

肺がんレジメン一覧（非小細胞肺癌）

2025年8月更新

化学療法

- [CDDP + PEM](#)
- [CDDP+PEM+BEV](#)
- [CDDP+DTX](#)
- [CDDP+GEM](#)
- [CDDP+GEM + Necitumumab](#)
- [CDDP+VNR](#)
- [CDDP+S-1](#)
- [CDDP+CPT11](#)
- [CBDCA+PEM](#)
- [CBDCA+PEM+BEV](#)
- [CBDCA+GEM](#)
- [CBDCA+PTX](#)
- [CBDCA+PTX+BEV](#)
- [CBDCA+nabPTX](#)
- [CBDCA+S-1](#)
- [Weekly CBDCA+PTX+RT](#)

化学療法

- [PEM + BEV維持療法](#) * CBDCA+PEM+BEV後
- [BEV維持療法](#) * CBDCA+PTX+BEV後
- [PEM](#)
- [GEM](#)
- [DTX](#)
- [VNR](#)
- [DTX + RAM](#)
- [Erlotinib+BEV](#)
- [Erlotinib+RAM](#)
- [nabPTX単独](#)
- [Necitumumab維持療法](#)
- NEW** [Ami+CBDCA+PEM療法](#)（体重80Kg未満）
- NEW** [Ami+Lazer療法](#)（体重80Kg未満）

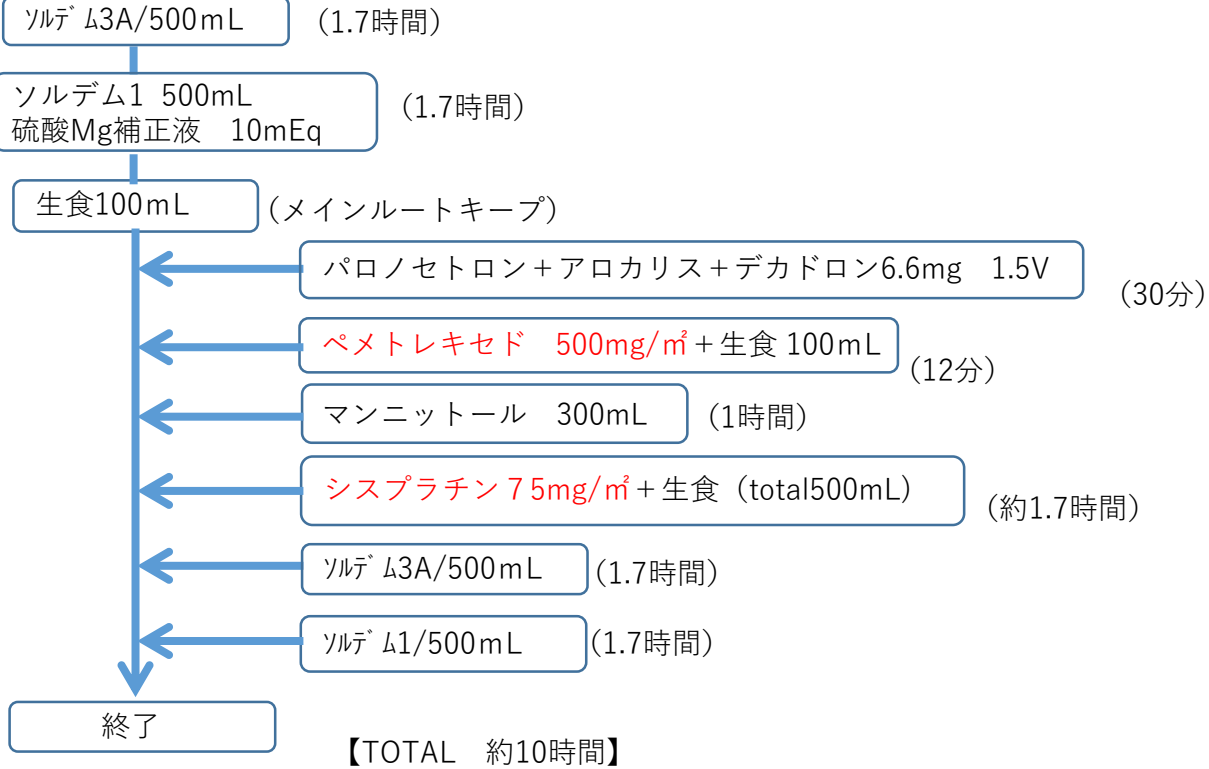
* 体重80Kg 以上は必要時準備予定

がん免疫

- [Nivolumab\(2週\)・\(4週\)](#)
- [Nivolumab+Ipilimumab](#)
- [Pembrolizumab\(3週\)・\(6週\)](#)
- [Atezolizumab](#)
- [Durvalumab（RT後地固め：4週毎）](#)
- がん免疫 + 化学療法
- [CDDP + PEM + Pembrolizumab\(nonSq\)](#)
- [CBDCA+PEM + Pembrolizumab\(nonSq\)](#)
- [PEM + Pembrolizumab\(nonSq\) 維持療法](#)
- [CBDCA + PTX + Pembrolizumab\(Sq\)](#)
- [CBDCA + nabPTX + Pembrolizumab\(Sq\)](#)
- [CBDCA+PTX+BEV+Atezolizumab\(nonSq\)](#)
- [CBDCA + nabPTX + Atezolizumab（nonSq）](#)
- [CDDP + PEM + Atezolizumab（nonSq）](#)
- [CBDCA + PEM + Atezolizumab\(nonSq\)](#)
- [PEM + Atezolizumab維持療法](#)
- [CDDP + PEM + Nivolumab+Ipilimumab](#)
- 術前補助化学療法
- [CDDP+GEM + Nivolumab](#)

CDDP + PEM

【Day1】 早朝開始



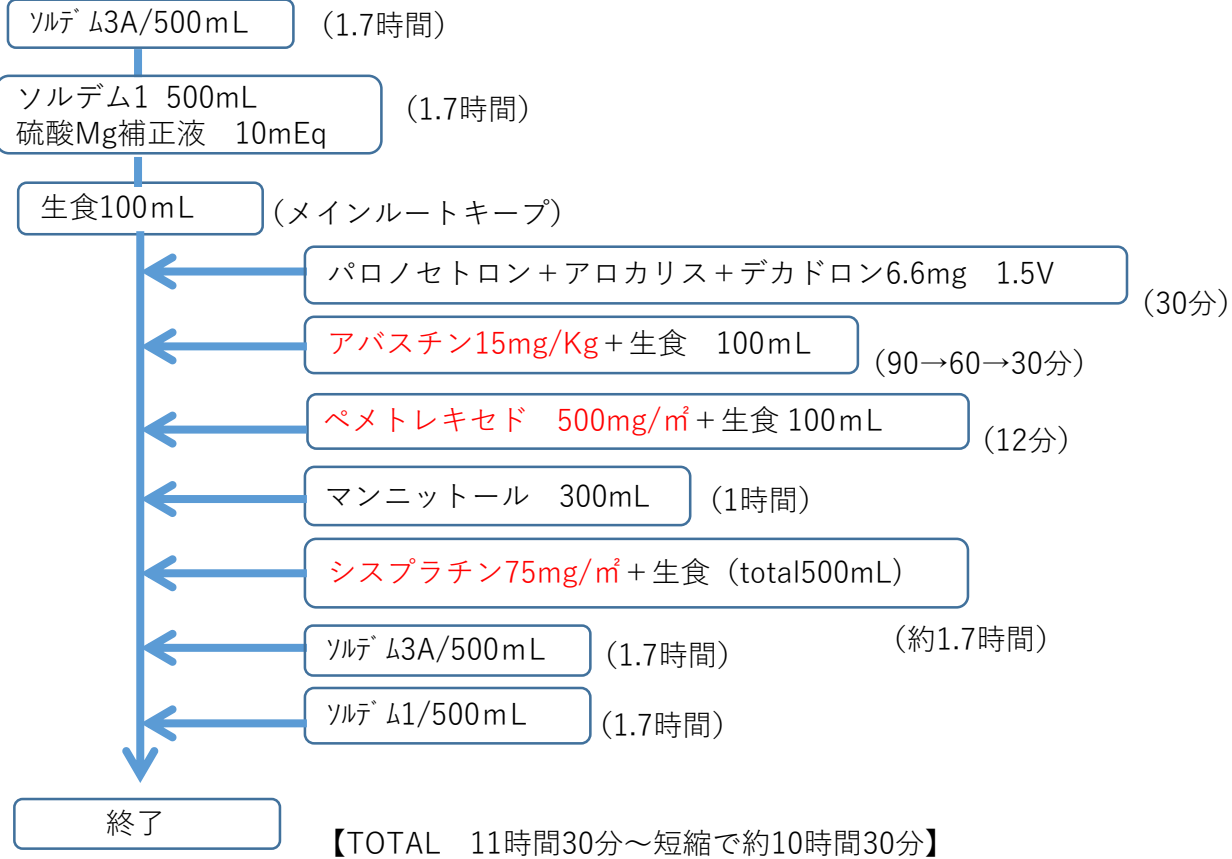
		1コース					2コース
薬剤	Day	1					22
PEM (ペメトレキセド)	500mg/m ²	●					●
CDDP (シスプラチン)	75mg/m ²	●					●

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)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬: オランザピン5mgの併用推奨
(day1~day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 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 1 g 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

【Day1】 早朝開始



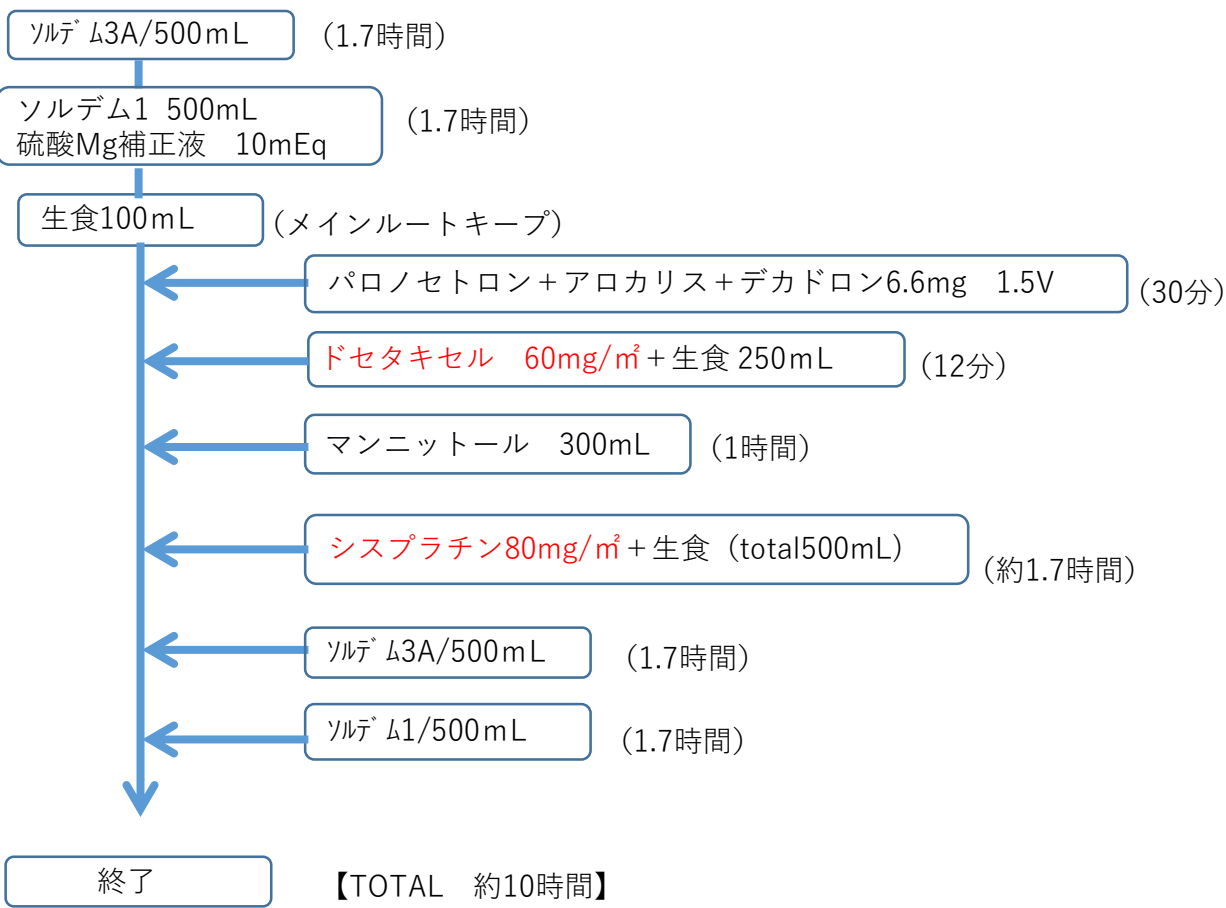
		1コース					2コース
薬剤	Day	1					22
PEM (ペメトレキセド)	500mg/m ²	●					●
CDDP (シスプラチン)	75mg/m ²	●					●
BEV (アバスチン)	15mg/ k g	●					●

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)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用推奨
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 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 1 g 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



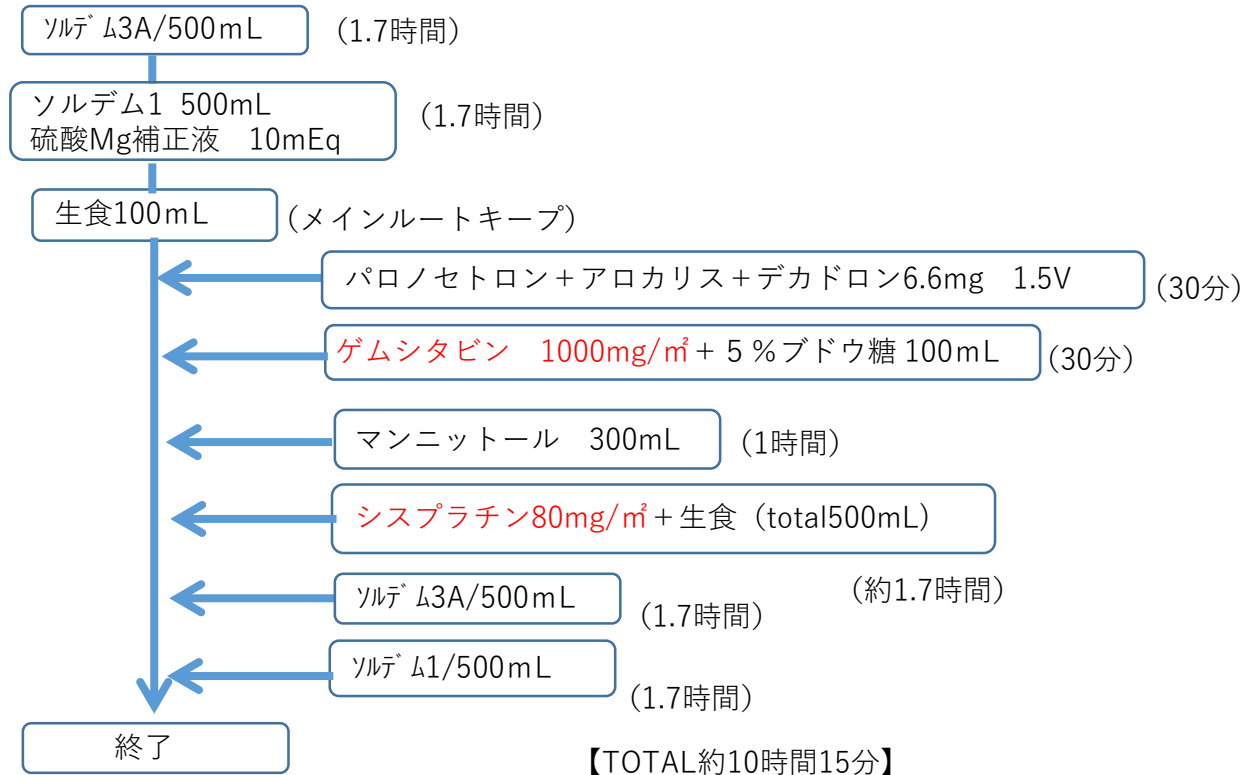
		1コース					2コース
薬剤	Day	1					22
DTX (ドセタキセル)	60mg/m ²	●					●
CDDP (シスプラチン)	80mg/m ²	●					●

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

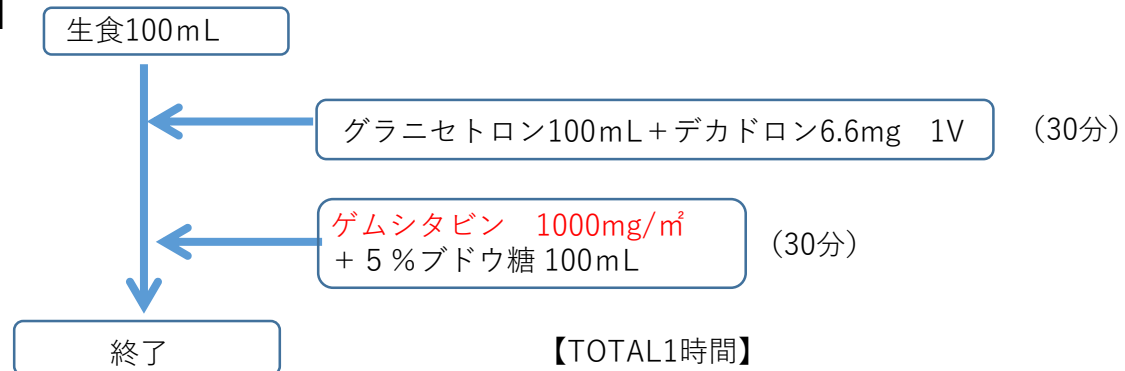
- ・ 1コース3週おき (4週の場合もあり)
- ・ 高度催吐レジメン (CDDP：高度、DTX：軽度)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用推奨
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出 (DTX：壊死性, CDDP:炎症性)
- ・ DTX投与後、3週間目に脱毛が発現する
- ・ ハイドレーションによる水分負荷 (心不全) に注意
- ・ ハイドレーションは腎障害予防のため
- ・ アルコール過敏のチェック (DTX)
- ・ アルコール不可の場合はアルコールフリーでの調整指示
- ・ 車の運転に注意

