

# 人类免疫缺陷病毒感染诊治质量改进专家共识

国家感染性疾病医疗质量控制中心

**【摘要】**首次确诊人类免疫缺陷病毒（HIV）感染者诊疗中存在抗病毒治疗启动延迟、治疗前病情评估不规范以及疗效监测不及时等问题，对疾病控制和预后产生不良影响。为提高HIV感染者诊治质量，国家感染性疾病医疗质量控制中心专家组结合国内外研究成果及我国在HIV感染诊治方面的经验，制订了HIV感染质控指标，包括首次确诊患者抗病毒治疗前病情评估率、7天内启动抗病毒治疗比例、抗病毒治疗半年后疗效评估率和有效率、获得性免疫缺陷综合征（AIDS）住院患者病死率等。为指导各级、各类医疗机构应用上述质控指标，国家感染性疾病医疗质量控制中心组织专家制订本共识，对HIV感染诊治质控指标意义、质控指标信息化采集以及医院和科室HIV感染诊治质量持续改进提出了建议。

**【关键词】**人类免疫缺陷病毒感染；抗反转录病毒治疗；获得性免疫缺陷综合征；CD4<sup>+</sup>T淋巴细胞

## Expert consensus on quality improvement of human immunodeficiency virus infection diagnosis and treatment National Medical Quality Control Center for Infectious Diseases

**【Abstract】**In the clinical management of newly diagnosed patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection, issues such as delayed initiation of antiretroviral therapy (ART), non-standardized pre-treatment clinical evaluations, and untimely therapeutic efficacy monitoring persist, all of which adversely affect disease control and prognosis. In order to enhance the quality of diagnosis and treatment for HIV-infected patients, the expert panel from the National Medical Quality Control Center for Infectious Diseases has formulated a set of quality control indicators based on global research advancements and China's clinical experience on HIV management. These indicators include: pretreatment assessment rate for newly diagnosed patients, proportion of ART initiation within 7 days after HIV infection diagnosis, therapeutic efficacy evaluation rate and success rate at 6 months post-ART initiation, and mortality rate among hospitalized acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) patients. To guide healthcare institutions at all levels in implementing these quality metrics, the National Medical Quality Control Center for Infectious Diseases has organized experts to develop this consensus document, which provides recommendations regarding the clinical significance of HIV quality control indicators, standardized data collection through information systems, and continuous quality improvement strategies for hospital-based HIV care services.

**【Key words】**Human immunodeficiency virus infection; Anti-retroviral therapy; Acquired immunodeficiency syndrome; CD4<sup>+</sup>T leukomonocyte

人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus, HIV）感染导致的获得性免疫缺陷综合征

（acquired immunodeficiency syndrome, AIDS）及其相关并发症严重影响人类健康。根据联合国艾滋病规划署（the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS）的数据，截至2023年底，全球现存活HIV/AIDS患者3 990万例，当年新发HIV感染者130万例，有3 070万人正在接受抗反转录病毒治疗（anti-retroviral therapy，

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2025.01.001

基金项目：2024年首都卫生发展科研专项（No. 首发2024-1-2172）；首都临床特色诊疗技术研究及转化应用项目（No. Z221100007422076）；2022年北京市卫生健康委员会高层次公共卫生技术人才建设项目（No. 学科带头人-01-02）；国家疾病预防控制中心公共卫生人才培养支持项目

ART)<sup>[1]</sup>。我国HIV/AIDS防治形势依然严峻,截至2024年6月30日,全国报告现存活HIV感染者/AIDS患者1 329 127例,累计报告死亡患者474 006例<sup>[2]</sup>。

