

แนวทางการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2560

Antepartum	Intrapartum	Postpartum	Newborn																																
<p>หญิงตั้งครรภ์: ดูว่ากิน ARV อยู่? + คัดกรอง OI/TB + CBC, VDRL, HBsAg, BI gr, OF/DCIP, Cr, ALT, UA, CD4 (Anti-HCV if HBsAg + ve / IVDU ฉีดยาเข้าเส้น) + VL at GA 34-36 wk และกินยา ≥ 4 wk</p> <p>สามี: Anti-HIV (บันทึกผลในสมุด ANC), VDRL (risk/ภรรยา VDRL+), OF/DCIP (ภรรยา เป็นพาหะ)</p> <p>1. ไม่เคยกิน ARV มาก่อน → เริ่มยาได้เลย (ไม่ต้องรอผล CD4) / พิจารณาตรวจ RT genotype (ถ้าทำได้) → การเลือกยา: ให้พิจารณา โอกาสการดื้อยา NNRTI โดยคัดกรองประวัติ ดังนี้</p> <table border="1"> <tr> <td>1. สามี : กินยา ARV และส่งผลการดื้อยา เช่น กินยาไม่สม่ำเสมอ, VL > 50, ไม่มีผล VL</td> <td>○ ไข่</td> </tr> <tr> <td>2. หญิงตั้งครรภ์: เคยรับยาสูตร AZT+NVP SD มาก่อน ในครรภ์ก่อน / เคยกินยา NNRTI มาก่อน และหยุดยาไปก่อนตั้งครรภ์ / ตรวจพบดื้อยาในกลุ่ม NNRTI มาก่อน</td> <td>○ เคย</td> </tr> </table> <p>♥ ไม่มีข้อใดเลยในข้อ 1 และ 2 → ให้ยาสูตรแนะนำ ♥ ถ้ามีอย่างน้อย 1 ข้อ → ให้ ยาสูตรทางเลือก</p> <table border="1"> <tr> <td>3. มา ANC หลัง GA 32 wk</td> <td>○ ไข่ พิจารณาเพิ่มยา Raltegravir 400 mg • bid จากสูตรปกติ</td> </tr> </table> <p>♥ สูตรยาที่แนะนำ = TDF/FTC/EFV (300/200/600 mg) 1 tab • q 24 hr หรือ TDF (300 mg) + 3TC (300 mg) + EFV (600 mg) อย่างละ 1 tab • q 24 hr</p> <p>♥ สูตรทางเลือก = TDF (300 mg) + 3TC (300 mg) อย่างละ 1 tab • q 24 hr หรือ Zidarvir (AZT 300 mg + 3TC 150 mg) 1 tab • q 12 hr + LPV/r (200/50) 2 tab • q 12 hr (โดยไม่ต้องรอผลการดื้อยา + ตรวจ 50 g GCT ก่อนเริ่มยา LPV/r)</p> <p>♣ ถ้า CD4 < 200 → Bactrim (80/400 mg) 2 tab หรือ (160/800 mg) 1 tab • OD + Folic acid 1 tab • OD (ไม่แนะนำให้ Fluconazole เพื่อป้องกันการติดเชื้อ Cryptococcal meningitis ในหญิงตั้งครรภ์)</p>	1. สามี : กินยา ARV และส่งผลการดื้อยา เช่น กินยาไม่สม่ำเสมอ, VL > 50, ไม่มีผล VL	○ ไข่	2. หญิงตั้งครรภ์: เคยรับยาสูตร AZT+NVP SD มาก่อน ในครรภ์ก่อน / เคยกินยา NNRTI มาก่อน และหยุดยาไปก่อนตั้งครรภ์ / ตรวจพบดื้อยาในกลุ่ม NNRTI มาก่อน	○ เคย	3. มา ANC หลัง GA 32 wk	○ ไข่ พิจารณาเพิ่มยา Raltegravir 400 mg • bid จากสูตรปกติ	<p>** ถ้ายังไม่มีผล Anti-HIV ของสามี ** : ให้ counseling และเจาะเลือดส่งตรวจ พร้อมบันทึกผลในสมุด ANC</p> <p>* ขณะเจ็บครรภ์คลอด ให้ ยาเดิม + AZT 300 mg • q 3 hr หรือ AZT 600 mg • single dose (VL < 50 โกลด์คลอดและกินยาดี : พิจารณาให้ AZT ได้) (หลีกเลี่ยงการใช้สาย suction ในทารก เนื่องจากอาจทำให้เกิดบาดแผลได้)</p>	<p>** ถ้ายังไม่มีผล Anti-HIV ของสามี ** : ให้ counseling และเจาะเลือดส่งตรวจ พร้อมบันทึกผลในสมุด ANC</p> <p>♥ ให้ยาต่อเนื่องทุกราย = TDF (300 mg) + 3TC (300 mg) + EFV (600 mg) อย่างละ 1 tab • q 24 hr หรือ LPV/r (200/50) 2 tab • q 12 hr (ถ้าพบมีการดื้อยา EFV / NVP)</p> <p>♣ ถ้า CD4 < 200 → Bactrim (80/400) 2 tab • OD หรือ (160/800 mg) 1 tab • OD (ส่งต่อผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม) (แนะนำคุมกำเนิด ร่วมกับ ใช้ถุงยางอนามัย)</p> <p>♥ กรณีมีเหตุจำเป็นต้องหยุดยา</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>หลังคลอด</td> </tr> <tr> <td>สูตรแนะนำ</td> <td>TDF/FTC หรือ TDF+3TC ต่อ 14 วัน</td> </tr> <tr> <td>สูตรทางเลือก</td> <td>หยุดยาพร้อมกันทุกตัว</td> </tr> </table>		หลังคลอด	สูตรแนะนำ	TDF/FTC หรือ TDF+3TC ต่อ 14 วัน	สูตรทางเลือก	หยุดยาพร้อมกันทุกตัว	<p>♥ เริ่มยาภายใน 1 hr หลังคลอด ดีที่สุด ♥ (ภายใน 48 hr) โดยพิจารณาตามความเสี่ยง</p> <p>1. เสี่ยงทั่วไป (VL ≤ 50 cpm / No VL : แม่กินยาสูตร 3 ตัว + กินนมแม่ + กินยา > 12 wk)</p> <table border="1"> <tr> <td>GA</td> <td>AZT syr</td> </tr> <tr> <td>> 35 wk</td> <td>4 mg/kg/dose • q 12 hr X 4 wk</td> </tr> <tr> <td>30-35 wk</td> <td>2 mg/kg/dose • q 12 hr X 2 wk then 2 mg/kg/dose • q 8 hr X 2 wk</td> </tr> <tr> <td>< 30 wk</td> <td>2 mg/kg/dose • q 12 hr X 4 wk</td> </tr> </table> <p>2. เสี่ยงสูง (VL > 50 cpm / No VL : ไม่ได้กินยา / กินยา ≤ 12 wk / กินยาไม่สม่ำเสมอ / กินนมแม่ / AHI**)</p> <table border="1"> <tr> <td>AZT syr</td> <td>4 mg/kg/dose • q 12 hr +</td> </tr> <tr> <td>3TC syr</td> <td>2 mg/kg/dose • q 12 hr +</td> </tr> <tr> <td>NVP syr</td> <td>4 mg/kg/dose • q 24 hr</td> </tr> <tr> <td colspan="2">กิน 6 wk</td> </tr> </table> <p>♥ case NPO → ยังต้องให้ยา AZT / ARV drug</p> <p>♥ กินแล้วอาเจียน ภายใน 1/2 hr → ให้ยาซ้ำเท่าเดิม</p> <p>♥ ดนมแม่ โดยเด็ดขาด (แจกนมผสมปริมาณ 18 เดือน)</p> <p>♥ DNA PCR HIV แรกเกิด → ในรายเสี่ยงสูง ควรส่งทุกราย : เจาะเลือด (เส้นเลือดดำ) ใส่กระดาษกรอง ส่งที่กรมวิทย์ฯ หรือคณะเทคนิค ม.เชียงใหม่ (เหมือนพร้อม TSH, PKU)</p> <p>♥ ซีด (Hb < 7, Hct < 21%) : จากกินยา AZT ถูกขนาด : ปรับลด AZT ลง 20-30% → FU อาการ, CBC 1 wk : ไม่ดีขึ้น → ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญ (หยุด/เปลี่ยนยา) ± PRC</p> <p>♥ เมื่อ D/C นัด F/U at 1 mo of age เพื่อ</p> <p>1. เจาะ PCR for HIV (ครั้งที่ 1)</p> <table border="1"> <tr> <td>เสี่ยงทั่วไป</td> <td>PCR 2-3 ครั้ง : ±แรกเกิด, 1 mo, 2 mo (2-4mo)</td> </tr> <tr> <td>เสี่ยงสูง</td> <td>PCR 4 ครั้ง : แรกเกิด, 1 mo, 2 mo, 4 mo</td> </tr> </table> <p>เมื่อใด PCR บวก หรือ ผลต่าง → เจาะซ้ำทันที</p> <p>PCR + (แค่ 1 ครั้ง) → ให้เริ่มยาไปก่อน + PCR ซ้ำ : ให้ AZT+3TC+LPV/r (หรือ NVP ขณะรอยา LPV/r)</p> <p>PCR บวก 2 ครั้ง = ติดเชื้อ : ส่งตรวจ Drug resistance ก่อนเริ่มรักษา ARV เจาะเลือดใส่กระดาษกรอง ส่งคณะเทคนิค ม.