

「はい」か「いいえ」か迷う場合は、少しでも今現在の状態に近いと思う方を○で囲んですべての質問に答えて下さい。

28) 常にどこか痛いところがありますか？

はい いいえ

29) 寝つきが悪いですか？

はい いいえ

30) 周りの人に負担をかけていると思いますか？

はい いいえ

31) 不安や心配事で夜も眠れないことがありますか？

はい いいえ

32) 生きていても仕方がない、と思うことがありますか？

はい いいえ

33) 熟睡できないことが多いですか？

はい いいえ

34) 人付き合いがわずらわしくなってきたように思いますか？

はい いいえ

35) 外を歩くには助けが必要ですか？（ツエとか付き添いの人など）

はい いいえ

36) 階段や段差の上り下りのとき、どこかに痛むところがありますか？

はい いいえ

37) 目が覚めたとき憂鬱（ゆううつ）ですか？

はい いいえ

38) イスに座っているとき、どこか痛いところがありますか？

はい いいえ

最初のページに戻って、質問票の全ての質問に「はい」か「いいえ」かのどちらかに○をつけているかどうか確認してください。

ご協力ありがとうございました。

# アンケート 4

この1週間における、あなたの体や気持ちの状態に当てはまる番号に○をつけて下さい。

1. 普段は何でもないことがわずらわしいと感じることが

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

2. 食べる気がしない、食欲がないことが

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

3. 「たとえば家族や友達から励ましてもらったとしても気分が晴れるとは思わない」と感じる事が

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

4. 「自分は人並みに良いほうだ」と感じる事が

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

5. 物事に集中できない状態が

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

## 6. 憂鬱だと感じる事が

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

## 7. 何をするにも面倒だと感じる事が

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

## 8. 先行きが楽しみだと感じる事が

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

## 9. 私の人生は失敗だったと思う事が

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

## 10. 何か恐ろしい気がする事が

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

1 1. なかなか眠れないことが

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1~2日続いた
3. 週のうち3~4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

1 2. 好い気分だと感じる事が

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1~2日続いた
3. 週のうち3~4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

1 3. 普段より口数が少ないことが

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1~2日続いた
3. 週のうち3~4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

1 4. 寂しさを感じさせることが

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1~2日続いた
3. 週のうち3~4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

1 5. 皆がよそよそしいと思うことが

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1~2日続いた
3. 週のうち3~4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

## 16. 毎日楽しいと思うことが

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

## 17. 泣きたくなることが

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

## 18. 悲しくなることが

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

## 19. 人々が自分を嫌っているように感じる事が

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

## 20. 何も手につかないことが

1. 1週間で全くなかった(あったとしても1日も続かなかった)
2. 週のうち1～2日続いた
3. 週のうち3～4日続いた
4. 週のうち5日以上続いた

# バックグラウンド調査票



データ収集年月日 西暦 2000 年 月 日

●記入上の注意：右端に書いてある【 】には何も記入しないでください。

## 1. 基礎データ

1) 年齢 1【 】  
( ) 才2) 性別 2【 】  
 1. 男  
 2. 女3) 病期 3【 】  
 1. AC → 5) へ  
 2. AIDS → 4) へ4) AIDS 診断疾患名 ※複数回答 1. カンジダ症 4【 】  
 2. クリプトコッカス症 【 】  
 3. サイトメガロウイルス感染症 【 】  
 4. カポジ肉腫 【 】  
 5. 非定型抗酸菌症 【 】  
 6. ニューモシスチス・カリニ肺炎 【 】  
 7. 活動性結核 【 】  
 8. その他 ( ) 【 】

## 5) HIV陽性が判明してからの期間 5【 】

 1. 1週間未満  
 2. 1週間～1ヶ月未満  
 3. 1ヶ月～6ヶ月未満  
 4. 6ヶ月～1年未満  
 5. 1年～2年未満  
 6. 2年～3年未満  
 7. 3年～5年未満  
 8. 5年～10年未満  
 9. 10年以上

## 6) 感染経路 6【 】

 1. 血液製剤感染  
 2. 輸血感染  
 3. 同性間性的接触

- 4. 異性間性的接触
- 5. I D U
- 6. 母子感染
- 7. 不明

7) HIV陽性判明のきっかけ 7【 】

- 1. 自主的検査 (検査目的の献血含む)
- 2. 献血
- 3. 日和見感染症発症
- 4. S T D発症 (A肝含む)
- 5. その他 ( )

