

第5章 症状マネジメント

口内炎に関する看護ケアの指針

- ❖ 発達段階に応じて子どもが主体的にケアに参加することができるよう促す。
- ❖ 口腔内の乾燥を予防する。
- ❖ 口腔内の清潔を保持し、感染を防ぐ。
- ❖ 口内炎の症状を適切にアセスメントする。
- ❖ 口内炎による疼痛を最小限に抑え、状態に応じたケア方法で口腔ケアを継続する。

5-1 口内炎（口腔粘膜障害）

口内炎は、口腔内の感染や、抗がん剤治療・放射線療法により粘膜障害を生じるために発症する。疼痛、出血、感染、潰瘍形成、味覚の変化など様々な症状があるが、疼痛のために開口障害・経口摂取の減少を引き起こし、さらに苦痛が強まることが多い。がん治療に伴う口内炎（口腔粘膜障害）の発症率は約40%であり、造血幹細胞移植を行う場合は約80%、頭頸部の放射線療法を併用した場合は100%と言われている。これまでの治療で口内炎を生じたり、極端な好中球減少があったりする場合は、発症のリスクが高まる。抗がん剤投与後4日～1週間頃に発症することが多く、2～3週間持続すると言われている。通常は舌の辺縁・頬粘膜・軟口蓋など可動粘膜に潰瘍を生じ、放射線療法を併用している場合を除き、歯肉や硬口蓋には生じない。有効な治療法は少なく、予防と対症療法が中心となる（Cheng, et al., 2011）。

<看護ケア>

1) 発達段階に応じて子どもが主体的にセルフケアに参加することができるよう促す

口内炎の予防・症状の改善には、ブラッシング・含嗽といった日常の口腔ケアが効果的である。治療開始前から子どものセルフケア状況をアセスメントし、症状・発達段階に応じて子ども自身が口腔ケアを実施すること、症状に応じたケア方法を子ども自身が選択できることが重要である。倦怠感が強い時期は、子どもの状態に応じてセルフケアを促すか、看護師がケアを行うかを判断する。また、症状が出現した場合のようなケアで対処したいか、あらかじめ子どもと家族の意向を把握しておく。

口内炎はセルフケアが症状の予防・軽減に重要な役割を果たすため、子どもがケアを通じて自らの症状をコントロールすることができる貴重な機会になりうる。子どもが自ら症状を訴えることができ、ケア方法を選択し、

症状とケアの関連を意識できるようにかかわることが、子どもの主体性を促すことにつながる（中村, 2006、前田ら, 2011）。

2) 口腔内の乾燥を予防する。

抗がん剤治療によって唾液分泌が低下し、口腔内が乾燥するため、唾液による自浄作用が低下する。発達段階に応じた含嗽・口腔内清拭方法（表1）で口腔内を保湿し、同時に清潔を保持するよう心がける。含嗽は3時間以上あげると効果が消失すると言われている。

3) 口腔内の清潔を保ち、感染を予防する。

好中球減少に伴い、口腔内の常在菌による感染を生じやすいため、う歯・歯周病が悪化しやすく、健康時には見られないカンジダ・ヘルペスなどの日和見感染が出現することがある。う歯・歯周病は治療開始前に治療しておき、含嗽・ブラッシングで口腔内の清潔を保つ。

洗口液・スポンジブラシ等の物品を使用する場合は家族の自己負担になるため、経済的負担も含めて子ども・家族と十分に相談し、ケア方法を決定する。

4) 口内炎の症状を適切にアセスメントする。

症状のアセスメントには、VAS（Visual Analog Scale）（フェイススケール）、CTCAE（Common Terminology Criteria for Adverse Events）、修正版OAG（Revised Oral Assessment Guide）などがあり、アセスメント項目がそれぞれ異なるため、子どもの症状・年齢などに応じて適切なものを利用する。医師・看護師でアセスメント指標を共有し、症状の経過を評価していく。

5) 口内炎による疼痛を最小限に抑え、状態に応じたケア方法で口腔ケアを継続する。

口内炎が出現した場合は、潰瘍面にはステロイド含有軟膏を塗布するとともに、症状に応じた方法で含嗽・ブラッシング等を行い、口腔内の清潔を保持する。口腔内

3) 疼痛コントロール

小児がんの子どもの痛みの中には、ある程度その原因がわかっていて、痛みが出現したり増強したりする前に予防的な対策をとることが考慮される場合も多くあります。手術や化学療法、放射線療法など治療による原因により引き起こされる痛みに対しては、子どもの訴えや反応と共に症状を捉えて、適切な薬物の提供や子どもの対処方法の特徴に合わせたケアの提供ができるでしょう。また、骨髄穿刺や腰痛穿刺などの処置に伴う痛みは、穿刺痛への対策や不安に伴う苦痛への援助を考えることができます。原疾患そのものによる痛みの場合には、それが骨膜刺激による痛み（体性痛）なのか神経を圧迫によるしびれや痛み（神経因性疼痛）なのか、など痛みの種類によって考えられる薬剤の選択がなされます。適切な薬剤が投与されるように、子どもの病状の経過から、痛みがどのような種類なのか（何が原因なのか）を子ども自身の評価と合わせてアセスメントし、適切な薬剤が投与される必要があります。