เชียงใหม่ หากไม่ดื้อยา จะได้เปลี่ยนเป็นสูตร NNRTI ได้เมื่ออายุ 3 ปี</p> <p>ผลรวม PCR เป็นลบ → anti-HIV at 18 mo (ถ้าผลที่ 18 mo เป็นบวกและเด็กสบายดี ให้เจาะซ้ำที่ 24 mo)</p> <p>2. ให้ Bactrim syr : 6-8 MKD bid/OD X 3 d/wk (1 tsp = 40 mg)(PJP Prophylaxis) ให้จน PCR - ve 2 ครั้ง (หลังอายุ 2 เดือนขึ้นไป) หรือ ถึงอายุ 1 yr (รายที่ติดเชื้อ หรือ มี S/S of HIV)</p> <p>3. บอก : ไม่ให้แม่ เคี้ยวข้าวเพื่อป้อนลูก → ↑ risk</p>	GA	AZT syr	> 35 wk	4 mg/kg/dose • q 12 hr X 4 wk	30-35 wk	2 mg/kg/dose • q 12 hr X 2 wk then 2 mg/kg/dose • q 8 hr X 2 wk	< 30 wk	2 mg/kg/dose • q 12 hr X 4 wk	AZT syr	4 mg/kg/dose • q 12 hr +	3TC syr	2 mg/kg/dose • q 12 hr +	NVP syr	4 mg/kg/dose • q 24 hr	กิน 6 wk		เสี่ยงทั่วไป	PCR 2-3 ครั้ง : ±แรกเกิด, 1 mo, 2 mo (2-4mo)	เสี่ยงสูง	PCR 4 ครั้ง : แรกเกิด, 1 mo, 2 mo, 4 mo
1. สามี : กินยา ARV และส่งผลการดื้อยา เช่น กินยาไม่สม่ำเสมอ, VL > 50, ไม่มีผล VL	○ ไข่																																		
2. หญิงตั้งครรภ์: เคยรับยาสูตร AZT+NVP SD มาก่อน ในครรภ์ก่อน / เคยกินยา NNRTI มาก่อน และหยุดยาไปก่อนตั้งครรภ์ / ตรวจพบดื้อยาในกลุ่ม NNRTI มาก่อน	○ เคย																																		
3. มา ANC หลัง GA 32 wk	○ ไข่ พิจารณาเพิ่มยา Raltegravir 400 mg • bid จากสูตรปกติ																																		
	หลังคลอด																																		
สูตรแนะนำ	TDF/FTC หรือ TDF+3TC ต่อ 14 วัน																																		
สูตรทางเลือก	หยุดยาพร้อมกันทุกตัว																																		
GA	AZT syr																																		
> 35 wk	4 mg/kg/dose • q 12 hr X 4 wk																																		
30-35 wk	2 mg/kg/dose • q 12 hr X 2 wk then 2 mg/kg/dose • q 8 hr X 2 wk																																		
< 30 wk	2 mg/kg/dose • q 12 hr X 4 wk																																		
AZT syr	4 mg/kg/dose • q 12 hr +																																		
3TC syr	2 mg/kg/dose • q 12 hr +																																		
NVP syr	4 mg/kg/dose • q 24 hr																																		
กิน 6 wk																																			
เสี่ยงทั่วไป	PCR 2-3 ครั้ง : ±แรกเกิด, 1 mo, 2 mo (2-4mo)																																		
เสี่ยงสูง	PCR 4 ครั้ง : แรกเกิด, 1 mo, 2 mo, 4 mo																																		
<p>2. กินยา ARV อยู่ → ดูค่า VL ♥ หลีกเลี่ยงการใช้ d4T ร่วมกับ ddl ในระหว่างตั้งครรภ์</p> <table border="1"> <tr> <td>Viral load</td> <td>แนะนำ</td> </tr> <tr> <td>VL ≤ 50 copies/ml</td> <td>: ให้กินยาสูตรเดิม (ใช้ EFV ใน 1st trimester ได้+พิจารณาทำ U/S at GA 18-20 wk)</td> </tr> <tr> <td>VL > 50 copies/ml</td> <td>: ให้เปลี่ยนเป็นสูตรที่เหมาะสม (ที่ทำให้ระดับ VL < 50)</td> </tr> </table> <p>* ในรายที่กินยา HAART > 12 wk ยังมี VL > 1000 cpm ที่ GA > 32 wk พิจารณาให้ Raltegravir 400 mg • bid