

Healthcare Management for Pregnant Women Living with Human Immunodeficiency Virus at Siriraj Hospital

Chenchit Chayachinda*, Suprattra Rungmaitree**, Oranich Navanukroh***, Chanon Neungton*, Payaow Aneklap****, Pathamaporn Tiengladdawong****

*Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, **Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, ***Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, ****Obstetrics and Gynecological Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):328-341

ABSTRACT

Human immunodeficiency virus (HIV) has been one of the global concerns. At the moment, owing to the development of better and newer anti-viral drugs as well as the great support provided by the Government of Thailand, pregnant women living with HIV receive an equal access to the sufficient standard of care, including free routine screening, medication, care and referral system; and social support as well as long term follow-up for children who are born to HIV-infected mothers. This results in the current low rate of new HIV infection cases aiming to the zero case in the year 2030. The 2021/2022 Thai National Guideline for HIV/AIDS provides information and management guidelines for all HIV-infected groups, including pregnant women. However, some obstetric part remains missing due to the lack of clear supporting evidence; or the practice guidelines from different countries are not similar due to each country's resources and context. As such, the Siriraj clinical pathway has been developed with great collaboration from the Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynecology, the Department of Nursing, the Department of Pediatrics, the Department of Preventive and Social Medicine and all related units to provide the best healthcare management to this population. And, it may also be applicable to other hospitals in Thailand.

Keywords: HIV; pregnant women; service; Siriraj

Correspondence to: Pathamaporn Tiengladdawong

Email: pathamaporn.tig@mahidol.edu

Received: 1 April 2023

Revised: 20 June 2023

Accepted: 3 July 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.262181>

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลศิริราช

เจนจิต ฉายะจินดา*, สุกตรางู๋ไม่ตรี**, อรนิช นาวานุเคราะห์***, ชานนท์ เนืองตัน*, พเยาว์ เอนกลาภ****, ปฐมาภรณ์ เตียงลัดดาวงศ์****
 *หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, **หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์, ***ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม, ****งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีการศึกษาผลกระทบทำให้เกิดโรคเอดส์จากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี การพัฒนายาต้านไวรัสและวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอายุที่ยืนยาวขึ้น มีโอกาสในการตั้งครรภ์สูงขึ้น รวมถึงมีมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการสนับสนุนอย่างดีจากรัฐบาลทั้งในเรื่องยา การติดตามคู่เพศสัมพันธ์มารับการตรวจรักษา ยาต้านไวรัส และระบบการติดตามเด็กที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการควบคุมอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ดีมาก โดยสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อจากหญิงตั้งครรภ์สู่ทารก เพื่อเป้าหมายการติดเชื้อใหม่ในเด็กภายในปี พ.ศ.2573 เท่ากับศูนย์ แต่พบว่าแนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ทำให้การนำมาปรับใช้กับหญิงไทยจะต้องคำนึงถึงบริบทของประเทศไทย แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันอ้างอิงจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ประเทศไทยปี พ.ศ.2564/2565 ซึ่งในบทความนี้จะนำเสนอรายละเอียดแนวทางการดูแลที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเพิ่มเติมสำหรับแนวปฏิบัติการดูแลของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้รับความร่วมมือจากฝ่ายการพยาบาล ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ รวมถึงหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: เอชไอวี; หญิงตั้งครรภ์; บริการ; ศิริราช

บทนำ

การติดเชื้อ Human immunodeficiency virus (HIV, เอชไอวี) เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้จะมีการศึกษาวิจัยและกลไกการทำให้เกิดโรคของไวรัสเอชไอวีอย่างละเอียด และมีการพัฒนายาต้านไวรัสรวมถึงวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง¹⁻³ ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอายุที่ยืนยาวขึ้น เนื่องจากประเทศไทยมีการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่มีมาตรฐานตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก จากการคาดประมาณปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 520,000 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 6,400 คนต่อปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี ซึ่งมีโอกาสการตั้งครรภ์สูง แต่ประเทศไทยสามารถควบคุมอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ดีมาก โดยลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ปีละประมาณ 3,500 คน ทำให้มีเด็กทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมรดกต่ำกว่า 50 รายต่อปี สำหรับโรงพยาบาลศิริราชพบว่า อุบัติการณ์การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราชพ.ศ. 2564 เท่ากับ

ร้อยละ 0⁴ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจเลือดเอชไอวีเป็นบวกจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด รวมทั้งได้รับยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์ประสิทธิภาพสูง (HAART) เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2560-2573 มุ่งมั่นจะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่เกิน 1,000 คนต่อปีและไม่มีการติดเชื้อใหม่ในเด็กเลยภายในปี พ.ศ.2573⁵ จากการปฏิบัติงานพบว่าแนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ซึ่งการนำมาปรับใช้กับหญิงไทยจะต้องคำนึงถึงบริบทของประเทศไทย ในปัจจุบันแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอ้างอิงจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ประเทศไทยปี พ.ศ.2564/2565 ซึ่งบทความนี้ต้องการนำเสนอรายละเอียดแนวทางการดูแลที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเพิ่มเติมสำหรับแนวปฏิบัติการดูแลของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้รับความร่วมมือจาก

ฝ่ายการพยาบาล ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ภาควิชา
กุมารเวชศาสตร์ รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันดูแล
รักษาหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ในการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอ
วีจากแม่สู่ลูก จนไม่มีการติดเชื้อใหม่ในเด็กเลยภายในปี พ.ศ.2573
ซึ่งมีรายละเอียดและแนวทางการดูแลที่เกี่ยวข้องดังนี้

ไวรัสเอชไอวีและกลไกการติดเชื้อ⁶⁻⁷

โครงสร้างของเชื้อเอชไอวี คือเยื่อหุ้มไวรัสมีต้นกำเนิดจาก
เยื่อหุ้มของเซลล์ทั่วไปซึ่งมีลักษณะเป็นชั้นไขมันสองชั้น (bilipid lay-
er) มีส่วนโปรตีนยื่นออกไปลักษณะเป็นปุ่ม เรียกว่า glycoprotein
120 (gp120) และ glycoprotein 41 (gp41) ส่วนถัดเข้าไปเป็นส่วน
นอกของแกนของไวรัสที่เรียกว่า capsid จะมีโปรตีนที่ชื่อว่า p24
ส่วนในสุดประกอบด้วย single stranded ribonucleic acid (RNA)
จำนวน 2 เส้น ส่วน pol เกี่ยวข้องกับการสร้างเอนไซม์ต่าง ๆ ได้แก่
reverse transcriptase, integrase และ protease

ไวรัสเอชไอวีใช้ส่วน gp120 ที่อยู่ส่วนนอกสุดของอนุภาค
ไวรัส จับกับตัวรับบนเซลล์เป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วยตัวรับหลักคือ
CD4 ร่วมกับมีตัวรับร่วม (co-receptor) ได้แก่ chemokine recep-
tors ที่เรียกว่า CXCR4 หรือ CCR5 จากนั้นส่วนแกนของไวรัสจะเข้าไป
ในชั้นไซโตพลาสซึมและมีการสลายไปของส่วน capsid ทำให้ viral
RNA และ เอนไซม์ต่าง ๆ ออกมา ต่อมาจะมีการนำส่ง nucleoside
(Adenine Thymine Guanine Cytosine) ออกมาจากนิวเคลียส
เพื่อสร้าง proviral deoxyribonucleic acid (proviral DNA) โดยใช้เอนไซม์
reverse transcriptase

จากนั้น proviral DNA จะเดินทางเข้าไปในนิวเคลียส
เอนไซม์ integrase จะทำการเชื่อม proviral DNA กับ DNA ของ
เซลล์เป้าหมาย ต่อมาเซลล์เป้าหมายจะมีขบวนการสร้าง RNA จาก
DNA และ การสร้างโปรตีนตามปกติ ผลผลิตจะได้เป็น viral RNA
และ messenger RNA (mRNA) ในส่วนของ mRNA จะไปที่ ribo-
some สร้างโปรตีนของไวรัสเอชไอวีออกมาอยู่ในส่วนไซโตพลาส-
ซึม ส่วนของ viral RNA ก็ออกมาจากนิวเคลียส ทั้งสองส่วนจะมา
ประกอบกันที่บริเวณขอบของเยื่อหุ้มเซลล์ และมีการแตกหน่อออก
ไปจากเซลล์นั้น ในช่วงแรกอนุภาคเอชไอวีจะยังไม่สมบูรณ์จำเป็นต้อง
ต้องใช้เอนไซม์ protease ของตัวไวรัสเองย่อยโปรตีนบางชนิดใน
อนุภาคเพื่อให้เป็นอนุภาคที่สมบูรณ์และสามารถติดเชื้อไปสู่เซลล์
อื่นๆ ได้ ในการแตกหน่อนี้ยังทำให้เซลล์ต้นกำเนิดนั้นโดนทำลายไป
ดังนั้น เชื้อเอชไอวีทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายอย่างมาก

