

化学療法レジメン各論

制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版

2025年 6月17日

高槻赤十字病院 薬剤部

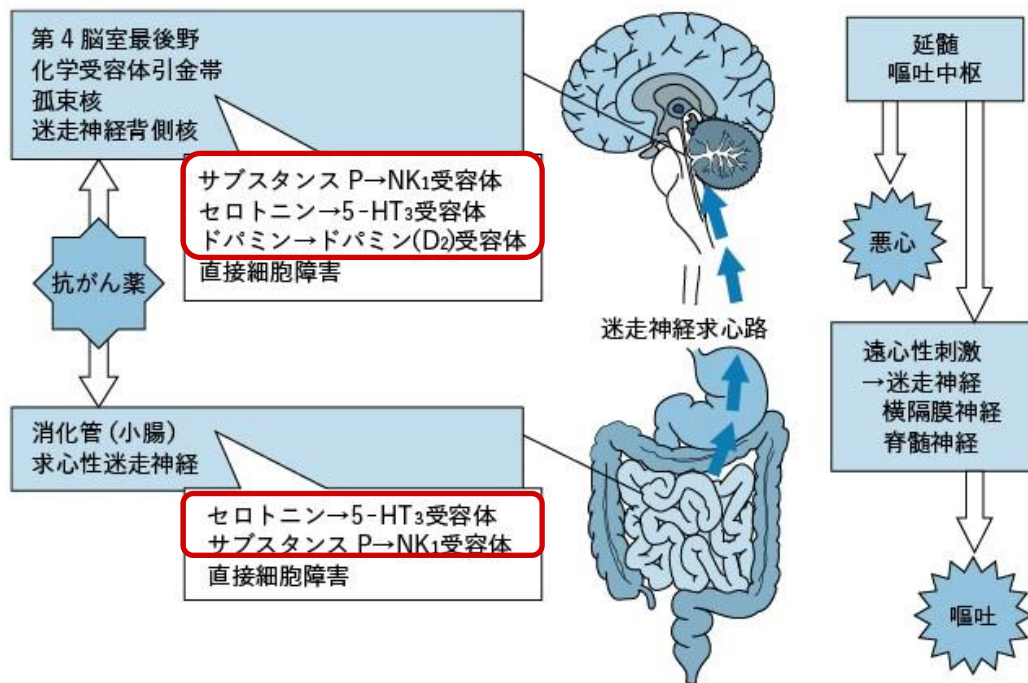
濱武 清範

内容

- 悪心・嘔吐のメカニズム
- 分類
- 制吐薬
- リスク分類
- その他

悪心・嘔吐

● メカニズム



上部消化管に存在するセロトニン3 (5-HT₃) 受容体と第4脳室最後野の化学受容体引金帯 (CTZ) に存在するニューロキニン1 (NK₁) 受容体が複合的に刺激され、延髄の嘔吐中枢が興奮し、遠心的な臓器反応が起こることで悪心・嘔吐が引き起こされる

