

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2014年 6月 16日	最終改訂日： 2014年 8月 6日
1、診療科名 (呼吸器内)科 診療科代表部長 (村松秀樹 印)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、レジメン名 (Afatinib 単剤)	

投与方法	薬剤	投与時間	
PO	ジオトリフ 40 mg 分1	—	連日経口投与

4、投与間隔 連日経口投与

5、治療期間 効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- 食事の1時間以上前又は食後3間以降に1日1回経口投与する。
例) ジオトリフ(40) 1錠 1日1回 起床時
- 致死的な急性肺障害、間質性肺炎が現れることがあるため投与初期は、入院またはそれに準ずる管理下で観察を行う。
- 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合は、直ちに投与を中止し、ステロイド治療など適切な治療を行う。
- 慎重投与
 - ・ 急性肺障害、特発性肺線維症、間質性肺炎、放射線肺炎、薬剤性肺炎
またはこれらの疾患の既往歴のある患者
 - ・ PSの悪い患者
 - ・ 肝機能障害のある患者
- 下痢及び皮膚の副作用があらわれた場合には、患者の状態に応じて休薬あるいは対症療法を施す
48時間を超える下痢または、7日間を超える皮膚障害、または忍容できない症状の場合、休薬し、症状が Grade 1 以下に回復した後、休薬前の投与量から 10mg 減量して再開してもよい。

ref) Phase III Study of Afatinib or Cisplatin Plus Pemetrexed in Patients With Metastatic Lung Adenocarcinoma With *GFR* Mutations J Clin Oncol 2013, 31: 3327

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2018年 12月 26日	最終改訂日： 2018年 12月 26日
1、診療科名（呼吸器内科） 診療科代表部長（村松 秀樹 印）	
2、対象疾患名（非小細胞肺癌）	
3、レジメン名（Atezolizumab+CBDCA+PTX+Bev）	

(A)

	投与方法	薬 剤	投与時間	Day1	Day2～ Day21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	テセントリク 1200mg 生理食塩液注 250 mL	初回 60分 2回目以降 30分	↓	休薬
⑤	Div (側管)	アバスチン 15 mg/kg 生理食塩液注 100 mL	90分 (初回) 30分 (2回目～) 流速を算出すること	↓	休薬
⑥	Div (側管)	生理食塩液注 50mL ガスター20mg/2mL デカドロン注 (3.3mg) 6A	15分 200 mL/時	↓	
⑦	PO	レスタミン (10) 5錠	—	↓	
⑧	Div (側管)	アロキシ注 1V 生理食塩液 100mL	30分 200 ml/時	↓	
⑨	Div (側管)	パクリタキセル 175 mg/m² 生理食塩液 500 mL	180分 流速を算出すること	↓	休薬
⑩	Div (側管)	カルボプラチン AUC 6 5%ブドウ糖液 250 mL	30分以上 500mL/時	↓	休薬
⑪	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	

(B)

①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	KN3号 200 mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	
③		生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	テセントリク 1200mg 生理食塩液注 250 mL	30 分	↓	休薬
⑤	Div (側管)	アバスチン 15 mg/kg 生理食塩液 100 mL	30 分 流速を算出する こと	↓	休薬
⑥	Div	生理食塩液 50mL	全開	↓	

4、投与間隔および治療期間

- (A) を 3 週間 1 クール, 3 ~ 6 コース実施後、
(B) を PD になるまでくりかえし実施する。

5、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象: 扁平上皮癌を除く 進行非小細胞肺癌
- ② 次の場合は投与しない
 - (1) 咯血 (2.5mL 以上=ティースプーン 1/2 杯以上) の既往
 - (2) 大血管への浸潤がある場合
- ③ 慎重投与
 - (1) 自己免疫疾患の合併又は慢性的若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者
 - (2) 間質性肺疾患のある患者または既往歴のある患者
- ④ パクリタキセル投与 30 分前までにレスタミン、ガスター、デカドロン 3 剤全ての投与を完了する。
- ⑤ アルコールに過敏な患者には、溶剤として無水エタノールが含有されており、中枢神経系への影響が強くあらわれるおそれがあるため、本剤を投与する場合には問診により適切かどうか判断すること。
- ⑥ 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与する
- ⑦ 投与開始時に発熱、悪寒、掻痒感、発疹、血圧変動、呼吸困難など Infusion reaction

をおこすことがあるので、患者の状態を十分に観察し、異常がみとめられた場合には注入速度を緩める、投与中止、解熱鎮痛薬・抗ヒスタミン薬・副腎皮質ステロイドなどの使用を考慮すること

- ⑧ 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合には、直ちに投与を中止し、副腎皮質ステロイドなど適切な治療を行うこと
- ⑨ 甲状腺機能障害があらわれることがあるので、本剤の開始前及び投与期間中は定期的に甲状腺機能検査（TSH, fT3, fT4）を施行すること。本剤投与中に甲状腺機能障害が認められた場合は、適切な処置を行うこと
- ⑩ 本剤の T 細胞活性化作用により、過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な疾患や病態（重症筋無力症、筋炎、大腸炎、1 型糖尿病、肝機能障害・肝炎、神経障害、腎炎、副腎機能障害、皮膚障害、脳炎）があらわれることがある。観察を十分に行い、異常が認められた場合には、過度の免疫反応による副作用の発現を考慮し、適切な鑑別診断を行うこと。過度の免疫反応による副作用が疑われる場合には、関係各科と協議し副腎皮質ホルモン剤の投与等を考慮すること
- ⑪ 有害事象は投与終了後数週～数ヶ月してから発現することもあり、治療期間中以外でも十分に注意する。
- ⑫ 下痢を発症した際は可能な限り腹部 CT を撮影し、腸管粘膜浮腫の有無を確認する。大腸内視鏡検査は、炎症による腸管壁の脆弱化から腸管穿孔起こす可能性があり、消化器内科とよく協議をしてから施行する
- ⑬ 気道出血（血痰など）、尿蛋白、高血圧について定期的に評価をすること。これらの異常がみられた場合は継続の可否を慎重に検討すること。
- ⑭ CBDCA の投与量算出について
Calvert 式を用い、Ccr は Cockcroft-Gault 式を用いる。
その際の sCr 値は、酵素法と Jaffe 法の差を考慮して、当院測定 of sCr 値に 0.2 を加えた補正值を用いる。
- ⑮ 制吐剤について

(A)

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 4mg 1～2 錠/分 2 2～3 日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロン
の量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与を検討する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

(B)

- 嘔気・嘔吐があった場合、プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
処方例) プリンペラン 10mg を 1 日 3 回経口投与
ノバミン 5mg を 1 日 3 回経口投与
- 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

(参考文献)

Atezolizumab for First-Line Treatment of Metastatic Nonsquamous NSCLC: N Engl J Med 2018; 378: 2288-301.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2018年 6月 7日	最終改訂日： 2018年 6月 7日
1、診療科名 (呼吸器 内科) 診療科代表部長 (村松 秀樹 印)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、レジメン名 (Atezolizumab 単剤療法)	

	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1	Day 2 ~21
①	Iv	※ 生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 250mL (化療終了後, 残破棄)	30 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	テセントリク 1200mg 生理食塩液注 250 mL	初回 60 分 2 回目以降 30 分	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 50mL	15 分 200 mL/時	↓	

4、投与間隔および治療期間

3 週間 1 クールを PD になるまでくりかえし実施する

5、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象：切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌
- ② 慎重投与
 - (1) 自己免疫疾患の合併又は慢性的若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者
 - (2) 間質性肺疾患のある患者または既往歴のある患者
- ③ 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与する
- ④ 投与開始時に発熱、悪寒、掻痒感、発疹、血圧変動、呼吸困難など **Infusion reaction** をおこすことがあるので、患者の状態を十分に観察し、異常がみとめられた場合には注入速度を緩める、投与中止、解熱鎮痛薬・抗ヒスタミン薬・副腎皮質ステロイドなどの使用を考慮すること
- ⑤ 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合には、直ちに投与を中止し、副腎皮質ステロイドなど適切な治療を行うこと

- ⑥ 甲状腺機能障害があらわれることがあるので、本剤の開始前及び投与期間中は定期的に甲状腺機能検査（TSH, fT3, fT4）を施行すること。本剤投与中に甲状腺機能障害が認められた場合は、適切な処置を行うこと
- ⑦ 本剤の T 細胞活性化作用により、過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な疾患や病態（重症筋無力症，筋炎，大腸炎，1 型糖尿病，肝機能障害・肝炎，神経障害，腎炎，副腎機能障害，皮膚障害，脳炎）があらわれることがある。観察を十分に行い、異常が認められた場合には、過度の免疫反応による副作用の発現を考慮し、適切な鑑別診断を行うこと。過度の免疫反応による副作用が疑われる場合には、関係各科と協議し副腎皮質ホルモン剤の投与等を考慮すること
- ⑧ 有害事象は投与終了後数週～数ヶ月してから発現することもあり，治療期間中以外でも十分に注意する。
- ⑨ 下痢を発症した際は可能な限り腹部 C T を撮影し，腸管粘膜浮腫の有無を確認する。大腸内視鏡検査は，炎症による腸管壁の脆弱化から腸管穿孔起こす可能性があり，消化器内科とよく協議をしてから施行する

ref)

Lancet 2017 ; 389 : 255-265

Atezolizumab versus docetaxel in patients with previously treated non-small-cell lung cancer (OAK): a phase 3, open-label, multicentre randomised controlled trial.

用紙は事務局に提出してください。また、参考になる文献等を添えて提出してください。

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2013年 1月 31日	最終改訂日： 2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器内科) 診療科代表部長 (村松 秀樹 印)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、レジメン名 (NSCLC Bevacizumab+CBDCA+PEM)	

(A)

No.	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1	Day 2～21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生食 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	30 mL/時	↓	
③	Div (側管)	アバスチン 15 mg/kg 生理食塩液注 100 mL	90分 (初回) 30分 (2回目～) 流速を算出すること	↓	
④	Div (側管)	アロキシ注 1V デカドロン (3.3mg) 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓	
⑤	Div (側管)	アリムタ 500 mg/m² 生理食塩液 50mL	10分 300 mL/時	↓	休 薬
⑥	Div (側管)	カルボプラチン AUC 5 5%ブドウ糖液 250 mL	60分 流速を算出すること	↓	休 薬
⑦	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	

(B)

No.	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1	Day 2～21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生食 250 mL (化療終了後, 残破棄可)	30 mL/時	↓	
③	Div (側管)	アバスチン 15 mg/kg 生理食塩液注 100 mL	30分 流速を算出すること	↓	休薬

④	Div (側管)	デカドロン (3.3mg) 2A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓	
⑤	Div (側管)	アリムタ 500 mg/m² 生理食塩液 50mL	10分 300 mL/時	↓	休薬
⑥	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	

4、投与間隔および治療期間

- (A) を3週間 1クール, 3~6コース実施後,
(B) をPDになるまでくりかえし実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象：扁平上皮癌を除く進行非小細胞肺癌
- ② 次の場合は投与しない
 - (1) 咯血 (2.5mL以上=ティースプーン 1/2杯以上) の既往
 - (2) 大血管への浸潤がある場合
- ③ 気道出血 (血痰など), 尿蛋白, 高血圧について定期的に評価をすること. これらの異常がみられた場合は継続の可否を慎重に検討すること
- ④ 前投薬, 併用薬: 副作用予防として下記を併用すること。
葉酸 0.5mg をアリムタの初回投与の7日以上まえから毎日服用し, 同2剤の最終投与日から22日目までの間服用し続ける。当院では, **パンビタン末 1g / 1xm** とする。
ビタミンB12 1mg をアリムタの初回投与の7日以上前から最終投与日の22日目まで9週間ごとに1回のペースで筋注投与する。当院では, **メチコバル注射液(500μg) 2A 殿部筋注** とする。
- ⑤ 制吐剤について
 - (A)
 - ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 4mg 2錠/分2 2~3日間
 - 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンの量を添付文書に従い減量する。
 - ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
 - ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
 処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
 治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与
 - (B)
 - ・ 嘔気・嘔吐があった場合、プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
 処方例) プリンペラン 10mg を1日3回経口投与
 ノバミン 5mg を1日3回経口投与

- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

文献：

1. 日本肺癌学会 肺癌診療ガイドライン IV 期非小細胞肺癌 一次治療 2012 年版
http://www.haigan.gr.jp/modules/guideline/index.php?content_id=3
2. Phase II Study of Pemetrexed and Carboplatin Plus Bevacizumab With Maintenance Pemetrexed and Bevacizumab As First-Line Therapy for Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer. J Clin Oncol 2009; 27: 3284.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2010年 8月 30日	最終改訂日： 2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器内 科) 部長名 (村松 秀樹)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌) 略名 (NSCLC)	
3、化学療法名 (Bevacizumab+CBDCA +PTX)	

(A)

	投与方法	薬 剤	投与時間	Day1	Day2～Day21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	アバスチン 15 mg/kg 生理食塩液注 100 mL	90分(初回) 30分(2回目～) 流速を算出すること	↓	休薬
④	Div (側管)	生理食塩液注 50mL ガスター20mg/2mL デカドロン注(3.3mg) 6A	15分 200 mL/時	↓	
⑤	PO	レスタミン(10) 5錠	—	↓	
⑥	Div (側管)	アロキシ注 1V 生理食塩液 100mL	30分 200 ml/時	↓	
⑦	Div (側管)	パクリタキセル 200 mg/m² 生理食塩液 500 mL	180分 流速を算出すること	↓	休薬
⑧	Div (側管)	カルボプラチン AUC 6 5%ブドウ糖液 250 mL	60分 流速を算出すること	↓	休薬
⑨	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	

(B)

①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div	アバスチン 15 mg/kg 生理食塩液 100 mL	30分 流速を算出すること	↓	休薬

③	Div	生理食塩液 50mL	全開	↓	
---	-----	------------	----	---	--

4、投与間隔および治療期間

- (A) を3週間1クール、3～6コース実施後、
 (B) をPDになるまでくりかえし実施する

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

- ① 対象：扁平上皮癌を除く進行非小細胞肺癌
- ② 次の場合は投与しない
 - (1) 咯血（2.5mL以上＝ティースプーン1/2杯以上）の既往
 - (2) 大血管への浸潤がある場合
- ③ パクリタキセル投与30分前までにレスタミン、ガスター、デカドロン3剤全ての投与を完了する。
- ④ アルコールに過敏な患者には、溶剤として無水エタノールが含有されおり、中枢神経系への影響が強くあらわれるおそれがあるため、本剤を投与する場合には問診により適切かどうか判断すること。
- ⑤ 気道出血（血痰など）、尿蛋白、高血圧について定期的に評価をすること。これらの異常がみられた場合は継続の可否を慎重に検討すること。

⑥ 制吐剤について

(A)

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - ▶ デカドロン錠 4mg 2錠/分2 2～3日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンの量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
 処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
 治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

(B)

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合、プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
 処方例) プリンペラン 10mg を1日3回経口投与
 ノバミン 5mg を1日3回経口投与
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
 処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
 治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

(1) Sandler A , et al. Paclitaxel-carboplatin alone or with bevacizumab for non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2006 355(24):2542-2550

