

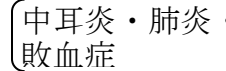

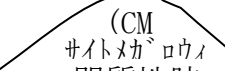

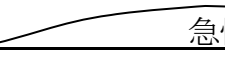
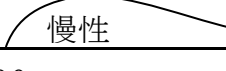


24. 付表

24-1	：移植後の合併症	1 3
24-2A	：チェックリスト（ドナー）	1 4
24-2B	：ドナーの方へ（提供の意思確認）	1 5
24-3A	：末梢血幹細胞ドナー採取指示表	1 7
24-3B	：同種・自家末梢血幹細胞移植ドナーについて	1 8
24-4A	：患者用チェックリスト	1 9
24-4B	：移植カンファレンス-黄色い用紙	2 0
24-4C	：造血細胞移植（DATA BASE）	2 1
24-5	：移植前検査クリニカルパス	2 2
24-6A	：移植説明資料（レシピエントとその家族へ）	2 3
24-6B	：造血細胞移植承諾書	2 4
24-7	：【お寿司はだめ？】	2 5
24-8	：腎機能低下時の薬剤量	2 6
24-9	：急性 GVHD 重症度分類	2 7
24-10A	：ウイルス検査依頼	2 8
24-10B	：CMV 治療指針	2 9
24-11	：Performance status	3 0
24-12	：造血細胞移植ドナー承諾書	3 1
24-13A	：HTLV-1 プロウイルス検査	3 2
24-13B	：HTLV-1 プロウイルス定量についての説明	3 3
24-14	：現在進行中のプロトコール	3 4
24-15	：移植症例統計	3 5

24-1

造血幹細胞移植後の合併症

時期 合併症	前処置期	早期	中期	後期
抗癌剤 副作用				
細菌性 真菌性				
ウイルス性				
白血球数とその 由来	患者本人の	移植した骨髄由来の		
G V H D				
造血幹細胞移植日	-7	0	30	100
前処置期	悪心、嘔吐、血尿、高血圧、けいれん、黄疸			
早期	悪寒、発熱、口内炎、悪心、嘔吐、下痢、皮膚発赤 ＜急性GVHD＞ 紅皮様皮疹、かゆみ、口内発赤、びらん、下痢、血便			
中期	＜間質性肺炎＞ 乾性咳嗽、呼吸困難 ＜出血性膀胱炎＞ 排尿時痛、血尿、頻尿、尿閉			
後期	＜慢性GVHD＞ 乾燥症状(sicca症候群)：涙液減少、角膜潰瘍、唾液 そう痒感、色素沈着			

24-2A

チェックリスト（ドナー検査用）

末血(アナリーゼ, 網状赤血球, 血型)

生化(S51--HbsAg なし) 検尿(沈渣) 妊娠反応(女性の場合)

胸 X-P(正面・R L) 腹 X-P(立位・臥位) ECG-12 誘導

身長_____cm 体重_____kg BMI(体重 x 体重 ÷ 身長 m : _____)

肺機能(PB ドナーは不要) 酸素飽和度

感染症

HbsAg(EIA)

HCV(3rd)

HBcAb

HIV(PA)

HTLV-I(PA)

CMV IgG (EIA)

抗 VCA IgG(ELISA)

抗 EBNA IgG(ELISA)

腹部エコー予約(PB ドナー用)

採取前： / 採取後： /

既往歴

悪性高熱

輸血歴

慢性肝炎

腎疾患

糖尿病

高血圧

脳血管障害

結核

てんかん

マラリア

出血性素因についての家族歴の有無

神経・筋疾患についての家族歴の有無

薬剤に伴うショック・呼吸困難の有無

尋常性乾癬

天疱瘡

自己免疫疾患

緑内障

造血細胞提供（ドナ - ）の方へ

1. 造血細胞提供の意思について

- a. 造血細胞提供の意思があり、理解しているので移植の準備を進めて欲しい。
- b. 不安や不明な点があるので説明を聞いてから決めたい。
- c. 意思はあるが事情があるので、決めかねている。
- d. 事情があり、今回は辞退したい。
- e. 造血細胞提供の意思はない。

