

艾滋病的抗病毒治疗与我国的免费治疗现状

张福杰, 文 毅, 于 兰, 马 烨, 潘 捷, 赵 燕

(中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心, 北京 100050)

〔摘要〕 艾滋病在全球范围内已造成了超过 2 000 万人的死亡, 尽管目前还没有可以治愈艾滋病的方法, 但高效抗逆转录病毒疗法的出现和广泛使用, 已成功地将艾滋病转变为一种可治疗的慢性传染病。我国政府对艾滋病问题高度关注, 逐步推进艾滋病的医疗救治工作。在阐述艾滋病治疗的基础上, 结合治疗特点重点介绍了我国艾滋病免费治疗的历史回顾、现状进展、问题困难和方向计划。

〔关键词〕 艾滋病, 抗病毒治疗, 免费治疗, 治疗现状

〔中图分类号〕 R512.91

〔文献标识码〕 A

〔文章编号〕 1000-7857(2005)07-0024-06

Antiretroviral Therapy for HIV/AIDS and Current Situation of China Free ARV Program

ZHANG Fu-jie, WEN Yi, YU Lan, MA Ye, PAN Jie, ZHAO Yan

(Division of Treatment and Care, National Center for AIDS/STD Control and Prevention, China CDC, Beijing 100050, China)

Abstract: The epidemic of HIV/AIDS has killed more than 20 million people globally. Even there is no medicine can heal HIV/AIDS, with the coming out and widely use of Highly Active Antiretroviral Therapy, AIDS has changed to a treatable chronic infectious disease. Chinese government is paying great attention to HIV/AIDS issue and improving medical services to people living with HIV/AIDS step by step. Based on the description of general information about AIDS treatment, following topics, such as history review, current situation, challenges and future plan, regarding China Free ARV Program were emphasized with the combination of characters of AIDS treatment.

Key Words: acquired immune deficiency syndrome (AIDS), antiretroviral therapy, free ARV program, treatment situation

CLC Number: R512.91

Document Code: A

Article ID: 1000-7857(2005)07-0024-06

1 背景

艾滋病在全球蔓延的趋势并没有得到有效的控制, 2003 年全球估计约有 480 万 (420 万~630 万) 人新感染了 HIV, 这个数字比以往任何一年的新发病人数都要多。同样在 2003 年, 估计有约 290 万 (260 万~330 万) 感染者死于 HIV 感染。从 1981 年确诊首例艾滋病病人到 2003 年, 全球累计感染者已达约 3 780 万 (3 460 万~4 230 万), 其中死亡人数则超过了 2 000 万^[1]。尽管目前还没有可以治愈 HIV 感染的办法, 各种治疗或预防性疫苗尚处在研究阶段, 距离实际应用还有很长时间, 但抗逆转录病毒药物的出现和发展则带给了广大感染者和病人新的希望。在发达国家, 这种治疗已经显著地延长了患者的生命并改善了其生活质量。由于抗逆转录病毒治疗的成功应用, 艾滋病在这些国家已不再是人们谈之色变的“世纪瘟疫”, 而是一种可治疗的慢性疾病。但纵观全球, 治疗的情况并不乐观, 由于绝大部分 (95%) 感染者来源于发展中国家, 其有限的医疗资源无法满足患者的需要, 在全球近 600 万需要治疗的艾滋病病人中, 只有不到 8% 的病人得到了抗逆转录病毒治疗^[2]。

艾滋病在我国的流行经历了传入期 (1985-1988)、播散期 (1989-1994 年) 和增长期 (1995 年至今)。从 1999 年起, 报告感染者人数每年以 30% 的速度增加。截至 2003 年 12 月, 我国现存艾滋病感染者和病人约 84 万 (65 万~102 万), 其中艾滋病病人 8 万, 疫情波及 31 个省、自治区、直辖市^[3,4]。尤其自 2001 年起, 我国艾滋病的发病和死亡呈现快速增加的趋势, 自 1985 年至 2000 年底的 15 年间, 全国累计报告发病人数 880 例, 报告死亡人数 496 例; 而 2001 年和 2002 两年合计报告的全国艾滋病发病和死亡人数分别达 1 742 例和 716 例^[3]; 2003 年全年的报告病人数更是高达 6 120 例; 而仅 2004 年的 1~6 月, 全国报告的病人数即已超过 2003 年全年人数, 达到 7 801 例^[4]。艾滋病人在发病后若不经治疗, 平均存活期是 12~18 个月^[5]。大量病人的集中发病和死亡, 不仅对个人、家庭产生严重影响, 也直接影响社会的稳定和发展。因此, 艾滋病的医疗救治已刻不容缓。

