

C型慢性肝炎インターフェロン治療

患者手帳&連携パスシート

この患者手帳を使用するにあたって

- ・ 病院およびかかりつけ医受診の際に必ず携帯して下さい。
- ・ 治療中の血液検査項目などはできるだけ患者様本人でご記入願います。
- ・ 治療および副作用について重要な説明がありますのでご確認願います。
- ・ 治療終了後も経過観察期間があり継続してこの手帳を使用します。
- ・ 長期間にわたる治療で安全に治療を完遂するための重要な情報となります。
- ・ 大事に保管して下さい。

(記入日： 年 月 日)

患者氏名		様			
生年月日	年	月	日	(歳)	男・女
患者 ID (病院)		患者 ID (かかりつけ)			

担当医療機関

病院名
担当医名
TEL
かかりつけ医名
担当医名
TEL

治療前のチェック

●治療前の状態を確認しましょう（検査日： 年 月 日）

身長／体重	cm kg	血圧	/
病気の進み具合	<input type="checkbox"/> F0（軽微）	血液検査	
	<input type="checkbox"/> F1（軽度）		
	<input type="checkbox"/> F2（中等度）	AST（GOT）	IU/L
	<input type="checkbox"/> F3（重い）	ALT（GPT）	IU/L
	<input type="checkbox"/> F4（肝硬変） A0 A1 A2 A3		
ウイルスのタイプ	セロタイプ（genotype） <input type="checkbox"/> 1（ <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b） <input type="checkbox"/> 2（ <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b） <input type="checkbox"/> 検出不能	白血球	/mm ³
		好中球	/mm ³
		ヘモグロビン	g/dl
ウイルスの量	LogIU/ml		
その他の検査			
治療中の他の病気			
特記事項 （治療歴）			

治療計画

投与薬剤	ペガシス単独 ペガシス・コペガス併用 ペグイントロン・レベトール併用 その他（ ）
開始時投与量	
投与期間	週
治療開始日	年 月 日

治療について

C型慢性肝炎のインターフェロン治療

肝炎ウイルスを排除するためと、発癌を抑制するために、インターフェロン治療が行われます。現在では、インターフェロン治療により約6割の患者さんに対して、肝炎ウイルスを排除し、C型肝炎を根本的に治すことができるようになりました。またインターフェロン治療は完治につながらなくとも、発がんを抑える働きもあります。治療を継続することが大切です。

インターフェロン療法医療連携パスおよび日常生活のポイント

（通院）

かかりつけ医には週1回、病院には月1回の受診です。

（薬剤）

インターフェロン注射（ペガシスもしくはペグイントロン）はかかりつけ医で、内服薬（コペガスもしくはレベトール）は病院で処方します。

（検体検査）

かかりつけ医では簡単な血液検査を行い、病院はウイルスなどの多項目の血液検査を実施します。

（画像診断）

画像診断は、原則として病院で行います。

- ・超音波検査：6ヶ月毎に1回
- ・CTまたはMR：年に1回

（食事）

1日3食（腹8分目）、生活リズムに合わせて定期的に摂りましょう。栄養素はバランスよくとることが大切です。また鉄分が多く含まれる緑の濃い野菜（ホウレンソウなど）や赤身の強い肉類は摂りすぎないようにしましょう。

（生活）

- ・アルコールは原則禁止です。
- ・睡眠はなるべく1日7時間以上。
- ・夜眠れない、夜中に目が覚めるなど不眠の場合は、相談して下さい。
- ・運動制限はありませんが、治療中は疲れやすく、貧血症状も見られるため、無理をしないように。
- ・避妊は必ず継続して下さい。

