

แนวทางการให้ ARV และการดูแลรักษาผู้ป่วย HIV

กลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลโสธร



NEW CASE ARV

* รายที่ซีดมาก Hb < 8.5 หรือรายที่มีน้ำหนักน้อยมากๆ
ควรเริ่มด้วย GPO virS30 แต่ไม่ควรให้เกิน 6 เดือน

โดยให้เปลี่ยนเป็น GPO virZ250 แทน
ถ้า VL < 50 copies/ml

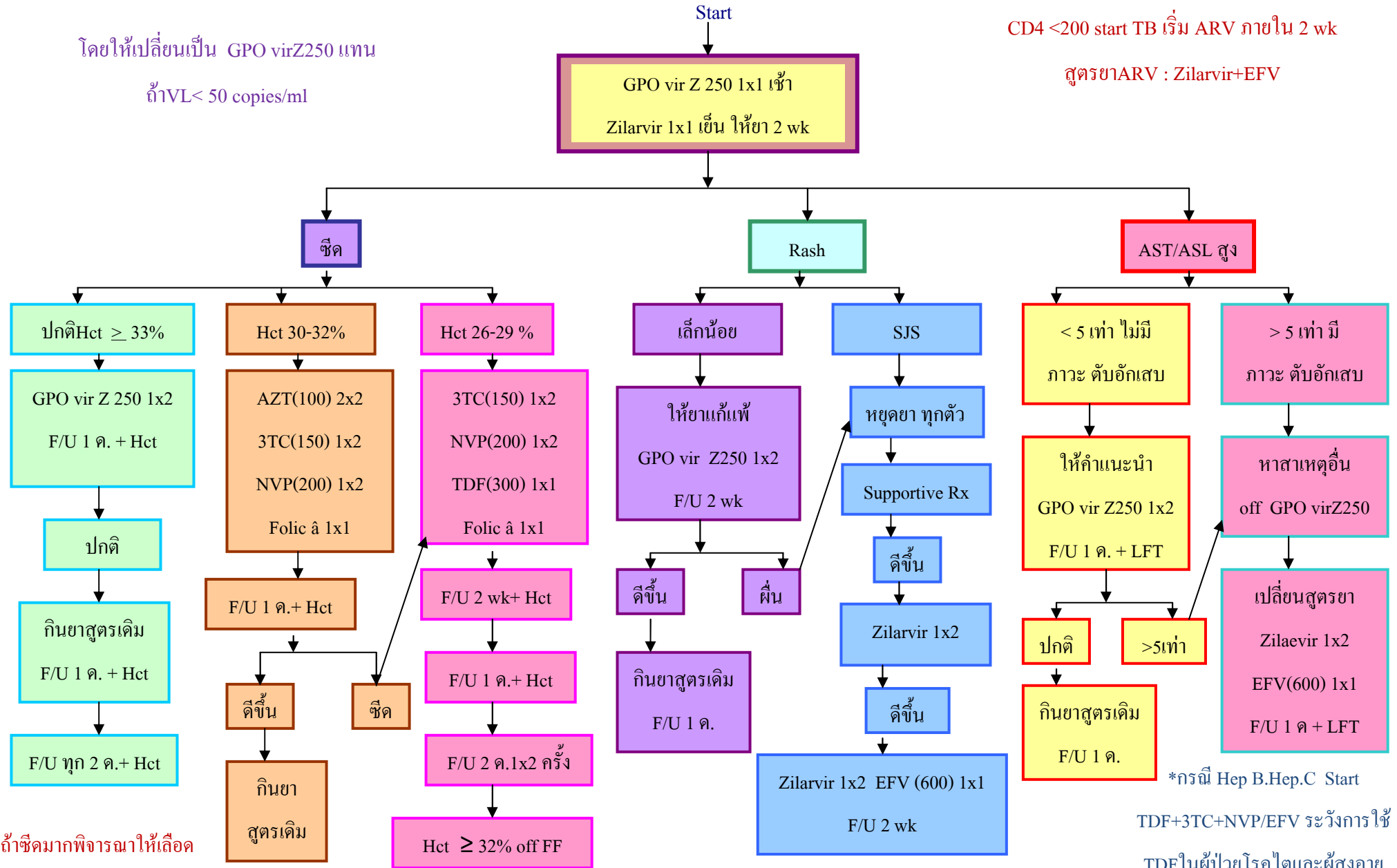
เจาะเลือด CBC, Bun, Cr, LFT เป็น Base line

เริ่มยา OI เมื่อ On ARV ครบ 1½ ค.