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีจะต้องประกอบด้วยผลตรวจ
หาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในร่างกายที่เป็นบวกของการทดสอบ
โดยวิธีที่แตกต่างกัน 3 วิธี ซึ่งต้องเป็นการทดสอบด้วยแอนติเจนของ
ไวรัสเอชไอวีที่แตกต่างกัน โดยอาจมีหลักการที่เหมือนกันก็ได้ การ
ใช้ rapid test ถือเป็นการตรวจอันหนึ่งได้ วิธีการตรวจที่ใช้เป็นอัน

แรกจะต้องเป็นวิธีที่มีความไวมากที่สุด คือสูงกว่าร้อยละ 99 หากผล
อันใดอันหนึ่ง “สรุปผลไม่ได้ (inconclusive)” ให้ติดตามมารับการ
ตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์ เนื่องจากปัจจุบันแนะนำให้ชุดตรวจหาการติด
เชื้อที่ตรวจได้ทั้งแอนติเจนและแอนติบอดี (4th generation) ซึ่งลด
window period เหลือประมาณ 2 สัปดาห์ สำหรับการตรวจหา
ระดับของ HIV VL และ CD4 count ไม่ได้ใช้ในการวินิจฉัยเอชไอวี
แต่ใช้ในการประเมินเบื้องต้นและติดตามผลการรักษา

เมื่อหญิงตั้งครรภ์มารับการฝากครรภ์ครั้งแรก จะได้รับ
ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรทางการแพทย์จะทำการ
ตรวจเลือดเมื่อหญิงตั้งครรภ์นั้นยินยอม หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ยินยอม
รับการตรวจเลือด จะมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อให้สมัครใจตรวจโดย
เร็ว และให้ข้อมูลอีกครั้งในช่วงต้นไตรมาสสามเพื่อตรวจซ้ำในกรณีที่
ผลเลือดเป็นลบในครั้งแรก

ยาต้านไวรัสเอชไอวี

ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีในปัจจุบันมีหลายกลุ่ม ได้แก่ nu-
cleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs), nucleotide
reverse transcriptase inhibitors (NRTIs), non-nucleoside
reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs), protease inhibitors
(PIs), integrase inhibitors, fusion inhibitors, attachment in-
hibitors, post-attachment inhibitors and pharmacokinetics
enhancer การใช้ยาเพื่อควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีจะประกอบด้วย
ยา 3 ชนิด ซึ่งเรียกว่า combination anti-retroviral therapy
(cART) สำหรับการให้ cART ในหญิงตั้งครรภ์ ผลของยาต่อการ
ตั้งครรภ์จะอ้างอิงตาม Food and Drug Administration (FDA)
pregnancy category โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A คือ มี
การศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เพียงพอที่จะแสดงให้เห็นว่าไม่มีความเสี่ยง
ต่อทารก กลุ่ม B คือ มีการศึกษาในสัตว์ทดลองว่าไม่มีความเสี่ยง
ต่อทารก กลุ่ม C คือ ไม่มีการศึกษา แต่ควรใช้เมื่อพิจารณาแล้วว่า
ประโยชน์ที่ได้มีมากกว่าความเสี่ยง กลุ่ม D คือ มีหลักฐานว่ามีความ
เสี่ยงต่อทารก แต่สามารถใช้ได้หากประโยชน์มีมากกว่าความเสี่ยงที่
อาจเกิดขึ้น และกลุ่ม X คือ มีการศึกษาในสัตว์ทดลองหรือรายงาน
การไม่พึงประสงค์ พบว่าความเสี่ยงสูงกว่าประโยชน์ใด ๆ ที่พึงได้รับ
ในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะยาที่ใช้บ่อยในสูตร (ตารางที่ 1)

การตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการ³

1. ประเมินความเสี่ยงของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและวัณโรค
และส่งตรวจตามความเหมาะสม หากตรวจพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
หรือวัณโรค แพทย์จะทำการรักษาก่อนพิจารณาให้ยาต้านเอชไอวี
เพื่อลดการเกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันฟื้นตัว (Immune reconstitu-
tion inflammatory syndrome; IRIS)

2. CD4 count ตรวจทันทีหลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี
ก่อนเริ่มยา และตรวจซ้ำทุก 6 เดือนหลังเริ่มยา หาก CD4 count
มากกว่า 350cells/mm3 อาจตรวจปีละ 1 ครั้งได้

ตารางที่ 1 ยาด้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้บ่อยในสูติกรรม

ยาด้านไวรัสเอชไอวี	Pregnancy category	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs)		
Emtricitabine (FTC)	B	ปวดตัว เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ปวดศีรษะ
Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)	B	การทำงานของไตผิดปกติ
Zidovudine (AZT)	C	คลื่นไส้ อาเจียน ซีด
Lamivudine (3TC)	C	ปวดศีรษะ ท้องเสีย อาเจียน นอนไม่หลับ ไอ
Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs)		
Efavirenz (EFV)	D	ผื่น ตับอักเสบ เวียนศีรษะมาก
Protease inhibitors (PIs)		
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	B	ตัวเหลือง ตับอักเสบ นิ่วในไต
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	C	ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน น้ำตาลในเลือดสูง
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	C	คลื่นไส้อาเจียน แพ้ยา ตับอักเสบ น้ำตาลในเลือดสูง
Integrase inhibitors		
Raltegravir (RAL)	C	ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ผื่นตามร่างกาย
Dolutegravir (DTG)	C	ผื่น ตับอักเสบ ปวดข้อ ผื่นตามตัว ปวดตามข้อ

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565

3. HIV viral load ไม่จำเป็นต้องตรวจก่อนเริ่มยา ถ้าเริ่มยาด้านเอชไอวีตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์และกินยาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ให้ตรวจ HIV VL ที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ หากพบ HIV VL >50-1,000 copies/mL ให้รีบให้คำปรึกษาเรื่องการกินยาอย่างเคร่งครัด แล้วตรวจซ้ำอีก ที่ 4 สัปดาห์หลังจากกินยาสม่ำเสมอ หากพบ HIV VL > 1,000 copies/mL และกินยาสูตรที่ไม่มี DTG แนะนำให้เปลี่ยนสูตรยาเป็น (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG หรือเพิ่มยา DTG เป็น ยาดูที่ 4 (ถ้าไม่มีให้ใช้ RAL แทน) และตรวจ HIV VL ซ้ำที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ในรายที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์แล้ว และยังไม่ได้ตรวจ HIV VL ให้ตรวจทันที แม้จะกินยาด้านไวรัสไม่ครบ 12 สัปดาห์เพื่อการพิจารณาช่องทางการคลอด

4. 50g glucose challenge test ตรวจก่อนการเริ่มสูตรยาที่มี LPV/r ในรายที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หากได้ผล ≥ 140 mg/dL ให้ส่งทำ 100 g OGTT ต่อ ผู้ที่ได้ยาสูตร LPV/r ทุกรายตรวจซ้ำที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ หรือ หลังจากเริ่ม

ยาไปอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หากได้ผล ≥ 140 mg/dL ให้ส่งทำ 100 g OGTT ต่อ

5. Urine sugar ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย ทุกครั้งที่มีการตรวจครรภ์ หากตรวจพบ urine sugar เป็นบวกและใช้ยาสูตร LPV/r ควรเปลี่ยนเป็น EFV หากกำลังใช้ TDF ควรตรวจทุก 6 เดือน และดู urine protein ร่วมด้วย

6. Complete blood count (CBC) ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย หาก Hb <8g/dL หรือ Hct <24% ไม่ควรใช้ AZT แต่ควรใช้ TDF หรือ TAF ตรวจซ้ำหลังได้รับ AZT 4-8 สัปดาห์ หากในช่วงติดตาม Hb <8g/dL หรือ Hct <24% ให้เปลี่ยน AZT เป็น TDF หรือ TAF แต่ในช่วงคลอดยังคงให้ AZT เช่นเดิม

7. Creatinine ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย หากคำนวณ creatinine clearance <60 mL/min ไม่ควรใช้ TDF ตรวจซ้ำหลังได้รับ TDF 3 เดือน จากนั้นตรวจทุก 6 เดือน หากคำนวณ creatinine clearance <60 mL/min ควรเปลี่ยนยาเป็น AZT

8. Alanine transaminase (ALT) ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย หากผลสูงกว่า 2.5 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ ไม่ควรใช้ EFV ตรวจซ้ำหากมีอาการสงสัยตับอักเสบ และตรวจทุก 6 เดือน หากผลการตรวจเลือดสูงกว่า 2.5 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ และได้รับ EFV อยู่ ควรเปลี่ยนเป็น DTG หรือ LPV/r

9. ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี พยาธิในช่องคลอดหนองในหนองในเทียม