神経伝達物質

セロトニン、サブスタンスP、ドパミン、ヒスタミン、アセチルコリン-ムスカリンなど

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

分類

- 発現時期による分類

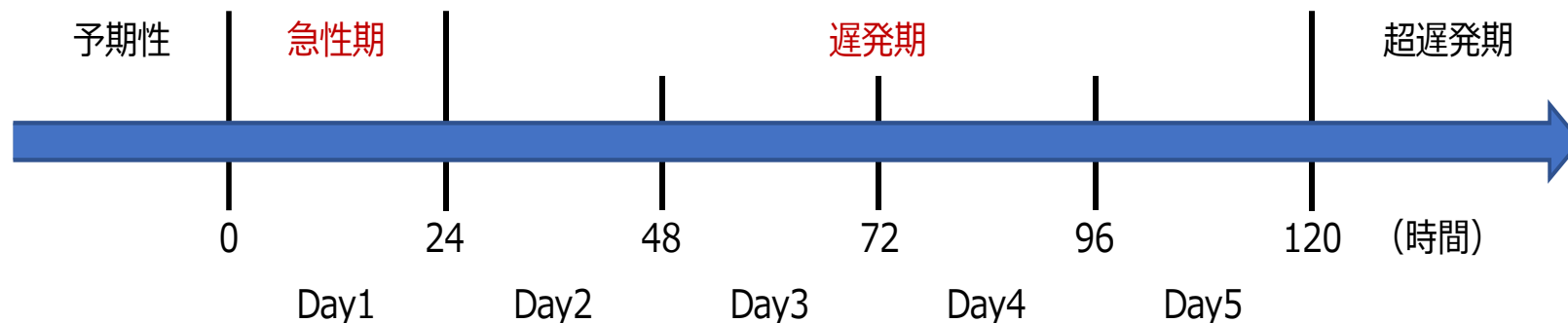
急性期悪心・嘔吐：投与後24時間以内

遅発期悪心・嘔吐：投与後24～120時間以内（2～5日目）

超遅発期悪心・嘔吐：投与後120時間以降（6日目以降）

突出性悪心・嘔吐：制吐剤を投与しても発現

予期性悪心・嘔吐：抗がん薬のことを考えるだけで誘発



急性期+遅発期：全期間と表現される

最近では、超遅発期も注目されている

制吐薬

分 類		薬剤名	剤形	用法・用量（成人）	薬物相互作用
副腎皮質ステロイド		デキサメタゾン	注射剤	1日 3.3～16.5mg を1～2回に分割して静注，点滴静注*	●本薬の血中濃度変化の可能性 ・CYP3A 阻害薬による血中濃度上昇（アプレピタント併用時の用量は血中濃度上昇に基づき調整されている） ・CYP3A 誘導薬による血中濃度低下 ●併用薬の血中濃度変化の可能性 ・CYP3A で代謝される薬剤の血中濃度低下
			錠剤	1日 4～20mg を1～2回に分割して経口	
5-HT ₃ 受容体拮抗薬	第1世代	オンダンセトロン	注射剤	4 mg を1日1回静注**	●本薬の血中濃度変化の可能性 ・CYP3A 誘導薬による血中濃度低下 ●本薬の作用変動の可能性 ・セロトニン作用薬（SSRI, SNRI など）によるセロトニン作用増強
			フィルム剤	4 mg を1日1回経口**	
		グラニセトロン	注射剤	40μg/kg を1日1回静注，点滴静注**	●本薬の作用変動の可能性 ・セロトニン作用薬（SSRI, SNRI など）によるセロトニン作用増強
			錠剤	2 mg を1日1回経口	
		ラモセトロン	注射剤	0.3mg を1日1回静注**	●本薬の血中濃度変化の可能性 ・CYP1A2 阻害薬による血中濃度上昇
			錠剤	0.1mg を1日1回経口	
	第2世代	パロノセトロン	注射剤	0.75mg を1日1回静注，点滴静注	

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

制吐薬

分 類		薬剤名	剤形	用法・用量（成人）	薬物相互作用
NK ₁ 受容体拮抗薬		アプレピタント	カプセル剤	1日目 125mg を、2日目以降は 80mg を 1日 1回経口	●本薬の血中濃度変化の可能性 ・CYP3A 阻害薬による血中濃度上昇 ・CYP3A 誘導薬による血中濃度低下
		ホスアプレピタント	注射剤	150mg を 1日目に 1回点滴静注	●併用薬の血中濃度変化の可能性 ・CYP3A で代謝される薬剤の血中濃度上昇 ・CYP2C9 で代謝される薬剤の血中濃度低下（ワルファリンの抗凝固作用減弱の報告あり）
		ホスネツピタント	注射剤	235mg を 1日目に 1回点滴静注	●本薬の血中濃度変化の可能性 ・CYP3A 阻害薬による血中濃度上昇 ・CYP3A 誘導薬による血中濃度低下 ●併用薬の血中濃度変化の可能性 ・CYP3A で代謝される薬剤の血中濃度上昇
ドパミン（D ₂ ）受容体拮抗薬	消化管運動改善薬	ドンペリドン	錠剤	10mg を 1日 3回食前経口	●本薬の血中濃度変化の可能性 ・CYP3A 阻害薬による血中濃度上昇 ・制酸薬（プロトンポンプ阻害薬、H ₂ 受容体拮抗薬）による吸収低下に伴う血中濃度低下（錠剤のみ）
			坐剤	60mg を 1日 2回直腸内	
		メトクロプラミド	注射剤	10mg を 1日 1～2回筋注、静注	
			錠剤・液剤	1日 10～30mg を 2～3回に分割して食前経口	
	フェノチアジン系抗精神病薬	プロクロルペラジン	錠剤	1日 5～20mg を 1～4回に分割して経口	
			注射剤	10～50mg を筋注	
クロルプロマジン			錠剤	1日 25～75mg を 2～3回に分割して経口	

