

การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling)

ตอนที่ 4

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาค V (Human immunodeficiency virus : HIV)

พ.ว.กนกกร สุทรงจิต วท.บ., พ.บ.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/140501

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารก
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับแนวทางการให้ยาต้านไวรัสแก่สตรีตั้งครรภ์
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส
5. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสตรี และสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ที่แนะนำ
โดยองค์การอนามัยโลก

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอาศัยการตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในเลือด โดยการตรวจวิธี ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) หรือวิธี GPA (Gel Particle Agglutination) หากได้ผลบวกให้ตรวจยืนยันด้วยการทดสอบที่มีความจำเพาะสูง ได้แก่ การตรวจวิธี Western blot หรือวิธี IFA (Indirect Immunofluorescence Assay) เนื่องจากประเทศไทยมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่สูง การวินิจฉัยสามารถทำได้โดยการตรวจวิธี ELISA ที่ใช้แอนติเจนแตกต่างกันได้ผลบวกรวม 2 ครั้ง หรือพบผลบวกทั้งการตรวจด้วยวิธี ELISA และวิธี GPA

การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีจุดประสงค์

สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การดูแลรักษา รวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพสตรีนั้น และการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก โดยแบ่งแนวทางการดูแลรักษาเป็น 3 ส่วน ได้แก่

- A. การให้คำแนะนำปรึกษา
- B. การดูแลทางสูติศาสตร์ร่วมกับการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
- C. การให้ยาต้านไวรัส และการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

สตรีตั้งครรภ์ทุกรายไม่ว่าจะมีความเสี่ยงต่ำหรือความเสี่ยงสูง ควรได้รับคำปรึกษาแนะนำ (Counseling) เกี่ยวกับการ



ติดเชื้อเอชไอวีและการตรวจเลือด มีการประเมินการให้คำปรึกษา แนะนำก่อนการตรวจเลือด และเมื่อทราบผลการตรวจ

สำหรับการดูแลทางสูติศาสตร์ และการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก โดยมีการปรับพฤติกรรมในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และหลีกเลี่ยงการให้ยาเสพติด เป็นการลดโอกาสที่สตรีเหล่านี้จะได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น การดูแลทางสูติศาสตร์ที่เหมาะสมนอกจากจะช่วยเสริมสุขภาพของมารดาแล้ว ยังเป็นส่วนสำคัญในการลดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกได้ ส่วนแนวทางการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่มีหลักฐานจากการศึกษายืนยันว่ามีประสิทธิผลดี ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัส การผ่าตัดคลอด และการงดเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

การดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์

A. ควรหลีกเลี่ยงการเจาะตรวจน้ำคร่ำ หรือ invasive procedure ชนิดอื่น ๆ เนื่องจากจะเพิ่มโอกาสการติดเชื้อของทารกในครรภ์เพิ่มขึ้นเป็น 2-4 เท่า

ในกรณีที่จำเป็นต้องทำหัตถการดังกล่าว ให้พิจารณาทำในรายที่มารดาได้รับยาต้านไวรัส และตรวจไม่พบไวรัสในกระแสเลือด

B. ในรายที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Premature rupture of membranes, PROM) ขณะที่อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ พิจารณาให้การรักษานิตยระดับประคอง (expectant management) และควรได้รับยาต้านไวรัสเดิมด้วยจนถึงช่วงหลังคลอด

การดูแลในขณะคลอด

A. สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของการติดเชื้อของทารกในครรภ์ ข้อดี และข้อเสียของการผ่าตัดคลอดเปรียบเทียบกับคลอดทางช่องคลอดจากแพทย์ผู้ให้การปรึกษาจนเป็นที่เข้าใจ แล้วจึงกำหนด

วิธีการคลอด และช่วงเวลาที่เหมาะสมร่วมกันระหว่างสูติแพทย์ และสตรีตั้งครรภ์ก่อนการคลอด

B. สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการตรวจหาระดับ CD4 และปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดเป็นระยะ ๆ ทุก 3-6 เดือน

C. ในรายที่ปริมาณไวรัสในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เจาะในช่วงอายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ มีค่าสูงกว่า 1,000 copies/ซีซี ควรได้รับคำแนะนำให้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบ 38 สัปดาห์ โดยยังไม่มึน้ำเดินหรือเจ็บครรภ์

D. ในรายที่ปริมาณไวรัสในเลือดมีค่าน้อยกว่า 1,000 copies/ซีซี พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอดได้ และจะทำผ่าตัดคลอดก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

