

薬剤師の目で読む カルテと検査値

～ 悪性リンパ腫 ～

大垣市民病院 薬剤部 宇佐美 英績、山崎 太

薬剤管理指導記録(患者基礎情報)

| | | |
|---|----------------|--|
| 氏名: | 生年月日: 19xx.x.x | 年齢: 70歳代後半 |
| ID: | 性別: 男性 | 主治医 |
| 入院日: 2002.3.4 | 退院日 | 薬剤師: |
| 身長: 167cm | 体重: 65kg | 病棟: A |
| 主訴: 頸部の腫瘍、痛み | | |
| 診断名: 悪性リンパ腫(Diffuse large B-cell lymphoma Stage A) | | |
| 入院までの経緯: 2001.12.23頃から徐々に右顎下部の腫瘍を自覚。歯の治療中で抗生剤の投与を受けるも徐々に増大する。12.26近医受診し、当院外科へ紹介となる。2002.1.7探針しDiffuse large B-cell lymphomaと診断。化学療法目的のため入院となる。 | | |
| 既往歴: C型慢性肝炎、糖尿病、狭心症、高血圧 | | |
| アレルギー歴: なし | | |
| OTC・健康食品など: なし | | |
| 家族歴: 特記事項なし | | |
| 持参薬: コリノーム®2T / 2x1 N コニール® 2 T / 2x1 N ダイアート® (30) 1T / 1x1 N ハルシオン® (0.25) 1T / 1x1 vds ベンザリン® (5) 1T / 1x1 vds | | |
| 入院時採血結果: WBC: 5670/μL Hb: 14.0g/dL Plt: 17.1万/μL GOT(AST): 53 IU/L GPT(ALT): 60 IU/L -GTP: 41 IU/L LDH: 490 IU/L sIL-2R: 610 U/mL GLU: 150mg/dL | | 化学療法: THP-COPの予定 (C型肝炎のためsteroidは、通常の投与方法とは異なり少量を持続投与し、徐々に減量していく予定) |

1 はじめに

悪性リンパ腫(Malignant Lymphoma : ML)とは、ホジキン病(Hodgkin's disease : HD)と非ホジキンリンパ腫(Non-Hodgkin's lymphoma : NHL)とに大別されるリンパ球の悪性腫瘍(白血病と骨髄腫は除く)の総称であり、その治療には放射線療法と多剤併用化学療法が行われる。化学療法は多岐にわたり、数々の副作用の出現も考えられる。さらに、入院期間も他疾患に比べ長期となり、身体的ストレスが大きく精神的・社会的不安も大きい。そのため、臨床薬剤師には、チーム医療のなかで化学療法施行時の安全性および副作用の確認はもとより、支援療法への参画や患者の精神的ケアなどが不可欠となる。それらを遂行することで、治療効果が高くQOLを低下させない化学療法を提供できると考える。そこで本稿では、MLに対する化学療法の副作用、支援療法などにつき症例をあげ紹介する。

2 化学療法の複雑さ

当院で行われるML患者に対する化学療法のプロトコルを表1に示す。MLに対する化学療法では抗癌剤が19品目使用され、代表的なCHOP療法をはじめ15種類のプロトコルがある。これに近年承認されたリツキサン[®](リツキシマブ : RIT)の併用を加えれば、実にプロトコルは23種類と多様化している。

3 代表的な薬の副作用とチェックポイント

アントラサイクリン系抗癌性抗生物質

アドリアシン[®]

(塩酸ドキソルビシン : ADM or DXR)

テラルピシン[®](塩酸ピラルピシン : THP)

