

ภาคผนวก จ
การตรวจรักษาเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

	อายุที่มีประกาศหรือแนวทางรับรอง	คำแนะนำที่ควรให้
การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี	ผู้ที่มาขอการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่จำเป็นต้องขออนุญาตผู้ปกครอง ถ้าผู้ที่มาขอตรวจเข้าใจเรื่องการติดเชื้อและความหมายของการตรวจเลือด (การตรวจเพื่อวินิจฉัยไม่ใช่การทำนิติกรรม)*	หากผู้รับการตรวจไม่มีความสามารถเข้าใจหรือตัดสินใจในขั้นตอนการให้การศึกษาก่อนตรวจ การขอความยินยอมในการตรวจ การแจ้งผลต่อผู้รับการตรวจ และ การรักษาความลับของผู้รับการตรวจ ให้ดำเนินการดังกล่าวแก่ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับการตรวจแทน*
การกินยาต้านเอชไอวี	ทุกอายุ	ถ้าอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องมีผู้ปกครองมาด้วยเพื่อสนับสนุนการกินยา หากไม่มี ควรให้การ counseling
การกินเพร็พ	ทุกอายุ	<p>ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถรับเพร็พได้ หากมีข้อบ่งชี้ คือ ผู้ที่มีผลการตรวจเอชไอวีเป็นลบ และมีข้อใดข้อหนึ่งใน 6 เดือนสุดท้าย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ยังกดไวรัสไม่สำเร็จ 2. มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ที่ไม่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี 3. มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน ซิฟิลิส 4. ใช้สารเสพติดก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์ 5. ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับผู้อื่น 6. เคยได้รับยาป้องกันหลังสัมผัสเชื้อเอชไอวี (nPEP) 7. ต้องการรับ PrEP**

* ที่มา: แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี พ.ศ.2557

** ที่มา: แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564

ภาคผนวก จ

การให้วัคซีนสำหรับเด็กและทารกที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี หรือคลอดจากแม่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี
ตารางที่ 1. การให้วัคซีนสำหรับเด็กและทารกที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี หรือคลอดจากแม่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี

วัคซีน	การให้วัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน	การให้วัคซีนกระตุ้นซ้ำในกลุ่มที่เคยมีภูมิคุ้มกัน CD4 < ร้อยละ 15*
วัคซีนในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI)		
วัคซีนบีซีจี	ในทารกแรกเกิดทุกคนที่คลอดจากแม่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีหากไม่มีอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับวัคซีนบีซีจี เนื่องจากประโยชน์ของวัคซีนมีมากกว่าความเสี่ยง สำหรับทารกที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อเอชไอวี ควรเลื่อนการให้วัคซีนบีซีจีไปจนกว่าจะเริ่มยาต้านไวรัสและทารกมีภาวะภูมิคุ้มกันคงที่ (CD4 > ร้อยละ 25) สำหรับเด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวีหากยังไม่เคยได้รับวัคซีนบีซีจี แต่มีสุขภาพดีทางคลินิกได้รับยาต้านไวรัสและมีภาวะภูมิคุ้มกันคงที่ (CD4 มากกว่าร้อยละ 25 สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หรือ CD4 \geq 200 เซลล์/มม. ³ สำหรับเด็กอายุมากกว่า 5 ปี) ควรได้รับวัคซีนบีซีจี	ไม่ควรฉีดกระตุ้นซ้ำ ถึงแม้จะไม่มี BCG scar
วัคซีนตับอักเสบบี	ให้เหมือนเด็กปกติ	ควรให้กระตุ้นซ้ำ 3 เข็ม
วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ	ให้เหมือนเด็กปกติ และในเด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวี แนะนำให้ฉีดกระตุ้นฮิบอีก 1 ครั้งเมื่ออายุ 12-18 เดือน และห่างจากเข็มสุดท้ายอย่างน้อย 2 เดือน	ควรได้รับวัคซีน dT หรือ Tdap เข็มกระตุ้นทุก 10 ปี
วัคซีนโปลิโอ	ใช้ได้ทั้ง IPV และ OPV ทั้งนี้ในกรณีผู้ป่วยมีอาการแสดงของเอดส์ ควรเลือก IPV	ไม่มี
วัคซีนโรต้า	เป็นวัคซีนเชื้อเป็น แต่ยังสามารถให้เหมือนเด็กปกติ	ไม่มี
วัคซีนไขสันมองอักเสบเจอี	วัคซีนใน EPI เป็นวัคซีนชนิดเชื้อเป็นไม่ควรให้วัคซีนในขณะที่เด็กมีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 < ร้อยละ 15 ควรให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจนระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ดีขึ้นแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน หรือ เลือกใช้วัคซีนไขสันมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อตาย	ในเด็กที่เคยได้รับวัคซีนไขสันมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อตายพิจารณากระตุ้นซ้ำด้วยวัคซีนชนิดเชื้อตาย 2 เข็ม (ยังไม่มีข้อมูลด้านความปลอดภัยของวัคซีนชนิดเชื้อเป็น)

