



ได้รับอนุญาต
จาก ศ.น.พ.

CME PLUS
COUNCIL FOR MEDICAL EDUCATION

การตั้งครรภ์ และการติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง

(Pregnancy and Human Immunodeficiency Viral Infection)

uw.กนกกร ลุนกรจิต วท.บ., พ.บ.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปัตตราสาขาสุนทรศาสตร์และนรีเวชวิทยา

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/160402

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับระบาดวิทยา
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรค
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการตรวจกรอง
5. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางน้ำเหลือง
6. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับผลของการตั้งครรภ์ต่อการดำเนินโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
7. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับผลของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องต่อการตั้งครรภ์
8. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับภาวะให้ยาต้านไวรัส HIV ในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV
9. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
10. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV
11. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก
12. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
13. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
14. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

การคัดล้างอสุจิและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (sperm washing and assisted reproductive technology)

ข้อดีของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ นอกเหนือจากช่วยเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ที่สูงกว่าการฉีดเชื้ออสุจิผสมเทียมแล้วยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสลงอีกด้วย เนื่องจากอาศัยการปฏิสนธิระหว่างไข่กับอสุจิกายนอกร่างกาย โดยที่ฝ่ายหญิงไม่ต้องการสัมผัสกับอสุจิโดยตรง รวมทั้งมีการใช้จำนวนอสุจิน้อยกว่ามาก โดยเฉพาะในการช่วยการปฏิสนธิด้วยวิธี intracytoplasmic sperm injection (ICSI) ซึ่งใช้อสุจิเพียง 1 ตัว ต่อการฉีดเข้าไปในไข่ 1 ฟอง

จากรายงานการศึกษาทั้งสิ้น 10 การศึกษา ระหว่างปี ค.ศ. 1999-2007 ในคู่สมรสที่ฝ่ายชายติดเชื้อเอชไอวี 597 คู่ ที่มารักษาภาวะการมีบุตรด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์โดยการทำ ICSI จำนวน 738 รอบ พบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบเฉลี่ย 38.1% ทั้งนี้ไม่พบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นทั้งในฝ่ายหญิงและทารกแรกคลอด อย่างไรก็ตาม แม้ว่าวิธีนี้จะได้ผลดี ป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี ตาม รายงานการศึกษาดังกล่าว แต่ก็ยังมีผู้ไม่เห็นด้วยที่จะใช้วิธีนี้มาช่วยให้มีบุตรในคู่สมรสที่ฝ่ายชายติดเชื้อเอชไอวีทุกราย เนื่องจากคู่สมรสกลุ่มนี้ไม่ใช่กลุ่มที่มีบุตรยากที่ต้องใช้วิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งยังอาจมีผลแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป (Ovarian hyperstimulation syndrome) หรือภาวะครรภ์แฝดที่มีทารก

ตารางรายงานผลการรักษาภาวะการมีบุตรด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์โดยการทำให้ ICSI ในคู่สมรสที่ฝ่ายชายติดเชื้อเอชไอวี

Study	Couples (n)	Cycles (n)	Fertilization rate (%)	Pregnancy per cycle (%)	Cumulative pregnancy (%)	Abortion rate (%)	Seroconversion
Veiga et al., 1999	11	16	76.2	26.6	36.4	0	No
Marina et al., 2002	40	58	-	49.7	67.5	18.5	No
Sauer and Chang, 2002	34	55	-	45.4	73.5	20.6	No
Peña et al., 2003	61	113	-	38.1	50.8	25.7	No
Garrido et al., 2004	18	-	72.0	40.1	-	-	No
Chu et al., 2005	92	146	-	34.6	58.7	-	No
Mencaglia et al., 2005	25	-	50.2	-	50.2	-	No
Chu et al., 2006	78	-	71.0	47.0	-	-	No
Manigart et al., 2006	20	62	50.0	17.7	55.0	33.3	No
Savasi et al., 2007	160	288	78.0	23.0	41.0	-	No

ที่มา: Vitorino RL, Grinsztejn BG, de Andrade CA, Hokerberg VH, de Souza CT, Friedman RK, et al. Systematic review of the effectiveness and safety of assisted reproduction techniques in couples serodiscordant for human immunodeficiency virus where the man is positive. Fertil Steril. 2011;95(5):1684-90.

หลายคน (multifetal pregnancy) ซึ่งถือเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น

การใช้เชื้ออสุจิบริจาค การใช้เชื้ออสุจิบริจาคที่มาจากธนาคารเชื้ออสุจิเป็นวิธีช่วยให้ปลอดภัยต่อความเสี่ยงของการแพร่เชื้อไวรัสไปสู่ฝ่ายหญิงและเด็กที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ที่มาบริจาคเชื้ออสุจิจะต้องได้รับการตรวจเลือดว่าไม่มีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อนที่นำเชื้ออสุจิ จากนั้นจะทำการแช่แข็งอสุจินั้นไว้เป็นเวลา 6 เดือน จนกว่าผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 จะยืนยันว่าผู้ให้เชื้ออสุจินั้นไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี จึงจะถือว่าอสุจินั้นปลอดภัยและสามารถนำมาใช้ฉีดผสมเทียมเพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ วิธีนี้แม้จะมีข้อเสียที่ถ้าเด็กที่เกิดขึ้นจะมีพันธุกรรมที่ไม่ได้มาจากฝ่ายชายของคู่สมรสที่ประสงค์จะมีบุตร แต่เป็นวิธีเดียวที่ปลอดภัยจากข้อโต้แย้งทางจริยธรรมในด้านที่อาจจะก่อให้เกิดผลในทางลบจากการรักษา เนื่องจากไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ของเชื้อไวรัส

