

治療アルゴリズム

HOME > 子宮頸がん > 治療アルゴリズム

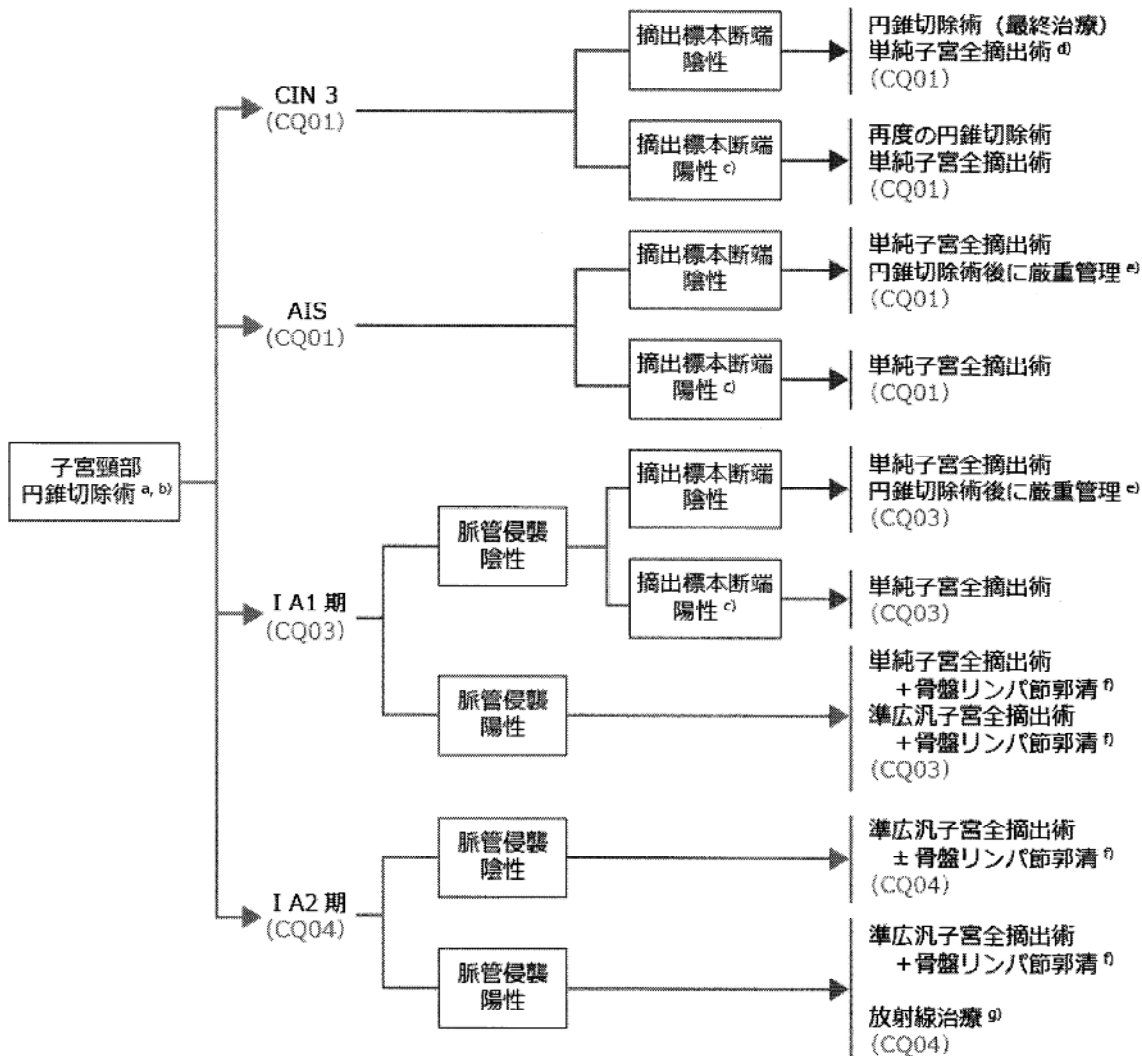
日本語

English

フローチャート1

子宮頸部前癌病変 (CIN 3・AIS) ならびに IA 期の治療
(子宮頸部円錐切除術に基づいた治療の流れ)

