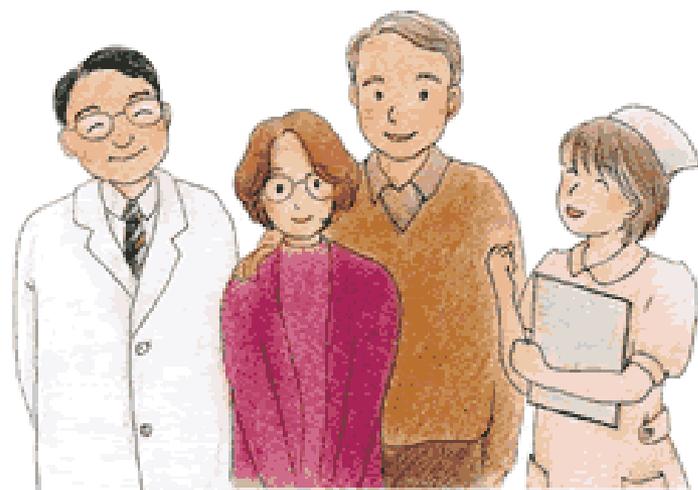


# 地域連携クリティカルパス — 肝細胞癌 —



# 肝がんの高危険群

## 超高危険群

- B型、C型慢性肝炎・肝硬変  
F3～F4  
血小板数 13万以下  
中年以降の男性  
大量飲酒者

## 高危険群

- B型、C型慢性肝炎
