

指南

使用抗逆转录病毒药物 治疗和预防艾滋病毒感 染合并指南

主要特点和建议摘要

2013年6月



世界卫生组织

艾滋病毒/艾滋病项目

使用抗逆转录病毒药物 治疗和预防艾滋病毒感 染合并指南

主要特点和建议摘要

2013年6月



世界卫生组织

艾滋病毒/艾滋病项目

使用抗逆转录病毒药物治疗和预防艾滋病毒感染合并指南主要特点和建议摘要

I. 世界卫生组织

WHO/HIV/2013.7

© 世界卫生组织, 2013年

版权所有。世界卫生组织出版物可从世卫组织网站 (www.who.int) 获得, 或者自WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857) 购买。要获得复制许可或翻译世界卫生组织出版物的许可 — 无论是为了出售或非商业性分发, 应通过世卫组织网站(www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html) 向世界卫生组织出版处提出申请。

封面照片: WHO/AndréFrancois/ImageMagica

电子邮件: bookorders@who.int

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。


世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

编排设计: 英国伦敦 ACW, www.acw.uk.com



目录

1. 2013年合并指南的主要特点是什么？	6
2. 指南提出了哪些新建议？	7
3. 合并指南的主要内容	8
4. 指南预期将产生哪些影响？	9
5. 新建议摘要	10



世界卫生组织2013年《使用抗逆转录病毒药物治疗和预防艾滋病毒合并指南》就诊断人类免疫缺陷病毒（艾滋病毒）感染、护理艾滋病毒感染者以及使用抗逆转录病毒药物治疗和预防艾滋病毒合并提供新的指导。

本文件摘要介绍新指南的主要特点和建议。**指南全文见:** www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013。

1. 2013年合并指南的主要特点是什么？

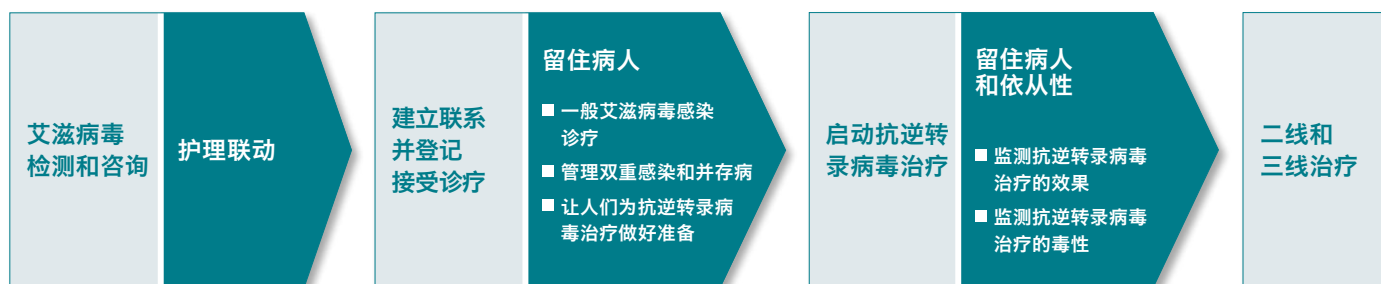
指南反映了2010年以来的最新科学成果和正在出现的实践

- 新的易用艾滋病毒检测技术和方法使更多人可以了解自己是否感染艾滋病毒，特别是哪些最弱势、最边缘化的人们。
- 适合大部分人群和年龄组使用的更简单、更安全、每日一次、每次一片的治疗方案在资源有限国家也越来越可负担，现在可以更广泛地获得。
- 预防艾滋病毒母婴传播规划正在推广更早期、更简单的治疗方案，以改善艾滋病毒感染孕妇和母亲的健康，并且预防她们的孩子和伴侣感染艾滋病毒。
- 有明确证据表明，除改善健康状况和延长生命外，抗逆转录病毒治疗可以预防艾滋病毒的性传播，未被感染者使用抗逆转录病毒药物可以保护其免于感染。
- 现在的趋势是及早启动治疗艾滋病毒感染者，以保护其健康并防止将艾滋病毒传播给其他人。



指南就诊疗全过程使用抗逆转录病毒药物提供了指导

2013年指南首次将有关艾滋病毒感染诊疗全过程的建议结合起来，建议涉及艾滋病毒检测和咨询、使用抗逆转录病毒药物预防艾滋病毒感染、将个人与艾滋病毒治疗和护理服务联系起来、提供一般艾滋病毒感染诊疗、启动并维持抗逆转录病毒治疗以及监测治疗情况。针对所有年龄组和不同人群包括成人、孕妇和哺乳妇女、青少年、儿童和其它重点人群提供了使用抗逆转录病毒药物的指导。指南就艾滋病毒感





