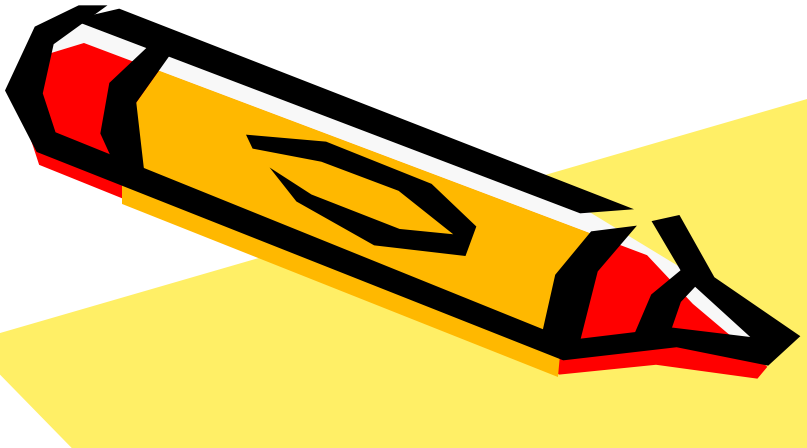
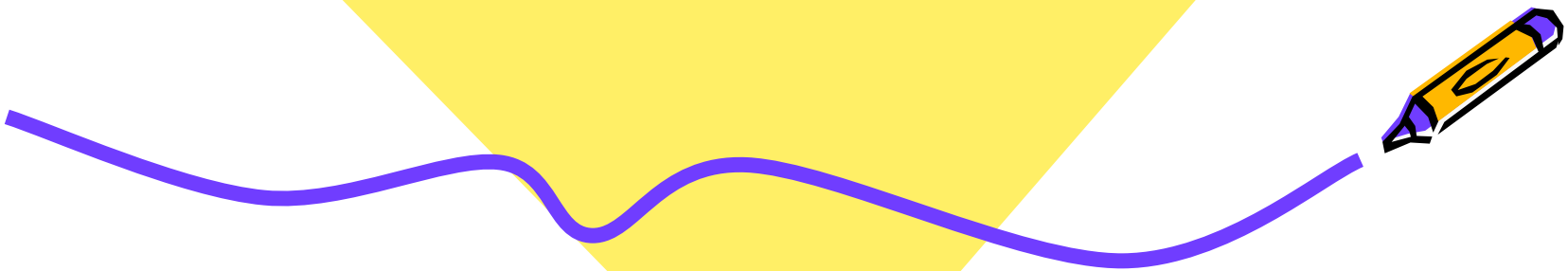


艾滋病母婴阻断



前言

目前，艾滋病逐步从高危人群向普通人群扩散，严重威胁妇女儿童的身体健康。艾滋病母婴传播是可以通过综合的干预措施阻断的，**联合高效的抗病毒治疗、选择安全的分娩方式及人工喂养等综合措施**是母婴阻断成功的保障，其中抗病毒治疗在母婴阻断中起到至关重要的作用。

- 根据卫办妇社发〔2011〕19号《预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作实施方案》和桂政办发〔2010〕168 号《广西预防艾滋病母婴传播工程实施方案》目标要求，广西壮族自治区预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作实施方　　案也已出台。

防治艾滋病的新对策

- 自治区党委、政府决定，从2010年下半年起，实施为期5年的防治艾滋病攻坚工程，打一场防治艾滋病的人民战争



二、具体目标

到2014年，达到以下目标要求（13项指标：90%以上6项、85%以上1项、80%以上2项、60%以上1项、5%以下1项、30/10万以下1项）：

- （一）建立适合广西的预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播管理和服务模式。

- （二）各级医疗保健机构承担预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播服务的人员培训覆盖率达到90%以上。
- （三）孕产妇、婚前保健人群预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播咨询率分别达到90%以上。



- （四）孕产妇、婚前保健人群艾滋病梅毒和乙肝病毒抗体检测率分别达到80%以上。
- （五）艾滋病感染孕产妇及其所生婴儿抗病毒药物应用率分别达到90%以上。
- （六）艾滋病感染孕产妇所生儿童人工喂养率达到90%以上。



- （七）艾滋病感染孕产妇所生儿童满18月龄艾滋病检测率达到80%以上，其中6月龄内婴儿HIV感染早期诊断的比例达到60%以上。
- （八）梅毒感染孕产妇接受规范诊疗的比例达

  到85%以上。



- （九）梅毒感染孕产妇所生儿童接受规范诊疗服务的比例达90%以上，12月龄随访率达到80%以上。
- （十）乙肝表面抗原阳性孕产妇所生新生儿出生后24小时内注射乙肝免疫球蛋白的比例达到90%以上。



- （十一）儿童经母婴传播感染艾滋病的报告感染率控制在5%以下。
- （十二）先天梅毒发病率控制在30/10万活产数以下。



怎样保持低流行？

$$\text{传播率} = \frac{\text{二代 感染人数}}{\text{一代感染人数}} \text{《} 1$$

围产HIV传播的时间

- 宫内、分娩期、产后母乳喂养可传播艾滋病
  - 宫内　　25%－40% 的病例
  - 分娩期　　60%－75%的病例
  - 母乳喂养的额外风险
    - 14% ↑有进一步感染的风险
    - 29% ↑ 有初次感染的风险
- 目前的证据提示大多数HIV传播发生在分娩期

PITC 定义

世界卫生组织（2007年）定义：PITC指由医疗卫生机构对使用医疗卫生设施的人推荐的一种作为标准的医疗保健内容的HIV咨询检测



HIV筛查要点

- 将HIV检测作为医疗机构常规检测项目之一
- 检测前告知病人检测项目的内容（知情）–检测前信息提供。
- 无需检测前咨询
- 病人有权拒绝但不签字
- 检测后结果告知（HIV阳性和阴性结果告知）和咨询服务
- HIV阳性者的转诊和随访

注意：拒绝检测的人也要为他们提供需要的服务和转诊信息

HIV抗体检测的认识问题

- 发现HIV 感染的育龄妇女和孕妇是预防艾滋病母婴传播的关键 —HIV抗体检测。
- 孕产妇常规检测HIV抗体；利用婚检的平台，将HIV抗体检测关卡前移，能够更多地发现HIV感染者。

特殊时期—产时艾滋病抗体检测及服务流程

1、孕期未接受HIV抗体检测的**临产**产妇，尽快提供相关检测信息和采集血样本。

2、HIV抗体初筛检测结果**待复查**（阳性）者，知情同意选择干预措施（母婴阻断抗病毒治疗）。

3、尽早进行**确证试验**，及时获得检测结果。结果阴性者提供咨询、终止干预；**结果**阳性者提供咨询、继续提供干预服务。

如何理解HIV抗体初筛检测结果待复查？

- 对初筛呈阳性反应的样品，应使用原有试剂和另外一种不同原理（或厂家）的试剂，或另外两种不同原理或不同厂家的试剂进行复检试验。
- 如两种试剂复检均呈阴性反应，则报告HIV抗体阴性；如均呈阳性反应，或一阴一阳，需送艾滋病确证实验室进行确证试验 。
- 产妇临产时在快速检测点初筛发现HIV抗体“阳性”应及时转有关机构行确证检测外，可转就近的艾滋病初筛实验室应用ELISA等方法进行检测。

孕妇抗病毒治疗的要求—机构职责

1. 市、县、区各级医疗保健机构负责为艾滋病病毒感染的孕产妇及其所生婴儿提供免费的艾滋病母婴阻断服务。
2. 无条件开展孕期抗病毒治疗的机构，要及时将艾滋病病毒感染的孕妇转介到辖区定点的艾滋病抗病毒治疗机构进行抗病毒治疗。

孕妇抗病毒治疗的要求—机构职责

3、对于孕期未发现、产时或产后才发现感染的产妇，由实施助产服务的各级医疗保健机构负责提供产时、产后预防方案进行抗病毒治疗。

4. 无条件开展艾滋病诊治的助产机构在产后适时将产妇转介到辖区定点的艾滋病治疗机构，进一步评估、治疗、保健和随访。

HIV母婴阻断抗病毒药物治疗

- 国外妇女已经在孕期安全使用抗病毒治疗超过16年时间，国内外成功经验显示，对HIV感染妇女采用抗反转录病毒药物干预性治疗，可使母婴传播的发生率降低约68%，如结合安全分娩、人工喂养等措施，可将母婴传播率降至1%或以下。
- 对于HIV感染的妇女抗病毒治疗几乎将婴儿感染HIV的可能性降为零。



提供适宜的安全助产服务

- 及早确定分娩医院，尽早到医院待产。
- ①阴道分娩
- **阴道分娩的条件**：孕期经过规范的抗病毒治疗，或孕晚期检测病毒载量<1000cp/ml，无剖宫产指征者可选择阴道分娩。
- **阴道分娩产程处理总原则**：尽量避免会阴侧切、人工破膜、胎儿头皮电极监测、产钳或胎吸助产等产科损伤性操作；避免强宫缩；尽量缩短产程；缩短胎膜早破时间；注意保护会阴，防止会阴裂伤。

- ②剖宫产分娩
- 不具备阴道分娩条件的孕妇为降低艾滋病母婴传播宜选择择期剖宫产，一般择期剖宫产的时机选择在妊娠38周。

提供科学的婴儿喂养咨询、指导

提倡人工喂养，避免母乳喂养，

杜绝混合喂养。

对于具备人工喂养条件者尽量提供人工喂养，并给予指导和支持；

对于因不具备人工喂养条件而选择母乳喂养的感染产妇及其家人，要做好充分的咨询，指导其坚持正确的纯母乳喂养，喂养时间最好不超过6个 月，同时积极创造条件，尽早改为人工喂养。



孕期抗病毒治疗的目标

- 妊娠期病毒载量低至测不出水平时（VL<50拷贝/ml），HIV垂直传播的发生率极低。
- 艾滋病母婴阻断抗病毒治疗与成人抗病毒治疗也同样经历了从单一药物到HAART的过程。

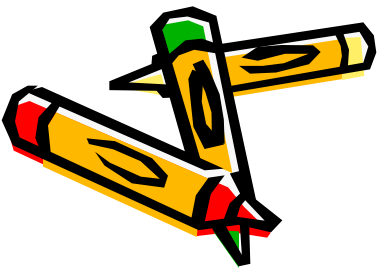


艾滋病感染孕产妇及所生儿童抗艾滋病病毒用药方案

- 预防艾滋病母婴传播抗病毒药物的应用可分为**预防性抗病毒用**药方案和**治疗性**抗病毒用药方案。

- 对于处于艾滋病临床I期或II期，免疫功能相对较好，$CD4^+$T淋巴细胞计数>350/mm^3的艾滋病感染孕产妇，建议采用**预防性**抗病毒用药方案；对处于艾滋病临床III期或IV期，$CD4^+$T淋巴细胞计数≤350/mm^3的艾滋病感染孕产妇，建议采用**治疗性**抗病毒用药方案。

- 预防性应用抗病毒药物



抗病毒治疗的时间选择

- 孕期—HIV阳性的孕妇从妊娠14周或孕14周后发现HIV感染后的任何时期尽早开始服用；如果孕妇$CD4^+$T细胞＜200/mm^3，诊断AIDS，评估后尽快抗病毒治疗。

- **产时**—适用于孕晚期和产时才发现感染的孕产妇（孕期没有接受HIV检测，临产时才发现艾滋病感染的孕产妇）。
- **产后**—适用于产时来不及应用抗病毒治疗的孕妇分娩的新生儿。



一、孕期抗病毒治疗的方案选择

（一）孕产妇预防性应用抗病毒治疗

1、孕期和分娩时----

孕妇推荐的抗病毒治疗方案

孕期和分娩时

- 从妊娠14周或14周后发现艾滋病感染后尽早开始服用：

◆齐夫多定（ AZT）300mg +拉米夫定（3TC ）150mg +洛匹那韦/利托那韦（克力芝）（LPV/r*）400/100mg　每天2次，直至分娩结束：或者

◆AZT 300mg+ 3TC150mg 每天2次 ，依非韦伦（EFV）600mg 每天1次，直至分娩结束

- （在获得LPV/r，克力芝有困难时选择第二组方案 ）



- 超过孕38周或出现临产的产妇应该暂缓三联抗病毒治疗，除非孕产妇适合选择包含有NVP的三联药物方案，否则均按“产时方案”进行HIV母婴阻断



2、分娩后

- 若选择**人工喂养**，产妇可在分娩结束后停止抗病毒药物的应用。
- 若选择**母乳喂养**，产妇持续应用抗病毒药物至**停止**母乳喂养后1周。

（二）婴儿应用抗病毒药物

- 婴儿可以选择应用以下两种抗病毒药物方案中的任一种（NVP或AZT方案）
- 无论婴儿选择哪种抗病毒药物（NVP或AZT方案），都应在出生后尽早（6～12小时内）开始服用

1、奈韦拉平（NVP）方案

新生儿出生体重	服用剂量	服用次数	疗程
≥2500g	15mg（即混悬液1.5ml）	1次/天	至出生后4～6周
≥ 2000g且＜2500g	10mg（即混悬液1.0ml）	1次/天	至出生后4～6周
＜2000g	2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg）	1次/天	至出生后4～6周

2、齐多夫定（AZT）方案

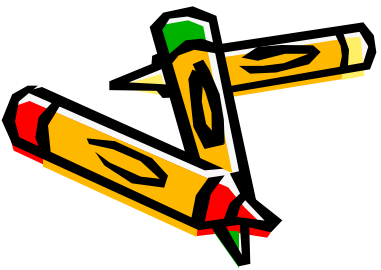
新生儿出生体重	服用剂量	服用次数	疗程
≥2500g	15mg（即混悬液1.5ml）	2次/天	至出生后4～6周
≥ 2000g且＜2500g	10mg（即混悬液1.0ml）	2次/天	至出生后4～6周
＜2000g	2mg/kg（即混悬液 0.2ml/kg）	2次/天	至出生后4～6周

二、孕期没有接受HIV检测、 临产时才发现HIV感染孕产妇—产时方案

（超过孕38周或出现临产的产妇用此方案）

1、选择人工喂养者

◆产妇：立即服用单剂量NVP200mg，同时应用AZT 300mg +3TC 150mg，每天2次 ，至分娩结束，产后继续口服AZT 300mg+3TC 150mg，每天2次，连续服用7天。

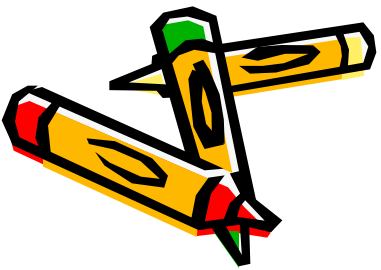


孕期没有接受HIV检测、 临产时才发现HIV感染孕产妇—产时方案（续）

- 婴儿：方法有2种

方法一、出生后尽早（6～12小时内）服用单 剂量NVP 2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg），最多不超过6mg（或混悬液0.6ml）

同时服用AZT 4mg/kg（即混悬液0.4ml/kg），每天2次，至出生后4～6周。



方法二：出生后尽早（6～12小时内）服用NVP

新生儿出生体重	服用剂量	服用次数	疗程
≥2500g	15mg（即混悬液1.5ml）	1次/天	至出生后4～6周
≥ 2000g且＜2500g	10mg（即混悬液1.0ml）	1次/天	至出生后4～6周
＜2000g	2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg）	1次/天	至出生后4～6周

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/618023140122006023