- アルコール、その他の肝硬変

# 肝細胞癌サーベイランスアルゴリズム・ 診断アルゴリズム(1)

## 超高危険群:

3~4か月ごとの超音波検査

3~4か月ごとのAFP/PIVKA-II/AFP-L3分画の測定

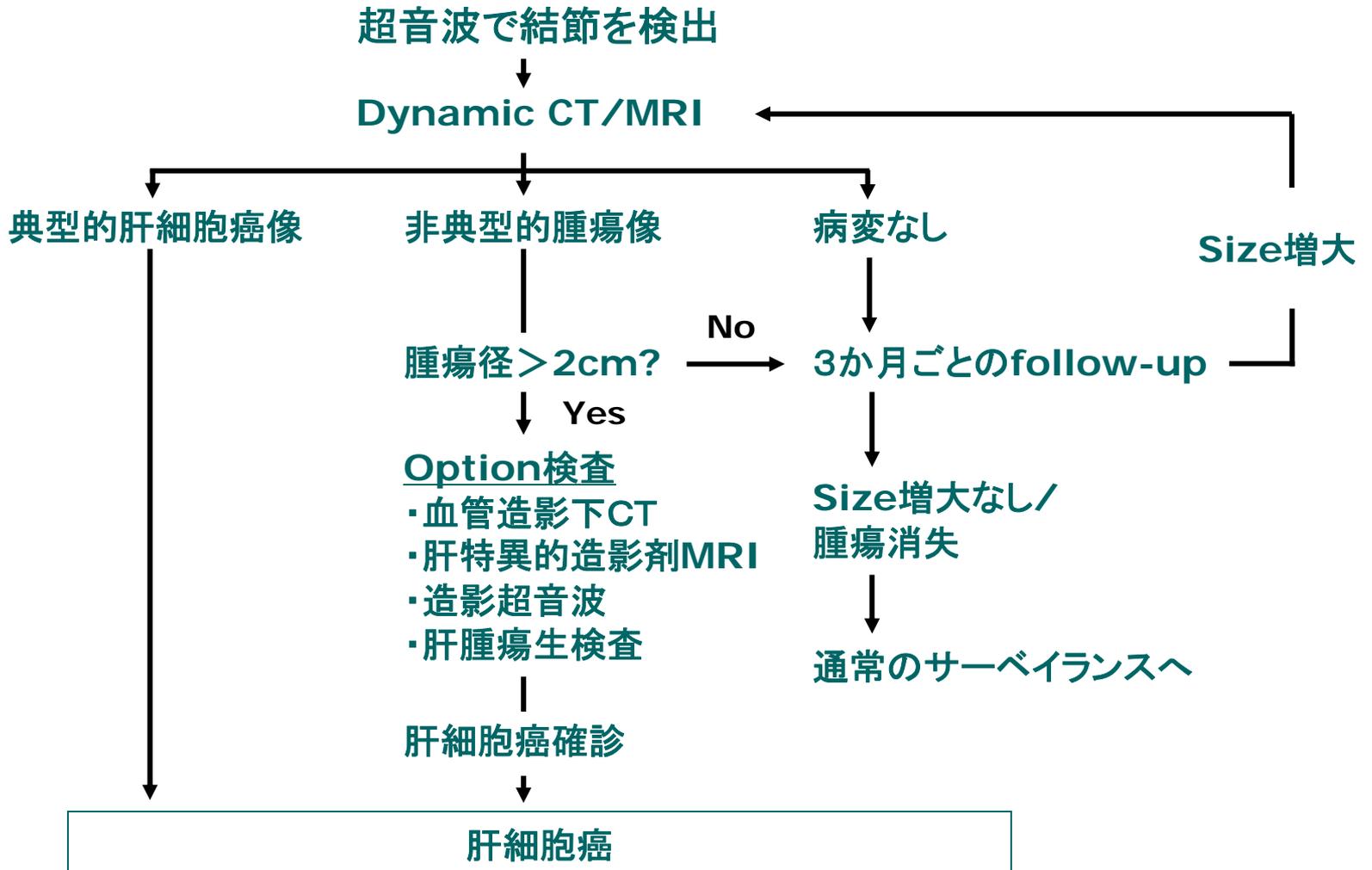
6~12か月ごとのCT/MRI 検査 (Option)

