ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីការបង្ការ និងព្យាបាល ជំងឺឱកាសនិយម លើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅប្រទេសកម្ពុជា

រៀបរៀងលើកទី១

ខែ មិថុនា ឆ្នាំ ២០១១

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

មាតិកា ទំព័រ

អារម្ភកថា......11

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ......12

ពាក្យបំព្រួញ......12

សេចក្តីផ្តើម......19

ជំពូកទី១

ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ការចំលង និងការថែទាំព្យាបាលកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍......21

១-១ មូលដ្ឋាននៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍......21

១-២ ការចំលងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ......22

១-៣ សមាសភាគសំខាន់ៗ នៃការថែទាំព្យាបាលកុមារ ប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍......24

១-៤ អនុសាសន៍ ស្តីអំពីការបំបៅកូន......24

១-៥ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole និង Fluconazole......26

១-៦ ការចាក់ឱសថបង្ការ ការផ្តល់វីតាមីន A និងការទំលាក់ព្រូន......30

១-៧ ការតាមដានភាពលូតលាស់ របស់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍......31

១-៨ ពេលវេលាដែលត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍......32

១-៩ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពីមានគ្រោះថ្នាក់ដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍......33

ជំពូកទី២

ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍......34

២-១ សេចក្តីសង្ខេប នៃដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក......34

២-២ ដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍ លើកុមារ ប្រៀបធៀបនឹងមនុស្សពេញវ័យ......34

២-៣ របៀបប្រើប្រាស់ ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍ លើកុមារ របស់អង្គការ
សុខភាពពិភពលោក 35

ជំពូកទី៣

ជំងឺដែលមិនមែនជាជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតមានញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍......38

៣-១ គ្រុនក្តៅ (Fever) 39

៣-១-១ សេចក្តីផ្តើម 39

៣-១-២ មូលហេតុបង្ក (Etiology) 39

៣-១-៣ ការវាយតំលៃ (Assessment) 40

៣-១-៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល 40

៣-១-៥ គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ (Persistent Fever) ដោយគ្មានមូលហេតុ 41

៣-២ ជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ 43

៣-២-១ រលាកត្រចៀកស្រួចស្រាវ (Acute Otitis Media) 43

៣-២-២ រលាកត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ 43

៣-២-៣ រលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម (Mastoid) 44

៣-២-៤ ជំងឺរលាកបំពង់ក (Pharyngitis) 44

៣-៣ ការរីកធំនៃក្រពេញ Parotid 45

៣-៤ ការឡើងកូនកណ្តុរ ពេញខ្លួន (PGL) 45

៣-៥ ជំងឺតំរងនោមដោយសារមេរោគអេដស៍ (HIVAN) 45

ជំពូកទី៤

ជំងឺមាត់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍......47

៤-១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក (Clinical Manifestation) 47

៤-១-១ ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral Candidiasis) 47

៤-១-២ ជំងឺ Oral hairy leukoplakia (OHL) 48

៤-១-៣ ជំងឺមាត់ធ្មេញ ដោយសារមេរោគអេដស៍ 48

៤-១-៤ ជំងឺ Herpes Simplex Virus (HSV) Infection 48

៤-១-៥ ជំងឺដំបៅ Aphthous សារចុះសារឡើង (Recurrent Aphthous Ulcers) 49

៤-១-៦ ការរីកក្រពេញ Parotid និង Xerostomia 49

៤-១-៧ ជំងឺ Human Papillomavirus (HPV) Infection 49

៤-២ ការព្យាបាល 50

ជំពូកទី៥

ជំងឺសើស្បែក លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 54

៥-១ ជំងឺ Herpes simplex virus 56

៥-២ ជំងឺ អុតក្តាម (primary Varicella Zoster Virus) និងជំងឺរើម (herpes zoster) 56

៥-៣ ជំងឺ Molluscum Contagiosum 57

៥-៤ ជំងឺសើស្បែកបង្កដោយបាក់តេរី 57

៥-៥ ជំងឺសើស្បែកបង្កដោយផ្សិត 59

៥-៥-១ ជំងឺ candidiasis ស្បែក 59

៥-៥-២ ជំងឺ Dermatophytosis 60

៥-៦ ជំងឺកមរមាស់ (Scabies) 60

៥-៧ Drug Eruption 61

៥-៨ ជំងឺ Seborrheic Dermatitis 61

៥-៩ ជំងឺ Pruritic Papular Eruption 62

ជំពូកទី៦

អាហារូបត្ថម្ភ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍........ 63

៦-១ មូលហេតុនៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ........ 63

៦-២ ការវាយតំលៃអាហារូបត្ថម្ភ 64

៦-៣ ការបន្ថែមកាឡូរី ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 65

៦-៤ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការវាយតំលៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវ........ 66

ជំពូកទី៧

ជំងឺឈាម លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍........ 70

៧-១ ភាពស្លេកស្លាំង 70

៧-២ ការធ្លាក់ចុះនៃកោសិកា Neutrophil (Neutropenia)........ 72

៧-៣ ការធ្លាក់ចុះនៃកោសិកា ប្លាកែត (Thrombocytopenia)........ 73

ជំពូកទី៨

ជំងឺមហារីកទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍លើកុមារ........ 75

៨-១ ជំងឺ Lymphoma ដែលមិនមែនជាជំងឺ Hodgkin (NHL)........ 75

៨-១-១ ការលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក 75

៨-១-២ រោគវិនិច្ឆ័យ 76

៨-១-៣ ការព្យាបាល........ 76

៨-២ ជំងឺ Lymphoma នៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (Primary CNS Lymphoma) 76

៨-៣ ជំងឺមហារីកសរសៃឈាមវ៉ែន (Kaposi’s Sarcoma) 77

ជំពូកទី៩

ជំងឺផ្លូវដង្ហើម លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍......79

៩-១ ជំងឺ ស្ងួតបណ្ដាលមកពីបាក់តេរី (Bacterial Pneumonia)......82

៩-២ ជំងឺ Pneumocystic jiroveci pneumonia (PCP)......84

៩-៣ ជំងឺ Lymphoid Interstitial Pneumonitis (LIP)......87

៩-៤ ជំងឺ Bronchiectasis......89

ជំពូកទី១០......91

ជំងឺរបេង លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍......91

១០-១ អេពីដេមីសាស្ត្រ......91

១០-២ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍......92

១០-៣ រោគវិនិច្ឆ័យរកជំងឺរបេងសកម្ម......93

១០-៤ ការព្យាបាល......94

១០-៤-១ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលកើតជំងឺរបេង......94

១០-៤-២ របបឱសថព្យាបាល (Treatment Regimens)......95

១០-៤-៣ ការពិចារណាបន្ថែមចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍......96

១០-៤-៤ ផលវិបាកបន្ទាប់បន្សំនៃឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង......96

១០-៥ ទំរង់ជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ តំរូវអោយមានការព្យាបាលពិសេស......97

១០-៦ បរាជ័យក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេង......98

១០-៧ ចង្កោមរោគសញ្ញារលាកបណ្ដាលមកពី ការស្ដារឡើងវិញ នូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយ (IRIS)......100

១០-៨ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Isoniazid (IPT) លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 101

១០-៩ ការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG បង្ការជំងឺរបេង 104

ជំពូកទី១១

ការលេចឡើងនូវរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍..........106

១១-១ ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HIV Encephalopathy) 107

១១-១-១ អេពីដេមីសាស្ត្រ 107

១១-១-២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ 107

១១-១-៣ ការព្យាបាល 107

១១-១-៤ ការបង្ការ 108

១១-២ ការប្រកាច់ (Seizures) 108

១១-៣ ការឆ្លងរោគនៅលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (Infections of the Central Nervous System) 111

១១-៣-១ រលាកស្រោមខួរ បង្កដោយមេរោគបាក់តេរី 111

១១-៣-២ រលាកស្រោមខួរ បង្កដោយមេរោគផ្សិត Cryptococcus 111

១១-៣-៣ រលាកស្រោមខួរ បង្កដោយមេរោគរបេង 113

១១-៣-៤ រលាកខួរក្បាលបង្កដោយ Toxoplasma 115

១១-៣-៥ រលាកខួរក្បាលបង្កដោយវីរុស 117

១១-៤ ជំងឺស្ទះសរសៃឈាមខួរក្បាល (Stroke) 118

១១-៥ ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទខាងក្រៅ (Peripheral neuropathy) 119

ជំពូកទី១២

ជំងឺក្រពះ និងពោះវៀន លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍..........121

១២-១ រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលកង្វះជាតិទឹក....121

១២-២ ជំងឺរាកស្រួចស្រាវ....125

១២-៣ ជំងឺរាករ៉ាំរ៉ៃ....127

១២-៤ ជំងឺរលាកថ្លើមបង្កដោយមេរោគ(វីរុស)....132

ជំពូកទី១៣

ជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀត....136

១៣-១ ជំងឺ Disseminated Mycobacterium avium complex (MAC)....136

១៣-២ ជំងឺបង្កដោយមេរោគ Penicilliosis....139

១៣-៣ ជំងឺ Histoplasmosis....140

១៣-៤ ការបង្ករោគដោយវីរុស Cytomegalovirus (CMV)....142

ឯកសារយោង....145

ឧបសម្ពន្ធ័....147

ឧបសម្ពន្ធ័ ក: កាលវិភាគ ពិនិត្យសុខភាពទៀងទាត់ ចំពោះកុមារប្រឈម នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍....147

ឧបសម្ពន្ធ័ ខ: ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក....149

ឧបសម្ពន្ធ័ គ: រូបថតជំងឺសើស្បែក និងជំងឺមាត់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍....152

ឧបសម្ពន្ធ័ ឃ: តារាងតាមដាន ការលូតលាស់ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក....153

ឧបសម្ពន្ធ័ ង: តារាងបង្ហាញរោគសញ្ញា, រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម....160

បញ្ជីរាយនាមសមាជិក....169

បញ្ជីរាយនាមអ្នកចូលរួមចំណែក....170

តារាង

តារាងទី១: ចំនួនកោសិកា CD4 និងកំរិតនៃការថយចុះប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ 22

តារាងទី២: កត្តាបង្កើនការចំលងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយទៅកូន 23

តារាងទី៣: កំរិតប្រើនៃឱសថ Nevirapine ក្នុងការព្យាបាលបង្ការ លើកុមារដែលចៅដោះម្តាយ 24

តារាងទី៤: ការណែនាំ ស្តីអំពីការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole......................27

តារាងទី៥: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការឡើងកន្ទួល (Rash) ដោយឱសថ Cotrimoxazole 29

តារាងទី៦: ការណែនាំ ស្តីអំពីការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole 29

តារាងទី៧: កាលវិភាគនៃចាក់ឱសថបង្ការ សំរាប់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍.....31

តារាងទី៨: ការផ្តល់វីតាមីន A បន្ថែម 31

តារាងទី៩: ការទំលាក់ព្រូន 31

តារាងទី១០: ការព្យាបាលជំងឺដំបៅមាត់ 50

តារាងទី១១ : មូលហេតុនៃជំងឺសើស្បែក លើអ្នកជំងឺអេដស៍ 55

តារាងទី១២ : មូលហេតុនៃជំងឺសើស្បែកបង្កដោយបាក់តេរី និងការព្យាបាល 58

តារាងទី១៣: ចំណាត់ថ្នាក់កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ លើកុមារ 66

តារាងទី១៤: ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រនៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ដែលតំរូវអោយអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យ 67

តារាងទី១៥: មូលហេតុ និងដើមចមនៃភាពស្លេកស្លាំង លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍................70

តារាងទី១៦: មូលហេតុ និងដើមចមនៃការថយចុះកោសិកា Neutrophil (Neutropenia) លើអ្នកជំងឺអេដស៍ 72

តារាងទី១៧: រោគសញ្ញាទៅតាមទីកន្លែងនៃជំងឺ lymphoma ដែលមិនមែនជាជំងឺ Hodgkin.....76

តារាងទី១៨: **ការប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ក្នុងមួយជីវិតនៃការវិវត្តន៍ទៅជាជំងឺរបេងសកម្ម ក្នុងករណីមាន និងគ្មានផ្ទុកមេរោគ**..91

តារាងទី១៩: អនុសាសន៍ឆ្នាំ២០០៩របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ស្តីអំពីកម្រិតប្រើឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង លើកុមារ..95

តារាងទី២០: ការគ្រប់គ្រងផលវិបាកបន្ទាប់បន្សំនៃឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង 96

តារាងទី២១: លទ្ធផលនៃការពិនិត្យទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF) លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (CNS disease) 114

តារាងទី២២: ចំណាត់ថ្នាក់នៃកង្វះជាតិទឹក...122

តារាងទី២៣: ផែនការបំពេញជាតិទឹកឡើងវិញ និងប្រភេទវត្ថុរាវ ដែលត្រូវប្រើប្រាស់ 123

តារាងទី២៤: ការព្យាបាលជំងឺរាគដែលដឹងពីមូលហេតុច្បាស់លាស់..................................130

ប្រអប់

ប្រអប់ទី១: លក្ខខណ្ឌដែលត្រូវមានសំរាប់ការបំបៅកូនដោយអាហារជំនួសដែលមានសុវត្ថិភាព 26

ប្រអប់ទី២: កំរិតប្រើប្រាស់ឱសថ Cotrimoxazole សំរាប់ការព្យាបាលបង្ការ..............................28

ប្រអប់ទី៣: កំរិតប្រើប្រាស់ឱសថ Fluconazole សំរាប់ការព្យាបាលបង្ការ.................................30

ប្រអប់ទី៤: រោគសញ្ញា និងចង្កោមរោគសញ្ញា ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍..........................32

ប្រអប់ទី៥: រោគវិនិច្ឆ័យសន្និដ្ឋាន នៃជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ...35

ប្រអប់ទី៦: ការវាយតំលៃអាហារូបត្ថម្ភ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 65

ប្រអប់ទី៧: ការណែនាំអំពីការផ្តល់កាឡូរីបន្ថែម ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍..........................66

ប្រអប់ទី៨: គោលដៅនៃការផ្តាច់ថាមពល ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានកង្វះអាហា..69

ប្រអប់ទី៩: រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង 93

គំនូសបំព្រួញ

គំនូសបំព្រួញទី១: ការប្រឈមនឹងការកើតជំងឺឱកាសនិយម ទៅតាមកំរិត នៃចំនួន
កោសិកា CD4 37

គំនូសបំព្រួញទី២: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍.......42

គំនូសបំព្រួញទី៣: វដ្តនៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការឆ្លងជំងឺ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍............64

គំនូសបំព្រួញទី៤:ការវាយតំលៃ រោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍....................81

គំនូសបំព្រួញទី៥: ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Isoniazid លើកុមារ 103

គំនូសបំព្រួញទី៦: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការប្រកាច់ និងគ្រុនក្តៅ នៅកន្លែងដែល
គ្មាន CT Scan*...109

គំនូសបំព្រួញទី៧: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ (Workup) នៃការប្រកាច់ និងគ្រុនក្តៅ
នៅកន្លែងដែលមាន CT Scan *..110

គំនូសបំព្រួញទី៨: វិធីសាស្រ្តព្យាបាលកុមារមានជំងឺរាករ៉ាំរ៉ៃ 129

អារម្ភកថា

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ គឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់នៃយុទ្ធសាស្រ្ត របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ក្នុងការបង្កើនគុណភាពនៃការថែទាំ និងព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា។ ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងថែទាំជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគ បានចាត់ទុកការពិនិត្យ និងកែសំរួលជាទៀងទាត់នូវគោលនយោបាយ និងគោលការណ៍ណែនាំផ្សេងៗ ជាយុទ្ធសាស្រ្តគន្លឹះ ដើម្បីសំរេចអោយបាននូវគោលដៅ *"បង្កើន និងថែរក្សាគុណភាព និងភាពទទួលបានការថែទាំព្យាបាល សំរាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការពង្រីកសេវាថែទាំព្យាបាល នៅតាមគ្រឹះស្ថានព្យាបាលទូទាំងប្រទេស"។*

ឯកសារនេះ ជាគោលការណ៍ណែនាំដំបូង ស្តីអំពីការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ចំពោះកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារកើតជំងឺអេដស៍ ដែលជាលទ្ធផលនៃការចូលរួមចំណែក និងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង រយៈពេល២ឆ្នាំ របស់អ្នកឯកទេសជាច្រើន ទាំងក្នុងនិងក្រៅប្រទេស ដោយបានបញ្ចូលពត៌មាន និងចំណេះដឹងថ្មីៗ អំពីការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ចំពោះកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងក្នុងតំបន់ និងទូទាំងពិភពលោក។

នៅក្នុងកិច្ចប្រជុំក្រុមការងារបច្ចេកទេស សមាជិក-សមាជិកា មកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលជាដៃគូ បានពិនិត្យមើលដោយផ្អែកលើ ឯកសារយោង និងគោលការណ៍ណែនាំអន្តរជាតិផ្សេងៗ។ យោបល់ និងបទពិសោធន៍គ្លីនិក ពីសេវាថែទាំព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា និងក្នុងតំបន់ គឺជាប្រភពដ៏សំខាន់ក្នុងការរៀបចំចងក្រងឯកសារនេះ អោយមានលក្ខណៈសមស្របនឹងស្ថានភាពជាក់ស្តែង នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

ក្រសួងសុខាភិបាល បានអនុមត្រ័អោយប្រើប្រាស់គោលការណ៍ណែនាំ ស្តីអំពីការបង្ការ និង ព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម លើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារកើតជំងឺអេដស៍ នៅកម្ពុជា និងសូមលើកទឹកចិត្តអោយគ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺកុមារ ប្រើប្រាស់គោលការណ៍ណែនាំនេះ ជាឯកសារយោង ដើម្បីថែទាំព្យាបាលកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារកើតជំងឺអេដស៍។

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី 27 ខែ 06 ឆ្នាំ ២០១១

ជ.រដ្ឋមន្ត្រី

រដ្ឋលេខាធិការ

សាស្ត្រាចារ្យ អេង-ហួត

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះពលិកម្មរបស់សមាជិក-សមាជិកានៃក្រុមការងារបច្ចេកទេស សំរាប់ការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ លើកុមារ ដែលបានរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ដំបូងនេះឡើងដើម្បីផ្តល់ការណែនាំអំពីការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមលើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារកើតជំងឺអេដស៍ នៅកម្ពុជា។ នៅក្នុងដំណើរការនៃការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំនេះ ក្រុមការងារបច្ចេកទេស បានចូលរួមចំណែកផ្តល់អនុសាសន៍សំខាន់ៗ ដោយក្តីសោមនស្សរីករាយ និងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងខ្ពស់។

ការចងក្រងចប់សព្វគ្រប់ នូវគោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម លើកុមារប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានរង់ចាំជាយូរមកហើយនេះ គឺជាជោគជ័យដ៏ធំមួយ នៃការបញ្ចូលវិធីសាស្ត្រថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ថ្មីៗ សំរាប់កុមារ និងបានផ្តល់ការណែនាំថ្មីៗ ដែលមានក្នុងតំបន់ ដល់គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍ លើកុមារ ក្នុងការផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលកុមារកើតជំងឺអេដស៍។ អនុសាសន៍ច្បាស់លាស់ដែលអាចយកទៅអនុវត្តបាន និងមានភាពជាក់លាក់ ត្រូវបានឯកភាពដោយសមាជិកក្រុមការងារបច្ចេកទេស ដើម្បីផ្តល់នូវការណែនាំដល់គ្រូពេទ្យនៅតាមសេវាថែទាំព្យាបាលគ្រប់កំរិត ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

ក្នុងឱកាសដ៏ពិសេសនេះ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណដល់មន្ត្រីនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ(លោកវេជ្ជ សេង សុភាព, លោកវេជ្ជ សំរិត សុវណ្ណរិទ្ធិ និងលោកវេជ្ជ ង៉ូវ បូរ៉ា) ដែលបានជួយសំរបសំរួលក្នុងការកែសំរួលគោលការណ៍ណែនាំនេះ។ ខ្ញុំក៏សូមថ្លែងអំណរគុណផងដែរ ចំពោះក្រុមគ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺកុមារ នៃមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ (លោកសាស្ត្រាចារ្យ ឈូ អ៊ីម៉េង, លោកវេជ្ជ ក្តាន់ យុវត្ថា, លោកស្រីវេជ្ជ អ៊ឹង វិបុល, លោកស្រីវេជ្ជ ហួត ចាន់ធានី, លោកវេជ្ជ ប៉ុក មរុន និងលោកវេជ្ជ សំ សុផាន) មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ (លោកវេជ្ជ ស៊ឹង សេដ្ឋបុត្ត) មន្ទីរពេទ្យខេត្តបាត់ដំបង (លោកវេជ្ជ ជា ៣៧) អង្គការ Family Health International (លោកវេជ្ជ Laurent Ferradini និងលោកវេជ្ជ ឆិល សារឹម) មូលនិធិគ្លីនតុន (លោកស្រី Magdalena Barr-Dichiara និងលោកស្រី Cabries Kearns) អង្គការ UNICEF (លោកស្រីវេជ្ជ Penelope Campbell និងលោកស្រី ជិន សេដ្ឋា) អង្គការ WHO (លោកវេជ្ជ Masami FUJITA) មជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក US-CDC (លោកវេជ្ជ Perry Killam) និងសកលវិទ្យាល័យ Brown សហរដ្ឋអាមេរិក (លោកវេជ្ជ Benjamin Westley) ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្ម ក្នុងការកែសំរួលគោលការណ៍ណែនាំនេះ។ នៅចុងបញ្ចប់នេះ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណ ចំពោះដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ , សង្គមស៊ីវិល និងបណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍កម្ពុជា ដែលបានចូលរួមផ្តល់ការថែទាំព្យាបាល និង គាំទ្រដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា។

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី 13 ខែ 6 ឆ្នាំ២០១១

លោកសាស្ត្រាចារ្យ ឈូ អ៊ីម៉េង
ប្រធានមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ

លោកវេជ្ជ. មាន ឈីវុន
ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍
សើស្បែក និងកាមរោគ

ពាក្យបំព្រួញ

3TC	Lamivudine (ឱសថ Lamivudine)
ABC	Abacavir (ឱសថ Abacavir)
AFB	Acid Fast Bacilli (បាក់ស៊ីធន នឹងអាស៊ីត)
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (ជំងឺអេដស៍)
ALT	Alanine aminotransferase
ART	Antiretroviral Therapy (ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍)
ARV	Antiretroviral drug (s) (ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍)
ASD	Atrial Septal Defect
AUC	Area Under Curve (ផ្ទៃកខាងក្រោមខ្សែកោង)
AZT	Zidovudine (ឱសថ Zidovudine)
BCG	Bacille Calmette Guerin
BID	Twice Daily (២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ)
BMI	Body Mass Index
CBC	Complete Blood Count (ការរាប់គ្រាប់ឈាមពេញលេញ)
CD4	CD4+ T-lymphocyte (កោសិកា CD4+ T-lymphocyte)
CDC	Center for Disease Control and Prevention (មជ្ឈមណ្ឌលត្រួតពិនិត្យ និងបង្ការជំងឺ)
CENAT	National Center for Tuberculosis and Leprosy Control (មណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគ របេង និងហង់សិន)
CMV	Cytomegalovirus
CNS	Central Nervous System (ប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល)

CPN+	Cambodian People Living with HIV Network (បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ កម្ពុជា)
CrCI	Cleatinine Clearance
CSF	Cerebral Spinal Fluid (ទឹកស្រោមខួរក្បាល និងឆ្អឹងខ្នង)
CT	Computed Tomography
CTX	Cotrimoxazole (ឱសថ Cotrimoxazole)
CXR	Chest X-Ray (ការថតសួតដោយកាំរស្មីX)
D4T	Stavudine (ឱសថ Stavudine)
ddI	Didanosine (ឱសថ Didanosine)
DIC	Disseminated Intravascular Coagulation (កំណកឈាមពាសពេញសរសៃឈាម)
DNA	Deoxyribonucle Acid
DOT	Direct Observed Therapy (ការព្យាបាលដោយវិធីសាស្ត្រដូតស៍)
DST	Drug Susceptibility Testing
E	Ethambutol (ឱសថ Ethambutol)
EBV	Epstein Barr Virus (វីរុស Epstein Barr)
ECG	Electrocardiogram (អគ្គីសនីកម្មបេះដូង)
EFV	Efavirenz (ឱសថ Efavirenz)
EPTB	Extra-Pulmonary Tuberculosis (របេងក្រៅសួត)
FHI	Family Health International (អង្គការសុខភាពអន្តរជាតិ)
GI	Gastrointestinal
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy (ការព្យបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ច្រើនមុខ

HIV	Human Immunodeficiency Virus (មេរោគអេដស៍)
HSV	Herpes Simplex Virus (វីរុស Herpes Simplex)
IDV	Indinavir (ឱសថ Indinavir)
INH	Isoniazid (ឱសថ Isoniazid)
IPT	Isoniazid Preventive Therapy (ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថINH)
ITP	Immune Thrombocytopenia
IRIS	Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (ចង្កោមរោគសញ្ញារលាកបណ្តាលមកពីការស្តារឡើងវិញ នូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយ)
IV	Intravenous
KBH	Kuntha Botha Hospital (មន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា)
KHANA	Khmer HIV/AIDS NGO Alliance
KS	Kaposi′s Sarcoma (មហារីកសរសៃវ៉ែន)
KSFH	Khmer Soviet Friendship Hospital (មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត)
LDH	Lactate Dehydrogenase
LFT	Liver Function Test (ការធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើម)
LGE	Lineal Gingival Erythema
LIP	Lymphoid Interstitial Pneumonitis
LN	Lymph Node (កូនកណ្តុរទឹករងៃ)
LPV	Lopinavir (ឱសថ Lopinavir)
LPV/r	Lopinari/ritonavir (ឱសថ Lopinavir/ritonavir)
Lym	Lymphocyte (កោសិកាទឹករងៃ)

MAC	Mycobacterium avium complex
MDR-TB	Multi Drug Resistant Tuberculosis (ជំងឺរបេងស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ)
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MTB	Mycobacterium Tuberculosis (មេរោគរបេង)
NCHADS	National Center for HIV/AIDS Dermatology and STIs (មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ
NGT	Nasogastric Tube (បំពង់បញ្ចូលក្នុងក្រពះតាមច្រមុះ)
NHL	Non-Hodgkin´s Lymphoma (មហារីកទឹករងៃ ដែលមិនមែនជាជំងឺ Hodgkin)
NNRTI	Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NPH	National Pediatric Hospital (មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ)
NRTI	Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NVP	Nevirapine (ឱសថ Nevirapine)
OHL	Oral Hairy Leukoplakia (ជំងឺ Oral Hairy Leukoplakia)
OI	Opportunistic Infection (ជំងឺឱកាសនិយម)
ORS	Oral Rehydration Salts (សារធាតុអំបិលសំរាប់បង្គ្រប់ជាតិទឹក)
Ofx	Ofloxacin (ឱសថ Ofloxacin)
PAS	P-aminosalicylic Acid
PCP	Pneumocystis jiroveci pneumonia (ជំងឺសួតPCP)
PCNSL	Primary Central Nervous System Lymphoma
PCR	Polymerase Chain Reaction
PGL	Persistent Generalized Lymphadenopathy (ការឡើងកូនកណ្តុរពាសពេញខ្លួន)
PPE	Pruitic Papular Eruption (ជំងឺរមាស់ពងបែក)

PI	Protease Inhibitor
PLHIV	People Living with HIV (អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍)
PMN	Polymorphonuclear leakocyte
PO	Per os (លេបតាមមាត់)
PPD	Purified Protein Derivative
PTB	Pulmonary Tuberculosis (របេងសួត)
PTT	Partial Thromboplastin Time
Qd	One time daily (ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ)
R	Rifampicin (ឱសថ Rifampicin)
RBC	Red Blood Cell (កោសិកាឈាមក្រហម)
RNA	Ribonucleic acid
RTV	Ritonavir (ឱសថ Ritonavir)
SJS	Stevens Johnson Syndrome
SMX	Sulfamethoxazole (ឱសថ Sulfamethoxazole)
STI	Sexually Transmitted Infection
TB	Tuberculosis (ជំងឺរបេង)
TID	3 Time Daily (៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ)
TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarate (ឱសថ Tenofovir Disoproxil Fumarate)
TEN	Toxic Epidermal Necrolysis
TID	Three Time Daily (៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ)
TMP	Trimethoprim (ឱសថ Trimethoprim)
TST	Tuberculin Skin Test (ការធ្វើតេស្តស្បែក Tuberculin)

TTP	Thrombotic Thrombocytopenic Purpura
UNICEF	United Nations Children′s Fund
US	Ultrasound
WBC	White Blood Cell (កោសិកាឈាមស)
WHO	World Health Organization (អង្គការសុខភាពពិភពលោក)
XDR	Extensively Drug-Resistant
Z	Pyrazinamide (ឱសថ Pyrazinamide)

សេចក្តីផ្តើម

ដោយសារ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដ៏ខ្លាំងក្លា របស់គ្រប់ដៃគូទាំងអស់ ធ្វើអោយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺអេដស៍ ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យ អាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំ បានថយចុះពី២% ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៨ មកត្រឹម 0.៧% ក្នុងឆ្នាំ ២០១០។ គេប៉ាន់ស្មានថា មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ចំនួន ៥៨,២០០ នាក់ នៅប្រទេសកម្ពុជាយើង នៅឆ្នាំ ២០១០។ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាយុពី 0-១៤ ឆ្នាំ ចំនួន ៤,១០២នាក់ បាននឹង កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នាខែធ្នូ ឆ្នាំ ២០១០។ ទោះបីជាមានការធ្លាក់ចុះអត្រា ប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ ក៏តំរូវការនៃការថៃទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ នៅតែខ្ពស់ដដែល ដោយសារអត្រា ស្លាប់បានថយចុះតាមរយៈការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងការវិវត្តន៍ជាធម្មជាតិនៃជំងឺអេដស៍ នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលពុំទាន់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ភាគច្រើននៃកុមារបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅពេលកើត ដូច្នេះ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលបានទាន់ពេលវេលា ធ្វើអោយគេអាចបង្ការជំងឺឱកាសនិយមបាន។ ការតាមដាន និងព្យាបាលបង្ការបានត្រឹមត្រូវ ដោយឱសថ Cotrimoxazole លើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺជាផ្នែកមួយយ៉ាងសំខាន់នៃការថៃទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ប៉ុន្តែជំងឺឱកាសនិយម នៅតែបន្តកើតមាន ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមិនដឹងពីប្រវត្តិនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬ ដែលមិនបានទទួលអន្តរាគមន៍ ដើម្បី បង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។

ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២00៣ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានអនុវត្តគំរោងថៃទាំព្យាបាលបន្ត ដែលជាប្រពន្ធ័ថៃទាំព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍។ រហូតដល់ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០១០ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានពង្រីកសេវាថៃទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ចំនួន ៥២ កន្លែង សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ និងចំនួន ៣២ កន្លែង សំរាប់កុមារ នៅក្នុងខេត្តចំនួន២០ និងរាជធានីភ្នំពេញ។ ដើម្បីឆ្លើយតបអោយបានកាន់តែប្រសើរថែមទៀត ចំពោះតំរូវការរបស់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ បានរៀបចំកិច្ចប្រជុំជាច្រើនលើក ដោយមានការចូលរួមពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍សំខាន់ៗ រួមមាន គ្រូពេទ្យមកពីមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ ឯកជន អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងសកលវិទ្យាល័យនានា ដើម្បីរៀបចំ គោលការណ៍ណែនាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ស្តីពីការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម លើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារកើតជំងឺអេដស៍។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ គឺជាឯកសារដំបូងដែលមានសារៈសំខាន់បំផុត ដើម្បីធានាអោយមានការថៃទាំព្យាបាលត្រឹមត្រូវ និងមានគុណភាពខ្ពស់ សំរាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅតាមសេវាថៃទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ លើកុមារទាំងអស់ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាយើង។ គោលការណ៍ណែនាំនេះ រួមមានអនុសាសន៍ ស្តីអំពី

ការបង្ការនិង ព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ដែលកើតមានញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយ គ្រូពេទ្យ ដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងការថែទាំព្យាបាលជំងឺកុមារ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានថ្មីៗ ដែលមានចែងក្នុងគោលការណ៍ណែនាំ និងឯកសារអន្តរជាតិ។

គោលការណ៍ណែនាំនេះ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាឧបករណ៍ដ៏សំខាន់ សំរាប់គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺកុមារក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ ដល់កុមារកើតជំងឺអេដស៍ ដែលមានអាយុតិចជាង ១៥ ឆ្នាំ។

ជំពូកទី១

ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ការចំលង និងការថែទាំព្យាបាលកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

ចំណុចគន្លឹះ :

- មេរោគអេដស៍ គឺជាវីរុសប្រភេទ RNA ដែលអាចបំលែងខ្លួនជា DNA និងអាចជ្រៀតចូលទៅក្នុងហ្សែន (Genome) របស់បុគ្គលដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍បាន
- ជំងឺអេដស៍ មិនអាចព្យាបាលអោយជាបានទេ គឺត្រូវគ្រប់គ្រងព្យាបាល ដូចជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ
- ជាទូទៅ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទៅកុមារ កើតឡើងតាមរយៈការចំលងពីម្តាយទៅកូន ប៉ុន្តែ ក៏អាចមានការចំលងតាមរយៈការរំលោភផ្លូវភេទ ការចាក់ឱសថដែលពុំមានសុវត្ថិភាព និងអាចមានដោយកំរផងដែរនូវការចំលង តាមរយៈការទំពារអាហារបញ្ចុក (Pre-mastication of food)
- ការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន អាចកាត់បន្ថយបានជាអតិប្បរមា ដោយការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើម្តាយ និងកូនបានត្រឹមត្រូវ
- គ្រប់កុមារកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅអាយុ ៦សប្តាហ៍ និងក្រោយផ្តាច់ដោះរយៈពេល ៦សប្តាហ៍ និងនៅពេលមានរោគសញ្ញានៃជំងឺអេដស៍
- គ្រប់កុមារកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ចាប់ពីអាយុ ៦សប្តាហ៍ រហូតដល់លទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់ថា គ្មានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ
- ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដោយសារការប្រឈមណាមួយ អាចកាត់បន្ថយបានដោយ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយគ្រោះថ្នាក់ ដោយប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (PEP)

១-១ មូលដ្ឋាននៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍

មេរោគអេដស៍ គឺជាវីរុសប្រភេទ RNA ដែលអាចចូលទៅក្នុងកោសិកា ដែលមានកន្លែងទទួលកោសិកា CD4 (CD4 receptor) ។ កោសិកាទាំងនេះ រួមមាន Lymphocytes, Monocytes និង Macrophages ដែលជាកោសិកាសំរាប់ជួយបង្កើតប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ ក្នុងការទប់ទល់នឹងការឆ្លងមេរោគ។ នៅពេលមេរោគអេដស៍ ឆ្លងចូលទៅក្នុងកោសិកា CD4 វាបំលែងខ្លួនជា DNA ដោយប្រើអង់ស៊ីម Transcriptase ហើយបញ្ចូលខ្លួនវា ទៅក្នុងហ្សែន (Genome) របស់កោសិកានោះ ដែលបណ្តាលអោយការឆ្លងនេះ មិនអាចព្យាបាលជា។ បំណែក ផ្សេងៗនៃមេរោគថ្មី ត្រូវបង្កើតឡើងដោយកោសិកាទាំងនោះ បន្ទាប់មកបំណែកទាំងនោះ ផ្គុំគ្នាជាមេរោគថ្មី ហើយ ចេញ ទៅរកកោសិកាផ្សេងទៀត។ ដោយសារកោសិកា CD4 គឺជាកោសិកាចាំបាច់សំរាប់ដំណើរការនៃ

ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ ដូច្នេះ កំរិតកោសិកា CD4 នៅក្នុងឈាម គឺជាការសំគាល់នៃកំរិតមុខងាររបស់ប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ។ នៅពេលមេរោគអេដស៍ឆ្លងចូលទៅក្នុងកោសិកាទាំងនេះកាន់តែច្រើន ប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយនឹងចុះខ្សោយ ហើយជំងឺឱកាសនិយមនឹងចាប់កើតមានឡើង។ តារាងទី១ បង្ហាញអំពីកំរិតកោសិកា CD4 ដែលទាក់ទងទៅនឹងមុខងារនៃ ប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ ទៅតាមអាយុ។

តារាងទី១: ចំនួនកោសិកា CD4 និងកំរិតនៃការថយចុះប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ

	< ១២ ខែ	១២-៣៥ ខែ	៣៦-៥៩ ខែ	> ៥ ឆ្នាំ
គ្មានការថយចុះប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយគួរអោយកត់សំគាល់	> ៣៥%	> ៣០%	> ២៥%	> ៥០០ កោសិកា/មម^3
មានការថយចុះប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយតិចតួច	៣០-៣៥%	២៥-២៩%	២០-២៤%	៣៥០-៥០០ កោសិកា/ មម^3
មានការថយចុះប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយបង្គួរ (advanced)	២៥-២៩%	២០-២៤%	១៥-១៩%	២០០-៣៤៩ កោសិកា/ មម^3
មានការថយចុះប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយធ្ងន់ធ្ងរ (Severe)	< ២៥%	< ២០%	< ១៥%	< ២០០ កោសិកា/ មម^3

១-២ ការចំលងមេរោគអេដស៍លើកុមារ

មេរោគអេដស៍ អាចចំលងបានតាមរយៈឈាម និងសារធាតុរាវនៃសារពាង្គកាយ តាមមធ្យោបាយដូចខាងក្រោម:

- ការចំលងពីម្តាយទៅកូន ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសំរាល និងពេលបំបៅដោះ ដែលជាការចំលងមួយកើតមានភាគច្រើនបំផុត ក្នុងចំណោមកុមារដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍
- ការរំលោភផ្លូវភេទ
- ការរួមភេទក្នុងចំណោមក្មេងជំទង់ (Adolescents)
- ការព្យាបាលដោយការចាក់ឱសថ ឬ ចាក់បញ្ចូលសារធាតុរាវ ដែលគ្មានសុវត្ថិភាព
- ការបញ្ចូលឈាម (មុនពេលដែលមានការត្រួតពិនិត្យជាសកល)
- គ្រោះថ្នាក់នៃការមុតម្ជុល ដែលប្រលាក់ឈាមមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

មានកត្តាមួយចំនួន ដែលបង្កើនការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ដូចមានរៀបរាប់ក្នុងតារាងទី២។

តារាងទី២: កត្តាបង្កើនការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន

កត្តាទាក់ទងនឹងម្តាយ	កត្តាទាក់ទងនឹងកូន
បន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមខ្ពស់	ការសំរាលមុនកាលកំណត់
ចំនួនកោសិកា CD4 ទាប	ការប្រើប្រាស់ការតាមដានទារកដោយឧបករណ៍អេឡិចត្រូត សំរាប់វាស់លលាដ៏ក្បាលទារក
ដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ	បំបៅដោយទឹកដោះម្តាយ និងទឹកដោះគោលាយគ្នា
រលាកស្រោមទឹកភ្លោះ (Chorioamnionitis)	បំបៅដោយទឹកដោះម្តាយ
បែកទឹកភ្លោះអូសបន្លាយយូរ	ដំបៅមាត់
ដាច់ ឬចេញឈាមនៅចុងដោះពេលបំបៅកូន	ទទួលចំណីដែលទំពារបញ្ចុក

ការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន អាចកាត់បន្ថយបានជាអតិប្បរមា ដោយការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអដស៍ ចំពោះម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងពេលសំរាលហើយ បន្តការព្យាបាលនេះ ក្នុងកំឡុងពេលបំបៅដោះកូន។ បើគ្មានការព្យាបាលណាមួយទេ ប្រហែល១/៣នៃកុមារកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នឹងឆ្លងមេរោគអេដស៍។ បើមានការព្យាបាលបង្ការដើម្បីកាត់បន្ថយការចំលងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយ ទៅកូនបានត្រឹមត្រូវ អត្រានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន មានតិចជាង ៥%។ គោលនយោបាយបច្ចុប្បន្ន នៅកម្ពុជា គឺត្រូវផ្តល់ការព្យាបាល ឬ ការព្យាបាលបង្ការដល់គ្រប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលរកឃើញថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចាប់ពីផ្ទៃពោះអាយុបាន ១៤ សប្តាហ៍ និងក្នុងរយៈពេលនៃការបំបៅដោះកូន។ កុមារត្រូវទទួល AZT ឬ Nevirapine រៀងរាល់ថ្ងៃរយៈពេល ៦សប្តាហ៍ ហើយការបំបៅដោះកូនអាចមានរយៈពេលរហូតដល់ ១២ខែ។ ក្នុងករណីកំរខ្លះ ការចំលងមេរោគអេដស៍ពីឪពុកម្តាយទៅកូន កើតឡើងដោយសារឪពុកម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទំពារអាហារបញ្ចុកកូន ដូច្នេះត្រូវណែនាំឪពុកម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ កុំអោយទំពារអាហារបញ្ចុកកូន។ សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយទៅកូនដើម្បីស្វែងយល់លំអិតអំពី អនុសាសន៍ស្តីពីការព្យាបាលបង្ការបច្ចុប្បន្ន។

<u>ការបំបៅដោះកូន ចំពោះម្តាយដែលមិនបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ឬ មិនបានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍</u>

ក្នុងករណីខ្លះ ដែលការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះយឺតយ៉ាវ ម្តាយពុំបានទទួលការព្យាបាល ឬ ការព្យាបាលបង្ការដោយ ARV ទេ ប៉ុន្តែបានបំបៅកូនដោយទឹកដោះ។ ក្នុងករណីនេះ ទារក-កុមារត្រូវទទួល Nevirapine ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ក្នុងកំឡុងពេលនៃការបំបៅដោះ ឬ រហូត

ដល់ម្តាយ បានទទួលការព្យាបាលដោយ ARV យ៉ាងហោចណាស់បាន ៦សប្តាហ៍។ កំរិតនៃការប្រើ Nevirapine ក្នុងករណីនេះ មានរៀបរាប់ក្នុងតារាងទី៣ ។

តារាងទី៣: កំរិតប្រើនៃឱសថ Nevirapine ក្នុងការព្យាបាលបង្ការលើកុមារដែលបៅដោះម្តាយ

Nevirapine (NVP) សំរាប់បង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននិងសំរាប់ព្យាបាលបង្ការក្នុងករណីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ	
រូបមន្ត	១0mg/ml liquid
ទំងន់/អាយុ	
អាយុ ៦សប្តាហ៍ដំបូង , ទំងន់<២,៥គក	១0mg (១ml) ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ
អាយុ ៦សប្តាហ៍ដំបូង , ទំងន់>២,៥គក	១៥mg (១,៥ml) ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ
អាយុ ៦សប្តាហ៍ ដល់៦ខែ	២0mg (២ml) ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ
អាយុ ៦ខែ ដល់ ៩ខែ	៣0mg (៣ml) ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ
អាយុ ៩ខែ រហូតដល់បញ្ឈប់ការបំបៅដោះ	៤0mg (៤ml) ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ

១-៣ សមាសភាគសំខាន់ៗនៃការថែទាំព្យាបាលកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

សមាសភាគសំខាន់ៗនៃការតាមដានកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ រួមមាន:

- ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការបំបៅកូនអោយបានត្រឹមត្រូវ ដោយផ្តោត លើការជៀសវាងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងទឹកដោះសិប្បនិម្មិតលាយគ្នា(Mixed-feeding)
- ការចាក់ឱសថបង្ការ ការផ្តល់វីតាមិន A បន្ថែម និងការទំលាក់ព្រូនទៅតាមកាលវិភាគដូចគ្នា នឹងកុមារគ្មាន ផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ការគាំទ្រពីសេវាថែទាំតាមផ្ទះ ដើម្បីអោយការប្រើប្រាស់ឱសថបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនបានចប់ត្រឹមត្រូវ
- ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថCotrimoxazole និងការធ្វើតេស្ត DNA PCR លើកទី១ នៅអាយុ ៦សប្តាហ៍ និងធ្វើតេស្តម្តងទៀត បន្ទាប់ពីផ្តាច់ដោះបាន ៦សប្តាហ៍

១-៤ អនុសាសន៍ស្តីអំពីការបំបៅកូន

ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ

ចាប់ពីពេលកើតរហូតដល់អាយុ៦ខែ:

- **គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍**ត្រូវបានលើកទឹកចិត្តអោយបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធសាធរយៈពេល ៦ខែដំបូង។ ការបំបៅកូនដោយ ទឹកដោះម្តាយសុទ្ធសាធ មានន័យថាផ្តល់អោយកូនតែទឹកដោះម្តាយមួយមុខគត់ ពុំមានអាហារ ឬ ទឹកអ្វីបន្ថែមទៀតទេ សូម្បីតែទឹកសុទ្ធក៏មិនត្រូវផ្តល់អោយដែរ ក្នុងកំឡុងពេលបំបៅដោះកូនសុទ្ធសាធ រយៈពេល៦ខែ។ ការបំបៅកូនលាយគ្នាដោយទឹកដោះ ម្តាយផង និងទឹកដោះសិប្បនិម្មិតផង បង្កើននូវគ្រោះថ្នាក់នៃការចំលងមេរោគអេដស៍។
- **គ្រប់ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថARV បីមុខ** ត្រូវបន្តការព្យាបាលបង្ការនេះ រហូតដល់មួយសប្តាហ៍ក្រោយពេលផ្តាច់ដោះកូន ដើម្បីបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំឡុងពេលបំបៅដោះកូន។ ស្ត្រីដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយ ARV ត្រូវបន្តការព្យាបាលនេះ ក្នុងកំឡុងពេលបំបៅដោះកូន និងបន្តរហូតមួយជីវិត ដើម្បីសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន។

អាយុលើស ៦ខែ:

- **ចំពោះម្តាយពុំមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ ពុំដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍** ត្រូវផ្តល់អាហារបន្ថែម និងបន្តការបំបៅដោះ រហូតដល់កូនអាយុ ២៤ខែ ឬលើសពីនេះ។
- **ចំពោះម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលកូនពុំបានឆ្លងមេរោគអេដស៍(តេស្ត HIV-DNA PCR អវិជ្ជមាន)** ឬពុំដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់កូន ត្រូវផ្តល់អាហារបន្ថែម ដល់កូន ចាប់ពីអាយុ ៦ខែ ហើយបន្តការបំបៅដោះកូន រហូតដល់កូនអាយុ ១២ខែ[៧] ។ ម្តាយត្រូវបន្តការព្យាបាល ឬ ការព្យាបាលបង្ការដោយ ARV បីមុខ នៅក្នុងកំឡុងពេលបំបៅ ដោះនេះ។
- **ចំពោះម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលកូនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍(HIV-DNA PCR វិជ្ជមាន)** ត្រូវបានលើកទឹកចិត្តអោយបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធសាធរយៈពេល ៦ខែដំបូង បន្ទាប់មកត្រូវផ្តល់អាហារបន្ថែមរហូតកូនមានអាយុ ២៤ខែ ឬលើស ទើបផ្តាច់ដោះ ដូចគ្នានឹងករណីទូទៅ ដែលម្តាយពុំមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ។

ចំណុច**សំខាន់**: ការបញ្ឈប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយភ្លាមៗ ពុំគួរធ្វើទេ ព្រោះវានាំអោយមានផលវិបាកច្រើនចំពោះកូន ដូចជា ភាពយឺតយ៉ាវនៃការលូតលាស់ និងការកើនឡើងនូវអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរាគ។ ដូច្នេះ ម្តាយគួរ បញ្ឈប់ការបំបៅដោះកូនដោយកាត់បន្ថយសន្សឹមៗ រហូតដល់រយៈពេលមួយខែ ទើបឈប់ទាំងស្រុង។

ការបំបៅកូនដោយអាហារជំនួស(Replancement feeding)

ទឹកដោះគោឆៅ ទឹកសណ្តែក ទឹកដោះគោខាប់ ឬ ទឹកដោះគោម្សៅ ពុំគួរផ្តល់អោយកូនទេ។ ម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរផ្តល់តែទឹកដោះគោសិប្បនិម្មិត (Formula milk) ប៉ុណ្ណោះ ធ្វើជាអាហារជំនួសសំរាប់កូន ដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ កូនដែលពុំទាន់ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅពេលដែលមានលក្ខខណ្ឌសមស្របដូចមានរៀបរាប់ក្នុងប្រអប់ទី១។ សូមមើលព័ត៌មានលំអិតនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។

(១) ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ អាចបញ្ឈប់បានតែនៅពេលដែលការផ្តល់អាហារបន្ថែមបានគ្រប់គ្រាន់

ប្រអប់ទី១: លក្ខខណ្ឌដែលត្រូវមានសំរាប់ការបំបៅកូនដោយអាហារជំនួសដែលមានសុវត្ថិភាព

ដើម្បីបំបៅកូនដោយទឹកដោះគោសិប្បនិម្មិតអោយមានសុវត្ថិភាព
ត្រូវគោរពតាមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម

- ត្រូវមានទឹកស្អាត និងអនាម័យល្អនៅក្នុងគ្រួសារ និងសហគមន៍ **និង**
- ម្តាយ ឬ អ្នកថែទាំត្រូវមានលទ្ធភាពផ្តល់ទឹកដោះគោសិប្បនិម្មិត បានគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីធានាអោយមានការលូតលាស់ធម្មតារបស់កូន **និង**
- ម្តាយ ឬ អ្នកថែទាំត្រូវចេះឆុងទឹកដោះគោសិប្បនិម្មិតអោយមានអនាម័យល្អ និងញឹកញាប់គ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីធានានូវសុវត្ថិភាព និងកំរិតប្រឈមមុខទាប ទៅនឹងជំងឺរាកនិងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ **និង**
- ម្តាយ ឬ អ្នកថែទាំត្រូវផ្តល់តែទឹកដោះគោសិប្បនិម្មិតសុទ្ធសាធ ក្នុងរយៈពេល ៦ខែដំបូង **និង**
- គ្រួសារគាំទ្រដល់ជំរើសនៃការបំបៅនេះ **និង**
- ម្តាយ ឬអ្នកថែទាំអាចទទួលបានការថែទាំ នៅសេវាសុខភាពដែលមានផ្តល់សេវាថែទាំដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ សំរាប់កុមារ។

ឯកសារយោង: Rapid Advance ស្តីពី HIV និងការបំបៅកូន របស់អង្គការWHO ឆ្នាំ ២០០៩

១-៥ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថCotrimoxazole និង Fluconazole

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានអត្រាឈឺ និងស្លាប់ខ្ពស់ ហើយអត្រាស្លាប់ខ្ពស់បំផុត នៅអាយុ ៤-៦ខែ។ ប្រសិនបើ គ្មានការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ទេ ៣០% នៃកុមារត្រូវស្លាប់នៅមុនអាយុ ១២ខែ ហើយ ៥០% ស្លាប់នៅមុនអាយុ ២៤ខែ។ ២០% មានការថយចុះប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយធ្ងន់ធ្ងរ នៅមុនអាយុ ៦សប្តាហ៍ ហើយលើសពី៩០% ទាមទារអោយមានការព្យាបាលដោយឱសថ ARV នៅមុនអាយុ ១ឆ្នាំ ប្រសិនបើជាគេប្រើកំរិត CD4 ២៥% ធ្វើជាចំណុចចាប់ផ្តើម ART ។ **បច្ចុប្បន្ននេះ នៅប្រទេសកម្ពុជា គ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំង អស់ដែលមានអាយុតិចជាង ២ឆ្នាំ គឺសមស្របនឹងចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។**

