

肺がんレジメン一覧（非小細胞肺癌）

化学療法	更新日
CDDP + PEM	2020年8月14日
CDDP+PEM+BEV	2020年8月14日
CDDP+DTX	2020年8月14日
CDDP+GEM	2020年8月14日
CDDP+GEM + Necitumumab	2021年3月1日
CDDP+VNR	2020年8月14日
CDDP+S-1	2020年8月14日
CDDP+CPT11	2020年8月14日
CBDCA+PEM	2020年8月14日
CBDCA+PEM+BEV	2020年8月14日
CBDCA+GEM	2020年8月14日
CBDCA+PTX	2020年8月14日
CBDCA+PTX+BEV	2020年8月14日
CBDCA+NabPTX	2020年8月14日
CBDCA+S-1	2020年8月14日
Weekly CBDCA+PTX+RT	2020年8月14日

化学療法	更新日
PEM + BEV（維持療法）	2020年8月14日
BEV単独（維持療法）	2020年8月14日
PEM	2020年8月14日
GEM	2020年8月14日
DTX	2020年8月14日
VNR	2020年8月14日
DTX + RAM	2020年8月14日
Erlotinib+BEV	2020年8月14日
Erlotinib+RAM	2021年9月21日
NabPTX単独	2020年8月14日
Necitumumab単独（維持療法）	2021年9月21日
がん免疫療法	
Nivolumab(2週)・(4週)	2020年11月9日
Nivolumab+Ipilimumab	2020年12月7日
Pembrolizumab(3週)・(6週)	2020年11月9日
Atezolizumab	2020年8月14日
Durvalumab	2020年8月14日

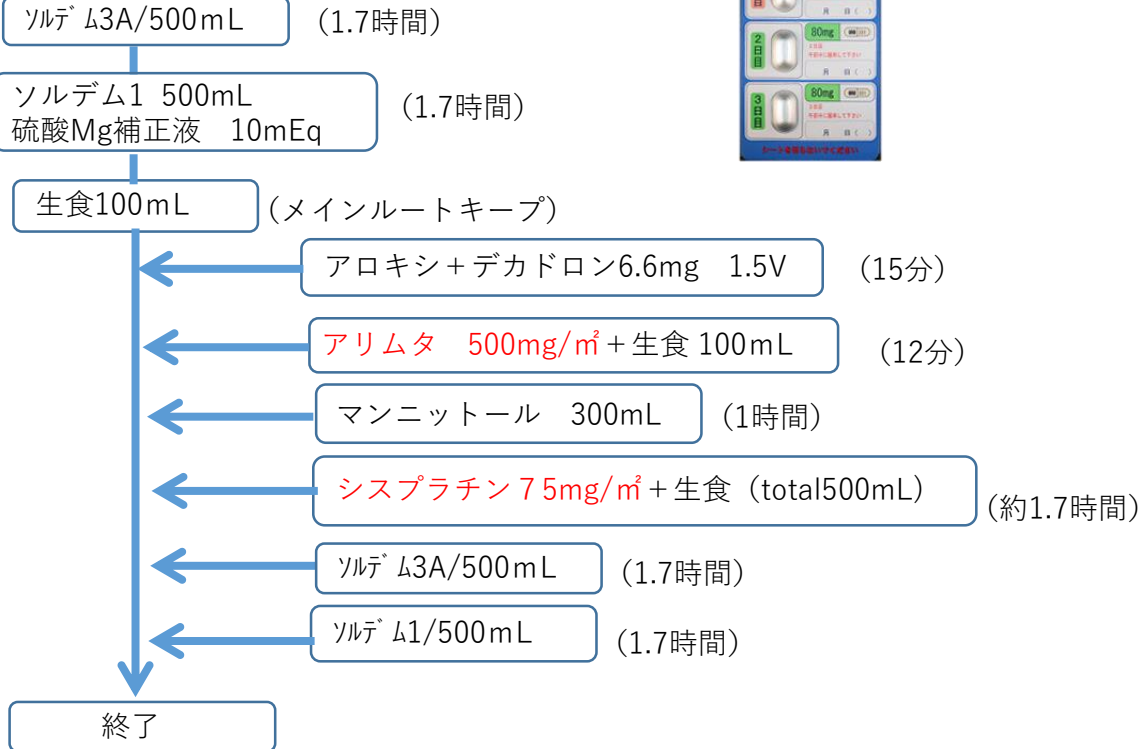
がん免疫 + 化学療法	更新日
CDDP + PEM + Pembrolizumab(nonSq)	2020年8月14日
CBDCA+PEM + Pembrolizumab(nonSq)	2020年8月14日
PEM + Pembrolizumab(nonSq) 維持療法	2020年8月14日
CBDCA + PTX + Pembrolizumab(Sq)	2020年8月14日
CBDCA + NabPTX + Pembrolizumab(Sq)	2020年8月14日
CBDCA+PTX+BEV+Atezolizumab(nonSq)	2020年8月14日
CBDCA + NabPTX + Atezolizumab (nonSq)	2020年8月14日
CDDP + PEM + Atezolizumab (nonSq)	2020年8月14日
CBDCA + PEM + Atezolizumab(nonSq)	2020年8月14日
PEM + Atezolizumab（維持療法）	2020年8月14日
CDDP + PEM + Nivolumab+Ipilimumab	2021.9.21

CDDP + PEM

イメンド併用



【Day1】 早朝開始



【TOTAL 約10時間】

薬剤	Day	1コース					2コース
		1					22
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●					●
CDDP (シスプラチン)	75mg/m ²	●					●

制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV)
補液はDay 1 - 5まで予定

- 1コース3週おき (4週の場合もあり)
- 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、PEM: 軽度)
- 血管外漏出 (PEM: 非壊死、CDDP: 炎症性)
- PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する (葉酸: パンビタン 1g 毎日、VB12: メコバラミン注1mg 9週おき)
- 4~6コース後にはPEMのみ維持投与が可能
- ハイドレーションによる水分負荷 (心不全) に注意
- ハイドレーションは腎障害予防のため

CDDP + PEM + BEV

イメンド併用



【Day1】早朝開始

ソルデム3A/500mL (1.7時間)

ソルデム1 500mL
硫酸Mg補正液 10mEq (1.7時間)

生食100mL (メインルートキープ)

← アロキシ+デカドロン6.6mg 1.5V (15分)

← **アバスチン15mg/Kg + 生食 100mL** (90→60→30分)

← **アリムタ 500mg/m² + 生食 100mL** (12分)

← マンニトール 300mL (1時間)

← **シスプラチン75mg/m² + 生食 (total500mL)**

← ソルデム3A/500mL (1.7時間) (約1.7時間)

← ソルデム1/500mL (1.7時間)

終了

【TOTAL 11時間30分～短縮で約10時間30分】

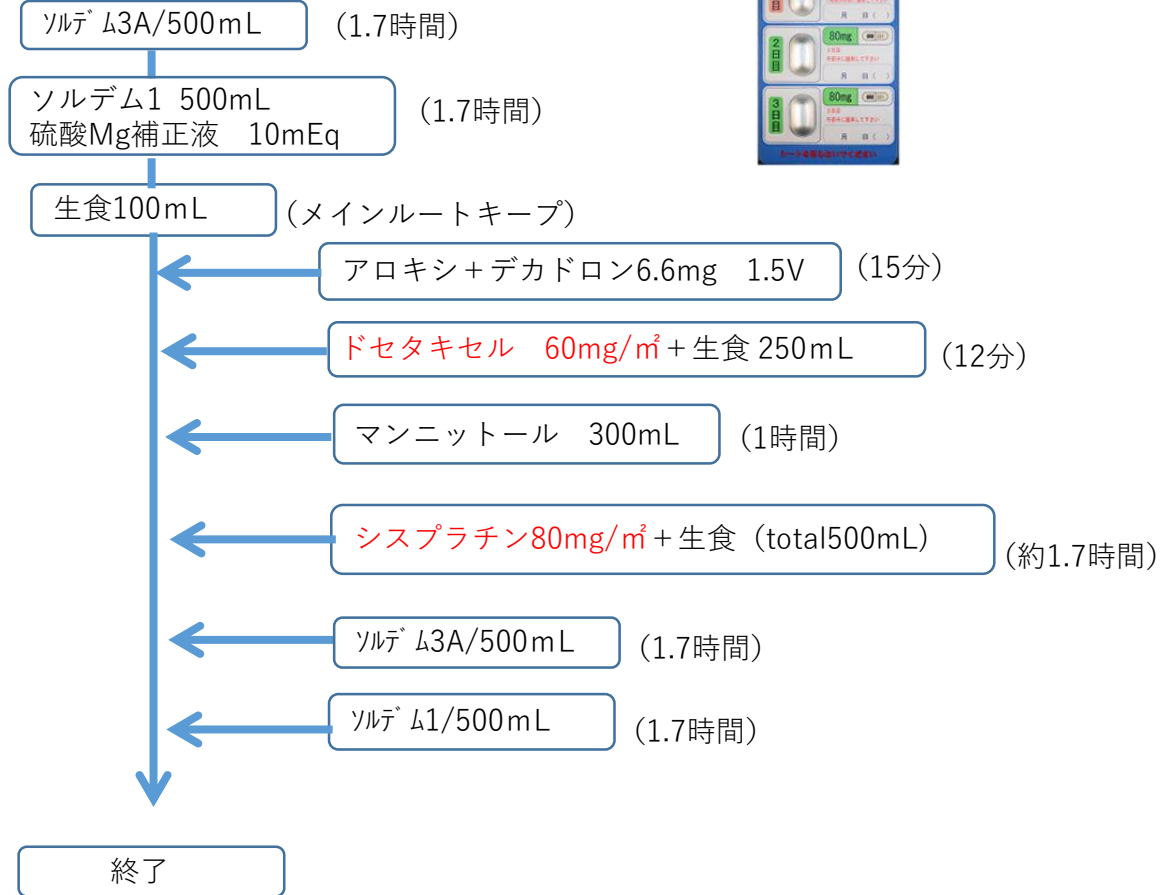
薬剤	Day	1コース					2コース
		1					22
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●					●
CDDP (シスプラチン)	75mg/m ²	●					●
BEV (アバスチン)	15mg/kg	●					●

制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV)
補液はDay 1 - 5まで予定

- 1コース3週おき (4週の場合もあり)
- **高度**催吐レジメン (CDDP: 高度、PEM: 軽度、BEV: 最小)
- 血管外漏出 (PEM: 非壊死, CDDP: 炎症性, BEV: 非壊死)
- PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する (葉酸: パンビタン1g 毎日、VB12: メコバラミン注1mg 9週おき)
- 4~6コース後にはPEM+BEV維持投与が可能
- BEVによる高血圧・蛋白尿・創傷治癒遅延・消化管穿孔
血栓症、うっ血性心不全など抗VEGF薬特有の有害事象に注意
- ハイドレーションによる水分負荷 (心不全) に注意
- ハイドレーションは腎障害予防のため

CDDP + DTX

【Day1】 早朝開始



【TOTAL 約10時間】

イメンド併用



薬剤	Day	1コース					2コース
		1					22
DTX (ドセタキセル)	60mg/m ²	●					●
CDDP (シスプラチン)	80mg/m ²	●					●

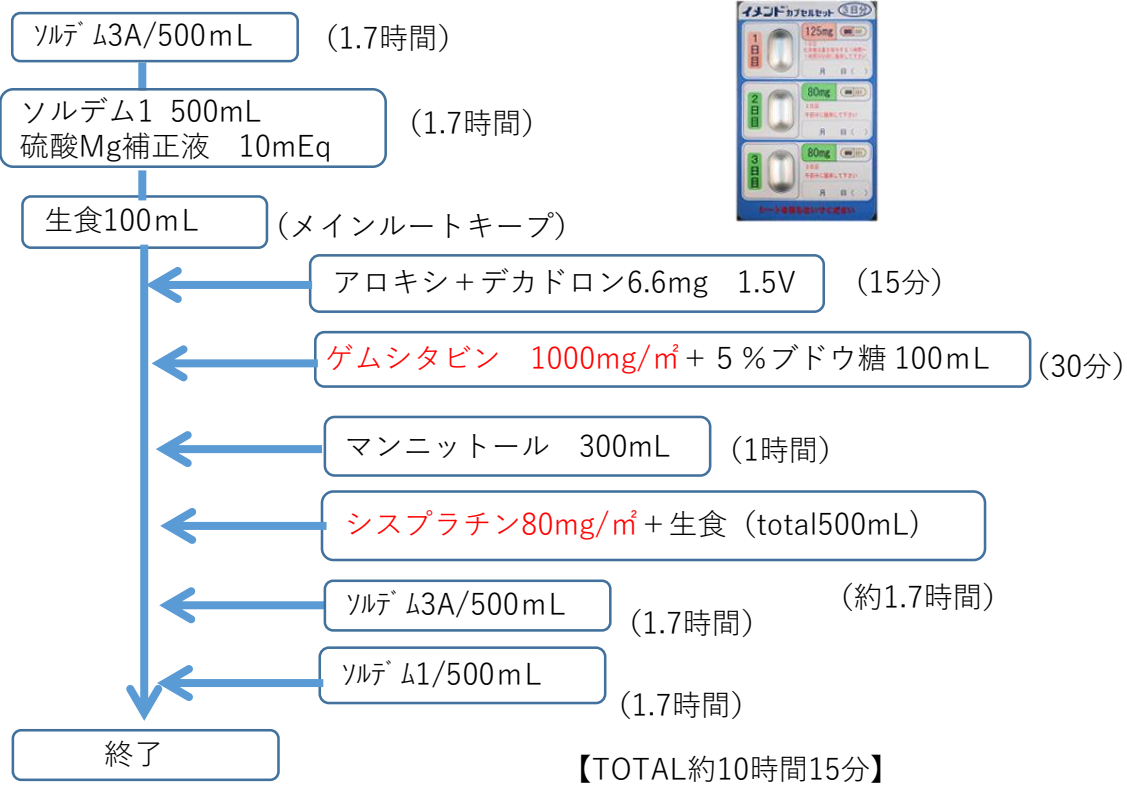
制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV)
補液はDay 1 - 5まで予定

- 1コース3週おき (4週の場合もあり)
- 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、DTX: 軽度)
- 血管外漏出 (DTX: 壊死性, CDDP: 炎症性)
- DTX投与後、3週間目に脱毛が発現する
- ハイドレーションによる水分負荷 (心不全) に注意
- ハイドレーションは腎障害予防のため
- アルコール過敏のチェック (DTX)
- アルコール不可の場合はアルコールフリーでの調整指示
- 車の運転に注意

CDDP + GEM

【Day1】 早朝開始

イメンド併用



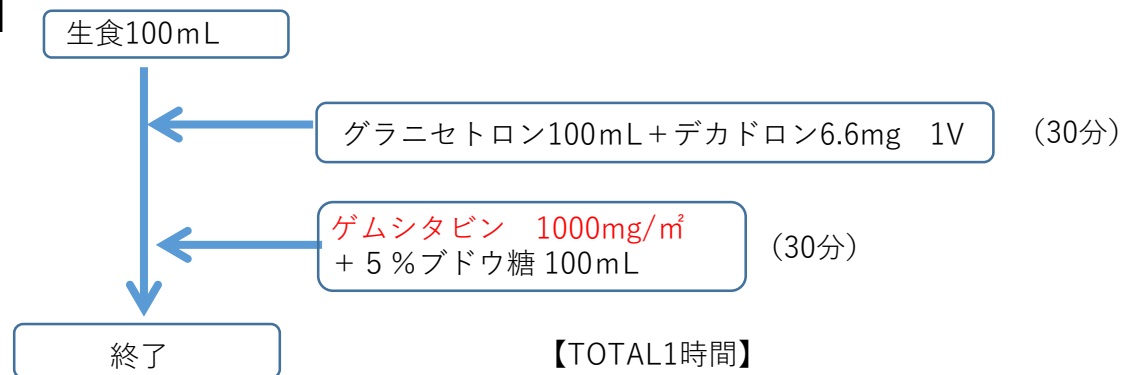
1コース 2コース

薬剤	Day	1コース				2コース
		1	8		22	
GEM (ゲムシタビン) 1000mg/m ²		●	●		●	
CDDP (シスプラチン) 80mg/m ²		●			●	