เพิ่มจากสูตรปกติ, ตรวจสอบวินัยการกินยาและส่งตรวจดื้อยา (ถ้าสงสัย)</p>	Viral load	แนะนำ	VL ≤ 50 copies/ml	: ให้กินยาสูตรเดิม (ใช้ EFV ใน 1 st trimester ได้+พิจารณาทำ U/S at GA 18-20 wk)	VL > 50 copies/ml	: ให้เปลี่ยนเป็นสูตรที่เหมาะสม (ที่ทำให้ระดับ VL < 50)	<p>* ขณะเจ็บครรภ์คลอด ให้ ยาเดิม + AZT 300 mg • q 3 hr หรือ AZT 600 mg • single dose (VL < 50 โกลด์คลอดและกินยาดี : พิจารณาให้ AZT ได้) (หลีกเลี่ยงการใช้สาย suction ในทารก เนื่องจากอาจทำให้เกิดบาดแผลได้)</p>	<p>ให้ยาสูตรเดิมต่อ (หากเป็นสูตร ที่สามารถทำให้ VL ≤ 50 copies/ml ได้ ในช่วงก่อนคลอด) หรือ ปรับสูตรตามความเหมาะสม (แนะนำคุมกำเนิด ร่วมกับ ใช้ถุงยางอนามัย)</p>	<p>♥ case NPO → ยังต้องให้ยา AZT / ARV drug</p> <p>♥ กินแล้วอาเจียน ภายใน 1/2 hr → ให้ยาซ้ำเท่าเดิม</p> <p>♥ ดนมแม่ โดยเด็ดขาด (แจกนมผสมปริมาณ 18 เดือน)</p> <p>♥ DNA PCR HIV แรกเกิด → ในรายเสี่ยงสูง ควรส่งทุกราย : เจาะเลือด (เส้นเลือดดำ) ใส่กระดาษกรอง ส่งที่กรมวิทย์ฯ หรือคณะเทคนิค ม.เชียงใหม่ (เหมือนพร้อม TSH, PKU)</p> <p>♥ ซีด (Hb < 7, Hct < 21%) : จากกินยา AZT ถูกขนาด : ปรับลด AZT ลง 20-30% → FU อาการ, CBC 1 wk : ไม่ดีขึ้น → ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญ (หยุด/เปลี่ยนยา) ± PRC</p> <p>♥ เมื่อ D/C นัด F/U at 1 mo of age เพื่อ</p> <p>1. เจาะ PCR for HIV (ครั้งที่ 1)</p> <table border="1"> <tr> <td>เสี่ยงทั่วไป</td> <td>PCR 2-3 ครั้ง : ±แรกเกิด, 1 mo, 2 mo (2-4mo)</td> </tr> <tr> <td>เสี่ยงสูง</td> <td>PCR 4 ครั้ง : แรกเกิด, 1 mo, 2 mo, 4 mo</td> </tr> </table> <p>เมื่อใด PCR บวก หรือ ผลต่าง → เจาะซ้ำทันที</p> <p>PCR + (แค่ 1 ครั้ง) → ให้เริ่มยาไปก่อน + PCR ซ้ำ : ให้ AZT+3TC+LPV/r (หรือ NVP ขณะรอยา LPV/r)</p> <p>PCR บวก 2 ครั้ง = ติดเชื้อ : ส่งตรวจ Drug resistance ก่อนเริ่มรักษา ARV เจาะเลือดใส่กระดาษกรอง ส่งคณะเทคนิค ม.เชียงใหม่ หากไม่ดื้อยา จะได้เปลี่ยนเป็นสูตร NNRTI ได้เมื่ออายุ 3 ปี</p> <p>ผลรวม PCR เป็นลบ → anti-HIV at 18 mo (ถ้าผลที่ 18 mo เป็นบวกและเด็กสบายดี ให้เจาะซ้ำที่ 24 mo)</p> <p>2. ให้ Bactrim syr : 6-8 MKD bid/OD X 3 d/wk (1 tsp = 40 mg)(PJP Prophylaxis) ให้จน PCR - ve 2 ครั้ง (หลังอายุ 2 เดือนขึ้นไป) หรือ ถึงอายุ 1 yr (รายที่ติดเชื้อ หรือ มี S/S of HIV)</p> <p>3. บอก : ไม่ให้แม่ เคี้ยวข้าวเพื่อป้อนลูก → ↑ risk</p>	เสี่ยงทั่วไป	PCR 2-3 ครั้ง : ±แรกเกิด, 1 mo, 2 mo (2-4mo)	เสี่ยงสูง	PCR 4 ครั้ง : แรกเกิด, 1 mo, 2 mo, 4 mo																						
Viral load	แนะนำ																																		
VL ≤ 50 copies/ml	: ให้กินยาสูตรเดิม (ใช้ EFV ใน 1 st trimester ได้+พิจารณาทำ U/S at GA 18-20 wk)																																		
VL > 50 copies/ml	: ให้เปลี่ยนเป็นสูตรที่เหมาะสม (ที่ทำให้ระดับ VL < 50)																																		
เสี่ยงทั่วไป	PCR 2-3 ครั้ง : ±แรกเกิด, 1 mo, 2 mo (2-4mo)																																		
