

岡山 HIV 診療 Network NEWS

第14卷第2号(通巻78号)

2007年3月27日

I. 第78回定例会プログラム

[場所: 倉敷中央病院・総合保健管理センター 古久賀ホール]

[当番世話人: 白神孝子/藤原充弘]
[倉敷中央病院看護部/小児科]

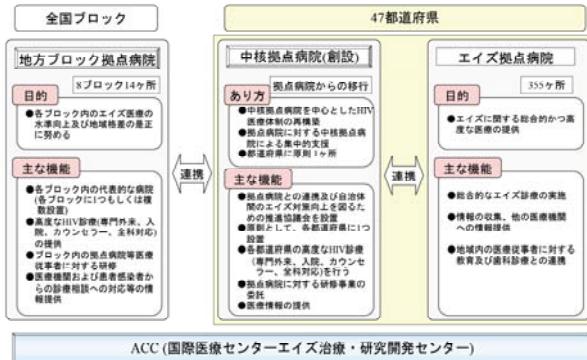
①報告事項

[1]エイズ中核拠点病院とは

[和田秀穂先生]
[川崎医科大学附属病院内科]



医療提供体制の再構築



本号のハイライト

- 1 エイズ中核拠点病院とは: 和田秀穂/川崎医大
- 3 Mini レクチャー1: 阿曾沼和代/倉敷中央病院
- 6 Mini レクチャー2: 畑井浩子/広大病院薬剤部
- 8 症例提示: 高馬章江/岡山大病院第一外来
- 9 HIV情報学会: 第21回日本エイズ学会総会
- 10 HIV情報: [1-2] いきなりエイズ判明事例 他
- 11 HIV情報: [3-4] 米国女性のHPV有病率 他

エイズ予防指針における中核拠点病院の位置づけ

エイズ予防指針(旧)

第三 医療の提供／一 医療提供体制の確保／1 医療機関の確保

「患者等に対する医療及び施策が更に充実するよう、国のHIV治療の中核的医療機関である国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター、地方ブロック拠点病院及びエイズ治療拠点病院の機能を強化し、医療水準の向上及びその地域格差の是正を図るとともに、一般の医療機関においても診療機能に応じた良質かつ適切な医療が受けられるような基盤作りが重要である。」

エイズ予防指針(新)

第三 医療の提供／一 総合的な医療提供体制の確保

「国及び都道府県は、患者等に対する医療及び施策が更に充実するよう、国のHIV治療の中核的医療機関であるACC、地方ブロック拠点病院及びエイズ治療拠点病院の機能を強化するとともに、新たに中核拠点病院を創設し、エイズ治療拠点病院の中から都道府県ごとに原則として一か所を指定し、中核拠点病院を中心に、都道府県内における総合的な医療提供体制の構築を重点的かつ計画的に進めることが重要である。」

中核拠点病院の機能

1. 高度なHIV診療の実施

①HIV診療に十分な経験を有する医師を確保するとともに、外来における総合的なHIV診療が可能となる体制や、関係職種からなるチーム医療体制の整備が図られること

②HIV感染者に対する入院医療が可能となる体制を整備すること

③全科による診療体制を確保すること

④カウンセリングを提供できる体制を整備すること

2. 必要な施設・設備の整備

①患者のプライバシーを守ることが可能な外来診療室を設置すること

②病状に応じて、個室への収容が可能であること

③院内感染防止に関する必要な備品を整備すること

④その他HIV診療に必要な機器を整備すること

3. 拠点病院に対する研修事業及び医療情報の提供

都道府県内の拠点病院の医療従事者等に対する各種研修を実施し、エイズ診療にあたる人材の育成を図ること。また、各都道府県内の拠点病院やHIV診療・ケアに関する情報を拠点病院の医療従事者に対して提供すること。

4. 拠点病院等との連携の実施

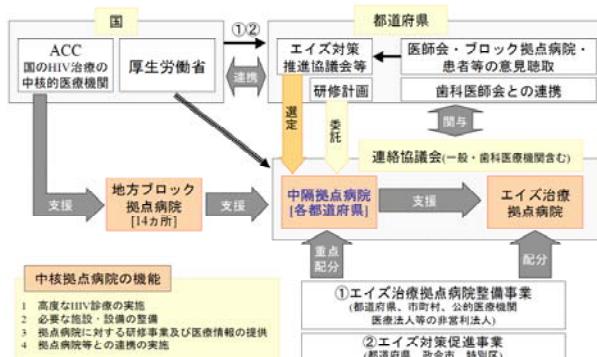
中核拠点病院は、拠点病院等との連携を進めため、連絡協議会を設置し、必要な連携調整を図ること。なお、連絡協議会の構成については、一般医療機関や歯科医療機関との連携が図られるよう委員の選任に配慮すること。

都道府県の役割

1. 中核拠点病院の選定にあたっては、地域のHIV感染の発生動向に留意しつつ、現行のHIV医療体制を

- 評価した上で、単に中核拠点病院の選定にとどまらず、都道府県内において良質かつ適切な HIV 医療を提供する観点から検討を進められたい。
- 都道府県は、適切な医療機関の連携を図るため、中核拠点病院が設置する連絡協議会の運営に積極的に関与されたい。
 - 中核拠点病院や拠点病院の診療の質の向上を図るために、都道府県は、毎年度、研修計画を策定し、その実施に当たって全部または一部を中核拠点病院に委託されたい。
 - 都道府県は、患者等に対する歯科診療を確保するため、地域の実情に応じて、診療に協力する歯科診療所との連携を進められたい。そのため、都道府県歯科医師会と連携しながら、研修会等を通じ、HIV・エイズに対する正しい知識と感染防止対策の周知徹底等を図っていくことが求められる。

中核拠点病院を中心とした医療体制の再構築



重点的に連絡調整すべき都道府県等の選定について 選定の背景と目的

<背景>

従来、わが国における HIV 感染者やエイズ患者の発生動向については、関東地方を中心として増加してきたが、近年、地方の大都市においても感染者・患者が増加傾向にある。

<目的>

HIV 感染者やエイズ患者の報告数が特に多い地域の地方自治体と重点的に連絡調整を行うことにより、効果的なエイズ対策を進める。

選定基準及び選定期間

<選定基準>

①過去 3 年間の新規 HIV 感染者・エイズ患者合計報告数平均の人口 10 万人に対する割合が全国平均以上の都道府県及び当該都道府県内の政令指定都市

②HIV 感染者・エイズ患者の報告数が著しく多い地域
<選定期間>

当面 2 年間とする。

ただし、選定基準、選定期間の見直しは必要に応じて行う。

対象自治体(16 自治体)

都道府県(10 自治体)：茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県、長野県、愛知県、大阪府、沖縄県

政令指定都市(上記都道府県内の 6 自治体)：さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、名古屋市、大阪市

10 重点都道府県の HIV 感染者報告数は、全国の 75~81% AIDS 患者報告数は、全国の 68~77%
(2002 年から 2005 年調べ)

指針に基づく施策展開

普及啓発及び教育：

<国が中心となる施策：一般的な普及啓発>

- HIV/エイズに係る基本的な情報・正しい知識の提供
- 普及啓発手法の開発、普及啓発手法マニュアル作成

<地方自治体が中心となる施策：個別施策層に対する普及啓発>

- 青少年、同性愛者への対応
青少年エイズ対策事業／同性愛者等予防啓発事業

検査相談体制の充実：

<国が中心となる施策：検査相談に関する情報提供>

- HIV 検査普及習慣(毎年 6/1~7) の創設
- 検査相談に係る情報提供体制の再構築
- 検査手法の開発、検査相談手法マニュアル作成

<地方自治体が中心となる施策：検査・相談体制の充実強化>

- 利便性の高い検査体制の構築(平日夜間・休日・迅速検査等)