(2) Nishio M , et al. Randomized, open-label, multicenter phase II study of bevacizumab in combination with carboplatin and paclitaxel in chemotherapy-naïve Japanese patients with advanced or recurrent non-small cell lung cancer (NSCLC) :JO19907. J Clin Oncol 2009; 27(supple) : Abst 8036.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2012年 10月 4日	最終改訂日： 2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器内科) 診療科代表部長 (村松 秀樹 印)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、化学療法名 (Bev + CBDCA + weekly PTX)	

(A)

Day1

No.	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓
②	Div (本体)	生食 500mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓
④	Div (側管)	アバスチン 15 mg/kg 生理食塩液注 100 mL	90分 (初回) 30分 (2回目～) 流速を算出すること	↓
⑤	Div (側管)	生理食塩液注 50mL ガスター20mg/2mL デカドロン注 (3.3mg) 6A	15分 200 mL/時	↓
⑥	PO	レスタミン (10) 5錠	—	↓
⑦	Div (側管)	アロキシ注 1V 生理食塩液 100mL	30分 200 ml/時	↓
⑧	Div (側管)	パクリタキセル 60 mg/m² 生理食塩液注 250 mL	60分 流速を算出すること	↓
⑨	Div (側管)	カルボプラチン AUC 5 5%ブドウ糖液 250 mL	60分 流速を算出すること	↓
⑩	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓

Day8、15

No.	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 8	Day 15	Day 16～ Day28
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓	

②	Div (本体)	KN3 号 200mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液注 50mL ガスター20mg/2mL デカドロン注 (3.3mg) 6A	15 分 200 mL/時	↓	↓	
④	PO	レスタミン (10) 5 錠	—	↓	↓	
⑤	Div (側管)	生理食塩液 100mL	30 分 200 ml/時	↓	↓	
⑥	Div (側管)	パクリタキセル 60 mg/m² 生理食塩液注 250 mL	60 分 流速を算出する こと	↓	↓	休薬
⑦	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	↓	

(B)

	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1	Day 2 ~20
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
③	Div	アバスチン 15 mg/kg 生理食塩液注 100 mL	30 分 流速を算出する こと	↓	休薬
④	Div	生理食塩液 50mL	全開	↓	

4、投与間隔および治療期間

- (A) を 4 週間 1 クール, 3 ~ 6 コース実施後,
(B) を PD になるまでくりかえし実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象: 扁平上皮癌を除く 進行非小細胞肺癌
- ② 次の場合は投与しない
 - (1) 咯血 (2.5mL 以上=ティースプーン 1/2 杯以上) の既往
 - (2) 大血管への浸潤がある場合
- ③ パクリタキセル投与 30 分前までにレスタミン、ガスター、デカドロン 3 剤全ての投与を完了する。

- ④ デキサメタゾン は初回投与時 8mg とし、次回投与時までには過敏症状の発現がみられなかった場合又は臨床上特に問題のない過敏症状の場合は、2 週目の投与より半量 (4mg) に減量し投与してもよい。以降の投与週においても同様の場合、半量ずつ最低 1mg まで減量し投与してもよい。
- ⑤ アルコールに過敏な患者には、溶剤として無水エタノールが含有されており、中枢神経系への影響が強くあらわれるおそれがあるため、本剤を投与する場合には問診により適切かどうか判断すること。
- ⑥ 気道出血 (血痰など)、尿蛋白、高血圧について定期的に評価をすること。これらの異常がみられた場合は継続の可否を慎重に検討すること。
- ⑦ 制吐剤について
- (A)
- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 4mg 2 錠/分 2 2~3 日間
 - 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンの量を添付文書に従い減量する。
 - ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
 - ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
 処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
 治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与
- (B)
- ・ 嘔気・嘔吐があった場合、プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
 処方例) プリンペラン 10mg を 1 日 3 回経口投与
 ノバミン 5mg を 1 日 3 回経口投与
 - ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
 - ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
 処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
 治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

文献：

1. 日本肺癌学会 肺癌診療ガイドライン IV 期非小細胞肺癌 一次治療 2012 年版
http://www.haigan.gr.jp/modules/guideline/index.php?content_id=3 p 4 - 6, 15
2. Addition of bevacizumab to chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2011; 6: e22681
3. Efficacy of bevacizumab (Bev) plus chemotherapy (CT) compared to CT alone in previously untreated locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer (NSCLC): systematic review and meta-analysis. Lung Cancer. 2011; 74: 89-97.

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2015 年 1 月 7 日	最終改訂日： 2015 年 8 月 11 日
1、 診療科名 (呼吸器内 科) 診療科代表部長 (村松秀樹 印)	
2、 対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、 レジメン名 (CDDP+PEM+Bev (short hydration 版))	

(A)

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2~21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	KN3 号 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	アバスチン 15 mg/kg 生食 100 mL	90 分 (初回) 30 分 (2 回目~) 流速を算出すること	↓	休薬
⑤	Div (側管)	プロイメンド 1V デカドロン (3.3mg) 3A 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	
⑥	Div (側管)	アロキシ注 1V 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	
⑦	Div (側管)	アリムタ 500 mg/m² 生食 50mL	10 分 300mL/時	↓	休薬
⑧	Div (側管)	KN3 号 500mL 10%NACL 20mL 硫酸 Mg 16mL	60 分 500mL/時	↓	
⑨	Div (側管)	シスプラチン 75 mg/m² 生食 250mL	60 分 流速を算出すること (最大 500m L/時)	↓	休薬
⑩	Div (側管)	フロセミド 20mg 1A	—	↓	
⑪	Div (側管)	KN3 号 500mL	60 分 500mL/時	↓	

- Day2～Day3 には十分な水分の摂取（OS-1 など最低 1000mL/日）を勧める。
- 遅延性嘔吐予防に Day 2～Day 4 までデカドロン 8mg 分 1 もしくは分 2 を内服で投与。
吐き気に応じてデカドロンは適宜減量しつつ Day 7 まで延長投与。
- PS が 0 もしくは 1、腎機能が良好であること、心機能が良好であること、飲水・内服などのアドヒアランスが良好であること。
- 原則 1 コース目は入院にて施行し、毒性やアドヒアランスを評価し、複数のスタッフが可能と判断した場合に外来へ移行する。

(B)

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2～21
①	Iv	※ 生食 NP シリンジ 5mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 250 mL (化療終了後、残破棄)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	アバスチン 15 mg/kg 生理食塩液 100 mL	30 分 流速を算出すること	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 100mL デカドロン (3.3mg) 注 2A	30 分 200ml/時	↓	
⑥	Div (側管)	アリムタ 500 mg/m² 生理食塩液 50mL	10 分 300mL/時	↓	休薬
⑦	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	

4、投与間隔および治療期間

- (A) を 3 週間 1 クール, 3～6 コース実施後,
- (B) を 3 週ごとに PD になるまでくりかえし実施する

5、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象：扁平上皮癌を除く進行非小細胞肺癌
- ② 次の場合は投与しない
 - 1) 喀血 (2.5mL 以上=ティースプーン 1/2 杯以上) の既往

- 2) 脳転移（慎重投与）
- 3) 大血管への浸潤がある場合
- ③ 気道出血（血痰など）、尿蛋白、高血圧について定期的に評価をすること。これらの異常がみられた場合は継続の可否を慎重に検討すること。
- ④ 前投薬、併用薬：副作用予防として下記を併用すること。
- ・ **葉酸 0.5mg** をアリムタ+シスプラチンの初回投与の7日以上まえから毎日服用し、同2剤の最終投与日から22日目までの間服用し続ける。当院では、**パンビタン末 1g/1xm** とする。
 - ・ **ビタミンB12 1mg** をアリムタ+シスプラチンの初回投与の7日以上前から最終投与日の22日目まで9週間ごとに1回のペースで筋注投与する。当院では、**メチコバル注射液(500μg) 2A 殿部筋注** とする。
- ⑤ 減量に関する推奨事項一次回のコース開始時の用量調節は、前回の投与コースでの最低血球数又は最大非血液毒性に基づき決定すること。回復に十分な時間をかけるために投与を延期してもよい。

回復時には、1、2、3のガイドラインに従い再投与を行うこと。

1) ペメトレキセド及びシスプラチンの用量調節－血液毒性

- ・ 最低好中球数 $<500/mm^3$ 及び最低血小板数 $50,000/mm^3$
 - ペメトレキセド及びシスプラチンの用量 (mg/m^2) :前回の用量の75%
- ・ 最低好中球数に関わらず最低血小板数 $\leq 50,000/mm^3$
 - ペメトレキセド及びシスプラチンの用量 (mg/m^2) :前回の用量の50%

患者にグレード3以上の非血液毒性が発現した場合には、投与開始前の値以下に回復するまで本剤の投与を控えること。投与再開は2のガイドラインに従うこと。

2) ペメトレキセド及びシスプラチンの用量調節－非血液毒性^{注1)、注2)}

- ・ 粘膜炎を除くグレード3^{注3)} 又は4の毒性
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) :前回の用量の75%
 - シスプラチンの用量 (mg/m^2) :前回の用量の75%
- ・ 入院を要する下痢（グレードは不問）又はグレード3～4の下痢
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) :前回の用量の75%
 - シスプラチンの用量 (mg/m^2) :前回の用量の75%
- ・ グレード3又は4の粘膜炎
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) :前回の用量の50%
 - シスプラチンの用量 (mg/m^2) :前回の用量の100%

注1) 有害事象共通用語基準（CTCAE）

注2) 神経毒性を除く

注3) グレード3のトランスアミナーゼ上昇以外

神経毒性の発現時に推奨されるペメトレキセドとシスプラチンの用量調節を3)に示す。

グレード3又は4の神経毒性が認められた場合には投与を中止すること。

3) ペメトレキセド及びシスプラチンの用量調節—神経毒性

- ・ CTCAE グレード:0~1
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m²) :前回の用量の 100%
 - シスプラチンの用量 (mg/m²) :前回の用量の 100%
- ・ CTCAE グレード:2
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m²) :前回の用量の 100%
 - シスプラチンの用量 (mg/m²) :前回の用量の 50%

2回の減量後にグレード3若しくは4の血液毒性あるいは非血液毒性が認められた場合(グレード3のトランスアミナーゼ上昇を除く)又はグレード3若しくは4の神経毒性が観察された場合は直ちに本化学療法の投与を中止すること。

⑥ 制吐剤について

- ・ 遅延性の嘔気嘔吐予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン 4mg 2錠/分2 4日分
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-BlockerやPPIを追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mgを1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mgを経口投与

<参考文献>

1. Reappraisal of Short-term Low-volume Hydration in Cisplatin-based Chemotherapy: Results of a Prospective Feasibility Study in Advanced Lung Cancer in the Okayama Lung Cancer Study Group Trial 1002. Jpn J Clin Oncol 2013; 43(11), 1115-1123.
2. Short Hydration in Chemotherapy Containing Cisplatin (≥75 mg/m²) for Patients with Lung Cancer: A Prospective Study. Jpn J Clin Oncol 2013; 43, 1105-1109.
3. 肺癌 病院で行う化学療法と外来化学療法. メディチーナ 2014; 51, 1888-1891.
4. 日本肺癌学会 肺癌診療ガイドライン 2014年版(第3版)第1刷. 104-129.
5. Randomized Phase III Trial of Maintenance Bevacizumab With or Without Pemetrexed After First-Line Induction With Bevacizumab, Cisplatin, and pemetrexed in Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer: AVAPERL(MO22089). J Clin Oncol 2013; 31: 3004-3011.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2007年 8月 8日	最終改訂日：2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器内科) 部長名 (村松 秀樹)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌) 略名 (NSCLC)	
3、化学療法名 (CBDCA+PTX)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2~ Day21 (28)
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	KN3号 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	40mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液注 50mL ガスター20mg/2mL デカドロン (3.3mg) 注 6A	15分 200mL/時	↓	
④	PO	レスタミン (10) 5錠	—	↓	
⑤	Div (側管)	アロキシ注 1V 生理食塩液 100mL	30分 200ml/時	↓	
⑥	Div (側管)	パクリタキセル 200mg/m² 生理食塩液注 500mL	180分 流速を算出 すること	↓	休業
⑦	Div (側管)	カルボプラチン AUC6 5%ブドウ糖液 250mL	60分 流速を算出 すること	↓	休業
⑧	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	

4、投与間隔

3週間を1クールとする

5、治療期間

合計3~6クール実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

① DLT: 骨髄抑制 (カルボプラチン、パクリタキセル)、末梢神経障害 (パクリタキセル)

② 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 4mg 2錠/分2 2~3日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンの

量を半分量に減量する。

- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、**H₂-Blocker** や **PPI** を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

- ③ 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与する
- ④ パクリタキセル投与 30 分前までにレスタミン、ガスター、デカドロン 3 剤全ての投与を完了する。
- ⑤ アルコールに過敏な患者には、溶剤として無水エタノールが含有されており、中枢神経系への影響が強くあらわれるおそれがあるため、本剤を投与する場合には問診により適切かどうか判断すること。

文献：

- 1) Kelly K, et al. Randomized Phase III Trial of Paclitaxel Plus Carboplatin Versus Vinorelbine Plus Cisplatin in the Treatment of Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: A Southwest Oncology Group Trial. J Clin Oncol 2001;19:3210-3218
- 2) Schiller JH, et al. Comparison of Four Chemotherapy Regimens for Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2002; 346; 92-98
- 3) Ohe Y, et al. Randomized phase III study of cisplatin plus irinotecan versus carboplatin plus paclitaxel, cisplatin plus gemcitabine, and cisplatin plus vinorelbine for advanced non-small-cell lung cancer: Four-Arm Cooperative Study in Japan. Ann Oncol 2007; 18: 317-323

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2009年 5月 13日	最終改訂日： 2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器内 科)	部長名 (村松 秀樹)
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	略名 (NSCLC)
3、化学療法名 (CBDCA+PTX+胸部 RT)	

■プロトコール A (胸部 RT 併用時)

	投与方法	薬剤	投与時間	Day 1	Day 8	Day 15	Day 22	胸部 RT 終了まで毎週投与継続
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓	↓	↓	・・・↓・・・
②	Div (本体)	KN3 号 500 mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	↓	↓	↓	・・・↓・・・
③	Div (側管)	生理食塩液注 50 mL ガスター20mg 1A デカドロン注 (3.3mg) 6A(※)	15分 200 mL/時	↓	↓	↓	↓	・・・↓・・・
④	PO	レスタミンコーワ (10) 5錠	—	↓	↓	↓	↓	・・・↓・・・
⑤	Div (側管)	グラニセトロン 100 mL	30分 200 mL/時	↓	↓	↓	↓	・・・↓・・・
⑥	Div (側管)	パクリタキセル 45 mg/m² 生理食塩液注 250 mL	60分 流速を算出 すること	↓	↓	↓	↓	・・・↓・・・
⑦	Div (側管)	カルボプラチン AUC 2 5%ブドウ糖液 250 mL	60分 流速を算出 すること	↓	↓	↓	↓	・・・↓・・・
⑧	Div (側管)	生理食塩液 50 mL	全開	↓	↓	↓	↓	・・・↓・・・

