

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2010年 6月 2日	最終改訂日： 2020年 4月 8日
1、診療科名 (外科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (Capecitabine+Bv 療法)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2~Day21
※①	ポート	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	ポート	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
③	ポート	アバスチン 7.5mg/kg 生理食塩液 100mL	90分 (初回) 30分 (2回目~) 流速を算出 すること	↓	
④	ポート	生理食塩液 50mL (ルート洗い流し用)	全開	↓	

	投与方法	薬剤	※Day2~Day15	Day16~day21
①	PO	ゼローダ 1.36 m ² 未満 2400mg/分2 1.36 以上~1.66 m ² 未満 3000mg/分2 1.66 以上~1.96 m ² 未満 3600mg/分2 1.96 m ² 以上 4200mg/分2	1日2回 朝食後、夕食後 30分以内 14日間連続投与	休薬

(内服：ゼローダ 1000mg/m² Day2-Day15, 休薬7日間)

※ Day1 の夕方からでも可

4、投与間隔

3週間を1クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

① 対象：転移・再発大腸癌

② CCOG0902 治験に伴うレジメン。XELOX+Bv 4クール使用後 CR, PR, SD となった症例を対象に上記レジメンを最大8サイクル投与する。8サイクル未満で PD となった症

例は XELOX+Bv に戻るか、他の療法を考慮する。8 サイクル完了した症例は XELOX+Bv に戻り、PD になるか有害事象が生じた場合は他の療法へ変更する。手術可能となった症例は治療を中止する。

③ DLT：骨髄抑制、消化器症状、末梢神経障害

① ゼローダの手足症候群の予防に以下の処方を推奨する。

➤ ビーツフテン油性クリーム（ヒルドイドソフト軟膏）

④ ゼローダの副作用が発現した場合には、添付文書の規定を参考にして休薬・減量を行う。

文献：

Cassidy J, Clarke S, Díaz-Rubio E, Scheithauer W, Figer A, Wong R, Koski S, Lichinitser M, Yang TS, Rivera F, Couture F, Sirzén F, Saltz L. Randomized phase III study of capecitabine plus oxaliplatin compared with fluorouracil/folinic acid plus oxaliplatin as first-line therapy for metastatic colorectal cancer. J Clin Oncol. 2008; 26(12): 2006-2012.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2009 年 9 月 2 日	最終改訂日： 2020 年 4 月 8 日
1、診療科名 (外 科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (結腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (Capecitabine 単独療法 B 法)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1～Day14	Day15～day21
①	PO	ゼローダ	—	朝食後、夕食後 30 分以内 14 日間連続投与	休薬
		1.31 m ² 未満 3000mg/分 2			
		1.31～1.57 m ² 3600mg/分 2			
		1.57～1.81 m ² 4200mg/分 2			
		1.81 m ² 以上 4800mg/分 2			

4、投与間隔

3 週間を 1 クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 適応：術後補助療法
- ② DLT：手足症候群、下痢
- ③ ゼローダの手足症候群の予防に以下の処方を推奨する。
 - ビーツフテン油性クリーム (ヒルドイドソフト軟膏)
- ④ 副作用が発現した場合には、添付文書の規定を参考にして休薬・減量を行う。

文献：

Twelves C, et al. Capecitabine as Adjuvant Treatment for Stage III Colon Cancer. N Engl J Med 352; 2696-2704, 2005

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2015 年 5 月 14 日	最終改訂日： 2015 年 5 月 14 日
1、診療科名 (腫瘍内科) 診療科代表部長 (宇都宮節夫)	
2、対象疾患名 (大腸がん)	
3、レジメン名 (Panitumumab+Irinotecan 併用療法)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day15
①	Iv	※生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓
②	Div	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	↓
③	Div	ベクティビックス 6mg/kg 生理食塩液 100mL	60 分 流速を算出 すること	↓	↓
④	Div	生理食塩液 50mL	15 分 200mL/時	↓	↓
⑤	Div	アロキシ注 1V デカドロン (3.3mg) 注 3A 生理食塩液 100m L	30 分 200ml/時	↓	↓
⑥	Div	トポテシン 150mg/m ² 生理食塩液 500mL	90 分 333mL/時	↓	↓
⑦	Div	生理食塩液 50mL (ルートフラッシュ用)	全開	↓	↓

4、投与間隔

2 週間を 1 クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象：KRAS 遺伝子野生型の転移・再発大腸癌
- ② DLT：皮疹、骨髄抑制、消化器症状、下痢、間質性肺炎.

- ③ 重度 (Grade3 以上) の Infusion reaction があらわれた場合、本剤の投与を中止し、以降、本剤を再投与しないこと。また、Grade2 以下の Infusion reaction があらわれた場合は、投与速度を減じて慎重に投与すること。
- ④ イリノテカンの副作用発現に UGT1A1 遺伝子多型が影響を与えることが知られている。特にホモ群、重複ヘテロ群では開始用量の減量や慎重な観察を考慮する必要がある。
- ⑤ ベクティビックスの投与にあたっては、インラインフィルター(0.2又は0.22ミクロン)を使用すること。
- ⑥ 制吐剤について
- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 0.5mg 16錠/分2 2~3日間
 - ムコスタ錠 2錠/分2 2~3日間
 - プリンペラン錠 3錠/分3 2~3日間
 - ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンを半分量に減量する。
 - ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
 - ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
 処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1日3回経口投与
 治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与
- ⑦ イリノテカンの下痢について
- ・ 早発性下痢: 投与中投与直後から発現し、多くは一過性である。対処法としては塩酸ロペラミドや副交感神経遮断剤などを投与する。
 - ・ 遅発性の下痢: 通常投与 24 時間以降に発現し、持続することがある。半夏瀉心湯の内服で下痢の発生が抑制されるとの報告あり。
- ⑧ 低マグネシウム血症、低カリウム血症及び低カルシウム血症があらわれることがあるので、本剤投与開始前、また、本剤投与中及び投与終了後も血清中電解質 (マグネシウム、カリウム及びカルシウム) をモニタリングすること。電解質異常が認められた場合には、必要に応じ電解質の補給等の適切な処置を行うこと。
- ⑨ 皮膚障害に対して以下の処方を推奨する。
- <重症化予防薬剤>
1. ミノペン 100mg 1錠/1日1回夕食後 4週間 (飲み切り終了)
 2. ヒルドイドソフト軟膏 50g/ 1日2回
- <治療準備薬剤 (皮疹出現後に使用開始)>
3. 外用ステロイド剤・軟膏 [Medium] /顔・頸部
 例) ロコイド軟膏 5g/ 1日2回 顔・頸部に
 4. 外用ステロイド剤・液剤 [Medium] /頭

例) リドメックスコーワローション 10mL/ 1日2回 頭に
 5. 外用ステロイド・軟膏 [Strong] /体

例) マイザー軟膏 10g/ 1日2回 体に

① 重度 (Grade3 以上) の皮膚障害があらわれた場合は、下表を目安に本剤の用量を調節すること。

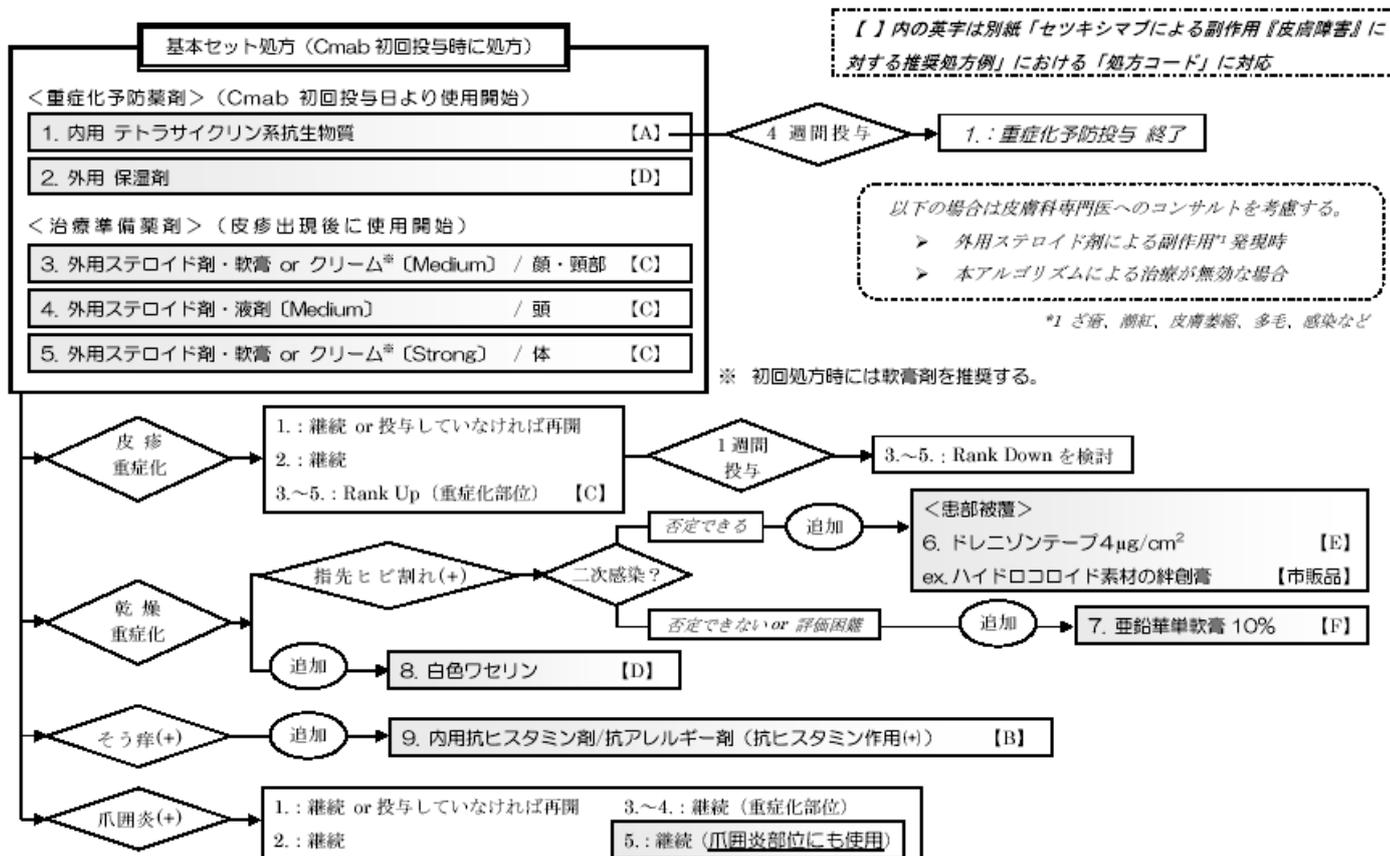
<重度 (Grade3 以上) の皮膚障害発現時の用量調節の目安>

皮膚障害発現時の本剤の投与量	本剤の投与	投与延期後の状態	本剤の用量調節
6mg/kg	投与延期	6週間以内に Grade2 以下に回復	6mg/kg 又は 4.8mg/kg
4.8mg/kg	投与延期	6週間以内に Grade2 以下に回復	3.6mg/kg
3.6mg/kg	投与中止		

※6週間以内に Grade2 以下に回復しなかった場合は、本剤の投与を中止する。

2009.04.27. Draft(Ver.2.3)

セツキシマブ (Cmab) による副作用「皮膚障害」に対する薬物療法の流れ (Management Algorithm)



Ann Oncol 2013 24 412-9

Panitumumab combined with irinotecan for patients with KRAS wild-type metastatic colorectal cancer refractory to standard chemotherapy: a GERCOR efficacy, tolerance, and translational molecular study.

