

C型慢性肝炎インターフェロン治療方針決定フローチャート (熊本県肝炎治療特別促進事業用)

患者氏名 _____

治療導入機関 _____

HCV遺伝子型	ウイルス量	治療回数	選択治療	
グループ1 1a 1b (判定不能)	5.0LogIU/ml以上	初回	ペグインターフェロン+リバビリン 48-72週*	
		再治療	ペグインターフェロン+リバビリン 48-72週**	
	5.0LogIU/ml未満	初回	ペガシス単独 24-48週 インターフェロン単独 24週	
		再治療	ペグインターフェロン+リバビリン 24-48週***	
グループ2 2a 2b	5.0LogIU/ml以上	初回	ペグイントロン+レベトール 24週 ペガシス単独 48週**** インターフェロン単独 48週****	
			再治療	ペグインターフェロン+リバビリン 24-48週***
				5.0LogIU/ml未満
	再治療	ペグインターフェロン+リバビリン 24-48週***		

投与量の決定 体重 _____ kg

ペグイントロン

~ 45kg	60 µg
46 ~ 60kg	80 µg
61 ~ 75kg	100 µg
76 ~ 90kg	120 µg
91kg ~	150 µg

レベトール

~ 60kg	600mg
61 ~ 80kg	800mg
81kg ~	1000mg

ペガシス

180 µg	ペガシスは体重に 関係なく180 µgより
90 µg	

コペガス

~ 60kg	600mg
61 ~ 80kg	800mg
81kg ~	1000mg

インターフェロン単独
インターフェロン名 _____

投与量 _____

MU・µg

減量投与開始の場合、理由を明記

グループが判定
不能/保留の場合
は可能な限り遺伝
子型まで判定

にチェックすること

- * 治療中HCV陰性化時期に応じて72週まで延長 (36週目までに陰性化しない場合は48週で終了)
- ** 前回の治療結果や治療中のHCV陰性化時期に応じて72週まで延長 (36週目までに陰性化しない場合は48週で終了)
- *** 原則24週投与、ただし前回の治療結果や治療中のHCV陰性化時期に応じて48週まで延長 (24週目までに陰性化しない場合は24週で終了)
- **** ガイドラインでは推奨されていない