独立行政法人　国立国際医療研究センター
エイズ治療・研究開発センター（ACC）より提供
（http://www.acc.go.jp/accmenu.htm）

HIV感染症の基礎知識

平成24年9月現在

地域の医療機関の皆様にお願いしたいこと

【長期間の療養を必要とする方々の受け入れについて】

○　近年、HIV感染者・エイズ患者の方々は長期生存が可能になってきていることにより、新たに、合併症等の問題が生じています。

○　HIV感染者・エイズ患者の方々がそれぞれの住み慣れた地域において、安心して医療を受けることができるよう、エイズ治療拠点病院のみならず、地域の医療機関においても、HIV感染者・エイズ患者の方々の一般的感染症や慢性疾患（高血圧など）の医療を行っていただくことが重要です。

○精査が必要と判断される場合に、専門医療機関に患者さんを速やかにご紹介いただく役割も期待されています。

【新たなHIV感染症の診断について】

○　HIV感染者・エイズ患者の方々は、年間約1500件が新規に報告されており、多くは、医療機関を受診されて発見されています。

○　HIV感染症の早期発見は、個人においては早期治療、社会においては感染の拡大防止に結びつくものです。地域の医療機関で早期にHIV感染を診断し、専門医療機関へご紹介していただくことが重要です。

本講習会の目的

○　本講習会は、地域の医療機関において、
・長期間の療養を必要とする方々の受け入れ
・新たなHIV感染症の診断
を進めて頂くために必要な知識などを共有して頂くことを目的としています。

○　HIV感染者・エイズ患者さんへの適切な医療の提供に向け、地域の医療機関の皆様には、エイズ治療拠点病院との連携のもと、ご協力をお願いいたします。

目次

ポイント 1

HIV患者は着実に増加している

●日本では年間1500人以上の新規患者が発見され、
累計患者数は2万人を超えた。

●報告者の3割はエイズ発症後にしか診断されていない。
→診断が遅い！

●エイズ報告例の25%は50歳以上である。
→80歳以上の患者も存在する。若年者の病気ではない。

HIV / AIDS患者の報告状況

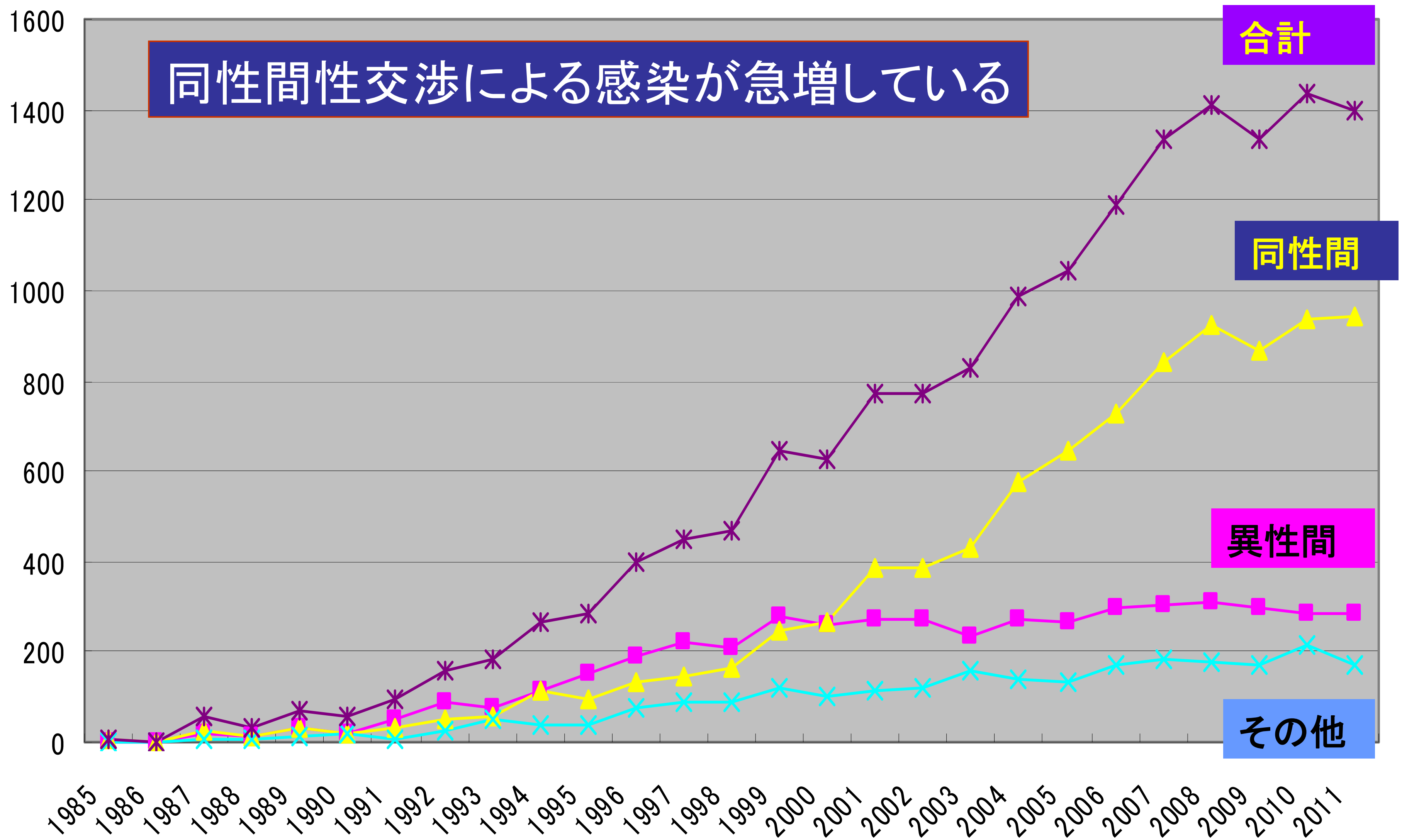
(～2011年12月31日)

日本国籍	男	女	合計（構成比）
異性間性的接触	3977	831	4808　(29.5%)
同性間性的接触	9058	6	9064　(55.6%)
静注薬物	51	5	56　(0.3%)
母子感染	23	12	35　(0.2%)
その他	371	57	428　(2.6%)
不明	1741	172	1913　(11.7%)
合計	15221	1083	16304
凝固因子製剤	1421	18	1439
外国国籍	1947	1725	3672

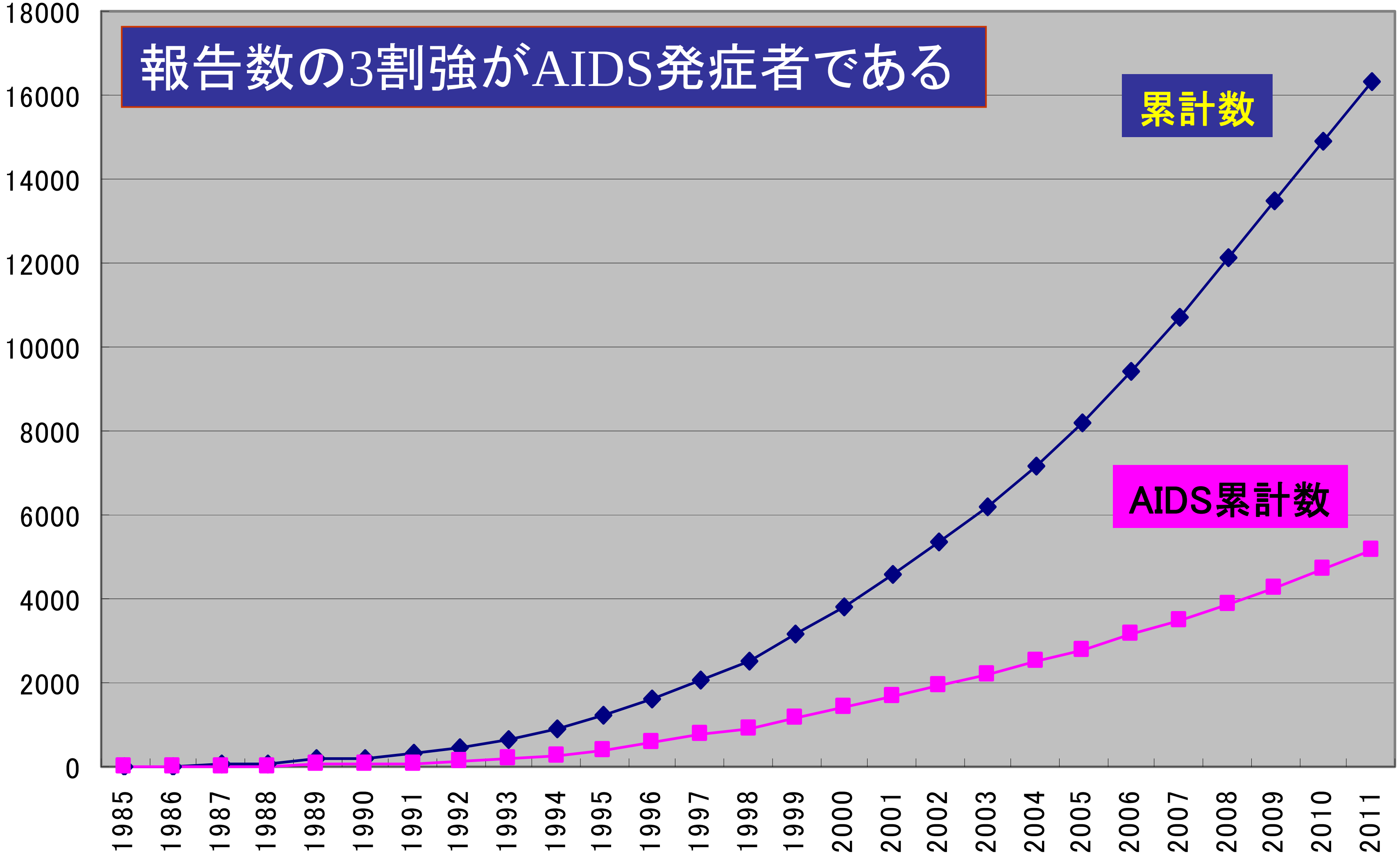
21415人

出典：厚生労働省エイズ動向委員会「平成23年エイズ発生動向年報」

日本国籍HIV / AIDS報告数の年次推移



日本国籍HIV / AIDS報告数の累計



先進諸国のHIV感染者数は歯止めかからず

米国の感染報告者数は推定で毎年56,000人

日本の2009年の報告者数は1452人　↑ 38.6倍

予防戦略としての感染者の治療= "Treatment as prevention"という方向へ

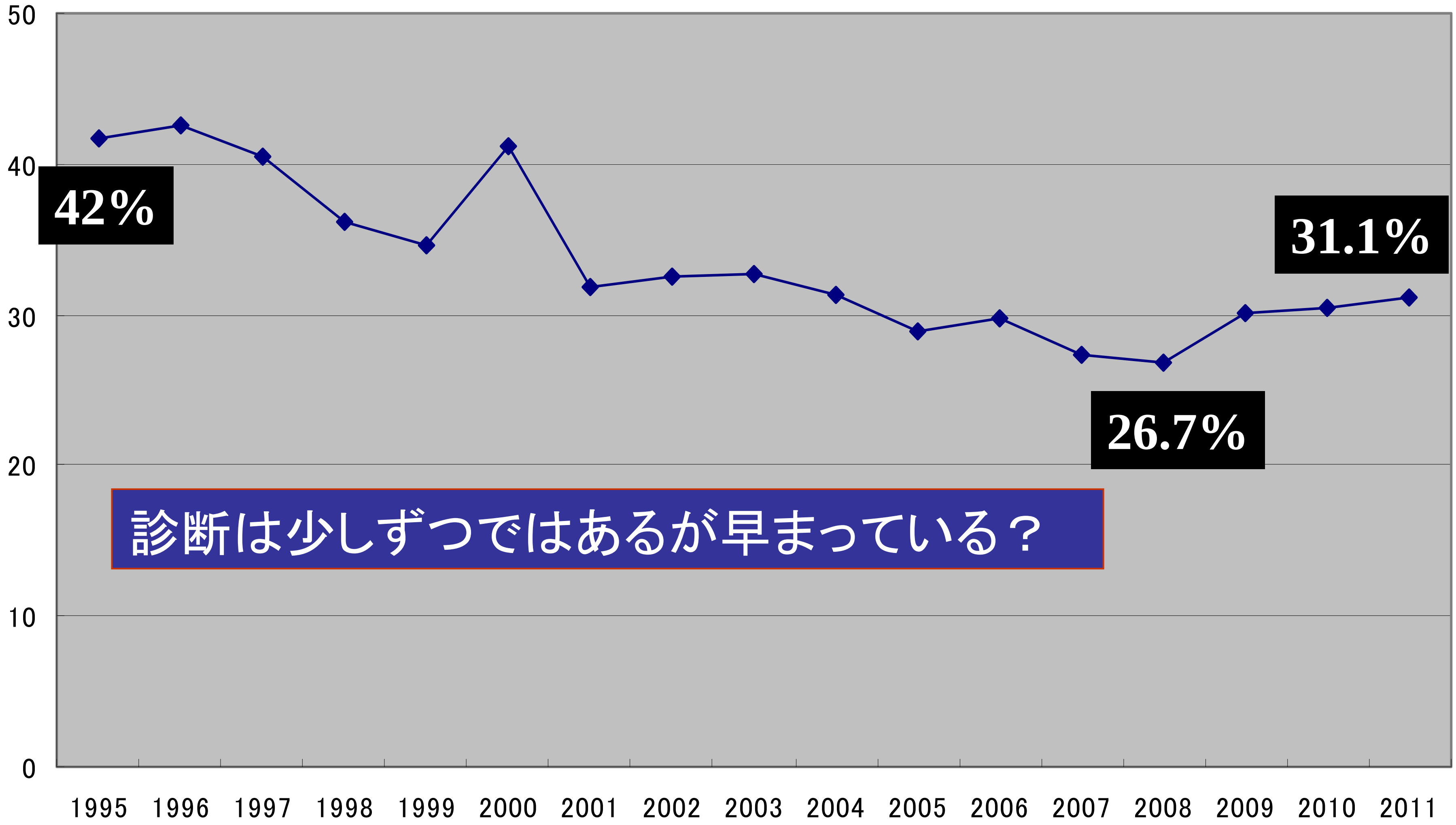
HAARTが1996年に導入されて以来、カナダ・ブリティッシュコロンビア州における年間の新規HIV診断数は半減