年間検査計画の策定と検査相談の実施

医療提供体制の再構築

<国が中心となる施策：新たな手法の開発>

- 外来チーム医療の定着
- 病診連携のあり方の検討→エイズ医療提供病診連携モデル事業の創設

<地方自治体が中心となる施策：都道府県内における総合的な診療体制の確保>

- 中核拠点病院の整備を中心とした都道府県内における医療体制の確保
- 連絡協議会の設置等による各病院間の連携支援



岡山県の現状と課題

特徴

- ・10の拠点病院すべてが、HIV/AIDS診療に実際に携わっている。
- ・初期から岡山HIV診療ネットワークが活動し、連携体制がすでに構築されている。
- ・医療機関や行政関係者に、熱心な医師、看護師、薬剤師、心理相談員、MSWなどが多い。

課題

- ・歯科診療所との連携がほとんど出来ていない。
- ・難治例、重症例、終末医療の経験不足。

平成19年度の目標

- ・第1回の連絡協議会を早々に開催。
(岡山HIV診療ネットワークと合同開催?)
(ワークショップ形式で6月末~7月初旬頃)
- ・課題ごとにワーキンググループを立ち上げ。
- ・第21回日本エイズ学会総会(11月)に発表。

■ END

[2]HIV・エイズ研修会等の情報提供

[山田 治]
[山口大学大学院医学系研究科]

■ END

②6:45~7:20 ミニレクチャー -1-

司会：藤原充弘/倉敷中央病院小児科

演題：「最近の抗HIV薬と当院での服薬指導の現状」

講師：阿曾沼和代先生/倉敷中央病院薬剤部

治療を成功させるために

アドヒアラランスの向上を

- ・血中あるいは細胞内半減期が長い薬剤
→ 1日1回療法
- ・合剤の開発 → 服薬錠数 減
- ・食事の影響がない
- ・保管が室温で可能

3剤以上を併用する多剤併用療法 HAART・推奨レジメン

	A		B
好ましい薬剤	NNRTI PI	EFV ATV+RTV FPV+RTV LPV+RTV	AZT/3TC TDF/FTC
その他の好ましい薬剤	NNRTI PI	NVP ATV FPV FPV+RTV	ABC/3TC ddI+3TC

+

抗HIV薬

- ・抗HIV薬として下図の薬剤のうち2~3種類を1~2回/日内服してもらう必要があります。
- ・昔は薬剤師も大変でした・・・・

カレトラソフトCap→カレトラ錠

- * 200mg/1cap → 300mg/1錠
- * 要冷所 → 室温

- * 要食後服用 → 食事の影響なし
- * でも・・・おおきい・・・ね！

抗HIV薬の副作用

- * 乳酸アシドーシス・脂肪肝・ギランバレー症候群様症状(NRTI)
- * 肝機能障害
- * 高血糖・糖尿病(PI)
- * リポジストロフィー/体脂肪分布異常・高脂血症
- * 出血傾向(PI)
- * 骨壊死・骨減少症・骨粗鬆症
- * 発疹(NNRTIで最も多い)



倉敷中央病院の概要

1,116床(一般1,106床、第2種感染症10床)

手術室 19室 ICU 8床 CCU 24床 NCU 8床 PICU 6床 NICU 15床
血管造影室 5室 ヘリポートなど
災害拠点病院・地域がん診療拠点病院・総合周産期母子医療センター

紹介率42.8%

- 平均在院日数 12.0 日
- 新入院患者数/年 26,941人
- 入院1日平均患者数 1,103人
- 外来1日平均患者数 2,916人
- 救急患者数/年 57,942人(救急車受入数 7,038件)
- 手術件数 11,410件
- 職員数 2,165人(平成18年4月1日現在) 医師343人
- 看護師 1019人 薬剤師 72人 技術員 294人
- 事務員ほか437人

科診療部門

広く医療に貢献し、心と身体の健やかな毎日を支えています。

消化器内科(肝臓グループ/消化管グループ)

呼吸器内科 糖尿病内科 腎臓内科

血液内科 内分泌代謝・リウマチ内科 小児科

外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科

泌尿器科 産婦人科 眼科

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

放射線科 麻酔科 形成外科 心臓血管外科

心療内科 呼吸器外科 循環器内科 神経内科

リハビリテーション科 齒科

服薬指導要目配置表			
1. 薬剤名	第一回	回数	回数
2. 薬剤名	第二回	回数	回数
3. 薬剤名	第三回	回数	回数
4. 薬剤名	第四回	回数	回数
5. 薬剤名	第五回	回数	回数
6. 薬剤名	第六回	回数	回数
7. 薬剤名	第七回	回数	回数
8. 薬剤名	第八回	回数	回数
9. 薬剤名	第九回	回数	回数
10. 薬剤名	第十回	回数	回数
11. 薬剤名	第十一回	回数	回数
12. 薬剤名	第十二回	回数	回数
13. 薬剤名	第十三回	回数	回数
14. 薬剤名	第十四回	回数	回数
15. 薬剤名	第十五回	回数	回数
16. 薬剤名	第十六回	回数	回数
17. 薬剤名	第十七回	回数	回数
18. 薬剤名	第十八回	回数	回数
19. 薬剤名	第十九回	回数	回数
20. 薬剤名	第二十回	回数	回数

※本表は各薬剤の回数を記入するための用紙です。記入した回数は、原則として1回の回数を記入する場合です。



「薬剤師のための抗HIV薬服薬指導研修会」

抗HIV療法の目標

- * 血中ウイルス量を
最大限かつ検出限界以下に抑え続ける
- * 免疫能を回復・維持する
- * QOLを改善する
- * HIV関連疾患及び死亡を減らす



バクタ脱感作療法用バクタ顆粒の調剤

10時	22時
* 1/18 0.005	0.010
* 1/19 0.020	0.040
* 1/20 0.100	0.200
* 1/21 0.400	0.800
* 1/22～ 1.000	(g) = 1錠

allergic reaction (発疹、肝機能障害、白血球減少など) が出れば、1つだけdose を落としたところから再開。内服後、症状を確認してから次のstepへ。問題なければ、HAARTへ。

38歳男性

国籍 ブラジル

現病歴 2006年5月29日から38℃～40℃台の発熱、頭痛（特に咳嗽時）、乾性咳嗽、嘔気、嘔吐が出現。症状改善しないため前医受診し、髄膜炎疑いで同年6月5日当院紹介入院となる。

既往歴 36歳よりB型肝炎に対してラミブジン内服

個人歴 約20年前 輸血歴あり
15年前より日本在住 既婚

HIV耐性検査結果 2006.7.4															
Nucleoside RT inhibitors															
Nonnucleoside RT inhibitors															
M4 1	D67 D	Y69 K	L210 L	T	K21 9	V75 V	M18 4	K6 5	L74 L	T69 T	A62 A	V75 V	F7 F	F116 Q15 1	
M D	D K	K L	L T	T	K V	V K	M G	G I	L A	T A	A V	F I	F L	Q Q	
Protease inhibitors															
IDV				RTV				SQV				NFV			
L10 V	K20 K	L24 L	D30 D	M36 I	M45 M	G48 G	I54 I	L63 L	A71 A	V82 V	I84 I	L90 L			

HIV耐性検査成績

- 1) Nucleoside RT inhibitors : 184番 M→V
- 2) Protease inhibitors: 10番 L→V
- 3) Protease inhibitors: 36番 M→I