CDDP + GEM

【Day1】 早朝開始



【Day 8】



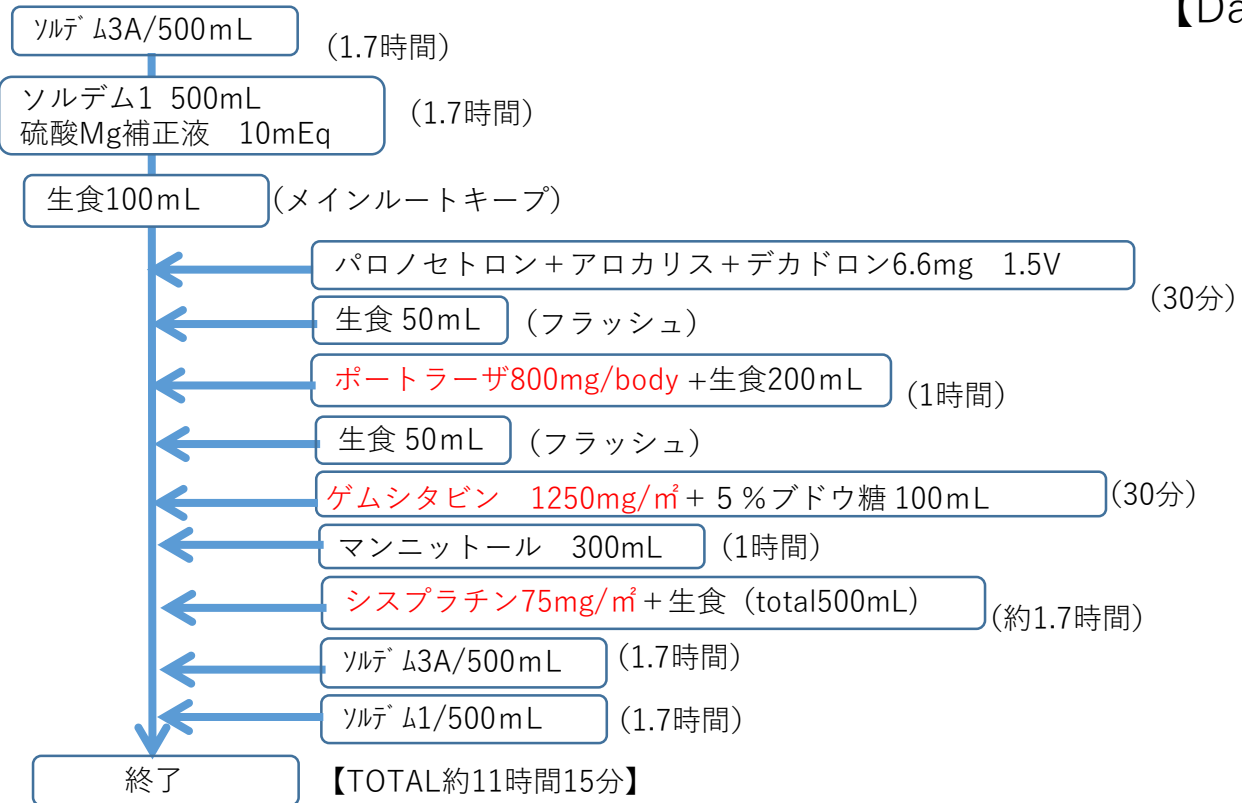
		1コース				2コース
薬剤	Day	1		8		22
GEM (ゲムシタビン)	1000mg/m ²	●		●		●
CDDP (シスプラチン)	80mg/m ²	●				●

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

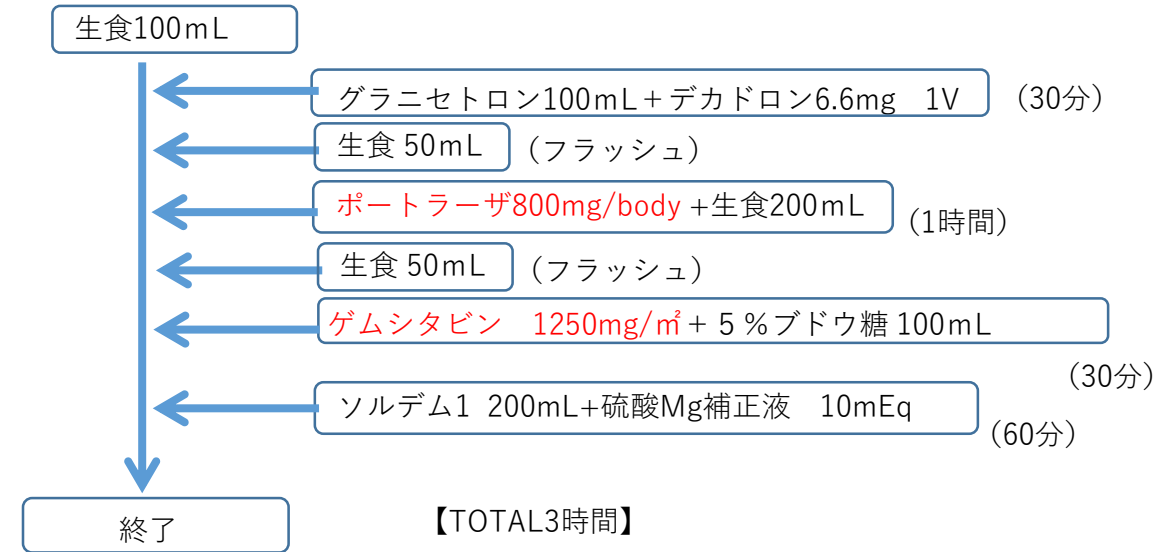
- ・ 1コース**3週**おき (4週の場合もあり)
- ・ 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、GEM: 軽度)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬: オランザピン5mgの併用推奨
(day1~day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出 (CDDP: 炎症性、GEM: 炎症性)
- ・ GEM投与時の血管痛に注意
- ・ GEMの投与時間が60分を超えると骨髄抑制が増強する可能性あり
- ・ ハイドレーションによる水分負荷 (心不全) に注意
- ・ ハイドレーションは腎障害予防のため

CDDP + GEM+Necitumumab(扁平上皮)

【Day1】 早朝開始



【Day 8】



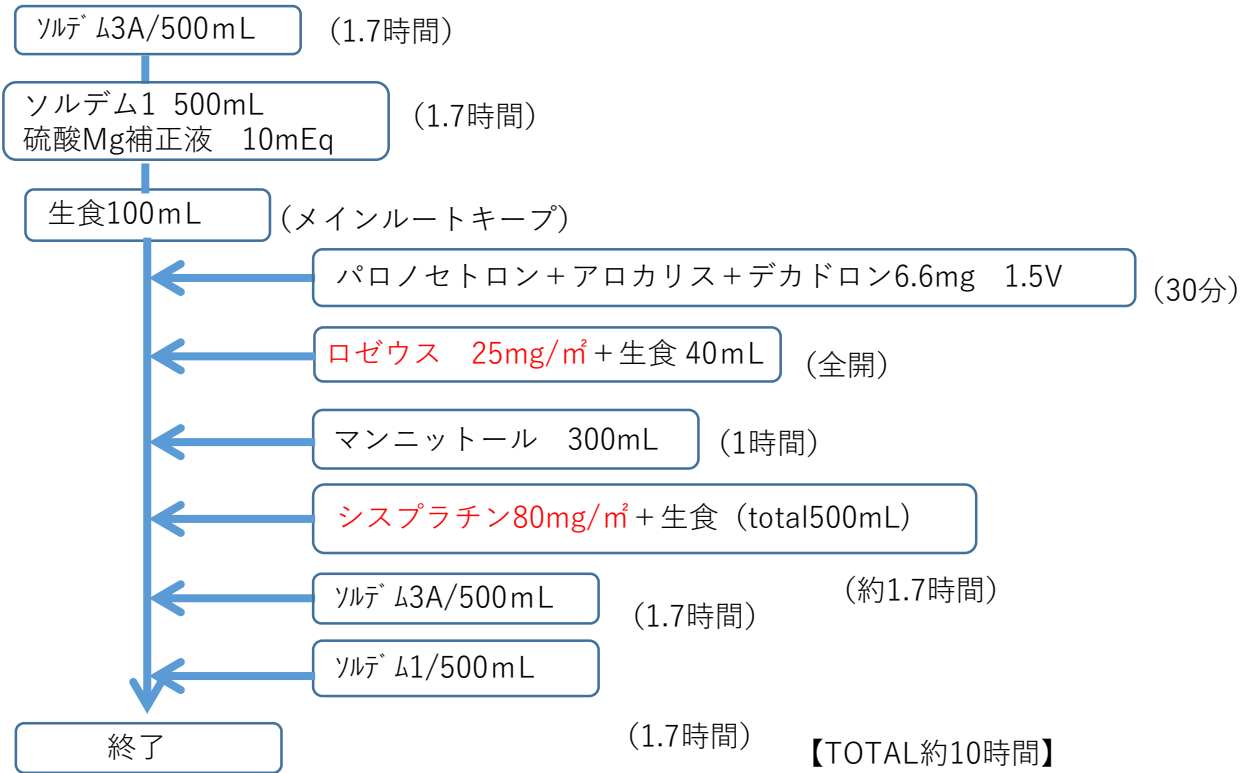
- ・1コース3週おき 最大6コース後Necitumumab維持量へ
- ・高度催吐レジメン (CDDP: 高度、GEM: 軽度、Necitumumab: 最小)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬: オランザピン5mgの併用推奨
- ・血管外漏出 (CDDP: 炎症性、GEM: 炎症性、Necitumumab: 非壊死性)
- ・GEM投与時の血管痛に注意・GEMの投与時間が60分を超えると骨髄抑制が増強の可能性
- ・ハイドレーションによる水分負荷 (心不全) に注意。腎障害予防のため
- ・ポートラーザはEGFR阻害し、皮膚障害 (ざ瘡様皮膚炎や爪囲炎) や掻痒感、下痢、低マグネシウム血症に注意

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

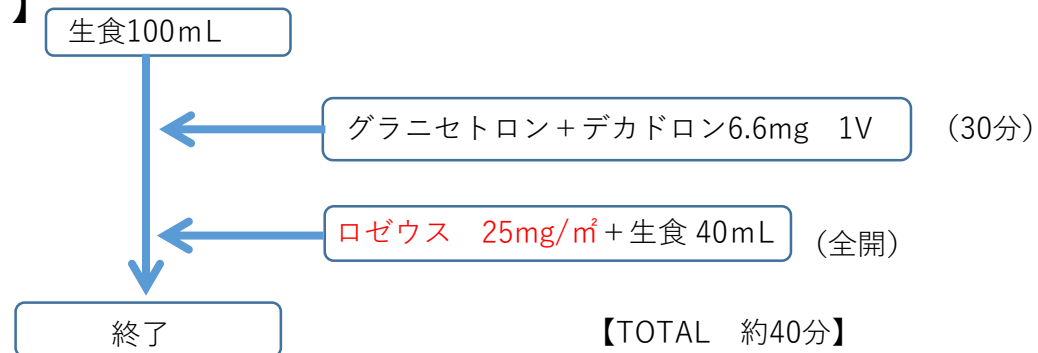
制吐剤のデカドロンはDay 1 - 4まで (DIV) 補液はDay 1 - 5まで予定

CDDP + VNR

【Day1】 早朝開始



【Day 8】



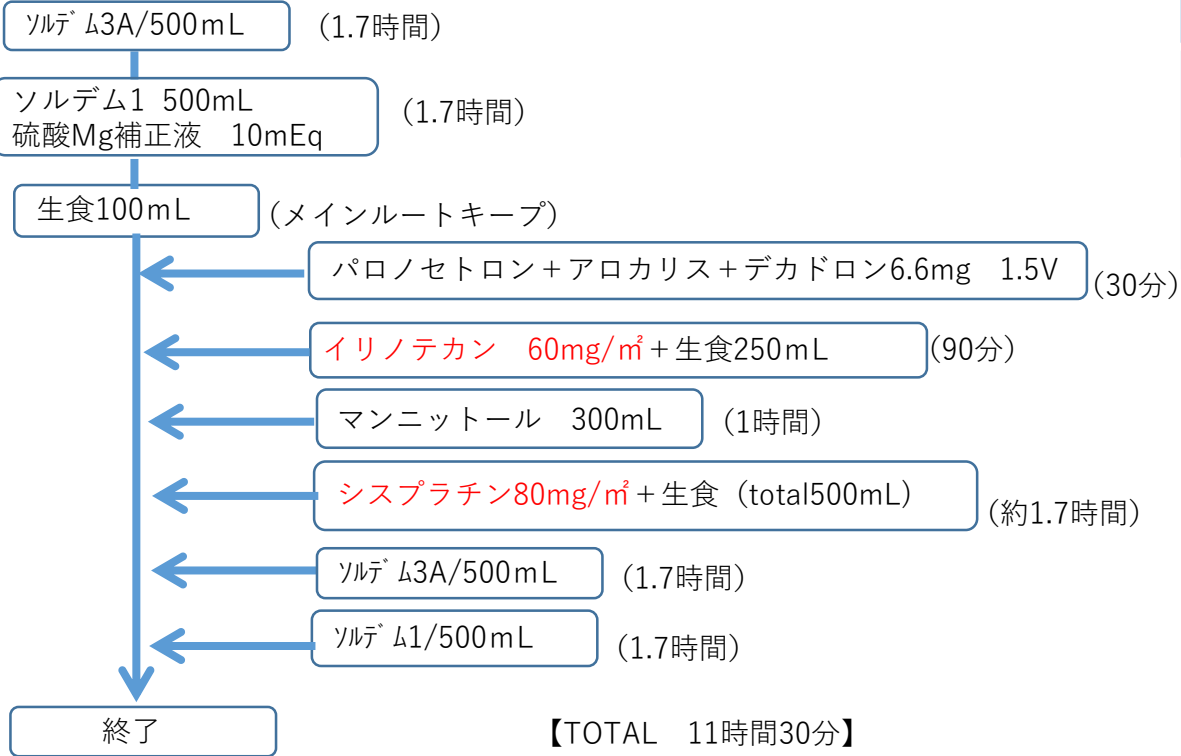
		1コース				2コース
薬剤	Day	1		8		22
VNR (ロゼウス)	25mg/m ²	●		●		●
CDDP (シスプラチン)	80mg/m ²	●				●

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

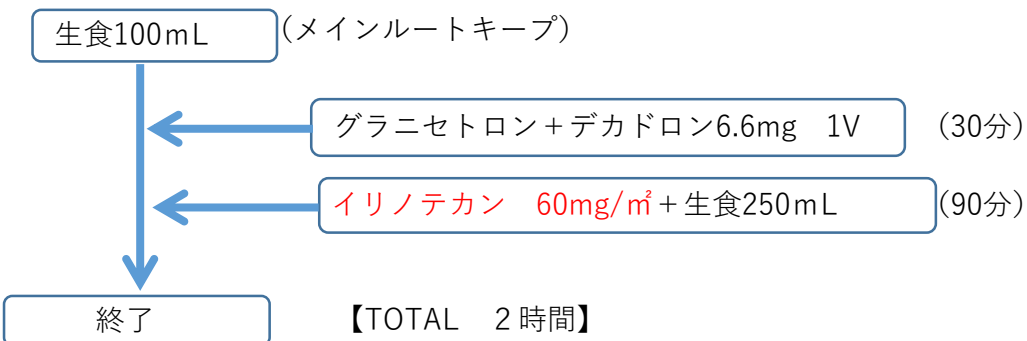
- ・ 1コース3週おき (4週の場合もあり)
- ・ 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、VNR: 軽度)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬: オランザピン5mgの併用推奨
(day1~day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出 (VNR: 壊死性, CDDP: 炎症性) 血管確保注意!!
- ・ VNR投与3週目に脱毛が発現する。末梢神経障害に注意
- ・ ハイドレーションによる水分負荷に注意
- ・ ハイドレーションは腎障害予防のため1

CDDP + CPT-11（非小細胞肺癌）

【Day1】 早朝開始



【Day8, 15】



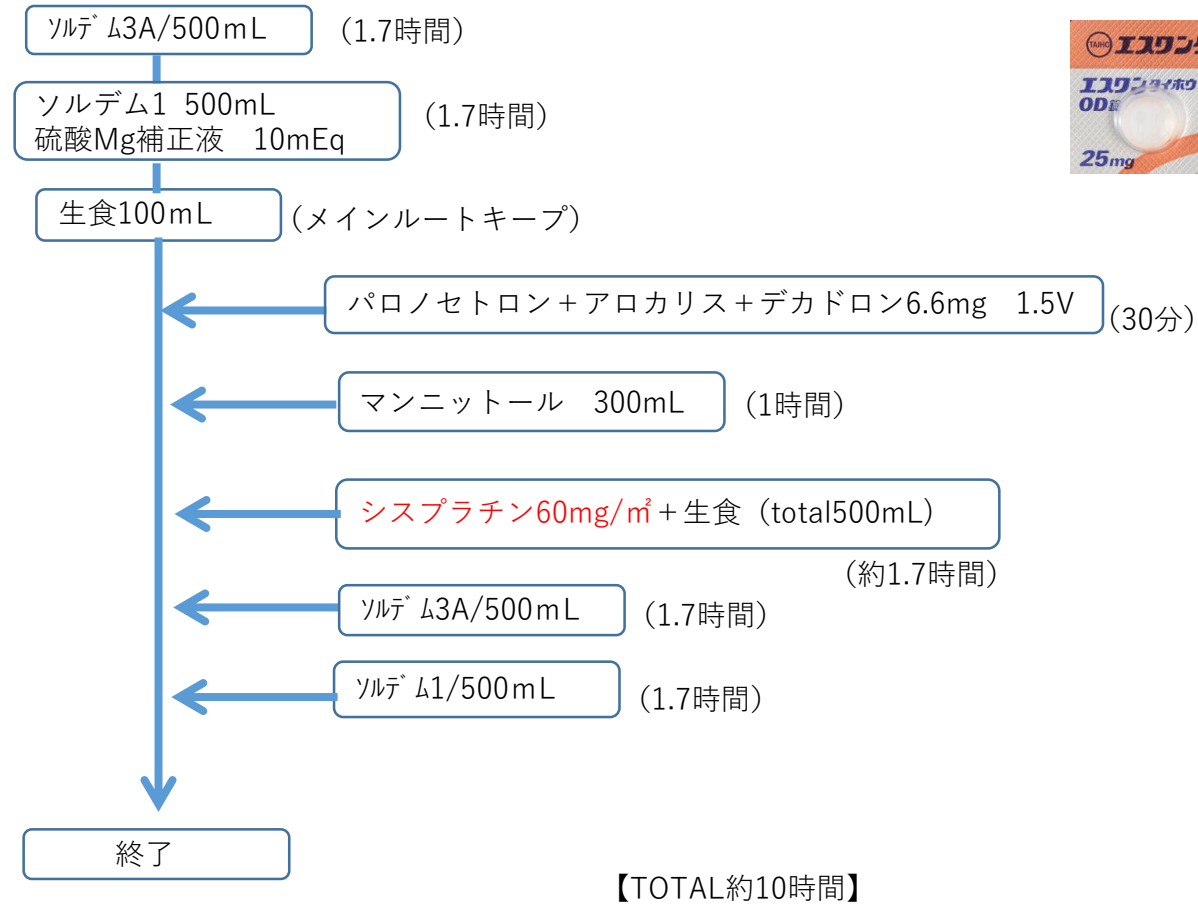
		1コース							2コース
薬剤	Day	1		8		15			29
CPT-11 (イリノテカン)	60mg/m ²	●		●		●			●
CDDP (シスプラチン)	80mg/m ²	●							●

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)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬: オランザピン5mgの併用推奨
(day1~day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- 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

【Day1】 早朝開始



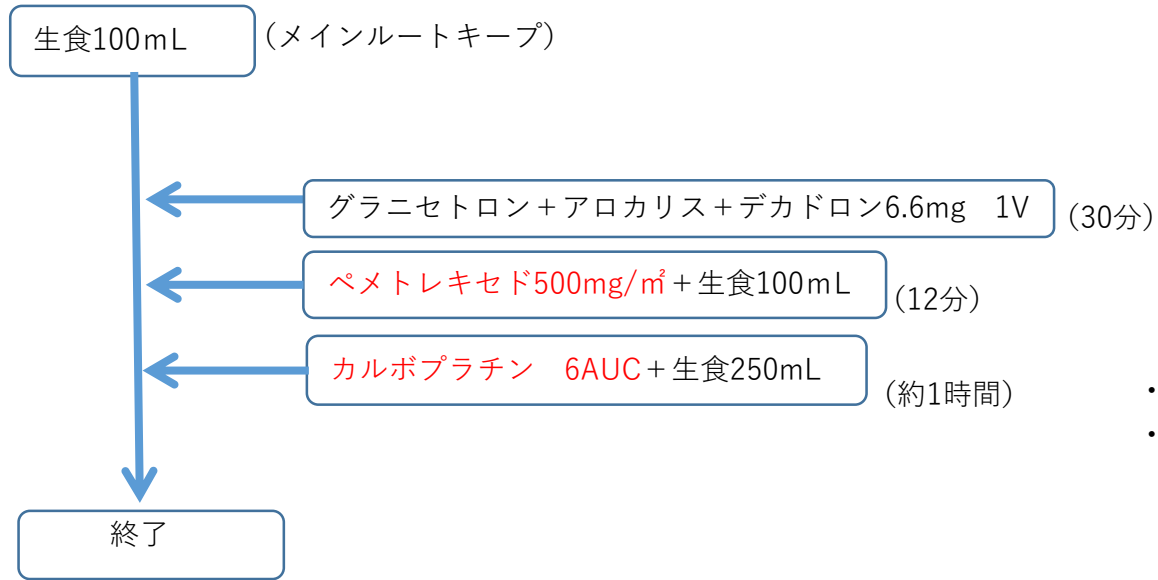
		1コース					2コース
薬剤	Day	1			14		22
S-1 (エスワンタイホ)	80mg/m ² /日 分2	●	→				●
CDDP (シスプラチン)	60mg/m ²	●					●

