

# 第1回がん診療院内研修会

がん化学療法による有害事象とその対策

～消化器症状について～

# Agenda

- ▶ 有害事象の重症度の評価
- ▶ 悪心・嘔吐
- ▶ 下痢・便秘
- ▶ 口腔粘膜障害
- ▶ 味覚障害

有害事象の重症度はどう評価するか

# Common Terminology Criteria for Adverse Events ( CTCAE )

Grade1: **軽症**; 症状がない, または軽度の症状がある;

臨床所見または検査所見のみ; 治療を要さない

Grade2: **中等症**; 最小限/局所的/非侵襲的治療を要する;

年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限

Grade3: **重症**または医学的に重大であるが, ただちに生命を脅かすものではない;

入院または入院期間の延長を要する; 身の回りの日常動作の制限

Grade4: **生命を脅かす**; 緊急処置を要する

Grade5: AEによる**死亡**

# 好中球数減少のグレード評価 CTCAE ver 5. 0

グレード	Neutrophil count decreased
1	< LLN – 1, 500/mm <sup>2</sup>
2	< 1, 500 – 1, 000/mm <sup>2</sup>
3	< 1, 000 – 500/mm <sup>2</sup>
4	< 500/mm <sup>2</sup>
5	—

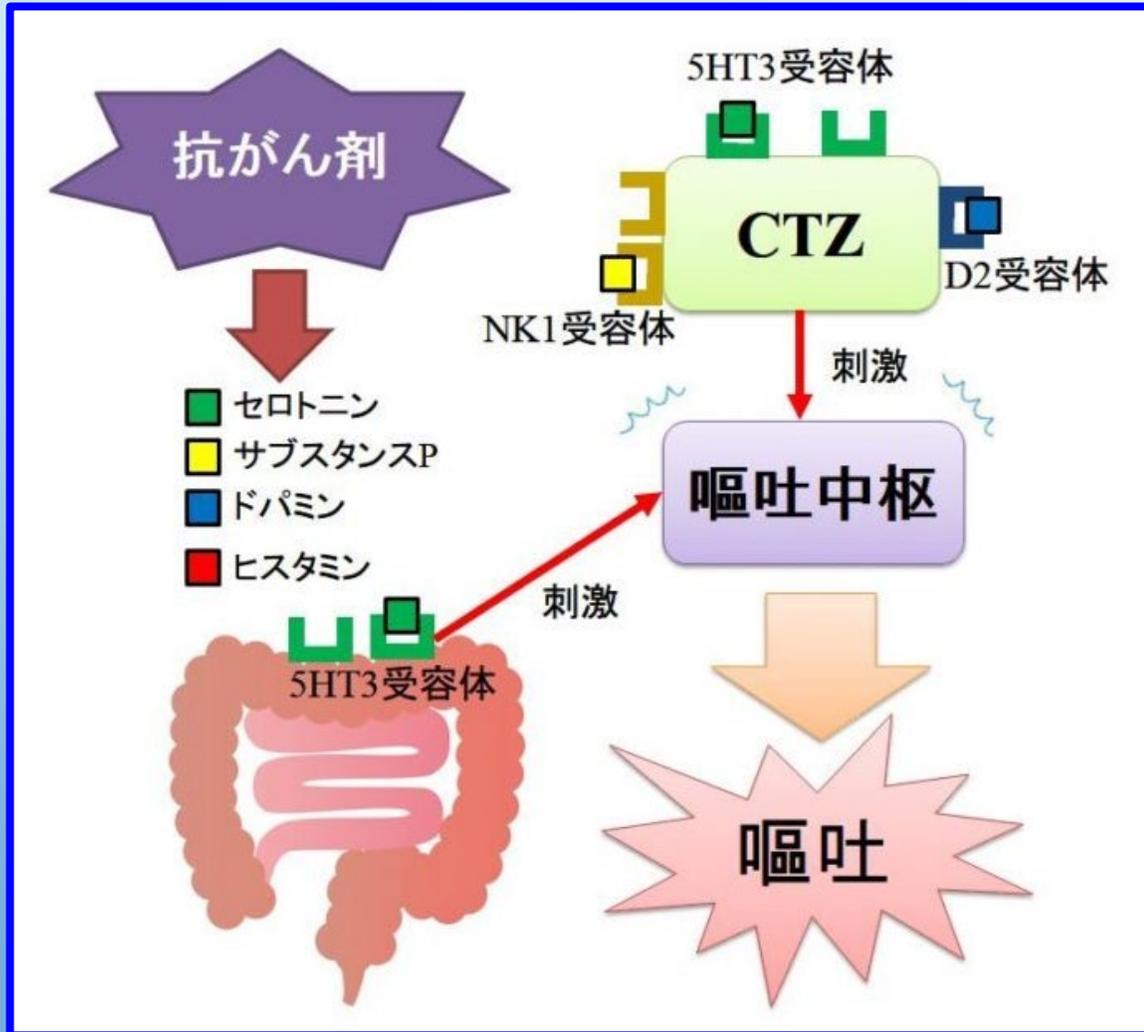
# 惡心・嘔吐

chemotherapy induced nausea  
and vomiting ( CINV )

