

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

担当看護師

薬剤部

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

化学療法レジメン **アービタックス Cmab + FOLFIRI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

| | | | |
|-----------|----------------|------------|---------|
| Cetuximab | アービタックス | 250 mg/m2 | mg/body |
| I-LV | レボホリナート | 200 mg/m2 | mg/body |
| CPT-11 | イリノテカン | 150 mg/m2 | mg/body |
| 5-FU | bolus用 | 400 mg/m2 | mg/body |
| 5-FU | 持続静注用 | 2400 mg/m2 | 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 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ② | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ③ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ④ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| ⑤ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| ⑥ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| ⑦ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |

Cetuximab アービタックス (遺伝子組替え)

※ 病理検体からのEGFR測定で陽性例が投与可能 KRAS野生型で有効

※ 可能性のある特徴的な副作用

- infusion reaction
- 間質性肺炎
- 低マグネシウム血症
- 皮膚症状: ざ瘡様皮疹、爪囲炎、長睫毛症、脱毛症、皮膚乾燥、手指の亀裂、掻痒症
好発部位: 顔面、胸部、背部、腕など
- 心毒性: 狭心症、心筋梗塞、うっ血性心不全、心房細動、不整脈など
- 下痢
- 眼症状: 角膜炎など

CPT-11の遅発性下痢副作用対策

- ① マグミット (330) 3錠 3×食後
- ② ウルソ 300mg 3×食後
- ③ 重曹 (炭酸水素ナトリウム) 1.8g 3×食間
- ④ カイトリル (2mg) 1錠 1×朝食後
- ⑤ ノバミン (5mg) 3錠 3×食後

4日間

※ アルカリイオン水 (ボルビックスなど) を1日1,000ml 飲む

※ CPT-11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0.75mg (パロノセトロン) に変更が望ましい。

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、
アービタックス+FOLFIRI 療法 です

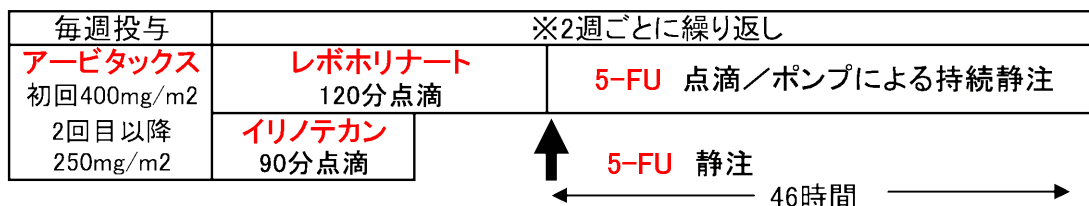
◎抗がん剤注射の前に吐き気を押さえる点滴をします

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アービタックス (セツキシマブ) | 点滴 | 初回120分 2回目～60分 |
| ②レボホリナート I-LV | 点滴 | 120分 |
| ③5-FU | 静注/ポンプによる持続静注 | |
| ④イリノテカン CPT-11 | 点滴 | 90分 |

◎抗がん剤投与スケジュール(1クール)



◎この治療を クール行う予定です。

◎主な副作用

#FOLFIRI 療法

1. 骨髄抑制
2. 悪心・嘔吐
3. 食欲不振
4. 口内炎
5. 下痢症
早期性下痢・遅発性下痢

#アービタックス

- infusion reaction ■ 眼症状:角膜炎など
- 皮膚症状:ざ瘡様皮疹、爪囲炎、長睫毛症、脱毛症、皮膚乾燥、手指の亀裂、掻痒症
好発部位:顔面、胸部、背部、腕など
- 間質性肺炎 ■ 低マグネシウム血症
- 心毒性:狭心症、心筋梗塞、うっ血性心不全、心房細動、不整脈など

※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 _____