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)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用推奨
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 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

【Day1】



【TOTAL1時間42分 + α 】

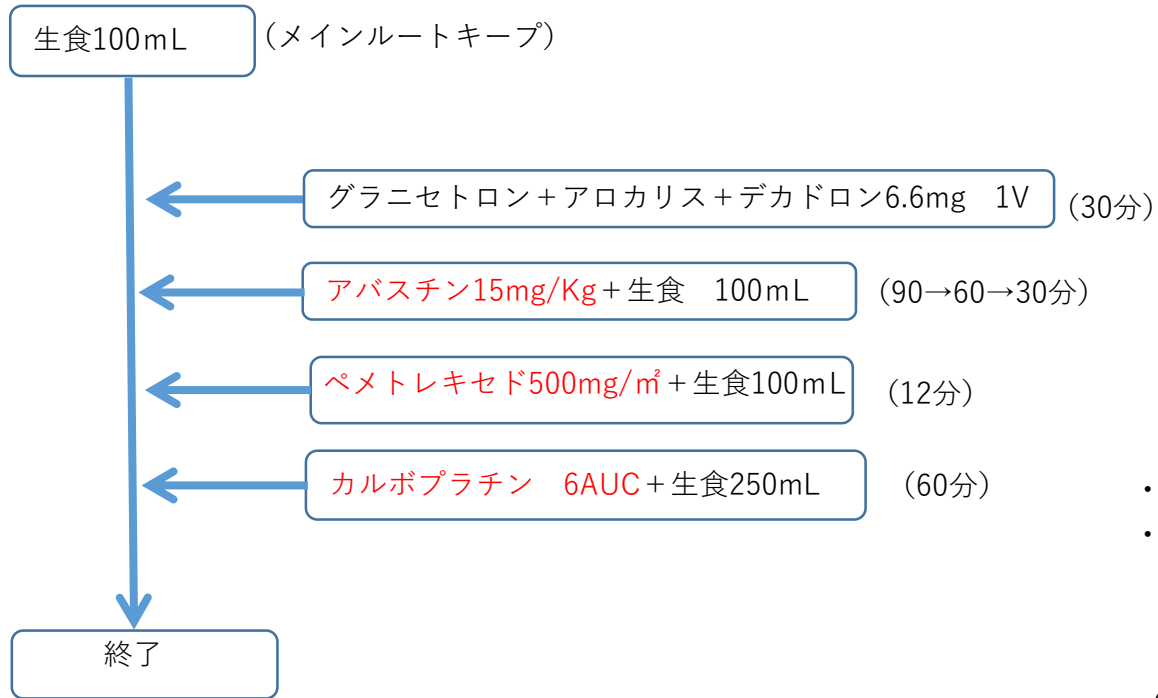
非扁平上皮癌

薬剤		1コース			2コース
		Day	1		22
PEM (ペメトレキセド)	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)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用検討
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA:炎症性、 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

CBDCA + PEM + BEV

【Day1】



【TOTAL 3 時間12分～短縮で2時間12分 + α 】

非扁平上皮癌

薬剤		1コース			2コース
		Day	1		22
PEM (ペメトレキセド)	500mg/m ²		●		●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC= 6		●		●
BEV (アバスチン)	15mg/ k g		●		●

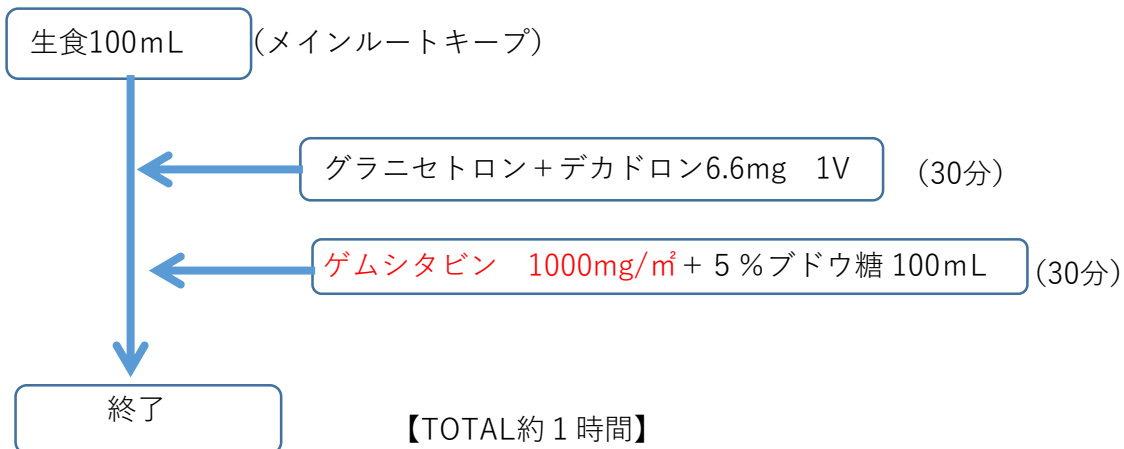
- ・ 1 コース3週おき
- ・ 中等催吐レジメン（ PEM：軽度, CBDCA:中等度, BEV:最小）
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用検討
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出（PEM：非壊死, CBDCA:炎症性, BEV:非壊死）
- ・ PEMの有害事象予防のため投与の1週間前から葉酸とVB12の投与を開始する
(葉酸：パンビタン 1 g 毎日、VB12 メコバラミン注1mg 9週おき)
- ・ PEMはCCR45mL/min以下の患者には禁忌
- ・ BEVによる高血圧・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

CBDCA + GEM

【Day1】



【Day8】

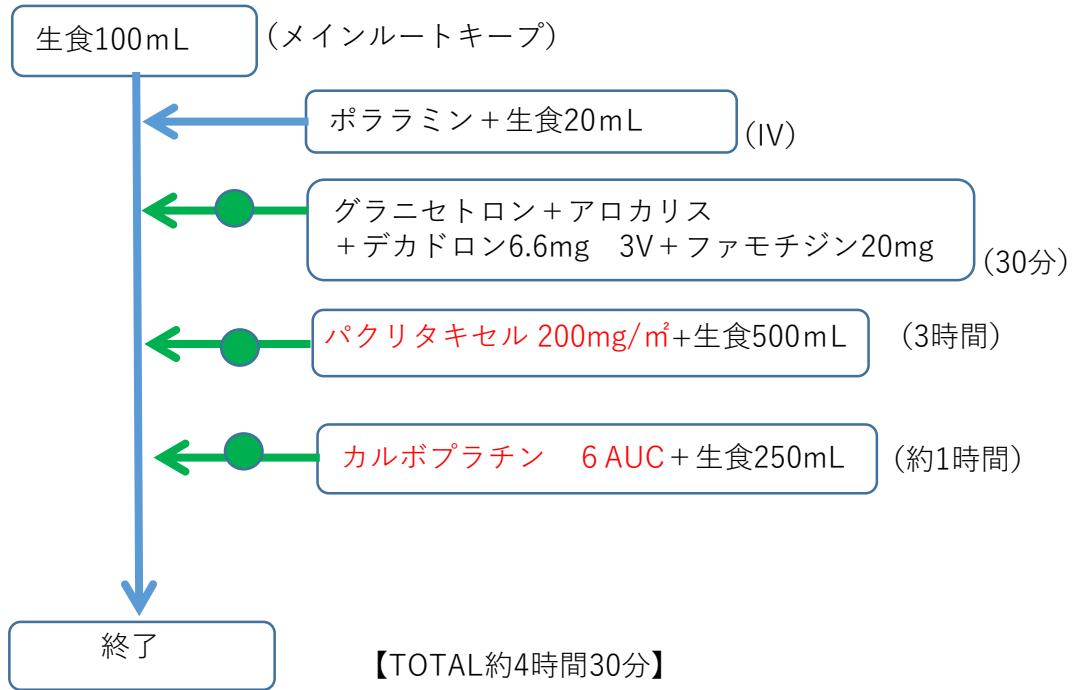


薬剤	Day	1コース				2コース
		1		8		22
GEM (ゲムシタビン)	1000mg/m ²	●		●		●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC= 5	●				●

- ・ 1コース3週おき
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度 GEM：軽度)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用検討
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA: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分を超えると骨髓抑制が増強する可能性あり

CBDCA + PTX

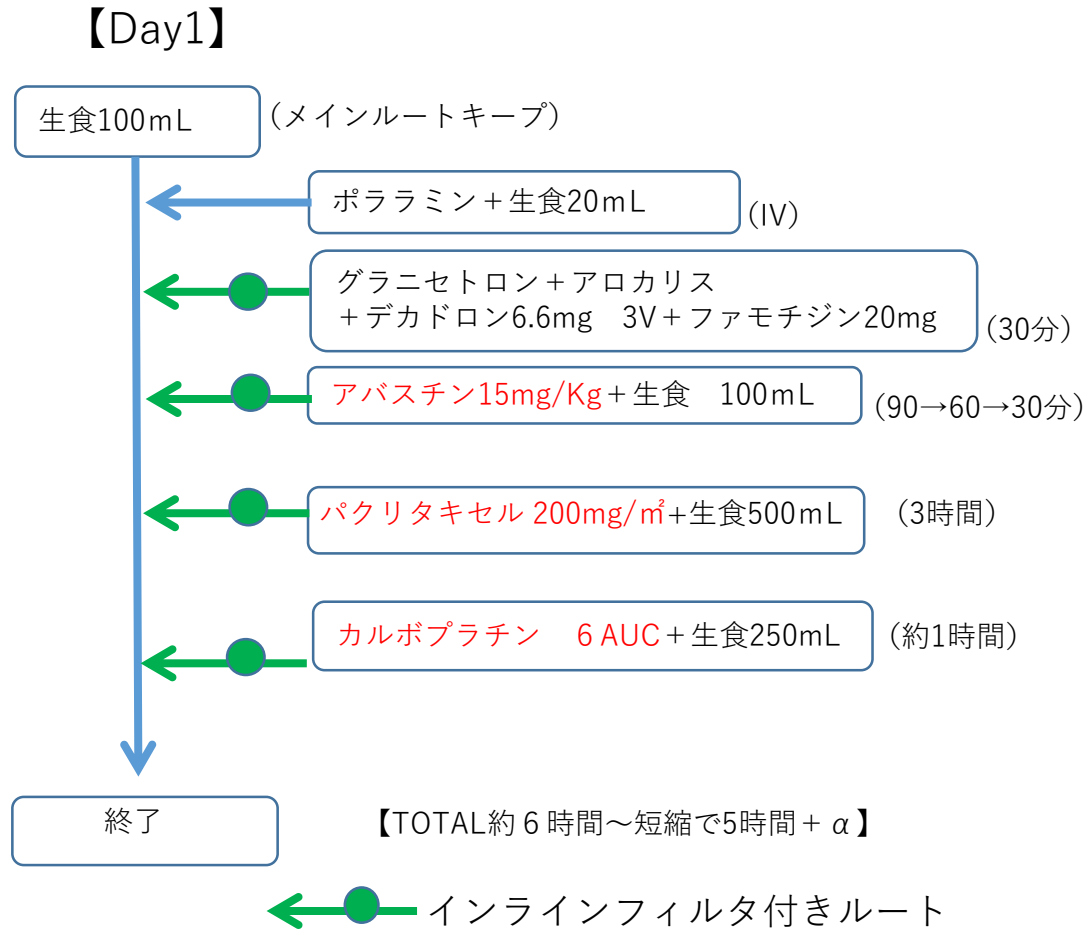
【Day1】



		1コース			2コース
薬剤		Day	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)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用検討
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA:炎症性 PTX：壊死性) 血管確保注意！
- ・ 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

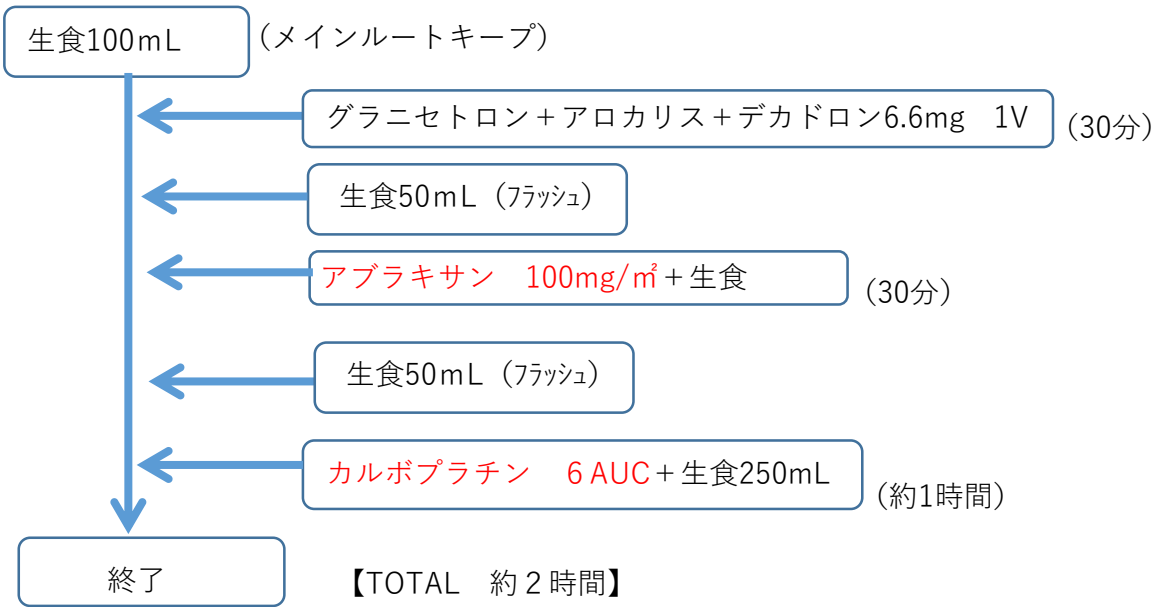


		1コース			2コース
薬剤	Day	1			22
PTX (パクリタキセル)	200mg/m ²	●			●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=6	●			●
BEV (アバステン)	15mg/ k g	●			●

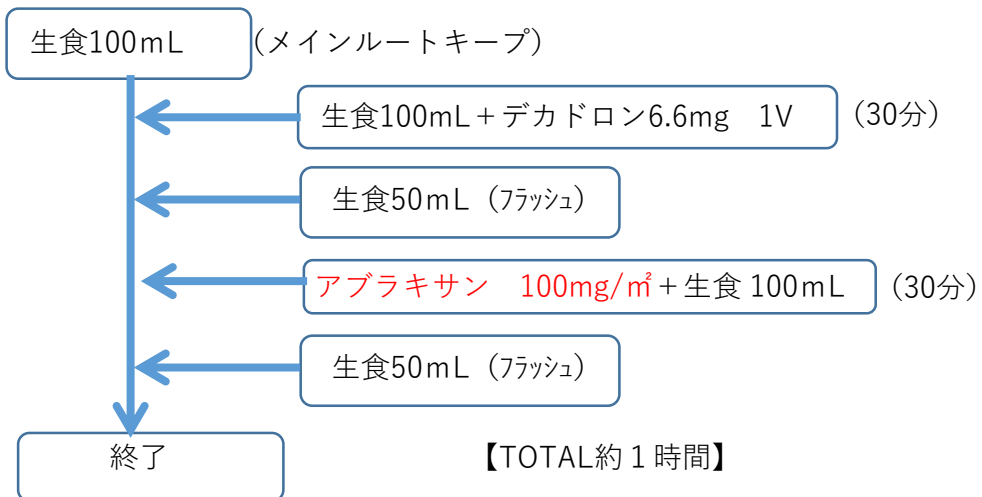
- ・ 1 コース3週おき 6コース後維持療法へ
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度 PTX：軽度 BEV：最小)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用検討
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA:炎症性 PTX：壊死性 BEV：非壊死性)
血管確保注意！
- ・ インラインフィルタ付きルートを使用
- ・ パクリタキセル中のアルコール過敏に注意
- ・ 外来の場合は車の運転中止
- ・ パクリタキセルによるアレルギーに注意し、原則としてモニタ (HR・SPO2) 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

【Day1】



【Day8.15】



		1コース						2コース
薬剤	Day	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)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用検討
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)

- ・ 血管外漏出 (CBDCA:炎症性 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

CBDCA+S-1

【Day1】

生食100mL (メインルートキープ)

← グラニセトロン+アロカリス+デカドロン6.6mg 1V (30分)

← カルボプラチン 5AUC + 生食250mL (約1時間)

終了

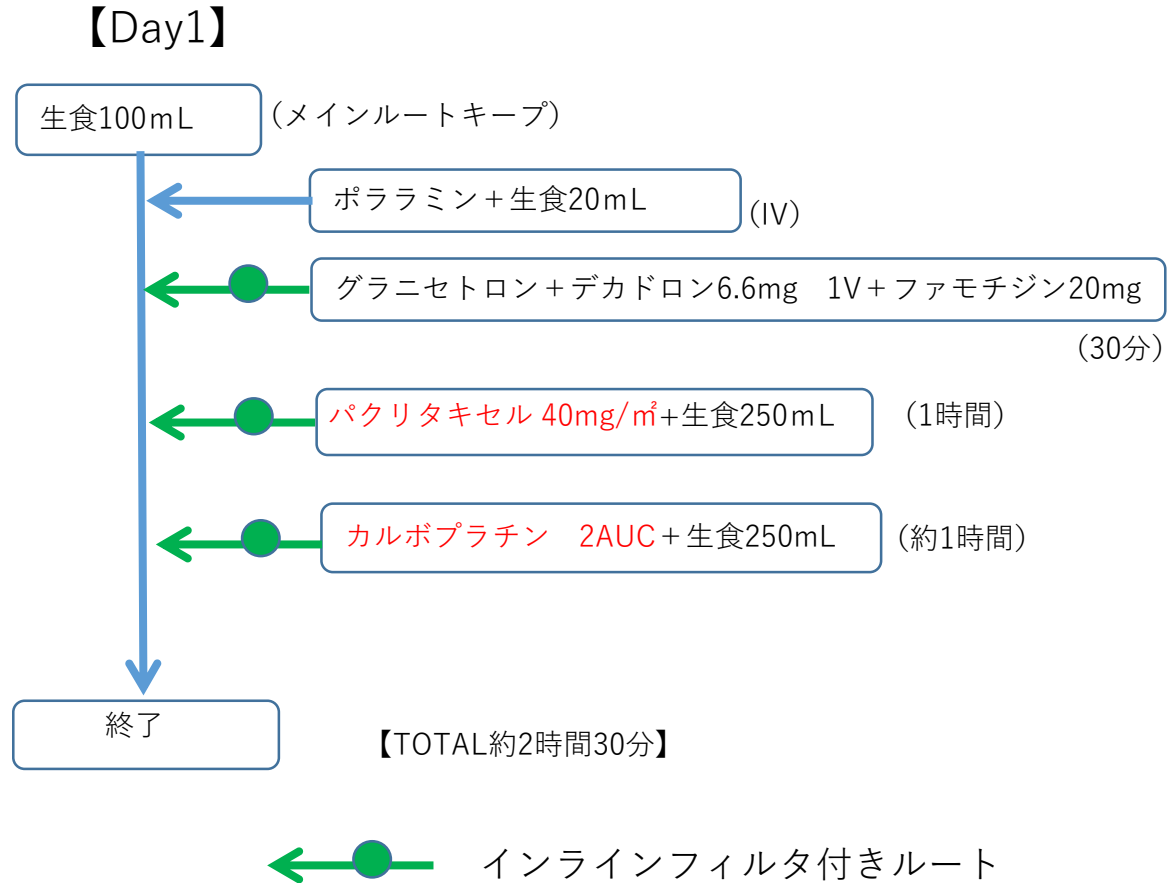
【TOTAL約1時間30分】



		1コース					2コース
薬剤	Day	1			14		22
S-1 (エスワンタイホ)	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)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬: オランザピン5mgの併用検討
(day1~day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA: 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

