

艾滋病抗病毒治疗病毒学失败影响因素

王欣

太原市第四人民医院(山西医科大学附属肺科医院) 山西 太原 030001

摘要:目的:探究艾滋病抗病毒治疗病毒学失败的影响因素。方法:选用国家艾滋病综合防治信息系统中A市2021年1月至2022年1月期间的抗病毒治疗的艾滋病患者的信息,共计20000例,随访截止时间定为2022年12月31日,分析艾滋病抗病毒治疗病毒学失败影响因素。结果:在收录的病例中,通过多因素对其进行分析后发现,经治疗前基线CD4+T淋巴细胞计数为0~49、50~199、200~349个/ μ L组艾滋病患者的病毒学失败因素是500个及以上组的11.687、2.895、1.896倍。从确诊到接受治疗的时间间隔在30d及以上者以及31~365d的病毒学失败风险是366及以上组的0.865、0.849倍。含齐多夫定初始治疗方案病毒学失败风险是含替诺福韦治疗的1.295倍。结论:治疗前基线CD4+T淋巴细胞计数水平偏低,确诊后启动抗病毒治疗时间间隔较长、含齐多夫定初始治疗方案等均是影响艾滋病抗病毒治疗病毒学失败的关键影响因素

关键词: 艾滋病; 抗病毒治疗; 病毒学失败; 影响因素

当下,临床对艾滋病患者通常以抗病毒治疗进行干预,这种方式可以有效控制病毒的生长,以此达到抑制疾病进展的目的^[1]。但是据临床调查发现^[2],抗病毒治疗的艾滋病患者存在发生病毒学失败的风险,一旦发生这种情况则会加重患者的身体负担,甚至会引起多种并发症发生。因此,需要及时明确影响艾滋病抗病毒治疗病毒学失败的因素,并在治疗期间对其进行规避以及重点监护,提升抗病毒治疗成功质量^[3]。因此,本文通过利用国家艾滋病综合防治信息系统中A市2021年1月至2022年1月期间的抗病毒治疗的艾滋病患者的信息进行分析,重点了解病毒学失败率以及影响因素。现做出如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料

通过国家艾滋病综合防治信息系统将2021年1月至2022年1月期间A市接受抗病毒治疗的艾滋病患者的信息进行下载,研究对象纳入标准:(1)所有患者的现住址应为A市;(2)开始接受抗病毒治疗的时间范围在2021年1月至2022年1月;(3)开始接受抗病毒治疗的年龄应在15岁及以上,且患者均具备完善的抗病毒治疗6个月后的病毒载量检测结果。

1.2 方法

以患者接受抗病毒治疗的时间作为观察的起点,将2022年12月31日作为观察终点,结局事件定义:如若患者接受抗病毒治疗6个月后第一次表现出病毒载量在400拷贝数/ml及以上则代表病毒学失败。如若患者在随访期发生死亡、失访、停药。未出现病毒学失败等为需要删除。将艾滋病病毒携带者/艾滋病患者的基线信息、随访

信息进行收集,内容包括:人口学特征、感染途径、确诊HIV感染事件、开始抗病毒治疗的时间、基线CD4+T淋巴细胞计数,定期随访信息等。

1.3 观察指标

(1)记录患者的基本情况,其中包括:性别、艾滋病病毒确证阳性到治疗时间、WHO临床分期、基线CD4+T淋巴细胞计数、初始治疗方案等。(2)A市艾滋病抗病毒治疗病毒学失败的影响因素分析。

1.4 统计学分析方法

采用SPSS 22.0处理相关数据资料, t 和 χ^2 检验组间数据,标准差%表示计量资料、计数资料, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 基本情况分析。

20000例患者中的患病例数,艾滋病病毒确证阳性到治疗时间:30d及以下、31d~365d、366d及以上、信息缺失等例数分别如下:4069例、9263例、3624例、44例;WHO临床分期:I期、II期、III期、IV期、分期不详患者的例数分别为如下:8952例、6154例、3502例、1265例、127例;基线CD4+T淋巴细胞计数:50以下、50~199、200~349、350~499、500以上、缺失患者的例数分别如下:216例、2267例、5023例、5564例、6895例、35例;初始治疗方案:TDF+3TC+EFV/NVP、AZT+3TC+EFV/NVP、D4T+3TC+EFV/NVP、其他等类型的患者例数分别如下:14852例、3269例、1257例、622例。20000例患者中的病毒学失败例数,艾滋病病毒确证阳性到治疗时间:30d及以下、31d~365d、366d

