

# บทที่ 4

## การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

### (Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission)

#### คำแนะนำที่สำคัญ

1. ยาด้านเอชไอวีสูตรแนะนำสำหรับหญิงตั้งครรภ์
  - กรณีที่ไม่เคยได้รับยาด้านเอชไอวีมาก่อน (Treatment-naïve) หรือเคยได้ PrEP แบบกิน แนะนำ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG โดยแนะนำารวมเม็ด (TDF/3TC/DTG) หรือ (TAF/3TC/DTG) หากไม่มียารวมเม็ด สามารถใช้ยาแยกเม็ดได้ และให้เริ่มยาด้านเอชไอวีโดยเร็วที่สุดในวันเดียวกันกับการวินิจฉัย (same-day ART)
  - กรณีที่เคยได้รับยา PrEP แบบฉีด long-acting cabotegravir (CAB-LA) มาก่อน แนะนำ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DRV/r โดยขนาดยา DRV/r คือ 600/100 มก. วันละ 2 ครั้ง พร้อมอาหาร
2. กรณีที่ไม่สามารถทานยา (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) ซึ่งเป็น backbone ได้ แนะนำให้ใช้ ABC+3TC แทน โดยกรณีใช้ ABC ควรมีการตรวจ HLA-B\*5701 ก่อนเริ่มใช้
3. หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดและมาคลอดโดยไม่เคยได้รับยาด้านเอชไอวีมาก่อน แนะนำให้ยาสูตร (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG ร่วมกับ AZT 600 มก. ครั้งเดียวทันที และใช้ยาสูตรดังกล่าวต่อหลังคลอดเพื่อรักษาต่อเนื่อง
4. ให้ยา AZT 600 มก. ครั้งเดียวในระหว่างเจ็บครรภ์คลอดร่วมด้วยในกรณี HIV VL > 50 copies/mL
5. การตรวจ HIV VL ในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี แนะนำอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยพิจารณาจากประวัติการรักษา
  - กรณีวินิจฉัยขณะตั้งครรภ์ ไม่เคยได้ยาด้านเพื่อการรักษามาก่อน ให้ตรวจครั้งแรก เมื่อกินยาด้านเอชไอวีมา  $\geq 12$  สัปดาห์ หรือ ที่อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ เมื่อระยะเวลาใดถึงกำหนดก่อน และให้ตรวจ HIV VL อีกครั้งที่อายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ โดยห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 4 สัปดาห์
  - กรณีเคยรับยาด้านเอชไอวีมาก่อนตั้งครรภ์ ให้ตรวจครั้งแรก เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยไม่จำเป็นต้องห่างจากครั้งก่อนเกิน 1 ปี และให้ตรวจ HIV VL อีกครั้งที่อายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ โดยห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 4 สัปดาห์
  - กรณีตรวจพบว่า HIV VL >1,000 copies/mL อาจเกิดจากระดับ HIV VL ที่แรกสูงหรือกินยาด้านเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ ควรให้คำปรึกษาส่งเสริมวินัยการกินยา และพิจารณาเปลี่ยนสูตรยาด้านไวรัสหากไม่สามารถทนต่อยาได้ และให้ตรวจ HIV VL อีกครั้ง 4 สัปดาห์

## บทนำ

ประเทศไทยได้รับการรับรองการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกจากองค์การอนามัยโลกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 และได้รับการรับรองต่อเนื่องในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 จากรายงานการติดตามการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบค่าเฉลี่ยอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ในปี พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 0.52 ในปัจจุบัน ยาต้านเอชไอวีสูตรที่แนะนำในผู้ใหญ่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีและหญิงตั้งครรภ์ เป็นยาเม็ดรวม (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG ซึ่งสามารถดื่มน้ำได้เร็ว โดยร้อยละ 60 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านเอชไอวีมาต่อเนื่อง ก่อนตั้งครรภ์อยู่แล้ว มีเพียงร้อยละ 4 ที่ได้รับยาต้านเอชไอวีน้อยกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอด และประมาณร้อยละ 2 ที่ไม่ได้รับยาต้านเอชไอวีก่อนคลอด ในปี พ.ศ. 2567 รายงานอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอยู่ที่ร้อยละ 1.46

หากประเทศไทยต้องการลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ควรส่งเสริมการฝากครรภ์แต่เนิ่นๆ ในหญิงตั้งครรภ์ ส่งเสริมการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ให้สามีของหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากเริ่มมีรายงานแม่ที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างตั้งครรภ์แต่มาพบติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่หลังคลอดทำให้ทารกติดเชื้อเอชไอวีจากกินนมแม่มากขึ้น หากพบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีควรเริ่มยาต้านเอชไอวีโดยเร็วที่สุดในวันเดียวกันหรือไม่เกิน 7 วันหลังการวินิจฉัย (same day ART) โดยไม่ต้องรอผล CD4 ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เพราะตามทฤษฎีแล้วหากทารกที่คลอดจากแม่ที่กินยา ART อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่า 12 สัปดาห์ หรือมีระดับไวรัสในเลือดเมื่อใกล้คลอด  $\leq 50$  copies/mL จะมีความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อสู่ทารกต่ำกว่าร้อยละ 1

นอกจากนี้ประเทศไทยกำหนดเป้าหมายลดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก (Triple elimination mother-to-child transmission) โดยมีเป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2573 ดังนี้ การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกน้อยกว่าร้อยละ 2 การติดเชื้อซิฟิลิสในทารกแรกเกิดน้อยกว่า 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน การถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูกน้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 2 และความชุกของผลบวก HBsAg ในเด็กอายุ  $\leq 5$  ปี น้อยกว่าร้อยละ 0.1

### 4.1 การวางแผนครอบครัวสำหรับผู้อยู่กับเอชไอวี

#### คำแนะนำสำคัญ

- ผู้อยู่กับเอชไอวีควรได้รับคำปรึกษาและดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงความประสงค์ในการมีบุตร
- กรณีที่ยังไม่ประสงค์จะตั้งครรภ์ สามารถเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดได้ทุกวิธี
  - ห่วงอนามัยไม่เหมาะในผู้อยู่กับเอชไอวีที่ยังไม่ได้รับประทานยาต้านเอชไอวี มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (จำนวน CD4 ต่ำ) หรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
  - รายที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและได้ยาต้านเอชไอวีในกลุ่ม Pls อาจทำให้ประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดลดลงได้ จึงควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีระดับ ethinyl estradiol (EE)  $\geq 30$  ไมโครกรัม
- กรณีที่ประสงค์จะตั้งครรภ์หรือมีบุตร
  - ให้คำปรึกษาถึงข้อดีข้อเสียของการตั้งครรภ์ ประเมินความพร้อมในการตั้งครรภ์หรือมีบุตร ตรวจเลือดทั้งสามีและภรรยา แนะนำทางเลือกต่าง ๆ เพื่อทำให้เกิดการตั้งครรภ์และลดโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
  - ช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อการวางแผนมีบุตร คือ ระดับ HIV VL  $\leq 50$  copies/mL และกินยาต้านเอชไอวีสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน สุขภาพแข็งแรง ภาวะโภชนาการดี ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การตั้งครรภ์ไม่ได้ทำให้การดำเนินโรคเอชไอวีเลวลงถ้ากินยาต้านเอชไอวีสม่ำเสมอ

#### 4.1.1 การวางแผนมีบุตรสำหรับผู้อยู่กับเอชไอวีและครอบครัว

การดูแลสุขภาพผู้อยู่กับเอชไอวี ควรครอบคลุมการให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางแผนครอบครัว ซึ่งรวมถึงการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การเตรียมสุขภาพก่อนตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด ส่งผลให้แม่และทารกที่เกิดมามีสุขภาพที่ดี และป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก นอกจากนี้ กรณีครอบครัวที่มีผลเลือดต่างหรือเป็นผู้อยู่กับเอชไอวีทั้งคู่ต้องการวางแผนมีบุตรโดยไม่เลือกวิธีการรับบุตรบุญธรรม ควรได้รับการประเมินว่ามีภาวะมีบุตรยากและจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเจริญพันธุ์หรือไม่

ครอบครัวหรือคู่ที่ไม่พบว่ามีปัจจัยหรือความเสี่ยงต่อภาวะมีบุตรยาก ควรได้รับคำปรึกษาในทางเลือกต่างๆ เพื่อทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ (ตารางที่ 4.1) โดยหลีกเลี่ยงหรือลดโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อไปยังคู่ของตนเอง ทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงควรได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้อยู่กับเอชไอวีควรได้รับยาต้านเอชไอวีจนกระทั่งมีระดับ HIV VL <50 copies/mL ทั้งนี้ กรณีที่ผู้อยู่กับเอชไอวีตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกร่วมด้วย การใช้ยา DTG ในหญิงวัยเจริญพันธุ์

รายงานการเฝ้าระวังจากประเทศบอสวานาในปี ค.ศ. 2018 ในหญิงที่ได้รับ DTG ก่อนการตั้งครรภ์จำนวน 426 ราย เปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป พบการเกิด neural tube defect (NTD) ในทารกเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญ (ความแตกต่างของความชุก 0.85%, 95%CI 0.27-2.3) อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ. 2022 ข้อมูลเพิ่มเติมจากการเฝ้าระวังดังกล่าวซึ่งมีหญิงที่ได้รับ DTG ก่อนการตั้งครรภ์ >11,000 ราย ไม่พบความแตกต่างของการเกิด NTD เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (ความแตกต่างของความชุก 0.04%, 95%CI -0.02-0.1) ซึ่งตรงกับการศึกษาติดตามหญิงที่ได้รับ DTG ก่อนการตั้งครรภ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี ค.ศ. 2008-2020 ที่ไม่พบความแตกต่างของการเกิด NTD เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ดังนั้น ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับ DTG และวางแผนตั้งครรภ์ แพทย์ควรแนะนำให้กิน folic acid เป็นประจำ เพื่อลดโอกาสเกิด NTD ในทารก เช่นเดียวกันกับคำแนะนำในหญิงที่วางแผนตั้งครรภ์ทั่วไป

ตารางที่ 4.1 ทางเลือกในการทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในครอบครัวผู้กรณีที่ผู้อยู่กับเอชไอวีทั้งคู่ไม่มีปัญหาอื่นในการทำมีบุตรยาก

ชาย	หญิง	ทางเลือก
ไม่ติดเชื้อ	ติดเชื้อ	1. เมื่อฝ่ายหญิงมีระดับ HIV VL undetectable และกินยาต้านเอชไอวีสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางวันไข่ตกเพื่อเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ 2. การฉีดอสุจิเข้าช่องคลอดด้วยตนเอง 3. การช่วยเจริญพันธุ์โดยฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเจริญพันธุ์
ติดเชื้อ	ไม่ติดเชื้อ	1. เมื่อฝ่ายชายมีระดับ HIV VL <50 copies/mL และกินยาต้านเอชไอวีสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน ให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางในวันที่คาดว่าจะมีการตกไข่ของฝ่ายหญิง 2. การช่วยเจริญพันธุ์ด้วยวิธีฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (อสุจิบริจาคหรืออสุจิของฝ่ายชายหลังการล้าง) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเจริญพันธุ์
ติดเชื้อ	ติดเชื้อ	เมื่อทั้งคู่มีระดับ HIV VL <50 copies/mL และกินยาต้านเอชไอวีสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน ให้มีเพศสัมพันธ์ในวันที่คาดว่าจะมีการตกไข่ของฝ่ายหญิง

#### การฉีดอสุจิเข้าช่องคลอดด้วยตนเอง

วิธีนี้จะช่วยให้ฝ่ายชายไม่ต้องสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งในช่องคลอด จึงช่วยป้องกันชายที่ไม่ติดเชื้อได้อย่างแน่นอน ทั้งนี้ต้องฉีดในวันที่มีไข่ตกจึงจะทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ วิธีการทำโดยให้ฝ่ายชายหลังอสุจิใส่ภาชนะสะอาด หลังจากนั้นใช้หลอดฉีดยาขนาดเล็ก (3-5 มล.) ดูดอสุจิและสอดเข้าไปในช่องคลอดแล้วฉีดอสุจิเข้าในช่องคลอด และให้ฝ่ายหญิงนอนพักประมาณ 30 นาทีหลังฉีด

## การกำหนดวันไข่ตกด้วยตนเอง

วิธีการทำนายวันไข่ตกง่ายและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สามารถทำได้โดยการนับวัน ซึ่งจะใช้ได้เฉพาะรายที่รอบประจำเดือนมาสม่ำเสมอ และมีระยะห่างระหว่างรอบประจำเดือนคงที่ โดยทั่วไปไข่จะตกก่อนวันที่มีประจำเดือนครั้งต่อไปประมาณ 14 วัน ทั้งนี้อาจใช้การวัดอุณหภูมิร่างกายตอนเช้า (อุณหภูมิจะเพิ่มขึ้น 0.5-1 องศาเซลเซียสหลังไข่ตก) หรือสังเกตมูกใสที่ออกมาจากช่องคลอดในช่วงไข่ตกได้ด้วยได้

วิธีที่อาจช่วยให้กำหนดวันไข่ตกได้แม่นยำขึ้น คือ การตรวจพบการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน LH ในปัสสาวะ ซึ่งมีชุดทดสอบจำหน่ายตามร้านขายยา วิธีใช้คล้ายกับการตรวจการตั้งครรภ์ เมื่อพบการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน LH ในปัสสาวะ คาดว่าไข่จะตกหลังจากนั้นประมาณ 24-36 ชั่วโมง

## การช่วยเจริญพันธุ์

การช่วยเจริญพันธุ์ในกรณีที่ฝ่ายชายไม่มีปัญหาอสุจิ และฝ่ายหญิงไม่มีปัญหาที่นำไข่ต้นทั้งสองข้าง สามารถใช้วิธีฉีดอสุจิเข้าในโพรงมดลูก (intrauterine insemination, IUI) ในวันที่มีไข่ตก ซึ่งแพทย์มักกำหนดวันโดยใช้การตรวจด้วยคลื่นเสียง ความถี่สูง (ultrasound) ร่วมกับการฉีดฮอร์โมนกระตุ้นให้ไข่ตก

ส่วนรายที่ฝ่ายชายมีปัญหาอสุจิหรือฝ่ายหญิงมีท่อไข่ตันทั้งสองข้าง หรือใช้วิธี IUI มาแล้วมากกว่า 3-6 รอบ และไม่เกิดการตั้งครรภ์ จำเป็นต้องใช้วิธีเด็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization, IVF) เพื่อทำให้เกิดการปฏิสนธิโดยการฉีดอสุจิใส่โดยตรง (intracytoplasmic sperm injection) เพื่อเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายที่ฝ่ายชายมีปัญหาอสุจิ

## การล้างอสุจิ (sperm washing)

ในกระบวนการช่วยเจริญพันธุ์ไม่ว่าจะใช้วิธี IUI หรือ IVF จะต้องมีการคัดเลือกอสุจิที่แข็งแรงหรือเคลื่อนไหวเร็วก่อนนำมาใช้ เนื่องจากตัวอสุจิไม่มีตัวรับ HIV ทำให้การคัดเลือกอสุจิตดงกล่าวจึงเป็นเสมือนการแยกอสุจิออกจากเชื้อ HIV ซึ่งจะอยู่ในน้ำกาม (seminal fluid) และเซลล์เม็ดเลือดขาว

## เพศสัมพันธ์วันไข่ตก (timed natural conception)

ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่กินยาต้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปและมีระดับ HIV VL  $\leq 50$  copies/mL จะไม่ถ่ายทอดเชื้อให้ผู้อื่นผ่านทางเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันได้ (U=U, Undetectable equals Untransmittable) ดังนั้นการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยในวันที่ฝ่ายหญิงมีไข่ตก ถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่แนะนำ ในการทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในครอบครัวผู้อยู่ร่วมกับ เอชไอวี

### 4.1.2 การคุมกำเนิดในหญิงอยู่ร่วมกับเอชไอวีวัยเจริญพันธุ์

จากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกไม่แนะนำให้ใช้ยาฆ่าอสุจิ (spermicides) เป็นวิธีคุมกำเนิดสำหรับหญิงอยู่ร่วมกับเอชไอวี เนื่องจากอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อปากมดลูกและผนังช่องคลอด ซึ่งเป็นการเพิ่มปริมาณไวรัสในช่องคลอด และเพิ่มโอกาสการถ่ายทอดเชื้อไปยังฝ่ายชาย ส่วนการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพอื่นๆ สามารถใช้ร่วมกับถุงยางอนามัย ซึ่งอาจเป็นถุงยางอนามัยหรือถุงอนามัยสตรีก็ได้ การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดใดขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น ความต้องการมีบุตร ระยะเวลาในการคุมกำเนิด ความสะดวกในการใช้ และการยอมรับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามควรให้หญิงอยู่ร่วมกับเอชไอวี เป็นผู้ตัดสินใจเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดเอง หลังจากที่ได้ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแนะนำแล้ว

## การทำหมัน

การผ่าตัดทำหมันชายหรือหมันหญิงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเพียงพอแล้ว

## ห่วงอนามัย (intrauterine device, IUD)

หญิงอยู่ร่วมกับเอชไอวีสามารถใช้ห่วงอนามัยได้อย่างปลอดภัย ทั้งห่วงอนามัยชนิดทองแดง (copper IUD, Cu-IUD) หรือห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน (levonorgestrel IUD, LNG-IUD) อย่างไรก็ตามการเริ่มใส่ห่วงอนามัยในผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอดส์ ยังไม่ได้รับยาต้านเอชไอวี หรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ต้องระมัดระวังความเสี่ยงต่อการอักเสบในอุ้งเชิงกรานสำหรับหญิงที่ใส่ห่วงอนามัยอยู่ก่อนที่จะทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็นต้องเอาห่วงอนามัยออก

## ยาฝังคุมกำเนิด

แนะนำให้ยาฝังคุมกำเนิดเป็นทางเลือกหนึ่งในการคุมกำเนิดสำหรับหญิงติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีประสิทธิภาพดี ใช้ได้นาน ปลอดภัย และสะดวก ยาฝังคุมกำเนิดในประเทศไทยมี 2 ชนิดได้แก่ Jadelle® ซึ่งมีฮอร์โมน LNG จำนวน 2 แท่ง คุมกำเนิดได้นาน 5 ปี และ Implanon® ซึ่งมีฮอร์โมน etonogestrel (ENG) จำนวน 1 แท่ง คุมกำเนิดได้นาน 3 ปี

