

## 悪性神経膠腫レジメン

[悪性神経膠腫 TMZ療法 初回](#)

[悪性神経膠腫 TMZ療法 2回目以降](#)

## 頭頸部がんレジメン

[頭頸部がん Nivolumab療法](#)

[頭頸部がん Nivolumab単剤療法 4週毎](#)

[頭頸部がん Pembrolizumab単剤療法](#)

[頭頸部がん Pembrolizumab療法 6週毎](#)

[頭頸部がん weeklyPTX+Cmab療法 初回/2回目以降](#)

各レジメン詳細は、以下頁参照

| レジメン名     | 悪性神経膠腫 TMZ療法 初回   |  |            |                         |      |      |         |        |
|-----------|-------------------|--|------------|-------------------------|------|------|---------|--------|
| 1クールの日数   | 28 日              |  |            |                         |      |      |         |        |
| 適応病名      | 再発又は遠隔転移を有する頭頸部がん |  |            |                         |      |      |         |        |
| レジメン内容    |                   |  |            |                         |      |      |         |        |
| No.       | 薬剤名               | 略名等  | 使用量        | 単位                      | 投与時間 | 投与方法 | 投与日     | 備考     |
| 1         | 生理食塩液             |  | 50         | mL                      | 全開   | 点滴静注 | Day.1-5 | フラッシュ用 |
| 2         | <b>テモゾロミド注</b>    | <b>TMZ</b>   | <b>150</b> | <b>mg/m<sup>2</sup></b> | 90分  | 点滴静注 | Day.1-5 | 抗がん剤   |
|           | 生理食塩液             |  | 100        | mL                      |      |      |         |        |
| 3         | 生理食塩液             |  | 50         | mL                      | 全開   | 点滴静注 | Day.1-5 | フラッシュ用 |
| レジメン登録No. | C710020090        |  |            |                         |      |      |         |        |
| 備考        | 減量・増量基準等          |  |            |                         |      |      |         |        |
|           | 遮光の必要性            | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要   |            |                         |      |      |         |        |
|           | 催吐性リスク            | <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度 |            |                         |      |      |         |        |
|           | 内服制吐剤の必要性         | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要   |            |                         |      |      |         |        |
|           |                   | <input type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day より 日間)  |            |                         |      |      |         |        |
|           |                   | <input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 ( 8 mg/日をDay2 より 3 日間)   |            |                         |      |      |         |        |
|           | その他前投薬の必要性        | <input type="checkbox"/> 必要 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 不要   |            |                         |      |      |         |        |
| 経口抗がん剤併用薬 |                   |  |            |                         |      |      |         |        |
| その他       |                   |  |            |                         |      |      |         |        |

| レジメン名     | 悪性神経膠腫 TMZ療法 2回目以降      |   |                   |                               |      |      |         |        |
|-----------|-------------------------|---|-------------------|-------------------------------|------|------|---------|--------|
| 1クールの日数   | 28 日                    |   |                   |                               |      |      |         |        |
| 適応病名      | 再発又は遠隔転移を有する頭頸部がん       |   |                   |                               |      |      |         |        |
| レジメン内容    |                         |   |                   |                               |      |      |         |        |
| No.       | 薬剤名                     | 略名等   | 使用量               | 単位                            | 投与時間 | 投与方法 | 投与日     | 備考     |
| 1         | 生理食塩液                   |   | 50                | mL                            | 全開   | 点滴静注 | Day.1-5 | フラッシュ用 |
| 2         | <b>テモゾロミド注</b><br>生理食塩液 | <b>TMZ</b>  | <b>200</b><br>100 | <b>mg/m<sup>2</sup></b><br>mL | 90分  | 点滴静注 | Day.1-5 | 抗がん剤   |
| 3         | 生理食塩液                   |   | 50                | mL                            | 全開   | 点滴静注 | Day.1-5 | フラッシュ用 |
| レジメン登録No. | C710011000              |   |                   |                               |      |      |         |        |
| 備考        | 減量・増量基準等                |   |                   |                               |      |      |         |        |
|           | 遮光の必要性                  | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要  |                   |                               |      |      |         |        |
|           | 催吐性リスク                  | <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度  |                   |                               |      |      |         |        |
|           | 内服制吐剤の必要性               | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day より 日間)<br><input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 ( 8 mg/日をDay2 より 3 日間) |                   |                               |      |      |         |        |
|           | その他前投薬の必要性              | <input type="checkbox"/> 必要 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 不要  |                   |                               |      |      |         |        |
|           | 経口抗がん剤併用薬               |   |                   |                               |      |      |         |        |
|           | その他                     |   |                   |                               |      |      |         |        |