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

制吐薬

分類	薬剤名	剤形	用法・用量（成人）	薬物相互作用
ドパミン（D ₂ ）受容体拮抗薬	ブチロフェノン系抗精神病薬 ハロペリドール	注射剤	0.5～2 mg を 4～6 時間ごとに静注	●本薬の血中濃度変化の可能性 ・ CYP3A 阻害薬による血中濃度上昇 ・ CYP3A 誘導薬による血中濃度低下 ・ CYP2D6 阻害薬による血中濃度上昇
		錠剤・液剤	0.5～2 mg を 4～6 時間ごとに経口	
	ベンズイソオキサゾール系抗精神病薬 リスペリドン	錠剤・液剤	1.0～1.5mg を 1 日 1 回眠前に経口	●本薬の血中濃度変化の可能性 ・ CYP3A 阻害薬による血中濃度上昇 ・ CYP3A 誘導薬による血中濃度低下 ・ CYP2D6 阻害薬による血中濃度上昇
多元受容体標的化抗精神病薬*** 〔ドパミン（D ₂ ）、セロトニン 5-HT _{2A/2B/2C} 、5-HT ₆ 、アドレナリン α ₁ 、ヒスタミン H ₁ 受容体拮抗作用〕	オランザピン	錠剤・細粒剤	5 mg を 1 日 1 回経口（他の制吐薬との併用）	●本薬の血中濃度変化の可能性 ・ CYP1A2 阻害薬による血中濃度上昇 ・ CYP1A2 誘導薬による血中濃度低下
ベンゾジアゼピン系抗不安薬	ロラゼパム	錠剤	0.5～1.0 mg を 治療前夜と当日朝（治療の 1～2 時間前まで）に経口	●本薬の血中濃度変化の可能性 ・ CYP3A 阻害薬による血中濃度上昇 ・ CYP3A 誘導薬による血中濃度低下
	アルプラゾラム	錠剤	0.4～0.8 mg を 治療前夜と当日朝（治療の 1～2 時間前まで）に経口	
ヒスタミン H ₁ 受容体拮抗薬	クロルフェニラミン	注射剤	5 mg を 1 日 1 回皮下注、筋注、静注	
		錠剤・散剤	2 mg を 1 日 1～4 回経口	

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

制吐薬

- 当院で主に用いられる制吐薬

副腎皮質ステロイド：**デキサメタゾン**

5-HT₃拮抗薬：**グラニセトロン、パロノセトロン、**
ラモセトロン

NK₁受容体拮抗薬：**アプレピタント、ホスネツピタント**

D₂受容体拮抗薬：**ドンペリドン**、メトクロプラミド

多元受容体標的化抗精神病薬（MARTA）：オランザピン

ベンゾジアゼピン系抗不安薬：アルプラゾラム（適応外）

H₁受容体拮抗薬：クロルフェニラミン（適応外）

リスク評価

- 抗がん薬の催吐性リスク
ガイドライン上では4つに分類

- 高度催吐性リスク (high emetic risk) : 90%を超える患者に発現する。
- 中等度催吐性リスク (moderate emetic risk) : 30%＜～90%の患者に発現する。
- 軽度催吐性リスク (low emetic risk) : 10%～30%の患者に発現する。
- 最小度催吐性リスク (minimal emetic risk) : 10%未満の患者に発現する。

