

HIV / AIDS Bed Side Memo

(資料編 2003年2月版)

都立駒込病院感染症科 今村顕史

治療開始のガイドラインについてのまとめ

HIV 感染症治療研究会によって2002年11月に発行された『HIV 感染症「治療の手引き」<第6版>』より一部著者が改変したものを掲載します。

なお、このガイドライン作成にあたっては米国の DHHS や IAS-USA によるガイドラインなどが参考とされています。これらのガイドラインについては [応用編] に解説を加えました。

臨床症状(注1)がある場合		
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(注1)がない場合		
CD4 陽性リンパ球数	治療開始に際し考慮すべき項目	
200		治療開始
200 ~ 300	CD4 陽性リンパ球数の減少速度が速い(注2)	治療開始を考慮(注4)
	血中ウイルス量が高い(注3)	治療開始を考慮(注4)
> 350		定期的に経過観察を行う(注5)

(注1) 臨床症状: AIDS および AIDS に関連する重篤な症状

(注2) CD4 陽性リンパ球数の減少速度が速い: $> 100 / \mu\text{l} / \text{年}$

(注3) 血中ウイルス量が高い: HIV-RNA $> 5 \sim 10$ 万コピー/mL

(注4) 治療開始を考慮: 上記の条件を満たすだけでなく、患者の状態やアドヒアランスを考慮して総合的に治療の必要性があるのかを判断し、患者自身と相談して決定することが必要

(注5) 定期的な観察: ウイルス量が低い場合には3~4ヶ月に1回、高い場合には頻回(1~2ヶ月に1回程度)の検査

著者からのコメント1

治療を考慮するという状況では、早期に開始した場合と、遅く開始した場合の、それぞれにおける利点と不利な点(次ページに DHHS ガイドラインに掲載されている表を翻訳しまとめました)についても説明しながら、本人とよく相談して開始時期をきめていくことになるでしょう。

著者からのコメント2

これまでのガイドラインと比べて明らかに治療開始の時期は遅くなっています。現在のガイドラインでは、治療を開始せずに待つという患者さんも多くなることが予想されます。治療を開始していない患者さんの場合、長期経過の中で受診のための動機づけが低くなる傾向にあるので注意が必要であると思います。著者の経験でも、それまで安定していた CD4 細胞数が急に低下しはじめてしまった例もありました。また、治療薬や治療法が今後より良くなってくれば、治療開始の時期も早まる可能性があります。たとえ現時点で抗 HIV 薬の内服が開始されていなくても、しっかり定期検査をおこないながら適切な対応をしていくことが重要です。さらに医療者の意識も、どうしても治療を開始している人へ向けられがちです。治療を開始していない患者さんへの配慮も十分意識してほしいと思います。

治療開始時期による利点と不利な点について

DHHS ガイドラインには、治療を早く開始した場合、そして遅く開始した場合における利点と危険性がまとめられています。これらの点について説明しながら、それぞれの患者さんに適切な開始時期を本人と一しょに考えていきます。

(以下は2001年2月に改訂されたガイドラインの中の資料を著者が訳したものです。内容がわかりにくいと思われる箇所には著者の注釈を追加しています。)

治療を遅く開始する利益と危険性

利益

- ・生活の質を下げることを避けられる
- ・薬剤による副作用を避けられる
- ・薬剤耐性が起こるのを遅らせられる
- ・HIV 感染症の合併疾患を発症する危険がより高くなった時に、
使用できる将来の薬剤の数を最大に残しておく
(著者注: 現在の治療では十分協力とはいえ、長期経過の中で薬剤の変更を余儀なくされる場合がある。遅く開始すれば、その変更が結果的に少なくなり、使える薬剤も残しておくということ)

危険性

- ・不可逆的な免疫機構の消耗が十分回復しない危険性がある
(著者注: HIV によりこわされてしまった免疫がもとの状態までではもどらないこと)
- ・ウイルス量の抑制がより難しくなる可能性がある
- ・HIV を感染させる危険性が増加する可能性がある
(著者注: 他の人へ HIV を感染させる危険性のこと)

治療を早期に開始する利益と危険性

利益

- ・ウイルスの複製のコントロールをおこない、維持することがより容易である
- ・免疫機構の障害を遅らせることやその予防
- ・完全なウイルス抑制で耐性を生じる危険性がより低くなる
(著者注: 治療開始が遅くなると、ウイルスを十分抑えられない可能性が高くなるために、中途半端な治療により薬剤耐性がおきやすくなるかもしれないこと)
- ・HIV を感染させる危険性を減少させる可能性

危険性

- ・薬剤に関連した生活の質の低下
- ・薬剤による副作用が蓄積する可能性がより高くなる
- ・ウイルス抑制がうまくいかない場合に、薬剤耐性を生じる可能性がより早くなる
(著者注: 成功しなかった場合に、その後の期間が長くなってしまうため)
- ・将来の抗レトロウイルス薬による治療の選択肢が制限される