* CQ 番号をクリックすると解説画面へ移動します。



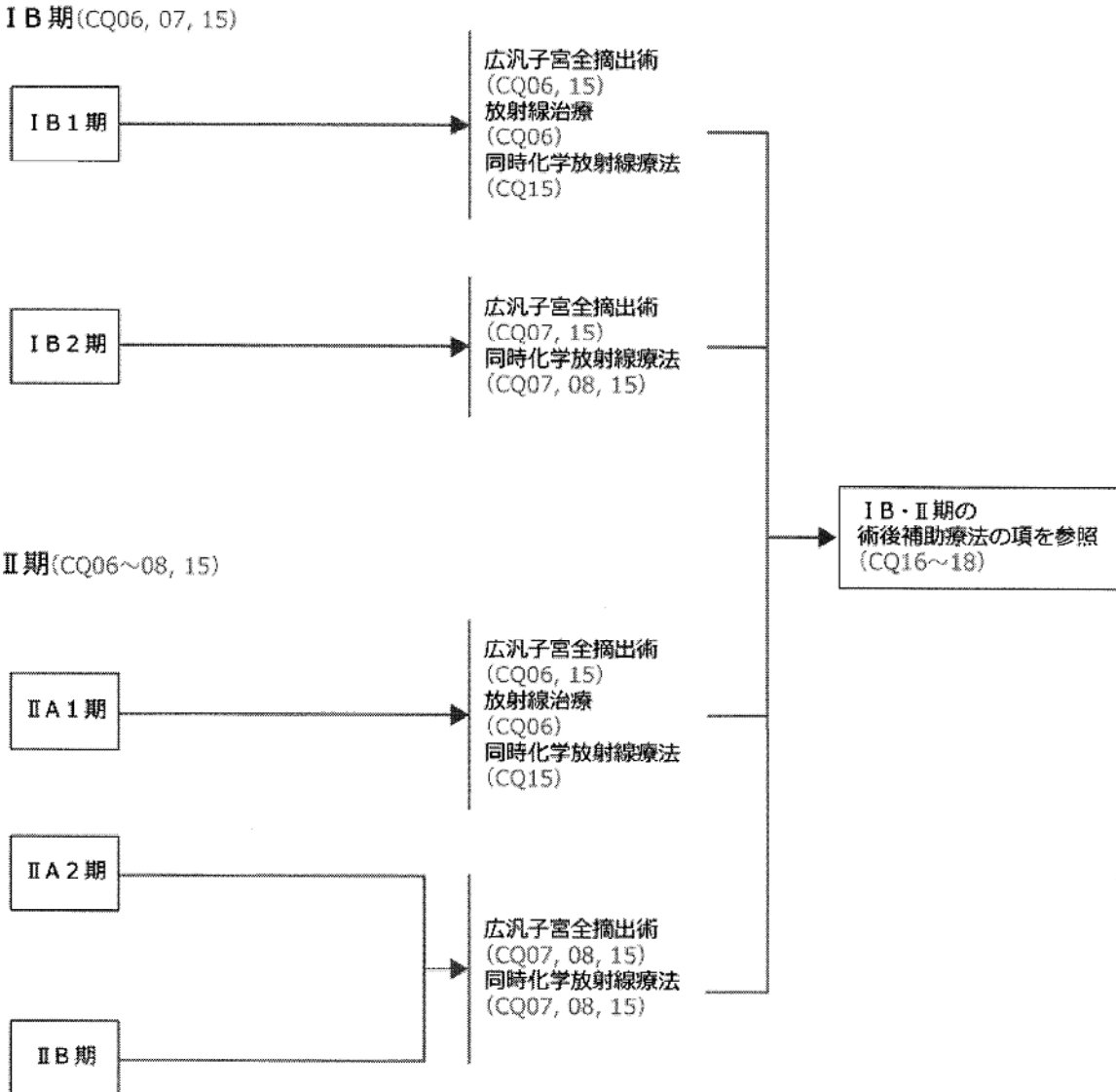
注

- a) 診断もしくは診断と治療を目的としたものとする。頸管内搔爬の陽性例は摘出標本断端陽性と同様に扱う。
- b) フローチャートは、円錐切除術の摘出標本による確定した診断を基本とするが、高齢者で子宮頸部の萎縮が強い場合、円錐切除術を省略することも考慮される。ただし、術前に、細胞診、コルポスコピー、組織診を十分に検討し、推定病変に見合った子宮摘出を行う必要がある。
- c) 摘出標本断端陽性は、CIN 3 (扁平上皮系病変) あるいはAIS (腺系病変) 以上の病変とする。
- d) 妊孕性温存を望まない場合には、単純子宮全摘出術も考慮される。

- e) 妊孕性温存を強く望む場合に考慮される。摘出標本断端陰性でも遺残病巣が発見されるとの報告があり、子宮温存には慎重を要する。
- f) 円錐切除標本の病理組織学的所見，すなわち浸潤の程度，脈管侵襲の有無などにより術式の個別化を行う。
- g) 高齢者や合併症のために手術療法が困難な場合，放射線治療も選択肢となる。

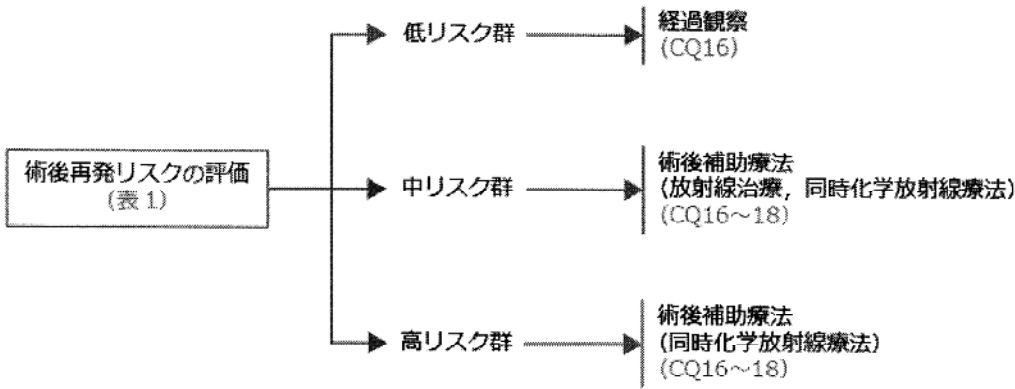
フローチャート2 I B 期・II期の治療（扁平上皮癌と腺癌を含む）

* CQ 番号をクリックすると解説画面へ移動します。



フローチャート3 I B 期・II期の術後補助療法（扁平上皮癌と腺癌を含む）

* CQ 番号をクリックすると解説画面へ移動します。



注) 術後再発リスク評価の基準に関して様々な報告や議論があり、個々の例に関しての十分な検討が必要である。

表1 子宮頸癌の術後再発リスク分類

<p>低リスク群：以下のすべての項目を満たすもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ①小さな頸部腫瘍 ②骨盤リンパ節転移陰性 ③子宮傍(結合)組織浸潤陰性 ④浅い頸部間質浸潤 ⑤脈管侵襲陰性 <p>中リスク群：骨盤リンパ節転移陰性および子宮傍(結合)組織浸潤陰性で、以下のいずれかの項目を満たすもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ①大きな頸部腫瘍 ②深い頸部間質浸潤 ③脈管侵襲陽性 <p>高リスク群：以下のいずれかの項目を満たすもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ①骨盤リンパ節転移陽性 ②子宮傍(結合)組織浸潤陽性 <p>注)頸部腫瘍の大きさ、頸部間質浸潤の深さ、骨盤リンパ節転移陽性時の転移リンパ節の個数・部位、さらに再発リスク因子の個数については様々なリスク分類の基準・報告があり、頸部腫瘍の大きさ、具体的な浸潤の深さを規定してリスク分類を行うことは適切でないと判断し、「浅い・深い」「大きい・小さい」のような表現にとどめた。頸部腫瘍の大きさに関しては臨床進行期分類も4cmを採用していることから、これを1つの目安にしている報告が多い。脈管侵襲に関しては論議が分かれている。</p>

