

地域連携パスの概念

- 基幹病院で手術治療をされた患者に対して、連携医と基幹病院の両方で連絡を取り合い、術後の定期的検診を行っていくために作られた一連の書式(パス)です。
- これにより、患者は基幹病院への頻繁な通院が不要となり、通院の不便さや外来での長い待ち時間からも解放されます。連携医への通院も継続できます。また、複数の主治医によるサポートを受けられる長所が生まれます。

地域連携パスの実際

- * 基本的には Stage I - III の患者に使用します。
- * 処方や採血検査など通常に通院は連携医で行い、半年～1年に一度の画像検査などは基幹病院で行います。
- * 医療者用パス(一覧表)を基に、連携医、基幹病院主治医ともに処方や検査を行います。
- * 各主治医は診察や検査結果を、個々のカルテとは別に、患者用データ記入用紙に転記することにより情報を共有します(通院間隔は自由ですが、2～3ヶ月に一度程度の転記をお願いします)。
- * 腫瘍マーカーは術後2年までは最低でも3ヶ月毎の測定をお願いします。それ以降は3～6か月毎で測定をお願いします。
- * 転記内容は煩雑さを避けるため、必要最小限の項目にしてあります。これ以外に重要と思われる項目があれば、備考欄にご記入ください。
- * 抗癌剤投与の患者では、投与期間中はやや煩雑な記載となっておりますが、重要な副作用チェックですのでご理解ください。
- * 抗癌剤投与の患者が重篤な副作用を惹起した場合は、適宜投薬を中断、中止してください(詳細は副作用の項目をご参照ください)。
- * 病気の再燃を疑う場合(2回以上、腫瘍マーカーが有意に上昇した場合など)や新たな疾患が発見された場合は、このシステムを中断して基幹病院へ通院していただきます。すぐにご連絡ください。
- * 術後補助療法に XELOXを用いた患者さんは半年間基幹病院で実施して、終了後に連携医へ移行となります。

術後経過で特に注意を要する点

* 経口摂取量の不足

術後半年くらいは経口摂取が不安定になる患者がいます。時間をかけて少しずつ食事をするようご指導ください。症状がひどい場合は適宜、処方、補液をお願いします。

* ダンピング症状

胃の容積減少、幽門部の切除に伴い、胃から小腸へ高張な食物が急激に流入することにより、腸管血流量の増加と一時的な循環虚脱が惹起され発汗、頻脈、めまいなどの症状が出ます(食後20-30分、早期ダンピング)。ゆっくりとした食事、食後の安静を指導してください。このほか、食後のインスリン過剰分泌による低血糖症状もあります(食後2-3時間、後期ダンピング)。

* 逆流性食道炎

胃全摘や噴門側胃切除など噴門部の逆流防止機構が不十分な場合に、十二指腸液や胆汁が逆流して胸焼けなどの症状を呈します。過食を避け、就寝時にセミファウラー位にするなどの工夫が必要です。

* ビタミンB12欠乏性貧血

特に胃全摘後4-5年を経て発症します。ビタミンB12を吸収するために必要な胃の内因子が欠落することが原因のため、ビタミンB12の注射による補充が定期的に必要です。

* 腸閉塞

生涯にわたって起こりうるものです。暴飲暴食などが原因となって、排便や排ガスの停止、腹部膨満、腹痛、嘔吐などの症状が起こってきます。腸閉塞を疑った場合はすぐにご連絡ください。パスを中断して入院治療を行います。

* 腫瘍マーカー

保険診療上、1回/月の腫瘍マーカー測定は認められています。特にステージ2, 3の患者では、この測定と転記をお願いします(ステージ1では3ヶ月に1回の測定でもかまいません)。2回以上にわたり有意にマーカーが上昇した場合は、当科を受診させて下さい。

* 抗癌剤服用患者について

TS1服用開始2-3ヶ月は当院で経過を見ます。比較的安定した状態で連携医での投薬へと移行できるかと思いますが、副作用の発現でお困りのときはすぐにご連絡ください。XELOXまたはTS1/ドセタキセルの患者さんは半年間から1年間当院で行い、終了後に連携医へ移行となります。

抗癌剤投与の場合

TS1を12ヶ月間服用する方法です。

80歳未満のステージ2、3の患者に行うことが一般的です。

TS1は国内研究(ACTS-GC)において、手術単独の場合に比べ、再発リスクを38%下げる効果があることが証明されています。

<服用方法>

TS1を4週間服用、2週間休薬を繰り返します(8クール、約1年間)。

TS1は、他の抗がん剤との併用は禁忌です。ご注意ください。

データ記入用紙の記載方法

患者用パスの中にあるデータ記入用紙は、以下の番号説明を参照して記載してください。また、バイタルサインの項目は適宜記載で結構です。

PS (Performance Status)

0	無症状で社会活動ができ、制限なく発病前と同等にふるまえる。
1	軽度の症状があり肉体労働は制限を受けるが、事務や家事は可能。
2	歩行や身の回りのことはできるが軽労働は不可。日中の50%以上は起居。
3	身の回りのことにしばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床。
4	身の回りのことに常に介助が必要で、終日就床している。

