

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز
مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با مبتلایان به HIV/AIDS

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت - مرکز مدیریت بیماریها
بازبینی شده در مهر ماه 1383

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز
مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

فهرست مطالب

3	کلینتی در خصوص عفونت HIV و ایدز
4	سیر بیماری
6	تقسیم بندی بالینی HIV و ایدز بوسیله سازمان بهداشت جهانی
7	تشخیص آزمایشگاهی
8	اصول برخورد و مراقبت
8	مشاوره
9	بررسی بالینی و آزمایشات لازم
11	درمان پیشگیری دارویی
13	واکسیناسیون
14	پیشگیری انتقال از مادر به کودک
16	درمان ضد رتروویروسی
18	درمان همزمان ضد رتروویروسی و سل
19	درمان ضد رتروویروسی در مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر
20	درمان مبتلایان همزمان به HIV و هپاتیت C
23	مسمومیت کبدی ناشی از داروهای ضد رتروویروسی
23	علائم بالینی و آزمایشگاهی مقاومت دارویی
24	تنظیم خانواده

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

کلیاتی در خصوص عفونت HIV و ایدز:

عفونت HIV و ایدز¹ از جمله بیماریهایی است که به لحاظ میزان کشندگی بالا و هزینه مراقبتی فراوان، ایجاد مشکلات اجتماعی و هدف فرار دادن جمعیت جوان جامعه، از محضلات مهم جوامع بشری است. کنترل ابیدمی، پیشگیری و مراقبت از بیماران از اهم فعالیتهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد. علی رغم اینکه این عفونت در سالهای اولیه دهه هشتاد میلادی شناسایی شده لیکن تا پایان سال 2003 تعداد افرادیکه با این آلودگی زندگی می کنند، به 42 میلیون نفر رسیده است. ایدز قبلاً به عنوان بگ بیماری کشنده شناخته شده بود اما اکنون تبدیل به بگ بیماری مزمن و قابل درمان شده است هر چند که هنوز هم درمان قطعی ندارد.

عمل بیماریزا:

عامل بیماریزا، HIV بوده که از ویروسهای RNA دار با پوشش و از گروه رتروویروس ها می باشد. HIV دارای گلیکو پروتئین پوششی gp 120 می باشد که میل ترکیبی فراوانی به گیرنده خود، ملکول CD4 دارد. این گیرنده ها بر روی لنفوسیتها، T، مونسینها، ماکروفاژها، سلولهای دندربینک و لانگر هانس قرار دارد.

راههای انتقال:

1- تماس جنسی:

تماس جنسی شایعترین راه انتقال HIV در جهان می باشد. در کشور ما ناکتون 8/1% موارد گزارش شده و شناخته شده آلودگی از این طریق بوده است. اما تصور میشود در سالهای آینده، میزان شناسایی موارد آلودگی از راه جنسی بیشتر شود. تماس جنسی از راه مقعد و تماسهایی که منجر به صدمه و خونریزی میشوند از خطر بالاتری برخوردارند. لازم به تذکر است که ابتلا به عفونتهای آمیزشی باعث افزایش احتمال انتقال HIV شده، لذا درمان مناسب این نوع عفونتها در فرد بیمار و شریک جنسی وی، باید مدنظر باشد.

2- استفاده از وسایل تزریقی مشترک آلوده در میان معتادان تزریقی:

اعتیاد تزریقی دومین راه شایع انتقال HIV در جهان و اصلی ترین راه انتقال در ایران در حال حاضر می باشد. لذا توجه به وجود عفونت HIV در میان معتادان تزریقی حائز اهمیت است. بروز عفونت های نوآم (HBV/HCV) از این راه، بر اهمیت موضوع می افزاید.

3- خون و فرآورده های خونی:

خوشبختانه امروزه با توجه به انجام غربالگری در تمام خونهای اهدائی، انتقال از این طریق تحت کنترل می باشد اگرچه با توجه به وجود فاز پنجره ای در روند بیماری، سیاست های خاصی مبنی بر نشویق افراد با رفتارهای پرخطر به برهیز از اهداء خون و برهیز از تجویز غیرضروری خون توسط پزشکان قویاً توصیه می شود. استفاده مشترک از وسایل نیز و نافذ و تماسهای زیر پوستی مانند فرو رفتن سوزن فرد آلوده به فرد دیگر نیز جزو راههای انتقال می باشند.

4- انتقال از مادر به کودک:

ویروس HIV می تواند در سه مرحله بارداری، در حین زایمان و در دوران شیردهی از مادر به فرزند انتقال یابد. با توجه به مطالعات انجام شده 92% انتقال در 2 ماه آخر بارداری (65% آن حین زایمان) صورت میگیرد. میزان انتقال از طریق شیر مادر بین 29-14% است. میزان ویروس در خون مادر، مرحله بیماری مادر (عفونت اولیه و ایدز)، ابتلا به کوریو آمینونیت، کمبود ویتامین A و زایمان طول کشیده و همراه با پارگی پرده آمینوتیک، بر میزان انتقال آلودگی می افزاید.

5- پیوند اعضا:

مواردی از انتقال HIV از طریق پیوند اعضا در دنیا گزارش گردیده، این انتقال از طریق بافتهای نافذ عروق (فرنبه) گزارش شده است. لذا انجام آزمایشهای تشخیصی در کلیه اهدا کنندگان اعضا الزامی است. این کار در کشور ما به صورت روئین برای تمام جراحی های پیوند انجام میشود.

6- راههایی که منجر به انتقال ویروس نمیشود:

خون، مایع منی و ترشحات دستگاه تناسلی، منابع اصلی ویروس هستند. احتمال انتقال از طریق بزاق و همچنین انتقال توسط تبش حشرات مطرح نمیشود. در صورت وجود خون در بزاق، التهاب در مخاط دهان و تماس جنسی دهانی (oral sex)

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

احتمال انتقال مطرح می باشد. تماس پوست با ترشحات جنسی مردانه و زنانه، بزاق، ادرار، اشک، عرق، محتوای معده و غیره منجر به سرایت بیماری نمی شود. بدیهی است که این ویروس در زندگی روزمره و تماسهای معمول منتقل نمیشود.

سیر بیماری:

الف: عفونت اولیه (سندرم رترو ویروسی حد)

ویروس پس از ورود به خون، از طریق گیرنده CD4 وارد سلولهای مربوطه شده به سرعت شروع به تکثیر کرده همزمان به عدد متفاوت مهاجرت می کند. در 50 تا 65% موارد اولین علائم عفونت HIV حدود 1 الی 6 هفته (بطور متوسط 3 هفته) بعد از تماس، با علائمی شبیه منوکلئوز عفونی ظاهر می شود. شایعترین علائم این مرحله شامل تب، خستگی، راش ماکولوپاپولار، آدنویاتی، فارنژیت غیر آگزودایی و ضعف می باشد. کاهش وزن (حدود 5 کیلوگرم)، مبالزی، آرترالژی، سردرد، مننژیت، اسهال، نهوع و استفراغ در این مرحله شایع بوده، ممکن است هیپوآسیپلنومگالی، برفک دهانی، نوروپاتی محیطی، سندرم گیلن باره نیز دیده شود. این دوره 1 تا 3 هفته طول کشیده و خودبخود بهبود می یابد. با در نظر گرفتن احتمال بدون علامت بودن این مرحله توجه و شک پزشکان به عفونت اهمیت خواهد داشت.

ب: عفونت بدون علامت:

این مرحله از اهمیت بسزایی در روند انتقال بیماری برخوردار است. زیرا در این مرحله فرد آلوده هیچگونه علامت بالینی مشخصی نداشته، بسیاری اوقات به طور تصادفی با بک آزمایش سرولوژی مثبت تشخیص داده میشود. نکته دیگر اینکه این مرحله می تواند بطور متوسط 10 سال طول بکشد. لذا شناسایی افراد در این مرحله و نیز مشاوره¹ و آزمایش داوطلبانه و آموزش در خصوص راههای سرایت بیماری در کنترل عفونت حائز اهمیت است.

ج: عفونت علامتدار:

در این مرحله، اضطراب و اختلالات خلقی و نیز برخی اختلالات آندوکربینی (هیپوگوناדיسم و کاهش تستوسترون) مشاهده می شود همچنین خستگی زودرس و کاهش توانایی در انجام کارهای روزانه نیز ممکن است سالها وجود داشته باشد. از جمله نشانه های دیگر این مرحله لنفادنویاتی منتشر با مدار² (لنفادنویاتی بدون توجه حداقل در دو ناحیه بجز اینگوینال، بصورت فرینه، منحرک با فوام لاستیکی و فطر نیم تا دو سانتی متر، بدون درد که بیش از 3 ماه دوام داشته باشد)، کاندیدیاز پس دهانی، اسهال مزمن، لئوکوپلاکی پرزی دهان، هریس منتشر و مکرر را میتوان ذکر نمود.

د- سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS):

ایدز عبارتست از مجموعه نشانه های بالینی تحریف شده ناشی از اختلال ایمنی بدن که متعاقب عفونت مزمن ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV1,2) ایجاد می شود.

