放射線・化学療法を受ける患者への口内保清の関わり

Oral hygiene care of patients who underwent Chemoradiotherapy

西２階病棟　山崎愛　岡本早希　阿部史子

要旨

頭頚部腫瘍に対して放射線・化学療法を受ける患者は、粘膜障害が発現し感染等の悪化により苦痛を強いられる。今回、口腔粘膜炎の遅延と悪化予防を目的として、治療開始前からの生理食塩水による含嗽とブラッシング指導を取り入れた。この介入を通して患者の口内保清意識の向上、看護師の観察視点の変化や指標の統一を経験し、チームで関わっていく利点や重要性を検討する機会を得ることができた。

Keywords：放射線・化学療法、口腔粘膜障害、口内保清

Ⅰ．はじめに

頭頚部腫瘍に対して放射線照射と化学療法を行う患者は、副作用として粘膜障害が出現する。なかでも口腔内の粘膜障害では疼痛・口渇・味覚障害・食事摂取困難等の症状を引き起こし、患者にとって想像以上の苦痛を招く。更に二次感染を合併した場合、発熱や症状が悪化することに加えて、入院期間も長期化し、心身共に患者の苦痛が増強する。当病棟ではこれまで、このような患者に対する看護ケアとしては、含嗽の励行や食事形態の工夫が主であり、口内保清の統一した評価やケアは行えていなかった。他の施設でも、口腔粘膜炎のケアはまだスタンダードとなる介入方法が確立しておらず、どのように対処するのか試行錯誤しながらアプローチしている実状がある 1)。静岡県立静岡がんセンターでは、がん治療に伴う口腔合併症を予防・軽減することで、がん治療開始～開始後まで口から自然なかたちで食事を摂ることをサポートする目的で 1)、口腔粘膜炎対策を歯科医・歯科衛生士・看護師等を中核とした口腔ケアチームを作り、院内ラウンドを行っている。私たちはこの方法を参考にして、治療開始前から生理食塩水による含嗽(以後、生食含嗽とする)とブラッシング指導を行い、その効果を明らかにする事を目的としていた。しかし、現在のところ対象患者が少なく、効果を明らかにすることは出来なかった。だが、治療開始前から専門家を交え口内粘膜炎の二次感染に対する予防的な口内保清の介入を経験したので報告する。

Ⅱ．研究方法

１．介入期間

平成18年９月～12月

２．対象

A病棟に入院し放射線・化学療法を受けた頭頸部腫瘍患者のうち、同意が得られた３名

３．倫理的配慮

本研究について、信州大学医学部附属病院看護部看護研究倫理委員会の承認を得た。対象患者には、研究の趣旨および個人情報の保護、任意参加、同意撤回の自由について書面と口頭にて説明し、同意書への自署サインによって同意を得た。

３．介入方法

治療開始前に、病棟看護師が日常での口腔ケアの習慣(歯磨き回数・歯磨きの時間・ブラッシングの方法など)を問診し、口内保清の必要性を説明した。同時に生食含嗽の方法を説明し、患者には以下の方法で治療終了まで毎日継続してもらった。