- その他の催吐性リスク

治療：放射線治療、オピオイド治療

患者関連：性別、年齢

→ 対応方法に関するエビデンスは確立されていない

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

リスク評価

● 注射抗がん薬の催吐性リスク評価（一部抜粋）

催吐性リスク	薬剤・レジメン		
高度催吐性リスク（HEC） High Emetic Risk 催吐割合 90%＜	EC療法 エピルビシン（90mg/m ² ≤） ダカルバジン	AC療法 シスプラチン ドキソルビシン（60mg/m ² ≤）	イホスファミド（2000mg/m ² /回≤） シクロホスファミド（1500mg/m ² ≤） メルファラン（140mg/m ² ≤）
中等度催吐性リスク（MEC） Moderate Emetic Risk 催吐割合 30%＜～90%	アザシチジン イリノテカン トラスツズマブ デルクステカン	アムルビシン オキサリプラチン ネダプラチン	イダルビシン ダウノルビシン ベンダムスチン
軽度催吐性リスク（LEC） Low Emetic Risk 催吐割合 10%～30%	アテゾリズマブ エロツズマブ ゲムシタビン	イサツキシマブ エンホルツマブ ベドチン ドセタキセル	エトポシド カバジタキセル ネシツムマブ
最小度催吐性リスク Minimal Emetic Risk 催吐割合 ＜10%	イピリムマブ ダラツムマブ ニボルマブ	オビヌツズマブ デュルバルマブ パニツムマブ	セツキシマブ トラスツズマブ ビンクリスチン

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

リスク評価

● 経口抗がん薬の催吐性リスク評価（一部抜粋）

催吐性リスク	薬剤・レジメン		
高度催吐性リスク（HEC） High Emetic Risk 催吐割合 90%＜	プロカルバジン		
中等度催吐性リスク（MEC） Moderate Emetic Risk 催吐割合 30%＜～90%	イマチニブ	オラパリブ	シクロホスファミド
	セリチニブ	テモゾロミド	トリフルリジン・チピラシル
	ニラパリブ	パノビノスタット	ボスチニブ
軽度催吐性リスク（LEC） Low Emetic Risk 催吐割合 10%～30%	アキシチニブ	アフアチニブ	アベマシクリブ
	アレクチニブ	イキサゾミブ	イブルチニブ
	エトポシド	エベロリムス	カペシタビン
最小度催吐性リスク Minimal Emetic Risk 催吐割合 ＜10%	エルロチニブ	オシメルチニブ	ゲフィチニブ
	ソラフェニブ	ダサチニブ	チラブルチニブ
	ポマリドマイド	メトトレキサート	

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

高度催吐性リスク（HEC）

● ダイアグラム

	急性期	遅発期			
	1	2	3	4	5 (日)
5-HT ₃ 受容体拮抗薬					
経口NK ₁ 受容体拮抗薬 (mg)	125	80	80		
または 静注NK ₁ 受容体拮抗薬					
デキサメタゾン (mg)	9.9	8	8	8	
オランザピン (mg)*	5	5	5	5	

オランザピン：日中の眠気を軽減する目的で眠前ではなく夕食後
糖尿病患者には禁忌

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

高度催吐性リスク（HEC）

● 当院

Rp	薬剤名	一般名	投与量	投与時間	day1	day2	day3	day4	...	day21
内服	アプレピタントカプセル	アプレピタント	125mg	-	↑					
	アプレピタントカプセル	アプレピタント	80mg	-		→				
	デカドロン錠	デキサメタゾン	8mg	-		→				
1	グラニセトロン注	グラニセトロン	3mg	30分	↑					
	デキサート注	デキサメタゾン	9.9mg							
	生理食塩液	-	100mL							

アプレピタントカプセル125mgは抗がん薬施行前に院内にて内服
 アプレピタントカプセル80mgは院外処方せんにて処方
 デキサート注9.9mgは院内にて点滴
 デカドロン錠8mgは院外処方せんにて処方
 オランザピン錠5mgは主治医の判断で処方

中等度催吐性リスク（MEC）

● ダイアグラム

	急性期	遅発期			
	1	2	3	4	5（日）
5-HT ₃ 受容体拮抗薬*					
デキサメタゾン(mg)	 9.9 (6.6)	8**	8**		

括弧内は代替用量

カルボプラチン（AUC≧4）投与時または、カルボプラチン以外の抗がん薬において、2剤併用療法では悪心が十分制御できない場合（BQ3, CQ3 参照）。

5-HT ₃ 受容体拮抗薬*					
経口NK ₁ 受容体拮抗薬 (mg)	125	80	80		
または 静注NK ₁ 受容体拮抗薬					
デキサメタゾン(mg)	 4.95 (3.3)	4	4		