در این مرحله پس از بک دوره طولانی که حتی می تواند بیش از 10 سال طول بکشد، ویروس تکثیر یافته، سطح ایمنی فرد بصورت کاهش لنفوسیت های T با گیرنده CD4 با این آمده و فرد مستعد ابتلاء به عفونتهای فرصت طلب می شود. زمان بغای افرادی که به مرحله ایدز میرسند، در صورت عدم درمان، حداکثر حدود 2 سال تخمین زده می شود. شایعترین نشانه در این مرحله، تحلیل رفتن منتشر³ بدن به همراه اختلالات مزاجی می باشد. سندرم تحلیل رفتن منتشر به معنی کاهش بیش از 10% از وزن بدن به همراه اسهال مزمن (حداقل 2 بار دفع مدفوع آبکی در روز به مدت بیش از یکماه) و یا ضعف و تب اثبات شده می باشد با این شرط که هیچ بیماری همراه با عفونت های دیگر توجه کننده این وضعیت یافت نشود. از عفونتهای فرصت طلب شایع می توان از بنومونی پنوموسیستیس کاربونی، کاندیدیاز مری، بنومونی های راجعه، سل منتشر و عفونتهای سینومگالو ویروس، نوکسویلاسموزیس و سارکوم کاپوشی نام برد.

(لازم به ذکر است که بیماری سل در هر دوره ای از عفونت HIV می تواند وجود داشته باشد) از جمله شواهدی که می تواند مجاری تخمینی برای کاهش سطح ایمنی و در نهایت ورود به مرحله ایدز باشد سنجش لنفوسیت های T با مارکر CD4 است. اگر این میزان کمتر از 200/ml باشد فرد آلوده وارد مرحله AIDS شده باید تحت مراقبت و در صورت وجود شرایط لازم، درمان ضد رترو ویروس فرار گیرد. لازم به تذکر است که شمارش پایین تر از 200/ml، مستلزم وجود علائم بالینی ایدز نیست. همین طور افرادی که شمارش بالاتر سلولهای CD4+ دارند در صورت وجود علائم نشانگر ایدز، مشمول تحریف ایدز می شوند.

¹ Voluntary Counselling And Testing

² Persistant Generalized Lymphadenopathy

³ Wasting Syndrome

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز
مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

تقسیم بندی بالینی HIV و ایدز بوسیله سازمان بهداشت جهانی 1

<p>مرحله بالینی یک:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. بدون علامت 2. لنفادنوبالی منتشر و بلادر
<p>مرحله بالینی دو:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. کاهش وزن کمتر از 10% کل وزن بدن 4. نشانهات بوسنی مینور مثل درماتیت سبورئیک، خارش، زخم های دهانی عودکننده، عفونت فلرچی ناخن 5. هرپس زوستر در پنج سال گذشته 6. عفونت های دسنگه تنفسی فوقانی عود کننده مثل سینوزیت چرکی و غیره
<p>مرحله بالینی سه:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. کاهش وزن بیش از 10% کل وزن بدن 8. اسهال طول کشیده بدون توجه (بیش از یک ماه) 9. تب طول کشیده بدون توجه (مداوم با گهگاهی) بیش از یک ماه 10. برفک دهانی 11. لوکوپلاکی پرزی دهانی 12. سل ریوی در یک سال اخیر 13. عفونت های باکتریایی شدید (پنومونی، پیومیزیت)
<p>مرحله بالینی چهار:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. سندروم تحلیل منتشر بدن 2 2. پنومونی پنوموسیتیس کارینی 3. توکسوپلاسموز مغز 4. کریپتوسپوریدیوز و/یا اینوسپوریدیازیس با اسهال برای بیش از یک ماه 5. کریپتوکوکوز خارج ریوی 6. بیماری سینومگلو ویروسی ارگانی غیر از کبد، طحال، غدد لنفاوی 7. عفونت با هرپس سیمپلکس بوسنی مخاطی بیش از یک ماه با احشاری برای هر مدت زمانی 8. لوکوانسفالوپاتی پیشرونده چند کانونی 3 9. کاندیداز مری، تراشه، پروتئین یا ریه 10. میکوباکتریوز آنژییک منتشر 11. سپتی سمی سالمونلای غیر نفوذی 12. سل خارج ریوی 13. لنفوم 14. سارکوم کاپوشی 15. انسفالوپاتی HIV 16. سرطان مهاجم گردن رحم

¹ فرانس : WHO Health Organization, scaling up Antiretroviral Therapy in Resource limited settings, june 2002

² Wasting Syndrome عبارت است از کاهش وزن بیش از 10% وزن بدن همراه با اسهال طول کشیده بیش از یک ماه یا ضعف مزمن و تب بدون توجه طول کشیده (بیش از یک

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

در خصوص کودکان طبقه بندی بالینی سازمان بهداشت جهانی به شرح زیر است:

مرحله بالینی یک:
1. بدون علامت
2. لنفادنوبلای منتهی
مرحله بالینی دو:
1. اسهال مزمن بدون توجه
2. کاندیدیاز شدید پلدار با عود کننده بعد از دوران نوزادی
3. کاهش وزن یا نارسایی رشد 1
4. تب پلدار
5. عفونت های باکتریایی شدید و عود کننده
مرحله بالینی سه:
1. عفونت های فرصت طلب نشانگر این
2. نارسایی رشد شدید
3. انسفالوبلای پیشرونده
4. بدخیمی
5. سپتی سمی یا مننژیت عود کننده

تشخیص آزمایشگاهی :

با توجه به اینکه از بدو ورود و بروس به بدن نا رسیدن سطح آنتی بادی به حد قابل تشخیص در آزمایش ممکن است بین 2 هفته تا 6 ماه طول بکشد. در افرادی که رفتارهای پرخطر داشته اما تست منفی دارند لازم است 3 ماه بعد و در صورت تداوم رفتار، هر شش ماه آزمایش تکرار شود.

انواع آزمایش های تشخیصی برای عفونت HIV عبارتند از :

الف) تست های سنجش آنتی بادی :

1- **آزمون الایزا Elisa:** براساس سنجش آنتی بادی ضد HIV بوده 93% تا 100% حساسیت دارد. میزان اختصاصی بودن این روش (با دو بار آزمایش با کیت های دیگر) تقریباً 99% است.

2- **آزمون Western blot:** به عنوان یک آزمون تأیید کننده به کار می رود. که وجود IgG بر علیه چند نوع پروتئین ویروسی را بررسی می کند. این تست نسبت به الایزا اختصاصی تر بوده از حساسیت کمتری برخوردار است.

نکته:

از آنجا که آنتی بادی از طریق مادر آلوده وارد بدن جنین شده تا 18 ماهگی در بدن باقی می ماند، این تست ها برای تشخیص آلودگی در نوزاد مناسب نمی باشند.

ب) تست های سنجش آنتی ژن

1- **RT-PCR:** با توجه به این که در این آزمون ژنوم ویروس مورد مطالعه قرار میگیرد لذا در تشخیص زودرس بیماری وبا نوزاد متولد شده از مادر آلوده مفید است. بخاطر حساس بودن زیاد، موارد مثبت کاذب این آزمون بالا است. تشخیص مثبت با PCR در هر حال باید با تست سروئوزیک اثبات شود.

2- **آنتی ژن P24:**

در این روش آنتی ژن ویروس مورد بررسی قرار می گیرد. لذا می تواند در تشخیص زود هنگام آلودگی کمک کننده باشد. البته در مراحل عفونت بدون علامت و با درمان ضد ویروس، با توجه به اینکه تعداد ویروس موجود در خون کم است ممکن است منفی کاذب داشته باشیم.

3- **DNA-PCR, RNA-PCR:** بر اساس بافتن توالی هایی از RNA ویروس با DNA که از روی RNA بکمک آنزیم RT نقشه برداری می شود، انجام می پذیرد. تستی گران قیمت اما بسیار حساس است و در مراحل اولیه عفونت و در نوزادان، جزو حساسترین روشها محسوب می شود.

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

با توجه به در دسترس بودن روش الایزا و وسنرن بلات در ایران و همچنین اختصاصی بودن بالا (موارد مثبت کاذب کمتر)، ملاک تشخیص قطعی آلودگی بک فرد مثبت بودن بک آزمایش الایزا و بک وسنرن بلات است.

اصول برخورد و مراقبت:

1) مشاوره

در ابتدا ذکر این نکته بسیار حائز اهمیت است که با توجه به انگ ناشی از این بیماری و برخوردهای اجتماعی و خانوادگی احتمالی با افراد آلوده به HIV حتی در ممالک پیشرفته، اعلام آلودگی به بیمار باید حتماً پس از قطعی شدن تشخیص و بدنبال انجام مشاوره و آماده سازی روانی باشد. در صورتی که فرد دارای بک آزمایش الایزای مثبت است باید تا انجام آزمایش وسنرن بلات و قطعی شدن تشخیص، مشاوره انجام شده تحت نظر فرار بگردد. اگر آزمون الایزا در فرد با رفتار پرخطر منفی بود پس از انجام مشاوره لازم، 3 تا 6 ماه بعد دوباره درخواست الایزا تکرار می شود. چنانکه آزمون وسنرن بلات مجدداً منفی باشد به احتمال زیاد الایزا مثبت کاذب بوده، بهتر است با بک متخصص عفونی مشورت شود. لازم به ذکر است پس از مسجل شدن آلودگی ابتدا باید مشاوره موثر توسط فرد دوره دیده انجام شود با مشاوره باید به فرد در خصوص پذیرش وضعیت کنونی و دید زندگی کمک کرد.

مشاوره و اعلام نتایج آزمایشات باید در محیطی کاملاً خصوصی و بدون حضور دیگران انجام شود. پس از پذیرش آلودگی توسط فرد، باید در صورت رضایت فرد، با همسر وی نیز مشاوره انجام شود¹. مشاوره با همسر وی از لحاظ پذیرش فرد در خانواده، سیر بیماری، نحوه انتقال آلودگی خصوصاً راههای انتقال جنسی همچنین راههای پیشگیری و نحوه صحیح استفاده از کاندوم باید توضیح داده شود. در صورت عدم رضایت اولیه فرد مبتلا، مشاوره های مکرر در جهت جلب رضایت مبتلا باید انجام شود.