用紙は事務局に提出してください。また、参考になる文献等を添えて提出してください。

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2011 年 8 月 4 日	最終改訂日：2013 年 12 月 27 日
1、診療科名 (外 科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (FOLFIRI + Bv 療法)	

【外来用】

No.	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	ポート	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓		
②	ポート	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓		
③	ポート	アバスチン 5 mg/kg 生理食塩液 100mL	初回 90 分 2 回目以降 30 分 流速を算出 すること	↓	休薬	
④	ポート	アロキシ注 デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30 分 200mL/時	↓		
⑤	ポート	トポテシン 150mg/m² 生理食塩液 500mL	120 分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
		レボホリナート 200 mg/m² 生理食塩液 250mL	120 分 125mL/時	↓	休薬	休薬
⑥	ポート	5-FU 400 mg/m² 生理食塩液 50mL	6 分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
※⑦	ポート	生理食塩液 50mL (bolus 洗い流し用)	6 分 500mL/時	↓	休薬	休薬
⑧	ポート	5-FU 2400 mg/m² (2 日分) インフューザーは 2 日分の FU と 生理食塩液で 全量 92mL	46 時間 2mL/hr	→	→	
⑨	ポート	生食シリンジ 10mL (インフューザー終了時) 3 日目抜針用	—	↓		

※ ポートの場合は、バクスターインフューザーSV2 J2C1702 2mL/hr を使用する。

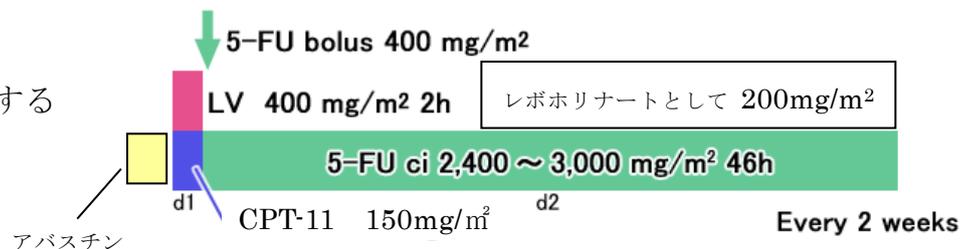
【入院用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	iv	※生食 NP シリンジ 5mL (ルート確保用)	—	↓		
②	Div	生食食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓		
③	Div	アバスチン 5 mg/kg 生理食塩液 100mL	初回 90 分 2 回目以降 30 分 流速を算出 すること	↓	休薬	
④	Div	アロキシ注 デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30 分 200mL/時	↓		
⑤	Div	トポテシン 150mg/m ² 生理食塩液 500mL	120 分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
		レボホリナート 200 mg/m ² 生理食塩液 250mL	120 分 125mL/時	↓	休薬	休薬
⑥	Div	5-FU 400 mg/m ² 生理食塩液 50mL	6 分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
⑦	Div	5-FU 2400 mg/m ² (2 日分) 生理食塩液 1000mL	46 時間 流速を算出 すること	→	→	
⑧	Div	生食食塩液 50mL (ルート洗い流し用)	全開			↓

※ ポート時は生食シリンジ 10mL を使用すること。

4、投与間隔

2 週間を 1 クールとする



5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

① イリノテカンの副作用発現に UGT1A1 遺伝子多型が影響を与えることが知られてい

る。特にホモ群では開始用量の減量や慎重な観察を考慮する必要がある。

② 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 0.5mg 16錠/分2 2～3日間
 - ムコスタ錠 2錠/分2 2～3日間
 - プリンペラン錠 3錠/分3 2～3日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンの量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

③ イリノテカンの下痢について

- ・ 早発性下痢：投与中投与直後から発現し、多くは一過性である。対処法としては塩酸ロペラミドや副交感神経遮断剤などを投与する。
- ・ 遅発性の下痢：通常投与24時間以降に発現し、持続することがある。半夏瀉心湯の内服で下痢の発生が抑制されるとの報告あり。

④ 投与前には高血圧の既往を確認し、アバスチン投与期間中は定期的に血圧をモニタリングすること。降圧薬の使用開始はCTCAE Grade1の>150/100mmHgを基準値とする。

【降圧薬処方例】

1st line：プロプレス錠（開始量8mg→12mgまで増量）

2nd line：ノルバスク OD錠の併用（開始量2.5mg）

⑤ アバスチン特有の副作用として出血がみられるが、その多くは鼻出血、歯肉出血などの粘膜出血であり、アバスチン継続投与は可能である。導入前の歯科指導や鼻出血法などの患者指導を実施し、Grade1の出血がみられた場合も、すぐに止血されればアバスチンの投与は継続可能である。なお、Grade≥3の出血がみられた場合は、アバスチンの投与を中止する。

⑥ アバスチン投与期間中は蛋白尿検査を定期的実施する。Grade2/3ではアバスチンを休薬、Grade4では中止する。

文献：

NCCN ガイドライン (http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/colon.pdf)、2007 ASCO Annual Meeting Proceedings Part I. Vol 25, No. 18S (June 20 Supplement), 2007: 4068

World J Gastroenterol. 2007 Dec 14;13(46):6231-6235 Bevacizumab plus infusional 5-fluorouracil, leucovorin and irinotecan for advanced colorectal cancer that progressed after oxaliplatin and irinotecan chemotherapy: a pilot study.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2010年 8月 4日	最終改訂日： 2012年 12月 2日
1、診療科名 (外科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (FOLFIRI+ Panitumumab 療法)	

【外来用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	ポート	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓		
②	ポート	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓		
③	ポート	ベクティビックス 6mg/kg 生理食塩液 100mL	60分 流速を算出 すること	↓	休薬	
④	ポート	生理食塩液 50mL	15分 200mL/時	↓		
⑤	ポート	アロキシ注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
⑥	ポート	トポテシン 150 mg/m² 生理食塩液 500mL	120分 流速を算出 すること	↓	休薬	
		レボホリナー 200 mg/m² 生理食塩液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	
⑦	ポート	5-FU 400 mg/m² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出 すること	↓	休薬	
⑧	ポート	生理食塩液 50mL (bolus 洗い流し用)	6分 500mL/時	↓	休薬	
⑨	ポート	5-FU 2400 mg/m² (2日分) インフューザーは2日分のFUと 生理食塩液で 全量 92mL	46時間 2mL/hr	→	→	
⑩	ポート	生食シリンジ 10mL (インフューザー終了時) 3日目抜針用	—	↓		

※ ポートの場合は、バクスターインフューザーSV2 J2C1702 2mL/hrを使用する。

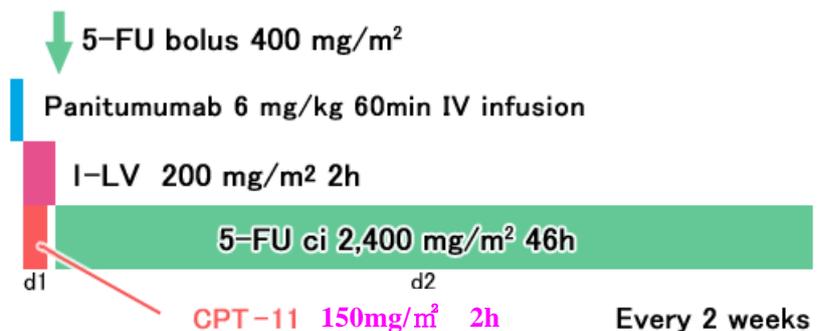
【入院用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	Iv	※生食 NP シリンジ 5mL (ルート確保用)	—	↓		
②	Div	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓		
③	Div	ベクティビックス 6mg/kg 生理食塩液 100mL	60分 流速を算出 すること	↓	休薬	
④	Div	生理食塩液 50mL	15分 200mL/時	↓		
⑤	Div	アロキシ注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
⑥	Div	トポテシン 150 mg/m ² 生理食塩液 500mL	120分 流速を算出 すること	↓	休薬	
		レボホリナート 200 mg/m ² 生理食塩液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	
⑦	Div	5-FU 400 mg/m ² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出 すること	↓	休薬	
⑧	Div	5-FU 2400 mg/m ² (2日分) 生理食塩液 1000mL	46時間 流速を 算出すること	→	→	
⑨	Div	生理食塩液 50mL (ルート洗い流し用)	全開			↓