เสี่ยงสูง	PCR 4 ครั้ง : แรกเกิด, 1 mo, 2 mo, 4 mo																																		
<p>3. มารดา : No ANC (ไม่ได้กินยาด้านไวรัสขณะตั้งครรภ์) : CD4 + VDRL + HBsAg</p> <p>♥ คาดว่าจะคลอดภายใน 2 hr → (see Intrapartum)</p> <p>♥ คาดว่าจะไม่คลอดภายใน 2 hr → (see Intrapartum)</p> <p>เจาะ VL แม่ที่ GA 34-36 wk ทุกราย (ตามสิทธิ์) : แม่ที่เสี่ยงสูง (VL เมื่อโกลด์คลอด ≥ 1000 cpm) หรือ ไม่ได้กิน ARV ***** พิจารณา elective C/S ก่อนเจ็บครรภ์คลอด (ในที่ที่มีความพร้อม) ***** *****แม่ที่มี VL > 50 cpm เมื่อโกลด์คลอด ให้ดูแลทารกแบบเสี่ยงสูง *****</p>	<p>* ขณะเจ็บครรภ์คลอด ให้ ยาเดิม + AZT 600 mg • single dose</p> <p>* ขณะเจ็บครรภ์คลอด ให้ยาเดิม + AZT 300 mg • q 3 hr หรือ AZT 600 mg • single dose + NVP (200 mg) 1 tab • single dose เมื่อเจ็บครรภ์จริง</p> <p>* ควรให้ AZT 600 mg • single dose อย่างน้อย 4 ชั่วโมง ก่อนทำการผ่าตัด และให้ Ampicillin or Cefazolin (prophylactic antibiotic) ทุกราย</p>	<p>♥ ให้ยาต่อเนื่องทุกราย = TDF (300 mg) + 3TC (300 mg) + EFV (600 mg) อย่างละ 1 tab • q 24 hr หรือ TDF/FTC/EFV (300/200/600) 1 tab • q 24 hr หรือสูตรอื่นตามข้อแนะนำการให้ยาในผู้ใหญ่</p> <p>♥ กรณีมีเหตุจำเป็นต้องหยุดยา</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>หลังคลอด</td> </tr> <tr> <td>ได้รับ NVP</td> <td>TDF/FTC หรือ TDF+3TC ต่อ 14 วัน</td> </tr> <tr> <td>ไม่ได้รับ NVP</td> <td>หยุดยาได้เลย</td> </tr> </table>		หลังคลอด	ได้รับ NVP	TDF/FTC หรือ TDF+3TC ต่อ 14 วัน	ไม่ได้รับ NVP	หยุดยาได้เลย	<p>เมื่อใด PCR บวก หรือ ผลต่าง → เจาะซ้ำทันที</p> <p>PCR + (แค่ 1 ครั้ง) → ให้เริ่มยาไปก่อน + PCR ซ้ำ : ให้ AZT+3TC+LPV/r (หรือ NVP ขณะรอยา LPV/r)</p> <p>PCR บวก 2 ครั้ง = ติดเชื้อ : ส่งตรวจ Drug resistance ก่อนเริ่มรักษา ARV เจาะเลือดใส่กระดาษกรอง ส่งคณะเทคนิค ม.เชียงใหม่ หากไม่ดื้อยา จะได้เปลี่ยนเป็นสูตร NNRTI ได้เมื่ออายุ 3 ปี</p> <p>ผลรวม PCR เป็นลบ → anti-HIV at 18 mo (ถ้าผลที่ 18 mo เป็นบวกและเด็กสบายดี ให้เจาะซ้ำที่ 24 mo)</p> <p>2. ให้ Bactrim syr : 6-8 MKD bid/OD X 3 d/wk (1 tsp = 40 mg)(PJP Prophylaxis) ให้จน PCR - ve 2 ครั้ง (หลังอายุ 2 เดือนขึ้นไป) หรือ ถึงอายุ 1 yr (รายที่ติดเชื้อ หรือ มี S/S of HIV)</p> <p>3. บอก : ไม่ให้แม่ เคี้ยวข้าวเพื่อป้อนลูก → ↑ risk</p>																										
	หลังคลอด																																		
ได้รับ NVP	TDF/FTC หรือ TDF+3TC ต่อ 14 วัน																																		
ไม่ได้รับ NVP	หยุดยาได้เลย																																		