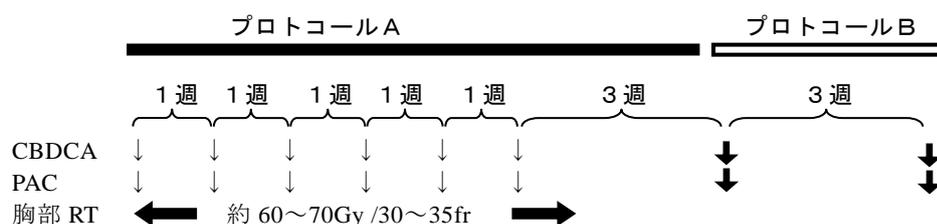
(※)デキサメタゾン は初回投与時 19.8mg とし、次回投与時までには過敏症状の発現がみられなかった場合、または臨床上特に問題のない過敏症状の場合は、2週目の投与より 9.9mg に減量し投与してもよい。3週目以降、同様に過敏症が見られない場合には主治医の判断で 6.6mg まで減量可能とする。

■プロトコール B (胸部 RT 終了後)

	投与方法	薬剤	投与時間	Day 1	Day 2~21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	KN3 号 500 mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	休薬
③	Div (側管)	生理食塩液注 50 mL ガスター20mg 1A デカドロン注 (3.3mg) 6A	15分 200 mL/時	↓	休薬
④	PO	レスタミンコーワ (10) 5錠	—	↓	休薬
⑤	Div (側管)	アロキシ注 1V 生理食塩液 100mL	30分 200 mL/時	↓	休薬
⑥	Div (側管)	パクリタキセル 200 mg/m ² 生理食塩液注 500 mL	180分 流速を算出 すること	↓	休薬
⑦	Div (側管)	カルボプラチン AUC 6 5%ブドウ糖液 250 mL	60分 流速を算出 すること	↓	休薬
⑧	Div (側管)	生理食塩液 50 mL	全開	↓	休薬

4、投与間隔

- プロトコール A (胸部 RT 併用時) : 毎週投与
 プロトコール B (胸部 RT 終了後) : 3週毎に投与



5、治療期間

- (1) 胸部 RT と化学療法を同時に開始する場合は、胸部 RT 終了後に consolidation としてプロトコール B を2コース施行する。
- (2) 胸部 RT を先行施行中に遅れて化学療法の併用を開始する場合は、胸部 RT 終了後の consolidation としてのプロトコール B の施行コース数は、プロトコール A において胸部 RT と併用した化学療法の期間 (投与回数)、総投与量を考慮し

て2ないし3コース施行する。

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

① DLT：骨髄抑制（カルボプラチン、パクリタキセル）、末梢神経障害（パクリタキセル）

② 投与基準

- ・ 化学療法投与当日，好中球 $\geq 1,500/\text{mm}^3$ かつ，血小板 $\geq 50,000/\text{mm}^3$ を満たさない場合，投与を延期する。
- ・ プロトコールAの治療期間内に， $1,000/\text{mm}^3 \leq \text{好中球} < 1,500/\text{mm}^3$ または， $50,000/\text{mm}^3 \leq \text{血小板} < 75,000/\text{mm}^3$ を認めた場合，次の化学療法投与は50%の抗がん剤減量を行う，または化学療法の延期を考慮する。
- ・ プロトコールAの治療期間内に，好中球 $< 1,000/\text{mm}^3$ または，血小板 $< 50,000/\text{mm}^3$ を認めた場合，骨髄機能の十分な回復を得るまで化学療法を中断する。
- ・ その際，主治医が判断すれば胸部RTは継続可能。
- ・ プロトコールBにおいて，化学療法投与当日，好中球 $< 1,500/\text{mm}^3$ または，血小板 $< 50,000/\text{mm}^3$ を認めた場合，1週間以上投与を延期し，次回投与は25%減量で行う。
- ・ 各プロトコールにおいて減量投与が行われた次の化学療法投与時は，骨髄機能につき上記基準を満たせば増量を考慮してもよい。

例) 50%減量投与^(*)後の次の投与時に25%減量^(*)から増量)で投与を行う

- ・ CBDCAの投与量算出は，Calvert式を用い，CcrはCockcroft-Gault式を用いる。その際のsCr値は，酵素法とJaffe法の差を考慮して，当院測定のスCr値に0.2を加えた補正值を用いる。

③ 制吐剤について

■プロトコールA（胸部RT併用時）

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
処方例) プリンペラン10mgを1日3回経口投与
ノバミン5mgを1日3回経口投与
- ・ 効果不十分であればグラニセトロンバッグ3mg/100mLを追加投与する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-BlockerやPPIを追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン0.4mgを1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス0.5mgを経口投与

■プロトコールB（胸部RT終了後）

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
➤ デカドロン錠4mg 2錠/分2 2~3日間

- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンの量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、**H₂-Blocker** や **PPI** を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン **0.4mg** を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス **0.5mg** を経口投与

文献：

Belani CP, et al. Combined Chemoradiotherapy Regimens of Paclitaxel and Carboplatin for Locally Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: A Randomized Phase II Locally Advanced Multi-Modality Protocol. J Clin Oncol 2005; 23 : 5883-5891.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2012年 6月 6日	最終改訂日：2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器内 科)	部長名 (村松 秀樹)
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	略名 (NSCLC)
3、化学療法名 (CBDCA+S-1)	

	投与方法	薬 剤	投与時間	Day1～14	Day15～21								
①	PO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><u>BSA (m²)</u></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><u>ティーエスワン</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">< 1.25</td> <td style="text-align: center;">80 mg/分 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1.25 ≤, < 1.5</td> <td style="text-align: center;">100 mg/分 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">≥ 1.5</td> <td style="text-align: center;">120 mg/分 2</td> </tr> </table>	<u>BSA (m²)</u>	<u>ティーエスワン</u>	< 1.25	80 mg/分 2	1.25 ≤, < 1.5	100 mg/分 2	≥ 1.5	120 mg/分 2	—	14日間連日 投与	7日間休薬
<u>BSA (m²)</u>	<u>ティーエスワン</u>												
< 1.25	80 mg/分 2												
1.25 ≤, < 1.5	100 mg/分 2												
≥ 1.5	120 mg/分 2												

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2～Day21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	KN3号 200 mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	アロキシ注 デカドロン (3.3mg) 注 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓	
④	Div (側管)	カルボプラチン AUC5 5%ブドウ糖液 250mL	60分 流速を算出 すること	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	

4、投与間隔

3週間を1クールとする

5、治療期間

3～6クール実施する (最大6コースまでとする)

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① DLT：骨髄抑制 (カルボプラチン、ティーエスワン)、消化器毒性 (ティーエスワン)
- ② 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - ▶ デカドロン錠 4mg 2錠/分2 2～3日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンの量を半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

③ 減量基準

WBC < 1,000/mm³、発熱性好中球減少（好中球 < 1,000/mm³ かつ 38 度以上の発熱）、血小板 < 25,000/mm³、T-Bil ≥ 2.0mg/dL、Cre ≥ 2.0mg/dl、Grade3 以上の非血液毒性（低 Na 血症は除く）がある場合、第 2 コース目以降のカルボプラチン、TS-1 の投与量を減量する。

減量例) TS-1 80mg/日(初回)→50mg/日、100mg/日(初回)→80mg/日、
120mg/日(初回)→100mg/日、カルボプラチン AUC 5→4

④ TS-1 休薬判断基準

Grade 4 の血液学的毒性、あるいは Grade2 以上の間質性肺炎が認められた場合、治療中止とする。WBC < 2,000/mm³ 又は好中球 < 1,000/mm³、血小板 < 50,000/mm³、T-Bil ≥ 2.0mg/dL、Cre ≥ 1.5mg/dl、Grade2 以上の下痢、口内炎、Grade3 以上の非血液毒性（低 Na 血症は除く）がある場合は休薬する。

⑤ TS-1 投与再開基準

WBC ≥ 2,000/mm³ かつ好中球 ≥ 1,000/mm³、血小板 ≥ 75,000/mm³、T-Bil ≤ 1.5mg/dL、Cre ≥ 1.2mg/dl、下痢、口内炎 Grade1 以下、Grade2 以下の非血液毒性（低 Na 血症は除く）、休薬の原因となった有害事象が軽快した場合は再開できる。

⑥ 3 週サイクルでの次コース開始について

次コース開始時、PS 0-2、WBC ≥ 3,000/mm³、好中球 ≥ 1,500/mm³、血小板 ≥ 100,000/mm³、T-Bil ≤ 1.5mg/dL、AST および ALT ≤ 100 IU/L、Cre ≤ 1.2mg/dl、肺臓炎/肺浸潤 ≤ Grade1、その他自覚所見及び一般臨床所見 ≤ Grade2、感染を伴う 38 度以上の発熱がない場合、3 週サイクルで 2 コース目を行なうことができる。

[TS-1 減量基準]

Ccr (mL/min)	≥ 80	80 > ≥ 50	50 > ≥ 30	30 >
投与開始量	基準投与量	必要に応じて 1 段階減量	1 段階以上の減量投与	投与不可

文献：

Okamoto I, et al. Phase III Trial Comparing Oral S-1 Plus Carboplatin With Paclitaxel Plus Carboplatin in Chemotherapy-Naïve Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: Results of a West Japan Oncology Group Study . J Clin Oncol 28: 5240-5246, 2010

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2013年 7月 日	最終改訂日： 2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器内科)	部長名 (村松 秀樹)
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	略名 (NSCLC)
3、化学療法名 (CBDCA + weekly nab-PTX)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day8	Day15	Day22
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓	↓	
②	Div (本体)	アロキシ注 1V デカドロン (3.3mg) 注 3A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓			
③	Div (本体)	デカドロン (3.3mg) 注 2A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時		↓	↓	
④	Div (本体)	生理食塩液 50mL	10分 300 mL/時	↓	↓	↓	
⑤	Div (本体)	生理食塩液 100 mL (溶解用) アブラキサン 100 mg/m²	30分 流速を 算出すること (詳細は下記参照)	↓	↓	↓	休薬
⑥	Div (本体)	生理食塩液 50mL	10分 300 mL/時	↓	↓	↓	
⑦	Div (本体)	KN3 号 200mL	40 mL/時	↓			
⑧	Div (側管)	カルボプラチン AUC6 5%ブドウ糖液 250mL	60分 流速を 算出すること	↓			休薬
⑨	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓			

4、投与間隔

4週間を1クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

① アブラキサンは添加物としてヒト血液由来成分を含有しており、感染症伝搬のリスクを完全に排除することができないため、治療上の必要性につき十分な検討を行い、上記につき文書同意を得た上で投与すること。

② DLT：骨髄抑制、消化器症状（カルボプラチン、パクリタキセル）、末梢神経障害、関節痛、筋肉痛（パクリタキセル）

③ 制吐剤について

1) Day1

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 4mg 2錠/分2 2~3日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンを半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

2) Day8・15

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
処方例) プリンペラン 10mg を1日3回経口投与
ノバミン 5mg を1日3回経口投与
- ・ 効果不十分であればグラニセトロンバッグ 3mg/100mL を追加投与する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

④ 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターは不要。

⑤ 懸濁液の調製は必ず生理食塩液 100mL を使用する。また懸濁液を生理食塩液に希釈しない。他の薬剤と混注せず、抜き取り量のみを空の点滴バックへ注入し 30分かけて投与を行う。

$$\text{抜き取り量 (mL)} = 1 \text{ 回投与量 (mg)} \div 5 \text{ (mg/mL)}$$

⑥ 症例選択基準の目安

PS0-1、骨髄機能（好中球数 $\geq 1,500/\text{mm}^3$ 、血小板 $\geq 100,000/\text{mm}^3$ 、Hb $\geq 9.0\text{g/dl}$ ）、肝機能（AST, ALT $\leq \text{ULN} \times 2.5$ 倍、総ビリルビン値 $\leq 1.5\text{mg/dl}$ ）、腎機能（クレアチニン値 $\leq 1.5\text{mg/dl}$ ）、心機能（心電図にて臨床上問題となる異常所見なし）、神経障害（末梢神経障害 $\leq \text{Grade}1$ ）

⑦ 投与開始基準の目安 (Day1)

骨髓機能 (好中球数 $\geq 1,500/\text{mm}^3$ 、血小板 $\geq 100,000/\text{mm}^3$ 、Hb $\geq 9.0\text{g/dl}$)、肝機能 (AST、ALT $\leq \text{ULN} \times 2.5$ 倍、総ビリルビン値 $\leq 1.5\text{mg/dl}$)、腎機能 (クレアチニン値 $\leq 1.5\text{mg/dl}$)、神経障害 (末梢神経障害 $\leq \text{Grade}2$)

⑧ 投与開始基準の目安 (Day8, 15)

骨髓機能 (好中球数 $\geq 1,000/\text{mm}^3$ 、血小板 $\geq 50,000/\text{mm}^3$)、神経障害 (末梢神経障害 $\leq \text{Grade}2$)

※好中球 $500/\text{mm}^3$ 未満のときは必ずスキップしてください。好中球 $1,000$ 未満で投与する場合は慎重に投与してください。

⑨ 減量の目安

好中球数及び血小板数の変動に十分留意し、次コース投与前の臨床検査で好中球数が $1,500/\text{mm}^3$ 未満又は血小板数が $100,000/\text{mm}^3$ 未満であれば、骨髓機能が回復するまでは投与を延期すること。投与後、好中球数が $500/\text{mm}^3$ 未満となった場合、好中球が $1,500/\text{mm}^3$ 未満で 7 日間以上延期した場合、血小板数が $50,000/\text{mm}^3$ 未満になった場合、発熱性好中球減少症が発現した場合、末梢神経障害・皮膚障害が $\text{Grade}2$ 以上、粘膜炎又は下痢・非血液毒性 (脱毛を除く) が $\text{Grade}3$ 以上の場合は次回の投与量を減量すること。

<減量の目安>

1 段階減量 : アブラキサン $75\text{mg}/\text{m}^2$ カルボプラチン AUC4.5

2 段階減量 : アブラキサン $50\text{mg}/\text{m}^2$ カルボプラチン AUC3

文献 :

1) Mark A.Socinski et al. Efficacy and safety of weekly nab-paclitaxel plus carboplatin in patients with advanced non-small cell lung cancer. J Clin Oncol 2011; 39: 5848

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2007年 8月 8日	最終改訂日：2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器内科)	部長名 (村松 秀樹)
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	略名 (NSCLC)
3、化学療法名 (CBDCA + weekly PTX)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day8	Day15	Day22
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓	↓	
②	Div (本体)	KN3号 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	40mL/時	↓	↓	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液注 50mL ガスター20mg/2mL デカドロン (3.3mg) 注 6A (※)	15分 200mL/時	↓	↓	↓	
④	PO	レスタミンコーワ (10) 5錠	—	↓	↓	↓	
⑤	Div (側管)	アロキシ注 1V 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓			
⑥	Div (側管)	生理食塩液注 100mL	30分 200mL/時		↓	↓	
⑦	Div (側管)	パクリタキセル 60mg/m² 生理食塩液注 250mL	60分	↓	↓	↓	休薬
⑧	Div (側管)	カルボプラチン AUC5 5%ブドウ糖液 250mL	60分	↓			休薬
⑨	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	↓	↓	

4、投与間隔

4週間を1クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① DLT: 骨髄抑制 (カルボプラチン、パクリタキセル)、末梢神経障害 (パクリタキセル)
- ② 制吐剤について

1) Day1

- ・ 遅延性嘔吐の予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 4mg 2錠/分2 2~3日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロンを半分量に減量する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

2) Day8・15

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
処方例) プリンペラン 10mg を1日3回経口投与
ノバミン 5mg を1日3回経口投与
- ・ 効果不十分であればグラニセトロンバッグ 3mg/100mL を追加投与する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

- ③ 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与する
- ④ パクリタキセル投与 30分前までにレスタミン、ガスター、デカドロン3剤全ての投与を完了する。
- ⑤ デキサメタゾン初回投与時 8mg とし、次回投与時までには過敏症状の発現がみられなかった場合又は臨床上特に問題のない過敏症状の場合は、2週目の投与より半量(4mg)に減量し投与してもよい。以降の投与週においても同様の場合は、半量ずつ最低 1mg まで減量し投与してもよい。
- ⑥ アルコールに過敏な患者には、溶剤として無水エタノールが含有されており、中枢神経系への影響が強くあらわれるおそれがあるため、本剤を投与する場合には問診により適切かどうか判断すること。

文献：

1) Belani CP, et al. Multicenter randomized trial for stage IIIB or IV non-small-cell lung cancer using weekly paclitaxel and carboplatin followed by maintenance weekly paclitaxel or observation. J Clin Oncol 2003; 21: 2933-39.

