

同服或空腹服用。临床监测显示，每日规范服药，对男男性行为人群传播HIV的预防效力达92%，对异性恋人群传播HIV的预防效力达84%。

还有按需服药方案（2+1+1方案），即预期性行为前2~24小时服用2片，性行为后24小时服用第3片，性行为后48小时服用第4片。若性行为持续超过48小时，需每24小时服用1片，直至性行为结束后48小时。该方案适用于男男性行为者，优点是服药频率低，但对依从性的要求更高，漏服可能导致预防效力下降。

需要提醒，开始PrEP前必须进行HIV检测（排除当前感染），确认为阴性才能使用；同时需检测肾小球滤过率、乙肝五项、丙肝抗体、性传播疾病；服药期间需每3个月复查一次。

PEP：事后的“紧急阻断”

PEP指在可能暴露于HIV后72小时内开始服用抗病毒药物，连续服用28天，以阻止病毒复制。其作用机制与PrEP类似，但需在暴露后快速启动。通过联合使用多种作用机制不同的抗病毒药物（通常为双核苷类反转录酶抑制剂+整合酶抑制剂或蛋白酶抑制剂），形成“协同阻断效应”，阻止病毒在体内定植、扩散。

HIV暴露分为职业暴露和非职业暴露。职业暴露是指卫生保健人员、人民警察或其他人员在职业工作中与HIV感染者的血液、组织或其他体液等接触而具有感染HIV的危险。非职业暴露是指除职业暴露外，

由其他个人行为引发的HIV暴露。

暴露后需立即进行风险评估，这是决定是否启动PEP的关键。一方面是对暴露途径及其危险度进行评估，途径包括暴露源损伤皮肤（刺伤或割伤等）和暴露源沾染不完整皮肤或黏膜。如暴露源为HIV感染者的血液，那么经皮肤损伤暴露感染HIV的危险性为0.3%，经黏膜暴露的危险性为0.09%，经不完整皮肤暴露的危险度尚不明确，一般认为<0.1%。另一方面是对暴露程度进行评估，皮肤黏膜接触低风险体液属于一级暴露，感染风险极低，通常无须PEP；皮肤破损处接触高风险体液、完整黏膜接触大量高风险体液（如长时间接触）为二级暴露，感染风险中等，建议启动PEP；破损皮肤大量接触高风险体液、锐器刺伤（深度深、出血量多）、黏膜直接接触HIV阳性血液为三级暴露，感染风险高，必须立即启动PEP。

需要强调的是，即使暴露源感染状态不明，只要存在明确的高危暴露行为，且暴露者强烈要求，也可在医生评估后启动PEP，避免因等待暴露源检测结果而延误最佳阻断时机。

PEP的核心原则是“尽早启动、足量足疗程”，时间窗口和用药方案直接决定阻断成功率。最佳用药时间为暴露后2小时内，此时病毒尚未侵入细胞，阻断成功率最高；最迟不超过暴露后72小时，超过72小时后病毒已完成初步复制和扩散，阻断效果显著下降；暴露后72小时至2周内，若暴露者感染风险极高（如被确诊HIV阳性且病毒

载量高的血液污染的锐器刺伤），可由医生评估后谨慎使用PEP，但需告知暴露者阻断成功率降低，且需加强后续监测。

目前我国推荐的PEP首选方案为替诺福韦/恩曲他滨（TDF/FTC）+拉替拉韦（RAL）或多替拉韦（DTG），具有副作用小、依从性好、阻断成功率高（规范服用的情况下可达95%）等优势。根据当地资源，如果核苷类反转录抑制剂（INSTIs）不可及，可以使用蛋白酶抑制剂（PIs）如洛匹那韦/利托那韦（LPV/r）和达芦那韦/利托那韦（DRV/r）；对合并肾功能下降者，可以使用齐多夫定/拉米夫定（AZT/3TC）；儿童用药需根据年龄和体重调整剂量，如3月龄至12岁儿童可选用TDF/FTC+RAL，具体剂量由医生确定。

启动PEP前，除了HIV抗体检测、乙肝五项、肝功能和血常规检测，还需要进行丙肝抗体的检测，同时还需要评估暴露者的其他健康情况，比如是否存在药物过敏史、是否处于孕期/哺乳期等。

PrEP与PEP的出现，标志着艾滋病防控从“被动应对”向“主动预防”的历史性转变。两项技术的规范应用，不仅能为高危人群提供有效的个体防护，更能在公共卫生层面遏制HIV蔓延。然而，技术的推广离不开社会大众的支撑。消除对HIV感染者及高危人群的歧视，才能让更多人敢于检测、主动求助、规范用药。唯有科学认知与社会包容并行，才能真正助力实现“2030年终结艾滋病流行”的全球目标。😊