
为终末期艾滋病患者带来一线生机

我们可以采取必要措施防止人们死于艾滋病毒/艾滋病吗？也许可以，但前提是我们更加关注那些面临最高死亡风险的人群。出席联合国艾滋病问题高级别会议的世界领导人正在讨论抗击艾滋病毒/艾滋病的后续行动。会后发表的政治宣言必须包含降低与艾滋病毒相关死亡率的明确、切实承诺，并特别关注与终末期艾滋病（AHD）相关的主要致命疾病的早期发现和治疗。

联合国艾滋病规划署通过的《2021-2026 年全球艾滋病战略》旨在到 2025 年将艾滋病毒/艾滋病的致死人数减少到 25 万人，同时适度强调预防措施、权利保障以及涉及健康的社会和政治决定性因素等各方面的作用。尽管全球的艾滋病防治已经进入“早检测，早治疗”并免费提供抗逆转录病毒治疗的年代，但 2019 年仍有近 70 万与艾滋病毒相关的死亡病例。

虽然与艾滋病相关的死亡人数自 2010 年以来减少了 39%，但最近几年并未进一步下降，这表明要终结与艾滋病毒相关的死亡，仅靠扩大检测和抗逆转录病毒治疗范围是不够的，我们还要集中精力寻找面临死亡风险最高的艾滋病毒感染者，确保他们能切实获得抗逆转录病毒治疗，并治疗他们的机会性感染。除了结核病之外，严重的真菌和细菌感染（如隐球菌脑膜炎）也是艾滋病毒感染者住院和死亡的罪魁祸首。

十年前，AHD 主要见于不知晓自身艾滋病毒感染状态的患者，因为这些患者往往无法获得艾滋病毒检测和抗逆转录病毒治疗服务。而如今在无国界医生（MSF）的一些住院设施里，75%的终末期艾滋病入院患者通常都接受过多年的抗逆转录病毒药物治疗。这说明他们之前可能中断过治疗而且/或体内的艾滋病毒已经产生了耐药性。不幸的是，对他们中的大多数人来说，这种情况并没有被及早发现并得到及时治疗。

MSF 已经发现，艾滋病级联关怀不是一个从检测、尽早开始、持续规范服药到病毒抑制的线性过程，而是一个循环往复的过程，许多病人在治疗中断和/或治疗失败后需要获得帮助才能重新开始接受护理。研究表明，将近 25%的病人会在某个时间点中断治疗，开始或重新开始抗逆转录病毒治疗的病人中患有 AHD

的比例高达三分之一。接下来他们会出现免疫抑制、患上机会性疾病、住院并死亡。在几内亚、刚果民主共和国、肯尼亚和马拉维获得 MSF 支持的医院里，AHD 患者的死亡率为 30%-40%。

由于新冠肺炎危机导致开始接受抗逆转录病毒治疗的病人数量和继续接受护理的病人数量减少，预计情况会进一步恶化，患有结核病、严重细菌和真菌感染的艾滋病毒感染者人数将会增加。病人病情恶化会引发典型的并发症，直接危及他们的生命。随着抗逆转录病毒治疗失效，不受抑制的艾滋病毒会在病人体内疯狂扩散，造成机会性感染突发并再次产生将艾滋病毒传染给病人伴侣或（处于哺乳期的）幼儿的风险。

西非和中非一些国家的艾滋病死亡率特别高。这一地区在全球与艾滋病相关死亡病例和全球与艾滋病相关儿童死亡病例中的占比分别达到五分之一和五分之二。我们应立即加大行动力度，积极主动为艾滋病毒风险人群提供帮助，做到早发现、早治疗。

联合国艾滋病问题高级别会议为我们提供了一个绝无仅有的契机，可以确保各国对满足这些需求做出承诺，这也是本次会议的题中应有之义。解决 AHD 问题是关键所在，我们也有可能做到，但仍然面临种种重要障碍。使用简易的即时医疗技术就有可能筛查出 AHD，从而加快对与艾滋病相关的致命感染的检测和治疗速度，帮助挽救生命。例如，在马拉维，提供即时筛查服务的医疗中心与医院负责快速评估的科室相互配合，为诊断和启动治疗节省了大量时间，由此降低了住院患者的死亡率。许多国家发布的艾滋病诊疗指南尚未包括有针对性的 AHD 服务。在许多国家，特别是撒哈拉以南的非洲国家，提供这些服务所需药物的供应量有限，价格较高，成为一大挑战。对特定商品的定价过高这一不利市场行为也导致一些国家在实施 AHD 一揽子护理计划方面进展缓慢。

全球各国迫切需要做出承诺，加快实施一揽子护理计划，以预防、发现并治疗终末期疾病。该计划必须包括早期的自愿和保密检测、尽早启动治疗、更多可以确保治疗连续性以及持续性的措施，以及主动帮助并欢迎病人重新接受护理的服务。通过一揽子护理计划，我们将最终可以预防治疗失败和死亡，更早地发现

终末期艾滋病患者。

只有认识到 AHD 的重要性，联合国高级别会议的预期宣言才能帮助我们消除这些障碍，控制与艾滋病毒相关的死亡率，为终末期艾滋病患者带来一线生机。



中译国青杯
CTC YOUTH CUP