染者的临床管理拿出意见，就如何提高艾滋病毒感染相关服务的效率和有效性提出建议，并就如何规划艾滋病毒感染相关服务和最高效地使用资源提供指导。

指南综合了新建议和现有建议

自2002年以来，世卫组织一直在就使用抗逆转录病毒药物提供指导，就艾滋病毒感染的诊断、治疗和护理的方方面面编写了多份指南。2013年指南旨在综合并统一新建议和现有建议，其中包括2010年成人、青少年和儿童使用抗逆转录病毒药物指南以及对艾滋病毒感染孕妇和哺乳妇女进行抗逆转录病毒治疗和预防指南中的最新建议。指南还包括世卫组织就艾滋病毒检测和咨询、预防艾滋病毒感染、为艾滋病毒感染者提供一般诊疗服务、管理常见双重感染和其它并存病以及监测并管理药物毒性提供的指导。

2. 指南提出了哪些新建议？

治疗艾滋病毒感染者的新临床建议

2013年指南以公共卫生方法为基础，进一步扩大了抗逆转录病毒药物在治疗和预防艾滋病毒感染中的使用，其中特别关注资源有限环境。指南中的新临床建议包括：

- 更早启动治疗成人、青少年和大童。对所有CD4细胞计数等于或低于500个/立方毫米的人启动抗逆转录病毒治疗，其中重点是严重或晚期艾滋病毒疾病患者和CD4细胞计数等于或低于350个/立方毫米的人；
- 对感染艾滋病毒的特定人群，不论其CD4细胞计数是多少，均启动进行抗逆转录病毒治疗，包括活动性结核病患者、乙肝病毒合并感染严重慢性肝病者、血清不一致伴侣中的艾滋病毒阳性者、孕妇、哺乳妇女和5岁以下儿童；
- 统一成人、孕妇和哺乳妇女以及3岁及以上儿童的新的首选一线抗逆转录病毒治疗用药方案；
- 提供支持并采取措施加快使司他夫定退出成人和青少年一线抗逆转录病毒治疗方案；
- 除对接受抗逆转录病毒治疗者进行临床和CD4细胞计数监测外，优先使用病毒载量检测监测抗逆转录病毒治疗取得成功或失败的情况；以及
- 以社区为基础提供艾滋病毒检测和咨询并为青少年进行艾滋病毒检测，以便及早诊断艾滋病毒感染者并使他们与相关护理和治疗服务建立联系。

新业务指导和建议

扩大使用抗逆转录病毒药物带来挽救生命、改善艾滋病毒感染者健康状况并减少新发感染的新机遇。同时也存在挑战：决策者和落实者需要确定怎样才能使相关建议得到最佳落实以实现最大效果。指南就提高艾滋病毒感染干预措施的效率和有效性、加强艾滋病毒感染诊疗全过程以及改善整个卫生系统内部的相互联系提供了指导。该指导的重点是：

- 使艾滋病毒感染诊疗服务能够更好地留住病人并提高抗逆转录病毒治疗依从性的策略；
- 进行任务转移，应对人力资源缺口；

- 将提供抗逆转录病毒治疗工作分散到初级卫生保健机构，将抗逆转录病毒治疗纳入孕产妇和儿童健康机构、结核病医院和药物依赖治疗机构提供的服务；以及
- 新临床建议对实验室服务以及抗逆转录病毒药物和其它商品的采购供应系统的影响。

