

がん薬物・様式-4

記 載 例

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

薬剤管理指導症例数 50 例 (がん種 _____)

がん患者への薬剤管理指導実績の要約

申請者自身が携わったがん患者への薬剤管理指導の実績として、厳選した50症例を下記の様式に記載し提出して下さい。

当該実績の要約の記載にあたり、次の点にご留意下さい。

- 1) 症例は、がん種ごとに並べて記載してください。緩和ケア症例もまとめて記載してください。
- 2) 症例ごとに、患者の年齢・性別、がん種(TMN/Stage)、治療内容(化学療法又は緩和ケア)、入院期間(日数)及び指導内容の要約を記入して下さい。
- 3) 治療内容には、化学療法の場合、レジメン名を記載し、レジメンを構成する抗がん薬の名称と標準用量を()に記載して下さい。なお、同じレジメン症例の場合、1症例目に記載し、2症例目以降は、レジメン名のみを記載して下さい。
- 4) 薬剤管理指導業務内容の要約には、薬剤師としての薬学的介入とその成果(副作用管理、処方提案やチーム医療への関わりなど)を具体的かつ簡潔にまとめ記載して下さい。
- 5) 1症例 600字(30字×20行)程度、1ページあたり2症例を目安に記載して下さい。
- 6) 明らかな誤字脱字、変換ミスは、減点対象とします。
- 7) 患者個人が特定されないよう配慮し、また、広く使用されている用語を使用した上で、パソコンにて当該要約を作成して下さい(手書きによるものは、受け付けいたしません)。
- 8) 本様式の最終頁に、所属長による50症例分の要約への関わり合いの証明を受けて下さい。

症例 (1)	年齢・性別	40 歳・男性
	がん種 (TNM/Stage)	精巣腫瘍 (StageIV)
	治療内容	化学療法レジメン：BEP 療法 (BLM:30mg/body, CDDP:20mg/m2, VP-16:100mg/m2) 緩和
	入院期間	168 日間
	薬剤管理指導業務 内容の要約	高位精巣摘出術後、BEP (BLM+VP-16 +CDDP) 療法が開始となった。治療開始前に、腎、肝、肺機能、骨髄機能を確認し投与量の調節の必要性を医師と確認したが、特に投与量の調節の必要はないと考えられた。CDDP、VP-16 が含まれているため、支持療法として ASCO2006 制吐剤のガイドラインを参考にし、5HT3 受容体拮抗薬+デキサメタゾン 20mg を制吐剤として推奨した。治療開始 3 日目の検査値を確認したところ、血清 K 値が 6.5mmol/L, 尿酸値が 8.4mg/dL と高値を示しており、BEP 療法開始前の腫瘍が大きい点も考慮すると、腫瘍融解壊症候群を起しかけていることが考えられたため、医師に確認し、アロプリノールの必要性を確認し開始となり、尿量の確保に対し必要な輸液量とその際に使用する輸液は、カリウムの含まれない開始液を用いることとなった。その後は、腎障害の予防と骨髄抑制を重要な観察ポイントとし薬剤管理を行った。Dose-intensity の維持も考慮し、G-CSF 製剤の予防投与を行う必要性を確認し予防投与を実施した。4 コースを通し投与スケジュールの逸脱、減量はなく Relative-dose-intensity は全ての薬剤で 1.00 を得ることができた。予定通り治療を行え、骨髄機能の回復を待ち退院となった。

