

# 大腸癌化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

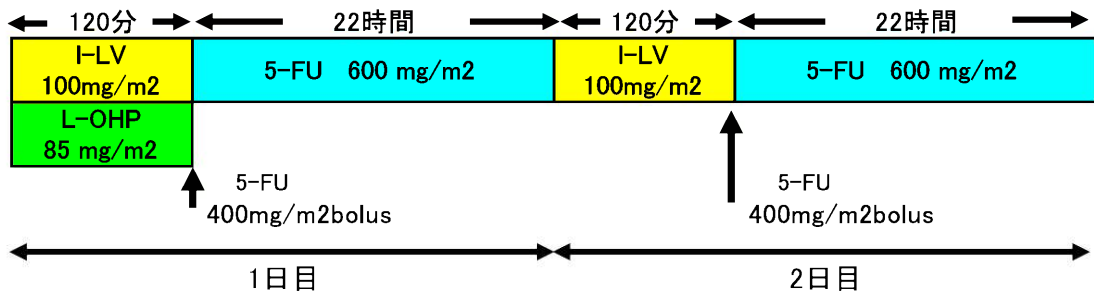
No.1

患者氏名		歳	ID	担当医師
------	--	---	----	------

**大腸・直腸癌**    切除不能癌    再発・転移    術後化学療法

身長	cm	体重	kg	体表面積	m <sup>2</sup>
----	----	----	----	------	----------------

化学療法レジメン    **FOLFOX 4 療法**    ※2週ごとに繰り返し



I-LV	レボホリナート	100mg/m <sup>2</sup>	mg/body
L-OHP	エルプラット	85mg/m <sup>2</sup>	mg/body
5-FU	bolus用	400mg/m <sup>2</sup>	mg/body
5-FU	持続静注用	600mg/m <sup>2</sup>	mg/body

化学療法開始日    年    月    日    予定回数    クール  
 注射投与経路    末梢血管確保    CVポート    インフューザーポンプ

薬剤	投与法	月/日							
		コース		コース		コース		コース	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
① グラニセトロン1mg ガモファー 1A デキサート 6.6mg	30分点滴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② レボホリナート mg 5%G 250 ml	120分点滴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ エルプラット mg 5%G 250 ml	120分点滴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 5-FU mg 5%G ml	③終了後 3分間かけて 静注	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 5-FU mg 5%G ml	④終了後 22時間持続	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ オキサリプラチンは中等度催吐性リスクに分類されており、化学療法経過中に悪心、嘔気症状強ければグラニセトロンをアロキシン0.75mg(パロノセトロン)に変更が望ましい。

同意書作成

担当看護師

薬剤部

# 大腸癌化学療法スケジュール表

健和会大手町病院外科

No.2

患者氏名		歳	ID	担当医師
------	--	---	----	------

## 化学療法レジメン **FOLFOX 4 療法**

### 投薬内容

継続     薬剤容量変更 (あり、なし)     副作用によるスケジュール変更

I-LV	<b>レボホリナート</b>	100mg/m <sup>2</sup>	mg/body
L-OHP	<b>エルプラット</b>	85mg/m <sup>2</sup>	mg/body
5-FU	<b>bolus用</b>	400mg/m <sup>2</sup>	mg/body
5-FU	<b>持続静注用</b>	600mg/m <sup>2</sup>	mg/body

注射投与経路     末梢血管確保     CVポート     インフューザーポンプ

薬剤	月/日											
	コース		コース		コース		コース		コース		コース	
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
①	○		○		○		○		○		○	
②	○		○		○		○		○		○	
③	○		○		○		○		○		○	
④	○		○		○		○		○		○	
⑤	○		○		○		○		○		○	

### FOLFOX 4 療法の特徴

- ※ 奏効率: 47~59%
- ※ 目標 6~10クール
- ※ 大腸癌化学療法の位置づけ: 切除不能・再発癌のfirst, second line
- ※ **Oxaliplatin (L-OHP): エルプラットの副作用**

- ① 好中球減少症血、血小板減少症の頻度が高い。
- ② 末梢性神経障害 (ほぼ全例に出現)

**急性神経障害** : 手足末端や口唇周囲のしびれ、痛みなどの感覚異常。投与中もしくは投与後すぐに出現し、数時間から数日の内に消失する。寒冷刺激に誘発される。

**慢性神経障害** : 蓄積性で用量制限毒性。総投与量が850mg/m<sup>2</sup>でGrade3が15%出現。Grade3となったところで5-FU/LV単独に切り替え、回復したら再開する。

担当看護師

薬剤部

**抗がん剤治療を受けられる方へ**  
**<化学療法治療計画書および同意書>**

様

健和会大手町病院外科・消化器科

大腸癌の治療に対して貴方の受けられる治療は、**FOLFOX 4 療法**です

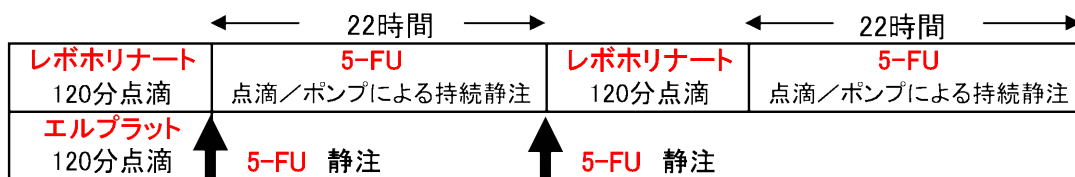
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

グラニセトロン(制吐剤) + デキサート(ステロイド) 30分点滴

◎この治療に使われる抗がん剤

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| ①レボホリナート 1-LV     | 点滴                  |
| ②5-FU             | 静注、点滴もしくはポンプによる持続静注 |
| ③エルプラット(オキサリプラチン) | 点滴                  |

◎抗がん剤投与スケジュール(1クール)



※2週ごとに繰り返し

◎この治療を クール 行う予定です。

◎主な副作用

1. 骨髄抑制(白血球減少、好中球減少)
2. 悪心・嘔吐
3. 食欲不振
4. 末梢神経障害(ほぼ全例に出現)  
手足末端や口唇周囲のしびれ、痛みなどの感覚異常。寒冷刺激に誘発される。

※副作用症状が軽度の場合は、十分な注意の上治療を継続いたします。  
 ※副作用が強く急激な変化を認めた場合は、中止もしくは延期いたします。

説明日            年    月    日

説明医師 \_\_\_\_\_ 担当看護師 \_\_\_\_\_

この抗がん剤治療に関して、必要性、スケジュール内容、副作用を十分理解の上、治療を受けることに同意いたします。

同意日    年    月    日                      患者様氏名 \_\_\_\_\_