《心毒性》

アントラサイクリン系抗癌性抗生物質では、心毒性が問題となる。心毒性には、投与数時間～数日以内に発症し、一過性で主として心電図異常を呈するが心不全症状はない急性心毒性と、総投与量に比例して発症し心不全症状ではじまる慢性心毒性とがある。ADMでは総投与量が500mg/m²を超えると心毒性の発現頻度が高くなる。ただ、標準的なCHOP療法(1回に50mg/m²投与で8コース)では総投与量が400mg/m²であり、重篤な心毒性の発現頻度は低い。しかし、再発時にアントラサイクリン系抗癌性抗生物質を使用する場合などは、初発時の治療歴が関連するため、患者一人ひとりの薬剤管理指導記録が重要となる。また、心機能不良な患者に対しては、ADMの減量や他剤への変更があるため、既往歴などのチェックは常に必要である。

植物アルカロイド

オンコピン[®](ピンクリスチン : VCR)

エクザール[®]

(ビンプラスチン : VBL or VLB)

植物アルカロイドの特有な副作用として、自律神経障害(便秘、手足のしびれなど)がある。化学療法前には、手足のしびれや便秘などの副作用の説明を行い、症状が出現すれば医師と協議し、支援療法を積極的に行う必要がある。

《手足のしびれ》

手足のしびれは、意図して(副作用を医師に告げることで治療が中断されると誤解を招いている)副作用を告げない患者や症状がある程度進行してからしか訴えない患者もいる。しかし、しびれに対する特効薬はなく症状は遅延する。そのため、治療前の症状の説明と毎日の患者訪室により副作用の観察を行い、重篤化する前に把握することが大切である。VCRの投与中止や他

剤変更など主治医と積極的に協議する必要がある。

症例 : 70歳代前半、男性。

【CHOP療法3クール目終了ごろ】

患者訪室時に、指先に軽度のしびれ(grade 1)を訴える(後ほど判明したことだが、主治医には訴えず)。

【CHOP療法5クール目終了ごろ】

しびれが進行し、箸の使用やボタンをかける動作に支障を来すようになる(grade 2に悪化)。そこで、次の化学療法でのVCRの中止を主治医と協議した。しかし、CHOP療法があと1回の予定で、本人の強い希望もあり6クール目も施行予定となる。

【CHOP療法6クール目終了ごろ】

その後、足底のしびれや歩行時の痛みも出現しgrade 3に至ってしまう。その後、ロキソニン[®](ロキソプロフェン)やテグレートール[®](カルバマゼピン)などを使用するも、症状は変わらず。結果的には、6クール目のVCR投与を中止すべきであった。

《便秘》

便秘は、VCRなどの投与量、期間に相関し、化学療法の回数が多くなるほど注意が必要である。支援療法は、下剤の細かい選択と投与方法の指導にある。大腸刺激性下剤のみではなく、患者の訴えを聴取することにより塩類下剤、腸管運動亢進剤、発泡性下剤、浣腸剤、漢方薬などの選択を考慮する必要がある。また、投与方法においても、それぞれ個人に合った方法を患者とともに導き出す必要がある。下剤使用方法の例を図1に示し、表2に当院採用の下剤の特徴などを示す。

症例 : 70歳代前半、女性。

以前、他施設にてCHOP療法の経験がある第一再発患者。循環器科にて陳旧性心筋梗塞にて治療中。入院前より便秘症で、アジャストA[®](40mg)3錠 / 頓服(2～3日に1回位服用)にて便

