

HIV感染症治療研究会

<http://www.hivjp.org/>

HIV感染症 「治療の手引き」

第9版

2005年12月発行

利用される皆様へ

この「治療の手引き」は、欧米で公表されたガイドラインや2005年11月までに得られた臨床知見をもとに、国内のHIV診療医師がそれぞれの経験を加えてまとめたものです。HIV感染症の治療は確立されたものではなく、治療成績や新しい知見とともに今後さらに変わっていくと考えられるため、本手引きの内容も順次改訂する予定です。

HIV感染症治療の理解のために

HIV感染症の治療は、抗HIV薬の開発、そしてそれらの薬剤を用いた多剤併用療法(HAART: highly active antiretroviral therapy)によって、大きな進歩を遂げ、ウイルスの増殖と免疫細胞(CD4陽性リンパ球)の破壊を抑制することにより、AIDSによる死亡数とAIDS関連日和見感染症の発現頻度は著しく減少した。

しかし、一方でHAARTの長期的実施における副作用や耐性ウイルスの出現が最近問題となってきた。早期の治療開始にもかかわらずHIVを除去できないこと、治療を早期に開始しなくても免疫系の再構築が可能であること、HAARTの成功の鍵が適切な服薬が継続可能かどうかにあることなどがわかり、HIV感染症の治療は新たな局面を迎えている。

アドヒアランスの改善を目的とした1日1回療法や耐性ウイルスにも有効な新薬の開発など、現在のHAARTの問題点を改善すべくいくつもの試みが行われている。その意味では、

いまだに治療基準や方針などが確立されていないのが現状であるといえる。

そうしたなかにあつて、この「治療の手引き」は、HIV診療の経験が少ない、もしくは経験のない医療者のために、HIV感染症治療の原則となる事項の全体像の把握を目的として編集されている。実際のHIV診療を行う場合には、その時点における最良の治療や情報を医療者と患者が共有する必要がある。そのため、診療経験豊富な医療者の助言を求めることも決して忘れてはならない。巻末(P.46)に参考資料として、主要文献とダウンロード可能なホームページアドレスを示した。

今回の第9版は、米国DHHSのHIV感染症治療ガイドライン 2005年4月7日、2005年7月15日および2005年10月6日の改訂を踏まえ更新した。

この「治療の手引き」がHIV感染症治療について理解を深める一助となれば幸いである。

2005年12月

:Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents(<http://aidsinfo.nih.gov/>)

下記ホームページでも、HIV感染症「治療の手引き」をご覧ください。
<http://www.hivjp.org/>

HIV感染症治療研究会 RESEARCH GROUP for THERAPY of HIV INFECTION

代表幹事

木村 哲 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター センター長
満屋 裕明 熊本大学医学部 感染免疫診療部 血液内科・膠原病内科 教授

会員(50音順)

味澤 篤 東京都立駒込病院 感染症科 医長
伊藤 章 国際医療福祉大学附属 熱海病院 内科 教授
岩本 愛吉 東京大学医科学研究所 先端医療研究センター感染症研究分野 教授
内海 眞 高山厚生病院 院長 / 国立名古屋病院 客員研究員
岡 慎一 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター 部長
小池 隆夫 北海道大学大学院 医学研究科 病態内科学講座・第二内科 教授
白阪 琢磨 国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター長(事務局長)
高田 昇 広島大学病院 エイズ医療対策室 室長
高松 純樹 名古屋大学医学部 附属病院 輸血部 教授

塚田 弘樹 新潟大学医歯学総合病院 講師・感染管理部 副部長
根岸 昌功 東京都立駒込病院 感染症科 部長
日笠 聡 兵庫医科大学 総合内科 講師
福武 勝幸 東京医科大学 臨床検査医学講座 教授
松下 修三 熊本大学エイズ学研究センター 病態制御分野 教授
安岡 彰 富山大学医学部 感染予防医学講座 助教授
山本 直樹 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 ウイルス制御学 教授
山本 政弘 国立病院機構九州医療センター 感染症対策室 室長
山元 泰之 東京医科大学 臨床検査医学講座 講師

編集協力(50音順)

赤城 邦彦 神奈川県立こども医療センター 母子保健室長
宮澤 豊 東京都立豊島病院 副院長(産婦人科)

HIV感染症治療の原則

- 治療目標は血中ウイルス量(HIV RNA量)を検出限界以下に抑え続けることである
- 治療は原則として3剤以上を投与する強力な多剤併用療法で開始すべきである
- 治療により免疫能のいくつかの指標が改善しても治療を中止してはならない

HIV感染症治療の留意点

- 患者個々の状態や環境に応じた治療戦略をたてる
- 抗HIV療法の効果維持にはアドヒアランスが重要である
- 安易な治療開始や薬剤選択・変更・中止を行ってはならない
- 現在の抗HIV療法はHIVの増殖を抑制するだけで体内から排除するものではない
- その時点での最新の情報を提供する

CONTENTS

HIV感染症治療の理解のために……………	2	抗HIV薬に対する耐性と薬剤耐性検査……………	22
HIV感染症治療の原則		薬剤耐性とは何か	
HIV感染症治療の留意点		薬剤耐性検査にはどんなものがあるか	
HIV感染症の経過、指標とその検査……………	4	薬剤耐性検査をいつ行うか	
HIV感染症の経過(病期)		既知の薬剤耐性関連アミノ酸変異	
HIV感染症の指標		治療に注意すべき患者層……………	25
HIV感染症の検査		HBV重複感染症	
抗HIV療法の目標……………	6	HCV重複感染症	
多剤併用療法(HAART)		結核合併例	
現在の考え方 “ Hit HIV early and hard ”から長期戦略へ		思春期・青年期	
抗HIV療法をいつ開始するか……………	8	妊産婦に対する抗HIV療法と母子感染予防……………	28
治療開始基準		妊産婦に対する治療の基本	
日和見感染症合併時の注意点		妊産婦に対する抗HIV療法とその問題点	
抗HIV療法をどう行うか……………	10	選択的帝王切開	
3剤以上を併用する多剤併用療法(HAART)		治療の目標ならびに指針	
抗HIV薬の主な副作用		米国における妊婦に対する抗HIV療法	
効果が不十分な場合……………	18	HIV陽性の母親から生まれた児に対する予後管理……………	32
効果が不十分と判定される基準		新生児の母子感染予防	
薬剤変更をどう行うか		感染の有無の検査	
治療効果が不十分と考えられたときの対応		感染児の予後	
アドヒアランスが治療の決め手……………	21	2次感染予防のために……………	34
		付録 抗HIV薬一覧……………	35
		参考資料……………	46

HIV感染症の経過、指標とその検査

HIV感染症の経過(病期)

HIV感染症は、ヒト免疫不全ウイルス(HIV: human immunodeficiency virus)がリンパ球(主としてCD4陽性リンパ球)に感染し、免疫系が徐々に破壊されていく進行

性の疾患である。無治療例では、感染初期(急性期)、無症候期、AIDS発症期の経過をたどる(図1)。

感染初期(急性期): 初感染したHIVは、急激に増殖する。患者には発熱、倦怠感、筋肉痛、リンパ節腫脹、発疹といったインフルエンザ様の症状がみられることがあるが、数週間で消失する。
無症候期: 急性症状消失後もウイルスは増殖を繰り返しているが、宿主の免疫応答により症状の無い平衡状態が長期間続くことが多い。この無症候期でもHIVは著しい速度(毎日100億個前後)で増殖しており、CD4陽性リンパ球は次々とHIVに感染して、

平均2.2日で死滅する。
AIDS発症期: ウイルスの増殖と宿主の免疫応答による平衡状態もやがて破綻し、血中ウイルス量(HIV RNA量)が増加し、CD4陽性リンパ球数も減少し、免疫不全状態となって、後天性免疫不全症候群(AIDS: acquired immunodeficiency syndrome)を発症する。

HIV感染症の指標

HIV感染症では、血中ウイルス量(HIV RNA量)とCD4陽性リンパ球数が病態の程度や経過を把握する指標となる。

そのほか、治療の開始や変更の際に参考となる検査や他の感染症を確認する検査なども重要である。

血中ウイルス量(HIV RNA量)

血中ウイルス量は、感染したHIVの増殖の度合いを示し、HIV感染症がどの程度の速さで進行していくかの指標となる。

測定時期と検査意義

感染成立後急激に増加した血中ウイルス量は、その後宿主の免疫応答によって減少し、感染約6カ月後にはある一定のレベルに保たれる。この値をセットポイントといふ(図1)。

血中ウイルス量の変化は、CD4陽性リンパ球数に先行した動きを示すため、病態の進行の速さや予後を予測したり、治療効果を判定したりするうえで、より客観的かつ重要な指標となる。

血中ウイルス量の測定は、表1のような時期に行うことが推奨される。

測定方法

血中ウイルス量は、血中のHIV RNAコピー数で表す。現在使用されている検査方法(アンプリコア® HIV-1 モニター バージョン1.5)では結果が検出限界*以下であっても、血中からウイルスが消失したことにはならないことを理解する必要がある。また、測定ごとの誤差も1/3~3倍程度あり、その変動を考慮したうえで、定期的に検査を実施し、病態をモニターすることが必要である。

女性における血中ウイルス量

HIV感染症の女性では、男性に比べて血中ウイルス量が低いとする報告がある。感染初期には低いものの、徐々に差がなくなり、数年後には差がないとの報告もみられる。ただし、現在のところ確定的ではない。血中ウイルス量の性差は、CD4陽性リンパ球数が比較的保持されている時期に認められることが多い。そのため、CD4陽性リンパ球数が比較的高い(>350/mm³)場合には性差を考慮する必要がある。

なお、CD4陽性リンパ球数とHIV感染症の進行速度の相関関係に性差は認められないとの報告が多い。

CD4陽性リンパ球数

CD4陽性リンパ球数は、HIVによって破壊された宿主の免疫力の残存を示し、その時点における病態の程度を把握する指標となる。しかし、変動も大きいため、数回の検査による判定が必要である。

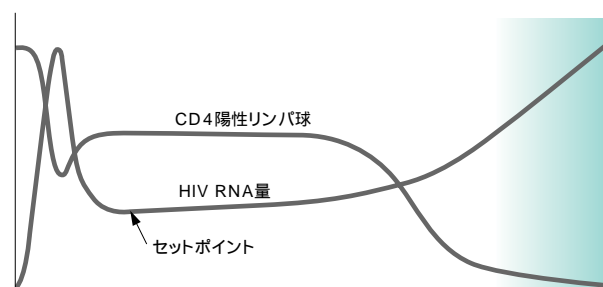
その他の検査

B型・C型肝炎ウイルス感染や各種STD(性感染症)をはじめとする感染症は、HIV感染によって重篤化する可能性があり、感染の有無の把握がHIV感染症の管理や治療を行ううえで重要となる。また、一般血液検査や生化学検査(肝機能・腎機能など)のような臨床検査も、HIV感染症の経過や抗HIV薬の影響の評価に重要である。

薬剤耐性検査

選択した治療の効果が不十分な場合、抗HIV薬に対する薬剤耐性が生じていることがあるため、薬剤の変更を念頭において、薬剤耐性検査が試みられている(22ページ参照)。

図1 HIV感染症の経過



感染初期(急性期) 無症候期 AIDS発症期

血中ウイルス量 → HIV感染症の進行速度を示す
CD4陽性リンパ球数 → 感染者の免疫状態を示す

* HIV RNAコピー数の測定範囲は、標準法で400~750,000コピー/mL、高感度法で50~100,000コピー/mL

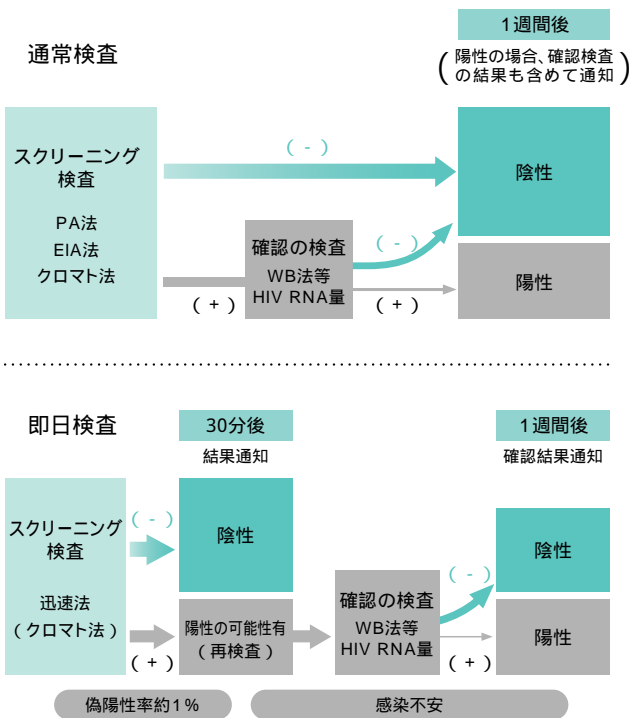
表1 血中ウイルス量の測定時期と検査意義

測定時期の目安	測定の目的	抗HIV療法施行への活用
急性HIV感染症症状がみられる時	HIV抗体検査陰性もしくは不確定例の診断	HIV感染の診断
HIV感染症と診断された時(急性期を除く)	血中ウイルス量により予後判定の参考とする	抗HIV療法の開始 または延期の決定
無治療の場合でも3～4カ月に1度は必ず測定	血中ウイルス量の変動を観察(症状の安定もしくは悪化)	
治療開始2～8週後	治療薬剤の初期効果判定	
治療開始3～4カ月後	治療薬剤の最大効果を判定	治療の継続 または薬剤変更の決定
治療継続中も3～4カ月に1度は必ず測定	治療薬剤の継続的效果測定	
臨床的变化もしくは著しい CD4陽性リンパ球数の低下がみられる時	治療効果をウイルス学的に判定	抗HIV療法の開始、継続、 変更の決定

ここに示した血中ウイルス量の測定時期は最低限確保しなければならない測定間隔であり、治療の有無・血中ウイルス量にかかわらず、定期的(継続的)に測定する必要がある。

HIV感染症の検査

図2 通常検査と即日検査の流れ



HIV感染症の診断には、血清中の抗HIV抗体やHIV(抗原や遺伝子)の検査が行われる。まず粒子凝集反応(PA法)、ELISA法などの高感度のスクリーニング検査を行う。スクリーニング検査には偽陽性が0.3%ほど認められるため、陽性の場合にはウエスタンブロット(WB法等)とHIV RNA量の確認の検査を行い、診断を確定する。最近ではイムノクロマトグラフ法を用いた15分で結果が得られる簡易迅速抗体検査キット^{注1)}によるスクリーニング検査が開発され、一部の保健所や民間のクリニックで即日検査が可能となった(図2)。但し、この場合偽陽性は約1%である。即日検査導入により検査の利便性が高まり、自発的検査の増加を促し、感染者の早期発見に寄与する可能性が大きいと期待される。一方

- (1) 被検者数の増加に伴う人員や設備の整備
- (2) 偽陽性が約1%認められるための陽性者への十分な説明と継続的な相談体制の整備
- (3) 増加するであろう陽性者への対応・医療体制の整備などが必要である。即日検査ガイドラインや関連資料は、「HIV検査・相談マップ」ホームページ^{注2)}上に掲載・随時更新される。

診断法は日本エイズ学会推奨法(<http://jaids.umin.ac.jp/>)や即日検査ガイドライン(<http://www.hivkensa.com>)を参照してください。

注1)ダイナスクリーン®・HIV-1/2(アボットジャパン社)

注2)2001年9月に開設された情報サイトで、保健所などのHIV検査に関する最新情報をわかりやすく提供している。(<http://www.hivkensa.com>)

抗HIV療法の目標

多剤併用療法(HAART)

HIV感染症に対して治療開始を決定したら、原則として、血中ウイルス量を検出限界以下に抑え続けることを目標に、強力な多剤併用療法(HAART)を行う。それにより、HIV感染症の進行を抑え免疫能を保持し、QOLを改善し、HIV感染に関連した臨床症状を改善し、死亡を減らすこと

を目指す。

この目標を達成するには、抗HIV療法に対する服薬アドヒアランスが重要である(21ページ参照)。そのほか、表2に示したような点に注意を払う必要がある。

表2 抗HIV療法の目標とその達成のために

抗HIV療法の目標

- 血中ウイルス量を最大限かつ長期にわたって検出限界未満に抑え続ける
- 免疫能を回復 / 維持する
- QOLを改善する
- HIV関連疾患および死亡を減らす

目標達成のために

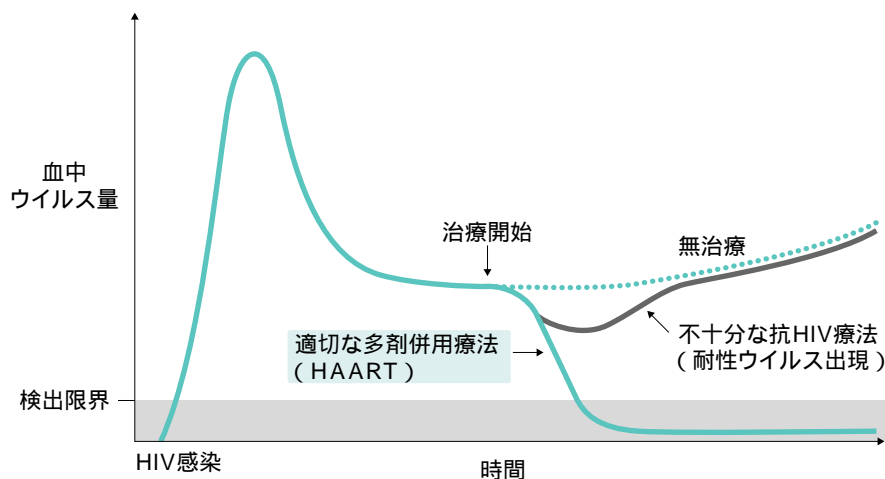
- 抗HIV薬の服薬アドヒアランスを最大限維持する*
- 最も適切な治療戦略をたてる
- CD4陽性リンパ球数が低下しすぎる前に治療を開始する**
- 将来の治療の選択肢(抗HIV薬)を考慮する
- 必要に応じて、薬剤耐性検査を実施する***

* 95%以上の服薬率が必要

** CD4陽性リンパ球数が200/mm³未満に低下するまで待つて治療を開始した場合、200/mm³以上で開始した場合と比べて、予後が悪いという成績がある。

*** P.23参照

図3 抗HIV療法による血中ウイルス量の変化



現在の考え方 “Hit HIV early and hard”から長期戦略へ

抗HIV療法は、この数年で大きな進歩を遂げた。プロテアーゼ阻害薬の登場によって、HAARTが可能となったためである。これまで、“Hit HIV early and hard”を合言葉に、早期から強力な治療でHIVの増殖を抑止する方法が取られ、米国をはじめとした先進工業国では1996年頃から

AIDSによる死亡数とAIDS関連日和見感染症の発現頻度の著しい減少をみた。しかし、早期に治療を始めてもHIVを完全には除去できないことがわかるとともに、治療をある程度遅らせても免疫系の再構築が十分可能であることが明らかにされ、治療開始時期を遅らせる傾向となっている。

HAARTの限界

HAARTの早期導入では、長期的な副作用や耐性ウイルスの出現が問題となってきた。服薬方法(服用時間、食事の有無など)にもさまざまな条件を伴う。そのため、治療目標の達成に欠かせないアドヒアランスを長期間良好に維持するのは非常に難しい。規則正しい服薬が継続されなければ、HIVを十分に抑え続けられなくなり、薬剤耐性ウイルスの出現を招きかねない。しかも、薬剤耐性ウイルスは、他の抗HIV薬にも耐性(交叉耐性)を示すことが多く、薬剤耐性が起きると効果のある残された薬剤の選択肢を狭めてしまう恐れがある。

HAARTが導入された当時、この強力な治療によってHIVは数年で排除できると期待された。ところが、HIVは静止状態にあるCD4陽性リンパ球などに潜伏感染してしまうため、現在の治療法ではたとえ血中ウイルス量を検出限界以下に抑え続けても、完全に排除するには60年以上もかかると思われるようになった。

その一方で、従来、免疫応答の再構築は不可能と考えられていたが、破壊の程度があまり進行していなければCD4陽性リンパ球数(200/mm³)抗HIV療法により再構築が十分可能であることが明らかになってきたのである。

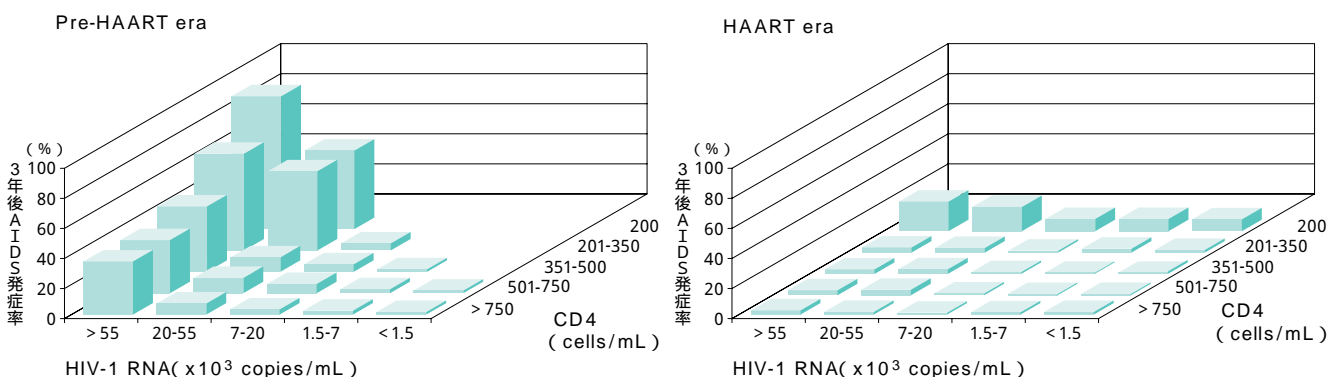
より慎重な治療へ

治療時期を遅らせるようになったとはいえ、抗HIV療法は原則としてHAARTであり、治療の開始を決定したら、強力な治療を徹底して、血中ウイルス量を検出限界以下に抑え続けるという目標に変わりはない。それが耐性ウイルスの出現を防ぎ、HAARTの長期的な効果維持につながる。ただし、HIV感染症の治療は上記のような理由からこれまでより時期を少し遅らせ、しかも将来使うことのできる抗HIV薬を可能な限り温存しておくような考え方で進められるようになってきている。

