

เอดส์: กว่าจะถึงวันนี้ (AIDS: What it took to get here?)

ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ประพันธ์ ภาณุภาค

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษาอาวุโส IHRI ด้านการวิจัย และนโยบายสาธารณะ

24 สิงหาคม 2566 โรงแรมแมนดาริน

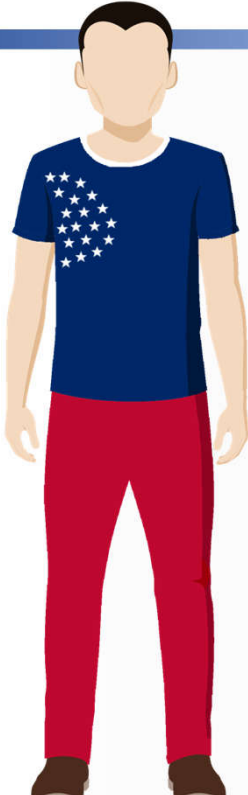
วัตถุประสงค์ของการบรรยาย

ตามคำแนะนำของนายกสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย (ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงจุรีรัตน์ บวรวัฒนวงศ์) เมื่อวันที่ **18** มีนาคม **2566** โดยข้อความทางไลน์:

1. ฉลองการก่อตั้งสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยครบ **20** ปี
 2. เต็มเต็ม **gap** (ช่องว่าง ระยะห่าง ความไม่เข้าใจกัน) ระหว่างคนทำงานรุ่นนี้กับรุ่นก่อน
 3. **Acknowledge** คนรุ่นก่อน
 4. **Activate** คนปัจจุบันให้มีความตั้งใจทำงาน
- **มีช่องว่างจริงหรือ** และอะไรคือช่องว่าง หรือจะให้ถือว่าคนรุ่นก่อนทำงานลำบากอย่างไรกว่าจะมาถึงเวลานี้ ซึ่งดูสบายๆ จริงๆก็ไม่มีอะไร ความรู้เพิ่มขึ้น เทคโนโลยีดีขึ้น มันก็ต้องง่าย สบายขึ้น จะไปทวงบุญคุณกับคนรุ่นใหม่หรือ
 - **น่าจะเป็นการเล่าว่าคนรุ่นก่อนเขาใช้กลยุทธ์อะไรในการต่อสู้กับความไม่พร้อมในหลายๆ อย่าง รวมทั้งด้านนโยบาย แม้เวลานี้โลกดูจะสวย แต่ภารกิจยังไม่หมด อย่าเพิ่งพอใจ คนรุ่นใหม่ต้องชวนขยาย พยายามทำภารกิจต่อให้สำเร็จ**

First cases of HIV/AIDS in Thailand: February 1985

Case study 1



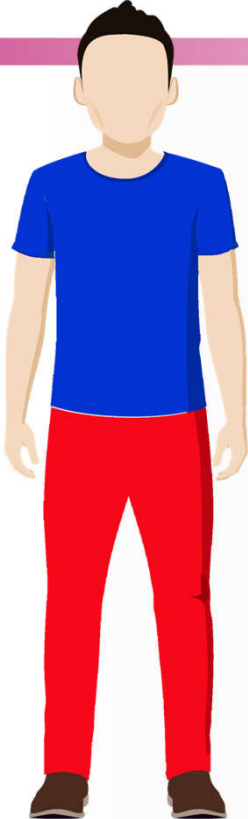
First case was a US MSM, referred to me as a clinical immunologist at Chulalongkorn Hospital in October 1984 to evaluate his recurrent oral and cutaneous candidiasis

- His OKT-4 (CD4) number was moderately low as well as his T cell proliferative response to PHA stimulation
- He developed PCP in February 1985 with marked deterioration of T cell number and function

AIDS, acquired immunodeficiency syndrome; HIV, human immunodeficiency virus; MSM, men who have sex with men; OKT-4, octamer-binding transcription factor 4; PCP, pneumocystis pneumonia; PHA, phytohemagglutinin; T cell, thymus cell; US, United States.

