

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پیشگیری از انتقال HIV از مادر
به نوزاد



- در سالهای اخیر تعداد زنان مبتلا به HIV در ایران رو به افزایش بوده است.
- ✓ در حال حاضر بیش از 16 درصد از افراد مبتلا به HIV در کشور را تشکیل می دهند.
- ✓ اکثر آنها جوان و در سنین باروری هستند و ممکن است باردار شوند و HIV را به فرزندان خود منتقل کنند.
- پیش از مصرف داروهای ضد رتروویروسی، میزان انتقال HIV از مادر به فرزند حدود 35 درصد در مادران شیرده و 25 درصد در مادران غیر شیرده بوده است.
- ارائه خدمات پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک، این میزان را به شدت کاهش داده و به کمتر از 5 و 2 درصد به ترتیب در مادران شیرده و غیر شیرده می رساند.

* برای تمام زنان باردار در طی اولین ویزیت بارداری، باید آزمایش HIV توصیه و انجام شود*

** در زنانی که در مناطق پرخطر هستند و یا جزو گروه‌های پرخطر از نظر ابتلا به HIV قرار داشته باشند، باید در صورت منفی بودن، تست HIV مجدداً در تریمستر سوم بارداری تکرار شود.**

• تمام زنان مبتلا به HIV که تمایلی به بارداری ندارند، باید تحت مراقبت‌های تنظیم خانواده و پیشنهاد روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری قرار گیرند.

✓ این گروه زنان می‌توانند از انواع روش‌های ضد بارداری نظیر روش‌های هورمونی (قرص، برچسب، حلقه، تزریق، ایمپلنت) و یا IUD استفاده کنند.

✓ در استفاده از داروهای هورمونی باید به تداخلات دارویی با داروهای ضد رتروویروسی که می‌تواند اثربخشی آنها را تحت تأثیر قرار داده و منجر به بارداری‌های ناخواسته شود، توجه کرد.

- پیشنهاد استفاده از قرص های اورژانس ضد بارداری (لوونورژسترول) نیز روش مناسب دیگری در جهت جلوگیری از وقوع بارداری های ناخواسته است.

- مراقبتهای پیشگیری از انتقال HIV از مادر به نوزاد در مراحل مختلف باید مد نظر قرار گیرد:

- ✓ پیشگیری از بروز بارداری های ناخواسته

- ✓ انتخاب بهترین زمان برای بارداری

- ✓ مراقبت و درمان مادر در دوران بارداری

- ✓ مراقبت و درمان پیشگیرانه نوزاد متولد شده

مشاوره قبل از بارداری

- انتخاب روشهای مناسب و مؤثر پیشگیری از بارداری برای کاهش احتمال بارداری ناخواسته
- ترویج تماس جنسی مطمئن و کم خطر شامل استفاده همیشگی از کاندوم
- غربالگری شرکای جنسی از نظر عفونت های آمیزشی و درمان آن قبل از اقدام به بارداری
- در همه زنانی که قصد بارداری دارند و وضعیت هیپاتیت B نامشخص است، HBsAg, HBcAb, HBsAb چک شود.
- خطر انتقال از مادر به کودک و یا خطر انتقال بین زوجهای sero-discordant توسط بیمار درک شده باشد.
- ضرورت شروع درمان ضد رترو ویروسی برای فرد مبتلا به HIV در زوجهای sero-discordant
- تاثیرات حاملگی و بارداری بر روند بیماری و درمان
- موارد نیازمند سقط

روشهای بارداری

- زوجهایی که تمایل به بچه دار شدن دارند، باید از خطرات آن آگاه شوند و بدانند که
- * اگرچه اقدامات بسیار مؤثری برای کاهش انتقال HIV از مادر به کودک وجود دارد، ولی هیچگاه نمی توان این خطر را به صفر رساند*
- چنانچه علیرغم مشاوره های انجام شده، زوج بر بارداری اصرار دارند، ترجیحا به مراکزی ارجاع شوند که در این مورد تجربه بیشتری وجود دارد یا پزشک درمانگر از مشاوره این مراکز استفاده نماید.
- در زنانی که تمایل به باردار شدن داشته باشند، باید از قبل از بارداری روزانه مولتی ویتامین حاوی اسید فولیک یا قرص اسید فولیک به تنهایی (400 میکروگرم روزانه) برای پیشگیری از عوارض لوله عصبی در نوزاد تجویز شود.

- از نظر احتمال ابتلا به بیماری های آمیزشی معاینه شوند.
 - اگر فرد بعد از 6 ماه از اقدام به بارداری باردار نشد، باید مجدداً از نظر باروری زوجین مورد بررسی قرار گیرند.
- ✓ HIV و اخیانا مصرف داروهای ضد رتروویروسی ممکن است باعث کاهش تعداد اسپرمها، کاهش حرکت اسپرم ها و وجود اسپرمهای غیر طبیعی و کاهش حجم مایع منی شوند.

- حتما قبل از اقدام به بارداری، زوج یا زوجین مبتلا به HIV (زن، مرد یا هر دو) باید درمان ضد رتروویروسی دریافت کند ⇐ **3 تا 6 ماه** پس از شروع درمان، **بار ویروسی** چک شود ⇐ در صورت منفی بودن بار ویروسی باید این تست سه ماه بعد مجددا تکرار شود، تا از منفی بودن آن اطمینان داشته باشید

* برای اقدام به بارداری، باید بار ویروسی غیر قابل شناسایی پایدار در زوج یا زوجین مبتلا داشته باشیم.*

** منظور از مهار پایدار بار ویروسی، داشتن دو بار ویروسی غیر قابل شناسایی پیاپی به فاصله 3 ماه است.**

□ وقتی زن مبتلا به HIV است و همسر وی به آن مبتلا نیست:

- زن تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گرفته و بار ویروسی غیر قابل شناسایی پایدار دارد.
- بهترین روش بچه دار شدن Intra uterine artificial insemination است.
- در مردان غیر مبتلا می توان از پیشگیری قبل از تماس استفاده نمود.

□ وقتی مرد مبتلا به HIV است و همسر وی به آن مبتلا نیست:

می توان از روش درمان مرد مبتلا و پیشگیری قبل از تماس در زن به شیوه زیر استفاده کرد:

- قبل از اقدام به بارداری، مرد مبتلا به HIV، درمان ضد رتروویروسی دریافت کند و 3 - 6 ماه پس از شروع درمان، بار ویروسی چک شود.
- در صورت منفی بودن بار ویروسی باید این تست سه ماه بعد مجدداً تکرار شود، تا از منفی بودن آن اطمینان داشته باشید و درست پیش از اقدام به بارداری، بار ویروسی در وی غیر قابل شناسایی باشد.

- داروی ضد رتروویروسی به عنوان پروفیلاکسی قبل از تماس در زن غیر آلوده به HIV از یک هفته قبل تا 28 روز بعد از آخرین تماس جنسی، در زنانی که همسر آنها بار ویروسی مهار شده ندارد یا وضعیت پاسخ به درمان مشخص نیست، توصیه می شود.

✓ این روش برای کاهش خطر انتقال HIV در نظر گرفته شده است.

✓ در پروفیلاکسی قبل از تماس، از Tenofovir + Emtricitabine استفاده می شود.