# 悪心/食欲不振のグレード評価 CTCAE ver 5. 0

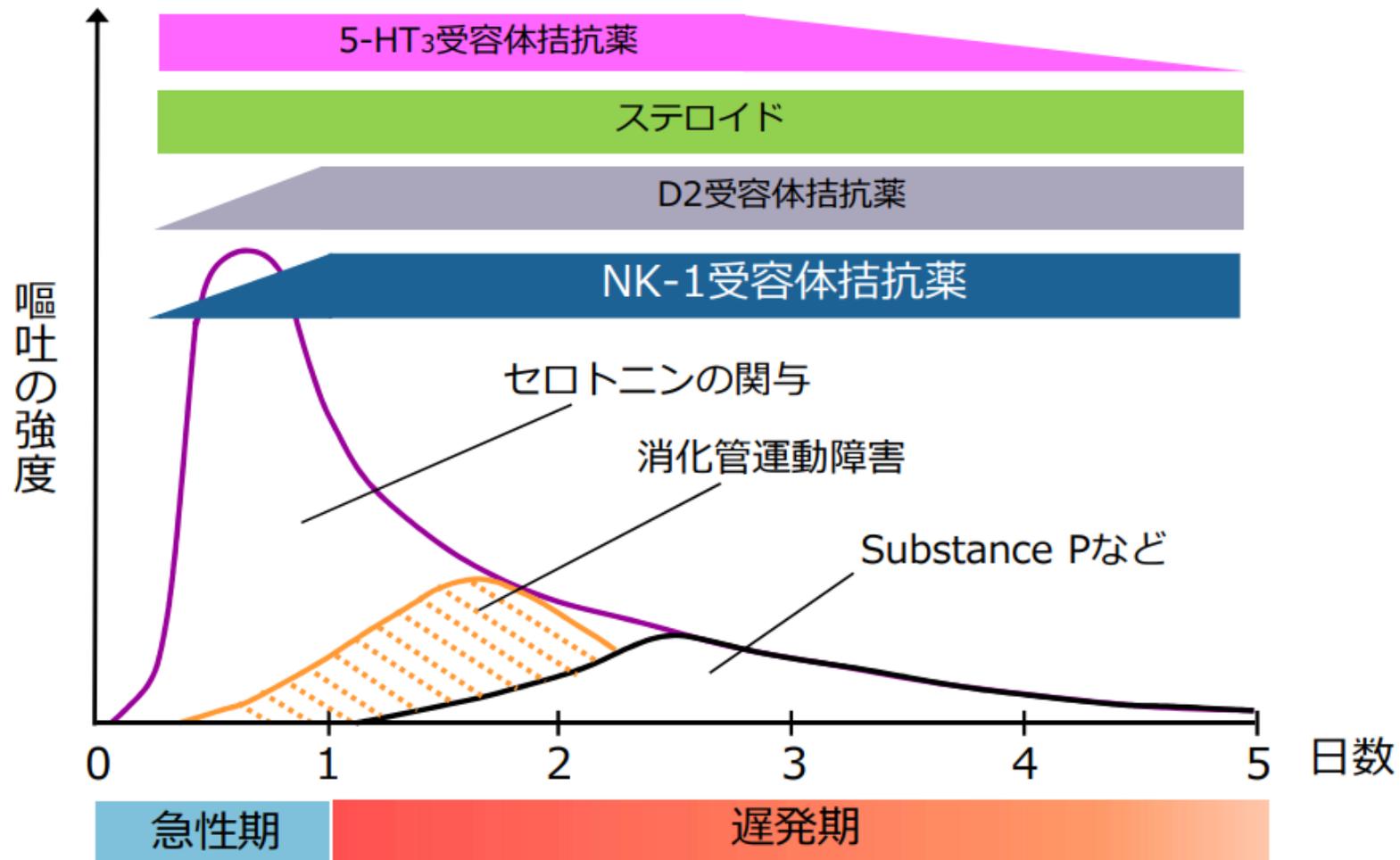
グレード	悪心（定義：ムカムカ感や嘔吐の衝動）	食欲不振（定義：食欲の低下）
1	摂食習慣に影響のない食欲低下	食習慣の変化を伴わない食欲低下
2	顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化 経口栄養剤による補充を要する
3	カロリーや水分の経口摂取が不十分 経管栄養/TPN/入院を要する	顕著な体重減少または栄養失調を伴う 静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する
4	—	生命を脅かす 緊急処置を要する
5	—	死亡

# 悪心のメカニズム



- セロトニン: 5HT3受容体を介しCTZを刺激
- サブスタンスP: NK1受容体を刺激
- ドパミン: CTZのD2受容体を刺激
- ヒスタミン: 消化管のH1/H2受容体を刺激
- ムスカリン: 受容体を介した刺激

# 悪心・嘔吐の経過



# 催吐リスクの分類

## ▶ 高度催吐性リスク

(high emetic risk: **HEC**)

催吐頻度 >90%

## ▶ 中等度催吐性リスク

(moderate emetic risk: **MEC**)

催吐頻度 30~90%

## ▶ 軽度催吐性リスク

(low emetic risk: **LEC**)

催吐頻度 10~30%

## ▶ 最小度催吐性リスク

(minimal emetic risk)

催吐頻度 <10%

# 主要な抗がん剤の催吐リスク

催吐リスク	薬品名	薬品名	薬品名	薬品名
高度 (HEC)	シスプラチン	ドキシソルビシン ( $\geq 60\text{mg}/\text{m}^2$ )	シクロフォスファミド ( $\geq 1, 500\text{mg}/\text{m}^2$ ) (エンドキサン®)	
中等度 (MEC)	カルボプラチン	イリノテカン	シクロフォスファミド ( $< 1, 500\text{mg}/\text{m}^2$ )	
	オキサリプラチン	ドキシソルビシン ( $< 60\text{mg}/\text{m}^2$ )	ベンダムスチン (トリアキシン®)	イホスファミド (イホマイド®)
	ネダプラチン (アクプラ®)	テモゾロミド (テモダール®)	メトトレキサート ( $\geq 250\text{mg}/\text{m}^2$ )	
軽度 (LEC)	ゲムシタビン	パクリタキセル	ドセタキセル	フルオロウラシル
	エトポシド	ペメトレキセド (アリムタ®)	メトトレキサート ( $50 \sim 250\text{mg}/\text{m}^2$ )	
最小度	セツキシマブ (アービタックス®)	トラスツズマブ	パニツムマブ (ベクティビックス®)	リツキシマブ (リツキサン®)
	イピリムマブ (ヤーボイ®)	ニボルマブ (オプジーボ®)	ペルツズマブ (パージェタ®)	メトトレキサート ( $\leq 50\text{mg}/\text{m}^2$ )
	ビンクリスチン (オンコビン®)	ブレオマイシン	制吐剤適正使用ガイドラインより	

