

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (2009年7月15日作成)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
130	Memo 最終行	<i>E. coli</i> を認めたら、上記すべての	<i>E. coli</i> を認めたら ESBL をチェックし、陽性であれば 上記すべての	
172	下から12行目	5日間という短い服薬期間はコンプライアンスにより影響を与える。(※以下に最新情報を追加)	5日間という短い服薬期間はコンプライアンスにより影響を与える。 さらに新しく発売された「ジスロマック SR 成人用ドライシロップ2g、1回服用」もコンプライアンスの面からは便利である。他方、副作用や薬剤相互作用などの問題が出現した場合、対処が難しくなる点に注意が必要と考える。	
172	下から8行目	現在は販売されていない。(※以下に最新情報を追加)	現在販売されていない。 経口剤では既述の成人用ドライシロップが新発売。より高い血中濃度が得られる。	
173	下から4～2行目	・非淋菌性尿道炎などに。 <i>Chlamydia</i> , <i>Ureaplasma</i> による尿道炎や子宮頸管炎：1gを1回服用。同様の菌による骨盤内炎症性疾患 (PID) に他の淋菌やグラム陰性桿菌、嫌気性菌用抗菌薬と併用して使用。	※最新情報に差し替え ・非淋菌性尿道炎 Non-gonococcal urethritis などに。 <i>Chlamydia</i> , <i>Ureaplasma</i> による尿道炎や子宮頸管炎：1gを1回服用。同様の菌による骨盤内炎症性疾患 PID に他の淋菌やグラム陰性桿菌、嫌気性菌用抗菌薬と併用して使用。新しく発売された成人用ドライシロップ2gは淋菌にも適応をとっているが、筆者は現時点で抗淋菌薬としては使用していない。	
196	12行目	維持する治療を好んでいる。(※以下に最新情報を追加)	維持する治療を好んでいる。 最近、英国から出されたガイドラインではリネゾリドのみがMRSA肺炎に推奨されている (J of Antimicrob Chemother 2006 ; 57 : 589-608)。	
196	17行目	・経口投与が可能な点も院外での治療を可能にする ⁵³⁾ 。(※以下に最新情報を追加)	・経口投与が可能な点も院外での治療を可能にする ⁵³⁾ 。 またクリンダマイシンと同様に毒素産生抑制効果があり、MRSAによるTSSなどには有用かもしれない。	
213	7～8行目	重症感染症では使用しない。(※以下に最新情報を追加)	重症感染症では使用しない。 ただし市中型MRSA (community-associated MRSA ; CA-MRSA) が本剤に感受性であれば、軟部組織感染症などには切開排膿、デブリドマンなどを徹底しつつ使用可能である。	
242	4行目	■基本的には：抗真菌薬中で	■基本的には： 本邦では、例外を除き 抗真菌薬中で	
247	4行目	大きなインパクトを与えた研究は少ない。	大きなインパクトを与えた研究は少ない。 禁忌となる臨床的状況も特にないが尿路への移行は悪い。	
247	15行目	アムホテリン B リポソーム製剤 (発売)	アムホテリン B リポソーム製剤 (アムビゾーム®)	
247	下から3行目	・髄液移行は poor。胸腔、腹腔、関節腔には移行がよい。	※最新情報に差し替え ・尿路への移行に問題がある可能性が指摘されている。中枢神経系・胸腔、腹腔、関節腔への移行は問題ないようである (CID 2009 ; 48 : 507)。	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
248	下から9～8行目	■全体として：同様の「～ゾール」でもスペクトラムは異なり、同様の <i>Candida</i> でも感受性が異なるので注意。	※最新情報に差し替え ■全体として：同じアゾール系でも、糸状菌と酵母様真菌の両者をカバーするものと酵母様真菌のみカバーするものがあり、またカバーする <i>Candida</i> の種 (Species) が異なる。	
249	下から2～1行目	・水溶性が高く髄液や組織液に移行しやすい (髄液で血清の70～90%程度、組織液で血清の50%程度)。	※最新情報に差し替え ・水溶性が高く髄液、硝子体、尿路、組織液に移行しやすい中枢神経や眼球内のカンジダ感染症に有効である (髄液で血清の70～90%程度、組織液で血清の50%程度)。また尿中では血清の10～20倍の濃度になり尿路感染症にも向いている (CID 2009 ; 48 : 507)。	
250	3～4行目	・腎機能が低下している場合には投与量の変更が必要。 ・透析により除去される。通常は80%がそのまま尿中へ排泄される。	※最新情報に差し替え ・通常、腎から80%が排泄。腎機能が低下している場合には投与量の変更が必要 (抗真菌薬で腎排泄は2つのF : Fluconazole と Flucytosine)。 ・透析により除去される。	
250	16～17行目	■ <i>Candida</i> : <i>C. albicans</i> に対してはまず有効 (耐性の報告はCD4が非常に低いHIV感染症の症例のみ)。他の <i>Candida</i> spp. については以下のとおり。	※最新情報に差し替え ■ <i>C. albicans</i> に対してはまず有効 (耐性の報告はCD4が非常に低いHIV感染症の症例のみ)。 <i>C. krusei</i> , <i>C. glabrata</i> に対する活性は一般に悪い。以下を参照。	
250	最終行～251頁4行目	・好中球減少症のない患者におけるカンジダ血症。投与量は200～600 mg/日。ただし <i>albicans</i> 以外の <i>Candida</i> には注意。 ・多くの研究が non neutropenia の患者であるため、多くの専門家は好中球減少症、深部の重症カンジダ症では依然としてアムホテリシンBかキャンディン系を使用する。	※最新情報に差し替え ・好中球減少症のない患者におけるカンジダ血症。投与量は初日800 mg、翌日から400 mg/日。ただし本剤の使用歴があり <i>C. albicans</i> 以外の <i>Candida</i> が予想されたり、重症である場合にはミカファンギン (ファンガード®) かアムホテリシンBを使用。 ・多くの研究が Nonneutropenia の患者である。新しいガイドラインでは好中球減少症、重症カンジダ症ではキャンディン系 (本邦ではミカファンギン) かアムホテリシンBリポソーム製剤 (アムビゾーム®) を推奨する (CID 2009 ; 48 : 508)。	
251	11～13行目	④ カンジダ尿路感染症：単に培養陽性は治療しない。治療するなら初回投与量200 mg/日、以後100～200 mg/日を5～10日間。 ⑤ カンジダ眼内炎	※最新情報に差し替え ④ カンジダ尿路感染症 ・単に培養陽性は治療しない。症候性膀胱炎なら200 mg/日で2週間。腎盂腎炎なら200～400 mg/日を2週間。詳細はp 1097を参照。 ⑤ カンジダ眼内炎：6～12 mg/kg/日を最低でも4～6週間。詳細はp 1103参照。	
251	18～19行目	○発熱する好中球減少症 (febrile neutropenia) ・臨床現場で使われるが、FDAの認可はおいていない。	※最新情報に差し替え ○発熱性好中球減少症 (Febrile neutropenia) ・臨床現場で使われるが、FDAの認可はおいていない。初日800 mg、翌日から400 mg/日。	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
251	下から12行目	・ <u>BMT</u> の	・ <u>骨髄移植症例</u> の	
252	下から12行目	5) カンジダ眼内炎: 100~400 mg/日を1~4か月。	※最新情報に差し替え 5) カンジダ眼内炎: 6~12 mg/kg/日を最低でも4~6週間。詳細は <i>p 1103</i> 参照。	
253	下から11~9行目	・わが国では重要なスペクトラムである。 ・ただし重症例にはより成功率が高く、再発率の低いアムホテリシンBを使用する。	※最新情報に差し替え ・ポリコナゾールの出現までは重要であったが、現在はアレルギー性気管支肺アスペルギルス症や慢性空洞性肺アスペルギルス症など以外では代替薬としての位置づけられることが多い (CID 2008; 46: 327-360)。	
253	下から4行目	<u><i>C. lusitaniae</i></u> : 投与量依存性。	投与量依存性から <u>耐性</u> 。	
253	下から2行目	フルコナゾールが <u>だめ</u> な	フルコナゾールが <u>無効</u> な	
254	3~4行目	■アムホテリシンBが無効な <i>Pseudallescheria boydii</i> (= <i>Scedosporium apiospermum</i>) に活性はある。臨床的な標準治療薬ではない。	※最新情報に差し替え ■アムホテリシンBが無効な <i>Pseudallescheria boydii</i> (= <i>Scedosporium apiospermum</i>) に活性はあるが標準治療薬はポリコナゾールである。	
256	下から11~13行目	(The Medical Letter 2002; 44: 63) が、 <u>他のアゾールが無効の場合にどの程度 salvage が可能かは不明。良質の <i>in vitro</i> データに基づく専門家からのコンサルテーションがなければ筆者は勧めない。</u>	※下線部の記述を削除	
261	2行目	■臨床的なターゲットは <u>アスペルギルス症とカンジダ症である。</u>	■臨床的なターゲットは <u>主としてカンジダ症である。ポリコナゾールの出現によりアスペルギルス症が適応となる状況は少ないと筆者は考えている。ただし重症例に対しアムホテリシンBやポリコナゾールと併用で、限定的に使用される可能性はある。</u>	
263	8~9行目	30分以上かけて静注。(※以下に最新情報を追加)	30分以上かけて静注。 <u>他のエキノキャンディン系薬剤と異なり初回投与量 (loading dose) も維持量も基本的には100 mg/日で同じ。</u>	
265	14~15行目	■治療期間については明確な規定ない。症状・所見の消失、画像上の改善、培養陰性化などを追う。	※最新情報に差し替え ■治療期間については明確な規定はないが、血液培養陰性化後、最低14日間。さらに、症状・所見の消失、画像上の改善、培養陰性化などを追う。	
265	17~21行目	・腎機能障害がなければよい。歴史的に gold standard。 ・重症例、non- <i>albicans</i> の多い施設、予防的に使用されていたためにフルコナゾール耐性が予測される症例には本剤かミカファンギンを使用。非常に重症であればアムホテリシンBを使用。 ・投与量は0.5~0.7 mg/kg/日程度。	※最新情報に差し替え ・以前は Gold standard の治療であったが現在はミカファンギンやアムホテリシンBリポソーム製剤 (アムビゾム [®] , 3~5 mg/kg/日), ポリコナゾールなどの新しいアゾールに主役の座を譲ったと考えてよい。 ・重症例、Non- <i>albicans</i> の多い施設、予防的に使用されていたためにフルコナゾール耐性が予測される症例でも本剤のリポソーム製剤かミカファンギンが使用される。 ・投与量はデオキシコール酸塩で0.5~0.7 mg/kg/日, リポソーム製剤で3~5 mg/kg/日。	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
265	下から14～5行目	<p>■免疫不全・好中球減少症でない+C. <i>albicans</i> ならよい。感受性に問題なければ経口でステップダウン治療によい。</p> <p>■重症、耐性 <i>Candida</i> が心配であればまずアムホテリシンBかミカファンギンで開始してフルコナゾールが使用可能と判明したら変更。</p> <p>■フルコナゾールを予防投与ですでに使用している中に生じたカンジダ症ではエンピリカルには使えない。しかし予防投与で使用しなければよい代替薬。</p> <p>■投与量は6 mg/kg/日以上か400 mg/日を1週間、さらに培養陰性確認後2週間治療を続ける。</p> <p>■どのような状況でフルコナゾールが使用できるかなどについては文献を参照^{117～119}。</p>	<p>※最新情報に差し替え</p> <p>・免疫不全・顆粒球減少症でない+C. <i>albicans</i> ならよい。感受性に問題なければ経口で Step-down 治療によい。</p> <p>・重症、耐性カンジダが心配であればまずミカファンギンかアムホテリシンBリボソーム製剤(アムビゾーム[®])で開始してフルコナゾールが使用可能と判明したら変更。</p> <p>・投与量は初日800 mg, 翌日から400 mg/日。</p> <p>・どのような状況でフルコナゾールが使用できるかなどについては以下の参考文献を参照^{117～119}。</p>	
266	12～13行目	<p>■腎機能低下が問題になる症例、アゾール系、キャンディン系がシクロスポリンなどの相互作用のために使用しづらい場合にはいいか。</p>	<p>※最新情報に差し替え</p> <p>■新しいガイドラインでは、積極的に第1選択薬、代替薬として推奨されている(CID 2009; 48: 508)。</p>	
266	下から18～17行目	<p>■専門家によっては重症例、例えばカンジダ心内膜炎によいかもしれないと考えている¹²²。(※以下に最新情報を追加)</p>	<p>■専門家によっては重症例、例えばカンジダ心内膜炎によいかもしれないと考えている¹²²。<u>新しいガイドラインでアムホテリシンBとフルサイトシンの併用が推奨されるものとして、腎盂腎炎、中枢神経感染症、眼内炎などが挙げられている(CID 2009; 48: 508-509)。</u></p>	
267	下から3行目	新しい薬剤の対照	新しい薬剤評価時の対照	
268	2～3行目	<p>■アムホテリシンBリボソーム製剤も同様の研究があり、米国では適応がとれている。</p>	<p>※最新情報に差し替え</p> <p>■新しいカンジダ症のガイドラインではアムホテリシンBリボソーム製剤とキャンディン系(本邦ではミカファンギン)が第1選択薬となっている(CID 2009; 48: 508)。</p>	
268	15～17行目	<p>・caspofunginの研究では、「熱が下がる」という点ではアムホテリシンBよりもよい成績を挙げたこともあるが、短期の生存率の改善などには至っていない。このため同じキャンディン系のミカファンギンも第1の適応とは言えない。</p>	<p>※最新情報に差し替え</p> <p>・Caspofunginが新しいカンジダ症のガイドラインでは第1選択薬となっており、本邦ではミカファンギン(ファンガード[®])100 mg/日を使用することになる。</p>	
270	下から8～7行目	<p>■フルコナゾールと同等の効果、より少ない発熱のエピソードなどが報告されている。</p>	<p>※最新情報に差し替え</p> <p>■本剤50 mg/日はフルコナゾール400 mg/日と同等の効果、より少ない発熱のエピソードなどが報告されている。アスペルギルス症の予防効果もより高い傾向を認めた。</p>	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
296	9～10行目	MWWR Recomm Rep 2005; 54(RR-8): 1-40による。(※以下に最新情報を追加)	MWWR Recomm Rep 2005; 54(RR-8): 1-40による。 非常に重要かつ、頻繁に変化する領域なので Web site(http://www.cdc.gov/flu)などを定期的に閲覧する。新しいガイドライン (CID 2009; 48: 1003-1032) も参照。 ■2009年にヒトA型インフルエンザの亜型であるH1N1型のほとんどがオセルタミビル(タミフル®)耐性となり、抗インフルエンザ薬処方にあたっては流行の型に対する知識が必須となった。	
296	下から14行目	■通常濃度ではヒトA型インフルエンザウイルスにのみ有効である。	※最新情報に差し替え ■ヒトA型インフルエンザウイルスにのみ有効であり、オセルタミビル耐性となったH1N1型も感受性である。	
296	下から12～6行目	■治療 ・発症後48時間以内に服用を開始すると発熱その他の症状の持続期間を約1日短縮できるとされる。筆者はこの適応では使用経験がない。 ・インフルエンザ関連の合併症を減らせるかは不明。 ・重篤なインフルエンザ肺炎の治療に有用かは不明。 ■予防 ・曝露前に服用を開始すれば70～90%の確率で予防可能である ¹⁶³⁾ 。	※最新情報に差し替え ■治療・予防 ・現在、広範囲な耐性の問題から、基本的には治療・予防共に使用されない。ただし既述のようにA型の亜型H1N1には有効なため、特殊な適応が存在する。 ・発症後48時間以内に服用を開始すると発熱その他の症状の持続期間を薬1日短縮できるとされる。筆者はこの適応では使用経験がない。 ・曝露前に服用を開始すれば70～90%の確率で予防可能である ¹⁶³⁾ 。	
296	下から4行目		※最新情報を追加 ・施設内流行の定義は3日以内に2人が発症した場合、さらに地域で流行していれば1人の発症でもそれと考える。	
296	最終行	発症する可能性のある集団である。(※以下に最新情報を追加)	発症する可能性のある集団である。 新しいガイドラインでは「施設内流行時にはワクチン接種の有無に関わらず全員に投与する」とある。また流行株がワクチン株と異なる場合にも適応となる (CID 2009; 48: 1003-1032)。	
297	2～3行目	ハイリスクの患者のケアを行う医療従事者の予防にも使用される。(※以下に最新情報を追加)	ハイリスクの患者のケアを行う医療従事者の予防にも使用される。 対策期間は施設の最後の症例が発症して7日経過しているか、単純に14日間服用どちらか、長いほうを選ぶ。	
297	下から4行目	■アマンタジンとの違い	※最新情報に差し替え ■同じAdmantineでもアマンタジンより以下のような利点があり Medical letter (Jan 26, 2009) でもヒトインフルエンザAのH1N1型に対し推奨されている。	
298	表II-48		※最新情報を追加	pdf

