

歯科衛生士

THE JOURNAL OF DENTAL HYGIENIST

<http://www.queit-j.co.jp/>

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
株式会社クイット 編集局
TEL:03-5561-1111 FAX:03-5561-1112

連載 スターゲージ別学習できる!

新人スタート

6/25発行 歯科衛生士が気になるマナーかつ歯科衛生士が活躍する
口腔内写真必携マニュアル

コトバの楽しみを知ってほしいから
学生コトバから社会人コトバへ

初級スタート

7/15発行 歯科衛生士を目指す
ツールがわかる歯科衛生士を目指して
中級さゆかのDHライセンス取得物語 in America

歯科技工士からのメッセージ
〜相互理解のために〜

中級スタート

8/15発行 歯科衛生士が活躍する
歯科金属アレルギー治療における
歯科衛生士の役割

私たちが生きる
子どもの健康 子どもの生活

上級スタート

9/15発行 歯科衛生士が活躍する
健康な高齢者の生活を知る

の語る医療現場のデビュー前に
キーワードで理解する多職種協働のツボ

特集

はじめよう!
メンテナンスでの
口腔がん診査
～導入のポイントと実践ノウハウ～

2011
Vol.35

8

特集

はじめよう！ メンテナンスでの 口腔がん診査 ～導入のポイントと実践ノウハウ～

新谷 悟

[昭和大学 歯学部 顎口腔疾患制御外科学教室・主任教授]

小林 明子

[小林歯科医院・歯科衛生士]

日本人の死因第1位は「がん」です。がんに対する国民の関心は高く、メディア等で口腔がんが取り上げられる機会は、以前に比べ明らかに増えてきました。

「口腔がん」というと、大学病院や総合病院が担当領域のようにもみえますが、実は、歯科医院にいる歯科衛生士が深く関係してきます。地域において、定期的に患者さんとのかわりを持つからこそ、早期発見につなげることができるからです。そこで、メンテナンス時に口腔がんの診査を導入してみたいかでしょうか。う蝕や歯周病の診査にもう1つプラスすることで、全身の健康に寄与でき、患者さんの健康観も高まるなどの大きな効果を生み出します。

本稿では、口腔がん診査導入にあたって知っておきたい情報の他、導入ポイント、ノウハウなどを解説いただきます。

(編集部)

第1部

口腔がん診査 Q&A解説

～はじめる前にこれだけは理解しておこう～

新谷 悟(昭和大学 歯学部 顎口腔疾患制御外科学教室・主任教授)

歯科医院における口腔がん診査の導入について

Q1 口腔がんは、大学病院の先生など 専門家が発見するものではないでしょうか？

がんは病理検査によって診断するものですし、口腔がんに似た粘膜疾患は多々ありますので(図1)、一般の歯科医院で口腔がんを発見することは難しいでしょう。よって確定診断は、一部の歯科医院を除いては大学病院や総合病院の口腔外科などの専門機関が行います。しかし口腔粘膜の異変に関しては、歯科医院で発見できます。病理検査によって異変が口腔がんでなかったとして

も、なんらかの異変に気づくことが重要です。それが、がんの早期発見につながります。

実際、大学病院で治療をする口腔がんの患者さんは、歯科医院から紹介されるケースが圧倒的に多いです。がん早期発見の啓発運動が盛んになっていることもあり、昨今では紹介のケースが増えています。