b. c. の方は差し支えなければその内容について以下にご記入ください。

問診表

今までに、以下の病気にかかったことがありますか？

1. 心臓病，血圧など
2. 肝臓病，胃腸
3. 腎臓
4. 糖尿病
5. アレルギー，喘息，花粉症，じんま疹
6. 痙攣
7. 外科手術
8. エイズ
9. その他（以下に具体的にご記入ください。）

病 名：
いつ 頃：
治療内容：
現在の状況：

現在，検査中または治療中の病気がありますか？

いいえ はい

現在，服用している薬がありますか？

いいえ はい

いままでに，食べ物や薬でアレルギーがありますか？

いいえ はい

この1年間に海外旅行をしたことがありますか？

いいえ はい

輸血を受けたことがありますか？

いいえ はい

献血をしたことがありますか？

いいえ はい

過去1年間に健康診断を受けて異常を指摘されたことがありますか？

いいえ はい

不整脈と言われたことがありますか？

いいえ はい

日常の飲酒について

毎日・時々・全く飲酒しない

喫煙について

吸わない・吸う

女性の方へ

妊娠中ですか？

いいえ はい

24-3B

G. CSF 投与 (皮下投与)

day1: グラン 400 $\mu\text{g}/\text{m}^2$, またはノイトロジン ; 10 $\mu\text{g}/\text{kg}$

day2 ~ 採取予定日前日 (/) まで午前 10 : 00 皮下注

採取日のみ : 午前 6 : 00

PBSCH 当日 カルチコール 2A

ペンレス 2 枚 (採取前 30 分に貼付)

一般指示

1 , 疼痛時 (頭痛 , 骨痛 , 関節痛など)

No.1: ロキソニン 1T / 1×1 3 回 / 日

No.2: ボルタレン (25) 1 個 / 1×1 3 回 / 日

No.3: 担当医コール

2 , 発熱時 (38 以上)

ロキソニン 1T / 1×1 3 回 / 日

3 , 不眠時

アモバン (7.5) 1T / 1×1 2 回 / 日

4 , 悪心・嘔吐時

No.1: ナウゼリン 1T / 1×1 3 回 / 日

No.2: 生食 (20) 1 V
プリパラン 1A ×1
アタラックス P (25) 1A
} iv 3 回 / 日

同種・自家末梢血幹細胞移植ドナーについて

幹細胞採取の予約 : 原則として施行予定日の 14 日前までとする。

予約先 : 1. 透析室 : (内線 2801 , 2802 , 2806 , 2807)

2. 検査室 : (内線 : 2231 , 2232)

予約後は , 必ずカルテに記載しておく。(ドナー外来カルテ)

採取場所は 8 階透析室 : 幹細胞採取開始前入力について

入力者 : 医師 (原則として , 担当医)

入力項目 : 身長 , 体重 (当日) , 白血球数 , 単核球 % (リンパ球 + 単球) ヘマトクリット

24-4A

チェックリスト（移植前レシピエント用）

末血(アナリーゼ, 網状赤血球, 血型)

生化(S51) 検尿(沈渣) 女性の場合(妊娠反応)

胸 X-P(正面・R L) 腹 X-P(立位・臥位)

ECG-12 誘導 身長 体重 標準体重

感染症

HbsAg(EIA) HCV(3rd) HIV(PA) HBcAb

HTLV-I(PA) CMV IgG (EIA) VZV IgG (EIA) HSV IgG (EIA)

EB: 抗 VCA IgG 抗 EBNA

呼吸器

血液ガス分析 胸 CT 呼吸機能検査

循環器

心エコー ECG

腎機能

24hr .Ccr 2-マイクログロブリン

他科受診

耳鼻科 眼科 歯科 リハビリ

神経

頭部 CT

24-4B

造血細胞移植カンファレンス (Auto・Allo・Mini-)