2) Belani CP, et al. A multicenter, phase III randomized trial for stage IIIB/IV NSCLC of weekly paclitaxel and carboplatin vs. standard paclitaxel and carboplatin given every three weeks, followed by weekly paclitaxel. Proc Am Soc Clin Oncol. 2004; 23: 619. Abstract 7017.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2012年 11月 7日	最終改訂日： 2015年 8月 11日
1、診療科名（呼吸器内科） 診療科代表部長（村松 秀樹）	
2、対象疾患名（非小細胞肺癌）	
3、化学療法名（CBDCA+胸部RT）	

	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1 から 放射線治療日 に連日（計 20 回）
①	Iv	生食シリンジ 10mL （ルート確保用）	—	↓
②	Div (本体)	生食 250mL （化療終了後、残破棄可）	40 mL/時	↓
③	Div (側管)	グラニセトロンバッグ 3mg/100mL	30 分 200 ml/時	↓
④	Div (側管)	カルボプラチン 30mg/m² 5%ブドウ糖液 250 mL	60 分 流速を算出すること	↓
⑤	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓

4、5、投与間隔および治療期間

放射線治療を行う日に放射線治療の開始前に投与し、投与終了後に放射線治療を行う。

計 20 回施行後、化学療法は終了（放射線治療は継続）。

6、備考（1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

① 制吐剤について

- ・ 患者の症状に応じてグラニセトロンバッグは中止とする。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

文献：Thoracic radiotherapy with or without daily low-dose carboplatin in elderly patients with non-small-cell lung cancer: a randomized, controlled, phase 3 trial by the Japan Clinical Oncology Group (JCOG301) Lancet Oncol 2012; 13: 671

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2015 年 1 月 7 日	最終改訂日： 2015 年 8 月 11 日
1、診療科名 (呼吸器内科) 診療科代表部長 (村松秀樹 印)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、レジメン名 (CDDP+DTX+RT (short hydration 版))	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day8	Day2～7, 9～28
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓	
②	Div (本体)	KN3 号 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓	↓	
③	Div (側管)	プロイメンド 1V デカドロン (3.3mg) 3A 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	↓	
④	Div (側管)	アロキシ注 1V 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	↓	
⑥	Div (側管)	ドセタキセル 40 mg/m ² 生食 250mL	60 分 250mL/時	↓	↓	休薬
⑦	Div (側管)	KN3 号 500mL 10%NaCl 20mL 硫酸 Mg 16mL	60 分 500mL/時	↓	↓	
⑧	Div (側管)	シスプラチン 40 mg/m ² 生食 250mL	60 分 流速を算出すること (最大 500m L/時)	↓	↓	休薬
⑨	IV (側管)	フロセミド 20mg 1A	—	↓	↓	
⑩	Div (側管)	KN3 号 500mL	60 分 500mL/時	↓	↓	

- Day2～Day3 には十分な水分の摂取 (OS-1 など最低 1000mL/日) を勧める。
- 遅延性嘔吐予防に Day 2～Day 4 までデカドロン 8mg 分 1 もしくは分 2 を内服で投与。
吐き気に応じてデカドロンは適宜減量しつつ Day 7 まで延長投与。
- PS が 0 もしくは 1、腎機能が良好であること、心機能が良好であること、飲水・内服などのアドヒアランスが良好であること。

- 原則 1 コース目は入院にて施行し、毒性やアドヒアランスを評価し、複数のスタッフが可能と判断した場合に外来へ移行する。

4、投与間隔 4週間を1クールとする。

5、治療期間 合計4クール実施する。

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

- ① DLT：腎障害（シスプラチン）、好中球減少（ドセタキセル）
- ② ドセタキセルの過敏症は、パクリタキセルよりも頻度は少ないとされるが、予防のため、通常はステロイドを投与する。必要な症例には、H₁H₂Blocker の前投与も行う。
- ③ 蓄積性の浮腫が出現するが、ステロイドの前投与により出現までの期間が延長するという報告がある。
- ④ 投与当日の好中球数が 2,000/mm³ 未満であれば、投与を延期すること。
- ⑤ 胸部放射線治療開始日より放射線治療の終了日の間、アンサー皮下注を考慮する。
*アンサー（20μg） 1回1A 皮下注、2回/週
- ⑥ 経口摂取、飲水不良の場合は、適宜、点滴水分負荷量を増やす。
- ⑦ 有害事象が発生した場合、化学療法及び放射線治療を中止し、再開の可否と時期については慎重に検討すること。
- ⑧ 嘔気嘔吐対策に以下の処方を推奨する
 - ・ 遅延性の嘔気嘔吐予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン 4mg 2錠/分2 4日分
 - ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
 - ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

<参考文献>

1. Reappraisal of Short-term Low-volume Hydration in Cisplatin-based Chemotherapy: Results of a Prospective Feasibility Study in Advanced Lung Cancer in the Okayama Lung Cancer Study Group Trial 1002. Jpn J Clin Oncol 2013; 43: 1115-1123.
2. Short Hydration in Chemotherapy Containing Cisplatin (≥75 mg/m²) for Patients with Lung Cancer: A Prospective Study. Jpn J Clin Oncol 2013; 43: 1105-1109.
3. 肺癌 病院で行う化学療法と外来化学療法. メディチーナ 2014; 51, 1888-1891.

4. 日本肺癌学会 肺癌診療ガイドライン 2014年版（第3版）第1刷. 84-103.
5. Phase I/II of docetaxel and cisplatin with concurrent thoracic radiation therapy for locally advanced non-small-cell lung cancer. Br J Cancer 2003; 89:795-802.
6. Phase III trial comparing docetaxel and cisplatin combination chemotherapy with mitomycin, vindesine, and cisplatin combination chemotherapy with concurrent thoracic radiotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer: OLCSG 0007. J Clin Oncol. 2010; 28: 3299-3306.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2015 年 1 月 7 日	最終改訂日： 2015 年 8 月 11 日
1、 診療科名 (呼吸器内 科) 診療科代表部長 (村松秀樹 印)	
2、 対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、 レジメン名 (CDDP+GEM (short hydration 版))	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day8	Day2～21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓	
②	Div (本体)	KN3 号 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓	↓	
③	Div (側管)	プロイメンド 1V デカドロン (3.3mg) 3A 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓		
④	Div (側管)	アロキシ注 1V 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓		
⑤	Div (側管)	生食 100mL デカドロン(3.3mg) 2A	30 分 200ml/時		↓	
⑥	Div (側管)	ゲムシタビン 1000 mg/m² 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	↓	休薬
⑦	Div (側管)	KN3 号 500mL 10%NACL 20mL 硫酸 Mg 16mL	60 分 500mL/時	↓		
⑧	Div (側管)	シスプラチン 80 mg/m² 生食 250mL	60 分 流速を算出すること (最大 500m L/時)	↓	休薬	休薬
⑨	IV (側管)	フロセミド 20mg 1A	—	↓		
⑩	Div (側管)	KN3 号 500mL	60 分 500mL/時	↓		
⑪	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ルートフラッシュ用)	全開		↓	

- Day2～Day3 には十分な水分の摂取 (OS-1 など最低 1000mL/日) を勧める。

- 遅延性嘔吐予防に Day 2～Day 4 までデカドロン 8mg 分 1 もしくは分 2 を内服で投与。吐き気に応じてデカドロンは適宜減量しつつ Day 7 まで延長投与。
- PS が 0 もしくは 1、腎機能が良好であること、心機能が良好であること、飲水・内服などのアドヒアランスが良好であること。
- 原則 1 コース目は入院にて施行し、毒性やアドヒアランスを評価し、複数のスタッフが可能と判断した場合に外来へ移行する。

4、投与間隔 3 週間を 1 クールとする

5、治療期間 3～6 コース実施する
ただし効果が得られている場合、6 コースを越えて実施することも可能。

6、備考（1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

① DLT：骨髄抑制（ゲムシタビン）、腎障害（シスプラチン）

② 制吐剤について

1) Day1

- ・ 遅延性の嘔気嘔吐予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン 4mg 2錠/分 2 4日分
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

2) Day8

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
処方例) プリンペラン 10mg を 1 日 3 回経口投与
ノバミン 5mg を 1 日 3 回経口投与
- ・ 効果不十分であればグラニセトロンバッグ 3mg/100mL を追加投与する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

<参考文献>

1. Reappraisal of Short-term Low-volume Hydration in Cisplatin-based Chemotherapy: Results of a Prospective Feasibility Study in Advanced Lung Cancer in the Okayama Lung Cancer Study Group Trial 1002. Jpn J Clin Oncol 2013; 43:

1115-1123.

2. Short Hydration in Chemotherapy Containing Cisplatin (≥ 75 mg/m²) for Patients with Lung Cancer: A Prospective Study. *Jpn J Clin Oncol* 2013; 43: 1105-1109.
3. 肺癌 病院で行う化学療法と外来化学療法. *メディチーナ* 2014; 51, 1888-1891.
4. 日本肺癌学会 肺癌診療ガイドライン 2014年版(第3版)第1刷. 104-129.
5. Randomized phase III study of cisplatin plus irinotecan versus carboplatin plus paclitaxel, cisplatin plus gemcitabine, and cisplatin plus vinorelbine for advanced non-small-cell lung cancer: Four-Arm Cooperative Study in Japan. *Ann Oncol* 2007; 18: 317-323.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2015 年 1 月 7 日	最終改訂日： 2015 年 8 月 11 日
1、 診療科名 (呼吸器内 科) 診療科代表部長 (村松秀樹 印)	
2、 対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、 レジメン名 (CDDP+PEM (short hydration 版))	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2~21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	KN3 号 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	プロイメンド 1V デカドロン (3.3mg) 3A 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	
④	Div (側管)	アロキシ注 1V 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	
⑤	Div (側管)	アリムタ 500 mg/m ² 生食 50mL	10 分 300mL/時	↓	休薬
⑥	Div (側管)	KN3 号 500mL 10%NACL 20mL 硫酸 Mg 16mL	60 分 500mL/時	↓	
⑦	Div (側管)	シスプラチン 75 mg/m ² 生食 250mL	60 分 液量を算出すること (最大 500m L/時)	↓	休薬
⑧	Div (側管)	フロセミド 20mg 1A	—	↓	
⑨	Div (側管)	KN3 号 500mL	60 分 500mL/時	↓	

- Day2~Day3 には十分な水分の摂取 (OS-1 など最低 1000mL/日) を勧める。
- 遅延性嘔吐予防に Day 2~Day 4 までデカドロン 8mg 分 1 もしくは分 2 を内服で投与。
吐き気に応じてデカドロンは適宜減量しつつ Day 7 まで延長投与。
- PS が 0 もしくは 1、腎機能が良好であること、心機能が良好であること、飲水・内服などのアドヒアランスが良好であること。
- 原則 1 コース目は入院にて施行し、毒性やアドヒアランスを評価し、複数のスタッフ

が可能と判断した場合に外来へ移行する。

4、投与間隔 3週間を1クールとする

5、治療期間 3~6コース実施する

効果がSD以上（CR，PR，SD）の場合は，維持療法としてアリムタをくり返し投与することができる。

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

① 前投薬，併用薬：副作用予防として下記を併用すること。

- ・ **葉酸 0.5mg** をアリムタ+シスプラチンの初回投与の7日以上まえから毎日服用し，同2剤の最終投与日から22日目までの間服用し続ける。当院では，**パンビタン末 1g/1xm** とする。
- ・ **ビタミンB12 1mg** をアリムタ+シスプラチンの初回投与の7日以上前から最終投与日の22日目まで9週間ごとに1回のペースで筋注投与する。
当院では，**メチコバル注射液(500μg) 2A 殿部筋注** とする。

② 減量に関する推奨事項一次回のコース開始時の用量調節は、前回の投与コースでの最低血球数又は最大非血液毒性に基づき決定すること。回復に十分な時間をかけるために投与を延期してもよい。

回復時には、1、2、3のガイドラインに従い再投与を行うこと。

1) ペメトレキセド及びシスプラチンの用量調節－血液毒性

- ・ 最低好中球数 $<500/\text{mm}^3$ 及び最低血小板数 $50,000/\text{mm}^3$
 - ペメトレキセド及びシスプラチンの用量 (mg/m^2) :前回の用量の75%
- ・ 最低好中球数に関わらず最低血小板数 $\leq 50,000/\text{mm}^3$
 - ペメトレキセド及びシスプラチンの用量 (mg/m^2) :前回の用量の50%

患者にグレード3以上の非血液毒性が発現した場合には、投与開始前の値以下に回復するまで本剤の投与を控えること。投与再開は2のガイドラインに従うこと。

2) ペメトレキセド及びシスプラチンの用量調節－非血液毒性^{注1)、注2)}

- ・ 粘膜炎を除くグレード3^{注3)} 又は4の毒性
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) :前回の用量の75%
 - シスプラチンの用量 (mg/m^2) :前回の用量の75%
- ・ 入院を要する下痢（グレードは不問）又はグレード3~4の下痢
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) :前回の用量の75%
 - シスプラチンの用量 (mg/m^2) :前回の用量の75%
- ・ グレード3又は4の粘膜炎
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) :前回の用量の50%

- シスプラチンの用量 (mg/m²) :前回の用量の 100%

注 1) 有害事象共通用語基準 (CTCAE)

注 2) 神経毒性を除く

注 3) グレード 3 のトランスアミナーゼ上昇以外

神経毒性の発現時に推奨されるペメトレキセドとシスプラチンの用量調節を 3) に示す。
グレード 3 又は 4 の神経毒性が認められた場合には投与を中止すること。

3) ペメトレキセド及びシスプラチンの用量調節－神経毒性

- CTCAE グレード:0~1

- ペメトレキセドの用量 (mg/m²) :前回の用量の 100%

- シスプラチンの用量 (mg/m²) :前回の用量の 100%

- CTCAE グレード:2

- ペメトレキセドの用量 (mg/m²) :前回の用量の 100%

- シスプラチンの用量 (mg/m²) :前回の用量の 50%

2 回の減量後にグレード 3 若しくは 4 の血液毒性あるいは非血液毒性が認められた場合
(グレード 3 のトランスアミナーゼ上昇を除く) 又はグレード 3 若しくは 4 の神経毒性
が観察された場合は直ちに本化学療法の投与を中止すること。

