

● 肝・胆・膵がん

				肝 胆 膵	
レジメン名	FOLFIRINOX療法 2W			1コース	14日
薬品名		投与量	投与経路	投与日	
オキサリプラチン		85 mg/m ²	d.i.v	Day1	
レボホリナート		200 mg/m ²	d.i.v	Day1	
イリノテカン		180 mg/m ²	d.i.v	Day1	
5-FU (フルオロウラシル) 急速		400 mg/m ²	d.i.v	Day1	
5-FU (フルオロウラシル) 持続		2,400 mg/m ²	d.i.v	Day1 (46 h)	

				肝 胆 膵	
レジメン名	mFOLFIRINOX療法 2W			1コース	14日
薬品名		投与量	投与経路	投与日	
オキサリプラチン		85 mg/m ²	d.i.v	Day1	
レボホリナート		200 mg/m ²	d.i.v	Day1	
イリノテカン		150 mg/m ²	d.i.v	Day1	
5-FU (フルオロウラシル) 持続		2,400 mg/m ²	d.i.v	Day1 (46 h)	

				肝 胆 膵	
レジメン名	GC療法 3W			1コース	21日
薬品名		投与量	投与経路	投与日	
シスプラチン		25 mg/m ²	d.i.v	Day1,8	
ゲムシタビン		1,000 mg/m ²	d.i.v	Day1,8	

				肝 胆 膵	
レジメン名	GC+Durvalumab療法 3W			1コース	21日
薬品名		投与量	投与経路	投与日	
イミフィンジ (デュルバルマブ)		1,500 mg	d.i.v	Day1	
シスプラチン		25 mg/m ²	d.i.v	Day1,8	
ゲムシタビン		1,000 mg/m ²	d.i.v	Day1,8	

				肝 胆 膵	
レジメン名	GCS療法 2W			1コース	14日
薬品名		投与量	投与経路	投与日	
シスプラチン		25 mg/m ²	d.i.v	Day1	
ゲムシタビン		1,000 mg/m ²	d.i.v	Day1	
テガフル・ギメラシル・オテラシル		(※2)	p.o	Day1夕-8朝	

肝胆膵

レジメン名	GEM単独療法(weekly) 3W	1コース	21日
薬品名	投与量	投与経路	投与日
ゲムシタビン	1,000 mg/m ²	d.i.v	Day1,8

肝胆膵

レジメン名	GEM単独療法(weekly) 4W	1コース	28日
薬品名	投与量	投与経路	投与日
ゲムシタビン	1,000 mg/m ²	d.i.v	Day1,8,15

肝胆膵

レジメン名	GEM単独療法(biweekly) 2W	1コース	14日
薬品名	投与量	投与経路	投与日
ゲムシタビン	1,000 mg/m ²	d.i.v	Day1

肝胆膵

レジメン名	GS療法(胆道がん) 3W	1コース	21日
薬品名	投与量	投与経路	投与日
ゲムシタビン	1,000 mg/m ²	d.i.v	Day1,8
テガフル・ギメラシル・オテラシル	(※5)	p.o	Day1夕-15朝

肝胆膵

レジメン名	GS療法(膵臓がん) 3W	1コース	21日
薬品名	投与量	投与経路	投与日
ゲムシタビン	1,000 mg/m ²	d.i.v	Day1,8
テガフル・ギメラシル・オテラシル	(※2)	p.o	Day1夕-15朝

肝胆膵

レジメン名	nab-PTX+GEM療法 4W	1コース	28日
薬品名	投与量	投与経路	投与日
アブラキサン (アルブミン懸濁型パクリタキセル)	125 mg/m ²	d.i.v	Day1,8,15
ゲムシタビン	1,000 mg/m ²	d.i.v	Day1,8,15

レジメン名	Ramucirumab単独療法 2W	1コース	14日
薬品名	投与量	投与経路	投与日
サイラムザ (ラムシルマブ)	8 mg/kg	d.i.v	Day1

レジメン名	オニバイド+5FU+sLV療法 2W	1コース	14日
薬品名	投与量	投与経路	投与日
オニバイド (イリノテカン 肺 腫瘍製剤)	70 mg/m ²	d.i.v	Day1
レボホリナート	200 mg/m ²	d.i.v	Day1
5-FU (フルオロウラシル) 持続	2,400 mg/m ²	d.i.v	Day1 (46 h)

(※1)

トリフルリジン・チピラシル (TAS102) 投与量	
体表面積 (m ²)	初回基準量 (トリフルリジン)
1.07未満	35mg/回 (70mg/日)
1.07以上～1.23未満	40mg/回 (80mg/日)
1.23以上～1.38未満	45mg/回 (90mg/日)
1.38以上～1.53未満	50mg/回 (100mg/日)
1.53以上～1.69未満	55mg/回 (110mg/日)
1.69以上～1.84未満	60mg/回 (120mg/日)
1.84以上～1.99未満	65mg/回 (130mg/日)
1.99以上～2.15未満	70mg/回 (140mg/日)
2.15以上	75mg/回 (150mg/日)

(※5)

テガフル・ギメラシル・オテラシル	
体表面積 (m ²)	初回基準量 (テガフル)
1.25未満	30mg/回
1.25以上～1.5未満	40mg/回
1.5以上	50mg/回

(※2)

テガフル・ギメラシル・オテラシル	
体表面積 (m ²)	初回基準量 (テガフル)
1.25未満	40mg/回
1.25以上～1.5未満	50mg/回
1.5以上	60mg/回

(※3)

カペシタビン C法	
体表面積 (m ²)	初回基準量 (カペシタビン)
1.36未満	1,200mg/回
1.36以上～1.66未満	1,500mg/回
1.66以上～1.96未満	1,800mg/回
1.96以上	2,100mg/回

(※4)

カペシタビン E法	
体表面積 (m ²)	初回基準量 (カペシタビン)
1.31未満	900mg/回
1.31以上～1.69未満	1,200mg/回
1.69以上～2.07未満	1,500mg/回
2.07以上	1,800mg/回