WeeklyCBDCA+PTX+RT

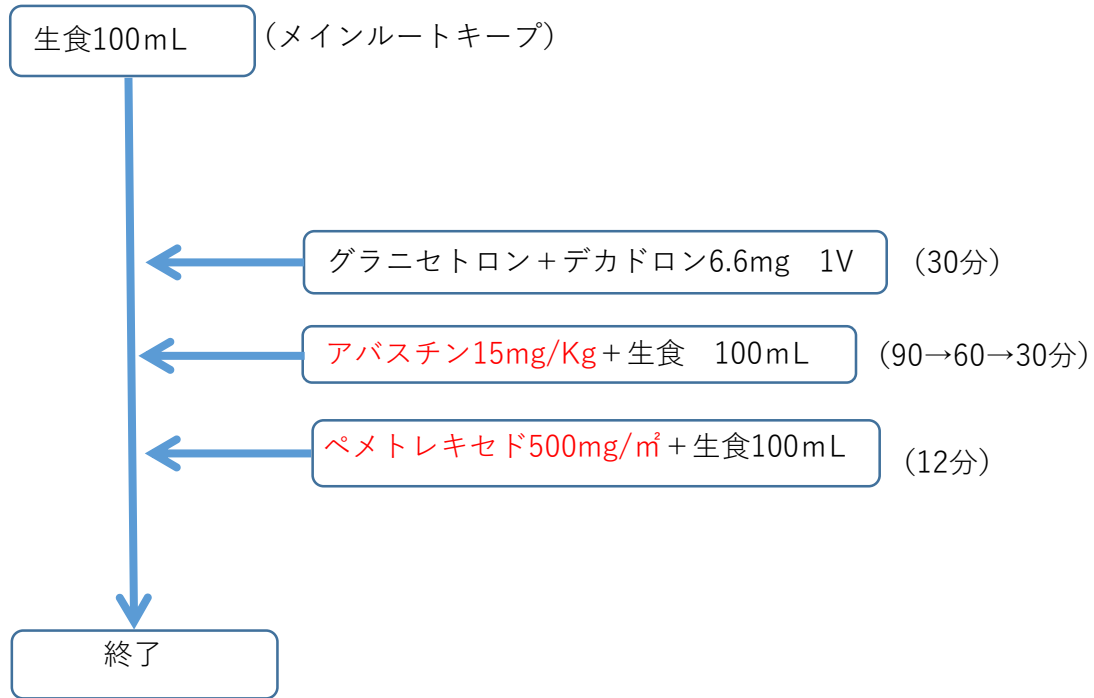


薬剤	Day	1	8	15	22	29	36
PTX (パクリタキセル)	40mg/m ²	●	●	●	●	●	●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=2	●	●	●	●	●	●
放射線療法を併用 (月～金) 2 Gy×30回							

- ・ 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)
- ・ 低用量のためアロカリスは併用しない
- ・ 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】

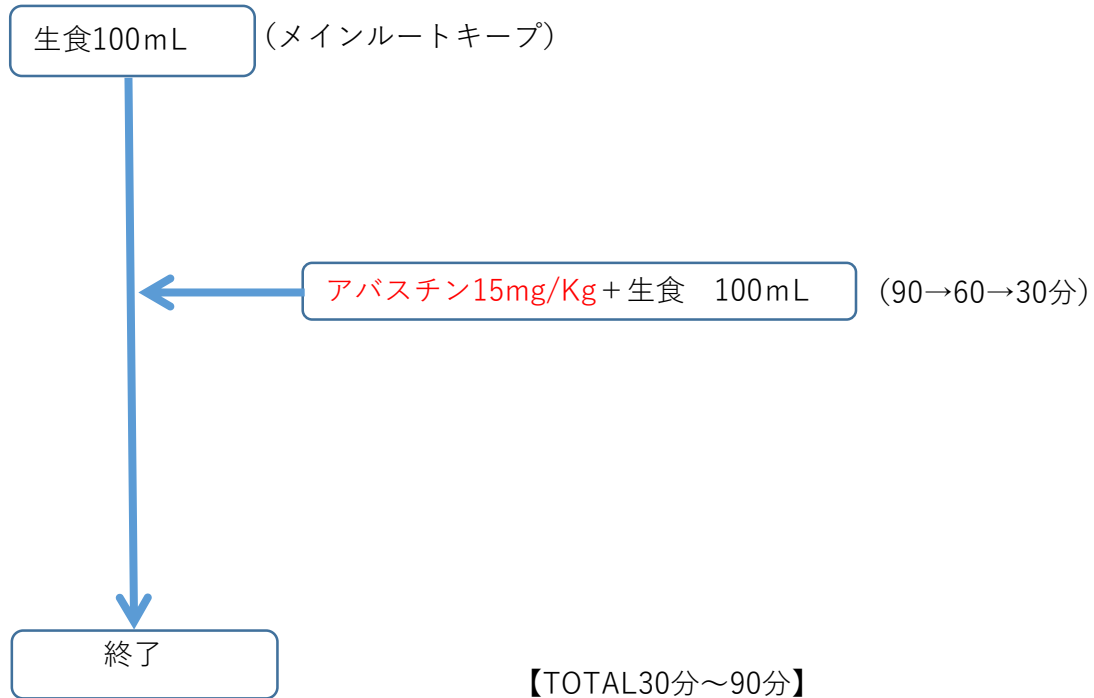
非扁平上皮癌

薬剤		1コース			2コース
		Day	1		22
PEM (ペメトレキセド)	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)
- ・ CBDCA+PEM+BEV療法の維持療法
- ・ 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】

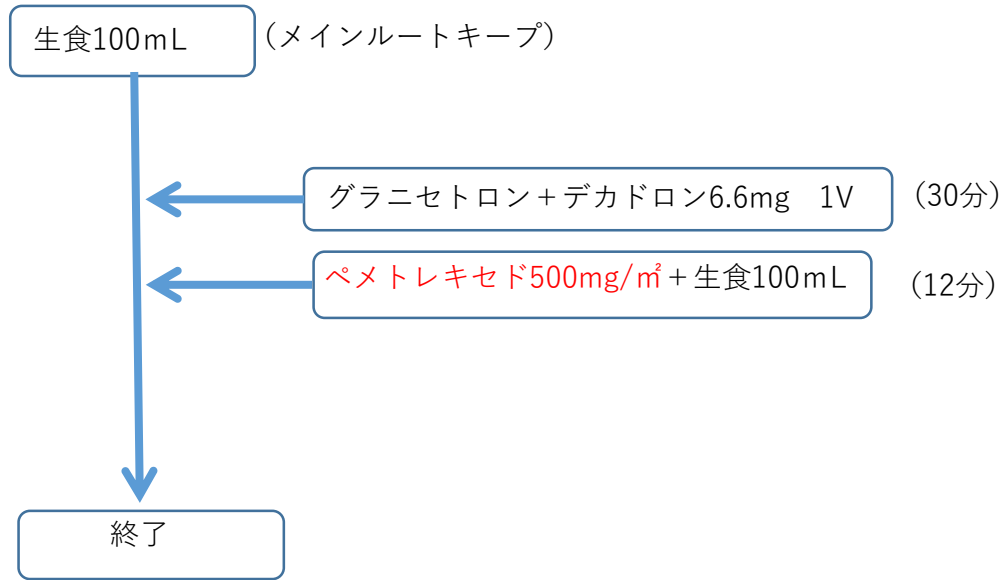


		1コース			2コース
薬剤		Day	1		22
BEV (アバスチン)	15mg/ k g		●		●

- ・ 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
- ・ 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】

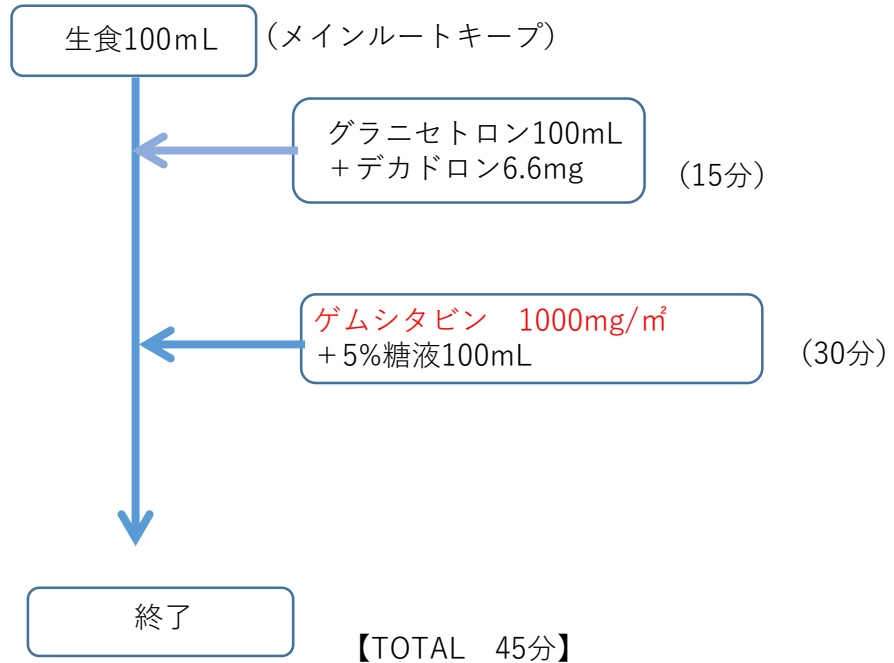
非扁平上皮癌

		1コース			2コース
薬剤		Day	1		22
PEM (ペメトレキセド)	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)
- ・ ペメトレキセド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】



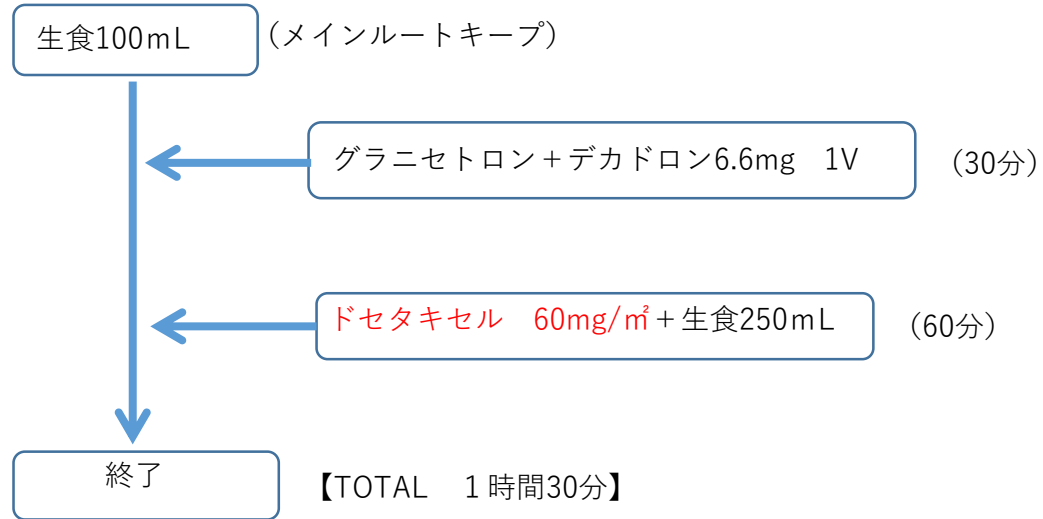
		1コース								2コース
薬剤	Day	1		8		15		21		29
GEM	1000mg/m ²	●		●		●		休		●

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】

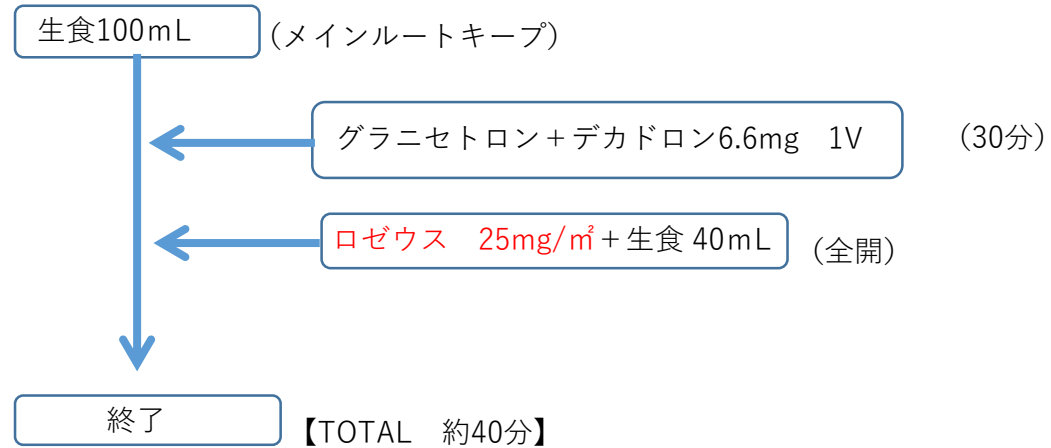


		1コース			2コース
薬剤		Day	1		22
ドセタキセル (タキソテール注)	60mg/m ²		●		●

- ・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】

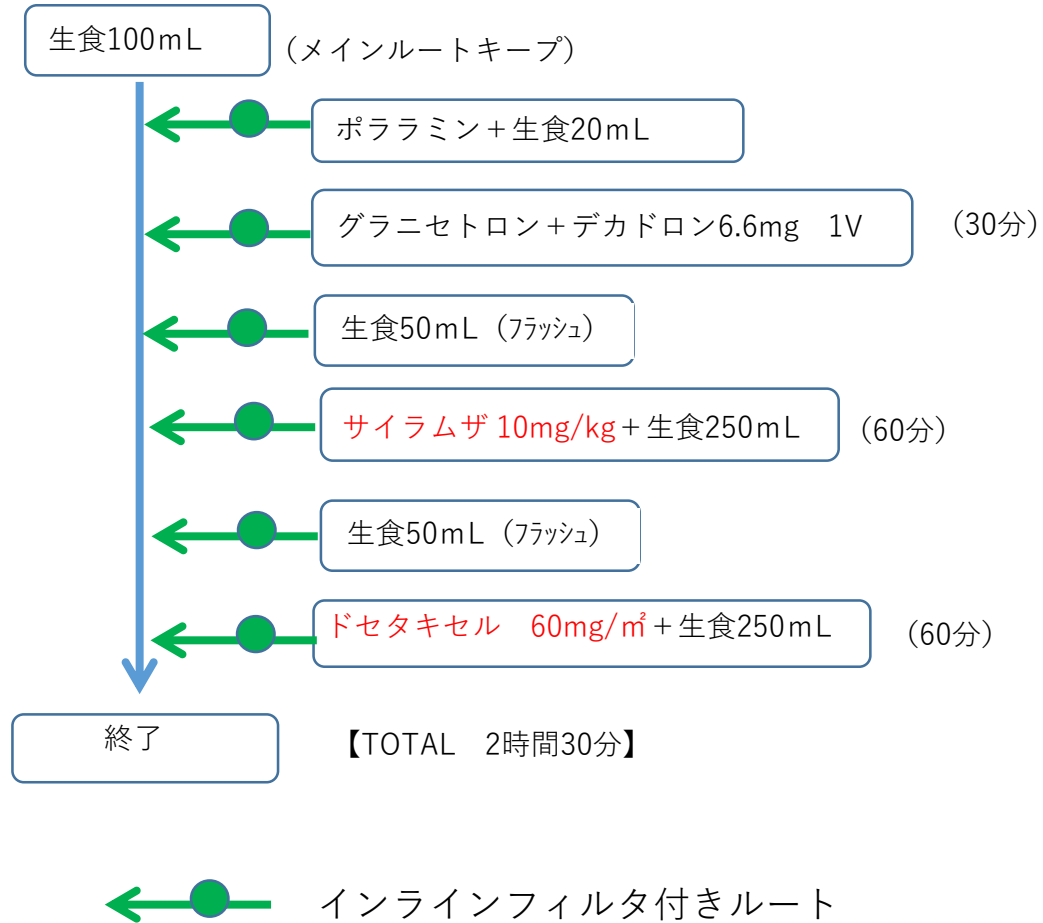


		1コース				2コース
薬剤	Day	1		8		22
VNR (ロゼウス)	25mg/m ²	●		●		●

- ・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】

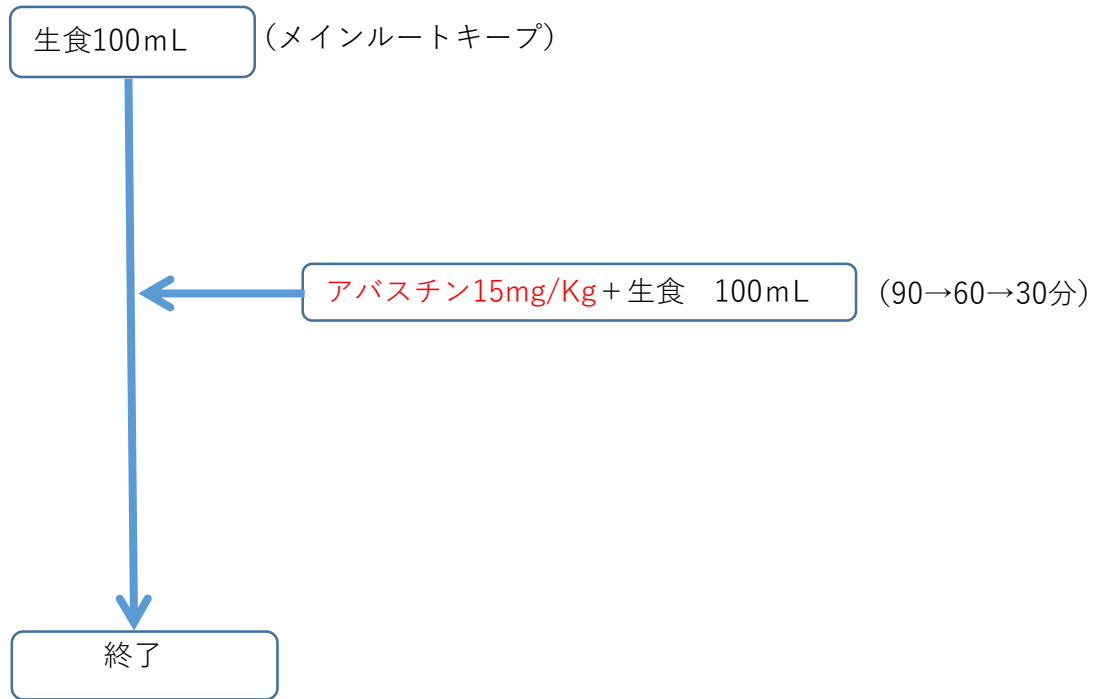


		1コース			2コース
薬剤		Day	1		22
DTX (タキソテール注)	60mg/m ²	●			●
RAM (サイラムザ [®])	10mg/kg	●			●

