

国家卫生和计划生育委员会推荐教材
国内首部艾滋病及其相关疾病诊疗临床路径修订版



艾滋病及其相关疾病 临床路径

(第二版)

主 编 卢洪洲
副主编 张仁芳 郑毓芳 沈银忠 刘 莉 王江蓉
主 审 潘孝彰 康来仪

上海科学技术出版社

艾滋病及其相关疾病

临床路径

(第二版)

主 编 卢洪洲

副主编 张仁芳 郑毓芳 沈银忠 刘 莉 王江蓉

主 审 潘孝彰 康来仪

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

艾滋病及其相关疾病临床路径 / 卢洪洲主编. —2
版. —上海: 上海科学技术出版社, 2015. 1

ISBN 978-7-5478-2446-7

I. ①艾… II. ①卢… III. ①获得性免疫缺陷综合征—
诊疗 IV. ①R512.91

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 261268 号

艾滋病及其相关疾病临床路径(第二版)

主 编 卢洪洲

副主编 张仁芳 郑毓芳 沈银忠 刘 莉 王江蓉

主 审 潘孝彰 康来仪

上海世纪出版股份有限公司 出版

上海科学技术出版社

(上海钦州南路71号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行

200001 上海福建中路193号 www.ewen.co

上海书刊印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张: 23.25

字数 450千字

2012年1月第1版

2015年1月第2版 2015年1月第2次印刷

ISBN 978-7-5478-2446-7/R·827

定价: 32.00元

Introduction

内容提要

本书在 2011 年版基础上作了精心修订,部分章节作了调整,药物与治疗方案更新较多,并增加临床中常见药物相互作用部分内容。共分九部分:艾滋病抗病毒治疗;艾滋病合并其他疾病(HBV、HCV、血友病 A);艾滋病常见机会性感染及系统性疾病(分枝杆菌感染、疱疹病毒、肺孢子菌肺炎、真菌感染、细菌感染、弓形虫脑炎,以及血液系统疾病、痴呆综合征、进行性多灶性白质脑病、肾病等);艾滋病合并性病;艾滋病相关肿瘤(淋巴瘤和卡波西肉瘤等);HAART 相关不良反应;免疫重建炎性反应综合征;艾滋病恐惧症;艾滋病职业暴露处置等。

本书作者长期工作在艾滋病及其相关疾病防治第一线,积累了较多诊疗经验,同时也参考国内外最新文献和其他知名专家的指导意见,权威性强,可供国内感染病专业的临床医师、在校师生阅读参考,也可作为艾滋病防治专项培训教材使用。

主 编

卢洪洲

副主编

张仁芳 郑毓芳 沈银忠 刘 莉 王江蓉

主 审

潘孝彰 康来仪

编 者

(以姓氏笔画为序)

王江蓉 王珍燕 刘 莉 齐唐凯 江雪艳
汤 阳 孙富艳 李 莉 沈银忠 宋 炜
张仁芳 陈 军 邵家胜 郑毓芳 蒋卫民

前言

《艾滋病及相关疾病临床路径》(2011年版)一书于2012年初出版面世,相对于国内外各类指南,其切合一线实际需要,简洁实用,因此在使用过程中得到广大临床医师一致好评,部分路径已作为国家卫生和计划生育委员会推荐临床路径推向全国,对规范艾滋病及其相关疾病诊疗行为,减少疾病诊治路径变异,降低医疗成本,提高医疗质量,起到了不可或缺的作用。

经多方酝酿,本次修订,在参考国内外各类最新指南的基础上,对2011年版临床路径中的药物与治疗方案更新很多,部分章节作了调整,并增加临床中常用药物相互作用部分内容。现第二版共分九部分,包括:① 艾滋病抗病毒治疗;② 艾滋病合并其他疾病(HBV、HCV、血友病A);③ 艾滋病常见机会性感染及系统性疾病(分枝杆菌感染、疱疹病毒感染、肺孢子菌肺炎、真菌感染、细菌感染、弓形虫脑炎,以及血液系统疾病、痴呆综合征、进行性多灶性白质脑病、肾病);④ 艾滋病合并性病;⑤ 艾滋病相关肿瘤(淋巴瘤和卡波西肉瘤);⑥ HAART相关短期不良反应如皮疹、药物性肝损、胰腺炎,长期严重不良反应如脂代谢异常、高血压、糖尿病;⑦ 免疫重建炎症反应综合征等;⑧ 艾滋病恐惧症;⑨ 艾滋病职业暴露处置。可供国内感染病专业的临床医师阅读参考,也可作为艾滋病防治专项培训教材用。

