

岡山 HIV 診療 Network NEWS

第 12 卷第 6 号 (通巻 70 号)

2005 年 11 月 22 日

I. 第 70 回定例会プログラム

[場所：岡山済生会総合病院西館 1 階会議室]

[当番世話人：堀井和栄/高田真治]
[岡山済生会総合病院 MSW/副院長]

②Mini レクチャー

司会：高田真治/岡山済生会総合病院

演題：「広大病院における HIV 看護の実際」

講師：河部康子先生/広島大学病院エイズ医療
対策室

①報告事項

[1] 世界エイズデー 2005 in 岡山の報告：開催日
時 H17 年 11 月 19 日、岡山大学津島キャンパス
(岡山市)

[上野和美]
[岡山市保健所保健課感染症対策係]

[2] 岡山県 HIV 医療従事者研修会の紹介：開催
日時 H18 年 1 月 29 日 (日) 、真備会館 (岡山
市)

[上野和美]
[岡山市保健所保健課感染症対策係]

・ 関連資料：国際看護師協会(ICN)の声明文 (ヘルス
ケア・サービスにおける看護の役割) より

■後天性免疫不全症候群 (エイズ)

ICN の所信：

ICN は、HIV/AIDS と共生する人々に対するステigma や
社会的な無視があり、それによる悲惨な社会的影響や健
康への影響があることを遺憾に思ひ、適確で思いやりのある
ケアを求める。

各国看護師協会、雇用者および看護師は、以下のことに
責任がある：

- 1) 全てのヘルスケア提供者が確実に、HIV/AIDS とその伝
染形式、予防、カウンセリング、および安全な実践指針
に関する最新情報を入手できるようにする。
- 2) 看護師が、患者とヘルスケア提供者に、ケアおよびカウ
ンセリングを適確に提供できるようにする。そこには、ユ
ニバーサルプリコーションと、HIV/AIDS の人々にケアを
する上での倫理的および道義的義務に関する知識を
含む。

本号のハイライト

- 1 世界エイズデー in 岡山の報告：上野和美
- 2 Mini レクチャー：河部 康子 先生
- 3 症例提示：高田 真治 先生
- 4 HIV 情報 [1] 学界および研修会
- 5 HIV 情報 [2] 初回治療の考え方
- 5 HIV 情報 [3] HAART 失敗時の変更

- 3) HIV/AIDSの人々への適切なケアを施し、HIVだけでなく、B型肝炎やC型肝炎といったその他の血液媒介感染症への脅威から看護職員を保護するために、保護用具や物資など、安全な環境を保証する。
- 4) HIV/AIDSと共生する人々が抗レトロウィルス療法(ART)を受けることができるよう、政府および製薬会社などその他関係機関に対してロビー活動を行う。

背景:

後天性免疫不全症候群(AIDS)は、公衆衛生への世界的な脅威であり、疾病による負担の増大を招いている。世界中には、HIV/AIDSと共生する人々が3600万人おり、この数は増え続けている。ICNは特に、女性、若者およびその他の社会的に弱い立場の人々の間でHIV感染が広がっていることを懸念している。サービス入手の不足、社会・経済的地位の低さ、そして、暴力、性的虐待や女性の権利を脅かすその他のことを容認する社会の価値観が、女性間での蔓延のもととなっている。

多くの国では、雇用、住居、教育への権利、またヘルスケアや看護ケアを受ける権利までもが侵害されるような、HIV/AIDSと共生する人々に対する不合理で差別的な待遇に関する報告が絶えない。

HIV/AIDSと共生する人々の生活の質の維持は、主として広範囲で適確かつ思いやりのある看護ケアを通して可能となる。しかしながら、HIV/AIDSの人々へのケア提供は、看護師およびその他のヘルスケア提供者の、健康上および職業上における問題にもつながっている。さらに看護師は、思いやりのあるケアを妨げることもあり得る、HIV/AIDSの人々に対する自身の態度と固定観念について考察する必要がある。

経済的な問題から、HIV/AIDSと共生する人々のケアのために適切な資源を配分することができない国があるかもしれない。その結果、このような国々のヘルスサービスでは、HIV/AIDSの人々をケアするための適切な施設、個々の保護用具およびその他の物資が不足している。

抗レトロウィルス療法(ART)の利用は、HIV/AIDSの人々の健康と生活の質を大いに向上させる。しかしながら、これらは高価であるため、多くの人々、特に発展途上国では利用できない。