| レジメン名     | 頭頸部がん Nivolumab療法      |   |                   |                      |      |      |       |        |
|-----------|------------------------|---|-------------------|----------------------|------|------|-------|--------|
| 1クールの日数   | 14 日                   |   |                   |                      |      |      |       |        |
| 適応病名      | 再発又は遠隔転移を有する頭頸部がん      |   |                   |                      |      |      |       |        |
| レジメン内容    |                        |   |                   |                      |      |      |       |        |
| No.       | 薬剤名                    | 略名等   | 使用量               | 単位                   | 投与時間 | 投与方法 | 投与日   | 備考     |
| 1         | 生理食塩液                  |   | 50                | mL                   | 全開   | 点滴静注 | Day.1 | フラッシュ用 |
| 2         | <b>ニボルマブ注</b><br>生理食塩液 | <b>Nivo</b>   | <b>240</b><br>100 | <b>mg/Body</b><br>mL | 30分  | 点滴静注 | Day.1 | 抗がん剤   |
| 3         | 生理食塩液                  |   | 50                | mL                   | 全開   | 点滴静注 | Day.1 | フラッシュ用 |
| レジメン登録No. | C710020090             |   |                   |                      |      |      |       |        |
| 備考        | 減量・増量基準等               |   |                   |                      |      |      |       |        |
|           | 遮光の必要性                 | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要  |                   |                      |      |      |       |        |
|           | 催吐性リスク                 | <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度  |                   |                      |      |      |       |        |
|           | 内服制吐剤の必要性              | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day より 日間)<br><input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 ( 8 mg/日をDay2 より 3 日間) |                   |                      |      |      |       |        |
|           | その他前投薬の必要性             | <input type="checkbox"/> 必要 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 不要  |                   |                      |      |      |       |        |
|           | 経口抗がん剤併用薬              |   |                   |                      |      |      |       |        |
|           | その他                    |   |                   |                      |      |      |       |        |

| レジメン名     | 頭頸部がん Nivolumab療法 4週毎 |   |                   |                      |      |      |       |        |
|-----------|-----------------------|---|-------------------|----------------------|------|------|-------|--------|
| 1クールの日数   | 28 日                  |   |                   |                      |      |      |       |        |
| 適応病名      | 再発又は遠隔転移を有する頭頸部がん     |   |                   |                      |      |      |       |        |
| レジメン内容    |                       |   |                   |                      |      |      |       |        |
| No.       | 薬剤名                   | 略名等   | 使用量               | 単位                   | 投与時間 | 投与方法 | 投与日   | 備考     |
| 1         | 生理食塩液                 |   | 50                | mL                   | 全開   | 点滴静注 | Day.1 | フラッシュ用 |
| 2         | <b>オプジーボ</b><br>生理食塩液 | <b>Nivo</b>   | <b>480</b><br>100 | <b>mg/Body</b><br>mL | 30分  | 点滴静注 | Day.1 | 抗がん剤   |
| 3         | 生理食塩液                 |   | 50                | mL                   | 全開   | 点滴静注 | Day.1 | フラッシュ用 |
| レジメン登録No. | C710020190            |   |                   |                      |      |      |       |        |
| 備考        | 減量・増量基準等              |   |                   |                      |      |      |       |        |
|           | 遮光の必要性                | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要  |                   |                      |      |      |       |        |
|           | 催吐性リスク                | <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度  |                   |                      |      |      |       |        |
|           | 内服制吐剤の必要性             | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day より 日間)<br><input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 ( 8 mg/日をDay2 より 3 日間) |                   |                      |      |      |       |        |
|           | その他前投薬の必要性            | <input type="checkbox"/> 必要 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 不要  |                   |                      |      |      |       |        |
|           | 経口抗がん剤併用薬             |   |                   |                      |      |      |       |        |
|           | その他                   |   |                   |                      |      |      |       |        |

| レジメン名     | 頭頸部がん Pembrolizumab単剤療法 |  |     |         |      |      |       |        |
|-----------|-------------------------|--|-----|---------|------|------|-------|--------|
| 1クールの日数   | 21日                     |  |     |         |      |      |       |        |
| 適応病名      | 再発又は遠隔転移を有する頭頸部がん       |  |     |         |      |      |       |        |
| レジメン内容    |                         |  |     |         |      |      |       |        |
| No.       | 薬剤名                     | 略名等  | 使用量 | 単位      | 投与時間 | 投与方法 | 投与日   | 備考     |
| 1         | 生理食塩液                   |  | 50  | ml      | 全開   | 点滴注射 | Day.1 | ルート確保  |
| 2         | ペムブロリズマブ注<br>生理食塩液      | Pembro   | 200 | mg/Body | 30分  | 点滴注射 | Day.1 | 抗がん剤   |
|           |                         |  | 100 | ml      |      |      |       |        |
| 3         | 生理食塩液                   |  | 50  | ml      | 全開   | 点滴注射 | Day.1 | フラッシュ用 |
| レジメン登録No. | C7100300a0              |  |     |         |      |      |       |        |
| 備考        | 減量・増量基準等                |  |     |         |      |      |       |        |
|           | 遮光の必要性                  | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要   |     |         |      |      |       |        |
|           | 催吐性リスク                  | <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度   |     |         |      |      |       |        |
|           | 内服制吐剤の必要性               | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day より 日間)<br><input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 ( mg/日をDay より 日間) |     |         |      |      |       |        |
|           | その他前投薬の必要性              | <input type="checkbox"/> 必要 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 不要   |     |         |      |      |       |        |
|           | 経口抗がん剤併用薬               |  |     |         |      |      |       |        |
|           | その他                     |  |     |         |      |      |       |        |

