

説明文書

肝細胞がんに対する肝切除

この文書は、患者： _____ 様への 肝細胞がんに対する肝切除 について、その目的、内容、危険性などを説明するものです。説明を受けられた後、不明な点がありましたら何でもおたずねください。

(説明者記入欄)

説明年月日：	年	月	日		
説明時間：	時	分	～	時	分
説明場所：					
説明医師：	ⓐ ※自署の場合は押印不要				
同席看護師：	ⓐ ※自署の場合は押印不要				

(説明を受けた方の記入欄)

本人：		
(自署)		
同席者氏名：	本人との関係	()
同席者氏名：	本人との関係	()

1. あなたの病名と病態

今回あなたが治療を受ける病気の診断名は 肝細胞がん です。

病期 Stage

肝機能 肝障害度

併存症

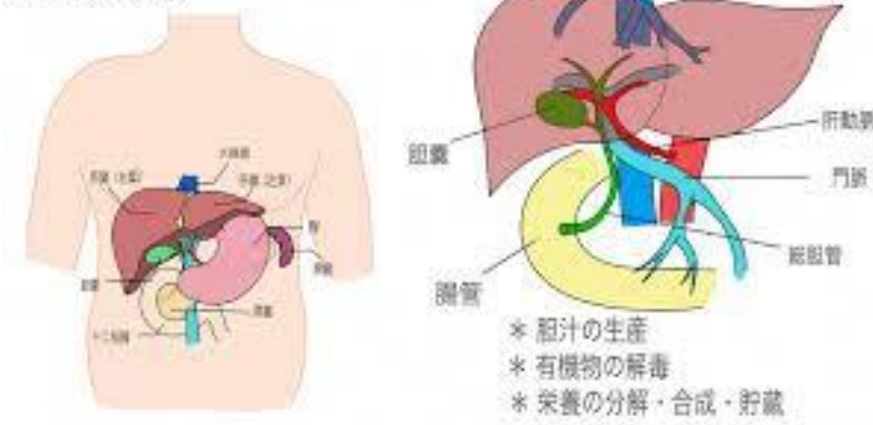
肝臓は腹部の右上にあり、成人で 800～1200 g と体内最大の臓器です。肝臓の主な役割は、食事から吸収した栄養分を取り込んで体に必要な成分に変えることや、有害物質を解毒し排出することです。また、脂肪の消化を助ける胆汁も作ります。胆汁は胆管を通して消化管に送られます。

肝細胞がんは、肝臓の細胞ががん化して悪性腫瘍になったものです。

肝細胞がんの発生する主な要因は、B型あるいはC型肝炎ウイルスの持続感染です。肝細胞の炎症と再生が長期にわたって繰り返され、それに伴い遺伝子の突然変異が積み重なり、がんになると考えられています。

ウイルス感染以外の要因としては、多量飲酒、喫煙、食事性のアフラトキシン、肥満、糖尿病、男性であることが知られています。最近では、肝炎ウイルス感染を伴わない肝細胞がんが増加してきているという報告もあり、その主な要因として脂肪肝が注目されています。

肝臓の機能



肝細胞がんの病期（ステージ）

肝細胞がんの局所進展度（がんの大きさ、個数など）、リンパ節転移の有無、肝臓以外の臓器への転移（遠隔転移）の有無から4段階の進行度（ステージ）に分けます。ステージ1～3はリンパ節転移や遠隔転移がなく、局所進展度のみで分類されます。ステージ1は単発、2 cm以下、脈管浸潤がない小さながんです。ステージ2、3となるにつれ個数や大きさなどが増えていきます。ステージ4は局所進展度が高度なもの（多発、大きさ2 cm以上、かつ脈管浸潤あり）