ដោយសារអត្រាឈឺ និងស្លាប់ ខ្ពស់ការតាមដាន និងថែទាំកុមារប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍អោយបានដិតដល់គឺ មានសារៈសំខាន់ណាស់ ហើយកុមារទាំងនោះ ត្រូវទទួលបានការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole និងការធ្វើតេស្ត DNA PCR នៅអាយុ ៦សប្តាហ៍ ស្របទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។ **ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole**

ត្រូវតែបន្តរហូតដល់ មានការបញ្ជាក់ថា កុមារពុំមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ តាមរយៈការធ្វើតេស្ត DNA PCR នៅ ៦សប្តាហ៍ ក្រោយបញ្ឈប់ការបំបៅដោះទាំងស្រុង។

ការណែនាំអំពីការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole មានរៀបរាប់ក្នុងតារាងទី៤។ កំរិតប្រើនៃឱសថ Cotrimoxazole មានបង្ហាញនៅក្នុងប្រអប់ទី២។

តារាងទី៤: ការណែនាំ ស្តីអំពីការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថCotrimoxazole

អាយុ/ប្រភេទ	ការចាប់ផ្តើម(✶)	ការបញ្ឈប់
កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍	អាយុ ៦សប្តាហ៍	តេស្ត PCR ឬ អង្គបដិបក្ខប្រាណអវិជ្ជមាននៅ៦សប្តាហ៍ ក្រោយផ្តាច់ដោះទាំងស្រុង
កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានអាយុតិចជាង ៥ឆ្នាំ	អាយុ ៦សប្តាហ៍ ឬ បន្ទាប់ពីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភ្លាមៗ ប្រសិនបើជាកុមារអាយុ លើសពី ៦សប្តាហ៍	អាយុលើសពី៥ឆ្នាំ ហើយកុមារបានទទួលART ដោយមានកោសិកា CD4>៣៥០/មម^3 បញ្ជាក់ដោយការធ្វើតេស្ត២ផ្សេងគ្នា ដោយមានគំលាតពីតេស្តមួយទៅ តេស្តមួយទៀត រយៈពេល លើសពី៦ខែ
កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានអាយុស្មើ ឬលើស ៥ឆ្នាំ	ចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិករបស់WHO ដំណាក់កាល ទី៣ ឬ ទី៤ ឬ មានកោសិកា CD4 <៣៥០/មម^3	បានទទួល ART ហើយមានកោសិកា CD4>៣៥០/មម^3 បញ្ជាក់ដោយ ការធ្វើតេស្ត២ផ្សេងគ្នា ដោយមានគំលាតពីតេស្តមួយទៅតេស្តមួយទៀត រយៈពេលលើសពី៦ខែ
កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍គ្រប់អាយុទាំងអស់ ដែលមានការឆ្លងរោគបាក់តេរី សារចុះសារឡើង ឬរស់នៅក្នុងតំបន់មានជំងឺ គ្រុនចាញ់	ចាប់ផ្តើមអោយបានឆាប់បំផុត បន្ទាប់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភ្លាម	បន្តការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole រហូតទោះបីជាបានទទួល ART ឬកោសិកាCD4 កើនឡើងវិញក៏ដោយ
កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានប្រវត្តិកើតជំងឺសួត PCP	ចាប់ផ្តើមភ្លាមៗបន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺ PCP	បន្តការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole រហូតដល់អាយុលើសពី៥ឆ្នាំ ហើយបានទទួល ART ដោយមានកោសិកា CD4 >៣៥០/មម^3 បញ្ជាក់ដោយ ការធ្វើ

		តេស្ត២ផ្សេងគ្នា ដោយមានគំលាតពីតេស្តមួយ ទៅតេស្តមួយទៀត រយៈពេល លើសពី៦ខែ
កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម	ចាប់ផ្តើមភ្លាមៗបន្ទាប់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងដោយមិនគិតពីកំរិតកោសិកា CD4ទេ	បន្តការព្យាបាលក្នុងរយៈពេលព្យាបាលជំងឺរបេងហើយបញ្ឈប់នៅពេលដែលលក្ខខណ្ឌខាងលើត្រូវបានបំពេញ

(✶) ប្រសិនបើជាពេលណាមួយកំរិតកោសិកា CD4 ធ្លាក់ចុះវិញ ក្រោមកំរិតកំណត់ទាំងនេះ (Thresholds) ការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole ត្រូវចាប់ផ្តើមឡើងវិញ។

ប្រអប់ទី២: កំរិតប្រើប្រាស់ឱសថ Cotrimoxazole សំរាប់ការព្យាបាលបង្ការ

កំរិតប្រើឱសថ Cotrimoxazole សំរាប់ការព្យាបាលបង្ការលើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(✶) (៦មក្រ/គក្រ trimethoprim ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ)
< ៥គក្រ : ១/៤ គ្រាប់ ឬ សេរ៉ូ ២,៥មល
៥ – ៩ គក្រ :១/២ គ្រាប់ ឬ សេរ៉ូ ៥មល
១០ – ១៤ គក្រ : ១ គ្រាប់ ឬ សេរ៉ូ ១០មល
១៥ – ២៤ គក្រ : ១.១/២ គ្រាប់ ឬ សេរ៉ូ ១៥មល
>២៥ គក្រ : ២ គ្រាប់ ឬ សេរ៉ូ ២០មល

(✶) សេរ៉ូ: ៤០មក្រ TMP/២០០មក្រ SMX/មល; គ្រាប់កំលាំងទោល (Single strength):៨០មក្រ TMP/៤០០មក្រ SMX/គ្រាប់

<u>ឥទ្ធិពលមិនល្អនៃឱសថ Cotrimoxazole</u>

ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ជាទូទៅអាចទទួលលទ្ធផលល្អ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ក្នុងករណីកំរខ្លះ អាចកើតមានកន្ទួល (Rash), ការធ្លាក់ចុះកោសិកា granulocytee, ភាពស្លេកស្លាំង និង/ឬការរលាកថ្លើម។

កុមារដែលមិនអាចទ្រាំទ្របាន ជាមួយឱសថ Cotrimoxazole គួរប្តូរទៅប្រើឱសថ Dapsone ក្នុងកំរិត ២មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ។ សូមកត់សំគាល់ថា ឱសថ Dapsone អាចបង្ការបានតែជំងឺ PCP ប៉ុណ្ណោះ មិនអាចបង្ការជំងឺ Toxoplasmosis បានទេ។

ការគ្រប់គ្រងការឡើងកន្ទួល (Rash) ដោយឱសថ Cotrimoxazole មានរៀបរាប់ក្នុងតារាងទី៥

តារាងទី៥: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការឡើងកន្ទួល(Rash) ដោយឱសថ Cotrimoxazole

ភាពធ្ងន់ធ្ងរ	បរិយាយ	ការគ្រប់គ្រង
កំរិត១	ការឡើងកន្ទួលក្រហមដុំៗ (Patchy) ឬ សាយភាយ (diffuse) ហើយមានរមាស់	បន្តការព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល ៣-៤ ថ្ងៃ ពិចារណាក្នុងការប្រើឱសថ Antihistamine ដើម្បីបន្ថយរោគសញ្ញា
កំរិត២	ការឡើងកន្ទួល Maculopapular ស្ងួត អាចលេចចេញជាទំរង់ Morbilliform, Minimal exfoliation	បន្តការព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល ១-២ ថ្ងៃ ;ពិចារណាក្នុងការប្រើឱសថ Antihistamine ដើម្បីបន្ថយរោគសញ្ញា
កំរិត៣	ដំបៅ Early bullae ឬ Mucosal	បញ្ឈប់ការប្រើឱសថ Cotrimoxazole ភ្លាម ដាក់អោយសំរាកពេទ្យដើម្បីថែទាំ ;**សូមជៀសវាងការព្យាបាលដោយឱសថCotrimoxazole ជាថ្មីម្តងទៀត**
កំរិត៤	រលួយស្បែក (Toxic Epidermal Necrolysis) ឬ Steven Jonhson Syndrome	បញ្ឈប់ការប្រើឱសថ Cotrimoxazole ភ្លាម ដាក់អោយសំរាកពេទ្យដើម្បីថែទាំ **សូមជៀសវាងការព្យាបាលដោយឱសថCotrimoxazole ជាថ្មីម្តងទៀត**

<u>ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole</u>

នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole លើមនុស្សពេញវ័យដែលមានការថយចុះប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយធ្ងន់ធ្ងរ អាចជួយកាត់បន្ថយការឈឺ និងស្លាប់ ដោយជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptocoque ។ ទោះបីជាកំរកើតមានក៏ដោយ ក៏ជំងឺរលាកស្រោមខួរ ដោយមេរោគ Cryptocoque លើកុមារ អាចកើតមាននៅប្រទេសកម្ពុជា ដូច្នេះការព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ ចុះខ្សោយខ្លាំង ត្រូវបានណែនាំអោយអនុវត្ត។ កុមារមួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះ ដែលសមស្រប នឹងទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole ។ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole ពុំគួរផ្តល់ អោយកុមារប្រឈមមុខ ដែលមិនទាន់បញ្ជាក់ថាបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងមានប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយចុះខ្សោយខ្លាំងនោះទេ។

តារាងទី៦: ការណែនាំ ស្តីអំពីការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថFluconazole

អាយុ/ប្រភេទ	ការចាប់ផ្តើម	ការបញ្ឈប់
កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាយុតិច	CD4<១៥%	បានទទួល ART ហើយ CD4>១៥% បញ្ជាក់

ជាង៥ឆ្នាំ		ដោយការធ្វើតេស្ត២ផ្សេងគ្នា ដែលមានគំលាត ពីការធ្វើតេស្តមួយទៅមួយទៀត រយៈពេលយ៉ាងតិច៦ខែ
កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាយុស្មើ ឬលើសពី៥ឆ្នាំ	CD4<១០០/មម^3	បានទទួល ART ហើយចំនួនកោសិកា CD4>១០០/ មម^3 បញ្ជាក់ ដោយការធ្វើតេស្ត ២ផ្សេងគ្នា ដែលមានគំលាត ពីការធ្វើតេស្តមួយ ទៅមួយទៀត រយៈពេលយ៉ាងតិច ៦ខែ
កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមាន ប្រវត្តិកើតជំងឺរលាកស្រោមខួរ ដោយមេរោគ Cryptocoque	ភ្លាមៗបន្ទាប់ពីការ ព្យាបាលត្រូវបានបញ្ចប់	អាយុស្មើ ឬលើសពី៥ឆ្នាំ បានទទួលការព្យាបាល ART ហើយមាន CD4>១០០/មម^3 បញ្ជាក់ ដោយការធ្វើតេស្ត ២ផ្សេងគ្នា ដែលមានគំលាត ពីការធ្វើតេស្តមួយ ទៅមួយទៀត រយៈពេលយ៉ាង៦ខែ

ប្រអប់ទី៣: កំរិតប្រើប្រាស់ឱសថ Fluconazole សំរាប់ការព្យាបាលបង្ការ

កំរិតប្រើឱសថ Fluconazole សំរាប់ការព្យាបាលបង្ការលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (៣-៦មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ) (✶)			
< ៧គក្រ	:	១/៤	គ្រាប់
៧ – ១៤គក្រ	:	១/២	គ្រាប់
១៥ – ២៤ គក្រ	:	១	គ្រាប់
២៥ – ៣៥ គក្រ	:	១.១/២	គ្រាប់
>៣៥ គក្រ	:	២	គ្រាប់

(✶)គ្រាប់លេខ ១០០មក្រ។ កំរិតប្រើច្រើនបំផុត ១គ្រាប់ បើគ្មានប្រវត្តិធ្លាប់កើតជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptococcus ទេ។

១-៦ ការចាក់ឱសថបង្ការការផ្តល់វីតាមីនA និងការទំលាក់ព្រូន

កុមារកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានការប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់ខ្ពស់ ទោះបីជាពុំមាន ឆ្លងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ។ កុមារដែលមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងជំងឺអេដស៍ គប្បីទទួលបានការចាក់ឱសថបង្ការការផ្តល់វីតាមីន A និងការទំលាក់ព្រូន តាមកាលវិភាគទៀងទាត់ ដូចគ្នានឹងកុមារគ្មានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែរ។ វ៉ាក់សាំង BCG ត្រូវផ្តល់អោយតាមធម្មតានៅពេលកើត លើកលែងតែក្នុងករណីដែលមានរោគសញ្ញានៃការឆ្លងជំងឺអេដស៍ (សូមអានបន្ថែមនៅជំពូកទី១០ សំរាប់ព័ត៌មានលំអិត)។ **សូមអានឧប្បសម្ពន្ធ័ ក**

សំរាប់ព័ត៌មានលំអិត ស្តីពីកាលវិភាគតាមដានកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកាលវិភាគនៃកម្មវិធីជាតិចាក់ឱសថបង្ការបច្ចុប្បន្ន។

តារាងទី៧: កាលវិភាគនៃចាក់ឱសថបង្ការសំរាប់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

អាយុ					
កាលវិភាគ	**ពេលកើត**	**៦សប្តាហ៍**	**១០សប្តាហ៍**	**១៤សប្តាហ៍**	**៩ខែ**
	BCG Hep B (0)	DPT-HepHib(1) OPV (1)	DPT-HepB-Hib(2) OPV (2)	DPT-HepB-Hib(3) OPV (3)	កញ្ជ្រឹល

តារាងទី៨: ការផ្តល់វីតាមីន A បន្ថែម

អាយុ	កំរិតប្រើ	ចំនួនដង
០៦ - ១១ ខែ	១០០,000 IU	១ ដង
១២ - ៥៩ ខែ	២០០,000 IU	រៀងរាល់ ៦ខែ

តារាងទី៩: ការទំលាក់ព្រូន

អាយុ	ឱសថ	កំរិតប្រើ
១២ - ២៣ ខែ	Mebendazole	២៥0mg ម្តងរៀងរាល់ ៦ខែ
≥ ២៤ ខែ	Mebendazole	៥00mg ម្តងរៀងរាល់ ៦ខែ

១-៧ ការតាមដានភាពលូតលាស់របស់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

ភាពយឺតយ៉ាវនៃការលូតលាស់ អាចជារោគសញ្ញាដំបូង នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ លើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ តែងតែមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងខ្លាំងទៅនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ដូច្នោះ ការតាមដានភាពលូតលាស់អោយបានជិតដល់ គឺមានសារៈសំខាន់បំផុត ចំពោះកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ នៅពេលដែលមានការកត់សំគាល់ឃើញថា ការកើនទំងន់មិនគ្រប់គ្រាន់ ការវាយតំលៃដ៏ហ្មត់ចត់ត្រូវធ្វើឡើង ដោយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស ទៅលើការផាត់ចោលជំងឺរបេង ជំងឺក្រពះពោះវៀន ការឆ្លងមេរោគធ្ងន់ធ្ងរ នៅពេលទើបនឹងកើត (Neonatal sepsis) និងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ នៅគ្រប់ពេលកុមារមក ពិនិត្យជំងឺត្រូវកត់ត្រានូវទំងន់ កំពស់ ទំងន់ធៀបនឹងកំពស់ និងទំហំលលាដ៏ក្បាល។ នៅពេលដែលមានការថយចុះនៃភាពលូតលាស់ ត្រូវធ្វើការវាយតំលៃអោយបានទាន់ពេលវេលា នូវអាហារូបត្ថម្ភ ការឆ្លងមេរោគ និងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ការផ្តល់ដំបូន្មានអំពីការបំបៅដោះ និងការផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កូន សំរាប់ស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះមានសារៈសំខាន់បំផុត ដូចមានចែងក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីការព្យាបាលកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ស្រួចស្រាវ។

១-៨ ពេលវេលាដែលត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍

គ្រប់កុមារកើតពីម្ដាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើតេស្ត DNA PCR នៅអាយុ ៤-៦សប្ដាហ៍។ បើកូនបៅដោះម្ដាយ ត្រូវធ្វើតេស្តម្ដងទៀតនៅ ៦សប្ដាហ៍ ក្រោយការផ្ដាច់ដោះទាំងស្រុង។ សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្ដីពីការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន។

ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើផងដែរ នៅពេលដែលមានរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍កើតមានឡើង។ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អោយបានឆាប់រហ័ស តាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក មានការលំបាកណាស់ ព្រោះរោគសញ្ញាភាគច្រើន នៅដំណាក់កាលដំបូង ដូចគ្នានឹងកុមារគ្មានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែរ (ប្រអប់ទី៤)។ ក្រៅពីកុមារដែលបានដឹងថា មានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារដែលមានរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ កុមារមួយចំនួន ដែលមានការប្រឈមខ្ពស់ ដូចមានរៀបរាប់ខាងក្រោមក៏ត្រូវទទួលបានការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ផងដែរ។

យ៉ាងហោចណាស់ កុមារដែលស្ថិតនៅក្រុមដូចខាងក្រោម ត្រូវទទួលបានការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ផ្អែកតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្ដីពីការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់កុមារដូចខាងក្រោម

- កុមារប្រឈមទៅនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍
- បងប្អូនបង្កើតរបស់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- កុមារកំព្រា ឬ កុមារត្រូវគេបោះបង់ចោល
- កុមារមានជំងឺរបេង
- កុមារមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ
- កុមារមានជំងឺសួតធ្ងន់ធ្ងរ ដែលព្យាបាលមិនធូរស្រាល តាមការព្យាបាលធម្មតា

ប្រអប់ទី៤: រោគសញ្ញា និងចង្កោមរោគសញ្ញាចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

រោគសញ្ញាកើតមានញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងមិនសូវជួបប្រទះលើកុមារផ្សេងទៀត

- ជំងឺសួតធ្ងន់ធ្ងរ សារចុះសារឡើង ឬការឆ្លងរោគបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ
- ជំងឺ Bronchiectasis
- ហើមក្រពេញ Parotid ទាំងសងខាង ដោយគ្មានការឈឺចាប់
- កើតជំងឺផ្សិតមាត់ សារចុះសារឡើង ឬរយៈពេលយូរ (Persistent)
- ឡើងកូនកណ្ដុរពាសពេញខ្លួន ឬ រីកមាឌថ្លើម និងអណ្ដើក (Hepatosplenomegaly)
- ក្ដៅខ្លួន សារចុះសារឡើង ឬ រយៈពេលយូរ(Persistent) ដោយមិនដឹងមូលហេតុ
- ការថយចុះមុខងារសរសៃប្រសាទ ដោយមិនដឹងមូលហេតុ
- ជំងឺ Herpes Zoster

- ជំងឺរលាកស្បែកពាសពេញខ្លួនរយៈពេលយូរ(Persistent generalize dermatitis)

រោគសញ្ញាកើតមានញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងកុមារគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ស្លេកស្លាំង
- ឆ្លងរោគពុំរ៉ៃនៅត្រចៀក
- រាក សារចុះសារឡើង ឬ រយៈពេលយូរ (Persistent)
- ជំងឺសួតធ្ងន់ធ្ងរ
- ជំងឺរបេង
- Marasmus ឬ ឃើតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់

រោគសញ្ញា និងចង្កោមរោគសញ្ញាដែលជាប់ទាក់ទងខ្លាំងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- ជំងឺសួត PCP
- ផ្សិតបំពង់អាហារ
- រលាកស្រោមខួរដោយ Cryptococus
- ឆ្លងមេរោគ Salmonella ដែលមិនមែនជា Typhoid (Invasive non-typhoidal salmonella infection)
- ជំងឺ Lymphoid interstitial pneumonia (LIP)
- ជំងឺរើម លើសពីមួយកន្លែង
- ជំងឺ Lymphoma

កែសំរួលពីៈ គោលការណ៍ណែនាំស្តីអំពីការគ្រប់គ្រង់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឆ្នាំ ២០១០ របស់នាយកដ្ឋាន សុខាភិបាលប្រទេសអាហ្វ្រិកខាងត្បូង

១-៩ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពីមានគ្រោះថ្នាក់ដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

បន្ទាប់ពីមានការរំលោភផ្លូវភេទ ដោយមានការស៊កបញ្ចូល ការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយបាន ដោយកាប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានឆាប់រហ័សបំផុត ក្នុងកំឡុងពេល ៧២ ម៉ោងដំបូង ក្រោយពីការរំលោភ។ ការរំលោភផ្លូវភេទ ដោយមានការស៊កបញ្ចូលរួមមានៈ

- ការបង្ខំអោយទទួលរួមភេទតាមមាត់
- ការបង្ខំអោយទទួលរួមភេទតាមយោនី
- ការបង្ខំអោយទទួលរួមភេទតាមរន្ធគូទ

សំរាប់ព័ត៌មានលំអិត ស្តីពីការព្យាបាលបង្ការ លើកុមារ ទទួលការរំលោភផ្លូវភេទ សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយទទួលរងគ្រោះ ដែលមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

ជំពូកទី២

ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំណុច**គន្លឹះ** :

- ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ត្រូវបានកំណត់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងទិន្នន័យមូលដ្ឋាន និងនៅគ្រប់ពេលកុមារមកពិនិត្យសុខភាព
- ដំណាក់កាលគ្លីនិករបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក អាចផ្តល់នូវភស្តុតាងនៃការថយចុះប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ និងជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសំរាប់ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅពេលដែលពុំទាន់បានទទួលលទ្ធផលតេស្តរកកោសិកា CD4
- គ្រូពេទ្យត្រូវដឹងអំពីភាពខុសគ្នា នៃប្រព័ន្ធវាយតំលៃដំណាក់កាលគ្លីនិក នៃជំងឺអេដស៍ នៅលើមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ
- ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ ឬ ទី៤ ថ្មី របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដែលកើតមានឡើង នៅពេលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អាចតំណាងអោយ IRIS ឬ បរាជ័យនៃការព្យាបាល ដែលទាមទារអោយមានការស្រាវជ្រាវ បន្ថែមទៀតដោយយកចិត្តទុកដាក់

២-១ សេចក្តីសង្ខេបនៃដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

រោគសញ្ញា ឬ ចង្កោមរោគសញ្ញាជាក់លាក់ អាចប្រើប្រាស់ ដើម្បីប៉ាន់ស្មានអំពី កំរិតនៃការថយចុះប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ នៅពេលដែលពុំមានតេស្តរាប់កោសិកាCD4 ឬ ពុំទាន់បានទទួលលទ្ធផលតេស្ត CD4 ។ ដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍ អាចអោយគ្រូពេទ្យចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើកុមារមួយចំនួន មុនពេលបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត CD4 ហើយក៏អាចអោយការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole បានទាន់ពេលវេលា លើកុមារអាយុលើសពី ៥ឆ្នាំ។

ការកំណត់ដំណាក់កាលនៃជំងឺអេដស៍ នៅកម្ពុជា គឺអនុវត្តតាមប្រព័ន្ធកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិក របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក។

២-២ ដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍លើកុមារ ប្រៀបធៀបនឹងមនុស្សពេញវ័យ

រោគសញ្ញាគ្លីនិក នៃការវិវត្តន៍របស់ជំងឺអេដស៍ លើកុមារ មានភាពខុសគ្នាពីមនុស្សពេញវ័យ។ សូមអានឧបសម្ពន្ធ័ ខ ស្តីអំពីដំណាក់កាលគ្លីនិក នៃជំងឺអេដស៍ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

- ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី២ លើកុមារ រួមមានជំងឺជាច្រើន ដែលមិនបានរាប់បញ្ចូលចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដូចជា lineal gingival erythema, ការរីកមាឌនៃក្រពេញ parotid, ការរីកធំនៃថ្លើម និងអណ្តើក (Hepatoplenomegaly) ដោយ មិនដឹងពីមូលហេតុ ការឆ្លងរោគរាលដាលខ្លាំង នៃ wart virus និងជំងឺ molluscum contagiosum រាលដាលខ្លាំង។
- ដំណាក់កាលទី៣ នៃជំងឺអេដស៍ លើកុមាររួមមាន ជំងឺ lymphoid interstitial pneumonitis, ជំងឺរបេងកូនកណ្តុរ និងជំងឺ bronchiectasis, ដែលមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូល នៅក្នុងប្រព័ន្ធកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិក សំរាប់ មនុស្សពេញវ័យ
- ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលទេ នៅលើប្រព័ន្ធកំណត់ដំណាក់កាលរបស់កុមារ
- កុមារអាចមានជំងឺ toxoplasmosis ពីកំណើត, ឆ្លងរោគ Herpers Simplex Virus (HSV) ឬ Cyfomagalo Virus (CMV)ដែលមិនទាក់ទងនឹងការឆ្លង ជំងឺអេដស៍ ដូច្នេះ ត្រូវមានការប្រុងប្រយត្ន័ ក្នុងការវាយតំលៃជំងឺទាំងនេះ ដើម្បីកំណត់ថា តើមានការ ទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬទេ។

២-៣ របៀបប្រើប្រាស់ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍លើកុមារ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

ដំណាក់កាលគ្លីនិក ត្រូវប្រើសំរាប់តែកុមារ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់ថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខ (antibody test) ឬ តេស្ត DNA PCR ប៉ុណ្ណោះ។ សំរាប់កុមារដែលមានអាយុតិចជាង ១៨ខែ ដែលមិនអាចទទួលបានការធ្វើតេស្ត DNA PCR ដំណាក់កាលគ្លីនិក អាចប្រើប្រាស់បានសំរាប់កុមារ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខវិជ្ជមាន ដែលឆ្លើយតបទៅនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសន្មត់នៃជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ។

ប្រអប់ទី៥: រោគវិនិច្ឆ័យសន្មតនៃជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ

រោគវិនិច្ឆ័យសន្មត (Presumptive diagnosis) នៃជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរលើកុមារ <១៨ ខែ នៅពេលគ្មានតេស្ត PCR:

- កុមារមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខ (antibody testing) វិជ្ជមាន និងមានលក្ខខណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមលក្ខ័ណ្ឌ ខាងក្រោមៈ
- រោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺ ដែលទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ (AIDS-indicator conditions)

ឬ

- កុមារមានរោគសញ្ញា២ ឬលើសពី ២ ក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាខាងក្រោមៈ

- ផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral Thrush)
- ជំងឺសួតធ្ងន់ធ្ងរ (Severe pneumonia)
- ឆ្លងរោគធ្ងន់ធ្ងរ (Severe sepsis)

ត្រូវធ្វើការវាយតំលៃដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍ ផ្អែកតាមអង្គការសុខភាពពិភពលោក រៀងរាល់ពេល ដែលកុមារមកពិនិត្យសុខភាព។ ការកើតមានឡើងជាថ្មី នូវដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ ឬ ទី៤ លើកុមារដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយ ARV រួចហើយ រយៈពេលស្មើ ឬលើសពី៦ខែ គឺជាសញ្ញាដែលបង្ហាញអំពី ការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ដែលទាមទារអោយមានការវាយតំលៃបន្ថែមទៀត អោយបានទាន់ពេលវេលា ដោយការធ្វើតេស្ត Immunology ឬ Virology ។ *ព័ត៌មានលំអិត សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ ។*

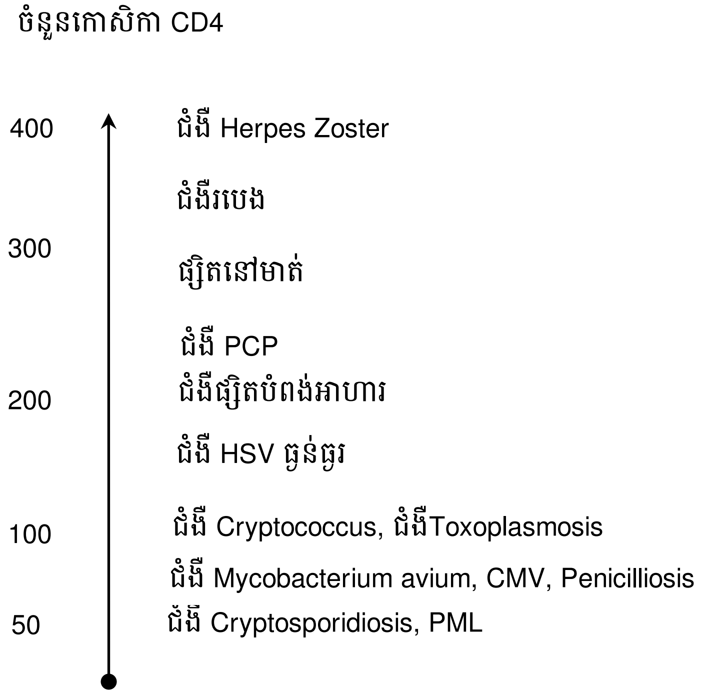
ដើម្បីកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍ ការសួរប្រវត្តិជំងឺ និងការពិនិត្យគ្លីនិក មានសារៈសំខាន់ណាស់ ដោយមានការរាប់គ្រាប់ឈាមអោយបានពេញលេញផងដែរ។ ព័ត៌មានអំពីប្រវត្តិជំងឺ មានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការកំណត់អំពីជំងឺ ដែលកើតមានក្នុងអតីតកាល មិនមែនត្រឹមតែសំរាប់កំណត់ជំងឺ ក្នុងពេលបច្ចុប្បន្នប៉ុណ្ណោះទេ។ ឧទាហរណ៍ កុមារដែលបច្ចុប្បន្នពុំមានរោគសញ្ញា ប៉ុន្តែធ្លាប់មានជំងឺសួត ៤ដងក្នុងមួយឆ្នាំ កន្លងទៅគប្បីចាត់ទុកថាស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ នៃជំងឺអេដស៍ ទោះបីជាកុមារនោះ ពុំមានជំងឺសួតក្នុងពេលបច្ចុប្បន្នក៏ដោយ។

គ្រប់កុមារដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ Immunology មូលដ្ឋានដោយធ្វើតេស្តរកកោសិកា CD4 ជាចំនួន ឬ ជាភាគរយ។ សំរាប់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ Immunology ដើម្បីកំណត់អំពីភាពសមស្រប នៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល សូមអានបន្ថែម គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍លើកុមារ។

<u>សារៈសំខាន់នៃការធ្វើតេស្តរកកោសិកា CD4 ជាចំនួន ឬ ជាភាគរយ</u>

ការកើតមានជំងឺឱកាសនិយម ឬ មានជំងឺដែលមិនមែនជាជំងឺឱកាសនិយម លើកុមារ អាស្រ័យទៅលើចំនួនកោសិកា CD4 ។ កំរិតកោសិកា CD4 អាចជួយដល់គ្រូពេទ្យ ធ្វើចំណាត់ ថ្នាក់កំរិតប្រឈមនឹងការកើតជំងឺ លើកុមារ ហើយមានសារៈសំខាន់បំផុតចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលកើតមានជំងឺស្រួចស្រាវ (acute) ។ គំនូស បំព្រួញទី១ (Figure 1) បង្ហាញអំពីបញ្ជីជំងឺឱកាសនិយម ដែលអាចកើតមានទៅតាមកំរិតកោសិកា CD4។ បញ្ជីនេះ អាចប្រើប្រាស់ជាការណែនាំសំរាប់ជួយធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្រួចស្រាវ ដែលកើតមានលើកុមារ អាយុលើសពី ៥ ឆ្នាំ ។

គំនូសបំព្រួញទី១: ការប្រឈមនឹងការកើតជំងឺឱកាសនិយមទៅតាមកំរិត នៃចំនួនកោសិកា CD4



ចូរកុំពឹងផ្អែកខ្លាំងពេក ទៅលើកោសិកា CD4 ដើម្បីកំណត់ជំងឺដែលកើតមាន លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ កោសិកា CD4 អាចធ្លាក់ចុះយ៉ាងលឿន លើកុមារ ហើយជំងឺខ្លះដូចជា ជំងឺ PCP ជាញឹកញាប់អាចកើតលើកុមារមាន CD4 ស្មើ ២៥% ឬ លើស។

ជំពូកទី៣ នឹងបរិយាយអំពីជំងឺមិនមែនជាជំងឺឱកាសនិយម ដែលកើតមានញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ជំពូកទី៣

ជំងឺដែលមិនមែនជាជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតមានញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំណុចគន្លឹះ :

- ជំងឺមួយចំនួន ដែលតែងតែកើតឡើង ចំពោះកុមារ ដូចជា ជំងឺរាក ជំងឺស្ទូត និងជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ កើតមានកាន់តែញឹកញាប់ និងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ថែមទៀត ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- ជំងឺដែលបង្កឡើងដោយពពួក pneumococcus, haemophilus និង salmonella ជួបញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទោះបីជាមានកោសិកា CD4 ខ្ពស់ ឬ បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ។
- ការចាក់ឱសថបង្ការ ឬ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole អាចកាត់បន្ថយបានគួរអោយកត់ សំគាល់ នូវការកើតជំងឺដែលបង្កដោយបាក់តេរី លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺជាការព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធិភាពបំផុត ដើម្បីបង្ការជំងឺទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HIV-related illness)
- គ្រុនក្តៅយូរ (Persistent fever) លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទាមទារអោយមានការវាយតំលៃអោយបានហ្មត់ចត់។

សេចក្តីផ្តើម

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាញឹកញាប់ទៅរកសេវាថែទាំសុខភាពដោយសារមានជំងឺស្រួចស្រាវ(acute)។ ភាគច្រើននៃជំងឺទាំងនេះ ក៏ជួបញឹកញាប់ លើកុមារគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ ដែលរួមមាន ជំងឺរលាកក្រពះ និងពោះវៀនស្រួចស្រាវ ជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ និងផ្នែកខាងក្រោម និងជំងឺសើស្បែក។ ការពិនិត្យវាយតំលៃដំបូង គឺធ្វើដូចគ្នា នឹងកុមារផ្សេងៗទៀតដែរ ហើយទាមទារអោយមានការវាយតំលៃអោយបានឆាប់រហ័ស អំពីភាពធ្ងន់ធ្ងរ ដើម្បីធ្វើការបញ្ជូន និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលអោយបានសមស្រប។

ការវាយតំលៃអំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទូទៅ រួមមានការសួរអ្នកថែទាំកុមារ នូវសំណួរខាងក្រោម៖

១- តើកុមារ មិនអាចផឹកទឹក ឬ បៅបានមែន ឬទេ?

២- តើកុមារ មានក្អួតរាល់ពេលញាំអាហារ ដែឬទេ?

៣- តើកុមារ មានប្រកាច់ដែរឬទេ?

៤- តើកុមារ មានការថយចុះទឹកនោមដែរឬទេ?

៥- តើកុមារ មិនសូវលេង ឬ គេងច្រើនខុសធម្មតា ដែរឬទេ?

៦- តើកុមារ មានប្រតិកម្មឆ្លើយតប (interactive) ជាមួយអ្នកថៃទាំតិចជាងមុន ដែរឬទេ?

៧- តើកុមារ មានស្រេកទំងន់ ដែឬទេ?

ប្រសិនបើជាមានរោគសញ្ញាណាមួយ ក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាខាងលើ គឺជាការបង្ហាញនូវជំងឺដែលអាចមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ដូច្នេះ គប្បីតែបញ្ជូនកុមារទៅផ្នែកសំរាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីធ្វើការវាយតំលៃ និងព្យាបាលអោយបានសមស្រប។

នៅពេលវាយតំលៃសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់រួចហើយ ត្រូវពិនិត្យ និងស្រង់ព័ត៌មានលំអិតមួយចំនួនដូចជា ប្រវត្តិជំងឺឱកាសនិយម ឬ ជំងឺរបេង ការវាយតំលៃពីការប្រើ ARV បច្ចុប្បន្ន ការលេបឱសថ ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់ លាប់ និង ការពិនិត្យមើលឡើងវិញ នូវកំរិតកោសិកា CD4 ថ្មីៗ ។ ជំងឺដែលនឹងលើកមកពិភាក្សាក្នុងជំពូកនេះ គឺជាជំងឺដែលកើតមានញឹកញាប់ ទោះបីជាកុមារបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍រួចហើយ ឬ មាន CD4 ជាចំនួន ឬ ភាគរយខ្ពស់ក៏ដោយ។

៣-១ គ្រុនក្តៅ **(Fever)**

៣-១-១ សេចក្តីផ្តើម

គ្រុនក្តៅ គឺជាកង្វល់ទូទៅ របស់ឳពុកម្តាយ។ ករណីភាគច្រើន ការពិនិត្យ និងការសួរប្រវត្តិ ជំងឺដោយហ្មត់ចត់ អាចអោយរកឃើញពីប្រភពជំងឺបាន។ គ្រុនក្តៅ គឺជាការឡើងសីតុណ្ហភាពក្នុងខ្លួនដល់៖

- លើសពី ៣៧.៥^{0}C ចំពោះសីតុណ្ហភាពក្លៀក
- លើសពី ៣៨^{0}C ចំពោះសីតុណ្ហភាពក្នុងមាត់
- លើសពី ៣៨.៥^{0}C ចំពោះសីតុណ្ហក្នុងរន្ធគូទ

៣-១-២ មូលហេតុបង្ក **(Etiology)**

គ្រុនក្តៅ អាចបណ្តាលមកពី

- ការឆ្លងរោគៈ បាក់តេរី វីរុស ផ្សិត ឬ ប្រូតូសូអ៊ែ
- ជំងឺមហារីកៈ ជំងឺ lymphoma ដែលមិនមែនជាជំងឺ Hodgkin's, ជំងឺ Lyphoma ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (CNS Lymphoma)
- ឱសថៈ Cotrimoxazole, ARVs
- មេរោគអេដស៍

ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបាននឹងកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលមានកោសិកា CD4 ខ្ពស់ មូលហេតុនៃគ្រុនក្តៅជួបញឹកញាប់គឺដូចគ្នា នឹងកុមារគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ។

ដែលមូលហេតុទាំងនោះរួមមាន ជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ រលាករន្ធត្រចៀក រលាកបំពង់ក និងជំងឺសួត។ គ្រុនក្តៅ បណ្តាលមកពីឱសថក៏ត្រូវគិតពិចារណាផងដែរ។

កុមារដែលមាន កោសិកា CD4 ទាប គឺប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយម និងជំងឺបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍ ដែលនឹងត្រូវលើកមកពិភាក្សានៅផ្នែកខាងក្រោម នៃគោលការណ៍ណែនាំនេះ។ ការដឹងអំពីប្រវត្តិនៃការព្យាបាល និងកំរិតកោសិកា CD4 ពីមុនមក មានសារៈសំខាន់ណាស់ សំរាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផាត់ចោលជំងឺផ្សេងៗ អោយបានសមស្រប ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

៣-១-៣ ការវាយតំលៃ (Assessment)

- ការពិនិត្យរាងកាយ និងសួរប្រវត្តិជំងឺពេញលេញ ដោយយកចិត្តទុកដាក់លើមាត់ ប្រព័ន្ធដកដង្ហើម ពោះ ស្បែក កូនកណ្តុរ និងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ។
- កុមារអាយុតិចជាង១ខែ ដែលមានគ្រុនក្តៅលើសពី ៣៨^{0}C ដោយមិនដឹង មូលហេតុ គប្បីទទួល ការពិនិត្យខាងក្រោម៖
    - ការរាប់កោសិកាគ្រាប់ឈាម ពេញលេញ (CBC)
    - ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម និងទឹកនោម
    - ការថតសួតដោយកាំរស្មីអ៊ិច
    - ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង

៣-១-៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

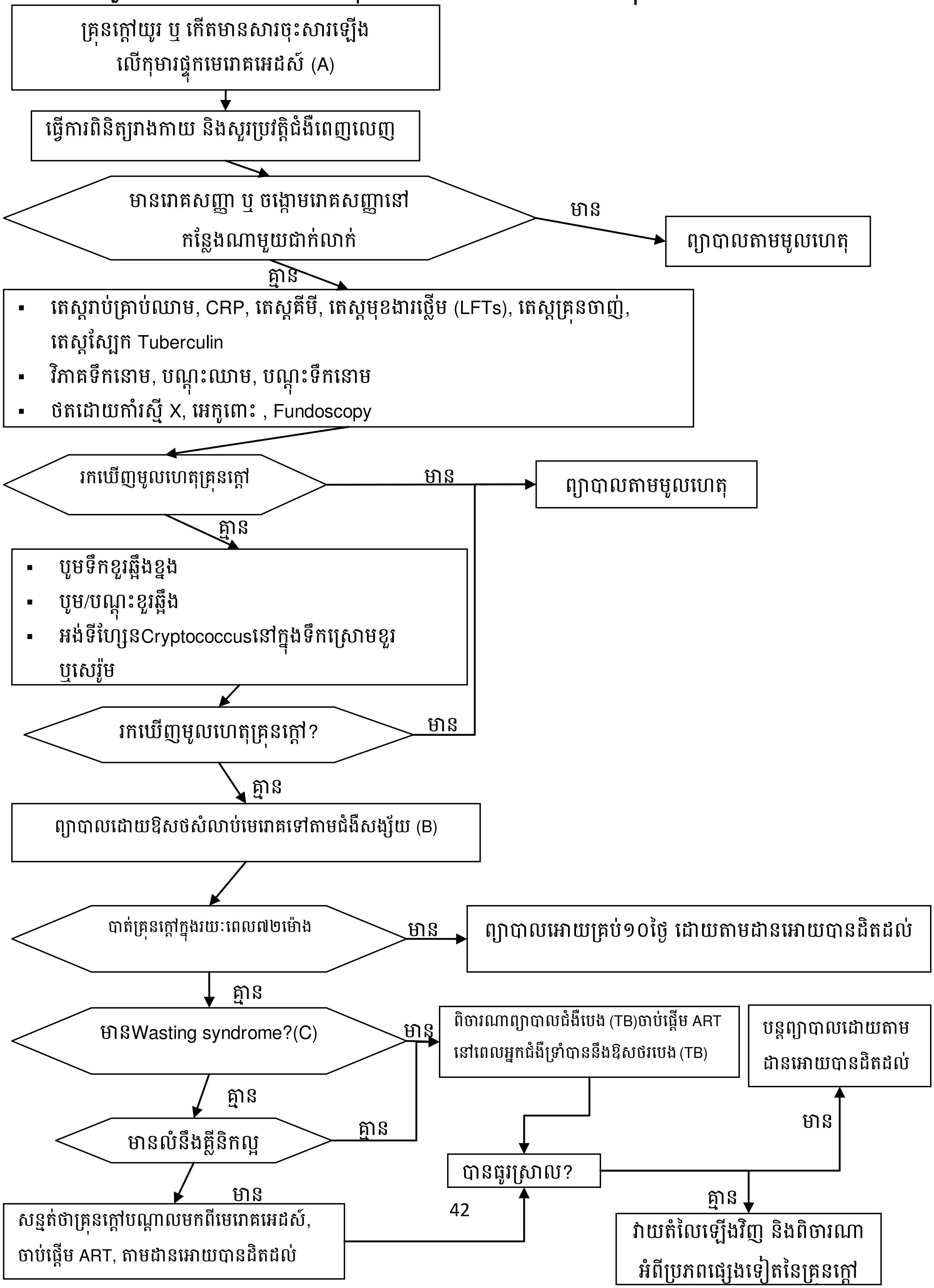
ការព្យាបាលដោយឱសថសំលាប់មេរោគ (antibiotics) ត្រូវបានណែនាំអោយអនុវត្តនៅពេល៖

- ប្រភពនៃគ្រុនក្តៅ ត្រូវបានរកឃើញ (ដូចជា ជំងឺសួត រលាករន្ធត្រចៀក រលាកផ្លូវទឹកនោម ជាដើម)
- កុមារមានរោគសញ្ញា បង្ហាញអំពីការឆ្លងរោគសាយភាយ (sepsis) ដូចជា៖
    - ជីពចរលោតលឿន និងខ្សោយ
    - ឈាមមកបំពេញសរសៃឈាមតូចៗយឺត (delayed capillary refill) ឬ
    - ថ្ងឹងៗ (lethargy) មិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថដំបូង (initial fluid bolus)
- ការថយចុះកោសិកា neutrophile ធ្ងន់ធ្ងរ (ចំនួនកោសិកា neutrophile< ៥០០)
- អាយុតិចជាង ៣ខែ ហើយក្តៅខ្លួនដោយគ្មានមូលហេតុ

៣-១-៥ គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ (Persistent Fever) ដោយគ្មានមូលហេតុ

គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរដោយគ្មានមូលហេតុ គឺជាការលំបាកមួយចំពោះគ្រូពេទ្យ ដោយមិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឃើញមានការបង្ករោគ គ្រុនក្តៅបណ្តាលមកពីឱសថ ឬ គ្រុនក្តៅបណ្តាលមកពីមហារីក ឬ បណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍។ ជំងឺរបេងត្រូវតែពិចារណាផងដែរ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានគ្រុនក្តៅដោយរកមូលហេតុមិនឃើញ (ក្តៅខ្លួនលើសពី១៤ថ្ងៃ)។ ចំពោះគ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរលើសពី១៤ ថ្ងៃ ដោយគ្មានមូលហេតុ សូមអនុវត្តតាមគំនូសបំព្រួញខាងក្រោម។

គំនូសបំព្រួញទី២: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍



កំណត់សំគាល់:

(A) គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ (Persistent fever) : គ្រុនក្តៅរៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេលចាប់ពី១៤ថ្ងៃឡើងទៅ
គ្រុនក្តៅសារចុះសារឡើង(Recurrent fever): ភាគច្រើនមានគ្រុនក្តៅ ក្នុងថ្ងៃនីមួយៗ រយៈពេលចាប់ពី១៤ថ្ងៃឡើងទៅ

(B) ក្នុងករណីមានគ្រុនក្តៅខ្លាំងរយៈពេលយូរ ការឆ្លងរោគដោយបាក់តេរី មិនអាចផាត់ចោលបានដោយសារ លទ្ធភាពធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមិនគ្រប់គ្រាន់ ត្រូវពិចារណាព្យាបាលដោយ Cotrimoxazole ៥០មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើជាគ្រុនក្តៅបានធូរស្រាល ក្នុងកំឡុងពេល៧២ម៉ោង ប៉ុន្តែ នៅតែរកមូលហេតុមិនឃើញ ត្រូវបន្តការព្យាបាលអោយគ្រប់១០ថ្ងៃ។

(C) *កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានគ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ ដោយគ្មានមូលហេតុ និងមាន wasting ត្រូវពិចារណាអំពីជំងឺរបេង ដូច្នេះ គួរពិចារណា អំពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង*

៣-២ ជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ

៣-២-១ រលាករន្ធត្រចៀកស្រួចស្រាវ(Acute Otitis Media)

- រលាករន្ធត្រចៀកស្រួចស្រាវ ជួបញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយសំដៅយកការរលាករន្ធត្រចៀក ដែលមានរយៈពេលតិចជាង ១៤ថ្ងៃ
- មានឈឺចាប់ គ្រុនក្តៅ និងពេលខ្លះ មានខ្ទុះ ហូរចេញមកក្រៅ
- នៅពេលពិនិត្យ ឃើញក្រដាស់ត្រចៀកឡើងក្រហម ប៉ោងហើម ស្រអាប់ និង/ឬមានខ្ទុះក្នុងរន្ធត្រចៀក

ការព្យាបាល

- ព្យាបាលដោយមិនចាំបាច់សំរាកពេទ្យ ដោយ Amoxicillin រយៈពេល៥ថ្ងៃ
- តាមដានបន្ទាប់ពីការព្យាបាលបាន៥ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើជានៅតែមាន ការឈឺចាប់ និងនៅតែមានហូរខ្ទុះ ព្យាបាលរយៈពេល៥ថ្ងៃទៀត ដោយប្រើប្រាស់ឱសថដដែល។ បើប្រើ Amoxicillin ត្រូវដំឡើងកំរិតដូស ដល់ ៨០-៩០មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ដោយចែកជាពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីព្យាបាលពួក Pneumococcus ដែលស៊ាំទៅនឹង Pencillicin ។

៣-២-២ រលាករន្ធត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ

- កុមារដែលមានខ្ទុះ ក្នុងត្រចៀក រយៈពេលលើសពី២សប្តាហ៍ គឺចាត់ទុកថា មានជំងឺរលាករន្ធត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ
- ត្រូវធ្វើអោយត្រចៀកស្ងួត ដោយវិធីសាស្ត្រ Wicking:
    - ដើម្បីធ្វើអោយត្រចៀកស្ងួត ត្រូវមូរសំឡី ឬ អំបោះជាសរសៃ ដែលស្អាតទន់ និងអាចបឺតទឹកបាន (wick)
    - ដាក់សរសៃអំបោះ ឬ សំឡី (wick) ក្នុងរន្ធត្រចៀកកុមារ ហើយយកចេញមកវិញ នៅពេលសរសៃអំបោះ ឬ សំឡីនោះសើម។

- ធ្វើរបៀបនេះដដែលៗ រហូតដល់ត្រចៀកស្ងួត ។
- វិធី wicking នេះ ត្រូវធ្វើ ៣ដង ក្នុង១ថ្ងៃ។

- ឱសថសំលាប់មេរោគជាទូទៅ ពុំមានប្រសិទ្ធិភាពទេ ចំពោះជំងឺរលាករន្ធត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ ដែលបណ្តាលមកពី មេរោគបាក់តេរីផ្សេង ខុសពីរលាករន្ធត្រចៀកស្រួចស្រាវ។
- កុមារភាគច្រើន ដែលមានជំងឺរលាករន្ធត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ ពុំមានគ្រុនក្តៅទេ។ ប្រសិនបើ ជាមានគ្រុនក្តៅខ្លាំង ត្រូវពិចារណា ដល់ជំងឺបណ្តាលមកពីពពួកផ្សិត ឬ mycobacteria ហើយត្រូវយកខ្ទុះនោះបញ្ជូនទៅធ្វើ តេស្ត AFB និង Fungal stain និង/ឬ បណ្តុះមេរោគ បើអាចធ្វើទៅបាន។

៣-២-៣ រលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម (Mastoid)

- រលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម (Mastoid) គឺជាផលវិបាកបណ្តាលមកពីរលាករន្ធត្រចៀក
- កុមារមានជំងឺរលាក Mastoid នឹងមានឡើងហើម ក្រហម ក្តៅ ហើយទន់នៅតំបន់ជុំវិញគុម្ពត្រចៀក
- រលាក Mastoid ត្រូវការព្យាបាលដោយឱសថ សំលាប់មេរោគដោយចាក់តាមសរសៃវ៉ែន ហើយជួនកាលត្រូវធ្វើការបោះបង្ហូរខ្ទុះចេញ
- កុមារមានជំងឺរលាក Mastoid ប្រឈមមុខនឹងការកើតជំងឺរលាកស្រោមខួរធ្ងន់ធ្ងរ បណ្តាលមកពីបាក់តេរី ហើយត្រូវការព្យាបាលដោយសំរាកពេទ្យ
- ការព្យាបាលដែលគេនិយមប្រើគឺ Ceftriaxon ៥0មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃវ៉ែន (IV) ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ។ Pencillicin និង Gentamicin ប្រើបាន ប្រសិនបើជាគ្មាន Ceftriaxon ទេ។

៣-២-៤ ជំងឺរលាកបំពង់ក (Pharyngitis)