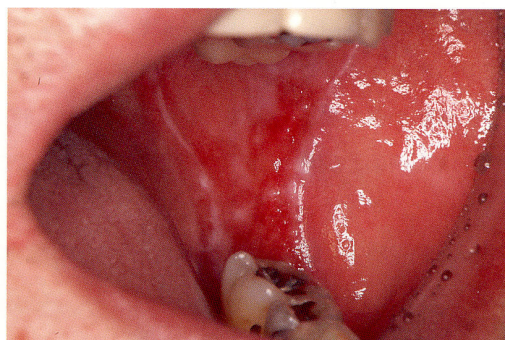
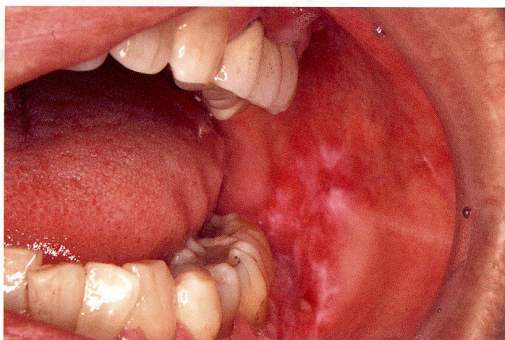
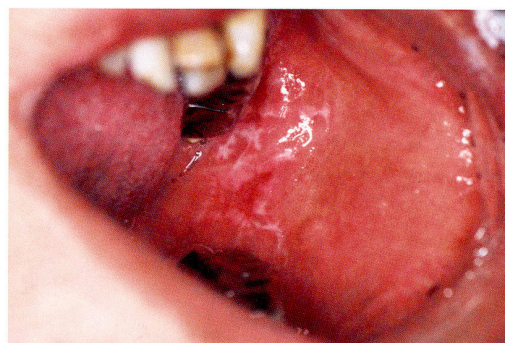
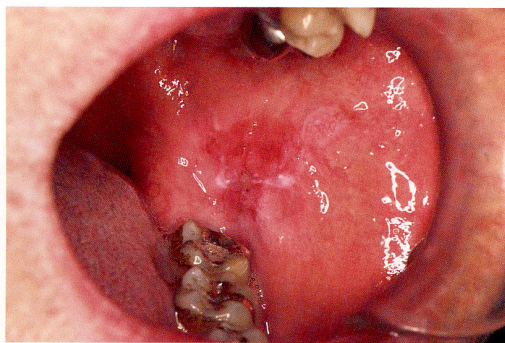


図1-a | 図1-b
図1-c | 図1-d

図1 口腔がんに似た粘膜疾患。図1-aは早期がん、図1-b、cは口腔扁平苔癬、図1-dが前がん病変である。専門家でもこれを見分けることは非常に難しく、「何か変」と思うことが大切。



はじめよう！ メンテナンスでの口腔がん診査 ～ 導入のポイントと実践ノウハウ～

Q2

なぜ歯科衛生士が診査をする必要があるのでしょうか？

もちろん歯科衛生士だけでなく、歯科医師も含めつねに医院のだれもがチェックするのが理想的です。しかし歯科医師は治療することが主な仕事であり、どうしても治療部位ばかりに目がいってしまうようです。それに対し歯科衛生士は、問題のあるところだけでなく問題のない部分も含めて全体的に診ていくことができます。そのため異変を発見しやすいのではないのでしょうか。また、定期的に患者さんを診ていくメンテナンスシステムも粘膜の変化に気づくことができる大きなポイントです。

日本では、年間7,000人が口腔がん罹患しますが、30年前と比較すると3倍の増加となっています。口腔が

んによる死亡率も増加傾向にあります。一方、アメリカやイギリスなどの他の先進国では、罹患率は高いものの死亡者数は減少しています。その理由には、国をあげての積極的な口腔がん対策を行い、早期発見・早期治療の動きが進んだことが挙げられます。つまり口腔がんの検診システムを構築することが要であり、それは従来のメンテナンスに組み込んで実施していくことがもっとも早く診査システム導入の実現が図りやすいのではないのでしょうか。そしてメンテナンスを主に担っているのが歯科衛生士の皆さんだといえます。

Q3

何歳以上の患者さんで診査を行うべきでしょうか？

がんだけが対象であれば、子どもは除外してもいいと思います。しかしがん以外の粘膜疾患もありますし、最近では欧米で20代のがん患者も増えてきていますので、それを考えれば全患者さんに実施していくのがなおよいでしょう。