10. ตรวจมะเร็งปากมดลูก

บทบาทของอายุรแพทย์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

อายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคติดเชื้อมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยให้การดูแลรักษาตั้งแต่ก่อนวางแผนตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอดบุตร เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพจนกดไวรัสได้เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาการติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคร่วมอื่น ๆ หากไม่พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อายุรแพทย์จะส่งยาต้านไวรัสให้แก่หญิงตั้งครรภ์โดยอาจเริ่มวันเดียวกับที่วินิจฉัยได้เลยหากไม่มีข้อห้ามและหญิงตั้งครรภ์พร้อมรับยาด้านไวรัส หากไม่สามารถเริ่มวันที่วินิจฉัยได้ควรเริ่มยาด้านไวรัสให้เร็วที่สุด สูตรยาด้านไวรัสสูตรแรกที่แนะนำในปัจจุบัน (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG โดยพิจารณาให้ยาเม็ดรวม TDF/3TC/DTG เป็นลำดับแรกเนื่องจากจำนวนเม็ดยาน้อย บริหารง่าย หากไม่มียาเม็ดรวมอาจใช้แยกเม็ด TDF/FTC + DTG แทน ส่วน TAF เป็นยาที่มีผลข้างเคียงต่อไตและกระดูกน้อยกว่า TDF แต่เนื่องจากยังมีข้อจำกัดด้านสิทธิการเข้าถึงยาในระบบบัตรประกันสุขภาพและประกันสังคมและยายังมีราคาแพง จึงไม่ได้นำมาใช้ในผู้ติดเชื้อที่มีสิทธิการรักษาดังกล่าว

หลังเริ่มยาด้านไวรัส อายุรแพทย์จะนัดมาประเมินอาการข้างเคียง การเกาะติดยา ตรวจติดตามการทำงานของไต และโรคร่วมอื่น ๆ เน้นย้ำให้ผู้ติดเชื้อกินยาสม่ำเสมอและตรงเวลา แนะนำการกินยาเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรกิริยาที่บดบังยาระหว่างตั้งครรภ์ เช่น หากผู้ติดเชื้อได้สูตรยาที่มี DTG ร่วมกับธาตุเหล็กหรือแคลเซียม ควรกินยาด้านไวรัสหลังธาตุเหล็กหรือแคลเซียมอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หรือหลังอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เป็นต้น โดยทางโรงพยาบาลศิริราชจะนัดติดตามอาการพร้อมกับวันที่มาฝากครรภ์ เมื่อถึงอายุครรภ์ 32 – 36 สัปดาห์ แพทย์จะนัดตรวจ HIV VL ก่อนคลอด หากสามารถกดไวรัสได้ให้กินยาสูตรเดิมต่อ หากกดไวรัสไม่ได้จะมีการซักถามเพื่อหาเหตุปัจจัยที่อาจมีผลต่อการดื้อยาด้านไวรัส ส่งเลือดตรวจ HIV genotypic resistance และเปลี่ยนสูตรยาด้านไวรัสตามดุลพินิจของแพทย์ เช่น อาจเพิ่มยากลุ่ม protease inhibitor ไปก่อนระหว่างรอผลตรวจการดื้อยา ระหว่างคลอดให้การดูแลต่อเนื่องร่วมกับสูติแพทย์ และนัดตรวจเพื่อรับยาด้านไวรัสต่อเนื่องหลังคลอด

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี³

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีดังแผนภาพที่ 1

แนวทางการให้ยาด้านไวรัส สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมาฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสมาก่อนการตั้งครรภ์ และ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาคลอดไม่เคยฝากครรภ์ และไม่ได้รับยาด้านเอชไอวีใดมาก่อน

กรณีที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ไม่เคยได้รับยาด้านเอชไอวีก่อนเริ่มตั้งครรภ์

ควรเริ่มยาทันทีโดยไม่ต้องรอผล CD4 count ยาสูตรแรกที่แนะนำคือ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG สูตรทางเลือกสูตรแรกที่แนะนำคือ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + EFV สูตรทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + LPV/r หรือ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + ATV/r หรือ AZT + 3TC + LPV/r หรือ AZT + 3TC + ATV/r ควรพิจารณาสูตรยาที่เหมาะสมสำหรับในหญิงตั้งครรภ์มีประวัติความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ ซึ่งแสดงถึงความเสี่ยงที่อาจติดเชื้อดื้อยา คือ

หนึ่ง มีประวัติสามีมองหญิงตั้งครรภ์รับการรักษาด้วยยาด้านเอชไอวีและสงสัยการดื้อยา เช่น กินยาไม่สม่ำเสมอ มีผล HIV VL >50 copies/mL หรือไม่มีผล HIV VL หรือ

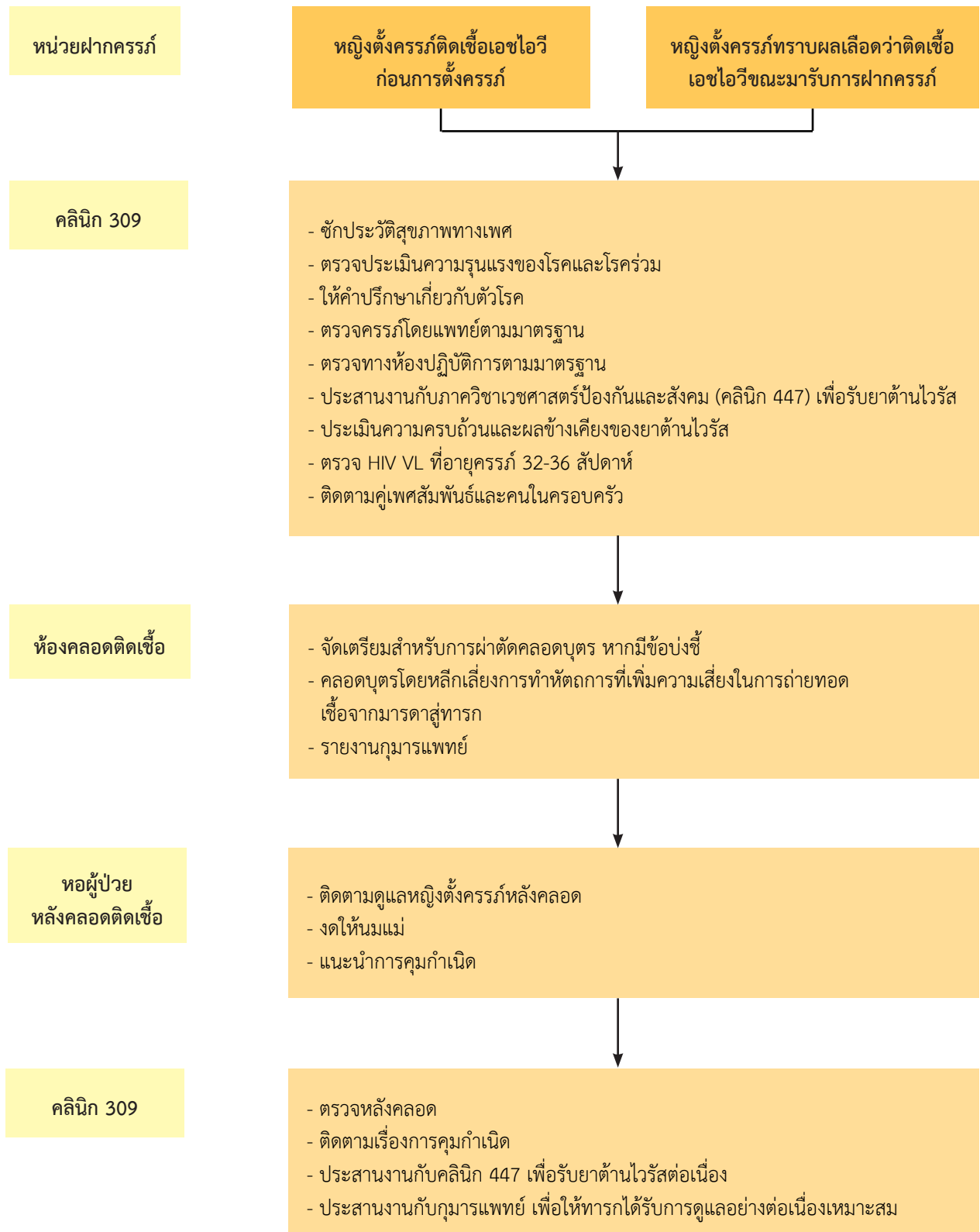
สอง หญิงตั้งครรภ์เคยรับยาสูตร AZT + single dose NVP มาก่อน หรือเคยได้รับยาสูตรที่มี NNRTI มาก่อนและหยุดยาไปก่อนตั้งครรภ์ หรือ ตรวจพบการดื้อยาด้านเอชไอวีในกลุ่ม NNRTIs มาก่อน