First cases of HIV/AIDS in Thailand

Case study 2




The second case, a Thai male sex worker was referred from Police General Hospital in February 1985 due to multi-system cryptococcosis

- Similar severe defects of T cell number and function were found

First cases of HIV/AIDS in Thailand

Case study 3



The third case was the girlfriend of the second case

- She only had cervical lymphadenopathy with moderate impairment of T cell number and function

First cases of HIV/AIDS in Thailand

**Sera from all these 3 cases were confirmed
by anti-HIV test in May 1985**

เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เข้าไปพัวพันกับเอดส์นานกว่า **30** ปีโดยบังเอิญ
(Accidental) โดยไม่ได้เป็น ID เป็นแค่ **clinical immunologist**

สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย ก่อตั้งครบ 20 ปี (2546)

- คนไข้เอดส์เข้ามาประเทศไทยปี 2527 วินิจฉัยได้ภายในประเทศไทยปี 2528
- ใช้เวลา 18 ปีกว่าจะมีสมาคมโรคเอดส์
- กว่า 10 ปีก่อนหน้าจะก่อตั้งเป็นสมาคม มีแต่ “เวทิสโมสร” → ชมรม ปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร วางแผน ปรึกษาหารือ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ระหว่างคนที่ทำงานเอดส์ที่อยู่ในกทม. ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ที่ดูแลคนไข้ (พ.ประพันธ์ สุรพล สมสิทธิ์ มัทนา อัจฉรา) และผอ.กองเอดส์ กรม คร. (พ.ชัยยศ)
- ระยะแรกก็นานๆครั้ง ระยะหลังนัดกันทุก 2-4 สัปดาห์ โดยนัดพบกันในช่วงเช้าวันอาทิตย์ที่ตึกคลินิกนิรนามหลังแรกที่อยู่ในสถานเสาวภา โดยมีเบียร์คนละกระป๋องดื่มพลอบใจซึ่งกันและกัน ให้คลายเครียดที่คนไข้ตายกันมาก
- การอบรมให้ความรู้กับแพทย์ พยาบาลในประเทศที่เป็นกิจจะลักษณะ เริ่มมีตั้งแต่ปี 2533 โดยร่วมกับ Professor Scott Hammer จาก Harvard และโดย HIV-NAT ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา
- ก่อนจะจดทะเบียนสมาคม มีคำถามว่าใส่ “แห่งประเทศไทย” ได้หรือไม่ มีหน่วยงานใดที่กำกับวงสิทธิ์นี้บ้าง
- ขอแสดงความยินดีกับสมาคมฯ ที่อยู่ยั่งยืนนานมาสองทศวรรษและเจริญรุ่งเรืองมาอย่างต่อเนื่อง

เอดส์: กว่าจะถึงวันนี้ เพื่อเติมเต็ม gap ระหว่างคนทำงานรุ่นนี้กับรุ่นก่อน
acknowledge คนรุ่นก่อน และ activate คนปัจจุบันให้มีกำลังใจทำงาน

จะพูดถึงด้านต่างๆของเอดส์ ว่าตอนแรกเริ่ม ลำบากหรือมีปัญหาอย่างไร ตอนนี้ดีขึ้น หรือสบายขึ้นอย่างไร
ทำไมถึงดีขึ้น ใช้กลยุทธ์อย่างไร และยังมีอะไรที่จะฝากให้คนปัจจุบันทำต่อบ้าง

- Diagnosis
- Treatment
- Prevention
- Stigma & discrimination
- Political challenge

HIV diagnosis and its evolution

TEST PLATFORM

- From 1st generation test to 4th gen test and NA test
- From machine-based test to point-of-care (rapid test) and self-test
- From western blot to no western blot



TURN AROUND TIME

- From 1–7 days to <1 hour, for test results



WINDOW PERIOD

- From 3 months to no more than 1 month with 3rd gen test kit which is commonly used in small laboratories



TEST PROCEDURE

- From compulsory test to voluntary test
- From written informed consent to documented verbal informed consent
- From parental approval to child's own decision of need
- From named test to anonymous test
- From facility-based to community-based and community- (key population-) led HIV services (KPLHS)



The Thai Red Cross Anonymous Clinic



- The first kind in Asia
- Opened its door on July 4, 1991 with government approval amidst public fear of HIV testing due to rumors about confidentiality leak since names of infected individuals had to be reported to Ministry of Public Health.
- Success of the Clinic resulted in suspension of the reporting law and in government policy to offer anonymous counseling and testing nationwide.
- However, facility-based testing, either opt-in or opt-out (PITC) strategies still cannot reach most of the vulnerable groups or key populations (KP).
- Half of the newly diagnosed people still come in with $CD4 < 200$.
- **Key population-led HIV services (KPLHS)** are more effective to reach KP.

What needs to be done more for HIV diagnosis?

- Need to find the infected individuals early (high CD4, asymptomatic), especially general (heterosexual) population which has been neglected for quite some time.
- For KPs (PWID, MSM/TG, migrants), don't be shy to use key population (community)-led health services (**KPLHS**) to reach and serve (HIV testing, ART, PrEP) their peers.
- Serious mass campaigns of “**HIV testing for all**” (not just KP although resources may be prioritized for KP), using U=U as a key motivational message, and “**PrEP for all**” using a gain-framed approach
- Everyone should have HIV testing at least once in a lifetime as an entry point into other services. After the first test, people will know what to do next or when to repeat the test.
- HIV must be re-positioned as a “**chronic non-communicable health condition, if treated**” with normal life expectancy.
- HIV self-testing as a key strategy to empower youths and ANC spouses to test
- Use of HIV testing as entry point for same-day ART and same-day PrEP (“Status Neutral approach”) Current HIV/AIDS Reports <https://doi.org/10.1007/s11904-020-00516-z>
- 3rd generation test should be replaced by 4th gen test since the price can be the same.

