

دستورالعمل پیشگیری از انتقال HIV از مادر به فرزند

رهنمود بالینی برای جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

مرکز مدیریت بیماریها

تیرماه ۱۳۹۳



تقدیر و تشکر...

.....

.....

پیشن نویسن جهت دریافت نظرات فوکل پوینت های مراقبت و درمان اچ ای وی

مقدمه:

در سال های اخیر تعداد زنان مبتلا به HIV در ایران رو به افزایش بوده و در حال حاضر بیش از ۱۱٪ 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 فرزندانشان 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 و به 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:

به منظور تهیه پروتکل فعلی، گروهی از اعضاء کمیته علمی مراقبت و درمان HIV که عمدتاً نقش مستقیم در مراقبت و درمان مبتلایان به اچ آی وی داشته و در تدوین پروتکل قبلی نیز نقش اصلی را ایفا کرده بودند، مسئولیت بازبینی متن را بعهده گرفتند. این گروه متن قبلی را مرور نموده و با استفاده از آخرین پروتکل های درمانی مهم دنیا و مقالات کلیدی و در نظر گرفتن شرایط ایران آن را بازبینی نموده و متن حاصل برای نظر سنجی نهایی با سایر اعضاء کمیته علمی به اشتراک گذاشته شد و در آخرین گردهمایی بازبینی دستورالعمل ها، با دریافت نظرات و پیشنهادات سایر اساتید، نهایی گردید.

اختصارات

3TC	lamivudine
ABC	abacavir
AIDS	Acquired Immuno deficiency Syndrome
ALT	Alanine Aminotransferase
ARDS	Adult Respiratory Distress Syndrome
ART	Antiretroviral Treatment
ARV	Antiretroviral
AST	Asparate Aminotransferase
BID	twice daily
BUN	Blood Urea Nitrogen
CD4	cell cluster of differentiation antigen 4 cell
CK	Creatine Kinase
Cr	Creatinin
CMV	cytomegalovirus
CNS	Central Nervous System
CRP	C -reactive protein
d4T	stavudine
ddI	didanosine
DOT	Directly Observed Treatment
EFV	efavirenz
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
HAART	Highly Active Antiretroviral Treatment
HIVANP	HIV associated nephropathy
HBsAg	Hepatitis B Surface Antigen
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HDL	high-density lipoprotein
HIV	human immunodeficiency virus
HPV	human papillomavirus
HSV	herpes simplex virus
IDU	injecting drug user
IDV	indinavir
IgG	immunoglobulin G
INR	international normalized ratio
IRIS	immune reconstitution inflammatory syndrome
LDH	lactate dehydrogenase
LFT	liver function test
LPV	lopinavir
MAI	<i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>
NFV	nelfinavir
NNRTI	non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor
NRTI	nucleoside/nucleotide reverse transcriptase inhibitor
NVP	nevirapine
OD	once daily
OI	opportunistic infection
OST	opioid substitution therapy
PCP	<i>Pneumocystis jirovecii</i> pneumonia (formerly <i>P. carinii</i> pneumonia)
PCR	polymerase chain reaction

PGL	persistent generalized lymphadenopathy
PI	protease inhibitor
PLWHA	people living with HIV and AIDS
PML	progressive multifocal leukoencephalopathy
/r	low dose ritonavir (for boosted PI)
RTV	ritonavir
TB	tuberculosis
TDF	tenofovir
TID	three times daily
TSH	thyroid-stimulating hormone
VDRL	venereal disease research laboratory
VL	viral load
VLDL	very-low-density lipoprotein
ZDV	zidovudine (also know as azidothymidine (AZT))
RAL	Raltegravir
DAV	Darunavir
ATV	Atazanavir
RTV	Ritonavir

پیشن نویس جهت دریافت نظرات فوکال پوینت های مراقبت و درمان اچ ای وی

اهداف آموزشی این رهنمود:

هدف از ارائه این رهنمود آنست که خوانندگان بتوانند:

- ۱- بتوانند زنان باردار مبتلا به HIV را شناسایی کنند
- ۲- به منظور پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک، به مادران باردار داروهای ضدتروویروسی ارائه دهند
- ۳- زمان شروع درمان ضدتروویروسی 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
- ۴- موثرترین و کم خطرترین رژیم درمانی ضدتروویروسی قابل ارائه در کشور در دوره بارداری را بشناسند
- ۵- پایش بیماران را به طور کامل انجام دهند
- ۶- اهمیت عدم قطع درمان ضدتروویروسی بعد از ختم بارداری را بشناسند
- ۷- روش زایمان ایمن را به مادران باردار مبتلا به HIV پیشنهاد کنند
- ۸- پایش اولیه بعد از زایمان در نوزاد مواجهه یافته با HIV را انجام دهند و درمان پیشگیرانه ضدتروویروسی را به نوزاد ارائه دهند

مهمترین تغییرات این رهنمود نسبت به ویرایش پیشین:

۱. تغییرات اندیکاسیون های شروع درمان ضدتروویروسی در مادران بارداری که خود به این درمان نیاز دارند (مطابق با رهنمود درمان ضدتروویروسی در بزرگسالان)
۲. تغییرات در رژیم درمانی شامل رژیم ارجح یعنی تنوفویر + لامیوودین / متریسیتابین + افاویرنز
۳. افزودن جداول کاربردی برای بهبود کیفیت درمان مادران باردار

۱- مشاوره قبل از بارداری:

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 زیر توجه شود:

- ✓ انتخاب روش های مناسب و مؤثر پیشگیری از بارداری برای کاهش احتمال بارداری ناخواسته
- ✓ ترویج تماس جنسی مطمئن و کم خطر شامل استفاده همیشگی از کاندوم
- ✓ خطر انتقال از مادر به کودک و یا خطر انتقال بین زوجهایی که از نظر وضعیت اچ آی وی یکسان نیستند (couples sero-discordant) توسط بیمار درک شده باشد.
- ✓ ضرورت شروع درمان ضد رتروویروسی برای فرد مبتلا به HIV در زوجهای sero-discordant
- ✓ تاثیرات حاملگی و بارداری بر روند بیماری و درمان
- ✓ موارد نیازمند سقط
- ✓ زوج هایی که مایل به بچه دار شدن هستند باید از خطرات آن آگاه شوند و بدانند که اگرچه اقدامات بسیار موثری برای کاهش انتقال اچ آی وی از مادر به کودک وجود دارد، ولی هیچ گاه نمی توان این خطر را به صفر رساند. چنانچه علیرغم مشاوره های انجام شده، زوج بر بارداری اصرار دارند، ترجیحا آنها به مراکزی ارجاع شوند که در این مورد تجربه بیشتری وجود دارد یا پزشک درمانگر از مشاوره این مراکز استفاده نماید. اصول کلی که در این مورد باید در نظر گرفته شود عبارتند از:
- حتما قبل از اقدام با بارداری، زوج یا زوجین مبتلا به اچ آی وی (زن، مرد یا هر دو) باید درمان ضد رتروویروسی دریافت کند و ۴-۶ ماه پس از شروع درمان بار ویروسی چک شود و درست پیش از اقدام به بارداری، بار ویروسی در او/آنان غیر قابل شناسایی باشد.
- وقتی زن مبتلا به HIV است و همسر وی به آن مبتلا نیست: بهترین روش بچه دار شدن Intra uterine artificial insemination است.
- وقتی مرد مبتلا به HIV است و همسر وی به آن مبتلا نیست:
 - ایمن ترین روش، استفاده از اهدای اسپرم است.
 - اگر زوجین، اهدای اسپرم را نپذیرند، ضمن دریافت داروهای ضد رتروویروسی توسط مرد، استفاده از روش شستشوی اسپرم قویا توصیه می شود^۱.

^۱ اگرچه استفاده از پیشگیری قبل از تماس در فرد غیر مبتلا در کنار درمان دقیق فرد مبتلا بعنوان یک روش بالقوه کمک کننده به کاهش خطر انتقال ویروس مطرح شده است ولیکن هرگز نمیتواند جایگزین روش شستشوی اسپرم برای این گروه باشد لذا توصیه نمی شود و تحت هر شرایطی شستشوی اسپرم ارجح است.

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

▪ زن و مرد هر دو تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گیرند و پس از غیر قابل شناسایی شدن ویروس در هر دو، برای باردار 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.

۲- آزمایش و مشاوره HIV در دوره بارداری:

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 پیش از تولد نوزاد، موارد زیر را میسر می سازد:

- دسترسی سریعتر زنان مبتلا به HIV به خدمات مراقبت و درمان؛
- شروع هرچه سریعتر درمان ضد رتروویروسی (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:
 - ✓ مصرف نکردن الکل و سیگار،
 - ✓ چگونگی مراقبت از نوزاد و اقدامات اولیه ای که باید بلافاصله پس از تولد برای نوزاد صورت گیرد،
 - ✓ خطرات انتقال HIV از طریق شیر مادر و توصیه به پرهیز از شیردهی و استفاده از جایگزین مطمئن؛
- تسریع در ارائه مراقبتهای لازم به نوزاد شامل پروفیلاکسی ضد رتروویروسی، پروفیلاکسی PCP، ارائه تغذیه جایگزین و ارزیابی اولیه تشخیصی؛

با توجه به موارد فوق، توصیه میشود که همه زنان باردار تشویق به انجام آزمایش و مشاوره HIV شوند. در صورت موافقت مادر، توجه به نکات زیر ضروری است:

- در اولین ویزیت مادر باردار آزمایش HIV انجام شود؛
- پیشنهاد مجدد آزمایش در سه ماهه سوم به زنان در معرض خطر یا در زنان باردار ساکن مناطق منتخب برای پایلوت برنامه کشوری RH/HIV linkage که از انجام آزمایش در اوایل بارداری خودداری کرده اند؛
- 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 و یا در زنان باردار ساکن مناطق منتخب برای پایلوت برنامه کشوری RH/HIV linkage؛

- آزمایش سریع HIV برای غربالگری زنان در معرض خطری که در زمان زایمان وضعیت HIV آنها نامعلوم است (جهت امکان ارائه پروفیلاکسی ضد رتروویروسی ضمن زایمان و تسریع در ارائه مراقبت‌های لازم به نوزاد شامل پروفیلاکسی ضد رتروویروسی)، لازم به ذکر است که تنها کیت‌هایی برای انجام تشخیص سریع توصیه می‌شود که قبلاً توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تأیید شده و در حال حاضر توسط مرکز مدیریت بیماریها (اداره کنترل ایدز) توزیع می‌شود. نتیجه مثبت آزمایش سریع HIV باید مطابق دستورالعمل کشوری تشخیص HIV تأیید 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 ضد رتروویروسی را بلافاصله بعد از وضع حمل برای نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به HIV فراهم می‌کند.

۳- مراقبت‌های دوران بارداری:

زنان باردار مبتلا به HIV باید از خدمات معمول دوره بارداری شامل مشاوره‌های لازم برخوردار شوند. باید به مشاوره‌های همراه با آزمایش توجه ویژه شود. نکات لازم در این مشاوره‌ها (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 ضد رتروویروسی و اهمیت پایبندی؛
- ✓ طول مدت درمان با داروهای ضد رتروویروسی
- ✓ 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؛
- ✓ مشاوره‌های بهداشت روانی و خدمات درمانی سوء مصرف مواد،
- ✓ مشاوره ویژه برای ختم بارداری در موارد نیاز.