本书修订之所以能顺利进行,不仅得到各位编者和出版社的积极支持,同时也得到致力于研究感染性疾病诊治和流行的康来仪教授和潘孝彰教授的热心指导和帮助,在此,一并致以衷心的感谢!

百年同心,千秋公卫。2014年11月16日,上海市(复旦大学)附属公共卫生临床中心将迎来百年院庆,作为公卫人,谨以此书作为一份微薄的献礼,共贺我院百年华诞!

最后,限于我们学术水平、编写能力和学科发展的日新月异,本书定有错误和欠妥之处,恳请读者和同道给予批评指正。

A handwritten signature in black ink, appearing to read '张震' (Zhang Zhen), written in a cursive style.

2014年9月

第一章 艾滋病抗病毒治疗临床路径	1
第一节 急性 HIV-1 感染	1
第二节 HIV-2 感染	4
第三节 艾滋病患者初次抗反转录病毒治疗	7
第四节 艾滋病妇女妊娠期抗反转录病毒治疗	11
第五节 艾滋病妇女分娩的婴儿母婴阻断治疗	16
第六节 艾滋病患者抗反转录病毒治疗失败更换治疗方案	20
第二章 艾滋病合并其他疾病临床路径	25
第一节 HIV 感染者合并慢性 HBV 感染	25
第二节 艾滋病合并丙型肝炎	33
第三节 血友病 A 合并 HIV 感染	49
第三章 艾滋病相关机会性感染及系统性疾病临床路径	54
第一节 艾滋病合并分枝杆菌感染	54
艾滋病合并肺结核	54
艾滋病合并结核性脑膜炎	59
艾滋病合并结核性胸膜炎	65
艾滋病合并淋巴结核	70
艾滋病合并其他肺外结核病(腹膜、骨关节、肾脏、肝脏)	75
艾滋病合并非典型结核分枝杆菌病	81
第二节 艾滋病合并疱疹病毒感染	86
HIV 感染合并水痘-带状疱疹病毒感染	86

	艾滋病合并单纯疱疹病毒性脑炎	91
	艾滋病合并单纯疱疹性角膜炎	96
	艾滋病合并巨细胞病毒性肺炎感染	99
	艾滋病合并巨细胞多发神经根炎	103
	艾滋病合并巨细胞视网膜炎	108
	艾滋病合并急性横贯性脊髓炎	112
第三节	艾滋病合并肺孢子菌肺炎	117
第四节	艾滋病合并真菌感染	125
	艾滋病合并消化道念珠菌病	125
	艾滋病合并念珠菌肺炎	130
	艾滋病合并念珠菌血症	134
	艾滋病合并隐球菌脑膜炎	138
	艾滋病合并隐球菌肺炎	144
	艾滋病合并肺曲霉病	149
	艾滋病合并脑曲霉病	153
	艾滋病合并马尔尼菲青霉菌病	158
第五节	艾滋病合并细菌感染	162
	艾滋病合并肺部细菌感染	162
	艾滋病合并细菌性败血症	169
第六节	艾滋病合并弓形虫脑炎	174
第七节	艾滋病相关血液系统疾病临床路径	178
	艾滋病合并缺铁性贫血	178
	艾滋病合并巨幼细胞贫血	182
	艾滋病合并慢性病性贫血	185
	艾滋病合并再生障碍性贫血	189
	艾滋病合并血小板减少	193
第八节	艾滋病相关痴呆综合征	197
第九节	艾滋病合并进行性多灶性白质脑病	200
第十节	艾滋病合并肾病	203

