

～ゼローダ処方チェックポイント～

①レジメンの確認

⇒当日点滴抗がん剤の投与がある場合、病院薬剤師の介入があります。

②レジメンに応じた適正使用の確認

・体表面積→患者へ身長・体重を確認して計算して下さい。

カペシタビン A 法 (3 投 1 休)

体表面積	初回基準量
1.31㎡未満	1800mg(6錠)/日
1.31㎡以上～1.64㎡未満	2400mg(8錠)/日
1.64㎡以上	3000mg(10錠)/日

カペシタビン B 法 (2 投 1 休)

体表面積	初回基準量
1.25㎡未満	3000mg(10錠)/日
1.33㎡以上～1.57㎡未満	3600mg(12錠)/日
1.57㎡以上～1.81㎡未満	4200mg(14錠)/日
1.81㎡以上	4800mg(16錠)/日

XELIRI (2 投 1 休)

体表面積	初回基準量
1.31㎡未満	900mg(3錠)/日
1.31㎡以上～1.69㎡未満	1200mg(4錠)/日
1.69㎡以上～2.07㎡未満	1500mg(5錠)/日
2.07㎡以上	1800mg(6錠)/日

- ・ 骨髄機能(Hb、WBC、St、Seg、Plt)
- ・ 肝機能(T-Bil、AST、ALT)
- ・ 腎機能(Ccr)※Ccr の実測値が無い場合は Cockcroft -Gault 式を使用。

【Cockcroft -Gault 式】

$$\text{Ccr 推定値(ml/min)} = \frac{(140 - \text{年齢}) \times \text{体重(kg)}}{72 \times \text{CRE(mg/dl)}} \times (0.85 \text{※女性の場合のみ})$$

⇒問い合わせ基準に該当する項目があり、医師による投与基準量・前回投与量からの減量・休薬の対応がない場合、**疑義照会**をお願いします。

(禁忌に該当する場合は必ず問い合わせして下さい)

◎問い合わせ基準(メーカーの適正使用基準をもとに作成)

※問い合わせ基準は減量・休薬の目安であり、患者の状態や発現時期などを考慮して対応を決定します。

【初回投与時】

☆カペシタビン A 法・B 法共通

検査項目		問い合わせ基準	
骨髄機能	Hb(g/dL)	10.0未満	
	白血球 WBC($10^2/\mu$)	30未満	
	好中球 WBC×(St+Seg)($/\mu$)	1500未満	
	血小板 Plt($10^4/\mu$)	7.5未満	
肝機能	総ビリルビン-T-Bil(mg/dl)	1.8超	
	AST (U/l)	105超	
	ALT (U/l)	105超	
腎機能	Ccr (ml/min)	50 > ≥30	30 >
	Ccrによる 投与開始量の調節 (EUの製品概要情報 での目安)	75%減量	投与 禁忌

☆XELIRI

検査項目		問い合わせ基準
骨髄機能	好中球 WBC×(St+Seg)($/\mu$)	1000未満
	血小板 Plt($10^4/\mu$)	5未満

【2クール目以降】

☆カペシタビン A 法

検査項目		問い合わせ基準
骨髄機能	Hb(g/dL)	8.0未満
	白血球 WBC($10^2/\mu$)	20未満
	好中球 WBC×(St+Seg)($/\mu$)	1000未満
	血小板 Plt($10^4/\mu$)	5未満
肝機能	総ビリルビン-T-Bil(mg/dl)	3.6超
	AST (U/l)	175超
	ALT (U/l)	175超
腎機能	Ccr (ml/min)	初回投与時に 準じる

☆カペシタビン B 法

検査項目		問い合わせ基準
骨髄機能	Hb(g/dL)	10.0未満
	白血球 WBC($10^2/\mu$)	30未満
	好中球 WBC×(St+Seg)($/\mu$)	1500未満
	血小板 Plt($10^4/\mu$)	7.5未満
肝機能	総ビリルビン-T-Bil(mg/dl)	1.8超
	AST (U/l)	105超
	ALT (U/l)	105超
腎機能	Ccr (ml/min)	初回投与時に 準じる

☆XELIRI

検査項目		問い合わせ基準
骨髄機能	好中球 WBC×(St+Seg)($/\mu$)	1500未満
	血小板 Plt($10^4/\mu$)	7.5未満

③併用薬のワーファリン・フェニトインの有無

⇒フローチャート参照

④B型肝炎ウイルス感染検査

⇒フローチャート参照