制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV)
補液はDay 1 - 5まで予定

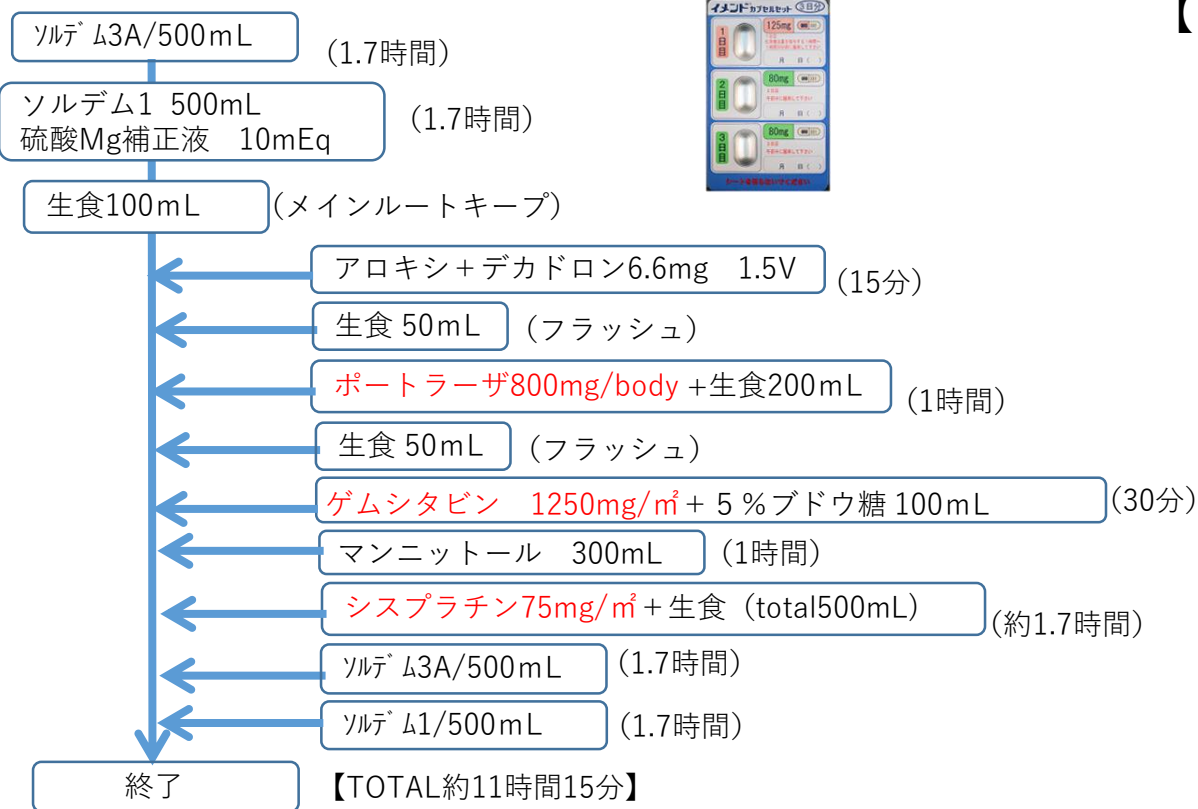
- 1コース3週おき (4週の場合もあり)
- 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、GEM: 軽度)
- 血管外漏出 (CDDP: 炎症性、GEM: 炎症性)
- GEM投与時の血管痛に注意
- GEMの投与時間が60分を超えると骨髄抑制が増強する可能性あり
- ハイドレーションによる水分負荷 (心不全) に注意
- ハイドレーションは腎障害予防のため

【Day 8】



CDDP + GEM+Necitumumab(扁平上皮)

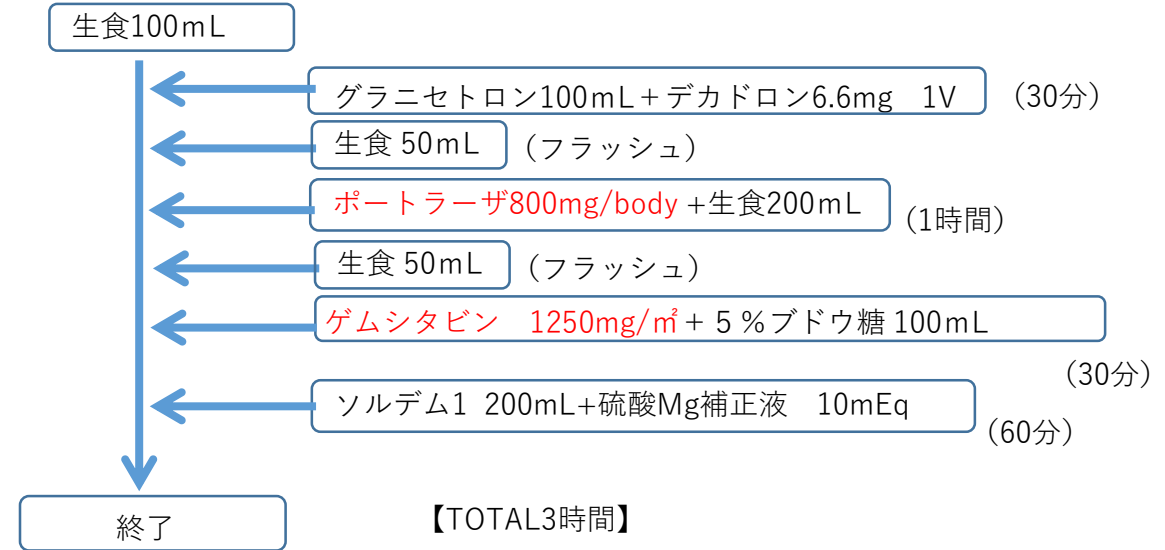
【Day1】 早朝開始



イメンド併用



【Day 8】



- 1コース3週おき
- 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、GEM: 軽度、Necitumumab: 最小)
- 血管外漏出 (CDDP: 炎症性、GEM: 炎症性、Necitumumab: 非壊死性)
- GEM投与時の血管痛に注意
- GEMの投与時間が60分を超えると骨髄抑制が増強する可能性あり
- ハイドレーションによる水分負荷 (心不全) に注意。腎障害予防のため
- ポートラーザはEGFR阻害し、皮膚障害 (ざ瘡様皮膚炎や爪囲炎) や掻痒感下痢、低マグネシウム血症に注意

扁平上皮癌		1コース			2コース
		Day 1	8		22
Necitumumab (ポートラーザ)	800mg/body	●	●		●
GEM (ゲムシタビン)	1250mg/m ²	●	●		●
CDDP (シスプラチン)	75mg/m ²	●			●

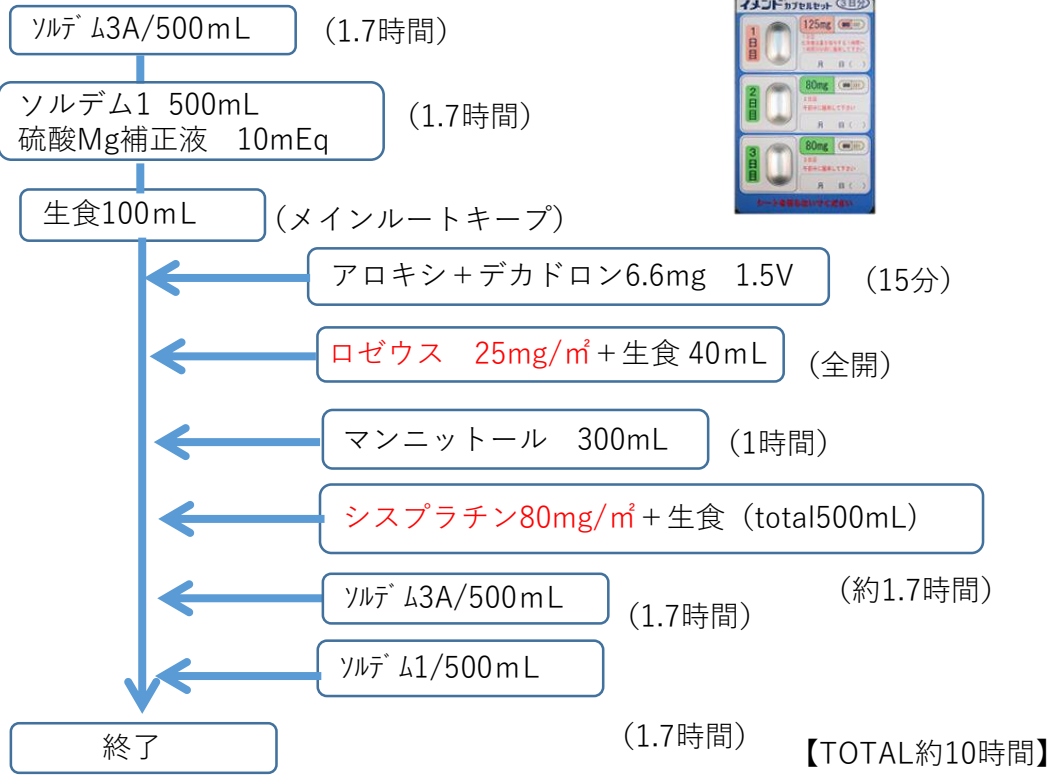
制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV) 補液はDay 1 - 5まで予定

CDDP + VNR

イメンド併用



【Day1】 早朝開始



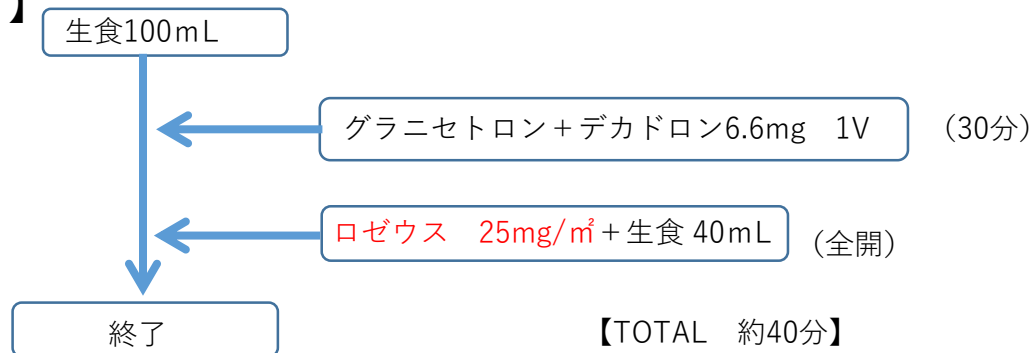
1コース 2コース

薬剤	Day	1コース				2コース
		1	8		22	
VNR (ロゼウス)	25mg/m ²	●	●		●	
CDDP (シスプラチン)	80mg/m ²	●			●	

制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV)
補液はDay 1 - 5まで予定

- ・ 1コース**3週**おき (4週の場合もあり)
- ・ 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、VNR: 軽度)
- ・ 血管外漏出 (VNR: **壊死性**, CDDP: 炎症性) 血管確保注意！！
- ・ VNR投与3週目に脱毛が発現する。末梢神経障害に注意
- ・ ハイドレーションによる水分負荷に注意
- ・ ハイドレーションは腎障害予防のため1

【Day 8】



CDDP + CPT-11 (非小細胞肺癌)

【Day1】 早朝開始

ソルデ ム3A/500mL (1.7時間)

ソルデ ム1 500mL
硫酸Mg補正液 10mEq (1.7時間)

生食100mL (メインルートキープ)

アロキシ+デカドロン6.6mg 1.5V (15分)

イリノテカン 60mg/m² + 生食250mL (90分)

マンニトール 300mL (1時間)

シスプラチン80mg/m² + 生食 (total500mL) (約1.7時間)

ソルデ ム3A/500mL (1.7時間)

ソルデ ム1/500mL (1.7時間)

終了

【TOTAL 11時間15分】

イメンド併用



【Day8, 15】

生食100mL (メインルートキープ)

グラニセトロン+デカドロン6.6mg 1V (30分)

イリノテカン 60mg/m² + 生食250mL (90分)

終了

【TOTAL 2時間】

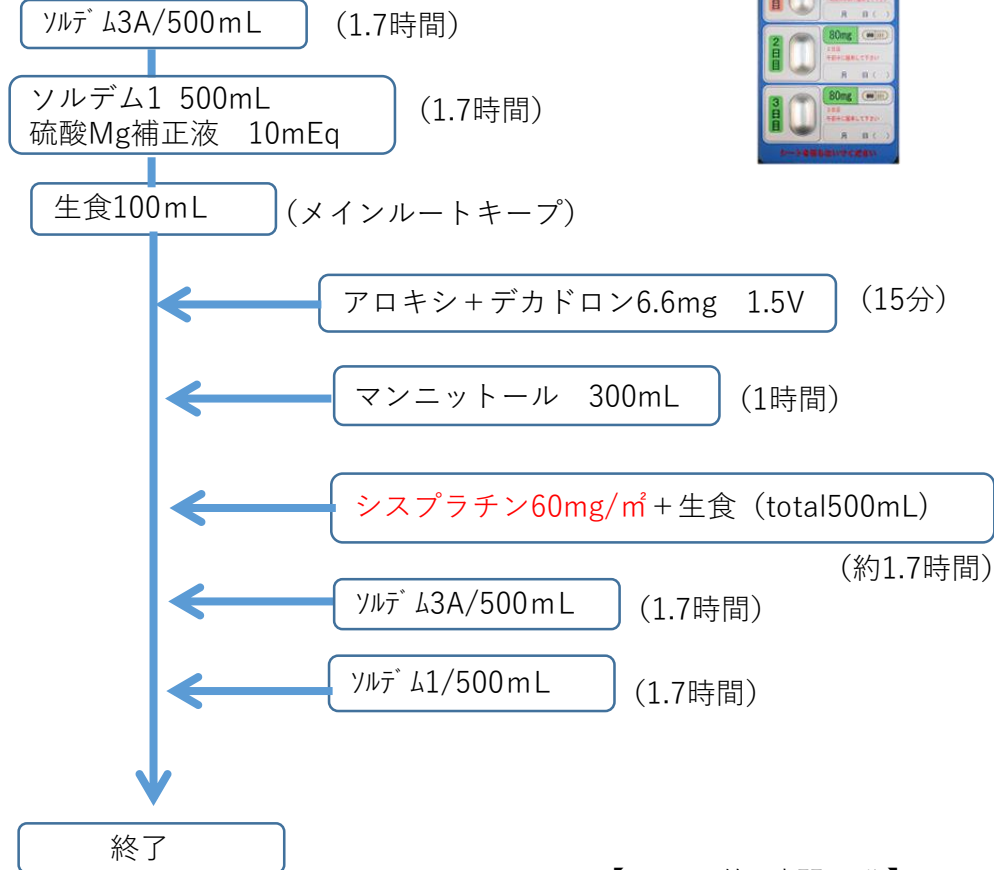
薬剤	Day	1コース					2コース
		1	8	15		29	
CPT-11 (イリノテカン)	60mg/m ²	●	●	●			●
CDDP (シスプラチン)	80mg/m ²	●					●

制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV)
補液はDay 1 - 5まで予定

- 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、CPT-11: 中等度)
- 血管外漏出 (CDDP: 炎症性、CPT-11: 炎症性)
- イリノテカンによる、コリン作動性の副作用 (下痢・発汗等) に注意
- イリノテカンによる遅発性の下痢に注意
- 間質性肺炎の患者には適応出来ない
- イリノテカンによる脱毛あり
- ハイドレーションによる水分負荷に注意
- ハイドレーションは腎障害予防のため

CDDP + S-1 (3週/コース)

【Day1】 早朝開始



【TOTAL約9時間45分】

イメンド併用



薬剤	Day	1コース		2コース	
		1	14	22	22
S-1 (エスワンタイホ)	80mg/m ² /日 分2	●	→		●
CDDP (シスプラチン)	60mg/m ²	●			●

制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV)
補液はDay 1 - 5まで予定

- 1コース**3週**おき (4週の場合もあり)
- 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、S-1: 軽度)
- 血管外漏出 (CDDP: 炎症性)
- S-1内服使用 (day1-14)
- S-1による口内炎、下痢、骨髄抑制に注意。感染予防等の指導を確認
- S-1 vs ワーファリンでPT-INR延長の可能性
- S-1 腎機能による投与量の調節必要
- ハイドレーションによる水分負荷 (心不全) に注意
- ハイドレーションは腎障害予防のため

CBDCA + PEM

イメンド併用



【Day1】

生食100mL (メインルートキープ)

← グラニセトロン+デカドロン6.6mg 1V (30分)

← アリムタ500mg/m²+生食100mL (12分)

← カルボプラチン 6AUC+生食250mL (約1時間)

↓ 終了

【TOTAL1時間42分+α】

非扁平上皮癌

1コース

2コース

薬剤		Day	1		22
PEM (アリムタ)	500mg/m ²		●		●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=6		●		●