症例 (2)	年齢・性別	61 歳・男性
	がん種 (TNM/Stage)	肺がん (Stage II)
	治療内容	化学療法レジメン：CDDP+DOC 療法 (CDDP : 60mg/m2, DOC:60mg/m2), 緩和
	入院期間	68 日間
	薬剤管理指導業務 内容の要約	肺がん術後再発にて、放射線化学療法目的にて入院。入院時に、胸部の痛みがあり、NSAIDs では取りきれない痛みがあり、オキシコンチン 10mg/日で開始となった。痛みの程度は 6/10→3/10 程度と軽減しているが、次の服用直前が痛くなることから、12 時間服用から 8 時間服用の方法と、1 日 2 回で 1 回量を 10mg へ増やす方法を医師と相談した結果 1 日 3 回へ増やすことで end-of-pain failure への対処を行い、不十分であれば、1 日量を増やす方法を選択する方針に決定した。変更後は、嘔気などの副作用もなく、痛みも軽減し疼痛コントロールは良好となった。疼痛もコントロールでき、DOC+CDDP 併用の放射線化学療法が開始となった。制吐剤は、CDDP を使用していることもあり、5HT3 受容体拮抗薬+デキサメタゾン 8mg で対処しているが、完全には抑えきれず、食後の嘔気もあることから、ナウゼリンの食前服用を医師提言し、追加となり、食後の嘔気は軽減した。1 コース目の骨髄抑制は、全て Grade1 以内を推移していたが、2 コース目後の骨髄抑制は、1 コース目の Nadir の日より早い時期に Grade3 の白血球、血小板減少が起り、感染症が疑われ、FN が危惧されたため、FN に対する治療薬を医師と協議し、G-CSF 製剤、抗生剤、抗真菌薬が開始となった。感染症も重篤化することなく、感染治療開始後 1 週間で白血球も回復し、熱も平熱へ戻った。その後は、スケジュール通りに放射線治療も終了し、退院となった。

症例 (3)	年齢・性別	84 歳・男性
	がん種 (TNM/Stage)	Diffuse large B-cell lymphoma : DLBCL (stage IVA)
	治療内容	<u>化学療法</u> レジメン : Rit+dose-adjusted Epoch 療法 (Rit 375mg/m ² day1, VCR 0.4mg/m ² day1-4, ADM 10mg/m ² day1-4, CPA 750mg/m ² day5, PSL 60mg/m ² day1-5 q2wks), 緩和
	入院期間	110 日間
	薬剤管理指導業務 内容の要約	再発 DLBCL に対し、化学療法目的にて入院。Rit+dose-adjusted Epoch 療法を 3 コース施行。プロトコル毎に投与量・投与間隔等レジメンチェックを行い、前日までに副作用歴・既往歴・持参薬確認（初回のみ）、薬剤情報の提供と注意すべき副作用とその予防・対策、治療プロトコル等について説明を行った。レジメンチェック時、PSL 処方のもれに気づき、処方を依頼した。さらに高齢の為、PSL の tapering を医師に提案し行うこととなり、これについても患者に説明。感染症合併し、AMK 投与を行うこととなったが、腎機能が低下していたため、(Cre 0.93mg/dl、推定 CCr 46ml/min) 医師より投与設計の依頼があり、シミュレーションを行い適切と思われる AMK 投与法を提案した。提案通りの投与法で投与を行ったが、特に副作用は認められなかった。患者に対しては、副作用（第八脳神経障害、腎障害）等の説明を行った。治療効果は good PR であったが、その後原因不明の発熱が持続。化学療法を中止し原因検索と感染症治療を行ったが、傾眠傾向出現し CNS 再発が疑われ、画像検査もそれを示唆する所見であった。その後昏睡状態となり、死亡退院。

症例 (4)	年齢・性別	46 歳・男性
	がん種 (TNM/Stage)	gastric cancer (T3N2M1/stageIV)
	治療内容	<u>化学療法</u> レジメン : PTX 療法 (PTX 80mg/m ² day1, 8, 15 q4wks), 緩和
	入院期間	23 日間
	薬剤管理指導業務 内容の要約	残胃癌に対する一次治療中の増悪に対し、二次治療導入目的にて入院。水腎症に対し尿管ステント挿入している。Weekly PTX 療法を行うこととなり、投与量・投与間隔、予防投薬等レジメンチェックを行い、前日までに副作用歴・既往歴・持参薬確認、薬剤情報の提供と注意すべき副作用とその予防・対策、アルコール可否、治療プロトコル等について説明を行った。 レジメンチェックの際、カルテ記載の投与量と確認計算による投与量は一致したが、オーダー上の入力投与量は異なっていた。入力時のミスと考え、主治医に問い合わせ、オーダーの入力ミスであったため、修正となった。 疼痛緩和に対して麻薬を使用することとなったが、前述の通り腎機能に問題ある為、フェンタニル持続皮下注での導入とその後のオピオイドローテーションを提案、投与開始となった。医療用麻薬の作用・副作用と対策、用法用量、退薬症候等説明を行った。その後、フェンタニルパッチへ切替えとなり、切替え時の用量、レスキュー等確認し、患者にレスキューの使用法及びタイミング等について説明を行った。その後、通院治療となり退院。