記入者： _____

平成 年 月 日

【RECIPIENT】

フリガナ
名前： _____ 性別： 男・女
カルテ No.： _____ UPN： _____
生年月日： _____ 年齢： _____ 歳
身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ /m²

血液型： (A・B・O・AB) Rh (+・・)

H L A： A(,) B(,)
C(,) DR(,)

DNA typing _____

感染症： HbsAg (+・・) HBcAb(+・・) HCV(+・・)

HTLV-I(+・・) HIV (+・・)

CMV-IgG(+・・) HSV(+・・) VZV(+・・)

EB;VCAIgG(+・・),EBNA(+・・)

輸血歴： RBC (+・・) 回 PLT (+・・) 回

臓器障害・肝(+・・ /ALT _____ U/L, T-Bil _____ mg/dL)

・腎(+・・ /Ccr _____ ml/min)

・心(+・・ /EF _____ %, ECG _____)

・肺(+・・ /VC _____ %, FEV1.0 _____ %)

・耐糖能(正常・境界・糖尿病)

【DONOR】

同胞(兄・弟・姉・妹)

親・子・その他血縁 _____

骨髄バンク 臍帯血バンク

名前(ID)： _____ 性別： 男・女

身長： _____ cm 年齢： _____

体重： _____ kg 体表面積： _____ /m²

血液型： (A・B・O・AB) Rh (+・・)

H L A： A(,) B(,)

C(,) DR(,)

DNA typing _____

感染症： HBsAg (+・・) HBcAb (+・・)

HCV (+・・) CMV-IgG (+・・)

HSV (+・・) VZV(+・・)

HTLV-I(+・・) HIV (+・・)

EB; VCAIgG(+・・),EBNA(+・・)

既往歴： (無・有) _____

【初診時検査】 検査日： _____ 年 月 日

・WBC： _____ / μ RBC： _____ $\times 10^4$ / μ

・Hb： _____ g/dl PLT： _____ $\times 10^4$ / μ

・染色体異常： (+・・) 異常有の場合は詳細まで _____

・マーカー(表現型)： _____

・FISH： _____

・病理(リンパ)： _____

・MPO芽球： _____ % ・Ph染色体(+・・)

【病歴】

診断日：平成 年 月 日

診断名： _____ (de novo・2次性)

・FAB _____ ・IPI _____ ・初発時PS： _____

診断時の臓器浸潤：(+・・ / 肝臓 脾臓 縦隔

リンパ節 CNS その他 _____)

治療歴：平成 年 月 日

療法

(INF・イマニチブ/投与期間 _____ ケ月)

初回寛解に要した化学療法のコース： _____ 回

現在の状態： 初回治療前 初回寛解導入不能

CR・CP・NR/ _____ 回 AP BC

移植希望日：平成 年 月 日

細胞種類：BM・PB・CB(採取： 月 日)

<問題点>

・主治医からのコメント

・Conferenceのコメント

1) Type：(骨髄破壊的・骨髄非破壊的)

2) 前処置：

3) GVHD 予防：

4) HLA：

一致 不一致：血清(/6) 遺伝子

(/6)

5) 血液型：

一致

minor mismatch(D: / R: /)

major mismatch(D: / R: /)

6) 臓器障害(+・・) _____

7) 移植予定日・平成 年 月 日

造血細胞移植 DATA BASE (Auto, Allo, Mini) 名前: _____

A. 移植 data

- 移植日: _____年 _____月 _____日
自家骨髄 自家末梢血 同種骨髄
同種末梢血 臍帯血 他 _____
- 移植回数: 初回 他 _____回目
・過去の移植 ← _____年 _____月 _____日
自家骨髄 自家末梢血 同種骨髄
同種末梢血 臍帯血 他 _____
- 診断日: _____年 _____月 _____日
- 移植までの期間 _____カ月
- 診断名 _____
- 移植病期 high or low risk (_____)
- 血液型及び HLA
・ ABO match: R _____ / D _____ ・ HLA: match・mismatch
- 前処置 myeloablative/reduced-intensity
・ 放射線: (+ . . . / TBI TAI TLI)
・ 化学療法 _____
- G-CSF の投与 (+ . . . / FIL LEN NAR)
- GVHD 予防: _____
- 輸注細胞数: _____ × 10⁸/kg
C D 34 : _____ × 10⁶/kg

