دستور عمل پیشگیری از انتقال HIV
از مادر به کودک

مجموعه راهنماهای کشوری مراقبت و درمان HIV/AIDS

مجموعه انتشارات
مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مجموعه راهنماهای کشوری مراقبت و درمان HIV/AIDS

معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

مجموعه سال ۱۳۹۰

مجموعه راهنماهای کشوری مراقبت
و درمان HIV/AIDS

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

فهرست صفحه

تقدیر وتشکر ۳
مقدمه ۵
روش تدوین متن ۵
اختصارات ۶
عوامل دخیل در انتقال ۸
مشاوره قبل از حاملگی ۸
آزمایش ومشاوره HIV در دوره حاملگی ۹
مشاوره خاص دوران حاملگی ۱۰
درمان ضدتروویروسی در مادران باردار ۱۰
قطع درمان ضد رتروویروسی طی بارداری ۱۳
پایش طی بارداری ۱۳
روش زایمان ۱۳
پیگیری و درمان بعد از زایمان در مادران ۱۴
مشاوره برای شیردهی ۱۵
پایش اولیه بعد از زایمان در نوزاد مواجهه یافته با HIV ۱۵
درمان ضدتروویروسی نوزاد ۱۵
منابع ۱۷

تقدیرو تشکر

بدین وسیله از مسئولین و همکاران مرکز تحقیقات ایدز ایران که در تدوین این راهنما نقش مهمی داشته اند، تشکر می گردد. همچنین از یکایک اعضای کارگروه تدوین پیش نویس اولیه، کمیته علمی مراقبت و درمان بیماران مبتلا به HIV (مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی) و کارگروه مشورتی تشکر می شود. اعضاء این کارگروه ها و کمیته ها، به ترتیب حروف الفباء عبارتند از:

کارگروه تدوین پیش نویس اولیه:

دکتر نگین اسماعیل‌پور	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تهران
دکتر محبوبه حاجی عبدالباقی	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تهران
دکترمهرناز رسولی نژاد	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تهران
دکتر مهشید طالبی طاهر	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تهران
دکتر کتایون طایری	رییس مرکز مشاوره و فوکال پوینت مراقبت HIV دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی اصفهان
دکتر پیام طبرسی	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی شهید بهشتی
دکتربهنام فرهودی	عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی- واحد علوم پزشکی تهران
دکتر کیانوش کمالی	کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دکتر مینو محرز	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تهران
دکتر مسعود مردانی	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی شهید بهشتی

کمیته علمی مراقبت ودرمان بیماران مبتلا به HIV وایدز:

دکترمحمد علی اسحاقی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تهران
دکتر محبوبه حاجی عبدالباقی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تهران
دکترمهرناز رسولی نژاد	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تهران
دکتر عباس صداقت	رییس اداره کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی، مرکز مدیریت بیماریها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دکترکتایون طایری	فوکال پوینت مراقبت و درمان و رییس مرکز مشاوره بیماریهار رفتاری دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی اصفهان
دکتر پیام طبرسی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی شهید بهشتی
دکتر بهنام فرهودی	عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی- واحد علوم پزشکی تهران
دکتر کیانوش کمالی	کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دکترمحمد مهدی گویا	رئیس مرکز مدیریت بیماری‌ها وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دکتر مینو محرز	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تهران
دکترمسعود مردانی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی شهید بهشتی
دکتر بهروز نقیلی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تبریز
دکترداود یادگاری	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی شهید بهشتی

کارگروه مشورتی:

دکترشیرین افهمی	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر آذر حدادی	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر صدیقه حنطوش زاده	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی تهران
دکتر فرزانه صدیق	رئیس اداره سلامت مادران، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی
دکتر حسین غیایی	رییس اداره امور دارویی معاونت بهداشت
دکتر غلامرضا قهرمانی	فوکال پینت مراقبت و درمان HIV دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر بهزاد مهدویان	فوکال پوینت مراقبت و درمان HIV کرمانشاه
دکتر ناصر هداوند	کارشناس معاونت غذا ودارو

مقدمه:

در سال های اخیر تعداد زنان مبتلا به HIV در ایرا ن رو به افزایش بوده و در حال حاضر حدود۸ ٪ از افراد مبتلا به HIV را در کشور ما تشکیل می دهند. اکثر آنها جوان و در سنین باروری هستند. برای همین ممکن است باردار شوند و HIV را به فرزندان خود منتقل کنند. با افزایش تعداد زنانی که در سنین باروری به HIV مبتلا می شوند، در صورت عدم وجود اقدامات پیشگیرانه،بسیاری از کودکان آنها به این عفونت مبتلا خواهند شد.قبل از مصرف داروهای ضد رتروویروسی میزان انتقال HIV از مادر به فرزند حدود ۳۵٪ در مادران شیرده و ۲۵٪ در مادران غیر شیرده بوده است. اما ارائه خدمات پیشگیری انتقال HIV از مادر به کودک این میزان را به شدت کاهش داده وبه کمتر از ۵٪ و ۲٪ به ترتیب در مادران شیرده و غیر شیرده می رساند. در حال حاضر توصیه می شود تمام مادران بارداری که تمایل به ادامه بارداری خود دارند، اقدامات پیشگیرانه لازم از جمله داروهای ضد رتروویروسی را دریافت دارند. وجود دستورالعمل های خدمات درمانی و مراقبتی یکی از ضروریات دستیابی به سطح کیفی مطلوب ارائه این خدمات است. هدف از تدوین این دستورالعمل که بخشی از مجموعه رهنمودهایی است که برای ارائه خدمات بالینی مراقبتی، درمانی، پیشگیری و حمایتی در سطح مراکز ارائه این خدمات به بیماران مبتلا به HIV تدوین شده است، دستیابی به این مهم است. هر دستورالعمل، حاصل ساعت ها تلاش تعداد زیادی از همکارانی است که در تهیه آنها مشارکت داشته اند. مرکز مدیریت بیماریها وظیفه خود می داند که به کلیه ایشان سپاس فراوان خویش را اعلام کند. امید است این دستورالعمل ها بتواند منجر به ارتقاء سطح خدمات شود و به کنترل همه گیری کمک کند.

روش تدوین متن:

پیش نویس اولیه این متن به سفارش مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی در مرکز تحقیقات ایدز ایران تدوین شد. بدین منظور کارگروهی در مرکز تحقیقات ایدز ایران تشکیل گردید. این کارگروه با استفاده از جستجوی الکترونیکی به زبان انگلیسی در Google Scholar، Medscape و Medline پرتکل های درمانی مهم دنیا و مقالات کلیدی مرتبط را یافت. سپس با نظر سنجی نسبت به ویرایش پیشین این راهنما (آبان ۱۳۸۸) و مرور و مقایسه مطالب استخراج شده جدید و با در نظر گرفتن امکانات موجود در ایران، نسخه پیش نویس را تدوین نمود. این پیش نویس توسط اعضاکمیته علمی مراقبت و درمان HIV و ایدز، گروهی از اساتید و همکاران در دانشگاههای علوم پزشکی، اعضا هیات علمی رشته های مرتبط و کارشناسان سایر ادارات مرتبط در وزارت بهداشت مرور شد و در نهایت توسط کمیته کشوری مراقبت و درمان HIV و ایدز و مرکز مدیریت بیماریها مورد تصویب قرار گرفت

اختصارات

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ART	Antiretroviral Treatment
AST	Asparate Aminotransferase
BID	Twice Daily
CD4	cell cluster of differentiation antigen 4 cell
d4T	Stavudine
ddI	Didanosine
EFV	Efavirenz
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HS	Before Sleep
NNRTI	Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NRTI	Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor
NVP	Nevirapine
OD	Once Daily
PI	Protease Inhibitor
PLWHA	People Living with HIV and AIDS
TDF	Tenofovir
TID	Three times daily
ZDV	Zidovudine (also known as azidothimdine, ZDV)

۱ اهداف آموزشی این رهنمود:

هدف از ارائه این رهنمود آنست که خوانندگان بتوانند:

۱ به منظور پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک، به مادران باردار داروهای ضدرتروویروسی ارائه دهند

۲ زمان شروع درمان ضدرتروویروسی در مادران بارداری که به آن نیاز دارند یا برای پیشگیری از انتقال HIV به کودک باید آنرا دریافت کنند، بشناسند و بتوانند آنرا شروع کنند

۳ موثرترین و کم خطرترین رژیم درمانی ضدرتروویروسی قابل ارائه در کشور در دوره بارداری را بشناسند