・量：１日、滅菌生理食塩水500ml を使用

・回数：起床後・毎食後・眠前　（５回/日）

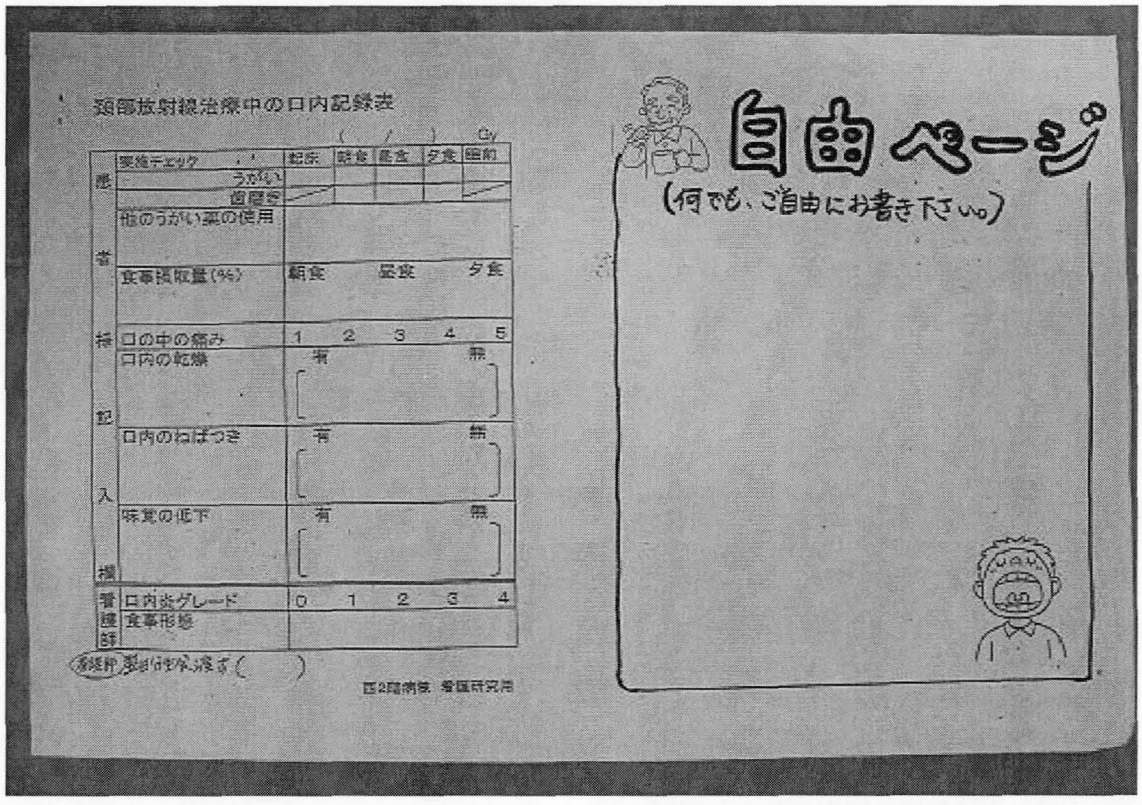
・方法：１回約20ml づつ口に含み、４回含嗽してもらう。(1セットで80ml の生理食塩水を使用)

なお、口内炎出現等により他の含嗽薬を使用開始した後は、処方された含嗽薬を使用してもらうこととし、患者様の負担を考慮し無理に生理食塩水含嗽の継続は求めないこととした。

同様に、治療開始前から歯科医師が口腔内の診察を行い、歯科衛生士が歯垢除去（初回診察時のみ）とブラッシング指導を実施した。ブラッシング指導では、まず自己流のブラッシング後に染色液での染め出しを行い汚れの残存部分をチェックし本人にも自覚してもらった。その後、それぞれの患者の口腔内状況に合わせて具体的なブラッシング指導を実施した。歯ブラシは毛がやわらかくヘッドの小さいものを使用し、舌も舌ブラシまたは歯ブラシを用いて清潔を保つようにした。患者には毎食後は必ずブラッシングするよう指導した。歯科医師・衛生士による介入は治療終了まで週１回間隔で継続した。

治療中は、患者自身に含嗽とブラッシングの実施及び、口内痛・口内乾燥・口内粘つき・味覚低下等の口腔内不快症状の有無、食事摂取量について専用の記録用紙に記入してもらった。(図１)

治療期間中を通して、病棟看護師が口腔内の状況を統一したスケール（日本癌治療学会有害反応判定基準の口内炎スケール）を用いて毎日評価し、記録用紙に記入した。(図１)口腔内の評価にあたっては看護師間でのばらつきを減らす為、スケール内の各グレードの参考写真を作成し、その写真を参考にしながら毎日の評価を行った。(図２)