③ 制吐剤について

- 遅延性の嘔気嘔吐予防に以下の処方を推奨する。

- デカドロン 4mg 2錠/分 2 4日分

- 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。

- 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与

治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

<参考文献>

1. Reappraisal of Short-term Low-volume Hydration in Cisplatin-based Chemotherapy: Results of a Prospective Feasibility Study in Advanced Lung Cancer in the Okayama Lung Cancer Study Group Trial 1002. Jpn J Clin Oncol 2013; 43(11), 1115-1123.
2. Short Hydration in Chemotherapy Containing Cisplatin (≥75 mg/m²) for Patients with Lung Cancer: A Prospective Study. Jpn J Clin Oncol 2013; 43(11), 1105-1109.
3. 肺癌 病院で行う化学療法と外来化学療法. メディチーナ 2014; 51(10), 1888-1891.
4. 日本肺癌学会 肺癌診療ガイドライン 2014 年版 (第 3 版) 第 1 刷. 104-129.
5. Phase III Study Comparing Cisplatin Plus Gemcitabine With Cisplatin Plus Pemetrexed in Chemotherapy-Naive Patients With Advanced-Stage Non-Small-Cell Lung Cancer. J Clin Oncol 2008; 26(21), 3543-3551.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2015 年 1 月 7 日	最終改訂日： 2015 年 8 月 11 日
1、 診療科名 (呼吸器内 科) 診療科代表部長 (村松秀樹 印)	
2、 対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、 レジメン名 (CDDP+VNR (short hydration 版))	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day8	Day2～7, 9～21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓	
②	Div (本体)	KN3 号 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓		
③	Div (側管)	プロイメンド 1V デカドロン (3.3mg) 3A 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓		
④	Div (側管)	アロキシ注 1V 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓		
⑤	Div (本体)	KN3 号 200mL (化療終了後, 残破棄可)	30ml/時		↓	
⑥	Div (側管)	生理食塩液 50mL	15 分 200 mL/時		↓	
⑦	Div (側管)	ナベルピン 25 mg/m² 生食 50mL	6 分 500mL/時	↓	↓	休薬
⑧	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開		↓	
⑨	Div (側管)	KN3 号 500mL 10%NACL 20mL 硫酸 Mg 16mL	60 分 500mL/時	↓		
⑩	Div (側管)	シスプラチン 80 mg/m² 生食 250mL	60 分 流速を算出すること (最大 500m L/時)	↓		
⑪	Div (側管)	フロセミド 20mg 1A	—	↓		
⑫	Div (側管)	KN3 号 500mL	60 分 500mL/時	↓		

- Day2～Day3 には十分な水分の摂取（OS-1 など最低 1000mL/日）を勧める。
- 遅延性嘔吐予防に Day 2～Day 4 までデカドロン 8mg 分 1 もしくは分 2 を内服で投与。吐き気に応じてデカドロンは適宜減量しつつ Day 7 まで延長投与。
- PS が 0 もしくは 1、腎機能が良好であること、心機能が良好であること、飲水・内服などのアドヒアランスが良好であること。
- 原則 1 コース目は入院にて施行し、毒性やアドヒアランスを評価し、複数のスタッフが可能と判断した場合に外来へ移行する。

4、投与間隔 3 週間を 1 クールとする。

5、治療期間 3～6 クール施行する。

※術後補助化学療法の場合は 3～4 クール。

6. 備考（1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

① DLT：腎障害（シスプラチン）、骨髄抑制（ナベルビン）

② 制吐剤について

1) Day1

- ・ 遅延性の嘔気嘔吐予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン 4mg 2 錠/分 2 4 日分
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
 処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
 治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

2) Day8

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
 処方例) プリンペラン 10mg を 1 日 3 回経口投与
 ノバミン 5mg を 1 日 3 回経口投与
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
 処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
 治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

③ 経口摂取、飲水不良の場合は、適宜、点滴水分負荷量を増やす。

④ 有害事象が発生した場合、化学療法を中止し、再開の可否と時期については慎重に検討すること。

<参考文献>

1. Reappraisal of Short-term Low-volume Hydration in Cisplatin-based Chemotherapy: Results of a Prospective Feasibility Study in Advanced Lung Cancer in the Okayama Lung Cancer Study Group Trial 1002. *Jpn J Clin Oncol* 2013; 43: 1115-1123.
2. Short Hydration in Chemotherapy Containing Cisplatin (≥ 75 mg/m²) for Patients with Lung Cancer: A Prospective Study. *Jpn J Clin Oncol* 2013; 43: 1105-1109.
3. 肺癌 病院で行う化学療法と外来化学療法. *メディチーナ* 2014; 51, 1888-1891.
4. 日本肺癌学会 肺癌診療ガイドライン 2014年版(第3版)第1刷. 70-80, 104-129.
5. Vinorelbine plus cisplatin vs. observation in resected non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2005; 352: 2589-2597.
6. Randomized phase III study of cisplatin plus irinotecan versus carboplatin plus paclitaxel, cisplatin plus gemcitabine, and cisplatin plus vinorelbine for advanced non-small-cell lung cancer: Four-Arm Cooperative Study in Japan. *Ann Oncol* 2007; 18: 317-323.
7. Concurrent chemoradiotherapy with cisplatin and vinorelbine for stable III non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2008; 3: 617-622.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2017年 6月 5日	最終改訂日： 2020年 4月 8日
1、診療科名 (呼吸器内科) 診療科代表部長 (村松 秀樹)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、癌化学療法名 (Crizotinib 単剤)	

投与方法	薬剤	投与時間	
PO	ザーコリ 500mg 分2	—	連日経口投与

4、投与間隔 連日経口投与

5、治療期間 効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- 致死的な急性肺障害、間質性肺炎が現れることがあるため投与開始後4週間は、入院またはそれに準ずる管理下で観察を行う。
- ALK 融合遺伝子陽性または、ROS1 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発非小細胞肺癌に対して投与する
- 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合は、直ちに投与を中止し、ステロイド治療など適切な治療を行う。
- 慎重投与
 - ・ 急性肺障害、特発性肺線維症、間質性肺炎、じん肺症、放射線肺炎、薬剤性肺炎またはこれらの疾患の既往歴のある患者
 - ・ QT 間隔延長のおそれ又はその既往歴のある患者
 - ・ 重度の腎機能障害のある患者
 - ・ PS の悪い患者
 - ・ 肝機能障害のある患者

文献：

First-line crizotinib versus chemotherapy in ALK-positive lung cancer. N Engl J Med. 371:2167, 2014

Crizotinib in ROS1-rearranged non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 371: 1963, 2014

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 年 月 日	最終改訂日： 2020年 4月 8日
1、診療科名 (呼吸器内科) 診療科代表部長 (村松秀樹 印)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、レジメン名 (DTX+Ramucirumab)	

(A)

No.	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2~21
①	Iv	※生食シリンジ 10 mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 250 mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	
③	Div	デカドロン (6.6 mg) 生理食塩液 100 mL	30 分	↓	
④	内服	レスタミン (10 mg) 錠 5 錠	—	↓	
⑤	Div	サイラムザ 10 mg/kg 生理食塩液 250 mL	60 分 250 mL/時	↓	休薬
⑥	Div	生理食塩液 100 mL	60 分(初回) 全開(2 回目以降)	↓	
⑦	Div	ドセタキセル 60 mg/m² 生理食塩液 250 mL	60 分 250 mL/時	↓	休薬
⑧	Div	生理食塩液 50 mL	全開	↓	

(B)

①	Iv	生食シリンジ 10 mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div	生理食塩液 100 mL	30 分	↓	
③	内服	レスタミン (10 mg) 錠 5 錠	—	↓	

④	Div	サイラムザ 10 mg/kg 生理食塩液 250 mL	60 分 250 mL/時	↓	休薬
⑤	Div	生理食塩液 50 mL	全開	↓	

4、投与間隔および治療期間

- (A) を 3 週間 1 クール, 3 ~ 6 コース実施後,
(B) を PD になるまでくりかえし実施する.

5、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象：白金製剤加療歴のある進行非小細胞肺癌の二次治療
- ② サイラムザ初回投与時のみ, infusion reaction の発現確認のため, 60 分の観察期間を設定する (2 回目以降はサイラムザ投与後の生理食塩液投与時間短縮を検討)
- ③ 骨髄毒性が強く出現する傾向にあり, 発熱性好中球減少症の発現など注意深い観察を要する.
持続型 G-CSF 製剤の予防投与を考慮してもよい.
- ④ 次の場合は投与しない
 - (1) 喀血 (2.5mL 以上=ティースプーン 1/2 杯以上) の既往
 - (2) 大血管への浸潤がある場合
- ⑤ 気道出血 (血痰など), 尿蛋白, 高血圧について定期的に評価をすること. これらの異常がみられた場合は継続の可否を慎重に検討すること.
- ⑥ 制吐剤について
 - ・ 悪心・嘔吐が強ければグラニセトロン注 3 mg/100mL を追加投与する。
 - ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
 - ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4 mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5 mg を経口投与

Ref.

Lancet 384: 665, 2014

Ramucirumab plus docetaxel versus placebo plus docetaxel for second-line treatment of stage IV non-small-cell lung cancer after disease progression on platinum-based therapy (REVEL): a multicentre, double-blind, randomised phase 3 trial

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2007年 8月 8日	最終改訂日：2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器内 科) 部長名 (村松 秀樹)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌) 略名 (NSCLC)	
3、化学療法名 (DTX 単剤)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day7～Day21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	DIV (本体)	KN3 号 200 mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 100mL デカドロン (3.3mg) 注 2A	30 分 200mL/時	↓	
④	Div (側管)	生理食塩液 250mL ドセタキセル 60mg/m ²	60 分 流速を算出 すること	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	

4、投与間隔

3 週間を 1クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象：高齢者 (70 歳以上)、切除不能進行非小細胞肺癌
- ② DLT：好中球減少
- ③ ドセタキセルの過敏症は、パクリタキセルよりも頻度は少ないとされるが、予防のため、通常はステロイドを投与する。必要な症例には、H₁H₂Blocker の前投与も行う。
- ④ 蓄積性の浮腫が出現するが、ステロイドの前投与により出現までの期間が延長するという報告がある。
- ⑤ 制吐剤について
 - ・ 嘔気・嘔吐があった場合プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
処方例) プリンペラン 10mg を 1 日 3 回経口投与
ノバミン 5mg を 1 日 3 回経口投与
 - ・ 効果不十分であればグラニセトロンバッグ 3mg/100mL を追加投与する。

- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

文献：

Roszkowski K et al. A multicenter, randomized, phase III study of docetaxel plus best supportive care versus best supportive care in chemotherapy naive patients with metastatic or non-resectable localized non-small cell lung cancer (NSCLC). Lung Cancer 2000; 27: 145–157.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2018年 10月 14日	最終改訂日： 2020年 4月 8日
1、診療科名 (呼吸器 内科) 診療科代表部長 (村松 秀樹 印)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、レジメン名 (Durvalumab 単剤療法)	

	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1	Day 2 ~14
①	Iv	※ 生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 250mL (化療終了後, 残破棄)	30 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	イミフィンジ 10mg/kg 生理食塩液注 250 mL	60 分 250mL/時	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 50mL	15 分 200 mL/時	↓	

4、投与間隔および治療期間

2 週間 1 クールを PD になるまで繰り返し投与し最長 12 ヶ月間投与する

5、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象: 切除不能Ⅲ期非小細胞肺癌で放射線化学療法後に疾患進行が認められなかった患者
- ② 慎重投与
 - (1) 自己免疫疾患の合併又は慢性的若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者
 - (2) 間質性肺疾患のある患者または既往歴のある患者
- ③ 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与する
- ④ 投与開始時に発熱、悪寒、掻痒感、発疹、血圧変動、呼吸困難など **Infusion reaction** をおこすことがあるので、患者の状態を十分に観察し、異常がみとめられた場合には注入速度を緩める、投与中止、解熱鎮痛薬・抗ヒスタミン薬・副腎皮質ステロイドなどの使用を考慮すること
- ⑤ 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合には、直ちに投与を中止し、副腎皮質

ステロイドなど適切な治療を行うこと

- ⑥ 甲状腺機能障害があらわれることがあるので、本剤の開始前及び投与期間中は定期的に甲状腺機能検査（TSH, fT3, fT4）を施行すること。本剤投与中に甲状腺機能障害が認められた場合は、適切な処置を行うこと
- ⑦ 本剤の T 細胞活性化作用により、過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な疾患や病態（重症筋無力症，筋炎，大腸炎，1 型糖尿病，肝機能障害・肝炎，神経障害，腎炎，副腎機能障害，皮膚障害，脳炎）があらわれることがある。観察を十分に行い、異常が認められた場合には、過度の免疫反応による副作用の発現を考慮し、適切な鑑別診断を行うこと。過度の免疫反応による副作用が疑われる場合には、関係各科と協議し副腎皮質ホルモン剤の投与等を考慮すること
- ⑧ 有害事象は投与終了後数週～数ヶ月してから発現することもあり，治療期間中以外でも十分に注意する。
- ⑨ 下痢を発症した際は可能な限り腹部CTを撮影し，腸管粘膜浮腫の有無を確認する。大腸内視鏡検査は，炎症による腸管壁の脆弱化から腸管穿孔起こす可能性があり，消化器内科とよく協議をしてから施行する

ref)

・ NEJM 2017 ; 377(20) : 1919-1929

Durvalmab after Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer (PACIFIC).

・ NEJM DOI:10.1056/NEJMoa1809697

Overall Survival with Durvalmab after Chemoradiotherapy in Stage III NSCLC.

用紙は事務局に提出してください。また、参考になる文献等を添えて提出してください。

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2015年 11月 22日	最終改訂日： 2015年 11月 22日
1、診療科名（呼吸器内科） 診療科代表部長（村松 秀樹 印）	
2、対象疾患名（非小細胞肺癌）	
3、レジメン名（ERL+Bev）	

No.	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1	Day 2 ～20
①	Iv	※ 生食 NP シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
③	Div	アバスチン 15 mg/kg 生理食塩液注 100 mL	初回投与 90分 2回目以降 30分	↓	休薬
④	Div	生理食塩液 50mL	15分 200 mL/時	↓	

投与方法	薬 剤	投与時間	投与回数
PO	タルセバ 150mg 分1	—	連日経口投与

4、投与間隔および治療期間

3週間 1クールをPDになるまでくりかえし実施する

5、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

- ① 対象：扁平上皮癌を除く進行非小細胞肺癌
- ② 次の場合は投与しない
 - (1) 咯血（2.5mL以上＝ティースプーン 1/2杯以上）の既往
 - (2) 大血管への浸潤がある場合
- ③ 気道出血（血痰など）、尿蛋白、高血圧について定期的に評価をすること。これらの異常がみられた場合は継続の可否を慎重に検討すること。

- 食事の1時間以上前又は食後2時間以降に1日1回経口投与する。

例) タルセバ(150) 1錠 1日1回 起床時

- 致死的な急性肺障害、間質性肺炎が現れることがあるため投与初期は、入院またはそれに準ずる管理下で観察を行う。

- 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合は、直ちに投与を中止し、ステロイド治療など適切な治療を行う。
- 慎重投与
 - ・ 急性肺障害、特発性肺線維症、間質性肺炎、放射線肺炎、薬剤性肺炎
またはこれらの疾患の既往歴のある患者
 - ・ PS の悪い患者
 - ・ 肝機能障害のある患者
- 下痢及び皮膚の副作用があらわれた場合には、患者の状態に応じて休薬あるいは対症療法を施す
- 副作用発現などで減量する場合は、50mg ずつ減量する
- 無酸症など著しい低胃酸状態が持続する状態では、本剤の血中濃度が低下し作用が減弱するおそれがある。 H2 ブロッカー、プロトンポンプインヒビターなど制酸作用のある薬剤を投与する場合は、本剤の内服を早朝空腹時に行うことを考慮する

ref)

Lancet Oncol. 2014 Oct;15(11):1236-44.