为降低HIV传播风险和病死率等<sup>[4-6]</sup>,世界卫生组织于2017年首次提出“快速启动抗病毒治疗(rapid ART)”策略,即在HIV感染确诊7天后(包括当天)启动ART<sup>[3]</sup>。Rapid ART是在“确诊HIV感染者无论CD4<sup>+</sup>T淋巴细胞水平高低均应启动ART”原则的基础上对具体启动时间的更精确推荐。目前,我国新发HIV感染者确诊30天内ART启动率不足75%<sup>[7]</sup>,7天内启动ART的比例仅为18.7%<sup>[8]</sup>,仍有巨大的提升空间。此外,合并感染筛查、病情评估和抗病毒疗效评价是规范HIV感染诊治管理的3个关键环节。国家感染性疾病医疗质量控制中心监测和调研发现,部分医疗机构在上述关键环节仍存在不规范的情况。因此,为进一步提升HIV感染诊治质量,国家感染性疾病医疗质量控制中心基于上述关键环节,组织专家制定HIV感染诊疗质量控制指标。

为落实HIV感染医疗质量控制指标的监测,实现HIV感染诊治质量管理的科学化、精细化、规范化、信息化和同质化,国家感染性疾病医疗质量控制中心专家组结合国内外研究成果及我国在HIV感染诊治质量管理方面的经验,制订了本共识,对质控指标意义、质控指标信息化采集、医院和科室HIV感染诊治质量持续改进提出了建议。

#### 一、HIV感染诊疗质量控制指标

##### (一)首次确诊HIV感染者病情评估率(ID-HIV-01)

**定义:**首次确诊HIV感染者7天内完善病情评估的人数占同期首次确诊HIV感染者总人数的比例。

##### 计算公式:

$$\begin{aligned} & \text{首次确诊HIV感染者病情评估率} \\ &= \frac{\text{首次确诊HIV感染者病情评估的人数}}{\text{同期首次确诊HIV感染者总人数}} \times 100\% \end{aligned}$$

**说明:**病情评估是指按照《国家艾滋病免费抗病毒治疗手册(第五版)》中的相关要求,对首次确诊HIV感染者在7天内行HIV RNA检测、CD4<sup>+</sup>T淋巴细胞检测。

**意义:**反映医疗机构对首次确诊HIV感染者免疫状态和病毒载量的评估能力。

##### (二)首次确诊HIV感染者行ART前病原体筛查情况

###### 1. HBV筛查率(ID-HIV-02)

**定义:**首次确诊HIV感染者在ART前行乙型肝炎病毒表面抗原(hepatitis B surface antigen, HBsAg)检查的人数占同期新增首次确诊HIV感染者总人数的比例。

##### 计算公式:

$$\begin{aligned} & \text{HBV筛查率} \\ &= \frac{\text{首次确诊HIV感染者在ART前行HBsAg筛查的人数}}{\text{同期首次确诊HIV感染者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

**意义:**反映医疗机构对首次确诊HIV感染者是否合并HBV感染的筛查能力。

###### 2. HCV筛查率(ID-HIV-03)

**定义:**首次确诊HIV感染者在ART前行抗-HCV检查的人数占同期首次确诊HIV感染者总人数的比例。

##### 计算公式:

$$\begin{aligned} & \text{HCV筛查率} \\ &= \frac{\text{首次确诊HIV感染者在ART前行抗-HCV筛查的人数}}{\text{同期首次确诊HIV感染者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

**意义:**反映医疗机构对首次确诊HIV感染者是否合并HCV感染的筛查能力。

###### 3. 梅毒筛查率(ID-HIV-04)

**定义:**首次确诊HIV感染者在ART前行梅毒筛查的人数占同期首次确诊HIV感染者总人数的比例。

##### 计算公式:

$$\begin{aligned} & \text{梅毒筛查率} \\ &= \frac{\text{首次确诊HIV感染者在ART前行梅毒筛查的人数}}{\text{同期首次确诊HIV感染者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

**说明:**梅毒筛查包括梅毒螺旋体颗粒凝集试验(treponema pallidum particle agglutination, TPPA)、甲苯胺红快速反应素试验(toluidine red unheated-serum test, TRUST)、快速血浆反应素试验(rapid plasma reagin circle card test, RPR)和IgM等血清学检测,检测其中任一项均可。