頭部放射線治療中の口内記録表

(/) Gy

		起床	朝食	昼食	夕食	寝前
患者様記入欄	実施チェック					
	うがい					
	歯磨き					
	他のうがい薬の使用					
	食事摂取量(%)	朝食		昼食		夕食
	口の中の痛み	1	2	3	4	5
	口内の乾燥	有 [ ]				無
	口内のねばつき	有 [ ]				無
	味覚の低下	有 [ ]				無
看護師欄	口内炎グレード	0	1	2	3	4
	食事形態					

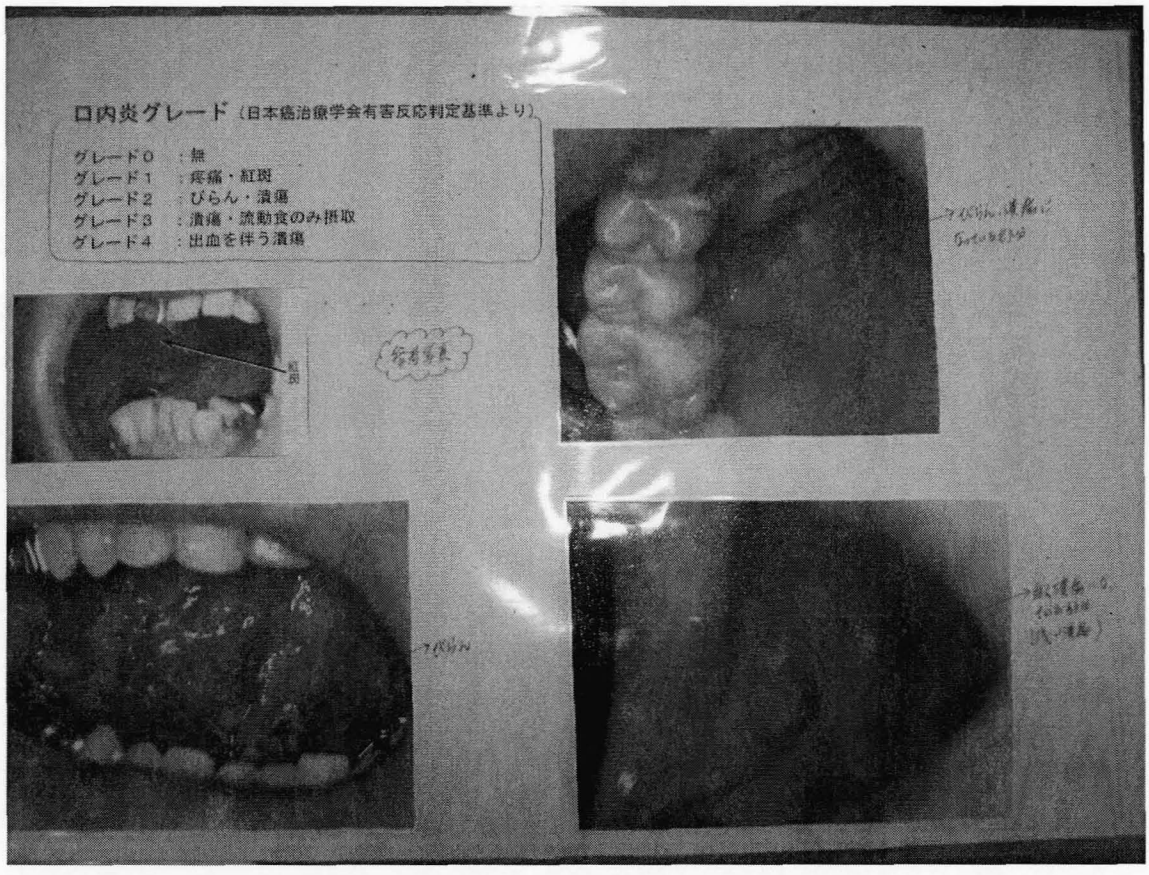
その他 気になる症状 ( )

西2階病棟 看護研究用

自由ページ

(何でも、ご自由にお書き下さい。)