また最近HAARTの中断と再開を繰り返す計画的治療中断療法(STI: structured treatment interruptions)が試みられている*。HAARTの中断によってウイルスの複製を短期的に許し、増殖してくる自己のHIVに曝露されることを刺激として宿主側の特異的免疫反応を刺激しようというもので、かつアドヒアランスの改善、副作用の軽減、治療費の縮小なども得られるとする治療法であるが、現時点では臨床成績が限られ、予備的研究が報告されている実験的段階で一般的には推奨できない。

* 急性感染症例では効果がみられたとの報告がある。

図4 CD4陽性リンパ球数および血中ウイルス量による3年後AIDS発症率



抗HIV療法をいつ開始するか

治療に対する考え方の変化に伴い、抗HIV療法は現在、時期を遅らせて開始するようになってきている。

以前の米国のHIV感染症治療ガイドライン(DHHS)では、強力な多剤併用療法(HAART)を早期に開始し、HIVの増殖を可能な限り抑制するように推奨されていた。

しかしその後、HAART施行に伴う種々の副作用の出現、服薬の煩雑さ、それらに伴うアドヒアランス維持の難しさ、さらに早期開始による薬剤耐性ウイルス出現といった問題点が認識され、現在では治療開始時期を遅らせる方向にある。治療開始によるHIV感染症の進行阻止や免疫能の保持といった利点とこれらの欠点を勘案して、現在のガイ

ドラインが提出されている。

本手引きでも、こうした変化を反映し、現在の米国における治療開始基準に準じて、現時点で推奨される治療開始基準を示した(表3)。なお、現在の抗HIV療法では、初回療法の抗ウイルス効果が最大であり、初回治療がきわめて重要となる。そのため、治療の開始に際しては慎重を期することが必要とされ、開始基準については専門医の間でも議論が続いている。

治療開始を検討するにあたっては、その時点で最良の治療や情報を医療者と患者が共有する必要があり、診療経験の豊富な医師の助言を求めるところを考慮すべきである。

治療開始基準

抗HIV療法を開始するに当たっては、まずアドヒアランス(21ページ参照)を確実にするための服薬指導を行う。

また、治療開始前の血液検査は1回だけでなく、2回な

いし3回の結果をみたうえで、CD4陽性リンパ球数と血中ウイルス量の変動を考慮して開始を決定する。

表3 未治療患者に対する抗HIV療法の開始基準(推奨)

臨床症状*がある場合		
治療開始に際し考慮すべき項目		推奨
CD4陽性リンパ球数・血中ウイルス量の数値にかかわらず		治療開始
臨床症状*がない場合		
CD4陽性リンパ球数(/mm ³)	治療開始に際し考慮すべき項目	推奨
< 200		治療開始
200 ~ 350	CD4陽性リンパ球数の減少速度が速い場合**	積極的に治療開始を考慮***
	血中ウイルス量が高い場合**	
	上記以外の場合	治療開始を考慮***
> 350		経過観察****

*: AIDSおよびAIDSに関連する重篤な症状(2~4週以上続く発熱や下痢、口腔カンジダ症、10%以上の体重減少など)

** : CD4陽性リンパ球数の減少速度: > 100/mm³/年の場合を速いと考える

血中ウイルス量: 10万コピー/mL以下を低い、それ以上を高いと考える

*** : 患者の状態、服薬アドヒアランスへの意識理解度、副作用および薬物相互作用なども考慮する(参照P.21 アドヒアランスが治療の決め手)

**** : 血中ウイルス量(10万コピー/mL以下を低い、それ以上を高いと考える)が低ければ3~4カ月に1回程度の検査で経過観察を行い、血中ウイルス量が高ければ頻回に(1~2カ月に1回程度)検査を行う

参考) 急性HIV感染に対する注意

AIDS発症期、無症候期に先立つ感染初期(急性期)には、50~90%に急性HIV感染による症状がみられる。発熱(96%)、リンパ節腫脹(74%)、咽頭炎(70%)、発疹(70%)、筋肉痛・関節痛(54%)などであるが、インフルエンザ様であり、症状のない場合もあるため、見逃されやすい。症状を伴い、感染を疑わせるエピソードが最近あったような患者には、抗体検査と血中

ウイルス量の測定を行うことが望ましい。HIV抗体検査が陰性もしくは不確定で、血中ウイルス量が検出可能であれば、急性感染が疑われる。

重篤な臨床症状(髄膜炎、ギラン-バレー症候群様症状、急性肝炎など)を呈する急性感染に対する抗HIV薬の投与も一部で行われているが、まだ限られた成績しかない。

治療開始を遅らせた場合と早期に開始した場合の利点と欠点が挙げられる(表4)。治療開始基準(表3)に照らしても治療を開始するかどうかに迷うとき、これらの利点と欠点

を判断材料とするとよい。医療者のみならず、実際に治療を受けている患者、そして治療開始を検討している患者においても、これらの利点と欠点を十分に考慮する必要がある。

表4 無症候性HIV感染患者に対する治療開始時期による利点と欠点

治療を早期に開始した場合

利点

ウイルスの増殖を早期に抑制できる
免疫機能を保持できる
無症候期間を延ばすことができる
他人へHIVを伝播させる危険性が低くなる可能性がある

欠点

服薬によるQOLへの悪影響がある
服薬による重篤な副作用が現れる
ウイルスの抑制が不十分な場合、耐性ウイルスが早期に出現する
他人へ耐性ウイルスを伝播させる危険性がある(抑制が不十分な場合)
将来使える治療選択肢の範囲が狭まる
現在使用できる治療法がいつまで有効かわかっていない

治療開始を遅らせた場合

利点

QOLの悪化を避けられる
抗HIV薬による副作用を避けられる
将来に備え、治療選択肢を温存できる
薬剤耐性ウイルスの出現を遅らせる

欠点

免疫系の不可逆な破綻が進む危険性がある
ウイルスの抑制が難しくなる危険性がある
他人へHIVを伝播させる危険性が高くなる

日和見感染症合併時の注意点

どちらの治療から開始するか

日和見感染症を合併している場合は、それに対する治療と抗HIV療法のどちらをまず開始するかを、患者の状態によって決定する。合併症の経過が急性の場合、通常、合併症の治療を優先する。

日和見感染症に対する治療から始めたときは、その症状の改善のほか、薬剤の副作用や相互作用、臨床検査値、アドヒアランスの維持が可能かどうかなどを考慮したうえで、抗HIV療法の開始時期を決定する必要がある場合がある。

日和見感染症の再燃

抗HIV療法を開始したら、最大限のウイルス抑制を目標とすることには変わりはない。ただし、抗HIV療法開始後に免疫能が回復すると、日和見感染症の症状が再燃あるいは新たに出現することがある(免疫再構築症候群:18ページ参照)ため、注意を要する。

日和見感染症や悪性疾患を発症した際も、副作用や相互作用の懸念がない限り、抗HIV療法は中止すべきではない。

抗HIV療法をどう行うか

3剤以上を併用する多剤併用療法(HAART)

HIV感染症に対しては、抗HIV薬3剤以上を併用した強力な多剤併用療法(HAART)を行う。初回治療としては、個々の患者に応じて、

- NNRTI+NRTI併用療法(PI温存)
- PI+NRTI併用療法(NNRTI温存)
- NRTI 3剤併用療法(PI および NNRTI温存)

のいずれかを選択する。それぞれの特徴および未治療患者に推奨される初回治療の組み合わせを表5に、それぞれの抗HIV薬の利点と欠点を表6に示す。

なお、初回の抗HIV療法がもっとも高い抗ウイルス効果を期待できる治療であり、薬剤変更の度にその効果が減弱することを認識すべきである。

表5 初回療法として推奨される多剤併用療法とその特徴^{注1)}

各薬剤の()内は標準的な投与剤数であり、必要に応じて増減を検討する。
C: カプセル数 T: 錠数

	利点	欠点	推奨度
NNRTI + NRTI 併用療法 (NNRTI 1剤 + NRTI 2剤)	効果を裏付ける十分な検討が行われている 投与初期の副作用がなければ投与を継続しやすい PIを後の治療の選択肢として温存できる 服薬錠・カプセル数が比較的少ない アドヒアランスを維持しやすい	NNRTIの副作用(発疹・発熱・肝障害など)の発現頻度が投与初期に多い NNRTIの高度交叉耐性(通常すべてのNNRTIと交叉耐性を示す)が発現する可能性が高い	好ましい [†] 組合せ 代替の ^{††} 組合せ
PI + NRTI 併用療法 (PI 1剤または2剤* + NRTI 2剤) * PI 1剤 + 低用量RTV	長期臨床試験が検討されている(最初に行われたHAARTであるため) NNRTIを後の治療の選択肢として温存できる	PIの長期投与に伴う副作用(リポジストロフィー、高脂血症、糖尿病など)が出現することがある PIが血友病患者の出血傾向を増強することがある 肝機能障害の強い症例には使用しにくい 服薬錠・カプセル数が多い組み合わせが多い 食事の影響を受ける薬剤があり、服薬が複雑な組み合わせがある アドヒアランスを維持しにくい 治療効果不十分の場合、PIに対する交叉耐性発現の可能性が高い	好ましい [†] 組合せ 代替の ^{††} 組合せ
NRTI 3剤 併用療法 (NNRTI併用、PI併用療法の代替療法として) 治療開始前の血中ウイルス量 > 100,000コピー/mL の患者で開始してはならない。	一般にPI併用療法に比べて服薬しやすく、アドヒアランスを維持しやすい 初回療法が失敗しても、すべてのNRTIに対する交叉耐性発現の可能性は低い NNRTIおよびPIを後の治療の選択肢として温存できる	EFV併用療法に比べてウイルス学的効果が劣る	代替の ^{††} 組合せ

治療開始に関する患者の考え、アドヒアランス、服用薬剤数・服用頻度・食事などの条件、HIV感染症の重症度、副作用、合併症、妊娠、薬物相互作用などを考慮し、個々の患者に応じて選択する。

注1) 各組み合わせの利点と欠点は表6を、妊婦や妊娠の可能性のある女性への投与はP.28～31を参照のこと。
 注2) 1日の服用薬剤個数は、AZT/3TCについてはコンビビル®(1日2錠) ABC/3TCについてはエブジコム®(1日1錠) TDF/FTCについてはツルバダ®(1日1錠) を使用した場合を含む。

注3) NVP併用レジメンはCD4 > 250/mm³の成人女性およびCD4 > 400/mm³の成人男性に推奨される。
 CD4 > 250/mm³の成人女性およびCD4 > 400/mm³の成人男性におけるNVPによる治療開始は、有益性が危険性を上回ることが明らかな場合以外には推奨されない。
 注4) LPVの妊娠に関する影響については成績が少ない。

いずれの抗HIV薬も、単剤で投与してはならない。2剤併用でもウイルス抑制効果が不十分で、耐性株の出現を招き治療が失敗する危険性が高い。なお、未治療患者を含め、

NRTI : 核酸系逆転写酵素阻害薬
 NNRTI : 非核酸系逆転写酵素阻害薬
 PI : プロテアーゼ阻害薬

どのような場合も行ってはならない抗HIV療法を表7に示した。

ただし、妊婦に対しては、AZT単剤投与による臨床試験 (PACTG076) で母子感染率が1/3に減少したという報告があり、AZT単剤で使用されることがある。妊婦の母子感染予防に関しては臨床試験が進められており、今後さらに適切な多剤併用療法が選択されると思われる (28ページ参照)

†: 好ましい組合せ...臨床試験によって有効性と効果の持続性、忍容性、使いやすさなどが示された治療法 (Preferred)
 ††: 代替の組合せ.....臨床試験によって有効性が示されているものの、抗ウイルス効果の強さや持続性、忍容性、使いやすさなどの点で次善の治療法 (Alternative)

NNRTI、PI または NRTI		NRTI	1日の服用薬剤個数 ^{注2)}
EFV(3C) (妊婦や妊娠の可能性のある女性を除く)	+	3TC(1~2T)** または FTC(1C)	AZT(5~6C) または TDF(1T) 4~11T・C/日
EFV(3C) (妊婦や妊娠の可能性のある女性を除く)	+	3TC(1~2T)** または FTC(1C)	ABC(2T) または ddl(2T・C) または d4T(4C) 4~9T・C/日
NVP(1~2T)***注3)			AZT(5~6C) または ABC(2T) または d4T(4C) または ddl(2T・C) または TDF(1T) 3~10T・C/日
LPV/RTV(6C)注4)	+	3TC(1~2T)** または FTC(1C)	AZT(5~6C) 8~14T・C/日
ATV(2C)****+RTV(1C)注5)	+	3TC(1~2T)** または FTC(1C)	4~6T・C/日
FPV(4T)			5~12T・C/日
FPV+RTV(2T+2C)			5~12T・C/日
IDV+RTV(8C+2C)注6)*****			AZT(5~6C) または ABC(2T) または TDF(1T) または d4T(4C) または ddl(2T・C) 11~18T・C/日
NFV(9~10T)			10~18T・C/日
SQV(SGCまたはHGC)注7) + RTV(10C+1~2C)注6)			12~20T・C/日
LPV/RTV(6C)注4)			ABC(2T) または d4T(4C) または TDF(1T) または ddl(2T・C) 7~12T・C/日
ABC(2T)	+	3TC(1~2T)**	AZT(5~6C) 4~10T・C/日

注5) DHHSガイドラインでは、ATVをTDFと併用する場合に低用量RTVを加えるように推奨されているが、他のNRTIとの併用でもATV単独では血中濃度のばらつきが大きいので、実際には低用量RTVが加えられることが多いようである。

注6) PIの血中濃度を上げるために併用する低用量RTV(1~2C)

注7) SGC:軟カプセル剤、HGC:硬カプセル剤

** 3TC:300mg錠の場合は1T、150mg錠の場合は2T

*** NVP:最初の2週間は1T、その後2T

**** ATV:150mgカプセル

***** IDV+RTV:400mg+400mgBID(12T)の組み合わせもある。専門医に相談すること。

参考1) 以下の抗HIV薬は推奨されない。

- ・抗ウイルス活性が低い: DLV、AZT+ddC
- ・服薬錠・カプセル数が多い: RTVを併用しないAPV、RTVを併用しないSQV(SGC)、NFV+SQV
- ・副作用の発現頻度が高い: 他のPIと併用しないIRTV(600-1200mg)、d4T+ddl

参考2) 現在NNRTI+PI+NRTI、PI 2剤(常用量)、NNRTI+PI、5剤以上の併用療法、その他については代替療法として推奨できるだけの成績がない。

表6 初回療法として推奨される抗HIV薬の利点と欠点

系統	抗HIV薬	利点	欠点
NNRTI	全般	PI併用療法に比べて脂肪分布異常や血中脂質異常が少ない PIを将来の治療選択肢として温存できる	1アミノ酸変異により耐性を生じる NNRTI間に交叉耐性がある 皮疹 CYP450による薬物相互作用の可能性 がある
	EFV	抗HIV活性が強い 服薬錠数および服用頻度が低い(3カプセル/日) 投与は3歳以上	精神神経系の副作用がある カニクイザルで催奇形性が認められ、妊娠第1期には使用すべきでなく、妊娠の予定がある、および避妊をしていない女性では使用を避ける
	NVP	周産期投与で児に対して比較的安全性が認められている 3歳以下にも投与可	他のNNRTIに比べて皮疹の頻度が高く、まれに重篤な過敏反応を起こすことがある 他のNNRTIに比べて肝毒性の頻度が高く、重篤な肝壊死を起こすことがある
PI	全般	NNRTIを将来の治療選択肢として温存できる 延命効果を含め、最も長期のプロスペクティブ試験成績がある	代謝合併症がある 脂肪分布異常、血中脂質異常、インスリン抵抗性 CYP3A4阻害薬および基質 薬物相互作用の可能性 がある(特に、RTV併用療法の場合)
	LPV/RTV	抗HIV活性が強い 配合剤である(カレトラ®)	胃腸障害 苦い(小児) 高脂血症 妊婦での臨床データが少ない 食事の影響がある
	IDV	長期のウイルス学的および免疫学的効果が観察されている	1日3回投与と食事制限のため、アドヒアランスが低下する 大量の水分摂取が必要(1.5~2L/日) 腎結石症
	IDV + RTV	低用量RTVによりIDVのT _{1/2} およびC _{min} が上昇し、1日3回でなく2回の投与が可能 IDVに関する食事制限がなくなる	IDV単独に比べて腎結石症の頻度が高い 可能性がある 大量の水分摂取が必要(1.5~2L/日)
	NFV	他のPIに比べて妊婦で広範な使用経験がある 副作用が少ない	下痢 乳幼児の適量未確定 比較試験でLPV/RTVに比べて高率にウイルス学的失敗が認められている 食事の条件がある
	SQV(SGCまたはHGC) + RTV	低用量RTVによりSQVの1日の投与量と投与回数が減る C _{max} 、C _{min} 、T _{1/2} の上昇	胃腸障害(SGCでHGCより悪い ^{注1)})
	ATV + RTV	1日1回投与が可能 薬剤数が3C/日と少ない 脂質代謝への影響が少ない 消化器系の副作用がマイルド 低用量RTVによりATVの効果が増す	高ビリルビン血症 食事の影響がある 臨床データがやや少ない
	FPV	1日1回投与が可能 食事の影響がない 薬剤数が4T/日と少ない	下痢 皮疹の頻度が高い 臨床データがやや少ない

系 統	抗HIV薬	利 点	欠 点
NRTI	全般	抗HIV薬併用時の基本療法として確立されている	ほとんどのNRTIで、まれではあるが、脂肪肝を伴う重篤な乳酸アシドーシスが報告されている
NRTI 3剤併用療法	全般	薬物相互作用が非常に少ない NNRTIおよびPIを将来の治療選択肢として残せる ABC + 3TC + AZT 配合剤がある(コンビビル®)	EFV併用療法に比べてウイルス学的効果が劣る ベースライン血中ウイルス量 > 100,000 コピー/mLの患者でAZT + 3TC + IDVに比べてウイルス学的効果が劣る ABCに対する過敏反応の可能性がある 他のNRTIと比べてd4Tではミトコンドリア毒性の頻度が高い可能性がある
3剤以上の併用療法におけるNRTI 2剤の基本療法	AZT + 3TC	最も高く良好なウイルス学的効果が広く認められている 配合剤がある(コンビビル®) 服用が容易 食事の影響がない 3TC 副作用が非常に少ない	AZTでは骨髄抑制がみられる 胃腸障害
	d4T + 3TC	食事の影響がない	d4Tに伴う副作用 末梢神経障害、脂肪萎縮、高乳酸血症、乳酸アシドーシス;進行性上行性運動麻痺の報告;高脂血症の可能性
	TDF + 3TC	EFVとの併用で良好なウイルス学的効果 忍容性がよい 1日1回投与	腎不全患者におけるTDFの使用成績がない TDF 腎障害の報告がある
	ABC + 3TC	食事の影響がない 2-NRTIバックボーンとしたとき、AZT + 3TCと比べて劣っていないとのデータがある 1日1回投与 配合剤あり(エプジコム®)	ABCによる全身性の過敏反応が発現する可能性がある 1つの試験において重度の過敏反応の発現率が1日2回投与群より1日1回投与群で高かったと報告されている
	ddl + 3TC	1日1回投与	末梢神経障害、肺炎 ddlに伴う副作用 食事の影響 空腹時に服用する必要がある
	NRTI + FTC (3TCの代替)	3TCより半減期が長い 1日1回投与 TDFとの配合剤あり(ツルバダ®)	3TCより臨床データが少ない

注1) SGC:軟カプセル剤、HGC:硬カプセル剤。

表7 推奨されない抗HIV療法

	理 由	例 外
単剤療法	耐性獲得が急速 3剤以上の抗HIV薬併用と比べて抗HIV活性が劣る	周産期のHIV感染防止にAZT単剤を使用している血中ウイルス量 < 1,000 コピー/mLの妊産婦
NRTI2剤併用療法	耐性獲得が急速 3剤以上の抗HIV薬併用と比べて抗HIV活性が劣る	2剤併用を現在行っている患者では、ウイルス学的目標が達成されていれば、そのまま継続する
ABC + TDF + 3TC	未治療患者に初回治療として使用した場合、ウイルス学的効果が早期に認められなくなる率が高い	
ddl + TDF + 3TC	未治療患者に初回治療として使用した場合、ウイルス学的効果が早期に認められなくなる率が高い	
RTVを併用せず、PIとしてSQV (HGC ↓ インビラーゼ®)剤を使う	経口バイオアベイラビリティが低い(4%) 他のPIと比べて抗HIV活性が劣る	
d4T + ddl (16ページ参照)	副作用の発現頻度が高い - 末梢神経障害、肺炎、高乳酸血症 妊婦で、脂肪肝、場合によっては肺炎も伴い、致命的ともなる重篤な乳酸アシドーシスが報告されている	他に抗HIV薬の選択肢がなく、得られる有用性がリスクを上回る場合 ^{注1)}
妊娠中および妊娠可能な女性に対するEFV	ヒト以外の霊長類で催奇形性が認められている	他に抗HIV薬の選択肢がなく、得られる有用性がリスクを上回る場合 ^{注1)}
AZT + d4T	AZTがd4Tの効果を減弱する	
d4T + ddC	末梢神経障害	
ddl + ddC	末梢神経障害	
ATV + IDV	高ビリルビン血症	
FTC + 3TC	近い耐性プロフィール 併用効果なし	
3TC + ddC	<i>in vitro</i> で拮抗作用	
TDF + ddl + NNRTI	臨床試験で、未治療患者に投与した場合に初期のウイルス学的失敗率が高かった 治療失敗患者においてNNRTI耐性およびTDF/ddl耐性(K65R, L74V)の発現率が高かった 初回療法でddl + TDFをEFVあるいはNVPと併用して使用した場合、ウイルス学的失敗の可能性が高い	他に抗HIV薬の選択肢がない場合

注1) 妊婦に対する抗HIV療法については、P.28 ~ 31を参照。

表8 日本で承認されている抗HIV薬(2005年11月末)