日本で承認されている抗 HIV 薬(2003 年 1 月現在)

核酸系逆転写酵素阻害薬

一般名	略号	商品名	含有量・剤形	1日投与量	備考
レトロビル	AZT	レトロビル	100mg カプセル	300～600mg 分2～6	貧血に注意
ジダノシン	ddl	ヴァイデックス	25, 50, 100mg 錠	250～400mg 分2	食間、IDV とは 2 時間あける
ザルシタピン	ddC	ハイピッド	0.375mg 錠	2.25mg 分3	吸湿性、食後
ラミブジン	3TC	エビビル	150mg 錠	300mg 分2	投与中止で B 肝増悪例あり
スタブジン	d4T	ゼリット	15, 20mg カプセルあり	60～80mg 分2	AZT と併用しないこと
アバカビル	ABC	ザリアジェン	300mg 錠	600mg 分2	発疹中止後の再投与禁止

追加薬剤(2001 年 3 月 9 日承認)

商品名	含有量・剤形	1日投与量	備考
ヴァイデックス EC カプセル	125, 200mg カプセル	体重<60kg 250mg 分1 体重>60kg 400mg 分1	上記 ddl を腸溶剤とし飲みやすいカプセルで 1 日 1 回に。下痢減少。食間

* この他に 1 錠が AZT 300mg と 3TC 150mg の合剤である コンビビルが承認されている。

* ddl は 1 包 167mg / 250mg のドライシロップあり。

* d4T は体重 60kg 以上で 80mg / 日、60kg 以下の場合には 60mg / 日となる。

非核酸系逆転写酵素阻害薬

一般名	略号	商品名	含有量・剤形	1日投与量	備考
ネビラピン	NVP	ピラミューン	200mg 錠	400mg 分2	日本人での発疹の報告多い
エファビレンツ	EFV	ストックリン	200mg カプセル	600mg 分1	1～2週 of 精神神経症状。発疹
デラビルジン	DLV	レスクリプター	200mg 錠	1200mg 分3	制酸剤で吸収低下。発疹

* ネビラピン開始時投与方法 開始 14 日間は 1 日 1 回 200mg とし、その後 1 回 200mg を 1 日 2 回 (12 時間毎) に増量

プロテアーゼ阻害薬

一般名	略号	商品名	含有量・剤形	1日投与量	備考
インジナビル	IDV	クリキシバン	200mg カプセル	2400mg 分3	腎結石あり、1.5L 以上の水分
ネルフィナビル	NFV	ピラセプト	250mg 錠	2250mg 分3	空腹時では著しく吸収低下。食後
サキナビル(HGC)	SQV	インビラーゼ	200mg カプセル	1800mg 分3	ハードジェル、吸収悪い。食後
サキナビル(SGC)	SQV	フォートベース	200mg カプセル	3600mg 分3	ソフトジェル、吸収改善。食後
リトナビル(SGC)	RTV	ノービア	100mg カプセル	1200mg 分2	開始時漸増、嘔気が多い
アンブレナビル	APV	プローゼ	150mg カプセル	2400mg 分2	発疹、カプセルが大きく内服数多い

追加薬剤(2000 年 12 月 12 日承認)

一般名	商品名	含有量・剤形	1日投与量	備考
ロピナビル・リトナビル 配合剤	カレトラ	LPV 133.3mg+RTV 33.3mg を 1 カプセルに含有	3 カプセル (LPV 400mg RTV 100mg) を 1 日 2 回	下痢、嘔気。RTV を利用し LPV の濃度を改善。食後

* リトナビルにはリキッド (80mg/ml) がありますが、約 40% のアルコールを含み味にも問題があります。

ソフトジェルカプセルは冷蔵保存、リキッドは 20～25℃ で保存します。

* リトナビルの開始時漸増法 1 日目 600mg / 日、2～3 日目 800mg / 日、4 日目 1000mg / 日、5 日目 1200mg / 日

初回治療における抗 HIV 薬の組み合わせに関するまとめ

- * DHHS 専門委員会により 2002 年 2 月に報告された治療開始時の選択薬剤に関するガイドラインをまとめます。
 * 基本的に A 欄と B 欄からそれぞれ 1 つの組み合わせを選び 3 剤以上の多剤併用で治療を開始します。