Key Population-Led Health Services (KPLHS)

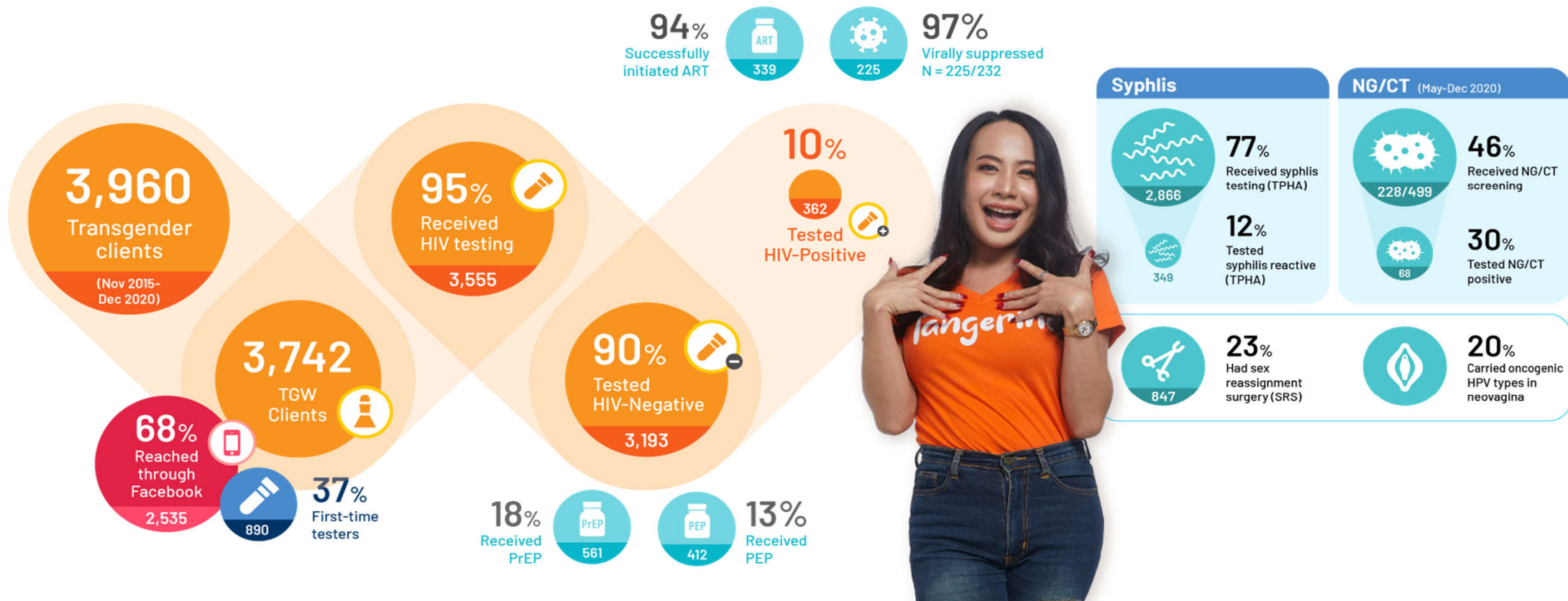


It fills the gaps of accessibility, availability, acceptability and quality

Let the 'people' design and co-deliver their own services

- A defined **set of HIV-related health services**, focusing on specific key populations (*HIV & STI diagnosis, ART, PrEP, sex hormone monitoring*)
- Services are identified by the community itself and are, therefore, **needs-based, demand-driven, and client-centered**
- Delivered by trained and qualified **lay providers**, who are often members of the key populations

Tangerine Clinic's Service Data: Transgender women



ART, antiretroviral therapy; HIV, human immunodeficiency virus; HPV, human papillomavirus; NG/CT, neisseria gonorrhoeae/chlamydia trachomatis; PEP, post-exposure prophylaxis; PrEP, pre-exposure prophylaxis; TGW, transgender women.