症例 (5)	年齢・性別	55 歳・女性
	がん種 (TNM/Stage)	Gastrointestinal stromal tumor : GIST
	治療内容	化学療法 レジメン : Imatinib 療法 (Imatinib 400mg/body/day), 緩和
	入院期間	47 日間
	薬剤管理指導業務 内容の要約	<p>切除不能 GIST に対し、imatinib 導入目的にて婦人科より紹介となる。前日までに副作用歴・既往歴・持参薬確認及び投与量等レジメンチェックを行い、薬剤情報の提供と注意すべき副作用とその予防・対策、治療プロトコール等について説明を行った。また、治療前よりがん性疼痛緩和の為、リン酸コデイン錠 60mg/day で開始した。その後 120mg/day に増量し、疼痛コントロール良好となった。この間、医療用麻薬の作用・副作用と対策、用法用量、退薬症候、レスキューの使用タイミングと使用法等説明を行った。</p> <p>治療開始後、LDH・Cre・UA 等の値が急激に上昇した為、mass が巨大であったことと考え合わせ、tumor lysis syndrome の可能性があると考えられ、輸液の増量による利尿及び炭酸水素ナトリウム注による尿のアルカリ化及び尿 pH の確認等を主治医に提案し、開始となった。必要に応じた利尿剤の投与についても提案した。上記内容について患者にも説明を行った。</p> <p>浮腫が起りやすいことを当初より説明していたが、投与後しばらくして下肢のむくみを訴えたため、主治医に報告し、一時休薬となった。休薬後回復した為、再開し、経過良好であったので、その後退院となった。</p>

症例 (50)	年齢・性別	69 歳・男性
	がん種 (TNM/Stage)	GIST
	治療内容	化学療法 レジメン : Sunitinib 療法 (Sunitinib 50mg/body/day 4 週間投与 2 週間休薬), 緩和
	入院期間	21 日間
	薬剤管理指導業務 内容の要約	<p>GIST に対し imatinib 投与を行っていたが PD となり、二次治療として sunitinib 導入目的で入院。投与量・投与間隔等レジメンチェックを行い、前日までに副作用歴・既往歴・持参薬確認、薬剤情報の提供と注意すべき副作用とその予防・対策、治療プロトコール等について説明を行った。BP 上昇の可能性ある為、自宅での BP 測定を勧めた。Imatinib 内服中より軽度皮膚症状あり。</p> <p>内服開始直後から BP 上昇 (grade2)、hand foot syndrome (HFS) (grade1) が認められ、主治医からの問い合わせに対し、カンデサルタン錠 4mg/day、20%尿素軟膏、VB1・VB6・VB12 配合 cap の内服を提案し、処方開始となった。HFS はその後著変なく経過したが、BP は依然高値であった為、カンデサルタン錠 8mg/day への増量を提案した。この結果 grade3 となり DAY22 で休薬となった為、退院となった。また主治医と相談の上、外来での 2 コース目の投薬量を 1 段階減量して再開することとした。他の有害事象は WBC 減少 (grade1)、Plt 減少 (grade1)、悪心 (grade1) と、特に問題は認められなかった。</p> <p>その後、外来治療中に再び BP 上昇が認められた為、ベニジピン錠 4mg/day の追加処方を提案した。その後、BP は安定し外来治療継続中である。</p>