

## 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  
希釈タイプ



### 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  
医薬部外品



### 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>

2020年6月作成

FOR MEDICAL PROFESSIONS

# がん治療の口腔ケア

## 頭頸部がん・食道がんの外科手術による 術後合併症と口腔ケア

静岡県立静岡がんセンター

頭頸部外科 部長 鬼塚 哲郎 ■ 食道外科 部長 坪佐 恭宏 ■ 再建・形成外科 部長 中川 雅裕 ■ 歯科口腔外科 部長 百合草 健圭志



# がん治療の口腔ケア

頭頸部がん・食道がんの  
外科手術による術後合併症と  
口腔ケア

## 目次

1	頭頸部がん・食道がんの 治療	P2
2	外科手術による合併症と その軽減に向けて	P3
3	周術期における口腔ケア	P5
4	人工呼吸器装着中のための 口腔ケア	P8
5	頭頸部がんの周術期における 口腔ケア事例	P9
	頭頸部再建症例 周術期の口腔ケアプログラム	P10

# はじめに



静岡県立静岡がんセンター  
頭頸部外科 部長  
鬼塚 哲郎



静岡県立静岡がんセンター  
食道外科 部長  
坪佐 恭宏



静岡県立静岡がんセンター  
再建・形成外科 部長  
中川 雅裕



静岡県立静岡がんセンター  
歯科口腔外科 部長  
百花草 健圭志

外科手術にともなう術後合併症の予防・軽減のために、口や歯のケアを行うことの重要性が広く認識され、支持療法としての口腔ケアが、多職種チーム医療の中で求められる時代になりました。本書では、周術期の口腔管理について解説しています。歯科医師・歯科衛生士だけでなく、医師・看護師・薬剤師・言語聴覚士・栄養士などのさまざまな職種の方々が口腔ケアの重要性を理解し、外科手術時に口腔ケアを導入する際の参考としていただければ幸いです。



大田 洋二郎先生  
「口からがん治療を支える」ことを理念に、患者さんが全国どの病院でも安心して治療を受けられるよう、医療従事者への講演や医科歯科連携の基盤づくりのため、日々全国をまわり活躍されました。がん治療における口腔ケア、がん医科歯科連携において多大な功績を残されました大田洋二郎先生に心より感謝と哀悼の意を表します。

## 監修

### 静岡県立静岡がんセンター

頭頸部外科 部長 鬼塚 哲郎  
食道外科 部長 坪佐 恭宏  
再建・形成外科 部長 中川 雅裕  
歯科口腔外科 部長 百花草 健圭志

## 執筆

### 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 百花草 健圭志  
看護部 看護師長 妻木 浩美

# 1 頭頸部がん・食道がんの 治療

## 頭頸部がんの治療方針

■ 頭頸部がんでは、部位ごとに治療方法が異なる。

外科手術	早期がんは原発巣切除、進行がんは原発巣切除 + 頸部リンパ節郭清 + 再建手術が基本となる。
同時化学放射線療法 (保存的治療)	進行がんへの治療成績が外科手術と同等で、機能温存が可能である。現在では標準治療となっている(本ページ下段も参照のこと)。
動注化学療法 (保存的治療)	上顎癌に対して臨床研究が進行中で、評価にはもう少し時間を要する。

表1 頭頸部がんの治療方針 (静岡がんセンターでの事例)

	外科手術	保存的治療
Stage I	部分切除	放射線治療
Stage II	部分切除・腫瘍切除 (腫瘍の切除方法、範囲により頸部郭清術、再建手術を行う)	放射線治療
Stage III	腫瘍切除術+頸部リンパ節郭清術+再建手術	同時化学放射線療法
Stage IV		

## 頭頸部がんの同時化学放射線療法について

従来の放射線治療単独に比べ、根治切除不能な頭頸部がんの局所制御率・無再発生存率・生存率を向上することが示されている<sup>1)</sup>。最近では普及が進み、以下の標準治療として認識されている。

- 局所進行頭頸部扁平上皮がん (根治切除不能例、喉頭温存希望例、手術ハイリスク群)

1) Forastiere AA, et al. Concurrent Chemotherapy and Radiotherapy for Organ Preservation in Advanced Laryngeal Cancer. N Engl J Med. 2003; 349, 2091-2098.

