

บทนำ

ความเป็นมา

การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ถ้าไม่มีการป้องกัน ร้อยละ 25-40 ของเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะติดเชื้อเอชไอวีด้วย ในประเทศไทยเริ่มมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี 2531 จากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายระดับประเทศให้สถานบริการของรัฐดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการของโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ในปี พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยเพิ่มการปฏิบัติในการตรวจ CD4 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ และให้ยาต้านไวรัสที่เหมาะสมกับระดับของ CD4 เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ลดลงไปอีก

สถานการณ์การดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก หลังจากมีการปฏิบัติตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการเฝ้าระวังของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ค่ามัธยฐานการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ในปี พ.ศ. 2552 คิดเป็นร้อยละ 0.65⁽¹⁾ และจากรายงานข้อมูลการประเมินผลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเหลือร้อยละ 2.8⁽²⁾ จากผลการวิจัยทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด แต่หากรวมเด็กที่เสียชีวิตด้วยพบอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เท่ากับร้อยละ 5.6⁽²⁾ อุปสรรคสำคัญที่อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยยังสูงอยู่เนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 56⁽²⁾ ไม่ได้รับการตรวจระดับ CD4 ในขณะที่มาฝากครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ไม่ได้รับสุรยาที่เหมาะสมตามข้อแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ผลการประเมินยังพบว่า มีเด็กเพียงร้อยละ 54⁽²⁾ ที่กลับมารับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลที่คลอด

ข้อมูลกรมอนามัย พบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป มีอัตราฝากครรภ์มากกว่าร้อยละ 95⁽³⁾ ในจำนวนนี้ผู้ที่เข้ามาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีเพียงร้อยละ 39⁽⁴⁾

อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราการฝากครรภ์ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป คือ มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 87⁽²⁾ โดยค่ามัธยฐานของอายุครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์อยู่ที่ 19 สัปดาห์⁵ โดยเกือบ 1 ใน 4 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ไปแล้ว⁽⁵⁾ ในจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และได้รับการตรวจ CD4 พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับ CD4 มากกว่า 350 cells/mm²

แนวทางการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกฉบับนี้ ได้เสนอถึงแนวทางปฏิบัติ ในการให้บริการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ตามนโยบายปี พ.ศ. 2554 ประกอบด้วยการให้บริการปรึกษาแบบคู่ การให้ยาต้านไวรัสตามสูตรยาที่แนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวี/เอดส์ และการดูแลรักษา แม่ ลูก และครอบครัว อย่างต่อเนื่อง สำหรับปฏิบัติในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดำเนินงาน ทั้งด้านการบริหารจัดการ การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา และการดูแลติดตามผู้ป่วย แต่ในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีความพร้อม หรือยังไม่สามารถดำเนินงานได้ ให้ใช้แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกตามข้อแนะนำของกรมอนามัยฉบับเดิม⁶ ร่วมกับการให้ยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (HAART) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 cells/mm² ทุกราย

เชื้อเอชไอวี ถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกได้อย่างไร

การถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี เกิดขึ้นได้ 3 ระยะ

1. ระยะตั้งครรภ์ 9 เดือน ขณะที่ทารกอยู่ในครรภ์แม่ เชื้อเอชไอวี จะติดผ่านเซลล์ trophoblast และ macrophages แล้วเข้าสู่ระบบไหลเวียนกระแสเลือดของทารกในครรภ์ โดยผ่านทางรก ระยะ 9 เดือนนี้จะมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกร้อยละ 23
2. ระยะเจ็บครรภ์คลอด 24- 48 ชั่วโมง การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่เกิดในระะยะคลอด จากการที่ทารกสัมผัสกับเลือดจำนวนมาก สัมผัสกับน้ำคร่ำ และสารคัดหลั่งในช่องคลอดของแม่ที่ติดเชื้อ ระยะนี้จะมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกร้อยละ 65
3. ระยะหลังคลอด การติดเชื้อหลังคลอด เกิดจากการที่ทารกสัมผัสสารคัดหลั่งของแม่ หรือ จากการที่เชื้อเอชไอวี ผ่านทางน้ำนมแม่สู่ลูกหากมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะนี้จะมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกร้อยละ 12

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก

องค์ประกอบด้านไวรัส

- จำนวนไวรัสในกระแสเลือด
- ชนิดของไวรัส ทั้ง Genotype และ Phenotype
- ความทนทานของเชื้อไวรัส

องค์ประกอบด้านแม่

- สภาวะภูมิคุ้มกันในตัวแม่
- ภาวะโภชนาการของแม่
- สภาวะสุขภาพของแม่
- พฤติกรรมเสี่ยงของแม่
- การได้รับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์

องค์ประกอบด้านสูติกรรม

- ระยะเวลาตั้งแต่ถุงน้ำคร่ำแตกจนกระทั่งคลอดนานเกิน 4 ชั่วโมง
- การตกเลือดระหว่างคลอด
- การทำคลอด โดยใช้เครื่องมือช่วย เช่น เครื่องดูดสุญญากาศ , คีมคลอด
- การเร่งคลอด

องค์ประกอบขณะตั้งครรภ์

- การคลอดก่อนกำหนด
- ลักษณะของพันธุกรรม
- การตั้งครรภ์ในท้องหลัง ๆ

องค์ประกอบด้านทารกหลังคลอด

- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ระบบทางเดินอาหารของทารก
- ระบบภูมิคุ้มกันที่ยังไม่เจริญเต็มที่
- การได้รับยาต้านไวรัสของทารก

การลดภาวะเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกมีผลจากหลายองค์ประกอบ ส่วนใหญ่เกิดขณะตั้งครรภ์ และขณะคลอด การดำเนินงานที่สามารถลดภาวะเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

จากแม่สู่ลูก ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญได้แก่ การให้ยาต้านไวรัส การผ่าตัดคลอดทารก ทางหน้าท้อง การงดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกลวิธีที่ลดการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก คือการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในภาพรวม 4 ประเด็นดังนี้

1. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ และคู่สมรส ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ ที่ปลอดภัย การป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยง การคุมกำเนิด
2. การป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ ปลอดภัย การป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยง การคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์
3. กรณีที่ตั้งครรภ์แล้ว ต้องได้รับบริการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก ได้แก่ การได้รับยาต้านไวรัส การให้วิตามินเอหรืออาหารเสริมอื่นๆ การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดและการสูบบุหรี่ในขณะที่ตั้งครรภ์ และการให้อาหารทารกโดยหลีกเลี่ยงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้นมผสมทดแทน
4. การดูแลหลังคลอดให้แม่และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อยืดอายุของแม่ บริการ ส่งเสริมสุขภาพ วางแผนครอบครัว ตรวจติดตามสภาวะสุขภาพ เช่น CD4, viral load การให้ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI) การป้องกันการแพร่เชื้อหรือรับเชื้อเพิ่ม และส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. Results of HIV Sero-surveillance, Thailand 1989-2008 แหล่งข้อมูล : กลุ่มงานโรคเอดส์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. Available at <http://epid.moph.go.th/>.
2. Naiwatanakul T, Punsuwan N, Kullerk N, Faikratok W, Lolekha R, Sangwanloy O, et al. Reduction in HIV transmission risk following recommendations for CD4 testing to guide selection of prevention of mother-to-child (PMTCT) regimens, Thailand, 2006-2007. In: 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Capetown, South Africa.
3. รายงานการประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (กุมภาพันธ์ 2549) โรงพิมพ์สำนักงานกิจการโรงพยาบาลในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (กุมภาพันธ์ 2549)
4. รายงานเฉพาะกิจโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว กรมอนามัย. Available at http://www.saiyairakhospital.com/newdemo/admin/user_report.html. (Last accessed Dec 23, 09).
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคและศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข เอกสารประกอบการประชุมนำเสนอผลการประเมินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวีจากแม่สู่ลูก วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2552 ณ โรงแรมรามารการ์ตัน กรุงเทพมหานคร.
6. กรมอนามัย. แนวทางดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก และการดูแลแม่ลูกและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พฤษภาคม 2550
7. WHO. Rapid advice. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. November 2009.

บทที่ 1

การดูแลระหว่างตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อไปฝากครรภ์ต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจและการดูแลรักษาเมื่อถึงภาวะวิกฤติ การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ เน้นที่การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม ได้รับการรักษาหรือป้องกันด้วยยาต้านไวรัส ตลอดระยะที่ตั้งครรภ์ ระยะคลอด และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด ทั้งแม่และลูก

ในกรณีหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน เมื่อตั้งครรภ์ยังคงได้รับการรักษาต่อเนื่อง แต่ต้องพิจารณาเรื่องชนิดของยาที่เหมาะสม ส่วนการดูแลด้านสิทธิกรรมระหว่างตั้งครรภ์ ให้ดูแลเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ ควรได้รับการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีด้วยความสมัครใจ ให้สามีหรือคู่ครองมีส่วนร่วมในการฝากครรภ์ ได้รับการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดพร้อมกันเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี หากคนใดคนหนึ่งติดเชื้อ จะได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม มีการวางแผนอนาคตในครอบครัว และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การบริการที่หญิงตั้งครรภ์และสามีทุกคน ควรได้รับเมื่อมาฝากครรภ์

1. ประเมินประวัติ การตั้งครรภ์ การรับวัคซีนบาดทะยัก การคัดกรองภาวะเสี่ยง ประวัติสุขภาพ และประวัติการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในอดีต
2. ตรวจสุขภาพทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะและประเมิน ความเครียด
3. ให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่* โดยสมัครใจ ในคลินิกฝากครรภ์ (แผนภูมิที่1) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่สามีไม่มาด้วย ควรให้การปรึกษา และให้สุศึกษาเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม แนะนำให้ชักชวนสามีมารับบริการในครั้งต่อไป
4. ให้การปรึกษาแบบคู่ เพื่อตรวจคัดกรองโรคต่างๆ และตรวจเลือดพื้นฐานตามระบบ บริการฝากครรภ์ ดังนี้

- หญิงตั้งครรภ์ ตรวจ Hct / CBC, VDRL, Anti-HIV, HBsAg, blood gr, Rh และ thalassemia screening

- สามีหรือคู่ครอง ตรวจ anti-HIV, VDRL, thalassemia screening (ในรายที่ภรรยาเป็นพาหะ thalassemia)

5. ให้บริการอื่นๆ ได้แก่ ให้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก วิตามิน เสริมธาตุเหล็ก โฟลิก เสริมไอโอดีน ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ส่งตรวจฟันและนัดหมายครั้งต่อไป

การให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดเอชไอวี

เนื่องจากการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เป็นการรับบริการด้วยความสมัครใจ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จึงต้องได้รับการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดเอชไอวี และควรแนะนำให้ชักชวนสามีหรือคู่ครอง มาฝากครรภ์ด้วยกัน และรับบริการปรึกษาเป็นคู่ เพื่อให้โอกาสทั้งคู่ได้พิจารณาผลดี ผลเสีย และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และสามารถตัดสินใจตรวจเลือดด้วยตนเอง ให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของทั้งแม่และลูก

การให้การปรึกษาแบบคู่ สามารถทำได้ทั้งแบบที่ละคู่ หรือทำเป็นกลุ่ม จะช่วยลดปัญหาการ ไม่เปิดเผยผลเลือดต่อคู่ และทำให้การดูแลคู่ที่ติดเชื้อ หรือคู่ที่มีผลเลือดต่าง เป็นไปได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการติดเชื้อไปสู่คู่ที่ไม่ติดเชื้อและป้องกันการรับเชื้อเพิ่มในรายที่ติดเชื้อทั้งคู่ การใช้ศักยภาพของคู่หรือครอบครัวจะสามารถแก้ปัญหาได้ดีกว่าการใช้ศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ฝ่ายเดียว

การให้การปรึกษาหลังทราบผลเลือดเอชไอวี

ตรวจเลือดเอชไอวี และ ผลเลือดเป็นลบ

- ให้บริการปรึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- ให้คำแนะนำวิธีการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อให้ตนเองและคู่มิผลเลือดลบตลอดไป

ตรวจเลือดเอชไอวี และ ผลเลือดเป็นบวก

- ให้การปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจและสังคม รวมทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการบริการปรึกษาแบบคู่มาก่อนตรวจเลือด

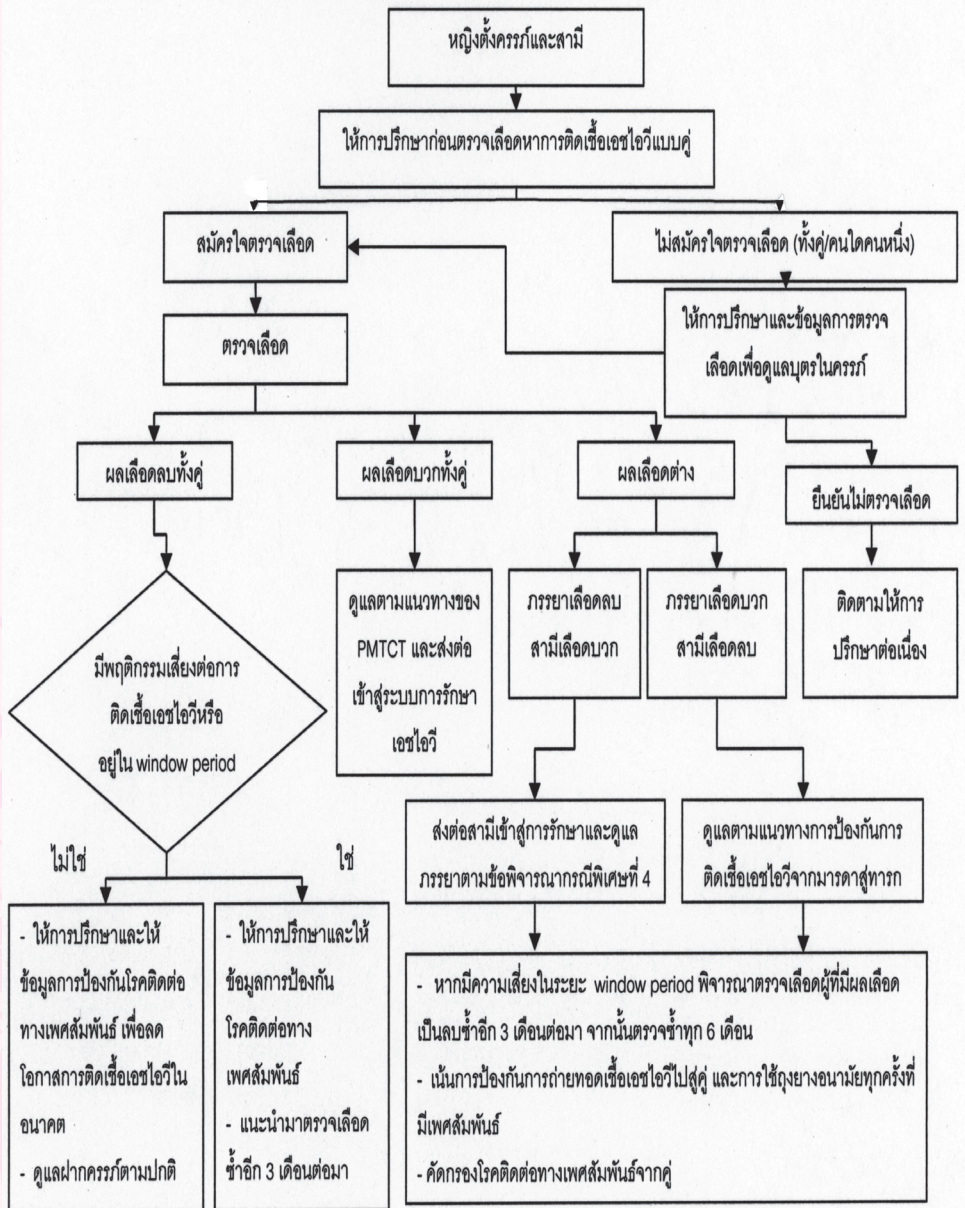
เอชไอวี ควรให้บริการปรึกษาแบบคู่ต่อเนื่อง เพื่อบอกผลเลือด และรับการดูแลรักษาอย่าง ถูกต้องเหมาะสมต่อไป ถ้าไม่เคยได้รับการปรึกษาแบบคู่มาก่อน ให้การปรึกษาเพื่อเตรียม การเปิดเผยผลเลือดกับสามีหรือคู่ครอง

- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (HAART) เพื่อการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
- ถ้าสามีหรือคู่ครองติดเชื้อเอชไอวี ส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาที่คลินิกโรค เอดส์ในผู้ใหญ่ ถ้าสามารถทำได้ ควรให้บริการแบบครอบครัวในคลินิกเดียวกัน (Family, one stop services)
- ให้คำแนะนำที่เหมาะสม เกี่ยวกับ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การดูแล สุขภาพตนเอง การเตรียมเรื่องการให้อาหารทารก (นมผสมทดแทนนมแม่)
- ให้บริการดูแลขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม
- ให้บริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

การให้การปรึกษาแบบคู่

การให้การปรึกษาแบบคู่ หมายถึง การให้การปรึกษาที่ประกอบด้วยผู้ให้การ ปรึกษาและผู้รับการปรึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ทั้งคู่ได้เรียนรู้และร่วมกันดูแลสุขภาพของมารดาและทารก และแก้ไข ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยให้ความสำคัญกับการหาสิ่งที่เป็นส่วนร่วมของทั้ง คู่มากกว่าประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัวของแต่ละฝ่าย โดยเฉพาะประเด็นที่แตกต่างกันและทำให้เกิด ปัญหาการขัดแย้งกัน โดยเน้นถึงการมองปัญหาปัจจุบันและการแก้ปัญหาหากมากกว่าการ ค้นหาเรื่องราวในอดีตที่ไม่มีประโยชน์ การให้การปรึกษาแบบคู่สามารถทำได้ทั้งแบบทีละคู่ หรือทำเป็นกลุ่ม โดยการให้การปรึกษาแบบคู่จะช่วยลดปัญหาการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่ได้ดี ขึ้น และทำให้เกิดการดูแลคู่ที่ติดเชื้อ หรือคู่ที่มีผลเลือดต่างได้อย่างเหมาะสม การใช้ ศักยภาพของคู่หรือครอบครัวจะสามารถแก้ปัญหาได้ดีกว่าการใช้ศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ แต่เพียงผู้เดียว

แผนภูมิที่ 1 ผังการให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือดในกรณีที่มาฝากครรภ์แบบคู่ที่คลินิก



การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (แผนภูมิที่ 2,3)

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการศึกษายินยอมตรวจเลือดและมีผลเลือดเอชไอวีบวก ควรให้การดูแล ดังนี้