及以上、信息缺失等例数分别如下：754例、1654例、597例、5例，占比如下：10.66%、17.85%、16.47%、11.36%等；WHO临床分期：I期、II期、III期、IV期、分期不详患者的例数分别为如下：1105例、658例、352例、154例、11例，占比如下：12.34%、10.69%、10.05%、12.17%、8.66%；基线CD4+T淋巴细胞计数：50以下、50~199、200~349、350~499、500以上、缺失患者的例数分别如下：121例、465例、

698例、529例、694例、8例；占比如下：56.01%、20.51%、13.89%、9.50%、10.06%、22.85%等；初始治疗方案：TDF+3TC+EFV/NVP、AZT+3TC+EFV/NVP、D4T+3TC+EFV/NVP、其他等类型的患者例数分别如下：1587例、697例、305例、62例；占比如下：10.68%、21.32%、24.26%、9.96%等。

2.2 A市艾滋病抗病毒治疗病毒学失败的影响因素分析，表1。

表1 A市艾滋病抗病毒治疗病毒学失败的影响因素分析

变量	类别	艾滋病例数	单因素分析			多因素分析		
			HR值	95%CI	P值	aHR值	95%CI	P值
艾滋病病毒确诊阳性到治疗时间(d)	30d及以下	7069	0.859	0.758~0.956	0.003	0.828	0.736~0.968	<0.001
	31d~365d	9263	0.968	0.819~1.000	0.018	0.897	0.756~0.987	0.004
	366d及以上	3624	1.000		0.059	1.000		0.001
WHO临床分期	I	8952	0.957	0.819~1.109	0.509	1.227	1.049~1.468	0.030
	II	6154	0.896	0.729~0.999	0.049	1.059	0.893~1.268	0.019
	III	3502	0.769	0.673~0.968	0.049	0.968	0.895~1.235	0.546
	IV	1265	1.000		0.019	1.000		0.698
	不详	127	0.498	0.229~0.885	<0.001	0.458	0.230	<0.001
基线CD4+T淋巴细胞计数	50以下	216	11.619	9.628~14.06	<0.001	11.958	9.856~12.687	<0.001
	50~199	2267	2.498	2.688~2.968	<0.001	2.589	2.458~2.857	<0.001
	200~349	5023	1.597	1.368~1.685	<0.001	1.589	1.425~1.598	<0.001
	350~499	5564	1.149	1.398~1.685	<0.001	1.158	1.039~1.285	<0.001
	500以上	6895	1.000		0.029	1.000		0.019
初始治疗方案	TDF+3TC+EFV/NVP	14852	1.000			1.000		
	AZT+3TC+EFV/NVP	3269	1.259	1.111~1.399	<0.001	1.279	1.163~1.485	<0.001
	D4T+3TC+EFV/NVP	1257	1.158	1.058~1.359	0.019	1.116	0.986~1.536	0.139
	其他	622	1.196	0.856~1.569	0.229	1.289	0.987~1.658	0.157

3 讨论

艾滋病是临床十分危急的传染性疾病，患者在患病后其临床症状相对较为繁多，甚至会引起感染、多个系统功能障碍等并发症，加重患者的身心负担^[4]。抗病毒治疗是目前临床对艾滋病患者施治的重要手段，通过该项治疗可以抑制体内病毒复制，并且可以降低机会性感染、死亡等风险^[5]，以此延长生命使患者的生活质量得到提升，现已成为对HIV传播进行预防的重要手段^[6]。但是在患者长时间接受抗病毒治疗期间内，艾滋病病毒感染者以及艾滋病患者存在因抗病毒治疗失败而造成机会性感染，增加医疗费用，甚至还会引起耐药株发生^[7]。据临床调查发现^[8]，我国接受抗病毒治疗的艾滋病病毒感染以及艾滋病患者病毒学失败率相对较高，虽然我国医疗技术水平不断提升，抗病毒治疗的艾滋病病毒感染以及艾滋病患者病毒学失败率逐渐降低，但是仍然存在较多的失败案例。当下，临床十分关注抗病毒治疗失败的因素^[9]。