- ភាគច្រើននៃការឈឺក បណ្តាលមកពីវីរុស អាចព្យាបាលបំបាត់រោគសញ្ញាបាន ហើយនឹងជាវិញក្នុងរយៈពេល២ទៅ៣ថ្ងៃ។
- ឱសថសំលាប់មេរោគ មានភាពចាំបាច់នៅពេលដែលការឈឺក បណ្តាលមកពីបូសនៅក (throat abscess) ឬការបង្ករោគដោយ streptococcus។
- កុមារ ដែលមានបូសនៅក (throat abscess) មិនអាចលេបទឹកមាត់ ទឹក ឬ អាហារបានទេ ហើយត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីធ្វើការបង្ហូរខ្ទុះបូសនោះចេញ។
- កុមារដែលមានរលាកបំពង់កដោយសារមេរោគ streptococcus មានឡើងកូនកណ្តុរធំ ហើយទន់នៅផ្នែកខាងមុខនៃក និងមានភ្នាសពណ៌ស (white exudates) នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃ oropharynx និង/ឬ នៅលើ tonsils។
  - គ្រប់កុមារដែលមានរោគសញ្ញាទាំងនេះ ទាមទារអោយមានការព្យាបាលការបង្ករោគដោយមេរោគ streptococcus ក្រុម A ដើម្បីកាត់បន្ថយជាអតិប្បរមា នូវការរលាកសន្លាក់ស្រួចស្រាវ (acute rheumatic fever)។

- ○ បើកុមារមានការបង្ករោគដោយពួក streptococcus ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថចាក់មួយដូស គឺ benzathine penicillin ដោយផ្អែកទៅតាមទំងន់កុមារ ឬព្យាបាលដោយ amoxicillin ឬ penicillin។

៣-៣ ការរីកធំនៃក្រពេញParotid

- គឺជារោគសញ្ញាជាក់លាក់ (specific signs) មួយនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ
- ជាញឹកញាប់គឺមិនទន់ទេ (non-tender)
- ជួបញឹកញាប់ លើកុមារអាយុច្រើន ហើយជាញឹកញាប់កើតជំងឺ Lymphoid Interstitial Pneumoritis (LIP) អមជាមួយផង
- អាចអោយខូចរូបសម្ផស្ស ដែលនាំអោយកុមារ ត្រូវគេបន្ទុះបង្អាប់ និង/ឬ កើតទុក្ខព្រួយ
- ជួនកាលឡើងទន់ បណ្តាលមកពីមានឆ្លងរោគបាក់តេរីបន្ថែម ជាពិសេសពួក staphylococcus។
- នៅពេលក្រពេញ Parotid ឡើងទន់ និងក្រហម ត្រូវព្យាបាលដោយ Cloxacillin និងឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់
- ដោយកំរ អាចកើត abscesses នៅ Parotid ដោយពួក staphylococcus ដែលទាមទារអោយធ្វើការបង្ហូរខ្ទុះ
- ការវះកាត់មិនតំរូវអោយអនុវត្តទេ។

៣-៤ ការឡើងកូនកណ្តុរពេញខ្លួន(PGL)

- ជាញឹកញាប់តែងតែមានរីកក្រពេញ Parotid និង/ឬ hepatosplenomegaly រួមជាមួយផង
- PGL គឺជាដំណាក់កាលគ្លីនិកទី១ ដែលមិនទាមទារអោយមានការព្យាបាលទេ
- កុមារដែលមាន PGL មិនគួរមានភស្តុតាងណាមួយផ្សេងទៀត ដែលបញ្ជាក់ថា មាន systemic infection ទេ
- កុមារដែលមានឡើងកូនកណ្តុរ និងគ្រុនក្តៅ មានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ឬ មានរោគសញ្ញាពាក់ពន្ធ័នឹងជំងឺផ្សេងទៀត មិនត្រូវសន្មតថា ជា PGLទេ
- ចំពោះកុមារដែលមានគ្រុនក្តៅ និងឡើងកូនកណ្តុរ ការធ្វើ biopsy កូនកណ្តុរអាចមានប្រយោជន៍ដើម្បីកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យ អោយបានត្រឹមត្រូវ

៣-៥ ជំងឺតំរងនោមដោយសារមេរោគអេដស៍(HIVAN)

- Focal segmental glomerulosclerosis គឺជាទំរង់ ដែលគេជួបញឹកញាប់បំផុត របស់ជំងឺតំរងនោមដោយសារមេរោគអេដស៍ (HIVAN)
- ជួបនៅអាហ្វ្រិក ញឹកញាប់ជាងនៅអាស៊ី

- មុនដំបូងអ្នកជំងឺមាន proteinuria និងអាចកើតមាន nephrotic syndrome ដែលមានហើម និង hypoalbuminemia.
- HIVAN អាចកើតមានឡើងនៅដំណាក់កាលផ្សេងៗ នៃការថយចុះប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ និងជាទូទៅ ត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ជាការចង្អុលបង្ហាញ (indication) សំរាប់ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (ART)។
- ក្រុមកុមារដែលមាន nephrotic syndrome ត្រូវគួរពិចារណាអំពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍

ជំពូកទី៤

ជំងឺមាត់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំណុច**គន្លឹះ** :

- ការថែទាំសុខភាពមាត់ គឺជាផ្នែកសំខាន់មួយ នៃការថែទាំជំងឺអេដស៍បឋម
- គ្រប់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវទទួលបានការពិនិត្យមាត់ នៅគ្រប់ពេល មកពិនិត្យសុខភាពនៅគ្លីនិក
- ជំងឺមាត់ គឺជាជំងឺដែលជួបញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺមាត់ បានឆាប់រហ័ស គឺមានសារសំខាន់ណាស់ ក្នុងការបង្ការផលវិបាក និងលើកកំពស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ

សេចក្តីផ្តើម

ជំងឺមាត់-ធ្មេញ កើតមានញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាពិសេសកុមារ ដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។ ការលើកទឹកចិត្តអោយរក្សាអនាម័យមាត់ អោយបានខ្ជាប់ខ្ជួន គប្បីជាផ្នែកមួយនៃការផ្តល់ប្រឹក្សា។ ជំងឺមាត់ដែលជួបញឹកញាប់ជាងគេ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជំងឺផ្សិត (Thrush) ដែលជា predictive នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅពេលដែលគេឃើញកើត លើកុមារ ក្រោយរយៈពេល neonatal។ ជំងឺមាត់ផ្សេងៗទៀត ក៏អាចធ្វើអោយកុមារ មានការលំបាកក្នុងការបៅដៃរ ដែលត្រូវធ្វើការវាយតំលៃ ដូចមានរៀបរាប់ខាងក្រោម។ ការព្យាបាល ការបង្កហេតុនៃដំបៅមាត់ ដោយសារមេរោគអេដស៍ អាចលើកកំពស់ស្ថានភាព អាហារូបត្ថម្ភ របស់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

៤-១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក(Clinical Manifestation)

៤-១-១ ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral Candidiasis)

- ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ ត្រូវបានគេជួបប្រទះញឹកញាប់ នៅក្នុងទំរង់ណាមួយនៃទំរង់ទាំង៤ខាងក្រោម៖
  - erythematous (atrophic) candidiasis
    - បន្ទះតូចៗ ឬ ធំជាច្រើន ដែលជាញឹកញាប់ មានកើតនៅលើអណ្តាត និង/ ឬ Palate
  - pseudomembranous candidiasis (oral thrush)
    - បន្ទះពណ៌ស នៅសើរៗជាច្រើនកន្លែង ដែលអាចជូតអោយជ្រះបានយ៉ាងងាយស្រួល ដោយបន្សល់នូវបាតពណ៌ក្រហម
  - hyperplastic candidiasis
    - ស្នាមដំបៅ hyperplastic ពណ៌ស ដែលមិនអាចជូតអោយជ្រះបាន
  - angular cheilitis

- fissures ពណ៌ក្រហម នៅផ្នែកខាងៗនៃមាត់ ដែលជាញឹកញាប់កើតមានជាមួយជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ទំរង់ផ្សេងទៀត
- កង្វះ Superimposed vitamin ក៏អាចបណ្តាលអោយមាន angular cheilitis ដែរ

- ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ តែងតែសង្កេតឃើញ ភ្ជាប់មកជាមួយនូវ candidal diaper rash
- ការពិបាកលេបអាហារជួបញឹកញាប់ ចំពោះជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់
- ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ គប្បីសង្ស័យចំពោះ ជំងឺផ្សិតក្នុងបំពង់អាហារ ជាពិសេស ប្រសិនបើ ជាមានហៀរទឹកមាត់ (drooling) ឬ ការប្រែប្រួលសំលេង

៤-១-២ ជំងឺ Oral hairy leukoplakia (OHL)

ជំងឺ Oral hairy leukoplakia បង្ហាញឡើងជាបន្ទះពណ៌សក្រាស់ ដែលមិនអាចជូតអោយជ្រះបាន ដែលអាចបង្ហាញអោយឃើញរូបរាងហាក់ដូចជាសក់ "hair-like" ។ ជាធម្មតា ពុំមានរោគសញ្ញាអ្វីទេ ប៉ុន្តែជារោគសញ្ញាជាក់លាក់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

៤-១-៣ ជំងឺមាត់ធ្មេញ ដោយសារមេរោគអេដស៍

- ជំងឺ Lineal gingival erythema (LGE) មានលក្ខណៈជាបន្ទះខ្សែពណ៌ក្រហម (red band) ប្រវែង 2-3mm តាមបណ្តោយអញ្ចាញ (marginal gingiva) ដោយមានមកជាមួយនូវការឡើងពណ៌ក្រហមអញ្ចាញ ដែលនៅជាប់ និង mucosa មាត់។
- រលាកអញ្ចាញ រហូតដល់ដំបៅរលួយ (Necrotizing Ulerative Gignivitis) ជួបញឹកញាប់ នៅលើមនុស្សពេញវ័យ ជាងលើកុមារ។ វាមានលក្ខណៈជាដំបៅរលួយ នៅលើ Papillae មួយ ឬ ច្រើន ចន្លោះធ្មេញ ដែលអមមកជាមួយដោយការឈឺ ហូរឈាម និងធុំក្លិន (fetid halitosis)។
- រលាកជុំវិញធ្មេញរហូតដល់ដំបៅរលួយ មានលក្ខណៈជាការបាត់បង់ជាលិកាទន់ និងធ្មេញ យ៉ាងឆាប់រហ័ស។
- ជំងឺ Necrotizing stomatitis ត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ជាផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ នៃជំងឺរលាកជុំវិញធ្មេញរហូតដល់ដំបៅរលួយ ដោយមិនបានព្យាបាល។ វាមានលក្ខណៈជាដំបៅរលួយស្រួចស្រាវ ហើយមានការឈឺចាប់ ដែលកើតឡើងនៅលើ mucosa មាត់ ស្ថិតនៅខាងក្រោមឆ្អឹង alveolar។

៤-១-៤ ជំងឺ Herpes Simplex Virus (HSV) Infection

ជំងឺបណ្តាលមកពី Herpes Simplex Virus បង្ហាញអោយឃើញជា គ្រាប់ថង់ពងទឹក(crop of vesicles) នៅលើបបូរមាត់ ឬ palate ។ ថង់ពងទឹកនឹងបែក ហើយបង្កើតជាដំបៅ បណ្តាលអោយមានការឈឺចាប់ មិនទៀងទាត់។ ជំងឺនេះ អាចរំខានដល់ការទំពារ និងលេបអាហារ ដែលបណ្តាលអោយមានការថយចុះនូវការទទួល អាហារតាមមាត់ និងខ្សោះជាតិទឹក។

៤-១-៥ ជំងឺដំបៅ Aphthous សារចុះសារឡើង (Recurrent Aphthous Ulcers)

a. ជំងឺដំបៅ Aphthous តូច គឺជាដំបៅ ដែលមានអង្កត់ផ្ចិតតិចជាង 5mm គ្របដណ្តប់ដោយ pseudomembran និងពទ្ធ័ជុំវិញដោយពណ៌ក្រហម erythematous ។ ជាធម្មតា វាជាទៅវិញដោយឯកឯង ហើយមិនបន្សល់ស្នាកស្នាមអ្វីទេ។
b. ជំងឺដំបៅ Aphthous ធំស្រដៀងគ្នា ទៅនឹង Aphthous តូចដែរ ប៉ុន្តែវាមានតិចជាង និងមានអង្កត់ផ្ចិតធំជាង (1-3cm)។ ជំងឺនេះ វាធ្វើអោយរំខានដល់ការទំពារ ការលេប និងការនិយាយ។ វានឹងជាក្នុងរយៈពេល២ ទៅ៦ សប្តាហ៍ ដែលជាញឹកញាប់បន្សល់ទុកនូវស្លាកស្នាម។
c. ជំងឺដំបៅ Herpetiform aphthous កើតមានឡើងជាដំបៅគ្រាប់តូចៗ ជាច្រើន (1-2mm) ដែលរាយប៉ាយនៅលើ soft palate, tonsils, អណ្តាត, និង/ឬ mucosa មាត់។

៤-១-៦ ការរីកក្រពេញ Parotid និង Xerostomia

ការរីកក្រពេញ Parotid កើតមានឡើងជាការហើមក្រពេញ Parotid ម្ខាង ឬទាំងសងខាង។ ជាធម្មតា វាពុំមានរោគសញ្ញាអ្វីទេ ហើយអាចមានមកជាមួយនូវការថយចុះការចេញទឹកមាត់ និងស្ងួតមាត់។

៤-១-៧ ជំងឺ Human Papillomavirus (HPV) Infection

ជំងឺឫស (warts) នៅមាត់ អាចស្តែងឡើងជា fungating, មានចុងស្រួច (spiked) ឬ ដុំពកមានផ្ទៃរាបនិងគ្មានការឈឺចាប់ ដែលកើតមានញឹកញាប់ជាងគេគឺនៅ mucosa labial ឬ mucosa មាត់។ សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ គ ។ ជូនកាលគេឃើញមានជំងឺ larynx ធ្ងន់ធ្ងរ នៅលើទារកទើបកើត ហើយគិតថា មានទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគ (វីរុស) នៅផ្នែកខាងលើនៃផ្លូវដង្ហើម នៅពេលកើតតាមទ្វារមាស។

៤-២ ការព្យាបាល

តារាងទី១០ ការព្យាបាលជំងឺដំបៅមាត់

ដំបៅមាត់	ការព្យាបាល	ការកត់សំគាល់
ផ្សិតក្នុងមាត់	**ការព្យាបាលដោយលាប (Topical)** • Nystatin suspension 200,000-400,000 U/day ចែកជា៤-៦ដង រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ • Gentian violet ១% aqueous solution លាបលើកន្លែងឈឺរៀងរាល់៨ម៉ោង **Systemic** • Fluconazole ៦ មក្រ/គក្រ នៅថ្ងៃទីមួយ បន្ទាប់មក ៣ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៧-១៤ ថ្ងៃ (oral) ឬ ២១ ថ្ងៃ (esophageal) **ការព្យាបាលបង្ការ (Prophylaxis)** • ពិចារណាផ្តល់ការ ព្យាបាលបង្ការ ចំពោះជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬ កើតសារចុះសារឡើង រហូតដល់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ • Nystatin ១00,000-៤00,000 លេបតាមមាត់ រៀងរាល់១២ម៉ោង សំរាប់រយៈពេលយូរ • Fluconazole ៣ មក្រ/គក្រ លេបតាមមាត់ រៀងរាល់ថ្ងៃ	• ការព្យាបាលដោយលាប ប្រើសំរាប់ ជំងឺជ្រាំងមាត់ស្រាល • Systemic therapy ចាំបាច់ សំរាប់ផ្សិតព្យាបាលក្នុងមាត់ ធ្ងន់ធ្ងរដែលរំខានដល់ការបរិភោគ ឬ សំរាប់ផ្សិត បំពង់អាហារ • Amphotericin B អាចត្រូវការ ប្រើដោយកំរ សំរាប់ជំងឺដែលស៊ាំនឹង azole

Angular Cheilitis	**ការព្យាបាលដោយលាប (Topical)** • Nystatin-triamcinolone ointment លាបកន្លែងមានជំងឺក្រោយពេលបាយ និងពេលចូលគេង, ឬ • Miconazole 2% cream លាបរៀងរាល់ ១២ម៉ោង នៅកន្លែងមានជំងឺ រយៈពេល ១-២សប្តាហ៍ • Multivitamin បន្ថែម ប្រសិនបើជាមានភស្តុតាងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ	• ដំបៅអាចនឹងជា ដោយយឺតៗ ពីព្រោះមានការបើក និងបិទមាត់ដដែលៗ
Herpes Simplex Virus (HSV) Infection	**Systemic** • Acyclovir ១០ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ ៤-៦ម៉ោង រយៈពេល ៥-៧ថ្ងៃ • Acyclovir ១០ មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃវ៉ែន រៀងរាល់ ៨ម៉ោង សំរាប់ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ • CMV និង histoplasmosis អាចមានលក្ខណៈប្រហែលនឹង HSV លើកុមារ ដែលមាន CD4ទាប ដូច្នេះត្រូវពិចារណា អំពីការធ្វើ biopsy ប្រសិនបើជាដំបៅមិន បានធូរស្រាល ដោយការចាក់តាមសរសៃ វ៉ែន នូវ acyclovir	• អ្នកជំងឺដែលប្រើ acyclovir ត្រូវផឹកទឹកអោយបានច្រើន
Lineal Gingival Erythema (LGE)	**Local** • កោស និងឈូសយកឫសចេញ (Scaling and root planing) • 0.១២% Chlorhexidine gluconate • (Periogard, Peridex) 0.៥ oz ខ្ពុរមាត់រៀងរាល់ ១២ម៉ោងម្តង រយៈពេល ៣០ វិនាទី បន្ទាប់មកខ្ជាក់ចេញ	• ព្យាបាលបង្ការដោយដុសធ្មេញ ទៀងទាត់ ឆ្កឹះកំទេចអាហារ និងប្រើទឹកសំរាប់ខ្ពុរមាត់ • ព្យាបាលជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ ដំណាលគ្នា ប្រសិនបើមាន

ការរីកក្រពេញParotid	**Systemic** • ឱសថប្រឆាំងនឹងការរលាក មិនមែន steroid (Non-steroidal) • ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ (Analgesics) • Antibiotics (សំរាប់ព្យាបាល តែនៅពេលមានការបង្ករោគ, ជាទូទៅបណ្តាលមកពី staphylococcus)	• ត្រូវជៀសវាងការវះកាត់យកក្រពេញ parotid ចេញ • រោគសញ្ញាអាចល្អឡើងវិញ ដោយការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (ART)
Oral Hairy Leukoplakia (OHL)	**ពុំមានការព្យាបាលទេ**	• OHL កំរមានណាស់ លើកុមារ • ពិចារណា ART ក្នុងករណីមានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ
NecrotizingUlcerative Gingivitis (NUG), Necrotizing Ulcerative Periodontitis (NUP), Necrotizing Stomatitis (NS)	**Local** • សំអាត កន្លែងមានជំងឺ • លាងសំអាតដោយ povidon-iodine (១០% Betadine) • ខ្ពុរមាត់ដោយ 0.១២% chlorhexidine gluconate (Peridex, Periogard) រៀងរាល់ ១២ម៉ោង **Systemic** • Clindamycin ២០–៣០ មក្រ/គក្រ PO រៀងរាល់៦ម៉ោង រយៈពេល ៧ថ្ងៃ, ឬ • Amoxicillin clavulanate (Augmentin) ៤០ មក្រ/គក្រ PO រៀងរាល់៨ម៉ោង រយៈពេល ៧ថ្ងៃ, ឬ • Metronidazole ១៥-៣៥ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់៨ម៉ោង រយៈពេល ៧-១០ថ្ងៃ	• ការប្រើ chlorhexidine យូរ អាចបណ្តាលអោយឡើងពណ៌ធ្មេញ ប្រែប្រួលរសជាតិ និងរលាកអញ្ចាញ • អាចបណ្តាលអោយមានជំងឺសរសៃប្រសាទចុង នៅពេលប្រើរយៈពេលយូរ ឬ ប្រើជាមួយ ddI, d4T

Recurrent Aphthous Ulcers	**ការព្យាបាលដោយលាប (Topical)** • Triamcinolone 0.១% paste លាបស្តើងៗ រៀងរាល់៦ម៉ោងរាល់ថ្ងៃ, ឬ • Dexamethasone liquid (0.៥ មក្រ/៥មល) ខ្ពុរមាត់ រួចខ្ជាក់ចេញ **Systemic** • Prednisone ២ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់៦ម៉ោង រយះពេល ៥–៧ ថ្ងៃ	• ភាគច្រើននៃ aphthous ulcers ទាមទារ ការព្យាបាល systemic steroids. • កង្វះជាតិដែក, vitamin B12, គប្បីវែកញែកអោយច្បាស់លាស់ • Dexamethasone liquid អាចប្រើសំរាប់ដំបៅច្រើនកន្លែង ឬ ដំបៅដែលមិនអាចព្យាបាលដោយលាបបាន
ជំងឺឫសនៅមាត់ (Oral Warts)	**ការព្យាបាលដោយលាប (Topical)** • Podophyllin resin ២៥% application រៀងរាល់ ៦ម៉ោង សំរាប់រយះពេលយូរ • Cryotherapy ដោយទឹក nitrogen	• អត្រាកើតឡើងវិញខ្ពស់ • ការព្យាបាល ART បន្ថយនូវការកើតឡើងវិញ

ជំពូកទី៥

ជំងឺសើស្បែក លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំណុច**គន្លឹះ** :

- ដំបៅស្បែក (lesion) ច្រើនជារោគសញ្ញាទី១ នៃជំងឺអេដស៍ ដែលកត់សំគាល់ឃើញដោយអ្នកជំងឺខ្លួនឯង ឬ ដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល
- លក្ខណៈនៃដំបៅ តែងតែបង្ហាញពីភស្តុតាងនៃការឆ្លងរោគ (Systemic infection)
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺសើស្បែក បានទាន់ពេលវេលាអាចបង្ការនូវផលវិបាក និងអាចបង្កើនគុណភាពជីវិត សំរាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

សេចក្តីផ្តើម

ជំងឺស្បែកជួបញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយអាចទាក់ទងនឹងជំងឺសើស្បែកដំបូង (primary dermatologic disorder) ការឆ្លងរោគសើស្បែកតិចតួច (mild superficial infection) ជំងឺរលាកស្បែក ដែលជាការឆ្លើយតបចំពោះ antigen ទូទៅ ឬ ជាការឆ្លងជំងឺឱកាសនិយមសាយភាយ និងធ្ងន់ធ្ងរ។ តារាងទី១១ បង្ហាញពីជំងឺសើស្បែកជួបញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

តារាងទី១១ : មូលហេតុនៃជំងឺសើស្បែកលើអ្នកជំងឺអេដស៍

ប្រភេទ	មូលហេតុ

ជំងឺបណ្តាលមកពីការឆ្លងរោគ (Infections)	• ជំងឺអុតក្តាម (Varicella zoster)
	• ជំងឺ Herpes simplex virus
	• ជំងឺផ្សិតនៅស្រទាប់ខាងលើ (ឧទាហរណ៍: Tinea)
	• ជំងឺផ្សិតសាយភាយ
	  ○ Cryptococcosis
	  ○ Penicilliosis
	  ○ Histoplasmosis
	• ជំងឺ Human papillomavirus
	• ជំងឺ Impetigo
	• ជំងឺ Mycobacterial infection
	• ជំងឺស្វាយឆ្លងមកពីកន្លែងផ្សេងទៀត
	• ជំងឺ Furunculosis
	• ជំងឺ Folliculitis
	• ជំងឺ Pyomyositis
	• ជំងឺ Verucca planus

ជំងឺមហារីក(Neoplasia)	• ជំងឺមហារីកសរសៃឈាមវ៉ែន (Kaposi's sarcoma) • ជំងឺ Lymphoma • ជំងឺ Squamous and basal cell carcinoma • ជំងឺ Sarcoma
ជំងឺផ្សេងៗទៀត(Others)	• ជំងឺ Pruritic papular eruption • ជំងឺ Seborrheic dermatitis • ជំងឺ eruptions បណ្តាលមកពីឱសថ • ជំងឺ Vasculitis • ជំងឺ Eczema • ជំងឺ Psoriasis • ជំងឺ Granuloma annulare • Thrombocytopenic purpura • Telangiectasia • Hyperpigmentation

ជំងឺសើស្បែក ដួបញឹកញាប់ មានរៀបរាប់សង្ខេបដូចខាងក្រោម។

៥-១ ជំងឺ Herpes simplex virus

- Stomatitis គឺជាជំងឺជួបញឹកញាប់ជាងគេ ក្នុងចំណោមជំងឺ Herpes simplex virus ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- Lesions តូចៗ ជាថង់ទឹក (vesicles) ដែលមានការឈឺចាប់
- រោគវិនិច្ឆ័យធ្វើឡើងតាមរូបភាពគ្លីនិក ប៉ុន្តែអាចបញ្ជាក់តាមរយៈការបណ្ដុះវីរុស បើអាចធ្វើទៅបាន
- ការព្យាបាលជំងឺHSV គឺប្រើ acyclovir 10-20 mg/kg/dose ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៥ទៅ៧ថ្ងៃ
- បើសង្ស័យឆ្លងមេរោគ staphylococcus ឬ streptococcusបន្ថែម ប្រើ cloxacillin ២៥មក្រ/គក្រ/ដូស រៀងរាល់ ៦ ម៉ោង សំរាប់រយៈពេល ៥ទៅ៧ថ្ងៃ

៥-២ ជំងឺ អុតក្តាម(primary Varicella Zoster Virus) និងជំងឺរើម(herpes zoster)

- **ជំងឺអុតក្តាម** (Chickenpox)
    - កើតញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយអាចមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរ
    - ផលវិបាករួមមាន lesions ស្បែកមានហូរឈាម រលាកថ្លើម ជំងឺសួត (pneumonia), រលាកខួរក្បាល, ឆ្លងរោគបាក់តេរីបន្ថែម និងជួនកាលបណ្ដាលអោយស្លាប់បាន។
    - កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលប្រឈមនឹងជំងឺអុតក្តាម ត្រូវបានទទួល varicella zoster immune globulin (VZIG) ០.១៥មល/គក្រ ក្នុងកំឡុងពេល ៧២ម៉ោងនៃការប្រឈម បើអាចធ្វើទៅបាន
    - ព្យាបាលដោយ acyclovir ២០ មក្រ/គក្រ/ដូស (កំរិតខ្ពស់បំផុត ៨០០មក្រ) ដោយលេបតាមមាត់ ៤ដងក្នុង ១ថ្ងៃ រយៈពេល ៥ថ្ងៃ
    - ការឆ្លងមេរោគបាក់តេរីបន្ថែម ត្រូវព្យាបាលដោយ cloxacillin ២៥មក្រ/គក្រ/ដូស រៀងរាល់៦ម៉ោងម្តង រយៈ៥ទៅ៧ថ្ងៃ
- **ជំងឺរើម** (shingles)
    - lesions ជាក្រុមៗ មានឈឺចាប់ និងមានលក្ខណៈជា vesicular ដែលបង្ហាញឡើងជា dermatomal pattern
    - មិនឆ្លងហួសពីស្រទាប់កណ្តាលទេ (midline)
    - ផលវិបាករួមមាន ដំបៅមានការឈឺចាប់ខ្លាំង, ការឈឺចាប់ក្រោយពីការព្យាបាល (postherapetic neuralgia), និងជំងឺសាយភាយ (disseminated disease)
    - ព្យាបាលដោយប្រើ acyclovir ២០ មក្រ/គក្រ/ដូស លេបតាមមាត់ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ

- ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ ឬមិនអាចលេបតាមមាត់បាន ត្រូវប្រើឱសថចាក់ acyclovir ១០ មក្រ/គក្រ/ដូស ចាក់តាមសរសៃវ៉ែន រៀងរាល់៨ម៉ោង រយៈពេល៧ថ្ងៃ
- ព្យាបាលការឆ្លងរោគបន្ថែម ដោយ Cloxacillin ដូចករណីខាងលើដែរ

៥-៣ ជំងឺ Molluscum Contagiosum

- ជួបញឹកញាប់ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងដំណាក់កាល advanced ហើយមូលហេតុបង្កគឺពពួក virus
- lesions នៃជំងឺ Molluscum Contagiosum មានពណ៌ដូចផ្លែ pear ឬ ដូចសាច់ (flesh) ជា papules រាងមូលទំហំ 3-5mm ដោយមានខូងកណ្ដាល (central dimple)
- ចំពោះកុមារដែលឈឺធ្ងន់ ឬ ដែលមានCD4 ទាបខ្លាំង រោគវិនិច្ឆ័យផាត់ចោលជំងឺស្រដៀងគ្នា រួមមាន cryptococcus, penicillium, ឬ histoplasma
  - ការធ្វើតេស្តសេរ៉ូម cryptococcal antigen ត្រូវបានណែនាំអោយប្រើ លើកុមារ ដែលសង្ស័យថា មានជំងឺ molluscum និងមានកោសិកា CD4 ទាបខ្លាំង
  - បើតេស្តអវិជ្ជមាន ការធ្វើ biopsy អាចចាំបាច់ ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺផ្សិតដែលមានលក្ខណៈ Invasive
- lesions នៃជំងឺ mulluscum ធំ តែងតែកើតមាននៅលើមុខ នៅពេលដែលប្រព័ន្ធការពាររាងកាយចុះខ្សោយខ្លាំង ហើយអាចអោយខូចរូបរាង។ សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ "គ"
- ការព្យាបាលរួមមានការលាបឱសថ នៅកន្លែង lesion ដោយ phenol ឬ liquid nitrogen cryotherapy
- ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ ឬ ខូចរូបរាង ត្រូវពិចារណាចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARV ដែលជាការព្យាបាលតែមួយគត់ ដើម្បីបង្ការការកើតជំងឺនេះ សារចុះសារឡើង

៥-៤ ជំងឺសើស្បែកបង្កដោយបាក់តេរី

- អាចជាការជ្រៀតចូលនៅនឹងកន្លែង នៃមេរោគទៅក្នុងស្បែក(dermis) ឬ ជាការបង្ករោគទូទៅ (systemic infection)
- អាចកើតមានញឹកញាប់ និងធ្ងន់ធ្ងរ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- កុមារដែលមានជំងឺសើស្បែកញឹកញាប់ខុសធម្មតា ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍

តារាងទី១២: សង្ខេបអំពីបាក់តេរី ដែលបង្កជំងឺសើស្បែក ដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលរួមបញ្ចូលការពិពណ៌នា ដោយសង្ខេបអំពីការព្យាបាលដំបូង។

តារាងទី១២ : មូលហេតុនៃជំងឺសើស្បែកបង្កដោយបាក់តេរី និងការព្យាបាល

ជំងឺសើស្បែកបង្កដោយបាក់តេរី	មេរោគបង្ក	ការពិពណ៌នា	ការព្យាបាល
Folliculitis	*Staphylococcus aureus*	ការរលាក, ការបង្ករោគនៅគល់រោម	• Warm compress • ការសំអាត • Cloxacillin ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ
Cellulitis	*Streptococcus, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae*	រលាកស្បែក និងជាលិកា subcutaneous ដែលមានលក្ខណៈហើមក្រហម និងឈឺចាប់	• Cloxacillin ១០០-២០០ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ ចែកជា៦ម៉ោងម្តង
Skin abscess	*Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae*	ខ្ទុះប្រមូលផ្តុំនៅនឹងកន្លែងនៅក្នុងប្រហោងដែលបង្កើតឡើងដោយការដាច់ជាលិកា។ អាចជាផលវិបាកនៃ cellulitis ដែលគ្មានការព្យាបាល	• ការចោះបង្ហូរ • ព្យាបាលដោយ Systemic antibiotics បើមានជំងឺ cellulitis
Impetigo	*Staphylococcus aureus,* *Streptococcus*	ថង់ទឹក (Vesicles) ឬពងទឹក (bullae) ដែលមានលក្ខណៈជាសំបកក្រៀម ពណ៌ដូចទឹក ឃ្មុំ	• ឱសថលាប (Topical) mupirocin • Cloxacillin សំរាប់ lesions ដែលមានលក្ខណៈសាយភាយ (disseminated)
Furunculosis (boil)	*Staphylococcus aureus, Streptococcus*	ការបង្ករោគនៅស្បែក និងជាលិកា subcutaneous ដែលពទ្ធ ជុំវិញគល់រោម ។ មានទំហំធំជាង folliculitis។	• Warm compress • ការសំអាត • ជួនកាលត្រូវបង្ហូរចេញ • ត្រូវការដោយ កំរ នូវ systemic antibiotics

ជំងឺស្នាយគល់ក្រចក (Paronychia)	*Staphylococcus aureus*	ការបង្ករោគកើតនៅជាលិកាជុំវិញក្រចកដៃ និងក្រចក ជើង	• ចោះបង្ហូរ • Cloxacillin រយៈពេល ៥-៧ ថ្ងៃ
Bacillary angiomatosis	*Bartonella henslae*	lesions សរសៃឈាម (vascular) ដែលមានលក្ខណៈដូចជា Kaposi׳s sarcoma	• Azithromycin or erythromycin • ពិគ្រោះជាមួយអ្នកឯកទេស
Staphylococcal Scalded Skin Syndrome	*Staphylococcus aureus*	lesions សាយភាយដោយចាប់ផ្តើម លើមុខដែលជួបញឹកញាប់លើកុមារ។អាចដូចគ្នានឹង Stevens Johnson Syndrome ប៉ុន្តែ គ្មានការប្រឈមនឹងគ្មានទាក់ទងនឹង mucosa	• Cloxacillin 200 mg/kg/day IV ចែកជា៦ម៉ោងម្តង • ពិគ្រោះពីការវះកាត់ • ព្យាបាលរបួស និងយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះស្ថានភាពខ្សោះជាតិទឹក

៥-៥ ជំងឺសើស្បែកបង្កដោយផ្សិត

ជំងឺសើស្បែកបង្កដោយផ្សិត លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានភាពខុសៗគ្នា ដែលរួមបញ្ចូលទាំងការបង្ករោគសើស្បែក នឹងកន្លែង និង lesions ដែលបណ្តាលមកពីការបង្ករោគសាយភាយធ្ងន់ធ្ងរ ផងដែរ។ ជំងឺដែលជួបញឹកញាប់ជាងគេគឺ candidiasis និង dermatophytosis។

៥-៥-១ ជំងឺ candidiasis ស្បែក

- កើតមានញឹកញាប់បំផុត នៅត្រង់តំបន់ diaper និងផ្នត់ស្បែក ។ វាបង្ហាញឡើងជាកន្ទួល (rash) ពណ៌ក្រហមច្បាស់ដោយមានព្រំដែន កំណត់ច្បាស់លាស់ និងមាន lesions រណប។
- ការព្យាបាល:
    - ឱសថលាបខាងក្រៅ gentian violet (១% aqueous solution) ក្រែម nystatin ឬ miconazole សំរាប់លាបកន្លែងមាន lesions ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតដល់៤៨ម៉ោងក្រោយពីបាត់ rash
    - ប្រើសិនបើ ជាមិនឆ្លើយតបចំពោះការព្យាបាលដោយលាបខាងក្រៅទេ ត្រូវព្យាបាល systemic ដោយ fluconazole 3 mg/kg/ថ្ងៃ ដែលជាករណីកំរ

៥-៥-២ ជំងឺ Dermatophytosis

- តែងតែកើតមានឡើងជា ស្រែង Corporis (ringworm) ឬ ស្រែង Capitis ។ វាមានលក្ខណៈជា lesions រាបស្មើ និងឡើងបែកស្រការ ដោយមានព្រំប្រទល់ពកឡើងខ្ពស់។ lesionsអាចរីកធំ និងពិបាកព្យាបាលចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- ការព្យាបាលៈ
  - លាប Whitfield's ointment (benzoic acid លាយជាមួយ salicylic) ២ដង រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ២ ទៅ ៥ សប្តាហ៍ នៅកន្លែងដែលមាន lesions ។ បើមិនទទួលជោគជ័យទេ ប្រើក្រែម miconazole ២%
  - ជំងឺរាលដាលខ្លាំង និង ស្រែង Capitis ត្រូវព្យាបាល systemic ដោយ griseofulvin, ១០-១៥ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ
  - រយៈពេលនៃការព្យាបាល គឺផ្អែកលើទីកន្លែងនៃជំងឺ
    - ស្រែង Corposis: ២ –៤ សប្តាហ៍
    - ស្រែង Capitis: ៤ – ៦ សប្តាហ៍

៥-៦ ជំងឺកមរមាស់(Scabies)

- ជាជំងឺសើស្បែកដែលឆ្លងខ្លាំង មានលក្ខណៈជា popular lesions រមាស់ ហើយជួបញឹកញាប់បំផុត នៅចន្លោះម្រាមដៃ និង ម្រាមជើង ផ្នត់កដៃ តំបន់ antecubital និងក្លៀក។
- កុមារអាចមាន lesions នៅបាតដៃ និងបាតជើងផងដែរ
- ជំងឺ Scabies ដែលរាលដាលពាសពេញខ្លួន កើតមានចំពោះអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅដំណាក់កាល advanced ដែលគេអោយឈ្មោះថា Norwegian scabies គឺឆ្លងខ្លាំងបំផុត។
- ការព្យាបាលៈ
  - Benzyl Benzoate ២៥% lotion: លាបពេញខ្លួន លើកលែង តែក្បាល និងមុខ ទុករយៈពេល ១២ម៉ោង បន្ទាប់មកលាងជំរះចេញ រយៈពេល ២ ទៅ ៣ ថ្ងៃ បន្តបន្ទាប់គ្នា
  - ក្រែម Permethrin ៥% លាបពីក្បាលដល់ចុងជើង ទុករយៈពេល១២ម៉ោង បន្ទាប់មកងូតទឹកជំរះ ដោយត្រាំ បើអាចធ្វើបាន។ ការពុលមានតិចតួច ហើយការព្យាបាលមានប្រសិទ្ធិភាព ដែលអាចប្រើចំពោះកុមារបាន
  - រមាស់អាចនៅមានរយៈពេល ១ ទៅ ២សប្តាហ៍ ដោយសារ នៅមាន antigen ក្នុងស្បែក ទោះបីជាការព្យាបាលមានប្រសិទ្ធិភាពក៏ដោយ។
  - ចំពោះកុមារធំ 0.៣% gammabenzene hexachloride (lindane) លាបពីក ដល់ចុងជើង អាចត្រូវអនុវត្ត ប៉ុន្តែ អាចមាន neurotoxicity ដែលជាហេតុធ្វើអោយ គេមិនចូលចិត្តប្រើ។
  - Norwegian scabies ត្រូវព្យាបាលដោយ ivermectin, ២០០ micrograms/kg តែម្តងគត់ បើមាន។ ការព្យាបាលម្តងទៀតអាចធ្វើឡើង នៅថ្ងៃទី១៤ ប្រសិនបើជា lesions នៅតែមាន។

- ○ អាចផ្តល់ឱសថ antihistamines ដើម្បីបន្ថយការរមាស់។
- ○ គ្រប់សមាជិកគ្រួសារ គប្បីទទួលបានការព្យាបាលជាមួយកុមារដែរ ទោះបីជាគ្មានរោគសញ្ញាក៏ដោយ
- ○ ត្រូវសំអាតសំលៀកបំពាក់ និងកំរាលពូក ដែលឆ្លងមេរោគ ហើយហាលវា នៅក្រោមកំដៅថ្ងៃ

៥-៧ Drug Eruption

- ឱសថដែលតែងតែបណ្តាលអោយមាន drug eruption រួមមាន cotrimoxazole, penicillins, cephalosporins, dapsone, និង nevirapine.
- drug eruption តែងតែបង្ហាញឡើងជា papules ចាប់ពីពណ៌ស៊ីជំពូ ទៅពណ៌ក្រហម ដែលនៅលាយឡំគ្នា និងបង្កើតបានជាស្នាមជាំ។
- សញ្ញាផ្សេងៗទៀតរួមមាន papules ដែលរមាស់ (hives) mucous-membrane ulceration របកស្រការ និងការមានប្រតិកម្មជាមួយពន្លឺដោយបង្កើតជាពណ៌ខុសធម្មតា (abnormal pigmentation) នៅលើស្បែក និងក្រចក
- ជាញឹកញាប់ ឱសថដែលបង្កហេតុត្រូវបានគេដឹងច្បាស់។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ គេអាចមានការចាំបាច់ត្រូវ បញ្ឈប់ការប្រើឱសថទាំងអស់ ហើយចាប់ផ្តើមឡើងវិញម្តងមួយមុខៗ នៅពេលដែលគេមិនដឹងថា តើ ឱសថមុខណាមួយដែលជាមូលហេតុបង្ក។
- ការព្យាបាល:
  - ○ បញ្ឈប់ការប្រើឱសថបង្កហេតុ។ ប្រសិនបើជាប្រតិកម្មនោះធ្ងន់ធ្ងរមិនត្រូវសាកល្បងប្រើម្តងទៀតទេ
  - ○ ប្រើឱសថលេប antihistamine ដូចជា diphenhydramine ១ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់៦ម៉ោងម្តង ទៅតាមការចាំបាច់ ដើម្បីព្យាបាលរមាស់
  - ○ ប្រើ Systemic corticosteroids ក្នុងករណីកំរដូចជា DRESS syndrome (Drug rash, eosinophilia, និង systemic symptoms រួមមានការកើនឡើងនៃ enzyme ថ្លើម)
    - ▪ Systemic corticosteroids មិនមានប្រយោជន៏ទេ ចំពោះកុមារមាន Stevens Johnson syndrome ដូច្នេះ ត្រូវជៀសវាងប្រើវា ព្រោះវាធ្វើអោយប្រឈមនឹងការថយចុះប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយបន្ថែមទៀត និងបង្កើនការប្រឈម នឹងការឆ្លងរោគផ្សេងៗ។

៥-៨ ជំងឺ Seborrheic Dermatitis

Seborrheic Dermatitis មានលក្ខណៈជាស្បែកស្ងួតស្តើង ឬ បែកស្រការ ដែលកើតមាននៅលើស្បែកក្បាល។ គេសង្កេតឃើញមានផងដែរ នៅលើមុខ ឬ តំបន់ diaper ។ ចំពោះកុមារធំ ឃើញមានផងដែរ នៅលើផ្នត់ស្លាបច្រមុះ (nasolabial folds) ,ស្បែកខាងក្រោមត្រចៀក និងចិញ្ចើម។

ការព្យាបាលៈ

- Selenium sulfide ឬ ketoconazole shampoo នៅលើស្បែកក្បាលដែលមាន lesions
- ក្រែម hydrocortisone ១% លាបនៅកន្លែងដែលកើតមានជំងឺនេះ ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ ប៉ុន្តែ ត្រូវប្រើដោយប្រុងប្រយ័ត្ន នៅលើមុខ ឬ តំបន់ diaper ព្រោះអាចអោយមាន skin atrophy។

៥-៩ ជំងឺ Pruritic Papular Eruption

- ជា papula lesions កើតមានរ៉ាំរ៉ៃ នៅលើស្បែក។ សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ "គ"
- អាចទាក់ទងនឹងការឡើងកន្ទួលរលាក ដែលជាការឆ្លើយតបទៅនឹង antigen មួយចំនួនដែលគេជួបញឹកញាប់ ដូចជាដោយសារ មូសខាំ ច្រើនដងដដែលៗ
- រមាស់ខ្លាំង
- ជាញឹកញាប់តែងតែរាលដាល នៅផ្នែកខាងចុង និងដើម (trank) អវៈយវៈ
- អាចឆ្លងរោគបន្ថែមដោយពួក Staphylococcus ឬ Streptococcus
- ជាទូទៅពិបាកក្នុងការព្យាបាល លើកលែងតែការព្យាបាលដោយ ARV ដូច្នេះ គួរពិចារណាចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់រហ័ស ក្នុងករណីមានជំងឺនេះធ្ងន់ធ្ងរ។

ជំពូកទី៦

អាហាររូបត្ថម្ភ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំណុចគន្លឹះ :

- ជំងឺអេដស៍ ដែលមិនបានទទួលការព្យាបាល ជាញឹកញាប់ បណ្តាលអោយមានកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ និងយឺតយ៉ាវ ក្នុងការលូតលាស់ ហើយអាចជារោគសញ្ញាដំបូងបង្អស់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារប្រឈម (Exposed Infant)
- កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ដែលទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ បណ្តាលអោយមានការកើនឡើងនូវអត្រាកើតជំងឺឱកាសនិយម និងកាត់បន្ថយចំនួនកុមារដែលនៅរស់ (decreased survival)
- ការតាមដានប៉ារ៉ាម៉ែត្រវាស់ការលូតលាស់ និងស្ថានភាពអាហាររូបត្ថម្ភ មានសារសំខាន់ណាស់សំរាប់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- កុមារ ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានជំងឺណាមួយបន្ថែម ត្រូវការ Calories បន្ថែមពី ២៥% ទៅ ៣០% ដើម្បីបង្ការកុំអោយមាន កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ
- នៅពេលមានសញ្ញាដំបូងនៃការយឺតយ៉ាវ ក្នុងការលូតលាស់ ឬ កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ត្រូវវាយតំលៃលើកុមារ រកជំងឺឱកាសនិយម និងធ្វើការព្យាបាលអោយបានសមស្របទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវ។

សេចក្តីផ្តើម

កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ និងការលូតលាស់យឺត ជួបញឹកញាប់បំផុត លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយតែងតែជាសញ្ញាដំបូងនៃការវិវត្តន៍ជាជំងឺអេដស៍។ បញ្ហានេះកើតឡើងដោយសារ ការកើនឡើងនូវតំរូវការ Metabolic លើកុមារ ដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលនាំអោយមានការបាត់បង់សាច់ (សាច់ដុំ) និងខ្លាញ់ក្នុងខ្លួន។ នៅពេលដែលមានការបង្ហាញច្បាស់នៃការបាត់បង់សាច់(lean) ការស្លាប់នឹងមានច្រើន។ ការតាមដានសូចនករសំខាន់ៗ នៃការលូតលាស់ និងអាហាររូបត្ថម្ភ ដូចជា ទំងន់-កំពស់ និងរង្វង់ដើមដៃផ្នែកខាងលើ មានសារសំខាន់ណាស់ ដើម្បីរកអោយឃើញ កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភឆាប់រហ័ស ដែលការងារនេះ ត្រូវអនុវត្តគ្រប់ពេលកុមារមកពិនិត្យសុខភាព។ ការកាត់បន្ថយការស្លាប់របស់កុមារ និងការលើកកំពស់សុខភាពមាតា គឺផ្អែកជាសំខាន់ លើការកាត់បន្ថយបញ្ហា កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ។

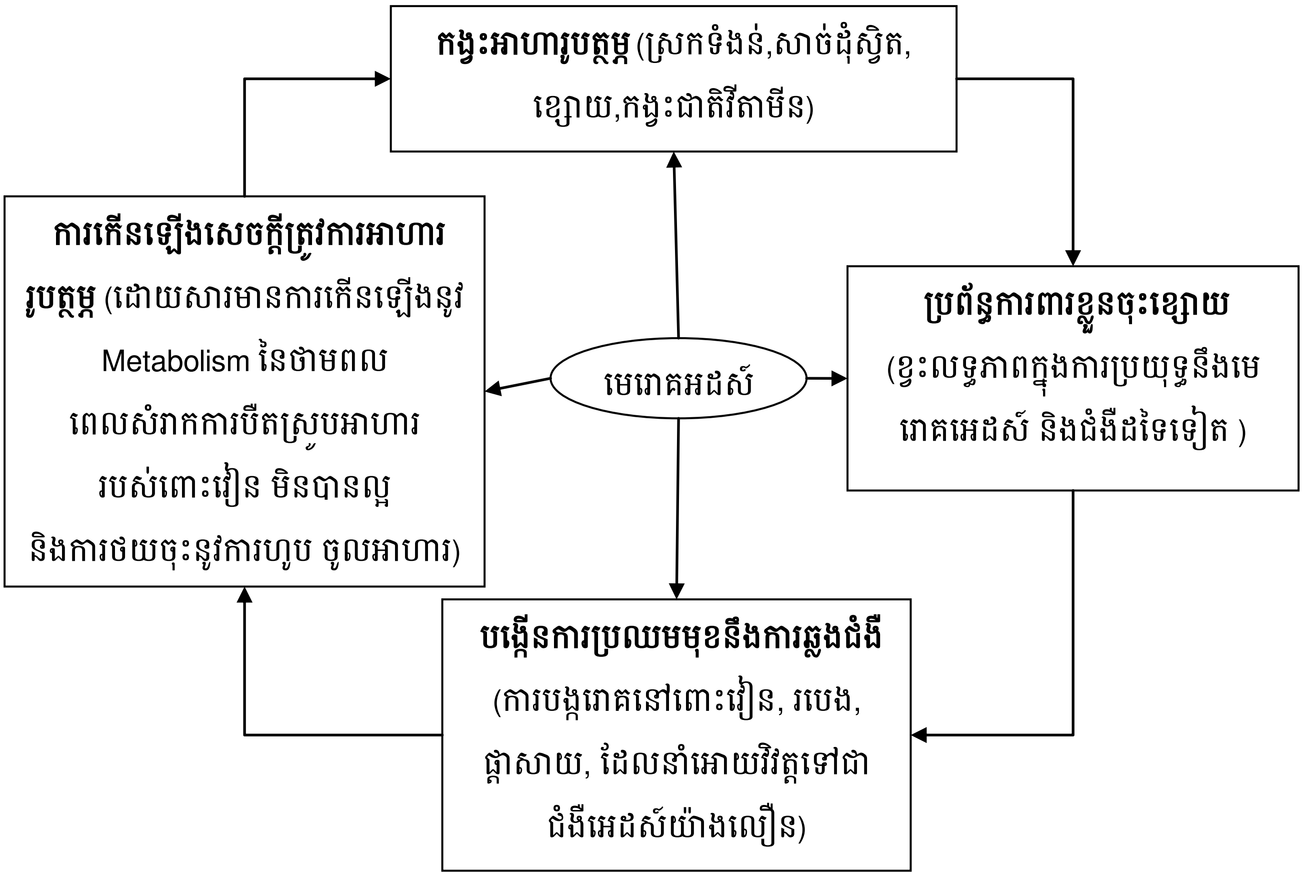
៦-១ មូលហេតុនៃកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រឈមមុខខ្ពស់ទៅនឹងកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ដោយសារមូលហេតុច្រើន (សូមមើល គំនូសបំព្រួញ ទី៣) ដែលរួមមាន:

- ការថយចុះនូវការទទួលទានអាហារ ដោយសារមិនឃ្លានអាហារបណ្តាលមកពីជំងឺផ្សេងៗ ការដំបៅមាត់ និង/ឬ ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់

- ការកើនឡើងនូវការបាត់បង់សារជាតិចិញ្ចឹម (nutrient) ដែលបណ្តាលមកពីពោះវៀន ស្រូបអាហារមិនបានល្អ ដោយសារការឆ្លងរោគ, រាគ និង/ឬ ជំងឺពោះវៀន បណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍
- ការកើនឡើងនូវអត្រា metabolic ព្រោះមានការបង្ករោគដោយបាក់តេរីសារចុះសារឡើង ជំងឺឱកាសនិយម និងមេរោគអេដស៍ខ្លួនឯង
- បញ្ហាសេដ្ឋកិច្ចៈ ជំងឺអេដស៍ បណ្តាលអោយស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គម កាន់តែក្រីក្រថែមទៀត ជាពិសេសនៅពេលឪពុកម្តាយកុមារមានជំងឺ ធ្វើអោយការផ្តល់អាហារមានកំរិត និងមានការបាត់បង់នូវចំណូលគ្រួសារ។