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
299	3～8行目	<p>■ヒト A, B 型インフルエンザウイルスに有効である。</p> <p>■ヒト A 型インフルエンザウイルスについては9種類のノイラミニダーゼ亜型すべてに有効であり, それには最近問題になっている一部のトリインフルエンザ株 (H5N1, H7N7, H9N2) も含まれる。また1918年に世界的大流行を起こした株の合併結合変異ウイルス (reassortant virus) にも有効とされる。</p> <p>■アマンタジン耐性株にも有効。</p>	<p>※最新情報に差し替え</p> <p>■ヒト A 型インフルエンザウイルスについては, 通常9種類のノイラミニダーゼ亜型 Subtype 全てに有効であり, それには最近問題になっている一部の鳥インフルエンザ株 (H5N1, H7N7, H9N2) も含まれる。</p> <p>■基本的にはヒト A, B 型両者のインフルエンザウイルスに有効であった。しかし2009年に亜型の H1N1 型が100%近く耐性となった。アマンタジン耐性株には, 今のところ有効。</p> <p>■抗インフルエンザ薬の処方にあたっては流行の亜型に対する知識が重要となる。</p>	
299	11行目	<p>・発症 36 時間</p>	<p>・発症 48 時間</p>	
299	下から17行目	<p>・インフルエンザ集団発生時の予防に。 (※以下に最新情報を追加)</p>	<p>・インフルエンザ集団発生時の予防に。 <u>予防投与を72時間以上受けているにもかかわらず発症した場合には, オセルタミビル耐性の可能性を考慮し衛生研究所などに報告する。</u></p>	
299	下から5～1行目	<p>■臨床</p> <p>・治療中に成人で1%, 小児で9%の症例で耐性株が検出され, 免疫不全症例により多くみられるとされる。ただし <i>in vitro</i> の耐性がそのまま臨床的な症状の悪化などには結びついていない。</p> <p>・耐性株のヒトからヒトへの感染は証明されていない¹⁷¹⁾。</p>	<p>※最新情報に差し替え</p> <p>■臨床</p> <p>・治療中に成人で1%, 小児で9%の症例で耐性株が検出され, 免疫不全症例により多く見られるとされる。既述のように2009年現在, 亜型 H1N1 は100%近く本剤に耐性となっている。</p> <p>・耐性株のヒトからヒトへの感染は証明されていない¹⁷¹⁾。</p>	
300	12行目	<p>■アマンタジン耐性株, 一部のオセルタミビル耐性株にも有効とされる。</p>	<p>※最新情報に差し替え</p> <p>■2009年現在, アマンタジン耐性株にもオセルタミビル耐性株にも有効で, A, B 型どちらのインフルエンザであっても有効な唯一の抗インフルエンザ薬となった。</p>	
314	14行目	<p>(<i>Trypanosoma gambiense</i>)</p>	<p>(<i>Trypanosoma brucei gambiense</i>)</p>	
314	下から12行目	<p>(<i>Trypanosoma rhodesiense</i>)</p>	<p>(<i>Trypanosoma brucei rhodesiense</i>)</p>	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
419	下から14行目～ 420頁4行目	<p>■アムホテリシン B(ファンギゾン®) : まずテスト量として1 mg を注射用水か5%ブドウ糖液10 ml に溶解して、ゆっくり20～30分かけて静注。静注後30分間は注意深く患者を観察し、血圧、脈拍の変化、呼吸困難、発熱などが生じないことを確認する。特に問題がなければ同じ日に10 mg のアムホテリシン B を5%ブドウ糖液か注射用水100 ml に溶解し2時間程度かけて点滴静注する。翌日は20 mg を200 ml に、翌々日は30 mg を300 ml に溶解して3～4時間かけて点滴静注。その後は1日維持量で30～40 mg 静注し、全部で1～1.5 g 投与する。アムホテリシン B を投与する30分前に500 mg 程度のアセトアミノフェンとジフェンヒドラミン(ペナ®)50 mg を経口投与すると副作用が少ない。さらにアムホテリシン B の投与に先立ち生食液250 ml 程度を点滴静注しておく、アムホテリシン B による腎機能障害が出現しにくいとも考えられている。</p> <p>■腎機能などの問題で通常のアムホテリシン(ファンギゾン®)を使用しにくい場合には、アムホテリシン B リポソーム製剤(アムビゾーム®)をアムホテリシン B として4 mg/kg を1日1回、1～2時間以上かけて点滴静注する。患者の症状に応じて適宜増減できるが、1日総投与量は体重1 kg あたり5 mg (力価)までとする。</p> <p>■備考：専門家によってはアムホテリシン B に加え、フルシトシン(アンコチル®)150 mg/kg/日を4回に分けて投与する。この場合血中濃度をモニターし50～100 μg/ml に保つ。</p>	<p>※最新情報に差し替え</p> <p>■ <i>Candida</i> : アムホテリシン B リポソーム製剤(アムビゾーム®)3～5 mg/kg/日を使用。リポソーム製剤が入手困難であれば通常のアムホテリシン B (ファンギゾン®)を使用する。アムホテリシン B の具体的な使用開始法については <i>p</i> 245 を参照。アムホテリシン B に加え、フルシトシン(アンコチル®)25 mg/kg を1日に4回投与してもよい。アムホテリシン B に対する認容性が悪ければ最初からフルコナゾール400～800 mg/日を使用する(CID 2009 ; 48 : 509)。</p> <p>■ <i>Cryptococcus</i> : 使用する抗真菌薬は <i>Candida</i> と同様。</p>	
443	下から10～7行目	<p>■アムホテリシン B(ファンギゾン®) : 具体的な投与法は前記を参照(→ <i>p</i> 419)。</p> <p>備考：専門家によってはアムホテリシン B に加え、フルシトシン(アンコチル®)150 mg/kg/日を4回に分けて投与する。この場合血中濃度をモニターし50～100 μg/ml に保つ。</p>	<p>※最新情報に差し替え</p> <p>■アムホテリシン B リポソーム製剤(アムビゾーム®)3～5 mg/kg/日を数週間使用後、フルコナゾール400～800 mg/日。リポソーム製剤が入手困難であれば通常のアムホテリシン B (ファンギゾン®)を使用する。アムホテリシン B の具体的な使用開始法については <i>p</i> 245 を参照。アムホテリシン B に加え、フルシトシン(アンコチル®)25 mg/kg を1日に4回投与してもよい。フルシトシンは可能ならば血中濃度を測定し50～100 μg/ml を維持する。アムホテリシン B に対する認容性が悪ければ最初からフルコナゾール400～800 mg/日を使用する。治療は症状・身体・髄液・画像所見が正常化するまで続ける。脳室内器具があれば可能な限り除去する(CID 2009 ; 48 : 509)。</p>	
444	下から6行目	(→ <i>p</i> 419)	(→ <i>p</i> 245)	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
550	3行目	単なる走着との区別が難しい。(※以下に最新情報を追加)	単なる走着との区別が難しい。 <u>無症候性膀胱炎は例外を除いて治療対象としないが、症候性膀胱炎、腎盂腎炎、泌尿器科領域の手術を受ける症例などでは治療を考慮する。</u>	
569	下から16行目	■1/3はカテーテルの除去で消失する。	※最新情報に差し替え ■通常は抗菌薬使用の結果に過ぎず治療対象としない。1/3はカテーテルの除去で消失する。詳細はp1097を参照。	
569	下から9行目	(詳しい投与方法はp244を参照)。	(詳しい投与方法はp245を参照)。	
711	下から4行目	免疫不全が強ければアムホテリシンB 0.6 mg/kg/日を静注。	免疫不全が強ければ <u>ミカファンギン(ファンガード®) 100 mg/日</u> かアムホテリシンB 0.6 mg/kg/日を静注。	
722	下から18~14行目	1) フルコナゾール(ジフルカン®) 300~400 mg/日を分1~2で静注, 2週間。 2) アムホテリシンB(ファンギゾン®) 0.5 mg/kg/日を状況に合わせて臨床的改善まで。2週間程度。 3) <i>Candida</i> による敗血症が疑われる場合: 大量フルコナゾール(ジフルカン®) 600~800 mg(専門家によっては1,200 mg)/日を分2で静注, 2~3週間。	※最新情報に差し替え 1) フルコナゾール(ジフルカン®) 初日800 mg/日, 翌日から400 mg/日を1日1回静注。投与期間は臨床的改善がみられるまで2週間程度。 2) 重症例, フルコナゾール使用歴のある症例では, ミカファンギン(ファンガード®) 100 mg/日かアムホテリシンBリポソーム製剤(アムビゾーム®) 3~5 mg/kg/日を使用する。ポリコナゾール(アイフェンド®)も代替薬たりうる。初日は1回6 mg/kgを1日2回, 2日目以降は1回3 mg/kgまたは1回4 mg/kgを1日2回点滴静注する。 3) 上記薬剤が入手・使用困難な場合, アムホテリシンB(ファンギゾン®) 0.5 mg/kg/日を使用する。	
751	4~5行目	・ <i>Candida</i> 性の場合, 十分量のアムホテリシンB(総投与量として1.5~2 g)を投与する。	・ <i>Candida</i> 性の場合, <u>フルコナゾールを初日800 mg/日, 翌日から400 mg/日を静注する。フルコナゾール使用の既往がある症例, Albicans以外のCandidaが多い施設, 重症例ではミカファンギン(ファンガード®) 100 mg/日で開始しておく。これらの薬剤に認容性が悪い場合, 入手できない場合などは十分量のアムホテリシンB(総投与量として1.5~2 g)を投与する。</u>	
841	下から16~10行目	■治療の基本はアムホテリシンB(0.5~1 mg/kg/日)±フルシトシンとされる。静注で十分な関節液濃度が得られるので, 関節腔内の抗真菌剤による洗浄などは不要である。 ■アムホテリシンBは腎毒性などもあり長期間使用するのは難しい。このためアムホテリシンBを2~3週間使用した後にフルコナゾール(ジフルカン®) 400 mg/日に変更してよい。そして全体で6~12か月, 場合によってはさらに長く治療する。詳細は感染症診療に詳しい医師に相談 ³⁸⁾ 。	※最新情報に差し替え ■治療期間は6~12か月とし, 基本的にデブリドマンを行う。フルコナゾール(ジフルカン®) 400 mg/日, あるいはアムホテリシンBリポソーム製剤(アムビゾーム®) 3~5 mg/kg/日を最低2週間使用したのちにフルコナゾールに変更して全体で6~12か月の治療とする。 ■代替薬としてはミカファンギン(ファンガード®) 100 mg/日, あるいはアムホテリシンBを0.5~1 mg/kg/日を最低2週間使用したのちにフルコナゾールに変更し全体で6~12か月の治療とする ³⁸⁾ 。アムホテリシンBをセメントに混ぜたものも有効かもしれない。	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
871	12～17行目	1) 抗真菌薬としてはアムホテリシン B (ファンゴゾン®) 0.5～1.0 mg/kg/日を2～3週間続け、その後フルコナゾール (ジフルカン®) を200～600 mg/日使用し、全体で6～12か月間使用する。フルコナゾールは適時、経口にかえてよい。 2) もし <i>Candida</i> がアゾール耐性のものであれば、ミカファンギン (ファンガード®) に置き換えてもよい。生食液、5%ブドウ糖液または補液に溶解し 50～75 mg を 30 分以上かけて静注。1日 300 mg を上限とする。	※最新情報に差し替え 治療期間に関するデータはあまりないが最低6週間とする。デブリドマンは、ほぼ全例に必要。人工関節の場合には、人口異物の除去が必要である。 1) フルコナゾール 400 mg/日を最低6週間は投与する。アムホテリシン B リポソーム製剤 (アムビゾーム®) 3～5 mg/kg/日を数週間使用してからフルコナゾールに変更してもよい。 2) ミカファンギン (ファンガード®) 100 mg/日、あるいはアムホテリシン B を 0.5～1 mg/kg/日は 1) の代替薬として使用できる。	
873	下から 23～22 行目	38) Pappas PG et al : Guidelines for treatment of candidiasis. Clin Infect Dis 2004 ; 38 : 161-189	※最新文献に差し替え 38) Pappas PG et al : Clinical Practice Guidelines for the Management of Candidiasis : 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2009 ; 48 : 503-535	
895	下から 5～4 行目	あったという報告もある ¹⁵⁾ 。 <i>Aspergillus</i> であればアムホテリシン B にデキサメタゾン。	あったという報告もある ¹⁵⁾ 。 <u>ただしキャンディン系は眼内移行が悪いので使用にあたっては注意。</u> <i>Aspergillus</i> であればアムホテリシン B にデキサメタゾン。	
896	10 行目	(例 : <i>C. parapsilosis</i> , <i>C. tropicalis</i> , <i>C. glabrata</i>)	(例 : <i>C. glabrata</i> , <i>C. krusei</i>)	
896	11 行目	ポリコナゾール (アイフェンド®) も考慮。(※以下に最新情報を追加)	ポリコナゾール (アイフェンド®) も考慮。 <u>治療期間は最低 4～6 週間とするが、眼底所見など臨床所見を勘案して眼内感染症の沈静化まで続ける (CID 2009 ; 48 : 521)。</u>	
896	15 行目	2) フルシトシン	2) <u>アムホテリシン B に加えてフルシトシン</u>	
952	下の Memo 下から 4～3 行目	様子をみるだけにとどめている。(※以下に最新情報を追加)	様子をみるだけにとどめている。 <u>反応が重篤な場合、初めの数日のみドキシサイクリン使用。</u>	
962	表 XIV-12		※最新情報を追加	pdf
1085	下から 13～11 行目	(例 : <i>C. albicans</i> ならアゾール系感受性、 <i>C. krusei</i> なら例外を除きアゾール系耐性と考えるとほぼ問題はない)。	(例 : <i>C. albicans</i> ならアゾール系のどれにも感受性、 <i>C. krusei</i> ならアゾール系のポリコナゾール、ミカファンギン、アムホテリシン B に感受性と考える)。	
1085	下から 3 目	アムホテリシン B を好む。	アムホテリシン B を好む。 <u>ポリコナゾールも代替薬たりうる。</u>	
1085	下から 2～1 行目	■ <i>C. krusei</i> はたいていのアゾール系に自然耐性(例外はポリコナゾール)。アムホテリシン B 1 mg/kg/日を選択する専門家が多い。エキノキャンディン系もよい選択。	※最新情報に差し替え ■ <i>C. krusei</i> にはミカファンギン、ポリコナゾール、アムホテリシン B を用いる。	
1086	表 XV-28		※最新情報を追加	pdf
1086	下から 7 行目	議論はある。	議論はある (CID 2009 ; 48 : 511)。	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
1087	1～2行目	■アムホテリシンB脂質製剤が古典的なアムホテリシンBデオキシコール酸より優れた効果を挙げるカンジダ症はない。ただし	■ <u>基本的に</u> アムホテリシンB脂質製剤が古典的なアムホテリシンBデオキシコール酸より優れた効果を挙げるカンジダ症はない。 <u>尿路への移行はデオキシコール酸のほうが良好で尿路感染症に向いている。</u> ただし	
1087	6～9行目	■ポリコナゾール(ブイフェンド®)はフルコナゾール耐性の <i>Candida</i> (例: <i>C. krusei</i>)にヨーロッパでは使用可能とされている。この適応は米国FDAでは認可されていない。筆者も同じクラス内での交差耐性が気になり、ひとつのアゾール系に耐性であればエキノキャンディン系など他のクラスを使用する。	※最新情報に差し替え ■ポリコナゾール(ブイフェンド®)はフルコナゾール耐性の <i>Candida</i> (例: <i>Candida krusei</i>)にも有効と新しいガイドラインではされている。同じアゾール系のクラスでも以前よりも交叉耐性は問題となっていないようである(Clin Infect Dis 2009; 48: 503-535)。	
1087	10行目	③ <u>casprofungin</u> と <i>Candida</i>	③ <u>エキノキャンディン系</u> と <i>Candida</i>	
1087	11～12行目	casprofunginのものである。	casprofunginのものであるが、 <u>専門家はエキノキャンディン系の薬剤の有効性は、どれも同等と考えており本邦で使用されるミカファンギン(ファンガード®)にも適用してよいと思われる。</u>	
1087	下から17～16行目	報告が出ている。 <u>わが国で使用されるミカファンギンについても同様の注意が必要と考える⁸²⁾。</u>	報告が出ている。他方、 <u>キャンディン系の高目のMICが持つ臨床的な意味に懐疑的な意見もある。</u>	
1088	表XV-29		※最新情報を追加	pdf
1096	8～9行目	有効性を示唆する報告は相当数出ている。(※以下に最新情報を追加)	有効性を示唆する報告は相当数出ている。 <u>適宜、フルコナゾール200～400mg/日、アムホテリシンBリボソーム製剤(アムビゾーム®, 3～5mg/kg/日)を7～14日間投与する。</u>	
1096	下から17行目	考慮してよいと思われる。(※以下に最新情報を追加)	考慮してよいと思われる。 <u>使用にあたってはフルコナゾールを400mg/日を連日投与する。予防投与により耐性化やアルビカンス以外のカンジダの増加は認めないが、最終的な死亡率低下のエビデンスは得られていない。</u>	
1097	4行目	■長期の <u>アムホテリシンB</u> と	■長期の <u>キャンディン系</u> と	
1097	9行目	ミカファンギン <u>ナトリウム</u> (ファンガード®)	ミカファンギン(ファンガード®)	
1097	14行目	アムホテリシンBを使用しても	アムホテリシンBや <u>ミカファンギン</u> を使用しても	
1098	下から13行目	③膀胱鏡などの処置が予定されている症例	※最新情報に差し替え ③泌尿器科領域の処置の前と後に数日間投与。	
1098	下から9行目	(ジフルカン®)200mg/日経口	(ジフルカン®)200～400mg/日経口	
1104	下から18行目	・アゾール系が効果を挙げた報告もある ¹⁰⁷⁾ 。(※以下に最新情報を追加)	・アゾール系が効果を挙げた報告もある ¹⁰⁷⁾ 。 <u>治療期間は骨髄炎で約6～12か月、関節炎で最低6週間とされる。骨髄炎で頻繁に、関節炎では常に外科的デブリドマンが推奨される(CID 2009; 48: 509)。</u>	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
1104	下から16～11行目	1) アムホテリシン B 0.5～1.0 mg/kg/日を2～3週間。その後フルコナゾールを上記の量で6～12か月使用する専門家が多い ¹⁰⁹⁾ 。 2) 腎機能正常者：アムホテリシン B 脂質製剤3～6 mg/kg/日に加えてフルシトシン (アンコチル [®]) 25～37.5 mg/kg/日を分4で。 3) アムホテリシン B のみ0.5～1.0 mg/kg/日を6～10週間。 4) フルコナゾールのみを6 mg/kg/日を6～12か月使用。	※最新情報に差し替え 1) 骨髄炎：フルコナゾール 400 mg/日を6～12か月、あるいはアムホテリシン B リポソーム製剤(アムビゾーム [®] , 3～5 mg/kg/日)を数週間使用後フルコナゾールに変更し両者で6～12か月使用。アムホテリシン B リポソーム製剤はミカファンギン(100 mg/日)かアムホテリシン B (0.5 mg/kg/日)で代替可能。 2) 関節炎：フルコナゾール 400 mg/日を最低6週間、あるいはアムホテリシン B リポソーム製剤(アムビゾーム [®] , 3～5 mg/kg/日)を数週間使用後フルコナゾールに変更。アムホテリシン B リポソーム製剤はミカファンギンかアムホテリシン B で代替可能。	
1108	最終行～1109 頁3行目	侵襲性肺アスペルギルス症の所見とされ、早期治療開始のマーカースとして使用されてきた。ただしこの所見が使用できるのはハイリスクの好中球減少症と骨髄移植の症例であり、固形臓器移植患者では、この所見は使用できないとされる ¹¹⁰⁾ 。	※最新情報に差し替え 血管侵襲性 angioinvasive な微生物による所見とされ、早期治療のマーカースとして使用されてきたが <i>Aspergillus</i> に特異的な所見ではなく、 <i>Fusarium</i> など他の糸状菌や緑膿菌、 <i>Nocardia</i> などの細菌でも同様の所見を作る。またこの所見が使用できるのはハイリスクの好中球減少症と骨髄移植の症例であり固形臓器移植患者では、この所見は使用できないとされる ¹¹⁰⁾ 。	
1109	下から3～2行目	さらには真菌などの可能性を考える。(※以下に最新情報を追加)	さらには真菌などの可能性を考える。 <u>ただし ST 合剤による使用下にノカルジア症が“Breakthrough”した報告もあり注意が必要。</u>	
1110	19行目	■治療期間について明確な規定はない。アムホテリシン B を	■治療期間について明確な規定はない。 <u>目安は1.5～3か月</u> アムホテリシン B を	
1110	下から4～3行目	その他により影響があったためである。(※以下に最新情報を追加)	その他により影響があったためである。 <u>6 mg/kg を12時間毎に2回、その後4 mg/kg を12時間毎に投与。経口に変更ならば200 mg を1日2回。</u>	
1111	下から21～16行目	・エビデンスが多い caspofungin はわが国では未承認であるが、同様のエキノキャンディン系のミカファンギンが認可されている。 ・caspofungin の最初の FDA 認可事項はアムホテリシン B 耐性侵襲性アスペルギルス症であった。 ・ <i>Aspergillus</i> に有効であるが、ポリコナゾールと同様に、シクロスポリンなどの相互作用が知られている。	※最新情報に差し替え ・ポリコナゾールとアムホテリシン B リポソーム製剤が治療の中心となり、本薬剤はサルベージ的な役割を持つに過ぎない。 ・エビデンスが多い Caspofungin は日本では未承認であるが、同様のエキノキャンディン系のミカファンギンが認可されている。Caspofungin と同様に使用してよいと思われる。 ・ポリコナゾールと同様に、シクロスポリンなどとの相互作用が知られている。	
1112	下から6～5行目	例：咳、発熱、呼吸困難、胸痛、呼吸機能検査異常、血痰など。(※以下に最新情報を追加)	例：咳、発熱、呼吸困難、胸痛、呼吸機能検査異常、血痰など。 <u>治療法は肺アスペルギルス症と同じ。ポリコナゾールが第1選択。代替薬としてアムホテリシン B リポソーム製剤、ミカファンギン100～150 mg/日など (CID 2008 ; 46 : 332)。</u>	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
1113	下から11～8行目	<ul style="list-style-type: none"> ・重要なのは免疫抑制状態の解除（白血球増加，ステロイド減量など） ・アムホテリシンBに外科的切除を組み合わせる。アムホテリシンBによる洗浄も行われる。 ・現在はポリコナゾールも用いられる。 	※最新情報に差し替え <ul style="list-style-type: none"> ・重要なのは免疫抑制状態の解除（白血球増加，ステロイド減量など）。 ・治療法は肺アスペルギルス症と同じ。ポリコナゾールが第1選択。代替薬としてアムホテリシンBリポソーム製剤，ミカファンギン100～150mg/日など（CID 2008；46：332）。 ・適宜，外科的切除を組み合わせる。アムホテリシンBによる洗浄も行われる。 	
1114	下から9行目	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的に100%近く死に至る病であったが 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療法は肺アスペルギルス症と同じ（CID 2008；46：332）。基本的に100%近く死に至る病であったが 	
1115	12～21行目	<ul style="list-style-type: none"> ■骨のアスペルギルス症は珍しい。原発病巣からの直接的進展と血流感染の結果の二次病変とがある。 ■成人では腰椎の骨髄炎が多い。 ■外科的治療と長期間の抗真菌薬の使用で60%程度の症例でよい反応が得られている。 ■アムホテリシンBの骨組織への移行性が悪いために，リファンピシン，やフルシトシンを追加する専門家もいた。 ■アゾール系の骨移行はアムホテリシンBのそれよりも良好なために静注用イトラコナゾール，経口用液剤イトラコナゾールがよりよい効果を挙げる可能性がある。ポリコナゾールも有用かもしれないという報告も出始めている^{125,126}。 	※最新情報に差し替え <ul style="list-style-type: none"> ■骨のアスペルギルス症は珍しい。元病巣からの直接的進展と血流感染の結果の二次病変とがある。成人では腰椎の骨髄炎が多い。 ■外科的治療と長期間の抗真菌薬の使用で60%程度の症例で良い反応が得られている。内科的治療のみで治癒は難しい。治療期間の目安は6～8週とするが，免疫不全状態が遷延する場合には長期の抑制的治療を考慮する。 ■新しいガイドラインでは第1選択薬とはしないが，ポリコナゾールを推奨している。投与量などは肺アスペルギルス症と同様（CID 2008；46：345）。 ■アゾール系の骨移行はアムホテリシンBのそれよりも良好なために静注用イトラコナゾール，液剤イトラコナゾールなどが入手できるようになったらより良い効果を挙げる可能性がある。ポリコナゾールも有用かもしれないという報告も出始めている^{125,126}。 	
1115	下から4～1行目	<ul style="list-style-type: none"> ・心内膜炎は自然弁でも人工弁でも生じ，その診断は血液培養が陽性化することがほとんどないために極めて難しい。 ・心外膜炎は播種性感染の一部としても，肺アスペルギルス症の局所的進展からも生じる。場合によっては心タンポナーデになる。 	※最新情報に差し替え <ul style="list-style-type: none"> ・心内膜炎は自然弁でも人工弁でも生じ，その診断は血液培養が陽性化することがほとんどないために極めて難しい。ポリコナゾールによる治療成功例の報告がある。以前はアムホテリシンBデオキシコロール酸が主たる治療薬であった。人工弁置換術と最低6週間の抗真菌薬療法に加え，免疫状態が悪ければ生涯，抑制的治療を勧める専門家もいる。 ・心外膜炎は播種性感染の一部としても，肺アスペルギルス症の局所的進展からも生じる。場合によっては心タンポナーデになる（CID 2008；46：344）。 	
1116	2～3行目	<ul style="list-style-type: none"> ・肝臓，脾臓の膿瘍については組織移行性の面からアムホテリシンB脂質製剤やイトラコナゾール（静注か経口用液剤）を使用する専門家もいる。 	※最新情報に差し替え <ul style="list-style-type: none"> ・肝臓，脾臓の膿瘍については組織移行性の面からアムホテリシンB脂質製剤やイトラコナゾール（静注か経口用液剤）を使用する専門家もいる。腹膜透析の合併症であればカテーテルを抜去しアムホテリシンBを混入した液での腹膜透析とアムホテリシンBの全身投与を併用する（CID 2008；46：347）。 	