括弧内は代替用量

パロノセトロンを使用する場合、デキサメタゾンの2,3日目は省略可能

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

中等度催吐性リスク（MEC）

- 当院

Rp	薬剤名	一般名	投与量	投与時間	day1	...	day21
1	パロノセトロン注	パロノセトロン	0.75mg	30分			
	デキサート注	デキサメタゾン	6.6mg				
	生理食塩液	-	100mL				

パロノセトロンを選択し、ステロイドスペアリングにより省略
悪心・嘔吐が強い場合はアプレピタント、ホスネツピタント追加
NK₁受容体拮抗薬を追加した場合はデキサメタゾンを半量へ

NK₁受容体拮抗薬の相互作用

- アプレピタント、ホスアプレピタント、ホスネツピタント
CYP3A4の阻害作用がある
- CYP3A4阻害薬との併用：NK₁受容体拮抗薬の作用が**増強**
クラリスロマイシン、イトラコナゾールなど
- CYP3A4誘導薬との併用：NK₁受容体拮抗薬の作用が**減弱**
リファンピシン、フェニトインなど
- CYP3A4で代謝される薬剤との併用：併用薬剤の作用が**増強**
デキサメタゾン、エリスロマイシンなど

* 2022年7月改訂（第2版）
2022年3月作成（第1版）

貯 法：2～8℃
*有効期間：3年

日本標準商品分類番号 872391

承認番号	30400AMX00182000
販売開始	2022年5月

選択的NK₁受容体拮抗型制吐剤

ホスネツピタント塩化物塩酸塩注射剤

劇薬、処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

アロカリス 点滴静注 235mg

Arokaris. I.V. infusion

(7) デキサメタゾン

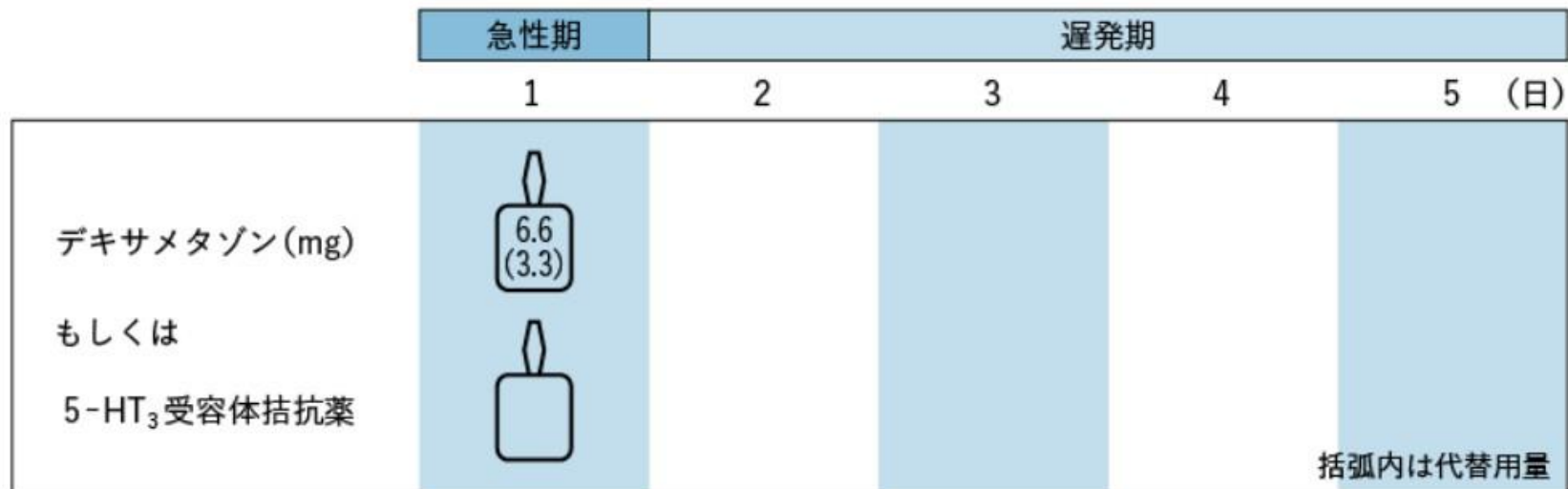
健康成人17名に本剤（235mg）とデキサメタゾン（1日目：朝20mg、2～4日目：朝夕8mg）を併用投与したとき、デキサメタゾンのAUC₀₋₂₄（1日目）は単独投与時と比べ1.50倍、AUC₈₄₋₁₀₈（4日目）は2.42倍であった¹⁰⁾（外国人データ）。