为规划管理人员提供的新指导

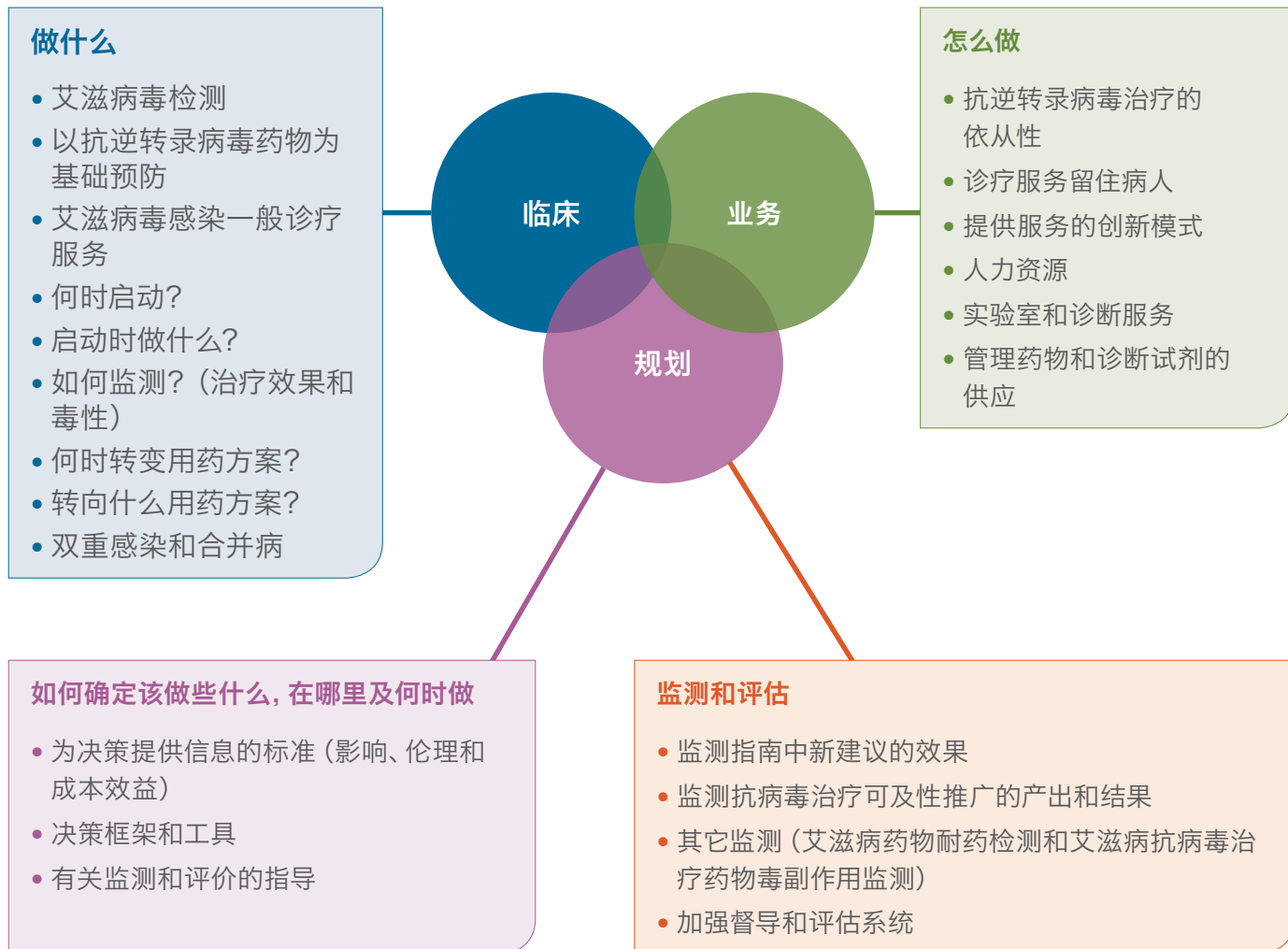
指南旨在协助各国制定政策并编制规划，根据本国流行情况和卫生系统实际调整实施各项建议。为艾滋病毒相关规划管理人员提供的指导描述了国家层面战略性使用抗逆转

录病毒药物的公平、包容且透明的决策过程。其中考虑了国家计划制定进程、艾滋病毒流行病学、卫生系统能力、可获得的财政资源以及伦理和人权因素。还就成本核算和计划制定工具提出了建议。针对所有主要新建议均列出了与规划管理人员特别有关的落实方面的考虑。

