**（保健篇）**

**消除艾滋病母婴传播干预服务技术要点**

(2021版)

1. 母婴传播风险分级

符合以下条件之一为母婴传播高风险孕产妇，其余为普通风险孕产妇。

1.感染孕产妇孕晚期HIV病毒载量>50拷贝/ml；

2.感染孕产妇无孕晚期HIV病毒载量检测结果，孕期抗病毒治疗不足12周；

3.孕产妇临产时或分娩后HIV初筛试验阳性。

高风险孕产妇分娩儿童为高暴露风险儿童，其余为普通风险暴露儿童。

二、孕产妇抗病毒治疗

**（一）治疗方案。**

1.对于孕期发现艾滋病感染孕产妇，应立即给予抗病毒治疗，可选择以下三种方案中的任意一种：

方案一：替诺福韦（TDF）+拉米夫定（3TC）+洛匹那韦/利托那韦（LPV/r）；

方案二： 替诺福韦（TDF）+拉米夫定（3TC）+依非韦伦（EFV）；

方案三：齐多夫定（AZT）+拉米夫定（3TC）+洛匹那韦/利托那韦（LPV/r）。

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。如病毒载量小于50拷贝/ml，可保持原治疗方案不变；否则，酌情调整抗病毒治疗用药方案。

3.对于孕晚期（孕28周之后）发现的艾滋病感染孕产妇，有条件的情况下推荐使用：替诺福韦（TDF）+拉米夫定（3TC）/恩曲他滨（FTC）+整合酶抑制剂。

**（二）注意事项。**

1.在分娩结束后，艾滋病感染产妇无需停药，继续进行抗病毒治疗。

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前需进行肾脏功能评估。

3.整合酶抑制剂应选择可应用于孕产妇的整合酶抑制剂。

具体治疗方案参见最新版《预防艾滋病母婴传播技术指导手册》、《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》。

**（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检测，评估孕产妇感染状况，确定用药方案和监测治疗效果。

1.用药前：进行病毒载量、CD4+T淋巴细胞计数及其他相关检测（包括血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖等）。

2.用药过程中：按规定进行CD4+T淋巴细胞计数及其他相关检测（同前）。

3.孕晚期：进行1次病毒载量检测，在分娩前获得检测结果。

4.有条件地区,孕产妇用药前、用药期间建议进行耐药检测。

 三、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/毫升，或已经临产的孕产妇，不建议施行剖宫产，避免紧急剖宫产。

产前检查和分娩过程中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、宫内胎儿头皮监测、使用胎头吸引器或产钳助产等。应严密观察并积极处理产程。尽可能减少新生儿接触母亲血液、羊水及分泌物的时间和机会。

四、儿童抗病毒用药方案

**（一）普通暴露风险儿童。**儿童应在出生后6小时内尽早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1和表2）。如选择母乳喂养，应首选NVP方案。

表1 普通暴露风险儿童预防用药建议剂量：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 | 婴儿应服药至出生后4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2 普通暴露风险儿童预防用药建议剂量：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 | 婴儿应服药至出生后4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 |

**（二）高暴露风险儿童。**儿童应在出生后6小时内尽早开始服用三联抗病毒药物至出生后6周（详见表3）。

出生后2周内：齐多夫定（AZT）+拉米夫定（3TC）+奈韦拉平（NVP）

出生2周后至6周：齐多夫定（AZT）+拉米夫定（3TC）+克力芝（LPV/r）

表3 高暴露风险儿童预防用药建议剂量

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | AZT | 3TC | NVP | LPV/r |
| 年龄体重 | 胎龄<35周(2mg/kg) | 胎龄>35周(4mg/kg) | <4周龄(2mg/kg) | >4周龄(4mg/kg) | <2周龄(6mg/kg) | >2周龄(16/4mg/kg) |
| 每天2次，每次用药剂量 |
| 2kg- | 1ml | 2ml | 1ml | - | 2ml | 1ml |
| 3kg- | 1ml | 2ml | 1ml | - | 3ml | 1ml |
| 4kg- | 2ml | 3ml | 2ml | 3ml | 3ml | 1ml |
| 5kg- | 2ml | 3ml | 2ml | 3ml | - | 1.5ml |
| 6-6.9kg | 2ml | 4ml | - | 3ml | - | 1.5ml |

注：应根据胎龄、儿童周龄和体重变化及时更换药物和调整药物剂量。

**（三）儿童抗病毒药物副反应监测。**对于艾滋病感染孕产妇所生高暴露风险儿童，应在其服药后2周及4周时进行血常规、肝功能和肾功能检测。发现异常者，及时进行处理。

五、婴儿喂养咨询与指导

医务人员应根据艾滋病感染孕产妇及其家人对婴儿喂养的知识和技能、可接受性、可负担性、可持续性、获得专业指导的可及性等条件进行综合评估，给予科学的喂养指导，保障婴儿健康饮食和营养充足。

对选择人工喂养的，指导其正确冲配奶粉和清洁消毒器具。对选择母乳喂养的，要做好咨询指导，强调喂养期间母亲应坚持服用抗病毒药物，指导正确的母乳喂养和乳房护理。

六、儿童艾滋病感染状况监测和随访

对所生儿童于出生后48小时内、6周和3个月时，分别采集血标本，进行婴儿艾滋病感染早期诊断检测（核酸检测）。两次核酸检测结果阳性，可诊断为艾滋病病毒感染。早期诊断检测结果为阴性或未进行早期诊断检测的儿童，应于12月龄时进行HIV抗体筛查，筛查结果阴性者，排除艾滋病感染；筛查结果阳性者，应随访至满18月龄，并再次进行HIV抗体检测，如抗体检测结果仍为阳性者应及时进行补充实验，明确艾滋病感染状态。儿童艾滋病感染早期诊断与HIV抗体检测服务流程（详见图5）。

艾滋病感染孕产妇所生儿童都应纳入高危儿管理，在儿童满1、3、6、9（8）、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。

对于发现的艾滋病病毒感染儿童进行传染病报告，尽快进行转介和治疗。