

小川赤十字病院 化学療法レジメン

対象疾患名 大腸がん

申請レジメン名 FOLFOXIRI+BV

催吐リスク 高度

放射線治療併用 有 無

根拠文献 Engl J Med.371(17): 1609-18(2014).

1コースの目安 1コース 14日

投与回数上限 有(回) 無

レジメン内容

No.	抗がん剤名 (溶解液等を含む)	標準的投与量	投与量注釈	投与方法	投与時間 (投与速度)	上限量	Day																			
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14						
1	生理食塩液	100ml		中心静注	ライン確保・フラッシュ用		○																			
2	アバスタチン点滴静注用生理食塩水	5mg/kg 100ml	全量100ml	中心静注	初回90分,2回目60分,3回目以降30分		○																			
3	アロキシ点滴静注バッグ デキサート注射液	0.75mg/50ml 9.9mg		中心静注	15分		○																			
4	イリフナカブ塩酸塩無菌注射液 大塚糖液5%	150mg/m ² 250ml		中心静注	90分		○																			
5	レボホリナート点滴静注用大塚糖液5%	200mg/m ² 250ml	*オキサリプラチンと同時投与	中心静注	120分		○																			
6	オキサリプラチン点滴静注用大塚糖液5%	85mg/m ² 250ml	*レボホリナートと同時投与	中心静注	120分		○																			
7	5-FU注 生理食塩水	2400mg/m ² 150ml	*シユアフューザーポンプ使用	中心静注	46h		○																			
8	イメンドカプセル	初日:125mg 2,3日目:80mg		内服			分1	分1	分1																	
9	デカドロン錠0.5mg	8mg/day		内服				分2	分2	分2																
10																										

<p>注意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> * レジメン名は、似た名称を避けるため変更することがあります。 * このシートは1コース分が記載されています。 * 1回投与量の上限がある場合には上限量が記載されます。 	<p>備考(化学療法に必ず併用される特殊な手技・化学療法の中止基準)</p> <p>デキサメタゾン注は、耐糖能等によって適宜増減</p>
--	--