

如何规范诊疗晚发现艾滋病病毒感染者?

● 本报记者 张思玮

“随着联合抗反转录病毒治疗(cART)的进步,全球艾滋病病毒(HIV)新发感染及相关死亡人数已显著下降,但‘晚发现’HIV感染者比例高仍是艾滋病防治的重要挑战之一。因为晚发现HIV感染者并发症常见、住院风险高、医疗负担较重、传播风险较高,且缺乏统一的治疗规范,在我国乃至全球范围内面临较大的管理挑战。”近日,北京协和医院感染内科主任医师、中国人体健康科技促进会免疫缺陷监测与转化专业委员会主任委员吕玮在接受《医学科学报》采访时表示,对晚发现艾滋病病毒感染者临床有效管理,将有助于实现世界卫生组织提出的“2030年全球消除艾滋病”目标,即实现“三个95%”:95%的感染者通过检测知道自己的感染状况,95%已确诊的感染者接受抗病毒治疗,95%接受抗病毒治疗的感染者病毒得到抑制。

然而,目前国内外均缺乏专门针对这一人群的临床管理规范。

鉴于此,中国人体健康科技促进会免疫缺陷监测与转化专业委员会组织领域内专家,根据近年来国内外最新研究证据和临床实践经验,探讨晚发现HIV感染者的定义、临床特征和风险,以及抗病毒治疗策略等临床管理问题,并形成《晚发现艾滋病病毒感染者临床管理专家共识》(以下简称共识),刊发于《中国艾滋病性病》杂志。

据悉,共识基于国内外最新80篇文献,吕玮教授牵头组织21名专家撰稿,69位业内专家共同署名审校完成。

50岁及以上男性为高发人群

数据统计显示,截至2022年,全球现存活HIV感染者约3900万例,同年新报告HIV感染者约130万例,报告死亡人数约63万例。在我国,截至2023年底,现存活HIV/AIDS患者约为129.0万例,死亡人数约45.8万例,同年新报告HIV/AIDS患者约11.0万例,报告死亡人数约4.2万例。

“尽管我国自施行‘四免一关怀’政策以来艾滋病防治成效显著,但晚发现(即就诊时伴低CD4细胞计数或艾滋病定义性事件)HIV感染仍是艾滋病防治的重要挑战之一。”上述共识的第一作



北京协和医院感染内科吕玮。

健科会供图

者吕玮表示,综合国际现有晚发现HIV感染定义及我国流行现状,共识将晚发现HIV感染定义中CD4细胞的阈值定为350个/ μL ,以便更全面地识别具有潜在不良预后风险的HIV感染者。

共识指出,HIV感染者被晚发现的原因包括,非高危人群筛查范围有限、临床医护人员对HIV感染者非特异性症状认识不足、感染者HIV相关知识匮乏和病耻感严重,以及部分地区HIV检测服务不可及等。

那么,哪些人群更易被“晚发现”?共识表示,在新报告人群中男性、少数民族、老年人群的晚发现占比较高。近年来的文献回顾显示,50岁以上老年HIV感染者“晚发现”风险是年轻(<35或20岁)人群的1.1~7.4倍。

在我国,晚发现HIV感染者的主要特征为年龄>50岁和男性。广西的研究表明,晚发现HIV感染者首次确诊时年龄为50岁及以上的感染者占比高达48.9%。

吕玮解释,老年人群晚发现比例较高,一方面是由于其健康观念淡薄、主动检测意识不强,另一方面是其基础疾病易掩盖HIV感染表现,患者和医护人员都容易低估该人群感染风险。

快速启动cART是治疗关键

现有的临床证据充分证实,晚发现感染者常伴较高的住院风险和较差的远期预后,确诊后1年内的死亡风险约是非晚发现HIV感染者的7倍。我国回顾性队列研究显示,确诊后首次CD4细胞检测计数为0~199个/ μL 、200~349个/ μL 的感染者死亡风险均显著高于CD4细胞计数 ≥ 501 个/ μL 的感染者,风险比