Case TB CD4 > 200 start TB → เริ่ม ARV หลัง 2 wk

CD4 < 200 start TB เริ่ม ARV ภายใน 2 wk

สูตรยา ARV : Zidarvir+EFV



* ถ้าซีดมากพิจารณาให้เลือด

*กรณี Hep B, Hep. C Start
TDF+3TC+NVP/EFV ระวังการใช้
TDF ในผู้ป่วยโรคไตและผู้สูงอายุ

CD4 Level	OI	Primary Prophylaxis	การหยุดยา CD4 level	Treatment	Secondary prophylaxis	การหยุดยา CD4 level
-	Candidiasis 1. Oropharyngeal 2. Esophageal 3. Cervicovaginal	ไม่แนะนำ	- - -	1. Nystatin 4ml ⊙x4 pc นาน7วัน - Clotrimazole oral Troches 10 mg อมวันละ4-5ครั้ง นาน 7-14วัน 2. Fluconazole (200)1x1 ⊙ นาน14-12วัน 3. Clotrimazole vaginal cream 5 mg/day หรือ - Clotrimazole vaginal suppo 100 mg เหน็บ OD นาน 7 วัน *หญิงครรภ์หลีกเลี่ยงการใช้ในไตรมาสแรก โดย ใช้Amphotericin B 0.3- 0.5 mg/kg/day V drip.	ปกติไม่แนะนำยกเว้นในรายที่เป็น รุนแรงหรือเป็นบ่อย ๆ - Fluconazole (200) 1x1⊙ OD	> 200 cell/mm
< 100	Cryptococcosis (Crypto)	- Fluconazole (400) 1 tab ⊙/ wk หรือ Itraconazole (200) 1x1 ⊙	≥ 100	<u>Induction 2 wk</u> ยาหลัก - Amphotericin B 1.0 mg/kg/day V drip หรือ Amphotericin B 0.7 mg/kg/day V+Fluco 800 mg ⊙ หรือ V ยาทางเลือก - Fluco 800-1200 mg/day ⊙ หรือ V <u>Solidation 8-10 wk</u>	ยาหลัก - Fluconazole (200) 1x1 ⊙ OD ยาทางเลือก - Itraconazole (200) 1x1 ⊙ OD	> 200 cell/mm นาน 6 เดือน

CD4 Level	OI	Primary Prophylaxis	การหยุดยา CD4 level	Treatment	Secondary prophylaxis	การหยุดยา CD4 level
	Cryptococcosis (Crypto)			ยาหลัก - Fluconazole (800) 1x1 ◉ หรือ - Itraconazole (200)1x2 ◉ *steriod,diamox no benefit		
< 100	Cytomegalovirus infection (CMV)	Ophthalmicscreening	-	- Ganciclovir 5 mg/kg V ทุก 12 ชม. นาน 2-3 wk หรือจนกว่าอาการดีขึ้น - Valganciclovir (900) 1x2 ◉ นาน 2-3 wk	- Valganciclovir (900) 1x1 ◉ OD	≥ 100 นาน 3 – 6 ด.
< 50	Mycobacterium avium complex infection (MAC)	Azithromycin 5tabs ◉ wkly หรือ Clarithromycin (500) 1x2 ◉	≥ 100 นานกว่า 3 ด.	ให้ยานาน 4-8 wk Clarithromycin(500) 1x2 ◉ + Ethambutol 15 mg/kg/day หรือ Azithromycin (500) 1x1 ◉ +Ethambutol 15 mg/kg/day กรณีมีอาการรุนแรงหรือหลังการรักษา 4 -8 wk ไม่ได้ผลให้ยาอื่นร่วมด้วย Ciprofloxacin (500) 1x2 ◉ + Amikacin 15 mg/kg V OD	เหมือนในกรณีให้การรักษาทุกประการ	
< 200	Pneumocystic Pneumonia (PCP)	Bactnim (TMP/SMX) 2x1 ◉ หรือ Dapsone (100) 1x1 ◉	≥ 200 นานกว่า 3 ด.	- Ciprofloxacin (500) 1x2 ◉ - TMP/SMX โดยให้ TMP 15 mg/kg/day หรือ SMX 75 mg/kg/day นาน 21 วัน หรือ ให้ทาง V แบ่งให้ 3-4 ครั้ง /วัน นาน 21วัน	- Bactrim 2x1 ◉	≥ 200 นานกว่า 3 ด. แต่หากต่อมา CD4 < 200 ให้กลับมาเริ่มยาป้องกันใหม่