化学療法レジメン登録用紙

レジメン番号：NSC502	
登録日： 2009年 11月 27日	最終改訂日： 2012年 10月 9日
1、診療科名 (呼吸器内科)	診療科代表部長 (村松 秀樹)
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	略名 (NSCLC)
3、癌化学療法名 (Erlotinib 単剤)	

投与方法	薬剤	投与時間	
PO	タルセバ 150mg 分1	—	連日経口投与

4、投与間隔

連日経口投与

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- 食事の1時間以上前又は食後2時間以降に1日1回経口投与する。
例) タルセバ(150) 1錠 1日1回 起床時
- 致命的な急性肺障害、間質性肺炎が現れることがあるため投与初期は、入院またはそれに準ずる管理下で観察を行う。
- 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合は、直ちに投与を中止し、ステロイド治療など適切な治療を行う。
- 慎重投与
 - ・ 急性肺障害、特発性肺線維症、間質性肺炎、放射線肺炎、薬剤性肺炎
またはこれらの疾患の既往歴のある患者
 - ・ PSの悪い患者
 - ・ 肝機能障害のある患者
- 下痢及び皮膚の副作用があらわれた場合には、患者の状態に応じて休薬あるいは対症療法を施す
- 副作用発現などで減量する場合は、50mgずつ減量する
ただしタルセバ錠25mgは採用薬品ではないため、事前に必要な手続きをすること。
- 無酸症など著しい低胃酸状態が持続する状態では、本剤の血中濃度が低下し作用が減弱するおそれがある。H2ブロッカー、プロトンポンプインヒビターなど制酸作用のある薬剤を投与する場合は、本剤の内服を早朝空腹時に行うことを考慮する

文献：添付文書

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2009年 11月 27日	最終改訂日： 2012年 10月 9日
1、診療科名（呼吸器内科） 診療科代表部長（村松 秀樹）	
2、対象疾患名（非小細胞肺癌） 略名（NSCLC）	
3、癌化学療法名（Gefitinib 単剤）	

投与方法	薬剤	投与時間	
PO	イレッサ 250mg 分1	—	連日経口投与

4、投与間隔

連日経口投与

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

- 致死的な急性肺障害、間質性肺炎が現れることがあるため投与開始後4週間は、入院またはそれに準ずる管理下で観察を行う。
- 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合は、直ちに投与を中止し、ステロイド治療など適切な治療を行う。
- 慎重投与
 - ・ 急性肺障害、特発性肺線維症、間質性肺炎、じん肺症、放射線肺炎、薬剤性肺炎またはこれらの疾患の既往歴のある患者
 - ・ PSの悪い患者
 - ・ 肝機能障害のある患者
- 日本肺癌学会の「ゲフィチニブ使用に関するガイドライン」等の最新の情報を参考にすること
- 下痢及び皮膚の副作用があらわれた場合には、患者の状態に応じて休薬あるいは対症療法を施す
- 無酸症など著しい低胃酸状態が持続する状態では、本剤の血中濃度が低下し作用が減弱するおそれがある。H2ブロッカー、プロトンポンプインヒビターなど制酸作用のある薬剤を投与する場合は、本剤の内服を早朝空腹時に行うことを考慮する

文献：添付文書

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2009年 7月 5日	最終改訂日：2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器 科) 部長名 (村松 秀樹)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌) 略名 (NSCLC)	
3、化学療法名 (GEM 単剤)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day8	Day9~21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓	
②	DIV (本体)	KN3 号輸液 200 mL (化療終了後, 残破棄)	50 mL/時	↓	↓	
③	DIV (側管)	生理食塩液 100mL デカドロン (3.3mg) 注 2A	30 分 200 mL/時	↓	↓	
④	DIV (側管)	生理食塩液 100 mL ゲムシタビン 1000 mg/m ²	30 分 200 mL/時	↓	↓	休薬
⑤	DIV (側管)	生理食塩液 50 mL	全開	↓	↓	

4、投与間隔

3週間を1クールとする

5、治療期間

原則として3~6クール実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

① DLT：骨髄抑制

② 制吐剤について

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
処方例) プリンペラン 10mg を1日3回経口投与
ノバミン 5mg を1日3回経口投与
- ・ 効果不十分であればグラニセトロンバッグ 3mg/100mL を追加投与する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

③ 週1回投与を30分間点滴静注により行うこと。(外国の臨床試験において、週2回以上あるいは1回の点滴を60分以上かけて行くと、副作用が増強した例が報告されている。)

④ 禁忌

胸部単純 X 線写真で明らかで、かつ臨床症状のある間質性肺炎、胸部放射線療法の同時施行

⑤ 投与基準

当日の白血球数が $2,000/\text{mm}^3$ 未満又は血小板数が $70,000/\text{mm}^3$ 未満であれば、骨髄機能が回復するまで投与を延期すること。

文献：

Gridelli C, et al. Chemotherapy for Elderly Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: The Multicenter Italian Lung Cancer in the Elderly Study (MILES) Phase III Randomized Trial. J Natl Cancer Inst 2003;95:362-72.

Lung Cancer 2005 47 40-412 First line chemotherapy with gemcitabine in advanced non-small cell lung cancer elderly patients: a randomized phase II study of 3-week versus 4-week schedule.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2016 年 1 月 6 日	最終改訂日： 2016 年 1 月 6 日
1、 診療科名 (呼吸器内 科) 診療科代表部長 (村松 秀樹 印)	
2、 対象疾患名 (肺扁平上皮癌)	
3、 レジメン名 (NDP+DTX【特定】)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2～21
①	Iv	生食シリンジ 10 mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生食 250 mL (化療終了後, 残破棄可)	30 mL/時	↓	
③	Div (側管)	デカドロン (3.3mg) 3A アロキシ注 1V 生食 100 mL	30 分 200mL/時	↓	
④	Div (側管)	ドセタキセル 60 mg/m ² 生食 250 mL	60 分 250 mL/時	↓	休薬
⑤	Div (側管)	ネダプラチン【特】 100 mg/m ² 生食 500 mL	90 分	↓	休薬
⑥	Div (側管)	KN3 号 500mL	90 分 334 mL/時	↓	
⑦	Div (側管)	生食 500mL	90 分 334 mL/時	↓	

4、投与間隔

3 週間を 1 クールとする。

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

【特】 アクプラは採用薬剤ではないため、事前に必要な手続きをすること。

① 制吐剤について

- ・ 遅延性嘔吐を認めた場合、次コースからは予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン錠 4mg 2 錠/分 2 2～3 日間
- ・ 効果不十分であればプロイメンドの追加を検討する。その際はデカドロン
の量を半分量に減量する。

- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
 - ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。
- 処方例) 治療前夜から、アルプラゾラム 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

② 減量基準

項目	各コース投与量変更基準	
	ネダプラチン (mg/m ²)	ドセタキセル (mg/m ²)
好中球 < 500 /uL が 4 日間以上継続	100 → 75	60 → 50
血小板 < 25,000 /uL	100 → 75	60 → 50
発熱性好中球減少	100 → 75	60 → 50
血清 Cr > 1.5 ~ ≥ 2.0 mg/dL	100 → 75	変更なし
その他の Grade 3 非血液学的毒性 (食欲不振, 悪心, 嘔吐, 低 Na 血症, 低 K 血症, 体重減少, 脱毛は除く)	100 → 75	60 → 50

※ 2 回目の減量が必要となった場合は本レジメンの中止を検討する。

- ③ 臨床試験 (参考文献) では、胸部レントゲン上、明らかな間質性肺炎、肺線維症を有する症例は除外としている。該当する場合はリスク、ベネフィットをよく勘案すること。
- ④ 国内第Ⅲ相試験における CDDP+DTX との副作用プロファイルの違い
NDP+DTX の方が多かったもの
: Grade 3 以上の 白血球減少, 好中球減少, 血小板減少
CDDP+DTX の方が多かったもの
: Grade 3 以上の 嘔気, 倦怠感, 低 Na 血症, 低 K 血症
治療関連死: NDP+DTX 2.25% (4/177)
CDDP+DTX 1.71% (3/175)

文献:

Shukuya T et al. Nedaplatin plus docetaxel versus cisplatin plus docetaxel for advanced or relapsed squamous cell carcinoma of the lung (WJOG5208L): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2015; 16: 1630-38

用紙は事務局に提出してください。また、参考になる文献等を添えて提出してください。

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2016年 1月 6日	最終改訂日：2018年 9月 6日
1、診療科名 (呼吸器内科) 診療科代表部長 (村松 秀樹 印)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、レジメン名 (Nivolumab 単剤療法)	

	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1	Day 2 ~14
①	Iv	※ 生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 250mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	オプジーボ 240mg/body 生理食塩液注 100 mL	30 分	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 50mL	15 分 200 mL/時	↓	

4、投与間隔および治療期間

2週間 1クールをPDになるまでくりかえし実施する

5、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象：進行・再発非小細胞肺癌
- ② 慎重投与
 - (1) 自己免疫疾患の合併または既往歴のある患者
 - (2) 間質性肺疾患の合併または既往歴のある患者
- ③ 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与する
- ④ 相互作用

生ワクチン、弱毒生ワクチン、不活化ワクチンの接種は過度な免疫反応に基づく症状が発現することがあるため、併用に注意する
- ⑤ 投与開始時に発熱、悪寒、掻痒感、発疹、血圧変動、呼吸困難など Infusion reaction をおこすことがあるので、患者の状態を十分に観察し、異常がみとめられた場合には注入速度を緩める、投与中止、解熱鎮痛薬・抗ヒスタミン薬・副腎皮質ステロイドなどの使用を考慮すること
- ⑥ 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合には、直ちに投与を中止し、副腎皮質ステロイドなど適切な治療を行うこと

- ⑦ 甲状腺機能障害があらわれることがあるので、本剤の開始前及び投与期間中は定期的に甲状腺機能検査（TSH, fT3, fT4）を施行すること。本剤投与中に甲状腺機能障害が認められた場合は、適切な処置を行うこと
- ⑧ 本剤の T 細胞活性化作用により、過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な疾患や病態（重症筋無力症，筋炎，大腸炎，1 型糖尿病，肝機能障害・肝炎，神経障害，腎障害，副腎障害，脳炎，皮膚障害）があらわれることがある。観察を十分に行い、異常が認められた場合には、過度の免疫反応による副作用の発現を考慮し、適切な鑑別診断を行うこと。過度の免疫反応による副作用が疑われる場合には、関係各科と協議し副腎皮質ホルモン剤の投与等を考慮すること
- ⑨ 深部静脈血栓症（0.7%）等の静脈血栓塞栓症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。
- ⑩ 有害事象は投与終了後数週～数ヶ月してから発現することもあり，治療期間中以外でも十分に注意する。
- ⑪ 下痢を発症した際は可能な限り腹部CTを撮影し，腸管粘膜浮腫の有無を確認する。大腸内視鏡検査は，炎症による腸管壁の脆弱化から腸管穿孔起こす可能性があり，消化器内科とよく協議をしてから施行する

ref)

1. *N Engl J Med* 2015;373:123-35
2. *N Engl J Med* 2015;373:1627-39

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2016年 6月 11日	最終改訂日： 2016年 6月 11日
1、診療科名 (呼吸器内) 科 診療科代表部長 (村松秀樹 印)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、レジメン名 (Osimertinib 単剤)	

投与方法	薬剤	投与時間	
PO	タグリッソ 80 mg 分1	—	連日経口投与

4、投与間隔 連日経口投与

5、治療期間 効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- 致死的な急性肺障害、間質性肺炎が現れることがあるため投与初期は、入院またはそれに準ずる管理下で観察を行う。
- 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合は、直ちに投与を中止し、ステロイド治療など適切な治療を行う。
- 慎重投与
 - ・ 間質性肺疾患、放射線肺炎またはこれらの疾患の既往歴のある患者
 - ・ 中等度または重度の肝機能障害のある患者
 - ・ QT 間隔延長のある患者

ref) AZD9291 in EGFR Inhibitor-Resistant Non-Small-Cell Lung Cancer
N Engl J Med 2015, 372: 1689

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2018年 12月 25日	最終改訂日： 2018年 12月 25日
1、診療科名 (呼吸器内科)	部長名 (村松 秀樹)
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	略名 (Squamous)
3、化学療法名 (Pembrolizumab+CBDCA+weekly nab-PTX)	

(A)

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day8	Day15
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓	↓
②	Div	キイトルーダ 200mg 生理食塩液注 100mL	30分	↓		
③	Div (本体)	デカドロロン (3.3mg) 注 2A プロイメンド 1V 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時	↓		
⑤	Div (側管)	アロキシ注 1V 生食 100mL	30分 200mL/時	↓		
⑥	Div (本体)	デカドロロン (3.3mg) 注 2A 生理食塩液 100mL	30分 200mL/時		↓	↓
⑦	Div (本体)	生理食塩液 50mL	10分 300 mL/時	↓	↓	↓
⑧	Div (本体)	生理食塩液 100 mL (溶解用) アブラキサン 100 mg/m²	30分 流速を 算出すること (詳細は下記参照)	↓	↓	↓
⑨	Div (本体)	生理食塩液 50mL	10分 300 mL/時	↓	↓	↓
⑩	Div (本体)	KN3号 200mL	40 mL/時	↓		
⑪	Div (側管)	カルボプラチン AUC6 5%ブドウ糖液 250mL	60分 流速を 算出すること	↓		
⑫	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓		

(B)

	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1	Day 2 ~21
①	Iv	※ 生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 250mL (化療終了後, 残破棄)	30 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	キイトルーダ 200mg 生理食塩液注 100 mL	30 分	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 50mL	15 分 200 mL/時	↓	

4、投与間隔

3 週間を 1 クールとする

5、治療期間

(A) を 3 週間 1 クール、最大 4 コース実施後、
(B) を PD になるまでくりかえし実施する

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

対象：進行・再発の非小細胞肺癌（主に扁平上皮癌）

カルボプラチン+アブラキサンについて

- ① アブラキサンは添加物としてヒト血液由来成分を含有しており，感染症伝搬のリスクを完全に排除することができないため，治療上の必要性につき十分な検討を行い，上記につき文書同意をえた上で投与すること。
- ② DLT：骨髄抑制、消化器症状（カルボプラチン、アブラキサン）、末梢神経障害、関節痛、筋肉痛（アブラキサン）
- ③ 制吐剤について
 - 1) Day1
 - ・遅延性の嘔気および嘔吐予防：デカドロン 4mg 1 錠/日 2～3 日分を必要に応じ追加する。
 - ・消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。

- ・予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

2) Day8・15

- ・嘔気や嘔吐があった場合プリンペラン、ノバミンを定時投与する。

処方例) プリンペラン 10mg を 1 日 3 回経口投与

ノバミン 5mg を 1 日 3 回経口投与

- ・効果不十分であればグラニセトロンバッグ 3mg/100mL を追加投与する。
- ・消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与

治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

④ 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターは不要。

⑤ 懸濁液の調製は必ず生理食塩液 100mL を使用する。また懸濁液を生理食塩液に希釈しない。他の薬剤と混注せず、抜き取り量のみを空の点滴バックへ注入し 30 分かけて投与を行う。