กรณีฝ่ายหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีเพียงฝ่ายเดียว

ในกรณีนี้ปัญหาการมีบุตรจะมีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสใน 2 ทางคือ การถ่ายทอดจากฝ่ายหญิงไปสู่ฝ่ายชาย และการถ่ายทอดจากแม่ไปสู่ทารกในครรภ์

การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของการแพร่เชื้อจากฝ่ายหญิงไปสู่ฝ่ายชายสามารถป้องกันได้ด้วยวิธีการฉีดอสุจิผสมเทียมโดยไม่ต้องมีเพศสัมพันธ์ตามธรรมชาติ ส่วนการลดการแพร่เชื้อจากแม่ไปสู่ทารกยังคงจำเป็นต้องอาศัยการให้ยาต้านไวรัสระหว่างการตั้งครรภ์และระหว่างคลอด ซึ่งคู่สมรสที่ติดเชื้อเอชไอวีในลักษณะนี้ควรจะได้รับ การให้

คำปรึกษาที่อนึ่งครรภ์ในเชิงลึก (in-depth) และรับทราบถึงความเสี่ยงที่ทารกยังมีโอกาสติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Vertical transmission) ได้ราว 2% แม้จะใช้วิธีการป้องกันต่าง ๆ เช่น การให้ยาต้านไวรัสที่ออกฤทธิ์สูง (Highly active antiretroviral therapy: HAART) ในระหว่างตั้งครรภ์และขณะคลอด การนัดผ่าตัดคลอดแบบไม่ฉุกเฉิน (Elective cesarean section) และการหลีกเลี่ยงการให้นมทารกหลังคลอดก็ตาม รวมทั้งผลของยาต้านไวรัสต่อทารกที่อาจจะไม่ได้ทั้งในระยะแรกคลอดและในระยะยาว

กรณีฝ่ายชายและฝ่ายหญิงติดเชื้อเอชไอวีทั้งสองฝ่าย

กรณีนี้ปัญหาการช่วยให้มีบุตรจะซับซ้อนมากขึ้น การมีเพศสัมพันธ์กันเองตามธรรมชาติจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำซ้อน รวมทั้งปัญหาเชื้อไวรัสคือคือต่อยา ดังนั้น วิธีการคัดล้างอสุจิและฉีดผสมเทียมจะช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวลงได้

สำหรับความเสี่ยงเรื่องการแพร่เชื้อไวรัสจากแม่สู่ทารกในครรภ์ (Vertical transmission) จะต้องอาศัยวิธีการป้องกันเช่นเดียวกับในกรณีที่ฝ่ายหญิงติดเชื้อไวรัสเพียงฝ่ายเดียว

ดังนั้น แต่เดิมคู่สมรสที่ติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นข้อห้ามที่ไม่ควรให้มีการตั้งครรภ์และมีบุตร เนื่องจากความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสไปสู่เด็ก รวมถึงความยืนยาวของอายุพ่อแม่ (life expectancy) ที่จะสามารถเลี้ยงดูจนเด็กเติบโตขึ้น ดังนั้น การให้บริการช่วยให้เกิดการตั้งครรภ์ในคู่สมรสกลุ่มนี้จึงยังเป็นเรื่องที่ยากถึงขั้นถึงความเหมาะสมในปัจจุบันจากผลของยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ติดเชื้อไวรัสมีคุณภาพชีวิต รวมถึงช่วงชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น รวมทั้งมี



รายงานจำนวนมากขึ้นที่แสดงว่า การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของการแพร่เชื้อไวรัสไปสู่คู่สมรสอีกฝ่าย รวมทั้งเด็กที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้ความเห็นแย้งในการให้บริการเพื่อช่วยให้เกิดการตั้งครรภ์เริ่มลดลง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะยังไม่พบว่ามีการแพร่เชื้อเกิดขึ้น แต่รายงานส่วนใหญ่ยังมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากนัก จึงยังคงจำเป็นต้องมีการเฝ้าติดตามกันต่อไป รวมทั้งสถานที่ให้บริการรักษาคู่สมรสกลุ่มนี้จะต้องมีมาตรการในการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการให้มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ในการตรวจหาเชื้อไวรัสในอสุจิภายหลังการคัดล้างก่อนที่จะนำไปใช้รักษาเพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission of HIV)