※ポート時は生食シリンジ 10mL を使用すること

4、投与間隔

2週間を1クールとする



5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

- ① 対象：腫瘍組織 *kras* 遺伝子野生型の転移・再発大腸癌
- ② DLT：座瘡様皮膚炎、骨髄抑制、消化器症状、下痢、間質性肺炎
- ③ イリノテカンの副作用発現に *UGT1A1* 遺伝子多型が影響を与えることが知られている。特にホモ群では開始用量の減量や慎重な観察を考慮する必要がある。
- ④ 制吐剤について
 - ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 0.5mg 16錠/分2 2～3日間
 - ムコスタ錠 2錠/分2 2～3日間
 - プリンペラン錠 3錠/分3 2～3日間
 - ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンを半分量に減量する。
 - ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、 H_2 -Blocker や PPI を追加投与する。
 - ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.5mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与
- ⑤ イリノテカンの下痢について
 - ・ 早発性下痢：投与中投与直後から発現し、多くは一過性である。対処法としては塩酸ロペラミドや副交感神経遮断剤などの投与する。
 - ・ 遅発性の下痢：通常投与 24 時間以降に発現し、持続することがある。半夏瀉心湯の内服で下痢の発生が抑制されるとの報告あり。
- ⑥ 重度 (Grade3 以上) の Infusion reaction があらわれた場合、本剤の投与を中止し、以降、本剤を再投与しないこと。また、Grade2 以下の Infusion reaction があらわれた場合は、投与速度を減じて慎重に投与すること。
- ⑦ ベクティビックスの投与にあたっては、インラインフィルター (0.2 又は 0.22 ミクロン) を使用すること。
- ⑧ ベクティビックスは、60 分以上かけて点滴静注すること。ただし、1 回投与量として 1,000mg を超える場合は、日局生理食塩液で希釈し約 150mL とし、90 分以上かけて点滴静注すること。
- ⑨ 低マグネシウム血症、低カリウム血症及び低カルシウム血症があらわれることがあるので、本剤投与開始前、また、本剤投与中及び投与終了後も血清中電解質 (マグネシウム、カリウム及びカルシウム) をモニタリングすること。電解質異常が認められた場合には、必要に応じ電解質の補給等の適切な処置を行うこと。
- ⑩ 皮膚障害に対して以下の処方を推奨する。
 - <重症化予防薬剤>
 1. ミノペン 100mg 1錠/1日1回夕食後 4週間 (飲み切り終了)
 2. ヒルドイドソフト軟膏 50g/ 1日2回
 - <治療準備薬剤 (皮疹出現後に使用開始)>
 3. 外用ステロイド剤・軟膏 [Medium] /顔・頸部

例) ロコイド軟膏 5g/ 1日2回 顔・頸部に

4. 外用ステロイド剤・液剤〔Medium〕/頭

例) リドメックスコーワローション 10mL/ 1日2回 頭に

5. 外用ステロイド・軟膏〔Strong〕/体

例) マイザー軟膏 10g/ 1日2回 体に

⑩ 重度 (Grade3 以上) の皮膚障害があらわれた場合は、下表を目安に本剤の用量を調節すること。

<重度 (Grade3 以上) の皮膚障害発現時の用量調節の目安>

皮膚障害発現時の本剤の投与量	本剤の投与	投与延期後の状態	本剤の用量調節
6mg/kg	投与延期	6週間以内に Grade2 以下に回復	6mg/kg 又は 4.8mg/kg
4.8mg/kg	投与延期	6週間以内に Grade2 以下に回復	3.6mg/kg
3.6mg/kg	投与中止		

※6週間以内に Grade2 以下に回復しなかった場合は、本剤の投与を中止する。

《参考文献》

Peeters M, et al: ASCO Gastrointestinal cancers Symposium Abstract #282:2010

Randomized Phase III Study of Panitumumab with FOLFIRI versus FOLFIRI Alone as second-line treatment in Patients with Metastatic Colorectal Cancer (mCRC): Patient Reported Outcomes (PRO).

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2016 年 7 月 4 日	最終改訂日： 2020 年 4 月 8 日
1、 診療科名 (腫瘍内科) 診療科代表部長 (宇都宮節夫)	
2、 対象疾患名 (大腸がん)	
3、 レジメン名 (FOLFIRI+Ramucirumab (サイラムザ)	

【外来用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	ポート	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓		
②	ポート	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓		
③	ポート	ポララミン 5mg アロキシ注 0.75mg デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
④	ポート	サイラムザ 8mg/kg 生理食塩液 250mL	60分	↓		
⑤	ポート	生理食塩液 50mL	15分	↓		
⑥	ポート	トポテシン 150mg/m² 生理食塩液 500mL	120分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
		レボホリナート 200 mg/m² 生理食塩液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	休薬
⑦	ポート	5-FU 400 mg/m² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
※⑧	ポート	生理食塩液 50mL (bolus 洗い流し用)	6分 500mL/時	↓	休薬	休薬
⑨	ポート	5-FU 2400 mg/m² (2日分) インフューザーは 2日分の FU と生理食塩液で 全量 92mL	46時間 2mL/hr	→	→	

⑩	ポート	生食シリンジ 10mL (インフューザー終了時) 3日目抜針用	—	↓		
---	-----	---------------------------------------	---	---	--	--

※ ポートの場合は、バクスターインフューザーSV2 J2C1702 2mL/hrを使用する。

4、投与間隔

- a (2) 週間を1クールとする
b その他 ()

5、治療期間

- b 効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① イリノテカンの副作用発現に UGT1A1 遺伝子多型が影響を与えることが知られている。特にホモ群、ダブルヘテロ型では開始用量の減量や慎重な観察を考慮する必要がある。

② 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 4mg 2錠/分2 2~3日間
 - プリンペラン錠 3錠/分3 2~3日間
- ・ 効果不十分であればイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンを半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

③ イリノテカンの下痢について

早発性下痢：投与中投与直後から発現し、多くは一過性である。対処法としては塩酸ロペラミドや副交感神経遮断剤などを投与する。

遅発性の下痢：通常投与 24 時間以降に発現し、持続することがある。半夏瀉心湯の内服で下痢の発生が抑制されるとの報告あり。

④ サイラムザの副作用について

高血圧、蛋白尿、白血球減少、好中球減少などが現れることがあるので、定期的に検査する。その他に、血栓症、インフュージョン反応、消化管穿孔、出血、創傷治癒障害などが現れる可能性がある。

高血圧を発症した場合には降圧治療を行う。症候性の Grade2 (140-159/90-99 mmHg)

またはGrade3(160/100 mmHg以上)以上の場合にはRamcirumabの投与を中断する。尿蛋白は定性検査が2+となれば定量検査を行う。2g/日以上となれば休薬し、2g/日未満に低下すればサイラムザを減量して再開する。定性検査が3+となればサイラムザを中止する。

Tabernero J, et al.

Ramucirumab versus placebo in combination with second line FOLFIRI in patients with metastatic colorectal carcinoma that progressed during or after first line therapy with bevacizumab, oxaliplatin, and a fluoropyrimidine : a randomized, double blind , multicenter, phase 3 study

Lancet oncol 2015; 16: 499-508

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2010年 8月 4日	最終改訂日： 2013年 12月 27日
1、診療科名 (消化器内 科) 部長名 (奥村 明彦)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (FOLFIRI 療法)	

【外来用】

No.	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	ポート	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	-	↓		
②	ポート	アロキシ注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
③	ポート	トポテシン 150 mg/m² 生理食塩液 500mL	120分 流速を算出 すること	↓	休薬	
		レボホリナート 200 mg/m² 生理食塩液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	
④	ポート	5-FU 400 mg/m² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出 すること	↓	休薬	
⑤	ポート	生理食塩液 50mL (bolus 洗い流し用)	6分 500mL/時	↓		
※⑥	ポート	5-FU 2400 mg/m² (2日分) インフューザーは2日分のFUと 生理食塩液で 全量 92mL	46時間 2mL/hr	→	→	
⑦	ポート	生食 NP シリンジ 10mL (インフューザー終了時) 3日目抜針用	-	↓		

※ ポートの場合は、バクスターインフューザーSV2 J2C1702 2mL/hrを使用する。

【入院用】

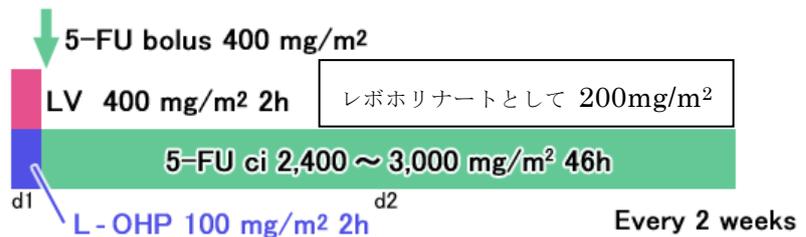
No.	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	Div	※生食 NP シリンジ 5mL (ルート確保用)	-	↓		

②	Div	アロキシ注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓	↓	
③	Div	トポテシン 150 mg/m ² 生理食塩液 500mL	120分 流速を算出 すること	↓	休薬	
		レボホリナート 200 mg/m ² 生理食塩液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	
④	Div	5-FU 400 mg/m ² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出 すること	↓	休薬	
⑤	Div	5-FU 2400 mg/m ² (2日分) 生理食塩液 1000mL	46時間 流速を算出 すること	→	→	
⑥	Div	生理食塩液 50mL (ルート洗い流し用)	全開			↓

※ ポート時は生食シリンジ 10mL を使用すること。

4、投与間隔

2週間を1クールとする



5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

① イリノテカンの副作用発現に UGT1A1 遺伝子多型が影響を与えることが知られている。特にホモ群では開始用量の減量や慎重な観察を考慮する必要がある。

② 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 0.5mg 16錠/分2 2~3日間
 - ムコスタ錠 2錠/分2 2~3日間
 - プリンペラン錠 3錠/分3 2~3日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンの量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与

治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

③ イリノテカンの下痢について

- ・ 早発性下痢：投与中投与直後から発現し、多くは一過性である。対処法としては塩酸ロペラミドや副交感神経遮断剤などを投与する。
- ・ 遅発性の下痢：通常投与 24 時間以降に発現し、持続することがある。半夏瀉心湯の内服で下痢の発生が抑制されるとの報告あり。

《参考文献》

"Andre T. Eur J Cancer 1999; 35: 1343-1347

Douillard JY. Lancet 2000; 355:1041-1047

Journigand C. J Clin Oncol 2004; 22: 229-237

Colucci G. J Clin Oncol 2005; 23 (Epub)"

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2014年 1月 20日	最終改訂日： 2020年 4月 8日
1、診療科名 (腫瘍内科 科) 診療科代表部長 (宇都宮節夫)	
2、対象疾患名 (大腸がん)	
3、レジメン名 (FOLFOXIRI+Bevacizumab)	

【外来用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	ポート	生食シリンジ 10 mL (ルート確保用)	—	↓		
②	内服	イメンドカプセル 125mg		↓		
※②	内服	イメンドカプセル 80mg×1回 デカドロン(0.5mg)16錠×2回			↓	↓
③	ポート	アバスチン 5 mg/kg 生理食塩液 100 mL	初回 90分、2 回目以降 30 分	↓		
④	ポート	アロキン注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100 mL	30分 200mL/時	↓		
⑤	ポート	トポテシン 165 mg/m ² 生理食塩液 250 mL	60分	↓		
⑥	ポート	エルプラット 85 mg/m ² 5%ブドウ糖液 250 mL	120分 流速を算出 すること	↓		
		レボホリナート 200 mg/m ² 5%ブドウ糖液 250 mL	120分 125mL/時	↓		
※⑦	ポート	5-FU 3200 mg/m ² (2日分) インフューザーは2日分のFU と生理食塩液で全量 96mL	48時間 2mL/hr	→	→	
⑧	ポート	生食 NP シリンジ 10mL (インフューザー終了時) 3日目抜針用	—	↓		