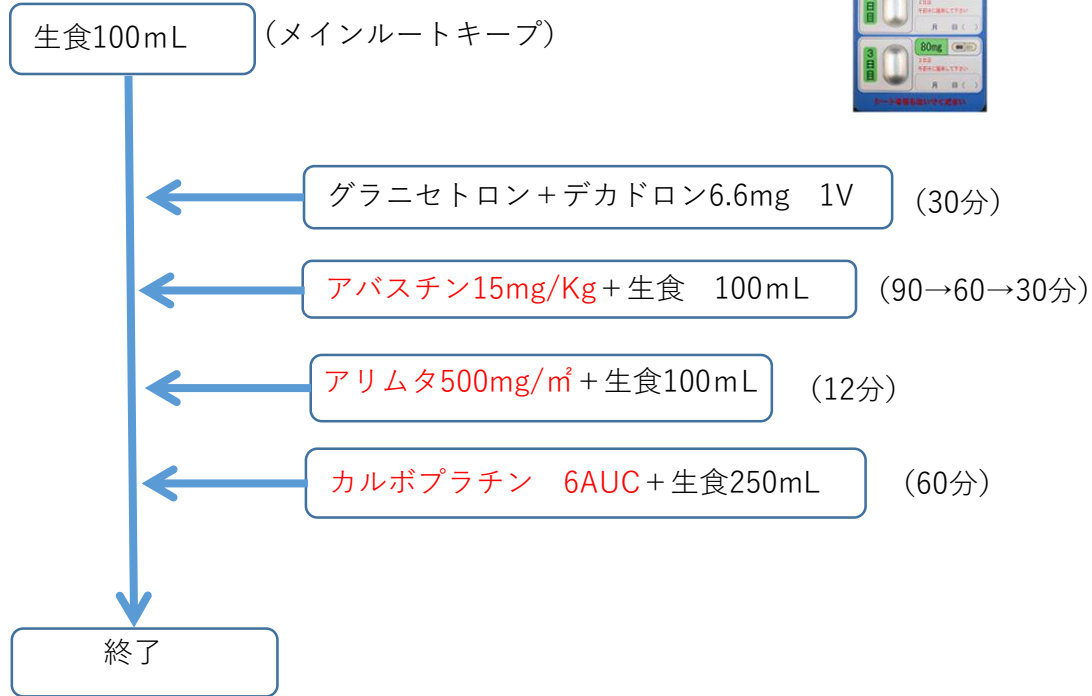
- ・ 1コース3週おき 6コース後は維持療法 (PEMへ)
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA:中等度、PEM:軽度)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA:炎症性、PEM:非壊死性)
- ・ イメンド併用が望ましい
- ・ PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する。(葉酸:パンビタン1g毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
 - ・ PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌

CBDCA + PEM + BEV

イメンド併用



【Day1】



【TOTAL 3 時間12分～短縮で2時間12分 + α】

非扁平上皮癌

薬剤	Day	1コース			2コース
		1			22
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●			●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC= 6	●			●
BEV (アバスチン)	15mg/ k g	●			●

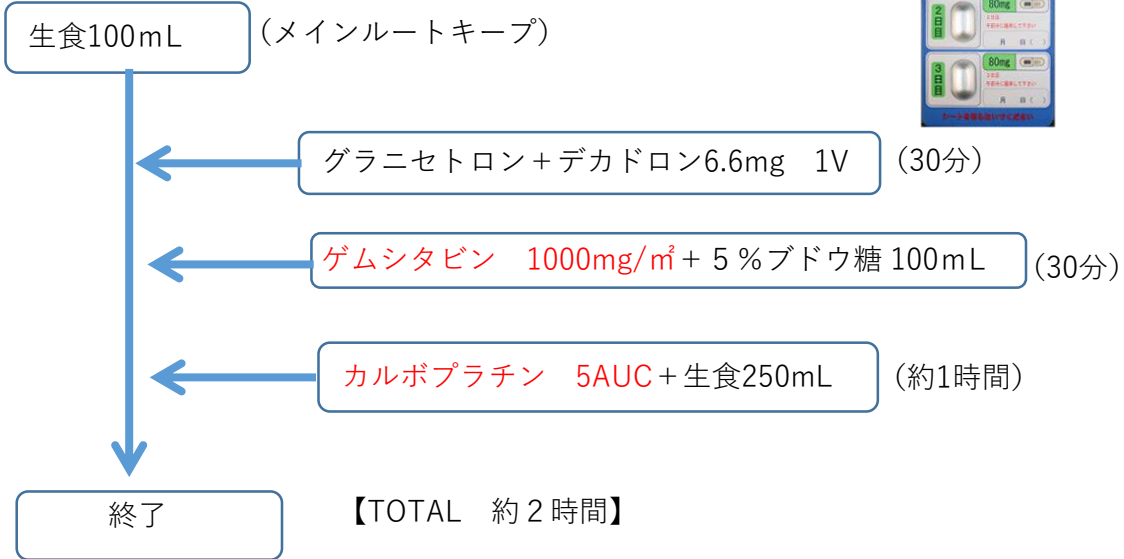
- ・ 1 コース3週おき
- ・ 中等催吐レジメン (PEM : 軽度, CBDCA:中等度, BEV:最小)
- ・ 血管外漏出 (PEM : 非壊死, CBDCA:炎症性, BEV:非壊死)
- ・ Day1はイメンド併用が望ましい
- ・ PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する (葉酸 : パンビタン 1 g 毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
- ・ PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- ・ BEVによる高血圧・蛋白尿・創傷治癒遅延・消化管穿孔
血栓症、うっ血性心不全など抗VEGF薬特有の有害事象に注意

CBDCA + GEM

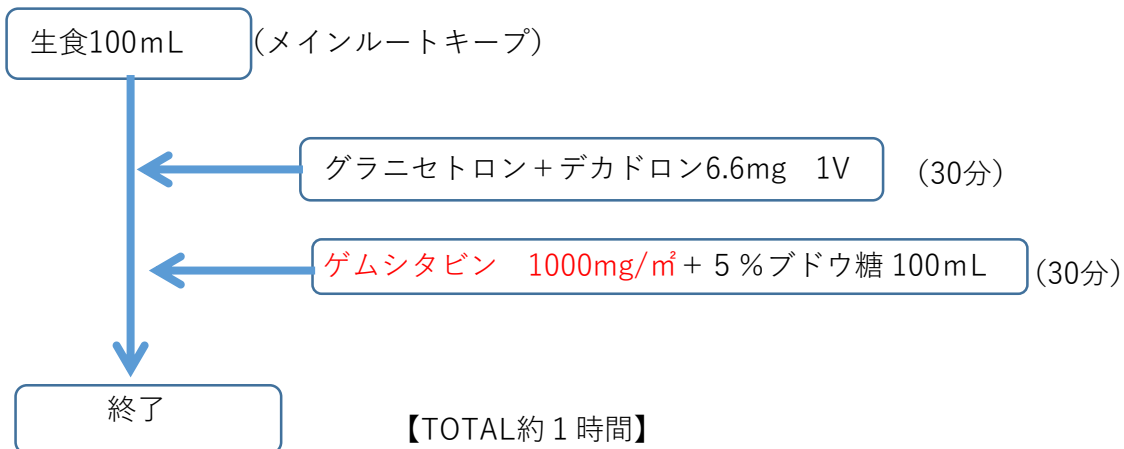
イメンド併用



【Day1】



【Day8】



薬剤	Day	1コース				2コース
		1	8			22
GEM (ゲムシタビン)	1000mg/m ²	●		●		●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC= 5	●				●

- 1コース3週おき
- 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度 GEM：軽度)
- 血管外漏出 (CBDCA:炎症性 GEM：炎症性)
- Day1はイメンド併用が望ましい
- GEM投与時の血管痛に注意
- GEMの投与時間が60分を超えると骨髄抑制が増強する可能性あり

CBDCA + PTX

イメンド併用



【Day1】

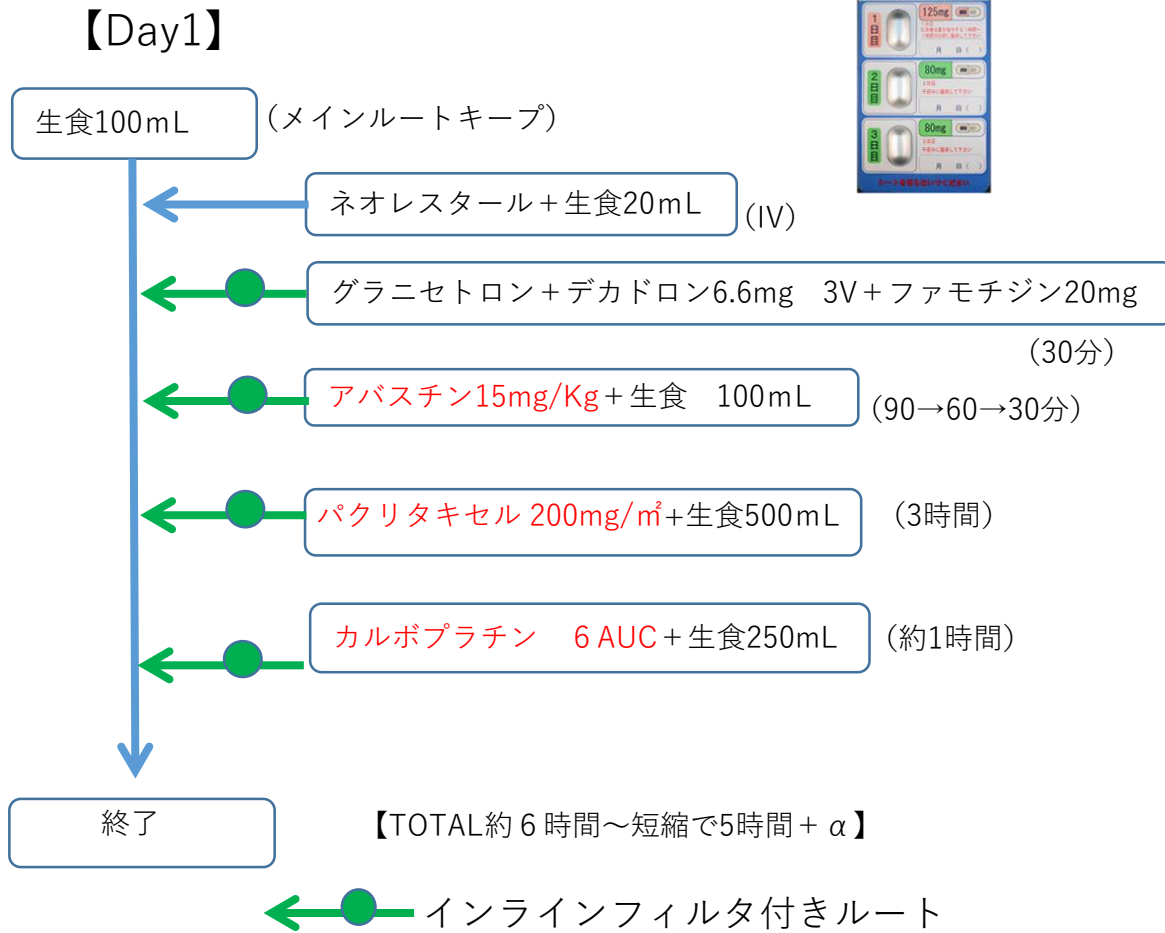


薬剤	Day	1コース			2コース
		1			22
PTX (パクリタキセル)	200mg/m ²	●			●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=6	●			●

- 1コース3週おき
- 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度 PTX：軽度)
- 血管外漏出 (CBDCA:炎症性 PTX：壊死性) 血管確保注意!
- イメンド併用が望ましい
- インラインフィルタ付きルートを使用
- パクリタキセル中のアルコール過敏に注意
- 外来の場合は車の運転中止
- パクリタキセルによるアレルギーに注意し、原則としてモニタ (HR・SPO2) 使用すること

CBDCA + PTX + BEV

イメンド併用



薬剤	Day	1コース			2コース
		1			22
PTX (パクリタキセル)	200mg/m ²	●			●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=6	●			●
BEV (アバスチン)	15mg/kg	●			●

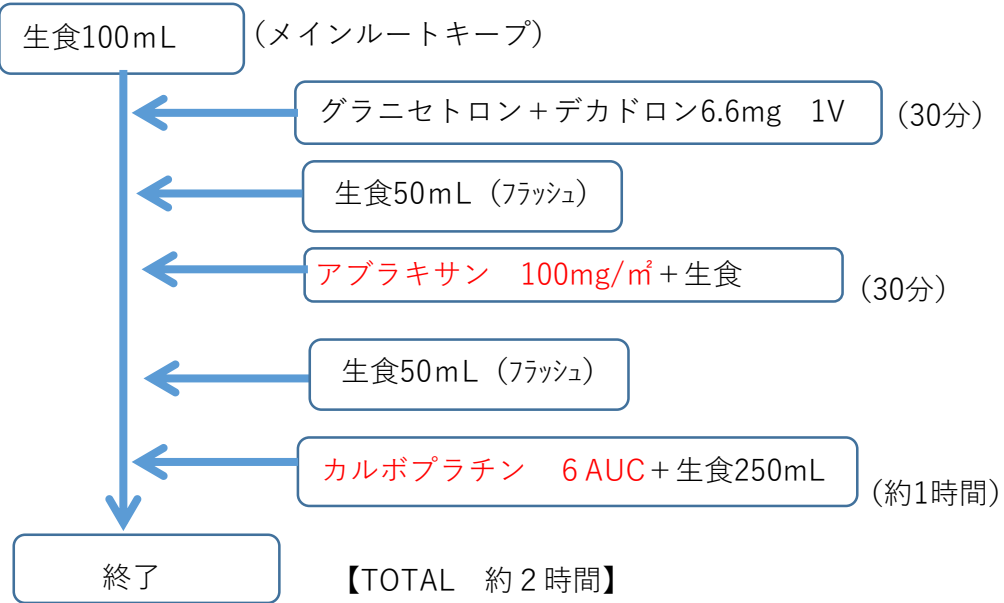
- ・ 1コース3週おき 6コース後維持療法へ
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度 PTX：軽度 BEV：最小)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA:炎症性 PTX：壊死性 BEV：非壊死性) 血管確保注意！
- ・ イメンド併用が望ましい
- ・ インラインフィルタ付きルートを使用
- ・ パクリタキセル中のアルコール過敏に注意
- ・ 外来の場合は車の運転中止
- ・ パクリタキセルによるアレルギーに注意し、原則としてモニタ (HR・SPO2) 使用すること
- ・ BEVによる高血圧・蛋白尿・創傷治癒遅延・消化管穿孔、血栓症、うっ血性心不全など抗VEGF薬特有の有害事象に注意

CBDCA + NabPTX

イメンド併用



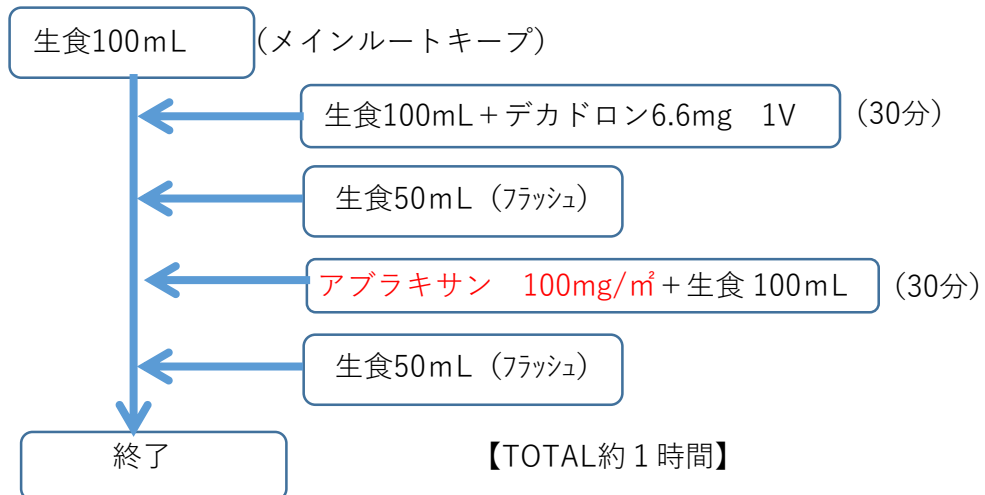
【Day1】



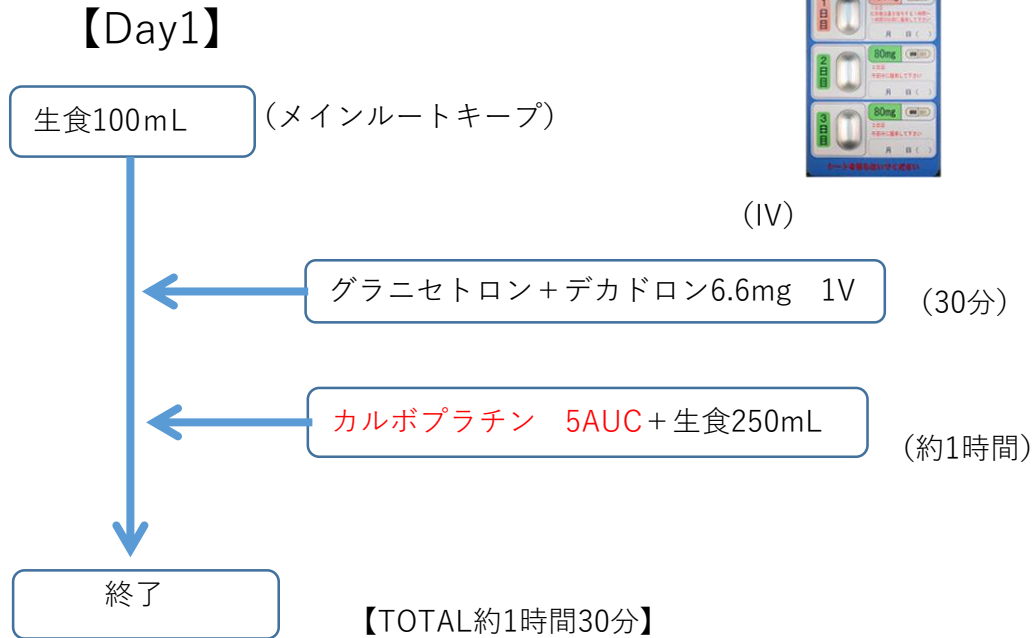
薬剤	Day	1コース					2コース	
		1		8		15		22
NabPTX (アブラキサン)	100mg/m ²	●		●		●		●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=6	●						●