特に注意してほしいのは、50歳以上の方(図2)、喫煙

者や飲酒を好まれる方です。強いアルコールを飲む方は口底がんになりやすいことが言われています²⁾。また、全身を含め、がんの既往がある方も注意深く見てください。口腔と同じ粘膜でつながっていることから、胃がんや食道がんの既往のある方は特に注意が必要です。

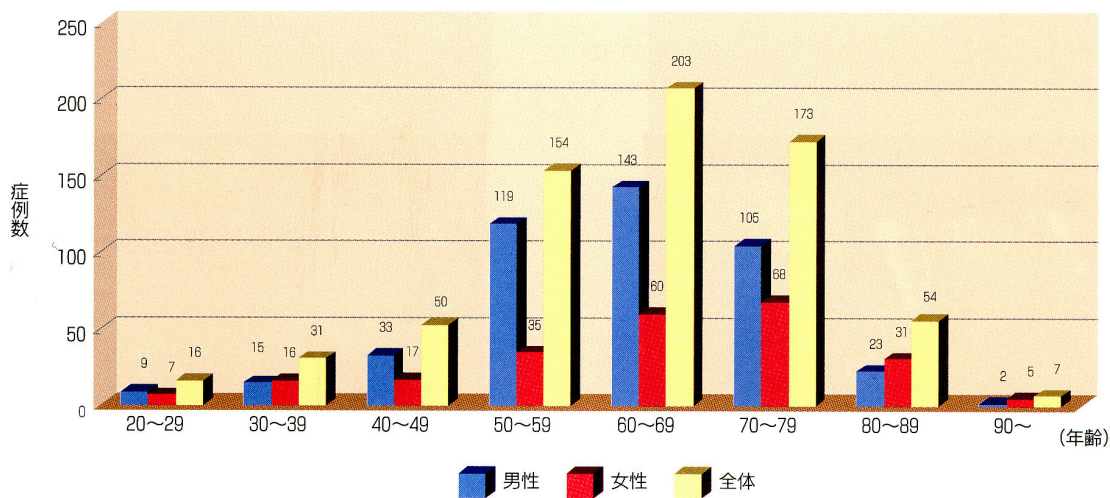


図2 年齢別・男女別口腔がん罹患患者数(688症例)(参考文献1より引用改変)。50歳以上の罹患患者が圧倒的に多い。

Q4 口腔がんの診査を行うことに対し、患者さんは驚きませんか？

診査を行う際に「これから口腔がんの検査をします」と言うと、患者さんが驚かれるのは当然かもしれません。口腔がんの診査を行うなどと言う必要はありません。さりげなく「歯や歯周組織と一緒に粘膜も診ていきます」と伝えましょう。

粘膜の診査は、口腔内だけでなく口腔周囲や首にも及びます。歯のメンテナンスに来ているのに、急に首な

どを触れられれば、患者さんはびっくりされるでしょう。そうならないよう前もって、「当院では、定期的に口の中の粘膜と口の周囲、首に異常がないかを触ってチェックしていきます」と伝えておきます。初めて実施する場合は、「ほっぺたを触って診ていきますね」など、どこの部位の診査をするのか、逐一お伝えしながら診査を進めるのもよいと思います。

口腔がん診査の内容

Q5 診査にはどのぐらいの時間を要し、何を準備したらよいのでしょうか？

粘膜の診査には、たいした時間はかかりません。5分もかからないと思います。メンテナンスで歯を見るときに少しだけ粘膜や舌、硬口蓋、軟口蓋にも意識を向けて、問題がないかどうかを確認していただきたいです。

特別に時間をとる必要はありません。

準備も、通常の診療で使われる口腔内用ミラー、グローブ、ガーゼのみです。ガーゼは、舌を指で引っ張るときに用います。

表1 粘膜の診査時に読み取ること

1. 粘膜に傷(潰瘍、びらん、表面の塑造な部分)がないか
2. 粘膜に赤い斑点や赤い部分がないか
3. こすってもとれない白い斑点や白い部分がないか
4. 周りの健全な組織との境界がはっきりしない「しこり」や「腫れ」「できもの」がないか
5. 抜歯後なかなか治らない部分がないか