抜き取り量 (mL) = 1 回投与量 (mg) ÷ 5 (mg/mL)

⑥ 症例選択基準の目安

PS0-1、骨髓機能 (好中球数 $\geq 1,500/\text{mm}^3$ 、血小板 $\geq 100,000/\text{mm}^3$ 、Hb $\geq 9.0\text{g/dl}$)、肝機能 (AST, ALT $\leq \text{ULN} \times 2.5$ 倍、総ビリルビン値 $\leq 1.5\text{mg/dl}$)、腎機能 (クレアチニン値 $\leq 1.5\text{mg/dl}$)、心機能 (心電図にて臨床上問題となる異常所見なし)、神経障害 (末梢神経障害 $\leq \text{Grade}1$)

⑦ 投与開始基準の目安 (Day1)

骨髓機能 (好中球数 $\geq 1,500/\text{mm}^3$ 、血小板 $\geq 100,000/\text{mm}^3$ 、Hb $\geq 9.0\text{g/dl}$)、肝機能 (AST, ALT $\leq \text{ULN} \times 2.5$ 倍、総ビリルビン値 $\leq 1.5\text{mg/dl}$)、腎機能 (クレアチニン値 $\leq 1.5\text{mg/dl}$)、神経障害 (末梢神経障害 $\leq \text{Grade}2$)

⑧ 投与開始基準の目安 (Day8, 15)

骨髓機能 (好中球数 $\geq 1,000/\text{mm}^3$ 、血小板 $\geq 50,000/\text{mm}^3$)、神経障害 (末梢神経障害 $\leq \text{Grade}2$)

※好中球 $500/\text{mm}^3$ 未満のときは必ずスキップしてください。好中球 1,000 未満で投与する場合は慎重に投与してください。

⑨ 減量の目安

好中球数及び血小板数の変動に十分留意し、次コース投与前の臨床検査で好中球数が $1,500/\text{mm}^3$ 未満又は血小板数が $100,000/\text{mm}^3$ 未満であれば、骨髓機能が回復するまでは投与を延期すること。投与後、好中球数が $500/\text{mm}^3$ 未満となった場合、好中球が $1,500/\text{mm}^3$ 未満で 7 日間以上延期した場合、血小板数が $50,000/\text{mm}^3$ 未満になった場合、発熱性好中球減少症が発現した場合、末梢神経障害・皮膚障害が Grade2 以上、

粘膜炎又は下痢・非血液毒性（脱毛を除く）が **Grade3** 以上の場合は次回の投与量を減量すること。

<減量の目安>

1 段階減量 : アブラキサン **75mg/m²** カルボプラチン AUC4.5

2 段階減量 : アブラキサン **50mg/m²** カルボプラチン AUC3

キイトルーダについて

① 慎重投与

(1) 自己免疫疾患の合併または既往歴のある患者

(2) 間質性肺疾患のある患者または既往歴のある患者

② 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与する

③ 投与開始時に発熱、悪寒、掻痒感、発疹、血圧変動、呼吸困難など **Infusion reaction** をおこすことがあるので、患者の状態を十分に観察し、異常がみとめられた場合には注入速度を緩める、投与中止、解熱鎮痛薬・抗ヒスタミン薬・副腎皮質ステロイドなどの使用を考慮すること

④ 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合には、直ちに投与を中止し、副腎皮質ステロイドなど適切な治療を行うこと

⑤ 甲状腺機能障害があらわれることがあるので、本剤の開始前及び投与期間中は定期的に甲状腺機能検査（TSH, fT3, fT4）を施行すること。本剤投与中に甲状腺機能障害が認められた場合は、適切な処置を行うこと

⑥ 本剤の T 細胞活性化作用により、過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な疾患や病態（重症筋無力症、筋炎、大腸炎、1 型糖尿病、肝機能障害・肝炎、神経障害、腎炎、副腎機能障害、皮膚障害、脳炎）があらわれることがある。観察を十分に行い、異常が認められた場合には、過度の免疫反応による副作用の発現を考慮し、適切な鑑別診断を行うこと。過度の免疫反応による副作用が疑われる場合には、関係各科と協議し副腎皮質ホルモン剤の投与等を考慮すること

⑦ 深部静脈血栓症（0.7%）等の静脈血栓塞栓症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

⑧ 有害事象は投与終了後数週～数ヶ月してから発現することもあり、治療期間中以外でも十分に注意する。

⑨ 下痢を発症した際は可能な限り腹部 CT を撮影し、腸管粘膜浮腫の有無を確認する。大腸内視鏡検査は、炎症による腸管壁の脆弱化から腸管穿孔を起こす可能性があり、消化器内科とよく協議をしてから施行する

参考文献：

1) L.Paz-Ares,et al. Pembrolizumab plus Chemotherapy for Squamous Non-Small-Cell Lung Cancer.
N Engl J Med 2018;379:2040-51.

2) 肺癌診療ガイドライン 2018 年版（編者：日本肺癌学会，出版社：金原出版，2018 年 12 月 1 日発行）；P 173～176, P 184～186, P 205～207.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2018 年 12 月 25 日	最終改訂日： 2018 年 12 月 25 日
1, 診療科名 (呼吸器内 科) 診療科代表部長 (村松秀樹 印)	
2, 対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3, レジメン名 (CBDCA+PEM+Pembrolizumab)	

(A)

No.	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2~21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	-	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 500 mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	-	↓	
④	Div (側管)	キイトルーダ 200mg 生理食塩液注 100 mL	30 分	↓	休薬
⑤	Div (側管)	プロイメンド 1V デカドロロン (3.3mg) 2A 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	
⑥	Div (側管)	アロキシ注 1V 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	
⑦	Div (側管)	アリムタ 500 mg/m² 生理食塩液 50mL	10 分 300 mL/時	↓	休薬
⑧	Div (側管)	カルボプラチン AUC 5 5%ブドウ糖液 250 mL	60 分 流速を算出すること	↓	休薬
⑨	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	

(B)

No.	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2~21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	-	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 250 mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	

③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	キイトルーダ 200mg 生理食塩液注 100 mL	30分	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 100mL デカドロン (3.3mg) 注 2A	30分 200ml/時	↓	
⑥	Div (側管)	アリムタ 500 mg/m² 生食 50mL	10分 300mL/時	↓	休薬
⑦	Div (側管)	生理食塩液 50mL	15分 200 mL/時	↓	

4, 投与間隔および治療期間

- (A) を3週間1クール, 最大4コース実施後,
(B) をPDになるまで繰り返し実施する.

5, 備考 (1日または1回投与量の上限値, 投与量の変更基準, 処方例等)

- ① 対象: 扁平上皮癌を除く進行・再発非小細胞肺癌
- ② 前投薬, 併用薬: 副作用予防として下記を併用すること.
 - ・ **葉酸 0.5mg** をアリムタ初回投与の7日以上まえから毎日服用し, 最終投与日から22日目までの間服用し続ける. 当院では, **パンビタン末 1g/1xm** とする.
 - ・ **ビタミンB12 1mg** をアリムタ初回投与の7日以上前から最終投与日の22日目まで9週間ごとに1回のペースで筋注投与する.
当院では, **メチコバル注射液(500μg) 2A 殿部筋注** とする.
- ③ 慎重投与
 - ・ 自己免疫疾患の合併または既往歴のある患者
 - ・ 間質性肺疾患のある患者または既往歴のある患者
- ④ 制吐剤について
 - ・ 遅延性の嘔気および嘔吐予防に以下の処方を推奨する.
 - デカドロン 4mg 1錠/日 2~3日分
 - ・ 消化不良, 胸焼けを伴う場合は, H₂-Blocker や PPI を追加投与する.
 - ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する.
処方例) 治療前夜から, コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与
- ⑤ CBDCA の投与量算出は, Calvert 式を用い, Ccr は Cockcroft-Gault 式を用いる.
その際の sCr 値は, 酵素法と Jaffe 法の差を考慮して, 当院測定 of sCr 値に 0.2

を加えた補正值を用いる。Ccr \leq 45 の患者では、ペメトレキセド投与について慎重に判断する。

- ⑥ Pembrolizumabは0.22ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与する。
- ⑦ Pembrolizumab投与時に発熱、悪寒、掻痒感、発疹、血圧変動、呼吸困難など Infusion reactionをおこすことがあるので、患者の状態を十分に観察し、異常がみとめられた場合には注入速度を緩める、投与中止、解熱鎮痛薬・抗ヒスタミン薬・副腎皮質ステロイドなどの使用を考慮すること。
- ⑧ 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合には、直ちに投与を中止し、副腎皮質ステロイドなど適切な治療を行うこと。
- ⑨ 甲状腺機能障害があらわれることがあるので、本剤の開始前及び投与期間中は定期的に甲状腺機能検査（TSH, fT3, fT4）を施行すること。本剤投与中に甲状腺機能障害が認められた場合は、適切な処置を行うこと。
- ⑩ 本剤の T 細胞活性化作用により、過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な病態（重症筋無力症、筋炎、大腸炎、1型糖尿病、肝機能障害・肝炎、神経障害、腎炎、副腎機能障害、皮膚障害、脳炎）があらわれることがある。観察を十分に行い、異常が認められた場合には、適切な鑑別診断を行うこと。過度の免疫反応による副作用が疑われる場合には、各科と協議し副腎皮質ホルモン剤の投与等を考慮すること。
- ⑪ 深部静脈血栓症等の静脈血栓塞栓症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。
- ⑫ 有害事象は投与終了後数週～数ヶ月してから発現することもあり、治療期間中以外でも十分に注意する。
- ⑬ 下痢を発症した際は可能な限り腹部CTを撮影し、腸管粘膜浮腫の有無を確認する。大腸内視鏡検査は、炎症による腸管壁の脆弱化から腸管穿孔起こす可能性があり、消化器内科とよく協議をしてから施行する。

<参考文献>

1. Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer : *N Engl J Med* 2018; 378: 2078-2092.
2. 肺癌診療ガイドライン 2018 年版（編者：日本肺癌学会，出版社：金原出版，2018 年 12 月 1 日発行）；P 173～176，P 184～186，P 205～207.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2018 年 12 月 25 日	最終改訂日： 2018 年 12 月 25 日
1, 診療科名 (呼吸器内 科) 診療科代表部長 (村松秀樹 印)	
2, 対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3, レジメン名 (CDDP+PEM+Pembrolizumab (short hydration 版)	

(A)

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2~21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 500 mL (化療終了後, 残破棄可)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	キイトルーダ 200mg 生理食塩液注 100 mL	30 分	↓	休薬
⑤	Div (側管)	プロイメンド 1V デカドロン (3.3mg) 3A 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	
⑥	Div (側管)	アロキシ注 1V 生食 100mL	30 分 200mL/時	↓	
⑦	Div (側管)	アリムタ 500 mg/m² 生食 50mL	10 分 300mL/時	↓	休薬
⑧	Div (側管)	KN3 号 500mL 10%NaCl 20mL 硫酸 Mg 16mL	60 分 500mL/時	↓	
⑨	Div (側管)	シスプラチン 75 mg/m² 生食 250mL	60 分 液量を算出すること (最大 500m L/時)	↓	休薬
⑩	Div (側管)	フロセミド 20mg 1A	—	↓	
⑪	Div (側管)	KN3 号 500mL	60 分 500mL/時	↓	

(B)

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2～21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 250 mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	キイトルーダ 200mg 生理食塩液注 100 mL	30 分	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 100mL デカドロン (3.3mg) 注 2A	30 分 200ml/時	↓	
⑥	Div (側管)	アリムタ 500 mg/m² 生食 50mL	10 分 300mL/時	↓	休薬
⑦	Div (側管)	生理食塩液 50mL	15 分 200 mL/時	↓	

4, 投与間隔および治療期間

- (A) を 3 週間 1 クール, 最大 4 コース実施後,
(B) を PD になるまで繰り返し実施する.

5, 備考 (1 日または 1 回投与量の上限値, 投与量の変更基準, 処方例等)

- ① 対象: 扁平上皮癌を除く 進行・再発非小細胞肺癌
- ② シスプラチン投与時の注意事項: Day2～Day3 には十分な水分の摂取 (OS-1 など最低 1000mL/日) を勧める. PS が 0 もしくは 1, 腎機能が良好であること (Ccr \geq 50), 心機能が良好であること, 飲水・内服などのアドヒアランスが良好であること.
- ③ 慎重投与: ペムプロリズマブについて、自己免疫疾患の合併または既往歴のある患者、間質性肺疾患のある患者または既往歴のある患者は慎重投与である.
- ④ 前投薬, 併用薬: 副作用予防として下記を併用すること.
 - ・ **葉酸 0.5mg** をアリムタ初回投与の 7 日以上まえから毎日服用し, 最終投与日から 22 日目までの間服用し続ける. 当院では, **パンビタン末 1 g / 1xm** とする.
 - ・ **ビタミン B 12 1mg** をアリムタ初回投与の 7 日以上前から最終投与日の 22 日目まで 9 週間ごとに 1 回のペース で筋注投与する.
当院では, **メチコバル注射液 (500 μ g) 2A 殿部筋注** とする.