**意义:**反映医疗机构对首次确诊HIV感染者是否合并梅毒感染的筛查能力。

##### (三)首次确诊HIV感染者7天内启动ART比例(ID-HIV-05)

**定义:**首次确诊HIV感染者在诊断后7天内启

动ART人数占同期首次确诊HIV感染者总人数的比例。

#### 计算公式:

$$\frac{\text{首次确诊HIV感染者7天内启动ART比例}}{\text{首次确诊HIV感染者在诊断后7天内启动ART的人数}} \times 100\%$$

**意义:**反映医疗机构对首次确诊HIV感染者ART的及时性。

(四)首次确诊HIV感染者行ART满半年疗效评价率(ID-HIV-06)

**定义:**首次确诊HIV感染者行ART满半年行疗效评价的人数占同期首次确诊HIV感染者抗病毒治疗满半年患者人数的比例。

#### 计算公式:

$$\frac{\text{首次确诊HIV感染者ART满半年疗效评价率}}{\text{首次确诊HIV感染者ART满半年疗效评价人数}} \times 100\%$$

**说明:**疗效评价包括HIV RNA检测和CD4<sup>+</sup>T淋巴细胞检测。

**意义:**反映医疗机构规范开展HIV感染者抗病毒疗效评估的情况。

(五)首次确诊HIV感染者ART半年有效率(ID-HIV-07)

**定义:**首次确诊HIV感染者ART半年有效的患者人数占首次确诊HIV感染者ART满半年总人数的比例。

#### 计算公式:

$$\frac{\text{首次确诊HIV感染者ART半年有效率}}{\text{首次确诊HIV感染者ART半年有效的人数}} \times 100\%$$

**说明:**抗病毒治疗有效是指抗病毒治疗满半年后HIV RNA检测结果低于检测下限。

**意义:**反映医疗机构规范评价HIV感染者抗病毒治疗效果的情况。

(六)AIDS机会性感染的筛查与预防

#### 1. 复方磺胺甲噁唑一级预防率(ID-HIV-08)

**定义:**使用复方磺胺甲噁唑一级预防病例数占同期HIV感染者CD4<sup>+</sup>T淋巴细胞 < 200个/mm<sup>3</sup>病例

总数的比例。

#### 计算公式:

$$\frac{\text{复方磺胺甲噁唑一级预防率}}{\text{HIV感染者且CD4}^+\text{T细胞} < 200 \text{个/mm}^3 \text{的病例中使用复方磺胺甲噁唑一级预防病例数}} \times 100\%$$

**意义:**评价医疗机构对晚发现HIV感染者进行肺孢子菌感染一级预防的实施情况。

#### 2. 肺结核筛查率(ID-HIV-09)

**定义:**进行肺结核筛查病例数占同期HIV感染者CD4<sup>+</sup>T淋巴细胞 < 200个/mm<sup>3</sup>病例总数的比例。

#### 计算公式:

$$\frac{\text{肺结核筛查率}}{\text{HIV感染者且CD4}^+\text{T细胞} < 200 \text{个/mm}^3 \text{的病例中进行肺结核筛查的病例数}} \times 100\%$$