核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)		
一般名	略 号	商品名
ジドブジン	AZT(ZDV)	レトロビル
ジダノシン	ddl	ヴァイデックス / ヴァイデックスEC
ザルシタピン	ddC	ハイビッド
ラミブジン	3TC	エビビル
サニルブジン	d4T	ゼリット
ジドブジン・ラミブジン配合剤	AZT / 3TC	コンビビル
アバカビル	ABC	ザイアジェン
アバカビル・ラミブジン配合剤	ABC / 3TC	エブジコム
テノホビル	TDF	ピリアード
エムトリシタピン	FTC	エムトリバ
テノホビル・エムトリシタピン配合剤	TDF / FTC	ツルバダ
非核酸系逆転写酵素阻害薬(NNRTI)		
ネビラピン	NVP	ピラミューン
エファビレンツ	EFV	ストックリン
デラビルジン	DLV	レスクリプター
プロテアーゼ阻害薬(PI)		
インジナビル	IDV	クリキシバン
サキナビル	SQV-HGC / SQV-SGC	インビラーゼ / フォートベイス
リトナビル	RTV	ノービア
ネルフィナビル	NFV	ピラセプト
アンブレナビル	APV	プローゼ
ロピナビル・リトナビル配合剤	LPV / RTV	カレトラ
アタザナビル	ATV	レイアタッツ
ホスアンブレナビル	FPV	レクシヴァ

1日1回療法

抗HIV療法の成功には、アドヒアランスの維持が重要である。しかし、従来のHAARTでは1日約20個もの薬剤を2～3回に分けて服用する必要があり、高いアドヒアランスを維持することは困難であった。これらのことより、近年では、アドヒアランスの向上を目的とした1日1回投与の可能な薬剤が多数登場してきている(表9)。これらの薬剤は、血中あるいは細胞内半減期が長いという薬物動態学的特徴を有している。

1日1回投与が可能な薬剤の増加に伴い、1日1回投与のHAARTの組合せも増えた。また、合剤の開発が服薬剤数の軽減に貢献している。現在、1日1回投与が可能で、かつ最も服薬剤数が少ないHAARTとして、EFV+3TC+ABC、EFV+FTC+TDF、ATV+RTV(ブースト)+3TC+ABC、ATV+RTV(ブースト)+FTC+TDFが挙げられる。い

れも1日4剤の服用となる。EFV+3TC+TDF、ATV+RTV(ブースト)+3TC+TDF、FPV+RTV(ブースト)+3TC+ABC、FPV+RTV(ブースト)+FTC+TDFの組合せも1日の服薬剤数は5剤と少ない。

これらの1日1回投与HAARTは、アドヒアランスを向上するだけでなく、患者のQOLにも好影響を与えることが予想され、今後、さらなる組合せの追加により選択肢が広がっていくと思われる。

なお、1日2回療法と比較した長期臨床試験はまだ十分に行われていない。本療法では1日1回の服薬を完全に忘れた場合、次の服薬までの時間が長く、抗ウイルス効果が失われ、耐性が発現するなどのリスクが懸念されるため、服薬指導は従来以上に重要となる。

薬物相互作用

抗HIV薬の選択に当たっては、起こりうる薬物相互作用についても考慮しておく必要がある。相互作用(併用禁忌、併用注意)に関しては、抗HIV薬一覧(35～45ページ)を参照のうえ、相互作用を起こす危険性の最も低い組み合わせを選ぶ。

こうした相互作用のほとんどは、肝代謝を介するものである。PIおよびNNRTIはすべて、肝でチトクロームP450(CYP)による代謝を受ける。そのため、同じCYPによる代謝を受ける抗HIV薬同士、あるいはHIV感染者に処方されることのできる他の薬剤と相互作用を起こす危険性がある。

一方、NRTIや融合阻害薬(FI)は、CYPによる代謝を

受けない。ただし、NRTIについてはddIとリバビリン、AZTとガンシクロビルとの併用による毒性の増強が知られている。機序は明らかでないものの、ガンシクロビルやTDFとの併用でddIの濃度上昇、TDFとの併用でATVの濃度低下がみられるとの報告もあり、注意が必要である。最近では、こうした薬物動態学的相互作用だけでは説明がつかず、耐性変異部位による相互作用といった新しい概念が出てくるなど、より一層の注意が必要である。また薬剤だけでなく、セントジョンズワート(CYP3A4を誘導してHAARTの効果の減弱を招く)などのハーブや種々の市販のサプリメントとの相互作用についても、注意すべきである。

表9 1日1回投与が可能な抗HIV薬(2005年11月現在)

核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)		
一般名	略号	商品名
ジダノシン	ddI	ヴァイデックスEC ^{注1)}
ラミブジン	3TC	エビビル
テノホビル	TDF	ピリアード
アバカビル	ABC	ザイアジェン
エムトリシタピン	FTC	エムトリバ
アバカビル・ラミブジン配合剤	ABC/3TC	エブジコム
テノホビル・エムトリシタピン配合剤	TDF/FTC	ツルバダ
非核酸系逆転写酵素阻害薬(NNRTI)		
エファビレンツ	EFV	ストックリン
プロテアーゼ阻害薬(PI)		
アタザナビル	ATV	レイアタツツ
ホスアンブレナビル	FPV	レクシヴァ
ロピナビル・リトナビル配合剤	LPV/RTV	カレトラ ^{注2)}

注1)錠剤は1日2回投与

注2)海外では初回治療で1日1回投与が可能とされている。

抗HIV薬の主な副作用

抗HIV薬はさまざまな副作用を招来することが多く、そのために薬剤の変更を余儀なくされることも少なくない。副作用発現によるアドヒアランスの低下を防ぐためにも、抗HIV薬の副作用について、患者に十分に説明することが重要である。

HIV感染症治療研究会でまとめた重要と思われる抗HIV薬の各分類(NRTI、NNRTI、PI)特有の副作用の中から、重篤なものについて解説し、各薬剤の代表的な副作用を表10に示した(各薬剤の副作用の詳細については35～45ページを参照)。

各分類の複数の抗HIV薬に見られる副作用

乳酸アシドーシス・脂肪肝・ギラン・バレー症候群様症状(NRTI)
NRTIでは、慢性代償性高乳酸血症がみられることがある。肝腫脹や脂肪肝を伴う重度の非代償性乳酸アシドーシスを起こすことはまれ(1.3件/1,000例・年:DHHSガイドラインによる)であるが、一旦発症すると死亡率は高い。妊娠後期または分娩後にd4T+ddIを含む抗HIV療法を行った妊婦で、死亡例3例を含む重度の乳酸アシドーシスの報告がある。そのほか、女性、肥満、NRTIの長期使用が危険因子とされている。機序としては、ミトコンドリア障害によるものと考えられている。乳酸アシドーシスを疑わせる臨床症状(胃腸症状、疲労感、呼吸困難、ギラン・バレー症候群様症状など)や臨床検査値異常(高乳酸血症^{注1)}、アニオンギャップ>16など)があれば、急激に病態が進行することがあるので、観察を十分に行い、タイミングを逃さず抗HIV療法を中止すべきである。

肝機能障害

多剤併用療法(HAART)を行っている患者では、肝炎症状の有無にかかわらず、AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTPなどが施設基準値上限の3～5倍以上を示す肝機能障害が起きることがある。現在のNNRTIおよびPIでは、すべての薬剤に肝機能障害の報告がみられるものの、無症候性の場合が多く中止や変更をせずに解消することが多い。NRTIでは、まれだが重篤な乳酸アシドーシスを伴う脂肪肝を起こすことがある。NNRTIではNVPで肝炎症状を起こす危険性が高く、致死的となる場合もある。PIではRTVやRTV/SQVで検査値異常が多い。HCVの重複感染などは危険因子である。

高血糖・糖尿病(PI)

多剤併用療法(HAART)を受けている患者で、高血糖、糖尿病の新規発症、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病の悪化が報告されている。これらの副作用は、PIとの関連が強い。新規の血糖値上昇は5年間で5%にみられ、PIは種類に関

係なく、その独立した危険因子とされている。糖尿病の有無にかかわらず、血糖値上昇は3～17%に報告されている。PIを含むHAARTを選択する場合、糖尿病のあるHIV感染患者には十分注意を払い、また既往歴のない患者にも糖尿病の新規発症の危険性があることに注意して経過を追う必要がある。糖尿病の悪化や新規発症があっても、重篤でなければ、HAARTの継続を推奨する専門医が多い。

リポジストロフィー / 体脂肪分布異常・高脂血症

HAARTの導入に伴って、リポジストロフィーといわれる体脂肪分布異常が起こる(頻度22～75%)。脂肪萎縮または蓄積がみられ、インスリン抵抗性、高血糖や高脂血症のような代謝異常と合わせて、リポジストロフィー症候群と呼ばれる。PIとの関連性が指摘されているが、NRTIの長期投与でも増加するとの報告がある。

総コレステロールおよび低比重リポ蛋白(LDL)空腹時トリグリセリドの上昇も報告されている。高脂血症は主としてPIでみられ、RTVで増加するが、影響の認められない薬剤もある。動脈硬化や心血管障害を促す恐れがある。

出血傾向(PI)

PI投与により、血友病患者の出血傾向が亢進することがある。関節内や軟組織の出血がほとんどであるが、頭蓋内や消化管の重篤な出血の報告もみられる。

骨壊死・骨減少症・骨粗鬆症

阻血性骨壊死や骨減少症・骨粗鬆症が、HAARTを行っている成人および小児患者で最近報告されている。大腿骨などの壊死は、無症候性のものがHIV患者の5%にあるとされるが、特定の抗HIV療法との関係は明らかでない。高脂血症による間接的な影響のほか、ステロイドの使用との関係が疑われている。骨密度の減少は、HAART導入前のHIV患者でも報告がある。HAART患者では、PI使用群で50%、非使用群で20%の発生率などが報告されている。

注1)血清乳酸値2～5mmol/L(18～45mg/dL)なら慎重に観察も可、>5mmol/L(>45mg/dL)なら全ての抗HIV薬の投与中止を考慮する。

発疹

発疹(薬疹)はNNRTIで最も多くみられる。ほとんどは軽度から中等度で、投与開始後2～3週間以内に起きる。重度の場合は直ちに投与を中止すべきである。全身症状が現れる場合もある。NVPで頻度・重症度とも高く、女性

ではグレード3～4の発疹を起こす危険性が男性の7倍とされている。ステロイドによる予防効果は認められず、推奨されない。NRTIではABC(ヒト組織適合抗原HLA-B57との関連が報告されている)、PIではAPVで最も発疹の頻度が高い。

表10 抗HIV薬の重要な副作用(16ページに示した副作用を除く)

NRTI	ジドブジン AZT/ZDV	食欲不振、貧血、骨髄抑制(汎血球減少、白血球減少など)、嘔気・嘔吐、倦怠感、頭痛
	ジダノシン ddI	肺炎、下痢、悪心・嘔吐、末梢神経障害、食欲不振
	ザルシタピン ddC	末梢神経障害、肺炎、口内炎、悪心・嘔吐
	ラミブジン 3TC	食欲不振
	サニルブジン d4T	末梢神経障害、肺炎
	アバカビル ABC	過敏症(皮疹、発熱、嘔気・嘔吐、下痢、腹痛、眠気、倦怠感、筋痛・関節痛、息切れ、のどの痛み、咳など)
	テノホビル TDF	消化器系症状(下痢、悪心、鼓腸など) まれだが腎不全の報告あり
	エムトリシタピン FTC	下痢、浮動性めまい、不眠症、頭痛
NNRTI	ネビラピン NVP	発疹、中毒性表皮壊死症、皮膚粘膜眼症候群、発熱、肝機能障害
	エファビレンツ EFV	発疹、眩暈、集中力障害、不眠、悪夢
	デラビルジン DLV	発疹、頭痛、肝機能障害
PI	インジナビル IDV	腎石症、嘔気・嘔吐、腎不全、皮膚乾燥症
	サキナビル SQV	消化管障害、頭痛、肝機能障害
	リトナビル RTV	嘔気・嘔吐、下痢、食欲不振、口周囲感覚異常、味覚異常
	ネルフィナビル NFV	下痢、発疹、脱力感
	ロピナビル/リトナビル LPV/RTV	下痢、嘔気・嘔吐、肝機能障害
	アタザナビル ATV	間接ビリルビン血症、PR間隔延長
	ホスアンプレナビル FPV	皮疹、下痢、嘔気・嘔吐、頭痛

上記以外の副作用も各薬剤で認められているため、各薬剤の使用に際しては必ず製品添付文書等を確認すること(参考:巻末の抗HIV薬一覧を参照)

効果が不十分な場合

効果不十分と判定される基準

多剤併用療法(HAART)の効果判定は、治療前の患者の状態によって大きく異なるが、標準的には以下の場合を効果不十分と考える。

ただし、薬剤変更には慎重でなければならない。現状では、薬剤耐性ウイルスの出現と抗HIV薬剤間の交叉耐性により、

将来の薬剤選択にさらに制限が加えられることを十分考慮する必要がある。

抗HIV療法を十分に行ったにもかかわらず効果不十分な場合の判定と対応は難しく、専門医に意見を求めるべきである。

血中ウイルス量による判定

治療開始24週後の血中ウイルス量 > 400コピー/mLの場合

治療開始48週後の血中ウイルス量 > 50コピー/mLの場合

ウイルス血症抑制後に再び2回以上連続して血中ウイルス量 > 400コピー/mLとなった場合

CD4陽性リンパ球による判定

治療開始1年間でCD4陽性リンパ球数が治療前と比べて25~50/mm³の上昇を示さない場合^{注1)}

治療を行ってもCD4陽性リンパ球数が治療前より低下した場合

注1) 治療開始後、CD4陽性リンパ球数が上昇し、その後の上昇が鈍化する患者もみられる。

臨床的判定

免疫再構築症候群^{注2)}を除き、少なくとも3カ月の治療実施後に、HIV関連症状が出現または再発した場合

注2) HAART開始後の1週から場合によっては16週間後程でみられる炎症を主体とした日和見感染症、AIDS関連悪性腫瘍、肝炎などの増悪症状。症状は非典型的であることが多い。血中HIVコピー数の著減とCD4陽性リンパ球の著増に伴うことが多く、免疫応答能の改善に関連していると思われる。多くの場合、HAARTを続行して軽快するが、抗炎症剤や抗生物質/抗ウイルス剤の投与、HAARTの中止を必要とすることがある。

薬剤変更をどう行うか

選択した抗HIV薬が効果不十分な場合、薬剤変更を検討する必要がある。変更の決定や変更する薬剤の組み合わせは、現在使っている薬剤、過去に使った薬剤、さらに副作用や相互作用、薬剤耐性検査結果、アドヒアランス(21ページ参照)など、さまざまな面から検討しなくてはならない。

現在の抗HIV療法では、初回治療群の抗ウイルス効果が最大であり、薬剤変更のたびにその効果が減弱することを

認識すべきである。そのため、初回治療群については十分に検討し、できる限りその抗ウイルス効果を維持することが重要となる。一方、治療歴群に対して薬剤を変更する場合は、残された治療の選択肢が少なくなること、初回治療群に比べて抗ウイルス効果も劣ることなどから、より慎重に行わなくてはならない。実際の変更にあたっては、専門医に意見を求めるべきである。

表11 薬剤変更の考え方

- 薬剤変更により、将来の治療の選択肢がさらに少なくなることを考慮すべきである
- 血中ウイルス量やCD4陽性リンパ球数の短期的な変動だけで安易に薬剤を変更してはならない
- アドヒアランスが維持されない限り治療薬剤を変更しても効果は期待できない
- 薬剤を変更する場合には、軽/中度治療歴群と重度治療歴群で異なる対応をする(次項参照)
- 変更する薬剤は、過去に使用したことがない薬剤で、かつ過去に使用した薬剤と交叉耐性を示さない薬剤を優先する
- 薬剤耐性検査結果に基づいた薬剤変更を行う場合には専門医に意見を求めるべきである
- 副作用などのため薬剤の投与を中止する場合は、すべての薬剤を同時に中止し(EFVを除く*)耐性ウイルスの出現を最小限に抑える

薬剤を変更する場合は患者への十分な説明と患者自身による検討が必要であり、薬剤変更の意義とアドヒアランスの重要性、将来の治療の選択肢が少なくなることを患者と医療者の双方で認識すべきである。

* EFVは血中半減期が長いいため、すべての薬剤を同時に中止すると数日間はEFVのみ血中に残存し、その間にEFVの耐性が出現したとの報告がある。EFV中止後数日は併用薬の投与を続けた方がよいとの考え方がある。投与継続回数については明らかではない。

治療効果が不十分と考えられたときの対応

効果不十分の原因がアドヒアランス、忍容性、薬物動態にある場合は、それぞれ適切に対処し、その結果をみたくうえで薬剤の変更を考慮する。その際、治療歴をまず確認する。

薬剤耐性の再検査を早めに行うように心がける。治療法の選択に当たっては、専門医の意見を求めることが推奨される。

初回治療群もしくは軽/中度治療歴群(参考1参照)で

血中ウイルス量は低い(例 5,000コピー/mL)が、
 完全には抑制されていない場合
 1剤追加による治療増強(TDFなど)
 RTVの併用
 完全に新しい治療法に変更する
 同じ治療法を続ける場合、血中ウイルス量のフォローアップを頻回に実施

1剤のみに薬剤耐性がある場合
 1剤を変更する
 完全に新しい治療法に変更する
 2剤以上に薬剤耐性がある場合
 薬剤クラスの変更、交叉耐性のない薬剤の追加も考慮する(表12参照)

表12 初回治療でウイルス学的効果不十分な場合の治療選択肢

初回治療	推奨される変更
NNRTI 1剤 + NRTI 2剤	PI 1剤または2剤* + NRTI 2剤(耐性検査の結果に基づいて)
PI 1剤または2剤* + NRTI 2剤	NNRTI 1剤 + NRTI 2剤(耐性検査の結果に基づいて) 代替のPI 2剤*(耐性検査の結果に基づいて) + NRTI 2剤(耐性検査の結果に基づいて) NNRTI 1剤 + 代替のPI 2剤*(耐性検査の結果に基づいて) + NRTI 1剤以上(耐性検査の結果に基づいて)
NRTI 3剤	NNRTI 1剤 または PI 1剤または2剤* + NRTI 2剤(耐性検査の結果に基づいて) NNRTI 1剤 + PI 1剤または2剤* NNRTI 1剤 + PI 1剤または2剤* + NRTI 1剤以上(耐性検査の結果に基づいて)

* PI 1剤 + 低用量RTV

初回治療群で薬剤耐性が認められなかった場合

アドヒアランスが良好であることが確認されれば、同じ治療法を続けるか、新しい治療法を開始し、薬剤耐性 (genotype) の再検査を早期(2~4週間後)に行う。

重度治療歴群(参考1、2参照)

効果が期待される抗HIV薬があって、まだそれらを使っていない患者での治療のゴールはウイルス血症の再抑制を図る事である。投与できる抗HIV薬が既になく、ウイルス血症が持続している患者では免疫応答能の維持と病態進行の抑止が肝要である。選択肢が少ないか、まったくない場合には、現行の治療法を継続する。一般に1剤だけの追加は避けるが、専門医に意見を求めるべきである。

免疫学的治療失敗(ウイルス増殖抑制効果は認められるが、CD4陽性細胞の反応が悪い)群

免疫学的治療失敗(CD4陽性細胞の反応が悪い)例でもウイルス量がコントロールされていれば、治療の変更を要しない場合がある。HIV-2、HTLV-1、HTLV-2の重複感染や薬剤毒性等の有無の評価も必要である。ddIとTDFの併用例ではCD4陽性細胞の反応が悪かったり、細胞数が減少するとされており、免疫学的治療失敗がみられる場合はddIとTDFのうち1つを変更するのが適切と考えられる。抗ウイルス薬の追加や免疫賦活療法(インターロイキン-2など)の効果は実証されておらず推奨されない。

[参考1]

効果不十分と判定された患者群をDHHSのガイドラインに沿って2群に分けた。いずれの治療歴群でも将来の薬剤選択にさらに制限が加わることになるので薬剤変更には十分な配慮が必要である。

患者群 カテゴリー名称	定義
1. 軽/中度治療歴群 (limited prior treatment group)	抗HIV薬の治療変更歴が1~2回あって、薬剤変更による治療効果がある程度期待できる患者群
2. 重度治療歴群 (extensive prior treatment group)	抗HIV薬の治療変更歴が数回以上あって、薬剤変更による治療効果があまり期待できない患者群

[参考2] 治療選択肢の少ない治療経験患者に考慮する新しい治療戦略

RTV併用によるPIの効果増強(血中濃度を上昇させる。)

TDM(23ページ参照)

以前に使用した薬剤による再治療(特に副作用のため投与中止となったが、現在は対処法がある場合。)

経験に基づく多剤併用療法(PI 3剤および/またはNNRTI 2剤までの併用。ただし、患者への負担、忍容性、薬物相互作用の点から、一般的な使い方ではない。またデータが少ないので専門医に意見を求めるべきである。)

新しい抗HIV薬(耐性株に有効な既存のクラスの薬剤や新規の作用機序をもつ新しいクラスの薬剤。適応拡大や臨床試験による再評価を含む。米国では、enfuvirtide(T-20)が耐性ウイルス血症を有する患者に対して承認されている。ただし、1日2回の皮下注が必要なため、治療を重ねて選択肢が乏しくなった場合に使用すべき薬剤と考えられる。)

アドヒアランスが治療の決め手

抗HIV療法では、その開始を決定したら、強力な多剤併用療法(HAART)によって、血中ウイルス量をできる限り長期に検出限界以下に抑え続けることが目標となる。この目標は、患者が規則正しい服薬を続けることによってはじめて達成することができる。

抗HIV療法の決め手となるのはすなわち、服薬アドヒアランス^{注1)}であるといっても過言ではない。

HIV感染者では、自覚症状がないため、治療による症状改善もあまりみられない、にもかかわらず副作用だけが現れる

ことも多い。感染の事実を知らない人の前で服薬しにくい、経済的負担が大きい、定期通院がしにくいといった問題もある。そのため、服薬を続ける意志を維持するのが難しい。

定期的な服薬の維持ができなければ、治療効果が落ちるだけでなく、薬剤耐性ウイルスの出現を招き、交叉耐性により将来の治療の選択肢を減らすことにもなりかねない。

患者が積極的に治療方針の決定に参加し、自らの意志で服薬を続ける現在の抗HIV療法では、アドヒアランスの維持こそ、治療成功の鍵を握っているといって良い。

注1)同じ「服薬遵守」を意味する用語でも、従来用いられてきた「コンプライアンス」には、患者が医療提供者の決定に従って服薬するとの印象がある。これに対し、「アドヒアランス」は、患者が積極的に治療方針の決定に参加し、自らの決定に従って治療を実行(服薬)し、それを続けていく姿勢を重視した用語であるとする考えがある。

