

嘉兴市185例艾滋病患者抗病毒治疗效果分析

张戡 宣华 邓敏

艾滋病是由人类免疫缺陷病毒感染引起的一种传染病,由于破坏机体免疫系统导致各类感染而致人死亡,尚无特效药可以治愈该疾病^[1]。高效抗反转录病毒联合疗法目前认为是可靠有效的治疗措施,可以有效抑制病毒水平,延长病人生命和提高生活质量^[2,3]。嘉兴市自2004年以来,根据国家免费抗病毒治疗政策,为200多例患者提供了免费药物^[4]。现将2004~2014年纳入治疗并存活一年以上的艾滋病患者进行疗效分析。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2004年1月至2014年12月嘉兴市第一医院门诊治疗并存活一年以上共185例艾滋病患者,其中男性171例、女性14例;年龄18~62岁,平均年龄(34.42±13.20)岁;治疗前CD⁴⁺ T淋巴细胞分布范围为86~310/μl,依据《艾滋病和艾滋病病毒感染标准》进行分组:低免疫水平组CD⁴⁺ T淋巴细胞<200/μl 74例,高免疫水平组CD⁴⁺ T淋巴细胞≥200/μl 111例。低水平免疫组中男性69例、女性5例,平均年龄(32.23±12.08)岁;高免疫水平组中男性102例、女性9例,平均年龄(35.16±11.89)岁。两组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 参考《国家免费艾滋病抗病毒治疗药物手册》,治疗方案包括三种抗病毒治疗药物,为两种核苷类反转录酶抑制剂和一种非核苷类反转录酶抑制剂联合用药方案^[5]。核苷类反转录酶抑制剂包括:齐多夫定片500 mg口服,每日两次;拉米夫定片300 mg口服,每日一次;司他夫定片15 mg口服,每日两次。非核苷类反转录酶抑制剂包括:奈韦拉平片200 mg口服,每日两次;依非韦伦片600 mg口服,每日一次。本次研究对象采用司他夫定+拉米夫定+奈韦拉平方案47例,采用齐多夫定+拉米夫定+奈韦拉平方案108例,采用齐多夫定+拉米夫定+依非韦伦方案22例,采用司他夫定+拉米夫定+依非韦伦方案8例。比较两组患者治疗后CD⁴⁺ T淋巴细胞变化情况,以及治疗前后CD⁴⁺ T淋巴细胞、白细胞、淋巴细胞、血红蛋白和血小板的变化。

1.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件统计处理数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后CD⁴⁺ T淋巴细胞计数比较见表1

表1 不同治疗组治疗前后CD⁴⁺ T淋巴细胞计数情况/μl

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗12个月后	平均增幅
低免疫水平组	74	158.41±27.24	277.07±73.69*	118.74±71.37#
高免疫水平组	111	251.03±32.64	325.44±107.89*	74.37±114.52

注: *:与治疗前比较, $P<0.05$; #:与高免疫水平组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,两组患者经过12个月的治疗随访后,治疗后的CD⁴⁺ T淋巴细胞计数明显高于治疗前,差异均有统计学意义(t 分别=13.02、6.95, P 均<0.05)。低免疫水平组患者的CD⁴⁺ T淋巴细胞计数平均增幅明显高于高免疫水平组,差异有统计学意义

($t=3.25, P<0.05$)。

2.2 185例艾滋病患者治疗前后血象正常率比较见表2

由表2可见,185例患者治疗前血象正常率较低,治疗12个月后,治疗后的淋巴细胞的正常率明显高于治疗前,差异有统计学意义($\chi^2=20.95, P<0.05$),而白细胞、血红蛋白和血小板治疗前后比较,差异

均无统计学意义(χ^2 分别=0.77、1.01、1.79, P 均>0.05)。

表2 治疗前后血象正常率比较/例(%)

指标	治疗前	治疗 12 个月
白细胞	118(63.78)	126(68.11)
淋巴细胞	68(36.76)	112(60.54)*
血红蛋白	122(65.95)	131(70.81)
血小板	135(72.97)	146(78.92)

注: *:与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

2.3 副反应发生情况 185例患者治疗12个月内, 出现恶心有71例(38.38%)、皮疹42例(22.70%)、肝肾功能异常36例(19.46%)、其他18例(9.73%)。同时, 有17例(9.19%)的患者出现2种或以上副反应。