第四章 艾滋病合并性病临床路径 208

第一节	艾滋病合并梅毒	208
第二节	艾滋病合并非淋菌性尿道炎	219
第三节	艾滋病合并淋病	222
第四节	艾滋病合并软下疳	230
第五节	艾滋病合并生殖器疱疹	233
第六节	艾滋病合并性病淋巴肉芽肿	237

第五章 艾滋病相关肿瘤临床路径	241
第一节 艾滋病相关非霍奇金淋巴瘤	241
第二节 艾滋病合并卡波西肉瘤	262
第六章 HAART 相关不良反应临床路径	268
第一节 HAART 相关脂肪代谢异常综合征	268
第二节 HAART 相关糖尿病	271
第三节 HAART 相关胰腺炎	276
第四节 ART 药物导致的肝毒性	279
第五节 ART 药物导致的骨髓抑制	286
第六节 ART 药物导致的皮疹	292
第七节 ART 药物导致的高乳酸血症和乳酸性酸中毒	299
第八节 ART 药物导致的周围神经损害	305
第七章 免疫重建炎性反应综合征临床路径	309
第八章 艾滋病恐惧症临床路径	313
第九章 艾滋病职业暴露处置临床路径	318
附录一 ARV 药物与其他药物间相互作用的相关研究及剂量调整	320
附录二 抗病毒药物间相互作用表	345
附录三 ARV 药物与其他药物间相互作用汇总表	346

第一章

艾滋病抗病毒治疗临床路径

第一节 急性 HIV-1 感染

一、急性 HIV-1 感染标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为急性艾滋病病毒(HIV-1)感染者。

(二) 诊断依据

1. 流行病学史 ① 多个性伴侣史。② 配偶或性伴侣 HIV-1 抗体阳性史。③ 静脉吸毒。④ 输血及血液制品史。⑤ 与 HIV/AIDS 患者密切接触史。⑥ HIV-1 高流行地区旅行、生活、工作史。⑦ 有性病史。⑧ 抗 HIV-1 抗体阳性所生的子女。

2. 临床表现 有发热、乏力、咽痛、全身不适等上呼吸道感染症状;个别有头痛、皮疹、脑膜炎或急性多发性神经炎;颈、腋等淋巴结肿大;肝脾肿大。

3. 实验室检查 外周血白细胞及淋巴细胞总数下降,继之淋巴细胞总数上升并可见异型淋巴细胞;抗 HIV-1 抗体检测,一般在感染后 2~3 个月均可获阳性,最长者 6 个月才转阳性。在感染 HIV 后抗体检测转阳之前的抗体检测为阴性的时间段,称为窗口期。在 HIV 抗体转阳之前,可通过 HIV-RNA 检测或 P24 抗原检测来明确是否感染 HIV。

(三) 治疗方案的选择及依据

(1) 急性 HIV-1 感染的治疗能在病毒学、免疫学临床上长期获益。

(2) 治疗前需检测血浆 HIV RNA 水平以及 CD4⁺T 细胞计数并对不良反应进行监测。

(3) 所有孕妇若有急性 HIV-1 感染,应立即进行 HAART 治疗以预防母婴传播。

(4) 进行基线水平的基因型耐药检测。

(5) 使用以蛋白酶抑制剂(PIs)或整合酶抑制剂为基础的药物。

(6) 开始治疗应监测 CD4 和 HIV RNA,治疗 2~8 周后随访,其后每 4~8 周监测 CD4 和 HIV RNA,病毒学检测阴性后,则每 3~4 月复查一次。另对不良反应需作监测。

(四) 标准住院日

标准住院日为 5~7 日,门诊随访观察≥48 周。

(五) 进入路径标准

(1) 第一诊断必须符合急性 HIV-1 感染诊断标准(感染期限应在 6 个月之内)。

(2) 当患者同时具有其他疾病诊断,但在住院期间不需要特殊处理也不影响诊断的临床路径流

程实施时,可以进入路径。

(六) 抗病毒治疗准备(抗病毒治疗前评估)1日,必须检查的项目

- (1) 是否存在需要先处理的基础疾病或状况。
- (2) 患者是否已经为抗病毒治疗做好准备,是否具有有良好的依从性。

(3) 基线实验室评估: CD4 T 细胞计数,病毒载量测定,血常规,肝功能,尿素氮和肌酐,尿常规,尿妊娠试验,血浆反应素环状卡片试验(RPR)或性病研究实验室试验(VDRL)、TST(结核菌素试验)或者 γ 干扰素释放分析(IGRA),胸部 X 线片,弓形虫抗体,甲肝、乙肝抗体,丙肝 RNA 与抗体,以及妇女子宫颈阴道涂片。若考虑心血管疾病,查空腹血糖和血脂;治疗开始前,要进行 HIV 基因型耐药检测。