表13 アドヒアランスの維持

1. 処方に関して

予想される副作用と対処をあらかじめ説明し、副作用が出現した場合は適切に対処する

服薬と食事の条件を単純なものにする(例えば食前や食後がまちまちでないようにする)

薬物相互作用に注意する

可能であれば、服薬回数、錠数の少ない処方にする

2. 患者に対して

患者が理解し、受け入れられる服薬計画をたてる

治療の意義・目標とアドヒアランスの重要性を説明し理解してもらう

最初の処方箋を書く前に、患者が服薬のできる環境を整える時間を設ける

家族や友人の支援を求める

患者の食事時間、日々のスケジュール、副作用に合わせた処方を作成する

3. 医療者に関して

患者との信頼関係を確立する

患者にとって良い相談相手、教育者、情報源となり、継続的な援助と観察を行う

医療者が休暇中などにも患者の問題に対して対応できるよう連絡体制を整える

アドヒアランスの状況を観察し、維持が困難な場合は、来院回数を増やす、家族・友人の支援を求める、医療者チームの中の専門職を紹介するなどの対策をとる

新たな疾患(うつ状態、肝臓病、衰弱、薬物依存など)が出現した場合にアドヒアランスへの影響を考慮し、対処する

医師、看護師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカーなどがチームとなり、アドヒアランスを維持するための対策を考え、互いに患者と密接に連絡を取りながら支援を行う

抗HIV薬に対する耐性と薬剤耐性検査

薬剤耐性とは何か

HIVは増殖速度が非常に早く、高頻度に変異を起こすウイルスである。そのため、十分な抗HIV療法が行われなければ、薬剤耐性ウイルスが出現する危険性が高い。抗HIV薬の標的酵素(逆転写酵素、プロテアーゼ)に対する作用機序が同じ薬剤(NRTI間、NNRTI間、PI間)では、交叉耐性を示すことも多い。

こうした点を考えると、実際の抗HIV薬の組み合わせの選択肢は決して多くない。初回治療開始時に、将来の薬剤耐性ウイルス出現を視野に入れ、アドヒアランスの維持や効果の持続性、将来の治療選択肢などについて熟慮したうえで、適切な選択をすることが重要である。

薬剤耐性検査にはどんなものがあるか

抗HIV薬に対する耐性検査^{*}には、genotype検査(遺伝子型解析)とphenotype検査(表現型解析)の2種類が臨床で使用されている。

長期治療歴群での検討では、これらの検査による薬剤耐性の同定と治療の失敗との間に強い相関が認められている。

ただし、いずれの検査でも、血漿などの検体を採取した時点で検体中に多く(優勢に)存在しているHIV株しか検出できない。そのため、抗HIV薬投与中止後に時間が経

過し、野生株が増殖した時点で検査を実施すると、薬剤耐性HIV株の割合が減少しているため、正確な結果が得られない。また、治療継続中であってもかつて投与したことがある抗HIV薬に対する耐性株は検出できないことがあるので、注意が必要である。

薬剤耐性検査を臨床で使用する際には、その限界を念頭において、抗HIV薬の処方変更や選択を判断しなくてはならない。実際には、専門医に助言を求めるべきである。

^{*} 耐性検査は、国立感染症研究所村山分室エイズ研究センター(第2研究グループ 杉浦 互)にて受付。電話番号：042-561-0771

表14 genotype検査とphenotype検査の特徴

genotype検査(遺伝子型解析)	
HIVの遺伝子の塩基配列を決定し、薬剤の標的酵素である逆転写酵素やプロテアーゼなどのアミノ酸配列の変異の有無から薬剤耐性を推定する(表16)。	phenotype検査に比べ検査法が簡便で、より短い期間で結果が得られる。 標的酵素のアミノ酸変異から耐性を推定するには専門的な知識・経験が必要である。 データ蓄積の少ない新薬などの未知の耐性変異は判定できない。
phenotype検査(表現型解析)	
患者から分離したHIVを培養・増殖させ、そのウイルスの増殖を阻止するのに必要な抗HIV薬の濃度を測定する方法で、通常、薬剤に対する感受性はウイルス増殖を50%阻止する濃度(IC ₅₀)等で表される。	細菌に対する感受性に類似した判定が行える。 交叉耐性が確認できる。 検査方法が複雑で検査に長時間を要する。

薬剤耐性検査をいつ行うか

選択した抗HIV療法の効果が不十分で、抗HIV薬を変更する際、残された薬剤のなかからどれを選択するかの判断材料として、薬剤耐性検査(保険未承認)が臨床で用いられている。

抗HIV療法の効果が不十分な患者を対象に、薬剤耐性検査の結果を参考にして薬剤変更した群と検査をせず従来の臨床経験のみで薬剤変更した群とを比較した試験で

は、前者で有意に血中ウイルス量が低下したとの報告がある。

米国では、表15のような場合に、薬剤耐性検査の実施が推奨されている。妊娠中は、母親での薬剤耐性検査も、同様に行う(30ページ参照)。

薬剤耐性検査は既存薬剤の服用中に実施するが、その実施については、地域のブロック拠点病院の専門医に照会する。

表15 薬剤耐性検査の適応

推奨	抗HIV療法中にウイルス学的効果が失われた場合 治療開始後のウイルス抑制が不十分な場合 急性HIV感染で、治療開始を決定した場合 ^{注1)}
考慮	初回治療開始前 ^{注2)}
非推奨(通常)	薬剤中止後 血中ウイルス量 < 1,000コピー/mLの場合

注1) プロスペクティブな検討は行われていないが、抗HIV療法を行っている患者からの薬剤耐性ウイルス感染が強く疑われる場合に推奨される。

注2) 薬剤耐性変異株による初感染が疑われる場合には強く推奨される。しかし、無治療下では、野生株が優位となり、少数の薬剤耐性株は検出されにくいことがあるので、注意が必要である。

薬物血中濃度モニタリング(TDM)

抗HIV薬のTDMは今のところ、ルーチンに行う検査としては推奨されていない。抗HIV療法には薬物相互作用、薬物動態に悪影響を及ぼす病態(妊娠などでも悪影響がある)、薬剤耐性、有効性と安全性が確認されていない代替療法、薬物濃度に依存する副作用、薬物動態の個人差、初回治療

患者で期待した効果が得られない、などの問題があり、こうした点からTDMは有用とされるが、TDMによる臨床的な改善を示すプロスペクティブ試験はなく、検査方法や検査結果の解釈の難しさもある。TDMのデータだけでなく、他の情報と合わせて判断する必要がある。

既知の薬剤耐性関連アミノ酸変異

表16 抗HIV薬の使用時にみられる標的酵素のアミノ酸変異部位^{注1)2)}

薬品名	逆転写酵素に起こる変異部位												
AZT	41	44		67	70		118			210	215	219	
3TC			65							184			
ddC			65	69	74					184			
ddl			65		74								
d4T	41	44	65	67	70		118			210	215	219	
ABC			65		74		115			184			
TDF			65										
FTC			65							184			
NVP						100	103	106	108	181	188	190	
DLV							103	106		181	188	236	
EFV						100	103	106	108	181	188	190	225

薬品名	プロテアーゼに起こる変異部位																				
IDV	10	20	24		32		36	46		54	71	73	77	82	84		90				
NFV	10			30			36	46			71		77	82	84	88	90				
RTV	10	20			32	33	36	46		54	71		77	82	84		90				
SQV	10							48		54	71	73	77	82	84		90				
APV(FPV)	10				32			46	47		50		54		73		84	90			
LPV/RTV	10	20	24		32	33		46	47		50	53	54	63	71	73		82	84	90	
ATV	10	20	24		32	33	36	46		48	50		54		71	73		82	84	88	90

数字 : 一次変異 primary mutation(または主要変異 major mutation)最初に選択されやすい部位

数字 : 二次変異 secondary mutation(または副次変異 minor mutation)一次変異より影響は少ないが薬剤耐性とみなすべき部位

数字 : 一次変異と二次変異の区別が十分にわかっていない部位

* L63P は HIV-1 の遺伝子多型の1つでプロテアーゼ阻害剤耐性株で高頻度に観察される。このアミノ酸置換は単独では耐性を付与しないが、他の置換と共存するとロビナビル/リトナビルに対する耐性発現に関与する。

注1) HIVで最初に出現する一群のアミノ酸置換は、投与された阻害薬に特異的なものが多い。そうしたアミノ酸の置換は「一次変異(または主要変異)」と呼ばれる。一次変異はウイルス酵素の構造を変えて阻害薬と酵素の結合が起こらないようにするなどしてウイルスに耐性を付与すると思われるが、その構造変化のために酵素本来の活性が低下して増殖能などが損なわれることがある。この構造変化を修復、補正するために起こってくる一連のアミノ酸置換が「二次変異(または副次変異)」と呼ばれる。複数の二次変異が加わってくると、HIVは増殖能を取り戻し、また高度の交叉耐性を獲得するようになる。多くの二次変異は単独ではウイルスに耐性を付与せず、一次変異と共存して初めて耐性発現に関与する。

注2)・NRTI多剤耐性を発現する変異として62/75/77/116/151変異の組み合わせや69近傍へのアミノ酸挿入が知られている。

- ・41/44/67/70/118/210/215/219の複数の箇所での置換の蓄積はAZTとd4Tの投与で起こるが、一旦これらの置換が揃うと、そのような変異株は他のNRTIについても耐性を示す。
- ・NNRTIは耐性変異部位の重複が多く、薬剤間の交叉耐性が著しい。
- ・PIに対する耐性発現では、一次変異は薬剤に特異的であるが、二次変異まで含めると変異部位の重複が多く、交叉耐性となることが多い。
- ・10/46/54/82/84/90の4箇所またはそれ以上の箇所でのアミノ酸置換が蓄積すると複数のプロテアーゼ阻害剤に対して交叉耐性を示す事が多い。

治療に注意すべき患者層

HBV重複感染症

現在わが国におけるHBVの主な感染経路はHIVと同様に性的接触であり、特に性的接触によるHIV感染例では合併することが多い。消化器科などとの連携も欠かせない。また、HBV感染症治療がHIV感染症治療に影響を及ぼすことがあるため、HBV感染患者でのHIV重複感染の有無を確認することが推奨される。

HIV感染とHBV感染の相互作用

HBV感染症は本来、自然軽快することの多い疾患であるが、HIV感染に重複したHBV感染症は、HBe抗原血症の頻度が高く、HBV DNA高値を示し、HBV感染に基づく肝障害・肝機能増悪が高率に認められる。

HBV感染がHIV感染症を進行させるかどうかは明らかではないが、抗HIV薬による肝毒性の頻度を高めるのは確実である。

重複感染のHBV感染症治療開始の基準

HBV感染患者には全て、HBV治療を考慮すべきである。HBe抗原陽性またはHBV DNA 10^5 コピー/mL以上で肝細胞の破壊と炎症があり、血清ALTが正常上限の2倍以上または病理学的に中等度の活動性もしくは線維化が認められる、活動性で高いレベルのHBV増殖があると考えられる患者には、HBV感染症治療が推奨される。

ベースラインALTが正常上限の2倍未満の患者では、一般にHBV治療の効果は著明ではない。

重複感染のHBV感染症治療^{注1)}

HBV感染の治療には下記の2つの方法があるが、いずれを用いても良い。

- IFN- 2aまたは2bを5MU/日または10MU週3回、16~24週間(HBe抗原陽性患者)または48週間以上(HBe抗原陰性患者)投与。HIV重複感染患者については文献が少なく、IFN療法の期間や効果に関して明確な推奨はない。

- IFNの代替療法として、ヌクレオシドまたはヌクレオチド誘導体を使ってもかまわない。3TC、FTC、TDFはHIV、HBVのいずれにも有効である。ただし、これらの薬剤は中止するとB型肝炎が再燃し、重篤な肝障害をもたらす危険性がある。重複感染がある場合のHBV治療の注意点^{注1)}^{注2)}
- HIV治療の必要があるが、HBV治療の必要がない場合：TDF、FTC、3TCは将来の使用に備えて、使わないでおくことを考慮する。3TCまたはTDFを抗HBV薬としての活性を見込んで単剤で使ってはならない。
- HIVおよびHBV治療の必要がある場合：TDF、3TCあるいはFTCの使用を考慮する。3TCやFTCにはHBV耐性が高率にみられるため、いずれかをTDFと併用することを推奨する考え方がある。
- HBV治療の必要があるが、HIV治療の必要がない場合：アデホビル(ADV)またはIFN- (PEG-IFN^{注3)}が望ましい)を考慮する。3TC、FTC、TDFを使ってはならない。
- 3TC、TDF、またはFTCを中止する必要がある場合：臨床経過と肝機能検査を注意深くモニターし、特に肝機能の改善があまり得られない患者では再燃を避けるため、ADVの使用を考慮する。
抗HIV療法開始後の免疫再構築症候群
- HBV重複感染者では、抗HIV療法開始後にHBVに対する高度の免疫再構築症候群が発現することがあり、注意が必要である。

注1) B型肝炎の適応症を有しているのは3TC、IFN- である。(2005年11月現在)

注2) アデホビルのB型肝炎に対する使用は、3TCとの併用にて承認されている。(2005年11月現在)

注3) 国内ではHBVに対する保険適応は未承認。(2005年11月現在)

表17 重複感染者における抗HBV活性を有する抗HIV薬、抗HBV薬の選択方法

ウイルス	感染有無	治療必要性	治療薬		抗HBV薬			抗HIV薬		
			商品名	ゼフィックス	ヘプセラ	イントロン、スミフェロンなど	エビビル	エムトリバ	ピリアード	
			一般名(略号)	ラミブジン(3TC)100mg	アデホビル(ADF)	IFN-	ラミブジン(3TC)300mg	エムトリシタピン(FTC)	テノホビル(TDF)	
HIV	-	-		*				x	x	x
HBV	+							x	x	x
HIV	+			x	x	x				
HBV	+	x		x	x	x	**	**	**	**
HIV	+			x	***			x	x	x
HBV	+			x			x	x	x	x

：推奨

：使用しないで温存することもある。単剤投与は不可。

x：投与不可

*：HIV感染の除外診断が必要。

**：TDF+3TCまたはTDF+FTCの2剤併用が望ましい。

***：保険上はゼフィックスとの併用が必要とされるが、この場合は単剤投与する。

HCV重複感染症

米国のデータベース解析によると、HAART導入後のHIV感染者の死亡原因は、AIDS関連と非AIDS関連が半々で、非AIDS関連死の約9割が慢性HCV感染症によると報告されている。HIVとHCVの主な感染経路は血液を媒介するもので、静注薬物使用者や血液製剤による感染例で重複感染が多い。他科との連携、HCV感染症治療のHIV感染症治療への影響を考慮すべきことはHBV重複感染症と同様である。

HCV感染症の臨床経過

HCV感染症は急性感染後、20～40%は自然治癒するが、残りは慢性肝炎となる。慢性HCV感染患者は20年で2～20%が活動期を経て肝硬変を発症し、その多くが肝癌を合併する。

HIV感染とHCV感染の相互作用

HIV感染はHCV感染症の進行を早める。メタアナリシスによると、重複感染例の肝硬変への進行率は、HIV非感染患者の約3倍に達する。CD4陽性リンパ球数が少ない患者では、進行率はさらに高くなる。

HCV感染がHIV感染症の進行に与える影響は、まだ明らかではない。

重複感染のHCV感染症治療開始の基準

HIV感染合併の場合も、HCV感染症治療の標準ガイドラインに準じる。HCV単独感染の場合、血漿中にHCV RNAを認め、肝生検で架橋もしくは門脈線維化がある場合が標準適応である。ALT値はHCV感染の進行(重症度)を反映するが、HIV感染症合併の場合は必ずしも反映しない。

CD4陽性リンパ球数が200/mm³以上の患者には推奨されるが、それより少ない患者にはまずHIVの治療を先行し、その後HCVの治療を開始することが望ましい。同時治療も可能だが、服薬剤数や薬剤の毒性、相互作用の点から複雑になることがある。

重複感染のHCV感染症治療

HCV重複感染例におけるHCV治療は、HCV単独感染の

標準ガイドラインに従って行われる。HCV感染症の治療の基本はIFNであり、近年ではリバビリンを併用することが多い。

HIV/HCV重複感染患者(CD4陽性リンパ球数 200/mm³)にPEG-IFN+リバビリン併用療法を48週行った臨床試験では、ジェノタイプ2/3型のHCVには60～70%の持続性ウイルス学的著効率が認められたが、ジェノタイプ1型では15～28%と低かった。

HAARTとHCV感染症

HCVの治療を受けない症例で、HAARTが肝疾患の進行や死亡率を低下させるかどうかは、明らかではない。一方で、重複感染例では抗HIV薬による肝毒性の頻度が高まり、HIV治療は複雑になる。

重複感染がある場合のHCV治療の注意点

- リバビリンはddIと併用するとddIの細胞内濃度を増大させて膵炎や乳酸アシドーシスを起こす危険があるので併用してはならない。他のNRTIとの併用でも同様の注意が必要である。
- 一部のNRTI及び全てのNNRTI、PIには肝毒性の危険性があり、血清トランスアミナーゼのモニタリングが特に重要である。
- AZTとリバビリンの併用は貧血を起こすことが多いため、できれば避けたい。
- IFN投与に伴う好中球減少やリバビリン投与に伴う貧血に対しては、G-CSFやエリスロポエチンの投与を考慮する。

結核合併例

HIV感染と結核は相互に悪影響を及ぼす。HIV感染により、潜伏結核が活動性結核に進行するリスクは約100倍増加する。また結核も、HIVのウイルス量増加と疾患進行の加速に關与する。結核合併例に抗HIV療法を行う場合は、治療の順序や薬物相互作用、肝毒性、免疫再構築による結核発症に注意をする必要がある。肺結核発症例でも、HIV感染の有無の評価が必要である。

HIV感染者における結核治療

HIV感染症に合併した結核の治療も、標準的な結核治療法に準ずるが、治療期間が長くなることがある。活動性結核があれば、直ちに治療を開始する必要がある。標準的には、RFP/INH/PZA/SMまたはEBの4剤で2カ月治療後、RFP/INHで4～7カ月治療する。

薬物相互作用

RFPIはPI、NNRTIの血中濃度を下げるので、併用禁忌とされている。併用する場合はリファブチン(日本未承認*)で代用するが、リファブチンの血中濃度が高くなるので用量調節を要する。また、抗HIV薬、抗結核薬はともに肝毒性があるため、併用の際は特に注意が必要である。薬物

*リファブチンは、厚生労働省・エイズ治療薬研究班(主任研究者 東京医科大学臨床検査医学講座 福武勝幸)より入手可能。
ホームページ: <http://www.ijinet.or.jp/aidsdrugmh/>

相互作用があるとは言え、リファマイシン系薬は結核治療に欠かせない薬剤であり、抗HIV療法を受けている患者では、抗結核薬の投与量の調節や抗HIV薬の変更を考慮する。

抗HIV療法を行っている患者に対する抗結核治療

リファマイシン系薬の相互作用に特に注意し、最適な結核治療が行えるよう、抗HIV薬の変更も考慮に入れ治療計画を組み立てる。

抗HIV療法を行っていない患者に対する抗結核治療

免疫再構築症候群を防ぐために、HIV感染症未治療の患者ではCD4陽性リンパ球数50/mm³未満の患者以外には、HIVと結核に対する治療の同時開始は避けるべきで

ある。抗結核療法の開始から4～8週間後に抗HIV療法を開始することを推奨する意見が多い。

免疫再構築症候群

免疫再構築症候群とは、HAARTの開始により免疫力が回復し日和見感染症のリスクが軽減した状態で、逆説的に発症する日和見感染である。結核は免疫再構築症候群として発症・増悪しやすい疾患のひとつであり、特に結核治療中にHAARTを開始した場合に多くみられる。重篤でなければ、非ステロイド系抗炎症剤を使用して結核及びHIV感染症の治療を継続する。重篤な場合は、高用量プレドニンで対応するという意見もある。

表18

抗結核薬		抗HIV薬		PI						NNRTI			
		一般名	商品名	インジナビル (IDV)	サキナビル (SQV)	リトナビル (RTV)	ネルフィナビル (NFV)	ロピナビル/リトナビル (LPV/r)	アタザナビル (ATV)	ホスアンプレナビル (FPV)	エファビレンツ (EFV)	ネビラピン (NVP)	デラビルジン (DLV)
一般名	商品名	商品名											
リファンピシン (RFP)	リファジンほか	クリキシバン	×	×	1)	×	×	×	×	2)	3)	×	
リファブチン (RFB)	日本未発売	インビラーゼ・フォートベイス	4) 5)	×	6)	7) 6)	6)	6)	5)	8)	9)	×	

- : 併用可
 - : 併用可だが、抗HIV薬の用量調節が必要
 - : 併用可だが、抗結核薬の用量調整が必要
 - x: 併用不可
- 通常投与用量
- | | | | | |
|---------|-------|----|----------------------------------|-----------------------------------|
| リファンピシン | 450mg | 連日 | 1) RTV 600mg BID (REPは通常用量) | 6) RFB 150mg 隔日または週3回 |
| リファブチン | 300mg | 連日 | 2) EFV 800mg 連日 (600mg 連日まで減量可能) | 7) NFV 1000mg 8時間毎 |
| | | | 3) NVP 200mg BID or 300mg BID | 8) RFB 450mg 連日または600mg 週3回 |
| | | | 4) IDV 1000mg 8時間毎 | 9) RFB標準量 (300mg 連日) または300mg 週3回 |
| | | | 5) RFB 150mg 連日または300mg 週3回 | |

思春期・青年期

治療以外の介入の必要性

近年わが国でも、STDの増加に伴い、青年期のHIV感染症の増加が懸念されている。青年期は性的に活発な時期であり、また青年期のHIV感染患者は感染の早期にあるため、単に治療だけでなく、STD全般を含めた感染予防カウンセリングや正しい知識の啓発等の早期介入が非常に重要である。