USAID LINKAGES project and EpiC project

HIV treatment and its evolution

- From NO treatment to life-long effective treatment
- From Suramin[®] and herbs to antiretrovirals (ARV)
- From monotherapy to duo-therapy to triple therapy and back to duo-therapy (DTG+3TC or DTG+RPV)
- From multiple pills, multiple doses to single pill a day or an injection every 3-6 months
- From brand name drugs to generic drugs and locally produced
- From treatment for the rich to treatment for all
- From treatment with low CD4 to Treat All (any CD4)

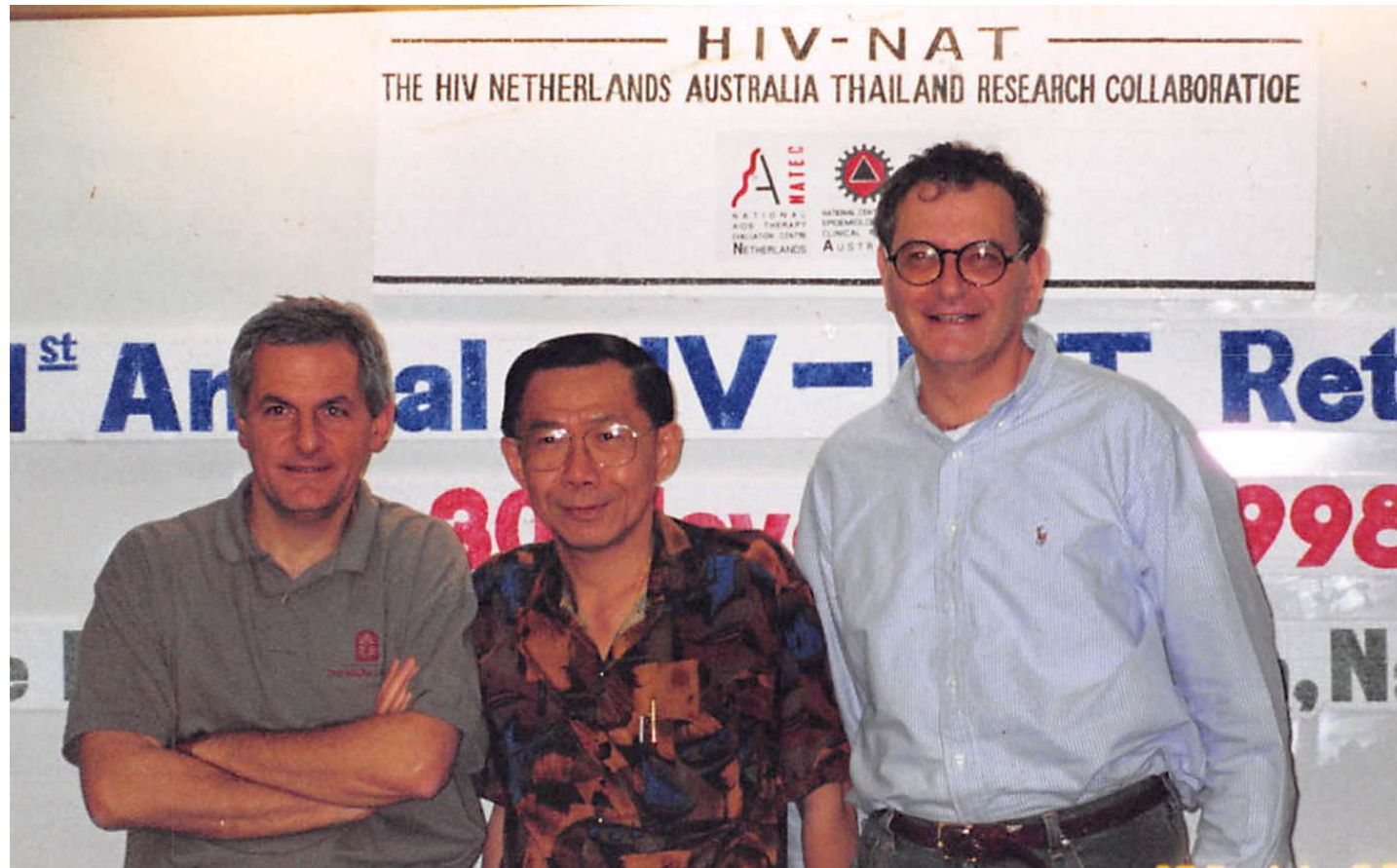
HIV treatment and its evolution (2)

- From a waiting period of 2-4 weeks or longer for ART initiation to same-day ART (SDART)
- From facility-based SDART to community-based SDART
- From treatment for the sick to treatment as prevention
- From undetectable to untransmissible (U=U), with ZERO transmission
- From communicable disease to non-communicable disease (NCD)
- From dead sentence to near normal life expectancy
- From lipoatrophy to obesity [TAF/XTC/DTG(BIC)]
- Cost of treatment reduces gradually

