

راهنمای کشوری مراقبت و درمان

HIV/AIDS

مدیریت مواجهه غیر شغلی با اچ ای وی
و توصیه‌هایی برای پروفیلاکسی پس از تماس

دستورالعمل بالینی برای جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

مرکز مدیریت بیماریها

تیر ۱۳۸۲

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مرکز تحقیقات ایدز ایران که در تدوین این متن نقشی اساسی داشته تشکر می‌گردد. همچنین از یکایک اعضای کمیته تدوین پیش‌نویس اولیه، کمیته علمی مراقبت و درمان بیماران مبتلا به اچ آی وی وایدز (مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و پانل نهایی سازی دستورالعمل تشکر می‌شود. اعضاء این کمیته‌ها به ترتیب حروف الفباء به صورت زیر است:

کمیته تدوین پیش‌نویس اولیه:

۱. دکتر محبوبه حاجی عبدالباقی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران
۲. دکتر مهرناز رسولی نژاد عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران
۳. دکتر بهنام فرهودی عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی
۴. دکتر مینو محرز (رئیس کمیته) عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران
۵. دکتر نگین مستوری کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

کمیته علمی مراقبت و درمان بیماران مبتلا به اچ آی وی وایدز:

۱. دکتر محمد علی اسحاقی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران
۲. دکتر شهره بهشتی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شیراز
۳. دکتر کتایون طایری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اصفهان
۴. دکتر بهنام فرهودی عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی
۵. دکتر محمد مهدی گویا رئیس مرکز مدیریت بیماری‌ها وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۶. دکتر کیانوش کمالی کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۷. دکتر مسعود مردانی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی
۸. دکتر مینو محرز عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران
۹. دکتر داود منصوری عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران
۱۰. دکتر بهروز نقیلی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تبریز
۱۱. دکتر داود یادگاری عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی

مقدمه

مراکز ارائه خدمات مکرراً با کسانی که به علت مواجهه‌های غیر شغلی با اچ آی وی مراجعه کرده اند، روبرو می‌شوند. مراکز درمانی باید توانایی مدیریت درست این مواجهات را داشته باشند. این دستورالعمل برای بهبود ارائه خدمات در کسانی است که دچار این نوع مواجهه شده‌اند.

در اینجا لازم به یادآوری است که در برخورد بالینی با اچ آی وی باید طیف متنوعی از برهم کنش انسان با ویروس در نظر باشد. این طیف گسترده برهم کنش شامل قبل از تماس، پس از آن و بعد از ابتلاء به ویروس با طیف‌های متنوع بالینی آن تا لحظه مرگ می‌شود. لذا به بسته‌های خدماتی مختلفی همراه با رهنمودهای لازم نیاز است که این طیف گسترده را پوشش دهد. این دستورالعمل بخشی از مجموعه رهنمودهایی است که برای ارائه خدمات بالینی مراقبتی، درمانی، پیشگیری و حمایتی در سطح مراکز ارائه این خدمات به بیماران مبتلا به اچ آی وی و افراد در معرض آن، تدوین شده است تا به این مهم دست یابد. هر دستورالعمل حاصل ساعت‌ها تلاش تعداد زیادی از همکارانی است که در تهیه آنها مشارکت داشته‌اند. مرکز مدیریت بیماریها وظیفه خود می‌داند که به کلیه ایشان سپاس فراوان خویش را اعلام کند. امید است این دستورالعمل‌ها بتواند منجر به ارتقاء سطح خدمات شود و به کنترل همه‌گیری کمک کند.

روش تدوین متن: پیش نویس اولیه این متن بر اساس تصمیم کمیته علمی مراقبت و درمان بیماران مبتلا به اچ آی وی و ایدز (مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) در مرکز تحقیقات ایدز ایران تدوین شد. بدین منظور کمیته‌ای در مرکز تحقیقات ایدز ایران تشکیل گردید. این کمیته با استفاده از جستجوی الکترونیکی به زبان انگلیسی در Google Scholar، Medscape و Medline پرتکل‌های درمانی مهم دنیا و مقالات کلیدی مرتبط را یافت. سپس با مرور و مقایسه این داده‌ها، پرتکل‌ها و مقالات و استفاده از تجربه پرتکل قبلی، پیش نویس اولیه با توجه به شرایط ایران و امکانات موجود تدوین شد و سپس به زبان فارسی ترجمه شد. به هنگام ترجمه متن به زبان فارسی، از ترجمه برخی از جداول به زبان فارسی، با توجه به سهولت استفاده از آنها در شکل کنونی صرف نظر شد. این پیش نویس در مرکز مدیریت بیماریها و کمیته علمی مراقبت و درمان بیماران مبتلا به اچ آی وی و ایدز مرور خواهد شد و در نهایت توسط کمیته علمی مراقبت و درمان بیماران مبتلا به اچ آی وی و ایدز به تصویب خواهد رسید.