หญิงที่ได้ EFV จะมีระดับฮอร์โมนจากยาฝังคุมกำเนิดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ยาต้านเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ และมีรายงานพบอัตราการตั้งครรภ์เกิดขึ้นหลังฝังยาคุมกำเนิดทั้ง LNG หรือ ENG ในรายที่ได้ EFV สูงกว่ารายที่ได้ NVP หรือยาต้านเอชไอวีกลุ่มอื่น

#### ยาฉีดคุมกำเนิด

ประเทศไทยมียาฉีดคุมกำเนิดที่ประกอบด้วยฮอร์โมน depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) ขนาด 150 มก. ใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 3 เดือน ซึ่งมีประสิทธิภาพดี ปลอดภัย และสะดวกต่อผู้ใช้

การศึกษาติดตามหญิงอยู่ร่วมกับเอชไอวีทั้งรายที่ยังไม่ได้กินยาต้านเอชไอวี และรายที่กินยาต้านเอชไอวีแล้วไม่ว่าจะเป็นยาในกลุ่ม NNRTIs หรือ PIs ไม่พบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของจำนวน CD4 หรือระดับ HIV VL หลังจากได้รับ DMPA อย่างไรก็ตาม การกำจัด MPA ออกจากร่างกายจะพบมากขึ้นในรายที่ได้ EFV แต่ไม่เปลี่ยนแปลงในรายที่ได้ NVP และลดลงในรายที่ได้ LPV/r หรือ NFV/r

#### ยาเม็ดคุมกำเนิด

ยาเม็ดคุมกำเนิดที่นิยมใช้ในประเทศไทยเป็นชนิดฮอร์โมนรวมซึ่งประกอบด้วย เอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol (EE) และ โปรเจสตินซึ่งมีหลายชนิด เช่น LNG, norethindrone (NET), norgestimate (NGM) เป็นต้น และยังมีปริมาณฮอร์โมน ที่แตกต่างกันไป โดยทั่วไปยาเม็ดคุมกำเนิดขนาดมาตรฐานในปัจจุบันมี EE ในแต่ละเม็ดเท่ากับ 30-35 ไมโครกรัม

รายที่กินยาต้านเอชไอวีในกลุ่ม PIs อาจมีผลให้ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดของยาเม็ดคุมกำเนิดลดลง เนื่องจากทำให้ระดับ EE ลดลง ดังนั้น จึงแนะนำให้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนที่มี EE ในแต่ละเม็ดไม่น้อยกว่า 30 ไมโครกรัมในผู้ที่กินยาต้านไวรัสในกลุ่มนี้ และเน้นการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด

## 4.2 การบริการที่หญิงตั้งครรภ์และสามีทุกคนควรได้รับระหว่างมาฝากครรภ์ครั้งแรก

### คำแนะนำสำคัญ

- หญิงตั้งครรภ์และสามีควรได้รับการให้การปรึกษาแบบคู่ เพื่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และคัดกรองโรคต่างๆ ที่ถ่ายทอดจากพ่อแม่สู่ลูก เช่น ไวรัสตับอักเสบบี ซิฟิลิส ธาลัสซีเมีย
- หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี 2 ครั้ง เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ หากผลการตรวจครั้งแรกเป็นลบ
- สามีทุกคน ต้องมีผลเลือดเอชไอวีที่ตรวจในช่วงระยะเวลาระหว่างที่ภรรยาเริ่มมาฝากครรภ์ และบันทึกลงในสมุดฝากครรภ์ของภรรยาเสมอ หากสามียังไม่มีผลเลือดเอชไอวีจนถึงวันคลอด ให้ตรวจให้ได้เร็วที่สุดในระหว่างคลอดหรือหลังคลอด
- การให้การปรึกษาแบบคู่สามารถทำได้ทั้งแบบทีละคู่ หรือทำเป็นกลุ่มก็ได้ โดยการให้การปรึกษาแบบคู่จะช่วยลดปัญหาการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่ได้ดีขึ้น และทำให้เกิดการดูแลคู่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี หรือคู่ที่มีผลเลือดต่างได้อย่างเหมาะสมและใช้ศักยภาพของครอบครัวได้เต็มที่

### แนวทางในการบริการหญิงตั้งครรภ์ มีดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์และสามีของหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการคัดกรองโรคต่างๆ ตรวจปัสสาวะและตรวจเลือดพื้นฐาน โดยเชื่อมโยงกับมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ดังนี้

- หญิงตั้งครรภ์: ตรวจ CBC (Hct/Hb), anti-HIV, syphilis testing, HBsAg, thalassemia screening, blood group (ABO, Rh), การตรวจคัดกรองอื่น ๆ (เช่น urine culture, ความผิดปกติของโครโมโซมของทารกในครรภ์, เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการตรวจ ultrasound ตามข้อบ่งชี้) หากผลตรวจคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิสในครั้งแรกเป็นลบ ให้ตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์
- สามีตรวจ anti-HIV, syphilis testing, HBsAg และ thalassemia screening (ในบางโรงพยาบาลมีการจัดบริการคัดกรองสามีเป็น package รวมคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส ตับอักเสบบีและธาลัสซีเมียในทุกราย โดยให้สามีร่วมจ่ายบางส่วน)

การตรวจ syphilis ในหญิงตั้งครรภ์ แนะนำให้เป็นการตรวจแอนติบอดี แบบ Reverse algorithm นั่นคือ ให้ตรวจคัดกรองด้วย Initial treponemal test (TT) ซึ่งใช้หลักการ CLIA หรือ EIA หากผลตรวจเป็น reactive ให้ตรวจสนับสนุนด้วย Nontreponemal test (NTT) เช่น RPR หรือ VDRL ต่อ หากผลเป็น reactive ให้ตรวจหาปริมาณ เพื่อรายงานเป็นไต่เตอร์ หากผลเป็น nonreactive ให้ตรวจยืนยันด้วย Second treponemal test ด้วยวิธี conventional TT เช่น TPHA หรือ TPPA เท่านั้น หรือหากสงสัยว่า RPR ให้ผลปลอม เนื่องจาก prozone ให้เจือจางตัวอย่างด้วย 0.9% NaCl ที่ dilution 1:16 แล้วทดสอบอีกครั้ง (แผนภูมิที่ 4.1, รายละเอียดตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการตรวจติดตามการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี ซี ปี พ.ศ. 2568) การแปลผลการตรวจ syphilis ให้ร่วมกับประวัติเสี่ยง อาการ อาการแสดงและประวัติการรักษาในอดีต

2. สถานพยาบาลต้องจัดให้มีบริการฝากครรภ์เป็นคู่ หญิงตั้งครรภ์และสามีควรได้รับบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่โดยสมัครใจในคลินิกฝากครรภ์ โดยควรลงผลเลือดของสามีในสมุดฝากครรภ์ด้วย หากสามีไม่มาพร้อมหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างฝากครรภ์ ควรตรวจเลือดให้สามีในการฝากครรภ์ครั้งต่อไป หรือในช่วงหลังคลอดที่สามีส่วนใหญ่จะมาปรึกษาและลูกกลับบ้าน หากสามียังไม่มีผลเลือดเมื่อเด็กมารับวัคซีนและกินนมแม่อยู่ ควรแนะนำให้สามีตรวจเลือดด้วย ทั้งนี้เพื่อป้องกันการตกที่มาจากแม่ที่ติดเชื้อในระยะท้ายของการตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ซึ่งพบมากขึ้นในระยะหลัง ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 4.2 โดยให้ความสำคัญในประเด็นของการให้การปรึกษาและตรวจเลือดแบบคู่ในประเด็นการมีโอกาสมีผลเลือดต่างกัน การป้องกันการติดเชื้อ และการแก้ปัญหาาร่วมกัน กรณีที่มีการติดเชื้อสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่สามีไม่มาด้วย ควรให้การปรึกษาและสุกศึกษาเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม และแนะนำให้ชักชวนสามีมารับบริการในครั้งต่อไป สำหรับหญิงที่ไม่มีผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และไม่ได้ฝากครรภ์ให้การปรึกษาเพื่อเข้ารับการตรวจเลือด ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 4.3

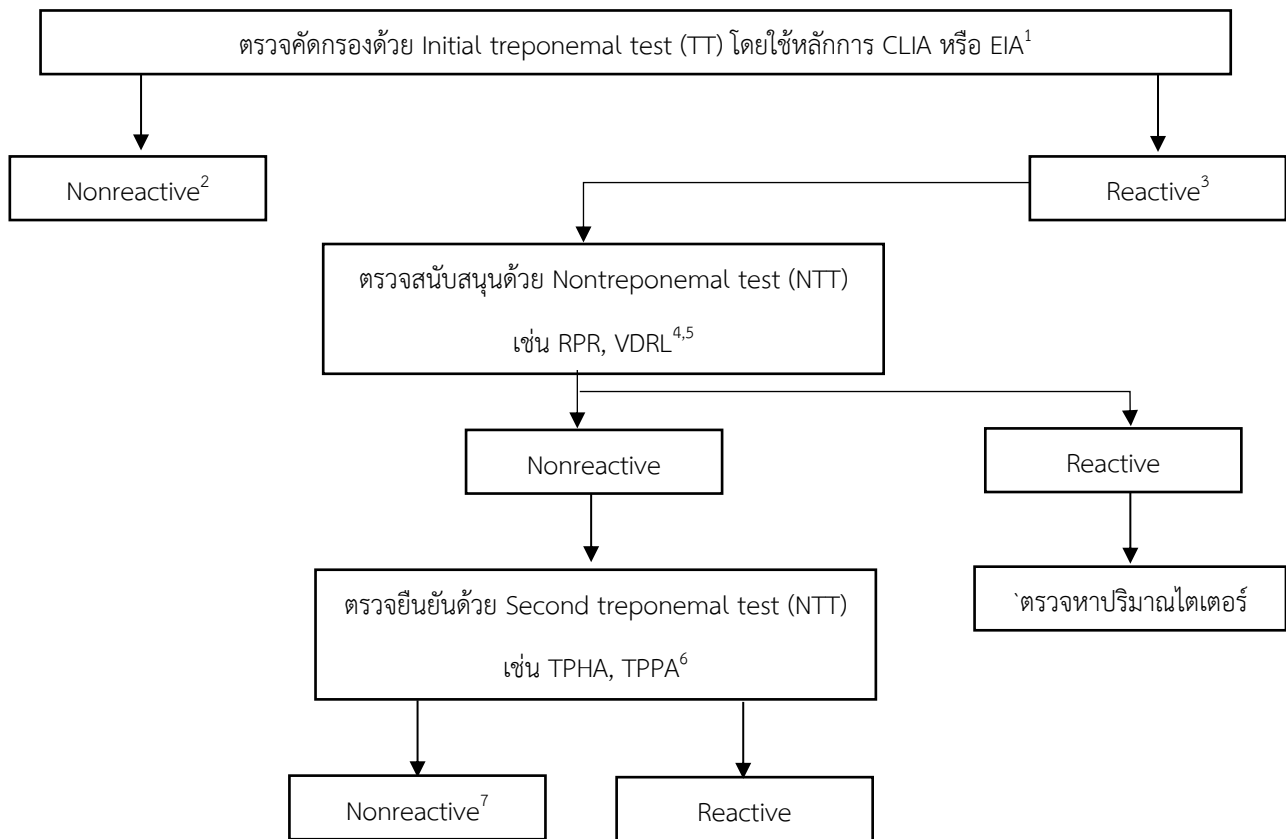
3. หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี และไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ควรพิจารณาเริ่มยาต้านเอชไอวีโดยเร็วที่สุดภายในวันเดียวกันของการวินิจฉัย (Same day ART) หรืออย่างช้าไม่ควรเกิน 7 วัน (Rapid ART) โดยไม่ต้องรอผล CD4 และควรตรวจคัดกรองเพิ่มเติมต่อไปนี้

- ในช่วงระหว่างฝากครรภ์ครั้งแรกควรตรวจภายในและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น หนองใน หนองในเทียม พยาธิช่องคลอด ไม่ว่าจะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ตาม เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยไม่มีอาการสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป และอาจถ่ายทอดไปยังทารกในครรภ์ได้
- คัดกรองประวัติสัมผัสพิษวัณโรค อาการและอาการแสดงของวัณโรค
- ตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อสืบสวนโรคติดเชื้อฉวยโอกาสตามอาการ
- CD4 และการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานก่อนเริ่มยา (หัวข้อ 4.5 ตาราง 4.13 และรายละเอียดในบทที่ 2)
- การตรวจ HIV VL กรณีได้รับยาต้านเพื่อการรักษามาก่อนการตั้งครรภ์ แนะนำให้ตรวจ HIV VL ครั้งแรก เมื่อฝากครรภ์ และติดตามอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ โดยห่างจากครั้งก่อนอย่างน้อย 4 สัปดาห์ กรณีไม่เคยได้รับยาต้านเพื่อการรักษามาก่อน แนะนำให้ตรวจ HIV VL ครั้งแรกเมื่อรับยาต้านแล้วอย่างน้อย 12 สัปดาห์ หรืออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ เมื่อระยะเวลาใดมาถึงกำหนดก่อน และติดตามอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ โดยห่างจากครั้งก่อนอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หากตรวจพบว่า HIV VL > 1000 copies/mL แนะนำส่งเสริมวินัยในการรับประทานยา พิจารณาผลข้างเคียงของยา และอาจพิจารณาเปลี่ยนสูตรยาตามความเหมาะสม แล้วให้ติดตาม HIV VL อีกครั้ง 4 สัปดาห์ถัดมา

4. หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์ตรวจพบ HBs Ag และพบว่า ALT สูงกว่า Upper normal limit หรือมีค่า Creatinine สูง สงสัยมีการทำงานของไตผิดปกติ ให้ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้อายุรแพทย์พิจารณาให้การรักษาและป้องกันการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามความเหมาะสม กรณีหญิงตั้งครรภ์ตรวจพบ HBs Ag และพบว่า ALT และ Creatinine ปกติ และ HBeAg เป็นลบ หรือมีปริมาณไวรัส < 200,000 IU/mL ให้ฝากครรภ์ปกติ แต่ถ้า HBeAg เป็นบวก หรือมีปริมาณไวรัส  $\geq 200,000$  IU/mL ให้พิจารณาให้ยาต้านไวรัส TDF เมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ และให้ต่อเนื่องไปจนครบ 4 สัปดาห์หลังคลอดจึงหยุดยา (รายละเอียดตามแนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี และการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก พ.ศ. 2566) และหากพบว่าติดเชื้อร่วมกันทั้งตับอักเสบบีและเอชไอวี ให้พิจารณาให้ยาต้านไวรัสตั้งแต่วินิจฉัย (รายละเอียดตามหัวข้อ 4.4)

5. หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์ตรวจพบเป็น ซิฟิลิส ให้ประเมินอาการ อาการแสดง ประวัติการรักษา เพื่อวินิจฉัยระยะของโรค และให้การรักษาระยะของโรค แล้วติดตามการรักษาโดยใช้ RPR/VDRL เป็นระยะ และให้ตรวจเลือดวันที่คลอด รวมทั้งควรส่งตรวจรกเพื่อดูรอยโรคทางพยาธิวิทยา และส่ง dark-field microscopic test เพื่อหาตัวเชื้อโรคซิฟิลิส หากสามารถส่งตรวจได้ (รายละเอียดตามแนวทางดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567) (รายละเอียดตามหัวข้อ 4.5)

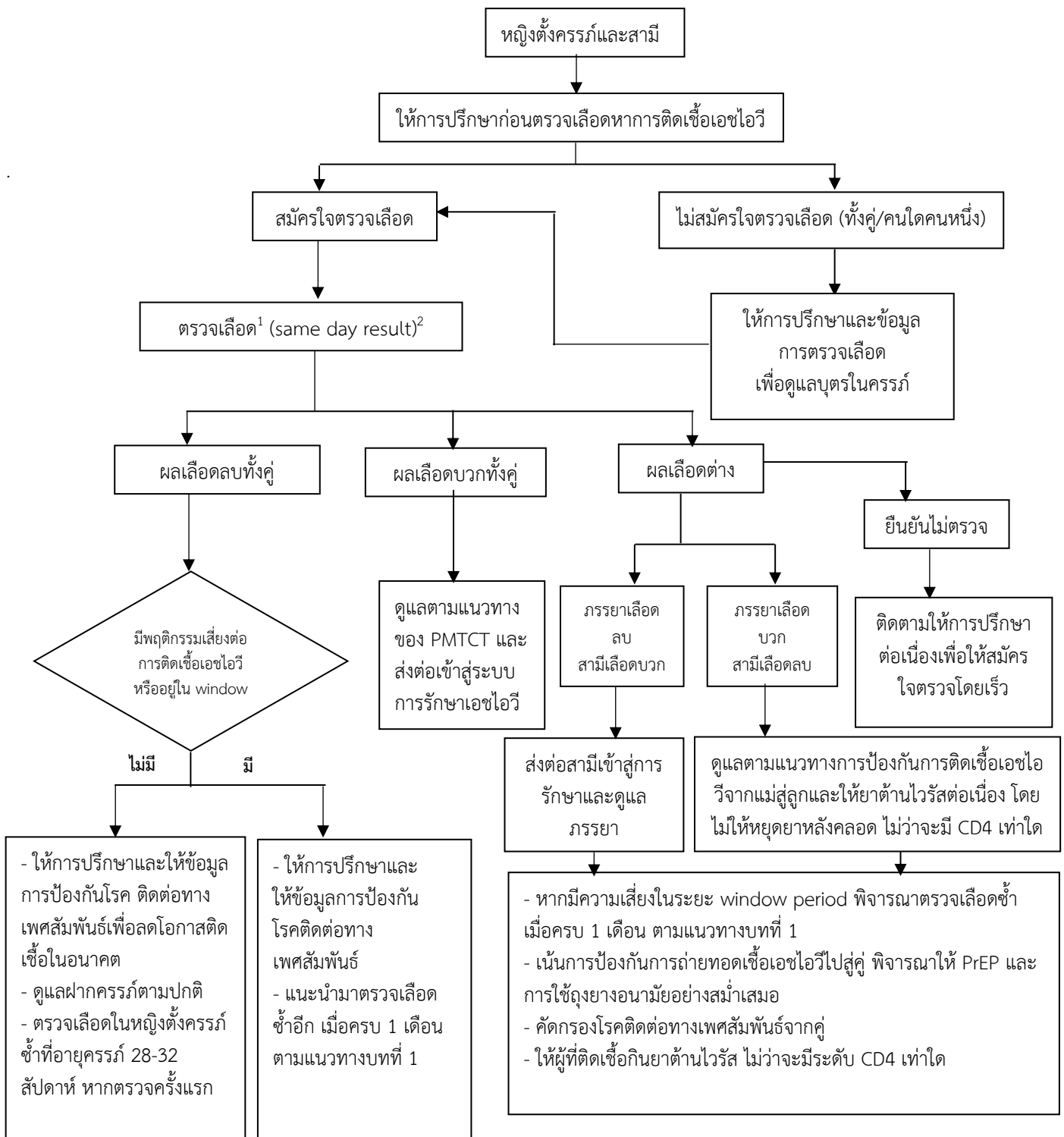
#### แผนภูมิที่ 4.1 แนวทางการให้การตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์