- 1コース3週おき
- 中等度催吐レジメン (CBDCA：中程度 NabPTX：軽度)
- 血管外漏出 (CBDCA:炎症性 NabPTX：壊死性)
- Day1はイメンド併用が望ましい
- NabPTXによる蓄積性の末梢神経障害に注意
- NabPTX投与1～2日後の筋肉痛に注意

【Day8.15】



CBDCA+S-1



イメンド併用



(IV)

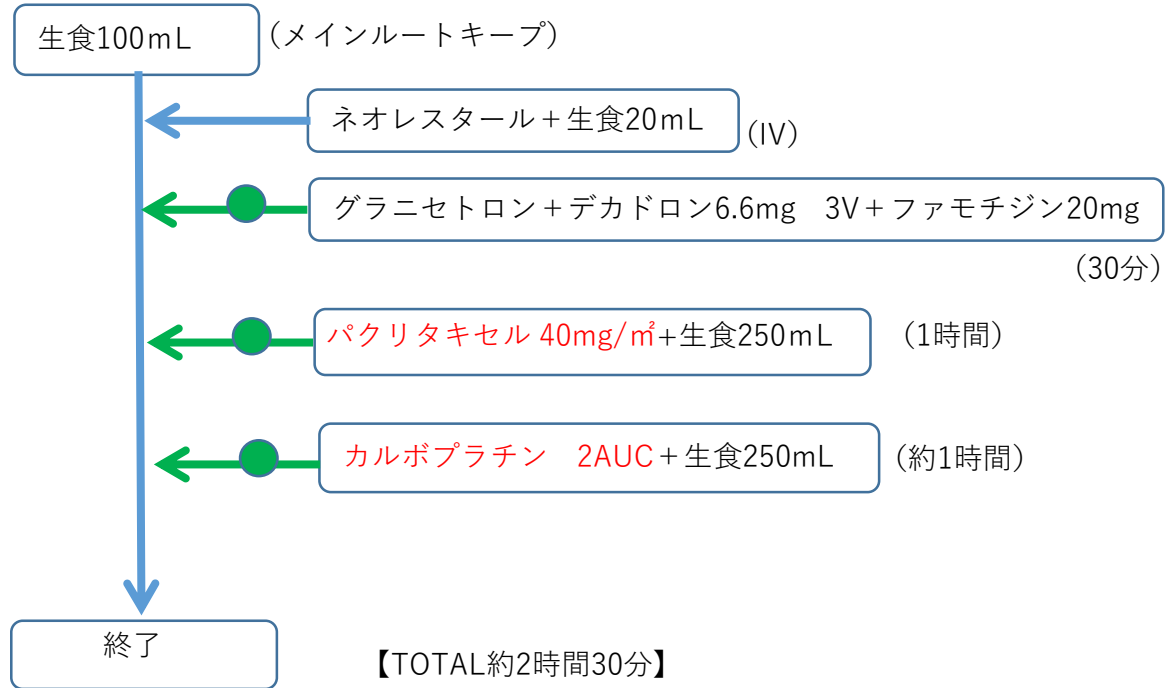


薬剤	Day	1コース			2コース
		1	14	22	
S-1 (エソメプラゾール)	80mg/m ² /日 分2	●	→		●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=5	●			●

- 1コース**3週**おき
- 中度催吐レジメン (CBDCA: 中等度、S-1: 軽度)
- 血管外漏出 (CBDCA: 炎症性)
- イメンドの併用が望ましい
- S-1内服使用 (day1-14)
- S-1による口内炎、下痢、骨髄抑制に注意。
感染予防等の指導を確認
- S-1 vs ワーファリンでPT-INR延長の可能性
- S-1 腎機能による投与量の調節必要

WeeklyCBDCA+PTX+RT

【Day1】



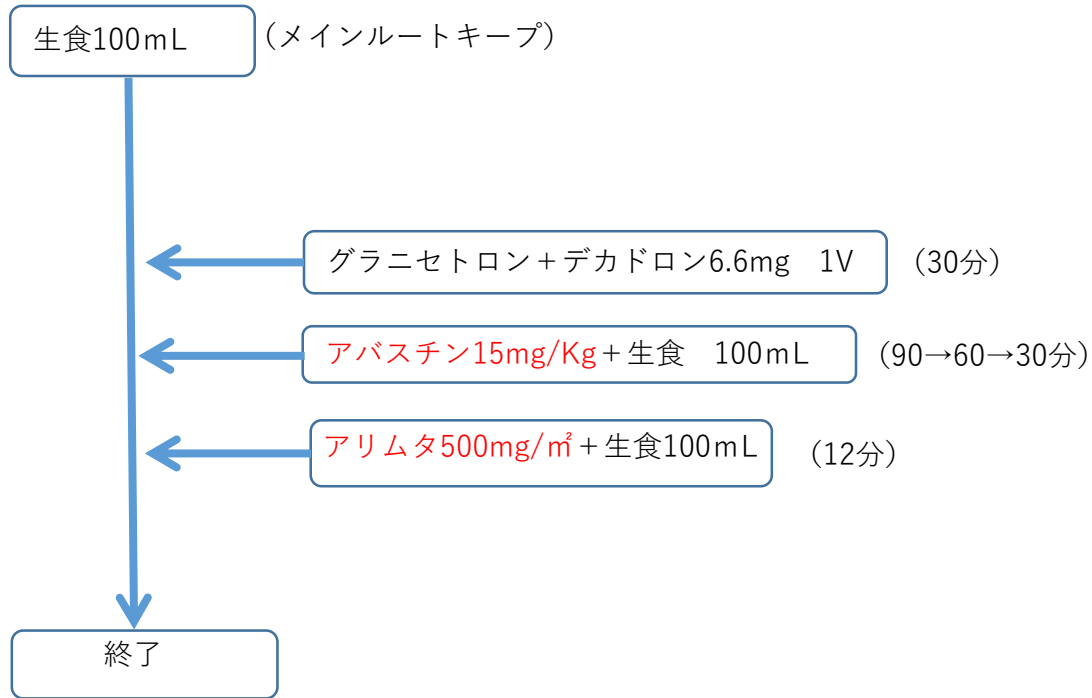
← ● インラインフィルタ付きルート

薬剤	Day	1	8	15	22	29	36
PTX (パクリタキセル)	40mg/m ²	●	●	●	●	●	●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=2	●	●	●	●	●	●
放射線療法を併用 (月～金) 2 Gy×30回							

- ・ 1週間おきに6回、放射線療法と併用
- ・ その後は地固め療法へ移行する
- ・ CBDCAによる吐気 (1回の投与量が低く軽度催吐)
- ・ 血管外漏出 (PTX:壊死性, CBDCA:炎症性)
- ・ 低用量のためイメンドは併用しない
- ・ インラインフィルタ付きルートを使用
- ・ パクリタキセル中のアルコール過敏に注意
- ・ パクリタキセルによるアレルギーに注意し、原則としてモニタ (HR・SPO2) 使用すること

PEM + BEV (維持療法)

【Day1】



【TOTAL約1時間～2時間】

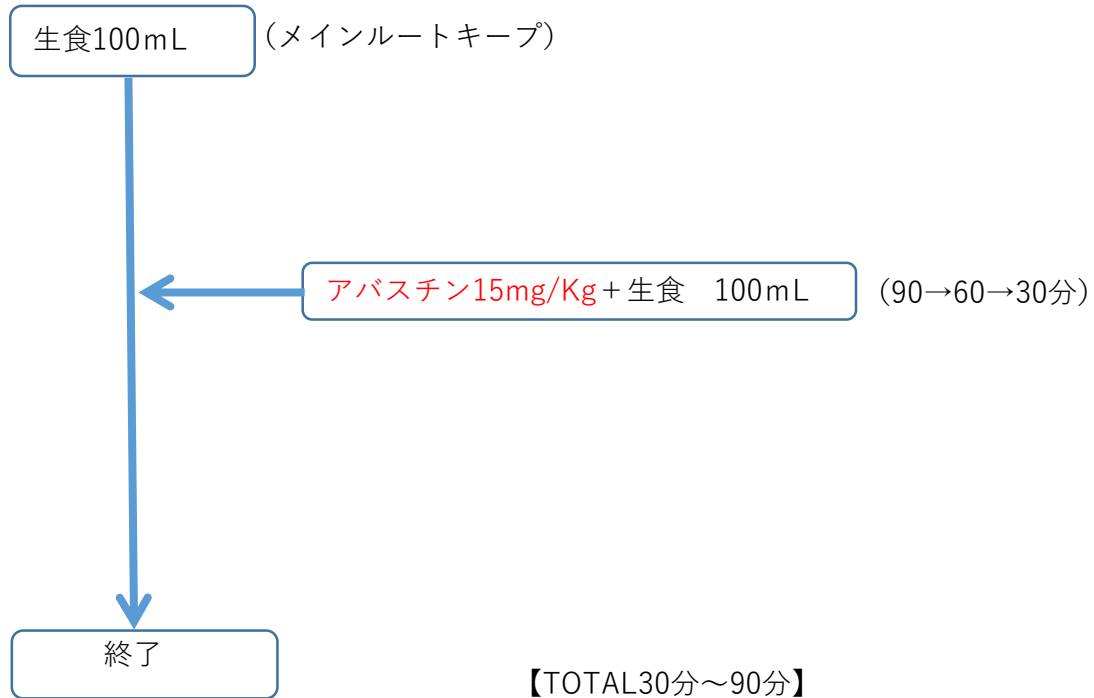
非扁平上皮癌

薬剤	Day	1コース			2コース
		1			22
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●			●
BEV (アバステン)	15mg/kg	●			●

- 1コース3週おき
- 中度催吐レジメン (PEM：軽度 S-1：軽度)
- 血管外漏出 (PEM：非壊死 BEV:非壊死)
- PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する
(葉酸：パンビタン 1 g 毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
- PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- BEVによる高血圧・蛋白尿・創傷治癒遅延・消化管穿孔
血栓症、うっ血性心不全など抗VEGF薬特有の有害事象に注意

BEV (維持療法)

【Day1】

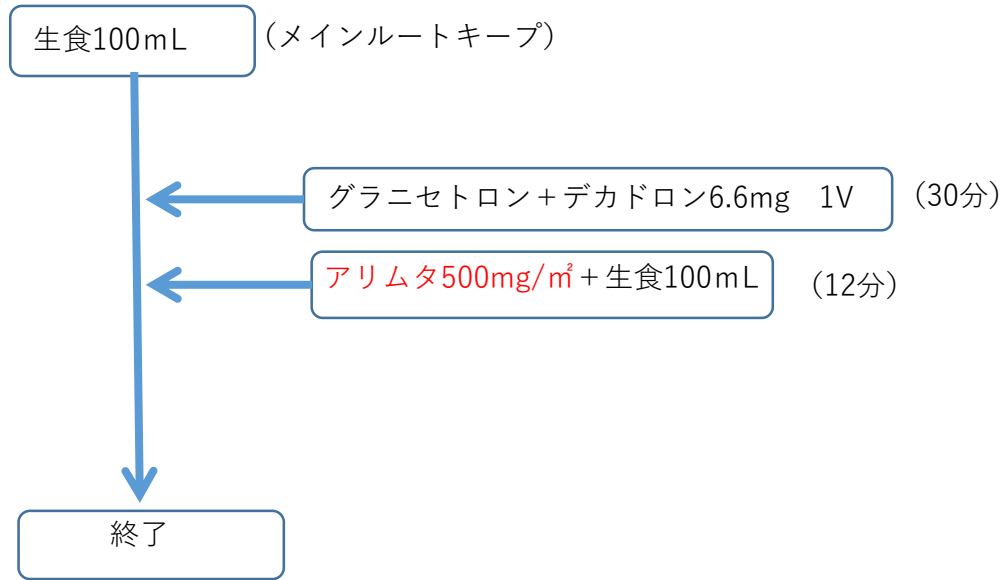


薬剤	Day	1コース			2コース
		1			22
BEV (アバスチン)	15mg/ k g	●			●

- ・ 1 コース3週おき
- ・ 最小催吐リスク (BEV: 最小) ・ 血管外漏出 (BEV: 非壊死)
- ・ CBDCA + PTX + BEVの維持療法として登録
- ・ BEVによる高血圧・蛋白尿・創傷治癒遅延・消化管穿孔
血栓症など抗VEGF薬特有の有害事象に注意

PEM (単独・維持療法)

【Day1】



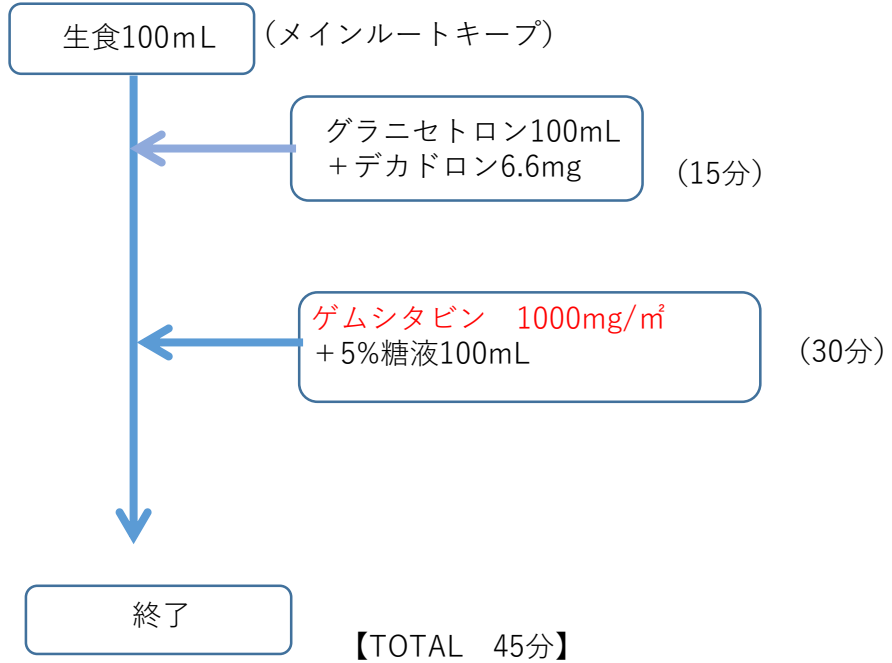
【TOTAL 42分 + α】

非扁平上皮癌		1コース			2コース
薬剤	Day	1			22
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●			●

- 1コース3週おき
- 軽度催吐レジメン (PEM:軽度)
- 血管外漏出 (PEM:非壊死性)
- イメンド併用を検討する
- アリムタの副作用予防のため1週間前からパンビタンの投与と9週毎にメコバラミン注の投与
- PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌

GEM単独

【Day1・8・15】



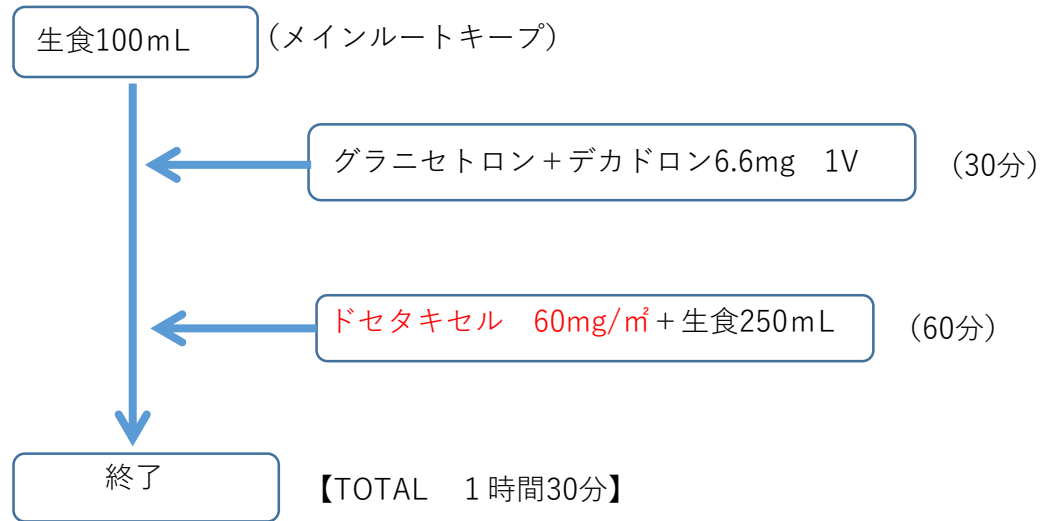
薬剤	Day	1コース							2コース
		1	8	15	21	29			
GEM	1000mg/m ²	●	●	●	休	●			

1コース 4週

- ・軽度催吐レジメン (GEM：軽度)
- ・血管外漏出 (GEM：炎症性)
- ・GEM投与時の血管痛に注意
- ・GEMの投与時間が60分を超えると骨髄抑制が増強する可能性あり