**说明:**肺结核筛查是指行胸部影像学检查,包括胸部X线或CT检查,同时行病原学检查,包括痰抗酸染色涂片、培养和快速分子检测技术之一或肺组织病理检查。

**意义:**评价医疗机构对晚发现HIV感染者进行肺结核筛查的情况。

#### (七)住院AIDS患者病死率(ID-HIV-10)

**定义:**住院AIDS患者死亡人数占同期住院AIDS患者总数的比例。

#### 计算公式:

$$\frac{\text{住院AIDS患者病死率}}{\text{住院AIDS患者死亡人数}} \times 100\%$$

**意义:**反映医疗机构对AIDS住院患者的救治水平。

#### 二、质控指标数据提取方案

(一)首次确诊HIV感染者病情评估率(ID-HIV-01)数据提取方案

1. 数据采集范围:全院(门急诊加住院)。

2. 临床医生和信息科工作人员共同确定本院确诊的HIV感染者名单,并提取首次确诊日期、门诊和(或)住院号、性别、年龄等形成目标患者信息列表。

3. 临床医生和信息科工作人员共同确定本院

确诊HIV感染者检测医嘱条目范围,包括HIV RNA检测、CD4<sup>+</sup>T淋巴细胞检测。根据目标患者信息列表中的门诊号/住院号,匹配医嘱系统,提取上述两项检测医嘱首次开具时间和医嘱条目。匹配系统检验结果,提取首次检测结果和报告时间。

4. 根据上述规则,进行数据采集提取,生成初始数据表格。

5. 各医疗机构数据上报人员应和临床医生、信息科人员一起对初始数据表格内容进行核对、清洗。

6. 按计算公式得出指标数据。

7. 各医疗机构根据清洗后的数据生成上报数据集,并按照医院编码+指标名称上报(见表1)。

(二) 首次确诊HIV感染者抗病毒治疗前病原体筛查情况(ID-HIV-02、03、04)数据提取方案

1. 数据采集范围: 全院(门急诊加住院)。

2. 临床医生和信息科工作人员共同确定本院确诊的HIV感染者名单,并提取首次确诊日期、门诊和(或)住院号、性别、年龄等形成目标患者信息列表。

3. 临床医生和信息科工作人员共同确定本院确诊HIV感染者检测医嘱条目范围,包括乙型肝炎病毒标志物、抗-HCV以及梅毒TPPA、TRUST、RPR、IgM检测。根据目标患者信息列表中的门诊号/住院号,匹配医嘱系统,提取上述两项检测医嘱首次开具时间和医嘱条目。匹配系统检验结果,

提取首次检测结果和报告时间。

4. 根据上述规则进行数据采集提取,生成初始数据表格。

5. 各医疗机构数据上报人员应和临床医生、信息科人员一起对初始数据表格内容进行核对、清洗。

6. 按计算公式得出指标数据。

7. 各医疗机构根据清洗后的数据生成上报数据集,并按照医院编码+指标名称上报(见表2-1、表2-2和表2-3)。

(三) 首次确诊HIV感染者7天内启动抗病毒治疗比例(ID-HIV-05)数据提取方案

1. 数据采集范围: 全院(门急诊加住院)。

2. 临床医生和信息科工作人员共同确定本院确诊的HIV感染者名单,并提取首次确诊日期、门诊和(或)住院号、性别、年龄等形成目标患者信息列表。

3. 临床医生和信息科工作人员共同根据目标患者信息列表中的门诊号/住院号,匹配国家免费治疗数据库系统,提取患者启动治疗的时间。

4. 根据上述规则,进行数据采集提取,生成初始数据表格。

5. 各医疗机构数据上报人员应和临床医生、信息科人员一起对初始数据表格内容进行核对、清洗。

6. 按计算公式得出指标数据。

7. 各医疗机构根据清洗后的数据生成上报数据

表1 首次确诊HIV感染者病情评估率(ID-HIV-01)数据上报数据集

门诊/住院号(或其他患者唯一识别号)	性别	年龄	HIV确诊日期	HIV RNA检测日期	HIV RNA结果	CD4 <sup>+</sup> T淋巴细胞检测日期	CD4 <sup>+</sup> T淋巴细胞检测结果