#### หมายเหตุ

1. Initial treponemal test (Initial TT) ให้เลือกใช้หลักการ CLIA หรือ EID ที่ตรวจหาแอนติบอดีได้ทั้งชนิด IgM และ IgG ใช้แอนติเจนที่หลากหลาย ในกรณีห้องปฏิบัติการขนาดเล็กหรือจุดบริการนอกสถานที่ หรือการตรวจที่ต้องการผลด่วน อาจเลือกใช้ชุดตรวจที่ให้ผลรวดเร็ว (RDT)
2. ถ้าผู้ป่วยมีประวัติเสี่ยงสัมผัสโรคมาไม่นาน ให้เจาะเลือดส่งตรวจซ้ำหลังจากตรวจครั้งแรก 2 สัปดาห์
3. กรณีการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ด้วยชุดตรวจ RDT หรือกลุ่มเสี่ยงที่จะไม่กลับมาฟังผลตรวจ หรือไม่สามารถรอผลเพิ่มเติมได้ ให้แพทย์เริ่มรักษาด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิตได้เลย
4. ให้ทำการทดสอบแบบ qualitative test ก่อน ถ้าให้ผล reactive แล้วค่อยเจาะจางตัวอย่างทดสอบแบบ semi-quantitative test จนสามารถรายงานผลไตเตอร์สุดท้ายที่ให้ผล reactive
5. ถ้าสงสัยว่า RPR ให้ผลลบปลอม เนื่องจากมี prozone ให้เจาะจางตัวอย่างด้วย 0.9%NaCl ที่ dilution 1:16 แล้วทดสอบตามขั้นตอนในข้อ 3. ต่อไป
6. Second treponemal test (Second TT) ให้ใช้ conventional TT เช่น TPHA หรือ TPPA เท่านั้น
7. แนะนำให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ถ้าผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสโรคมาไม่นาน ให้เจาะเลือดส่งตรวจซ้ำหลังจากตรวจครั้งแรก 2 สัปดาห์ โดยพิจารณาผลร่วมกับประวัติการรักษา

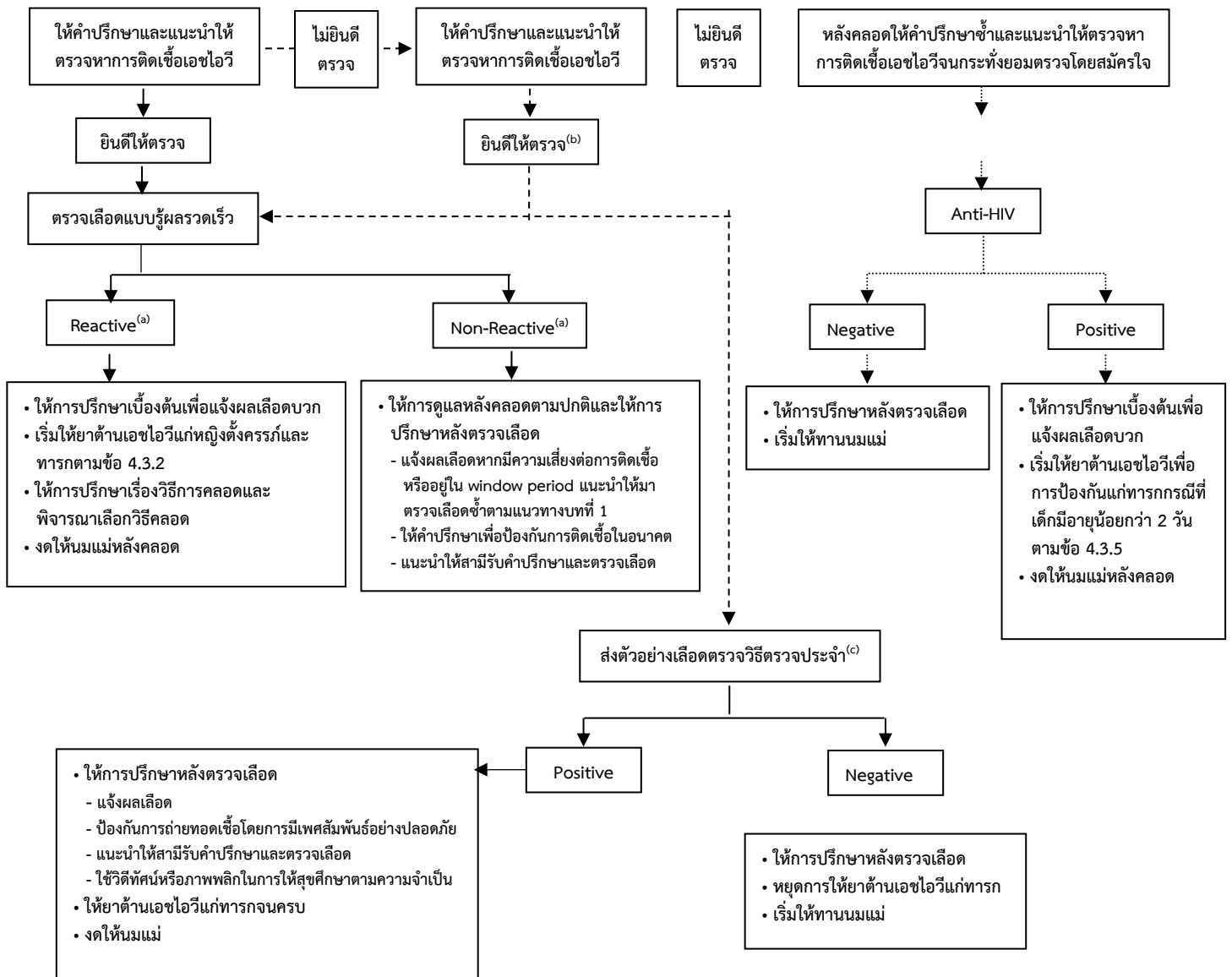
## แผนภูมิที่ 4.2 แนวทางการให้การรักษาก่อนตรวจเลือดในกรณีฝากครรภ์ที่คลินิกแบบคู่



1. หญิงตั้งครรภ์และสามีควรได้รับการให้บริการให้ปรึกษาแบบคู่เพื่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคต่างๆ ที่ถ่ายทอดจากพ่อแม่สู่ลูก เช่น ตับอักเสบบี ซิฟิลิส ธาลัสซีเมีย โดยหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสที่แรกเริ่มและที่อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์
2. การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีควรใช้การตรวจที่รู้ผลในวันนั้นเลย (same day result) หรือให้ได้ผลเลือดโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะกรณีผู้ที่มีความเสี่ยงจะไม่กลับมาติดตามผลเลือด เช่น สามีหญิงตั้งครรภ์ หรือกรณีหญิงมาฝากครรภ์ช้ากว่า 28 สัปดาห์



### แผนภูมิที่ 4.3 การบริการให้ปรึกษาหญิงที่มาคลอดโดยไม่มีผลตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และกรณีไม่ได้ฝากครรภ์



#### คำอธิบายแผนภูมิที่ 4.3

- (a) เป็นการรายงานผลการตรวจโดยใช้การตรวจเพียงชุดเดียวเพื่อให้ได้ผลรวดเร็ว (rapid test) ก่อนที่เด็กจะคลอดและนำไปสู่การให้ยาต้านเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่
- (b) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์และมาคลอดลูก แนะนำให้ทำการตรวจ rapid test ในช่วงที่มาคลอด ถ้าหญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธหรือไม่สามารถตรวจเลือดก่อนคลอด แนะนำให้ตรวจ anti-HIV หลังคลอดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรือ ถ้าทำได้ควรทำการตรวจด้วย rapid test เพื่อให้ได้ผลเร็ว ถ้าเป็นผลบวกควรรับเริ่มยาด้านเอชไอวีในทารกทันทีเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- (c) ให้ส่งตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีตามวิธีประจำของห้องปฏิบัติการนั้น ๆ โดยยึดการตรวจเลือดตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันผลเลือดตามแนวทางบทที่ 1 (แผนภูมิที่ 1.3 และ 1.4)

**หมายเหตุ** หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ หากมาคลอดควรได้รับการตรวจ anti HIV, syphilis screening test และ HBsAg (หากมีประวัติ IDU ให้พิจารณาเจาะ Anti-HCV ด้วย)

#### 4.3 การให้ยาต้านเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

##### คำแนะนำที่สำคัญ

- หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีและคู่ที่ทราบผลเลือดทุกราย ควรได้รับการให้การปรึกษาเรื่องประโยชน์ของยาต้านเอชไอวี ผลข้างเคียงของยา และความสำคัญของการกินยาอย่างสม่ำเสมอ
- แนวทางการเริ่มยา: เริ่มยาโดยเร็วที่สุดในวันเดียวกันกับการวินิจฉัย (same-day ART) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยไม่คำนึงถึงจำนวน CD4 และอายุครรภ์
- สูตรยาที่แนะนำในหญิงตั้งครรภ์
  - กรณีที่ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวีมาก่อน (Treatment-naïve) หรือเคยได้รับ PrEP แบบกินได้แก่ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG เป็นสูตรหลัก
  - กรณีที่เคยได้รับยา PrEP แบบฉีด long-acting cabotegravir (CAB-LA) มาก่อน ได้แก่ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DRV/r โดยขนาดยา DRV/r คือ 600/100 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง พร้อมอาหาร
  - กรณีหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านเอชไอวีอยู่แล้วก่อนที่จะตั้งครรภ์ แนะนำให้สูตรยาที่สามารถทำให้ระดับ HIV VL  $\leq 50$  copies/mL อย่างต่อเนื่อง
- แนะนำให้กินยาต่อหลังคลอดทุกราย ตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่ บทที่ 2
- สูตรยาป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่แนะนำในทารก แบ่งตามความเสี่ยง
  - ความเสี่ยงต่ำ (Low risk) ต่อการติดเชื้อจากแม่: AZT นาน 2 สัปดาห์
  - ความเสี่ยงทั่วไป (Standard risk) ต่อการติดเชื้อจากแม่: AZT นาน 4 สัปดาห์
  - ความเสี่ยงสูง (High risk) ต่อการติดเชื้อจากแม่: AZT + 3TC + NVP นาน 4 สัปดาห์

##### 4.3.1 การให้ยาต้านเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ในกรณีทั่วไป

###### กรณีที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาก่อนเริ่มตั้งครรภ์

ก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวีควรให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์และสามี (ในกรณีที่สามีทราบผลเลือด) ในเรื่องประโยชน์ที่ยาต้านเอชไอวีจะช่วยลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ ผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี และความสำคัญของการกินยาอย่างสม่ำเสมอ หากหญิงตั้งครรภ์มีความสนใจในการกินยา และมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลต่างๆ ด้านของการได้รับยาต้านเอชไอวี ให้เริ่มยาโดยเร็วที่สุดในวันเดียวกันกับการวินิจฉัย โดยไม่คำนึงถึงจำนวน CD4 เพื่อป้องกันการติดเชื้อของทารก ในครรภ์ พร้อมกับมีการสนับสนุนการกินยาให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการให้ยาต้านเอชไอวีจะได้ผลดีที่สุด หากเริ่มโดยเร็วในหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสลงให้ต่ำที่สุด ร่วมกับให้ยาระหว่างคลอด และหลังคลอดในทารกเพื่อให้ทารก มีระดับยาเพียงพอในการป้องกันการติดเชื้อได้ด้วยตนเอง แนวทางการให้ยาต้านเอชไอวีให้พิจารณาตามตารางที่ 4.2 และหากได้รับยาต้านเอชไอวีแล้ว ให้พิจารณาปรับตามตารางที่ 4.3 ถ้ามีผลข้างเคียงให้พิจารณาปรับสูตรยาตามตารางที่ 4.4 และแนะนำให้ตรวจ HIV VL ตามตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.2 สูตรยาต้านเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาก่อนเริ่มตั้งครรภ์ (Treatment-naïve)

สูตรแนะนำ	2NRTI	Third agent
กรณีที่ไม่เคยได้รับยาต้านมาก่อน (Treatment-naïve) หรือเคยได้รับ PrEP แบบกินมาก่อน	● TDF หรือ TAF ร่วมกับ 3TC หรือ FTC	DTG
กรณีที่เคยได้รับยา PrEP แบบฉีด long-acting cabotegravir (CAB-LA) มาก่อน	● TDF หรือ TAF ร่วมกับ 3TC หรือ FTC	DRV/r**
<b>สูตรทางเลือก (เรียงตามลำดับ)</b>		
	● TAF/FTC	BIC (TAF/FTC/BIC)
	● TDF หรือ TAF ร่วมกับ 3TC หรือ FTC	EFV
	● ABC* ร่วมกับ 3TC หรือ	
	● TDF หรือ TAF ร่วมกับ 3TC หรือ FTC	DRV/r**
	● ABC* ร่วมกับ 3TC หรือ	
* กรณีที่ใช้ ABC ควรมีการตรวจ HLA-B*5701 ก่อนเริ่มใช้และไม่แนะนำให้ใช้กรณี rapid ART initiation		
** ขนาดของยา DRV/r ใช้ 600/100 มิลลิกรัม วันละสองครั้ง พร้อมอาหาร		

**กรณีที่ 2** หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาก่อนเริ่มตั้งครรภ์ ไม่ต้องหยุดยาให้พิจารณารักษาดังนี้

- โดยทั่วไปกรณีที่กำลังรักษาด้วยยาต้านและมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น สามารถกินยาสูตรที่กำลังรักษาต่อได้ หาก HIV VL < 50 copies/mL อย่างไรก็ตามควรเลือกใช้ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG เป็นยาสูตรแรก
- ควรพิจารณาถึงระดับยาต้านเอชไอวีบางชนิดที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงที่มีการตั้งครรภ์ ให้ปรับขนาดยาต้านหรือปรับความถี่ในการกินยามากขึ้น หรือเปลี่ยนชนิดยา เช่น ถ้าเดิมใช้ยา DRV/r ให้ปรับขนาดของยา DRV/r เป็น 600/100 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง พร้อมอาหาร (ไม่ใช่ขนาด 800/100 มิลลิกรัม วันละครั้ง) ถ้าสูตรเดิมเป็น 2NRTI + RPV ให้พิจารณาเปลี่ยนเป็น 2NRTI + DTG แทน ถ้ายาสูตร cobicistat, elvitegravir พิจารณาส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับยาเป็นสูตรอื่น
- กรณีที่มีการรักษาล้มเหลวในขณะตั้งครรภ์ ควรมีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ adherence ของการกินยา ประเมิน drug-drug interaction หรือ food-drug interaction และส่งตรวจ drug resistance testing เพื่อนำมาปรับสูตรยาที่เหมาะสมและแนะนำให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

ตารางที่ 4.3 การรักษากรณีหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษามาก่อนเริ่มตั้งครรภ์

ข้อพิจารณา	การรักษา
สูตรยาต้านเอชไอวี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรเลือกใช้ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG เป็นยาสูตรแรก หรือ</li> <li>- สูตรยาที่ทำให้ HIV VL ลดลงจน <math>\leq 50</math> copies/mL ตลอดการตั้งครรภ์จึงจะดีที่สุด</li> </ul>
กรณีการรักษายังได้ผลดี	- สามารถให้สูตรเดิมต่อไปได้ ยกเว้น ถ้าสูตรเดิมเป็น 2NRTI + RPV ให้พิจารณาเปลี่ยนเป็น 2NRTI + DTG แทน
กรณีได้สูตร DRV/r	- ให้ปรับขนาดของยา DRV/r เป็น 600/100 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง พร้อมอาหาร (ไม่ใช่ขนาด 800/100 มิลลิกรัม วันละครั้ง)
กรณีที่ได้ยาต้านสูตรสองตัวเช่น DTG/3TC หรือ DTG/RPV	- สามารถใช้ยาสูตรนี้ต่อไปในช่วงตั้งครรภ์ ควรมีการติดตาม viral load อย่างใกล้ชิด
กรณีที่ได้ยาฉีด Long-acting injectable cabotegravir และ Long-acting injectable rilpivirine เพื่อการรักษามาก่อนและมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น	- เนื่องจากมีข้อมูลจำกัดจึงควรให้คำแนะนำเป็นรายๆไปพร้อมทั้งติดตามระดับของ viral load อย่างใกล้ชิด
กรณีที่ใช้ยาต้านเอชไอวีสูตรอื่นๆ ที่ไม่มี DTG มานานเกิน 12 สัปดาห์ และ HIV VL $>1,000$ copies/mL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ส่งเสริมวินัยการกินยา และให้ส่งตรวจไวรัสต่อยา หากสงสัยการดื้อยา</li> <li>- เปลี่ยนเป็นสูตรยาที่มี DTG</li> <li>- ควรปรึกษาอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับสูตรยาต้านเอชไอวีหลังคลอดตามผลการตรวจดื้อยา</li> </ul>
กรณีสงสัยการรักษาล้มเหลว HIV VL $\geq 1,000$ copies/mL ทั้งที่กินยาอย่างสม่ำเสมอ $> 6$ เดือน	- ให้ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทันที

ตารางที่ 4.4 ข้อพิจารณากรณีให้ยาต้านเอชไอวีแล้วมีผลข้างเคียงหรือไม่สามารถทนยาได้

หากไม่สามารถทนยาต่อไปนี้ได้	ให้เปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็น
TDF เช่น ผลข้างเคียงทางไต หรือแพ้ยา	AZT 300 มก. ทุก 12 ชั่วโมง
EFV เช่น เวียนศีรษะมาก	DTG 50 มก. ทุก 24 ชม. ถ้าได้ EFV ขนาด 600 มก. มาก่อน ลดขนาดเป็น 400 มก. ทุก 24 ชม. DRV/r 600/100 มก. ทุก 12 ชม. พร้อมอาหาร
DTG เช่น แพ้ยา ได้แก่ ผื่น ตับอักเสบ ไข่ออกผื่น ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ตาอักเสบ แผลในปาก หน้าบวม หายใจลำบาก อาการทางระบบประสาท นอนไม่หลับ	EFV 600 หรือ 400 มก. ทุก 24 ชม. DRV/r 600/100 มก. ทุก 12 ชม. พร้อมอาหาร

ตารางที่ 4.5 แนวทางในการตรวจ HIV VL ในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี

	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยรักษามาก่อน	หญิงตั้งครรภ์ที่เคยรักษาอยู่แล้ว
ครั้งแรก	เริ่มยามาแล้ว 12 สัปดาห์ หรือ อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ เมื่อระยะเวลาใดถึงกำหนดก่อน	เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (โดยไม่จำเป็นต้องห่างจากครั้งก่อนเกิน 1 ปี)
	กรณีตรวจพบ HIV VL > 1000 copies/mL ให้ส่งเสริมวินัยการรับประทานยาหรือพิจารณาเปลี่ยน สูตรยา หากมีปัญหาผลข้างเคียง แล้วให้ตรวจ HIV VL อีกครั้ง 4 สัปดาห์	
ครั้งสอง	อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ โดยห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินวิธีการคลอด และ ความเสี่ยงของการตก	

#### 4.3.2 การให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีขณะเจ็บครรภ์คลอดและไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวีมาก่อน

กรณีมาคลอดไม่เคยฝากครรภ์และไม่ได้รับยาต้านเอชไอวีชนิดใดมาก่อน มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อให้ทารกสูงมากถึงร้อยละ 25-40 จึงจำเป็นที่จะต้องรีบให้การวินิจฉัย ตั้งแผนภูมิที่ 4.3 และให้ยาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโดยเร็วที่สุด เพื่อหวังผลไปเตรียมระดับยาในทารกให้สูงเพียงพอในขณะคลอด และรับให้ยาในลูกให้เร็วที่สุดหลังคลอดด้วย

ตารางที่ 4.6 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมากคลอดไม่เคยฝากครรภ์ และไม่ได้รับยาต้านเอชไอวีใดมาก่อน

ระยะต่างๆของการตั้งครรภ์	การดูแลและสูตรยาด้านเอชไอวี
กรณีมาคลอดไม่เคยฝากครรภ์	ให้การวินิจฉัยเร็วที่สุด ตามแผนภูมิที่ 4.3
กรณีหญิงตั้งครรภ์ตรวจแล้วติดเชื้อเอชไอวี	- ให้ยาด้านเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์โดยเร็วที่สุด - เริ่มยาในลูกให้เร็วที่สุดหลังคลอด (แผนภูมิที่ 4.4 และตารางที่ 4.8)
สูตรยาด้านเอชไอวีเมื่อเจ็บครรภ์คลอด	○ แม่ - แนะนำให้ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) +DTG กินทันที ร่วมกับให้ AZT 600 มก. ครั้งเดียว  ○ ลูก - แนะนำให้ยา AZT + 3TC + NVP โดยเร็วในทารกที่ประเมินแล้วเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อจากแม่ (แผนภูมิที่ 4.4 และตารางที่ 4.8)
การพิจารณาการคลอด	- พิจารณาผ่าตัดคลอดก่อนเจ็บครรภ์ที่ 38 สัปดาห์ หรือมีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม - ควรให้ยา (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) +DTG และ AZT ดังข้างต้น ก่อนเริ่มผ่าตัดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (การผ่าตัดคลอดหลังจากได้รับยาต่างๆ ไปแล้วอย่างน้อย 4 ชั่วโมง อาจจะช่วยลดโอกาสที่ลูกจะติดเชื้อลงได้)
ระยะหลังคลอด	- ให้ยาต่อเนื่องหลังคลอดทุกรายในหญิงตั้งครรภ์ตามข้อแนะนำการรักษาของผู้ใหญ่และให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิด

### 4.3.3 การให้ยาต้านเอชไอวีระหว่างเจ็บครรภ์คลอด

พิจารณาการให้ยาต้านเอชไอวีระหว่างเจ็บครรภ์คลอดตามผล HIV VL เมื่อใกล้คลอด ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การให้ยาต้านเอชไอวีระหว่างเจ็บครรภ์คลอด

กรณีไม่มีผล HIV VL หรือมีระดับ HIV VL เมื่อใกล้คลอด >50 copies/mL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ยาต้านเอชไอวีตามสูตรที่ได้ในระหว่างตั้งครรภ์ต่อเนื่องไปโดยไม่ต้องหยุดยา + ให้ AZT 600 มก. ครั้งเดียว เพิ่มเข้าไปด้วย</li> <li>- กรณียังไม่คลอดใน 24 ชม. ให้เพิ่ม AZT 600 มก. ซ้ำได้อีก ไม่ว่าสูตรยาที่ได้รับอยู่จะเป็นสูตรใด หรือแม้ว่าแม่จะมีประวัติคือ AZT มาก่อนก็ตาม เพื่อเป็นการเตรียมระดับ AZT ในทารกให้พร้อมสำหรับป้องกันการติดเชื้อระหว่างคลอด</li> <li>- กรณีจะคลอดโดยการผ่าตัดให้กินยา AZT 600 มก. ก่อนเริ่มผ่าตัดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง</li> </ul>
กรณีมี HIV VL ≤50 copies/mL เมื่อใกล้คลอดและมีวินัยการกินยาที่ดี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้กินยาที่ได้อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ต่อเนื่อง และสามารถยกเว้นการให้ AZT เมื่อเจ็บครรภ์คลอดได้</li> </ul>
ข้อพึงระวัง/หลีกเลี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ใช่ NVP ระหว่างคลอดในทุกกรณี เพราะยาต้านเอชไอวีที่ให้มีประสิทธิภาพสูงแล้ว และไม่ต้องเสี่ยงกับการดื้อยาในกลุ่ม NNRTIs ในภายหลัง</li> <li>- หลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม ergotamines เช่น methergine (ให้ oxytocin แทน) เนื่องจากในหญิงตั้งครรภ์ที่กิน LPV/r ซึ่งเป็น potent CYP3A4 enzyme inhibitors การให้ร่วมกับยาในกลุ่ม ergotamines จะทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเลือด (vasoconstriction) ที่รุนแรงได้</li> <li>- กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่กิน EFV ซึ่งเป็น CYP3A4 enzyme inducers ยาในกลุ่มนี้มีผลทำให้ระดับยา methergine มีประสิทธิภาพในการรักษาลดลง</li> </ul>
การคลอด	พิจารณาผ่าท้องคลอดก่อนเจ็บครรภ์ ที่ 38 สัปดาห์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี HIV VL เมื่อใกล้คลอด >1,000 copies/mL โดยควรให้ยาต้านเอชไอวีก่อนเริ่มผ่าตัดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

### 4.3.4 การให้ยาต้านเอชไอวีแก่หญิงหลังคลอด

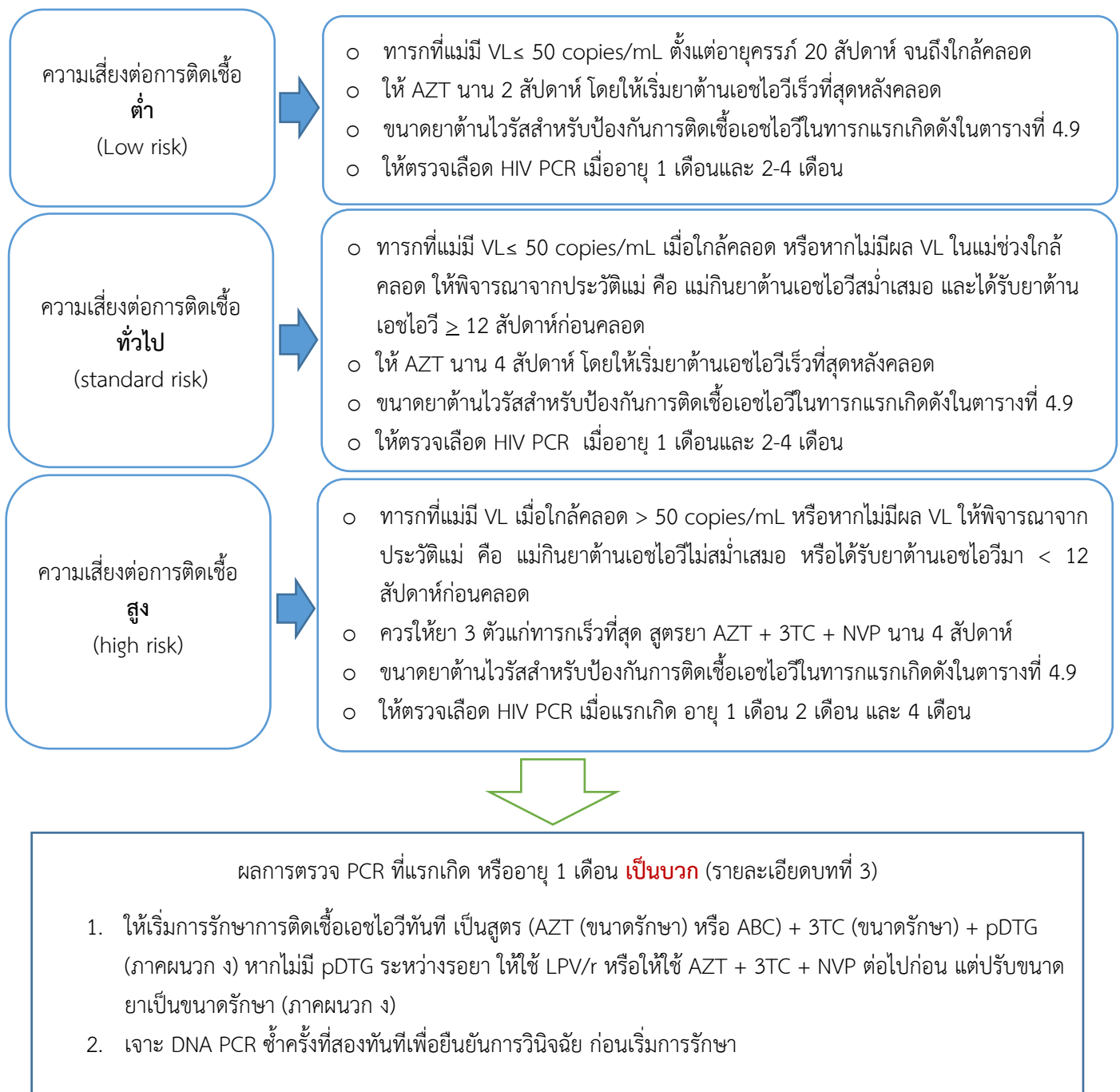
หลักการทั่วไปต้องให้ยาต้านเอชไอวีต่อเนื่องทุกรายตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่ เนื่องจากการควบคุมระดับไวรัสได้ดีส่งผลดีทั้งในด้านการรักษาและการป้องกันการติดต่อไปยังผู้อื่น

- ควรเลือกใช้ยาสูตร (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) +DTG เป็นสูตรแรกในการรักษาต่อเนื่องหลังคลอด (รายละเอียดตามบทที่ 2)
- ควรให้คำปรึกษาและวางแผนครอบครัวอย่างเหมาะสม โดยต้องระวังเรื่อง drug interaction ระหว่างยาต้านเอชไอวีและยาคุมกำเนิด

### 4.3.5 การให้ยาต้านเอชไอวีในทารกแรกเกิดตามความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อทุกคน มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการรักษาในแม่ การให้ยาต้านเอชไอวีในทารกนับเป็นมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะถ้าแม่ยังคงมีระดับไวรัสสูงในขณะใกล้คลอด จึงควรให้ยาต้านเอชไอวีตามลักษณะความเสี่ยงดังแผนภูมิที่ 4.4 รวมทั้งต้องงดนมแม่ เพื่อไม่เพิ่มความเสี่ยงหลังคลอด

#### แผนภูมิที่ 4.4 ข้อพิจารณาการให้ยาในทารกแรกเกิดตามความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก



#### หมายเหตุ:

1. ไม่ควรใช้ LPV/r ในทารกคลอดครบกำหนดอายุ <14 วัน และทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุ <14 วัน หลังวันครบกำหนดคลอด (expected date of confinement, EDC) เนื่องจากมีรายงานการเกิดผลข้างเคียงจากยาทางระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจอย่างรุนแรงได้ หากจำเป็นต้องใช้ยา LPV/r ในทารกอายุ <14 วัน ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
2. กรณีที่ทารกอายุ < 48 ชั่วโมง และยังไม่ได้รับยาต้านเอชไอวีใดๆ หลังคลอด ให้เริ่มยาดังข้างต้นทันทีโดยเร็วที่สุด แต่หากทารกอายุ > 48 ชั่วโมงแล้ว การให้ยาป้องกันจะไม่มีประโยชน์จึงไม่แนะนำให้ยา แต่ให้ติดตามทารกอย่างใกล้ชิดและวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกให้ได้โดยเร็ว เพราะทารกมีโอกาสติดเชื้อสูง
3. หากทารกอยู่ในเกณฑ์ติดเชื้อสูง และเกิดจากการดื่มน้ำนมที่มีประวัติเชื้อคือยาหลายขนาน ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพิ่มในการปรับสูตรยาป้องกัน

#### 4.3.6 ข้อพิจารณากรณีพิเศษต่างๆ

##### ก. กรณีที่หญิงตั้งครรภ์กินยาต้านเอชไอวีและสงสัยว่ามีการรักษาล้มเหลวหรือมีการดื้อยา

- ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญโดยเร็วเพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยาให้เหมาะสมในการลด HIV VL ให้ต่ำที่สุด
- ยังแนะนำให้ AZT ในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด เพราะถึงแม้แม่ดื้อต่อ AZT แต่เชื้อที่ถ่ายทอดไปยังทารกอาจเป็น wild type ซึ่งยา AZT ยังได้ผล

##### ข. กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีผลเลือดเป็นลบในระหว่างฝากครรภ์หรือมาคลอด แต่สามีมีผลเลือดบวก

ให้ซักประวัติต่อไปนี้

- ประวัติการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
- ประวัติอาการของ acute retroviral syndrome (ARS) ได้แก่ ไข้ ต่อมทอนซิลอักเสบ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ผื่น
- ประวัติการรักษาและระดับไวรัสในเลือดของสามี

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ผลเลือดลบแต่สามีมีผลเลือดบวกตามความเสี่ยงที่ประเมิน ดังนี้ (แผนภูมิที่ 4.5)

- 1) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคู่นอน ได้แก่ สามี HIV VL <200 copies/mL หรือ ไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์โดยป้องกันทุกครั้งในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ปฏิบัติดังนี้
  - ติดตามผลเลือดต่อเนื่องโดยตรวจ anti-HIV ซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ เมื่อเจ็บท้องคลอด และทุก 6 เดือนหลังคลอด
  - ดูแลแม่และเด็กเหมือนปกติ กินนมแม่ได้หากผลเลือดเป็นลบ และไม่มีความเสี่ยงเพิ่มเติม
  - แนะนำการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
- 2) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคู่นอน\* ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกันภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา หรือมีความเสี่ยงที่จะอยู่ใน window period สามียังไม่รักษาหรือ HIV VL ≥200 copies/mL หรือไม่แน่ใจ (ซักประวัติไม่ได้) ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1) กรณีมีประวัติเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อโดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกันครั้งสุดท้าย ภายใน 72 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- แนะนำให้กินยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงาน (HIV non-occupational Post-Exposure Prophylaxis: HIV nPEP) รายละเอียดในบทที่ 6
- กรณีมีข้อบ่งชี้ในการให้ HIV nPEP จะต้องให้โดยเร็วที่สุดหลังสัมผัสภายใน 1-2 ชั่วโมง และอย่างช้าไม่เกิน 72 ชม. หลังสัมผัส โดยต้องกินยาจนครบ 4 สัปดาห์
- สูตรยาที่ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ควรเป็นเหมือนสูตรที่ใช้ในตารางที่ 4.2 และให้การดูแลเหมือนผู้ที่ได้รับยา nPEP และหากยังมีความเสี่ยงต่อ ควรให้กินยาด้านเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) ด้วย TDF/FTC หรือ Long-acting injectable cabotegravir (รายละเอียดบทที่ 6)

2.2) กรณีอายุครรภ์ <36 สัปดาห์ และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกันครั้งสุดท้าย >72 ชั่วโมงขึ้นไป แต่ไม่ถึง 4 สัปดาห์

- ตรวจ HIV Ab ทันที (ควรใช้วิธี 4<sup>th</sup> generation) ถ้าผลเป็นลบให้ตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์ต่อมา หากยังคงเป็นลบให้ตรวจเลือดซ้ำที่อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์และเมื่อเจ็บท้องคลอด
- ดูแลรักษาตามผลเลือดที่พบ หากคนไข้ไม่ติดเชื้อและยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงโดยไม่ป้องกัน แนะนำให้ยาด้านเอชไอวีก่อนสัมผัส (PrEP) ทั้งนี้ความสม่ำเสมอในการกินยาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดสำหรับประสิทธิผลของ PrEP ดูรายละเอียดวิธีการกินยาในบทที่ 6

