

(和歌山県版) 肝がん診療地域連携クリティカルパス

患者情報		計画策定病院	
カルテ番号		主治医	
生年月日 年 月 日 男・女		連絡先	
ふりがな		連携医療機関	
患者氏名		主治医	
		連絡先	

(肝がん治療後再発スクリーニングパス ・ 肝がんスクリーニングパス)

参考 Childスコア

合計が5-6点はA,7-10点はB,11-15点はC

分類	合併症	肝がん治療歴/治療日
<input type="checkbox"/> 慢性肝炎,B/C型キャリア	<input type="checkbox"/> 食道静脈瘤	<input type="checkbox"/> 肝切除術 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 肝がん再発低危険群	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> RFA焼灼術/PEIT (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 肝硬変,B/C型慢性肝炎	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 肝動脈塞栓術 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 肝がん再発高危険群	<input type="checkbox"/> 高血圧症	
<input type="checkbox"/> B/C型肝硬変	<input type="checkbox"/> 高血圧症	
	<input type="checkbox"/> ()	
計画策定病院での診療回数		
<input type="checkbox"/> 年に1回	<input type="checkbox"/> 6か月に1回	<input type="checkbox"/> 3か月に1回

	1点	2点	3点
T.Bil	<2	2~3	>3
Alb	>3.5	3.5~2.8	<2.8
PT%	>70	70~40	<40
腹水	なし	制御可	制御不可
脳症	なし	I,II	III,IV

肝がん再発危険群は計画策定病院の主治医が判断し■で振り分ける
肝がんスクリーニングパスとして用いる場合は■で振り分ける

* 画像検査の基準 *

- * 超音波検査は慢性肝炎やB/C型キャリアーは年に1回、**再発低危険群**、肝硬変やC/B慢性肝炎は6ヶ月に1回、**再発高危険群**、B/C型肝硬変は3ヶ月に1回施行
- * **再発低危険群**、B/C型肝硬変においては6~12ヶ月毎にダイナミックCTもしくはMRI検査
- * **再発高危険群**においては3~6ヶ月毎にダイナミックCTもしくはMRI検査
- * 1ヶ月以内に連携医療機関にて基準をみたま画像検査を受けていれば省略可

CT検査(ダイナミックCT)もしくはMRI 検査(ダイナミックMRI)でスクリーニング検査を行う。

●CT検査

- ・ダイナミックCTによる精密検査を必須とする。
- ・ダイナミックCTとは末梢静脈からヨード造影剤(2~5ml/秒で総量は約100ml)を注入しCTを撮像する方法である。
- ・造影剤の総注入量は体重や体表面積により、増減することが望ましい。動脈優位相(約30秒後)、門脈優位相(約80秒後)、平衡相(約180秒後)の3相を撮影する。
- ・CT画像は5mm厚で再構成することが勧められる。
- ・典型的な肝細胞癌は動脈相で強く染まり、門脈相および後期相では造影剤は洗い流され、周囲肝組織より低吸収に描出される。

●MRI 検査

- ・1.5T以上の高分解能MRI装置による撮像が勧められる。
- ・ガドリニウムあるいはEOBを用いたダイナミックMRIを必須とする。CTと同様に動脈優位相、門脈優位相、平衡相(EOBを用いる場合は、それらに加え肝細胞相)を撮影する。

		連携医療機関	連携医療機関	計画策定病院/ 連携医療機関	連携医療機関	連携医療機関	計画策定病院/ 連携医療機関
		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
自覚症状	こむら返り 便秘 食欲不振 全身倦怠感 膨満感 むくみ	<input type="checkbox"/>					
他覚所見	腹水 黄疸 脳症	<input type="checkbox"/>					
血算							
WBC	採血した項目にチェック 数値は記入もしくは データのコピーを患者 に渡す	<input type="checkbox"/>					
Hb		<input type="checkbox"/>					
Plt		<input type="checkbox"/>					
肝機能検査							
AST	採血した項目にチェック 数値は記入もしくは データのコピーを患者 に渡す	<input type="checkbox"/>					
ALT		<input type="checkbox"/>					
T.Bil		<input type="checkbox"/>					
Alb		<input type="checkbox"/>					
PT%		<input type="checkbox"/>					
NH3		<input type="checkbox"/>					
腫瘍マーカー							
AFP	採血した項目にチェック 数値は記入もしくは データのコピーを患者 に渡す	<input type="checkbox"/>					
L3%		<input type="checkbox"/>					
PIVKaII		<input type="checkbox"/>					
画像診断							
* 超音波検査 (ダイナミックCT) (ダイナミックMRI)	1ヶ月以内にかかりつけ医 にて基準をみたく画像検査 を受けていれば省略可			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
上部消化管内視鏡	静脈瘤の有無の確認 年1ないし2回施行	<input type="checkbox"/>					
投薬 注射		あり・なし あり・なし	あり・なし あり・なし	あり・なし あり・なし	あり・なし あり・なし	あり・なし あり・なし	あり・なし あり・なし
コメント欄							

		連携医療機関	連携医療機関	計画策定病院/ 連携医療機関	連携医療機関	連携医療機関	計画策定病院
		7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
自覚症状	こむら返り 便秘 食欲不振 全身倦怠感 膨満感 むくみ	<input type="checkbox"/>					
他覚所見	腹水 黄疸 脳症	<input type="checkbox"/>					
血算							
WBC	採血した項目にチェック 数値は記入もしくは データのコピーを患者 に渡す	<input type="checkbox"/>					
Hb		<input type="checkbox"/>					
Plt		<input type="checkbox"/>					
肝機能検査							
AST	採血した項目にチェック 数値は記入もしくは データのコピーを患者 に渡す	<input type="checkbox"/>					
ALT		<input type="checkbox"/>					
T.Bil		<input type="checkbox"/>					
Alb		<input type="checkbox"/>					
PT%		<input type="checkbox"/>					
NH3		<input type="checkbox"/>					
腫瘍マーカー							
AFP	採血した項目にチェック 数値は記入もしくは データのコピーを患者 に渡す	<input type="checkbox"/>					
L3%		<input type="checkbox"/>					
PIVKAII		<input type="checkbox"/>					
画像診断							
* 超音波検査 (ダイナミックCT) (ダイナミックMRI)	1ヶ月以内にかかりつけ医 にて基準をみたく画像検査 を受けていれば省略可			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
上部消化管内視鏡	静脈瘤の有無の確認 年1ないし2回施行	<input type="checkbox"/>					
投薬 注射		あり・なし あり・なし	あり・なし あり・なし	あり・なし あり・なし	あり・なし あり・なし	あり・なし あり・なし	あり・なし あり・なし
コメント欄							