DTX

【Day1】

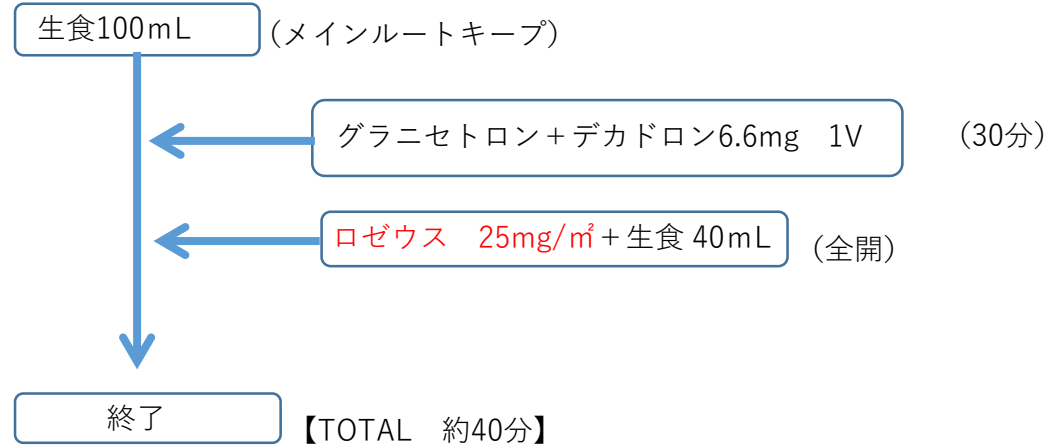


薬剤	Day	1コース			2コース
		1			22
ドセタキセル (タキソテール注)	60mg/m ²	●			●

- 1コース3週おき
- 軽度催吐レジメン (DTX：軽度)
- 血管外漏出に注意 (壊死性) 血管確保注意！
- アルコール過敏のチェック (DTX)
- アルコール不可の場合はアルコールフリーでの調整指示
- 車の運転に注意
- DTX投与後、3週程度で脱毛出現

VNR

【Day1・8】

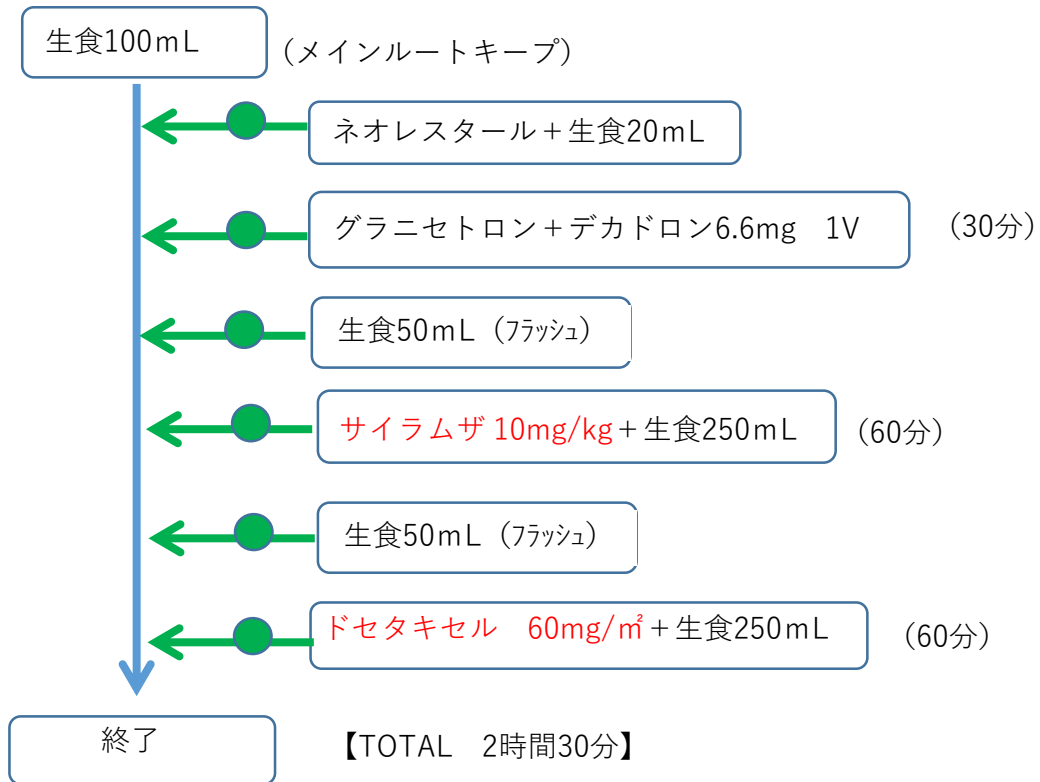


薬剤	Day	1コース			2コース
		1	8		22
VNR (ロゼウス)	25mg/m ²	●	●		●

- ・ 1コース3週おき
- ・ 軽度催吐レジメン (VNR：軽度)
- ・ VNR投与3週目に脱毛が発現する
- ・ 血管外漏出 (VNR：壊死性) 血管確保注意！！

DTX + RAM

【Day1】



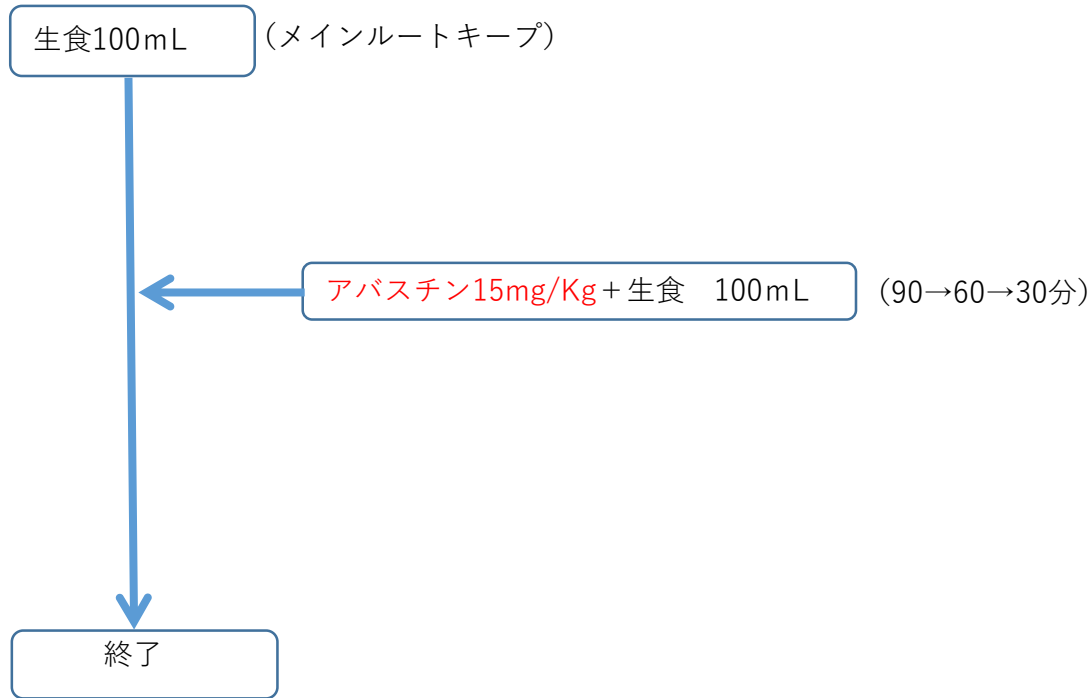
← ● インラインフィルタ付きルート

薬剤	Day	1コース			2コース
		1			22
DTX (タキソテール注)	60mg/m ²	●			●
RAM (サイラムザ)	10mg/kg	●			●

- ・1コース3週おき
- ・軽度催吐レジメン (DTX:軽度 RAM:最小)
- ・血管外漏出 (DTX:壊死性 RAM:非壊死性)
- ・アルコール過敏のチェック (DTX)
- ・アルコール不可の場合はアルコールフリーでの調整指示
- ・車の運転に注意
- ・DTX投与後、3週程度で脱毛出現
- ・RAMによる高血圧・蛋白尿・創傷治癒遅延・消化管穿孔
血栓症、うっ血性心不全など抗VEGFR薬特有の有害事象に注意
- ・PEG G-CSF(ジーラスト注) を検討するレジメン。高い好中球減少の頻度のため注意。

エルロチニブ + BEV

【Day1】



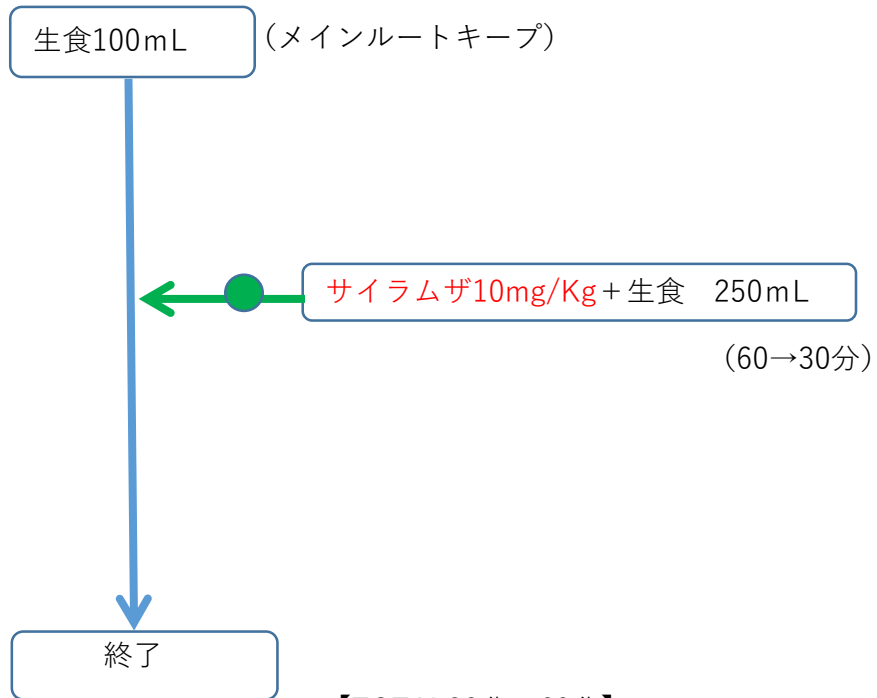
【TOTAL30分～90分】

薬剤	Day	1コース			2コース
		1			22
タルセバ錠 (エイロチニブ)	150mg/日 連日	●	→		→
BEV (アバスチン)	15mg/ k g	●			●

- 1 コース3週おき
- 軽度催吐レジメン (BEV：最小 エルロチニブ (経口)：最小)
- 血管外漏出 (BEV:非壊死)
- BEVによる高血圧・蛋白尿・創傷治癒遅延・消化管穿孔
血栓症、うっ血性心不全など抗VEGF薬特有の有害事象に注意

エルロチニブ + RAM

【Day1】



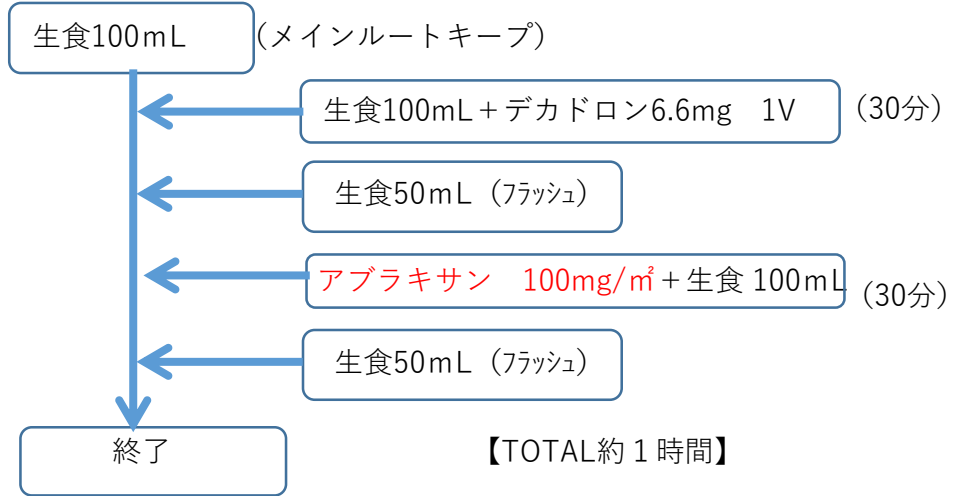
【TOTAL30分～60分】

薬剤	Day	1コース			2コース
		1			15
タルセバ錠 (エイロチニブ)	150mg/日 連日	●	→		→
RAM (サイラムザ)	10mg/ k g	●			●

- 1 コース2週おき
- 軽度催吐レジメン (RAM：最小 エルロチニブ (経口)：最小)
- 血管外漏出 (RAM:非壊死)
- RAMによる高血圧・蛋白尿・創傷治癒遅延・消化管穿孔
血栓症、うっ血性心不全など抗VEGF薬特有の有害事象に注意

NabPTX単剤

【Day1.8.15】

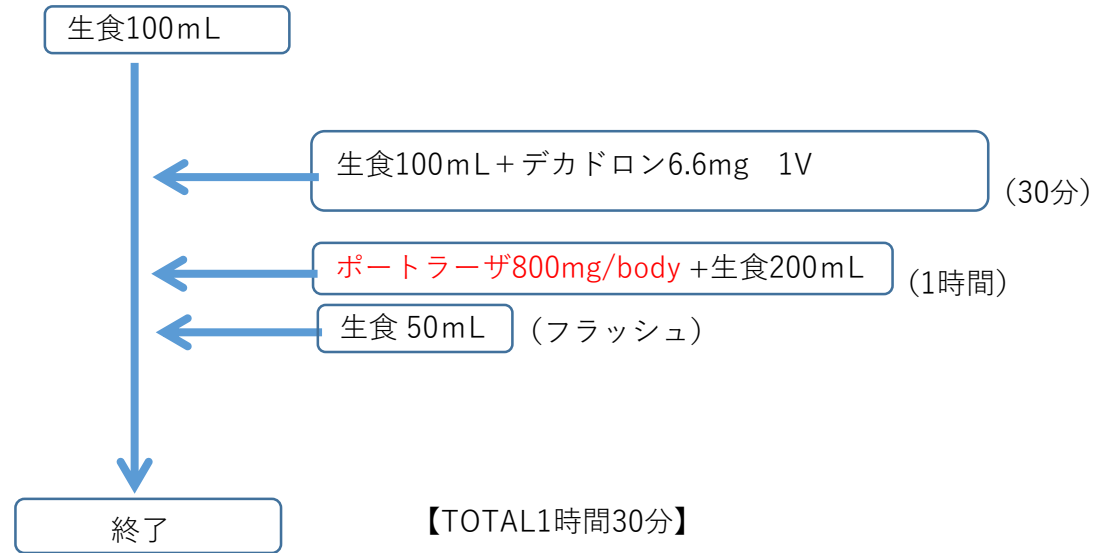


薬剤	Day	1コース						2コース
		1		8		15		22
NabPTX (アブラキサン)	100mg/m ²	●		●		●		●

- 1コース3週おき
- 軽度催吐レジメン (NabPTX：軽度)
- 血管外漏出 (NabPTX：壊死性)
- NabPTXによる蓄積性の末梢神経障害に注意
- NabPTX投与1～2日後の筋肉痛に注意

Necitumumab単独（維持療法）

【Day1.8】

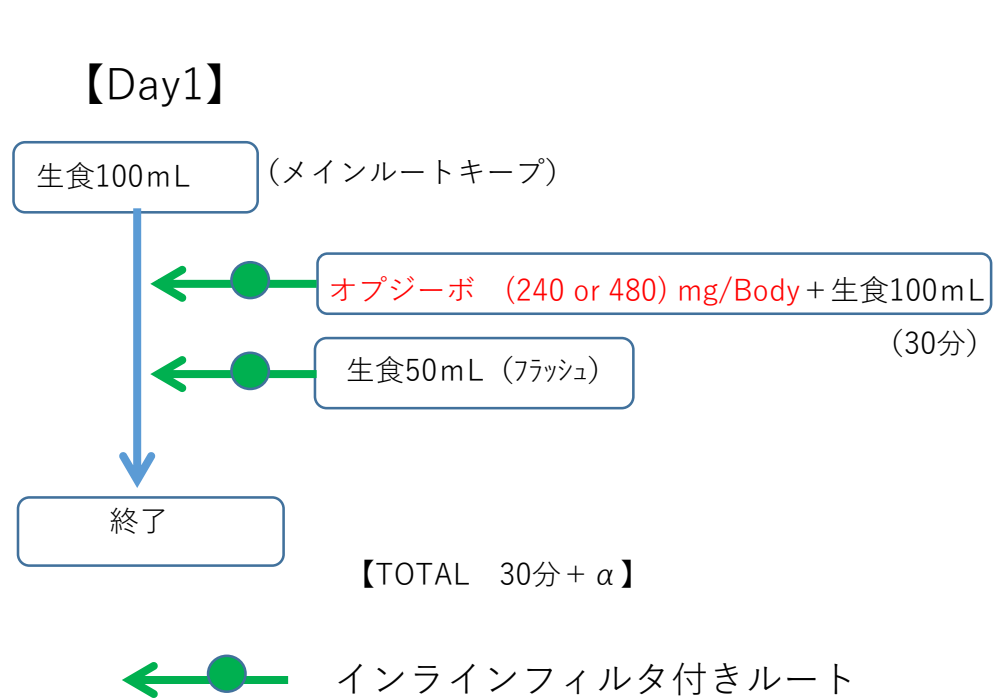


扁平上皮癌		1コース			2コース	
薬剤	Day	1	8		22	
Necitumumab (ポートルーザ)	800mg /body	●	●		●	

- ・1コース3週おき
- ・軽度催吐レジメン（Necitumumab：軽度）
- ・血管外漏出（Necitumumab:非壊死性）
- ・ポートルーザはEGFR阻害し、皮膚障害（ざ瘡様皮膚炎や爪囲炎）や掻痒感下痢、低マグネシウム血症に注意

