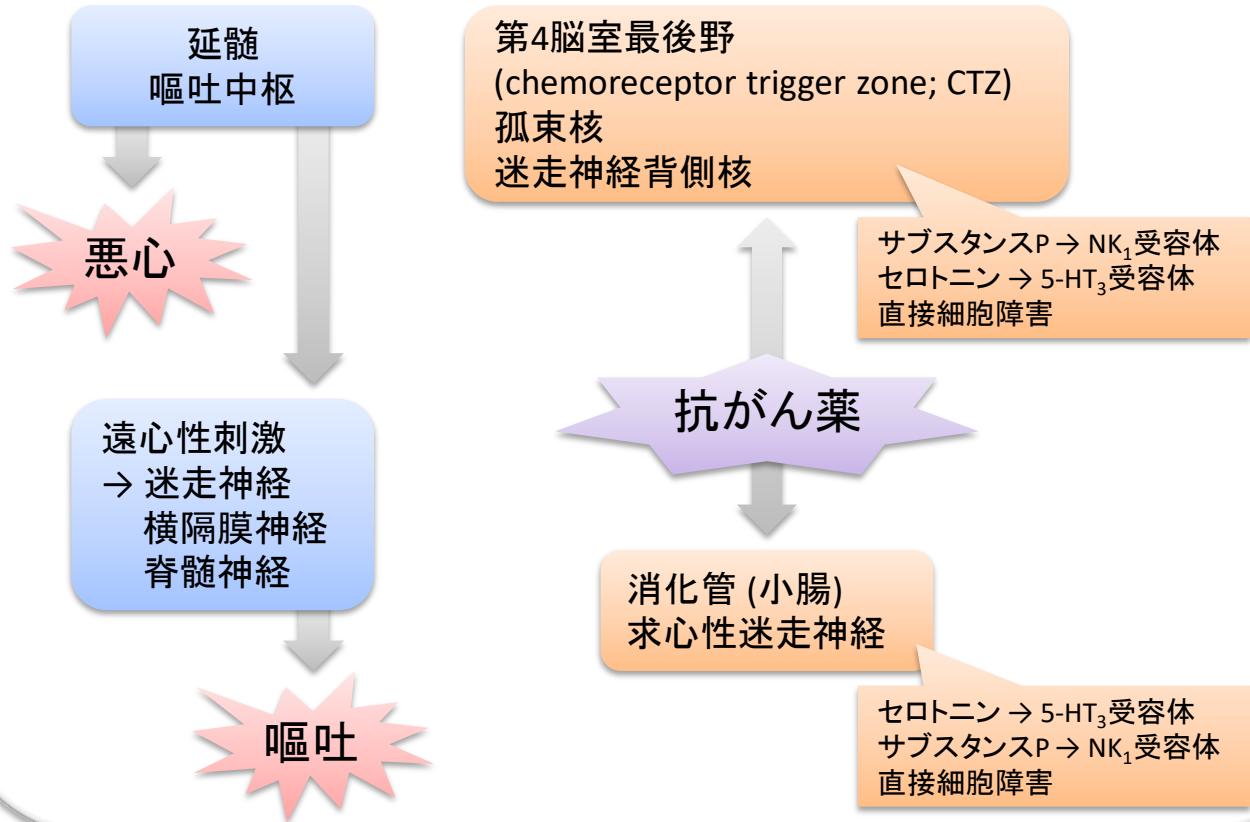


秋田大学医学部附属病院 制吐薬使用ガイドライン

第4版 2024年3月

本ガイドラインは2023年10月改訂第3版
制吐薬適正使用ガイドライン(日本癌治療学会)を
元に作成しました

抗がん薬による悪心・嘔吐のメカニズム



抗がん薬による悪心・嘔吐の種類

急性の悪心・嘔吐: 投与後24時間以内に出現する悪心・嘔吐

遅発性の悪心・嘔吐: 投与後24時間～120時間程度持続する悪心・嘔吐

突発性悪心・嘔吐: 制吐薬の予防的投与にも関わらず発現する悪心・嘔吐

予期性悪心・嘔吐: 抗がん薬のことを考えただけで誘発される悪心・嘔吐

超遅発期悪心・嘔吐: 抗がん薬投与開始120時間後以降も持続する悪心・嘔吐

抗がん薬における催吐リスクの把握

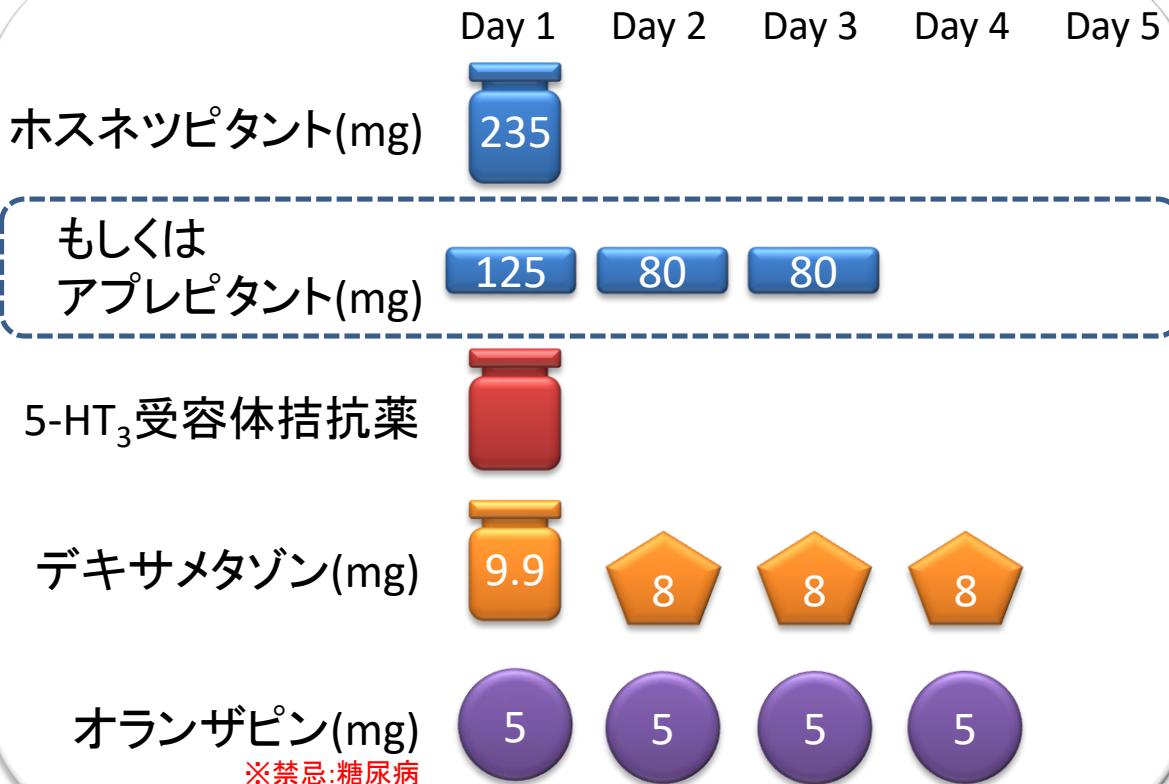
高度(催吐性)リスク (high emetic risk): 90 %を超える患者に発現する

中等度(催吐性)リスク (moderate emetic risk): 30-90 %の患者に発現する

軽度(催吐性)リスク (low emetic risk): 10-30 %の患者に発現する

最小度(催吐性)リスク (minimal emetic risk): 発現しても10 %未満である

高度催吐リスク(注射薬)



- オランザピンは5 mgで開始し、日中の眠気を軽減する目的で夕食後に投与する。糖尿病患者には禁忌である。国内臨床試験¹⁾において、75歳以上の後期高齢者への使用経験はない。
- オランザピンを用いない3剤併用療法を行う場合の5-HT₃受容体拮抗薬は、第2世代のパロノセトロンを選択することが望ましい。
- AC療法では、パロノセトロン使用下において2日目以降のデキサメタゾン投与を省略できる²⁾。
- ホスネツピタントは、小児を対象とした臨床試験が実施されていないため、小児へ使用する場合はアプレビタントもしくはホスアプレビタントを投与する。