در صورتیکه فرد مجرد بوده و با خانواده زندگی می کند مشاوره با خانواده تنها در صورت رضایت و نیاز فرد به حمایت های بالینی و غیره صورت میگیرد. در این صورت مشاوره در خصوص اهمیت پذیرش فرد آلوده در کانون خانوادگی و دادن اطمینان در مورد عدم انتقال آلودگی در اثر همزیستی با آنان و نیز توضیح در خصوص سیر بیماری و نحوه انتقال آلودگی باید مدنظر فرار گرفته و انجام آزمون HIV در صورت وجود با شک به رفتارهای پرخطر توصیه میشود.

دقت به این موضوع بسیار حائز اهمیت است که مشاوره با خانواده و همسر فرد آلوده به منظور افزایش همکاری،

کاهش تنش و حفظ کانون خانوادگی انجام می شود.

پس از انجام مشاوره باید برای همسر فرد آلوده درخواست آزمون الایزا و در صورت مثبت بودن وسنرن بلات انجام گردد چنانچه آزمونها منفی بود تکرار آن هر 6 ماه توصیه می گردد. در صورت مثبت بودن آزمایش مادر، کلیه کودکان زیر 10 سال تست شوند. کودکان بزرگتر در صورت وجود با شک به رفتارهای پرخطر باید بک بار تست شوند. انجام مشاوره و آموزش افراد آلوده به HIV در هر بار ویزیت تعیین شده الزامی است.

2) بررسی بالینی و آزمایشات لازم :

پس از انجام مشاوره با افراد آلوده و جلب اعتماد و همکاری بیمار، بزرگ بیمار را بدقت معاینه نموده، یافته های تشخیصی در معاینات را در فرم بررسی بالینی HIV/AIDS ثبت می نماید.

آزمایشاتی که در اولین ویزیت افراد درخواست میشود عبارتند از: 2

CBC, diff-ESR- PLT, TLC

برای بررسی کم خونی - وضعیت پلاکتها (که می تواند در جریان بیماری با عوارض دارویی کاهش یابد) - شمارش کل لنفوسیتها (TLC) به عنوان وسیله ای مناسب برای شروع و پایش درمان در مواردی که امکانات آزمایشگاهی محدود است و نوتروفیلها (برای بررسی احتمال نوتروپنی) هر شش ماه بک بار تکرار شود. محاسبه شمارش کل لنفوسیت ها ترجیحاً هر سه ماه بک بار به روش زیر محاسبه میگردد:

شمارش WBC * شمارش لنفوسیت ها

100

• HBs Ag, VDRL, FTA-abs², Toxo-Ab, HCVAb¹

¹ برای توضیح بیشتر به دستورالعمل نحوه پیگیری فعال افراد HIV مثبت، مورخ 83/6/15 و مصوبه کمیته کشوری مراقبت اپیدمیولوژیک، پایش و ارزشیابی مراجعه شود.

² با توجه به نبود الگو و دستورالعمل خاصی که جزئیات نحوه انجام آزمایشات دوره ای را مشخص سازد، با دینظر گرفتن امکانات اجرایی کشور، دستورالعمل زیر در سال 1382، تدوین و در جلسات کمیته کشوری مراقبت و درمان به بحث گذاشته و تصویب شد.

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد ای وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

در بدو تشخیص عفونت HIV تنها بک بار، انجام شوند. در صورت منفی بودن آزمون هپاتیت B واکسیناسیون برای فرد آلوده انجام شود. در صورت منفی بودن آزمایش VDRL سالانه تکرار میشود.

- CXR و اسمیر خلط (در صورت وجود علائم و یا خلط) بک بار در ویزیت اول و بعد بر حسب مورد
- تست پوستی توپرکولین در ویزیت اول و در صورت منفی بودن، سالی بک بار
- تست pap smear بک بار انجام میشود. در صورتیکه نتیجه باب اسمیر علائم انتهایی نشان ندهد، شش ماه بعد مجدداً تکرار و سپس در صورت سالم بودن سالانه توصیه میشود. در صورت مثبت بودن، انجام کولپوسکوپی توصیه میشود.

نکته: ویزیت و معاینه بالینی در افراد بدون علامت (که به مرحله ایدز نرسیده) هر سه تا شش ماه (ترجیحاً هر سه ماه) و در بیماران علامت دار و ایدز، هر ماهه انجام میشود. بدیهی است در صورت بروز هرگونه اختلال آزمایشات مربوطه درخواست گردد. به عنوان مثال در صورت شک به میوزیت (عارضه زایدوودین) آزمایش CPK انجام شود.

- شمارش لنفوسیت های CD4+، با روش فلوسیتومتری در افراد آلوده به HIV و بدون علامت، هر سه ماه بک بار چک شود.

کاهش در میزان لنفوسیت های CD4+ به کمتر از 200/ml، برای افراد آلوده یکی از معیارهای ورود به مرحله بیماری ایدز و نیز شروع درمان ضد رتروویروسی و همچنین داروهای پیشگیری در برابر بعضی عفونتهای فرصت طلب مانند پنوموسیستیس کارینی میباشد. لذا چنانچه این میزان بالای 200/ml بود تکرار تست هر یک سال توصیه میشود. در صورتیکه این میزان کمتر از 200/ml باشد، برای افرادی که تحت درمان ضد رتروویروسی هستند، انجام فلوسیتومتری هر سه ماه بک بار و در غیر اینصورت هر یک سال بک بار توصیه می گردد.

باید توجه داشت که تعیین میزان لنفوسیت های CD4+ احتیاج به دقت و مهارت فرد آزمایش کننده داشته و نمونه باید ظرف 6 ساعت برای انجام این آزمایش ارسال شود.

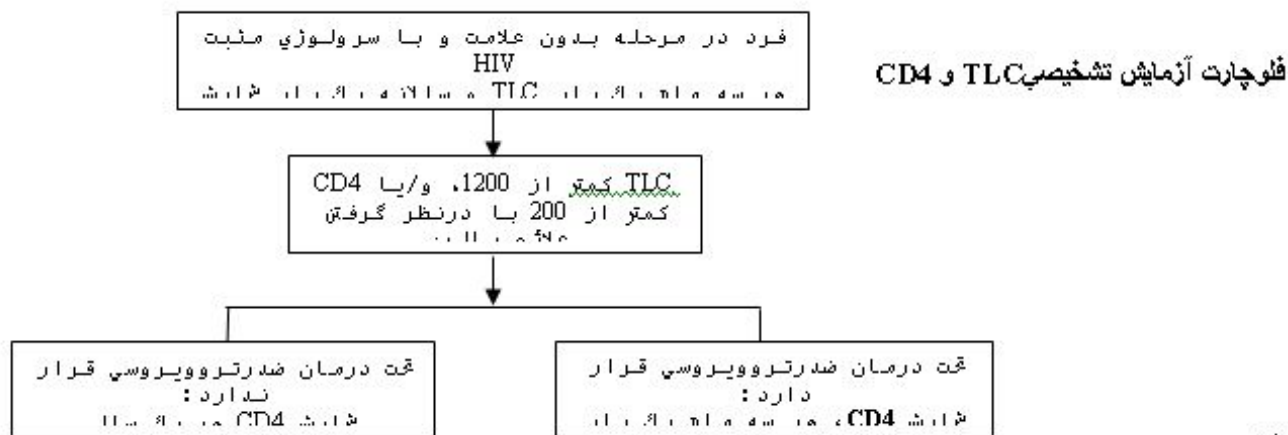
با توجه به در دسترس نبودن فلوسیتومتری در اکثر شهرستانهای ایران یکی از معیارهای تعیین سطح ایمنی میتواند سنجش تخمینی تعداد کل لنفوسیتها باشد. در صورتیکه تعداد کل لنفوسیت ها بیش از 1200 باشد وجود لنفوسیت های CD4+ بصورت تقریبی بالای 200 عدد و در صورتیکه تعداد کل لنفوسیتها زیر 1200 باشد احتمالاً لنفوسیت های CD4+ بصورت تقریبی زیر 200 تخمین زده می شود.

¹ HBV در زمینه HIV مسر تقریبی کمی داشته لیکن هپاتیت C در زمینه HIV فعالیت بیشتر و مسر تقریبی سریعتری دارد. آلودگی همزمان به HCV می تواند باعث تاخیر چند ماهه در ظاهر شدن آنتی بادی ضد HIV شود. لذا در صورت منفی بودن اولیه جواب آنتی HIV در افراد HCV مثبت، باید 6 ماه و یکسال بعد نیز آزمایش HIV را تکرار نمود.

² FTA-abs در صورتیکه VDRL مثبت باشد درخواست میشود و در غیر این صورت نیر.

³ بر اساس رفرانس مجله ایدز سال 2003 شماره 17:1311 و سایر رفرانس های بهداشت جهانی

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران



شروع و ادامه درمان ضد رتروویروسی حتماً باید با نظر تیم مراقبت و تحت نظارت یک پزشک متخصص عفونی باشد.

نکته:

آزمایشات اضافی:

شمارش تعداد ویروس در پلاسما (Viral load count)، آزمایش ارزشمندی برای بررسی وضعیت بیمار و پاسخ به درمان و کنترل مقاومت دارویی است ولی بدلیل دشواری تکنیک و گران بودن، بعنوان آزمایشی اساسی توصیه نشده است.