健康成人24名にネツピタント（300mg）^(注)とデキサメタゾン（1日目：12mg、2～4、6、8及び10日目：8mg）を併用投与したとき、デキサメタゾンのAUC_{last}は、1、4、6、8及び10日目に、それぞれ単独投与時と比べ1.58、2.41、1.49、1.20及び1.11倍であった¹¹⁾（外国人データ）。[7.3、8、10.2 参照]

※アロカリス点滴静注235mg 添付文書

軽度催吐性リスク（LEC）

- ダイアグラム



制吐薬の選択や用量についてのエビデンスは少ない

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

軽度催吐性リスク（LEC）

● 当院

Rp	薬剤名	一般名	投与量	投与時間	day1	...	day21
1	デキサート注	デキサメタゾン	6.6mg	30分			
	生理食塩液	-	100mL				

悪心・嘔吐が強い場合は**5-HT₃受容体拮抗薬**を第一に追加
次いで、**NK₁受容体拮抗薬**を追加

NK₁受容体拮抗薬を追加した場合はデキサメタゾンを**半量**へ

* 2022年7月改訂（第2版）
2022年3月作成（第1版）
貯 法：2～8℃
* 有効期間：3年

選択的NK₁受容体拮抗型制吐剤

ホスネツピタント塩化物塩酸塩注射剤

劇薬、処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

アロカリス 点滴静注 235mg

Arokaris. I.V. infusion

日本標準商品分類番号 872391

承認番号	30400AMX00182000
販売開始	2022年5月

7. 用法及び用量に関連する注意

7.1 抗悪性腫瘍剤投与前に投与を終了すること。

7.2 本剤は、原則としてコルチコステロイド及び5-HT₃受容体拮抗型制吐剤と併用して使用すること。

7.3 コルチコステロイドの用量については、活性本体ネツピタントとコルチコステロイドの薬物相互作用を考慮して適宜減量すること。[10.2、16.7.3、17.1.1、17.1.2 参照]

最小度催吐性リスク

- 予防的な制吐療法は推奨されない
軽度催吐性リスクよりもエビデンスが乏しい
- 当院においてもレジメン内には組み込まず、症状に応じて対応

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

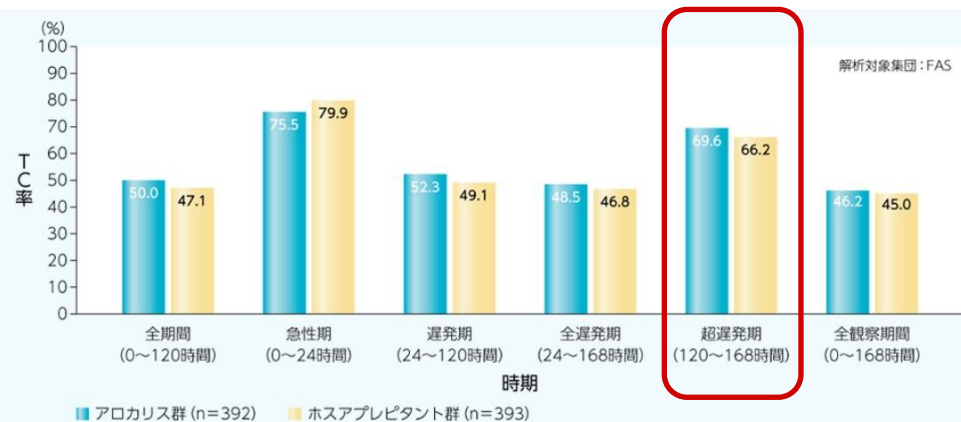
その他

- 突出性悪心・嘔吐
ドンペリドン、メトクロプラミドなど
- 予期性悪心・嘔吐
アルプラゾラムなど
ただし、保険適用外なことに注意
- 殺細胞性抗がん薬の静脈内投与を連日施行
連日制吐療法を行うこと