1. การตรวจเบื้องต้น

ให้การดูแลสุขภาพทั่วไปแบบครบถ้วน และควรซักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือ

- การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจเช่น แบคทีเรีย และวัณโรค ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อย
- การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
- การเกิดเชื้อราในปากและในช่องคลอด
- ต่อม้ำเหลืองโต (Lymphadenopathy)
- งูสวัด (Herpes zoster) ซึ่งพบได้บ่อยในระยะเริ่มต้นของการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนที่เชื้อจะไปกดภูมิคุ้มกัน
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ

2. การตรวจและการดูแลทางสูติกรรม

2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานของการฝากครรภ์ และตรวจเพิ่มเติมภายหลังจากทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ CD4 count ,CBC, SGOT, SGPT ก่อนเริ่มให้ยาต้านไวรัส และตรวจ CD4 ทุก 6 เดือนหลังกินยา ตรวจ Viral Load เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์หากทำได้ โดยทั่วไปการกินยา HAART นาน 8-12 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะมีระดับ Viral Load ต่ำกว่า 1,000 copies / ml อย่างไรก็ตามในรายที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับยา HAART น้อยกว่า 4 สัปดาห์, ไม่ได้รับยา HAART, กินยาไม่สม่ำเสมอ ในระยะเหล่านี้ มีความเสี่ยงมากขึ้นที่ระดับ Viral Load ที่ 36 สัปดาห์จะมากกว่า 1,000 copies / ml จึงควรพิจารณาตรวจ Viral Load เพื่อนำมาพิจารณาเลือกชนิดของยาต้านไวรัสที่เหมาะสมให้กับทารก และวิธีการคลอดที่เหมาะสม

2.2 การตรวจทางสูติกรรม

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ให้ปฏิบัติตามมาตรฐาน เช่นเดียวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป รวมทั้งตรวจการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยวัดระดับยอมนดลูก ตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อยืนยันอายุครรภ์ประกอบการพิจารณาเริ่มให้ยาต้านไวรัส และติดตามการเจริญเติบโตของทารก

หลีกเลี่ยงการตรวจทางสูติกรรม ที่อาจเพิ่มโอกาสการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก เช่น การทำ chorionic villus sampling, amniocentesis หรือ cordocentesis เป็นต้น

2.3 การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษา

ควรได้รับการตรวจวินิจฉัย และดูแลรักษาที่เหมาะสม เพื่อช่วยป้องกันโรค ตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ การให้การดูแลรักษาทั่วไป ประกอบด้วย

การส่งเสริมสุขภาพ และดูแลรักษาทั่วไป

- การส่งเสริมด้านโภชนาการ
- การส่งเสริมการออกกำลังกาย
- การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เลิกการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อและรับเชื้อเอชไอวี
- การดูแลด้านสังคมและจิตใจ
- การให้วิตามินเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก
- ในพื้นที่ที่มีการระบาดของมาลาเรีย ให้พิจารณาตรวจคัดกรองมาลาเรีย
- ในกลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรค ให้ประเมินภาวะ การติดเชื้อวัณโรค

การรักษาอาการติดเชื้อชนิดอื่น ๆ

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสที่จะติดเชื้อชนิดอื่นๆ ได้ตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น ควรได้รับการวินิจฉัย และให้การรักษาที่เหมาะสม

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจติดเชื้อเหล่านี้

- การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

- การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ
- การติดเชื้อราในช่องคลอด

การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

สำหรับการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ให้ปฏิบัติตามแนวทางดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กและผู้ใหญ่ ในประเทศไทย พ.ศ. 2553 (เอกสารของกรมควบคุมโรค) ดังนี้

- ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ / ไมโครลิตร ควรป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส PCP ด้วยการกินยา TMP - SMX 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ไม่ต้องหยุด TMP - SMX ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาอยู่แล้ว ถึงแม้การตั้งครรภ์จะอยู่ในช่วงไตรมาสแรก และให้เสริม folic acid 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งไปด้วย
- ในหญิงตั้งครรภ์มีระดับ CD4 น้อยกว่า 100 เซลล์ / ไมโครลิตร ไม่แนะนำการป้องกันการติดเชื้อ cryptococcal meningitis ด้วยการให้ fluconazole ในหญิงตั้งครรภ์ ให้ปรึกษาอายุรแพทย์ว่าควรจะใช้ยาใด

แนวทางการให้ยาต้านไวรัสสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกรณีต่างๆ

การเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ก่อนหญิงตั้งครรภ์ ตัดสินใจรับยาด้านไวรัส ควรได้รับข้อมูล และเข้าใจหลักเกณฑ์การรับยาด้านไวรัส ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับความรู้ และข้อมูลทุก ๆ ด้าน ของการได้รับยาด้านไวรัส รวมทั้งความจริงที่ว่า ถึงแม้จะได้รับยาแล้ว อาจจะมีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้
2. หญิงตั้งครรภ์ควรรู้ถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ของการให้ยาด้านไวรัส แต่ละชนิด ดังนี้

- **ยาไซโดวูดีน (AZT)** อาจมีอาการของภาวะโลหิตจาง หญิงตั้งครรภ์ต้องเจาะเลือดตรวจดู Hemoglobin (Hb) หรือ Haematocrit (Hct) ในเบื้องต้นไว้ก่อน ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีผล Hb. ต่ำกว่า 8 กรัม/เดซิลิตร หรือ Hct. ต่ำกว่า 24 % ควรตรวจหาสาเหตุ และรักษาก่อนได้รับยา ไซโดวูดีน (AZT)

- **ยาลามิวูดีน (3TC)** อาจทำให้มีอาการปวดศีรษะ มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ควรให้การดูแลตามความเหมาะสม

- **ยาโลพินาเวียร์/ริโทรนาเวียร์ (Lopinavir/Ritonavir : LPV/r)** อาจทำให้มีอาการถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง มีผื่นขึ้นตามตัว ปวดศีรษะ และน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้นควรตรวจ GCT (Glucose Challenge Test) 50 gm ที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ หรือหลังเริ่มยาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หากผิดปกติรายงานสูติแพทย์ เพื่อทำ OGTT เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและพิจารณาวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ต่อไป

3. ตกลงที่จะมาฝากครรภ์ทุกครั้งตามนัด และกินยาอย่างสม่ำเสมอ
4. ได้รับการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การให้ยาต้านไวรัสสำหรับหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่สมัครใจกินยา ได้รับความรู้ และเข้าใจข้อมูลทุกๆ ด้านของการได้รับยาต้านไวรัส ให้ประเมินอาการ ระยะของโรค จำนวนเซลล์ CD4 และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเลือกสูตรยาที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย การให้ยาต้านไวรัสจะได้ผลดีที่สุดหากให้ยาในระยะตั้งครรภ์โดยเร็ว ร่วมกับให้ยาระหว่างคลอด และหลังคลอดให้ยาทารก โดยสนับสนุนการกินยาให้เป็นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แนวทางการเลือกสูตรยาด้านไวรัส มีดังนี้

กรณีที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสก่อนเริ่มตั้งครรภ์ ให้พิจารณาตามค่า CD4 เพื่อเริ่มยาสูตรที่เหมาะสม และระยะเวลาในการให้ยาที่เหมาะสม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สูตรยาด้านไวรัส และระยะเวลาในการให้ยาด้านไวรัสสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยได้รับยาด้านไวรัสก่อนเริ่มตั้งครรภ์

CD4 count (cells/mm ³)	สูตรแรกที่แนะนำ**	ระยะเวลาการให้ยา	
		การเริ่มยา***	การหยุดยา
≤ 350*	AZT+3TC + LPV/r**	เริ่มยาทันที โดยเร็วที่สุด	ไม่ต้องหยุดยาลงคลอด โดยให้ส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่อง กับแผนกอายุรกรรมและเปลี่ยน สูตรยาตามแนวทางการดูแล รักษาผู้ใหญ่
> 350	AZT+ 3TC+ LPV/r**	เริ่มยาเร็วที่สุด เมื่ออายุครรภ์ ตั้งแต่ 14 สัปดาห์ ขึ้นไป	หยุดยาลงคลอด พร้อมกันทุกตัว

* หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับยา HAART มาก่อนแล้ว ให้กินยา HAART สูตรเดิมต่อ แต่ควรหลีกเลี่ยง สูตร EFV ในไตรมาสแรก และควรหลีกเลี่ยงการให้ยาสูตร d4T + ddI ในระหว่างตั้งครรภ์

** AZT (200-300 mg) 1 x ทุก 12 ชม. ; 3TC (150 mg) 1 x ทุก 12 ชม. ; AZT+ 3TC (300 mg + 150 mg) 1 x ทุก 12 ชม. ; LPV/r (200/50 mg) 2 เม็ด ทุก 12 ชม.

*** หากหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ ให้รอผลจำนวนเซลล์ CD4 ก่อนพิจารณาอายุ ครรภ์ที่จะเริ่มยา แต่หากมาฝากครรภ์หลัง 14 สัปดาห์ ให้เริ่มยาไปเลย เนื่องจากใช้สูตรเดียวกันไม่ว่าระดับ CD4 เป็นเท่าใด การเริ่มยาเมื่ออายุครรภ์ 14-24 สัปดาห์จะช่วยให้มั่นใจว่าหญิงตั้งครรภ์จะได้รับยาด้านไวรัสในระยะเวลาที่เพียงพอ (อย่างน้อย 3 เดือน) ในการกดระดับไวรัสในเลือดให้ต่ำที่สุดในช่วงคลอดเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ข้อพิจารณากรณีให้ยา HAART แล้ว มีผลข้างเคียงหรือไม่สามารถทนยาได้

1. หากไม่สามารถทน LPV/r ได้ เช่น ถ่ายเหลวมาก ให้เปลี่ยนเป็น EFV (600 mg) ทุก 24 ชม. แทน (ห้ามใช้ EFV ในไตรมาสแรก) ในกรณีใช้ EFV-based HAART หากหยุดยาหลังคลอดจำเป็นต้องให้ AZT+3TC กินต่อเนื่อง 7 วัน เพื่อลดการติดยากลุ่ม NNRTI

2. หากไม่สามารถทน AZT ได้ เช่น ซีดมาก (Hb < 8 gram/dL หรือ Hct < 24 %) ให้ เปลี่ยนเป็น d4T (30 mg) ทุก 12 ชม. หรือ Tenofovir (TDF) แทน

3. หากไม่สามารถทนทั้ง EFV และ LPV/r ได้ หรือหญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธยาสูตร HAART ให้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในระหว่างรอคำปรึกษา หญิงตั้งครรภ์ควรได้ AZT monotherapy เป็นอย่างน้อย โดยให้เริ่มกินยา AZT (300 mg) เข้า-เย็น ห่างกัน 12 ชั่วโมง ตั้งแต่อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ และให้ NVP (200 mg) ครั้งเดียว ระหว่างเจ็บครรภ์คลอด โดยจำเป็นต้องให้ AZT+3TC นาน 7 วันหลังคลอดด้วยเพื่อลดการติด NVP

กรณี 2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนเริ่มตั้งครรภ์ ไม่ต้องหยุดยา ให้พิจารณาผลการรักษาโดยเร็วจากค่า CD4 และ viral load

1. ควรใช้สูตรยาที่ทำให้ระดับไวรัสลดลงจนวัดไม่ได้ (undetectable viral load) จึงจะดีที่สุด

2. หากสงสัยการรักษาล้มเหลว (detectable viral load โดยเฉพาะถ้า viral load มากกว่าหรือ เท่ากับ 1,000 copies/mL ทั้งที่กินยาอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนแล้ว) ให้ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (ดูรายละเอียดในข้อพิจารณากรณีพิเศษ)

3. หากการรักษายังได้ผลดี ให้พิจารณาสูตรยาต้านไวรัสที่กำลังกินอยู่

- หากสูตรที่กินอยู่ไม่มี AZT ควรพิจารณาเปลี่ยนเป็นสูตรที่มี AZT วัน แต่ผู้ป่วยเคยมีผลข้างเคียงจาก AZT ที่รุนแรง เช่น ซีด มาก่อน

- หากสูตรยาที่กินอยู่มี EFV และการตั้งครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสแรกให้พิจารณา

เปลี่ยนเป็นสูตร AZT + 3TC + LPV/r การได้รับ EFV ระหว่างการตั้งครรภ์ไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ให้ยุติการตั้งครรภ์

ข้อพิจารณากรณีพิเศษ

1. กรณีที่มารดากินยาสูตร HAART และสงสัยว่ามีการรักษาล้มเหลวหรือมีการดื้อยา

ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญโดยเร็ว เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยาให้เหมาะสม ในการลด viral load ให้ต่ำที่สุด อย่างไรก็ตาม ยังแนะนำให้ AZT ในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด ถึงแม้มารดาติดต่อ AZT เพื่อส่งผ่านระดับยาไปยังทารกในระหว่างคลอดเพราะเชื่อที่ถ่ายทอดมักเป็น wild type

2. กรณีที่ไม่แน่ใจว่าหญิงตั้งครรภ์จะกินยาได้สม่ำเสมอ

ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาสูตรยาที่สามารถกินได้ง่ายกว่า เช่น ถ้าไม่สามารถกินยา หลายเม็ด อาจพิจารณาใช้ AZT + 3TC + EFV หรือพิจารณาใช้สูตรที่อาจจะมีประสิทธิภาพด้อยกว่า เช่น AZT เริ่มตั้งแต่ 14 สัปดาห์ + SD NVP

3. กรณีที่มารดาได้ยาน้อยกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอด หรือได้รับยาไม่สม่ำเสมอ

ตารางที่ 2 สูตรยาด้านไวรัส และระยะเวลาในการให้ยาด้านไวรัสสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์หรือไม่มีผลเลือดเมื่อมาคลอด

CD4 count (cells/mm ³)	ระหว่างคลอด	หลังคลอด	
		แม่	ทารก
>350(cells/mm ³)	AZT 300 mg. ทุก 3 ชั่วโมง	AZT+3TC+LPV/r x 4 สัปดาห์และหยุด	AZT (4-6 สัปดาห์) 3TC (4-6 สัปดาห์)
≤350(cells/mm ³)	single NVP*	AZT+3TC+LPV/r x 4 สัปดาห์และให้ HAART ต่อตามแนว ทางการรักษาในผู้ใหญ่	NVP (2-4 สัปดาห์) และนมผสมนาน 18 เดือน

ให้พิจารณา elective C/S และให้ยาสูตร HAART ในทารกเช่นเดียวกับ
กรณีแม่มาคลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์ (no ANC) (ตารางที่ 2)

4. กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ ผลเลือดเป็นลบในระหว่างฝากครรภ์หรือมาคลอด แต่สามีมีผลเลือดบวก

ให้ซักประวัติเรื่องการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

- หากไม่มีเพศสัมพันธ์ แนะนำงดมีเพศสัมพันธ์หรือใส่ถุงยาง
อนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และทำ rapid test 2 ครั้ง ในช่วงใกล้คลอด (36 สัปดาห์)
และระหว่างคลอด

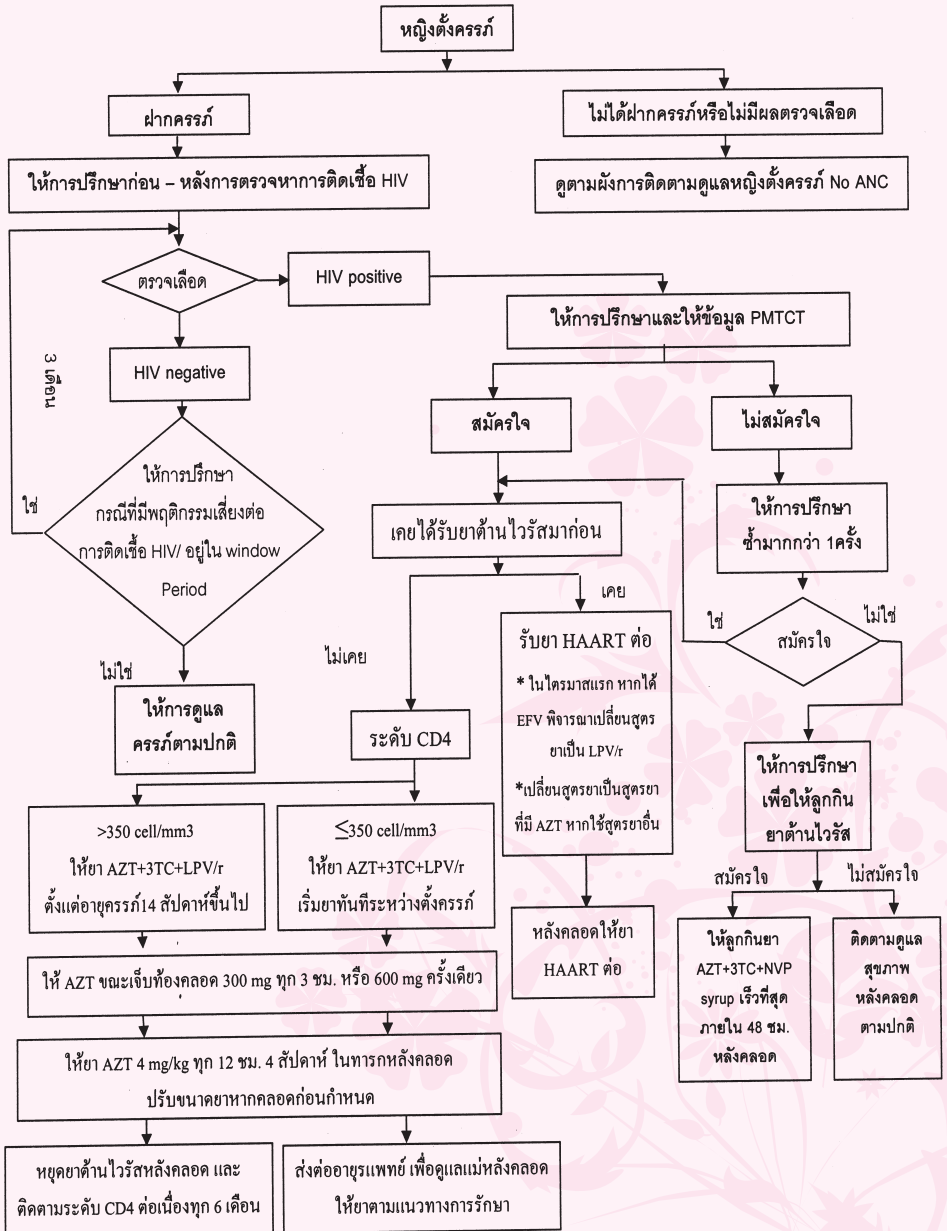
- หากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน หรือมีความเสี่ยงที่จะอยู่ใน
window period ให้ดำเนินการดังนี้

- ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์แต่ยังไม่คลอด ให้พิจารณา
ตรวจเลือด HIV antigen โดยควรให้ได้ผลเร็วที่สุด เพื่อให้การดูแลป้องกันการติดเชื้อ
เอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่เหมาะสม และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทันที หากพิจารณาแล้วมีความเสี่ยงสูง
ที่จะมีการติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลัน ให้ยาในหญิงตั้งครรภ์และทารกเหมือนกรณี no ANC
ดังตารางที่ 2 และให้งดนมแม่

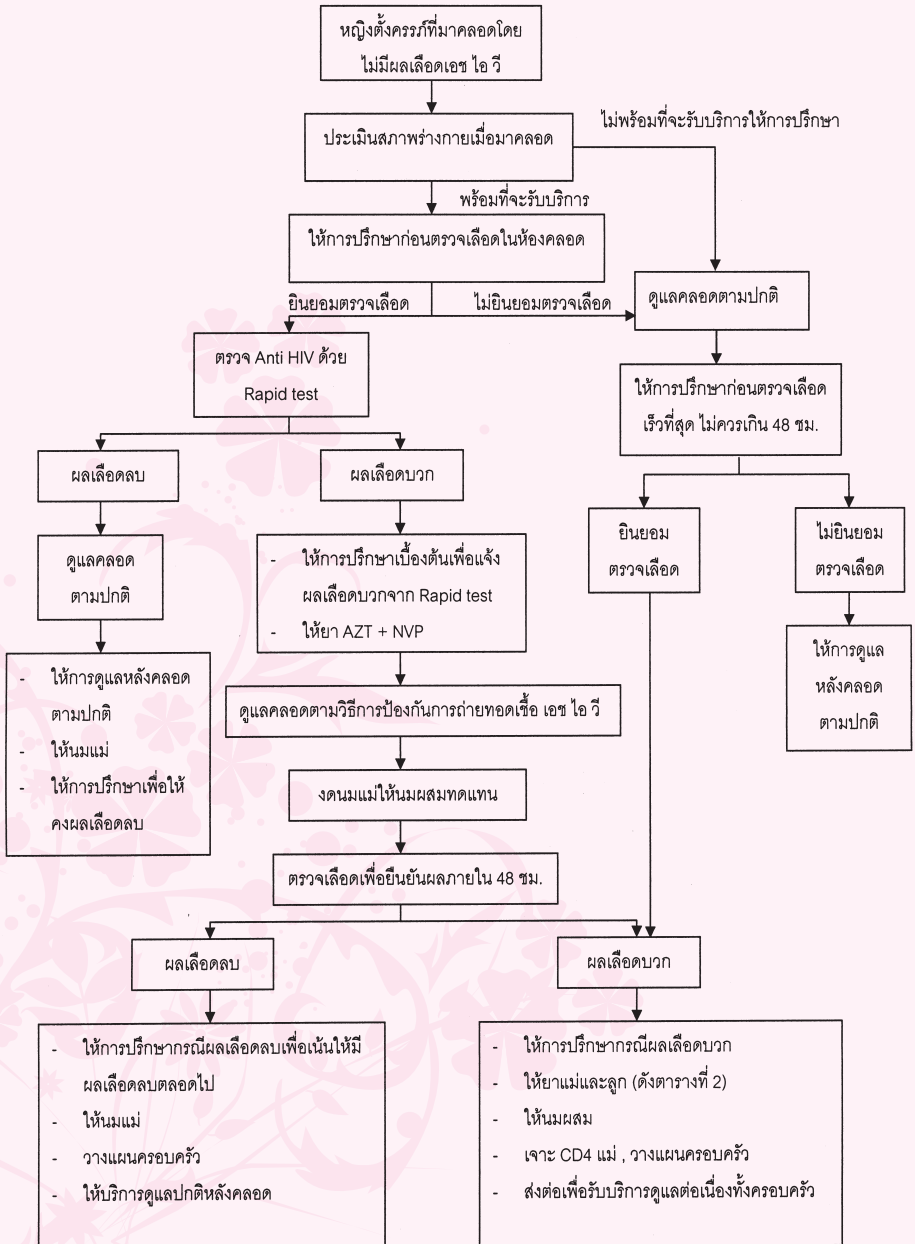
- ในหญิงตั้งครรภ์ที่กำลังจะคลอดหรือหลังคลอดไม่เกิน 2 วัน
หากมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ชัดเจน ให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และสามีเพื่อพิจารณาให้ยาด้านไวรัส
ไปก่อนในหญิงตั้งครรภ์และ/หรือทารกเหมือนกรณี no ANC ดังตารางที่ 2 และงดนมแม่ แล้ว
จึงตรวจติดตาม anti-HIV ในช่วงหลังคลอดต่อไปเพื่อยืนยันผลการติดเชื้อ จากนั้นจึงให้การ
ดูแลตามผลเลือดที่ได้ หากไม่แน่ใจควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

5. กรณีหญิงตั้งครรภ์ ที่ผลตรวจเลือด anti-HIV ไม่ชัดเจน (indeterminate) แนะนำให้ตรวจเลือด PCR หรือ viral load โดยเร็วที่สุด ในขณะที่รอผลให้ปฏิบัติเหมือนข้อ 4

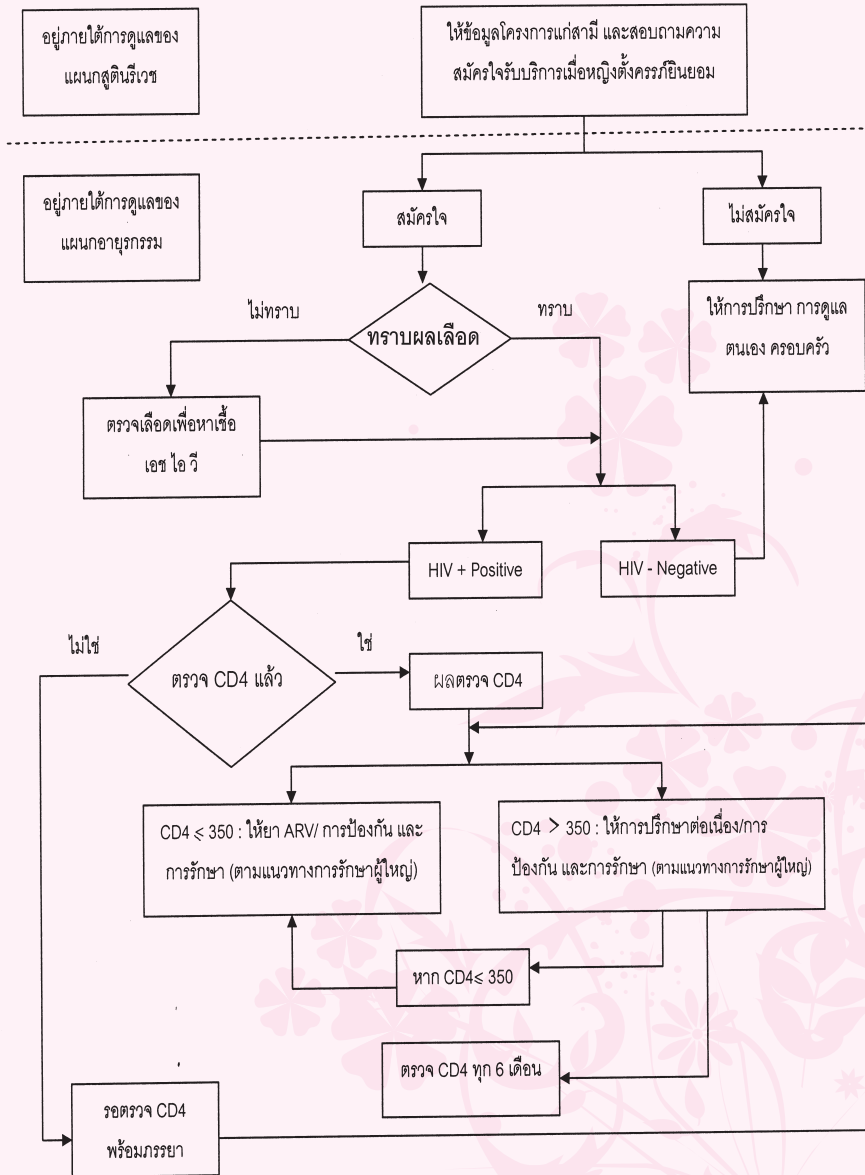
แผนภูมิที่ 2 ผังการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี



แผนภูมิที่ 3 มังการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี (กรณีที่ไม่ได้ฝากครรภ์)



แผนภูมิที่ 4 ผังการดูแลสามีมองหญิงติดเชื้อ เอช ไอ วี



บทที่ 2

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอชไอวี ในระยะคลอด

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ควรต้องเนื่องกับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการดูแลหลังคลอด

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด มีหลายการศึกษาที่มุ่งลดการถ่ายทอดเชื้อในระยะคลอด ดังนั้นการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ควรปรับเปลี่ยน เพื่อยุติการปฏิบัติที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข และอาจเป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ตลอดจนลูกในครรภ์ได้

ในระยะคลอด ถ้าสามารถทำได้ หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวต่อเนื่อง ควรได้รับข้อมูล หรือรับทราบเกี่ยวกับการดำเนินงาน ผลดี ผลเสีย และประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อช่วยเหลือให้หญิงที่ติดเชื้อตัดสินใจรับบริการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ส่วนใหญ่เกิดในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด คาดประมาณว่าร้อยละ 65 ของการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก เกิดขึ้นในระยะนี้ ปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก ได้แก่

- 1. วิธีการคลอด** การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การใช้เข็ม และเครื่องดูดสุญญากาศ แต่การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องขณะที่ยังไม่เจ็บครรภ์ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อได้ (การตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์และแนวทางการดำเนินงาน ของแต่ละโรงพยาบาล)

- 2. ให้น้ำคร่ำแตกนานก่อนกำหนด** ให้น้ำคร่ำที่แตกก่อนคลอดนานเกินกว่า 4 ชั่วโมง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกถึง 5 เท่า โดยเฉพาะในรายที่หญิงตั้งครรภ์อยู่ในระยะเอดส์ ดังนั้น ควรตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำ ในกรณีที่เป็นเงื่อนไขทางการแพทย์ เช่น Fetal distress

3. การตัดฝีเย็บ เพิ่มความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ควรตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น และในเวลาที่เหมาะสม โดยพยายามให้ลูกสัมผัสกับเลือดแม่ให้น้อยที่สุด

4. การตกเลือดก่อนคลอด ทางการวิจัยพบว่าสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวีจากแม่สู่ลูก

5. การใช้เครื่องมือตรวจสอบสภาพทารกในครรภ์ เช่น Penetrating scalp electrodes สัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

6. การคลอดทารกครรภ์แฝดทางช่องคลอด ทารกแฝดที่คลอดคนแรก มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่าทารกที่คลอดคนที่สอง

การปฏิบัติเพื่อดูแลหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะคลอด

- **การช่วยเหลือในระยะคลอด** การช่วยเหลือด้านอารมณ์ในระยะคลอด มีความสำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งวิตกกังวลกับภาวะการติดเชื้อของตนและโอกาสที่จะถ่ายทอดไปถึงลูกในครรภ์ และที่สำคัญคือ กลัวว่าจะถูกรังเกียจจากแพทย์และพยาบาล หรือกลัวว่าภาวะการติดเชื้อของตนจะถูกเปิดเผยต่อสามี และครอบครัวของตน

- **การบริหารจัดการในระยะคลอด** ควรปฏิบัติตามมาตรฐานเวชปฏิบัติทางสูติกรรมที่มีอยู่อย่างเคร่งครัดที่สุด ไม่จำเป็นต้องแยกหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ แต่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติจะต้องใช้หลักการป้องกันแบบครอบจักรวาล (Universal precaution) เช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อหญิงตั้งครรภ์ปกติอื่น

- o การเจาะถุงน้ำคร่ำเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ขี้อยู่ การตั้งครรภ์ เนื่องจากเหตุผลทางสูติศาสตร์ ขณะที่ยังไม่เจ็บครรภ์ การชักนำการคลอดโดยไม่เจาะถุงน้ำคร่ำ มีโอกาสที่การคลอดจะล้มเหลว แต่ถ้าเจาะถุงน้ำคร่ำจะเพิ่มอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก ดังนั้นควรพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

- o ควรหลีกเลี่ยงการทำ Penetrating scalp electrodes เพื่อประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์

- o ถ้าจำเป็น ให้ยาสลบทาง epidural ได้

- **การคลอด** การทำคลอดควรปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือใช้ระยะเวลาในการคลอดระยะที่สองนานเกินไป

- o การตัดฝีเย็บเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น ไม่ควรปฏิบัติเป็นประจำ
- o ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ใช้เครื่องมือช่วยคลอด เช่น คีม หรือ เครื่องดูดสุญญากาศ ควรทำโดยพยายามให้บาดเจ็บต่อมารดาและทารกน้อยที่สุด
- o แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ต้องใช้วิธีการป้องกันแบบครอบจักรวาล (Universal precaution) ในขณะทำคลอด

o ดูดเสมหะทารกด้วยความระมัดระวัง โดยพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้ระคายเคือง โดยใช้ลูกสูบยางเท่านั้น

- o ควรเช็ดตัวทารก หรืออาบน้ำโดยใช้เวลาเร็วที่สุด
- o สามารถให้ วิตามิน เค และฉีดวัคซีน บี ซี จี ได้เช่นปกติ
- o หลังคลอดให้หน้าลูกวางบนหน้าอกแม่เพื่อให้ลูกได้สัมผัสแม่แบบอย่างอบอุ่น

● การให้ยาด้านไวรัสในระยะคลอด

o กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ จากแม่สู่ลูก หรือได้รับยาสูตร HAART เมื่อเจ็บท้องคลอด ให้เริ่มกิน ยา AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง จนคลอดหรือ AZT 600 mg ครั้งเดียว

o กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้มาฝากครรภ์ ให้เริ่มกินยา AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง และ ให้ NVP ขนาด 200 มิลลิกรัม ครั้งเดียว เมื่อเจ็บครรภ์จริง โดยการประเมินของเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันการให้ยาซ้ำในกรณีที่เจ็บครรภ์ไม่จริง (False labour pain) เพื่อป้องกันการดื้อยาที่จะเพิ่มขึ้นหากให้ dose ที่สอง ซึ่งจะมีผลต่อการรักษาด้วยยาด้านไวรัสในอนาคต หากไม่แน่ใจว่าเจ็บครรภ์จริงหรือไม่ ให้ยา AZT ขนาด 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง และประเมินการเจ็บครรภ์ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก (หมายเหตุไม่ต้องให้ SD NVP ในหญิงตั้งครรภ์ที่คาดว่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง)

● กรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดเด็กทางหน้าท้อง ลดโอกาสการติดเชื้อเอชไอวีในทารกลงได้มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมควรพิจารณาการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับยา HAART หรือได้รับยาน้อยกว่า 4 สัปดาห์ ก่อนคลอด กินยาไม่สม่ำเสมอ แนะนำให้ฉีดผ้าท้องคลอดขณะอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ควรให้ AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมงอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือ 600 mg ครั้งเดียว อย่างน้อย 4 ชั่วโมง ก่อนเริ่มทำการผ่าตัด

การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ในห้องคลอด

การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ที่ห้องคลอด ในกรณีที่ไม่เคยฝากครรภ์ หรือไม่ทราบผลเลือด จะช่วยตัดสินใจเพื่อให้ยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก และจะช่วยให้สามารถวางแผนการคลอดและการงดนมแม่หลังคลอด นอกจากนี้ยังช่วยวางแผนการให้ยา post – exposure prophylaxis แก่ลูกอีกด้วย

หากสามารถให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ของหญิงตั้งครรภ์ขณะอยู่ในห้องคลอดได้ให้ตรวจโดยใช้น้ำยาตรวจแบบเร่งด่วน (rapid test) ในกรณีที่ไม่สามารถให้การปรึกษาในห้องคลอดได้ควรให้การปรึกษาทันทีในระยะเวลาหลังคลอด

การตรวจเลือดหลังคลอด ถึงแม้ว่าจะไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลและการทำคลอด แต่มีผลต่อการงดให้ลูกกินนมแม่ และการให้ยาป้องกันในลูก ซึ่งมีประสิทธิภาพถ้าให้ยาลูกภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด การให้ยาในลูกควรตรวจยืนยันว่าแม่ติดเชื้อเอชไอวีแน่นอน

การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal precaution)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน ควรมีความรู้การจัดการเมื่อสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งอื่นๆ จากร่างกายผู้ติดเชื้อ ซึ่งในทางสุติกรรมปฏิบัติเป็นประจำ คือ การป้องกันแบบครอบจักรวาลตามมาตรฐาน ควรปฏิบัติเป็นประจำมีอุปกรณ์สนับสนุนที่เหมาะสมและเพียงพอ

การปฏิบัติดูแลการคลอด นอกจากต้องป้องกันแบบครอบจักรวาลแล้ว การปฏิบัติที่เน้นเพิ่มเติม คือ ถ้าเป็นไปได้ควรสวมถุงมือ 2 ชั้น ในการทำคลอดและการผ่าตัดทุกครั้ง จะช่วยลดการสัมผัสกับเลือดจำนวนมาก ในกรณีถุงมือรั่ว หรือในกรณีที่ต้องล้างกรวยใช้ถุงมือขนาดยาว

ข้อพึงระวังระหว่างการคลอด

ระหว่างการคลอด ควรหลีกเลี่ยงการให้ยากลุ่ม Ergot เช่น methergine (ให้ใช้ Oxytocin แทน) เนื่องจากในหญิงตั้งครรภ์ที่กินยา LPV/r หรือ EFV อยู่อาจเกิด severe vasoconstriction ได้

บทที่ 3

การดูแลหญิงหลังคลอด

การดูแลหญิงหลังคลอด เป็นจุดเริ่มต้นของการดูแล และการช่วยเหลือต่อเนื่อง เพื่อให้แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลเลี้ยงดูลูกต่อไปได้ด้วยตนเอง ลดจำนวนเด็กกำพร้าได้ ซึ่งช่วยพัฒนาคุณภาพประชากรไทยในอนาคต และเป็นการเริ่มต้นการดูแลลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ การดูแลทางการแพทย์ และสูตรกรรมของแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะหลังคลอดนี้ เป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ และความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของตนเองและครอบครัว

แม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจ และการปรึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ประสบอยู่ ตลอดจนสุขภาพของลูกที่เกิดใหม่ การให้การดูแลแม่ที่ติดเชื้อไม่ควรแตกต่างจากการดูแลแม่ปกติทั่ว ๆ ไป ไม่จำเป็นต้องแยกแม่และลูก แต่เนื่องจากแนวทางป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ได้แนะนำให้ลูกงดกินนมแม่โดยให้นมผสมทดแทน ดังนั้นในบางโรงพยาบาลอาจมีห้องแยก เพื่อช่วยให้แม่ติดเชื้อให้นมผสมลูกได้ด้วยความสะดวกใจ