中等度催吐リスク(注射薬)

	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5
5-HT ₃ 受容体拮抗薬					
デキサメタゾン(mg)		9.9 (6.6)	8	8	

中等度催吐リスク(CBDCA AUC \geq 4投与時またはCBDCA以外の抗がん薬において、2剤併用療法では十分制御できない場合)

	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5
ホスネツピタント(mg)	235				
もしくは アプレピタント(mg)		125	80	80	
5-HT ₃ 受容体拮抗薬					
デキサメタゾン(mg)		4.95 (3.3)	4	4	

- 2剤併用療法を行う場合の5-HT₃受容体拮抗薬はパロノセトロン注を用いる。パロノセトロン注を用いた場合は、2日目以降のデキサメタゾンは省略可能である。

軽度催吐リスク(注射薬)

Day 1 Day 2 Day 3 Day 4 Day 5

デキサメタゾン



6.6

(3.3)

もししくは
5-HT₃受容体拮抗薬



最小度催吐リスク(注射薬)

通常、予防的な制吐療法は推奨されない。

軽度・最小度催吐リスク(経口薬)

通常、予防的な制吐療法は推奨されない。

高度・中等度催吐リスク(経口薬)

5-HT₃受容体拮抗薬士副腎皮質ステロイド

注射抗がん薬の催吐性リスク分類

分類	薬剤、レジメン		
高度(催吐性)リスク high emetic risk (催吐頻度 >90%)	イホスファミド ($\geq 2,000 \text{ mg/m}^2/\text{回}$)	エピルビシン($\geq 90 \text{ mg/m}^2$)	シクロホスファミド ($\geq 1,500 \text{ mg/m}^2$)
	シスプラチニン	ストレプトゾシン	ドキソルビシン($\geq 60 \text{ mg/m}^2$)
	メルファラン($\geq 140 \text{ mg/m}^2$)	ダカルバジン	AC 療法
	EC 療法		
中等度(催吐性)リスク moderate emetic risk (催吐頻度 30~90%)	アクチノマイシンD	アザシチジン	アムルビシン
	アレムツズマブ	イダルビシン	イノツズマブ オゾガマイシン
	イホスファミド ($< 2,000 \text{ mg/m}^2/\text{回}$)	イリノテカン	イリノテカン リポソーム
	エノシタビン	エピルビシン	カルボプラチニン (AUC ≥ 4 で高度に準じる)
	オキサリプラチニン	三酸化ヒ素	クロファラビン
	シクロホスファミド ($< 1,500 \text{ mg/m}^2$)	シタラビン($> 1,000 \text{ mg/m}^2$)	ダウノルビシン
	チオテパ	テモゾロミド	ドキソルビシン($< 60 \text{ mg/m}^2$)
	トラベクテジン	トラスツズマブ デルクステカン	ネダプラチニン
	ピラルビシン	ベンダムスチン	ブスルファン
	ミリプラチニン	メトレキサート ($\geq 250 \text{ mg/m}^2$)	メルファラン($< 140 \text{ mg/m}^2$)
	ロミデプシン		
軽度(催吐性)リスク low emetic risk (催吐頻度 10~30%)	アテゾリズマブ	イサツキシマブ	エトポシド
	エリブリン	エロツズマブ	エンホルツマブ ベドチン
	カバジタキセル	カルフィルゾミブ	ゲムシタビン
	ゲムツズマブ	シタラビン($\leq 1,000 \text{ mg/m}^2$)	テムシロリムス
	オゾガマイシン		
	ドキソルビシン リポソーム	ドセタキセル	トラスツズマブ エムタンシン
	ニムスチン	ネシツムマブ	ネララビン
	ノギテカン	パクリタキセル	パクリタキセル アルブミン懸濁型
	ブリナツモマブ	フルオロウラシル	ブレンツキシマブ ベドチン
	ペメトレキセド	ペントスタチン	ボルテゾミブ
最小度(催吐性)リスク minimal emetic risk (催吐頻度 <10%)	マイトイシンC	ミトキサントロン	メトレキサート ($50 \sim 250 \text{ mg/m}^2$)
	モガムリズマブ	ラニムスチン	
	L-アスパラギナーゼ	アフリベルセプト ベータ	アベルマブ
	イピリムマブ	オビヌツズマブ	クラドリビン
	セツキシマブ	セツキシマブ サロタロカン	セミプリマブ
	ダラツムマブ	ダラツムマブ・ボルヒアルロ ニダーゼ アルファ	タラポルフィン
	トラスツズマブ	トレメリムマブ	デニロイキン ジフチトクス
	デュルバルマブ	ニボルマブ	パニツムマブ
	ビノレルビン	ビンクリスチン	ビンデシン
	ピンプラスチン	プララトレキサート	フルダラビン