ゼフィックス錠 100 100mg 1錠

〔一般名〕ラミブジン

採用薬 薬価 1638.7

* 本剤単独投与の場合

通常、成人にはラミブジンとして1回100mgを1日1回経口投与する。

* アデホビルピボキシルとの併用の場合

通常、成人にはラミブジンとして1回100mgを1日1回、アデホビルピボキシルとして1回10mgを1日1回、それぞれ経口投与する。

ゼフィックス

用法及び用量に関する使用上の注意

4. HIVに重複感染している患者に投与する場合には、抗HIV薬であるエピビル錠、コンビビル錠、エブジコム錠をHIV感染症に対する用法・用量（通常、他の抗HIV薬と併用して、ラミブジンとして1回150mgを1日2回）により投与すること。

ツルバダ

用法及び用量に関する使用上の注意

5. 腎機能障害患者では、血中濃度半減期の延長が認められ、血中濃度が増大するので、クレアチニクリアランスに応じて、下表のとおり投与量の調節が必要である（「薬物動態」の項参照）。なお、血液透析患者（4時間までの透析を2～3回/週施行）に対しても、下記のとおりクレアチニクリアランスに応じ、投与量を調節すること。

患者の腎機能に対応する用法・用量の目安
(外国人データ)

HIV感染症を早期に診断する！

- * 患者さんを死なせない
- * 医療費を削減し、必要な患者さん達に使えるように→医師への情報提供を

当院DI画面では・・・

- * 薬品名（ひらがな可）
- * 一般名（カタカナ・漢字名称）
- * 薬効コード検索

ラミブジン・・・で検索すると

- ・コンビビル錠 1錠
- ・[発：グラクソ・スミスクライン 製：グラクソ・スミスクライン] 採用薬 [用時購入]
- ・エピビル錠 150
- ・[発：グラクソ・スミスクライン 製：グラクソ・スミスクライン] 採用薬
- ・ゼフィックス錠 100 100mg 1錠
- ・[発：グラクソ・スミスクライン 製：グラクソ・スミスクライン] 採用薬

当院採用のジスロマックは？

- 1 ジスロマックカプセル小児用 100mg 100mg 1カプセル
〔販：ファイザー 製：ファイザー〕 非採用
- 2 ジスロマック細粒小児用 100mg 1g
〔販：ファイザー製薬 製：ファイザー製薬〕 採用薬 ジスロマック細粒 100mg/g
- 3 ジスロマック錠 250mg 250mg 1錠
〔販：ファイザー製薬 製：ファイザー製薬〕 採用薬 ジスロマック錠 250mg
- 4 ジスロマック錠 600mg 600mg 1錠
〔販：ファイザー 輸：ファイザー〕 採用薬 ジスロマック錠 600mg
- ・科限定：呼吸器内科に限定して使用可



効果不十分 が判定されたとき

保険適応あり

- 薬剤耐性検査(genotype/phenotype検査)
- 薬物血中濃度モニタリング
- ・アドヒアランスの確認 → 患者教育

HIV 耐性検査結果 倉敷中央病院 2006.11.30																																																																																																			
Nucleoside RT inhibitors																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="12"></td> <td colspan="2">d4T</td> <td colspan="2">3TC</td> <td colspan="2">ddI</td> <td colspan="4">MDR RT</td> </tr> <tr> <td colspan="12"></td> <td colspan="2">ddC</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">AZT</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>M₁</td><td>D₆₇</td><td>R₆₈</td><td>L₂₁₀</td><td>K₂₁</td><td>V₇₅</td><td>M₁₈</td><td>K₆</td><td>L₇₄</td><td>T₆₉</td><td>A₆₂</td><td>V₇₅</td><td>F₇</td><td>F₁₁₆</td><td>Q₁₅</td> </tr> <tr> <td>M</td><td>D</td><td>K</td><td>K</td><td>T</td><td>K</td><td>V</td><td>D</td><td>R</td><td>L</td><td>T</td><td>A</td><td>V</td><td>F</td><td>Q</td> </tr> </table>																								d4T		3TC		ddI		MDR RT																ddC								AZT																M ₁	D ₆₇	R ₆₈	L ₂₁₀	K ₂₁	V ₇₅	M ₁₈	K ₆	L ₇₄	T ₆₉	A ₆₂	V ₇₅	F ₇	F ₁₁₆	Q ₁₅	M	D	K	K	T	K	V	D	R	L	T	A	V	F	Q
												d4T		3TC		ddI		MDR RT																																																																																	
												ddC																																																																																							
AZT																																																																																																			
M ₁	D ₆₇	R ₆₈	L ₂₁₀	K ₂₁	V ₇₅	M ₁₈	K ₆	L ₇₄	T ₆₉	A ₆₂	V ₇₅	F ₇	F ₁₁₆	Q ₁₅																																																																																					
M	D	K	K	T	K	V	D	R	L	T	A	V	F	Q																																																																																					
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">N</td> <td colspan="2">V</td> <td colspan="2">V</td> <td colspan="2">Q</td> <td colspan="2">V</td> <td colspan="2">S</td> </tr> </table>												N		V		V		Q		V		S																																																																													
N		V		V		Q		V		S																																																																																									
Nonnucleoside RT inhibitors																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="12">Nevirapine</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NNRTI</td> <td colspan="2">NNRTI</td> <td colspan="2">NNRTI</td> <td colspan="2">NNRTI</td> <td colspan="2">NNRTI</td> <td colspan="2">NNRTI</td> </tr> <tr> <td>N</td><td>V</td><td>V</td><td>Q</td><td>V</td><td>S</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												Nevirapine												NNRTI		NNRTI		NNRTI		NNRTI		NNRTI		NNRTI		N	V	V	Q	V	S																																																										
Nevirapine																																																																																																			
NNRTI		NNRTI		NNRTI		NNRTI		NNRTI		NNRTI																																																																																									
N	V	V	Q	V	S																																																																																														
Protease inhibitors																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">IDV</td> <td colspan="2">RTV</td> <td colspan="2">SQV</td> <td colspan="2">NFV</td> </tr> <tr> <td>L₁₀</td><td>K₂₀</td><td>L₂₄</td><td>D₃₀</td><td>M₃₆</td><td>M₄₆</td><td>G₄₈</td><td>I₅₄</td><td>L₆₃</td><td>A₇₁</td><td>V₈₂</td><td>I₈₄</td> </tr> <tr> <td>V</td><td>K</td><td>L</td><td>D</td><td>I</td><td>M</td><td>G</td><td>I</td><td>L</td><td>A</td><td>V</td><td>I</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>L</td> </tr> </table>												IDV		RTV		SQV		NFV		L ₁₀	K ₂₀	L ₂₄	D ₃₀	M ₃₆	M ₄₆	G ₄₈	I ₅₄	L ₆₃	A ₇₁	V ₈₂	I ₈₄	V	K	L	D	I	M	G	I	L	A	V	I												L																																												
IDV		RTV		SQV		NFV																																																																																													
L ₁₀	K ₂₀	L ₂₄	D ₃₀	M ₃₆	M ₄₆	G ₄₈	I ₅₄	L ₆₃	A ₇₁	V ₈₂	I ₈₄																																																																																								
V	K	L	D	I	M	G	I	L	A	V	I																																																																																								
											L																																																																																								