## 高危険群:

6か月ごとの超音波検査

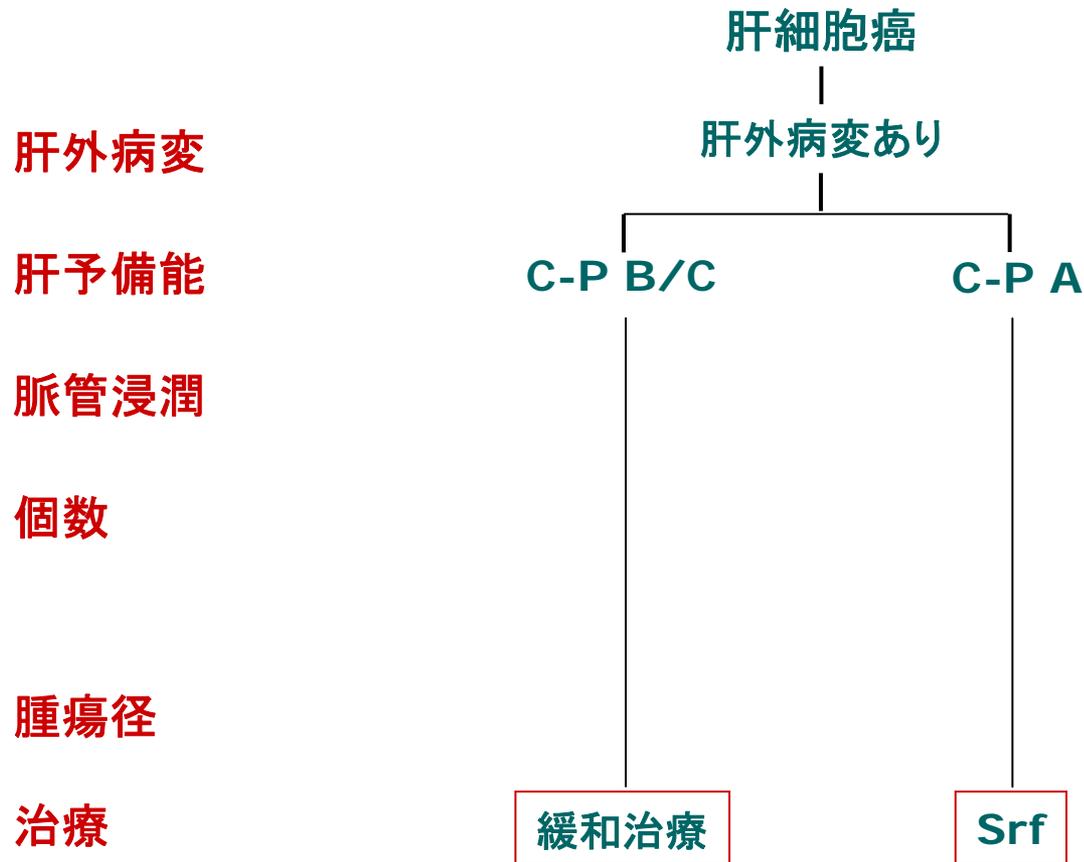
6か月ごとのAFP/PIVKA-II/AFP-L3分画の測定

# 肝細胞癌サーベイランスアルゴリズム・ 診断アルゴリズム(2)

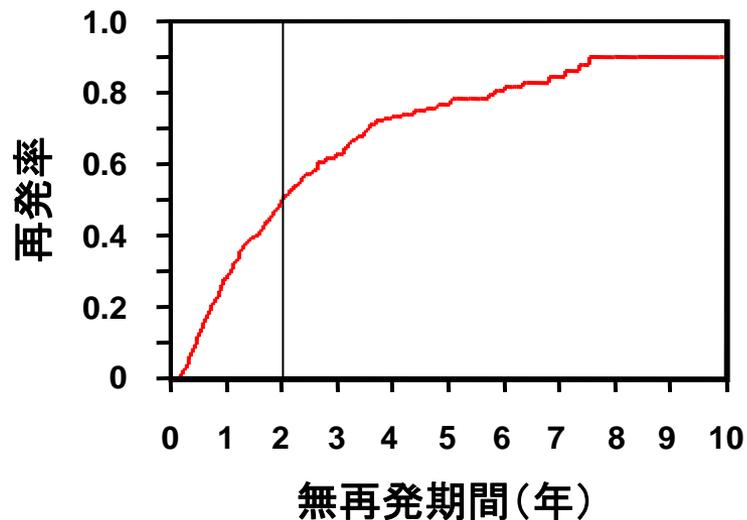




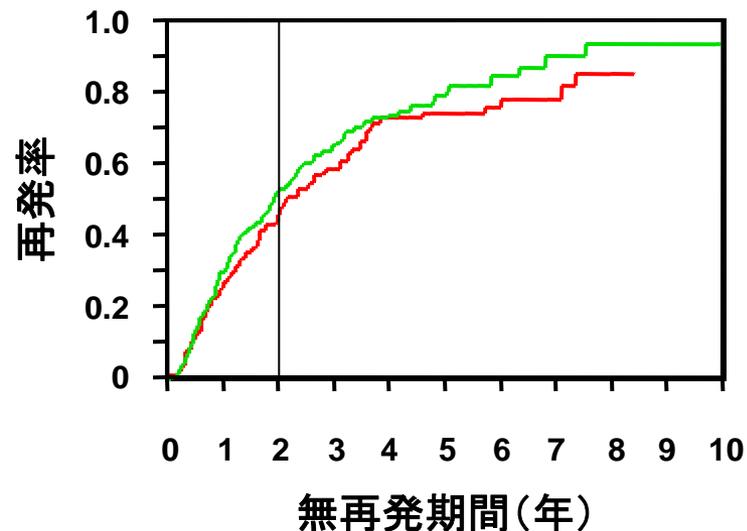
# 肝細胞癌治療のアルゴリズム



# 治療後(外科手術、ラジオ波焼灼術)の再発



	再発率	