有关监测和评价的新指导

指南就监测新建议落实情况提供了指导，包括可能使用的对诊疗服务全过程各项规划绩效进行监测的指标。

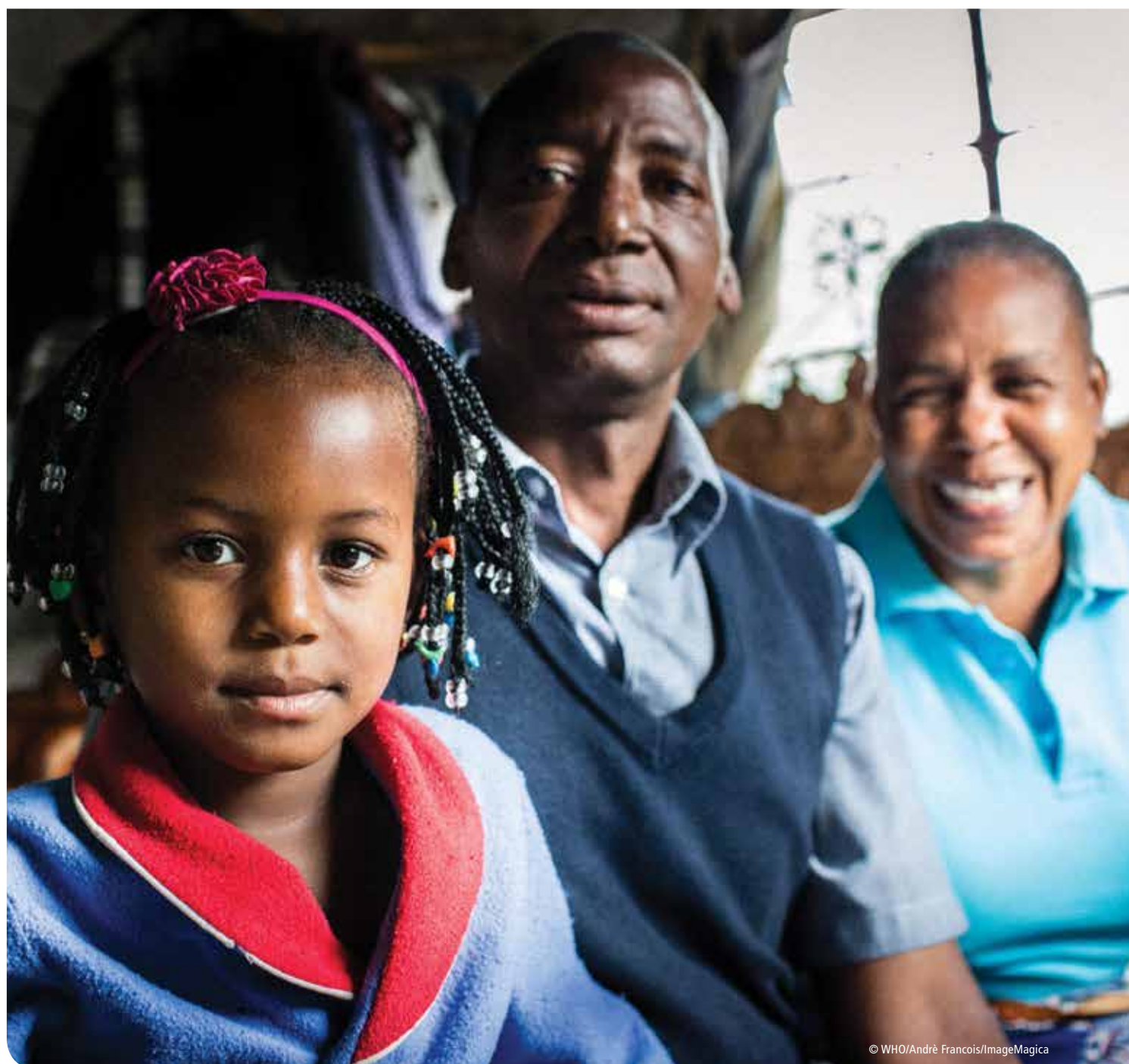
3. 合并指南的主要内容



4. 指南预期将产生哪些影响？

估计全球低收入和中等收入国家有2600万艾滋病毒感染者根据新指南符合使用抗逆转录病毒药物标准，与此相比，根据2010年指南符合标准的人数约为1700万人。从2013年到2025年，逐步全面落实指南将能够预防高达3百万例艾滋病相关死亡和3百50万例新发艾滋病毒感染，比实施2010年世卫组织治

疗指南实现的预防数量要高。要实现这些好处，全球每年应对艾滋病毒感染的资金投入约需增加10%。



5. 新建议摘要

下表总结2013年指南中的新世卫组织建议。该表并非完整列表，未包括来自其它现有世卫组织指南的建议。

艾滋病病毒检测和咨询	
主题和人群	建议
以社区为基础进行检测	<ul style="list-style-type: none"> 在艾滋病病毒普遍流行环境下，除由医务人员建议进行检测和咨询外，建议以社区为基础进行艾滋病病毒检测和咨询，并与预防、保健和治疗服务建立联系（强推荐，低证据质量）。 在所有艾滋病病毒流行环境下，除由医务人员建议进行检测和咨询外，建议以社区为基础对重点人群进行艾滋病病毒检测和咨询，并与预防、保健和治疗服务建立联系（强推荐，低证据质量）。
青少年艾滋病病毒检测和咨询 ^a	<ul style="list-style-type: none"> 在所有环境（普遍流行、低流行和集中流行）下，建议对重点人群中的青少年进行艾滋病病毒监测和咨询，并与预防、治疗和保健服务建立联系（强推荐，极低质量证据）。 在普遍流行环境下，建议对所有青少年进行艾滋病病毒监测和咨询，并与预防、治疗和保健服务建立联系（强推荐，极低质量证据）。 在低流行和集中流行环境下，我们建议提供艾滋病病毒监测和咨询，并与预防、治疗和保健服务建立联系，使所有青少年都可以获得（附条件推荐，极低质量证据）。 我们建议，向青少年说明披露其艾滋病病毒感染状况的潜在好处和风险，向他们赋权并提供支持，使他们自己决定是否、何时、如何以及向谁披露该情况（附条件推荐，极低质量证据）。