۴ پایش بیماران را به طور کامل انجام دهند

۵ زمان قطع درمان ضد رتروویروسی بعد از ختم بارداری را بشناسند

۶ روش زایمان ایمن را مادران باردار مبتلا به HIV پیشنهاد کنند

۷ پایش اولیه بعد از زایمان در نوزاد مواجهه یافته با HIV را انجام دهند و درمان پیشگیرانه ضدرتروویروسی را به نوزاد ارائه دهند

۲ مهمترین تغییرات این رهنمود نسبت به ویرایش پیشین:

۱. تغییرات اندیکاسیون های شروع درمان ضدرتروویروسی در مادران بارداری که خود به این درمان نیاز دارند (مطابق با رهنمود درمان ضدرتروویروسی در بزرگسالان)

۲. تغییرات در رژیم درمانی شامل رژیم ارجح یعنی ZDV + 3TC + NVP یا ZDV + 3TC EFV+ و رژیم آلترناتیو یعنی 3NRTI

۳-عوامل دخیل در انتقال:

فاکتورهایی که احتمال انتقال ویروس از مادر به کودک را می افزاید، شامل دو گروه است. استراتژی های پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک، معطوف به بخشی از فاکتورهای زیر است که قابل تغییر هستند.

۳-۱- فاکتورهای مادر: که شامل عوامل زیر است:

- ✓ بیماری پیشرفته HIV یا مرحله ایدز
- ✓ تعداد کم شمارش CD4
- ✓ بار ویروسی بالا
- ✓ عفونت اولیه HIV
- ✓ همراهی با سایر بیماری های آمیزشی
- ✓ زایمان واژینال
- ✓ سن بالای مادر
- ✓ سوءتغذیه (فقرویتامین A)
- ✓ مصرف سیگار و مواد مخدر

۳-۲- فاکتورهای کودک: که شامل عوامل زیر است:

- ✓ کوریو آمنیونیت
- ✓ نارس بودن
- ✓ وزن کم موقع تولد
- ✓ پارگی طولانی کیسه آب (بیشتر از ۴ ساعت)
- ✓ تغذیه با شیر مادر

۴-مشاوره قبل از حاملگی:

مبتلایان به HIV باید از مشاوره تنظیم خانواده و سایر خدمات مورد نیاز در این رابطه برخوردار گردند. در این مشاوره ها باید به موارد زیرتوجه شود:

- ✓ درک خطر انتقال از مادر به کودک و یا خطر انتقال بین زوجهای sero-discordant
- ✓ انتخاب روش های مناسب و مؤثر پیشگیری از بارداری برای کاهش احتمال بارداری ناخواسته
- ✓ ترویج تماس جنسی مطمئن و کم خطر
- ✓ تاثیرات حاملگی و بارداری بر روند بیماری و درمان
- ✓ موارد نیازمند سقط
- ✓ ارجاع زوج هایی که علیرغم مشاوره های انجام شده بر بارداری اصرار دارند، به مراکز تحقیقاتی که مطالعاتی بصورت کارآزمایی بالینی در این زمینه انجام میدهند.

۵-آزمایش و مشاوره HIV در دوره حاملگی

تشخیص زود هنگام زنان مبتلا به HIV برای سلامت آنها و مراقبت نوزادان مواجهه یافته و یا مبتلا به HIV بسیار مهم و سرنوشت ساز است. آگاهی از عفونت HIV در مادر در زمان قبل از تولد موارد زیر را میسر می سازد:

- دسترسی سریعتر زنان مبتلا به HIV به خدمات مراقبت و درمان؛
- شروع هرچه سریعترکموپروفیلاکسی ضدترووویروسی (طی بارداری، در زمان زایمان و پس از تولد نوزاد)؛
- انجام زایمان برنامه ریزی شده از طریق سزارین به منظور کاهش انتقال HIV در دوره پری ناتال؛
- ارائه آموزشهای لازم به مادر در زمینه های:
  - ✓ حذف الکل، مصرف مواد مخدر و سیگار،
  - ✓ چگونگی مراقبت از نوزاد و اقدامات اولیه ای که بلافاصله بعد از تولد برای نوزاد صورت گیرد،
  - ✓ خطرات انتقال HIV از طریق شیر مادر و توصیه به پرهیز از شیردهی و برقراری جایگزین مطمئن؛
- تسریع در ارائه مراقبتهای لازم به نوزاد شامل پروفیلاکسی ضدترووویروسی، پروفیلاکسی PCP، ارائه تغذیه جایگزین و ارزیابی اولیه تشخیصی؛

با توجه به موارد فوق مشاوره و آزمایش HIV در زنان باردار با در نظر گرفتن موارد زیر توصیه می گردد:

- مشاوره و ارزیابی خطر در کلیه زنان باردار و ارجاع موارد در معرض خطر *(سابقه مصرف تزریقی مواد، سابقه زندان، وجود رفتارهای پرخطر جنسی، وجود علائم و نشانه های عفونت HIV در زن باردار یا شریک جنسی وی و یا داشتن شریک جنسی مبتلا به HIV)* برای مشاوره اختصاصی و آزمایش داوطلبانه HIV، در اولین ویزیت پس از بارداری؛
- تکرار آزمایش HIV در سه ماهه سوم (ترجیحاً زیر ۳۶ هفته) در زنان در معرض خطری که نتیجه آزمایش آنها در اوایل بارداری منفی بوده است،
- پیشنهاد مجدد آزمایش در سه ماهه سوم به زنان در معرض خطری که از انجام آزمایش در اوایل بارداری خودداری کرده اند ؛
- آزمایش سریع آنتی بادیHIV برای غربالگری زنان در معرض خطری که در زمان زایمان وضعیت HIV آنها نامعلوم است، (جهت امکان ارائه پروفیلاکسی ضدترووویروسی ضمن زایمان و تسریع در درمان پیشگیری نوزاد)،

☚ لازم به ذکر است که تنها کیتهایی برای انجام تشخیص سریع توصیه میشود که قبلا توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تائید شده باشند. نتیجه مثبت آزمایش سریع HIV باید مطابق دستورالعمل کشوری تشخیص HIV تایید شود.

☚ در زنانی که پیش از شروع دردهای زایمان یا ضمن زایمان از نظر HIV آزمایش نشده اند باید آزمایش سریع بلافاصله پس از زایمان برای مادر یا برای نوزاد با مشاوره و رضایت مادر پیشنهاد شود. این امر امکان شروع پروفیلاکسی ضدترووویروسی را بلافاصله بعد از وضع حمل برای نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به HIV فراهم می کند.

۶- مشاوره خاص دوران حاملگی:

زنان باردار مبتلا به HIV باید از خدمات معمول مشاوره در این رابطه برخوردار شده باشند. در صورتیکه تشخیص HIV در زمان بارداری مد نظر است، باید مشاوره های پیش و پس از آزمایش ارائه شده، نکات لازم در این مشاوره ها (میزان اطلاعات بیمار از HIV و چگونگی پیشگیری، توانایی برخورد با موقعیت جدید، وجود حمایتهای لازم و ...) در نظر گرفته شود. در مشاوره اختصاصی برای زنان باردار مبتلا به HIV باید به نکات ذیل پرداخت:

- ✓ ضرورت درمان ضدرتروویروسی و اهمیت پایبندی؛
- ✓ طول مدت درمان با داروهای ضدرترویرسی براساس وضعیت بالینی (نیاز به پروفیلاکسی و یا درمان) و یا نیاز به تغییر رژیم درمانی
- ✓ خطرات احتمالی کاربرد داروهای ضد رتروویروسی طی بارداری،
- ✓ آموزش در مورد مراقبتهای لازم برای نوزاد؛
- ✓ برقراری ارتباط مادر با سرویسهای ارائه خدمات زایمان و مراقبتهای نوزاد؛
- ✓ مشاوره های بهداشت روانی و خدمات درمانی سوءمصرف مواد،
- ✓ مشاوره ویژه برای ختم بارداری در موارد نیاز.

۷-درمان ضدرتروویروسی در مادران باردار:

الف. زنان بارداRمبتلا به HIV که هرگز داروهای ضد رتروویروسی دریافت نکرده اند و برای سلامت خود نیاز به درمان دارند:

- شروع درمان ضدرتروویروسی برای تمام خانم های باردار با CD4 کمتراز ۳۵۰ بدون توجه به مرحله بالینی یا با مرحله بالینی ۳ یا ۴ از مرحله بندیWHO بدون توجه بهCD4 اندیکاسیون دارد. به این ترتیب شروع درمان در ماردان باردار مشابه همان توصیه هایی است که در دستورالعمل درمان ضد رتروویروسی در بزرگسالان آمده است.