2 艾滋病的治疗

艾滋病的治疗是一项综合而且复杂的工作, 其主要的

收稿日期: 2005-06-07

作者简介: 张福杰, 男; 北京市宣武区南纬路 27 号中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心治疗关怀室主任, 主任医师, 卫生部艾滋病临床专家工作组组长, 主要从事艾滋病的临床治疗、国家艾滋病治疗相关政策的研究以及国家免费艾滋病治疗的实施和管理; E-mail: treatment@chinaids.org.cn

治疗策略包括:积极进行机会性感染和肿瘤的预防与治疗;适时开展抗病毒治疗,抑制病毒复制,提高机体免疫力;进行多种支持性治疗,改善病人一般身体状况。尽管不同的治疗有不同的目的,但所有治疗的总目标都是延长患者生命,提高其生活质量。抗病毒治疗是达到该目的的最佳方法。

抗病毒治疗,俗称“鸡尾酒疗法”,是高效抗逆转录病毒治疗(Highly Active Antiretroviral Therapy,简称 HAART)的简称,是目前已被证实的针对艾滋病病毒感染最有效的治疗方法。为达到强大的抗病毒作用,该疗法要求至少联合使用 3 种抗病毒药物,将血浆中的 HIV-RNA 抑制在低水平或检测不出水平。但由于在 HIV 感染急性期时,病人体内建立了有着很长半衰期的静止感染细胞池^[6],即使通过长期抗病毒治疗,也只能起到抑制病毒的作用,而无法将 HIV 从体内根除^[7-10]。抗病毒治疗的目的是:降低 HIV 相关的患病率和死亡率;提高患者生活质量;重建并且维持机体的免疫功能;最大限度并尽可能长期地抑制病毒载量^[11]。

尽管抗病毒治疗确实有着显著的疗效,但上述目标的最终实现并不是一件容易的事情。按照一般人的想法,一个疾病的治疗就是医生与病人两方面的事情,但就像艾滋病不仅仅是医学问题,同时也是社会问题一样,艾滋病的治疗也不仅仅是一个单纯的医学问题,它所涉及的领域要远远超越了简单的医患关系,社会因素对治疗效果的影响有时甚至要超过药物本身对病毒的影响。

一个成功的治疗需要方方面面的支持。就病人个体在医学层面上说,首先要选择适当的治疗方案。全球有超过 20 种抗病毒药物通过了美国食品与药品监督管理局(FDA)的批准,可以在临床治疗 HIV 感染中使用。这些药物可以组成多种治疗方案,不同的方案在效力、服药量、副作用等方面也不尽相同。往往当病人能够很好地耐受某一种方案时,才更容易达到很好的病毒抑制效果和很轻的副反应。病人对一个方案的耐受程度决定于很多因素,如病人的生活习惯、身体状况和药物的相互作用等。适当的方案还意味着要为以后的治疗保留机会。耐药性的产生和依从性不佳会导致治疗失败,表现为病毒载量的反弹,而病毒学治疗失败可以很快地导致类似治疗方案的交叉耐药。因此,在方案确定,尤其是初始治疗方案的确定上,要考虑到为以后治疗失败后的方案选择留有余地。其次,在治疗过程中,病人要定期接受随访,以及时发现药物副反应并监测疗效。抗病毒治疗药物存在多种毒副反应,其发生情况因人而异,严重的可影响病人对治疗的耐受甚至会危及病人生命,因此需要在治疗中进行必要的监测,以及时发现并处理。在疗效监测方面,在进行疗效评估的同时要及时发现预示治疗失败的征兆,尤其是对治疗反应最为敏感的病毒载量的变化情况,如病毒载量被控制在检测水平以下后,又出现了反弹,则可能意味着病毒学治疗失败。CD4 细胞计数的检测同样也可作为一个疗效评估指标,但 CD4 细胞计数的变化要晚于病毒载量的变化。越早发现治疗失败,所留有的换药余地越大。最后,也是最重要的一点是保证治疗的依从性。良好的依从性是治疗成功的关键因素,依从性的好坏与病毒受抑程度的大小和时间的长短密切相关,依从性不佳可降低药物对病毒的抑制强度,进而使得病人的患病率和死亡率上升^[12,13]。同时,依从性不佳还可导致耐药性的出现而降低治疗的效力^[14]。研究显示,为达到对病毒最佳的抑制,抗病毒治疗的依从性必

须达到 90%~95% 以上,而低于这个水平就会伴随病毒学的治疗失败^[15]。很多因素都可以影响抗病毒治疗的依从性,如医患之间的不信任、药物的毒副作用^[16]、药物负担、耻辱感与歧视^[17]、治疗所需费用、吸毒或酗酒、精神障碍、缺乏病人教育^[18],以及基本医疗服务等^[17]。