(七) 抗病毒治疗

为住院第 2 日。住院观察 ≤ 7 日,门诊观察 ≥ 48 周。

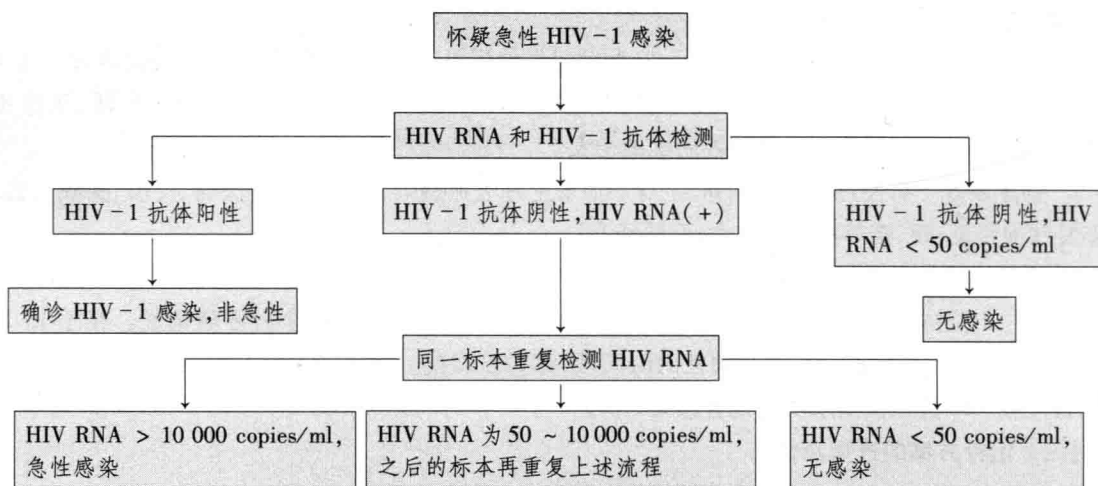
(八) 出院标准

- (1) 症状得到控制。
- (2) 无其他需要继续住院的情况。

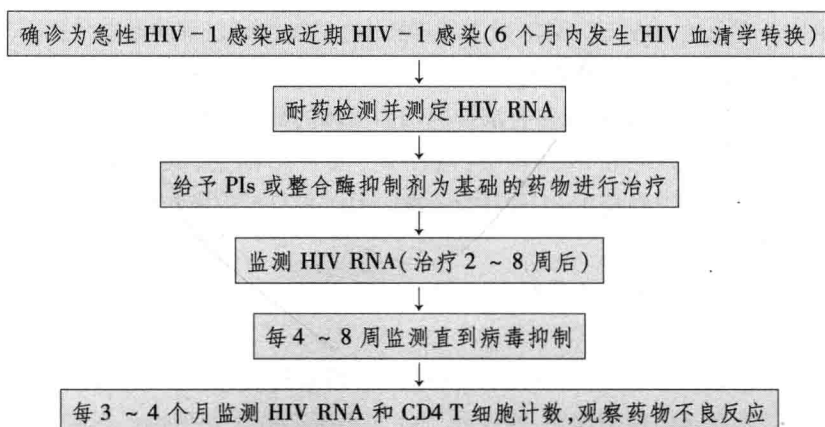
(九) 变异及原因分析

患者存在其他并发症,导致住院时间相应延长。

急性 HIV-1 感染诊断路径



急性 HIV-1 感染治疗路径



二、急性 HIV-1 感染抗病毒治疗临床路径表单

急性 HIV-1 感染抗病毒治疗临床路径表单

适用对象：第一诊断为急性 HIV-1 感染患者

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 门诊号：_____ 住院号：_____

住院日期：____年____月____日 出院日期：____年____月____日 标准住院日：5~7 日 门诊随访≥48 周

时间	住院第 1 日	住院期间(第 2~4 日)
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 询问病史及体格检查 <input type="checkbox"/> 进行病情初步评估,病情严重度分级 <input type="checkbox"/> 明确诊断,决定诊治方案 <input type="checkbox"/> 开化验单,完成病历书写 <input type="checkbox"/> 交代病情、签署抗病毒治疗知情同意书	<input type="checkbox"/> 上级医师查房 <input type="checkbox"/> 评估辅助检查的结果 <input type="checkbox"/> 病情评估,根据患者病情调整治疗方案 <input type="checkbox"/> 确认有无并发症 <input type="checkbox"/> 住院医师书写病程记录
重点医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 感染科护理常规 <input type="checkbox"/> 二或三级护理(根据病情) <input type="checkbox"/> 普食 <input type="checkbox"/> HAART: 使用以 PIs 或整合酶抑制剂为基础的药物治疗,如 2 个核苷类药物 + 1 个蛋白酶抑制剂 <input type="checkbox"/> 必要时调整 HAART 方案 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 血常规、尿常规、大便常规 + 隐血,尿妊娠试验 <input type="checkbox"/> 肝肾功能、血脂、电解质、血黏度 <input type="checkbox"/> 胸部 X 线片、心电图、腹部 B 超 <input type="checkbox"/> 细胞免疫和 HIV RNA 载量检测	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 