表2-1 确诊HIV感染者抗病毒治疗前合并感染病原体筛查情况-乙型肝炎(ID-HIV-02)上报数据集

门诊/住院号(或其他患者唯一识别号)	性别	年龄	HIV确诊日期	HBsAg筛查检测日期	HBsAg结果

注: HBsAg (hepatitis B surface antigen): HBV 表面抗原

表2-2 确诊HIV感染者抗病毒治疗前合并感染病原体筛查情况-丙型肝炎(ID-HIV-03)上报数据集

门诊/住院号(或其他患者唯一识别号)	性别	年龄	HIV确诊日期	抗-HCV检测日期	抗-HCV结果

表2-3 确诊HIV感染者抗病毒治疗前合并感染病原体筛查情况-梅毒(ID-HIV-04)上报数据集

门诊/住院号(或其他患者唯一识别号)	性别	年龄	HIV确诊日期	梅毒筛查检测日期	TPPA结果	TRUST结果	RPR结果	IgM结果

注: TPPA: 梅毒螺旋体颗粒凝集试验, TRUST: 甲苯胺红快速反应素试验, RPR: 快速血浆反应素试验



表5 首次确诊 HIV 感染者行 ART 半年有效率 (ID-HIV-07) 上报数据集

门诊/住院号 (或其他患者唯一识别号)	性别	年龄	HIV确诊日期	启动ART日期	治疗后6个月时HIV RNA检测日期	HIV RNA检测结果 <sup>a</sup>

注：<sup>a</sup>：HIV RNA 低于检测下限按照检测下限时填写，如检测下限为 20 拷贝 /ml，则填写 20；如有未检测到靶标可填写 0

表6 AIDS 机会性感染的筛查与预防 (ID-HIV-08、09) 上报数据集

门诊/住院号 (或其他患者唯一识别号)	性别	年龄	CD4 <sup>+</sup> T淋巴细胞检测日期	CD4 <sup>+</sup> T淋巴细胞结果	是否开具复方磺胺甲噁唑	开具复方磺胺甲噁唑日期	肺结核筛查日期	肺结核筛查方法 (胸片、肺CT、细菌学、分子生物学)

表7 住院 AIDS 患者病死率 (ID-HIV-10) 数据上报数据集

住院号	性别	年龄	是否死亡	死亡时间	死亡原因

4. 根据上述规则，进行数据采集提取，生成初始数据表格。

5. 各医疗机构数据上报人员应和临床医生一起对初始数据表格内容进行核对、清洗。

6. 按计算公式得出指标数据。

7. 各医疗机构根据清洗后的数据生成上报数据集，并按照医院编码+指标名称上报（见表7）。

三、诊治质量持续改进建议

（一）早诊早治、定期检测，提高治疗后病毒抑制率和降低HIV感染者病死率是AIDS诊治质量管理过程中的关键环节，建议将早发现、快速启动治疗、定期评价以及降低病死率作为诊治质量控制和改进的关键点。

（二）医疗机构应组织感染性疾病科、医务科和质控管理相关部门，在本质控指标基础上，结合医疗机构实际情况，可进一步细化和扩充，制定适合本院的HIV感染质控指标，并组织全员进行培训。

（三）医疗机构应组织感染性疾病科、医务科和绩效管理相关部门，结合医疗机构实际情况，将HIV感染质控指标纳入定点医疗机构感染性疾病科等相关科室绩效考核管理，持续提高医疗机构内部AIDS诊疗质量管理水平。

（四）医疗机构应组织感染性疾病科、医务科、门诊部和信息科等相关科室，根据HIV感染质控指标，完善医疗机构电子病历，做好住院病历管理，制定和优化HIV感染质控指标信息化提取方案。

