

肝細胞がん

1	アイエーコール動注
2	イミフィンジ1500mg 4週毎
3	イミフィンジ+イジユド
4	オプジーボ+ヤーボイ
5	サイラムザ
6	テセントリク+Bev

化学療法計画書

2024年11月改訂

治療法名	アイエコール動注		
コース数		コース目	
腫瘍種	肝細胞がん		
患者名		♂	年齢
患者ID		生年月日	
部署		主治医	科 Dr

開始予定日

治療内容	Day	1	2	3	4	5	6	7	8	...	15	...	22	...	29	...
	予定日	1/0							1/7		1/14		1/21		1/28	
アイエコール	65 mg/m ²	↓														
パロノセトロン	0.75mg	↓														↓
デキサート	9.9mg	↓														↓
アロカリス	235mg	↓														↓
デカドロン	8 mg		↓	↓	↓	↓										↓
オランザピン	5mg		↓	↓	↓	↓										↓
治療開始日																
身長	150 cm	体重	50 kg	BSA	1.433 m ²	治療間隔	4-6週毎	予定コース数	コース							
eGFR	79 mL/min	eGFR/BSA	65 mL/min													

Day 1の投与可否の基準	
・ PS:0-2	
・ WBC ≥ 3000	
・ Plt ≥ 50,000	・ Hb ≥ 9.5
・ BUN : 25以下	
・ Cr : ULN以下	ULN以上の場合、以下の減量で投与考慮
	(CCr45-60 (75%量) CCr30-45 (50%量) CCr30未満中止)
・ PT活性 ≥ 50%以上	
・ 肝障害度C等の高度に肝機能が低下した患者	
(T-bil > 3.0、Alb < 3.0、ICGR ₁₅ (%) 40超)	

末梢メインルート (Day 1)

1) 生理食塩液	500mL	2h	10:00
2) 生理食塩液	500mL	2h	12:00
3) パロノセトロン	0.75mg	30分	14:00
デキサート	9.9mg		
アロカリス	235mg		
4) 終了直後			
5) ラシックス	1A		
6) 生理食塩液	1000mL	4h	14:30
KCL	1キット		
硫酸マグネシウム	1A		

動注ルート

4) 生理食塩液	65mL	14:30
アイエコール	90mg	30分で動注

シリンジポンプ使用

オランザピンは糖尿病の患者に禁忌

- ★オランザピン5mgはday 1の夕から
- ★デカドロンはday2の朝から
- ★体重1kg増加⇒医師に報告 (利尿剤の考慮)
- ★day1からの飲水指導 (イオン飲料1Lを目安、イオン飲料不得手であれば他の水分可)

化学療法計画書

2025年1月改訂

治療法名	イミフィンジ		
コース数		コース目	
腫瘍種	小細胞肺がん 非小細胞肺がん 肝がん 胆道がん 子宮体がん		
患者名		♂	年齢
患者ID		生年月日	
部署		主治医	Dr

開始予定日

治療内容	Day	1	15	29	43	57
	予定日	1/0		1/28		
イミフィンジ 1500 mg		↓				
治療開始日		治療間隔	4週毎	予定コース数		コース
身長	150 cm	体重	50 kg	BSA	1.433 m ²	
eGFR	79 mL/min	eGFR/BSA	64 mL/min			