CD4 Level	OI	Primary Prophylaxis	การหยุดยา CD4 level	Treatment	Secondary prophylaxis	การหยุดยา CD4 level
< 100	Toxoplasmic encephalitis (TOXO)	Bactrim 2x1 ◉ หรือ Dapsone (100) 1x1◉ + Pyrimeth 50 mg wky	≥ 200 นานกว่า 6 ค.	ยาหลัก - Pyrimeth (200) 1 ครั้ง ตามด้วย 50 mg/day BW ≤ 60 ให้ 50 mg/day BW ≥ 60 ให้ 75 mg/day + Sulfadiazine BW < 60 ให้ 1000 mg. วันละ 4 ครั้ง BW ≥ 60 ให้ 1500 mg วันละ 4 ครั้ง + Folinic acid 10 – 25 mg/day นาน 6 wk ยาทางเลือก - TMP/AMX 5-10 mg/day ของ TMP V หรือ ◉ - Pyrimeth ตามขนาดในยาหลัก + Clinda 600 mg ทุก 6 - 8 ชม. - Pyrimeth ตามขนาดยาหลัก + Azithromycin 1000 - 1200 mg/day * กรณีให้ TMP/SMX อย่างเดียวไม่มีข้อมูลว่าควรให้ขนาดเท่าใดเมื่อรักษาครบ 6 wk แล้วอาจลดยาลง 2 - 4 เม็ดต่อวัน	ยาหลัก Pyrimeth 25 - 50 mg/day + Sulfadiazine 500 - 1000 mg วันละ 4 ครั้ง + Folinic acid 10 – 25 mg/day ยาทางเลือก - Pyrimeth 25-50 mg/day + Clinda 300 – 400 mg ทุก 6-8 ชม. + Folinic acid 10-25 mg/day	≥ 200 นานกว่า 6 ค.

CD4 Level	OI	Primary Prophylaxis	การหยุดยา CD4 level	Treatment	Secondary prophylaxis	การหยุดยา CD4 level
< 100	Penicilliosis และ Histoplasmosis	- Itraconazole (200) 1x1 ☉	100 -150 นานกว่า 6 ค.	<u>Induction Phase</u> - Amphotericin B 0-6-0-7 mg/kg/day V นาน 7-14 วัน - Itraconazole (200) 1x3 ☉ นาน 3 วัน ตามด้วย 1x2 ☉ นาน 14 วัน <u>Consolidation Phase</u> - Itraconazole (200) 1x2 ☉ * หญิงตั้งครรภ์ ให้การรักษา เช่น เดียวกันยกเว้น ไตรมาสแรก พิจารณาให้ Amphotericin B แทน	- Itraconazole (200) 1x1 ☉	100 -150 นานกว่า 6 ค.
	Tuberculosis (TB)	ต้องแน่ใจว่าไม่มีอาการแสดงของวัณโรคและ CXR ปกติ ให้ INH (300) 1x1 hs นาน 9 ค.	-	<u>2 IRZE/4-7 IR</u> *กรณีที่มีแพ้ Rifam หรือใช้ยาต้านกลุ่ม Pls ให้ใช้ strep 10-15 mg/kg (ไม่เกิน 1000 mg) M.OD *กรณีที่ไม่สามารถใช้ Rifam ต่อหลังได้รับยาสูตรเข้มข้น 2 เดือนแรกแล้ว ให้ - INH+ETB ต่อ นาน 18 ค. - INH+ETB+Oflox นาน 12-18 ค. ยาทางเลือก - Kanamycin 15 mg/kg (ไม่เกิน 1000) M.OD - Amikin 15 mg/kg (ไม่เกิน 1000 mg) - Cycloserine (10 mg/kg) (500 -700 mg/day) ☉ แบ่งให้วันละ 2- 3 ครั้ง - PAS 150 mg/kg (800 -1200 mg/day) ☉ แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง		