- ・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】



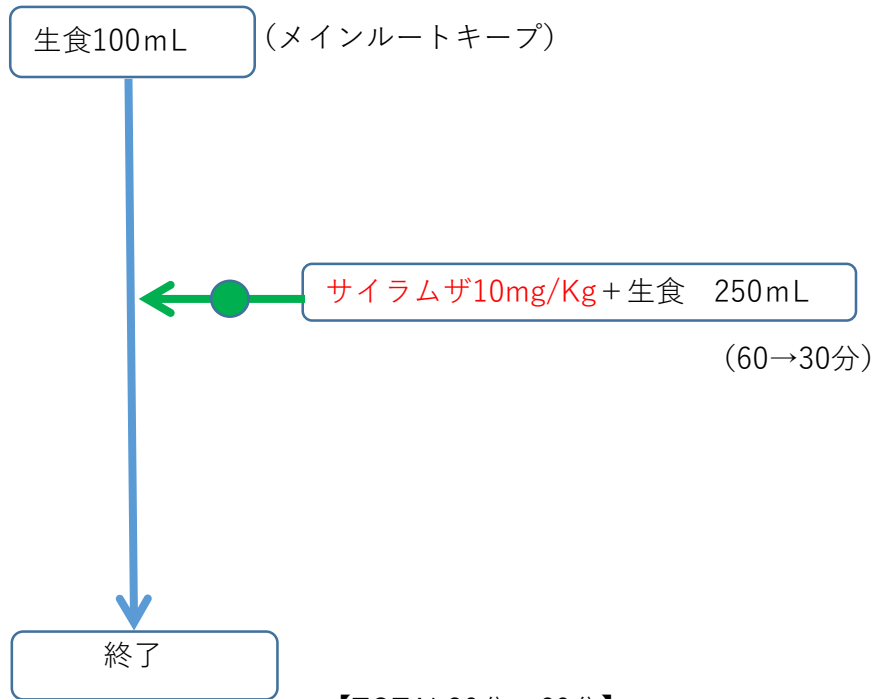
【TOTAL30分～90分】

		1コース			2コース
薬剤		Day	1		22
タルセバ錠 (エルロチニブ)	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】



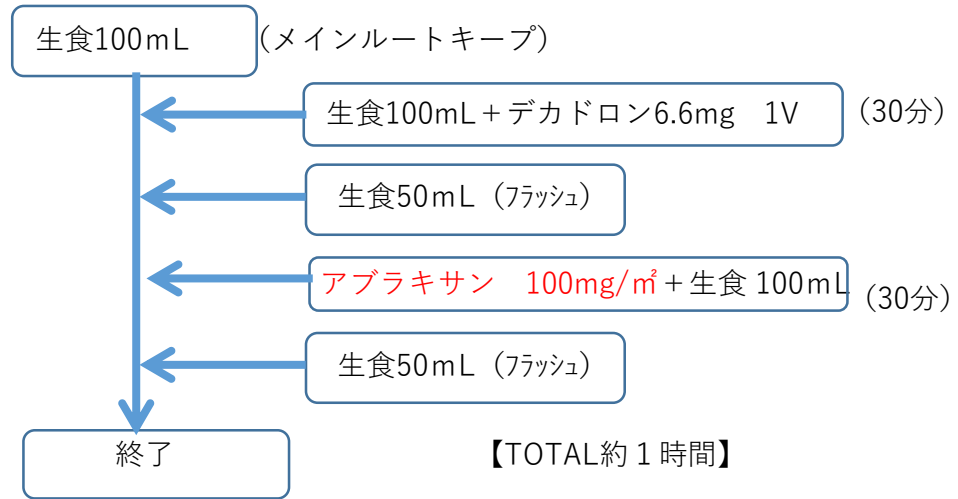
【TOTAL30分～60分】

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

- ・ 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】

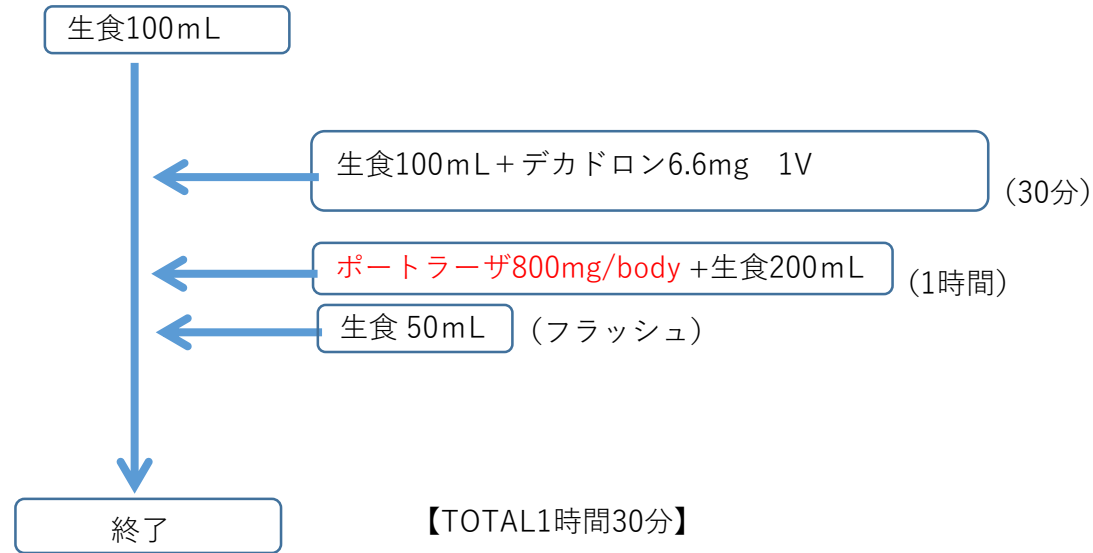


		1コース						2コース
薬剤	Day	1		8		15		22
nabPTX (アブラキサン)	100mg/m ²	●		●		●		●

- ・ 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

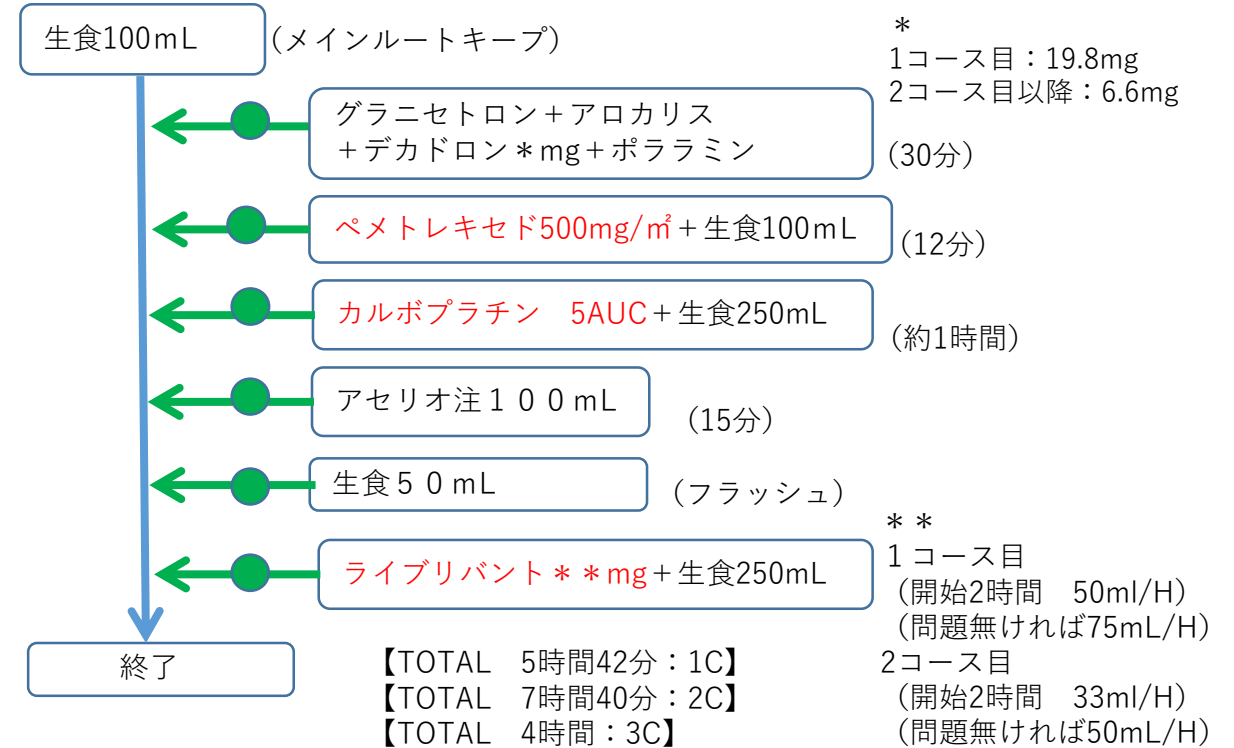
		1コース				2コース
薬剤	Day	1		8		22
Necitumumab (ポーターザ)	800mg /body	●		●		●

- ・ 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）
- ・ CDDP + GEM + Necitumumab 最大6コース後の維持療法
- ・ ポーターザは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

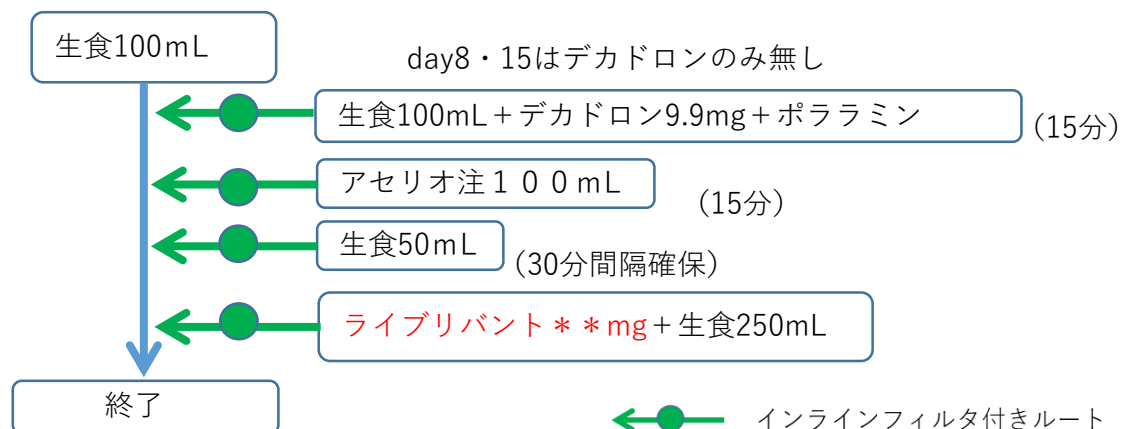
Ami+CBDCA + PEM療法

体重80kg未満

【Day1】



【Day2/8/15】



1
コ
ー
ス
目

薬剤	Day	1	2		8		15	
PEM (ペメトレキセド)	500 mg/m ²	●						
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=5	●						
Amivantamab (ライブリバント)	*	350	1050		1400		1400	

2
{
4
コ
ー
ス
目

薬剤	Day	1			8		15	
PEM (ペメトレキセド)	500 mg/m ²	●						
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=5	●						
Amivantamab (ライブリバント)	*	●	2コース目:1400mg 3・4コース目：1750mg					

5
コ
ー
ス
目
以
降

薬剤	Day	1	2		8		15	
PEM (ペメトレキセド)	500 mg/m ²	●						
Amivantamab (ライブリバント)	1750mg	●						

・1コース3週おき 中等度催吐レジメン (CBDCA:中等度、PEM：軽度)

[CBDCA、PEMの注意点は他のレジメンの情報参照](#)

【インフュージョンリアクション対策】

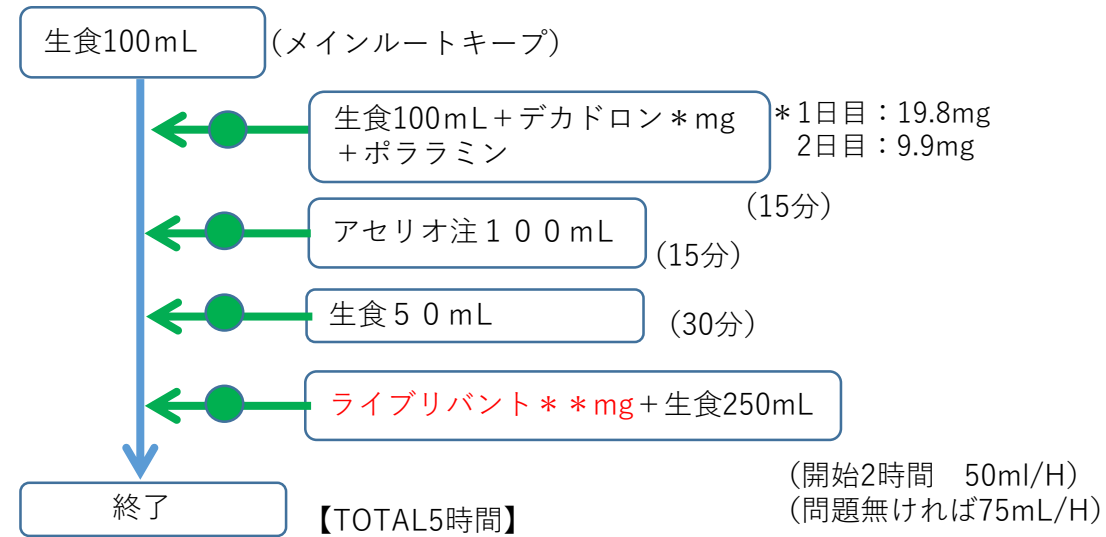
1コース目の投与開始2日前からデキサメタゾン1回8mg1日2回服用

初回投与に頻度が高い (G1：13.1%、G2：37.7%、G3：4.6%) 2日目以降は頻度が低下する。

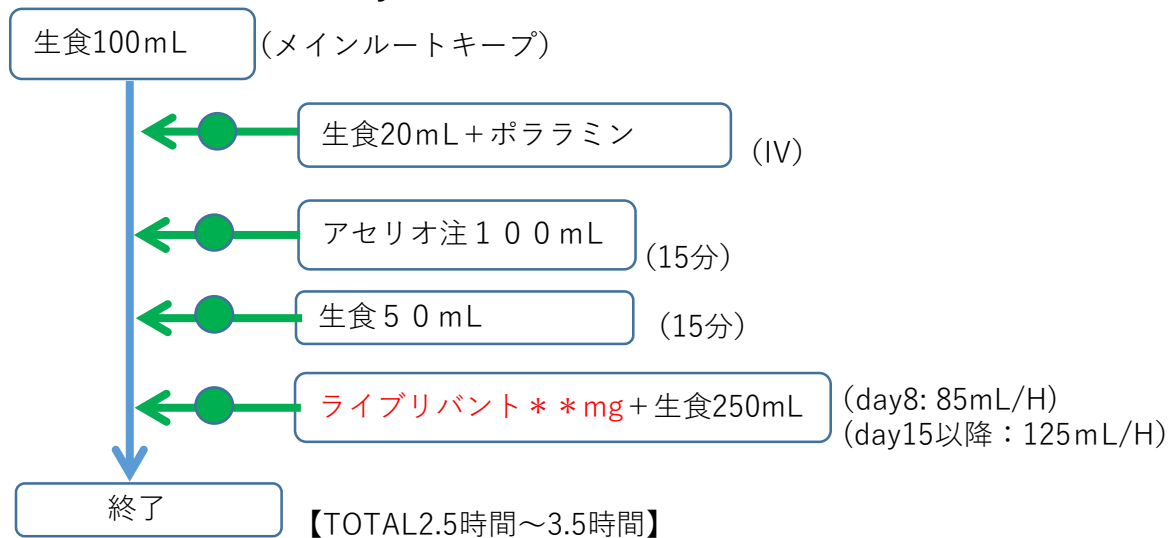
アミバンタマブは抗EGFR・MET二重特異抗体。皮疹、爪囲炎対策としてミノサイクリンや外用薬 (ステロイド・保湿剤) の併用を検討ください。

Ami+Lazer療法 体重80kg未満

【1コース目 day1.2】



【1コース目 day8.15.22、2コース目以降】



←●→ インラインフィルタ付きルート

1
コース目

2
コース目以降

薬剤	Day	1	2		8		15		22
Amivantamab (ライブリバント)	*	350	700		1050		1050		1050
Lazertinib (ラズクルーズ)	240mg	連日服用							

薬剤	Day	1		15	
Amivantamab (ライブリバント)	*	1050		1050	
Lazertinib (ラズクルーズ)	240mg	連日服用			

28日毎

- ・ 1コース4週おき
- ・ ライブリバントは調製後10時間以内に投与終了すること

【インフュージョンリアクション対策】

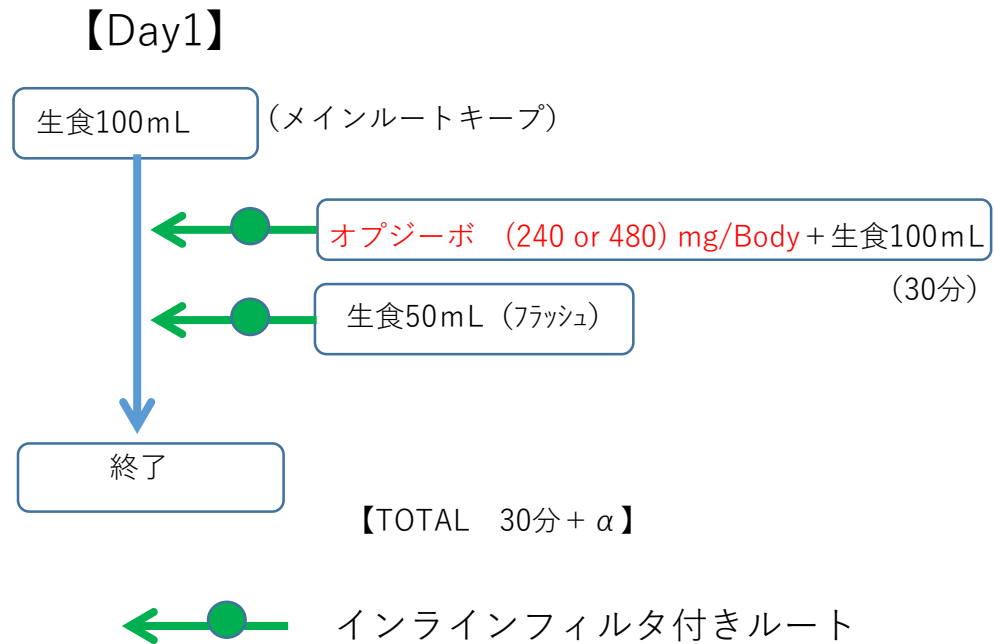
- ・ 入院ではラインブリバント+ラズクルーズ導入クリニカルパスがあります。
- ・ 1コース目の投与開始2日前からデキサメタゾン1回8mg1日2回服用。初回投与に頻度が高い。
(初回投与日に頻度が高く (G1: 24.3%、G2: 24.3%、G3: 3.8%) 2日目以降低下する
(G1: 1.5%、G2: 1.7%)) 前投薬として、ステロイドを必須としているのはday1.2で、
day8以降で必要な場合は、追加オーダーを入力ください。

【その他有害事象】

- ・ アミバンタマブは抗EGFR・MET2重特異抗体。皮疹、爪囲炎対策としてミノサイクリンや外用薬（ステロイド・保湿剤）の併用を検討ください。
- ・ アミバンタマブ+ラゼルチニブの併用では、血栓塞栓症の有害事象の割合が高く4ヶ月間、エリキュース2.5mg1日2回の服用が推奨されている。

