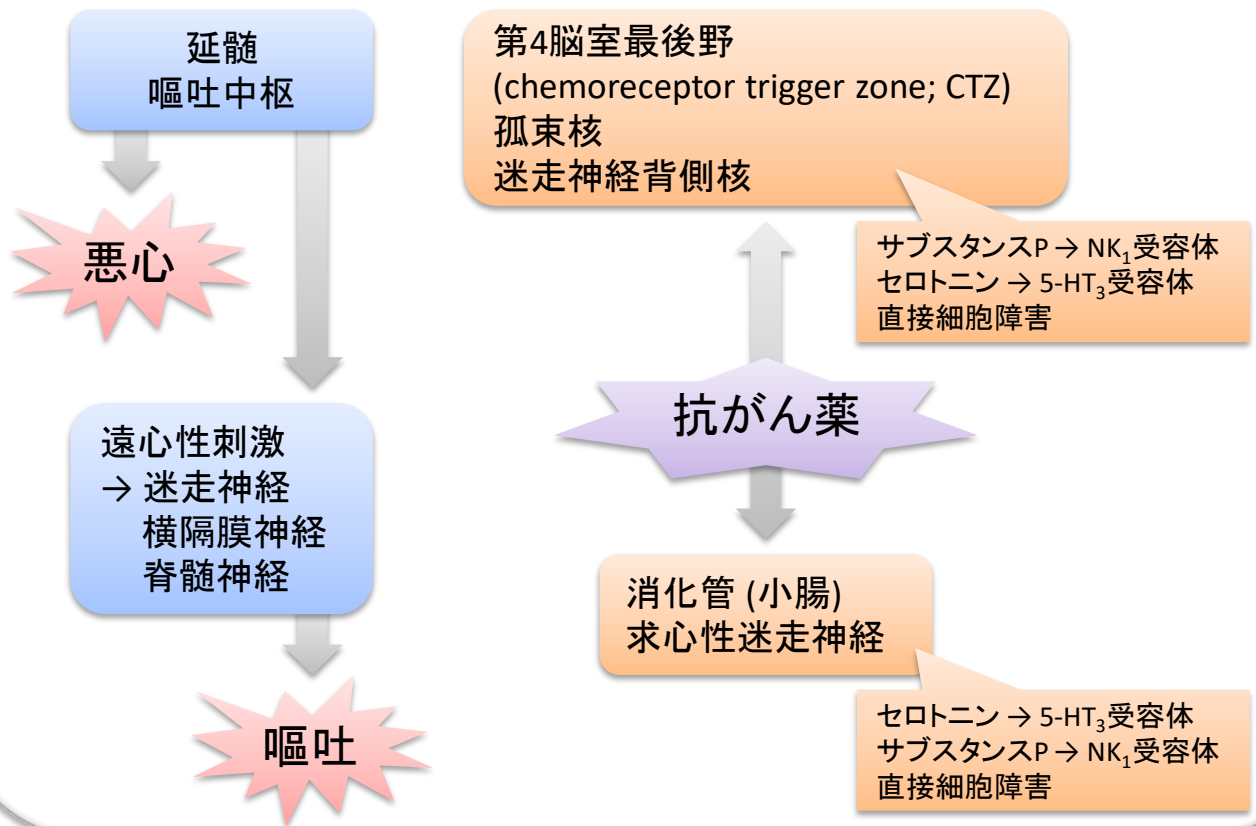


# 秋田大学医学部附属病院 制吐薬使用ガイドライン

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)









	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 <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) ※禁忌:糖尿病	 5	 5	 5	 5	

- 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<sup>1)</sup>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-HT<sub>3</sub>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<sup>2)</sup>。
- 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ピタントもしくはホスアプレピタントを投与する。

## 中等度催吐リスク (注射薬)

	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5
5-HT <sub>3</sub> 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 <sub>3</sub> 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-HT<sub>3</sub>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				
もしくは	(3.3)				
5-HT <sub>3</sub> 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-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬±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 ( $\geq 1,500 \text{ mg/m}^2$ )
	シスプラチン	ストレプトゾシン	ドキシソルビン ( $\geq 60 \text{ mg/m}^2$ )
	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	アムルビン
	アレムツズマブ	イダルビン	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	エピルビン	カルボプラチン ( $\text{AUC} \geq 4$ で高度に準じる)
	オキサリプラチン	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 ( $> 1,000 \text{ mg/m}^2$ )	ダウノルビン
	チオテパ	テモゾロミド	ドキシソルビン ( $< 60 \text{ mg/m}^2$ )
	トラベクテジン	トラスツズマブ デルクステカン	ネダプラチン
	ピラルビン	ベンダムスチン	ブスルファン
	ミリプラチン	メトレキサート ( $\geq 250 \text{ mg/m}^2$ )	メルファラン ( $< 140 \text{ mg/m}^2$ )
軽度(催吐性)リスク low emetic risk (催吐頻度 10~30%)	ロミデプシン		
	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		
	ドキシソルビン 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	ネシツマブ	ネララビン
	ノゲテカン	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
	マイトマイシンC	ミトキサントロン	メトレキサート ( $50 \sim 250 \text{ mg/m}^2$ )
最小度(催吐性)リスク minimal emetic risk (催吐頻度 <10%)	モガムリズマブ	ラニムスチン	
	レアスパラギナーゼ	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	センプリマブ
	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	タラポルフイン
	トラスツズマブ	トレメリマブ	デニロイキン ジフチトクス
	デュルバルマブ	ニボルマブ	パニツマブ
	ビノレルビン	ビンクリスチン	ビンデシン
	ビンブラスチン	プララトレキサート	フルダラビン
	ブレオマイシン	ペバシズマブ	ペプロマイシン
	ペムブロリズマブ	ペルツズマブ	ポラツズマブ ベドチン
	メトレキサート ( $\leq 50 \text{ mg/m}^2$ )	ラムシルマブ	リツキシマブ

