

### 化学療法計画書

|        |        |                 |          |        |      |      |      |     |                |        |     |    |     |     |      |    |     |  |      |
|--------|--------|-----------------|----------|--------|------|------|------|-----|----------------|--------|-----|----|-----|-----|------|----|-----|--|------|
| 治療法名   |        | Bev/テセントリク      |          |        |      |      |      |     |                |        |     |    |     |     |      |    |     |  |      |
| コース数   |        | 1               |          | コース目   |      |      |      |     |                |        |     |    |     |     |      |    |     |  |      |
| 腫瘍種    |        | 肝細胞がん 非小細胞肺がん維持 |          |        |      |      |      |     |                |        |     |    |     |     |      |    |     |  |      |
| 患者名    |        |                 |          |        | ♂    | 年齢   |      |     |                |        |     |    |     |     |      |    |     |  |      |
| 開始予定日  |        |                 | 患者ID     |        | 生年月日 |      |      |     |                |        |     |    |     |     |      |    |     |  |      |
| 治療内容   |        | Day             | 1        | 2      | 3    | 4    | 5    | 6   | 7              | 8      | ... | 15 | ... | 22  | ...  | 29 | ... |  |      |
|        |        | 予定日             | 1/0      |        |      |      |      |     |                |        | 1/7 |    |     |     | 1/14 |    |     |  | 1/21 |
| テセントリク |        | 1200 mg         | ↓        |        |      |      |      |     |                |        |     |    |     |     |      |    |     |  |      |
| アバステン  |        | 15 mg/kg        | ↓        |        |      |      |      |     |                |        |     |    |     |     |      |    |     |  |      |
| 治療開始日  |        |                 |          |        |      | 治療間隔 |      | 3週毎 |                | 予定コース数 |     |    |     | コース |      |    |     |  |      |
| 身長     | 150    | cm              | 体重       | 50     | kg   | BSA  | 1.40 |     | m <sup>2</sup> |        |     |    |     |     |      |    |     |  |      |
| eGFR   | ml/min |                 | eGFR/BSA | ml/min |      |      |      |     |                |        |     |    |     |     |      |    |     |  |      |

|                    |  |
|--------------------|--|
| アバステン休薬基準          |  |
| 1.出血 G2→G0まで休薬     |  |
| 2.蛋白尿 100mg/dl以下   |  |
| 3.肝機能障害 G3以上       |  |
| アバステン中止基準          |  |
| 1.2.5ml以上の鮮血の喀出    |  |
| 2.過敏症 G3以上         |  |
| 3.消化管穿孔・裂開         |  |
| 4.出血 G3以上          |  |
| 5.血栓症・塞栓症 G3(静脈系)  |  |
| 6.血栓症・塞栓症 G1(動脈系)  |  |
| 7.高血圧 G3以上(薬剤制御不可) |  |
| 8.蛋白尿 G4(ネフローゼ症候群) |  |
| 9.中枢神経症状発現         |  |

注意: 毎回尿蛋白チェック、  
1ヶ月に1回凝固系・線溶系の検査

|               |        |         |
|---------------|--------|---------|
| Day 1         |        |         |
| インラインフィルターを使用 |        |         |
| 1) 生理食塩水      | 50ml   | 血管確保    |
| ↓             |        |         |
| 2) 生理食塩水      | 250ml  |         |
| テセントリク        | 1200mg | 60分(初回) |
| ↓             |        |         |
| 3) 生理食塩水      | 50ml   | 全開      |
| ↓             |        |         |
| 4) 生理食塩水      | 100ml  |         |
| アバステン         | 750mg  | 30分     |
| ↓             |        |         |
| 5) 生理食塩水      | 50ml   | フラッシュ用  |

忍容性あれば  
2コース目から30分で

## 化学療法計画書

|       |           |  |           |      |                     |      |  |
|-------|-----------|--|-----------|------|---------------------|------|--|
| 治療法名  |           | サイラムザ  |           |      |                     |      |  |
| コース数  |           | コース目   |           |      |                     |      |  |
| 腫瘍種   |           | 肝細胞がん 胃がん  |           |      |                     |      |  |
| 患者名   |           |  |           | ♂    | 年齢                  |      |  |
| 開始予定日 |           | 患者ID   |           | 生年月日 |                     |      |  |
|       |           | 部署   |           | 主治医  | 科                   | Dr   |  |
| 治療内容  | Day       | 1 . . . . . 8 . . . . . 15 . . . . . 22 . . . . . 29 . . . . . |           |      |                     |      |  |
|       | 予定日       | 1/0  |           | 1/7  |                     | 1/14 |  |
| サイラムザ | 8 mg/kg   | ↓  |           | ↓    |                     | ↓    |  |
| レスタミン | 5錠        | ↓  |           | ↓    |                     | ↓    |  |
| 治療開始日 |           | 治療間隔   |           | 4週毎  | 予定コース数              | コース  |  |
| 身長    | 150 cm    | 体重   | 50 kg     | BSA  | 1.40 m <sup>2</sup> |      |  |
| eGFR  | 79 ml/min | eGFR/BSA   | 64 ml/min |      |                     |      |  |

|  |
|--|
| <b>開始投与基準</b><br>好中球 ≥ 1000<br>血小板 ≥ 75000<br>尿蛋白 : 100mg/以下<br>サイラムザの有害事象G2未満<br>AFP ≥ 400ng/ml |
|--|

|               |
|---------------|
| Day 1, 15     |
| インラインフィルターを使用 |

- 1) 生理食塩液 50ml 30分  
 ↓  
 1) 開始と共にレスタミン錠をのむ
- 2) 生理食塩液 250ml 1回目は60分  
 サイラムザ 400mg 以後忍容性あれば  
 (全量250ml) 30分  
 ↓
- 3) 生理食塩液 50ml フラッシュ

