

B・C型慢性肝炎治療ガイドライン

C型肝炎ウイルス感染者に対する治療の標準化に関する臨床的研究（熊田ら、厚生労働科学研究補助金 肝炎等克服緊急対策研究事業 2006年3月）を参照して作成。

※薬剤名は、アルファベット表記からカタカナ表記に変更してあります。

【目次】	頁
<u>平成18年度B型慢性肝炎の治療ガイドライン</u>	2
・ 現在、ラミプジン投与中B型慢性肝炎患者に対する核酸アナログ製剤治療ガイドライン	
・ 平成18年度B型慢性肝炎の治療（ガイドラインの補足）	
<u>平成18年度C型慢性肝炎の治療ガイドライン</u>	4
・ 初回投与	
・ 平成18年度C型慢性肝炎の治療（ガイドラインの補足）	
・ 平成18年度のgenotype1、高ウイルス量症例に対するPeg-IFN+リハビリ併用療法のガイドライン（補足）	
・ C型慢性肝炎に対する再治療ガイドライン	
・ 血清ALT値正常C型肝炎症例への抗ウイルス治療ガイドライン	5
・ 1b型、高ウイルス量のペグインターフェロン+リビリンの非適応例に対するインターフェロン単独長期療法のガイドライン	
・ C型慢性肝炎の血清トランスアミナーゼの目標値	

平成18年度B型慢性肝炎の治療ガイドライン

35歳未満

HBV-DNA	$\geq 7 \log \text{copies/mL}$	$< 7 \log \text{copies/mL}$
e抗原陽性	IFN長期間歇	IFN長期間歇
e抗原陰性	経過観察	経過観察

(進行例はエンテカビル)

35歳以上

HBV-DNA	$\geq 7 \log \text{CoPies/mL}$	$< 7 \log \text{copies/mL}$
e抗原陽性	①エンテカビル ②IFN長期間歇	エンテカビル
e抗原陰性	エンテカビル	エンテカビル

現在、ラミブジン投与中B型慢性肝炎患者に対する 核酸アナログ製剤治療ガイドライン

HBV DNA	ラミブジン投与期間	3年未満	3年以上
	$< 2.6 \log \text{copies/mL}$ 持続		エンテカビル0.5mg/日に切り替え可
$\geq 2.6 \log \text{copies/mL}$	BTH* なし	*エンテカビル0.5mg/日に切り替え可	
	BTH* あり	アデフォビル10mg/日併用	アデフォビル10mg/日併用

*BTH : breakthrough hepatitis

*ラミブジン変異のないことを確認後投与

平成18年度B型慢性肝炎の治療（ガイドラインの補足）

1. 抗ウイルス療法は、ALT値が正常の1.5倍以上を持続する場合に考慮する。ALT値が正常値の1.5倍以内の場合も異常値が持続する場合は、抗ウイルス剤の投与が望ましい。
しかし、高齢者やHBe抗原陰性例、抗ウイルス剤の投与が難しい例では、肝庇護療法（UDCA、SNMC等）で経過をみることも可能である。
2. 若年（35歳未満）症例では、抗ウイルス療法のインターフェロン長期間歇、またはステロイド、インターフェロン、核酸アナログの短期併用投与が原則。
ただし組織像の軽い症例では自然経過でのHBe抗原のセロコンバージョンを期待しフォローアップすることもあ

る。

3. 抗ウイルス療法の中高年(35歳以上)症例の核酸アナログ未使用例ではエンテカビルが第一選択になる。
4. ラミブジン耐性ウイルスによる肝炎に対しては、アデフォビルが第一選択になる。

また慢性肝炎でHBe抗原陽性例ではALT値が、100以上での投与が効果的である。(但し、組織学進行例では、HBV-D

NAが上昇した時点でアデフォビルを開始する。)

5. 若年でも肝病変進行例(組織所見がF3以上)では、エンテカビルの投与を考慮する。

注意 ; HIVを合併している症例では、エンテカビルの投与によってHIV耐性ウイルスが出現する可能性があり、注意が必要である。

平成18年度C型慢性肝炎の治療ガイドライン

初回投与

初回投与	Genotype1	Genotype2
高ウイルス量 1Meq/mL 100KIU/mL 300fmol/L 以上	Peg-1FN α 2b : ペグイントロン+リバビリン (48週間) Peg-1FN α 2a : ペガシス+Ribavirin (48週間)	Peg-1FN α 2b : ペグイントロン+リバビリン (24週間)
低ウイルス量 1Meq/mL 100KIU/mL 300fmol/L 未満	1FN (24週間) Peg-1FN α 2a : ペガシス (24-48週間)	1FN (8-24週間) Peg-1FN α 2a ; ペガシス (24-48週間)