B. 移植後検査成績 data

- 生着
・ WBC >1,000 越えた 越えず day _____
・ Neutro >500 越えた 越えず day _____
・ PLT >20,000 越えた 越えず day _____
・ PLT >50,000 越えた 越えず day _____
・ Retic >1% 越えた 越えず day _____
- 生着日(好中球が3日連続 500/μLを越えた日)
生着: 無 有/ _____年 _____月 _____日
- 拒絶日(二次的生着不全: 生着後、骨髄が著しく
低形成で、好中球が 500/μL以下に低下した日)
拒絶: 無 有/ _____年 _____月 _____日
- 移植後キメリズム検査(実施・未実施)
・ 実施検査/性染色体・VNTR, STR・他 _____
・ 結果(day100の時点で)

C. 合併症 data

- 急性 GVHD: Grade(0・1・2・3・4・評価不能)
・ 皮膚(0・1・2・3・4不明) 生検(+ . . .)
発症日/ _____年 _____月 _____日
・ 肝 (0・1・2・3・4不明) 生検(+ . . .)
発症日/ _____年 _____月 _____日
・ 腸管(0・1・2・3・4不明) 生検(+ . . .)
発症日/ _____年 _____月 _____日
- 慢性 GVHD
無 Limited Extensive 評価不能
発症日/ _____年 _____月 _____日
- 口内炎 (+ . . .) day _____
- Cystitis (+ . . .) day _____
- VZV (+ . . .) day _____
- IP day _____
- CMV(HRP-C7)陽性日 day _____

E. QOL

【day 0~生着 _____日】

- PS(0・1・2・3・4) 2. 発熱日数 _____日
 - リハビリ実施可能日数 _____日
 - 輸血回数 MAP _____回 PLT _____回
- 【生着~30日 _____日】
- PS(0・1・2・3・4) 2. 発熱日数 _____日
 - リハビリ実施可能日数 _____日
 - 輸血回数 MAP _____回 PLT _____回

D. 最終追跡日

- 移植後の疾患状況
寛解維持 移植後寛解 _____年 _____月 _____日
寛解ならず(評価日/ _____年 _____月 _____日)
- 再発: (+ . . . / _____年 _____月 _____日)
- 二次性悪性腫瘍: (+ . . .)
病名: _____/ _____年 _____月 _____日
- 生存状況: Karnofsky score _____%
生存: 現在の PS _____
死亡: 原因 _____
最終確認日: _____年 _____月 _____日

24-5

移植前(1ヵ月前・2週間前)検査クリニカルパス

患者名()様 年齢(才) 主治医(医師)

移植予定日(年 月 日)

担当看護師()