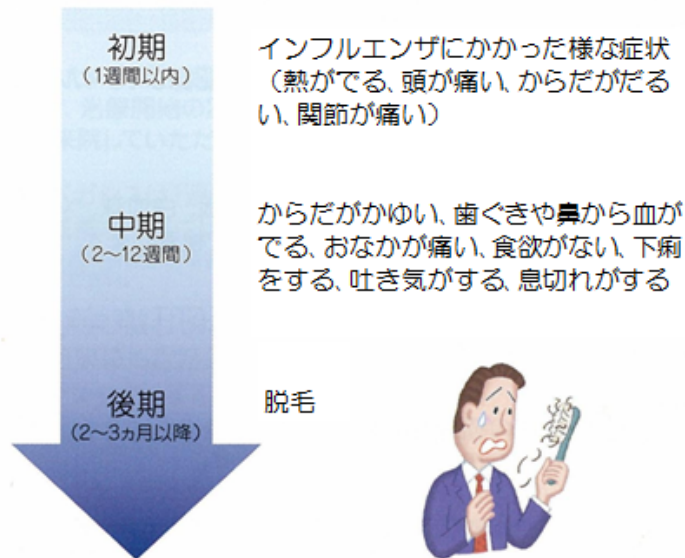
※その他、かかりつけ医や担当医師の指示に従ってください。

※症状に変化があった場合は、かかりつけ医に相談して下さい。

副作用について

●よくみられる副作用

治療開始からの時期によって、みられる副作用が異なります。日記に気づいたこと（症状など）を記録し、気になることは主治医に相談して下さい。



●治療期間を通じてみられる副作用

- ・注射したところの炎症やかゆみ

●その他の副作用

- ・めまい、フラフラ感
- ・味覚異常
- ・眼痛、眼がちかちかする

●自覚しにくい副作用

自覚症状が少なくても**ヘモグロビン減少**、**血小板減少**、**好中球減少**などの血液検査値異常の副作用がおこっていることがあります。これらはひどくならないと症状があらわれないので、定期的に血液検査で検査値を確認します。

●特に注意が必要な副作用

治療中に以下の副作用がみられる場合があります。あてはまる症状があらわれたときには、すぐに主治医に連絡して下さい。

間質性肺炎	高熱がでた 熱がつづく 咳がでる 息切れがする 息が苦しい からだのだるい
うつ傾向	眠れない 気持ちがひどく落ち込む ぼんやりする
脳出血 脳梗塞	血圧が上がった 頭が痛い からだの片側がまひする 吐き気がする シャベりにくい 考えがまとまらない 手足がしびれる

診察時から体の調子や検査値を確認し、その程度によって薬の量を減らしたり、いったんくすりを休んだりすることにより、副作用を軽くしてなるべく治療が続けられるように工夫します。

医療者用 C 型慢性肝炎インターフェロン療法病診連携パス

C 型慢性肝炎インターフェロン療法医療連携パス

●対象症例

C 型肝炎でインターフェロン療法でフォローする患者

●パスの目的

- 1) 肝炎ウイルスの排除
- 2) 副作用の把握と対応
- 3) 合併症の早期発見と治療
- 4) 医療連携を利用した IFN 治療を継続しやすい環境づくり

●基本原則

- 1) 治療から8週目までは病院へ通院し、9週目からこのパスをスタートする。
- 2) かかりつけ医へは毎週、病院へは月一回の通院とする。
- 3) 血液検査は、IFN 投与前(当日もしくは前日)に実施する。
- 4) IFN 投与についてはかかりつけ医が行うが、年末年始や連休などは、病院も適宜行う。
- 5) リバビリンの処方 は病院が行う
- 6) 投与量の変更、副作用のによる減量は適宜連絡・相談する。
- 7) 他の合併症も含めた日常の管理は、かかりつけ医が行う

治療計画	投与薬剤	ペガシス単独 ペグイントロン・レベトール併用 ペガシス・コペガス併用 その他()
	投与量	
	投与期間	週
	治療開始日	年 月 日
	治療終了予定日	年 月 日

医療機関	かかりつけ医	病院	
スケジュール	週1回診察	月1回診察	
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ■ ウイルスの持続陰性化・SVR ■ 重篤な血球減少が無い ■ インターフェロン(IFN)に関連する重篤な症状が無い ■ 他の合併症の増悪がない。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ウイルスの持続陰性化・SVR ■ 肝機能の悪化がない ■ 重篤な血球減少が無い ■ インターフェロン(IFN)に関連する重篤な症状が無い ■ 他の合併症の増悪がない。 ■ 肝細胞癌がない 	
診察	<ul style="list-style-type: none"> ■ 検査データの確認 ■ 自他覚症状の確認 ■ 有害事象等が認められた場合は、病院の担当医に連絡・相談する。 ■ リバビリン投与中の場合、終了後6ヶ月までの避妊を徹底。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 自他覚症状の確認 ■ 検査データの確認 ■ 体重のチェック ■ 治療効果の確認 ■ 治療方針の確認 	
検査	検体検査	<ul style="list-style-type: none"> ■ 血液検査* ■ 原則不要。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 血液一般* ■ 肝機能・腎機能を検査 ■ 腫瘍マーカー ■ 脂質・血糖 ■ 甲状腺機能検査** ■ 検尿 ■ ウイルス量
	超音波		■ 腹部超音波検査(原則6ヶ月毎1回)
	放射線		■ CTまたはMRI(原則年1回)
治療・処置	【注射薬】 <ul style="list-style-type: none"> ■ 検査結果を確認後、IFN投与量の確認。 ■ IFN(ペガシスorペグイントロン)の投与。 【内服薬】 <ul style="list-style-type: none"> ■ リバビリン(コペガスorレベトール)の投与量の確認。 	【注射薬】 <ul style="list-style-type: none"> ■ IFN(ペガシスorペグイントロン)投与量の確認 【内服薬】 <ul style="list-style-type: none"> ■ リバビリン(コペガスorレベトール)の投与量の確認。 ■ リバビリンの処方。 	
指導	<ul style="list-style-type: none"> ■ 食事指導 ■ 生活指導 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 食事指導 ■ 生活指導 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ■ 副作用、検査値異常等がございましたら、病院にご連絡ください。 ■ バリアンスのチェック A.患者要因 B.家族要因 C.医療側要因 D.社会要因 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 病状の変化や、薬剤の投与量を変更する際は報告書にて連絡。 ■ 1ヶ月後の予約 ■ バリアンスのチェック A.患者要因 B.家族要因 C.医療側要因 D.社会要因 	