[参考文献1 より引用、一部改変]

付記：米国NCCN の子宮頸癌に関するガイドラインには「手術断端陽性」は術後再発リスク因子の中の一つとされているが、以下のような理由から、本項で扱う術後再発リスク因子から除外することとした。①『子宮頸癌取扱い規約 第3 版』(2012 年)では、不完全手術例で癌の残存が明らかな症例の治療は術後照射例として扱わず、「残存例の放射線治療」として扱うと規定されている。したがって、断端陽性を術後再発リスク因子に含め術後補助療法の対象とすると、取扱い規約との整合性がとれず現場に無用な混乱を招く恐れがあると考えられる。②日米欧での断端陽性という用語自体の意味合いに相違がある。すなわち本邦で断端陽性という場合、CIN 3 以上の病変の遺残を意味することが多いのに対し、欧米では浸潤性病変の遺残を意味する場合が多いと推測される。そのため、欧米のデータをそのまま引用して本項のエビデンスとすることは不適切と考えられる。

【参考文献】

- 1) Miller C, Elkas JC. Cervical and vaginal cancer. In: Berek & Novak's Gynecology (Berek JS. ed) , 15th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2012, pp1304-49 (レベルⅢ)
- 2) 日本産科婦人科学会, 日本病理学会, 日本医学放射線学会, 日本放射線腫瘍学会 編. 子宮頸癌取扱い規約, 第3 版. 金原出版, 東京, 2012 (規約)

フローチャート4 Ⅲ期・Ⅳ期の治療（扁平上皮癌と腺癌を含む）

* CQ 番号をクリックすると解説画面へ移動します。

Ⅲ期 (CQ19~22, 24, 25)

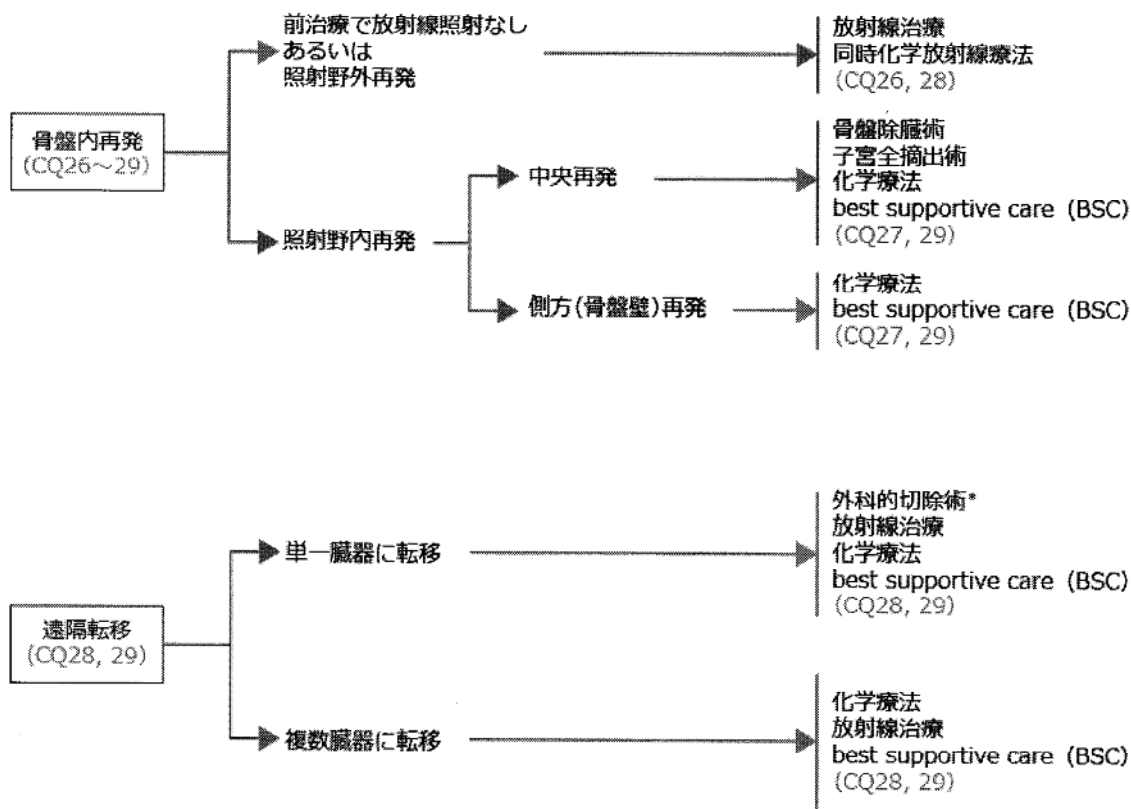


Ⅳ期



フローチャート5 再発癌の治療（扁平上皮癌と腺癌を含む）

* CQ 番号をクリックすると解説画面へ移動します。



*転移臓器と病巣数による (CQ28 参照)

日本癌治療学会事務局

〒101-0061

東京都千代田区神田三崎町3-3-1

TKビル2階

TEL : 03-5542-0546

FAX : 03-5542-0547

[HOME](#)

[→ 関連リンク](#)

[→ ヘルプ](#)

[→ 日本癌治療学会](#)