図 1



口内炎グレード (日本癌治療学会有害反応判定基準より)

グレード0 ：無
グレード1 ：疼痛・紅斑
グレード2 ：びらん・潰瘍
グレード3 ：潰瘍・流動食のみ摂取
グレード4 ：出血を伴う潰瘍

図 2

Ⅳ. 結果

介入した３名のうちの１名（A 氏）のブラッシング指導前後の残存歯垢染め出し結果では、指導前後で明らかな歯垢の減少認められた。(図３)この患者は、口腔粘膜炎が最も強い時でもグレード２だった．この患者と同様の疾患で、過去に治療をした患者らのデータでは、７０％以上の人がグレード３であった。

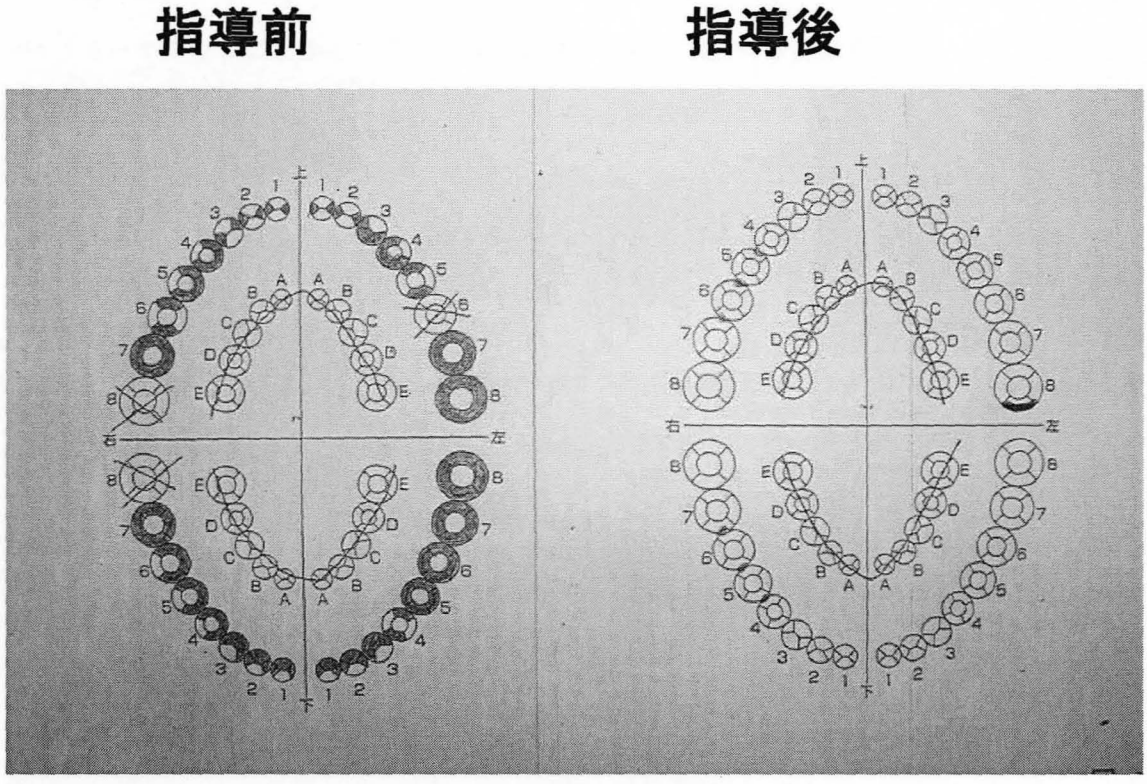


図　3

患者から「歯磨きを丁寧にするようになった」「毎日抵抗なく出来た」「以前は口内を清潔にする意識はほとんどなかったが、その重要性が理解できた」との言葉が聞かれた。

医師・歯科医師・歯科衛生士を対象に実施したアンケート結果より、今回の介入に対する評価としては、「病棟全体としてスタッフが口腔ケアの重要性を意識することができた」「口腔内の清潔を保つ意識が患者さんに持ってもらえた」「歯科の介入をしてから化学療法・放射線療法開始までの時間が短すぎた。今後は、余裕を持って介入を始めるべき」等の意見が聞かれた。今後改善すべき点では「介入の一連の流れを整え、スムーズに介入できるようシステムを確立する」「コンプライアンスの悪い患者への介入方法」「患者さんの口腔内粘膜炎のリスクに応じて、介入方法や回数を変えていく」「病棟看護師も、歯科介入開始時に同席し、患者と一緒に口腔内のブラッシング法や注意点を確認し、日々のケアや評価に生かす」「看護師が日々評価していく中で症状悪化時は、すぐ歯科医師

へ報告しタイムリーに介入やケア方法の変更をしていく」などが聞かれた。

今回実施した介入について、病棟看護師を対象にしたアンケート結果では、「口腔内の評価の視点が統一された」「口腔ケアに対して意識して関われるようになった」「予防的なケアの必要性を再認識した」「今後のケアにつなげていけそう」という項目で、ほとんどの看護師がそう感じると答えていた。一方、看護師間での情報共有に生かせたと感じた人は 89%であったものの、「スケールでの評価はできるが毎日同一の看護師が評価するわけではないので、同一のスケール上の微細な変化が共有しにくい」との意見も聞かれた。看護師と歯科医師・歯科衛生士はコミュニケーションが十分だったと感じた人は 33%であり、「看護師も歯科でのブラッシング指導時に同席し、患者個別のブラッシング法や注意点を確認し、日々のケアや評価に生かせればよかった」「各職種間で共通認識のもとにケアできるようカンファレンスがもてると更に良い」との意見があった。(図4)