กรณีที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสมาก่อนการตั้งครรภ์

กรณียาสูตร Maraviroc, Etravirine, Cobicistat, Elvitegravir ควรพิจารณาส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับยาเป็นสูตรอื่นหรือหากยังกินยาสูตรเดิมต่อให้ติดตามระดับ HIV VL อย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีข้อมูลว่าระดับยาอาจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการรักษาล้มเหลวได้ หากมีการเปลี่ยนสูตรยา ควรเลือกใช้ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG เป็นยาสูตรแรก อย่างไรก็ตาม หากกำลังใช้สูตรอื่นและทำให้ HIV VL ≤50 copies/mL สามารถใช้ยาเดิมต่อได้และให้ส่งเสริมวินัยการกินยา หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ DTG ก่อนตั้งครรภ์และ กินต่อเนื่องถึงช่วงปฏิสนธิ ควรได้รับข้อมูลความเสี่ยงเรื่องความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยของการเกิด NTD ที่จาก 1:1000 เป็น 2:1000) และควรรับยา DTG ต่อเนื่องร่วมกับ folic acid แล้วตรวจอัลตราซาวด์ทารกตามมาตรฐานที่อายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์

หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาด้านเอชไอวีที่ไม่มี DTG มานานกว่า 12 สัปดาห์ และมี HIV VL >1,000 copies/mL เมื่ออายุครรภ์

แผนภาพที่ 1 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลศิริราช



คลินิก 309 คือ ห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ชั้น 3 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

คลินิก 447 คือ ห้องตรวจโรคของภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ชั้น 4 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

ที่มา: หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

≥32 สัปดาห์ ควรเจาะตรวจหาการติดเชื้อ และเพิ่มยา DTG ถ้าไม่มีให้ใช้ RAL แทน จากนั้นควรตรวจระดับ HIV VL ซ้ำอีกครั้งที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์เพื่อพิจารณาช่องทางการคลอด หากไม่มีการติดเชื้อสามารถหยุดยา RAL หรือ DTG หลังคลอดได้ทันที สำหรับหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านเอชไอวีที่มี DTG มานานกว่า 12 สัปดาห์ แต่ยังมี HIV VL >1,000 copies/mL เมื่ออายุครรภ์ ≥32 สัปดาห์ควรส่งพบอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ และพิจารณาผ่าตัดคลอดที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และให้ AZT 600 มก. ก่อนเริ่มผ่าตัดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

กรณีที่ 3 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมากคลอดไม่เคยฝากครรภ์ และไม่ได้รับยาด้านเอชไอวีใดมาก่อน

ควรให้การวินิจฉัยเร็วที่สุดเมื่อผลการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นบวกโดยไม่จำเป็นให้ผลการตรวจเป็นบวกทั้งสามวิธี และให้ยาด้านไวรัสโดยเร็วที่สุด พร้อมกับแจ้งทีมกุมารแพทย์เพื่อเริ่มยาในลูกให้เร็วที่สุดหลังคลอด สูตรยาที่แนะนำ ได้แก่ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) +DTG กินทันที ร่วมกับให้ AZT 600 มก. ครั้งเดียว หากไม่สามารถใช้ DTG ได้ แนะนำให้ใช้ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + EFV หรือ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + LPV/r เมื่อเจ็บครรภ์คลอดให้ AZT 600 มก. ครั้งเดียว ปัจจุบันไม่แนะนำให้ยา NVP ครั้งเดียว ในหญิงตั้งครรภ์

หากยังไม่เจ็บครรภ์คลอด ควรพิจารณาผ่าท้องคลอดที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ หรือก่อนนั้นหากมีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม ควรให้ยาทันที ได้แก่สูตรยา (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG และ AZT 600 มก. ก่อนเริ่มผ่าตัดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

หลังคลอดบุตร แนะนำให้ยาด้านไวรัสต่อเนื่องหลังคลอดทุกรายตามแนวทางการรักษาของผู้ใหญ่โดยส่งต่อให้อายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคติดเชื้อดูแลต่อเนื่อง

การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในหญิงตั้งครรภ์³

กรณีมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หญิงตั้งครรภ์จะต้องได้รับการรักษาก่อนรับยาด้านเอชไอวี

ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อมีจำนวน CD4 count <200 cells/mm³ จะมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส Pneumocystis jirovecii pneumonia จึงแนะนำให้รับยา Trimethoprim-Sulfamethoxazole (TMP-SMX) โดยควรเริ่มยาหลังเริ่มยาด้านไวรัสอย่างน้อย 2 สัปดาห์เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถรับยาด้านไวรัสได้ดี ไม่ต้องหยุด TMP-SMX ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาอยู่แล้วถึงแม้การตั้งครรภ์จะอยู่ในช่วงไตรมาสแรกและให้เสริม folic acid ไปด้วย

หญิงตั้งครรภ์ไม่ป่วยเป็นวัณโรคแต่มีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดที่เป็นวัณโรคปอด หรือวัณโรคกล่องเสียงภายใน 1 ปี พิจารณาให้ TPT (Tuberculosis Preventive Therapy) คำแนะนำ คือ ให้เริ่มยาด้านเอชไอวีก่อนอย่างน้อย 2 สัปดาห์แล้วจึงเริ่มให้ TPT แต่หากต้องให้ PCP prophylaxis ร่วมด้วย ให้เริ่มยา

ด้านเอชไอวีก่อนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แล้วจึงให้ TMP-SMX อย่างน้อย 2 สัปดาห์ แล้วจึงเริ่มให้ TPT

การตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอด

ควรเลือกใช้วิธีที่ไม่มีการสัมผัสกันระหว่างเลือดมารดาและทารกในครรภ์ก่อนเสมอ ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยง จะยอมรับเฉพาะการเจาะน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัย (amniocentesis) โดยหญิงตั้งครรภ์นั้นควรมี VL ≤ 50 copies/mL ก่อนที่จะทำหัตถการ

การให้ยาด้านเอชไอวีในช่วงการคลอด³

กรณีไม่มีผล HIV VL หรือมีระดับ HIV VL เมื่ออายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ >50 copies/mL ให้ยาด้านเอชไอวีตามที่ได้ในระหว่างตั้งครรภ์ต่อเนื่องไปโดยไม่ต้องหยุดยา ให้ AZT 600 มก. ครั้งเดียว เพิ่มเข้าไปด้วย กรณียังไม่คลอดใน 24 ชม. ให้เพิ่ม AZT 600 มก. ซ้ำได้อีก ถึงแม้ว่าจะมีประวัติคือ AZT มาก่อน เพื่อเป็นการเตรียมระดับ AZT ในทารกให้พร้อมสำหรับการป้องกันการติดเชื้อระหว่างคลอด กรณีจะคลอดโดยการผ่าตัดให้กินยา AZT 600 มก. ก่อนเริ่มผ่าตัดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

กรณีมี HIV VL ≤50 copies/mL เมื่อใกล้คลอดและมีวินัยการกินยาที่ดี ให้กินยาที่ได้รับระหว่างตั้งครรภ์ต่อเนื่อง และสามารถยกเว้นการให้ AZT เมื่อเจ็บครรภ์คลอดได้

ข้อพึงระวังคือ ในช่วงหลังคลอดทันที ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา ergometrine เพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในผู้ป่วยที่ใช้สูตรยาด้านไวรัสที่มียา protease inhibitors เนื่องจากยาเหล่านี้จะไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ CYP3A4 จึงทำให้การทำงานของ ergometrine สูงขึ้น เกิดการหดตัวของเส้นเลือดที่รุนแรง ในทางตรงข้าม EFV เป็น CYP3A4 enzyme inducer จะลดฤทธิ์ของ ergometrine

แนวทางการคลอด³

แนะนำให้ผ่าท้องคลอดก่อนการเจ็บครรภ์คลอด (scheduled caesarean section) ที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (หากอายุครรภ์เชื่อถือได้) ในกรณีต่อไปที่ตรวจ HIV VL ≥1000 copies/mL ที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ หรือไม่ได้รับการตรวจ VL ที่อายุครรภ์ ≥36 สัปดาห์หรือมีความเสี่ยงต่อไปนี้ รับประทานยาด้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ หรือไม่เคยได้รับยามาก่อน หรือ รับประทานยาไม่ครบ 4 สัปดาห์ หรือมีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรมอื่น ๆ หรือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มจะต้องผ่าตัดคลอดบุตรในที่สุด ได้แก่ รายที่คาดน้ำหนักทารกในครรภ์ >3,500 กรัม ภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) เป็นต้น สำหรับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบเร่งด่วน (emergency caesarian section) ข้อมูลปัจจุบันแสดงว่าประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกยังไม่ชัดเจน

ในกรณีที่ตรวจปริมาณ VL < 1000 copies/mL ที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ ถือว่ามีความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อ อย่างไรก็ตามสามารถแบ่งย่อยเป็น VL < 50 copies/mL สามารถให้การดูแลได้เช่นเดียวกับหญิงที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี หาก VL 51-999 copies/mL ยังต้องระมัดระวังในการเจาะถุงน้ำคร่ำแรงคลอดและการใช้หัตถการช่วยคลอด ทั้งหมดนี้ควรพิจารณาให้คลอดภายหลังถุงน้ำคร่ำแตกไม่เกิน 12 ชั่วโมง

ในกรณีมีภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์คลอด แต่อายุครรภ์ < 34 สัปดาห์ ควรยับยั้งการคลอดและให้การดูแลโดยคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนจากภาวะคลอดก่อนกำหนดมากกว่าการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก

บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

หญิงตั้งครรภ์เมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีถือว่าเป็นข่าวร้ายเนื่องจากโรคนี้ยังไม่มียารักษาให้หาย มีความวิตกกังวล ทุกข์ใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษา การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การถูกเปิดเผยความลับ กลัวสังคมรังเกียจ ปัญหาสัมพันธภาพกับคู่ การอยู่ร่วมกับครอบครัว การงานภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบอยู่ ดังนั้นพยาบาล

จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งด้านร่างกายและจิตใจแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลและกระบวนการให้คำปรึกษา ทักษะต่างๆ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบผลเลือดติดเชื้อก่อนการตั้งครรภ์หรือทราบผลเลือดขณะตั้งครรภ์ครั้งนี้มาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลอื่น และต้องการมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช สามารถมาติดต่อทำการฝากครรภ์ใหม่ได้ที่ห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี (คลินิก 309) ซึ่งจะได้รับการตรวจเลือดฝากครรภ์เหมือนหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์จะได้รับความรู้เป็นกลุ่มก่อนการตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบี กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ผลเลือดตรวจเอชไอวีเป็นบวก จะถูกส่งต่อมาที่คลินิก 309 ซึ่งจะมีการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล พยาบาลหนึ่งคนจะดูแลและให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์รายนั้นตลอดระยะเวลาที่มารับบริการ มีการสำรวจปัญหาและช่วยลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แนวทางใน

ตารางที่ 2 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งตามปริมาณ HIV RNA viral load เมื่อได้รับการตรวจที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลศิริราช

	VL ≤ 50 copies/mL	VL 51-999 copies/mL	VL ≥ 1,000 copies/mL
ช่วงเวลาและช่องทางการคลอด	เหมือนหญิงที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	สามารถเลือกคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอด หากต้องการคลอดเอง ไม่ควรรอให้น้ำเดินเกิน 12 ชั่วโมง	นัดผ่าตัดคลอดบุตร โดยยังไม่เจ็บครรภ์คลอดที่ 38 สัปดาห์
หัตถการช่วยคลอด เช่น vacuum/ forcep extraction	ได้	ไม่ควร	ไม่ควร
การให้ AZT ช่วงเจ็บครรภ์คลอด	ไม่ให้	4 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดคลอดโดยยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์ หากมีน้ำเดินหรือเจ็บครรภ์มาก่อน สามารถให้ได้เลย หากยังไม่คลอดใน 24 ชั่วโมง พิจารณาให้ช้า เมื่อเข้าสู่ขบวนการคลอด	

กรณีมีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดหรือมีการเจ็บครรภ์คลอดเองก่อนอายุครรภ์ 38 สัปดาห์

อายุครรภ์ ≥ 34 สัปดาห์	กระตุ้นการคลอดได้ ไม่ควรรอให้น้ำเดินเกิน 24 ชั่วโมง	กระตุ้นการคลอดได้ ไม่ควรรอให้น้ำเดินเกิน 12 ชั่วโมง
อายุครรภ์ < 34 สัปดาห์	ให้ steroid , antibiotics ตามมาตรฐานการดูแล ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนจากภาวะคลอดก่อนกำหนดมากกว่าการติดเชื้อเอชไอวี และพยายามยืดระยะเวลาตั้งครรภ์ไปจนถึงอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ เป็นต้นไป	

ที่มา: หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การดูแลรักษาหากมีผลเลือดผิดปกติให้ความมั่นใจในเรื่องการรักษา ความลับ ให้ข้อมูลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยหรือถุงดเพศสัมพันธ์ก่อนในระหว่างที่ยังไม่ทราบผลเลือดที่ชัดเจน ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ประวัติการทำร้ายตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการแจ้งผลเลือด กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มาร่วมสามีก็จะให้สามีมารับคำปรึกษาพร้อมกัน และขอความยินยอมในการตรวจเลือดสามีและนัดฟังผลเลือดพร้อมกัน

การแจ้งผลเลือด พยาบาลผู้ให้การปรึกษาทบทวนเรื่องการตรวจเลือด ประเมินความคาดหวังต่อผลการตรวจเลือด ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ประเมินความพร้อมที่จะรับรู้ผลการติดเชื้อ แจ้งผลเลือดหากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นบวกอย่างตรงไป ตรงมา รอดูปฏิกิริยาตอบสนอง สังเกตน้ำเสียง คำพูด การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง รับฟังสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีพูด ให้การประคับประคองจิตใจ สืบหาสิ่งที่กังวลใจอยู่ ความวิตกกังวลในเรื่องโอกาสการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก สุขภาพตนเอง การเปิดเผยผลเลือดกับสามี ปัญหาภายในครอบครัว ประเมินแรงสนับสนุนด้านอื่น ๆ เช่น ฐานะทางการเงิน บุคคลใกล้ชิด เป็นต้น ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลสุขภาพ การรับประทานยาต้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม โอกาสติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การงดนมแม่ การเปิดเผยผลเลือด การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด การรักษาตามสิทธิ กรณีที่สามีไม่ได้มาร่วมกัน แนะนำ ติดตามให้สามีมารับการปรึกษา ตรวจเลือดและเข้าสู่ระบบการรักษาต่อไปหากผลเลือดสามีเป็นบวก หากสามีผลเลือดปกติให้ข้อมูลเรื่อง window period นัดตรวจเลือดซ้ำ

บทบาทการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด ที่สำคัญคือคัดกรองความเสี่ยง ประเมินสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก โดยใช้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ห้องคลอดติดเชื้อ (HIV in LR Bundle) ดังแผนภาพที่ 2 และ 3 ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและระหว่างรอคลอด โดยดูแลให้การพยาบาลผู้คลอดตามมาตรฐานเพื่อดำเนินการคลอดตามมาตรฐาน ใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดจากการคลอด ดูแลความสุขสบายทั่วไป เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และสังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด ช่วยแพทย์ทำคลอดอย่างปลอดภัยด้วยวิธีการคลอดที่เหมาะสมกับระยะของโรค พยาบาลต้องป้องกันไม่ให้เกิดการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งของมารดาในระยะคลอด เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดเพื่อล้างสิ่งปนเปื้อนออกไปก่อนที่จะย้ายออกจากห้องคลอดและก่อนฉีดยา ไม่ใส่สายยางสวนอาหารในกระเพาะทารกโดยไม่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล งดให้นมแม่แต่ยังคงทำ Bonding ภายหลังมารดาทำความสะอาดร่างกายเรียบร้อยแล้วดูแลทำความสะอาดร่างกายมารดาด้วยน้ำยา 2% Chlorhexidine in 70% Isopropyl Alco-

hol ก่อนสัมผัสทารกเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ รวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อของบุคลากรจากการสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่ง โดยใช้หลัก universal precaution ในการปฏิบัติงาน

บทบาทการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะหลังคลอด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังคลอดอย่างทันท่วงที โดยการเฝ้าระวังและให้การพยาบาลมารดาและทารกหลังคลอดอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด เช่น การให้ยาต้านไวรัสของทารกแรกเกิด และการวางแผนคุมกำเนิด ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารก นอกจากนี้หากมีปัญหาค่าใช้จ่าย เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่านม เนื่องจากหลังคลอดมารดาติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถให้นมแม่แก่ทารกได้ พยาบาลควรประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือต่อเนื่อง เน้นย้ำความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และติดตามผลการตรวจเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของทารก กรณีที่มารดาได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจะมีการนัดติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อแก่ทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง

การดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาติดเชื้อเอชไอวี³ (แผนภาพที่ 4)

การดูแลทารกในห้องคลอด มีข้อแนะนำดังนี้

- ใส่ถุงมือทุกครั้งเมื่อจับตัวทารกที่ปนเปื้อนเลือดและสิ่งคัดหลั่ง
- ตัดสายสะดือด้วยความระมัดระวังไม่ให้เลือดกระเด็น
- เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดเพื่อล้างสิ่งปนเปื้อน และห่อตัวเพื่อให้ความอบอุ่นก่อนที่จะย้ายทารกออกจากห้องคลอด เนื่องจากทารกอาจมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้
- หลีกเลี่ยงการใส่สายยางสวนอาหารในกระเพาะโดยไม่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล
- สามารถให้ vitamin K วัคซีน BCG และวัคซีน HBV ได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ

การดูแลทารกหลังคลอด

1. จดนมแม่

แนะนำให้ทารกกินนมผสม เพื่อไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด แม้ว่าแม่จะมี HIV VL ≤ 50 copies/mL เนื่องจากแนวคิด undetectable = untransmissible (U=U) ไม่สามารถนำมาใช้ในการให้นมแม่ เพราะอาจมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ มาเกี่ยวข้อง เช่น เต้านมอักเสบ แผลที่เต้านม หรือแผลที่ช่องปากของทารก เป็นต้น รวมทั้งห้ามให้นมแม่สลับกับนมผง ในกรณีที่แม่มีความประสงค์จะให้นมแม่ ควรให้คำแนะนำถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับกับแม่เพื่อใช้ในการตัดสินใจ ปัจจุบันกรมอนามัยให้การสนับสนุนนมผสมสำหรับทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีพรีนาถ 18 เดือน

2. ให้อาหารต้านเอชไอวีในทารกเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังนั้นการให้อาหารต้านเอชไอวีในทารกนับเป็นมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะกรณีที่แม่มี VL สูงในขณะใกล้คลอด สำหรับการให้อาหารต้านเอชไอวีในทารกแรกเกิด พิจารณาตามลักษณะความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

2.1 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (standard risk) ได้แก่ ทารกที่แม่มี VL เมื่อใกล้คลอด ≤ 50 copies/mL หรือหากไม่มีผล VL ในแม่ช่วงใกล้คลอดให้พิจารณาจากประวัติแม่ คือ แม่กินยาต้านเอชไอวีสม่ำเสมอ และได้รับยาต้านเอชไอวี >12 สัปดาห์ก่อนคลอด

- แนะนำให้ยา 1 ตัว ได้แก่ AZT ขนาด 4 มก./กก. ทุก 12 ชม. นาน 4 สัปดาห์ โดยให้เริ่มยาต้านเอชไอวีเร็วที่สุดหลังคลอด

2.2 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง (high risk) ได้แก่ ทารกที่แม่มี VL เมื่อใกล้คลอด >50 copies/mL หรือหากไม่มีผล VL ให้พิจารณาจากประวัติแม่ คือ แม่กินยาต้านเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ หรือได้รับยาต้านเอชไอวีมา <12 สัปดาห์ก่อนคลอด หรือมีประวัติกินนมแม่หลังคลอด

- แนะนำให้ยา 3 ตัว ได้แก่ AZT ขนาด 4 มก./กก. ทุก 12 ชม. + 3TC ขนาด 2 มก./กก. ทุก 12 ชม. + NVP ขนาด 4 มก./กก. ทุก 24 ชม. นาน 4 สัปดาห์ โดยให้เริ่มยาต้านเอชไอวีเร็วที่สุดหลังคลอด

หมายเหตุ: กรณีที่ทารกยังไม่ได้ยาต้านเอชไอวีใด ๆ หลังคลอด และมีอายุ ≤ 48 ชั่วโมง ให้เริ่มยาต้านเอชไอวี (ตามความเสี่ยง) ทันทีโดยเร็วที่สุด แต่หากทารกอายุ >48 ชั่วโมงแล้ว การให้อาหารป้องกันอาจจะไม่มีประโยชน์จึงไม่แนะนำให้ยาต้านเอชไอวี แต่ให้ติดตามทารกอย่างใกล้ชิดและวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกให้ได้โดยเร็ว

3. สังเกตอาการเพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก (early infant diagnosis)

การวินิจฉัยทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เร็ว จะทำให้เพิ่มโอกาสในการเริ่มรักษาทารกได้ตั้งแต่อายุน้อย ซึ่งจะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีและลดอัตราการเสียชีวิตของทารก อีกทั้งกรณีที่วินิจฉัยว่าทารกไม่ติดเชื้อได้เร็วจะช่วยลดความกังวลของบิดามารดา สำหรับการสังเกตอาการเพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก แนะนำตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยการตรวจ HIV DNA PCR สำหรับแนวทางปฏิบัติให้พิจารณาตามลักษณะความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับการให้อาหารต้านเอชไอวีในทารก ดังนี้

3.1 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (standard risk)

- แนะนำตรวจ HIV DNA PCR 2 ครั้ง ที่อายุ 1 เดือน และ 2 - 4 เดือน (อาจพิจารณาเพิ่มการตรวจ HIV DNA PCR ที่แรกเกิดในที่ที่สามารถทำได้)

3.2 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง (high risk)

- แนะนำตรวจ HIV DNA PCR 4 ครั้ง ที่แรกเกิด อายุ 1 เดือน 2 เดือน และ 4 เดือน

3.3 ทารกกลุ่มความเสี่ยงทั้ง 2 กรณี แนะนำตรวจ HIV antibody ที่อายุ 18 - 24 เดือน

หมายเหตุ: กรณีผลการตรวจ PCR ที่แรกเกิด หรืออายุ 1 เดือนเป็นบวก ให้เปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นขนาดการรักษา โดยเพิ่มขนาด AZT และ 3TC เป็นขนาดรักษา และเปลี่ยนยาจาก NVP ขนาดป้องกัน เป็น LPV/r หากไม่มียา LPV/r ให้ใช้ AZT + 3TC + NVP ต่อไปก่อน แต่ปรับขนาดยาเป็นขนาดรักษา พร้อมทั้งส่งตรวจ HIV DNA PCR ซ้ำครั้งที่สองทันทีเพื่อยืนยันการวินิจฉัยก่อนเริ่มการรักษา

ไม่ควรใช้ LPV/r ในทารกคลอดครบกำหนดอายุ <14 วัน และทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์หลังปฏิสนธิ <42 สัปดาห์ (postconceptional age, PCA) เนื่องจากมีรายงานการเกิดผลข้างเคียงจากยาต่อระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจอย่างรุนแรงได้ อย่างไรก็ตามหากจำเป็นต้องใช้ยา LPV/r ในทารกอายุ <14 วัน ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

การดูแลติดตามทารก

ทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย แนะนำตรวจติดตามดังต่อไปนี้

1. ตรวจประเมินภาวะสุขภาพ หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ติดตามน้ำหนัก การเจริญเติบโตและการพัฒนาการเช่นเดียวกับเด็กปกติ

2. นัดที่อายุ 1 เดือน เพื่อหยุดยาต้านเอชไอวี และเริ่มยา Co-trimoxazole เพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบจากเชื้อ PJP จนกว่าจะทราบว่าไม่ติดเชื้อ (ผล HIV DNA PCR เป็นลบ 2 ครั้ง)

3. ติดตามดูผลข้างเคียงจากยาต้านเอชไอวี ได้แก่ ภาวะซีด ซึ่งอาจเกิดจากยา AZT หากตรวจร่างกายทารกพบภาวะซีด พิจารณาส่งตรวจเลือด (CBC)

- กรณีค่าฮีโมโกลบิน (Hb) 7-10 กรัม/เดซิลิตร หรือฮีมาโตคริต (Hct) 21-30% และทารกไม่มีอาการผิดปกติ ให้นัดติดตามอาการและผลเลือดอีก 2 สัปดาห์

- กรณีค่า Hb <7 กรัม/เดซิลิตร หรือ Hct $<21\%$ ให้ซักประวัติประเมินการกินยา ขนาดยา ร่วมกับหาสาเหตุอื่น ๆ ของภาวะซีด หากกินยาขนาดถูกต้อง ให้พิจารณาปรับลดขนาด AZT ลงจากเดิมร้อยละ 20-30 นัดติดตามอาการและผลเลือดอีก 1 สัปดาห์ แต่หากภาวะซีดไม่ดีขึ้นหลังปรับลดขนาด AZT ให้ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาหยุด AZT ก่อนกำหนด หรือพิจารณาให้เลือดหากทารกมีอาการผิดปกติจากภาวะซีดมาก

4. ให้อาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคตามวัยได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ ยกเว้นทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี หากยังไม่ได้ BCG ที่แรกเกิดไม่ควรฉีด BCG

แผนภาพที่ 2 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ห้องคลอดติดเชื้อ