3TC	lamivudine
ABC	abacavir
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
ALT	Alanine Aminotransferase
AST	Aspartate Aminotransferase
ARVs	Antiretroviral (medicines)
ART	Antiretroviral therapy
ATV	atazanavir
AZT	Zidovudine (also known as ZDV)
BID	twice daily
BUN	Blood Urea Nitrogen
CD4	cell cluster of differentiation antigen 4 cell
CK	Creatine Kinase
d4T	stavudine
ddI	didanosine
EFV	efavirenz
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
HBsAg	Hepatitis B Surface Antigen
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HDL	high-density lipoprotein
HIV	Human immunodeficiency virus
IDU	injecting drug user
IDV	indinavir
IgG	immunoglobulin G
PEP	Post exposure prophylaxis
ILO	International Labour Organization
IDU	Injection drug use(r)
LFT	liver function test
LPV	lopinavir
nPEP	nonoccupational post exposure prophylaxis
NRTI	Nucleoside reverse transcriptase inhibitor
NNRTI	Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor
PCR	polymerase chain reaction
PI	Protease inhibitor
PLWHA	People living with HIV/AIDS
/r	low dose ritonavir (for boosted PI)
RTV	ritonavir
TB	tuberculosis
TDF	tenofovir
TID	three times daily
WHO	World Health Organization
VL	viral load
ZDV	zidovudine (also known as azidothymidine(AZT))

تعریف مواجهه های غیر شغلی با HIV	۶
محافظت نخستین اقدام پیشگیری است	۶
مراحل ششگانه PEP	۶
ثبت	۷
ارزیابی میزان خطر مواجهه	۸
ارزیابی فرد مواجهه یافته	۱۰
ارزیابی منبع مواجهه	۱۰
مدیریت مواجهه	۱۱
پیگیری	۱۸
منابع	۲۰

۱- تعریف مواجهه‌های غیرشغلی با HIV: مواجهه غیر شغلی عبارتست از تماس مستقیم

مخاطی از قبیل آمیزش‌های جنسی، نفوذ از طریق پوست و یا تماس داخل وریدی با مایعات بالقوه عفون‌ت‌زای آلوده به HIV، در مواردی که ناشی از تماس‌های شغلی یا پری‌ناتال نباشد.

۲- پیشگیری نخستین گام است!

اصل بر پیشگیری است!

همه افراد مواجهه یافته و منبع باید در جهت کاهش رفتارهای پرخطر مشاوره شوند.

پیش از مواجهه نیز، پزشکان و سایر کارکنان بخش سلامت باید از هر فرصتی برای تشویق کسانی که در معرض رفتارهای پرخطر قرار دارند یا به این رفتارها دست می‌زنند، استفاده کنند، تا مراجعین خود را به زندگی به شیوه‌ای سالم‌تر تشویق کنند.

۳. زمانی که مواجهه روی داد، مراحل ششگانه PEP را در نظر بگیرید

۱. ثبت

۲. ارزیابی میزان خطر مواجهه

۳. ارزیابی فرد مواجهه یافته

۴. ارزیابی منبع مواجهه

۵. مدیریت مواجهه

۶. پیگیری

توضیحات هریک از این مراحل در قسمت‌های بعدی آورده شده است.

۳-۱- ثبت:

چگونگی مدیریت مواجهه و پروفیل‌کسی بعد از مواجهه (PEP) باید در پرونده پزشکی محرمانه فرد مواجهه یافته ثبت شود. باید رازداری به بهترین نحو رعایت شود. موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت کنید:

- تاریخ و زمان مواجهه
 - جزئیات مواجهه: مواجهه کجا و چگونه رخ داده، نوع مواجهه، در مواجهات با وسایل برنده: منطقه مواجهه یافته روی بدن، شدت مواجهه، آلودگی واضح با خون. در مواجهات جنسی: نوع رابطه جنسی، اجباری یا اختیاری بودن آن وقوع هرگونه تروما در جریان آن
 - جزئیات درباره منبع مواجهه:
 - ◀ اینکه فرد منبع مبتلا HIV، HBV و HCV است یا نه؟
 - ◀ اگر فرد منبع مبتلا به HIV باشد، مرحله بیماری، تعداد سلول CD4 بار ویروسی HIV، تاریخچه درمان ضد رتروویروسی و در صورت دسترسی اطلاعاتی درباره مقاومت به داروهای ضد رتروویروسی را در او مشخص کنید
 - جزئیات درباره فرد مواجهه یافته
 - ◀ وضعیت واکسیناسیون هپاتیت B و پاسخ به واکسن
 - ◀ سابقه قبلی عفونت HIV، HBV یا HCV و سایر بیماریها
 - ◀ داروهای مورد استفاده و آلرژی‌های دارویی
 - ◀ بارداری یا شیردهی
 - ثبت مشاوره، درمان بعد از مواجهه و پیگیری در پرونده بیمار
- برخی از انواع مواجهه‌های غیرشغلی مانند موارد تجاوز را در صورت تمایل بیمار، باید ضمن حفظ رازداری گزارش نمود.