วัคซีน	การให้วัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน	การให้วัคซีนกระตุ้นซ้ำในกลุ่มที่เคยมีภูมิคุ้มกัน CD4< ร้อยละ15*
วัคซีนหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม	ไม่ควรให้วัคซีนในขณะที่เด็กมีระดับภูมิคุ้มกัน CD4< ร้อยละ 15 หรือมีอาการแสดงในระยะเอดส์ ควรให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจนระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ดีขึ้นแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน	ควรให้กระตุ้นซ้ำ 1 เข็ม
วัคซีนเสริมที่เด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวีควรได้รับ		
วัคซีนไขหวัดใหญ่	ควรให้วัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี ไม่แนะนำให้ใช้วัคซีนไขหวัดใหญ่ชนิดเชื้อมีชีวิต (Live-attenuated influenza vaccine, LAIV) ในเด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวีที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำรุนแรง (CD4 < ร้อยละ 25 สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หรือ CD4 ≤ 200 เซลล์/มม. ³ สำหรับเด็กอายุมากกว่า 5 ปี)	
วัคซีนนิวโมคอคคัส	<p>วัคซีนให้ 3 ครั้งเมื่ออายุ 2, 4 และ 6 เดือน และให้ฉีดกระตุ้นที่อายุ 12-15 เดือน ในเด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวีที่มีอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปที่ได้รับ primary series ของ PCV ครบ หากไม่เคยได้รับ PCV20 มีคำแนะนำให้ฉีดวัคซีนเพิ่มเติมห่างจากเข็มสุดท้ายอย่างน้อย 8 สัปดาห์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ควรให้ฉีดวัคซีน PCV20 1 เข็ม (โดยไม่จำเป็นต้องได้รับ PS-23) หรือ 2. PS-23 (Pneumovax 23™) 1 เข็ม และควรฉีด PS-23 ซ้ำอีก 1 ครั้ง ห่างจากครั้งแรก 5 ปี <p>สามารถใช้ PCV10/13/15/20 เพื่อฉีดให้ครบตามตารางการฉีดวัคซีน (Pneumosil™และ Weuphoria™ ยังไม่มีข้อมูลในเด็กกลุ่มเสี่ยง)</p>	ไม่มี
วัคซีนเอชพีวี	<p>ควรให้วัคซีนในเด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวีทุกราย เนื่องจากผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องจะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งมากขึ้น แนะนำให้วัคซีน 3 เข็ม ในเดือนที่ 0, 1-2, และ 6 ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกปี 2565 สำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องควรฉีดอย่างน้อย 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน และหากเป็นไปได้ควรฉีด 3 เข็ม</p>	ไม่มี
วัคซีนโควิด-19 (COVID-19)	ควรให้วัคซีนโควิด-19 สายพันธุ์ล่าสุดในเด็กทารกอายุ 6 เดือน – 1 ปีที่คลอดจากแม่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี และฉีดเป็นประจำทุกปีในเด็กที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี	
วัคซีนสุกใส	ไม่ควรให้วัคซีนในขณะที่เด็กมีระดับภูมิคุ้มกัน CD4< ร้อยละ 15 หรือมีอาการแสดงในระยะเอดส์ ควรให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจน	ไม่มี

วัคซีน	การให้วัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน	การให้วัคซีนกระตุ้นซ้ำในกลุ่มที่เคยมีภูมิคุ้มกัน CD4< ร้อยละ15*
	ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ดีขึ้นแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน	
วัคซีนพิษสุนัขบ้า	การให้วัคซีนก่อนการสัมผัสโรค: สำหรับเด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวี แนะนำให้ฉีดวัคซีนแบบเข้ากล้ามเนื้อ รวม 3 ครั้งในวันที่ 0, 7 และ 21-28 (ซึ่งต่างจากผู้ที่มีภูมิคุ้มกันปกติ ซึ่งแนะนำแบบ 2 เข็ม) กรณีเด็กที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่ภูมิคุ้มกันต่ำ (clinical stage C หรือ ระดับ CD4 < ร้อยละ 15) ที่เคยฉีดวัคซีนก่อนการสัมผัสโรค หากถูกสุนัขหรือสัตว์เลื้อยลูกด้วยนมกัด ยังควรให้วัคซีนหลังสัมผัสโรค ครบ 5 ครั้ง ในวันที่ 0, 3, 7, 14 และ 28 โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และยังคงได้รับอิมมูโนโกลบูลินหากมีข้อบ่งชี้	ไม่มี
วัคซีนเสริมที่เด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวีอาจได้รับ		
วัคซีนอีวี 71	วัคซีนชนิดเชื้อไม่มีชีวิต (inactivated vaccine) ฉีดได้ตั้งแต่อายุ 6 เดือน - น้อยกว่า 6 ปี โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 เข็ม ห่างกัน 1 เดือน สามารถป้องกันได้เฉพาะมือเท้าปากจากเชื้อไวรัส EV71	ไม่มี
วัคซีนตับอักเสบบี	วัคซีนชนิดเชื้อไม่มีชีวิต (inactivated vaccine) ฉีดได้ตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป โดยฉีด 2 เข็มห่างกัน 6-12 เดือน อาจใช้ต่างชนิดได้ในการฉีดแต่ละครั้ง ไม่แนะนำให้วัคซีนชนิดเชื้อมีชีวิต (live vaccine)	ไม่มี
วัคซีนไข้เลือดออก	พิจารณาฉีดวัคซีนไข้เลือดออกได้ตั้งแต่อายุ 4 ปีขึ้นไป โดยจะฉีด 2 เข็ม ห่างกัน 3 เดือน ไม่แนะนำให้ฉีดวัคซีนไข้เลือดออก ในเด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวีที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำรุนแรง (CD4 < ร้อยละ 25 สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หรือ CD4 ≤ 200 เซลล์/มม. ³ สำหรับเด็กอายุมากกว่า 5 ปี)	ไม่มี
วัคซีนไข้กาฬหลังแอ่น	อุบัติการณ์โรคไข้กาฬหลังแอ่นในประเทศไทยต่ำมาก แต่มีความรุนแรงสูง อาจพิจารณาให้โดยตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและแพทย์ผู้ดูแลในทารกและเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี โดยพิจารณาให้ตั้งแต่อายุ 2 เดือนขึ้นไปโดย	ไม่มี