婦人科 [がん化学療法レジメン一覧 | 越谷市立病院 \(mhp.koshigaya.saitama.jp\)](http://mhp.koshigaya.saitama.jp)

〒343-8577 埼玉県越谷市東越谷十丁目 32 番地

TEL : 048-965-2221 (代表)

-
- [婦人科卵巣癌 CPT-11\(PDF/298KB\)](#)
- [婦人科卵巣癌 DC療法\(PDF/428KB\)](#)
- [婦人科卵巣癌 DCB療法\(PDF/486KB\)](#)
- [婦人科卵巣癌 DCB BEV + Olaparib療法\(PDF/761KB\)](#)
- [婦人科卵巣癌 GEM\(PDF/267KB\)](#)
- [婦人科卵巣癌 NGT\(PDF/367KB\)](#)
- [婦人科卵巣癌 PLD\(PDF/409KB\)](#)
- [婦人科卵巣癌 TC療法\(PDF/432KB\)](#)
- [婦人科卵巣癌 TCB療法\(PDF/490KB\)](#)
- [婦人科卵巣癌 TCB BEV + Olaparib療法\(PDF/599KB\)](#)
- [婦人科子宮頸癌 CCRT\(PDF/450KB\)](#)
- [婦人科子宮頸癌 CPT-11\(PDF/292KB\)](#)
- [婦人科子宮頸癌 DC\(PDF/413KB\)](#)
- [婦人科子宮頸癌 TC\(PDF/412KB\)](#)
- [婦人科子宮頸癌 TCB療法\(PDF/510KB\)](#)
- [婦人科子宮体癌 DC\(PDF/420KB\)](#)
- [婦人科子宮体癌 DXR\(PDF/399KB\)](#)
- [婦人科子宮体癌 TC\(PDF/414KB\)](#)

催吐リスク PTX(tri-weekly)

卵、体、頸(PTX175+CBDCA6)d1/c21d 子宮頸

薬剤名	投与経路	投与量	希釈液	点滴時間(分)	投与日(day)
パロノセトロン	注射	0.75	mg	1	1
クロルフェニラミンマレイン酸塩	注射	5	mg	1	1
ファモチジン	注射	20	mg	1	1
デキサメタゾン	注射	16.5	mg 生食	100 mL 30	1
パクリタキセル	175	mg/m ²	5%糖液	250 mL 180	1
カルボプラチン	5	AUC	5%糖液	250 mL 60	1
				mL	
				mL	
				mL	

内服薬

デキサメタゾン 8mg 分2 朝昼食後 day2,3

投与基準等

II. 投与基準 (例:白血球 $\geq 2000/\text{mm}^3$ 、好中球 $\geq 1000/\text{mm}^3$)

好中球 $> 1,500/\mu\text{l}$ 血小板 $> 100,000/\mu\text{l}$. (CTCAE Grade 0-1).血清クレアチニン $< 1.5 \times$ institutional upper limit normal (ULN)ビリルビン $< 1.5 \times$ ULNGOT and alkaline phosphatase $< 2.5 \times$ ULN

神経障害がない

PT INR < 1.5 , APTT $< 1.2 \times$ ULN

Ⅲ. 減量基準 (例: Grade3 以上の好中球減少時、次回より投与量を80%に減量)

・好中球減少性発熱を来した、もしくは好中球 $<500/\mu\text{l}$ が7日以上持続した場合

・Grade 4 の血小板減少を来した場合

→カルボプラチンの AUC を1減量

GOTもしくはALPがGrade 3以上の時、パクリタキセルを $135\text{mg}/\text{m}^2$ に減量

Grade2 以上の末梢神経障害出現時、パクリタキセルを $135\text{mg}/\text{m}^2$ に減量

Ⅳ. 重大な副作用 (例:好中球減少 Grade3 以上37.5%)

好中球減少症 Grade 4 以上 57.7%

好中球減少性発熱症 3.5%

(消化器障害 Grade 2 以上 1.2%

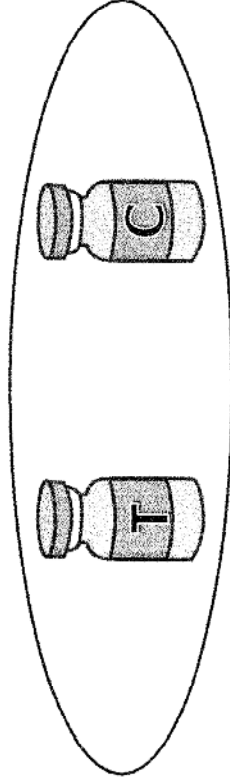
添付参考資料(文献・ガイドライン・治験計画書・研究計画書)

N Engl J Med 2011; 365: 2473

TC療法を 受けられる患者様へ

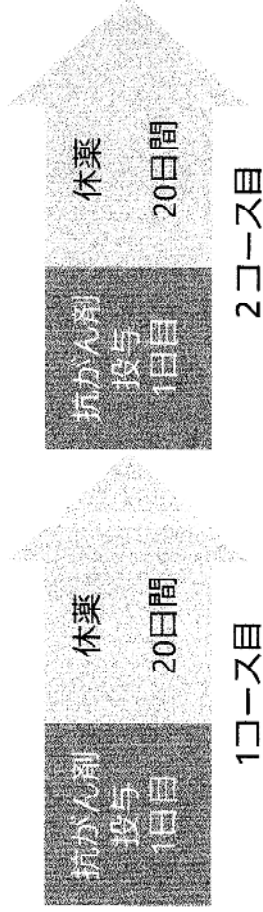
TC療法について

TC療法とは、パクリタキセル(T)とカルボプラチン(C)という
違う作用の抗がん剤を組み合わせて行う治療です。



投与スケジュール 今日(/)は サイクル 日目

1日目に2種類の抗がん剤を投与します。
後の20日間を休みとし、21日間を一区切り(1コース)とします。



ここに示したスケジュールは参考であり、
患者さんの状態や副作用によって変更することがあります。

点滴で投与する薬について

デキサメタゾン

パロノセトロン

クロルフェニラミン

ファモチジン

吐き気止めのお薬です。
アレルギー予防のお薬です。
30分かけて投与します。

パクリタキセル (mg)

