

— 目 次 —

1. 症例報告

口腔癌薬物療法中に発症したニューモシチス肺炎が疑われた1例

横江 秀隆 57

2. 日本口腔感染症学会院内感染予防対策認定医制度 規則・細則

巻頭言

周術期口腔機能管理料について

日本口腔感染症学会

理事 古土井 春吾

口腔感染症学会雑誌では、これまでに「食道癌手術患者の周術期口腔管理による術後肺炎予防」(Vol.13-2)、「血管柄付き遊離皮弁を用いた口腔癌即時再建症例の術後感染に対する口腔ケアの効果」(Vol.14-1)、「ICUの感染予防策と口腔管理」(Vol.18-1)などの論文や総説を掲載し、周術期における口腔管理の重要性を発信してきましたが、平成24年度の診療報酬改定で「周術期口腔機能管理料」が新設されました。具体的には、手術等を実施する医師との連携のもと、「全身麻酔によるがん等の手術」前後の口腔機能管理による手術時のトラブル防止や術後の誤嚥性肺炎・創部感染の予防、「放射線治療・がん化学療法」期間中の口腔機能管理による口腔粘膜炎・口腔感染症の予防や対処に対して、診療報酬の算定(「周術期口腔機能管理策定料」、「周術期口腔機能管理料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)」、「周術期専門的口腔衛生処置」)が可能となりました。患者の入院前から退院後を含めて、歯科が包括的な口腔機能の管理を行うことが評価された画期的な改定であり、医科歯科連携を推進する原動力になると期待されます。

しかしながら、この「周術期口腔機能管理料」が

広く算定されるためには、克服すべき課題がいくつかあります。まず、がん等の手術を行う医師からの依頼があることが前提となるため、関係する診療科の医師・看護師・患者に、なぜ口腔機能管理が必要かをよく理解してもらわなければなりません。そのためには、口腔機能管理を行うことで術後肺炎や創感染が減少し、在院日数も短縮するといったデータを歯科の方から示していく必要があります。また、院内の歯科ですべての対象患者に対応するのは無理があるため、入院前や退院後の患者を地域の歯科医療機関に紹介するための連携システムを確立しなければなりません。さらに、歯科を併設していない医療機関とも連携し、円滑に紹介を受け、往診できるような仕組みを整備する必要があります。

これらの課題の克服には、大学病院・病院歯科・地域の歯科医療機関が協力して取り組んでいかなければなりません。「周術期口腔機能管理料」が広く算定され、医科歯科連携が推進されるために、大学病院・病院歯科・地域の歯科医療機関が手を取り合うことで進んできた口腔感染症学会が担う役割は大きいのではないかと考えます。

症例報告

口腔癌薬物療法中に発症したニューモシスチス肺炎が疑われた1例

横江 秀隆¹⁾

A case of suspected pneumocystis pneumonia arising in patient with oral carcinoma during chemotherapy.

Hidetaka YOKOE¹⁾

Abstract : When a pneumocystis pneumonia occurs in a patient with non-HIV infection, the association with the immunosuppressive action by anticancer drugs and the steroid use is suggested. We report a case of suspected pneumocystis pneumonia arising in patient with oral carcinoma during chemotherapy. The patient is 68years old man. He was administrated tegafur, gimeracil, oteracil potassium (S-1) for 14days, and underwent superselective intra-arterial infusion chemotherapy using the fluorouracil for 3weeks subsequently. Concomitantly, dexamethasone sodium phosphate (30mg of daily doses as PSL calculation) intravenous injection was performed for a total of 25days. Because fever developed two months after chemotherapy initiation, the catheter for intraarterial injection was removed, and then we used an antimicrobial agent. The blood-examination findings are as follows. White blood count: $1.38 \times 10^4/\mu\text{l}$, KL-6:321U/ml, 1-3-beta-D glucan: 46pg/ml. Chest X photography and CT showed diffuse light interstitial infiltrative shadows in both-side upper and middle lung field. It was diagnosed as acute lung injury and steroid pulse therapy was performed. Administration of sulfamethoxazole / trimethoprim (ST mixture) (3,600mg/day) started, concomitantly. We conducted sputum examination of general bacteria and mycobacteria, but bacteria were not identified. It defervesced after steroid-pulse therapy and ST mixture oral administration initiation. Pneumocystis jiroveci was not detected by PCR testing of the sputum. The ground glass opacity mainly on the hilum of lung was observed, and, as for the lung field periphery, a comparative aeration was kept in the CT, 1-3-beta-D glucan value was high, PSL was used for a long time, and anti-cancer drugs were used. From these findings, it could not completely exclude interstitial pneumonia by S-1, but, we had a diagnosis of pneumocystis pneumonia.

Keywords : pneumocystis pneumonia (ニューモシスチス肺炎)、corticosteroids (副腎皮質ステロイド)、1-3-beta-D glucan (β -Dグルカン)、oral carcinoma (口腔癌)、anti-cancer chemotherapy (癌薬物療法)

1) 防衛医科大学校 歯科口腔外科 (主任: 佐藤泰則教授)

1) Department of Oral and Maxillofacial Surgery, National Defense Medical College (Chief: prof. Yasunori SATO)

[2011年6月27日受付、2011年9月21日受理]