新規HIV報告は，HAART実施が100人増加するごとに3%減少する
（Lancet 2010, 376, 532）

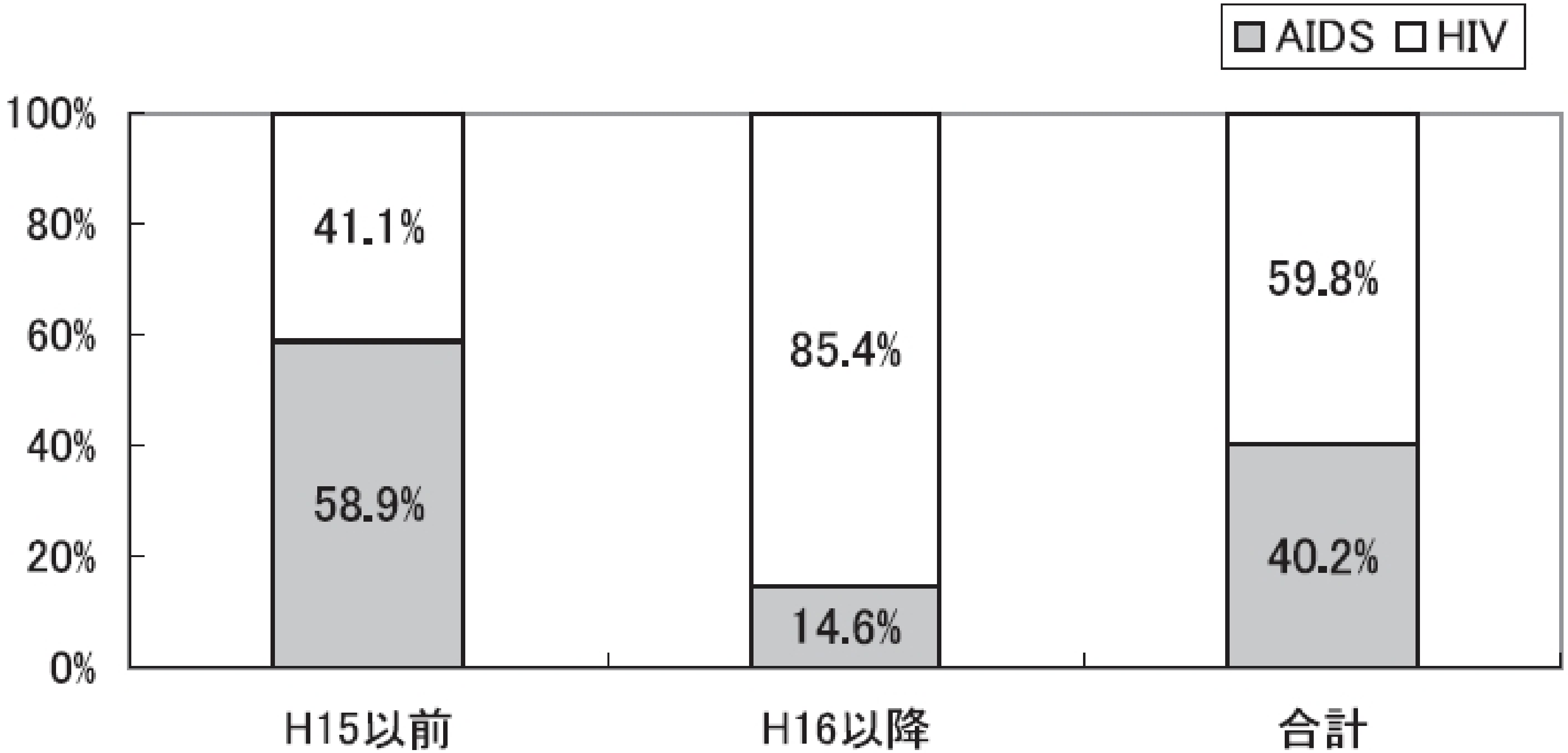
HAARTを行うことにより、夫婦間のHIV伝播が92%減少した
（Lancet 2010, 375, 2092）

注）HAART：Highly Active Anti　Retroviral Therapyの略。抗HIV薬による多剤併用療法。
「ART」ともいう。

報告数に対するAIDS患者の割合の推移（日本国籍）



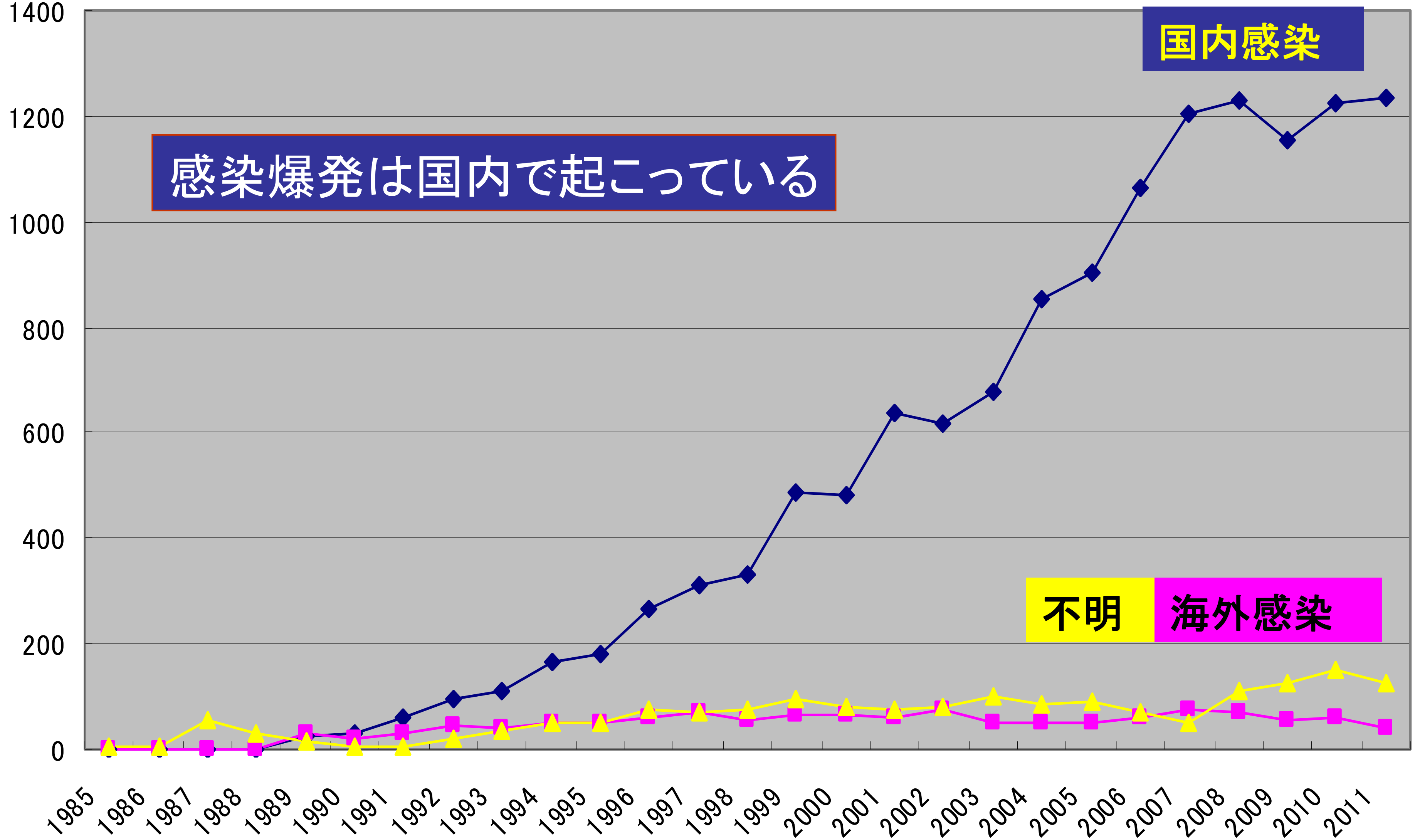
沖縄県におけるいきなりエイズの激減



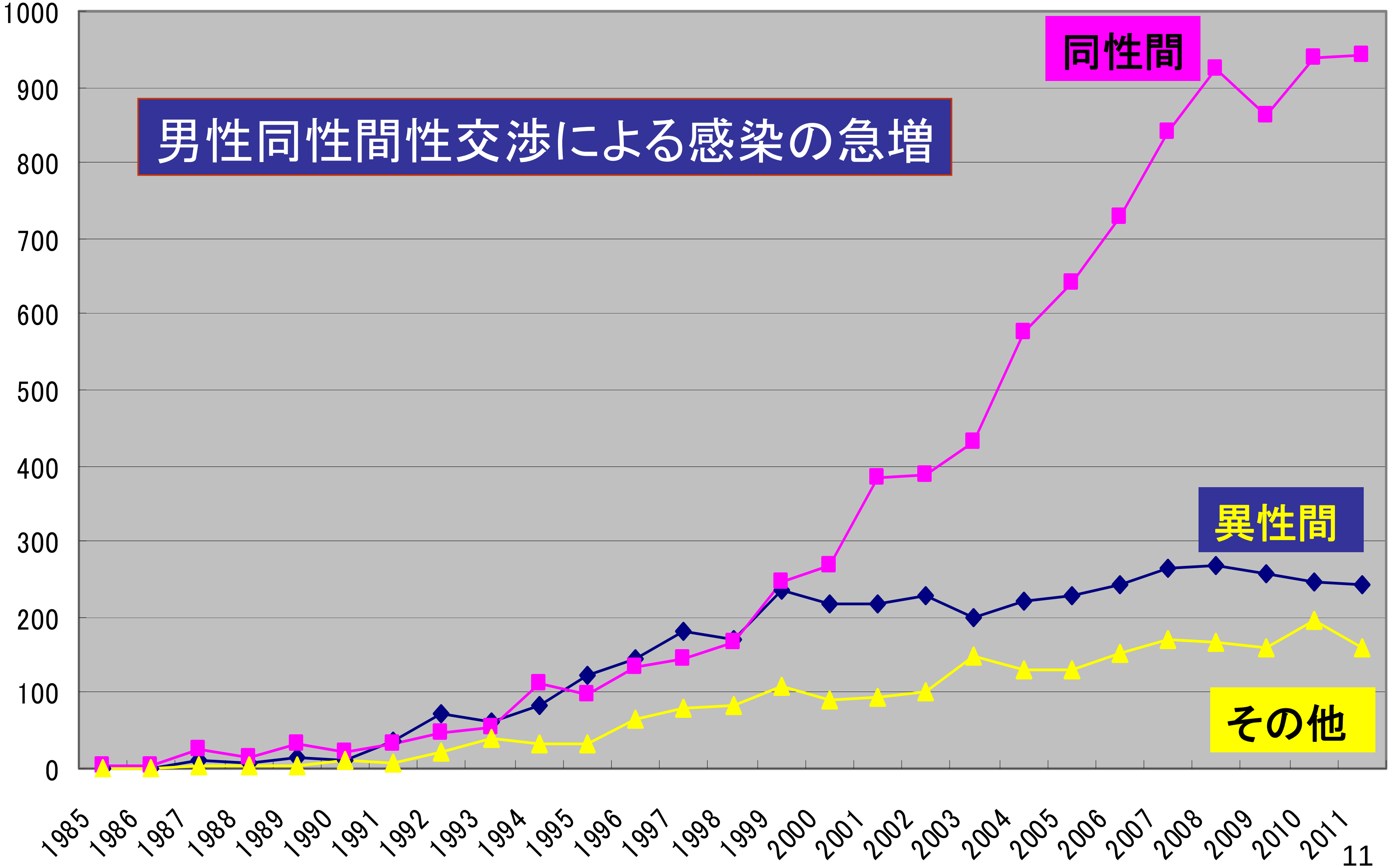
（J Natl Inst Public Health 2007, 56, 250）