۴- درمان ضد رتروویروسی در مادران باردار:

۴-۱. زنان باردار مبتلا به HIV که هرگز داروهای ضد رتروویروسی دریافت نکرده اند و برای سلامت خود نیاز به درمان دارند:

- اندیکاسیون شروع درمان ضد رتروویروسی برای خانم های باردار دقیقا مشابه همان توصیه هایی است که در دستورالعمل درمان ضد رتروویروسی در بزرگسالان آمده است. در صورت داشتن نیاز به درمان برای خود مادر، 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. در صورتی که مادر پس از هفته چهارم بارداری مراجعه کرده باشد، انتخاب درمان بر اساس رژیمهای درمانی توصیه شده در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱: رژیم درمانی در مادر باردار پس از پایان هفته چهارم بارداری^{a,b}

Preferred Regimens
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tenofovir +Emtricitabine+Efavirenz* ➤ Zidovudine+ lamivudine + Efavirenz/Nevirapine ➤ Tenofovir + Lamivudine + Efavirenz ➤ Truvada + Nevirapine** ➤ Tenofovir + Lamivudine + Nevirapine
Alternative regimens
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abacavir*** + lamivudine + Efavirenz/Nevirapine ➤ Truvada + Boosted ATV or Kaletra ➤ Tenofovir + Lamivudine + Boosted ATV or Kaletra ➤ Zidovudine + Lamivudine + Boosted ATV or Kaletra ➤ Abacavir+ Lamivudine + Boosted ATV or Kaletra
Preferred Regimens for HIV/HBV coinfection
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Truvada + Efavirenz ➤ Tenofovir + Lamivudine + Efavirenz

*در درمان ترجیحا از داروهای ترکیبی استفاده شود. در حال حاضر داروهای ترکیبی شامل موارد زیر است:

برای دوز داروها به جدول ۳ مراجعه کنید.

- Atripla (Vonavir): tenofovir + Emtricitabin + Efavirenz
- Truvada: Tenofovir+emtricitabine

** استفاده از افایرنز در ماه اول بارداری ممنوعیت دارد و در زنانی که در آینده نزدیک تصمیم به بارداری داشته باشند و یا از یک روش

مطمئن جلوگیری از بارداری استفاده نکنند توصیه نمی شود

** بدلیل احتمال بروز عوارض کبدی ، استفاده از نویراپین در زنان با تعداد سلولهای CD4 بیشتر از ۲۵۰ و در مردان بیشتر از ۴۰۰ توصیه

نمی شود

*** در صورت استفاده از آباکاویر ترجیحا تست HLAB5701 برای بیمار انجام شود. در صورت در دسترس نبودن تست

بدلیل احتمال وجود عوارض پوستی ناشی از حساسیت شدید به دارو، شروع آباکاویر با احتیاط و مانیتورینگ دقیق انجام شود. ترکیب آباکاویر + نویراپین توصیه نمی شود

نکات مهم:

- در صورت ضرورت انتخاب رژیم حاوی PIs برای مادر، داروی آتازاناویر/ریتوناویر/لوپیناویر بر لوپیناویر/ریتوناویر (کالترا) ارجحیت دارد.
- لوپیناویر/ریتوناویر: دوز دارو در تریمستر دوم و سوم 600/150 دو نوبت در روز است.
- آتازاناویر: دوز دارو در تریمستر دوم و سوم 400/100 یک نوبت در روز است.
- نویراپین: شروع نویراپین در زنان با تعداد سلولهای CD4 کمتر از ۲۵۰ مجاز است. در صورت همراهی با هپاتیت B یا C با احتیاط بیشتری باید تجویز شود
- زیدوودین: خانم بارداری که اندیکاسیون درمان دارد ولی هموگلوبین کمتر از ۷ میلی گرم در دسی لیتر نباید ZDV دریافت نماید.
- افاویرنز: تجویز افاویرنز پس از هفته چهارم بارداری اشکالی ندارد
- با توجه با عوارض نورال تیوب نوزادی ناشی از افاویرنز در ماه اول، در صورتی که مادر تحت درمان با افاویرنز بوده و تصمیم به بارداری داشته باشد باید در صورت امکان با تعیین سطح ویروس و در صورت لزوم تست مقاومت دارویی قبل از اقدام به بارداری افاویرنز را تغییر داد. اگر مادر تحت درمان با افاویرنز بوده و با بارداری مراجعه کرده باشد چون معمولاً بیش از ۴ هفته از سن بارداری گذشته است، نیازی به تغییر افاویرنز نیست.
- زنان باردار تحت درمان با رژیم های حاوی NVP که درمان آنها موفق بوده و رژیم درمانی را تحمل کرده اند، باید صرف نظر از تعداد CD4 به درمان ادامه دهند.
- 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 با EFV باشد و اگر استفاده از EFV ممکن نباشد رژیم حاوی NVP یا ABC قابل قبول است.

۴-۲- زنان باردار مبتلا به HIV که اندیکاسیون درمان ندارند ولی برای پیشگیری از انتقال HIV به نوزاد باید پروفیلاکسی ضدتروویروسی دریافت نمایند:

درمان ضدتروویروسی یا پروفیلاکسی برای پیشگیری از انتقال در زمان بارداری و زایمان، باید برای همه زنان باردار مبتلا به HIV که برای سلامتی خودشان نیاز به درمان ضدتروویروسی ندارند، صرفنظر از تعداد رونوشت HIV RNA یا تعداد CD4 تجویز شود. درمان ضدتروویروسی در اولین زمان ممکن و حداکثر تا هفته 12 حاملگی باید شروع شود. بدیهی است که پس از این مدت نیز، هر زمانی که بیمار در حاملگی مراجعه نماید باید درمان ارائه شده و ترجیحا قبل از ۲۸ هفته حاملگی تحت درمان قرار گیرد.