がん免疫療法 (免疫チェックポイント阻害剤)

Nivolumab (オプジーボ®)



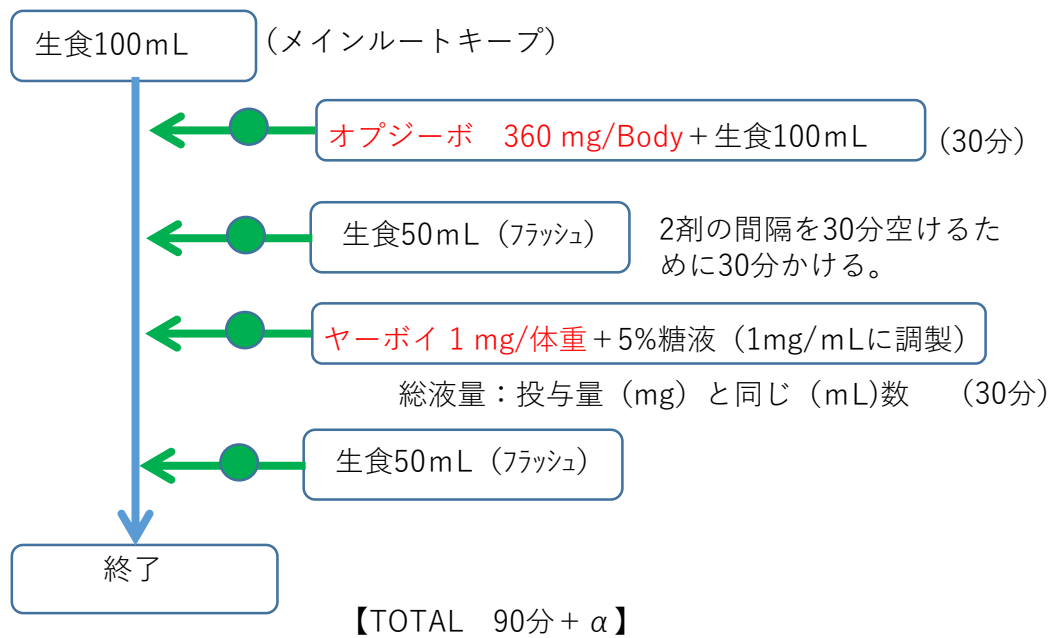
2週毎	薬剤	Day	1コース			2コース
			1			15
	Nivolumab (オプジーボ)	240mg/Body	●			●

4週毎	薬剤	Day	1コース			2コース
			1			29
	Nivolumab (オプジーボ)	480mg/Body	●			●

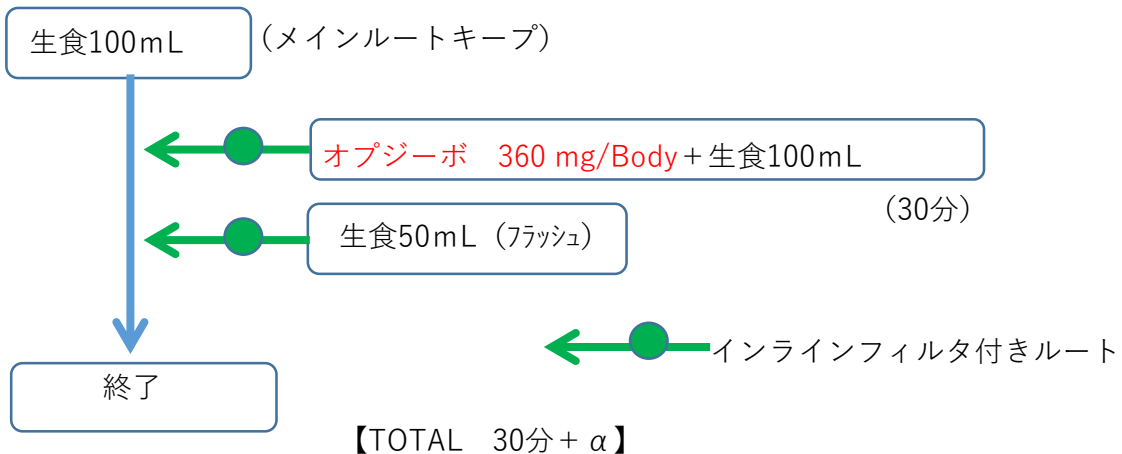
- 1コース2週(240mg/body) おき
または 1コース4週(480mg/body) おき
- 最小催吐レジメン (Nivo:最小)
- 血管外漏出 (Nivo:非壊死性)
- インラインフィルタ付きルートを使用
- 免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) であり、PD-1を阻害する
- 免疫関連有害事象 (irAE)に注意する。

Nivolumab + Ipilimumab (オプジーボ + ヤーボイ)

【Day1】



【Day22】

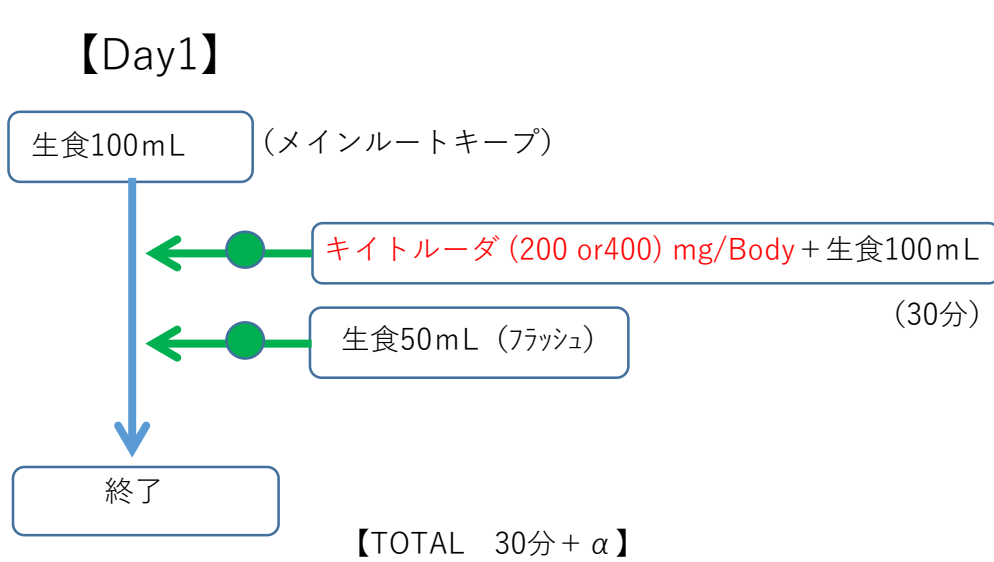


薬剤	Day	1コース				2コース	
		1		22		43	
Nivolumab (オプジーボ)	360mg/Body	●		●		●	
Ipilimumab (ヤーボイ)	1mg/Kg(体重)	●				●	

オプジーボは3週回毎、ヤーボイは6週毎に投与
6週間を1コースとしてコースカウントする

- ・最小催吐レジメン (Nivo:最小、Ipi:最小)
- ・血管外漏出 (Nivo:非壊死性、Ipi:非壊死性)
- ・インラインフィルタ付きルートを使用
- ・免疫チェックポイント阻害剤 (I C I) であり、オプジーボはPD-1を阻害し、ヤーボイはCTLA-4を阻害する。
- ・2つの分子種を阻害するため、より慎重に免疫関連有害事象 (irAE) に注意する。

Pembrolizumab (キイトルーダ®)



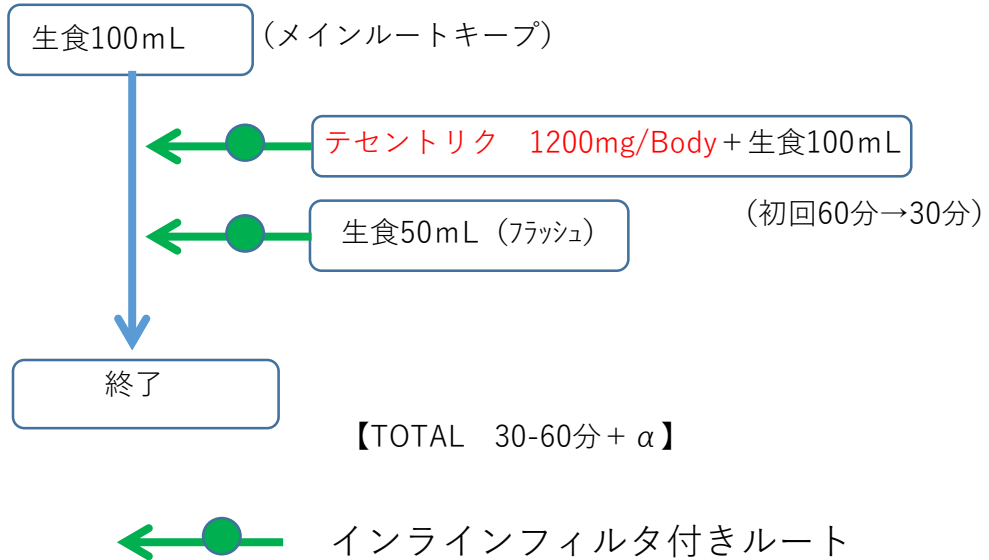
← ● インラインフィルタ付きルート

		1コース			2コース
3週毎	薬剤	Day	1		22
	Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/Body	●		●
		1コース			2コース
6週毎	薬剤	Day	1		43
	Pembrolizumab (キイトルーダ)	400mg/Body	●		●

- 1コース3週(200mg/Body)おき
または 1コース6週(400mg/Body)おき
- 最小催吐レジメン (Pembro: 最小)
- 血管外漏出 (Pembro: 非壊死性)
- インラインフィルタ付きルートを使用
- 免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) であり、PD-1を阻害する
- 免疫関連有害事象 (irAE) に注意する。

Atezolizumab (テセントリク®)

【Day1】

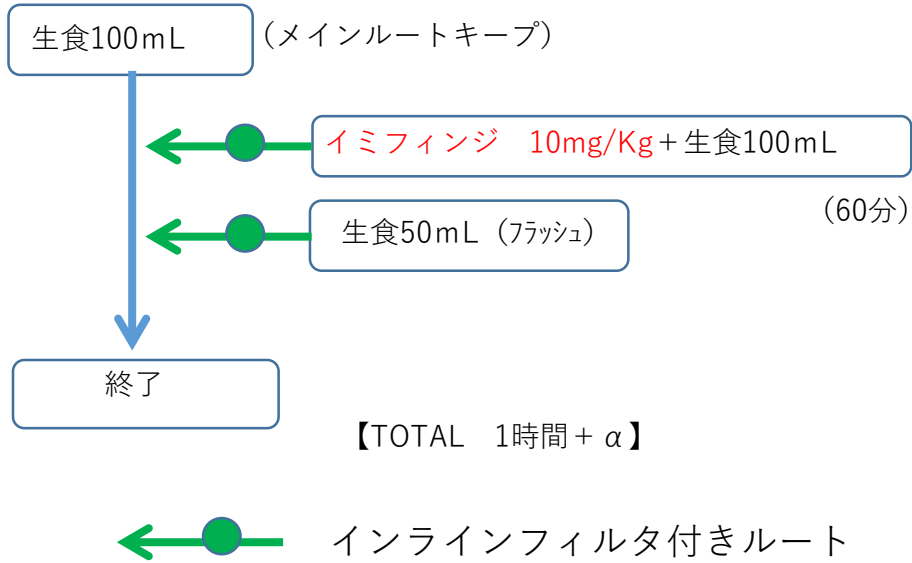


薬剤	Day	1コース			2コース
		1			22
Atezolizumab (テセントリク)	1200mg/Body	●			●

- 1コース3週おき
- 軽度催吐レジメン (Atezo: 軽度)
- 血管外漏出 (Atezo: 非壊死性)
- インラインフィルタ付きルートを使用
- 初回60分かけて投与し、問題がなければ30分に短縮可能
- 免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) であり、PD-L1を阻害する
- 免疫関連有害事象 (irAE) に注意する。

Durvalumab (イミフィンジ®)

【Day1】



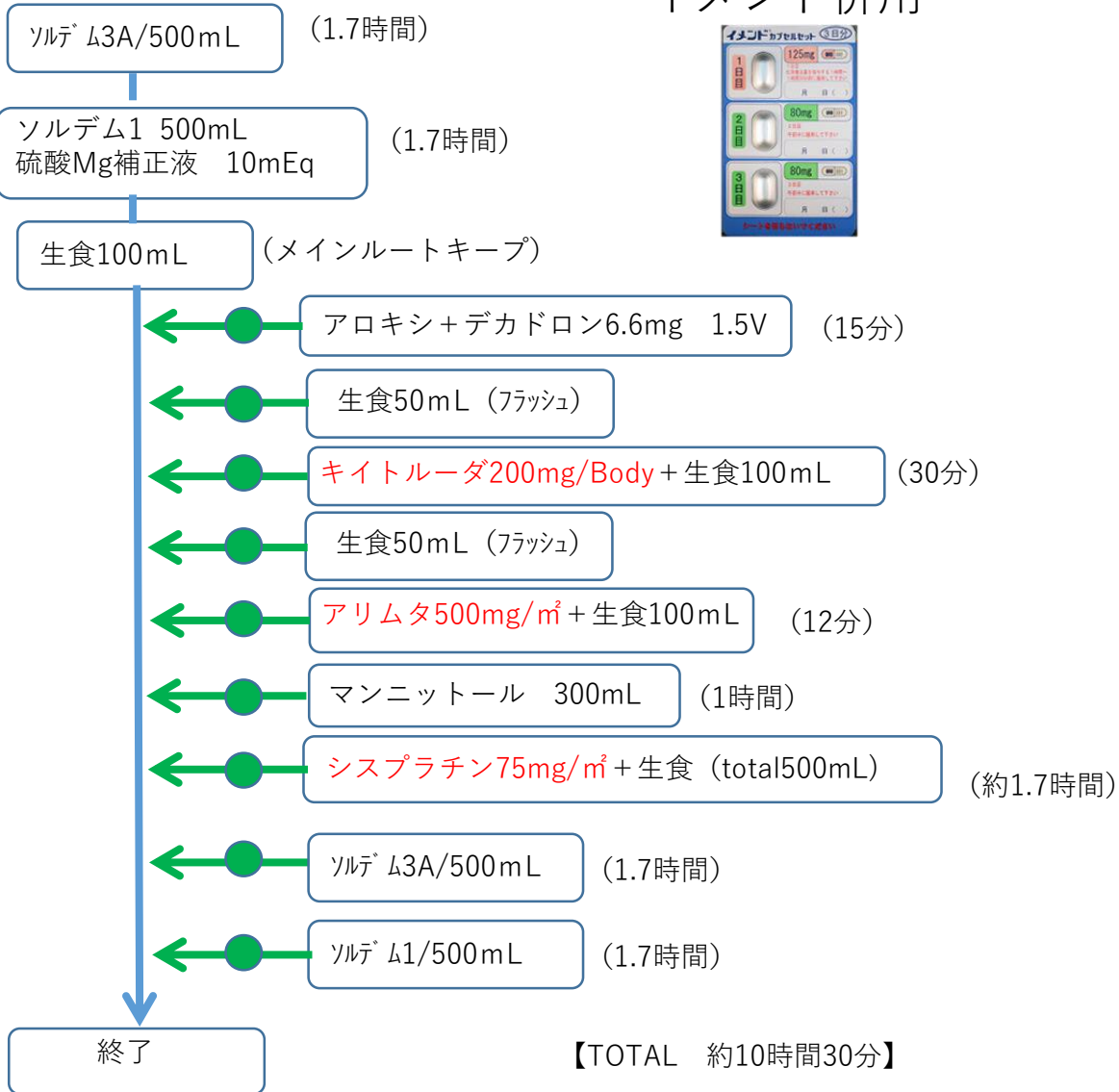
薬剤	Day	1コース			2コース
		1			15
Durvalumab (イミフィンジ)	10mg/Kg	●			●

- ・1コース2週おき
- ・最小催吐レジメン (Durvalumab:最小)
- ・血管外漏出 (Durvalumab:非壊死性)
- ・インラインフィルタ付きルートを使用
- ・免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) であり、PD-L1を阻害する
- ・免疫関連有害事象 (irAE) に注意する。
- ・放射線治療後の地固め (1年継続) に使用するため、放射線肺臓炎にも注意する

化学療法＋免疫チェックポイント阻害剤

CDDP + PEM + Pembrolizumab (非扁平上皮)