<p>* ข้อพึงระวัง ระหว่างการคลอด : ควรหลีกเลี่ยงการให้ยากกลุ่ม Ergot เช่น methergine (ให้ใช้ oxytocin แทน) เนื่องจากในหญิงตั้งครรภ์ที่กินยา EFV หรือ LPV/r อยู่ อาจเกิด severe vasoconstriction ได้</p> <p>* หญิงตั้งครรภ์ GA > 32 wk ที่ไม่เคยกิน ARV มาก่อนหรือกิน ARV > 12 wk แต่ยังมี VL ที่ GA > 32 wk > 1000 cpm → พิจารณาเพิ่ม Raltegravir 400 mg • bid จากสูตรปกติ (ขออาสาสมัครชาวไทย tel:02-2564930) (ลดVLเร็วใน 2-4 wk)</p> <p>** AHI (Acute HIV infection) มีการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ANC ครั้งแรก ผลเลือดเป็นลบ และเปลี่ยนมาเป็นบวกในระหว่างตั้งครรภ์ : ช่วง 4-6 wk แรก มักมีไวรัสสูงมาก = เสี่ยงสูง</p>																																			

กรณีที่มีหญิงตั้งครรภ์ ผลเลือดเป็นลบ ในระหว่างฝากครรภ์ หรือมาคลอด แต่สามีมีผลเลือดบวก		
♥ ให้ซักประวัติ 3 ข้อ		
1. มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี
2. มีไข้ ตอมน้ำเหลืองโต ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ผื่น	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี
3. สามี ได้รับการรักษา	<input type="radio"/> ได้ VL =	<input type="radio"/> ไม่ได้
1. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคู่ค้า*		
เช่น ไม่มีเพศสัมพันธ์ / มีเพศสัมพันธ์โดยป้องกันทุกครั้งใน 3 เดือนที่ผ่านมา / แน่ใจว่าเสี่ยงต่ำ เช่น สามี VL < 200 cpm		
: ตรวจ anti-HIV ซ้ำ เมื่อ GA 28-32 wk + เมื่อเจ็บท้องคลอด + ทุก 6 เดือนหลังคลอด		
: ดูแลแม่และเด็กเหมือนปกติ: กินนมแม่ได้ หากผลเลือดเป็นลบ และไม่มีความเสี่ยงเพิ่มเติม		
: แนะนำการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์		
2. มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคู่และสงสัยว่าอาจอยู่ใน window period*		
เช่น มีเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกันใน 1 เดือนที่ผ่านมา / สามี : ยังไม่รักษา หรือ มี VL ≥ 200 หรือ ไม่แน่ใจ (ซักประวัติไม่ได้)		
♣ กรณีมีประวัติเพศสัมพันธ์กับคู่ติดเชื้อโดยไม่ได้รับการป้องกันครั้งสุดท้ายภายใน 72 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
: แนะนำให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงาน โดยต้องกินจนครบ 4 สัปดาห์ (HIV non-occupational Post-Exposure Prophylaxis: HIV nPEP)		
: สูตรยา = AZT หรือ TDF + 3TC (FTC) + LPV/r หรือ EFV และให้การดูแลเหมือนคนไข้ที่ได้รับยา nPEP		
♣ กรณีมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันครั้งสุดท้ายนานกว่า 72 ชั่วโมงขึ้นไปแต่ไม่ถึง 4 สัปดาห์		
- GA < 36 wk : ให้ตรวจ anti-HIV ทันที (ควรใช้วิธี 4th generation) ถ้าผลเป็นลบ ให้ตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์ต่อมา		
หากยังคงเป็นลบ ให้ตรวจเลือดซ้ำที่ GA 28-32 wk และเมื่อเจ็บท้องคลอด และให้ดูแลรักษาตามผลเลือดที่พบ		
: หากคนไข้ไม่ติดเชื้อและยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงโดยไม่ป้องกัน แนะนำให้การให้ยาด้านไวรัส TDF/FTC ทุกวัน (1 tab × q 24 hr) เพื่อการป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis หรือ PrEP)		