8) 合併疾患 (診断名リストにあがっているもの) ※複数回答

- 1. 慢性肝炎 8【 】
- 2. 肝硬変 【 】
- 3. 糖尿病 【 】
- 4. その他 ( ) 【 】

2. 治療状況

1) 抗HIV治療の有無 9【 】

- 1. 未治療 → 2) へ
- 2. 治療中 → 3) へ
- 3. 治療歴あり (現在、中断中) → 5) へ

2) 未治療の理由 ※複数回答 → 6) へ

- 1. 不要 (CD4・VL良好のため) 10【 】
- 2. 定期受診不可 【 】
- 3. 本人の決定待ち 【 】
- 4. 他疾患の治療優先 (日和見感染症含む) 【 】
- 5. その他 ( ) 【 】

3) 現在の抗HIV薬の内服量 組み合わせ ( ) 11【 】  
1日 回、1回 ~ 錠 (個) 12【 】

4) 現在の抗HIV療法期間 13【 】

- 1. 1週間未満
- 2. 1週間～1ヶ月未満
- 3. 1ヶ月～6ヶ月未満
- 4. 6ヶ月～1年未満
- 5. 1年～3年未満

6. 3年～5年未満

7. 5年以上

5) 現在までの抗HIV治療歴 14【 】

変更回数 \_\_\_\_\_ 回 15【 】【 】

これまでの変更理由 ※複数回答 【 】【 】

1. 無効  2. 副作用  3. 耐性化 【 】【 】

4. 他疾患の治療優先（日和見含む）  5. 内服率不良 【 】

6. 自己中断（受診中断含む）

7. その他（ \_\_\_\_\_ ）

6) HIV以外の疾患（日和見感染症、性感染など）の治療/予防状況 ※複数回答

AIDS指定日和見感染症

1. カンジダ症 16【 】

2. クリプトコッカス症 【 】

3. 単純ヘルペスウイルス感染症 【 】

4. カポジ肉腫 【 】

5. 非定型抗酸菌症 【 】

6. ニューモシスチス・カリニ肺炎 【 】

7. 活動性結核 【 】

8. その他（ \_\_\_\_\_ ） 【 】

AIDS関連日和見感染症/他 【 】

9. 帯状疱疹 【 】

10. 梅毒 【 】

11. アメーバ赤痢 【 】

12. その他（ \_\_\_\_\_ ） 【 】

7) 治療成績 ※西暦は下2けた

(1) 検査データ

	初診時			治療開始時			現在		
	西暦	年 月 日		西暦	年 月 日		西暦	年 月 日	
CD4数	17【	】	/μl	25【	】	/μl	33【	】	/μl
V L	18【	】	copy	26【	】	copy	34【	】	copy
H b	19【	】	g/dl	27【	】	g/dl	35【	】	g/dl
M C V	20【	】	f l	28【	】	f l	36【	】	f l
P l t	21【	】	10 <sup>4</sup> /μl	29【	】	10 <sup>4</sup> /μl	37【	】	10 <sup>4</sup> /μl
G O T	22【	】	U/l	30【	】	U/l	38【	】	U/l
G P T	23【	】	U/l	31【	】	U/l	39【	】	U/l
体 重	24【	】	kg	32【	】	kg	40【	】	kg

(2) ADL 状況

Performance Status(カルノフスキー分類) : P. S. (別紙) 41【 】

4. 社会資源の活用状況 ※複数回答

1) 医療・所得保障制度

1. 重度心身障害者医療費助成制度 42 43

種別と等級 ※複数回答 【 】【 】

1級 2級 3級 4級 その他 【 】【 】

1. 免疫

2. その他

( )

2. 長期高額疾病(特定疾病療養) 44【 】

3. 特定疾患治療研究事業 45【 】

4. 障害基礎年金 46【 】 47【 】

等級

1. 1級

2. 2級

5. 医薬品副作用被害救済制度 48【 】

6. 生活保護 49【 】

7. その他( ) 50【 】

2) 在宅看護(医療)・介護制度

1. 在宅看護(医療)