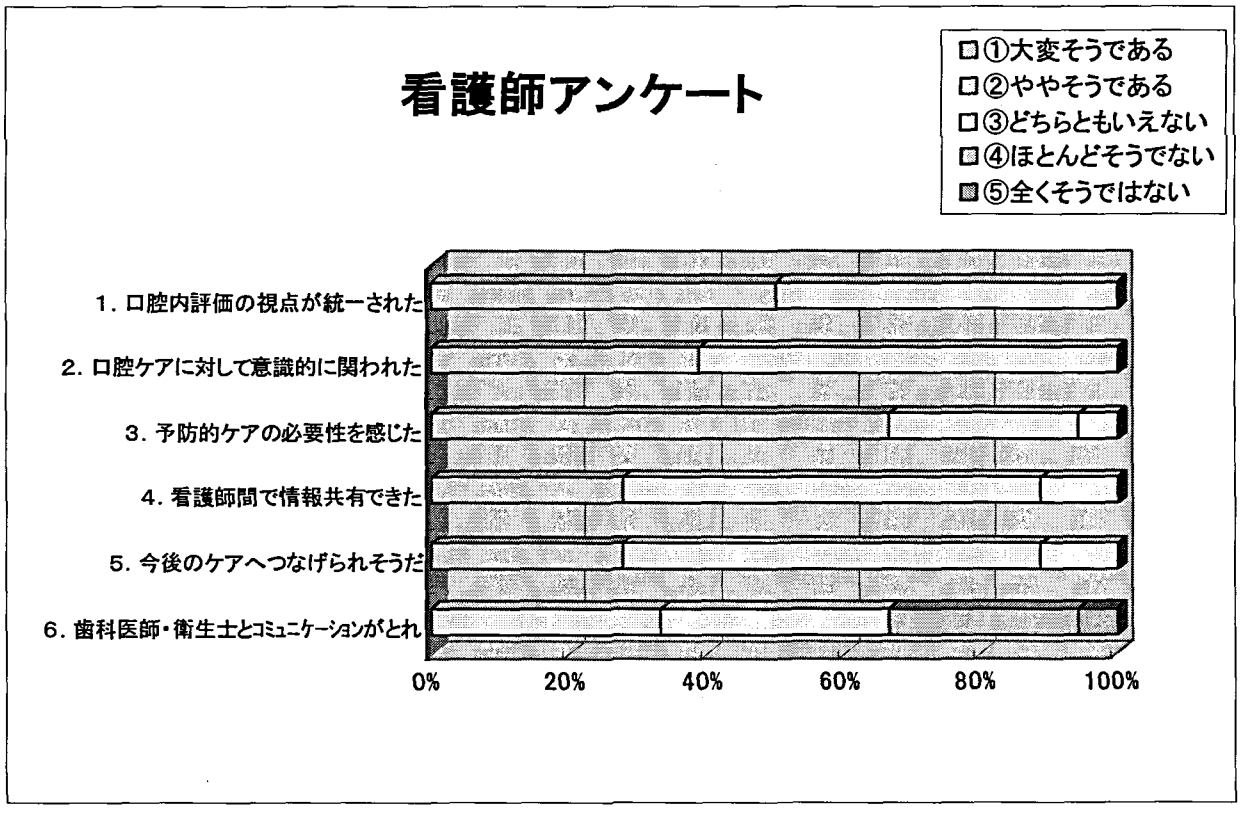


図4

V. 考察

放射線・化学療法によって起こる口腔内の粘膜障害は、感染の合併によって症状が著しく悪化する為、感染予防には口腔内の清潔保持が重要である。今回の介入を通して、患者が口腔内の清潔保持の必要性を理解でき、意識が高まり、セルフケア能力が向上した事は、副作用を予防・緩和し治療

を完遂する上で大いに意味深いと考える。

また、看護師も口内スケールを用い毎日観察したことで、観察基準が統一されて評価が容易になり、口腔内の観察に対する意識が高まった。加えて、医師も含めスタッフ全体が予防的な口腔内ケアの必要性を再認識することができた。しかし、今回用いたスケールの評価だけでは口腔内の状態を共有しにくいという問題点も挙げられた。このため、今後は評価に用いるスケール、また記録の方法に関しても検討が必要である。今回は患者自身に記録用紙を記入してもらい、看護師が患者と共に口腔内の状況や不快症状を確認するかたちをとった。予防的な口内保清においてはセルフケアが重要である為、患者に自ら記録をつけてもらうことは自己管理能力を高めるという面で大きな意味を持つのではないかと考えられる。一方で、情報共有の面から考えると、どの職種でも患者の情報共有がタイムリーにできるようにする為、電子カルテ経過表の観察項目に今回の記録表と同様の観察項目を取り込んでいくことも考慮していきたい。