เนื่องจากการแพทย์ในปัจจุบันได้ก้าวหน้าไปมาก มีการพัฒนายาต้านไวรัสเอชไอวี และผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาได้ดีขึ้น ทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีชีวิตได้นานและมีสุขภาพร่างกายปกติ เมื่อได้รับยาต้านไวรัสจึงมีโอกาสดังครรภ์เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาไปสู่ทารกจึงมีความสำคัญมากที่จะลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาไปสู่ทารกแรกเกิด ทำให้

มีการพัฒนาการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นที่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องจะต้องติดตามความก้าวหน้าเพื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง

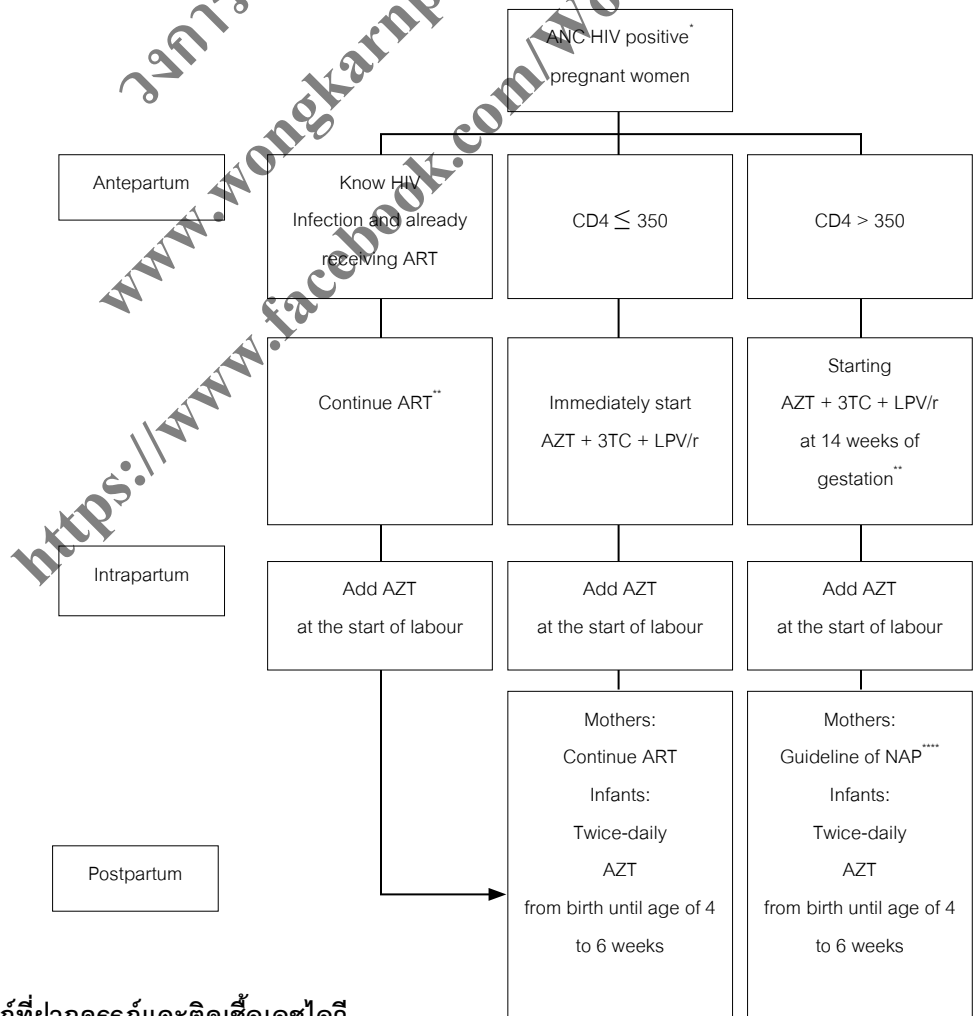
การประเมินภาวะคลินิก

การให้คำปรึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ควรได้รับการให้คำปรึกษาการเจาะเลือดโดยสมัครใจแบบเป็นคู่ทั้งสามีและภรรยา โดยสนับสนุนให้มีการเปิดเผยผลเลือดซึ่งกันและกัน หญิงตั้งครรภ์ทุกคนและสามีหรือคู่ครองจะได้รับการปรึกษาแบบคู่ และตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจหาเชื้อเอชไอวีให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ควรได้รับการให้คำปรึกษาหลังทราบผลเลือดทั้งผลบวกและลบ ในกรณีพบว่าติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับการตรวจ CD4 ทุกรายเพื่อวางแผนการรักษา ในกรณีที่ไม่ได้ฝากครรภ์และเจ็บครรภ์โดยไม่ทราบผลเลือด



รูปแสดงการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และติดเชื้อเอชไอวี

เอชไอวี แนะนำให้คำปรึกษา ก่อนเจาะเลือดแบบทราบผลด่วน เพื่อใช้ในการพิจารณาให้การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก และเมื่อคลอดแล้วแนะนำให้คำปรึกษา ก่อนตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอีกครั้ง โดยเมื่อทราบผลแล้วต้องให้คำปรึกษา หลังการตรวจเลือดทุกครั้ง ทั้งในผู้ที่ติดเชื้อเพื่อบอกผล และในผู้ไม่ติดเชื้อเพื่อแนะนำการป้องกันตัวไม่ให้ติดเชื้อต่อไป