HIV in LR Bundle

ANC with HIV Positive	No ANC with Rapid test HIV Positive
1. คัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (Standard risk) กรณี • Viral load เมื่อ GA 32-36 wks $\leq$ 50 copies/ml • กินยาสม่ำเสมอ $\geq$ 12 สัปดาห์ ก่อนคลอด³ - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) กรณี • กินยาไม่สม่ำเสมอ • กินยาสม่ำเสมอ < 12 สัปดาห์ ก่อนคลอด • Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์ > 50 copies/ml • ไม่มีผล Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์³	1. ถือว่าทุกรายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) • เจาะ LAB: Anti-HIV, CD4, Viral load เพื่อวินิจฉัยและหา ระยะของโรค • ให้ยา ARV ทันทีที่เข้าสู่ระยะคลอด
2. การให้ยา ARV ในระยะ Latent phase ให้ยาเดิมเหมือนขณะตั้งครรภ์	2. การให้ยา ARV ในระยะ Latent phase ให้ยา TDF/3TC/DTG ทุก 24 ชั่วโมง
3. การให้ยา ARV ในระยะ Active phase - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (Standard risk) ให้ยาเดิมเหมือนขณะตั้งครรภ์ - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) ให้ยาเดิม + AZT 600 mg single dose ***กินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง หากยังไม่คลอด	3. การให้ยา ARV ในระยะ Active phase ให้ยา TDF/3TC/DTG+AZT 600 mg single dose
4. วิธีการคลอด - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (Standard risk) พิจารณาให้คลอดปกติ ยกเว้นมีข้อบ่งชี้การทำหัตถการทาง สูติกรรม - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) พิจารณาให้คลอดด้วยวิธี C/S กรณี • ไม่มีผล Viral load • ในระยะตั้งครรภ์กินยา ARV < 4 สัปดาห์ หรือกินยาไม่ สม่ำเสมอ • Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์ $\geq$ 1,000 copies/ml⁶	4. วิธีการคลอด พิจารณาให้คลอดด้วยวิธี C/S ทุกราย โดยต้องได้รับยา ARV ก่อนเริ่ม C/S อย่างน้อย 4 ชั่วโมง
5. การให้ยา ARV แก่ทารก ให้ syrup AZT หลังคลอดนาน 4 สัปดาห์³ ให้ syrup AZT + 3TC + NPV หลังคลอดนาน 4 สัปดาห์	5. การให้ยา ARV แก่ทารก ให้ syrup AZT + 3TC + NPV หลังคลอดนาน 4 สัปดาห์
6. ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก Bonding No BF	
7. การป้องกันการเกิด Drug interaction จากการได้รับยา Ergotamine (Methergin) • ในห้องคลอด งดฉีดยา Methergin หลังคลอดทุกราย ติดและแขวนป้าย ห้ามฉีดยา Methergin ที่ฟอรัมโปรทและเตียงผู้ป่วย • ในห้องผ่าตัด กรณีส่งผู้ป่วยไป OR ติดป้าย ห้ามฉีดยา Methergin ไว้ที่หน้าฟอรัมโปรทผู้ป่วย	
8. การให้ยา ARV แก่ทารกที่มารดาอายุครรภ์ < 35 สัปดาห์ ปรับลดขนาดยา syrup AZT เป็น 2 mg/kg.⁵	

ที่มา: ห้องคลอดติดเชื้อ งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

แผนภาพที่ 3 Checklist การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีระยะเจ็บครรภ์คลอด

วันที่รับไว้ในความดูแล _____ เวลา _____
 ข้อมูลผู้คลอด G__ P__ A__ GA _____ สัปดาห์ (ณ.วันคลอด)

Sticker

☐ Know case Precaution (ได้รับยา ARV ขณะตั้งครรภ์) ☐ ANC ☐ NO ANC		☐ New case Precaution (No ANC Rapid test HIV Positive)
HIV Viral load _____ copies/ml เจาะเมื่อวันที่ _____ GA _____ สัปดาห์ CD4 _____ cell/mm ³ เจาะเมื่อวันที่ _____ GA _____ สัปดาห์ สูตรยาที่ได้รับขณะตั้งครรภ์ ¹ ☐ TDF/3TC/DTG (Acriptega) ☐ TAF/FTC/DTG (Kocitaf) ☐ TDF/FTC/EFV (Teevir) ☐ สูตรอื่น ๆ ระบุ _____		Rapid test HIV Positive เวลา _____ เข้าสู่ระยะคลอด เวลา _____ ให้นยา ARV ครั้งแรก เวลา _____
☐ 1. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (Standard risk) o Viral load เมื่อ GA 32-36 wks $\leq$ 50 copies/ml o กินยาสม่ำเสมอ $\geq$ 12 สัปดาห์ ก่อนคลอด ³	☐ 1. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) o กินยาไม่สม่ำเสมอ o กินยาสม่ำเสมอ < 12 สัปดาห์ ก่อนคลอด o Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์ > 50 copies/ml o ไม่มีผล Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์ ³	☐ 1. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) เจาะ LAB: Anti-HIV, CD4, Viral load ให้นยา ARV ทันทีที่เข้าสู่ระยะคลอด
☐ 2. Latent phase กินยาเดิม ☐ 3. Active phase กินยาเดิม ☐ 4. พิจารณาให้คลอดปกติ ยกเว้นมี ข้อบ่งชี้การทำหัตถการทางสูติกรรม	☐ 2. Latent phase กินยาเดิม ☐ 3. Active phase กินยาเดิม + AZT 600 mg single dose ***กินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง หากยังไม่คลอด ☐ 4. พิจารณาให้คลอดด้วยวิธี C/S กรณี - ไม่มีผล Viral load - ในระยะตั้งครรภ์กินยา ARV < 4 สัปดาห์ หรือ กินยาไม่สม่ำเสมอ - Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์ $\geq$ 1,000 copies/ml ⁵	☐ 2. Latent phase กินยา TDF/3TC/DTG ทุก 24 ชั่วโมง ☐ 3. Active phase กินยา TDF/3TC/DTG + AZT 600 mg single dose ☐ 4. พิจารณาให้คลอดด้วยวิธี C/S ทุกราย โดยต้องได้รับยา ARV ก่อนเริ่ม C/S อย่างน้อย 4 ชั่วโมง
☐ 5. ทารกกิน syrup AZT นาน 4 สัปดาห์ ³	☐ 5. ทารกกิน syrup AZT+3TC+NPV นาน 4 สัปดาห์ ³	☐ 5. ทารกกิน syrup AZT + 3TC + NPV นาน 4 สัปดาห์ ³
☐ 6. งด BF หลังคลอดทุกราย		
☐ 7. งดฉีดยา Methergin หลังคลอดทุกราย o ในห้องคลอด ติดและแขวนป้าย ห้ามฉีดยา Methergin ที่ฟอร์มปรอทและเตียงผู้ป่วย o ในห้องผ่าตัด กรณีส่งผู้ป่วยไป OR ติดป้าย ห้ามฉีดยา Methergin ไว้ที่หน้าฟอร์มปรอทผู้ป่วย		
☐ 8. ทารกที่มารดาอายุครรภ์ < 35 สัปดาห์ ปรับลดขนาดยา syrup AZT เป็น 2 mg/kg. ⁵		

*ผลเลือด HIV ของสามี ☐ ลบ ☐ บวก : O กินยาด้านไวรัส O ไม่ได้กินยาด้านไวรัส ☐ ไม่ทราบผล