※ ポートの場合は、バクスターインフューザーSV2 J2C1702 2mL/hrを使用する。

【入院用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	Div	生食シリンジ 10 mL (ルート確保用)	—	↓		
②	内服	イメンドカプセル 125mg		↓		
※②	内服	イメンドカプセル 80mg×1回 デカドロン(0.5mg)16錠×2回			↓	↓
③	Div	アロキシ注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100 mL	30分 200 mL/時	↓		
④	Div	トポテシン 165 mg/m ² 生理食塩液 250 mL	60分	↓		
⑤	Div	エルプラット 85 mg/m ² 5%ブドウ糖液 250 mL	120分	↓		
		レボホリナート 200 mg/m ² 生理食塩液 250 mL	120分	↓		
⑥	Div	5-FU 3200 mg/m ² (2日分) 生理食塩液 1000 mL	48時間 流速を算出 すること	→	→	
⑦	Div	生理食塩液 50mL (ルート洗い流し用)	全開			↓

※ ポート時は生食シリンジ 10mL を使用すること。

4、投与間隔

a () 2週間を1クールとする

5、治療期間

FOLFOXIRI+Bevacizumab は最大 12 サイクルを投与する。その後は維持療法として 5FU+レボホリナート+Bevacizumab を効果の得られている間、継続して実施する。

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

適正使用の目薬

ECOG Performance status (PS) 0-1、65歳未満、好中球数 2000/mm³以上、血小板数 10万/mm³以上、

総ビリルビン値 施設基準値の上限以下、下痢を認めない、UGT1A1 遺伝子多型 *6 または*28 のホモあるいはダブルヘテロを持たない

初回に治療後は頻回に血液検査（2-3 日に 1 回）を実施して、発熱性好中球減少症に注意する。特に Day8 の好中球減少に注意する。

2 サイクル以降の投与の目安

観察・検査項目	条件
好中球数	1200/mm ³ 以上
血小板数	75000/mm ³ 以上
総ビリルビン値	施設基準上限の 1.5 倍以下
水様性下痢	なし
末梢神経障害	Grade 2 以下
感染症（特に胆管炎）	なし
腸管麻痺、閉塞	なし
間質性肺炎	なし
多量の胸水、腹水	なし
PS	0-1

減量の目安

副作用	程度	イリノテカン	オキサリプラチン	5FU（持続）
好中球減少	①2 サイクル以降の投与基準を満たさない、 ②500mm ³ 未満が7日以上、 ③感染症や下痢を併発し、かつ 1000mm ³ 未満 ④発熱性好中球減少	減量	減量	減量
下痢	Grade3 以上	減量		減量
血小板減少	①2 サイクル以降の投与基準を満たさない、 ②50000mm ³ 未満	減量	減量	減量
口内炎	Grade 3 以上			減量
手足症候群				
末梢神経症状	Grade2		減量	

		(65mg/m ²)	
	Grade3	休薬 (回復後 65mg/m ² に減量)	
	Grade4	中止	

制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - プリンペラン錠 3錠/分3 2~3日間
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

① イリノテカンの下痢について

- ・ 早発性下痢: イリノテカン投与中あるいは投与直後に発現する。コリン作動性と考えられ、高度である場合もあるが多くは一過性であり、副交感神経遮断薬(ブスコパン注など)の投与により緩和する。
- ・ 遅発性下痢: イリノテカン投与後 24時間以降に発現する。主にイリノテカンの活性代謝物による腸管粘膜障害に基づくものと考えられる。ロペミンを処方する。

文献:

Initial therapy with FOLFOXIRI and Bevacizumab for metastatic colorectal cancer

Loupalkis F. et al. N Engl J Med 2014 371 1609

用紙は事務局に提出してください。また、参考になる文献等を添えて提出してください。

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2011年 10月 5日	最終改訂日： 2013年 12月 27日
1、診療科名 (外科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (mFOLFOX6+Bv 療法)	

【外来用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	ポート	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓		
②	ポート	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓		
③	ポート	アバスチン 5 mg/kg 生理食塩液 100mL	初回 90分 2回目以降 30分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
④	ポート	アロキシ注 デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
⑤	ポート	エルプラット 85 mg/m² 5%ブドウ糖液 500mL	120分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
		レボホリナート 200 mg/m² 5%ブドウ糖液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	休薬
⑥	ポート	5-FU 400 mg/m² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
※⑦	ポート	生理食塩液 50mL (bolus 洗い流し用)	6分 500mL/時	↓	休薬	休薬
⑧	ポート	5-FU 2400 mg/m² (2日分) インフューザーは2日分のFUと 生理食塩液で 全量 92mL	46時間 2mL/hr	→	→	
⑨	ポート	生食シリンジ 10mL (インフューザー終了時) 3日目抜針用	—	↓		

※ ポートの場合は、バクスターインフューザーSV2 J2C1702 2mL/hrを使用する。

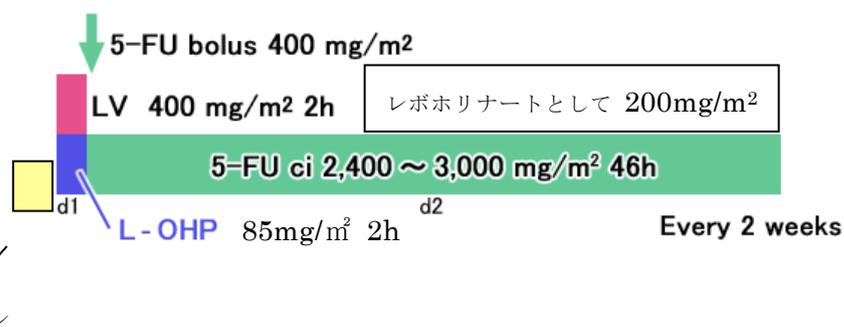
【入院用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	Iv	※生食 NP シリンジ 5mL (ルート確保用)	—	↓		
②	Div	生食 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓		
③	Div	アバスチン 5 mg/kg 生理食塩液 100mL	初回 90 分 2 回目以降 30 分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
④	Div	アロキシ注 デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30 分 200mL/時	↓		
⑤	Div	エルプラット 85 mg/m² 5%ブドウ糖液 500mL	120 分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
		レボホリナート 200 mg/m² 5%ブドウ糖液 250mL	120 分 125mL/時	↓	休薬	休薬
⑥	Div	5-FU 400 mg/m² 生理食塩液 50mL	6 分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
⑦	Div	5-FU 2400 mg/m² (2 日分) 生理食塩液 1000mL	46 時間 流速を算出 すること	→	→	
⑧	Div	生食 50mL (ルートフラッシュ用)	全開			↓

※ ポート時は生食 10mL シリンジを使用すること。

4、投与間隔

2 週間を 1 クールとする



5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① DLT：骨髄抑制、消化器症状、末梢神経障害
- ② 気管支痙攣、呼吸困難、血圧低下等の**重篤な過敏症状**があらわれることがあり、重篤な過敏症状は本剤を複数回投与した後に発現する場合や、本剤の投与から数時間後に発現

する場合がありますので、患者の状態を十分に観察し、異常が認められた場合には直ちに中止し適切な処置を行うこと。

- ③ エルプラットによる Grade1・Grade2 のアレルギーは、パクリタキセルの前投薬 (H₁H₂blocker、ステロイド) で防げる場合もある。

投与例) アロキシ注+デカドロン注の前に (Day1 のみ)

ポララミン 1A	/	15 分かけて (200mL/時)
ガスター1A		
生理食塩液 50mL		

- ④ 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 0.5mg 16 錠/分 2 2~3 日間
 - ムコスタ錠 2 錠/分 2 2~3 日間
 - プリンペラン錠 3 錠/分 3 2~3 日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンを半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.5mg を 1 日 3 回経口投与

治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

- ⑤ 前サイクルの投与後に有害事象を認めた場合は、回復後、以下の投与基準に従って投与する。

【進行再発期】

種類	有害事象の程度	次回投与時の目安
好中球減少	Grade4	エルプラットを 65mg/m ² に減量し、 5-FU の投与を 20%減量
血小板減少	Grade3/4	
消化器症状	Grade3/4 (予防的治療の 施行にかかわらず発現)	

- ⑥ エルプラットによる末梢神経毒性は、急性神経毒性と慢性神経毒性の 2 つに分けられる。急性神経毒性は、投与中~直後に出現する可逆性の症状で、冷刺激によって誘発されることが特徴であり、数時間~数日のうちに消失する。末梢神経毒性は、エルプラットの繰り返し投与により出現する蓄積性の副作用である。Grade2 の場合はエルプラットの減量を、機能障害をきたすような重症例では投与中止が推奨される。

【進行再発期】

急性神経毒性：減量せずに 6 時間投与

慢性神経毒性 (Grade2) : 85mg/m²→65mg/m²

- ⑦ 投与前には高血圧の既往を確認し、アバスチン投与期間中は定期的に血圧をモニタリングすること。降圧薬の使用開始は CTCAE Grade1 の>150/100mmHg を基準値とする。

【降圧薬処方例】

1st line : プロプレス錠 (開始量 8mg→12mg まで増量)

2nd line : ノルバスク OD 錠の併用 (開始量 2.5mg)

- ⑧ アバスチン特有の副作用として出血がみられるが、その多くは鼻出血、歯肉出血などの粘膜出血であり、アバスチン継続投与は可能である。導入前の歯科指導や鼻出血法などの患者指導を実施し、**Grade1** の出血がみられた場合も、すぐに止血されればアバスチンの投与は継続可能である。なお、**Grade \geq 3** の出血がみられた場合は、アバスチンの投与を中止する。
- ⑨ アバスチン投与期間中は蛋白尿検査を定期的実施する。**Grade2/3** ではアバスチンを休薬、**Grade4** では中止する。

文献：

NCCN ガイドライン (http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/colon.pdf) , 2006 ASCO Annual Meeting Proceedings Part I. Vol 24, No. 18S (June 20 Supplement), 2006: 3510

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2010 年 8 月 4 日	最終改訂日： 2013 年 12 月 27 日
1、診療科名 (外科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (mFOLFOX6+Panitumumab 療法)	