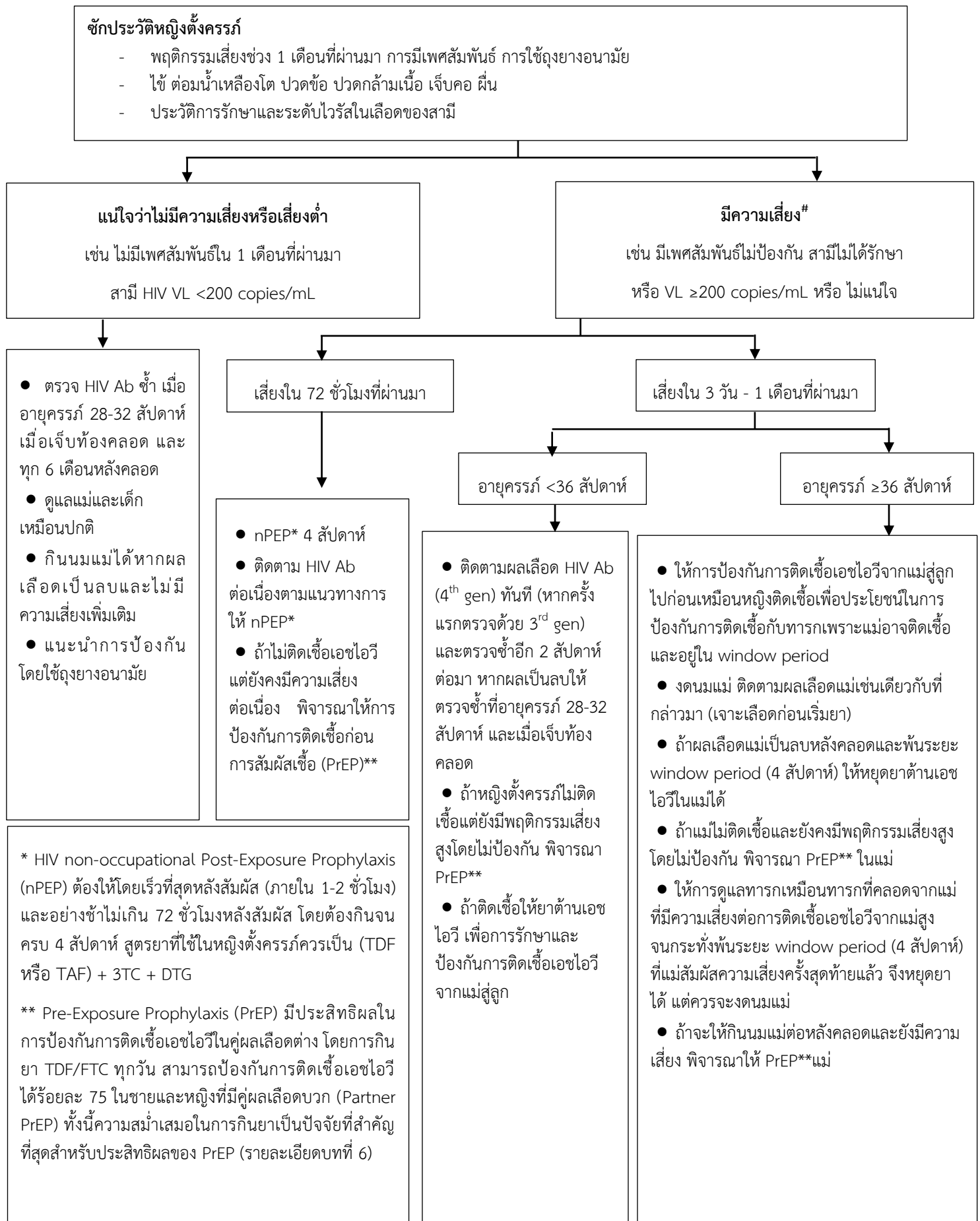


2.3) กรณีอายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์ขึ้นไป และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันครั้งสุดท้าย  $> 72$  ชั่วโมงขึ้นไป แต่ไม่ถึง 4 สัปดาห์

- ๑) พิจารณาให้การป้องกันเหมือนหญิงติดเชื้อไปก่อน จนนมแม่ ติดตามผลเลือดแม่เช่นเดียวกับที่กล่าวมาข้างต้น
- ๑) ถ้าผลเลือดแม่เป็นลบ หลังคลอดให้หยุดยาต้านเอชไอวีในแม่ได้ ติดตามผลเลือดแม่ต่อเนื่องจนพ้น window period (4 สัปดาห์) และให้การดูแลทารกเหมือนแม่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาต้านเอชไอวี จนกระทั่งพ้นระยะ window period ของแม่แล้วจึงหยุดยาได้ แต่ควรจะงดนมแม่
- ๑) หากแม้อย่างงคงมีความเสี่ยงสูงโดยไม่ป้องกันและจะให้นมแม่ต่อเนื่อง พิจารณาให้ PrEP กินต่อเนื่องในแม่เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากคู่ โดยให้ข้อมูลแม่เพื่อพิจารณาข้อดีข้อเสียของยา PrEP โดยเน้นความสำคัญว่าประสิทธิภาพของยา PrEP ขึ้นกับวินัยการกินยา และแม่กินยา PrEP จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคู่ลง แต่ก็ยังมีความจำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ตามแผนภูมิที่ 4.5

\* ในกรณีข้อ 2) นี้การตรวจ HIV DNA หรือ RNA PCR อาจพิจารณาทำได้ในกรณีที่มีความพร้อมเพื่อช่วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อให้เร็วขึ้น

## แผนภูมิที่ 4.5 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดลบระหว่างฝากครรภ์ หรือมาคลอดแต่สามีมีผลเลือดบวก



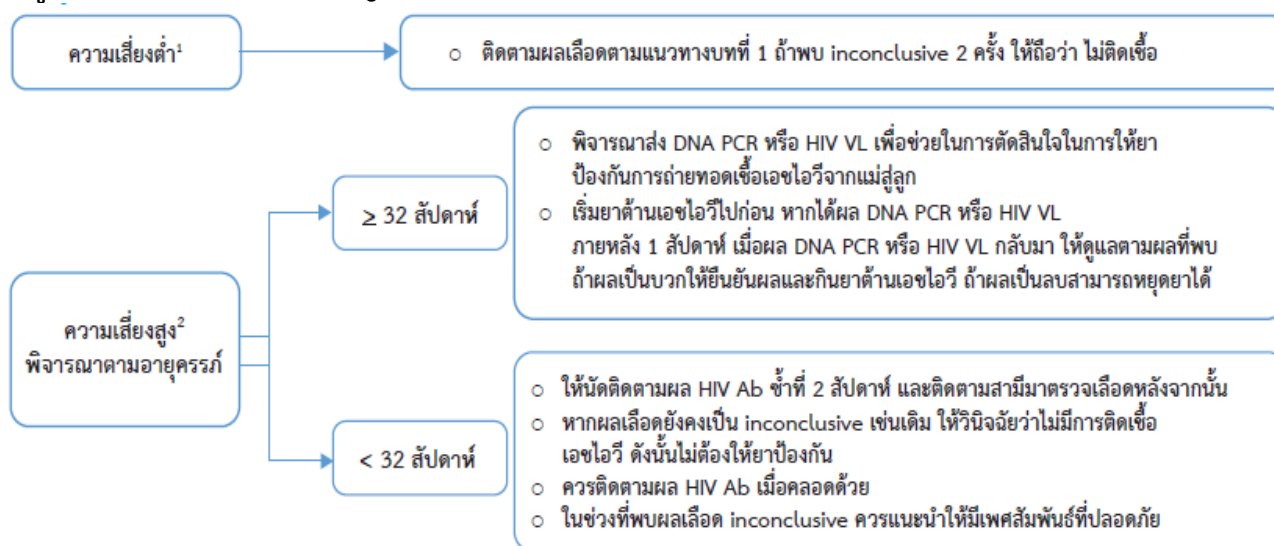
### ค. กรณีหญิงตั้งครรภ์มีผลเลือดเป็นลบแต่ไม่ทราบผลเลือดสามี

แนะนำให้พาสามีมาตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยเร็วที่สุดตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์ แต่หากยังไม่มีผลเลือดสามี ในระหว่างตั้งครรภ์ การติดตามตรวจเลือดสามีในช่วงระหว่างคลอด หรือหลังคลอดก็ยังมีประโยชน์ เพื่อป้องกันการทารกที่เกิดจากแม่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีในระยะท้ายของการตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ซึ่งพบมากขึ้นในระยะหลังและเป็นการส่งเสริมครรภ์คุณภาพ

### ง. กรณีหญิงตั้งครรภ์มีผลเลือด HIV Ab เป็น inconclusive (สรุปผลไม่ได้)

ให้ช้กประวัติ ความเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน อาการ Acute Retroviral Syndrome (ARS)

### แผนภูมิที่ 4.6 ข้อพิจารณากรณีหญิงตั้งครรภ์มีผลเลือด HIV Ab เป็น inconclusive



หมายเหตุ:

1. ความเสี่ยงต่ำ เช่น สามีไม่ติดเชื้อ หรือสามีติดเชื้อเอชไอวีแต่กินยาต้านเอชไอวีจนสามารถกดระดับไวรัสในเลือดได้
2. ความเสี่ยงสูง เช่น ไม่ทราบผลเลือดสามี หรือสามีติดเชื้อเอชไอวีและมีปริมาณไวรัสในเลือดสูง หรือมีอาการ Acute retroviral syndrome (ARS)

### จ. การวินิจฉัยและรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น AHI (Acute HIV infection)

จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า AHI มีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นทางเพศสัมพันธ์ หรือจากแม่สู่ลูกสูงกว่าผู้ที่อยู่ในระยะระยะเรื้อรังหลายเท่า ดังนั้นจึงต้องให้การรักษาแม่ที่เป็น AHI ระหว่างตั้งครรภ์ทันที เพื่อลดโอกาสที่ลูกจะได้รับเชื้อเอชไอวี

แม่

- ควรได้รับยาต้านเอชไอวีทันที แนะนำให้ใช้ยาต้านเอชไอวีสูตร (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG เป็นยาสูตรแรก
- กรณีที่พบว่าแม่เป็นหรืออาจเป็น AHI ตอนใกล้คลอด (<12 สัปดาห์ก่อนคลอด) หรือตอนเจ็บท้องคลอด ไวรัสในแม่อาจยังสูงมากหญิงตั้งครรภ์ควรได้ยาสูตร (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG
- ถ้าไม่มี DTG ควรเลือกใช้ยาที่แนะนำในหญิงตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 4.2
- ตรวจ HIV VL ตอนใกล้คลอด เนื่องจากลูกมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อสูง เพื่อพิจารณาทำ cesarean section
- พิจารณาผ่าตัดคลอดก่อนเจ็บครรภ์
- หลังคลอดให้ดูแลแม่ตามแนวทางการดูแลในผู้ใหญ่ทั่วไป

**ลูก**

- ควรได้รับยาต้านเอชไอวีสูตร AZT+3TC+NVP 3 ตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อเช่นเดียวกับกรณีเสี่ยงสูงอื่นๆ  
ดูระหว่างคลอดและหลังคลอดเช่นเดียวกับทารกที่มีความเสี่ยงสูง ยกเว้นทราบว่าผล HIV VL เมื่อใกล้  
คลอด  $\leq 50$  copies/mL

**ตารางที่ 4.8 ข้อเสนอแนะการให้ยาต้านเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์เพื่อการรักษาและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก**

Antepartum	Intrapartum	Postpartum	Newborn
กรณีที่ 1 ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวีเพื่อรักษามาก่อน (เริ่มยาเร็วที่สุดไม่ว่าอายุครรภ์เท่าใด โดยไม่ต้องรอผล CD4) <sup>1</sup>			
<p>สูตรแรกที่แนะนำ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG</p> <p>สูตรแรกที่แนะนำ กรณีเคยได้ PrEP แบบฉีด CAB-LA (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DRV/r</p> <p>สูตรทางเลือก<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สูตรทางเลือก: TAF/FTC/BIC หรือ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + (EFV หรือ DRV/r)</li> </ul>	<p>ให้ยาชนิดเดิม +/- AZT<sup>3</sup> 600 มก. ครั้งเดียว จนคลอดเสร็จ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้ยาต่อหลังคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● กรณีความเสี่ยงต่ำ คือ เด็กคลอดจากแม่ที่มี VL <math>\leq 50</math> copies/mL ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จนถึงใกล้คลอด ให้ยา AZT syrup 4 มก./กก. ทุก 12 ชม. นาน 2 สัปดาห์ (เริ่มยาโดยเร็วที่สุด ภายใน 1 ชม. หลังคลอดดีที่สุด)</li> <li>● กรณีความเสี่ยงทั่วไป คือ เด็กคลอดจากแม่ที่มี VL <math>\leq 50</math> copies/mL เมื่อใกล้คลอด หรือหากไม่มีผล VL ในแม่ช่วงใกล้คลอด ให้พิจารณาจากประวัติแม่ คือ แม่กินยาต้านเอชไอวีสม่ำเสมอ และได้รับยาต้านเอชไอวี <math>\geq 12</math> สัปดาห์ก่อนคลอด ให้ยา AZT Syrup 4 มก./กก. ทุก 12 ชม. นาน 4 สัปดาห์ (เริ่มยาโดยเร็วที่สุด ภายใน 1 ชม. หลังคลอดดีที่สุด)</li> <li>● กรณีความเสี่ยงสูง คือ เด็กคลอดจากแม่ที่มี VL เมื่อใกล้คลอด <math>&gt; 50</math> copies/mL หรือหากไม่มีผล VL ให้พิจารณาจากประวัติแม่ คือ แม่กินยาต้านเอชไอวี</li> </ul>

Antepartum	Intrapartum	Postpartum	Newborn
			<p>ไม่สม่ำเสมอ หรือได้รับยาต้านเอชไอวี &lt; 12 สัปดาห์ก่อนคลอด หรือมีประวัติกินนมแม่หลังคลอด เด็กควรได้รับยา</p> <p>AZT+3TC+NVP (AZT syr ขนาด 4 มก./กก. ทุก 12 ชม. + 3TC syr 2 มก./กก. ทุก 12 ชม. + NVP syr 4 มก./กก. ทุก 24 ชม.) นาน 4 สัปดาห์</p>
<b>กรณีที่ 2 เคยได้รับยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษามาก่อน</b>			
ใช้สูตรที่ทำให้ระดับ HIV VL <50 copies/mL <sup>3</sup>	ให้ยาชนิดเดิมที่มีประสิทธิภาพต่อเนื่องระหว่างคลอด <sup>5</sup>	ให้ยาสูตรเดิมก่อนเปลี่ยนหรือปรับสูตรยาตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่	เหมือนกรณีที่ 1 ข้างต้น
<b>กรณีที่ 3 ไม่ได้รับการฝากครรภ์ (no ANC)</b>			
	(TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) +DTG กินทันที และ AZT 600 มก. ครั้งเดียว	ให้ยา (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) +DTG ต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่	สูตรยา AZT + 3TC + NVP (AZT syr ขนาด 4 มก./กก. ทุก 12 ชม. + 3TC syr 2 มก./กก. ทุก 12 ชม. + NVP syr 4 มก./กก. ทุก 24 ชม.) นาน 4 สัปดาห์

1. การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

- CD4 <200 cells/mm<sup>3</sup> ให้ TMP-SMX (80/400 มก.) 2 เม็ด ทุก 24 ชม. หรือ double strength TMP-SMX (160/800 มก.) 1 เม็ด ทุก 24 ชม. หลังจากเริ่มยาต้านเอชไอวีอย่างน้อย 2 สัปดาห์
- ให้ Tuberculosis Preventive Therapy (TPT) ในผู้ป่วยอยู่ร่วมกับเอชไอวีรายใหม่ทุกราย หลังเริ่มยาต้านเอชไอวีแล้ว

2. ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ DTG ได้

- ควรเลือกใช้ TAF/FTC/BIC เป็นสูตรทางเลือกสูตรแรก หากไม่มียาให้พิจารณา (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + EFV โดยหากไม่สามารถทนยา EFV 600 มก. สามารถปรับเป็นสูตร EFV 400 มก. ได้

- ควรเลือกใช้ยาสูตร DRV/r ในกรณีที่

- 1) มีประวัติสามปีของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและสงสัยการดื้อยา เช่น กินยาไม่สม่ำเสมอ มีผล HIV VL >50 copies/mL หรือไม่มีผล HIV VL
- 2) หญิงตั้งครรภ์เคยรับยาสูตร AZT + single dose NVP มาก่อน หรือเคยได้รับยาสูตร NNRTIs-based มาก่อนและหยุดยาไปก่อนตั้งครรภ์ หรือตรวจพบการดื้อยาด้านเอชไอวีกลุ่ม NNRTIs มาก่อน

3. พิจารณายกเว้นการให้ AZT ระหว่างคลอดเฉพาะในรายที่ HIV VL ≤50 copies/mL เมื่อใกล้คลอด และมีวินัยการกินยาที่ดีต่อเนื่อง หากไม่มั่นใจในวินัยการกินยา ควรให้ยา AZT ระหว่างเจ็บครรภ์คลอดทุกราย

ตารางที่ 4.9 ขนาดยาต้านเอชไอวีสำหรับป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในเด็กทารกแรกเกิด

น้ำหนัก แรกคลอด (g)	AZT ชนิดน้ำ (10 มก./มล.)*	3TC ชนิดน้ำ (10 มก./มล.)	NVP ชนิดน้ำ (10 มก./มล.)
	(ครบกำหนด) 4 มก./กก. ทุก 12 ชั่วโมง	2 มก./กก.ทุก 12 ชั่วโมง	4 มก./กก.วันละครั้ง (simplified dosing)
4000-4499	18 มก. (1.8 มล. เข้า-เย็น)	9 มก. (0.9 มล. เข้า-เย็น)	18 มก. (1.8 มล. วันละครั้ง)
3500-3999	16 มก. (1.6 มล. เข้า-เย็น)	8 มก. (0.8 มล. เข้า-เย็น)	16 มก. (1.6 มล. วันละครั้ง)
3000-3499	14 มก. (1.4 มล. เข้า-เย็น)	7 มก. (0.7 มล. เข้า-เย็น)	14 มก. (1.4 มล. วันละครั้ง)
2500-2999	12 มก. (1.2 มล. เข้า-เย็น)	6 มก. (0.6 มล. เข้า-เย็น)	12 มก. (1.2 มล. วันละครั้ง)
2000-2499	10 มก. (1.0 มล. เข้า-เย็น)	5 มก. (0.5 มล. เข้า-เย็น)	10 มก. (1.0 มล. วันละครั้ง)
1500-1999	8 มก. (0.8 มล. เข้า-เย็น)	4 มก. (0.4 มล. เข้า-เย็น)	8 มก. (0.8 มล. วันละครั้ง)

\* ทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 30-35 สัปดาห์: ลดขนาด AZT เป็น 2 มก./กก.ทุก 12 ชั่วโมง และปรับเพิ่มเป็นทุก 8 ชั่วโมง หลังอายุ 2 สัปดาห์

ทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ <30 สัปดาห์: ลดขนาด AZT เป็น 2 มก./กก. ทุก 12 ชั่วโมง และปรับเพิ่มเป็นทุก 8 ชั่วโมง หลังอายุ 4 สัปดาห์

## 4.4 การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และติดเชื้อร่วมในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีระหว่างตั้งครรภ์

### 4.4.1 Tuberculosis

- ในหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นวัณโรคหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตามแนวทางบทที่ 5 แต่หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ป่วยเป็นวัณโรคแต่มีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ที่เป็วัณโรคปอด หรือวัณโรคกล่องเสียงภายใน 1 ปี พิจารณาให้ TPT (Tuberculosis Preventive Therapy)
- TPT แนะนำสูตร isoniazid 6-9 เดือน ถ้าหากใช้ isoniazid ไม่ได้ แนะนำให้ใช้ rifampicin 4 เดือน โดยให้วิตามินบี 6 ร่วมด้วย ควรเจาะค่าการทำงานของตับ ก่อนเริ่มยาและติดตามอย่างใกล้ชิด และ ยังไม่แนะนำให้ใช้ยา rifampentine ในหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากยังมีข้อมูลจำกัด (ดูรายละเอียดที่ 5.1.11)
- ระยะเวลาในการเริ่ม TPT ให้เริ่มยาด้านเอชไอวีก่อนอย่างน้อย 2 สัปดาห์แล้วจึงเริ่มให้ TPT แต่หากต้องให้ PCP prophylaxis ร่วมด้วย ให้เริ่มยาด้านเอชไอวีก่อนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แล้วจึงให้ TMP-SMX อีกอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แล้วจึงเริ่มให้ TPT

### 4.4.2 *Pneumocystis jirovecii* pneumonia (PCP)

- ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีจำนวน CD4 <200 cells/mm<sup>3</sup> ควรป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส PCP ด้วยการกิน TMP-SMX (80/400 มก.) 2 เม็ด ทุก 24 ชม. หรือ double strength TMP-SMX (160/800 มก.) 1 เม็ด ทุก 24 ชม.
- กรณีที่ได้รับยาก่อนตั้งครรภ์ และ ตั้งครรภ์ภายหลัง ไม่ต้องหยุด TMP-SMX

- กรณีที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านเอชไอวีควรเริ่มยาต้านเอชไอวีก่อนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีผลข้างเคียงจากยาแล้วจึงเริ่มให้ TMP-SMX ถึงแม้การตั้งครรภ์จะอยู่ในช่วงไตรมาสแรกและให้เสริม folic acid 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งไปด้วย

#### 4.4.3 Cryptococcosis

- ในหญิงตั้งครรภ์มีจำนวน CD4 <100 cells/mm<sup>3</sup> ไม่แนะนำการป้องกันการติดเชื้อ cryptococcal meningitis ด้วยการให้ fluconazole ในหญิงตั้งครรภ์

#### 4.4.4 HBV coinfection

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อ HIV/HBV ควรได้รับยาต้านเอชไอวีหลักที่ประกอบด้วย TDF หรือ TAF ยกเว้นแต่มีการแพ้ยา
- หลีกเลี่ยงการหยุดยา TDF หรือ TAF เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดตับอักเสบอย่างรุนแรงหลังจากเกิดไวรัสบีกำเริบ (reactivation)
- กรณีที่ไม่สามารถให้ยา TDF หรือ TAF อาจพิจารณาให้ 3TC หรือ FTC แต่ควรเฝ้าระวังการดื้อยาอย่างใกล้ชิด
- ไม่แนะนำให้ใช้ Entecavir ในหญิงตั้งครรภ์

#### 4.4.5 HCV coinfection

- เนื่องจากข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์มีน้อย และ transmission rate ต่ำ จึงยังไม่แนะนำให้รักษา ไวรัสตับซี ขณะตั้งครรภ์ ให้พิจารณาการรักษาหลังคลอด

### 4.5 การวินิจฉัยและรักษาซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิสส่วนมากอยู่ในระยะแฝงซึ่งจะไม่มีอาการและอาการแสดง เมื่อมาฝากครรภ์และได้รับการตรวจเลือดจึงจะทราบการวินิจฉัย (ตารางที่ 4.10) หลังจากได้ผลตรวจให้ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยง ประวัติอาการและอาการแสดงของโรคซิฟิลิส เช่น แผลที่อวัยวะเพศ ผื่น ผม่วร่วม ต่อม้ำเหลืองโต ประวัติข้อมูลการรักษาที่ผ่านมาของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยเป็นโรคซิฟิลิสมาก่อน โดยเฉพาะประเด็นสถานที่รักษา การวินิจฉัยที่ได้รับ การรักษาที่ได้รับ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งสุดท้าย ประวัติการคลอดและผลลัพธ์ของการคลอดที่ผ่านมา และให้ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการแสดงทางคลินิกของโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 และระยะที่ 2

ตารางที่ 4.10 แนวทางการแปลผลเลือดหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิสตาม reverse algorithm

CLIA/CIA/ EIA/ELISA	RPR/ VDRL	TPHA/ TPPA	การแปลผล	หมายเหตุ
ผลบวก	ผลบวก	N/A	เป็นโรคซิฟิลิส	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นระยะที่ 1 หากตรวจพบ chancre</li> <li>- เป็นระยะที่ 2 หากตรวจพบผื่นตามร่างกาย ผื่นที่ฝ่ามือฝ่าเท้า ผื่น condyloma lata, mucous patch หรือ alopecia ฯลฯ</li> <li>- เป็นระยะแฝง หากตรวจไม่พบอาการทางคลินิก</li> </ul>

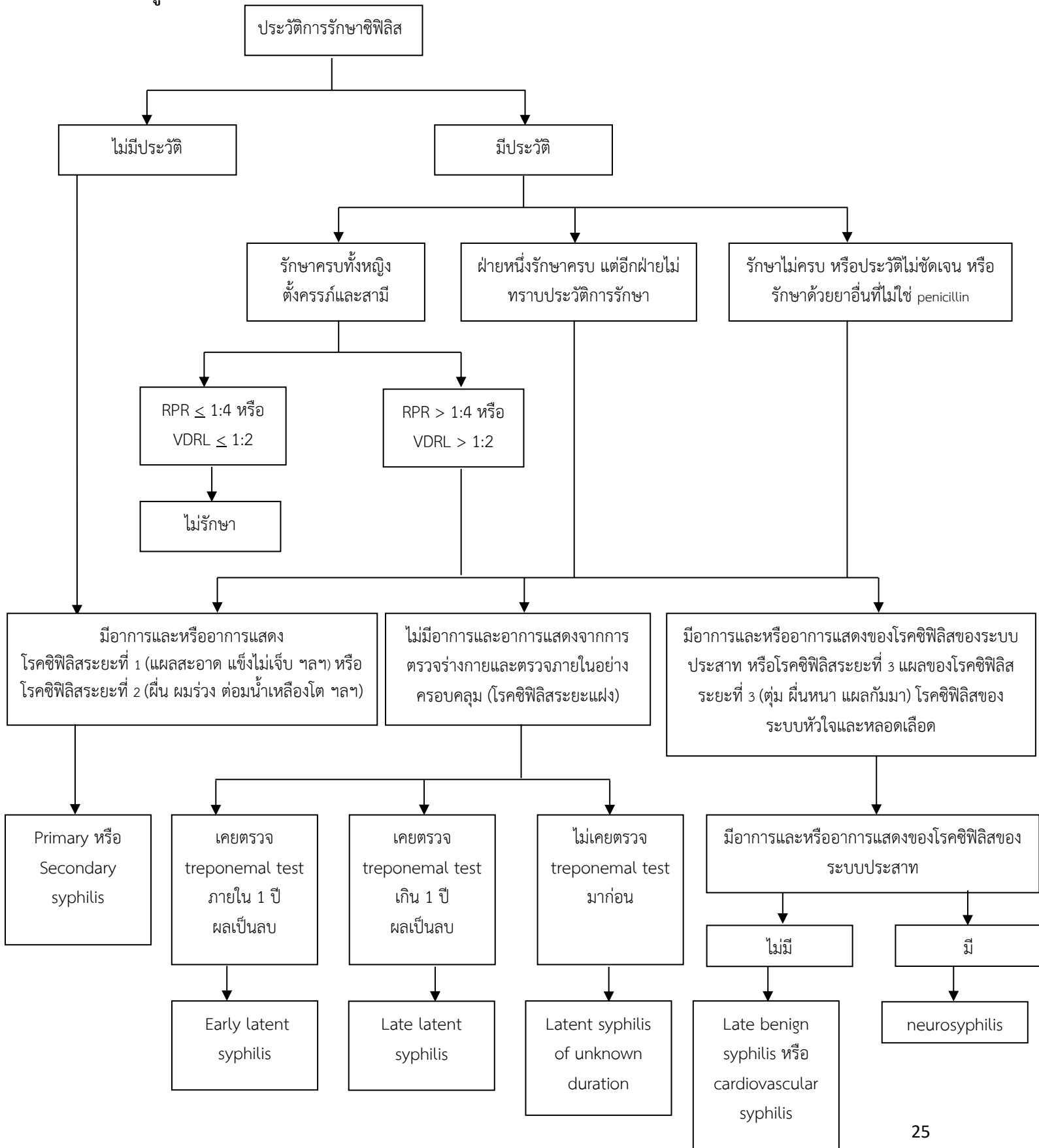
CLIA/CIA/ EIA/ELISA	RPR/ VDRL	TPHA/ TPPA	การแปลผล	หมายเหตุ
ผลบวก	ผลลบ	ผลบวก	เป็นโรคซิฟิลิส หรือเคย เป็นโรคซิฟิลิส	พบในผู้ป่วยโรคซิฟิลิส ดังภาวะนี้ 1. ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย 2. ซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาแล้ว 3. ปรากฏการณ์ prozone ซึ่งมักพบ ในโรคซิฟิลิสระยะที่ 2
ผลบวก	ผลลบ	ผลลบ	ไม่เป็นซิฟิลิส (Biological false positive CIA/CLIA/EIA/ELISA)	
ผลลบ	N/A	N/A	ไม่เป็นโรคซิฟิลิส	

N/A = Not applicable

การรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ใช้แนวทางเดียวกับการรักษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วไป โดยการวินิจฉัยระยะตามแผนภูมิที่ 4.7 และการรักษาตามตารางที่ 4.11 แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีความเสี่ยงที่จะมีการติดเชื้อในระบบประสาทร่วมด้วย ซึ่งปกติต้องอาศัยการตรวจ CSF ร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้เจาะน้ำไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ได้ ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ



แผนภูมิที่ 4.7 แนวทางการวินิจฉัยระยะของโรคซิฟิลิส



ตารางที่ 4.11 แนวทางการรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์

ระยะของโรค	การรักษา
<p><b>ระยะต้น Early syphilis</b> คือ ระยะที่ 1 (Primary syphilis)</p> <p>ระยะที่ 2 (Secondary syphilis) และ ระยะแฝงช่วงต้น (Early latent syphilis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว โดยแบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต (บางการศึกษา แนะนำให้ฉีด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้งติดต่อกัน)</li> <li>- หากแพ้ยา แนะนำให้ทำ Penicillin desensitization ก่อน (ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ) แล้วรักษาด้วย Penicillin G</li> <li>- ฉีด Benzathine penicillin G หรือ ให้ยารับประทาน doxycycline แก่สามี/คู่นอนสัมผัสพันธ์ แม้ไม่มีอาการหรือผลเลือดเป็นลบ</li> <li>- ห้ามใช้ Doxycycline หรือ Tetracycline ในหญิงตั้งครรภ์</li> <li>- กรณีที่หญิงตั้งครรภ์อยู่ร่วมกับเอชไอวี ยังคงให้การรักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี</li> </ul>
<p><b>ระยะปลาย (Latent syphilis)</b> คือ ระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) ระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (latent syphilis of unknown duration) ระยะที่ 3 (tertiary syphilis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ โดยแบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน</li> <li>- ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถรับการฉีดยาได้ตามกำหนด ต้องพยายามให้การฉีดยาเข้มต่อไปไม่ห่างจากเข็มที่ฉีดก่อนหน้านี้เกิน 9 วัน แต่ถ้าทำตามไม่ได้ให้เริ่มการรักษาใหม่</li> <li>- หากแพ้ยา แนะนำให้ทำ Penicillin desensitization ก่อนแล้วรักษาด้วย Penicillin G</li> <li>- ห้ามใช้ Doxycycline หรือ Tetracycline ในหญิงตั้งครรภ์</li> <li>- รักษาสามี/คู่นอนสัมผัสพันธ์ หากผลการตรวจเลือดเป็นบวก</li> <li>- กรณีที่หญิงตั้งครรภ์อยู่ร่วมกับเอชไอวี ยังคงให้การรักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี</li> </ul>
<b>โรคซิฟิลิสระบบประสาท (neurosyphilis)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฉีด Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน เข้าหลอดเลือดดำ โดยแบ่งฉีด 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมงนาน 10-14 วัน หรือ Ceftriaxone 2 g ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน</li> <li>- ขณะตั้งครรภ์ ไม่แนะนำให้เจาะน้ำไขสันหลัง เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ได้</li> <li>- ให้ตรวจน้ำไขสันหลัง และติดตามอาการของโรคซิฟิลิสของระบบประสาท 6 เดือนหลังรักษา แต่ไม่เร็วกว่า 6 สัปดาห์หลังคลอด</li> </ul>

การติดตามการรักษาผู้ป่วยซิฟิลิส กรณีเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือ 2 ควรนัดที่ 1 เดือน และกรณีเป็นโรคซิฟิลิสระยะแฝง ควรนัดที่ 3 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษา เพื่อติดตามผลของการรักษา โดยให้ตรวจหาลักษณะทางคลินิกและรอยโรคที่แสดงถึงการติดเชื้อซ้ำ สอบถามเรื่องการรักษาสามี/คู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้คำปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้นัดตรวจเลือด เพื่อติดตาม RPR/VRDL ตามตารางที่ 4.12 และให้ตรวจ RPR/VDRL วันที่คลอดบุตร ควรส่งตรวจรก เพื่อดูรอยโรคทางพยาธิวิทยา และส่ง dark-field microscopic test เพื่อหาด้วยเชื้อโรคซิฟิลิส ในกรณีที่สามารถส่งตรวจได้

ผู้ป่วยที่ระดับของ RPR/VDRL titer ไม่ลดลงตามเกณฑ์ในระยะเวลาที่กำหนดหรือมีระดับสูงขึ้นจากเดิม 4 เท่า และยังคงมีระดับสูงคงเดิมหรือเพิ่มขึ้น โดยไม่มีประวัติเสี่ยงที่สงสัยการติดเชื้อซ้ำ อาจกล่าวได้ว่าเป็นผู้ป่วยมีการรักษาล้มเหลว (treatment failure) ควรได้รับการตรวจดูการติดเชื้อเอชไอวี หากผลตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี ให้ทำการรักษาซิฟิลิสของระบบประสาท โดยไม่ต้องเจาะน้ำไขสันหลัง ด้วย aqueous penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 10-14 วัน หากเดิมวินิจฉัย early syphilis แนะนำให้ทำการรักษาซ้ำ (retreatment) โดยให้ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิตหน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้งติดต่อกันอีกครั้ง หากผู้ป่วยมีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงที่สงสัยการติดเชื้อซ้ำ ให้รักษาซ้ำด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว และตรวจ RPR/VDRL ในวันที่ได้รับการรักษาใหม่

ตารางที่ 4.12 การนัดผู้ป่วยโรคซิฟิลิสเพื่อดู RPR/VDRL titer ในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี

ระยะของโรค	เดือนที่ติดตาม	ระยะเวลาคาดการณ์ว่า Fourfold decline
ระยะที่ 1 (Primary syphilis) ระยะที่ 2 (Secondary syphilis)	3, 6, 9, 12, 24	6 – 12 เดือน
ระยะแฝงช่วงต้น (Early latent syphilis) ระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) ระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (latent syphilis of unknown duration)	3, 6, 12, 18, 24	12 – 24 เดือน

หมายเหตุ

- หญิงตั้งครรภ์ ให้ตรวจ RPR/VDRL วันที่คลอดบุตร
- หากนัดติดตาม RPR/VDRL titer พบว่าระดับน้อยกว่า 1:8 หรือไม่เกิน 1 ระดับจากเดิม โดยไม่มีประวัติสงสัยการติดเชื้อซ้ำ อาจเกิดภาวะ serofast แนะนำให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

## 4.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาต้านเอชไอวี

ตารางที่ 4.13 แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาต้านเอชไอวี

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ก่อนเริ่มยา	ระหว่างได้รับยา
CD4 count	<ul style="list-style-type: none"> <li>• หลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 เดือน หรือ อายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ (พร้อมกับ HIV VL)</li> </ul>
HIV VL <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ไม่แนะนำให้ตรวจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีเคยได้รับยาต้านเพื่อการรักษามาก่อนตั้งครรภ์ แนะนำให้ตรวจ HIV VL ครั้งแรก เมื่อฝากครรภ์และติดตามอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์</li> <li>• กรณีไม่เคยได้รับยาต้านเพื่อการรักษามาก่อน แนะนำให้ตรวจ HIV VL ครั้งแรกเมื่อรับยาต้านแล้วอย่างน้อย 12 สัปดาห์ หรืออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ เมื่อระยะเวลาใดมาถึงกำหนด ก่อน และติดตามอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ โดยห่างจากครั้งก่อนอย่างน้อย 4 สัปดาห์</li> <li>• หากตรวจพบว่า HIV VL &gt; 1000 copies/mL แนะนำส่งเสริมวินัยในการรับประทานยา พิจารณาผลข้างเคียงของยา และอาจพิจารณาเปลี่ยนสูตรยาตามความเหมาะสม แล้วให้ติดตาม HIV VL อีกครั้ง 4 สัปดาห์ถัดมา</li> </ul>
CBC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• หาก Hb &lt;8 กรัม/ดล. หรือ Hct &lt;24% หากได้รับ AZT ให้เปลี่ยนเป็น TDF หรือ TAF</li> </ul>
Creatinine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย</li> <li>• หากคำนวณ creatinine clearance &lt;60 mL/min ไม่ควรใช้ TDF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจซ้ำหลังได้รับ TDF 3 เดือนในผู้เริ่มยารายใหม่ จากนั้นตรวจทุก 6 เดือน</li> <li>• หากคำนวณ creatinine clearance &lt;60 mL/min และได้รับ TDF อยู่ควรเปลี่ยนเป็น TAF (หาก creatinine clearance &gt; 15 mL/min) หรือ ABC</li> </ul>
ALT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย</li> <li>• หากผลสูงกว่า 2.5 เท่าของ upper limit ไม่ควรใช้ EFV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจซ้ำหากมีอาการสงสัยตับอักเสบ และ ทุก 6 เดือน</li> <li>• หากผลสูงกว่า 2.5 เท่าของ upper limit และได้รับ EFV อยู่ควรเปลี่ยนเป็น DTG</li> </ul>
Urine sugar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ทุกครั้งที่มาตรวจครรภ์</li> <li>• หากตรวจพบ urine sugar เป็นบวกและใช้ยาสูตร LPV/r ควรเปลี่ยนเป็น DTG</li> <li>• ถ้าใช้ TDF ควรตรวจ UA ทุก 6 เดือน และดู urine protein</li> </ul>