ข้อมูลการคลอด

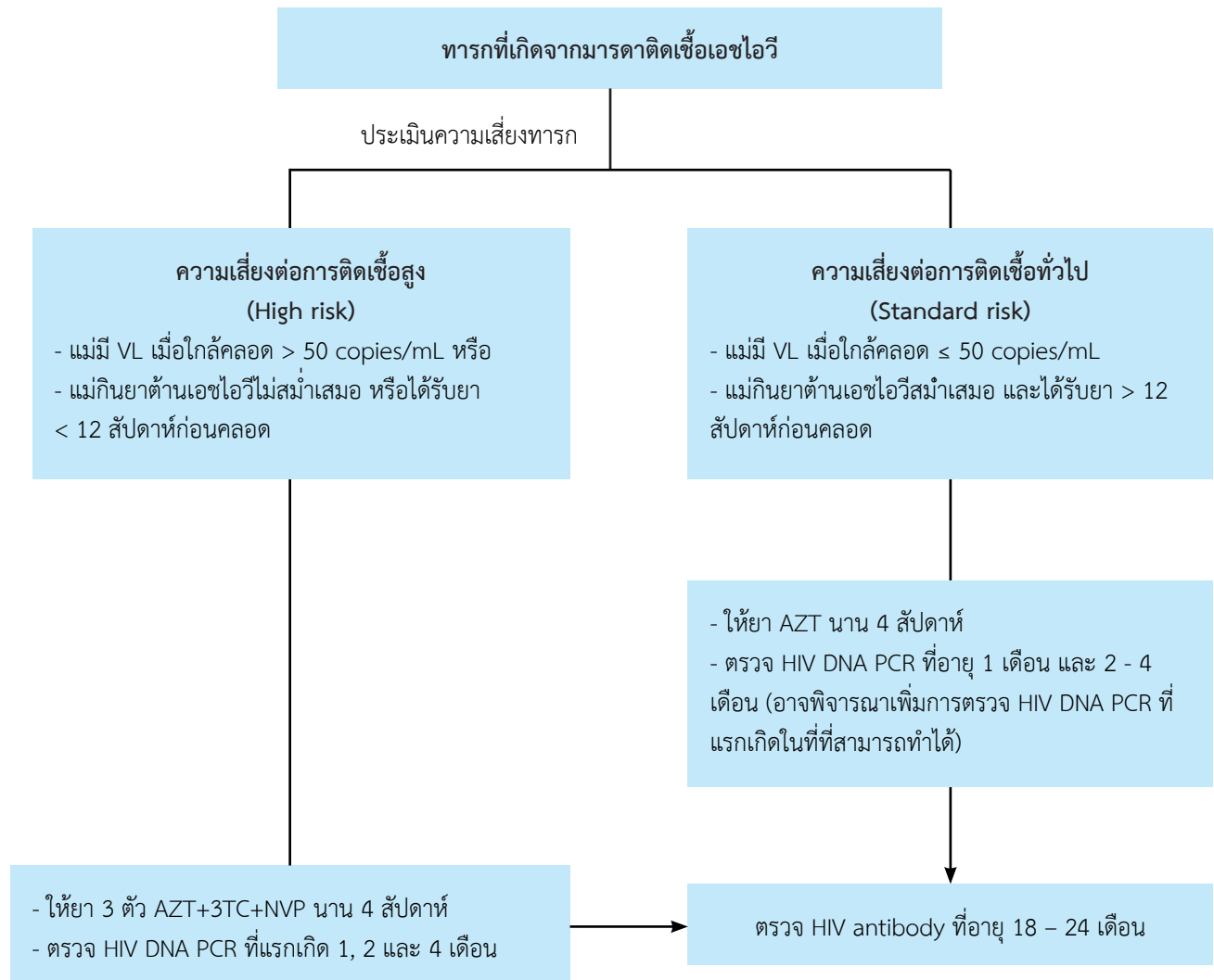
วันที่ _____

เวลา _____ น.

น้ำหนัก _____ gm.

ที่มา: ห้องคลอดติดเชื้อ งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

แผนภาพที่ 4 แนวการดูแลทารกแรกที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี



หมายเหตุ: หากมีผล PCR เป็นบวก เปลี่ยนยาทันที จาก NVP ขนาดป้องกัน เป็น LPV/r + เพิ่มขนาด AZT และ 3TC เป็นขนาดรักษา (ถ้าไม่มี LPV/r ให้ NVP ต่อได้ แต่ให้เพิ่มขนาดเป็นขนาดรักษา)

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565

แนวทางการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวอย่างต่อเนื่องในช่วงหลังคลอด³

การดูแลสุขภาพกายในหญิงหลังคลอด ได้แก่ การดูแลตามมาตรฐานหญิงหลังคลอด เฝ้าระวังการติดเชื้อหลังคลอด ผลข้างเคียงที่เกิดจากการให้ยาด้านเอชไอวี การให้ยาบรรเทาอาการ การป้องกันและคัดกรองการอักเสบของเต้านม การตรวจหลังคลอดที่ 4-6 สัปดาห์ โดยตรวจ pap smear ร่วมด้วย (และตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้ง) การส่งเสริมสุขภาพทางด้านต่างๆ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การส่งต่อแพทย์ด้านอายุรกรรม เพื่อให้การดูแลตาม

แนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่ การดูแลสุขภาพจิตในหญิงหลังคลอด เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมทั้งการให้การสนับสนุนทางจิตใจ และ วางแผนการเลี้ยงดูทารกและครอบครัวในระยะยาว

การดูแลสามี ในกรณีที่สามียังไม่ทราบผลเลือด ควรประเมินความพร้อมเรื่องการเปิดเผยผลเลือดแก่สามี ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการเปิดเผยผลเลือดซึ่งกันและกัน และการชักชวนให้สามีมาตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อโดยสมัครใจ สามีติดเชื้อเอชไอวีให้การดูแลและรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่ สำหรับสามีไม่ติดเชื้อเอชไอวี ควรแนะนำให้ปฏิบัติดังนี้ ส่งเสริมการมีเพศ

สัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อมิให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต โดยแนะนำให้ใช้ pre-exposure prophylaxis (PrEP) ส่งเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด แนะนำ/ให้ความรู้เรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับภรรยาที่ติดเชื้อได้อย่างเป็นสุข และนัดสามเฝ้าตรวจเลือดซ้ำเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นระยะ

การคุมกำเนิดในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี

หญิงที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีควรที่จะใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ หญิงที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในช่วงหลังคลอดบุตรไม่ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงทำให้หญิงกลุ่มนี้มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำได้ง่ายขึ้นหากใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ จึงจำเป็นต้องคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย บางคนสามารถเลือกวิธีถาวร เช่น การทำหมัน

การคุมกำเนิดตามคำแนะนำในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด โดยองค์การอนามัยโลก (5th Edition Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use)¹⁰ แบ่งเป็น Medical Eligibility Criteria (MEC) 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ไม่มีข้อจำกัดในการใช้วิธีการคุมกำเนิดนั้น ๆ กลุ่มที่ 2 คือ ประโยชน์ของการคุมกำเนิดมีมากกว่าความเสี่ยงทางทฤษฎีหรือทางปฏิบัติ กลุ่มที่ 3 คือ ความเสี่ยงทางทฤษฎีหรือทางปฏิบัติมากกว่าประโยชน์ และกลุ่มที่ 4 คือ รายงานความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้หลังการใช้วิธีการคุมกำเนิดนั้น ๆ

ยาเม็ดคุมกำเนิด จัดการคุมกำเนิดโดยยาเม็ดทั้งสองแบบอยู่ในกลุ่มที่ 1 เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสใด กลุ่มที่ 2 เมื่อสำหรับผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ประกอบด้วย NNRTIs หรือ PIs

ยาฉีดคุมกำเนิด จัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ ผลข้างเคียงจากการฉีดยาคุมกำเนิด นั่นคือ การมีเลือดออกกะปริบกะปรอย ซึ่งอาจมีผลต่อการรับเชื้อหรือแพร่เชื้อเอชไอวีได้

ยาฝังคุมกำเนิด จัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 ในกรณีผู้ติดเชื้อยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส และเป็นกลุ่มที่ 2 ในกรณีที่เริ่มรับยาต้านไวรัสที่มี NNRTIs หรือ PIs แล้ว ในบางการศึกษาวิจัยว่า การตั้งครรภ์มักเกิดขึ้นในช่วงขึ้นปีที่ 3 ของการใช้ยาฝัง ในอนาคต มีแนวโน้มที่จะแนะนำการเปลี่ยนยาฝังให้เร็วขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ห่วงคุมกำเนิด จัดการคุมกำเนิดวิธีนี้เป็นกลุ่มที่ 2 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่จัดเป็นกลุ่มที่ 3 สำหรับผู้ป่วยเอดส์

สรุป

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคเรื้อรังและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ เนื่องจากไวรัสเอชไอวีเพิ่มจำนวนในเซลล์ภูมิคุ้มกันของร่างกายและทำลายเซลล์นั้น การพัฒนาต้านไวรัสเป็นไปอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ออกฤทธิ์ได้หลากหลายตำแหน่งในวงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวีและให้ผลที่ดี ทำให้อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก

ในครรภ์ลดลงอย่างมาก การถ่ายทอดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกเกิดขึ้นได้มากที่สุดในช่วงการตั้งครรภ์ตอนปลายและช่วงการคลอด ดังนั้น บุคลากรทางสูติกรรมเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลช่วงคลอด ประสานงานกับบุคลากรทางกุมารเวชกรรมเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและผลลัพธ์ที่ดีที่สุด และประสานงานกับอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคติดเชื้อเพื่อให้ยาต้านเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Chuachongwong R, Shaffer N, Siriwasin W, Chaisilwatana P, Young N, Mock P, et al. Short-course antenatal zidovudine reduces both cervicovaginal human immunodeficiency virus type 1 RNA levels and risk of perinatal transmission. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. J Infect Dis. 2000;181:99-106.
2. Shaffer N, Chuachongwong R, Mock P, Bhadrakom C, Siriwasin W, Young N, et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. Lancet. 1999;353:773-80.
3. Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022.
4. 100 years SomdejPhrasrinakarin 4/2. Annual statistics 2021. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2022.
5. World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>
6. Harrington P, Swanstrom R. The biology of HIV, SIV, and other Lentiviruses. In: Holmes K, Sparling P, Stamm W, Piot P, Wasserheit J, Corey L, et al., editors. Sexually Transmitted Diseases. New York: McGrawHill Companies; 2008. p. 323-39.
7. Moir S, Chun T, Fauci A. Immunology and pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. In: Holmes K, Sparling P, Stamm W, Piot P, Wasserheit J, Corey L, et al., editors. Sexually Transmitted Diseases. 4th ed. New York: McGrawHill Companies; 2008. p. 341-58.
8. กาญจนาศรีสวัสดิ์. บทบาทพยาบาลในการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ Role of Midwife in Preconception Care. Songklanagarind J Nurs. 2017; 37(4): 157-65.
9. World Health Organization. Hormonal contraceptive methods for women at high risk of HIV and living with HIV 2014 guidance statement 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128537/1/WHO_RHR_14.24_eng.pdf?ua=1.
10. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva; 2015.