のほか、リンパ節転移や遠隔転移が存在するものも含まれます。進行度が、治療方針の決定や完全に治る確率の目安になります。

肝障害度

治療法を選択する際は、肝臓の障害の程度も確認します。

肝障害度は、肝機能の状態によって A,B,C の 3 段階に分けられます。A から C へと進むにつれて、肝障害の程度は強まります。

肝障害度	A	B	C
腹水	ない	治療効果あり	治療効果少ない
血清ビリルビン値 (mg/dL)	2.0 未満	2.0~3.0	3.0 超
血清アルブミン値 (g/dL)	3.5	3.0~3.5	3.0 未満
ICGR15(%)	15 未満	15~40	40 超
プロトロンビン活性値 (%)	80 超	50~80	50 未満

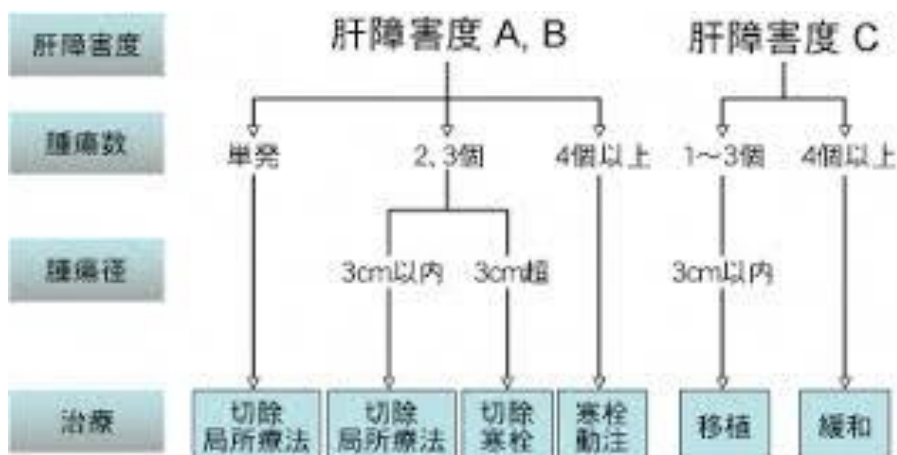
2. この検査、治療の目的・必要性・有効性

日本肝臓学会より提案された『肝臓診療ガイドライン』に沿った治療を行っています。

肝細胞がんの治療は、肝切除、ラジオ波焼灼療法、肝動脈化学塞栓療法が中心です。また、肝臓の状態やがんの進行具合によっては、分子標的薬による薬剤療法や、肝移植、放射線治療を選択します。

肝細胞がんの患者さんの多くは、がんと慢性肝疾患という 2 つの病気を抱えているため、がんのステージだけでなく肝臓の障害の程度も考慮して治療方法を選択します。肝臓以外の臓器の機能なども考慮しながら肝切除が適応かどうかを決めます。

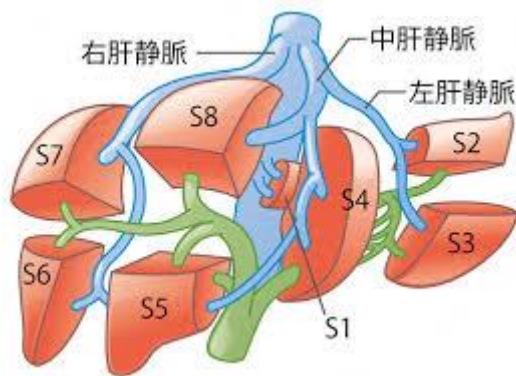
肝切除の利点は、ほかの治療に比べると局所再発が少ないということです。一方で、欠点は体への負担が大きくなることです。肝予備能が低い場合は十分な肝切除が行えないこともあります。



3. この検査、治療の内容と注意事項

肝切除はがんとその周囲の肝臓の組織を手術によって取り除く治療です。多くは、がんが肝臓にとどまっており、3個以下の場合に行います。がんの大きさには特に制限はなく、10cmを超えるような巨大なものであっても、切除が可能な場合もあります。また、がんが門脈や静脈の血管、胆管へ広がっている場合でも、一部のがんでは肝切除を行うことがあります。ただし、腹水がある場合は、肝切除後に肝臓が機能しなくなる（肝不全）危険性が高く、肝切除以外の治療を行います。