在群体病人治疗的支持和管理上,我们所要做的就是针对上面提及的医学问题进行必要的帮助和支持,使得上述目标能够实现。首先,为保证满足治疗的需求,我们必须能够获得足够的抗病毒药物,以使临床医生能够有足够的药物选择余地。同时还要有能够使用这些药物的医生,二者缺一不可。其次,要增加治疗随访及检测的可及性。这种可及性一方面表现在医疗机构能够提供随访检测服务,另一方面也表现在病人能够接受并承担这种服务。最后就是针对依从性的各种影响因素,采取综合性的干预和支持,提高病人治疗依从性。

3 我国的抗病毒治疗

艾滋病的治疗,尤其是抗病毒治疗是一个复杂的系统工程,对参与的医务工作者和管理者都有着极高的要求,任何一方的任何一部分工作没有做好都可能影响治疗的质量。我国艾滋病的流行特点决定了大部分病人都是生活在医疗条件有限的农村地区,在这种情况下开展如此大规模的抗病毒治疗,不仅对我国,对世界来讲都是一项具有挑战性的艰巨工作。为了更好地管理和实施通过公共卫生途径进行的抗病毒治疗,2002 年 1 月,在中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心(原卫生部性病艾滋病预防控制中心)下成立了我国第一个基于公共卫生系统的艾滋病治疗与关怀管理部门——治疗关怀室。

3.1 历史回顾

2002 年以前的抗病毒治疗基本上是在大城市的传染病医院进行,由于昂贵的费用,能够真正得到治疗的人数非常有限。回顾我国免费抗病毒药物治疗(以下简称免费治疗)的历史,大概经历了 3 个阶段。

3.1.1 试点阶段

2002 年底,为了为以后大规模开展艾滋病抗病毒治疗工作摸索经验,我国首个免费治疗试点在河南省启动,共有 100 名艾滋病病人得到了免费的抗病毒治疗药物。药物主要来自厂家的捐赠,大部分为原厂进口药。

3.1.2 项目阶段

2003 年上半年,免费治疗在试点的基础上以项目的形式在中原地区推广,卫生部向项目地区免费提供 5 000 人份抗病毒药物。截止 2003 年底,治疗共在全国 9 省(河南、安徽、湖北、山东、四川、河北、湖南、吉林、陕西)开展,累计治疗艾滋病病人 7 000 多人。药物全部为国内厂家生产的仿制药。

3.1.3 大规模推广阶段

随着 2003 年底国务院“四免一关怀”政策的出台,为艾滋病病人提供免费治疗正式作为各级政府的责任和常规工作,在全国范围内开展。截止到 2004 年底,全国累计已有超过 15 000 名艾滋病病人得到了免费治疗。药物包括 5 种国产仿制药和 1 种进口原厂药。

3.2 我国在艾滋病治疗上所采取的应对措施

3.2.1 政策支持

在免费治疗初期,尽管全国部分地区已经启动了抗病

毒治疗,覆盖人数也已达数千人,但在国家层面上还没有出台艾滋病治疗的相关政策,各地的免费治疗基本处在各自为战的状态。2003 年 9 月,卫生部常务副部长高强在纽约召开的联合国大会艾滋病高级别会议上,代表中国政府郑重承诺加强艾滋病医疗救助体系建设,承诺对经济困难的艾滋病患者提供免费的抗病毒治疗药物^[3]。2003 年世界艾滋病日前,国务院副总理吴仪亲往河南省上蔡县文楼村,看望并慰问了生活在那里的感染者和工作在一线的医务人员。2003 年 12 月 1 日,国务院总理温家宝、副总理吴仪来到北京地坛医院,与在那里住院治疗的艾滋病病人亲切交谈、握手,并宣布了防治艾滋病的“四免一关怀”政策,即:对农村和城镇中参加基本医疗保险等医疗保障制度的经济困难人员中的艾滋病病人免费提供抗病毒药物;在全国范围内为自愿接受艾滋病咨询检测的人员免费提供咨询和初筛检测;为感染艾滋病病毒的孕妇提供免费母婴阻断药物及婴儿检测试剂;对艾滋病病人的孤儿免收上学费用;将生活困难的艾滋病病人纳入政府救助范围,按照国家有关规定给予必要的生活救济;积极扶持有生产能力的艾滋病病人开展生产活动,增加收入,加强艾滋病防治知识的宣传,避免对艾滋病病毒感染者和病人的歧视。2004 年 3 月 16 日,在《国务院关于切实加强艾滋病防治工作的通知》中,就“落实救治政策,做好药品供给”和“开展关怀救助,加强病人管理”也提出了明确要求。同年 11 月 30 日,世界艾滋病日前夕,中共中央总书记胡锦涛来到北京佑安医院看望并慰问了在此住院的艾滋病病人和医务工作者,并同艾滋病患者握手交谈。2005 年春节来临之际,温家宝总理来到河南省上蔡县,代表党中央、国务院看望和慰问艾滋病患者,考察艾滋病防治工作,了解艾滋病患者的医疗救助情况,并和他们共度春节。