抗がん剤です。
180分かけて投与します。

カルボプラチン (mg)

抗がん剤です。
60分かけて投与します。

生理食塩液

お薬を洗い流します。
5分かけて投与します。

パクリタキセルはアルコール(ビールでジョッキ1杯(500ml)程
度)を含んでいきますので、お酒を飲んだ時のような症状(顔が
ほてる、眠気等)が現れることがあります。

点滴をする日に車で来院することは控えてください。

内服薬について

1日目	2日目	3日目	4日目

吐き気止めのお薬です。吐き気が無くても服用してください。

副作用について

**アレルギー反応
急性嘔吐**

熱感・かゆみ・動悸などの症状が現れたら、すぐにお伝えください。

**遅発性嘔吐
食欲不振
便秘 倦怠感
筋肉痛・関節痛**

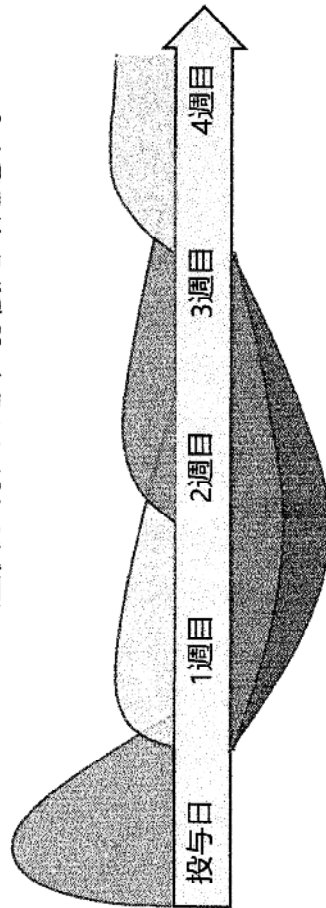
気持ちが悪いつ時には我慢せずに申し出てください。他にもお薬があります。痛みがひどい場合、痛み止めを使うことができます。遠慮せずに申し出てください。

口内炎 下痢

口内炎・下痢・便秘にはお薬が有効です。遠慮せずに申し出てください。

**脱毛
味覚の変化
末梢神経障害**

髪の毛は、治療終了後半年くらいで再び生えてきます。
手足のしびれ、感覚が鈍くなるなどの症状が現れたら、お伝えください。



肝障害 腎障害

感染予防のため、手洗いをこまめにしっかりと行いましょう。
38℃以上の発熱がある場合は病院に連絡をして下さい。

その他にも気になる症状がありましたら、お気軽に医療スタッフまでご相談ください。

日本医科大学武蔵小杉病院薬剤部
川崎市中原区小杉町1-396 ☎(044)733-5181

催吐リスク DTX moderate

頸 (DOC60+CBDCA5)d1/c21d

薬剤名	投与経路	投与量	希釈液			点滴 時間 (分)	投与日(day)
			mg	mg	mg		
パロノセトロン	注射	0.75	mg				1
デキサメタゾン	注射	16.5	mg	生食	100 mL	30	1
ドセタキセル	60	mg/kg	生食	500 mL	60	1	
カルボプラチン	5	AUC	5%糖液	250 mL	60	1	
					mL		
					mL		
					mL		

(

内服薬
デキサメタゾン 8mg 分2 朝昼食後 day2,3,4
(浮腫予防)

投与基準等

II. 投与基準 (例:白血球 $\geq 2000/\text{mm}^3$ 、好中球 $\geq 1000/\text{mm}^3$)

白血球 $\geq 3,000/\mu\text{L}$ 好中球 $\geq 1,500/\mu\text{L}$ Ⓛ小板 $\geq 100,000/\mu\text{L}$ 血清クレアチニン < 1.6 ビリルビン $< 1.5 \times \text{ULN}$

- Ⅲ. 減量基準 (例: Grade3 以上の好中球減少時、次回より投与量を80%に減量)
Grade4 の好中球減少が続いた場合、ドセタキセルを 60 mg/m²に減量
Grade4 の血小板減少が起こった場合、カルボプラチンを AUC4 に減量

Ⅳ. 重大な副作用 (例: 好中球減少 Grade3 以上37.5%)

Grade3-4 好中球減少 94%

血小板減少 9%

貧血 11%

(Grade4 好中球減少+発熱性好中球減少症 11%

7日間以上の Grade4 好中球減少 14%

添付参考資料(文献・ガイドライン・治験計画書・研究計画書)

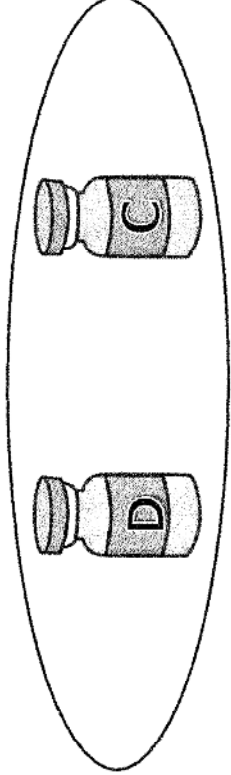
Journal of the National Cancer Institute, Vol. 96, No. 22, November 17, 2004