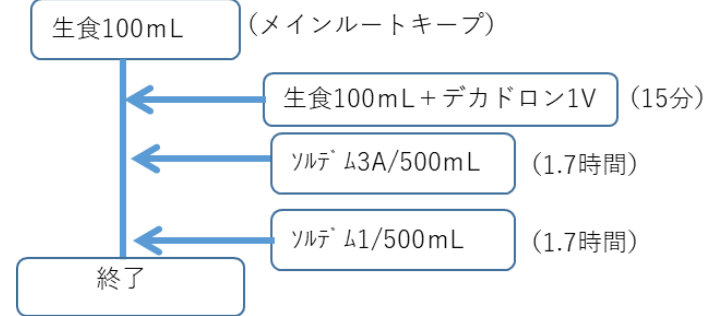
【Day1】



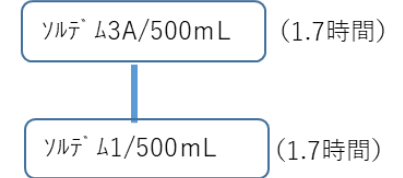
イメンド併用



【Day2-4】



【Day5】



非扁平上皮癌

薬剤	Day	1コース		2コース
		1		22
Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/Body	●		●
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●		●
CDDP (シスプラチン)	75mg/m ²	●		●

制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV)

補液はDay 1 - 5まで予定

- ・高度催吐レジメン (CDDP: 高度、PEM: 軽度、Pembro 最小)
 - ・血管外漏出 (CDDP: 炎症性、PEM: 非壊死性、Pembro: 非壊死性)
 - ・PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する
(葉酸: パンビタン 1 g 毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
 - ・PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- 3剤併用を4コース → PEM + Pembroで維持療法

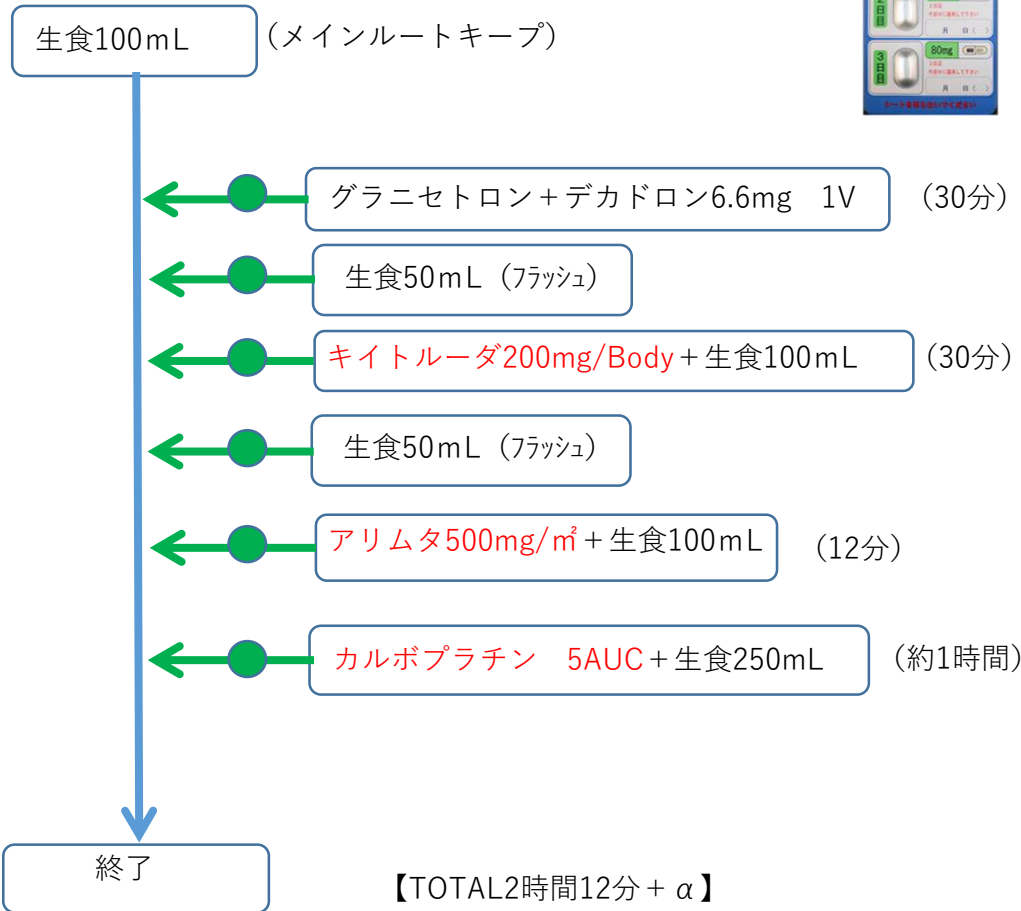
←● インラインフィルタ付きルート

CBDCA + PEM + Pembrolizumab(非扁平上皮)

イメンド併用



【Day1】



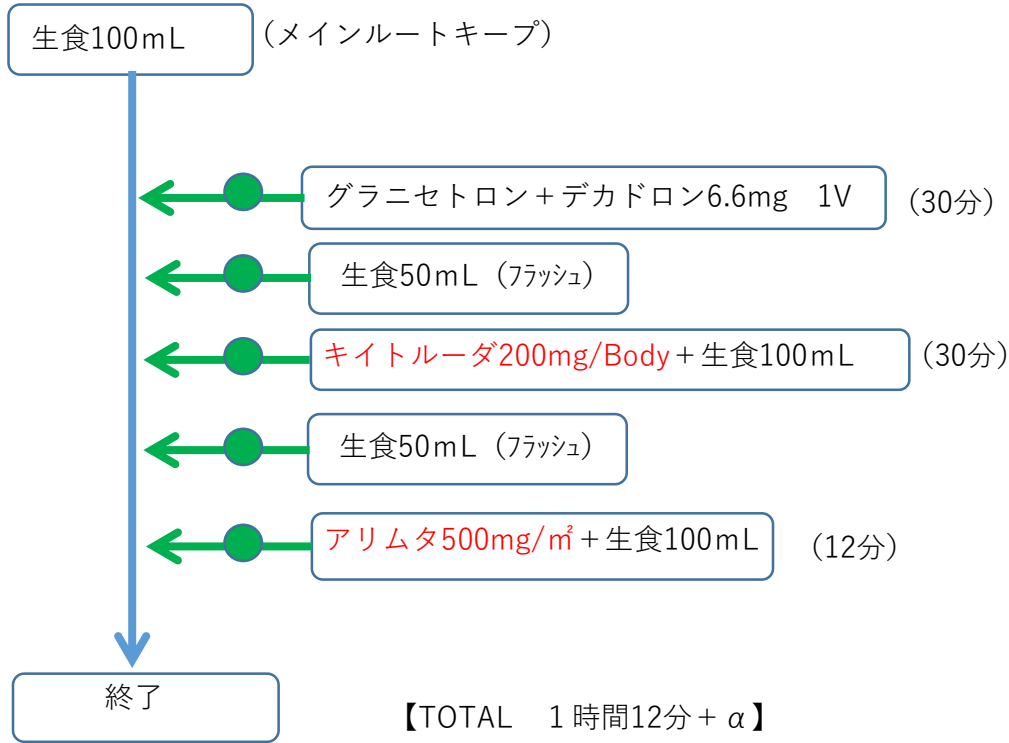
←● インラインフィルタ付きルート

非扁平上皮癌		1コース			2コース
薬剤	Day	1			22
Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/Body	●			●
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●			●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=5	●			●

- 1コース3週おき 4コースの後維持療法
- イメンド併用が望ましい
- 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度、PEM：軽度、Pembro：最小)
- 血管外漏出 (CBDCA：炎症性、PEM：非壊死性、Pembro：非壊死性)
- PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する (葉酸：パンビタン 1 g 毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
- PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- インラインフィルタ付きルートを使用

PEM + Pembrolizumab (維持療法)

【Day1】



← ● インラインフィルタ付きルート

非扁平上皮癌		1コース			2コース
薬剤	Day	1			22
Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/Body	●			●
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●			●

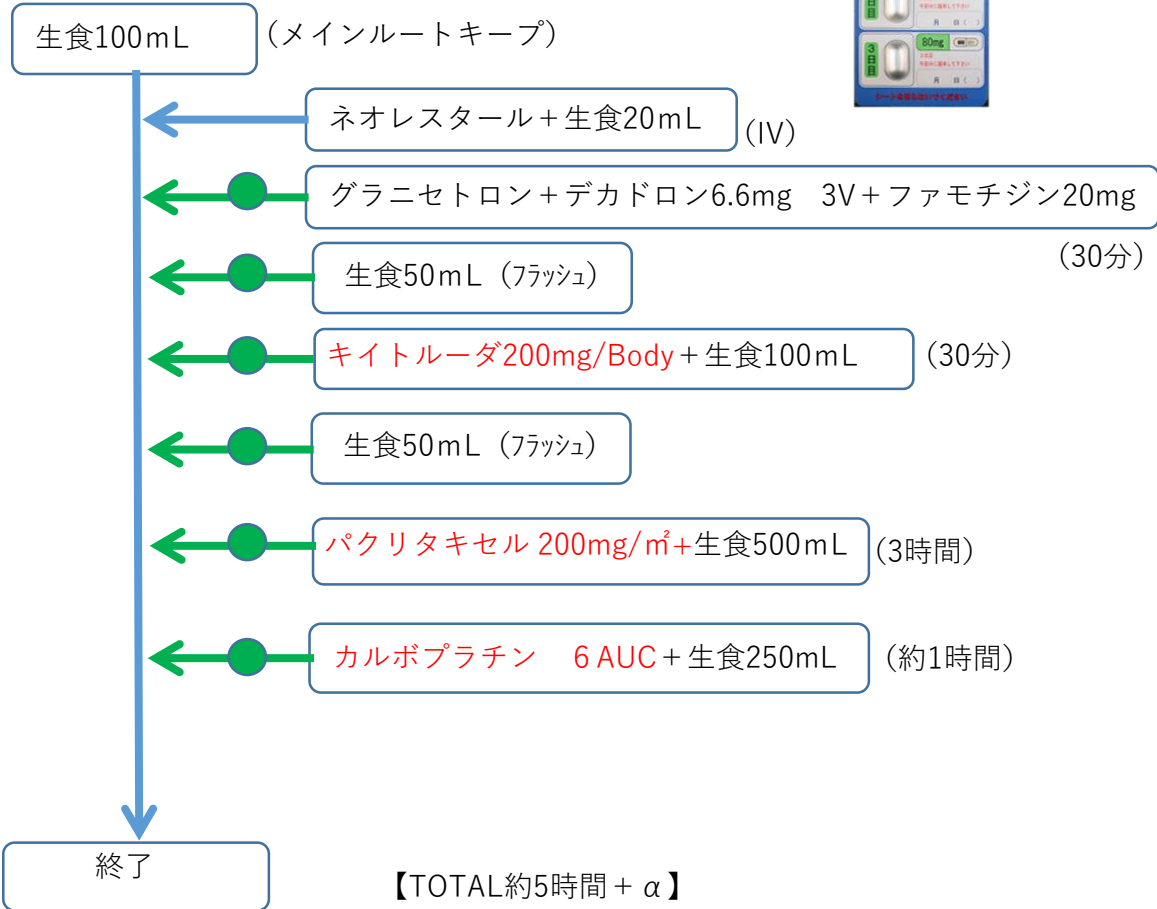
- 1コース3週おき
- 中等度催吐レジメン (PEM：軽度、Pembro：最小)
- 血管外漏出 (PEM：非壊死性、Pembro：非壊死性)
- PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する (葉酸：パンビタン 1 g 毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
- PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- インラインフィルタ付きルートを使用

CBDCA + PTX + Pembrolizumab (扁平上皮)

イメンド併用



【Day1】



扁平上皮癌

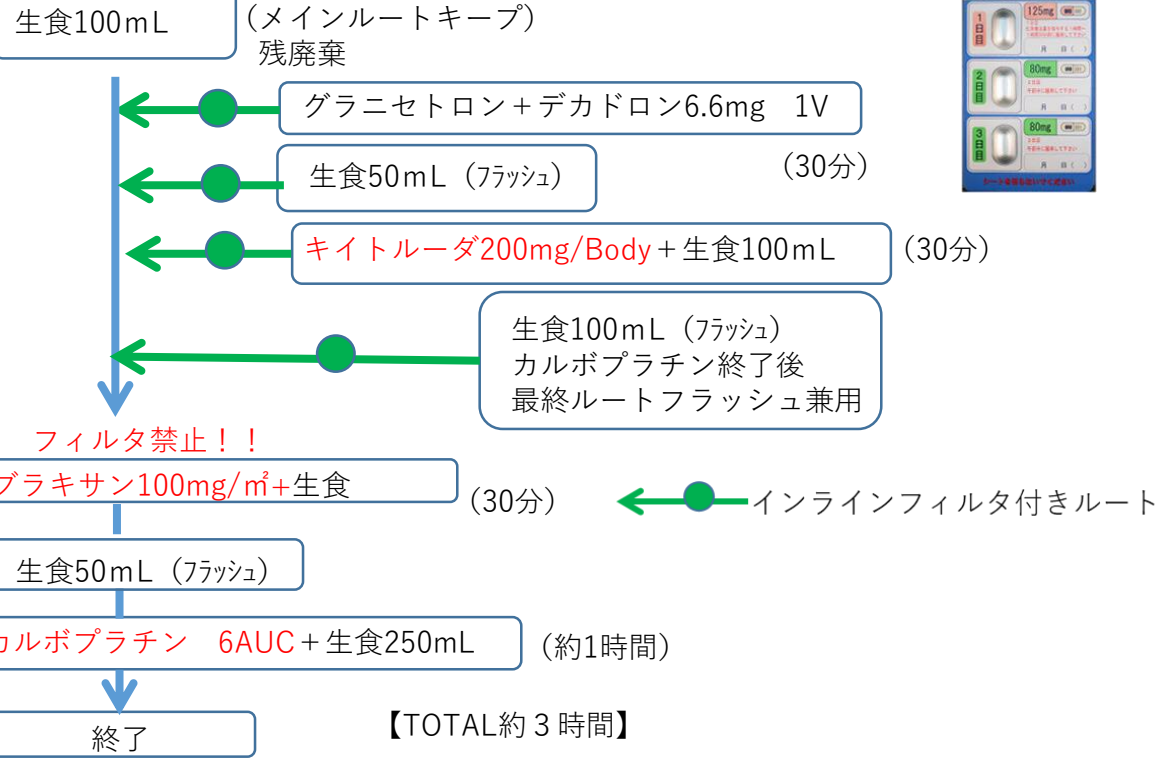
薬剤		1コース			2コース
		Day 1			22
Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/Body	●			●
PTX (パクリタキセル)	200mg/m ²	●			●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=6	●			●

- ・ 1コース3週おき 4コース後維持療法へ
- ・ イメンド併用が望ましい
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度、PTX：軽度、Pembro：最小)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA：炎症性、PTX：非壊死性、Pembro：非壊死性)
- ・ インラインフィルタ付きルートを使用
- ・ パクリタキセル中のアルコール過敏に注意
- ・ 外来の場合は車の運転中止
- ・ パクリタキセルによるアレルギーに注意し、原則としてモニタ (HR・SPO2) 使用すること

←● インラインフィルタ付きルート

CBDCA + NabPTX + Pembrolizumab (扁平上皮)

【Day1】



イメンド併用

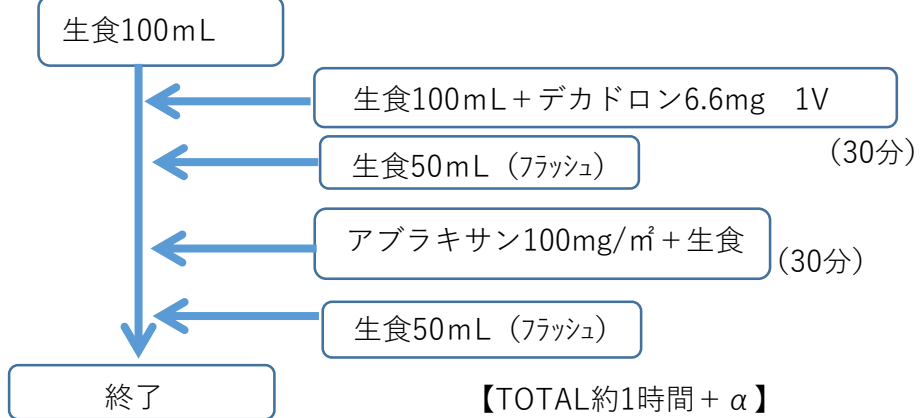


扁平上皮癌

薬剤	Day	1コース			2コース
		1	8	15	22
Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/Body	●			●
NabPTX (アブラキサン)	100mg/m ²	●	●	●	●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=6	●			●

- 1コース3週おき 4コース後は維持療法へ
- Day1はイメンド併用が望ましい
- 中等度催吐レジメン (CBDCA: 中程度 NabPTX: 軽度、Pembro: 最小)
- 血管外漏出 (CBDCA: 炎症性 NabPTX: 壊死性、Pembro: 非壊死性)
- 【Day1】キイトルーダにはインラインフィルタ使用
- アブラキサンはフィルタを通しての投与は不可。
- 【Day1】キイトルーダの投与の後は、投与ルートがメインと側管が切り替わるので注意！！
- アブラキサンによる脱毛・末梢神経障害に注意