何时对艾滋病毒感染者启动抗逆转录病毒治疗？

主题和人群	建议
何时对成人和青少年启动抗逆转录病毒治疗 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ● 作为重点，应对所有严重或晚期艾滋病毒临床疾病（根据世卫组织标准处于临床三期或四期）患者和CD4细胞计数等于或低于350个/立方毫米者启动抗逆转录病毒治疗（强推荐，中等质量证据）。 ● 应对所有CD4细胞计数高于350个/立方毫米但等于或低于500个/立方毫米者启动抗逆转录病毒治疗，不论其根据世卫组织标准处于临床几期（强推荐，中等质量证据）。 ● 应对所有出现以下情形者启动抗逆转录病毒治疗，不论其根据世卫组织标准处于临床几期，也不论其CD4细胞计数是多少： <ul style="list-style-type: none"> ● 患活动性结核病的艾滋病毒感染者（强推荐，低质量证据）； ● 艾滋病毒和乙肝病毒双重感染且出现严重慢性肝病者（强推荐，低质量证据）； ● 应向血清不一致伴侣中的艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗，以减少艾滋病毒传播给未感染一方（强推荐，高质量证据）。
何时对孕妇和哺乳妇女启动抗逆转录病毒治疗	<ul style="list-style-type: none"> ● 应对所有艾滋病毒感染孕妇和哺乳妇女启动三重抗逆转录病毒治疗，并至少在存在母婴传播风险的整个阶段维持治疗。符合治疗条件的妇女应终生维持抗逆转录病毒治疗（强推荐，中等质量证据）。 ● 考虑到规划和业务因素，特别是在普遍流行环境下，所有艾滋病毒感染孕妇和哺乳妇女均应启动抗逆转录病毒治疗，并维持终生（附条件推荐，低质量证据）。 ● 在一些国家，对于那些因个人健康原因，不符合抗逆转录病毒治疗条件的妇女而言，可以考虑在存在母婴传播风险的阶段结束后停止抗逆转录病毒用药方案（附条件推荐，低质量证据）。
抗逆转录病毒和哺乳期	<p>留住病人2010年确定的主要原则和建议，包括：</p> <p>应由国家或省市卫生主管部门决定卫生服务机构是建议并支持艾滋病毒感染产妇进行母乳喂养并接受抗逆转录病毒干预还是建议并支持其根据个人情况完全避免母乳喂养。</p> <p>如国家卫生主管部门决定其孕产妇和儿童健康服务机构将主要推动并支持母乳喂养和抗逆转录病毒干预，因为该做法最有可能提高已知艾滋病毒感染产妇所生婴儿的无艾滋病毒感染生存机会，则：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 已知感染艾滋病毒的产妇（及其未感染或不知是否感染艾滋病毒的婴儿）应进行六个月纯母乳喂养，随后适当添加辅食，并持续喂养到孩子1岁。只有在能够获得不包括母乳的营养充足的安全膳食时，才停止母乳喂养（强推荐，有关婴儿前六个月的证据质量高，有关12个月建议的证据质量低）。
何时对儿童启动抗逆转录病毒治疗	<ul style="list-style-type: none"> ● 应对所有5岁以下艾滋病毒感染儿童启动抗逆转录病毒治疗，不论其CD4细胞计数是多少，也不论其根据世卫组织标准处于临床几期。 <ul style="list-style-type: none"> ● 1岁前确诊的婴儿（强推荐，中等质量证据） ● 1岁至5岁之间感染艾滋病毒的儿童（附条件推荐，极低质量证据） ● 应对所有5岁及以上感染艾滋病毒且CD4细胞计数等于或低于500个/立方毫米的儿童启动抗逆转录病毒治疗，不论其根据世卫组织标准处于临床几期。 <ul style="list-style-type: none"> ● CD4细胞计数等于或低于350个/立方毫米（强推荐，中等质量证据） ● CD4细胞计数在350个到500个/立方毫米之间（附条件推荐，极低质量证据） ● 应对所有艾滋病毒感染且出现严重或晚期症状性疾病（根据世卫组织标准处于临床三期或四期）的儿童启动抗逆转录病毒治疗，不论其CD4细胞计数是多少（强推荐，中等质量证据）。 ● 应对任何临床初步诊断为艾滋病毒感染的18个月以下幼儿启动抗逆转录病毒治疗（强推荐，低质量证据）。