# 主要なレジメンの催吐リスク

催吐リスク	がん種	レジメン名	レジメン名	レジメン名	レジメン名
高度(HEC)	肺がん	CDDP/CPT-11	CDDP/S1	CDDP/ETP	CDDP/PEM
	消化器がん	CDDP/FU	S1/CDDP	FOLFIRINOX	FOLFOXIRI
	乳がん	AC	EC	FEC	
	造血器腫瘍	ESHAP	ABVd	(R-)CHOP	CPA
中等度(MEC)	肺がん	CBDCA/ETP	CBDCA/PTX	CBDCA/S1	
	消化器がん	FOLFOX	FOLFIRI	CAPOX	GEM/nab-PTX
		SOX	IRIS	GEM/CDDP	TAS-102
乳がん	TC	CMF	CPT-11		
軽度(LEC)	消化器がん	FU/LV	MTX/FU		

# 悪心・嘔吐の種類

## ▶ 急性の悪心・嘔吐 (acute emesis)

- 治療開始24時間以内に出現
- セロトニン受容体拮抗薬に感受性が高い

## ▶ 遅発性の悪心・嘔吐 (delayed emesis)

- 治療開始24時間以降に出現し1～7日間持続
- サブスタンスPが関与
- セロトニンの関与は低い

## ▶ 予期性の悪心・嘔吐 (antycipatory emesis)

- 過去の化学療法での悪心・嘔吐の経験から、次回の治療前に出現
- 不安などが要因となり大脳皮質からVC刺激が起こる事に起因

## ▶ 突出性悪心・嘔吐 (breakthrough emesis)

- 適切な予防的制吐療法を用いても出現・継続

# 種類ごとの悪心・嘔吐の予防

## ▶ 急性の悪心・嘔吐 (acute emesis)

## ▶ 遅発性の悪心・嘔吐 (delayed emesis)

### 【HEC】

- NK1受容体拮抗薬
- 5-HT3受容体拮抗薬
- デキサメタゾン……………3剤併用

### 【MEC】

- 5-HT3受容体拮抗薬
- デキサメタゾン……………2剤併用

## ▶ 予期性の悪心・嘔吐 (antycipatory emesis)

- ロラゼパム(ワイパックス®): 0.5mg~1.5mg/回

治療前夜、当日治療の1~2時間前

- アルプラゾラム(コンスタン®、ソラナックス®)

1回0.4~0.8mg 1日2~3回

治療前夜から投与

## ▶ 突出性悪心・嘔吐 (breakthrough emesis)

- 作用機序の異なる制吐剤を複数定時投与する

# 催吐リスクによる支持療法

制吐剤適正使用ガイドラインの推奨

第2版 → 第3版（2023年10月）

# 高度催吐性リスクの注射抗がん薬に対する制吐療法

第2版 3剤併用療法が基本



第3版 4剤併用療法が基本

急性

遅発性

1 (抗がん薬投与前)

2

3

4

5 (日)

経口NK1受容体拮抗薬  
(mg)

125

80

80

または  
注射NK1受容体拮抗薬



5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬



デキサメタゾン (mg)

9.9

8

8

8



オランザピン (mg)

5

5

5

5

# 中等度催吐性リスクの注射抗がん薬に対する制吐療法

第2版 2剤併用療法が基本



第3版 カルボプラチンAUC $\geq$ 4  
または2剤併用で不十分 $\rightarrow$ 3剤併用療法

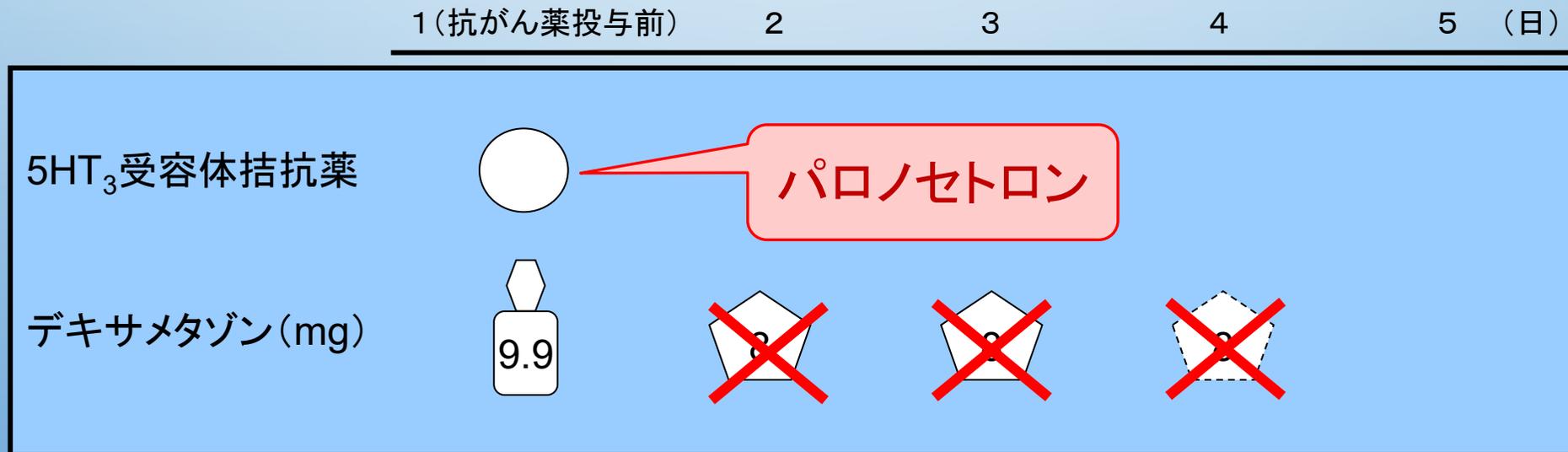
		1 (抗がん薬投与前)	2	3	4	5 (日)
5HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬						
デキサメタゾン (mg)		9.9 (6.6)*	8	8		
注) デキサメタゾンを積極的に使用できない場合は、デキサメタゾン2~4日の代わりに、5HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬2~4日を追加する。(→CQ5, 29頁 参照)						
<del>カルボプラチン、イリノテカン、イホスファミド、オトレキリットなど使用時(→CQ4)</del>						
オプション	アプレピタント (mg)	125	80	80		
	注射NK1受容体拮抗薬					
	5HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬					
	デキサメタゾン (mg)	4.95 (3.3)*	4	4		
		急性	遅発性			