<p>推奨される組み合わせ</p> <p>A 欄と B 欄から各々 1 組を選択</p>	<p>A 欄</p> <p>エファビレンツ インジナビル ネルフィナビル インジナビル+リトナビル ロピナビル+リトナビル サキナビル(HGC/SGC) + リトナビル</p>	<p>B 欄</p> <p>d4T + ddl d4T + 3TC AZT + ddl AZT + 3TC 3TC + ddl</p>
<p>上記が使用できない場合の代替</p>	<p>A 欄</p> <p>アバカビル アンプレナビル デラビルジン ネルフィナビル+サキナビル(SGC) ネビラピン リトナビル サキナビル(SGC)</p>	<p>B 欄</p> <p>AZT + ddC</p>
<p>一般的にはすすめられない (十分なデータがない)</p>	<p>アンプレナビル+リトナビル ネルフィナビル+リトナビル</p>	
<p>行ってはならない組み合わせ</p> <p>・すべての単剤投与 ・A 欄または B 欄の組み合わせ</p>	<p>A 欄</p> <p>サキナビル (HGC)</p>	<p>B 欄</p> <p>d4T + AZT ddC + 3TC ddC + d4T ddC + ddl</p>

著者からのコメント

- * これらの選択肢の中から、治療選択の特徴、内服方法、副作用等を考慮しながら各患者に適切な選択ができるよう、本人と相談しながら決定していきます。
- * ロピナビル(LPV) + リトナビル(RTV)は、配合剤としてカレトラという 1 剤になっています。
- * サキナビル(SQV)+リトナビル(RTV) : SQV400mg(2c)+RTV400mg(4c)を 1 日 2 回投与
- * インジナビル(IDV)+リトナビル(RTV) : IDV400mg(2c)+RTV400mg(4c)あるいは IDV800mg(4c)+RTV100mg(1c)を 1 日 2 回投与する方法が主に米国で行われているが、IDV による腎結石が多いため投与量設定には注意が必要。
- * 現在使用できる薬剤の数やその効果などを考慮し、これから初回治療を開始する場合には本人との十分な検討を行い、できる長く初回治療を継続できるように準備をした上での開始が必要です。
- また、変更が必要となった場合の選択はさらに複雑となり、耐性検査の結果などを参考にすることもあります。したがって治療経験のすくない場合には、専門家と相談することをおすすめします。

HIV 感染者の障害認定のまとめ

現在、HIV 感染者においては「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害」に対しては、障害認定の申請が可能となっている。障害認定によって得られる利点や現時点での問題点については、申請前に必ず確認しておくことが重要であるが、本資料では13歳以上の HIV 感染者における「障害程度等級認定基準」について簡単にまとめることとする。

等級		CD4陽性リンパ球数その他	検査所見・日常生活活動制限 (表1の該当項目数)
1級	1	200/μl以下	6項目以上
	2	回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活が不可能	
2級	1	200/μl以下	3項目以上
	2	エイズ発症の既往あり	3項目以上
	3	CD4数に 関係なし	1から4までの一つを含む 6項目以上
3級	1	500/μl以下	3項目以上
	2	CD4数に 関係なし	1から4までの一つを含む 4項目以上
4級	1	500/μl以下	1項目以上
	2	CD4数に 関係なし	1から4までの一つを含む 2項目以上

* CD4陽性リンパ球数と検査所見・日常生活活動制限(表1の該当項目数)の両者を同時にみたしていることが必要。

* 検査所見・日常生活活動制限の該当項目数における表1とは以下のとおりである。

(表1)

1	白血球数 < 3000/μl が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
2	Hb量 < 12g/dl(男性)、11g/dl(女性) が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
3	血小板数 < 10万/μl が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
4	HIV-RNA量 > 5000コピー/ml が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
5	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い 倦怠感および易疲労 が月に7日以上ある
6	健康時に比して10%以上の 体重減少 がある
7	月に7日以上 の不定の発熱(38 以上) が2か月以上続く
8	1日に3回以上の泥状ないし水様 下痢 が7日以上ある
9	1日に2回以上の 嘔吐 あるいは30分以上の 嘔気 が月に7日以上ある
10	表2 に示す日和見感染症の既往がある
11	生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活上の制限が必要である
12	軽作業を越える作業の回避が必要である

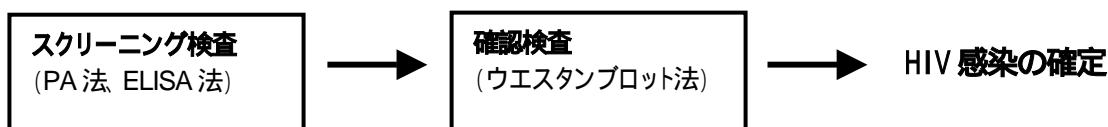
* 上記表1の10に記載されている表2の日和見感染症とは以下のとおりである

(表2)

1. 口腔カンジダ症(頻回に繰り返すもの)
2. 赤痢アメーバ症
3. 帯状疱疹
4. 単純ヘルペス感染症(頻回に繰り返すもの)
5. 糞線虫症
6. 伝染性軟属腫
7. その他

