

がん化学療法レジメン登録票

新規レジメン登録の際にはプロトコルの提出が必須です
プロトコルがない場合は参考文献を提出してください

レジメン名	CY+BU4
診療科名	血液・腫瘍内科
診療科責任者名	末永孝生
適応がん種	同種造血幹細胞移植における移植前処置
保険適応外の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	Allo-2
登録日・更新日	2018年8月28日
削除日	
出典	Bone Marrow Transplantation (2009) 43, 611-617 造血幹細胞移植ガイドライン
入力者	伊勢崎竜也

投与順に記入(抗がん剤のみ)

	薬剤名	規格	投与量算出式	ルート	投与時間	施行日
No.1	注射用エンドキサン	500mg	60mg/kg/day	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	3時間	day-3 ~ day-2
	生理食塩液	500mL				
No.2	ブスルフェクス点滴静注用	60mg	3.2mg/kg	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	3時間	day-7 ~ -4
	5%ブドウ糖液	250mL				

1コースの期間	
投与間隔の短縮規定	<input type="checkbox"/> 短縮可能() ・ <input checked="" type="checkbox"/> 短縮不可能
計算後の投与量上限値	110%
計算後の投与量下限値	50%

減量・中止基準	【開始基準】 Ccr>30mL/min、T-BIL<2mg/dL
前投薬	抗5-HT3制吐剤+デキサメタゾン+アプレピタント BU投与中:抗痙攣薬(バルプロ酸、フェニトインなど)
その他の注意事項	<VOD/SOS予防> ダルテパリン 75U/kg day-7~28 ウルソ 300mg 1日2回 po day-7~移植後3ヶ月まで <メスナ day-3,-2> シクロホスファミド1日量の40%相当量を1回量とし、1日3回(シクロホスファミド投与時、4時間後、8時間後)30分かけて点滴静注する。

記入者	伊勢崎竜也
確認者	竹内正美