۳-۲- ارزیابی میزان خطر مواجهه

مواجهه باید با توجه به نوع مواد بدن، راه مواجهه و وضعیت HIV فرد منبع از نظر احتمال انتقال HIV ارزیابی شود. میزان خطر در مواجهه های غیرشغلی مختلف متفاوت است. در اغلب مواجهات خطر تخمینی انتقال HIV به ازای هر نوبت مواجهه نسبتاً پایین است. به طور کلی خطر انتقال HIV در هر مواجهه تابعی است از رابطه زیر:

*خطر انتقال HIV در هر مواجهه مساوی است با
احتمال مثبت بودن HIV در فرد منبع ضرب در خطر انتقال HIV در آن نوع مواجهه*

در رابطه فوق چنانچه فرد منبع مبتلا به HIV باشد، احتمال مثبت بودن وی برابر با یک خواهد بود. چنانچه وضعیت HIV فرد منبع نامعلوم باشد، با استفاده از احتمال مثبت بودن HIV در جمعیتی که فرد منبع به آن گروه تعلق دارد، می توان احتمال مثبت بودن وی را حدس زد.

خطر انتقال HIV در انواع مواجهه ها: بیشترین میزان خطر تخمینی انتقال HIV در هر نوبت مواجهه به ترتیب در تزریق خون، استفاده از سوزن مشترک در مصرف کنندگان تزریقی مواد، مفعول بودن در یک آمیزش مقعدی و جراحتهای ناشی از فرورفتن سوزن در پوست مشاهده شده است (جدول ۱). در هنگام فاعل بودن در آمیزش مقعدی، آمیزش از راه واژن و آمیزش دهانی خطر انتقال به ازای هر مواجهه به صورت قابل توجهی کمتر است (جدول ۱). علاوه بر مواجهه های جنسی و مصرف تزریقی مواد، آسیب های ناشی از فرورفتن سوزنهای دور ریخته شده از طریق پوست در محیط های عمومی (مانند پارکها، اتوبوسها) منجر به تقاضاهایی برای nPEP می شود. با آن که هیچ مورد عفونت ناشی از این آسیبها به اثبات نرسیده است، اما نگرانیهایی درباره سرنگهای دور ریخته شده توسط مصرف کنندگان تزریقی مواد، وجود دارد. با این حال این آسیبها معمولاً بدنبال تماس با سوزنهایی با سوراخ کوچک که تنها حاوی مقادیر جزئی خون هستند، ایجاد می شود و احتمال انتقال ویروس اندک است. آسیب های ناشی از گاز گرفتگی از راههای احتمالی دیگر برای انتقال HIV محسوب می شوند. با این حال انتقال از این راه به ندرت گزارش شده است. انتقال ممکن است به صورت نظری از راه گاز گرفتن فرد آلوده به HIV یا گاز گرفتگی توسط فرد مبتلا به HIV رخ دهد. گاز گرفتن فرد مبتلا به HIV منجر به شکاف پوستی و تماس غشاهای مخاطی دهان با خون آلوده میشود. گاز گرفتگی توسط فرد مبتلا به HIV پوست آسیب دیده را در معرض بزاق قرار میدهد. بزاق غیر آلوده به خون حاوی مقادیر بسیار کمتری از ویروس HIV است و خطر مواجهه قابل گذشت است. خطر انتقال با بزاق آلوده به خون آلوده بیشتر است.

جدول ۱: تخمین خطر انتقال HIV در انواع مواجهه‌ها

راه مواجهه	خطر انتقال در هر ۱۰۰ مواجهه با یک منبع مبتلا به HIV
انتقال خون	۹۰-۱۰۰
اشتراک سوزن در مصرف تزریقی مواد	۰/۶۷
مفعول آمیزش مقعدی	۰/۵۰
فرورفتن سوزن در پوست	۰/۳۰
مفعول آمیزش واژنی	۰/۲۰-۰/۱۰
فاعل آمیزش مقعدی	۰/۰۶
فاعل آمیزش واژنی	۰/۰۵
مفعول آمیزش دهانی	۰/۰۵
فاعل آمیزش دهانی	۰/۰۱

* تخمین خطر انتقال HIV در انواع مواجهه‌های جنسی، بدون استفاده از کاندوم است. استفاده از کاندوم، خطر هر

مواجهه را ۲۰ برابر کم می‌کند

خطر عفونت در موارد زیر بالاتر است:

- مواجهه با مقادیر بیشتر خون یا سایر مایعات عفونی
- مواجهه با خون و یا مایعات عفونی بدن یک منبع مبتلا به بیماری پیشرفته HIV
- آسیب عمیق از طریق پوست
- وجود عفونت آمیزشی در هر یک افراد منبع یا مواجهه یافته
- تجاوز جنسی به دلیل آسیب مخاطی بیشتر، تعداد مهاجمان و یا مقاربت تروماتیک
- مواجهه با منبع مبتلا به عفونت هم زمان هپاتیت C در مواجهه‌های با خون

احتمال مثبت بودن HIV در گروه‌های جمعیتی مختلف در جمهوری اسلامی ایران: شیوع

عفونت اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی پایین است. چنانکه در دیده‌وری‌های زنان باردار در طی سالهای اخیر موردی شناسایی نشده است. شیوع HIV در مصرف کنندگان تزریقی مواد در غالب نقاط کشور بین ۱۰ تا ۳۰٪ و به طور میانگین حدود ۱۸٪ است. شیوع HIV در زنان تن‌فروش بخوبی معلوم نیست. هر چند برخی داده‌ها حاکی از آن است که کمتر از ۱٪ و به طور قطع کمتر از ۵٪ است. به نظر می‌آید شیوع HIV در زنان تن‌فروشی که مصرف تزریقی مواد هم دارند، شبیه به سایر مصرف کنندگان تزریقی مواد است. شیوع HIV در زندانیان غیرمعتاد در دیده‌وری‌های چند سال اخیر حدود ۳٪ بوده است. شیوع HIV در مردانی که با مردان دیگر آمیزش

جنسی دارند، به خوبی معلوم نیست اما در برخی مطالعات کوچک درآنانی که سابقه زندان یا مصرف تزریقی مواد داشته اند، همچون مصرف کنندگان تزریقی مواد بوده است.