- فایده تجویز PrEP برای خانم هایی که همسران آنها بار ویروسی undetectable دارند، مشخص نیست:
- ✓ در صورتی که امکان چک منظم بار ویروسی برای اطمینان از بار ویروسی مهار شده پایدار وجود نداشته باشد (برای مثال فقط یک نوبت بار ویروسی انجام شده و منفی است) پیشگیری قبل از تماس توصیه می شود.
- سه هفته پس از اتمام داروهای پیشگیری قبل از تماس در مادر باردار، تست HIV الایزای نسل چهارم انجام می شود و متعاقبا سه ماه بعد باید تکرار شود.
- در مورد مادر باردار غیر مبتلا به HIV در طول بارداری، مادر هر 3 ماه باید از نظر احتمال ابتلا به HIV تست شود. در این شرایط از تست الایزای نسل چهارم برای مادر استفاده شود.

- قبل از شروع اقدامات برای بارداری، آنالیز اسپرم انجام شود تا از طبیعی بودن اسپرم اطمینان حاصل گردد و همسر غیر مبتلا در معرض ریسک بیهوده در حالی که امکان بارداری وجود ندارد، قرار نگیرد.

- استفاده از روش شستشوی اسپرم نیز می تواند یک روش قابل قبول دیگر در این حالت باشد. ولی با وجود درمان مؤثر فرد مبتلا و درمان پیشگیرانه قبل از تماس برای همسر، توصیه نمی شود.

✓ از اهدای اسپرم به عنوان یک روش جایگزین و مطمئن در صورت تمایل زوجین می توان استفاده کرد.

□ وقتی زن و مرد هر دو مبتلا به HIV باشند:

- زن و مرد هر دو تحت درمان ضد رترو ویروسی قرار گیرند و پس از غیر قابل شناسایی شدن ویروس در هر دو ، برای بارداری شدن فقط در زمان تخمک گذاری زن، از کاندوم استفاده نکنند.
- مادر باید قبل از بارداری از تمام خدمات پیش از بارداری که در کشور توصیه می شود، بهره مند گردد.

- توصیه می شود که همه زنان باردار، تشویق به انجام مشاوره و آزمایش HIV شوند. در صورت موافقت مادر، توجه به نکات زیر ضروری است:

- ✓ در اولین ویزیت مادر باردار آزمایش HIV انجام شود.

- ✓ تکرار آزمایش HIV در سه ماهه سوم **(ترجیحاً زیر 36 هفته)** در زنان در معرض خطری که نتیجه آزمایش آنها در اوایل بارداری منفی بوده است، توصیه می شود.

- ✓ آزمایش سریع HIV برای غربالگری زنانی که در زمان زایمان وضعیت HIV آنها نامعلوم است (جهت امکان ارائه پروفیلاکسی ضد رتروویروسی ضمن زایمان و تسریع در ارائه مراقبت های لازم به نوزاد شامل پروفیلاکسی ضد رتروویروسی)، توصیه می شود.

- نتیجه مثبت آزمایش سریع HIV باید مطابق دستورالعمل کشوری تشخیص HIV تایید شود.

✓ اما اقدامات مربوط به پیشگیری انتقال از مادر به نوزاد با مثبت شدن آزمایش سریع، شروع می شود.

- در زنان در معرض خطری که پیش از شروع دردهای زایمان یا ضمن زایمان از نظر HIV آزمایش نشده باشند، باید آزمایش سریع، بلافاصله پس از زایمان برای مادر یا نوزاد با مشاوره و رضایت مادر پیشنهاد شود.

✓ این امر امکان شروع پروفیلاکسی ضد رترو ویروسی را بلافاصله بعد از وضع حمل برای نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به HIV فراهم می کند.

مراقبت های دوران بارداری

• زنان باردار مبتلا به HIV باید از خدمات معمول دوره بارداری شامل مشاوره های لازم برخوردار شوند.

✓ ضرورت درمان ضد رتروویروسی و اهمیت پایبندی به درمان

✓ ضرورت ادامه درمان با داروهای ضد رتروویروسی تا آخر عمر

✓ خطرات احتمالی کاربرد داروهای ضد رتروویروسی طی بارداری

✓ آموزش در مورد مراقبت های لازم برای نوزاد

✓ برقراری ارتباط مادر با سرویس های ارائه خدمات زایمان و مراقبتهای نوزاد

✓ مشاوره های بهداشت روانی و خدمات درمانی سوء مصرف مواد

✓ مشاوره های بهداشت روانی و خدمات درمانی سوء مصرف مواد

درمان ضد رتروویروسی در مادران باردار

- زنان بارداری که با HIV زندگی می کنند، باید تحت ارزیابی استاندارد بالینی، ویرولوژیک و ایمونولوژیک قرار گیرند.

- مشاوره جهت شروع درمان و اهمیت درمان برای سلامت مادر و پیشگیری از انتقال ویروس به جنین

- شروع ART در اولین فرصت پس از تشخیص HIV در زنان باردار توصیه می شود.

- ✓ انتخاب درمان بر اساس گایدلاین درمان بالغین می باشد.

- ✓ با توجه به شرایط بارداری و تراتوژنسیته داروها در بارداری، رژیم های خاصی توصیه می شوند.

□ زنان باردار مبتلا به HIV که هرگز داروهای ضد رتروویروسی دریافت نکرده اند:

Recommended Initial Regimens

INSTI + 2 NRTI regimen

- DTG plus (TDF or TAF^①) plus (FTC or 3TC)
- DTG /ABC^②/3TC

Alternative regimens

Boosted PI + 2 NRTI regimen

- DRV/r^④ plus (TDF or TAF) plus (FTC or 3TC)
- ATV/r plus (TDF or TAF) plus (FTC or 3TC)
- DRV/r plus ABC/3TC
-

INSTI + 2 NRTI regimen

- RAL plus (TDF or TAF) plus (FTC or 3TC)

NNRTI + 2 NRTI regimen

- EFV^⑤ 600 mg plus TDF plus (FTC or 3TC)
- EFV 600 mg plus TAF/FTC

- در صورتی که بیمار دچار بیماری کلیوی و یا استئوپورز باشد، استفاده از TAF توصیه می شود.
- در بیماران با سابقه دیابت و فشارخون و یا در مواردی که قصد تجویز PIs وجود دارد، استفاده از TAF ارجح است.
- در بیمار مبتلا به هیپرلیپیدمی، استفاده از TDF به TAF ارجح است. چرا که تنوفویر سطح لیپید را کاهش می دهد.

- در صورت استفاده از آباکاویر ترجیحا تست HLAB5701 برای بیمار انجام شود.

✓ در صورت در دسترس نبودن تست، بدلیل احتمال وجود عوارض ناشی از حساسیت شدید به دارو، شروع آباکاویر با احتیاط و مانیتورینگ دقیق انجام شود.

- در بیماران در ریسک بالای عوارض قلبی عروقی (اسکور بالای 10 %) از تجویز آباکاویر تا حد امکان امتناع شود.

- در مطالعات جدید انجام شده، ریسک ابتلا به مشکلات نورولوژیک در نوزادان مادرانی که از دالوتگراویر در سه ماهه اول بارداری استفاده می کردند، بسیار کمتر از قبل گزارش شده است. ولی هنوز نیاز به احتیاط دارد و در صورتی که مجبور به استفاده از آن باشیم، می باید در مورد خطرات احتمالی آن با مادر صحبت کنیم.