## 食道がんの治療方針

■ 食道がんの治療方針は、進行度と全身状態から決定される。

治療方法	内視鏡的治療、外科手術、放射線治療、化学療法、同時化学放射線療法の5つがある。
集学的治療	進行がんでは、いくつかの治療方法を組み合わせた集学的治療を行う。

表2 食道がんの治療方針<sup>2)</sup>

	外科手術	保存的治療
Stage 0	内視鏡的治療	同時化学放射線療法
Stage I	外科手術 (Stage Iの標準療法とされる)	
Stage II	外科手術+術前療法 (抗がん剤または化学放射線療法の合併療法)	
Stage III		
Stage IV	外科手術の適応なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 化学療法</li> <li>● 同時化学放射線療法</li> <li>● 放射線治療</li> <li>● 痛みや他の苦痛に対する症状緩和を目的とした治療</li> </ul>

2) 国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター. "がん情報サービス 食道がん". [http://ganjoho.jp/public/cancer/esophagus/treatment\\_option.html](http://ganjoho.jp/public/cancer/esophagus/treatment_option.html) より一部引用

# 2 | 外科手術による合併症とその軽減に向けて

## 頭頸部がん・食道がんの術後合併症

### ■ 頭頸部がんの術後合併症

外科手術による要因	細菌が多い環境下にある口腔内の不潔部位と、頸部の清潔部位が術野に混在するため(準清潔手術:clean-contaminated operation)。
特徴	創部感染、瘻孔形成などの局所合併症が高率に発症する。

### ■ 食道がんの術後合併症

外科手術による要因	頸部リンパ節郭清による嚥下機能の一時的な低下、右開胸開腹手術による呼吸機能の低下・痰喀出の低下、反回神経麻痺により生じる誤嚥性(不顕性)肺炎リスクなどのため。
特徴	創部感染、縫合不全、膿胸、肺炎(不顕性肺炎、誤嚥性肺炎)など、さまざまな術後合併症が発症する。

### ■ 術後合併症の原因となるのは、創部感染である。

起因菌	口腔内常在菌、グラム陽性球菌、グラム陰性桿菌、嫌気性菌など。
-----	--------------------------------



図2 頭頸部がん再建手術後7日目の創部感染例

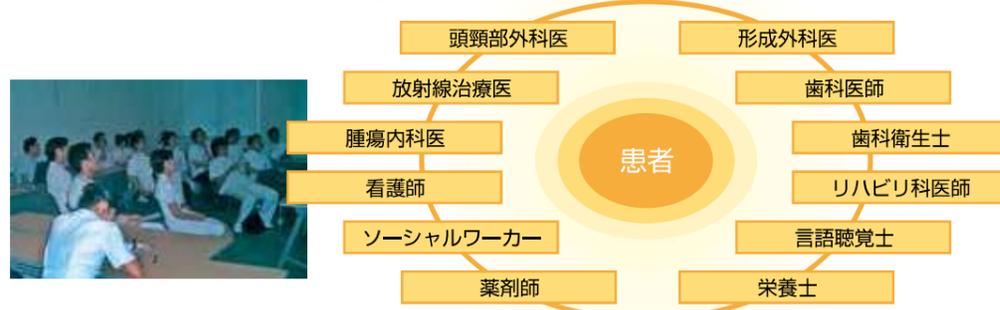
**対処** 排膿後、毎日洗浄する。  
治癒までに2~3週間を要する。

## 頭頸部がん・食道がんにおける多職種チーム医療

### ■ 多職種チーム医療

頭頸部がん手術では、咀嚼、嚥下、発音の機能、さらにボディイメージにも配慮を要する。食道がん手術では、原発巣摘出や頸部・胸部・腹部の3ヵ所のリンパ節郭清などを行い、がん手術の中でも最も侵襲が大きい。術後合併症を生じると重篤になる。したがって、従来の単科による縦割り診療では、治療が完結しない。たとえば、医師も頭頸部外科医、口腔外科医、食道外科医、形成外科医、放射線治療医、腫瘍内科医、リハビリテーション科医などの専門医の連携と協力が必須である。さらに、看護師や歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士などの多職種連携が不可欠である。

