

登録日	2007. 10. 31
再登録日	2014. 07. 08

がん化学療法レジメン登録書

1 枚目

登録番号：

がん種/レジメン名				実施区分	適応疾患分類	抗癌剤適応分類	
治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌 FOLFIRI+アバスタチン療法				点滴療法	日常診療（治療）	進行・再発・転移癌	
1 クールの投与期間 14 日/クール				備考（最大投与回数等）			
Day	投与順	薬品名（成分名）	投与量	単位	溶解液・液量	投与時間	投与ルート
1	1(メイン)	デカドロン	9.9	mg	生理食塩液 50mL	15min	Div.
		アロキシ	0.75	mg			
	2(メイン)	アバスタチン	5	mg/kg	生理食塩液 100mL	(初回) 90min (2回目) 60min (3回目以降) 30min	Div.
	3(メイン)	レボホリナート	200	mg/m ²	生理食塩液 250mL	120min	Div.
	3'(サブ)	イリノテカン	150	mg/m ²	生理食塩液 250mL	90min	Div.
	4(サブ)	5-FU ※レボホリナート投与開始 120min 後	400	mg/m ²	生理食塩液 50mL	全開	Div.
	5(メイン)	5-FU	2400	mg/m ²	生理食塩液 ※1 5-FU と生理食塩液の合計:230mL	46hr ※2 インフューザーポンプより 5mL/h で投与	Div.※2

【投与開始基準】 ※大腸癌治療ガイドライン 2014 年版、カンブト適性使用ガイド、アバスタチン適正使用ガイド、各種添付文書等より

【投与量の減量基準】 ※

項目	基準値及び症状
白血球	≧3500/μL
血小板	≧100000/μL
T-Bil	<2.0mg/dL
AST 又は ALT	<100IU/L
Scr	≦ULN
PS	0~2
重篤な合併症（特に、腸管麻痺、腸閉塞、下痢、発熱）	なし
間質性肺炎、肺線維症	なし
多量の腹水、胸水	なし
黄疸	なし
喀血	既往なし
術後（アバスタチン）	28 日以上

イリノテカン及び 5-FU:
Grade3 以上の白血球減少、又は血小板減少、又は非血液の有害事象出現時
⇒CPT-11 及び 5-FU を 20%減量(急速静脈内投与及び 46 時間持続静注)
イリノテカン: 早期性下痢(2~3 回排便回数増加) ⇒回復後、同容量投与
遅発性下痢 Grade2 以上(水様便、夜間便、腹痛) ⇒20~25%減量
5-FU:T-Bil≧5.0 mg/dL の場合 ⇒投与中止
アバスタチン: 減量を行わない

【特に注意すべき副作用と対策】

白血球減少、好中球減少・・・症状に応じ、内服もしくは点滴静注にて抗生剤の投与、G-CFS 製剤の使用を考慮
(FN 診療ガイドライン、G-CFS 製剤使用についてのガイドラインに準じ対応)

ヘモグロビン減少・・・症状に応じ、輸血を考慮(血液製剤の使用指針に準じ対応)

血小板減少・・・症状に応じ、輸血を考慮(血小板輸血に關してのガイドラインに準じ対応)

早発性下痢への対処・・・次回イリノテカン投与前にブチルスコボラミン 10mg 内服あるいは 20mg 静注

遅発性下痢・・・

①UGT1A1 遺伝子多型の確認→

②下痢予防:以下の処方を検討

・イリノテカン投与 3 日前から半夏瀉心湯 7.5g/3x 食前の服用

・Day1~4 に酸化マグネシウム 2~4g/3x、ウルソデオキシコール酸(100) 3T/3x、炭酸水素ナトリウム 2g/3x の服用

③下痢時:症状に応じ、高用量ロペラミド療法、内服もしくは点滴静注にて抗生剤の投与を考慮

蛋白尿・・・高度の蛋白尿が認められた場合には、アバスタチンの休業及び中止

消化管穿孔・・・投与中に腹痛があった場合には、鑑別診断に消化管穿孔を含める

※当院作成の【外来化学療法施行患者における緊急時対応マニュアル】を参照すること

【投与量の増量基準】

・なし