表 1 当院で行われる悪性リンパ腫に対する化学療法プロトコール

| プロトコール名 | 略 語 | 一 般 名 | 商 品 名 | 用 量・用 法 |
|---------------|------------|-------------------------|---------------|---|
| (R-)CHOP | CPM or CPA | Cyclophosphamide | エンドキサン® | 750mg/m ² Day 2 |
| | ADM | Doxorubicin | アドリアシン® | 50mg/m ² Day 2 |
| | VCR | Vincristine | オンコビン® | 1.4mg/m ² (max2mg) Day 2 |
| | PSL | Prednisolone | プレドニン® | 100mg/body p.o. Day 2 ~ 6 |
| | RIT | Rituximab | リツキサン® | 375mg/m ² Day 1 |
| biweekly CHOP | CPM or CPA | Cyclophosphamide | エンドキサン | 750mg/m ² Day 1 |
| | ADM | Doxorubicin | アドリアシン | 50mg/m ² Day 1 |
| | VCR | Vincristine | オンコビン | 1.4mg/m ² (max2mg) Day 1 |
| | PSL | Prednisolone | プレドニン | 100mg/body p.o. Day 1 ~ 5 |
| | G-CSF | Filgrastim, Lenograstim | グラン®, ノイトロジン® | ~ 2µg/kg Day 3 ~ 13 |
| (R-)COP | CPM or CPA | Cyclophosphamide | エンドキサン | 750mg/m ² Day 2 |
| | VCR | Vincristine | オンコビン | 1.4mg/m ² (max2mg) Day 2 |
| | PSL | Prednisolone | プレドニン | 100mg/body p.o. Day 2 ~ 6 |
| | RIT | Rituximab | リツキサン | 375mg/m ² Day 1 |
| THP-COP | THP | Pirarubicin | テラルピシン® | 40mg/m ² Day 1 |
| | CPM or CPA | Cyclophosphamide | エンドキサン | 650mg/m ² Day 1 |
| | VCR | Vincristine | オンコビン | 1mg/m ² Day 1 |
| | PSL | Prednisolone | プレドニン | 40mg/m ² p.o. Day 1 ~ 5 |
| ABVD*1 | ADM | Doxorubicin | アドリアシン | 25mg/m ² Day 1 |
| | BLM | Bleomycin | ブレオ | 10mg/m ² Day 1 |
| | VBL or VLB | Vinblastine | エクザール® | 6mg/m ² Day 1 |
| | DTIC | Dacarbazine | ダカルバジン | 375mg/m ² Day 1 |
| DeVIC | Dexa | Dexamethasone | デカドロン® | 40mg/body Day 1 ~ 3 |
| | VP-16 | Etoposide | ラステット® | 100mg/m ² Day 1 ~ 3 |
| | IFM | Ifosfamide | イホマイド® | 1.5g/m ² Day 1 ~ 3 |
| | CBDCA | Carboplatin | パラブラチン® | 300mg/m ² Day 1 |
| C-MOPP | CPM or CPA | Cyclophosphamide | エンドキサン | 650mg/m ² Day 1, 8 |
| | VCR | Vincristine | オンコビン | 1.4mg/m ² (max2mg) Day 1, 8 |
| | PSL | Prednisolone | プレドニン | 60mg/m ² p.o. Day 1 ~ 14 |
| | PCZ | Procarbazine | ナツラン® | 100mg/m ² p.o. Day 1 ~ 14 |
| CHASE(-R) | Dexa | Dexamethasone | デカドロン | 40mg/body Day 2 ~ 4 |
| | Ara-C | Cytarabine | キロサイド® | 2000mg/m ² 【3hr】 Day 3, 4 |
| | CPM or CPA | Cyclophosphamide | エンドキサン | 1200mg/m ² Day 2 |
| | VP-16 | Etoposide | ラステット | 100mg/m ² Day 2 ~ 4 |
| | RIT | Rituximab | リツキサン | 375mg/m ² Day 1 |
| m-CHASE(-R) | Dexa | Dexamethasone | デカドロン | 40mg/body Day 2 ~ 4 |
| | Ara-C | Cytarabine | キロサイド | 200mg/m ² 【24hr】 Day 2 ~ 4 |
| | CPM or CPA | Cyclophosphamide | エンドキサン | 1200mg/m ² Day 2 |
| | VP-16 | Etoposide | ラステット | 100mg/m ² Day 2 ~ 4 |
| | RIT | Rituximab | リツキサン | 375mg/m ² Day 1 |
| EPOCH(-R) | VP-16 | Etoposide | ラステット | 50mg/m ² 【24hr】 Day 2 ~ 5 |
| | PSL | Prednisolone | プレドニン | 60mg/m ² p.o. Day 2 ~ 6 |
| | VCR | Vincristine | オンコビン | 0.4mg/m ² 【24hr】 Day 2 ~ 5 |
| | CPM or CPA | Cyclophosphamide | エンドキサン | 750mg/m ² Day 6 |
| | ADM | Doxorubicin | アドリアシン | 10mg/m ² 【24hr】 Day 2 ~ 5 |
| (R-)EC | RIT | Rituximab | リツキサン | 375mg/m ² Day 1 |
| | ETP | Etoposide | ラステット | 100mg/m ² Day 2 ~ 5 |
| | Ara-C | Cytarabine | キロサイド | 100mg/m ² 【24hr】 Day 2 ~ 5 |
| | RIT | Rituximab | リツキサン | 375mg/m ² Day 1 |
| MEAM(-R) | RIT | Rituximab | リツキサン | 375mg/m ² Day -8 |
| | MCNU | Ranimustine | サイメリン® | 300mg/m ² Day -7 |
| | VP-16 | Etoposide | ラステット | 200mg/m ² Day -6 ~ -3 |
| | Ara-C | Cytarabine | キロサイド | 100mg/m ² × 2【1hr】 Day -6 ~ -3 |
| | L-PAM | Melphalan | アルケラン® | 140mg/m ² Day -2 |
| (R-)LEED | RIT | Rituximab | リツキサン | 375mg/m ² Day -5 |
| | L-PAM | Melphalan | アルケラン | 130mg/m ² Day -1 |
| | CPM or CPA | Cyclophosphamide | エンドキサン | 60mg/kg Day -4 ~ -3 |
| | VP-16 | Etoposide | ラステット | 250mg/m ² × 2 Day -4 ~ -2 |
| | Dexa | Dexamethasone | デカドロン | 40mg/body Day -4 ~ -1 |
| | CPM or CPA | Cyclophosphamide | エンドキサン | 300mg/m ² × 2 Day 1 ~ 3 |
| hyper-CVAD A | VCR | Vincristine | オンコビン | 2mg/body Day 4, 11 |
| | ADM | Doxorubicin | アドリアシン | 50mg/m ² Day 4 |
| | Dexa | Dexamethasone | デカドロン | 40mg/body Day 1 ~ 4, 11 ~ 14 |
| | MTX | Methotrexate | メソトレキセート® | 1g(3g)/m ² Day 1 |
| hyper-CVAD B | Ara-C | Cytarabine | キロサイドN | 2g/m ² × 2【3hr】 Day 2, 3 |

