



# 周術期口腔機能管理について

**歯科・口腔外科部長**

**阿部 厚**

**日本口腔外科学会専門医・指導医**

**国際口腔顎顔面外科専門医**

**日本がん治療認定機構がん治療認定医**





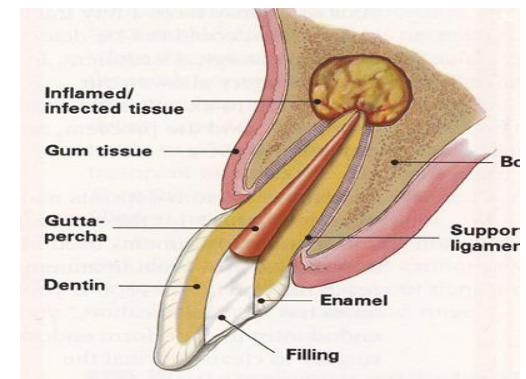
## 周術期口腔機能管理のメリット

1. 肺炎などの術後合併症の発生頻度の減少
2. 放射線・化学療法有害事象の減少
3. 心臓疾患の場合は感染性心内膜炎の予防
4. 治療中の患者のQOLの向上



## がん治療

1. 手術
2. 放射線療法（定位・強調変調放射線・画像誘導照射・粒子線）
3. 化学療法（抗がん剤 分子標的薬）→ **主病の治療に影響しないように歯科治療の計画を立てる必要がある**
4. 主病治療開始前の限られた期間で何を行うか
5. 特に抜歯は観血処置でありリスクを伴うが感染源は取り除いておきたい
6. 口腔清掃・歯周病治療は必須
7. P e rはどうする??