経口抗がん薬の催吐性リスク分類

分類	薬剤		
高度(催吐性)リスク high emetic risk (催吐頻度 >90%)	プロカルバジン		
中等度(催吐性)リスク moderate emetic risk (催吐頻度 30~90%)	イマチニブ クリゾチニブ テモゾロミド ボスチニブ アキシチニブ アレクチニブ エトポシド エンコラフェニブ カボザンチニブ スニチニブ パゾパニブ ビニメチニブ フルダラビン ボリノstatt レゴラフェニブ	エストラムスチン シクロホスファミド ニラバリブ レンバチニブ アファチニブ イキサゾミブ エベロリムス カプマチニブ キザルチニブ ダブラフェニブ パルボシクリブ ブスルファン(<4mg/日) ベネトクラクス ラパチニブ S-1	オラパリブ セリチニブ ブスルファン(≥4mg/日) TAS-102 アベマシクリブ イブルチニブ エヌトレクチニブ カペシタбин サリドマイド ニロチニブ バンデタニブ フチバチニブ ポナチニブ レナリドミド UFT
軽度(催吐性)リスク low emetic risk (催吐頻度 10~30%)	アカラブルチニブ オシメルチニブ セルペルカチニブ ダコミチニブ チラブルチニブ トラメチニブ ヒドロキシ尿素 ブリグチニブ ポマリドミド メルファラン ロルラチニブ	アシミニブ ギルテリチニブ ソトラシブ ダサチニブ ツシジノstatt トレチノイン ピミテスピブ ベキサロテン メトレキサート ラロトレクチニブ	エルロチニブ ゲフィチニブ ソラフェニブ タゼメトstatt テポチニブ バレメトstatt フォロデシン ベムラフェニブ メルカプトプリン ルキソリチニブ
最小度(催吐性)リスク minimal emetic risk (催吐頻度 <10%)			

臓器がん別のレジメンの催吐性リスク分類

消化器がん

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	5-FU/CDDP±ペムブロリズマブ or ニボルマブ	食道がん
	5-FU/CDDP/DTX	食道がん
	S-1/CDDP±トラスツズマブ	胃がん, HER2陽性胃がん
	Cape/CDDP±トラスツズマブ	胃がん, HER2陽性胃がん
	FOLFOXIRI±ベバシズマブ	大腸がん
	FOLFIRINOX	膵がん
中等度リスク	GEM/CDDP±デュルバルマブ	胆道がん
	GEM/CDDP/S-1	胆道がん
	エンコラフェニブ/セツキシマブ±ビメチニブ	大腸がん
	FOLFIRI	大腸がん
	IRIS	大腸がん
	FOLFOX	大腸がん, 胃がん, 食道がん, 膵がん, 小腸がん
	FTD/TPI	大腸がん
	CAPOX±トラスツズマブ or ニボルマブ	胃がん, HER2陽性胃がん, 大腸がん
	SOX±トラスツズマブ or ニボルマブ	胃がん, HER2陽性胃がん, 大腸がん
	T-DXd	HER2陽性胃がん
軽度リスク	GS	膵がん
	Nal-IRI/FL	膵がん
	GEM/nab-PTX	膵がん
	CPT-11	胃がん, 大腸がん
	イマチニブ	消化管間葉系腫瘍
	5-FU/-LV	大腸がん, 胃がん
	MTX/5-FU	胃がん
	GEM	膵がん, 胆道がん
	PTX	胃がん
	nab-PTX	胃がん