แม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อสุขภาพที่ดี และเลี้ยงดูลูกได้อย่างเหมาะสม ได้รับการปรึกษาและรับบริการส่งเสริมสุขภาพอย่างครบวงจร และต่อเนื่อง ได้รับการตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน หากพบว่าสุขภาพมีข้อบ่งชี้ว่าต้องได้รับยาต้านไวรัส จะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ตามหลักเกณฑ์

กรณีแม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวียังไม่เปิดเผยผลเลือดกับสามี หรือสามียังไม่ได้รับการตรวจเลือด ควรให้รับการปรึกษา เพื่อจะได้เห็นความสำคัญและพาสามีมาตรวจเลือด หากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะเป็นผลดีโดยรวมต่อสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งการให้ความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญของการตรวจเลือดเอชไอวี ในลูก

การดูแลแม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี

แม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับการดูแลตามมาตรฐานเหมือนแม่หลังคลอดทั่วไป แต่มีบางภาวะที่ควรคำนึงและให้การดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่

- **การติดเชื้อหลังคลอด** (Puerperal infection) เช่น การติดเชื้อแผลฝีเย็บ แผลผ่าตัดคลอด การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

- **ภาวะซีด** ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับยาต้านไวรัส ทูโฟโซนิก และ การตกเลือดหลังคลอด

- **เต้านมคัด เต้านมอักเสบ**

- **โรคติดเชื้อฉวยโอกาส** เช่น วัณโรค ฯลฯ ในรายที่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมาก่อน ต้องได้รับยาต่อเนื่อง

ความรู้สำหรับแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องได้รับหลังคลอด

1. อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทั่วไป การติดเชื้อฉวยโอกาส
2. การดูแลความสะอาดบริเวณฝีเย็บ และการให้ผ้าชุบน้ำคาวปลาและเลือดที่ออกมาอย่างถูกต้องและปลอดภัย
3. อาการผิดปกติที่ควรรีบปรึกษาแพทย์ เช่น เลือดออกผิดปกติ
4. การคุมกำเนิด
5. วิธีการให้นมผสม
6. วิธีการให้ยาต้านไวรัสในลูก
7. การไปรับการตรวจตามนัด ณ สถานบริการที่สามารถไปรับบริการรักษาได้

เมื่อจำเป็น

การให้ยาต้านไวรัสในแม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี

แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี หลังคลอดควรได้รับการตรวจ CD4 และรับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. กรณีแม่ฝากครรภ์

1.1 ไม่เคยรับยาต้านไวรัสใดๆ มาก่อน

- ถ้า CD4 มากกว่า 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร หลังคลอดให้หยุดกินยาต้านไวรัสที่ได้รับในระหว่างตั้งครรภ์

- ถ้า CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร หลังคลอดให้ยาต้านไวรัส (HAART) ตามแนวทางการรักษาโรคเอดส์ในผู้ใหญ่ (กรมควบคุมโรค, 2553)

1.2 ได้รับยาต้านไวรัส (HAART) อยู่แล้ว หลังคลอดให้กินยา HAART ต่อ

2. กรณีแม่ไม่ฝากครรภ์

- ถ้า CD4 มากกว่า 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร หลังคลอดให้กินยา AZT + 3TC+LPV/r ทุก 12 ชั่วโมง นาน 4 สัปดาห์ และหยุด

- ถ้า CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร หลังคลอด ให้กินยา AZT + 3TC+LPV/r ทุก 12 ชั่วโมง นาน 4 สัปดาห์ และให้กินยาต้านไวรัส (HAART) ต่อ ตามแนวทางการรักษาโรคเอดส์ในผู้ใหญ่ (กรมควบคุมโรค, 2553)

การอนามัยเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิด

แม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และสามีหรือคู่ครอง(ถ้าแม่ยินยอมเปิดเผยผลเลือด) ควรได้รับคำแนะนำวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมก่อนกลับบ้าน ซึ่งควรคำนึงถึงหลักเกณฑ์ดังนี้

1. ป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ไม่เพิ่มการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
3. ป้องกันการรับเชื้อเพิ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีคุมกำเนิดที่ควรแนะนำ ดังนี้

1. **การทำหมัน (Sterilization)** เป็นวิธีคุมกำเนิดแบบถาวร แม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และสามี กรณีไม่ต้องการมีบุตร ควรได้รับคำแนะนำทำหมัน เพราะการทำหมันป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม แต่ไม่ป้องกันการแพร่และรับเชื้อเอชไอวีได้ ดังนั้นผู้ที่ตัดสินใจทำหมันควรได้รับคำแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ และรับเชื้อเพิ่มเติม

2. ยาฝังคุมกำเนิด เป็นวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ป้องกันการตั้งครรภ์ได้สูง แต่ไม่ป้องกันการแพร่และรับเชื้อเอชไอวี **ควรได้รับคำแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ และรับเชื้อเพิ่มเติม**

3. วิธีคุมกำเนิดชนิดอื่นๆ ที่ป้องกันการตั้งครรภ์ได้แต่ไม่ป้องกันการแพร่และรับเชื้อเอชไอวี ได้

- **ยาเม็ดคุมกำเนิด** (Combined oral contraceptive pill) เป็นวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ที่ป้องกันตั้งครรภ์ได้ดี แต่ประสิทธิภาพของยาจะลดลง กรณีที่ใช้ร่วมกับยาปฏิชีวนะ ยารักษาวัณโรค ยาต้านไวรัส หรือมีโรคที่ทำให้ยาดูดซึมไม่ดี ดังนั้น ในกรณีที่กินยาต้านไวรัส ควรใช้วิธีคุมกำเนิด วิธีอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพดีกว่า

- **ยาฉีดคุมกำเนิด** เป็นวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ป้องกันตั้งครรภ์ได้ดี แต่ไม่ป้องกันการแพร่และรับเชื้อเอชไอวี ได้

- **การคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน** เป็นวิธีที่ไม่แนะนำให้ใช้ เนื่องจากมีประสิทธิภาพคุมกำเนิดต่ำ และมีภาวะแทรกซ้อนสูง อย่างไรก็ตาม แม้หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจจำเป็นต้องใช้ ในกรณีที่ล้มเหลวจากวิธีคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ เช่น ถุงยางอนามัยรั่ว ลืมกินยาเม็ดคุมกำเนิด

- **ห่วงอนามัย** (IUCD/ IUD) ห่วงอนามัยเป็นการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวสามารถใส่ห่วงอนามัยได้ แต่ต้องไม่มีข้อห้ามได้แก่ กำลังติดเชื้อกามโรค เชิงกรานอักเสบ แท้งติดเชื้อ มดลูกผิดปกติชนิดโพรงมดลูกบิดเบี้ยวหรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรืออยู่ในระยะเอดส์ แต่ห่วงอนามัยไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อแพร่เชื้อและรับเชื้อเอชไอวีได้ อย่างไรก็ตามหากใส่ห่วงอนามัย ก่อนการติดเชื้อเอชไอวี และไม่ผิดพลาดก็ใช้ต่อไปได้

- **ยามาเชื้อสจุ** (Spermicides) เป็นวิธีที่ไม่เหมาะสำหรับผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่และรับเชื้อเอชไอวี

4. ถุงยางอนามัย (Condom) เป็นวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่มีประสิทธิภาพคุมกำเนิดต่ำ แต่ป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ด้วย เช่น เริม หนองใน ซิฟิลิส และแผลริมอ่อน หากใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกต้อง จะมีผลต่อประสิทธิภาพป้องกันการตั้งครรภ์ และการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี ตลอดจนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ดังนั้น ผู้ให้บริการต้องแนะนำการใช้ถุงยางอนามัย

อย่างถูกวิธี และแนะนำการแก้ไขปัญหา เมื่อถุงยางอนามัยรั่วหรือขาด

โดยสรุป เนื่องจาก ไม่มีวิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งที่ป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เพิ่มการแพร่และรับเชื้อเอชไอวี **ดังนั้นในการคุมกำเนิดด้วยวิธีใดก็ตามให้ใช้ร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง**

หากการคุมกำเนิดล้มเหลว ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำการวางแผนครอบครัว เช่นเดียวกับการปฏิบัติในคนทั่วไป

บทที่ 4

การดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

การดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Post exposure prophylaxis)
2. เพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กให้เร็วที่สุด (Early Infant Diagnosis)
3. เพื่อส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาการ และการเจริญเติบโต

การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การดูแลทารกแรกเกิด ควรได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดทั่วไป แต่มีบางภาวะที่ควรคำนึงถึง และให้การดูแลเป็นพิเศษ

การดูแลทั่วไปในช่วงแรกคลอด

- ใส่ถุงมือ เมื่อสัมผัสทารกทุกราย จนกว่าจะเช็ดเลือดและสารคัดหลั่งของแม่ออกจากตัวทารกแล้ว
- เช็ดเลือด และสารคัดหลั่งของแม่ออกจากตัวทารกทันทีหลังคลอดด้วยผ้าแห้ง
- ใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะทารก หลีกเลี่ยงการใช้สายดูดเสมหะ เนื่องจากอาจทำให้เกิดบาดแผล ร่องอาจเป็นช่องทางเข้าออกของเชื้อเอชไอวี ได้
- ให้วิตามิน k และวัคซีนบีซีจี วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี เมื่อแรกเกิดเหมือนเด็กปกติทั่วไป
- วางทารกไว้บนอกแม่ เพื่อให้แม่และลูกได้สัมผัสอย่างอบอุ่น

การให้ยาต้านไวรัส

ทารกแรกเกิดควรได้ยาต้านไวรัสเมื่อแรกเร็วที่สุด เมื่อเด็กสามารถกลืนของเหลวได้

1. **กรณีแม่ได้รับยาสูตร HAART ในระยะตั้งครรรภ์ มากกว่า 4 สัปดาห์ หรือได้รับยาสูตรอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอมากกว่า 4 สัปดาห์** ให้ยาทาแรกเกิดดังนี้

1.1 อายุครรภ์เมื่อคลอด > 35 สัปดาห์ ให้ ยาโซโดวูดีน (AZT) ชนิด น้ำ ขนาด 4 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง นาน 4 สัปดาห์ (เริ่ม ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดที่ดีที่สุด)

1.2 อายุครรภ์เมื่อคลอด 30-35 สัปดาห์ ให้ ยาโซโดวูดีน (AZT) ชนิดน้ำ ขนาด 2 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง นาน 2 สัปดาห์ จากนั้นปรับ ขนาดยาเป็น ขนาด 2 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ครั้ง ทุก 8 ชั่วโมง นาน 2 สัปดาห์

1.3 อายุครรภ์เมื่อคลอด < 30 สัปดาห์ ให้ ยาโซโดวูดีน (AZT) ชนิด น้ำ ขนาด 2 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง นาน 4 สัปดาห์

2. **กรณีที่แม่ได้รับยาต้านไวรัสสูตร HAART น้อยกว่า 4 สัปดาห์ หรือ แม่กินยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ได้รับยาในระยะตั้งครรรภ์ หรือไม่ได้ฝากครรรภ์** ให้ยาดังนี้

2.1 ยาโซโดวูดีน (AZT) ชนิดน้ำ ขนาด 4 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง + 3TC ชนิดน้ำ ขนาด 2 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง นาน 4-6 สัปดาห์ ในกรณีเด็กคลอดก่อนกำหนด ปรับขนาดยา ตามตารางที่ 3

2.2 ให้ยาเนวิราพิน (NVP) ชนิดน้ำ ขนาด 4 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง รวม 2-4 สัปดาห์

หากใช้ NVP ควรให้ AZT+3TC ต่ออีก 2 สัปดาห์ หลังหยุด NVP เพื่อป้องกันการดื้อยา

ข้อควรคำนึง

- กรณีที่แม่ไม่ทราบผลการตรวจเลือดเพื่อยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีขณะมาคลอดให้รอผลก่อน แต่ควรให้รู้ผลการตรวจยืนยันก่อน 48 ชั่วโมง ถ้าผลการตรวจเลือดยืนยันว่าติดเชื้อเอชไอวี จึงเริ่มให้ยาด้านไวรัสกับเด็ก

- กรณีเด็กอาเจียน ภายหลังจากได้รับยาด้านไวรัสภายในครึ่งชั่วโมง ต้องให้ยาซ้ำ ปริมาณเท่าเดิม

- กรณีที่เด็กต้องได้รับยาด้านไวรัส AZT นาน 4 สัปดาห์ ควรประเมินว่าแม่สามารถให้ยาลูกได้ถูกต้องและครบถ้วน เพื่อประสิทธิภาพการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก

ตารางที่ 3 ขนาดยาต้านไวรัสสำหรับป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในเด็กทารกแรกเกิด

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

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

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

** ในกรณีให้ NVP ต้องหยุดยา NVP ก่อนและให้ยา AZT และ 3TC รับประทานต่ออีก 2 สัปดาห์เพื่อลดโอกาสต่ออายุ NVP

การให้นมผสมทารกแรกเกิด

เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้งดกินนมแม่ และกินนมผสมแทน เนื่องจากในนมแม่มีเชื้อเอชไอวี ซึ่งถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ ดังนั้น การเลี้ยงทารกด้วยนมแม่จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

- นมผสม เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี
- แม่ได้รับการประเมิน ว่ายอมรับ และเลี้ยงลูกด้วยนมผสม ได้ตลอด
- แม่ได้รับคำแนะนำวิธีการเตรียมนมผสมสำหรับลูกอย่างถูกต้องก่อนกลับบ้าน
- แม่ต้องหลีกเลี่ยงการใช้นมผสมร่วมกับนมแม่ เนื่องจากโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เพิ่มมากขึ้น

มีรายงานการตรวจพบเชื้อเอชไอวีในนมแม่ เด็กที่กินนมแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี โอกาสติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นอีก 4-12% กลไกการติดเชื้อทางนมแม่ยังไม่ทราบแน่นอน

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับลูก แต่ในกรณีที่แม่ติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องงดนมแม่และให้อาหารอื่นทดแทน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ลูก

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการพิจารณาให้อาหารทดแทนนมแม่

อาหารทดแทนจะต้องให้สารอาหารต่างๆ ได้ครบถ้วนมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ การเตรียมอาหารทดแทนจะต้องสะอาด ไม่มีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย นั่นคือ จะต้องมีการล้างมือ มีเชื้อเพลิงที่ต้องใช้ในการทำลายเชื้อโรคสำหรับอุปกรณ์ผสมนม ถ้าไม่สามารถเก็บนมที่เตรียมไว้ในตู้เย็นหรือในที่ที่เย็นได้ จะต้องเตรียมนมเพียงสำหรับแต่ละมื้อเท่านั้น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กให้เร็วที่สุด (Early Infant Diagnosis)

การวินิจฉัยทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เร็วจะช่วยให้พ่อแม่มีโอกาสมากขึ้นในการวางแผนอนาคต และทำให้มีโอกาสในการรักษาโรคในผู้ป่วยเด็กได้ตั้งแต่อายุน้อยๆ ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ในทางกลับกัน การวินิจฉัยว่าทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวีได้เร็ว จะช่วยลดความกังวลของพ่อแม่และสามารถหยุดการให้ยาเพื่อป้องกันโรคปอดบวมจากเชื้อ PCP ได้เร็วขึ้น

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ในทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถทำได้เร็วมากขึ้นโดยอาศัยการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ด้วยการตรวจ PCR ซึ่งแนะนำให้ตรวจครั้งแรกเมื่อเด็กมีอายุ 1-2 เดือน

- หากผลการตรวจ PCR เมื่ออายุ 1-2 เดือนเป็นบวก ควรรีบตรวจซ้ำทันที ถ้าผลการตรวจ PCR เป็นบวก 2 ครั้ง ให้วินิจฉัยว่า “ติดเชื้อเอชไอวี” และรีบส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม
- หากผลการตรวจ PCR เมื่ออายุ 1-2 เดือนเป็นลบ ควรตรวจซ้ำเมื่ออายุ 4 เดือน ถ้าผลการตรวจ PCR เป็นลบทั้ง 2 ครั้ง ร่วมกับเด็กไม่มีอาการแสดงการติดเชื้อเอชไอวี ให้ตรวจ Anti-HIV เมื่ออายุ 18 เดือน ถ้าผลเป็นลบ วินิจฉัยว่า “ไม่ติดเชื้อเอชไอวี”

- หากผลการตรวจ PCR ครั้งที่ 2 ไม่สอดคล้องกับผล PCR ครั้งแรก มีคำแนะนำดังนี้

- ผล PCR ครั้งแรกเป็นบวก ครั้งที่ 2 เป็นลบ ให้ตรวจเลือดครั้งที่ 3 เมื่อเด็กอายุ 4-6 เดือน ถ้าเป็นลบ (บวก,ลบ,ลบ) วินิจฉัยว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี ถ้าผลเป็นบวก (บวก,ลบ,บวก) ให้ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

- ผล PCR ครั้งแรกเป็นลบ ครั้งที่ 2 เป็นบวก ให้รีบตามเด็กมาเจาะเลือดเพื่อตรวจเลือดครั้งที่ 3 ทันที ถ้าผลเป็นบวก (ลบ,บวก,บวก) วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ถ้าผลเป็นลบ (ลบ,บวก,ลบ) ให้ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

- ในรายที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี และไม่ได้ฝากครรภ์ หรือกินยา HAART ไม่สม่ำเสมอ แนะนำให้ตรวจ PCR เร็วที่ 1 เดือน

การดูแลเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี (แผนภูมิที่ 5)

เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับการติดตาม และตรวจสุขภาพเป็นประจำเพื่อดูแลติดตามการเจริญเติบโตโดยเปรียบเทียบกับกราฟการแผ่กระจายภาวะโภชนาการ และติดตามพัฒนาการโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพสีชมพูหรือชื่อนามัย 49 ของเด็กอายุ 0-60 เดือน ให้อัตราการเจริญเติบโตและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค BCG, HBV, DTP, OPV, MMR, JE เช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป (ห้ามให้ BCG , MMR ในเด็กที่ติดเชื้อที่มีอาการ หลีกเลี่ยงการให้ OPV ในเด็กที่ติดเชื้อที่มีอาการ ..ดูคู่มือการให้อัตราการเจริญเติบโตและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค BCG, HBV, DTP, OPV, MMR, JE ในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี)

