

出國報告（出國類別：研究）

赴美國參加愛滋病防治研習

服務機關：疾病管制署

姓名職稱：林軒立 科員

派赴國家/地區：美國佛羅里達州奧蘭多市

出國期間：107 年 9 月 4 日至 107 年 9 月 12 日

報告日期：107 年 11 月 28 日

摘要

第 22 屆美國愛滋病研習 (The 22nd Annual US Conference on AIDS 2018) 於 2018 年 9 月 6 日至 9 月 9 日在美國佛羅里達州奧蘭多市舉辦，主辦單位為美國少數民族愛滋委員會 (National Minority AIDS Council, NMAC)。至少 3,000 名的研習者，主要來自全美各地，包含非營利團體、防疫人員、醫護人員、學者、律師等。

在為期 4 天的研習中，同一個時段約有 15-20 個不同的主題同時進行，研習過程也安排了學術或地區計畫成果海報展示、社群媒體經營討論班、防疫產品展示等，包含了不侷限於學術研究，而是學術、實務、政策等不同面向交織出更豐富多元的內容。

這次研習了解了美國愛滋防治工作者所關注的部分重點，包含資料應用、治療建議、去歧視、非營利組織的發展及辦理大型研習建議等不同面向做心得分享。

目次

壹、目的.....	4
貳、過程.....	4
參、研習心得	
一、數據照護	11
二、愛滋治療	13
三、解決愛滋歧視	15
四、非營利組織	17
五、研習科技應用	18
伍、建議.....	19

本文

壹、 目的

2018 年美國愛滋病防治研習將針對不同愛滋防治相關主題辦理工作坊，與全美及國際上關心愛滋防治的專家學者一同研習討論，互相交流學習，參加此研習可學習新知作為愛滋防治創新措施及權益保障政策之參考。

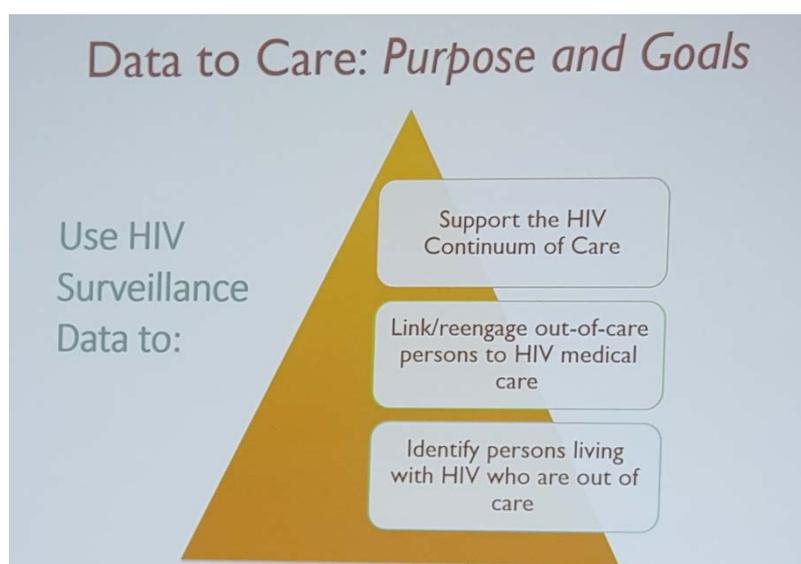
貳、 過程

第 22 屆美國愛滋病研習（The 22nd Annual US Conference on AIDS 2018, USCA 2018）於 2018 年 9 月 6 日至 9 月 9 日在美國佛羅里達州奧蘭多市舉辦，主辦單位為美國少數民族愛滋委員會（National Minority AIDS Council, NMAC）。研習者主要來自全美各地的愛滋防治工作者，包含非營利團體、防疫人員、醫護人員、學者、律師等，相較於一般的學術研習，美國愛滋病研習的研習者顯然較為多元，包含更多的實務工作者，可以讓研習者在理論與實務間，務實的找出自己所關注防疫問題的答案。以下就期間參與之研習，歸納出不同議題的心得。

參、研習心得

一、數據照護(Data to Care)

數據照護是美國疾病管制及預防中心（Centers for Disease Control and Prevention）在研習中特別安排了 3 個議程介紹與分享的主題，是該中心近年積極在全美各地與各醫療院所及衛生相關單位合作推動的計畫。