訪問職種と訪問頻度 ※複数回答

毎日 週5~6日 週2~4日 週1日程度 その他 51 52

1. 保健婦      【 】【 】

2. 看護婦      【 】【 】

3. 医師      【 】【 】

4. PT      【 】【 】

5. OT      【 】【 】

6. その他      【 】【 】

( )

2. 家事援助

訪問者と訪問頻度 ※複数回答

毎日 週5~6日 週2~4日 週1日程度 その他 53 54

1. ヘルパー      【 】【 】

2. ボランティア      【 】【 】

3. その他      【 】【 】

( )

- 
- 3) 就労支援制度
1. 職業訓練校 55【 】
2. その他( ) 56【 】
- 4) 今後導入を考えている制度の有無 57【 】
1. あり
2. なし
-

## Performance Status : P.S.

(カルノフスキー分類)

患 者 の 一 般 状 態	%
正常。異常なし。	100
患者の軽い症状または徴候はあるが正常の生活を維持できる。	90
努力をして正常の生活を維持している。	80
正常の生活や活動的な労働はできないが、自分のことはできる。	70
時々、介助を必要とするが、大体は自分でできる。	60
かなりの介助と頻繁な医療が必要。	50
動けない。特別な医療看護と介助を必要とする。	40
重症。入院を勧めるが死亡の危険性なし。	30
重症。入院が必要。積極的医療、看護を必要とする。	20
瀕死。	10
死亡。	0

## 10

## HIV 感染症の医療体制に関する臨床研究・エイズ医療情報の収集・提供に関する研究

研究協力者：青木 眞（国立国際医療センターエイズ治療研究開発センター）

## 研究要旨

エイズ医療情報の収集・提供にインターネット・電子メールを使用した。電子メールにより HIV 感染症診療上の相談を国内拠点病院等から受け、重要なもの、高度の専門性を要する問題については欧米、特に米国のカウンターパートに相談した。カウンターパートの職種は一般内科、代謝内分泌専門医、感染症専門医、産婦人科医、小児科医、臨床薬剤師等の多岐にわたった。特に臨床薬剤師による情報は、新薬が絶え間なく提供される HIV 感染症領域においては非常に重要であり、薬物動態を始め重要なものが多数提供された。皮膚病変などのデジタル写真、スライド作成ソフトにより作成したグラフなどの電子メールによる送付も簡便になり情報の提供、収集に有用であった。重要な診療情報、良く聞かれる質問はFAQとして国立国際医療センター、ホームページに掲載し、また印刷物として各地拠点病院に配布した。

## 研究題目

HIV 感染症の医療体制に関する臨床研究・エイズ医療情報の収集・提供に関する研究。

## 研究目的

欧米の HIV 感染症専門医の協力を得て、HIV 感染症診療に関わる様々な臨床的情報をインターネットを通じて周知するシステムの構築。

## 研究方法

分担研究者は既に過去3年間、インターネットを用い日常診療上遭遇することの多い問題を日本国内の一般エイズ診療家より受け、それらをまとめた後、更にインターネットにより海外のエイズ診療専門家に相談をしてきた経緯がある。平成11年度も同様の情報交換が行われた。

## 研究結果

質疑応答の方法そのものは前年度と変わりはないが、わが国から発信される質問も次第に高度なものとなり、時には米国のカウンターパートが更に別の米国の専門家に質問せざるを得ない状況も出現し、米国カウンターパートのネットワークが必然的に広がる現状にある。本邦から発信される質問も高度なものとなり、この場合、米国のカウンターパート同志の相談が更に行われるようになりカウンターパートの数は増加した。最近は特にわが国の HIV 感染症の疫学上の変化を反映して妊婦、小児に関する質問が多数寄せられるようになり、米国の小児科専門医、産婦人科医のカウンターパートが増加し H11 年 12 月には米国の産科、小児科領域の HIV 感染症専門医を招へいしセミナーを行い、150 名を越える全国拠点病院の医師の参加がえられた。

## 今後の展望

既にこれらの質疑応答がエイズ治療・研究開発センターのホームページにも記載されており、これらのインターネットを通じた情報配布を続けていく予定である。

## 結 論

HIV感染症に関する日常臨床上の問題は、即応性が重要でありインターネットを通じたHIV感染症診療に関わるコンサルテーションは非常に有益である。今後も継続する意義が大きい。