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®）



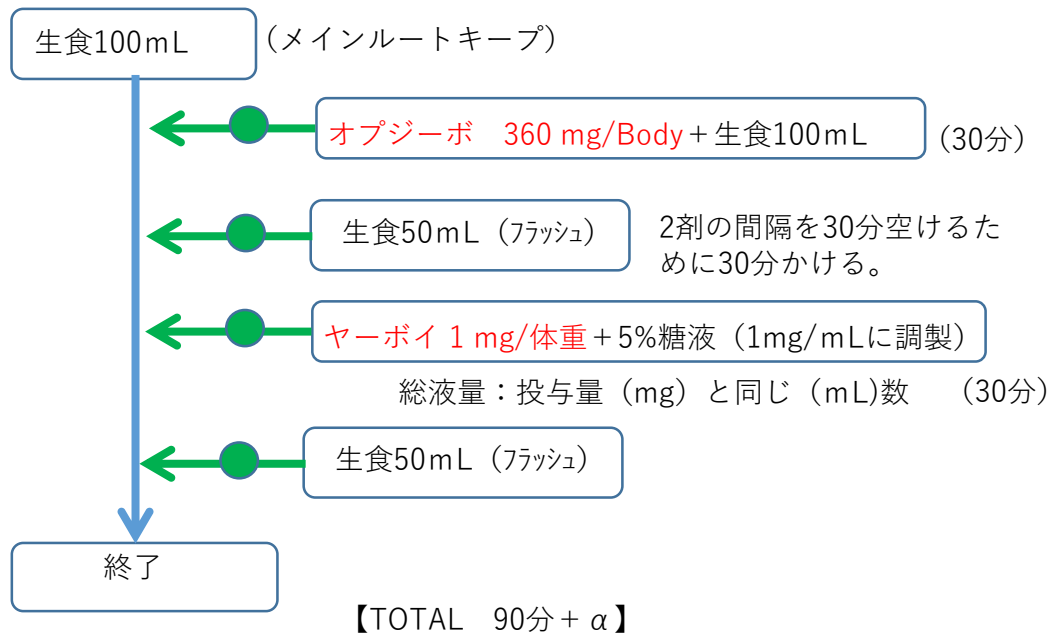
		1コース			2コース
2週毎	薬剤	Day	1		15
	Nivolumab (オプジーボ)	240mg/Body	●		●

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

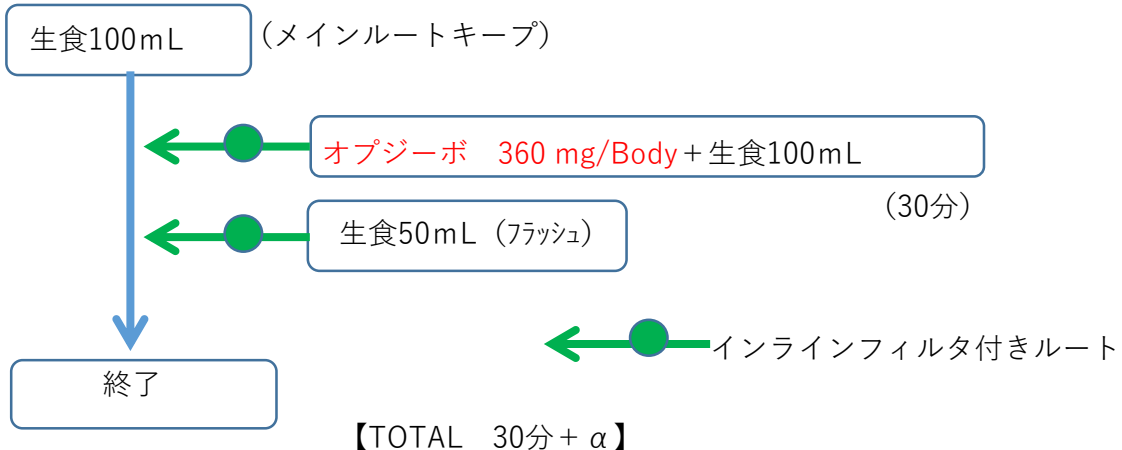
- ・ 1コース2週(240mg/body) おき
または 1コース4週(480mg/body) おき
- ・ 最小催吐レジメン (Nivo:最小)
- ・ 血管外漏出 (Nivo:非壊死性)
- ・ インラインフィルタ付きルートを使用
- ・ 免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) であり、PD-1を阻害する
- ・ 免疫関連有害事象 (irAE)に注意する。

Nivolumab + Ipilimumab

【Day1】



【Day22】

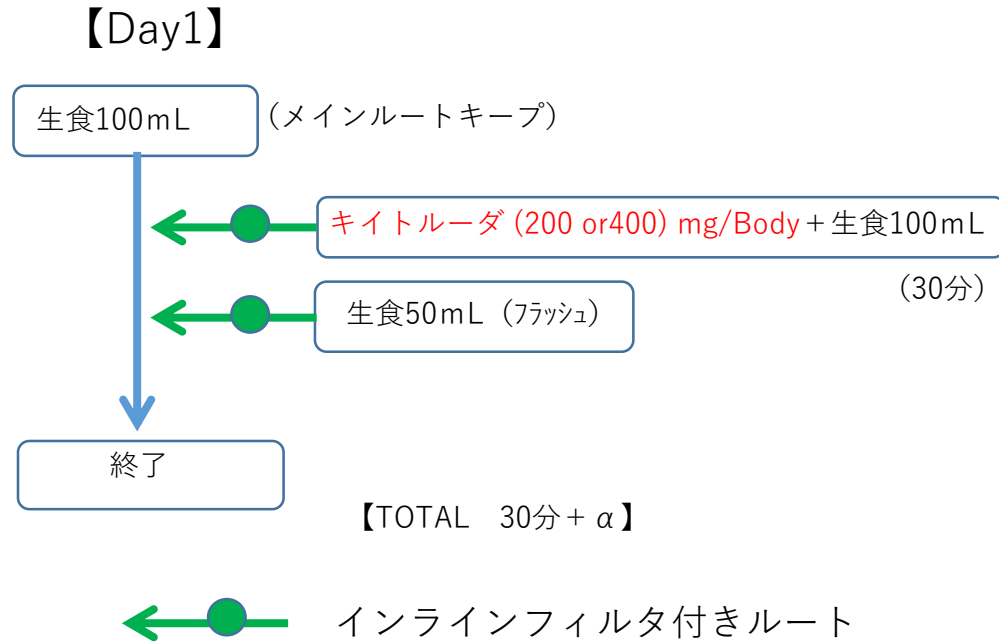


		1コース						2コース
薬剤	Day	1			22			43
Nivolumab (オプジーボ)	360mg/Body	●			●			●
Ipilimumab (ヤーボイ)	1mg/Kg(体重)	●						●

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®)



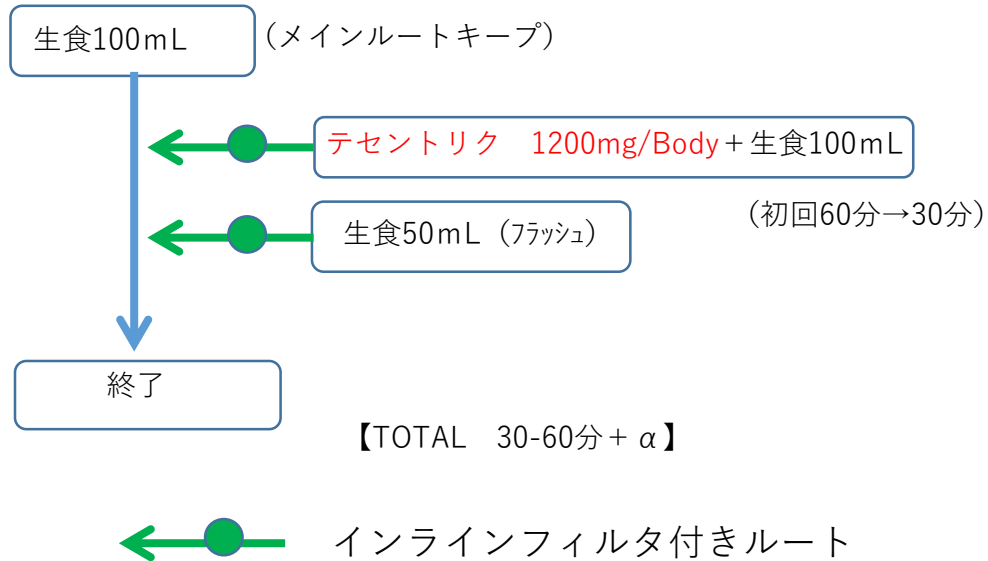
		1コース			2コース
3週毎	薬剤	Day	1		22
	Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/Body	●		●

		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】

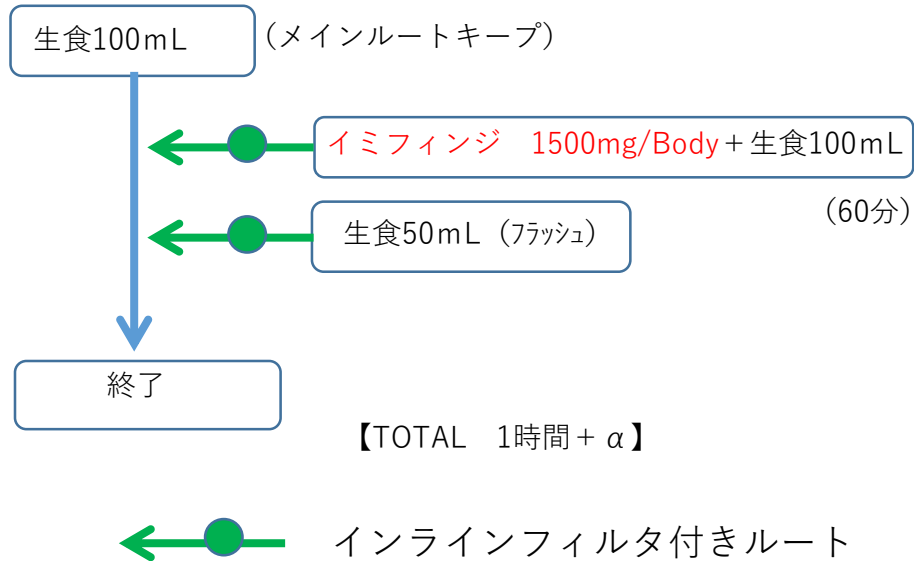


		1コース			2コース
薬剤		Day	1		22
Atezolizumab (テセントリク)	1200mg/Body		●		●

- ・ 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®) RT治療後地固め：non-small

【Day1】



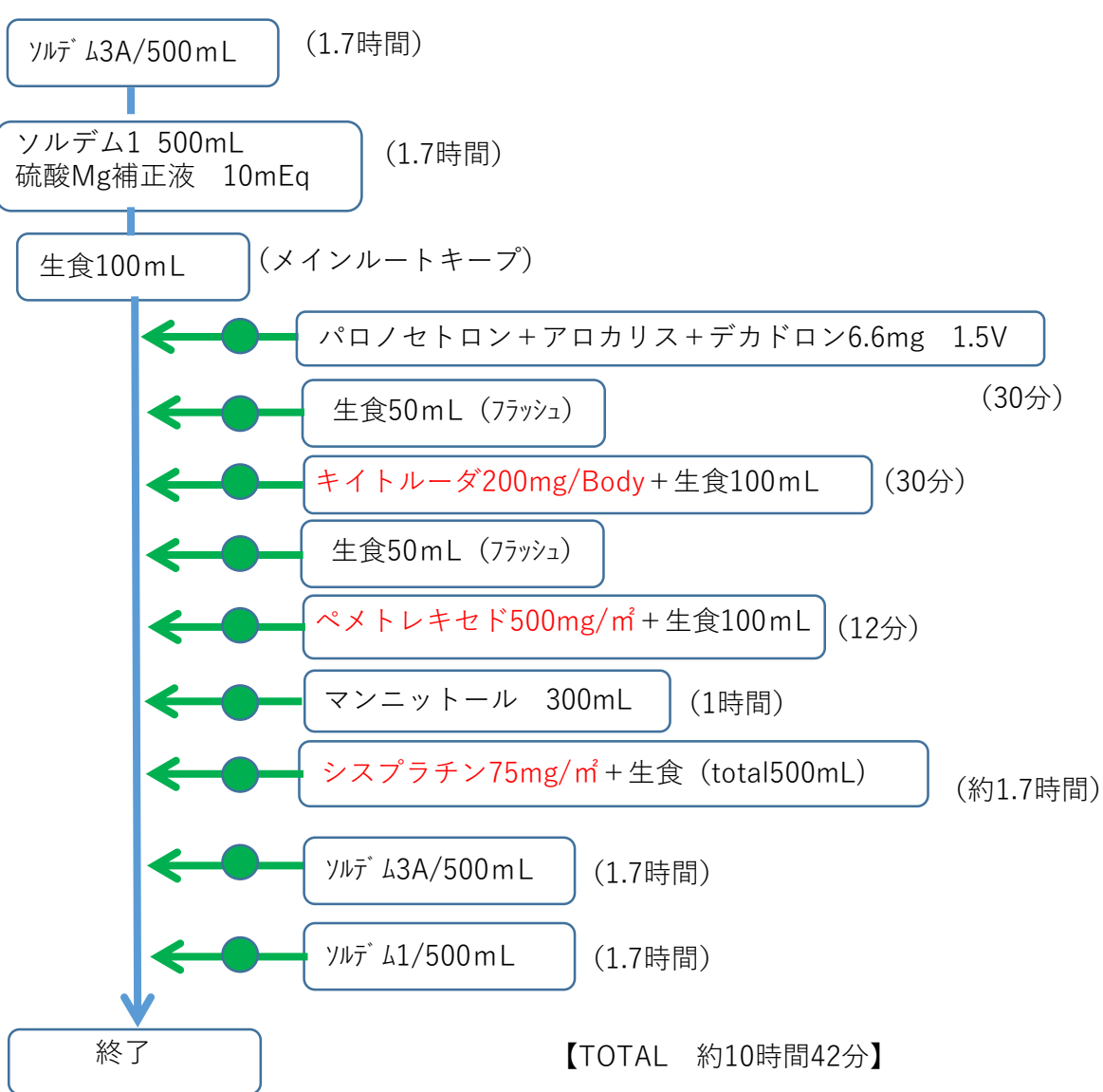
		1コース				2コース
薬剤	Day	1	8	15	22	29
Durvalumab (イミフィンジ)	1500mg/Body	●				●

- ・1コース4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
- ・初回開始日から1年以内まで適応可能 (*回数ではない)

化学療法＋免疫チェックポイント阻害剤

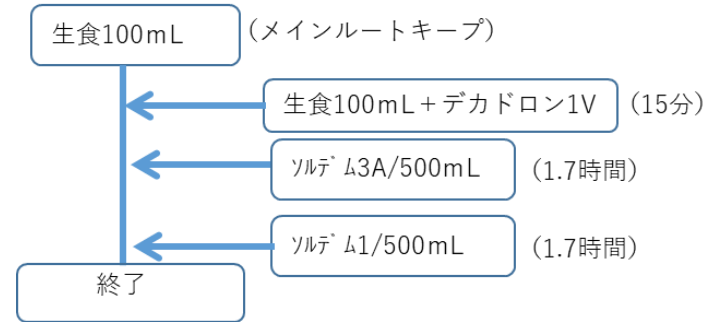
CDDP + PEM + Pembrolizumab (非扁平上皮)

【Day1】

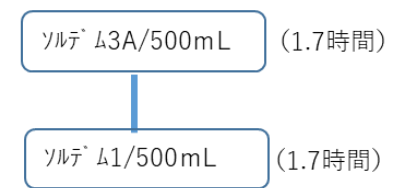


← インラインフィルタ付きルート

【Day2-4】



【Day5】



非扁平上皮癌

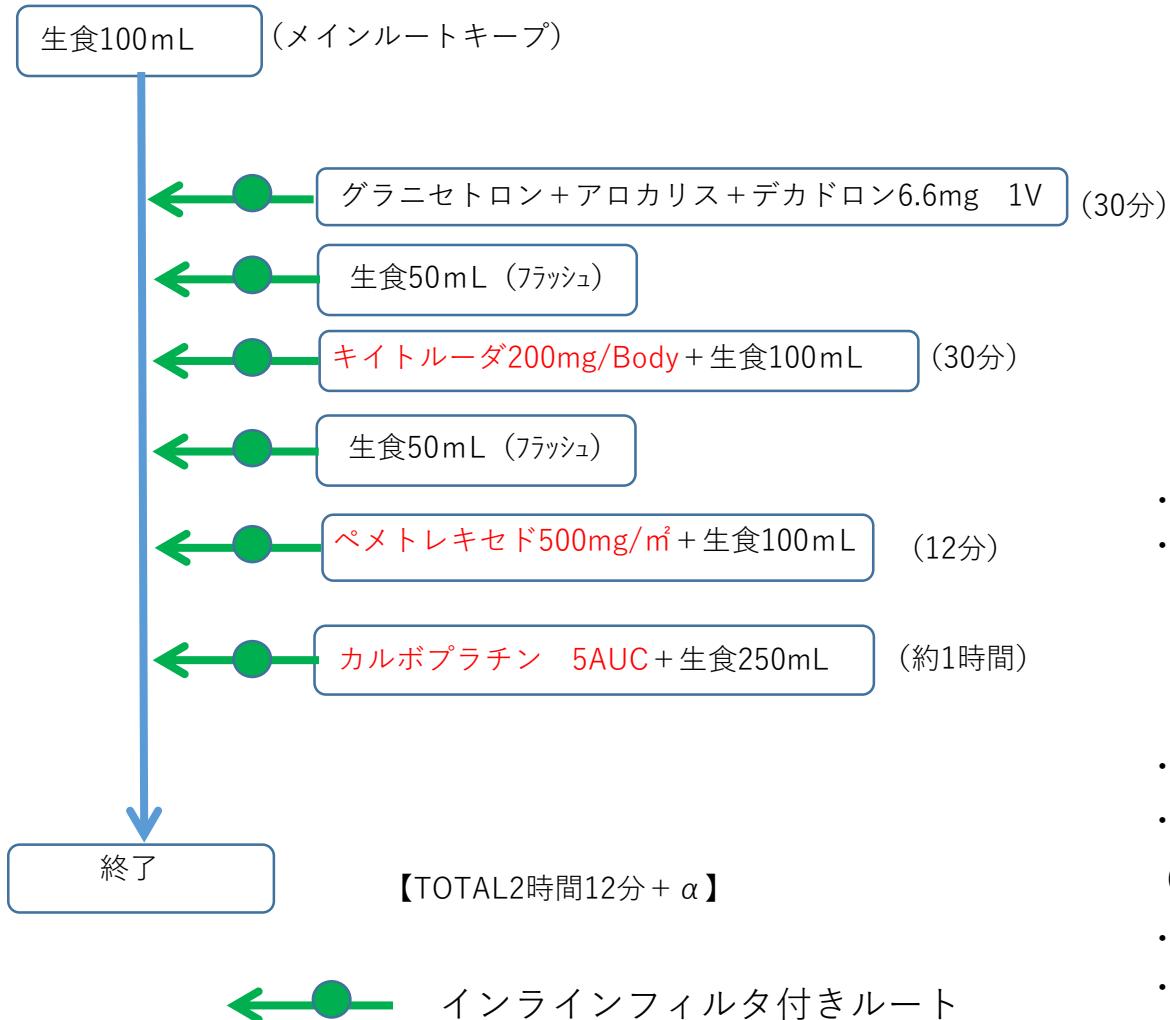
薬剤		1コース			2コース
		Day 1			22
Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/Body	●			●
PEM (ペメトレキセド)	500mg/m ²	●			●
CDDP (シスプラチン)	75mg/m ²	●			●