検査を積極的に行うことにより、報告数におけるエイズ発症者の割合は減少する

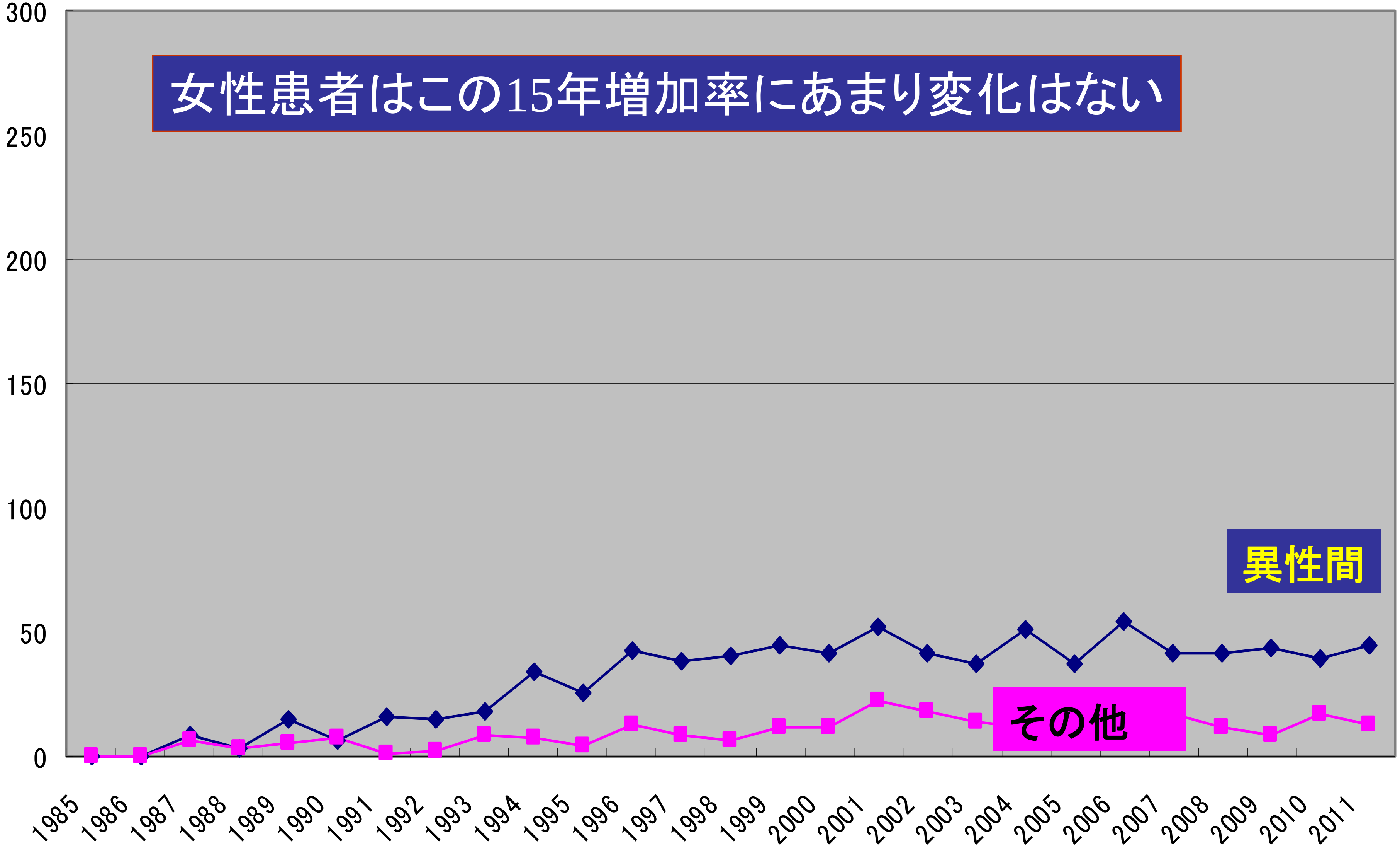
日本国籍HIV/AIDS報告数、感染地域別の年次推移



日本国籍HIV/AIDS報告者数の年次推移（男性）

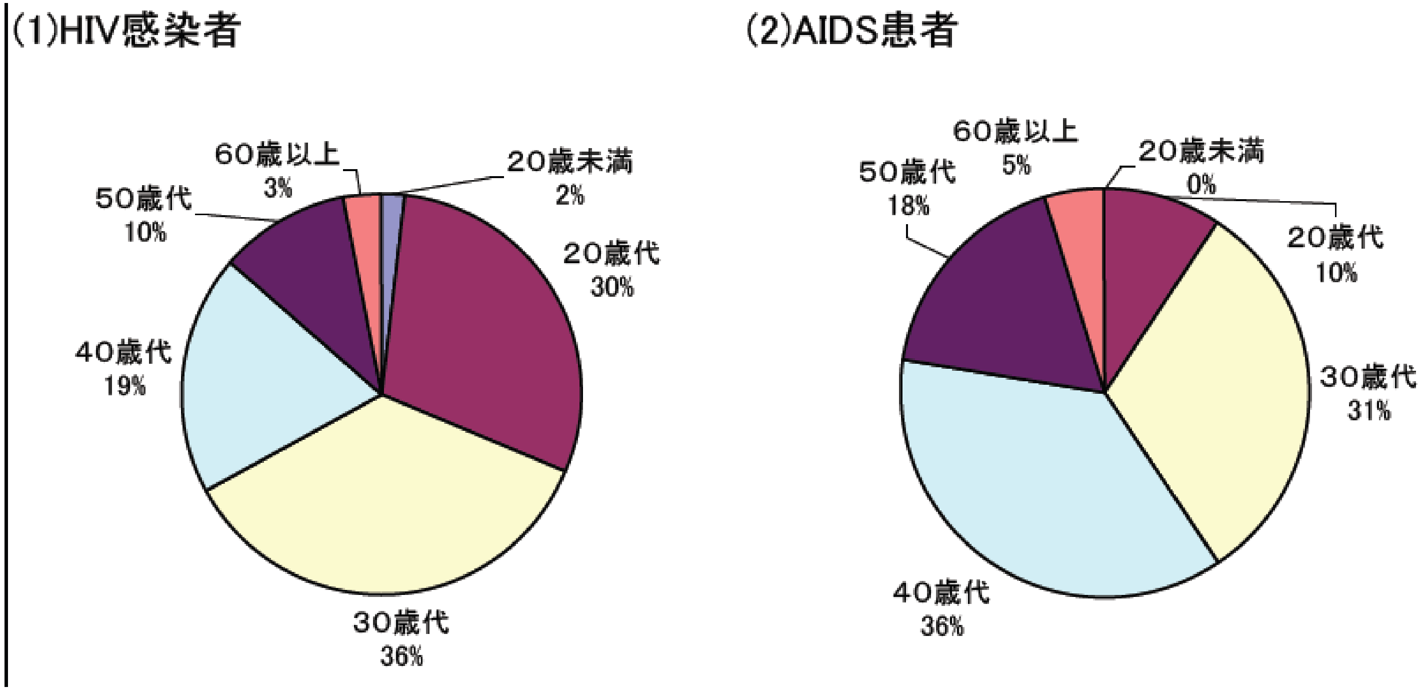


日本国籍HIV/AIDS報告者数の年次推移（女性）



若年者だけの病気ではない！

図-4
HIV感染者及び
AIDS患者の
年齢別割合
（平成23年）



●AIDS発症患者の23%は50歳以上。

東京都エイズニューズレター No. 140(平成23年報）

ポイント 2

HIV感染者はどのような形で診断されているのか？

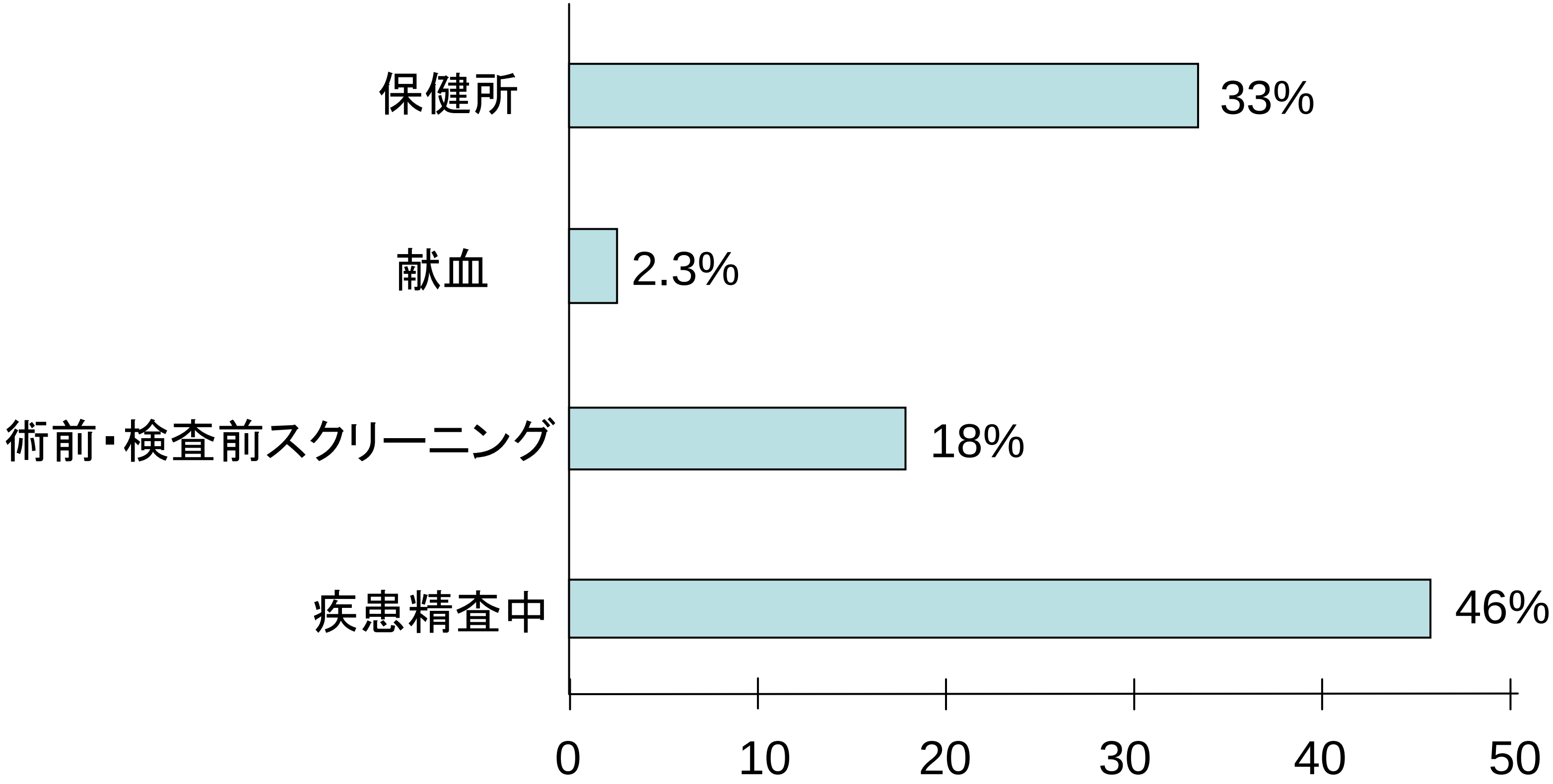
●患者は保健所ではなく、主に病院で診断されている。
→医療機関における積極的な検査が早期発見につながる可能性。

●HIV検査は、「性病の既往」だけでも実施可能となった（平成24年度～）

●第四世代の抗原抗体検査では3ヶ月時点でも十分判定が可能

ACCにおける新規登録患者の診断契機

(2003-2004年、ACC data)



HIV検査の算定要件の改訂

- H16年度改訂以降
  HIVの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合で、HIV感染症を疑わせる自他覚症状がある場合には、本検査を算定できる。

- H24年度改訂
  HIVの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合、既往がある場合又は疑われる場合でHIV感染症を疑う場合は、本検査を算定できる。

2012年3月5日付厚生労働省通知（平成24年3月5日保医発0305第1号）

HIV検査の実施について（通知）　平成5年7月13日

２　医療機関におけるHIV検査実施について

患者に対する検査実施に当たっては以下の点に十分配慮すること。

（１）患者本人の同意を得ること。

観血的処置を行う場合において医療機関内感染防止を主たる目的としてHIV検査を実施する場合にも、患者の同意が必要であること。

患者本人が意識不明である等により同意がとれない状況においては、医師の判断によってHIV検査を実施することも認められる。小児患者に対してHIV検査を実施する場合には、保護者の同意を得て行う。

なお、HIV検査の実施に当たって患者の同意が得られない場合には、HIVに感染している可能性があることを前提として対応する。

（２）検査前及び検査後の保健指導あるいはカウンセリングがなされること。

米国の状況：MMWR September 22, 2006 / 55(RR14);1-17

- 医療機関では、13才から64才までの人すべてに、その人のリスクにかかわらず自発的な抗体検査を行う。
- 明らかな感染リスクがある人は、少なくとも年1回実施する。
- 検査に関する質問の機会、検査を辞退する機会を設けた上で、辞退しない限り、検査を実施する。（Opt-out)
- HIVに関する同意は一般診療に関するものに含む。独立した同意書は推奨しない。
- 予防に関するカウンセリングは、医療機関におけるHIVスクリーニングには不要である。

英国のガイドライン----第4世代検査について

BASHH Statement on HIV window period

15 March 2010

HIV testing using the latest (4th generation) tests are recommended in the BHIVA / BASHH / BIS UK guidelines for HIV testing (2008). These assays test for HIV antibodies and p24 antigen simultaneously. They will detect the great majority of individuals who have been infected with HIV at one month (4 weeks) after specific exposure.
Patients attending for HIV testing who identify a specific risk occurring more that 4 weeks previously, should not be made to wait 3 months (12 weeks) before HIV testing. They should be offered a 4th generation laboratory HIV test and advised that a negative result at 4 weeks post exposure is very reassuring/highly likely to exclude HIV infection. An additional HIV test should be offered to all persons at 3 months (12 weeks) to definitively exclude HIV infection. Patients at lower risk may opt to wait until 3 months to avoid the need for HIV testing twice.

Dr Keith Radcliffe
Chair, Clinical Effectiveness Group

Dr Simon Edwards
Chair, BASHH HIV Special Interest Group

●感染後4週後には、大部分の感染者が陽性となる。

●12週後に再度、検査を行うべきである。

ポイント 3

告知や病状説明はどのように行われているのか？

●陽性告知は比較的、単刀直入に行われることが多い。かつてに比べて、告知自体は容易なものになっている。

●CD4数およびHIVウイルス量の検査データの意味。

●日常生活とSafer Sexに関する説明が重要。

一般的状況下での告知

（陽性告知後の患者の反応）

●2000年以前はHIVの陽性告知により動揺する患者が多かった。
●最近はHIV陽性告知で動揺する患者は少ない。

以前よりはHIV検査および陽性告知は容易になってきている印象。ただし個人差があるので注意。

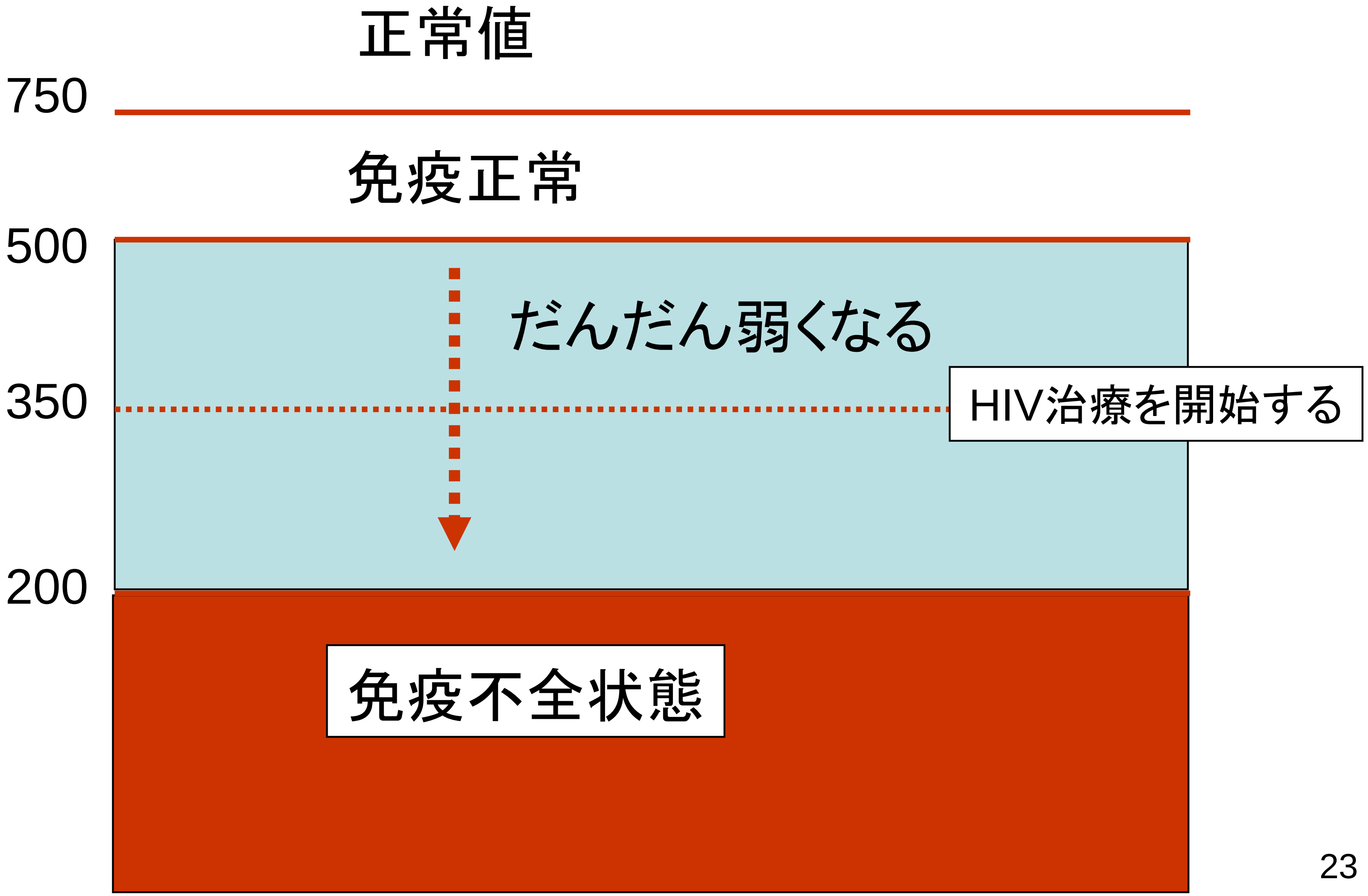
（説明の内容）

●治療可能な疾患であり、致死的な病気ではない。
●ただし定期的な外来通院が必要。適切な時期に治療を開始しない場合には、日和見疾患で死ぬことがある。
●HIVの病気に関する説明。