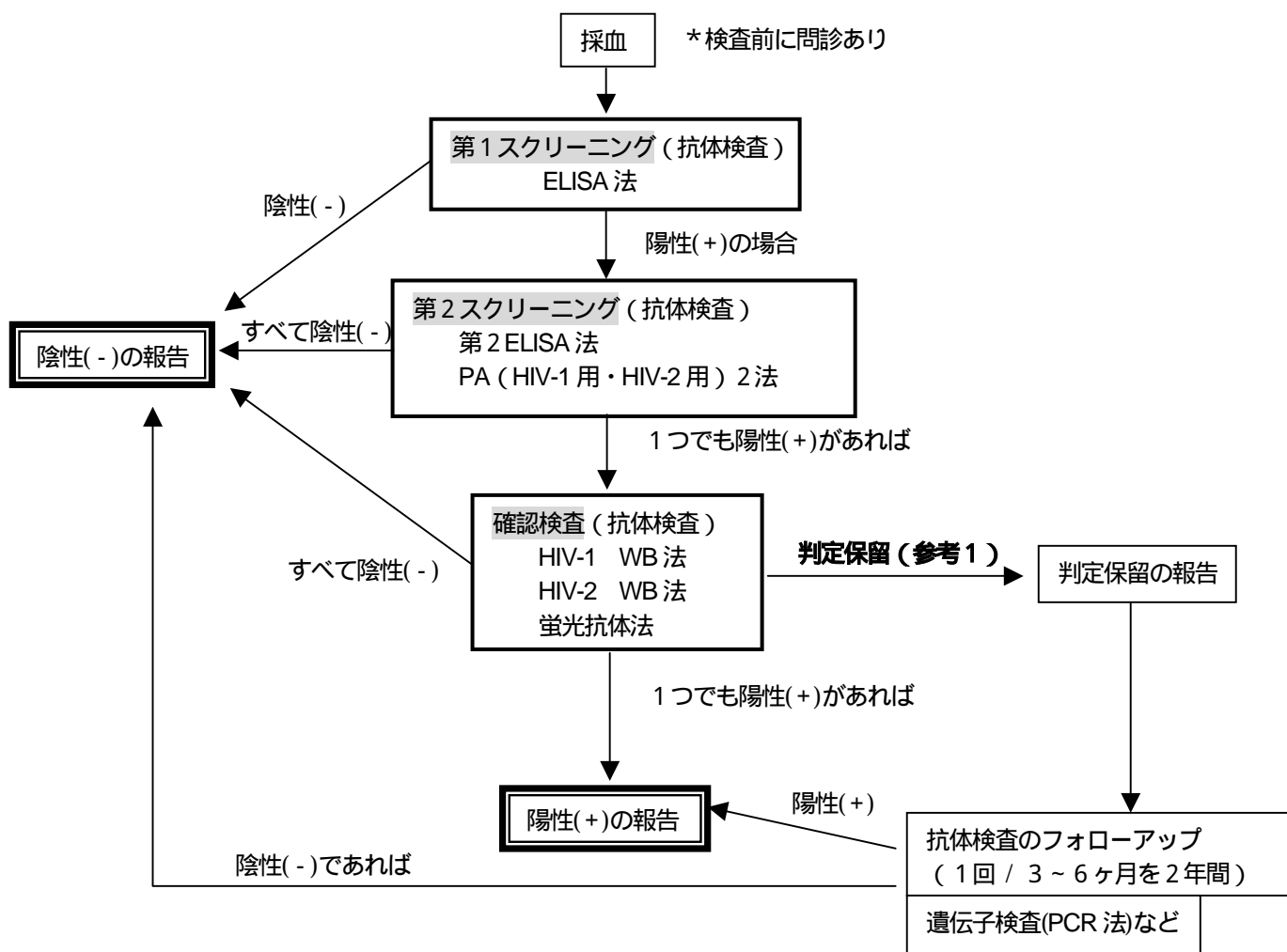
HIV 抗体検査についてのまとめ

HIV 感染症の診断にはまずスクリーニング検査がおこなわれ、これが陽性の場合に確認検査をして診断を確定します。スクリーニング検査では偽陽性が0.3%程度みられるといわれているので、確認検査で陽性が確認された時点で、陽性の告知と保健所への報告（氏名は知らせません）をします。（スクリーニング検査結果のみで告知され、後に確認検査で陰性であったとわかりトラブルにつながるケースもあるので注意が必要です。）



以下に東京都保健所、南新宿検査・相談室における検査のながれを例に示します。

（*わかりやすくするために原本を一部著者が修正して検査のみの経過としています。）



参考1：HIV-1のウエスタンブロット(WB)法による抗体検査では、gp160, gp120, gp41のうちいずれかの2本のバンドが出現した場合を陽性とし、バンドのないものを陰性としている。一方、これら以外のパターンとなった場合を判定保留とし再検査を必要としている。確認検査の約1割が判定保留となっているが、再検査で陽性となることが多い。

