

## 地域連携パス使用基準(肝がん)

### 1)はじめに

本クリティカルパスは肝がん患者の治療を行うに当たり、基幹病院の主治医とかかりつけ医の間で連携して治療を行う際に使用するものです。

入院治療終了後、基幹病院の主治医が本クリティカルパスの適用基準に該当すると判断した場合に地域連携パスによる治療を開始いたします。

患者には、受診する際には必ず本クリティカルパスを携行していただきます。

基幹病院の主治医及びかかりつけ医は、診療時に「治療記録シート」に診察結果や検査結果を記入します。

かかりつけ医の診察において、患者の症状等が紹介基準に該当する場合には、基幹病院の主治医へ紹介手続きをとります。

肝がんの再発が起こればその時点でクリティカルパスは終了し、新しいものに更新します。

### 2)パスの適用基準

- ①原発性肝がんであること
- ②原則として臨床病期がstage I～IIIまでであること
- ③局所治療、肝切除、肝動脈塞栓術(ないし動注療法)後であること

注)リザーバー動注及びソラフェニブ内服中の患者については適用から除外する。また、肝機能の悪化により肝細胞癌治療の適用から外れた場合には本クリティカルパスの適用から除外することとする。

### 3)患者紹介基準

#### 3-1身体所見

- ①急激な体重増加(3kg以上)が認められた場合
- ②腹囲増加(5cm以上)が認められた場合
- ③吐下血または黒色便が認められた場合
- ④急激な腹痛が生じた場合
- ⑤肝性脳症の症状が発症した場合

#### 3-2検査所見

- ①GOTまたはGPTが上昇した場合(前値と比べて100以上)
- ②T-Bilが上昇した場合(前値と比べて2以上)
- ③プロトロンピン時間が低下した場合(前値と比べて20%以上)
- ④AFPが上昇した場合(前値と比べて50以上)
- ⑤L3分画が上昇した場合(基準値以上の上昇または前値と比べて20以上の上昇)
- ⑥PIVKA IIが上昇した場合(基準値以上または前値と比べて20以上の上昇:ただし、ワーファリン内服剤を除く)