*1 ABVD裏投与量減量方法

| WBC | Plt | 投 与 量 |
|-------------|----------|-----------------------|
| > 4000 | > 13万 | 100% |
| 3000 ~ 4000 | 10 ~ 13万 | ADM, VBL 80% |
| 2000 ~ 3000 | 8 ~ 10万 | ADM, VBL 75%, DTIC50% |
| 1500 ~ 2000 | 5 ~ 8万 | ADM, VBL 中止, DTIC25% |
| < 1500 | < 5万 | BLMのみ |

通コントロールが可能であった。

【化学療法(C-MOPP)前日】

VCRによる副作用で便秘傾向が増すことを説明し、まずアジャストAを4錠に増量し、化学療法当日より連日投与とした。

【day 3】

化学療法施行後(day 1)より、連日内服したが3日間便通はなかった。お腹のはりを訴え、医師と協議し、新レシカルボン®坐剤を使用したが効果はなく、浣腸剤にて少量の硬便があった。そこで、マグラックス®(330mg)9錠/3×1を併用した(本人の希望により散剤より錠剤を希望)。

【day 5 ~ 6】

硬便のコントロールが可能となる。以後マグラックス(3 ~ 6錠/日)、アジャストA(3 ~ 4錠/頓服)を減量しながら継続投与とし、化学療法施行時は再び増量して、便通コントロールが可能となった。