| レジメン名     | 頭頸部がん Pembrolizumab療法 6週毎 |  |     |         |      |      |       |        |
|-----------|---------------------------|--|-----|---------|------|------|-------|--------|
| 1クールの日数   | 42日                       |  |     |         |      |      |       |        |
| 適応病名      | 再発又は遠隔転移を有する頭頸部がん         |  |     |         |      |      |       |        |
| レジメン内容    |                           |  |     |         |      |      |       |        |
| No.       | 薬剤名                       | 略名等  | 使用量 | 単位      | 投与時間 | 投与方法 | 投与日   | 備考     |
| 1         | 生理食塩液                     |  | 50  | ml      | 全開   | 点滴注射 | Day.1 | ルート確保  |
| 2         | ペムブロリズマブ注<br>生理食塩液        | Pembro   | 400 | mg/Body | 30分  | 点滴注射 | Day.1 | 抗がん剤   |
| 3         | 生理食塩液                     |  | 50  | ml      | 全開   | 点滴注射 | Day.1 | フラッシュ用 |
| レジメン登録No. | C7100301a0                |  |     |         |      |      |       |        |
| 備考        | 減量・増量基準等                  |  |     |         |      |      |       |        |
|           | 遮光の必要性                    | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要   |     |         |      |      |       |        |
|           | 催吐性リスク                    | <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度   |     |         |      |      |       |        |
|           | 内服制吐剤の必要性                 | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day より 日間)<br><input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 ( mg/日をDay より 日間) |     |         |      |      |       |        |
|           | その他前投薬の必要性                | <input type="checkbox"/> 必要 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 不要   |     |         |      |      |       |        |
|           | 経口抗がん剤併用薬                 |  |     |         |      |      |       |        |
|           | その他                       |  |     |         |      |      |       |        |



| レジメン名     | 頭頸部がん weeklyPTX+Cmab療法/初回、2回目以降   |  |                           |                               |         |      |        |                |
|-----------|---|--|---------------------------|-------------------------------|---------|------|--------|----------------|
| 1クールの日数   | 7日  |  |                           |                               |         |      |        |                |
| 適応病名      | 根治切除不能な進行・再発頭頸部がん   |  |                           |                               |         |      |        |                |
| レジメン内容    |   |  |                           |                               |         |      |        |                |
| No.       | 薬剤名   | 略名等  | 使用量                       | 単位                            | 投与時間    | 投与方法 | 投与日    | 備考             |
| 1         | デキサメタゾン注<br>ファモチジン注<br>d-クロルフェニラミン注<br>生理食塩液  |  | 6.6<br>20<br>5<br>50      | mg<br>mg<br>mg<br>mL          | 15分     | 点滴注射 | Day.1, | 制吐剤<br>抗アレルギー薬 |
| 2         | <b>セツキシマブ注</b><br>生理食塩液   | <b>Cmab</b>  | <b>400→250</b><br>500→250 | <b>mg/m<sup>2</sup></b><br>mL | 120→60分 | 点滴注射 | Day.1, | 抗がん剤           |
| 3         | 生理食塩液   |  | 50                        | mL                            | 12分     | 点滴注射 | Day.1, | フラッシュ用         |
| 4         | <b>パクリタキセル注</b><br>5%ブドウ糖液  | <b>PTX</b>   | <b>80</b><br>250          | <b>mg/m<sup>2</sup></b><br>mL | 60分     | 点滴注射 | Day.1, | 抗がん剤           |
| 5         | 生理食塩液   |  | 50                        | mL                            | 全開      | 点滴注射 | Day.1, | フラッシュ用         |
| レジメン登録No. | C710060030、C710061030   |  |                           |                               |         |      |        |                |
| 備考        | 減量・増量基準等  |  |                           |                               |         |      |        |                |
|           | 遮光の必要性  | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要   |                           |                               |         |      |        |                |
|           | 催吐性リスク  | <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 最小度 |                           |                               |         |      |        |                |
|           | 内服制吐剤の必要性   | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要  |                           |                               |         |      |        |                |
|           |   | <input type="checkbox"/>   |                           |                               |         |      |        |                |
|           | その他前投薬の必要性  | <input type="checkbox"/> 必要 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 不要   |                           |                               |         |      |        |                |
|           | 経口抗がん剤の有無   | <input type="checkbox"/>   |                           |                               |         |      |        |                |
| その他       | <ul style="list-style-type: none"> <li>●過敏症状予防目的として、セツキシマブ、パクリタキセル投与前に前投薬を設定。</li> <li>●セツキシマブは初回400mg/m<sup>2</sup>を120分、2回目以降250mg/m<sup>2</sup>を60分で投与。</li> </ul> |  |                           |                               |         |      |        |                |