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)
 - ・糖尿病患者でない場合には、制吐薬: オランザピン5mgの併用推奨
 - ・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

CBDCA + PEM + Pembrolizumab(非扁平上皮)

【Day1】

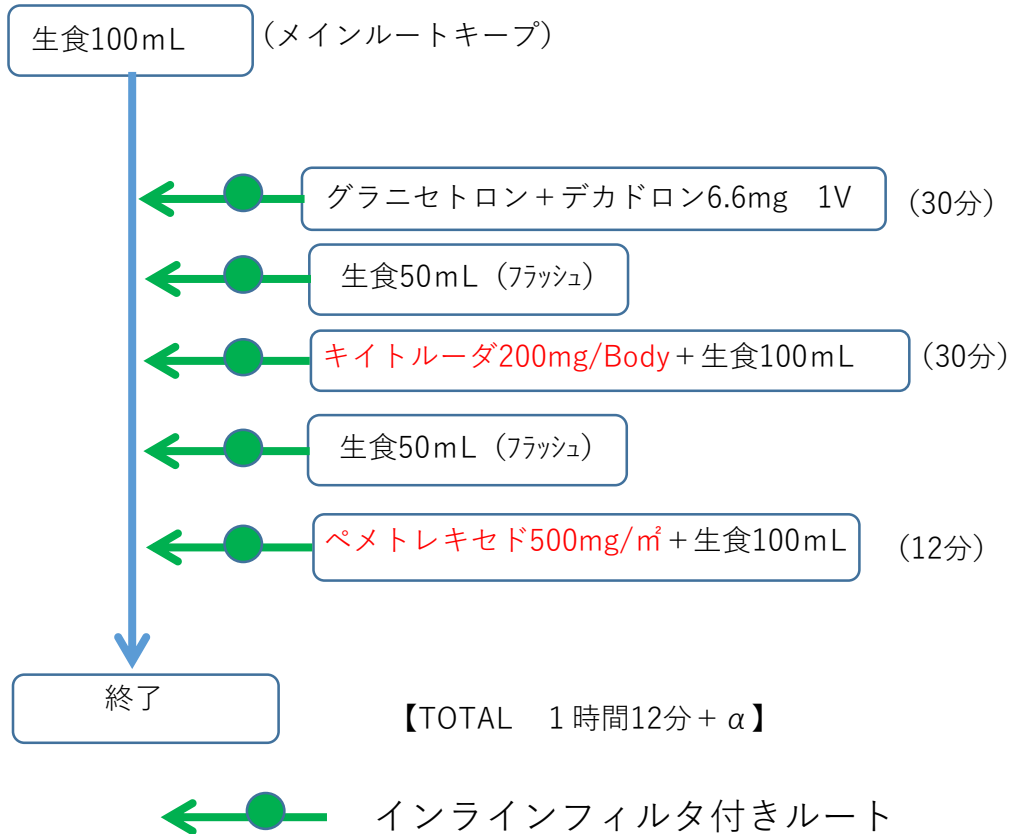


非扁平上皮癌		1コース			2コース
薬剤		Day	1		22
Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/Body		●		●
PEM (ペメトレキセド)	500mg/m ²		●		●
CBDCA (カルボプラチン)	AUC=5		●		●

- ・ 1コース3週おき 4コースの後維持療法
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度、PEM：軽度、Pembro：最小)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用検討
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 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】



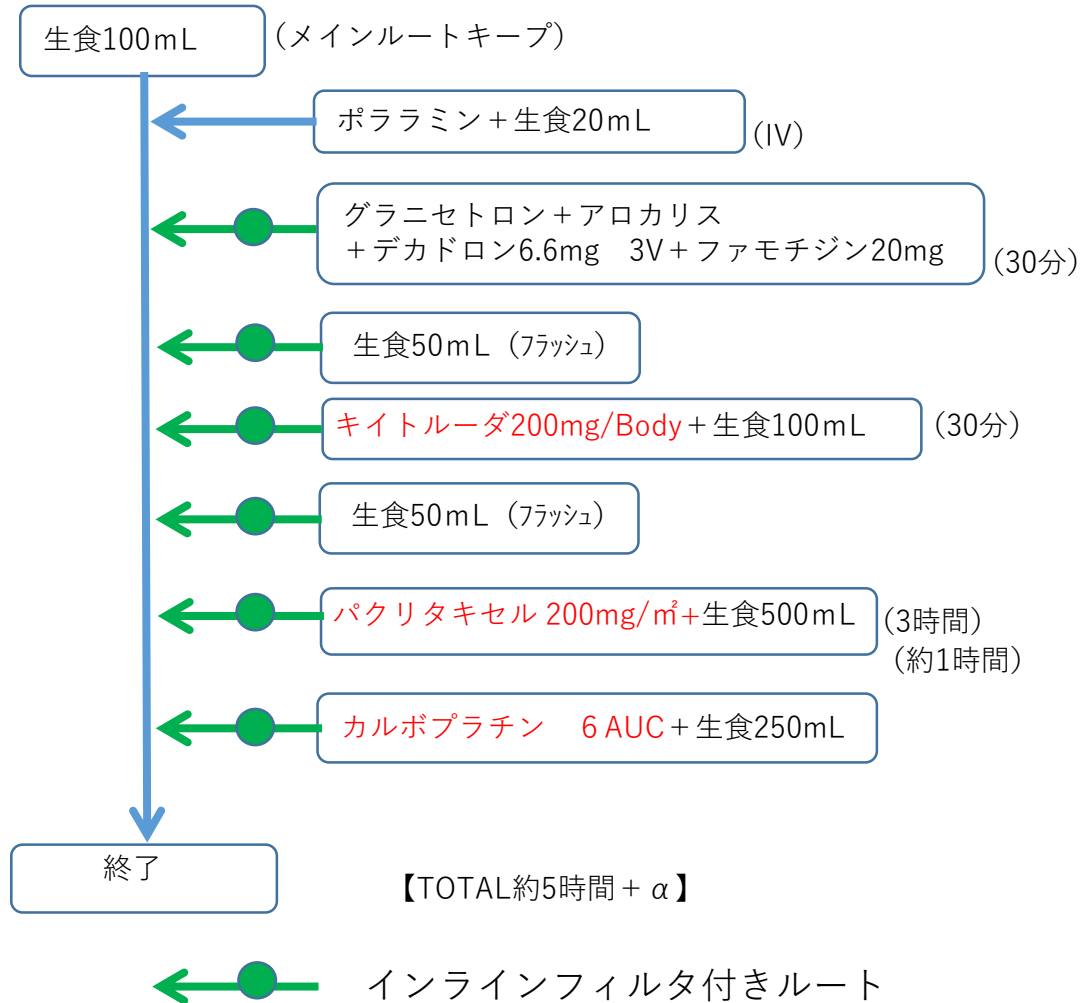
非扁平上皮癌

		1コース			2コース
薬剤		Day	1		22
Pembrolizumab (キイトルーダ)	200mg/Body		●		●
PEM (ペメトレキセド)	500mg/m ²		●		●

- ・ 1コース3週おき
- ・ プラチナ + PEM + Pembrolizumabの維持療法
- ・ 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)

【Day1】



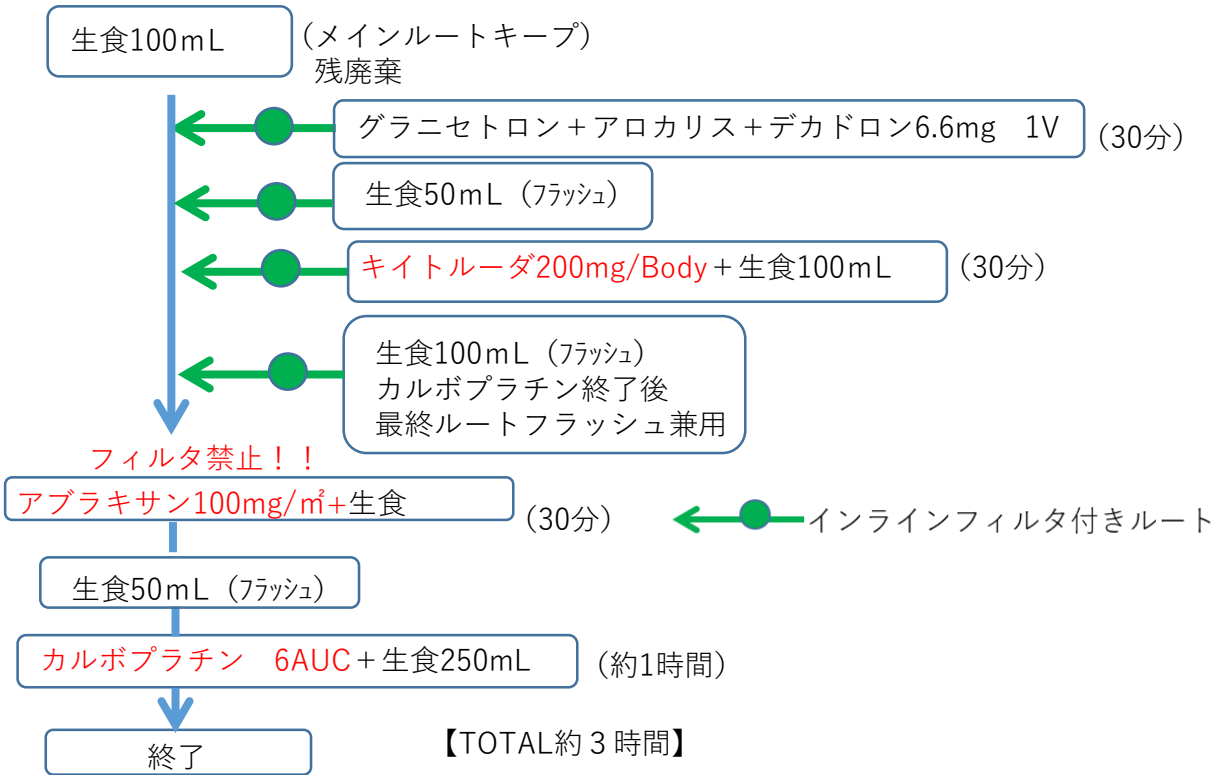
扁平上皮癌

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

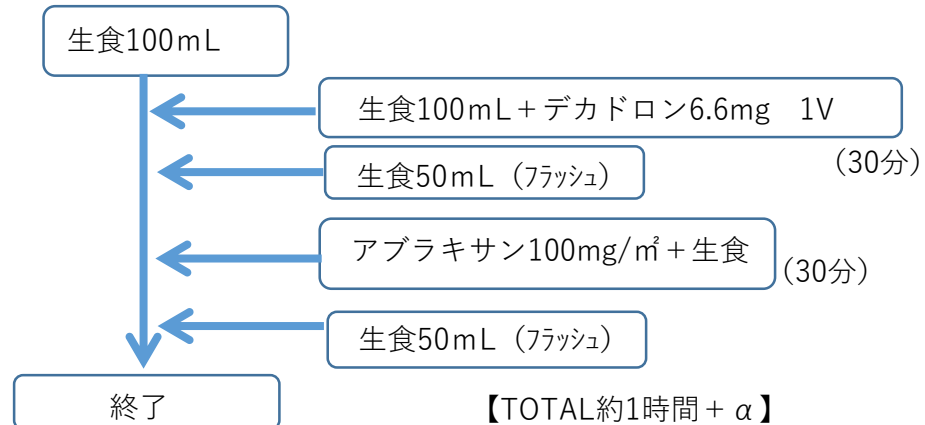
- ・ 1 コース3週おき 4コース後維持療法へ
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度、PTX：軽度、Pembro：最小)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用検討
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出 (CBDCA：炎症性、PTX：非壊死性、Pembro：非壊死性)
- ・ インラインフィルタ付きルートを使用
- ・ パクリタキセル中のアルコール過敏に注意
- ・ 外来の場合は車の運転中止
- ・ パクリタキセルによるアレルギーに注意し、原則としてモニタ (HR・SPO2) 使用すること

CBDCA + nabPTX + Pembrolizumab (扁平上皮)

【Day1】



【Day8・15】



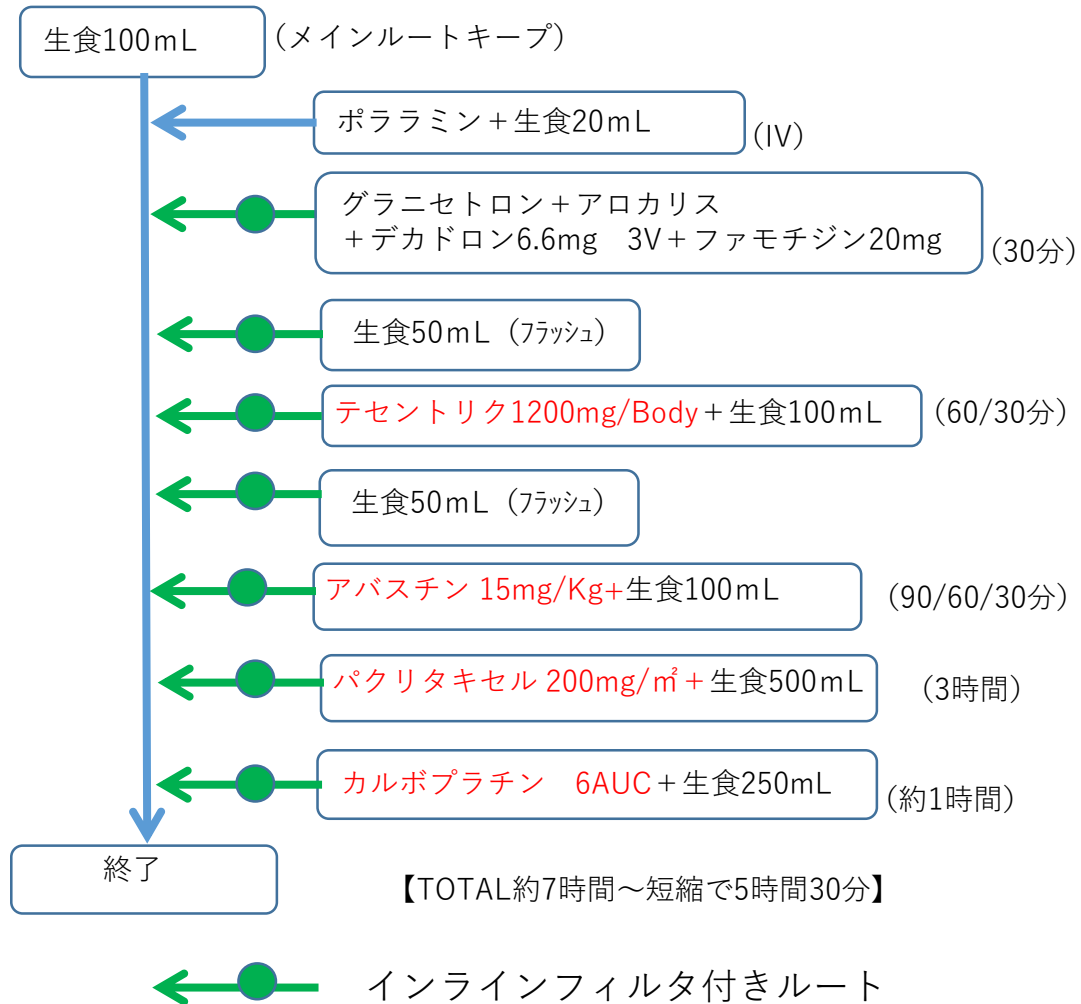
扁平上皮癌

		1コース						2コース
薬剤	Day	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
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA: 中程度 nabPTX: 軽度、Pembro: 最小)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬: オランザピン5mgの併用検討
(day1~day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 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

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

【Day1】



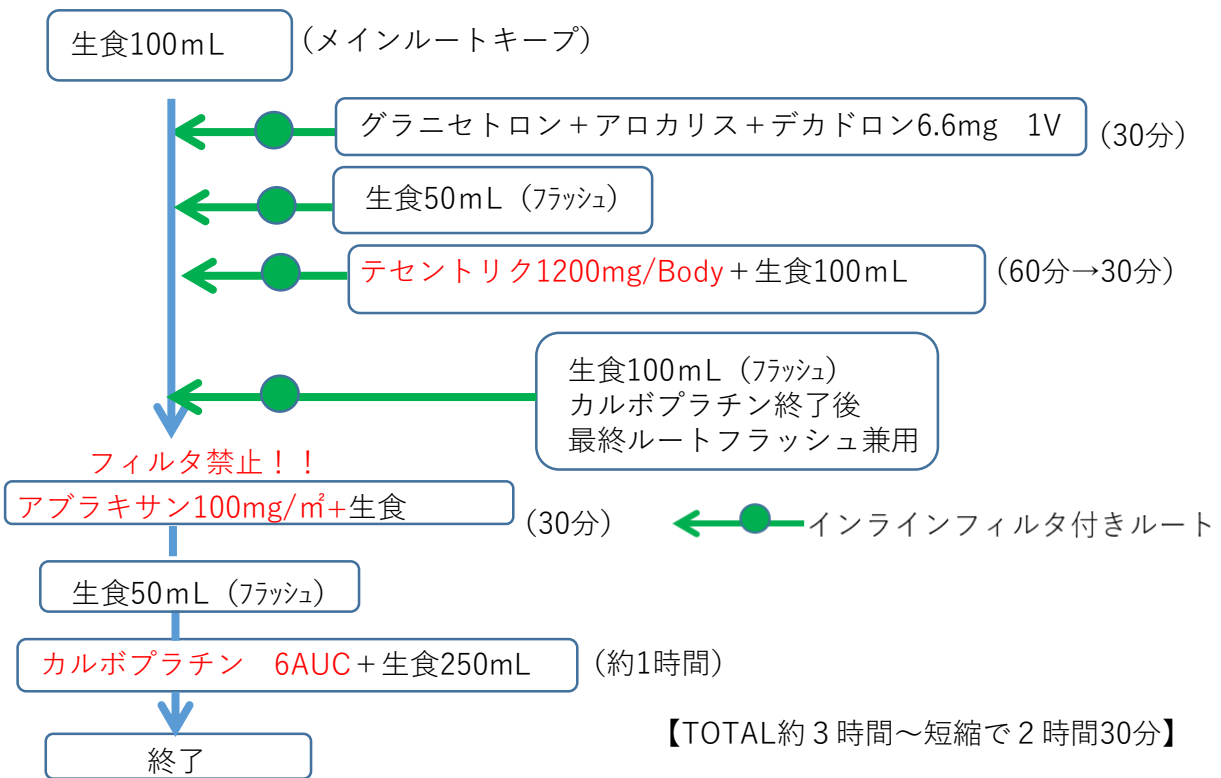
非扁平上皮癌

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

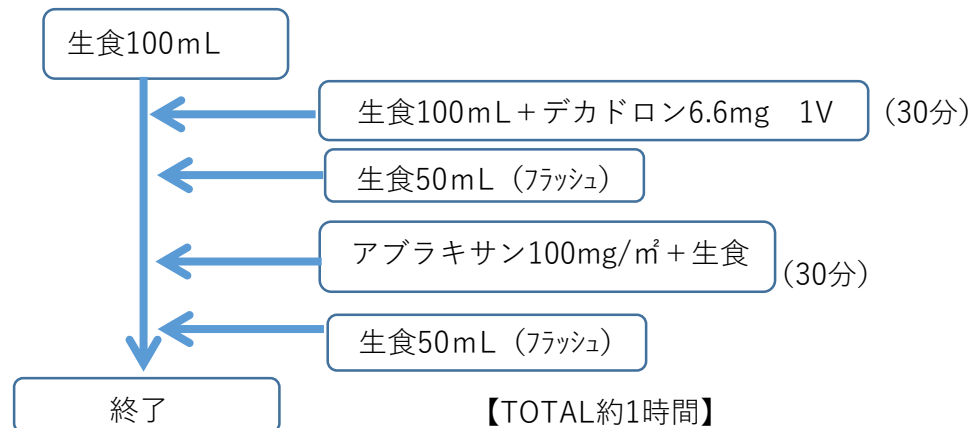
- ・ 1 コース3週おき
- ・ 4～6 コース終了後、BEV + Atezolizumab維持療法へ
- ・ 中等度催吐レジメン（CBDCA：中等度、PTX：軽度、BEV：最小、Atezo:軽度）
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン
5mgの併用検討
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出（CBDCA：炎症性、PTX：壊死性、BEV：非壊死性、Atezo:非壊死性）
- ・ インラインフィルタ付きルートを使用
- ・ パクリタキセル中のアルコール過敏に注意
- ・ 外来の場合は車の運転中止
- ・ 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】