## 研究発表

- 1) 第13回日本エイズ学会「症例から学ぶHIV感染症診療のコツ」。コロラド大学感染症科ロバート・スクーリ教授らとインタラクティブセッションを開催。
- 2) カリフォルニア大学サンフランシスコ校産科カレン・ベッカマン助教授、デューク大学小児科ロス・マッキニー準教授を招き「HIV感染症と周産期医療」と題して計5回のセミナーを開催。
- 3) 「教科書にはないHIV感染症診療のコツ」vol 3., vol 4を発行、全国拠点病院始め関連施設に配布。



# 教科書にはない HIV感染症診療のコツ

## Frequently Asked Questions



国立国際医療センター  
エイズ治療・研究開発センター  
医療情報室編

### 前書き

平成9年4月にオープンしたエイズ治療・研究開発センターには全国の様々な医療従事者からの相談が寄せられます。多くの問題は教科書や米国連邦政府が発行するガイドラインなどで対処可能ですが、臨床の現場には型どおりの教科書やガイドラインなどでは対応出来ない問題も数多く発生します。これらの問題を受けたエイズ治療・研究開発センター医療情報室長の青木先生は臨床経験が豊富な国内、国外のカウンターパートにこの問題を投げかけ、非常に優れた、またプラクティカル（実地的）な答えを得て来られました。今回ここに米国コロラド大学医学部感染症科、ロバート・スクーリ教授との多数の質疑応答を中心に普遍的と思われるものをまとめ全国のHIV感染症診療に当たられる先生がたにお配りする事になりました。先生がたの日常診療に役立てて頂ければ幸いです。

これらの質疑応答は日常診療上、有益な情報を多数含む事も確かですが、私はこれらの質疑応答の多くがインターネットの電子メールの形で質問され、回答された事も今後の医療情報の収集、提供のありかたに興味有る方向性を与えるものだと思います。

厚生省、国際医療協力研究委託事業  
委託事業研究課題名「HIV感染症流行に対する国際協力に関する研究」  
主任研究者：東京大学医学部感染制御学、第一内科教室 教授 木村 哲

### 目次

1: プロテアーゼ阻害薬とリファンピン	4
2: 肝機能異常と抗HIV薬の投与量	5
3: プロテアーゼ阻害薬の1日3回投与を1日2回投与にしてはだめか	6
4: 「ダブルプロテアーゼ」が効かない場合	7
5: 母子感染を低下させる治験	9
6: 生後6ヶ月のHIV感染者	10
7: 麻疹の予防接種	14
8: AZTの内服でそれなりのデータの患者	15
9: 色々と逆転写酵素阻害薬の使用歴のある患者	16
10: HBV+の人に3TCは処方できないか?	17
11: d4T+AZTの併用をしない理由は?	18
12: 非核酸系逆転写酵素阻害薬は血友病患者の第一選択となりうるか	19
13: プロテアーゼ阻害薬使用中の患者が脳出血を起こしたが	20
14: CD4やウイルス量がままあの時の抗HIV薬の開始について	21
15: 血友病患者の筋肉注射/ワクチンについて	21
16: ddiの一日一回投与について	22
17: 腎機能低下とプロテアーゼ阻害薬	23
18: 強力な抗HIV療法とC型肝炎の悪化	24
19: 右下顎部に悪性リンパ腫が見つかった53歳男性の治療方法について	25
20: 臨床医にとっての耐性検査	26

### 1 プロテアーゼ阻害薬とリファンピン

**Q** 私たちの病院には抗HIV療法を必要とするレベルのCD4値とウイルス量で、なおかつ活動性の肺結核の患者がたくさんいます。当然ながら、ウイルス量が多いので核酸系逆転写酵素阻害薬2剤以上の治療を必要としています。

現在私たちが使えるプロテアーゼ阻害薬はインディナビルだけです。インディナビルもそうですが、サキナビルやリトナビルもリファンピンと相互作用があります。これまで、リファンピンを中止し、代わりにCPZAを用いました。

つまり、INH/PZA/EB±SM という処方です。これまではこの処方でなんとか結核はコントロールできていました。他の選択としては、AZT/3TCのように核酸系逆転写酵素阻害薬を2剤だけ使うという方法があります。しかし、ウイルス量が高い場合には、この処方は失敗する運命にあります。