計畫的精神就是應用各種疫情相關的資料，讓公衛單位找出需要幫助的感染者，透過連結相關的資源協助感染者重新開始接受治療，並且能持續地維持病毒抑制（ < 200 copies/ml）的效果。資料來源包括醫療保險（Medicaid, LexisNesis）與愛滋防治相關計畫資料(HIV Counseling, Testing, and Referral(CTR), Medical Monitoring Project MAVEN, Ryan White CARE Act)及愛滋通報計畫資料（enhanced HIV/AIDS Reporting System）。衛生機關主要應用的臨床資料以 CD4 細胞數、病毒量、基因亞型、就診時間、藥物處方等 5 大項資料為主，藉此定義出未接受治療者，再轉介相關醫療資源協助就醫。

美國疾病管制及預防中心對於這項計畫下了一個註解，他們認為執行這項計畫的關鍵精神在於連結弱勢感染者回到醫療系統中。以美國維

吉尼亞州 2014 年至 2018 年的計畫成果為例，衛生機關訪查未接受治療或中斷治療的感染者，前三大原因是交通不便、財務原因及保險問題，但經由連結適當的資源後，有 68% 的感染者重新回到了醫療系統中。

地狹人稠的台灣與美國不同，台灣擁有涵蓋率達 99.6% 的全民健康保險，也建置「法定傳染病通報系統」及「慢性傳染病追蹤管理系統」等，從疫情監視到個案管理都比美國更為便利迅速，並不需要像美國必須要花如此大的心力才能做到國內已普遍落實的事。但比較疫情資料的應用後，美國有多應用 HIV 基因定序 (HIV Genotype sequence data) 的資料；在台灣，除非是少數治療失敗需要檢測病毒抗藥性的感染者，一般並不會做 HIV 基因定序。但美國可能因為 HIV 原生抗藥性較高 (估計全國 23.1%¹；北卡羅來納州 17.8%²)，已經達到世界衛生組織建議所有 HIV-1 新陽性個案在服藥前必須進行抗藥性檢測的水準 (>15%³)，因此臨床上多半會於確診後用藥前就做基因定序的檢測。在基因定序資料的應用上，報告人有簡略分享衛生機關可以透過次級資料的篩選，找出時間、地點、基因亞型等資料上判定出疑似的群聚感染，再回饋到第一線的衛生人員進行疫情調查。但美國的 HIV-1 基因亞型有超過九成的感染者都是 B 亞型⁴，與台灣觀察到有近九成感染者是 B 亞型很類似，因此要應用基因定序的資料作為疫情判定時，除非是罕見亞型的群聚感染，否則還須要進一步的進行親緣性分析，才能釐清是否可能為群聚感染。

二、治療策略

¹ Grant, R. (2002). Time Trends in Primary HIV-1 Drug Resistance Among Recently Infected Persons. *JAMA*, 288(2), p.181.

² Hurt CB, McCoy SI, Kuruc J, et al. Transmitted antiretroviral drug resistance among acute and recent HIV infections in North Carolina from 1998 to 2007. *Antivir Ther.* 2009;14:673-678.

³ Bennett DE, Myatt M, Bertagnolio S, Sutherland D, Gilks CF. Recommendations for surveillance of transmitted HIV drug resistance in countries scaling up antiretroviral treatment. *Antivir Ther.* 2008;13 Suppl 2:25-36.

⁴ <http://www.hiv.lanl.gov/>

從研習中醫師與眾多護理師、藥師分享治療策略及討論中，可以知道美國比起過去更加重視縮短愛滋感染者開始治療的時間（Rapid Start），這是世界衛生組織建議的方向⁵，美國衛生及公共服務部也在今(2018)年5月跟進建議⁶。在舊金山的快速治療計畫，就以新診斷病人5天內開始服藥，急性期或重病感染者2天內服藥為原則，在2013年到2016年的觀察中，發現病人越早開始服藥對於壓抑病毒量至200copies/ml以下所需要的時間顯著降低，後續的預後也較好，與國際上相關研究結果一致。

Rapid Start: Outcomes

Outcome	2013	2014	2015	2016	% Change 2013-2016
Diagnosed, n	399	329	295	265	--
Started ART, n (%)	311 (78)	276 (84)	244 (83)	215 (81)	--
Met RAPID definition, n (%)	23 (6)	45 (14)	50 (17)	80 (30)	--
In care within 1 yr, n (%)	372 (93)	318 (97)	282 (96)	258 (97)	--
Median time from diagnosis to care entry, d	8	7	7	5	-38
Median time from first care visit to ART initiation, d	27	17	6	1	-96
Median time from ART start to HIV-1 RNA < 200 c/mL, d	70	53	50	38	-46
Median time from diagnosis to HIV-1 RNA < 200 c/mL, d	134	92	77	61	-54