日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)
食事	普通食			<input type="checkbox"/> 栄養士との面談		
安静	自由					
清潔	入浴可					
全身管理						退院
治療						
検査	<input type="checkbox"/> 歯科受診 <input type="checkbox"/> 紹介状確認 <input type="checkbox"/> リハビリ受診 <input type="checkbox"/> 依頼箋確認	<input type="checkbox"/> 眼科受診 <input type="checkbox"/> 耳鼻科受診 <input type="checkbox"/> 紹介状確認	<input type="checkbox"/> 骨髄検査 <input type="checkbox"/> 骨密度検査	<input type="checkbox"/> 24hrCCR(腎機能検査)のため蓄尿開始 <input type="checkbox"/> 心エコー検査 <input type="checkbox"/> 抗生剤皮内テスト	<input type="checkbox"/> 24hrCCR提出 <input type="checkbox"/> 採血 ①の項目参照	
処置						
教育・指導	<input type="checkbox"/> 治験コーディネーターと面談 <input type="checkbox"/> ビデオ視聴 <input type="checkbox"/> 無菌室見学	<input type="checkbox"/> プライマリナーズとの話			<input type="checkbox"/> 主治医説明	<input type="checkbox"/> 担当看護師と面接
その他	①採血項目：末血・生化学(S52)・ウイルス検査 HBsAg(EIA), HBsAb(PA), HBcAb(), HCV(3rd), HTLV-1(PA), TPHA, CMV IgG(EIA), EB:VCA IgG, EBNA 凝固系・血液型すべて・糖負荷試験・ホルモン(FT3, FT4, TSH, FSH, LH, テストステロン, E2) ②生理機能：肺活量・1秒率					

移植内容説明

20 年 月 日

氏名： _____

家族同席者： _____

主治医： _____

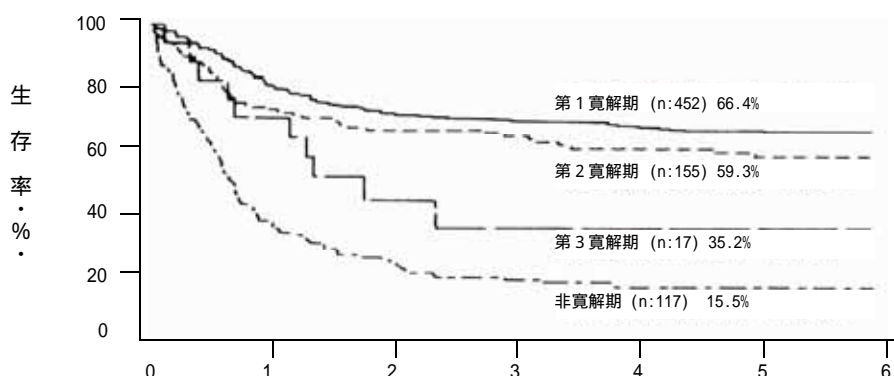
担当ナース： _____

診断名 _____

移植予定日： 20 年 月 日

< 治療成績 >

生存曲線



急性骨髄性白血病の HLA 適合同胞間骨髄移植の生存曲線

()内の数字は患者さんの数を表します。生存率は 5 生存率を表します。

(骨髄バンク資料より引用)

< 前処置までの予定 >

中心静脈栄養用カテーテル挿入に伴う合併症

他科受診・内服薬の必要性

< 前処置とは? >

日程, 薬剤種類,

合併症 (嘔吐, 脱毛, 出血, 心筋障害, けいれん, 膀胱炎, 不妊)

< 造血細胞輸注 >

血液型の変化

< 移植後合併症 >

口内炎・肝静脈閉塞症・細菌および真菌感染症

急性 GVHD (移植片対宿主病: graft versus host disease)・間質性肺炎

< 生着不全 > 稀

< 再発 > 15%

< 慢性 GVHD > 40-60%

< 後期合併症 > 二次がん

< 社会復帰 > 約 1 年後

< 入院費用・自己負担・その他 >

< メモ >

24-6B

造血細胞移植 承諾書

(同種骨髄移植・同種末梢血幹細胞移植・自家移植・臍帯血移植)

殿

私 _____ が造血細胞移植を受けるに当たり
医師により、その内容と意義、必要性及び起こり得る偶発性など
について十分に説明を受けた上で、安全性並びに危険性について納得
致しました。特殊薬剤 (_____) の使用についても同意致しま
す。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

承諾者

(本人)

住所 _____

氏名 _____ 印または署名 _____

(本人が署名出来ない時は保護義務者又は配偶者)