	2年	5年
肝がん患者 (454例)	49.1%	77.2%



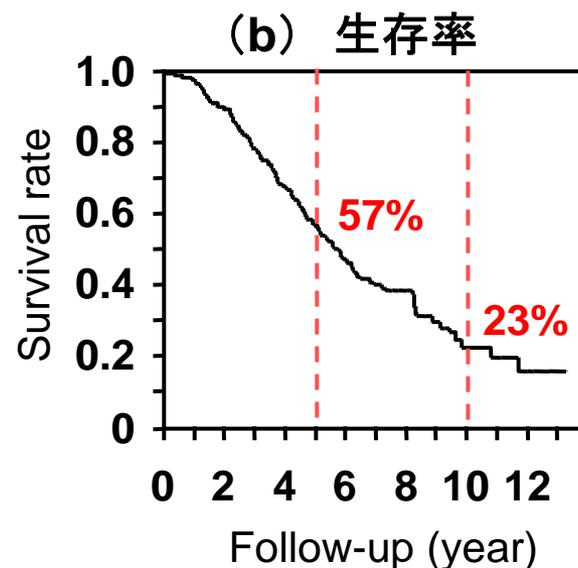
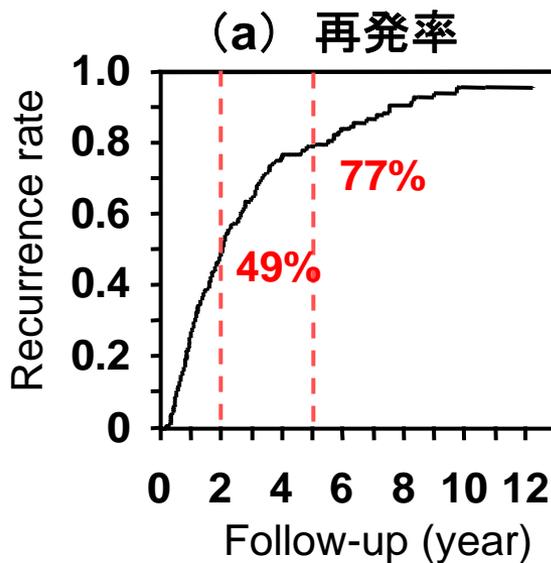
	再発率	
	2年	5年
外科手術 —	48.3%	74.3%
局所療法 —	51.7%	79.0%

約50%は治療後2年で再発します。

# 根治治療後無再発期間の予後への影響

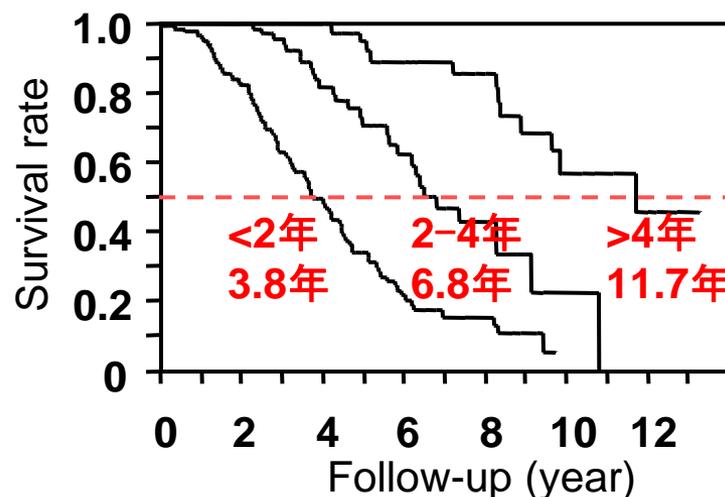
(Liver Int 2006)