※この医療連携パス(診療計画表)は、現時点で予想されるものであり、症状に応じて変更になる場合があります。

検体検査: *)血液一般:WBC、RBC、Hb、Plt、血液像

**)検査を省略する場合もある。

経過表(投与前~12W)

かかりつけ医 ■

主医療機関 ■

投与前		開始日	1W	2W	3W	4W
投与前(投与前~4W)		/	/	/	/	/
IFN 投与回数 量記載						
自覚症状(出現時は○を)	発熱					
	頭痛					
	食欲低下					
	発疹					
	咳嗽					
	不眠					
	精神症状()					
	その他(記載)					
IFN量・リバビリン量変更時記載						
検査DATA	WBC (Peg 時 Seg も)					
	Hb					
	Plt					
	AST・ALT					
	HCVTaq					
	甲状腺機能					
	KL-6					
	AFP					
	()					
連絡事項(ある時○を)						

投与前		5W	6W	7W	8W	9W	10W	11W	12W
投与前((5W~12W))		/	/	/	/	/	/	/	/
IFN 投与回数 量記載									
自覚症状(出現時は○を)	発熱								
	頭痛								
	食欲低下								
	発疹								
	咳嗽								
	不眠								
	精神症状()								
	その他(記載)								
IFN・リバビリン量変更時記載									
検査DATA	WBC(Peg 時 Seg)								
	Hb								
	Plt								
	AST・ALT								
	HCVTaq EVR(有・無)								
	甲状腺機能								
	KL-6								
	AFP								
	()								
連絡事項(ある時○を)									

連絡事項の詳細は、別紙に

採血に関して ■ は必ず採血して下さい。 ■ はリバビリン併用時採血して下さい。

経過表(13W~36W)

かかりつけ医 ■

主医療機関 ■

投与日(13W~24W)		13W	14W	15W	16W	17W	18W	19W	20W	21W	22W	23W	24W
IFN 投与回数 量記載		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
自覚症状(出現時は○を)	発熱												
	頭痛												
	食欲低下												
	発疹												
	咳嗽												
	不眠												
	精神症()												
	その他												
IFN・リバビリン量変更時記載													
検査DATA	WBC(Peg 時 Seg)												
	Hb												
	Plt												
	AST・ALT												
	HCVTaq	X											
	甲状腺機能												
	KL-6	X											
	AFP												
	()												
連絡事項ある場合○を													

投与日(25W~36W)		25W	26W	27W	28W	29W	30W	31W	32W	33W	34W	35W	36W
IFN 投与回数 量記載		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
自覚症状(出現時は○を)	発熱												
	頭痛												
	食欲低下												
	発疹												
	咳嗽												
	不眠												
	精神症()												
	その他												
IFN・リバビリン量変更時記載													
検査DATA	WBC(Peg 時 Seg)												
	Hb												
	Plt												
	AST・ALT												
	HCVTaq	X											
	甲状腺機能												
	KL-6	X											
	AFP												
	()												
連絡事項ある場合○を													

連絡事項の詳細は、別紙に

9週以降はペグインターフェロン時の採血は月一回でも可能です。

経過表(37W~60W)