Key Milestones of ART in Thailand

- 1988: AZT was first available in Thailand but very expensive
- 1991-1993: Donation of AZT for 200 patients for 2 years through Prof. Scott Hammer (40 at Siriraj Hospital under **Prof. Surapol**). It is the first time to learn about clinical trial with many stick-on monitoring pads on CRF.
- 1996: Born of HIV-NAT to provide free up-to-date ART as clinical trials
- 1997: GPO started to produce ARV
- 2004: Large scale-up of ART announced at IAS Conference in Bangkok
- 2006: ART included in UHC **after lengthy protests and demonstrations by PLWHIV**
- 2014: Treat All Thai Guidelines (**Thank Dr. Wichai** for his support to jump ahead of WHO; from <350 to any CD4, instead of <500 as recommended by WHO)
- 2017: Same-day ART piloted at the Thai Red Cross Anonymous Clinic
- 2022: Same-day ART in Thai Guidelines

HIV-NAT
the first HIV
clinical trials
center in Asia



What needs to be done more for HIV treatment?

- ART should be started as quickly as possible, always with this question in mind “Why not the Same day?”
- First-line ART is now so simple, any MD should be able to start for asymptomatic patients.
- With the current Thai guidelines, SDART should be aimed for >90% of patients by readjusting the 24-hour workflow 7 days a week including telemedicine.
- SDART should be considered as one of the hospital accreditation (HA) standards.
- TDF(TAF)/3TC(FTC)/DTG should be aimed as first-line regimen and switch regimen for as many patients **as possible**.

Tips for Same-day ART initiation: Perspectives from HCPs who have successfully implemented SDART in Thailand

Animated slide

- SDART is feasible if all healthcare providers in the ART clinic share the common goal of SDART
- Coordination within the ART team is essential as well as shifting away from a 'self-centered' approach to a 'patient-centered' approach
- A good and effective follow-up plan 1–2 weeks after ART initiation will ensure prescribing physicians that any adverse events will be detected early and managed properly

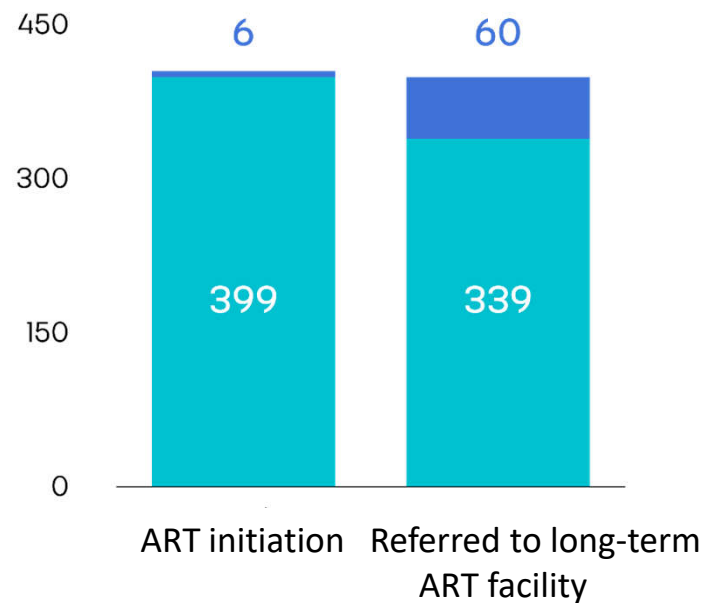
If these 3 factors are met, SDART can be implemented in any big or small hospitals, clinics or community centers

Dr. Pratana Leenasirimakul
Dr. Supanee Jirajariyavej
Ms. Yaowarak Siriwarothai
Dec 3, 2021 WAD Conference

ART, antiretroviral therapy; HCP, healthcare provider; SDART, same-day ART.



Community-led Same-Day ART Initiation



- Total 405 eligible clients enrolled (Oct 2021 – Sep 2022)
- 399 individuals (98.52%) accepted the CB-SDART
 - 96% initiated ART within 1 day
 - 339 of 399 patients referred to long-term ART facility
 - 99% very satisfied with the CB-SDART service
- VL monitoring gap being filled in by POC HIV VL testing to enhance “U=U” implementation

Condom, Condom, and Condom

- Condom is expected to prevent **pregnancy, STIs** and **HIV**

- We have condoms which can prevent 'HIV' by 70-90%, 'pregnancy' by 80-90%, 'STIs' by **50-90%**.

(Johnson WD et al. AIDS 32(11):1499-1505. 2018, <https://www.aidshealth.org/>)

- We have IUD, implant, sterilization which can prevent '**pregnancy**' by **almost 100%**. <https://www.optionsforsexualhealth.org/facts/birth-control>

- We have U=U which can prevent '**HIV**' by **100%**.