STDとHIV感染症

STDに罹患しているとHIVの感染を受けやすくなり、特に潰瘍病変がある場合は、HIVの感染リスクが男性では10～50倍、女性では50～300倍に高まる。また逆にHIV感染症/AIDSがあるとSTDによってはその進行が早く、重症・難治化する傾向を示すものがある。

特に性的に活発な青年期においては複数のSTDとHIV感染症を合併するリスクが高いことが予想されるので、総合的な検査を考慮すべである。

思春期・青年期における抗HIV療法

思春期・青年期における抗HIV療法では、年齢ではなく思春期発達度 (Tanner stage) で判断すべきで、早期思春期 (Tanner stage 1, 2) には小児のガイドライン、それ以降の青少年には成人のガイドラインに従った治療を行う。

急成長期や移行期には、効果や毒性のモニタリングを十分に行う必要がある。周産期感染の児では思春期到来が遅れることがある。

思春期以降は成人と同様の臨床経過をたどるので、通常成人のガイドラインに従って抗HIV療法を行う。

青年期におけるアドヒアランスの問題

青年期HIV感染患者は自己のHIV感染に対する拒絶と恐怖、誤解、医療制度に対する不信、治療効果への不信、自尊心の低さ、未確立のライフスタイル、家族や社会的サポートの不足などの特有の問題を抱えており、アドヒアランスの維持を画るため医学的側面のみならず心理社会的側面も含めた総合的なケアが必要である。青年期は特にコンプライアンスが不良になることがあるので、注意が必要である。

青年期女性に対する注意点

わが国ではまだ患者数は少ないが、今後増加が懸念されている。青年期は性的に活発であり、女性の場合はさらに避妊と感染予防について十分に話し合う必要がある。抗HIV薬と経口避妊薬との相互作用についても、情報提供が必要である。また、EFVなどの妊娠に対して悪影響を与える可能性のある薬剤についても注意が必要である。

妊産婦に対する抗HIV療法と母子感染予防

妊産婦に対する治療の基本

常に、妊産婦自身のAIDS発症予防、母子感染の予防、ならびに母子に対する短期的・長期的影響を考慮して治療の計画をたてる必要がある。その際、わが国の感染妊産婦や母子感染の現状に即した対応や治療を考える必

要があると思われる。そして、治療を行う上での母子へのメリット、デメリットならびにリスクについて十分に説明し、妊産婦やその配偶者(パートナーや家族)などが納得し、希望する場合に治療を行う。

妊産婦に対する抗HIV療法とその問題点

妊婦に対する抗HIV療法には PACTG076(表19)^{注1)}の3つのレジメを基本にしたAZTによる治療があるが、近年、HIV RNA量を著明に減少させるため母子感染予防にも有効であろうという理由から米国などを中心に(AZTを含む)多剤併用療法 HAART も盛んに行われつつある。

妊婦に対して、単独療法では耐性出現の問題を、また、

併用療法では催奇形性(特にEFVなど^{注2)})を始めとする母子のリスクを常に念頭において治療を行うことが重要である。

現在、妊婦や新生児に対してAZT以外の単独投与や併用療法の臨床試験が行われており、そのうちの一部については、母子感染予防の効果や重篤な副作用が報告されている^{注3)4)}。

注1) PACTG076の治療を受けた母子に対する影響は母子ともに中等度の貧血を認めたのみで、就学時までの児童では重大な副作用は認められていない。一方、AZT単独またはAZTと3TC、ddiなどの併用で8例の新生児にミトコンドリアの異常が報告されている。

注2) EFVは臨床用量(600mg/日)と同様の血中濃度によって動物実験で奇形が認められているため、やむをえない場合を除き、妊婦や妊娠する可能性のある女性には使用するべきではない。

注3) d4Tとddiを含む多剤併用療法を行った妊婦で乳酸アシドーシスによる死亡が3例報告され、そのうちの2例では児も死亡している。

注4) プロテアーゼ阻害薬については、動物実験では催奇形性は認められていないものの、母体のHELLP(hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count)症候群や母子に対する耐糖能の低下や高脂血症、肝機能障害が起こることがある。

表19 AZTの周産期感染予防の処方

分娩前	妊娠14～34週に処方開始、全妊娠期間を通じて継続。 PACTG076処方:AZT100mg1日5回 代替処方:AZT200mg1日3回もしくはAZT300mg1日2回
分娩中	分娩開始と共にAZT2mg/kgを1時間静脈内投与し、引き続き出産まで1mg/kg/hrを持続的に静脈内投与する。
分娩後	出産後8～12時間までに、新生児に対しAZTの経口投与(AZTシロップ、2mg/kgを6時間毎)を開始し、生後6週間まで続ける。経口投与できない児には、1.5mg/kgを6時間毎に静脈内投与する。

AZTシロップと静注剤は、厚生労働省・エイズ治療薬研究班(主任研究者 東京医科大学臨床検査医学講座 福武勝幸)より入手可能。
ホームページ:<http://www.ijnet.or.jp/aidsdrugmhw/>

選択的帝王切開^{注1)2)}

陣痛(子宮収縮)時には母体血(HIV汚染血液)が児へ移行しやすくなり、児は分娩中に産道からのHIVの暴露を受けやすい。しかし、陣痛発来前、破水前に選択的帝王切開を施行することでこれらのリスクを減少させることができる。選択的帝王切開は、母子感染の70%を占めるとされている分娩時期周辺の感染を防ぐ手段として有効であると考えられる。さらに、抗HIV療法に比べ、児に対するリスクは極めて少ない。わが国においては、感染者の分娩が未だ少ないことや、母体の術後合併症の頻度も少なく、費用の点や出産後

の母子に対しても即座に十分な対応を取り易い点などから、有用な母子感染予防の手段といえる。

選択的帝王切開は、37週前後(陣痛発来前、破水前)に施行する。なお、帝王切開3時間前からAZTを静注すべきと考えている専門医もいる^{注3)}。

欧米では陣痛発来前、破水前で、妊娠満38週での選択的帝王切開が推奨されているが、米国を中心に母体血中のウイルス量が低い場合には帝王切開は不要だとする考えもある。

治療の目標ならびに指針

インフォームドコンセントとともに、必要に応じて検査前カウンセリングを行った後に抗HIV抗体検査を実施し、できるだけ妊娠初期から管理を行う。

治療目標は、妊産婦の血中ウイルス量を極力低く抑え、妊産婦自身のAIDS発症予防ならびに母子感染予防を図ることにある。

母子に対する副作用を最小限に抑えたと期待される薬剤を選択するのが肝要で、その意味ではAZTの単独療法は、母子感染の予防を目的とした別個の治療と考えることができる。なお、多剤併用療法には基本的にAZTが含まれるべきだとする考えが一般的であるが、実際に行われている治療ではAZTが含まれない場合も多い。

また、妊娠が判明する前から抗HIV療法を行っていた妊婦に対しては、治療を中止するとリバウンドによってウイルス量の上昇を招く恐れがあるため、そのまま治療を継続した方がよい場合が多い^{*}。妊娠初期に感染が判明した場合には、妊娠14週以降まで治療開始を遅らせるのが妥当だと思われる。

妊娠の時期や妊産婦の感染判明時期、抗HIV療法の有無などにより、治療の開始や継続については妊産婦やそ

の配偶者(パートナーや家族)などと話し合いをした上で決定することが大切である(詳細は抗HIV治療ガイドライン(2003年3月)平成14年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業『HIV感染症の治療に関する研究』班参照)。

母体の血中のウイルス量が低くても、腔分泌物中にもHIVが存在する(必ずしも血中のHIV量と相関しない)ことや分娩時間が長くなると児へのHIV暴露量が増え、母子感染が起こることから、CDCではウイルス量が低い妊産婦にも抗HIV療法を勧めている。

上記の理由や、子宮収縮による母体から胎児への経胎盤的血液(HIVを含む血液)の移行や破水後の産道での児へのHIV暴露量、暴露時間をできるだけ少なくするために、満37週前後に選択的帝王切開を行う意義は大きいと思われる。

なお、わが国においては、母子感染予防のために、1994年からPACTG076のレジメによるAZT単独療法が行われてきたが、近年は妊娠前から治療している患者も含めHAARTが行なわれる例が著しく増えている。

*ただし、EFVは妊娠が判明した時点で投与を中止し、専門医に相談すべきである。

AZT投与のプロトコール

血中ウイルス量が低い場合は、AZT単独療法を考慮する。

血中ウイルス量が高い場合は、最初からHAARTを行うことを考慮する。

血中ウイルス量が高値を持続する例や上昇する例には併用療法を行う。併用薬の選択には、特に母子に対する影響、胎盤への移行性、薬物相互作用などについても考慮する。

選択的帝王切開を施行する。

新生児には出生後なるべく早期(生後6時間)からAZTシロップを投与する。

(30ページ「米国における妊婦に対する抗HIV療法」、8ページ「抗HIV療法をいつ開始するか」の項参照)

注1) HIV量が極めて少ない例(例えば血中ウイルス量が検出限界以下)からは母子感染が成立しにくいことが示唆されている。一方、抗HIV療法の母子感染予防(効果)を検討した複数の臨床試験の解析(meta-analysis)では、母親のウイルス量が1000コピー/mL未満の症例において抗HIV薬の予防投与により、非実施群に比べ有意に感染率を低下させたとの報告がある。

注2) AZTの投与と選択的帝王切開を行うと、血中ウイルス量にかかわらず母子感染率は1~2%という報告がある。

注3) 分娩(帝王切開)時の産婦へのAZTの静注によって新生児の初期嘔吐がみられることが多く、児の厳重な管理が必要である。

米国における妊婦に対する抗HIV療法

HIV感染症治療ガイドライン(DHHS、2004年10月29日付)などによると、米国では現在、妊婦に対する抗HIV療法は、以下のように推奨されている。ただし、データがまだ十分とは言えないので、治療を進めるに当たっては慎重を期す必要がある。

妊婦に対しても、成人に対する標準的な多剤併用療法を考慮すべきである。

ただし、使用する抗HIV薬の選択は、妊婦の状態や薬剤の妊婦に及ぼす影響、周産期感染に対する効果、胎児および新生児に及ぼす影響を考慮し、患者と医療者がよく話し合って決定する必要がある。

出産年齢の女性に対する抗HIV療法
治療開始基準、治療目標とも、他の成人と同様に考える。

妊婦に対する抗HIV療法と母子感染予防

母体の血中ウイルス量が1,000コピー/mL以上の場合：

標準的な多剤併用療法が推奨される。多剤併用療法が選択された場合には、可能な限りAZTを含めた抗HIV療法を選択すべきである。この場合はAZTによる周産期予防投与(PACTG076)のプロトコールに準拠する。

母体の血中ウイルス量が1,000コピー/mL未満の場合：

抗HIV療法による予防は、周産期感染を防止するのに有効であることが示されている。また、選択的帝王切開の必要性も低くなる。これらの感染妊婦では標準的な多剤併用療法に加え、NRTI2剤併用(3TC+AZT) AZT単剤も選択肢となる。いずれの場合もAZTを加えた周産期予防投与(PACTG076)を行う。

AZTの単剤使用による耐性ウイルスの出現が懸念されているが、血中ウイルス量の少ないHIV感染妊婦ではウイルスの増殖速度が低く、期間限定の単剤使用であるために耐性出現の危険性が低いと考えられている。

抗HIV療法を受けている女性が妊娠した場合
抗HIV療法を受けている女性が妊娠した場合には、胎児への影響を考慮して妊娠第1期の服薬中断を考慮すべきであるが、多くの専門医は治療を継続している。なお、EFVは動物実験において催奇形性が報告されているので妊娠予定の女性や妊娠可能で避妊をしていない女性への投与は治療上の有用性が胎児への危険性を上回り、他の治療選択肢がない時のみの投与とするべきで、また、妊娠第1期の使用は避けるべきである。

継続して抗HIV療法を受けている妊婦が出産する際には、可能な限りAZTの周産期予防投与(PACTG076)を組み込むべきである。妊婦がd4Tを含む多剤併用療法を受けている場合は他の抗HIV薬との併用禁忌や相互作用を十分に検討する。

妊婦における抗HIV療法の注意点

HIV感染妊婦に対する抗HIV療法では、妊娠による妊婦の生理学的変化や胎児への影響を考慮する必要があるが、特に核酸系逆転写酵素阻害薬によるミトコンドリア障害や乳酸アシドーシスには細心の注意が必要である。d4TとddIの併用を含む多剤併用療法を受けた妊婦で重篤な乳酸アシドーシスが報告されている。

表20 妊婦に対する抗HIV薬の安全性

	FDA基準*	胎盤通過性 (児/母 血中濃度比)
核酸系逆転写酵素阻害薬		
ジドブジン	C	0.85
ザルシタピン	C	0.3 ~ 0.5
ジダノシン	B	0.5
サニルブジン	C	0.76
ラミブジン	C	~ 1.0
アバカビル	C	yes
テノホビル**	B	yes
エムトリシタピン	B	不明
非核酸系逆転写酵素阻害薬		
ネビラビン	C	~ 1.0
デラビルジン	C	不明
エファビレンツ	D	~ 1.0
プロテアーゼ阻害薬		
インジナビル	C	minimal
リトナビル	B	minimal
サキナビル	B	minimal
ネルフィナビル	B	minimal
アンブレナビル	C	不明
ロピナビル・リトナビル配合剤	C	不明
アタザナビル***	B	不明

* FDA基準

A : 妊娠第1期(妊娠0 ~ 16週)およびそれ以降に妊婦に投与しても胎児に危険がないことが、比較検討試験の結果から明らかなもの。

B : 動物実験で胎児に対する影響がないことがわかっているが、ヒトでの比較検討試験の情報がないもの。

C : ヒトでの妊娠期間中の安全性が不明で、かつ動物実験で胎児への影響が認められるまたは未実施のもの。

このカテゴリーの薬剤は、その有益性が危険性を上回る場合にしか使用してはならない。

D : 開発時または市販後の副作用データに基づくヒトでの致死的风险のエビデンスがあるもの。妊婦でも危険性があるがそのリスクを有益性が上回ると期待される場合は、使用されることもある。

** ヌクレオチド系逆転写酵素阻害薬

*** アタザナビルの継続投与は児の核黄疸の危険性を増加させる可能性がある。

HIV陽性の母親から生まれた児に対する予後管理

新生児の母子感染予防

HIV感染母親から生まれた新生児は、インフォームドコンセントによって母子感染予防の了解を得て、経口投与によりAZTシロップ^{注1)}の2mg/kg、6時間毎投与を出生後なるべく早期より開始し、6週間継続する。経口投与ができないときは、1.5mg/kg/回を6時間毎に静注^{注1)}投与する。34週未満の未熟児は、初めの2週間は1.5mg/kg/回を12時間毎に経口または静注投与し、以後は2mg/kg/回を8時間毎に投与する。

副作用には、貧血、顆粒球減少などである。通常、予防投与を中止する必要はないが、貧血が強い時には4週間で中止することもある。

母乳は禁止し、人工栄養とする

母乳には、ウイルスやウイルス感染細胞が含まれている可能性があるため、新生児には母乳を与えず、人工栄養とする。

注1) AZTシロップと静注剤は、厚生労働省・エイズ治療薬研究班(主任研究者東京医科大学臨床検査医学講座 福武勝幸)より入手可能。
ホームページ<http://www.ijnet.or.jp/aidsdrugmh/>

感染の有無の検査

フォローアップ

児の感染の有無については、生後15～18カ月までHIV感染母体由来の移行抗体を児に認めることがあるため、早期診断にはウイルス学的検査(RT-PCR法によるHIV RNAの検出など)が必須である。ウイルス学的検査を行うと、生後1カ月までに96%¹⁾以上で、さらに生後6カ月までに全例で感染の有無が確定できる。

HIV感染母体から生まれた児のフォローアップ検査(表21)

は、生後48時間以内、14日、1～2カ月、3～6カ月の4ポイントで行う。生後48時間以内の陽性は子宮内感染と考えられる。ウイルス量は生後2週間で急上昇することから、14日目の検査は早期診断に役立つ。早期診断により、早期の抗HIV薬併用療法やカリニ肺炎予防などが可能となる。

陽性患児は、CD4陽性リンパ球数(%)とCD8陽性リンパ球数(%)を同時にチェックする。

表21 児の評価

検査時期	児の検査	コメント
出生48時間以内(臍帯血を除く)	PCRなど	陽性の場合子宮内感染と考えられる
生後14日目	PCRなど	生後2週間でウイルス量が急上昇するため、この時期の検査が必要
生後1～2カ月	PCRなど	陽性の場合早期の抗HIV併用療法が可能
生後3～6カ月	PCRなど	感染の有無の確定に重要

- 1) 異なった血液検体でのウイルス学的検査が2回陽性:HIV感染あり
- 2) ウイルス学的検査が2回(1回は生後1カ月以上、1回は生後4カ月以降)以上陰性:HIV感染なし
- 3) 生後6カ月以降で最低1カ月以上間隔をあけて、2回以上抗HIV抗体が陰性で、しかも感染の兆候がない時:HIV感染なし
- 4) 生後18カ月以降
 - ・低グロブリン血症がなく、抗HIV抗体陰性:HIV感染なし
 - ・HIV感染の兆候がなく、ウイルス学的検査(PCRなど)が陰性:HIV感染なし
 - ・抗HIV抗体陽性:HIV感染あり

1) Dunn DT, et al : The sensitivity of HIV-1 DNA polymerase chain reaction in the neonatal period and the relative contributions of intra-uterine and intra-partum transmission. AIDS 9 : F7-11, 1995.

感染児の予後

感染児の予後因子は、CD4陽性リンパ球数(%)と血中ウイルス量(HIV RNA量)である²⁾。

免疫能の指標であるCD4陽性リンパ球基準値は、6歳未満の小児では年齢により異なる(表22)。6歳未満の小児は、成人と異なりCD4陽性リンパ球数が多い。このため小児の免疫能の指標としては、年齢に関係のないCD4陽性リンパ球数の比率(%)がとくに重要である(表22)。

乳幼児の血中ウイルス量は、1~2歳までは成人より10~100倍高く、その後4~5歳頃までゆっくり減少していくが、²⁾急速進行型の感染児では血中ウイルス量が高いとの報告がある³⁾。

CD4陽性リンパ球数と血中ウイルス量に関連して長期予後を見ると、CD4陽性リンパ球15%未満・血中ウイルス量 10^5 コピー/mL以上が最も予後が悪く(死亡81%)、次いでCD4陽性リンパ球15%未満・血中ウイルス量 10^5 コピー/mL以下が63%であった²⁾。

感染児の予後は、

生後数カ月~1歳までにAIDSを発症して4歳頃までに死亡する急速進行型(10~25%)

AIDS診断中央値が6歳である緩徐進行型(75~90%)
8~10歳まで無症状である非進行型(5%未満)

に分けられる。このうち1歳までに15%がAIDS発症または死亡するとされる⁴⁾。

特に6カ月未満の乳児で、CD4陽性リンパ球数とCD8陽性リンパ球数の両者とも5パーセントイル(CD4数 $1900/\text{mm}^3$ 未満、CD8数 $850/\text{mm}^3$ 以下)なら、胸腺障害を有しており、病勢の進行が早く、予後が悪いとされる⁵⁾。

しかし、乳幼児の早期診断と抗HIV薬の併用療法により母子感染児の予後が変わってきた。「小児HIV治療ガイドライン(2005年3月)」⁶⁾では12カ月未満感染児と1歳以後に分けて治療基準を示してある。HAARTは感染児にも有効であるが、厳密なアドヒアランスを必要とし短期・長期の副作用もあることから、このガイドラインは、感染児の治療決定の際の一般的なガイダンスであり、児の個別状況に応じて柔軟に対応することおよび小児専門医にコンサルトすることを奨めている。また、感染児ではCD4陽性リンパ球数が正常であっても日和見感染が起こりうる⁷⁾ことから、日和見感染予防が重要である。

表22 小児HIV感染症(13歳未満)の年齢別免疫学的分類(1994、CDC)

免疫能	CD4陽性リンパ球数/ mm^3 (%)		
	1歳未満	1~5歳	6~12歳
低下なし	1,500(25)	1,000(25)	500(25)
中等度低下	750~1,499 (15~24)	500~999 (15~24)	200~499 (15~24)
高度低下	<750(<15)	<500(<15)	<200(<15)

2) Mofenson LM, et al : The relationship between serum human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) RNA level, CD4 lymphocyte percent, and long-term mortality risk in HIV-1-infected children. JID 175 : p 1029-1038, 1997

3) Shearer WT, et al : Viral load and disease progression in infants infected with human immunodeficiency virus type 1. NEJM 336 : p 1337-1342, 1997

4) Gray L, et al : Fluctuations in symptoms in human immunodeficiency virus-infected children : the first 10 years of life. Pediatrics 2001, 108 : 116-22.