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

# 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
	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
軽度リスク	5-FU/rl-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	胃がん,食道がん
	経口フツ化ピリミジン (S-1, UFT, カペシタビンなど)	胃がん,大腸がん
		膵がん,胆道がん
	スニチニブ	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(ドキシソルビシン リポソーム/CBDCA)	卵巣がん
軽度リスク	ドキシソルビシン 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/GPT-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
	CDDP/ペメトレキセド	非小細胞肺がん
中等度リスク	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
軽度リスク	クリゾチニブ	非小細胞肺がん
	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
	アフアチニブ	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
軽度リスク	CPT-11	手術不能/再発乳がん
	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	手術不能/再発乳がん
	(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(≥1,500 mg/m2)	悪性リンパ腫
	DNR/Ara-C※	急性白血病
	IDR/Ara-C※	急性白血病
中等度リスク	VCP	悪性リンパ腫
	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	急性骨髄性白血病
	CPT-11	悪性リンパ腫
	CPA(<1,500 mg/m2)	悪性リンパ腫
	イマチニブ	慢性骨髄性白血病 Ph 陽性急性リンパ性白血病
	三酸化ヒ素	急性前骨髄性白血病
	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	多発性骨髄腫
	CAG	急性白血病, 骨髄異形性症候群
	ブスルファン	慢性骨髄性白血病, 真性多血症
	ボルテゾミブ	多発性骨髄腫
	ニロチニブ	慢性骨髄性白血病
	ボリノスタット	皮膚T細胞性リンパ腫
	BD	多発性骨髄腫
	MPB	多発性骨髄腫

※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
	FP	有棘細胞がん
中等度リスク	CBDCA/PTX	悪性黒色腫
	CPT-11	非メラノーマ
軽度リスク	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
	VAC	骨軟部腫瘍
中等度リスク	HD-MTX	骨腫瘍
	BCD	骨腫瘍
	IFM/ETP	骨軟部腫瘍
軽度リスク	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
軽度リスク	IFN $\alpha$ -2b	腎がん
	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	1日3.3～16.5 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
		デカドロン錠	1日4～20 mgを1～2回	
5-HT <sub>3</sub> 受容体 拮抗薬	グラニセトン	グラニセトン注	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 秘自体が悪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)
	ラモセトン	ナゼアOD錠	1日1回0.1 mg	
	パロノセトン	パロノセトン注	1日1回0.75 mg	
NK <sub>1</sub> 受容体 拮抗薬	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。 【副作用】ホスアプレピタントで注射部 位障害 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 <sub>1</sub> 受容体拮抗薬を使用する。
	臨時 ホスアプレピタント	プロイメンド注	1日1回150 mg	
	ホスネツピタント	アロカリス注	1日1回235 mg	
ドパミン(D <sub>2</sub> ) 受容体 拮抗薬	ドンペリドン	ドンペリドン錠	10 mgを1日3回食前	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。
		ナウゼリン坐剤	60 mgを1日2回	
	メクロプラミド	メクロプラミド注	10 mgを1日1～2回筋注 または静注	【副作用】錐体外路症状
		メクロプラミド錠	1日10～30 mgを2～3回に 分割して食前投与	
	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	【副作用】錐体外路症状
	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	
	適外 ハロペリドール	ハロペリドール注	0.5～2 mgを4～6時間ごと に静注	【禁忌】パーキンソン病
		ハロペリドール錠・液	0.5～2 mgを4～6時間ごと に投与	【禁忌】パーキンソン病
	適外 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回眠前 に経口投与	
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 ジプレキサザイデイス錠	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	0.4mg～0.8mg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 <sub>1</sub> 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

## 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の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<sup>3-5)</sup>。

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<sup>3)</sup>。

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

・Categorical Rating Scale : 4段階のLikert Scaleが使用されることが多い<sup>4)</sup>。

☐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<sup>6)</sup>。

## 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悪心・嘔吐の経験、強い不安、悪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* 7<sup>th</sup> ed. St Louis, 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