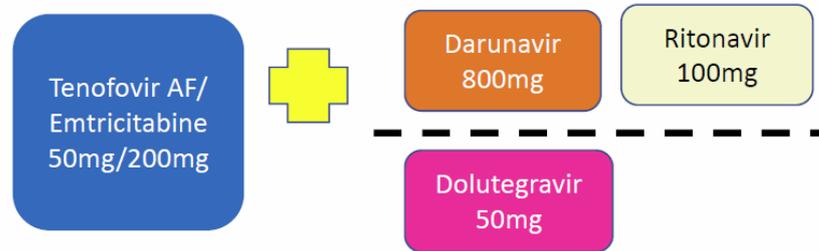
Time to first virologic suppression **decreased > 50% from 134 days to 61 days** and time from care linkage to ART start **decreased 96% from 27 days to 1 day**

美國的醫師也配合快速治療逐漸改變診療模式，不再像過去一樣等待病毒抗藥性檢測結果出爐後才開藥，而是直接使用建議的處方組合（核酸反轉錄酶抑制劑搭配蛋白酶抑制劑或嵌入酶抑制劑為主）。

⁵ WHO. July 2017. 4. Bacon O, et al. CROI 2018. Abstract O93.

⁶ DHHS Guidelines. May 2018. 2. Günthard HF, et al. JAMA. 2016;316:191-210.

Choice of Treatment for Rapid Start



此外，二種處方的治療方式（Dual Therapy）也開始被討論與使用。傳統的抗愛滋病毒治療都是使用至少三種藥物，一般以兩種核酸反轉錄酶抑制劑（nucleoside reverse-transcriptase inhibitors；NRTIs）為基礎，再從非核酸反轉錄酶抑制劑（non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitors；NNRTIs）、蛋白酶抑制劑（protease inhibitors；PI）或其他機轉的藥物中，挑選一種藥物搭配，以構成抗愛滋病毒藥物組合，避免病毒產生抗藥性並壓制病毒複製。但少數病人可能會因無法適應藥物副作用而影響服藥遵從性，因此開始有醫師謹慎的在一些已經成功達到病毒抑制的感染者身上，評估 Dual Therapy 的效果。

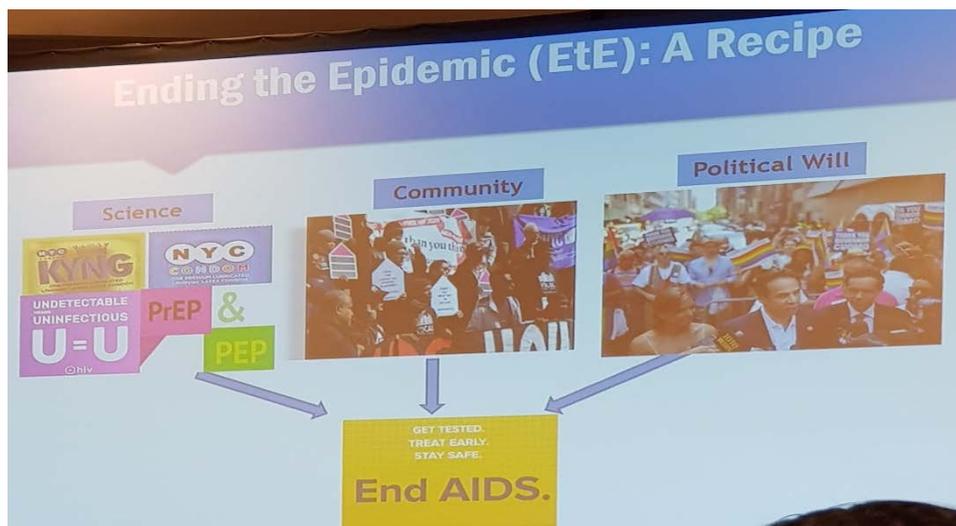
Guidance for Switching to Dual Therapy in Virologically Suppressed Patients

With Evidence	Without Evidence
<ul style="list-style-type: none"> DTG + RPV a reasonable option when use of NRTIs not desirable and when no expected resistance to regimen components PI/RTV + 3TC may be a reasonable option when use of TDF, TAF, or ABC is contraindicated or not desirable 	<p>Insufficient evidence to recommend:</p> <ul style="list-style-type: none"> DTG + 3TC, DRV/RTV + RAL <p>Not recommended:</p> <ul style="list-style-type: none"> DTG or PI/RTV monotherapy, ATV/RTV + RAL

DHHS guidelines, March 2018.