۳-۳- ارزیابی فرد مواجهه یافته: ارائه موثر nPEP بعد از مواجهه‌هایی که با خطر قابل توجه انتقال عفونت HIV همراهند، نیازمند ارزیابی فوری بیماران و توجه به مداخله‌های دارویی، روحی- روانی و رفتاری است. این ارزیابی باید شامل تعیین وضعیت HIV فرد مواجهه یافته، زمان و ویژگی‌های آخرین مواجهه، دفعات مواجهه با HIV، وضعیت HIV فرد منبع و احتمال عفونت هم زمان با سایر پاتوژنها یا سایر عواقب منفی بهداشتی مواجهه باشد. گرفتن شرح حال درباره رفتارهای جنسی، مصرف داروهای تزریقی یا سایر رفتارهایی که ممکن است خطر اکتساب عفونت را به همراه داشته باشند، لازم است.

وضعیت HIV فرد مواجهه یافته: از آنجا که افراد مبتلا به HIV ممکن است از آلودگی خود مطلع نباشند، برای همه افرادی که برای ارزیابی مواجهه غیر شغلی با HIV مراجعه می‌کنند، باید آزمایش پایه HIV انجام شود. در صورت امکان این آزمایش باید با یک کیت آزمایش سریع استاندارد (که نتایج آن تا یک ساعت آماده می‌شود) انجام گردد. اگر آزمایش‌های سریع در دسترس نباشد و درمان دارویی پروفیلاکسی لازم باشد، می‌توان در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد، درمان را شروع کرد و متعاقبا با بررسی‌های بعدی در مورد ادامه یا قطع آن تصمیم‌گیری نمود. علاوه بر HIV، انجام HBs Ag، HBs Ab، HBcAb و HCV Ab را باید در نظر داشت.

زمان بندی و دفعات مواجهه: در افرادی که به دلیل نوع رفتارهای خود در معرض مواجهه‌های مکرر قرار می‌گیرند و نیازمند مصرف دوره‌های پیاپی و یا تقریبا مداوم داروهای ضد رترو ویروسی هستند (مانند شرکای جنسی که وضعیت HIV آنها یکسان نیست و به ندرت از کاندوم استفاده می‌کنند یا مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر که مکررا وسایل مشترک برای تزریق به کار می‌برند) نباید nPEP تجویز گردد. در این موارد باید تلاش نمود تا با رویکرد کاهش آسیب، فرد مواجهه یافته به رفتارهای کم خطرتری ترغیب شود.

۳-۴- ارزیابی منبع مواجهه:

• در صورت مشخص بودن منبع مواجهه:

- ◀ بیمار از نظر HBS Ag، HCV Ab و HIV Ab آزمایش شود.
- ◀ ارزیابی بار ویروسی HIV برای غربالگری روتین منبع مواجهه توصیه نمی‌شود.
- ◀ در صورت امکان از یک آزمایش سریع (rapid) آنتی بادی استفاده شود.

◀ در صورتی که منبع مواجهه، آلوده به یک پاتوژن خونی نباشد آزمایش پایه یا پیگیری بعدی ضرورت ندارد.

◀ به هنگام درخواست آزمایشات به راز داری در مورد نتایج آزمایشات توجه شود.

◀ در صورت امکان افراد منبع باید از نظر سابقه مصرف داروهای ضد رترو ویروسی و آخرین بار ویروسی بررسی شوند چون این اطلاعات ممکن است اطلاعاتی برای انتخاب داروهای nPEP فراهم کنند.

◀ به هنگامی که به هر علتی نتوانید آزمایشات مورد نیاز را برای منبع مواجهه انجام دهید، علائم بالینی و سابقه رفتارهای پر خطر و نوع تماس را در نظر بگیرید.

◀ گذشته از ارزیابی وضعیت HIV، مشاوره کاهش آسیب ضروری است.

❖ زمانی که بیمار منبع مشخص نیست:

۱. احتمال مواجهه با عوامل منتقل شونده از راه خون را با توجه به شیوع این پاتوژن ها در جمعیتی که فرد منبع از آن جمعیت بوده، ارزیابی کنید.

۲. آزمایش سوزنهای دور ریخته شده برای پاتوژنهای خونی ممنوع است.

۳-۵- مدیریت مواجهه: بیمارانی که سابقه تماس جنسی، مصرف تزریقی مواد مخدر و یا سایر مواجهه‌های غیر شغلی با مایعات بالقوه عفونی افراد آلوده به HIV دارند در معرض خطر اکتساب عفونت HIV هستند و باید جهت nPEP بررسی شوند.