^a 青少年指10岁至19岁的人。

启动抗逆转录病毒治疗时应使用哪种用药方案？

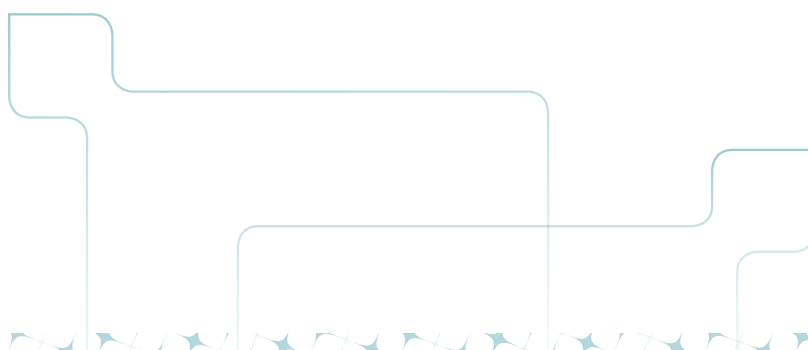
主题和人群	建议
成人和青少年一线抗逆转录病毒治疗用药方案	<ul style="list-style-type: none"> ● 一线抗逆转录病毒治疗应包括两种核苷类逆转录酶抑制剂加上一种非核苷类逆转录酶抑制剂。 ● 推荐用替诺福韦+拉米夫定（或恩曲他滨）+依非韦伦固定剂量复方制剂作为启动抗逆转录病毒治疗的首选方案（强推荐，中等质量证据）。 ● 如患者情况禁用替诺福韦+拉米夫定（或恩曲他滨）+依非韦伦，或该复方制剂无法获得，建议选用以下方案之一： <ul style="list-style-type: none"> ● 齐多夫定+拉米夫定+依非韦伦 ● 齐多夫定+拉米夫定+奈韦拉平 ● 替诺福韦+拉米夫定（或恩曲他滨）+奈韦拉平 （强推荐，中等质量证据）。 ● 鉴于普遍了解的司他夫定的代谢性毒性，各国应停止在一线用药方案中使用司他夫定（强推荐，中等质量证据）。
孕妇、哺乳妇女及其婴儿的一线抗逆转录病毒治疗	<ul style="list-style-type: none"> ● 建议以一天一次替诺福韦+拉米夫定（或恩曲他滨）+依非韦伦固定剂量复方制剂作为孕妇和哺乳妇女的一线抗逆转录病毒治疗用药方案，包括妊娠第一阶段孕妇和育龄妇女。该建议既适用于终生治疗也适用于为预防母婴传播而启动并于该阶段结束后终止的抗逆转录病毒治疗（强推荐，低至中等质量证据：一般而言针对成人证据质量为中等，但针对孕妇、哺乳妇女和婴儿等具体人群的证据质量低）。 ● 母亲正接受抗逆转录病毒治疗同时进行母乳喂养的婴儿应每天一次奈韦拉平进行六周预防性治疗。接受替代喂养的婴儿应进行四至六周预防性治疗，方案是每天一次奈韦拉平（或每天两次齐多夫定）。应在婴儿出生后或产后发现艾滋病病毒暴露时即启动预防性治疗（强推荐，针对母乳喂养婴儿的证据质量中等；强推荐，针对仅进行替代喂养的婴儿的证据质量低）。
3岁以下儿童一线抗逆转录病毒治疗	<ul style="list-style-type: none"> ● 对于所有3岁（36个月）以下艾滋病病毒感染儿童，均应使用以洛匹那韦/利托那韦为基础的用药方案进行一线抗逆转录病毒治疗，不论其非核苷类逆转录酶抑制剂暴露情况如何。如洛匹那韦/利托那韦方案不可行，则应启用以奈韦拉平为基础的用药方案（强推荐，中等质量证据）。 ● 在可以进行病毒载量监测的情况下，可以考虑在实现持续抑制艾滋病病毒之后使用一种非核苷类逆转录酶抑制剂替代洛匹那韦/利托那韦（附条件推荐，低质量证据）。 ● 对于感染艾滋病毒的3岁以下婴幼儿，如在使用含奈韦拉平或洛匹那韦/利托那韦的治疗方案时出现结核病，建议选择阿巴卡韦+拉米夫定+齐多夫定方案。一旦完成结核病治疗，即应停止该方案，并恢复最初的用药方案（强推荐，中等质量证据）。 ● 对于感染艾滋病毒的3岁以下婴幼儿，进行抗逆转录病毒治疗的核苷类逆转录酶抑制剂骨干用药方案应当是阿巴卡韦+拉米夫定或齐多夫定+拉米夫定（强推荐，低质量证据）。
3岁及以上儿童一线抗逆转录病毒治疗	<ul style="list-style-type: none"> ● 对于感染艾滋病毒的3岁及以上儿童（包括青少年），依非韦伦是进行一线治疗的首选非核苷类逆转录酶抑制剂，奈韦拉平为其替代选择（强推荐，低质量证据）。 ● 对于3岁至10岁之间（或体重35公斤以下的青少年）感染艾滋病毒的儿童，进行抗逆转录病毒治疗的核苷类逆转录酶抑制剂骨干用药方案应当是以下之一，排列顺序亦为选择顺序： <ul style="list-style-type: none"> ● 阿巴卡韦+拉米夫定 ● 齐多夫定或替诺福韦+拉米夫定或恩曲他滨 （附条件推荐，低质量证据） ● 对于体重35公斤及以上的感染艾滋病毒的青少年（10-19岁），进行抗逆转录病毒治疗的核苷类逆转录酶抑制剂骨干用药方案应当与成人用药方案一致，为以下之一，排列顺序亦为选择顺序： <ul style="list-style-type: none"> ● 替诺福韦+拉米夫定或恩曲他滨 ● 齐多夫定+拉米夫定 ● 阿巴卡韦+拉米夫定 （强推荐，质量证据）