✓ بر اساس توصیه سازمان بهداشت جهانی، ممنوعیتی در استفاده از دالوتگراویر در دوران بارداری وجود ندارد.

- دالوتگراویر و آنتی پروتئازها از ترشح کراتی نین به توبولهای کلیوی جلوگیری کرده و مقدار آن را در ماه اول درمان به طور کاذب بالا می برد. در این شرایط بهتر است کراتینین جدید 1 تا 2 ماه بعد را بعنوان Set point جدید در نظر بگیرید.

- از میان آنتی پروتئازها، داروناویر بر آتازاناویر ارجح است.
- با توجه به نبود داروناویر 800 میلی گرم در ایران، می توان دو عدد داروناویر 600 را به همراه یک ریتوناویر (به جای دو ریتوناویر در روز) تجویز کرد تا عوارض ریتوناویر کاهش یابد.
- ✓ البته با توجه به احتمال عوارض گوارشی، تجویز دارو باید با مانیتور علائم بیمار صورت گیرد.
- در بیماران با ریسک بالای بیماریهای قلبی عروقی بهتر است از داروهای جایگزین استفاده شود.

- در بیماران مبتلا به دمانس ناشی از HIV ترجیحا از افویرنز استفاده نشود.
- به دلیل احتمال بالای مقاومت اولیه به افویرنز در بیماران (حدود 20%) در صورت تصمیم به شروع رژیم دارویی حاوی افویرنز، باید با انجام تست مقاومت از حساسیت ویروس به دارو اطمینان داشته باشیم.
- از مصرف همزمان آنتی اسیدهای حاوی کاتیونها، مسهل، مکمل های کلسیم و آهن خودداری شود و دارو دو ساعت قبل یا شش ساعت پس از مصرف آنها استفاده شود.

- لوپیناویر/ریتوناویر: در تریمستر دوم و سوم 600/150 دو نوبت در روز است.
- آتازاناویر/ریتوناویر: دوز دارو در تریمستر دوم و سوم 400/100 یک نوبت در روز است.
- مصرف دولتگراویر در زنان سنین باروری ممنوعیتی ندارد.
- احتمال بروز عوارضی چون زایمان زودرس در زنانی که تحت درمان با داروهای ضد رتروویروسی قرار گرفته اند، وجود دارد. ولیکن ارزش این داروها در جلوگیری از انتقال ویروس به نوزاد به قدری است که برای مصرف داروهای مناسب، توصیه قطعی وجود دارد.

□ زنان باردار مبتلا به HIV که در حال حاضر در حال دریافت داروهای آنتی رتروویرال هستند:

- زنان باردار مبتلا به HIV که در حال دریافت داروهای آنتی رتروویرال بوده اند، باید درمان خود را ادامه دهند، بخصوص در مواردی که دارو تحمل شده است و ویرال لود ساپرس است.
- ✓ در صورت عدم ساپرشن ویرال لود، استفاده از تست مقاومت جهت تعیین داروی مناسب پیشنهاد می شود.

□ زنان باردار مبتلا به HIV که قبلاً داروی ART استفاده کرده بودند، اما در حال حاضر دارو دریافت نمی کنند:

- تصمیم گیری در مورد انتخاب رژیم درمانی در این افراد باید بر اساس رژیم دارویی قبلی، تست مقاومت قبلی و مدت زمان گذشته از قطع داروها و بر اساس جدول انتخاب دارویی در بارداری انجام شود.
- انجام تست مقاومت در مواردی که کمتر از یک ماه از قطع داروها گذشته است، می تواند به انتخاب رژیم مناسب کمک کند.
- در مواردی که بیش از یک ماه از قطع داروها گذشته باشد، به دلیل اهمیت درمان در بارداری و لزوم کنترل سریع بار ویروسی، ترجیحاً بهتر است که از ترکیب دارویی جدیدی استفاده کنیم، چرا که ممکن است درجاتی از مقاومت به رژیم دارویی قبلی وجود داشته باشد.
- حداقل یک ماه بعد تست مقاومت انجام خواهد شد.

❑ 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 HIV در زمان زایمان الزامی است.

✓ در صورت مثبت بودن آزمایش، باید درمان ضد رترو ویروسی برای وی، با رژیم مشابه مادران باردار مبتلا به HIV که زمان زایمان مراجعه کرده اند، شروع شود.

✓ همچنین بدون انتظار برای آماده شدن نتایج آزمایش های تأیید کننده، برای نوزاد نیز باید ZDV شروع شود.

✓ اگر متعاقباً جواب آزمایش HIV در مادر تأیید نشد، ZDV نوزاد قطع خواهد گردید.

درمان ضد رتروویروسی در حین زایمان در زنان مبتلا به HIV

- در صورتی که مادر درمان ضد رتروویروسی دریافت می کند، آن را در حین زایمان ادامه دهید.
- با هر رژیم درمانی، باید حین زایمان مادر **زیدوودین تزریقی** دریافت کند.

✓ در صورتی که بار ویروسی مادر در زمان زایمان undetectable باشد، نیاز به زیدوودین تزریقی ندارد.

✓ در بار ویروسی قابل detect و زیر 1000 می توان از زیدوودین خوراکی در زمان زایمان استفاده کرد.

✓ در بار ویروسی زیر 1000 می توان زایمان واژینال برای بیمار انجام داد و سزارین الزامی نیست.

- در صورت نیاز زیدوودین را به صورت زیر تجویز کنید:

* انفوزیون مداوم ZDV: از 3 ساعت قبل از شروع سزارین باید انفوزیون زیدوودین آغاز شود.

✓ 2 میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن مادر طی یک ساعت اول انفوزیون شود.

✓ متعاقبا ادامه آن بصورت انفوزیون مداوم زیدوودین به میزان 1 میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن مادر در ساعت تا زمان زایمان ادامه یابد.

* در صورتی که مادر باردار برای پیشگیری از انتقال مراقبتی دریافت نکرده باشد، ZDV تزریقی طی زایمان داده شود.

قطع درمان ضد رتروویروسی طی بارداری

- عامل اصلی موفقیت درمان ضد رتروویروسی، در تداوم آن می باشد و هرگز نباید قطع شود.
 - ممکن است شرایطی ایجاد شود که مجبور به قطع درمان در طول بارداری شویم.
- ✓ در صورتی که قرار است به هر دلیل درمان ضد رتروویروسی به صورت اختیاری قطع شود و بیمار در حال مصرف یک داروی NNRTI باشد، باید توجه شود که ابتدا NNRTI قطع شود و داروهای دیگر ضد رتروویروسی به مدت حداقل هفت روز ادامه داشته باشند.

پایش طی بارداری

- پایش بالینی برای عوارض داروهای ضد رتروویروسی طی بارداری، باید براساس آگاهی از عوارض جانبی داروهای مصرفی زن باردار باشد.
- بررسی روتین هماتولوژیک برای زنان تحت درمان زیدوودین توصیه می شود.
- ترجیحا برای تمام زنان باردار در اولین ویزیت بارداری، بار ویروسی چک شود.
- بار ویروسی در سه ماهه سوم بارداری باید چک شود.
- ✓ اگر علیرغم گذشتن زمان کافی از درمان، بار ویروسی بالای 1000 copies/ml باشد، لازم است آزمایش مقاومت انجام شود.
- ✓ در صورت گذشتن زمان کمتر از 6 ماه باید با توجه به بار ویروسی اولیه و میزان کاهش ویرال لود تصمیم گیری شود.

