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ールの提出が必須です
プロトコー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	MCEC
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	悪性リンパ腫に対する自家造血幹細胞移植
保険適応外の使用	□有　■無

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	Auto-11
登録日・更新日	2024年4月27日
削除日	
出典	Bone Marrow Transplantation (2010) 45, 311-316 造血細胞移植ガイドライン ― 移植前処置（第2版）
入力者	湯山　聡

投与順に記入（抗がん剤のみ）

	薬剤名：一般名 （薬剤名：商品名） 希釈液	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
No.1	ラニムスチン （注射用サイメリン）	50mg	200 mg/m^2	□IV ■DIV ■CV □側管 □その他（ ）	1時間	day -8, -3
	生理食塩液	100mL				
No.2	カルボプラチン （カルボプラチン点滴静注液）	50mg、150mg、450mg	300 mg/m^2	□IV ■DIV ■CV □側管 □その他（ ）	1時間	day -7 ～ -4
	生理食塩液	250mL				
No.3	エトポシド （エトポシド点滴静注）	100mg	500 mg/m^2	□IV ■DIV ■CV □側管 □その他（ ）	4～6時間 ※2	day -6 ～ -4
	生理食塩液	1000mL　※1				
No.4	シクロホスファミド水和物 （注射用エンドキサン）	100mg、500mg	50 mg/kg	□IV ■DIV ■CV □側管 □その他（ ）	3時間	day -3 ～ -2
	生理食塩液	500mL				

1コースの期間	-
投与間隔の短縮規定	□短縮可能（　日）・ ■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	
前投薬	アプレピタント＋5-HT3受容体拮抗型制吐剤＋デキサメタゾン±オランザピン
その他の注意事項	※1　エトポシドは原則0.4mg/mLを超えないように希釈する。 ※2　希釈液量に合わせて投与速度を設定する。 ・カルボプラチンのハイドレーションは当院の標準化に従う ＜day -3 ～ -2 メスナ＞ ・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	湯山　聡
確認者	大浦　光章