
为艾滋病晚期患者注入一线生机

我们能否采取该采取的措施以阻止人们死于艾滋病毒/艾滋病呢？也许能，但前提是，我们要给予面临最大死亡风险的人群更多关注。在联合国艾滋病毒/艾滋病的高级别会议上，世界各国领导人正讨论抗击艾滋病的下一步举措。由此产生的政治宣言必包含明确和切实的承诺以解决艾滋病毒相关的死亡率问题，并具体关注晚期艾滋病毒疾病（简称 AHD 或 AIDS）相关的主要致命疾病的早期发现与治疗。

联合国艾滋病规划署（UNAIDS）2021-2026 年的战略目标旨在到 2025 年将死于艾滋病毒/艾滋病的人数减少到 25 万人，同时正确强调艾滋病预防、艾滋病感染者权利以及影响身体健康的社会和政治决定因素。尽管当今是艾滋病“检测和启动治疗”的时代，并为患者提供免费的抗逆转录病毒治疗，2019 年仍有近 70 万人死于艾滋病毒。

尽管 2010 年以来，艾滋病相关的死亡人数减少了 39%，但近年，艾滋病防治进展却停滞不前。这突出表明，仅靠扩大检测和抗逆转录病毒治疗的覆盖面已不足以消除艾滋病毒相关的死亡病例。我们需要重点寻找高危艾滋病毒感染者以解决该死亡率问题，确保他们能够有效获得抗逆转录病毒治疗，并医治他们的机会性感染。结核病（tuberculosis）是导致艾滋病毒感染者住院和死亡的主要原因，除此之外，还有严重的真菌和细菌感染，如隐球菌脑膜炎（cryptococcal meningitis）。

十年前，晚期艾滋病毒疾病多常见于那些不自知是否感染艾滋病毒的患者中，这通常由于缺乏艾滋病毒检测和抗逆转录病毒治疗。然而当今，在无国界医生组织（MSF）的一些住院机构中，75%的艾滋病晚期入院病例正在接受抗逆转录病毒药物治疗，且往往已接受多年。该情况表明他们可能要么中断了治疗，要么体内产生了一种抗药性的病毒，也可能两者都有。遗憾的是，大多数这类患者的该情况并没有得到及早发现和治疗。

无国界医生组织已经了解到，艾滋病毒治疗服务链并不是按照检测艾滋病毒、启动早期治疗、始终坚持服药、抑制艾滋病毒的步骤进行的线性护理疗程，而是循环疗程，即许多人在治疗中断和（或）失败后需要借助帮助重新参与治疗。研

究表明，近 25% 的患者会在某个时间点中断治疗，而在开始或重新开始抗逆转录病毒治疗的患者中，多达三分之一的患者患有晚期艾滋病毒疾病。随之而来等待他们的则是免疫抑制、机会性疾病、住院和死亡。在几内亚、刚果民主共和国、肯尼亚和马拉维的无国界医生组织支持的医院中，我们见证了 30%-40% 的艾滋病晚期患者死亡率。

因新型冠状病毒肺炎（COVID-19）危机造成抗逆转录病毒治疗启动率和护理留用率下降，情况预计将有所恶化，艾滋病毒感染者患结核病、严重细菌和真菌感染的人数将会增加。患者病情恶化带来的典型并发症又将直接威胁患者生命。由于抗逆转录病毒治疗不再抑制艾滋病毒，病毒在患者体内肆虐，进而爆发机会性感染，再次将艾滋病毒传染给患者的伴侣或婴儿。

艾滋病死亡率让西非和中非的某些国家遭遇重创。该地区艾滋病死亡人数占全世界艾滋病死亡总数的五分之一，儿童死亡数量占全世界儿童艾滋病死亡总数的十分之四。我们应该向那些有艾滋病毒感染风险的人伸出援手，立即采取强化措施进行及早发现和治疗。

为确保各国向艾滋病患者的需求作出承诺，联合国高级别会议应反映此关切、以此为基础并为此提供独一无二的机会。关键在于解决晚期艾滋病毒疾病问题。这并非不可能，但仍存在一些重大阻碍。简单护理点技术的应用可以筛查出晚期艾滋病毒疾病，这样就能加快艾滋病相关致命传染病病毒的检测和治疗，从而有助于挽救生命。例如，在马拉维，保健中心护理点筛查和医院快速评估小组的结合，为诊断和开始治疗艾滋病争取了大把时间，从而降低住院病人的死亡率。目前许多国家的领导方针中还未包括有针对性的晚期艾滋病毒疾病服务。对很多国家而言，尤其是撒哈拉以南非洲，能否提供、能否负担得起落实该服务的所需药物是一个关键挑战。在不利的市场环境下，某些商品定价过高使各国在采用晚期艾滋病毒疾病护理一揽子计划方面进展缓慢。

我们迫切需要作出全球承诺，以加快实施预防、发现和治疗晚期疾病的一揽子护理措施。该措施必须包括保密自愿进行早期艾滋病毒检测、启动艾滋病早期治疗、更大力度的有利措施以保障抗艾治疗持续性和护理留用性，以及提供帮扶

服务，欢迎人们重新接受抗艾护理。该措施的实施将避免抗艾治疗失败和死亡，并完善晚期艾滋病毒疾病的早期发现。

我们只有认识到晚期艾滋病毒疾病的重要性，才能借助联合国高级别会议的预期宣言控制艾滋病毒相关的死亡率，为消除抗艾过程中的阻碍作出贡献，为艾滋病晚期患者注入一线生机。



中译国青杯
CTC YOUTH CUP