วัคซีน	การให้วัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน	การให้วัคซีนกระตุ้นซ้ำในกลุ่มที่เคยมีภูมิคุ้มกัน CD4 < ร้อยละ 15*
	ให้ 3 เข็มที่อายุ 2, 4 และ 6 เดือนและให้เข็มกระตุ้นที่อายุ 12 เดือน (3+1) และพิจารณาให้ในเด็กและวัยรุ่น 10-18 ปี ที่เสี่ยงจากการสัมผัสโรค เช่น ในกรณีที่จะเดินทางไปบริเวณที่มีการระบาดของโรคไข้กาฬหลังแอ่น หรือไปศึกษาต่อในต่างประเทศ ทั้งนี้ขึ้นกับข้อกำหนดของสถานศึกษาและคำแนะนำของแต่ละประเทศ	

ตารางที่ 2. การให้วัคซีนจำเป็นซ้ำในเด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวีที่เคยได้รับวัคซีนมาก่อนการเริ่มยาต้านเอชไอวีหรือได้รับวัคซีน ขณะที่ CD4 < 15%

ระยะเวลา	เข็มแรก	1 เดือน	2 เดือน	6 เดือน	จำนวนครั้ง
HBV vaccine ¹	HBV1	HBV2		HBV3	3
JE vaccine (ชนิดเชื้อตาย) ²		JE1	JE2		2
MMR vaccine ³	MMR1				1
dT หรือ Tdap ในเด็กอายุ ≥ 7 ปี ⁴	ให้ทุก 10 ปี				

* แนะนำให้ฉีดวัคซีนซ้ำเมื่อได้รับยาต้านเอชไอวีอย่างน้อย 1 ปี และมีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ดีขึ้นแล้ว ซึ่งใช้เกณฑ์ คือ ในเด็กอายุ < 5 ปี รอให้ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ≥ ร้อยละ 25 หรือ ในเด็กอายุ ≥ 5 ปี ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ≥ 350 cells/mm³ อย่างน้อย 6 เดือน หรือ CD4 ≥ ร้อยละ 15 และมี HIV VL undetectable นานกว่า 1 ปี

หมายเหตุ

1. วัคซีนตับอักเสบบี ควรพิจารณาฉีดวัคซีนกระตุ้นซ้ำตามวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้
 - วิธีที่ 1 กรณีไม่สามารถตรวจเลือดหาระดับภูมิคุ้มกันต่อตับอักเสบบีได้ ให้ฉีดวัคซีนอีก 3 เข็มเลย (อาจพิจารณาให้วัคซีนในขนาดผู้ใหญ่) เนื่องจากข้อมูลที่ศึกษาในเด็กไทยอยู่ร่วมกับเอชไอวีที่เริ่มยาต้านเอชไอวีเมื่อมีจำนวน CD4 ต่ำกว่า 15% มีเด็กเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่มี antiHBs Ab > 10 mIU/ml หรือ
 - วิธีที่ 2 ให้ตรวจ anti-HBs Ab ก่อนและให้วัคซีนตับอักเสบบี ตามระดับแอนติบอดี ดังนี้

ระดับ anti-HBs	วิธีฉีดวัคซีนตับอักเสบบี
ถ้า < 10 mIU/mL	ให้ฉีดวัคซีนใหม่ทั้ง 3 เข็ม (โดยให้วัคซีนในขนาดของเด็ก หรือพิจารณาเพิ่มขนาดเท่ากับผู้ใหญ่)
10 - 100 mIU/mL	ให้ฉีดกระตุ้น 1 เข็ม ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเอชไอวีและมีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ใกล้เคียงปกติ
> 100 mIU/mL	ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่อโรค ยังไม่จำเป็นต้องฉีดกระตุ้นอีก