3. درمان پیشگیری دارویی:

الف) سل: با توجه به شیوع سالانه 10-5% بیماری سل در افراد مبتلا به عفونت HIV که داری تست توپرکولین (PPD) مثبت هستند و با توجه به احتمال بروز بالانتر موارد سل مقاوم به درمان در این گروه، لازم است برای تشخیص، پیشگیری و درمان سل اهمیت خاصی فائل شویم. لذا باید برای تمام افراد آلوده، در بدو تشخیص، تست توپرکولین و همچنین CXR و سه نمونه اسمیر خلط در صورت وجود علائم تنفسی و/یا خلط درخواست گردد. در خصوص شروع درمان پیشگیری به جدول زیر توجه نمایید:

وضعیت بیماری	وضعیت تست توپرکولین
مرحله بدون علامت	مسئول با بیش از 5 میلیمتر
مرحله ابدن	با هر اندوراسیونی

توجه: در صورت وجود شرح حالی از:

- ✓ تماس نزدیک اخیر با فرد اسمیر خلط مثبت،
- ✓ سابقه تست توپرکولین مثبت (بیش از 5 میلیمتر) بدون درمان مناسب
- ✓ علائم رادیولوژیک دال بر سل قدیمی، بدون سابقه درمان

شروع درمان پیشگیری، صرف نظر از مرحله بیماری، سن، نتیجه تست توپرکولین، توصیه می شود.

چنانچه تست توپرکولین منفی باشد، سالانه تکرار گردد. در افرادی که تحت درمان کامل پیشگیری قرار گرفته اند کنترل بلافاصله تست توپرکولین ضرورتی نخواهد داشت.

در صورت مثبت بودن تست توپرکولین، نکته بسیار مهم، رد سل فعال است. با توجه به میزان بالای سل اسمیر منفی و خارج ریه و همچنین نوع نمای CXR در افراد مسئول آلوده به HIV، دقت در تشخیص بیماری سل حائز اهمیت خواهد بود. برای این مهم علاوه بر CXR و سه نوبت اسمیر خلط بهتر است از بیمار یک نوبت کشت خلط نیز گرفته شود.

چنانچه یافته مثبتی مشاهده نشد بر حسب وجود علائم در سایر ارگانها بررسی سل خارج ریه انجام شود و در صورتیکه نکته مثبتی برای اثبات سل خارج ریه نیز وجود نداشت آنگاه برای بیمار با توجه به تست توپرکولین مثبت و رد سل فعال در صورتی که بیمار تاکنون درمان پیشگیری مناسب و کافی دریافت نکرده باشد، شروع درمان پیشگیری سل توصیه می گردد.

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

- در حال حاضر یکی از دو روش زیر برای پیشگیری TB در بیماران پرخطر، توصیه می گردد:
1. ایزونیاژید 300 میلیگرم روزانه به مدت یکسال (این رژیم برای بیمارانی که تحت درمان ضد تروویروسی هستند توصیه می شود)
 3. ایزونیاژید 300 میلی گرم روزانه + ریفاம்பیسین 600 میلیگرم روزانه به مدت سه ماه. (برای بیمارانی که تحت درمان ضد تروویروسی نیستند توصیه می شود).

باید در نظر داشت که شروع بجا و به موقع داروی پیشگیری سل بیش از 90% در جلوگیری از ابتلاء به سل فعال مؤثر است.

همچنین برای پیشگیری از بروز عوارض نورویائی محیطی در کسانی که ایزونیاژید مصرف می کنند، تجویز روزانه 50 میلی گرم پیریدوکسن توصیه می شود.

ب (پنومونی پنوموسیستیس کارینی (PCP) :

در موارد زیر پیشگیری برای PCP ضرورت می یابد :

1. تعداد لنفوسیت های CD4+ زیر 200
2. کاندیدازیس غیر فایل نوجه دهانی - حلقی
3. تب مداوم بدون نوجه
4. سابقه PCP قبلی
5. تحلیل منتشر بدن

روشهای تجویز دارو برای پیشگیری PCP :

الف (تریمتوپریم - سولفا متوکسازول (دو فرص بزرگسال 400 / 80 ، روزانه و یا سه بار در هفته) تا زمانی که شمارش سلولهای CD4+ بین 100 و 200 است روزانه یک فرص و زمانی که شمارش این سلولها به زیر 100 افت کند، روزانه دو فرص توصیه می شود.)

ب (دایسون (50 میلیگرم خوراکی روزانه) + پریمنامین (50 میلیگرم خوراکی هفتگی) + فولینیک اسید 20-10 میلی گرمی

ج (دایسون (100 میلیگرم خوراکی روزانه))

توجه: هر یک از روشهای فوق در صورت عدم دسترسی به فلوسینومتری، باید تا آخر عمر ادامه یابد. در صورت دسترسی به فلوسینومتری شش ماه بعد از افزایش تعداد سلولهای CD4+ به بالای 200، می توان درمان پیشگیری PCP را قطع کرد.

4- واکسیناسیون :

الف) واکسیناسیون بزرگسالان (افراد بالای 18 سال) آلوده به HIV

1- واکسن دیفتری، کزاز (Td) با نوبت های صفر، 1-2 ماه و 6-12 ماه در صورتی که در 10 سال اخیر تزریق نشده باشد یا وضعیت واکسیناسیون مشخص نباشد.

در صورتی که بیمار قبلاً یک دوره واکسیناسیون را کامل کرده، هر 10 سال یک دوز نوبت کننده (booster) تجویز شود.

2- واکسن پنوموکک در صورتی که قبلاً تلقیح نشده باشد بدون توجه به میزان CD4 و مرحله بیماری، یک نوبت تلقیح شود.

3- واکسن هپاتیت ب با نوبت های صفر و 1 و 6 در صورتی که آزمایشهای HBsAg منفی باشد. (در اولین ویزیت افراد آلوده به HIV ضمن دریافت نمونه خون برای تست سرولوژی، اولین دوز واکسن تزریق گردد.)

4- واکسن آنفلونزا در شروع پاییز هر سال

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز
مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

ب) واکسیناسیون در نوزادان و کودکان متولد از مادر آلوده به HIV

بر اساس جدول جدید واکسیناسیون کشوری:

نام واکسن	سن
BCG, OPV, Hep B	پدو تولد
DTP, OPV, Hep B, Hib ¹	دو ماهگی
DTP, OPV, Hib	چهار ماهگی
DTP, OPV, Hep B, Hib	شش ماهگی
MMR	یک سالگی
DTP, OPV, Hib	18 ماهگی
Pneumovacc	آخر دو سالگی
DTP, OPV, MMR	4-6 سالگی +

نوجه:

① منظور از دوماهگی، از دوماه نا دوماه و 29 روز است و منظور از یکسالگی، از یک سال نا یک سال و 11 ماه و 29 روز است.

② Td هر ده سال تکرار شود.

✓ MMR و OPV در شش سالگی در صورتی که شمارش سلولهای CD4+ بیش از 15% با بالای 200 باشد و با

بدون علائم ایدز باشد صورت گیرد. واکسن سرخک در کودکان کمتر از یک سال فقط با CD4 بیشتر از 1500 با بدون علائم بالینی ایدز، تجویز گردد.

③ هیچ واکسن زنده (BCG، MMR، آبله مرغان و OPV) در افرادی که در مرحله ایدز هستند تلقیح نشود.

④ تمام کودکان متولد شده از مادران آلوده به HIV، باید واکسیناسیون معمول را انجام دهند و انجام واکسیناسیون نباید تا مشخص شدن وضعیت ابتلاء به HIV به تعویق افتد.

⑤ بر اساس توصیه WHO واکسن OPV در کشورهای در حال توسعه و نیز کشورهایی که بولئوی وحشی ریشه کن نشده است همچنان توصیه می شود. لازم به توضیح است که در هزاران کودک متولد شده از مادران آلوده به HIV که واکسن

OPV را دریافت کرده اند تاکنون هیچ مورد بولئومیلیت بار الینیک مربوط به واکسن گزارش نشده است.

⑥ واکسن پنوموкок 23 ظرفیتی باید به تمام کودکان در سن دو سالگی و به کودکان بزرگ تر در زمان تشخیص عفونت HIV تزریق شود.

5. پیشگیری انتقال از مادر به کودک:

الف) نحوه برخورد با زن باردار آلوده به HIV:

از آنجا که ریسک انتقال آلودگی از مادر بارداري که تحت درمان پیشگیری با داروهای ضد رتروویروسی فرار نمی گیرد، به کودک حدود 25%-30% است، شناسایی هرچه بیشتر زنان و/یا مادران بارداري که سابقه خطر مثل سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر در خود با همسر دارند و نهایتاً ارائه خدمات پیشگیری برای آنها از اهمیت زیادی برخوردار است. روی هم رفته توصیه میشود که زنان آلوده به HIV باردار نشوند و در صورت بارداري توصیه به ختم بارداري میشود و در صورتیکه مادر باردار عتی رغم مشاوره و آگاهی لازم اصرار به ادامه بارداري داشته باشد، باید برای وی با هر میزان از CD4 که داشته باشد، درمان پیشگیری با سه داروی ضد رتروویروسی موجود مد نظر فرار گیرد. در صورت پیشرفته بودن بیماری و رضایت مادر (در خصوص عوارض احتمالی داروها بر جنین)، تجویز دارو از همان ابتدای بارداري و در غیر این صورت، از هفته 14 بارداري به بعد (که احتمال این عوارض بسیار کاهش می یابد) شروع شود. باید در نظر داشت که در میان داروهای ضد رتروویروسی، داروی افلوپرنز² به دلیل احتمال تراووزن بودنش، در زنان باردار ممنوعیت مصرف دارد، همچنین از استفاده همزمان استا نوویدین (d4T) و دیدانوزین (ddI) به دلیل احتمال بیشتر بروز لاکتیک اسیدوز، در زمان بارداري بهتر است که پرهیز شود.