- کنترل روتین (ماهانه) عملکرد کلیوی در دریافت کنندگان تنوفویر توصیه می شود.
- در سه ماهه اول و دوم، پایش عملکرد کبدی (هر سه ماه) در بیماران دریافت کننده ضد رتروویروسی ضروری است.
- ✓ زنان باردار به طور طبیعی سطح آنزیم بالاتری نسبت به زنان غیر باردار دارند.
- ✓ در زنان باردار تحت درمان با داروهای NRTI باید آنزیمهای کبدی و الکترولیتها در سه ماهه سوم بارداری، ماهانه بررسی شوند و هر گونه علایم جدید به دقت ارزیابی شود.

- تعداد CD_4 باید در اولین ویزیت و سپس حد اقل هر 3 ماه یک بار طی بارداری کنترل شود.

✓ در صورتی که بار ویروسی غیر قابل شناسایی باشد، می توان CD_4 را هر 6 ماه چک نمود.

- سونوگرافی در سه ماهه اول برای تعیین سن جنین و برنامه ریزی زمان احتمالی سزارین، توصیه می شود.

✓ برای زنانی که در سه ماهه اول بارداری تحت درمان با داروهای ضد رتروویروسی قرار گرفته اند، ارزیابی آنومالی جنین با سونوگرافی در سه ماهه دوم توصیه می گردد.

- طی بارداری در هفته 28 - 24 باید غربالگری گلوکز، با آزمایش استاندارد و تست تحمل گلوکز با 50 گرم گلوکز در یک ساعت انجام گیرد.

- اگر انجام آمنیوسنتز اندیکاسیون دارد، لازم است حداقل 3 هفته پس از شروع یکی از رژیمهای درمانی ضد رتروویروسی باشد.

✓ در صورت امکان انجام بار ویروسی، ایده ال است که سطح ویروس قابل شناسایی نباشد.

عفونت همزمان HIV/HBV در زنان باردار

- همه زنان باردار باید در طی حاملگی از نظر هپاتیت C و B اسکرین شوند، مگر این که مورد شناخته شده عفونت با این ویروس ها بوده باشند.
- ✓ زن بارداری که در اسکرین از نظر هپاتیت B منفی بوده است، باید واکسن هپاتیت B دریافت کند.
- همه زنان HIV/HBV باید درمان انتی رتروویرال دریافت کنند و این درمان باید شامل تنوفوویر و لامیوودین یا امتریسیتابین باشد.
- اگر به علتی داروهای ART موثر بر HBV قطع شود، باید آنزیمهای کبدی هر 6 هفته تا سه ماه چک شود و سپس هر سه تا 6 ماه چک شود تا زمانی که مجدد داروها شروع شود.
- تا 12 ساعت بعد از تولد نوزاد متولد شده از مادر HBV مثبت باید ایمونوگلوبولین هپاتیت B و اولین دوز واکسن را دریافت کند.

- ارزیابی هپاتیت C در طی بارداری مشکل است.

- تقریباً هیچ کدام از داروهای هپاتیت C برای مصرف در بارداری تایید نشده اند و ریباورین ممنوع است.

- نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به هپاتیت C باید از نظر انتی بادی هپاتیت C در 18 ماهگی ارزیابی شوند.

✓ در صورت مثبت شدن تست باید با روش مولکولی تایید شود.

✓ در صورتی که نیاز به تشخیص سریع تر باشد، می توان از طریق HCV RNA در دو ماهگی اقدام نمود.

روش زایمان

- در صورت عدم امکان چک بار ویروسی در حوالی هفته 36 بارداری، توصیه می گردد زنان باردار مبتلا به HIV در هفته 38 حاملگی به صورت الکتیو سزارین شوند.
- در موارد سزارین الکتیو، درمان زیدوودین وریدی باید حداقل 3 ساعت قبل از جراحی شروع شود.

• در صورت زایمان طبیعی:

- ✓ از پاره کردن مصنوعی غشاها باید پرهیز شود.
- ✓ استفاده روتین از الکتروود های مجمه برای مونیتورینگ جنین ممنوع است.
- ✓ فقط در مواقع ضروری از فورسپس، واکيوم یا اپیزیوتومی استفاده شود.
- ✓ در موارد آتونی رحمی، همزمان با مهارکننده های پروتئاز یا افویرنز از مترژین استفاده نشود یا در صورت ضرورت، حداقل دوز تجویز شود.

پیگیری و درمان بعد از زایمان در مادران

- درمان ضد رتروویروسی پس از زایمان تا پایان عمر ادامه خواهد داشت و به هیچ وجه نباید قطع شود.
- دوره بلافاصله بعد از زایمان، چالش های منحصر به فردی برای پایبندی به درمان، در مادر ایجاد می نماید.
- خدمات حمایتی مناسب باید قبل از ترخیص از بیمارستان، شروع شود.
- زنانی که آزمایش سریع آنتی بادی HIV در آنها طی دوره زایمانی مثبت است، باید به طور کامل از نظر تایید 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 از کاندوم به تنهایی، زیاد است ⇨ با بیمار درباره 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 توصیه می شود.

مشاوره برای شیردهی

* با توجه به توانایی کشور جهت تامین شیر جایگزین، زنان مبتلا به HIV به هیچ وجه نباید به نوزاد خود شیر بدهند*

- به مادر نوزاد تاکید شود که خطر ابتلای نوزاد به HIV با شیردهی متناوب (گاهی شیر مادر و گاهی شیر خشک) بیشتر خواهد بود.
- شیر خشک (فرمولا) باید برای طول مدت 24 - 18 ماه برای شیرخوار تأمین شود.
- همواره توصیه می شود که برای تأمین سلامت شیرخوار، به موقع غذای مناسب برای وی شروع شود.

درمان پیشگیرانه ضد رتروویروسی نوزاد

- جهت انتخاب درمان براساس احتمال انتقال عفونت از مادر به نوزاد، نوزاد باید به یکی از دو گروه پرخطر و یا کم خطر تعلق پذیرد.

• **گروه پر خطر** به مواردی اطلاق می شود که یکی از شرایط زیر وجود داشته باشد:

✓ مادری که دارو در زمان بارداری دریافت نکرده باشد

✓ مادری که فقط در زمان زایمان دارو مصرف کرده باشد

✓ مادری که در زمان بارداری دارو دریافت کرده باشد اما ویرال لود ساپرس نزدیک زایمان نداشته باشد

✓ مادری که عفونت حاد اولیه در زمان بارداری یا شیردهی داشته باشد

نوزاد پر خطر

- رژیم کموپروفیلاکسی با **زیدوودین** به مدت 6 هفته دو بار در روز و **نویراپین** به مقدار سه دوز در روزهای اول، 48 ساعت بعد و 96 ساعت بعد از دوز دوم ضروری است.
- ✓ دارو باید در کمترین فاصله زمانی از تولد و ترجیحاً طی 6 تا 12 ساعت بعد از زایمان شروع شود.
- ✓ حداکثر زمان شروع پروفیلاکسی برای نوزاد تا 72 ساعت اول تولد است.

یا

از درمان امپیریکال با ZDV,3TC,NVP یا ZDV,3TC,RAL از زمان تولد تا 6 هفته استفاده می شود.