住所 _____

氏名 _____ 印または署名 _____

【お寿司はだめ？】

京大病院検査部の感染症コントロール Dr.藤原尚子先生に『好中球減少時』の食事全般についてコメントしていただきました。

このような状況に対応して避けることが推奨される食物は

- 1) 健常人でも避けるべきもの(期限切れ, 食中毒が懸念される食物)
- 2) 汚染細菌・真菌の量が多いと考えられるもの。

となります。2)に関しては, ものによっては流水での洗浄・加熱・低温殺菌を行えば摂取可能です。このような処置ができないもの(自家製漬物・もともと生で食べる食物)は避けるべきものとなります。

例えばキムチは2)に属するため, 加熱により摂取可能です。1)については, 当院でもよく経験するのは, ステロイド内服中(理由はさまざま)の患者におけるサルモネラ腸炎・菌血症です。通常, 私たち健常人も日々サルモネラを経口摂取しているのですが, 胃酸での殺菌や腸管粘膜の免疫等で発症に至ることはほとんどないのだと考えるのが自然です。それが発症してしまうのが, こういう患者での常です。また, HIV で有名ですが, 発症後の慢性化, 再燃も血液疾患での化学療法中患者や移植後患者で認められています。細胞内寄生性であるためにおこる病態なので, 他の菌についてはその病態に顕著な差は認められません。日常の摂取機会も圧倒的に多いので, サルモネラ(生卵・生肉)には要注意です。

24-8

腎機能低下時の薬剤量

アシクロビル

クレアチニンクリアランス	%投与量	間隔
> 50	100	8 時間毎
25 - 50	100	12 時間
10 - 25	100	24 時間
10 以下	50	24 時間

ガンシクロビル

クレアチニンクリアランス	%投与量	間隔
> 70	5mg/kg	12 時間毎
50-69	2.5mg/kg	12 時間
25-49	2.5mg/kg	24 時間
10-24	1.25mg/kg	24 時間

シクロスポリン投与量の変更 (岡村班) ミニ移植

クレアチニン	%投与量減量
1.25-1.5	0-25% 減量
1.5-2.0	0-50% 減量
2.0-2.5	25-75% 減量
2.5-3.0	25-100%減量
3.0 以上	50-100%減量

シクロスポリン目標濃度と減量方法 (岡村班) ミニ移植

シクロスポリン濃度

	250 以下	400-500	600-750	高値
対策	25%増量	25%減量	12 時間中止	24 時間中止
		後 25%減量	後 25%減量	後 50%減量

急性GVHD重症度分類

(1) Stageの定義

Stage ^{d)}	皮膚	肝	消化管
	皮疹 (%) ^{a)}	総ビリルビン (mg/dl)	下痢 (ml/day) ^{b)}
1	<25	2~3	500~1000 または持続する嘔気 ^{c)}
2	25~50	3~6	1000~1500
3	>50	6~15	>1500
4	全身性紅皮症 (水疱形成)	>15	高度の腹痛・腸閉塞

a) 火傷における“rule of nines”(成人), “rule of fives”(乳幼児・小児)を適応。

b) 小児の場合はml/m²とする。連続する3日間の平均値で判定する。

c) 胃・十二指腸の組織学的証明が必要。

d) ビリルビン上昇, 下痢, 皮疹を引き起こす他の疾患が合併する場合はstageを一つ落とし, 疾患名を明記する。

(2) Gradeの定義

Grade	皮膚		肝		消化管
	stage		stage		stage
I	1~2		0		0
II	3	or	1	or	1
III	-		2~3	or	2~4
IV	4	or	4		-

注1) PSが極端に悪い場合(Karnofsky score<30%), 臓器障害がstage4に達しなくともgradeIVとする。ただし他の合併症が存在するときの判定は困難である。

注2) “or”は, 各臓器障害のstageのうち一つでも満たしていればそのgradeとするという意味である。

注3) “-”は, skinの場合, stageが0, 1, 2, 3の範囲で何であっても構わないという意味で, たとえば, 肝障害がstage2, 3ならば自動的にgradeIIIとなる。つまり皮膚障害の程度はgradeIIIを規定しない。同様に腸管の場合, 障害の程度が何であれgradeIVには関与せず, たとえstage4でも皮膚または肝にstage4病変がない限り, gradeIVとは判定されない。