＊陽性告知は単刀直入に行う。
＊ほとんどの場合は、患者が結果を覚悟している場合が多く、混乱なく説明が行える。精神的ショックの有無を観察。

HIVの病気に関する説明

●CD4数 ＝ 現在の抵抗力



HIVの病気に関する説明

●ウイルス量 ＝ 現在のHIVウイルスの勢い

10の5乗台	多い = 進行が速いかもしれない
10の4乗台	普通
10の3乗台	少ない= 進行が遅いかもしれない

HIVの病気に関する説明

●日常生活における注意点

・生水は飲まないこと。生ものは注意。
・日常生活では他者に感染しない。血液にはウイルスが含まれるので、取り扱いは注意すること。
・歯ブラシやカミソリは共有しないこと。
・性行為で感染する。適切なコンドーム着用により、感染リスクは大きく減少する。

ポイント 4

HIVの治療について

●1996年以降に行われるようになった多剤併用治療が、患者の生命予後を劇的に改善した。

●ただし、診断が遅れた場合では、現在でも致死的となりうる。

●内服治療中で経過良好の患者でも、長期副作用のリスクは未知。その他にも、心理的にさまざまな問題を抱えている。

HIV治療の歴史

●1981年に最初のHIV感染者が報告されてから1987年まで臨床で使用できる抗HIV薬は全くなく、患者はAIDSを発症すると約1-2年で死亡していた。

●1987年からAZTなどの核酸系逆転写酵素阻害剤が登場したが、有効な治療にはならなかった。

●1996年以降、プロテアーゼ阻害剤と2種の核酸系逆転写酵素阻害剤を組み合わせた3剤のHAARTが導入され、HIV患者の死亡率が激減した。

注）HAART: Highly Active Anti Retroviral Therapyの略。抗HIV薬による多剤併用療法。
「ART」ともいう。

HIVの病態について分かっている事

●100億個のウイルスが一日に複製される。

●1回のRNA→DNA逆転写の段階で平均1個の変異（error）が発生する。

●どんな単剤治療も速やかな耐性化が起こり最終的な予後の改善がもたらされなかった。

●3剤以上の併用療法によるHAARTはウイルスを検出限界以下に抑制し、患者の予後を改善した。

HIVの治療戦略

●有効な治療には3剤以上の薬剤による多剤併用療法が必要である。

●変異の蓄積による多剤耐性を防ぐ方法は強力な抗HIV療法によりウイルス量を検出限界以下まで抑制し、増殖を抑えることである。

これが極めて重要

HAART（Highly Active Anti Retroviral Therapy）の効果

●初回治療の場合90%以上が6ヶ月以内に
検出限界以下となる。

●CD4数は1年で平均200個程度増加する。

●飲み続ける限り、おそらく効果は一生持続。

現在使用可能な抗HIV薬

※下線：初回治療薬としてガイドラインで推奨されている薬剤

核酸系逆転写酵素阻害剤（NRTI）

d4T

ABC/3TC

ddI-EC

AZT

FTC

TDF/FTC

ABC

TDF

3TC

AZT/3TC

プロテアーゼ阻害剤（PI）

NFV

IDV

SQV

RTV

FPV

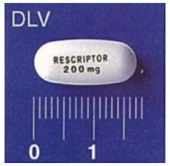
LPV/r

ATV

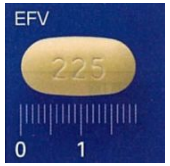
DRV

非核酸系逆転写酵素阻害剤（NNRTI）

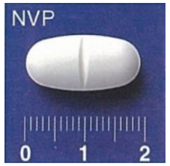
ETR



DLV



EFV



NVP


RPV

インテグラーゼ阻害剤（INSTI）

RAL

CCR5阻害剤（EI）

MVC

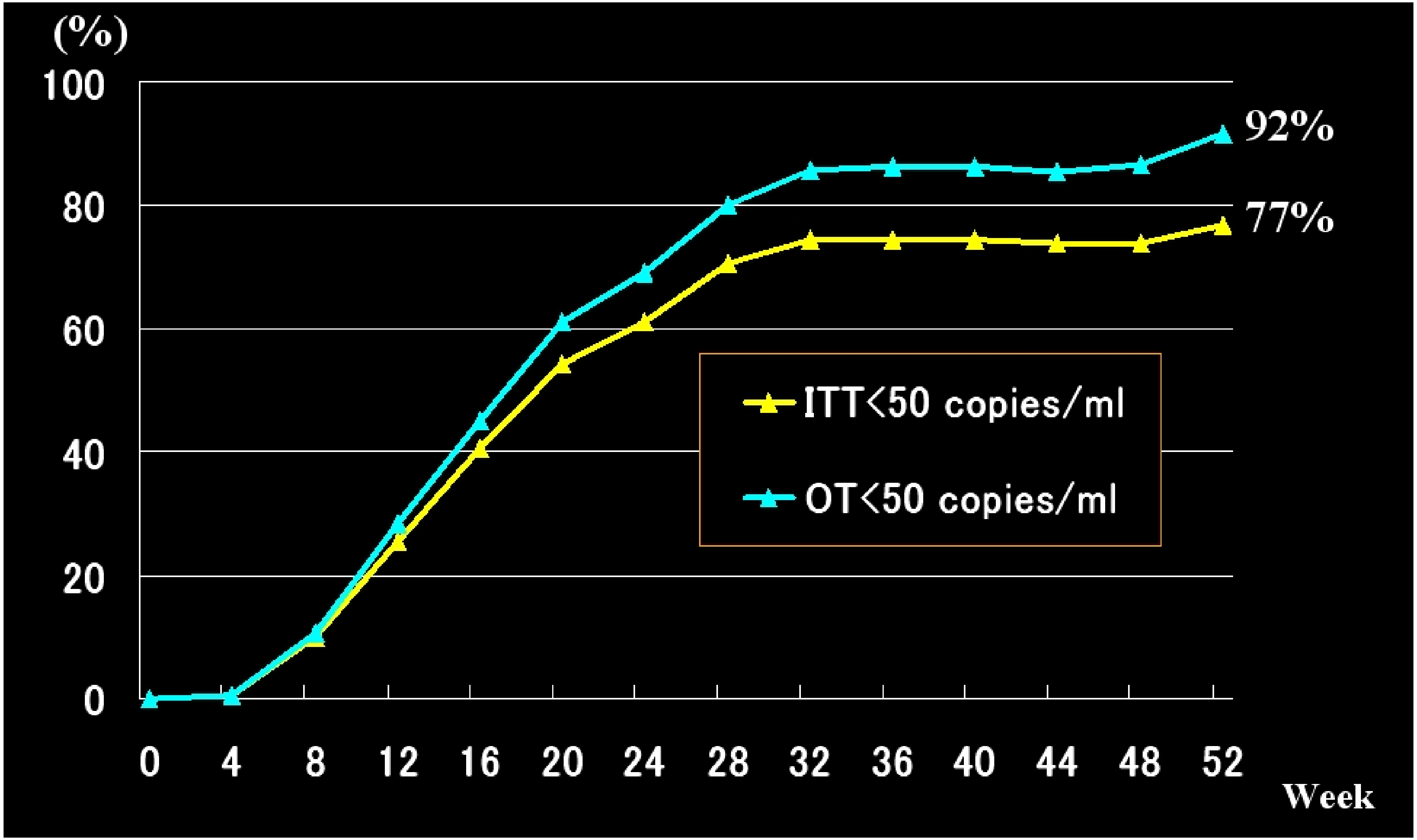
（参考）抗HIV薬の一般名・商品名について

表V-1　日本で承認されている抗HIV薬（2012年3月現在、承認時期順）

一般名	商品名	略称	承認時期
ヌクレオシド／ヌクレオチド系逆転写酵素阻害剤（NRTI）			
ジドブジン	レトロビルカプセル	AZTまたはZDV	1987年11月
ジダノシン	ヴァイデックスECカプセル／錠	ddI	1992年 7月
ラミブジン	エピビル錠	3TC	1997年 2月
サニルブジン	ゼリットカプセル	d4T	1997年 7月
ジドブジンとラミブジンの合剤	コンビビル錠	AZT+3TCまたはCBV	1999年 6月
アバカビル	ザイアジェン錠	ABC	1999年 9月
テノホビル	ビリアード錠	TDF	2004年 4月
アバカビルとラミブジンの合剤	エプジコム錠	ABC+3TCまたはEPZ	2005年 1月
エムトリシタビン	エムトリバカプセル	FTC	2005年 4月
エムトリシタビンとテノホビルの合剤	ツルバダ錠	TDF+FTCまたはTVD	2005年 4月
非ヌクレオシド／ヌクレオチド系逆転写酵素阻害剤（NNRTI）			
ネビラピン	ビラミューン錠	NVP	1998年12月
エファビレンツ	ストックリン錠	EFV	1999年 9月
デラビルジン	レスクリプター錠	DLV	2000年 5月
エトラビリン	インテレンス錠	ETR	2009年 1月
プロテアーゼ阻害剤（PI）			
インジナビル	クリキシバンカプセル	IDV	1997年 4月
サキナビル	インビラーゼカプセル／錠	SQV-HGC	1997年 9月
ネルフィナビル	ビラセプト錠	NFV	1998年 3月
リトナビル	ノービア錠／リキッド	RTV	1999年 9月
ロピナビル（少量リトナビル含有）	カレトラ錠／リキッド	LPV/r	2000年12月
アタザナビル	レイアタッツカプセル	ATV	2004年 1月
ホスアンプレナビル	レクシヴァ錠	FPV	2005年 1月
ダルナビル	プリジスタ錠（300mg）	DRV	2007年11月
	プリジスタナイーブ錠（400mg）	DRV	2009年 8月
インテグラーゼ阻害剤（INSTI）			
ラルテグラビル	アイセントレス錠	RAL	2008年 6月
侵入阻止薬			
マラビロク	シーエルセントリ錠	MVC	2009年 1月

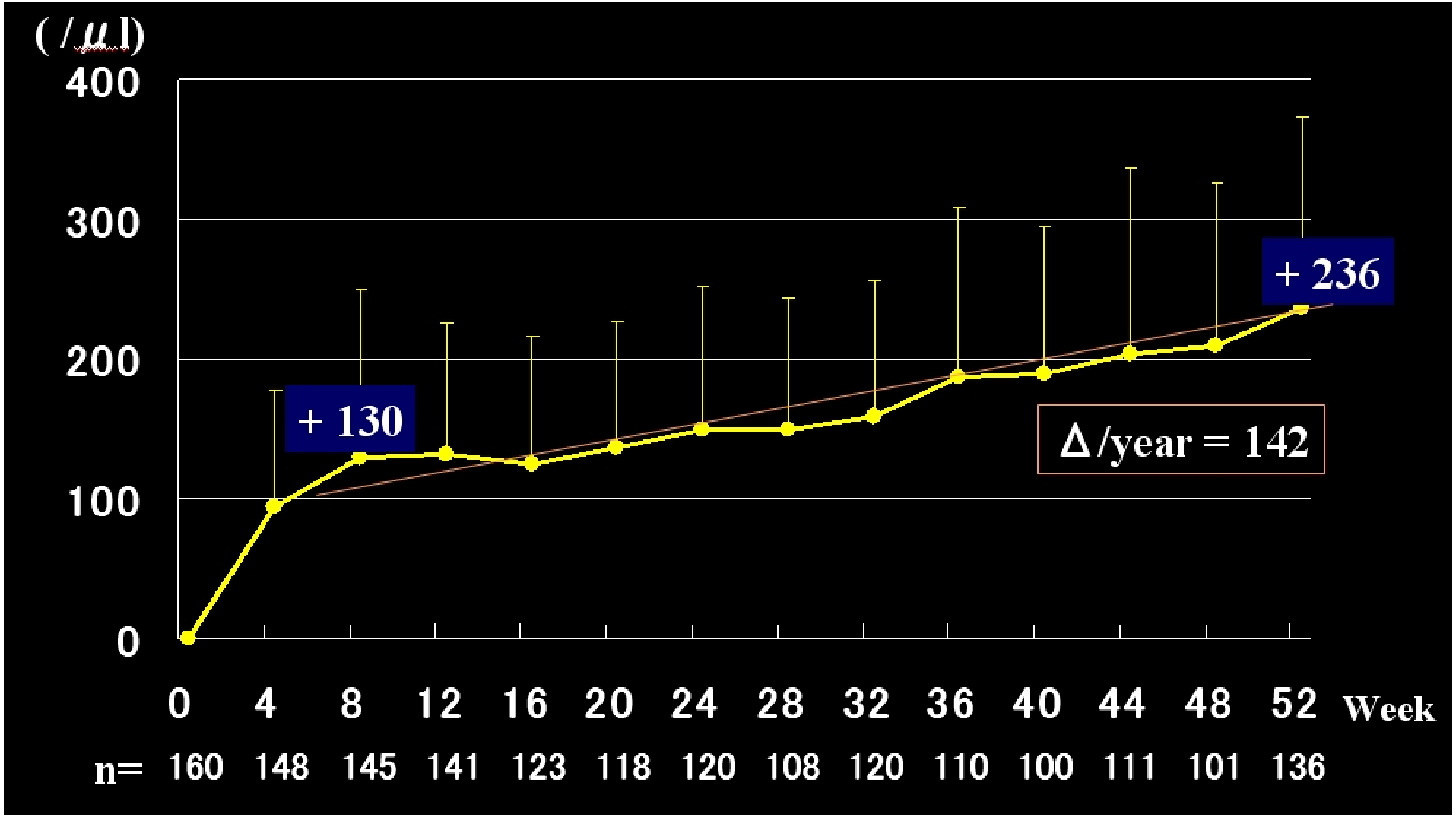
出典：「抗HIV治療ガイドライン（2012年3月）」
平成23年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業　HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班