۴-۳- 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 اچ آی وی در زمان زایمان الزامی است. در صورت مثبت بودن آزمایش باید درمان ضدتروویروسی 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 آزمایشهای تأییدکننده، برای نوزاد نیز باید ZDV به صورتی که در قسمت مراقبت از نوزاد آمده، شروع شود. اگر متعاقبا جواب آزمایش HIV در مادر تأیید نشد، ZDV نوزاد باید قطع گردد.

۴-۴- درمان ضدتروویروسی در حین زایمان در زنان مبتلا به HIV:

- در صورتی که مادر درمان ضدتروویروسی دریافت می کند، آنرا در حین زایمان ادامه دهید. با هر رژیم درمانی،

باید حین زایمان مادر زیدوودین تزریقی دریافت کند. 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 در ساعت تا زمان

زایمان

- در صورتی که مادر باردار برای پیشگیری از انتقال مراقبتی دریافت نکرده باشد ZDV تزریقی طی زایمان داده

شود

۵- قطع درمان ضد رتروویروسی طی بارداری:

گاهی ممکنست شرایطی ایجاد شود که مجبور به قطع درمان در طول بارداری شویم در صورتی که قرار است 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. در صورتی که درمان ضد رتروویروسی 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 و مجدداً هم زمان شروع شوند. در صورت قطع NVP و در شرایطی که شروع مجدد آن بیش از یک هفته طول بکشد، باید مجدداً دوز NVP طی دوره دو هفته ای به حد معمول افزایش یابد.

۶- پایش طی بارداری:

- زنان باردار مبتلا به HIV باید مطابق سایر زنان باردار از بسته خدمات مراقبت دوران بارداری مطابق دستورالعمل کشوری برخوردار شوند. در این زنان مراقبتهای ذیل علاوه بر بسته خدمات معمول، موارد زیر نیز توصیه میشود:
- پایش بالینی برای عوارض داروهای ضد رتروویروسی طی بارداری باید براساس آگاهی از عوارض جانبی داروهای مصرفی زن باردار باشد. (به جدول شماره ۴ رجوع شود)
 - بررسی روتین هماتولوژیک برای خانم های تحت درمان زیدوودین توصیه می شود.
 - ترجیحاً برای تمام زنان باردار در اولین ویزیت بارداری، بار ویروسی چک شود
 - در صورت امکان اندازه گیری بار ویروسی در ابتدای سه ماهه سوم بارداری نیز انجام شود. اگر علیرغم گذشتن زمان کافی (۶ ماه) از درمان، بار ویروسی بالای 1000 باشد، لازمست آزمایش مقاومت انجام شود (به دستورالعمل درمان مراجعه کنید). در صورت گذشتن زمان کمتر از ۶ ماه باید با توجه به بار ویروسی اولیه و میزان کاهش ویرال لود تصمیم گیری شود^۲
 - کنترل روتین (ماهانه) عملکرد کلیوی در دریافت کنندگان تنوفویر توصیه می شود.

^۲: کاهش ۳ برابر یا $\log 0.5$ در بار ویروسی پس از یک ماه درمان ضد رتروویروسی نشانه پاسخ قابل قبول به درمان می باشد.

- در سه ماهه اول و دوم پایش عملکرد کبدی (هر سه ماه) در بیماران دریافت کننده ضد رترو ویروسی ضروری است.
- در زنان باردار تحت درمان با داروهای NRTI باید آنزیمهای کبدی و الکترولیت ها در سه ماهه سوم بارداری، ماهانه بررسی شوند و هر گونه علائم جدید به دقت ارزیابی شود.
- تعداد سلول CD4 باید در اولین ویزیت و سپس حداقل هر ۳ ماه یک بار طی بارداری کنترل شود. در صورتی که بار ویروسی غیر قابل شناسایی باشد می توان CD4 را هر ۶ ماه چک نمود.
- سونوگرافی در سه ماهه اول برای تعیین سن جنسی و برنامه ریزی زمان احتمالی سزارین، توصیه می شود. برای زنانیکه در سه ماهه اول بارداری تحت درمان با داروهای ضد رترو ویروسی ترکیبی قرار گرفته اند، ارزیابی آناتومی جنین با سونوگرافی در سه ماهه دوم توصیه می گردد. (به ویژه اگر رژیم حاوی EFV باشد)
- طی بارداری در هفته ۲۸-۲۴ تحت غربالگری گلوکز، با آزمایش استاندارد و تست تحمل گلوکز با ۵۰ گرم گلوکز در یک ساعت، قرار گیرند.
- اگر انجام امینوسنتز اندیکاسیون دارد، فقط حداقل ۳ هفته پس از شروع یکی از رژیم های درمانی ضد رترو ویروسی باشد. در صورت امکان انجام بار ویروسی، ایده ال است که سطح ویروس قابل شناسایی نباشد.

۷- روش زایمان:

- توصیه می گردد کلیه زنان باردار مبتلا به HIV در هفته ۳۸ حاملگی به صورت الکتیو سزارین شوند.
- در موارد سزارین الکتیو درمان زیدوودین و ریدوی باید حداقل ۳ ساعت قبل از جراحی شروع شود.
- در صورت زایمان طبیعی:
 - از پاره کردن مصنوعی غشاها باید پرهیز شود.
 - استفاده روتین از الکتروود های مجمله 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 افایرنز از مترژین استفاده نشود یا در صورت ضرورت، حداقل دوز تجویز شود.