急性腎不全や腫瘍崩壊症候群を防ぐためアロプリノールの内服、さらには、尿のアルカリ化や尿量を確保するため、抗癌剤と同時に輸液を1,000 ~ 1,500mL投与する必要がある。また、CPMなどは、出血性膀胱炎を予防するためにも尿量の確保が大切で、単なる水分負荷の輸液ではなく、その必要性を患者に説明する必要がある。

症例：50歳代後半、男性。長男は、製薬会社勤務。

S)こんな(ソルデム®3Aのこと)一日中あったら、夜もトイレばかり行かないかん。なんで、こんなのが必要な

アルキル化剤

エンドキサン®

(シクロホスファミド : CPM or CPA)

イホマイド®(イホスファミド : IFM)

ダカルバジン(ダカルバジン : DTIC)

《出血性膀胱炎》: CPM or CPA、IFM

化学療法時には、高尿酸血症による

図1 下剤使用方法の例

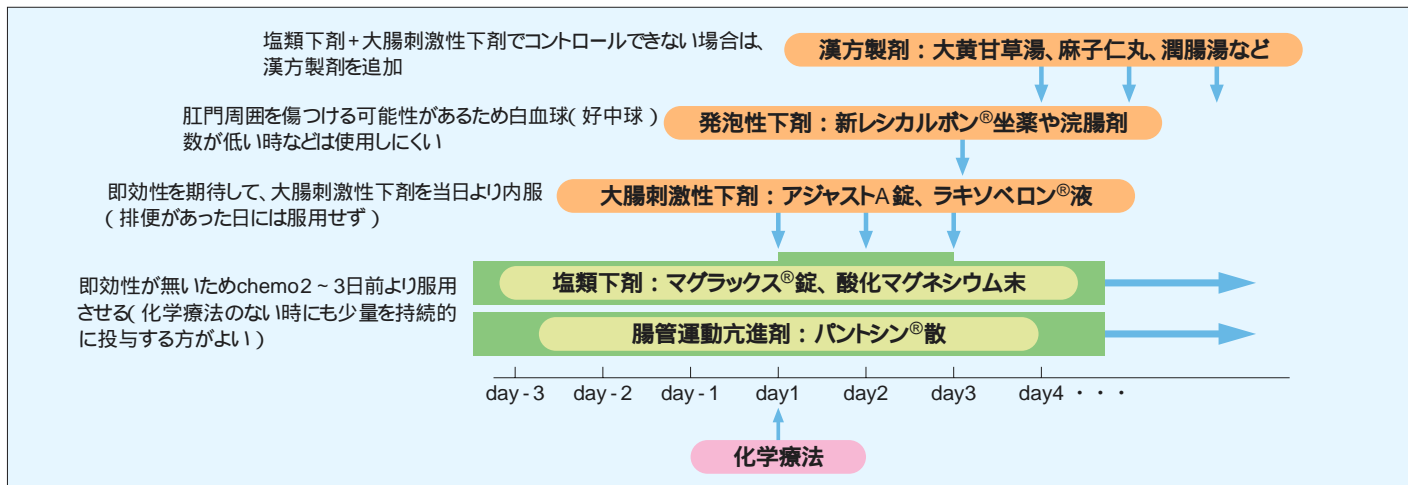


表2 当院採用下剤の分類と特徴

| 分類 | 当院採用薬 | 特徴 |
|----------|--|--|
| 大腸刺激性下剤 | アジャストA錠®(センナ) | 腹部手術後は慎重に(蠕動亢進) 妊婦へ大量投与しない(流早産) 長期連用しない(効果の減弱) 作用発現6 ~ 10時間 |
| | ラクソベロン®(ピコスルファート) 錠、液 | 大腸微生物で加水分解し作用発現 作用発現7 ~ 12時間 |
| 塩類下剤 | マグラックス®(酸化マグネシウム) 錠、酸化マグネシウム散 | 腸内で等張となるまで水分を吸着・保持 腸内容積増 蠕動亢進 Mglは一部吸収 されるので腎機能は慎重に 大量の水と服用すること 作用発現2 ~ 6時間 |
| 腸管運動亢進剤 | パントシン®(パンテチン)散、 パントール®(パンテノール)注 | 低K血症では無効(平滑筋弛緩のため) 副交感神経刺激薬投与直後は禁忌(コリン作用の副作用が増す) |
| 発泡性下剤 | 新レシカルボン®坐薬 | CO2を発生し腸内を刺激する 高齢者、病床者、妊婦へも適する 作用発現10 ~ 30分 |
| 浣腸剤 | グリセリン浣腸 | 肛門、腸管に炎症・創傷あるものへは慎重に |
| 漢方製剤 | 大黃甘草湯、麻子仁丸、 潤腸湯など | |
| 消化管運動亢進剤 | ガナトン錠®(イブプリド)、 ガスマチン錠®(モサプリド)など | |

の？ 息子は抗癌剤の事しか教えてくれないしね。

O) CHOP療法は、朝10時から夕方18時ごろで終了。同時にソルデム3A(1,000mL)+メイロン[®] 40mLが2日間24時間持続投与の指示あり。

A) 抗癌剤の作用、副作用のみではなく、同時投与とされる輸液についても説明する必要あり。