5) Nahmias AJ, et al : Thymic dysfunction and time of infection predict mortality in human immunodeficiency virus-infected infants. JID 178 : p 680-685, 1998

6) Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection : March 24, 2005 (<http://aidsinfo.nih.gov/>)

7) Dunn D ; HIV Pediatric Prognostic Markers Collaborative Study Group. Short-term risk of disease progression in HIV-1-infected children receiving no antiretroviral therapy or zidovudine monotherapy : a meta-analysis. Lancet 362:1605-11,2003

2次感染予防のために

HIV感染患者に対しては、治療と並行して、2次感染の予防にも留意する必要がある。米国のHIV感染症治療ガイドラインでも1章が設けられており、血中ウイルス量が検出限界以下であっても2次感染の危険性があることが強調され、注意が促されている。薬剤(多剤)耐性ウイルス

による2次感染が多数例報告されていることも周知する必要がある。

2次感染予防に際しては、以下の点に特に配慮し、患者およびそのパートナーと十分な話し合いをもつべきである。

耐性ウイルスを有しているか(耐性獲得に関する知識は十分か)

拳児希望、避妊に関する対応

パートナーへの告知

安全な性行動・性生活

感染予防については、医師、看護師、カウンセラーなど多職種の連携のもとに、患者およびその家族の自己決定を促すための支援を第一として行う。

抗HIV薬一覧

各薬剤の製品添付文書(2005年11月30日時点)より抜粋。各薬剤の使用に際しては、必ず最新の添付文書を確認すること。

核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)

一般名(略号)	ジドブジン(AZT ZDV)	ジダノシン(ddI)	
商品名	レトロビル	ヴァイデックス	ヴァイデックスEC
販売会社(承認年月)	グラクソ・スミスクライン (1987年10月)	ブリistol・マイヤーズ (1992年6月)	ブリistol・マイヤーズ (2001年3月)
規格単位	100mg(カプセル)	25/50/100mg(錠剤)	125/200mg(ECカプセル)
用法・用量	500~600mg 分2~6	250~400mg 分2(錠剤) 食間(12時間ごと)	体重60kg以上:400mg 分1 体重60kg未満:250mg 分1(ECカプセル) 食間
警告	<ul style="list-style-type: none"> 骨髄抑制があらわれるので、頻回に血液学的検査を行うなど、患者の状態を十分に観察すること 	<ul style="list-style-type: none"> 肺炎があらわれることがあるので、血清アミラーゼ、血清リパーゼ、トリグリセライド等の生化学的検査を行うなど、患者の状態を十分に観察すること 	
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> 好中球数$750/mm^3$未満またはヘモグロビン値が$7.5g/dL$未満に減少した患者 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 イブプロフェン投与中の患者 	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 肺炎の患者 (原則禁忌) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人 	
注意	<ul style="list-style-type: none"> 好中球数$1,000/mm^3$未満またはヘモグロビン値が$9.5g/dL$未満の患者では、好中球数、ヘモグロビン値がさらに減少することがある 腎または肝機能障害のある患者では、高い血中濃度が持続するおそれがある ビタミンB_{12}欠乏患者では貧血が発現するおそれがある 高齢者 	<ul style="list-style-type: none"> 肺炎の既往歴のある患者では再発することがある 末梢神経障害またはその既往歴のある患者では症状を増悪または再発させることがあるので、減量、休薬もしくは中止を考慮すること 腎障害のある患者では、本剤の消失半減期が延長し、副作用が強くあらわれるおそれがあるので、投与量を調節するなど慎重に投与すること 肝障害のある患者では肝障害を増強することがある 抗HIV薬の使用により、体脂肪の再分布/蓄積があらわれることがあるので、異常が認められた場合には適切な処置を行うこと 	
相互作用 (併用禁忌) (併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 出血傾向が増強; イブプロフェン <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤の毒性作用が増強; ペンタミジン、ピリメタミン、スルファメトキサゾール・トリメトプリム合剤、フルシトシン、ガンシクロビル、インターフェロン、ピンクリスチン、ピンプラスチン、ドキシロピシン 投与間隔を適宜あける; プロベネシド 本剤の最高血中濃度が84%上昇する; フルコナゾール、ホスフルコナゾール 本剤の最高血中濃度が27%減少しAUCが25%減少; リトナビル 本剤の全身クリアランスが約2.5倍増加し、AUCが約1/2減少; リファンピシン 血中フェニトイン濃度が約1/2に減少; フェニトイン サニルブジンの効果が減弱; サニルブジン <i>in vitro</i> において本剤の効果が減弱; リバピリン 	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 抗菌剤の効果が減弱; テトラサイクリン系抗菌剤、キノロン系抗菌剤(錠剤のみ) <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 副作用を増強することがある; ペンタミジン、アルコール、スルホンアミド、ザルシタピン、抗結核抗生物質、H_2受容体拮抗剤、副腎皮質ステロイド剤など 薬剤の吸収に影響を及ぼす; インジナビル、リトナビルなど(錠剤のみ) 制酸剤の副作用を起こしやすくすることがある; アルミニウムまたはマグネシウムを含有する制酸剤(錠剤のみ) 本剤のAUCが増加し、副作用を増強することがある; ガンシクロビル、アロプリノール 本剤のリン酸化を促進し、副作用を増強する可能性がある; リバピリン 本剤のAUCとC_{max}が上昇し、副作用が増強する可能性がある; テノホビル 胃内のpHが上昇し、硫酸アタザナビルの吸収が抑制されるおそれがある; アタザナビル 	<p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 副作用を増強することがある; ペンタミジン、アルコール、スルホンアミド、ザルシタピン、抗結核抗生物質、H_2受容体拮抗剤、副腎皮質ステロイド剤など 本剤のAUCが増加し、副作用を増強することがある; ガンシクロビル、アロプリノール 本剤のリン酸化を促進し、副作用を増強する可能性がある; リバピリン 本剤のAUCとC_{max}が上昇し、副作用が増強する可能性がある; テノホビル <p>(その他の注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤とヒドロキシウレアが併用されたHIV感染患者で、死亡を含む重篤な肺炎、肝障害及び高度の末梢神経障害が発現したとの報告がある
主な副作用	再生不良性貧血、赤芽球癆、汎血球減少、貧血、白血球減少、好中球減少、血小板減少、うっ血性心不全、乳酸アシドーシス・脂肪沈着による重度の肝腫大(脂肪肝)、てんかん様発作、肺炎、食欲不振、腹痛、嘔気、頭痛など	肺炎、乳酸アシドーシス、肝障害、網膜色素脱失・視神経炎、発作・痙攣、錯乱、ミオパシー、低換気症、アナフィラキシー様反応、皮膚粘膜眼症候群、急性腎不全、汎血球減少症、横紋筋融解、脳血管障害・脳出血、下痢、悪心、血清アミラーゼ上昇、体脂肪の再分布/蓄積	

核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)

一般名(略号)	ザルシタピン(ddC)	ラミブジン(3TC)	サニルブジン(d4T)
商品名	ハイビッド	エピビル	ゼリット
販売会社 (承認年月)	中外製薬 (1996年4月)	グラクソ・スミスクライン (150mg錠(1997年2月)、300mg錠(2003年9月))	プリストル・マイヤーズ (1997年7月)
規格単位	0.375mg(錠剤)	150mg/300mg(錠剤)	15/20mg(カプセル)
用法・用量	2.25mg 分3 (8時間ごと)	300mg 分1 または 分2	体重60kg以上80mg 分2 体重60kg未満60mg 分2 (12時間ごと)
警告	<ul style="list-style-type: none"> 末梢神経障害があらわれることがある 肺炎があらわれることがある ウイルス性肝炎等の肝疾患の合併症の患者では、肝機能を著しく悪化させることがある 	<ul style="list-style-type: none"> 肺炎を発症する可能性のある小児の患者(肺炎の既往歴のある小児、肺炎を発症させることが知られている薬剤との併用療法を受けている小児)では、本剤の適用を考える場合には、他に十分な効果の認められる治療法がない場合のみ十分注意して行うこと。これらの患者で肺炎を疑わせる重度の腹痛、悪心・嘔吐等又は血清アミラーゼ、血清リパーゼ、トリグリセライド等の上昇があらわれた場合は、本剤の投与を直ちに中止すること B型慢性肝炎を合併している患者では、本剤の投与中止により、B型慢性肝炎が再燃するおそれがあるので、本剤の投与を中断する場合には十分注意すること。特に非代償性の場合、重症化するおそれがあるので注意すること 	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の投与を受けた患者で、急性の四肢の筋脱力、腱反射消失、歩行困難、呼吸困難等のギラン・バレー症候群に類似した経過及び症状が認められており、これらの多くの症例は乳酸アシドーシス発現例に認められ、死亡例の報告もある。異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと 末梢神経障害があらわれることがあるので、四肢のしびれ・刺痛感・疼痛等の症状が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 イセチオン酸ペンタミジンを投与中の患者では海外で本剤との併用により劇症肺炎による死亡例が報告されている 	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 (原則禁忌) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
注意	<ul style="list-style-type: none"> 末梢神経障害のある患者 CD4陽性リンパ球数が50/mm³未満の患者では末梢神経障害が発現しやすいとの報告がある 肺炎またはその既往歴のある患者 肝機能障害、肝炎またはアルコール中毒歴のある患者 腎機能障害のある患者では副作用が強くあらわれるおそれがある 心筋症、うっ血性心不全及びその既往歴のある患者 	<ul style="list-style-type: none"> 肺炎を発症する可能性のある小児の患者 腎機能障害のある患者では高い血中濃度が持続するので、減量するかまたは投与間隔を延長すること 高齢者 妊婦・授乳婦 小児等 	<ul style="list-style-type: none"> 末梢神経障害またはその既往歴のある患者 肝障害のある患者 腎障害のある患者では半減期が延長し副作用が強くあらわれるおそれがあるので、投与量及び投与間隔を調節するなど慎重に投与すること 肺炎またはその既往歴のある患者 抗HIV薬の使用により、体脂肪の再分布/蓄積があらわれることがある
相互作用 (併用禁忌) (併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 海外で本剤との併用により劇症肺炎による死亡例；イセチオン酸ペンタミジン <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 副作用が相互に増強され、末梢神経障害が発現するおそれ；クロラムフェニコール、シスプラチン、イソニアジド、メトロニダゾール、金製剤など 本剤の腎クリアランスを低下させ、末梢神経障害や他の副作用の発現を増加させる；アムホテリシンB、プロベネシド、アミノグリコシド系抗生物質など 本剤の吸収率低下；アルミニウムまたはマグネシウムを含有する制酸剤 副作用が相互に増強され、末梢神経障害、肺炎が発現するおそれ；ジダノシン 両剤の効果が減弱する可能性がある；ラミブジン含有製剤 	<p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤のAUCが43%増加し、全身クリアランスが30%、腎クリアランスが35%減少したとの報告がある；スルファメトキサゾール・トリメトプリム合剤 本剤とザルシタピン両剤の効果が減弱；ザルシタピン 	<p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤の効果が減弱するおそれ；ジドブジン (その他の注意) 複数の妊婦において本剤とジダノシンとの併用投与による致死性の乳酸アシドーシスが報告されているので、妊娠期間中の本剤とジダノシンの併用投与は、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること 本剤とヒドロキシウレアが併用されたHIV感染患者で、死亡を含む重篤な肺炎、肝障害及び高度の末梢神経障害が発現したとの報告がある
主な副作用	末梢神経障害、自殺企図、てんかん発作、痙攣、失語症、麻痺、急性精神障害、痴呆、食道潰瘍、口腔内潰瘍、肺炎、乳酸アシドーシス、重度の脂肪肝、重篤な肝障害、心筋症、心不全、くも膜下出血、アナフィラキシー反応、急性腎不全、聴力喪失、頭痛、悪心・嘔吐、下痢、発疹、貧血など	赤芽球癆、汎血球減少、貧血、白血球減少、好中球減少、血小板減少、肺炎、乳酸アシドーシス・脂肪沈着による重度の肝腫大(脂肪肝)、横紋筋融解症、ニューロパシー、錯乱、痙攣、心不全、下痢、嘔気、腹痛、嘔吐、食欲不振、体脂肪の再分布/蓄積、肝機能検査異常、末梢神経障害、血中尿酸上昇、高乳酸塩血症、発疹など	乳酸アシドーシス、末梢神経障害、肺炎、急性腎不全、錯乱、失神、痙攣、皮膚粘膜眼症候群、肝不全、血清アミラーゼ上昇、LDH上昇、糖尿病、高脂血症、高血糖、尿酸上昇、体脂肪の再分布/蓄積、白血球減少、好中球減少、貧血、ヘモグロビン減少、血小板減少、人赤血球症

核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)

一般名(略号)	AZT/3TC	一般名(略号)	アバカビル(ABC)
商品名	コンビビル	商品名	ザイアジェン
販売会社 (承認年月)	グラクソ・スミスクライン (1999年6月)	販売会社 (承認年月)	グラクソ・スミスクライン (1999年9月)
規格単位	ジドブジン300mg・ラミブジン150mg (錠剤)	規格単位	300mg(錠剤)
用法・用量	ジドブジン600mg/ラミブジン300mg 分2	用法・用量	600mg 分1 または 分2
警 告	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の有効成分の1つであるジドブジンにより、骨髓抑制があらわれるので、頻回に血液学的検査を行うなど、患者の状態を十分に観察すること B型慢性肝炎を合併している患者では、ラミブジンの投与中止により、B型慢性肝炎が再燃するおそれがあるので、本剤の投与を中断する場合には十分注意すること。特に非代償性の場合、重症化するおそれがあるので注意すること 	警 告	<p>過敏症：</p> <ol style="list-style-type: none"> 海外の臨床試験において、本剤投与と患者の約5%に過敏症の発現を認めており、通常、治療開始6週以内(中央値11日)に発現し、まれに致死的となることが示されている。 本剤による過敏症では以下の症状が多臓器及び全身に発現する。このような症状が発現した場合は、直ちに担当医に報告させ、本剤による過敏症が疑われたときは本剤の投与を直ちに中止すること。 <ul style="list-style-type: none"> 皮疹 発熱 胃腸症状(嘔気、嘔吐、下痢、腹痛等) 疲労感、倦怠感 呼吸器症状(呼吸困難、咽頭痛、咳等) 過敏症が発現した場合には、決してアバカビル製剤(本剤又はエブジコム錠)を再投与しないこと。本剤の再投与により数時間以内にさらに重篤な症状が発現し、重篤な血圧低下が発現する可能性及び死に至る可能性がある。 呼吸器疾患(肺炎、気管支炎、咽頭炎)、インフルエンザ様症候群、胃腸炎、または併用薬剤による副作用あるいは胸部X線像(主に浸潤影を呈し、限局する場合もある)異常が認められた場合でも本剤による可能性を考慮し、過敏症が否定できない場合は本剤の投与を直ちに中止し、決して再投与しないこと。 患者に過敏症について必ず説明し、過敏症を注意するカードを常に携帯するよう指示すること。また、過敏症を発現した患者には、アバカビル製剤(本剤又はエブジコム錠)を二度と服用しないよう十分指導すること。
禁 忌	<ul style="list-style-type: none"> 好中球数750/mm³未満またはヘモグロビン値7.5g/dL未満に減少した患者 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 イブプロフェン投与中の患者 	禁 忌	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者。本剤の投与に際しては、本剤の服用経験を必ず確認し、本剤による過敏症の既往歴がある場合は、決して本剤を投与しないこと 重度の肝障害患者では副作用が発現するおそれがある
注 意	<ul style="list-style-type: none"> 好中球数1,000/mm³未満またはヘモグロビン値9.5g/dL未満の患者では、好中球数、ヘモグロビン値がさらに減少することがある ビタミンB₁₂欠乏患者では貧血が発現するおそれがある 肺炎を発症する可能性のある患者 肝機能障害のある患者では、ジドブジンの高い血中濃度が持続するおそれがある 高齢者・妊婦・妊娠している可能性のある婦人 	注 意	<ul style="list-style-type: none"> 肝障害患者 高齢者 妊婦・妊娠している可能性のある婦人
相互作用 (併用禁忌) (併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> ジドブジンと併用した場合、血友病患者において出血傾向が増強することがある；イブプロフェン <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> ジドブジンの毒性作用が増強されることがある；ペンタミジン、ピリメタミン、スルファメトキサゾール・トリメトプリム合剤、フルシトシン、ガンシクロビル、インターフェロン、ピンクリスチン、ピンプラスチン、ドキシソルピシン ジドブジンの全身クリアランスが約1/3に減少し、半減期が約1.5倍延長；プロベネシド ジドブジンの最高血中濃度が84%上昇；フルコナゾール、ホスフルコナゾール ジドブジンの最高血中濃度が27%減少し、AUCが25%減少；リトナビル ジドブジンの全身クリアランスが約2.5倍増加し、AUCが約1/2減少；リファンピシン 血中フェニトイン濃度が約1/2に減少、または上昇するとの報告；フェニトイン サニルブジンの効果が減弱；サニルブジン <i>in vitro</i>において本剤の効果が減弱；リバビリン ラミブジンのAUCが43%増加し、全身クリアランスが30%、腎クリアランスが35%減少；スルファメトキサゾール・トリメトプリム合剤 ラミブジンとザルシタピン両剤の効果が減弱；ザルシタピン 	相互作用 (併用禁忌) (併用注意)	<p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤の代謝はエタノールによる影響を受ける。本剤のAUCが約41%増加したが、エタノールの代謝は影響を受けなかったとの報告あり。本剤の安全性の観点から、臨床的に重要な相互作用とは考えられていない。 methadoneのクリアランスが22%増加したことから、併用する際にはmethadoneの増量が必要となる場合があると考えられる。なお、アバカビルの血中動態は臨床的意義のある影響を受けなかった。
主な副作用	<p>再生不良性貧血、赤芽球癆、汎血球減少、貧血、白血球減少、好中球減少、血小板減少、乳酸アシドーシス・脂肪沈着による重度の肝腫大(脂肪肝)、肺炎、横紋筋融解症、ニューロパシー、錯乱、痙攣、てんかん様発作、心不全、平均赤血球容積(MCV)増加、嘔気、頭痛、倦怠感・疲労、肝機能検査値異常、高血糖、重炭酸塩低下、CK上昇、トリグリセライド上昇など</p>	主な副作用	<p>過敏症(皮疹、多形紅斑、嘔気、嘔吐、下痢、腹痛、口腔潰瘍、呼吸困難、咳、咽頭痛、急性呼吸促進症候群、呼吸不全、頭痛、感覚異常、リンパ球減少、肝機能検査値異常、肝不全、筋痛、筋変性、関節痛、CK(CPK)上昇、クレアチニン上昇、腎不全、結膜炎、発熱、嗜睡、倦怠感、疲労感、浮腫、リンパ節腫脹、血圧低下、粘膜障害、アナフィラキシー)、肺炎、皮膚粘膜眼症候群、中毒性表皮壊死症、乳酸アシドーシス及び脂肪沈着による重度の肝腫大(脂肪肝)、発疹、嘔気など</p>

核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)

一般名(略号)	ABC/3TC	一般名(略号)	テノホビル(TDF)
商品名	エブジコム	商品名	ピリアード
販売会社(承認年月)	グラクソ・スミスクライン (2005年1月)	販売会社(承認年月)	日本たばこ産業(製造販売元)/鳥居薬品(販売元) (2004年3月)
規格単位	アバカビル600mg・ラミブジン300mg (錠剤)	規格単位	300mg(錠剤)
用法・用量	アバカビル600mg/ラミブジン300mg 分1	用法・用量	300mg 分1
警 告	1.過敏症： 1)海外の臨床試験において、アバカビル投与患者の約5%に過敏症の発現を認めており、まれに致死的となることが示されている。アバカビルによる過敏症は、通常、アバカビル製剤による治療開始6週以内(中央値11日)に発現するが、その後も継続して観察を十分に行うこと。 2)アバカビルによる過敏症では以下の症状が多臓器及び全身に発現する。 ・皮疹 ・発熱 ・胃腸症状(嘔気、嘔吐、下痢、腹痛等) ・疲労感、倦怠感 ・呼吸器症状(呼吸困難、咽頭痛、咳等)等 このような症状が発現した場合は、直ちに担当医に報告させ、アバカビルによる過敏症が疑われたときは本剤の投与を直ちに中止すること。 3)アバカビルによる過敏症が発現した場合には、決してアバカビル製剤(本剤又はザイアジェン錠)を再投与しないこと。本剤の再投与により数時間以内にさらに重篤な症状が発現し、重篤な血圧低下が発現する可能性及び死に至る可能性がある。 4)呼吸器疾患(肺炎、気管支炎、咽頭炎)、インフルエンザ様症候群、胃腸炎、又は併用薬剤による副作用と考えられる症状が発現した場合あるいは胸部X線像異常(主に浸潤影を呈し、限局する場合もある)が認められた場合でも、アバカビルによる過敏症の可能性を考慮し、過敏症が否定できない場合は本剤の投与を直ちに中止し、決して再投与しないこと。 5)患者に過敏症について必ず説明し、過敏症を注意するカードを常に携帯するよう指示すること。また、過敏症を発現した患者には、アバカビル製剤(本剤又はザイアジェン錠)を二度と服用しないよう十分指導すること。 2.B型慢性肝炎を合併している患者では、ラミブジンの投与中止により、B型慢性肝炎が再燃するおそれがあるので、本剤の投与を中断する場合には十分注意すること。特に非代償性の場合、重症化するおそれがあるので注意すること。	警 告	・B型慢性肝炎を合併している患者では、本剤の投与中止により、B型慢性肝炎が再燃するおそれがあるので、本剤の投与を中断する場合には十分注意すること。特に非代償性の場合、重症化するおそれがあるので注意すること。
		禁 忌	・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
		注 意	・腎障害のある患者(中等度及び重篤な腎機能障害のある患者では、本剤の血中濃度が上昇する) ・高齢者 ・妊婦、産婦、授乳婦等 ・小児等
禁 忌	・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者(特に、本剤の投与に際しては、アバカビル製剤【本剤又はザイアジェン錠】の服用経験を必ず確認し、アバカビルによる過敏症の既往歴がある場合は、決して本剤を投与しないこと) ・重度の肝障害患者(アバカビルの血中濃度が上昇することにより、副作用が発現するおそれがある)		
注 意	・肺炎を発症する可能性のある患者 ・肝障害患者 ・高齢者 ・妊婦又は妊娠している可能性のある婦人		
相互作用(併用禁忌/併用注意)	(併用注意) ・ラミブジンのAUCが増加し、全身クリアランス・腎クリアランスが減少したとの報告がある；スルファメトキサゾール・トリメトプリム合剤 ・両剤の効果が減弱するとの報告がある；ザルシタピン ・アバカビルのAUCが増加し、エタノールの代謝は影響を受けなかったとの報告がある；エタノール ・methadoneのクリアランスが22%増加したことから、併用する際にはmethadoneの増量が必要となる場合があると考えられる。なお、アバカビルの血中動態は臨床的意義のある影響を受けなかった	相互作用(併用禁忌/併用注意)	(併用注意) ・併用剤による有害事象を増強するおそれ、併用剤の減量考慮示唆；ジダノシン ・併用剤の治療効果が減弱するおそれ、また、本剤による有害事象を増強するおそれ；硫酸アタザナビル ・本剤による有害事象を増強するおそれ；ロピナビル/リトナビル ・併用剤又は本剤による有害事象を増強するおそれ；アシクロビル、バラシクロビル、ガンシクロビル、バルガンシクロビル等
主な副作用	過敏症、赤芽球病、汎血球減少、貧血、白血球減少、好中球減少、血小板減少、肺炎、乳酸アシドーシス、脂肪沈着による重度の肝腫大(脂肪肝) 横紋筋融解症、錯乱、痙攣、心不全、皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群) 中毒性表皮壊死症(Lyell症候群) 下痢、嘔気、腹痛、嘔吐、食欲不振、体脂肪の再分布/蓄積、肝機能検査異常、末梢神経障害、血中尿酸上昇、高乳酸塩血症、発疹、トリグリセライド上昇・血清コレステロール上昇、血糖値上昇	主な副作用	腎不全又は重度の腎機能障害(腎機能不全、腎不全、急性腎不全、近位腎尿管機能障害、ファンコニー症候群、急性腎尿管壊死、腎性尿崩症又は腎炎等の重度の腎機能障害) 肺炎、乳酸アシドーシス、悪心、下痢、無力症、頭痛、腹痛、嘔吐、錯感覚、浮動性めまい、CK(CPK)増加、血中トリグリセリド増加、血中アミラーゼ増加など