かかりつけ医 ■

主医療機関 ■

投与日(37W~48W)		37W	38W	39W	40W	41W	42W	43W	44W	45W	46W	47W	48W
IFN 投与回数 量記載		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
自覚症状(出現時は○を)	発熱												
	頭痛												
	食欲低下												
	発疹												
	咳嗽												
	不眠												
	精神症()												
	その他												
IFN・リバビリン量変更時記載													
検査DATA	WBC(Peg 時 Seg)												
	Hb												
	Plt												
	AST・ALT												
	HCVTaq	X											
	甲状腺機能												
	KL-6	X											
	AFP												
	()												
連絡事項ある場合○を													

投与日(49W~60W)		49W	50W	51W	52W	53W	54W	55W	56W	57W	58W	59W	60W
IFN 投与回数 量記載		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
自覚症状(出現時は○を)	発熱												
	頭痛												
	食欲低下												
	発疹												
	咳嗽												
	不眠												
	精神症()												
	その他												
IFN・リバビリン量変更時記載													
検査DATA	WBC(Peg 時 Seg)												
	Hb												
	Plt												
	AST・ALT												
	HCVTaq	X											
	甲状腺機能												
	KL-6	X											
	AFP												
	()												
連絡事項ある場合○を													

連絡事項の詳細は、別紙に

9週以降はペグインターフェロン時の採血は月一回でも可能です。

経過表(61W~72W)

かかりつけ医 ■

主医療機関 ■

投与日(61W~72W)		61W	62W	63W	64W	65W	66W	67W	68W	69W	70W	71W	72W
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
IFN 投与回数 量記載													
自覚症状(出現時は○を)	発熱												
	頭痛												
	食欲低下												
	発疹												
	咳嗽												
	不眠												
	精神症()												
	その他												
IFN・リバビリン量変更時記載													
検査DATA	WBC(Peg 時 Seg)												
	Hb												
	Plt												
	AST・ALT												
	HCVtaq	X				X				X			
	甲状腺機能												
	KL-6												
	AFP												
	()												
連絡事項ある場合○を													

経過表(4W 間隔)(76W~120W)

かかりつけ医 ■

主医療機関 ■

投与日(76W~120W)		76W	80W	84W	88W	92W	96W	100W	104W	108W	112W	116W	120W
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
IFN 投与回数 量記載													
自覚症状(出現時は○を)	発熱												
	頭痛												
	食欲低下												
	発疹												
	咳嗽												
	不眠												
	精神症()												
	その他												
IFN・リバビリン量変更時記載													
検査DATA	WBC(Peg 時 Seg)												
	Hb												
	Plt												
	AST・ALT												
	HCVtaq	X				X				X			
	甲状腺機能												
	KL-6												
	AFP												
	()												
連絡事項ある場合○を													

連絡事項の詳細は、別紙に

9週以降はペグインターフェロン時の採血は月一回でも可能です。

インターフェロン投与終了後経過表

SVR(あり・なし)

■ はなるべく主医療機関受診を

KL-6や甲状腺ホルモンは、終了時点で異常があれば、継続して測定お願いします

終了後(何週目)		4W	12W	24W	36W	1年	1.5年	2年	2.5年	3年	3.5年
		/	/	/	/	/	/	/	/		
自覚症状											
検査DATA	WBC										
	Hb										
	Plt										
	AST・ALT										
	HCV Taq										
	甲状腺機能										
	KL-6		X		X						
	AFP										
	()										
画像診断施行時○											
連絡事項											

連絡事項の詳細は、別紙に

連絡事項

	年月日（西暦）	連絡事項	記載者	確認者
1	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	年 月 日			
7	年 月 日			
8	年 月 日			
9	年 月 日			
10	年 月 日			
11	年 月 日			
12	年 月 日			
13	年 月 日			
14	年 月 日			
15	年 月 日			

連絡事項

年 月 日	(西曆)	連 絡 事 項	記 載 者	確 認 者
16	年 月 日			
17	年 月 日			
18	年 月 日			
19	年 月 日			
20	年 月 日			
21	年 月 日			
22	年 月 日			
23	年 月 日			
24	年 月 日			
25	年 月 日			
26	年 月 日			
27	年 月 日			
28	年 月 日			
29	年 月 日			
30	年 月 日			

減量・中止基準

ペグイントロン	ペグイントロン	レベトール
Hb 10g/dl ↓	用量変更なし	600 mg→400 mg 800 mg→600 mg 1000 mg→600 mg
Hb 8.5g/dl ↓	中止	中止
WBC 1,500/mm ³ ↓	半量に減量	用量変更なし
WBC 1,000/mm ³ ↓	中止	中止
好中球 750/mm ³ ↓	半量に減量	用量変更なし
好中球 500/mm ³ ↓	中止	中止
Plt 80,000/mm ³ ↓	半量に減量	用量変更なし
Plt 50,000/mm ³ ↓	中止	中止