ارزیابی و درمان مواجهه‌های غیر شغلی با HIV برای nPEP، باید تنها در موارد مواجهه‌های اتفاقی که خطر مواجهه قابل توجه HIV مطرح است، به کار برده شود. nPEP نباید برای مواجهه‌های مکرر و یا همیشگی تجویز شود. به طور معمول کسانی که بیش از یک مواجهه در هر ماه دارند، به هیچ وجه کاندید مناسبی برای nPEP نیستند. در این موارد انجام مداخله‌هایی برای کاهش آسیب ناشی از رفتار پرخطر مناسب تر است.

ارزیابی‌ها و خدمات اولیه در مواجهه‌های جنسی: برای همه افراد مواجهه یافته ارائه خدمات زیر در نظر گرفته شود:

❖ میزان خطر انتقال HIV، وضعیت پایه فرد مواجهه یافته و فرد منبع از نظر HIV را مطابق آنچه در قسمت های ۴-۲ تا ۴-۴ آورده شد، بررسی کنید و با استفاده از آلوگوریتیم ۱ در مورد ارائه داروهای

ضد رتروویروسی تصمیم گیری کنید. در صورتی که قرار بر مصرف دارو شد، ظرف ۷۲ ساعت پس از تماس از رژیم سه دارویی استفاده کنید.

❖ نامشخص بودن وضعیت HIV در فردی که دچار مواجهه شده، مانعی برای شروع پروفیلاکسی ضد رتروویروسی نیست.

❖ در صورت نیاز بیمار را از نظر سیفیلیس غربالگری کنید و پروفیلاکسی درمانی با آزیترومایسین 2g تک دوز را ارائه دهید.

❖ زنان را از نظر احتمال بارداری ارزیابی کنید. در صورت وجود احتمال بارداری، ظرف ۷۲ ساعت، داروهای هورمونی پیشگیری از بارداری (morning-after pills) را ارائه دهید (شامل ۲ قرص ضد بارداری HD در ابتدا و تکرار آن ۱۲ ساعت پس از دز اول). نیم ساعت قبل از مصرف داروهای ضد بارداری، به بیمار ۱۰ میلی گرم متوکلوپروماید بدهید.

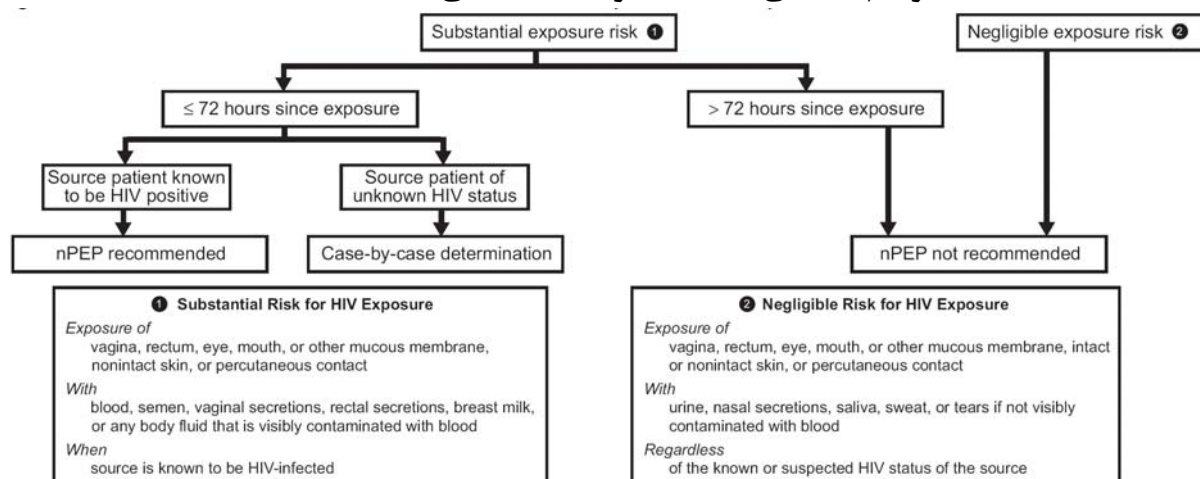
❖ در صورت وقوع تجاوز جنسی، به بیمار مشاوره های روانی لازم را ارائه دهید.

❖ در صورت وقوع تجاوز جنسی و رضایت بیمار موضوع را به نیروی انتظامی گزارش دهید. در صورت عدم رضایت بیمار وی را از امکان دریافت مشاوره حقوقی رایگان از مراکز هم چون واحدهای "ارشاد و معاضدت قضایی" مستقر در کلیه دادسراها و مجتمع های قضایی و غیر رایگان همچون دفاتر وکلای دادگستری آگاه نمایید. در صورتی که بیمار زن یا کودک باشد، علاوه بر موارد فوق می تواند برای مشاوره حقوقی از "دفاتر حمایت از حقوق زنان و کودکان" مستقر در دادگستری های مراکز استان های سراسر کشور نیز استفاده نماید.