¹ Haemophilus Influenzae type B

² Efavirenz

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

این درمان پیشگیری نا زمان زایمان و در حین زایمان، ادامه می یابد. شروع فوری درمان پیشگیری در اولین ویزیت مادر باردار حتی اگر این ویزیت در حین زایمان باشد، توصیه می شود.

هدف از درمان پیشگیری مادر آلوده، کاهش ویرمی و در نتیجه کاهش خطر انتقال به کودک است. لازم به ذکر است از دیگر رژیم هایی که در کشورهای در حال توسعه مورد مصرف قرار می گیرد نوبرابین (Nevirapine) به مقدار 200mg نیک دوز بوده است. البته براساس برخی شواهد و مطالعات موجود استفاده از یک دارو امکان ایجاد مقاومت را افزایش می دهد همچنین باید در نظر داشت که بروز علائم کبدی و راش جلدی بدنیاال مصرف نوبرابین در زنان بخصوص زمانی که شمارش سلولهای CD4 بالاتر از 250 است، بیشتر از مردان مشاهده شده است می دهد و لذا درحال حاضر با توجه به وجود امکان درمان سه دارویی در کشور، شروع درمان پیشگیری با سه دارو توصیه می شود.

بدیهی است که ادامه درمان پیشگیری برای مادری که واجد شرایط **درمان** صدرنروپروسی نیستند، لزومی نداشته و درمان پیشگیری پس از زایمان قطع می شود.

درحال حاضر عمل سزارین در صورت الکتیو بودن در هفته 38 بارداری، توصیه می شود و در غیر این صورت، ریسک عمل سزارین با زایمان طبیعی تفاوت چندانی نخواهد داشت.

ب) برخورد با نوزاد متولد شده از مادر آلوده :

باید توجه داشت که حین سزارین با زایمان طبیعی کمترین صدمه به نوزاد وارد شود و بلافاصله پس از تولد، پوست و مخاط کاملاً شستشو داده شوند. پس از حدود 8 ساعت از زمان تولد زایدودین 2mg/kg/dose خوراکی هر 6 ساعت (ترجیحاً شربت) همراه با دو داروی لامیوودین با دوز 2 mg/kg/dose دوبار در روز و تلفناویر با دوز 40-50 mg/kg/dose سه بار در روز به مدت 6 هفته به نوزاد داده می شود. نوزاد باید به جای شیرمادر با شیر مصنوعی تغذیه کند زیرا تغذیه با شیرمادر با افزایش احتمال انتقال آلودگی همراه است.

نوزاد متولد شده از مادر آلوده به HIV در زمان تولد معمولاً طبیعی است و هیچ علامت بالینی برای تشخیص آلودگی به ویروس ندارد.

بدیهی است با توجه به عبور آنتی بادی های ضد HIV از جفت انجام آزمونهای الایزا و وسترن بلات در 18 ماه اول تولد ارزش تشخیصی ندارند. حساسیت PCR (DNA, RNA یا RT) در زمان تولد، بین 30 تا 50% است، اما بعد از 4 تا 6 ماه از تولد، به 100% میرسد. بهتر است این آزمایش در صورت امکان هر چه سریعتر انجام شود. اگر جواب آزمایش نخست منفی شود، باید آزمایش را مجدداً در 4 تا 6 ماهگی تکرار نمود.

نکته: وجود یک آزمایش مثبت، تشخیص را اثبات نمی کند و باید متعاقباً با استفاده از آزمایشهای سرولوژیک تشخیص قطعی شود. نائید آلودگی در نوزاد توسط آزمایشات بررسی آنتی بادی (الایزا) بعد از 18 ماهگی صورت می گیرد حتی در صورتیکه قبلاً توسط PCR تشخیص داده شده باشد. انجام آزمایش الایزا در 6 و 18 ماهگی توصیه شده است.

در صورتی که کودک زیر 18 ماه با نتیجه مثبت سرولوژیک HIV، دچار یکی از بیماریهای همراه و نشانگر ایدز شود، تشخیص عفونت حتی در صورت نتیجه منفی ویروس شناسی (PCR و غیره) در او نائید می شود.

جدول: تعداد لنفوسیت های CD4+ در سنین مختلف کودکی

بدون نقص ایمنی (شمارش CD4 مساوی یا بیش از 25%)	نقص ایمنی متوسط (شمارش CD4 بین 15-24%)	نقص ایمنی شدید (شمارش CD4 کمتر از 15%)	
حداقل 1500	750 تا 1499	کمتر از 750	0 تا 12 ماهگی
حداقل 1000	500 تا 999	کمتر از 500	1 تا 5 سالگی
حداقل 500	200 تا 499	کمتر از 200	6 تا 12 سالگی

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

البته با توجه به منخبر بودن شمارش مطلق سلولهای CD4+ بهتر است به درصد این سلولها توجه شود. برای کلیه نوزادان متولد شده از مادر آلوده به HIV درمان پیشگیری PCP با کوتریموکسازول باید از هفته ششم تولد شروع و تا پایان يك سالگی و با تا زمانی که وضعیت HIV کودک مشخص شود، ادامه یابد.

درمان ضدتروویروسی

در حال حاضر پنج تا شش میلیون نفر مبتلا به ایدز در کشورهای در حال توسعه نیاز به درمان ضدتروویروسی دارند و این درحالی است که تنها سیصد هزار نفر به این درمان دسترسی دارند. سازمان بهداشت جهانی برنامه درمان برای سه میلیون نفر تا پایان سال 2005 را ابزاری برای تقویت سیستم بهداشتی کشورها می شناسد. کشور ما نیز این هدف را در نظر گرفته و تمام تلاش خود را برای افزایش پوشش مراقبت و درمان ضدتروویروسی میکند. البته ضرورت امکان شناسایی هرچه بیشتر موارد را به عنوان پیش زمینه مراقبت و درمان نباید فراموش کرد. الف - بر اساس تعاریفی که در خصوص ایدز ارائه شد (صفحه 6 و 7) ، معیار درمان ضدتروویروسی در حال حاضر به شرح ذیل میباشد:

معیارهای شروع درمان ضدتروویروسی در بالغین و نوجوانان بالای 12 سال:

امکان سنجش سلولهای CD4+ وجود دارد :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ مرحله بالینی چهار بدون در نظر گرفتن شمارش سلولهای CD4+ ▪ مراحل بالینی یک، دو، با سه با شمارش سلولهای CD4+ کمتر از 200 در میلیتر مکعب
امکان سنجش سلولهای CD4+ وجود ندارد:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ مرحله بالینی چهار بدون در نظر گرفتن شمارش کل لنفوسیت ها ▪ مرحله بالینی دو با سه با شمارش کل لنفوسیتها کمتر از 1200 در میلیتر مکعب

معیارهای شروع درمان ضدتروویروسی در مورد کودکان به شرح زیر است:

مرحله بالینی	وضعیت آزمایشگاهی	سن	امکان تست CD4
مرحله بالینی سه با درصد سلولهای CD4+ کمتر از 20%	سرولوژی HIV مثبت با مادر آلوده	کمتر از 18 ماه	وجود دارد
مرحله بالینی سه بدون در نظر گرفتن درصد سلولهای CD4+ مرحله بالینی یک با دو با درصد سلولهای CD4+ کمتر از 15%	سرولوژی مثبت HIV	بیشتر از 18 ماه	
تنها در صورتی که تست ویروزی مثبت و در مرحله بالینی سه باشد ایدز تلقی میشود. (کودکان بدون علامت (مرحله 1)، تحت درمان قرار نمی گیرند.)	سرولوژی HIV مثبت با مادر آلوده	کمتر از 18 ماه	وجود ندارد
مرحله بالینی سه	سرولوژی مثبت HIV	بیشتر از 18 ماه	

لازم به ذکر است که شمارش مطلق لنفوسیت ها ارتباط مستقیم با خطر مرگ و میر این کودکان دارد. خطر مرگ و میر در ظرف يك سال، در کودکان کمتر از 18 ماهی که شمارش مطلق لنفوسیت کمتر از 2500، و برای کودکان 18 ماهه با بالاتر، با شمارش مطلق لنفوسیت کمتر از 1500، بیش از 20% بوده است. لذا شمارش مطلق لنفوسیت کمتر از 2500 برای کودکان کمتر از 18 ماهه با شمارش کمتر از 1500، برای کودکان 18 ماهه با بیشتر، میتواند نشانگر نقص ایمنی باشد. موضوع دیگری که اهمیت دارد این است که طی رخم ترشح داروهای ضدتروویروسی مثل نویرابین، در شیر مادر لازم است که در صورتیکه کودک نیاز به درمان ضدتروویروسی داشته باشد، داروها با دوز های استاندارد در اختیار کودک قرار گیرد.

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

لازم به ذکر است که سرولوژی HIV بک بار بعد از 6 ماهگی و بک بار بعد از 18 ماهگی باید تکرار و اثبات شود. درمان ضد رتروویروسی تنها برای موارد اثبات شده عفونت HIV ادامه خواهد یافت.