薬剤管理指導報告記録

■ 報告書 実施日：2007年1月26日 *コストフリー ◆渡した資料：①ウイルス量・CD4数の時系列表 ③耐性検査結果（治療前と今回の）②HIV／エイズ対訳用語集（日本語・ポルトガル語）（NGO版資料）：入院中にお渡したものを再度◆説明対象：患者本人◆理解度／コンプライアンス：？◆説明事項／処方の継続・変更について／臨床検査値／コメント[①②を見ていただき、③から必要な用語（耐性・耐性検査・CD4数・免疫等）を読んでもらしながら、治療経過の全貌を理解していただくよう説明、さらに問題点を説明。服薬に関してはご本人の申告では「飲まなかった時は一度だけ、その日だけは翌朝飲んだ」ということ。今後は服薬回数が増えるかも知れること、だんだん治療の選択肢（使える・効果のある薬剤）が減っていく可能性があることを含め妻にも帰宅後説明をしてもらうこと、妻に服薬の確認をしてもらうようにすること、携帯電話のアラームを使って服薬時間をきちんと固定（今は1～2時間のずれはありそう）することを指導した。（本日のウイルス量↓・・・？）】

■ 実施日：2007年2月9日 ◆説明対象：患者本人 ◆説明事項：薬品名[カレトラソフトCap]/服用方法・投薬方法・使用方法／効能効果／処方の目的／副作用[皮疹→どんどんひどくなるようなら必ず連絡を。下痢も頻度が高い、中には服用中止（薬剤変更）しなくてはいけないこともある]／飲み忘れの対応／処方の継続・変更について／保管方法[冷蔵庫保管]／コメント[時間をきちんと守って飲んでいただくことを再度血中濃度とあわせてお話しする。治療に次々失敗していくと（耐性がたくさん出来る）使える薬がなくなっていくことももう一度話します。]

スクリーニング検査

勧めることができる名医に！

- * 急性感染症（発熱・倦怠感・リンパ節腫大咽頭炎・皮疹等）
- * 帯状疱疹
- * カンジダ症
- * 肝炎
- * 赤痢アメーバ
- * 皮膚疾患 等 要注意

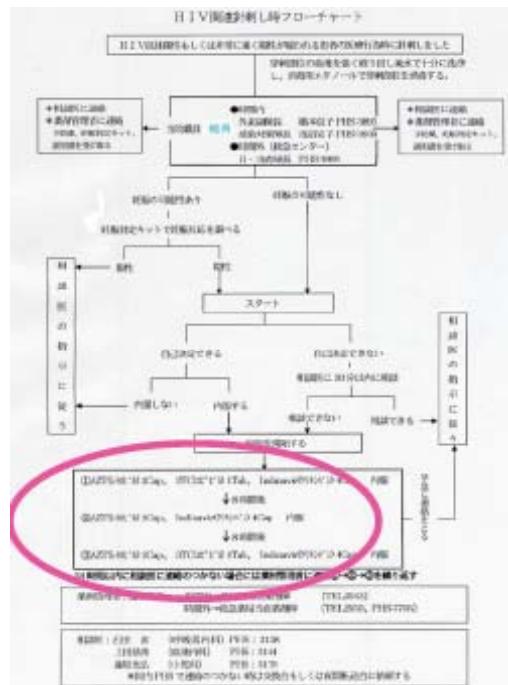
HIV感染症を早期に診断する！

- * 患者さんを死なせない
- * 医療費を削減し、
必要な患者さん達に使えるように
→医師への情報提供を

当院採用 抗HIV薬

- * カレトラ錠 300mg 採用薬 LPV/RTV (386.1)
- * カレトラ・リキッド 暫定採用薬 LPV/RTV (156.9)
- * ツルバダ錠 採用薬 TDF/FTC (3834.4)
- * コンビビル錠 採用薬 [用時購入] AZT/3TC (1958.8)
- * ストックリンCap 200mg 採用薬 [用時購入] EFV (686.5)
- * エピビル錠 150mg 採用薬 3TC (998.6)
- * クリキシバンCap 200mg 採用薬 ID (124.7)
- * レトロビルCap 100mg 採用薬 AZT(ZDV) (331.3)
- * ビラミューン錠 200 暫定採用薬 NVP (1037)
- * ビラセプト錠 250mg 1錠 採用薬 NFV (168.5)
- * ヴァイデックス錠 50mg 1錠 採用薬 ddI (505.1)
- * ヴァイデックス錠 100mg 1錠 採用薬 ddI (973.8)

針刺事故用抗HIV薬



*患者さんを死なせない

*医療費を削減し、

必要な患者さん達に使えるように

早期発見とチーム医療

により

患者さんを救う治療は

成功する！

■ END

7:20~7:50 ミニレクチャー -2-

司会：藤原充弘/倉敷中央病院小児科

演題：「ブロック拠点病院における薬剤師研修とそのプログラムの紹介」

講師：畠井浩子 先生/広島大学病院薬剤部

患者と薬剤師

・薬剤師は、患者から見えやすい

- 「薬は、薬剤師」

・ 服薬は、生活場面のひとつ

- 服薬の継続（飲むことと 飲み続けること）

- 心理社会的問題と密接な場合が多い

- 患者のサインが、隠れている

- MSWとの連携

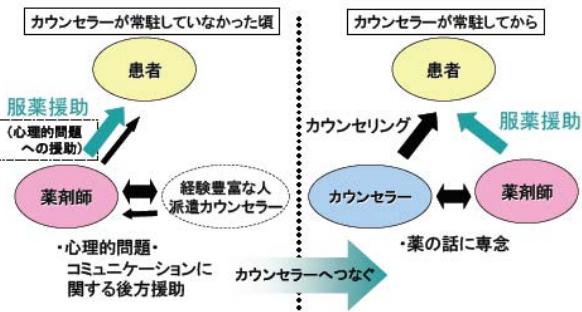
- カウンセラーへつなぐ

医師と薬剤師

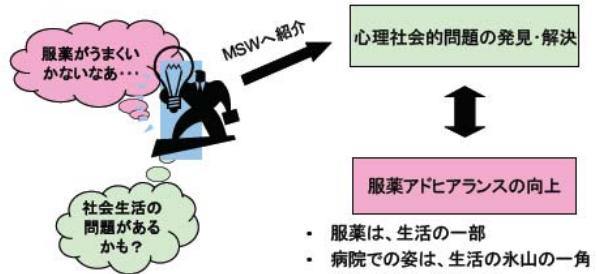
- 薬剤に関する情報提供…
- 服薬援助から得た問題点・解決方法を共有…

- 服薬開始前 • 服薬開始前に、ストップをかける
 服薬開始時 • HAART処方設定を提案
 服薬開始後 • HAART処方変更を提案

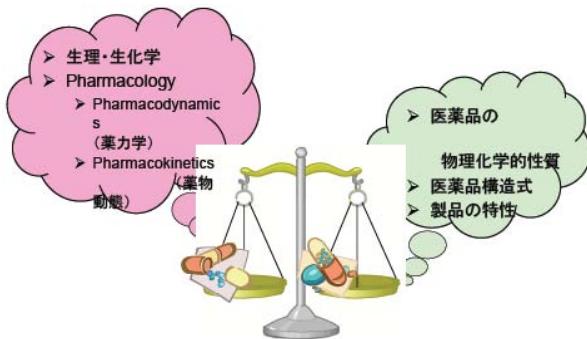
カウンセラーと薬剤師



MSWと薬剤師



薬剤師からの情報提供の基本は、ここにある！



薬学的知識に基づいた情報提供

中国四国ブロック研修会

- ・裾野を広げる役割
- ・専門性を高める役割

HIV感染症専門薬剤師養成 (日本病院薬剤師会)