Journal of Clinical Oncology, Vol 19, No 7 (April 1), 2001: pp 1901-1905

ドセタキセル+カルボプラチン療法を 受けられる患者様へ

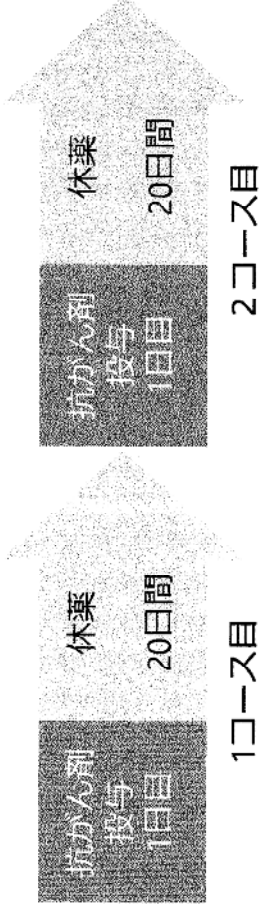
ドセタキセル+カルボプラチン療法について

この療法は、ドセタキセル(D)とカルボプラチン(C)という
違う作用の抗がん剤を組み合わせで行う治療です。



投与スケジュール(1)は サイクル 1日目

1日目に2種類の抗がん剤を投与します。
後の20日間は休みとし、21日間を一区切り(1コース)とします。



ここに示したスケジュールは参考であり、
患者さんの状態や副作用によって変更することがあります。

点滴で投与する薬について

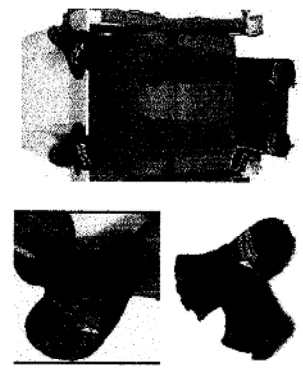
- デキサメタゾン
- パロノセトロン
- ドセタキセル (mg)
- カルボプラチン (mg)
- 生理食塩液

吐き気、浮腫を予防する薬です。
30分かけて投与します。

抗がん剤です。
60分かけて投与します。

抗がん剤です。
60分かけて投与します。

お薬を洗い流します。
5分かけて投与します。



お薬を続けていくと爪がでこぼこに
なったり、もろくなります。
冷やすことで予防できますので、抗
がん剤投与前からフローリングロー
プ・ソックスを着用します。

内服薬について

1日目	2日目	3日目	4日目

吐き気止め・浮腫予防のお薬です。症状が無くても服用してください。

副作用について

アレルギー反応
急性嘔吐

熱感・かゆみ・動悸などの症状が現れたら、
すぐにお伝えください。

遅発性嘔吐
食欲不振
便秘 倦怠感

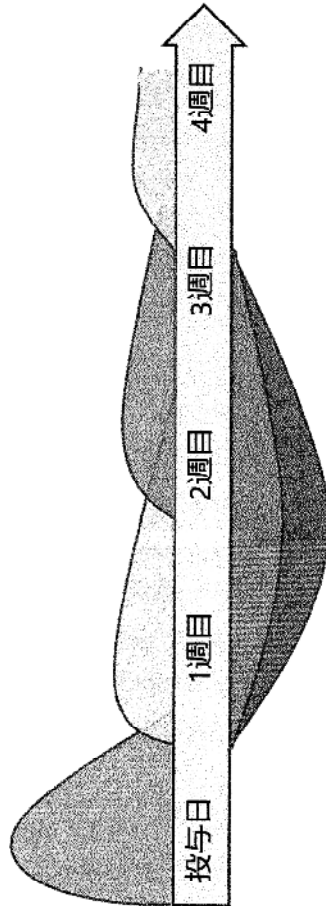
気持ちが悪く時には我慢せずに
申し出てください。他にもお薬があります。

口内炎 下痢

口内炎・下痢・便秘にはお薬が有効です。
遠慮せずに申し出てください。

脱毛 浮腫
味覚の変化
末梢神経障害
爪の変形

髪の毛は、治療終了後半年くらいで
再び生えてきます。
手足のしびれ、感覚が鈍くなるなどの
症状が現れたら、お伝えください。



肝障害 腎障害



感染予防のため、手洗いがいをしっかり
行いましょう。
38℃以上の発熱がある場合は
病院に連絡をして下さい。

自覚できる副作用

自覚できない副作用

その他にも気になる症状がありましたら、
お気軽に医療スタッフまでご相談ください。

日本医科大学武蔵小杉病院薬剤部
川崎市中原区小杉町1-396 ☎(044)733-5181

催吐リスク PTX(tri-weekly)

頸 T175+P50+Bmab15/d1/c21d

薬剤名	投与経路	投与量	希釈液	点滴時間(分)	投与日(day)
グラニセトロン	注射	1 mg		1	1
クロルフェニラミンマレイン酸塩	注射	5 mg		1	1
ファモチジン	注射	20 mg		1	1
デキサメタゾン	注射	16.5 mg	生食 100 mL	30	1
パクリタキセル	175	mg/m ²	生食 500 mL	180	1
シスプラチン	50	mg/m ²	生食 500 mL	60	1
アバステン	15	mg/kg	生食 100 mL	30	1
				mL	
				mL	

内服薬

- アプレピタント 125mg 分1 抗がん剤投与前
- アプレピタント 80mg 分1 朝食後 day2,3
- デキサメタゾン 8mg 分2 朝昼食後 day2,3,4
- オランザピン 5mg 分1 眠前 day1,2,3,4

投与基準等

II. 投与基準 (例:白血球≧2000/mm³, 好中球≧1000/mm³)
 ANC≧1500, PLAT≧10万
 sCr<ULN, or CrCl≧60
 T-Bil≦1.5×ULN, AST≦1.5×ULN, ALP≦1.5×ULN
 蛋白尿なし、凝固異常なし。
 手術、CCRT から6週間以上、ET 単独照射から3週間以上
 *以下の症例は臨床試験対象外にて、適応の際には十分注意すること。
 両側水管、化学療法進行後あり、制御不良の CNS 転移、5年以内の腫瘍治療歴、制御治療遅延、骨折、
 腸管穿孔穿通歴、出血や凝固異常、腫瘍の次血管浸潤、制御不良高血圧、6か月以内の心血管イベントなど