\* 括弧内は代替用量

\* カッコ内は代替用量

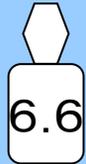
# ステロイド・スペアリング

- MECまたはシスプラチン以外のHEC化学療法に対し、  
2日目以降のデキサメタゾン省略
- 5HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬は『パロノセトロン』を使用



# 軽度・最小度催吐性リスクの 注射抗がん薬に対する制吐療法

軽度催吐性リスク

	1 (抗がん薬投与前)	2	3	4	5 (日)
デキサメタゾン (mg)	 6.6 (3.3)*				
もしくは 5-HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬					
	急性	遅発性			

\* 括弧内は代替用量

注) 状況に応じてプロクロルペラジン(ノバミン®)  
またはメクロプラミド(プリンペラン®)

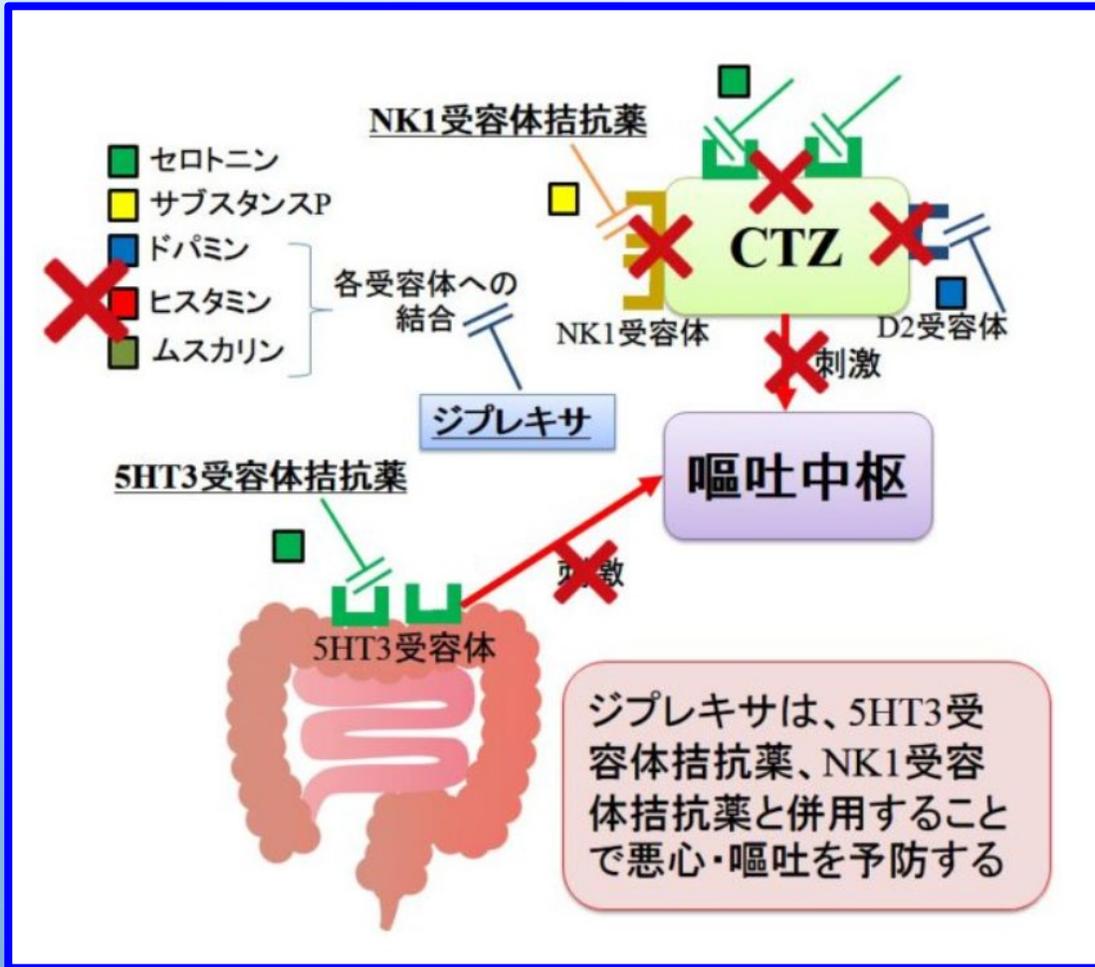
最小度催吐性リスク

	1 (抗がん薬投与前)	2	3	4	5 (日)
	通常、予防的な制吐療法は推奨されない。				

# 制吐作用のある薬剤一覧

分類		薬品名	分類	薬品名	
副腎皮質ステロイド		デキサメタゾン(デカドロン®)	抗精神病薬	プロクロルペラジン(ノバミン®)	
		メチルプレドニゾロン (ソル・メドロール®)		フェノチアジン系 D2受容体拮抗薬	クロルプロマジン(コントミン®)
5-HT3受容体拮抗薬	第1世代	グラニセトロン		ブチロフェノン系	ハロペリドール(セレネース®)
	第2世代	パロノセトロン		ベンズイソオキサ ゾール系 D2受容体拮抗薬	リスペリドン(リスパダール®)
NK1受容体拮抗薬		アプレピタント(イメンド®)		多受容体拮抗薬	オランザピン(ジプレキサ®)
		ホスネツピタント(アロカリス®)		非定型抗精神病薬	ペロスピロン(ルーラン®)
ドパミン(D2)受容体拮抗薬		メクロプラミド(プリンペラン®)		抗ヒスタミン薬	クロルフェニラミン(ポララミン®)
		ドンペリドン(ナウゼリン®)			ジフェンヒドラミン(トラベルミン®)
ベンゾジアゼピン系 抗不安薬		アルプラゾラム(コンスタン®)			