CD4 Level	OI	Primary Prophylaxis	การหยุดยา CD4 level	Treatment	Secondary prophylaxis	การหยุดยา CD4 level
-	Tuberculosis (TB)		-	Ofloxacin 600 – 800 mg/day ☉ OD ** MDR-TB คือยา IHN Rifam ควรให้ยาใหม่ 3-4 ชนิด โดย 1 ชนิด เป็นยาฉีดระหว่างรอผลความไว ต่อยาหมายเหตุถ้ารักษาไม่ดี จะเกิด XDR-TB ได้	-	-

ภาคผนวก
ความเจ็บป่วยของระยะเอดส์ *

AIDS – defining illness

CDC classification

Candidiasis of bronchi ,trachea ,or lungs

Candidiasis ,esophageal

Cervical cancer, invasive

Coccidioidomycosis ,disseminated or extra pulmonary

Cryptococcosis ,extra pulmonary

Cryptococcosis, chronic intestinal (มากกว่า 1 month)

Cytomegalovirus disease (other than liver, spleen, or nodes)

Cytomegalovirus retinitis (with loss of vision)

Encephalopathy ,Hiv-related

Herpes simples, chronic ulcer(s) (มากกว่า 1 month): or

Bronchitis, pneumonitis, or esophagi is

Histoplasmosis, disseminated or extrapulmonary

Isosponiasis chronic intestinal (มากกว่า 1 month)

Kaposi’s sarcoma

Lymphoma, Burkett’s(or equivalent term)

Lymphoma, Immunoblastic (or equivalent)

Lymphoma , primary ,of brain

ภาคผนวก

Symptomatic HIV Infection**

- เชื้อราในปาก
- ตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ (Peuritic Papular Eruptions :PPE)
- ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ
- อูจจาระร่วงเรื้อรังที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้นาน 14 วัน
- น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 3 เดือน

Initiation of Antiretroviral Therapy in Naïve Patients

ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี มีหลักการและข้อสังเกตดังนี้

1. ชักประวัติยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้อยู่ และประวัติการได้รับยาต้านไวรัสเอช ไอวี เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกสูตรยาที่จะใช้
2. ควรเริ่มยาเมื่อผู้ป่วยพร้อม เข้าใจความสำคัญของการกินยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอตลอดชีวิต เข้าใจวิธีการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาและหลีกเลี่ยงยาที่อาจจะเกิดปฏิกิริยากับยาต้านไวรัสเอชไอวี

ภาคผนวก

การคำนวณค่า Creatinine clearance

$$\text{ผู้ชาย} : \frac{(140 - \text{อายุเป็นปี}) \times \text{น้ำหนัก (kg)}}{72 \times \text{serum creatinine}}$$

$$\text{ผู้หญิง} : \frac{(140 - \text{อายุเป็นปี}) \times \text{น้ำหนัก (kg)} \times 0.85}{72 \times \text{serum creatinine}}$$

* ขนาดยาและการปรับขนาดยากลุ่ม NRTIS ในผู้ป่วยที่การทำงานของไตหรือตับบกพร่อง สามารถดูได้จากหนังสือแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ระดับชาติปี พ.ศ.2553 : 106-111

กรณีพิเศษที่ควรพิจารณาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อ $CD4 > 350 \text{ cell/mm}^3$

1. ผู้ติดเชื้อ HIV มีการติดเชื้อ HBV หรือ HCV ร่วมด้วย และมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกว่ามีการอักเสบของตับจากเชื้อ HBV หรือ HCV
2. ผู้ติดเชื้อที่มีอายุ > 50 ปี ($CD4 > 350-500 \text{ cell/mm}^3$) ที่มีอย่างน้อยโรคหนึ่งโรคใดดังต่อไปนี้ร่วมด้วย DM, HT, DLP
3. กรณีอื่น ๆ เช่น discordant couples, HIV- associated nephropathy เป็นต้น (ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับคำปรึกษา)

หนังสืออ้างอิง

แนวทางการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553