HIV/AIDSは、国の安全と経済的発展にとって深刻な脅威であると言明されている。

ICNは、各国看護師協会に対し、以下のことを強く勧める：

- ①. HIV/AIDSについて、一般の人々の意識を高め、教育することに活発に参加すること。
- ②. レイプ、性的虐待、子ども買春および人身売買などの女性に対する暴力と闘うための対策を講じること。
- ③. HIV/AIDSと共生する人々、その家族およびHIV/AIDSの人々をケアする一般の人々と看護師の基本的人権の保護に取り組むこと。

1989年採択2000年改訂

■看護/助産職員へのHIV/AIDSの影響

ICNの所信：

看護/助産職員へのHIV/AIDS曝露は、最小限に抑えられなくてはならない。ヘルスケア施設におけるHIVやその他の血液由来病原体の伝染を予防する対策を講じる必要がある。そこには、針刺しやその他先端の鋭いものによる傷害事故を減らすことも含まれる必要がある。

雇用者、各国看護/助産協会および各個人は、看護/助産職員が以下のことが行えることを知るようする責任がある：

- 1) HIVや、B型およびC型肝炎などの血液由来病原体の予防に関する情報が入手可能であること。
- 2) HIV、B型およびC型肝炎およびその他の職場問題への職務上の曝露に関する、指針、政策およびプロトコルが入手可能であること。
- 3) 質の高いケアを提供する際に、十分な設備と保護具のある、安全な労働環境であること。
- 4) 迅速な応急処置や記録の作成を含めた、曝露後の適切なフォローアップやモニタリングが利用可能であること
- 5) HIV陽性の看護/助産職員は、守秘の行き届いたカウンセリングが利用可能であることや、適当な場合には、職務変更して働くことが認められることで、患者や彼ら自身へのリスクを減らすことが可能であること。
- 6) HIV陽性の看護/助産職員は、失業や住居の喪失などの差別から保護されること。

背景:

HIV/AIDSは、HIV/AIDSの人々をケアしている看護および助産職員の保護、感染予防およびケアに関連した、複雑な社会的・行動的課題を伴い、重要性が増している公衆衛生問題の一つである。

HIVに関連する社会的スティグマ、「目に見えない」状態(潜伏期が長いこと)、そして、性行動や職務上の曝露など行動上のリスクと感染との関連の決定づけが、職場におけるHIVをさらに複雑にする。

結核(TB)のようなその他の感染症の広範囲な拡大と、B型およびC型肝炎の著しい流行が、看護師/助産師への職務上曝露の可能性を増大している。そこには、適切な備品、各個人の保護具、およびユニバーサル・プレコーションの一貫した使用が必要である。

予防策には、以下の事項が含まれるべきである：

- 1) ユニバーサル・プレコーションを使用すること。
- 2) 個人用保護具や備品の入手が可能であることと、それを合理的に使用すること。
- 3) 不必要な注射や実験室での作業および切開術を削減すること。
- 4) 先端の鋭いもの、血液サンプル、生体廃棄物および汚れたリネンを適切に運搬および処分すること。
- 5) 看護および助産職員にストレスのない労働環境を整えること。

HIV/AIDSの人々への集中看護ケアの需要や、現実のあるいは知覚されるリスク、およびストレスの多い労働環境は、専門職にとって悪影響をもたらし得る。その悪影響には、バーンアウト、高い中途退職率および新規採用の減少が含まれる。これは、看護/助産職員の不足につながり、ひ

いてはケアの質にまで影響をおよぼすこととなる。ストレスとバーンアウトに関する問題の対応策は、ケアを提供するシステムの中で開発され、統合されていくべきである。

職場におけるHIV/AIDS曝露に関する長期追跡や、針刺しおよびその他の先端の鋭いものによる傷害事故、または血液の飛散に関する研究データが不足しているため、業務関連発生率はまだ明らかになっていない。

1995年採択 2000年改訂

- 長径 20.5mm、短径 9.5mm、厚さ 7.4mm。
- 食事の影響を受けず、患者さんのライフスタイルに合わせやすく、アドヒアランスの向上が期待できる

(注意) 詳細な情報は、必ず添付文書をご参照ください。

■END



③症例検討 7:40~8:30

テーマ：「HIV 針刺し事故後の予防内服の問題点ーあなただつたらどうしますか？」

[司会：山田 治／山口大学医学部保健学科]
[症例提示：高田眞治先生／岡山済生会病院内科]

【事例 1】26 才、男性、医師

平成 17 年 1 月 31 日午後 1 時頃、ICU に入院中の患者に中心静脈カテーテルを挿入中、左手第 2 指に手袋の上から穿刺針の内筒が落下した。その時は出血もなく、ゴム手袋の損傷にも気が付かなかった。