核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)

一般名(略号)	エムトリシタピン(FTC)	一般名(略号)	TDF/FTC
商品名	エムトリバ	商品名	ツルバダ
販売会社 (承認年月)	日本たばこ産業(製造販売元)/鳥居薬品(販売元) (2005年3月)	販売会社 (承認年月)	日本たばこ産業(製造販売元)/鳥居薬品(販売元) (2005年3月)
規格単位	200mg(カプセル)	規格単位	エムトリシタピン200mg・ フマル酸テノホビル ジソプロキシシル300mg (錠剤)
用法・用量	200mg 分1	用法・用量	エムトリシタピン200mg/ フマル酸テノホビル ジソプロキシシル300mg 分1
警告	<ul style="list-style-type: none"> ・ B型慢性肝炎を合併している患者では、本剤の投与中止により、B型慢性肝炎が再燃するおそれがあるので、本剤の投与を中断する場合には十分注意すること。特に非代償性の場合、重症化するおそれがあるので注意すること。 	警告	<ul style="list-style-type: none"> ・ B型慢性肝炎を合併している患者では、本剤の投与中止により、B型慢性肝炎が再燃するおそれがあるので、本剤の投与を中断する場合には十分注意すること。特に非代償性の場合、重症化するおそれがあるので注意すること。
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 	禁忌	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
注意	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腎障害のある患者(中等度及び重篤な腎機能障害のある患者では、本剤の血中濃度が上昇する) ・ 高齢者 ・ 妊婦、産婦、授乳婦等 ・ 小児等 	注意	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腎障害のある患者(中等度及び重篤な腎機能障害のある患者では、本剤の血中濃度が上昇する) ・ 高齢者 ・ 妊婦、産婦、授乳婦等 ・ 小児等
相互作用 (併用禁忌) 併用注意		相互作用 (併用禁忌) 併用注意	(併用注意) <ul style="list-style-type: none"> ・ 併用剤による有害事象を増強するおそれ、併用剤の減量考慮示唆；ジダノシン ・ 併用剤の治療効果が減弱するおそれ、また、本剤による有害事象を増強するおそれ；硫酸アタザナビル ・ 本剤による有害事象を増強するおそれ；ロピナビル/リトナビル ・ 併用剤又は本剤による有害事象を増強するおそれ；アシクロビル、バラシクロビル、ガンシクロビル、バルガンシクロビル等
主な副作用	乳酸アシドーシス、下痢、浮動性めまい、悪心、腹痛、頭痛、不眠症、無力症など	主な副作用	TDF：腎不全又は重度の腎機能障害(腎機能不全、腎不全、急性腎不全、近位腎尿細管機能障害、ファンコニー症候群又は急性腎尿細管壊死等の重度の腎機能障害)、肺炎、乳酸アシドーシス、悪心、下痢、無力症、頭痛、腹痛、嘔吐、浮動性めまい、CK(CPK)増加、血中トリグリセリド増加、血中アミラーゼ増加など FTC：乳酸アシドーシス、下痢、浮動性めまい、悪心、腹痛、頭痛、不眠症、無力症など

非核酸系逆転写酵素阻害薬(NNRTI)

一般名(略号)	ネビラピン(NVP)	一般名(略号)	エファピレンツ(EFV)
商品名	ピラミューン	商品名	ストックリン
販売会社 (承認年月)	日本ベーリンガーインゲルハイム (1998年11月)	販売会社 (承認年月)	万有製薬 (1999年9月)
規格単位	200mg(錠剤)	規格単位	200mg(カプセル)
用法・用量	200mg 分1を2週間、 その後400mg 分2	用法・用量	600mg 分1
警告	<p>(1)皮膚障害 本剤の投与により、中毒性表皮壊死症(Lyell症候群) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群) 過敏症候群を含め、重篤で致死的な皮膚障害が発現することがあるので、次の事項に注意すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)本剤による発疹は、投与開始後概ね18週までに(重篤な発疹は投与開始後概ね6週までに)発現する機会が多いので、当該期間中は特に観察を十分に行うこと。 2)重篤な発疹、又は以下の症状を伴う発疹が発現した場合には、本剤の投与を中止すること。 発熱、水疱、口内病変、結膜炎、顔面や四肢等の腫脹、筋肉痛、関節痛、又は全身倦怠感 なお、必要に応じ、専門医を受診させるなど適切な処置を行うこと。 3)投与中止後も症状が増悪するおそれがあるので、患者の状態を十分観察すること。 4)本剤の投与により重篤な発疹、又は全身症状を伴う発疹が発現した患者には、再投与しないこと。 <p>(2)肝機能障害 本剤の投与により、肝不全などの重篤で致死的な肝機能障害が発現することがあるので、次の事項に注意すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)投与開始に際しては肝機能検査を含む臨床検査を実施し、更に投与開始後6カ月間は少なくとも1カ月に1回、定期的かつ必要に応じて肝機能検査を行うなど、患者の状態を十分に観察すること。 2)異常が認められた場合(-GTPを除く)には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。 3)投与中止後も症状が増悪するおそれがあるので、患者の状態を十分観察すること。 4)本剤の投与により肝機能障害が発現した患者には再投与しないこと。 	警告	
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> ・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 ・本剤の投与により重篤な発疹、又は全身症状を伴う発疹が発現した患者 ・重篤な肝機能障害のある患者 ・本剤の投与により肝機能障害が発現した患者 ・ケトコナゾールを投与中の患者 ・経口避妊薬を投与中の患者 	禁忌	<ul style="list-style-type: none"> ・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 ・シサプリド、トリアゾラム、ミダゾラム、酒石酸エルゴタミン・無水カフェイン及びメシル酸ジヒドロエルゴタミンを投与中の患者 ・ポリコナゾールを投与中の患者
注意	<ul style="list-style-type: none"> ・肝機能障害又はその既往歴のある患者 ・腎障害又はその既往歴のある患者 ・HIVプロテアーゼ阻害薬を投与中の患者 ・CD4値の高い患者(女性；250/mm³以上、男性；400/mm³以上) ・女性の患者 ・妊婦又は妊娠している可能性のある婦人 ・小児等 ・高齢者 	注意	<ul style="list-style-type: none"> ・肝障害のある患者 ・B型、C型肝炎感染の既往のある患者あるいはその疑いのある患者 ・妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
相互作用 (併用禁忌) (併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次の薬剤の血中濃度が低下し、本剤の血中濃度が上昇；ケトコナゾール ・本剤が次の薬剤の血中濃度を低下させることがある；経口避妊薬 <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・併用剤の血中濃度が低下；HIVプロテアーゼ阻害薬(インジナビル、サキナビル、リトナビル) ・本剤の定常状態における最低血中濃度が上昇；CYP3A酵素阻害剤(シメチジン、マクロライド系抗生物質、イトラコナゾール) ・リファンピシンの併用で定常状態における本剤の、リファブチン(国内未発売)との併用で定常状態における併用剤の薬物動態が変化する；CYP3A酵素誘導剤(リファンピシン、リファブチン) ・本剤の代謝が促進され血中濃度が低下するおそれ；セイヨウオトギリソウ含有食品 ・併用剤の血中濃度又は本剤の血中濃度が変動するおそれ；他のCYP3A酵素で代謝を受ける薬剤 ・血液凝固時間が変化する可能性がある；ワルファリン 	相互作用 (併用禁忌) (併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次の薬剤の代謝が抑制され、重篤または生命に危険を及ぼす可能性；シサプリド、トリアゾラム、ミダゾラム、酒石酸エルゴタミン・無水カフェイン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・併用剤のAUC及びC_{max}が減少；インジナビル ・併用時高頻度の臨床的有害事象及び臨床検査値異常；リトナビル ・併用剤のAUC及びC_{max}が減少。本剤との併用は推奨されない；サキナビル ・本剤のAUC及びC_{max}が減少。本剤の用量を増量；リファンピシン類 ・本剤が併用剤の薬物動態に有意な影響を及ぼす；クラリスロマイシン ・併用剤との相互作用の可能性は十分に検討されていない；経口避妊薬 ・本剤の代謝が促進され血中濃度が低下；セイヨウオトギリソウ含有食品 ・併用剤のAUC、C_{max}及びC_{min}が減少；アンブレナビル ・併用剤のAUC、C_{min}が減少；ホスアンブレナビル ・HIV治療歴のある患者における推奨用量は確立していない；アタザナビル
副作用	<p>【重大な副作用】中毒性表皮壊死症、皮膚粘膜眼症候群、過敏症候群、肝炎、肝機能障害、黄疸、肝不全、課粒球減少、うつ病、幻覚、錯乱、脱水症、心筋梗塞、出血性食道潰瘍、全身痙攣、髄膜炎、アナフィラキシー様症状</p> <p>【その他の副作用】発疹、嘔気、傾眠、疲労など</p>	主な副作用	<p>皮膚粘膜眼症候群、多形紅斑、肝不全、頭痛、インフルエンザ様症候群、疼痛、嘔気、嘔吐、下痢、消化不良、めまい、不眠、集中力障害、疲労、発疹、斑状丘疹性皮膚疹、紅斑など</p>

非核酸系逆転写酵素阻害薬(NNRTI)

一般名(略号)	メシル酸デラビルジン(DLV)
商品名	レスクリプター
販売会社 (承認年月)	ファイザー(製造販売)/三共(販売元) (2000年2月)
規格単位	200mg(錠剤)
用法・用量	1,200mg 分3
警告	<ul style="list-style-type: none"> 本剤は他の抗HIV薬との併用でHIV-1感染症治療に用いられるが、治療を実施する根拠がある場合に限られる 本剤を単独投与すると、急速に耐性ウイルスが出現するので、必ず他の抗HIV薬と併用投与すること
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 妊婦または妊娠している可能性のある婦人
注意	<ul style="list-style-type: none"> 肝機能障害のある患者では、高い血中濃度が持続するおそれ 高齢者 小児
相互作用 (併用禁忌) (併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤のAUCが約100%低下する；リファンピシン <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 併用剤の血漿中濃度が上昇し、本剤の血中濃度が低下；アンブレナビル 併用剤の血漿中濃度が上昇；インジナビル、サキナビル 本剤のAUCが低下し、併用剤のAUCが上昇；ネルフィナビル 併用剤の血漿中濃度の上昇。併用剤の減量；テルフェナジン、アステミゾール、クラリスロマイシン、ジアフェニルスルホン、麦角アルカロイド製剤、アルプラゾラム、ミダゾラム、トリアゾラム、抗不整脈薬、ジヒドロピリジン、ニフェジピン、シサプリド、キニジン、ワルファリン、メタンフェタミン 本剤の血漿中濃度が低下し、併用剤の血漿中濃度の上昇；リファブチン 併用剤の血漿中濃度が上昇；シルденаフィル 本剤の血漿中濃度の低下；カルバマゼピン、フェノバルビタール、フェニトイン 本剤の吸収が低下。投与間隔を1時間以上あける；アルミニウムまたはマグネシウムを含む制酸剤 本剤の吸収の低下；シメチジン、ファモチジン、ニザチジン、ラニチジンプロトンポンプ阻害剤 両剤のAUCの低下。投与間隔を1時間以上あける；ジダノシン 本剤の血漿中濃度が上昇；フルオキセチン、ケトコナゾール 本剤の血中濃度の低下；セイヨウオトギリソウ 予備試験で相互作用は認められていないが、併用剤の代謝が阻害；リトナビル
主な副作用	<p>スティーブンス・ジョンソン症候群、皮疹、食道炎、胃腸出血、非特異性肝炎、肺炎、貧血、好中球減少、汎血球減少、血小板減少、錯乱、ニューロパシー、テタニー、嘔気、下痢、嘔吐、頭痛、疲労、ALT増加、AST増加、斑状丘疹状皮疹、痒痒症など</p>

プロテアーゼ阻害薬(PI)

一般名(略号)	インジナビル(IDV)	サキナビル(SQV)	
商品名	クリキシバン	インビラーゼ	フォートベイス
販売会社(承認年月)	万有製薬 (1997年3月)	中外製薬 (1997年9月)	中外製薬 (2000年4月)
規格単位	200mg(カプセル)	200mg(硬カプセル)	200mg(軟カプセル)
用法・用量	2,400mg 分3 空腹時(8時間ごと)	1,800mg 分3 食後2時間以内	3,600mg 分3 食事中または食後2時間以内
警告			
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 シサプリド、トリアゾラム、ミダゾラム、アルプラゾラム、ピモジド、酒石酸エルゴタミン・無水カフェイン及びメシル酸ジヒドロエルゴタミンを投与中の患者 リファンピシンを投与中の患者 臭化水素酸エレクトリプタン及びアゼルニジピンを投与中の患者 アタザナビルを投与中の患者 バルデナフィルを投与中の患者 	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 重度の肝不全のある患者 テルフェナジン、アステミゾール、シサプリド、ピモジド、アミオダロン、ペブリジル、エルゴタミン製剤、バルデナフィルを投与中の患者 リファンピシンを投与中の患者 ミダゾラム、トリアゾラムを投与中の患者 	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 重度の肝不全のある患者 テルフェナジン、アステミゾール、シサプリド、ピモジド、アミオダロン、ペブリジル、エルゴタミン製剤、バルデナフィルを投与中の患者 リファンピシンを投与中の患者 ミダゾラム、トリアゾラムを投与中の患者
注意	<ul style="list-style-type: none"> 肝硬変による肝機能不全患者 腎機能異常のある患者 血友病及び著しい出血傾向を有する患者 腎石症の発現を抑えるため、十分な水分補給(1.5L/日)を指導する 本剤は吸湿性がある。専用の容器にて保存 高齢者、妊婦・産婦・授乳婦、小児 	<ul style="list-style-type: none"> 血友病及び著しい出血傾向を有する患者では突発性出血が発現したとの報告 肝不全のある患者では本剤の血中濃度が上昇するおそれ 高齢者 妊婦・産婦・授乳婦 小児 	<ul style="list-style-type: none"> 血友病の患者及び著しい出血傾向を有する患者では突発性出血が発現したとの報告 肝不全のある患者では本剤の血中の濃度が上昇するおそれ 高齢者、妊婦・産婦・授乳婦、小児 2-8 保存
相互作用(併用禁忌/併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 次の薬剤の代謝が抑制され、重篤または生命に危険を及ぼす可能性;シサプリド、トリアゾラム、ミダゾラム、アルプラゾラム、ピモジド、酒石酸エルゴタミン・無水カフェイン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン 本剤の代謝が促進され、血中濃度が1/10以下に低下する;リファンピシン 次の薬剤の代謝が阻害され血中濃度が上昇するおそれがある;臭化水素酸エレクトリプタン、アゼルニジピン、バルデナフィル 本剤と併用剤ともに高ビリルビン血症が関連;アタザナビル <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 2時間以上の間隔あけて投与する;ジダノシン(カプセル剤を除く) 本剤の血中濃度が上昇;ケトコナゾール、ミコナゾール、デラビルジン 本剤の血中濃度が低下し併用剤の血中濃度が上昇;リファブチン 本剤もしくは併用剤の血中濃度が上昇;HIVプロテアーゼ阻害剤(サキナビル、リトナビル、ネルフィナビル)、イトラコナゾール 本剤の血中濃度が低下;デキサメタゾン、フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピン、エファピレンツ、ネビラピン 併用剤のAUC及びCmaxが上昇;シルデナフィル 本剤の代謝が促進され血中濃度が低下;セイヨウオトギリソウ含有食品 カルシウム拮抗剤の血中濃度が上昇;フェロジピン、ジルチアゼム、ベラパミル 	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 重篤又は生命に危険を及ぼすような心血管系の副作用のおそれ;テルフェナジン、アステミゾール、シサプリド、ピモジド、アミオダロン、ペブリジル、エルゴタミン製剤 本剤の代謝酵素を誘導するため、本剤のAUCを80%低下させる;リファンピシン 持続的な鎮静を起こすおそれ;ミダゾラム、トリアゾラム 併用剤の血中濃度が増加するおそれ;バルデナフィル <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤の血中濃度が増加する可能性がある;ストレプトグラミン系抗生物質キヌプリスチン・ダルホプリスチン 本剤(600mg)を食事とともにこの薬剤(150mg1日2回)と併用した場合に、食事のみの増と較べて、AUCが67%、Cmaxが74%増加したとの報告がある;ラニチジン 本剤の血中濃度上昇;リトナビル 本剤又は併用剤の血中濃度上昇;インジナビル、ネルフィナビル 本剤又は併用剤の血中濃度が変化;アンブレナビル、ネビラピン、エファピレンツ、デラビルジン、クラリスロマイシン、エリスロマイシン、ケトコナゾール、シルデナフィルなど 併用剤の血中濃度が上昇するおそれ;CYP3A4の基質となる薬剤(Ca拮抗剤など) 本剤の代謝が促進され血中濃度が低下;セイヨウオトギリソウ 本剤の血中濃度を低下させる;フェニトイン、フェノバルビタール、カルバマゼピン、デキサメタゾンなど グレープフルーツジュース ニンニク成分含有製品 併用剤の血中濃度が増加するおそれ:P糖蛋白の基質となる薬剤(アジスロマイシンなど) 	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 重篤又は生命に危険を及ぼすような心血管系の副作用のおそれ;テルフェナジン、アステミゾール、シサプリド、ピモジド、アミオダロン、ペブリジル、エルゴタミン製剤 本剤の代謝酵素を誘導するため、本剤のAUCを80%低下させる;リファンピシン 持続的な鎮静を起こすおそれ;ミダゾラム、トリアゾラム 併用剤の血中濃度が増加するおそれ;バルデナフィル <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤の血中濃度が増加する可能性がある;ストレプトグラミン系抗生物質キヌプリスチン・ダルホプリスチン インビラーゼ(600mg)を食事とともにこの薬剤(150mg1日2回)と併用した場合に、食事のみの増と較べて、AUCが67%、Cmaxが74%増加したとの報告がある;ラニチジン 本剤の血中濃度上昇;リトナビル 本剤又は併用剤の血中濃度上昇;インジナビル、ネルフィナビル 本剤又は併用剤の血中濃度が変化;アンブレナビル、ネビラピン、エファピレンツ、デラビルジン、クラリスロマイシン、エリスロマイシン、ケトコナゾール、シルデナフィルなど 併用剤の血中濃度が上昇するおそれ;CYP3A4の基質となる薬剤(Ca拮抗剤など) 本剤の代謝が促進され血中濃度が低下;セイヨウオトギリソウ 本剤の血中濃度を低下させる;フェニトイン、フェノバルビタール、カルバマゼピン、デキサメタゾンなど グレープフルーツジュース ニンニク成分含有製品 併用剤の血中濃度が増加するおそれ:P糖蛋白の基質となる薬剤(記載なし)アジスロマイシンなど)
主な副作用	腎石症、出血傾向、肝炎・肝不全、貧血、溶血性貧血、腎不全、水腎症、間質性腎炎、腎盂腎炎、アナフィラキシー様反応、皮膚粘膜眼症候群、血糖値の上昇、糖尿病、肺炎、狭心症、心筋梗塞等の冠動脈疾患、アジド-シス、白血球減少、脳硬塞、一過性脳虚血発作、嘔気、嘔吐、肝機能検査異常、血尿、尿沈渣上皮細胞増加、腎機能障害、不眠、末梢神経障害、背部痛、紅斑、爪障害、脱水、血管炎など	自殺企図、痙攣、灰白髄炎、脊髄神経根多発神経炎、白質脳症、幻覚、錯乱、肺炎、腸管閉塞、肝機能障害、黄疸、腹水、門脈圧亢進、硬化性胆管炎、血栓性静脈炎、チアノーゼ、末梢血管収縮、急性骨髄芽球性白血病、汎血球減少症、溶血性貧血、血小板減少症、頭蓋内出血、嗜血、出血傾向、糖尿病、糖尿病の悪化、高血糖、ケトアシドーシス、皮膚粘膜眼症候群、急性腎不全、腎結石、腫瘍、多発性関節炎、うつ病、不眠、不安、リビドー障害、頭痛、めまい、異常感覚、しびれ、末梢神経障害、味覚変化、下痢、嘔気、嘔吐、消化不良、鼓腸放屁、腰痛、便秘、潰瘍性口内炎、アミラーゼ上昇、好中球減少、低血糖、発疹、痒疹、筋骨格痛、CK(CPK)上昇、P低下、K上昇、無力症など	自殺企図、痙攣、脊髄神経根多発神経炎、白質脳症、錯乱、幻覚、肺炎、腸管閉塞、肝機能障害、黄疸、腹水、門脈圧亢進、硬化性胆管炎、血栓性静脈炎、チアノーゼ、末梢血管収縮、急性骨髄芽球性白血病、汎血球減少症、溶血性貧血、血小板減少症、頭蓋内出血、嗜血、出血傾向、糖尿病、糖尿病の悪化、高血糖、ケトアシドーシス、皮膚粘膜眼症候群、急性腎不全、腎結石、腫瘍、多発性関節炎、うつ病、不眠、不安、リビドー障害、頭痛、めまい、異常感覚、しびれ、末梢神経障害、味覚変化、下痢、嘔気、嘔吐、消化不良、鼓腸放屁、腰痛、便秘、潰瘍性口内炎、アミラーゼ上昇、好中球減少、低血糖、発疹、痒疹、筋骨格痛、CK(CPK)上昇、P低下、K上昇、疲労、疼痛、無力症など

プロテアーゼ阻害薬(PI)

