

千葉県共用がん地域連携パス 肺がん（内科）



メ 毛

目次

- 地域連携クリティカルパスについて…………… 2
- この手帳の使い方…………… 3
- 定期検診の検査と必要性…………… 4
- 治療中の注意…………… 5
- 患者さん基本情報…………… 6
- 診療計画表、役割分担表…………… 8
- 診療経過…………… 10
- 血圧モニタリングと血圧上昇時の対処方法…………… 40
- 血圧のモニター・降圧処置以外にお願いしたいこと…41

地域連携クリティカルパスについて

地域連携クリティカルパスは、がんの診断、治療、定期的な検査などの診療を、複数の医療機関（専門病院と地域のかかりつけ連携診療所、病院）が役割を分担し、連携して患者さんの自宅近くで質の高い医療を受けられるようにするためのものです。このため専門病院の主治医と、かかりつけの連携医が緊密に連絡をとり、検査の時期、どのような検査をどちらの医療機関がやるかなどを、役割分担を決めて診療します。

患者さんのメリットとしては、県内のどこでも、質の高い医療を、自宅の近くで受けられるようになることです。また、専門病院の外来の負担を軽減することにより待ち時間を減らし、地域のかかりつけ連携医の参加も促します。互いの医師が同じ情報を共有することで、医療機関の連携が深まるため無駄な検査が減り、急変にもすぐに対応できる体制を整えることができます。

この手帳の使い方

検査は専門病院が行うものと、地域かかりつけ医（連携医）が行うものがありますので、9ページの表を参照して定期的に受けてください。健康面で何か異変を感じたら、予定の検診日でなくても早目に医療機関を、受診して下さい。

病院に行くときはこの手帳は必ず持参して下さい。

定期検診の検査と必要性

この手帳は肺がんで、アバスチンという薬を含んだ化学療法を受けている患者さん用に作られたものです。アバスチンの副作用では、高血圧とたんぱく尿が比較的多くの患者さんで見られます。しかし定期的に血圧測定や尿検査を行って早期に発見し、適切な治療を行えば決して心配なものではありません。

専門病院では3週間おきにアバスチン（化学療法を含む）の投与を行います。来院時に血圧測定、血液検査、尿検査、胸部レントゲン検査を行います（8～9ページ）。

専門病院の受診の間は、1週間ごとにかかりつけ医を受診し、血圧測定、尿検査などを行ってもらいます。高血圧が生じた場合は、主にかかりつけ医で降圧剤（血圧を下げる薬）を使って治療します。

副作用が強い場合は、専門病院と連絡をとりあい、よく相談をしたうえで治療を進めていきます。

以上のように専門病院とかかりつけ医の両方を受診することによって治療を円滑にかつ、安全に行うことができます。そのため治療中は外来診察を欠かさないように注意して下さい。

治療中の注意

1. 規則正しい生活をしましょう。
2. 食事はバランス良く食べましょう。一部の本などで偏った食事をすすめていますが間違いです。
3. 抗がん剤の副作用で食欲がないときは食べられるものを食べ、スポーツドリンクなどで水分補給をしましょう。
4. 風邪をひかないように、人込みは避け体力を消耗しないようにしましょう。
5. 仕事や運動は無理をしないようにしましょう。
6. たばこは避けましょう。
7. お酒は控えめにしましょう。
8. 以下の症状があったら、受け持ち医（専門病院）に連絡を取って下さい。
発熱（38度以上が2日以上続く時）、血痰が混じる、呼吸が苦しい、新たな痛み、手足の運動障害など。

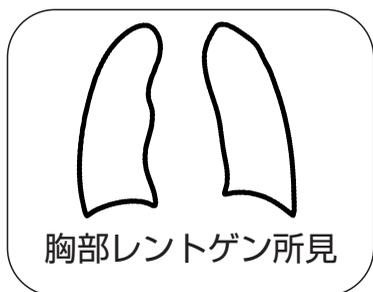
患者さん基本情報

患者イニシアル _____ ,

生年月日 _____

年齢 _____ 歳

性別 男性 女性



臨床病期 (_____)

T _____

N _____

M _____

組織型

腺がん、大細胞がん、その他 (_____)