初回治療成功率は8割程度



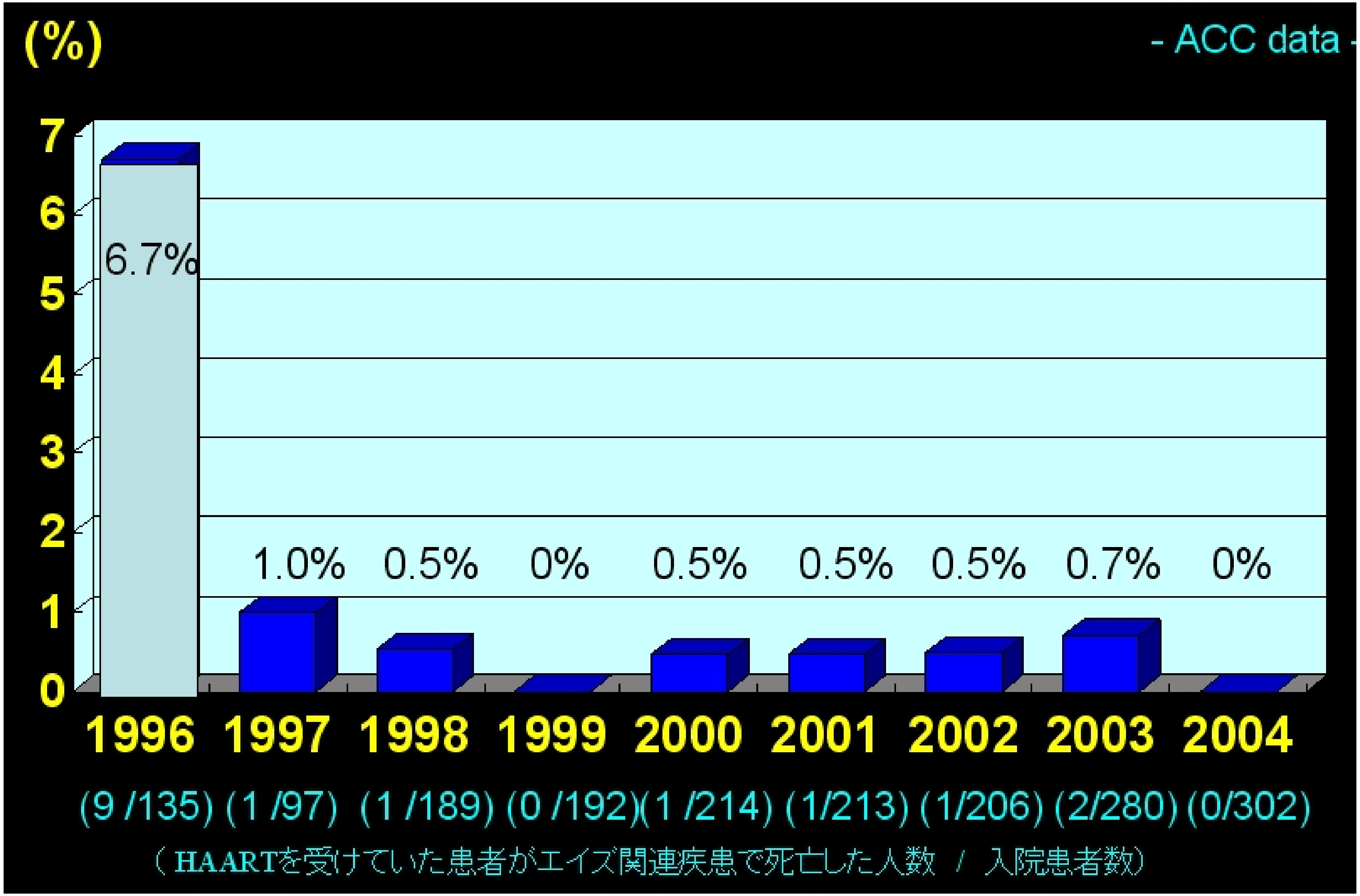
(ACCデータ　LPV/rの初回治療例)

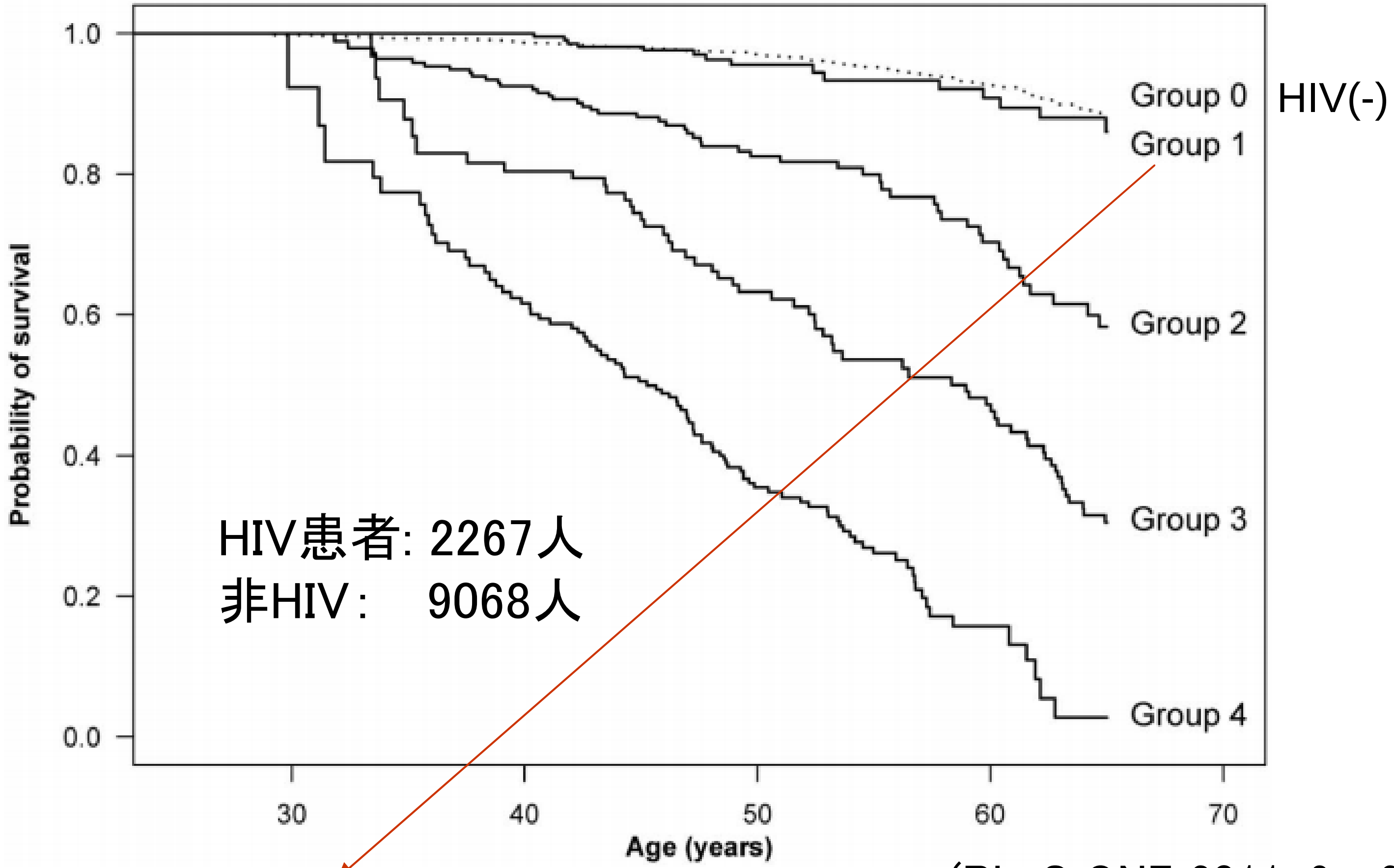
治療が成功するとほぼ1年で危険域を脱する



(ACCデータ LPV/rの初回治療例)

治療導入に成功すれば、生命予後は良好





（PLoS ONE 2011, 6, e22698）

Group 1: コホート導入時点で・・・
1）抗HIV治療に良好な反応
（CD4＞200/μlかつHIV-RNA＜50copies/ml）
2）AIDS指標疾患やC型肝炎などの合併症なし
3）アルコールや薬物依存なし

治療に成功すれば、HIV患者の予後は非HIV患者と同じ

図. ACCにおける新規登録患者の初診時CD4数

(2009年1月～7月末)

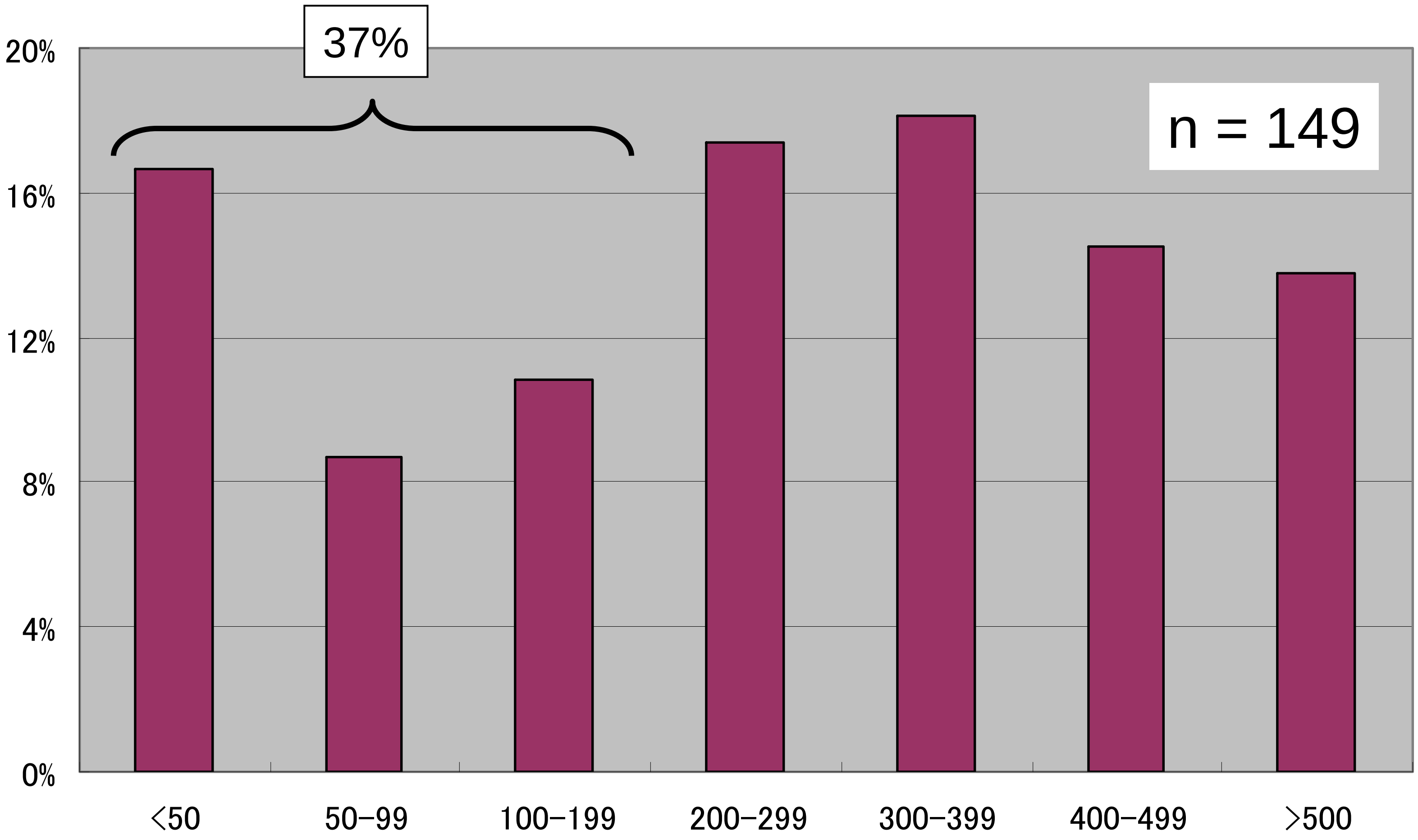
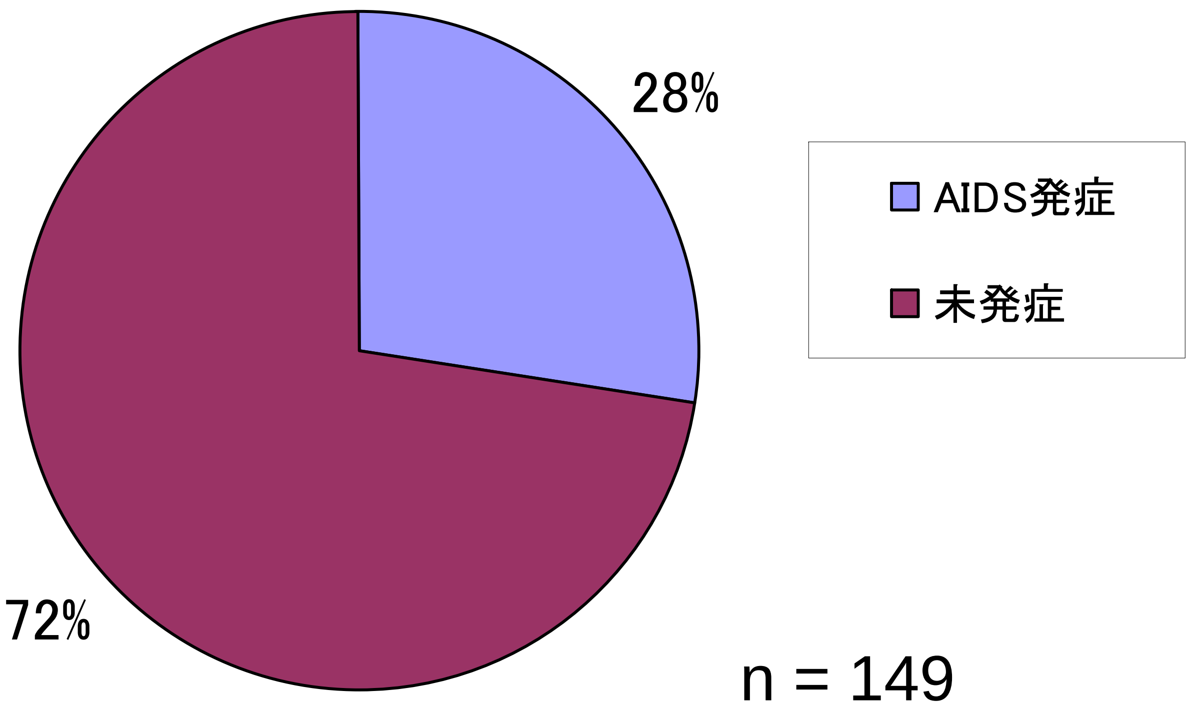