- درمان باید هر چه سریع تر بدون توجه به سن حاملگی شروع شود و در طی بارداری، حین زایمان و پس از آن مادام العمر ادامه یابد.

- رژیم های درمانی توصیه شده عبارتند از:

رژیم ارجح: شامل ZDV + 3TC + NVP یا ZDV + 3TC + EFV

رژیم آلترناتیو: شامل 3NRTI یعنی ZDV+3TC+ABC

-دقت شود که NVP در زنان دارای CD4>250cell/mm می تواند سبب افزایش مسمومیت کبدی شود. ارجح است که در این زنان تا قبل از سه ماه اول حاملگی از رژیم آلترناتیو استفاده شود. بعد از سه ماه باید EFV جایگزین ABC شود.

-به علت اثرات جانبی EFV روی نورال تیوب استتفاده از آن در سه ماهه اول بارداری ممنوع است ولی اگر استفاده شده باشد اندیکاسیون سقط ندارد.

شرایط خاص در زنانی که برای سلامت خود نیاز به درمان دارند:

- درمان ضد رتروویروسی در خانم بارداری که اندیکاسیون درمان دارد ولی تماس قبلی با داروهای ضد ویروس داشته است: در صورت سابقه ی استفاده از رژیم ۳ دارویی بدون توجه به نوع داروها، زمان ومدت تماس، رژیم حاوی 2NRTI+1NNRTI شروع شود، پیگیریهای بعدی از نظر مقاومت دارویی مشابه سایر بیماران واجد شرایط درمان خواهد بود
- خانم بارداری که اندیکاسیون درمان دارد ولی هموگلوبین کمتر از۷ میلی گرم در دسی لیتر باید به جای ZDV، تنوفوویر دریافت نماید.
- برای خانم حامله با عفونت هم زمان سل، ابتدا درمان ضد سل شروع شود و درمان ضد ویروسی هر چه زودتر در طی ۸ هفته اول بعد از شروع درمان ضد سل آغاز گردد. درمان باید باEFV باشد و اگر استفاده از EFV ممکن نباشد رژیم حاوی NVP یا ABC قابل قبول است.
- خانم حامله با عفونت هم زمان هپاتیت ب که اندیکاسیون درمان هپاتیت ب هم دارد TDF + 3TC + NVP یا TDF + 3TC+EFV دریافت نماید.

ب.زنان باردار مبتلا به HIV که در حال حاضر تحت درمان ضد رتروویروسی قرار دارند: در صورتی که رژیم درمانی ضد رتروویروسی موثر بوده، همان درمان باید ادامه یابد. با این حال از مصرف EFV در سه ماهه اول بارداری خودداری شود. در خانمی که حین دریافتART حامله می شودو در سه ماهه اول مراجعه می کند EFV بهNVP تبدیل شود و دوزNVP از ابتدا ۲۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز داده شود. زنان باردار تحت درمان با رژیم های حاوی NVP که درمان آنها موفق بوده و رژیم درمانی را تحمل کرده اند، باید صرفنظر از تعداد CD4 به درمان ادامه دهند.

پ.زنان باردار مبتلا به HIV که اندیکاسیون درمان ندارند ولی برای پیشگیری از انتقال HIV به نوزاد باید پروفیلاکسی ضدرتروویروسی دریافت نمایند:

درمان ضدرتروویروسی یا پروفیلاکسی برای پیشگیری از انتقال حوالی زایمان طی دوره پیش از زایمان باید برای همه زنان مبتلا به HIV صرفنظر از تعداد رونوشت HIV RNA یا تعدادCD4 تجویز شود. ZDV باید در رژیم ضد رتروویروسی پیش از زایمان گنجانده شود، مگر اینکه سمیت شدید یا مقاومت اثبات شده نسبت به آن وجود داشته باشد. شروع درمان بعد از سه ماهه اول، از ۱۴ هفته حاملگی یا هر چه زودتر بعد از آن هر زمانی که بیمار در حاملگی مراجعه نماید و ترجیحا قبل از ۲۸ هفته حاملگی صورت گیرد.