监测抗逆转录病毒治疗效果并对治疗失败情况做出诊断

主题和人群	建议
成人、青少年和儿童	<ul style="list-style-type: none"> ● 建议将病毒载量作为诊断并确认抗逆转录病毒治疗失败的首选监测指标 (强推荐, 低质量证据)。 ● 如不能定期检测病毒载量, 应使用CD4细胞计数和临床监测确定治疗是否失败 (强推荐, 中等质量证据)。

二线抗逆转录病毒治疗：应转向哪种抗逆转录病毒用药方案

主题和人群	建议
成人和青少年应转向哪种抗逆转录病毒用药方案 (包括孕妇和哺乳期妇女)	<ul style="list-style-type: none"> ● 成人二线抗逆转录病毒治疗应包括两种核苷类逆转录酶抑制剂加上一种利托那韦增强型蛋白酶抑制剂。 ● 建议按以下顺序使用二线核苷类逆转录酶抑制剂方案： <ul style="list-style-type: none"> ● 在以替诺福韦+拉米夫定(或恩曲他滨)为基础的一线用药方案失败后, 二线方案以齐多夫定+拉米夫定为骨干核苷类逆转录酶抑制剂。 ● 在以齐多夫定或司他夫定+拉米夫定为基础的一线用药方案失败后, 二线方案以替诺福韦+拉米夫定(或恩曲他滨)为骨干核苷类逆转录酶抑制剂。 ● 建议以核苷类逆转录酶抑制剂固定剂量复方制剂为首选 (强推荐, 中等质量证据)。 ● 热稳定固定剂量复方制剂阿扎那韦/利托那韦和洛匹那韦/利托那韦是进行二线抗逆转录病毒治疗的首选增强型蛋白酶抑制剂 (强推荐, 中等质量证据)。
儿童应转向哪种抗逆转录病毒用药方案	<ul style="list-style-type: none"> ● 在以非核苷类逆转录酶抑制剂为基础的一线用药方案失败后, 建议二线抗逆转录病毒治疗使用一种增强型蛋白酶抑制剂加两种核苷类逆转录酶抑制剂; 洛匹那韦/利托那韦为首选增强型蛋白酶抑制剂 (强推荐, 中等质量证据)。 ● 在以洛匹那韦/利托那韦为基础的一线用药方案失败后, 建议3岁以下儿童仍坚持使用一线用药方案, 但应采取改进依从性的措施 (附条件推荐, 极低质量证据)。 ● 在以洛匹那韦/利托那韦为基础的一线用药方案失败后, 建议3岁及以上儿童转向包括一种非核苷类逆转录酶抑制剂和两种核苷类逆转录酶抑制剂的二线用药方案; 依非韦伦为首选非核苷类逆转录酶抑制剂 (附条件推荐, 低质量证据)。 ● 在阿巴卡韦或替诺福韦+拉米夫定(或恩曲他滨)的一线用药方案失败后, 二线抗逆转录病毒治疗的首选骨干核苷类逆转录酶抑制剂是齐多夫定+拉米夫定 (强推荐, 低质量证据)。 ● 在包含齐多夫定或司他夫定+拉米夫定(或恩曲他滨)的一线用药方案失败后, 二线抗逆转录病毒治疗的首选骨干核苷类逆转录酶抑制剂为阿巴卡韦或替诺福韦+拉米夫定(或恩曲他滨) (强推荐, 低质量证据)。