E. ในรายที่ตกลงแล้วว่า จะผ่าตัดคลอด หากมีอาการเจ็บครรภ์หรือน้ำเดินก่อนถึงกำหนดผ่าตัด การตัดสินใจที่จะผ่าตัดคลอดหรือคลอดทางช่องคลอดควรจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เจ็บครรภ์หรือน้ำเดินก่อนมา ความก้าวหน้าของการคลอด ชนิดของยาต้านไวรัส ปริมาณไวรัสในเลือด โดยทั่วไปโอกาสที่ทารกในครรภ์จะติดเชื้อเอชไอวีจะแปรตามระยะเวลาที่น้ำเดินก่อน หรือระยะเจ็บครรภ์ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มึข้อมูลชี้ชัดเจนสำหรับจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาดังกล่าวที่จะสัมพันธ์กับการติดเชื้อของทารกในครรภ์

F. สตรีตั้งครรภ์ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการผ่าตัดคลอดควรได้รับยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อของเยื่อโพรงมดลูก (endometritis) ด้วยทุกราย

G. สตรีตั้งครรภ์ผู้ติดเชื้อที่มีการกำหนดให้คลอดทางช่องคลอด

G.1 ควรหลีกเลี่ยงการเจาะถุงน้ำคร่ำ (amniotomy), การทำ invasive fetal monitoring เช่น fetal scalp blood หรือ fetal scalp electrode monitoring

G.2 สามารถให้ oxytocin ได้หากมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

G.3 หลีกเลี่ยงการตัดแผลฝีเย็บ (episiotomy) การใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น คีม หรือเครื่องดึงสุญญากาศที่ไม่จำเป็น

H. ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ efavirenz, delavirdine หรือ protease inhibitor ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม ergots หรือ midazolam เพราะยาทั้ง 2 ตัวจะถูกขจัดออกจากร่างกายช้าลง

I. การให้ยาต้านไวรัสระหว่างการผ่าตัดคลอด หรือเจ็บครรภ์คลอด



1.1 ให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสเดิมที่ได้รับอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ และให้กินยาต่อเนื่องจนถึงช่วงระหว่างที่ทำผ่าตัดคลอด หรือขณะเจ็บครรภ์คลอด

1.2 ให้ zidovudine ทันทีเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์ หรือก่อนที่จะผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ด้วยขนาด 2 mg/kg เข้าหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง แล้วตามด้วยขนาด 1 mg/kg ต่อชั่วโมงจนกว่าจะคลอด ส่วนยาต้านไวรัสตัวอื่นก็ให้รับประทานต่อไปได้ ยกเว้น stavudine ถ้าผู้ป่วยได้รับอยู่ก่อนก็ให้ถึงช่วงระยะที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับ zidovudine เนื่องจากยาต้านฤทธิ์กัน

-: ให้ zidovudine 300 mg ทางปากทุก 3 ชั่วโมง ก่อนการผ่าตัด 3 ชั่วโมง หรือเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์แทนยาฉีด zidovudine

J. เนื่องจากข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสชนิด HAART (Highly active antiretroviral therapy) จะมีโอกาสที่ทารกจะติดเชื้อประมาณ 1.5% โดยไม่ขึ้นกับวิธีการคลอด ดังนั้น การผ่าตัดคลอดสตรีกลุ่มนี้จึงยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าจะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อลงได้อีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีปริมาณไวรัสในเลือดน้อยกว่า 1,000 copies/ซีซี

-: สตรีตั้งครรภ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ HAART ซึ่งไม่ได้รับการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือดขณะตั้งครรภ์จะได้รับการพิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด และจะได้รับการผ่าตัดคลอดก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

การดูแลหลังคลอด

A. งดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพราะจะเพิ่มโอกาสการติดเชื้อของทารกอีก 15-20%

B. ให้การรักษาประคับประคองภาวะด้านมดตติง

C. ฝ้าระวังข้อแทรกซ้อนของการผ่าตัดและการคลอด เช่น แผลติดเชื้อ, endometritis

D. ในสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องกินยาต้านไวรัสต่อเนื่องหลังคลอดจะต้องได้รับยาเดิมโดยทันที

E. การคุมกำเนิด

E.1 ต้องระวังการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน เนื่องจากจะถูกลดประสิทธิภาพลงหากได้รับยาต้านไวรัสในกลุ่ม nevirapine, ritonavir, nelfinavir, rifabutin, amprenavir โดยแนะนำให้ใช้ DMPA แทน

E.2 แนะนำให้ใช้ห่วงอนามัยได้สำหรับสตรีที่มีความเสี่ยงต่ำต่อโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และไม่มีภาวะ severe immune suppression

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารก

การป้องกันการติดเชื้อของทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งสามารถทำได้โดย