P) 輸液の必要性を説明し、全てに納得して治療を受け入れられる様にする。

《血管痛》: DTIC

ダカルバジンは、光分解して発痛物質が産生され、高頻度に血管痛や静脈炎を起こすが、遮光する事で軽減することが可能である。また、その他の抗癌剤の血管外漏出時には、皮膚障害により、少量でも紅斑、発赤、腫脹、水疱、壊死などと進行し強い疼痛を伴う可能性がある。そのため、抗癌剤の投与ルートが末梢血管からの場合は、看護師のみではなく患者自身にも点滴時に疼痛、点滴の落ちが悪いなどの異変がある場合には速やかに申し出る様に指導する必要がある。また、血管外漏出が起ってしまった場合には、ステロイド剤の塗布や局所注射、痛み止めの投与など早期の対策が必要である。

症例：60歳代中頃、男性。

ABVD療法施行中、血管外漏出がある。しかし、治療前に上記を説明していたためか発見が早く、発赤のみでステロイド剤の塗布にて軽減した。また、ダカルバジンを遮光し、血管外漏出がないにも関わらず血管痛がみられたが、ロキソニン[®]内服にて疼痛コントロールが可能であった。

代謝拮抗剤

[キロサイド[®](シタラビン:Ara-C)]

《シタラビン症候群と消化器症状》

白血病ではkey drugとなるAra-Cであるが、ML患者でも再発例や末梢

血幹細胞移植(PBSCT)の前処置の治療プロトコール中に使用されることがある。投与量は、標準量療法(100~200mg/m²/day、24時間持続投与)と大量療法(2,000mg/m²×2/day、3時間投与)とで差がある。また、白血病患者には、少量療法(20mg/m²/day、24時間持続投与)もあり、投与量は20~4,000mg/m²/day(1日あたりの投与量較差に換算すると200倍)と較差がある。また、投与期間に関しても1クールあたりのAra-C投与日数は、2日間から14日間と大きく異なっており、注意が必要である。標準量療法の副作用には、皮疹などの見られることがあるが、ML患者のm-CHASEなどのプロトコール中には、ステロイドが同時投与されるため、まれである。大量療法では、全身倦怠感、皮疹、発熱、結膜炎などのいわゆるシタラビン症候群や下痢、食欲不振、悪心・嘔吐などが強く現れることがある。以前にVCRを使用し、便秘で継続的に下剤を使用している患者には、Ara-C大量療法時に下痢になることもあるので、下剤を減量または中止する様に指導する必要がある。

ステロイド

プレドニン[®](プレドニゾン:PSL)

デカドロン[®](デキサメタゾン:Dexa)

リンパ腫治療に関してのステロイド剤は、抗腫瘍効果とともに抗癌剤の副作用の軽減という効果をもつ。しかし、リンパ腫治療では高用量を使用するため副作用の出現頻度も高い。