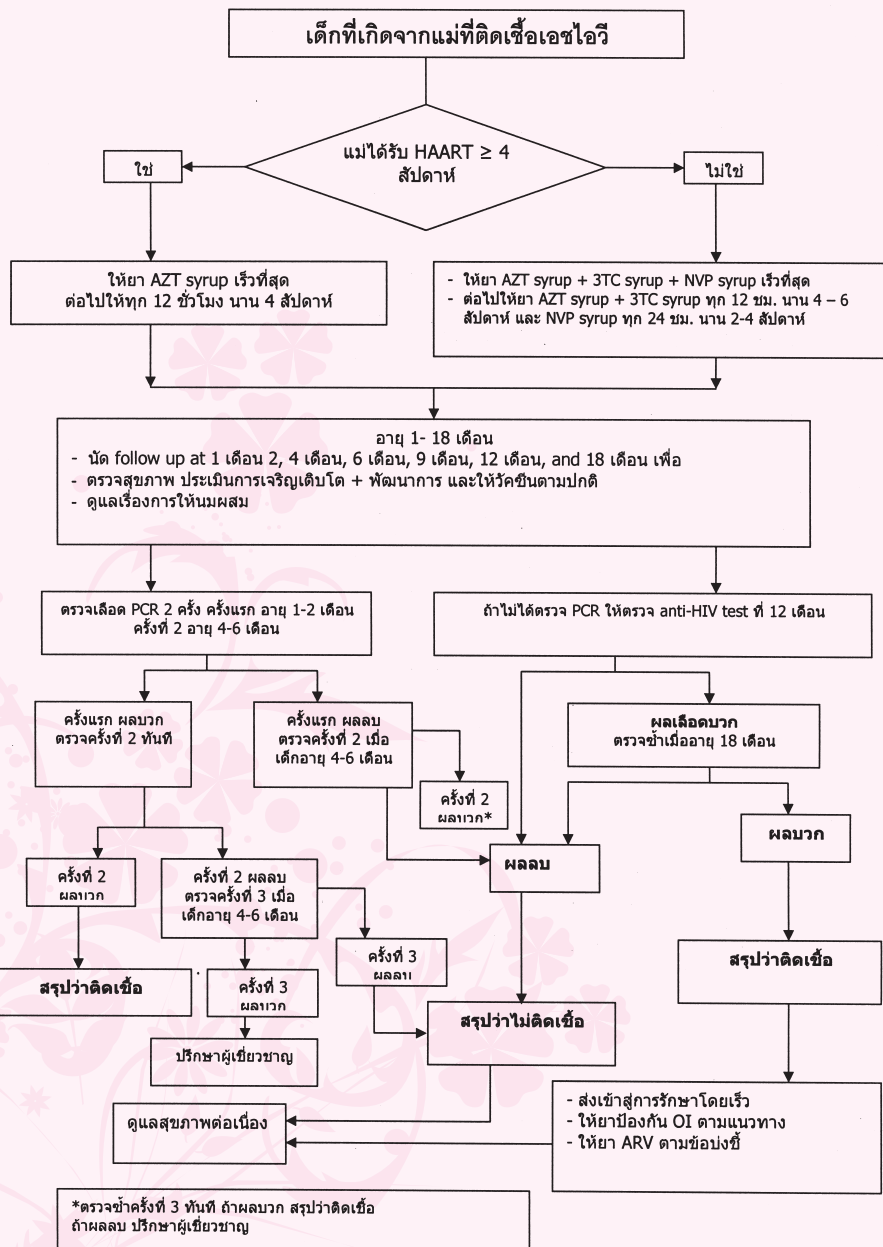
ถ้าพบว่าการ เจริญเติบโตล่าช้าและพัฒนาการล่าช้าควรให้คำแนะนำดังนี้

- แนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมตามวัยเช่นเดียวกับเด็กปกติ
- แนะนำการเลี้ยงดูเด็กและการกระตุ้นพัฒนาการ อย่างถูกต้อง
- ให้ความรู้ครอบครัวและผู้เลี้ยงดูเด็กในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน รวมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาและช่วยเหลือแก่ครอบครัวในด้านอื่นๆ ทั้งปัญหาครอบครัวสังคม และการช่วยเหลือด้านจิตสังคม

- ให้อาบน้ำป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส เช่นปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส จีโรเวซี ในกรณีนี้ควรให้ยา co-trimoxazole เพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างเหมาะสม แต่ควรให้ หลังเด็กอายุ 4 - 6 สัปดาห์

- เมื่อพบว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวี จะต้องดูแลให้มีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ประเมินโรคและให้ยาด้านไวรัสที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม

แผนภูมิที่ 5 ฝั่งการดูแลเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี



บทที่ 5

การดูแลต่อเนื่อง

การที่หญิงหลังคลอดติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการดูแลและติดตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ชะลอการพัฒนาของโรคเอดส์ ถ้าขาดการดูแล และติดตามภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสม จะเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตทำให้เลี้ยงดูบุตรไม่ได้ เกิดปัญหาเด็กกำพร้าตามมา

แม่เป็นผู้ดูแลที่ดีที่สุดในการเลี้ยงดูลูกให้เจริญเติบโต และพัฒนาการดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ เด็กทุกคนต้องการความรักและความอบอุ่นจากการดูแลใกล้ชิดจากแม่มากที่สุด ซึ่งมีผลต่ออย่างมากต่อสุขภาพกายและจิตใจของเด็ก สำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องการดูแลด้านจิตใจและสังคมเป็นพิเศษ เนื่องจากอาจถูกรังเกียจจากสังคม ตลอดจนการดูแล/รักษาต่อเนื่อง เมื่อเด็กติดเชื้อเอชไอวี

การดูแล/รักษาต่อเนื่องนี้ จะรวมถึงการดูแลสามี ดังนั้นการที่หญิงหลังคลอด และสามีได้รับการดูแล จะทำให้พ่อแม่มีอายุยืนยาวพอที่จะเลี้ยงดูลูกให้พัฒนาอย่างเหมาะสมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม นำไปสู่การเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม และลดผลกระทบที่จะเกิดกับเด็ก ตลอดจนครอบครัวได้รับรู้ถึงสภาพ และวางแผนอนาคตร่วมกันเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

การดูแลหญิงหลังคลอด

เป็นการดูแลที่ผสมผสาน กับการดูแลเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกโดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่การให้การศึกษาหลังตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี

- ตรวจหาระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของโรค หลังจากนั้นตรวจติดตามทุก 6 เดือน

- กรณีที่ไม่ฝากครรภ์ หรือยังไม่ได้ตรวจ CD4 ขณะตั้งครรภ์ ตรวจ CD4 หลังคลอดทันที อย่างช้าไม่เกิน 6 เดือน หลังจากนั้นตรวจติดตามทุก 6 เดือน

- ส่งเสริมการปฏิบัติตนด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยให้แนะนำและ/หรือ ให้การ

ปรึกษาในเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลด้านสุขภาพจิตและการวางแผนครอบครัว เป็นต้น

- กรณีที่ระหว่างตั้งครรภ์ได้ให้ยาต้านไวรัส 3 ชนิด (สูตร HAART) หลังคลอดให้ยาต้านไวรัส ตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ใหญ่ (กรมควบคุมโรค 2553)
- นัดหมายและติดตามดูแลสุขภาพ และตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

ก่อนให้ผู้ติดเชื้อกินยาต้านไวรัส ต้องให้การปรึกษาให้เข้าใจเรื่องยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงจากยา ความสำคัญของการกินยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ติดเชื้อกินยาได้สม่ำเสมอ เนื่องจากหากกินยาไม่สม่ำเสมอ จะนำมาสู่ปัญหาการดื้อยาและการรักษาต่อไป

การดูแลสามี

การดูแลสามีที่ติดเชื้อเอชไอวี สามีภรรยาควรได้รับการปรึกษาและตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลป้องกันที่มีประสิทธิภาพ แต่ในปัจจุบัน (พ.ศ. 2553) ปรากฏว่า หญิงตั้งครรภ์ให้ความสนใจตรวจเลือดเพื่อให้ทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี ถึงร้อยละ 98 และมีร้อยละ 0.74 ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อทราบผลเลือดแล้ว ไม่ยอมให้แจ้งผลเลือดกับคนอื่น ไม่ว่าจะเป็นสามี หรือญาติ พี่น้อง เพราะกลัวการรังเกียจ หรือถูกทอดทิ้ง ดังนั้น การที่จะนำสามีเข้าสู่ระบบการดูแลได้ ต้องให้การปรึกษารายา เพื่อให้เห็นความสำคัญของการป้องกันการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี ระหว่างคู่

● การดูแลสามีมีหลักการดำเนินงานดังนี้

- ภรรยายินยอมเปิดเผยผลเลือดให้สามีทราบ
- สามีต้องได้รับการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยความสมัครใจ

หากพบว่าสามีติดเชื้อเอชไอวี

- สามีจะได้รับการตรวจ CD4 ซึ่งอาจจะตรวจพร้อม หรือหลังภรรยาก็ได้
- ถ้า CD4 มากกว่า 350 เซลล์/ไมโครลิตร ส่งเสริมการปฏิบัติตนด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยให้คำแนะนำ และ/หรือให้การปรึกษา ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย

การดูแลด้านสุขภาพจิต และการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

- ถ้า CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 เซลล์/ไมโครลิตร และ/หรือ มีอาการให้ยาต้านไวรัส ตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และให้คำแนะนำเช่นเดียวกับข้างต้น

หากพบว่าสามีไม่ติดเชื้อเอชไอวี

- แนะนำการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อให้ผลเลือดเป็นลบตลอดไป เน้นการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

- ส่งเสริมการปฏิบัติตนด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยให้คำแนะนำ และ ให้การปรึกษาด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลด้านสุขภาพจิต และการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

- แนะนำการใช้ชีวิตร่วมกับภรรยาที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้อย่างเป็นสุข
- หลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี
- ควรให้ข้อมูลเพื่อนัดสามีกลับมาตรวจเลือดซ้ำ เพื่อดูสถานะการติดเชื้อ

* ในกรณีที่ภรรยาไม่สามารถเปิดเผยผลเลือดแก่สามีได้ด้วยตนเอง แต่ยินดีเปิดเผยผลเลือดแก่สามี แนะนำให้มารับการปรึกษาและตรวจเลือด

การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อพบว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวี ให้ส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาเร็วที่สุด

บทที่ 6

สิทธิประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว

กรมอนามัย จัดสรรสิ่งสนับสนุนดังต่อไปนี้

- นมผสมสำหรับทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 18 เดือน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรสิ่งสนับสนุนดังต่อไปนี้

รายการ	ความถี่/เวลาที่ควรตรวจ
ชุดสิทธิประโยชน์เหมาจ่ายรายหัว	
การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับหญิงตั้งครรภ์	2 ครั้ง ต่อการตั้งครรภ์
การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี แอนติบอดี สำหรับเด็ก	อายุ 12 และ 18 เดือน
VDRL, HbsAg, thalassemia,	ฝากครรภ์ครั้งแรก
CBC, SGOT, SGPT	ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสและตามแนวทางฯ
Urine sugar	ทุกครั้งที่มีการฝากครรภ์
Glucose challenge test 50 กรัม (GCT)	ตามแนวทางฯ
Oral glucose tolerance test (OGTT)	ตามแนวทางฯ
SGPT บริการคุมกำเนิด	ตามระบบปกติ
ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	ตามแนวทางฯ

รายการ	ความถี่/เวลาที่ควรตรวจ
กองทุนเอดส์	
การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สามมี /คู่ครอง(VCT)	ปีละ 2 ครั้ง
CD4	ปีละ 2 ครั้ง
Viral load	ปีละครั้ง (ครั้งแรกหลังจากเริ่มยาต้านฯ อย่างน้อย 6 เดือน)
PCR สำหรับทารกที่เกิดจากมารดาเอชไอวี	2 ครั้ง และครั้งที่ 3 ในรายที่ผล 2 ครั้งแรกไม่สอดคล้องกัน
Drug resistance รายที่ Viral load เกิน 2000 copies/ml	
ยาต้านไวรัสตามแนวทางป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	
ถุงยางอนามัย	

สิทธิ์ประกันสังคม

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคมที่โรงพยาบาลแม่ข่ายแล้ว สามารถใช้สิทธิ์เบิกยาด้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ โดยถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

กรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิ์ประกันสังคม หรือไม่ต้องการใช้สิทธิ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถใช้สิทธิ์ประโยชน์จากกองทุนเอดส์ ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่หากเป็นผู้รับยาด้านไวรัสเพื่อการรักษาอยู่แล้ว ต้องใช้สิทธิ์ประกันสังคมต่อไป

กรณีของมารดาที่ใช้สิทธิ์ประกันสังคม บุตรสามารถใช้สิทธิ์จากกองทุนเอดส์ ของ สปสช. ได้

สิทธิ์ข้าราชการ

ข้าราชการและครอบครัวสามารถใช้สิทธิ์ข้าราชการ แต่ถ้าไม่ต้องการ สามารถใช้สิทธิ์จากกองทุนเอดส์ ของสปสช.ได้

สิทธิ์ว่าง

สามารถใช้สิทธิ์จากกองทุนเอดส์ ของสปสช.ได้

หมายเหตุ

- กองทุนเอดส์ ของสปสช. จะสนับสนุนเฉพาะบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกเท่านั้น หากเป็นเรื่องการรักษาต้องชี้ให้ตรงตามสิทธิ์ของผู้รับบริการเท่านั้น
- หากผู้รับบริการไม่มีสิทธิ์ใดๆ ปรีกษาโครงการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก ของสภากาชาดไทย

บทที่ 7

การกำกับติดตามประเมินผล

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอ วีจากแม่สู่ลูก

ความสำคัญของการกำกับติดตามประเมินผล

เพื่อทราบสถานการณ์ ความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค และนำข้อมูลมาเพื่อการบริหารจัดการ จัดสรรทรัพยากร และพัฒนาคุณภาพบริการในทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับบริการ นั้นๆ รวมทั้งใช้เพื่อการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร และการรายงานในระดับนานาชาติ

ระบบกำกับติดตามบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ปัจจุบันมีระบบกำกับติดตามที่ครอบคลุมทั้งกิจกรรมที่สำคัญของบริการ (process monitoring-output monitoring) และผลลัพธ์ของการให้บริการ (outcome-impact monitoring) ซึ่งหลายหน่วยงานที่ดูแลระบบที่เกี่ยวข้องกับบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก และสามารถนำข้อมูลมาบูรณาการเพื่อการกำกับติดตามประเมินผลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังต่อไปนี้

ชื่อระบบ	ตัวชี้วัดหลัก/วัตถุประสงค์ของระบบ	หน่วยงานที่ดูแลระบบ	หน่วยรายงาน
1. รายงานประจำเดือน (monthly report, PHIMS)	<p>ความครอบคลุมของบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ - ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี - จำแนกตามสถานะการฝากครรภ์ - ความครอบคลุมของการรับยาต้านไวรัสของมารดา - ความครอบคลุมการรับยาต้านไวรัสของทารก - ความครอบคลุมการรับนมผสม 	กรมอนามัย	โรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ
2. รายงานเฝ้าระวังเด็กคลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดเฝ้าระวัง (506/1 ก, PHOMS)	<p>ผลลัพธ์ของบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก - ความครอบคลุมของการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กที่แม่ติดเชื้อฯที่ลงทะเบียนส่วนที่ 1 	สำนักโรคติดต่อ	โรงพยาบาลของรัฐ ฯ ในจังหวัดเฝ้าระวัง ฯ
3. NAP	บริหารจัดการกองทุนยาต้านไวรัส และอยู่ระหว่างพัฒนาระบบการใช้ข้อมูลเพื่อการกำกับติดตามฯ	สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.
4. CHILD	เหมือนโปรแกรม PHIMS และ PHOMS	ศูนย์อนามัยเขต 7,8,9,10	โรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัย 7,8,10

ระบบที่ต้องรายงานให้กรมอนามัยคือรายงาน PHIMS ในกรณีที่โรงพยาบาล จังหวัด เขตที่ใช้โปรแกรม CHILD ให้รายงานข้อมูล PHIMS ที่อยู่ในโปรแกรม CHILD ให้ครบถ้วนด้วย

แนวทางการรายงานระบบกำกับติดตามบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ

ระบบ	วิธีการรายงาน	ความถี่ของการรายงาน
รายงานประจำเดือน (monthly report, PHIMS)	ข้อมูลรวมของโรงพยาบาลตามตัวแปรที่กำหนด 44 ตัวแปร	เดือนละครั้ง
<p>รูปแบบการส่งข้อมูล: ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือรายงานประจำเดือนจากโรงพยาบาล ไปให้สสจ. เพื่อป้อนข้อมูลและส่งต่อเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามลำดับต่อไป</p> <p>ลำดับการส่งข้อมูล: โรงพยาบาล→สสจ.→ศูนย์อนามัยเขต→กรมอนามัย</p> <p>กำหนดเวลาส่งข้อมูล ข้อมูลจากโรงพยาบาล→สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือน→ศูนย์อนามัยเขต ภายในวันที่ 20 ของเดือน, และจากศูนย์อนามัยเขต→กรมอนามัยภายในวันที่ 25 ของเดือน</p>		
รายงาน CHILD	<p>ข้อมูลรายบุคคล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ป้อนข้อมูลทันทีที่เด็กเกิด 2. เมื่อเด็กมารับบริการรับนม วัคซีน 3. เมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี 4. เมื่อเด็กอายุครบ 24 เดือนแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยสถานะติดเชื้อเอชไอวี 	เดือนละครั้ง
<p>รูปแบบการส่งข้อมูล: ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จากโรงพยาบาล ไปให้สสจ. และส่งต่อเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามลำดับต่อไป)</p> <p>ลำดับการส่งข้อมูล: โรงพยาบาล→สสจ.→ศูนย์อนามัยเขต→กรมอนามัย</p> <p>กำหนดเวลาส่งข้อมูล : ข้อมูลจากสสจ.→ศูนย์อนามัยเขต ภายในวันที่ 20 ของเดือน, และจากศูนย์อนามัยเขต→กรมอนามัยภายในวันที่ 25 ของเดือน</p>		
รายงานเฝ้าระวังเด็ก คลอดจากแม่ติดเชื้อ เอชไอวี เฉพาะจังหวัด เฝ้าระวัง (506/1 ก, PHOMS)	<p>ข้อมูลรายบุคคล รายงาน 2 ส่วน</p> <p>ส่วนที่ 1 รายงานทันทีที่เกิดเมื่อพบเด็กคลอดจากแม่เอชไอวี</p> <p>ส่วนที่ 2 รายงานทันทีที่สามารถสรุปผลการวินิจฉัยการติดเชื้อของเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อฯ ตามนิยามการเฝ้าระวัง หรือเมื่อเด็กอายุครบ 24 เดือน หากไม่สามารถสรุปผลการวินิจฉัยได้</p>	ทันทีหลังคลอด และเมื่อสรุปสถานะการติดเชื้อของลูกได้
<p>รูปแบบการส่งข้อมูล: รายงาน 506/1 ก จากโรงพยาบาล ไปยังสสจ. และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ไปสำนักระบาดวิทยา</p> <p>ลำดับการส่งข้อมูล: โรงพยาบาล→สสจ.→สำนักระบาดวิทยา</p> <p>กำหนดเวลาส่งข้อมูล ตามสำนักระบาด</p>		

<p>NAP Program</p>	<p>ลงทะเบียนและป้อนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และทารกทุกรายที่เป็นคนไทย (มีเลขประจำตัวประชาชน) ในหน้าจอกារป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก เมื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทันทีที่ตรวจพบการตรวจเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ หรือ 2. หญิงที่กินยาต้านไวรัสมาก่อนตั้งครรภ์ ให้ย้ายจากหน้า follow up มาป้อนข้อมูลต่อในหน้าจอการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก 3. หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ และคลอดบุตร 4. สรุปลักษณะการติดเชื้อเอชไอวี ของลูก 	<p>ทุกครั้งที่ยังตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อมารับบริการ และ เมื่อสรุปลักษณะการติดเชื้อของลูกได้</p>
<p>ลำดับการส่งข้อมูล (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ออนไลน์) โรงพยาบาล→สปสช</p>		

รายงานโครงการลดการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก

ชื่อโรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ประจำเดือน.....พ.ศ.....