- ⑤ 減量に関する推奨事項一次回のコース開始時の用量調節は、前回の投与コースでの最低血球数又は最大非血液毒性に基づき決定すること。回復に十分な時間をかけるために投与を延期してもよい。回復時には、下記の 1), 2), 3) に従い再投与を行うこと。

1) ペメトレキセド及びシスプラチンの用量調節－血液毒性

- ・ 最低好中球数 $< 500/\text{mm}^3$ 及び最低血小板数 $\leq 50,000/\text{mm}^3$
 - ペメトレキセド及びシスプラチンの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 75%
- ・ 最低好中球数に関わらず最低血小板数 $\leq 25,000/\text{mm}^3$
 - ペメトレキセド及びシスプラチンの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 50%

患者にグレード 3 以上の非血液毒性が発現した場合には、投与開始前の値以下に回復するまで本剤の投与を控えること。投与再開は 2 のガイドラインに従うこと。

2) ペメトレキセド及びシスプラチンの用量調節－非血液毒性^{注 1), 注 2)}

- ・ 粘膜炎を除くグレード 3^{注 3)} 又は 4 の毒性
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 75%
 - シスプラチンの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 75%
- ・ 入院を要する下痢 (グレードは不問) 又はグレード 3~4 の下痢
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 75%
 - シスプラチンの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 75%
- ・ グレード 3 又は 4 の粘膜炎
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 50%
 - シスプラチンの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 100%

注 1) 有害事象共通用語基準 (CTCAE)

注 2) 神経毒性を除く

注 3) グレード 3 のトランスアミナーゼ上昇以外

神経毒性の発現時に推奨されるペメトレキセドとシスプラチンの用量調節を 3) に示す。グレード 3 又は 4 の神経毒性が認められた場合には投与を中止すること。

3) ペメトレキセド及びシスプラチンの用量調節－神経毒性

- ・ CTCAE グレード: 0~1
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 100%
 - シスプラチンの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 100%
- ・ CTCAE グレード: 2
 - ペメトレキセドの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 100%
 - シスプラチンの用量 (mg/m^2) : 前回の用量の 50%

2 回の減量後にグレード 3 若しくは 4 の血液毒性あるいは非血液毒性が認められた場合 (グレード 3 のトランスアミナーゼ上昇を除く) 又はグレード 3 若しくは 4 の神経毒性が観察された場合は直ちに本化学療法 of 投与を中止すること。

- ⑥ 制吐剤について

- ・ 遅延性の嘔気および嘔吐予防に以下の処方を推奨する。
 - デカドロン 4mg 1～2錠/日 3～4日分
- ・ 消化不良，胸焼けを伴う場合は，H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬を追加投与する。

処方例) 治療前夜から，コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与

治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

- ⑦ ペムブロリズマブは 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与する。
- ⑧ ペムブロリズマブ投与開始時に発熱，悪寒，掻痒感，発疹，血圧変動，呼吸困難など Infusion reaction をおこすことがあるので，患者の状態を十分に観察し，異常がみとめられた場合には注入速度を緩める，投与中止，解熱鎮痛薬・抗ヒスタミン薬・副腎皮質ステロイドなどの使用を考慮すること。
- ⑨ 急性肺障害，間質性肺炎の発現が疑われた場合には，直ちに投与を中止し，副腎皮質ステロイドなど適切な治療を行うこと。
- ⑩ 甲状腺機能障害があらわれることがあるので，本剤の開始前及び投与期間中は定期的に甲状腺機能検査（TSH, fT3, fT4）を施行すること。本剤投与中に甲状腺機能障害が認められた場合は，適切な処置を行うこと。
- ⑪ 本剤の T 細胞活性化作用により，過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な病態（重症筋無力症，筋炎，大腸炎，1 型糖尿病，肝機能障害・肝炎，神経障害，腎炎，副腎機能障害，皮膚障害，脳炎）があらわれることがある。観察を十分に行い，異常が認められた場合には，適切な鑑別診断を行うこと。過度の免疫反応による副作用が疑われる場合には，各科と協議し副腎皮質ホルモン剤の投与等を考慮すること。
- ⑫ 深部静脈血栓症（0.7%）等の静脈血栓塞栓症があらわれることがあるので，観察を十分に行い，異常が認められた場合には投与を中止するなど，適切な処置を行うこと。
- ⑬ 有害事象は投与終了後数週～数ヶ月してから発現することもあり，治療期間中以外でも十分に注意する。
- ⑭ 下痢を発症した際は可能な限り腹部 CT を撮影し，腸管粘膜浮腫の有無を確認する。大腸内視鏡検査は，炎症による腸管壁の脆弱化から腸管穿孔起こす可能性があり，消化器内科とよく協議をしてから施行する。

<参考文献>

1. Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer : *N Engl J Med* 2018; 378: 2078-2092.
2. 肺癌診療ガイドライン 2018 年版（編者：日本肺癌学会，出版社：金原出版，2018 年 12 月 1 日発行）；P 173～176，P 184～186，P 205～207.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2017年 4月 30日	最終改訂日：2017年 4月 30日
1、診療科名 (呼吸器内科) 診療科代表部長 (村松 秀樹 印)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	
3、レジメン名 (Pembrolizumab 単剤療法)	

	投与方法	薬 剤	投与時間	Day 1	Day 2 ~21
①	Iv	※ 生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	生理食塩液 250mL (化療終了後, 残破棄)	30 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL (ケモセーフルート確保用)	—	↓	
④	Div (側管)	キイトルーダ 200mg 生理食塩液注 100 mL	30 分	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 50mL	15 分 200 mL/時	↓	

4、投与間隔および治療期間

3週間 1クールをPDになるまでくりかえし実施する

5、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ① 対象：PD-L1 陽性の進行・再発非小細胞肺癌
PD-L1 発現は、コンパニオン診断薬 (PD-L1 IHC 22C3 pharmDx 「ダコ」) を用いて確認する。
- ② 慎重投与
 - (1) 自己免疫疾患の合併または既往歴のある患者
 - (2) 間質性肺疾患のある患者または既往歴のある患者
- ③ 0.22 ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与する
- ④ 投与開始時に発熱、悪寒、掻痒感、発疹、血圧変動、呼吸困難など Infusion reaction をおこすことがあるので、患者の状態を十分に観察し、異常がみとめられた場合には注入速度を緩める、投与中止、解熱鎮痛薬・抗ヒスタミン薬・副腎皮質ステロイドなどの使用を考慮すること
- ⑤ 急性肺障害、間質性肺炎の発現が疑われた場合には、直ちに投与を中止し、副腎皮質ステロイドなど適切な治療を行うこと
- ⑥ 甲状腺機能障害があらわれることがあるので、本剤の開始前及び投与期間中は定期的

に甲状腺機能検査（TSH, fT3, fT4）を施行すること。本剤投与中に甲状腺機能障害が認められた場合は、適切な処置を行うこと

- ⑦ 本剤の T 細胞活性化作用により、過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な疾患や病態（重症筋無力症，筋炎，大腸炎，1 型糖尿病，肝機能障害・肝炎，神経障害，腎炎，副腎機能障害，皮膚障害，脳炎）があらわれることがある。観察を十分に行い、異常が認められた場合には、過度の免疫反応による副作用の発現を考慮し、適切な鑑別診断を行うこと。過度の免疫反応による副作用が疑われる場合には、関係各科と協議し副腎皮質ホルモン剤の投与等を考慮すること
- ⑧ 深部静脈血栓症（0.7%）等の静脈血栓塞栓症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。
- ⑨ 有害事象は投与終了後数週～数ヶ月してから発現することもあり，治療期間中以外でも十分に注意する。
- ⑩ 下痢を発症した際は可能な限り腹部 C T を撮影し，腸管粘膜浮腫の有無を確認する。大腸内視鏡検査は，炎症による腸管壁の脆弱化から腸管穿孔起こす可能性があり，消化器内科とよく協議をしてから施行する

ref)

1. *N Engl J Med* 2016; 375: 1823-1833
2. *Lancet* 2016; 387: 1540-1550

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2009年 9月 9日	最終改訂日：2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器科)	部長名 (村松 秀樹)
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌)	略名 (NSCLC)
3、化学療法名 (PEM 単剤)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day2～21
①	Iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	
②	Div (本体)	KN3 号 200 mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 100mL デカドロン (3.3mg) 注 2A	30 分 200ml/時	↓	
④	Div (側管)	アリムタ 500 mg/m² 生理食塩液 50mL	10 分 300mL/時	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生食 50mL	全開	↓	

4、投与間隔

3週間を1クールとする

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

① 前投薬, 併用薬: 副作用予防として下記を併用すること。

葉酸 0.5mg をアリムタの初回投与の7日以上まえから毎日服用し, 同2剤の最終投与日から22日目までの間服用し続ける。当院では, **パンビタン末 1g/1xm** とする。

ビタミンB12 1mg をアリムタの初回投与の7日以上前から最終投与日の22日目まで9週間ごとに1回のペースで筋注投与する。当院では, **メチコバル注射液(500μg) 2A 殿部筋注** とする。

② 制吐剤について

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合プリンペラン、ノバミンを定時投与する。
処方例) プリンペラン 10mg を1日3回経口投与

ノバミン 5mg を 1 日 3 回経口投与

- ・ 効果不十分であればグラニセトロンバッグ 3mg/100mL を追加投与する。
- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。
- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を 1 日 3 回経口投与
治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

文献 : Randomized Phase III Trial of Pemetrexed Versus Docetaxel in Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer Previously Treated With Chemotherapy . J Clin Oncol 22:1589-1597 2004

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2009年 11月 27日	最終改訂日：2010年 11月 30日
1、診療科名 (呼吸器科 科) 部長名 (村松 秀樹)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌) 略名 (NSCLC)	
3、癌化学療法名 (S-1 単剤 (4投2休))	

投与方法	薬剤	投与時間	Day1～Day28	day29～day42
PO	TS-1	—	28日間 連日経口投与	14日間 休薬
	1.25 m ² 未満 80mg/分2			
	1.25～1.5 m ² 100mg/分2			
	1.5 m ² 以上 120mg/分2			

4、投与間隔

6週間を1クールとする。

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する。

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

①DLT：骨髄抑制、消化器症状

②治療上やむを得ず休薬期間を短縮する必要がある場合でも少なくとも7日間の休薬期間を設けること。本剤投与中止後、他のフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤あるいは抗真菌剤フルシトシンの投与を行う場合はすくなくとも7日以上の間隔をあけること。

[TS-1 減量基準]

Ccr (mL/min)	≥80	80> ≥50	50> ≥30	30>
投与開始量	基準投与量	必要に応じて1段階減量	1段階以上の減量投与	投与不可

文献：添付文書

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2012年 4月 4日	最終改訂日： 2012年 9月 26日
1、診療科名 (呼吸器内 科) 部長名 (村松 秀樹)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌) 略名 (NSCLC)	
3、癌化学療法名 (S-1 単剤 (2投1休))	

投与方法	薬剤	投与時間	Day1～Day14	day15～day21
PO	TS-1	—	14日間 連日経口投与	7日間 休薬
	1.25 m ² 未満 80mg/分2			
	1.25～1.5 m ² 100mg/分2			
	1.5 m ² 以上 120mg/分2			

4、投与間隔

3間を1クールとする。

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する。

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

①DLT：骨髄抑制、消化器症状

②治療上やむを得ず休薬期間を短縮する必要がある場合でも少なくとも7日間の休薬期間を設けること。本剤投与中止後、他のフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤あるいは抗真菌剤フルシトシンの投与を行う場合はすくなくとも7日以上の間隔をあけること。

[TS-1 減量基準]

Ccr (mL/min)	≥80	80> ≥50	50> ≥30	30>
投与開始量	基準投与量	必要に応じて1段階減量	1段階以上の減量投与	投与不可

※1段階の減量の例：

120 mg/日 → 100

100 mg/日 → 80

80 mg/日 → 50

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2007年 8月 8日	最終改訂日：2015年 8月 11日
1、診療科名 (呼吸器内科) 部長名 (村松 秀樹)	
2、対象疾患名 (非小細胞肺癌) 略名 (NSCLC)	
3、化学療法名 (VNR 単剤)	

	投与方法	薬剤	投与時間	Day1	Day8	Day9 ~Day21
①	iv	生食シリンジ 10mL (ルート確保用)	—	↓	↓	
②	Div (本体)	KN3 号 200 mL (化療終了後, 残破棄)	40 mL/時	↓	↓	
③	Div (側管)	生理食塩液 50mL	15分 200 mL/時	↓	↓	
④	Div (側管)	ナベルピン 25 mg/m² 生理食塩液 50mL	6分 500 mL/時	↓	↓	休薬
⑤	Div (側管)	生理食塩液 50mL	全開	↓	↓	

4、投与間隔

3週間を1クールとする。

5、治療期間

効果の得られている間、繰り返し実施する。

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

① 対象：進行非小細胞肺癌、高齢者または PS 不良進行非小細胞肺癌に対するファーストライン。

② DLT：白血球減少、好中球減少

③ 制吐剤について

- ・ 嘔気・嘔吐があった場合、プリンペラン、ノバミンを定時投与する。

処方例) プリンペラン 10mg を1日3回経口投与

ノバミン 5mg を1日3回経口投与

- ・ 消化不良、胸焼けを伴う場合は、H₂-Blocker や PPI を追加投与する。

- ・ 予期性嘔吐が認められた場合は抗不安薬の追加投与する。

処方例) 治療前夜から、コンスタン 0.4mg を1日3回経口投与

治療前夜と当日の朝にワイパックス 0.5mg を経口投与

文献：

- 1) Le Chevalier, et al. Randomized study of vinorelbine and cisplatin versus vindesine and cisplatin versus vinorelbine alone in advanced non-small-cell lung cancer: results of a European multicenter trial including 612 patients. *J Clin Oncol* 1994;12(2):360-367.
- 2) Effects of vinorelbine on quality of life and survival of elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer. The Elderly Lung Cancer Vinorelbine Italian Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 66-72.
- 3) Gridelli C, et al. Chemotherapy for elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer: the Multicenter Italian Lung Cancer in the Elderly Study (MILES) phase III randomized trial. *J Natl. Cancer Inst.* 2003;95:362-372.

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2018年 6月 21日	最終改訂日：2018年 6月 21日
1、診療科名 (呼吸器内科)	診療科代表部長 (村松 秀樹 印)
2、対象疾患名 (NSCLC)	
3、レジメン名 (Ceritinib 単剤)	

投与方法	薬剤	投与時間	
PO	ジカディア 750mg 分1	—	連日経口投与

4、投与間隔 連日経口投与

5、治療期間 効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考 (1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

- ALK 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発非小細胞肺癌に対して投与する
- 空腹時内服 (食前1時間及び食後2時間以内の服用は避ける)
- 致死的な急性肺障害、間質性肺炎が現れることがあるため治療初期は入院またはそれに準ずる管理下で観察を行う。
- 副作用に対しては、添付文書、適正使用ガイドの休薬、減量および中止基準に基づきに対し適正な対応を行うこと

Ref)

First-line ceritinib versus platinum-based chemotherapy in advanced ALK-rearranged non-small-cell lung cancer (ASCEND-4): a randomised, open-label, phase 3 study.

Lancet. 2017;389:917-929.

Ceritinib versus chemotherapy in patients with ALK-rearranged non-small-cell lung cancer previously given chemotherapy and crizotinib (ASCEND-5): a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial.

Lancet Oncol. 2017;18:874-886

がん診療委員会

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2018年 12月 10日	最終改訂日： 2020年 4月 8日
1、診療科名（呼吸器内科）	診療科代表部長（村松 秀樹 印）
2、対象疾患名（ NSCLC ）	
3、レジメン名（ Lorlatinib 【内服】 ）	

投与方法	薬剤	投与時間	
PO	ローブレナ 100mg 分1	—	連日経口投与

4、投与間隔 連日経口投与

5、治療期間 効果の得られている間、繰り返し実施する

6、備考（1日または1回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等）

- 他の ALK-TKI に耐性または不耐容となった ALK 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発非小細胞肺癌に対して投与する
- 副作用に対しては、添付文書、適正使用ガイドに掲載されている休薬、減量および中止基準に基づきに対し適正な対応を行うこと

Ref)

Lancet Oncol 2018;19:1654

Lorlatinib in patients with ALK-positive non-small-cell lung cancer: results from a global phase 2 study

化学療法レジメン登録用紙

登録日： 2012年 3月 28日	最終改訂日： 2012年 4月 4日
1、診療科名 (外科) 部長名 (矢口 豊久)	
2、対象疾患名 (肺癌) 略名 ()	
3、癌化学療法名 (UFT 単剤)	

	投与方法	薬剤	
①	PO	UFT 250mg/m²/分2	連日投与

1 日量として、テガフル 300～600mg 相当量を 1 日 2～3 回に分割経口投与する。
なお、患者の状態により適宜減量する。

4、投与間隔

連日投与とする

5、治療期間

手術後補助化学療法として 2 年間服用

6、備考 (1 日または 1 回投与量の上限値、投与量の変更基準、処方例等)

注意：①DLT：骨髄抑制、消化器症状

②早期に重篤な血液障害や下痢、口内炎等の消化管障害等が発現するおそれがあるので、テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤投与中及び投与中止後少なくとも 7 日以内は本剤を投与しないこと。

文献：

Harubumi Kato, et al :for the Japan Lung Cancer Research Group on Postsurgical Adjuvant Chemotherapy : A Randomized Trial of Adjuvant Chemotherapy with Uracil-Tegafur for Adenocarcinoma of the Lung. N Engl J Med.2004 Apr 22; 350(17):1713-21.

がん診療委員会