図. ACCにおける新規登録患者のいきなりエイズの割合

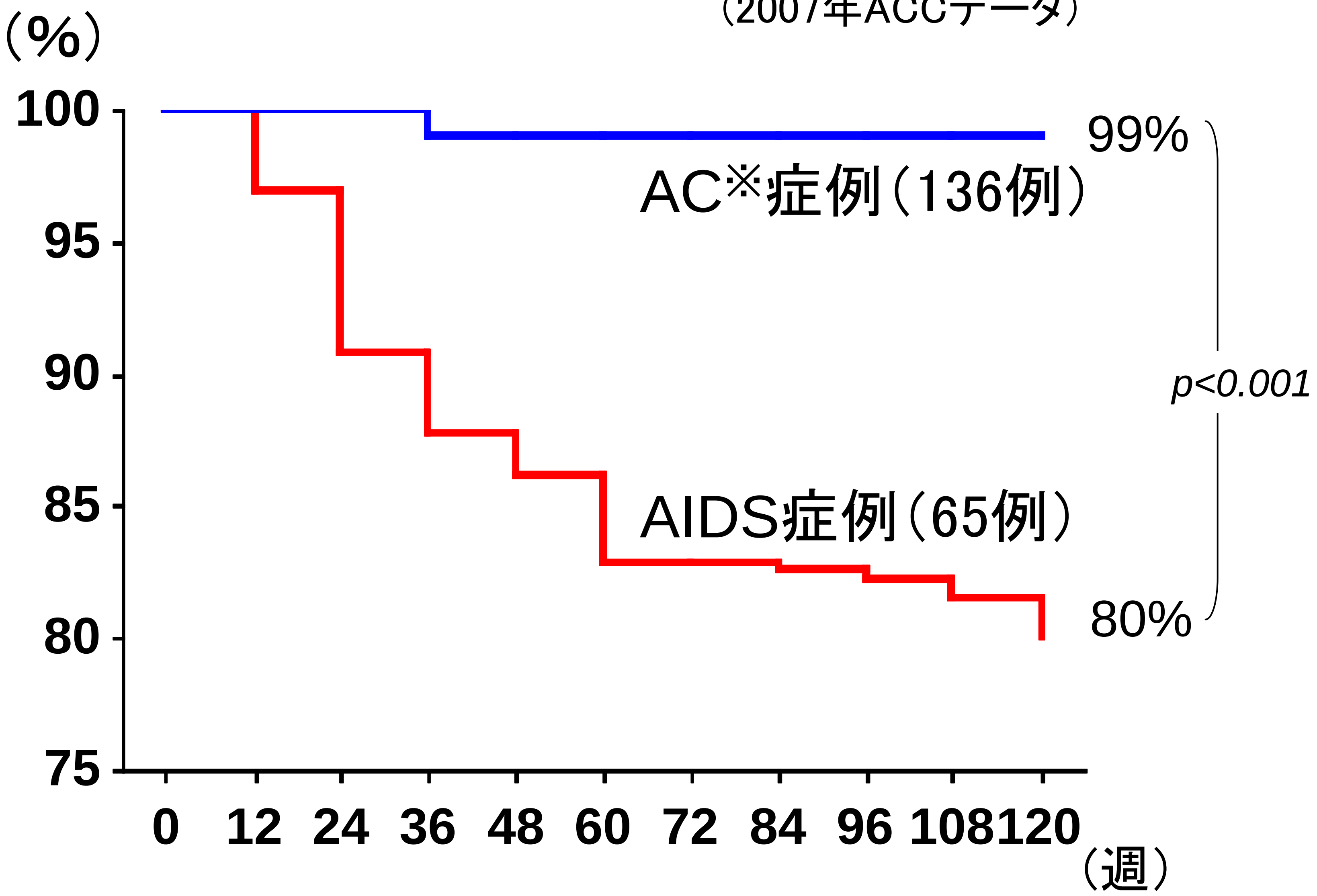
(2009年1月～7月末)



n = 149

図. AIDS発症例と非発症例の生存率の推移

（2007年ACCデータ）



※無症候性キャリア（Asymptomatic carrier）

内服開始早期の副作用

かなり改善されたが、副作用の問題はまだ残っている。

①吐き気

②下痢

③しびれ

④鬱、イライラ、不眠

⑤顔面、体幹のニキビのような皮疹

それぞれ、吐き気止め、下痢止め、眠剤、ステロイド軟膏などを
使いながら、内服を継続している。

内服後の長期的副作用

厳密には、これから徐々に判明していくと考えるべき。

（すでに判明）

① 頬のこけ、四肢のやせ→d4T

② 乳酸アシドーシス（突然下肢麻痺）→d4T

③ 突然発症の重症貧血→AZT

④ 心筋梗塞のリスク上昇→ABC、プロテアーゼ阻害剤

（懸念されている）

① 骨粗鬆症、腎障害 →TDF

② 免疫不全、骨粗鬆症 →MVC

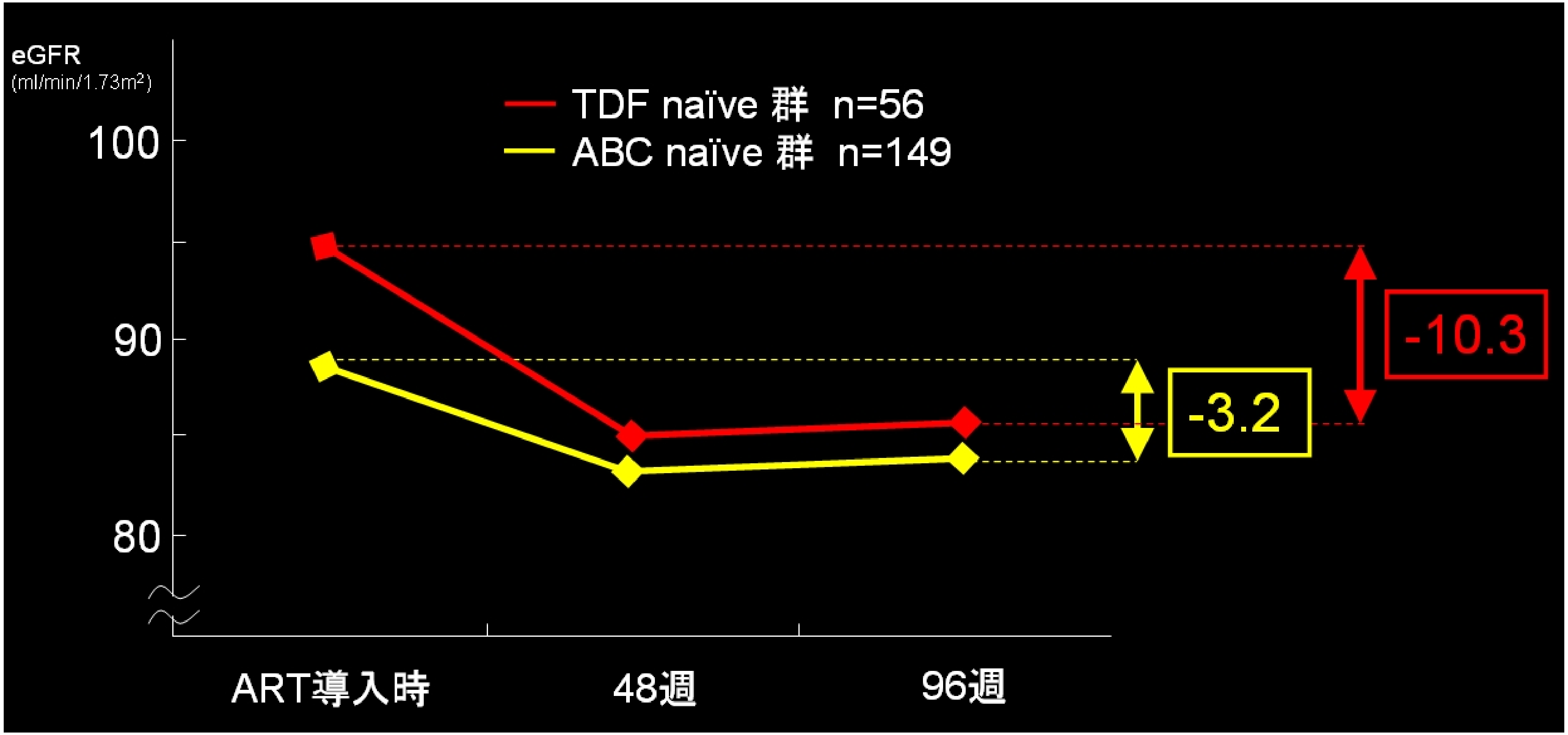
（参考）主な抗HIV薬の副作用について

抗HIV薬	しばしばみられる副作用の出現時期と持続時間			稀だが重篤な副作用
	直後から生じ、徐々に軽減していく＊	開始後1～3週に一過性に生じる	開始後1ヶ月以上してから生じ、持続する	
3TC				乳酸アシドーシス
ABC				過敏症、乳酸アシドーシス
AZT	胃腸症状、頭痛		骨髄抑制	乳酸アシドーシス
d4T			高脂血症、リポアトロフィー 末梢神経障害	乳酸アシドーシス
ddI	胃腸症状、特に下痢		末梢神経障害	乳酸アシドーシス
FTC				乳酸アシドーシス
TDF				乳酸アシドーシス、腎障害 骨粗鬆症
EFV	精神神経症状	皮疹（26%）	高脂血症	
NVP		皮疹（14.8%）		肝障害
ETR	胃腸症状	皮疹（16.9%）		
ATV	胃腸症状 高Bil血症（持続）	皮疹（21%）	高脂血症、リポアトロフィー	尿路結石
FPV	胃腸症状	皮疹（20-27%）	高脂血症、リポアトロフィー	
LPV/r	胃腸症状、特に下痢		高脂血症、リポアトロフィー	
NFV	胃腸症状、特に下痢		高脂血症、リポアトロフィー	
DRV	胃腸症状	皮疹（約10%）	高脂血症、リポアトロフィー	
RAL	頭痛			肝障害
MVC	胃腸症状、頭痛			

米国DHHSガイドライン、添付文書などを参考にした。
＊多くは2～3週で軽減する、ATVの高Bil血症は持続する

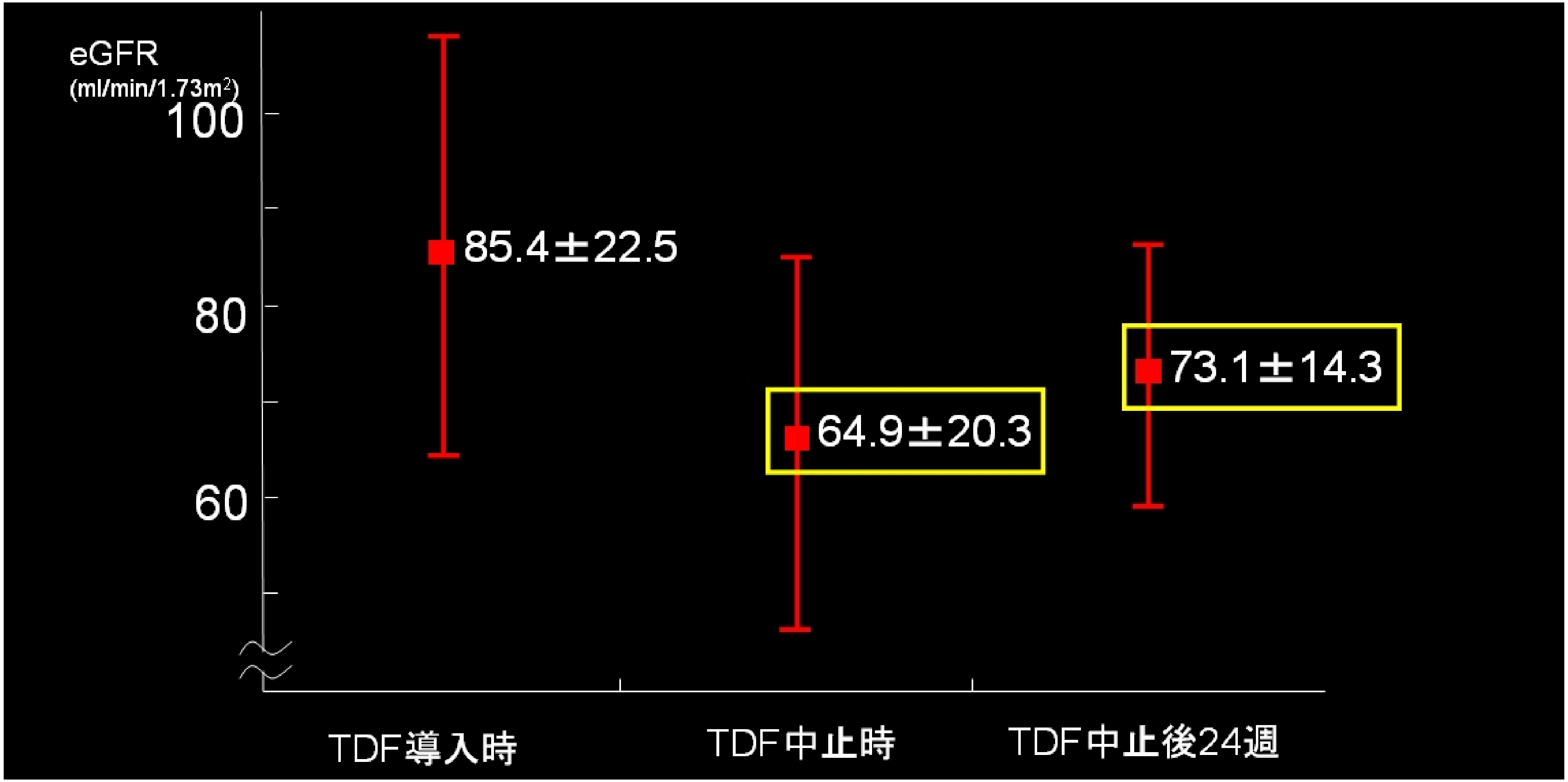
出典：「抗HIV治療ガイドライン（2012年3月）」
平成23年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業　HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班