HIV診療における
・高度な専門性

HIV診療における

- ・診療の認識を深める
- ・服薬指導の理解を深める
- ・服薬指導ができる
- ・薬物療法の選択ができる
- ・効果、副作用、アドヒアランス

抗HIV薬服薬指導研修会

対象： 中四国ブロックの拠点病院に勤務する薬剤師

形式：講義と体験学習による研修会（1泊2日）

形式：講義と体験学習による研修会（1泊2日）

講師・スタッフ：

- 医療従事者（薬剤師、医師）
- 心理社会的背景の専門職（臨床心理士・MSW）
- HIV感染症の患者

研修内容

*講義

- ・HIV感染症の総論
- ・抗HIV療法

- ・服薬アドヒアランス向上のための取り組み
- ・服薬指導の実際
- *症例検討
- *体験学習
 - ・ロールプレイング
 - ・シミュレーション→抗HIV薬の服薬スケジュール作成
 - ・HIV感染症の患者さんの話し

		薬剤師(人)	講師	NA UNIVERSITY
平成10年度	第1回	27	日笠 聰 (兵庫医科大学)	
	第2回	33	日笠 聰 (兵庫医科大学)	
平成11年度	第3回	29	山元泰之 (東京医科大学)	
	第4回	28	森原 健 (国立大坂病院)	
平成12年度	第5回	22	森原 健 (国立大坂病院)	
	第6回	25	日笠 聰 (兵庫医科大学)	
平成13年度	第7回	29	今村顕史 (東京都立駒込病院)	
	第8回	27	内海 真 (国立名古屋病院)	
平成14年度	第9回	30	山本政弘 (九州医療センター)	
	第10回	33	日笠 聰 (兵庫医科大学)	
平成15年度	第11回	31	立川夏夫 (ACC)	
	第12回	31	白坂琢磨 (大阪医療センター)	
平成16年度	第13回	32	照屋勝治 (ACC)	
	第14回	29	今村顕史 (東京都立駒込病院)	
平成17年度	第15回	36	中村哲也 (東京大学医学研究所)	
	第16回	34	天野景裕 (東京医科大学)	
平成18年度	第17回	33	藤井毅 (東京大学医学研究所)	
	第18回	28	菊池 (ACC)	

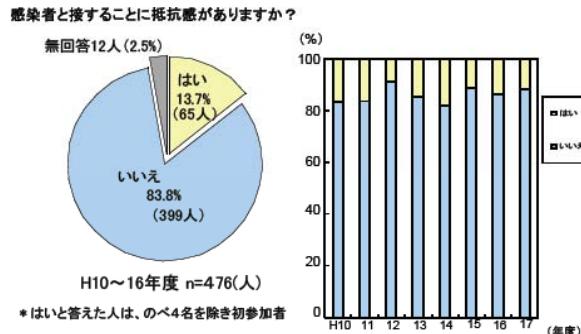
平成12年度以降厚生労働省中国四国ブロックエイズ対策事業との共催のべ薬剤師参加者537名「HIV/AIDS専門カウンセラーリン修会」を同時に開催

第17回 抗HIV薬服薬指導研修会プログラム

- 平成18年12月9日(土)
- 13:00 - 開会:説明、自己紹介等
 - 13:15 - 講義:「HIV感染症の治療」
(東京大学医学研究所附属病院:医師 藤井 毅さん)
 - 15:00 - 講義:「九州医療センターにおける心理社会的支援について」
(九州医療センター:臨床心理士 辻 麻理子さん)
(福岡県エイズ派遣ソーシャルワーカー:MSW 本松由紀さん)
 - 16:00 - HIV感染症の患者さんの話話
(財団法人倉敷中央病院:薬剤師 阿曾沼和代さん)
 - 16:50 - 症例報告:倉敷中央病院の症例
(財団法人倉敷中央病院:薬剤師 阿曾沼和代さん)
 - 18:00 - 夕食:全員で夕食
 - 19:30 - 演習:「オリエンテーション」「ロールプレイによる服薬指導の体験的学習」
(広島大学大学院教育学研究科心理学:臨床心理士 見玉憲一さん他)
 - 21:00 - 終了
(終了後 懇親会!!)
- 平成17年12月10日(日)
- 9:00 - 演習「ロールプレイによる服薬指導の体験的学習」
(広島大学保健管理センター:臨床心理士 内野悌司さん)
 - 12:30 - 閉会

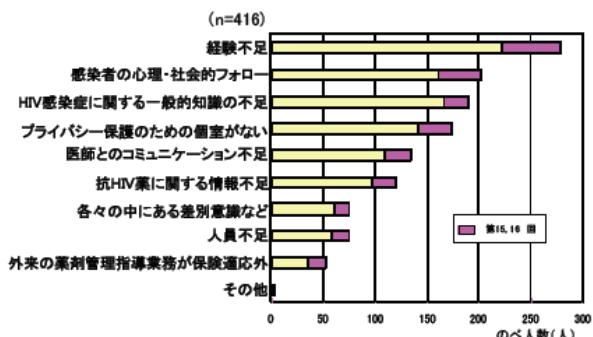


アンケート結果(第1~16回)



研修前アンケート結果(第3~16回)

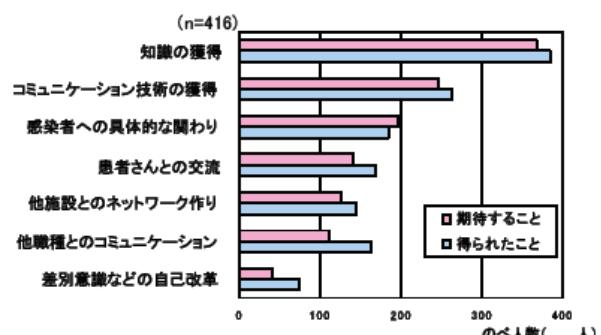
HIV感染者の服薬指導を行なう上で、問題点となっているのは何だと思いますか？(複数回答可)



アンケート結果(第3~16回)

研修会に何を期待されていますか？

で何を得ることができましたか？(複数回答可)



ロールプレイングから分析した薬剤師のコミュニケーション技法の特徴

- 開かれた質問が多く、閉ざされた質問も含め、介入全体の半分以上が質問であった。
- 感情的侧面についての焦点づけが少なく、症状や薬の効果、副作用、医師の説明について焦点を当てることが多かつた。
- 情報提供によって、患者に正しい知識と理解の獲得や不安の軽減を図っている。
- 過去の服薬経験を聴取して、服薬アドヒアランスの予測を立てている。
- 服薬の不安や副作用など医師に言いにくいことをすくいあげ、医師に橋渡しする働きを行なっている。

協力者；内野悌次、児玉憲一

薬剤師のコミュニケーション技法の課題

- 薬剤師は、薬理学についての自分のスペシャリティには自信と責任を持って対応しており、症状や薬の作用、副作用、服薬行動といったことに焦点づけが集中している。今後は、さらに患者自身やその生活にも焦点を当てて理解していくこと。

- ・薬を飲む必要性を感じていない患者の服薬動機づけを高めるために、心理的理 解を深めること。
 - ・服薬アドヒアラ NSの低い患者の心理社会的問題に焦点を当て、これらの問題に関しては臨床心理士やソーシャルワーカー、看護婦に紹介しつなぐこと。

協力者；内野悌次、兒玉憲一

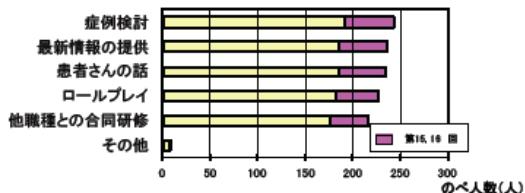
初参加者とリピーターとの比較検討

被験	物語	ピタ—
ンババ・ ヨエケン	複合せむがひ 相をまなぶがいる	複合せ話せる 相をもうな語聞く
語焦点方	葉摺副猪脚 達か心	誰はわる夜も 醒
	蓋因者復かひ	復者とにして發言 受けぬを理解伝 返す
底特徴	閉き語間多さの傾 向あ	閉れ開ひ始て 閉き語間な話 題故でく
	す籠をまなざる	す籠題聞きば 話合