**対象症例**  
 初回治療で根治症例：**402例**  
 外科的切除：**119例**  
 経皮的局所療法：**283例**



## 無再発期間

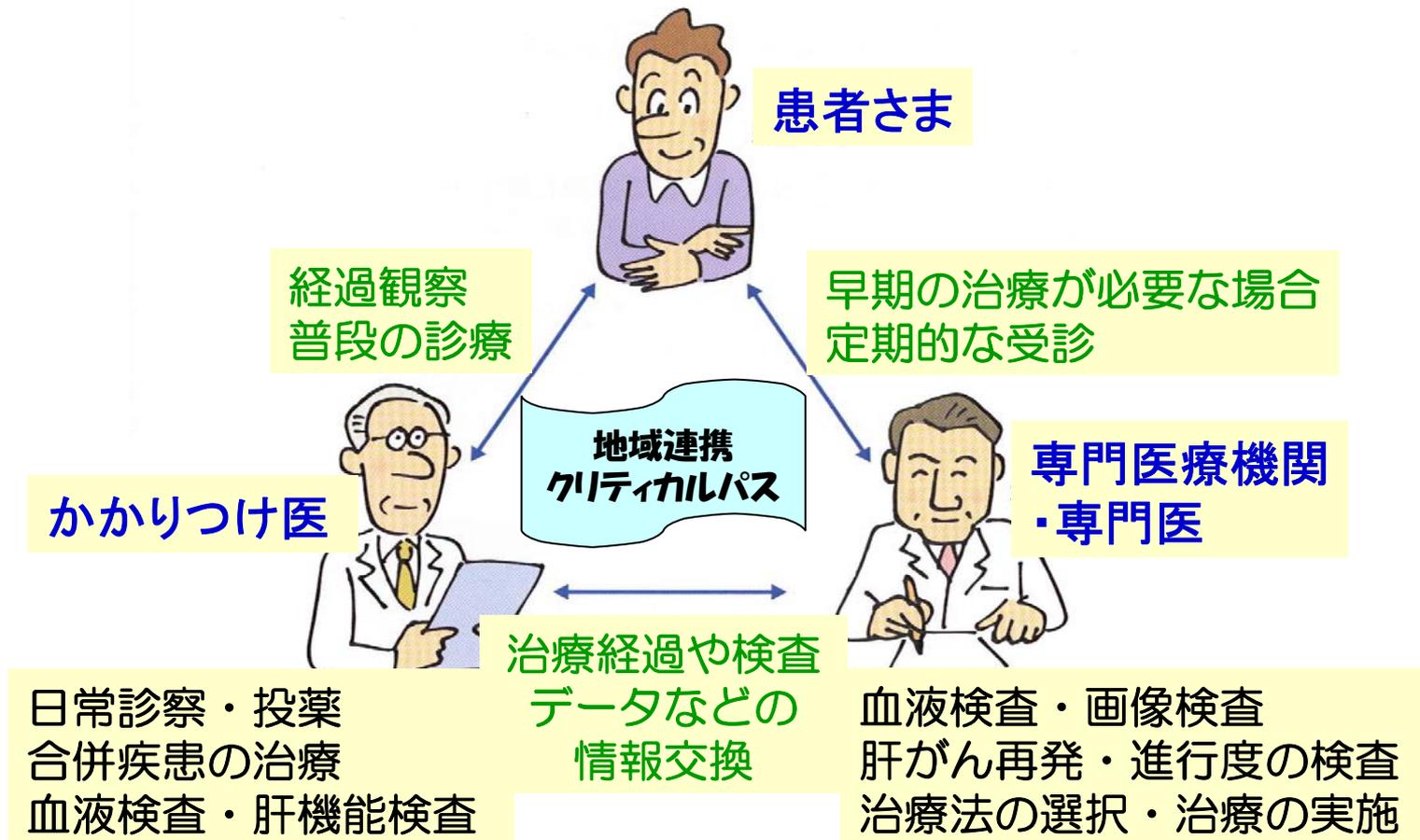
<2年 **274例**  
 2-4年 **82例**  
 >4年 **46例**