HIV/AIDS に関する診断と分類について

厚生省エイズ動向委員会において 1999 年に報告された、その発症でエイズと診断される指標疾患(Indicator Disease)を以下にまとめます。

1. カンジダ症(食道、気管、気管支、肺)
2. クリプトコッカス症(肺以外)
3. コクシジオイデス症(全身に播種したもの、肺・頸部・肺門リンパ節以外の部位におこったもの)
4. ヒストプラズマ症(全身に播種したもの、肺・頸部・肺門リンパ節以外の部位におこったもの)
5. ニューモシスチス・カリニ肺炎
6. トキソプラズマ脳症(生後1ヶ月以降)
7. クリプトスポリジウム症(1ヶ月以上持続する下痢)
8. イソスポラ症(1ヶ月以上持続する下痢)
9. 化膿性細菌感染症(13歳未満で、ヘモフィリス、連鎖球菌等の化膿性細菌に以下のいずれかが2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの。
 1. 敗血症、2. 肺炎、3. 髄膜炎、4. 骨性関節炎、5. 中耳皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍)
10. サルモネラ菌血症(再発を繰り返すもの、チフス菌を除く)
11. 活動性結核(肺または肺外)
12. 非定型抗酸菌症(播種性)
13. サイトメガロウイルス感染症(肝臓、脾臓、リンパ節以外)
14. 単純ヘルペス感染症(1ヶ月以上持続する潰瘍、食道炎、気管支炎、肺炎)
15. 進行性多巣性白質脳症
16. カボシ肉腫
17. 原発性脳リンパ腫
18. 非ホジキンリンパ腫(LSG分類にて大細胞型、免疫芽球性、Burkitt型)
19. 浸潤性子宮頸部癌
20. 反復性肺炎
21. リンパ節副腎性肺炎/肺リンパ過形成:LIP/PLH complex(13歳未満)
22. HIV 脳症(痴呆または亜急性脳炎)
23. HIV 消耗症候群(以下のすべてに該当するもの)
 - (1) 通常の体重の10%を超える不自然な体重減少
 - (2) 1日2回以上で30日以上持続する慢性の下痢、または30日以上にわたる持続性もしくは間歇的で慢性的な衰弱を伴う発熱
 - (3) HIV以外にこれらの症状を説明できる病気や状況(癌、結核、クリプトスポリジウム症や他の特異的な肺炎など)がない

以下に CDC によってサーベイランスのために作成された分類をまとめます。

CD4細胞数	臨床のカテゴリー		
	A 無症候性 またはPGL またはHIV初期感染	B 症候性 (AまたはBではない)	C AIDS 指標疾患あり
(1) 500/mm ³	A1	B1	C1
(2) 200 ~ 499/mm ³	A2	B2	C2
(3) <200/mm ³	A3	B3	C3

BのカテゴリーにはAIDSの指標疾患として上記C分類にいれられている疾患による症状を含まない。

この中に含まれる疾患等について以下のようなものが例としてあげられている。

細菌性多発性血管腫(bacillary angiomatosis)、鷲口症、外陰・腔カンジダ症(持続性、頻回の発症、あるいは治療抵抗性のもの)、子宮頸部異形成(中等度から高度)、限局性の子宮頸部癌、1ヶ月以上持続する38.5以上の発熱または下痢、口腔毛状白斑症、帯状疱疹(2回以上の回数発症あるいは2カ所以上の多発病変)、血小板減少性紫斑病、リステリア症、骨盤腔内感染(特に卵管・卵巣膿瘍)、末梢神経障害等

CのカテゴリーにはAIDSの指標疾患があげられる。

CD4 陽性リンパ球数および HIV-RNA 量と病気の進行について

現時点のガイドラインではまだ抗 HIV 薬による治療の開始時期については専門家の間でも議論が続いている状況です。以下の資料は他施設によるエイズコホート研究(Multi-Center AIDS Cohort Study : MACS と略されている)によって報告されたものを参照しやすいように一部改変して記載したものです。

(文献 : Ann Intern Med. 1997; 126: 946-954)

治療開始にあたって話し合う際の参考として使用してください。

3 年以内に、エイズの指標疾患を発症する可能性

CD4 (/μl) HIV-RNA (copy/ml)	CD4				
	200	201 ~ 350	351 ~ 500	501 ~ 750	> 750
1,500	~	~	~	3.7%	0%
1,501 ~ 7,000	~	~	2.0%	2.0%	2.0%
7,001 ~ 20,000	~	8.1%	8.1%	8.1%	3.2%
20,001 ~ 5,5000	40.1%	40.1%	16.1%	16.1%	9.5%
> 5,5000	85.5%	64.4%	42.9%	32.6%	32.6%