《精神症状》

精神症状の中でも、不眠を訴える患者が多い。治療前に、ステロイド剤を使用する場合は、不眠が出現する可能性があることを説明し、不安を軽減することが大切である。不眠がある場合は、入眠障害なのか中途覚醒なのかを患者から聴取し、症状にあった睡眠剤

の選択も大切である。また、アモバン[®](ゾピクロン)は、唾液中への排泄が原因で苦味の出現することがあり、化学療法による味覚異常と区別することが大切である。

症例：60歳代後半、男性。

CHOP療法施行後より不眠が出現し、アモバンが処方される。2クール目頃より、口腔内の苦味と化学療法による食欲不振が出現した。アモバンを他剤に変更後、苦味は消失し食欲は軽度改善した。

《吃逆》

大量のステロイドを投与する症例で吃逆が出現することがある。吃逆に対しては、柿のへた、芍薬甘草湯、リボトリール[®](クロナゼパム)、プリンペラン[®](メクロプラミド)、リオレサール[®](パクロフェン)、コントミン[®](クロルプロマジン)などに有効性がある。吃逆は化学療法毎に繰り返されることがあり、予防投与も必要とされ、軽視されがちであるが重症化することにより、患者のQOLを著しく低下させる副作用である。

症例：70歳代後半、男性。

【DeVIC療法1クール目】

吃逆が出現したため、経口摂取困難と睡眠障害が現れる。主治医と協議し、芍薬甘草湯7.5g/3×1Vで開始するが軽快せず。続いて、コントミン[®]注10mg 1Aを使用し、一時的に効果があったが、すぐに再発した。そのため、リボトリール[®](0.5mg)2Tとリオレサール[®](5mg)2T/2×1Nを試みたところ、吃逆は軽快し経口摂取可能となり夜も良眠できるまでに改善した。

【DeVIC療法2クール目】

再び吃逆が出現するが、リボトリールとリオレサールで軽快する。

【DeVIC療法3クール目】

day1よりリボトリールとリオレサールの予防投与を行う。その結果、吃逆の出現頻度を減少させることが可能となった。

《糖尿病の誘発・悪化》

糖尿病を合併する患者では、ステロイドにより血糖上昇を来すことがある。SU剤を服用している患者では、インスリン注射への変更を必要とする場合もある。そのため、定期的な血糖測定や血糖上昇の可能性などを十分に説明する必要がある。

《肝炎患者への注意》

ステロイド投与に関して、肝炎ウイルス保因患者では注意が必要である。B型肝炎を合併する患者では、ステロイド投与により、まれに劇症化することがあり、ステロイド剤を投与しないことが推奨されている。一方、C型肝炎では劇症化はまれで、ステロイド剤を中止する必要はない。しかし、通常のCHOP療法のPSL投与方法(day 1から5日間の内服飲みきり)とは異なり、漸減しながら継続投与される場合もあるため、投与量に対する注意が必要である。

症例：70歳代後半、男性。

合併症：C型慢性肝炎、糖尿病(入院時、空腹時血糖(fasting blood sugar: FBS)=150mg/dL前後、食事療法のみ)、狭心症、高血圧(図2)。THP-COP療法予定となるが、C型慢性肝炎のため通常のPSL投与方法ではなく、PSL15mg/day連日投与とし、漸減していく予定となる。