国家最高领导层一系列的措施和行动清楚地表明了党和国家对待艾滋病预防和控制的决心,以及对待感染者和病人人文关怀的态度。应该说在过去的 2~3 年间,我国在艾滋病医疗救助政策上取得的进展和突破是显著的,在政策层面已经不存在太大的困难和障碍。

3.2.2 管理及技术支持

在免费治疗工作开展初期,由于缺乏明确的管理规范,治疗工作在各地的推广没有统一的标准,也难以进行规范化管理,整个治疗工作基本上处于一种应急反应的状态,缺乏可持续性。随着“四免一关怀”政策的出台,免费治疗工作具备了制定相应管理规范的政策基础。为落实国家免费抗病毒治疗的承诺,卫生部和财政部、卫生部和国家中医药管理局先后下发了《艾滋病及常见机会性感染免、减费药物治疗管理办法(试行)》(卫疾控发[2004]107 号)和《关于艾滋病抗病毒治疗管理工作的意见》(卫医发[2004]106 号)两份文件,就政策适用人群、免减费范围以及如何组织、实施、管理和监督艾滋病抗病毒治疗工作和各有关部门在治疗中的职责分工做了明确规定。这两份文件的制定标志着我国的免费抗病毒治疗工作从应急反应阶段正式进入了追求规范、强调质量的科学管理阶段。

艾滋病的抗病毒治疗本身是一个复杂的医学问题,我国艾滋病治疗的国家级技术规范随着治疗的开展和推广也经历了一个由简单到完善、由泛到细的发展过程。在我国启动抗病毒治疗之初,仅有北京、上海、广州等大城市的传染

病医院才有能力和条件提供这种治疗,而在病人集中的农村地区则根本不具备相应的技术条件,基层医生更是缺乏指导性的技术指南。那时仅有面向高等医学院校的专业传染病学教科书述及了艾滋病的治疗,而且很多内容已无法代表治疗领域的最新进展,在国家层面并没有一份适合我国实际且覆盖艾滋病诊断治疗各主要领域的技术性指南和标准。面对巨大的病人治疗和人员培训的需求,制定我国首个国家艾滋病诊断与治疗指南成为摆在新成立的治疗关怀室前的首要工作任务。中国疾病预防控制中心组织国内各有关经验的医疗卫生机构和具有丰富临床经验的相关专家,在世界卫生组织和联合国儿童基金会的技术支持下,结合我国实际,于 2002 年 7 月制定并下发了我国首个全国性的 HIV/AIDS 临床管理技术指导手册——《艾滋病诊断与治疗指导方案(试行)》。该手册共包括 3 部分内容:艾滋病相关机会性感染的诊断和处理,抗逆转录病毒治疗、孕产妇 HIV 感染的处理及母婴传播的预防。其中母婴传播的预防更是我国首个提出的使用药物预防、产时干预和人工喂养等综合措施预防母婴垂直传播的国家级技术指南。该份国家指南的制定和下发,为日后治疗试点和项目的启动以及有关的人员培训起到了重要的技术保证作用。随着抗病毒治疗工作的推进,尤其是 2003 年上半年治疗从 100 人迅速增加到 5 000 余人,覆盖范围也扩大到几乎整个中原地区。面对感染者、病人以及基层医务人员多方面的知识需求,第一版指导方案在内容覆盖面上的不足已逐渐显现出来。同时,随着全国艾滋病临床培训工作的启动和开展,该方案已难以满足不断扩大的培训需求。为此,中国疾控中心再次组织国内各有关领域的专家,着眼于技术指导和人员培训,对第一版指导方案进行了全面的修订,并于 2003 年 8 月正式出版了《艾滋病临床治疗与护理培训教材》。该套培训教材内容包括艾滋病的流行病学、病毒学、免疫改变和重建、机会性感染、系统病变、抗病毒治疗、母婴传播与阻断、艾滋病的中医药治疗、临床护理、职业暴露与防护、实验室检测、咨询、预防与控制等 13 个艾滋病治疗与护理相关领域。其中艾滋病的中医药治疗也是首次出现在国家级技术方案和培训教材中。