図1 頭頸部がん治療のカンファレンスの様子



## 外科手術による問題点

頭頸部がんの再建手術	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 頭頸部がんにおける再建手術は、口腔内の唾液1mLあたり数億~数十億の細菌が存在する手術野で行われる。</li> <li>● そのため術後合併症(創部感染、肺炎など)の頻度が高く、さまざまな報告によれば発症率は約40~60%とされる<sup>3)</sup>。</li> </ul>
食道がんの外科手術	<ul style="list-style-type: none"> <li>● リンパ節郭清による喉頭周囲への侵襲や、消化管の再建により嚥下障害を生じやすくなり、術後肺炎のリスクが高まる。</li> </ul>

3) Jones NF, et al, Microsurgical Reconstruction of the Head and Neck: Interdisciplinary Collaboration Between Head and Neck Surgeons and Plastic Surgeons in 305 Cases, Ann Plast Surg, 1999, 36, 37-43.

## 頭頸部がん周術期の口腔ケアによる成果

### 術後合併症のリスク軽減<sup>4)</sup>

**方法** 1人の形成外科医による2院間の頭頸部がん再建手術例を比較した。  
 ● A病院/1998年4月~2002年2月に35人、口腔ケア介入なし  
 ● S病院/2002年9月~2003年12月に56人、口腔ケア介入あり

図3 術後合併症率(単変量解析)

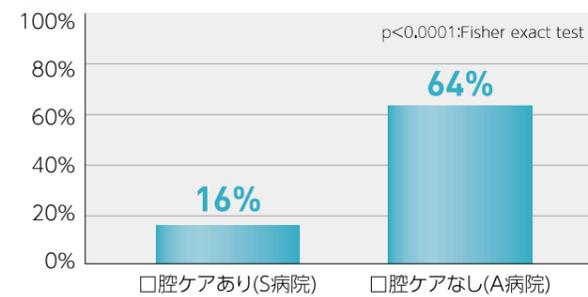


表3 術後合併症内訳

	S病院 (n=56)	A病院 (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 <b>16.1%</b>	21/33例 <b>63.6%</b>

(A病院の2例が詳細が不明のため除外:33例で検出)

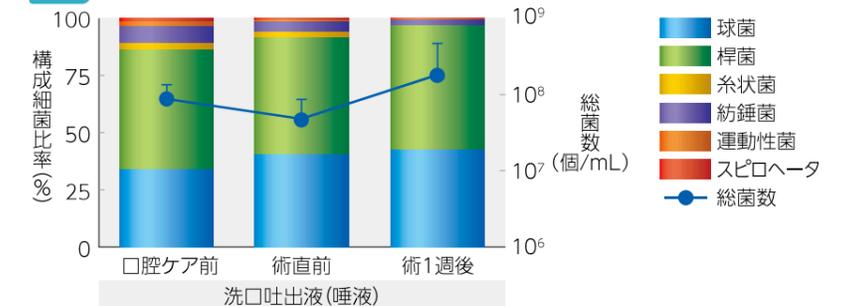
**結果** S病院はA病院と比べ術後合併症率が有意に低く(図3)、経口摂取開始日も有意に短縮された(S病院9日 v.s. A病院16日、 $p < 0.0001$ )。

4) 大田洋二郎, 口腔ケア介入は頭頸部進行癌における再建手術の術後合併症率を減少させる, 歯界展望, 2005, 106, 766-772.

## 口腔内細菌の環境変化<sup>5)</sup>

**方法** 2007年2~7月、頭頸部がん再建手術例の専門的口腔ケア前・術直前・術1週間後での、唾液中の総菌数・構成細菌比率を比較検討した。

図4 頭頸部がん再建手術前後の唾液中の総菌数と種類の変化



**結果** 総菌数は専門的口腔ケア後に減少し、術後はもとの戻ったが、口腔清掃不良例に認める菌(糸状菌・紡錘菌・運動性菌・スピロヘータ)の比率は減少し、健康な成人の口腔衛生状態に近づいた(図4)。

5) Saito T, et al, Oral Microflora in Reconstructive Surgery for Head and Neck cancer, IADR Abst. 2008, 2107.