（五）医疗机构应该充分利用电子化工具，对医疗机构HIV感染质控开展动态监测和分

析，制定改进方案，实现HIV感染诊治质量持续改进。

（六）针对确诊后病情评估和快速启动抗病毒治疗，建议从以下3个环节进行影响因素分析并进行持续改进。

1. 医防融合，医疗机构与疾病预防控制中心应建立密切联系，为新诊断的HIV感染者提供绿色转介。

2. 推广个案管理师模式，通过个案管理师提供个体化全方位的病例导航模式，让新诊断的HIV感染者及时链接到医疗机构。

3. 医疗机构需要提高临床检验和影像学检查的能力建设，缩短检测/检查的回报时间，争取更多的患者能够在诊断7天内启动治疗。

（七）针对早期ART疗效监测和不良反应的处置，建议从以下3个环节进行因素分析并进行持续改进。

1. 各医疗机构应该制定ART疗效监测计划，科学合理开展疗效监测。

2. 医疗机构医护人员应该提高对治疗药物不良反应的认识和处置能力。

3. 加强对患者的教育，配合患者自报告策略，早期发现药物不良反应并及时处置。

（八）针对降低AIDS患者的病死率，建议从以下3个环节进行因素分析并进行持续改进。

1. 针对晚发现患者，医疗机构需积极进行机会性感染的筛查和预防，同时积极治疗已经存在的

机会性感染，并尽快启动ART治疗。

2. 医疗机构需要不断提高机会性感染的诊疗和救

治能力,降低患者因合并机会性感染导致的病死率。

3. 医疗机构需要建立多学科诊疗机制,加强对非AIDS相关疾病的诊治能力,进一步降低HIV感染病死率。

### 参 考 文 献

- [1] UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics: Fact sheet[EB/OL]. (2024-07-22) [2025-01-24]. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
- [2] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心. 2024年第二季度全国艾滋病性病疫情[J]. 中国艾滋病性病,2024,30(9):893.
- [3] World Health Organization. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy[Z]. 2017.
- [4] Lodi S, Phillips A, Logan R, et al. Comparative effectiveness of immediate antiretroviral therapy versus CD4-based initiation in HIV-positive individuals in high-income countries: observational cohort study[J]. Lancet HIV,2015,2(8):e335-e343.
- [5] Thornhill JP, Fox J, Martin GE, et al. Rapid antiretroviral therapy in primary HIV-1 infection enhances immune recovery[J]. AIDS,2024,38(5):679-688.
- [6] Xia H, Li L, Wu Y, et al. Rapid initiation of antiretroviral therapy under the treat-all policy reduces loss to follow-up and virological failure in routine human immunodeficiency virus care settings in China: A retrospective cohort study (2016-2022)[J]. AIDS Patient Care STDS,2024,38(4):168-176.
- [7] Wu X, Sun Y, Li Y, et al. Early outcome after treat-all among people living with HIV in China: an interrupted time series analysis[C]. CROI. Seattle Washington, 2023.
- [8] 魏来, 赵燕, 甘秀敏, 等. 我国HIV感染者抗病毒治疗及时性分析(2011-2020)[J]. 国际流行病学传染病学杂志,2022,49(6):365-370.
- [9] 中华医学会感染病学分会艾滋病学组, 中国疾病预防控制中心. 中国艾滋病诊疗指南(2024版)[J]. 中华临床感染病杂志,2024,17(3):161-190.
- [10] 代丽丽, 陈仁芳, 陈耀凯, 等. 快速启动艾滋病抗病毒治疗专家共识[J]. 中国艾滋病性病,2023,29(7):737-744.

### 本专家共识编写专家组成员:

**执笔作者:** 马智勇(湖北省感染质控中心、武汉大学中南医院)、丁海波(辽宁省感染质控中心、中国医科大学附属第一医院)、张忠威(湖北省感染质控中心、武汉大学中南医院)、凌雪梅(广东省艾滋病丙肝诊疗质量控制中心、广州医科大学附属市八医院)、韩冰(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控制中心、首都医科大学附属北京地坛医院)

**通信作者:** 蒋荣猛, Email: 13911900791@163.com; 熊勇, Email: 13638615851@163.com; 沈银忠, Email: shenyinzhong@fudan.edu.cn; 卢洪州, Email: luhongzhou@szsy.sustech.edu.cn; 何云, Email: yuer-he@163.com

