

## 悪性中皮腫 レジメン

[CBDCA+PEM療法](#)

[CDDP+PEM療法](#)

[PEM単独療法](#)

[Nivolumab単剤療法](#)

[Nivolumab単剤療法 4週毎](#)

[Nivolumab+Ipilimumab療法 Nivo3週毎](#)

各レジメン詳細は、以下頁参照

レジメン名	悪性中皮腫 CBDCA+PEM療法							
1クールの日数	21 日							
適応病名	悪性中皮腫							
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	グラニセトロン注 デキサメタゾン注		1 4.95	mg mg	15分	点滴注射	Day.1	制吐剤
2	ペメトレキセド注 生理食塩液	PEM	500 50	mg/m <sup>2</sup> ml	10分	点滴注射	Day.1	抗がん剤
3	カルボプラチン注 5%ブドウ糖液	CBDCA	5 250	mg/GFR+25 ml	60分	点滴注射	Day.1	抗がん剤
4	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.	C45M510000							
	内服制吐剤	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day 1より 3日間) <input checked="" type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 (4mg/日をDay 2より 3日間)						
	その他前投薬	<input type="checkbox"/> 必要 (       ) <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	経口抗がん剤併用薬							
	備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>●パンビタン末1g/日 (PEM投与の7日以上前から投与最終の22日後まで。</li> <li>●メチコバル注1mg/回 (PEM投与の7日前に筋注)以後9週ごとに投与。</li> <li>●原則は4コースまで、終了後はPEM維持療法へ移行する。</li> </ul>						

レジメン名	悪性中皮腫 CDDP+PEM療法							
1クールの日数	21 日							
適応病名	悪性中皮腫							
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	硫酸Mg補正液 生理食塩液		20 1,000	ml ml	120分	点滴注射	Day.1	ハイドレーション
2	パロノセトロン注 デキサメタゾン注 生理食塩液		0.75 9.9 50	mg mg ml	15分	点滴注射	Day.1	制吐剤
3	ペメトレキセド注 生理食塩液	PEM	500 50	mg/m <sup>2</sup> ml	10分	点滴注射	Day.1	抗がん剤
4	シスプラチン注 生理食塩液	CDDP	80 500	mg/m <sup>2</sup> ml	120分	点滴注射	Day.1	抗がん剤
5	フロセミド注		20	mg	数分	静脈注射	Day.1	利尿剤
6	生理食塩液		1,000	ml	120分	点滴注射	Day.1	ハイドレーション
レジメン登録No.	C45M01000A							
	内服制吐剤	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day 1 より 3日間) <input checked="" type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 (8mg/日をDay 2 より 3日間) <input checked="" type="checkbox"/> オランザピン錠 (5mg/日をDay1より4日間)						
	その他前投薬	<input type="checkbox"/> 必要 (      )		<input checked="" type="checkbox"/> 不要				
	経口抗がん剤併用薬							
	備考	●パンピタン末1g/日 (PEM投与の7日以上前から投与最終の22日後まで。 ●メチコバル注1mg/回 (PEM投与の7日前に筋注)以後9週ごとに投与。 ●原則は4コースまで、終了後はPEM維持療法へ移行する。						

レジメン名	悪性中皮腫 PEM 療法							
1クールの日数	21 日							
適応病名								
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 グラニセトロン注		6.6 1	mg mg	15分	点滴注射	Day.1	制吐剤
2	<b>ペメトレキセド注</b> 生理食塩液	<b>PEM</b>	<b>500</b> 50	<b>mg/m<sup>2</sup></b> mL	10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.	C45M510000							
	内服制吐剤	<input type="checkbox"/> 必要	<input checked="" type="checkbox"/> 不要					
	その他前投薬	<input type="checkbox"/> 必要 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 不要					
	経口抗がん剤併用薬							
	備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>●パンビタン末1g/日 PEM投与の7日以上前から投与最終の22日後まで。</li> <li>●メチコバル注1mg/回 (PEM投与の7日前に筋注)以後9週ごとに投与。</li> </ul>						

レジメン名	悪性中皮腫 Nivolumab+Ipilimumab療法 Nivo3週毎							
1クールの日数	42 日							
適応病名	悪性中皮腫							
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.1.22	ライン確保
2	<b>ニボルマブ注</b> 生理食塩液	<b>Nivo</b>	<b>360</b>	<b>mg/Body</b> 100 mL	30分	点滴注射	Day.1.22	抗がん剤
3	生理食塩液		100	mL	30分	点滴注射	Day.1	ライン維持用
4	<b>イピリムマブ注</b> 生理食塩液	<b>Ipi</b>	<b>1</b>	<b>mg/kg</b> 50 mL	30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.1.22	フラッシュ用
レジメン登録No.	C34N9112f0							
	内服制吐剤の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	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							
	備考	<p>●他の抗悪性腫瘍薬と併用可能。併用療法の種類は以下のいずれか。  ニボルマブ・イピリムマブ、カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用  ニボルマブ・イピリムマブ、カルボプラチン又はシスプラチン及びペメトレキセドとの併用</p>						

レジメン名	悪性中皮腫 Nivolumab単剤療法							
1クールの日数	14日							
適応病名								
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> 生理食塩液	<b>Nivo</b>	<b>240</b> 100	<b>mg/Body</b> 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.	C45M910000							
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 (当院版レジメン登録にあたっての留意点等)							

レジメン名	悪性中皮腫 Nivolumab療法 4週毎							
1クールの日数	14 日							
適応病名								
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> 生理食塩液	<b>Nivo</b>	<b>480</b> 100	<b>mg/Body</b> 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.	C45M910190							
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 (当院版レジメン登録にあたっての留意点等)							