【Day8・15】



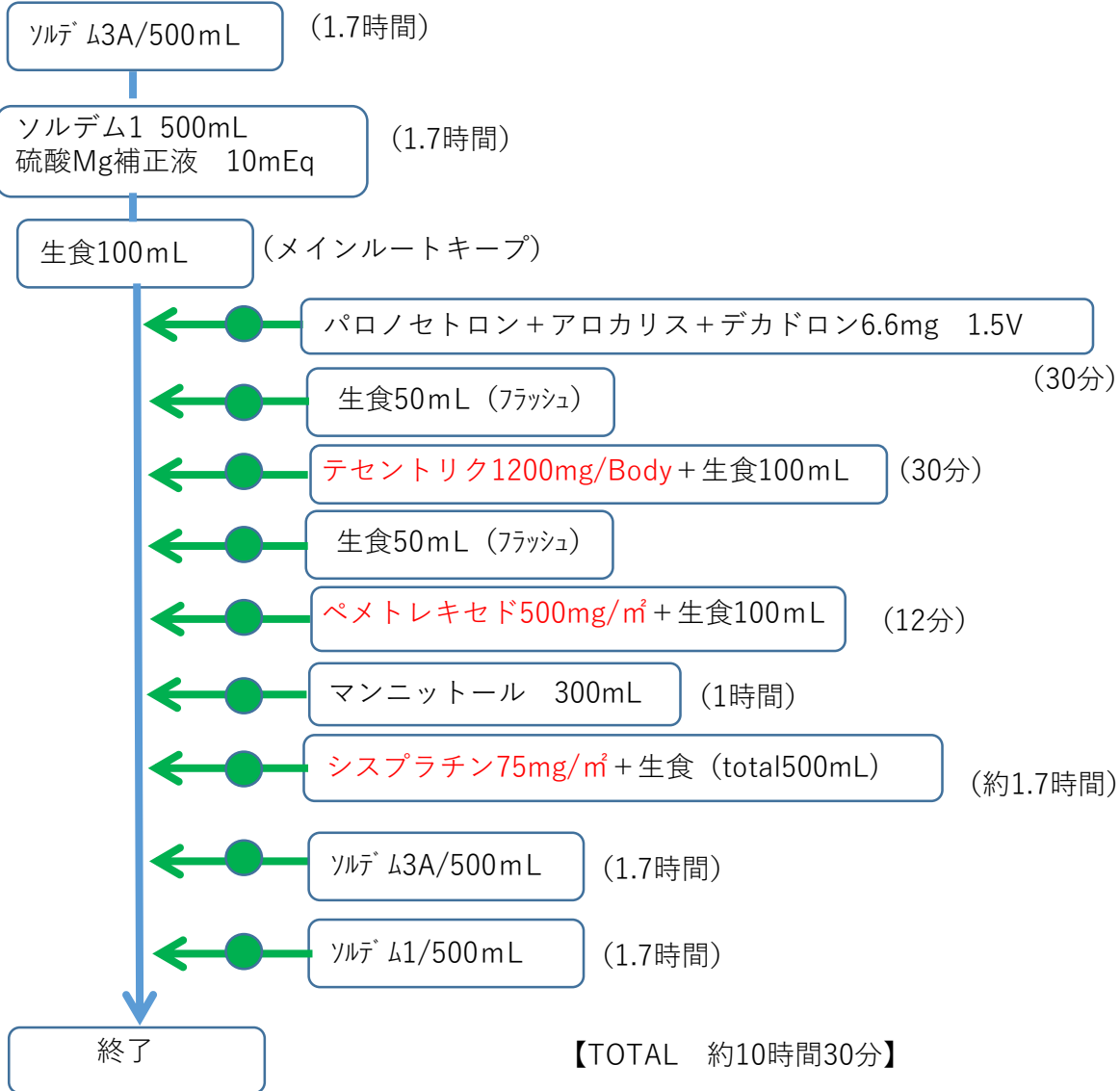
非扁平上皮癌

		1コース						2コース
薬剤	Day	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
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA: 中程度 nabPTX: 軽度、Atezo: 軽度)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬: オランザピン 5mgの併用検討
(day1~day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 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

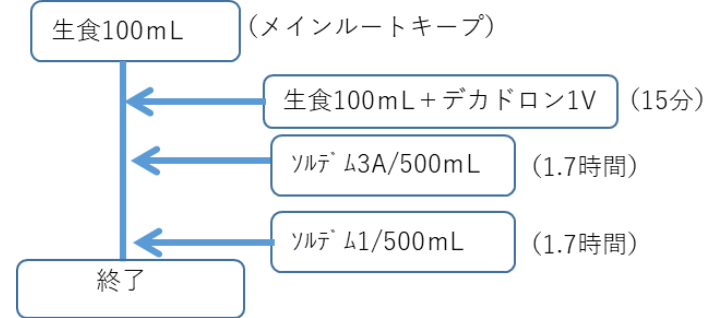
CDDP + PEM + Atezolizumab (非扁平上皮)

【Day1】

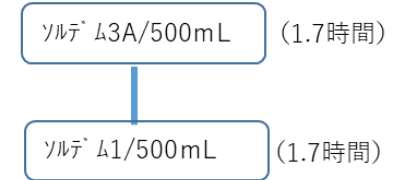


← インラインフィルタ付きルート

【Day2-4】



【Day5】



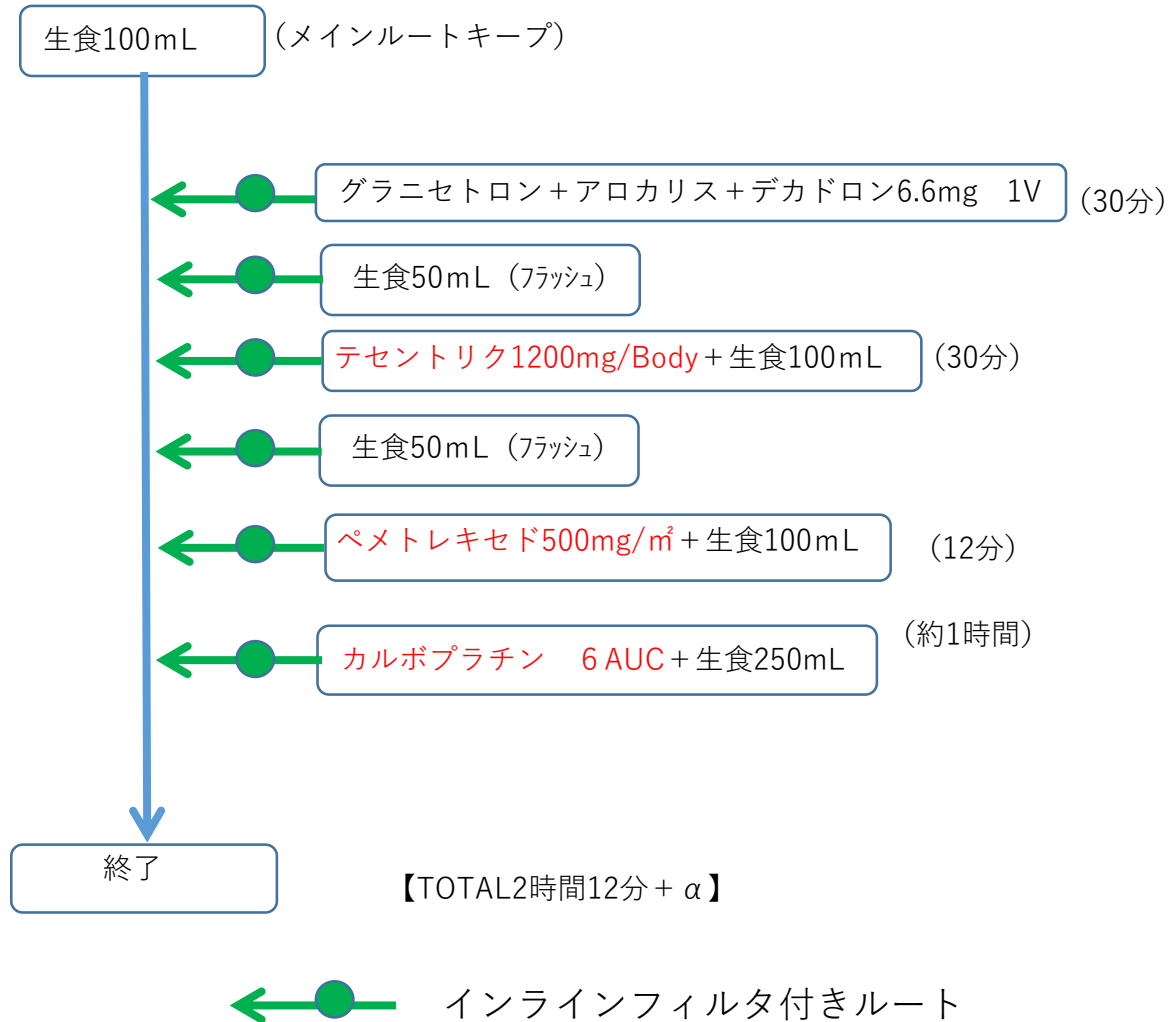
非扁平上皮癌

薬剤		1コース			2コース
		Day 1			22
Atezolizumab (テセントリク)	1200mg/Body	●			●
PEM (ペメトレキシド)	500mg/m²	●			●
CDDP (シスプラチン)	75mg/m²	●			●

- 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)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用推奨
 - 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

CBDCA + PEM + Atezolizumab(非扁平上皮)

【Day1】



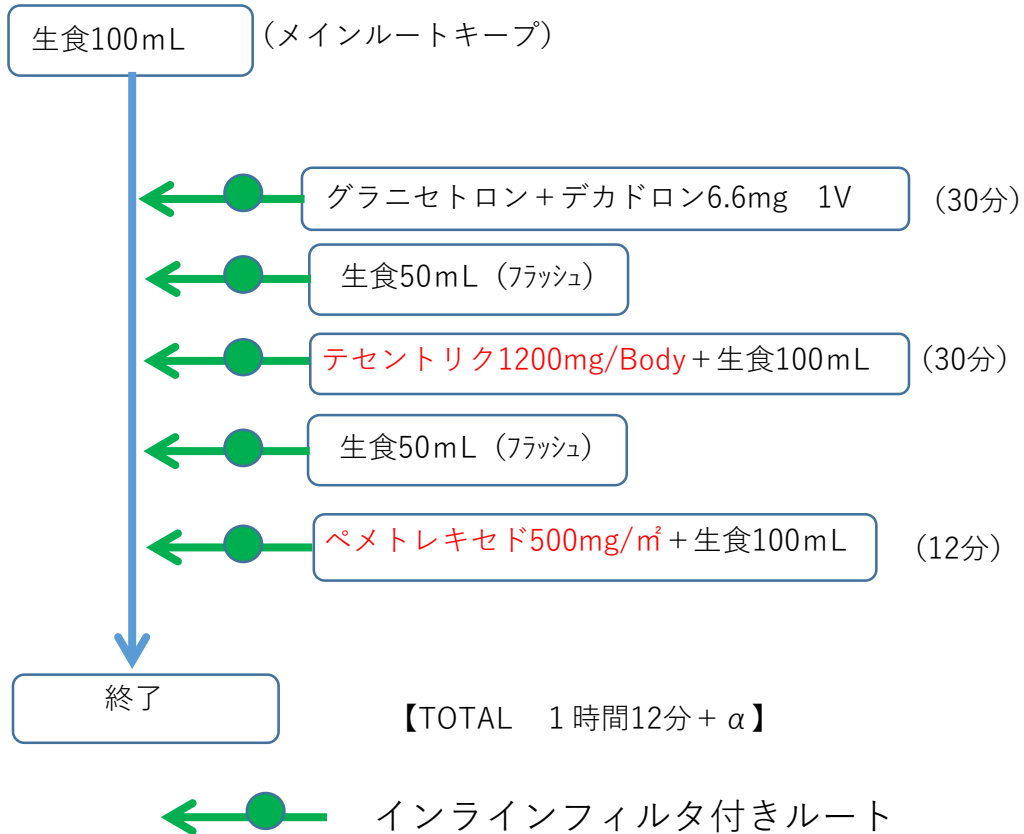
非扁平上皮癌

薬剤		1コース			2コース
		Day	1		22
Atezolizumab (テセントリク)	1 200mg/Body		●		●
PEM (ペメトレキセド)	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
- ・ 中等度催吐レジメン (CBDCA：中等度、PEM：軽度、Atezo：軽度)
悪心嘔吐コントロール不十分で糖尿病患者でない場合には、制吐薬：
オランザピン5mgの併用検討
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 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)	1200mg/Body		●		●
PEM (ペメトレキセド)	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】

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)

パロノセトロン+アロカリス+デカドロン6.6mg 1.5V

(30分)

生食50mL (フラッシュ)

オプジーボ 360mg/Body + 生食100mL

(30分)

生食50mL (フラッシュ)

ヤーボイ 1mg/Kg + 5%ブドウ糖100mL

(30分)

生食50mL (フラッシュ)

ペメトレキセド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)

(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)

【TOTAL 約11時間】

終了

インラインフィルタ付きルート

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 (ペメトレキセド)	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)

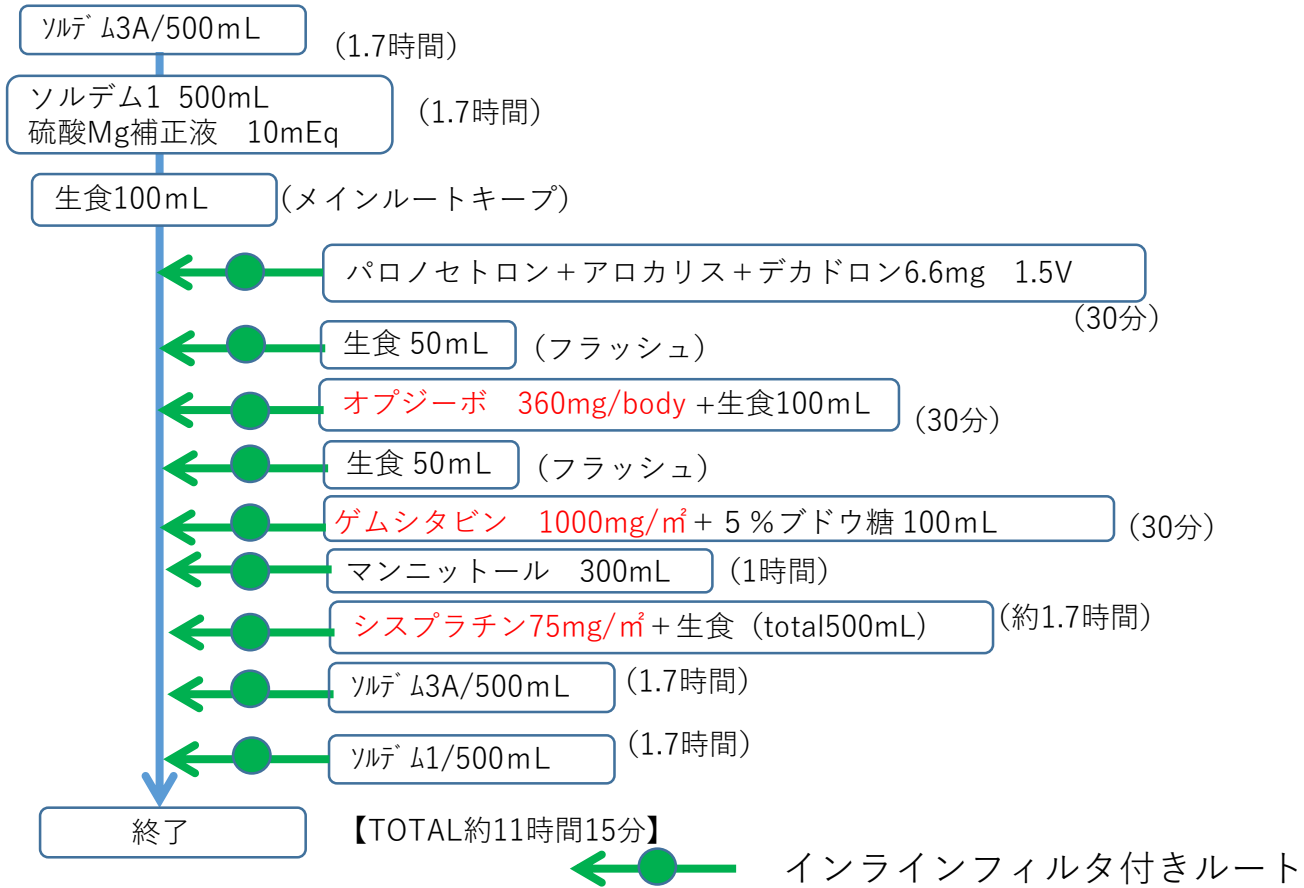
補液はDay 1 - 5 まで予定

- ・ 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)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬：オランザピン5mgの併用推奨
(day1～day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 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](#)

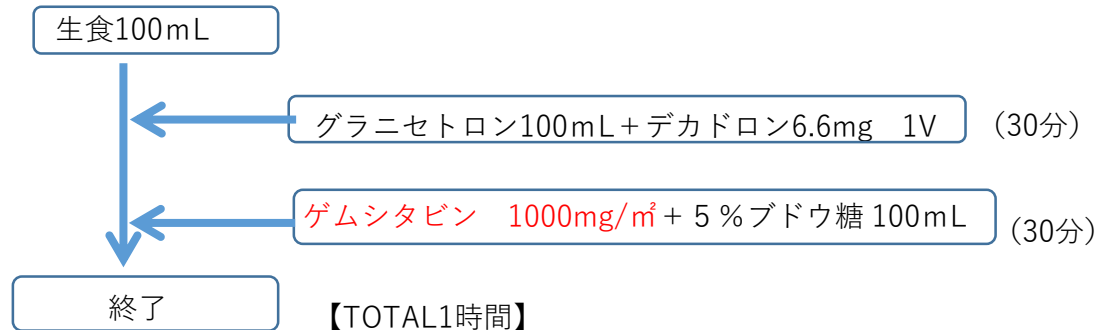
文献：CheckMate 9 LA

《術前補助》 CDDP + GEM+Nivolumab(扁平上皮)

【Day1】 早朝開始



【Day 8】



扁平上皮癌

		1コース				2コース
薬剤	Day	1		8		22
Nivolumab (オプジーボ)	360mg /body	●				●
GEM (ゲムシタビン)	1000mg /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 最大3コースまで
- ・ 高度催吐レジメン (CDDP: 高度、GEM: 軽度、Nivolumab: 最小)
糖尿病患者でない場合には、制吐薬: オランザピン5mgの併用推奨
(day1~day4 日中の眠気を考慮し夕食後 眠気が強い場合は2.5mgも考慮)
- ・ 血管外漏出 (CDDP: 炎症性、GEM: 炎症性、Nivolumab: 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
- ・ 【Day1】のみインラインフィルタ付きルートを使用
- ・ 免疫関連有害事象 (irAE) に注意する。