**专家组(按姓氏笔划排序):** 丁洋(辽宁省感染质控中心、中国医科大学附属盛京医院)、马洁(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会副主任委员、东南大学附属第二医院)、毛小荣(甘肃省感染质控中心、兰州大学第一医院)、王芙蓉(内蒙古自治区感染质控中心、内蒙古自治区第四医院)、王贵强(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会副主任委员、北京大学第一医院)、代丽丽(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、首都医科大学附属北京佑安医院)、卢洪洲(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、深圳市第三人民医院)、卢水华(深圳市感染质控中心、深圳市第三人民医院)、叶寒辉(福建省感染质控中心、福建医科大学附属孟超肝胆医院)、石荔(西藏自治区感染质控中心、西藏自治区人民医院)、刘映霞(深圳市感染质控中心、深圳市第三人民医院)、刘松涛(重庆市结核病质控中心、重庆市公共卫生医疗救治中心)、孙成栋(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、首都医科大学附属北京积水潭医院)、许能奎(福建省感染质控中心、福建省立医院)、张志成(江西省感染质控中心、南昌市中心医院)、张凯宇(吉林省感染质控中心、吉林大学第一医院)、张忠法(山东省感染质控中心、山东省公共卫生临床中心)、张缙云(山西省感染质控中心、山西医科大学第一医院)、李兴旺(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控制中心和改进中心、首都医科大学附属北京地坛医院)、李恒(重庆市呼吸道传染病质控中心、重庆市艾滋病质控中心、重庆市公共卫生医疗救治中心)、李家斌(安徽省感染质控中心、安徽医科大学第一附属医院)、杨文杰(天津市感染质控中心、天津市第一中心医院)、杨宝山(黑龙江省感染质控中心、哈尔滨医科大学附属第一医院)、杨永峰(江苏省感染质控中心、江苏省传染病医院)、杨益大(浙江省感染质控中心、浙江大学医学院附属第一医院)、沈银忠(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、上海市公共卫生临床中心)、宗志勇(四川省感染质控中心、四川大学华西医院)、罗新华(贵州省感染质控中心、贵州省人民医院)、连建奇(陕西省感染质控中心、空军军医大学唐都医院)、胡凤玉(广东省艾滋病丙肝诊疗质量控制中心、广州医科大学附属市八医院)、施理(海南省感染质控中心、海南省人民医院)、赵彩彦(河北省感染质控中心、河北医科大学第三医院)、祖红梅(青海省感染质控中心、青海省第四人民医院)、唐红(四川省感染质控中心、四川大学华西医院)、耿嘉蔚(云南省感染质控中心、云南省第一人民医院)、高志良

(广东省感染质控中心、中山大学附属第三医院)、高孟秋(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、首都医科大学附属北京胸科医院)、高燕(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、北京大学人民医院)、曹阳(吉林省传染科质控中心、长春市传染病医院)、梁红霞(河南省感染质控中心、郑州大学第一附属医院)、谢青(上海市感染质控中心、上海交通大学医学院附属瑞金医院)、谢雯(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控制和改进中心、首都医科大学附属北京地坛医院)、谢松松(新疆生产建设兵团感染质控中心、石河子大学第一附

属医院)、鲁晓擘(新疆维吾尔自治区感染质控中心、新疆医科大学第一附属医院)、黄燕(湖南省感染质控中心、中南大学湘雅医院)、蒋荣猛(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控制和改进中心、首都医科大学附属北京地坛医院)、蒋忠胜(广西壮族自治区感染质控中心、柳州市人民医院)、熊勇(湖北省感染质控中心、武汉大学中南医院)、蔡大川(重庆市肝病、肠道病专业质控中心、重庆医科大学附属第二医院)

(收稿日期: 2025-01-06)

(本文编辑: 孙荣华)

国家感染性疾病医疗质量控制中心. 人类免疫缺陷病毒感染诊治质量改进专家共识 [J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志 (电子版), 2025,19(1):1-8.