三、解決愛滋歧視

與愛滋歧視相關的問題是這次研習不斷提到的重點，雖然各種學術研究或白皮書，都異口同聲地指出終結愛滋疫情的重點之一在消除歧視，但實務上仍然面臨許多困境，研習中許多討論與對話，最後並沒有辦法做出能立竿見影消除歧視的結論，但我看到各地的工作者都為了同樣的問題苦惱，也似乎比較不迷惘了。雖然相關的研討都沒有明確的結論，但大家都各自在研習中，帶回了自己的需要的答案，以下分享幾點自己的心得：



(一) U=U：平衡訊息的傳遞

U=U 代表的是 HIV 感染者可以藉由穩定服藥將體內病毒量控制至儀器無法定量的水準（Undetectable），以有效減少透過性行為等途徑傳染他人的風險（Untransmittable）。這個最早從 2011 年跨國研究（HPTN 052）提出的觀念，鼓舞了相當多的學者投入研究，感染者也冀望這個觀念的傳達，能對消除愛滋歧視帶來曙光。但學術觀念的傳達在臨床上遇到困境，美國部分醫師或專家不願意向感染者說明這個進展，因為他們認為 U=U 的宣達可能會增加感染者的風險行為，因此選擇不提。

但沒有研習者否認 U=U 的實證研究基礎及對於消除感染者及非感染者對於愛滋恐懼的效果，因此學者與實務工作者達成的共識是平衡訊息的傳遞，也就是將 U=U、暴露前預防性投藥（Pre-

Exposure Prophylaxis, PrEP)、保險套等不同的選擇都一起呈現，將不同的選擇及風險都攤開在民眾眼前，幫助他們自己做出決定。例如在病毒量受到抑制的感染者身上，保險套是預防感染其他眾多性病的選擇。

(二) 社群/同儕的重要性

在美國及台灣，定點的篩檢及醫療系統都相對完善，但仍然有許多人不願意使用。這些族群可能是害怕遭受歧視或曝光，也可能是其他社會環境的原因造成，歧視造成的影響往往是政策無法測量的，但是政府無法忽略這些可能的感染者造成的傳播風險，以及後續造成的健康不平等。因此，透過適當的社群或同儕進行外展篩檢或推廣自我篩檢就是打進隱蔽族群的方式之一，這些社群甚至一些工作者本身就是愛滋感染者，比起政府機關更懂得創造友善的氛圍，更容易觸及隱蔽的族群。政府機關雖然有其限制，但能在一些政策的推廣或對外說明的文字上留心，避免將愛滋過分特殊化，讓民眾平心地視愛滋篩檢為了解自身健康狀況的選擇。

(三) 政治決意或承諾

在政策上可以協助去除愛滋歧視的議題上，愛滋特別刑法（蓄意傳染愛滋病毒罪）不斷的在各個議程中被討論。在美國，目前至少有 34 個州還保有愛滋特別刑法或在條文中針對愛滋感染者的處罰規定，愛滋感染者在這些州如果沒有主動揭露自己的身分與他人發生性行為或共用針具，可能會面臨異常高的監禁處罰，這樣的法律問題在台灣也一樣存在。

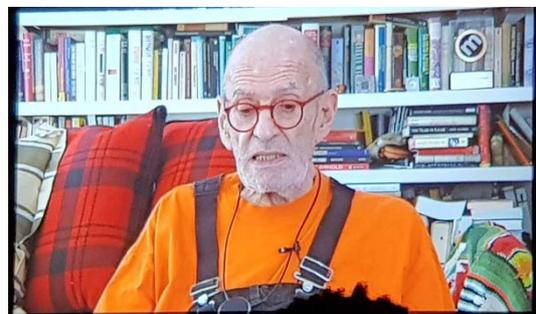
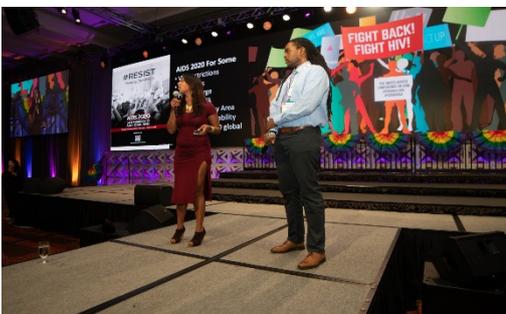
參與討論的律師認為這些特殊刑罰的不合理高刑度，反映出過去對於愛滋病毒無藥可治的恐懼，但即使在傳染風險更能被量化、證實 U=U 的 2018 年，要多數州動搖特殊刑法仍然是難如登天，綜觀全美目前也僅有 6 個州願意與時俱進修改法律。