รายงานจากคลินิกฝากครรภ์

คน

- | | | |
|---------------------------------------|--------------|----|
| 1. จำนวนผู้มาฝากครรภ์ใหม่ทั้งหมด..... | [__][__][__] | คน |
| 1.1 ไม่เจาะเลือด..... | [__][__][__] | คน |
| 1.2 เจาะเลือด..... | [__][__][__] | คน |
| 1.2.1 ผลเลือด HIV บวก..... | [__][__][__] | คน |
| 1.2.2 ผลเลือด HIV ลบ..... | [__][__][__] | คน |

รายงานจากห้องคลอด

- | | | |
|---|--------------|----|
| 2. จำนวนคลอดทั้งหมด..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1 จำนวนผู้มาคลอดที่ฝากครรภ์..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.1 จำนวนผลเลือด HIV บวก..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.1.1 แม่รับยา AZT อย่างเดียวอย่างน้อย 4 สัปดาห์ก่อนคลอด..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.1.1.1 แม่กินยาสม่ำเสมอ..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.1.1.2 แม่กินยาสม่ำเสมอปานกลาง..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.1.1.3 แม่กินยาไม่สม่ำเสมอ..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.1.2 แม่ได้รับยา AZT อย่างเดียวน้อยกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอด..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.1.3 แม่ได้รับยา AZT และ NVP ในระยะคลอด..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.1.4 แม่ได้รับยาด้านไวรัส สูตร HAART..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.1.5 แม่ไม่ได้รับยาด้านไวรัสใดๆ..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.2 จำนวนผลเลือด HIV ลบ..... | [__][__][__] | คน |
| 2.1.3 จำนวนไม่ตรวจหาเชื้อ HIV..... | [__][__][__] | คน |
| 2.2 จำนวนผู้มาคลอดที่ไม่เคยฝากครรภ์..... | [__][__][__] | คน |
| 2.2.1 จำนวนผลเลือด HIV บวก..... | [__][__][__] | คน |
| 2.2.1.1 ได้รับยา AZT ในระยะเจ็บท้องคลอด..... | [__][__][__] | คน |
| 2.2.1.2 ได้รับยา AZT และ NVP ในระยะคลอด..... | [__][__][__] | คน |
| 2.2.1.3 ได้รับยาด้านไวรัส สูตร HAART..... | [__][__][__] | คน |
| 2.2.1.4 ไม่ได้รับยาด้านไวรัสใดๆเลย..... | [__][__][__] | คน |
| 2.2.2 จำนวนผลเลือด HIV ลบ..... | [__][__][__] | คน |
| 2.2.3 จำนวนไม่ตรวจหาเชื้อ HIV..... | [__][__][__] | คน |

3. จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตจากแม่ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี.....	[__][__][__]	คน
3.1 ได้รับ AZT อย่างเดียว.....	[__][__][__]	คน
3.1.1 จำนวนเด็กที่จะได้รับยา AZT เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์.....	[__][__][__]	คน
3.1.2 จำนวนเด็กที่จะได้รับยา AZT เป็นระยะเวลา 4 -6 สัปดาห์.....	[__][__][__]	คน
3.2 ได้รับยาด้าน AZT และ NVP.....	[__][__][__]	คน
3.3 ได้รับยาด้าน ไวรัส สูตร HAART	[__][__][__]	คน
3.4 ไม่ได้รับยาด้านไวรัสใดๆเลย.....	[__][__][__]	คน
4. รายงานการจ่ายนมผสมก่อนออกจากโรงพยาบาล		
4.1 จำนวนทารกที่ได้รับนมผสมก่อนออกจากโรงพยาบาล.....	[__][__][__]	คน
4.2 จำนวนนมผสมที่จ่ายให้ทารกในข้อ 4.1	[__][__][__]	•[__] ก.ก
รายงานการจ่ายนมผสม (เฉพาะเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ HIV)		
5. จำนวนเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV มารับนมผสมในเดือนนี้		
5.1 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีที่มารับนมผสม.....	[__][__][__]	คน
5.1.1 ปริมาณนมผสมที่จ่ายให้เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ทั้งหมดในเดือนนี้.....	[__][__][__]	•[__] ก.ก
5.2 เด็กอายุ 1-2 ปีที่มารับนมผสม.....	[__][__][__]	คน
5.2.1 ปริมาณนมผสมที่จ่ายให้เด็กอายุ 1-2 ปี ทั้งหมดในเดือนนี้.....	[__][__][__]	•[__] ก.ก

ผู้รายงาน.....

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน.....

ข้อมูลประจำเดือนที่จะต้องรายงานเพิ่มเติมตามนโยบาย ตุลาคม 2553*

1. การบริการเรื่องเอชไอวีสำหรับสามี/คู่ของหญิงคลอด	เท่ากับจำนวนหญิงคลอด
1.1 หญิงคลอดที่สามี/คู่ได้รับการบริการเรื่องเอชไอวี	[] [] [] คน
1.1.1 ได้รับการปรึกษาพร้อมคู่	[] [] [] คน
1.1.2 ไม่ได้รับการปรึกษาพร้อมคู่	[] [] [] คน
1.2 หญิงคลอดที่สามี/คู่ไม่ได้รับการบริการเรื่องเอชไอวี	[] [] [] คน
2. สามี/คู่ของหญิงคลอดทั้งหมด (รวมทั้งที่อยู่ด้วยกัน หย่า แยก ตาย)	เท่ากับจำนวนหญิงคลอด
2.1 สามี/คู่ที่ผลเลือดเอชไอวี บวก	[] [] [] คน
2.2 สามี/คู่ที่ผลเลือดเอชไอวี ลบ	[] [] [] คน
2.3 สามี/คู่ที่ไม่ทราบผลเลือด	[] [] [] คน
3. หญิงคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด	[] [] [] คน
3.1 ได้ตรวจ CD4 ในระยะตั้งครรภ์	[] [] [] คน
3.2 ไม่ได้ตรวจ CD4 ในระยะตั้งครรภ์	[] [] [] คน

*กำลังอยู่ระหว่างการปรับปรุงระบบรายงานประจำเดือน สถานบริการควรเตรียมเก็บข้อมูล โดยการเพิ่มการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ใบฝากครรภ์ สมุดฝากครรภ์ ใบย่อคลอด หรือสมุดทะเบียนท้องคลอด เพื่อเก็บข้อมูลและสามารถสืบค้นข้อมูลดังกล่าวได้โดยง่าย และเพื่อสามารถรายงานข้อมูลตามนโยบายปัจจุบันได้ทันทีที่กรมอนามัยปรับปรุงระบบรายงานเสร็จ

ภาคผนวก

นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2554

1. สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่าย ควรจัดให้มีบริการปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวี อย่างมีคุณภาพ ควรให้คำปรึกษาแบบคู่ (Couple counselling) และเก็บผลการตรวจเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยแจ้งให้ทราบเฉพาะบุคคล และผู้ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี อนุญาตเท่านั้น
2. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนและสามีหรือคู่ครอง จะได้รับการปรึกษาแบบคู่ และตรวจหาเชื้อเอชไอวี ด้วยความสมัครใจ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการตรวจเซลล์ CD4 และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (Highly Active Antiretroviral Therapy : HAART) หรือรักษาด้วยยาต้านไวรัสอื่น ๆ ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข
3. เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสเมื่อแรกเกิด ได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารก และได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข
4. แม่ ลูก และสามีหรือคู่ครอง ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสตามสภาพของการติดเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ และการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2554

1. สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่าย ควรจัดให้มีบริการปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างมีคุณภาพ ควรให้การปรึกษาแบบคู่ และเก็บผลการตรวจเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยแจ้งให้ทราบเฉพาะบุคคล และผู้ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอนุญาตเท่านั้น
2. หญิงตั้งครรภ์ทุกคน และสามีหรือคู่ครอง จะได้รับการปรึกษาแบบคู่และตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ ซึ่งการตรวจหาเชื้อเอชไอวีให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนจะได้รับการตรวจเซลล์ CD4 และจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (Highly Active Antiretroviral Therapy : HAART) ดังนี้

3.1 กรณีหญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสใดๆมาก่อน

3.1.1 ผลการตรวจเซลล์ CD4 มากกว่า 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร ให้ ยา AZT +3TC+LPV/r โดยเริ่มกินยาเมื่ออายุครรภ์ 14 สัปดาห์ เข้า เย็น ห่างกัน 12 ชั่วโมง จนเจ็บท้องคลอด
เมื่อเริ่มเจ็บท้องคลอดกินยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัมทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว
หลังคลอด ให้หยุดกินยาต้านไวรัส

3.1.2 ผลการตรวจเซลล์ CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร ให้ยา AZT+3TC+LPV/r โดยเริ่มกินยาทันที เข้า-เย็น ห่างกัน 12 ชั่วโมง จนเจ็บท้องคลอด
เมื่อเริ่มเจ็บท้องคลอดกินยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัมทุก 3 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว
หลังคลอดให้กินยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (HAART) ต่อ ตามแนวทางการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่

3.1.3 กรณีหญิงตั้งครรภ์ ที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (HAART) มาก่อน **ระยะตั้งครรภ์** ให้กินยาต้านไวรัส ที่ได้รับเพื่อการรักษาก่อนตั้งครรภ์ ต่อเนื่อง

เมื่อเริ่มเจ็บท้องคลอดกินยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัมทุก 3 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว

หลังคลอด ให้กินยาต้านไวรัส ที่ได้รับเพื่อการรักษาก่อนตั้งครรภ์ต่อเนื่องต่อไป

3.2 กรณีหญิงตั้งครรภ์ มาคลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์

3.2.1 คาดว่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง

ระยะคลอด กินยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัมทุก 3 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว

หลังคลอด พิจารณาให้การรักษาตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่ หลังได้ผล CD4

3.2.2 คาดว่าไม่น่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง

ระยะคลอด กินยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัมทุก 3 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว ร่วมกับให้ single-dose nevirapine เม็ดละ 200 มิลลิกรัม 1 เม็ด

หลังคลอด ให้ยา AZT (200-300 มิลลิกรัม) +3TC (150 มิลลิกรัม) +LPV/r (400/100 มิลลิกรัม) ทุก 12 ชั่วโมง จนกว่าจะทราบผล CD4

หมายเหตุ ในข้อ 3.2 พิจารณาตรวจ CD4 โดยเร็วและให้ยาต้านไวรัสช่วงหลังคลอด ดังนี้

- หาก CD4 มากกว่า 350 เซลต่อไมโครลิตร ให้ AZT + 3TC + LPV/r จนครบ 4 สัปดาห์ แล้วหยุดยาพร้อมกันทุกตัว
- หาก CD4 น้อยกว่า/เท่ากับ 350 เซลต่อไมโครลิตร .ให้การักษาต่อโดยเปลี่ยนยาตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่

4. ทารกทุกคนที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

4.1 ถ้าแม่ฝากครรภ์ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (HAART) ในระยะตั้งครรภ์ หรือได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน ทารกจะได้รับยาต้านไวรัส AZT ชนิดน้ำ โดยเริ่มกินทันทีหลังคลอด ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง กินติดต่อกัน 4 สัปดาห์

- 4.2 ถ้าแม่ไม่ได้ฝากครรภ์ หรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะตั้งครรถ์ ทารกจะได้รับยาต้านไวรัส AZT ชนิดน้ำ + 3TC ชนิดน้ำโดยเริ่มกินทันที หลังคลอดให้ AZT ขนาด 4 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และ 3TC ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง กินติดต่อกัน นาน 4 ถึง 6 สัปดาห์ และกินยา Nevirapine ชนิดน้ำ ขนาด 4 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม วันละครั้ง กินติดต่อกัน 2 ถึง 4 สัปดาห์
5. ทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารกจนอายุครบ 18 เดือน แทนการเลี้ยงด้วยนมแม่
6. เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนต้องได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ดังนี้
- 6.1 ตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR ครั้งแรกเมื่ออายุ 1-2 เดือน
- ถ้าผลเป็นบวก ให้ตรวจซ้ำทันที ถ้าผลครั้งที่ 2 เป็นบวก ให้ส่งต่อเด็กเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับเด็กทันที
 - ถ้าผลเป็นลบ ให้ตรวจครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 เดือนและตรวจยืนยันด้วย HIV antibody เมื่ออายุ 18 เดือน
 - กรณีผล PCR ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ขัดแย้งกัน ให้ตรวจซ้ำครั้งที่ 3 ทันที
- 6.2 กรณีที่ไม่ได้ตรวจเลือดด้วยวิธี PCR ให้ตรวจ HIV antibody เมื่ออายุ 12 เดือน ถ้าผลเป็นบวก ให้ตรวจซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุ 18 เดือน
7. กรณีที่หญิงหลังคลอดยินยอมเปิดเผยผลเลือดตนเองแก่สามี และยังไม่ได้รับการปรึกษาแบบคู่เมื่อมาฝากครรภ์หญิงหลังคลอดและสามีหรือคู่ครอง จะได้รับการดูแลให้การศึกษา การดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตามข้อบ่งชี้ เช่น ปริมาณของเซลล์ CD4 และพยาธิสภาพของโรค
8. สำหรับเด็กจะได้รับการดูแลต่อเนื่องจากที่เหมาะสม หากพบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาตามแนวทางการรักษาด้วยการให้ยาต้านไวรัสในเด็ก
-

คำถามที่พบบ่อย

1. การปรับสูตรยาในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา HAART มาก่อน

คำถาม 1.1 หญิงติดเชื้อเอชไอวีกิน GPO-Z250 หรือยา HAART อื่นๆ แล้วตั้งครรภ์ ต้องเปลี่ยนสูตรยาหรือไม่ กินสูตรยาใดบ้างที่ต้องเปลี่ยนยา

คำตอบ

- ⇒ ในกรณีที่ไม่มีผล Viral Load ให้ยาHAART เดิมต่อ แต่ควรหลีกเลี่ยงสูตรยา ที่มี EFV ในไตรมาสแรก หรือ d4T+ddI หากหญิงตั้งครรภ์กินยา HAART นานเกิน 6 เดือนขึ้นไปแล้ว ควรพิจารณาเจาะ Viral load (VL)
- ⇒ ในกรณีที่มีผล VL ควรพิจารณาค่าระดับ VL ล่าสุด
 - หากมี VL < 50 copies/mL สามารถให้สูตรยาเดิมต่อได้เลย
 - หากมี VL ระหว่าง 50-1,000 copies/mL ควรตรวจสอบว่าคนไข้กินยาสม่ำเสมอ หรือไม่ หรืออาจเกิดจาก virological blip หากกินยาไม่สม่ำเสมอ ให้ยาเดิมต่อและแนะนำเรื่องความสำคัญของการกินยาอย่างสม่ำเสมอ
 - หากมี VL สูงกว่า 1,000 copies/mL หรือสงสัยว่ามีโอกาสดื้อยา ควรพิจารณา เจาะตรวจหาการดื้อยา (viral resistance testing) และเปลี่ยนสูตรยาเป็นสูตร LPV/r-based HAART หรือสูตรอื่นๆตามข้อแนะนำตามแนวทางการรักษา โดยมีเป้าหมายให้ได้ระดับ VL < 50 copies/ml

คำถาม 1.2 ในรายที่กินยาสูตร EFV-based HAART มาก่อนตั้งครรภ์แล้ว เมื่อตั้งครรภ์ เปลี่ยนยาในไตรมาสแรกเป็น AZT+3TC+ LPV/r หลังพ้นไตรมาสแรกแล้วควรเปลี่ยนยา กลับเป็นสูตรเดิมหรือไม่

คำตอบ

ควรพิจารณาการตอบสนองต่อยา EFV-based HAART ตามระดับ VL หาก VL หลังกินยา EFV-based HAART < 50 copies/mL แสดงว่าสูตรดังกล่าวมีประสิทธิภาพดี หลังพ้นไตรมาสแรกแล้วจะใช้สูตร AZT+3TC+ LPV/r ต่อก็ได้หรือจะเปลี่ยนสูตรกลับเป็น EFV-based HAART ก็ได้ ในช่วงหลังคลอดให้ใช้สูตร EFV-based HAART เหมือนก่อนตั้งครรภ์

คำถาม 1.3 คนไข้ที่ได้ยา AZT+3TC+LPV/r แล้วหลังคลอดเปลี่ยนกลับมาเป็นสูตร AZT+3TC+EFV จะเป็นอันตรายหรือดื้อยาหรือไม่ เข้าใจว่าสูตร LPV/r based HAART มักใช้เป็นสูตรสำหรับคนไข้ดื้อยา

คำตอบ การให้ยาสูตร AZT+3TC+LPV/r ในขณะที่ตั้งครรภ์ แล้วเปลี่ยนมาเป็นสูตร AZT+3TC+EFV ในช่วงหลังคลอดต่อไปไม่ทำให้เกิดการดื้อยา เพราะยาทั้ง 2 สูตรมีประสิทธิภาพสูงไม่ต่างกัน หากผู้ป่วยกินยาโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ ปริมาณไวรัสจะต่ำ

2. การให้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่มี CD4 >350 เซลล์ต่อไมโครลิตร

คำถาม 2.1 แม่กินยา AZT และ Single Dose NVP ในท้องแรก แข็งแรงดี ลูกไม่ติดเชื้อ ท้องที่ 2 CD4 มากกว่า 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร ตั้งครรภ์ที่ 2 ใช้ยาสูตรเดิมได้หรือไม่ (ลูกคนแรกไม่ติดเชื้อ)