### 対象、目的、方法

<b>対象</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 対象は、手術野が汚染部位(口腔・咽頭部)と無菌的部位(頸部)が交通する頭頸部がん再建手術や、術後一時的に嚥下機能が低下して肺炎リスクが高くなる食道がんの患者である。</li> <li>● 上記以外の頭頸部がん(甲状腺がんや頸部郭清のみなど)の周術期では、原則としてセルフケアを指導する。</li> </ul>
<b>目的</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 術後の創部感染を予防する<sup>5)</sup>。</li> <li>● 術後の肺炎を予防する<sup>6-7)</sup>。</li> </ul>
<b>方法</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 術前から術後まで、医科と歯科が連携して口腔ケアを行う。</li> <li>● 術前では歯科衛生士が、術後には看護師がこのシステムを支える。</li> <li>● 当院での口腔ケア介入のプロセスを、<b>図5</b>に示す。</li> </ul> <p><b>図5 静岡がんセンターにおける頭頸部がん周術期の口腔ケアの流れ</b></p>

### 口腔ケア① 術前の口腔ケア(手術前2週間～前日)

<b>基本事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 術前の口腔ケアは、遅くとも手術前日までに行う(術前2週間が理想)。</li> <li>● 歯科を受診して口腔ケアを受ける必要性を、担当医より患者に説明することが望ましい。</li> </ul>
<b>問診、口腔内診査、歯科治療</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 問診： 歯科治療の既往、ブラッシング状況、義歯装着の有無を確認する。</li> <li>● 口腔内診査： 診査とX線撮影で、歯肉・歯・顎骨の異常の有無を確認する。</li> <li>● 歯科治療： う蝕や歯周病は治療する。術中に破折しそうな歯牙は、抜歯もしくは歯牙固定する。がん切除線にまたがるブリッジは、切断しておく。不適合な義歯も、調整する(義歯は、手術後に修正または新製する必要があることを患者に説明する)。</li> </ul>
<b>歯科衛生士・看護師によるセルフケア指導</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 口腔ケアの目的の説明：「なぜ、清潔に保つことが大切なのか」を明確に伝え、患者のモチベーション向上と継続を図る。</li> <li>● ブラッシングの指導： 詳細は、シリーズ別冊「がんの薬物療法による口腔粘膜炎とケア」を参照。</li> </ul>
<b>PMTC (専門的機械的口腔清掃)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 術前には、歯科医師や歯科衛生士による専門的なケア・PMTC (Professional Mechanical Tooth Cleaning) が行われる。</li> <li>● PMTCでは、ハブラシ・歯間ブラシ・デンタルフロスに加え専門的な用具を使い、歯石とプラークを徹底的に除去する。</li> </ul> <p><b>図6 PMTCに用いる口腔ケア用具</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①ハブラシ</li> <li>②エア・スケーラー</li> <li>③手用スケーラー</li> <li>④超音波スケーラー</li> </ol>

### 口腔ケア② 術後の口腔ケア (ICU～一般病棟でのケア)

<b>基本事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 看護師が担当する。ICU入室直後から開始し、一般病棟でも継続する。</li> <li>● 口腔内の唾液吸引とスポンジブラシによる粘膜主体のケアが中心となる(場合により、ハブラシを用いる)。</li> </ul> <p><b>図7 術後に用いる口腔ケア用具</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①保湿剤・洗口液(低刺激性がよい)</li> <li>②スポンジブラシ、コップ</li> <li>③生理食塩水</li> <li>④ハブラシ(毛先の軟らかいもの)</li> <li>⑤吸引用チューブ</li> <li>⑥ワセリン</li> <li>⑦ガーゼ</li> </ol>
-------------	---

6) Yoneyama T, et al. Oral Care Reduces Pneumonia in Older Patients in Nursing Homes. J Am Geriatr Soc. 2002, 50, 430-433.  
7) Bergmans DC, et al. Prevention of Ventilator-associated Pneumonia by Oral Decontamination. Am J Respir Crit Care Med. 2001, 164, 382-388.