三线抗逆转录病毒治疗

主题和人群	建议
所有人群	<ul style="list-style-type: none"> ● 各国相关规划应制定三线抗逆转录病毒治疗政策（附条件推荐，低质量证据）。 ● 三线用药方案应将交叉耐药性风险最小的新药包括在之前使用的用药方案中，如整合酶抑制剂和二代非核苷类逆转录酶抑制剂和蛋白酶抑制剂（附条件推荐，低质量证据）。 ● 二线治疗即将失败且没有新抗逆转录病毒选择的患者应继续使用耐受用药方案（附条件推荐，极低质量证据）。
针对儿童的特殊考虑	<p>如二线治疗失败，需探索能够平衡对儿童利弊的策略。大童有更多的治疗选择，或许可以利用成人所使用的新药（如恩替卡韦、达芦那韦和拉替拉韦）形成三线抗逆转录病毒用药方案。二线治疗即将失败且没有新抗逆转录病毒选择的儿童应继续使用耐受用药方案。如已停止抗逆转录病毒治疗，仍需预防机会性感染，缓解症状并管理痛苦。</p>

业务运作和服务提供

主题	建议
优化抗逆转录病毒治疗依从性的干预措施	<ul style="list-style-type: none"> ● 作为一揽子依从措施的一部分，可考虑利用手机短信提醒，以提高抗逆转录病毒治疗依从性（强推荐，中等质量证据）。
综合服务和服服务之间的联系	<ul style="list-style-type: none"> ● 在艾滋病普遍流行环境下，孕产妇和儿童健康机构应对符合条件的孕产妇和婴儿启动并维持抗逆转录病毒治疗，并酌情与正在进行的艾滋病毒诊疗和抗逆转录病毒治疗服务建立联系和转诊机制（强推荐，极低质量证据）。 ● 在艾滋病和结核病负担高的环境下，结核病治疗机构应对艾滋病毒感染者启动抗逆转录病毒治疗，并与正在进行的艾滋病毒诊疗和抗逆转录病毒治疗服务建立联系（强推荐，极低质量证据）。 ● 在艾滋病和结核病负担高的环境下，艾滋病毒诊疗机构应对已确诊结核病的艾滋病毒感染者提供结核病治疗（强推荐，极低质量证据）。 ● 应在提供阿片类药物替代疗法的机构对符合条件的艾滋病毒感染者启动并维持抗逆转录病毒治疗（强推荐，极低质量证据）。
分散治疗和护理	<p>应考虑按以下方案分散启动和维持抗逆转录病毒治疗：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在医院启动抗逆转录病毒治疗，在外围卫生设施维持抗逆转录病毒治疗（强推荐，低质量证据）。 ● 在外围卫生设施启动并维持抗逆转录病毒治疗（强推荐，低质量证据）。 ● 在外围卫生设施启动抗逆转录病毒治疗，在社区（即卫生设施以外，如联系点、卫生服务站、居家服务或社区小组）维持治疗（强推荐，中等质量证据）。
任务转移	<ul style="list-style-type: none"> ● 可由经过培训的非医师临床工作人员、助产士和护士启动一线抗逆转录病毒治疗（强推荐，中等质量证据）。 ● 可由经过培训的非医师临床工作人员、助产士和护士维持抗逆转录病毒治疗（强推荐，中等质量证据）。 ● 在定期就诊间隔期，可由经过培训并接受监督的社区卫生工作者分发抗逆转录病毒治疗药物（强推荐，中等质量证据）。

给规划管理人员的指导

主题	指导
给规划管理人员的指导	<p>为就落实临床和业务建议做出决定，建议如下：</p> <ul style="list-style-type: none">● 国家主管部门决策时应遵循透明、开放和知情决定的进程。该进程应包括广泛利益攸关方的参与，包括来自受影响社区的有意义参与，同时考虑到有关建议的具体情况。● 决策过程应考虑国家和地方艾滋病毒流行病学数据、现行抗逆转录病毒治疗规划绩效以及社会经济、政策和法律背景，包括预算和人力需求以及其它对卫生系统的影响，即确定当前有哪些投入和系统可用以及哪些领域需要额外投资。● 决策过程应考虑伦理、公平和人权以及不同实施方案的影响、成本效益、机遇和风险。



更多资讯, 请联系:

世界卫生组织
艾滋病毒/艾滋病部门
20, avenue Appia
1211 日内瓦 27
瑞士

电子邮件: hiv-aids@who.int