جهت پروفیلاکسیARV رژیم درمانی ۳ دارویی تا زمان زایمان و حین زایمان ادامه یابد و بعد از زایمان مادر از نظر نیاز به درمان ارزیابی شود.رژیم درمانی پیشنهادیZDV + 3TC + EFV و رژیم آلترناتیوZDV + 3TC + ABC می باشد.

در صورتی که دارودر دسترس نباشد و بیمار فقط به پروفیلاکسی برای پیشگیری از انتقال HIV به کودک نیاز داشته باشد، می توان از ZDV به تنهایی با دوز ۳۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز استفاده کرد.

ث.زنان بارداری که در زمان زایمان مراجعه کرده اند و فاکتور خطر HIV دارند ولی سابقه آزمایش HIV ندارند:

در زنانی که وضعیت HIV آنها مشخص نیست و در خطر ابتلا به HIV قرار دارند، انجام آزمایش سریع آنتی بادی در زمان زایمان الزامی است.در صورت مثبت بودن آزمایش باید درمان ضدرتروویروسی برای وی، با رژیم مشابه مادران باردارمبتلا به HIV که زمان زایمان مراجعه کرده اند، شروع شود(قسمت ت). همچنین بدون انتظار برای آماده شدن نتایج آزمایشهای تأ ییدکننده ، برای نوزاد نیز باید ZDV به صورتی که در قسمت مراقبت از نوزاد آمده، شروع شود. اگر متعاقبا جواب آزمایش HIV در مادر تایید نشد،ZDV نوزاد باید قطع گردد.

ت. درمان ضدرتروویروسی در حین زایمان در زنان مبتلا به HIV :

- ❖ در صورتی که مادر درمان ضدرتروویروسی دریافت می کند، آنرا در حین زایمان ادامه دهید و زیدوودین را به صورت زیر تجویز کنید:
  - انفوزیون مداوم ZDV: ۲ میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن مادر طی یک ساعت و بعد از آن ادامه انفوزیون مداوم به میزان ۱ میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن مادر تا زمان زایمان
- ❖ در صورتی که مادر باردار برای پیشگیری از انتقال، فقط زیدوودین دریافت می کند یا مراقبتی دریافت نکرده، به صورت زیر عمل کنید:
  - اگر بیش از ۴ هفته در طی حاملگی ZDV گرفته باشد، ادامه ZDV تزریقی طی زایمان، مطابق آنچه در بالا گفته شد کفایت می کند. اما اگر مدت دریافت کمتر از ۴ هفته باشد، حین زایمان دوز واحد نویراپین ۲۰۰ میلی گرم خوراکی در شروع زایمان همراه با ZDV توصیه می شود و یک هفته استفاده از ZDV + 3TC هم ضروری است.
- ❖ در موارد سزارین الکتیو درمان زایدوودین وریدی باید حداقل ۳ ساعت قبل از جراحی شروع شود.
- ❖ از پاره کردن مصنوعی غشاها باید پرهیز شود.
- ❖ استفاده روتین از الکترود های جمجمه برای مونیتورینگ جنین ممنوع است.
- ❖ فقط در مواقع ضروری از فورسپس، واکیوم یا اپیزیوتومی استفاده شود.
- ❖ در موارد آتونی رحمی همزمان با مهارکننده های پروتئاز یا افاویرنز از مترژین استفاده نشود یا در صورت ضرورت، حداقل دوز تجویز شود.

۸-قطع درمان ضد رتروویروسی طی بارداری:

در صورتی که درمان ضد رتروویروسی به صورت اختیا ری قطع شود وبیمار درحال مصرف یک داروی NNRTI باشد باید توجه شود که ابتدا NNRTIقطع شود و داروهای دیگر ضدرتروویروسی به مدت زمانی (هفت روز) ادامه داشته باشند.

درصورتی که درمان ضدرتروویروسی به طور ناگهانی به دلیل سمیت شدید یا تهدید کننده حیات یا استفراغ غیر قابل کنترل ناشی از بارداری قطع شود کلیه داروها باید به طور همزمان قطع ومجدداًهم زمان شروع شوند. در صورت قطع NVP ودر شرایطی که شروع مجدد آن بیش از دو هفته طول بکشد، باید NVP طی دوره دو هفته ای افزایشی دوز شروع شود.