		ロラゼパム(ワイパックス®)			

# オランザピン(ジプレキサ®)の作用機序



- ドパミンD2受容体遮断
- セロトニン5HT2A,2B,2C  
5HT6受容体遮断
- アドレナリン $\alpha$ 1受容体遮断
- ヒスタミンH1受容体遮断
- ムスカリン受容体遮断

糖尿病患者には禁忌

眠前→夕食後  
日中の眠気を軽減

# 抗悪性腫瘍治療薬による下痢

cancer-treatment induced diarrhea  
( CTID )

# 下痢のグレード評価 CTCAE ver 5. 0

グレード	下痢（定義：排便回数の増加や軟便または水様便の排便） （通常の排泄：ベースラインと比較）		（人工肛門からの排泄）
1	<4回/日の排便回数増加		軽度に増加
2	4～6回/日の排便回数増加		中等度に増加
3	7回以上/日の排便回数増加		高度に増加
4	生命を脅かす		
5	死亡		

# 下痢を起こしやすい主要な抗がん剤

分類		薬品名	全グレード	分類		薬品名	全グレード
殺細胞性抗がん剤	トポイソメラーゼ阻害剤	イリノテカン	43.0%	分子標的抗がん剤	EGFR阻害剤	パニツムマブ (ベクティビックス®)	21%
	代謝拮抗薬 (フッ化ピリミジン系)	カペシタビン	25.5%			セツキシマブ (アービタックス®)	13~28%
		エスワン	18.7%		EGFR/HER2 チロシンキナーゼ 阻害剤	ラパチニブ (タイケルブ®)	47~75%
		フルオロウラシル	12.3%			イマチニブ (グリベック®)	20~26%
	微小管阻害薬 (タキサン系)	ドセタキセル	22.8%		マルチキナーゼ 阻害剤	スニチニブ (スーテント®)	44~55%
		パクリタキセル	4.6%			ソラフェニブ (ネクサバル®)	43~55%
		ナブパクリタキセル (アブラキザン®)	2.9%		EGFRチロシン キナーゼ阻害剤	ゲフィチニブ (イレッサ®)	46.3%

# イリノテカンによる下痢

## ▶ 早発性下痢 (コリン様作用に起因)

- 投与中～投与24時間以内に生じる
- 発汗、鼻汁、流涙などコリン症状を伴う事が多い
- アトロピンの投与
- 次回以降は制吐剤に混合可

### ▶ アルカリ化

非イオン型SN-38 (毒性あり)  
イオン型SN-38 (毒性なし)

