

がん周術期からの口腔機能管理が終末期がん患者の口腔内に及ぼす効果 に関する研究

研究分担者 大野 友久 聖隷三方原病院歯科 部長

研究要旨

がん周術期からの口腔機能管理が、終末期がん患者の口腔内にどのような影響を及ぼしているかを調査し、その効果について後方視的に検討した。20XX年1月～6月にかけて某病院ホスピス病棟に入院された終末期がん患者の診療録からデータを抽出した。抗がん周術期に当歯科の介入があった者、あるいは診療情報提供書によって他院歯科にて周術期口腔機能管理実施歴があると判断される者を「周術期群」とし、それ以外の者を「対照群」とし、経口摂取状況について比較した。経口摂取状況についてはFood Intake Level Scale : FILS (Kunieda, 2012) を使用して評価した。その結果、今回の検討ではほとんど差は認められなかった。データが少ないことも影響しているかもしれないが、がん患者は終末期に至るまでは比較的元気であり、歯科医院に通院することも可能な場合が多い。従って、抗がん治療の際に、周術期口腔機能管理という認識はなく通常の認識で歯科受診をされていることも考えられるだろう。今後は、周術期から終末期にかけて歯科受診ができていなかった者の、歯科受診阻害因子などを検討し、より詳細な条件下での検討が必要かもしれない。しかし、意識障害などがなければ、約80%の患者において死亡前5日程度まで何らかの経口摂取ができていた状況を考慮すると、周術期ももちろんであるが、終末期に歯科が介入し、亡くなる直前まで経口摂取を支援することは大きな意義があると言える。

A. 研究目的

終末期がん患者においては、全身状態の悪化とそれに対する治療の結果が影響することで、口腔内合併症が生じる頻度が高く、口腔ケアが必要である(岩崎 2012, Sweeney 2000)。また、歯科治療を必要とする患者も少なくない。しかし終末期であり、可能な歯科的対応方法や時間が限られており、応急的な処置に終始せざるを得ない状況がある。一方、多くの終末期がん患者において、死亡する約5日前までは経口摂取が可能であるというデータがある。終末期に良好な口腔内環境を維持し

ておくことは、残された時間が少ない中で、よりよい条件での経口摂取に繋がるのではないかと考えられる。そのためには、終末期に至る前の段階、つまりがん周術期から十分な口腔機能管理を実施することが重要と考えられる。本研究の目的は、がん周術期からの口腔機能管理が、終末期がん患者の口腔内にどのような影響を及ぼしているかを調査し、その効果について検討することにある。

B . 研究方法

後方視的研究。20XX年1月～6月にかけて当院ホスピス病棟に入院された終末期がん患者の診療録からデータを抽出した。抗がん周術期に当歯科の介入があった者、あるいは診療情報提供書によって他院歯科にて周術期口腔機能管理実施歴があると判断される者を「周術期群」とし、それ以外の者を「対照群」とし、経口摂取状況について比較した。なお、両群ともホスピス入院後は必要に応じて歯科による歯科治療および口腔ケアを実施した。その他、疾患背景や入院期間、死亡日から遡って15日前までの摂食状況についても記録した。経口摂取状況についてはFood Intake Level Scale : FILS (Kunieda, 2012) を使用して評価した。

Food Intake Level Scale : FILS

No oral intake

Level 1: No swallowing training is performed except for oral care.

Level 2: Swallowing training not using food is performed.

Level 3: Swallowing training using a small quantity of food is performed.

Oral intake and alternative nutrition

Level 4: Easy-to-swallow food less than the quantity of a meal (fun level) is ingested orally.

Level 5: Easy-to-swallow food is orally ingested at 1-2 meals, but alternative nutrition is also given.

Level 6: The patient is supported primarily by ingestion of easy-to-swallow food at 3 meals, but alternative nutrition is used as complement.

Oral intake alone

Level 7: Easy-to-swallow food is orally ingested at 3 meals. No alternative nutrition is given.

Level 8: The patient eats 3 meals by excluding food that is particularly difficult to swallow.

Level 9: There is no dietary restriction, and the patient ingests 3 meals orally, but medical considerations are given.

Level 10: There is no dietary restriction, and the patient ingests 3 meals orally (normal).