このような場合、先生はどのようにアプローチされますか。プロテアーゼ阻害薬の代わりにネルフィナビルやデラビルジンを使えるのであれば、これらの輸入を考慮しても良いです。もしくはプロテアーゼ阻害薬の使用は考えず、INH/RMP/PZA/EB等が併用できる核酸系逆転写酵素阻害薬2剤で治療を行うべきでしょうか。お返事お待ちしております。

**A** 一つの見解としてリファンピンの代わりにリファブチンを使うことができると思います。ACTGで公式にこの代替薬に関する研究を実行する計画があります。このプロトコルを送りましょうか?

Robert T. Schooley

#### ●解説●

結核とHIV感染症の併発は良く見られます。プロテアーゼ阻害薬は標準的なHIV感染症治療に必須ですし、リファンピンもINHと共に結核治療の要になる薬剤です。プロテアーゼ阻害薬やリファンピンを避けるよりもリファブチンを使用して結核とHIV感染症の両者を強力に治療する事が重要です。どちらも強力に治療しなければ耐性の問題などで苦しむ事になります。新しいMMWR April, 1998/Vol. 47/No. PR-5の77ページにプロテアーゼ阻害薬とリファブチンの併用時の投与量などが示されています。

# 教科書にはない HIV 感染症診療のコツ

## Frequently Asked Questions



Vol. 2

国立国際医療センター  
エイズ治療・研究開発センター  
医療情報室編

### 巻頭言

This monograph is the second in a series of Frequently Asked Questions about antiretroviral chemotherapy. The cases described in this monograph are real cases that illustrate the increasing complexity of management of HIV-1 infected individuals. The good news is that, hand in hand with the increased complexity, patients with HIV-1 infection are experiencing greatly improving results with respect to morbidity and mortality. With effective management of antiretroviral chemotherapeutics, many patients with HIV-1 infection can be expected to exhibit stabilization or improvements in their immunological status that lasts for several years or longer. These therapeutic advances have changed HIV-1 infection from a disease with a progressively downhill course to a chronic illness in which patients can do well for many years.

Robert T. Schooley, MD

### 巻頭言訳:

この冊子は、「教科書にはない HIV 感染症診療のコツ」シリーズの第二弾です。記載されている事例は、実際にあった症例であり、HIV 感染症診療の複雑さを示しています。幸に、診療が複雑になると同時に、患者さんの苦しみや死亡率が急速に改善しています。抗 HIV 薬を効果的に使用する事により数年ないしそれ以上の期間にわたり免疫状態を落ちつかせたり改善させたりする事ができるようになりました。こういった治療上の進歩は、HIV-1 感染症を確実に悪化する進行性の疾患から、患者さんが何年もの間元気でいられる慢性疾患に変えたのです。

ロバート T・スクーリー

### 目次

# 1. 危険な Unsafeセックス後の PEP (曝露後感染予防)	5
# 2. 眼の洗浄	6
# 3. ウイルス量的な失敗と臨床的な失敗	7
# 4. 治療で一度消えたウイルスが再び検出された。	8
# 5. 抗 HIV 薬の休業中に行う耐性検査の問題	14
# 6. HIV 感染者における HCV 感染症	16
# 7. IDV の 1 日 2 日投与と 3 回投与	18
# 8. 早期治療開始への審議	18
# 9. 消耗性症候群に対するヒト成長ホルモン	22
#10. HIV 感染症とポリオ生ワクチン	26
#11. 骨肉腫に対する化学療法と HIV	27
#12. 群発頭痛による嘔気・嘔吐と休業	28
#13. HIV 感染症と皮膚の色素沈着	28
#14. 高感度 ultrasensitive なウイルス量測定	29
#15. 末期 HIV 感染症と脳血管障害 (?)	31
#16. d4T は耐性をとられにくい?	33
#17. カリニ肺炎予防と CD4 回復	34
#18. ネルフィナビルとゼラチンカプセル	34
#19. 休業とプロテアーゼ阻害薬開始	35
#20. エファビレンツ (商品名: サスティープ) の使い心地・副作用など	36

### #1. 危険な Unsafeセックスの後の PEP (曝露後感染予防)

**Q** あるオーストラリア人のゲイの男性から質問を受けました。おそらく HIV ポジティブであろう男性と unprotected のセックスをしてしまい、PEP (post exposure prophylaxis: 曝露後感染予防) として抗 HIV 薬の内服を希望しました。幸いにも彼のパートナーは HIV ネガティブでしたが、もしもポジティブだったとしたならば、PEP についてはどうしますか。この種のリクエストがあったときにはどう対処することになっていますか。