## ▶ 遅発性下痢 (腸管粘膜障害)

- 投与4～10日目をピークに生じる
- 代謝物のSN-38による消化管粘膜の直接障害

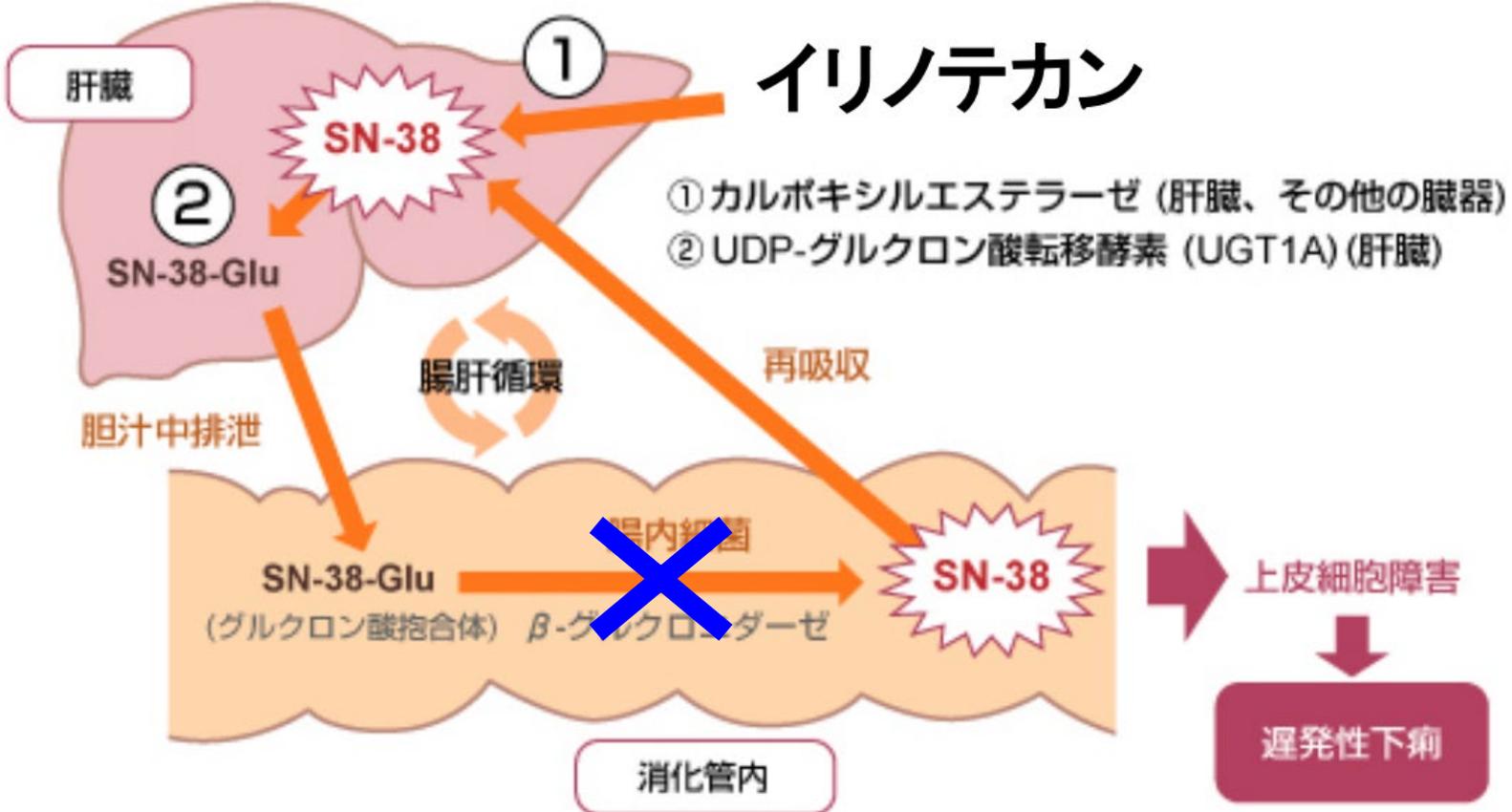
### 【予防策】

- 炭酸水素ナトリウム (重曹) 1.8g 1日3回  
【腸管内のアルカリ化】

- ウルソデオキシコール酸 300mg 1日3回  
【胆汁のアルカリ化】

- 半夏瀉心湯 3包 1日3回  
【β-グルクロニダーゼ阻害】

# イリノテカンによる遅発性下痢の発生機序



▶ 半夏瀉心湯 3包 1日3回  
【 $\beta$ -グルクロニダーゼ阻害】

# イリノテカンによる遅発性下痢のマネジメント

➤ G2以上の下痢(水様)を認める場合は、ロペラミドの服用が推奨

※ 本邦での用法・用量: 1日1~2mgを1~2回に分割投与

## ➤ 高用量ロペラミド療法

- ロペラミド 初回4mgを服用
- 2mgを2時間ごと(4mgを4時間ごと)に服用
- 12時間水様便が発現しなくなるまで服用を継続
- 48時間以上は継続しない

# 免疫関連有害事象(irAE)としての下痢

- ▶ 免疫チェックポイント阻害剤(ICI)による下痢・大腸炎は全Grade30~40%
- ▶ ロペラミド等の止痢剤は、適切な治療開始が遅れ重症化する事がある
  - ➡ 止痢剤の投与には注意

分類	薬品名	全Grade	Grade 3 以上
抗CTLA-4抗体薬	イピリムマブ(ヤーボイ®)	23~33%	3~6%
抗PD-1抗体薬	ニボルマブ(オプジーボ®) ペムブロリズマブ(キイトルーダ®)	11~19%	1~4%
抗PD-L1抗体薬	アベルマブ(バベンチオ®) アテゾリズマブ(テセントリク®) デュルバルマブ(イミフィンジ®)		
	イピリムマブ+ニボルマブ併用	15~45%	1~9%

# irAEによる下痢の対応

CTCAE	投与の可否	対処方法
Grade 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>投与を継続</li> </ul>	症状の悪化について綿密なモニタリング
Grade 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>投与を休止</li> <li>ベースラインまたはG1以下に回復した場合投与再開を検討</li> </ul>	消化器専門医に助言を求める 3日以上持続 ステロイド全身投与(PSL換算0.5~1mg/kg) 3~5日以内に改善なしor症状悪化⇒G3として取り扱う
Grade 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>投与を休止または中止</li> <li>ベースラインまたはG1以下に回復した場合投与再開を検討</li> </ul>	消化器専門医に助言を求める ステロイド全身投与(PSL換算1~2mg/kg) 3日以内に改善なしor症状悪化 ⇒ TNF-α抗体薬(インフリキシマブ5mg/kg:レミケード®)の追加投与を検討
Grade 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>投与を中止</li> </ul>	G2~G4 共通 抗CTLA-4抗体薬は永続的に中止 抗PD-1/PD-L1抗体薬 G3→G1以下:再投与を考慮 G4 永続的に中止



抗悪性腫瘍治療薬による便秘

cancer-treatment induced  
constipation



# 便秘のグレード評価 CTCAE ver 5. 0

グレード	便秘（定義：腸管内容の排出が不定期で頻度が減少、または困難な状態）
1	不定期または間欠的な症状 軟便化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用
2	緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症狀
3	摘便を要する頑固な便秘
4	生命を脅かす；緊急処置を要する
5	死亡