การดูแลรักษา

การให้ยาต้านรีโทรไวรัสในมารดา

การให้ยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ให้ตรวจเซลล์ CD4 ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน และให้การรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (Highly active antiretroviral therapy: HAART) โดยมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

1. กรณีหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสใด ๆ มาก่อน

1.1 ผลการตรวจเซลล์ CD4 มากกว่า 350 cell/mm³

ระยะตั้งครรภ์ ให้ยา AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) โดยเริ่มรับประทานยาเมื่ออายุครรภ์ 14 สัปดาห์ เข้า-เย็น ห่างกัน 12 ชั่วโมง จนเจ็บครรภ์คลอด

ระยะคลอด เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอด รับประทานยาด้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง เพิ่ม

หลังคลอด ให้หยุดรับประทานยาด้านไวรัส

1.2 ผลการตรวจเซลล์ CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 cell/mm³

ระยะตั้งครรภ์ ให้ยา AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) โดยเริ่มรับประทานยาทันที เข้า-เย็น ห่างกัน 12 ชั่วโมง จนเจ็บครรภ์คลอด

ระยะคลอด เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอด รับประทานยาด้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม เพิ่มทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว

หลังคลอด ให้รับประทานยาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (HAART) ต่อตามแนวทางการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่

รายละเอียดเกี่ยวกับยาต้านรีโทรไวรัส (ARV: antiretroviral drug)

- AZT = Zidovudine 300 mg
- 3TC = Lamivudine 150 mg
- LPV/r = Combine drug of Lopinavir 400 mg and booster with Ritonavir 100 mg ชื่อการค้า คือ Kaletra
- NVP = Nevirapine 200 mg ในกรณีให้ยาต่อเนื่อง การเริ่มยาให้เริ่ม 1 เม็ด วันละครั้ง ใน 14 วันแรก หากไม่มีอาการแพ้ยา ต่อไปให้ 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง
- EFV = Efavirenz 600 mg
- TDF = Tenofovir 300 mg
- FTC = Emtricitabine 200 mg

หมายเหตุ (จากรูปหน้า 3)

* เริ่มให้ยาต้านรีโทรไวรัสแบบป้องกันไปก่อน ขณะรอผล CD4 เพื่อพิจารณาให้ยาต้านไวรัสแบบรักษาเพื่อสุขภาพมารดา (HAART)

** TDF + 3TC (or FTC) + NVP ทุก 12 ชั่วโมง หรือ AZT + 3TC ทุก 12 ชั่วโมง ร่วมกับ EFV วันละครั้ง หรือ TDF + 3TC (or FTC) ทุก 12 ชั่วโมง ร่วมกับ EFV วันละครั้ง (หลีกเลี่ยงการใช้ EFV ในช่วงไตรมาสแรก) (ก่อน 14 สัปดาห์) โดยใช้ NVP แทน ทุก 12 ชั่วโมง หรือ อาจต้องใช้สูตร HAART อื่น หากมีข้อห้ามในการใช้สูตรยา AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg)

*** เมื่อต้องหยุดยาด้านไวรัสในกลุ่ม NNRTI (non nucleoside reverse transcriptase) ได้แก่ NVP, EFV ต้องหยุดยา NNRTI ก่อน และให้ยาในกลุ่ม NRTIs (nucleoside reverse transcriptase) 2 ตัว เป็นเวลา 7 วัน แล้วหยุด เพื่อลดอัตราการดื้อของยา NNRTI

**** หญิงหลังคลอดที่ค่า CD4 ก่อนคลอดมากกว่า 350 cell/mm³ ให้การดูแลรักษาต่อตามแนวทางการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ

2. กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน (CD4 เคยต่ำ หรือมีอาการทางคลินิกมาก่อน)

ระยะตั้งครรภ์ ให้รับประทานยาด้านไวรัสที่ได้รับ เพื่อการรักษา ก่อนตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง

ระยะคลอด เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอด รับประทานยาด้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม เพิ่มทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด

หลังคลอด ให้รับประทานยาด้านไวรัสที่ได้รับ เพื่อการรักษา ก่อนตั้งครรภ์ต่อเนื่องต่อไป

หมายเหตุ (จากรูปหน้า 5)

* ก่อนคลอดให้คำปรึกษา ก่อนเจาะตรวจเลือด anti-HIV แบบ rapid test ด้วยเหตุผลในการพิจารณาให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก หลังคลอดเจาะเลือดตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

** หากยืนยันการวินิจฉัยแล้วมีการติดเชื้อเอชไอวี ให้ตรวจหาค่า CD4 และพิจารณาให้ยาต้านไวรัสตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกระทรวงสาธารณสุข และระหว่างรอผล CD4 ให้ยาด้านไวรัส AZT อย่างเดียว หรือสูตร AZT + 3TC + LPV/r ต่อไป จนทราบผล แล้วพิจารณาให้การรักษาด้านแนวทางการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ

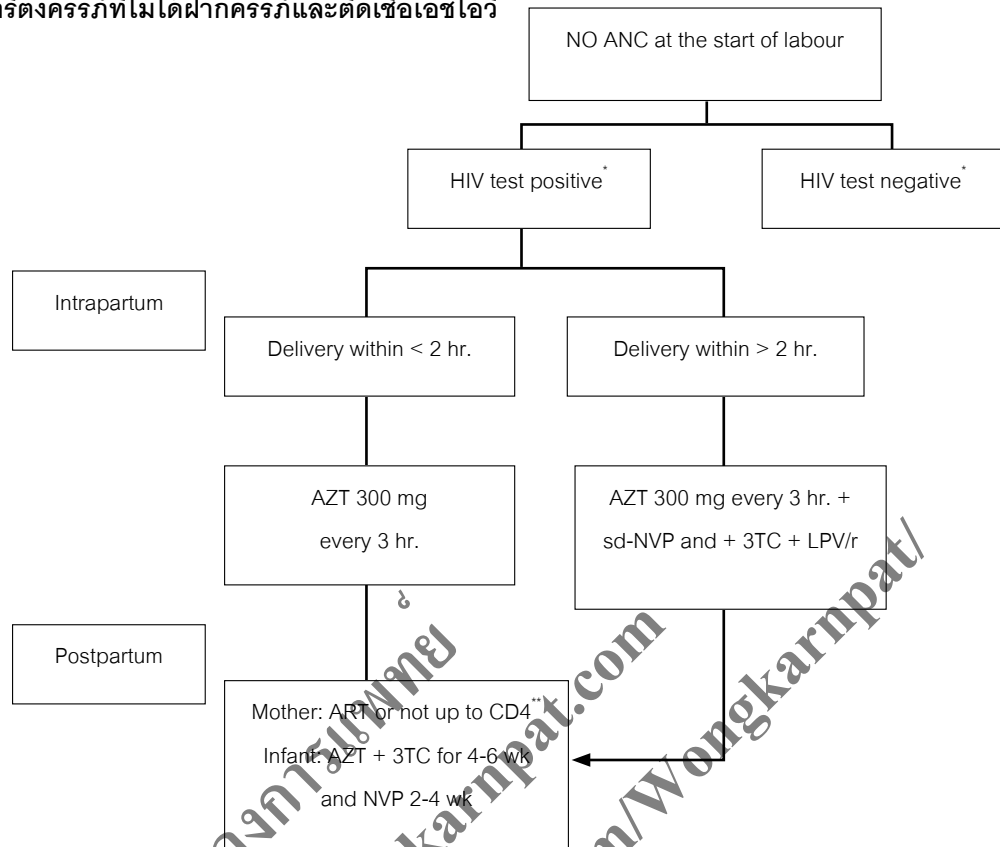
3. กรณีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์

3.1 คาดว่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง

ระยะคลอด รับประทานยาด้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด



รูปแสดงการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์และติดเชื้อเอชไอวี



หลังคลอด พิจารณาให้การรักษาตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่หลังได้ผล CD4

3.2 คาดว่าไม่น่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง

ระยะคลอด รับประทานยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด ร่วมกับให้ NVP เม็ดละ 200 มิลลิกรัม 1 เม็ด ครั้งเดียว

ในกรณีที่ไม่ได้ฝากครรภ์มาก่อนมีโอกาสที่จะมีระดับไวรัสในเลือดสูง แนะนำให้ใช้ AZT ร่วมกับ single dose NVP เพราะ NVP เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการลดระดับไวรัสอย่างรวดเร็ว ในระยะสั้น ๆ มีประโยชน์สำหรับมารดาที่ติดเชื้อแต่วินิจฉัยได้ในระยะเจ็บครรภ์คลอด แต่ควรให้ก่อนที่จะคลอดไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง เพราะจะได้มีระดับยาผ่านรกเข้าไปป้องกันทารกระหว่างคลอดและหลังคลอดได้ แต่หากคลอดก่อน 2 ชั่วโมง หลังมารดาได้รับยาจะไม่มีประโยชน์ในการป้องกันทารกติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

หลังคลอด ให้ยา AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) ทุก 12 ชั่วโมง จนกว่าจะทราบผล CD4 ที่ได้ตรวจไว้ตอนแรก หาก CD4 เท่ากับหรือน้อยกว่า 350 cell/mm³ ให้ยาสูตร HAART นี้ต่อไป หรือสูตรในแนวทางการรักษาผู้ใหญ่ตามสิทธิของผู้ป่วย

หมายเหตุ

ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อมาคลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์นั้น พิจารณาตรวจ CD4 โดยเร็ว และให้ยาด้านไวรัสช่วงหลังคลอด ดังนี้

a. หาก CD4 มากกว่า 350 cell/mm³ ให้ AZT + 3TC + LPV/r จนครบ 4 สัปดาห์ แล้วหยุดยาพร้อมกันทุกตัว

b. หาก CD4 น้อยกว่า/เท่ากับ 350 cell/mm³ ให้การรักษาต่อโดยเปลี่ยนยาตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่ของกรมควบคุมโรค

การดูแลทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

1. ถ้ามารดาฝากครรภ์ และได้รับการรักษาด้วย (HAART) ในระยะตั้งครรภ์หรือได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสมาก่อน ทารกจะได้รับยาด้านไวรัส AZT ชนิดน้ำ เริ่มรับประทานทันทีหลังคลอด ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง รับประทานติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2. ถ้ามารดาไม่ได้ฝากครรภ์ หรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสในระยะตั้งครรภ์ ทารกควรได้รับ

2.1 ยาด้านไวรัส AZT ชนิดน้ำ + 3TC ชนิดน้ำ โดยเริ่มรับประทานทันที หลังคลอดให้ AZT ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และ 3TC ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง รับประทานติดต่อกันนาน 4-6 สัปดาห์ และรับประทานยา Nevirapine ชนิดน้ำ ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม วันละครั้ง รับประทานติดต่อกัน 2-4 สัปดาห์

2.2 ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารกจนอายุครบ 18 เดือน แทนการเลี้ยงด้วยนมมารดา

3. การตรวจเลือดเอชไอวีในทารก ที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ ตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR (Polymerase chain reaction) ครั้งแรกเมื่ออายุ 1-2 เดือน

3.1 ถ้าผลเป็นบวกให้ตรวจซ้ำทันที ถ้าผลครั้งที่ 2 เป็นบวก

ตารางสรุปแนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในมารดาที่ฝากครรภ์ของประเทศไทย

สถานการณ์		ก่อนคลอด	ระหว่างคลอด	หลังคลอด	
				มารดา	ทารก
ไม่เคยรับยาต้านไวรัส	CD4 > 350 cells/mm ³ (เมื่อทราบผลที่หลัง)	AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) เริ่มที่ GA 14 สัปดาห์	AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง หรือ AZT 600 mg เมื่อเจ็บครรภ์คลอด	หยุด	AZT x 4 สัปดาห์ และให้นมผสมนาน 18 เดือน
	CD4 ≤ 350 cells/mm ³ (เมื่อทราบผลที่หลัง)	AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) เริ่มทันที		ให้ HAART ตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่	
ได้รับยาสูตร HAART อยู่แล้ว		ให้ยา HAART ต่อ		ให้ HAART ต่อ	

ตารางสรุปแนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์

สถานการณ์		ก่อนคลอด	ระหว่างคลอด	หลังคลอด	
				มารดา	ทารก
ไม่ได้ฝากครรภ์	CD4 > 350 cells/mm ³ (เมื่อทราบผลที่หลัง)		AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง หรือ AZT 600 mg เมื่อเจ็บครรภ์คลอด	AZT + 3TC + LPV/r x 4 สัปดาห์และหยุด	AZT (4 สัปดาห์) + 3TC (4 สัปดาห์) + NVP (2 สัปดาห์) และนมผสมนาน 18 เดือน
	CD4 ≤ 350 cells/mm ³ (เมื่อทราบผลที่หลัง)			AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + LPV/r (400/100 mg) x 4 สัปดาห์ และให้ HAART ตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่	

* ไม่ต้องให้ sd-NVP (single dose Nevirapine) ในหญิงตั้งครรภ์ที่คาดว่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง

ให้ส่งต่อเด็กเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับเด็กทันที

3.2 ถ้าผลเป็นลบ ให้ตรวจครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 เดือน และตรวจยืนยันด้วย HIV antibody เมื่ออายุ 18 เดือน

3.3 กรณีผล PCR ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ขัดแย้งกัน ให้ตรวจซ้ำครั้งที่ 3 ทันที

3.4 กรณีที่ไม่ได้ตรวจเลือดด้วยวิธี PCR ให้ตรวจ HIV antibody เมื่ออายุ 12 เดือน ถ้าผลเป็นบวกให้ตรวจซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุ 18 เดือน

การให้ยาต้านรีโทรไวรัสในกรณีพิเศษบางกรณี

1. การให้ยาต้านรีโทรไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยได้ยา

ต้านไวรัสสำหรับป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ที่แล้ว และผู้ที่ยังไม่มีข้อบ่งชี้ให้ใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา แนะนำให้ใช้ยาต้านรีโทรไวรัสเช่นเดียวกับที่ใช้เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในสถานการณ์ต่าง ๆ กัน ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก แต่เนื่องจากในประเทศไทยได้เลือกสูตรยาที่ประกอบด้วยยาในกลุ่ม NRTIs 2 ตัว ได้แก่ AZT + 3TC ร่วมกับ PI ได้แก่ LPV/r ดังนั้น จึงใช้สูตรนี้ได้ในทุกสถานการณ์ดังกล่าว โดยไม่จำเป็นต้องตรวจจำนวนเชื้อไวรัสหรือทดสอบการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสสูตรอื่นก่อน ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติ

2. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดจาง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 7 g/dl และมีข้อบ่งชี้ว่าควรได้รับยาต้านรีโทรไวรัสเพื่อการรักษา ควรได้ยาสูตรที่ไม่มี