۸- پیگیری و درمان بعد از زایمان در مادران:

همواره ارجحیت با عدم قطع داروها است. پس از زایمان لازمست تمام مشاوره های درمان به گونه ای باشد که مادر را به سمت ادامه درمان و مصرف داروهای ضد رتروویروسی، بدون توجه به تعداد سلولهای CD4 هدایت کند. مادر باید بداند که ادامه درمان به نفع سلامتی او خواهد بود. البته در هر صورت انتخاب با مادر است و باید به تصمیم او در مورد مصرف داروها احترام گذاشت.

دوره بلافاصله بعد از زایمان، چالش های منحصر به فردی برای پابندی 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 نظرتائید 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 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 توصیه می شود.

۹- 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 (حتی اگر تحت درمان با داروهای ضد رتروویروسی باشد). و دقت نمایند خطر ابتلای نوزاد به HIV با شیردهی متناوب (گاهی شیر مادر و گاهی شیر خشک) بیشتر خواهد بود.

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

درمان پیشگیرانه ضد رتروویروسی نوزاد:

رژیم کمپروویلاکسی با زیدوودین (ZDV) به مدت 4-6 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 با در نظر گرفتن توصیه های زیر شروع شود:

• چنانچه مادر در زمان بارداری تحت درمان ضد رتروویروسی بوده است، برای نوزاد ترم ZDV به تنهایی کافی است. برای نوزادان کمتر از ۳۵ هفته طول درمان پیشگیری بمدت ۶ هفته توصیه می شود. میزان ZDV مطابق با توصیه زیر است:

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

رژیم ساده شده به شرح زیر است:

- وزن بین ۲۴۹۹-۲۰۰۰ معادل 10mg/BD
- وزن بیشتر 2500g معادل 15mg/BD

• چنانچه مادر در زمان بارداری تحت درمان ضد رتروویروسی نبوده است، ZDV به مدت ۶ هفته داده می شود و علاوه بر آن نویراپین در سه دوز مجزا در بدو تولد، ۴۸ ساعت بعد و ۹۶ ساعت بعد به نوزاد داده می شود. دوز نویراپین مطابق با توصیه زیر است:

- وزن موقع تولد ۲-۱,۵ کیلوگرم: 8mg/dose PO
- وزن موقع تولد بیش از ۲ کیلوگرم: 12mg/dose PO

اگر اختلالات هماتولوژیک در کودکان تحت درمان پروویلاکسی زیدوودین رخ دهد، باید در باره ادامه پروویلاکسی ضد رتروویروسی در شیرخوار بر حسب مورد تصمیم گیری شود. موارد فوق در جدول ۲ خلاصه شده است:

جدول شماره ۲: درمان نوزاد متولد شده از مادر مبتلا به HIV:

All HIV-Exposed Infants (initiated as soon after delivery as possible)		
Zidovudine	Dosing	Duration
ZDV	≥35 weeks' gestation at birth: 4mg/kg/dose PO twice daily, started as soon after birth as possible and preferably within 6–12 hours of delivery (or, if unable to tolerate oral agents, 3 mg/kg/dose IV, beginning within 6–12 hours of delivery, then every 12 hours)	Birth through 4-6 weeks*
ZDV	≥30 to <35 weeks' gestation at birth: ۲mg/kg/dose PO (or 1.5 mg/kg/dose IV), started as soon after birth as possible, preferably within 6–12 hours of delivery, then every 12 hours, advanced to 3 mg/kg/dose PO (or 2.3 mg/kg/dose IV) every 12 hours at age 15 days	Birth through 6 weeks
ZDV	<30 weeks' gestation at birth: 2 mg/kg body weight/dose PO (or 1.5 mg/kg/dose IV) started as soon after birth as possible, preferably within 6–12 hours of delivery, then every 12 hours, advanced to 3 mg/kg/dose PO (or 2.3 mg/kg/dose IV) every 12 hours after age 4 weeks	Birth through 6 weeks
Additional Antiretroviral Prophylaxis Agents for HIV-Exposed Infants of Women who Received No Antepartum Antiretroviral Prophylaxis (initiated as soon after delivery as possible)		
In addition to ZDV as Shown above, administer NVP	Birth weight 1.5–2 kg: 8 mg/dose PO Birth weight >2 kg: 12 mg/dose PO	3 doses in the first week of life • 1st dose within 48 hrs of birth (birth–48 hrs) • 2nd dose 48 hrs after 1st • 3rd dose 96 hrs after 2nd

در جدول شماره ۳ بطور مفصل ویژگی های داروهای ضد ترور ویروسی ارائه شده است.

جدول شماره ۳: ویژگی های داروهای ضد رتروویروسی

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<ul style="list-style-type: none"> • HSRs (واکنش افزایش حساسیتی): بیماران با HLAB5701 در ریسک بالای این عارضه هستند. بنابراین اسکرین HLA در حد امکان باید انجام شود. در صورت بروز واکنش حساسیتی امتحان دوباره دارو توصیه نمی شود • علائم HSR شامل تب راش تهوع استفراغ اسهال درد شکم ضعف یا خستگی یا علائم تنفسی مثل گلو درد سرفه یا تنگی نفس می باشد <p>بعضی از مطالعات افزایش را با مصرف اخیر یا MI ریسک همزمان اباکاویر مطرح میکنند</p>	<p>شواهدی از تراژدینستی در انسان دیده نشده است. به میزان بالا از جفت عبور میکند</p>	300mg BD یا 600 daily	<ul style="list-style-type: none"> • 300mg tablet • 20mg/ml oral solution 	Abacavir (ABC) به صورت قرص در دسترس است
		Trizivir 1 tablet BID	Trizivir (ABC 300 mg + ZDV 300 mg + 3TC 150 mg) tablet	Trizivir: ABC with ZDV + 3TC