2. วัคซีนไขสันหลังอักเสบเฉียบพลัน ควรพิจารณาให้วัคซีนไขสันหลังอักเสบชนิดเชื้อตายซ้ำอีก 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน หลังจากจำนวน CD4 ดีแล้วเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน หากจำเป็นต้องใช้วัคซีนชนิดเชื้อเป็นให้ฉีดเพียง 1 ครั้ง
3. วัคซีนหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม ควรให้วัคซีนซ้ำ 1 ครั้งเมื่อจำนวน CD4 ดีแล้วเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน การให้วัคซีน MMR ครั้งนี้ จะไม่ขึ้นกับประวัติการเป็นหัด หัดเยอรมัน หรือคางทูมในอดีต

4. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTwP, DTaP และ Tdap) ในเด็กอายุ < 7 ปี แนะนำให้ใช้ DTwP หรือ DTaP และ ในเด็กอายุ \geq 7 ปี ให้ใช้ dT หรือ Tdap ตามความเหมาะสม

ตารางที่ 3. การให้วัคซีนสำหรับทารก เด็กและวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวี หรือทารกที่คลอดจากแม่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี โดยสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย พ.ศ.

2568

วัคซีนจำเป็นที่ต้องให้กับเด็กทุกคน												
วัคซีน	อายุ	แรกเกิด	1 เดือน	2 เดือน	4 เดือน	6 เดือน	9 -12 เดือน	18 เดือน	2 ปี	2 ½ ปี	4-6 ปี	11-12 ปี
บีซีจี (BCG)		BCG										
ตับอักเสบบี (HBV)		HBV1	(HBV2)	DTwP-HB-Hib-1	DTwP-HB-Hib-2	DTwP-HB-Hib-3						
คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรนชนิดทั้งเซลล์ (DTwP)								DTwP กระตุ้น 1			DTwP กระตุ้น 2	Td และทุก 10 ปี
ฮิบ(Hib)												
โปลิโอชนิดกิน (OPV)				IPV1	IPV2	OPV3		OPV กระตุ้น 1			OPV กระตุ้น 2	
โรต้า (Rota)		Rota1	Rota2	(Rota3)								
หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน(MMR)							MMR1	MMR2				
ไข้มองอักเสบบี (Live JE)							JE1		JE2			
ไข้หวัดใหญ่ (Influenza)						Influenza ให้ 2 เข็ม ห่างกัน 1 เดือน ในครั้งแรก						
เอชพีวี (HPV)												เด็กหญิงประณม 5 ตามแผนฯ ของ กระทรวงสาธารณสุข

วัคซีนอื่นๆ ที่อาจให้เสริม หรือทดแทน											
วัคซีน \ อายุ	2 เดือน	4 เดือน	6 เดือน	12-15 เดือน	18 เดือน	2 -2 ½ ปี	4 ปี	6 ปี	9 ปี	11-12 ปี	18 ปี
คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน ชนิดไร้เซลล์ ³ (DTaP, Tdap หรือ TdaP) ตับบักเสบปี โปลิโอชนิดฉีด (IPV) ฮิบ(Hib)	DTaP-HB-IPV-Hib1	DTaP-(HB)-IPV-Hib2	DTaP-HB-IPV-Hib3		DTaP-IPV-(Hib4) กระตุ้น 1		DTaP-IPV หรือ Tdap-IPV กระตุ้น 2			Tdap หรือ TdaP และกระตุ้นด้วย Tdap ทุก 10 ปี	
นิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกต (PCV)	PCV1	PCV2	(PCV3)	PCV4							
ไข่สมองอักเสบเจอี (Inactivated JE)			JE1, JE2 ห่างกัน 4 สัปดาห์ และ JE3 อีก 1 ปี								
อีวี 71 (EV71)			EV71 2 เข็ม ห่างกัน 1 เดือน								
ตับอักเสบเอ (HAV)				HAV ชนิดเชื้อไม่มีชีวิต ให้ 2 เข็ม ห่างกัน 6-12 เดือน							
อีสุกอีใส (VZV) หรือวัคซีนรวม หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน-อีสุกอีใส (MMRV)				VZV1 (หรือ MMRV1)	VZV2 (หรือ MMRV2)						
ไข้หวัดใหญ่ (influenza)			Influenza ให้ปีละครั้ง (การให้ครั้งแรกในเด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี ให้ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน) ชนิดเชื้อไม่มีชีวิตฉีดเมื่ออายุ 6 เดือนขึ้นไป ชนิดเชื้อมีชีวิตพ่นจมูกเมื่ออายุ 2 ปีขึ้นไป								
โควิด-19 (COVID-19)			ดูคำแนะนำในการฉีดตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย								
เอชพีวี (HPV)									HPV 3 เข็ม 0, 1-2, และ 6 เดือน ในเด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวี		
ไข้เลือดออก (DEN)							DEN 2 เข็มห่างกัน 3 เดือน				
พิษสุนัขบ้า (Rabies) ก่อนการสัมผัสโรค	3 ครั้ง ห่างกัน 0, 7 และ 21-28 ในเด็กอยู่ร่วมกับเอชไอวี										
วัคซีนไข้กาฬหลังแอ่น	ดูคำแนะนำในการฉีดตามคำแนะนำของสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย										