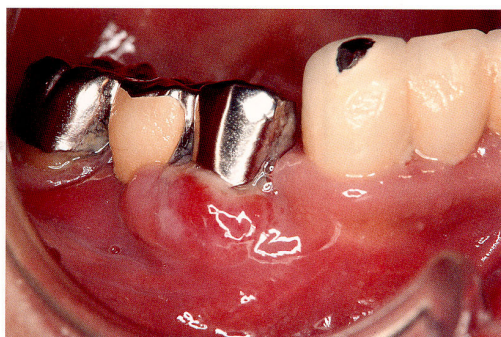


図3 下顎右側第一小白歯部にみられた歯肉がん。一見歯周病と間違いやすい例。触って排膿がない、少し硬いなど「何か違う」と感じる事が大事。

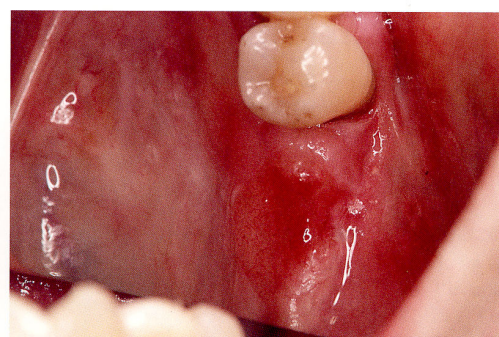


図4 下顎左側大白歯部歯肉の早期がん。境界がやや不明瞭な赤色が確認できる。

Q6 何を異常と判断したらよいのでしょうか？

粘膜の色が白であるか赤であるかということを特に診ていただきたいです。また、できものには必ず触って確認します(表1)。少しでも色が違っていたり、表面がザラザラしていたり、塑造であったりすると要注意です(図3～7)。なお、痛みや違和感などの自覚症状は、初期段階ではほとんどありません。

異常が見られた場合はすぐに歯科医師に報告し、判断をおおぎます。歯科医師から患者さんに説明してもらい、その後の対応をしていきます。

歯科医師の診断の結果、経過観察になることもあります。その場合定期的に写真撮影し、状態を記録していきます。表2に経過観察中の診査のポイントを挙げました。



図5 左側舌下部にみられた早期の舌がん。やや白色がかっており境界が不明瞭。

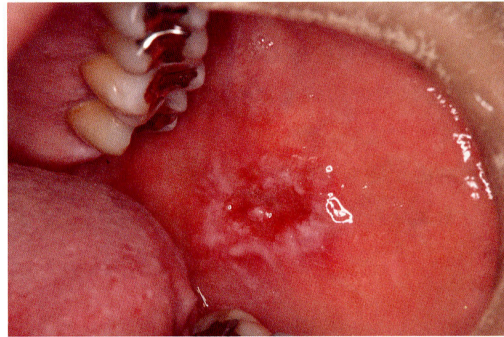


図6 左側頬粘膜がん。視診で赤色、白色が確認でき、触診ではややしこりのような厚みが感じられた。



図7-a 下顎舌側(左側)の歯肉に表面の塑造な5mm程度の腫瘍性の病変。患者さんが切除を躊躇したため、経過観察となった。

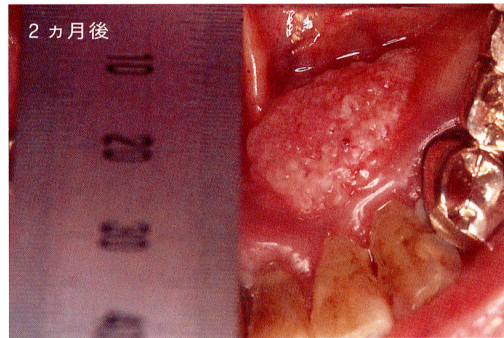
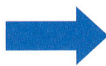