翌 2 月 1 日、患者が HIV 抗体陽性と判明し、再度左手第 2 指を確認したところ、点状の発赤を認め、針による傷も否定できないと考え責任者に相談した。責任者から説明を受け、同意の下に同日より AZT (600mg/日) + 3 TC (300mg/日) + NFV (2250mg/日) の内服を開始した。

2 月 6 日夕方から、37.1℃の微熱を伴い、全身倦怠感、頭痛を認めたが、血液検査上は異常を認めなかった。

2 月 8 日、口咽の違和感を認め、その後、顔から全身に多数の紅斑が出現した。薬疹の可能性が強いと考え抗 HIV 剤はすべて中止した。

2 月 15 日には全身の紅斑はほぼ消褪したため、AZT + 3 TC の 2 剤を再開した。その後、発疹の出現は見られず、上記 2 剤を計 4 週間服用して中止した。

1 カ月後、2 カ月後、3 カ月後、6 カ月後の HIV 抗体検査は？？？。

【事例 2】34 才、女性、看護師

平成 17 年 8 月 5 日午後 8 時 15 分頃、入院中の患者の筋注後、注射器をおいてそばのアルコール綿を取ろうとしてその注射器で左第 2 指を刺した。

直ちに責任者に連絡を取ったが帰宅していたため、電話で相談し、事故の状況から AZT (600mg/日) + 3 TC (300mg/日) + NFV (2250mg/日) を服用することとした。妊娠の可能性は否定できるとのことで妊娠反応は行わなかった。

内服開始後、胃の重い感じと食欲低下があるものの何とか服薬できていた。

8 月 13 日の朝食後より左前腕に小紅斑の散在を認めため受診。NFV による薬疹の可能性が強いと考え、NFV のみ中止し、AZT、3 TC は継続して服用した。8 月 14 日より味覚異常が出現、8 月 15 日には紅斑は全身に拡がり、特に朝夕の内服後に皮疹増強の傾向があったとのことであった。同日夕方から AZT、3 TC も中止とした。翌 8 月 16 日朝には紅斑は褪色傾向を示し、味覚異常も消失した。

8 月 19 日には紅斑はほぼ消褪したが、3 TC による薬疹も否定できないため 8 月 20 日 AZT のみ再開した。

暴露源のウイルス量が多いと考えられたため、8 月 27 日より AZT に加え、ddI (ヴァイデックス EC) 250mg + LPV・RTV (カレトラ) 6 Cap が追加された。カレトラの内服により頭痛、吐気、嘔吐があり、服用継続できず、9 月 2 日まで中止した。AZT は計 30 日間、ddI は 2 週間服用し、9 月 9 日で両剤とも中止した。

1 カ月後、2 カ月後、3 カ月後の HIV 抗体検査は？？？。

■ わかったこと

- 1)
- 2)
- 3)

■ 問題点

- 1)
- 2)
- 3)

<MEMO>

■参考資料：Recommendations and Reports: Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR September 30, 2005 / Vol. 54 / No. RR-9

Prepared by Adelisa L. Panlilio, MD1, Denise M. Cardo, MD1, Lisa A. Grohskopf, MD2, Walid Heneine, PhD2, Clara Sue Ross, MD3

1Division of Healthcare Quality Promotion, National Center for Infectious Diseases

2Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention

Summary

This report updates U.S. Public Health Service recommendations for the management of health-care personnel (HCP) who have occupational exposure to blood and other body fluids that might contain human immunodeficiency virus (HIV). Although the principles of exposure management remain unchanged, recommended HIV post-exposure prophylaxis (PEP) regimens have been changed. This report emphasizes adherence to HIV PEP when it is indicated for an exposure, expert consultation in management of exposures, follow-up of exposed workers to improve adherence to PEP, and monitoring for adverse events, including seroconversion. To ensure timely postexposure management and administration of HIV PEP, clinicians should consider occupational exposures as urgent medical concerns.

Introduction

Although preventing exposures to blood and body fluids is the primary means of preventing occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection, appropriate postexposure management is an important element of workplace safety. In 1996, the first U.S. Public Health Service (PHS) recommendations for the use of postexposure prophylaxis (PEP) after occupational exposure to HIV were published; these recommendations have been updated twice (1-3). Since publication of the most recent guidelines in 2001, new antiretroviral agents have been approved by the Food and Drug Administration (FDA), and additional information has become available regarding the use and safety of HIV PEP. In August 2003, CDC convened a meeting of a PHS interagency working group* and consultants to assess use of HIV PEP. On the basis of this discussion, the PHS working group decided that updated recommendations for the management of occupational exposure to HIV were warranted.