# 4 | 人工呼吸器装着中のための口腔ケア



ICU入室直後	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 口腔ケアについて、再建担当医師から皮弁を圧迫しない程度の清掃処置が許可される。</li> </ul>
ICUでの口腔ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>● スポンジブラシ：水や保湿剤をスポンジブラシに浸して軽く絞り、貯留する唾液や血餅、痂皮を除去する。</li> <li>● 吸引：皮弁周囲や咽頭部に貯留した痰や唾液は、吸引用チューブで除去する。</li> <li>● 留意点①：患者は仰臥位で鎮静下にあることが多いので、スポンジブラシ操作は吸引用チューブで水分を吸引しながら行うと、誤嚥防止が図れる。</li> <li>● 留意点②：食道がん手術の場合は口腔内に手術創がないため、手術の翌日よりベッド上でのハブラシによるブラッシングを再開する。</li> </ul>
一般病棟での口腔ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 一般病棟移動後も、各担当看護師は勤務時間帯に1回ほど口腔ケアを行う。</li> <li>● 口腔ケアは誤嚥に注意しながら行い、セルフケア開始まで継続する。</li> <li>● 一般病棟では、下記に示したスポンジブラシとハブラシによる口腔ケアが中心となる。</li> <li>● 義歯管理の指導：手術時や、術後の創部が落ち着くまで外す。食道がんなど創部が露出しない場合は、術後すぐに装着できる（洗浄・保管などの詳細は、シリーズ別冊「頭頸部領域のがんへの放射線療法による口腔乾燥症とケア」を参照）。</li> </ul> <div data-bbox="329 863 670 894" style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px;">スポンジブラシによる粘膜の清掃</div> <div data-bbox="329 911 1279 1136" style="border: 1px solid #0070C0; padding: 5px;"> <p><b>口腔清掃時の注意</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ハブラシは歯と歯肉の清掃に、スポンジブラシは粘膜の清掃に使用する。</li> <li>● こびりついた痰などの乾燥した汚染物は、清掃前に十分な保湿を行い、軟化させておく。</li> <li>● びらんや潰瘍などの粘膜損傷部分に対しては、スポンジブラシの接触を控える。</li> <li>● スポンジブラシは、一度使用すると洗浄・乾燥させても細菌が繁殖するため、衛生管理上の配慮から、使い捨てで使用する<sup>8)</sup>。</li> </ul> </div> <div data-bbox="329 1157 1279 1766">       <ol style="list-style-type: none"> <li>① スポンジブラシは、使用前に保湿剤や水分を含ませるが、余分な水気をしっかり切ってから使用する。</li> <li>② 上顎と下顎の片方ずつ頬粘膜にスポンジブラシを圧接させ、回転させながら軽く引っ張るように奥から手前へ動かす。</li> <li>③ 歯肉も、頬粘膜同様に上顎と下顎片方ずつ清掃する。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掃する。</li> <li>④ 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清掃する。</li> <li>⑤ 口蓋粘膜は、スポンジブラシを奥から手前に動かしながら清掃する。</li> <li>⑥ 舌は先端を水で湿らせ絞ったガーゼで保持し、水で湿らせた舌ブラシもしくは毛先の軟らかいハブラシを斜めに倒し、奥から手前へ汚れをかき出すように動かす。</li> </ol> </div>
セルフケアの開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 術後約4～6日が開始の目安であるが、患者の離床が進み、含嗽を行えることが必要条件となる。</li> <li>● 皮弁周囲や舌苔はスポンジブラシで優しく清掃し、創部に接していない歯牙は、ハブラシによるブラッシングを再開するよう指導する。</li> <li>● 術後7日以降、嚥下造影検査で誤嚥がないことが確認されると食事開始となるが、同時に衛生状態が悪化する場合もあるので注意を要する。</li> </ul>

8) 犬伏順也他, 口腔用スポンジブラシ使用後の洗浄・乾燥が付着細菌数におよぼす影響, 日摂食嚥下リハ会誌, 2014, 18, 221-228.