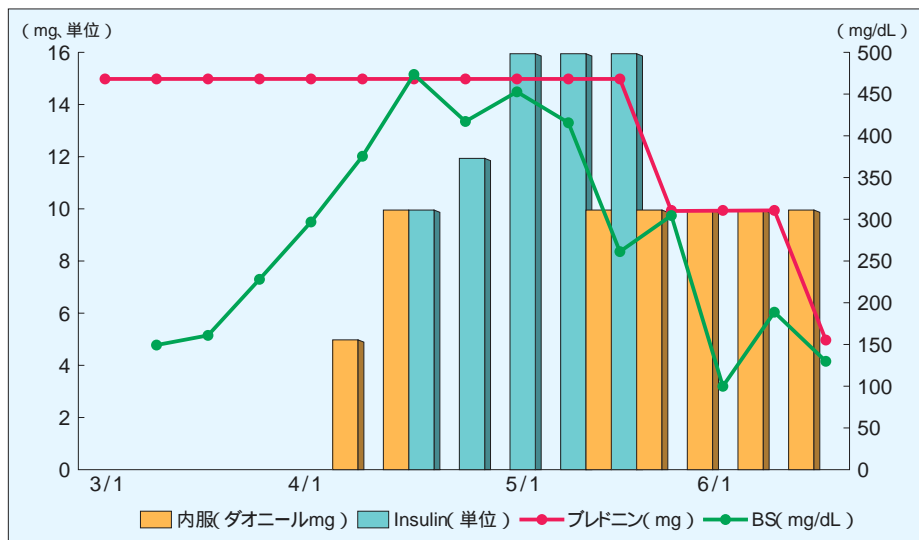
【3/18: day 1 THP-COP 1クール目、day 1 PSL15mg/day】

PSL15mg/day 連日投与開始、FBS=145mg/dL。肝炎のためPSLを通常の服用法とは異なり連日で服用し漸減する予定であり、血糖上昇の可能性があると説明する。

【4/19: day 5 THP-COP 2クール目、day 32 PSL15mg/day】

時々、口渇を訴える。FBS=378mg/dLと血糖コントロールは悪化傾向で、ダオニール[®](グリベンクラミド) 3.75mg/day 内服開始となる。

図2 ステロイドおよび糖尿病薬と血糖値の推移



【4/24: day 10 THP-COP 2クール目、day 37 PSL15mg/day】

口渇症状は継続。ダオニールを10mg/dayに増量するもFBS=476mg/dLと改善せず。主治医と一時的にもインスリン注射に変更を協議する。

【5/18: day 19 THP-COP 3クール目、day 61 PSL15mg/day】

インスリン注射に変更後、FBS=256mg/dLと改善し、口渇症状もなくなる。患者からは、一生インスリン注射を続けなければならないのか?などの質問がある。

【5/23: day 24 THP-COP 3クール目、day 1 PSL10mg/day】

PSL10mg/dayに減量となる。以後、血糖安定し患者の希望もありインスリンから再びダオニール10mg/dayに切り替える。

【6/19: day 23 THP-COP 4クール目、day 6 PSL5mg/day】

FBS=131mg/dL。THP-COP 4回施行し、ダオニール10mg/dayで退院となる。

抗癌剤に共通の副作用

《悪心・嘔吐》

近年、セロトニン受容体拮抗剤の開発により悪心・嘔吐の頻度は格段に減

少した。プロトコル毎の頻度の差異はないが、個人差が大きく、全てのプロトコルにおいて輸液が必要となった症例を経験している。

症例：50歳代後半、女性。

【CHOP療法1クール目】

grade 2の悪心・嘔吐が出現し、著明な食事量減少がみられた。

【CHOP療法2クール目】

1クール目には、カイトリル[®](グラニセトロン)1A/朝1回の投与予定であったため、夕方にも追加投与を提言した。また、1クール目では当日の夕方に嘔吐がみられた。そのため、昼食や夕食時に食欲があっても食事量を制限することを提言し、食欲がない場合には、めん類などの食べやすいものを勧めた。その結果、嘔吐は減少し患者のQOLを向上させることができた。

《口内炎》

口内炎は、化学療法による白血球数の低下や免疫能の低下に伴う局所感染が原因となる場合が多く、定期的な含嗽により口腔内を清潔に保ち予防に努めることが大切である。我々は、化学療法を施行する全症例に対して入院時よりイソジン[®](ポビドンヨード)ガーグルにて感染・口内炎の予防に努めている。