آزمایشات زیر زمان شروع درمان ضد رتروویروسی درخواست شوند:

1. قبل از شروع درمان:
 - ✓ CBC, Diff ESR - LFT - BUN , Cr - FBS - Cholesterol - Triglyceride
 - ✓ Pregnancy Tests: وضعیت همه خانمهای آلوده ای که در سن باروری هستند در صورت تاخیر در عادت ماهانه یا قبل از شروع درمان ضد رتروویروسی از نظر بارداری باید مشخص شود.

2. آخر هر ماه

✓ CBC, Diff

3. آخر ماههای اول، دوم، سوم و پس از آن هر شش ماه:

✓ BUN, Cr. - LFT

4. در آخر هر سال:

✓ ESR , LFT , BUN ,Cr ,FBS ,Cholesterol ,Triglycerid, CBC-Diff

ب) داروها و دوز موثر:

در کشور در حال حاضر سه دارو برای شروع درمان ضد رتروویروسی کامل (HAART) در دسترس قرار دارند:

1. زایدویدین (AZT یا ZDV): 300 میلی گرم دو بار در روز با 100 میلی گرم شش بار در روز با 200 میلی گرم سه بار در روز
2. لامی وودین (3TC): 150 میلی گرم دو بار در روز (در صورتیکه وزن بیمار کمتر از 50 کیلوگرم باشد، دو میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن)
3. نلفیناویر (NFV): 750 میلی گرم هر 8 ساعت با 1250 میلی گرم هر 12 ساعت (نه فرص در روز)

لازم است هر سه داروی فوق به طور همزمان تجویز و استفاده شوند، در غیر اینصورت احتمال مقاومت دارویی افزایش خواهد یافت. هر بک از این داروها دارای عوارض جانبی متعددی می باشد و بیمار باید در حین درمان مورد پایش قرار گیرد. برای اطلاعات بیشتر در خصوص شرایط شروع درمان و غیره به کتاب راهنمای درمان ضد رتروویروسی مراجعه نمایید. تکمیل پرونده درمان ضد رتروویروسی برای کلیه بیماران که تحت درمان ضد رتروویروسی قرار خواهند گرفت و نیز ارسال تصویر صفحه دوم آن به مرکز مدیریت بیماریها الزامی است.

درمان همزمان ضد رتروویروسی و سل

بسیاری از واجدین شرایط شروع درمان ضد رتروویروسی کسانی هستند که همزمان مبتلا به سل نیز هستند. سل عامل اصلی مرگ و میر در میان بیماران مبتلا به ایدز می باشد. تنها در سال 1999 حدود 30% مرگ و میرهای مربوط به ایدز به دلیل سل بوده است. از طرفی نیز شروع درمان ضد رتروویروسی برای مبتلایان به سل که در مرحله ایدز هستند تاثیر بسیار مثبتی بر روند بهبودیشان داشته است. با توجه به مشکلات اخیر که در موضوع درمان همزمان سل و HIV روی داده ایم و با استناد به آخرین دستور العمل سازمان بهداشت جهانی¹ و نیز داروهای موجود، دستور العمل زیر تنظیم شده است.

وضعیت بیمار	دستور العمل درمان
شمارش سلولهای CD4+ کمتر از 200 در میلی متر مکعب	<ul style="list-style-type: none"> ✓ شروع درمان ضد سل ✓ شروع درمان ضد رتروویروسی ظرف مدت 2 هفته تا 2 ماه از شروع درمان ضد سل (به محض تحمل درمان ضد سل توسط بیمار)
شمارش سلولهای CD4+ بین 200 و 350 با شمارش مطلق لنفوسیت ها کمتر از 1200 در میلی متر مکعب	<ul style="list-style-type: none"> ✓ شروع درمان ضد سل ✓ شروع درمان ضد رتروویروسی بعد از دو ماه از شروع درمان سل

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

<ul style="list-style-type: none"> ✓ شروع درمان ضدسل ✓ پایش روئین شمارش سلولهای CD4+ و شروع درمان ضد رتروویروسی زمانی که واجد شرایط شود 	سلولهای CD4+ بیش از 350 با شمارش مطلق لنفوسیت ها بیش از 1200
<ul style="list-style-type: none"> ✓ شروع درمان ضدسل ✓ شروع درمان ضد رتروویروسی منوط به وجود سایر علائم بالینی و شمارش مطلق لنفوسیت ها خواهد بود. 	عدم دسترسی به شمارش CD4

چنانکه مشخص است، درمان ضد رتروویروسی برای کلیه مبتلایان به سل که شمارش سلولهای CD4+ کمتر از 200 دارند توصیه شده است. البته درمان سل برای کسانی که مبتلا به سل میشوند از اولویت اول برخوردار می باشد و نباید تحت الشعاع درمان ضد رتروویروسی قرار گیرد.

رژیم دارویی ضد رتروویروسی که در حل حاضر برای مبتلایان به سل همزمان که تحت درمان ضد سل با ریفامپیسین هستند، توصیه میشود: زایدوودین + لامیوودین + نویراپین یا افویرنز با دوز 800 میلی گرم روزانه

دقت:

- ✓ تجویز افویرنز برای زنانی که در دوران باروری به سر می برند و از ابزار ضد بارداری موثری استفاده نکرده و احتمال بارداری دارند توصیه نمیشود.
- ✓ استفاده همزمان از نلفیناویر یا ایندیناویر با ریفامپیسین، ممنوع است.
- ✓ استفاده از نویراپین همزمان با ریفامپیسین تنها زمانی که امکان انتخاب داروی دیگری وجود نداشته باشد توصیه میشود.

در صورت لزوم درمان همزمان ضد سل و ضد رتروویروسی:

1. دریافت صحیح و تحت نظارت (DOTs) داروهای ضد سل اولویت داشته ترجیحا از رژیم های درمانی که حاوی ریفامپیسین هستند استفاده شود.
2. در صورتیکه قبلا بیمار تحت درمان ضد رتروویروسی بوده است:
 - در درجه اول شروع درمان ضد سل حاوی ریفابوتین و ادامه درمان قبلی ضد رتروویروسی توصیه میشود.
 - در صورت عدم دسترسی به ریفابوتین، افویرنز یا نویراپین، و تشخیص متخصص عفونی مبنی بر لزوم شروع هرچه سریعتر درمان ضد رتروویروسی، استفاده از سه داروی ایزونیاژید، پیرازینامید و اتامبوتول برای مدت 18 تا 24 ماه در کنار رژیم سه دارویی ضد رتروویروسی که حاوی نلفیناویر یا ایندیناویر است، ارجحیت خواهد داشت.
 - قطع درمان ضد رتروویروسی به هیچ وجه توصیه نمیشود و تنها در صورتیکه داروی ریفابوتین یا افویرنز/نویراپین در دسترس نبوده، بیمار نیز تحمل کافی در دریافت داروهای ضد سل فوق برای طولانی مدت نداشته باشد، قطع نلفیناویر یا ایندیناویر به صورت موقت ممکن است مورد پیدا کند که البته این شرایط به هیچ وجه مطلوب نخواهد بود.

درمان ضد رتروویروسی در مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر

مبارهای شروع درمان ضد رتروویروسی در این افراد چه از نظر بالینی و چه از نظر ایمنولوژیکی با سایرین مشابه است. موضوعی که حتما باید مورد توجه قرار گیرد، تمکین¹ به درمان آنها است. تجربه جهانی و همچنین کشورمان نشان داده است که شروع درمان جایگزین با منادون برای این بیماران نقش موثری در افزایش تمکین ایشان به درمان ضد رتروویروسی دارد. استراتژی دیگری که با هدف افزایش تمکین این بیماران قابل استفاده است استفاده از داروهای - ضد رتروویروسی دیگر با تعداد کمتر فرص روزانه است که امکان نظارت مستقیم بر درمان (DOT) را فراهم می سازد.²

¹ Adherence

² در حال حاضر تلاشهایی از طرف مرکز مدیریت بیماریها جهت تنوع بخشیدن به داروها و نیز واردات داروهای با تعداد فرص کمتر در حال پیگیری می باشد.

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

موضوعی که باید در نظر داشت دوز منادون است که در صورت استفاده همزمان با تلنایویر و نورابین، باید افزایش یابد. این بیماران باید از بابت علائم قطع مواد¹، از نزدیک پایش شده دوز منادون در طول زمان به مرور و با در نظر گرفتن علائم قطع مواد، افزایش یابد. این کار باید تحت نظارت نزدیک روانپزشک و نیز متخصص بیماریهای عفونی انجام گیرد.

درمان مبتلایان همزمان به HIV و هپاتیت C²

به طور میانگین تقریباً نیمی از بیماران بعد از 25 سال از اولین تماس با ویروس هپاتیت C، به سیروز مبتلا میشوند. اگر میانه سنی مبتلایان همزمان به HIV و هپاتیت C را 40 سال بدانیم و اغلب آنان نیز مصرف کنندگان تزریقی مواد باشند، که در حدود 20 سالگی، استفاده مشترک از سرنگ و سوزن را شروع کرده باشند در این صورت اغلب مبتلایان هم اکنون باید به فیروز بارز کبدی مبتلا باشند. لذا در صورت عدم درمان در دهه آینده بک افزایش سریع در عوارض کبدی در میان مبتلایان به HIV انتظار خواهد رفت. با در نظر گرفتن اینکه اغلب مبتلایان به HIV در کشور ما را مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر در بر میگیرند، و نیز هپاتیت C در این گروه خاص بسیار شایع است لازم است که کلیه موارد شناسایی شده مبتلا به HIV در ابتدا از نظر وجود آنتی بادی علیه هپاتیت C غربالگری شوند. در حال حاضر برنامه مراقبت خاصی برای مبتلایان همزمان به HIV و هپاتیت C وجود ندارد. در خصوص درمان نیز بر اساس آخرین اطلاعات موجود میزان پاسخ به درمان هپاتیت C در بیمارانی که همزمان به HIV مبتلا هستند حتی با استفاده از بگ انترفرون و ریبوویرین، پایین تر است. روی هم رفته میزان پاسخ پایدار در حدود 20 تا 35% بوده که تقریباً نصف پاسخی است که در افراد HIV منفی دیده میشود. پاسخ به درمان به صورت پایدار در مبتلایان به هپاتیت C با زوناب 2 و 3 حدود 40 تا 60% اما پاسخ به درمان در آنهایی که با زوناب 1 یا 4 ویروس آلوده شده اند، حدود 25% است. مناسبانه دسترسی به اطلاعات زوناب در کشور محدود به چند آزمایشگاه تحقیقاتی و خصوصی میباشد.