A. ทางสูติศาสตร์

การติดเชื้อ HIV จากมารดาประมาณ 50-60% จะเกิดขณะเจ็บครรภ์คลอดและคลอด การแตกของถุงน้ำคร่ำนานกว่า 4 ชั่วโมง พบว่ามีการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกเพิ่มมากขึ้น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนการเจ็บครรภ์ช่วยป้องกันการถ่ายทอดระหว่างเลือดมารดาและทารกในระยะเจ็บครรภ์ และลดโอกาสของทารกที่จะสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งในช่องคลอดมารดา ทำให้สามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารกได้ โดยมีอัตราการถ่ายทอดเชื้อลดลง 50% โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ที่มีจำนวนไวรัส HIV ในเลือดมากกว่า 1,000 เซลล์/มิลลิลิตร (เนื่องจากหากจำนวนเชื้อไวรัสในเลือดมีจำนวนน้อยกว่านี้ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการถ่ายทอดไม่แตกต่างจากการคลอดทางช่องคลอด) ควรได้รับการแนะนำให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบเตรียมล่วงหน้า เพื่อลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก นอกเหนือจากการให้ยาต้านไวรัส ในปัจจุบันมียาต้านไวรัส HIV ให้ใช้หลายตัวมากขึ้น การใช้ HAART (Highly active antiretroviral treatment) ในสตรีตั้งครรภ์เพื่อลดระดับจำนวนไวรัสในเลือดอาจลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในสตรีกลุ่มนี้ลง การใช้ 0.25% chlorhexidine ทำความสะอาดช่องคลอดพบว่ามีประโยชน์ในการลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารก แต่จะไม่ได้ประโยชน์หากมีการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนทารกคลอดนานเกินกว่า 4 ชั่วโมง

B. ใช้ยาต้านไวรัส HIV

ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา เช่น มีอาการของโรค HIV มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มิลลิลิตร ควรได้รับยาต้านไวรัสแบบ HAART (Highly active antiretroviral treatment) ดังกล่าวในตอนต้นแล้วนั้น สามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้อยู่แล้ว เพราะสูตรยาแบบ HAART สามารถกดจำนวนไวรัสให้อยู่ในระดับที่ต่ำ แต่ในมารดาที่ติดเชื้อ HIV และยังมีข้อบ่งชี้ในการได้รับยาต้านไวรัส ก็สมควรได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเช่นกัน โดยในปัจจุบันยาที่แนะนำให้ใช้ ได้แก่ zidovudine (AZT), lamivudine (3TC) และ nevirapine (NVP)

AZT (zidovudine) เป็นยาในกลุ่ม Nucleoside reverse transcriptase inhibitor ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งน้ำย่อย reverse

transcriptase ของไวรัส HIV ทำให้ไวรัสไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้ ยานี้มีความปลอดภัยในการใช้ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยใช้เวลา 30 นาที ในการที่ให้อาหารถึงระดับรักษาในเลือดมารดา และทารก AZT จะลดจำนวนไวรัสในกระแสเลือดมารดาก่อนที่ทารกจะสัมผัสกับเชื้อโดยผ่านทางรก และการให้ยาต่อในทารก หลังคลอดหลังสัมผัสกับเชื้อก็เป็นอีกกลไกหนึ่งซึ่งป้องกันทารก ติดเชื้อ นอกจากนี้ AZT ยังมีการเปลี่ยนแปลงเป็นอนุพันธ์ที่ ออกฤทธิ์ในรูปของ triphosphate ที่รบกวนการป้องกันเชื้อที่ผ่านทาง รก และยังลดจำนวนเชื้อไวรัส HIV ในช่องคลอดได้ดี ยานี้สามารถ ผ่าน Blood brain barrier เข้าสู่เซลล์ประสาทได้ดี ทำให้ยาสามารถ ลดจำนวนเชื้อในเซลล์ประสาทที่ถือว่าเป็นแหล่งเก็บกักเชื้อออกจากเม็ดเลือดขาวชนิด T-lymphocyte ของทารกได้อีกด้วย ในแง่ของการดื้อยาพบว่า ต้องใช้ AZT ติดต่อกัน 18-24 เดือนจึงเกิดการดื้อยา แต่การใช้เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ใช้เวลาที่สั้นประมาณ 4-6 เดือน การหยุดยาพบว่าเชื้อกลับมา ตอบสนองต่อยาได้ใหม่ แต่มีรายงานพบการดื้อยาของเชื้ออยู่ได้นานมากกว่า 1 ปีหลังหยุดยา ดังนั้น หากใช้ยานี้เพียงตัวเดียว (เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV) กับผู้ที่มีระดับไวรัสในเลือดสูง จึงควรระวังการดื้อยานี้ที่จะเกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถใช้ได้ผลดีใน คราวต่อไป การใช้ AZT แบบยาเดี่ยวจึงแนะนำให้ใช้ในรายที่มี ระดับ CD4 ตั้งแต่ 200 เซลล์/มิลลิลิตรขึ้นไป ส่วนผู้ที่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มิลลิลิตร ควรได้ยาต้านไวรัสอย่างน้อย 3 ตัว (HAART) ถึงแม้ว่าจะตั้งครรภ์ก็ตาม ส่วนระยะเวลาที่เหมาะสม ในการเริ่มให้ยาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ควรเริ่มตั้งแต่ระยะ antenatal ในสหรัฐอเมริกา แนะนำให้เริ่มตั้งแต่ ไตรมาสที่ 2 (14 สัปดาห์) ในประเทศไทยแนะนำให้เริ่มในไตรมาส ที่ 3 (28 สัปดาห์) เนื่องจากพบว่าอัตราการถ่ายทอดเชื้อไม่ แตกต่างกันมาก แต่มีความต่อเนื่องในการกินยา (drug adherence) มากกว่า