DTX
経口フッ化ピリミジン
(S-1, UFT, カペシタビンなど)
スニチニブ

消化管間葉系腫瘍
消化管間質腫瘍
膵神経内分泌腫瘍

婦人科がん

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	AP(ADR/CDDP)	子宮体がん
	CPT-11/CDDP	卵巣がん, 子宮頸がん
	CDDP+RT	子宮頸がん
	TP(PTX/CDDP)	卵巣がん
	DP(DTX/CDDP)	子宮体がん
中等度リスク	TC(PTX/CBDCA)±ペムブロリズマブ, ベバシズマブ	卵巣がん
	DC(DTX/CBDCA)	卵巣がん
	GC(GEM/CBDCA)	卵巣がん
	LP(レンバチニブ/ペムブロリズマブ)	子宮体がん
	PLDC(ドキソルビシンリポソーム/CBDCA)	卵巣がん
軽度リスク	ドキソルビシンリポソーム	卵巣がん
	ノギテカン(トポテカン)	卵巣がん
	GEM	卵巣がん

肺癌

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	CDDP/CPT-11	小細胞肺がん,非小細胞肺がん
	CDDP/S-1	非小細胞肺がん
	CDDP/ETP	小細胞肺がん
	CDDP/GEM	非小細胞肺がん
	CDDP/VNR	非小細胞肺がん
	CDDP/DTX	非小細胞肺がん
中等度リスク	CDDP/ペメトレキセド	非小細胞肺がん
	CBDCA/ETP	小細胞肺がん
	CBDCA/PTX	非小細胞肺がん
	CBDCA/nab-PTX	非小細胞肺がん
	CBDCA/S-1	非小細胞肺がん
	CBDCA/ペメトレキセド	非小細胞肺がん
	T-DXd	HER2変異陽性の非小細胞肺がん
	アムルビシン	小細胞肺がん,非小細胞肺がん
	クリゾチニブ	非小細胞肺がん
軽度リスク	ノギテカン(トポテカン)	小細胞肺がん
	DTX	非小細胞肺がん
	GEM	非小細胞肺がん
	S-1	非小細胞肺がん
	UFT	肺がん
	ペメトレキセド	非小細胞肺がん
	アテゾリズマブ	非小細胞肺がん,小細胞肺がん
	アファチニブ	非小細胞肺がん
	アレクチニブ	非小細胞肺がん

※ベバシズマブ、アテゾリズマブ、デュルバルマブ、ペムブロリズマブ、ニボルマブ、イピリムマブなど軽度・最小度催吐性リスク抗がん薬を併用する場合においては、併用するレジメンの催吐性リスクにしたがって悪心、嘔吐対策を行う。

乳がん

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	AC±ペムブロリズマブ	乳がん,高リスク早期トリプルネガティブ乳がん
	EC±ペムブロリズマブ	乳がん,高リスク早期トリプルネガティブ乳がん
	FEC	乳がん
	TAC	乳がん
中等度リスク	TC(DTX/CPA)	乳がん
	T-DXd	HER2陽性の手術不能/再発乳がん
	CBDCA/PTX+ペムブロリズマブ	高リスク早期トリプルネガティブ乳がん
	CBDCA/GEM+ペムブロリズマブ	進行再発トリプルネガティブ乳がん
	CMF	乳がん
	CPT-11	手術不能/再発乳がん
軽度リスク	DTX	乳がん
	PTX±ペムブロリズマブ or ベバシズマブ	乳がん
	経口フッ化ピリミジン (UFT, S-1, カペシタビンなど)	乳がん
	GEM	手術不能/再発乳がん
	nab-PTX±アテゾリズマブ	乳がん
	エリブリン	手術不能/再発乳がん
	エベロリムス (エキセメスタンと併用)	手術不能/再発乳がん