# 便秘を起こしやすい薬剤

分類	薬剤名		
抗がん剤	ビンクリスチン (オンコビン®)	パクリタキセル	ビンレルビン (ロゼウス®)
NK1受容体拮抗薬	アプレピタント (イメンド®)	ホスアプレピタント (プロイメンド®)	ホスネツピタント (アロカリス®)
5HT3受容体拮抗薬	グラニセトロン	パロノセトロン	オンダンセトロン
オピオイド	モルヒネ	オキシコドン	ヒドロモルフォン

# 便秘の支持療法（薬物療法）

## ➤薬物療法

### 【硬便】塩類下剤（便軟化目的）

- 酸化マグネシウム 0.2～1g/回  
1日1～3回 or 頓用

### 【腸管運動の低下】刺激性下剤

- センノシド 12～24mg/回 vdS
- ピコスルファートNa内用液0.75%  
1回5～15滴 適宜調整

### 【硬便が直腸内に滞留】

- ピサコジル坐剤（レシカルボン®）  
腸管蠕動運動亢進 & 結腸腔内の水分吸収抑制

### その他の下剤

- ルビプロストン（アミティーザ®）
- リナクロチド（リンゼス®）
- エロビキシバット（ゲーフィス®）
- グリセリン浣腸
- ナルデメジン（スインプロイク®）※適応はOIC

# 便秘の支持療法（非薬物療法）

便秘傾向のある患者には以下を指導

- 繊維質の多い食品の摂取  
（果物、野菜、海藻、こんにゃく等）
- 十分な水分の摂取
- 適度な運動や散歩
- **排便しやすい姿勢を指導**



# ブリストルスケール

タイプ1	コロコロ便		硬くてコロコロしたウサギの糞状の便
タイプ2	硬い便		小塊がくっついたソーセージ状の硬い便
タイプ3	やや硬い便		水分が少なく表面がひび割れているソーセージ状の便
タイプ4	普通便		ソーセージ状またはとぐろを巻いたヘビ状の便で表面は滑らかでやわらかい
タイプ5	やや軟便		はっきりとした境界があるやわらかい小塊の半固形便
タイプ6	泥状便		不定形で境界がはっきりしない、やわらかい粥状の便
タイプ7	水様便		固形物を含まない液体状の便

便秘

下痢

# 抗悪性腫瘍治療薬による 口腔粘膜障害

cancer-treatment induced  
mucositis oral

# 口腔粘膜炎のグレード評価 CTCAE ver 5. 0

グレード	口腔粘膜炎（定義：口腔粘膜の潰瘍または炎症）
1	症状が無い、または軽度の症状，治療を要さない
2	経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍，食事の変更を要する
3	高度の疼痛，経口摂取に支障がある
4	生命を脅かす；緊急処置を要する
5	死亡

# 口腔粘膜炎を起こしやすい抗がん剤

分類	薬品名			
分子標的薬	セツキシマブ	パニツムマブ	ソラフェニブ	アキシチニブ
	スニチニブ	エベロリムス	テシロリムス	
代謝拮抗薬	フルオロウラシル	エスワン	カペシタビン	メトトレキサート
	ゲムシタビン	シタラビン	ヒドロキシウレア	
アルカロイド	イリノテカン	エトポシド		
アルキル化剤	メルファラン	シクロフォスファミド		
タキサン系	ドセタキセル	パクリタキセル	カバジタキセル	
プラチナ製剤	シスプラチン			
抗がん抗生物質	ドキシソルビシン	ブレオマイシン	ダウノルビシン	

# 口腔粘膜炎の予防

▶ **口腔衛生管理(口腔ケア)**は推奨される

➡ **リスク因子の軽減により、予防・軽減につながる**

- ブラッシング(歯磨き)
- 粘膜の清掃(軟毛の粘膜ブラシ、スポンジを用いる)
- 義歯の管理(義歯の汚染は口腔細菌による感染リスクを高める)
- 含嗽
- 口腔内の保湿
- 亜鉛の経口全身投与

# 口腔粘膜炎の治療

- ▶ **半夏瀉心湯** (PGE2産生を抑制し疼痛軽減効果もあり)
  - **内服**: 2.5g/回 1日3回
  - **含嗽**: 2.5g/50mLの湯or水に溶解、口腔内に含み30秒ほど保持
- ▶ **黄連湯**
- ▶ **茵陳蒿湯**
- ▶ **口腔粘膜保護材**: 局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材 (エピシル®)

# 味覚障害

cancer-treatment induced  
dysgeusia

# 味覚異常のグレード評価 CTCAE ver 5. 0

グレード	味覚異常 (定義: 食物の味に関する異常知覚/臭覚の低下によることがある)
1	食生活の変化を伴わない味覚変化
2	食生活の変化を伴う味覚変化 (例: 経口サプリメント) 不快な味; 味の消失
3	—
4	—
5	— CTCAE ver 5. 0 より

# 味覚障害の発現機序

## ➤ 末梢神経障害(プラチナ系、タキサン系)

- 味覚の伝達に関与する「舌咽神経」「顔面神経」「迷走神経」の障害
- 味蕾から中枢への伝達が阻害

## ➤ 亜鉛欠乏

- 味蕾のターンオーバーに重要な役割を果たしている亜鉛の欠乏

## ➤ 口腔粘膜炎

- 抗がん剤による粘膜障害
- 口腔カンジダ症などの感染症
- 放射線照射による味蕾障害

## ➤ 口腔乾燥

(味蕾で味を感じるには水分が必要)

