附件3

**预防艾滋病母婴传播干预服务技术要点**

一、孕产妇抗病毒治疗方案

（一）推荐方案。

1. 孕期或临产发现感染、尚未接受抗病毒治疗的孕产妇，应即刻给予抗病毒治疗。治疗方案推荐选择以下两种方案中的任意一种，也可根据实际情况进行调整。

方案一：齐多夫定（AZT）+拉米夫定（3TC）+洛匹那韦/利托那韦（LPV/r），或

方案二：替诺夫韦（TDF）+拉米夫定（3TC）+依非韦伦（EFV）

表1. 常用抗病毒药物剂量及使用方法

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 药物 | 单次剂量 | 使用方法 |
| AZT | 300 mg | 1天2次 |
| 3TC | 300 mg | 1天1次 |
| LPV/r | 200mg/50mg/片，2片 | 1天2次 |
| TDF | 300mg | 1天1次 |
| EFV | 600mg | 1天1次 |

2. 孕前已接受抗病毒治疗的孕产妇，根据病毒载量检测结果进行病毒抑制效果评估。如果病毒抑制效果理想（即病毒载量小于最低检测限），可保持原治疗方案不变；否则，调整抗病毒治疗用药方案。

（二）注意事项。

1. 一旦发现艾滋病感染孕产妇，无论其是否进行CD4+T淋巴细胞计数和病毒载量检测，也无论其检测结果如何，都要尽快开始抗病毒治疗。在分娩结束后，无论采用何种婴儿喂养方式，均无需停药，尽快将其转介到抗病毒治疗机构，继续后续抗病毒治疗服务。特别强调，对于选择母乳喂养的产妇，如因特殊情况需要停药，应用抗病毒药物至少要持续至母乳喂养结束后一周。

2. 当孕产妇血红蛋白低于90g/L或中性粒细胞低于0.75×109/L，建议不选或停用AZT。应用TDF前，须进行肾脏功能评估。

具体参见《预防艾滋病母婴传播技术指导手册》及《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》。

二、婴儿抗病毒用药方案

婴儿应在出生后尽早（6～12小时内）开始服用抗病毒药物，可以选择以下两种方案中的任意一种（详见表2和表3）。婴儿若接受母乳喂养，应首选NVP方案。

表2. 婴儿预防用药建议剂量：奈韦拉平（NVP）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出生体重 | 用药剂量 | 用药时间 |
| ≥2500g | NVP 15mg（即混悬液1.5ml），每天1次 | 母亲孕期即开始用药者，婴儿应服药至出生后4～6周；  母亲产时或者产后才开始用药者，婴儿应服用6~12周。  母亲哺乳期未应用抗病毒药物，则婴儿持续应用抗病毒药物至母乳喂养停止后1周。 |
| ＜2500g  且≥2000g | NVP 10 mg（即混悬液1.0ml），每天1次 |
| ＜2000g | NVP 2 mg /kg（即混悬液0.2ml/kg），每天1次 |

表3. 婴儿预防用药建议剂量：齐多夫定（AZT）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出生体重 | 用药剂量 | 用药时间 |
| ≥2500g | AZT 15mg（即混悬液1.5ml），每天2次 | 母亲孕期即开始用药者，婴儿应服药至出生后4~6周；  母亲产时或者产后才开始用药者，婴儿应服用6~12周。  母亲哺乳期未应用抗病毒药物，则婴儿持续应用抗病毒药物至母乳喂养停止后1周。 |
| ＜2500g  且≥2000g | AZT 10mg（即混悬液1.0ml），每天2次 |
| ＜2000g | AZT 2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg），每天2次 |

三、孕产妇抗病毒治疗的相关检测

孕产妇抗病毒用药前、用药过程中应进行相关的检测，并结合临床症状对孕产妇感染状况进行评估，以便确定用药方案和监测治疗效果。

**用药前**，进行CD4+T淋巴细胞计数、病毒载量检测及其他相关检测（包括血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖等）。

**用药过程中**，每三个月进行1次CD4+T淋巴细胞计数及其他相关检测（同前）。

**孕晚期**，进行1次病毒载量检测，并在分娩前获得检测结果。

四、安全助产服务

孕期提供充分的咨询，帮助感染孕妇及其家人尽早确定分娩医院，及时到医院待产。

艾滋病感染不作为实施剖宫产的指征。对于孕早、中期已经开始抗病毒治疗、规律服用药物、没有艾滋病临床症状，或孕晚期病毒载量＜1000拷贝数/毫升，或已经临产的孕产妇，不建议施行剖宫产。

分娩过程中应严密观察并积极处理产程，尽量避免可能增加母婴传播危险的损伤性操作，包括会阴侧切、人工破膜、使用胎头吸引器或产钳、宫内胎儿头皮监测等。新生儿出生后应及时使用流动的温水进行清洗，用洗耳球清理鼻腔及口腔粘膜，缩短新生儿接触母亲血液、羊水及分泌物的时间。清理过程操作手法应轻柔，避免损伤皮肤和黏膜。

医务人员实施普遍性防护措施，加强个人防护，减少职业暴露。

五、婴儿喂养咨询与指导

提倡人工喂养，避免母乳喂养，杜绝混合喂养。

医务人员应对艾滋病感染孕产妇及其家人进行婴儿喂养方式的可接受性、知识和技能、可负担性、可持续性等条件的综合评估，给予技术指导。

对选择人工喂养者，指导正确冲配、器具清洁消毒等。对选择母乳喂养者，要做好充分的咨询，强调喂养期间母亲或婴儿坚持服用抗病毒药物，指导正确的纯母乳喂养方式和乳房护理。告知母乳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。

六、儿童艾滋病感染状况监测和随访

各级医疗卫生机构应将艾滋病感染孕产妇所生儿童纳入高危管理，于儿童满1、3、6、9、12和18月龄时，分别进行随访和体格检查，观察有无感染症状出现。

按照《婴儿艾滋病感染早期诊断工作方案》的相关技术和时间要求，对所生儿童于出生后6周和3个月时，分别采集血标本，进行婴儿感染早期诊断。详见图6婴儿艾滋病感染早期诊断检测及服务流程。

未进行婴儿早期诊断检测或婴儿早期诊断检测结果为阴性的儿童，应于12、18月龄进行艾滋病抗体筛查及必要的补充试验，以明确艾滋病感染状态。儿童抗体检测及服务流程见图7。



图6.艾滋病感染孕产妇所生儿童艾滋病感染早期诊断检测及服务流程



图7. 艾滋病感染孕产妇所生儿童艾滋病抗体检测及服务流程

七、应用复方新诺明预防机会性感染

应用对象包括：CD4+ T淋巴细胞计数<200个细胞/mm3的艾滋病感染孕产妇和CD4+T淋巴细胞百分比<15%的艾滋病感染儿童。

复方新诺明用药方法、停药指征及注意事项等详见《预防艾滋病母婴传播技术指导手册》。