۹-پایش طی بارداری:

تعداد سلول CD4 باید در اولین ویزیت وحد اقل هر ۶ -۳ ماه یک بار طی بارداری کنترل شود.پایش برای عوارض داروهای ضد رتروویروسی طی بارداری باید براساس آگاهی از عوارض جانبی داروهای مصرفی زن باردار باشد. سونوگرافی در سه ماهه اول برای تعیین سن جنسی و برنامه ریزی زمان احتمالی سزارین، توصیه می شود.در زنان باردار تحت درمان با داروهای NRTIباید آنزیمها ی کبدی و الکترولیت ها در سه ماهه سوم بارداری، ماهانه بررسی شوند و هر گونه علایم جدید به دقت ارزیابی شود.

زنان باردار مبتلا به HIV باید مطابق سایر زنان باردار از بسته خدمات مراقبت دوران بارداری مطابق دستور العمل کشوری برخوردار شوند. در این زنان مراقبتهای ذیل علاوه بر بسته خدمات معمول توصیه میشود:

- طی بارداری در هفته ۲۸-۲۴ تحت غربالگری گلوکز، با آزمایش استاندارد وتست تحمل گلوکز با۵۰ گرم گلوکز در یک ساعت، قرار گیرند.
- سونوگرافی سه ماهه اول برای تعیین سن جنین جهت مشخص کردن زمان سزارین انجام شود.
- برای زنانیکه در سه ماهه اول بارداری تحت درمان با داروهای ضدرتروویروسی ترکیبی قرار گرفته اند، ارزیابی آناتومی جنین با سونوگرافی در سه ماهه دوم توصیه می گردد. (به ویژه اگر رژیم حاوی EFV باشد)
- اگر انجام امینیوسنتز اندیکاسیون دارد فقط بعد از دریافت حداقل ۳ هفته رژیم ترکیبی یا پروفیلاکسی باشد و در صورت انجام ویرال لود ایده ال است که سطح ویروس قابل شناسایی نباشد.

۱۰-روش زایمان:

توصیه می گردد کلیه زنان باردار مبتلا به HIV در هفته ۳۸ حاملگی به صورت الکتیو سزارین شوند. با این وجود مشخص نیست که بعد از پاره شدن غشاها یا شروع دردهای زایمانی، زایمان از طریق سزارین تأثیری در پیشگیری از انتقال HIV داشته باشد.

۱۱-پیگیری و درمان بعد از زایمان در مادران:

تصمیم گیری برای ادامه یا قطع درمان ضد رتروویروسی بعد از زایمان به حداقل تعداد CD4، علایم بالینی و مرحله بیماری، وجود سایر اندیکاسیون های درمان ضد رتروویروسی و پذیرش بیمار بستگی دارد. دوره بلافاصله بعد از زایمان چالش های منحصر به فردی برای پایبندی، ایجاد می نماید. خدمات حمایتی جدید یا مستمر باید قبل از ترخیص از بیمارستان، تضمین شوند. زنانی که آزمایش سریع آنتی بادی HIV در آنها طی دوره زایمانی مثبت است، باید به طور کامل از نظر اثبات عفونت HIV، ارزیابی کامل سلامت بالینی، مشاوره HIV و ارزیابی نیاز به درمان ضد رتروویروسی پیگیری شوند.

مشاوره پیشگیری از بارداری یکی از جنبه های مهم مراقبت بعد از بارداری است. با این که کاندوم در همه موارد برای پیشگیری از انتقال STD/ HIV توصیه می شود، ولی میزان بارداری ناخواسته با استفاده ازکاندوم به تنهایی، زیاد است و بیمار باید در باره استفاده از سایر روش های پیشگیری از بارداری در کنار کاندوم مشاوره شود.

دوره پس از زایمان فرصتی برای بررسی و بهینه سازی سلامت زنان نیز می باشد: خدماتی نظیر غربالگری سرطان دهانه رحم، ایمن سازی روتین، بررسی سلامت روانی، ارزیابی علایم افسردگی پس از زایمان و درمان اعتیاد به مواد مخدر بر حسب لزوم و توصیه می‌شود.

مشاوره برای شیردهی

گر چه بر اساس دستورالعمل سال ۲۰۱۰ سازمان بهداشت جهانی شیردهی ممنوع نمی باشد،به نظر می رسد همان گونه که در متن دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی آمده است این توصیه بیشتر برای کشورهایی درنظر گرفته شده که امکان تهیه شیر جایگزین را ندارند، لذا با توجه به توانایی کشور جهت تامین شیر جایگزین، زنان مبتلا بهHIV به هیچ وجه نباید به نوزاد خود شیر بدهند (حتی اگر تحت درمان با داروهای ضدرتروویروسی باشد). و دقت نمایند خطر ابتلای نوزاد به HIV با شیردهی متناوب(گاهی شیر مادر و گاهی شیر خشک) بیشتر خواهد بود.

