

# 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	R-CHOP/R-DHAP
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	マンツル細胞リンパ腫
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	MCL-006
登録日・更新日	2020年4月28日登録 2023年7月8日改訂
削除日	
出典	Lancet. 2016 Aug; 6:388(10044):565-75
入力者	湯山 聡

### 投与順に記入(抗がん剤のみ)

Cycles 1,3,5 R-CHOP						
	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	リツキシマブ (リツキシマブBS点滴静注) 生理食塩液	100mg, 500mg 500 mL	375 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	※	day0
No.2	シクロホスファミド水和物 (注射用エンドキサン) 生理食塩液	100mg, 500mg 500 mL	750 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	1時間	day1
No.3	ドキシソリン硫酸塩 (ドキシソリン硫酸塩注射液) 生理食塩液	10mg, 50mg 100 mL	50 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	bolus	day1
No.4	ビンクリスチン硫酸塩 (オンコピン注射液) 生理食塩液	1mg 100 mL	1.4 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	bolus	day1
No.5	プレドニゾン (プレドニゾン錠)	5mg	100 mg/body	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(内服)	内服	day1-5

### 投与順に記入(抗がん剤のみ)

Cycles 2,4,6 R-DHAP						
	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	リツキシマブ (リツキシマブBS点滴静注) 生理食塩液	100mg, 500mg 500 mL	375 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	※	day0
No.2	シスプラチン (シスプラチン注) 生理食塩液	10mg, 50mg 500mL	100 mg/m <sup>2</sup> ※溶液が合計500mL	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	24時間	day1
No.3	シタラピン (シタラピン点滴静注液、キロサイド注) 生理食塩液	400mg, 1g 500mL	2g/m <sup>2</sup> / dose 12時間ごと	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	3時間	day2
No.4	デキサメタゾン(デキサート注射液)	1.65mg, 6.8mg	40 mg/body	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	15分	day1-2
No.5	デキサメタゾン(デカロン錠4mg)	4mg	40 mg/body	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(内服)	1回/日	day3-4

1コースの期間	21日
投与間隔の短縮規定	<input type="checkbox"/> 短縮可能(日)・ <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	<p>【開始基準】 AST&lt;100IU/L、ALT&lt;100IU/L、T-Bil&lt;2mg/dL、Scr&lt;2mg/dL、EF&gt;50%</p> <p>【減量基準】 ・シタラピン     &gt;70歳 : 1g/m<sup>2</sup> × 2 へ減量     ANC&lt;200/μL : 1g/m<sup>2</sup> × 2 へ減量     Plt&lt;20000/μL : 1g/m<sup>2</sup> × 2 へ減量     好中球減少症に関連した敗血症 : 0.5g/m<sup>2</sup> × 1 へ減量 ・シスプラチン     Scr 1.5-2.0mg/dL : 75mg/m<sup>2</sup> へ減量     Scr 2.1-3.0mg/dL : 50mg/m<sup>2</sup> へ減量</p> <p>【中止基準】 (R-CHOP) ・Grade3以上の神経毒性が見られた場合はビンクリスチン硫酸塩を中止 ・SCr≥2.0mg/dLの場合は中止 ・総ビリルビン値≥2.0mg/dLの場合は中止 ・ASTあるいはアルカリホスファターゼがULN≥2倍の場合は中止 ・NYHAクラスⅢあるいはⅣの心疾患、あるいは6ヶ月以内の心筋梗塞、1ヶ月以内の左心室駆出率が45%未満の場合は投与中止</p>
前投薬	<p>【Infusion Reaction予防】 アセトアミノフェン500mg+クロルフェニラミン注10mg+ファモチジン注20mg+ハイドロコルチゾン注100mg</p> <p>【制吐剤】 Cycles 1,3,5:5-HT3受容体拮抗薬 Cycles 2,4,6:アプレピタント + 5-HT3受容体拮抗薬</p>
その他の注意事項	<p>※ リツキシマブの投与方法は院内標準化に準拠する。</p> <p>(シクロホスファミド) ・ベントスタチンを併用しないこと。</p> <p>(ビンクリスチン) ・ビンクリスチン硫酸塩の1日最大投与量は2mg/bodyとする。 ・ビンクリスチン硫酸塩の投与前日から投与翌日までの3日間はイトラコナゾールを中止する</p> <p>(ドキシソリン) ・ドキシソリン硫酸塩の総投与量は500mg/m<sup>2</sup>以下とし、定期的に心エコーによる心機能検査を実施する。</p> <p>(シスプラチン) ・シスプラチンのハイドレーションは当院の標準化に従うこと。</p> <p>(シタラピン) ・眼症状の予防のために、副腎皮質ホルモン点眼剤(フルオロメトロン点眼液0.1%、ベタメタゾン点眼液0.1%等)を使用すること。</p> <p>B型肝炎ウイルスキャリアの患者又は既往感染者(HBs抗原陰性、かつHBe抗体又はHBs抗体陽性)において、本剤の投与によりB型肝炎ウイルスの再活性化による肝炎があらわれることがあるので、本剤投与に先立って肝炎ウイルス感染の有無を確認し、本剤投与前に適切な処置を行うこと。本剤の治療開始後及び治療終了後は、継続して肝機能検査や肝炎ウイルスマーカーのモニタリングを行うなど、B型肝炎ウイルスの再活性化の徴候や症状の発現に注意すること。</p>

記入者	湯山 聡
確認者	竹内 正美