不論是美國還是台灣，修改特別刑罰都無法一蹴可及，當中涉及多方溝通、學習、反省的過程，研習者也不認為能在其他州輕易的複製加州的成功模式，但至少需要開始傳達給司法機關愛滋發展等新知（例如 U=U），協助司法機關能理性地檢視被告行為的實際危險性，做出合乎法制的判決。



四、非營利組織

在 4 天的研習中對於美國非營利組織豐富的活力與創意印象相當深刻，主辦單位(NMAC)邀請了許多美國的少數族群在每天的午宴現身說法，當中不乏同時身兼少數族裔、愛滋感染者、變性人等多重(汙名)身分的愛滋防治工作者，他們透過分享自己的故事或價值，強化研習者對愛滋防治的認同感並凝聚共識。



如同前述，USCA 的特色是有眾多的實務工作者參加，使的研習討論內

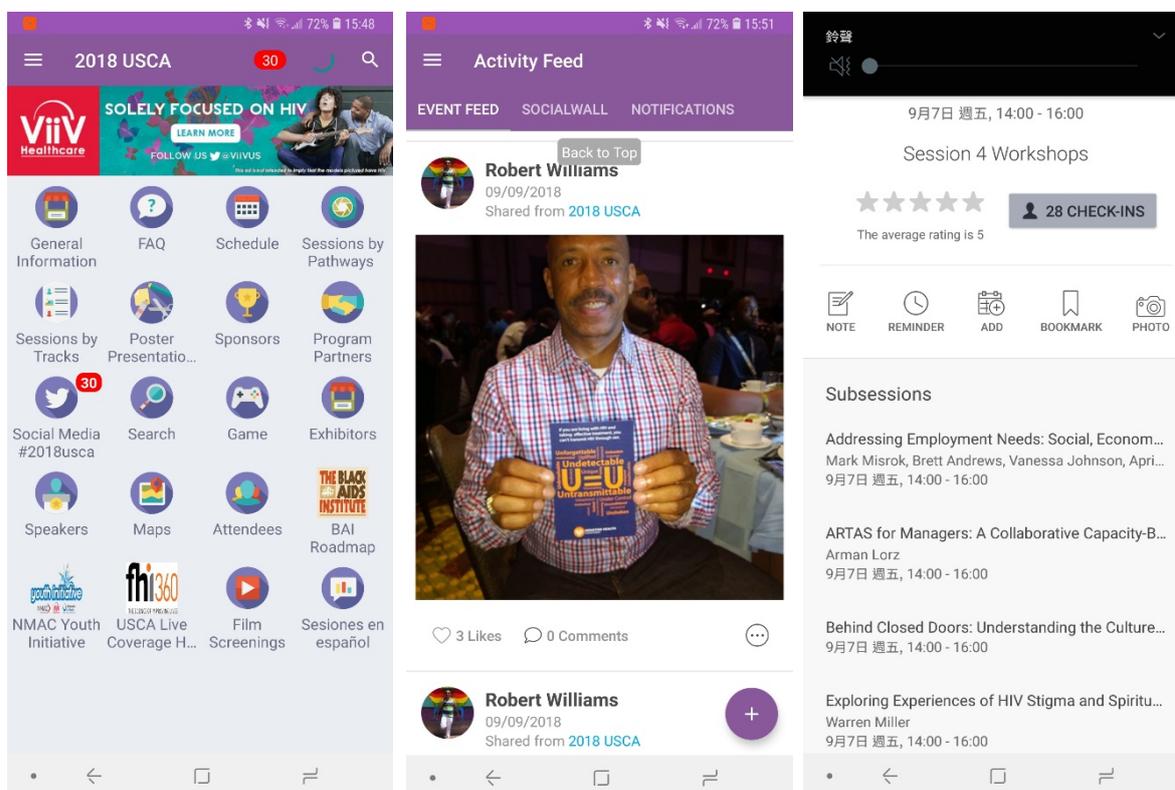
容更能呈現出學術理論推廣至實務上的需要思考的問題，或是實務上成功經驗的回饋，也能激發學者持續進步的動力。我認為這個研習就像一場大型的賦權運動（Empowerment），許多工作者不僅是藉著研習學習新知或實務經驗，也強化他們對於愛滋防治的認同或消除自我歧視，因此研習當中看到許多投身於愛滋防治的感染者，他們也會帶著滿滿的認同感與共識，回到美國各地繼續自己的愛滋防治工作。非營利組織（Nonprofit Organization, NPO）在社會學或經濟學中又稱第三部門（the third sector），是除了政府(第一部門)及企業(第二部門)外，能影響社會的重要力量。非營利組織與政府有相同的理念-人民的福祉，但是較不受科層拘束，做事也更有彈性，如同會場中隨處可見民間團體的創意，例如會場一隅擺著一幅幅巨大的照片，主題是揭開感染者的面紗，觀眾可以看著感染者的臉，或是進一步用手機掃描 QR 圖碼觀看他們的故事，藉此達到去歧視的效果；或是邀請藝術家創作相關的作品，並在現場介紹作品，藉此達到吸引觀眾關注愛滋防治議題的目的。

