ 標準的口腔ケア

### 1. 移植早期から口腔ケアを開始する⇒入院前口腔ケア病診連携

### 2. 自己管理ができるように支援する⇒看護ケア指導＋訪問口腔ケア連携

#### 《看護ケア指導》

- 1) がん治療中には口内炎や歯グキの腫れが起こるため、予防的セルフケアを促す。  
⇒病棟洗面所の口腔ケアポスターや歯垢染め出し剤を活用する。
- 2) 含嗽：白血球数2000を目安としてベット脇に1日分のアズノール含嗽液とガーグルベイスンを用意  
⇒日中は2時間毎、（食前、食後、寝る前）夜間は覚醒時に含嗽を行う。  
⇒口腔内の細菌状態は、含嗽後2-3時間程度でもとの状態に戻るため、頻回に行うことが大切。  
⇒嘔吐後は必ず含嗽をする。また、アズノール含嗽がしみてきたら生理食塩水を使用。  
⇒イソジンはしみて痛みが強かったり、口内を乾燥させ、組織の上皮化（口内炎が回復して新しい組織ができること）を阻害するため、口内炎があるときは用いないほうがよい。
- 3) ブラッシング：1日1回は体調の良い時間に、ほぼ完璧に清掃できることを目標とする。  
⇒手鏡を見ながら、歯ブラシの毛先とヘッドを粘膜に当たらないように磨く練習をする。
- 4) 保湿：口唇や口内の乾燥を防ぐ（ウエットケアまたはオーラルバランスを使用：売店にて販売）。

#### 《訪問口腔ケア連携》

- 口腔内アセスメント  専門的口腔ケア  粘膜・保湿・清掃・含嗽指導  食指導
- ブラークフリー法（口内細菌を0に除菌し、その後のセルフケア歯垢が付きにくくする施術）

### 3. クリーンルーム入室時の注意点

- 1) ブラッシングの注意点と歯ブラシの中止の有無
  - ・ 前処置の開始前にセルフケアにて完全に口内プラークを除去する。⇒嘔吐・悪心の前
  - ・ 嘔吐後は必ず含嗽（水・アズノール・生理食塩水のいずれか）をする。
  - ・ 食事をしていなくても、少なくとも最低1日1回はブラッシングと頻繁な含嗽をする。
  - ・ 口内炎発生時は、歯のみを上手に磨き、含嗽を頻繁に行いハブラシやスポンジで粘膜を触らない。
  - ・ 白血球数が0に限りなく近くても、超軟毛歯ブラシにて無理しない程度に歯磨きを継続する。
  - ・ 血小板数2-3万を目安に中止し、スポンジブラシと含嗽に変更する。部分的出血は、圧迫ガーゼ15分でほとんどが止血する。最終的に2時間置きの含嗽（生理食塩水・アズノール）だけは継続。
  - ・ 免疫抑制剤を用いる同種移植の場合のように、抵抗力が低下し、生着に時間を要する場合は、体力の回復とともに歯磨きと含嗽を積極的に再開する。
- 2) 疼痛対策：メナミン、カロナール 200mg やキシロカイン溶液の含嗽は、食事直前に口内に少なくとも3-5分程度停滞させ、粘膜によく浸透させてから『ぐちゅぐちゅ』して吐き出す。キシロカインゼリーを口内炎に直接塗布する場合は、他の部位が麻痺しないようにガーゼで覆う。  
塗布時間は長すぎても短すぎても逆効果があるため調節する。痛みが強い場合は麻薬に移行する。
- 3) クリーンルーム内の口腔ケア用品：歯磨きして保湿⇒2時間ごとの含嗽のサイクルを繰り返す。
  - ① 保湿剤（オーラルバランス・ウエットケア：香りなし）
  - ② 超軟毛歯ブラシ（豚毛は使用しない）
  - ③ 毛先カットブラシ
  - ④ 手鏡
  - ⑤ 口内炎記録用紙（記入可能日のみ）
  - ⑥ キシロカインゼリー

《保湿剤：ヒアルロン酸ジェル》



唾液中の抗菌成分（ラクトフェリン等）を配合しているため、正常細菌叢への影響が少なく、保湿時間が長い

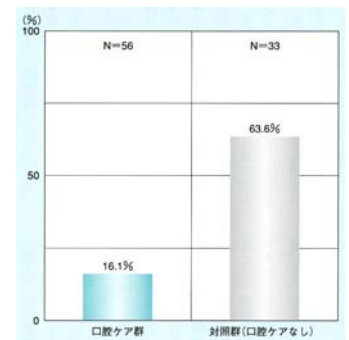
《保湿剤：ヒアルロン酸液スプレー》《超軟毛歯ブラシ：wbcの低下時》《キシロカインゼリー：口内炎疼痛対策》



## ○ エビデンス

### (1) 頭頸部がん再建手術の術後合併症発症率の比較

	口腔ケア介入群 (N=56)	非口腔ケア群 (N=33)
瘻孔形成	3例 (5,3%)	5例 (15,1%)
創部感染	3例 (5,3%)	7例 (21,2%)
皮弁壊死	0例 (0,0%)	3例 (9,0%)
肺炎	0例 (0,0%)	3例 (9,0%)
その他	3例 (5,3%)	3例 (9,0%)
合計	9/56例 (16,1%)	21/33例 (63,6%)

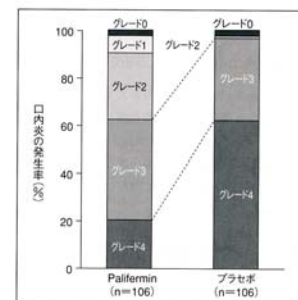
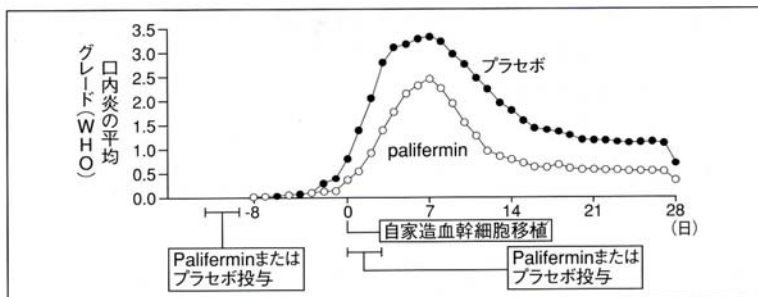


太田洋二郎：がん治療による口腔合併症の実績調査及びその予防法に関する研究．厚生労働省がん研究報告集，2003

### (2) クライオセラピー

抗がん剤を全身投与する直前に口腔粘膜を冷却することにより血管を収縮させ、口腔粘膜への薬剤の移行を少なくする試み。Mahoodらは、『5-FUを急速静注する直前から30分間氷で口腔内を冷やす、という方法で口腔粘膜炎の軽減が認められた』という報告をしている。しかしながら損傷治癒遅延につながる恐れもあるため長期にわたる冷却効果に関して根拠は少ない。

### (3) ケラチノサイト増殖因子：paliferminの造血幹細胞移植者への口腔粘膜炎発生予防に関する研究



自家移植の前処置：TBI (12 Gy) + (エトポシド 60mg/kg とシクロフォスミド 100mg/kg) 212例にて、プラセボ群ではグレード3及び4に相当する重症の口内炎が98%であったのに対して、palifermin群では63%であった。グレード4のみでは、プラセボ群が62%に対して、palifermin群では20%になっている。また、プラセボ群ではグレード2を越える口内炎が平均9日間持続したが、palifermin群では3日間に短縮した。