- GA ≥ 36 wk : ให้พิจารณาให้การป้องกันเหมือนหญิงติดเชื้อไปก่อน จนนมแม่ ติดตามผลเลือดแม่เช่นเดียวกับที่กล่าวมาข้างต้น → ถ้าผลเลือดแม่เป็นลบหลังคลอดให้หยุดยาด้านไวรัสในแม่ได้ ติดตามผลเลือดแม่ต่อเนื่องจนพ้นระยะ window period (4 สัปดาห์) และให้การดูแลทารกเหมือนแม่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาด้านไวรัส จนกระทั่งพ้นระยะ window period ของแม่แล้วจึงหยุดยาได้ แต่ควรจะจนนมแม่		
*ในทุกกรณีที่มีแม่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหากมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโดยไม่ป้องกันและจะให้นมแม่ต่อเนื่องพิจารณาให้ PrEP กินต่อเนื่องในแม่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากคู่ + ให้ข้อมูลแม่ว่าประสิทธิภาพของยาขึ้นกับวินัยการกินยาและต้องใช้ถุงยางเสมอ		
♥ อาจพิจารณาตรวจ HIV DNA or RNA (ในกรณีที่มีความพร้อม เพื่อช่วยวินิจฉัยการติดเชื้อได้เร็วขึ้น)		

ข้อพิจารณากรณีพิเศษ		
แม่กินยาสูตร HAART และสงสัย treatment failure หรือ ดื้อยา	ตั้งครรภ์ซ้ำ หลังจากที่เคยได้ NVP ระหว่างคลอด มาก่อน และขณะนี้ยังไม่ได้รับยา HAART	หญิงตั้งครรภ์ที่เป็น Acute HIV infection
- ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญโดยเร็ว	- แนะนำให้สูตร AZT or TDF + 3TC (FTC) + LPV/r	- แม่ควรได้รับยาสูตร HAART ทันที
: เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยาให้เหมาะสมในการลด VL ให้ต่ำที่สุด	ไม่ว่าระดับ CD4 จะเป็นเท่าไรก็ตาม	- ดูแลระหว่างคลอดและหลังคลอดเช่นเดียวกับทารกที่มีความเสี่ยงสูง พิจารณา elective C/S ยกเว้น ทราบว่า VL at GA 36 wk < 50 cpm
- แนะนำให้ AZT ในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด	เนื่องจากมีโอกาสสูงที่จะมีเชื้อคือ NVP	
: เพราะถึงแม้แต่คือ AZT แต่เชื้อที่ถ่ายทอดไปยังทารกอาจเป็น wild type ซึ่งยา AZT ยังได้ผล	กินยาแล้ว คลื่นได้ อาเจียน ท้องเสีย (LPV/r > AZT or 3TC)	
	- ให้แนะนำว่า อาการจะค่อยๆดีขึ้น ใน 2-4 สัปดาห์ + ให้รับประทานอาหารก่อนถึงมือยา	
	กินยา EFV แล้วมีศีรษะ ฝืนร้าย นอนไม่หลับ ภาพหลอน	
	- ให้แนะนำว่าอาการมักจะดีขึ้นใน 2-4 สัปดาห์ และควรกินยาให้ห่างจากมื้ออาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง	

กรณีที่มีหญิงตั้งครรภ์ ที่ผล Anti-HIV ไม่ชัดเจน (indeterminate / inconclusive)	การทำ GCT / OGTT	เจาะดู blood glucose
- ให้เจาะ anti-HIV ซ้ำ ภายใน 2-6 wk later หรือพิจารณา PCR or Viral load (หากทำได้)	50 g GCT = ให้กิน 50% glucose 100 ml	หลังกิน glucose 1 hr
	100 g OGTT = ให้ NPO มาอย่างน้อย 8 hr	หลังกิน glucose ที่ 1, 2 และ 3 hr
	เจาะ FBS จากนั้นกิน 50% glucose 200 ml	(DM: FBS ≥ 105; 1 hr ≥ 190; 2 hr ≥ 165; 3 hr ≥ 145)
คลอดทางช่องคลอด : ควรหลีกเลี่ยง การเจาะถุงน้ำคร่ำ / PROM > 4 hr (↑risk of infection) / หัตถการ ที่อาจจะทำให้เด็กบาดเจ็บและเพิ่มความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดแม่		
Elective C/S : พิจารณาในรายที่ไม่ได้รับยา HAART / ได้รับยา < 4 wk หรือ กินยาไม่สม่ำเสมอ / GA 38 wk + VL > 1,000 (GA 34-36 wk) / ตามข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม		
