

國內外新知--HIV 感染者之高血酯症處置指引

HIV 感染者之高血酯症處置指引

編輯部

HIV 感染者隨著藥物治療的演進，預後已大幅進步。但**心血管疾病與高血酯症的發生率也隨之增加**。除了 HIV 病毒本身對血脂的影響外，藥物的影響更是重要。其中又以蛋白酉每抑制劑的影響最大(如 ritonavir 與 lopinavir)。其造成的機轉是多重原因的，且與肝細胞、脂肪細胞和血管內皮細胞酵素的異常有關聯。

有前瞻性的觀察研究指出使用 NRTI 加上 PI 或 NNRTI 的雞尾酒療法，每年會增加 27% 發生急性心肌梗塞的相對風險[2]。故我們可以依照 NCEP ATP III (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel) 的指引來做病人的評估與治療的建議[3]。當評估完病人的冠狀動脈疾病的危險因子與風險後，除了生活方式、飲食、運動等調整外，建議在低密度脂蛋白膽固醇升高的病人給予 statin 治療，而三酸甘油酯升高的病人至則給予 fibrate 治療。而且需特別注意不同藥物間的交互作用，尤其在合併使用蛋白酉每抑制劑的情況下。

關於如何調整雞尾酒療法的處方目前尚未有一致的結論。有部分研究指出將 PI 改成 nevirapine 或 abacavir，可以改善膽固醇與三酸甘油酯的程度[4,5]。在處方調整上，無論是變換雞尾酒療法處方或加上降血脂藥物，仍須注意藥物本身的毒性、藥物間的交互作用及處方的效用與對病毒量的影響。

[譯者評]隨著 HAART 的發展，AIDS 病人的死亡率已大幅降低。但因為 HAART 所引起的代謝障礙[如：脂肪分布異常(lipodystrophy)與脂肪萎縮(lipoatrophy)、胰島素阻抗性(insulin resistance)與糖尿病、血脂異常、骨質缺少(osteopenia)]，卻也深深困擾著醫師與病人們。而其中因為血脂異常所導致的心血管疾病更是受人矚目。愈來愈多的證據顯示，接受 HAART 的 AIDS 病人，會提早並增加發生冠狀動脈心臟病的機會。因此，積極地控制血脂脂肪是一項重要的課題。但我們仍有許多問題需要克服，包括：何種劑量的降血脂藥物最為恰當及其安全性如何，statin-fibrate 合併治療的角色[6]，是否有新的降血脂藥物或 HAART 可降低代謝障礙的風險，在台灣或亞洲國家的情況

如何，可否套用西方人的準則等。這些都是需要我們進一步去研究並深思的。[陳惇杰/陳彥旭摘評]

表一 冠狀動脈心臟病的危險因子

危險因子	定義
抽煙	
高血壓	收縮壓 $\geq 140\text{mmHg}$ 或接受抗高血壓藥物治療
LDL 膽固醇	$< 40\text{mg/dL}$
早發性冠心病家族史	男性一等親 < 55 歲或女性一等親 < 65 歲
年齡	男性 > 45 歲或女性 > 55

HDL 膽固醇 $\geq 60\text{mg/dL}$ 視為 " 負 " 危險因子

表二 NCEP 治療建議

風險分級	目標	LDL 膽固醇, mg/dL	
		建議生活方式改變	藥物治療
冠心病與其風險等價 *	< 100	≥ 100	≥ 130
> 2 危險因子且 10 年風險 10-20%	< 130	≥ 130	≥ 130
且 10 年風險 $< 10\%$	< 130	≥ 130	≥ 160
0-1 危險因子	< 160	≥ 160	≥ 190

* 冠心病風險等價：第二型糖尿病、其他粥狀動脈硬化疾病、計算 10 年冠心病風險 $> 20\%$

表三 HIV 感染者接受雞尾酒療法之高血酯症的藥物治療建議

血脂異常	首選藥	取代藥	建議
LDL-C 上升或 Non-HDL-C 上升 且 TG 200-500mg/dL	Statin(B-I)	Fibrate(C-I) 或 Niacin(C-III)	Pravastatin 20-40mg qd Atorvastatin 10mg qd
TG >500mg/dL	Fibrate(B-I)	Niacin(C-III) 或 fish oils(C-III)	Gemfibrozil 600mg bid Fenofibrate 54-160mg qd

酯藥物或 HAART 可降低代謝障礙的風險，在台灣或亞洲國家的情況如何，可否套用西方人的準則等。這些

都是需要我們進一步去研究並深思的。[陳惇杰/陳彥旭摘評]

參考文獻

1. Michael PD, James HS, Judith AA, et al: The Adult AIDS Clinical Trials Group Cardiovascular Subcommittee Guidelines for the Evaluation and Management of Dyslipidemia in Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infected Adults Receiving Antiretroviral Therapy: Recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Disease Society of America and the Adult AIDS Clinical Trials Group. Clin Infect Dis 2003;37:613-27.

2. Friis-Moller N, Weber R, Monforte D, et al: Exposure to HAART is associated with an increased risk of myocardial infarction: the D:A:D Study [abstract 130]. In: Program and abstracts of the 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (Boston). Alexandria, VA: Foundation for Retrovirology and Human Health, 2003:103.

3. Expert Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486-97.

4.Clumeck N, Goebel F, Rozenbaum W, et al: Simplification with abacavir-based triple nucleoside therapy versus continued protease inhibitor-based highly active antiretroviral therapy in HIV-1-infected patients with undetectable plasma HIV-1 RNA. *AIDS* 2001;15:1517-26.

5.Martinez E, Conget I, Lozano L, et al: Reversion of metabolic abnormalities after switching from HIV-1 protease inhibitors to nevirapine. *AIDS* 1999;13:805-10.

6.Chuck SK, Penzak SR: Risk-benefit of HMG-CoA reductase inhibitors in the treatment of HIV protease inhibitor-related hyperlipidemia. *Expert Opin Drug Saf* 2002;1:5-17.