คำตอบ ควรใช้ยาสูตร HAART คือ AZT+3TC+LPV/r ในครรภ์ที่ 2 โดยไม่ต้องคำนึงว่า ในท้องก่อนจะได้ยาอะไรมา และไม่ต้องกังวลว่า ผู้ป่วยจะมีเชื้อดื้อยา NNRTI จากการให้ยา Single Dose NVP หรือไม่ รวมทั้งการใช้ AZT+3TC+LPV/r จะไม่ก่อปัญหาเชื้อดื้อยา NNRTI หลังคลอดด้วย ในขณะที่หากแม่ได้ AZT+ single dose NVP มีโอกาสเกิดดื้อยากลุ่ม NNRTI อย่างมาก

คำถาม 2.2 คนไข้ที่ได้ยาสูตร AZT สูตรเดิมมาก่อนตั้งแต่ 28 สัปดาห์หากนโยบายเปลี่ยนต้องเปลี่ยนสูตรยาให้คนไข้หรือไม่ระหว่างตั้งครรภ์

คำตอบ ⇒ ในกรณีที่คนไข้มีระดับ CD4 < 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร จำเป็นต้องได้ยา HAART เพื่อการรักษาในกรณีนี้ควรเปลี่ยนสูตรยา

⇒ ในกรณีที่คนไข้มีระดับ CD4 > 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร หากได้ AZT ตัวเดียว ควรเปลี่ยนเป็นสูตร AZT+3TC+LPV/r ตามข้อแนะนำใหม่

คำถาม 2.3 คนไข้ที่แม่ได้ AZT+single dose NVP มาตั้งแต่ 28 สัปดาห์ถึงคลอด วันนี้อาการดี ลูกควร ได้ยาสูตรใด และแม่ควรได้ยาสูตรใดเพื่อลดการดื้อยา NNRTI หลังคลอด

คำตอบ

ในกรณีที่มี CD4 \leq 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร แต่ได้ยาสูตร AZT+single dose NVP กรณีนี้มีโอกาสสูงที่ลูกอาจติดเชื้อ แต่ถ้าแม่ CD4 $>$ 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร หากเริ่มยาตั้งแต่ 28 สัปดาห์ โอกาสติดเชื้อต่ำกว่าร้อยละ 3 อย่างไรก็ตาม กรณีนี้หากทำได้ ควรขอตรวจ Viral Load

- ในกรณีที่ไม่มีผล Viral Load หรือตรวจไม่ทันในแม่
 - หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ CD4 \leq 350 เซลล์ต่อไมโครลิตรควรได้รับยา HAART ต่อหลังคลอด
 - หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ CD4 $>$ 350 เซลล์ต่อไมโครลิตรควรได้รับยา AZT+3TC กินต่อหลังคลอดนาน 7 วัน เพื่อช่วยป้องกันการดื้อยา NNRTI หลังคลอด
- กรณีที่มีการตรวจ Viral Load ควรพิจารณาในแต่ละราย
 - ถ้า VL \leq 1,000 copies/mL ควรให้ยา tail regimen เป็นสูตร AZT+3TC x 7 วันตามนโยบายเดิม ส่วนลูกควรได้ยา AZT x 4 สัปดาห์
 - ถ้า VL $>$ 1000 copies/mL ควรพิจารณาให้ยา tail regimen หลังคลอดเป็นสูตร AZT+3TC+LPV/r นาน 4 สัปดาห์ ส่วนลูกควรได้รับยา AZT+3TC (4-6 สัปดาห์)+ NVP (2-4 สัปดาห์) ในกรณีนี้ ควรพิจารณาผ่าท้องคลอดด้วย เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในทารก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานพยาบาล และสภาวะผู้ป่วยในขณะนั้น

คำถาม 2.4

แม่ที่ระดับ CD4 $>$ 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร ได้ยา AZT+3TC+EFV เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ หลังคลอดหยุดยาแล้วควรได้รับ tail regimen สูตรใด

คำตอบ

ควรได้รับสูตรยา AZT+3TC กินต่อเนื่อง 7 วัน

3. ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส HAART ต่อหญิงตั้งครรภ์และแนวทางการดูแล

คำถาม 3.1

หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ กินยาต้านแล้ว มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียอย่างแรง จะดูแลอย่างไร

คำตอบ ให้ซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุของการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียว่าเกิดจากการ ติดเชื้อ จากยาหรือสาเหตุอื่น หากคิดว่าน่าจะเกิดจากผลข้างเคียงของการกินยา ซึ่งยา LPV/r จะมีโอกาสทำให้เกิดอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหารมากกว่ายา AZT หรือ 3TC ให้แนะนำหญิงตั้งครรภ์ว่า อาการทางระบบทางเดินอาหารจะค่อยๆ ดีขึ้นใน 2-4 สัปดาห์ และแนะนำให้รับประทานอาหารก่อนถึงมื้อยา เพื่อลดผลข้างเคียงนี้ แต่หากอาการท้องเสียหรืออาเจียนยังมากอยู่ ให้พิจารณาเปลี่ยนยาจากสูตร AZT+3TC+LPV/r เป็นสูตร AZT+3TC+EFV (โดยให้เริ่มกินยาสูตรนี้หลังไตรมาสแรก) และให้ยารักษาตามอาการ

คำถาม 3.2 **หญิงติดเชื้อกินยาด้านไวรัสขณะตั้งครรภ์ เกิดภาวะตับอักเสบจะให้หยุดยาหรือไม่**

คำตอบ ควรพิจารณาอาการของคนไข้และประเมินดูค่าเอนไซม์ตับ หาสาเหตุของการเกิดตับอักเสบ ว่าเกิดจากการติดเชื้อไวรัส จากยา การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ภาวะถุงน้ำดีอักเสบหรืออื่นๆ ในรายที่ตรวจพบว่าอาการตับอักเสบจากยาหากกินยาต่อเนื่องมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้จึงควรพิจารณาหยุดยา โดยควรหยุดยาทันทีหากค่าเอนไซม์ตับสูงเกิน 5 เท่าของค่าสูงสุดของปกติ โดยควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทุกราย ในระหว่างที่หยุดยาหากยังมีความจำเป็นต้องป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอาจพิจารณาให้ยา ด้านไวรัสสูตรที่ไม่มีผลกับตับ ให้คนไข้กินต่อ เช่น AZT

คำถาม 3.3 **หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ กินยาด้านแล้ว ผลเลือดซีดมาก มีแนวทาง การดูแลอย่างไร**

คำตอบ หากกินยาด้านไวรัสสูตร AZT แล้วซีดมี Hb ต่ำกว่า 8 g/dl แนะนำให้เปลี่ยนยาเป็นสูตร d4T หรือ TDF แทน

คำถาม 3.4 **Gestational diabetes mellitus (GDM) หรือ glucose intolerance พบบ่อยแค่ไหน ในหญิงตั้งครรภ์**

คำตอบ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีรายงานในผู้ใช้ยากลุ่ม protease inhibitor นอกจากนี้ การตั้งครรภ์เองก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อย่างไรก็ตามจากข้อมูลที่มีพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา PI-based HAART ไม่ได้

พบการเป็น GDM มากขึ้น ในการศึกษาในหญิง 41 รายที่ได้รับ PI-based HAART พบว่ามีการเพิ่มโอกาสเกิด glucose intolerance แต่ไม่พบ GDM มากขึ้น และในบางการศึกษาไม่พบความเสี่ยงของการเกิด glucose intolerance เพิ่มขึ้นเลย ในขณะที่บางการศึกษารายงานว่าพบอัตราการเกิด impaired glucose tolerance สูงถึงร้อยละ 38 ไม่ว่าจะได้รับยา HAART สูตรใดก็ตาม แต่การเกิด glucose intolerance ส่วนใหญ่สัมพันธ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มี Body mass index สูง (อ้วน)

คำถาม 3.5 หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ ตรวจ Glucose Challenge Test (GCT) และ Oral Glucose Tolerance test (OGTT) ผิดปกติที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์มีแนวทางการดูแลอย่างไร

คำตอบ ให้การดูแลเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น gestational DM อื่นๆ ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อ คือควบคุมอาหารประเภทแป้ง คาร์โบไฮเดรต อาหารรสหวาน ในบางรายอาจต้องให้อินซูลินในการรักษาและส่งต่ออายุรแพทย์เพื่อติดตามอาการเบาหวาน รวมถึงแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินระดับน้ำตาลของตนเองเป็นระยะๆ สำหรับการปรับเปลี่ยนยาต้านไวรัสควรพิจารณาในรายที่เบาหวาน โดยปรับสูตรยาเป็นสูตร EFV-based HAART (โดยเริ่มยาหลังไตรมาสแรก) หรืออื่นๆ โดยปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

4. การให้ยา AZT ในระหว่างคลอด

คำถาม 4.1 ระยะคลอดได้ AZT 300 mg ทุก 3 ชม. 2 ครั้ง แล้วยังไม่คลอดคนไข้ refer มาคลอด รพ. จังหวัด ต้องให้ยา AZT ซ้ำอีกหรือไม่

คำตอบ ควรให้ยา AZT ขนาด 300 mg ต่อ ทุก 3 ชม.

คำถาม 4.2 ผู้หญิงกินยา AZT อยู่แล้ว เวลาคลอดต้องให้ AZT ทุก 3 ชั่วโมงหรือไม่

คำตอบ หากทราบค่า VL ว่าต่ำกว่า 1000 copies/mL ควรให้ AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง ไม่ว่าจะกินยาสูตรใดระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อให้ผลการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกสมบูรณ์ที่สุด

คำถาม 4.3 มีแนวทางการเลือก AZT ขนาด 300 mg q 3 ชม และ AZT ขนาด 600 mg กินครั้งเดียวอย่างไร

คำตอบ เลือกใช้สูตรใดก็ได้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับยา HAART มาอยู่แล้ว เป้าประสงค์ของการให้ยา AZT ระหว่างคลอดเพื่อเตรียมระดับยาให้ผ่านรกไปยังลูกในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่ โดยแนะนำในแนวทางเดียวกันเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติ ในบางกรณีควรเลือกใช้ AZT ขนาด 600 mg กินครั้งเดียว เช่น ในรายที่ผ่าตัดคลอดแบบนัดหมาย แนะนำให้ AZT ขนาด 600 mg ครั้งเดียวก่อนผ่าตัดคลอด 4 ชั่วโมง หรือในกรณีที่คาดว่าจะคลอดเร็วภายใน 3 ชั่วโมง ในกรณีอื่นๆ สามารถเลือกให้ AZT ขนาด 300 มก. ทุก 3 ชั่วโมง ได้

5. แนวทางการดูแลในรายที่กินยาไม่สม่ำเสมอ หรืออาเจียนหลังกินยา

คำถาม 5.1 กรณีมีคลื่นไส้ อาเจียนหลังกินยาด้าน ต้องกินยาซ้ำหรือไม่ กินที่หลังกินยาแล้วอาเจียน

คำตอบ โดยทั่วไปหากอาเจียนหลังกินยาไป นาน กว่า 30 นาที ไม่ต้องกินยาซ้ำ แต่หากอาเจียนทันทีหลังกินยา และเห็นเม็ดยาออกมา ให้กินยาซ้ำ

6. ผลของการหยุดยาหลังคลอดในหญิงที่มี CD4 >350 เซลล์ต่อไมโครลิตร

คำถาม 6.1 หญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ CD4 มากกว่า 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร กินยา HART หลังคลอดหยุดยา คนไข้จะมีโอกาสดื้อยาหรือไม่

คำตอบ ดูผลเรื่องการดื้อยาในคำตอบข้อ 1.3 และ 2.1 หากใช้ HAART ที่เป็นสูตร AZT+3TC+LPV/r สามารถหยุดยาหลังคลอดทุกตัวได้ทันทีพร้อมกันโดยไม่มีปัญหาดื้อยาตามมา แต่ถ้าใช้ยาสูตร AZT+3TC+EFV การหยุดยาหลังคลอดให้หยุดยา EFV ตัวเดียวก่อนและให้ AZT+3TC ต่ออีก 2 สัปดาห์เพื่อเป็น tail therapy ป้องกันการดื้อ NNRTI หลังคลอด

7. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

คำถาม 7.1 **กรณีหญิงตั้งครรภ์มีภาวะ TB+HIV จะดูแลอย่างไร**

คำตอบ **ควรเลือกสูตรยาเป็น EFV-based HAART แต่ควรเริ่มยาหลังไตรมาสแรก**

8. การให้ยาในทารก

คำถาม 8.1 **ทารกที่อยู่ NICU ใส่ท่อช่วยหายใจ จำเป็นต้องให้ยาด้านไวรัสหรือไม่**

คำตอบ **จำเป็นต้องให้ยาด้านไวรัส โดยสามารถป้อนให้ผ่านทาง NG tube ได้**

คำถาม 8.2 **ทารกคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลชุมชนบางครั้งประเมิน Ballard score ไม่ถูกต้อง แม่บางคนจำ LMP ไม่ได้และไม่มีการทำ u/s ระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้ไม่แน่ใจอายุครรภ์ จะให้ดิสยาตามน้ำหนักตัวเด็กแทนได้หรือไม่?**

คำตอบ **การให้ยาในทารกคลอดก่อนกำหนด ควรพิจารณาตามอายุครรภ์และน้ำหนักตัวเด็ก เนื่องจากเมตาโบลิซึมของทารกคลอดก่อนกำหนด (<35 สัปดาห์) ยังไม่ดีเท่าทารกคลอดครบกำหนด ขนาดยาของทารกต่อน้ำหนักตัวจึงอาจไม่เท่ากับทารกคลอดครบกำหนด ดังนั้นในกรณีที่ไม่มีผลอายุครรภ์ ควรประเมินอายุครรภ์ตาม Ballard score และให้ยาเด็กตามข้อแนะนำการให้ยาด้านไวรัสสำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก**

9. ผลข้างเคียงของยาด้านไวรัส HAART ต่อทารกในครรภ์และผลข้างเคียงระยะยาวต่อทารก

คำถาม 9.1 **การกินยาด้านในหญิงตั้งครรภ์จะมีผลข้างเคียงต่อทารกหรือไม่ อย่างไร?**

คำตอบ **จากประสบการณ์การใช้ยา HAART ในหญิงตั้งครรภ์และทารกในสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราการเกิดความพิการแต่กำเนิด ไม่แตกต่างจากทารกที่แม่ไม่ได้ยาด้านไวรัสใด อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า การใช้ยา HAART มีแนวโน้มอาจก่อให้เกิดผลคลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักตัวน้อยได้ โดยเฉพาะยาในกลุ่ม PI แต่ไม่มีรายงานเพิ่มการเกิดผิดปกติในทารกแรกเกิดเทียบกับคนที่ไม่ได้ยา**

ด้านไวรัส อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียงระยะยาวหลายๆ ปียังคงมีความจำเป็นต้องติดตามต่อไป

10. ผลข้างเคียงของลูกที่ได้ยาด้านไวรัสสูตร 3 ตัวและ no ANC

คำถาม 10.1 แม่ No ANC ลูกให้ยา NVP นาน หลายสัปดาห์ หากลูกติดเชื้อจะมีผลให้ลูกดื้อยา NVP หรือไม่

คำตอบ มีโอกาสดื้อยาได้มากหากเด็กกินยา NVP และติดเชื้อ อย่างไรก็ตามเมื่อช่วงระหว่างประโยชน์กับความเสี่ยงคิดว่าเด็กน่าจะได้รับประโยชน์มากกว่าในกรณีที่ได้รับยา สูตร HAART เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกในกรณีที่แม่ no ANC การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงดังกล่าวอาจทำได้โดยนัดเด็กมาเจาะ PCR ที่ 4 สัปดาห์เพื่อดูว่าเด็กติดเชื้อหรือไม่ ในขณะที่เดียวกันให้ยา AZT+3TC ต่อครบ 6 สัปดาห์และ NVP นาน 4 สัปดาห์ ระหว่างรอผล PCR หากไม่ติดเชื้อสามารถหยุดยาได้ แต่หากติดเชื้อให้ยา HAART รักษาต่อได้เลย

คำถาม 10.2 ทารกที่ได้รับยาสูตร HAART กินหลังคลอด มีแนวทางการติดตามผลข้างเคียงอย่างไร จำเป็นต้องเจาะ LFT หรือ Hct ประเมินหรือไม่อย่างไร

คำตอบ จากการศึกษาพบว่าการให้ยา NVP กินวันละครั้งในทารกนาน 6 สัปดาห์ ไม่พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องตับอักเสบที่รุนแรงมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากแนวทาง PMTCT WHO 2010 แนะนำสูตรยา NVP กินวันละครั้งในทารกนาน 6 สัปดาห์ได้ ดังนั้นควรประเมินอาการตับอักเสบและซีดีในเด็ก และเจาะเลือดตรวจในรายที่มีอาการ แต่ไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดเพื่อติดตามในทุกราย

11. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

คำถาม 11.1 การตรวจ GCT จำเป็นต้องตรวจก่อนเริ่มยาในคนใช้ทุกรายหรือไม่ และแนะนำให้ตรวจเมื่อไร

คำตอบ ไม่จำเป็นต้องตรวจในคนใช้ทุกรายก่อนเริ่มยา แต่ควรตรวจในผู้มีความเสี่ยงต่อไปนี้ อายุมากกว่า 35 ปี อ้วน มีประวัติในครอบครัวเป็นเบาหวาน ตามข้อแนะนำของแนวทางการคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม หลังเริ่มยานาน 4 สัปดาห์ขึ้นไปหรือที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา LPV/r-based HAART ทุกรายควรได้รับการตรวจ GCT เพื่อคัดกรองหากพบความผิดปกติ

คำถาม 11.2 การตรวจ CD4 หากไม่สามารถตรวจได้ก่อนเริ่มกินยาแต่มาตรวจหลังกินยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ มีผลต่อระดับ CD4 หรือไม่ โดยทั่วไปกินยา HAART นานเท่าไรจึงจะเปลี่ยนแปลงค่า CD4

คำตอบ ส่วนใหญ่ไม่สามารถเปลี่ยนค่า CD4 ได้มาก โดยส่วนมากใช้เวลาอย่างน้อย 1-2 เดือนขึ้นไปจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงของ CD4

คำถาม 11.3 การเจาะ Viral Load ที่ 36 สัปดาห์ควรทำทุกรายหรือไม่ หากไม่สามารถทำได้รายใดควรทำเป็นพิเศษเพื่อประโยชน์ใด