This report modifies and expands the list of antiretroviral medications that can be considered for use as PEP. This report also emphasizes prompt management of occupational exposures, selection of tolerable regimens, attention to potential drug interactions involving drugs that could be included in HIV PEP regimens and other medications, consultation with experts for postexposure management strategies (especially determining whether an exposure has actually occurred) and selection of HIV PEP regimens, use of HIV rapid testing, and counseling and follow-up of exposed personnel.

Recommendations on the management of occupational exposures to hepatitis B virus or hepatitis C virus have been published previously (3) and are not included in this report.

Recommendations for nonoccupational (e.g., sexual, pediatric, and perinatal) HIV exposures also have been published previously (4-6).

■END

II. HIV情報

[1]学会及び研修会

1) 第19回日本エイズ学会学術集会・総会

開催期間：2005年12月1日（木）～12月3日（土）

会場：熊本（熊本市民会館・熊本市国際交流会館）

総会長：原田信志先生（熊本大学大学院医学薬学研究部 感染防御学分野）

- ・プログラムの概要：学会ホームページが掲示されました。平行する研修会や発表会もあります
<http://square.umin.ac.jp/aids19/information.htm>
- ・演題登録：受け付けは終了しました。
- ・参加登録の締切：2005年10月末日の予定です。
- ・参加費：一般10,000円（事前登録8,000円）と学生5,000円（事前、当日とも）の2種類です。

会長挨拶 「普遍性を求めて」



熊本大学大学院医学薬学研究部感染防御学分野
原田 信志

第19回日本エイズ学会学術集会・総会を平成17年12月1日から3日にかけて熊本市で開催いたします。

思えば第1回の本学術集会は1987年12月21、22日に京都で開催されました。当時はまだ単なるエイズ研究会であり、集まった演題は103題でした。第18回総会における学会賞受賞講演で日沼頼夫先生が回顧された如く、先生ご自身や栗村敬先生らの御尽力による発足でした。しかし、この研究会をつくるにあたって最も心配されたのがエイズだけの単一疾患（しかも当時HIV感染者は極めて少なかった）で会が維持できるかということでした。それには幅広い分野から英知を集める必要がありました。研究会の前日に京大会館で行われた公開シンポジウムのプログラムが手元にあります。演者には、臨床医学から根岸昌功、公衆衛生から大井玄、自然人類学から河合雅雄、哲学から浅田彰のメンバーが記載されています。つまり現在のエイズ学会のありかたを象徴するかのようなシンポジウムでした。

あれから19年、エイズそのものの問題は未だ解決されてはいないものの、エイズ学会では臨床医学、基礎研究、社会教育系と様々な分野で大きな成果をあげてきたと思われます。HIV感染者の抗ウイルス剤療法、HIVのレトロウイルス学としての進歩、HIV感染者に対する社会的問題への解決策など、もう他の分野のトップレベルまで進んでしまった感があります。しかし、これらの蓄積された知識はSARSの感染勃発の時にどれだけ役に立ったのでしょうか？新型のインフルエンザ

ウイルスが流行する時どれだけ役に立つと思われるのでしょうか？

研究の最大の目標はある真実を証明することでしょう。その真実が幅広い事象に応用できれば、それだけその事実の価値が高く評価されます。エイズの研究でも同じことが言えるかもしれません。普遍性のある抗ウイルス療法、あらゆるウイルスが関連する細胞因子の発見、感染者だけでなく病む人が共通に抱える問題への対応策など、いろいろ進む方向はあると思われます。そのためには、エイズだけでなく類似の疾患、類似のウイルスからいろいろ学ぶ必要もあるでしょう。

第19回日本エイズ学会学術集会・総会は熊本で開催いたします。熊本の特色とその普遍性を求めて、本学会は企画を進めていきたいと考えています。熊本では成人T細胞白血病を発見された高月清先生（第11回日本エイズ学会会長）がおられました。HTLV-Iへの研究には深い関心と研究の蓄積があり、また熊本に縁の深い多くのレトロウイルス研究者がおられます。また、熊本では水俣病が発生し、昔からハンセン病の療養施設があります。現在でもこれらの疾患はエイズと同じような多くの問題を抱えています。一度、違った観点からエイズを考え直す機会をもてたらと思っていました。

平成16年12月15日

[2]HIV感染症関連ニュース

1) 【アボット HIV 公開座談会】HIV治療に関するさまざまなファクター・前編 HIV-mail NEWS
[2005年08月27日ヒルトン東京]