24-10A

ウイルス検査依頼 連絡用紙

依頼日 20__年__月__日

鹿児島大学医学部 難治性ウイルス疾患研究センター
臓器癌ウイルス分野 教授
栄鶴 義人 先生 御机下

造血細胞移植後のウイルス検索についてよろしくお願いたします。

患者名 _____ 歳 (男・女)

カルテ番号 _____

診断 #1 _____

#2 _____

#3 _____

主な臨床症状 --- 発熱・咳・低酸素血症・血尿・肺炎・その他

- ・移植の種類 autologous, allogeneic, (sibling / MUD) or mini
- ・細胞種類 PB ・ BM ・ 臍帯血
- ・移植日 平成__年__月__日
- ・検体 () 血液 (ヘパリン加血液 3ml)
() 尿 (5ml)
() その他 ()
- ・検体採取日 平成__年__月__日
(day-10 ・ day30 ・ day60 ・ day90 ・ day120)
- ・CD4/8 () ・ CD4 リンパ球絶対数 (/ μ l)
- ・IgG/A/M (, ,)
- ・GVHDの有無 (有・無)
- ・CMV 抗原血症 (C7HRP) の結果 (/ , 陽性, 陰性, 月 日)

主治医: _____

24-10B

CMV の治療指針

・サイトメガロウイルス感染の監視

感染のリスクには以下の項目がある。

1. 年齢
2. 移植時にハイリスク（非寛解など）
3. GVHD 合併
4. CMVsero-positive(既往感染)

2003 年 11 月までの CMV 感染の状況は以下の表の通り。

< CMV 感染の比較 >

	骨髄破壊的移植	ミニ移植
症例数	18	17
年齢(平均)	38	54.1
CMV		
HRP-C7(+)	61%	76%
陽性までの日数	39.8日	28.9日
CMV病	3人	6人
ATL	50%	37.5% (41.6%)
non-ATL	7.1%	33.3% (17.3%)
その発病日	167日	101日
GVHD		
2度以上	38%	58%
GVHD合併例の CMV陽性%	85%	80%

特徴的なことは

1. CMV 感染の頻度は 61-76%。
2. その陽性までの日数は 28-39 日
3. CMV 病は 101-167 日

したがって、以下の方法で監視をおこなう。

時期：生着後から毎週 1 回、退院まで。

方法： 1. HRP-C7 を用いて監視する。

2. 研究的な PCR 検査を移植前から付表（24-10A）を記入して実施。

CMV 抗原血症陽性の場合には

早期投与(pre-emptive therapy;ガングシビル 10 mg/kg/日)を開始する。

24-11

Performance status

ECOG performance status scale (日本語訳)

PS 0：無症状で社会活動ができ，制限を受けることなく，発病前と同等にふるまえる。

PS 1：軽度の症状があり，肉体労働は制限を受けるが，歩行，軽労働や坐業できる。例えば軽い家事，事務など。

PS 2：歩行や身の回りのことはできるが，しばしば介助がいり，日中の50%以上は起居している。

PS 3：身の回りのある程度のことではできるが，しばしば介助がいり，日中の50%以上は就床している。

PS 4：身の回りのこともできずに，常に介助がいり，終日就床を必要としている。

Oken MM, et al.: Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative Oncology Group.