肝臓は、血管が流れる場所ごとに、区域名が決められています。肝臓を切除する場合、肝臓のどの区域に腫瘍があるか、どの区域を切除するかによって、手術の方法が変わります。肝臓の区域ごとに切除する肝機能が正常であれば、肝臓の約60%を切除することができます。



従来肝臓の手術はお腹を大きく切る開腹手術が一般的でしたが、傷が小さくてすむ腹腔鏡手術も外側区域切除術、部分切除術については行っています。

あなたが受ける手術は、肝_____切除術です。

肝臓の約（ ）%を切除します

手術時間は 約（ ）時間 かかる予定です。

予定出血量は 約（ ）mlです。

なお、手術の状況により、手術時間は延長されることがあります。

手術前の検査結果より、がんが進行していることもあります。やむをえず手術中に術式を変更することや、手術で取り切れない転移が見つかった場合、手術の完遂を断念することがあります。ご承知ください。

手術後1日目から水分がとれます。食事については1~3日目くらいから開始します。歩行訓練も早期から開始しますが、痛みが強い場合は痛み止めを使って、できる範囲で行ってください。順調にいけば手術後10日間程度で退院できます。持病の状況や合併症の状況により入院期間はかわることがあります。腹腔鏡手術の場合、術後5~7日間程度で退院することが可能です。

4. この検査、治療に伴う危険性とその発生率

あらゆる手術にいえることですが、術後に不都合な状況が発生することがあります。これを合併症といいます。合併症を起こすと入院期間が長引いたり、再手術が必要になったりすることがあります。さらにほかの合併症を引き起こしたりして重症化すると、命にかかわるような事態に陥ることもあります。肝切除術の手術関連死亡率は約3%と報告されています。細心の注意をして治療を行いますが、合併症を完全に防ぐことは困難です。合併症が起こった際には、いろいろな検査や処置が必要です。患者さんやご家族には身体的・精神的負担がかかってきますが、適切な治療を行えば克服することは可能ですのでご協力ください。

肝臓の手術では、一定の頻度で以下のような合併症が起こります。

①胆汁漏

肝臓の切離面から胆汁が漏れることをいいます。胆汁が漏れた場合は、手術の時にお腹に入れておくドレーンをいう管から体外に排出します。場合により、手術後にドレーンを新しく入れる必要が出てくる場合があります。胆汁が漏れていた穴は時間とともに自然と閉鎖するため、致命的となることはほとんどありませんが、胆汁漏が止まるまではドレーンを入れておく必要があります、入院期間が延長することがあります。

②腹腔内膿瘍

肝臓を切除した付近に胆汁や腹水がたまり、そこに細菌が感染して膿がたまる状態です。発熱を伴います。菌が血液中に入ると敗血症といって深刻な状態になることがあります。膿を排出するためのドレーンを入れる処置や、抗生剤の投与で治療します。

③胸水・腹水貯留

肝臓の切除後、一時的に肝機能が低下することが原因で、お腹の中に水がたまったり（腹水）、胸の中に水がたまったり（胸水）することがあります。利尿剤で治療しますが、量が多い場合は針を刺して水を抜くことがあります。

④肝不全

肝切除後に残った肝臓が十分に働かない状態です。切除した残りの肝臓が小さすぎる場合や、もともとの肝機能障害が強い場合に起こります。肝不全を起こすとほかの臓器も機能不全に陥ることが多く、命にかかわる非常に重篤な合併症です。

手術前に肝機能や残る肝臓の量を計算して、肝不全が起きないように注意していますが、数値だけでは評価しきれない部分もあり、稀に起こります。通常肝臓には自己再生機能が備わっており、3-6か月程度で残った肝臓の体積が大幅に増大し、機能的にもほぼ元に戻ります。