❖ در صورت وقوع تجاوز جنسی، صرف نظر از تمایل بیمار برای طرح شکایت، به هنگام ارائه خدمات مراقب باشید نمونه های منی و ترشحات را جمع آوری کنید و آنرا در اختیار بیمار بگذارید و آثار و نشانه های تروما را بدقت یادداشت کنید.

❖ در صورت مواجهه های جنسی داوطلبانه، مشاوره های لازم در باره کاهش رفتارهای پر خطر را ارائه دهید.

الگوریتم ۱: ارزیابی و درمان در مواجهه های جنسی با HIV



ارزیابی ها و خدمات اولیه در مواجهه های غیر جنسی:

- ❖ میزان خطر انتقال HIV، وضعیت پایه فرد مواجهه یافته و فرد منبع از نظر HIV را مطابق آنچه در قسمت های ۲-۴ تا ۴-۴ آورده شد، بررسی کنید و با استفاده از جداول ۲ و ۳ در مورد ارائه داروهای ضد رتروویروسی تصمیم گیری کنید. در صورتی که قرار بر مصرف دارو شد، ظرف ۷۲ ساعت پس از تماس درمان پیشگیرانه را شروع کنید.
- ❖ نامشخص بودن وضعیت HIV در فردی که دچار مواجهه شده، مانعی برای شروع پروفیلاکسی نیست.
- ❖ در مواقعی که به علت رفتارهای قابل اجتناب بیمار، وی در مواجهه با HIV قرار گرفته است مشاوره های لازم در باره کاهش رفتارهای پر خطر را ارائه دهید.

جدول ۱: پروفیلاکسی پس از تماس با HIV در آسیب‌های پوستی

Infectious Status of Source Exposure Type	HIV-Infected(low risk) e.g., Asymptomatic HIV infection or known low HIV viral load(e.g.<1,500 RNA copies/mL)	HIV-Infected(high risk) e.g., Symptomatic HIV infection,AIDS, acute seroconversion or known high HIV viral load*	Source of Unknown HIV Status e.g., Source refuses testing or is unavailable	Unknown Source e.g., Needle disposed in the environment	HIV-Negative
Not Severe Solid needle and Superficial injury	Recommend basic 2-drug PEP	Recommend expanded 3-drug PEP	Generally no PEP warranted; Consider basic 2-drug PEP ¹ for source with HIV risk factors ²	Generally no PEP warranted; Consider basic 2-drug PEP ¹ in Settings where exposure to HIV-infected persons is likely ³	No PEP warranted
More Severe Large-bore, Or hollow needle Or Deep puncture Or Visible blood on Device Or -Needle used in artery or vein	Recommend expanded 3-drug PEP	Recommend expanded 3-drug PEP	Generally no PEP warranted; Consider basic 2-drug PEP ¹ for source with HIV risk factors ²	Generally no PEP warranted; Consider basic 2-drug PEP ¹ in settings where exposure to HIV-infected persons is likely ³	No PEP warranted
¹ The designation "consider PEP" indicates that PEP is optional and should be based on an individualized decision between the exposed person and the treating clinician. ² If PEP is initiated and the source is later determined to be HIV-negative, PEP should be discontinued. ³ e.g.some healthcare setting. *Seek expert consultation if drug resistance is a concern. Initiation of PEP should NOT be delayed pending expert consultation					

جدول ۲: پروفیل‌اکسی پس از تماس با HIV در تماس‌های مخاطی و پوست ناسالم

Infectious Status of Source Exposure Type	HIV-Infected (low risk) e.g., Asymptomatic HIV infection or known low HIV viral load (e.g. <1,500 RNA copies/mL)	HIV-Infected (high risk) e.g., Symptomatic HIV infection, AIDS, acute seroconversion or known high HIV viral load*	Source of Unknown HIV Status e.g., Source patient refuses testing or is unavailable	Unknown Source e.g., Blood spill or bloody equipment that cannot be traced to a patient	HIV-Negative
Small Volume -A few drops	Consider basic 2-drug PEP ¹	Recommend basic 2-drug PEP	Generally no PEP warranted	Generally no PEP warranted	No PEP warranted
Large Volume Large blood splash	Recommend basic 2-drug PEP	Recommend expanded ≥ 3-drug PEP	Generally no PEP warranted; Consider basic 2-drug PEP ¹ for source with HIV risk factors ²	Generally no PEP warranted; Consider basic 2-drug PEP ¹ in settings where exposure to HIV-infected persons is likely	No PEP warranted
¹ The designation "consider PEP" indicates that PEP is optional and should be based on an individualized decision between the exposed person and the treating clinician. ² If PEP is initiated and the source is later determined to be HIV-negative, PEP should be discontinued. *Seek expert consultation if drug resistance is a concern. Initiation of PEP should NOT be delayed pending expert consultation.					