از مشکلات دیگری که در این میان وجود دارد احتمال بالای قطع درمان در این بیماران است که بیش از 25% برآورد شده است. این مشکل عمدتاً بدلیل عوارض جانبی داروها و نیز عدم مهارت پزشکان در برخورد با این موضوع بوده است. باید در نظر داشت که عود نیز در این بیماران شایعتر است. البته مسئله عدم تمکین بیماران شاید از مهمترین عوامل باشد.

عواملی که در مبتلایان همزمان به HIV، منجر به پاسخ ضعیفتر به درمان هپاتیت C میشود:

تأثیر کمتر درمان هپاتیت C در جایی که اختلال ایمنی بدلیل HIV وجود دارد.

درجه فیروز کبدی پیشرفته تر

میزان بروز بالانتر استئاتوز (الکل، آنالوگ های نوکلئوزیدی)

وجود باروویروسی بیشتر هپاتیت C

میزان پایین تر Clearance ویروس بعد از درمان

شیوع بالانتر عود بعد از قطع درمان

شیوع بالانتر قطع درمان بدلیل بروز عوارض جانبی

حمل³ پایینتر نسبت به داروها

هزینه بالای درمان هپاتیت نیز از مشکلات عمده موجود میباشد که با در نظر گرفتن اثربخشی محدود و عوارض زیاد این درمان فعلاً تا زمانی که هزینه اثربخشی آن مشخص نشده است درمان هپاتیت با هزینه خود مبتلایان انجام خواهد شد.

واجدین شرایط شروع درمان هپاتیت C:

1. مکرراً آتریمهای کبدی (آلانین ترانسفراز) بالا داشته باشند.
2. آزمایش PCR از نظر هپاتیت C مثبت باشد.
3. شمارش سلولهای CD4 مثبت بالانتر از 350 داشته باشند.
4. قبلاً سابقه علائم نارسایی کبدی نظیر آسیت، خونریزی دستگاه گوارش، انسفالوپاتی نداشته باشند.
5. سابقه قبلی اختلالات Neuro-psychiatric نداشته باشند.
6. افرادی که در حال حاضر مصرف کنند تزریقی مواد مخدر و یا الکلیک نباشند. (بیمارانی که تحت درمان با منادون هستند از این فائده استثناء هستند). در این بیماران دوز منادون باید تعدیل شود.

¹Opiate withdrawal

² Reference: Vincent Soriano, Massimo Puoti, et al; Care of patients with hepatitis C and HIV co-infection, AIDS Journal, 2004, volume 18, number 1: page 1-12

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

شروع درمان با دو داروی بگ انترفرون¹ (Peg-Interferon) و ریباویرین، برای کسانی که شمارش سلولهای CD4 آنها کمتر از 350 است درحال حاضر توصیه نمیشود. دلیل آن پاسخ درمانی ضعیف و بیشتر شدن احتمال بروز عفونت های فرصت طلب میباشد. در این زمان شروع درمان ضد رتروویروسی (با در نظر گرفتن شرایط شروع درمان) و درمانهای پیشگیری از عفونت های فرصت طلب، اولویت اول را دارند.

شروع درمان هیپاتیت C منوط به وجود بگ نیم فوی شامل منحصصین بیمارهای عفونی با تجربه، روانشناس و روانپزشک میباشد. نمکین به درمان بگ عامل کلیدی مهم در دستیابی به پاسخ مناسب بوده و ارزیابی نمکین بیماران باید همانند ارزیابی برای شروع درمان ضد رتروویروسی صورت پذیرد.

طول مدت درمان برای کسانی که با زونایب 2 و یا 3 آلوده شده اند حداقل شش ماه و برای کسانی که با زونایب 1 با 4 آلوده شده اند حداقل بگ سال باید باشد.

پایش بیماران HIV مثبت تحت درمان هیپاتیت C، به این صورت خواهد بود که در صورتیکه بعد از 12 هفته از شروع درمان، HCV-RNA بیش از 2 لوگاریتم کاهش نشان دهد، درمان ادامه می‌یابد و در غیر این صورت درمان قطع میشود.

نقش بیوپسی کبد برای تصمیم گیری در درمان مبتلایان همزمان به HIV و هیپاتیت C، هنوز مورد بحث است. در صورتیکه بیماران نامطلبی به انجام بیوپسی نداشته باشند، و یا با در نظر گرفتن سایر مشکلات و احتمال پیشرفت سریعتر به بیمارهای کبدی شدید، تجویز درمان هیپاتیت ت نباید منوط به بیوپسی بشود. در بیمارانی که آزیبهای کبدی نرمال دارند بیوپسی کبد حتما باید قبل از تجویز درمان انجام شود.

برخورد با عوارض جانبی درمان هیپاتیت C در افراد HIV مثبت:

عوارض داروهای هیپاتیت C به طور شایعی دیده میشوند و میتوان آنها را به پنج گروه دسته بندی کرد:

1. علائم شبیه آنفوانزا (سردرد، تب، آسنی، میالژی، کاهش اشتها)
2. عوارض هماتولوژیک (معمولا آنمی)
3. اختلالات Neuro-psychiatric (افسردگی، حساسیت، بی‌خوابی²)
4. علائم دستگاه گوارشی (تهوع و اسهال)
5. التهاب در محل تزریق.

بعلاوه، برخی عوارض مثل آلویسی، اختلال در عملکرد تیروئید نیز ندرنا ممکن است دیده شود. رویهم رفته این عوارض در 15% موارد منجر به قطع درمان و در 20 تا 25% منجر به کاهش دوز داروها، میشود. بیماران باید نسبت به عوارض و چگونگی پیشگیری و برخورد با این عوارض آشنایی داشته باشند. (مثلا برای عوارض شبه آنفوانزا میتوان از استامینوفن استفاده نمود). درمان افسردگی باید به محض شروع علائم مدنظر فرار گیرد. Peg-Interferon ممکن است منجر به کاهش شدید سلولهای CD4+ و نوتروپنی شود که بعد از قطع آن برگشت پذیر است. ریباویرین نیز میتواند ظرف 12 هفته از درمان ایجاد آنمی کند. آگاهی ناکافی پزشکان درمانگر و نیز عدم توجه کامل بیماران دو عامل مهم در قطع درمان به شمار میروند. لذا پزشکان باید تجربه و مهارت خود را در برخورد با عوارض جانبی داروها افزایش داده تا آنجا که مسمومیت های جدی بروز نکرده است، تلاش خود را برای نگهداری بیماران در درمان بکنند.

همانگونه که اشاره شد عوارض هماتولوژیک ممکن است بوسیله Peg-Interferon و یا ریباویرین ایجاد شود. آنمی بدلیل ریباویرین مشخصا خفیف بوده و بدلیل همولیز خارج عروقی ایجاد شده همراه با رتیکولوسیتوز میباشد. اگرچه کاهش دوز ریباویرین بروز آنمی را کاهش میدهد اما استفاده از اریثروپوئین³ در رفع این موضوع بسیار موثر بوده است. تجویز فولینیک اسید نیز توصیه شده است. در صورت ادامه یافتن آنمی، زمانی که هموگلوبین به کمتر از 10 گرم در دسی‌لیتر، باید قطع شود.

لوکوپنی بخصوص نوتروپنی و به میزان کمتر لنفوسیتوپنی، ممکن است با دریافت بگ انترفرون دیده شود. بخصوص بیماران باید از احتمال افت بیشتر سلولهای CD4+ خویش آگاه باشند. در اغلب موارد اگرچه شمارش مطلق این سلولها کاهش می‌یابد اما درصد آن حفظ میشود. همچنین این وضعیت با قطع درمان انترفرون باز میگردد.

تداخل دارویی میان داروهای ضد رتروویروسی و ریباویرین میتواند مشکل آفرین باشد. از آنجا که آنمی یکی از عوارض شایع ریباویرین است توجه به این عارضه در بیمارانی که زایدودین دریافت میکنند ضروری است. در بیمارانی که آنمی ناشی از زایدودین دارند شروع درمان هیپاتیت C باید با احتیاط صورت گیرد و قبل از تجویز ریباویرین، در صورت امکان داروی دیگری جایگزین زایدودین شده و یا پایش نزدیک هموگلوبین در شش هفته اول درمان انجام شود.