【テーマ1】初回治療に対する考え方

国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター

上田 晃弘 先生

HIV感染症の初回治療は、その後の長期にわたる治療を成功に導くための重要なポイントとなる。ここでは、上田晃弘先生に初回治療を開始するにあたっての、時期と治療薬選択における留意点、患者さんへの治療に関する説明の重要性についてご発表いただいた。

CD4⁺リンパ球による治療開始基準

DHHSのガイドライン（2005年4月改定）では、初回治療の開始時期を、臨床症状の有無、CD4⁺リンパ球（以下、CD4⁺）数、血中ウイルス量を基準に設定している（表1）。本ガイドラインにおいて、臨床症状を有する場合、あるいは無症状でもCD4⁺数が200個/mm³以下の場合には、治療開始を推奨している。一方、CD4⁺数が201～350個/mm³では治療開始を考慮し、350個/mm³以上では治療開始を延期するのが、基本的な考え方となっている。これまでの研究において、CD4⁺数が200個/mm³以下では、3年後のAIDS発症率あるいは死亡率が約10%を超えることが明らかにされていることから、CD4⁺数が201～350個/mm³の間であっても、200個

/mm³以下になる前に治療を開始すべきである（表2）。

患者さんにアドヒアランスの重要性を十分に説明

HIV感染症の治療において良好な効果を得るために、アドヒアランスを95%以上に維持することが必要とされている。また、薬剤耐性を生じさせないためにもアドヒアランスを向上させることが重要なポイントとなる。そのため治療開始にあたっては、アドヒアランスの重要性や薬剤の副作用について患者さんに十分説明を行う（表3）。また服薬日記やカレンダーなどを患者さんに配布して服薬を遵守してもらうことも有用である。さらに使用する薬剤も、服薬のしやすさ（服薬錠数や回数が少ない、食事時期の影響が少ない）も考慮して選択することが、アドヒアランスの向上につながると考えられる。

初回治療においては、強力な抗ウイルス効果を示す薬剤を選択することはいうまでもないが、良好なアドヒアランスを維持することも重要である。

LPV/rなどを第一選択として推奨

DHHSのガイドラインにおいては、初回治療としてPIベースの「LPV/r + (3TCまたはFTC) + AZT」、あるいはNNRTIベースの「EFV + (3TCまたはFTC) + (AZTまたはTDF)」を第一選択の治療法として推奨している（表4）。NNRTIを選択するメリットは、服薬のしやすさ（服薬錠数や回数が少ない、食事時期の影響が少ない）である。一方デメリットは、薬剤耐性に対するバリアが低いこと、副作用の問題（EFVの精神神経障害や催奇形性、NVPの肝機能障害など）がある。

PIベース選択する最大のメリットは、薬剤耐性を発現しにくい点である。また多くのスタディにより、長期にわたる延命効果を含め有用性が証明されているという利点もある。デメリットとして、服薬のしにくさ（服薬錠数や回数が多い）が指摘されていたが、最近では1回分の服薬錠数の少ない薬剤や、服薬回数が1日1～2回の薬剤も使用可能となっている。初回治療のキードラッグとして、NNRTIとPIのいずれを選択するかについては、それぞれのメリットとデメリットを検討した上で決定する必要がある。

【テーマ2】治療経験のある患者に対する治療—HAART失敗時の薬剤変更

東京大学医科学研究所 感染免疫内科 藤井 毅 先生

HAARTの導入によりHIV感染症の治療成績は大きく向上し

たが、なお治療失敗により薬剤変更が必要とされることも多い。ここでは、藤井毅先生にHAARTによる効果か不十分であった患者さんにおける薬剤変更時の留意点についてご発表いただいた。

約半数が1年で治療法を変更

ATHENAコホート試験において、HAARTによる初回治療を受けた患者さんの約半分、治療経験のある患者さんの約6割が、治療開始後1年以内に治療法の変更を行っていることが報告されている(図1)。変更の理由には副作用やその他の原因によるものも少なくないが、効果不十分による治療失敗例も多く含まれていると考えられる。現在の日本における薬剤の変更率はこれほどまで高くはないと思われるが、HIV感染症の治療をおこなう上で、HAART失敗時の薬剤変更に関する知識は極めて重要である。

効果不十分でも治療変更は慎重に

DHHSガイドラインでは、ウイルス学的要因(血中ウイルス量)、免疫学的要因(CD4⁺数)、臨床的要因(HIV関連症状の有無)をもとに、HAARTの効果不十分の基準を設定している(表1)。