専門病院名

TEL () —

担当医

かかりつけ医、連携病院

TEL () —

パス開始日 年 月 日

現病歴

アレルギー歴

喫煙指数 本/日 × 年

職業歴

管理中の疾患

既往歴

千葉県共用がん地域医療連携パス<肺がん> (診療計画表)

患者イニシャル	(ID : _____)
職 業	
生年月日(年齢)・性別	M T S H ____年__月__日 (____ 歳) 男・女
身長・退院時体重	_____cm ・ _____kg

入院 (入院日：(_____年_____月_____日))		
専 門 病 院	退院時の目標	
	(実施したものに☑) 急性期治療	<input type="checkbox"/> 手術
		<input type="checkbox"/> 化学療法
		<input type="checkbox"/> 放射線治療
		<input type="checkbox"/> その他療法 (_____)
<input type="checkbox"/> 入院緩和治療		
かかりつけ医		

専門病院退院時主治医	氏名
連絡先	
かかりつけ医	氏名
連絡先	

退院（退院日：（_____年_____月_____日）		第1週	第2週	第3週	第4週	第5週	第6週	第7週	第8週	第9週	第10週	第11週	第12週	第13週	第14週	第15週	第16週
専門病院	経過																
	受診 ¹⁾																
	アバスタチン ²⁾	●			●			●			●			●			●
	化学療法	●			●			●			●			●			●
	血液検査	●			●			●			●			●			●
	尿検査	●			●			●			●			●			●
	血圧測定	●			●			●			●			●			●
レントゲン	●			●			●			●			●			●	
かかりつけ医	受診 ¹⁾		●	●		●	●		●	●		●	●		●	●	
	血圧測定		●	●		●	●		●	●		●	●		●	●	
	尿たんぱく定性 ³⁾		○	○		○	○		○	○		○	○		○	○	
	降圧治療 ³⁾		○	○		○	○		○	○		○	○		○	○	
	臨床検査 ³⁾		○	○		○	○		○	○		○	○		○	○	

- 1) 化学療法は3～4週毎に繰り返す（4～6回程度）。拠点専門病院の受診間隔が延びた場合、連携病院またはかかりつけ医の受診回数で埋める。
- 2) アバスタチンは化学療法と同時に投与するが、化学療法終了後も継続投与する場合がある。
- 3) 尿たんぱく定性降圧治療と臨床検査は必要時に実施する。

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/	①		
		②		
		③		
		④	mmHg	
		⑤		
月 日	/	①		
		②		
		③		
		④	mmHg	
		⑤		
月 日	/	①		
		②		
		③		
		④	mmHg	
		⑤		
月 日	/	①		
		②		
		③		
		④	mmHg	
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/	①		
	mmHg	②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/	①		
	mmHg	②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/	①		
	mmHg	②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/	①		
	mmHg	②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	① ② ③ ④ ⑤		
月 日	/ mmHg	① ② ③ ④ ⑤		
月 日	/ mmHg	① ② ③ ④ ⑤		
月 日	/ mmHg	① ② ③ ④ ⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/	①		
		②		
		③		
		④	mmHg	
		⑤		
月 日	/	①		
		②		
		③		
		④	mmHg	
		⑤		
月 日	/	①		
		②		
		③		
		④	mmHg	
		⑤		
月 日	/	①		
		②		
		③		
		④	mmHg	
		⑤		

その他連絡事項：

年 月 日 アバスチン投与回数 回目

イニシャル

拠点病院記入欄

化学療法（同一コース）

一般名	用量*	投与方法	投与日	
アバスチン 【ベバシズマブ】	15mg/kg	div	月	日
薬剤 1 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 2 【 】	mg/m ²		月	日
薬剤 3 【 】	mg/m ²		月	日

(*カルボプラチンの場合はAUCを記載のこと)

主な検査所見

血圧 : / mmHg
白血球 : /mm³ AST : IU/L
血小板 : /mm³ ALT : IU/L
ヘモグロビン : g/dL 血清クレアチニン : mg/dL
総ビリルビン : mg/dL 尿蛋白 : (- + ++ +++)

他 処方薬

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

次回アバスチン投与予定日 月 日

その他連絡事項：

連携病院（診療所）記入欄

受診日	血圧	処方薬	その他所見	処置等
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		
月 日	/ mmHg	①		
		②		
		③		
		④		
		⑤		

