

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