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

超遅発期悪心・嘔吐

- 嘔吐完全抑制率（CR率）、悪心嘔吐総制御率（TC率）



超遅発期においてアロカリス®がプロイメンド®より
若干効果が高い

※Akito Hata, Isamu Okamoto, Naoki Inui, et al. Randomized, Double-Blind, Phase III Study of Fosnetupitant Versus Fosaprepitant for Prevention of Highly Emetogenic Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: CONSOLE. J Clin Oncol. 2022 Jan 10;40(2):180-188.

まとめ

- 高度催吐性リスク
NK₁受容体拮抗薬+5-HT₃受容体拮抗薬+デキサメタゾン
オランザピンの投与も考慮
- 中等度催吐性リスク
5-HT₃受容体拮抗薬+デキサメタゾン
- 軽度催吐性リスク
5-HT₃受容体拮抗薬、もしくは、デキサメタゾン
- 最小度催吐性リスク
予防療法なし
- NK₁受容体拮抗薬投与時
相互作用に注意（デキサメタゾン半量など）

- 
-
- ご清聴ありがとうございました

肺がん

催吐性 リスク	レジメン	一般名	投与法	対象疾患
高度	CDDP/CPT-11	シスプラチン+イリノ テカン	CDDP 60 mg/m ² (d1), CPT-11 60 mg/m ² (d1, 8, 15) : q4w	小細胞肺がん, 非小細胞肺がん
	CDDP/DTX	シスプラチン+ドセタ キセル	CDDP 80 mg/m ² (d1), DTX 60 mg/m ² (d1) : q3w	非小細胞肺がん
	CDDP/ETP	シスプラチン+エトボ シド	CDDP 80 mg/m ² (d1), ETP 100 mg/m ² (d1- 3) : q3w	小細胞肺がん
	CDDP/ETP/ デュルバルマブ	シスプラチン+エトボ シド+デュルバルマブ	CDDP 75~80 mg/m ² (d1), ETP 80~100 mg/m ² (d1-3), デュルバルマブ 1,500mg/ body (d1) : q3w	小細胞肺がん
	CDDP/GEM/ デュルバルマブ/ トレメリムマブ	シスプラチン+ゲムシ タピン+デュルバルマ ブ+トレメリムマブ	CDDP 80 mg/m ² (d1), GEM 1,000 mg/m ² (d1, 8), デュルバルマブ 1,500mg/body (d1), トレメリムマブ 75 mg/body (d1) : q3w	非小細胞肺がん
	CDDP/PEM/ アテゾリズマブ	シスプラチン+ペメト レキセド+アテゾリズ マブ	CDDP 75 mg/m ² (d1), PEM 500 mg/m ² (d1), アテゾリズマブ 1,200mg/body (d1) : q3w	非小細胞肺がん
	CDDP/PEM/ デュルバルマブ/ トレメリムマブ	シスプラチン+ペメト レキセド+デュルバル マブ+トレメリムマブ	CDDP 75 mg/m ² (d1), PEM 500 mg/m ² (d1), デュルバルマブ 1,500mg/body (d1), トレメリムマブ 75 mg/body (d1) : q3w	非小細胞肺がん
	CDDP/PEM/ ニボルマブ/ イピリムマブ	シスプラチン+ペメト レキセド+ニボルマ ブ+イピリムマブ	CDDP 75 mg/m ² (d1), PEM 500 mg/m ² (d1) : q3w, ニボルマブ 360mg (d1) : q3w, イピリムマブ 1 mg/kg (d1) : q6w	非小細胞肺がん
	CDDP/PEM/ ペムプロリズマブ	シスプラチン+ペメト レキセド+ペムプロリ ズマブ	CDDP 75 mg/m ² (d1), PEM 500 mg/m ² (d1), ペムプロリズマブ 200mg/body (d1) : q3w	非小細胞肺がん
	CDDP/S-1	シスプラチン+テガ フル・ギメラシル・ オテラシルカリウム	CDDP 60 mg/m ² (d8), S-1 80~120 mg/day (d1-21) : q4w, q5w	非小細胞肺がん
	CDDP/VNR	シスプラチン+ビノレ ルビン	CDDP 80 mg/m ² (d1), VNR 25 mg/m ² (d1, 8) : q3w	非小細胞肺がん