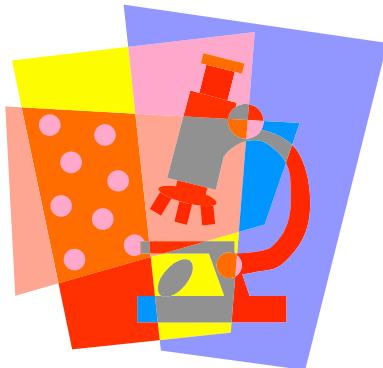
この基準に照らして「効果不十分」と判定された場合は薬剤の変更を検討する必要がある(表2)。しかしながら、薬剤の変更は、将来的に薬剤の選択肢を少なくするため慎重に行う必要がある。特に、初回治療に使用する薬剤は最も高い抗ウイルス効果が期待できる薬剤であるため、短期的な血中ウイルス量やCD4⁺数の変動のみで安易に変更してはならない。薬剤変更にあたっては、薬剤耐性検査を施行し、HIV感染症治療に関して経験豊かな専門医に意見を求めることが望ましい。

治療歴や耐性などを考慮して治療変更

薬剤を変更する場合は、これまでの治療歴や使用した薬剤数、耐性などを考慮して選択する。例えば、1剤のみに耐性がみられる場合は、①抗ウイルス薬を1剤追加、②RTVでブーストしPIの効果を増強、③完全に新しい方法に変更するなどの選択肢がある。一方、2剤以上に耐性がみられる場合は、完全に新しい方法への変更を検討する。耐性がみられない場合はアドヒアラスの改善をはかり、現在の治療を継続するなどが考えられる(表3)。

薬剤耐性検査により治療成績が向上

薬剤を変更する場合、どの薬剤を選択するかについての判断材料として薬剤耐性検査が有用となる。



2) HAART(1)

抗レトロウイルス療法の進化に伴い、AIDS発症後の死亡パターンは変化した。

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&doct=Abstract&list_uids=16260908&query_hl=10>

●Schneider MF, et al.: Patterns of the hazard of death after AIDS through the evolution of antiretroviral therapy: 1984-2004. AIDS. 19(17):2009-2018, 2005.

男性1,504例、女性461例のHIV感染患者について、次の5種類の治療法別にAIDS発症から死亡までを追跡した。(1)未治療/単剤治療期(1984年7月～1989年12月)、(2)単剤療法/併用療法期(1990年1月～1994年12月)、(3)HAART導入期(1995年1月～1998年6月)、(4)短期間HAART施行期(1998年7月～2001年6月)、(5)中期間HAART施行期(2001年7月～2003年12月)。AIDS発症後の25%死亡期間は、(1)0.56年、(2)0.74年、(3)1.78年、(4)4.22年、(5)5.08年であり、治療法の進化に伴って明らかに延長した。また、AIDS発症後における死亡の危険性のパターンはHAART導入前では増加したが、導入後は減少あるいは同等であった。本調査から、HAARTの効果として、AIDS発症患者や治療歴の長い患者においても耐性出現の懸念が軽減する一方で、多くのHIV感染患者で長期間にわたる治療が必要になると予想される。

3) HAART(2)、discordant responses、responses

HAARTによる遺伝子学的およびウイルス学的反応の不良は、死亡率の増加やアドヒアラスの低下を招く。

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&doct=Abstract&list_uids=16249702&query_hl=1>

●Moore DM, et al.: Discordant Immunologic and Virologic Responses to Highly Active Antiretroviral Therapy Are Associated With Increased Mortality and Poor Adherence to Therapy. J Acquir Immune Defic Syndr. 40(3):288-293, 2005.

HAARTによる治療反応と死亡率との関連について、未治療患者1,527例を対象に検討した。ウイルス学的効果(ウイルス量低下)が見られるものの免疫学的効果

(CD4 上昇)が見られない(VL+/CD4-)不一致反応は 235 例(15.4%)、VL は低下しないものの CD4 リンパ球数が増加した(VL-/CD4+)は 179 例(11.7%)であった。これらの不一致な反応は死亡リスク上昇との関連が認められた(VL+/CD4-:RH 1.87, 95%CI 1.15~3.04, VL-/CD4+:RH 2.47, 95%CI 1.54~3.95)。VL+/CD4- と関連が認められた因子は、高齢、ベースラインの HIV RNA 量<100,000 copies/mL、ベースラインの CD4 リンパ球数<50 cells/muL、ラミブジン/ジドブジン使用、治療へのアドヒアランス不良であった。一方、VL-/CD4+ と関連が認められた因子は、若年齢、薬物常用者、ベースラインの HIV RNA 量>100,000 copies/mL、ラミブジン/ジドブジン使用、ジダノシン/ラミブジン使用、ジダノシン/サニルブジン使用、治療へのアドヒアランス不良であった。本検討から、これらの不一致反応は死亡リスクの上昇、また、治療へのアドヒアランス低下に関連していると考えられた。