著者からのコメント

血漿 HIV-RNA は、文献では bDNA 法と RT-PCR 法の数値が示されていますが、上の表では我が国でもおこなわれている RT-PCR 法の数値を記載しています。それぞれ該当する CD4 陽性リンパ球数と血漿 HIV-RNA 量において、どれだけの割合の感染者が3年以内にエイズの指標疾患を発症したのかを示しています。(数値がはいっていないところは該当するデータが少ないために記入されていません。)エイズの指標疾患というのは、その診断でエイズを発症したと判断される合併疾患であり、その中には多くの疾患が含まれています。(本資料 P6 参照)

この報告では、たとえば CD4 が 351 ~ 500 で HIV-RNA が 55000 以上の場合には、42.9%が3年以内にエイズの指標疾患を発症していたということになります。

抗 HIV 薬による遺伝子変異部位の一覧

IAS-USA Resistance Mutations Project Panel 参照 (<http://iasusa.org/>)

網掛けの番号は 1 次変異(primary mutation)、それ以外の番号は 2 次変異(secondary mutation)

1 次変異: 薬剤投与早期に出現し、基本的に薬剤の感受性に大きな影響を与える可能性が高い。

2 次変異: 個々では大きな影響を与えないことが多いが、集積することで感受性を低下させ得る。

注: 1 次変異は主要変異(major mutation)、2 次変異は副次変異(minor mutation)と呼ばれるようになってきている。

ヌクレオシド系逆転写酵素阻害薬 (NRTI)

AZT	41	44			67		70					118			210	215	219
3TC		44										118		184			
ddI				65				74									
ddC				65		69		74						184			
d4T	41	44			67		70					118			210	215	219
ABC				65				74			115			184			
多剤 A			62						75	77		116		151			
多剤 B	41		62		67	69	70								210	215	219
NAMs	41	44			67		70					118			210	215	219

*多剤 A(151 Complex)はこれらの組み合わせで多剤耐性となる

*多剤 B(69 Insertion Complex)は 69 は 69 近傍へのアミノ酸挿入が加わって多剤耐性となる

*NAMs(NRTI associated mutations)が AZT, d4T によって複数蓄積すると、他の NRTI にも耐性となる

非ヌクレオシド系逆転写酵素阻害薬 (NNRTI)

NVP	100	103	106	108	181	188	190		
EFV	100	103		108	181	188	190	225	
DLV		103			181	188			236

*NNRTI は交叉耐性が著しく、上記のどれか 1 剤が耐性になれば他の 2 剤もすべて耐性になってしまう。

プロテアーゼ阻害薬 (PI)

IDV	10	20	24		32		36	46				54		71	73	77	82	84		90
RTV	10	20			32	33	36	46				54		71		77	82	84		90
SQV	10									48		54		71	73	77	82	84		90
NFV	10			30			36	46						71		77	82	84	88	90
APV	10				32			46	47		50	54			73			84		90
LPVr	10	20	24		32	33		46	47		50	54	63	71	73		82	84		90

*LPVr(カレトラ)は、上記の表ではすべてが major mutation となっているが、これらが多く蓄積することで耐性となるということが示されている。(応用編 P9 参照)しかし、本剤の耐性についてはまだ不明な点が多い。

著者からのコメント

耐性検査の評価は複雑で、薬剤変更における評価には治療経験も必要となってきます。

耐性検査の解析データのみで安易に薬剤の変更をせず、重要な薬剤変更の際には専門家へその解釈について相談してください。

また、耐性変異があることでその薬剤の感受性が低くなっていることは予想されますが、逆に耐性変異を指摘されていないということで、その薬剤が必ず効果があるという証明とはなりません。

抗 HIV 薬の併用禁忌・注意薬についてのまとめ (1)

抗 HIV 薬の併用禁忌・注意薬についてまとめる。国立大阪病院作成の薬剤資料と添付文書を参考にまとめたが、これ以外の薬剤でも相互作用がおこる可能性があり、主治医にかならず常用薬について知らせておくべきである。

(参考資料：国立大阪薬剤部作成のクスリカードおよび各薬剤添付文書)