感染科护理常规 <input type="checkbox"/> 二或三级护理(根据病情) <input type="checkbox"/> 普食 <input type="checkbox"/> HAART: 使用以 PIs 或整合酶抑制剂为基础的药物治疗,如 2 个核苷类药物 + 1 个蛋白酶抑制剂 <input type="checkbox"/> 监测药物不良反应 <input type="checkbox"/> 必要时调整 HAART 方案 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 异常指标复查
主要护理工作	<input type="checkbox"/> 介绍病房环境、设施和设备 <input type="checkbox"/> 入院护理评估,护理计划 <input type="checkbox"/> 观察患者情况、监测生命体征 <input type="checkbox"/> 观察各种药物疗效和不良反应 <input type="checkbox"/> 静脉取血,用药指导 <input type="checkbox"/> 协助患者完成实验室检查及辅助检查	<input type="checkbox"/> 定时监测生命体征 <input type="checkbox"/> 观察患者一般情况及病情变化 <input type="checkbox"/> 观察疗效和药物不良反应
病情变异记录	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,原因: 1. 2.	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,原因: 1. 2.
护士签名		
医师签名		

第二节 HIV-2 感染

一、HIV-2 感染标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为 HIV-2 型感染患者。

(二) 诊断依据

1. 流行病学史

(1) 有在西非地区或与西非地区社会经济关系密切的国家(如法国、西班牙、葡萄牙及前葡萄牙殖民地如巴西、安哥拉、莫桑比克和印度)生活、工作史。

(2) 具有不安全性行为史、静脉注射毒品史、输注血液或血制品史、HIV 感染者所生子女、职业暴露史等。

2. 临床表现 有相关的临床表现(如发热、头痛、皮疹、淋巴结肿大、肝脾肿大和相关机会性感染表现)。

3. 实验室检查

(1) 筛查试验:包括酶联免疫吸附法(ELISA)、明胶颗粒凝集试验(PA)、免疫荧光检测法(IFA)等,其中 ELISA 最为常用。自愿咨询检测(VCT)常采用快速检测。任何方法所获阳性结果,均需做确认试验。

(2) 确认试验:采用免疫印迹检测法(Western-blot 法, WB 法)。确认试验 HIV-2 抗体阳性者,出具 HIV-2 抗体阳性确认报告。

(3) 病毒载量检测:病毒载量一般用血浆中每毫升 HIV RNA 的拷贝数来表示。测定常用方法有反转录-聚合酶链反应(RT-PCR)、核酸序列依赖性扩增(NASBA)技术、分支 DNA 信号放大系统(bDNA)。