生存期間中央値

# 肝がん地域連携クリティカルパス

患者さま、かかりつけ医、専門医の3者一体の治療が大切



# 医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

利用する医療機関名

所在地

電話番号



## 地域連携クリティカルパスとは

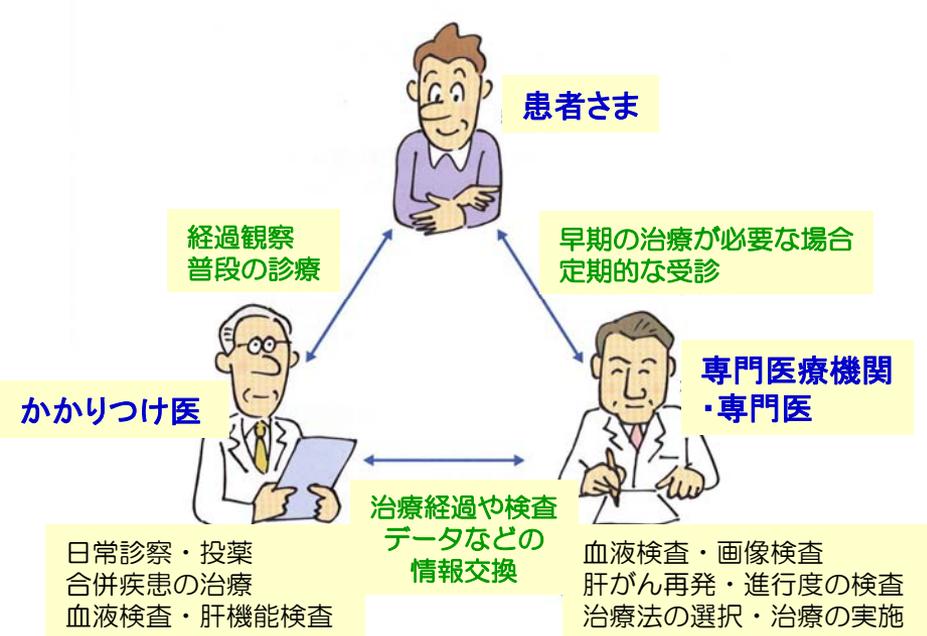
地域連携クリティカルパスとは、地域のかかりつけ医と治療を行った専門病院があなたの治療計画・診療経過を共有できる「診療計画表」のことです。かかりつけ医と専門病院が協力して、日常的な診療と専門的な診療・治療を組み合わせて、患者さま一人々に適した質の高い医療を提供できることを目指しています。

- 地域連携クリティカルパスを活用することで、
- ◎かかりつけ医と専門病院が、それぞれの長所を生かしながら、患者さんに適した医療やケアを継続的に行うことができます。
  - ◎専門病院で治療を受けた後での、検査や治療の大まかな見通しが一目でわかります。
  - ◎検査の結果や治療方針など、かかりつけ医や専門病院が診療するうえで必要な情報を記入します。その情報は必ず共有されます。
  - ◎患者さんにとっても、長い待ち時間や通院時間の短縮などによって、負担軽減になります。

日常の診療や投薬はかかりつけ医が行い、治療を行った専門病院へは節目に受診していただきます。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談してください。このクリティカルパスに記載された診察・検査の予定は変更されることがありますが、その時には主治医の判断に従ってください。

## 肝がん地域連携クリティカルパス

患者さま、かかりつけ医、専門医の3者一体の治療が大切



お名前	
生年月日	明・大 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭・平
住所	
電話番号	
携帯電話	
家族(続柄)	
電話番号	
携帯電話	
家族(続柄)	
電話番号	
携帯電話	
治療専門病院	
病院名	
科名	
担当医	
電話番号	
所在地	
かかりつけ医	
院・医院名	
医師名	
電話番号	
所在地	

身長	_____ cm	体重	_____ kg
(記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)			
飲酒歴	あり・なし		
造影剤アレルギー	あり・なし		
その他のアレルギー	あり・なし		
( _____ )			
並存病	あり・なし		
糖尿病・高血圧・脳血管疾患・心疾患			
腎疾患・その他			
( _____ )			
既往歴	あり・なし		
点滴・注射			
内服薬			