【Day8・15】

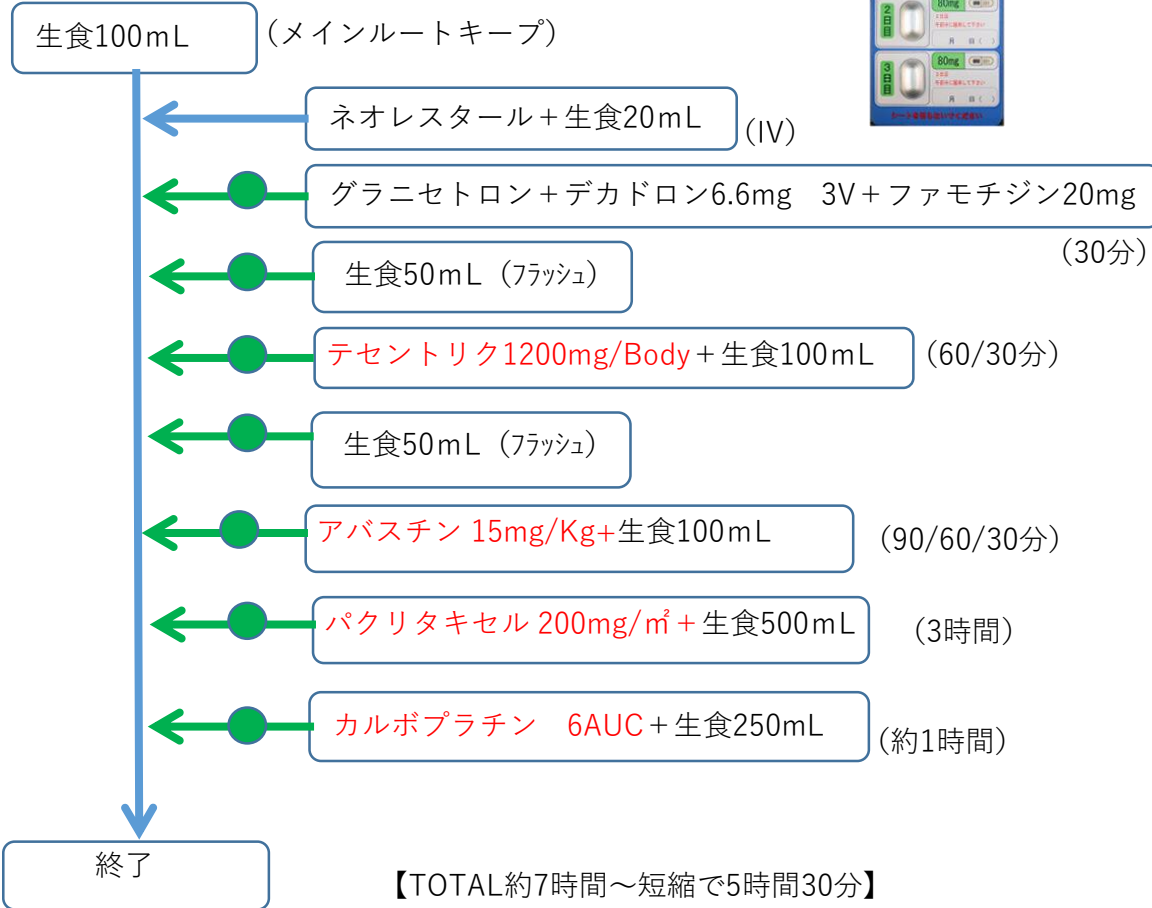


CBDCA + PTX + BEV + Atezolizumab (非扁平上皮)

イメンド併用



【Day1】



← ● インラインフィルタ付きルート

非扁平上皮癌

薬剤		1コース			2コース
		Day 1			22
Atezolizumab (テセントリク)	200mg/Body	●			●
BEV (アバスチン)	15mg/Kg	●			●
PTX (パクリタキセル)	200mg/m ²	●			●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=6	●			●

- ・ 1 コース3週おき
- ・ イメンド併用が望ましい
- ・ 4～6 コース終了後、BEV+Atezolizumab維持療法へ
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度、PTX：軽度、BEV：最小、Atezo:軽度)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA：炎症性、PTX：壊死性、BEV：非壊死性、Atezo:非壊死性)
- ・ インラインフィルタ付きルートを使用
- ・ パクリタキセル中のアルコール過敏に注意
- ・ 外来の場合は車の運転中止
- ・ パクリタキセルによるアレルギーに注意し、原則としてモニタ (HR・SPO2) 使用すること

CBDCA + NabPTX + Atezolizumab (非扁平上皮)

【Day1】

生食100mL (メインルートキープ)

イメンド併用



← グラニセトロン+デカドロン6.6mg 1V (30分)

← 生食50mL (フラッシュ)

← テセントリク1200mg/Body + 生食100mL (60分→30分)

← 生食100mL (フラッシュ)
カルボプラチン終了後
最終ルートフラッシュ兼用

フィルタ禁止！！

← アブラキサン100mg/m² + 生食 (30分)

← インラインフィルタ付きルート

← 生食50mL (フラッシュ)

← カルボプラチン 6AUC + 生食250mL (約1時間)

終了

【TOTAL約3時間～短縮で2時間30分】

【Day8・15】

生食100mL

← 生食100mL + デカドロン6.6mg 1V (30分)

← 生食50mL (フラッシュ)

← アブラキサン100mg/m² + 生食 (30分)

← 生食50mL (フラッシュ)

終了

【TOTAL約1時間】

非扁平上皮癌

1コース

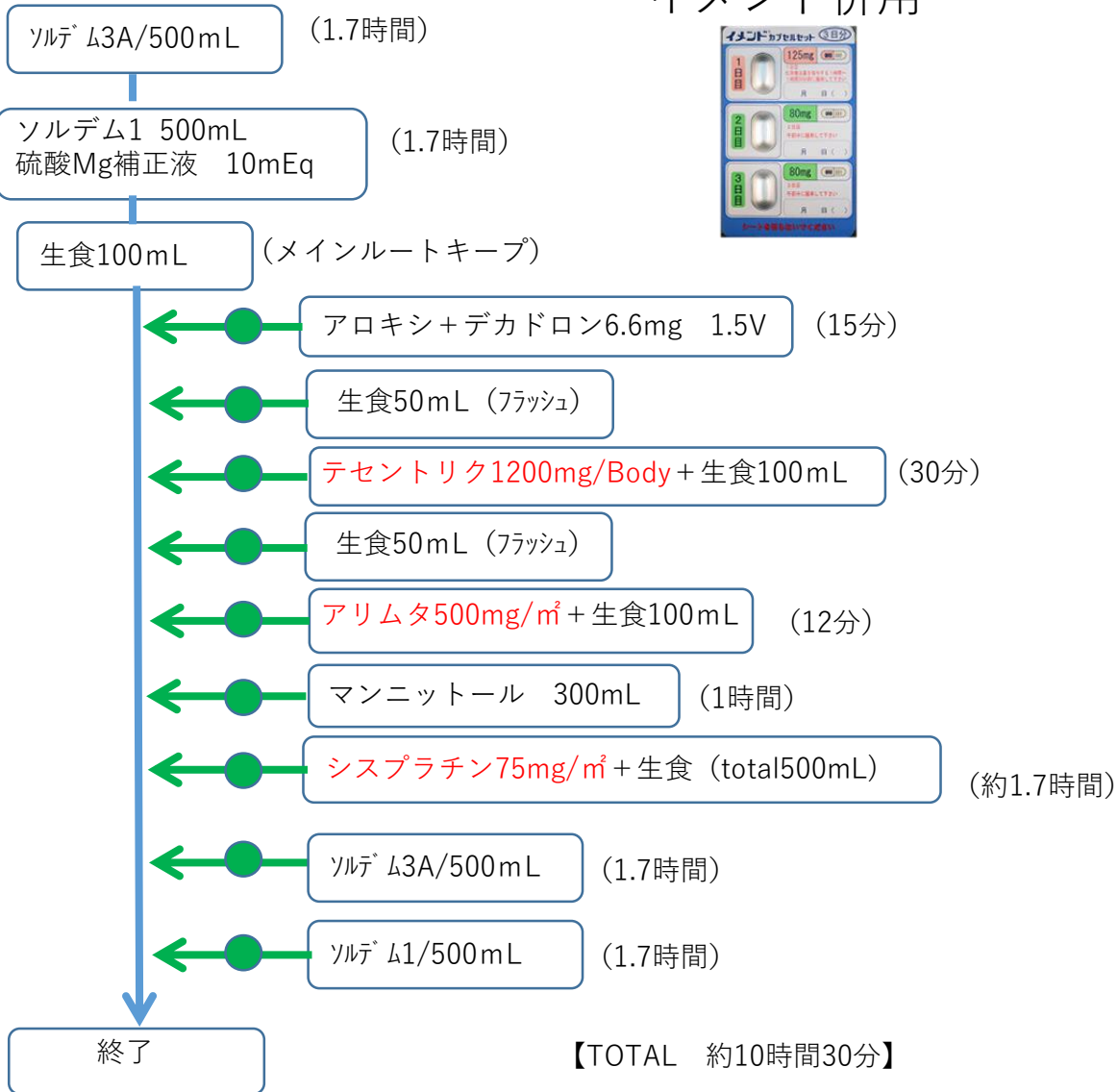
2コース

薬剤	Day	1コース				2コース
		1	8	15	22	
Atezolizumab (テセントリク)	1200mg /Body	●				●
NabPTX (アブラキサン)	100mg/m ²	●	●	●		●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=6	●				●

- 1コース3週おき 4~6コースの導入の後テセントリク単独の維持療法に切り替え
- Day1はイメンド併用が望ましい
- 中等度催吐レジメン (CBDCA: 中程度 NabPTX: 軽度、Atezo: 軽度)
- 血管外漏出 (CBDCA: 炎症性 NabPTX: 壊死性、Atezo: 非壊死性)
- 【Day1】 テセントリクにはインラインフィルタ使用
- アブラキサンはフィルタを通しての投与は不可。
- 【Day1】 テセントリクの投与の後は、投与ルートがメインと側管が切り替わるので注意！！
- アブラキサンによる脱毛・末梢神経障害に注意

CDDP + PEM + Atezolizumab (非扁平上皮)

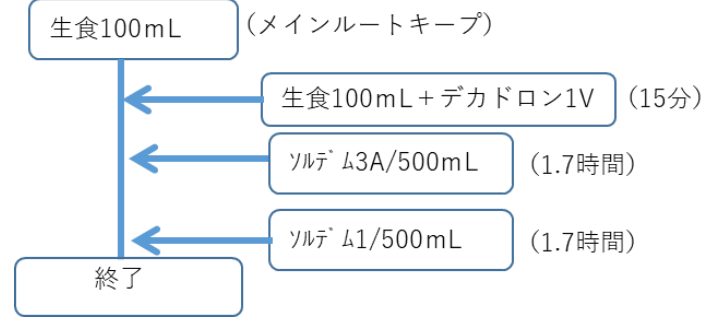
【Day1】



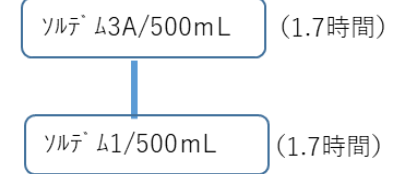
イメンド併用



【Day2-4】



【Day5】



非扁平上皮癌

薬剤	Day	1コース		2コース
		1		22
Atezolizumab (テセントリク)	1200mg/Body	●		●
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●		●
CDDP (シスプラチン)	75mg/m ²	●		●

制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV)
補液はDay 1 - 5まで予定

- PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する (葉酸: パンビタン 1 g 毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
 - PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
 - 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、PEM: 軽度、Atezo: 軽度)
 - 血管外漏出 (CDDP: 炎症性、PEM: 非壊死性、Atezo: 非壊死性)
- 3剤併用を4~6コース → PEM + Atezoで維持療法

← ● インラインフィルタ付きルート

CBDCA + PEM + Atezolizumab(非扁平上皮)

【Day1】

生食100mL (メインルートキープ)

イメンド併用



【TOTAL2時間12分 + α 】

←● インラインフィルタ付きルート

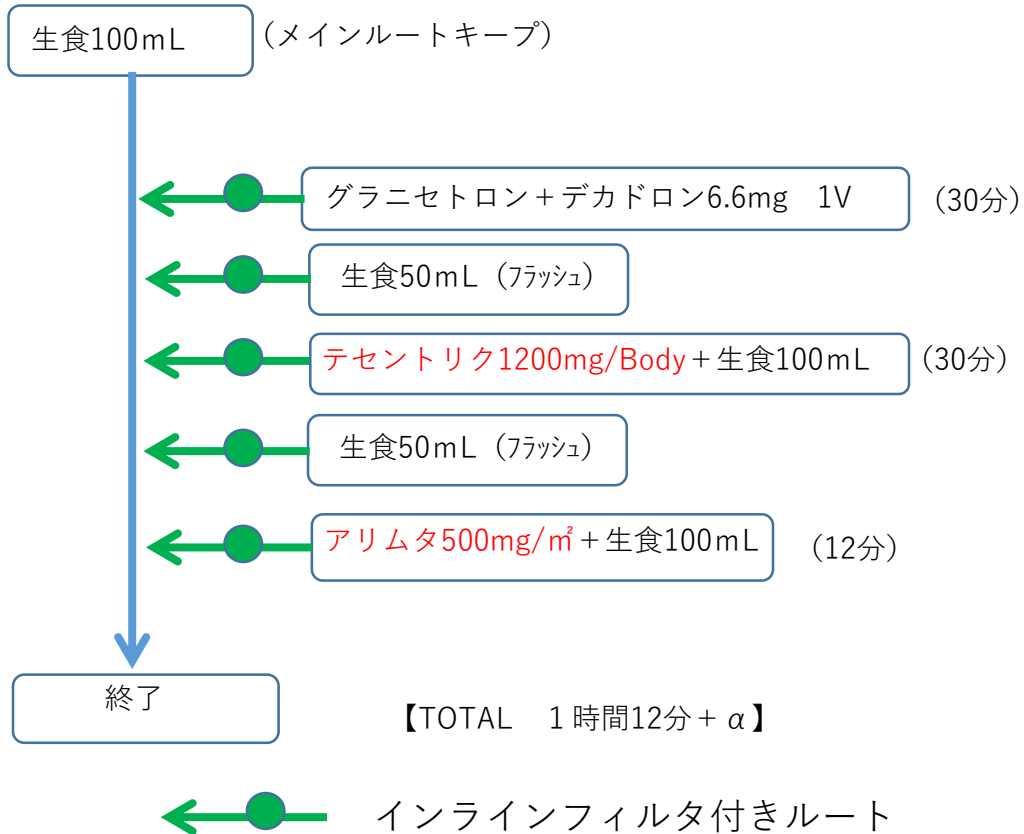
非扁平上皮癌

薬剤		1コース			2コース
		Day 1			22
Atezolizumab (テセントリク)	1 200mg/Body	●			●
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●			●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC= 6	●			●

- ・ 1 コース3週おき
- ・ 4~6コースを行いその後PEM + Atezo(維持療法) を行う
- ・ イメンド併用が望ましい
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA: 中等度、PEM: 軽度、Atezo: 軽度)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA: 炎症性、PEM: 非壊死性、Atezo: 非壊死性)
- ・ PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する (葉酸: パンビタン 1 g 毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
- ・ PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- ・ インラインフィルタ付きルートを使用

PEM + Atezolizumab (維持療法)

【Day1】



非扁平上皮癌

薬剤		1コース			2コース
		Day 1			22
Atezolizumab (テセントリク)	1 200mg/Body	●			●
PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●			●

- ・ 1コース3週おき
- ・ 軽度催吐レジメン (Atezo: 最小 PEM: 軽度)
- ・ 血管外漏出 (Atezo: 非壊死性 PEM: 非壊死性)
- ・ PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する。(葉酸: パンビタン 1 g 毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
- ・ PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- ・ インラインフィルタ付きルートを使用

CDDP + PEM + Nivolumab+Ipilimumab (非扁平上皮)

【Day1】

イメンド併用



非扁平上皮癌

化学療法併用期間

NIVO+IPI繰り返し

	薬剤	Day	1	22	43	64
がん免疫	Nibolumab (オプジーボ)	360mg/Body	●	●	●	●
	Ipilimumab (ヤーボイ)	1mg/kg	●		●	
化学療法	PEM (アリムタ)	500mg/m ²	●	●		
	CDDP (シスプラチン)	75mg/m ²	●	●		

2剤繰り返し

化学療法は2コース

制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV)
補液はDay 1 - 5まで予定

- PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する
(葉酸：パンビタン 1 g 毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
- PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- 高度催吐レジメン (CDDP：高度、PEM：軽度、NIVO：軽度 IPI：軽度)
- 血管外漏出 (CDDP:炎症性、PEM：非壊死性、NIVO：非壊死性、IPI：非壊死性)
- 化学療法は2コースで終了し、オプジーボは3週毎に、ヤーボイは6週毎に繰り返す
- オプジーボとヤーボイの投与の際の投与方法は、別ページ参照