【外来用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	ポート	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓		
②	ポート	ベクティビックス 6mg/kg 生理食塩液 100mL	60 分 流速を算出 すること	↓	休薬	
③	ポート	生理食塩液 50mL	15 分 200mL/時	↓		
④	ポート	アロキシ注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30 分 200mL/時	↓		
⑤	ポート	エルプラット 85 mg/m² 5%ブドウ糖液 500mL	120 分 流速を算出 すること	↓	休薬	
		レボホリナート 200 mg/m² 5%ブドウ糖液 250mL	120 分 125mL/時	↓	休薬	
⑥	ポート	5-FU 400 mg/m² 生理食塩液 50mL	6 分 流速を算出 すること	↓	休薬	
⑦	ポート	生理食塩液 50mL (bolus 洗い流し用)	6 分 500mL/時	↓	休薬	
※⑧	ポート	5-FU 2400 mg/m² (2 日分) インフューザーは 2 日分の FU と 生理食塩液で 全量 92mL	46 時間 2mL/hr	→	→	
⑨	ポート	生食 NP シリンジ 10mL (インフューザー終了時) 3 日目抜針用	—	↓		

※ ポートの場合は、バクスターインフューザーSV2 J2C1702 2mL/hr を使用する。

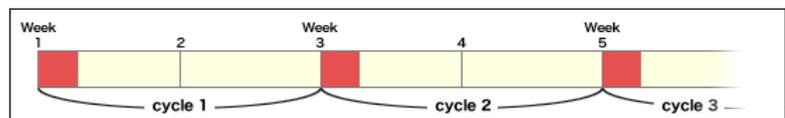
【入院用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	Iv	※生食 NP シリンジ 5mL (ルート確保用)	—	↓		
②	Div	ベクティビックス 6mg/kg 生理食塩液 100mL	60分 流速を算出すること	↓	休薬	休薬
③	Div	生理食塩液 50mL	15分 200mL/時	↓		
④	Div	アロキシ注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
⑤	Div	エルプラット 85 mg/m ² 5%ブドウ糖液 500mL	120分 流速を算出すること	↓	休薬	休薬
		レボホリナート 200 mg/m ² 5%ブドウ糖液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	休薬
⑥	Div	5-FU 400 mg/m ² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出すること	↓	休薬	休薬
⑦	Div	5-FU 2400 mg/m ² (2日分) 生理食塩液 1000mL	46時間 流速を算出すること	→	→	
⑧	Div	生理食塩液 50mL (ルート洗い流し用)	全開			↓

※ポート時は生食 10mL シリンジを使用すること。

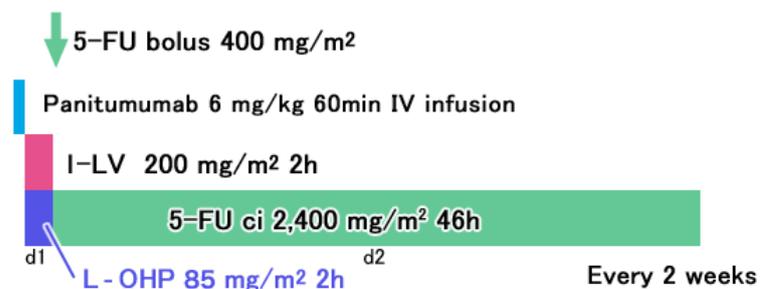
4、投与間隔

2週間を1クールとする



5、治療期間

効果の得られている間、
繰り返し実施する



6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象：腫瘍組織 kras 遺伝子野生型の転移・再発大腸癌
- ② DLT：座瘡様皮膚炎、骨髄抑制、消化器症状、末梢神経障害

③ 気管支痙攣、呼吸困難、血圧低下等の**重篤な過敏症状**があらわれることがあり、重篤な過敏症状は本剤を複数回投与した後に発現する場合や、本剤の投与から数時間後に発現する場合があるので、患者の状態を十分に観察し、異常が認められた場合には直ちに中止し適切な処置を行うこと。

④ エルプラットによる **Grade1・Grade2** のアレルギーは、パクリタキセルの前投薬（**H₁H₂blocker**、ステロイド）で防げる場合もある。

投与例）アロキシ注+デカドロン注の前に

ポララミン 1A	/	15 分かけて (200mL/時)
ガスター1A		
生理食塩液 50mL		

⑤ 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 0.5mg 16 錠/分 2 2～3 日間
 - ムコスタ錠 2 錠/分 2 2～3 日間
 - プリンペラン錠 3 錠/分 3 2～3 日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロン量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、**H₂-Blocker** や **PPI** を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。

処方例）治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与

治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

⑥ 重度（**Grade3** 以上）の **Infusion reaction** があらわれた場合、本剤の投与を中止し、以降、本剤を再投与しないこと。また、**Grade2** 以下の **Infusion reaction** があらわれた場合は、投与速度を減じて慎重に投与すること。

⑦ ベクティビックスの投与にあたっては、インラインフィルター（**0.2** 又は **0.22** ミクロン）を使用すること。

⑧ ベクティビックスは、**60** 分以上かけて点滴静注すること。ただし、1 回投与量として **1,000mg** を超える場合は、日局生理食塩液で希釈し約 **150mL** とし、**90** 分以上かけて点滴静注すること。

⑨ 低マグネシウム血症、低カリウム血症及び低カルシウム血症があらわれることがあるので、本剤投与開始前、また、本剤投与中及び投与終了後も血清中電解質（マグネシウム、カリウム及びカルシウム）をモニタリングすること。電解質異常が認められた場合には、必要に応じ電解質の補給等の適切な処置を行うこと。

⑩ 皮膚障害に対して以下の処方を推奨する。

<重症化予防薬剤>

1. ミノペン 100mg 1 錠/1 日 1 回夕食後 4 週間（飲み切り終了）

2. ヒルドイドソフト軟膏 50g/ 1 日 2 回

<治療準備薬剤（皮疹出現後に使用開始）>

3. 外用ステロイド剤・軟膏 [Medium] /顔・頸部

例）ロコイド軟膏 5g/ 1 日 2 回 顔・頸部に

4. 外用ステロイド剤・液剤〔Medium〕/頭

例) リドメックスコーワローション 10mL/ 1日2回 頭に

5. 外用ステロイド・軟膏〔Strong〕/体

例) マイザー軟膏 10g/ 1日2回 体に

⑩ 重度 (Grade3 以上) の皮膚障害があらわれた場合は, 下表を目安に本剤の用量を調節すること。

<重度 (Grade3 以上) の皮膚障害発現時の用量調節の目安>

皮膚障害発現時の本剤の投与量	本剤の投与	投与延期後の状態	本剤の用量調節
6mg/kg	投与延期	6週間以内に Grade2 以下に回復	6mg/kg 又は 4.8mg/kg
4.8mg/kg	投与延期	6週間以内に Grade2 以下に回復	3.6mg/kg
3.6mg/kg	投与中止		

※6週間以内に Grade2 以下に回復しなかった場合は, 本剤の投与を中止する。

《参考文献》

Siena S.,et.,ASCO Gastrointestinal cancers Symposium Abstract #283:2010

Randomized phase III study of panitumumab (pmab) with FOLFOX4 compared to FOLFOX4 alone as first-line treatment (tx) for metastatic colorectal cancer (mCRC): PRIME trial.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2010 年 8 月 4 日	最終改訂日： 2012 年 12 月 16 日
1、診療科名 (外 科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (mFOLFOX6 療法)	

【外来用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	ポート	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓		
②	ポート	アロキシ注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
③	ポート	エルプラット 85 mg/m² 5%ブドウ糖液 500mL	120分 流速を算出 すること	↓	休薬	
		レボホリナート 200 mg/m² 5%ブドウ糖液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	
④	ポート	5-FU 400 mg/m² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出 すること	↓	休薬	
⑤	ポート	生理食塩液 50mL (bolus 洗い流し用)	6分 500mL/時	↓		
※⑥	ポート	5-FU 2400 mg/m² (2日分) インフューザーは2日分のFUと 生理食塩液で 全量 92mL	46時間 2mL/hr	→	→	
⑦	ポート	生食シリンジ 10mL (インフューザー終了時) 3日目抜針用	—	↓		

※ ポートの場合は、バクスターインフューザーSV2 J2C1702 2mL/hrを使用する。

【入院用】

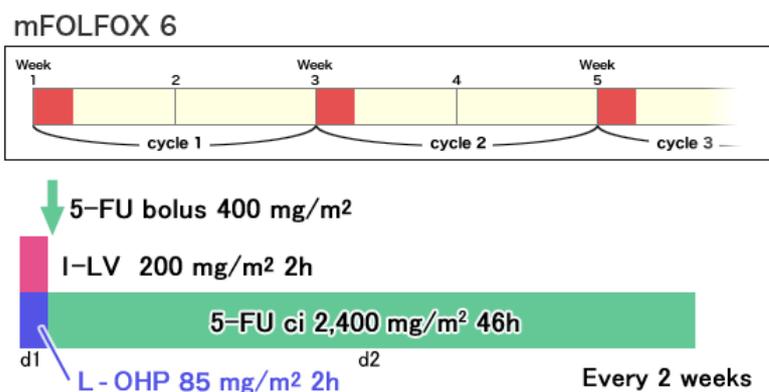
	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	Iv	※生食 NP シリンジ 5mL (ルート確保用)	—	↓		

②	Div	アロキシ注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
③	Div	エルプラット 85 mg/m ² 5%ブドウ糖液 500mL	120分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
		レボホリナート 200 mg/m ² 5%ブドウ糖液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	休薬
④	Div	5-FU 400 mg/m ² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出 すること	↓	休薬	休薬
⑤	Div	5-FU 2400 mg/m ² (2日分) 生理食塩液 1000mL	46時間 流速を算出 すること	→	→	休薬
⑥	Div	生理食塩液 50mL (ルート洗い流し用)	全開			↓

※ポート時は生食シリンジ 10mL を使用すること。

4、投与間隔

2週間を1クールとする



5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① DLT：骨髄抑制、消化器症状、末梢神経障害
- ② 気管支痙攣、呼吸困難、血圧低下等の**重篤な過敏症状**があらわれることがあり、重篤な過敏症状は本剤を複数回投与した後に発現する場合や、本剤の投与から数時間後に発現する場合があるので、患者の状態を十分に観察し、異常が認められた場合には直ちに中止し適切な処置を行うこと。
- ③ エルプラットによる Grade1・Grade2のアレルギーは、パクリタキセルの前投薬 (H₁H₂blocker、ステロイド) で防げる場合もある。

投与例) アロキシ+デカドロン注の前に

ポララミン 1A	15分かけて (200m L/時)
ガスター1A	
生理食塩液 50mL	

④ 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 0.5mg 16錠/分2 2～3日間
 - ムコスタ錠 2錠/分2 2～3日間
 - プリンペラン錠 3錠/分3 2～3日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロン
の量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.5mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

⑤ 前サイクルの投与後に有害事象を認めた場合は、回復後、以下の投与基準に従って投与
する。

【進行再発期減量基準】

種類	有害事象の程度	次回投与時の減量の目安
好中球減少、血小板減少	Grade4	エルプラット、5-FU (急速静注/持続静注) をすべて一段階減量
Grade3/4の好中球減少を伴う 感染、悪心、嘔吐、下痢、疲労	Grade3/4	
口内炎、皮疹(手足の皮膚反応)	Grade3/4	5-FU(急速静注/持続静注) をすべて一段階減量

—減量時の各薬剤投与量—

	エルプラット	5-FU 急速静注	5-FU 持続静注
初回投与量(全量)	85mg/m ²	400mg/m ²	2400mg/m ²
減量段階1	65mg/m ²	300mg/m ²	2000mg/m ²
減量段階2	50mg/m ²	200mg/m ²	1600mg/m ²

※1-LV: 200mg/m²は固定とし、減量は行わない。

⑥ エルプラットによる末梢神経毒性は、急性神経毒性と慢性神経毒性の2つに分けられる。
急性神経毒性は、投与中～直後に出現する可逆性の症状で、冷刺激によって誘発される
ことが特徴であり、数時間～数日のうちに消失する。末梢神経毒性は、エルプラットの
繰り返し投与により出現する蓄積性の副作用である。Grade2の場合はエルプラットの減
量を、機能障害をきたすような重症例では投与中止が推奨される。

【進行再発期】

急性神経毒性: 減量せずに6時間投与

慢性神経毒性(Grade2): 85mg/m²→65mg/m²

《文献》

Tournigand C. J Clin Oncol. 2004; 22: 229-237

Maindrault-Goebel F. Eur J Cancer 1999; 35(9): 1338-1342

Brun MS. Br J Cancer 2003; 89: 1155-1158

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2010 年 8 月 4 日	最終改訂日：2012 年 12 月 2 日
1、診療科名 (外 科)	部長名 (矢口 豊久)
2、対象疾患名 (大腸癌)	略名 ()
3、化学療法名 (Panitumumab 単剤療法)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2~14
①	ポート	※生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	ポート	ベクティビックス 6mg/kg 生食 100mL	60分 流速を算出 すること	↓	休薬
③	ポート	生理食塩液注 50 mL	全開	↓	休薬

※ 末梢時は生食シリンジ 5mL を使用すること。

4、投与間隔

2 週間を 1 クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象：腫瘍組織 kras 遺伝子野生型の転移・再発大腸癌
- ② DLT：座瘡様皮膚炎、骨髄抑制、消化器症状、下痢、間質性肺炎。
- ③ 重度 (Grade3 以上) の Infusion reaction があらわれた場合、本剤の投与を中止し、以降、本剤を再投与しないこと。また、Grade2 以下の Infusion reaction があらわれた場合は、投与速度を減じて慎重に投与すること。
- ④ 本剤の投与にあたっては、インラインフィルター (0.2 又は 0.22 ミクロン) を使用すること。
- ⑤ 本剤は、60 分以上かけて点滴静注すること。ただし、1 回投与量として 1,000mg を超える場合は、日局生理食塩液で希釈し約 150mL とし、90 分以上かけて点滴静注すること。
- ⑥ 低マグネシウム血症、低カリウム血症及び低カルシウム血症があらわれることがあるので、本剤投与開始前、また、本剤投与中及び投与終了後も血清中電解質 (マグネシウム、カリウム及びカルシウム) をモニタリングすること。電解質異常が認められた場合には、必要に応じ電解質の補給等の適切な処置を行うこと。
- ⑦ 皮膚障害に対して以下の処方を推奨する。
<重症化予防薬剤>

1. ミノペン 100mg 1錠/1日1回夕食後 4週間（飲み切り終了）
2. ヒルドイドソフト軟膏 50g/ 1日2回

<治療準備薬剤（皮疹出現後に使用開始）>

3. 外用ステロイド剤・軟膏〔Medium〕/顔・頸部
例) ロコイド軟膏 5g/ 1日2回 顔・頸部に
4. 外用ステロイド剤・液剤〔Medium〕/頭
例) リドメックスコーワローション 10mL/ 1日2回 頭に
5. 外用ステロイド・軟膏〔Strong〕/体
例) マイザー軟膏 10g/ 1日2回 体に

- ⑧ 重度（Grade3以上）の皮膚障害があらわれた場合は、下表を目安に本剤の用量を調節すること。

<重度（Grade3以上）の皮膚障害発現時の用量調節の目安>

皮膚障害発現時の本剤の投与量	本剤の投与	投与延期後の状態	本剤の用量調節
6mg/kg	投与延期	6週間以内に Grade2 以下に回復	6mg/kg 又は 4.8mg/kg
4.8mg/kg	投与延期	6週間以内に Grade2 以下に回復	3.6mg/kg
3.6mg/kg	投与中止		

※6週間以内に Grade2 以下に回復しなかった場合は、本剤の投与を中止する。

- ⑨ 制吐剤について

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合、プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
処方例) プリンペラン 10mg を1日3回経口投与
ノバミン 5mg を1日3回経口投与
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.5mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

《参考文献》

- 1) Van Cutsem E, et al: J Clin Oncol. 25(13):1658-1664, 2007
- 2) Amado RG, et., al., J Clin Oncol., 26:1626-34, 2008 Wild-Type KRAS Is Required for Panitumumab Efficacy in Patients With Metastatic Colorectal Cancer

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2009 年 9 月 2 日	最終改訂日：2011 年 2 月 7 日
1、診療科名 (外 科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (手術不能・再発大腸癌) 略名 ()	
3、癌化学療法名 (S1 単剤療法)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1～Day28	day29～day42
①	PO	TS-1 1.25 m ² 未満 80mg/分2 1.25～1.5 m ² 100mg/分2 1.5 m ² 以上 120mg/分2	—	28 日間連続投与	休薬

4、投与間隔

6 週間を 1 クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

注意：①DLT：骨髄抑制、消化器症状

②治療上やむを得ず休薬期間を短縮する必要がある場合でも少なくとも 7 日間の休薬期間を設けること。本剤投与中止後、他のフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤あるいは抗真菌剤フルシトシンの投与を行う場合はすくなくとも 7 日以上の間隔をあけること。

[TS-1 減量基準]

Ccr (mL/min)	≥80	80> ≥50	50> ≥30	30>
投与開始量	基準投与量	必要に応じて 1 段階減量	1 段階以上の減量投与	投与不可

文献：添付文書

用紙は薬剤科長に提出してください。また、参考になる文献等を添えて提出してください。

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2007年 8月 8日	最終改訂日： 2013年 12月 21日
1、診療科名 (外科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (sLV5FU2 療法)	

【外来用】

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	ポート	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓		
②	ポート	デカドロン注 (3.3mg) 2A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
③	ポート	レボホリナート 200 mg/m² 生理食塩液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	
④	ポート	5-FU 400 mg/m² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出 すること	↓	休薬	
⑤	ポート	生理食塩液 50mL (bolus 洗い流し用)	6分 500mL/時	↓		
※⑥	ポート	5-FU 2400 mg/m² (2日分) インフューザーは2日分のFUと 生理食塩液で 全量 92mL	46時間 2mL/hr	→	→	
⑦	ポート	生食シリンジ 10mL (インフューザー終了時) 3日目抜針用	—	↓		

※ ポートの場合は、バクスターインフューザーSV2 J2C1702 2mL/hr を使用する。

【入院用】

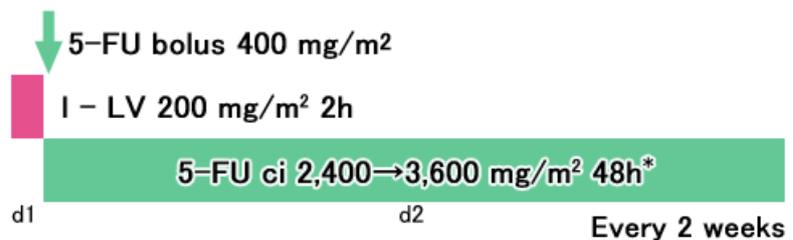
	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2	Day3
①	Div	※生食 NP シリンジ 5mL (ルート確保用)	—	↓		
②	Div	デカドロン注 (3.3mg) 2A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
③	Div	レボホリナート 200 mg/m² 生理食塩液 250mL	120分 125mL/時	↓	休薬	

④	Div	5-FU 400 mg/m² 生理食塩液 50mL	6分 流速を算出 すること	↓	休薬	
⑤	Div	5-FU 2400 mg/m² (2日分) 生理食塩液 1000mL	46時間 流速を算出 すること	→	→	
⑥	Div	生理食塩液 50mL (ルート洗い流し用)	全開			↓

※ポート時は生食シリンジ 10mL を使用すること。

4、投与間隔

2週間を1クールとする



5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

① 対象：転移・再発大腸癌

② DLT：骨髄抑制、消化器症状

③ 制吐剤について

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
処方例) プリンペラン 10mg を1日3回経口投与
ノバミン 5mg を1日3回経口投与
- ・ 効果不十分であればグラニセトロンバッグ 3mg/100mL を追加投与する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

文献

Tournigand C, et al. Proc ASCO #1052, 1998

de Gramont A. Eur J Cancer 1998; 34: 619-626 (GERCOR review)

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2013年 7月 24日	最終改訂日：2013年 9月 4日
1、診療科名 (腫瘍内科) 診療科代表部長 (宇都宮節夫)	
2、対象疾患名 (大腸癌)	
3、レジメン名 (S1+Oxaliplatin+Bevacizumab) (SOX+BV)	

TS-1		
1.25 m ² 未満 80mg/分2	Day1～14 毎日内服	day15～21 休薬
1.25～1.5 m ² 100mg/分2		
1.5 m ² 以上 120mg/分2		

TS1 は Day1 の夕食後から内服を開始する。

TS1 は腎機能低下があれば減量する。備考を参照。

No.	投与方法	薬剤	投与時間	Day1
①	Iv	※ 生食 NP シリンジ 5mL (ルート確保用)	—	↓
②	Div	ベバシズマブ 7.5mg/kg 生理食塩液 100mL	初回 90分 2回目 30分 流速を算出する	↓
③	Div	アロキシ静注 0.75mg デカドロン (3.3mg) 注 3A 生理食塩液 100ml	30分 200 ml/時	↓
④	Div	エルプラット 130 mg/m ² 5%ブドウ糖液 500ml	120分 流速を算出する	↓
⑤	Div	生理食塩液 50mL (ルートフラッシュ用)	6分 500mL/時	↓

※ CV ポート時は生食シリンジ 10mL を使用する。

4、投与間隔

- a (2週間内服 1週間休薬) 3週間を1クールとする

5、治療期間

- b 効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

腎機能値により TS-1 を減量する。

〔TS-1 減量基準〕

Ccr (mL/min)	≥ 80	$80 > \geq 50$	$50 > \geq 30$	$30 >$
投与開始量	基準投与量	必要に応じて1段階減量	1段階以上の減量投与	投与不可

- ① 副作用として、骨髄抑制、消化器症状、末梢神経障害、過敏症に注意する。
- ② 特にエルプラットによる気管支痙攣、呼吸困難、血圧低下等の**重篤な過敏症状**があらわれることがある。重篤な過敏症状は本剤を複数回投与した後に発現する場合や、本剤の投与から数時間後に発現する場合があるので、患者の状態を十分に観察し、異常が認められた場合には直ちに中止し適切な処置を行うこと。
- ③ エルプラットによる Grade1・Grade2 のアレルギーは、パクリタキセルの前投薬（H₁H₂blocker、ステロイド）で防げる場合もある。

投与例）アロキシ+デカドロン注の投与前に

ポララミン 1A	/	15分かけて (200mL/時)
ガスター1A		
生理食塩液 50mL		

④ 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 0.5mg 16錠/分2 2～3日間
 - ムコスタ錠 2錠/分2 2～3日間
 - プリンペラン錠 3錠/分3 2～3日間
- ・ 効果不十分であればイメンドカプセルの追加を検討する。その際はデカドロンを半分量に減量する。イメンドは Day1 125mg 治療開始前、Day2-3 80mg 朝食前とする。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を投与する。

処方例）治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

Takahari D, Yamada Y, Matsumoto H et al. A randomized phase III trial of S-1/oxaliplatin (SOX) plus bevacizumab versus 5FU/1-LV/oxaliplatin (mFOLFOX6) plus bevacizumab in patients with metastatic colorectal cancer: The SOFTT study. J Clin Oncol 31, 2013 (suppl. Abstr 3519)

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2019年 3月 25日	最終改訂日： 2020年 4月 8日
1、診療科名（腫瘍内科） 診療科代表部長（宇都宮節夫）	
2、対象疾患名（大腸癌）	
3、レジメン名（TAS102（ロンサーフ）+ベバシズマブ） 併用療法	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2～14
①	Div	生食シリンジ 10 mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div	アバスチン 5 mg/kg 生理食塩液 100 mL	初回 90分、2回目 以降 30分	↓	休薬
③	Div	生理食塩液 50mL	全開	↓	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day 1～5	Day 6, 7	Day 8～12	Day 13, 14	Day 15～28
④	経口	ロンサーフ 35mg/m ² ×2回/日	朝夕 食後	内服	休薬	内服	休薬	休薬

4、投与間隔

- a TAS102（ロンサーフ）は1回 35mg/m²を1日2回内服（朝と夕食後）。
5日間内服2日間休薬、さらに5日間内服2日間休薬、その後14日間休薬する。

ベバシズマブ（アバスチン）は2週間ごとに点滴静注する。

以上の28日間を1サイクルとする。

5、治療期間

- b 効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

TAS102（ロンサーフ）の1回投与量

体表面積（m ² ）	初回投与の基準量（mg/日）	1回の用量（mg/回）
1.07未満	70	35
1.07以上1.23未満	80	40
1.23以上1.38未満	90	45
1.38以上1.53未満	100	50
1.53以上1.69未満	110	55
1.69以上1.84未満	120	60
1.84以上1.99未満	130	65
1.99以上2.15未満	140	70
2.15未満	150	75

投与開始の基準

	投与開始の目安	休薬の目安	再開の目安
PS	0, 1	2以上	0, 1
好中球数	1500/mm ³ 以上	1000/mm ³ 未満	1500/mm ³ 以上
血小板数	75000/mm ³ 以上	50000/mm ³ 未満	75000/mm ³ 以上
ヘモグロビン	8.0g/dL以上	7.0g/dL未満	8.0g/dL以上
AST, ALT	100IU/L以下 肝転移があれば200以下	100IU/L以上 肝転移があれば200以上	100IU/L以下 肝転移があれば200以下
総ビリルビン	1.5mg/dL以下	2.0mg/dL以上	1.5mg/dL以下
クレアチニン	1.5mg/dL以下	1.5mg/dL以上	1.5mg/dL以下
感染症	活動性感染なし	活動性感染あり	活動性感染なし
末梢神経障害	Grade2以下	Grade3以上	Grade2以下
下痢	Grade1以下	Grade3以上	Grade1以下
その他の非血液毒性	Grade1以下	Grade3以上	Grade1以下

TAS102（ロンサーフ）の有害事象として、骨髄抑制（好中球減少、貧血、血小板減少）、下痢、悪心、嘔吐、食欲減退が出現する。

また、ベバシズマブ（アバスチン）の有害事象として、高血圧、出血、血栓・塞栓症、創傷治癒遅延、消化管穿孔が出現する。

重篤な白血球減少や発熱性好中球減少などが出現する可能性があるため1サイクルは毎週血液検査を実施する。

TAS102 plus bevacizumab for patients with metastatic colorectal cancer refractory to standard therapies(C-TASKFORCE): an investigator-initiated, open-label, single-arm, multicenter, phase 1/2 study
Lancet Oncol 2017; 18: 1172-81

Pfeiffer P, et al.

Randomized study evaluating trifluridine/tipiracil (TAS 102) versus trifluridine+bevacizumab as last line therapy in patients with chemotherapy unresectable metastatic colorectal cancer.
Journal of clinical oncology 2019; 37 (suppl): 637

Kotaka M, et al.

Multicenter phase Ib/II study of biweekly trifluridine/tipiracil with bevacizumab combination for patients with metastatic colorectal cancer refractory to standard therapies (BiTS study)
Journal of clinical oncology 2019; 37 (suppl): 647

用紙は事務局に提出してください。また、参考になる文献等を添えて提出してください。

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2014 年 6 月 4 日	最終改訂日：2014 年 6 月 4 日
1、診療科名 (腫瘍内 科) 部長名 (宇都宮節夫)	
2、対象疾患名 (手術不能・再発大腸癌) 略名 ()	
3、癌化学療法名 (TAS102 単剤療法)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day 1~5	Day 6, 7	Day 8~12	Day 13, 14	Day 15~28
①	PO	ロンサーフ	朝夕食後	内服	休薬	内服	休薬	休薬

投与量

体表面積 (m2)	初回基準量 (mg/日)	1回の用量 (mg/回)
~1.07 未満	70	35 (T15 1錠、T20 1錠)
1.07 以上~1.23 未満	80	40 (T20 2錠)
1.23 以上~1.38 未満	90	45 (T15 3錠)
1.38 以上~1.53 未満	100	50 (T15 2錠、T20 1錠)
1.53 以上~1.69 未満	110	55 (T15 1錠、T20 2錠)
1.69 以上~1.84 未満	120	60 (T15 4錠)
1.84 以上~1.99 未満	130	65 (T15 3錠、T20 1錠)
1.99 以上~2.15 未満	140	70 (T15 2錠、T20 2錠)
2.15 以上~	150	75 (T15 5錠)

4、投与間隔

1日2回朝食後、夕食後に内服

5日間内服2日間休薬、5日間内服2日間休薬、その後14日間休薬

以上の28日間を1クールとする。

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

注意：

- 有害事象として、骨髄抑制 (好中球減少、貧血、血小板減少)、下痢、悪心、嘔吐、食欲減退が出現する。
- 好中球減少、発熱性好中球減少症に対して、グラン、マキシピームなどの投与を検討する。
- 空腹時に本剤を投与した場合、食後投与と比較してトリフルリジン (FTD) の Cmax の上昇が認められることから、空腹時投与を避けること。
- 投与開始、休薬、再開の目安

	投与開始の目安	休薬の目安	再開の目安
PS	0,1	2 以上	0,1
好中球	1500/mm ³ 以上	1000/mm ³ 未満	1500/mm ³ 以上
血小板数	75000/mm ³ 以上	50000/mm ³ 未満	75000/mm ³ 以上
ヘモグロビン	8.0g/dL 以上	7.0g/dL 以上	8.0g/dL 以上
AST、ALT	100IU/L 以下 肝転移があれば 200 以下	100IU/L 以上 肝転移があれば 200 以上	100IU/L 以下 肝転移があれば 200 以下
総ビリルビン	1.5mg/dL 以下	2.0mg/dL 以上	1.5mg/dL 以下
クレアチニン	1.5mg/dL 以下	1.5mg/dL 以上	1.5mg/dL 以下
感染症	活動性感染なし	活動性感染あり	活動性感染なし
末梢神経障害	Grade2 以下	Grade3 以上	Grade2 以下
下痢	Grade1 以下	Grade3 以上	Grade1 以下
その他の非血液毒性	Grade1 以下	Grade3 以上	Grade1 以下

5. 前コース（休薬期間を含む）中に、「減量基準」に該当する有害事象が発現した場合には、本剤の投与再開時において、コース単位で 1 日単位量として 10mg/日単位で減量する。ただし、最低投与量は 30mg/日までとする。

	減量基準
好中球数	500/mm ³ 未満
血小板数	50000/mm ³ 未満

6. 本剤 50mg/日を投与する場合は、朝食後に 20mg を、夕食後に 30mg を投与する。

文献：

Tkayuki Yoshino et al: TAS-102 monotherapy for pretreated metastatic colorectal cancer: a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 2 trial. Lancet Oncol 2012; 13: 993-1001

用紙は薬剤科長に提出してください。また、参考になる文献等を添えて提出してください。

がん診療委員会

癌化学療法プロトコル登録用紙

登録日： 2007 年 8 月 8 日	最終改訂日： 2011 年 2 月 9 日
1、診療科名 (外 科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、癌化学療法名 (UFT/Uzel 療法)	