别为2.73和1.33。

并且,因免疫力低下,晚发现HIV感染者常伴各种并发症,导致临床管理较为复杂。同时,晚发现HIV感染者可能同时使用多种治疗并发症的药物,还可能合并其他基础疾病用药,因此存在药物相互作用导致的疗效降低、不良反应增加等潜在问题。

此外,经济条件限制导致部分晚发现HIV感染者治疗意愿偏低,还有部分感染者存在认知功能障碍、行动能力受限等问题,这些因素均会影响其随访及治疗依从性。

“还需要特别强调的是,晚发现HIV感染者治疗费用约为非晚发现HIV感染者的两倍以上,亦会导致公共卫生支出增加。由于长期未达到病毒学抑制,晚发现HIV感染者还具有较高的社区传播风险。”吕玮呼吁,临床亟须重视晚发现HIV感染者的规范诊疗,以最大限度改善患者预后,遏制HIV的进一步传播。

那么,一旦感染者被确诊为晚发现HIV,该如何治疗呢?

共识推荐,在排除快速启动抗病毒治疗(cART)禁忌的前提下,临床上对晚发现HIV感染者的启动时机与其他HIV感染者一致,推荐诊断后7日内快速启动cART,有意愿且做好准备者可在诊断当日启动cART,避免进一步延误治疗时机。

对于合并机会性感染和肿瘤的晚发现HIV感染者,共识推荐,可在抗机会性感染治疗或抗肿瘤治疗的同时或1~2周内尽早启动cART。而对于合并中枢神经系统结核病和隐球菌脑膜炎的晚发现HIV感染者,应在有效治疗机会性感染数周后再启动cART。

具体到如何选择cART药物方案,吕玮认为,应兼顾疗效和安全性,优先选择强效、高耐药屏障、耐受性好、治疗中断率低的药物方案,如基于第二代INSTI的三联方案,条件允许时可首选单片复方制剂(如B/F/TAF);正在接受抗机会性

感染治疗者需额外考虑药物间相互作用。

此外,共识还针对晚发现HIV感染者机会性感染和免疫重建炎性综合征(IRIS)的管理,提出了尽早开始抗机会性感染治疗,不应因担心IRIS而推迟cART启动。

降低晚发现HIV感染者比例

如果说HIV感染者被晚发现是解决问题的开始,那么如何对这些患者实施个体化临床管理则是解决问题的关键。

“如条件允许,最好采取‘一对一’个案管理模式,以确保高质量开展cART。”吕玮说,为患者提供便捷就诊服务、强调按时服药重要性的同时,还需要加强情感关怀和心理慰藉,包括家庭访问等。同时,定期评估患者的疾病状态和用药情况。特别对老年晚发现HIV感染者应重点关注。

当然,如果能更早地发现HIV感染者,不仅大大提升患者的生存质量,还可以节约社会公共卫生成本。共识提出,临床应重视HIV感染的早期筛查与诊断,提高检测能力、完善检测策略,检测机构尤其是基层单位的检测机构应加强CD4细胞计数检测的质量控制,确保检测数据的准确性和稳定性,同时大力推广自我检测和传递检测等新检测方式。

此外,还应提高综合医院临床医护人员对HIV感染后非特异症状的识别、扩大对各种复杂的机会性感染及并发症的认知、重视手术及其他侵入性操作前HIV抗体筛查等,降低晚发现HIV感染者的比例,从根源上改善我国HIV感染者发现晚这一问题。

“我们临床还需加强疾病预防控制中心与医院间的协作,结合当地实际情况,制定相应工作流程(有条件的地区可提供一站式服务),从而改善诊疗衔接,让更多确诊HIV感染者能更快启动cART。”吕玮表示,共识将持续更新,以改善我国晚发现HIV感染者的诊疗服务,最终助力实现2030年终结艾滋病流行的目标。

相关论文信息:

<http://doi.org/10.13419/j.cnki.aids.2024.07.02>