

2024版《中国艾滋病诊疗指南》发布

首提艾滋病免疫功能重建不全患者、HIV感染全程管理概念、HIV感染脆弱人群等

● 本报记者 张思玮

艾滋病即获得性免疫缺陷综合征(AIDS),其病原体为人类免疫缺陷病毒(HIV),亦称艾滋病病毒。AIDS是影响公众健康的重要公共卫生问题之一,其规范诊治对于改善患者预后、提高患者生存质量至关重要。

在中华医学会感染病学分会主任委员、北京协和医院感染内科主任李太生教授的领导下,中华医学会感染病学分会艾滋病学组经过近一年的精心筹备与修订,于近日在《中华传染病杂志》上正式发布了2024版《中国艾滋病诊疗指南》(以下简称《指南》)。

李太生表示,《指南》的发布对于推动艾滋病临床诊疗规范化、提高患者生存质量具有重要意义,对提升我国艾滋病诊疗水平也将产生深远影响。

推动艾滋病诊治和管理的合理决策

联合国艾滋病规划署(UNAIDS)估计,截至2022年底,全球现存活HIV/AIDS患者3900万例,当年新发HIV感染者130万例,有2980万人正在接受抗反转录病毒治疗(ART)。

联合国2021年6月8日“到2030年终结艾滋病流行的政治宣言”承诺:到2025年,有效的AIDS综合预防方案涵盖95%的有HIV感染风险者;承诺2030年前实现“三个95%”目标,即95%的HIV感染者得到确诊,95%的确诊者获得ART,以及95%的接受治疗者体内病毒得到抑制;2025年之前消除HIV母婴传播;到2025年,将每年新增HIV感染病例控制在37万例以下,将每年AIDS死亡病例控制在25万例以下,并消除与HIV相关的一切形式的污名化与歧视,实现到2030年终结AIDS流行的目标。

早在2015年,中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组就牵头制定了我国第1版指南,随后分别于2011年、2015年、2018年和2021年进行了更新。

此次《指南》在2021年第5版指南的基础上参照国内外最新研究进



图片来源:视觉中国

展修订而成。《指南》重点对抗病毒治疗、全程管理、机会性感染、HIV合并肿瘤、HIV感染的预防与干预等内容进行了更新,并新增“艾滋病免疫功能重建不全”这部分内容,首次提出了“艾滋病脆弱人群”的概念,增加了诊治推荐意见及其推荐证据和推荐强度等内容。

《指南》包括流行病学、病原学特征、实验室检测、发病机制、临床表现与分期、诊断标准、常见机会性感染、抗病毒治疗、免疫重建炎症综合征、免疫功能重建不全、艾滋病相关肿瘤、HIV母婴传播阻断及单阳家庭生育、HIV暴露前后预防与阻断、HIV感染的全程管理等14个方面内容。

编写组专家对《指南》中的关键问题和更新内容进行系统文献检索,纳入指南、共识、系统评价和荟萃分析、随机对照试验、非随机对照试验队列研究和病例对照研究等类型的证据。编写组收集整理归纳检索文献,形成指南的更新内容和推荐意见。学组委员对《指南》修改的内容、49条推荐意见及其推荐证据和推荐强度进行充分讨论后形成了《指南》的最终稿。

李太生表示,《指南》旨在帮助临床医师在艾滋病诊治和管理中合理决策,但非强制性标准,也不可能涵盖AIDS诊治中的所有问题。

INR有了诊疗标准

为提高对艾滋病的早诊水平,针对HIV感染的核酸诊断标准,《指南》首次在国内外明确了1000拷贝/mL

的阈值,为临床提供了更为精确的判断依据。

《指南》强调,所有HIV感染无论CD4⁺T淋巴细胞水平高低,均建议尽早开始ART,以降低发病率和病死率;有条件的患者建议确诊后7天内启动ART或确诊当天启动ART。

在抗病毒治疗监测方面,首次增加了关于“一过性病毒反跳(blips)”和“低病毒血症(LLV)”的概念及临床处理的内容。《指南》首次提出了艾滋病免疫功能重建不全的诊断标准及临床处理措施。

免疫功能重建不全者(INR)是指AIDS患者接受有效ART后,部分病毒控制良好的患者CD4⁺T淋巴细胞计数仍无法恢复。INR的定义在不同研究中不尽相同。《指南》INR的诊断标准为:接受ART4年以上,外周血病毒载量低于检测下限(<50拷贝/mL)超过3年,CD4⁺T淋巴细胞计数仍持续低于350/μL;并排除其他可能导致CD4⁺T淋巴细胞计数长期低下的原因。

通常INR的发生率为10%~40%,这些患者发生机会性感染、恶性肿瘤、非艾滋病定义性并发症(NADE)及死亡的风险均显著增高。

对此,《指南》建议,尽早实行ART是预防INR发生最重要的举措。对于长期治疗后CD4⁺T淋巴细胞计数偏低的患者,首先需重新评估ART的病毒学效果,并排除可能存在的其他影响CD4⁺T淋巴细胞计数的疾病或药物因素及检测干扰。

目前,INR缺乏明确有效的治疗方法,临床应定期监测,并需根据CD4⁺T淋巴细胞水平进行机会性感染的预防和NADE的筛查。对于已实现病毒学抑制的患者,《指南》不建议为改善免疫重建而随意调整ART方案。

HIV感染须全程管理

2021版指南首次提出了HIV感染全程管理的概念。这需要基于ART的出现和应用使AIDS相关机会性感染和AIDS定义性肿瘤大大减少,将AIDS变

为一种可以治疗但目前尚难以彻底治愈的慢性疾病。随着HIV/AIDS患者生存期的延长,各种非艾滋病定义性疾病(NAD)如代谢综合征、心脑血管疾病、慢性肝肾骨骼疾病及非AIDS定义性肿瘤的发病率呈上升趋势,这些疾病已经成为后ART时代影响HIV/AIDS患者生命质量和预后的主要原因。

由此,ART带来疾病谱的变化也相应改变着HIV/AIDS患者的诊治与关怀模式。HIV感染的全程管理是指患者在确诊HIV感染后多学科协作诊疗团队为其提供的一种全程综合诊治和服务关怀的管理模式。

具体而言,全程管理的关注环节主要包括HIV感染的预防和早期诊断,机会性感染的诊治和预防,个体化抗病毒治疗的启动和随访、服药的依从性教育和监督,NADE的筛查与处理,社会心理综合关怀。

李太生表示,HIV感染的全程管理诊疗模式是一种以感染科医师为主导的多学科诊疗(MDT)模式,倡导“以患者为中心,以疾病为链条”的全生命周期关怀理念。

首次提出 HIV 感染脆弱人群

此外,《指南》还首次提出了HIV感染脆弱人群的概念,脆弱人群主要包括年龄超过50岁的患者,儿童患者,孕妇,晚确诊的患者,具有多种基础疾病的患者,免疫高度抑制的患者如CD4⁺T淋巴细胞计数<50/μL、ART后免疫功能重建不全的患者。对这类患者要更积极地进行ART,积极治疗基础疾病,注意多学科协作。

《指南》强调,服药依从性是决定ART成功的关键因素,任何情况下,均要先做好依从性教育再启动ART。在治疗随访过程中,要注意观察药物的不良反应并根据情况调整ART方案或采取相应处理措施。推荐按照个案管理的模式对患者进行规范随访和管理。

“未来,我们将继续关注国内外研究动态,适时对《指南》进行更新修订,确保其与时俱进,有效应对艾滋病这一公共卫生挑战。”李太生说。