โดยสามารถ download ตารางวัคซีนสำหรับเด็กที่จะมีการปรับเปลี่ยนทุกปีโดยสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทยได้จาก เว็บไซต์ <http://www.pidst.or.th/>

ภาคผนวก ข
การทำการเพิ่มขนาดยาอย่างรวดเร็ว (Rapid Desensitization)
โดยใช้ยา TMP-SMX แบบน้ำแขวนตะกอนชนิดกิน

การทำการเพิ่มขนาดยาอย่างรวดเร็ว (rapid desensitization) โดยใช้ยา TMP-SMX แบบน้ำแขวนตะกอนชนิดกิน

1. ต้องกระทำในโรงพยาบาลหรือสถานที่ที่มีอุปกรณ์การกู้ชีวิตพร้อม เพื่อในกรณีเกิดภาวะแพ้อย่าง anaphylaxis ขณะทำแนะนำให้เตรียมยา adrenaline ไว้ข้างตัวเสมอ ใช้น้ำแขวนตะกอนชนิดกินที่ขนาด 5 mL มีตัวยา TMP 40 mg และ SMX 200 mg
2. ทำยาน้ำแขวนตะกอนนี้ให้มีขนาดความเข้มข้นต่างๆ ดังนี้
- นำยาความเข้มข้นปกติ 1 mL ผสมน้ำ 9 mL (ความเข้มข้น A)
 - นำยาความเข้มข้น A 1 mL ผสมน้ำ 9 mL (ความเข้มข้น B)
 - นำยาความเข้มข้น B 1 mL ผสมน้ำ 9 mL (ความเข้มข้น C)
 - นำยาความเข้มข้น C 1 mL ผสมน้ำ 9 mL (ความเข้มข้น D)

ตารางการทำการเพิ่มขนาดยาอย่างรวดเร็ว (rapid desensitization) โดยใช้ยา TMP-SMX แบบน้ำแขวนตะกอนชนิดกิน

เวลาที่ให้กิน	ยาความเข้มข้น	ปริมาณ TMP/SMX (mg)	จำนวน (mL)
เริ่มให้	D	0.004 / 0.02	5
ชั่วโมงที่ 1	C	0.04/0.2	5
ชั่วโมงที่ 2	B	0.4/2	5
ชั่วโมงที่ 3	A	4/20	5
ชั่วโมงที่ 4	ปกติ	40/200	5
ชั่วโมงที่ 5	ปกติ	160/800	20

ภาคผนวก ข

การดูแลวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีรายใหม่แบบเป็นองค์รวม

วัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวี มีสองกลุ่มสำคัญคือ วัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีตั้งแต่ช่วงวัยทารก และวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นกลุ่มแรกมักมีปัญหาในด้านความไม่สมบูรณ์ของครอบครัวเนื่องจากวัยรุ่นอาจกำพร้าพ่อแม่และบางคนอาจรู้สึกว่าเป็นความผิดของพ่อแม่ที่ทำให้เขาต้องติดเชื้อ ในขณะที่วัยรุ่นกลุ่มหลังมักมีปัญหาจากการตีตราและ เลือกลปฏิบัติจากเพศวิถี และการไม่กล้าเปิดเผยเรื่องการติดเชื้อให้กับคนในครอบครัว

เข้าใจวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวี

ทีมผู้รักษาควรเข้าใจธรรมชาติของวัยรุ่นและเข้าใจความรู้สึกของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีดังนี้

1. เข้าใจวัยรุ่น เนื่องจากสมองบางส่วนของวัยรุ่นยังไม่ได้พัฒนาอย่างเต็มที่ ทำให้วัยรุ่นมีข้อจำกัดหลายเรื่อง ซึ่งต้องการความเข้าใจจากผู้ใหญ่ทั้งคนในครอบครัว คนในสังคม และทีมผู้รักษา วัยรุ่นไม่ต้องการแตกต่างจากวัยรุ่นคนอื่น ดังนั้นวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีจากแม่จึงมีคำถามว่าทำไมเขาต้องติดเชื้อต่างๆ ที่ไม่ใช่ความผิดของเขา ทำไมเขาต้องกินยาต้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลาไปตลอดชีวิต วัยรุ่นยังไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีนักซึ่งอาจจะทำให้ผู้ใหญ่รู้สึกไม่พอใจ และเกิดสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีขึ้นภายในครอบครัว

2. เข้าใจผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีให้ความสำคัญกับการรักษาความลับ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือดของตนกับคนอื่น เขาไม่ต้องการการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่น ไม่ต้องการถูกตีตรา และต้องการความเข้าใจ ว่าเขาต้องการทำอะไรได้เช่นเดียวกับคนทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การยอมรับและการเคารพจากคนในสังคม ตลอดจนการมีคู่รักและการมีครอบครัว

ก. การดูแลวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีรายใหม่แบบเป็นองค์รวม

การดูแลวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีรายใหม่แบบเป็นองค์รวม ควรใช้หลักการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำความเข้าใจกับวัยรุ่นโดยการรับฟังอย่างใส่ใจ มีการสนทนาระหว่างทีมผู้รักษา วัยรุ่น และครอบครัว เพื่อวางแผนดูแลรักษาและติดตามระยะยาว ค้นหาความต้องการของวัยรุ่นและครอบครัว ให้การรักษา และสนับสนุนช่วยเหลือให้เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นแต่ละราย เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุดและเป็นการส่งเสริมศักยภาพของวัยรุ่นมากกว่าการใช้วิธีชี้แนะและอบรมสั่งสอนให้เขาเป็นไปตามที่เราคาดหวัง การจัดค่ายวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีจะช่วยให้ทีมผู้รักษาและครอบครัวเข้าใจวัยรุ่นมากขึ้น ให้โอกาสเขาในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับวัยรุ่นคนอื่น และช่วยปรับเปลี่ยนเจตคติของวัยรุ่น ครอบครัว และทีมผู้รักษา

ข. การให้การปรึกษาวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวี (Adolescent HIV counseling)

1. หลักการให้การปรึกษาทั่วไป การให้การปรึกษาเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีสำหรับทีมผู้รักษาและครอบครัว โดยยึดหลักการพูดให้น้อยลงและรับฟังให้มากขึ้น เพื่อให้เข้าใจปัญหาและความรู้สึกของวัยรุ่น ทั้งนี้ต้องอาศัยทักษะการสื่อสารที่หลากหลาย จากนั้นพยายามกระตุ้นให้วัยรุ่นหาหนทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation interview) จะช่วยสร้างพลังใจให้วัยรุ่นต่อสู้กับชีวิตต่อไปได้

2. การให้การปรึกษาด้านวินัยในการกินยาต้านเอชไอวี เพื่อให้การรักษาวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีด้วยยาต้านเอชไอวีได้ผลดีและลดการติดต่ออย่างน้อยที่สุด วัยรุ่นจำเป็นต้องมีวินัยในการกินยาอย่างถูกต้อง

ครบถ้วน ตรงเวลา และมีความสม่ำเสมอ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจและกำลังใจ ทีมผู้รักษาและครอบครัวควรเข้าใจว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกินยาแต่วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่ขาดวินัยในการกินยา ทีมผู้รักษาและครอบครัวควรพยายามค้นหาเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังของการกินยาไม่สม่ำเสมอหรือการหยุดยาซึ่งมีความยุ่งยากและสลับซับซ้อน และมีความสัมพันธ์กับการรักษาความลับ การถูกตีตรา และภาวะทางจิตสังคมของครอบครัว ทีมผู้รักษาและครอบครัวควรทำให้วัยรุ่นรู้สึกไว้นั่นเชื่อใจ ให้กำลังใจเขา มีความเมตตา มีความอดทนที่จะรอ และควรมีการอนุโลมตามสมควร ซึ่งมักได้ผลดีกว่าการใช้วิธีตำหนิหรือการดุด่าว่ากล่าว

3. การให้การปรึกษาด้านการเปิดเผยภาวะติดเชื้อเอชไอวี (HIV disclosure) ตามแนวทาง disclosure

3.1 การเปิดเผยภาวะติดเชื้อกับวัยรุ่นที่ติดเชื้อจากแม่ ทีมผู้รักษาควรเริ่มพูดคุยกับเด็กและครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดเผยผลเลือด โดยเด็กควรสามารถรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อ มีความเข้าใจ แบบสมเหตุสมผล และรู้จักการรักษาความลับ ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 10 ปี การเปิดเผยภาวะติดเชื้อควรทำโดยเร็วกรณีเด็กมีปัญหาเรื่องการกินยา เด็กเริ่มมีเพศสัมพันธ์ และเด็กมีความสงสัยในความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดกับเด็กควรเป็นผู้เปิดเผยด้วยตนเองโดยจะดำเนินการที่บ้านหรือที่สถานพยาบาล ต่อหน้าทีมผู้รักษาก็ได้ หลังจากนั้นควรให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา โดยเฉพาะสภาพจิตใจและอารมณ์ของเด็ก ทีมผู้รักษาไม่ควรกดดันหรือบีบบังคับให้เปิดเผยภาวะติดเชื้อหากเด็กและครอบครัวยังไม่มีความพร้อม

การเปิดเผยภาวะติดเชื้อกับวัยรุ่นจะช่วยให้เด็กรับทราบสถานะของการติดเชื้อของตนเอง ยอมรับและร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะมีวินัยในการกินยามากขึ้น เด็กที่รับทราบภาวะติดเชื้อก่อนเข้าสู่วัยรุ่นมักปรับตัวได้ดี การเปิดเผยภาวะติดเชื้อจะช่วยทำให้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นไปได้โดยง่าย และสามารถสร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจให้กับเด็ก นอกจากนี้ควรส่งเสริมการนับถือตนเองและวิธีการบริหารจัดการความเครียดที่เหมาะสม สื่อสารเพื่อช่วยให้เด็กเคารพตนเอง เห็นคุณค่าของชีวิต และตั้งใจในการกินยาด้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ

3.2 การเปิดเผยภาวะติดเชื้อของวัยรุ่นกับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว เพื่อนสนิท และคู่รัก วัยรุ่นติดเชื้อมักเปิดเผยภาวะติดเชื้อของตนเองกับแฟนเมื่อเขารู้สึกมั่นใจว่าความสัมพันธ์ของเขากับแฟนได้ยกระดับไปสู่การเป็นคู่รัก ทีมผู้รักษาควรเคารพการตัดสินใจที่วัยรุ่นจะเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยภาวะติดเชื้อของเขากับคนอื่น

4. การให้การปรึกษาด้านการใช้ชีวิตของวัยรุ่น ทีมผู้รักษาควรส่งเสริมให้วัยรุ่นรู้สึกมั่นใจในการดำรงชีวิตตามปกติเช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไป และควรเตรียมความพร้อมของเด็กให้เข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ โดยอาศัยหลักการเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเอง สนับสนุนให้เด็กได้วางแผนชีวิตทั้งด้านการศึกษาและการทำงานในอนาคต

ทีมรักษาควรพูดคุยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นในเรื่องเพศวิถีศึกษา เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การเปิดเผยผลเลือดกับคนรัก และการชวนคนรักมาตรวจเลือด เป็นต้น

ค. การส่งต่อวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีไปยังคลินิกผู้ใหญ่

เมื่อวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ มีความจำเป็นที่จะต้องย้ายการรับบริการจากคลินิกเด็กไปรับบริการในคลินิกผู้ใหญ่ กระบวนการเตรียมวัยรุ่นอยู่ร่วมกับที่เป็นระบบจะช่วยให้วัยรุ่นเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ผู้ใหญ่

รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองและเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยได้อย่างราบรื่น ส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพและผลการรักษาในระยะยาว

การส่งต่อวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเอชไอวีไปยังคลินิกผู้ใหญ่แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

1. การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ (Before transition) ประกอบด้วย

1.1 เตรียมบุคลากร ทีมผู้รักษาทั้งในคลินิกเด็กและคลินิกผู้ใหญ่ควรมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการให้การปรึกษากับวัยรุ่น และสามารถประสานงานในการส่งต่อ

1.2 จัดระบบบริการแบบเป็นองค์รวมและทีมผู้รักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ มีระบบการส่งต่อข้อมูลด้านการรักษา ข้อมูลด้านจิตสังคม ครอบครัว การเปิดเผยภาวะติดเชื้อ มีแบบบันทึกการประเมินความพร้อมและปัญหาที่ต้องติดตาม ควรมีการประชุมร่วมกันระหว่างวัยรุ่น ครอบครัว และทีมผู้รักษาทั้งสองทีม คลินิกผู้ใหญ่ควรมีการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและมีความยืดหยุ่น

1.3 เตรียมวัยรุ่นและครอบครัว ควรทำต่อเนื่องหลังจากการเปิดเผยภาวะติดเชื้อ แจ้งความจำเป็นของการส่งต่อเพื่อรับการดูแลแบบผู้ใหญ่ ทราบลักษณะการให้บริการและขั้นตอนในคลินิกผู้ใหญ่ และให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกคลินิกผู้ใหญ่ที่ต้องการ นอกจากนั้นควรทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและสารเสพติด การเปิดเผยภาวะติดเชื้อมีความพร้อม และการวางแผนเป้าหมายในชีวิตด้านการเรียน อาชีพ และการมีครอบครัว

2. การดำเนินการส่งต่อ (Transition)

2.1 เวลาที่ควรส่งต่อ ขึ้นอยู่กับความพร้อมของวัยรุ่นแต่ละคนมากกว่าอายุของวัยรุ่น ซึ่งรวมถึงความมั่นคงของชีวิตวัยรุ่นและครอบครัวด้วย

2.2 คลินิกที่ส่งต่อ อาจเป็นคลินิกผู้ใหญ่ในสถานพยาบาลเดียวกันหรือคลินิกภายนอก ทีมคลินิกเด็กควรประสานงานและสื่อสารกับทีมคลินิกผู้ใหญ่ และพาวัยรุ่นไปส่งต่อที่คลินิกผู้ใหญ่ในครั้งแรกๆ ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นรู้สึกคุ้นเคย หรือถ้าอยู่ในโรงพยาบาลเดียวกัน อาจให้อายุรแพทย์มาร่วมตรวจที่คลินิกเด็กพร้อมกับกุมารแพทย์ก่อนการส่งต่อ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าถ้ามีปัญหาอะไรสามารถกลับมาสอบถามได้