Emergency C/S : ในรายที่เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์และมีน้ำเดินแล้ว สามารถทำได้ตามข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม (ประโยชน์ในการป้องกัน ยังไม่ต่างจากการคลอดทางช่องคลอด)		

ขนาดยาด้านไวรัส สำหรับป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ในทารกแรกเกิด			
น้ำหนักแรกเกิด (gm)	AZT syr (10 mg/ml)	3TC syr (10 mg/ml)	NVP syr (10 mg/ml)
		(GA > 35 wk) 4 mg/kg × q 12 hr	2 mg/kg × q 12 hr
4000 – 4999 gm.	18 mg (1.8 ml × q 12 hr)	9 mg (0.9 ml × q 12 hr)	18 mg (1.8 ml × q 24 hr)
3500 – 3999 gm.	16 mg (1.6 ml × q 12 hr)	8 mg (0.8 ml × q 12 hr)	16 mg (1.6 ml × q 24 hr)
3000 – 3499 gm.	14 mg (1.4 ml × q 12 hr)	7 mg (0.7 ml × q 12 hr)	14 mg (1.4 ml × q 24 hr)
2500 – 2999 gm.	12 mg (1.2 ml × q 12 hr)	6 mg (0.6 ml × q 12 hr)	12 mg (1.2 ml × q 24 hr)
2000 – 2499 gm.	10 mg (1.0 ml × q 12 hr)	5 mg (0.5 ml × q 12 hr)	10 mg (1.0 ml × q 24 hr)
1500 – 1999 gm.	8 mg (0.8 ml × q 12 hr)	4 mg (0.4 ml × q 12 hr)	8 mg (0.8 ml × q 24 hr)

หากไม่สามารถทนยาต่อไปไม่ได้	ให้เปลี่ยนเป็น
AZT : ซีดมาก	TDF (300 mg) 1 tab × q 24 hr
TDF : ผลข้างเคียงทางไตหรือแพ้ยา	AZT (300 mg) 1 tab × q 12 hr
LPV/r : ถ่ายเหลว คลื่นไส้	EFV (600 mg) 1 tab × q 24 hr
EFV : เวียนหัวมาก	LPV/r (200/50) 2 tab × q 12 hr
LPV/r และ EFV	NVP (if CD4 ก่อนเริ่มยา <250)
	(ราย CD4 >250 ไม่แนะนำให้ใช้ NVP เพราะมีโอกาสเกิดตับอักเสบได้สูง)
LPV, EFV, NVP	ATV/r (300/100) 1 tab × q 24 hr
LPV/r, EFV, NVP และ ATV/r	ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับสูตรยา HAART ระหว่างรอให้ยา HAART ให้ AZT (300) 1 tab × q 12 hr เป็นอย่างน้อย และ กินยา HAART ต่อหลังคลอด **

Lab	ก่อนเริ่มยา	ระหว่างได้รับยา	ข้อพึงระวัง
CD4 count	/	ทุก 6 mo	♥ ถ้า Hb < 8 or Hct < 24%
Viral load	/	ที่ GA 34-36 wk ควรทำทุกรายที่กิน ARV ≥ 4 wk (เบิกตามสิทธิ) เพื่อใช้จำแนกความเสี่ยงของทารกและวิธีคลอด	: ไม่ควรเริ่มหรือให้ยา AZT : ให้เป็น TDF แทน
CBC	/	หลังได้รับ AZT 4-8 wk	♥ ถ้าค่าความ creatinine clearance < 60 ml/min
Creatinine	/	หลังได้รับ TDF 3 และ 6 เดือน	: ไม่ควรใช้ TDF : ให้เป็น AZT แทน
ALT	/	ตรวจซ้ำ หากมีอาการสงสัยตับอักเสบและทุก 6 เดือน	♥ หาก ALT > 2.5 เท่าของ upper limit
Urine sugar	/	ทุกครั้งที่มาตรวจครรภ์ ถ้ากิน TDF ตรวจ UA ทุก 6 เดือน	: ไม่ควรใช้ NVP : ให้เป็น EFV or LPV/r แทน
50 g GCT	ก่อนเริ่มยา LPV/r และ รายที่เสี่ยงต่อ GDM	ผู้ที่ได้ LPV/r ทุกราย : ตรวจ 50 g GCT ที่ GA 24-28 wk หรือหลังเริ่มยา LPV/r อย่างน้อย 4 wk ขึ้นไป	♥ หาก urine sugar เป็นบวก และใช้สูตร LPV/r
			: ควรเปลี่ยนเป็น EFV แทน (ถ้าไม่ดื้อยา)
			♥ หาก GCT พบ BS ≥ 140 mg/dl
			: ให้ทำ 100 g OGTT ต่อ หรือปรึกษาสูติแพทย์