III. 減量基準 (例:Grade3 以上の好中球減少時、次回より投与量を80%に減量)
 Bevは減量しない。中止基準は一般ガイドラインにのっとる。

	Level 0	Level 1	Level 2
CDDP	30	37.5	25
PTX	175	140	105

- ① 血液毒性
- 貧血:いずれも減量しない。
 - 血小板減少
CDDP:減量しない
PTX:Grade 4 血液毒性で1level ずつ減量。
 - 好中球減少
CDDP:減量しない
PTX:FN あるいは7日以上のANC<500 継続で1 level 減量

② 非血液毒性

CDDP

Grade	Renal	神経	聴力	GI	他
0	---	---	---	---	---
1	---	---	---	---	---
2	延期	減量	減量	---	減量
3	延期	延期	延期	---	減量
4	延期	延期	延期	減量	減量

腎機能障害
 Cre が 1.5mg/dl まで改善するまでCDDPの投与延期。2週間以上投与延期でCDDPの投与を中止。
 末梢神経障害
 Grade 2 でCDDPは-2 level, Grade 3 以上で中止
 聴力障害
 Grade 2 でCDDPは-2 level, Grade 3 以上ではGrade 1 以下に改善するまで中止し、3週間で改善が得られない場合は中止

・消化管毒性

Grade 4 の嘔気嘔吐では-1 level

PTX

Grade	神経	GI	Hepatic	他
0	—	—	—	—
1	—	—	—	—
2	-2 level	—	減量	
3	中止	—	減量・中止	
4	中止	—	中止	

・末梢神経障害

Grade 3, 4 の神経障害では Grade 1 以下に改善するまで中止、Grade 2 では-2 level。

・肝機能障害

Grade 2 以上では Grade 1 以下に改善するまで減量を考慮、Grade 3 以上では中止も検討

IV. 重大な副作用 (例: 好中球減少 Grade 3 以上 37. 5%)

原著参考のこと

添付参考資料(文献・ガイドライン・治験計画書・研究計画書)

N Engl J Med. 2014 Feb 20;370(8):734-43.

TP+ベバシズマブ療法を 受けられる患者様へ

TP+ベバシズマブ療法について

TP療法とは、パクリタキセル(P)とシスプラチン(P)とベバシズマブ(アバスタチン)という違う作用の抗がん剤を組み合わせで行う治療です。

投与スケジュール

1日目は2種類、8日目と15日目はイリノテカンのみ投与します。28日間を一区切り(1コース)とします。



ここに示したスケジュールは参考であり、患者さんの状態や副作用によって変更することがあります。

点滴で投与する薬について

生理食塩液

カリウム、マグネシウム

腎臓への障害を予防します。
60分かけて投与します。

デキサメタゾン

ファモチジン
クロルフェニラミン
グラニセトロン

吐き気止め、アレルギー予防
のお薬です。
30分かけて投与します。

パクリタキセル (mg)

抗がん剤です。
3時間かけて投与します。

シスプラチン (mg)

抗がん剤です。
60分かけて投与します。

フロセミド
生理食塩液

利尿剤です。
腎臓への障害を予防します。
60分かけて投与します。

生理食塩液

お薬を洗い流します。
5分かけて投与します。

ベバシズマブ (mg)

抗腫瘍薬です。
初回90分、2回目60分、3回目
以降30分かけて投与します。

生理食塩液

お薬を洗い流します。
5分かけて投与します。

副作用について

アレルギー反応
急性嘔吐

熱感・かゆみ・動悸などの症状が現れたら、
すぐにお伝えください。

遅発性嘔吐
食欲不振
便秘 倦怠感
筋肉痛・関節痛

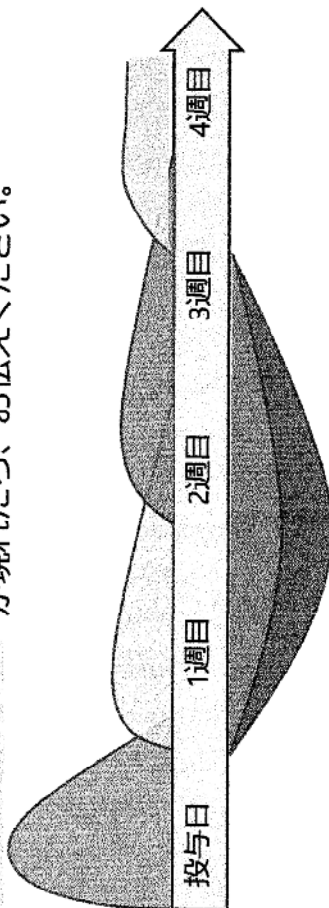
気持ちが悪く感じるときには我慢せずに
申し出てみてください。他にもお薬があります。

口内炎 下痢

口内炎・下痢・便秘にはお薬が有効です。
遠慮せずに申し出てみてください。

脱毛
末梢神経障害
味覚の変化

髪の毛は、治療終了後半年くらいで
再び生えてきます。
手足のしびれ、感覚が鈍くなるなどの症状
が現れたら、お伝えください。



肝障害 腎障害

感染予防のため、手洗いをこまめにしっかりと
行いましょう。38℃以上の発熱がある場合は
病院に連絡をして下さい。

その他にも気になる症状がありましたら、
お気軽に医療スタッフまでご相談ください。

パクリタキセルはアルコール（ビールでジヨッキ1杯(500ml)程
度）を含んでいきますので、お酒を飲んだ時のような症状（顔が
ほてる、眠気等）が現れることがあります。
点滴をする日に車で来院することは控えてください。