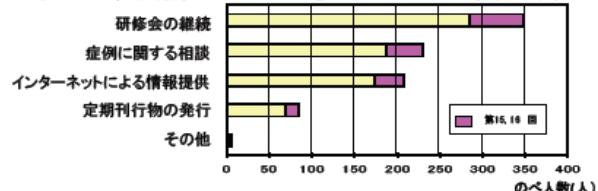
協力者；内野悌次、兒玉憲一

アンケート結果 第3～16回

今後どのような研修が必要であると思いますか？ (複数回答可)



今後ブロック拠点病院にどのようなことを望まれますか？（複数回答可）



今後の課題

- ・ 継続
 - 服薬指導経験者と未経験者
 - ・ 研修会後、院内でどのように機能するか
 - 医師とのコミュニケーション、相互理解
 - 他職種（カウンセラー、MSWなど）との連携
 - 相互理解
 - ・ 症例の共有
 - 各施設の症例数が少ない
 - ・ 薬剤師の人員不足
 - 外来の服薬指導に対する診療報酬
 - ・ チーム医療加算
 - 診療チームから薬剤部への働きかけ
 - 研究班や学会からの働きかけ

薬剤師間ネットワーク

地方から全国へ、全国から地方へ

全国ブロック薬剤師連絡会

HIV領域担当薬剤師セミナー

HDMIなど(薬剤師・他職種間)



薬剤師ネットワークの役割

- ・最新情報を共有
 - ・経験豊富な施設と、経験がない（少ない）施設が、経験を情報共有
 - ・服薬援助などで生じた問題点・解決方法を情報共有
 - ・作成資料などを共有
 - ・モチベーションを維持

<MEMO>

END

③8:00~8:30 症例検討

テーマ:HIV 告知で患者が混乱、病院も混乱した一週間－医療者の関わり方を考える－

[司会：藤原充弘／倉敷中央病院小児科] [症例提示：高馬章江 先生/岡山大病院第一外来]

事例 Bさん

【病例】 44 岁，男性

- ・職業：警備員
 - ・感染経路：不明
 - ・病期：HIV感染症
 - ・既往歴：B型肝炎、十二指腸潰瘍（小学2年）、急性虫垂炎
 - ・家族構成：父、母、弟がいるが、Bさんは母の連れ子家をとび出してから10年は音信不通

受診経緯

- ・2004年頃より左足のしびれ感あり
 - ・2006年6月頃より左膝下暗赤色変色あり
 - ・2007年1月3日～下痢、嘔吐、寒気、全身倦怠感、左足疼痛増強
 - ・1月14日A病院を受診 RBC 315 万、Hb 8.6 g/dl、TP 11 g/dl、多発性骨髄腫の疑いで精査目的で入院。皮膚

生検施行。脂漏性皮膚炎の鑑別としてHIV検査を施行した結果、陽性を認め当院紹介入院となる。

A病院でHIV告知をされて

最初聞いた時は、頭が真っ白になった。
病院の屋上に登って飛び降りようと思った。
泣きたいほどつらかった。
でも生きたいという思いがわいてきて、生きようと思つた。

入院第1日目 “僕はこういう人間です”

- ・僕は戦うつもりで入院した。今の僕は戦闘体制です。
 - ・中途半端にされることがなによりも腹が立つ。駄目なものは駄目、これはこれと、はっきり言ってほしい。
 - ・分からぬことがあると何度も聞きます。
 - ・会話が成り立たない看護師や医師には、「お前は来るな」とはっきり言います。そうしたら来ないで下さい。入院中のエピソード
 - ・シャワー室に湯船がないことを、看護師が説明しなかつたと激怒。
 - ・医師が「たばこを出来れば止めた方がいい」と話すと、「出来れば」という曖昧な言葉は止めてください、何度言ったら分かる」と立腹。
 - ・ひとつの質問に対し、多くの解答をされると激怒。
 - ・時間を厳守してくれと激怒。
 - ・医療者間で自分の事が申し送り出来てないと激怒。
 - ・途中で話を折れたり、自分の意に合わないと逆上。

1週間の経過

- ・1/31 入院。多弁で興奮状態。夜間5分間隔で詰所へ来る。自分の性格について対応の仕方について話す。
 - ・2/1 頻回なナースコール、クリオグロブリン陽性判明

患者カンファレンス—精神科医師に相談

患者カクノアレンス 精神科医師に相談
職場の上司に連絡一仕事は解雇・寮は2月末で退寮
Bさんへ「精査終了と対応困難で入院不可、明日退院で外来通院」を告げる。夜間10分間隔で詰所に来る。
23時 精神科の指示でリスパダール内服入り眠

• 2/2 精神的にやや落胆羞恥退院

- ・2/2 精神的にドヤ落着と返院
 - ・2/3 H A A R T 開始
 - ・2/5 生活保護が受けられないと勘違いする。
 - ・2/6 病院でうづくまり救急外来へ搬送。勝手に入院病棟へ行き「家に薬をばらまいた、入院したい」と訴える。

入院適応はなく内服薬を処方し帰院。

夜間・頻繁に救急外来受診・無断で病棟に来る。説明しても理解が得られず夜間業務に支障をきたし警察へ通報。

- ・2/7 外来受診（精神科・内科）生活保護本日から受けられるよう手配。入院したいと言って帰らず。帰院は17時。
 - ・2/8 病院長との話し合い（当院弁護士をまじえて）。予約以外は受診不可。診療妨害があれば法的措置と決定。
 - ・現在、再婚し子供が1人いる。自宅酸素療養中。もう2度とかかわりたくない。

当院での検査結果

- #### • HIV - 1 抗體陽性

- ・ C D4 112/mm³
 - ・ H I V - R N A 定量 2.7×10^4 cpy/ml
 - ・ クリオグロブリン陽性
 - ・ 高グロブリン血症 IgG 4397mg/dl
 - ・ 腎機能障害 CRTN 1.64mg/dl
 - ・ 貧血 Hb 8.1g/dl

問題点

- 1)** _____
 - 2)** _____
 - 3)** _____

<MEMO>

END

II HIV 情報

[1]学会及び研修会

1) 第21回日本エイズ学科学術集会・総会



会期：会期：2007年11月28日（水）～30日（金）
会場： 広島国際会議場（広島市）
ご挨拶

第21回日本エイズ学会学術集会・総会は、2007年11月28日（水）から30日（金）までの3日間、広島国際会議場において開催されます。

日本エイズ学会は、エイズに関するわが国唯一の学会として、1987年に研究会として発足したとき以来、基礎や臨床の医学関係者にとどまらず、心理や福祉の専門家などのケア提供者、さらに企業や行政や教育の関係者、患者団体やNGO/NPOの人たちも参加するきわめて学際的な学会として成長してきました。

特に年1回の学術集会は、エイズに関わるもののが一堂に会し、日頃の研鑽の成果を発表する場であると同時に、多くの情報を得て学習する、大変重要な場でもあります。それぞのポジションでレベルアップを図ることを目的とした「STEP UP！」を本年度のメインテーマとし、「教育と情報」を柱に、充実したプログラムを作成し、HIV医療・ケアの充実に貢献したいと思っております。