人工呼吸器装着中は、口腔乾燥や自浄作用の低下により、口腔内が汚れたり、傷つきやすい状態である。したがって、口腔粘膜の保護、口腔衛生状態の改善、および人工呼吸器関連肺炎など合併症予防を目的とした口腔ケアの実施が必要となる。

AACN (全米集中治療看護師協会) オラルケアマニュアル  
VAPの罹患リスクが高い患者に対する包括的な口腔衛生プログラムより改変

- **ケア回数**：最低でも1日に2回、小児用もしくは大人用のやわらかい歯ブラシで歯、歯肉、舌を清掃する。  
またスポンジブラシなどを用い、粘膜に付着した汚染物の除去も同様に実施する。
- **保湿**：2～4時間ごとに口腔粘膜と口唇を保湿する。
- **吸引**：体位交換前に口腔咽頭部およびカフ上の分泌物の吸引を行う。

**口腔ケア実施時の注意点**

ケア前

- チューブ位置の確認、カフ圧の確認、カフ上吸引の実施を行う。
- 口腔内の観察を行う。  
《観察項目》  
□口唇の状態 □歯の状態(動揺度)  
□粘膜の状態(糜爛、潰瘍の有無)  
□汚染状態、部位 □乾燥、出血の有無 など
- ケアを始める前に、乾燥状態を確認して、口唇や粘膜の保湿を実施する。

ケア中

- 乾燥付着物は、保湿して十分に軟化させる
- 歯ブラシやスポンジブラシに付着した余分な水分は絞ってから口腔内へ使用する。
- ケア中、口腔内に貯留する水分は適宜吸引する。

ケア後

- チューブの位置確認、カフ圧の確認、カフ上吸引の実施を行う。
- チューブが接触する粘膜へは保湿剤を塗布し、粘膜損傷を予防する。
- 口唇や粘膜を保湿して終了する。

# 5 頭頸部がんの周術期における 口腔ケア事例

症例:40歳代男性 舌がん(T4aN2bM0)、舌亜全摘、腹直筋皮弁再建

## 術前

【ケア内容】 歯科による専門的口腔内清掃とセルフケアの指導

- セルフケア
  - ケア用具：ヘッドのコンパクトなハブラシ、スポンジブラシ
  - 保湿：術前放射線治療時には、ノンアルコール・低刺激性の洗口液またはスプレー型保湿剤(ジェルスプレー)を用いる
  - ケアポイント：腫瘍に触れないようにケアを実施  
舌表面と頬・口蓋粘膜などは、スポンジブラシを使用
- 看護師によるケア
  - アセスメント：セルフケア実施状況の評価  
口腔衛生状態の評価
  - 指導内容：歯科を受診し、専門的な口腔ケアを受けるように指導  
腫瘍に含まれる、または隣接する歯の歯磨き停止を指示(出血、疼痛の誘発回避のため)  
腫瘍にハブラシが接触する場合、シングルタフトブラシを選択して使用法を指導  
手術後の創部腫脹、嚥下困難などの経過や、口腔ケア・リハビリの必要性について説明



PMTC前

歯頸部に多量の歯石・プラーク、辺縁歯肉の腫脹、動揺の強い前歯を認める



PMTC後

歯頸部の多量の歯石・プラークは除去され、動揺の強い前歯は抜歯処置した

## 術後

【ケア内容】 看護師による粘膜主体のケアからセルフケアへの移行

- 看護師によるケア(術直後から術後5~7日目まで)
  - ケア用具：スポンジブラシ、シングルタフトブラシ
  - ケア内容：スポンジブラシによる口腔粘膜のケアが主体となる  
皮弁周囲は食渣・唾液が貯留しやすく、衛生状態が悪化しやすいため、スポンジブラシやシングルタフトブラシによる愛護的ケアを行う  
術後7日間は、嚥下困難により口腔内に唾液が貯留しやすいので、吸引チューブを使う
- セルフケア(術後5~7日以降、担当医にセルフケア再開の確認を行う)
  - ケア用具：小さなヘッドのハブラシ、スポンジブラシ、シングルタフトブラシ
  - 保湿：放射線治療の影響で唾液量が低下した場合、ノンアルコール・低刺激性の洗口液またはスプレー型保湿剤(ジェルスプレー)を用いる
  - 指導内容：健側部位は、従来通りのハブラシを使ったセルフケアを再開する  
患側部位は、看護師が行ってきたスポンジによる粘膜、皮弁周囲のケアを自身でできるように指導する