造血器悪性腫瘍

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	ESHAP	悪性リンパ腫
	ABVd	悪性リンパ腫
	BV/AVD	悪性リンパ腫
	CHOP	悪性リンパ腫
	BV/CHP	悪性リンパ腫
	Pola/R/CHP	悪性リンパ腫
	EPOCH	悪性リンパ腫
	Hyper-CVAD/MA	悪性リンパ腫
	GDP	悪性リンパ腫
	DeVIC*	悪性リンパ腫
	ICE*	悪性リンパ腫
	CPA ($\geq 1,500 \text{ mg/m}^2$)	悪性リンパ腫
	DNR/Ara-C*	急性白血病
	IDR/Ara-C*	急性白血病
	VCP	悪性リンパ腫
中等度リスク	R/Pola/BEN	悪性リンパ腫
	R/BEN	悪性リンパ腫
	オビヌツズマブ/BEN	悪性リンパ腫
	AZA/ベネトクラクス	急性骨髓性白血病
	CPT-11	悪性リンパ腫
	CPA ($< 1,500 \text{ mg/m}^2$)	悪性リンパ腫
	イマチニブ	慢性骨髓性白血病
		Ph陽性急性リンパ性白血病
	三酸化ヒ素	急性前骨髓性白血病
	MTX	急性白血病, 悪性リンパ腫
軽度リスク	ベンダムスチン	悪性リンパ腫
	AZA	骨髄異形成症候群
	MP	多発性骨髓腫
	CAG	急性白血病, 骨髄異形成症候群
	ブルファン	慢性骨髓性白血病, 真性多血症
	ボルテゾミブ	多発性骨髓腫
	ニロチニブ	慢性骨髓性白血病
	ポリノスタット	皮膚T細胞性リンパ腫
高度リスク	BD	多発性骨髓腫
	MPB	多発性骨髓腫

*DeVIC, ICE, DNR-AraC, IDR-Ara-Cの4レジメンは
2023年版日本癌治療学会のガイドラインでは中等度リスクに分類されているが、当院では高度リスクに分類し、制吐療法を行う。

脳腫瘍

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	ACNU	神経膠腫
	PAV	神経膠腫
中等度リスク	テモゾロミド	神経膠腫

皮膚がん

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	DTIC	悪性黒色腫
	CA	有棘細胞がん
中等度リスク	FP	有棘細胞がん
	CBDCA/PTX	悪性黒色腫
軽度リスク	CPT-11	非メラノーマ
	TXT	非メラノーマ
	ベムラフェニブ	メラノーマ

骨軟部腫瘍

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	CDDP/DXR	骨腫瘍
	BCD/HD-MTX	骨腫瘍
	CDDP/DXR/HD-MTX	骨腫瘍
	VDC/IE 交替療法	骨腫瘍
	VACA	骨腫瘍
	VAIA	骨腫瘍
	VACA/IE	骨腫瘍
	CYVADIC	骨軟部腫瘍
	MAID	骨軟部腫瘍
	DXR/IFM	骨軟部腫瘍
中等度リスク	VAC	骨軟部腫瘍
	HD-MTX	骨腫瘍
	BCD	骨腫瘍
軽度リスク	IFM/ETP	骨軟部腫瘍
	トラベクテジン	悪性軟部腫瘍
パゾパニブ		悪性軟部腫瘍

頭頸部がん

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	CDDP	頭頸部がん
	DTX/CDDP/5-FU	頭頸部がん
	5-FU/CDDP±Pembrolizumab	頭頸部がん
	5-FU/CDDP/セツキシマブ	頭頸部がん
中等度リスク	CBDCA	頭頸部がん
	PTX/CBDCA/セツキシマブ	頭頸部がん
	CBDCA/5-FU±Pembrolizumab	頭頸部がん
	5-FU/CBDCA/セツキシマブ	頭頸部がん
軽度リスク	DTX	頭頸部がん
	PTX±セツキシマブ	頭頸部がん

泌尿器科がん

精巣・性腺外胚細胞腫瘍

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	BEP	精巣・性腺外胚細胞腫瘍
	EP	精巣・性腺外胚細胞腫瘍
	VIP	精巣・性腺外胚細胞腫瘍
	GEM/CDDP	膀胱がん
	MVAC	膀胱がん
	VeIP	精巣・性腺外胚細胞腫瘍
	TIP	精巣・性腺外胚細胞腫瘍
中等度リスク	GEMOX	精巣・性腺外胚細胞腫瘍
	IFN α -2b	腎がん
軽度リスク	DTX	前立腺がん
	カバジタキセル	前立腺がん
	スニチニブ	腎がん
	アキシチニブ	腎がん
	パゾパニブ	腎がん
	エベロリムス	腎がん