⑤腹腔内出血

手術直後に手術で操作した部位から出血する場合と、数日～数週間後に胆汁

漏や腹腔内膿瘍が原因で出血する場合があります。出血に対しては、再手術や血管造影で小さな金属（コイル）や止血剤を出血している血管に詰めて止血します。

⑥創感染

肝臓の機能が悪い人は傷の治りが遅いので、傷が膿みやすくなります。

⑦肺炎

傷の痛みのため呼吸が浅くなり痰が出しにくくなると肺炎を起こすことがあります。重症化すると気管挿管や呼吸器管理が必要になります。手術の前に禁煙したり、口の中をきれいにしておくことが必要です。リハビリも行い肺炎を予防します。

⑧せん妄

高齢者に起こることのある一時的な精神症状です。自分が置かれている状況がわからなくなり、つじつまの合わない言動が見られます。体の回復とともに治ります。

⑨腹壁癒痕ヘルニア

手術後すぐに傷に力が加わると、筋膜を縫い合わせたところが裂けることがあります。3か月程度はお腹に力が入るようなことは避けてください。

⑩その他予測が困難な合併症

万が一、合併症が起きた場合には最善の処置・治療を行います。なお、その際の経費は、原則として通常の保険診療による負担となりますのでご了承ください。

5. 代替可能な検査、治療およびそれに伴う危険性とその発生率

①局所療法（ラジオ波焼却療法など）

局所麻酔化で腫瘍を体外から針で刺して、熱凝固やアルコール注入などを行い腫瘍を死滅させる方法です。適応としては小さくて個数が少ない場合（3cm以下かつ3個以内）となります。

②経カテーテル的肝動注塞栓療法（TACE）

肝切除や局所療法が不可能な場合は、経カテーテル的肝動注塞栓療法がおこなわれます。足の付け根にある大腿動脈に針を刺して、腫瘍を栄養する肝動脈までカテーテルを到達させます。そこから抗がん剤を注入し、さらに栄養血管を塞栓物質で閉塞させる治療です。この治療法は腫瘍の個数が多い場合にも行えますが、しばしば繰り返し治療が必要になります。

③その他の治療

肝細胞がんの治療の3本柱（肝切除、局所療法、TACE）を行っても、治療後のがん再発率はほかのガンと比べると極めて高率であり、5年間で約70～80%に再発します。現在有効な補助療法は確立されていません。原因としてはベースとなっている慢性肝炎や肝硬変が治らない限り、発癌が繰り返

されることなどが考えられています。再発を繰り返すことにより、最終的に治療困難となります。進行した肝細胞がんに対しては、分子標的治療薬（ソラフェニブ）が適応となります。しかし奏効率は数%にとどまっています。肝動脈に直接抗がん剤を注入する、肝動注療法もおこなわれます。奏効率は14～71%と報告されています。日本のガイドラインにはソラフェニブに加え肝動注療法が選択肢に組み込まれています。しかし、海外では受け入れられていないのが現状です。

6. 何も検査、治療を行わなかった場合に予想される経過

がんが進行すると、切除することは困難です。末期の肝臓がんになると、倦怠感、黄疸、痛みなどが現れます。またがんが大きくなると、がんを触れることがあります。多くは肝内に転移しますが、肺やリンパ節、副腎、脳、骨などに転移することがあります。

7. 注意事項

抗凝固剤、抗血小板薬の内服をされている方は、必ず主治医にお伝えください。

8. 検査、治療の同意を撤回する場合

検査、治療の開始前であればいつでも同意を撤回することができます。その場合には下記までご連絡ください。

他医療機関でのセカンドオピニオンを聞いた上で決めていただいても結構です。

9. 連絡先

本検査、治療について質問がある場合や、検査、治療を受けた後緊急の事態が発生した場合には、下記までご連絡ください。

【連絡先】

住所：鳥取県倉吉市東昭和町 150 番地

病院：鳥取県立厚生病院 診療科： （主治医： ）

電話：0858-22-8181