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ก่อนเริ่มยา	ระหว่างได้รับยา
50 กรัม GCT <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>หากกำลังใช้ยาสูตร LPV/r แล้วตั้งครรภ์ให้ตรวจเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก</li> <li>หากได้ผล blood sugar <math>\geq 140</math> มก./ดล. ให้ทำ 100 กรัม OGTT<sup>3</sup> ต่อหรือปรึกษาสูติแพทย์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ในรายที่ไม่เคยตรวจหรือไม่เคยวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้ตรวจที่ 24–28 สัปดาห์</li> <li>หากได้ผล blood sugar <math>\geq 140</math> มก./ดล. ให้ทำ 100 กรัม OGTT<sup>3</sup> ต่อหรือปรึกษาสูติแพทย์</li> </ul>

- 1 โดยทั่วไปหากหญิงตั้งครรภ์กินยาต้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอานเกิน 8-12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่จะมีระดับ HIV VL  $< 50$  copies/mL การตรวจ HIV VL ที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์จะมีประโยชน์ เพื่อใช้ในการจำแนกความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่กินยาไม่สม่ำเสมอ หรือกินยาน้อยกว่า 12 สัปดาห์ หรือสงสัยว่าอาจมีการดื้อยา โดยถ้าระดับ HIV VL  $> 1,000$  copies/mL ควรพิจารณาผ่าตัดคลอดก่อนเจ็บครรภ์ และถ้าระดับ HIV VL  $> 50$  copies/mL ควรให้ยา 3 ตัวคือ AZT+3TC+NVP แก่ทารกนาน 4 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ดีที่สุด
- 2 50 กรัม GCT (glucose challenge test) ทำโดยการให้หญิงตั้งครรภ์กิน glucose ปริมาณ 50 กรัม เช่น ให้ 50% glucose 100 มล. และเจาะดูระดับ blood glucose หลังกิน glucose 1 ชั่วโมง
- 3 100 กรัม OGTT (oral glucose tolerance test) ทำโดยการเจาะเลือดหญิงตั้งครรภ์ทั้งอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ดูระดับ fasting blood glucose จากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์กิน glucose ปริมาณ 100 กรัม และเจาะดูระดับ blood glucose ที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมงหลังกิน glucose หากผลผิดปกติตั้งแต่ 2 ใน 4 ค่าขึ้นไป ให้ปรึกษาสูติแพทย์ (FBS  $\geq 95$  mg/dL, 1-hour  $\geq 180$  mg/dL, 2-hour  $\geq 155$  mg/dL, and 3-hour  $\geq 140$  mg/dL อ้างอิงตาม Carpenter and Coustan criteria หรือ FBS  $\geq 105$  mg/dL, 1-hour  $\geq 190$  mg/dL, 2-hour  $\geq 165$  mg/dL, and 3-hour  $\geq 145$  mg/dL อ้างอิงตาม National Diabetes Data Group (NDDG) criteria)

#### 4.6 วิธีคลอด

##### คำแนะนำสำคัญ

- หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานยาต้านไวรัสที่ได้รับในระยะก่อนคลอดต่อเนื่องในระยะคลอดและก่อนการผ่าตัดคลอด
- กรณีที่ HIV VL  $> 1,000$  copies/mL หรือไม่ทราบผลตอนใกล้คลอด
  - ควรให้ยา AZT ในกรณีต่อไปนี้ (1) HIV VL  $> 1,000$  copies/mL (2) ไม่ทราบผล HIV VL (3) มีประวัติหรือสงสัยว่าใช้ยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่องตั้งแต่ผล HIV VL ครั้งล่าสุด หรือ (4) วินิจฉัยว่าเป็น HIV ในระยะคลอด
  - แนะนำให้ผ่าตัดคลอดแบบนั้ดหมาย (elective cesarean delivery) ที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ เพื่อลดความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยไม่คำนึงว่าได้รับยาต้านไวรัสในระยะก่อนคลอดหรือไม่
  - หญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนผ่าตัดคลอดแบบนั้ดหมาย แต่มีอาการเจ็บครรภ์หรือมีถุงน้ำคร่ำแตกก่อน ให้พิจารณาวิธีการคลอดเป็นราย ๆ ไป เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานเพียงพอว่าสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อได้ด้วยการผ่าตัดคลอดในกรณีนี้
- กรณีที่ HIV VL  $\leq 1,000$  copies/mL ตอนใกล้คลอด และได้รับยาต้านไวรัส:
  - ไม่จำเป็นต้องให้ยา AZT หาก HIV VL  $< 50$  copies/mL และรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ
  - พิจารณาให้ยา AZT หาก HIV VL อยู่ระหว่าง 50-1,000 copies/mL แม้ว่าขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอว่าการให้ยา AZT ในผู้ที่ HIV VL อยู่ในช่วงนี้จะเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ไม่แนะนำให้ผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายเพื่อจุดประสงค์ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียว</li> <li>○ หากจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายหรือชักนำการคลอดด้วยข้อบ่งชี้อื่นควรดำเนินการตามช่วงเวลามาตรฐานของข้อบ่งชี้ นั้น ๆ และไม่ควรถูกชักนำการคลอดเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี</li> <li>○ ระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตกไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อที่เพิ่มขึ้นและไม่ใช่วิธีการผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ข้อพิจารณาอื่น ๆ ในการดูแลระยะคลอด           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ควรหลีกเลี่ยงการติด fetal scalp electrode และการใส่ intrauterine pressure catheter เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี</li> <li>○ การชักนำการคลอด (induction of labor) การเจาะถุงน้ำคร่ำ (artificial rupture of membranes) และการทำหัตถการช่วยคลอดด้วย forceps หรือ vacuum extractor สามารถทำได้ตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ แต่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ที่มี HIV VL <math>\geq 50</math> copies/mL</li> </ul> </li> <li>● ข้อพิจารณาในการใช้ยา methergine เพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony):           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ หากได้รับยาในกลุ่ม CYP3A4 inhibitor (เช่น protease inhibitors หรือ cobicistat) ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา methergine หรือใช้เฉพาะกรณีที่ไม่มีทางเลือกอื่น และมีความจำเป็นต้องใช้มากกว่าความเสี่ยง โดยให้ใช้ขนาดต่ำสุดและระยะเวลาสั้นที่สุดเท่าที่จำเป็น</li> <li>○ หากได้รับยาในกลุ่ม CYP3A4 inducer (เช่น nevirapine, efavirenz, หรือ etravirine) อาจต้องใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกชนิดอื่นร่วมด้วย เนื่องจากระดับ methergine อาจลดลงและได้ผลการรักษาไม่เพียงพอ</li> </ul> </li> </ul>

#### 4.6.1 การคลอดทางช่องคลอด

ตารางที่ 4.14 ข้อพิจารณาสำหรับการคลอดทางช่องคลอด

กรณี	พิจารณา
กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีระดับ HIV VL $<1,000$ copies/mL ที่ใกล้คลอด (อายุครรภ์ 32 - 36 สัปดาห์) หรือเคยมีผล HIV VL ก่อนหน้านั้นภายใน 1 ปี และมีวินัยในการกินยา	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สามารถเลือกคลอดทางช่องคลอดได้ และสามารถรอให้มีการเจ็บครรภ์คลอดเอง (spontaneous labor)</li> <li>● สามารถใช้แนวทางหรือข้อแนะนำต่าง ๆ ทางสูติศาสตร์ได้เหมือนกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี</li> </ul>
กรณีที่ตัดสินใจให้หญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรผ่านทางช่องคลอด	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ควรหลีกเลี่ยงการเจาะถุงน้ำคร่ำ (artificial rupture of membranes) โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของขบวนการคลอด</li> <li>● ควรหลีกเลี่ยงหัตถการที่อาจจะทำให้เด็กได้รับบาดเจ็บและเพิ่มความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดแม่ เว้นแต่มีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรมที่ชัดเจน</li> </ul>
กรณีที่ถุงน้ำคร่ำแตกเองโดยธรรมชาติ (spontaneous rupture of membranes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ระยะเวลาการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนคลอดไม่ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่ไปสู่ลูก ในหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับ HIV VL <math>&lt;1,000</math> copies/mL</li> <li>● ควรพิจารณาให้คลอดภายใน 24 ชั่วโมง แต่ไม่ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน</li> </ul>
กรณีที่ถุงน้ำคร่ำแตกขณะที่อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด (preterm premature rupture of membranes; PPROM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● พิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การดูแลและตัดสินใจเลือกวิธีคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม โดยคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสำคัญ</li> </ul>

#### 4.6.2 การผ่าท้องคลอด (caesarean section)

ตารางที่ 4.15 ข้อพิจารณาสำหรับการผ่าท้องคลอด

กรณี	พิจารณา
1. ผ่าท้องคลอดแบบนัดหมาย (elective caesarean section) หมายถึง การผ่าตัดคลอดก่อนการเจ็บครรภ์คลอด และก่อนมีการแตกของถุงน้ำคร่ำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ HIV VL <math>\leq 50</math> copies/mL ที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ อาจเลือกวิธีการผ่าท้องคลอดก่อนการเจ็บครรภ์คลอด และสามารถนัดผ่าท้องคลอดที่อายุครรภ์ 39 สัปดาห์</li> <li>● หญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะต่อไปนี้ ควรนัดผ่าท้องคลอด ที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ เพื่อลดความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์ และน้ำเดินก่อนคลอด               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระดับ HIV VL ที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ <math>\geq 1,000</math> copies/mL</li> <li>2. ไม่มีผล HIV VL ให้พิจารณาจากระยะเวลาที่ได้รับยาต้านเอชไอวี หากกินยาไม่สม่ำเสมอหรือมาฝากครรภ์ช้า ทำให้ได้รับยาต้านไวรัสน้อยกว่า 4 สัปดาห์ หรือไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวี</li> <li>3. ผู้ที่ไม่เคยได้รับการฝากครรภ์มาก่อน</li> <li>4. ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะต้องได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรตามข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม หรือในรายที่คาน้ำหนักทารกในครรภ์ <math>&gt; 3,500</math> กรัม มีภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) หรือมีอายุครรภ์ใกล้เกินกำหนด เป็นต้น</li> </ol> </li> </ul>
2. การผ่าตัดคลอดบุตรแบบฉุกเฉิน (emergency caesarean section)	<p>ในหญิงตั้งครรภ์ที่เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์และมีน้ำเดินแล้ว สามารถทำได้ตามข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม อย่างไรก็ตามประโยชน์ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกยังไม่ชัดเจน และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพหลังคลอดได้ (postpartum morbidity)</p>

#### 4.6.3 ข้อพิจารณาอื่น ๆ ในการดูแลระยะคลอด

- การให้ยาต้านไวรัสในระยะคลอดให้อ้างอิงตามหัวข้อ 4.3.3
- ควรหลีกเลี่ยงการติด fetal scalp electrode และการใส่ intrauterine pressure catheter เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
- การชักนำการคลอด (induction of labor) การเจาะถุงน้ำคร่ำ (artificial rupture of membranes) และการทำหัตถการช่วยคลอดด้วย forceps หรือ vacuum extractor สามารถทำได้ตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ แต่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ที่มี HIV VL  $\geq 50$  copies/mL
- การยืดระยะเวลาการหนีบสายสะดือ (delayed cord clamping) สามารถทำได้ตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์
- การใช้ยา methergine เพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ในกรณีได้รับยากลุ่ม CYP3A4 inhibitor (เช่น protease inhibitors หรือ cobicistat) ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา methergine หรือใช้เฉพาะกรณีที่ไม่มีทางเลือกอื่น และพิจารณาแล้วว่ามีจำเป็นต้องใช้มากกว่าความเสี่ยงต่อการเกิดการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) ที่รุนแรง โดยให้ใช้ขนาดต่ำสุดและ

ระยะเวลาสั้นที่สุดเท่าที่จำเป็น หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ แต่ในกรณีได้รับยากกลุ่ม CYP3A4 inducer (เช่น nevirapine, efavirenz, หรือ etravirine) อาจต้องใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกชนิดอื่นร่วมด้วย เนื่องจากระดับ methergine อาจลดลงและได้ผลการรักษาไม่เพียงพอ

ตารางที่ 4.16 คำแนะนำวิธีคลอดและการดูแลในระยะคลอด

ผล HIV VL ที่อายุครรภ์ 32–36 สัปดาห์				
เรื่อง	<50 copies/mL และ กินยาสม่ำเสมอ <sup>1</sup>	50–1,000 copies/mL	>1,000 copies/mL	ไม่ทราบผล HIV VL หรือ วินิจฉัยว่าเป็น HIV ในระยะคลอด หรือ กินยา ไม่สม่ำเสมอ
การรับประทานยาต้าน ไวรัสในระยะคลอด	หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องในระยะคลอดและก่อนผ่าตัดคลอด <sup>2</sup>			
การให้ยา AZT ใน ระยะคลอด	ไม่จำเป็น	ไม่จำเป็น แต่แนะนำให้ หากกินยา ไม่สม่ำเสมอ	แนะนำ <sup>3</sup>	
วิธีคลอด	คลอดทางช่องคลอด		ผ่าตัดคลอด <sup>4</sup>	ผ่าตัดคลอด <sup>4</sup> หรือ พิจารณาเป็นราย ๆ ไป
อายุครรภ์ที่ให้คลอด	ไม่กำหนด <sup>5</sup>		38 สัปดาห์	38 สัปดาห์ หรือ พิจารณาเป็นราย ๆ ไป
การชักนำการคลอด (induction of labor)	ตามข้อบ่งชี้ ทางสูติศาสตร์ <sup>6</sup>	หลีกเลี่ยง		หลีกเลี่ยง
การเจาะถุงน้ำคร่ำ (artificial rupture of membranes)				
การทำหัตถการช่วย คลอด (forceps หรือ vacuum extractor)				
การติด fetal scalp electrode และการ ใส่ intrauterine pressure catheter	หลีกเลี่ยง			
การทำ delayed cord clamping	ตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์			
การใช้ยา methergine ในภาวะ ตกเลือดหลังคลอด	● ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสกลุ่ม CYP3A4 enzyme inhibitor เช่น protease inhibitor หรือ cobicistat ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา methergine เนื่องจากจะทำให้เกิดการกด			



ผล HIV VL ที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์				
เรื่อง	<50 copies/mL และ กินยาสม่ำเสมอ <sup>1</sup>	50-1,000 copies/mL	>1,000 copies/mL	ไม่ทราบผล HIV VL หรือ วินิจฉัยว่าเป็น HIV ในระยะคลอด หรือ กินยา ไม่สม่ำเสมอ
	<p>ตัวของเส้นเลือด (vasoconstriction) ที่รุนแรง หากจำเป็นต้องใช้ยา ให้ใช้ในขนาดต่ำที่สุดและระยะเวลาสั้นที่สุด หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสกลุ่ม CYP3A4 enzyme inducer เช่น nevirapine, efavirenz หรือ etravirine อาจจำเป็นต้องให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกชนิดอื่นร่วมด้วย เนื่องจากประสิทธิภาพในการรักษาของยา methergine ลดลง</li> </ul>			

1. ประเมินวินัยในการกินยา (adherence) ทุกครั้งที่ฝากครรภ์ และวันที่มาคลอด
2. ควรรับประทานยาต้านไวรัสที่ได้รับในช่วงก่อนคลอดอย่างต่อเนื่องและตรงเวลาในระยะคลอด หากมีการนัดผ่าตัดคลอด อนุญาตให้รับประทานยาพร้อมน้ำเล็กน้อยก่อนเข้ารับการผ่าตัดได้ สำหรับยาที่ต้องรับประทานพร้อมอาหาร อาจให้รับประทานร่วมกับอาหารเหลว โดยต้องปรึกษาวิสัญญีแพทย์ในช่วงก่อนการผ่าตัด หากจำเป็นต้องหยุดยาต้านไวรัสชั่วคราวในระยะคลอด ควรหยุดยาทุกตัวพร้อมกัน และเริ่มยาพร้อมกันทั้งหมด เพื่อป้องกันการเกิดการดื้อยา
3. ขนาดและวิธีการให้ยา ให้อ้างอิงตามหัวข้อ 4.3.3
4. สำหรับผู้ที่มีระดับ HIV VL >1,000 copies/mL หรือไม่ทราบผล และเดิมวางแผนจะผ่าตัดคลอด แต่มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนวันนัดหรือมีถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว ควรได้รับการพิจารณาวิธีคลอดเป็นราย ๆ ไป เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปได้ว่าการผ่าตัดคลอดจะช่วยลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในผู้มีอาการเจ็บครรภ์คลอด
5. สำหรับผู้ที่มีระดับ HIV VL ≤1,000 copies/mL หากมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ให้ทำการผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายหรือการกระตุ้นคลอด ควรให้คลอดตามเวลามาตรฐานของข้อบ่งชี้ขึ้น ๆ
6. สำหรับผู้ที่มีระดับ HIV VL <50 copies/mL ระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตกไม่ได้สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และไม่ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