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
1116	5～11行目	<ul style="list-style-type: none"> ・全身の播種性疾患の一部として腎に感染を起こす。 ・AIDS症例や麻薬常用者では腎のアスペルギルス症が他の免疫不全状態に比較して多い。 ・真菌ボール (fungus ball) や膿瘍に対しては外科的切除が行われる。 ・イトラコナゾールの腎移行性はあまりよくないとされる。アムホテリシン B の静注に加えて腎移行性のよいフルシトシンが追加されたり、アムホテリシン B による局所の洗浄などが試されてきた。 	※最新情報に差し替え <ul style="list-style-type: none"> ・全身の播種性疾患の一部として腎に感染を起こす。AIDS症例や麻薬常用者では腎のアスペルギルス症が他の免疫不全状態に比較して多い。 ・真菌ボール Fungus ball や大きな膿瘍に対しては外科的切除が行われる。小さな膿瘍は時に保存的に治療が可能である。 ・アスペルギルスに対して活性のある抗真菌薬はどれも尿路への移行が悪いため、腎瘻を介するアムホテリシン B による洗浄が必要とされる可能性もある (CID 2008 ; 46 : 347)。 	
1120	7行目	治療を行う場合もある。	治療を行う場合もある。 <u>イトラコナゾール, ポリコナゾールを用いる。</u>	
1147	6～12行目	<p>■好中球減少が軽度であり <i>Candida</i> が問題である可能性が大である場合にはフルコナゾール (ジフルカン[®]) の使用を考慮してもよい。<i>Candida</i> が真菌血症を起こしている可能性を示唆する所見としては、既に広域スペクトラムの抗菌薬が使用されており、血管カテーテルが使用されており、喀痰、尿など他の部分の培養で <i>Candida</i> が陽性である場合などである。ただしフルコナゾール耐性の <i>Candida</i> の多い施設ではアムホテリシン B かミカファンギン (ファンガード[®]) を使用。またフルコナゾール追加にて改善なければ、アムホテリシン B を使用。</p>	※最新情報に差し替え <p>■ <i>Candida</i> が真菌血症を起こしている可能性を示唆する所見としては、既に広域スペクトラムの抗菌薬が使用されている、血管カテーテルが使用されている、喀痰・尿などの培養から <i>Candida</i> が検出されていることなどが挙げられる。</p> <p>■新しいガイドラインでは、基本的にアムホテリシン B の脂質製剤かエキノキャンディン系の薬剤を勧めておりフルコナゾールは代替薬とされている。とくに、重症例、フルコナゾール使用の既往がある例、<i>Albicans</i> 以外の <i>Candida</i> が多い施設ではミカファンギン (ファンガード[®]) かアムホテリシン B リポソーム製剤 (アムビゾーム[®]) で開始しておく (CID 2009 ; 48 : 508)。</p>	
1186	下から9行目	アムホテリシン B (0.5 mg/kg) による予防投与を行う。	※最新情報に差し替え 薬剤相互作用に注意しつつ、ミカファンギン (50 mg/日)、アムホテリシン B リポソーム製剤 (1～2 mg/kg/日)、アムホテリシン B (0.5 mg/kg/日) による予防投与を考慮する。	
1223	表 XVII-1		※最新情報を追加	pdf
1224	13～16行目	PA法なら4週間でかなり陽性になってもELISA法では境界線ということもあるらしく、「両検査とも6週間までにはまず強陽性になっている」と説明している。もっと早く判断が必要である場合にはp24抗原検査やPCRを行うなどの工夫が必要である。	※最新情報に差し替え 現在行われている Screening 法 (HIV 1・2 抗原・抗体 ELISA) では2～4週間でほとんどの症例で陽性となる。ただし確定診断のためにはPCR法やWestern Blot法を用いる必要がある。	
1227	表 XVII-3 (つづき)		※最新情報を追加	pdf

『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第3刷』情報更新・正誤表（つづき）

頁	該当箇所	第3刷での記載	第4刷における更新後の記載	備考
1230	1～6行目	1：<200：治療開始 2：200～350：個々の症例で開始時期を探る。基本的に200以下になる前に開始するべきで筆者は250～300前後を目安にしている。CD4の減少が早い症例（例：年に100/mm ³ 以上の減少）、ウイルス量が10万コピー/ml以上などではより早期に積極的に治療を考慮する。 3：>350：経過観察	※最新情報に差し替え 1：<350：治療開始が必要と考える専門家が多い。 2：350～500：個々の症例で開始時期を探る。CD4の減少が早い症例（例：年に100/mm ³ 以上の減少、10万コピー/ml以上、HIV腎症、B型・C型肝炎合併例、など） 3：>500：経過観察	
1230	Memo 下から4～1行目	また新しいアプローチとして「間欠的治療中断療法」が検討される中、治療中断時のCD4値は治療開始前のCD4値の最低値あたりでとどまるといった知見は、再びCD4値が比較的保たれている早期の治療開始の可能性も生み出している。ただし、執筆時点で間欠的治療はよい成績を挙げていない。	※最新情報に差し替え HIV感染症の病態に、心・血管系の硬化性病変の促進、肝炎やHIV腎症に対する悪影響などが加えられ、副作用の少ない薬剤の出現と共に早期の治療が考慮されるようになった。	
1232	表XVII-6		※最新情報を追加	pdf
1233	表XVII-6（つづき）		※最新情報を追加	pdf
1234	表XVII-6（つづき）		※最新情報を追加	pdf
1235	表XVII-7		※最新情報を追加	pdf
1236	表XVII-8		※最新情報を追加	pdf
1237	表XVII-8（つづき）		※最新情報を追加	pdf
1237	表XVII-9		※最新情報を追加	pdf
1240	表XVII-10		※最新情報を追加	pdf
1241	表XVII-10（つづき）		※最新情報を追加	pdf
1242	表XVII-10（つづき）		※最新情報を追加	pdf
1243	表XVII-10（つづき）		※最新情報を追加	pdf
1244	表XVII-10（つづき）		※最新情報を追加	pdf
1247	16行目	(リバンチル®) 54～160 mg/日などを使用。	(リピディル®) 134～201 mg/日などを使用。	
1268	下から13行目	rifabutin (AIDS治療研究班から入手可能)	リファブチン	
1268	下から12行目	rifabutin	リファブチン	
1268	下から10行目	rifabutin	リファブチン	

※備考欄の「pdf」は頁全体を修正した差し替え pdf があります。

表II-48 インフルエンザAとB治療薬

感染	薬剤	成人投与量	代替薬	成人投与量
A型のSubtype不明 あるいはH1N1型	ザナミビル (リレンザ®)	吸入で10mg を1日1回 ¹⁾	オセルタミビル +アマンタジン (タミフル® + シンメトレル®)	タミフル® : 経 口で75mgを1日 2回×5日間 ²⁾ , シンメトレル® : 経口で100mg1 日2回または, 200mg1日1回 ³⁾
A型のH3N2型あ るいはB型	ザナミビル (リレンザ®) オセルタミビル (タミフル®)	吸入で10mg を1日1回 経口で75mg を1日2回× 5日間		

1) 入所施設におけるインフルエンザ患者曝露後の予防投与は最短でも2週間行う。アウトブレイク終了後も最低1週間は内服を行う。

家庭内曝露では、それよりも短い投与期間(7~10日間)で有効とされている。発症例には5日間使用(アマンタジンおよびリマントジンには耐性化を防ぐために3~5日)。

2) クレアチニンクリアランスが10~30ml/分の患者の予防には隔日投与、治療には1日1回服用する。

3) 腎機能低下の患者(クレアチニンクリアランス<50ml/分)と65歳以上の患者では100mg/日。

(Treatment Guidelines from the Medical letter Jan 26, 2009より改変)

処方例 (表II-48を参照)

■ 保険適用範囲では

1) 1日100mgを分1~2(ただし、高齢者および腎障害では投与量の上限を1日100mg)

2) 200mg/日、分2を5日間投与(65歳以上では100mg/日まで)

ii) rimantadine (Flumadine®) (国内未承認)

■ 同じAdmantineでもアマンタジンより以下のような利点がありMedical letter (Jan 26, 2009)でもヒトインフルエンザAのH1N1型に対し推奨されている。

- ・中枢神経症状が少ない。
- ・肝代謝であるので腎機能低下に対して投与量の調節が不要。臨床的な使い勝手はよい。

iii) オセルタミビル (タミフル®)

■ ノイラミニダーゼ阻害剤 (neuraminidase inhibitor)

① 作用機序/剤形

■ 作用機序: ヒトA型およびB型インフルエンザウイルスのノイラミニダーゼを選択的に阻害し、新しく形成されたウイルスの感染細胞からの遊離を阻害すること

表XIV-12 外陰部非潰瘍性病変

疾患名	所見	痒み	臨床経過	診断法	治療その他
性感染症					
疥癬	線状の発赤が陰部のみならず指の付け根まで。時に膿疹形成	強い	数日	皮疹を擦過した検体にmiteを証明	安息香酸ベンジル、クロタミトン(オイラックス®軟膏)、イベルメクチン；パートナーの治療、衣類、寝具の選択
陰部毛ジラミ	陰毛にシラミを認める	強い	数日	シラミ、nitsの証明	およそ疥癬と同様
尖圭コンジローマ(HPV)	境界鮮明な平坦〜カリフラワー状の隆起性病変	ほとんどないかごく軽度	週から月単位	臨床像から	切除、CO ₂ レーザー(周囲の組織の損傷が少なく好まれる)、電気メスによる焼却法や液体窒素による凍結法がある。薬物療法：5-FU軟膏®, プレオマイシン軟膏などを塗布
<i>Candida</i>	多少の落屑を伴う境界鮮明な発赤。男性では亀頭部,女性では陰唇,時に肛門周囲にも	中等度から強度	数日	KOHで出芽する酵母を証明	抗真菌薬の内服,塗布。パートナーも治療
伝染性軟属腫	中心に凹みがある表面が平滑で真珠様の丘疹	ほとんどない	週単位	臨床像から	皮膚科で
2期梅毒	扁平コンジローマ(condyloma lata)：車輪状で湿性,隆起性発赤。粘膜斑(mucous patch)：周辺が赤紫色の糜爛〜潰瘍	ほとんどない	週単位	この時期のVDRL, ガラス板,RPRはまず100%陽性	ペニシリンなど
非性感染症					
扁平苔癬	亀頭,陰茎のシャフトに落屑を伴う輪状,多角形の扁平で赤紫色の病変。	ほとんどないかごく軽度	数日	生検	対症療法,時にステロイドを使用。たいてい同様の皮疹の既往がある
乾癬	陰茎のシャフトや陰囊,肛門周囲に。当然の他の部位にも認める	中等度	数日から週単位で悪化と改善を繰り返す	皮膚科による診断	皮膚科に
固定薬疹	一見軽度の火傷のようにも見える。時に紅斑から小水疱,水疱性病変に	中等度	数日単位で突然発症のことも	臨床状況から	特にない。ひどい場合には局所にステロイドを使用
表在性真菌症	陰囊から大腿部内側に	中等度から強度	週単位	KOHなどで	局所に抗真菌剤などを

(つづく)

表XV-28 *Candida* の種と感受性

	フルコナゾール	イトラコナゾール	ポリコナゾール	フルシトシン	アムホテリシン B	エキノキャンディン ^a
<i>C. albicans</i>	S	S	S	S	S	S
<i>C. tropicalis</i>	S	S	S	S	S	S
<i>C. parapsilosis</i>	S	S	S	S	S	S to R
<i>C. glabrata</i>	S-DD to R ^b	S-DD to R ^c	S to I ^d	S	S to I ^e	S
<i>C. krusei</i>	R	S-DD to R ^c	S	I to R	S to I ^e	S
<i>C. lusitaniae</i>	S	S	S	S	S to R ^f	S

I：中等度耐性，R：耐性 S：感受性 S-DD 用量/移行性依存の感受性

^a：エキノキャンディン系抗真菌薬 (caspofungin, ミカファンギン, anidulafungin) の感受性検査はまだ一般化されておらず，種ごとの分類はない。3つの薬剤は一般に似通った感受性パターンを示すので，ひとつのクラスとして表示される。MICのパターンをみると *C. parapsilosis* と *C. guilliermondii* は数値的には高いMICを示す傾向がある。しかし臨床的な意義は全く不明である。現に臨床的には caspofungin はすべての *Candida* 種に有効である。

^b：最近の血流感染の調査によると，10～15%の *C. glabrata* がフルコナゾール耐性である。

^c：さらに，46～53%の *C. glabrata* と 31%の *C. krusei* はイトラコナゾール耐性である。

^d：ポリコナゾールのMICについての優位性はまだ確立していない。最近の調査によると，*C. glabrata* と *C. krusei* のMICは他の主な種よりコンスタントに高いといわれている。しかし，これらのMICは一般に1μg/ml以下なので，通常の血中濃度でこれらの真菌を治療できる可能性が高く，実際の臨床的な報告もある。

^e：試験管および人体でのデータの組み合わせでは，アムホテリシンBの感受性が低下している *C. glabrata*，*C. krusei* が一定の割合で存在することが証明されている。

^f：すべての分離株でいえるということではないが，この種のアムホテリシンB耐性はよく知られている。

(Pappas PG et al：Guidelines for treatment of candidiasis. Clin Infect Dis 2009；48：512より改変)

6 mg/kg/日を用いる。エキノキャンディン系も代替薬たりうる。

■ *C. parapsilosis*，*C. guilliermondii* にはエキノキャンディン系が効きにくい可能性がある。MICは高めである。アゾール系，アムホテリシンBで治療することが多い。ただし高いMICの臨床的な意味に議論はある (CID 2009；48：511)。

□ アムホテリシンBと *Candida*

■ たいていの *Candida* は感受性とと考えてよい。特に *C. albicans*，*C. tropicalis*，*C. parapsilosis* は感受性とと考えてよい。例外として，

■ *C. lusitaniae* は最も耐性が多い (*C. krusei*，*C. glabrata* も耐性のことがある)。

■ もし *C. lusitaniae*，*C. krusei*，*C. glabrata* に対して使用するなら耐性の可能性を常に念頭におきつつ最低1 mg/kgを使用する。

■ 基本的にアムホテリシンB脂質製剤が古典的なアムホテリシンBデオキシコール酸より優れた効果を挙げるカンジダ症はない。尿路への移行はデオキシコール酸

表 XV-29 各種カンジダ症とその治療薬

感染の状況	第一選択	代替薬	コメント
カンジダ血症			
好中球減少症 状のない症例	フルコナゾール（ジフルカン®）初日 800 mg/日、翌日から 400 mg/日を 1 日 1 回静注。或いはミカファンギン（ミカファンギン（ファンガード®））100 mg/日	アムホテリシン B リボソーム製剤（アンビゾーム®）3~5 mg/kg/日を使用。或いはアムホテリシン B（ファンギゾン®）を 0.5~1 mg/kg/日。或いはポリコナゾール（パイフェンド®）を初日 800 mg/日を分 2 で 2 日間、3 日目より 400 mg/日を分 2 で投与。	中等症から重症例、また最近アゾール系使用の既往がある症例にはキャンディン系（本邦ではミカファンギン）を選択する。途中でアゾール系に変更可能な例が多い。血管カテーテルは可能な限り抜く。血液培養、関連する症状・所見が陰性化してから 14 日間は投与する。エンピリカルな治療でも同様の薬剤を選択するが治療期間については明確なデータは無い。詳細は本文を参照
好中球減少症	ミカファンギン（ファンガード®）100 mg/日或いはアムホテリシン B リボソーム製剤（アンビゾーム®）3~5 mg/kg/日を使用。詳細は本文を参照。	フルコナゾール（ジフルカン®）初日 800 mg/日、翌日から 400 mg/日を 1 日 1 回静注。あるいはポリコナゾール（パイフェンド®）を初日 800 mg/日を分 2 で 2 日間、3 日目より 400 mg/日を分 2 で投与。	ミカファンギンとアムホテリシン B リボソーム製剤が推奨される薬剤である。重症ではなく、アゾール系抗真菌薬を最近使用した既往が無ければフルコナゾールでも良い。糸状菌もカバーする必要があるればポリコナゾールを使用する。血管カテーテルの除去が推奨されるが、好中球減少症が無い場合に比較してエビデンスは弱い。エンピリカルな治療は抗真菌薬の使用後 4 日間経過しても発熱が続く場合に行うが、アゾール系抗真菌薬使用の既往があればアゾール系の使用は避ける。血清診断、CT などの画像所見も参考になるかもしれない。詳細は本文を参照。
尿路感染症	無症候性膀胱炎は基本的に治療対象としない。症候性膀胱炎はフルコナゾール 200 mg/日を 2 週間使用。腎盂腎炎は 200~400 mg/日を 2 週間使用。	症候性膀胱炎にはアムホテリシン B を 0.5~1 mg/kg/日、1~7 日間投与するが、フルシトシン（アンコナル®）25 mg/kg を 1 日に 4 回、7~10 日間投与しても良い。アムホテリシン B を 0.5~0.7 mg/kg/日にフルシトシンを既述の量使用しても良い。場合によってはフルシトシンのみ 2 週間投与してもよい。	腎盂腎炎は、カンジダ血症の表現と判断する。
慢性播種性カンジダ	安定した症例にはフルコナゾールを 400 mg/日。重症例にはアムホテリシン B リボソーム製剤 3~5 mg/kg/日かアムホテリシン B を 0.5~0.7 mg/kg/日で開始し、安定すればフルコナゾールに変更可能。	ミカファンギン 100 mg/日を数週間使用後、フルコナゾールに変更。	安定化すればアムホテリシン B からフルコナゾールへの変更が望ましい。治療期間は臨床像が消失するまでで通常数か月かかる。免疫不全状態が続くまで治療を続ける。
骨・関節感染症	骨髄炎：フルコナゾール 400 mg/日を 6~12 か月、あるいはアムホテリシン B リボソーム製剤 3~5 mg/kg/日を数週間使用後、フルコナゾールに変更し、両者が 6~12 か月。関節炎：フルコナゾールやアムホテリシン B リボソーム製剤を同様に 6 週間。詳細は本文参照。	ミカファンギン 100 mg/日、あるいはアムホテリシン B を 0.5~1 mg/kg/日を数週間使用後、フルコナゾールに変更し、全体で 6~12 か月治療	骨髄炎の治療は 6~12 か月で多くの場合アプドリマンが必要。関節炎の治療は最低 6 週間でアプドリマンは必須。
中枢神経感染症	アムホテリシン B リボソーム製剤 3~5 mg/kg/日を数週間使用後、フルコナゾール 400~800 mg/日に変更。アムホテリシン B にフルシトシン 25 mg/kg を 1 日に 4 回を併用しても良い	アムホテリシン B リボソーム製剤に認容性が悪い症例では、最初からフルコナゾールを使用してもよい。	治療は全ての臨床所見が改善するまで。詳細は本文を参照。
心血管系感染症	心内膜炎：アムホテリシン B リボソーム製剤 3~5 mg/kg/日かアムホテリシン B 0.6~1 mg/kg/日に加えてフルシトシン 25 mg/kg を 1 日に 4 回を併用してもよい。ミカファンギン 100 mg/日も可。心外膜炎・心筋炎・化膿性血栓性静脈炎：同量のアムホテリシン B リボソーム製剤やフルコナゾール 400~800 mg/日を使用する。	心内膜炎、心外膜炎・心筋炎・化膿性血栓性静脈炎：血液培養陰性化が達成され安定していればフルコナゾールに変更可能。	心内膜炎：弁置換が是非必要。手術適応が無ければ長期用のフルコナゾールに抑制が必要。人工弁の場合には生涯フルコナゾールを使用する。心外膜炎・心筋炎：治療期間は数か月必要。心外膜炎窓の形成を必要とするかも。化膿性血栓性静脈炎：最低 2 週間。治療期間が切迫し開胸が必要なものが多い。治療期間は最低 4~6 週間。原因が不明の場合には硝子体吸引を考慮。
眼内炎	アムホテリシン B 0.7~1.0 mg/kg/日に加えてフルシトシン 25 mg/kg を 1 日に 4 回。またはフルコナゾール 6~12 mg/kg/日を経口または静注で。	アムホテリシン B リボソーム製剤 3~5 mg/kg/日、あるいはポリコナゾール（パイフェンド®）を初日 6 g/kg を 12 時間毎に 2 回。その後 3~4 mg/kg を 12 時間毎に投与、あるいはミカファンギン 100 mg/日	治療期間は最低 4~6 週間。原因が不明の場合には硝子体吸引を考慮。
皮膚粘膜カンジダ症			
口腔カンジダ	クロトリマゾール 10 mg×5 回/日またはナイスタチン 20 万~40 万単位×5 回/日、またはフルコナゾール 100~200 mg/日経口	イトラコナゾール 200 mg/日分 1、あるいはポリコナゾール 400 mg/日を分 2 を経口。またはアムホテリシン B 1 mL 1 日 4 回 経口 b、またはアムホテリシン B>0.3 mg/kg/日を静注。またはミカファンギン	重症例にはフルコナゾールを使用。軽症は局所治療で。難治性症例にはイトラコナゾール、ポリコナゾール、アムホテリシン B を考慮。臨床像改善後 7~14 日
食道カンジダ	フルコナゾール 200~400 mg/日。ミカファンギン、アムホテリシン B 0.3~0.7 mg/kg/日も可。	イトラコナゾール（液剤）200 mg/日、ポリコナゾール 400 mg/日分 2	経口が難しい症例には静注フルコナゾールやミカファンギンを。難治性症例には代替薬を。臨床像改善後 14~21 日間

(Pappas PG et al : Guidelines for treatment of candidiasis. Clin Infect Dis 2009 ; 48 : 503-35 より改変)

表XVII-1 HIV 抗体検査を考慮すべき状況の例

<p>A：ぜひ検査を行うべき状況</p> <p>A-1：病歴</p> <p>検査希望者</p> <p>男性同性愛者，両性愛者</p> <p>麻薬の注射の既往</p> <p>性感染症あるいは関連疾患の既往：梅毒，淋病，<i>Chlamydia</i>，単純ヘルペス，尖圭コンジローマ，<i>Trichomonas</i>，B型肝炎，（原因不明の外陰部潰瘍，直腸炎，精巣上体炎，男性尿道炎，子宮頸部炎，持続性子宮頸部異形成，骨盤内炎症性疾患の既往）</p> <p>セックスパートナーが HIV 感染症のリスクをもっている</p> <p>複数のセックスパートナーをもつ</p> <p>性風俗産業/サービスの従事経験・利用経験</p> <p>輸血（1985年以前？）</p> <p>凝固因子製剤の使用（1985年以前？）</p> <p>A-2：臨床的に</p> <p>AIDS 診断基準にある疾患に罹患している</p> <p>性感染症，B型肝炎に罹患したことがある</p> <p>結核である</p> <p>口腔毛状白板症</p> <p>口腔内カンジダ症</p> <p>再発性細菌感染症</p> <p>妊娠（有効な垂直感染防止法あり）</p> <p>強姦被害者</p> <p>医療従事者で HIV 感染者の血液で針刺し事故</p>	<p>B：検査を考慮してもよい状況</p> <p>B-1：説明のできない全身症状</p> <p>発熱</p> <p>体重減少持続性下痢</p> <p>持続性リンパ節腫脹</p> <p>B-2：皮膚疾患</p> <p>重症の脂漏性湿疹</p> <p>重症の皮膚乾燥症</p> <p>重症のブドウ球菌性の毛包炎</p> <p>帯状疱疹</p> <p>伝染性軟属腫</p> <p>痒痒感の強い原因不明の丘疹</p> <p>B-3：皮膚粘膜疾患</p> <p>重症の腔カンジダ症</p> <p>口角炎</p> <p>慢性歯周炎</p> <p>アフタ</p> <p>B-4：原因不明の臨床検査異常</p> <p>急性レトロウイルス症候群を疑わせる</p> <p>病状：ヘテロフィル陰性単核症，体幹の皮疹，無菌性髄膜炎，全身リンパ節腫脹（エピソードが最近であれば血清・血漿の HIV RNA を PCR で測定。偽陽性の問題もあり陽性例では時間をおいて抗体検査を行う）</p> <p>血小板減少</p> <p>貧血</p> <p>白血球減少症</p> <p>腎機能障害（高尿素窒素血症，血清クレアチニン上昇）</p> <p>血清 LDH 上昇</p> <p>低アルブミン血症</p> <p>高ガンマグロブリン血症</p> <p>ツベルクリン反応陽性</p>
--	--

〔US Public Health Service：Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR Recomm Rep 2001；50（RR-11）：1-52 を改変〕



な診療上の意味がある。もし感染の事実がなくてもハイリスクの行動が認知されれば、それに対する注意・警告を発することが可能でありこの意味は非常に大きい。実際、日常診療の現場では梅毒にかかった患者が数年後に HIV 感染症で再度来院

表XVII-3 (つづき)

5：肝炎

B型肝炎(HBsAg, HBsAb, HBcAb)：
目的：B型肝炎の診断。必要に応じてワクチン

注意：HBsAg, HBsAbが陰性でHBcAbが陽性の症例ではHBV DNAのPCRを行い、慢性肝炎を確定する。このような症例にワクチンが有用か不明
C型肝炎(HCV抗体)：

目的：C型肝炎の診断
注意点：HCV抗体が陰性だが原因不明の肝疾患が存在するときにはHCVのRNAを測定する。HCV感染者の数はHCV抗体が陰性とされる

A型肝炎(HAV抗体)：
目的：A型肝炎の診断。必要に応じてワクチン

6：サイトメガロウイルス感染症(抗CMV抗体)

目的：CMV感染の診断。陰性であればCMV抗体陰性の輸血などが可能

7：トキソプラズマ感染症(抗トキソプラズマIgG抗体)

目的：トキソプラズマ感染症の診断。もし陰性であれば肉の調理方法やネコの糞尿の始末に注意することで感染を防ぐことができる

注意点：HIV感染症末期では*Toxoplasma*に感染していても抗体が陰性となる場合もあり注意が必要

8：梅毒

目的：梅毒の診断。治療の必要性の有無の判定

注意：

1：生物学的偽陽性に注意(筆者はこの問題をバイパスするために最初からTPHAのようなトレポネーマ特異性の検査を最初から使用する。そして真の陽性と判定できたら、あるいは同時に病勢の判断のためにRPRの定量を行う)

2：腰椎穿刺をしたほうがよい患者：後期梅毒(late, latent syphilis)

初期梅毒だが神経学的症状や眼症状・耳症状を認める

ペニシリンが治療に使えない症例
治療失敗(RPR値の低下が得られない)例

3：HIV感染症における髄液検査の感度・特異度の問題

VDRLは感度が高くないとされる梅毒の合併がなくても髄液の蛋白や細胞数の増加を認めることがある

4：梅毒は最初の検査が陰性であっても検査後に感染しているかもしれず、治療終了後に再感染ということもよくある。陰性や治療成功を確認しても年一度は患者の許可を得て検査を繰り返すことが望ましい

5：梅毒に限らず淋菌、*Chlamydia*感染症はハイリスクの行動パターンを示唆し、HIV感染症自体の悪化や二次感染の予防のうえでも重要である。状況によっては(ハイリスク行動、自覚症状の存在など)淋菌、*Chlamydia*に関する検査も行う

9：その他の検査(必要に応じて)

血算(貧血、白血球減少、リンパ球減少は多い)

検尿

生化学(空腹時血糖、コレステロール、中性脂肪を含む)

胸部X線写真：有用とのエビデンスは必ずしもない(筆者は最近のものがなければbaselineとして撮影。他は臨床状況に応じて)

EKG：特に喫煙、高血圧、糖尿病心血管系のリスクのある患者で

男性ホルモン(テストステロン)：易疲労性、体重減少、リビドー低下など性功能低下に

甲状腺機能

G6PD欠損(本邦では検査はできない)
ツベルクリン反応：仮に陰性でも抗HIV療法が奏功してCD4が上昇したら再度考慮

表XVII-6 代表的抗 HIV 薬

一般名 (略号)	商品名	規格単位	用法・用量	主な副作用
ジドブジン (AZT/ZDV)	レトロビル	100 mg カプセル	500～600 mg 分2～6	骨髄抑制：貧血/汎血球減少，消化器系症状，頭痛，不眠，無力症，倦怠感
ジダノシン (ddI)	(1) ヴァイデックス (2) ヴァイデックス EC	(1) 25/50/100 mg (錠剤) (2) 125/200 mg (EC カプセル)	(1) 250～400 mg 分2 食間 (2) 体重 60 kg 以上：400 mg 分1 体重 60 kg 未満：250 mg 分1 食間	末梢神経障害，乳酸アシドーシス，リポアτροφイー (顔の脂肪萎縮)，消化器症状：悪心，下痢，膵炎 d4 T との併用を避ける (特に妊婦)
ラミブジン (3 TC)	エピビル	150 mg, 300 mg	300 mg 分1 または分2	副作用は少ない
サニルブジン (d4 T)	ゼリット	15/20 mg カプセル	体重 60 kg 以上 80 mg 分2 体重 60 kg 未満 60 mg 分2 12 時間ごと	末梢神経障害，乳酸アシドーシス，リポアτροφイー (顔の脂肪萎縮) 妊婦症例では ddI との併用は基本的には禁忌
AZT/3 TC	コンビビル	ジドブジン 300 mg・ラミブジン 150 mg (錠剤)	ジドブジン 600 mg・ラミブジン 300 mg 分2	
アバカビル (ABC)	ザイアジェン	300 mg (錠剤)	600 mg 分1 または分2	服用開始後 6 週以内にみられることの多い過敏症 (発熱，悪心・嘔吐，下痢，腹痛，咳，倦怠感，麻疹様の発疹) 再投与は致死的な重篤症状につながることもある
ABC/3 TC	エプジコム	300 mg (錠剤)	アバカビル 600 mg・ラミブジン 300 mg 分1	過敏症，肝障害，下痢，悪心・嘔吐，食欲不振，倦怠感
テノホビル (TDF)	ピリアード	300 mg (錠剤)	300 mg 分1	副作用は少ない。 時に消化器系症状 (下痢，悪心，鼓腸など) 稀だが腎不全の報告あり
エムトリシタビン (FTC)	エムトリバ	200 mg (カプセル)	200 mg 分1	下痢，浮動性めまい，不眠症，頭痛
エムトリシタビン・フマル酸テノホビルジソプロキシル (TDF/FTC)	ツルバダ	テノホビル 300 mg・エムトリバ 200 mg	テノホビル 300 mg・エムトリバ 200 mg 分1	下痢，浮動性めまい，悪心，腹痛，頭痛，不眠症，無力症等
ネビラピン (NVP)	ピラミューン	200 mg (錠剤)	200 mg 分1 を 1 週間 その後 400 mg 分2	発疹，肝細胞壊死をともなう肝炎 (特に CD4 が 250 以下の女性)，中毒性表皮壊死症，皮膚粘膜眼症候群，発熱，

(つづく)

表XVII-6 (つづき)

一般名(略号)	商品名	規格単位	用法・用量	主な副作用
エファビレンツ (EFV)	ストックリン	200 mg (カプセル) 600 mg (錠)	600 mg 分 1	中枢神経系：眩暈、傾眠、不眠、悪夢、混乱、健忘、激昂、幻覚、集中力低下 40～50%は2～3週間で軽快(夕刻以降の内服の場合) 妊娠初期(13週まで)と妊娠の可能性がある場合の処方では避ける(サル実験における催奇形性) 肝炎
デラビルジン (DLV)	レスクリプター	200 mg (錠剤)	1,200 mg 分 3	発疹、肝機能障害
エトラビルン (ETR)	インテレンス	100 mg 錠	400 mg 分 2 食後30分以内に服用	発疹、悪心
インジナビル (IDV)	クリキシバン	200 mg (カプセル)	2,400 mg 分 3 空腹時(8時間ごと)	消化器症状、腎石症/腎毒性(日に1.5 l以上の水分補給を行う)、味覚障害、脱毛、口唇粘膜、亀裂、皮膚乾燥症、爪甲周囲炎 間接ビリルビン値の上昇(臨床的には重要ではない)
サキナビル (SQV)	インビラーゼ錠	500 mg 錠	200 mg 分 2	消化器症状
リトナビル (RTV)	ノービア	100 mg (軟カプセル) 80 mg (リキッド)	投与初日 600 mg 分 2、2～3日目 800 mg 分 2、4日目 1000 mg 分 2、その後 1200 mg 分 2	消化器症状：下痢、味覚倒錯(10%)、トランスアミナーゼ、CPK、尿酸レベルの上昇 その他：エタノールを含むためジスルフィラム-アルコール反応を起こす可能性がある。悪心・嘔吐、下痢、食欲不振、口周囲感覚異常
ネルフィナビル (NFV)	ビラセプト	250 mg (錠剤)	2,500 mg 分 2 または 2,250 mg 分 3	下痢、トランスアミナーゼの上昇、発疹、脱力感

(つづく)

表XVII-6 (つづき)

一般名(略号)	商品名	規格単位	用法・用量	主な副作用
ロピナビル・リトナビル配合剤(LPV/RTV)	カレトラ	ロピナビル 200 mg・リトナビル 50 mg (錠剤) ロピナビル 80 mg・リトナビル 20 mg/ ml(リキッド)	ロピナビル 800 mg・リトナビル 200 mg 分 2	消化器症状：下痢，悪心・嘔吐，肝機能障害，脂肪値の上昇
アタザナビル(ATV)	レイアタツ	150 mg (カプセル) 200 mg (カプセル)	400 mg 分 1 300 mg 分 1 (中等度の肝障害患者) 食事中または食事後に服用	間接ビリルビン値の上昇，血症，PR 間隔延長，トランスアミナーゼの上昇
ホスアンプレナビル(FPV)	レクシヴァ	700 mg (錠剤)	ホスアンプレナビル 1，400 mg・リトナビル 200 mg 分 1 (未治療患者) または分 2 (未治療および既治療患者)	ホスアンプレナビル 2,800 mg 分 2 (未治療患者) 消化器症状：下痢，悪心・嘔吐，皮疹，トランスアミナーゼの上昇
tipranavir (TPV)	Aptivus	250 mg (カプセル)	500 mg を 200 mg のリトナビルと一緒に 1 日 2 回経口	・肝障害，C 型肝炎の悪化が報告されている。肝疾患のある症例では注意深く経過観察。 ・皮疹 (イオウ成分が含まれる) ・高脂血症 ・高血糖 ・脂肪分布異常 (リポジストロフィ) ・血友病で出血傾向
ダルナビル(DRV)	プリジスタ	300 mg 錠	600 mg を 100 mg のリトナビルと一緒に 1 日 2 回経口	消化器症状，肝機能異常など
ラルテグラビル(RAL)	アイセントレス	400 mg 錠	800 mg 分 2 食事に関係なく服用可能	悪心，頭痛，下痢，発熱などがあるが軽微
マラビロク(MVC)	シーエルセントリ	150 mg 錠	通常 600 mg 分 2 併用薬剤によっては用量変更が必要であること，投薬開始前に CCR 5 指向性 HIV-1 かどうかを検査する必要があることなどから使用に際しては専門医に相談。	腹痛，咳嗽，浮動性めまい，筋骨格痛，発熱，発疹，肝障害，起立性低血圧

XVII-7 具体的な処方例

		備考	
推奨される処方			
EFV [分1]	+	TDF/FTC	第1トリメスター、妊娠可能性の高い女性を除く
ATV (300 mg) + RTV (100 mg) [分1]			
DRV (800 mg) ¹⁾ + RTV (100 mg) [分1]			
FPV (1,400 mg) + RTV (200 mg) [分2]			
LPV/RTV [分1 or 分2]			
代替処方			
NVP [分2]	+	TDF/FTC か ABC/3 TC ³⁾ か ddI+3 TC か ZDV/3 TC	女性で CD 4 > 250/μl, 男性で CD 4 > 400/μl の患者に高頻度に症候性肝機能障害が出現。明らかにこの薬剤選択による利益が上回るとき以外は処方しない
ATV ²⁾ [分1]			
FPV (1,400 mg) + RTV (100 mg or 200 mg) [分1]			
FPV (1,400 mg) [分2]			
SQV (2,000 mg) + RTV (200 mg) [分2]			

(Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents : November 3, 2008 を改変)

/は合剤であることを示す。3 TC と FTC は相互に代替可能

1) DRV の 400 mg 錠は 2009 年 3 月現在で、本邦未認可。

2) ATV を RTV でプーストしない場合は、TDF, ddI+3 TC とは併用しない。

3) ABC/3 TC は、モンゴロイドでは過敏症が少ないため、本邦の HIV 専門医の多くは推奨処方である TDF/FTC と同格として扱っている。

漠然と時間が経過する」ということはぜひ避けたい。失敗と判断するか、次にどのように処方を組み合わせるか、これらはすべて HIV 感染症専門家の領域である。抗菌薬のようにバラエティーがない HIV 感染症の世界では安易な薬剤変更は患者の予後に著しい影響を与える。

■ポイント

① 服薬はできているか？

できていない理由は生活スタイルのためか、副作用のためか？

副作用のためならば対症療法や使用薬剤の変更を考える。

② ウイルス量変化のトレンドは？

多少遅くとも下がり続けているのか、リバウンドして増加に転じていないか？

③ 現時点でのウイルス量は？

70, 80 コピー/ml といった非常に低いウイルス量ならば「様子をみる」といった

(p 1245 にづく)

表VII-8 複数の抗 HIV 薬の併用禁忌

推奨されない処方・薬剤（禁忌か特例を除いて使用を避けるべきもの）

推奨されない処方	理由	例外
単独の薬剤の使用	<ul style="list-style-type: none"> 急速な耐性の出現 不十分な抗ウイルス効果 	妊娠中の母親のウイルス量が1,000コピー/ml以下で母児感染予防のため投与する場合
2種類のNRTIの併用	<ul style="list-style-type: none"> 急速な耐性の出現 不十分な抗ウイルス効果 	現在、この処方でウイルス量がコントロールされている場合には継続する医師がいてもよい
3種類のNRTIの組み合わせとしてのABC+TDF+3TC（あるいはFTC）	治療歴のない患者で治療開始初期の無効例が多い	例外なし
3種類のNRTIの組み合わせとしてのddI+TDF+3TC（あるいはFTC）	治療歴のない患者で治療開始初期の無効例が多い	例外なし

処方内で推奨されない薬剤の組み合わせ

推奨されない組み合わせ	理由	例外
ddI+d4T	<ul style="list-style-type: none"> 高率に副作用（末梢神経障害、肺炎、高乳酸血症）が出現 妊婦において胆汁うっ滞型の肝機能障害を伴う乳酸アシドーシスの報告がある。時に肺炎も合併 	他の組み合わせが不可能で治療による利点がリスクを上回ると判断された場合
d4T+AZT	拮抗的に働く	例外なし
FTC+3TC	<ul style="list-style-type: none"> 耐性遺伝子が相似している。 併用が有利である可能性はない。 	例外なし
女性でCD4が250、男性で400/ μ l以上の症例でのNVPの使用	高率に症候性（時に致死性的）の肝機能障害	使用の利点がリスクを上回ると判断された場合
第1トリメスターの妊婦、妊娠可能性の高い女性に対するEFV	人間でない霊長類で催奇形性の報告がある	他の組み合わせが不可能で治療による利点がリスクを上回ると判断された場合
NNRTI 2剤の併用	<ul style="list-style-type: none"> EFVとNVPの併用は耐性変異が相似し、有害事象は相加的に発生 EFVとNVPはETRの血中濃度を低下させる 	例外なし
ATV+IDV	相加的な高ビリルビン血症の可能性がある	例外なし
ETR+RTV プーストなしのPI	エトラピリンによって併用PIの代謝が促進される可能性があり適切な投与量が不明	例外なし

(つづく)

表XVII-8 (つづき)

推奨されない組み合わせ	理由	例外
ETR+RTV でブーストした アザナビルまたはホスアン プレナビル	エトラビリンによって併用PI の濃度が変化する可能性があり 適切な投与量が不明	例外なし
ETR+RTV でブーストした Tipranavir	ETR の血中濃度が大幅に低下 する可能性がある	例外なし
RTV でブーストしていない ダルナビル, サキナビル, Tipranavir	バイオアベイラビリティが不十 分	例外なし

Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents.
November 3, 2008 (DHHS)

表XVII-9 抗 HIV 薬以外の薬剤と抗 HIV 薬の併用禁忌例

プロテアーゼ阻害薬 (PI) と非核酸系逆転写酵素阻害薬 (NNRTI) との併用禁忌薬

カテゴリー	薬剤名	抗 HIV 薬
循環器系治療薬	フレカイニド プロパフェノン アミオダロン キニジン	LPV/RTV, RTV, DLV, FPV, RTV, SQV RTV, LPV/RTV, FPV, SQV RTV, LPV/RTV, SQV RTV, SQV
高脂血症治療薬	シンバスタチン* lovastatin*	すべての PI と DLV すべての PI と DLV
抗酸菌治療薬	リファピシン リファブチン	RTV, RTV/SQV, EFV をのぞくすべての PI と NNRTI DLV, SQV (RTV でのブーストされる 場合は併用可)
カルシウム拮抗薬	ベプリジル	RTV, APV
抗ヒスタミン薬	astemizole* terfenadine*	すべての PI と NVP 以外の NNRTI すべての PI と NVP 以外の NNRTI
神経系治療薬	ピモジド	RTV, LPV, ATV, FPV, SQV, APV, DL, IDV
精神系治療薬	ミダゾラム* トリアゾラム* アルプラゾラム	すべての PI と NVP をのぞく NNRTI すべての PI と NVP をのぞく NNRTI DLV
麦角アルカロイド	エルゴタミン製剤	すべての PI と NVP をのぞく NNRTI
ハーブ類	St. John's wort	すべての PI と NNRTI
消化器系治療薬	プロトンポンプ阻害薬 cisapride	ATV, DLV すべての PI と NVP をのぞく NNRTI

* 代替薬

高脂血症治療薬—アトルバスタチン, プラバスタチン

抗ヒスタミン薬—ロラタジン, フェキソフェナジン, セチリジン

精神系治療薬—temazepam, ロラゼパム

用量調整または使用上注意が必要な薬物相互作用

	アタザナビル(ATV)	ホスアンプレナビル(FPV)	darunavir+リトナビル(DRV/RTV)
抗真菌薬			
イトラコナゾール	データなし しかし、プロテアーゼ阻害薬間とは相互の抑制の可能性がある。毒性についてモニターする	データなし しかし、プロテアーゼ阻害薬間とは相互の抑制の可能性がある。毒性についてモニターする	データなし 注意深く投与。イトラコナゾールは2,400 mg/日以内に
ketoconazole (日本では外用薬のみ)	用量変更なし ATVに変化なし	ketoconazoleを44%上昇させる。APVを31%上昇させる 通常量を投与	DRVを42%上げる。アゾールを3倍にする 注意深く投与。ketoconazoleは200 mg/日以内に
ボリコナゾール	データなし RTVとの併用を避ける	データなし RTVとの併用を避ける	DRVについてデータなし ボリコナゾールはRTV 100 mg×2/日の併用で39%下がる 投与利益がリスクを上回らないかぎり併用は推奨されない
抗酸菌治療薬			
リファンピシン	併用を避ける	APVを82%下げる 併用禁忌	データはないが、DRV濃度が著しく低下するので併用すべきではない
リファブチン	リファブチンを2.5倍上げる リファブチン150 mg 隔日または週3回投与 ATVは通常量	APVを15%下げる リファブチンを193%上げる リファブチンを150 mg/日または300 mg週3回投与に APVは通常量	データなし リファブチンを150 mg/日に減量
クラリスロマイシン	クラリスロマイシンを94%上げる QT間隔の延長の危険 クラリスロマイシンの量を50%に、またはアジスロマイシンへ変更	APVを18%上げる 用量はそのまま	クラリスロマイシンを57%上げる DRVは特に変化しない 中等度・重症の腎障害ではクラリスロマイシンの投与量を調整
その他			
経口避妊薬	エチニルエストラジオールを42%上昇させる norethindroneを110%上昇させる 他の避妊法を選択	APVを22%下げる norethindroneを18%上昇させる 他の避妊法を選択する	RTVによってエチニルエストラジオールが下がる 別の方法を検討するか、他の避妊法を併用する
高脂血症治療薬			
アトルバスタチン	10 mgから開始 データなし	FPVでスタチンを130%上げる(RTV併用なし)、150%上げる(RTV併用時) 20 mg/日を超えないようにする	スタチン10 mg/日をDRVから併用すると、スタチン単独40 mg/日と同レベルになる。最少投与量で開始し注意深くモニターする
プラバスタチン	データなし	データなし	スタチンを81%上げる。しかし個人によっては5倍まで上がる。最少投与量で開始し注意深くモニターする
シンバスタチン lovastatin	スタチンのレベルを大きく上昇させうる 併用を避ける	スタチンのレベルを大きく上昇させる 併用を避ける	スタチンのレベルを大きく上昇させる 併用を避ける
抗てんかん薬			
フェノバルビタール フェニトイン カルバマゼピン	ATVを下げると推測される 抗てんかん薬の濃度をモニターする バルプロ酸、levetiracetamまたはlamotrigineの投与を考慮	不明、APVを下げると推測される 抗てんかん薬の濃度をモニターする バルプロ酸またはlevetiracetamの投与を考慮	DRVの血中濃度を著しく下げることになるので併用は避ける
その他	H ₂ 受容体遮断薬は投与間隔を12時間あける 制酸薬等はATV服用の時間前または1時間後 シルデナフィール：25 mg/48時間を超えないように バルデナフィール：2.5 mg/日以下、RTV併用では2.5 mg/72時間 以内	ABC：APVを30%上げる シルデナフィール：25 mg/48時間を超えないように バルデナフィール：2.5 mg/日以下、RTV併用では2.5 mg/72時間 以内	シルデナフィール：25 mgをDRVと併用すると、シルデナフィール100 mg単独と同レベルになる。25 mg/48時間以下とし、注意深くモニターする バルデナフィール：データはないが、バルデナフィールが上昇すると考えられる。25 mg/72時間以内

抗 HIV 薬の併用時の投与量調整例

インジナビル(IDV)	ロピナビル+リトナビル(LPV/RTV)	ネルフィナビル(NFV)
IDV 600 mg/8 時間とイトラコナゾール 200 mg×2/日、IDV 800 mg/8 時間と同レベル。IDV は 600 mg/8 時間毎+イトラコナゾールは 200 mg×2/日以内に	イトラコナゾールの AUC を上げる イトラコナゾールは 200 mg/日以内に。血中濃度と毒性をモニターする	データなし しかし、プロテアーゼ阻害薬間とは相互の抑制の可能性がある。毒性についてモニターする
IDV のレベル 68% 上昇 IDV 600 mg TID にする	ketoconazole を 3 倍にする LPV を 13% 上昇させる 1 日の投与量は 200 mg 以内にする	用量調整は必要ない
通常量 相互作用なし RTV との併用を避ける	ポリコナゾールの AUC を下げる 併用を避ける	データなし RTV との併用を避ける
IDV 89% 下げる 併用禁忌	LPV を 75% 下げる 併用を避ける	NFV を 82% 下げる 併用禁忌
IDV を 32% 下げる リファブチンを 2 倍にする リファブチンを 150 mg/日、あるいは 300 mg を週に 3 回投与 IDV は 100 mg TID に IDV/RTV では 800/100 mg の BID と RFB 150 mg 隔日投与	LPV を 17% 下げる リファブチンを 3 倍上げる リファブチンを 150 mg 隔日または週 3 回投与に LPV は通常量	NFV を 32% 下げる リファブチンを 2 倍にする リファブチンを 150 mg/日または 300 mg 週 3 回投与に NFV を 1,000 mg TID に
クラリスロマイシンを 53% 上昇させる 用量調整はしない	データなし	データなし
norethindrone が 26% 上昇 エチニルエストラジオール 24% 上昇 用量調整はしない	エチニルエストラジオール 他の避妊法を選択	norethindrone を 18% 下げる エチニルエストラジオールを 47% 下げる 他の避妊法を選択する
10 mg から開始 データなし	スタチンを 5.9 倍上げる 10 mg で開始	スタチン 74% 上げる 10 mg で開始
データなし	スタチンを 33% 上げる 通常量で	プラバスタチンを下げる
	スタチンのレベルを大きく上昇させる 併用を避ける	シンバスタチン AUC を 505% 上げる lovastatin の AUC も著明に上昇。併用を避ける
カルバマゼピンが IDV をかなり下げる 他の抗 HIV 薬または RTV/IDV にする バルプロ酸または levetiracetam 投与を考慮	不明 抗てんかん薬の濃度をモニターする バルプロ酸、levetiracetam または lamotrigine の投与を考慮	フェニトインの AUC を 20~40% 下げる NFV の AUC は変わらない 抗てんかん薬の濃度をモニターする バルプロ酸または levetiracetam の投与を考慮
グレープフルーツジュースが IDV を 26% 下げる シルデナフィル：25 mg/48 時間以上にならないように バルデナフィル：2.5 mg/日以下、RTV 併用では 2.5 mg/72 時間以内	シルデナフィル：25 mg/48 時間を超えないように バルデナフィル：2.5 mg/日以下、RTV 併用では 2.5 mg/72 時間 以内	シルデナフィル：2.5 mg/48 時間を超えないように バルデナフィル：2.5 mg/日以下、RTV 併用では 2.5 mg/72 時間 以内

用量調整または使用上注意が必要な薬物相互作用

	リトナビル(RTV)	サキナビル(SQV)	tipranavir+リトナビル(TPV/RTV)
抗真菌薬			
イトラコナゾール (DLV, EFV, NVP については、フルコナゾールとの関係)	データなし しかし、プロテアーゼ阻害薬間とは相互の抑制の可能性がある。毒性についてモニターする イトラコナゾールが400 mg以上投与される症例ではイトラコナゾールの血中濃度のモニターを考慮する	イトラコナゾールとSQVには相互作用がみとめられる 用量調整は確立していないが、イトラコナゾールの減量の検討が必要。SQV(アーストされてなければ)とイトラコナゾールの薬物血中濃度測定を考慮する	データなし。注意深く投与。イトラコナゾールの1日投与量は200 mg以内に
ketoconazole (日本では外用薬のみ)	ketoconazoleを3倍にする 1日投与量を200 mg以下にする	SQVを30%上昇させる 用量はそのまま	データなし。注意深く投与。ketoconazoleの1日投与量は200 mg以内に。
ボリコナゾール	ボリコナゾールのAUCを82%にする 併用禁忌	データなし RTVとの併用を避ける	相互作用が起こりうる。ボリコナゾールのAUCはRTV 100 mg×2/日で39%下がる。TPVとボリコナゾールの相互作用は不明。投与利益がリスクを上回らないかぎり併用は推奨されない
抗酸菌治療薬			
リファンピシン	RTVを35%下げる RIFの通常量とRTV/SQVを併用する	SQVを84%下げる 併用禁忌。併用の場合はSQVとRTV併用にし、rifampin 600 mg/日または2~3回/週とする	データなし 併用を避ける
リファブチン	リファブチンを4倍にする リファブチンを150 mg 隔日または週3回投与 RTVは通常量	SQVを40%下げる SQV+RTVではrifabutinを1日150 mg週3回投与に SQV単独：推奨されない	リファブチンのAUCを2~9倍上げる 25-O-disacetyl 体を20.7倍にする リファブチンの投与量を150 mg/日または3回/週に調整する
クラリスロマイシン	クラリスロマイシンを77%上げる 腎機能不全の場合は用量調整	クラリスロマイシンを45%上げる SQVを177%上げる 用量変更なし	TPVを66%上げ、クラリスロマイシンを19%上げる。14-ヒドロキシクラリスロマイシン代謝物は97%下がる。 正常腎機能では用量調整不要。CrClが30~60 ml/分ではクラリスロマイシンを50%減量、CrClが30 ml/分以下の場合は75%減量。
その他			
経口避妊薬	エチニルエストラジオールを40%下げる 他の避妊法を選択する	データなし	エチニルエストラジオールのC _{max} とAUCが50%まで下がる。別の避妊法を選択・追加する。 エストロゲンを服用している女性では軽度の発疹リスクが上がる ホルモン補充療法中ではエストロゲン不全の兆候がないか臨床的にモニターする
高脂血症治療薬			
アトバスタチン	SQV/RTVとの併用でスタチンのレベルを450%上げる 10 mgで開始	SQV/RTVとの併用でスタチンのレベルを450%上げる 10 mgで開始	アトバスタチンのAUCを9倍にする アトバスタチンは最少投与量で開始し、注意深くモニターする。
プラバスタチン	SQV/RTVでスタチンを50%下げる 通常量で	SQV/RTVでスタチンを50%下げる 通常量で	データなし
シンバスタチン lovastatin	スタチンのレベルを大きく上昇させる 併用を避ける	スタチンのレベルを大きく上昇させる 併用を避ける	スタチンのレベルを大きく上昇させる 併用を避ける
抗てんかん薬			
フェノバルビタール フェニトイン カルバマゼピン	不明 注意して投与 抗てんかん薬の濃度をモニターする バルプロ酸またはlevetiracetamの投与を考慮	不明、SQVを下げるかと推測される 抗てんかん薬の濃度をモニターする バルプロ酸またはlevetiracetamの投与を考慮	データなし。他の薬剤を考慮する 抗てんかん薬の濃度をモニターし、必要なTPVのレベルとなるように考慮する
その他	desipramineを145%上げる テオフィリンの用量を47%下げ、レベルをモニターする 薬物相互作用が多い(添付文書を参照) シルデナフィール：25 mg/48時間を超えないように バルデナフィール：2.5 mg/72時間以内	グレープフルーツジュースはSQVを上げる デキサメタゾンではSQVを下げる シルデナフィール：25 mg/48時間を超えないように バルデナフィール：2.5 mg/日以下、RTV併用では2.5 mg/72時間以内	シルデナフィール：データなし。25 mg/48時間以内に。 バルデナフィール：データなし。10 mg/72時間内に。

(つづき)

デラビルジン (DLV)	EFV	NVP
臨床的に大きな変化はない	EFV は臨床的に大きな変更はない フルコナゾールの血中濃度に大きな変化はない	NVP の $C_{max}/AUC/C_{min}$ が 100% 上昇 フルコナゾールは変化なし。肝毒性のリスクが高くなる 併用する場合は NVP の毒性をモニターする
DLV の C_{min} が 50% 上昇, ケトコナゾールについてはデータなし 用量はそのまま	データなし	ketoconazole を 63% 下げる NVP を 15%~30% 上昇させる 併用は推奨されない
ポリコナゾールの代謝は DLV によって抑制される。ポリコナゾールは NNRTI の代謝を抑制する。	ポリコナゾールの AUC を 77% 下げ, EFV は 44% 上昇する 併用禁忌	データなし NVP は上昇し, ポリコナゾールは下がる
DLV を 96% 下げる 併用禁忌	EF を 25% 下げる EFV の 1 日投与量を 800 mg にする	NVP を 37% 下げる 推奨されない
DLV を 96% 80% 下げる リファブチンを 100% 上げる 併用は推奨されない	EFV は変化なし リファブチンは 35% 下がる リファブチンを 450 mg/日に増量または 600 mg 週 3 回投与 EFV は通常量	NVP を 16% 下げる リファブチンは変化なし NFV は用量変更なし リファブチンは通常量
クラリスロマイシンを 100% 上げる DLV を 44% 上げる 腎不全の場合は用量調整	クラリスロマイシンを 39% 下げるが 14-OH 代謝を 34% 上げる 発疹が高頻度にかかる 代替推奨薬としてアジスロマイシン	NVP を 26% 上げる クラリスロマイシンを 30% 下げる 用量変更なし
エチニルエストラジオールを 20% 下げる	エチニルエストラジオールを 37% 上昇させる 他の避妊法を選択	エチニルエストラジオールを 20% 下げる 他の避妊法を選択する
シンバスタチンと lovastatin との併用を避ける スタチンが上がる 10 mg/kg で開始	アトルバスタチンの AUC が 43% 下がる	データなし
データなし	プラバスタチンの AUC が 40% 下がる	データなし
スタチンのレベルを大きく上昇させようとする併用を避ける	シンバスタチンの AUC が 58% 下がる EFV は変化なし 反応に合わせてシンバスタチンの量を変更 (推奨量を超えない範囲で)	データなし
不明, DLV を下げると推測される 抗てんかん薬の濃度をモニターする バルプロ酸, levetiracetam または lamotrigine の投与を考慮	不明 注意して投与 抗てんかん薬の濃度をモニターする バルプロ酸, levetiracetam または lamotrigine の投与を考慮	不明 抗てんかん薬の濃度をモニターする バルプロ酸, levetiracetam または lamotrigine の投与を考慮
dapsone, ワルファリン, キニジンのレベルを上げると推測される シルデナフィル: 25 mg/48 時間を超えないように バルデナフィル: 2.5 mg/日以下	併用の場合はワルファリンの量をモニタリングする	データなし

表XVII-10 (つづき)

用量調整または使用上注意が必要な薬物相互作用

	エトラビリン(ETR)	ラルテグラビル(RAL)	マラビロク(MVC)
抗真菌薬			
イトラコナゾール	ETR 上昇, イトラコナゾール低下	—	データなし
ketoconazole	ETR 上昇, ketoconazole 低下	—	
ボリコナゾール	ETR 上昇, ボリコナゾール上昇	—	データなし
抗酸菌治療薬			
リファンピシン	ETR 濃度が有意に低下する	RAL の血中濃度低下 (AUC 40%, Cmax 61%低下) リファブチンの使用が望ましい	MVC の AUC が 64%低下する
リファブチン	ETR, リファブチンともに低下するので用量調整が必要	—	データなし MVC 濃度が低下する可能性がある
クラリスロマイシン	ETR の AUC は 40%程度上がりクラリスロマイシンの AUC は 40 程度下がる	—	データなし MVC 濃度が上昇する可能性がある
その他			
経口避妊薬	エチニルエストラジオール増加	—	有意な影響なし
高脂血症治療薬			
アトルバスタチン	アトルバスタチンの AUC が 37%下げる	—	
プラバスタチン	影響なし	—	
シンバスタチン lovastatin	シンバスタチンの血中濃度低下	—	
抗てんかん薬			
フェノバルビタール フェニトイン カルバマゼピン	データがなく、現時点では併用を避けた方がよい	—	データなし
その他			