TDFによる腎機能障害



導入時は腎機能良好例が選ばれることが多いにも関わらず、腎機能悪化が見られている。

TDFによる腎機能障害



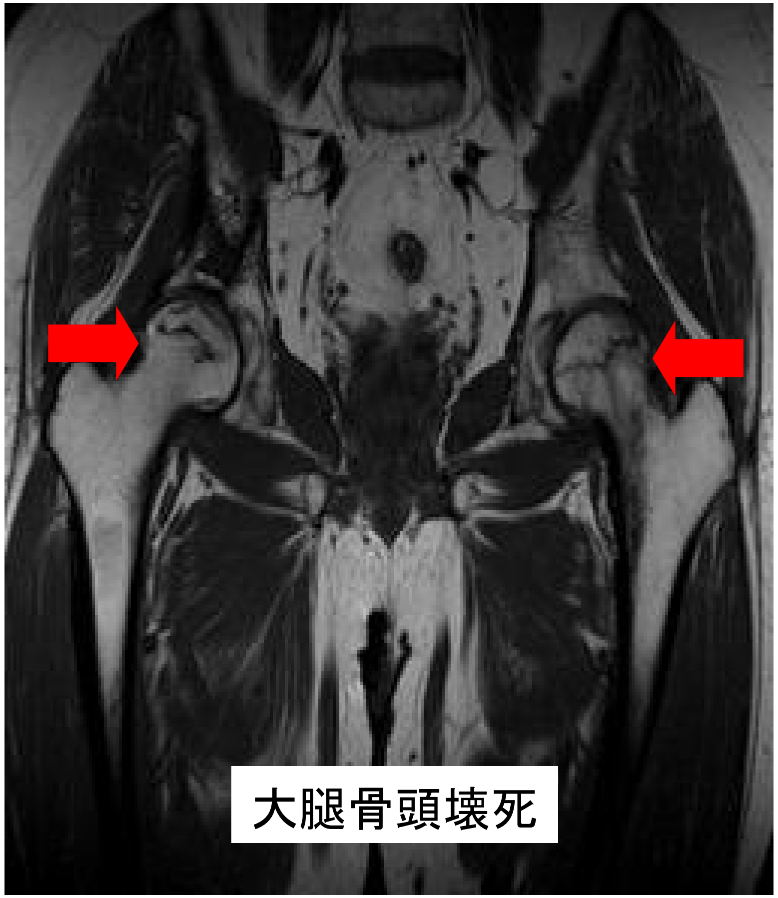
腎機能障害をおこすと、中止して半年経過しても完全な回復は確認されていない。

抗HIV薬と他薬剤との相互作用

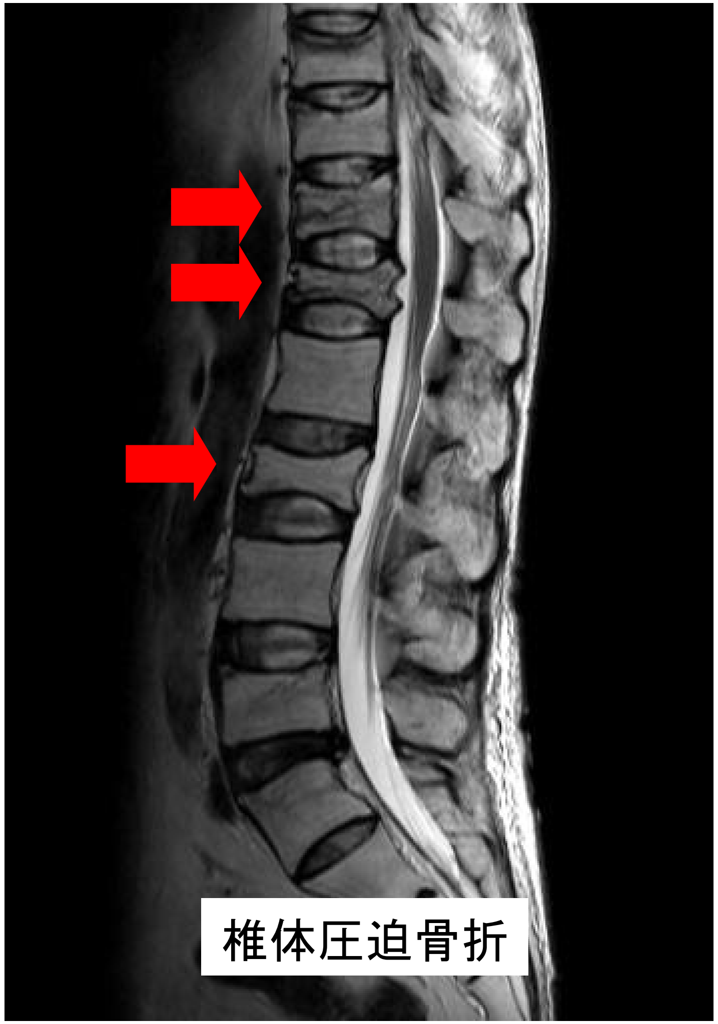
●他の薬剤と併用すると、重篤な副作用を起こしうる。
→他院で処方された薬剤を安易に服用してはならない。

（参考）「併用禁忌・注意薬リスト」 ACC
http://www.acc.go.jp/public/kanjaNote.html

吸入ステロイドで起こった骨合併症



大腿骨頭壊死



椎体圧迫骨折

患者の苦しみは消えたのか？・・・・No・・・・

●慢性疾患と位置づけられながらも・・・・

1) 未知の長期的副作用

2) 服薬忘れは、耐性化→治療失敗のリスクがあるという不安。

→持続的治療成功は、患者の強い意志と努力を必要としている。

●心理的苦悩は変わらない・・・・

1) 現時点で、完治はしないという現実

2) 根強い社会の偏見。医療機関ですら受診拒否のある現状

3) 家族や友人にも打ち明けられない心理的苦悩

プライバシーに関する十分な配慮。偏見や差別を感じさせない
プロとしての対応ができなければならない。

ポイント５

針刺し事故などの曝露後対応

●HIVは感染力が弱い。HBVの方が感染力が強く注意が必要。

●曝露後予防内服により、感染は100%阻止できると考えられる。

針刺し事故から自分を守る

血液媒介感染症

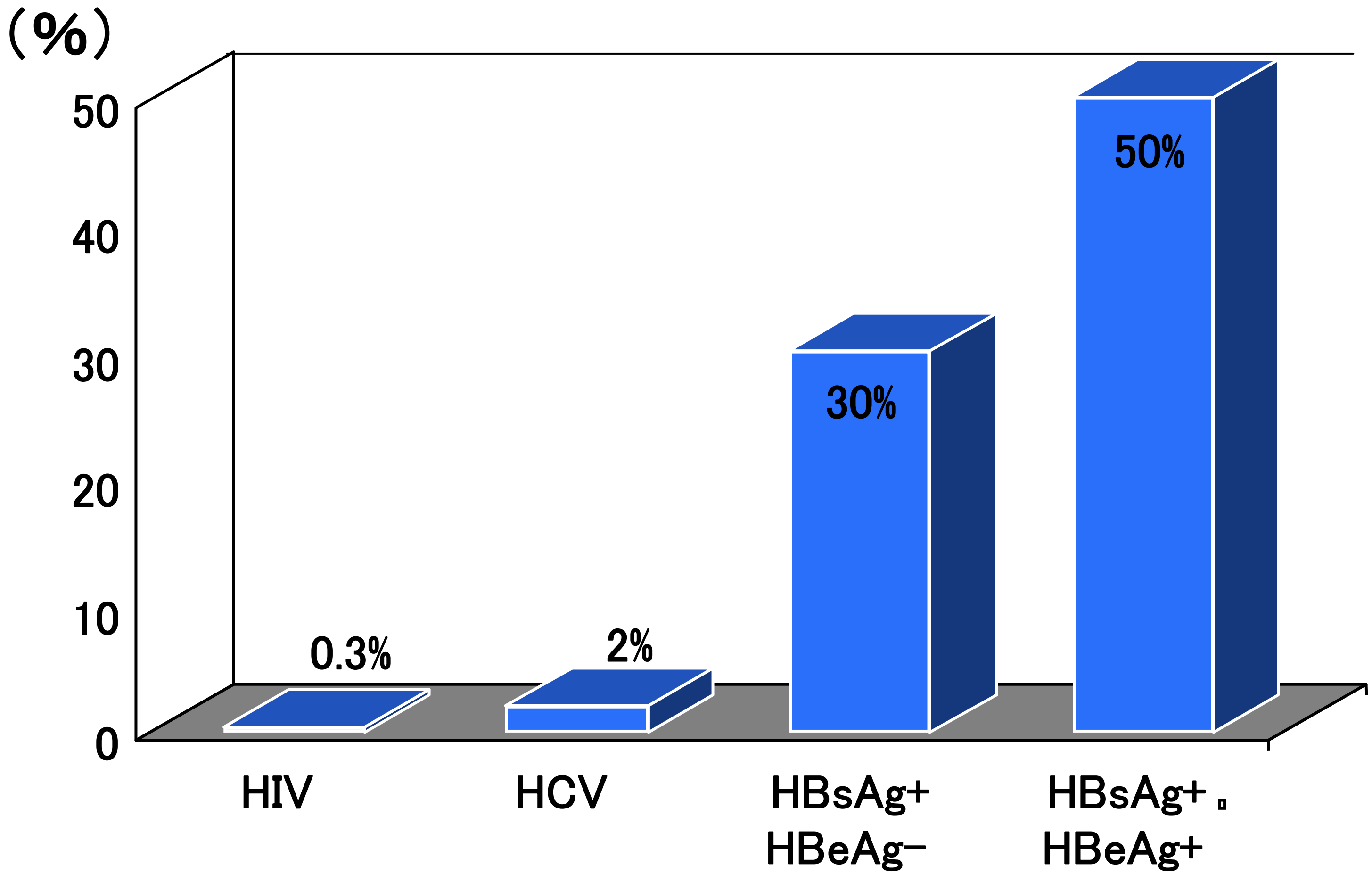
1. HIV・・・・・・感染率は低いが、ゼロではない。
現時点では治癒しない。

2. HBV・・・・・感染率が高い。慢性化率は低かったが、最近高くなってきた。
慢性化すると肝硬変、肝癌のリスク。

3. HCV・・・・・感染率が低い。しかし感染すると高率に慢性化。
慢性化すると肝硬変、肝癌のリスク。

暴露1回あたりの感染リスク

感染確率を考えると、HIVを特別に恐れるのは的外れ



CDC. MMWR　2001;50 (RR11):1−42.

体液別の感染リスク

血液、精液、膣分泌物、血性体液

↓

髄液、胸水、腹水、心嚢水、羊水、膿

↓

↓

↓

尿、便、痰、唾液、汗、涙

予防内服決定の前に認識すべき前提

●通常、感染リスクはとても低い（<0.3%）。

●AZTの予防内服で感染リスクを80%低下できる。

●2剤以上の予防内服はそれ以上の効果が期待できる。

●感染リスクを低減できる可能性があるのは、暴露後数時間以内のみである。

●内服開始後でも、副作用によっては内服中断を検討して良い。

HIV曝露後の予防内服に関するガイドライン推奨

（ACC HPより）

曝露源の状況と曝露タイプの評価

患者（曝露源）の状況
Class I: 無症候性HIV感染者，血中HIV-RNA量1,500 コピー/mL未満の症例
Class II: AIDS発症者，急性感染期，血中HIV-RNA量高値（1,500コピー/mL以上）の症例

曝露タイプ
軽傷: 非中空針による浅い傷など
重傷: 太い中空針，肉眼で血液付着が確認できる針，血管に刺入された針による経皮曝露や深い刺創など

少量: 2-3滴の体液など
多量: 噴き出した体液など

2-1. 経皮的HIV曝露時の感染予防

	患者（曝露源）の状況				
曝露タイプ	HIV感染者（Class I）	HIV感染者（Class II）	HIV感染の有無が不明	対象が特定できない	HIV陰性
軽傷	基本レジメンを勧める	拡大レジメンを勧める	通常は予防不要 患者がHIV感染のリスクファクターを有する場合は基本レジメンを考慮する. HIV陰性が判明したら中止.	通常は予防不要 HIV感染者由来であった可能性が高ければ基本レジメンを考慮する	予防不要
重傷	拡大レジメンを勧める				

2-2. 粘膜・正常でない皮膚*へのHIV曝露時の感染予防

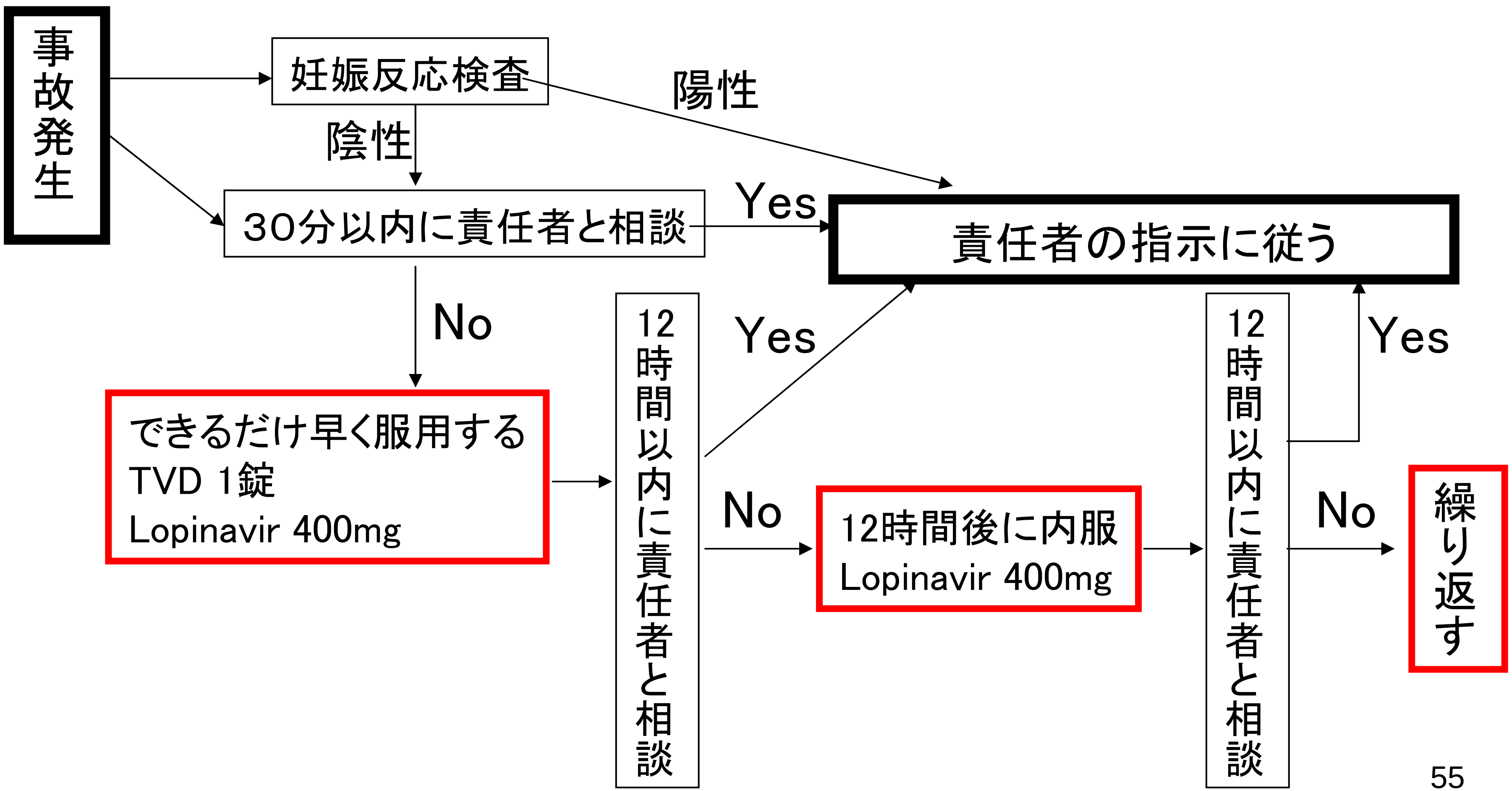
	患者（曝露源）の状況				
曝露タイプ*	HIV感染者（Class I）	HIV感染者（Class II）	HIV感染の有無が不明	対象が特定できない	HIV陰性
少量	基本レジメンを考慮	基本レジメンを勧める	通常は予防不要 患者がHIV感染のリスクファクターを有する場合は基本レジメンを考慮する. HIV陰性が判明したら中止.	通常は予防不要 HIV感染者由来であった可能性が高ければ基本レジメンを考慮する	予防不要
多量	基本レジメンを勧める	拡大レジメンを勧める			