商品名：レトロビル 一般名：ジドブジン AZT (ZDV)	商品名：ヴァイデックス EC 一般名：ジダノシン ddl	商品名：ハイビッド 一般名：ザルシタピン ddC	商品名：コンビビル 一般名：ジドブジン+ラミブジン
禁忌 イブプロフェン (ブルフェン等) 注意 ベンタミジン (ベナンボックス) ピリメサミン (ファンシダール) ST 合剤 (ハクタ) フルシトシン (アンコチル) ガンシクロビル (デノシン) インターフェロン ピンクリスチン (オンコピン) ピンブラスチン (エクザール) ドキソルピシン (アドリアシン) プロベネシド (プロベネミド) フェニトイン (アレビアチン、ヒダントール) フルコナゾール (ジフルカン)	注意 ベンタミジン (ベナンボックス) スルホンサンアミド系糖尿病用剤 (グルデアーゼ) リファジン ストレプトマイシン ガスター、タガメット、ザンタック ブレドニン、リンデロン 酸化マグネシウム マーロックス、アルサルミン デノシン	禁忌 ベンタミジン (ベナンボックス) 注意 クロラムフェニコール (クロロマイセチン) シスプラチン (ランダ、プリプラチン) ジスルフィラム (ノックピン) エチオナミド (ツベルミン) 金製剤 (シオドール、リドーラ等) ヒドララジン (アプレゾリン等) イソニアジド (イスコチン) メトロニダゾール (フラジール等) フェニトイン (アレビアチン、ヒダントール) ピンクリスチン (オンコピン) アムホテリシン B (ファンギゾン等) プロベネシド (プロベネミド) シメチジン (タガメット) 酸化マグネシウム マーロックス、アルサルミン アミカシン、トブラシン	禁忌 イブプロフェン (ブルフェン等) 注意 ベンタミジン (ベナンボックス) ピリメサミン (ファンシダール) ST 合剤 (ハクタ) フルシトシン (アンコチル) ガンシクロビル (デノシン) インターフェロン ピンクリスチン (オンコピン) ピンブラスチン (エクザール) ドキソルピシン (アドリアシン) プロベネシド (プロベネミド) フェニトイン (アレビアチン、ヒダントール) フルコナゾール (ジフルカン)

商品名：エビビル 一般名：ラミブジン 3TC	商品名：ゼリット 一般名：スタブジン d4T	商品名：ザイアジェン 一般名：アバカビル ABC
注意 ST 合剤 (バクタ)		注意 エタノール

商品名：ストックリン 一般名：エファビレンツ EFV	商品名：ピラミューン 一般名：ネビラピン NVP	商品名：レスクリプター 一般名：デラビルジン DLV
禁忌 テルフェナジン (トリルダン) アステミゾール (ヒスマナール) シサプリド (アセナリン、リサモール) トリアゾラム (ハルシオン) メシル酸エルゴタミン (ジヒデルゴット) 酒石酸エルゴタミン (カフェルゴット) ミダゾラム (ドルミカム) 注意 リファンピシン (リファジン) リファブチン クラリスロマイシン (クラリス、クラリシッド) 経口避妊薬	禁忌 経口避妊薬 注意 シメチジン (タガメット) マクロライド系抗生物質 (ルリッド、クラリス、クラリシッド、リカマイシン、ジョサマイシン等) イトラコナゾール (イトリゾール) リファンピシン (リファジン) リファブチン	禁忌 リファンピシン (リファジン) 注意 フェノバルビタール (フェノバル) フェニトイン (アレビアチン、ヒダントール) カルバマゼピン (テグレートール) ワルファリン (ワーファリン) Ca 拮抗剤 (アダラート等) ジソピラミド (リスモダン) アミオダロン (アンカロン) メタンフェタミン、キニジン クラリスロマイシン (クラリス、クラリシッド) アルプラゾラム (コンスタン) トリアゾラム (ハルシオン) ミダゾラム (ドルミカム) シルデナフィール (バイアグラ) リファブチン H2 受容体拮抗剤 (ガスター等) プロトンポンプ阻害剤 (タケプロン、オメプラール等) アルミニウム・マグネシウム含有制酸剤

抗 HIV 薬の併用禁忌・注意薬についてのまとめ(2)