Am J Clin Oncol 5: 649-655, 1982 より引用

3124-12

造血細胞移植ドナー承諾書

(同種骨髄移植・同種末梢血幹細胞移植)

殿

私 _____ が造血細胞移植のドナーとして造血幹細胞(骨髄液・末梢血幹細胞)を提供するに当たり _____ 医師により、その内容と意義、必要性及び起こり得る偶発性などについて十分に説明を受けた上で、安全性並びに危険性について納得致しました。

〔G-CSF(顆粒球コロニー刺激因子)の使用・全身麻酔〕についても同意致します。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

承諾者

(本人)または(保護義務者、配偶者)

住所 _____

氏名 _____

HTLV-1 プロウイルス定量 (ATL 患者用)

- (1. 化学療法前)
2. 移植前処置直前
3. 移植後 1 カ月
- (4. 移植後 2 カ月)
5. 移植後 3 ヶ月
6. 移植後 6 カ月
- (7. 移植後 9 カ月)
8. 移植後 1 2 カ月
9. その後 6 カ月毎
10. 再発が疑われた時

() 以外は可能な限り検査する。

特に移植後再発が疑われた場合は必ず検査する。

EDTA-2Na 7 cc のスピッツ 1 本を SRL に提出する。

実費 (1,5000 円) が必要である。ただし, 岡村班登録, 仮登録例は専用伝票にて提出すれば班の研究費用で検査可能である。

また, ドナーが HTLV-1 キャリアの場合はドナーの HTLV-1 プロウイルス定量 (登録例は班の研究費) およびサザンブロットによるクロナリテイの検査 (実費 2.1000 円) も必要である。

伝票の記載方法

HTLV-1 プロウイルス定量:

HTLV-1 DNA 定量 (リアルタイム PCR)

(岡村班仮登録・登録例は専用伝票あり)

HTLV-1 クロナリテイ:

HTLV-1 プロウイルス DNA (クロナリテイ)

HTLV-1 プロウイルス定量についての説明

成人T細胞白血病・リンパ腫(ATL)は、ヒトTリンパ球指向性ウイルスタイプ1(HTLV-1ウイルス)が原因となり発症する白血病・リンパ腫です。白血病細胞には、HTLV-1ウイルスが感染しており、ATLの治療後、造血幹細胞移植後にHTLV-1ウイルス量を測定することは、白血病細胞が身体の中にどのくらい残っているかを知る大切な情報です。つまり、移植後の治療効果判定に非常に有用です。また、再発の早期発見やドナーリンパ球へのウイルスの感染などの情報も得られます。

しかし、この検査は残念ながらまだ保険で未承認です。検査センターに依頼すると15000円の実費が必要です。移植前処置前、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後、その他病状が変化した時が特に必要な検査です。同意いただければ検査をさせていただきます。

現在進行中の研究プロトコール

- 2003.8.28
非血縁者間臍帯血移植の安全性の検討
～リン酸フルダラビン，ブスルファン，全身放射線照射併用～
- 2003.6.26
急性骨髄性白血病を対象とした寛解後療法(Ara-C 大量療法 vs 自家末梢血幹細胞移植併用 G-CSF/BEA 療法)のランダム化比較試験とその付随研究「白血病特異的遺伝子及び関連遺伝子の解析計画書
- 2003.1.23
成人 T 細胞白血病(ATL)への同種末梢血幹細胞による骨髄非破壊的移植法の検討(ATL-NST-2)
- 2002.8.8 原田班
成人白血病に対する HLA 一致同胞ドナーからの同種末梢血幹細胞移植と同種骨髄移植の臨床第 3 相非盲検無作為割付比較試験
- 2002.8.8 高上班
骨髄非破壊的前処置法を用いた同種造血細胞移植に関する研究
～骨髄非破壊的前処置法の有用性，ならびに急性 GVHD の予防投与方法に関する検討～（第 5 版）
- 2002.8.8 高上班
NHL を対象としたリン酸フルダラビンとブスルファンによる前処置の安全性・有効性の検討
- 2002.1.31 JSCT
Refractory / Relapsed Aggressive NHL に対する Salvage 療法としての大量化学療法 + 自己末梢血幹細胞移植の有効性に関する検討
- 2000.10.26 岡村班
成人 T 細胞白血病への同種末梢血幹細胞による骨髄非破壊的移植療法の検討