نوزاد کم خطر

- مادر بار ویروسی زیر 50 copies/ml یا undetectable در حوالی هفته 36 بارداری داشته و در گروه با بار ویروسی غیر قابل شناسایی پایدار طبقه بندی می شود:
- ✓ رژیم کموپروویلاکسی با زیدوودین به مدت 4 هفته توصیه می شود.

- **≥ 35 weeks' gestation at birth** \rightarrow 4 mg/kg/dose PO twice daily
- **≥ 30 to < 35 weeks' gestation at birth** \rightarrow 2 mg/kg/dose PO every 12 hours, advanced to 3 mg/kg/dose PO every 12 hours at age 15 days
- **< 30 weeks' gestation at birth** \rightarrow 2 mg/kg body weight/dose PO every 12 hours, advanced to 3 mg/kg/dose PO every 12 hours after age 4 weeks

- چنانچه مادر در زمان بارداری HAART دریافت نکرده باشد یا پایبندی کامل وی به درمان ثابت نشده باشد و آزمایش ویرال لود وی منفی نباشد و یا بار ویروسی پس از هفته 36 بارداری چک نشده باشد، ZDV به مدت 6 هفته به علاوه نویراپین در سه دوز مجزا در بدو تولد، 48 ساعت بعد از دوز اول و 96 ساعت بعد از دوز دوم به نوزاد خورانده می شود.

- دوز نویراپین مطابق با توصیه زیر است:

✓ وزن موقع تولد 2 – 5 / 1 کیلوگرم: 8 mg/dose PO

✓ وزن موقع تولد بیش از 2 کیلوگرم: 12 mg/dose PO

- اگر اختلالات هماتولوژیک در کودکان تحت درمان پروفیلاکسی با زیدوودین رخ دهد، باید درباره ادامه پروفیلاکسی ضد رتروویروسی در شیرخوار بر حسب مورد تصمیم گیری شود.

مدیریت مواجهه غیرشغلی
با HIV/AIDS



تعریف مواجهه غیرشغلی با HIV

- تماس مستقیم مخاطی
- نفوذ از طریق پوست (پرکوتانئوس)
- گازگرفتگی توسط انسان
- تماس با مایعات بالقوه عفونی آلوده به HIV، در مواردی که ناشی از تماس های شغلی یا پری ناتال نباشد

□ انواع مواجهه های غیر شغلی

- تماس غیر شغلی با خون و سایر مایعات بالقوه عفونی که خطر انتقال HIV را به همراه دارند: مانند منی، ترشحات واژینال و ...

➤ شامل تماس جنسی بدون کاندوم، تماس جنسی همراه با پاره شدن کاندوم، تزریق با وسایل مشترک، فرو رفتن تصادفی سر سوزن آلوده (مانند فرو رفتن سوزن و سرنگ در پارکها و معابر)، گاز گرفتگی انسان و تماس مخاطات با مایعات آلوده به ویروس

- مواجهه غیر شغلی در محیط بیمارستان که می تواند شامل تماس بیماران با پرسنل مبتلا به HIV در زمان انجام اعمال تهاجمی و همچنین استفاده اشتباه از وسیله بیمار مبتلا به HIV برای بیمار دیگر باشد

مراحل PEP

- مداوای محل مواجهه
- ثبت و گزارش دهی
- ارزیابی خطر مواجهه
- ارزیابی منبع مواجهه
- ارزیابی فرد مواجهه یافته
- پیشگیری از عفونت ها
- پیگیری و مشاوره

مداوای محل مواجهه

- اولین قدم، کاهش زمان تماس با مایع بدن فرد منبع با تمیز کردن (پاک کردن) و آلودگی زدایی برای کاهش خطر عفونت است.

❑ بریدگی پوست با سر سوزن یا شیء تیز و برنده:

- فوراً محل آسیب را با آب و صابون بشویید.
- محل ورود شیء را زیر آب روان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود.
- اگر آب روان در دسترس نیست، محل را با محلول یا ژل شوینده دست تمیز کنید.
- از محلول های قوی مانند مایع سفید کننده استفاده نکنید.
- از فشردن یا مکیدن محل آسیب خودداری کنید.

❑ پاشیدن خون یا مایعات بدن به مخاطات یا پوست نا سالم:

- فوراً محل را با آب روان یا سرم نرمال سالین بشویید.
- از پانسمان خودداری کنید.

❑ در صورت پاشیدن به چشم:

- فوراً چشم های مواجهه یافته را با آب روان یا نرمال سالین بشوئید.
- ✓ مواجهه یافته را روی یک صندلی بنشانید، سر او را به عقب خم کنید، چشم را از آب یا نرمال سالین پر کنید و سپس پلک ها را به بالا و پایین بکشید.
- در صورت داشتن لنز روی چشم، آنها را خارج کنید و طبق روش معمول آنها را بشوئید.
- در چشم از صابون یا مواد ضد عفونی کننده استفاده نکنید.

□ در صورت پاشیدن به دهان:

- فوراً مایع را بیرون بریزید.
- با آب یا سرم نمکی دهان را کامل بشوید و بیرون بریزید و چندین بار تکرار کنید.
- در دهان صابون یا مواد ضد عفونی کننده بکار نبرید.

ثبت مواجهه

- چگونگی مواجهه و پروفیلاکسی بعد از مواجهه باید در پرونده پزشکی فرد مواجهه یافته، ثبت شود.
- باید رازداری به بهترین نحو رعایت گردد.

- نوع مواجهه (فرو رفتن جسم تیز در پوست، تماس مخاط یا پوست ناسالم با ترشحات، تماس جنسی) یا استفاده از سرنگ مشترک
- محل و چگونگی وقوع مواجهه
- شرایط وقوع مواجهه (در پارک، تعرض جنسی، سرنگ مشترک، تماس جنسی محافظت نشده)
- دفعات مواجهه با HIV
- زمان مواجهه
- شدت مواجهه
- ثبت نتایج ارزیابی فرد مواجهه یافته
- ثبت نتایج ارزیابی منبع مواجهه
- ثبت اقدامات انجام شده

• مواجهه با وسایل برنده:

✓ عمق فرو رفتن وسیله

✓ مشخصات جسم فرو رفته (سوزن توپر یا توخالی، تیغ و...)

✓ وجود خون قابل رویت در سطح اشیاء

✓ محل فرو رفتن سوزن (داخل پوست یا ورید)

• مواجهه با ترشحات:

✓ نوع ترشحات

✓ وجود خون واضح در ترشحات

✓ حجم ترشحات

✓ در صورت تماس با پوست صدمه دیده، وسعت ضایعه

• مواجهه جنسی:

✓ نوع رابطه جنسی

✓ محل دخول

✓ اجباری یا اختیاری بودن آن

✓ وقوع هر گونه تروما در جریان آن

✓ تعداد شرکای جنسی

✓ وجود زخم تناسلی و یا سایر عفونتهای آمیزشی در فرد مواجهه یافته یا منبع

✓ وجود قاعدگی در زمان نزدیکی

✓ اکتوپی سرویکس

ارزیابی میزان خطر مواجهه

□ خطر عفونت در مواجهه های زیر بالاتر است:

- مواجهه با مقادیر بیشتر خون یا سایر مایعات عفونی
- مواجهه با خون و یا مایعات عفونی بدن یک منبع مبتلا به بیماری پیشرفته HIV یا مرحله حاد
- آسیب عمیق از طریق پوست
- مواجهه با منبع مبتلا به عفونت هم زمان هیپاتیت C در مواجهه با خون
- وجود عفونت آمیزشی در هر یک افراد منبع یا مواجهه یافته
- تجاوز جنسی به دلیل آسیب مخاطی بیشتر، تعداد مهاجمان و یا مقاربت تروماتیک و سن کم فرد مواجهه یافته

تخمین خطر انتقال HIV در انواع مواجهه با HIV

راه مواجهه	خطر انتقال (%)
انتقال خون	92.5
اشتراک سوزن در مصرف تزریقی مواد	0.63
مفعول آمیزش مقعدی	1.38
فرورفتن سوزن در پوست	0.23
مفعول آمیزش واژنی	0.08
فاعل آمیزش مقعدی	0.11
فاعل آمیزش واژنی	0.04
مفعول آمیزش دهانی	کمتر از ۰,۰۰۰۱
فاعل آمیزش دهانی	کمتر از ۰,۰۰۰۱

- استفاده از کاندوم، خطر هر مواجهه جنسی را 20 برابر کم می کند.
- آسیب های ناشی از فرو رفتن سوزنهای دور ریخته شده از طریق پوست در محیط های عمومی مانند پارکها، اتوبوس ها باعث نگرانی از انتقال HIV می شود.
- ✓ هیچ مورد عفونت HIV بدنبال این آسیبه ها به اثبات نرسیده است و نیازی به پروفیلاکسی از نظر HIV در این موارد وجود ندارد.
- ✓ مگر آنکه سر سوزن به همراه سرنگ حاوی خون تازه باشد.

• آسیب های ناشی از گاز گرفتگی از راههای احتمالی دیگر برای انتقال HIV محسوب می شوند که به ندرت گزارش شده است.

✓ گاز گرفتن فرد مبتلا به HIV منجر به شکاف پوستی و تماس غشاهای مخاطی دهان با خون آلوده می شود .

✓ گاز گرفتگی توسط فرد مبتلا به HIV، پوست آسیب دیده را در معرض بزاق قرار می دهد.

✓ خطر انتقال در تماس با بزاق غیر آلوده به خون ناچیز بوده و قابل اعتنا نیست.

✓ خطر انتقال با بزاق آلوده به خون بیشتر است.

ارزیابی فرد مواجهه یافته

- ارائه مؤثر nPEP بعد از مواجهه هایی که با خطر قابل توجه انتقال عفونت HIV همراهند، نیازمند ارزیابی فوری فرد مواجهه یافته و توجه به مداخله های دارویی، روحی- روانی و رفتاری است.

□ تعیین وضعیت HIV، HBV یا HCV در فرد مواجهه یافته

- ارزیابی فرد مواجهه یافته صرف نظر از نوع تماس باید طی چند ساعت اول پس از تماس انجام شود.
- توصیه می شود تست پایه HIV همراه با رضایت فرد و انجام مشاوره صورت پذیرد.
- اگر آزمایشهای سریع در دسترس نباشد و شروع پروفیلاکسی اندیکاسیون داشته باشد، می توان درمان پیشگیرانه را شروع کرد و متعاقبا با بررسی های بعدی در مورد ادامه یا قطع آن تصمیم گیری نمود.

- انجام HBs Ag، HBs Ab، HBc Ab، HCV Ab را باید در نظر داشت.

- گرفتن شرح حال درباره سابقه قبلی عفونت HIV، HBV یا HCV و سایر بیماریها، رفتارهای جنسی و سابقه مصرف مواد و همچنین ارزیابی های آزمایشگاهی پایه، ارزیابی وضعیت های همراه مانند حاملگی، شیردهی و یا مصرف داروهای دیگر که ممکن است در انتخاب داروی برای PEP موثر باشد، از موارد مورد نیاز است.

- وضعیت واکسیناسیون هپاتیت B و پاسخ به واکسن

ارزیابی منبع مواجهه

□ زمانی که منبع مواجهه مشخص است

- فرد منبع مبتلا به HIV باشد ⇨ مرحله بیماری، تعداد سلول CD_4 ، تاریخچه درمان ضد رتروویروسی، مدت درمان، موفقیت یا شکست درمان، نوع دارو و پایداری، مقاومت به داروهای ضد رتروویروسی
- ✓ در صورت وجود مقاومت دارویی قبلی، در انتخاب داروهای پیشگیری تجدید نظر شود.

• وضعیت عفونت HIV، HBV و HCV منبع نامشخص است:

✓ تست پایه HIV همراه با رضایت فرد و انجام مشاوره صورت پذیرد.

✓ تاکید بر استفاده از روش های تشخیص سریع می باشد که ترکیبی از سنجش آنتی ژن و آنتی بادی هستند.

✓ اگر انجام تست های تشخیصی سریع HIV امکان پذیر نیست، از آزمایش الایزای HIV استفاده شود.

✓ در صورت مواجهه با فردی از گروه های پر خطر مانند معتادین تزریقی، پروفیلاکسی هرچه سریعتر شروع شود و نباید منتظر جواب آزمایش بود.

✓ تست HIV ELISA مثبت یا تست سریع مثبت، پیشنهاد کننده شروع پروفیلاکسی در صورت رخداد تماس با مایعات بالقوه عفونی می باشد.

✓ منبع از نظر HBS Ag و HCV Ab نیز آزمایش شود.

✓ در صورتی که منبع مواجهه، آلوده به یک پاتوژن خونی نباشد، همه آزمایش های پایه در فرد مواجهه یافته یا پیگیری بعدی ضرورت ندارد.

✓ به هنگام درخواست آزمایش ها به راز داری در مورد نتایج آزمایش ها توجه شود.

✓ هنگامی که به هر علتی نتوانید آزمایشهای مورد نیاز را برای منبع مواجهه انجام دهید، علائم بالینی و سابقه رفتارهای پر خطر را در نظر بگیرید.

• منبع پر خطر شامل موارد زیر است:

➤ مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی

➤ افرادی که سابقه زندان و یا بازپروری داشته اند

➤ افرادی که سابقه رفتارهای جنسی پرخطر دارند:

✓ این افراد شامل sex-worker ها (یعنی کسانی که در ازای ارتباط جنسی مبادرت به دریافت پول یا کالا می نمایند)، افراد MSM (Men who have Sex with Men) و افراد Transsexual و Bisexual می باشند.

➤ همسر یا شریک جنسی هر یک از گروههای فوق

* در این موارد شروع پروفیلاکسی نباید تا آماده شدن جواب آزمایشات به تاخیر بیافتد*

□ زمانی که منبع مواجهه مشخص نیست

- احتمال مواجهه با عوامل منتقل شونده از راه خون را با توجه به شیوع این پاتوژن ها در جمعیتی که فرد منبع از آن جمعیت بوده، ارزیابی کنید.
- آزمایش سوزنهای دور ریخته شده برای پاتوژنهای خونی ممنوع است.