AZT จนกว่าสามารถแก้ไขภาวะซิดได้ โดยอาจแทน AZT หรือ TDF หรือ d4T ส่วนในกรณีที่ทำให้เพียงป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่ทารกอาจใช้สูตร TDF + 3TC + EFV แทน และกลับมาใช้ AZT หลังแก้ไขภาวะซิดได้แล้วเช่นกัน โดยประเทศไทยใช้แนวทางเดียวกับ WHO

3. หญิงตั้งครรภ์ที่กำลังป่วยด้วยวัณโรค

โอกาสที่จะพบวัณโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสมากกว่าผู้ที่ไม่ตั้งครรภ์ถึง 10 เท่า และเป็นสาเหตุการตายของมารดา 15% ผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยเป็นวัณโรค เช่น ไอ มีไข้ น้ำหนักลด ควรได้รับการคัดกรองวัณโรค และถ้าพบว่าป่วยเป็นวัณโรค ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาวัณโรคก่อน แล้วตามด้วยยาต้านรีโทรไวรัสให้เร็วที่สุดหลังให้ยาวัณโรคไป 8 สัปดาห์ เนื่องจากยาทั้ง 2 กลุ่มอาจมีปฏิกริยากันได้ง่าย โดยเฉพาะกับ rifampicin จึงควรเลือกใช้ EFV มากกว่า NVP โดยเริ่มให้หลังอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ แต่หากแพ้ต่อยา EFV อาจต้องใช้ยาสูตรที่มี NVP หรือยาสูตร NRTI 3 ตัว เช่น AZT + 3TC + TDF ในรายที่ต้องให้ rifampicin ร่วมกับ NVP ไม่ต้องลดขนาด NVP ในระยะ 2 สัปดาห์แรก (ไม่ต้องลดขนาดลงครึ่งหนึ่งใน 2 สัปดาห์แรก)

4. ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี เมื่อมีข้อบ่งชี้ว่าต้องได้ยาเพื่อการรักษาตับอักเสบบี ก็ควรได้รับยาต้านรีโทรไวรัสด้วยเสมอ โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 หรือระยะอาการทางคลินิก โดยแนะนำให้ใช้สูตรที่มี TDF และ 3TC (or FTC) เป็นส่วนประกอบ

5. ผู้ติดเชื้อใช้ยาเสพติดทางหลอดเลือดดำ

ยาต้านรีโทรไวรัสสามารถมีปฏิกริยากับ methadone โดยมีผลลดระดับ methadone และเพิ่มระดับยาต้านไวรัส ทำให้มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสมาก และมีอาการขาดยามากขึ้น เมื่อใช้ NVP แนะนำให้เพิ่มขนาดยา methadone 50-100% ส่วน methadone จะทำให้ระดับความเข้มข้นของ AZT เพิ่มขึ้น 29-43% ซึ่งอาจทำให้อาการข้างเคียงทำให้มีภาวะซิดได้ง่ายขึ้น จึงควรเฝ้าระวังใกล้ชิด LPV/r จะลดระดับของ methadone ทำให้มีอาการถอนยาได้ง่ายขึ้น

6. การผ่าตัดทำคลอดบุตรทางหน้าท้องในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

แนะนำให้ผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ แต่ในกรณีที่มีระดับไวรัสในเลือดหญิงมีครรภ์สูงเกิน 1,000 copies/mm³ (หากสามารถตรวจหา viral load ได้) หรือในกรณีที่คาดว่าจะมีระดับไวรัสในเลือดสูง เช่น ไม่เคยได้รับยาต้านรีโทรไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกตั้งแต่ระยะก่อนคลอด หรือได้น้อยกว่า 4 สัปดาห์ มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm³ มีอาการแสดงของการติดเชื้อฉวยโอกาส และไม่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัสอยู่ เป็นต้น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนการเจ็บครรภ์ในกรณีเหล่านี้สามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ถึง 50% ส่วนการผ่าตัดคลอดหลังเจ็บครรภ์แล้วไม่ช่วยลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อ และการให้ sd-NVP ร่วมด้วยก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง จะช่วยลดอัตราการถ่ายทอด

ตารางแสดงทางเลือกการใช้สูตรยาสำหรับหญิงติดเชื้อเอชไอวีที่เคยได้รับยาต้านรีโทรไวรัสในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อมาก่อน ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก เปรียบเทียบกับแนวทางของประเทศไทย