<https://m.facebook.com/iasociety/photos/the-evidence-is-clear-a-person-living-with-hiv-who-has-an-undetectable-viral-load/10158228644115142/>

- We have PrEP which can prevent '**HIV**' by **about 99%**.

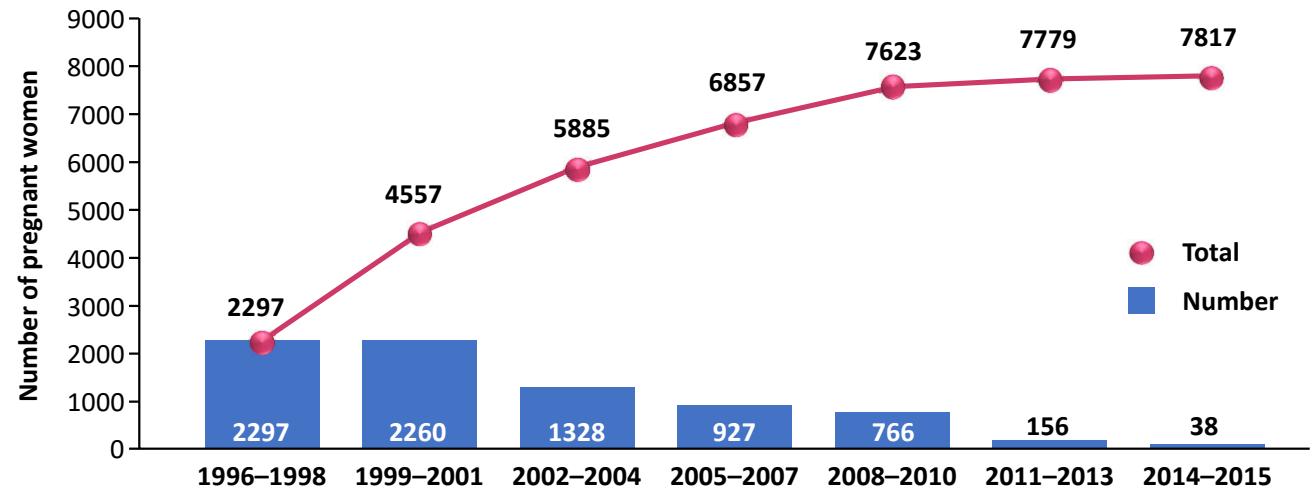
<https://www.eqca.org/takeit/>

- **Thus, Condom remains the best prevention only for 'STIs'.**

HIV Prevention

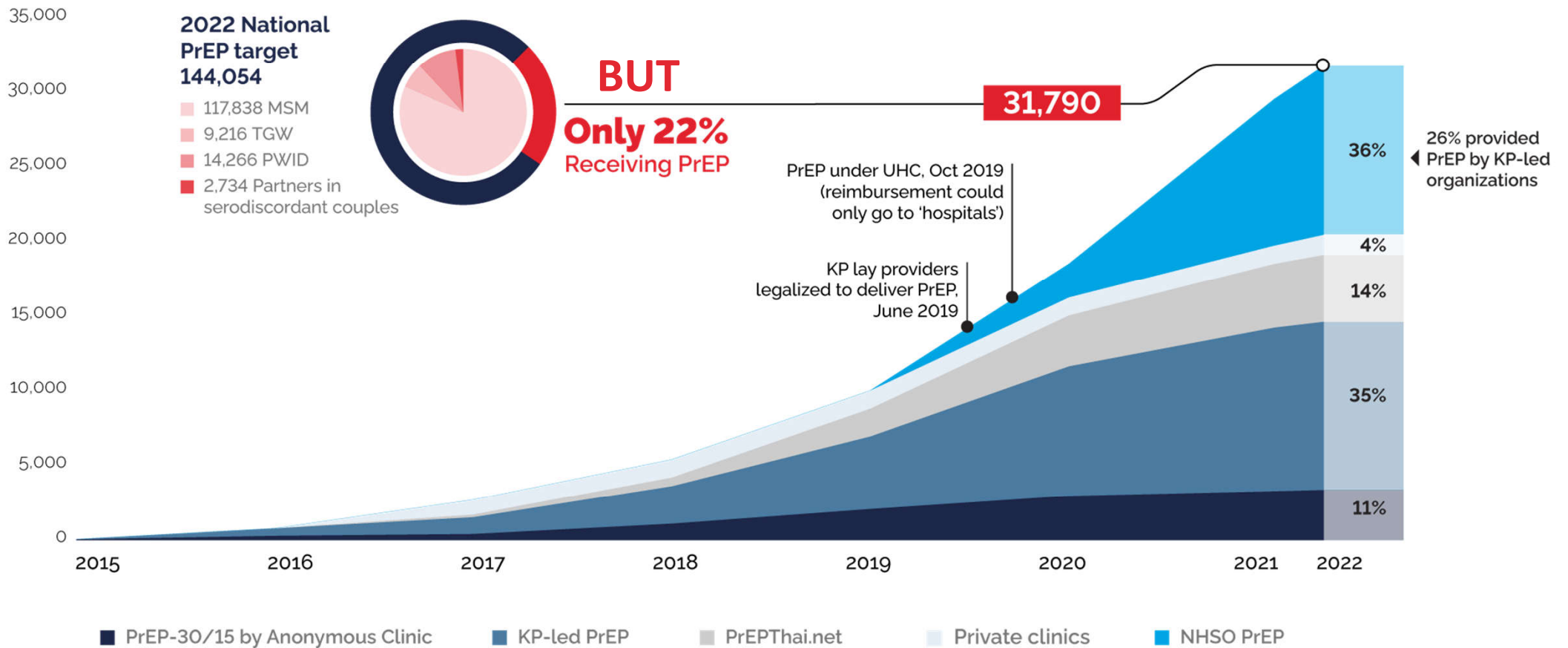
- From ABC (**A**bstinence, **B**e faithful, **C**ondom) to prevent HIV and STIs to Treatment as Prevention (TasP) and PrEP **to prevent HIV** and condom, doxycycline and meningococcal vaccine **to prevent STIs**
- From repeat HIV testing in 3-6 months plus condoms ('stay negative') to same-day PrEP as HIV prevention strategy
- From THB30(15)/day PrEP to UHC for PrEP
- From oral PrEP to injectable and vaginal ring PrEP
- From 4-week AZT to prevent MTCT to HAART for PMTCT
- From Princess Soamsawali PMTCT using HAART to nationwide HAART
- From sperm wash to get pregnant to natural conception after U=U