図7-b 2カ月後には急速な増大を認め、歯肉がんとして診断された。

表2 経過観察中に粘膜を診るときのポイント

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. 粘膜のただれがないか | 5. 飲み込みづらい、舌が動きにくくなっているなど機能に対する違和感はないか |
| 2. 場所が移動しない大きな口内炎はないか | 6. どこかから出血はあるか |
| 3. 粘膜の色の変化がないか | 7. 抜歯後の傷が治りにくいことの原因が不明でないか |
| 4. 「しこり」や原因のわからない「腫れ」はないか | ※粘膜の異常は触って診ましょう |

Q7

診査ではどこの部位を診たらよいのでしょうか？

口腔内・口腔外周囲すべてです(図8)。触って確認していきます。実施する際は、患者さんに「口の中の粘膜で、ただれた部分や色が違う部分など、気になるところ

はありませんか？」と聞いてから行います。また鼻づまりや鼻出血、顔でしびれている部分がないかも聞いておいた方がよいでしょう。

Q8

もっとも注意して診るべきところはどこですか？

舌です。日本における口腔がんの部位別頻度は舌がもっとも高く、全口腔がんの約60%を占めています(図9)。舌がんは舌の辺縁部にもよく診られますので、よく確認してください。ついで多いのが歯肉です。とはいえ、舌や歯肉に限らず口腔内・口腔外周囲のすべてを

れがないように診てください。

見落としがちなのが軟口蓋です(図10)。ミラーで舌の後方をそっと圧迫しないと舌で隠れて見えない場合があります。またがんは唾液腺開孔部付近にもできやすいため、口底、口蓋の唾液腺開孔部にも注意します(図11)。