ペガシス	ペガシス	コペガス	ペガシス単独
Hb 10g/dl ↓	用量変更なし	600 mg→400 mg 800 mg→600 mg 1000 mg→600 mg	用量変更なし
Hb 8.5g/dl ↓	中止	中止	中止
好中球 750/mm ³ ↓	180 μg→90 μg	用量変更なし	180 μg→90 μg
好中球 500/mm ³ ↓	中止	中止	中止
Plt 50,000/mm ³ ↓	中止	中止	180 μg→90 μg

IFN-α	IFN-α	アドバフェロン
WBC 1,500/mm ³ ↓	中止	中止
好中球 750/mm ³ ↓	中止	中止
Plt 50,000/mm ³ ↓	中止	中止

IFN-β	IFN-β	レベトール	肝硬変のβ時
Hb 10g/dl ↓	用量変更なし	600 mg→400 mg 800 mg→600 mg 1000 mg→600 mg	用量変更なし
Hb 8.5g/dl ↓	中止	中止	中止
WBC 1,500/mm ³ ↓	半量に減量	用量変更なし	減量又は投与間隔延長
WBC 1,000/mm ³ ↓	中止	中止	中止
好中球 750/mm ³ ↓	半量に減量	用量変更なし	減量又は投与間隔延長
好中球 500/mm ³ ↓	中止	中止	中止
Plt 50,000/mm ³ ↓	半量に減量	用量変更なし	減量又は投与間隔延長
Plt 25,000/mm ³ ↓	中止	中止	中止

IFN 療法における一般的な副作用

IFN 治療中には様々な副作用が見られますが、投薬量の調整や併用薬の追加で副作用を軽減し、患者にかかる負担を減らすことにより、治療を継続するのが大切です。IFN では発熱、関節痛、筋肉痛、頭痛などいわゆる感冒様症状が必発です。また血小板数や、白血球数の減少も必発です。その他にも様々な副作用の報告があり、いかにそれら副作用をマネジメントし、治療を継続するかで、治療効果に大きな差があります

IFN の副作用と対策		
発現時期	症状	対応
投与期間中	感冒様症状: 発熱、頭痛、筋肉痛	NSAIDs が有効
	血球減少: 白血球減少、血小板減少	投与中血液検査をモニターし減量中止基準を遵守
不定	消化器疾患: 嘔気、食欲不振、下痢	胃腸薬で対処
不定	皮膚症状: 皮疹、痒み	外用剤及び抗アレルギー剤内服
2 ヶ月以降	脱毛	ウィッグ等。IFN 終了後徐々に治ります
数週間で以降	呼吸器疾患: 間質性肺炎	乾性咳などを認めたらただちに X 線検査などを行い、間質性肺炎の鑑別を行う。KL-6 の測定。 間質性肺炎の診断が付き次第インターフェロン中止、呼吸器内科受診を
数週間で以降	精神症状: 躁病、うつ病、不眠	中等度までの精神症状に対しては、精神科併診のうえ向精神薬を投与。重度の精神症状に対してはただちに投与を中止し、専門医に紹介。
IFN β では早期	腎尿路系: 蛋白尿、ネフローゼ	定期的な血液検査を実施。IFN β では高率
6 週間で以降	眼底出血(飛蚊症、視力低下)	投与中は定期的な眼底検査を実施
2 ヶ月以降	甲状腺疾患: 甲状腺機能低下または亢進	投与中は3ヶ月ごとに甲状腺機能検査を実施
数ヶ月以降	自己免疫性疾患: 関節リウマチ、自己免疫性肝炎、SLE など	症状があれば検査
数ヶ月以降	糖尿病	血糖を定期的に測定し、早期に対処する。
不定	循環器系: 不整脈、心筋炎	症状があれば検査

リバビリンの副作用とその対策		
発現時期	症状	対応
投与開始後4週以降	溶血性貧血	投与中は血液検査を行い、減量基準を遵守する。
投与開始後から終了6 ヶ月まで	催奇形性	妊娠する可能性のある女性患者およびパートナーが妊娠する可能性がある男性患者は投与中および投与終了後6ヶ月は避妊する。
不定	脳出血:	高血圧・糖尿病合併例には十分にコントロールした後、慎重に投与。PEG-IFN/リバビリン療法中の脳出血の発症率は0.6/1,000 人年で、40 歳以上の一般人口における発症率1.0/1,000 人年と差がない