肝疾患	
肝炎ウイルス	B型肝炎ウイルス: HBe抗原( )・HBe抗体( ) ウイルス量( Log コピー/ml) C型肝炎ウイルス: 遺伝子型( ) ウイルス量( Log IU/ml) 陰性 (記入: 年 月 日)
抗ウイルス剤	
薬剤名	治療期間
:	~
:	~
:	~
:	~
その他の肝疾患治療	
薬剤名	治療期間
:	~
:	~
:	~
:	~
食道静脈瘤	なし L( ) F( ) C( ) RC( ) Lg( )
治療日	治療方法
年 月 日	EVL ・ EIS ・ 手術
年 月 日	EVL ・ EIS ・ 手術
年 月 日	EVL ・ EIS ・ 手術

肝障害度 (2項目以上が該当した肝障害度)

肝障害度	A	B	C
腹水	なし	効果あり	効果少ない
T.Bil (mg/dl)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超
Albumin (g/dl)	3.5超	3.0~3.5	3.0未満
ICG R15 (%)	15未満	15~40	40超
PT活性 (%)	80超	50~80	50未満

Child-Pugh分類 A:5~6 B:7~9 C:10~15

ポイント	1点	2点	3点
脳症	なし	軽度	時々昏睡
腹水	なし	少量	中等量
T.Bil (mg/dl)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超
Albumin (g/dl)	3.5超	2.8~3.5	2.8未満
PT活性 (%)	70超	40~70	40未満

肝細胞癌サーベイランスのアルゴリズムの一部抜粋

超高危険群: 3~4カ月毎の超音波検査  
3~4カ月毎のAFP/PIVKA-II/AFP-L3の測定  
6~12カ月毎のCT/MRI 検査(option)

高危険群: 6カ月毎の超音波検査  
6カ月毎のAFP/PIVKA-II/AFP-L3の測定

# 肝細胞癌 地域連携クリティカルパス： 肝細胞癌治療終了時情報提供書

治療病院:

主治医:

担当看護師:

ID:	氏名:	性別:	年齢:	生年月日:
基礎肝疾患:	合併症:	IC: <input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 告知せず		
処方:	注射:			記載年月日:

**入院時現症:**

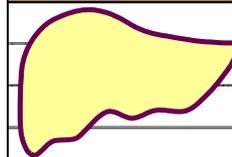
黄疸: 無・有    脳症: 無・軽度・時々昏睡    腹水: 無・有・少量・中等量

**術前の治療時血液検査・肝機能検査・腫瘍マーカー結果 (検査年月日: )**

WBC	/ $\mu$ l	RBC	$\times 10^4$ / $\mu$ l	Hb	g/dl	Plt	$\times 10^4$ / $\mu$ l
T.Bil	mg/dl	AST	IU/l	ALT	IU/l	Alb	g/dl
PT	%	NH3	$\mu$ g/ml	AFP	ng/ml	PIVKA-2	AU/ml
Cr	mg/dl	K-ICG	%	Child-Pugh Score	, Grade		

**肝予備能についてのコメント:**

**肝細胞癌についてのコメント:**



**術前の肝細胞癌の状態 (評価方法: 、評価年月日: )**

大きさ:                      個数:                      Vp:  
 主な区域:                      他臓器転移:                      Stage:

**治療についてのコメント:**

**肝細胞癌の治療 (施行年月日: )**

- 手術     ラジオ波焼灼療法     肝動脈化学塞栓療法     動注化学療法  
 持続動注療法     持続全身化学療法     経口抗がん剤療法( )  
 放射線療法     緩和ケア・Best supportive care