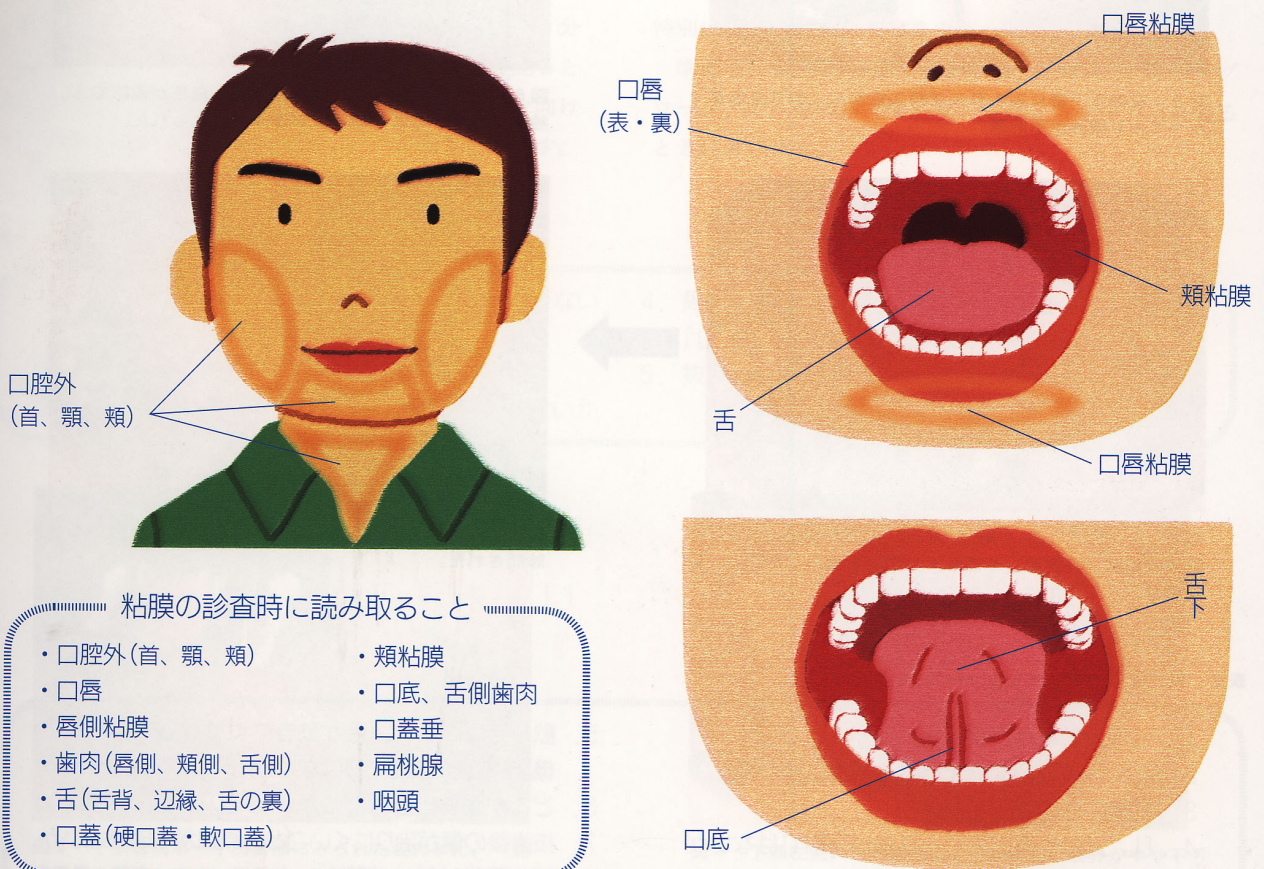


図8 口腔内の粘膜診査。デンタルミラー、ガーゼを用意し水平位で診ていく。義歯などがあれば外しておく。

Q9 よくある口内炎にも見え、わざわざ歯科医師に診てもらわなければならないのか判断に困る場合、どうしたらよいのでしょうか。

アフタ性口内炎の場合「痛みをとめない」「重症でも2週間程度で治癒する」「場所が移る」という特徴があります。患者さんに「場所が動きますか？」「治りかかってきていますか？」と確認します。アフタ性口内炎でも薬剤が処方されることがありますので、できれば歯科医師に診てもらった方がよいでしょう。

業務の状況によっては歯科医師に診てもらえない場合もあると思います。その際は写真撮影しておき、後で見てもらえるなどの対応をします。また、患者さんには「なかなか治らなかった場合は、また来院してくださいね」と伝えておきます。アフタ性口内炎にしても、治るかどうかの経過を見るために記録が重要になってきます。

Q10 どのぐらいの間隔で実施したらよいのでしょうか？ 3ヵ月リコール時に毎回必要ですか？

この診査は、エックス線写真を撮影したり器具を歯肉縁下に挿入するといった検査とは違い、患者さんへの害や痛みがありません。そのため、「診査をしすぎる」ということはありませんので、リコールごとに行っていく