商品名: クリキシバン 一般名: インジナビル IDV	商品名: インピラーゼ、フォートベイス 一般名: サキナビル SQV	商品名: ノービア 一般名: リトナビル RTV
禁忌 テルフェナジン (トリルダン) アステミゾール (ヒスマナール) シサプリド (アセナリン、リサモール) トリアゾラム (ハルシオン) ミダゾラム (ドルミカム) リファンピシン (リファジン) アルプラゾラム (コンスタン、ソラナックス) 注意 イトラコナゾール (イトリゾール) ミコナゾール (フロリードF) フェノバルビタール (フェノバル) フェニトイン (アレピアチン、ヒダントール) カルバマゼピン (テグレートール) デキサメタゾン (デカドロン) リファブチン ジダノシン (ヴァイデックス)	禁忌 リファンピシン (リファジン) テルフェナジン (トリルダン) アステミゾール (ヒスマナール) シサプリド (アセナリン等) 注意 フェノバルビタール (フェノバル) フェニトイン (アレピアチン) デキサメタゾン (デカドロン) カルバマゼピン (テグレートール) Ca拮抗剤 (アダラート等) ジソピラミド (リスモダン) アミオダロン (アンカロン) ワルファリン (ワーファリン) キニーネ、キニジン エルゴタミン製剤 (カフェルゴット等) シクロスボリン (サンディミュン、ネオラルール) タクロリムス水和物 (プログラフ) ピモジド (オーラップ) フェンタニル (フェンタネスト) アルプラゾラム (コンスタン) シンバスタチン (リボバス) トリアゾラム (ハルシオン) イトラコナゾール (イトリゾール) フルコナゾール (ジフルカン) ミコナゾール (フロリードF) ミダゾラム (ドルミカム) クラリスロマイシン (クラリシッド、クラリス) ラニチジン (ザンタック) シルденаフィル (バイアグラ)	禁忌 アンピロキシカム (フルカム) シサプリド (アセナリン、リサモール) エルゴタミン製剤 (カフェルゴット等) テルフェナジン (トリルダン) アステミゾール (ヒスマナール) ミダゾラム (ドルミカム) トリアゾラム (ハルシオン) エスタゾラム (ユーロジン) ジアゼパム (セルシン、ホリゾン) アルプラゾラム (コンスタン、ソラナックス) フララゼパム (ダルメート、インスミン) クロラゼブ酸二カリウム (メンドン) リファブチン、キニジン フレカイニド (タンボコール) アミオダロン (アンカロン) プロパフェノン (プロノン) ペプリジル (ペプリコール) 注意 フェニトイン (アレピアチン、ヒダントール) Ca拮抗剤 (アダラート等) ワルファリン (ワーファリン) リファンピシン (リファジン) シクロスボリン (サンディミュン、ネオラルール) タクロリムス水和物 (プログラフ) シンバスタチン (リボバス) クエン酸タモキシフェン (ノルバデックス) イトラコナゾール (イトリゾール) メトロニダゾール (フラジール) クラリスロマイシン (クラリシッド、クラリス) シルденаフィル (バイアグラ)

商品名: プローゼ 一般名: アンブレナビル APV	商品名: ピラセプト 一般名: ネルフィナビル NFV
禁忌 シサプリド (アセナリン、リサモール) トリアゾラム (ハルシオン) エルゴタミン製剤 (ジヒデルゴット、カフェルゴット) テルフェナジン (トリルダン) アステミゾール (ヒスマナール) 塩酸ペプリジル (ペプリコール) ミダゾラム (ドルミカム) リファンピシン (リファジン) ビタミンE (ユベラ) 注意 フェノバルビタール (フェノバル) フェニトイン (アレピアチン、ヒダントール) カルバマゼピン (テグレートール) ワルファリン (ワーファリン) シルденаフィル (バイアグラ) ジダノシン (ヴァイデックス) リファブチン	禁忌 テルフェナジン (トリルダン) アステミゾール (ヒスマナール) シサプリド (アセナリン、リサモール) トリアゾラム (ハルシオン) ミダゾラム (ドルミカム) アルプラゾラム (コンスタン、ソラナックス) アミオダロン (アンカロン) キニジン ピモジド (オーラップ) リファンピシン (リファジン) 注意 エチニルエストラジオール (プロセキソール) ノルエチステロン (ノアルテン) シルденаフィル (バイアグラ) フェノバルビタール (フェノバル) フェニトイン (アレピアチン、ヒダントール) カルバマゼピン (テグレートール) リファブチン

商品名：カレトラ

一般名：ロピナビル・リトナビル配合剤 LPV+RTV

禁忌

シサブリド（アセナリン、リサモール）酢酸フレカイニド（タンボコール）
 エルゴタミン製剤（ジヒデルゴット、カフェルゴット）
 テルフェナジン（トリルダン）アステミゾール（ヒスマナール）
 トリアゾラム（ハルシオン）ピモジド（オーラップ）
 塩酸プロパフェノン（プロノン）ミダゾラム（ドルミカム）

注意

フェノバルビタール（フェノバル）
 フェニトイン（アレピアチン、ヒダントール）
 デキサメタゾン（デカドロン）Ca拮抗剤（アダラート等）
 イトラコナゾール（イトリゾール）ワルファリン（ワーファリン）
 リファンピシン（リファジン）シルデナフィル（バイアグラ）
 クラリスロマイシン（クラリシッド、クラリス）
 シンバスタチン（リボバス）アトルバスタチン（リビドール）
 セリバスタチン（セルタ、バイコール）
 シクロスポリン（サンディミュン、ネオラール）タクロリムス水和物（プログ
 ラフ）塩酸アミオダロン（アンカロン）塩酸ペプリジル（ペプリコール）
 リドカイン（キシロカイン）キニジン、リファブチン、
 エチニルエストラジオール、メトロニダゾール（フラジール）

著者からのコメント

上記以外にも問題となり得る薬剤があります。また、薬剤相互作用の情報は常に更新される可能性があるため、治療を開始する際には必ず添付文書等で、併用について問題がないか確認するように習慣づけましょう。さらに通常の薬剤以外でも、健康食品として販売されていた西洋オトギリ草(セントジョーンズワート)が問題となったりしています。