目前使用的 HIV-1 病毒载量试剂盒来检测 HIV-2 并不可靠。现无市售的 HIV-2 病毒载量定量检测试剂盒,因此目前无法进行 HIV-2 病毒载量检测。采用“in-house”行 HIV-2 病毒载量检测,但是未被广泛采用。

在高流行区域,可能出现 HIV-1 和 HIV-2 合并感染。在特定的流行区域,如果怀疑该患者感染了 HIV,而血清学检测结果不典型(如筛选试验阳性后 Western-blot、HIV-1 检测结果不肯定),要考虑 HIV-2 感染的可能性。在血清学检测明确有 HIV 感染的患者中,如果病毒载量很低或检测不出,或在抗病毒治疗后病毒学抑制很明显,但 CD4 T 细胞计数仍然很低的情况下,要考虑 HIV-2 感染的可能性。

(三) 治疗方案的选择及依据

HIV-2 感染者何时开始抗病毒治疗及药物选择等问题,均无资料可依。因此,尚无最佳的治疗策略。我们对于 HIV-2 单独感染或 HIV-1/HIV-2 双重感染的患者的治疗,应使用以增强的 PI 为基础的药物,避免使用非核苷类反转录酶抑制剂(NNTRI)。由于不能行 HIV-2 病毒载量检测,因此患者治疗应答的监测是一个问题;临床的改善以及 CD4 T 细胞计数水平的上升有助于评价治疗的反应。

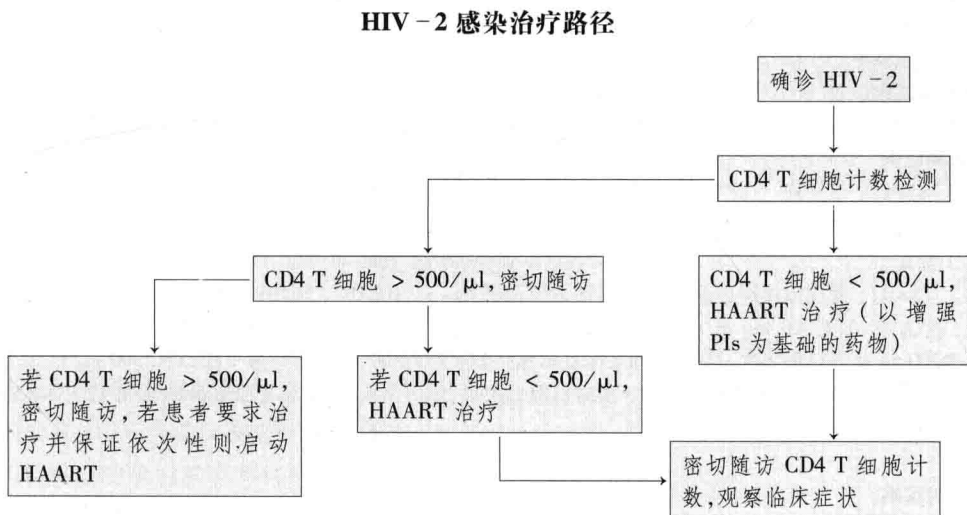
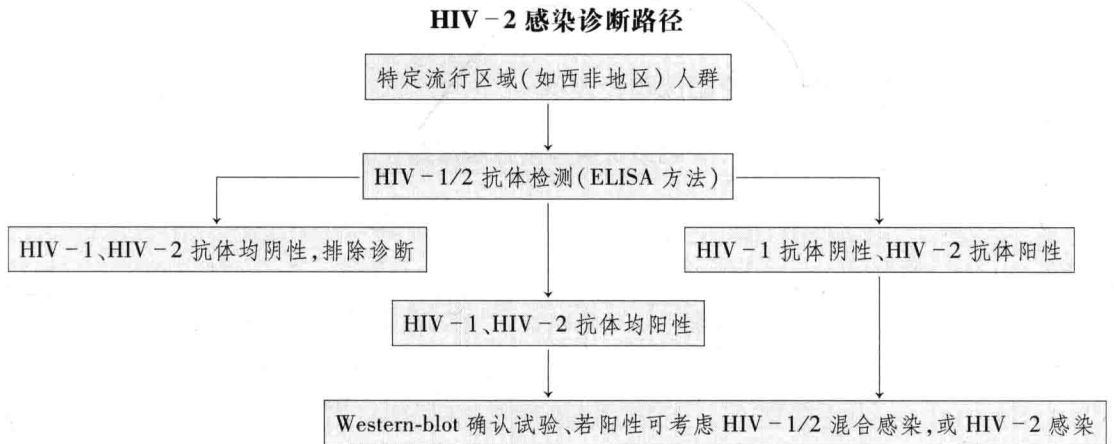
(四) 标准住院日