例年通りの一般演題発表・特別講演・シンポジウムなどにくわえて、今学会では、教育講演を充実したものにしていくつもりです。どうぞ、学会員の皆様とはじめとして、エイズにかかわる多くの皆様のご参加をお待ちしております。

広島大学病院輸血部
高田 昇

1. 会場：広島国際会議場（広島市中区中島町 1-5
TEL:082-242-7777

2. 参加登録：当日受付のみ

3. 参加費：10,000 円、学生は 5,000 円（当日、受付にて学生証の提示をお願いします）

■ 第 21 回学会のホームページ：

<http://jaids21.umin.jp/index.html>

■END

[2]HIV 感染症関連ニュース

1) 中心部より周辺県に多い いきなりエイズ判明事例

===== (2007 年 03 月 22 日)

検査でエイズウイルス(HIV)感染が分かった時に、既にエイズを発症している人の割合は、東京、愛知、大阪に比べ、その周辺県で多い傾向にあることが厚生労働省の集計で 22 日分かった。

HIV は発病すると完治させる治療薬がないが、感染段階なら薬で発病を遅らせることができるため早期発見が求められる。厚労省は「人口の割に検査件数が少ない県はいきなりエイズと診断される例が多い」として、検査件数を増やすことが重要と話している。

関東、東海、近畿で新規患者割合を比較すると、東京都の 21%に対し、茨城県は 50%、千葉県は 42%、埼玉県は 48%、神奈川県は 29%と周辺県が上回った。愛知県の 27%に対し、静岡県は 15%と低かったが、岐阜県が 53%、三重県は 83%。大阪府の 19%に対し、滋賀県は 37%、奈良県 53%、京都府 27%、兵庫県 43%。

<コメント>

■ HIV 感染者がそのために受診をする時は、急性感染とエイズ関連疾患の発病がでたときです。急性感染の場合は髄膜炎の診断で入院することがあります

。多くは自然に沈静化することが多いので、このタイミングを逃さないように

検査を勧める必要があります。ご自身の申告で検査をすることがあります、それ以外では見逃されていることが多いでしょう。

■ エイズ発病の時は、自然に良くならないので、なんとか正しい診断にたどりつくことが多いです。でも中には最後までエイズと思いつかなかったという場合もあるでしょう。・・・・どれぐらいの割合でしょうか。

■ これ以外の圧倒的な時間は無症状です。無症状の時に発見するのは、本が感染のリスクを自覚して検査を受けに行くときで、どれぐらい感染のリスクが本人に伝わっているかによります。自分の仲間に陽性者が出て、ということがなんとなく伝わってくるとか、「元カレの・・・」みたいな話。

■ 残るは医療者側が日頃から機会を捉えて感染のリスクを伝えて、検査を勧めるときです。性感染症の時は最も勧めやすいですね。花粉症の症状で受診してエイズの検査を勧めたら叱られるかも。あとは内視鏡検査の前とか手術前などのイベントの時に医療者が勧めた時ですね。

■ つまり東京、愛知、静岡、大阪は感染時の検査が受けやすいか、よく勧めているのかのどちらかです。周辺の県は検査を受ける場所への交通が不便という事情もあるでしょう。また自分が住んでいる地域から離れたところで検査を受ける人も結構あるようです。・・・・他県から広島市の保健センターや私たちの病院に検査を受けに来られています。

■ 無症状の時期にエイズ検査を受ける機会がなかった人では、当然ながらエイズ発病で発見され、「いきなりエイズ」になります。医療者への教育が大切と思っている私としては、いきなりエイズ例を聞く度に「私たちの努力が足りない」と思ってしまいます。

[TAKATA]

2) 男性の亀頭包皮環状切除は HIV 発症率を半分に低下させる

原題：Male Circumcision Reduces HIV Incidence by Half

著者：Bruce Soloway, MD

出典：Journal Watch General Medicine March 13, 2007
<http://www.nankodo.co.jp/JWJ/archive/JW07-0313-02.html>

紹介：広島大学病院 エイズ医療対策室 高田 昇

行動習慣を変える取り組みでは、開発途上国における HIV 感染の発症を評価できるほど遅らせることができていない。しかし、観察研究では男性の亀頭包皮環状切除と HIV 感染の発症率の低下が関係しており、また南アフリカの男性の包皮切除に関するランダム化試験(randomized trial of male circumcision in South Africa)では 60%の発症率低下が認められ、早期に中止された。男性の包皮切除に関し、さらに 2 件のランダム化試験でも同等の結果が得られ、早期に中止されている。

これらの試験では、ケニアとウガンダの研究者が包皮切除を受けていない HIV 陰性の男性 7,780 人を直ちに包皮切除を施行する群または 24 カ月間遅らせて施行する群にランダムに割り付けた。対象者は、ランダム

化後中央値で 2 年間にわたり定期的に HIV セロコンバージョンの検査を受け、さらにリスク軽減のカウンセリングを受け、無料でコンドームを渡された。

intention-to-treat 分析では、包皮切除群の HIV セロコンバージョンのリスクは両国で約 50% 低下した。また、ウガンダの研究では生殖器の潰瘍性疾患が評価され、包皮切除群は、切除を受けなかった男性より症状の報告が 47% 少なかった。いずれの研究でも重篤な有害事象はほとんど報告されなかった。

コメント：男性の角質化していない包皮内面に HIV 標的細胞が豊富に存在することが、包皮切除の予防効果について、説得力のある生物学的根拠となっている。生殖器の症状を伴う潰瘍性疾患の減少も、HIV 感染のリスクの軽減に寄与する可能性がある。これらの研究に基づき、男性と少年に対する広範囲の包皮切除が開発途上世界全体で勧められる可能性が高く、また先進国における新生児の包皮切除に関するリスク利益分析も再評価を行う価値があるかもしれない。

<元になった論文>

Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in

Kisumu, Kenya: A randomised controlled trial. Lancet 2007 Feb 24; 369: 643-56.

Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai,

Uganda: A randomised trial. Lancet 2007 Feb 24; 369:657-66.

Newell M-L and Bärnighausen T. Male circumcision to cut HIV risk in the general population. Lancet 2007 Feb 24; 369:617-9.

<コメント>

◆ セロコンバージョンは、「抗体検査が陰性から陽性に変わる」という意味つまり、感染したということです。

◆ 有害事象はなかったということです。先天性の出血性疾患、例えば血友病の発生頻度は民族に差がなく、およそ男性人口の 1 万人から 10 万人に一人です。また途上国ではしばしば正しく診断されないうちに、成人になる前に出血で死亡する可能性があります。旧約聖書では 2 人以上の男の子が割礼で死亡した場合、3 人目の男の子が生まれても割礼をしなくて良い……と血友病に関する記載といわれています。(聖書ではなかったかも??) 出血は環状切除以外でも発生しますが、やっぱり過剰出血は心配ですね。

◆ この話、すでに何度かこの ML でも取り上げられた話題です。教育も受け、コンドームを配布されても感染する人はいる。だから環状切除もあわせてやつた方が良いという結果になってしまいました。

[TAKATA]



3) 米国女性の HPV 有病率

原題：HPV Prevalence in U.S. Women

著者：Thomas L. Schwenk, MD

出典：Journal Watch General Medicine March 8, 2007

<http://www.nankodo.co.jp/JWJ/archive/JW07-0308-01.html>

<元になった論文>

Dunne EF et al. Prevalence of HPV infection among females in the

United States. JAMA 2007 Feb 28; 297:813-9.