**A1** これは経験のあるところです。公式にガイドラインがあるわけではありません。クリニックによっては患者さんから PEP のリクエストがあった場合処方しているところもあります。しかし、どの保険の適用にもなってはいません。したがって、もしその患者さんが支払うことができ、かつ感染リスクが著しく高いときには、私なら処方します。そのプロトコルは、医療者の感染曝露後のものと同じにします。すなわち経口曝露あるいは射精前の分泌液のみの曝露の場合には 2 剤併用、経膣・直腸曝露あるいは精液、経液への曝露、直腸に出血がある場合には (通常あるが) 3 剤併用を、それぞれできるだけ早く行うというものです。

Ann Khalsa, MD

**A2** 私なら PEP をします。最近 *Annals of Internal Medicine* に載っていた Katz と Gerberding が書いたものをごらんください。

Harry Hollander, MD

**A3** 言及されている内容について詳細なことは私は知りません。しかし現在どうしているのかと言いますと、PEP が行われるときに通常はプロテアーゼ阻害薬を使わず 2 つの逆転写酵素阻害薬 (私たちは Combivir = AZT + 3TC を使います) のみを 1 ヶ月間使い、それと平行してハイリスクな activity やそれを防ぐ方法について十分にカウンセリングを行います。PEP は、感染のリスクが十分に高いと思われたときにのみ使うものであり、厳密に判断する必要があります。もしも HIV ネガティブな人が HIV ポジティブとはっきり分かっている人と unprotected な受け身の性交をしたとするならば、たぶん PEP をすることになると思います。もしも相手の HIV 感染の有無がはっきりしていないが unprotected なセックスをしたというときには、経過を聞き患者に説明して患者さん自身に決めてもらいます。

# 教科書にはない HIV感染症診療のコツ

## Frequently Asked Questions



Vol. 3

国立国際医療センター  
エイズ治療・研究開発センター  
医療情報室編

### 巻頭言

This series of monographs has developed into an invaluable source of information for practitioners on the current approaches to HIV/AIDS management. Most of these measures are centred upon the use of combination antiretroviral therapies. Dr Makoto Aoki is to be congratulated on bringing such important clinical questions into focus to demonstrate the relatively limited range of opinion that constitutes best practice. Although these therapies have produced dramatic results in mortality and morbidity rates in recent years, long term use of these drugs in clinics around the world has described some limitations, such as problems with adherence, virological failure and toxicity, that are now a major concern. The importance of individualised treatment is becoming increasingly more relevant. The actual cases in this volume reflect some of the complexities and issues currently involved in the management of HIV-1 infected individuals. With further clinical studies, evidence-based medicine and continual improvements in antiretroviral therapy, these difficulties with treatment will hopefully diminish.

David A Cooper - MD, DSc, FRACP, FRCPA, FRCP Director  
National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research  
Faculty of Medicine, University of New South Wales Level 2,376  
Victoria Street Darlinghurst NSW 2010 Australia

### 巻頭言訳:

この小冊子 (FAQシリーズ) はHIV感染症診療に携わる者にとって欠くことのない情報源として成長してきました。内容の殆どは抗HIV療法、特に併用療法に関するものです。

これらの臨床上の諸問題に対して最良と思われる意見を上手に選択・集約されました。これらの抗HIV療法は近年の目覚ましい死亡率、罹病率の改善をもたらしましたが、他方、長期間の使用によるアドヒアランス、ウイルス量の再上昇 virological failure、副作用の問題といった新たな重要課題を我々に突きつけています。一人一人の状況に合わせた治療が以前よりも重要になって来たのです。ここに集められた実在した症例は現代の抗HIV療法の複雑さや様々な問題を示しています。更なる臨床試験、証拠に基づいた医学、抗レトロウイルス療法の進歩等によりこれらの問題が解消していく事を願っています。