مدیریت مواجهه جنسی

- غربالگری از نظر سیفیلیس و ارزیابی بالینی از نظر ابتلا به عفونتهای مقاربتی دیگر در فرد مواجهه یافته

- بررسی از نظر احتمال بارداری ⇨ در صورت احتمال وقوع بارداری، هرچه سریعتر حداکثر ظرف 120 ساعت، داروهای هورمونی پیشگیری از بارداری را به یکی از روش های زیر ارائه دهید:

✓ قرص لونورجستروئل ، دو عدد یکجا در اولین فرصت

✓ قرص LD، چهار عدد در اولین فرصت و چهار عدد 12 ساعت بعد

✓ قرص تری فازیک یا سه مرحله ای، 4 عدد قرص سفید در اولین فرصت و چهار عدد قرص سفید 12

ساعت بعد

- در صورت مواجهه جنسی داوطلبانه، مشاوره های لازم جهت کاهش رفتارهای پر خطر و لزوم انجام واکسیناسیون را ارائه دهید.
- اطمینان دادن به فرد نسبت به محرمانه بودن امور مربوطه ضروری است.

- در صورت وقوع تجاوز جنسی:

- ✓ پروفیلاکسی STI توصیه می شود:

- گونوره: سفتریاکسون 250mg تک دوز عضلانی

- کلامیدیا: آزیترومایسین 1g تک دوز یا داکسی سیکلین دو بار در روز به مدت 7 روز

- تریکوموناس: مترونیدازول 2g تک دوز یا تینیدازول 2g تک دوز

- ✓ به بیمار مشاوره های روانی لازم را ارائه دهید.

- ✓ در صورت رضایت بیمار موضوع را به نیروی انتظامی (نزدیکترین کلانتری) گزارش دهید.

- ✓ در صورت عدم رضایت بیمار وی را از امکان دریافت مشاوره حقوقی رایگان از مراکزی همچون

واحد های " ارشاد و معاضدت قضایی" مستقر در کلیه دادسراها و مجتمع های قضایی و غیر

رایگان همچون دفاتر وکلای دادگستری آگاه نمایید.

✓ در صورتی که مصدوم، زن یا کودک باشد، علاوه بر موارد فوق می تواند برای مشاوره حقوقی از "دفاتر حمایت از حقوق زنان و کودکان" مستقر در دادگستری های مراکز استان های سراسر کشور نیز استفاده نماید.

✓ صرف نظر از تمایل بیمار برای طرح شکایت، به هنگام ارائه خدمات مراقب باشید نمونه های منی و ترشحات را جمع آوری کنید و آنرا در اختیار بیمار بگذارید و آثار و نشانه های تروما را به دقت یادداشت کنید.

✓ افرادی که تحت تجاوز جنسی قرار گرفته باشند، بدون توجه به مشخصات متجاوز باید تحت پروفیلاکسی قرار بگیرند.

• گزارش تجاوز جنسی نباید شرط دریافت پروفیلاکسی باشد.

□ ارائه PEP در مواجهه با HIV

• مواردی که PEP اندیکاسیون ندارد:

✓ فرد مواجهه یافته HIV مثبت باشد.

✓ فرد مبدأ مبتلا به HIV می باشد. ولی تحت درمان ARV قرار داشته و در طی 6 ماه گذشته بار

ویروسی چک

شده و undetectable بوده و پایبندی به درمان نیز مطلوب می باشد.

□ مواجهه هایی که واجد شرایط دریافت درمان پیشگیرانه نمی باشند:

- تماس پوست سالم با مایعات عفونی
- تماس جنسی با استفاده از کاندومی که سالم بماند
- تماس با مایعات غیر عفونی (مدفوع، بزاق، ادرار، عرق، اشک) بدون آلودگی به خون
- تماس با مایعات بدن فرد شناخته شده HIV منفی
- از زمان مواجهه بیشتر از 72 ساعت گذشته باشد. (جهت مشاوره، تست و پیگیری معرفی شوند)

- در افرادی که به دلیل نوع رفتارهای خود در معرض مواجهه های مکرر قرار می گیرند و نیازمند مصرف دوره های پیاپی و یا تقریباً مداوم داروهای ضد رترو ویروسی هستند مانند زوجهایی که وضعیت HIV آنها یکسان نیست و بطور مداوم از کاندوم استفاده نمی کنند و یا مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر که مکرراً وسایل مشترک برای تزریق به کار می برند، در این موارد باید تلاش نمود تا با رویکرد کاهش آسیب، فرد مواجهه یافته به رفتارهای کم خطرتری ترغیب شود.
- هرگز منعی برای دریافت داروهای پیشگیری در صورت لزوم نیست.
- در موارد خاصی نیاز به اجرای پروفیلاکسی پیش از تماس است.

❑ مواردی که PEP اندیکاسیون دارد:

- مواجهه در 72 ساعت اخیر اتفاق افتاده باشد.

و

- فرد مواجهه یافته مبتلا به عفونت HIV نیست یا در زمان تصمیم گیری وضعیت نامشخص دارد.

و

- مخاط و یا پوست آسیب دیده یا ناسالم در تماس با مایعات بالقوه عفونی بدن قرار گرفته اند.

و

- منبع مبتلا به عفونت HIV است و یا جزء گروههای پر خطر قرار دارد.

- رژیم سه دارویی در همه انواع مواجهه، رژیم ارجح محسوب می شود.

- رژیم سه دارویی ارجح

- Tenofovir 300 mg PO qd + Emtricitabine 200 mg PO qd + Dolutegravir 50mg PO qd

• رژیم های سه دارویی جایگزین

- Tenofovir 300 mg PO qd + Emtricitabine 200 mg PO qd + Atazanavir/r 300/100 PO qd

or

- Tenofovir 300 mg Po qd + Lamivudine 150 mg PO BID + Darunavir/r *

or

- Zidovudine 300 mg PO BID + Lamivudine 150 mg PO BID + Atazanavir/r 300/100 PO qd

or

- Tenofovir 300 mg Po qd + Lamivudine 150 mg PO BID + Darunavir/r

- در صورت تجویز داروناویر باید روزانه دو عدد قرص داروناویر 600mg همراه با یک عدد ریتوناویر 100mg تجویز شود.

✓ با توجه به احتمال عوارض گوارشی تجویز دارو باید با مانیتور علائم بیمار صورت گیرد.

- تنوفوویر، امتریسیتابین، لامیوودین و زیدوودین در نارسایی کلیوی نیاز به تنظیم دوز دارند.

- در نارسایی کلیوی TAF بر تنوفوویر ارجحیت دارد.

✓ مصرف تنوفوویر در بیمار با کلیرانس کراتینین کمتر از 60 میلی لیتر در دقیقه توصیه نمی شود.

- طول دوره پروفیلاکسی 28 روز است.

- در صورتی که در زمان شروع پروفیلاکسی، وضعیت HIV منبع ناشناخته بوده و نتیجه آزمایش بعداً منفی گزارش شود، نیاز به تکمیل دوره درمان پیشگیری نیست و درمان دارویی قطع می شود.

- در اولین زمان ممکن باید PEP برای افراد واجد شرایط شروع شود.

- در صورت نیاز می توان با فوکال پوینت عفونی مشورت نمود.

• پروفیلاکسی پس از تماس HIV در بارداری:

✓ اگر فرد مواجهه یافته باردار باشد، روش ارزیابی خطر عفونت و نیاز PEP باید مانند هر فرد دیگر مورد مواجهه با HIV باشد.

✓ رژیمهای درمان پیشگیری توصیه شده ممنوعیتی برای مصرف در حاملگی ندارند.

