

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ールの提出が必須です
プロトコー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	AALL1231 Consolidation
診療科名	血液腫瘍内科
診療科責任者名	末永 孝正
適応がん種	T-ALL
保険適応外の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入院外来区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	ALL-67
登録日・更新日	2026年2月24日
削除日	
出典	J Clin Oncol. 2022 Jul 1;40(19):2106-2118.
入力者	若宮 奈央

投与順に記入(抗がん剤のみ)

	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名)	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
	希釈液					
No.1	シクロホスファミド水和物 (注射用エンドキサン)	100mg,500mg	1000mg/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	30分	day1,29
	生理食塩液	250mL				
No.2	ピンクリスチン硫酸塩 (オンコビン注射用)	1mg	1.5mg/m ² ※1	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	10分	day15,22,43,50
	生理食塩液	100mL				
No.4	ペグアスパルガーゼ (オンキヤスパー点滴静注用)	3750IU	2500IU/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	1時間	day15,43
	生理食塩液	100mL				
No.5	シタラビン (シタラビン点滴静注液)	400mg,1g	75mg/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	15分	day1-4,8-11,29-32,36-39
	生理食塩液	50mL				
No.6	メトレキサート (注射用メトレキサート)	5mg,50mg	15mg/body	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(髄注)	-	day1,8,15,22※3
	生理食塩液	20mL	※2			
No.7	メルカプトプリン水和物※4 (ロイケリン散)	10%	60mg/m ² /回	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(経口)	1日1回	day1-14,29-42

1コースの期間	56日
投与間隔の短縮規定	<input type="checkbox"/> 短縮可能(日) ・ <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%

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ールの提出が必須です
プロトコールがない場合は参考文献を提出してください

	<p>【開始基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Induction開始後day36(day29に実施する骨髄穿刺から7日目)またはANC\geq750μLかつ血小板数\geq75,000/μLとなった時点(いずれか遅い方)に開始する。 ・血球回復を待たずに直接Consolidationに移行する場合は、Induction day29のITとConsolidation day1のITの間は最低3日間の間隔を置くこと。 ・ANC\geq750μLかつ血小板数\geq75,000/μLとなるまでは、day29の抗がん剤治療を延期すること。 										
	<p><ベグアスバルガーゼ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー反応:グレード2以上のアレルギー反応(GTCAE v4.0定義)で、医学的介入を必要とする場合には、中止が推奨される。グレード2以上の全身性または再発性局所アレルギー反応が生じた場合、クリサントスパーゼに代替すべきである。クリサントスパーゼへ切り替えた場合2500IU/m²を週3回、計6回の投与を行う。 ・アナフィラキシー:グレード3のアナフィラキシー(GTCAE v4.0定義)を発症した場合、投与を中止すること。この場合、クリサントスパーゼに切り替えること。 ・凝固障害:症状がある場合、症状が解消するまでアスバラギナーゼを中断し、次に予定されている投与量から再開する。臨床症状を伴わない検査値異常のみを理由に投与を差し控えないこと。 ・高ビリルビン血症:直接ビリルビン値が上昇している場合、投与を中止する必要がある。 ・ケトアシドーシス:インスリンで血糖値が調節可能になるまで、投与を中止する。 ・肺炎:Grade3-4の場合は投与を中止する。また、アスバラギナーゼの追加投与は禁忌である。無症状のGrade2肺炎(酵素上昇または画像所見のみ)の場合、症状と徴候が消失し、アミラーゼ/リパーゼ値が正常化してから、投与を再開すべきである。 ・血栓症:症状が解消するまでの投与を中止し、適宜抗血栓療法を実施すること。症状解消後は、低分子ヘパリンまたは抗血栓療法を継続しつつ、投与再開を検討する。臨床的関連性のない検査値異常のみを理由に投与を中止しないこと。出血、血栓症、梗塞などの中枢神経イベントが生じた場合、投与を中止する。必要に応じ、FFP、凝固因子製剤、抗凝固療法で治療する。全症状が消失した(血栓症の場合はCT/MRIによる確認後)場合、全用量での再開を検討する。 										
減量・中止基準	<p><ビンクリスチン></p> <ul style="list-style-type: none"> ・神経障害性疼痛:Grade3以上の場合、投与を中止する。症状が改善したら、50%量から再開する(最大用量1mg)。その後忍容性に応じて、全量まで漸増する。 ・高ビリルビン血症(直接ビリルビン値):<3.1mg/dLの場合、投与量調節は不要(最大用量2mg)。3.1-5.0mg/dLの場合、50%減量して投与する(最大用量1mg)。5.1-6.0mg/dLの場合、75%減量して投与する(最大用量0.5mg)。>6.0mg/dLの場合、投与を中止する。毒性が改善したら、スケジュール上の次回投与から再開する。中止期間中に予定されていた投与は実施しない。 ・便秘または腸閉塞:Grade3以上の場合、投与を中止する。症状が軽減したら50%量(最大用量1mg)で再開し、忍容性に応じて漸増し全用量まで増量する。 										
	<p><シクロホスファミド></p> <ul style="list-style-type: none"> ・血尿:肉眼的血尿がみられた場合には投与を中止する。過去に著大な血尿の既往がある場合、投与前に水分補給を行い、比重が1.010未満となるまで継続する。投与後24時間は125mL/m²/hで水分補給を行う。 ・腎機能障害:Ccr10mL/min/1.73m²未満の場合、50%減量して投与する。 										
	<p><メルカプトプリン></p> <p>NUDT15変異 ホモ:10-20mg/m²/日 週3回 ヘテロ:必要に応じて減量を検討する(参考:TMPT変異の場合は30-50%減量)</p>										
	<p><メソトレキサート></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年齢</th> <th>投与量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-1.99</td> <td>8mg</td> </tr> <tr> <td>2-2.99</td> <td>10mg</td> </tr> <tr> <td>3-8.99</td> <td>12mg</td> </tr> <tr> <td>\geq9</td> <td>15mg</td> </tr> </tbody> </table>	年齢	投与量	1-1.99	8mg	2-2.99	10mg	3-8.99	12mg	\geq 9	15mg
年齢	投与量										
1-1.99	8mg										
2-2.99	10mg										
3-8.99	12mg										
\geq 9	15mg										
催吐性リスク	高度										
前投薬	-										
支持療法(その他)	・総投与量がシクロホスファミド投与量の60%を3回(シクロホスファミド投与時、4時間後、8時間後)に分けてメスナを投与する。										
その他の注意事項	<p>※1:最大投与量は2mg ※2:IT投与量は5mLとする。 ※3:CNS3(髄液中において、白血球数\geq5/μLおよび/または芽球に対するサイトスピニン染色陽性所見、あるいは中枢神経系白血病の臨床徴候)の患者はday15,22の投与を省略する ※4:NUDT15変異がある場合、投与量を減量する</p> <p>◆併用注意薬</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヘパリンNa(6時間以内の併用) ・低分子ヘパリン(12時間以内の併用) ・抗血小板薬 クロピドグレル、チクロピジン、プラスグレル など ・抗凝固薬 アビキサバン、ダビガトラン、リバーロキサバン、エドキサバン、ワルファリン など ・併用注意薬の休業期間は、院内の「手術時に注意すべき薬剤の手術前休業期間について」に準拠する。 <p>※アスピリンは併用可能 ※ヘパリンカルシウム(ヘパリン皮下注)は10000U/dayまでは併用可能 ※フルトン型チロシキナーゼ阻害薬(イブルチニブ、チラブルチニブ、アカラブルチニブ、ピルトブルチニブ、ザヌブルチニブ)は原則、併用可能</p>										