本次研究结果表明，在收录的病例中，通过多因素对其进行分析后发现，经治疗前基线CD4+T淋巴细胞计数为0~49、50~199、200~349个/ μ L组艾滋病患者的病毒学失败因素是500个及以上组的11.687、2.895、1.896倍。从确诊到接受治疗的时间间隔在30d及以上者以及31~365d的病毒学失败风险是366及以上组的0.865、0.849倍。含齐多夫定初始治疗方案病毒学失败风险是含替诺福韦治疗的1.295倍。充分说明，影响艾滋病抗病毒治疗病毒学失败的因素包括：治疗前基线CD4+T淋巴细胞计数水平偏低、确证后启动抗病毒治疗时间间隔较长、含齐多夫定初始治疗方案等。分析其原因：对于艾滋病患者而言，疾病具有一定的传染性，且患者的病情状况相对严重，具有较高的致死性的特点。疾病的发生会使患者发生不同程度的免疫功能障碍的情况，对患者的身体健康造成严重的影响。因此，临床十分重视对患者的治疗。目前，艾滋病抗病毒治疗是临床对患者施治的重要手段，

这种方式的应用可以有效改善患者的病情状况和临床症状,促进患者的全面康复。但是在治疗期间,存在较高的失败率,但是临床对影响治疗失败的因素相关研究甚少,因此需要加强对相关研究,为临床顺利开展抗病毒治疗奠定基础、提供保障等。对于失败的患者而言,抗病毒治疗的时机选择也十分关键,对于的确诊较晚的一类人群,在接受抗病毒治疗时体内HIV已大量复制,机体免疫系统被严重破坏,机会性感染发生率高,免疫重建困难。除此以外,随着治疗时间延长,在药物的选择压力下,只要病毒复制持续进行,HIV就会选择逃避这些药物抑制作用,野生毒株逐渐被耐药毒株取代,导致耐药毒株的不断积累最终引起耐药导致病毒抑制失败。所以,在对患者开展治疗期间,应做好对患者的宣教指导,并加强对患者的用药指导和病情监测等,积极调整用药方案,将治疗的失败率降至最低,维护艾滋病患者的身体健康,延长其生命周期,提升临床对患者的抗病毒治疗质量。但是本次研究仍存在少许不足之处,例如:所收录的样本数量较少、随访时间较短等,所以在后续严重中,应严格规避上述不足之处:增多样本收录量、延长随访时间等,保障临床研究的有效性和可行性。

综上所述,治疗前基线CD4+T淋巴细胞计数水平偏低、确证后启动抗病毒治疗时间间隔较长、含齐多夫定初始治疗方案等均是艾滋病抗病毒治疗病毒学失败影响因素。

参考文献

[1]马海棋,翟惠敏,李冰,等.接受抗病毒治疗HIV/AIDS

患者艾滋病心理痛苦现状及影响因素[J].温州医科大学学报,2023,53(4):298-304.

[2]李国贤,韦慧芬,蒋忠胜.艾滋病抗病毒治疗后免疫功能重建不良的研究进展[J].江苏大学学报(医学版),2023,33(2):180-184.

[3]任静.健康教育+微信延续性健康指导对提高艾滋病患者抗病毒治疗服药依从性及效果的影响[J].中外女性健康研究,2023(4):122-123,143.

[4]钟活麟,赵和平,李凌华,等.抗病毒治疗后不同免疫重建水平HIV感染者基线生化指标及艾滋病直接相关合并症差异[J].中华流行病学杂志,2023,44(8):1283-1289.

[5]刘京城.拉米夫定+替诺福韦+依非韦伦抗病毒方案治疗艾滋病的临床疗效及不良反应分析[J].现代诊断与治疗,2022,33(11):1638-1641.

[6]刘汉林,郎中凯,简春.重庆市万州区人类免疫缺陷病毒感染者和艾滋病患者抗病毒治疗后病毒载量结果分析[J].中国初级卫生保健,2022,36(8):79-81.

[7]李祥青,黄金萍,黎彦君,等.艾滋病抗病毒治疗患者服药依从性现状及影响因素分析[J].当代护士(中旬刊),2022,29(3):81-84.

[8]伍莉丹,黄练琴.基于团队协作的心理辅导联合抗病毒治疗对艾滋病患者情绪状态、生存质量的影响观察[J].现代诊断与治疗,2022,33(23):3633-3635.

[9]豆正东,芮蓓,张敏,等.芜湖市成年艾滋病感染者/病人抗病毒治疗服药依从性及其相关因素分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2022,43(9):877-881.