គំនូសបំព្រួញទី៣ៈ វដ្តនៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនិងការឆ្លងជំងឺ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍



កែសំរួលពី RCQHC and FANTA Project 2003, Nutrition and HIV/AIDS: Training manual

៦-២ ការវាយតំលៃអាហារូបត្ថម្ភ

ការវាយតំលៃ អាហារូបត្ថម្ភ ត្រូវធ្វើចំពោះគ្រប់កុមារ ប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅរាល់ពេលមកពិនិត្យជំងឺដោយប្រើប្រាស់ ប៉ារ៉ាម៉ែត្រ ដូចមានក្នុងប្រអប់ទី៦

ប្រអប់ទី៦: ការវាយតំលៃអាហារូបត្ថម្ភចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ការវាយតំលៃអាហាររូបត្ថម្ភលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
• ទំងន់ ធៀបនឹងកំពស់ ឬ ទំងន់ធៀបនឹងប្រវែង • ហើម ឬ មើលឃើញស្គមខ្លាំង (wasting) • អត្រានៃការឡើងទំងន់ និងទំងន់ធៀបនឹងអាយុ

ការលូតលាស់របស់កុមារ ត្រូវធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ដូចខាងក្រោម រៀងរាល់ពេលដែលកុមារមកពិនិត្យសុខភាព៖

- ការឡើងទំងន់ធម្មតា
- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវ

សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ "ឃ" របស់ WHO តារាងទំងន់ធៀបនឹងប្រវែង,ទំងន់ធៀបនឹងកំពស់,ទំងន់ធៀបនឹងអាយុ

នៅពេលកត់សំគាល់ឃើញថា ការឡើងទំងន់មិនគ្រប់គ្រាន់ ត្រូវធ្វើការវាយតំលៃអោយបានម៉ត់ចត់ ដោយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ ជាពិសេស ទៅលើការផាត់ចោលជំងឺរបេង ជំងឺក្រពះ និងពោះវៀន ការឆ្លងរោគសាយភាយ (Sepsis) ពេលទើបនឹងកើត និងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ការផ្តល់ប្រឹក្សាបន្ថែមអំពី ការបំបៅដោះ និងអាហារបន្ថែម មានសារៈសំខាន់ណាស់ ចំពោះម្តាយបំបៅកូនដោយទឹកដោះ។

៦-៣ ការបន្ថែមកាឡូរី ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

កុមារ ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមានជំងឺផ្សេងៗ ត្រូវទទួលបាននូវកាឡូរីបន្ថែមពី ២៥ ទៅ ៣០% ដើម្បីប្រាកដថា ទំងន់របស់វា ត្រូវបានរក្សាទោះបីជាពុំឃើញមានការខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ ក៏ដោយ

- គ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានជំងឺមួយ ក្នុងចំណោមជំងឺដែលបានរៀបរាប់ ក្នុងតារាងទី៧ ត្រូវទទួលបាននូវការបន្ថែមនូវកាឡូរីពី ២៥ ទៅ ៣០% តាមរយៈការបន្ថែម ចំណីអាហារ ក្នុងគ្រួសារ ឬ ការបន្ថែមអាហារូបត្ថម្ភ។
- គ្រប់កុមារដែលមានចង្កោមរោគសញ្ញានៅក្នុងតារាងទី៧ ត្រូវចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត

ប្រអប់ទី៧: ការណែនាំអំពីការផ្តល់កាឡូរីបន្ថែមដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

> **ផ្តល់កាឡូរីបន្ថែមពី ២៥-៣០ ភាគរយ ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍**ដែលមាន:
>
> - ជំងឺរបេង
> - ជំងឺស្ទួតរ៉ាំរ៉ៃ
> - ជំងឺឱកាសនិយមរ៉ាំរ៉ៃ (ឧទាហរណ៍: Penicilliosis)
> - ជំងឺមហារីក (Malignancy)
> - រាគរយៈពេលយូរ (លើសពី២៨ថ្ងៃ)
> - ស្រកទំងន់
> - ការលូតលាស់យឺត
>
> *ប្រភព: WHO. Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: Towards Universal Access. Recommendations for a public health approach 2010 revision*
>
> 2010 revision

៦-៤ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការវាយតំលៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវ

តារាងទី១៣: ចំណាត់ថ្នាក់កង្វះអាហារូបត្ថម្ភលើកុមារ

	កង្វះអាហារូបត្ថម្ភតិចតួច	**កង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម**	**កង្វះអាហារូបត្ថម្ភខ្លាំង**
ហើមមានលក្ខណ: ស៊ីម៉េទ្រី	គ្មាន	គ្មាន	មាន
ទំងន់ធៀបនឹងកំពស់	<5th percentile ឬ <៩0% នៃ median	-២ ទៅ -៣ SD ក្រោម median, ឬ ៧0-៧៩% នៃ median	ក្រោម -៣ SD, ឬ <៧0% នៃ median (ស្គមខ្លាំង)

កំពស់ធៀបនឹងអាយុ		-២ ទៅ -៣ SD ក្រោម median, ឬ ៨៥-៨៩% នៃ median	ក្រោម -៣ SD, ឬ <៨៥% នៃ median (ក្រិនខ្លាំង)
មើលឃើញស្គមខ្លាំង ឬ ទេ?	គ្មាន	គ្មាន	មាន
រង្វង់ដើមដៃ (អាយុ)			• <១១៥មម (≤៦០ខែ) • <១២៩ មម (៥ – ៩ ឆ្នាំ) • <១៦០មម (១០ – ១៤ ឆ្នាំ)

កុមារដែលរកឃើញថា មានកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវ និងធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវតែទទួលការព្យាបាលអាហារបន្ថែម នៅផ្នែកពិគ្រោះជំងឺក្រៅ។ រីឯកុមារដែលមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ ដូចរៀបរាប់ក្នុងតារាងខាងក្រោម ទាមទារអោយ មានការសំរាកពេទ្យ។ ផលវិបាកនៃការព្យាបាល ដូចជា រាករូសស្លេកស្លាំងមានលក្ខណៈខុសគ្នាចំពោះកុមារដែលខ្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ។ គ្រប់កុមារដែលមានកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវ ត្រូវកំណត់ និងព្យាបាលដោយផ្អែកលើ គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្ដីពីការព្យាបាលកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវ។ កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបន្តទទួលកូទ្រីម ដើម្បីបង្ការ, វីតាមីន A រាល់៦ខែម្តង ការទំលាក់ព្រូនទៅតាមតារាងនៃការថែទាំ និងតាមដានកុមារ ដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចបានរៀបរាប់ខាងក្រោម គឺជាកត្តាធ្វើអោយអត្រាមរណៈភាពកើនឡើងដែលតំរូវអោយមានការដាក់អ្នកជំងឺអោយសំរាកពេទ្យ។ ទំងន់ធៀបនឹងអាយុ មិនមែនជាសូចនករល្អ សំរាប់ការវាយតំលៃកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរទេ។

តារាងទី១៤: ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រនៃកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរដែលតំរូវអោយអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យ

ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ យោងតាមចំណាត់ថ្នាក់នៃភាពធ្ងន់ធ្ងរសំរាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកុមារ(IMCI)	
ក្អួត	ក្អួតខ្លាំង (រហូតគ្មានសល់អ្វី ក្នុងក្រពះ)

សីតុណ្ហភាព	គ្រុនក្ដៅ > 101 °F (39.0°C) ចុះកំដៅ < 95 °F (35°C) សីតុណ្ហភាពក្រោមក្លៀក; (35.5°C សីតុណ្ហភាពក្នុងរន្ធគូទ)
ចង្វាក់ដង្ហើម	≥ ៥0 resp/min អាយុពី ៦ ទៅ ១២ ខែ ≥ ៤0 resp/min អាយុពី ១ ទៅ ៥ឆ្នាំ ≥ ៣0 resp/min អាយុលើសពី ៥ឆ្នាំ ផតទ្រូង (chest in-drawing) (ចំពោះកុមារអាយុ > ៦ ខែ)
ភាពស្លេកស្លាំង	ស្លេកខ្លាំង (severe pallor), ពិបាកដកដង្ហើម
ការបង្ករោគសើស្បែក	ការបង្ករោគសើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ តំរូវអោយមានការព្យាបាលដោយការចាក់ឱសថ តាមសាច់ដុំ និងការតាមដានយ៉ាងម៉ត់ចត់
សញ្ញាអាសន្ន (Alertness)	ខ្សោយខ្លាំង, ភាពព្រងើយកន្តើយ (apathetic), សន្លប់, ប្រកាច់
ស្ថានភាពជាតិទឹក	កង្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរដោយផ្អែកលើប្រវត្តិថ្មីៗនៃជំងឺរាគ, ក្អួត, ក្ដៅខ្លួន, គ្មានទឹកនោម, ស្រេកទឹក, បែកញើស, និងរោគសញ្ញាគ្លីនិកផ្សេងទៀត

រោគសញ្ញាផ្សេងទៀតដែលតំរូវអោយមានការសំរាកពេទ្យ
មិនឃ្លានអាហារ (ប្រសិនបើកុមារ W/H <-3SD ឬ MUAC <11.5)
កុមារអាយុតិចជាង៦ខែ មានហើមទាំងសងខាង ឬ ស្គមខ្លាំង
កុមារអាយុច្រើនជាង ៦ខែ តែទំងន់តិចជាង ៤គក្រ
ហើមទាំងសងខាង
ការស្រកទំងន់ នៅពេលថ្លឹង ៣ដងបន្តបន្ទាប់គ្នា (3 Consecutive Weighings) គ្មានប្រែប្រួលទំងន់ (Static weight) នៅពេលថ្លឹង ៥ដង បន្តបន្ទាប់គ្នា

មិនមានភាពធូរស្រាលបន្ទាប់ពី ការព្យាបាលកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ រយៈពេល៣ខែ នៅផ្នែកពិនិត្យជំងឺក្រៅ និងនៅ ពេលចុះតាមដាន នៅផ្ទះ។

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវធ្វើ ការវាយតំលៃជាបន្ទាន់ នៅសេវាព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលនៅជិត ឬ ដាក់អោយសំរាកពេទ្យ។ ចំណុចខាងក្រោមនេះ ត្រូវតែពិនិត្យវាយតំលៃ និងផាត់ចេញ។ ចំណុចទាំងនេះ អាចមាន លក្ខណៈងាយស្រួល ក្នុងការអនុវត្តន៍ នៅតាម សេវាសំរាកពេទ្យ នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយចំនួន។

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសកម្ម
- វាយតំលៃផ្សិតនៅមាត់ និងបំពង់អាហារ, ការបង្ករោគ នៅពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ, និងការបង្ករោគដោយផ្សិត សាយភាយ (disseminated)
- ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលភ្លាមៗ ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ភ្លាម
- ការវាយតំលៃចំពោះ ការព្យាបាលបរាជ័យ ប្រសិនបើបានទទួល ART រួចហើយរយៈពេល ៦ខែ ឬលើស
- ការវាយតំលៃចំពោះ IRIS បើទើបតែចាប់ផ្តើម ART មុន ៦ខែ

ចំពោះការព្យាបាលកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវយោងតាម គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពី ការព្យាបាលកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវ។ គោលដៅនៃការផ្តល់ថាមពល ដើម្បីព្យាបាលកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ធ្ងន់ធ្ងរ មានសង្ខេបនៅក្នុងប្រអប់ ខាងក្រោមនេះ។

ប្រអប់ទី៨: គោលដៅនៃការផ្គាច់ថាមពលដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានកង្វះអាហា រូបត្ថម្ភធ្ងន់ ធ្ងរ

គោលដៅនៃការផ្គាច់ថាមពល ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ*ដំណាក់កាលនឹងន* (ថ្ងៃទី ១ – ៧)

- F75, គោលដៅ ១០០ គីឡូកាល់ឡូរី/គក្រ/ថ្ងៃ

ដំណាក់កាលធូរស្រាល

- F100 រី ការប្រុងប្រៀបប្រើប្រាស់អាហារព្យាបាល (BP100)
  - ១៥០ – ២២០ គីឡូកាល់ឡូរី/គក្រ/ថ្ងៃ (age ៦ខែ – ៥ឆ្នាំ)
  - ៧៥ – ១០០គីឡូកាល់ឡូរី/គក្រ/ថ្ងៃ (អាយុ ៦ – ៩ឆ្នាំ)
  - ៦០ – ៩០ គីឡូកាល់ឡូរី/គក្រ/ថ្ងៃ (អាយុ ៩ – ១៤ឆ្នាំ)

ជំពូកទី៧

ជំងឺឈាម លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំណុចគន្លឹះ :

- ខ្វះគោលិកា ស (leucopenia) ស្លេកស្លាំង កង្វះពួក thrombocyte ជាជំងឺដែលច្រើនជួបប្រទះ លើកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ស្លេកស្លាំង អាចបណ្តាលមកពីការបង្ករោគ(ជាពិសេសជំងឺរបេង) ,ឱសថ, កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ, ព្រូន ,ការខ្វះជាតិដែក និងមេរោគអេដស៍ខ្លួនឯង
- កុមារខ្វះ គោលិកា Neutrocyte ប្រឈមមុខខ្ពស់ទៅនឹងជំងឺបង្កដោយ បាក់តេរី និងមេរោគផ្សិត។ Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) ជាមូលហេតុចំបងនៃ thrombocytopenia ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជាទូទៅវាឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

៧-១ ភាពស្លេកស្លាំង

ភាពស្លេកស្លាំងគឺជាជំងឺជួបប្រទះញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដូចមានរៀបរាប់ ដូចខាងក្រោម។

តារាងទី១៥: មូលហេតុ និងដើមចមនៃភាពស្លេកស្លាំងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

មូលហេតុភាពស្លេកស្លាំង	ប្រភព(Etiology)
ភាពខ្សោយនៃការបង្កើតគោលិកាក្រហម	ការឆ្លងមេរោគអេដស៍: ○ ស្លេកស្លាំងនៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ○ មេរោគអេដស៍ ឆ្លងទៅគោលិកាខួរឆ្អឹង ជំងឺឆ្លងផ្សេងៗ: ○ CMV, parvovirus B19, ជំងឺរបេង ជំងឺមហារីក: ○ Lymphoma, Kaposi's sarcoma ឱសថ: ○ Cotrimoxazole, dapsone, AZT

ការបំផ្លាញគោលិកាក្រហម	Disseminated intravascular coagulation (DIC) ភាពស្លេកស្លាំងបណ្តាលមកពីការបែកគ្រាប់ឈាមដោយសារការប្រើឱសថ ○ Primaquine, dapsone, cotrimoxazole
ការបង្កើតគោលិកាក្រហម មិនមានប្រសិទ្ធិភាព	កង្វះជាតិ Folate និងជាតិដែក ○ របបអាហារ ○ ការបឺតស្រូបមិន បានល្អនៃពោះវៀន ○ ការបាត់ ឈាមតាមក្រពះ និងពោះវៀនដោយសារព្រូន Helminth កង្វះ Vitamin B-12 ○ ពោះវៀនបឺតស្រូប មិនបានល្អ ○ ព្រូន Helminth ជំងឺឈាម Thalassemia

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល

- ភាពស្លេកស្លាំង ជាទូទៅអាចកំណត់បានតាមរយៈការពិនិត្យឃើញស្លេកស្លាំង ឬតាមរយៈការពិនិត្យឈាម
- ភាពស្លេកស្លាំងខ្លាំង អាចបណ្តាលអោយ ហត់ និងការអស់កំលាំង
- ការពិនិត្យដំបូង រួមមាន ការរាប់ reticulocyte និង iron indices ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន និងរកមេរោគគ្រុនចាញ់នៅតំបន់ដែលមានគ្រុនចាញ់
- ប្រសិនបើមានភាពស្លេកស្លាំង microcytic ត្រូវតែចាប់ផ្តើមព្យាបាល ដោយជាតិដែក (iron) ២មក្រ/គក្រ ៣ដង/ថ្ងៃជាមួយអាហារ ដោយផ្តល់ឱសថ សំរាប់ទំលាក់ព្រូនរួមជាមួយផង
- ពិនិត្យឡើងវិញ នូវ គ្រាប់ឈាម (CBC) បន្ទាប់ពីព្យាបាលដោយជាតិដែកបាន ៣សប្តាហ៍។ ប្រសិនបើមានការកើនឡើងដល់ 2g/dL បន្តជាតិដែករយៈពេល ៣ សប្តាហ៍ទៀត។ ប្រសិនបើមិនធូរស្រាលរកមូលហេតុដទៃទៀត
- ធានាថា អាហារមានជាតិដែក និង វីតាមីន C គ្រប់គ្រាន់

- ប្រសិនបើមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ រហូតដល់ត្រូវការបញ្ចូលឈាម លើអ្នកជំងឺដែលមាន CD4 ទាប ត្រូវគិតដល់ ជំងឺរបេង, ជំងឺ Lymphoma, និង chronic parvovirus B19 infection។ រោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺទាំងនេះ ទាមទារអោយមានការពិនិត្យ ខួរឆ្អឹង ដែលអាចធ្វើបាននៅតែមន្ទីរពេទ្យធំៗ។ ការព្យាបាល IVIG ត្រូវបានណែនាំចំពោះ chronic parvovirus B19 infection ។

៧-២ ការធ្លាក់ចុះនៃកោសិកាNeutrophil (Neutropenia)

- ចំនួន neutrophil (ANC) <1000/mm^3 ចំពោះកុមារអាយុតិចជាង ១ឆ្នាំ ឬ <1500/mm^3 ចំពោះកុមារអាយុលើសពី ១ឆ្នាំ
- ការប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ កើនឡើង នៅពេលដែល ចំនួនកោសិកា Neutrophil ធ្លាក់ចុះក្រោម 500/mm^3
- ការធ្លាក់ចុះកោសិកា Neutrophil ធ្ងន់ធ្ងរ មិនសូវឃើញ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ និងជួបប្រទះនៅដំណាក់កាលយឺតយ៉ាវ
- ការធ្លាក់ចុះកោសិកា Neutrophil ភ្លាមៗ បន្ទាប់ពី ចាប់ផ្តើមប្រើឱសថថ្មីៗ ភាគច្រើនគឺ ទាក់ទងនឹងឱសថនោះ។

ANC= WBC x (percentage of segmented neutrophils + bands)

តារាងទី១៦: មូលហេតុ និងដើមចមនៃការថយចុះកោសិកាNeutrophil (Neutropenia) លើអ្នកជំងឺអេដស៍

មូលហេតុនៃការធ្លាក់ចុះកោសិកា Neutrophil	ប្រភព (Etiology)
ការជ្រៀតចូល ឬ ការបង្ករោគនៅខួរឆ្អឹង	• របេង, penicilliosis, MAC, histoplasmosis • ការថយចុះមុខងារខួរឆ្អឹង បណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍ • Lymphoma
ឱសថ	• AZT; ដោយកំរ, 3TC, ddI, d4T • Ganciclovir, foscarnet • cotrimoxazole ក្នុងកំរិតខ្ពស់

ការចេញនូវសញ្ញាគ្លីនិក

- ជាទូទៅ អ្នកជំងឺគ្មានរោគសញ្ញា និងរកឃើញដោយចៃដន្យ
- បាក់តេរីក្នុងឈាម (Bacteremia) ដោយបាក់តេរី Gram (-) ជួបញឹកញាប់នៅពេល ចំនួនកោសិកា Neutrophil < 500/mm^3
- ការធ្លាក់ចុះចំនួនកោសិកា Neutrophil រយៈពេលយូរ គឺបង្កើននូវការប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគផ្សិត ជាពិសេស *Aspergillus* species។
- ការព្យាបាលផ្តោត លើមូលហេតុ:
    - ការព្យាបាល ជំងឺឱកាសនិយម ឬ ជំងឺរបេង
    - ការចាប់ផ្តើម ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
    - ការបញ្ឈប់ការប្រើឱសថបង្កហេតុ
    - ការយកខួរឆ្អឹងទៅពិនិត្យ ប្រសិនបើមានការធ្លាក់ចុះខ្សែកោសិកា (cell-lines) ចំនួន ២ ឬ លើស ហើយរកពុំឃើញ មូលហេតុបង្ក។

៧-៣ ការធ្លាក់ចុះនៃកោសិកាប្លាកែត (Thrombocytopenia)

ចំនួនប្លាកែតតិចជាង ១៥០,000 cells/mm^3 ជួបប្រទះញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការធ្លាក់ចុះ ប្លាកែតធ្ងន់ធ្ងរ (<៥0,000) ពុំសូវឃើញមានទេ និងភាគច្រើនបណ្តាលមកពីមូលហេតុផ្សេងៗជាច្រើន។

ការលេចចេញនូវសញ្ញាគ្លីនិក

- អ្នកជំងឺភាគច្រើនដែលមាន ជំងឺប្លាកែត គ្មានរោគសញ្ញាទេ ទាល់តែប្លាកែតធ្លាក់ចុះ <២0,000
- កន្ទួលក្រហម (Petechiae) និងស្នាមជាំ គឺជារោគសញ្ញាតែ ១គត់ដែលជាញឹកញាប់កើតមាននៅចុងជើង។
- កុមារអាចមានការធ្លាក់ឈាមតាមmuquese ជាពិសេសឈាមច្រមុះ (epistaxis)

មូលហេតុ

- Immune Thrombocytopenia Purpuras (ITP) គឺភាពប្រែប្រួលដោយឯកឯង នៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ដែលបណ្តាលមកពីការប្រឆាំងនៃអង្គបដិបក្ខទៅនឹងប្លាកែត ដែលនាំអោយមានការបំបាត់ប្លាកែត ពីចរន្ត ឈាម ទៅក្នុង អណ្តើក។ នៅលើ Blood Smear ជាទូទៅ ឃើញកោសិកាប្លាកែតធំ ហើយពុំមាន ភស្តុតាង បញ្ជាក់ថា មានមហារីកឈាមទេ។ ITP អាចព្យាបាលដោយ IVIG ប៉ុន្តែវាមិនជាទេ បើយើង មិនព្យាបាលដោយឱសថ ARV។

- Thrombotic Thrombocytopenia Purpuras (TTP) ពុំសូវកើតមានលើអ្នកជំងឺអេដស៍ទេ ប៉ុន្តែជាញឹក ញាប់បណ្តាលអោយស្លាប់បាន។ អ្នកជំងឺកើត TTP មានគ្រុនក្តៅ, ខ្សោយតំរងនោមស្រួចស្រាវ, ស្លេក ស្លាំងដោយការបែកគ្រាប់ឈាម, ផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត, ប្លាកែតធ្លាក់ចុះ និងចេញកន្ទួលក្រហមជាំ (rash)។ ជំងឺនេះវាងាយស្រួល ធ្វើអោយភ័ន្តច្រឡំជាមួយនិង Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) ប៉ុន្តែ Prothrombin Time (PT) និង Partial Thromboplastina Time (PTT) មានកំរិតធម្មតា។ ការព្យាបាល TTP ទាមទារការផ្លាស់ប្តូរPlasma រហូតដល់ចំនួនប្លាកែត និង lactate dehydromgenase (LDH) មកធម្មតាវិញ។

- ការបង្កជំងឺនៅលើកោសិកា platelet progenitor cells ដោយមេរោគអេដស៍ អាចរួមចំណែកបង្កជាជំងឺ thrombocytopenia រ៉ាំរ៉ៃ, ហើយអាចធូរស្រាលដោយ ART

- ឱសថដែលធ្វើអោយមាន thrombocytopenia កំរមានណាស់ តែវាអាចកើតមាននៅពេល ប្រើក្នុងកំរិត ខ្ពស់នូវឱសថ cloxacillin, vancomycin, និង cotrimoxazole

ជំពូកទី៨

ជំងឺមហារីកទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍លើកុមារ

(HIV-associated malignancies in children)

ចំណុចគន្លឹះ :

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការវិវត្តន៍ ទៅជាជំងឺមហារីក ជាពិសេស ជំងឺ lymphoma
- ជំងឺមហារីកទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ ត្រូវបានពិចារណា នៅពេល មានគ្រុនក្តៅ និង cytopenia
- Primary lymphoma នៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល គឺជាការប្រែប្រួលកោសិកា B ធំ (a large B-Cell variant) ដែល កើតលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (CNS) និងជាញឹកញាប់បណ្តាលអោយស្លាប់។
- ការព្យាបាលដោយ ARV ត្រូវបានណែនាំចំពោះគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ដែលមាន មហារីក
- ការព្យាបាលមហារីកដោយប្រើឱសថ ពុំសូវមានទេ នៅប្រទេសក្រីក្រ

៨-១ ជំងឺ Lymphoma ដែលមិនមែនជាជំងឺHodgkin (NHL)

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាញឹកញាប់ កើតជំងឺ Burkitt's (កោសិកាតូចមិនបែកចេញពី គ្នា) lymphoma និង immunoblastic (កោសិកាធំ) lymphoma។ Burkitt's lymphoma មានទំនាក់ទំនងទៅនឹងការបង្ករោគដោយ EBV វីរុស ហើយមានការវិវត្តន៍យ៉ាងលឿន ប៉ុន្តែមិនសូវជួបប្រទះ ដូច large cell lymphoma ទេ។

៨-១-១ ការលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក

រោគសញ្ញារបស់ lymphoma អាចប្រែប្រួលខ្លាំង អាស្រ័យទៅលើប្រព័ន្ធសារពាង្គកាយ ដែលវាតាំងនៅ។ អ្នកជំងឺភាគច្រើន មានក្តៅខ្លួន កូនកណ្តុរ ប៉ុន្តែអស់កំលាំង ស្រកទំងន់ បែកញើសពេលយប់ ក៏ជួបប្រទះញឹកញាប់ដែរ។ ជាញឹកញាប់ lymphoma ច្រើនច្រឡំជាមួយជំងឺរបេង ប៉ុន្តែវាមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ដោយឱសថរបេងទេ។ lymphoma ត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរែកញែកជាមួយអ្នកជំងឺដទៃទៀត ដែលមានគ្រុនក្តៅ និងជំងឺកូនកណ្តុរ ដោយគ្មានមូលហេតុ បញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ពីរោគសញ្ញា ជាពិសេស បើមានអណ្តើករីកធំ (splenomegaly) និងមាន cytopenia។

តារាងទី១៧: រោគសញ្ញាទៅតាមទីកន្លែងនៃជំងឺlymphoma ដែលមិនមែនជាជំងឺHodgkin

Mediastinal or Phayngeal tumor(ដុំនៅបំពង់ក)	Abdominal tumor (ដុំនៅពោះ)
• Tachypnea(ដកដង្ហើមញាប់) • Nasal flaring • Stridor • Localized decrease in breath sounds • Dry cough(ក្អកស្ងួត)	• Abdominal distension(ពោះរីកតឹង) • Ascites • Palpable abdominal mass (ដុំពោះដែលអាចស្ទាបប៉ះ) • Jaundice(ខាន់លឿង) • Pain(ឈឺចាប់)
ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល	**ដុំនៅថ្គាម (Maxillofacial tumor)**
• Headache(ឈឺក្បាល) • Vomiting(ក្អួត) • Visual disturbances(មើលមិនច្បាស់) • Gait instability(ដំណើរឃ្លេងឃ្លោង) • Cranial nerve palsies • Hemiparesies • Seizures (ប្រកាច់)	• Jaw mass(ដុំនៅថ្គាម) • ស្ពឹកចង្កា (ការសង្កត់លើសរសៃប្រសាទនៃមុខ) • Asymmetric facial expression

៨-១-២ រោគវិនិច្ឆ័យ

ការកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ថា ជាNHL គឺកំណត់បានដោយសារការច្រឹបយកកោសិកា ទៅពិនិត្យ ជាពិសេសកោសិកាកូនកណ្តុរ និងកោសិកាខួរឆ្អឹង ។ កុមារដែលគិតថា កើត lymphoma ត្រូវកាត់យកជាលិកាទៅពិនិត្យ ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺរបេង ឬ ជំងឺផ្សិតផ្សេងទៀត។

៨-១-៣ ការព្យាបាល

ការព្យាបាល NHL គឺទាមទារការព្យាបាលពិសេស នៅតាមមន្ទីរពេទ្យធំៗ ជាពិសេស មន្ទីរពេទ្យដែលមានអ្នកជំនាញ និងឱសថព្យាបាលមហារីក ។ NHL ជាដំណាក់កាលទី៤ នៃជំងឺអេដស៍ដែលទាមទារ អោយចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

៨-២ ជំងឺ Lymphoma នៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល(Primary CNS Lymphoma)

- Primary CNS lymphoma (PCNSL) គឺជា Sub-types នៃ NHL ដែលកើតនៅជាលិកាខួរក្បាល
- PCNSL កើតលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ច្រើនជាងកុមារធម្មតា

- រោគវិនិច្ឆ័យវែកញែកនៃជំងឺ CNS lymphoma ត្រូវធ្វើឡើង ជាមួយជំងឺ toxoplasmosis, tuberculoma, និង cryptococcoma
- មនុស្សពេញវ័យ ដែលកើតជំងឺអេដស៍ គឺ toxoplasmosis ជាមូលហេតុចំបងនៃដុំនៅខួរក្បាល ឬង PCNSL ជា មូលហេតុជួបញឹកញាប់នៃ ដុំ នៅខួរក្បាល ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- គួរសង្ស័យជំងឺ PCNSL ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានសរសៃប្រសាទមិនធម្មតា រួមជាមួយ រង្វង់ដុំខូចខាត ពេលមើល CT Scan ឬ MRI នៃខួរក្បាល
- EBV virus ជាញឹកញាប់អាចរកឃើញនៅក្នុង CSF នៃអ្នកជំងឺ PCNSL នៅមន្ទីរពិសោធន៍ ដែលមាន លទ្ធភាពធ្វើ PCR បាន។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- CT lesion មានលក្ខណៈជារង្វង់ នៅក្នុងខួរក្បាល មានតែមួយ ឬ ច្រើនចំណែក toxoplasmosis ជានិច្ចកាលបង្ហាញ lesion ច្រើនកន្លែង។
- ការពិនិត្យកោសិកានៃ CSF បានបង្ហាញនូវ lymphocytic pleocytosis មធ្យម និងមាន protein កើនឡើង ហើយ EBV+ ប្រសិនបើពិនិត្យមើលដោយ PCR ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន
- ពុំមានការធូរស្រាលទេ បន្ទាប់ពីការព្យាបាល toxoplasmosis ដោយ សំអាងទៅលើបទពិសោធន៍។
- ការយកកោសិកាខួរក្បាល ទៅពិនិត្យមើល ជាលក្ខណៈចាំបាច់ដើម្បីបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ

ការព្យាបាល

- ប្រញាប់បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ដែលមានសេវាព្យាបាលជំងឺមហារីក លើកុមារ
- ការព្យាបាល PCNSL រួមមានការ ប្រើកាំរស្មី លើខួរក្បាល (whole-brain radiation) methotrexate កំរិតខ្ពស់ ជាមួយការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
- ការទស្សន៍ទាយ (prognosis) នៃជំងឺមហារីកនេះ គឺមិនល្អទេ។

៨-៣ ជំងឺមហារីកសរសៃឈាមវ៉ែន(Kaposi’s Sarcoma)

Kaposi′s Sarcoma ជាមហារីកសរសៃឈាម ដែលបណ្តាលមកពីការបង្ករោគដោយ Human Herpes Virus-8 ហើយវាពុំសូវមានទេ នៅក្នុងតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍។ កុមារដែលមាន ជំងឺមហារីកនេះ មានដុំប៉ោង

ពណ៌ស្វាយ នៅលើក្រអូមមាត់ និងផ្នែកចុងៗ ។ ការព្យាបាលគឺព្យាបាល នៅលើកន្លែងកើត ឬ Systemic Chemotherapy និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

ជំពូកទី៩

ជំងឺផ្លូវដង្ហើម លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំណុចគន្លឹះ :

- ជំងឺសួត គឺជាមូលហេតុចំបងនៃការសំរាកពេទ្យ និងការស្លាប់នៃកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ជំងឺសួតកើតសារចុះសារឡើង ច្រើនកើតឡើង នៅពេលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ, ជំងឺរបេង, ការបឺតចូលនូវសារធាតុ ពីក្រៅ, bronchiectasis, និង/ឬ lymphoid interstitial pneumonitis ។
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាយុតិចជាង ១២ខែ ដែលមានរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវទទួលការព្យាបាល PCP រហូតទាល់តែ លទ្ធផលមេរោគអេដស៍អវិជ្ជមាន និងរកឃើញមូលហេតុដទៃទៀតនៃជំងឺ
- PCP ជួបប្រទះញឹកញាប់ លើកុមារអាយុ ៤ ទៅ ៦ខែ ហើយប្រហែលជាជំងឺដំបូងដែលកំណត់អំពីជំងឺអេដស៍ លើកុមារ។ ភាពមន្ទិលសង្ស័យខ្ពស់កើតមាននៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ PCP លើកុមារ ដែលមិនដឹងពីការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- គ្រប់កុមារដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការទប់ស្កាត់ PCP ចាប់ពីអាយុ ៦សប្តាហ៍ រហូតទាល់តែដឹងថាទារកនោះ ពុំមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ
- Lymphoid Interstitial Pneumonitis (LIP) កើតមានលើកុមារ ចំនួន ៤០% នៃកុមារឆ្លងមេរោគអេដស៍ ពេលកើត និងជាញឹកញាប់ ច្រឡំនឹងជំងឺ military TB។

សេចក្តីផ្តើម

ជំងឺសួត (រួមទាំង PCP) និងជំងឺ សួតពុំរ៉ៃ ធ្វើអោយអត្រាស្លាប់ខ្ពស់ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មុនពេលមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ នៃជំងឺសួត មានលក្ខណៈពិបាកណាស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដោយសារការខ្វះខាត តេស្តសំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ហើយការព្យាបាល ជំងឺមួយចំនួន គឺពឹងផ្អែកលើបទពិសោធន៍។ ជំងឺសួតដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងប្រទេសកម្ពុជាគឺ៖

- ជំងឺសួតបង្កដោយបាក់តេរី
- ជំងឺរបេង

- Lymphoid interstitial pneumonitis (LIP)
- Bronchiectasis
- រលាកសួតដោយពពួកវីរុស
- ការរលាកសួតដោយពពួកមេរោគ Pneumocystis (PCP)

សូមអានគំនូសបំព្រួញទី៤ ស្តីពីវិធីសាស្ត្រគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

គំនូសបំព្រួញទី៤:ការវាយតំលៃ រោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ក្តៅខ្លួន និងក្អក ឬ ថប់

↓

សួរប្រវត្តិ និងការពិនិត្យរាងកាយ ការថតសួត

កើតភ្លាមៗ (២-៣ ថ្ងៃ)
Lobar infiltration or focal crackles/rhonci
អាចជាការរលាកសួតដោយបាក់តេរី

- តេស្តរាប់គ្រាប់ឈាម, បណ្តុះឈាម
- Ceftriaxone ៥០មក្រ/គក្រ

ធូរស្រាល?

ទេ

- Sputum AFB, TST
- Sputum gram stain និងបណ្តុះមេរោគ
- ពិចារណាបន្ថែមលើការព្យាបាលជំងឺរបេង និង ព្យាបាលដោយ antibioticសំរាប់ gram (-)

កើតឡើងថ្មីៗ ៣-១៤ ថ្ងៃកុមារអាយុ <១២ ខែ ដែលមានភាពសុំធ្លាក់ខ្លាំង
Diffuse hazy infiltrate without lymphadenopathy
ប្រហែលជា PCP

- Cotrimoxazole ៥មក្រ mg TMP/kg IV ឬ PO រាល់៦ម៉ោង
- Prednisone ១មក្រ/គក្រ រាល់ ១២ម៉ោង បើមាន hypoxia
- Ceftriaxone ៥០មក្រ /គក្រ

ធូរស្រាល?

ទេ

ពិចារណាអំពីTB ឬ MAC

- AFB ៣ដង, TST
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង ប្រសិនបើមិនធូរស្រាល

កើតថ្មីៗ ឬ រ៉ាំរ៉ៃ(>៧ ថ្ងៃ)ប៉ះពាល់ជាមួយអ្នកជំងឺរបេង, បែកញើសពេលយប់, ស្រកទំងន់ ថតសួតដោយកាំរស្មីx: lymphnode, miliary pattern, ឬ isolated effusion
ប្រហែល TB

- AFB smear ៣ដង, TST
- Thoracentesis if effusion
- ព្យាបាលជំងឺរបេង

ធូរស្រាល?

ទេ

ពិចារណាអំពី MAC, ជាពិសេសចំពោះកំហាកវិជ្ជមាន

- Add azithromycin១០មក្រ/គក្រ

ពិចារណាអំពី LIP if well appearing
ពិចារណាអំពីជំងឺរបេងស៊ាំនឹងឱសថ

- បណ្តុះមេរោគរបេង
- អនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំអំពីការព្យាបាលជំងឺរបេងបរាជ័យ

ការរលាកសួតរ៉ាំរ៉ៃញឹកញាប់
Finger clubbing, ក្រពេញ parotid រីកធំ បរាជ័យ TB treatment ថតសួតដោយកាំរស្មីx: Miliary pattern or lymphnode
សង្ស័យជំងឺ LIP

- Ceftriaxone
- Prednisone ១មក្រ/គក្រ រាល់១២ម៉ោង បើមាន hypoxia

ធូរស្រាល?

ទេ

ពិចារណាអំពី pseudomonas

- Cipro ២០មក្រ/គក្រ (អតិបរិមា ៧៥០មក្រ) q12h

ពិចារណាអំពីជំងឺរបេង ប្រសិនបើគ្មានការព្យាបាលពីមុនមក

- AFB x3, TST
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង ប្រសិនបើមិនធូរស្រាល

ការពិនិត្យសួតច្បាស់លាស់ ការថតសួតដោយកាំរស្មីxច្បាស់ ឬ មាន interstitial abnormality តិចតួច

- ទាត់ចោលlacticacidosis
- ពិចារណា វីរុស ឬatypical pneumonia
- Azithromycin ១០មក្រ /គក្រ លេប ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ

ធូរស្រាល?

ទេ

ពិចារណាអំពី PCP
ពិចារណាអំពីជំងឺរបេង

- AFB ៣ដង, TST
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាល PCP និង ជំងឺរបេង បើមិនមានភាពធូរស្រាល

៩-១ ជំងឺ សួតបណ្តាលមកពីបាក់តេរី(Bacterial Pneumonia)

បាក់តេរីដែលជាមូលហេតុចំបងនៃជំងឺរលាកសួតចំពោះកុមារ ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមមាន:

- Streptococcus pneumonia
- H. influenzae
- Klebsiella
- Staphilococcus aureus
- Gram negative bacilli
- Melioidosis

ជំងឺរលាកសួតដែលលាប់មកវិញ ជាការបង្ហាញ (ឆ្នាំ១ដងក្នុង៣លើសពី)នូវការថយចុះប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ ដែលត្រូវពិនិត្យស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺមួយចំនួន ដូចជា ជំងឺរបេង (tuberculosis), សរីរាង្គមកពីខាងក្រៅ(foreign body), ជំងឺទងសួតរីក(bronchiectasis), LIP, និងជំងឺរលាកសួតដោយមេរោគផ្សិត (fungal pneumonia) ជាដើម។ នៅអាស៊ីភាគអគ្នេយ៍ ការបង្ករោគនៅក្នុងសួតដោយ Burkholderia pseudomallei ឬ melioidosis គឺជាមូលហេតុ ចំបងនៃ ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរលាប់មកវិញសារចុះសារឡើង។ នៅប្រទេសថៃ បាក់តេរីនេះគឺជាមូលហេតុនៃការចម្លងរោគ ចំនួន ២០% នៅក្នុងចំណោមក្រុមដែលមាន Septicemias ។

ការបង្ហាញអំពីគ្លីនិក

ការបង្ហាញអំពីគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកសួតរួមមានដូចៈ

- ប្រវត្តិគ្រុនស្រួចស្រាវ, ក្អក, និងដង្ហើមញាប់។
    - អាចនឹងមាន retractions, cyanosis និងlethargy ផងដែរនៅក្នុងករណីដែលមានរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ។
- ការពិនិត្យរោគដោយស្តាប់នឹងត្រចៀក(auscultation) ធ្វើអោយគេស្តាប់ឮសម្លេងក្រឹតក្រត (Crackes) ការថយចុះសំលេងដង្ហើម ឬដង្ហើមទងសួត។
- ប្រសិនបើជាគេអាចធ្វើ pulse oximetry គឺលទ្ធផលបង្ហាញថាមានខ្វះអុកស៊ីហ្សែន hypoxia (O_2<៩៥%) រយៈពេលយូរ។

ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ (Investigation)

- ចំនួនគ្រាប់ឈាម ស អាចកើនឡើង។
- bacteremia តែងជួបញឹកញាប់ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលកើតជំងឺរលាកសួត។
    - បញ្ជូនឈាមទៅ ធ្វើការបណ្តុះរកមេរោគ ប្រសិនបើជាអាចធ្វើទៅបាន។
- ថតសួតដោយ កាំរស្មី X។

- ធ្វើតេស្តឈាម (Blood smear) រកមេរោគគ្រុនចាញ់ នៅក្នុងតំបន់ដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់។

ការព្យាបាល

<u>ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលតាមរយៈ ការពិគ្រោះជំងឺក្រៅ(រលាកសួតស្រាល)</u>

ការព្យាបាលជំងឺរលាកសួតត្រូវអនុវត្តតាមការណែនាំរបស់ IMCI :

- លេប amoxillin ៥០មក្រ/ថ្ងៃ។៥ពេល:ពេល រយ៣ថ្ងៃ ចែកចេញជា/គក្រ/
- ចំពោះកុមារដែលមានជំងឺរលាកសួតស្រាល ហើយមានប្រតិកម្ម ជាមួយនឹង penicillin គេអាចអោយ macrolid antibiotic ដូចជា erythromycin, azithromycin ឬ clarithromycin ជាដើម។ ចំពោះកុមារអាយុ លើសពី៧ឆ្នាំ អាចព្យាបាលដោយ doxycycline ។
- ប្រសិនបើ កុមារកំពុងទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole គេមិនអាចប្រើ Cotrimoxazole ព្យាបាលជំងឺរលាកសួតទេ លើកលែងតែក្នុងករណីដែល សង្ស័យថាមាន PCP។(សូមអានខាងក្រោម)
- តាមដានរយថ្ងៃ។៤ទៅ៣ពេល:

<u>ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ</u>

ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរត្រូវតែធ្វើការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។

<u>ការថែទាំគាំទ្រ(Supportive care)</u>

- ដាក់អុកស៊ីហ្សែន ចំពោះកុមារដែលមាន chest indrawing, cyanosis ឬខ្វះអុក ស៊ីហ្សែន hypoxia (<៩២%)។
- កែសម្រួលកង្វះគ្រាប់ឈាមក្រហមធ្ងន់ធ្ងរ (Hb < 7g/dL) ដោយចាក់បញ្ចូលគ្រាប់ឈាមក្រហម។
- ត្រូវធានាដល់ការបំពេញជាតិទឹក សមស្របតាមមាត់ (oral hydratation) និងត្រូវតាមដានការបញ្ចូលនិងបញ្ចេញជាតិទឹក (I/O chart)។ ការបញ្ចូលជាតិទឹក តាម naso-gastric ឬដោយចាក់តាមសរសៃ គឺជាការចាំបាច់ចំពោះករណីធ្ងន់ធ្ងរ។
- ផ្តល់ paracetamol បើមានគ្រុនឬឈឺចាប់។
- ផ្តល់វីតាមីនAបន្ថែម ប្រសិនបើ កុមារមិនទាន់បានទទួល ក្នុងពេល៣ខែមុននេះ។

<u>ការព្យាបាលជាក់លាក់(Specific Therapy)</u>

- ផ្តល់អង់ទីប៊ីយ៉ូទិចជួរទី១ រួមមានការចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននូវ ceftriaxone ចំនួន ៥០-៨០មក្រ /គក្រ ក្នុង១ថ្ងៃម្តង ប្រសិនបើមាន។
    - អាចប្រើ chloramphenicol ជំនួសក៏បាន ក្នុងកម្រិត ៧៥មក្រ/គក្រ/១ថ្ងៃ ចែកចេញជា ៨ ម៉ោង ម្តង។

- ប្រើ IV ampicillin ជាមួយនឹង gentamicin បើគ្មាន cephalosporins ទេ និងបើសិនជាមានភាពស៊ាំ ជាមួយនឹង chloramphenicol ។
    - Ampicillin ២០០ មក្រ/គក្រ/១ថ្ងៃ ចែកចេញជា ៦ម៉ោងម្តង
    - Gentamicin ៧មក្រ/គក្រ ម្តង និង ៥មក្រ/គក្រ ម្តងទៀត ក្នុង១ថ្ងៃ។
- ថែម IV cloxacillin ២០០ មក្រ/គក្រ/១ថ្ងៃ ចែកចេញជា ៦ម៉ោងម្តង ប្រសិនបើជាសង្ស័យថាមានរលាកសួតដោយស្តាហ្វីឡូកូក:
    - Pneumatoceles មើលឃើញដោយការថតកាំរស្មី X
    - Staphylococcus aureus រកឃើញក្នុងការបណ្តុះឈាមរកមេរោគ
    - រលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលធម្មតា
    - វត្តមាន នៃ S.aureusនៅក្នុង sputum gram stain ឬការបណ្តុះមេរោគ។

<u>ការពិចារណាផ្សេងៗទៀត</u>

- គ្រប់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំ ដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងឬបានឆ្លងមេរោគអេដស៍រួចហើយ ហើយមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវតែទទួលបានការព្យាបាល PCP រហូតដល់ពេលដែល រកឃើញមូលហេតុណាមួយផ្សេងទៀត ឬរហូតដល់មានការបញ្ជាក់ថា គ្មានឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- កុមារដែលកើត Bronchiectasis គឺច្រើនកើតដោយសារពពួក pseudomonas។ក្នុងករណីនេះ សូមផ្តល់បន្ថែមនូវ gentamicinឬ ceftazidime ។

៩-២ ជំងឺ Pneumocystic jiroveci pneumonia (PCP)

សេចក្តីផ្តើម

PCP គឺជាមូលហេតុរួមនៃមរណភាពរបស់កុមារ ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាពិសេសគឺកុមារដែលមានអាយុពី៤ទៅ៦ខែ។ Cotrimoxazole អាចកាត់បន្ថយការកើតជំងឺ PCP បានយ៉ាងច្រើន ក៏ប៉ុន្តែ កុមារប្រមាណ ២៥% នៃកុមារដែលមានកើត PCP នៅតែ កើតជំងឺនេះ បើទោះបីជាមានការ ព្យាបាលបង្ការ យ៉ាងណាក្តី។ **គ្រប់កុមារ ប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ឬ ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយកើតជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងត្រូវសង្ស័យថា អាចនឹងកើតជំងឺ PCP ហើយ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលភ្លាម ដោយមិនត្រូវបង្អង់ឡើយ។**

អេពីដេមីសាស្រ្ត

- Pneumocystis:
    - ដោយផ្អែកលើ លក្ខណ ហ្សេនេទិក:pneumocystis អាចត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជាផ្សិត (fungus) បាន។

- ប្រភេទ carinii បង្ករោគលើសត្វកណ្ដុរ។
- ប្រភេទ jiroveci បង្ករោគលើមនុស្ស ហើយក្លាយទៅជាជំងឺ PCP (PneumoCystis Pnaumonis)។

- កំរិតកោសិកា CD4 មិនមែនជាសូចនាករល្អសំរាប់បញ្ជាក់អំពីការប្រឈមមុខនឹងការកើតជំងឺ PCP លើកុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំ ទេ។
  - កុមារជាច្រើនដែល កើតជំងឺ PCP មាន អត្រា CD4 លើសពី ២៥%។

បាតុភាពគ្លីនិក

- គ្រុនក្ដៅ, បេះដូងលោតញាប់ (tachypnea), ហត់ (dyspnea) និងក្អក
- ការចាប់ផ្ដើមភ្លាមៗ ឬស្ងាត់ស្ងៀមនូវរោគសញ្ញាមិនជាក់លាក់ ដូចជា ហូបមិនបាន ឬស្រកទម្ងន់។
- អាចឮសម្លេងស្ងួតច្បាស់ ឬឮសម្លេងគ្រឹតក្រតតិចៗ។
- ជារឿយៗមានសញ្ញាខ្វះអុកស៊ីហ្សែន (hypoxia) ហួសពីការដែលអាចពិនិត្យបាន ដោយមានកំរិត room-air O2 ក្រោម៨៥។%

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ នៅប្រទេសកម្ពុជា ច្រើន តែពឹងផ្អែកទៅលើគ្លីនិក និងភាពមិនប្រក្រតីនៃការថតស្ងួតដោយកាំរស្មី Xដែលបង្ហាញថា typical interstitial infiltrates, hypoxia និងធ្វើការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល PCP។
- មិនត្រូវពន្យាររការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលទេ ព្រោះការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពេញលេញ (definitive diagnosis) ច្រើនតែមិនអាចធ្វើទៅបានទេ។
- ប្រសិនណាបើ PCP ស្ថិតក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែក (differential diagnosis) គេត្រូវចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលជាបន្ទាន់។
- ការថតស្ងួតដោយកាំរស្មី Xអាចបង្ហាញអោយឃើញ bilateral diffuse parenchymal infiltrates with "ground-grass" ឬ reticulogranular appearance **ក៏ប៉ុន្តែវាអាចជាការធម្មតាទេ។**
- មានការលំបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពេញលេញចំពោះកុមារ។ អាចមានការបង្ហាញអោយឃើញ មេរោគនៅក្នុងជាលិកា ឬ សារធាតុរាវនៃស្ងួត តាមរយៈ Silver ឬ Fluorescent antibody staining បើអាចធ្វើបានត្រូវអនុវត្តដូចខាងក្រោមៈ
  - ធ្វើការវិភាគ induced sputum (nebulized ៣% hypertonic saline)ឬ
  - ធ្វើ bronchoscopy with bronchoalveolar lavage។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែក(Differential Diagnosis)

រលាកស្ងួតដោយបាក់តេរី (Bacterial pneumonia)

- រលាកសួតដោយវីរុស (Viral pneumonia) ជាពិសេស CMV
- របេងសួត (Pulmonary tuberculosis)
- detanimessiD *Mycobacterium avium* complex
- Lymphoid interstitial pneumonitis (ចំពោះកុមារអាយុលើសពី១ឆ្នាំ)
- រលាកសួតមិនប្រាកដប្រភេទ) Atypical pneumonia) Mycoplasma, Chlamydia, Legionella

ការព្យាបាល

- Cotrimoxazole ១៥-២០/៧៥-១០០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ,បែងចែកជា ៣-៤ doses IV រយៈពេល ២១ ថ្ងៃ។ សូមកត់សំគាល់ថាកម្រិតប្រើនេះខ្ពស់ជាងការព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole ខ្លាំងណាស់។
  - ត្រូវប្តូរទៅជាការព្យាបាលដោយលេបតាមមាត់វិញ ក្នុងកម្រិតដដែល នៅពេលមានការប្រសើរឡើង ហើយអ្នកជំងឺអាចលេបបាន។
  - ពួកអ្នកជំនាញខ្លះអោយប្រើបន្ថែមនូវ clindamycin ៣០ – ៤០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ បែងចែកជា រៀងរាល់៨ម៉ោង ចំពោះករណី ធ្ងន់ធ្ងរ ។
- Pentamidine isothionate (៤ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃម្តងក្នុង១ថ្ងៃម្តង, IV ៦០–៩០ min):
  - គឺជាជំរើសសំរាប់ករណីដែលមិនអាចប្រើ cotrimoxazoleបាន , ឬ ព្យាបាលដោយ cotrimoxazole មិនបានជោគជ័យបន្ទាប់ពីបានព្យាបាលអស់រយៈពេល ៥–៧ថ្ងៃរួចមក។
  - ប្រសិនបើជាសញ្ញាគ្លីនិកបានល្អប្រសើរឡើងបន្ទាប់ពីបានប្រើ pentamidine ចាក់តាមសរសៃ បាន ៧–១០ ថ្ងៃរួចមក គេអាចពិចារណាផ្តល់បន្ថែមនូវឱសថលេបតាមមាត់ (ដូចជា atovaquoneជាដើម) ដើម្បីបំពេញអោយគ្រប់ ២១ថ្ងៃ។
  - ប្រតិកម្មមិនល្អរបស់ឱសថ)Adverse drug reactionរួមមាន(: ពុលតំរងនោម (renal toxicity), សម្ពាធឈាមខ្ពស់ខ្លាំង (ជាពិសេសបើចាក់លឿន), prolonged QT, cardiac arrhythmias។
- Atovaquone ៣០-៤០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ, ចែកចេញជា ២ dosesរួមផ្សំជាមួយចំណីអាហារមានជាតិខ្លាញ់ (៣-២៤ ខែ, ៤៥មក្រ)។ ទិន្នន័យមានកំណត់ចំពោះកុមារ។
  - ប្រតិកម្មមិនល្អ: ចេញក្រហមលើស្បែក)skin rashes(ចំនួន ១០%–១៥%, ចង្អោរ (nausea), និងអាចមានរាគផង។

ការព្យាបាលផ្សេងទៀតសំរាប់មនុស្សចាស់

  - Clindamycin/primaquine: ទិន្នន័យចំពោះកុមារមិនមានទេ
  - Dapsone/trimethoprim: ទិន្នន័យអំពីភាពពុលនិងប្រសិទ្ធភាពចំពោះកុមារមិនមានទេ។

Corticosteroids

- ការណែនាំអំពីការប្រើប្រាស់ (Indication):

- ○ តម្លៃ Room-air Pa O_2 <70 mmHg, ឬ alveolar-arterial gradient of >35 mmHg
- ○ បើគ្មានឧស្ម័នក្នុងឈាម(blood gas) ទេ: O_2 saturation <៩០%

- កម្រិតប្រើ:

Prednisone

- ○ D1-5: ១មក្រ/គក្រ/១២ម៉ោង (អតិប្បរមា ៤០មក្រ/១២ម៉ោង)
- ○ D6-10: 0.៥ មក្រ/១២ម៉ោង (អតិប្បរមា ៤០មក្រ/២៤ម៉ោង)
- ○ D11-21: 0.៥មក្រ/២៤ម៉ោង (អតិប្បរមា ២០មក្រ/២៤ម៉ោង)

Methylprednisolone iv

- ○ D1-7: ១ មក្រ/គក្រ/៦ម៉ោង
- ○ D 8-9: ១ មក្រ/គក្រ/១២ម៉ោង
- ○ D10-11: 0.៥ មក្រ/គក្រ/១២ម៉ោង
- ○ D12-16: ១ មក្រ/គក្រ/២៤ម៉ោង
- ○ D17-21: 0.៥ មក្រ/គក្រ/២៤ម៉ោង

ការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole) Cotrimoxazole Prophylaxis(

ការប្រើ Cotrimoxazole បង្ការរោគបានកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃ PCP pneumonia លើទារក,កុមារ និងមនុស្សចាស់បានយ៉ាងច្រើន។ លើសពីនេះទៀត អាំងស៊ីដង់ នៃ ជំងឺtoxoplasmosis, ការបង្ករោគរាលដាលដោយបាក់តេរី, និងជំងឺគ្រុនចាញ់ ក៏ថយចុះយ៉ាងច្រើនណាស់ដែរ។មានឃើញច្បាស់នូវអត្ថប្រយោជន៍ក្នុង ការ កាត់បន្ថយមរណភាព របស់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានប្រើ Cotrimoxazole បង្ការរោគស្ទើរតែគ្រប់ករណីទាំងអស់ ជាពិសេស នៅពេលមាន កោសិកា CD4 ទាប ឬមានកើតជំងឺរបេងសកម្ម។ ការសិក្សាពុំបានបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ទេ អំពីកោសិកា CD4 ដែល cotrimoxazole លែងមានប្រសិទ្ធភាពតទៅទៀត។ **ចំពោះការណែនាំអំពីការប្រើ cotrimoxazole។១សូមអានជំពូក**

ចំពោះកុមារទាំងអស់ដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ថា ជា PCP គឺគេត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការរោគដោយ cotrimoxazole ភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺនេះ រួចហើយត្រូវបន្តរហូតដល់អាយុ៥ឆ្នាំ បើទោះបីជាភាពស៊ាំ បានកើនឡើងវិញ ដោយសារការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ យ៉ាងណាក្តី។

៩-៣ ជំងឺ Lymphoid Interstitial Pneumonitis (LIP)

Lymphoid interstitial pneumonitis (LIP) ច្រើនកើតជាទូទៅលើកុមារ ជាពិសេសកុមារអាយុលើសពី២ ឆ្នាំ ប៉ុន្តែកម្រមានកើតលើមនុស្សចាស់ណាស់។ វាអាចកើតលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រហូតដល់ ៤០% ហើយច្រើនតែត្រូវបានគេយល់ច្រលំថាជា miliary TB ព្រោះវាមាន diffuse nodular patternពេល ថតដោយ កាំរស្មី Xនិងមាន mediastinal lymphadenopathy។

ការបង្កជំងឺ (Pathogenesis)

គេអាចធ្វើការពន្យល់អំពី LIP បានថាមានការបង្ករោគរួមគ្នាដោយមេរោគអេដស៍ ជាមួយនឹង Epstein Barr Virus (EBV) ដែលនាំទៅរកការភ្ញោចអ៊ីមុយនីតេ)immune stimulation (ដោយមាន lymphoid infiltration និង ការរលាករ៉ាំរ៉ៃ (chronic inflammation)។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក (Clinical Symptoms)

គប្បីពិចារណាដល់ LIP លើអ្នកជំងឺដែលមាន:

- ស្ថានភាពទូទៅល្អ ថ្វីបើមានការហត់ដង្ហក់ក្នុងការដកដង្ហើម)respiratory distressក្តី(
- ក្អករ៉ាំរ៉ៃ ឬ ក្អកសារចុះសារឡើង (recurrent)
- Parotid រីកធំ, generalized lymphadenopathy, និង/ឬ hepatosplenomegaly
- ម្រាមដៃកែក)Finger clubbing(
- ការព្យាបាលជំងឺរបេងគ្មានប្រសិទ្ធភាព)Poor response to TB therapy(
- មានជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ នៅដំណាក់កាលចុងក្រោយដោយមាន hypoxia ផង
- កុមារដែលមានរលាកសួតសារចុះសារឡើងញឹកញាប់ ជារឿយៗនៅក្នុង lobar distribution ជាមួយគ្នា។

ការថតសួតដោយកាំរស្មី Xបង្ហាញអោយឃើញមាននូវ

- Diffuse bilateral reticulonodular infiltrates ដែលមើលទៅដូចជា miliary TB, ប៉ុន្តែ nodules វាងធំជាងបន្តិច
- អាចមាន Bilateral hilar ឬ mediastinal lymph node រីកធំ
- អាចឃើញ Dense lobar infiltrates ផងដែរ
- មានវត្តមាន Bronchiectasis លើកុមារដែលកើត LIP ។

ការគ្រប់គ្រង

- LIPគឺជាសញ្ញាមួយបញ្ជាក់ថាត្រូវធ្វើការព្យាបាល ដោយ ARV ហើយ, ដែលត្រូវចាប់ផ្តើមភ្លាមដោយគ្មានបង្អង់។
- ផ្តល់ Prednisone ២ មក្រ /គក្រ/ថ្ងៃ ចំពោះករណីដែលមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង ដោយបន្តជាច្រើនសប្តាហ៍ ទៀត នៅពេលរោគសញ្ញាបានប្រសើរហើយ។
    - ផ្តល់បន្ថែម cotrimoxazole prophylaxis សំរាប់រយ:ពេលនៃការព្យាបាលដោយ steroid ប្រសិនបើជាគ្មានការណែនាំអ្វីថែមទៀតទេ។
- ដាក់អុកស៊ីហ្សែននៅពេលមាន hypoxia <៨៨%
- ផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ សំរាប់ពង្រីកទងសួត (Bronchodilators)
- ធ្វើការព្យាបាលការរលាកសួតដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ)superimposed bacterial pneumoniaនិងពិចារណាអំពី (pseudomonas ប្រសិនបើជាការប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកស្តង់ដាមិនបានធ្វើអោយមានសភាពប្រសើរឡើងទេ។
- ធ្វើ Chest physiotherapy អាចល្អចំពោះកុមារដែលមាន ការស្ទះស្លេះ នៅទងសួត (bronchial plugging) ដោយមកពីការបញ្ចេញ mucoid secretions។

៩-៤ ជំងឺ Bronchiectasis

សេចក្តីផ្តើម

Bronchiectasis អាចកើតឡើងដោយសារផលវិបាក)complicationនៃ(ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ឬញឹកញាប់, ជំងឺរបេង ឬ ជំងឺ LIP។ ផ្លូវខ្យល់ក្នុងសួតត្រូវបានខូចខាត បាត់បង់អស់នូវភាពរលាស់បាន និងបានរីកធំខុស ពីធម្មតា នាំទៅរកភាពចុះខ្សោយនៃការសំអាតស្លេះ (impaired secretion clearance) និងគ្រោះថ្នាក់នៃការបង្ករោគបន្ថែមទៀត។

អេពីដេមីសាស្ត្រ (Epidemilogy)

Bronchiectasis កើតមាន លើសពី ១៥%នៃកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានអាយុមធ្យម ត្រឹម ៧,៥ ឆ្នាំ នៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ ជំងឺដែលកើតមានជាមុន រួមមាន LIP, រលាកសួតរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺរលាកសួតសារចុះសារឡើង ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

កុមារដែលកើត bronchietasis ច្រើនមានប្រវត្តិឧស្សាហ៍ចូលសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យញឹកញាប់ ឬធ្លាប់បានទទួលសភាពល្អប្រសើរតែមួយចំណែកពេលព្យាបាលជំងឺរលាកសួត។ ត្រូវពិចារណាដល់ bronchiectasis លើកុមារដែលមាន:

- ក្អករ៉ាំរ៉ៃ (Chronic cough)
- កំហាកមានខ្ទុះច្រើន (Copious purulent sputum)
- កែកម្រាមដៃ (Digital clubbing)
- រលាកសួតញឹកញាប់ (Recurrent pneumonia)។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- bronchiectasis ធ្ងន់ធ្ងរ ច្រើនតែត្រូវ បានរកឃើញដោយថតសួតដោយកាំរស្មី X (CXR)។ ការថត Scanner អាចឆាប់រកឃើញជាង (CT) ក៏ប៉ុន្តែជាទូទៅមិនសូវជាចាំបាច់ទេ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ bronchiectasis ស្រួចស្រាវ ត្រូវមានទាំងការធ្វើ sputum gram stain ព្រមទាំងការបណ្តុះមេរោគផងដែរ ប្រសិនបើជាអាចធ្វើទៅបាន ពីព្រោះវាច្រើនតែមាន pseudomonas និងបាក់តេរីដែលស៊ាំផ្សេងៗទៀត។

ការព្យាបាល

- ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole
- Chest physiotherapy
- ពិចារណាពីការផ្តល់បន្ថែមនូវ anti-pseudomonal antibiotic (ដូចជា ceftazidime ឬ ciprofloxacin) ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ
- ផ្តល់ឱសថពង្រីកទងសួត (Bronchodilators) ដើម្បីព្យាបាល wheezing ។

ការបង្ការ

ការបង្ការ ជំងឺ bronchiectasis រួមមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺសួតបានទាន់ពេលវេលា និងការចាប់ផ្តើម

ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បាននាប់រហ័ស។ ការប្រើ cotrimoxazole សមស្របអាចកាត់បន្ថយជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរី ហើយអាចមានតួនាទីសំខាន់ក្នុងការបង្ការ bronchiectasis ។ ត្រូវពិចារណាផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole ដល់គ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលមានការបង្ករោគដោយបាក់តេរីញឹកញាប់ ។

ជំពូកទី១០

ជំងឺរបេង លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំណុចគន្លឹះ :

- ជំងឺរបេងគឺជាមូលហេតុចំបងនៃមរណភាពរបស់អ្នកជំងឺដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។
- ប្រទេសកម្ពុជា មានបន្ទុកជំងឺរបេងខ្ពស់ (High incidence)
- គ្រប់ពេលពិគ្រោះជំងឺគេត្រូវពិនិត្យរកមើលក្រែងកុមារផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ មានរោគសញ្ញារបេងសកម្ម។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ជំងឺរបេងលើកុមារជាការលំបាក ហើយត្រូវអនុវត្តទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំ ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេង-អេដស៍ និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ)National Guidelines for the Diagnosis and Treatment of TB in Children(
- ការព្យាបាលជំងឺរបេងអាស្រ័យទៅតាមទីកន្លែង និងត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំ ជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេង-អេដស៍)National Clinical Guideline for the Management of TB/HIV Co-infection (និង គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ)National Guidelines for the Diagnosis and Treatment of TB in Children(
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែមិនមានសញ្ញាគ្លីនិកថាកើតជំងឺរបេងទេនោះ ត្រូវប្រើឱសថ isoniazid ជាការព្យាបាលបង្ការរយ ពេល:៦ខែ ក្នុងកម្រិត១០មក្រ /គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ។

១០-១ អេពីដេមីសាស្ត្រ

បច្ចុប្បន្ននេះ *Mycobacterium tuberculosis* គឺជាមូលហេតុរួមនៃមរណភាពរបស់អ្នកជំងឺអេដស៍នៅលើពិភពលោក។ ដោយ សារអ្នកជំងឺអេដស៍ងាយនឹងកើតជំងឺរបេង អត្រាជំងឺរបេង បានកើនឡើងយ៉ាងលឿន ដោយសារតែ ជំងឺអេដស៍។ នៅប្រទេសកម្ពុជាប្រជាជន ប្រមាណ ៦៤% បានឆ្លងមេរោគរបេង លាននាក់៨)) ដោយមានការប៉ាន់ស្មានថា មានករណីរបេងសកម្មប្រមាណជា ៤០,000 ករណីនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៩។

តារាងទី១៨ បង្ហាញអំពីផលប៉ះពាល់នៃជំងឺអេដស៍ ទៅលើការប្រឈមនឹងការកើតជំងឺរបេងសកម្ម ក្នុងមួយជីវិត

តារាង ១៨: ការប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ក្នុងមួយជីវិតនៃការវិវត្តន៍ទៅជាជំងឺរបេងសកម្ម ក្នុងករណីមាន និងគ្មានផ្ទុកមេរោគ អេដស៍

ស្ថានភាពអេដស៍	ការប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ក្នុងមួយជីវិតក្នុងការកើតជំងឺរបេងសកម្ម
អវិជ្ជមាន	៥-១០%
វិជ្ជមាន	៥០%

១០-២ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

រោគសញ្ញានៃជំងឺរបេងសកម្មលើកុមារមិនមានអ្វីអោយជាក់លាក់ទេ ភាគច្រើនគឺមានការស្រកទម្ងន់ គ្រុន ក្តៅ និងមានភាពយឺតយ៉ាវក្នុងការធំធាត់ ។ ចំពោះកុមារដែល ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ នៅមានសមត្ថភាព) immune-competent children(, ជំងឺរបេងស្តែងឡើង ទៅតាមអាយុ គឺទារកតូចច្រើនតែមាន ជំងឺរបេងសាយភាព (miliary disease) និងរលាកស្រោមខួរ (meningitis), កុមារអាយុ១ទៅ៥ឆ្នាំច្រើនមាន focal infiltrateដោយមាន mediastinal lymphadenopathy ផង, និងកុមារអាយុលើសពី១០ឆ្នាំមាន cavitation ដូចមនុស្សចាស់ ឬមាន ទឹកក្នុងស្រោមសួត (pleural effusion) ។

ការបង្ហាញខាងគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាស្រ័យទៅតាម ចំនួនកោសិកា CD4 និងទៅតាមអាយុ។ ចំពោះកុមារដែលមាន ប្រព័ន្ធសារពាង្គកាយចុះខ្សោយ (immunosuppression) ធ្ងន់ធ្ងរ , ជំងឺរបេងអាចលេចចេញមកជារបេងសាយភាពស្រួចស្រាវ និងរលាកស្រោមខួរ។ លើសពី១៥នៃកុមារ%ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ហើយកើតជំងឺរបេងមានក្អកតិចជាង២សប្តាហ៍។ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មាន CD4 ខ្ពស់ហើយ បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ជំងឺរបេងជារឿយៗ កើតឡើង ដូចករណីកុមារដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ។

គេពិបាកធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ជំងឺរបេង លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ពីព្រោះ:

- រោគសញ្ញារបេងដូចគ្នានឹងរោគសញ្ញា ជំងឺដទៃទៀត
- ការធ្វើតេស្តចាក់ tuberculin ក្នុងស្បែក ច្រើនតែអវិជ្ជមានចំពោះកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ហើយមានកើតជំងឺរបេងផង
- មូលហេតុផ្សេងទៀតនៃជំងឺផ្លូវដង្ហើម និងភាពមិនធម្មតានៃការថតសួតដោយ កាំរស្មីX គឺជាបញ្ហាទូទៅ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ច្រើនតែមានការបង្ករោគច្រើនបែប ក្នុងពេលតែមួយ
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ច្រើនតែមានជំងឺរបេង បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមទៅនឹងជំងឺរបេង ។

មិនមានវិធានគ្លីនិកណា សំរាប់ទស្សន៍ទាយទុកជាមុនអោយបានច្បាស់អំពីជំងឺរបេងទេ។ ក៏ប៉ុន្តែគេត្រូវចាប់អារម្មណ៍អំពីរឿងនេះចំពោះកុមារដែលមានសញ្ញាដូចខាងក្រោមនេះ:

១) ប៉ះពាល់ជាមួយនឹងមនុស្សចាស់ឬកុមារធំជាង ដែលមានជំងឺរបេងសួត កំហាកវិជ្ជមាន

២) មានភាពយឺតយ៉ាវក្នុងការ ធំធាត់ឬស្រកទម្ងន់

៣) ក្អកជាប់

៤) មានគ្រុនឥតដាច់

៥) មានឡើងកូនកណ្តុរនៅក) Enlarged cervical lymph nodes(

រោគសញ្ញាដែលអាចបង្ហាញថាកុមារកើតជំងឺរបេង រួមមាន:

- ក្អកជាប់លើសពី២សប្តាហ៍
- ស្រកទម្ងន់ថ្មីៗ ឬយឺតយ៉ាវក្នុងការធំធាត់

- មានគ្រុនជាប់លើសពី២សប្តាហ៍
- មានឡើងកូនកណ្តុរនៅកដោយមិនមានឈឺចាប់។

បើទោះជាយ៉ាងណាក្តី ជំងឺរបេងអាចលេចចេញនូវ រោគសញ្ញា គ្លីនិកប្លែកៗដូចដែលមានសង្ខេបនៅក្នុងប្រអប់លេខ ៩ខាងក្រោម។

ប្រអប់លេខ ៩: រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង

- មានការខូចទ្រង់ទ្រាយនៃឆ្អឹងខ្នង (Gibbus deformity (angulation) of the spine)
- មានដក់ទឹក Serositis (ទឹកក្នុងស្រោមសួត, ទឹកក្នុងស្រោមបេះដូង, និង/ឬ ទឹកក្នុងស្រោមពោះ
- រលាកស្រោមខួរ (Meningitis) និង សន្លប់ (coma)
- ហើមឬខូចទ្រង់ទ្រាយសន្លាក់ឬឆ្អឹង)Joint or bone swelling or deformity(
- ដុំពោះឬ ascites ដោយគ្មានមូលហេតុ ពន្យល់)Unexplained abdominal mass or ascites(
- រលាកស្រោមបេះដូងតែឯង (Isolated pericarditis) (មិនរួមផ្សំជាមួយនឹង poly-serositis ទេ)
- ការថតដោយកាំរស្មី X បង្ហាញអោយឃើញនូវ:
  - ទំរង់ Miliary
  - មានការរីកធំនៃHilar ឬ mediastinal lymph node
  - ការសង្កត់ទៅលើផ្លូវដង្ហើមនៃ lymph nodes បណ្តាលអោយមាន Segmental hyperinflation ឬ collapse
  - Chronic parenchymal infiltrate មិនមានភាពល្អប្រសើរ បន្ទាប់ពីការ ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក
  - មានទឹកក្នុងស្រោមសួតម្ខាងតែឯង (Isolated unilateral pleural effusion)

១០-៣ រោគវិនិច្ឆ័យរកជំងឺរបេងសកម្ម

ការពិនិត្យកំហាក ឬការបណ្តុះមេរោគ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាមានជំងឺរបេងលើកុមារគឺជាការពិបាក។ កុមារដែលមានកើតជំងឺរបេងកម្រនឹងមានកំហាកណាស់ ហើយច្រើនតែមានបន្ទុកបាក់តេរីទាប នៅក្នុងកំហាក។ ការធ្វើ Acid-fast stains លើទឹកក្រពះបូមយកនៅពេលព្រលឹម)early morning gastric aspirates(អាចវិជ្ជមានពី ០-២០ % នៃករណីកុមារដែលកើតជំងឺរបេង, ហើយចំពោះកុមារដែល មានជំងឺរបេងក្រៅសួត)extrapulmonary TB(, acid-fast stains លើ

សំណាក ដូចជាទឹកស្រោមសួត)pleural fluid(, ទឹកស្រោមខួរ (CSF), និងទឹកសន្លាក់ជាដើមច្រើនតែអវិជ្ជមាន។ ដូចគ្នាដែរ ការធ្វើ តេស្តចាក់ tuberculin ក្រោមស្បែក (TST) អាចត្រូវបានប្រើជាជំនួយនៅក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ប៉ុន្តែវាវិជ្ជមានតែ លើកុមារមួយចំនួនតូច តែប៉ុណ្ណោះ។ **ពុំមានតេស្តតែមួយណាដែលអាចបញ្ជាក់ថាមានកើតជំងឺរបេងនោះទេ។**

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដាច់ស្រេចនៃជំងឺរបេងគឺទាមទារ អោយបំបែកមេរោគរបេង (Isolation) M. tuberculosis នៅក្នុងការបណ្តុះ មេរោគដែលយកចេញពីកំហាក)expectorated sputum(, ទឹកក្រពះ)gastric fluid(, ទឹក lymph node fine-needle aspiration (FNA), ឬពីទឹកន្លែងដទៃទៀត។ ការបណ្តុះមេរោគរបេងគឺជាចំណែកសំខាន់នៅក្នុងការវាយតម្លៃកុមារដែលមានផ្ទុក មេរោគអេដស៍ សង្ស័យថាកើតជំងឺរបេង ហើយដែលត្រូវតែធ្វើឡើងប្រសិនបើជាអាចធ្វើបាន។

ជំងឺរបេងអាចនឹងកើតមាននៅក្នុងស្ថានភាពពីរយ៉ាង ដូចខាងក្រោមនេះ ដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលភ្លាមៗ:

១) មានប្រវត្តិប៉ះពាល់ជំងឺរបេង ឬមានតេស្ត tuberculin skin test (TST) វិជ្ជមាន, និងមាន

- រោគសញ្ញាបង្ហាញថាកើតជំងឺរបេង ឬ
- ការថតដោយកាំរស្មីXបង្ហាញអោយឃើញថាអាចមានកើតជំងឺរបេង

ឬ

២) រោគសញ្ញាបញ្ជាក់ថាអាចមានកើតជំងឺរបេង

- មានប្រវត្តិប៉ះពាល់ជំងឺរបេង ឬមានតេស្ត tuberculin skin test (TST) វិជ្ជមាន ឬ
- ការថតដោយកាំរស្មីXបង្ហាញអោយឃើញថាអាចមានកើតជំងឺរបេង

កុមារណាដែលមិនមាននិយមន័យគ្រប់គ្រាន់ថាមានកើតជំងឺរបេងទេនោះ ត្រូវតែប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកតាមការសមស្រប រួចត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃកំហាក)sputum AFB evaluation(និងធ្វើការតាមដានអោយជាប់។ រោគសញ្ញារបេង ដែលមិនមានការល្អប្រសើរមកវិញដោយការប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកទេ ត្រូវធ្វើការព្យាបាលជំងឺរបេងភ្លាម ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

១០-៤ ការព្យាបាល

១០-៤-១ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលកើតជំងឺរបេង

ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ ARV អោយបានឆាប់គឺ បានកាត់បន្ថយមរណភាពរបស់មនុស្សចាស់ដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម។ ថ្វីបើមិនមានការ សិក្សាច្បាស់លាស់ អំពីករណីកុមារយ៉ាងណាក្តី គេជឿថាលទ្ធផលវាដូចគ្នានឹងមនុស្សចាស់ដែរ ART គឺជាសមាសភាគ សំខាន់មួយនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ហើយគេត្រូវចាប់ផ្តើមអនុវត្តភ្លាម ក្នុងកំឡុងពេល២សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង ។ មានប្រតិកម្មទៅវិញទៅមករវាង rifampicin នឹងឱសថ ARV ។ ព័ត៌មានលំអិតអំពីរបៀបជ្រើសរើសឱសថ ARV ក្នុងករណីមានរបេងសកម្ម មានអធិប្បាយក្នុងគោលការណ៍ ណែនាំជាតិ ស្តីពីការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ)National Guidelines on the Use of Pediatric Antiretroviral Therapy។(

១០-៤-២. របបឱសថព្យាបាល (Treatment Regimens)

អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានជំងឺរបេងសួតថ្មី ត្រូវទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេង ជាអ្នកជំងឺប្រភេទទី១។

ប្រភេទទី១: RHZE រយៈពេល២ខែ/RH រយៈពេល ៤ខែ (2 RHZE / 4 RH) សំរាប់ករណីថ្មី:

- របេងសួតកំហាកវិជ្ជមាន (Smear positive pulmonary TB (PTB)
- របេងសួតកំហាក អវិជ្ជមាន (Smear negative PTB) និងរបេងក្រៅសួត (extrapulmonary TB (EPTB)) ដែលមាន សញ្ញាដូចខាងក្រោម:
  - មាន extensive lung parenchymal involvement
  - មានរលាកស្រោមបេះដូង (pericarditis), រលាកស្រោមពោះ (peritonitis), ទឹកស្រោមសួតទាំងសងខាង ឬច្រើន (bilateral ឬ extensive pleural effusion)
  - មានជំងឺរបេងក្រពះ ពោះវៀន ឬ របេងផ្លូវទឹកនោម (Gastrointestinal ឬ genitourinary TB)
- អ្នកជំងឺរបេង-អេដស៍
- ប្រភេទទី១ សំរាប់ជំងឺ របេងធ្ងន់ធ្ងរ (miliary TB និង TB meningitis): ២ខែ RHZS/៤ខែRH

ប្រភេទទី២: ២ខែ RHZES / ១ខែ RHZE / ៥ ខែ RHE ចំពោះ:

១. ជំងឺរបេងសួតកំហាកវិជ្ជមាន ដែលលាប់ (Smear positive relapse), ការបរាជ័យ និងបន្ទាប់ពីការបោះបង់ការព្យាបាល (failure and treatment after default)។

ប្រភេទទី៣: សំរាប់អ្នកជំងឺដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

កម្រិតប្រើនៃឱសថ ព្យាបាលជំងឺរបេងចំពោះកុមារ ត្រូវបានអង្គការសុខភាពពិភពលោកពិនិត្យឡើងវិញនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៩ ហើយមានសង្ខេបនៅក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ។

តារាងទី១៩: អនុសាសន៍ឆ្នាំ២០០៩របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ស្តីអំពីកម្រិតប្រើឱសថព្យាបាលជំងឺរបេងលើកុមារ

ឱសថ	កម្រិតប្រើក្នុង១ថ្ងៃ ជាមក្រ/គក្រ (range)	កម្រិតប្រើអតិបរមាក្នុង១ថ្ងៃ
Rifampicin (R)	១៥ (១០-២០)	៦០០មក្រ
Isoniazid (H)	១០ (១០-១៥)	៣០០មក្រ
Pyrazinamide (Z)	៣៥ (៣០-៤០)	២ក្រ
Ethambutol (E)	២០ (១៥-២៥)	១ក្រ
Streptomycin (S)	១៥ (១២-១៨)	១ក្រ

ចំពោះរូបមន្តឱសថផ្សំគ្នា (FDC) និងអនុសាសន៍អំពីកម្រិតប្រើសំរាប់ប្រទេសកម្ពុជា សូមអានគោលការណ៍ណែនាំ

ជាតិស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ)National Guidelines for Diagnosis and Treatment of TB in Children។(

១០-៤-៣ ការពិចារណាបន្ថែមចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ផ្តល់ Pyridoxine បន្ថែមក្នុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ដូចខាងក្រោម:
    - អាយុ <៥ ឆ្នាំ, ១២.៥ មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ
    - អាយុ ≥៥ ឆ្នាំ, ២៥ មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ
- ត្រូវផ្តល់ព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole ដល់កុមារដែលមានជំងឺរបេងសកម្មនៅក្នុងរយពេលព្យាបាល: ជំងឺរបេង ដោយមិនចាំបាច់គិតពីចំនួន ឬ ភាគរយកោសិកា CD4 ទេ។

១០-៤-៤ ផលវិបាកបន្ទាប់បន្សំនៃឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង

តារាងទី២០: ការគ្រប់គ្រងផលវិបាកបន្ទាប់បន្សំនៃឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង

ផលវិបាកបន្ទាប់បន្សំ	ឱសថដែលបង្ការផលវិបាក	ការគ្រប់គ្រង
ផលវិបាកបន្ទាប់បន្សំតិចតួច		បន្តប្រើឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង
មិនឃ្លានអាហារ(Anorexia),ចង្អោរ (nausea),ឈឺក្នុងពោះ (abdominal pain)	Rifampicin	អោយលេបជាមួយចំណីអាហារពេលយប់ ឬក្នុងពេលហូបចំណីអាហារ
ឈឺក្នុងសន្លាក់ (Joint pain)	Pyrazinamide	អោយ aspirin ឬឱសថ nonsteroidal anti-inflammatory
ក្តៅបាទជើង (Burning sensation in feet)	Isoniazid	បង្កើន pyridoxine ដល់ ៥០- ៧៥ មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ
នោមពណ៌ទឹកក្រូចឬក្រហម (Orange/red urine)	Rifampicin	ពន្យល់អ្នកជំងឺឡើងវិញ(reassurance)
ផលវិបាកបន្ទាប់បន្សំធ្ងន់ធ្ងរ		បញ្ឈប់ការប្រើឱសថដែលបង្កផលវិបាក
ហ៊ឹងត្រចៀក (Deafness)	Streptomycin	បញ្ឈប់ streptomycin, អោយ ethambutol វិញ
Dizziness, vertigo, or nystagmus	Streptomycin	បញ្ឈប់ streptomycin, អោយ ethambutol វិញ
កើតលឿង (Jaundice)	ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងភាគច្រើន	បញ្ឈប់គ្រប់ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងទាំងអស់

		រហូតទាល់តែបាត់លឿង
ក្អួតនិងវង្វេងវង្វាន់ (Vomiting and confusion) (ពិចារណាដល់ឱសថ និងការខ្សោយនៃថ្លើម ប្រសិនបើជាមានកើតលឿង(	ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងភាគច្រើន	បញ្ឈប់គ្រប់ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងទាំងអស់ ធ្វើតេស្តពិនិត្យមុខងារថ្លើម ភ្លាមៗ
ព្រិលភ្នែក	ethambutol	បញ្ឈប់ ethambutol
Shock, purpura, ខ្សោយតំរងនោម ស្រួចស្រាវ (acute renal failure)	Rifampicin	បញ្ឈប់ Rifampicin

* ប្រសិនបើជាការព្យាបាលជំងឺរបេងត្រូវកែសម្រួលដោយមកពីមានផលវិបាកបន្ទាប់បន្សំ សូមពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេសព្យាបាលជំងឺរបេង។

១០-៥ ទំរង់ជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរត្រូវអោយមានការព្យាបាលពិសេស

<u>ជំងឺរបេងសាយភាយ (Maliary TB)</u>

- Maliary TB គឺជាការបង្កជំងឺរបេង ដែលមានការរាលដាលច្រើនកន្លែង។
- ការបង្ករោគរបេងច្រើនកន្លែង កើតឡើងជាញឹកញាប់ ចំពោះកុមារ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានភាពស៊ាំការពារសារពាង្គចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរ
- ការវាយតំលៃរោគសញ្ញា អាចរកឃើញសញ្ញា Maliary តាមរយៈការថតសួតដោយកាំរស្មី X លើទ្រូង ឬ ឃើញ choroidal tubercles តាមរយៈការធ្វើ fundoscopy
- ការបណ្តុះរកបាក់តេរី Mycobacteria នៅក្នុងឈាម និងក្នុងខួរឆ្អឹង អាចមានលទ្ធផលវិជ្ជមាន (ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន)
- ការបូមទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង អាចបង្ហាញពីការទាក់ទងនឹងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (CNS) លើសពី១/៣ នៃករណី
- ការព្យាបាល គឺដូចគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយជំងឺរបេង និងត្រូវព្យាបាលតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពី ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេង-អេដស៍ និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបេង កុមារ
- Steroids មិនត្រូវបានគេប្រើជាទូទៅ នៅក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេងសាយភាព (Maliary TB) ទេ លើកលែងតែករណីមានរោគសញ្ញា ឬ ចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង

<u>ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង</u>

- ការបង្ករោគ នៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ដោយមេរោគរបេង (M-Tuberculosis) កើតឡើង ៣ដំណាក់កាល៖
    ក. ដំណាក់កាលបឋម (Prodromal stage): មានរោគសញ្ញាមិនច្បាស់លាស់ និង (មានភាពងងុយដេក) drowsiness, គ្រុនក្តៅមធ្យម, វង្វេងវង្វាន់, ក្អួត និងឈឺក្បាល។

ខ. ដំណាក់កាលអន្តរកាល (Transitional stage): បង្ហាញដោយមានការកើនឡើងសម្ពាធក្នុងក្បាល (intracranial pressure) និង meningeal irritation
គ. ដំណាក់កាលចុងក្រោយ (Terminal stage): កំរើកដៃ និងជើងមិនរួច (paralysis) និងសន្លប់

- ការបូមទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង អាចបង្ហាញពី៖
  - សម្ពាធទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង(CSF) កើនឡើង
  - ការរាប់ចំនួនកោលិកា ស នៃCSF មានចំនួនពី១០-៥០០/mm^3 ដោយមានពពួក lymphocytes ច្រើនលើសលុប។
  - ជាទូទៅ Protein កើនឡើង និងស្ករថយចុះ
  - កំររកឃើញ Bacilli នៅក្នុងទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នងណាស់។
- ត្រូវធ្វើការព្យាបាលដូចតទៅ៖
  - 2 RHZS/ 4RH
  - Prednisone ២-៤មក្រ/គក្រ (អតិបរិមា 60mg) មួយថ្ងៃមួយដង រយៈពេល២៨ថ្ងៃ និងបន្ថយបន្តិចម្តងៗ រយៈពេល២សប្តាហ៍
    - អាចប្រើ dexamethasone 0.៦ មក្រ/គក្រ ជំនួស prednisone បាន
  - ចំពោះកុមារដែលមិនអាចទ្រាំទ្រនឹង streptomycinត្រូវប្រើជំនួសដោយ ethionamide ២០ មក្រ/គក្រ
    - Ethionamide ជ្រាបចូលទៅក្នុង CNS បានល្អ មានទំរង់ប្រើតាមផ្លូវអាហារបាន និង មានសុវត្ថិភាពចំពោះកុមារតូច
  - អ្នកជំនាញជាច្រើន បានផ្តល់ការព្យាបាល នៅក្នុងដំណាក់កាលបន្ត (continuation phase) រហូតដល់១០ខែ។

១០-៦ បរាជ័យក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេង

ជាទូទៅ កុមារដែលគ្មានមេរោគអេដស៍ អាចបង្ហាញពីភាពធូរស្បើយ ឬ ប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេងសួត ដោយមានការថយចុះគ្រុនក្តៅ និងក្អក។ ចំពោះកុមារដែលកើតជំងឺរបេងក្នុងទំរង់ផ្សេងៗ ដូចជាៈ របេងពោះ របេងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ឬ ទំរង់ផ្សេងទៀតនៃជំងឺរបេងក្រៅសួត អាចមានការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលយឺតជាង។ ចំពោះកុមារ ដែលមានជំងឺរបេងសួតកំហាកវិជ្ជមាន អាចនឹងមានលទ្ធផលកំហាកអវិជ្ជមាន នៅសប្តាហ៍ទី៨។

ការឆ្លើយតបយឺតយ៉ាវ ឬ មិនសមស្របទៅនឹងការព្យាបាល ចំពោះអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចបណ្តាលមកពី៖

- មានការបង្ករោគផ្សេងទៀត ដែលមិនបានព្យាបាល ឬ ការកើតឡើង នៃជំងឺមហារីក បន្ថែមលើជំងឺរបេង ដូចជា៖
  - Penicilliosis
  - Histoplasmosis
  - MAC
  - Lymphoma
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង មិនត្រឹមត្រូវ ចំពោះអ្នកជំងឺរបេងសួតកំហាកអវិជ្ជមាន

- មានការពិនិត្យកំហាកវិជ្ជមាន MAC ពីព្រោះ AFB smear ដោយមិនបានធ្វើការបណ្តុះមេរោគ មិនអាចធ្វើការបែងចែកមេរោគទាំងពីរ នេះបានទេ។
- ការកើត reconstitution inflammatory syndrome (IRIS)
- មេរោគរបេង ដែលស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ ((Multi-drug resistant = MDR) tuberculosis)

ជំងឺដែលមិនបានទទួលការព្យាបាល ដូចជា penicilliosis or histoplasmosis អាចបណ្តាលអោយមានភាពធ្ងន់ធ្ងរ នៅពេលព្យាបាលជំងឺរបេង, ចំណែកឯជំងឺ IRIS, MAC, or MDR TB អាចមានភាពប្រសើរឡើង នៅដំណាក់កាលដំបូង ហើយបន្ទាប់មក មានការឆ្លើយតបមិនពេញលេញ ឬ មានចង្កោមរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ។

មានការលំបាកក្នុងការបែងចែក តាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក ។ IRIS គឺជាមូលហេតុញឹកញាប់នៃការធ្លាក់ចូលក្នុងរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ បន្ទាប់ពីការធូរស្រាលដោយការព្យាបាលជំងឺរបេងដំបូង។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ វែកញែកជាមួយនឹងជំងឺផ្សេងៗទៀតខាងលើ មុននឹងសន្និដ្ឋានថា បណ្តាលមកពី IRIS។

អ្នកជំងឺដែលមិនធូរស្រាល បន្ទាប់ពីការព្យាបាលរយៈពេល៨សប្តាហ៍ ត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត ដូចខាងក្រោម៖

- ពិនិត្យកំហាកឡើងវិញ ដោយធ្វើការបណ្តុះមេរោគ បើអាចធ្វើបាន
  - នឹងធ្វើការបែងចែករវាង MAC និងមេរោគរបេង
  - នឹងអាចអោយគេធ្វើតេស្តរកភាពស៊ាំនឹងឱសថរបេង ដើម្បីផាត់ចោលរបេង MDR
- បញ្ជូនកំហាកទៅធ្វើ Giemsa Stain ដើម្បីវាយតំលៃរកជំងឺស្វិត បណ្តាលមកពីពួកផ្សិត ជាពិសេសជំងឺ Penicilliosis
- បញ្ជូនឈាមទៅបណ្តុះរកមេរោគ
  - Penicillium និង Histoplasma អាចដុះនៅក្នុង media បណ្តុះរកមេរោគធម្មតា
  - បើអាចធ្វើទៅបាន ត្រូវបញ្ជូនឈាមទៅបណ្តុះរក mycobacteria (mycobacterial blood culture)
- បើអាចធ្វើបាន ត្រូវពិនិត្យ serum រក Cryptococcal antigen
- បើអាចធ្វើបាន ត្រូវបូមកូនកណ្តុរទឹករងៃ (Lymph nodes) ដើម្បីធ្វើ AFB និង fungal staining និងដើម្បីផាត់ចោលជំងឺ Lymphoma
- ពិចារណាបន្ថែម azithromycin ១០មក្រ/គក្រ ដើម្បីព្យាបាល MAC ប្រសិនបើ៖
  - កំហាកវិជ្ជមាន បន្ទាប់ពីការព្យាបាលបានរយៈពេល ២ខែ ឬ
  - មានការកើនឡើង ALT, alkaline phosphatase, ឬ LDH ឬ
  - នៅតែមានការធ្លាក់ចុះខ្សែកោសិកាចំនួន២ (2 cell-lines) តាមរយៈការរាប់គ្រាប់ឈាមពេញលេញ(CBC),ឧទាហរណ៍: ការបន្ត មាន Leukopenia និង anemia

- បន្ថែម amphotericin B 0.៧ មក្រ មួយថ្ងៃមួយដង សំរាប់ការព្យាបាល penicilliosis ប្រសិនបើរោគសញ្ញាគ្លីនិកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ហើយមិនមានលទ្ធភាពធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបាន។
  - អ្នកជំងឺដែលមិនមានភាពប្រសើរឡើង នៅ២សប្តាហ៍ក្រោយពីការប្រើ amphotericin B អាចនឹងមិនមែនបណ្តាលមក ពី penicilliosis ទេ។
- ត្រូវសង្ស័យភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថរបេង (MDR TB) ក្នុងករណី

- អ្នកជំងឺធ្លាប់មានការប្រឈមមុខនឹងករណី MDR TB
- អ្នកជំងឺដែលមានប្រវត្តិធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង ជាពិសេស ក្នុងករណីព្យាបាលមិនបានចប់សព្វគ្រប់។
- សង្ស័យថា លេបឱសថមិនបានទៀងទាត់ នៅក្នុងករណីដែលប្រើឱសថដោយខ្លួនឯង។
- ការព្យាបាលជំងឺរបេងលាប់ឡើងវិញ ពិសេស នៅក្នុងប្រភេទទី២ (category II)
- ការគ្រប់គ្រងករណីសង្ស័យ MDR TB សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ (MDR TB)
  - អ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ អាចតំរូវអោយបន្ថែម ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេងបីមុខថ្មី ទៀត សំរាប់ការព្យាបាល MDR TB ។ សូមពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។

- ត្រូវគិតដល់ IRIS ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានការក្តៅខ្លួនជាប់ជានិច្ច និង/ឬ មានការឡើងកូនកណ្តុរច្រើនកន្លែង (worsening lymphadenopathy) ហើយជាទូទៅ អាចនឹងមានភាពប្រសើរឡើងវិញ ជាពិសេសក្នុងករណីដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរយៈពេល៦ខែមុន។
  - អ្នកជំងឺទាំងនេះ អាចមានការកើនឡើងទំងន់ និងមានសញ្ញាគ្លីនិក មិនប្រែប្រួល។
  - ធ្វើតេស្ត CD4 សារជាថ្មី អាចនឹងមានចំនួនកោសិកា CD4 កើនឡើងខ្លាំង ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។

១០-៧ ចង្កោមរោគសញ្ញារលាកបណ្តាលមកពីការស្តារឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយ (IRIS)

អ្នកជំងឺដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ជាទូទៅ មានការស្តារមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយបានឆាប់រហ័ស។ នៅពេលដែលប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយ មានភាពរឹងមាំប្រឆាំងនឹងការបង្ករោគ រោគសញ្ញាអាចមានភាពកាន់តែអាក្រក់ឡើង ទោះបីជា បានព្យាបាលសមស្របក៏ដោយ។ ករណីនេះ គឺជាចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃការស្តារឡើងវិញ នូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយ(IRIS)។ IRIS អាចកើតឡើង ២ ទៅ ៨សប្តាហ៍ ក្រោយការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែ ក៏អាចកើតមានឡើង ក្រោយពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បាន១ឆ្នាំ ហើយ។

ជំងឺរបេងគឺជាមូលហេតុដ៏ញឹកញាប់នៃ IRIS ដែលកើតឡើងដល់ទៅ ១/៣ នៃអ្នកជំងឺចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ ក្រោយពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង។ មូលហេតុជាញឹកញាប់ផ្សេងទៀត រួមមាន *Cryptococcus*, CMV, MAC, និង PCP ។

IRIS មានពីរប្រភេទ អាចសង្ខេបបានដូចខាងក្រោម៖

- Paradoxical IRIS
  - ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការបង្ករោគ មានភាពប្រសើរឡើង នៅពេលព្យាបាល បន្ទាប់មកមានភាពអាក្រក់វិញ នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
  - ជាទូទៅ កើតឡើងនៅពេលដែល ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចាប់ផ្តើមក្រោយពីការព្យាបាល ជំងឺឱកាសនិយម។
  - អ្នកជំងឺដែលកើតជំងឺរបេង ជាញឹកញាប់មាន lung infiltrates យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ និងមានការឡើងកូនកណ្តុរ និងអាចលេចឡើងនូវ ភាពបរាជ័យ នៃការព្យាបាល។

- ធ្វើការវាយតំលៃមូលហេតុផ្សេងទៀត ដែលអាចបណ្តាលអោយរោគសញ្ញា កាន់តែ ធ្ងន់ធ្ងរទៅ ដូចជាការព្យាបាលបរាជ័យ ឬ ការបង្ករោគ ដែលមិនបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ជា IRIS តែក្នុងករណីដែល ពុំមានការបង្ករោគ មិនបានព្យាបាលប៉ុណ្ណោះ ។
  - ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
  - ប្រសិនបើរោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវផ្តល់ prednisone ១-២ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ក្នុងរយៈពេលជាច្រើនសប្តាហ៍ ដើម្បីកាត់បន្ថយរោគសញ្ញា។
- Unmasking IRIS
  - ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើអ្នកជំងឺដែលគ្មានរោគសញ្ញានៃការបង្ករោគ
  - ជំងឺរបេង ឬ ជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងទៀត កើតឡើងជាច្រើនសប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើម ART
  - ករណីនេះ ជាទូទៅ ច្រើនបណ្តាលមកពីការបង្ករោគពីមុនមក ដែលគ្មានរោគសញ្ញា
  - ចាប់ផ្តើមភ្លាមៗការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ដែលបង្ក
  - ត្រូវបន្តការព្យាបាល ART
  - ប្រសិនបើ រោគសញ្ញាមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវផ្តល់ prednisone ១-២ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេលជាច្រើនសប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីបានព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម។

១០-៨ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថIsoniazid (IPT) លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង នៅសេវា OI/ART នៅពេលមកពិនិត្យលើកដំបូង មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងរាល់ពេលណាត់ជួបលើកក្រោយទៀត។ ការស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេង ត្រូវតែអនុវត្តដោយមិនផ្អែកលើប្រវត្តិនៃការព្យាបាលជំងឺរបេងឡើយ។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា គិលានុបដ្ឋាក ឬ វេជ្ជបណ្ឌិត ត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវ (Screen) កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រករោគសញ្ញា ឬ លក្ខ័ណ្ឌ ទាំង៥ ដូចខាងក្រោម៖

- រស់នៅជាមួយអ្នកជំងឺរបេង សកម្ម ឬ អ្នកធ្លាប់កើតជំងឺរបេង
- កុមារមិនលូតលាស់
- គ្រុនក្តៅ
- ក្អកជាប់ជានិច្ច
- កូនកណ្តុរនៅត្រង់កឡើងធំ

ប្រសិនបើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មិនមានរោគសញ្ញាណាមួយ ក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះទេ គេអាចនឹងគ្មានជំងឺរបេងសកម្មទេ ហើយចំពោះកុមារដែលមានអាយុ លើសពី១២ខែ អាចផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ (IPT) (សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី៥)។ ជាងនេះទៅទៀត កុមារអាយុតិចជាង ១២ខែ ហើយរស់នៅជាមួយគ្រួសារដែលមានអ្នកកើតជំងឺរបេង និងគ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងបានចប់សព្វគ្រប់ត្រូវចាប់ផ្តើម IPTផងដែរ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មិនត្រូវចាប់ផ្តើម IPT នៅក្នុងករណីContre-indication ដូចខាងក្រោម៖

- ជំងឺរលាកថ្លើមសកម្ម (ស្រួចស្រាវ ឬ រ៉ាំរ៉ៃ) ដោយមានការកើនឡើង ALT ≥២ ដង

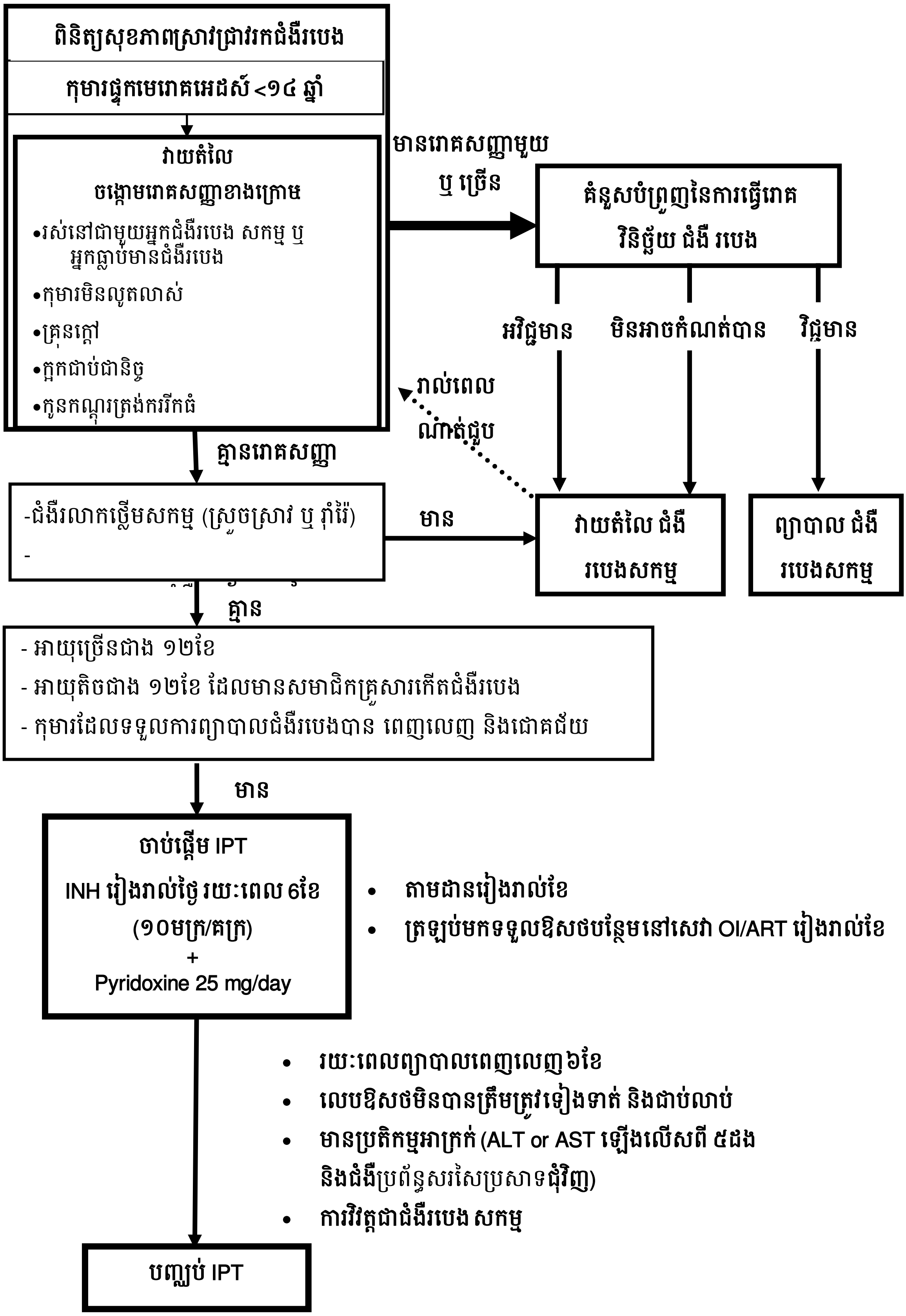
- ចង្អោមរោគសញ្ញា ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទជុំវិញ (peripheral neuropathy)