|   |
|---|
| <b>インフュージョンリアクション出現時</b><br>⇒一旦中止<br>G1, 2の場合は対症療法後状況に応じて減速も考慮<br>G3, 4 は再投与しない |
|---|

|   |
|---|
| <b>尿蛋白</b><br>100mg/dl以下でRAM投与<br>300mg/dl中止<br>減量 8→6→5mg/kg |
|---|

|            |  |
|------------|--|
| <b>高血圧</b> |  |
| G3未満       | 無症候性の場合⇒サイラムザ継続で降圧剤開始<br>症状あり⇒症状消失までサイラムザ中断で降圧薬継続<br>コントロール不良でサイラムザを2回中断するとき6mg/kg<br>更に延期が必要な場合、5mg/kgに減量 |
| G3         | 無症状⇒強力な降圧剤を併用しサイラムザ継続<br>2週間こえてG3の場合降圧剤は継続、サイラムザ中止<br>2回以上中断時は6mg/kg、更に投与延期5mg/kg                          |

# 化学療法計画書

|      |          |      |      |
|------|----------|------|------|
| 治療法名 | アイエコール動注 |      |      |
| コース数 |          | コース目 |      |
| 腫瘍種  | 肝細胞がん    |      |      |
| 患者名  |          | ♂    | 年齢   |
| 患者ID |          | 生年月日 |      |
| 部署   |          | 主治医  | 科 Dr |

開始予定日

|           |                      |          |           |     |                     |        |     |     |       |       |       |    |       |      |       |
|-----------|----------------------|----------|-----------|-----|---------------------|--------|-----|-----|-------|-------|-------|----|-------|------|-------|
| 治療内容      | Day                  | 1        | 2         | 3   | 4                   | 5      | 6   | 8   | ..... | 15    | ..... | 22 | ..... | 29   | ..... |
|           | 予定日                  | 1/0      |           |     |                     |        |     | 1/7 |       | 1/14  |       |    |       | 1/21 | 1/28  |
| アイエコール    | 65 mg/m <sup>2</sup> | ↓        |           |     |                     |        |     |     |       |       |       |    |       |      |       |
| パロノセトロン   | 0.75mg               | ↓        |           |     |                     |        |     |     |       |       |       |    |       |      | ↓     |
| デキサート     | 9.9mg                | ↓        |           |     |                     |        |     |     |       |       |       |    |       |      | ↓     |
| ホスアプレピタント | 150mg                | ↓        |           |     |                     |        |     |     |       |       |       |    |       |      | ↓     |
| デカドロン     | 8 mg                 | ↓        | ↓         | ↓   | ↓                   |        |     |     |       |       |       |    |       |      | ↓     |
| オランザピン    | 5mg                  | ↓        | ↓         | ↓   | ↓                   |        |     |     |       |       |       |    |       |      | ↓     |
| 治療開始日     |                      |          |           |     |                     |        |     |     |       |       |       |    |       |      |       |
| 治療間隔      |                      |          |           |     |                     |        |     |     |       | 4-6週毎 |       |    |       |      |       |
| 身長        | 150 cm               | 体重       | 50 kg     | BSA | 1.40 m <sup>2</sup> | 予定コース数 | コース |     |       |       |       |    |       |      |       |
| eGFR      | 79 ml/min            | eGFR/BSA | 64 ml/min |     |                     |        |     |     |       |       |       |    |       |      |       |

| Day 1の投与可否の基準                                      |   |
|--|---|
| ・ PS: 0-2  |   |
| ・ WBC ≥ 3000                                       |   |
| ・ Plt ≥ 50,000                                     | ・ Hb ≥ 9.5                                |
| ・ BUN : 25以下                                       |   |
| ・ Cr : ULN以下                                       | ULN以上の場合、以下の減量で投与考慮                       |
|  | (CCr45-60(75%量) CCr30-45(50%量) CCr30未満中止) |
| ・ PT活性 ≥ 50%以上                                     |   |
| ・ 肝障害度C等の高度に肝機能が低下した患者                             |   |
| (T-bil > 3.0、Alb < 3.0、ICGR <sub>15</sub> (%) 40超) |   |

## 末梢メインルート (Day 1)

|            |        |          |       |
|------------|--------|----------|-------|
| 1) 生理食塩液   | 500ml  | 2h       | 10:00 |
| 2) 生理食塩液   | 500ml  | 2h       | 12:00 |
| ↓          |        |          |       |
| 3) 生理食塩液   | 100ml  | 30分      | 14:00 |
| ホスアプレピタント  | 150mg  |          |       |
| ↓          |        |          |       |
| 4) パロノセトロン | 0.75mg | 30分      | 14:30 |
| デキサート      | 9.9mg  |          |       |
| ↓          |        |          |       |
| ←          |        | 5) ラシックス | 1A    |
| ↓          |        |          |       |
| 7) 生理食塩液   | 1000ml | 4h       | 15:00 |
| KCL        | 1キット   |          |       |
| 硫酸マグネシウム   | 1A     |          |       |

## 動注ルート

|           |      |        |
|-----------|------|--------|
| 6) 生理食塩液  | 64ml | 15:30  |
| アイエコール    | 91mg | 30分で動注 |
| シリンジポンプ使用 |      |        |

### オランザピンは糖尿病の患者に禁忌

★オランザピン5mgはday 1の夕から

★デカドロンはday2の朝から

★体重1kg増加⇒医師に報告 (利尿剤の考慮)

★day1からの飲水指導 (イオン飲料1Lを目安、イオン飲料不得手であれば他の水分可)