

がん化学療法レジメン登録票

新規レジメン登録の際にはプロトコルの提出が必須です  
プロトコルがない場合は参考文献を提出してください

レジメン名	GRAALL-2005/R
診療科名	血液・腫瘍内科
診療科責任者名	末永孝生
適応がん種	B-ALL
保険適応外の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	ALL-024
登録日・更新日	2019年6月25日登録 2023年6月27日更新
削除日	
出典	N Engl J Med 2016;375:1044-1053
入力者	伊勢崎竜也

投与順に記入(抗がん剤のみ)

FIRST CONSOLIDATION PHASE:Block 1

	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名)	規格	投与量算出式	ルート	投与時間	施行日
No.1	シタラビン (シタラビン点滴静注液)	20mg,40mg,400mg,1000mg	2,000 mg/m <sup>2</sup> /12h	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	2時間	Day 1,2
	生理食塩液	500mL				
No.3	デキサメタゾン (デカドロン錠)	4mg	10 mg/body/12h	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(内服)	2回/日	Day 1,2
No.2	L-アスバラギナーゼ (ロイナーゼ注用)	5000IU	10,000 IU/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	1時間	Day 3
	生理食塩液	500mL				

FIRST CONSOLIDATION PHASE:Block 2

	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名)	規格	投与量算出式	ルート	投与時間	施行日
No.1	ビンクリスチン (オンコピン注射用)	1mg	2 mg/body	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	10分	Day 15
	生理食塩液	100mL				
No.2	メトレキサート (メトレキサート点滴静注液)	200mg,1000mg	3,000 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	24時間	Day 15
	生理食塩液	500mL				
No.3	L-アスバラギナーゼ (ロイナーゼ注用)	5000IU	10,000 IU/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	1時間	Day 16
No.4	メルカプトプリン水和物 (ロイケリン散)	100mg/g	60 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(内服)	1回/日	Day 15 ~ 21
	生理食塩液	500mL				

FIRST CONSOLIDATION PHASE:Block 3

	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名)	規格	投与量算出式	ルート	投与時間	施行日
No.1	メトレキサート (注射用メトレキサート)	5mg, 50mg	25 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	10分	Day 29
	生理食塩液	100mL				
No.2	シクロホスファミド水和物 (注射用エンドキサン)	100mg,500mg	500 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	3時間	Day 29,30
	生理食塩液	500mL				
No.3	エトポシド (エトポシド点滴静注液)	100mg	75 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	1時間	Day 29,30
	生理食塩液	500mL				

1コースの期間	42日
投与間隔の短縮規定	<input type="checkbox"/> 短縮可能( ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 短縮不可能
計算後の投与量上限値	110%
計算後の投与量下限値	50%

減量・中止基準	<p>【開始基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ WBC&gt;3000/μL</li> <li>・ ALT&lt;100U/mL</li> <li>・ Ccr≥60ml/min</li> </ul> <p>【減量基準】</p> <p>◆Block 2</p> <p>クレアチニンクリアランス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>61 ~ 80 mL/min 75% dose</li> <li>51 ~ 60 mL/min 70% dose</li> <li>30 ~ 50 mL/min 30 ~ 50% dose</li> <li>30 mL/min &lt; Ccr:投与不可</li> </ul> <p>・肝機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・AST&gt;100IU/L または ALT&gt;150IU/L:75% dose</li> <li>・3.0 mg/dL &lt; T-Bil &lt; 5.0 mg/dL: 75% dose</li> <li>T-Bil ≥ 5 mg/dL: 投与不可</li> <li>・尿pH &lt; 8.0: 投与不可</li> <li>・尿量 &lt; 100mL/h: 投与不可</li> </ul>
前投薬	5-HT3受容体拮抗薬 + デキサメタゾン
その他の注意事項	<p>Block 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・L-アスバラギナーゼ投与期間中は、定期的に腫瘍マーカー、AT-III、フィブリノーゲンの検査を実施する。</li> <li>・眼症状の予防のために、副腎皮質ホルモン点眼剤(フルオロメトロン点眼液0.1%、ベタメタゾン点眼液0.1%等)を使用する。</li> </ul> <p>Block2</p> <p>【ハイドレーション】</p> <p>MTX投与開始12時間以上前から、3L/day以上の補液が必要</p> <p>【尿アルカリ化】</p> <p>炭酸水素ナトリウム(メイロン静注8.4%) 20-40mEq/500mL</p> <p>【ロイコボリンレスキュー】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ロイコボリンレスキューはMTX開始後24時間から開始する。</li> <li>・MTXの血中濃度測定は投与開始後、(24h)、48h、72hで実施する。</li> </ul> <p>【高用量メトレキサート療法における標準的なレスキューについて】を参照</p> <p>【MTX投与開始から排泄確認できるまで併用してはいけない薬剤】</p> <p>ST合剤: 薬酸代謝阻害作用が協力的に作用</p> <p>NSAIDs、アスピリン: 腎排泄遅延</p> <p>ペニシリン系抗生剤、フロベネシド: 腎排泄競合阻害</p> <p>シプロフロキサシン: 腎排泄遅延</p> <p>PPI、テトラサイクリン、フェニトイン、バルビツール酸: 血中濃度上昇</p> <p>フロセミド、サイアザイド系利尿剤: 尿を酸性化</p>

記入者	伊勢崎 竜也
確認者	寺尾 俊紀