とよいでしょう。

一般的にがん検診は1年に1回です。ですから口腔がんの場合も、最低でも1年に1回は実施してほしいものです。

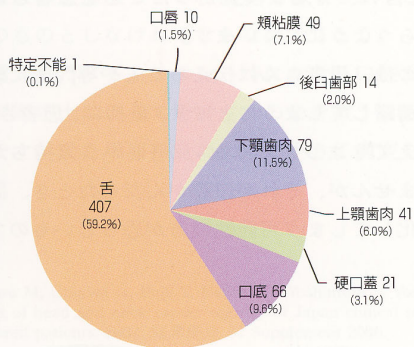


図9 部位別口腔がん罹患患者数の割合(688症例)(参考文献1より引用改変)。

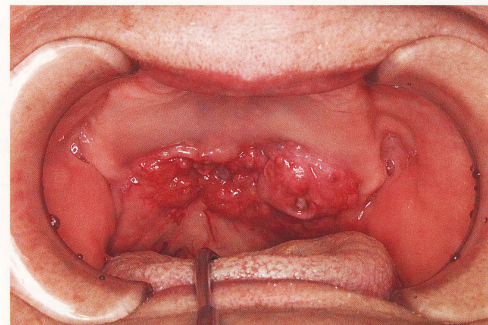


図10 正中口蓋部(硬口蓋と軟口蓋の境界付近)に発生したがん。

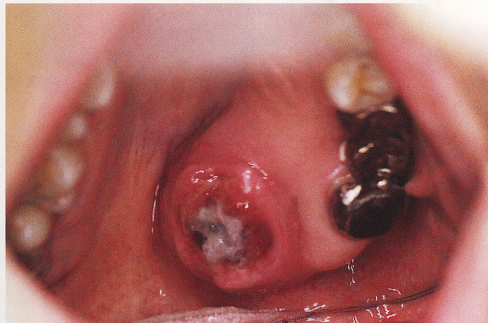


図11 - a, b a: 左側大白歯口蓋側の唾液腺開口部付近のがん。

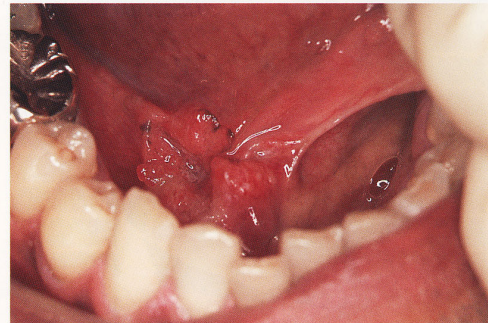


図11 - a | 図11 - b

口腔がん診査の実施後の対応について

Q11 粘膜に異変が見られ、患者さんに「口腔がんかもしれない」と伝えた場合、いらぬ不安を与えてしまいませんか？

「口腔がんかもしれない」などと、患者さんの不安をおおるような発言は、なるべく避けるようにします。もしも粘膜の異常に気づいたら、「粘膜に異変がありますが、いつごろからできましたか？ 場所は変わりますか？」などと聞いてください。また、口内炎の可能性もありますので、風邪などの体調の変化も聞いておくとよいで

しょう。そして「先生に診ていただきましょう」と伝え、歯科医師にバトンタッチします。

その後は歯科医師が患者さんに説明をすると思いますが、病理検査について患者さんから質問された場合は、「粘膜の検査で異変がみられたため、詳しく調べた方が安心ですよ」と伝えるとよいと思います。

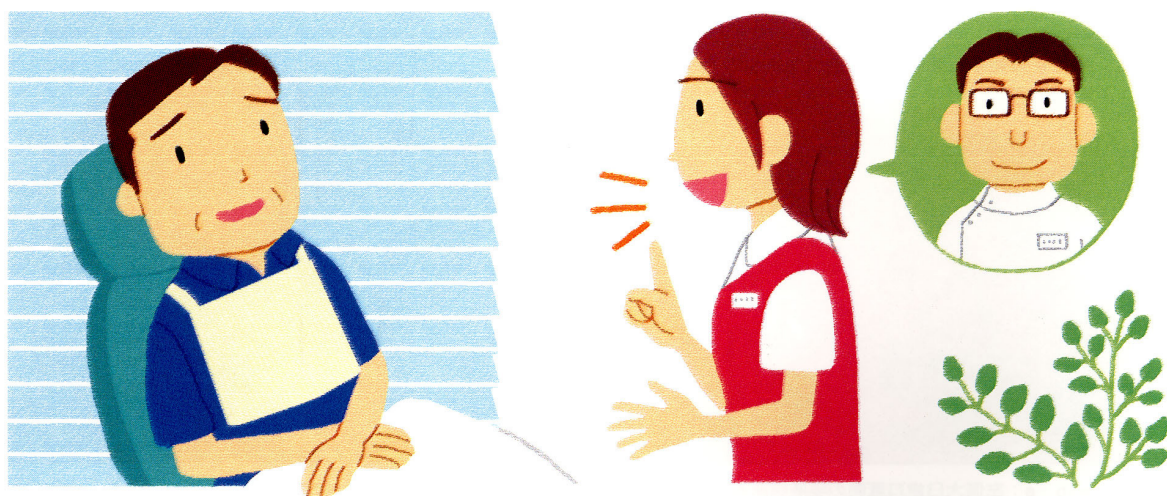
Q12 粘膜に異変を発見後、専門医で病理検査をしてもらいました。結果、がんでなかった場合、患者さんからクレームは来ないでしょうか？