• پروفیلاکسی در دوران شیردهی:

✓ اگر فرد مواجهه یافته، مادر شیرده باشد، روش ارزیابی خطر عفونت و نیاز PEP باید مانند هر فرد دیگر مورد مواجهه با HIV باشد.

✓ رژیمهای درمان پیشگیری توصیه شده ممنوعیتی برای مصرف در دوران شیردهی ندارند.

✓ در طی دوره مصرف دارو، شیردهی باید متوقف شود.

□ مشاوره بعد از مواجهه با HIV

- مواجهه های غیر شغلی معمولاً با نگرانی فراوانی همراهند. باید در این مورد با فرد مواجهه یافته مشاوره نمود.
- غالباً خطر انتقال HIV در مواجهه های غیر شغلی، بسیار اندک است.
- در صورتی که شروع PEP لازم باشد باید بر اهمیت آن تاکید نمود و اطلاعات لازم را در این مورد در اختیار فرد قرار داد تا بتواند به درستی تصمیم گیری کند.
- * به فرد مواجهه یافته باید توصیه نمود تا از اهدای خون، پلاسما، اعضا، بافت و منی و شیر دهی در دوره پیگیری خودداری کند.

- از کاندوم به روش صحیح استفاده نماید.
- استفاده از سایر روشهای پیشگیری از بارداری در کنار کاندوم نیز مطلوب است.
- از اشتراک در وسایل تزریق و سایر وسایل برنده مثل تیغ ریش تراشی و مسواک و سایر رفتارهای پرخطر خودداری نماید.
- علائم سندرم حاد رترو ویروسی به فرد مواجهه یافته، آموزش داده شود و ذکر شود در صورت بروز علائم مراجعه نماید.
- در صورت لزوم بیمار را برای مشاوره روانپزشکی و در مواردی که مواجهه بیمار تبعات حقوقی داشته باشد، وی را برای مشاوره حقوقی ارجاع دهید.

پیگیری مواجهه با HIV

- در همه مواجهه یافتگان، آزمایش HIV Ag/Ab در هفته ششم بعد از مواجهه توصیه شود.
- در مواردی که تماس با منبع مبتلا به عفونت همزمان HIV و HCV رخ داده است، توصیه می شود آزمایش HIV Ab شش ماه بعد از مواجهه تکرار شود.
- در صورتی که برای پیگیری از تست سریع HIV استفاده می شود، تواتر آزمایشات در هفته ششم و ماه سوم بعد از مواجهه خواهد بود.

- در صورت وقوع بیماری مطابق با سندرم رتروویروسی حاد، انجام آزمایش HIV PCR می تواند کمک کننده باشد.
- مراقبان سلامت باید در ویزیت اول فرد مواجهه یافته را با برخی از علایم به ویژه تب و بثورات جلدی آشنا کنند و تاکید نمایند که در صورت بروز چنین علایمی برای بررسی بیشتر مراجعه کنند.
- اگر پس از مراجعه افراد وجود علایم در معاینه اثبات شد، فوراً به متخصصان ذیربط بدون قطع یا تغییر درمان ارجاع گردد.

- در صورت تجویز PEP، فرد باید از نظر سمیت دارویی پایش شود.
- CBC و کراتینین باید قبل از شروع دارو درخواست گردد.
- در طی دوره پروفیلاکسی بر اساس نشانه ها و وضعیت بالینی فرد، در رابطه با انجام تست های بیشتر تصمیم گیری نمایید.
- در صورت واکسیناسیون علیه هپاتیت B، انجام تست سرولوژیک 1 تا 2 ماه بعد از اتمام دوره واکسیناسیون برای اطمینان از مصونیت انجام شود.
- در صورت تجویز PEP، توصیه می شود در طی هفته اول پس از شروع پروفیلاکسی، فرد مواجهه یافته از نظر پایبندی به درمان و عوارض دارویی ویزیت شود.
- درباره اهمیت پایبندی و عوارض جانبی احتمالی و نحوه به حداقل رساندن آنها مجددا مشاوره گردد.
- در انتهای هفته چهارم درمان را قطع کنید و آزمایش های پیگیری، درخواست کنید.

آزمایشات پیگیری

آزمایش	پایه	۶ هفته پس از تماس	۳ ماه پس از تماس	۶ ماه پس از تماس
HIV Ag/Ab testing	●	● ^۱	● ^۲	● ^۳
HBs Ag, HBs Ab, HBc Ab	● ^۴	—	—	● ^۵
HCV ^۱ Ab	●	—	—	● ^۷
CBC ^۸	●	—	—	—
Serum Cr	●	—	—	—
ALT & AST	●	●	—	—
RPR or VDRL	●	●	—	—
Pregnancy	● ^۹	●	—	—

1) اگر از الیزای نسل چهارم استفاده شود، فقط یک نوبت تست در هفته ششم کافی است.

2) در صورتی که از تست سریع و الیزای نسل سوم استفاده شود، باید 6 هفته بعد و 3 ماه بعد از تماس، تست تکرار شود.

3) فقط وقتی انجام شود که عفونت هپاتیت C از منبع مواجهه، منتقل شود؛ یا فرد مواجهه یافته، مبتلا به عفونت هپاتیت C باشد. زیرا وجود همزمان عفونت هپاتیت C، ممکن است باعث تاخیر ظهور آنتی بادی HIV شود.

4) اگر فرد مواجهه یافته HBsAg مثبت باشد، بعد از دریافت داروهای نظیر لامیوودین، تنوفویر و امتریسیتابین بعنوان پیشگیری، به علت احتمال flare آنزیمی باید تا 6 ماه بعد از قطع PEP ماهانه پیگیری و آنزیمهای کبدی چک شود و با یک متخصص مشورت شود.

(5) اگر فرد مواجهه یافته، در هنگام مواجهه، مستعد ابتلا به عفونت هپاتیت B باشد.

(6) در صورتی که در ارزیابی ضرورت داشته و دسترسی به آزمایشات مولکولی وجود داشته باشد، توصیه می شود که اولین تست NAAT برای هپاتیت C بعد از 6 - 3 هفته از تماس انجام شود. در صورت منفی بودن، 6 - 4 ماه بعد از تماس، تست HCV PCR یا HCV Ab تکرار شود.

(7) اگر فرد مواجهه یافته، در هنگام مواجهه، مستعد ابتلا به عفونت هپاتیت C باشد.

(8) تنها در صورتی که در رژیم دارویی زیدوودین قرار داشته باشد انجام شود. در این حالت به صورت پایه، دو هفته بعد و در انتهای دوره پروفیلاکسی چک شود.

(9) تنها در مواجهه هایی انجام شود که احتمال بارداری به دنبال آن وجود دارد.

- همه مراجعه کنندگان جهت دریافت پروفیلاکسی، اگر سابقه واکسیناسیون علیه هپاتیت B را ندارند، باید واکسن هپاتیت B را دریافت کنند.
 - در مواجهه های جنسی، ارزیابی بالینی و در صورت امکان آزمایشگاهی بر اساس دستورالعمل کشوری STI انجام شود.
 - در صورت دسترسی به واکسن HPV، واکسیناسیون بر علیه آن برای زنان 9 - 26 سال و مردان 9 - 21 سال و برای مردان همجنس گرا تا 26 سال توصیه می شود.
- ⇐ سه دوز: اولین مراجعه، یک تا دو ماه بعد و شش ماه بعد از دوز اول

با تشکر

