

FOLFIRINOX療法

治療のスケジュール

	外観	お薬名	薬の効果	スケジュール・点滴時間	
				1日目	2～14日目
1		吐き気止め アレルギー止め	吐き気予防 アレルギー予防	10分	お休み※
2		オキサリプラチン 成分名：オキサリプラチン	がん細胞の増殖を 抑えます	2時間	
3		レボホリナート 成分名：レボホリナート	5-FUの効果を 高めます	2時間	
		アトロピン 成分名：アトロピン	イリノテカンの 副作用予防	30分	
		イリノテカン 成分名：イリノテカン	がん細胞の増殖を 抑えます	90分	
4		フルオロウラシル 成分名：フルオロウラシル		10分	お休み※
5		フルオロウラシル 成分名：フルオロウラシル ヘパリンNa 成分名：ヘパリンナトリウム	がん細胞の増殖を 抑えます ヘパリンは、薬を スムーズに流す働きを します	46時間	

※症状や経過に合わせてスケジュールが変わることがあります。

！投与中の注意！

以下の症状が見られたら我慢せずに医療スタッフに声をかけてください

投与回数が増えると起こる可能性が高まる場合があります

- 点滴部位の強い痛みや腫れ、かゆみ（血管痛・点滴の血管外への漏れ）
- 動悸、息切れ、発疹、冷汗（アレルギー症状）
- イリノテカン投与中の急な腹痛・下痢

起こりやすい副作用の発現時期と対処



食欲不振・吐き気・おう吐

- 点滴を始めた日から1週間後ごろまで、食欲が落ちたり、吐き気やおう吐といった症状が見られることがあります。
 - 無理せずに、食べやすいものを食べられる量から摂るようにしましょう。
 - 吐き気止めは指示通りに服用してください。
- * 吐き気止めの服用で便秘になることがあります。必要に応じて下剤を使用してください。

しびれ

- 点滴後から1週間程度、手足や口のまわりがしびれたり、のどがしめつけられるような症状が起こります。
- 冷たいものに触れると症状が出やすくなるため、注意してください。
- 治療を続けていくと、しびれが強くなり症状が持続することがあります。文字が書きにくい、歩きにくい等の症状がある場合はお知らせください。

下痢

- 点滴後24時間以内に下痢や水っぽい便が出はじめることがあります。下痢は点滴から1週間後に現われることもあります。
- 症状が続く場合は、脱水予防のためスポーツドリンクなど塩分を含んだ飲料水で水分補給を行って下さい。
- 発熱や腹痛・嘔吐を伴うときは、必ず病院に連絡してください。
- 下痢止めが処方されている場合は指示通り服用してください。

白血球の減少・貧血・血小板の減少

- 点滴後1～2週間ごろに最も白血球が減少し感染症にかかりやすくなります。
- 予防のため外出の際は人ごみを避け、こまめにうがい手洗いをしましょう。
- 息切れ・動悸などの貧血症状が現れた場合は、体を休めるようにしましょう。
- 血小板が減少すると、体にあざ・赤い斑点ができやすくなったり、鼻・口の中が出血しやすくなります。転倒やケガに注意し、鼻かみや歯磨きはやさしく行うようにしましょう。

口内炎

- 点滴1週間後ごろから口の中が傷んだり、腫れることがあります。
- 口の中を清潔に保ち、うがいをこまめに行って乾燥を防ぎましょう。
- 食後は柔らかい歯ブラシで優しく歯磨きをしてください。
- 塩分が多い・極端に辛いなど刺激の強い食べ物は避けるようにしましょう。

疲労感

- だるい・からだが重い・疲れやすいとすることがあります。
- 疲れたなと思ったときは、無理せず、ちょっと横になるなど、休息をこまめにとるとよいでしょう。

皮膚や爪・髪の毛の変化

- 点滴を繰り返すことで皮膚の黒ずみ、手足が赤く腫れて痛くなる・水疱ができる、爪がもろくなるという症状が現れることがあります。
- 手足の皮膚や爪は清潔に保ち、クリームで保湿しましょう。日差しが強いときには日焼け止めを使いましょう。
- 点滴2～3週間後から髪の毛や体毛が抜けやすくなります。

その他の副作用

- イリノテカンの点滴中から翌日に、腹痛・発汗のほかに涙や鼻水が出る・ろれつが回らない（舌や口の動きが悪い）症状がでることがあります。
- 点滴後にしゃっくりが出やすくなることがあります。



自宅でこのような症状が現れたら、必ずご連絡ください

- 38度以上の発熱があるとき
- 乾いた咳が続く、または息切れを感じる時
- 1日の半分以上を寝てすごすほどのだるさがあるとき
- 吐き気止めの薬を内服していても、1日6回以上の嘔吐、または水分をとれないほどの吐き気があるとき
- 1日7回以上の下痢があるとき
- 点滴した部位が赤く腫れてきた、痛みや熱感がある
- 皮膚に発疹やじんましんが出てきた



病院へ電話する前に確認しましょう

- ①診察券番号
- ②おかけの診療科
- ③主治医の名前
- ④抗がん剤治療中であること
- ⑤気になる症状（具体的に）

連絡先

横浜市立大学附属病院

電話：045（787）2800（代表）

《平日8:30～17:00》

おかけの診療科外来を

伝えてください

《平日の夜間および休日》

救急外来と伝えてください

※ ここに診察券の内容を写しましょう

			—				—	
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

お名前