คำตอบ ควรพิจารณาในรายที่กินยา HAART ไม่สม่ำเสมอ หรือในรายที่กินยามานานไม่ถึง 4 สัปดาห์เนื่องจากในกรณีดังกล่าวมีโอกาสที่ค่า VL จะมากกว่า 1000 copies/mL ได้ ข้อมูล PK study ของ PHPT พบว่าหากได้ยา LPV/r นานอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 74 จะมีระดับ VL ที่ต่ำกว่า 1000 copies/mL และหากได้ยา นาน 9.5 สัปดาห์ ร้อยละ 100 จะมี VL ต่ำกว่า 1000 copies/mL ดังนั้นการตรวจ VL ในกรณีนี้จะให้ประโยชน์สำหรับทารกในการพิจารณาว่าทารกควรได้รับยาสูตร HAART หรือ AZT 4 สัปดาห์

12. การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด

คำถาม 12.1 การส่ง Whole Blood เพื่อตรวจ PCR ในเด็ก ถ้าไม่ได้แช่แข็งขณะในการนำส่ง ผลที่ได้รับจะเป็นอย่างไร

คำตอบ สำหรับการส่งตรวจ PCR โดยใช้ whole blood หากไม่สามารถส่งตรวจได้ภายใน 48 ชั่วโมง ในสภาพแช่เย็นให้ปั่นแยกพลาสมา ที่ความเร็ว 800-

1600 g. นาน 20 นาที ดูดแบ่งพลาสมา 1 มิลลิลิตร ใส่ในหลอดขนาด 1.5 มิลลิลิตร และดูด pack cell ใส่ในหลอดฝาเกลียวขนาด 2 มิลลิลิตร และนำส่งทั้งพลาสมาและ pack cell ในสภาพแช่เย็นโดยเร็วที่สุด (ไม่เกิน 1 สัปดาห์ภายหลังการเจาะเลือด) สามารถขอรายละเอียดได้ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

คำถาม 12.2 การตรวจ PCR ใช้เวลาในการตรวจนานเท่าไร

คำตอบ โดยทั่วไปมักได้ผลใน 6 วันทำการหลังวันที่ได้รับส่งตรวจ แต่ในบางกรณีจะนานกว่านั้นหากพบผลผิดปกติหรือไม่แน่ใจ

คำถาม 12.3 กรณีตรวจ PCR ครั้งที่ 1 ผล Neg ครั้งที่ 2 ผล Post การตรวจครั้งที่ 3 ต้อง key ไบนำส่งผ่าน สปสช. หรือไม่

คำตอบ ในกรณีนี้จะ key ไม่ได้ แต่ห้อง lab จะตรวจยืนยันให้เอง

คำถาม 12.4 การตรวจ PCR ครั้งแรกผลเป็น Neg ทำไมผลครั้งที่ 2 เป็น Post

คำตอบ ในกรณีนี้เป็นไปได้เพราะความไวของการตรวจครั้งแรกอาจตรวจจับไม่ได้หากตรวจเมื่ออายุน้อยมาก แต่หากตรวจหลังอายุ 4 เดือนไปแล้วไม่ควรเกิดผลลบปลอม

คำถาม 12.5 การตรวจ PCR ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 จำเป็นต้องห่างกันอย่างน้อยกี่เดือน

คำตอบ ครั้งแรกควรตรวจที่อย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป หากได้ผลบวกควรส่งตรวจยืนยันทันที โดยไม่ต้องรอเว้นช่วงห่าง แต่หากผลลบควรรอตรวจซ้ำที่อายุ 4 เดือน เพื่อป้องกันปัญหาเรื่องผลลบปลอม

คำถาม 12.6 การให้การปรึกษากับผู้ปกครอง หาก PCR เป็นลบแล้วมาเจาะ antibody ที่ 12 เดือน เป็นบวก

คำตอบ เป็นไปได้ เนื่องจากยังมี antibody ของแม่อยู่ แต่ถ้า 18 เดือนยังบวกอยู่ทั้งที่ใช้ test kit แบบเดิมแล้ว อาจเนื่องจาก (1) PCR อาจเป็นผลบวกปลอม (2) เจาะ PCR อายุน้อยเกินไปไวรัสยังไม่มากพอ ธิบเจาะ (3) ผลเลือดเด็กเป็นลบ และได้รับนมแม่ ทำให้ผลเลือดเปลี่ยนจากลบเป็นบวกได้ (4) ถ้าเราใช้ test ที่มีความไวสูง (4th generation)

คำถาม 12.7 กระดาษกรองเก็บเลือดจะมีการหมดอายุหรือไม่

คำตอบ ส่วนใหญ่จะไม่ expired

คำถาม 12.8 มีการทำ QA QC กับ 12 ศูนย์วิทย หรือไม่

คำตอบ มีการ validate ปีละ 2 ครั้ง แต่ถ้ามีปัญหา ให้ข้อมูลหรือติดต่อประสานกับส่วนกลาง

คำถาม 12.9 Plasma ที่ใช้ในการตรวจ PCR ต้องได้ปริมาณเท่าไรเป็นอย่างน้อย

คำตอบ เพื่อให้ได้ผลที่น่าเชื่อถือควรปฏิบัติตามข้อแนะนำของห้องปฏิบัติการ

เทคนิคการเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจ DNA PCR มี 2 วิธี ได้แก่

1. เก็บเลือดโดยใช้ Whole blood 0.5-2 มิลลิลิตรใส่หลอด EDTA หรือ citrate (ห้ามใช้ heparin) ส่งตัวอย่างไปที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 12 แห่ง แซ่เย่น (ห้ามแช่แข็ง) และส่งภายใน 48 ชั่วโมง
2. เก็บเลือดแบบหยดบนกระดาษกรอง (dried blood spot) โดยหยดเลือด 2-3 วงบนกระดาษกรอง ส่งตัวอย่างตรวจที่คณะเทคนิคการแพทยมหาวิทยาลัย เชียงใหม่

13. กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ และสามีมีผลเลือดต่างกัน

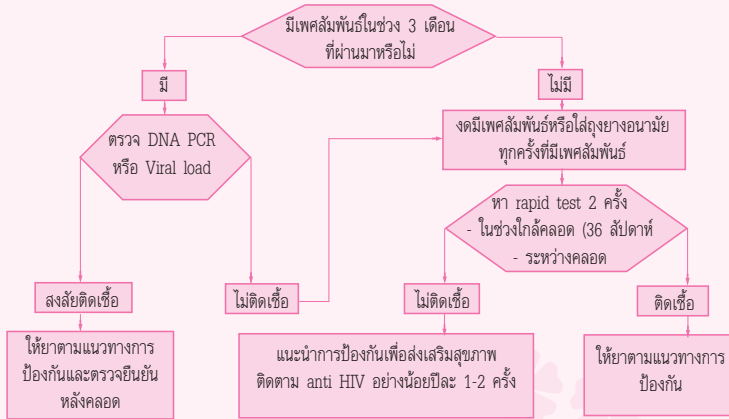
คำถาม 13.1 หญิงตั้งครรภ์ตรวจเลือด HIV ผลเลือด 2 ครั้งไม่ชัดเจนหรือมีผลเลือดต่างกับสามี ขอตรวจ PCR หรือ VL ได้หรือไม่ เบิกได้หรือไม่ และระหว่างรอผล PCR ต้องให้ยาต้านหรือไม่

คำตอบ ขณะนี้ยังเบิกไม่ได้ อย่างไรก็ตามสามารถขอติดต่อไปที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นรายๆ และขอใช้สิทธิการตรวจ DNA PCR ในกรณีด้อยสิทธิจะได้รับการพิจารณาเป็นรายๆไป

คำถาม 13.2 สามีผลเลือดบวก หญิงตั้งครรภ์ผลเลือดตรวจ 2 ครั้ง ยังเป็นลบ หลังคลอดแนะนำให้ลูกกินนมแม่ได้หรือไม่

คำตอบ ในกรณีดังกล่าวให้ปฏิบัติตามแนวทางในผัง กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ผลเลือดลบ

กรณีที่ยกยั้งครรภ์ผลเลือดเป็นลบในระหว่างฝากครรภ์หรือมาคลอด แต่สามีมีผลเลือดบวก



ในหญิงตั้งครรภ์ที่กำลังจะคลอดหรือหลังคลอดไปแล้วไม่เกิน 2 วัน หากมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ชัดเจนให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และสามีเพื่อพิจารณาให้ยาต้านไวรัสก่อนในหญิงตั้งครรภ์และ/หรือทารกเหมือนกรณี no ANC

14. สิทธิการเบิกจ่ายและการย้ายสิทธิ

คำถาม 14.1 หญิงติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสสูตร HAART (ป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก) และใช้สิทธิประกันสังคม การส่งตรวจ Lab เพิ่มเติมจากหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป คนไข้จะเบิกค่าตรวจจาก สปสช. ได้หรือไม่ หรือต้องจ่ายเงินเอง

คำตอบ สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบิกตามสิทธิประกันสุขภาพของแต่ละราย ไม่สามารถเบิกได้จากสปสช

คำถาม 14.2 แนวทางนี้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลเอกชนหรือไม่ อย่างไร

คำตอบ ยาสูตร HAART สามารถเบิกได้จาก สปสช. ทุกรายไม่ว่าจะเป็นสิทธิใด อย่างไรก็ตามในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งอาจไม่มีรหัส NAP ดังนั้นอาจต้องทำการประสานมาเป็นพิเศษกับทาง สปสช. อย่างไรก็ตามไม่อนุญาตให้คิดเงินคนไข้ สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบิกตามสิทธิประกันสุขภาพของแต่ละราย

คำถาม 14.3 ในเด็กที่ตรวจ PCR 2 ครั้งแล้ว ใน NAP database ไม่อนุญาตให้ตรวจ antibody ที่ 18 เดือน จะเบิกจากที่ใด

คำตอบ สามารถเบิกได้ตามสิทธิ เหม่าจ่ายรายหัวแต่ไม่สามารถลงใน NAP data ได้

ผู้รวบรวมและจัดทำ

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. พญ. รังลิมา โสทร์เลขา | ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 2. นางธันนดา นัยวัฒน์กุล | ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 2. นาง ทรรษา ไทยศรี | ศูนย์วิจัยคลินิก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 3. นาง นรีลักษณ์ กุลฤกษ์ | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| 4. นาง ไฉไล เลิศนางกูร | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |

**การคาดประมาณความต้องการวัสดุอาหาร
(นมผงดัดแปลงสำหรับทารก) แต่ละราย**

อายุเด็ก (เดือน)	น้ำหนักตัว โดยเฉลี่ย(กรัม)	ปริมาณนม cc/มื้อ	จำนวนมื้อ/วัน	ปริมาณนม cc/วัน	ปริมาณนม กก./เดือน
0	3,000	75	6	450	2
1	3,400	85	6	510	2.3
2	4,200	105	6	630	2.8
3	5,000	125	6	750	3.5
4	5,800	145	6	870	4
5	6,600	160	6	960	4.3
6	7,400	185	6	1,110	5
7	7,800	195	5	975	4.5
8	8,200	205	5	1,025	4.6
9	8,600	215	5	1,075	4.8
10	9,000	225	4	900	4
11	9,400	240	4	960	4.3
12	9,800	240	4	960	4.3

หมายเหตุ รายละเอียดการคาดประมาณความต้องการวัสดุอาหาร (นมผง) ดัดแปลง
สำหรับทารกแต่ละรายได้รับการอนุเคราะห์จาก ศง.นพ.เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- 1 ออนซ์ = 30 cc.
- นม 1 ออนซ์ ใช้นมผง 4.5 กรัม
- โดยเฉลี่ยใช้นมผงในการเลี้ยงดู 50 กก./คน

ตัวอย่าง

**แบบฟอร์มประกอบการเบิกจ่ายนมผง
สำหรับเด็กแรกเกิด-อายุ 18 เดือน ที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี
โครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์**

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....เขต.....

HN มารดา	อายุมารดา ปัจจุบัน(ปี)	วัน เดือน ปี เกิดทารก	สถานที่คลอด	น้ำหนักแรกคลอด(กรัม) น้ำหนักทารกปัจจุบัน(กรัม)	ส่วนสูง (ซม.)	วัน เดือน ปี ที่จ่ายนมผง	ชนิดนมผง		หมายเหตุ
							ขนาดบรรจุ	จำนวนกระป๋อง	

หมายเหตุแบบฟอร์ม 1 ชุด สำหรับเด็ก 1 คน

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ 928 /2553

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านเอกสัโนแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข

ตามอนุสนธิ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1174/2550 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2550 ได้แต่งตั้ง
คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านเอกสัโนแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข นั้น

เนื่องจากการปรับเปลี่ยนตำแหน่งผู้ทรงคุณวุฒิในกระทรวง สาธารณสุขและมีหน่วยงานภายนอกที่มี
ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการกำหนด
นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก ให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการ
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเอกสัโนแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

องค์ประกอบ

- | | |
|--|---------------|
| 1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | ที่ปรึกษาฯ |
| 2. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| 3. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 4. ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 5. ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 6. อธิบดีกรมอนามัย | กรรมการ |
| 7. รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 8. รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 9. รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 10. รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 11. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| 12. รองปลัดกรุงเทพมหานคร ฝ่ายสาธารณสุข | กรรมการ |
| 13. ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์สุพร เกิดสว่าง
ผู้อำนวยการสมาคมพัฒนาอนามัยแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 14. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุษา ทิสยากร
นายกสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย | กรรมการ |

- | | |
|--|----------------------------|
| 15. รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์
นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| 16. ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย | กรรมการ |
| 17. ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย | กรรมการ |
| 18. ผู้แทนองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย | กรรมการ |
| 19. ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐด้านสาธารณสุข | กรรมการ |
| 20. หัวหน้าภาควิชาสูติศัลยกรรมรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| 21. หัวหน้าภาควิชาสูติศัลยกรรมรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| 22. หัวหน้าภาควิชาสูติศัลยกรรมรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการ |
| 23. หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| 24. หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| 25. หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการ |
| 26. ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค (แพทย์หญิงเพชรศรี สิรินิรันดร์) | กรรมการ |
| 27. ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | กรรมการ |
| 28. ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ | กรรมการ |
| 29. ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 30. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย | กรรมการและเลขานุการ |
| 31. แพทย์หญิงนิพวรรณพร วรมงคล
หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

อำนาจหน้าที่

1. เสนอแนวทางการดำเนินงานศึกษาวិจัย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนด นโยบายการดำเนินงาน เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก

2. เสนอแนะการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของประเทศไทย ให้มี
ประสิทธิภาพ

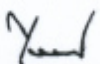
3. เสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอช
ไอวี ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และค่านอนอนามัยการเจริญพันธุ์ในหญิงติดเชื้อเอชไอวี

4. ลงมติให้ความเห็นชอบในการกำหนดนโยบายและแนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจาก
แม่สู่ลูก

5. สนับสนุนให้เกิดการผลักดันด้านสิทธิประโยชน์ในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาหญิงติดเชื้อ
เอชไอวี สามี และลูก

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ตั้ง ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2553


(นายไพจิตร วราจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อคณะทำงาน

จัดทำแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สมยศ	ศิริคมี	อธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์สมศักดิ์	ภัทรกุลวณิชช์	รองอธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์สมพงษ์	สกุลอิสริยาภรณ์	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ
นายแพทย์สรกิจ	ภาคีชีพ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
รศ.พญ.กุลกัญญา	โชคไพบูลย์กิจ	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คณะทำงาน

แพทย์หญิงนิพรธนพร	วรมงคล	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรมอนามัย
แพทย์หญิงรังสิมา	โล่ห์เลขา	ศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐ	ด้านสาธารณสุข
นางธันนดา	นัยวัฒน์กุล	ศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐ	ด้านสาธารณสุข
นายแพทย์สรารุฒิ	บุญสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ	จังหวัดศรีสะเกษ
นางนรีลักษณ์	กุลฤกษ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรมอนามัย
นางไฉไล	เลิศนางกูร	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรมอนามัย
รอ.หญิงฐาปนพร	สิงห์โกวินท์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	กรมอนามัย
นายแพทย์สุรัตน์	สิรินทกานต์	ศูนย์อนามัยที่ 1	กรุงเทพมหานคร
นางคนยา	ธนะอุดม	ศูนย์อนามัยที่ 1	กรุงเทพมหานคร
นางต้องจิตต์	กาญจน์มัย	ศูนย์อนามัยที่ 1	กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงลินินาฏ	กุลลจรรยา	ศูนย์อนามัยที่ 2	สระบุรี
นางสาวสุพิชญา	ไชยรัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 2	สระบุรี
นางทรงศนีย์	ธรรมาธน์วัฒน์	ศูนย์อนามัยที่ 2	สระบุรี
นายแพทย์สันทิต	บุญยะสง	ศูนย์อนามัยที่ 3	ชลบุรี
นางสาวรัตนา	เพชรพรรณ	ศูนย์อนามัยที่ 3	ชลบุรี

นางปวีรดา	ยอดมัลลย์	ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี
นางศิริพร	จริยาจิรวัดนา	ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี
นายชูชีพ	เทียนพิมาย	ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี
นางสาวจารุณี	จตุรพรเพิ่ม	ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี
นางสาวเพ็ญสุข	มสุภารัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี
นางสาวภาวิณี	อร่ามเจริญรัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา
นางธิไลภิญญา	ทองไทย	ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น
นางมลลีย์	แสนใจ	ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
นายชัยยะ	เผ่าผา	ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
แพทย์หญิงบงกช	ชาครบัณฑิต	ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
นางกัญญาภัท	สีสันต์	ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
นางวันเพ็ญ	ประเสริฐศรี	ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์
นางบุญชู	มากบุญ	ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์
นางสาวบุญสนอง	ภิญญา	ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก
นางมาริริน	สุภาพรูป	ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก
นางสาวลักษมี	มีโนวงศ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
นางพรรณนฤมิตร	ชาติกระกุล	ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
นางสาวถาวร	พุ่มเอี่ยม	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
นางสาวกิตติมา	ชำนาญกิจ	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
นายแพทย์บุญแสง	บุญอำนวยกิจ	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
นางสาววนิดา	สุขขี	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
นางศศิรินทร์า	อริยรัฐสินกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
นางสาวเพ็ญพิมล	พงศ์ทองเจริญ	โรงพยาบาลท่าตะเกียบ ฉะเชิงเทรา
นางรัตติยา	จันดาร์ักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร
นางชนิษฐา	ทองหยอด	โรงพยาบาลเดชอุดม อุบลราชธานี

นางสาววัลยดา อินธิแสง
แพทย์หญิงวรางคณา มั่นสกุล

โรงพยาบาลสกลนคร
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ผู้เรียบเรียงและจัดทำ

แพทย์หญิงนิพรธนพร วรมงคล
แพทย์หญิงรังสิมา โล่ห์เสขา
นางธันดา นัยวัฒน์กุล
นางนรีลักษณ์ กุลฤกษ์
นางใจไล เลิศนางกูร

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
ศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย