

คู่มือ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV.

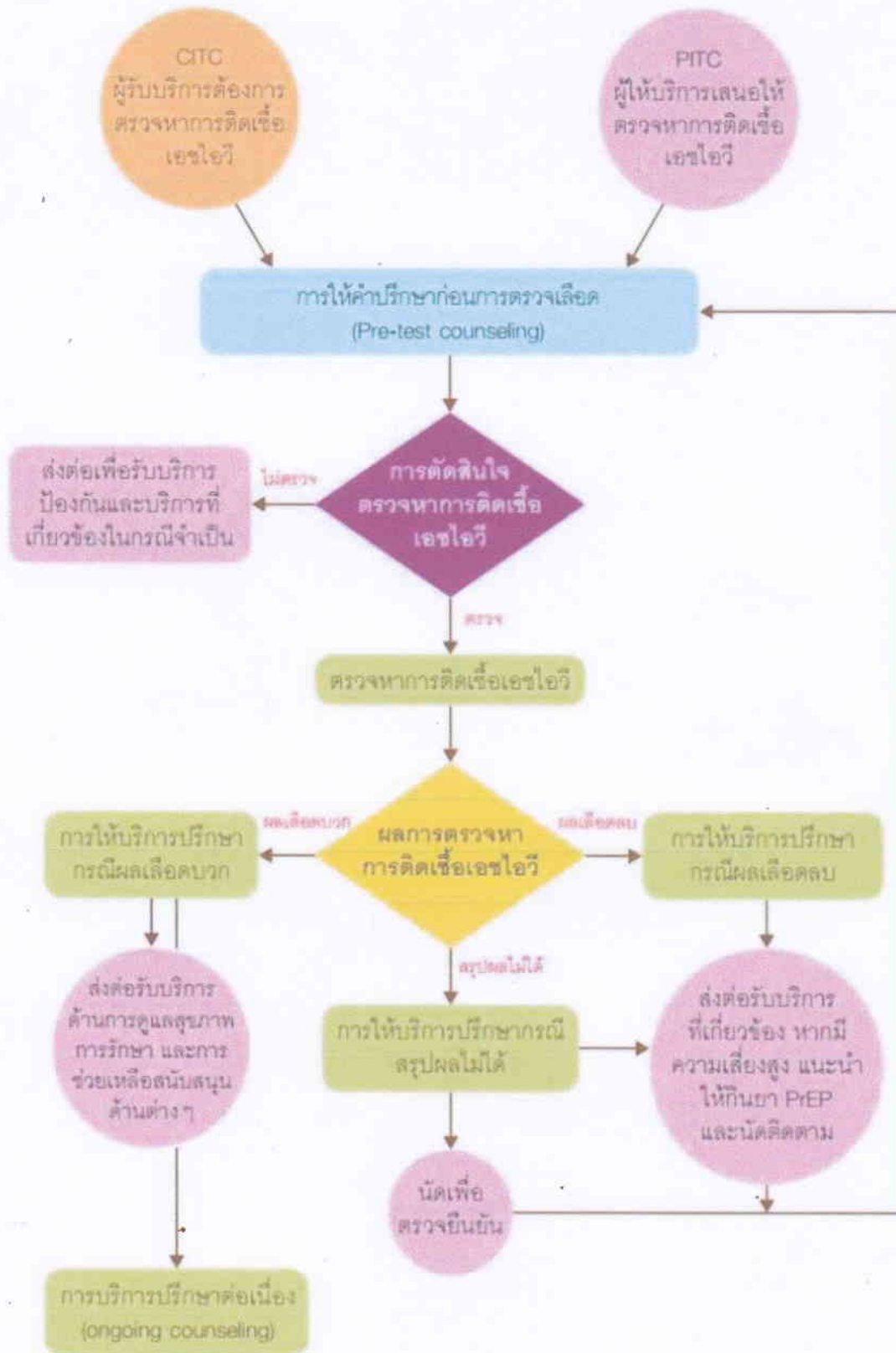


1) การให้การปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (HIV Testing and Counselling; HTC)

การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การให้ข้อมูลในด้านต่างๆ ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจ วางแผนและปรับตัวเข้ากับสภาวะความเจ็บป่วยหรือโรคที่ดำเนินอยู่ สำหรับการให้การปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องกระทำด้วยความสมัครใจของผู้รับบริการและให้มีการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม หรือให้คำยินยอมด้วยวาจา (Verbal consent) เช่น กรณีการให้บริการในรูปแบบนิรนาม เป็นต้น ทั้งนี้ ต้องให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้งเสมอ (pre-test/post-test counselling) ดังแผนภูมิที่ 1 การให้การปรึกษาก่อนตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีสามารถกระทำเป็นกลุ่มได้ (group counselling) ส่วนการให้การปรึกษาหลังตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถกระทำแบบเป็นกลุ่มได้ ต้องให้การปรึกษาแบบรายบุคคล(individual counselling)

- การให้การปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี มี 2 รูปแบบ คือ ผู้รับบริการเป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการต้องการตรวจหาการติดเชื้อด้วยตัวเอง (client-initiated testing and counselling; CITC) และผู้ให้บริการเป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการ (provider-initiated testing and counselling; PITC) กระบวนการแบบ PITC เป็นกระบวนการที่องค์การอนามัยโลก(WHO) และโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) สนับสนุนให้หน่วยงานที่มีความพร้อมดำเนินงานได้ โดยให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับกลุ่มที่อยู่นอกเหนือจากกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำให้ตรวจ โดยปกติผู้รับบริการสามารถปฏิเสธไม่รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาลได้
- การแจ้งผลตรวจเลือด ให้แจ้งผู้รับการตรวจเป็นส่วนตัวเท่านั้น โดยผ่านกระบวนการให้การปรึกษาหลังทราบผลการตรวจ ทั้งนี้ ไม่ควรแจ้งผลตรวจเลือดทางโทรศัพท์หรือทางสื่ออื่นๆ ที่ไม่เห็นหน้าผู้รับบริการหรือแจ้งผ่านผู้อื่น
- การรักษาความลับ ให้ระมัดระวังและรักษาความลับของผู้รับการตรวจอย่างเคร่งครัด และไม่แจ้งผลตรวจให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ เว้นแต่ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

แผนภูมิที่ 1 การให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี



2) การให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลวันเดียว (Same day result)

เมื่อบุคคลได้รับการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองแล้ว โดยที่การให้การปรึกษานั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มารับบริการเข้าใจสถานะการติดเชื้อ ป้องกันการติดเชื้อในกรณีผู้ยังไม่พบเชื้อ และผู้ที่มีเชื้อแล้วรู้ประโยชน์ของการรักษาเร็ว ความสำคัญของการกินยาอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลดีต่อการรักษาทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวและการป้องกันตนเองไม่ไปรับเชื้อใหม่หรือเชื้ออื่นๆ เช่น กามโรค ไวรัสตับอักเสบบีหรือซี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นด้วย อย่างไรก็ตาม การให้บริการที่ต้องนัดมาฟังผลตรวจเลือดในวันถัดไป ทำให้ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งไม่กลับมาฟังผลเลือด กลุ่มที่มีแนวโน้มสูงที่จะไม่กลับมาฟังผลการตรวจเลือด เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ชายเสพติดชนิดฉีด พนักงานบริการหญิงและชายแรงงานต่างด้าว สามเณรของหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น สถานพยาบาลจึงควรจัดให้มีบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลวันเดียว

โรงพยาบาลเวียงสา มีการจัดบริการการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลวันเดียวนั้น ในรูปแบบการตั้งรับอยู่ในสถานบริการและจัดบริการเชิงรุกออกไปนอกสถานบริการโดยใช้ชุดตรวจ rapid test ซึ่งมีความเหมาะสมกว่าการใช้ชุดตรวจที่เป็นเครื่องอัตโนมัติ (machine based)

แนวปฏิบัติของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายบุคคล

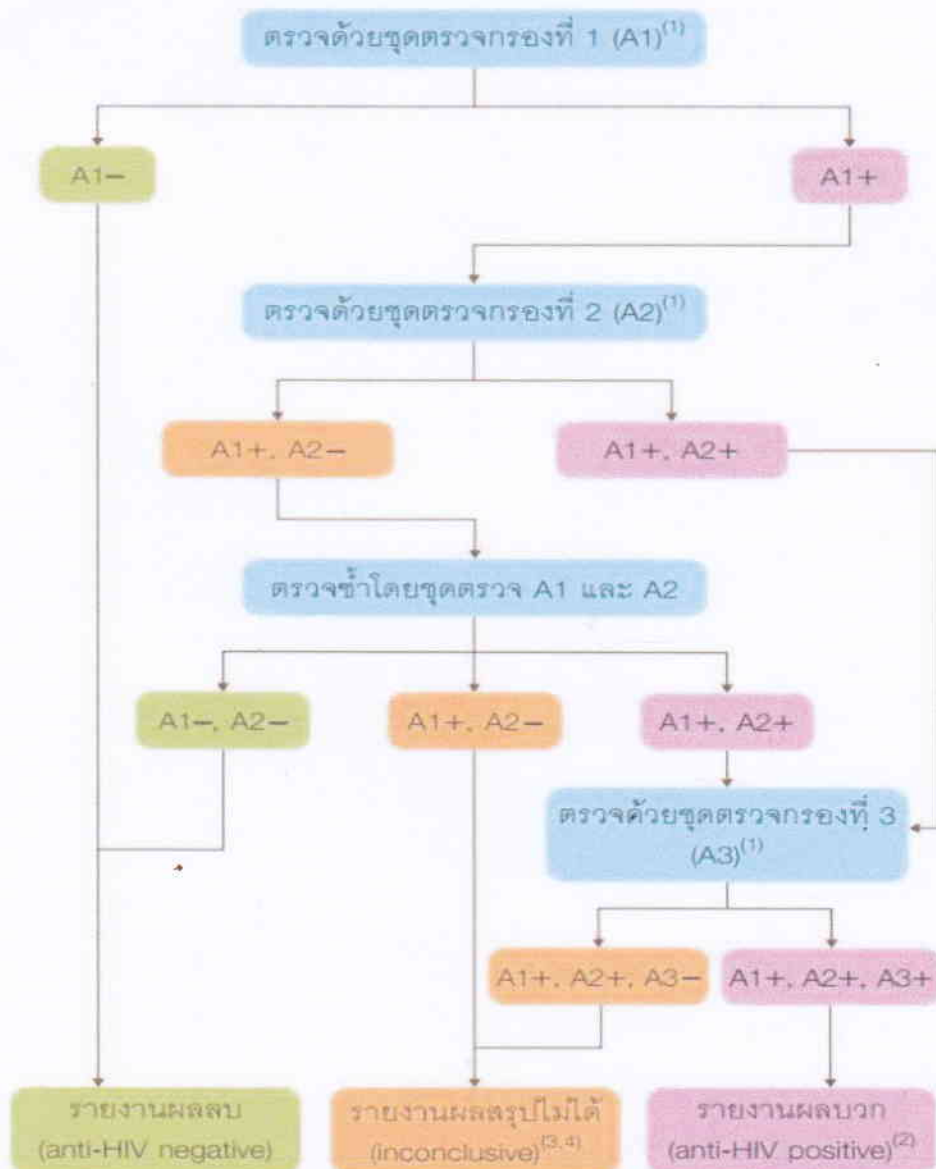
- การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีต้องเป็นการตรวจโดยสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการ
- มีมาตรการในการป้องกันการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการ
- พยาบาลวิชาชีพด้านให้คำปรึกษาต้องให้บริการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจทุกครั้ง
- การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีต้องกระทำโดยใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน และชุดตรวจที่ใช้ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- มีการดำเนินงานให้เกิดความสะดวกแก่ผู้รับบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้รู้สถานะการติดเชื้อและเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
- การให้บริการจัดให้เข้าถึงได้ง่าย งานบริการเป็นแบบนรนาม เพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการ *

ผู้ที่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

- 1) ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงที่เข้าได้กับการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์
- 2) ผู้ที่มีหรือเคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน ทั้งนี้ รวมถึงเพศสัมพันธ์ระหว่างชาย-ชาย
หญิง-หญิง หรือชาย-หญิง

- 3) ผู้ป่วยโรค
- 4) ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 5) ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดและใช้เข็มร่วมกัน
- 6) หญิงตั้งครรภ์และสามี
- 7) ทารกที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี
- 8) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
- 9) ผู้ถูกกล่าวหาและผู้ถูกละเมิดทางเพศ
- 10) ผู้ที่ต้องการตรวจเลือดก่อนแต่งงานหรือผู้ที่วางแผนมีบุตร

3) แนวทางการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ใหญ่และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 24 เดือนขึ้นไป (โดยใช้กลวิธีที่ 3 ตามคำแนะนำของ UNAIDS และ WHO)



หมายเหตุ

- (1) A1, A2 และ A3 หมายถึง ชุดทดสอบตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ที่มีแอนติเจนต่างชนิดกัน โดยชุดทดสอบที่ 1 ต้องมีความไวมากกว่าชุดทดสอบที่ 2 และ 3
- (2) ในกรณีผลบวก (positive) ให้รายงานผลตรวจให้กับผู้เกี่ยวข้องแล้วตรวจสอบประวัติ หากพบว่าเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่หรือตรวจเป็นครั้งแรก (newly diagnosed) ควรแนะนำให้เจาะเลือดตัวอย่างที่ 2 เพื่อยืนยันตัวบุคคล โดยใช้ชุดทดสอบเดิมอย่างน้อย 1 วิธี
- (3) การรายงานผลสรุปผลไม่ได้ (inconclusive) ให้ติดตามผู้มารับบริการตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์และหรือ 1 เดือน โดยทดสอบใหม่ตามลำดับขั้นตอน A1, A2 และ A3 เช่นเดิม หากผลการตรวจเป็น “สรุปผลไม่ได้” เหมือนเดิม ภายหลัง 1 เดือนให้รายงานผลลบ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญอย่างไรก็ตาม ผู้ให้การปรึกษาควรเน้นเรื่องการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อแก่ผู้อื่นอย่างเคร่งครัดด้วย
- (4) ในกรณีที่ชุดตรวจแรกที่เลือกใช้เป็นชุดตรวจชนิดที่ตรวจได้ทั้งแอนติเจนและแอนติบอดี ในเวลาเดียวกัน และชุดตรวจที่ 2 และ/หรือ 3 เป็นชุดตรวจที่ตรวจได้เฉพาะแอนติบอดีอย่างเดียว แล้วผลการตรวจเป็น “สรุปผลไม่ได้” ให้ดำเนินการเจาะเลือดตรวจซ้ำในเวลาต่อมาตามข้อที่ (3) หรือถ้าทำได้ ควรส่งตัวอย่างตรวจเพิ่มเติมด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น qualitative NAT หรือ neutralization p24 assay หากประเมินว่าผู้รับบริการอาจติดเชื้ออยู่ในระยะ window period

การรายงานผลการตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวี (Anti-HIV)

- ต้องมีมาตรการป้องกันการเปิดเผยผลการตรวจ
- วิธีการรายงาน

- 1) รายงานผลลบ (anti-HIV negative) เมื่อผลชุดตรวจแรกเป็นไม่มีปฏิกิริยา(non-reactive)
- 2) รายงานผลบวก (anti-HIV positive) เมื่อผลการตรวจทั้ง 3 ชุดตรวจในการทดสอบโดยห้องปฏิบัติการเดียวกัน ให้ผลมีปฏิกิริยา (reactive) ตรงกัน
- 3) รายงานผลสรุปไม่ได้ (inconclusive) เมื่อผลขัดแย้งกัน 3 ชุดตรวจในการทดสอบโดยห้องปฏิบัติการเดียวกัน ให้ติดตามผู้มารับบริการเจาะเลือดตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์ และ/หรือ 1 เดือน หากผลยังคงเป็น “สรุปไม่ได้” เช่นเดิมให้สรุปว่าผลเป็นลบและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้การปรึกษาควรเน้นเรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อแก่ผู้อื่นอย่างเคร่งครัด

การตรวจซ้ำ (retesting)

การตรวจซ้ำเป็นการตรวจเพื่อตรวจสอบสถานะการติดเชื้อเพิ่มเติมจากการตรวจในครั้งแรก โดยแนะนำให้มีการตรวจซ้ำ 3 กรณี ดังต่อไปนี้

1. การตรวจซ้ำกรณีผลตรวจครั้งแรกเป็น “ลบ” บุคคลส่วนใหญ่ที่มีผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเป็นลบ ไม่จำเป็นต้องมีการตรวจซ้ำ หากบุคคลเหล่านั้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม จะมีบุคคลจำนวนหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องตรวจซ้ำ ถึงแม้ผลตรวจครั้งแรกจะให้ผลลบ โดยเฉพาะบุคคลที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ ได้แก่

1.1 ประชากรกลุ่มหลักที่มีความเสี่ยง เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด
หญิง/ชายบริการทางเพศ เป็นต้น

1.2 คู่ที่มีผลเลือดต่าง (discordant couple)

1.3 บุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและอาจอยู่ในระยะ window period

1.4 หญิงที่ให้นมบุตรและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีเพศสัมพันธ์กับสามีติดเชื้อก่อนคลอดไม่เกิน 1 เดือนหรือมีเพศสัมพันธ์กับสามีที่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อแต่ไม่มีผลการตรวจของสามี เป็นต้น

1.5 ผู้ที่เข้ารับการรักษาซ้ำเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.6 ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

1.7 ผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้ถึงการติดเชื้อเอชไอวี

1.8 บุคคลที่ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัส (PEP) หรือบุคคลที่ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (PrEP)

1.9 บุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการเฝ้าติดตามสถานะการติดเชื้อ

2. การตรวจซ้ำในกรณีผลตรวจครั้งแรกเป็น “สรุปผลไม่ได้” หากผลตรวจครั้งแรกให้ “สรุปผลไม่ได้” แนะนำให้ติดตามผู้รับบริการมาตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์และ/หรือ 1 เดือน เพื่อพิสูจน์ ดังนี้

2.1 ผู้ที่เพิ่งติดเชื้อใหม่ (seroconversion) ผลตรวจซ้ำจะเปลี่ยนจาก “สรุปผลไม่ได้” เป็น “ผลบวก”

2.2 การเกิดผลบวกปลอม (false positive) ผลตรวจซ้ำจะเปลี่ยนจาก “สรุปผลไม่ได้” เป็น “ผลลบ” หรือผลเป็น “สรุปผลไม่ได้” เหมือนเดิม

3. การตรวจซ้ำในกรณีผลตรวจครั้งแรกเป็น “บวก” ผู้รับบริการที่มีผลตรวจเป็นบวกและกำลังเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการได้รับยาต้านเอชไอวีโดยไม่จำเป็น จึงให้พิจารณาตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งในกรณีต่อไปนี้

3.1 ผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่ แต่ไม่พบหลักฐานแสดงผลตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานเป็นลายลักษณ์อักษรแสดง หรือปรากฏอยู่ใน OPD card ของผู้รับบริการในสถานพยาบาลนั้นๆ

3.2 ผู้รับบริการที่ส่งต่อจากสถานบริการแห่งอื่น และไม่มีหลักฐานแสดงผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือผลการตรวจไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

3.3 ผู้ติดเชื้อรายเก่าที่ยังไม่ได้รับยาต้านเอชไอวี ซึ่งได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาและติดตามจำนวน CD4 พบว่าจำนวน CD4 > 500 cell/mm³ อย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีแนวโน้มลดลงในระยะเวลา มากกว่า 5 ปี หรือมีเหตุสงสัยอื่นๆ

4) แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน

ความจำเป็นและข้อดีของการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีให้เร็วที่สุด

- เพื่อประเมินประสิทธิภาพการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก และติดตามอัตราติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
- เพื่อติดตามป้องกันและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นในเด็ก
- เพื่อพิจารณาการให้และการหยุดยาด้านเอชไอวีได้อย่างเหมาะสมในเด็กที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี

การส่งเลือดเด็กเพื่อตรวจ DNA PCR

สำหรับประเทศไทยการตรวจหา DNA ของเชื้อเอชไอวีในเลือดด้วยวิธี PCR เพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย มีการส่งเลือดเด็กได้ 2 วิธี คือ

(1) จัดเก็บด้วยกระดาษซับเลือด (dried blood spot; DBS) โดยหยดเลือดสดลงบนกระดาษซับโดยตรง หรือหยดเลือดจากหลอด EDTA ลงบนกระดาษซับเลือดก็ได้ สามารถจัดส่งตัวอย่างตรวจที่ฝั่งแห้งแล้วผ่านระบบไปรษณีย์ ทำให้บริการนี้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งมีหน่วยให้บริการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้

- ศูนย์ชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จ.นนทบุรี
- ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ห้องปฏิบัติการไวรัสวิทยา คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลสำหรับชุดกระดาษซับเลือด (DBS) ให้ติดต่อขอรับได้จากหน่วยให้บริการที่จะส่งตรวจเท่านั้น และห้ามส่งกลับหน่วยให้บริการ เพราะกระดาษที่เตรียมไว้ส่งนั้น จะใช้ได้โดยเฉพาะแห่ง ห้ามขอจากหน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องหรือเตรียมเอง

(2) จัดเก็บแบบหลอดเลือด โดยเจาะเลือดใส่หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA หรือ ACD ใส่เลือดปริมาณ 0.5-2.0 mL ส่งได้ที่

- เครือข่ายห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

- ส่วนกลาง ส่งที่ศูนย์ชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จ.นนทบุรี
- ส่วนภูมิภาค ส่งที่เครือข่ายห้องปฏิบัติการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 12 แห่งทั่วประเทศ
- ห้องปฏิบัติการไวรัสวิทยา คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

แนวทางการดำเนินงานและรายงานผลการตรวจหาแอนติบอดีในเด็กอายุระหว่าง 12-24 เดือน

1. กรณีที่เด็กอายุระหว่าง 12-24 เดือน เข้ามารับบริการไม่เคยมีประวัติการตรวจและวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน แนะนำให้ตรวจหาแอนติบอดี

ก. ถ้าผลการตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวีพบว่า “ไม่มีปฏิกิริยา” ให้รายงานผลเป็นลบ และวินิจฉัยเบื้องต้นว่า “ไม่ติดเชื้อเอชไอวี”

ข. ถ้าผลการตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวีพบว่า “มีปฏิกิริยา” แนะนำให้ตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวีซ้ำเมื่ออายุ 18 เดือนขึ้นไป เนื่องจากเด็กประมาณร้อยละ 5-10 ที่ไม่ติดเชื้อยังคงมีแอนติบอดีต่อเอชไอวีจากแม่ ซึ่งอาจให้ผลบวกสูง หากการตรวจซ้ำที่อายุ 18 เดือนแล้วยังพบผลเป็น “มีปฏิกิริยา” โดยมีค่าปฏิกิริยาที่ลดลง และเด็กไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ควรตรวจซ้ำเมื่ออายุ 24 เดือน แต่ถ้าเด็กมีอาการที่สงสัยการติดเชื้อเอชไอวี ควรส่งตรวจยืนยันการวินิจฉัยด้วยวิธี PCR

2. กรณีใช้ชุดตรวจชนิดที่ตรวจหาทั้งแอนติเจนและแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (HIV Ag/Ab) ชุดตรวจชนิดนี้จะมีความไวในการทดสอบสูงมากกว่าชุดตรวจที่ตรวจหาแอนติบอดีอย่างเดียว อาจทำให้ตรวจพบแอนติบอดีต่อเอชไอวีเมื่ออายุ 18 เดือนในเด็กที่ไม่ติดเชื้อได้ ซึ่งเป็นผลบวกสูง ดังนั้น กรณีที่ผลการตรวจ PCR ให้ผลลบแล้ว และเด็กไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี แต่ผลการตรวจ HIV Ag/Ab เป็นบวกเมื่อ 18 เดือน แนะนำให้ตรวจซ้ำ โดยใช้ชุดทดสอบที่ตรวจเฉพาะแอนติบอดีต่อเอชไอวี หรือนัดตรวจซ้ำเมื่ออายุ 24 เดือน

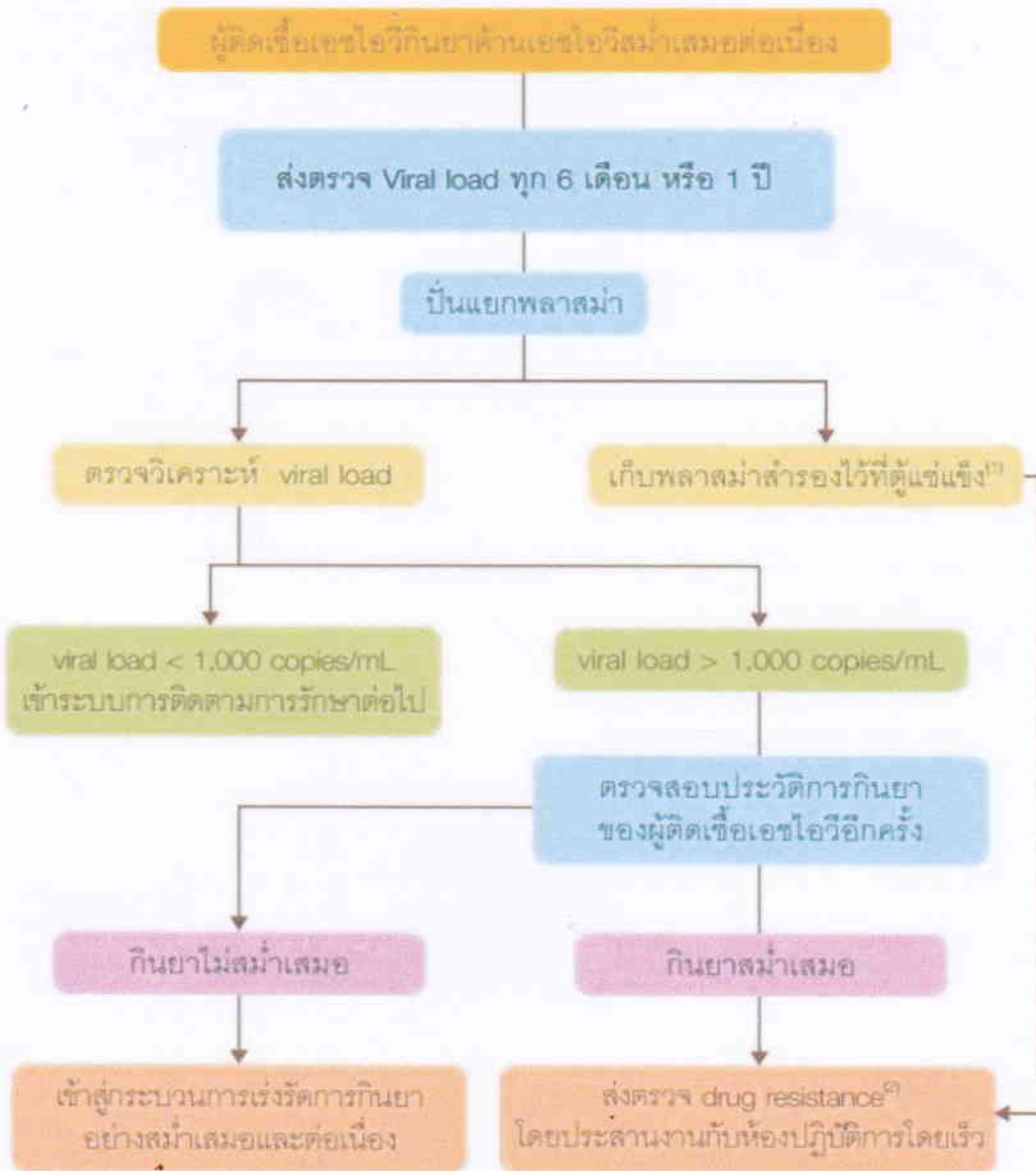
แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการติดตามเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน*



ข้อแนะนำและข้อควรระวังการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอด

• กรณีหญิงตั้งครรภ์คลอดฉุกเฉินและไม่มีผลตรวจเอชไอวีมาก่อน อาจพิจารณานำผลตรวจโดยชุดตรวจแรกรายงานเบื้องต้นให้แพทย์ทราบ เพื่อดำเนินการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และในกรณีที่ผลการตรวจ “มีปฏิกิริยา” ให้พิจารณาปรับยาต้านเอชไอวีเพื่อป้องกันทารกจากการติดเชื้อจากมารดาในขณะคลอด

แนวทางการส่งตรวจและรายงานผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี



หมายเหตุ

⁽¹⁾ ในการตรวจ VL จะเจาะเลือดใส่สารกันเลือดแข็งชนิด EDTA ปริมาณ 6 - 9 mL และปัสสาวะเก็บภาสมาเพื่อใช้ในการตรวจ VL และภาสมาส่วนที่เหลือเก็บสำรองไว้ที่อุณหภูมิ -20 หรือ -70°C

⁽²⁾ ภาสมาจากตัวอย่างที่ส่งตรวจ VL ซึ่งเก็บรักษาไว้อย่างเหมาะสมสามารถนำมาตรวจ drug resistance ได้

4) การดูแลรักษาผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวี(Management of HIV-Infected Adult)

4.1 การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี

ก่อนเริ่มการรักษาควรมีการซักประวัติและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดกรองอย่างน้อยตามตารางที่ 4.1-4.3

ตารางที่ 4.1 การเตรียมตัวผู้ติดเชื้อสำหรับการเริ่มยาต้านเอชไอวีและประเด็นซักประวัติ

การเตรียมตัวผู้ติดเชื้อสำหรับเริ่มยาต้านเอชไอวี	<ul style="list-style-type: none">• ต้องเตรียมผู้ติดเชื้อให้พร้อมกับการต้องกินยาตลอดชีวิต (ประเด็นสำคัญมาก)• ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องทราบถึงความสำคัญของการมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง<ul style="list-style-type: none">- กรณีที่เป็นเด็กจำเป็นต้องคุยกับผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้อง- ต้องคำนึงถึงทางเลือกของผู้ป่วยในกรณีที่ไม่เลือกการกินยาเป็นสิทธิของผู้ป่วย
การซักประวัติก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี	<ul style="list-style-type: none">• ความเสี่ยงของการได้รับเชื้อดื้อยาผ่านทางเพศสัมพันธ์ หรือการใช้สารเสพติดทางหลอดเลือดดำ• ประวัติโรคร่วมเพื่อหลีกเลี่ยงปฏิกริยาระหว่างยาหรือการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม เช่น ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วมโรคทางจิตเวช• ประวัติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร อาหารเสริม หรือการรักษาทางเลือกควรซักประวัติทุกครั้งที่มารับการรักษา• ประวัติยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ หรือยาที่ใช้ในการรักษาอยู่ รวมถึงการใช้สารเสพติด• ประวัติการดื้อยา หรือผลการตรวจการดื้อยา• ประวัติผู้ดูแลผู้ให้การสนับสนุนในการกินยาเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ดูแล• ประวัติเพิ่มเติมในกรณีที่สงสัยการดื้อยามาก่อน ได้แก่ ประวัติการกินยาต้านเอชไอวีเดิม การได้ยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ประวัติการดื้อยาหรือผลการตรวจการดื้อยา ความสม่ำเสมอในการกินยา จำนวน CD4 ที่เปลี่ยนแปลงในช่วงที่ผ่านมา

4.2 การประเมินและติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การคัดกรองเชิงรุกโดยอาสาสมัคร	เมื่อทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อแรก	เวลาที่แนะนำให้ตรวจในอีก 1 ปีต่อมา	เวลาที่แนะนำให้ตรวจซ้ำ	เวลาที่แนะนำให้ตรวจซ้ำ	หมายเหตุ
ประวัติการเสี่ยงและประวัติร่วม	✓	✓	✓	✓	ข้อควรระวัง: ผู้ที่มีอาการแสดงของโรคติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนหน้านี้ และประวัติการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย
ประวัติสุขภาพทั่วไป	✓	✓	✓	✓	อาการ: ความผิดปกติของไต, โรคหัวใจ, โรคเบาหวาน
ประวัติการใช้เข็ม	✓	✓	✓	✓	
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	✓	✓	✓	✓	เน้นย้ำให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ
ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง	✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ปัญหา alcohol consumption ความผิดปกติเกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาการใช้ยา
การเปิดเผยผลเลือดและสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้เกี่ยวข้อง	✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อพิจารณาความเสี่ยงด้านสุขภาพ, ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ พิจารณาการตรวจเลือดในคู่มือที่ถึงไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ
การวางแผนการดูแล	✓	✓	✓	✓	
วิธีตรวจเลือด (enzyme immunoassay) ได้ผลบวก	✓	✓	✓	✓	ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยง และให้คำปรึกษาที่เหมาะสม

การคัดกรองเชิงโดยการซักประวัติ	เมื่อทราบว่าติดเชื้อครั้งแรก	เวลาที่แนะนำในตารางใบปีแรก	เวลาที่แนะนำ	เวลาที่แนะนำให้ตรวจ หรือประเมินใหม่ทุกๆ ไป	หมายเหตุ
อาชีพ	✓	✓	บุคลากรทางการแพทย์ หรือมีสัมผัสกับเข็ม	ติดต่อสุขภาพที่มีอาการทางซีดี4 จากยา เช่น มีไข้, ลิ้นขาว, ในผู้ติดเชื้อในระยะแรกขึ้นเรื่อยๆ กับความเสี่ยง	
พฤติกรรมการศึกษา	✓	✓	✓	✓	ตรวจประเมินสุขภาพเป็นประจำ เพราะอาจจะมีโรคเปลี่ยนแปลงได้
การประเมินความเสี่ยงหรือระดับต่างๆ หรือการคัดกรอง					
การประเมินด้านสุขภาพจิต	✓	✓	✓	✓	ค้นหาสุขภาพจิตทุกครั้งเมื่อสงสัย
การประเมินด้านสุขภาพหรือของผู้ดูแล หรือครอบครัว	✓	✓	✓	✓	ประเมินซ้ำเมื่อมีข้อสงสัย
คัดกรองวัณโรคโดยการซักประวัติ	✓	✓	✓	✓	บุคลากรทางการแพทย์มีการ
คัดกรองเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	✓	✓	✓	✓	เมื่อมีข้อสงสัย ควรซักถามกับแพทย์โดยซ้ำ
คัดกรองและสิ่งปนเปื้อนในเลือด	✓	✓	✓	✓	เมื่อมีข้อสงสัย
ประเมินความเสี่ยงหรือของผู้ป่วยก่อนเริ่มยา ในการกินยาต้านไวรัส	✓	✓	✓	✓	ปีละ 1 ครั้ง
การประเมิน drug adherence		✓	✓	✓	บุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 4.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เมื่อทราบว่าติดเชื้อครั้งแรก	ในปีแรก	ในปีถัด ๆ ไป	หมายเหตุ
จำนวน CD4	✓	<ul style="list-style-type: none"> CD4 < 350 cells/mm³ ตรวจปีละ 2 ครั้ง CD4 > 350 cells/mm³ กรณี VL ≥ 50 copies/mL ตรวจปีละครั้ง กรณี VL < 50 copies/mL ตรวจที่คลินิกตามนัดตามแพทย์ 2 ปี 1 ครั้ง เป็นครั้ง ตรวจ CD4 	<ul style="list-style-type: none"> กรณี VL ≥ 50 copies/mL ให้ตรวจที่ได้ พิจารณาเมื่อมีอาการหรือผลไปทดสอบสมรรถภาพทางเดินหายใจ กรณี VL < 50 copies/mL ให้ตรวจปีละ 1 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> ตรวจตรวจเพิ่มทุกครั้งก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาอันเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยา หรือมีพิษผู้รับยา
ปริมาณไวรัส (VL)		<ul style="list-style-type: none"> ที่ 6 เดือน และ 12 เดือน หลังเริ่มรับประทานยาได้ พิจารณาพิจารณาตามความเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> กรณี VL < 50 copies/mL ให้ตรวจปีละ 1 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> ถ้าผลเป็นลบร่วมกับ อยุ่ HIV เป็นลบควรถูกวัดซ้ำในครั้งถัดมา
HBsAg	✓			
AntiHCV	✓		กรณี อยุ่ HCV negative กรณี อยุ่ AntiHCV positive ให้ตรวจซ้ำปีละครั้ง กรณีมีความเสี่ยง CD4 < 100 cells/mm ³ อาจพบผลตรวจได้ แนะนำให้ตรวจซ้ำเมื่อรักษาจน CD4 สูงขึ้น	
Syphilis (VDRL)	✓		เมื่อมีข้อบ่งชี้	บางผู้ตรวจซ้ำก่อนเข้า สวม S&S ทุก 6 เดือน พิจารณาปรึกษาทางเพศ ทุก 3 เดือน
ALT	✓	เมื่อมีข้อบ่งชี้	เมื่อมีข้อบ่งชี้	ตรวจครั้งที่ 3 เดือนแรกของยาใหม่ ให้มีไว้ระดับยักเสริมร่วมด้วย หรือดื่มสุรา หรือมีผลซ้ำ (เมื่อขอ)

5) สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือกในประเทศไทย

ยาที่ใช้ในประเทศไทยสรุปไว้ในตารางที่ 3.4 โดยยาต้านเอชไอวีที่แนะนำให้ใช้เป็นสูตรแรกในประเทศไทยคือ NRTIs + NNRTIs ได้แก่ TDF/FTC หรือ TDF + 3TC ร่วมกับ EFV เนื่องจากเป็นสูตรที่ได้ผลในการควบคุมไวรัสได้ดีมีผลข้างเคียงน้อยและใช้วันละครั้ง

สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือก

NRTIs backbone		NNRTIs		ยาตัวที่สามอื่นๆ
แนะนำ		แนะนำ		แนะนำ
TDF/FTC		EFV หรือ RPV ²		LPV/r
TDF + 3TC ¹				
หรือทางเลือก		หรือ		หรือ
ABC + 3TC	+	NVP	+ ในกรณีที่ผู้ป่วย ไม่สามารถกิน ยา NNRTIs ได้	AIV/r
AZI + 3TC				หรือทางเลือก
				ยากลุ่ม INSTI ¹
				• RAL หรือ
				• EVG/c/TDF/FTC ³ หรือ
				• DTG

¹ ควรใช้ยาพร้อมเม็ด

² RPV-Rilpivirine 25 มก. วันละครั้ง ดูคำแนะนำตามตาราง 3.5

³ Efavirenz/cobicistat/TDF/FTC ยารวมเม็ด 1 เม็ด วันละครั้ง ใช้สำหรับผู้ที่ติดเชื้อที่ไม่เคยรับยาต้านเอชไอวีมาก่อนเท่านั้น

⁴ ยังไม่อยู่ในบัญชียาหลัก

คำแนะนำเกี่ยวกับยาในการเริ่มยาต้านเอชไอวี

คำแนะนำ	
ถ้าไม่สามารถเริ่มยาต้านเอชไอวีตามสูตรแนะนำสูตรแรกได้เนื่องจากมีข้อห้าม หรือทนาย TDF ไม่ได้	<ul style="list-style-type: none"> ให้พิจารณา NRTIs ทางเลือกคือ ABC + 3TC หรือ AZT + 3TC แทน โดยสูตรที่มี ABC นั้น ควรพิจารณาให้ในผู้ที่ก่อนเริ่มการรักษา มีระดับ VL < 100,000 copies/mL (ยกเว้นให้ร่วมกับ dolutegravir)
ถ้ามีปัญหาแพ้ยา หรือ ผลข้างเคียงทางระบบประสาท จาก EFV	<ul style="list-style-type: none"> ให้พิจารณายาทางเลือก ได้แก่ ลดขนาดยา EFV ลงจาก 600 มก./วัน เป็น 400 มก./วัน (ไม่สามารถใช้ EFV 400 มก. ในคนท้อง หรือผู้ป่วยกำลังกินยา rifampicin) หรือ เปลี่ยนเป็น NNRTIs อื่น ได้แก่ RPV
กรณีจะใช้ RPV ก่อนเริ่มยาควรมีการตรวจปริมาณ VL ก่อนเริ่มยาเสมอ	<p>กรณีไม่ได้เริ่มยาต้านเอชไอวีมาก่อน</p> <ul style="list-style-type: none"> ถ้า VL > 500,000 copies/mL ไม่ควรใช้เนื่องจากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการรักษาล้มเหลว

	<ul style="list-style-type: none"> • กรณีที่ไม่สามารถตรวจ VL ก่อนรักษาได้ อาจพิจารณาใช้ยา นี้ในผู้ป่วยที่ CD4 > 350 cells/mm3 <u>กรณีเริ่มยาต้านเอชไอวีมาก่อน</u> • กรณีต้องเปลี่ยนสูตรยาเป็น RPV เนื่องจากผลข้างเคียงของยาอื่น หรือปรับเปลี่ยนเพื่อสะดวกในการกินยา สามารถเปลี่ยนเป็นยา RPV ได้ แต่ต้องมี VL < 50 copies/mL อย่างน้อย 6 เดือน และไม่ เคยดื้อยากลุ่ม NNRTIs มาก่อน • กรณีเพิ่งเริ่ม EFV และมี adherence ดีต่อ EFV ดี แต่มี ผลข้างเคียง ไม่สามารถกิน EFV ต่อได้ เช่น มีอาการข้างเคียงของ ระบบส่วนกลางหลังจากที่เริ่มยาได้ 2 สัปดาห์ สามารถเปลี่ยนเป็น RPV ได้ แม้ว่า VL ก่อนเริ่มยา > 500,000 copies/mL
<p>กรณีไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม NNRTIs ในสูตรยาได้ยาตัวที่ 3 ในสูตร</p>	<p>ให้พิจารณาใช้ยาในกลุ่ม PIs ได้แก่ LPV/r หรือ ATV/r แทน</p>
<p>กรณีได้ยา d4T อยู่เดิมและมี VL < 50 copies/mL</p>	<p>แนะนำให้เปลี่ยนเป็นสูตรยาที่ไม่มี d4T เช่น TDF หรือ ABC</p>
<p>ถ้ามีการพิจารณาใช้ยาต้าน เอชไอวีที่ไม่ได้อยู่ในตาราง 4.4 ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ก่อนพิจารณาใช้เสมอ</p>	<p>ยากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่ม integrase inhibitors อาจจะเป็นทางเลือก เลือกสำหรับยาตัวที่ 3 ได้แก่ RAL หรือ DTG ต้องพิจารณาการ ใช้เป็นกรณีไป เนื่องจากยาในกลุ่มนี้อาจจะมีการใช้ร่วมกับ DRV/r จะเป็นยาหลักสำคัญสำหรับการรักษา กลุ่มที่ดื้อยาสูตร 2 ชั้น ไป การจะเลือกใช้ยาเหล่านี้ในสูตรแรกจึงต้องมีเหตุจำเป็นที่จะใช้ จริง เช่น แพ้ หรือไม่สามารถทนต่อยา NNRTIs (EFV/NVP intolerance) และจำเป็นต้องให้ยา rifampicin เพื่อรักษาวัณโรค และเมื่อรักษาครบแล้วให้ตรวจ VL ถ้า VL < 50 copies/mL ควร เปลี่ยนมาใช้ RPV แทนหรือ PI</p>
<p>กรณีที่มีการใช้ยา ABC พึงระวังเสมอว่ายา ABC อาจจะทำให้เกิดปฏิกิริยาแพ้รุนแรง (hypersensitivity reaction)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ควรพิจารณาส่งตรวจเลือดหา HLA-B*5701 ก่อนเริ่มการ รักษาถ้าทำได้ • อาจพิจารณาเริ่มการรักษาด้วยยา ABC โดยไม่ทำการตรวจ HLA-B*5701 ก่อนเริ่มการรักษา เนื่องจากอุบัติการณ์ HLA-B*5701 ในคนไทยต่ำ <ul style="list-style-type: none"> - ต้องให้คำแนะนากับผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการแสดง ของปฏิกิริยาแพ้ต่อ ABC ในช่วง 6 สัปดาห์แรกที่เริ่มยา - อาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ (1) ไข้ (2) ผื่น (3) อาการ ของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียนท้องเสีย ปวดท้อง (4) อ่อนเพลียปวดเมื่อย (5) อาการของระบบ

	<p>ทางเดินหายใจ เช่น ไอ หายใจลำบาก คออักเสบ หรือมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ได้แก่ เอนไซม์ตับผิดปกติ creatinin phosphokinase เพิ่มขึ้น lymphopenia หรือมีฝ้าในภาพถ่ายรังสีทรวงอก เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากสงสัยว่าอาจจะแพ้ยาให้หยุดทันที และไม่ควรให้ยาซ้ำ เพราะอาจเกิดปฏิกิริยาแพ้อย่างรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้ • ห้ามใช้ ABC ในผู้ที่มีปัญหาตับแข็ง Child-Pugh Score of 7-12
--	---

หลักการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มี virological failure

1. ประเมิน adherence	ก่อนตรวจ VL ทุกครั้ง ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยกินยาต้านเชื้อไวรัสในช่องที่ส่งมา หากไม่กินยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ แนะนำกลับไปกินยาสม่ำเสมออย่างน้อย 1 เดือนจึงตรวจ VL		
2. การดูแลตามผล VL	กรณี VL > 50-1,000 copies/mL	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ยักการกินยาสม่ำเสมอ เช็คผลข้างเคียงของยาต้าน - ทำการตรวจซ้ำภายใน 2-3 เดือน 	
	กรณี VL > 1,000 copies/mL	หากผู้ป่วยยืนยันว่ากินยาต่อเนื่องจริง ให้ส่งตรวจ HIV drug resistance genotypic testing	
		ผลรายงานว่าดีเยี่ยม ปรับเปลี่ยนสูตรยาตามผลดีเยี่ยม	ผลรายงานว่าไวยา ควรซักประวัติ เช็คผลข้างเคียงของยาต้าน และประเมิน adherence ซ้ำ และกินยาเดิมอย่างสม่ำเสมอแล้ว ตรวจปริมาณไวรัสซ้ำที่ 3 เดือน และประเมินการรักษาตามผลปริมาณไวรัสที่ได้
		หากผู้ป่วยให้ประวัติขาดยา ไม่ได้กินยาต้านเชื้อไวรัส แนะนำให้กินยาสูตรเดิมสม่ำเสมออย่างน้อย 1 เดือน จึงตรวจ VL ซ้ำ	
	ผลตรวจ VL ลดลง > 10 เท่า ให้กินยาสูตรเดิมและติดตาม VL อีก 3 เดือนข้างหน้า จนกว่า VL < 50 copies/mL	ผลตรวจ VL ลดลง ≤ 10 เท่า ประเมิน adherence การกินยาซ้ำ และให้ส่งตรวจเชื้อดีเยี่ยมถ้า VL > 1,000 copies/mL	

หลักการเลือกสูตรยาต้านเอชไอวีภายหลังการดื้อยาสูตรแรกโดยปรับสูตรตามการดื้อยา

ยาสูตรแรก	Mutation ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น	ยาสูตรที่สองที่แนะนำ
NNRTIs + NRTIs	<ul style="list-style-type: none"> • NNRTIs-associated mutation (EFV, NVP) ± M184I/V ± NRTIs mutation • กรณีที่ใช้ RPV อาจตรวจพบ E138K ± M184I/V ± NRTIs mutation 	<ul style="list-style-type: none"> • กรณีที่ใช้ AZT เป็นยาสูตรแรก พิจารณาใช้ TDF + 3TC (FTC) + boosted PIs หรือ boosted PIs + INSTI (RAL หรือ DTG) • กรณีที่ใช้ TDF เป็นยาสูตรแรก พิจารณาใช้ AZT + 3TC (FTC) + boosted PIs หรือ boosted PIs + INSTI (RAL หรือ DTG)
Boosted-PIs + NRTIs	<ul style="list-style-type: none"> • M184I/V โดยที่ไม่พบ PIs resistance mutation 	<p>ดูเรื่อง adherence และ/หรือ ปัญหา drug interaction</p> <ul style="list-style-type: none"> • ให้ยาสูตรเดิมร่วมกับเน้นย้ำเรื่อง adherence • ปรับเปลี่ยนสูตรยาเป็นสูตรที่มีผลข้างเคียงน้อยเพื่อเพิ่ม adherence
	<ul style="list-style-type: none"> • M184I/V + NRTIs mutation โดยที่ไม่พบ PI resistance mutation 	<ul style="list-style-type: none"> • กรณีที่ใช้ AZT เป็นยาสูตรแรก พิจารณาใช้ TDF + 3TC (FTC) + boosted PI • กรณีที่ใช้ TDF เป็นยาสูตรแรก พิจารณาใช้ AZT + 3TC (FTC) + boosted PI
Boosted-PIs + NRTIs (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> • M184I/V + PIs resistance mutation 	<ul style="list-style-type: none"> • เลือกสูตรยาโดยใช้ผลการตรวจ genotypic resistance ประกอบการเลือกสูตรยา หรือ • พิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา
INSTI-based + NRTIs	<ul style="list-style-type: none"> • M184I/V ± INSTI resistance mutation 	<ul style="list-style-type: none"> • Boosted PIs + NRTIs (พิจารณาเช่นเดียวกับด้านบน) • Boosted PIs + DTG โดยปรับตามผล genotypic resistance

หมายเหตุ

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อฉวยโรคร่วมและต้องใช้ PI-based regimen

- ปรับ rifampicin ออกจากสูตรยาฉวยโรค (ดูบทที่ 6 การรักษาฉวยโรค)
- หากจำเป็นต้องให้ยา rifampicin อาจปรับขนาดยา lopinavir เป็น double-dose LPV/r (800/200) ทุก 12 ชม. ซึ่งไม่แนะนำในกรณีที่มีทางเลือกอื่น เพราะมีผลข้างเคียงมาก

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อฉวยโรคอวัยวะร่วม

- พิจารณาใช้ TDF + 3TC (FTC) ในยาสูตรที่สองเสมอเพื่อให้มีขนาดไวรัสฉวยโรคอวัยวะร่วม

ผู้ป่วยที่เป็นหญิงตั้งครรภ์

- พิจารณาใช้สูตรเหมือนหญิงที่ไม่ตั้งครรภ์

สูตรยาหรือส่วนประกอบของสูตรยาด้านเอชไอวีที่ไม่ควรใช้

สูตรยาด้านเอชไอวีที่ไม่ควรใช้	หลักการ
<ul style="list-style-type: none"> • 1 NRTIs + 1 NNRTIs • 1 NRTIs + 1 PIs ที่ไม่ boosted RTV • 1 NRTIs + RAL หรือ 2 NRTIs 	ประสิทธิภาพต่ำ
Triple NRTIs combinations ได้แก่ TDF + 3TC + ABC	มีรายงานว่าโอกาสรักษาล้มเหลวสูง
2 NNRTIs combination	เกิดผลข้างเคียงได้ง่าย
d4T + AZT	Pharmacologic antagonism
FTC + 3TC	ยากกลุ่มเดียวกันและมี resistance profile เหมือนกัน
TDF + ddl	มีปฏิกิริยาระหว่างยาทำให้ผลข้างเคียงจากยา ddl มากขึ้น
d4T + ddl	มีอุบัติการณ์ของ peripheral neuropathy, pancreatitis, hyperlactatemia และ lactic acidosis สูงขึ้น มีรายงานหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตจากการให้ยา 2 ชนิดนี้ร่วมกัน
ATV + IDV	จะมีโอกาสเกิด hyperbilirubinemia และนิ่วในไตมากขึ้น
การรักษาด้วยยาด้านเอชไอวีชนิดเดียวหรือสูตรยาที่มีNRTIs เพียง 2 ชนิด	ลดปริมาณเชื้อเอชไอวีได้ไม่เต็มที่ ประสิทธิภาพน้อยกว่าการให้ยาแบบหลายชนิดร่วมกันทำให้เกิดการดื้อต่อยาได้อย่างรวดเร็ว
ยาที่ไม่ควรใช้ในสูตรแรก <ul style="list-style-type: none"> • NVP เป็นยาสูตรแรกในผู้ชายที่มี CD4 > 400 cells/mm³ หรือในผู้หญิงที่มี CD4 > 250 cells/mm³ • d4T 	เกิดผลข้างเคียงได้ง่าย
<ul style="list-style-type: none"> • สูตรที่นอกเหนือจากที่แนวทางการรักษาแนะนำ 	ผลข้างเคียงระยะยาวสูง ควรพิจารณาก่อนเลือกใช้ยา
	ควรพิจารณาเป็นรายๆ ไปและต้องยืนยันว่า VL < 50 copies/mL เสมอ