① 薬物療法

世界保健機関（WHO）の新しいガイドライン（2012）では子どもの持続する痛みへの薬物療法について2段階戦略を用いることが示されています。第1段階の軽度の痛みに対しては、非オピオイド鎮痛薬を使用すること、薬剤としてはアセトアミノフェン、イブプロフェンを推奨しています。第2段階の中等度から高度の痛みには、強オピオイドの使用としてモルヒネを推奨したうえで、許容しがたい副作用などがある場合には他の強オピオイドでの代替も考慮することを示唆しています。また、神経障害疼痛のコントロールなどに用いられる鎮痛補助薬は、主たる薬理作用としての鎮痛作用はありませんが、鎮痛薬と併用することで鎮痛作用を高める可能性がある薬剤として用いられています。薬剤療法が行われる場合には、「定期的な用法」で「適切な経路」で「個々の子どもに合わせた治療法」がな

される必要性が言われているように、その子どもに合わせた適切な方法が考慮されるべきことはいまでもありません。そして、その薬剤の効果や副作用を細やかに観察しアセスメントしたうえで、その子どもに有効な薬剤の提供の援助を行う必要があります。

最近では、小児の疼痛管理にPCA（Patient Controlled Analgesia）ポンプが用いられることも珍しくなくなりました。使用可能な年齢や状況は子どもにより異なりますが、子ども自身が使用できる場合には、これもまた痛みのコントロールへの本人の参加にもつながると考えられます。

② 非薬物療法

がんの痛みにはそれへの対処として適切な薬物が用いられることが基本ですが、子どもの痛みの閾値は、子どものそれまでの体験や心理状況、周囲の状況などにより影響を受けることが考えられます（表1）。そこで、痛みに対する薬物療法と合わせて、子どもの望む非薬物療法を提供することが有効な場合も多くあります。家族が抱っこしたりそばにいたりするなどの家族中心ケアや情報提供、共感、遊び、また選択権を与えることなどの「支持的療法」は、子どもに安心感を与え、またエンパワーする力となりうると考えられます。また、気分転換やイメージ法、音楽療法などは思考に影響する「認知的療法」といわれています。その他の非薬物療法としては、深呼吸を促したり、リラクゼーション技法を用いたりする「行動的療法」や温電法や冷電法、また経皮的神経電気刺激など感覚系に働きかける「物理的療法」があります。どのような方法も、大切なのは子どもがどのようなことを好んでいるか、どのような方法をとることが子どもの助けとなるか、その子どもにふさわしい方法を考慮することです。この方法についても、子どもとあらかじめ話をしたうえで準備しておくことができるでしょう。

表1 子どもの痛み閾値に影響すると考えられる要因

子どもの痛み閾値を上昇させると考えられる要因	子どもの痛み閾値を低下させると考えられる要因
<ul style="list-style-type: none"> ・不安や緊張の緩和 ・睡眠や休息 ・人とのふれあい ・遊び ・感情の表出 ・共感されること ・気分の高揚 ・症状がコントロールされていること 	<ul style="list-style-type: none"> ・不安や恐怖や不快感 ・倦怠感 ・不眠 ・疲労 ・孤独感 ・うつ状態 ・痛みについて理解されないこと ・痛みがコントロールされなかった経験

〈口内炎〉

引用文献

Karis Kin Fong Cheng, et al. (2011): Incidence and risk factors of oral mucositis in Paediatric and adolescent patients undergoing chemotherapy, Oral Oncology (47),153-162.

中村美和(2006)：化学療法に伴う症状マネジメント，小児看護 29(12)，1599-1604.

前田留美,井桁洋子(2011):小児がん患者の口腔ケア,小児看護 34(12), 1627-1636.

参考文献

濱田米紀(2009):ココからはじめる小児がん看護, 丸光恵ほか, 242-244,へるす出版.

厚生労働省刊 独立行政法人医薬品医療機器情報提供ホームページ：重篤副作用疾患別対応マニュアル 口内炎, 2012年10月30日,

<http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/jfm0905011.pdf>

日本臨床研究腫瘍グループ：Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 4.0, 2012年10月30日,

http://www.jcog.jp/doctor/tool/CTCAEv4J_20111217.pdf

財団法人 8020 推進財団：入院患者に対するオーラルマネジメント, 2012年10月30日,

http://www.8020zaidan.or.jp/pdf/kenko/oral_management.pdf

〈悪心・嘔吐〉〈下痢・便秘〉

引用・参考文献

濱田米紀 (2009)：症状マネジメント. 丸光恵 石田也寸志編, ココからはじめる小児がん看護, 237-246, へるす出版, 東京.

木澤義之他 (2002)：痛み以外の症状マネジメント 消化器症状 悪心・嘔吐. 田村恵子編, がん患者の症状マネジメント, 106-109, 学研, 東京.

吉津みさき他 (2002)：痛み以外の症状マネジメント 消化器症状 便秘. 田村恵子編, がん患者の症状マネジメント, 126-131, 学研, 東京.

込山洋美他(2008)：小児がんの子どもにおける化学療法中の食行動への支援, 小児看護, 31(8), 1137-1144.

〈痛み〉

引用・参考文献

有田直子(2004)：痛みのアセスメントと介入の評価；アセスメントツールの活用方法, 小児看護, 27(7), 824-831.

三浦由紀子(2011):がんの子どもへの痛みのケア,小児看護, 34(8), 1036-1044.

世界保健機構 (WHO) 編, 片田範子 監訳(2000)：がんをもつ

子どもの痛みからの解放とパリアティブ・ケア, 日本看護協会出版会, 東京.

WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness,WHO,2012. (http://www.who.int/medicines/area/quality_safety/guide_perspainchild/en/index.html)