¹ درحال حاضر با استناد به شواهد موجود استفاده از بگ - انترفرون توصیه میشود

² Insomnia

³ Recombinant Erythropoietin

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

ریبایورین می تواند با افزایش غلظت متابولیت های دیدانوزین در داخل سلولها، ریسک تخریب میتوکوندریال را افزایش دهد. موارد بسیاری از بانکرانیت با اسیدوز لاکتیک در کسانی که ریبایورین و دیدانوزین همزمان استفاده کرده اند گزارش شده است. لذا بیمارانی که تحت درمان با ریبایورین قرار میگیرند باید از مصرف دیدانوزین پرهیز نمایند و یا پیش مداوم لاکتات سرم و سطح آمیلاز توصیه میشود و بیماران باید از هرگونه علامت ناشی از اسیدوز لاکتیک (ناراحتی های گوارشی، تب، ضعف، تهوع، استفراغ) آگاه شوند. درخصوص نفث استاودین در بروز اسیدوز لاکتیک نیز اگرچه به میزان کمتر، گزارشی در دست میباشد. اخیرا موارد نارسایی کبدی که بعضا مرگ آسا بوده است در افرادی که ریبایورین و دیدانوزین همزمان استفاده میکرده اند دیده شده است. همه این موارد سیروز داشته اند و مصرف همزمان دیدانوزین و ریبایورین نفث فزاینده ای در نارسایی کبدی داشته است. لذا تجویز همزمان ریبایورین و دیدانوزین در بیمارانی که دچار فیبروز پیشرفته کبدی هستند ممنوعیت دارد.

مشاهدات متعددی حاکی از این حقیقت است که ریبایورین در صورتیکه همزمان با برخی از آنالوگ های نوکلئوزیدی بخصوص استاودین استفاده شود میتواند از دست دادن جری زبریوست را تشدید کند. در این صورت کاهش وزن شدید شبیه لیپوآتروفی پیشرونده، میتواند به عنوان بک عارضه تبییک ناشی از مصرف ریبایورین و داروهای ضد رتروویروسی شمرده شود. بیماران باید از خطر این عارضه آگاه شده و در صورت امکان داروهای که عارضه لیپویدستروفیک کمتری دارند تجویز شود. لیپویدستروفی به صورت کاهش جری در صورت و اندامها و افزایش جری در شکم مشخص شده میتواند پس از مدتی برای بیمار ناراحت کننده شود. این عارضه پس از قطع درمان هم تا مدتها باقی میماند.

مسمومیت کبدی ناشی از داروهای ضد رتروویروسی

در حدود 5 تا 10% بیمارانی که درمان سه دارویی ضد رتروویروسی را آغاز میکنند، افزایش آنزیمهای کبدی درجه 3 یا 4 (بیش از ده برابر) دیده میشود. این میزان در بیمارانی که زمینه هیپاتیت C مزمن دارند شدیدتر مشاهده میشود. بعلاوه برخی داروها نظیر نوبراپین، ریتاناویر¹ با دوز کامل ممکن است بیشتر با عارضه مسمومیت کبدی همراه باشند. لذا آنزیمهای کبدی در بیمارانی که درمان ضد رتروویروسی را شروع میکنند بخصوص در صورتیکه داروهای فوق الذکر در کسانی که هیپاتیت C دارند شروع میشود، باید از نزدیک پایش شود. برخی داروها مثل نوبراپین ممکن است بعد از 6 ماه از درمان، عوارض کبدی ایجاد کنند.

افزایش آنزیمهای کبدی بعد از درمان ضد رتروویروسی ممکن است بواسطه مکانیزم های دیگر نیز حادث شود. در بیماران با شمارش سلول CD4+ پایین و یا بار ویروسی بالا، درمان موفق ضد رتروویروسی میتواند پاسخ ایمنی را افزایش داده و سلولهای کبدی حاوی ویروس هیپاتیت C را بهتر شناسایی کرده و منجر به تخریب وسیع این سلولها شود. نازمانی که بیمار بدون علامت بوده و آنزیمهای کبدی بیشتر از 10 برابر افزایش نیافته اند (درجه 4 مسمومیت) درمان باید ادامه یافته و آنزیمها از نزدیک پایش شوند چراکه در بسیاری از موارد آنزیمها به میزان طبیعی باز خواهند گشت. از طرف دیگر پدیده sensitivity که ممکن است مدتی بعد از شروع نوبراپین دیده شود میتواند همراه با افزایش آنزیمهای کبدی باشند. به نظر نمیرسد وجود زمینه هیپاتیت C مزمن، نفثی در بروز این پدیده داشته باشد.

افزایش آنزیمهای کبدی بعد از شروع درمان ضد رتروویروسی در بیمارانی که زمینه هیپاتیت B با C دارند شایعتر است. لذا داروهای که بیشتر با عوارض مسمومیت کبدی همراه هستند مثل نوبراپین و ریتاناویر، باید در بیماران مبتلای همزمان به هیپاتیت و HIV با دقت بیشتری تجویز شود. این داروها در بیمارانی که علائم کبدی با افزایش سطح ترانس آمینازهای درجه 4 (بیش از ده برابر افزایش) را نشان میدهند باید قطع و داروهای دیگر جایگزین شود. مجددا تاکید میشود که در برخی از موارد بعد از شروع درمان ضد رتروویروسی، احیای سیستم ایمنی میتواند منجر به افزایش سطح ترانس آمینازها شود. پایش نزدیک این بیماران در هفته های اول، با مشاهده بهبود تدریجی اختلالات کبدی بدون قطع درمان، در ماندگاری آنها در درمان کمک خواهد کرد.

علائم بالینی و آزمایشگاهی مقاومت دارویی

بروز علائم مقاومت دارویی، عدم تحمل داروها و مسمومیت دارویی، به گونه ای که لازم به قطع درمان باشد، از علل اصلی تغییر رژیم درمانی ضد رتروویروسی میباشند. در صورتیکه عوارض غیرقابل درمان بک داروی خاص مشخص شده باشد میتوان به جای آن دارو از بک داروی معادل که آن عوارض را نداشته باشد استفاده نمود به عنوان مثال جایگزینی استاودین به جای زایدودین (در صورت بروز آمی). درحالیکه اگر تغییر رژیم به دلیل بروز علائم مقاومت باشد لازم است که از بک رژیم کاملا جدید حداقل سه داروی جدید استفاده شود.

دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز مرکز مدیریت بیماری ها - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

علائم بالینی و آزمایشگاهی مقاومت دارویی شامل موارد زیر میباشد:

1. بروز علائم عفونت های فرصت طلب جدید با علائم بدخیمی که نشانگر پیشرفت بالینی بیماری است. این موضوع باید از علائم سندروم بازسازی ایمنی¹ که در سه ماه اول شروع درمان ضد رتروویروسی ممکن است رخ دهد افتراق داده شود. در حالت اخیر، علائم، بیانگر نارسایی درمان نبوده درمان عفونت های فرصت طلب بدون ایجاد نخپیر در رژیم درمانی ضد رتروویروسی، باید به شکل معمول صورت پذیرد. سندروم بازسازی ایمنی بدنبال شروع درمان ضد رتروویروسی بروز میکند ممکن است که با علائمی نظیر بیماری های فرصت طلب ظرف چند هفته اول شروع درمان نمایان شود.
2. بروز مجدد عفونت های فرصت طلب قبلی²
3. بروز با عود علائم بالینی مرحله 3 شامل سندروم نطیل منتشر (generalized wasting syndrome)، اسهال مزمن، تب طول کشیده بدون نوجبه و غیره. (به جدول صفحه 6 و 7 مراجعه شود).
4. بازگشت تعداد سلولهای CD4+ به میزان بیش از شروع درمان بدون اینکه عفونت با عامل دیگری نوجبه کننده این افت تعداد سلولها باشد.
5. افت بیش از 50% در سطح سلولهای CD4+ بدون اینکه دلیل موجهی برای موضوع مشخص شده باشد. توجه: در صورتیکه تشخیص شکست درمان تنها براساس شمارش CD4+ صورت میگیرد، لازم است که در صورت امکان شمارش CD4 تکرار و کاهش آن اثبات شود. دلالت نخپیر در رژیم دارویی

7 - تنظیم خانواده :

تنظیم خانواده در افراد آلوده به HIV بهتر است بصورت double method باشد (بک روش مطمئن برای پیشگیری از بارداری مثل TL و وازکئومی، همراه با کاندوم جهت پیشگیری از آلودگی). کاندوم مورد نیاز حتماً باید در اختیار بیماران قرار گرفته، نحوه صحیح استفاده از کاندوم آموزش داده شود. درخصوص زنانی که تحت درمان ضد رتروویروسی هستند بدلیل احتمال نداخل این داروها و کاهش اثر داروهای ضدبارداری، استفاده همزمان از فرص ضدبارداری و کاندوم توصیه شده است. استفاده از کاندوم حتی در مورد زوجهایی که هر دو آلوده اند جهت جلوگیری از تبادل سوسهای مختلف توصیه می شود.

8 - نحوه پایش خانواده فرد مبتلا به HIV. :

انجام تست HIV (پس از مشاوره) برای شریک جنسی در بدو مراجعه، سه ماه بعد و سپس هر 6 ماه توصیه می شود. در صورت مثبت بودن آزمایش وسنرین بلات مادر، حداقل اقدام، آزمایش HIV برای کلیه کودکان زیر 10 سال است. (ممکن است برای اطمینان، کلیه کودکان خانواده بدون توجه به سن آنها مورد آزمایش اولیه قرار گیرند) در صورت منفی بودن نتیجه، پایش سالانه در صورت صلاحدید مشاور توصیه می شود. انجام مشاوره و آموزش در این افراد ضروری است.

¹Immune Reconstitution Syndrome (IRS)

² عود سل ممکن است عامل پیشرفت بیماری تلقی نشود چراکه بروز مجدد عفونت محتمل است. در اینجا ارزیابی بالینی لازم خواهد بود.