一般名(略号)	リトナビル(RTV)	ネルフィナビル(NFV)	アンブレナビル(APV)
商品名	ノービア	ビラセプト	プローゼ
販売会社(承認年月)	アボットジャパン(輸入元) (カプセル(1997年11月、2002年4月薬価削除)、 リキッド(1998年9月)、ソフトカプセル(1999年8月))	日本たばこ産業(製造販売元) /中外製薬、鳥居薬品(販売元) (1998年3月)	キッセイ薬品工業 (1999年9月)
規格単位	100mg(軟カプセル)、80mg(リキッド)	250mg(錠剤)	150mg(カプセル)
用法・用量	投与初日600mg分2、2~3日目800mg分2、 4日目1,000mg分2、その後1,200mg分2 食後	2,500mg分2 または 2,250mg分3 食後	2,400mg分2
警告			
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 硫酸キニジン、塩酸ペプリジル、酢酸フレカイニド、塩酸プロパフェノン、塩酸アミオダロン、ピモジド、ピロキシカム、アンピロキシカム、酒石酸エルゴタミン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン、臭化水素酸エレクトリプタン、塩酸バルデナフィル、アゼルニジピン、シサプリド、リファブチンを投与中の患者 ジアゼパム、エスタゾラム、クロラゼパム二カリウム、フルラゼパム、塩酸フルラゼパム、トリアゾラム、ミダゾラムを投与中の患者 	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 テルフェナジン、シサプリド、トリアゾラム、ミダゾラム、アルプラゾラム、ピモジド、バツカク誘導体、アミオダロン、硫酸キニジンを投与中の患者 リファンピシンを投与中の患者 臭化水素酸エレクトリプタンを投与中の患者 	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 リファンピシンを投与中の患者 テルフェナジン、塩酸ペプリジル、シサプリド、ピモジド、メシル酸ジヒドロエルゴタミン、酒石酸エルゴタミン、マレイン酸メチルエルゴメトリン、ミダゾラム及びトリアゾラムを投与中の患者
注意	<ul style="list-style-type: none"> 肝機能障害のある患者では高い血中濃度が持続するおそれ、肝機能障害を増悪させるおそれがある 血友病及び著しい出血傾向を有する患者では、突発性の出血性関節症をはじめとする出血事象の増加が報告されている 高齢者 妊婦・産婦・授乳婦 小児 2~8 (冷蔵庫)保存(ソフトカプセル) 20~25 保存(リキッド) 	<ul style="list-style-type: none"> 肝機能障害のある患者では高い血中濃度が持続するおそれ 血友病及び著しい出血傾向を有する患者 必ず食後に服用 高齢者 妊婦・産婦・授乳婦 小児 2時間以上の間隔あける;ジダノシン 	<ul style="list-style-type: none"> 肝機能障害のある患者では高い血中濃度が持続するおそれ 高齢者 血友病患者及び著しい出血傾向を有する患者では、類薬で突発性出血が発現したとの報告
相互作用(併用禁忌/併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 併用剤の血中濃度が上昇し重篤又は生命に危険を及ぼす可能性;硫酸キニジン、塩酸ペプリジル、酢酸フレカイニド、塩酸プロパフェノン、塩酸アミオダロン、ピモジド、ピロキシカム、アンピロキシカム、酒石酸エルゴタミン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン、臭化水素酸エレクトリプタン、塩酸バルデナフィル、アゼルニジピン、シサプリド、リファブチン 過度の鎮静や呼吸抑制の可能性;ジアゼパム、クロラゼパム二カリウム、エスタゾラム、フルラゼパム、塩酸フルラゼパム、トリアゾラム、ミダゾラム <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 併用剤の血中濃度上昇のおそれ;クエン酸フェンタニル、リドカイン、エリスロマイシン、カルバマゼピン、イトラコナゾール、ケトコナゾール、ミコナゾール、キニーネ、カルシウム拮抗剤、クエン酸タモキシフェン、クエン酸トレミフェン、メシル酸プロモクリプテン、シンバスタチン、アトルバスタチン、ロバスタチン、クラリスロマイシン、シクロスポリン、タクロリムス水和物、デキサメタゾン、クエン酸シルデナフィル、ワルファリンカリウム、ゲフィチニブ、塩酸イリノテカン、アルプラゾラム、プロピオン酸フルチカソン、ブデソニド、塩酸ロベラミド、ジゴキシン、塩酸トラゾドン、他のHIVプロテアーゼ阻害剤 併用剤の血中濃度低下のおそれ;テオフィリン、エチニルエストラジオール、エストラジオール 併用剤のCmax及びAUC低下のおそれ;ジドブジン 本剤の血中濃度上昇のおそれ;フルコナゾール、ホスフルコナゾール、キヌプリスチン・ダルホプリスチン、デラビルジン 本剤の血中濃度減少のおそれ;リファンピシン、セイヨウトギリソウ含有食品、ネビラピン 本剤のAUC低下のおそれ;タバコ 本剤及び併用剤の血中濃度上昇のおそれ;エファビレンツ アルコール反応を起こすおそれ(リキッド服用時);ジスルフィラム、シアナミド、メトロニダゾール等 	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 次の薬剤の代謝が抑制され、重篤または生命に危険を及ぼす可能性;テルフェナジン、シサプリド、トリアゾラム、ミダゾラム、アルプラゾラム、ピモジド、バツカク誘導体、アミオダロン、硫酸キニジン 本剤の血中濃度が20~30%に低下;リファンピシン エレクトリプタンの血中濃度が上昇する可能性;臭化水素酸エレクトリプタン <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤及び併用剤の血中濃度が上昇;インジナビル、サキナビル、ボリコナゾール 本剤の血中濃度が上昇;リトナビル 本剤の血中濃度上昇、併用剤の血中濃度が変動;アンブレナビル 本剤の血中濃度が上昇し併用剤の血中濃度が低下;デラビルジン 本剤の血中濃度が低下し、併用剤の血中濃度が上昇、リファブチンを半量以下に減量する;リファブチン 併用剤の血中濃度が低下;エチニルエストラジオール又はノルエチンドロンを含む経口避妊薬 本剤の血中濃度低下、併用剤の血中濃度が変動;フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピン 併用剤の血中濃度が上昇する可能性;シルデナフィル、シンバスタチン、アトルバスタチン、タクロリムス、シクロスポリン 本剤の代謝が促進され血中濃度が低下;セイヨウトギリソウ含有食品 併用剤の血中濃度が約2倍に上昇との報告がある;アジスロマイシン 	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤の最高血中濃度及びAUCをそれぞれ70%及び82%減少させる;リファンピシン 次の薬剤の代謝の競合的阻害が起き、重症または生命に危険を及ぼす可能性;塩酸ペプリジル、シサプリド、メシル酸ジヒドロエルゴタミン、酒石酸エルゴタミン、マレイン酸メチルエルゴメトリン、ミダゾラム、テルフェナジン、トリアゾラム、ピモジドなど <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 併用剤のAUCが193%上昇;リファブチン 本剤の血中濃度が低下;CYP3A酵素誘導剤(フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピン、エファビレンツ)、ホルモン性経口避妊薬(エチニルエストラジオール、ノルエチステロン)など 併用剤の血中濃度が上昇;Ca拮抗剤、塩酸アミオダロン、キニジン、ワルファリン、三環系抗うつ剤、シクロスポリン、タクロリムス、リドカイン、シンバスタチン、アトルバスタチンなど 本剤及び併用剤の血中濃度が変化;HIVプロテアーゼ阻害薬(インジナビル、サキナビル、ネルフィナビル、ロビナビル・リトナビル、リトナビルなど) 本剤の血中濃度が上昇;ケトコナゾール、イトラコナゾール、ボリコナゾール、デラビルジン、クラリスロマイシンなど 併用剤の血中濃度が上昇し、併用剤に関連する有害事象の危険性が増加する可能性;シルデナフィル 本剤の吸収が抑制;ジダノシン、制酸剤 本剤の代謝が促進され血中濃度が低下;セイヨウトギリソウ
主な副作用	【重大な副作用】錯乱、痙攣発作、脱水、高血糖、糖尿病、肝炎、肝不全、過敏症、出血傾向 【その他の主な副作用】下痢、嘔吐、口周囲感覚異常、味覚倒錯、異常感覚、嘔気、肝機能異常、食欲不振、CPK上昇、倦怠感など	糖尿病、血糖値の上昇、出血傾向、脱力感、頭痛、下痢、腹部膨満感、嘔気、嘔吐、鼓腸、腹痛、食欲不振、消化不良、眩暈、発疹、痒痒感、感覚異常、後天性リポジストロフィーなど	皮膚粘膜眼症候群、糖尿病、血糖値の上昇、口/口周囲感覚異常、頭痛、めまい、睡眠障害、悪心、下痢、鼓腸放屁・おくび、嘔吐、軟便、腹部痛、腹部違和感、疲労、発疹など

プロテアーゼ阻害薬(PI)

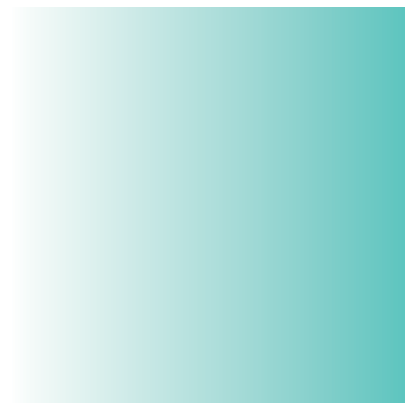
一般名(略号)	ロピナビル・リトナビル配合剤(LPV/RTV)	一般名(略号)	アタザナビル(ATV)
商品名	カレトラ	商品名	レイアタツツ
販売会社 (承認年月)	アボットジャパン(輸入元) (2000年12月)	販売会社 (承認年月)	Bristol・マイヤーズ (2003年12月)
規格単位	ロピナビル133.3mg・リトナビル33.3mg(ソフトカプセル) ロピナビル80mg・リトナビル20mg(リキッド)	規格単位	150mg/200mg(カプセル)
用法・用量	ロピナビル800mg・リトナビル200mg 分2 食後	用法・用量	400mg 分1 300mg 分1(中等度の肝障害患者) 食事中または食直後に服用
警告		警告	
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 ピモジド、シサプリド、酒石酸エルゴタミン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン、ミダゾラム、トリアゾラム、塩酸バルデナフィル水和物を投与中の患者 	禁忌	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 重度の肝障害のある患者 次の薬剤を投与中の患者：リファンピシン、塩酸イリノテカン、ミダゾラム、トリアゾラム、塩酸ペプリジル、酒石酸エルゴタミン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン、マレイン酸エルゴメトリン、マレイン酸メチルエルゴメトリン、シサプリド、ピモジド、シンバスタチン、インジナビル、塩酸バルデナフィル水和物、プロトンポンプ阻害剤(原則禁忌) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
注意	<ul style="list-style-type: none"> 肝機能障害のある患者では高い血中濃度が持続するおそれ、肝機能障害を増悪させるおそれがある 血友病および著しい出血傾向を有する患者では突発性の出血性関節症をはじめとする出血事象の増加が報告されている 高齢者 妊婦・産婦・授乳婦 小児 2～8 (冷蔵庫)保存(ソフトカプセル、リキッド) 	注意	<ul style="list-style-type: none"> 心伝導障害(房室ブロック)のある患者 軽度～中等度の肝障害のある患者 血友病及び著しい出血傾向を有する患者 高齢者 著しい低胃酸状態が持続すると本剤の血中濃度が低下し作用が減弱するおそれがある
相互作用 (併用禁忌) (併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 不整脈のような重篤なまたは生命に危険を及ぼすような事象を起こすおそれ；ピモジド、シサプリド 末梢血管攣縮などの重篤なまたは生命に危険を及ぼすような事象を起こすおそれ；酒石酸エルゴタミン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン 過度の鎮静や呼吸抑制を起こすおそれ；ミダゾラム、トリアゾラム 低血圧などの重篤な又は生命に危険を及ぼすような事象を起こすおそれ；塩酸バルデナフィル水和物 <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 併用剤の血中濃度上昇のおそれ；シルデナフィル、シンバスタチン、アトルバスタチン、セリバスタチン、イトラコナゾール、ケトコナゾール、フロジビン、ニフェジピン、ニカルジピン、リファブチン、クラリスロマイシン、シクロスポリン、タクロリムス水和物、トラゾドン、フルチカゾン、ブデソニド、アミオダロン、ペプリジル、リドカイン、キニジン、フレカイニド、プロパフェノン、ジゴキシン、テノホビル、インジナビル、サキナビル 併用剤の血中濃度低下のおそれ；エチニルエストラジオール、エストラジオール、ジドブジン、アバカビル、ホスアンブレナビル 併用剤の血中濃度に影響を与える可能性；ワルファリンカリウム 併用剤の血中濃度上昇、本剤の血中濃度低下のおそれ；ネルフィナビル、アンブレナビル 本剤の血中濃度低下のおそれ；セイヨウオトギリソウ含有食品、リファンピシン、カルバマゼピン、フェノバルビタール、フェントイン、デキサメタゾン、ネビラピン、エファビレンツ 本剤の血中濃度上昇のおそれ；デラビルジン アルコール反応を起こすおそれ(リキッド服用時)；ジスルフィラム、シアナミド、メトロナゾール等 	相互作用 (併用禁忌) (併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤の血中濃度が低下するおそれ；リファンピシン、プロトンポンプ阻害剤 併用薬剤の副作用を増強するおそれ；塩酸イリノテカン 過度の鎮静や呼吸抑制を起こすおそれ；ミダゾラム、トリアゾラム 重篤な又は生命に危険を及ぼすような事象を起こすおそれ；塩酸ペプリジル、酒石酸エルゴタミン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン、マレイン酸エルゴメトリン、シサプリド、ピモジド、塩酸バルデナフィル水和物 ミオパシー等が起こる可能性；シンバスタチン 併用での非抱合型高ビリルビン血症に関する試験が行われていない；インジナビル <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> 併用に関する試験が行われていない；アミオダロン、キニジン、リドカイン、三環系抗うつ薬 本剤の血中濃度が低下し、併用剤の血中濃度上昇のおそれ；フマル酸テノホビル、ジソプロキシル、エファビレンツ 併用薬剤の血中濃度上昇のおそれ；サキナビル、フェロジピン、ニフェジピン、ニカルジピン、ベラパミル、シルデナフィル、アトルバスタチン、シクロスポリン、タクロリムス、エチニルエストラジオール、ノルエチステロンを含む経口避妊薬 本剤及び併用薬剤の血中濃度上昇のおそれ；クラリスロマイシン 本剤の代謝が促進され血中濃度低下のおそれ；セイヨウオトギリソウ含有食品 本剤の吸収が抑制される可能性がある；ジダノシン、制酸剤、緩衝作用を有する薬剤、H₂受容体拮抗剤、ジルチアゼム
主な副作用	<p>【重大な副作用】高血糖、糖尿病、肺炎、出血傾向、肝機能障害、肝炎、徐脈性不整脈、多形紅斑、皮膚粘膜眼症候群</p> <p>【その他の主な副作用】無力症、頭痛、下痢、嘔気、腹痛、嘔吐、アミラーゼ上昇、消化不良、肝機能検査異常、ビリルビン値上昇、血小板減少、総コレステロール上昇、トリグリセライド上昇、ナトリウム低下、ナトリウム上昇、リポジストロフィーなど</p>	主な副作用	肝機能障害、肝炎、糖尿病、高血糖、出血傾向、頭痛、背部痛、発熱、疼痛、疲労、悪心、腹痛、嘔吐、下痢、アミラーゼ上昇、リパーゼ上昇、黄疸・黄疸眼、好中球減少、ヘモグロビン減少、体脂肪の再分布/蓄積、CK(CPK)上昇、関節痛、うつ病、末梢神経障害、不眠症、浮動性めまい、咳嗽、発疹

プロテアーゼ阻害薬(PI)

一般名(略号)	ホスアンブレナビル(FPV)
商品名	レクシヴァ
販売会社 (承認年月)	グラクソ・スミスクライン (2005年1月)
規格単位	700mg(錠剤)
用法・用量	ホスアンブレナビル1400mg・リトナビル200mg 分1(未治療患者)または分2(未治療及び既治療患者) ホスアンブレナビル2800mg分2(未治療患者)
警告	
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> ・本剤の成分、アンブレナビルあるいはリトナビルに対して過敏症の既往歴のある患者 ・重度の肝障害患者 ・肝代謝酵素チトクロームP450(CYP)3A4で代謝される薬剤で治療域が狭い薬剤(テルフェナジン、塩酸ペプリジル、シサプリド、ピモジド、トリアゾラム、ミダゾラム、エルゴタミン、ジヒドロエルゴタミン等)を投与中の患者 ・塩酸バルデナフィル水和物を投与中の患者 ・リファンピシンを投与中の患者 ・リトナビルを併用する場合、CYP2D6で主に代謝される薬剤(フレカイニド、プロパフェノン等)を投与中の患者
注意	<ul style="list-style-type: none"> ・肝機能障害のある患者 ・血友病患者 ・スルホンアミド系薬剤に過敏症の既往歴のある患者 ・高齢者
相互作用 (併用禁忌) (併用注意)	<p>(併用禁忌)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・併用剤の血中濃度が上昇し、不整脈等の重篤な又は生命に危険を及ぼすような事象が起こる可能性がある；シサプリド、ピモジド ・併用剤の血中濃度が上昇し、生命に危険を及ぼす不整脈が起こる可能性がある；塩酸ペプリジル ・併用剤の血中濃度が上昇し、末梢血管攣縮、虚血等の重篤な又は生命に危険を及ぼすような事象が起こる可能性がある；メシル酸ジヒドロエルゴタミン、酒石酸エルゴタミン、マレイン酸エルゴメトリン、マレイン酸メチルエルゴメトリン ・併用剤の血中濃度が上昇し、過度の鎮静や呼吸抑制等の重篤な又は生命に危険を及ぼすような事象が起こる可能性がある；ミダゾラム、トリアゾラム ・併用剤の血中濃度が上昇し、併用剤に関連する事象(低血圧、失神、視覚障害、持続勃起症等)の発現が増加する可能性がある；塩酸バルデナフィル水和物 ・アンブレナビルのC_{min}及びAUCを低下させるため、本剤の作用が减弱する；リファンピシン ・併用剤の血中濃度が上昇し、重篤な又は生命に危険を及ぼすような事象が起こる可能性がある；主にCYP2D6で代謝される薬剤(フレカイニド、プロパフェノン等) <p>(併用注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・併用剤のAUCが193%上昇；rifabutin ・本剤の血中濃度が低下；CYP3A4酵素誘導剤(フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピン、エファビレンツ、ネビラピン) ・併用剤の血中濃度が上昇；リドカイン、塩酸アミオダロン、硫酸キニジン、三環系抗うつ剤、シクロスポリン、タクロリムス、rapamycin、ワルファリン、カルシウム拮抗剤、シンバスタチン、アトルバスタチン、lovastatin、ジアゼパム、フルラゼパム、アルプラゾラム、クロラゼパ酸二カリウム、ケトコナゾール、イトラコナゾール、エリスロマイシン、クラリスロマイシン ・本剤及び併用剤の血中濃度が変化；HIVプロテアーゼ阻害薬(インジナビル、サキナビル、ネルフィナビル、ロピナビル・リトナビル)、デラビルジン ・併用剤の血中濃度が上昇し、併用剤に関連する有害事象の危険性が増加する可能性；クエン酸シルデナフィル ・併用剤の血中濃度が低下；methadone、経口避妊薬(エチニルエストラジオール、ノルエチステロン等) ・本剤の代謝が促進され、血中濃度が低下；セイヨウオトギリソウ
主な副作用	皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、高血糖、糖尿病、出血傾向、横紋筋融解症、筋炎、筋痛、CK(CPK)上昇、発疹、掻痒、頭痛、下痢、悪心、嘔吐、腹痛、肝機能検査異常、高脂血症、疲労

参考資料

- 1) Report of the NIH Panel to Define Principles of Therapy of HIV Infection and Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents MMWR Vol.47 No.RR-5: April 24, 1998
(http://www.cdc.gov/mmwr/preview/ind98_rr.html)
- 2) Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents: March 23, 2004
(<http://aidsinfo.nih.gov/>)
- 3) Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents: October 29, 2004
(<http://aidsinfo.nih.gov/>)
- 4) Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents: April 7, 2005
(<http://aidsinfo.nih.gov/>)
- 5) Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents: October 6, 2005
(<http://aidsinfo.nih.gov/>)
- 6) Yeni PG et al.: Antiretroviral treatment for adult HIV infection in 2002: updated recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. JAMA 288(2) 222-235, 2002
- 7) British HIV Association (BHIVA) guidelines for the treatment of HIV-infected adults with antiretroviral therapy: July 2003 (<http://www.bhiva.org/guidelines/2003/hivguidelines/index.html>)
- 8) Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection: January 20, 2004 (<http://aidsinfo.nih.gov/>)
- 9) Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States: September 22, 2003 (<http://aidsinfo.nih.gov/>)
- 10) Hirsch MS et al.: Antiretroviral drug resistance testing in adult HIV-1 infection: recommendations of an International AIDS Society-USA Panel. JAMA 283(18) 2417-2426, 2000
- 11) D'Aquila RT et al.: Drug resistance mutations in HIV-1. Topics in HIV Medicine 11(3) 92-96, 2003
(http://www.iasusa.org/resistance_mutations/resistance.pdf)
- 12) 抗HIV 治療ガイドライン(2005年3月)平成16年度 厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業「 HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」班 (http://www.acc.go.jp/center/info_frame.htm)
- 13) Mallal S et al.: Association between presence of HLA-B*5701, HLA-DR7, and HLA-DQ3 and hypersensitivity to HIV-1 reverse-transcriptase inhibitor abacavir. The Lancet 359, 727-732, 2002



**RESEARCH GROUP FOR
THERAPY OF HIV INFECTION**

HIV感染症「治療の手引き」は、HIV感染症治療に関する理解の普及を目的に、1998年10月、「暫定版」を発行しました。そして日本エイズ学会学術集会における公開シンポジウムや最新の知見に基づいて1999年春以降順次改訂を重ね、今回、第9版を発行する運びとなりました。

HIV感染症治療研究会では、HIV感染症

の治療に関する新しい知見に基づいた有益な情報を提供するため、本手引きを順次改訂する予定です。ご利用いただいております皆様のご意見は、何より貴重なものとなります。皆様の率直なご意見をお待ちしております。

なお、個々の症例に関するお問い合わせにはお答え致しかねますので、ご了承いただきますようお願い申し上げます。

HIV感染症治療研究会事務局

〒107-0062 東京都港区南青山1-1-1 新青山ビル東館
(マツキャン・ヘルスケア内)
FAX: 03-3408-2922
<http://www.hivjp.org/>

2005年12月作成