這在國際上的研習並不是罕見的事情，因為在持續進步的民主國家，必定有優秀素質的第三部門能反映出政府的不足之處，抑或呼應政府政策的方向。國內應該更重視非營利團體的培力，促使其發展，並加強彼此之間的合作。



五、研習科技應用

近年越來越多國際研習應用新科技，改變傳統的人力服務為智慧化服務，有效地使研習過程更加順利。這次美國愛滋病研習也有使用手機應用程式（Mobile Application, APP），提供包含會場地圖、議程、講者資訊、聯絡資訊交流，甚至有社群討論功能及筆記，講者可以即時更新演講的內容，使用者也可以在 APP 上記錄筆記，整體使用體驗非常良好。國內未來在辦理參與人數多、且同時段多場次的大型研習時，也可以評估預先預設 APP，來減少現場突發狀況或支援人力的需求。



肆、建議

一、優化個管系統及資料分享

美國花費了龐大的心力在建構 Data to Care 計畫，加強單位間的資訊交換，以適時的協助感染者就醫，有助於達到世界衛生組織建議的 90% 感染者接受治療，90% 接受治療感染者病毒量測不到的目標。台灣因為有建置了「法定傳染病通報系統」及「慢性傳染病追蹤管理-愛滋及漢生病子系統」，公衛端在獲取病人的資訊並不困難，但醫院端則只能看見自己曾輸入的病歷資訊，假如感染者因為更換醫院就醫，醫師或個案管理師會完全不知道病人曾做過的檢驗（例如抗藥性檢測）。建議未來可逐步優化個管系統，加入像是基因定序資料（亞型、抗藥性）等欄位，並可在兼顧資訊安全及確保個管師素質情況下，加強院際間個案資料分享，提升醫療品質。

二、加強診斷即刻治療

國內要落實診斷即刻治療，減少病患等待服藥的時間，可先從縮短檢驗流程著手。包括參考美國全面推廣使用空窗期較短的抗原及抗體複合型篩檢試劑（第四代試劑）、無法使用儀器檢測的機構可將四代快篩陽性檢體直接做確診、採用耗時更短的確診試劑等。

三、平衡資訊的傳遞

資訊的傳遞更需要重視平衡，建議包裹式將保險套及水性潤滑液、預防性用藥、U=U 等資訊完整地讓民眾或高危險群了解，對於曾遭曲解的預防措施，也具有澄清效果。另也建議適當的讓司法機關了解愛滋醫療進展，讓司法人員可以在充分且正確的資訊下，做出合理的判決。

四、加強與非營利組織合作

建議應加強與非營利組織合作與互動，例如國外的非注射藥癮(例如冰毒)戒治模式，在國內就有非營利組織與政府合作推動試辦「藥愛療癒復元健康整合中心」，透過地區性的試辦計畫先發展出適合台灣的

服務模式，做出成果後也能讓相關機關，例如心理衛生主管機關願意投入經費支持。