今回、治療開始前から継続して歯科医師・歯科衛生士が定期的に介入し、専門的立場からの関わりができたことにより、患者個別のニーズを十分満たせた。しかし、各職種間でのチームとしての連携は十分ではなかった。チームとして関わることの利点として、より安全で効率的なケアを提供でき、質の向上につながるということが考えられる為、今後は連携を深め、患者を中心としたチーム医療を目指したい。チームとしての連携する上で、特に看護師の役割としては、口腔内の観察・評価、他職種への情報の提供等のコーディネーター的役割、患者への口内保清の励行、ADL に支障があり口腔内のセルフケアが困難な患者や粘膜炎が強くなりブラッシングが困難な状態となった患者に対する直接的な口腔ケアの実施などが考えられる。口内保清の励行では、患者が口内保清の必要性を理解し動機付けとなるような援助と、粘膜炎や嘔気等により口内保清が困難な時も可能な範囲で保清を維持できるよう心身両面からの援助が必要である。チームの主な構成メンバーとそれぞれの役割・連携については図５にまとめた通りである。

連携の具体例としては、頭頚部に放射線治療を行う患者でリスクが高いと考えられる患者は、放射線科医師に相談し早めに歯科受診ができるよう看護師からも働きかける事、ブラッシング方法等患者が指導された内容を看護師も確認し、病棟でも患者が実際に行えているかを確認する事、また問題のある患者に関しては、放射線科と歯科が同じ病棟であるという特性も生かし、歯科医師、歯科衛生士を含めカンファレンスを行う事等が考えられる。