“四免一关怀”政策及一系列管理性文件的出台,对技术文件的修订提出了新的要求。首先,对明确提出的 6 种免费抗病毒药物要求有针对性地制定技术指南。其次,需要拟出技术指南将管理性要求具体细化为各种实施活动。面对新的形势,中国疾病预防控制中心组织国内 16 家医疗机构的 22 名治疗领域专家,同时邀请世界卫生组织(WHO)、联合国艾滋病规划署(UNAIDS)、无国界医生组织(MSF)、美国疾病预防控制中心(USCDC)、美国马里兰大学人类病毒研究所(Institute of Human Virology, University of Maryland)、美国克林顿基金会(Clinton Foundation)和世界健康基金会(Project Hope)等国际组织,第三次对国家艾滋病治疗指南进行修改。2004 年 12 月《国家免费艾滋病抗病毒治疗手册(试行)》正式由卫生部办公厅下发,该手册专为落实免费治疗的承诺、指导各地免费艾滋病抗病毒药物治疗工作的开展和推广而制定。在内容上既包括了对治疗设计、组织和管理的要求,也包括了对医疗服务的技术指导。为了加强该手册对免费治疗工作的指导意义,在药物和检测的选择和确定上充分考虑了现有资源,力求制定一个简单、可行、标准的免费治疗指南。随着治疗工作力度的加大,各部门分工也

逐步明确,一系列技术性文件相继制定。中华医学会和中国中医研究院艾滋病中医药防治中心组织专家分别制定了《艾滋病诊疗指南》和《中医药治疗艾滋病临床技术方案(试行)》,中国疾病预防控制中心妇幼保健中心制定了《预防艾滋病母婴传播工作实施方案(试行)》,用以指导各地的艾滋病医疗服务。

3.2.3 资金投入

充足的经费投入是对治疗工作最重要的保证之一。在艾滋病防治经费的总量不断加大的同时,治疗投入及所占比例也逐年增加。1996年,中央财政第一批艾滋病防治专项经费为500万元;到2004年,中央财政的专项投入已达8.1亿元,增长了逾16倍。其中2003年为在重点地区开展免费抗病毒治疗和关怀救助,中央财政专门追加投入2.7亿元^[3,4]。过去5年,政府艾滋病防治经费使用的3个重点领域为血液安全(27.4%)、宣传教育(25.9%)和监测检测(24.8%)。随着免费治疗的启动,国家用于治疗 and 关怀的投入比例也逐年增加,由1999年的5%左右增加到2003年的15%左右^[4]。

3.2.4 人员培训

根据国内有关专家估计,2002年全国能够提供抗病毒治疗的有经验的医生不足百人,而且几乎全部分布在各大城市的大型传染病院或综合性医院,而在病人集中的农村地区,则几乎没有合格的医生可以提供这种治疗。医生能力水平的高低直接决定着治疗工作的成败。为保证治疗工作的顺利实施,解决人力短缺的问题刻不容缓。整合现有资源是开展培训的第一步。2003年1月,卫生部艾滋病临床工作专家组成员成立,成员包括全国20家医疗卫生机构的25名治疗领域的专家和教授。从2003年起,逐步在全国范围内建立起以长期进修和短期培训相结合的国家级培训体系,并建立起以9家传染病院和综合医院为基础的国家级临床培训基地。为使培训与医疗服务充分结合,2004年利用美国疾病预防控制中心的支持,在安徽省建立了我国首家基于县级水平的艾滋病临床治疗培训中心。为了扩大培训覆盖面并探索多种培训模式,如网上远程培训、现场培训,同时组织国内外专家编写制作了一系列培训教材。为提高国内专家的能力和水平,组织了专家组成员赴国外进行学习和进修,以增强其对国内治疗技术指导的能力。两年来,中央级已培训覆盖全国各省市的抗病毒治疗专业师资700人、基层医生520人。

3.2.5 抗病毒药物和疗效评估

抗病毒药物对于医生的意义就好比弹药对于战士的意义,但缺乏可及的抗病毒药物却是严重制约我国抗病毒治疗开展的一个瓶颈。全球市场上目前已有超过20种抗病毒药物,而我国市场上只有不足10种,并且大部分是已经问世多年的老药。2003年之前,我国市场上几乎所有的抗艾滋病药物都来自进口而且价格昂贵,患者治疗仅抗病毒药物平均每人每月就需5000元左右,普通患者根本无法负担。随着抗病毒药物国产化进程的加快,到2004年底,我国已有5种国产的仿制药,药物成本仅为进口药物的1/10,并已成为免费治疗用药的重要组成部分。为了进一步增加抗病毒药物的可及性,2004年5月31日,劳动和社会保障部将国家免费提供的6种抗病毒药物列入了《国家基本医疗保险药品目录》。2004年9月13日下发的新版《国家基本医疗保险和工伤保险药品目录》,更将抗病毒药物种类扩大到11种。

在疗效评估的随访检测上,国际上通用的手段是病毒学和免疫学检测。但受费用限制,目前我国通过中央转移地方支付的方式向接受治疗的病人提供免疫学指标的检测。但对于最直接、最敏感的病毒学检测,因成本较高还无法常规提供。