がんでなかったためにクレームがくるということは、まず考えにくいです。とはいえ、病理検査を促す際に患者さんにどう伝えるかにもよると思います。

たとえば、「粘膜に異変が見られるので、安心するためにも一度詳しく検査をしてもらいましょう」と言う場合と、「がんかもしれないので、詳しく検査しましょう」と言うのでは、患者さんの受け取り方は異なります。前者の場合、病理検査の結果問題ないとわかったときに、「よかったですね。何でもないことが一番ですよ」と一緒

に喜べば、クレームにつながることはないでしょう。検査をする病院側も、問題がなかったときは「よかったですね」と言い、有効な検査だったことを患者さんに実感してもらうようにしています。

怖いのは、患者さんに伝えることや専門医に紹介することを躊躇してしまうことです。最初は、患者さんに「不安を与えてしまうのではないか」という気持ちがあるかもしれませんが、それが口腔がんだったとき、診断が遅れ重篤化してしまう可能性の方が恐ろしいものです。



Q13

病理検査が必要となったとき、患者さんはスムーズに受けてくれるのでしょうか？

明らかに重篤な状態と思われ、大学病院等の受診を促されているのに、受診されない患者さんがまれにいます。そのようなとき、場合によってはがんの可能性を伝えることがあります。

また、緊急性を要するとまではいかないが、検査を受けたほうがよいという場合でも、患者さん自身が「たいしたことはないだろう」と判断して受診しない方がい

ます。そういった患者さんに対しては、写真を定期的に撮ってその変化を患者さんに見せ、検査を促していくというのも1つの方法です。

命にかかわる可能性もありますので、病理検査を行うことに対して納得が得られるよう、はたらきかけていくとよいと思います。そういった意味でも、定期的に観察ができるメインテナンスシステムは有効だといえます。

おわりに

ここ数年、チーム医療の重要性が言われておりますが、欧米と比べてまだ進んでいないのが日本の現状です。しかし将来、歯科衛生士が歯科医師、歯科技工士らと並列に位置し、それぞれの専門領域からの患者利益につながる医療を提供できる時代がくるでしょうし、それを現実のものとしなければなりません。

今回紹介したメインテナンス時における口腔がん診査は、歯科衛生士によって患者さんの命を救うことができるものです。また早期発見によって小さく病変を切り取

るだけの手術ですみ、口のはたらきにも障害が残らず、QOLの維持につながります。発見が遅れ進行した口腔がんでは、顎骨や顔面、舌など頭頸部を構成している部位を切除しなければならないこともあります。これまでのメインテナンスに粘膜診査を取り入れることで、より価値あるメインテナンスになるのではないのでしょうか。

命を救う、そして生活を救う歯科医療の担い手の1人として、責任をもってメインテナンスに取り組んでいただきたいと思います。

参考文献

1. Saikawa M, Chijiwa H, Fujii T, Harada H, Yoshimoto S, Yoshizumi T. Report of head and neck cancer registry of Japan clinical statistics of registered patients, 2002. 頭頸部癌 32 Supplement 2006.

2. Keller AZ, Terris M. The association of alcohol and tobacco with cancer of the mouth and pharynx. Am J Public Health Nations Health 1965 ; 55(10) : 1578 -1585.