手術後1日目

一般病棟帰室時の口腔内所見



口腔ケアが困難な例

皮弁に隣接する歯牙の周囲は肉芽が増殖しやすく、衛生状態が悪化しやすい

# 頭頸部再建症例 周術期の口腔ケアプログラム

ID

氏名

GOAL

- 術前PMTCによって口腔内を可能な限り清潔にし、周術期合併症のリスクを軽減させる。
- 術後の摂食嚥下機能を評価し、誤嚥を予防しながら経口摂取量を必要エネルギー量まで回復させる。

治療の流れ	症状・所見	教育・指導	口腔ケアの介入
入院、術前1~3日	<input type="checkbox"/> 加療前の口腔内の状態 <input type="checkbox"/> う歯・歯周炎の有無 <input type="checkbox"/> 腫瘍と歯牙の関係(歯肉がん、舌がんの場合) <input type="checkbox"/> 義歯の状態	<input type="checkbox"/> セルフケア習慣化の徹底 <input type="checkbox"/> セルフケア指導 清潔の保持 口腔内の観察 <input type="checkbox"/> 注意点 腫瘍を避けた歯磨き 口腔粘膜のケアは必須(スポンジブラシ)	歯科受診は必須 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         PMTCならびに歯科治療は、術前2週~前日までに必ず行う                     </div>
<b>手術</b>			
手術当日~2日 ICU	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜・創部の腫脹・疼痛 <input type="checkbox"/> 皮弁周囲の唾液貯留 <input type="checkbox"/> 口腔内状態の評価 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 開口状態 <input type="checkbox"/> 皮弁状態(皮弁の色)		<input type="checkbox"/> 口腔内清潔保持 <input type="checkbox"/> 頻回の唾液吸引 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜の清拭(スポンジブラシ) <input type="checkbox"/> 皮弁周囲の愛護的ケア <input type="checkbox"/> 間接嚥下訓練の開始 ◆言語聴覚士の介入が望ましい
術後1~2日 帰室	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜・創部の腫脹の軽減 <input type="checkbox"/> 皮弁周囲の唾液貯留の改善(カニューレ⇒除去) <input type="checkbox"/> 口腔内衛生状態の評価 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 開口状態 <input type="checkbox"/> 創部と残存歯牙の接触	<input type="checkbox"/> 経口摂取開始に向けたセルフケア指導 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜清拭(スポンジブラシ) <input type="checkbox"/> 皮弁周囲の愛護的ケア <input type="checkbox"/> 可能な場合はハブラシによるセルフケア(小さなヘッドのハブラシ)	<input type="checkbox"/> 看護師が行ってきた口腔ケアの、患者への正確な伝達 <input type="checkbox"/> セルフケアの理解・実施状態チェック <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査の実施 <input type="checkbox"/> 誤嚥がないことを確認し経口摂取の再開 <input type="checkbox"/> 食形態、食事量の確認を管理栄養士と行う
術後1週間後 経口摂取開始		<input type="checkbox"/> 誤嚥の有無、経口摂取量の確認 <input type="checkbox"/> セルフケアの指導 <input type="checkbox"/> 歯科定期検査受診の推奨	
退院			
術後リハビリテーションのポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>●食道がんの場合は、術後1日目よりハブラシを用いたセルフケアを実施する。</li> <li>●口腔がん・中咽頭がんの再建患者では、担当医に確認したうえで口腔ケアを実施する。</li> <li>●義歯装着患者では、顎・粘膜欠損がなければ早期からの装着が可能である。(ただし、顎・粘膜欠損例では、従来使用してきた義歯が術後に装着できず、新製が必要となる)</li> <li>●再建症例の口腔ケアでは、歯・粘膜・皮弁とその周囲を清潔に保持する。その際、口腔内の状態に応じて用具を使い分ける(小さなヘッドのハブラシ、シングルタフトブラシ、スポンジブラシなど)。</li> </ul>		

●本ページをコピーして使うなど、口腔ケアプログラムの実践にお役立てください。 ●尚、この口腔ケアプログラムは、あくまで事例であることをご了承願います。