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<ul style="list-style-type: none"> • توکسیسیتی کمی دارد • هیپر پیگمانتاسیون و تغییر رنگ پوست 	<p>شواهدی از تراژدینستی در انسان دیده نشده است. به میزان بالا از جفت عبور میکند</p>	Atripla: (FTC 200 mg + EFV 600 mg + TDF 300 mg) Tablet	Atripla: (FTC 200 mg + EFV 600 mg + TDF 300 mg)	Emtricitabine (FTC)/ فقط به صورت ترکیبی با دوز

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<ul style="list-style-type: none"> در بیماران با هپاتیت B همزمان قطع امتریستاتین با بدتر شدن هپاتیت همراه است. 			Tablet	ثابت در دسترس است
			Truvada: (FTC 200 mg + TDF 300 mg) tablet	Truvada: (FTC 200 mg + TDF 300 mg) tablet
				Truvada: FTC with TDF

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک/تجاری
<ul style="list-style-type: none"> توکسیسیته کمی دارد. در بیماران با هپاتیت B همزمان قطع 3TC با بدتر شدن هپاتیت همراه است. 	<p>شواهدی از تراژنسیتی در انسان دیده نشده است. به میزان بالا از جفت عبور میکند</p>	150 mg BID or 300 mg once daily	<ul style="list-style-type: none"> 150 and tablets 10 mg/mL oral Solution 	Lamivudine (3TC)/ به صورت ترکیبی با دوز ثابت در دسترس می باشد:
		Combivir: 1 tablet BID	Combivir: (3TC 150 mg + ZDV 300 mg) Tablet	Combivir: 3TC with ZDV
		Trizivir: 1 tablet BID	Trizivir: (3TC 150 mg + ZDV 300 mg + ABC 300 mg) tablet	Trizivir: 3TC with ZDV+ABC

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
نارسایی کلیوی سندرم فانکونی و توبولوپاتی پروگزیمال	شواهدی از تراژنسیتی در انسان دیده نشده است.	Viread 300 mg once daily or 7.5	Viread: 300 mg tablets	Tenofovir Disoproxil Fumarate

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<p>استئومالاسی و کاهش دانسیته استخوانی</p> <p>در بیماران با هیپاتیت B همزمان قطع TDF با بدتر شدن هیپاتیت همراه است.</p> <p>سستی سردرد اسهال تهوع استفراغ و نفخ شکم</p>	<p>به میزان بالا از جفت عبور میکند</p> <p>مطالعات روی میمون ها کاهش رشد جنین و کاهش تخلخل استخوان را بعد از ۲ ماه مصرف توسط مادر نشان میدهد که مطالعات انسانی تایید کننده نبوده است. اما یک مطالعه انسانی قد و دور سر کمتر در این نوزادان را نشان داده است.</p>	<p>scoops once Daily</p> <p>پودر را با ۲-۴ انس ماده غذایی نرم که نیاز به جویدن نداشته باشد مانند ماست میکس کنید. با مایعات نباید میکس شود.</p>	<p>• 40 mg/g oral Powder</p>	<p>(TDF)/</p> <p>به صورت ترکیبی با دوز ثابت در دسترس می باشد:</p>
		<p>Atripla</p> <p>1 tablet at or before bedtime</p> <p>با معده خالی مصرف شود</p>	<p>Atripla:</p> <p>(TDF 300 mg + EFV 600 mg + FTC 200 mg) Tablet</p>	<p>Atripla:</p> <p>TDF with EFV+FTC</p>
		<p>Truvada</p> <p>1 tablet once daily</p>	<p>Truvada:</p> <p>(TDF 300 mg + FTC 200 mg) tablet</p>	<p>Truvada:</p> <p>TDF with FTC</p>

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<ul style="list-style-type: none"> سپارشن مغز استخوان: انمی ماکروسیتیک و نوتروپنی تهوع استفراغ سردرد بیخوابی و سستی پیگمانتاسیون ناخن اسیدوز لاکتیک/هیپاتومگالی شدید با استئاتوز کبدی (که نادر می باشد اما بالقوه کشنده است) 	<p>شواهدی از تراژدنی در انسان دیده نشده است. به میزان بالا از جفت عبور میکند</p>	<p>300 mg BID or 200 mg TID</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100 mg capsule • 300 mg tablet (generic only) • 10 mg/mL intravenous solution • 10 mg/MI 	<p>Zidovudine (ZDV)/</p> <p>به صورت ترکیبی با دوز ثابت در دسترس می باشد:</p>
		<p>Combivir</p> <p>1 tablet BID</p>	<p>Combivir:</p> <p>(ZDV 300 mg + 3TC 150 mg) tablet</p>	<p>Combivir:</p> <p>ZDV with 3TC</p>
		<p>Trizivir</p>	<p>Trizivir:</p>	<p>Trizivir:</p>

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<ul style="list-style-type: none"> • هایپرلیپیدمی • مقاومت به انسولین و دیابت ملیتوس • لیپواتروفی • میوپاتی 		1 tablet BID	(ZDV 300 mg + 3TC 150 mg + ABC 300 mg) tablet	ZDV with 3TC+ ABC

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<p>راش</p> <p>عوارض عصبی روانی</p> <p>افزایش انزیمهای کبدی</p> <p>هایپرلیپیدمی</p> <p>نتایج مثبت کاذب تست اسکرین</p> <p>حشیش و بنزودیازپین</p> <p>تراژنسیتی در پرمات ها و احتمالا در انسان</p>	<p>به میزان متوسط از جفت عبور می کند.</p> <p>FDA Pregnancy Class D</p> <p>در مطالعه روی میمون ها با مالفورماسیون CNS همراه بوده است . اما در انسان به طور کلی با افزایش دیفکت در مواجهه ۳ ماه اول همراه نبوده است. گر چه case repot هایی از دیفکت CNS و anophthalmia گزارش شده است.</p> <p>برای افراد غیر حامله در سنین باروری قبل از شروع افاویرنز باید تست بارداری انجام شود . در مورد خطرات بالقوه بارداری همزمان با مصرف افاویرنز هشدار داده شود. در صورتی که تصمیم به بارداری وجود دارد با یک داروی الترناتیو تعویز شود. در صورتی که تحت درمان افاویرنز فرد باردار شود به علت اینکه بیشترین میزان خطر در ۴ تا ۵ هفته اول</p>	600 mg once daily, at or before bedtime	• 600 mg tablet	Efavirenz (EFV)/
		مصرف با معده خالی عوارض را کاهش می دهد	1 tablet once daily, at or before bedtime	(EFV 600 mg + FTC 200 mg + TDF 300 mg) tablet