day1

インラインフィルターを使用

1) 生理食塩液 50mL 血管確保

2) 生理食塩液 100mL
イミフィンジ 1500mg 60分 30kg以下は20mg/kg

3) 生理食塩液 50 mL フラッシュ

インフュージョンリアクションに注意

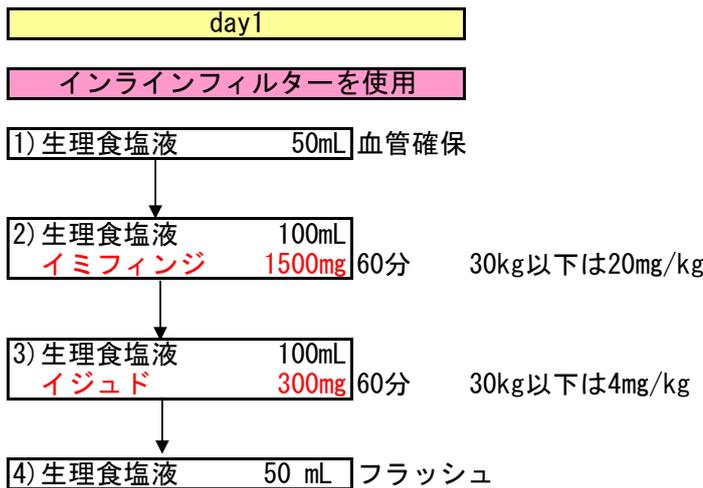
化学療法計画書

2023年5月作成

治療法名	イミフィンジ+イジユド		
コース数	1	コース目	
腫瘍種	肝がん		
患者名		♂	年齢
患者ID		生年月日	
部署		主治医	Dr

開始予定日

治療内容	Day	1 15 29 43 . . . 57 . . .
	予定日	1/0 ↓ 1/28 ↓
イミフィンジ 1500 mg		↓
イジユド 300 mg		↓
治療開始日		治療間隔 4週毎 予定コース数 1 コース
身長 150 cm	体重 50 kg	BSA 1.433 m2
eGFR 79 mL/min	eGFR/BSA 64 mL/min	



インフュージョンリアクションに注意

化学療法計画書

2025年7月改訂

治療法名	オブジーボ/ヤーボイ		
コース数		コース目	
腫瘍種	悪性黒色腫 肝細胞癌		
患者名		♂	年齢
患者ID	生年月日		
部署		主治医	科 Dr

開始予定日

治療内容	Day	1 8 15 22	
	予定日	1/0	
ヤーボイ	3 mg/kg	↓	
オブジーボ	80 mg/body	↓	
治療開始日		治療間隔	
		3週毎	
		予定コース数	
		4回で終了	
身長	150 cm	体重	50 kg
eGFR	27 mL/min	eGFR/BSA	24 mL/min

投与開始基準
・自己免疫疾患の合併または既往歴のある患者は慎重に投与
延期基準
・ G2の有害事象
肺臓炎：ステロイド投与
下痢・大腸炎：ステロイド投与
肝障害：ステロイド投与
甲状腺機能低下症：甲状腺ホルモンの治療
甲状腺機能亢進症：非選択的β遮断薬など対処療法
神経障害：ステロイド投与
腎障害：ステロイド投与
副腎機能障害：ステロイド投与
下垂体機能障害：ステロイド投与
I型糖尿病：インスリン補充療法考慮
膵炎：ステロイド投与
横紋筋融解症・筋炎：ステロイド考慮
重症筋無力症：抗コリンエステラーゼ検討
脳炎・髄膜炎：ステロイド考慮
心筋炎：ステロイド考慮

皮膚障害はG3で休薬
 原則専門医に相談
 G1に改善した場合は1か月以上かけてステロイド漸減
 日和見感染に注意

day1

インラインフィルターを通す

- 1) 生理食塩液 50mL 血管確保
- ↓
- 2) 生理食塩液 50mL
オブジーボ 80mg 30分
- ↓
- 3) 生理食塩液 50mL 30分
 (観察)
- ↓ (ヤーボイ 5mg/mL)
- 4) 生理食塩液 100mL
ヤーボイ 150mg 30分
- ↓ ヤーボイの液量分+10mLを生食から
- ↓ 抜き、ヤーボイ分を生食に追加
- ↓ 総液量は90mL
- 5) 生理食塩液 50mL フラッシュ

インフュージョンリアクションに注意

Infusion reaction
 (軽度～中等度)
 悪寒、発熱、めまいなど→医師に報告・相談
 (重篤)呼吸困難、蕁麻疹、低血圧、意識消失など
 ショック様症状出現時、直ちに中止し医師に報告