สถานการณ์	คำแนะนำตาม WHO	แนวทางของประเทศไทย
1. sd-NVP (+/- short-course AZT) ไม่ได้ NRTI tail ภายใน 12 เดือนที่แล้ว	<ul style="list-style-type: none"> เริ่มด้วยสูตรยาที่ไม่ได้ประกอบด้วยยา NNRTI แนะนำให้ใช้สูตร 2 NRTIs + PI มากกว่าที่จะใช้ NRTIs 3 ตัว 	- AZT + 3TC + LPV/r ทุกสถานการณ์ โดยเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ หรือเร็วที่สุดขึ้นอยู่กับค่า CD4 ของผู้ป่วย
2. sd-NVP (+/- short-course AZT) และได้ NRTI tail ภายใน 12 เดือนที่แล้ว	<ul style="list-style-type: none"> เริ่มด้วยสูตรยา NNRTI regimen ถ้าทำได้ให้ตรวจ viral load ที่ 6 เดือน ถ้า > 5,000 copies/ml ให้เปลี่ยนเป็นยาสูตร 2 ที่มี PI อยู่ด้วย 	
3. sd-NVP (+/- short-course AZT) ได้หรือไม่ได้ NRTI tail มามากกว่า 12 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> เริ่มด้วยยาสูตร NNRTI regimen ถ้าทำได้ให้ตรวจ viral load ที่ 6 เดือน ถ้า > 5,000 copies/ml ให้เปลี่ยนเป็นยาสูตร 2 ที่มี PI อยู่ด้วย 	
4. เคยได้ยาต้านรีโทรไวรัส แบบเพื่อการรักษาตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป (HAART) โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาที่ได้รับ และจะเริ่มยาสูตรที่มี NNRTI	<ul style="list-style-type: none"> ถ้าเคยได้ยาสูตร 3 ตัวเพื่อการรักษาที่ประกอบด้วย NNRTI-based และหยุดโดยไม่ได้ให้ NRTI tail (AZT + 3TC นาน 7 วัน หลังคลอด) แนะนำให้ตรวจ viral load ที่ 6 เดือน ถ้า > 5,000 copies/ml ให้เปลี่ยนเป็นยาสูตร 2 ที่มี PI อยู่ด้วย 	

Characteristic of previous PMTCT ARV exposure recommendation

ตารางการให้ภูมิคุ้มกันที่แนะนำสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV

Immunization	Comment
Hepatitis A virus (HAV)	Recommended for susceptible patients at high risk of infection, those with chronic HBV or HCV, those traveling to endemic areas, injection drug users, or in the setting of a community outbreak
Hepatitis B virus (HBV)	Generally recommended for susceptible patients
Influenza	Generally recommended; give before flu season
Measles/Mumps/Rubella (MMR)	Contraindicated
Pneumococcus	Generally recommended, repeat every 5-7 years
Tetanus-diphtheria	Recommended; give booster every 10 years
Immune globulins (For post-exposure prophylaxis in susceptible individuals)	Comment
Measles	Recommended after measles exposure, for symptomatic HIV-infected persons
Hepatitis A	Recommended after exposure to a closed contact or sex partner, or in case of travel to endemic areas
Hyperimmune globulins	Comment
Varicella-zoster virus immune globulin (VZIG)	Recommended after significant exposure to varicella-zoster virus (give within 96 hours)
Hepatitis B immune globulin (HBIG)	Recommended after needlestick or sexual exposure to a person with hepatitis B infection

เชื้อลงได้อีก 50% และให้ยาแก้ทวารที่เกิดเหมือนมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ดังนั้น แนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกของประเทศไทย ได้มีการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและยึดแนวทางของ WHO guideline 2010 เพื่อให้สามารถลดการถ่ายทอดเชื้อได้ดีที่สุด และมีค่าใช้จ่ายไม่สูงจนเกินไป

การให้ภูมิคุ้มกันและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

A. การให้ภูมิคุ้มกันระหว่างตั้งครรภ์

การให้ภูมิคุ้มกันถ้าเป็นไปได้ควรทำก่อนการตั้งครรภ์ การให้ขณะตั้งครรภ์จะพิจารณาให้ในกรณีที่มีโอกาสที่จะสัมผัสกับเชื้อสูง มีความเสี่ยงที่มารดาหรือทารกจะติดเชื้อสูง และวัคซีนที่ให้ไม่เป็นอันตราย วัคซีนบางตัว เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ยังเป็นข้อห้ามในการให้ขณะตั้งครรภ์ การให้วัคซีนในระยะไตรมาสที่ 3 อาจทำให้จำนวนไวรัส HIV มีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากวัคซีนจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้ตอบสนองต่อวัคซีน ทำให้การตอบสนองต่อไวรัส HIV ลดลง จึงทำให้เชื้อไวรัสมีจำนวนมากขึ้น และทำให้โอกาสการถ่ายทอดเชื้อสู่ทารก

ในระยะปริกำเนิดมากตามไปด้วย ดังนั้น จึงแนะนำให้วัคซีนแก่ผู้ติดเชื้อ HIV หลังจากได้ยาด้านไวรัส HIV ไประยะหนึ่งจนถึงระดับที่ยาได้ผลสูงสุดในการรักษาแล้ว (ประมาณ 4 สัปดาห์)

B. การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ทั้งการตั้งครรภ์และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีผลต่อกันและกัน การตั้งครรภ์อาจมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการรักษาโรคฉวยโอกาส ในขณะที่เดียวกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก็มีผลทำให้การตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น จำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการต่าง ๆ ของการติดเชื้อเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และรีบรักษาให้หายโดยเร็วก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา มียาหลายตัวที่ใช้ป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ก็มีบางตัวที่มีผลต่อความพิการของทารกเช่นกัน

■ อ่านต่อฉบับหน้า