* 皮膚曝露に関しては，正常でない皮膚（皮膚炎・擦過傷・開放創など）への曝露の場合のみフォローアップが必要

表3 曝露後予防内服薬の組み合わせの例

基本レジメン basic regimen	(1)(2)のいずれかを内服する(第一推奨は(1)である) (1) ツルバダ錠(テノホビル/エムトリシタビン合剤) 1回1錠を1日1回 (2) [ザイアジェン錠(300mg)1回1錠+エピビル錠(150mg)1回1錠]を1日2回
拡大レジメン expanded regimen	基本レジメンに以下のいずれかを追加する(番号は推奨順位ではない) • [プリジスタナイーブ錠(400mg)2錠+ノービア錠(100mg)1錠]を1日1回食後 • [レイアタッツカプセル(150mg)2Cp+ノービア錠(100mg)1錠]を1日1回食後 • カレトラ錠(ロピナビル/リトナビル合剤)1回2錠を1日2回 • アイセントレス錠(400mg)1回1錠を1日2回

針刺し事故後の対応―国立国際医療研究センター



職業上暴露事故における HIV−PEPのエビデンスはほとんどない

（確かな事）

●感染リスクはとても低い（<0.3%）。

●AZTの予防内服で感染リスクを80%低下できる（一報のみ）。

（推測される事）

●2剤以上の予防内服はそれ以上の効果が期待できる。

●感染リスクを低減できる可能性があるのは、暴露後の限られた時間以内であろう。
→可能な限り速やかに、初回内服を開始すべき

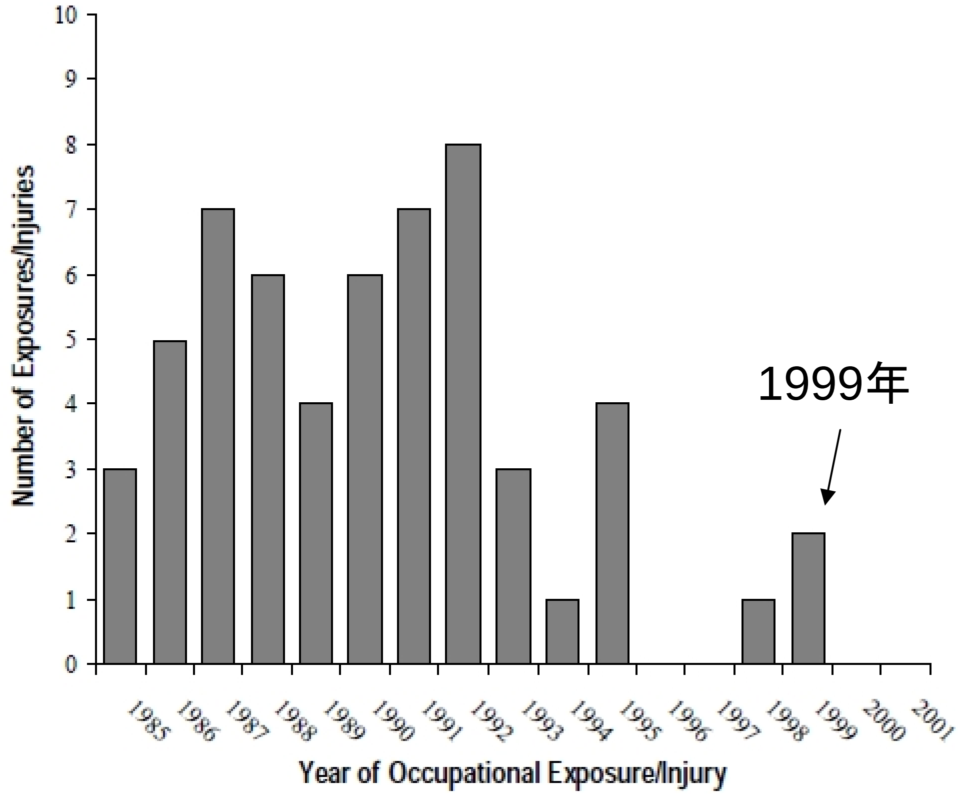
米国では2000年以降、HIV感染例の報告なし

Surveillance of Occupationally Acquired HIV/AIDS in Healthcare Personnel, as of December 2010

(http://www.cdc.gov/HAI/organisms/hiv/Surveillance-Occupationally-Acquired-HIV-AIDS.html)

・米国で1981-2010年までに57例の確定例と143例の可能性例

・確定例は1999年以降はなし



イギリスでも2000年以降、HIV感染例の報告なし

Eye of the Needle

United Kingdom Surveillance of Significant Occupational Exposures to Bloodborne Viruses in Healthcare Workers
November 2008

●2000年～2007年までにHIV汚染体液による針刺し事故が889例

●そのうち79%がPEPを実施した。37%が1時間以内、89%が24時間以内にPEPが開始された。

1999年以降、確定例は確認されていない。
→1998年以前に以前に5例の確定例あり。

PEPの予防効果はどれだけ期待できるか？

- ●現行のガイドラインで推奨されているTVD/LPV/rによる暴露後予防失敗例はまだ報告されていない。
- ●米国および英国ともに、2000年以降は職業的暴露によるHIV感染の確定例は1例も報告されていない。

以上より間接的データからの推論であるが、現行の多剤併用によるPEPにより、職業的暴露によるHIV感染はほぼ100%阻止できると考えられる。

ポイント 6

感染からエイズ発症までの期間（潜伏期間）が短くなっている？

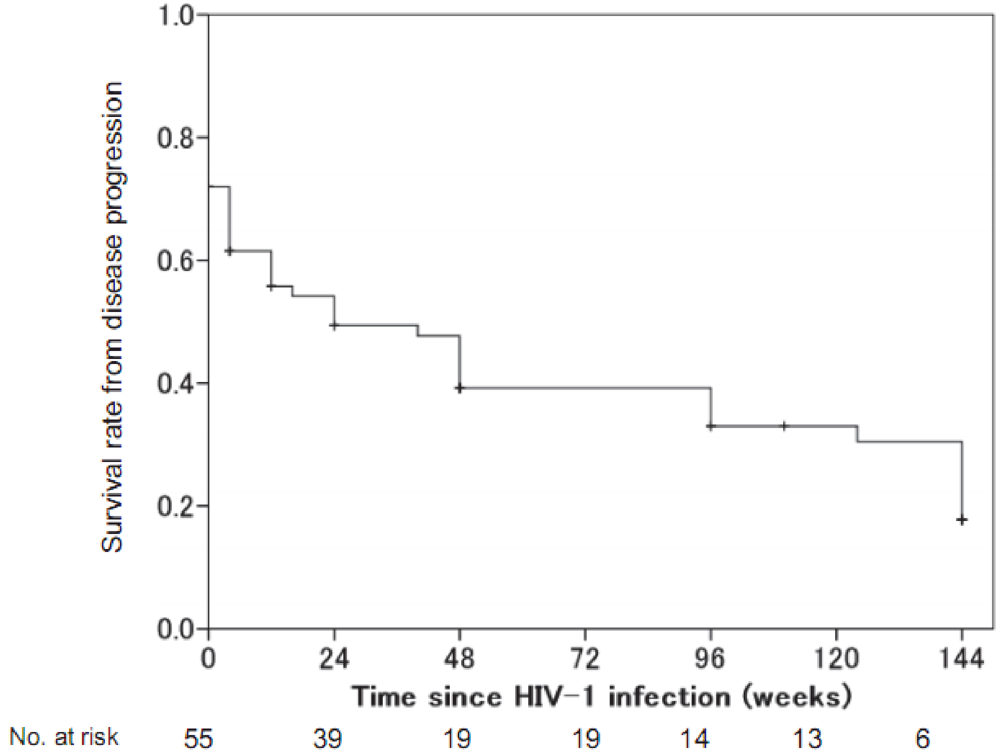
●かつては、感染から8-12年の潜伏期間を経て、エイズを発症すると考えられていた。

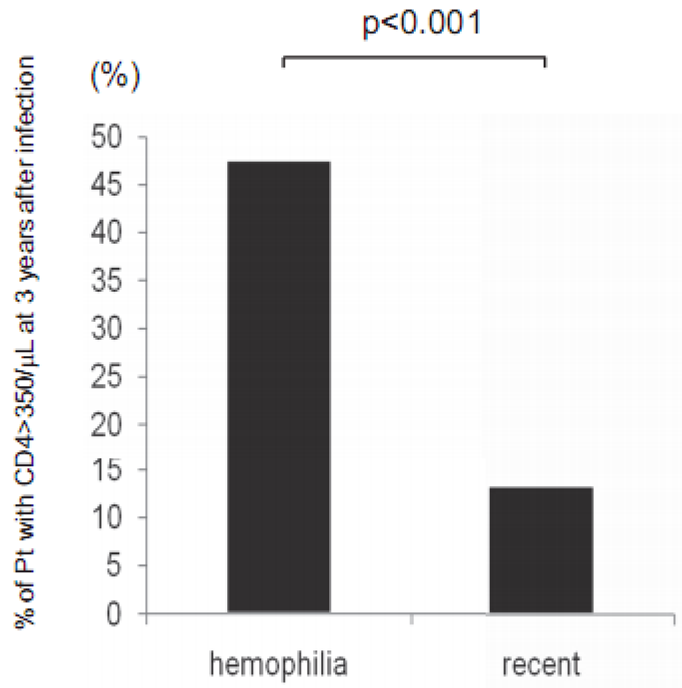
●当科の経験からは、感染からエイズ発症までの期間はそんなに長くなく、感染から1-2年のうちに治療が必要になるケースも多い。

●海外からも同様の報告が出てきている。

Clinical Symptoms and Courses of Primary HIV-1 Infection in Recent Years in Japan

Hideta Nakamura, Katsuji Teruya, Misao Takano, Kunihisa Tsukada, Junko Tanuma, Hirohisa Yazaki, Haruhito Honda, Miwako Honda, Hiroyuki Gatanaga, Yoshimi Kikuchi and Shinichi Oka

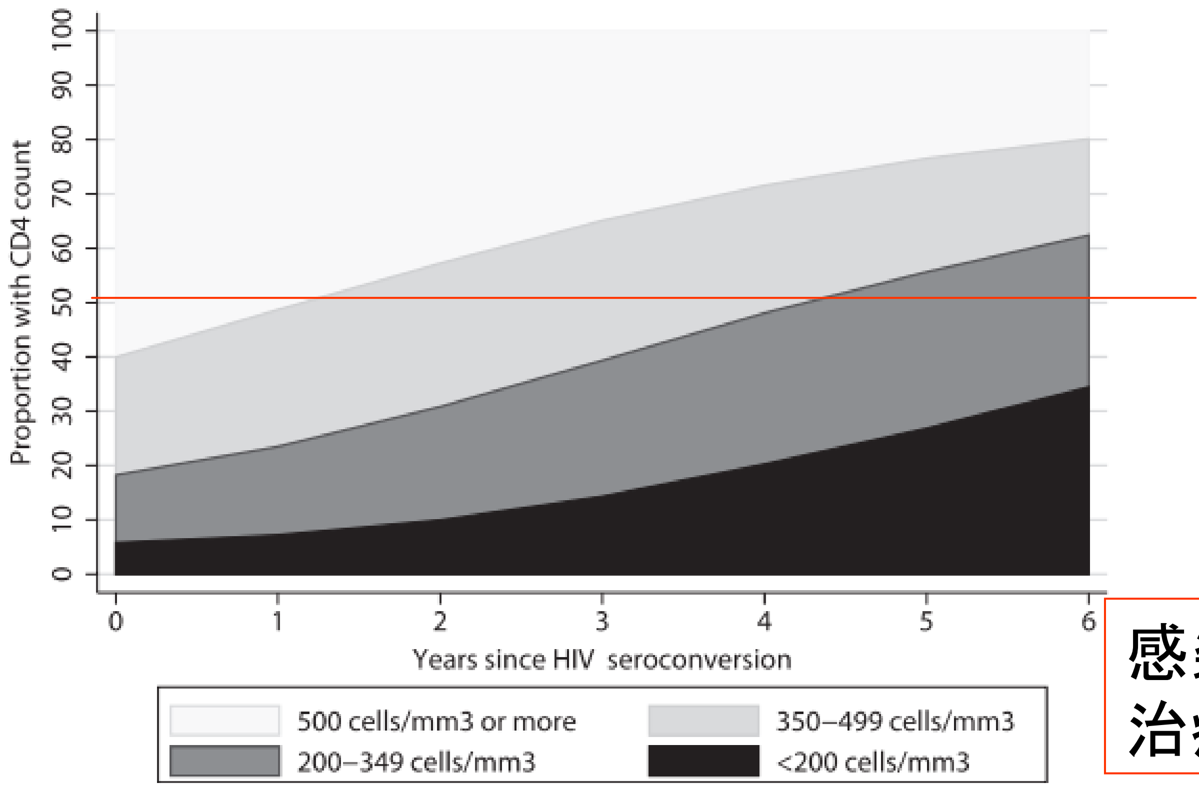




病期の進行は従来考えられていたよりも速い

Time From Human Immunodeficiency Virus Seroconversion to Reaching CD4+ Cell Count Thresholds <200, <350, and <500 Cells/mm^3: Assessment of Need Following Changes in Treatment Guidelines

CID 2011:53 (15 October) • 817



感染後4年で半数が
治療適応となる

HIVの基礎知識(まとめ)

ポイント 1

患者数は爆発的に増えている。診断の遅れが目立つ。
高年齢の患者も多い。

ポイント 2

患者は保健所ではなく、医療機関で見つかることが多い。
医療機関での積極的な検査実施が望ましい。

ポイント 3

治療法の確立により、陽性告知はかつてに比べ、容易になっている。

ポイント 4

HIVは適切な時期に治療することで、致死的ではなくなった。
ただし、診断が遅れると現在でも致死的である。
長期副作用の問題など、患者の抱える苦しみは現在も続いている。

ポイント 5

針刺し事故であっても、予防内服により感染を100%阻止できる。

ポイント 6

HIV感染からエイズ発症までの期間が短くなってきている可能性。
→今後、さらに検討が必要。