デビッド・クーパー

### 目次

# 1. クリプトコッカス髄膜炎 (HAARTによる悪化)	5
# 2. ウイルス量は下がっているがCD4数も下がっている	7
# 3. SQV/RTV併用療法におけるスタンダードな投与量	9
# 4. プロテアーゼ阻害薬と高脂血症	10
# 5. 子宮頸部上皮内癌(CIS)の治療	13
# 6. HIV患者における胃部悪性リンパ腫	15
# 7. 新生児専門医のHIV感染への恐れ	19
# 8. 小児用薬剤のバラエティ	21
# 9. HIV薬の投与量漸増	22
#10. 妊娠中の抗HIV療法	25
#11. 母子感染予防にはd4TかAZTか	32
#12. 妊娠中の女性ではどの時点で抗HIV療法を開始するべきか	33
#13. 超高度度のウイルス量定量	36
#14. リポジストロフィーに対するGH (ヒト成長ホルモン)	38
#15. ダブルプロテアーゼ阻害薬と肝機能異常	39
#16. ネルフィナビルNFVによる下痢	44
#17. いつ日見感染症予防を中止するか	45
#18. 一度耐性となった抗HIV薬のリサイクル	47
#19. 抗HIV薬のリサイクルはどの程度行われているのか?	50
#20. もう一つの新生児のケース	52

### #1. クリプトコッカス髄膜炎 (HAARTによる悪化)

**Q** AIDS/クリプトコッカス髄膜炎の患者さんを診ています。多くの場合には、AMPH-Bを導入投与し、維持療法としてFluconazoleを経口投与しています。それからHIV感染症に対してHAARTを開始するのですが、しばしばHAARTが炎症反応を強め、髄膜炎の再発を引き起こしてしまいます。昨年これによって1人の患者さんが亡くなりました。先生のところには真菌症を専門とする外来があって、先生や真菌の専門医がクリプトコッカスのAIDS患者さんを多く診ていらっしゃいます。クリプトコッカス髄膜炎において、HAARTによって引き起こされる炎症の再燃についてはどうされているのでしょうか。私は、クリプトコッカス髄膜炎から回復したばかりの患者さんにHAARTを導入することに関わり躊躇しています。

**A1** 真菌症を専門とする外来に電話をしました。外来の中心となっているドクターと話しましたが、こういう問題はこれまでなかったそうです。私たちのところの患者さんでは、HAARTとクリプトコッカスの治療を一緒にしても上手くやっています。彼女は、ここ真菌症ドクターのチームに話してみても、こういったケースの経験があるか聞いてくれるとのこと。このドクターは、クリプトコッカス治療の全国のスタンダードを作るための臨床試験の多くを手がけた人です。まだ返事が来ていません。また、このドクターにあなたのメッセージを転送しておきました。

Ann M. Khalsa

**A2** 某真菌専門医が電話をくれたところです。このような症例を経験した人は誰もいないとのこと。彼女はこういった時に行っている治療方法を教えてくれました。まずAMPH-Bと5FCを導入し、この期間はHAARTを中止します。髄液培養で陰性にならない限りHAARTは再開あるいは開始しません。およそ6-8週間です。

Ann M. Khalsa

# 教科書にはない HIV感染症診療のコツ

## Frequently Asked Questions



Vol. 4

国立国際医療センター  
エイズ治療・研究開発センター  
医療情報室編

### 巻頭言訳

HIV感染患者のマネージメントは、どちらかといえば、これまで以上に複雑になってきました。新薬の併用は確かに疾患の進行を抑える効果を持つものの、多くの疑問が残されています。反応のモニターをするためには精巧なラポアッセイが必要とされ、多くの患者さんは引き続き、HIVウイルス血症のコントロールが不充分あるいは一時的なままです。この理由の多くは、以前受けた不適切な治療により薬剤耐性の選択が起こっていること、及び薬剤による副作用によるものでしょう。また、今の抗ウイルス療法が行われていく中で、そしてHIV感染女性のマネージメントをしていく中で、日和見感染症の治療に関する微妙な疑問が数多く持ちあがってきています。

「教科書にはないHIV感染症診療のコツ」シリーズは、こういった問題のすべてを含みあり余るものです。これまでの号もあわせれば、HIV臨床に関わる方にとって有用な情報源の山となることでしょう。この冊子では他の多くの出版物と異なり「多くの質問には明確な回答がないか可能性のある複数の回答しかない」という事実を反映しています。このことは「これならば」という権威的なアプローチを期待している方にとっては狼狽させられるかもしれません。しかしHIV薬剤の分野の急速な変化をそのまま反映した当然の結果なのです。