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
	بارداری است و اغلب تشخیص بارداری بعد از این زمان اتفاق می افتد تغییر درمان توصیه نمی شود.			
راش شامل سندرم استیون جانسون هپاتیت علامتدار شامل نکوز کبدی کشنده راش در ۵۰٪ موارد دیده می شود عوارض به صورت بارز در زنان با بیشتر از ۲۵۰ و مردان با CD4 بیشتر از ۴۰۰ دیده میشود و CD4 در این بیماران نباید شروع شود زنانی که تحت درمان با نوبراپین باردار می شوند و آن را به خوبی تحمل کرده اند می توانند درمان را بدون توجه به میزان CD4 ادامه دهند.	شواهدی از تراژونستی در انسان دیده نشده است. به میزان بالا از جفت عبور میکند زنانی که تحت درمان با نوبراپین باردار می شوند و آن را به خوبی تحمل کرده اند می توانند درمان را بدون توجه به میزان CD4 ادامه دهند.	200 mg once daily for 14 days (lead-in period); thereafter, 200 mg BID, اگر درمان بیش از ۷ روز قطع شود شروع مجدد آن نیاز به دوز دارد. lead-in در صورتی که بیمار در شروع درمان دچار راش خفیف تا متوسط بدون علائم سرشتی lead-in شود دوز باید ادامه یابد اما بیشتر از ۲۸ روز نشود	• 200 mg tablet • 50 mg/5 mL oral suspension	Nevirapine (NVP)/ Viramune Generic available for 200 mg tablets

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
هایپر بیلی روبینمی غیر مستقیم طولانی شدن PR interval و بلوک درجه یک قلبی بنابراین در بیماران با اختلال هدایتی قلب و مصرف با داروهایی که روی PR اثر می گذارند با احتیاط مصرف شود. هاپر گلیسمی اختلال در توزیع چربی در بدن احتمالا افزایش اپیزود های خونریزی در بیماران هموفیلی Cholelithiasis Nephrolithiasis	به میزان کم از جفت عبور می کند. شواهدی از تراژونستی در انسان دیده نشده است در حاملگی باید با دوز پایین ریتوناویر استفاده شود. تاثیر مواجهه با اتازاناویر رحمی بر میزان بیلیروبین غیر مستقیم جنینی	ARV-naive patients: 400 mg once daily, or (ATV 300 mg + RTV 100 mg) once daily With TDF or in ARV experienced patients: (ATV 300 mg + RTV 100 mg) once daily	100, and 300 mg capsules	Atazanavir (ATV)/

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<p>راش ۲۰٪ افزایش انزیم های کبدی هیپر لیپیدمی بویژه در حالت boosted با ریتوناویر</p>	<p>نامشخص است.</p>	<p>With EFV in ARV-naive patients: (ATV 400 mg + RTV 100 mg) once daily</p> <p>با غذا مصرف شود</p> <p>Dosing in Pregnancy :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use of unboosted ATV not recommended during pregnancy. • Use of an increased dose (400 mg ATV plus 100 mg RTV once daily with food) during the second and third trimesters results in plasma concentrations equivalent to those in non-pregnant adults on standard dosing. Although some experts recommend increased ATV dosing in all women during the second and third trimesters, the package insert recommends increased ATV dosing only for ARV-experienced pregnant women in the second and third trimesters also receiving either TDF 		

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
		or an H 2 -receptor antagonist		
عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<p>راش پوستی ۱۰٪ اریتم TEN مواردی از استیون جانسون acute مولتیفرم و generalized exanthematous pustulosis گزارش شده است. سمیت کبدی. اسهال استفراغ سردرد هایپرلیپیدمی. افزایش آنزیمهای کبدی. هاپر گلیسمی اختلال در توزیع چربی احتمالاً افزایش اپیزودهای خونریزی در بیماران هموفیلی</p>	<p>به میزان کم از جفت عبور می کند. باید با دوز پایین ریتوناویر استفاده شود اطلاعات کافی در مورد تراژنسیتی در انسان وجود ندارد اما در موش و خرگوش شواهدی از تراژنسیتی ندارد.</p>	<p>ARV-naive patients or ARV experienced patients with no DRV mutations: (DRV 800 mg + RTV 100 mg) once daily</p> <p>ARV-experienced patients with at least one DRV mutation: (DRV 600 mg + RTV 100 mg) BID</p> <p>Unboosted DRV is not recommended.</p> <p>با غذا مصرف شود Dosing in Pregnancy : • Once-daily dosing not recommended during pregnancy. Twice-daily dosing recommended for all pregnant women. Increased twice-daily DRV dose (DRV 800 mg plus RTV 100 mg</p>	<p>75, 150, 300, 400, 600, and 800 mg tablets 100 mg/mL oral suspension</p>	<p>Darunavir (DRV)/ Prezista</p>

