

結核病防疫隱憂 -HIV TB

■ 郭玟婷 衛生福利部胸腔病院

在世界衛生組織(World Health Organization, WHO)大力推動下，都治策略逐漸在世界各地落實，也許因各國財政、民情不同而執行方式有所變動，但都治執行的中心思想是確實被貫徹的。而在努立了這許多年後，防疫人員終於能開始收獲豐碩成果，世界各地的結核疫情也在控制之中。

但是另一波始料未及的結核感染卻以迅雷不及掩耳的速度崛起。人類免疫缺陷病毒感染(Human Immunodeficiency Virus, HIV)在19世紀發生首位案例後，居高不下的死亡率及快速發展的病程是它被稱作人類黑死病的最大原因。多年後的今日，在由何大一博士發明的高效能抗反轉錄病毒療法(Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART，俗稱雞尾酒療法)的治療下，雖然無法完全治癒，但只要HIV病人持續不斷就醫服藥，多數病人都能延緩病程並且擁有正常生活品質，與HIV病毒和平共



存。也因此除了HIV新增病例之外，還有許多擁有長期病史的HIV病人，HIV病例數在世界各地不停攀升。

但不可逆的是，HIV在攻擊人體免疫系統時，容易使免疫系統失靈造成多種伺機性感染，這時候便讓結核病有機可乘。結核病原本就好發於免疫低下者及老年人，而飛沫傳染及病菌潛伏特性更是讓結核病蔓延全球的重要主因。一旦HIV病人合併感染結核病，便成為所謂的HIV TB。

HIV TB為何棘手呢？HIV TB治療需要雙管齊下，在治療HIV方面的HAART療法，與治療TB的固定劑量複合劑(Fixed Dose Combination, FDC)，讓HIV TB病人必須同時服用大量藥物，使得在投藥過程中醫師必須非常注意藥物之間的交互作用，也需時時監控病人臨床生理徵象，以免藥物副作用造成病人不可逆的器官危害



甚至導致死亡，因此治療上是有相當困難的。HIV發現至今也不過百年歷史，而HIV TB可謂新興案例，但是WHO自2008年後結核病診治指引就沒有更新，而關於HIV的診治指引最新版卻已於2015年5月網路更新，使得HIV TB的用藥處置上很可能因此產生落差，讓醫療人員難以適從，在選擇治療模式上面臨難題。

另一方面則是由於HIV病人所感染之結核，經研究調查發現多數為開放性結核，而現今醫療發達而導致HIV趨於慢性病化，HIV病人平均餘命增加，於是促使開放性結核病例相對增加，也加速結核病新案發生的可能。雪上加霜的是結核病飛沫傳染的特性，疾病傳播快速，且病原菌容易在體內潛伏，待病人免疫能力下降時發病，如此反覆復發。HIV合併TB感染讓防疫人員膽戰心驚，許多防疫醫師也公開聲明應該注意HIV TB患者可能造成的感染，避免致使結核疫情又一高峰。

傳染病控制本來就是一條看不見盡頭的荊棘路，即使是已經絕跡的傳染病也

有可能病原體基因突變或是天災人禍而重新復甦，因此無法有絲毫鬆懈。「結核病十年減半」是一個目標，但是當結核病例所顯示的數字比策略執行前少了50%後，政策是否可能礙於預算或自訂目標達成而緩下腳步？雖然政策推行需要考量的層面非常多、非常複雜，但是傳染病防治是與疾病的長期攻防戰，必須要持續執行才能使疫情控制在範圍內，這點完全無庸置疑。

HIV TB不是無藥可治的絕症，只是它融和了兩大疾病的強項，內化成一個武功深厚的頑強對手。當我們欣喜於「結核病十年減半」目標有望之際，是否能更宏觀去評估整個疾病發展的趨勢，考慮其合併感染的可能。除了防疫資訊要時時與國際接軌，更要持續執行防治策略，以免長期的防疫努力化為空白。