編者は、臨床経験を喜んで共有してくれる他のHIV専門家にもコミュニケーションの輪を広げました。その結果、患者をベースとした教育用資料としてタイムリーな集積となり、同じ問題で苦勞している臨床家にとって大変有用なものとなったものと思います。

### 目次

#1. HIV感染症における血栓性血小板減少性紫斑病（以下TTP）と網膜病変	5
#2. 出生児の清拭について	8
#3. IDVと腎臓萎縮	11
#4. 妊娠前に治療されている妊婦に対するHAART	13
#5. HAARTを受けている患者から針刺し事故	17
#6. 帝王切開時のNPO	19
#7. 分娩時前後のHAART	21
#8. HIV感染のある小児のワクチンについて	25
#9. ネルフィナビル吸収について	27
#10. HAARTがもはや効かないが、続けるか中止するか	28
#11. 小児用EFVの必要性について	31
#12. インフルエンザワクチンについて	34
#13. 新しい抗HIV薬	36
#14. NFVとIDVどちらがお好きですか？	42
#15. ウイルス量が多い症例の治療に対する反応速度	45
#16. ウイルス量の高い乳児	47
#17. リトナビルを飲みやすくするには？	51
#18. BromocriptineパロデルとNFV	52
#19. 子宮収縮抑制剤Tocolytic	55
#20. 「PIを使わない処方」の位置づけ	57

#### #1. HIV感染症における血栓性血小板減少性紫斑病（以下TTP）と網膜病変

私のところでCD4細胞数が $2/mm^3$ くらいの43歳の日本人女性があります。彼女は、アバカビルとエファビレンツをも含めてほぼすべての抗HIV薬を投与されてきました。彼女のCD4細胞数が $50/mm^3$ くらいのときに、網膜に病変が認められ、眼科医は「末梢性の小滲出点」と診断しました。彼女は2回 $2000\mu\text{gram}$ のガンシクロビル硝子体内注入を受けました。しかし病変は改善も悪化もしませんでした。CD4数の低下にもかかわらず、彼女の網膜病変は抗CMV治療なしで悪化しませんでした。その後TTP様の病像（血小板減少、赤血球崩壊、LDH上昇、溶血性貧血、腎機能不全など）に伴い一過性脳虚血発作（以下TIA）を起こすようになりました。その後網膜の後部にいくつかの小さな白点を呈するようになりました。眼科医は、この白点はTTPによる虚血性のものであると思っていました。ステロイドとしてプレドニン $80\text{mg}/\text{日}$ を開始しテーパリングしたところTTPによると思われる問題はほぼ100%コントロールできました。この間、彼女の網膜病変はほとんど変わらないのです。我々はずいぶん最後の5剤としてアバカビル/d4T/RTV/NFV/エファビレンツを投与しました。CD4数は2から $24/mm^3$ にいったん上がったのですが、すぐにまた下がってしまいました。ウイルス量は全く下がらず、 $100\text{万copies/ml}$ 台のレベルにいます。一時的にCD4数が上がったときに、新しい病変が網膜に出現し、CMV網膜炎かどうかの判断が難しくなっていました。しかし再度、治療していないうちにこの病変は消失しました。

プロテアーゼ阻害薬の開始とCD4数の増加に関連して網膜病変が見られたのではないかと私達は感じていますが、そして、新しい病変が出現しない限り、CMVに対する治療はせずに彼女の網膜を注意深く観察することに決めました。

その後、1週間ほど前に、彼女が診察室に来たとき、小さなCMV網膜炎と思われる病変を呈したのですが、それもまたCMVに対する治療をきちんとしないうちに消失しました。一度だけフォスカernetを投与したのですが、翌日には網膜の病変がなくなっていたというエピソードもありました。フォスカernetの治療効果が見られたとするにはあまりにも早い反応です。

網膜の病変が出現したり消失したりしている間に、先に述べた5つの抗HIV薬を飲み始めたのです。またTTP様の臨床像の悪化に対して増量したステロイドを投与されていました。彼女のCD4数は $2-3/mm^3$ で、ウイルス量は $100\text{万copies/ml}$ の単位です。

CD4数が大変低くウイルス量が非常に高く、CMVに対する治療を行っていないにもかかわらず、網膜病変が悪くなったり良くなったり、あるいは大きくなったり小さくなったりするのです。こういった網膜病変の経験はあります。