

HIVについて - 服薬アドヒアランスや薬剤耐性化を中心に -

HIV感染症は、1980年代に最初の症例が報告され、以降長い間治療困難とされてきました。しかし、1996年以降、新薬の登場などにより抗HIV療法(anti-retroviral therapy ; ART)は、HIVウイルスを検出限界以下まで抑えることが可能となり、コントロール可能な慢性疾患として扱うことが出来るようになってきています。1日で15錠以上の薬と1.5L以上の水を1日3回空腹時に分服していた時代もありましたが、現在最も薬の数の少ない組み合わせでは1日1回、1回2錠の服薬で済むことができます。海外では1日1回、1回1錠のみという配合薬もあります。HIVウイルスは不十分な服薬では治療薬に耐性化しやすい性質があるため、確実な服薬が必要になります。具体的には95%以上の服薬が一生必要とされています。1日1回の組み合わせでは、1ヶ月に許容される飲み忘れは1回だけという計算になります。服薬率と治療成功率(治療開始4ヶ月目にHIV RNA量が400コピー/mL未満となった割合)を示したものが図1です。

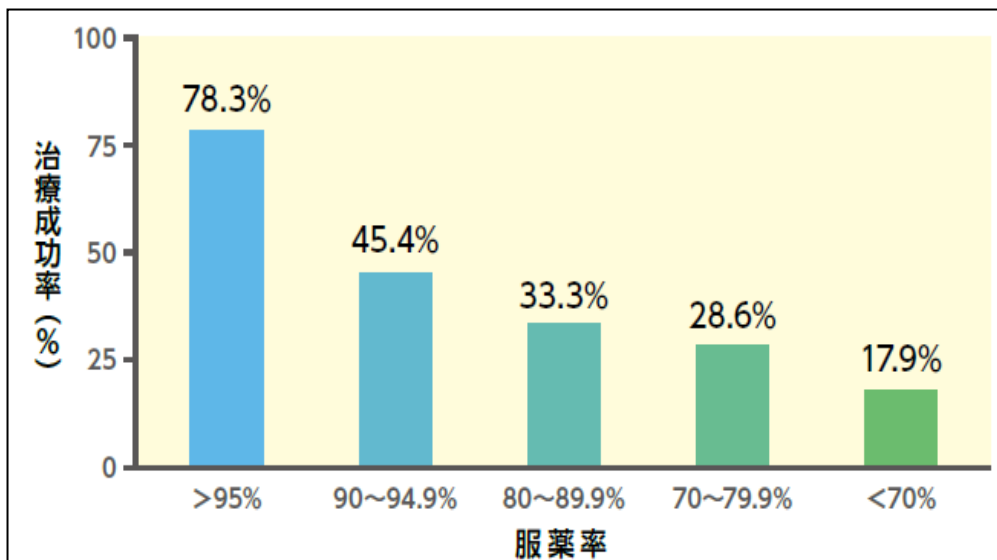


図1. 服薬率と治療成功率 (Paterson et al. Ann Intern Med. 133:21, 2000を改変)

もし耐性が出来てしまうと、他の治療薬にも耐性が出来るいわゆる交差耐性を起こすことがあるため、治療の選択肢が限られてしまいます。治療成功の決め手となるのは、患者さん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し続けていくこと、いわゆる服薬アドヒアランスが重要となります。治療薬を選択する際には、服薬回数、食事との関係、副作用、耐性の有無など、個々の薬剤の利点と問題点に注意しながら選択していくことが大切です。

核酸系逆転写酵素阻害薬(nucleoside reverse transcriptase inhibitor ; NRTI)、非核酸系逆転写酵素阻害薬(non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor ; NNRTI)、プロテアーゼ阻害薬(protease inhibitor ; PI)に加え、ここ数年でインテグラーゼ阻害薬(integrase strand transfer inhibitor ; INSTI)、CCR5(C-C chemokine receptor 5)阻害薬など新しい作用機序の薬が開発され、治療の選択肢は広がっています。

以前の治療薬は服用回数、服用錠数ともに多く煩雑で、骨髄抑制、代謝異常、ミトコンドリア障害、膝炎、腎・肝障害など副作用も強く、内服継続が困難な状況が続きました。そのため免疫力(CD4数)がある程度低下するまで治療の開始を遅らせるという考え方が主流でした。しかし、治療薬の進歩により飲みやすく副作用の少ない治療薬が増えたこと、未治療で経過することによって起こる心血管疾患や腎・肝疾患、悪性腫瘍等の長期合併症が問題となってきたこと、他者への感染予防などを考慮し、より早く治療を開始する傾向にあります。治療の進歩によりHIV感染症の予後が改善したことで、患者さんの高齢化も徐々に進んでいます。高脂血症、高血圧、糖尿病等の慢性疾患や、悪性腫瘍などHIV感染症を持ちながら他の疾患の治療を必要とする例が多くなってきています。抗HIV薬は薬物相互作用が問題になることが多く、併用薬の選択には注意が必要です。特にプロテアーゼ阻害薬であるリトナビル(ノービア錠®)は薬物代謝酵素であるCYP3A4を強力に阻害する働きがあります。その結果、睡眠導入剤であるトリアゾラム(ハルシオン錠®)との併用ではトリアゾラムの血中濃度が大幅に上昇し過度な鎮静を引き起こす恐れがあります。プロテアーゼ阻害薬以外の抗HIV薬もそれぞれ特有の薬物相互作用があるため、上記の例のように併用薬に作用する場合と、併用薬が抗HIV薬に作用する場合もあります。そのため、抗HIV薬を服用している患者さんに新たな処方薬を追加する際は、相互作用の確認が必須となります。ARTにおいて、患者さんの服薬アドヒアランスは当然ながら、併用薬の相互作用も踏まえた上で抗HIV薬の治療上有効な血中濃度を保つことが重要です。

Staff Interview

薬剤師 植田 孝介



普段は調剤室で調剤業務を行いつつ、HIV担当薬剤師として患者さんとの面談を随時行っています。一生内服する薬であるため、より高い効果を維持しながら、患者さんの不安を少なくできるように努めています。HIV治療薬についてわからないことや疑問などがあればお気軽に問い合わせください。(HIV担当薬剤師 PHS:83353)