<u>រូបមន្តព្យាបាលបង្ការដោយ INH (IPT)</u>

Isoniazid ១០ មក្រ/ គក្រ ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៦ខែ

Pyridoxine (vitamin B6) ២៥ មក្រ ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៦ខែ

គំនូសបំព្រួញទី៥: ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថIsoniazid លើកុមារ



១០-៩ ការចាក់វ៉ាក់សាំងBCG បង្ការជំងឺរបេង

- ចាក់វ៉ាក់សាំង BCG គឺជាការបង្កើតនូវភាពស៊ាំប្រឆាំងនឹងមេរោគរបេង ដោយចាក់បញ្ចូលនូវ Mycobacteria ដែលនៅរស់ យកចេញពី M. bovis ។
- BCG អាចកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការកើតជំងឺរបេងសាយភាយ ចំពោះកុមារ ដែល ភាពស៊ាំ ការពារសារពាង្គកាយនៅមានសមត្ថភាព និង ចំពោះទារក។
- កុមារដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវទទួលបានវ៉ាក់សាំង BCG នៅពេលទើបកើត ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង។
- ការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG ត្រូវផ្អាកក្នុងលក្ខខណ្ឌ ដូចខាងក្រោម៖
  - ទារកដែលទើបកើត ហើយមានការបង្ករោគ (neonatal sepsis) និងមានគ្រុនក្តៅ
  - ទារកដែលមានការសង្ស័យខ្លាំង ថាមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍
  - ទារកដែលនឹងទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ INH (IPT) ដោយសារតែ នៅផ្ទះមានគ្រួសារកើតជំងឺរបេងសកម្ម
    - Isoniazid នឹងសំលាប់ពពួកបាក់តេរី ដែលរស់នៅក្នុងវ៉ាក់សាំង ដូចនេះ BCG មិនមានប្រសិទ្ធិភាពទេ នៅក្នុងករណីនេះ។
    - BCG ត្រូវចាក់ នៅពេលដែលការព្យាបាលបង្ការដោយ INH (IPT) បានចប់សព្វគ្រប់ និងការធ្វើតេស្ត HIV មានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន។

<u>ផលវិបាកនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG</u>

- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ កំរនឹងកើតមាននូវការបង្ករោគ នៅនឹងកន្លែង ឬ ជាប្រព័ន្ធធ្ងន់ធ្ងរ ដោយសារវ៉ាក់សាំង BCG ណាស់ (severe localized or systemic BCG infection)។
  - ករណីនេះ ច្រើនតែកើតឡើងជា IRIS កើតភ្លាមៗ ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
  - សញ្ញាគ្លីនិក និងចង្កោមរោគសញ្ញារួមមាន៖
    - ករខ្ទុះ ឬដំបៅនៅកន្លែងមុខម្ទុល ដែលចាក់វ៉ាក់សាំង
    - រលាកកូនកណ្តុរ នៅតំបន់ក្រោមក្លៀក តំបន់លើឆ្អឹងដងកាំបិត និង នៅក ហើយនៅផ្នែកដូចគ្នានឹងផ្នែកដែលចាក់វ៉ាក់សាំង
    - រាលដាល BCG (disseminated BCG)
    - ការបង្ករោគ នៅឆ្អឹង
    - ការកើតដុំក្រហម (Erythema nodosum), iritis, ឬ lupus vulgaris
  - ការបង្ករោគ នៅនឹងកន្លែងចាក់ BCG មិនចាំបាច់ផ្តល់ការព្យាបាលទេ
  - ការបង្ករោគ នៅនឹងកន្លែងកំរិតធ្ងន់ ឬ ការករខ្ទុះ ត្រូវបង្ហូរខ្ទុះចេញ និងព្យាបាល systemic anti-BCG
  - ស្រាវជ្រាវរកការរាលដាលដោយ BCG ដោយធ្វើការថតសួត X-Ray, ការបូមទឹកក្រពះ ការឆ្លុះអេកូពោះ ផ្អែកទៅតាមរោគសញ្ញា។

- ការព្យាបាលការរាលដាលដោយ BCG (disseminated BCG) គឺមានរយៈពេល ៦ខែ ដោយប្រើ RHE ហើយត្រូវធ្វើការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ ផ្នែកព្យាបាលជំងឺរបេង
  - បើមិនបានធ្វើការបណ្តុះមេរោគ វាមានការលំបាក ដើម្បីបែងចែករវាង ការរាលដាលដោយ BCG (disseminated BCG) និងជំងឺរបេង នៅនឹងកន្លែង ធ្ងន់ធ្ងរ។ ដូច្នេះ ត្រូវពិចារណា ប្រើរូបមន្តព្យាបាល 2RHZE/4RHE ដើម្បីព្យាបាលជំងឺទាំង២ ប្រសិនការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមិនបានច្បាស់លាស់ទេនោះ។

ជំពូកទី១១

ការលេចឡើងនូវរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំណុចគន្លឹះ :

- ភាពមិនធម្មតានៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល តែងតែកើតឡើងជាញឹកញាប់ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ជំងឺខួរក្បាលដោយមេរោគអេដស៍ (HIV encephalopathy) កើតឡើងដោយសារការជ្រៀតចូលរបស់មេរោគអេដស៍ ទៅក្នុងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ហើយបង្ហាញអោយឃើញថា កុមារមានការរីកធំធាត់យឺតយ៉ាវ ការរីកធំធាត់នៃទំហំ ក្បាលមិនសមស្រប និង/ឬ ភាពមិនធម្មតានៃការធ្វើចលនា។
- HIV encephalopathy ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
- ការប្រកាច់ (Seizure) កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បញ្ជាក់ថា មានការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ឬ មានជំងឺមហារីក (malignancy) ដែលតំរូវអោយធ្វើការវាយតំលៃដោយថតខួរក្បាល (brain imaging) និងធ្វើការវិភាគ CSF ។
- អ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយចុះខ្សោយខ្លាំង នឹងប្រឈមមុខខ្ពស់ជាមួយការបង្ករោគឱកាសនិយម នៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល និងមានជំងឺ lymphoma ក្នុងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (CNS lymphoma)
- ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ Cryptococcus កើតមានលើមនុស្សពេញវ័យញឹកញាប់ ជាងលើកុមារ ហើយអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបាន តាមរយៈការវិភាគ CSF។
- ចំពោះកុមារដែលមានដំបៅ លើលលាដ៏ក្បាល ជារង្វង់ចិញ្ចៀន (ring-enhancing brain lesions) ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាល toxoplasmosis និង/ឬ tuberculosis; ប្រសិនបើគ្មានភាពប្រសើរឡើង ក្នុងរយៈពេល១៤ថ្ងៃទេ ត្រូវសង្ស័យលើ CNS lymphoma ។

សេចក្តីសង្ខេប

ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ គឺជាកន្លែងគោលដៅ របស់មេរោគអេដស៍ ដែលផ្តល់នូវផលវិបាកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ លើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ។ ផលវិបាកលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ តែងតែកើតឡើង រួមផ្សំជាមួយការចុះខ្សោយភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយធ្ងន់ធ្ងរ ក៏ ប៉ុន្តែ វាក៏អាចជាភស្តុតាងដំបូងនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារមួយចំនួនដែរ។ ភាពមិនធម្មតាទាំងនេះ គឺជាលទ្ធផលផ្ទាល់នៃមេរោគអេដស៍ ទៅលើខួរក្បាល និងជាលិកាសរសៃប្រសាទ ការបង្កជំងឺឱកាសនិយមក្នុងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ឬ ជំងឺមហារីក នៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍។

ជំងឺសរសៃប្រសាទ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានភាពខុសគ្នា ដែលរួមមាន៖

- ជំងឺខួរក្បាល (encephalopathy)
- ជំងឺរលាកស្រោមខួរ (meningitis) និង meningoencephalitis
- ជំងឺសរសៃប្រសាទ ជុំវិញ (peripheral neuropathy)
- myelopathy (ការប្រែប្រួលនៃសរសៃប្រសាទក្នុងឆ្អឹងខ្នង)
- ដំបៅធំនៅក្នុងខួរក្បាល បណ្តាលមកពីការបង្ករោគ ឬជំងឺមហារីក (malignancy)
- រលាកសរសៃឈាមខួរក្បាល (cerebral vasculitis)

១១-១ ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍(HIV Encephalopathy)

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានអាយុតិចមានការបង្ករោគនៅក្នុងដំណាក់កាលដ៏សំខាន់ នៃការវិវត្តន៍ ខួរក្បាល។ ការបរាជ័យនៃភាពលូតលាស់ ទៅតាមដំណាក់កាលស្របតាមអាយុកុមារ គឺភស្តុតាងដំបូង នៃជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារ ដែលអាចនឹងបង្កអោយធ្លាក់ក្នុងពិការភាព ប្រសិនបើ មិនត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទាន់ ពេល និងផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ឆាប់រហ័សទេនោះ។ ហេតុផលនេះ វាមានការចាំបាច់ណាស់ ក្នុងការវាយតំលៃភាពលូតលាស់ធំធាត់របស់កុមារ និងការវាស់បរិវេណក្បាលជារៀងរាល់ពេលណាត់ជួបកុមារ ដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

១១-១-១ អេពីដេមីសាស្ត្រ

ជំងឺខួរក្បាល (Encephalopathy) កើតមានជាញឹកញាប់ និងមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (លើសពី ២០% នៃទារកផ្ទុកមេរោគអេដស៍) ហើយអាយុជាមធ្យម នៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ គឺប្រហែល ១ឆ្នាំកន្លះ។

១១-១-២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ គឺផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងដោយផ្អែកលើវត្តមាននៃរោគសញ្ញា ខាងក្រោម ២ ឬ ច្រើនដែលមានរយៈពេល យ៉ាងហោចណាស់ ២ខែ៖

- ភាពមិនលូតលាស់ធំធាត់ ស្របតាមដំណាក់កាលអាយុ ឬ បាត់បង់សមត្ថភាពបញ្ញា
- ការលូតលាស់ខួរក្បាលខុសធម្មតា ឬ មានក្បាលតូច
- មាន ការចុះខ្សោយមានលក្ខណៈស៊ីមេទ្រី នៃចលនាដែល អាចកើតមានពីរ ឬ ច្រើនដូចជា៖ paresis(ស្ពឹក), pathologic reflexes, ataxia, ឬ gait disturbances។
- ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមានលក្ខណៈធម្មតា ឬ មិនត្រូវបានរកឃើញអ្វីខុសធម្មតា និងការធ្វើ CT scan បង្ហាញពីការស្វិតខួរក្បាល។

ការប្រកាច់ (Seizures) អាចកើតមានឡើងចំពោះកុមារ ដែលមាន HIV encephalopathy ។ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលប្រកាច់ ឬ មានការថយចុះនៃសំណុំសរសៃប្រសាទ ត្រូវធ្វើ CT scan ខួរក្បាល ព្រមទាំងធ្វើ ការវិភាគ CSF ដើម្បីញែកចេញពី CNS lymphoma, toxoplasmosis, ជំងឺរបេង, និងរលាកស្រោមខួរដោយ cryptococcus មុននឹងកំណត់ថា កុមារមាន HIV encephalopathy ។ សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី៧ និងទី៨។

១១-១-៣ ការព្យាបាល

HIV encephalopathy គឺជាលក្ខ័ខណ្ឌដំណាក់កាលទី៤ និងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជាបន្ទាន់។ កុមារភាគច្រើនដែលមាន encephalopathy នឹងបន្តមាន ការចុះខ្សោយការយល់ដឹង (neurocognitive deficits) បន្តិចបន្តួច ទោះបីជាក្រោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បានជោគជ័យក៏ដោយ។ ផលវិបាកជាញឹកញាប់គឺ ភាពទន់ដៃទន់ជើង (spasticity of the lower extremities) ។ ការព្យាបាលដោយចលនា (Physical therapy), ការធ្វើលំហាត់ប្រាណ (stretching exercises), bracing, និងឧបករណ៍ផ្សេងទៀត អាចជួយធ្វើការបន្ទន់ ពត់រាង្គកាយ (flexibility) និងលទ្ធភាពនៃការដើរបាន ហើយអាចជួយអោយដើរបានដោយខ្លួនឯង។

១១-១-៤ ការបង្ការ

ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ នៅពេលមានផ្ទៃពោះ ការផ្តល់សេវា PMTCT និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលអោយ បានឆាប់ចំពោះកុមារ គឺជាការបង្ការជាបឋមនៃ HIV encephalopathy ។

១១-២ ការប្រកាច់ (Seizures)

ការប្រកាច់ គឺជារោគសញ្ញានៃភាពច្របូកច្របល់នៃសកម្មភាពអគ្គីសនីក្នុងខួរក្បាល ដែលអាចបណ្តាលមកពី គ្រុនក្តៅខ្លាំង ឆ្កួតជ្រូក ឬ ការបង្កជំងឺឱកាសនិយម/ជំងឺមហារីក (malignancy) ។ មូលហេតុនៃការប្រកាច់ ទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ មាន ដូចខាងក្រោម៖

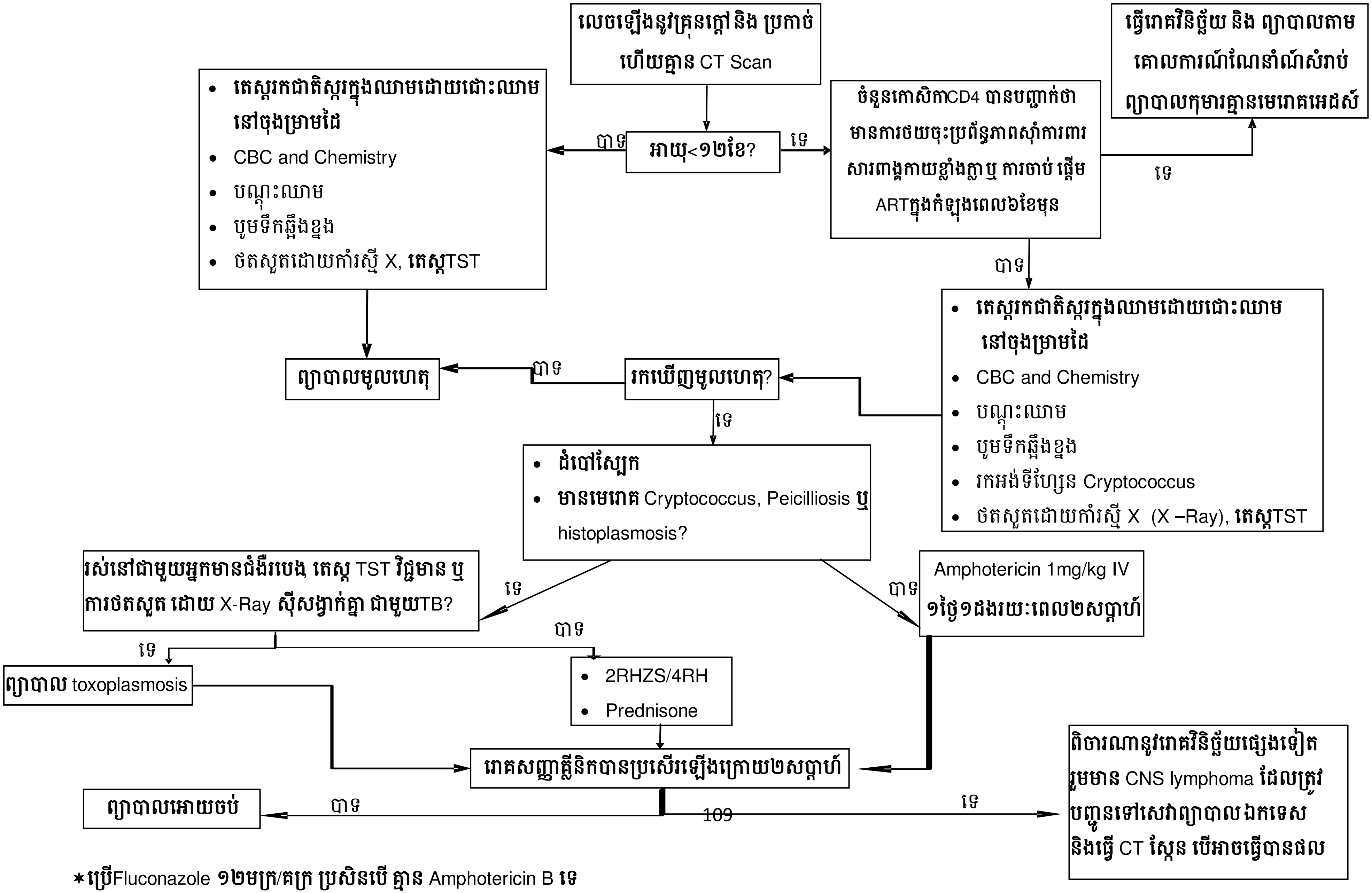
- មានដំបៅ (Space-occupying lesions), ដូចជា toxoplasmosis, tuberculoma, fungal infection, និង lymphoma
- ការរលាកស្រោមខួរ ឬ meningoencephalitis (cryptococcus, TB, បាក់តេរី, វីរុស)
- ជំងឺគ្រុនចាញ់ខួរក្បាល (Cerebral malaria)
- គ្រុនក្តៅប្រកាច់ (អាយុ ៦ខែ ទៅ ៥ឆ្នាំ)
- វិបត្តិ metabolic ឧទាហរណ៍ ការថយចុះជាតិស្ករនៅក្នុងឈាម
- ជំងឺ ឆ្កួតជ្រូក (Epilepsy)

កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាមួយនឹងការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយខ្លាំងក្លា និងការលេចឡើងនូវភាពប្រកាច់ តំរូវអោយមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យហ្មត់ចត់ ដើម្បីរក ការបង្ករោគ នៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ឬ ជំងឺមហារីក (malignancy) ដែលត្រូវធ្វើឡើងនៅសេវា មានជំនាញខាងជំងឺនេះ។

សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី៦ និងទី៧ ដើម្បីវាយតំលៃការប្រកាច់ថ្មី ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ការកើតឡើងនូវការថយ ចុះផ្នែកសរសៃប្រសាទ និងគ្រុនក្តៅត្រូវធ្វើការវាយតំលៃដោយប្រើគំនូសបំព្រួញដដែលនេះ។

ឱសថប្រឆាំងជំងឺឆ្កួតជ្រូកជាច្រើន មានប្រតិកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ហើយអាចបណ្តាលអោយមានការថយចុះ ឬ ការកើនឡើងខុសធម្មតានូវកំហាប់សេរ៉ូម នៃឱសថប្រឆាំងនឹងការប្រកាច់។ Valproate គឺជាឱសថដែលត្រូវបានជ្រើសរើស សំរាប់ព្យាបាលកុមារ ដែលប្រកាច់ ហើយកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

គំនូសបំព្រួញទី៦: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការប្រកាច់និងគ្រុនក្តៅ នៅកន្លែងដែលគ្មាន **CT Scan***



*ប្រើFluconazole ១២មក្រ/គក្រ ប្រសិនបើ គ្មាន Amphotericin B ទេ

គំនូសបំព្រួញទី៧: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់(Workup) នៃការប្រកាច់ និងគ្រុនក្តៅ នៅកន្លែងដែលមានCT Scan *

ចាប់ផ្តើមមានគ្រុនក្តៅនិង ប្រកាច់ (មាន CT Scan សំរាប់ប្រើប្រាស់)

អាយុ<១២ខែ

បាទ →

- តេស្តរកជាតិស្ករក្នុងឈាមដោយជួសឈាម នៅចុងម្រាមដៃ
- CBC and Chemistry
- CT Scan
- បណ្តុះឈាម
- បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង
- ថតសួតដោយកាំរស្មី X, តេស្ត TST

ព្យាបាលមូលហេតុ

បាទ

រកមូលហេតុឃើញឬទេ?

ទេ

CT Scan ខួរក្បាលដោយប្រើcontrast (បើពុំទាន់បានធ្វើទេ)

CT ធម្មតា ផ្តល់ការព្យាបាលគាំទ្រចាប់ផ្តើមឬ បន្ត ART

មាន lesions ដូចចិញ្ចៀន(Ring enhancing lesions)

- ព្យាបាល toxoplasmosis
- ធ្វើ CT Scan ឡើងវិញក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍

បន្តការព្យាបាលអោយបានចប់សព្វគ្រប់

ទេ →

ចំនួនកោសិកា CD4 បានបញ្ជាក់ថា មានការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយខ្លាំងក្លា ឬ ការចាប់ ផ្តើមARTក្នុងកំឡុងពេល៦ខែមុន

ទេ →

ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ព្យាបាលតាមគោលការណ៍ណែនាំសំរាប់ព្យាបាលកុមារគ្មានមេរោគអេដស៍

បាទ

Partial seizure ឬ focal nerologic deficit ឬ Papilledema

ទេ

- តេស្តរកជាតិស្ករក្នុងឈាមដោយជួសឈាម នៅចុងម្រាមដៃ
- CBC and Chemistry
- បណ្តុះឈាម
- បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង
- cryptococcal antigen
- ថតសួតដោយកាំរស្មី X, តេស្ត TST

បាទ

- តេស្តរកជាតិស្ករក្នុងឈាមដោយជួសឈាម នៅចុងម្រាមដៃ
- CBC and Chemistry
- បណ្តុះឈាម
- CT Scan ខួរក្បាលដោយប្រើ contrast

Mass effect with midline shift

ទេ

បាទ

មិនត្រូវធ្វើការបូមទឹកឆ្អឹងខ្នងទេ

- តេស្តរកជាតិស្ករក្នុងឈាមដោយជួសឈាម នៅចុងម្រាមដៃ
- CBC and Chemistry
- បណ្តុះឈាម
- cryptococcal antigen ក្នុងសេរ៉ូម
- ថតទ្រូង X-Ray, តេស្ត TST

Cryptococcal antigen វិជ្ជមាន

- Amphotericin B ១ មក្រ/គក្រ IV រាល់ថ្ងៃ
- ធ្វើCTScan ឡើងវិញក្នុងរយៈ ២សប្តាហ៍

- រស់នៅជាមួយអ្នកជំងឺរបេង
- TST វិជ្ជមាន ឬ
- ថតសួតបញ្ជាក់ថាវាកើតជំងឺរបេង

- 2RHZS/4RH
- Prednisone
- ធ្វើCT Scan ឡើងវិញក្នុងរយៈ២សប្តាហ៍

Ring enhancing brain lesion(s) ពុំមានភស្តុតាងបញ្ជាក់មានរបេង ឬ Cryptococcus

ព្យាបាល toxoplasmosis ធ្វើ CT Scan ឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល2សប្តាហ៍

CT Scan បញ្ជាក់ពីការធូរស្រាល ឬ ទេ?

បាទ

ទេ →

- ពិចារណា អំពីរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀតរួមទាំង CNS Lymphoma
- បញ្ជូនទៅកាន់កន្លែងឯកទេស ដើម្បីគ្រប់គ្រងព្យាបាល

✶ករណីគ្មានCryptococcal antigen សំរាប់ប្រើប្រាស់ ត្រូវព្យាបាលCryptococcus និង Toxoplasmaនៅក្នុងករណីហាមឃាត់ការបូមយកទឹកស្រោមខួរ។ ត្រូវប្រើFluconazole 12mg/kg ក្នុងករណីគ្មានAmphotericin B សំរាប់ប្រើប្រាស់

១១-៣ ការឆ្លងរោគនៅលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល(Infections of the Central Nervous System)

ការឆ្លងមេរោគលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល កើតមានញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ នៅពេលដែលប្រព័ន្ធ ភាពស៊ាំចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរ លទ្ធភាពនៃការកើតនូវជំងឺឱកាសនិយម ដូចជា Cryptococcus ឬ Toxoplasma កាន់តែកើន ឡើងខ្ពស់។ កុមារអាយុលើសពី១២ខែ ភាគច្រើនដែលមានការឆ្លងមេរោគលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (CNS infection) មានគ្រុនក្តៅ និងសញ្ញានៃការរលាកស្រោមខួរ ឬ មានភាពចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទដោយកន្លែង (focal neurologic deficit), មានការប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធចិត្តសាស្ត្រ (altered mental status), និង/ឬ មានប្រកាច់ (seizure)។ ការកើតឡើងសារជាថ្មីនូវរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានការចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ជាញឹកញាប់ បណ្តាលអោយប៉ះពាល់ ដល់អាយុជីវិត ហើយត្រូវចាត់ទុកថាជា ស្ថានភាពបន្ទាន់ ដែលទាមទារអោយមានការវាយតំលៃ ម៉ត់ចត់ ដូចណែនាំ ខាងក្រោមនេះ។

១១-៣-១ រលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគបាក់តេរី

- រោគសញ្ញារលាកស្រោមខួរ បង្កដោយបាក់តេរី លើទារក និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានសភាពដូចគ្នានឹងរោគសញ្ញានៃជំងឺដែលកើតលើកុមារ មិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ ហើយត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលផ្អែកលើ **គោលការណ៍ណែនាំជាតិសំរាប់ការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។**
- កុមារអាយុតិចជាង១២ខែ ឬ មានការចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ អាចមានរោគសញ្ញាមិនជាក់លាក់ដោយមាន meningismus កំរិតតិចតួច។
- ត្រូវសង្ស័យថា មានការរលាកស្រោមខួរ បង្កដោយមេរោគបាក់តេរី ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ណាដែលមានគ្រុនក្តៅ ហើយមានឈឺក្បាល ឬ meningismus ឬ មានការផ្លាស់ប្តូរការមើលឃើញ (vision-changes), ឬ មានការប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពចិត្តសាស្ត្រ (altered mental status)
- ត្រូវពិចារណាលើ ជំងឺគ្រុនចាញ់ ដែលប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាល (Cerebral malaria) នៅតំបន់ដែលមានកើតជំងឺគ្រុនចាញ់។
- ការឆាប់ផ្តល់ការព្យាបាល អាចកាត់បន្ថយការស្លាប់។ មិនត្រូវពន្យារការព្យាបាលដោយឱសថអង់ទីបីយោទិក និង/ឬ ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ទេ ប្រសិនបើ មិនអាចធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង(Lumbo-puncture) បានបន្ទាន់ទេ។

១១-៣-២ រលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគផ្សិតCryptococcus

- *Cryptococcus neoformans* គឺជាការឆ្លងរោគផ្សិត ដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ដោយមានកើតឡើងញឹកញាប់ជាងគេ លើអ្នកជំងឺអេដស៍ ពិសេស លើមនុស្សពេញវ័យ ដែលមានកោសិកា CD4 < ១០០ ប៉ុន្តែជួនកាលអាចកើតឡើង លើកុមារអាយុលើសពី៦ឆ្នាំផងដែរ។
- រោគសញ្ញាញឹកញាប់ មានគ្រុនក្តៅ និងឈឺក្បាល។ ភាពរឹងក (neck stiffness) ការបាត់បង់មុខងារសរសៃប្រសាទខួរក្បាល (cranial nerve palsy) និងការប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពចិត្តសាស្ត្រ គឺជារោគសញ្ញា ដែលកើតឡើង នៅក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជំងឺ។

- រោគសញ្ញាអាចកើតឡើងក្នុងរយៈពេល ជាច្រើនសប្តាហ៍ មុនវិវត្តទៅរកសភាពធ្ងន់ធ្ងរឡើងៗ ។
- CT Scan ជារឿយៗ បង្ហាញលទ្ធផលធម្មតា ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកើតមានការរលាកស្រោមខួរ បង្កដោយផ្សិត Cryptococcus។
- ត្រូវពិចារណា អំពីរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺនេះ ទោះបីកុមារទទួលបានការព្យាបាលបង្ការដោយ fluconazole ហើយក៏ដោយ ។

ការវាយតំលៃ

- កុមារទាំងអស់ ដែលសង្ស័យថា មានជំងឺរលាកស្រោមខួរ បង្កដោយផ្សិត Cryptococcus ត្រូវទទួលការវាយតំលៃដូចខាងក្រោមនេះ
    - ការរាប់គ្រាប់ឈាម (complete blood culture) ការវិភាគគីមីសាស្ត្រ (Chemistry) និងការធ្វើតេស្តវាស់អង់ហ្សីមថ្លើម (Liver Function tests)
    - ការបណ្តុះមេរោគក្នុងឈាម (blood culture)
    - ការវាយតំលៃទឹកស្រោមខួរក្បាល និងខួរឆ្អឹងខ្នង(CSF) ដើម្បីរក
        - Opening pressure (សំពាធក្នុងស្រោមខួរ)
        - ការបំពាក់ពណ៌ Gram និងបណ្តុះមេរោគ នៃទឹកស្រោមខួរក្បាល និងខួរឆ្អឹងខ្នង
        - ការបំពាក់ពណ៌ Indian-Ink ឬ Chinese Ink
        - រក Antigen នៃផ្សិត Cryptococcus (ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន)
    - ការពិនិត្យផ្នែកចក្ខុសាស្ត្រ
    - ការថតសួត
    - ប្រសិនបើ ការបូមយកទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នងទទួលបរាជ័យ ត្រូវធ្វើតេស្តរក Antigen Cryptococcus ក្នុងឈាម

សូមមើលតារាងទី២១ ស្តីពីលទ្ធផលនៃការវិភាគទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង ក្នុងករណី រលាកស្រោមខួរ បង្កដោយផ្សិត Cryptococcus។

ការព្យាបាល

ការព្យាបាលដំបូង(Induction therapy)

- Amphotericin B, ១មក្រ/គីឡូក្រាម/ថ្ងៃ ចាក់តាមសរសៃ លាយជាមួយ glucose ៥% ក្នុងល្បឿនយឺតរយៈពេលលើសពី ៤ម៉ោង ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកត្រូវធ្វើការព្យាបាលបន្តដោយប្រើ fluconazole
    - ការបង្កើនជាតិទឹកជាមុន (Prehydration) ដោយប្រើប្រាស់សេរ៉ូមធម្មតា (normal saline) ១០មល/គក្រ អាចជួយកាត់បន្ថយភាពពុលតំរងនោម
    - ប្រសិនបើ កំរិត creatinine កើនឡើងពីរដងលើសកំរិតធម្មតា ត្រូវបន្ថយកំរិតឱសថមកត្រឹម ០.៧ ម ក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ។
    - ប្រសិនបើ កំរិត creatinine នៅតែបន្តឡើង ទោះបីមានការបន្ថយកំរិតឱសថក្តី ត្រូវប្តូរទៅ ប្រើប្រាស់ fluconazole ក្នុង១២ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ។
    - ប្រសិនបើ ពុំមាន Amphotericin B សំរាប់ប្រើប្រាស់ទេនោះ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយប្រើ fluconazole ក្នុង១២ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ។

- ប្រសិនបើ មាន opening pressure នៅពេលបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងលើកដំបូង >២០ cm CSF:
    - ត្រូវបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង រហូតដល់សម្ពាធថយចុះ ដល់កំរិតក្រោម ២០ cm ឬ ដល់៥០% នៃសម្ពាធដំបូង(opening pressure)
    - ត្រូវបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងរៀងរាល់ថ្ងៃ ដូចខាងលើ រហូតដល់ opening pressure ស្ថិតនៅក្នុងកំរិត < ២០ cm CSF
    - មិនត្រូវប្រើឱសថ steroids ឬ diuretics ដើម្បីបន្ថយសំពាធ នៅក្នុងខួរក្បាល (intracranial pressure) ទេ
    - ត្រូវពិចារណាពន្យារពេល ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ រហូតដល់ការព្យាបាលដំណាក់កាលដំបូងចប់សព្វគ្រប់ ចំពោះកុមារដែលមានសំពាធ ក្នុងខួរក្បាលកើនឡើងខ្ពស់។
- នៅពេលអាចធ្វើការបណ្តុះមេរោគបាន ត្រូវធ្វើការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងសារជាថ្មីនៅថ្ងៃទី១៤ ដើម្បីធានាអោយបានច្បាស់ថា ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF) ពុំមានមេរោគ មុននឹងបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ Amphotericin B៕

ការព្យាបាលបន្ត (Consolidation therapy)

- Fluconazole ១០ ទៅ ២០ មក្រ/គក្រ រយៈពេល ៨សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក
- ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ Secondary prophylaxis ដោយប្រើ fluconazole ៦ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ(កំរិតអតិបរមា ២០០ មក្រ) រហូតដល់កុមារអាយុចាប់ពី ៥ឆ្នាំទៅ ហើយ CD4>១០០គោលិកា/មម^3 ក្នុងរយៈពេល ៦ខែ នៅក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

ការបង្ការបឋម (Primary Prophylaxis)

- សូមអានជំពូកទី១ ស្តីពីការបង្ការបឋម ដោយប្រើឱសថ fluconazole។

១១-៣-៣ រលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគរបេង

រោគសញ្ញា

- ការកើតឡើងសន្សឹមៗនៃការឈឺក្បាល និងក្អួត ការថយចុះនូវស្មារតី (decreased consciousness) ភាពងឹងងើ (drowsiness) ប្រកាច់ គ្រុនក្តៅកំរិតស្រាល
- រឹងក (Neck stiffness) និងសញ្ញា Kernig វិជ្ជមាន
- បាត់បង់មុខងារសរសៃប្រសាទខួរក្បាល (Cranial nerves palsies) បណ្តាលមកពីការបញ្ចេញវត្ថុរាវនៅជុំវិញបាតខួរក្បាល (exudates around the base of the brain)

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF) បង្ហាញភាពថ្លា lymphocytic pleocytosis និងកំរិតប្រូតេអ៊ីនខ្ពស់ និងកំរិត glucose ទាបខ្លាំង
- CT scan ខួរក្បាល បង្ហាញសណ្ឋាន basilar cistern enhancement រួមជាមួយ hydrocephalus និង/ឬ basal ganglia infarction ។ ក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃជំងឺ CT scan មានលទ្ធផលធម្មតា។

ការព្យាបាល: 2RHZS/4RH, dexamethasone 0.៦ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ក្នុងរយៈពេល ២៨ ថ្ងៃ, Pyridoxine ២៥ មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ និងការបង្ការដោយប្រើ cotrimoxazole រៀងរាល់ថ្ងៃ ក្នុងកំឡុងពេលនៃការព្យាបាល។ អ្នកជំនាញជាច្រើនពន្យារការព្យាបាលបន្តរយៈពេល ១០ខែ។ សូមអានជំពូកទី១០។

តារាងទី២១: លទ្ធផលនៃការពិនិត្យទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង(CSF) លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល(CNS disease)

ជំងឺ	ទិដ្ឋភាព	OpeningPressure (សំពាធពេល ចាក់បង្ហូរទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង)	កោសិកា ស/មម³	ប្រូតេអ៊ីន	គ្លុយកូស	ការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍
ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគរបេង	ថ្លា ឬ លឿងព្រឿងៗ	កើនឡើង	២៥-១000 Lym>PMN	0.៥ – ៥ ក្រ/ល	១0-៤៥ mmol/ល	AFB (កំរផ្តល់លទ្ធផល វិជ្ជមាន)
ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយCryptococcus	ថ្លា ឬ លឿងព្រឿងៗ	កើនឡើង	<៨00Lym>PMN	កើនឡើង ប៉ុន្តែ <៥ ក្រ/ល	ថយចុះបន្តិច បន្តួច	ការបំពាក់ពណ៌India Ink+ (៩0%) Crypt Ag+ (៩៨%)
ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគបាក់តេរី	ល្អក់ ឬ មានខ្ទុះ	កើនឡើង	២៥-១0,000PMN	0.៥-១៥ ក្រ /ល	0-៤៥ mmol/L	ការបំពាក់ពណ៌ gram បង្ហាញវត្តមានបាក់តេរី (sensitivity ៦0 ទៅ ៩0%)
ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគវីរុស	ថ្លា	ធម្មតា	២0-៣00 Lym>PMN	0.៥ – ១.៥ ក្រ/ល	ធម្មតា	អវិជ្ជមាន
Toxoplasmosis	ធម្មតា	កើនឡើង	ធម្មតា	ធម្មតា ឬ កើនឡើង	ធម្មតា	ធម្មតា
ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍	ធម្មតា	ធម្មតា	<៥0, Lym>PMN	កើនឡើងប៉ុន្តែ <២ ក្រ/ល	ធម្មតា	ធម្មតា

កែសំរួលពីឯកសារ Clinicial HIV/AIDS Care Guideline for resource poor setting, គ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន, ២00៦

១១-៣-៤ រលាកខួរក្បាលបង្កដោយToxoplasma

អេពីដេមីសាស្ត្រ

- គឺជាការឆ្លងរោគខួរក្បាល បង្កឡើងដោយប៉ារ៉ាស៊ីត *Toxoplasma gondii*
- ការកើតជំងឺ toxoplasmosis នៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ហាក់ដូចជាមានអត្រាទាបជាងតំបន់ ដទៃៗទៀត នៅលើពិភពលោក។
- ជំងឺ toxoplasmosis ប្រហែលជាកើតឡើងដោយកំរ នៅប្រទេសកម្ពុជា ប៉ុន្តែមានការពិបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។
- កុមារដែលសង្ស័យកើតជំងឺ toxoplasmosis ត្រូវទទួលការព្យាបាលជំងឺនេះ ជាបណ្តោះអាសន្នរហូតដល់ មានការធូរស្បើយ ឬ មានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺផ្សេងៗ ទៀតច្បាស់លាស់។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ជំងឺ toxoplasmosis លើខួរក្បាល វិវត្តយ៉ាងលឿន ចាប់ពីពេលកើតដំបូង រហូតដល់ជំងឺពេញទំហឹង ក្នុងរយៈពេល ២ ទៅ ៣ថ្ងៃ។
- ជាញឹកញាប់ ជំងឺនេះ ស្តែងចេញជារោគសញ្ញាដូចខាងក្រោមៈ
    - ភាពមិនប្រក្រតីប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ តាមទីកន្លែង (focal neurologic dysfunction), *និង/ឬ*
    - ការប្រកាច់ថ្មីៗ និង
    - គ្រុនក្តៅ និងឈឺក្បាល ឬ មានការប្រែប្រួលកំរិតនៃការឆ្លើយតប (altered level of alertness)

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ការធ្វើ CT scan (ប្រសិនបើមាន) បង្ហាញអំពីវត្តមាននៃដុំដំបៅ (mass lesions)ដែលមានកងពទ្ធ័ជុំវិញ ក្រោយពីចាក់ contrast material។ ដុំដែលមានកងពទ្ធ័ជុំវិញ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជារឿយៗបញ្ជាក់អំពី toxoplasmosis ឬ CNS lymphoma ឬ របេងខួរក្បាល។

- ត្រូវធ្វើការពិនិត្យផ្នែកចក្ខុសាស្ត្រ។ ដំបៅបណ្តាលមកពី toxoplasmosis គឺជាការជ្រាបនូវ វត្ថុរាវជុំវិញ retina ដែលមានការហូរឈាមមកជាមួយ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសំរេចចុងក្រោយ (Definitive diagnosis) លើដុំដំបៅខួរក្បាល ដែលមានរង្វង់ពទ្ធ័ជុំវិញ ទាមទារអោយមានការច្រឹបយកសាច់ដំបៅ (biopsy) ដែលពុំអាចធ្វើទៅបាន។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានដុំដំបៅខួរក្បាល ដែលពទ្ធ័ដោយរង្វង់កង ត្រូវទទួលការព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន (empiric therapy) សំរាប់ toxoplasmosis លើកលែងតែ មានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺផ្សេងៗទៀតច្បាស់លាស់។
- ប្រសិនបើ ពុំមានការធូរស្បើយបែបគ្លីនិក និងតាមរយៈការថតឆ្លុះ ក្នុងរយៈពេល ១៤ថ្ងៃ ក្រោយពីចាប់ផ្តើម ការព្យាបាលជំងឺ toxoplasmosis គឺប្រហែលជាមិនមែនជាជំងឺ toxoplasmosis ទេ។

ការព្យាបាល

- ការព្យាបាលប្រសើរជាងគេ (ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន) គឺ:
    - Pyrimethamine ក្នុងកំរិតខ្លាំង (loading dose) ២មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ (អតិបរមា ៥0មក្រ) សំរាប់រយៈពេល ៣ថ្ងៃ បន្ទាប់មកកំរិតព្យាបាលបន្ត (maintenance) ១មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ (អតិបរមា ២៥មក្រ) បូកនឹង
    - Sulfadiazine ១០០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ បូកនឹង
    - Folinic acid ៥-២០ មក្រ ៣ដងក្នុង១សប្តាហ៍
    - ការព្យាបាលខាងលើមានរយៈពេល ៦សប្តាហ៍។
- ការព្យាបាលជួរទី២
    - cotrimoxazole ក្នុងកំរិតខ្ពស់ (១០-១៥/៥០-៧៥ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ) រយៈពេល៦សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក ព្យាបាលបង្ការ (secondary prophylaxis) ដូចខាងក្រោម។
- ត្រូវពិចារណាបន្ថែម dexamethasone 0.6 មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ក្នុងករណីមានភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការធ្វើទុក្ខបង្កឡើងដោយដុំដំបៅ។

- ព្យាបាលដោយ steroids រយៈពេលជាច្រើនសប្តាហ៍ ទៅតាមភាពទ្រាំទ្របាន របស់អ្នកជំងឺ

ការបង្ការបឋម (primary prophylaxis)

- cotrimoxazole ៦/៣០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ដូចការណែនាំក្នុងជំពូកទី១

ការបង្ការបន្ទាប់ (secondary prophylaxis)

- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់កើតជំងឺ toxoplasmosis រួចហើយ ត្រូវបញ្ឈប់ការប្រើ cotrimoxazole ចាប់ពីអាយុ ៥ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយ CD4>៣៥០កោសិកា/មម^{3} ក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ លើសពី ៦ខែ ឡើងទៅ។

១១-៣-៥ រលាកខួរក្បាលបង្កដោយវីរុស

ជំងឺរលាក ខួរក្បាលបណ្តាលមកពីវីរុស នៃភ្នាក់ងារដែលបង្ករោគ មួយចំនួនធំ រួមបញ្ចូល ទាំង CMV, HSV, enteroviruses, និងវីរុស ដែលបង្កជាជំងឺ Japenese encephalitis ។ ជំងឺរលាកខួរក្បាល ត្រូវបានកំណត់ដោយមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា មានការរលាកខួរក្បាល និងស្រោមខួរ តាមរយៈការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ឬការថតឆ្លុះ ដោយប្រើបច្ចេកទេស MRI និងការប៉ះពាល់ដល់អារម្មណ៍ (mood) បុគ្គលិកលក្ខណៈ(personality) ឬស្ថានភាពចិត្តសាស្ត្រ (mental status) ត្រូវសង្ស័យថា មានការរលាកស្រោមខួរ ដែលបណ្តាលមកពីវីរុសលើអ្នកជំងឺណាដែលមានៈ

- គ្រុនក្តៅ
- ការប៉ះពាល់ដល់បុគ្គលិកលក្ខណៈ ឬ consciousness
- លទ្ធផលវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង បង្ហាញថា មាន lymphocytic pleocytosis តិចតួច និងការកើនឡើងកំរិត ប្រូតេអ៊ីន ហើយមានកំរិតគ្លុយកូសធម្មតា។

ការវាយតំលៃបន្ថែម

- ប្រសិនបើ ការពិនិត្យ Retina ឃើញបង្ហាញមានការរលាកបង្កដោយ CMV នោះទំនងជាកើតមានការរលាកខួរក្បាលបណ្តាលមកពី CMV ហើយ។

- ការរលាកខួរក្បាលបណ្តាលមកពី CMV កើតឡើងនៅពេល មានការចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ
- ពុំមានការព្យាបាលការរលាកខួរក្បាល បណ្តាលមកពី CMV (ganciclovir និង foscarnet ចាក់តាមសរសៃឈាមខ្មៅ) សំរាប់ប្រើប្រាស់ទូលំទូលាយនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទេ។
- ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺ ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ ដែលមានបទពិសោធន៍ ក្នុងការព្យាបាលជំងឺដែលបង្កឡើងដោយ CMV លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

- កុមារដែលសង្ស័យថា មានកើតជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយវីរុស ត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយ acyclovir ១០ មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃឈាមខ្មៅ រៀងរាល់ ៨ម៉ោងម្តង សំរាប់រយៈពេល២១ថ្ងៃ (ប្រសិនបើមានលទ្ធភាព) សំរាប់ការព្យាបាលជំងឺបង្កដោយ HSV និង varicella លើកលែងតែមានការធ្វើ រោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺផ្សេងៗទៀត ត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់។
  - ទារកទើបកើត ត្រូវទទួលឱសថក្នុងកំរិត ២០មក្រ/គក្រ តាមសរសៃឈាមខ្មៅ រៀងរាល់ ៨ ម៉ោងម្តង
  - នៅពេលមានតេស្ត PCR សំរាប់ប្រើប្រាស់ អាចបញ្ឈប់ការព្យាបាលបាន ពេលតេស្តនេះផ្តល់លទ្ធផលអវិជ្ជមាន
  - កំរមានដំបៅ (lesions) បង្កដោយ HSV លើកុមារ ដែលកើតជំងឺរលាកខួរក្បាល បង្កដោយ HSV ណាស់ ក៏ប៉ុន្តែសញ្ញានេះ បញ្ជាក់អោយឃើញពីភស្តុតាងនៃការកើតជំងឺនេះប្រសិនបើមាន។
- CT scan ផ្តល់លទ្ធផលធម្មតា លើអ្នកជំងឺដែលកើតជំងឺរលាកខួរក្បាល បណ្តាលមកពីវីរុស
  - ការធ្វើ MRI ជាការចាំបាច់សំរាប់ រកអោយឃើញ នូវការរលាក ដែលបណ្តាលមកពី ភ្នាក់ងារបង្ករោគទាំងនេះ ប៉ុន្តែពុំមានតេស្តនេះ សំរាប់ប្រើប្រាស់ជាទូទៅទេ។

១១-៤ ជំងឺស្ទះសរសៃឈាមខួរក្បាល(Stroke)

Stroke កើតមានម្តងម្កាល លើកុមារដែលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជំងឺអេដស៍ ឬ ដែលមានជំងឺខួរក្បាល ដែលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HIV encephalopathy) ។ មេរោគអេដស៍បណ្តាលអោយមាន

ការរលាកសរសៃឈាម រួមបញ្ចូលទាំងសរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាលផងដែរ។ ភាពមិនប្រក្រតីពីកំណើត នៃសរសៃឈាម (arteriovenous malformations -AVMs) បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃ stroke នៅក្នុងករណីមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយមានភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការខូចខាត (infarct) ខួរក្បាលស្រួចស្រាវ ត្រូវទទួលការថែទាំ ដូចខាងក្រោមៈ

- CT scan ខួរក្បាលដោយប្រើ ឬ មិនប្រើ contrast នៅពេលដែលអាចធ្វើបាន
- ការរាប់គ្រាប់ឈាម ការធ្វើតេស្តផ្នែកគីមីសាស្ត្រ (chemistry) ធ្វើតេស្តអង់ហ្ស៊ីមថ្លើម ការវាយតំលៃអំពីកំរិតកំណកឈាម
- ការបណ្តុះមេរោគក្នុងឈាម ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺរលាកសាច់ដុំបេះដូង (endocarditis) ឬ ជំងឺរលាកស្រោម ខួរបង្កដោយបាក់តេរី ឬ ផ្សិត
- Echocardiogram ដើម្បីផាត់ចោល Atrial Septal Defect (ASD) ឬ ប្រភពនៃដុំឈាមនាំអោយស្ទះសរសៃឈាមសាច់ដុំបេះដូង ដូចជា valvular vegetation ឬ mitral stenosis ដែលបណ្តាលអោយកើតមាន កំណកឈាមនៃថង់បេះដូងខាងលើ ផ្នែកខាងឆ្វេង (left atrial clot)។
- ថតសួតដើម្បីស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង
- បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ប្រសិនបើមានគ្រុនក្តៅ ឬ ការវិភាគ (worksup) ខាងលើផ្តល់លទ្ធផលអវិជ្ជមាន។
- នៅពេលគ្មាន CT scan សំរាប់ប្រើប្រាស់ កុមារដែលមានការចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវទទួលការព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន (empiric treatment) ដូចណែនាំក្នុងគំនូសបំព្រួញទី៧ លើកលែងតែមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ បញ្ជាក់ច្បាស់ថាមានជំងឺផ្សេង។

១១-៥ ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទខាងក្រៅ(Peripheral neuropathy)

- មូលហេតុនៃ Peripheral neuropathy លើកុមារឆ្លងមេរោគអេដស៍ រួមមានៈ
    - ឥទ្ធិពល autoimmune ដែលទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ ផ្ទាល់
    - កង្វះជីវជាតិ
    - ឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំនៃឱសថ d4T និង ddI (កំរមានចំពោះ AZT)

- polyradiculoneuropathy ដែលបណ្តាលមកពី CMV

- រោគសញ្ញានៃ Peripheral neuropathy មានចាប់ពីភាពស្ពឹកបន្តិចបន្តួច(mild numbness) ឬស្ងៀប (tingling) រហូតដល់ការឈឺចាប់ខ្លាំង (debilitating pain)។
- កុមារដែលមាន Peripheral neuropathy ត្រូវទទួលការបំពេញបន្ថែមនូវជីវជាតិ នៅពេលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
- កុមារដែលទទួល d4T ត្រូវប្តូរទៅ AZT នៅពេលកត់សំគាល់ថា កើតមាន neuropathy ដោយហេតុថា neuropathy កំរិតធ្ងន់ធ្ងរបណ្តាលមកពីការប្រើឱសថមិនសុទ្ធតែ វិលរកភាពធម្មតាវិញទេ។
- កុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ត្រូវបញ្ជូនទៅពិគ្រោះយោបល់អ្នក ជំនាញ ដើម្បីកែតំរូវរូបមន្តព្យាបាល។

ជំពូកទី១២

ជំងឺក្រពះ និងពោះវៀន លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំណុចគន្លឹះ :

- ត្រូវតាមដានរោគសញ្ញានៃភាពខ្សោះជាតិទឹកលើអ្នកជំងឺ ដែលមានរាករូសឬ ក្អួត។
- ត្រូវប្រើប្រាស់វត្ថុរាវ សំរាប់បំពេញភាពខ្សោះជាតិទឹក លើអ្នកជំងឺដែលខ្វះជាតិទឹកក្នុងខ្លួន។
- ត្រូវព្យាបាលការរាករូសស្រួចស្រាវ ដែលមានលាមករាវ ដោយមធ្យោបាយព្យាបាលគាំទ្រនានា (supportive measures)។
- ការរាកមូល(dysentery) តំរូវអោយមានការព្យាបាលដោយប្រើអង់ទីប៊ីយោទិក (empiric antibiotic therapy)។
- កុមារទាំងអស់ដែលមានការរាករូសស្រួចស្រាវ ត្រូវទទួលការបំពេញបន្ថែមនូវជាតិសង្កសី (zinc) ក្នុងរយៈ ពេល១០ ទៅ ១៤ ថ្ងៃ
- ការរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ អាចបណ្តាលមកពី ជំងឺឱកាសនិយម ជំងឺពោះវៀន បង្កដោយមេរោគអេដស៍ផ្ទាល់ (HIV-enteropathy) កង្វះជីវជាតិ ឬ មូលហេតុដែលបណ្តាលមកពីបំរែបំរួល osmotic ហើយអាច បណ្តាលអោយ ស្លាប់ក្នុងអត្រាខ្ពស់។
- ត្រូវចាប់ផ្តើម ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទាំងអស់ ដែល មានការរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ។

១២-១ រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលកង្វះជាតិទឹក

ការរលាកក្រពះ ពោះវៀនស្រួចស្រាវ ជាទូទៅ ស្តែងចេញជារោគសញ្ញា គ្រុនក្តៅ ក្អួត ចង្អោរ និងរាករូស។ អត្រាមរណភាពមានកំរិតខ្ពស់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាពិសេស ទាក់ទងទៅនឹងការបាត់បង់ទឹកក្នុងខ្លួនកំរិតធ្ងន់ធ្ងរ។

ស្ថានភាពនៃការខ្សោះជាតិទឹក (Hydration status) អាចវាយតំលៃបានតាមរយៈ ការពិនិត្យគ្លីនិក ហើយ ត្រូវកំណត់និងកែតំរូវភ្លាមៗ លើកុមារ ដែលមានរោគសញ្ញាទាំងនេះ។ ចំណាត់ថ្នាក់ស្ថានភាពនៃការខ្សោះជាតិទឹក មាន ដូចខាងក្រោមនេះ។

តារាងទី២២: ចំណាត់ថ្នាក់នៃកង្វះជាតិទឹក

	ការខ្សោះជាតិទឹកស្រាល	ការខ្សោះជាតិទឹកមធ្យម	ការខ្សោះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ
កុមារអាយុច្រើន	៣% (៣០ មល/គក្រ)	៦% (៦០ មល/គក្រ)	៩% (៩០ មល/គក្រ)
ទារក	៥% (៥០ មល/គក្រ)	១០% (១០០ មល/គក្រ)	១៥% (១៥០ មល/គក្រ)
ភាពជ្រួញនៃស្បែកពេលច្បិចដោយម្រាមដៃ(Skin turgor)	ធម្មតា	ជ្រួញ(Tenting)	គ្មាន
ស្បែក (ពេលស្ទាប)	ធម្មតា	ស្ងួត	ត្រជាក់-សើម(Clammy)
ភ្នាសសើមនៃមាត់និងបបូរមាត់	សើម	ស្ងួត	ស្ងួតខ្លាំង/ប្រេះ (Parched/cracked)
ភ្នែក	ធម្មតា	ខូង(Deep set)	ខូងខ្លាំង-រូង (Sunken)
ទឹកភ្នែក	មាន	ថយចុះ	គ្មាន
បង្ហើយ	រាប	ទន់	រូង-ខូងចូលខ្លាំង
ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (CNS)	អាចចំលងបាន (Consolable)	ឆាប់ខឹង-យំ (Irritable)	ធ្មឹង(Lethargic/obtunded)
សង្វាក់ជីពចរ	ធម្មតា	លឿនបន្តិច	លឿន
កំលាំងជីពចរ	ធម្មតា	ខ្សោយ	ខ្សោយខ្លាំង/មិនអាចចាប់បាន (Feeble/impalpable)
សំពាធឈាម	ធម្មតា	ធម្មតា	ទាប
ការបំពេញឈាមក្នុងសរសៃឈាមតូចៗ	ធម្មតា	~2 វិនាទី	~3 វិនាទី

ក្រោយពីច្របាច់ក្រចកដៃ (Capillary refill)			
ចំណុះទឹកនោម	ធម្មតា	ថយចុះ	គ្មាននោម

ប្រែសំរួលពីឯកសា Johns Hopkins Hospital's The Harriet Lane Handbook (២០០២). Clinical observation in Dehydration

ក្រោយពីកំណត់អំពីការបាត់បង់ចំណុះទឹកក្នុងខ្លួនរួចមក ត្រូវធ្វើការបំពេញជាតិទឹកឡើងវិញ យោងទៅតាម គោលការណ៍ណែនាំ IMCI ដែលមានចែងដូចខាងក្រោមនេះ:

តារាងទី២៣: ផែនការបំពេញជាតិទឹកឡើងវិញនិងប្រភេទវត្ថុរាវដែលត្រូវប្រើប្រាស់

ការណែនាំ(Indication)	ផ្លូវបញ្ចូលវត្ថុរាវ	ការជ្រើសរើសវត្ថុរាវ	កំរិតប្រើប្រាស់*
ផែនការ A: ការបង្ការភាពខ្សោះជាតិទឹកក្នុងស្ថានភាពមានរាករូស ពុំមានសញ្ញាខ្សោះជាតិទឹក	តាមមាត់	សូលុយស្យុង ORS +	កុមារ <២ ឆ្នាំ: ៥០-១០០ មល ក្រោយពេលរាកម្តងៗ កុមារ អាយុ២-១០ ឆ្នាំ: ១០០-២០០ មល ក្រោយពេលរាកម្តងៗ កុមារ > ១០ ឆ្នាំ និងមនុស្សពេញវ័យ:ផឹកក្នុងបរិមាណច្រើនបំផុតទៅតាមតំរូវការ ក្រោយពេលរាគម្តងៗ
ផែនការ B: ការខ្សោះជាតិទឹកស្រាលទៅមធ្យម	តាមមាត់	សូលុយស្យុង ORS	កុមារ < ២ ឆ្នាំ: ៥ មល រៀងរាល់១ទៅ២នាទីម្តង ត្រូវប្រើស្លាបព្រា។ ចំណុះទឹកសរុប សំរាប់រយៈពេល ៤ម៉ោង គឺត្រូវស្មើ នឹង ៧៥ មល x ទំងន់គិតជាគក្រ កុមារ > ២ ឆ្នាំ និងមនុស្សពេញវ័យ: ៥-១០ មល, រៀងរាល់ ៥-១០ នាទីម្តង,

			បង្កើនចំណុះទៅតាមភាពអាចទទួលយកទឹកបាន។ ចំណុះសរុប សំរាប់រយៈពេល ៤ ម៉ោង ត្រូវស្មើនឹង ៧៥មល x ទំងន់គិតជា គក្រ
ផែនការ C: ការខ្សោះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ	ចាក់តាមសរសៃឈាមខ្មៅ	LR, Normal saline (0.9% NaCl)	ទារក: ៣០ មល/គក្រ សំរាប់រយៈពេល ១ម៉ោង⁺ បន្ទាប់មក ៧០ មល/គក្រ សំរាប់រយៈពេល ៥ម៉ោងបន្ទាប់ (ចំណុះសរុប ១០០ មល/គក្រ សំរាប់រយៈពេល ៦ម៉ោង) កុមារធំ និងមនុស្សពេញវ័យ: ៣០ មល/គក្រ សំរាប់រយៈពេល ៣០នាទី បន្ទាប់មក ៧០ មល/គក្រ សំរាប់រយៈពេល ២.៥ ម៉ោង (ចំណុះសរុប ១០០ មល/គក្រ សំរាប់រយៈពេល៣ម៉ោង)
ផែនការ C: ការខ្សោះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ	ការបញ្ចូលតាម sond nasogastric (សំរាប់តែករណីមិនអាចបញ្ចូលតាមសរសៃឈាមខ្មៅបានប៉ុណ្ណោះ	ORS	២០ មល/គក្រ/ម៉ោង* សំរាប់រយៈពេល ៦ម៉ោង (ចំណុះសរុប ១២០ មល/គក្រ)
ផែនការ C: ការខ្សោះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ	តាមមាត់ (សំរាប់តែករណីនៅដឹងខ្លួន ហើយពុំអាចបញ្ចូលតាមសរសៃឈាមខ្មៅ ឬ sond nasogastricបាន)	ORS	កុមារ < ២ ឆ្នាំ: ៥ មល/នាទី ដោយប្រើស្លាបព្រា កុមារ> ២ ឆ្នាំ និងមនុស្សពេញវ័យ: ២០ មល/គក្រ/ម៉ោង សំរាប់រយៈពេល៦ម៉ោង (ចំណុះសរុប ១២០ មល/គក្រ)

★ ត្រូវបន្ថយចំណុះ ប្រសិនបើ មានក្អួត ឬ ប៉ោងពោះ

+ ត្រូវបន្តផ្តល់សារជាថ្មីប្រសិនបើជីពចរកដៃ (radial pulse) នៅខ្សោយខ្លាំង ឬ មិនអាចចាប់យកបាន។

១២-២ ជំងឺរាកស្រួចស្រាវ

រាករូសត្រូវកំណត់ដោយការបាត់បង់វត្ថុរាវ និងអេឡិកត្រូលីតច្រើនខ្លាំង ទៅតាមលាមកដែលបណ្តាលអោយមានការបន្ទោរបង់លាមករាវ ចាប់ពី៣ដងឡើងទៅ ក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោង។ រាករូសស្រួចស្រាវកើតមានរយៈ ពេលរហូតដល់រយៈពេល១៤ថ្ងៃ រីឯ រាករូសរ៉ាំរ៉ៃ មានរយៈពេលចាប់ពី ២សប្តាហ៍ ឡើងទៅ។ ការគ្រប់គ្រងថែទាំកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានរាគរូសស្រួចស្រាវ ដូចគ្នានឹងការថែទាំកុមារផ្សេងៗទៀតដែរ ហើយត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍ ណែនាំ IMCI។ ត្រូវដាក់អោយកុមារសំរាកពេទ្យ ប្រសិនបើៈ

- មានអាយុតិចជាង ១ខែ
- មានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ (Malnourished)
- ប្រកាច់
- នៅបន្តការក្អួតរយៈពេលយូរ
- ចុកពោះខ្លាំង
- កុមារអាយុ< ១២ខែ ដែលរាកមានលាមកលាយឈាម
- មានការបាត់បង់ជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ។

<u>ការរាករូសដែលមានលាមករាវដូចទឹក (Watery diarrhea)</u>

- រាករូសស្រួចស្រាវ ដែលមានលាមករាវដូចទឹក អាចបណ្តាលមកពីមូលហេតុដូចខាង ក្រោមនេះ
    - Rotavirus, norwalk virus, adenoviruses, enteroviruses
    - Enterotoxigenic E. coli
    - Vibrio cholerae (នៅពេលកំពុងមានផ្ទុះការរាតត្បាត- (outbreak))
- មិនត្រូវព្យាបាលរាករូសស្រួចស្រាវ ដែលមានលាមករាវដូចទឹក ដោយប្រើប្រាស់ អង់ទីប៊ីយោទិកទេ។

- **ត្រូវផ្តល់ការបំពេញបន្ថែម ជាតិសង្កសី ដល់កុមារ ក្នុងកំរិត ២០មក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល១០ ទៅ ១៤ថ្ងៃ នៅក្នុងកំឡុងពេលមានការរាករូស។**
    - ត្រូវផ្តល់ជាតិសង្កសី ក្នុងកំរិត ១០មក្រ/ថ្ងៃ ដល់កុមារអាយុតិចជាង ៦ខែ
- ត្រូវផ្តល់ដល់ម្តាយ ឬ អ្នកថែទាំនូវ oral rehydration salts (ORS) សំរាប់ប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ រហូតដល់ឈប់រាករូស។
- ត្រូវធ្វើការពិនិត្យតាមដានរយៈ ២ ទៅ ៣ថ្ងៃ ឬ ឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើ រោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅ។

<u>រាកមូល(Bloody diarrhea)</u>

- រាកមូល(Dysentery) អាចបណ្តាលមកពីៈ
    - Shigella
    - Typhoid និង non-typhoidal salmonella
    - Yersinia, campylobacter, enterohemorrhagic និង enteroinvasive E. coli, និង បា៉រ៉ាស៊ីត Entamoeba histolytica។
- រាកមូលអាចនាំមកជាមួយនូវ រោគសញ្ញាផ្សេងៗទៀត ដូចជាគ្រុនក្តៅ ការកើនឡើងនៃចំនួនគោលិកាស
- ត្រូវផ្ញើលាមក ទៅធ្វើការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬ/និងបណ្តុះមេរោគ ប្រសិនបើមាន
    - ប្រសិនបើរកឃើញមេរោគណាមួយ ត្រូវធានាអោយមានការផ្តល់រូបមន្តព្យាបាល ដូចខាងក្រោមអោយបានសមស្រប នៅពេលទទួលបានលទ្ធផលនៃការបណ្តុះមេរោគរួចហើយ
- ព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិច ដូចខាងក្រោម (Provide antibiotics as follows)
    - Ciprofloxacin ១៥ មក្រ/គក្រ តាមមាត់ រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រយៈពេល ៣ថ្ងៃ, *ឬ*
    - Azithromycin ១០មក្រ/គក្រ តាមមាត់ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ថ្ងៃ, *ឬ*
    - Ceftriaxone ៥០ មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃឈាមខ្មៅ រៀងរាល់ថ្ងៃ (សំរាប់អ្នកជំងឺដែលសំរាកពេទ្យ)

- ត្រូវផ្តល់ការបំពេញបន្ថែម នូវជាតិសង្កសី ក្នុងកំរិត ២០ មក្រ/ថ្ងៃ ដល់កុមារសំរាប់រយៈពេល ១០ ទៅ១៤ថ្ងៃ នៅក្នុងកំឡុងពេលរាកស្រួចស្រាវ
    - ត្រូវផ្តល់ជាតិសង្កសី ១០ មក្រ/ថ្ងៃ ដល់ទារក អាយុតិចជាង ៦ខែ
- ត្រូវផ្តល់ដល់មាតា ឬ អ្នកថែទាំនូវ ORS សំរាប់ប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ រហូតដល់បាត់ការរាករូស។
- ត្រូវធ្វើការពិនិត្យតាមដាន ក្នុងរយៈពេល ២ ទៅ ៣ថ្ងៃ ឬក៏ឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើរោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ទៅ។

១២-៣ ជំងឺរាករ៉ាំរ៉ៃ

- រាករូសរ៉ាំរ៉ៃ ដែលអូសបន្លាយពេលលើសពី ២៨ថ្ងៃ ធ្វើអោយមានការប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់ ដែលកើនឡើង ១០ដង ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគ ។
- ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានឆាប់រហ័ស ទៅតាមលទ្ធភាពដែល អាចធ្វើទៅបាន ប្រសិនបើកុមារពុំទាន់បានទទួលការព្យាបាលនោះទេ។
- បារ៉ាស៊ីត ដូចជា giardia, cryptosporidium និង isospora អាចបណ្តាលអោយមានរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- មូលហេតុផ្សេងៗទៀត ដែលបង្កអោយមានរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ រួមមានៈ
    - ជំងឺពោះវៀនបង្កដោយ មេរោគអេដស៍ផ្ទាល់ (HIV enteropathy)
    - កង្វះជីវជាតិ (សង្កសី, niacin)
    - MAC, CMV, ឬ របេងពោះវៀន
    - មហារីកកូនកណ្តុរ នៅប្រដាប់រំលាយអាហារ (GI lymphoma) ឬ Kaposi's sarcoma
- ត្រូវធ្វើលាមកទៅពិនិត្យមីក្រូទស្សន៍ (រកពងព្រូន ឬ បារ៉ាស៊ីត) និងធ្វើការបណ្តុះមេរោគ
    - ប្រសិនបើរកឃើញមេរោគណាមួយហើយ ត្រូវធ្វើការព្យាបាលតាមតារាងទី២៤ ដូចខាងក្រោមនេះ

- ត្រូវព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន ជំងឺ giardia ដោយប្រើ metronidazole ៧.៥ មក្រ/គក្រ/ដូស រៀងរាល់ ៨ម៉ោង សំរាប់រយៈពេល ១០ថ្ងៃ

- ត្រូវផ្តល់បំពេញបន្ថែមជាតិសង្កសី ដល់កុមារ ក្នុងកំរិត ២០មក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ ទៅ ១៤ថ្ងៃ
    - ១០មក្រ/ថ្ងៃ សំរាប់ទារកអាយុតិចជាង ៦ខែ
- ត្រូវផ្តល់វីតាមីន A ក្នុងកំរិតសមស្របតាមអាយុ លើកលែងតែឱសថនេះ ត្រូវបានប្រើប្រាស់រយៈពេល១ខែ មុននេះ
- ប្រសិនបើ មានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ គឺត្រូវផ្តល់ multivitamin រៀងរាល់ថ្ងៃ
- ត្រូវផ្តល់ដល់ម្តាយ ឬ អ្នកថែទាំនូវ ORS សំរាប់ប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ រហូតដល់បាត់រាក។
- គំនូសបំព្រួញ ទី៨ ណែនាំ អំពីវិធីថែទាំកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ។

គំនូសបំព្រួញទី៨: វិធីសាស្រ្តព្យាបាលកុមារមានជំងឺរាករ៉ាំរ៉ៃ

មានជំងឺរាក≥14 ថ្ងៃ

បាត់បង់ស្មារតី(Shock),
បាត់បង់ជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ, កង្វះចំណីអាហារ,
ការបញ្ចូលជាតិទឹកតាមមាត់មិនគ្រប់គ្រាន់

មាន

- ដាក់អោយសំរាកពេទ្យ
- បញ្ចូលបង្រ្គប់ជាតិទឹកតាមសរសៃឈាម
- បង្រ្គប់ជាតិ electrolyte ដែលខ្វះខាត
- ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក(antibiotic) បើមានបាត់បង់ ស្មារតី ឬ រាកមានឈាម
- ធ្វើការវាយតំលៃ ទៅតាមបែបបទខាងក្រោម

គ្មាន

បង្រ្គប់ជាតិទឹក ផ្គត់ផ្គង់ចំណីអាហារ

ធ្វើការពិនិត្យលាមក និងធ្វើការបណ្តុះលាមក
ប្រសិនបើជាមានគ្រុនក្តៅ

ធ្វើការញែកមេរោគបាក់តេរី
ដែលបង្ការរោគក្នុងការបណ្តុះមេរោគ?

មាន

ផ្តល់ Antibiotics គ្រាប់តាមមាត់ (សូមមើលតាមតារាងទី២៤)

ពិនិត្យឃើញមានពង ឬ
ពពួកប៉ារ៉ាស៊ីត?

មាន

ផ្តល់ឱសថទំលាក់ព្រូន
(សូមមើលតាមតារាងទី២៤)

វត្តមានកោសិកាសនៅក្នុងលាមក,
ពុំមានវត្តមានមេរោគផ្សេងៗទៀតដោយ
មើលមីក្រូទស្សន៍:ជាជំងឺរាកបង្កដោយវីរុស

មាន

ផ្តល់ការគាំទ្រ សំរាប់ការថែទាំ
មិនត្រូវផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក

គ្មាន

មិនអាចកំណត់បាន ថាមានការបង្ករោគ
និងមាន
សារជាតិកាត់បន្ថយលាមករិជ្ជមាន

មាន

មានសារជាតិស្ករ lactose
ក្នុងទឹកដោះគោតិចតួច

តើការព្យាបាលបាន
ធូរស្បើយទេ?

មាន

បង្រ្គប់ការព្យាបាល
ទៅតាមកាលកំណត់

គ្មាន

ធ្វើការវាយតំលៃឡើងវិញ
ការព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន
ដោយ metronidazole
ពិចារណាធ្វើអេកូពោះ
ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺរបេង
MAC, និង lymphoma

តារាងទី២៤: ការព្យាបាលជំងឺរាគដែលដឹងពីមូលហេតុច្បាស់លាស់

មូលហេតុ	ការព្យាបាល
មេរោគបាក់តេរី:	
មេរោគ Salmonella (ដែលមិនមែនជាមេរោគបង្កជំងឺគ្រុន ពោះវៀន) *Salmonella* (non-typhoidal)	ប្រើ Ciprofloxacin ១៥មក្រ/គក្រ លេប ២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល ៣-៧ថ្ងៃ
មេរោគគ្រុនពោះវៀន (Salmonella typhi)	ប្រើ Ceftriaxone ៥0-៧៥មក្រ/គក្រ លេប ឬ ចាក់សរសៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ *ឬ* ប្រើ Ciprofloxacin ១៥/គក្រ ដាក់ក្នុងសេរ៉ូម ចាក់សរសៃ ២ដង ក្នុងរយៈពេល ៧ថ្ងៃ
មេរោគ Shigella	ប្រើ Ciprofloxacin ១៥មក្រ/គក្រ លេប ២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល៣ថ្ងៃ
មេរោគ Escherichia coli	មិនចាំបាច់ប្រើឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកទេ (antibiotic)
មេរោគ Campylobacter jejuni	ប្រើ Erythromycin ១0មក្រ/គក្រ លេប ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ *Or* ប្រើ Ciprofloxacin ១៥មក្រ/គក្រ លេប ២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ
មេរោគ Cholera	ប្រើ Erythromycin ២0មក្រ/គក្រ/ដូស, លេប ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ

	រយៈពេល៣ថ្ងៃ
មេរោគ Mycobacterium avium Complex	ប្រើ Clarithromycin ១៥មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ២ដង *ឬ* ប្រើ Azithromycin ១០មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ *បូកនឹង* Ethambutol ១៥-២៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ *បូកនឹង* Rifabutin ១០-២០ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ *ឬ* Ciprofloxacin ២០-៣០ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ
ជំងឺរបេង (Tuberculosis)	ប្រើ 2RHZE/4RH
មេរោគ Yersina enterocolitica	ប្រើ TMP-SMZ (ប្រើ TMP ៨ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ) លេបចែកជា ២ដង រយៈពេល ៥ថ្ងៃ
មេរោគ Protozoa:	
ពពួក Cryptosporidium	គ្មានការព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធិភាពឡើយ វាអាចជាសះស្បើយដោយខ្លួនឯង ក្រោយពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ប្រើ Azithromycin ១០ មក្រ/គក្រ លេបម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១ថ្ងៃ, បន្ទាប់មកបន្ត ដោយកំរិតដូស ៥ មក្រ/គក្រ លេបម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៩ថ្ងៃ បើចាំបាច់

	ប្រសិនបើការព្យាបាលមិនឆ្លើយតបទេ, ត្រូវប្រើ azithromycin ១០ មក្រ/គក្រ រយៈពេល២សប្តាហ៍
មេរោគ Isospora belli	ប្រើ TMP-SMZ (កំរិតឱសថ TMP ៥ មក្រ/គក្រ/ដូស) លេប ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ថ្ងៃ បន្ទាប់មក លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៣សប្តាហ៍.
មេរោគ Giardia lamblia	ប្រើ Metronidazole ២០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ដោយលេបចែកជា៣ដង រយៈពេល ១០ថ្ងៃ
មេរោគ Entamoeba histolytica	ប្រើ Metronidazole ៣៥-៥០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ដោយលេបចែកជា៣ដង រយៈពេល ១០ថ្ងៃ
មេរោគ Microsporidia	ប្រើ Albendazole ២០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៤សប្តាហ៍
Cyclospora	ប្រើ TMP-SMZ (TMP ៥ មក្រ/គក្រ/ដូស) លេប៤ដងក្នុងថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ បន្ទាប់មកលេប២ដង រយៈពេល ៣សប្តាហ៍

១២-៤ ជំងឺរលាកថ្លើមបង្កដោយមេរោគវីរុស)

រោគសញ្ញា និងចង្កោមរោគសញ្ញា នៃការរលាកថ្លើមដោយវីរុសស្រួចស្រាវ មានដូចខាងក្រោមៈ

- ចង្អោរ និងក្អួត
- បាត់បង់ភាពចង់ញុំាអាហារ
- ឈឺចុកផ្នែក១/៤ ខាងលើ និងខាងស្តាំពោះ
- ស្បែកមានពណ៌លឿង
- រមាស់

- ទឹកនោមមានពណ៌លឿងចាស់
- លាមកមានពណ៌សប្រផេះ

ប្រភេទនៃជំងឺរលាកថ្លើមដោយវីរុសផ្សេងៗ អាចបង្កអោយមានការរលាកថ្លើមដែលមានចង្កោមរោគសញ្ញាស្រួចស្រាវ។ ការរលាកថ្លើមដោយវីរុស ប្រភេទ A បង្កអោយមានជំងឺស្រួចស្រាវខ្លាំងជាង ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទ B ឬ C ។ ការញែកអោយដាច់នូវការរលាកថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ ពីជំងឺរលាកថ្លើមដោយវីរុសស្រួចស្រាវមានជួបការលំបាកដោយសារការប្រើឱសថ។ ចំពោះកុមារដែលពុលថ្លើម ដោយឱសថ គឺត្រូវបញ្ឈប់ឱសថភ្លាមៗនៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញ។

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលសង្ស័យថាមានរលាកថ្លើម ដោយវីរុសស្រួចស្រាវត្រូវតែទទួលការពិនិត្យដូចខាងក្រោម

- ធ្វើតេស្តរាប់កោសិកាឈាម (CBC), ធ្វើតេស្តពិនិត្យជាតិគីមីសាស្ត្រក្នុងឈាម, ធ្វើតេស្តពិនិត្យមុខងារថ្លើម (LFTs) និងរយៈពេលឈាមកក (prothrombin time)
- ធ្វើការបណ្តុះឈាម ប្រសិនបើមានគ្រុនក្តៅ
- បញ្ឈប់មួយរយៈ ការប្រើឱសថដែលធ្វើអោយពុលថ្លើម
- ធ្វើតេស្ត AgHBs, hepatitis A Ig M, និងអង្គបដិបក្ខវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C
- ធ្វើការពិនិត្យដោយប្រើ Ultrasound នៅផ្នែក១/៤ ខាងលើ និងខាងស្តាំនៃពោះ ប្រសិនបើជាមានការ ឈឺចាប់ខ្លាំង ក្តៅខ្លួនខ្លាំង ឬបន្តទៅពិនិត្យមើលនិន្នាការនៃកំរិតមុខងារថ្លើម (serum transaminase levels)
- អនុវត្តតាមពិធីសារ ស្តីពីការចាប់ផ្តើមឡើងវិញ នូវឱសថដែលធ្វើអោយពុលថ្លើម នៅពេលដែលកំរិត transaminase ធ្លាក់ចុះ

<u>ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទA និងប្រភេទ E</u>

- ឆ្លងតាមរយៈច្រកចូលពីលាមកមកមាត់ ដែលជាញឹកញាប់ឆ្លងតាមចំណីអាហារ

- ជាកំរណាស់ ដែលវាវិវត្តទៅរកការខូចខាតថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ
- ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទ A អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយធ្វើតេស្ត សេរ៉ូមរកអង្គបដិបក្ខ IgM
- ចង្កោមរោគសញ្ញាជាទូទៅ នៅមានជាប់រយៈពេលពី ២ទៅ៣សប្តាហ៍ និងចាប់ផ្តើមថយចុះបន្តិចម្តងជាមួយនឹងការថែទាំ

<u>ជំងឺរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទB (HBV)</u>

- ជាញឹកញាប់ វីរុសបង្កជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B វាឆ្លងដោយផ្ទាល់នៅពេលសំរាលកូន តាមរយៈការចំលងរោគពីម្តាយទៅកូន។
- ការឆ្លងជាប្រយោល នៅក្នុងវ័យកុមារភាព កើតមានមួយចំនួនធំ
- ភាគច្រើននៃកុមារក្លាយជាអ្នកផ្ទុកវីរុសរ៉ាំរ៉ៃ និងមិនមានបញ្ចេញជារោគសញ្ញានៃការបង្ករោគរយៈពេលច្រើនឆ្នាំ
- ការប្រែក្លាយពីរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ទៅជា ស្រូចស្រាវ អាចកើតមាននៅពាក់កណ្តាលចុងក្រោយនៃវ័យ កុមារ និងធ្វើអោយមានការភ័ន្តច្រឡំថា ជាការឆ្លងថ្មីៗ
- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB ជាផ្នែកមួយនៃកាលវិភាគ សំរាប់ចាក់ឱសថបង្ការ នាពេលបច្ចុប្បន្ន នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។
- គ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកជំងឺរលាកថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ដោយវីរុសប្រភេទ B
- កុមារពេញវ័យ អាយុ ≥ ១២ឆ្នាំ ដែលមានផ្ទុកមេរោគរួមគ្នា គឺមេរោគអេដស៍ និងថ្លើមប្រភេទ B ត្រូវតែទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលមានឱសថ tenofovir និង lamivudine ឬ emtricitabine backbone (សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការប្រើប្រាស់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ)។
- កុមារមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវធ្វើការតាមដាន ដោយយកចិត្តទុកដាក់ នៅពេលដែលប្រើប្រាស់ឱសថ ដែលអោយពុលដល់ថ្លើម។

<u>ជំងឺរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទC (HCV)</u>

- ការបង្ករោគរួមរវាងមេរោគថ្លើមប្រភេទ C និងមេរោគអេដស៍មានជាញឹកញាប់ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនដោយចាក់ តាមសរសៃឈាម និងក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស
- ការចំលងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C ពីកំណើតមានប្រហែល ១០% ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមានការបង្ករោគរួមជាមួយមេរោគថ្លើមប្រភេទ C និងមេរោគអេដស៍
- គ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវរកមេរោគថ្លើមប្រភេទ C តាមការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខរបស់វីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C
- ការព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C គឺត្រូវប្រើឱសថ interferon និង ribavirin ប៉ុន្តែឱសថនេះ មិនអាចរកបានគ្រប់ទីកន្លែងទេ។
- កុមារដែលផ្ទុកមេរោគថ្លើមប្រភេទ C រ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវធ្វើការតាមដានដោយយកចិត្តទុកដាក់ អំពីការពុល នៅពេលប្រើឱសថ ដែលមានជាតិពុលដល់ថ្លើម។

ជំពូកទី១៣

ជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀត

ចំណុច**គន្លឹះ** :

- ជំងឺ Mycobacterium avium complex រីករាលដាល និងកើតមានចំពោះកុមារ ដែលមានប្រព័ន្ធការពារខ្លួនចុះទាបខ្លាំង (immunosuppression) ដែលបង្កអោយមានក្តៅខ្លួន ពុំមានមូលហេតុច្បាស់លាស់ ស្រកទំងន់ ស្លេកស្លាំង និងប្រព័ន្ធមុខងារថ្លើមកើនឡើង
- MAC រីករាលដាល និងជំងឺរបេង ដែលជាទូទៅ លំបាកក្នុងការបែងចែកអោយដាច់ពីគ្នា
- *Penicillium marneffei* មានការរាតត្បាត នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ និងបង្កអោយមានជំងឺបង្កដោយមេរោគផ្សិតរីករាលដាល លើអ្នកជំងឺដែលមានប្រព័ន្ធការពារចុះខ្សោយខ្លាំង
- រលាកស្បែក មានលក្ខណៈច្បាស់លាស់បញ្ជាក់ថា ជាជំងឺ penicilliosis រីករាលដាល
- ជំងឺ Histoplasmosis ត្រូវបានគេរាយការណ៍ថា មាននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងជាមូលហេតុបង្កអោយមានដំបៅស្បែករីកធំ ដែលដូចគ្នាទៅនឹងជំងឺ Penicillium
- ឱសថ Itraconazole គឺជាជំពូកឱសថ azole សំរាប់ព្យាបាលជំងឺ penicilliosis និង histoplasmosis
- វីរុស CMV បង្កអោយមានការរលាកគ្រាប់ភ្នែកខាងក្នុង (retinitis) ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានកំរិត CD4 ចុះទាបខ្លាំង និងបានធូរស្បើយវិញ នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
- កុមារដែលមានរលាកគ្រាប់ភ្នែកខាងក្នុង ដោយមេរោគ CMV ត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយ intraocular ឬ systemic ganciclovir សំរាប់រក្សាគំហើញ នៅពេលដែលប្រព័ន្ធការពារខ្លួនបានបង្កើនឡើងវិញ ដោយសារការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

១៣-១ ជំងឺ Disseminated Mycobacterium avium complex (MAC)

អេពីដេមីសាស្ត្រ (Epidemiology)

មេរោគ M. avium និង M. Intracellulare ផ្សំគ្នាបង្កើតបានជាមេរោគ Mycobacterium avium complex។ គេសង្កេតឃើញពួកវា មាននៅគ្រប់ទីកន្លែងក្នុងបរិស្ថាន ហើយការបង្ករោគសាយភាយ ច្រើនបណ្តាលមកពីការឆ្លងថ្មី ជាជាងការរើឡើងវិញ នៃការឆ្លងពីមុន ។ វាកំរកើតមានចំពោះកុមារ។

Disseminated MAC អាចកើតមាន នៅពេលដែលកំរិត CD4 ធ្លាក់ចុះទាប ដែលទាក់ទងទៅនឹងអាយុនៃកុមារ ដូចខាងក្រោម៖

- កុមារអាយុ <១២ ខែ:កំរិត <៧៥0 cells/mm^3
- កុមារអាយុ ១២-២៤ ខែ: កំរិត <៥00 cells/mm^3
- កុមារអាយុ ២-៥ ឆ្នាំ: កំរិត <៧៥ cells/mm^3
- កុមារអាយុ ≥៦ ឆ្នាំ: កំរិត <៥0 cells/mm^3

ការបង្ហាញចេញជារោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ចង្កោមរោគសញ្ញាដង្ហើម មិនសូវកើតមានចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមាន Disseminated MAC ទេ ហើយជំងឺសួតតែឯងកំរមានណាស់។
- មានក្តៅខ្លួនរយៈពេលយូរ ឬសារចុះសារឡើង
- ស្រកទំងន់ ឬ មិនឡើងទំងន់
- បែកញើស អស់កំលាំង
- មានរាគរយៈពេលយូរ ឬ ឈឺក្នុងពោះសារចុះសារឡើង
- មានហើមប្រព័ន្ធកូនកណ្តុរ (Lymphadenopathy), ថ្លើមរីកធំ,និងអណ្តើករីកធំ (splenomegaly)

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ស្លេកស្លាំង ចំនួនគ្រាប់ឈាមសចុះ និងចំនួនកោសិកា thrombocyte ចុះ (thrombocytopenia) គឺជារោគសញ្ញាបញ្ជាក់ថា មានការបង្ករោគនៅខួរឆ្អឹង។
- ការកើនឡើងជាតិ alkaline phosphatase និង lactate dehydrogenase មានជាញឹកញាប់ ប៉ុន្តែមិនជាក់លាក់
- ការកំណត់មេរោគក្នុងលាមក អាចឬមិនអាចបញ្ជាក់ពីការបង្ករោគ ព្រោះ MAC អាចប្រមូលផ្តុំជាផ្នែកតូចៗ នៅស្រទាប់ភ្នាស (epithelial) ក្រពះ ពោះវៀន ដោយគ្មានបង្កអោយមានជាជំងឺឡើយ
- ការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍ (ដោយគ្មានបណ្តុះមេរោគ) គឺពុំមានភាពខុសគ្នារវាង MAC និងរបេងឡើយ

- រោគវិនិច្ឆ័យចុងក្រោយ តំរូវអោយធ្វើការញែកមេរោគដោយលែក តាមរយៈការបណ្តុះមេរោគ mycobacterial ពីសារជាតិគ្មានមេរោគដូចជា ឈាម ខួរឆ្អឹង បូមយកទឹករងៃកូនកណ្តុរ គោលិកា ឬ ទឹកនោម
- សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ ង អំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ MAC និងជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀត

ការព្យាបាល

- យ៉ាងហោចណាស់ ក៏ប្រើឱសថពីរមុខបញ្ចូលគ្នា ដើម្បីជៀសវាងមេរោគស៊ាំនឹងជាតិឱសថភ្លាមៗ
  - Azithromycin ១០មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ, ឬក៏អោយ Clarithromycin ១៥ មក្រ/គក្រ លេប២ដង និង
  - Ethambutol ១៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ, ដោយបូកបន្ថែម ឬ មិនចាំបាច់ជាមួយ(+/-)
  - Rifampicin ១៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ (ត្រូវប្រើ azithromycin បើបន្ថែម rifampicin)
- ឱសថ Ciprofloxacin ឬ amikacin អាចមានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងករណីដែលមានការបរាជ័យឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលស្តង់ដា
- ការព្យាបាលត្រូវផ្តល់រយៈពេល ១២ខែ បន្ទាប់មកបន្តដោយការព្យាបាលបង្ការ (Secondary Prophylaxis)
- ជំងឺបង្កដោយមេរោគរបេង និង MAC ហាក់ដូចជាស្រដៀងគ្នា។ នៅទីកន្លែងដែលការបណ្តុះមេរោគរបេងមិនអាចអនុវត្តបាន ត្រូវព្យាបាលជំងឺរបេងជាមុនសិន។ ក្នុងករណីដែល ព្យាបាលមិនធូរស្រាលគឺ ត្រូវព្យាបាល MAC ដោយ Azithromycin ១០មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ដែលអាចជាការបន្ថែម លើការព្យាបាលជំងឺរបេង។
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើម ចំពោះគ្រប់អ្នកជំងឺភ្លាមៗក្នុងកំឡុងពេល ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺអាចទ្រាំបាន និងការព្យាបាលជំងឺរបេង ឬ MAC ។

ការព្យាបាលបង្ការដំបូងនិងការព្យាបាលបន្ទាប់

- យោងតាមទិន្នន័យដែលមាន ការព្យាបាលបង្ការដំបូង សំរាប់ MAC មិនត្រូវបានណែនាំអោយប្រើឡើយនៅពេលនេះ។
- កុមារដែលមានប្រវត្តិកើត Disseminated MAC ត្រូវទទួលការព្យាបាលរយៈពេល១២ខែ បន្តដោយការព្យាបាលបង្ការបន្ទាប់ ដោយប្រើឱសថ Azithromycin ៥មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ និងឱសថ Ethambutol ១៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ
- នៅពេលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ហើយកំរិត CD4 កើនឡើងខ្ពស់ជាងកំរិតមូលដ្ឋាន រយៈពេលលើសពី ៦ខែ ការព្យាបាលបង្ការបន្ទាប់អាចបញ្ឈប់បាន។

១៣-២ ជំងឺបង្កដោយមេរោគPenicilliosis

- Penicilliosis គឺជាជំងឺរាតត្បាត ដោយមេរោគផ្សិត ដែលបង្កដោយមីក្រូសរីរៈឈ្មោះ *Penicillium marneffei* ច្រើនកើតមានការរាតត្បាត នៅទ្វីបអាស៊ីអាគ្នេយ៍
    - អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺខ្ពស់ជាងគេ នៅប្រទេសថៃ ខាងជើង
- កំរិតកោសិកា CD4 នៃមនុស្សពេញវ័យថយចុះទាប ក្រោម ១០០ cells/mm^3 ជាហេតុបង្កើត អោយមានការប្រឈមមុខ ក្នុងការបង្កអោយមានជំងឺ។ កំរិតមូលដ្ឋាននៃ CD4 ដែលប្រឈមនឹងជំងឺនេះ លើកុមារ អាយុតិចជាង ៥ឆ្នាំ មិនទាន់ដឹងច្បាស់នៅឡើយទេ។

បាតុភូតគ្លីនិក

- ជាធម្មតា វាស្តែងចេញជាជំងឺរាលដាល ដោយមានគ្រុនក្តៅ ស្លេកស្លាំង ស្រកទំងន់ ជំងឺកូនកណ្តុរ (lymphadenopathy) រលាកសួត និងមាន ឬគ្មានថ្លើម និងអណ្តើករីកធំ។
- ពងទឹកលើស្បែក (Papular) ដំបៅស្បែក ឬ នៅជុំវិញផ្ចិត ដែលជួបប្រទះជាញឹកញាប់ ហើយអាចច្រឡំនឹងជំងឺបង្កដោយមេរោគ Molluscum contagiosum ឬ Cryptococcus (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ គ)
- ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ដែលមានជាបូសខួរក្បាល ក៏អាចមានផងដែរ

ការអង្កេតស្រាវជ្រាវ (Investigation)

- ចំនួនគោលិកាឈាមចុះ (Pancytopenia) កំរិតអង់ហ្ស៊ីមថ្លើមឡើងខ្ពស់ កំរិតជាតិ alkaline phosphatase ឡើងខ្ពស់
- ការរលាកសាច់សួត ឬកូនពកសាច់សួត (Nodular or cavitary lesions) មើលឃើញពេលថតសួត ដោយកាំរស្មី X ដែលអាចអោយច្រឡំជាមួយជំងឺរបេង
- ការកំណត់រកមេរោគផ្សិត ដោយធ្វើការបណ្តុះឈាម ស្បែកដំបៅ ឬបូមយកទឹកកូនកណ្តុរ (lymph node) ឬ ខួរឆ្អឹងដែលអាចបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់

ការព្យាបាល

- Amphotericin B 0.៧ មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃរាល់ថ្ងៃ យ៉ាងហោចណាស់ ២សប្តាហ៍, បន្តដោយ
- Itraconazole ៥ មក្រ/គក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់រយៈពេល ១០សប្តាហ៍
    - ជាឱសថប្រភេទទឹក ដែលគេចូលចិត្តប្រើ
- ក្រោយពេលការព្យាបាលបានបញ្ចប់ ការព្យាបាលបង្ការបន្ទាប់ ត្រូវបន្តដូចខាងក្រោម។
- Fluconazole មានប្រសិទ្ធិភាពតិចតួចប្រឆាំងនឹង Penicillium ។ កំរិតបរាជ័យនៃការព្យាបាល ត្រូវបានរាយការណ៍ថា មានរហូតដល់ ៦៤%
    - ប្រើ amphotericin B រហូតដល់ itraconazole អាចរកបាន

- Fluconazole ៨ មក្រ/គក្រ លេប២ដងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ amphotericin B ឬ itraconazole អាចរកបាន

ការព្យាបាលបង្ការបន្ទាប់(Secondary prophylaxis)

- Itraconazole ៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ត្រូវប្រើរហូតដល់ប្រព័ន្ធការពារខ្លួនកើនឡើងវិញ
    - ប្រសិទ្ធិភាពនៃការព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole មិនដឹងច្បាស់ទេ គេអាចសាកល្បងក្នុងកំរិត ៦-១២ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ
- ការព្យាបាលបង្ការបន្ទាប់ អាចបញ្ឈប់បាន បើៈ
    - អាយុលើសពី ៥ឆ្នាំ
    - ការព្យាបាលជំងឺផ្សិតបានលើសពី ១២សប្តាហ៍
    - ការកើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធការពារខ្លួនដែលកំរិត CD4 >១៥០ cells/mm^3 ក្រោយរយៈពេល ៦ខែ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់

១៣-៣ ជំងឺ Histoplasmosis

អេពីឌេមីសាស្ត្រ

- ជំងឺ Histoplasmosis បណ្តាលមកពីការបង្ករោគដោមេរោគ dimorphic fungus Histoplasma capsulatum
- កំរិត CD4 នៅលើមនុស្សពេញវ័យ ទាបជាង ១៥០ cells/mm^3 បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងជំងឺ Histoplasmosis ។ កំរិតមូលដ្ឋានទាក់ទងនឹងអាយុកុមារ អាយុតិចជាង ៥ ឆ្នាំ មិនទាន់ដឹងច្បាស់ទេ។
- អត្រាឆ្លងទូទៅនៃជំងឺ Histoplasmosis លើកុមារ មិនត្រូវបានពិនិត្យអោយមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធនៅឡើយទេ (systematically examined) ប៉ុន្តែស្តែងអោយឃើញថា មានកំរិតទាប នៅមុនពេលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
- ជំងឺ Histoplasmosis ត្រូវបានគេរកឃើញដោយកំរ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។

បាតុភូតគ្លីនិក

- ជំងឺ Histoplasmosis នៅស្ងួតស្រួចស្រាវ
    - មានក្អក គ្រុនក្តៅ រសេះរសោះក្នុងខ្លួន រងាញ្រី ឈឺសាច់ដុំ មិនឃ្លានអាហារ និងឈឺដើមទ្រូង
- ជំងឺ Histoplasmosis រាលដាល (Disseminated)
    - គ្រុនក្តៅបន្តរយៈពេលយូរ

- ស្រកទំងន់, យឺតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់
- ថ្លើម និងអណ្តើករីកធំ ជំងឺប្រព័ន្ធកូនកណ្តុរ (lymphodenopathy)
- ដំបៅមាត់រីកធំ
- មានជំងឺផ្សិតតិចតួច ឬ មានដុំពក ឬ ពងបែកលើស្បែករាងមូលដូចផ្សិត
- ចង្កោមរោគសញ្ញាសួត ដូចជាមាន ក្អក ពិបាកដកដង្ហើម

ការអង្កេតស្រាវជ្រាវ (Investigation)

- គោលិកាឈាមចុះទាប (pancytopenia) កំរិតមុខងារថ្លើម (transaminase) ឡើងខ្ពស់ និងកំរិត LDH ឡើងខ្ពស់ខ្លាំង
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X បង្ហាញអោយឃើញ បែបចំណុចតូចៗ នៅសាច់សួត (miliary pattern) ដែលមានភាពដូចគ្នានឹងជំងឺរបេង
- បណ្តុះមេរោគ ដើម្បីញែករកមេរោគផ្សិត អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់ ប៉ុន្តែកំរមាន
- ការកំណត់រក Histopathologic នៃទំរង់ជាកញ្ចុំផ្សិត (yeast forms) នៅក្នុងគោលិកាឈាមស និង macrophages នៅលើការពិនិត្យភ្នាសឈាម ខួរឆ្អឹង ឬ BAL លើកញ្ចក់ដោយបំពាក់ពណ៌ Giemsa stained (Giemsa stained smears)
- ពណ៌ប្រាក់នៅលើជាលិកាដែលច្រឹបយកទៅពិនិត្យ (biopsy) អាចបញ្ជាក់ថា ជាទំរង់កញ្ចុំផ្សិត (yeast forms)

ការព្យាបាល

- Amphotericin B ១ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចាក់តាមសរសៃ រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ២សប្តាហ៍, បន្តដោយ
- Fluconazole* ៦-៨ មក្រ/គក្រ រាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១២ខែ (ដំណាក់កាលព្យាបាលបន្ត) (maintenance phase)
- កុមារដែលមានរលាកស្រោមខួរដោយជំងឺ Histoplasmosis
  - ព្យាបាលដោយប្រើ Amphotericin B ត្រូវបន្តរយៈពេល ១២-១៦ សប្តាហ៍ ហើយត្រូវបន្តដោយការព្យាបាលបន្ត (maintenance therapy)
- អ្នកជំងឺដែលមិនសំរាកពេទ្យ ព្យាបាលដោយ fluconazole* ៥-៦ មក្រ/គក្រ ២ដងរាល់ថ្ងៃ ដោយមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលដោយ amphotericin B

* បើសិនជាមានឱសថ itraconazole ប្រភេទទឹក គួរប្រើឱសថនេះក្នុងកំរិត ២-៥ មក្រ/គក្រ ផឹក ២ដងរាល់ថ្ងៃ ជំនួស fluconazole នៅក្នុងការព្យាបាលខាងលើ ដើម្បីបង្កើនសុពលភាព និងប្រសិទ្ធិភាពផ្នែកគ្លីនិក។

ដំណាក់កាលព្យាបាលបន្ត(maintenance phase)

- Fluconazole ៦ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ១២ខែ
    - Itraconazole ២-៥ មក្រ លេប ២ដងរាល់ថ្ងៃ (ត្រូវបានប្រើជំនួស fluconazole) នៅទីកន្លែងដែលមាន
- ការព្យាបាលបន្ត (maintenance phase) អាចបញ្ឈប់បាន ប្រសិនបើៈ
    - អាយុលើសពី ៥ឆ្នាំ
    - ការព្យាបាលរោគផ្សិត បានលើសពី១២ខែ
    - ប្រព័ន្ធការពារខ្លួន កើនឡើងវិញ ដែលមានកំរិត CD4 លើសពី ១៥% និង >១៥០ cells/mm^3 ក្រោយរយៈពេល ៦ខែនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
- maintenance therapy ត្រូវចាប់ផ្តើមឡើងវិញ ចំពោះកុមារដែលមានប្រវត្តិជំងឺ Histoplasmosis ហើយមាន CD4 ចុះទាប ពីកំរិតកំណត់ ដូចបញ្ជាក់ខាងលើ។

១៣-៤ ការបង្ករោគដោយវីរុសCytomegalovirus (CMV)

- ជាប្រភេទវីរុសដែលបង្កអោយមានជំងឺញឹកញាប់ នៅដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ (advanced HIV infection)
- ជាមូលហេតុបង្កអោយមានរលាកភ្នែកខាងក្រោយ (retinitis) ជាញឹកញាប់ ហើយក៏អាចបង្កអោយមានជំងឺនៅសរីរាង្គផ្សេងៗទៀត
- អាចបង្កអោយមានរលាកពោះវៀន រលាកបំពង់អាហារ រលាកខួរក្បាល រលាកថ្លើម រលាកផ្លូវទឹកប្រមាត់ រលាកសួត ដំបៅលើស្បែក ឬក៏ គ្រុនក្តៅមានរយៈពេលយូរ

អេពីដេមីសាស្រ្ត

- មុនពេលមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ២០ ទៅ ៣០% នៃអ្នកជំងឺពេញវ័យដែលមានកំរិត CD4 ចុះទាប ជាង ១០០ cells/mm^3 អាចមានជំងឺ រលាកភ្នែកខាងក្រោយ (retinitis) ដោយមេរោគ CMV ក្នុង១ឆ្នាំៗ។
- កំរជួបប្រទះ នៅពេលមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
- ត្រូវសង្ស័យជាជំងឺCMV ចំពោះអ្នកជំងឺដែលទើបធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថ្មីៗ ដែលមានបញ្ហាមើលឃើញ និងមាន CD4 ចុះទាប។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាមើលឃើញមិនធម្មតាភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ART ដែលអាចបង្ហាញឡើងជា IRIS។

បាតុភូតគ្លីនិកៈ

- សញ្ញាគ្លីនិកដែលជួបញឹកញាប់គឺ ការរលាក retina ភ្នែកដោយមើលឃើញជា ស្រមោលខ្មៅតូចៗ ហោះចុះឡើង (visual " floaters"), ខ្លាចពន្លឺ (pholophobia), និងប៉ះពាល់ដល់ទំហំនៃការមើលឃើញ (visual field defects)។ គេពុំឃើញមានឈឺភ្នែក ឬ ភ្នែកឡើងក្រហមទេ។
- សញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺ CMV ដែលកើតនៅកន្លែងផ្សេងៗ ក្រៅពីគ្រាប់ភ្នែក មានត្រឹមតែ ២០% នៃករណីប៉ុណ្ណោះ ដោយមានរោគសញ្ញា ទៅតាមសរីរាង្គដែលប៉ះពាល់។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ការរលាករ៉េទីន (retina) នៃភ្នែកដោយ CMV អាចរកឃើញ នៅពេលពិនិត្យរ៉េទីនភ្នែកឃើញមាន ការចេញសារធាតុរាវ ពណ៌សយ៉ាងច្រើន នៅជុំវិញសរសៃឈាម(large white perivascular exudates) ដោយមាន ឬ គ្មានការហូរឈាមរួមជាមួយ។
    - ពិចារណាអំពីការពិនិត្យភ្នែក រៀងរាល់ឆ្នាំ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានកំរិតកោសិកា CD4 ទាបជាង ១០០កោសិកា/មម^3
- អ្នកឯកទេសខាងជំងឺភ្នែកដែលមានបទពិសោធន៍ អាចធ្វើការបែងចែកជំងឺរលាករ៉េទីនដោយ CMV ពីជំងឺ cotton-wood spots, ជំងឺ toxoplasmosis, ជំងឺដំបៅរលួយរ៉េទីនស្រួចស្រាវ និងជំងឺដំបៅរលួយភ្នែកខាងក្រៅរ៉េទីនសន្សឹមៗ។ ជំងឺទាំង២ចុងក្រោយនេះ បណ្តាលមកពីវីរុស herpes ហើយត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ acyclovir។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺនេះ នៅលើសរីរាង្គផ្សេងៗទៀត តំរូវអោយធ្វើ biopsy នៃជាលិកាដើម្បីធ្វើ histopathologic និង identification immunoperoxidase staining ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺនេះ លើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល គឺត្រូវធ្វើតេស្ត PCR នៅលើទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF) ប្រសិនបើជាធ្វើបាន។ ការស្កេនដោយ MRI អាចបង្ហាញនូវ Characteristic periventricular ឬ sacral nerve root enhancement ។

ការព្យាបាល

- ការព្យាបាលជំងឺរលាករ៉េទីនដោយ CMV រួមមានការចាក់បញ្ចូលទៅក្នុងគ្រាប់ភ្នែកនូវ Intraocular ganciclovir ដែលត្រូវធ្វើឡើងដោយគ្រូពេទ្យឯកទេសខាងជំងឺភ្នែក ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល។ កុមារដែលមានជំងឺរលាក រ៉េទីនដោយ CMV គួរត្រូវបានបញ្ជូនភ្លាមៗ ជាបន្ទាន់ ទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងការព្យាបាលជំងឺនេះ។
- ការព្យាបាលតាមចរន្តឈាម (systemic therapy) មានអត្ថប្រយោជន៍ដោយធ្វើអោយការលាប់ឡើងវិញមានតិច និងអាចបង្ការការឆ្លងរោគនៅប្រព័ន្ធ សរីរាង្គផ្សេងទៀត ប៉ុន្តែការព្យាបាលនេះពុំទាន់មានទូលំទូលាយទេ។

ការបង្ការ

- ការព្យាបាលបង្ការ ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងវីរុស CMV មិនត្រូវបានណែនាំអោយអនុវត្តទេ។

- ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានឆាប់ហ័ស និងការរកឃើញ Lesion និង រ៉េទីនអោយទាន់ពេលវេលា លើកុមារដែលមាន CD4<១០០កោសិកា/មម^3 ត្រូវអនុវត្ត គ្រប់ពេលដែលអាចធ្វើបាន។

ឯកសារយោង

Baylor International Pediatric AIDS Initiative, HIV curriculum for the health professional, 2007.