<b>外来診療</b>	( )カ月に一度、専門病院受診    その他はかかりつけ医: _____ で診療継続
<b>血液検査・マーカー</b>	専門病院受診時には専門病院で採血検査    その他はかかりつけ医: _____ で施行
<b>画像検査</b>	3~4カ月に一度    腹部超音波検査: 専門病院、あるいはかかりつけ医、    CTあるいはMRI: 専門病院
<b>注射・服薬</b>	肝臓庇護療法: 無 / 有( )、抗ウイルス療法: 無 / 有( )
<b>通常診療・処方</b>	合併症などの通常診療およびその処方は、かかりつけ医: _____ にて継続
<b>日常生活・食事</b>	通常生活: 可能 / 安静が必要    塩分制限: 必要( g/日) / 不必要    蛋白制限: 必要( g/日) / 不必要

## 肝がん地域連携クリティカルパス：外科切除術・ラジオ波焼灼療法 治療後



目標： 病・病、病・診連携によって、生活の質（QOL）の保たれた肝がん診療・治療を継続します。

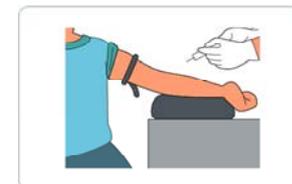
肝臓の病気が進行しないこと、肝がんが再発したときには早期に発見できることを目標とします。

肝がんの治療は、**肝予備能**：肝臓の病気がどこまで進行していて現在の程度の働きがあるかと、**肝がんの進行度**：大きさ、個数、脈管浸潤によって決定されます。**外科切除術**は、肝予備能が良好であること（肝硬変が進行していないこと）、肝がんが切除範囲にあることに行なわれます。

**ラジオ波焼灼療法**は一般的に3cm以内、3個以内の肝がんに対して適応となります。

肝がんは外科切除・ラジオ波焼灼療法後も再発します。治療後には下記の検査を行います。

- 1) 2ヶ月に1度（年6回）程度の肝機能検査・血液検査・腫瘍マーカーの検査
- 2) 3ヶ月に1度（年4回）程度の腹部超音波・CT・MRIなどの画像診断（腹部超音波検査が中心）
- 3) 12ヶ月に1度程度の上部消化管内視鏡検査、胸部XP検査、胸部CT検査



### 診察・検査予定表（治療後1年間の経過観察）

	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医療機関	◎	◎	●	○	◎	●	○	◎	●	○	◎	●
肝機能	◎	◎	●	○	◎	●	○	◎	●	○	◎	●
血液検査	◎	◎	●	○	◎	●	○	◎	●	○	◎	●
腫瘍マーカー		◎	●		◎	●		◎	●		◎	●
その他												
超音波検査			●			(●)			●			(●)
CT・MRI			(●)			●			(●)			●
胸部XP・心電図									●			
胸部CT												●
内視鏡検査・便潜血												●

●：専門医への受診 ◎：かかりつけ医への受診 ○：かかりつけ医の指示によりかかりつけ医を受診

- 1) 肝機能変動する人、肝臓の病気がすすんでいる人、糖尿病、高血圧などの合併症のある人はかかりつけ医を月1度受診してください。
- 2) 基本的にお薬はかかりつけ医から処方します。
- 3) 超音波検査、CT、MRI検査で再発が疑われたときには、異なる検査方法あるいは時間をおいて再度検査を行い、診断を確定します。再発が確認されれば、治療目的に専門病院に入院していただきます。

# 肝細胞癌 地域連携クリティカルパス： データシート

退院年月日	年	月	日
-------	---	---	---

(予め、受診医療機関の欄に、○かかりつけ医・●専門病院の受診予定を記入します)

年 月・日	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
治療終了後期間	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受診医療機関												
体重												
自覚・他覚症状												
食欲												
黄疸												
腹水・浮腫												
脳症												
血液・肝機能検査												
AST												
ALT												
T.Bil												
アルブミン												
血小板												
プロトロンビン時間												
AFP (L3%)												
PIVKA-2												
Cr												
その他												
画像診断												
UST	方法											
CT	HCC有無											
MRI	部位											
その他	個数											
	大きさ											
内視鏡検査												
肝細胞癌治療												
方法(回数・コース)												
連絡・メモ: 年月日												
:												
:												
:												





# 地域連携クリティカルパス － 肝細胞癌 －

効果的運用をお願いします