标准住院日为 5~7 日,门诊随访观察 \geq 48 周。

(五) 进入路径标准

(1) 第一诊断必须符合 HIV-2 型诊断标准。

(2) 当患者同时具有其他疾病诊断,但在住院期间不需要特殊处理也不影响诊断的临床路径流程实施时,可以进入路径。



(六) 抗病毒治疗准备(抗病毒治疗前评估)1 日,必须检查的项目

- (1) 是否存在需要先处理的临床疾病或状况。
- (2) 患者是否已经为抗病毒治疗做好准备,是否有良好的依从性。
- (3) 基线实验室评估: CD4 T 细胞计数,病毒载量测定,血常规,肝功能,尿素氮和肌酐,尿常规, RPR 或 VDRL, TST 或者 γ 干扰素释放分析(IGRA),胸部 X 线片,弓形虫 IgG,甲肝、乙肝抗体,丙肝 RNA 与抗体,以及妇女宫颈、阴道涂片。若考虑心血管疾病,查空腹血糖和血脂;对于治疗前 HIV RNA $> 1\ 000$ copies/ml,治疗开始前进行基因型耐药检测。

(七) 抗病毒治疗

住院第 2 日。住院观察 ≤ 7 日,门诊观察 ≥ 48 周。

(八) 出院标准

- (1) 症状得到控制。

(2) 无其他需要继续住院的情况。

(九) 变异及原因分析

患者存在其他并发症,导致住院时间相应延长。

二、HIV-2 感染抗病毒治疗临床路径表单

HIV-2 感染抗病毒治疗临床路径表单

适用对象: 第一诊断为 HIV-2 患者

患者姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 门诊号: _____ 住院号: _____

住院日期: ____年__月__日 出院日期: ____年__月__日 标准住院日: 5~7 日 门诊随访≥48 周

时间	住院第 1 日	住院期间(第 2~4 日)
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 询问病史及体格检查 <input type="checkbox"/> 进行病情初步评估,病情严重大度分级 <input type="checkbox"/> 明确诊断,决定诊治方案 <input type="checkbox"/> 开化验单,完成病历书写 <input type="checkbox"/> 交代病情、签署抗病毒治疗知情同意书	<input type="checkbox"/> 上级医师查房 <input type="checkbox"/> 评估辅助检查的结果 <input type="checkbox"/> 病情评估,根据患者病情调整治疗方案 <input type="checkbox"/> 确认有无并发症 <input type="checkbox"/> 住院医师书写病程记录
重点医嘱	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 感染科护理常规 <input type="checkbox"/> 二或三级护理(根据病情) <input type="checkbox"/> 普食 <input type="checkbox"/> HAART: 使用以增强的蛋白酶抑制剂为基础的治疗方案,AZT 300 mg 每 12 小时口服 1 次或 TDF 300 mg 每日口服 1 次,3TC 300 mg 每日口服 1 次;洛匹那韦/利托那韦 500 mg 每 12 小时口服 1 次 <input type="checkbox"/> 必要时调整 HAART 方案 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 血常规、尿常规、大便常规+隐血 <input type="checkbox"/> 肝肾功能、血脂、电解质、血黏度 <input type="checkbox"/> 胸部 X 线片、心电图、腹部 B 超 <input type="checkbox"/> 细胞免疫和 HIV RNA 载量检测	长期医嘱 <input type="checkbox"/> 感染科护理常规 <input type="checkbox"/> 二或三级护理(根据病情) <input type="checkbox"/> 普食 <input type="checkbox"/> HAART: 使用以增强的蛋白酶抑制剂为基础的治疗方案,AZT 300 mg 每 12 小时口服 1 次或 TDF 300 mg 每日口服 1 次,3TC 300 mg 每日 1 次口服;洛匹那韦/利托那韦 500 mg 每 12 小时口服 1 次 <input type="checkbox"/> 监测药物不良反应 临时医嘱 <input type="checkbox"/> 异常指标复查
主要护理工作	<input type="checkbox"/> 介绍病房环境、设施和设备 <input type="checkbox"/> 入院护理评估,护理计划 <input type="checkbox"/> 观察患者情况、监测生命体征 <input type="checkbox"/> 观察各种药物疗效和不良反应 <input type="checkbox"/> 静脉取血,用药指导 <input type="checkbox"/> 协助患者完成实验室检查及辅助检查	<input type="checkbox"/> 定时监测生命体征 <input type="checkbox"/> 观察患者一般情况及病情变化 <input type="checkbox"/> 观察疗效和药物不良反应
病情变异记录	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,原因: 1. 2.	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有,原因: 1. 2.