4) HAART(3)、治療中断、CD4 リンパ球

HAART の中断は、CD4 リンパ球数>200 cells/mm³ よりも>250 cells/mm³ の患者で効果的である。
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16235178&query_hl=9>

●Toulson AR, et al.: Treatment Interruption of Highly Active Antiretroviral Therapy in Patients with Nadir CD4 Cell Counts >200 Cells/mm³. J Infect Dis. 192(10):1787-1793, 2005.

HAART 療法中の患者 4,461 例で、治療中断を行った 208 例(4.7%)のうち envelope V3 loop 遺伝子型を有する 197 例(94.7%)について、治療中断の効果を検討した。治療中断時の CD4 リンパ球数の中央値は 620 cells/mm³ であった。治療中断から HAART 再開までの期間の中央値は 15 カ月間で、59 例(29.9%)がこの時期に再開していた。血中ウイルス量の中央値は>100,000 copies/mL、CD4 リンパ球数の中央値は 260 cells/mm³ であった。HAART 再開後 15 カ月間のフォローアップ期間中、血中ウイルス量<50 copies/mL の患者は 81% であり、CD4 リンパ球最低数は≤250 cells/mm³ であった(RR=2.79, 95%CI=1.60~4.86, P<0.01)。CD4 リンパ球最低数が≤250 cells/mm³ であることと 11/25 遺伝子型は、HAART 再開時期の早さと、明らかかつ独立した関連が認められた。

5) HAART(4)、RTI、HIV-1初期感染、B リンパ球機能障害

HIV-1初期感染はBリンパ球の機能障害を引き起こし、その抑制には感染初期の抗レトロウイルス療法開始が有用である。

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16260900&query_hl=8>

●Titanji K, et al.: Primary HIV-1 infection sets the stage for important B lymphocyte dysfunctions. AIDS. 19(17):1947-1955, 2005.

Bリンパ球の活性化、分化、生存に対するHIV-1初期感染の影響と、抗レトロウイルス療法(HAARTおよび

RTI)の効果について、HIV-1初期感染群、慢性感染群、健常人を対象として検討した。HIV-1初期感染群ではBリンパ球数は著しく減少し、ナイーブB細胞とメモリーB細胞の活性化、FasおよびLAIR-1の発現異常、アポトーシスの増加といった機能障害が認められた。こうした機能障害に対し、抗レトロウイルス療法は改善効果を示し、特にRTI療法よりもHAART療法の方が効果的であった。慢性HIV-1感染患者にみられるBリンパ球の機能障害は感染初期から発生しており、Bリンパ球の機能障害を引き起こさないためにも感染初期に抗レトロウイルス療法を開始することが有用となる。

◆治療中断、サルベージ療法、GigHAART-ANRS 097

非常に進行したHIV感染症の患者に対して8週間の治療中断後にサルベージ療法を行い、ウイルス効果へのウイルス学的、薬理学的のファクターの影響を検証した。

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retriev&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16173015&query_hl=5>

●Delaugerre C, et al.: Virological and pharmacological factors associated with virological response to salvage therapy after an 8-week of treatment interruption in a context of very advanced HIV disease (GigHAART ANRS 097). J Med Virol. 77(3):345-350, 2005.

強力な抗レトロウイルス薬による多剤併用療法および治療中断は、併用療法に失敗したHIV-1感染患者に効果的であると考えられる。GigHAART-ANRS 097は、治療経験が非常に多く、多剤耐性となった患者に対する多剤併用サルベージ療法の再開において、8週間の治療中断の効果を示した唯一の無作為化試験である。本検討では、ウイルス効果に関連するウイルス学的、薬理学的のファクターを検討した。PI濃度と遺伝子型スコアを組み合わせたファクターであるGIQ(遺伝子抑制指数)は、PI併用療法への反応における遺伝子型耐性と薬剤血中濃度の影響を評価するのに有用である。各PIのGIQはウイルス効果には影響しないが、PI GIQの合計はウイルス学的効果を予測できる。こうしたことから、薬理学的な向上によりウイルス耐性を克服でき、また、いくつかのブーストPIを加えることは、サルベージ療法の反応を改善するためにも効果的と考えられる。