Princess Soamsawali PMTCT Donation Fund



- Started in 1996 amidst the controversial placebo-controlled 4 week AZT trial in Thailand
- Success of this project demonstrated that public-private donation can raise enough fund for a meaningful PMTCT program without having to wait for government action

KP-led PrEP service in Thailand: 80% of current PrEP users



Sources: PrEP Thai.Net, NAP-Web Report, TRCARC and USAID/Epic Thailand project dating from January 2015 - December 2021

What needs to be done more for HIV prevention?

- Need to find the infected individuals early and treat them immediately in order to get U=U sooner, sooner the better
- Rapid scaling up of 'PrEP for all' using 'gain-framed approach' in all health insurance schemes
- Doctors of all specialties need to be more involved with PrEP.
- Don't be shy to allow well-trained nurses or community lay providers or community pharmacists to dispense PrEP via telemedicine on the same day of HIV test negative.
- PrEP service provides a good opportunity for STIs prevention services

Stigma and discrimination is a cross-cutting barrier

- **HIV-related stigma** เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการตรวจ การรักษา และการป้องกัน **HIV & STI**
- กว่า **40** ปีของการมี **HIV** ก็ยังไม่มีมาตรการหรือสูตรสำเร็จในการลดการตีตราที่ได้ผล เบ็ดเสร็จทุกมิติในสังคม
- การลด **S&D** ต้องเริ่มที่ตัวเราก่อน การตีตราอยู่ในจิตใต้สำนึกของเราทุกคน เกิดขึ้นถ้าเราเห็นคนนั้น หรือสิ่งนั้น แตกต่างจากตัวเรา หรือแตกต่างจากสิ่งที่เราคาดหวังไว้ หรือ แตกต่างจาก **social norms** ก็จะทำให้เกิดอคติต่อคนนั้น สิ่งนั้น จะแก้ไขได้เราต้องเปิดใจ ยอมรับ และเคารพความแตกต่างของคน
- เราอาจห้ามการตีตรายาก แต่ห้ามการเลือกปฏิบัติได้ โดยการมีสติรับรู้อคติทั้งหลายที่เกิดขึ้นให้รวดเร็วพอที่จะหยุดยั้งการแสดงออกทั้งด้านคำพูด ท่าทางและการกระทำที่จะเลือกปฏิบัติต่อคนนั้น หรือสิ่งนั้น
- **Stigma** ยังมีในประเทศพัฒนาแล้ว แต่ **Discrimination** มีน้อยมาก เพราะมีกฎหมายที่มีประสิทธิภาพในการลงโทษ เราต้องการกฎหมายแบบนั้น

Re-vitalize policy and political commitment

- **Grass-root civil society organizations** must regain their strengths and exercise their rights fully, with respectful support from academia, implementers, and bi/multi-lateral agencies.
- **Program managers/implementers** need to document the effectiveness of innovative service delivery models with **'data'** for **evidence-based advocacy** with policy makers.
- **Policy makers and politicians** of all parties need to understand the importance and cost-benefit of ending AIDS early and how to do it and put strong effort to implement it with close monitoring.
- **Ending AIDS** should be a **national agenda no matter who is the government** and **politicians must be made accountable** for its success or failure.
- **Mass media** must be made an equal partner to serve as watchdogs for policies/laws which may perpetuate 'inequity' in all aspects of health.
- **Regional and international bodies** must engage and collaborate to arouse the interest of the politicians ('push & pull') as well as to congratulate or make constructive criticism ('candies and sticks').

