

**No 1990-2 レジメン名 R-CHOP【2回目以降用】**

病棟 患者番号 氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名
年齢	身長	体重	体表面積	GFR(血清クレアチニン値)	
歳	cm	kg	m <sup>2</sup>	ml/min (mg/dl)	

【適応がん種】NHL	CPA/DXR/VCR/PSL/RIT	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【病状】 1 全て説明している 2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない 3 未告知である 【治療】 1 抗癌剤による治療・予防と説明 2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明 3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明 4 薬に関しては説明していない 平成20年7月1日 改訂
1・エンドキサン 750 mg/m <sup>2</sup> DAY1		45~	180~	3.1~禁5.1	
2・ドキシソルピシン 50 mg/m <sup>2</sup> DAY1					
3・オンコピン 1.4 mg/m <sup>2</sup> DAY1		-	60~	1.5~禁5.1	
(最大2mgまで)					
4・プレドニン内服 40 mg/m <sup>2</sup> DAY1~5 (または 100 mg/Body)		-	60~禁180	1.5~禁3.1	
5・リツキシマブ 375 mg/m <sup>2</sup> DAY1		-			
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要		WBC基準	HGB基準	PLT基準	
21日(3週)1クール		-			

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	ロキソプロフェン1錠・ポララミン2錠	内服	(前投与 オーダー不要)		③リツキシマブ投与30分前に内服
②	ハルトマンPH8 500mL		1 本		主・4時間で点滴
③	リツキシマブ( )mg	500mg 100mg	本 本	5%ブドウ糖250mL	①ハルトマン開始時~ ①ハルトマンの側より 側・下記の点滴速度で
④	グラニセトン「NK」1mg		1 本	★生食50mL	15分で点滴
⑤	エンドキサン( )mg	500mg 100mg	本 本	生食250mL	④グラニセトン終了後~ 90分で点滴
⑥	ドキシソルピシン( )mg	50mg 10mg	本 本	★5%ブドウ糖50mL	⑤エンドキサン終了後~ 15分で点滴
⑦	オンコピン( )mg	1mg	本	★生食50mL	⑥ドキシソルピシン終了後~ 全開で投与
⑧	ハルトマンPH8 500mL		1 本		⑦オンコピン終了後~ 1時間で点滴
⑨	ラシックス20mg		0.5 本	(アンプルのまま払い出し 静注時半分投薬)	⑧ハルトマン終了後に 1/2本を静注

【投与速度】はじめの30分は40mL/時間、患者の状態を観察しながら、30分毎に40mL/時間ずつ、最大160mL/時まで上げることができる。

【医師注意点】 腫瘍量多い場合はアロプリノール投与を考慮する

【看護師注意点】  
 投与開始~終了1時間後までバイタルチェックを行う  
 インフュージョン・リアクション発症時は一旦中止とし、速やかに主治医へ報告し指示を仰ぐ  
 リツキシマブは強く揺らさない  
 投与30分前 ロキソプロフェン1錠、ポララミン2錠 服薬確認

【外来時注意点】  
 プレドニンは予め院外処方箋で投薬する

★21日1クール				202111更新			
月日	うら面オーダー必要	指示医	受け	うら面確認必要	調監	前確	実施
	①~⑨	DAY1					

医師指示表			
月 日	指示事項	指示者名	受領者名
	<b>DAY1~5</b>		
	プレドニン5mg ( )錠 ( ) 5日分 飲みきり終了		
	<b>【注1: 上記はオーダーでの投薬必要】</b>		
	<b>【注2: 外来時は院外処方箋で予め投薬する】</b>		
	<b>【注3: バクタ・ポピドドンG・H2ブロッカーなども必要時忘れずに投薬する】</b>		

備考
<p><b>【医師注意事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 初回投与前および4コース毎に心エコーによるEFの評価を行う</li> <li><input type="checkbox"/> DXRの累積投与量は500mg/m<sup>2</sup>以下とする(通常10コース)</li> <li><input type="checkbox"/> コントロール不良のDM、活動性の消化性潰瘍、HBV陽性の場合PSL中止とする</li> <li><input type="checkbox"/> PSLの離脱症状が認められた場合は次回より6日め以降に漸減していく</li> <li><input type="checkbox"/> 腫瘍量の多い場合治療開始1ヶ月間アロプリノール2錠/日を併用する</li> <li><input type="checkbox"/> 血小板2万、Hgb7gを保持できるよう必要に応じて輸血を行う</li> </ul> <p><b>【2コース以降の投与量調節規定】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 以下の場合CPA、DXRの投与量を前回の75%に減ずる             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 3日以上続く白血球数1000未満且つ好中球数500未満</li> <li>2) 血小板2万未満</li> <li>3) 敗血症、3日以上持続する38度以上の重症感染症</li> <li>4) 出血症状がみられるとき</li> </ol> </li> <li><input type="checkbox"/> 肝酵素異常を伴いT-Bilが1.5~3mg/dlに上昇→DXR投与量を75%に減量(1コース毎判定)</li> <li><input type="checkbox"/> 肉眼的血尿以上の出血性膀胱炎が出現した場合→回復を確認し、次コースより支持療法を強化した上でCPAを前回75%量に減ずる</li> <li><input type="checkbox"/> グレードⅡ(他覚的な知覚神経消失あるいは疼痛、脱力、便秘)→VCRを50%に減ずる</li> <li><input type="checkbox"/> グレードⅢ以上(日常生活に支障をきたす他覚的脱力、知覚神経異常、腸閉塞)→以後のVCRを中止する</li> <li><input type="checkbox"/> 不整脈、心うっ血、心外膜炎の場合はグレードⅡ以上でDXR中止する</li> <li><input type="checkbox"/> 心機能(心駆出率)の場合はグレードⅢ(軽度の心不全症状)でDXR中止する</li> <li><input type="checkbox"/> DM、消化性潰瘍コントロール困難な場合→以後のPSLを中止する</li> </ul>