III. 岡山HIV診療ネットワーク会則

I. 総則

1. 本会は岡山HIV診療ネットワークと称する。
2. 本会の事務局は代表幹事の指定する施設に置くこととする。

II. 目的

1. 岡山県の医療・保健・福祉・心理の関係者を対象としたHIV/エイズ研修と関係者間の相互理解に基づく連携樹立を目的とする機関として、「岡山HIV診療ネットワーク」を設置する。

2. 活動内容

- (1) HIV/エイズについての最新の医学関連や心理・社会関連の情報交換を目的とした相互研修会を行う。

- (2) HIV/エイズ問題に携わる専門分野間の連携を図り、相互理解を推進する。

- (3) HIV/エイズ疾病やHIV感染者/エイズ患者に対する社会一般の理解を深めるための啓発活動を行う。

III. 会員

1. 会員： 本ネットワークの趣旨に賛同し出席する者を会員とする。

2. 名簿： 会員は名簿に記載し、研修会開催時には案内するものとする。

IV. 幹事

- 医療・保健・福祉・心理分野等の関係者より15名以内をもって構成する。

V. 役員

1. 役員は、代表幹事1名、副代表幹事1名、会計幹事1名をもって構成する。

2. 役員の選任及び任期

- 幹事会において選任される。任期は、特に定めない。

VI. 幹事会

- 幹事会は幹事を持って構成し代表幹事が招集、議長を務める。

VII. 運営

1. 研究会の開催

- 年6回(1, 3, 5, 7, 9, 11月の隔月)研究会を開催する。但し、幹事が必要と認めたときは、臨時の講演会を開催できる。

2. プログラム、演題等

- プログラムの内容、演題の採否は幹事会で決定する。

VIII. 会費

1. 会費： 会員の年会費を1,000円とする。

2. 会計： 会計幹事は、幹事会で会計報告を行うものとする。

IX. 会則の改変

- 本会則の変更は、幹事会において決議され、成立する。

付則：この会則は、平成11年4月1日から施行する



岡山HIV診療ネットワークの目的と組織図

- ・ネットワーク発足の目的：本ネットワークは、岡山県におけるHIV感染症の診療に関する医療・保健・福祉・心理従事者のためのネットワークであり、めまぐるしく変貌するHIV感染症についてのあらゆる情報を提供し、HIV感染者及び、その診療を支援することを目的とする。

HIV感染者/エイズ患者のケアには、医療・保健・福祉・心理の専門家による協力が必要であるが、現在専門家がエイズの疾病や感染者、患者の現状やニーズについて学習する場は大変限られている。また、おののおのの職種は単独での活動が主になっているため、他職種との連携機能が欠如しており、このような単独活動は、感染者/患者のケアを行う際大きな支障を生むと考えられる。

このネットワークでは専門家のHIV/エイズの正確な知識の習得やHIV感染者/エイズ患者へのより一層の理解と、異職種間の連携の形成を主題に、今後のケア体制の充実への貢献となる活動を行っていくことを目的としている。

この目的達成のため、HIV感染症の医療・保健・福祉およびカウンセリングなど研究発表、討議および研修の場を提供し、広く意見の交換を行うことによりHIV感染症とその関連領域に関する適切な医療の推進と普及を図るものである。

- ・ネットワークの組織図：ネットワーク代表幹事 1名、幹事 12名、総務 1名(幹事兼務)

代表幹事	山大医学部保健学科	教授	山田 治
幹事	HIVと人権情報センター岡山	赤松慧都子	
	岡大病院総合患者支援センター	MSW	石橋京子
	倉敷中央病院外来	副師長	白神貴子
	岡山済生会総合病院	副院長	高田眞治
	岡山大学保健管理センター	教授	戸部和夫
	岡山理科大学	講師	中島弘徳
	岡山市保健所保健課	所長	中瀬克己
	岡山市南保健センター	係長	松本誠子
	倉敷中央病院小児科	医長	藤原充弘
	川崎医科大学附属病院看護部	主任	三宅晴美
	川崎医科大学血液内科	助教授	和田秀穂
総務・会計	川崎医科大学附属病院看護部主任		三宅晴美
(兼務)			

2005年3月1日現在

*入会連絡先：〒701-0192 倉敷市松島577
川崎医科大学附属病院看護部 TEL：(086)462-1111
三宅 晴美



岡山HIV診療Network news Vol.12(6) 2005.11.22

■編集：岡山HIV診療ネットワーク事務局

■発行：〒701-0192 倉敷市松島577

川崎医科大学附属病院看護部内

「岡山HIV診療ネットワーク」事務局

■発行者：山田 治

E-mail: osamuymd@yamaguchi-u.ac.jp