原発不明がん

リスク	レジメン	対象疾患
高度リスク	iv-ip PXL/ip CDDP	腹膜腺がん
	DTX/CDDP/5-FU	原発不明扁平上皮がん
	CDDP/5-FU	原発不明扁平上皮がん
	CDDP/GEM	原発不明腺がん
	CDDP/ETOP	原発不明神経内分泌腫瘍 (未分化がん・小細胞がん)
	CDDP/CPT-11	原発不明神経内分泌腫瘍 (未分化がん・小細胞がん)
中等度リスク	PXL/CBDCA	腹膜腺がん・原発不明腺がん
	DTX/CBDCA	腹膜腺がん
	DTX/GEM	原発不明腺がん
	FOLFOX	原発不明腺がん・扁平上皮がん
	CAPOX	原発不明腺がん
	CBDCA/ETOP	原発不明神経内分泌腫瘍 (未分化がん・小細胞がん)

院内外採用の制吐薬一覧

分類	薬剤名	商品名	用法・用量	副作用・注意点
副腎皮質 ステロイド	デキサメタゾン	デキサート注 デカドロン錠	1日3.3～16.5 mgを1～2回 1日4～20 mgを1～2回	CYP3A4を阻害する薬剤との併用は注意が必要 【副作用】不眠、一過性の高血糖、胃粘膜障害等
	グラニセトロン	グラニセトロン注	当院採用は3 mg規格のみ。 成人では1日1本。 医薬品添付文書上は 0.04 mg/kg	【副作用】便秘、頭痛があり、特に便秘自体が恶心を誘発することがあるため、便秘対策も必要(NK1受容体拮抗薬も同様)
5-HT ₃ 受容体 拮抗薬	ラモセトロン	ナゼアOD錠	1日1回0.1 mg	
	パロノセトロン	パロノセトロン注	1日1回0.75 mg	
	アプレピタント	イメンドカプセル	1日目125 mg、2日目以降 は80 mgを1日1回投与	CYP2C9で代謝される薬剤(ワルファリン、セレコキシブ等)の血中濃度を低下させる。
NK ₁ 受容体 拮抗薬	ホスアプレピタント	プロイメント注	1日1回150 mg	【副作用】ホスアプレピタントで注射部位障害
	ホスネツピタント	アロカリス注	1日1回235 mg	Child-Pugh分類で中等度(7～9点)の場合、ホスネツピタントの血中濃度が増加する恐れがあるため、使用は避ける。 小児患者に対しては、適応外となるため他のNK ₁ 受容体拮抗薬を使用する。
	ドンペリドン	ドンペリドン錠 ナウゼリン坐剤	10 mgを1日3回食前 60 mgを1日2回	制酸薬との併用により、吸収低下に伴う血中濃度低下がみられる。
ドパミン(D ₂) 受容体 拮抗薬	メトクロプラミド	メトクロプラミド注 メトクロプラミド錠	10 mgを1日1～2回筋注 または静注 1日10～30 mgを2～3回に分割して食前投与	【副作用】錐体外路症状
	適外	プロクロルペラジン	ノバミン錠	1日5～20 mgを1～4回
	クロルプロマジン	コントミン錠 コントミン筋注	1日25～75 mgを2～3回に分割して投与 10～50 mgを筋注	【副作用】錐体外路症状
適外	ハロペリドール	ハロペリドール注 ハロペリドール錠・液	0.5～2 mgを4～6時間ごとに静注 0.5～2 mgを4～6時間ごとに投与	【禁忌】パーキンソン病
	リスペリドン	リスペリドンOD錠 リスペリドン内用液	1.0～1.5 mgを1日1回睡前に経口投与	【禁忌】パーキンソン病
多元受容体 標的化 抗精神病薬	オランザピン	ジプレキサ錠 ジプレキササイディス錠	1日1回 5 mg(6日分まで)	【禁忌】糖尿病 【副作用】眠気、めまい
ベンゾジアゼピン系 抗不安薬	適外	ロラゼパム	ロラゼパム錠	0.5 mg～1.0 mgを治療前夜と当日朝(治療の1～2時間前まで)
	適外	アルプラゾラム	アルプラゾラム錠	0.4 mg～0.8 mgを治療前夜と当日朝(治療の1～3時間前まで)
ヒスタミンH ₁ 受容体 拮抗薬	適外	クロルフェニラミン	ポララミン注	1日1回5 mgを皮下注、筋注、静注 【禁忌】前立腺肥大症、閉塞隅角 緑内障