Genotype1、高ウイルス量以外の代償性肝硬変にはIFN-β : フェロンの投与を原則とする

平成18年度C型慢性肝炎の治療（ガイドラインの補足）

1. 初回投与の高ウイルス量症例、再投与例ではインターフェロンと リバビリンの併用療法が、治療の基本である。
2. 高ウイルス量症例、再投与症例でリバビリンの非適応例では、インターフェロンの長期投与が必要である。
3. インターフェロン治療中にHCVRNAの陰性化が得られない症例では、肝機能正常化または発癌予防を目指した治療も検討する。

平成18年度のgenotype1、高ウイルス量症例に対するPeg-1FN+リバビリン併用療法のガイドライン（補足）

1. 12週以内にRNA陰性化例
48週併用療法でSVRを期待
2. 13週から24週までにRNA陰性化例
72週の併用療法長期継続でSVRを目指す
3. 高齢、合併症併存、Hb・WBC低値例など通常量での治療では副作用中止が予測される症例
減量開始、あるいは、早期に減量して(48-72週) 完遂を目指す
4. 24週目でRNA陽性かつALT正常化例
48週の治療継続により長期ALT正常化維持を目指す

C型慢性肝炎に対する再治療ガイドライン

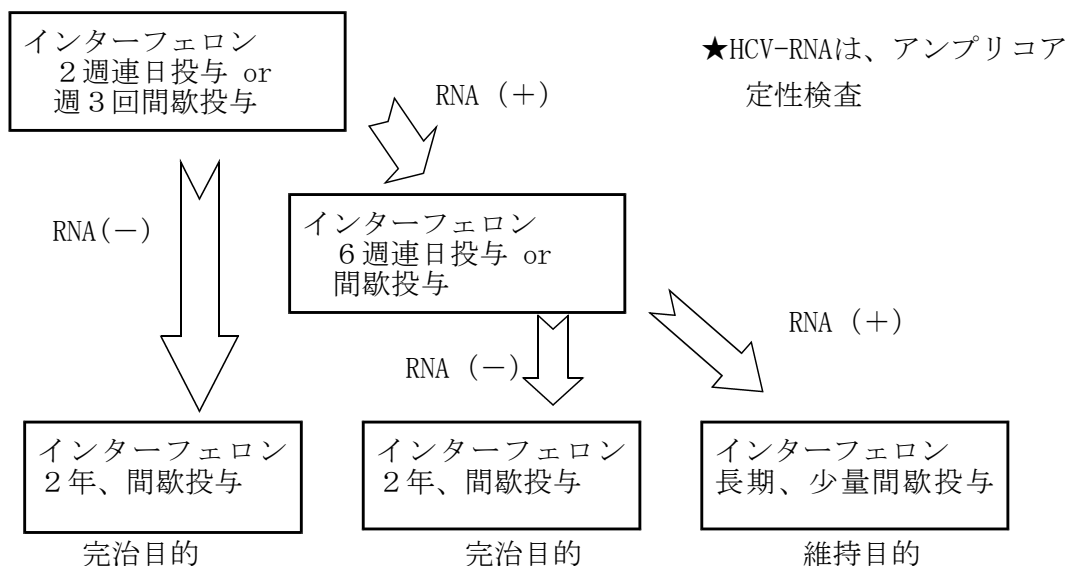
インターフェロン再治療の原則：C型慢性肝炎に対してインターフェロンの再

治療は初回治療の無効の要因を検討し、（防）の少量長期療法を選択すべきである。
治療目的の治療か、進展予防（発癌予

血清ALT値正常C型肝炎症例への抗ウイルス治療ガイドライン

	血小板数15万以上	血小板数15万未満
ALT 30IU/L 以下	2-4か月毎にALT値のフォロー。 ALT異常を呈した時点で完 治の可 能性・発癌リスクを評 価し、抗ウ イルス療法を考慮。	線維化進展例がかなり存在する。 可能なら肝生検を施行し、 F2A2以上の例に抗ウイルス療法 を考慮。
ALT 31-40IU/L	抗ウイルス療法の適応	慢性肝炎治療に順ずる

1b型、高ウイルス量のペグインターフェロン+リバビリンの 非適応例に対するインターフェロン単独長期療法のガイドライン



C型慢性肝炎の血清トランスアミナーゼの目標値

1. C型慢性肝炎grade 1 (F1) では、持続的に正常値の1.5倍以下にコントロールする。
2. C型慢性肝炎grade2-3 (F2-F3) では、極力正常値にコントロールする。