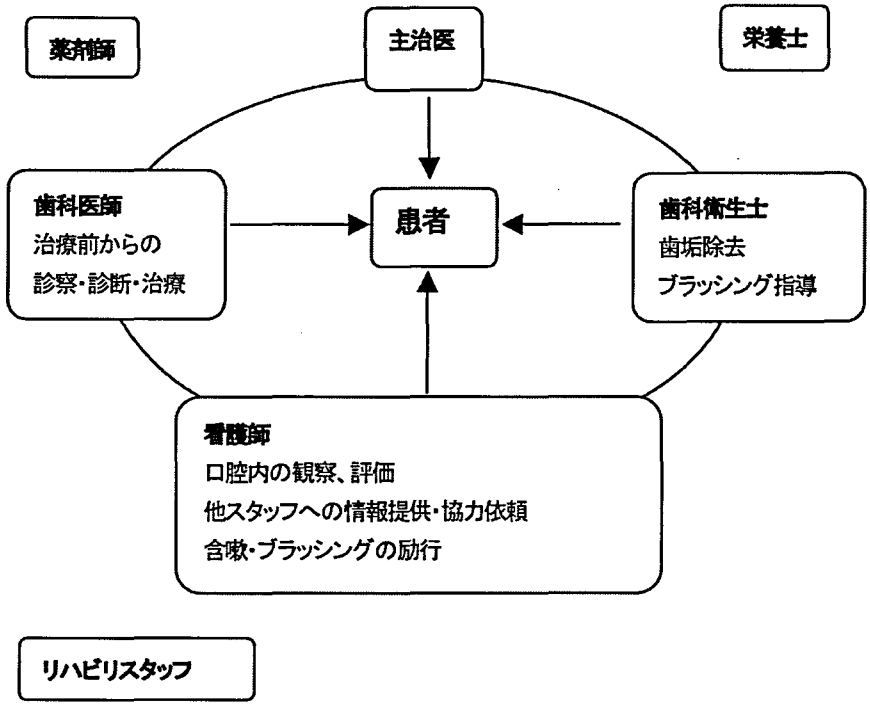


図５

Ⅵ. まとめ

今回、歯科を交えた治療前からの生食含嗽・ブラッシング指導とスケールを用いた看護師間での評価を経験し患者・看護師の口内保清の意識が向上し、患者のセルフケア能力も高まった。 今後は、チームとして連携した介入を目指し、今回考えたチーム内での看護師の役割をもとに、更なるケアの向上を目指し取り組んでいきたい。

また、生食含嗽の効果についても引き続き検討していきたい。

引用文献

1) 大田洋二郎，他：がん患者の口内トラブルとケア，看護技術，52巻(14号)，p10～39，2006

参考文献

1) 大田洋二郎，他：がん患者の口内トラブルとケア，看護技術，52巻(14号)，p10～39，2006

2) 大田洋二郎・中村由起子：口腔ケアチームで関わる口腔・咽頭炎，日本放射線腫瘍学会・日本がん看護学会共催　第3回がん放射線治療看護セミナー　プログラム・収録集，p33～49，2006

3) 大屋演子，他：口腔・咽頭・廃液培養の細菌数からみた効果的な含嗽，看護技術，36巻(8号)，p58～63，1990

4) 鷹野和美：チーム医療論，医歯薬出版株式会社，2002

5) 細田満和子：チーム医療の理念と実現，日本看護協会出版会，2003

6) 増沢和江，他：口腔トラブルに対する含嗽の効果，看護，47巻(1号)，p204～211，1995

7) 安田明美，他：放射線性口内炎予防予防のためのブラッシング指導の効果，第30回日本看護学会論文集(成人看護Ⅰ)，p15～17，1999

8) 江口研二：がん治療・臨床試験のインフォームド・コンセント，p189～190，1997