انتخاب رژیم دارویی: گزینه‌های معمول برای PEP عبارتند از :

- یک رژیم پایه دو دارویی شامل دو NTI، مناسب برای مواجهه‌های با خطر کمتر
 - یک رژیم گسترده‌تر با سه دارو شامل رژیم پایه دو دارویی (دو NTI) و یک دارو از گروه PIs
- یا NNTIs، برای مواجهه‌هایی که خطر بیشتری برای انتقال دارند (جدول ۴)
- هر رژیمی که شروع می‌شود، باید دوره آن به مدت ۴ هفته تکمیل شود. پیشنهاد یک رژیم دو دارویی یک گزینه قابل قبول است چون در درجه اول منافع تکمیل دوره کامل این رژیم فرا تر از منافع افزودن داروی سوم و خطر عدم تکمیل است. با این وجود به طور نظری ترکیبی از داروهای فعال در مراحل مختلف چرخه تکثیر

ویروس (مانند آنالوگهای نوکلئوزید با PI) به ویژه در مورد مواجهه های شغلی که خطر بالای انتقال یا انتقال یک ویروس مقاوم را دارند، ممکن است اثر پیشگیرانه اضافی در PEP داشته باشد.

انتخاب رژیم دارویی برای HIV PEP باید براساس سنجش خطر عفونت در برابر سمیت احتمالی داروهای مورد استفاده انجام شود. از آنجا که PEP بالقوه سمیت دارد استفاده آن برای مواجهه هایی با خطر انتقال اندک توصیه نمی شود. اگرچه رژیم PEP باید با نظر متخصص بیماریهای عفونی ادامه یابد، اما این امر نباید شروع به موقع PEP را به تاخیر بیندازد. با این وجود با توجه به پیچیدگی انتخاب و تجویز HIV PEP، چنانچه رژیم پروفیلاکسی توسط پزشک متخصص عفونی دارای تجربه در این زمینه شروع نشده، ظرف ۴۸ ساعت پس از شروع آن بیمار را ارجاع دهید. توجه به خطر نسبی ناشی از مواجهه و اطلاع درباره منبع مواجهه از جمله سابقه و پاسخ به درمان ضد رترو ویروسی بر اساس پاسخ بالینی، تعداد سلولهای CD4+ T و اندازه گیری بار ویروسی و مرحله فعلی بیماری لازم است. زمانی که مقاومت ویروسی در فرد منبع به یک یا چند داروی رژیم PEP مشخص شود یا ظن مقاومت ویروسی مطرح باشد انتخاب داروهای توصیه می شود که مقاومت ویروس فرد منبع به آنها نامحتمل باشد. در این موارد مشاوره تخصصی توصیه می شود. اگر این اطلاعات بلافاصله در دسترس نباشند، در صورت لزوم PEP، شروع آن نباید به تاخیر بیفتد. بعد از شروع PEP بر حسب تناسب میتوان تغییر در رژیم ایجاد کرد.

مصرف نویراپین در HCP با سمیت شدید همراه بوده است و در nPEP نیز باید تا حد امکان از تجویز آن خودداری شود. در صورت فقدان گزینه دیگر، تجویز فقط باید با مشاوره تخصصی صورت گیرد.

جدول ۳: رژیم های دارویی در پروفیلاکسی های پس از تماس با HIV

Drugs Regimen	Preferred	Alternatives	Agents Not Recommended
Basic Regimen: (2-drug)	•Zidovudine(AZT) 300 mg BID + lamivudine(3TC) 150 mg BID	•Stavudine (d4T) 30 mg BID if <60kg and 40 mg BID if >60 kg + lamivudine (3TC) 150 mg BID or •Didanosine (ddI) 250 mg daily if <60kg and 200 mg BID if >60 kg + lamivudine(3TC) 150 mg BID	•Nevirapine (NVP) Or •Abacavir (ABC) Or •Didanosine(ddI) +Stavudine(d4T)
Expanded Regimens (3-drug)	•Basic regimen +efavirenz [¶] (EFV)600 mg HS Or •Basic regimen+ lopinavir-ritonavir (LPV/r) 400/100 mg twice daily	•Basic regimen +atazanavir-ritonavir(ATV/RTV) 300/100mg daily Or •Basic regimen + atazanavir 400mg daily Or •Basic regimen+ indinavir-ritonavir(IDV/RTV) 800/100 mg BID	
[¶] Efavirenz is Contraindicated in Pregnancy(Category D)			

سمیت و تداخل های دارویی داروهای ضد رترو ویروسی: لطفا با دستورالعمل بالینی "مدیریت مواجهه شغلی با اچ ای وی، ویروس هپاتیت B و ویروس هپاتیت C، توصیه هایی برای پروفیلاکسی پس از تماس" مراجعه کنید.

پروفیلاکسی پس از تماس HIV در بارداری: روش ارزیابی خطر عفونت و معیارهای شروع HIV PEP، در زنان باردار همچون سایرین است. با این حال تصمیم به استفاده از داروهای ضد رترو ویروسی طی بارداری باید شامل بحث بین زن باردار و ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی درباره منافع و خطرات احتمالی برای زن و جنین او باشد. به دلیل اثرات تراژدنتیک EFV، این دارو در طی دوره بارداری توصیه نمی شود. گزارش هایی از اسیدوز لاکتیک کشنده در زنان باردار درمان شده با ترکیبی از ddI و d4T باعث هشدارهایی

درباره مصرف این داروها طی بارداری شده است. به دلیل خطر هیپربیلیرونی در نوزاد IDV و به دلیل نگرانی از اثرات کارسینوژن ترکیبات موجود در نلفیناویر، این دو دارو نیز نباید برای زنان باردار تجویز شود.

پروویلاکسی پس از تماس HIV در کودکان: مطالعات در پروویلاکسی پس از تماس در کودکان بسیار اندک است. با این وجود پروویلاکسی پس از تماس در کودکان، اصول و رژیم شبیه به بزرگسالان دارد و دز داروهای تجویزی نیز مشابه دز داروها در ART است.

مشاوره بعد از مواجهه با HIV: مواجهه های غیر شغلی معمولاً نگرانی فراوانی در افراد ایجاد می کنند. باید در این مورد با بیمار مشاوره نمود. غالباً خطر انتقال HIV در مواجهه های غیر شغلی بسیار اندک است. با این وجود با توجه به اهمیت این عفونت، در صورتی که شروع PEP لازم باشد باید بر اهمیت آن تاکید نمود. باید اطلاعات لازم را در این مورد در اختیار بیمار قرار داد تا بتواند به درستی تصمیم گیری کند.

به فرد مواجهه یافته باید توصیه نمود تا از اهدای خون، پلاسما، اعضا، بافت و منی و شیر دهی در دوره پیگیری خودداری کند. کلیه نزدیکی هایش با کاندوم باشد و از کاندوم به روش صحیح استفاده نماید. استفاده از سایر روشهای پیشگیری از بارداری در کنار کاندوم نیز مطلوب است. از اشتراک در وسایل تزریق و سایر وسایل برنده مثل تیغ ریش تراشی و سایر رفتارهای پرخطر خودداری نماید.

در صورت لزوم بیمار را برای مشاوره بهداشت روانی و در مواردی که مواجهه بیمار تبعات حقوقی داشته باشد وی را برای مشاوره های حقوقی ارجاع دهید.

۳-۶- پیگیری:

آزمایش های پیگیری مواجهه با HIV :

Post exposure follow up for patients don't receive postexposure prophylaxies.

◀ همه مواجهه یافتگان: تکرار آزمایش HIV Ab در هفته ششم، ماه سوم و ماه ششم بعد از مواجهه. در مواردی که فرد منبع یا مواجهه یافته مبتلا به HCV باشند، آزمایش HIV Ab را باید یکسال پس از مواجهه نیز تکرار نمود.

◀ در صورت وقوع بیماری مطابق با سندرم رترو ویروسی حاد، انجام آزمایش بار ویروسی HIV

◀ در صورت تجویز PEP، فرد باید از نظر سمیت دارویی پایش شوند. CBC، کراتین و آزمایش آنزیم های کبدی (ALT , AST)، آلکالن فسفاتاز ، بیلروبین تام باید قبل از شروع دارو درخواست گردد و دو هفته بعد تکرار شود.

◀ برای افراد تحت درمان بامهار کننده پروتئاز، هیپرگلیسمی پایش شود.

◀ در صورت مصرف ایندیناویر (IDU) آزمایش ها باید شامل آزمایش کامل ادرار باشد.

- در صورت تجویز PEP، ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از شروع پروفیلاکسی بیمار از نظر پایداری به درمان و عوارض دارویی ویزیت شود. درباره اهمیت پایداری و عوارض جانبی احتمالی و نحوه به حداقل رساندن آنها مجدداً مشاوره گردد. درباره هر گونه تداخل دارویی احتمالی یا سمیت ها و اهمیت پایش آنها اطلاعات ارائه شود. دو هفته پس از شروع دارو نیز مجدداً بیمار را از پایداری به درمان و عوارض دارویی ویزیت کنید. در انتهای هفته ۴ درمان را قطع کنید و آزمایش های پیگیری را مطابق آنچه قبلاً گفته شد، درخواست کنید.

منابع:

1. Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection .World Health Organization, 2007.
2. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services MMWR January 21, 2005 / Vol. 54 / No. RR-2
3. UK Guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure, Martin Fisher FRCP, Paul Benn MRCP, Barry Evans MD FFPH, Anton Pozniak MD FRCP, Mike Jones BA, Suzie MacLean, Oliver Davidson MSc PhD, Jack Summerside and David Hawkins BSc FRCP, Clinical Effectiveness Group (British Association for Sexual Health and HIV) International Journal of STD & AIDS 2006; 17: 81–92.
4. Offering HIV Post-Exposure Prophylaxis (PEP) Following Non-Occupational Exposures Recommendations for Health Care Providers in the State of California The California Task Force on Non-Occupational PEP and the California Department of Health Services, Office of AIDS, June 2004.
5. Development of Guidelines on Nonoccupational HIV Postexposure Prophylaxis for the State of Rhode Island Roland C. Merchant, MD, MPH^{a,b,c} Kenneth H. Mayer, MD^{a,d,e} Carol A. Browning, MS, RN^f Public Health Reports / March–April 2004 / Volume 119:137-140.

۶. دومین گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی

سازمان ملل متحد در زمینه اچ آی وی/ایدز، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دیماه ۱۳۸۶

۷. دستور العمل شماره ۱ طرح جامع رفع اطاله دادرسی مصوب رییس قوه قضاییه منتشره در روزنامه رسمی

کشور