۱۲-پایش اولیه بعد از زایمان در نوزاد مواجهه یافته با HIV:

شمارش کامل خونی (CBC) و شمارش افتراقی در نوزاد برای ارزیابی پایه قبل از تجویز ZDV باید انجام شود. تصمیم گیری درباره زمان پایش بعدی متغیر های خونی نوزاد بستگی به میزان های پایه هماتولوژیک، سن جنین در زمان تولد، وضعیت بالینی کودک، داروهای هم زمان و درمان قبل از زایمان در مادر، دارد. بعضی متخصصان بررسی هماتولوژیک را در نوزادان سالم تحت درمان با ZDV پروفیلاکتیک را تنها در صورت علامتدار بودن نوزاد مجدداً کنترل می کنند و بعضی دیگر،میزان هموگلوبین و شمارش نوتروفیل را ۴-۶ هفته بعد از درمان با ZDV بررسی مجدد می نمایند.

پایش و ارزشیابی تشخیصی نوزادان مواجهه یافته با HIV باید "دستور العمل ارزیابی عفونت HIV و درمان ضدرتروویروسی در کودکان" صورت گیرد.

۱۳-درمان ضدرتروویروسی نوزاد:

رژیم کموپروفیلاکسی با ZDV به مدت ۶ هفته برای همه نوزادان مواجهه یافته با HIV ضروری است. ZDV باید در صورت امکان در کمترین فاصله زمانی از تولد و ترجیحاً طی ۶ تا ۱۲ ساعت بعد از زایمان شروع شود. میزان ZDV مطابق با توصیه زیراست:

رژیم ساده شده خوراکی مطابق با جدول ۱ است:

جدول ۱. رژیم ساده شده زیدوودین در پیشگیری انتقال HIV به نوزادان

Infant age	AZT daily dosing
Birth to 6 weeks • Birth weight 2000–2499 g • Birth weight >2500 g	 10 mg twice daily 15 mg twice daily

در جدول شماره ۲ دوزهای دارویی بر اساس سن نوزاد آورده شده که می توان از آن نیز استفاده نمود:

جدول ۲. رژیم زیدوودین در پیشگیری انتقال HIV به نوزادان بر اساس سن نوزاد

Neonatal		
Drug	**Dosing**	**Duration**
ZDV	>35 weeks gestation: 2 mg per kg body weight per dose given orally [1, 2] (or 1.5 mg per kg body weight per dose given intravenously) started within 6–12 hours of delivery, then every 6 hours	Birth to 6 weeks
ZDV	<35 to >30 weeks gestation: 2 mg per kg body weight per dose given orally (or 1.5 mg per kg body weight per dose given intravenously) started within 6–12 hours of delivery, then every 12 hours, advanced to every 8 hours at 2 weeks of age	Birth to 6 weeks
ZDV	<30 weeks gestation: 2 mg per kg body weight per dose given orally (or 1.5 mg/kg/dose given intravenously) started within 6–12 hours of delivery, then every 12 hours, advanced to every 8 hours at 4 weeks of age	Birth to 6 weeks

اگر اختلالات هماتولوژیک در کودکان تحت درمان پروفیلاکسی ZDV رخ دهد، باید در باره ادامه پروفیلاکسی ضد رتروویروسی در شیرخوار بر حسب مورد تصمیم گیری شود.

منابع:

1. ANTIRETROVIRAL DRUGS FOR TREATING PREGNANT WOMEN AND PREVENTING HIV INFECTION IN INFANTS. Recommendations for a public health approach, 2010 version, Geneva.
2. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States.DHHS, May 24, 2010,USA.
3. Eramova I,Matic S, and Munz M. Prevention of HIV Transmission from HIV Mothers to their Infants Clinical Protocol for the WHO European Region.World Health Organization 2006,Denmark.
4. Clinical Manual for Management of the HIV-Infected Adult.AETC National Resource CenterUniversity of Medicine and Dentistry of New Jersey,2006,USA.