適外：適応外使用、臨時：臨時購入薬

悪心・嘔吐の客観的な評価

用語	Grade1	Grade2	Grade3	Grade4	Grade5
悪心	摂食習慣に影響のない食欲低下	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	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	—	—
嘔吐	治療を要さない	外来での静脈内輸液を要する；内科的治療を要する	経管栄養/TPN/入院を要する	生命を脅かす	死亡

CTCAE ver.5

悪心・嘔吐の主観的な評価

- Visual Analogue Scale (VAS) : 症状の強さについて100mmの線上に記載してもらうもので、簡便で短時間であるが、口頭や電話での評価では用いることができない。VASは、がん薬物療法の悪心を評価する尺度として国際的にコンセンサスが得られており、グローバルスタンダードとして推奨される尺度である³⁻⁵⁾。



まったく吐き気(嘔吐)がない

予期されるなかで最も吐き気(嘔吐)が強い

- Numerical Rating Scale (NRS) : 想像できる最悪の症状を10、症状がない状態を0として、現在は何点か答えてもらうもの³⁾。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Categorial Rating Scale : 4段階のLikert Scaleが使用されることが多い⁴⁾。

なし 軽度 中等度 高度

- Face Scale : 言葉で症状の強さを表現する代わりに人間の表情で示したもので、小児で頻用され、6段階で表したWong-Baker Face Scaleが最も良く使用される⁶⁾。



制吐療法の効果を低下させる患者関連因子

- ① 若年
- ② 女性
- ③ 飲酒習慣なし
- ④ 乗り物酔いの経験がある
- ⑤ 妊娠悪阻の経験がある

- 上記の患者関連因子を有する患者では、抗がん薬の催吐性リスクに基づく制吐療法では十分な制吐効果が得られない可能性がある。従って、作用機序の異なる制吐薬の追加等により制吐療法の強化を検討する必要がある。
- NCCNガイドライン2023 ver.2では、制吐療法の選択は抗がん薬の催吐性リスクと患者関連因子の状況に基づいて行うこととされており、上記因子に加えて、前治療サイクルにおける恶心・嘔吐の経験、強い不安、恶心の発現が高く予想されることが挙げられている。

引用文献

1. Hashimoto H, et al. Olanzapine 5 mg plus standard antiemetic therapy for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (J-FORCE): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2020;21:242-249.
2. Ito Y, et al. Placebo-Controlled, Double-Blinded Phase III Study Comparing Dexamethasone on Day 1 With Dexamethasone on Days 1 to 3 With Combined Neurokinin-1 Receptor Antagonist and Palonosetron in High-Emetogenic Chemotherapy. J Clin Oncol. 2018;36:1000-1006.
3. Hawker GA, et al. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Suppl 11:S240-52.
4. Hesketh PJ, et al. Methodology of antiemetic trials: response assessment, evaluation of new agents and definition of chemotherapy emetogenicity. Support Care Cancer. 1998;6:221-7.
5. Collins SL, et al. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? Pain. 1997;72:95-7.
6. Hockenberry MJ et al, Wong's Essentials of Pediatric Nursing 7th ed. St Lousis, Mosby, 2005. p.1259.

秋田大学医学部附属病院
制吐薬使用ガイドラインワーキンググループ

腫瘍内科： 柴田 浩行

腫瘍内科： 福田 耕二

血液内科： 亀岡 吉弘

小児科： 矢野 道広

乳腺・内分泌外科： 高橋 絵梨子

看護部： 今野 麻衣子

薬剤部： 藤田 一馬

薬剤部： 福司 弥生

2011年 3月 第1版

2013年 5月改訂 第2版

2017年12月改訂 第3版

2024年 3月改訂 第4版