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
		with food) in pregnancy is being investigated		
عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<p>عدم تحمل گوارشی تهوع استفراغ پانکراتیت سستی</p> <p>هاپرلیپیدمی بویژه هایپر تری گلیسریدمی افزایش آنزیمهای کبدی هایپر گلیسمی</p> <p>دیابت قندی مقاوم به انسولین اختلال در توزیع چربی</p> <p>احتمالا افزایش اپیزودهای خونریزی در بیماران هموفیلی</p> <p>و ایجاد QT و PR طولانی شدن torsades de pointes</p>	<p>به میزان کم از جفت عبور می کند.</p> <p>شواهدی از تراژنسیته در انسان دیده نشده است</p> <p>شربت آن شامل ۴۲٪ الکل و ۱۵٪ پروپیلن گلیکول است و در بارداری نباید استفاده شود.</p>	<p>LPV/r 400 mg/100 mg BID</p> <p>Or</p> <p>LPV/r 800 mg/200 mg once Daily</p> <p>دوز یک بار در روز در بیماران زیر توصیه نمی شود:</p> <p>افراد با بیشتر مساوی ۳ مواتسیون در ارتباط با لویپیتاویر زنان باردار</p> <p>بیمارانی که داروهای زیر را استفاده می کنند:</p> <p>EFV, NVP, FPV, NFV, carbamazepine, phenytoin, or phenobarbita</p> <p>I With EFV or NVP (PI-naive or PI-experienced patients):</p> <p>LPV/r 500 mg/125 mg tablets BID (Use a combination of two LPV/r 200 mg/50 mg tablets + one LPV/r 100 mg/25 mg tablet to make a</p>	<p>Tablets: (LPV 200 mg + RTV 50 mg), Oral solution: Each 5 mL contains (LPV 400 mg + RTV 100 mg)</p> <p>Oral solution contains 42% alcohol</p>	Lopinavir + Ritonavir LPV(r)/ Kaletra

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
		total dose of LPV/r 500 mg/125 mg.) or LPV/r 533 mg/133 mg oral solution BID شربت آن با غذا مصرف شود Dosing in Pregnancy : • Once daily dosing is not recommended during pregnancy. • Some experts recommend increased dose of LPV 600 mg plus RTV 150 mg twice daily without regard to meals in second and third trimester		
عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
عدم تحمل گوارشی تهوع استفراغ پارستزی هایپرلیپیدمی بویژه هایپر تری گلیسریدمی هپاتیت سستی اختلال در حس چشایی اختلال در توزیع چربی هایپر گلیسمی احتمالا افزایش اپیزودهای خونریزی در بیماران هموفیلی	به میزان کم از جفت عبور می کند. شواهدی از تراژدنیستی در انسان دیده نشده است شربت آن شامل ۴۲٪ الکل است و در بارداری نباید استفاده شود.	As pharmacokinetic booster for other PIs: 100–400 mg per day in 1–2 divided doses (refer to other PIs for specific dosing recommendations) با غذا استفاده شود در صورت استفاده با غذا تحمل آن بهتر می شود	• 100 mg tablet • 100 mg soft gel capsule • 80 mg/mL oral Solution Oral solution contains 43% alcohol	Ritonavir (RTV)/

عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک
<p>راش شامل استیون جانسون HSR و TEN تهوع سردرد اسهال Pyrexia افزایش CPK ضعف عضلانی و رابدومیولیز</p>	<p>به میزان بالا از جفت عبور میکند اطلاعات کافی در مورد تراتوژنسیته در انسان وجود ندارد افزایش اختلالات اسکلتی در موش ها دیده شده است اما در خرگوش ها وجود نداشته است.</p>	<p>400 mg BID With rifampin: 800 mg BID</p>	<p>400 mg tablet 25 and 100 mg chewable tablets</p>	<p>Raltegravir (RAL)/ Isentress</p>
عوارض جانبی	توصیه های زمان بارداری	دوز توصیه شده	فرمولاسیون	نام ژنریک/تجاری
<p>تهوع اسهال شروع نارسایی کلیه یا بدتر شدن آن کاهش بالقوه دانسیته استخوانی در بیماران با هیپاتیت B همزمان قطع TDF و FTC با بدتر شدن هیپاتیت همراه است.</p>	<p>اطلاعات کافی از انتقال از جفت این دارو در دسترس نیست. اطلاعات کافی از تراتوژنسیته این دارو در دسترس نیست</p>	<p>1 tablet once daily with food Not recommended for patients with baseline CrCl < 70 mL/min. calculating CrCl.</p>	<p>(EVG 150 mg + COBI 150 mg + TDF 300 mg + FTC 200 mg) tablet</p>	<p>Elvitegravir (EVG) Currently only available as a co- formulated product with: Cobicistat (COBI)/ TDF/FTC Stribild</p>

ARV = antiretroviral, BID = twice daily, CYP = cytochrome P, DLV = delavirdine, EFV = efavirenz, ETR = etravirine, FDA = Food and Drug Administration, FTC = emtricitabine, HSR = hypersensitivity reaction, NNRTI = non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor, NVP = nevirapine, RPV = rilpivirine, TDF = tenofovir disoproxil fumarate, XR = extended release
 BID = twice daily, COBI = cobicistat, CPK = creatine phosphokinase, CrCl = creatinine clearance, EVG = elvitegravir, FTC = emtricitabine, HSR = hypersensitivity reaction, RAL = raltegravir, TDF = tenofovir, UGT = uridine diphosphate gluconyltransferase

منابع:

1. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States, AIDSinfo 2014
2. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach 2013 revision. World Health Organization
3. ANTIRETROVIRAL DRUGS FOR TREATING PREGNANT WOMEN AND PREVENTING HIV INFECTION IN INFANTS. Recommendations for a public health approach, 2010 version, Geneva.
4. 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.
5. Clinical Manual for Management of the HIV-Infected Adult. AETC National Resource Center University of Medicine and Dentistry of New Jersey, 2014, USA.

پیشگیری از انتقال HIV از مادر به فرزند
نظرات فوکال پوینت های مراقبت و درمان ایدز وی