3.2.6 建立抗病毒治疗信息系统

各有关管理文件中明确指出中国疾病预防控制中心及各级疾控中心负责相关治疗信息的收集、分析工作。经过不断的论证、讨论与试运行,一个基于传真的数据收集系统已经开始在全国各个治疗省份建立。该系统具有动态管理临床数据的特有功能,同时由于具有较高的安全性、数据兼容性及较高的数据管理效率和对基层相对简单的技术要求,比较适用于我国目前治疗数据的管理工作。目前抗病毒治疗信息包括了接受国家免费抗病毒药物治疗病人的基线情况、随访、用药及毒副反应、相关血清学、CD4、病毒载量等实验室指标以及病人终止治疗的有关信息。对这些数据的分析和利用,是帮助各级卫生行政部门和治疗工作管理人员了解抗病毒治疗工作的进展和水平的有力工具,也是国家制定决策和评估效果的科学依据。

3.2.7 探讨不同治疗人群的治疗模式及应用型研究

1) 尽管免费抗病毒治疗工作从启动至今已有2年多的时间,积累了一定的经验,但绝大部分受治者都是成人和青少年。由于儿童的生理特点、治疗的特殊要求以及我国现有药物的限制,各地在儿童艾滋病治疗上的进展则明显落后,即使是国内治疗艾滋病的专家,对于儿童艾滋病患者的治疗也缺乏经验。首先,儿童艾滋病往往在出生后不久即由于各种并发症而死亡,存活儿童数量较少,使得医生接触病人机会有限,缺乏处理经验;其次,我国缺乏同时熟悉儿科和传染病两个领域的专业人才;第三,儿童艾滋病的治疗要求使用儿童剂型,但受专利保护和用量少的限制,我国市场上并没有儿童剂型抗病毒药物供应,即使能够诊断也很难治疗。所有这些都导致了我国对儿童艾滋病的处理基本处于空白状态。经过多方努力,我国于2005年将有望通过捐赠的形式获得部分儿童剂型药物,同时,科技部的“十五”科技攻关也明确将儿童的抗病毒治疗纳入其课题范围,以探讨我国儿童艾滋病治疗的特点。

2) 吸毒者在艾滋病的治疗上是属于比较特殊的一类人群。一方面,他们占据了我国报告感染人数的近半数(43.9%)^[4];另一方面,由于存在药物滥用,使得这部分病人的治疗依从性较差,不规范的治疗将有发生耐药的危险,不仅对病人本身疾病的控制不利,若继续发生危险行为还有可能将耐药的病毒传播给他人。但这部分病人同样是我们必须面对的。美沙酮疗法是针对吸毒者的一种有效的替代疗法,吸毒成瘾者通过每天服用美沙酮,缓解戒断症状而达到控制毒瘾并减少其它危险行为的作用。由于美沙酮替代治疗同样要求每天服用,而且可以固定住一部分病人,因此,探讨美沙酮与抗病毒治疗相结合的治疗模式,对于吸毒人群的抗病毒治疗有着重要意义。

3) 在我国,结核是艾滋病病毒感染者和艾滋病病人最常见的并发症。既往结核与艾滋病的防治由两个系统分别控制,缺乏有效的沟通。随着工作的深入和力度的加大,我国对于TB/HIV混合感染的重视程度也不断加强。2005年3月,卫生部专门下发通知,要求各地在艾滋病病毒感染

者和艾滋病病人中进行结核病的筛查,并对发现的阳性病人进行抗结核治疗。中国疾病预防控制中心的性病艾滋病预防控制中心和结核病预防控制中心也正着手进行 TB/HIV 混合感染处理技术指南的拟定工作。

与复杂且成本较高的抗病毒治疗相比,很多机会性感染可以使用相对简单、便宜的药物进行有效的预防或治疗,其中使用复方新诺明(TMP-SMZ, Cotrimoxazole)预防卡氏肺孢子虫肺炎(PCP)就是其中最具代表性的一种。美国于 1989 年推荐使用复方新诺明预防 PCP,目前这种预防性用药已经被世界各国广泛采用,世界卫生组织(WHO)和联合国艾滋病规划署(UNAIDS)也已将其作为对 HIV 感染者和艾滋病病人标准医疗服务的一部分向全球推荐。此外,复方新诺明除对 PCP 有较好的治疗和预防作用,对其它多种机会性感染也有一定的预防和治疗作用。一个在农村地区推广使用复方新诺明预防 HIV 相关机会性感染的项目已在准备阶段,与其配套的技术方案业已拟出。

3.2.8 监督评估

监督评估是保证整个治疗工作按计划、按要求顺利运作的关键,也是一种重要的管理手段。协助各省制定本地区治疗监督评估计划,是保证这个免费治疗工作质量的关键。为此,一份抗病毒治疗监督管理手册正在世界卫生组织、美国疾病预防控制中心、克林顿基金会的技术支持下进行开发制定。

