

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	APML4 Induction
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	APL
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	AML-26
登録日・更新日	2026年4月28日
削除日	
出典	Blood (2012) 120 (8): 1570-1580.
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	トレチノイン (ベサノイドカプセル)	10mg	45mg/m2	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(内服)	1日2回 ※1	day1-36
No.2	イダルビシン塩酸塩 (イダマイシン 静注用)	1mg	※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	day2,4,6,8
	生理食塩液	100mL				
No.3	三酸化二ヒ素 (トリセノックス点滴静注)	20mg	0.15mg/kg	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	2時間	day9-36
	生理食塩液	250mL				
No.4	プレドニゾン (プレドニゾン錠)	1mg,2.5mg,5mg	1mg/kg	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(内服)	1時間	day1-10 ※3

1コースの期間	57-64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%

減量・中止基準	<p>【減量・中止基準】 Grade3-4の非血液学的毒性が認められた場合、ATRA/ATOの投与を休薬またはATRA 25mg/m²/dayおよびATO 0.08mg/kgに減量する。 ATRAまたはATOの投与を3日以上中断した場合、中断分の投与量を補うために、治療期間を36日より延長する。</p> <p>※2 <イダルビシン> 年齢 投与量 1-60 12mg/m²/day 61-70 9mg/m²/day 70 < 6mg/m²/day</p>
催吐性リスク	中等度
前投薬	-
支持療法(その他)	-
その他の注意事項	<p>※1 服用数が偶数で割り切れない場合には、奇数回で分けることを可とする。 ※3 基本1~10日目まで投与であるが、白血球数が$1.0 \times 10^3 / \mu\text{L}$未満になるまで、あるいは分化症候群が改善するまで投与期間を伸ばすことが可能である。 ・週2回の心電図検査を推奨する。 ・治療中はカリウム濃度4mEq/L以上、マグネシウム濃度1.8mg/dL以上に維持すること。 ・イダルビシンの総投与量は、120mg/m²を超えないこと。</p>