(续表)

时间	住院第 1 日	住院期间(第 2~4 日)
护士 签名		
医师 签名		

(蒋卫民 卢洪洲)

第三节 艾滋病患者初次抗反转录病毒治疗

一、艾滋病患者初次抗反转录病毒治疗标准住院流程

(一) 适用对象

第一诊断为艾滋病,之前从未接受过抗反转录病毒治疗(ART),目前参照国家免费治疗标准,符合启动 ART 的标准,入院开始启动 ART 的患者。

(二) 诊断依据

根据美国疾病预防控制中心(CDC)修订实行的青年和成人 HIV/AIDS 分类诊断标准,《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》等。

取得省级疾病预防控制中心或有认证资质的医疗机构(免疫印迹试验,Western-blot, WB)的确认报告,或 HIV-RNA 阳性者(确诊报告作为前提)。

(1) 细胞免疫检测结果显示 CD4⁺T 淋巴细胞计数 ≤ 500 cells/ μ l。

(2) 细胞免疫检测结果显示 CD4⁺T 淋巴细胞计数 > 500 cells/ μ l,为单阳家庭中 HIV 抗体阳性一方,或者符合国家对于特殊人群(如男男同性性行为感染者)实行的特殊治疗政策者。

(3) 若细胞免疫检测结果显示 CD4⁺T 淋巴细胞计数 ≥ 350 cells/ μ l,但合并有 HIV-相关肾病(HIVAN)或合并 HBV 感染且有治疗指征者,可进入相关临床路径。

(4) HIV 感染的孕妇需要进行母婴阻断者(进入相关临床路径)。

(5) CD4⁺T > 500 cells/ μ l,有意愿接受治疗并保证依从性的确诊患者。

(三) 治疗方案的选择

1. 美国 2014 年指南推荐的 ART 方案 依非韦伦(EFV)/替诺福韦(TDF)/恩曲他滨(FTC)合剂;阿扎那韦/利托那韦(ATV/r)或达芦那韦/利托那韦(DRV/r) + TDF/FTC 合剂;拉替拉韦钾(RAL) + TDF/FTC 合剂。

2. WHO 2013 年指南推荐的 ART 方案 依非韦伦(EFV)/替诺福韦(TDF)/恩曲他滨(FTC)合剂。

3. 根据《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》

(1) ART 方案:根据患者的病史特点、合并疾病、合并用药,以及血常规、肝功能、肾功能、淀粉酶、血脂、CD4⁺T 淋巴细胞计数等辅助检查结果,选择具体一线 ART 方案:齐多夫定(AZT)或替诺福韦(TDF) + 拉米夫定(3TC) + 依非韦伦(EFV)或奈韦拉平(NVP)。

(2) 预防性治疗:患者的 CD4⁺T 淋巴细胞计数 < 200 cells/ μ l 时,给予 SMZco 预防 PCP、氟康唑预防真菌感染治疗。