

正誤表

『制吐薬適正使用ガイドライン 2023 年 10 月改訂 第 3 版』第 1 刷（2023 年 10 月 20 日発行）に誤りがございました。下記のとおり訂正し、お詫び申し上げます。

2025 年 6 月 5 日

金原出版株式会社

記

頁	訂正箇所	誤	正
177	高度リスク，最下枠 「VDCA および IFM/ETP 交替療法」の「投与法」3 行 目	IFM <u>1,800,000</u> mg/m ²	IFM <u>1,800</u> mg/m ²
177	中等度リスク，最上枠 「HD-MTX」の「投与法」	MTX <u>8,000,000～12,000,000</u> mg/m ²	MTX <u>8,000～12,000</u> mg/m ²

以上

正誤表

『制吐薬適正使用ガイドライン 2023 年 10 月改訂 第 3 版』第 1 刷（2023 年 10 月 20 日発行）に誤りがございました。下記のとおり訂正し、お詫び申し上げます。

2023 年 12 月 4 日

金原出版株式会社

記

頁	訂正箇所	誤	正
145	表 1, 最右列, 上から 2 枠目の 4 行目	…必要時に <u>抗がん薬</u> を増減するための 参考とする。	…必要時に <u>制吐薬</u> を増減するための 参考とする。

以上

正誤表

『制吐薬適正使用ガイドライン 2023 年 10 月改訂 第 3 版』第 1 刷（2023 年 10 月 20 日発行）に誤りがございました。下記のとおり訂正し、お詫び申し上げます。

2023 年 10 月 30 日

金原出版株式会社

記

頁	18																																										
訂正箇所	ダイアグラム 1, デキサメタゾン(mg)の第 4 日に記載追加																																										
誤	ダイアグラム 1：高度催吐性リスク抗がん薬に対する制吐療法 <table><thead><tr><th></th><th>急性期</th><th colspan="4">遅発期</th></tr><tr><th></th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5 (日)</th></tr></thead><tbody><tr><td>5-HT₃受容体拮抗薬</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>経口NK₁受容体拮抗薬 (mg)</td><td>125</td><td>80</td><td>80</td><td></td><td></td></tr><tr><td>または 静注NK₁受容体拮抗薬</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>デキサメタゾン (mg)</td><td>9.9</td><td>8</td><td>8</td><td></td><td></td></tr><tr><td>オランザピン (mg) *</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td></td></tr></tbody></table> *本ガイドラインでは5mgの投与を推奨する (CQ1 参照)。 注) オランザピンの用量は国内で行われたランダム化比較試験の結果から5mgで開始し、日中の眠気を軽減する目的で眠前ではなく夕食後に投与する。糖尿病患者には禁忌である。また、臨床試験では75歳以上の後期高齢者への使用経験はない。主な有害事象は眠気であるため、睡眠薬との併用や夜間の転倒には十分注意する。 オランザピンを用いない3剤併用療法を行う場合には、遅発期の悪心・嘔吐を軽減する目的から5-HT₃受容体拮抗薬は第2世代のパロノセトロンを選択することが望ましい。また、AC療法では、パロノセトロン使用下において2日目以降のデキサメタゾンの省略が可能である。		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			オランザピン (mg) *	5	5	5	5	
		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																																								
オランザピン (mg) *	5	5	5	5																																							
正	ダイアグラム 1：高度催吐性リスク抗がん薬に対する制吐療法 <table><thead><tr><th></th><th>急性期</th><th colspan="4">遅発期</th></tr><tr><th></th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5 (日)</th></tr></thead><tbody><tr><td>5-HT₃受容体拮抗薬</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>経口NK₁受容体拮抗薬 (mg)</td><td>125</td><td>80</td><td>80</td><td></td><td></td></tr><tr><td>または 静注NK₁受容体拮抗薬</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>デキサメタゾン (mg)</td><td>9.9</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>オランザピン (mg) *</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td></td></tr></tbody></table> *本ガイドラインでは5mgの投与を推奨する (CQ1 参照)。 注) オランザピンの用量は国内で行われたランダム化比較試験の結果から5mgで開始し、日中の眠気を軽減する目的で眠前ではなく夕食後に投与する。糖尿病患者には禁忌である。また、臨床試験では75歳以上の後期高齢者への使用経験はない。主な有害事象は眠気であるため、睡眠薬との併用や夜間の転倒には十分注意する。 オランザピンを用いない3剤併用療法を行う場合には、遅発期の悪心・嘔吐を軽減する目的から5-HT₃受容体拮抗薬は第2世代のパロノセトロンを選択することが望ましい。また、AC療法では、パロノセトロン使用下において2日目以降のデキサメタゾンの省略が可能である。		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	
	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																																							

以上