3. การติดตามผลหลังการส่งต่อ (After transition) ควรติดตามดูวัยรุ่นหลังจากส่งต่ออย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินว่าวัยรุ่นที่ได้รับการส่งต่อมีการปรับตัวได้ดีหรือไม่ และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ ควรประเมินว่าวัยรุ่นมีอุปสรรคอะไรบ้าง ควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างไร พฤติกรรมบางอย่างของวัยรุ่นอาจเป็นสัญญาณเตือนให้ทีมผู้รักษาทราบว่าวัยรุ่นต้องการความช่วยเหลือ เช่น การไม่มาตามนัด การใช้สารเสพติด หรือมีพฤติกรรมอื่นที่แสดงว่าวัยรุ่นปรับตัวได้ไม่ดี การเสียสิทธิ์ต่างๆ การมีที่พักอาศัยไม่เป็นหลักแหล่งแน่นอน การออกจากโรงเรียนก่อนจบการศึกษา เป็นต้น

ภาคผนวก ณ

แนวทางในต่างประเทศเกี่ยวกับการให้นมแม่ในทารกที่เกิดจากการดาอยู่ร่วมกับเอชไอวี

ในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางเกี่ยวกับการให้นมแม่ในทารกที่เกิดจากการดาอยู่ร่วมกับเอชไอวี แต่ในกรณีที่มีการดาอยู่ร่วมกับเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและมีระดับไวรัสในเลือดที่ตรวจไม่พบ มีความประสงค์จะให้นมแม่ ควรได้รับการให้คำปรึกษาที่มีความเป็นกลาง อิงตามหลักฐานทางวิชาการ และเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันระหว่างมารดาและบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อแนะนำถึงประโยชน์และความเสี่ยงจากการให้นมแม่ เพื่อให้มารดาตัดสินใจเลือกแนวทางการให้นมบุตรที่เหมาะสมกับบริบทส่วนบุคคลมากที่สุด ทั้งนี้ อ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการและแนวทางในต่างประเทศ (ตารางที่ 1) ยังไม่มีข้อมูลว่าแนวทางใดดีที่สุด **จึงควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ** หากจะพิจารณาการให้นมแม่ในทารกที่เกิดจากการดาอยู่ร่วมกับเอชไอวี โดยมารดาต้องมีเกณฑ์ครบถ้วน ดังนี้

- 1) รับประทานยาต้านไวรัสนานมากกว่า 10 สัปดาห์ ร่วมกับ มีผลตรวจระหว่างตั้งครรภ์ ระดับไวรัสในเลือด <50 copies/ml สองครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์ และมีผลระดับไวรัสในเลือด <50 copies/ml ที่อายุครรภ์ >36 สัปดาห์
- 2) มีความประสงค์จะให้นมแม่ เนื่องจากปัญหาเรื่องการเปิดเผยการติดเชื้อ ปัญหา stigma หรือบริบทส่วนบุคคล
- 3) สามารถติดตามตามนัดได้สม่ำเสมอ รวมทั้งสามารถออกค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเองได้

ตารางที่ 1. แนวทางในต่างประเทศในการดูแลและติดตามกรณีมารดาเข้าเกณฑ์และประสงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

	DHHS	BHIVA
เกณฑ์มารดาอยู่ร่วมกับเอชไอวีที่อาจพิจารณาการให้นมแม่	ผลตรวจระหว่างการตั้งครรภ์ไม่พบเชื้อเอชไอวี (HIV VL <50 copies/ml) **เน้นกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ผลตรวจระหว่างตั้งครรภ์ HIV VL <50 copies/ml สองครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์ และมีผล HIV VL <50 copies/ml ที่อายุครรภ์ >36 สัปดาห์	รับประทานยาต้านไวรัสนานมากกว่า 10 สัปดาห์ ร่วมกับ มีผลตรวจระหว่างการตั้งครรภ์ HIV VL <50 copies/ml สองครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์ และมีผล HIV VL <50 copies/ml ที่อายุครรภ์ >36 สัปดาห์
ระหว่างตั้งครรภ์	- เน้นย้ำการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ - ตรวจ HIV VL ตามหัวข้อข้างต้น	
การตรวจติดตามหลังคลอดในมารดา	ตรวจ HIV VL ทุก 1-2 เดือน หยุดการให้นมแม่ถาวร หากมารดาตรวจพบระดับ HIV VL >200 copies/mL	ตรวจ HIV VL ทุกเดือน และที่ 2 เดือนหลังหยุดให้นมแม่
ทารก Infant prophylaxis	ทางเลือกสูตรยา - AZT 2 สัปดาห์ หรือ AZT 4-6 สัปดาห์ - หลังหยุด AZT อาจพิจารณาให้ NVP หรือ 3TC ต่อเนื่องจนถึง 6 สัปดาห์หลังหยุดนมแม่	AZT 2 สัปดาห์

	DHHS	BHIVA
การตรวจ วินิจฉัยทารก	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจ HIV DNA PCR แรกเกิด, อายุ 14-21 วัน, อายุ 1-2 เดือน, อายุ 4-6 เดือน (PCR ทุก 3 เดือน ระหว่างที่กินนมแม่) - ตรวจ HIV DNA PCR ที่ 4-6 สัปดาห์ และ 4-6 เดือน หลังหยุดนมแม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจ HIV DNA PCR ทุกเดือน ระหว่างที่กินนมแม่ - ตรวจ HIV DNA PCR ที่ 2 เดือน หลังหยุดนมแม่ - ตรวจ anti-HIV ที่อายุ 18-24 เดือน