3 讨论

艾滋病抗病毒治疗效果可以通过病毒载量和CD⁴⁺T淋巴细胞来评价。在地市一级主要根据CD⁴⁺T淋巴细胞来反映控制效果。本次研究显示, 185例患者在经过12个月的治疗后, CD⁴⁺T淋巴细胞都有明显上升(P 均<0.05), 提示该185例患者抗病毒治疗效果明显。本次研究还显示, 低免疫水平组患者的CD⁴⁺T淋巴细胞计数平均增幅明显高于高免疫水平组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 可见低免疫水平的艾滋病患者的治疗效果高于高免疫水平的艾滋病患者, 与文献[6~8]报道类似。关于抗病毒治疗时机, 一些大规模的队列研究表明, CD⁴⁺T淋巴细胞水平与发生机会性感染呈负相关^[9,10]。早期得到及时的治疗有助于降低机会性感染的几率。在进行抗病毒治疗条件的入选上, 国家也明确指出所有艾滋病感染者无论CD⁴⁺T淋巴细胞水平多少均可接受抗病毒治疗。

艾滋病感染者外周血异常很常见, 其类型包括贫血、白细胞减少和血小板减少等。本次研究显示, 185例患者治疗前血象正常率较低, 治疗12个月后, 治疗后的淋巴细胞的正常率明显高于治疗前 ($P < 0.05$), 而白细胞、血红蛋白和血小板治疗前后比较, 差异均无统计学意义(P 均>0.05)。与余枫华等^[11]报道接近。抗病毒治疗虽然抑制了艾滋病病毒的增殖, 减少了对人体免疫系统的损伤, 但免疫重建需要更长久时间, 血象各指标在短时间内达到正常范围仍有难度。艾滋病抗病毒治疗目前主张联合用药, 不同药物和不同治疗方案会引起不同的副作用, 185例患者中, 主要副作用表现为恶心、皮疹和

肝肾功能异常, 部分患者在治疗6个月以后症状有所缓解或消失, 仍有部分患者症状逐渐加重, 最终更改药物治疗方案。

本次研究不足之处在于, 一方面, 本次研究样本量有限, 由于受到存活条件和依从性的限制, 本次研究仅选取配合治疗且存活一年以上的185例患者, 如果有条件, 可以适当增加样本量。另一方面, 在进行CD⁴⁺治疗分组的时候, 可以尝试进行多组划分, 针对不同的药物治疗方案, 也可进行药物疗效方面的研究, 使得在统计学上更加有意义。

参考文献

- 1 王陇德. 艾滋病学[M]. 北京: 北京出版社, 2009. 66-67.
- 2 许文芳, 吴勇, 钟建平, 等. 高效抗逆转录病毒疗法治疗24周AIDS患者Th17和Treg细胞的表达特点[J]. 全科医学临床与教育, 2014, 12(1): 26-27.
- 3 Dabis F, Newell ML, Hirschel B. HIV drugs for treatment, and for prevention[J]. Lancet, 2010, 375(9731): 2056-2057.
- 4 罗建勇, 陈中文, 向泽林, 等. 嘉兴市2004-2010年艾滋病抗病毒治疗效果分析[J]. 中国预防医学杂志, 2012, 13(8): 591-594.
- 5 蔡卫平, 陈谐捷, 李惠琴, 等. 国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册[M]. 第4版. 北京: 人民卫生出版社, 2016. 27-43.
- 6 柳忠泉, 宁铁林, 夏建晖, 等. 天津市2005-2009年艾滋病抗病毒治疗效果分析[J]. 中国预防医学杂志, 2011, 12(2): 159.
- 7 邱涛, 丁萍, 刘晓燕, 等. 江苏省200例HIV感染者和艾滋病患者抗病毒治疗5年效果分析[J]. 中华预防医学杂志, 2014, 48(11): 947-952.
- 8 罗建勇, 陈中文, 徐文贤, 等. 疾控-医院-社区“三位一体”艾滋病治疗随访工作模式[J]. 中国艾滋病性病, 2014, 20(8): 619-620.
- 9 Kitallata MM, Gange SJ, Abraham AG, et al. Effect of early vs. deferred antiretroviral therapy for HIV on survival[J]. New Engl J Med, 2009, 360(18): 1815-1826.
- 10 Gallant JE. When to start antiretroviral therapy? NA—ACCORD stimulates the debate[J]. AIDS Read, 2009, 19(2): 49-50.
- 11 余枫华, 软冈, 吴谨呈. HIV/AIDS患者CD4细胞计数和血常规检测结果分析[J]. 公共卫生与预防医学, 2006, 17(5): 97.

(收稿日期 2016-05-18)

(本文编辑 蔡华波)