化学療法計画書

治療法名		サイラムザ					
コース数		コース目					
腫瘍種		肝細胞がん 胃がん					
患者名				♂	年齢		
開始予定日		患者ID		生年月日			
		部署		主治医		科	Dr
治療内容	Day	1 8 15 22 29					
	予定日	1/0		1/7		1/14	
サイラムザ	8 mg/kg	↓		↓		↓	
レスタミン	5錠	↓		↓		↓	
治療開始日		治療間隔		4週毎	予定コース数	コース	
身長	150 cm	体重	50 kg	BSA	1.433 m ²		
eGFR	79 mL/min	eGFR/BSA	65 mL/min				

開始投与基準
好中球 ≥ 1000
血小板 ≥ 75000
尿蛋白 : 100mg/以下
サイラムザの有害事象G2未満
AFP ≥ 400ng/mL

Day 1, 15
インラインフィルターを使用

- 1) 生理食塩液 50mL 30分
 ↓
 1) 開始と共にレスタミン錠をのむ
- 2) 生理食塩液 250mL 1回目は60分
 サイラムザ 400mg 以後忍容性あれば
 (全量250mL) 30分
 ↓
- 3) 生理食塩液 50mL フラッシュ

インフュージョンリアクション出現時
⇒一旦中止
G1, 2の場合は対症療法後状況に応じて減速も考慮
G3, 4 は再投与しない

尿蛋白
100mg/dl以下でRAM投与
300mg/dl中止
減量 8→6→5mg/kg

高血圧	
G3未満	無症候性の場合⇒サイラムザ継続で降圧剤開始 症状あり⇒症状消失までサイラムザ中断で降圧薬継続 コントロール不良でサイラムザを2回中断するとき6mg/kg 更に延期が必要な場合、5mg/kgに減量
G3	無症状⇒強力な降圧剤を併用しサイラムザ継続 2週間こえてG3の場合降圧剤は継続、サイラムザ中止 2回以上中断時は6mg/kg、更に投与延期5mg/kg

化学療法計画書

治療法名	テセントリク/Bev		
コース数	1	コース目	
腫瘍種	肝細胞がん 非小細胞肺癌維持		
患者名		♂	年齢
患者ID	生年月日		
部署		主治医	Dr

開始予定日

治療内容	Day	1	2	3	4	5	6	7	8	...	15	...	22	...	29	...
	予定日	1/0							1/7		1/14		1/21			
テセントリク 1200 mg		↓											↓			
アバステン 15 mg/kg		↓											↓			
治療開始日									治療間隔	3週毎	予定コース数		コース			
身長	150	cm	体重	50	kg	BSA	1.433	m ²	eGFR		mL/min	eGFR/BSA				

アバステン休薬基準
1.出血 G2→G0まで休薬
2.蛋白尿 100mg/dl以下
3.肝機能障害 G3以上
アバステン中止基準
1.2.5mL以上の鮮血の咯出
2.過敏症 G3以上
3.消化管穿孔・裂開
4.出血 G3以上
5.血栓症・塞栓症 G3(静脈系)
6.血栓症・塞栓症 G1(動脈系)
7.高血圧 G3以上(薬剤制御不可)
8.蛋白尿 G4 (ネフローゼ症候群)
9.中枢神経症状発現
注意: 毎回尿蛋白チェック、 1ヶ月に1回凝固系・線溶系の検査

Day 1	
インラインフィルターを使用	
1) 生理食塩液	50mL 血管確保
↓	
2) 生理食塩液	250mL
テセントリク	1200mg 60分(初回)
↓	
3) 生理食塩液	50mL 全開
↓	
4) 生理食塩液	100mL
アバステン	750mg 30分
↓	
5) 生理食塩液	50mL フラッシュ用

忍容性あれば
2コース目から30分で