その他連絡事項：

血圧モニタリングと血圧上昇時の対処方法 (かかりつけ医の先生に)

【治療期間中】

- 医療機関においては1週間おきに行うことを推奨します。
- 患者さん自身が、家庭用血圧計を用い自宅で定期的(少なくとも1日1回安静時)に血圧を測定してもらうようにします。

血圧は、アバスチン投与開始時からモニタリングし、軽度でも上昇が見られた場合は、降圧薬の投与を開始して血圧コントロールを行って下さい。

- 予防的投与の意味も含め130/80mmHgを超える、あるいは基礎血圧より20mmHg以上の上昇を認めた場合には降圧薬の投与を行うことが必要です。
- 降圧薬は中等量以上で投与開始し、軽減していくようにします。
- 一般の高血圧症の場合と同様、ACE阻害剤またはARB(アンギオテンシンII受容体拮抗薬)を第一選択とし、効果が不十分な場合、長時間作用型カルシウム拮抗薬などの追加をご検討下さい。

アバスチンの国内臨床試験で認められた主な副作用(参考)

- 高血圧(48.1%)
投与開始後2ヶ月以内での発現が多くみられましたが、長期投与でも発現例が認められたことから、アバスチン投与中は定期的な血圧測定を行うことが必要です。
- 尿蛋白(51.1%)
蛋白尿の発現は、投与開始からの時期や投与量には依存しないことが示唆されています。
- 血液毒性
好中球減少症(96.8%)・白血球減少症(94.4%)・ヘモグロビン減少(84.2%)
- 鼻出血(73.5%)
- 肺出血/咯血(血痰を含む)(24.0%)(重症または医学的に重大なものは0.7%)
投与初期(化学療法併用時)での発現が多い傾向がありますので、投与初期には十分にご注意下さい。
2.4mL以上の鮮血の咯血が発現した場合、継続的な血痰が認められた場合にはアバスチンの投与を中止し、以降、アバスチンは再投与しないで下さい。
咯血は、鼻出血に伴うものとは異なります。

血圧のモニター・降圧処置以外にお願いしたいこと (かかりつけ医の先生に)

がん化学療法中の患者では、アバスチンによる副作用以外に、以下の医学的問題が生じる可能性があります。

血圧モニター、高血圧治療を目的とした受診時に以下の対応をご配慮いただければ幸いです。

化学療法による副作用（アバスチン以外の抗がん剤併用時）

●血液毒性（再掲）

基本的には拠点病院で必要なタイミングで検査、処置をしますので、連携医による定期的血液検査は必要ありません。しかし、以下の場合は、好中球減少、血小板減少、貧血の疑いがありますので、血液検査をチェックしていただくか、患者に拠点病院に連絡するようご指示下さい。

- ・ **38℃程度以上の発熱、咽頭痛**を認める場合 → 好中球減少（白血球減少）の疑い
- ・ 歯肉出血、鼻出血、皮下出血などの**出血傾向**を認める場合 → 血小板減少の疑い
- ・ 骨髄抑制があっても、発熱、出血傾向を認めない場合は、一般的には特別な処置は必要なく、定期検査も不要です。ただし、血液検査で、**血小板数が2.5万未満、ヘモグロビン値が6.5未満**であることが判明した時は、理学所見がなくても拠点病院に連絡するようご指示下さい。

●嘔気・嘔吐、食欲低下

拠点病院でも予防的制吐剤の処方を行っておりますが、それにもかかわらずコントロールできない場合も多々あります。胃薬、制吐剤などの追加処方、および脱水症状が疑われる場合、補液等の処置をご検討いただければ幸いです。

●呼吸困難・息切れ（間質性肺炎の疑い）

急速に出現、進行する呼吸困難、乾性咳嗽の出現、胸部聴診上ベルクロー音を認めた場合は、X線所見、低酸素血症、発熱の有無を問わず、至急拠点病院に連絡するようご指示下さい。

●その他（副作用、および緊急に処置を要するがん進行による症状）

その他、必要に応じて連携医による検査、処置をご検討下さい。また必要と判断された場合は拠点病院に連絡するようご指示下さい。