3.2.9 国际合作

国际社会对我国艾滋病防治的支持力度不断加大,世界卫生组织、联合国儿童基金会、无国界医生组织、美国疾病预防控制中心、全球基金、克林顿基金,均在艾滋病的治疗工作中向我国提供了各种形式的支持和帮助。内容涉及抗病毒药物、检测仪器和试剂、技术方案制定、人员培训、治疗模式探讨和建立、应用型研究以及监督评估等。

4 存在的问题和困难

4.1 治疗队伍的能力建设仍需加强

与巨大的治疗需求和严格的医疗质量要求相比,我们仍然面临着缺乏合格医务人员的困难。由于我国特殊的医疗体制以及缺乏必要的激励机制,很多有条件的医疗机构不愿开展艾滋病的治疗工作,很多高水平的医生不愿从事艾滋病的治疗,极大地限制了资源的整合利用。如果没有一支过硬的、稳定的队伍,我们是无法完成这项艰巨的工作的。

4.2 药物及检测的可及性仍然不足

尽管我们已经有了 6 种免费的抗病毒药物,但可用的组合仍然非常有限,尤其是面对复杂的病情时,医生很难从现有的药物中选择出一种理想的治疗方案;加上无法进行常规的病毒学检测,无法早期发现治疗失败,基本上丧失了及时调整用药的机会。而且,目前的 6 种免费药物尚无法组成一个强效、低毒的二线治疗方案^[19]。

4.3 治疗规范性有待进一步提高

尽管一系列的管理和技术性文件已经制定,明确提出了对治疗质量的要求,但在实际工作中,受多种因素影响,很多要求并未落实,治疗的规范性仍然不是十分理想,影响了治疗的长期效果。

4.4 为边缘人群提供治疗困难

吸毒者、性工作者这类不稳定人群,因其流动性大,给

治疗的提供造成了很大的困难;同时随着治疗后大量感染者恢复健康,流动到居住地以外寻求工作,也为继续治疗带来困难。如何建立覆盖全国协调一致的治疗网络,是目前治疗工作面临的一个巨大挑战。

5 未来计划

5.1 加强医务人员及治疗相关人员培训

积极开展在职卫生人员全员培训,同时有针对性地制定本地区人员培训计划,充分利用已培训或已有资源,确保医务人员经培训后能够工作在艾滋病医疗服务的一线,并鼓励更多的医疗机构和医务人员参与艾滋病的治疗与关怀服务。加强针对社会大众,尤其是感染者和病人及其社区的宣传和培训,普及治疗相关基本知识。

5.2 增加治疗药物及辅助检测的可及性

加快成人和儿童剂型新抗病毒药物的开发和引进,丰富我国艾滋病治疗的一线方案,同时尽快形成强效、低毒、可负担的二线治疗方案。加强为治疗服务的病毒学检测,包括病毒载量和耐药分析,以确保治疗的长期有效性。

5.3 确保治疗的规范性和一线治疗方案的成功率

根据卫生部有关文件要求,帮助并督促各地制定本地区详细的艾滋病治疗管理规范,并认真按照有关技术指南规范地开展治疗;加强各级对治疗工作的监督与评估;加强各种治疗支持措施,保证治疗依从性。

5.4 建立治疗网络,保证流动人口的治疗需求

建立全国性或地域性的药物管理和病历信息管理网络,以解决流动人口异地治疗的需求。

6 结论

在条件有限地区如此大规模地开展抗艾滋病病毒治疗,不仅对我国、对全世界来讲都是一项具有挑战性的艰巨工作,因为艾滋病的治疗并不是一个简单的医学问题,成功的治疗需要国家、社会和家庭全方位的支持。我国的艾滋病治疗之路任重而道远。

参考文献(References)

- [1] UNAIDS. 2004 Report on the global AIDS epidemic [R]. 2004, 23
- [2] WHO UNAIDS. Treating 3 million by 2005, Making it happen. The WHO Strategy[R]. 2003, 3~4
- [3] 中华人民共和国卫生部,联合国艾滋病中国专题组. 中国艾滋病防治联合评估报告(2003)[R]. 2003, 1~15
- [4] 国务院防治艾滋病工作委员会办公室,联合国艾滋病中国专题组. 中国艾滋病防治联合评估报告(2004)[R]. 2004, 4~26
- [5] 中国疾病预防控制中心. 艾滋病临床治疗与护理培训教材[M]. 北京:北京大学医学出版社,2003, 17~18
- [6] Chun T W, Engel D, Berrey M M, et al. Early establishment of a pool of latently infected, resting CD4 T cells during primary HIV-1 infection[J]. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 1998, 95(15): 8 869~8 873
- [7] Chun T W, Stuyver L, Mizell S B, et al. Presence of an inducible HIV-1 latent reservoir during highly active antiretroviral therapy [J]. *Proc Natl. Acad. Sci. USA*, 1997, 94(24): 13 193~13 197
- [8] Finzi D, Hermankova M, Pierson T, et al. Identification of a reservoir for HIV-1 in patients on highly active antiretroviral