症状の発現状況の記載

Grade	0	1	2	3	4
食欲不振	なし	食欲低下	経口栄養剤が必要	体重減少、栄養失調あり	生命を脅かす
悪心・嘔吐	なし	1回/日の嘔吐	2-5回/日の嘔吐	6回/日以上嘔吐	生命を脅かす
下痢	なし	排便回数増加、3回/日以下	4-6回/日の排便	7回/日以上嘔吐	生命を脅かす
口内炎	なし	紅斑	斑状潰瘍、または偽膜	わずかな外傷で出血	壊死、自然出血
倦怠感	なし	軽い疲労	日常生活の一部が困難	日常生活に支障あり	活動不能
色素沈着	なし	軽度、限局した色素沈着	顕著、全身性の色素沈着		
流涙	なし	軽症、機能障害なし	中等症、機能障害あり	日常生活に支障あり	

服薬状況の記載

0	1	2
100%服用	ほぼ服用	半分以下の服用

休薬、減量の目安

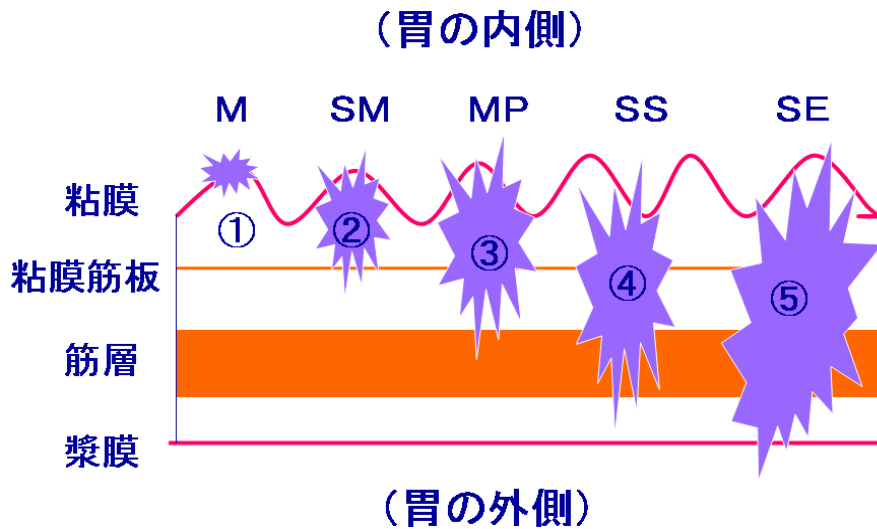
- * 前述したように副作用には下痢、口内炎、色素沈着、嘔吐、食欲低下、白血球減少(3000以下)などがあります。
- * 以下のいずれかが認められた場合、基幹病院地域医療連携室へすぐにご連絡ください。

	休薬を考慮する値、症状	
白血球減少	3000/mm ³ 未満	
好中球減少	1500/mm ³ 未満	
血小板減少	10万/mm ³ 未満	
総ビリルビン	(ULN×2)mg/dl 以上	
AST,ALT	(ULN×2)IU/l 以上	
クレアチニン	ULN mg/dl 以上 Ccr (eGFR) : 60mL/min以下1段階以上減量 Ccr (eGFR) : 30mL/min未満中止	
下痢	治療前に比べ4回以上の排便 回数の増加または夜間排便	前ページの Grade 2以上
口内炎	疼痛がある紅斑、浮腫、潰瘍	前ページの Grade 2以上
嘔吐	24時間あたり2回以上の嘔吐	前ページの Grade 2以上
悪心、食欲不振	経口摂取量の著明な減少	前ページの Grade 2以上
流涙	内服中止して眼科医に相談	前ページの Grade 2以上

ULN:施設基準値上限

ステージ決定の要素

- 壁深達度



①②は早期癌

T1: M, SM の深達度

T2: MP の深達度

T3: SS の深達度

T4a: SE の深達度

T4b: 癌の浸潤が直接他臓器までおよぶもの

- リンパ節転移

N0: リンパ節転移がないもの

N1: リンパ節転移が1～2個あるもの

N2: リンパ節転移が3～6個あるもの

N3: リンパ節転移が7個以上あるもの

- 遠隔転移

H0: 肝転移を認めない

H1: 肝転移を認める

P0: 腹膜転移を認めない

P1: 腹膜転移を認める

CY0: 腹腔細胞診(-)

CY1: 腹腔細胞診(+)

M0: 肺、骨などの遠隔転移なし

M1: 肺、骨などの遠隔転移あり

胃癌のステージ

	N0	N1	N2	N3
	0	1~2	3~6	7~
T1 (M,SM)	I A	I B	II A	II B
T2 (MP)	I B	II A	II B	III A
T3 (SS)	II A	II B	III A	III B
T4a (SE)	II B	III A	III B	III C
T4b (SI)	III B	III B	III C	III C
遠隔転移		IV		

胃癌取り扱い規約(金原出版)より抜粋