

対象：胃がん

レジメン名：ペムブロリズマブ200+SOX+Tmab

1コース：21日間

| No. | 薬品名                                     | 投与量                                    | 投与方法          | Day               |   |    |
|-----|-----------------------------------------|----------------------------------------|---------------|-------------------|---|----|
|     |                                         |                                        |               | 1                 | ～ | 15 |
| 1   | 生理食塩液<br>※クロルフェニラミン                     | ※※50mL<br>5mg                          | 15分点滴         | ○                 |   |    |
| 2   | ※生理食塩液                                  | 50mL                                   | 全開            | ○                 |   |    |
| 3   | 生理食塩液<br>ペムブロリズマブ                       | 100mL<br>200mg                         | 30分点滴         | ○                 |   |    |
| 4   | 生理食塩液                                   | 50mL                                   | 全開            | ○                 |   |    |
| 5   | 生理食塩液<br>蒸留水<br>トラスツズマブ                 | 250mL<br>必要量<br>※※※8mg/kg              | ※※※※<br>90分点滴 | ○                 |   |    |
| 6   | 生理食塩液                                   | 50mL                                   | 全開            | ○                 |   |    |
| 7   | 生理食塩液<br>デキサメタゾン<br>パロノセトロン<br>ホスネツピタント | 100mL<br>3.3mg<br>0.75mg<br>235mg      | 30分点滴         | ○                 |   |    |
| 8   | 5%ブドウ糖液<br>オキサリプラチン<br>デキサメタゾン          | 500mL<br>130mg/m <sup>2</sup><br>3.3mg | 120分点滴        | ○                 |   |    |
| 9   | 生理食塩液                                   | 50mL                                   | 15分点滴         | ○                 |   |    |
| 内服  | S1                                      | 80mg/m <sup>2</sup> /日                 | 朝夕食後          | ※※※※※day1夕→day15朝 |   |    |

※過敏症の懸念がある場合に使用

※※クロルフェニラミン使用時は100mL

※※※2回目以降は6mg/kg

※※※※2回目以降は60分点滴

※※※※※day1朝→day14夕も可

備考

|  |
|--|
|  |
|--|