C . 研究結果

期間中に当院ホスピス病棟に入院された患者数は137名であった。そのうち、死亡せずに退院・転院した者、消化管閉塞や脳転移などによる意識障害によりホスピス入院前より摂食が困難な者を除くと63名が対象となった。周術期群は21名(男性11名女性10名)、平均年齢 69.8 ± 11.9 歳であった。対照群は42名(男性23名女性19名)、平均年齢 73.1 ± 14.2 歳であった。ホスピス在院日数は周術期群 47 ± 40.7 日、対照群 35 ± 34.8 日であり、ホスピス入院時のFILSとしては、周術期群の平均が 8.0 ± 2.8 、対照群が 8.1 ± 2.6 となった。経口摂取不可能となった者の割合を、死亡日から起算した日数で調査したところ図1に示すような結果となった。また同様に、FILS7(咀嚼が不要な食形態:ミキサー食など)以下となった者の割合を、死亡日から起算した日数で調査したところ図2に示すような結果となった。

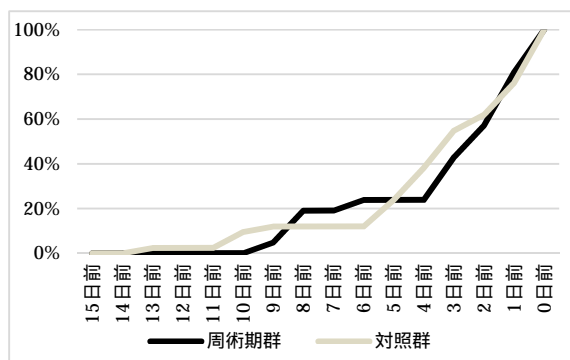


図1 経口摂取不可になった者の割合(累積)

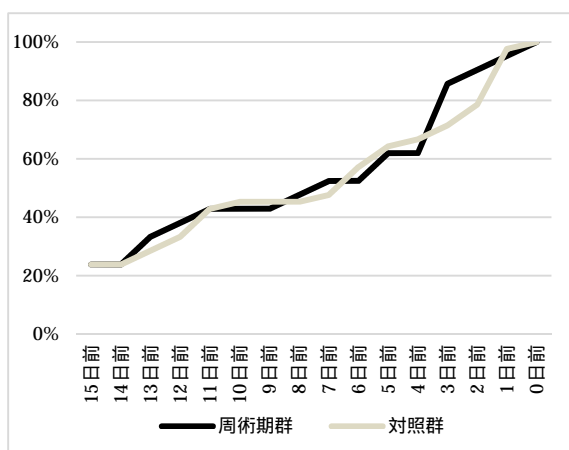


図2 FILS7以下になった者の割合(累積)

D. 考察

周術期の歯科介入によって、歯科治療、口腔ケアがなされることにより、口腔機能が維持改善するものと考えられる。終末期までそれが続けば、口腔機能の低下を防ぐことが可能となり、よりよい条件での経口摂取を支援することに繋がると考えられ、今回調査を実施した。しかし、今回の検討ではほとんど差は認められなかった。データが少ないことも影響しているかもしれないが、がん患者は終末期に至るまでは比較的元気であり、歯科医院に通院することも可能な場合が多い。従って、抗がん治療の際に、周術期口腔機能管理という認識はなく通常の認識で歯科受診をされていることも考えられるだろう。今後は、

周術期から終末期にかけて歯科受診ができていなかった者の、歯科受診阻害因子などを検討し、より詳細な条件下での検討が必要かもしれない。

周術期口腔機能管理は術後の肺炎や化学療法による口腔粘膜炎など、抗がん治療そのものの合併症への対応が主であり、その後の終末期への影響については今回有益な結果を得られなかった。しかし、意識障害などがなければ、図1に示す通り、約80%の患者において死亡前5日程度まで何らかの経口摂取ができている状況を考慮すると、周術期ももちろんであるが、終末期に歯科が介入し、亡くなる直前まで経口摂取を支援することは大きな意義があると言える。

E. 結論

周術期の歯科介入が終末期の経口摂取状況に及ぼす影響を調査した。今回の調査の結果では影響は認められなかった。今後、より詳細な検討が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
 2. 学会発表
- なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし