

## 前投薬について

化学療法においては以下のような薬を補助的に使用していますが患者さん毎に調節している例が多くレジメンリストには記載していません。

### I. 制吐剤

日本癌治療学会の制吐薬適正使用ガイドラインに沿う制吐剤から開始し、症状により調節します。

#### ①高度催吐性リスクの抗がん剤(HEC)を含むレジメン

点滴	Rp 1	生食	100 mL	
		ホスアプレピタント点滴静注用	150 mg	
		デキサメタゾン注射液	9.9 mg	
	Rp 2	パロセトン点滴静注バッグ	0.75 mg	
内服	Rp 1	デキサメタゾン錠剤	8 mg	day2~4
	Rp 2	オランザピン錠剤*注	2.5 mg	day1~4

#### ②中等度催吐性リスクの抗がん剤(MEC)を含むレジメン

点滴	Rp 1	パロセトン点滴静注バッグ	0.75 mg	
		デキサメタゾン注射液	6.6 mg	
内服	Rp 1	デキサメタゾン錠剤*注	8 mg	day2~4

もしくは

点滴	Rp 1	生食	100 mL	
		ホスアプレピタント点滴静注用	150 mg	
		デキサメタゾン注射液	4.95 mg	
	Rp 2	パロセトン点滴静注バッグ	0.75 mg	
内服	Rp 1	デキサメタゾン錠剤	4 mg	day2~4

#### ③軽度催吐性リスクの抗がん剤(LEC)を含むレジメン

点滴	Rp 1	生食	100 mL	
		デキサメタゾン注射液	6.6 mg	

#### ④最小度催吐性リスク

予防的投与なし

\*注 オプション投与。OLZは糖尿病の場合MRZ7.5mgで代用。経口ステロイドはリスクにより省略

催吐リスクの\*は通常より一つ強い制吐療法、\*\*は一つ弱い制吐療法から開始を意味します。  
例) LEC\*\* →ガイドラインでは軽度リスク(LEC)であるが院内では最小度(予防的投与なし)の扱い

当院での扱い(一番強い催吐リスクの薬が基準)

高度催吐性リスク	シスプラチン( $\geq 50\text{mg}/\text{m}^2$ ) シクロホスファミド( $\geq 1500\text{mg}/\text{m}^2$ ) シクロホスファミド+エピルビシン カルボプラチン( $\text{AUC} \geq 4$ )
中等度だが高度扱い	トラスツズマブ デルクスステカン
中等度だがリスクに よって高度扱い	イリノテカン オキサリプラチン( $\geq 75\text{mg}/\text{m}^2$ )
中等度催吐性リスク	シスプラチン( $< 50\text{mg}/\text{m}^2$ ) カルボプラチン( $\text{AUC} < 4$ ) シクロホスファミド( $< 1500\text{mg}/\text{m}^2$ ) ドキシソルビシン エピルビシン アムルビシン
軽度だが中等度扱い	ドセタキセル ドキシル ゲムシタビン パクリタキセル
軽度催吐性リスク	エトポシド 5-FU ペメトレキセド
軽度だが最小度扱い	アブラキサン エリブリン
最小度催吐性リスク	ベバシズマブ セツキシマブ トラスツズマブ ビノレルビン パニツムマブ

## II. IR予防

インフュージョンリアクションが想定されるレジメンに使用

点滴	Rp 1	生食	100 mL
		デキサメタゾン注射液	6.6 mg
		ホラミン注射液	5 mg
		(ファモチジン注)	20 mg

## III. ハイドレーション

① シスプラチン等の腎臓毒性を避ける為に排尿が必要なレジメンに使用

点滴	Rp	生食	2~3	L
----	----	----	-----	---

② SH(ショートハイドレーション)と記載されたレジメンでは補液量を減らし点滴時間を短縮します。

代わりに、経口補水液を摂取してもらいます。

点滴	Rp 1	ソルデム1	500 mL
		硫酸Mg補正液	8 mEq
	Rp 2	マンニトールS注射液	300 mL
	Rp 3	ソルデム1	500 mL
		KCL注	20 mEq