中医药治疗艾滋病的现状及展望

王 健, 刘 颖

(中国中医研究院艾滋病中医药防治中心, 北京 100700)

〔摘要〕 艾滋病目前尚不能治愈, 西医抗逆转录病毒高效联合疗法(HAART)疗效肯定, 但只能控制和缓解病情。十多年前已经开始了中医药治疗艾滋病的研究, 进行了大量的基础研究, 发现多种中药具有抑制艾滋病病毒的作用。临床试验表明, 中药在稳定和提高免疫功能、消除和缓解症状、改善生活质量方面均具有较好的效果, 但对于降低病毒载量的作用有限。中医药具有起效慢、作用平和而持久、毒副作用小、价格便宜、适合国情、依从性好、能够长期服用等特点。

〔关键词〕 艾滋病, 中医药, 治疗

〔中图分类号〕 R512.91, R254.3

〔文献标识码〕 A

〔文章编号〕 1000-7857(2005)07-0029-05

General Introduction and Prospect of Treating AIDS by Traditional Chinese Medicine (TCM) in China

WANG Jian, LIU Ying

(AIDS Research Center, China Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

Abstract: Although the HAART(Highly Active Antiretrovirus Therapy) can not completely cure HIV/AIDS, it makes the fatal disease into the chronic and controllable disease with reducing mortality and morbidity throughout the world. TCM has been used in the research of HIV/AIDS and treating HIV/AIDS for many years. Many Chinese herbs have some effect on inhibiting HIV thought the basic research. TCM can enhance immune function, improve symptoms-signs, not reduce viral loading according with the Clinic research. In a word, TCM have some advantages, such as improving the clinical symptoms, enhancing immune function, good adherence, low cost and so on.

Key Words: AIDS, Traditional Chinese Medicine, treating

CLC Numbers: R512.91, R254.3

Document Code: A

Article ID: 1000-7857(2005)07-0029-05

收稿日期: 2005-06-03

基金项目: 国家科技部“十五”攻关课题“艾滋病中医证治规律的研究”(2001BA701A18)

作者简介: 王健, 男; 北京市北新仓 18 号中国中医研究院艾滋病中医药防治中心, 主任医师, 多年来一直从事中医药治疗艾滋病的研究; E-mail: Tiger62@email.com.cn

therapy[J]. *Science*, 1997, 278(5 341): 1 295~1 300

[9] Wong J K, Hezareh M, Gunthard H F, et al. Recovery of replication-competent HIV despite prolonged suppression of plasma viremia[J]. *Science*, 1997, 278(5 341): 1 291~1 295

[10] Finzi D, Blankson J, Siliciano J D, et al. Latent infection of CD4 T cells provides a mechanism for lifelong persistence of HIV-1, even in patients on effective combination therapy[J]. *Nat. Med.*, 1999, 5(5): 512~517

[11] Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection, Department of Health and Human Services (DHHS), USA. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents [S]. April 7, 2005-05

[12] Paterson D L, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection[J]. *Ann. Intern. Med.*, 2000, 133(1): 21~30

[13] Carmona A, Knobel H, Guelar A, et al. Factors influencing survival in HIV infected patients treated with HAART [C]. 13th International AIDS Conference. Durban, South Africa. 2000. (Abstract TuOrB417)

[14] Walsh J C, Hertogs K, Gazzard B. Viral drug resistance,

adherence and pharmacokinetic indices in HIV-1 infected patients on successful and failing protease inhibitor based HAART [C]. 40th Interscience Conference of Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Toronto, Canada. 2000. (Abstract 699)

[15] Arnsten J, Demas P, Gourevitch M, et al. Adherence and viral load in HIV-infected drug users: comparison of self-report and medication events monitors [C]. 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, CA, 2000. (Abstract 69)

[16] Max B, Sherer R. Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence [J]. *Clin. Infect. Dis.*, 2000, 30 (1 2): 96~116

[17] Shapiro M F, Morton S C, McCaffrey D F, et al. Variations in the care of HIV-infected adults in the United States: Results from the HIV Cost and Services Utilization Study[J]. *J. Am. Med. Assoc.*, 1999, 281(24): 2 305~2 315

[18] Chesney MA. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy[J]. *Clin. Infect Dis.*, 2000, 30(1 2): 171~176

[19] 张福杰, 等. 国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 71~72

(责任编辑 李慧政)