## 4.7 การดูแลทารกในห้องคลอด

### 4.7.1 การดูแลทารกในห้องคลอดทั่วไป มีข้อแนะนำดังนี้

- ใส่ถุงมือทุกครั้งเมื่อจับตัวทารกที่ปนเปื้อนเลือดและสิ่งคัดหลั่ง
- ตัดสายสะดือด้วยความระมัดระวังไม่ให้เลือดกระเด็น
- เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดเพื่อล้างสิ่งปนเปื้อนออกไปก่อนที่จะย้ายออกจากห้องคลอดและก่อนให้นม แต่ควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากทารกอาจมีภาวะ hypothermia ได้ ถ้าไม่ได้ให้ความอบอุ่นอย่างเพียงพอ
- หลีกเลี่ยงการใส่สายยางสวนอาหารในกระเพาะทารก โดยไม่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล
- เริ่มยาป้องกันเอชไอวีแก่ทารก รายละเอียดในแผนภูมิที่ 4.3 และ ตารางที่ 4.8
- สามารถให้ vitamin K วัคซีน BCG และวัคซีน HBV ได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ
- ควรให้ทารกกินนมผง (formula feeding) และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้นมผงแก่ทารก ห้ามให้นมแม่สลับกับนมผง (mixed feeding) เนื่องจากมีข้อมูลการศึกษาว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารก ปัจจุบันกรมอนามัยให้การสนับสนุนนมผงสำหรับทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีพรีนาท 18 เดือน

- ในบริบทของประเทศไทยยังไม่แนะนำการให้นมแม่อย่างแพร่หลายในมารดาที่มีระดับไวรัสในเลือดตรวจไม่พบ เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ภาวะเจ็บป่วยระหว่างการให้นมบุตร (เต้านมอักเสบ แผลที่เต้านมการติดเชื้อ แผลที่ช่องปากของทารก) โรคทางสุขภาพจิต ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น แต่ในกรณีที่มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและมีระดับไวรัสในเลือดที่ตรวจไม่พบ มีความประสงค์จะให้นมแม่ ควรได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ (รายละเอียดตามภาคผนวก ณ)

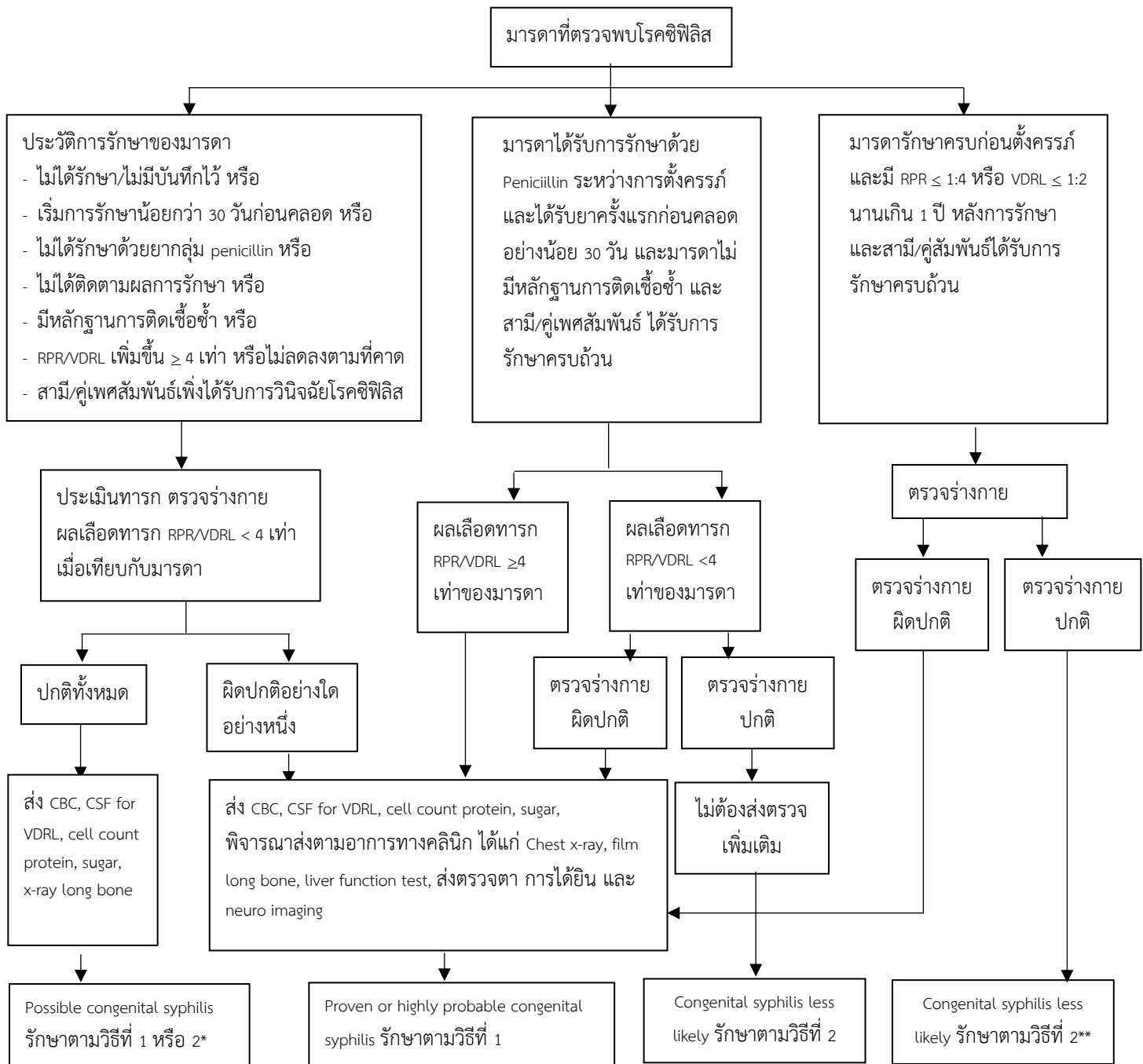
- กรณีที่มารดาวินิจฉัยด้วยระดับอักเสบปรีร่วมด้วย แนะนำให้ทารกได้รับ Hepatitis B immunoglobulin (HBIG) 1 โดส ฉีดเข้ากล้ามเนื้อโดยเร็วที่สุดหลังคลอด กรณีไม่สามารถหา HBIG ได้ทันที ให้พยายามหา HBIG เพื่อให้แก่ทารกภายใน 7 วันหลังคลอด หากให้ HBIG หลังจาก 7 วัน จะไม่มีประโยชน์เนื่องจากวัคซีนที่ให้ไปตอนแรกเกิดจะกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันโรคแล้ว และแนะนำให้ทารก ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยเร็วที่สุดภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด ขนาด 0.5 มล. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้รับวัคซีนต่อเนื่องเมื่ออายุ 1, (2), (4) และ 6 เดือน (ต้องได้อย่างน้อย 3 เข็ม โดยเข็มสุดท้ายต้องได้รับเมื่อมีอายุอย่างน้อย 6 เดือน และแนะนำให้ตรวจเลือดทารกเพื่อตรวจ HBsAg และ anti-HBs ที่อายุ 12 เดือน หากผล HBsAg เป็นลบ ให้ถือว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และควรส่งต่อให้กุมารแพทย์ดูแลรักษาต่อไป หากผล HBsAg เป็นลบ และ Anti-HBs เป็นลบ ให้ถือว่าทารกไม่ติดเชื้อและมีภูมิคุ้มกัน และหาก HBsAg เป็นลบ และ Anti-HBs เป็นลบ ให้ถือว่าทารกไม่ติดเชื้อ แต่ไม่มีภูมิคุ้มกัน ต้องให้วัคซีนซ้ำอีก 3 เข็ม (0, 1, 6 เดือน และตรวจ anti-HBs ซ้ำหลังได้วัคซีนครบชุดที่ 2 เป็นเวลา 1-3 เดือน หากยังเป็นลบ ให้นับว่าไม่ตอบสนองต่อวัคซีน (รายละเอียดตามแนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี และการกำจัดการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก พ.ศ. 2566)

- กรณีที่มารดาวินิจฉัยซิฟิลิสร่วมด้วย ให้ประเมินทารกและการรักษาสำหรับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในช่วงอายุ 1 เดือนแรก ตามแนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563 (แผนภูมิที่ 4.8) กรณีที่เด็กมีผลตรวจ RPR/VDRL ให้ผลบวกภายหลังอายุ 1 เดือน ควรทำการตรวจเลือดมารดา และตามประวัติการตรวจรักษาในมารดา เพื่อประเมินว่าทารกมีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด หรือเป็นการติดเชื้อภายหลัง การตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการของทารกเพิ่มเติมให้พิจารณาตามแผนภูมิที่ 4.7 เด็กอายุมากกว่า 1 เดือนที่สงสัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด หรือสงสัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสของระบบประสาท ควรได้รับการรักษาด้วย Penicillin G 10 วันเนื่องจากการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาทในเด็กนั้นทำได้ยาก ในกรณีที่มารดามีค่า nontreponemal สูงขึ้น ขณะคลอดหรือหลังคลอด และทารกแรกเกิดผลเลือดเป็นลบ แนะนำให้เจาะเลือดซ้ำอีกครั้งในอายุ 3 เดือน เพื่อป้องกันการตกหล่นในกรณีที่ขณะแรกเกิดยังอยู่ในช่วง incubation ในช่วงแรกเกิด

ให้ทำการนัดตรวจติดตามอาการที่อายุ 2, 4, 6, 9, 12 และ 18 เดือน โดยให้ตรวจติดตามค่า RPR/VDRL ที่ 4 และ 6 เดือน จนกระทั่งผลเลือดเป็นลบ โดย RPR/VDRL จะเริ่มลดลงภายหลังการรักษาประมาณ 3 เดือน และจะเป็นลบภายหลังการรักษาประมาณ 6 เดือน กรณีเริ่มให้การรักษาภายหลังทารกอายุ 1 เดือนผลเป็นลบซ้ำได้นานกว่า 6 เดือน แต่ค่าควรจะลดลง ส่วนการตรวจน้ำไขสันหลังซ้ำ กรณีผิดปกติ แนะนำให้ตรวจที่ 6 เดือนหลังการรักษา หากยังพบว่าผิดปกติให้ทำการรักษาซ้ำอีกครั้ง

ให้ทำการตรวจค่า treponemal test ที่อายุ 18 เดือน เนื่องจาก treponemal antibody ที่ส่งผ่านรกมาจากรมารดาจะยังให้ผลบวกได้ แม้จะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นลบ ถ้าทารกไม่ได้เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดขณะที่มาตรวจติดตามที่อายุ 18 เดือน ดังนั้นหาก treponemal test ให้ผลบวกขณะที่ทารกมาตรวจติดตามที่อายุ 18 เดือน จะสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้

## แผนภูมิที่ 4.8 แนวทางประเมินทารกและการรักษาสำหรับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในช่วงอายุ 1 เดือนแรก



**หมายเหตุ** รักษาตามวิธีที่ 1 คือ Aqueous penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. เข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10 วัน ในเด็กที่อายุน้อยกว่าเท่ากับ 7 วัน และให้ทุก 8 ชั่วโมงในทารกที่อายุมากกว่า 7 วัน หากขาดยาต่อเนื่องเกิน 24 ชม.ให้เริ่มรักษาใหม่ทั้งหมด และ รักษาตามวิธีที่ 2 คือ Benzathine penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. เข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง

\*ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้วิธีที่ 1 ถ้าใช้วิธีที่ 2 ต้องทำการประเมินอย่างครบถ้วนทั้งหมด และสามารถติดตามการรักษาได้แน่นอน

\*\* อาจพิจารณาไม่ให้การรักษาได้ ถ้าสามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่อง

## 4.8 แนวทางการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวอย่างต่อเนื่องในช่วงหลังคลอด

### 4.8.1 การดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัว

- 1) การดูแลสุขภาพภรรยาในหญิงหลังคลอด ได้แก่
  - การดูแลตามมาตรฐานของหญิงหลังคลอด บางภาวะที่ควรคำนึงและให้การดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ การเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังคลอด ผลข้างเคียงที่เกิดจากการให้ยาต้านเอชไอวี การให้ยาระงับการหลั่งน้ำนม การป้องกันและคัดกรองการอักเสบของเต้านม การตรวจหลังคลอดที่ 4-6 สัปดาห์ โดยตรวจ pap smear ร่วมด้วย (และตรวจซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)
  - การส่งเสริมสุขภาพทางด้านต่างๆ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย
  - การส่งต่อแพทย์ด้านอายุรกรรม เพื่อให้การดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่ เช่น การประเมินอาการและระยะของโรค โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจระดับ CD4 อย่างน้อยทุก 6 เดือน การรับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และให้ยาต้านเอชไอวีตามข้อบ่งชี้
- 2) การดูแลสุขภาพจิตในหญิงหลังคลอด เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมทั้งการให้การสนับสนุนทางจิตใจ และวางแผนการเลี้ยงดูทารกและครอบครัวในระยะยาว
- 3) การดูแลสามี ในกรณีที่สามียังไม่ทราบผลเลือด ควรประเมินความพร้อมเรื่องการเปิดเผยผลเลือดแก่สามี ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการเปิดเผยผลเลือดซึ่งกันและกัน และการชักชวนให้สามีมาตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อโดยสมัครใจ
  - 3.1) สามีติดเชื้อเอชไอวีให้การดูแลและรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่
  - 3.2) สามีไม่ติดเชื้อเอชไอวี ควรแนะนำให้ปฏิบัติดังนี้
    - ส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อมิให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีขึ้นในอนาคต โดยแนะนำให้ใช้ PrEP และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี
    - ส่งเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด
    - แนะนำการใช้ชีวิตร่วมกับภรรยาที่ติดเชื้อได้อย่างเป็นสุข
    - นัดสามีมาตรวจเลือดซ้ำเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นระยะ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- 4) การป้องกันการแพร่เชื้อและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มไม่ว่าคู่สามีภรรยาจะมีผลเลือดบวกเหมือนกันหรือผลเลือดต่าง ควรส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เหมาะสมสำหรับแต่ละคู่ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี เป็นต้น
- 5) การวางแผนครอบครัว ให้ประเมินความประสงค์ของคู่สามีภรรยาในการมีบุตร ให้การปรึกษาแนะนำการคุมกำเนิด และการวางแผนมีบุตรตามรายละเอียดในข้อ 4.1

### 4.8.2 การดูแลเด็กหลังคลอด

ทารกควรได้รับยาต้านเอชไอวีจนครบ ดังตารางที่ 4.8 และ 4.9

- ให้นมแม่ ควรให้ทารกกินนมผงและให้การปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการให้นมผงแก่ทารก ปัจจุบันกรมอนามัยให้การสนับสนุนนมผงสำหรับทารกที่คลอดจากแม่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีฟรีนาน 18 เดือน กรณีกลุ่มเสี่ยงต่ำที่มีความจำเป็นและต้องการให้นมแม่ ควรได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ (รายละเอียดตามภาคผนวก ณ)
- ห้ามมิให้แม่หรือผู้เลี้ยงเด็กเคี้ยวข้าวเพื่อป้อนให้เด็กกิน เนื่องจากมีโอกาสเกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้ ควรแนะนำให้จัดหาอาหารที่ปลอดภัยสะอาดและถูกสุขลักษณะในการเลี้ยงเด็กทารก

- ติดตามดูผลข้างเคียงจากยาต้านเอชไอวี หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในกรณีที่ถูกได้รับสูตรยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี หากตรวจร่างกายพบภาวะซีด ซึ่งอาจเกิดจาก AZT พิจารณาให้ตรวจเลือด (CBC) เด็ก เพื่อหาค่าฮีโมโกลบินและจำนวนเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล เพราะอาจพบภาวะซีดและเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำจากยาได้
  - หากพบภาวะซีดฮีโมโกลบิน 7-10 กรัม/เดซิลิตร หรือฮีมาโตคริต 21-30% ถ้าเด็กไม่มีอาการให้นัดมาติดตามอาการและผลเลือดอีก 2 สัปดาห์
  - ในกรณีที่ฮีโมโกลบิน <7 กรัม/เดซิลิตร หรือฮีมาโตคริต <21% ให้ซักประวัติว่าขนาดยาที่กินถูกต้อง และหาสาเหตุของการซีดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หากกินยาขนาดถูกต้องแล้วให้พิจารณาปรับลดขนาดยา AZT ลงจากเดิมร้อยละ 20-30 และติดตามอาการและผลเลือดอีก 1 สัปดาห์ ในกรณีที่เด็กซีดมากและยังไม่ดีขึ้นหลังลดขนาดยา AZT ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาหยุดหรือเปลี่ยนยา AZT ก่อนกำหนด หรือให้เลือดถ้ามีอาการจากภาวะซีดมาก
- ให้อาหารเสริมเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น PCP โดยแนะนำให้ยาป้องกัน PCP ในเด็กที่คลอดจากมารดาที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี กลุ่มเสี่ยงสูง คือ ทารกที่แม่มี HIV VL เมื่อใกล้คลอด > 50 copies/mL หรือหากไม่มีผล HIV VL ให้พิจารณาจากประวัติแม่ คือ แม่กินยาต้านเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ หรือได้รับยาต้านเอชไอวีมา < 12 สัปดาห์ก่อนคลอด แนะนำให้ได้รับยาป้องกัน PCP ตั้งแต่อายุ 4 สัปดาห์ เมื่อมาติดตามเพื่อตรวจเลือด HIV DNA PCR และให้หยุดยาป้องกัน PCP เมื่อสามารถพิสูจน์ได้ว่า เด็กรายนั้นไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา (ผล HIV DNA PCR เป็นลบที่อายุ 4 เดือน) ส่วนเด็กที่คลอดจากมารดาที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี กลุ่มเสี่ยงทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงต่ำ ไม่ต้องได้รับยาป้องกัน PCP เนื่องจากโอกาสติดเชื้อเอชไอวีต่ำ แนะนำให้รอผล HIV DNA PCR ที่เจาะตอนอายุ 1 เดือน ถ้าผลตรวจ HIV DNA PCR รายงานเป็นบวก ให้รีบติดตามเด็กมาตรวจยืนยัน ให้ยาต้านเอชไอวีและให้ยาป้องกัน PCP ถ้าผล HIV DNA PCR เป็นลบ ไม่ต้องให้ยาป้องกัน แต่ถ้าอายุ 6 สัปดาห์แล้วยังไม่ได้ผล PCR พิจารณาให้ยาป้องกันไปก่อนเนื่องจากยาราคาถูก ผลข้างเคียงน้อย นอกจากนี้ยังสามารถลดการเกิด pneumonia จากสาเหตุอื่นได้