## 介入の意義

1. 誤嚥性肺炎の発症の予防
2. 気管内挿管時の偶発症予防 歯の破折・脱落
3. 術後経口摂取再開支援
4. 口腔・頸部手術の術後感染予防



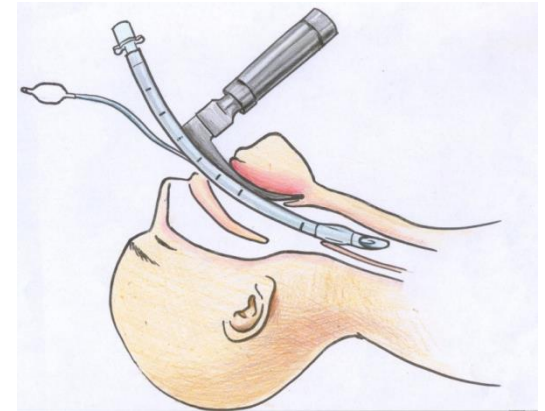
## 手術・周術期における口腔領域の問題点

絶飲食

気管内挿管

経鼻胃管

鎮静状態



→口腔内の汚染 嚥下運動なし カンジダの出現 口腔乾燥



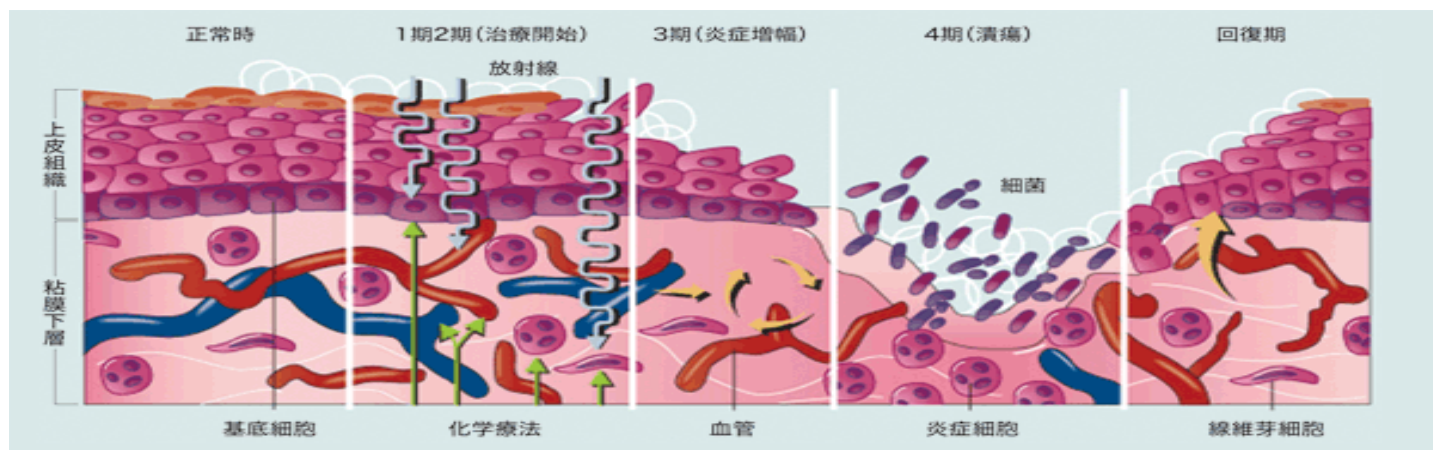
## がん治療に関わる口腔内症状



**化学放射線療法中の口内炎**

**抗がん剤投与後 数日～10日目ごろに発症しやすい**

**抗がん剤・活性酸素による基底細胞障害から発生  
(基底細胞のターンオーバーは10日前後)**





## 抗がん剤治療時の口内炎発生頻度

- 通常の抗がん剤使用時：30 – 40%
- 造血幹細胞移植（大量の抗がん剤治療）：  
70 – 90%
- 抗がん剤と頭頸部放射線照射：ほぼ100%



## 副作用の判定方法

**1 : 有害事象共通用語規準v4.0日本語訳JCOG版NCI-CTCAE  
(National Cancer Institute-common Terminology  
Criteria for Adverse Events)**

**2 : WHO scale**

**Scale 0 : 有害事象なし**

**Scale 1 : ひりひりする 紅斑**

**Scale 2 : 紅斑・潰瘍・嚥下痛**

**Scale 3 : 潰瘍・広範囲のびらん・嚥下困難**

**Scale 4 : 経口摂取不可**

**比較的簡便**

**Scale 2 以上は当科でフォロー**





## 診断基準別治療方法

**Grade 0, 1 : 含嗽 口腔清掃**

**Grade 2 : 含嗽 + 保湿剤 粘膜保護剤 冷却法  
低出力レーザー**

**Grade 3, 4 : 含嗽 + 保湿剤 粘膜保護剤 冷却法  
局所麻酔剤 鎮痛薬**



**Gradeが高いとできることは限られる  
経口摂取に直接影響する  
いかに低いGradeで抑えられるか**



## 放射線治療による障害

1. 口腔粘膜炎

2. 口腔乾燥症

3. 味覚異常

4. 放射線性骨壊死 (ORN)





## 放射線性骨壊死（ORN）

治療後何年経過しても危険性は変化しない

最大の誘発因子は照射部位の抜歯と歯周病の増悪



照射後の抜歯の骨壊死リスクは3倍

骨への照射が65 Gy以上の下顎臼歯部抜歯は  
ORN発症が30-40%



## BP 関連顎骨壊死

乳がん・肺がん・前立腺がん・腎がんなどの  
骨転移・多発性骨髄腫の高Ca血症に  
対して使用される

休薬することが出来ない  
事が多い



BP系薬剤関連顎骨壊死



## BRONJと歯科治療

### 〈BRONJの局所的危険因子〉

主として以下に記載する処置であるが、これらの処置に限らず歯科外科処置が危険因子となり得る。

- ・抜歯
- ・歯科インプラントの埋入
- ・根尖外科手術
- ・骨への侵襲を伴う歯周外科処置

注射用BP製剤投与患者にこれらの歯科外科処置を施行した場合、施行しない患者に比べ、BRONJの発現率が7倍以上になるとされている。



## 患者さんの流れ