อะไรที่ทำให้เรามาถึงวันนี้ได้ค่อนข้างดี แม้หนทางจะค่อนข้างขรุขระ

- ความไม่ย่อท้อของพวกเราที่เป็นรุ่นแรกๆ (อ.สุรพล สมสิทธิ์ จุริรัตน์ มัทนา อัมภฎา ฯลฯ) กัดไม่ปล่อย
- ติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ รวมทั้งการมีผู้เชี่ยวชาญมาบรรยาย และจากการไปประชุมต่างประเทศ
- เรียนรู้จากคนไข้ว่าเขาคิดอย่างไร ประสบปัญหาอย่างไร และต้องการอะไร แล้วเราก็พยายามหาทางช่วยเขา ถ้าทำไม่ได้เอง ก็ไปบอก/ขอร้อง/เรียกร้อง ผู้รับผิดชอบ ทั้งที่เป็นภาครัฐและองค์กรระหว่างประเทศ ให้ช่วย หรือไปบอกสื่อให้ช่วยขยายผล หรือทำ**โครงการนำร่อง**ที่มีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง เก็บรวบรวมข้อมูล ดีพิมพ์เผยแพร่ แล้วเอา**หลักฐานเชิงประจักษ์**ไปผลักดันเชิงนโยบายทั้งของประเทศและระดับโลก
- เราซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญต้องกล้าพูดความจริงทั้งหมด กล้าชี้คำสั่งคม ไม่อ้อๆอึ้งๆ (→doctor activist)
- โชคดีที่มี **Program implementer** ส่วนใหญ่ที่เข้าใจปัญหา พร้อมที่จะร่วมมือ แม้ว่า **Policy maker** บางสมัยจะผลั๊กยากก็ตาม
- องค์กรระหว่างประเทศ (**WHO, UNAIDS, PEPFAR**) ก็มีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบาย

สรุปสิ่งที่อยากฝากบอกน้องๆ รุ่นหลัง

- เอชไอวี/เอดส์มีการเปลี่ยนแปลงไปมากใน 4 ทศวรรษที่ผ่านมา แบบหน้ามือเป็นหลังมือ จากโรคที่ยากเป็นโรคที่ง่าย แพทย์ทุกสาขาน่าจะสั่งยาต้านฯเริ่มต้นให้กว่า **90%** ของคนไข้ได้ เนื่องจากเป็นคนไข้ไม่มีอาการ ปล่อยให้ 'ผู้เชี่ยวชาญ' รักษา วินิจฉัยแยกโรคคนไข้ **10%** ที่มีอาการ
- **ที่สำคัญในขณะนี้คือการค้นหาผู้ติดเชื้อให้เจอแต่เนิ่นๆ** จะยังได้ไม่แพร่เชื้อให้กับคนอื่นมากไป และยังไม่ป่วย แพทย์ที่รักษาก็จะยิ่งสบายมากขึ้น ไม่ต้องวินิจฉัยแยกโรคมาก วินิจฉัยได้ก็จะได้รับการรักษาทันที เพื่อถึง **U=U** ให้เร็วที่สุด (ไม่ส่งต่อเชื้อ) ขณะเดียวกันถ้าตรวจแล้วไม่ติดเชื้อ แต่ยังมีเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงไม่ได้ ก็ให้ PrEP ในวันเดียวกับที่ผลตรวจเป็นลบ ก็จะหยุดการรับเชื้อได้ เมื่อส่งต่อเชื้อไม่ได้ และรับเชื้อใหม่ไม่ได้ **เอดส์ก็ยุติได้ อีกไม่นาน เราก็จะเลิกเป็นแพทย์รักษาเอดส์ได้**
- การดูแลคนไข้เอชไอวีต้องดูแลด้วยใจ ไม่มีอคติในพฤติกรรมส่วนตัว ใส่ใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจของคนไข้ เคารพในการตัดสินใจและสิทธิของเขา (**patient-centered**) พร้อมลดอัตราของการเป็นแพทย์ลง