薬剤	Day1～Day28	Day29～Day35
UFT Uzel <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> 投与量は下表を参照 </div>	28 日間連続投与	7 日間 休薬

UFT/Uzel 投与 Dose

体表面積 (m ²)	1 日投与量(mg/day)		投与スケジュール(UFT/Uzel mg)		
	UFT	Uzel	起床直後	昼食 2 時間後	就寝前
<1.17	300	75	100/25	100/25	100/25
1.17-1.49	400	75	200/25	100/25	100/25
1.50-1.83	500	75	200/25	200/25	100/25
>1.83	600	75	200/25	200/25	200/25

4、投与間隔

5 週間を 1 クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

対象：大腸癌再発・転移症例

注意：内服は朝・昼食後 2 時間・寝る前・・・概ね 8 時間毎とし、食事前後の 1 時間は服用を避けるように患者さんに指導する

文献 Douillard JY, et al. J Clin Oncol 20(17): 3605, 2002

用紙は薬剤科長に提出してください。また、参考になる文献等を添えて提出してください。

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 25年 8月 7日	最終改訂日： 25年 8月 7日
1、診療科名 (外科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (XELIRI+Bv 療法)	

併用内服薬

ゼローダ 1.36 m ² 未満 1800mg/分2 1.36 以上～1.66 m ² 未満 2400mg/分2 1.66 以上～1.96 m ² 未満 3000mg/分2 1.96 m ² 以上 3600mg/分2	※Day1 夕～15 朝 1日2回 朝、夕食後 30分以内 14日間連続投与	day15 夕～ 21 休薬
---	--	----------------------

(内服：ゼローダ 1600mg/m² Day1 夕～Day15 朝、休薬7日間)

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2～21
①	Iv	※ 生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div	アバスチン 7.5mg/kg 生理食塩液 100mL	初回 90分 2回目 30分 流速を算出すること	↓	
③	Div	アロキシ注 1V デカドロン (3.3mg) 注 3A 生理食塩液 100mL	30分 200 ml/時	↓	
④	Div	生理食塩液 500 ml トポテシン注 200 mg/m ²	90分 333 ml/時	↓	休薬
⑤	Div	生理食塩液 50mL (ルートフラッシュ用)	全開	↓	

4、投与間隔

3週間を1クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① DLT：白血球減少・下痢
- ② イリノテカンの副作用発現に UGT1A1 遺伝子多型が影響を与えることが知られている。

特にホモ群では開始用量の減量や慎重な観察を考慮する必要がある。

③ 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - ▶ デカドロン錠 4mg 2錠/分2 2～3日間
 - ▶ ムコスタ錠 2錠/分2 2～3日間
 - ▶ プリンペラン錠 3錠/分3 2～3日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンの量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

④ ゼローダの手足症候群の予防に以下の処方を推奨する。

(ア) ピドキサール錠 60mg/分2 朝夕食後

(イ) ヒルドイドソフト軟膏

⑤ イリノテカンの下痢について

- ・ 早発性下痢：投与中投与直後から発現し、多くは一過性である。対処法としては塩酸ロペラミドや副交感神経遮断剤などの投与する。
- ・ 遅発性の下痢：通常投与 24 時間以降に発現し、持続することがある。半夏瀉心湯の内服で下痢の発生が抑制されるとの報告あり。

参考文献

ESMO 14th World Congress on Gastrointestinal Cancer

Yamaguchi et al: A Phase I/II study of tri-weekly XELIRI plus Bevacizumab for Japanese patients with metastatic colorectal cancer as second-line chemotherapy (BIX study)

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2010 年 9 月 28 日	最終改訂日： 2012 年 12 月 12 日
1、診療科名 (外 科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (XELOX+Bv 療法)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2~Day21
※①	ポート	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	ポート	アバスチン 7.5mg/kg 生理食塩液 100mL	90分 (初回) 30分 (2回目~) 流速を算出 すること	↓	
③	ポート	アロキシ注 1V デカドロン注 (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓	
④	ポート	エルプラット 130mg/m² 5%ブドウ糖液 500mL	120分 流速を算出 すること	↓	休薬
⑤	Div	生理食塩液 50mL (ルート洗い流し用)	全開	↓	

※末梢の時は生食 NP シリンジ 5mL を使用すること。

	投与方法	薬剤	※Day2~Day15	Day16~day21
①	PO	ゼローダ 1.36 m ² 未満 2400mg/分 2 1.36 以上~1.66 m ² 未満 3000mg/分 2 1.66 以上~1.96 m ² 未満 3600mg/分 2 1.96 m ² 以上 4200mg/分 2	1日2回 朝食後、夕食後 30分以内 14日間連続投与	休薬

(内服：ゼローダ 1000mg/m² Day2-Day15, 休薬 7日間)

※ Day1 の夕方からでも可

4、投与間隔

3週間を1クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

- ① 骨髄抑制、消化器症状、末梢神経障害
- ② 気管支痙攣、呼吸困難、血圧低下等の**重篤な過敏症状**があらわれることがあり、重篤な過敏症状は本剤を複数回投与した後に発現する場合や、本剤の投与から数時間後に発現する場合があるので、患者の状態を十分に観察し、異常が認められた場合には直ちに中止し適切な処置を行うこと。
- ③ エルプラットによる **Grade 1・Grade 2** のアレルギーは、パクリタキセルの前投薬（H₁H₂blocker、ステロイド）で防げる場合もある。

投与例）アロキシ+デカドロン注の前に

ポララミン 1A	/	15分かけて (200mL/時)
ガスター1A		
生理食塩液 50mL		

- ④ ゼローダの手足症候群の予防に以下の処方を推奨する。

- ピドキサール錠 60mg/分 2 朝夕食後
- ヒルドイドソフト軟膏

- ⑤ 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 4mg 2錠/分 1 2～3日間
 - ムコスタ錠 2錠/分 2 2～3日間
 - プリンペラン錠 3錠/分 3 2～3日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロン量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。

処方例）治療前夜から、コンスタン 0.5mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

- ⑥ 副作用が発現した場合には、添付文書上の規定を参考にして休薬・減量を行う。

文献：

Cassidy J, Clarke S, Díaz-Rubio E, Scheithauer W, Figer A, Wong R, Koski S, Lichinitser M, Yang TS, Rivera F, Couture F, Sirzén F, Saltz L. Randomized phase III study of capecitabine plus oxaliplatin compared with fluorouracil/folinic acid plus oxaliplatin as first-line therapy for metastatic colorectal cancer. J Clin Oncol. 2008; 26(12): 2006-2012.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2010 年 9 月 28 日	最終改訂日： 2020 年 3 月 31 日
1、診療科名 (外 科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (大腸癌) 略名 ()	
3、化学療法名 (XELOX 療法)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2～Day21
①	Div	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div	アロキシバッグ 1P デキサート注 (6.6mg) 1.5V	15分 200mL/時	↓	
③	Div	オキサリプラチン 130mg/m² 5%ブドウ糖液 500mL	120分 流速を算出 すること	↓	休薬
④	Div	生理食塩液 50mL (ルート洗い流し用)	全開	↓	

※ポート時は生食 NP シリンジ 10mL を使用すること。

	投与方法	薬剤	※Day2～Day15	Day16～day21
①	PO	ゼローダ 1.36 m ² 未満 2400mg/分 2 1.36 以上～1.66 m ² 未満 3000mg/分 2 1.66 以上～1.96 m ² 未満 3600mg/分 2 1.96 m ² 以上 4200mg/分 2	1日2回 朝食後、夕食後 30分以内 14日間連続投与	休薬

(内服：ゼローダ 1000mg/m² Day2-Day15, 休薬 7日間)

※ Day1 の夕方からでも可

4、投与間隔

3週間を1クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

① 骨髄抑制、消化器症状、末梢神経障害

② 気管支痙攣、呼吸困難、血圧低下等の**重篤な過敏症状**があらわれることがあり、重篤な過敏症状は本剤を複数回投与した後に発現する場合や、本剤の投与から数時間後に発現

する場合がありますので、患者の状態を十分に観察し、異常が認められた場合には直ちに中止し適切な処置を行うこと。

- ③ オキサリプラチンによる **Grade1・Grade2** のアレルギーは、パクリタキセルの前投薬（**H₁H₂blocker**、ステロイド）で防げる場合もある。

投与例) アロキシ+デキサート注の前に

ポララミン 1A	/	
ガスター1A		15 分かけて
生理食塩液 50mL		(200mL/時)

- ④ ゼローダの手足症候群の予防に以下の処方を推奨する。

➤ ヒルドイドソフト軟膏

- ⑤ 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 4mg 2錠/分1 2~3日間
 - レバミピド錠 2錠/分2 2~3日間
 - メトクロプラミド錠 3錠/分3 2~3日間
- ・ 効果不十分であればアプレピタントの追加を検討する。その際はデキサートの量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、**H₂-Blocker** や **PPI** を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。

処方例) 治療前夜から、アルプラゾラム 0.5mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にロラゼパム 0.5mg を経口投与

- ⑥ 副作用が発現した場合には、添付文書上の規定を参考にして休薬・減量を行う。

文献：

Cassidy J, Clarke S, Díaz-Rubio E, Scheithauer W, Figuer A, Wong R, Koski S, Lichinitser M, Yang TS, Rivera F, Couture F, Sirzén F, Saltz L. Randomized phase III study of capecitabine plus oxaliplatin compared with fluorouracil/folinic acid plus oxaliplatin as first-line therapy for metastatic colorectal cancer. J Clin Oncol. 2008; 26(12): 2006-2012.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2013年 8月 7日	最終改訂日： 2013年 8月 7日
1、診療科名 (腫瘍内科 科) 診療科代表部長 (宇都宮節夫)	
2、対象疾患名 (大腸癌)	
3、レジメン名 (レゴラフェニブ)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1～21	Day22～28
①	経口	スチバーガ 160mg	1日1回 食後	↓	休薬

4、投与間隔

a (3週間内服 1週間休薬) 4週間を1クールとする

5、治療期間

b 効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

1日1回160mgを食後に3週間連日経口投与し、その後1週間休薬する。なお、患者の状態により適宜減量する。手足症候群、肝機能異常、高血圧などの副作用が現れた場合は、症状、重症度に応じて、本剤を減量または休薬する。

文献：Lancet 2013 26; 381: 303-12

Regorafenib monotherapy for previously treated metastatic colorectal cancer (CORRECT): an international, multicenter, randomized, placebo-control, phase 3 trial

がん診療委員会