- 放射線照射などによる唾液の分泌低下
- 口腔粘膜炎に伴う粘膜乾燥

# 味覚障害を起こしやすい抗がん剤

分類	薬品名			
プラチナ系	オキサリプラチン	シスプラチン	カルボプラチン	
タキサン系	パクリタキセル	ドセタキセル		
フッ化ピリミジン系	フルオロウラシル	エスワン	カペシタビン	
アントラサイクリン系	ドキシソルビシン	エピルビシン	ピラルビシン	ミトキサントロン
ビンカアルカロイド系	ビンクリスチン	ビンデシン	ビンブラスチン	
アルキル化剤	シクロホスファミド			

# 味覚障害の支持療法

## ➤ 治療:薬物療法 (亜鉛補充)

血清亜鉛濃度が70 $\mu$ g/dl未満の場合は  
亜鉛補充を検討

- 酢酸亜鉛水和物(ノベルジン®)  
25~50mg/日 分2
- ポラプレジンク 150mg/日 分2  
(適応外 亜鉛34mg含有)

## ➤ 治療:非薬物療法

- ◆ 口腔ケアの継続
- ◆ 口腔乾燥への対策
  - 人工唾液やピロカルピン
  - 市販の口腔ケア用スプレーやジェル
  - 唾液腺マッサージ
- 予防:確立された予防法はなし
  - 口腔粘膜炎や口腔乾燥を防ぐためにも保清、保湿等の口腔ケアが重要

# 青森労災病院HPにてレジメンを公開しています

HOME » 各種ご案内

診療科のご案内

各種ご案内

- ▶ 人間ドック, 各種検診・検査のご案内
- ▶ お知らせ
- ▶ 新型コロナウイルスと新型コロナウイルスワクチンに関するお知らせ
- ▶ 地域医療支援病院
- ▶ 青森県がん診療連携推進病院
- ▶ がん化学療法レジメン
- ▶ 広報誌・医誌のご案内
- ▶ 製造販売後調査実施の取扱いについて
- ▶ 調達関係情報
- ▶ 個人情報取扱いについて
- ▶ ご寄附のお願い

① 著作権について

① 免責事項

① プライバシーポリシー

① 診療に関する基本規程

各種ご案内  
Various guidance

① [人間ドック, 各種検診・検査のご案内](#)

外来ドック, ホテル宿泊ドック, 予約申し込み方法のご案内や、[料金表](#)を掲載しています。

① [お知らせ](#)

青森労災病院からのお知らせを掲載しています。

① [新型コロナウイルスに関するお知らせ](#)

新型コロナウイルスに関するお知らせを掲載しています。

① [地域医療支援病院](#)

平成16年9月22日に青森県知事から指定を受けました。

① [青森県がん診療連携推進病院](#)

平成26年2月6日に青森県知事から指定を受けました。

① [がん化学療法レジメン](#)

青森労災病院のがん化学療法レジメンを検索できます。

# 青森労災病院HPにてレジメンを公開しています

**がん化学療法レジメン**

レジメンに関するご質問等はお気軽に薬剤部にお問い合わせください。  
TEL 0178-33-1551

[すべてのレジメンを見る](#)

療法名から検索

- [非小細胞肺癌](#)
- [小細胞肺癌](#)
- [乳がん](#)
- [大腸がん](#)
- [胃がん](#)
- [食道がん](#)
- [肝・胆・膵がん](#)
- [造血器腫瘍](#)
- [泌尿器がん](#)
- [口腔外科がん](#)
- [頭頸部がん](#)
- [皮膚がん・悪性黒色腫](#)
- [その他のがん](#)

レジメン名	病名
<a href="#">CapeO X+オプジーボ療法</a>	胃がん
<a href="#">CapeO X+ハーセプチン療法</a>	胃がん
<a href="#">CapeO X療法</a>	胃がん
<a href="#">CDDP+S-1療法</a>	胃がん
<a href="#">FOLFFOX+オプジーボ療法(胃)</a>	胃がん
<a href="#">LV+5-FU療法(胃)</a>	胃がん
<a href="#">mFOLFFOX6療法(胃)</a>	胃がん
<a href="#">PTX+サフィグ療法</a>	胃がん
<a href="#">SOX+オプジーボ療法(胃)</a>	胃がん
<a href="#">SOX療法(胃)</a>	胃がん
<a href="#">S-1療法(胃)</a>	胃がん
<a href="#">アブラキサン療法(A法:胃)</a>	胃がん
<a href="#">イリノテカン療法(毎週)A法:胃</a>	胃がん
<a href="#">イリノテカン療法(隔週)B法:胃</a>	胃がん
<a href="#">オプジーボ療法(胃)2週毎</a>	胃がん
<a href="#">サフィグ療法</a>	胃がん
<a href="#">ドセタキセル療法(胃)</a>	胃がん
<a href="#">ハーセプチン+FP療法</a>	胃がん
<a href="#">ハーセプチン+XP療法(胃)</a>	胃がん
<a href="#">パクリタキセル療法(毎週)(胃)</a>	胃がん

# 青森労災病院HPにてレジメンを公開しています

regimen SOX療法(胃)

疾患名 胃がん

regimen 詳細

Oxaliplatin

100mg/m<sup>2</sup>

D1

オキサリプラチン

S-1

80~120mg/body

D1~D14

p.o.

エスワン (TS-1)

特記事項

3週を1サイクルとする。

• S-1の用量は体表面積による

1.25m<sup>2</sup> 未満 : 80mg/day

1.25m<sup>2</sup>以上~1.50m<sup>2</sup> 未満 : 100mg/day

1.50m<sup>2</sup> 以上 : 120mg/day

ご清聴ありがとうございました