内服薬について

1日目	2日目	3日目	4日目

吐き気止めのお薬です。吐き気が無くても服用してください。

ペバシスマブの副作用について

治療の継続に伴い、高血圧、タンパク尿がみられることが
あります。血圧を下げる薬を使用することがあります。
重篤な副作用として、出血、消化管穿孔、血栓塞栓症などが
報告されています。血が止まらなない、通常と異なる激しい
痛みが生じた場合には、直ぐに病院に連絡してください。

自覚できる副作用

☎日本医科大学武蔵小杉病院薬剤部
川崎市中原区小杉町1-396 ☎(044)733-5181

自覚できる副作用

催吐リスク Moderate

乳、頸、卵 CPT100/d1,8,15/c28d

薬剤名	投与経路	投与量	希釈液	点滴時間 (分)	投与日(day)
パロノセトロン	注射	0.75	mg		1,8,15
デキサメタゾン	注射	6.6	mg 生食	100 mL 30	1,8,15
イリノテカン	100	mg/m2	生食	250 mL 90	1,8,15
				mL	
				mL	
				mL	
				mL	

内服薬

投与基準等

II. 投与基準 (例:白血球 $\geq 2000/mm^3$ 、好中球 $\geq 1000/mm^3$)

・ECOG-PS=0-2

・ANC ≥ 1500 , PLAT ≥ 8 万, Hb ≥ 9.0 , T-Bil ≤ 1.5 , AST, ALT $\leq 2 \times$ ULN, Cre \leq ULN

Ⅲ. 減量基準 (例:Grade3 以上の好中球減少時、次回より投与量を80%に減量)

Level 1: 20%減量

遷延性の高度血液毒性

Grade 3 以上の非血液毒性

Ⅳ. 重大な副作用 (1991年時点での癌治療学会基準。カッコ内は Grade3 以上の割合)

下痢 67%(16%)、食思不振 83%(23%)、悪心嘔吐 88%(16%)、脱毛 55.3%、腹痛 29%(4%)、腸管麻痺 5%(2%)、肺炎 1%(1%)、AST 上昇 11%(1%)、ALT 上昇 13%(1%)、AST 上昇 22.4%(4.3%)、T-Bil 上昇 3%(0%)、白血球減少 92%(57%)、貧血 78%(26%)、血小板減少 35%(11%)

添付参考資料(文献・ガイドライン・治験計画書・研究計画書)

癌と化学療法 1991年 18巻 10号 1681Gynecol Oncol 2006; 100 : 412

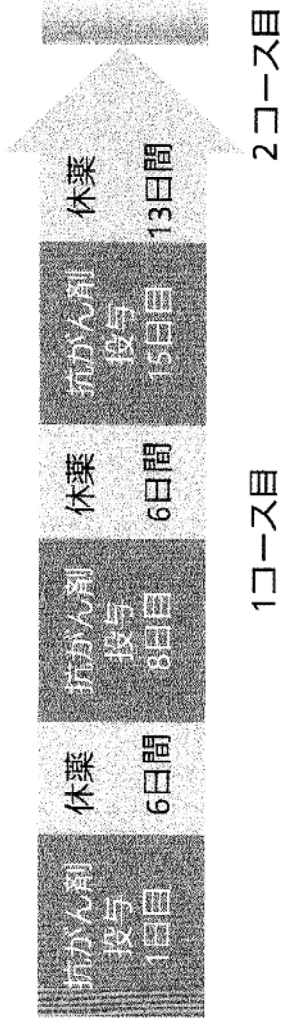
イリノテカン療法を 受けられる患者様へ

イリノテカン療法について

イリノテカンとは、DNAの合成を阻害して、がん細胞の増殖を抑える抗がん剤です。

投与スケジュール今日(/)は サイクル 日目

1日目、8日目、15日目にイリノテカンを投与します。
28日間を一区切り(1コース)とします。



ここに示したスケジュールは参考であり、患者さんの状態や副作用によって変更することがあります。

点滴で投与する薬について

デキサメタゾン
パロセトロン

吐き気を予防します。
30分かけて投与します。

イリノテカン (mg)

抗がん剤です。
90分かけて投与します。

生理食塩液

お薬を洗い流します。
5分かけて投与します。

副作用について

自覚できる副作用

アレルギー反応
急性嘔吐 下痢

熱感・かゆみ・動悸などの症状が現れたら、
すぐにお伝えください。

遅発性嘔吐
食欲不振
便秘 倦怠感

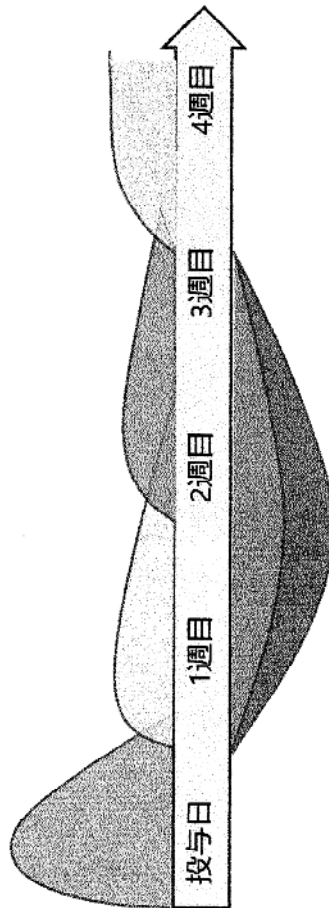
気持ちが悪く感じるときには我慢せずに
申し出てください。他にもお薬があります。

口内炎 下痢

口内炎・下痢・便秘にはお薬が有効です。
遠慮せずに申し出てください。

脱毛 下痢
味覚の変化 咳

髪の毛は、治療終了後半年くらいで
再び生えてきます。



肝障害 腎障害

白血球減少
血小板減少

感染予防のため、手洗い・うがいをしっかり
行いましょう。38℃以上の発熱がある場合は
病院に連絡をして下さい。

自覚できない副作用

その他にも気になる症状がありましたら、
お気軽に医療スタッフまでご相談ください。