紹介：広島大学病院 エイズ医療対策室 高田 昇

米国女性におけるヒトパピローマウイルス(human papillomavirus : HPV)の有病率は、近年 HPV ワクチンが利用できるようになったことを受け、とりわけ関心を集めている。政府の研究者が、2003～2004 年の米国保健栄養調査(National Health and Nutrition Examination Survey)のデータを利用して、14～59 歳の女性の HPV 有病率を研究した。綿棒で自己採取した膣検体を PCR で分析し、37 種類までの HPV が同定された。

分析可能であった検体 1,921 本のうち、27% が HPV 陽性であった。有病率は 20～24 歳の女性の 45% でもっとも高く(14～24 歳では 34%)、50～59 歳の女性では 20% にまで低下した。ワクチンでカバーされる 4 種類の HPV では、有病率がタイプ 6 で 1.3%、タイプ 11 で 0.1%、タイプ 16 で 1.5%、タイプ 18 で 0.8% であった(タイプ 16 および 18 は子宮頸癌症例の約 70% に責任があると考えられている)。性交の経験がないと報告した女性の HPV 有病率は 5% であった。

コメント：この研究での全体的な HPV 有病率はこれまで明らかにされていたものよりも高かったが、新しいワクチンでカバーされるタイプの有病率(全体で 3.4%)は予想よりも低い。このように有病率が低いことから、新しいワクチンに関する現行の費用対効果分析の計算が変わる可能性があるが、エディトリアル執筆者は「普遍的な免疫接種は費用対効果に優れているとの結論が再分析により変更される可能性は低い」と考えている。いずれにしても、これらのデータは今後の HPV 有病率に対するワクチンの効果を測定するベースラインを確立するものである。

<コメント>

■ 確かに、基礎データがないとワクチンの費用と効果を計算することができませんね。人によっては、わずか 3.4% の人が子宮頸癌になるのを防ぐために、他の危険性がない女性に性体験が始まる思春期のうちに HPV ワクチンを使うことが倫理的に、あるいは経済的に許されるのか、希望者だけにとどめるべきだという意見も出てくるでしょう。

■ ワクチンの効果が見えにくいのが心配ですね。何年か後の子宮癌の発生が減ったみたい・・・とかれば、効果ありということになるのでしょうか。

[TAKATA]

4) バラクルードは HIV の薬剤耐性を引き起こす

原題：Baraclude Induces HIV Drug Resistance

著者 : Tim Horn

出典 : AIDSmeds.com News Coverage of CROI 2007

March 5, 2007

http://www.aidsmeds.com/articles/1961_11435.shtml

翻訳 & 紹介 : 広島大学病院エイズ医療対策室 高田 昇

■ 最近の研究の結果、B型肝炎ウイルス(HBV)の治療薬であるバラクルード R(エンテカビル)には HIV に対する効果もあるので、両方のウイルスに感染している人での使用は注意が必要ということがわかった。このデータは第 14 回 CROI で報告され、その後アメリカ FDA とブリストルマイヤーズ・スクイブ社(BMS)が、B 型肝炎の治療にバラクルードを単剤で使用すれば、HIV の薬剤耐性を招く可能性があるという警告を近日中に出すことになった。

■ 慢性の B 型肝炎を持っている HIV 感染者では、HIV 感染症の治療薬が同時に B 型肝炎の治療にも効くことを知っておかなければならない。例えばビリアード R(テノホビル)、エムトリバ R(エムトリシタビン)、エピビル R(ラミブジン)などは HBV に対しても非常に効果がある。ただし両方のウイルスの治療薬として認可を得ているのは 3 剤のうちエピビルだけである。

■ 両方のウイルスに感染している人には、ビリアードとエムトリバあるいはエピビルを含んだ治療薬は効果が期待できる。実際、専門家は患者が HIV と HBV に重感染している場合、CD4 細胞数が 350 未満に低下するなど抗 HIV 薬の併用療法が開始されるまで、これらの薬剤の使用は待機するように勧めるのが一般的である。

■ しかし CD4 細胞数が高いなど抗 HIV 薬の併用療法はまだ必要がないけれど、B 型肝炎の治療は必要な患者の場合にはどうしたらよいのだろうか。一つの可能性は HBV には効くけれど HIV には効かない薬を単剤で使用することが考えられる。

■ バラクルードは 2005 年に B 型肝炎の治療薬として認可をされた。使用上の注意には HIV には効果がないと記されている。HIV の薬剤耐性を招いて他の核酸系の逆転写酵素が効かなくなる危険性を避けながら、HBV だけを治療したい重感染の患者にとって、バラクルードの単剤療法は朗報であった。

■ ところが最近、バラクルードの単剤療法を受けていた HIV 重感染の患者が、HIV のウイルス量が著明に減少した例が報告された。これはつまり、本剤が HIV に対しても効果を持っており、HIV の薬剤耐性を発生させることを示していたのである。

■ 例えば、BMS 社はバラクルードを 2006 年の初頭に開始した 31 才の重感染の男性の例を報告している。治療前に彼の HIV のウイルス量は 35,000 で薬剤耐性は見られなかった。治療開始 2 ヶ月後に、彼の HBV のウイルス量ばかりか HIV のウイルス量まで低下した。バラクルード開始から 6 ヶ月後に、彼の HIV には逆転写酵素領域の M184V 変異が発生していた。これはエピビルとエムトリバへの交差耐性としてよく知られているものである。

■ CROI ではジョンズホプキンス大学医学部の研究者が試験管内の実験結果を示した。すなわち HIV に感染した CD4 細胞の培養液に、バラクルードの濃度を段階的に上昇させて実験を行った。この結果バラクルードは HIV の逆転写酵素に対して活性を持っており、HIV の増幅を抑える強力なインヒビターであることがわかった。さらに薬剤への曝露を続けていると、ウイルス

の再活性化が起こり、M184V 変異を伴っていたのである。

■ ジョンズホプキンス大学の研究の結果と、3 例の実例報告をまとめれば、バラクルードは HIV にも効果がある薬であり、もし単剤で使用すれば 2 つの抗 HIV 薬への高レベルの耐性を引き起こす、重要な変が早期に選択される可能性があると言える。

■ ジョンズホプキンス大学の研究者らは、重感染の患者に対してバラクルードは単剤で使用してはならないと示唆している。FDA と BMS はこれを受けて、バラクルードの使用注意書を、この新しい情報を反映せるよう改訂し、医師に知らせることに合意した。

<元になった報告>

McMahon M, Jilek B, Brennan T, et al. The anti-hepatitis B drug entecavir inhibits HIV-1 replication and selects HIV-1 variants resistant to ARV drugs [Abstract 136LB]. 14th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, 2007.

<コメント>

◆ これは、ちょっと大変です。私たちも HIV と HBV の重感染例を何人か診ていますし、肝臓専門医と相談をしたりしています。この情報は治療戦略に影響を与えるものです。

◆ まず、バラクルードの英語の使用上の注意を読んでみました。FDA が認可した書類です。

http://www.fda.gov/medwatch/safety/2007/Baraclude_PI.pdf

HIV のことはかなりのスペースを割いて記されており、「HIV には効かない」と実験結果を示しています。その実験条件では、、、ということなのでしょうが、BMS 社の研究陣は真っ青でしょうね。

◆ バラクルードが B 型肝炎に対しては、非常に優れた薬であることは間違いないと思います。多くの患者に使われて、まずいところも見つかるかもしれませんが多く人の命を救うでしょう。ただし、使用開始前には必ず HIV の検査をしないといけませんね。[TAKATA]



*入会連絡先 : 〒701-0192 倉敷市松島 577

TEL : (086)462-1111

川崎医科大学附属病院看護部

三宅 晴美

岡山 HIV 診療 Network news Vol. 14(2) 2007.03.27

■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