

がん化学療法における疑義照会事例

薬剤部 松本 香織

薬剤師の関わり

- レジメン管理
 - 投与量、休薬、支持療法、輸液の選択等検討
 - レジメン登録
- 処方鑑査
 - 投与量、休薬期間、支持療法等
- 抗がん薬調製
- 服薬指導
- 外来化学療法カンファレンス参加
(毎朝、毎週水曜日)

疑義照会

血管痛への対応

○オキサリプラチン注 XELOX療法
130mg/m²を末梢より投与 ⇒

血管痛

溶解液を5%ブドウ糖液250mL→500mLへ修正

○ゲムシタビン注 ⇒

血管痛

溶解液を生食→5%ブドウ糖液へ変更

血管痛への対応(エピルビシン)

従来法(FEC療法)

グラニセトロン3mg
デキサメタゾン13.2mg



エピルビシン注



シクロホスファミド
5-FU

血管痛



サブルート法

グラニセトロン3mg
デキサメタゾン6.6mg



生食100mL
デキサメタゾン6.6mg



シクロホスファミド
5-FU

側管よりエピルビシンの急速投与

- ・デキサメタゾンを混合することによるpHの上昇、抗炎症効果
- ・生食によるエピルビシンの希釈

支持療法

GC療法 4週1クール ⇒ 高度催吐リスク

GEM 1,000mg/m² d1,8,15

CDDP 70mg/m² d2

制吐剤 グラニセトロン 3mg d1

デキサメタゾン 6.6mg d1,2,8,15

2クール目 CDDP投与後嘔吐あり、嘔気強く出現

3クール目 アプレピタント内服d1-3 提案

➡ 1週間程度、軽度の嘔気に改善

予期性嘔吐

EC療法 3週1クール ⇒ 高度催吐リスク

EPI 90mg/m² CPA 600mg/m²

制吐剤 パロノセトロン 0.75mg d1

デキサメタゾン 13.2mg d1 8mg d2,3

アプレピタント 125mg d1 80mg d2,3

1,2クール目 1週間程度の嘔気

3クール目 点滴中、終了時の嘔吐

⇒アプレピタント服用のタイミング検討

4クール目 点滴中の嘔吐

⇒オランザピンやロラゼパムの追加を提案

⇒プロクロルペラジン処方

抗がん剤投与の
1時間～1時間30分前

予期性嘔吐

EC療法 4クール実施

嘔気・嘔吐



H-TXT療法 3週1クール ⇒ 軽度催吐リスク

トラスツズマブ $6\text{mg}/\text{m}^2$ (初回 $8\text{mg}/\text{m}^2$)

ドセタキセル $75\text{mg}/\text{m}^2$

制吐剤 デキサメタゾン 6.6mg d1 4mg d2,3

1クール目 点滴中の嘔吐 ⇒ ジアゼパム筋注追加

2クール目 医師、看護師と協議し

TXT投与前にジアゼパム筋注投与

抗がん剤による悪心・嘔吐に対する 治療ガイドライン

	急性悪心・嘔吐	遅発性悪心・嘔吐
高リスク	5-HT ₃ 受容体拮抗薬：静注or経口 + デキサメタゾン：注射9.9mg + アプレピタント：経口125mg	デキサメタゾン：経口8mg 3～4日間 + アプレピタント：経口80mg 2～4日間
中リスク	5-HT ₃ 受容体拮抗薬：静注or経口 + デキサメタゾン：注射4.95～9.9mg + (アプレピタント：経口125mg)	デキサメタゾン：経口4～8mg 0～3日間 + (アプレピタント：経口80mg 2～4日間)
軽リスク	デキサメタゾン：注射6.6mg	一般的には不要
最小リスク	一般的には不要	一般的には不要

投与量(カペシタビン)

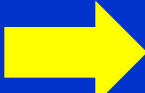
XELOX療法 結腸癌術後 (BSA 1.476m²)

オキサリプラチン 130mg/m² d1

カペシタビン 1回 1,000mg/m² (C法)

1日2回14日間投与、7日間休薬

カペシタビン投与量

3600mg/日 (B法)  3000mg/日 (C法)

※B法 1回 1250mg/m²

1日2回14日間投与、7日間休薬

結腸癌における術後補助化学療法

投与量 (TS-1[®])

非小細胞肺がん BSA 1.629 m² Ccr 50 mL/min

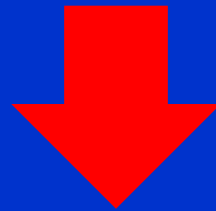
TS-1[®]投与量 60mg/日 → 100mg/日

体表面積	初回基準量 (1日2回)	減量
1.25m ²	40mg/回	休薬
1.25m ² ~1.5m ² 未満	50mg/回	40mg/回→休薬
1.5m ² 以上	60mg/回	50mg/回→40mg/回→休薬

検査項目	適正使用基準	慎重投与	
Ccr (mL/min)	80以上	80 > ≥60	60 > ≥30
投与開始量	初回基準量	初回基準量 (必要に応じて 1段階減量)	原則1段階以上減量 (30~40未満は2段階減量が望ましい)

デノスマブ皮下注

治療開始後数日から、重篤な低カルシウム血症があらわれることがあり、死亡に至った例が報告されている。



- 投与前及び投与後頻回に血清カルシウムを測定
- カルシウム及びビタミンDの経口補充のもとに投与
- 重度の腎機能障害の患者では低カルシウム血症を起こす恐れが高いため、慎重投与

安心・安全を支える薬剤師の役割

- レジメン管理
- 副作用対策
- 情報提供
- 医療連携
- 曝露対策

CDTM(collaborative drug therapy management: 共同薬物治療管理)とは、医師と薬剤師が契約を結び、その契約の範囲内で薬剤師が主体的に薬物療法を行うこと。⇒強い嘔吐などの副作用が起こった場合には、薬剤師が制吐薬の追加、変更を行える等。