3TC (lamivudine) เป็นยาในกลุ่ม Nucleoside reverse transcriptase inhibitor เช่นเดียวกับ AZT แต่ไม่มีการใช้เป็นยาเดี่ยว เหมือน AZT เพราะมีโอกาสดื้อยาได้ง่ายหากใช้เพียงตัวเดียว การใช้จะให้ร่วมกับ AZT เพื่อหวังฤทธิ์ในการลดจำนวนไวรัสเสริม กับ AZT

NVP (nevirapine) เป็นยาในกลุ่ม Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งน้ำย่อย reverse transcriptase ของไวรัส HIV ทำให้เชื้อไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้ เช่นกัน ยานี้ถึงแม้มีความปลอดภัยในการใช้ต่อหญิงตั้งครรภ์และ

ทารกในครรภ์ แต่มีโอกาสเกิดตับอักเสบและอาการแพ้ยาขึ้นได้ การให้ยานี้เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV แนะนำให้รับประทาน ครั้งเดียวเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์จริงจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้างต้น น้อย ยาจะใช้เวลาอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนที่จะผ่านเข้าไปใน กระแสเลือดทารก และใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมงในการถึงระดับ สูงสุดในกระแสเลือดมารดา ดังนั้น ในรายที่ผ่าตัดคลอดแบบ วางแผนควรให้ยา Nevirapine ก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง จึงได้ผลดีที่สุดในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ สิ่งที่ต้องตระหนัก คือ เนื่องจากยานี้มี half life ยาว (ประมาณ 28 วัน) ดังนั้น มี โอกาสที่เกิดการดื้อยาได้ประมาณ 25% ต่อการสัมผัสยาหนึ่งครั้ง จึงแนะนำให้ยา AZT 300 มิลลิกรัม และ 3TC (Lamivudine) 150 มิลลิกรัม รับประทานทุก 12 ชั่วโมงหลังคลอดต่อไปอีก 7 วัน เพื่อ ป้องกันเชื้อดื้อต่อยา Nevirapine

ดังนั้น การให้ยาด้านไวรัสในสตรีตั้งครรภ์นั้น นอกจาก ให้เพื่อการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกแล้ว ควร หวังผลในการรักษาสุขภาพของมารดาเองด้วย นั่นคือควรมีการ ประเมินสภาวะร่างกายของสตรีตั้งครรภ์เพื่อพิจารณาว่ามีข้อบ่งชี้ สำหรับการได้รับยาด้านไวรัสหรือไม่ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการ ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ ลบ.มม. ผู้ป่วยควรได้รับยาด้านไวรัสหลายตัวรวมกัน (HAART) ซึ่ง ประกอบด้วยยาในกลุ่ม Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTI) 2 ตัว ร่วมกับยาในกลุ่ม Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTI) หรือ Protease inhibitors 1 ตัว เพื่อให้ระดับ ไวรัสในเลือด (HIV RNA viral load) ต่ำที่สุด หรือวัดไม่ได้ (below detectable levels) โดยต้องมีการให้คำปรึกษาแนะนำแก่สตรีนั้น ๆ ถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น รวมไปถึงความสำคัญของการ รับประทานยาตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ (adherence) การตรวจ ติดตาม และความจำเป็นในการรับประทานยาไปตลอดชีวิต ทั้งนี้ ให้เริ่มได้รับยาด้านไวรัสหลังอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ เพื่อลดความ เสี่ยงของผลของยาต่อทารก แต่กรณีที่สตรีตั้งครรภ์นั้นยังไม่มีความ จำเป็นที่ต้องได้รับยาด้านไวรัสเพื่อสุขภาพตนเอง การให้ยาด้าน ไวรัสเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกสามารถใช้ ในระยะเวลาสั้นคือ เริ่มให้เมื่ออายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์ และ หยุดให้หลังคลอดได้