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

消化器がん

催吐性 リスク	レジメン	一般名	投与法	対象疾患
高度	5-FU/CDDP	フルオロウラシル+シスプラチン	5-FU 800 mg/m ² /24h (d1-5), CDDP 80 mg/m ² (d1) : q4w	食道がん
	5-FU/CDDP/DTX	フルオロウラシル+シスプラチン+ドセタキセル	5-FU 750 mg/m ² /24h (d1-5), CDDP 70 mg/m ² (d1), DTX 70 mg/m ² (d1) : q3w	食道がん
	Cape/CDDP	カペシタピン+シスプラチン	Cape 2,000mg/m ² (d1-14), CDDP 80 mg/m ² (d1) : q3w	胃がん
	FOLFIRINOX *1	ロイコポリン+フルオロウラシル+イリノテカン+オキサリプラチン	l-LV 200 mg/m ² /2h, 5-FU bolus 400 mg/m ² , 5-FU ci 2,400 mg/m ² /46h, l-OHP 85 mg/m ² /2h, CPT-11 180mg/m ² /1.5h : q2w	膵がん
	FOLFOXIRI *1	ロイコポリン+フルオロウラシル+オキサリプラチン+イリノテカン	l-LV 200 mg/m ² /2h, 5-FU bolus 400 mg/m ² , 5-FU ci 3,200 mg/m ² /48h, l-OHP 85 mg/m ² /2h, CPT-11 165 (150) mg/m ² /1h : q2w	大腸がん
	S-1/CDDP	テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム+シスプラチン	S-1 80 mg/m ² (d1-21), CDDP 60 mg/m ² (d8) : q5w	胃がん

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より

乳がん

催吐性 リスク	レジメン	一般名	投与法	対象疾患
高度	AC	ドキシソルピシン+シクロホスファミド	DXR 60 mg/m ² (d1), CPA 600 mg/m ² (d1) : q3w	乳がん
	EC	エピルピシン+シクロホスファミド	EPI 90 mg/m ² (d1), CPA 600 mg/m ² (d1) : q3w	乳がん
	FAC	フルオロウラシル+ドキシソルピシン+シクロホスファミド	5-FU 500 mg/m ² (d1), DXR 50 mg/m ² (d1), CPA 500 mg/m ² (d1) : q3w	乳がん
	FEC	フルオロウラシル+エピルピシン+シクロホスファミド	5-FU 500 mg/m ² (d1), EPI 60-100 mg/m ² (d1), CPA 500 mg/m ² (d1) : q3w	乳がん
	TAC	ドセタキセル+ドキシソルピシン+シクロホスファミド	DTX 75 mg/m ² (d1), DXR 50 mg/m ² (d1), CPA 500 mg/m ² (d1) : q3w	乳がん
中等度	CMF	シクロホスファミド+メトトレキサート+フルオロウラシル	CPA 100 mg/m ² (d1-14経口), MTX 40 mg/m ² (d1, 8), 5-FU 600 mg/m ² (d1, 8) : q4w	乳がん
	CPT-11	イリノテカン	100mg/m ² (d1) : q1w	手術不能/ 再発乳がん
	TC	ドセタキセル+シクロホスファミド	DTX 75 mg/m ² (d1), CPA 600 mg/m ² (d1) : q3w	乳がん
	T-DXd	トラスツズマブ デルクステカン	5.4mg/kg (d1) : q3w	HER2 陽性の手術不能/ 再発乳がん
	トラスツズマブ/ DTX/CBCDA	トラスツズマブ+ドセタキセル+カルボプラチン	トラスツズマブ 初回 4 mg/kg (d1) →2回目以降 2 mg/kg (d1), DTX 75 mg/m ² (d1), CBCDA (AUC 6) (d1) : q3w	HER2 陽性の乳がん

※制吐薬適正使用ガイドライン 2023年10月改訂 第3版より