Bun Navy et al. The first reported cases of disseminated histoplasmosis in Cambodia, complicated by multiple opportunistic infections. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005, 36:1272.

Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-Exposed and HIV-infected Children. MMWR 2009;58 (RR-11):1-166.

Crowe SM, Carlin JB, et al. Predictive value of CD4 lymphocyte numbers for the development of opportunistic infection and malignancies in HIV-infected persons. JAIDS 1991; 4:770-776.

Gallant JE, et al. Incidence and natural history of cytomegalovirus disease in patients with advanced immunodeficiency disease treated with Zidovudine. J Infect Dis 1992; 166: 1223-27.

Guidelines for the Management of HIV in Children. National Department of Health, South Africa. 2nd Edition, 2010.

Guidelines for HIV/AIDS Diagnosis and Treatment. Ministry of Health, Vietnam. 2009

Handbook on paediatric AIDS in Africa. African Network for the Care of Children Affected by AIDS. 2004.

Lynen, L et al. Clinical HIV/AIDS Care Guideline for Resource Poor Settings. Medicins Sans Frontieres, 2006.

Marais BJ, Graham SM, Cotton MF, Beyers N. Diagnostic and Management Challenges for Childhood Tuberculosis in the Era of HIV. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196 (Suppl 1), S76-S85.

Moore D et al. Childhood tuberculosis guidelines for the Southern African Society of Paediatric Infectious Diseases. South Afr J Epidemiol Infect 2009;24(3):57-68.

National Clinical Guideline for the Management of TB/HIV Co-infection. National Center for HIV/AIDS, Dermatology, and STDs, and National Center for Tuberculosis and Leprosy Control, Kingdom of Cambodia. 2010 draft.

National Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Tuberculosis in children. National Center for Tuberculosis and Leprosy Control, Kingdom of Cambodia. 2008.

National Interim Guidelines for Management of Acute Malnutrition. National Nutrition Programme. 2010 draft.

Perfect, J et al. Guidelines for Management of Cryptococcosis. Clin Infect Dis 2010; 50:291–322.

The PIH Guide to the Community-Based Treatment of HIV in Resource-Poor Settings. Partners In Health Program in Infectious Disease and Social Change, Harvard Medical School. Second Edition, 2006.

Wheat L. et al. Practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2007; 45:807–25.

World Health Organization. Guidance for national tuberculosis and HIV programmes on the management of tuberculosis in HIV-infected children: Recommendations for a public health approach. 2010.

World Health Organization. Guidelines on Cotrimoxazole Prophylaxis for HIV-related Infections among Children, Adolescents, and Adults: Recommendations for a public health approach. 2006.

World Health Organization. Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources, 2005.

World Health Organization. Rapid Advice: Treatment of Tuberculosis in Children. 2010.

World Health Organization. TB/HIV: a clinical manual, 2004.

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធ ក: កាលវិភាគ ពិនិត្យសុខភាពទៀងទាត់ចំពោះកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

អាយុរស់ទារក	កំណើត	អាយុ១.៥ខែ (៦សប្តាហ៍)	អាយុ២.៥ខែ (១០សប្តាហ៍)	អាយុ៣.៥ខែ (១៤សប្តាហ៍)	អាយុ៦ខែ	អាយុ៩ខែ	អាយុ១២ខែ	អាយុ១៥ខែ	អាយុ១៨ខែ
ចំនួនពិនិត្យ	មន្ទីរសម្ភព	ពិនិត្យលើកទី១ នៅសេវាថែទាំ កុមារ	ពិនិត្យលើកទី២ នៅសេវាថែទាំ កុមារ	ពិនិត្យលើកទី៣ នៅសេវាថែទាំ កុមារ	ពិនិត្យលើកទី៤ នៅសេវាថែទាំ កុមារ	ពិនិត្យលើកទី៥ នៅសេវាថែទាំ កុមារ	ពិនិត្យលើកទី៦ នៅសេវាថែទាំ កុមារ	ពិនិត្យលើកទី៧ នៅសេវាថែទាំ កុមារ	ពិនិត្យលើកទី៨ នៅសេវាថែទាំ កុមារ
ការចាក់ឱសថបង្ការ	របេង(BCG) រលាកថ្លើមបេ (0) (HBV (0))	រោគស្វិតដៃជើង (OPV) (១) រោគ ខាន់ស្លាក់ (DTP) រោគHib រោគ ថ្លើមបេ(HBV)(១)	រោគស្វិតដៃជើង (OPV) (២) រោគខាន់ស្លាក់ (DTP) រោគ Hib រោគថ្លើមបេ(HBV) (២)	រោគស្វិតដៃជើង (OPV) (៣) រោគ ខាន់ ស្លាក់(DTP) រោគHib រោគ ថ្លើមបេ(HBV) (៣)		រោគកញ្ជ្រិល			
វាយតំលៃអ្នកជំងឺដោយ✶	- ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ(H) - ការពិនិត្យទូទៅ(P) - ការលូតលាស់(G) - ការធំធាត់(D)	- ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ(H) - ការពិនិត្យទូទៅ(P) - ការលូតលាស់(G) - ការធំធាត់(D)	- ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ(H) - ការពិនិត្យទូទៅ(P) - ការលូតលាស់(G) - ការធំធាត់(D)	- ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ(H) - ការពិនិត្យទូទៅ(P) - ការលូតលាស់(G) - ការធំធាត់(D)	- ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ(H) - ការពិនិត្យទូទៅ(P) - ការលូតលាស់(G) - ការធំធាត់(D)	- ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ(H) - ការពិនិត្យទូទៅ(P) - ការលូតលាស់(G) - ការធំធាត់(D)	- ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ(H) - ការពិនិត្យទូទៅ(P) - ការលូតលាស់(G) - ការធំធាត់(D)	- ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ(H) - ការពិនិត្យទូទៅ(P) - ការលូតលាស់(G) - ការធំធាត់(D)	- ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ(H) - ការពិនិត្យទូទៅ(P) - ការលូតលាស់(G) - ការធំធាត់(D)

ផ្តល់ការណែនាំដល់គ្រប់ គ្រួសារទារក	អប់រំស្តីពី - ការបំបៅកូន - ការផ្តល់ប្រឹក្សា - ការផ្តល់សេវាថែទាំ	អប់រំស្តីពី - ការបំបៅកូន - ការផ្តល់ប្រឹក្សា - ការផ្តល់សេវា ថែទាំ	អប់រំស្តីពី - ការបំបៅកូន - ការផ្តល់ប្រឹក្សា - ការផ្តល់សេវាថែទាំ	អប់រំស្តីពី - ការបំបៅកូន ការផ្តល់ប្រឹក្សា - ការផ្តល់សេវាថែទាំ	អប់រំស្តីពី - ការបំបៅកូន - ការផ្តល់ប្រឹក្សា - ការផ្តល់សេវាថែទាំ	អប់រំស្តីពី - ការបំបៅកូន - ការផ្តល់ប្រឹក្សា - ការផ្តល់សេវាថែទាំ	អប់រំស្តីពី - ការបំបៅកូន - ការផ្តល់ប្រឹក្សា - ការផ្តល់សេវាថែទាំ	អប់រំស្តីពី - ការបំបៅកូន - ការផ្តល់ប្រឹក្សា - ការផ្តល់សេវាថែទាំ	អប់រំស្តីពី - ការបំបៅកូនរូបត្ថម្ភ - ការផ្តល់ប្រឹក្សា - ការផ្តល់សេវាថែទាំ
ការធ្វើតេស្ត រកមេរោគអេដស៍និងការថែទាំទារកដែលបំបៅដោះម្តាយ	របបថែទាំសំរាប់ការបង្ការ ការចំលងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយទៅកូន	ចាប់ផ្តើមប្រើឱសថបង្ការដោយCotrimoxazole ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ DNA PCR លើកទី១ ដោយអនុវត្តតាមពិធីសារ ទី១			រយៈពេល៦សប្តាហ៍ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការបំបៅដោះគឺត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ DNA PCR លើកទី ២ ដោយអនុវត្តតាមពិធីសារ ទី១ (ក)	រយៈពេល៦សប្តាហ៍ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការបំបៅដោះទារក ត្រូវធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ DNA PCR លើកទី ២ ដោយអនុវត្តតាមពិធីសារ ទី១ (ក)			ការបញ្ជាក់ដោយធ្វើតេស្តរកអង្គ បដិបក្ខ (ខ,គ)
ការធ្វើតេស្ត រកមេរោគ អេដស៍និងការថែទាំទារកដែលមិនបៅដោះម្តាយ	របបថែទាំសំរាប់ ការបង្ការនៃការចំលងមេរោគ អេដស៍ឆ្លងពីម្តាយទៅកូន	ចាប់ផ្តើមប្រើឱសថបង្ការដោយCotri- moxazole ការធ្វើ តេស្តរកមេរោគអេដស៍ DNA PCR លើកទី១ ដោយអនុវត្ត តាមពិធីសារ ទី១					ការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខ (ខ,គ)	ការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខ (ខ,គ)	ការបញ្ជាក់ដោយធ្វើតេស្តរកអង្គ បដិបក្ខ (ខ,គ)

✶ H,P,G,D: ការវាយតំលៃអ្នកជំងឺ ដោយពិនិត្យប្រវត្តិជំងឺ ការពិនិត្យទូទៅ ការលូតលាស់ និងការធំធាត់

(ក) ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការបំបៅដោះទារក រយៈពេល៦សប្តាហ៍ បើលទ្ធផលតេស្ត DNA PCR អវិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថា ទារកគ្មានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ

(ខ) រាល់ការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខ ត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ។ ប្រសិនបើ ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការបំបៅដោះ រយៈពេល៦សប្តាហ៍ លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខមេរោគអេដស៍អវិជ្ជមានពីនៅអាយុ១២ ទៅ ១៨ខែ បញ្ជាក់ថាទារកគ្មានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ

(គ) ប្រសិនបើទារកគ្មានរោគសញ្ញា និងមានយ៉ាងហោចណាស់ លទ្ធផលតេស្ត DNA PCR អវិជ្ជមាន ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការបំបៅដោះ រយៈពេលយ៉ាងតិច៦សប្តាហ៍ ការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole អាចបញ្ឈប់នៅអាយុ១២ខែ។ ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្ត DNA PCR ពុំអាចធ្វើបាន ការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole អាចបញ្ឈប់ចំពោះទារកដែលមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខអវិជ្ជមានពីអាយុខែ១២ទៅ១៨ខែ។

ឧបសម្ពន្ធ័ ខ: ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

ដំណាក់កាលទី១

- គ្មានរោគសញ្ញា
- មានឡើងក្រពេញកូនកណ្តុរពេញខ្លួនរយៈពេលយូរ (Persistent)

ដំណាក់កាលទី២

- ថ្លើម និងអណ្តើក រីកធំរយៈពេលយូរ ដោយគ្មានមូលហេតុ*
- មានឡើងកន្ទួលរមាស់លើស្បែក (Papular Pruritic Eruptions)
- មានកើតឫស (wart) ពាសពេញ ដែលបង្កដោយវីរុស
- មានឡើងពងស្បែករីកធំពាសពេញ(molluscum contagiosum)
- ការបង្ករោគ នៅក្រចកដៃ ដោយមេរោគផ្សិត
- មានដំបៅមាត់ជាញឹកញាប់ សារចុះសារឡើង (recurrent)
- ក្រពេញParotid រីកធំ រយៈពេលយូរ ដោយគ្មានមូលហេតុ
- Lined Gingival Erythema
- កើតរើម
- រលាក ផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ រយៈពេលយូរ ឬ រ៉ាំរ៉ៃ (រលាករន្ធត្រចៀក, ហូរខ្ទុះនៅត្រចៀក រលាកឆ្អឹងប្រមុះ ឬ រលាកបំពង់ក)

ដំណាក់កាលទី៣: គេសង្កេតឃើញមានៈ

- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ដោយគ្មានមូលហេតុ ដែលមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលធម្មតា
- មានរាគរយៈពេលយូរ ដោយគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់ (រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ ឬ ច្រើនជាងនេះ)
- គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ ដោយគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់ (កំដៅឡើងលើសពី៣៧,៥^{0}C ដែលមានសភាពចុះឡើងៗ ឬ នៅហ្នឹង ដែលមានរយៈពេលលើសពី១ខែ)
- រោគផ្សិតមាត់រយៈពេលយូរ (កើតមានក្រោយទារកកើតរយៈពេល ៦ ទៅ ៨ សប្តាហ៍ដំបូង)
- ជំងឺ Oral hairy leukoplakia

- ដំបៅរលួយនៅអញ្ចាញ និងនៅជើងធ្មេញ
- ជំងឺរបេងក្រពេញកូនកណ្ដុរ
- ជំងឺរបេងសួត
- រលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ញឹកញាប់ដែលបង្កដោយបាក់តេរី
- ជំងឺ Lymphoid Interstitial Pneumonitis មានចេញរោគសញ្ញា
- ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ ដូចជាការរីកទងសួត(bronchiectasis) ដែលបង្កដោយមេរោគអេដស៍
- ភាពស្លេកស្លាំង ដែលរកមូលហេតុមិនឃើញ (<8g/dl) ចំនួនគ្រាប់ឈាមសចុះ (<$0.5x10^9$ per liter)

<u>ដំណាក់កាលទី៤រួមមានៈ</u>

- wasting ធ្ងន់ធ្ងរ, ក្រិន (stunting) ឬកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ដោយគ្មានមូលហេតុ និងមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលធម្មតា
- ជំងឺសួត Pneumocystis pneumonia
- ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ ដោយបាក់តេរី ជាញឹកញាប់ (ដូចជាempyema, pyomyositis ឬ បង្ករោគនៅ សន្លាក់ ឬ ឆ្អឹង ឬ មានរលាកស្រោមខួរក្បាល ដោយមិនរាប់បញ្ចូលជំងឺ pneumonia)
- ជំងឺ herpes simplex រ៉ាំរ៉ៃ (រលាកមាត់ និងក្បែរមាត់ ឬ រលាកស្បែកដែលមានរយៈពេលលើសពី១ខែ ឬក៏មានរលាកសរីរាង្គក្នុងពោះណាមួយ)
- របេងក្រៅសួត
- មានមហារីកសរសៃឈាម (Kaposi sarcoma)
- រលាកបំពង់អាហារដោយមេរោគផ្សិត (ឬ មានការរលាកនៅបំពង់ខ្យល់ ទងសួត និងសួត ដោយមេរោគផ្សិត)
- ជំងឺ Toxoplasmosis នៅ ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល ក្រោយ ពេលទារកកើតបានរយៈពេល១ខែ)
- ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HIV encephalopathy)
- ជំងឺ CMV ដូចជា រលាក រេទីន ភ្នែក ឬ CMV សរីរាង្គផ្សេងៗ ដែលចាប់ផ្ដើមកើតឡើងនៅក្រោយអាយុ ១ខែ
- ជំងឺ Cryptococcosis ក្រៅសួត (រាប់ទាំងការរលាក ស្រោមខួរក្បាលផង)

- ការរលាករីករាលដាលពាសពេញ បង្កដោយមេរោគផ្សិត (extrapulmonary histoplasmosis, coccidiomycosis, penicilliosis)
- ជំងឺ cryptosporidiosis រ៉ាំរ៉ៃ
- ជំងឺ Isosporiasis រ៉ាំរ៉ៃ
- ជំងឺបង្ករោគសាយភាយដោយ Mycobacteria ដែលមិនមែនជាមេរោគរបេង
- ជំងឺ Cerebral or B-cell non-Hodgkin lymphoma
- ជំងឺ Progressive multifocal leukoencephalopathy
- ជំងឺតំរងនោម និងបេះដូង ដែលបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍

✶ ដោយគ្មានមូលហេតុ ផ្តោតលើជំងឺ ដែលមិនអាចបញ្ជាក់បានពីមូលហេតុផ្សេងៗដូចជា ជំងឺរបេង ឬ cryptosporidiosis។

ឧបសម្ព័ន្ធ គ: រូបថតជំងឺសើស្បែក និងជំងឺមាត់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

កន្ទួលស្បែករមាស់ (Pruritic Papular Eruption)

Molluscum Contagiosum with Giant

Cryptococcosis

Penicilliosis

Herpes Simplex Virus

Oral Human Papilloma Virus

ឧបសម្ព័ន្ធ ឃ: តារាងតាមដាន ការលូតលាស់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

ស្តង់ដានៃការលូតលាស់របស់កុមារដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ ២០០៦។ ទំងន់ ធៀបនឹងប្រវែង (រហូតដល់ ៨៧ cm)

ក្មេងស្រី					ក្មេងប្រុស			
ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ប្រវែង (សម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)
-3SD	-2SD	-1 SD	ជាធម្យម		ជាធម្យម	-1 SD	-2SD	-3 SD
3.1	3.4	3.7	4.0	53.0	4.0	3.7	3.4	3.1
3.3	3.6	3.9	4.3	54.0	4.3	3.9	3.6	3.3
3.5	3.8	4.2	4.5	55.0	4.5	4.2	3.8	3.6
3.7	4.0	4.4	4.8	56.0	4.8	4.4	4.1	3.8
3.9	4.3	4.6	5.1	57.0	5.1	4.7	4.3	4.0
4.1	4.5	4.9	5.4	58.0	5.4	5.0	4.6	4.3
4.3	4.7	5.1	5.6	59.0	5.7	5.3	4.8	4.5
4.5	4.9	5.4	5.9	60.0	6.0	5.5	5.1	4.7
4.7	5.1	5.6	6.1	61.0	6.3	5.8	5.3	4.9
4.9	5.3	5.8	6.4	62.0	6.5	6.0	5.6	5.1
5.1	5.5	6.0	6.6	63.0	6.8	6.2	5.8	5.3
5.3	5.7	6.3	6.9	64.0	7.0	6.5	6.0	5.5
5.5	5.9	6.5	7.1	65.0	7.3	6.7	6.2	5.7
5.6	6.1	6.7	7.3	66.0	7.5	6.9	6.4	5.9
5.8	6.3	6.9	7.5	67.0	7.7	7.1	6.6	6.1
6.0	6.5	7.1	7.7	68.0	8.0	7.3	6.8	6.3
6.1	6.7	7.3	8.0	69.0	8.2	7.6	7.0	6.5
6.3	6.9	7.5	8.2	70.0	8.4	7.8	7.2	6.6
6.5	7.0	7.7	8.4	71.0	8.6	8.0	7.4	6.8
6.6	7.2	7.8	8.6	72.0	8.9	8.2	7.6	7.0
6.8	7.4	8.0	8.8	73.0	9.1	8.4	7.7	7.2
6.9	7.5	8.2	9.0	74.0	9.3	8.6	7.9	7.3
7.1	7.7	8.4	9.1	75.0	9.5	8.8	8.1	7.5
7.2	7.8	8.5	9.3	76.0	9.7	8.9	8.3	7.6
7.4	8.0	8.7	9.5	77.0	9.9	9.1	8.4	7.8
7.5	8.2	8.9	9.7	78.0	10.1	9.3	8.6	7.9
7.7	8.3	9.1	9.9	79.0	10.3	9.5	8.7	8.1
7.8	8.5	9.2	10.1	80.0	10.4	9.6	8.9	8.2
8.0	8.7	9.4	10.3	81.0	10.6	9.8	9.1	8.4
8.1	8.8	9.6	10.5	82.0	10.8	10.0	9.2	8.5
8.3	9.0	9.8	10.7	83.0	11.0	10.2	9.4	8.7
8.5	9.2	10.1	11.0	84.0	11.3	10.4	9.6	8.9
8.7	9.4	10.3	11.2	85.0	11.5	10.6	9.8	9.1
8.9	9.7	10.5	11.5	86.0	11.7	10.8	10.0	9.3

ស្តង់ដានៃការលូតលាស់របស់កុមារដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ ២០០៦។ ទំងន់ ធៀបនឹងកំពស់								
ក្មេងស្រី					ក្មេងប្រុស			
ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ប្រវែងកំពស់ (cm)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)	ទំងន់(គីឡូក្រាម)
-3 SD	-2 SD	-1 SD	median		median	-1 SD	-2 SD	-3 SD
9.2	10.0	10.9	11.9	87.0	12.2	11.2	10.4	9.6
9.4	10.2	11.1	12.1	88.0	12.4	11.5	10.6	9.8
9.6	10.4	11.4	12.4	89.0	12.6	11.7	10.8	10.0
9.8	10.6	11.6	12.6	90.0	12.9	11.9	11.0	10.2
10.0	10.9	11.8	12.9	91.0	13.1	12.1	11.2	10.4
10.2	11.1	12.0	13.1	92.0	13.4	12.3	11.4	10.6
10.4	11.3	12.3	13.4	93.0	13.6	12.6	11.6	10.8
10.6	11.5	12.5	13.6	94.0	13.8	12.8	11.8	11.0
10.8	11.7	12.7	13.9	95.0	14.1	13.0	12.0	11.1
10.9	11.9	12.9	14.1	96.0	14.3	13.2	12.2	11.3
11.1	12.1	13.2	14.4	97.0	14.6	13.4	12.4	11.5
11.3	12.3	13.4	14.7	98.0	14.8	13.7	12.6	11.7
11.5	12.5	13.7	14.9	99.0	15.0	13.9	12.9	11.9
11.7	12.8	13.9	15.2	100.0	15.2	14.2	13.1	12.1
12.0	13.0	14.2	15.5	101.0	15.5	14.4	13.3	12.3
12.2	13.3	14.5	15.8	102.0	15.8	14.7	13.6	12.5

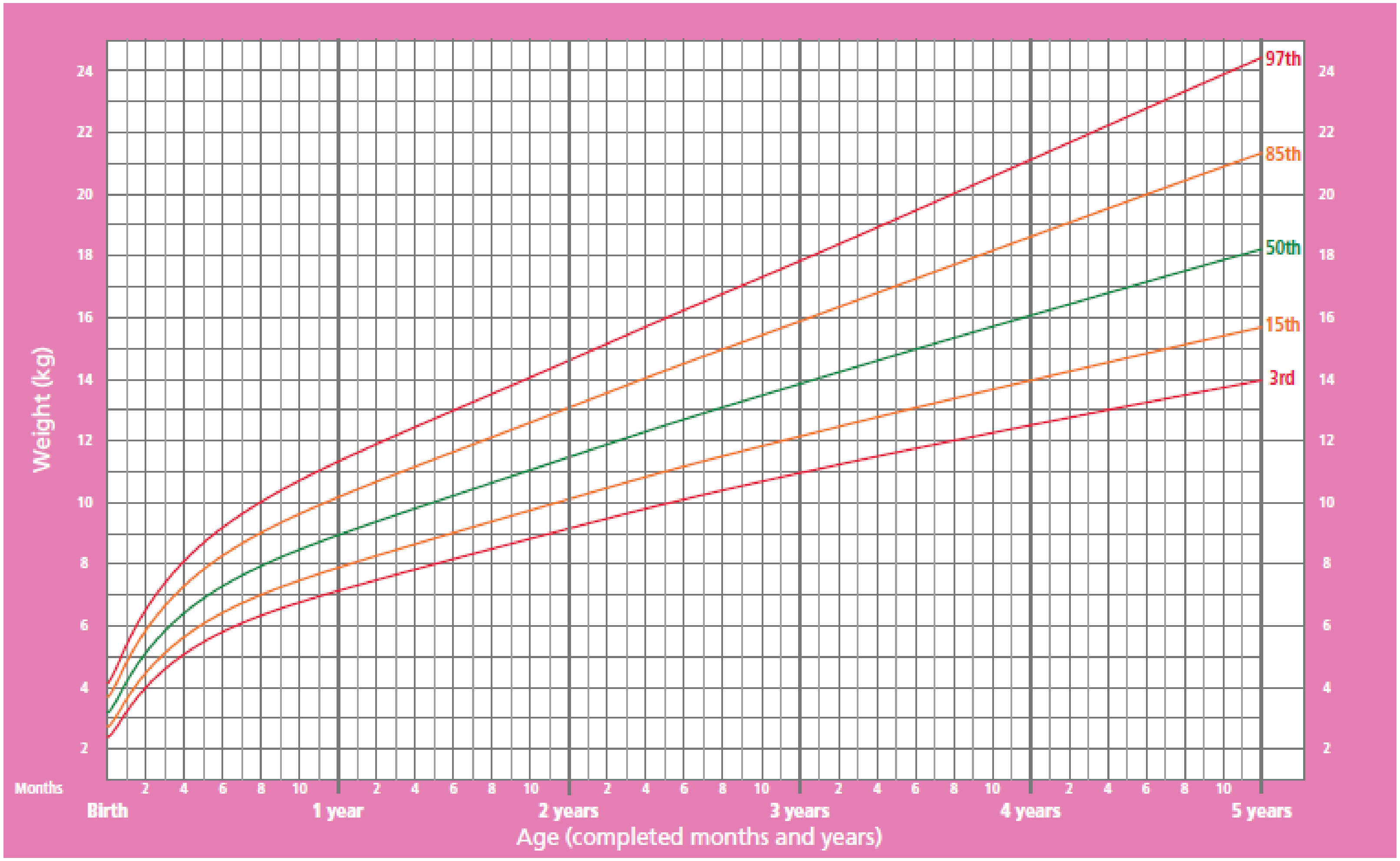
12.4	13.5	14.7	16.1	103.0	16.1	14.9	13.8	12.8
12.6	13.8	15.0	16.4	104.0	16.4	15.2	14.0	13.0
12.9	14.0	15.3	16.8	105.0	16.7	15.5	14.3	13.2
13.1	14.3	15.6	17.1	106.0	17.0	15.8	14.5	13.4
13.4	14.6	15.9	17.5	107.0	17.3	16.1	14.8	13.7
13.7	14.9	16.3	17.8	108.0	17.7	16.4	15.1	13.9
13.9	15.2	16.6	18.2	109.0	18.0	16.7	15.3	14.1
14.2	15.5	17.0	18.6	110.0	18.5	17.0	15.6	14.4
14.5	15.8	17.3	19.0	111.0	18.9	17.3	15.9	14.6
14.8	16.2	17.7	19.4	112.0	19.2	17.6	16.2	14.9
15.1	16.5	18.0	19.8	113.0	19.6	18.0	16.5	15.2
15.4	16.8	18.4	20.2	114.0	20.0	18.3	16.8	15.4
15.7	17.2	18.8	20.7	115.0	20.4	18.6	17.1	15.7
16.0	17.5	19.2	21.1	116.0	20.8	19.0	17.4	16.0
16.3	17.8	19.6	21.5	117.0	21.2	19.3	17.7	16.2
16.6	18.2	19.9	22.0	118.0	21.6	19.7	18.0	16.5
16.9	18.5	20.3	22.4	119.0	22.0	20.0	18.3	16.8
17.3	18.9	20.7	22.8	120.0	22.4	20.4	18.6	17.1

ទំងន់ ធៀបនឹងអាយុរបស់ក្មេងស្រីចាប់ពីកើតដល់អាយុ៥ឆ្នាំ (ភាគរយ)

Weight-for-age GIRLS

Birth to 5 years (percentiles)

World Health Organization



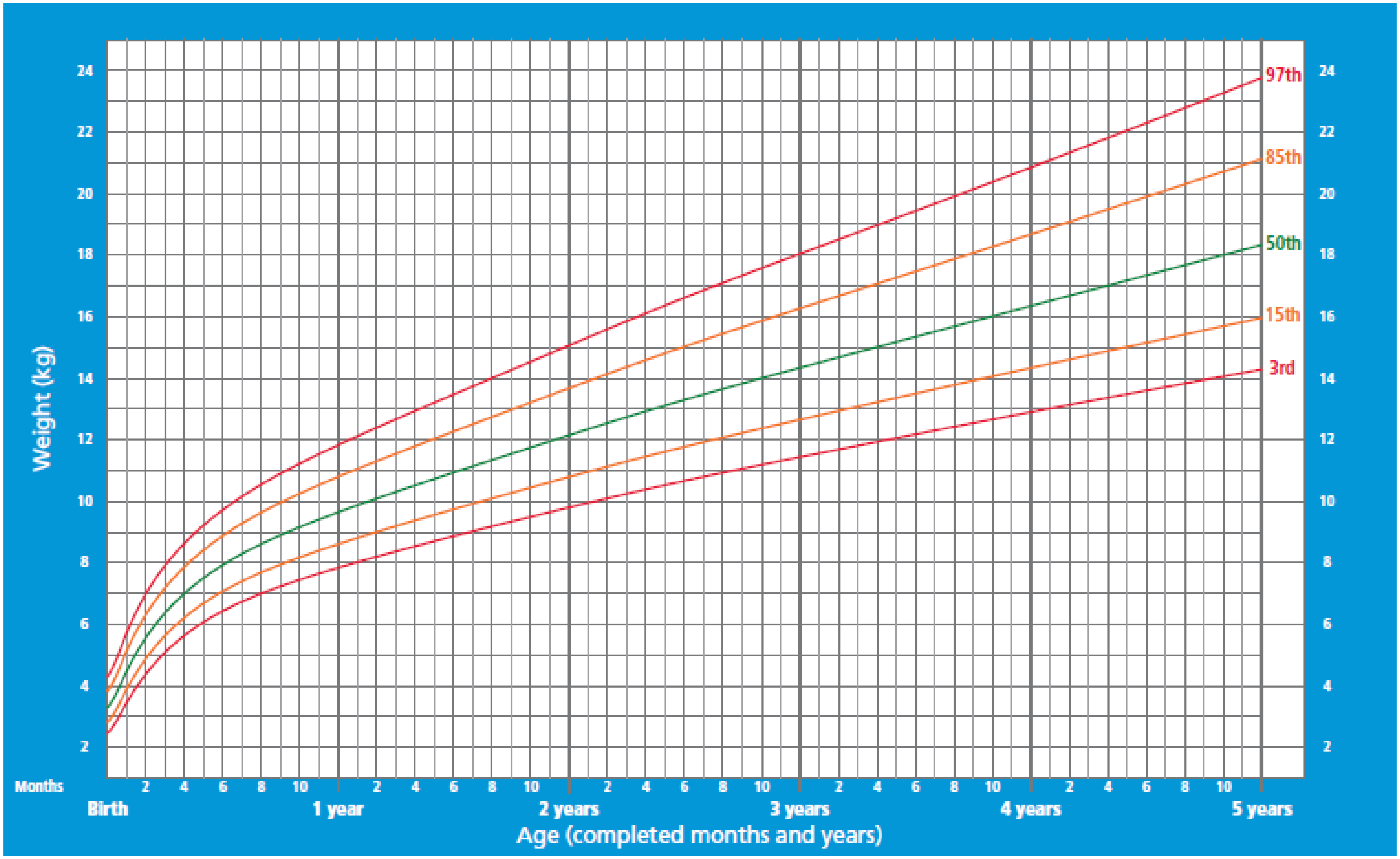
WHO Child Growth Standards

ទំងន់ ធៀបនឹងអាយុរបស់ក្មេងប្រុសចាប់ពីកើតដល់អាយុ៥ឆ្នាំ (ភាគរយ)

Weight-for-age BOYS

Birth to 5 years (percentiles)

World Health Organization



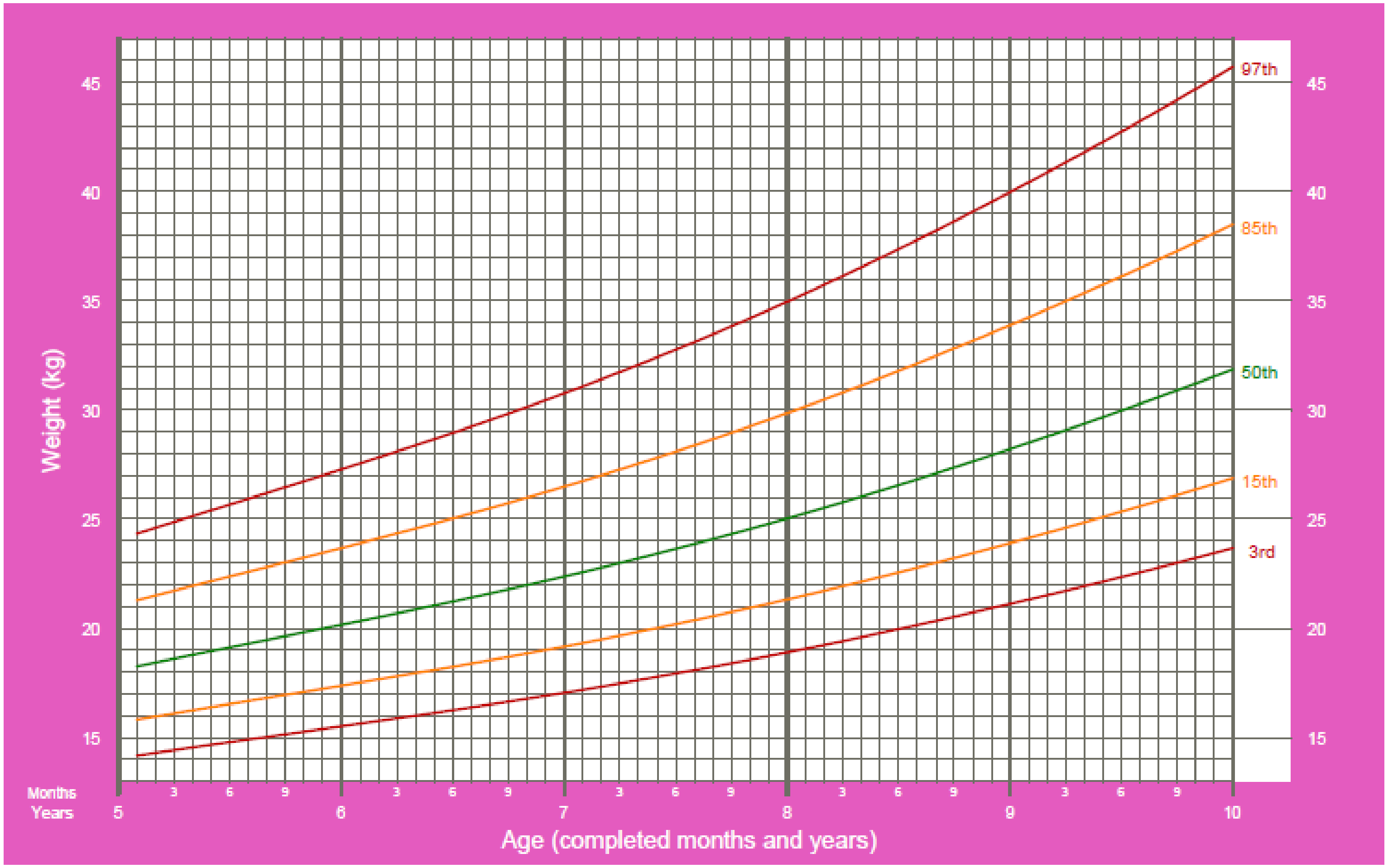
WHO Child Growth Standards

ទំងន់ ធៀបនឹងអាយុរបស់ក្មេងស្រីអាយុ៥ដល់អាយុ១០ឆ្នាំ (ភាគរយ)

Weight-for-age GIRLS

5 to 10 years (percentiles)

World Health Organization



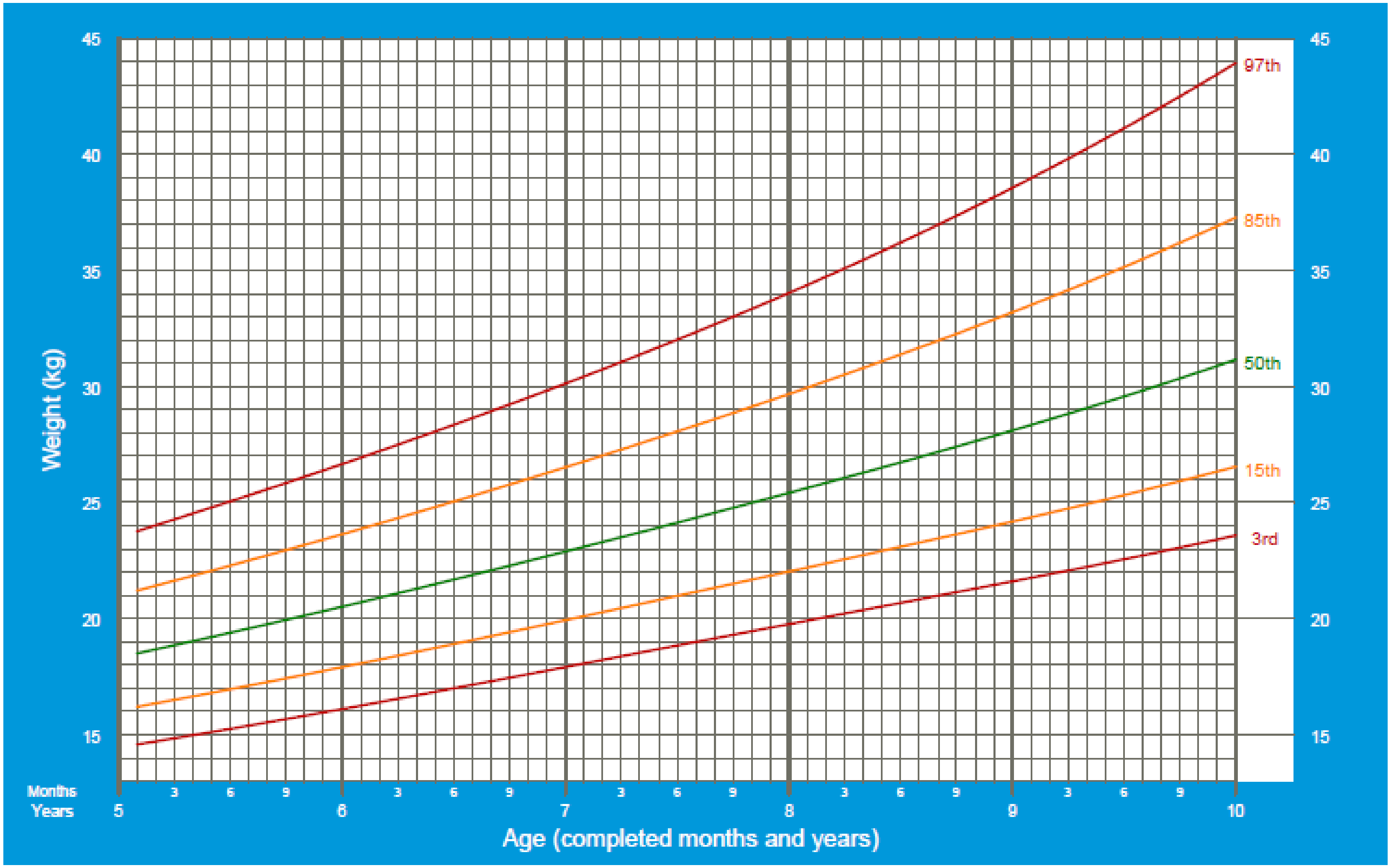
2007 WHO Reference

ទំងន់ ធៀបនឹងអាយុរបស់ក្មេងប្រុសអាយុ៥ដល់អាយុ១០ឆ្នាំ (ភាគរយ)

Weight-for-age BOYS

World Health Organization

5 to 10 years (percentiles)



2007 WHO Reference

ឧបសម្ពន្ធ័ ង: តារាងបង្ហាញរោគសញ្ញា រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម

<table>
<tr><th>រោគវិនិច្ឆ័យ</th><th>រោគសញ្ញា</th><th>ការពិនិត្យ</th><th>ការព្យាបាល</th></tr>
<tr><td colspan="4">Mycobacterial Diseases</td></tr>
<tr>
<td>ជំងឺរបេង</td>
<td>

ក្អកជាប់រយៈពេល >២សប្តាហ៍
ស្រកទំងន់ថ្មីៗ ឬក៏ឃើតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់
គ្រុនក្តៅជាប់រយៈពេល >២សប្តាហ៍
កូនកណ្តុរនៅក រីកធំ និងគ្មានការឈឺចាប់

</td>
<td>

តើមានប្រវត្តិរស់នៅជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេងដែរឬទេ?
ថតសួត, ការធ្វើតេស្តរកមេរោគរបេងលើស្បែក (TST)
រោគសញ្ញាដែលត្រូវពិនិត្យ:

ពិនិត្យពោះដោយប្រើឧបករណ៍ អេកូ(U/S)
ចាក់យកទឹកក្នុងឆ្អឹងខ្នង
ពិនិត្យ រេទីនភ្នែក
បូមយកជាលិកាពី:

ក្រពេញកូនកណ្តុរ
ឆ្អឹង/សន្លាក់
ខួរឆ្អឹង

</td>
<td>

ប្រភេទទី១:
២ RHZE/ ៤ RH

រលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង/ របេងសាយភាយ (Miliary TB):

២ RHZS/ ៤ – 10 RH
Predisone ២ មក្រ/គក្រx២៨ថ្ងៃ សំរាប់ជំងឺរបេងស្រោមខួរ

បន្ថែម azithromycin ១០ មក្រ/គក្រ រាល់ថ្ងៃ ប្រសិនចំនួន CD4 ចុះទាបជាង កំរិតមូលដ្ឋានដោយគិតតាម អាយុ (aged-related MAC threshold)

<table>
<tr><th>ឱសថ</th><th>កំរិតប្រើ ប្រចាំថ្ងៃ គិតជា mg/kg (ចន្លោះ)</th><th>កំរិតឱសថខ្ពស់បំផុតប្រចាំថ្ងៃ</th></tr>
<tr><td>Rifampicin (R)</td><td>១៥(១០-២០)</td><td>៦00មក្រ</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td><table>
<tr><td>Isoniazid (H)</td><td>១០ (១០-១៥)</td><td>៣00 មក្រ</td></tr>
<tr><td>Pyrazinamide (Z)</td><td>៣៥ (៣០-៤០)</td><td>២ ក្រ</td></tr>
<tr><td>Ethambutol (E)</td><td>២០ (១៥-២៥)</td><td>១ ក្រ</td></tr>
<tr><td>Streptomycin (S)</td><td>១៥ (១២-១៨)</td><td>១ ក្រ</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ការបង្ករោគដោយការចាក់ BCG

(BCG infection)</td><td>• បូស ឬ ដុំ នៅកន្លែងចាក់ BCG
• រលាកក្រពេញកូនកណ្តុរ នៅក្លៀក នៅលើឆ្អឹងដងកាំបិត នៅផ្នែកក
• ការសាយភាយរាលដាលឱសថបង្ការ BCG
  ○ គ្រុនក្តៅខ្លួន, ចុះទំងន់
• រលាកឆ្អឹង
• មានជំងឺ Erythema nodosum, iritis, lupus vulgaris</td><td>• ថតសួតដោយកាំរស្មី x
• បូមជាលិកាក្រពេញកូនកណ្តុរ
• ពិនិត្យរេទីនភ្នែក
• ធ្វើការបណ្តុះមេរោគជាករណីចាំបាច់ ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺរបេង</td><td>• ៦ RHE
  ○ ធានាកំរិតដូសឱសថ ទៅតាមទំងន់កំរិតខ្ពស់ជាងជំងឺរបេងធម្មតា (upper limit)
  ○ ពិចារណាប្រើ ២ RHZE/ ៤ RHE ដើម្បីព្យាបាលការបង្ករោគ ដោយ BCGនិងជំងឺរបេង ប្រសិនបើជារោគវិនិច្ឆ័យមិន ច្បាស់លាស់ ឬ ការបណ្តុះមេរោគមិនអាចធ្វើបាន</td></tr>
</table>

ជំងឺ *Mycobacterium avium* complex	• គ្រុនក្តៅជាប់ជានិច្ច ឬ ញើកញាប់
	• ស្រកទំងន់/យឺតយ៉ាវ ក្នុង ការលូតលាស់
	• បែកញើស , អស់កំលាំង
	• មានរាគជាប់ជានិច្ច ឬ មានការ ឈឺចាប់ក្នុង ពោះញឹកញាប់
	• ឡើង កូនកណ្តុរ , ថ្លើមរីកធំ, និងមាន អណ្តើក រីកធំ
		• ការពិនិត្យគ្រាប់ឈាម (CBC) និង ធ្វើតេស្តមុខងារ ថ្លើម
		  ○ គ្រាប់កោលិកាចុះ (Pancytopenia),និងមាន ឡើង ខ្ពស់ជាតិ alkaline phosphatase
		• បូមយកជាលិកាក្រពេញ កូនកណ្តុរ ដើម្បីធ្វើការបណ្តុះ និងពិនិត្យមីក្រូទស្សន៍
		• បូមយកខួរឆ្អឹងទៅពិនិត្យ
			• ផ្តល់ Azithromycin ១០មក្រ /គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ, *និង*
			• Ethambutol ១៥មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ
			• Rifampicin ១៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ
			• គ្រប់ឱសថទាំងនេះត្រូវលេប១២ខែ, បន្ទាប់មក
			• Azithromycin ៥ មក្រ/គក្រ និង ethambutol ១៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ CD4 កើនឡើងទៅតាមអាយុដែលត្រូវមាន ដោយ ការព្យាបាលដោយ ARV
			• កំរិត CD4 ដែល ប្រឈមមុខនឹងជំងឺ MAC:
			  ○ <១២ ខែ: <៧៥០ cells/mm^3
			  ○ ១២ - ២៤ ខែ: <៥០០ cells/mm^3
			  ○ ២ – ៥ ឆ្នាំ: <៧៥ cells/mm^3
			  ○ ≥៦ ឆ្នាំ: <៥០ cells/mm^3

ជំងឺបង្កដោយមេរោគផ្សិត			
រលាកស្រោមខួរក្បាលដោយ Cryptococ (Cryptococccus	• គ្រុនក្តៅ និងឈឺក្បាល • ការផ្លាស់ប្តូរគំហើញ • រឹងក , cranial nerve palsy (ដំណាក់កាលយឺតយ៉ាវ) • ជាទូទៅអាយុ >៦ ឆ្នាំ ដែលមាន	• ពិនិត្យមើលគ្រាប់ឈាម, ពិនិត្យមើលជាតិគីមី, ពិនិត្យ មុខងារ ថ្លើម • ធ្វើការបណ្តុះឈាមរកមេរោគ • ធ្វើការវាយតំលៃ លើទឹកខួរ	• ប្រើ Amphotericin B ១ មក្រ/គក្រ ចាក់សរសៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក • ប្រើ Fluconazole ១២ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៨សប្តាហ៍ហ៍ បន្ទាប់មក • ប្រើ Fluconazole ៦មក្រ/គក្រ/ ថ្ងៃ

meningitis)	ចំនួន កោសិកាCD4 <១០០ cells/ mm^3	ឆ្អឹងខ្នង (CSF) : ○ សំពាធទឹក ខួរឆ្អឹង ○ Gram stain ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងធ្វើការ បណ្តុះមេរោគ ○ India (Chinese) ink stain ○ ពិនិត្យរកមេរោគ Cryptococcal antigen • ពិនិត្យផ្នែកចក្ខុសាស្ត្រ • ថតសួត ដោយកាំរស្មី x	(កំរិតខ្ពស់បំផុត ២០០មក្រ) រហូតដល់អាយុ ≥៥ ឆ្នាំ និងចំនួនកោសិកា CD4 >១០០ cells/mm^3 ក្រោមការព្យាបាលដោយឱសថ ARV លើសពី៦ខែ • ប្រសិនបើជាសំពាធទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង > ២០សម CSF៖ ○ បូមទឹក CSF ចេញ រហូតដល់សំពាធក្រោម ២០សម ឬ ៥០% នៃសំពាធពេលបូមដំបូង ○ បូមទឹក CSF ចេញ រាល់ថ្ងៃ រហូតដល់សំពាធនៅ ក្រោម ២០សម CSF ○ ហាមប្រើ steroids ឬ diuretics ដើម្បីបន្ថយសំពាធ ក្នុងក្បាល ○ ពិចារណាពន្យារពេលព្យាបាល ដោយ ARV រហូតដល់ការព្យាបាលបន្ថយ សំពាធទឹកស្រោមខួរ បានបញ្ចប់
ជំងឺ Histoplasmosis	• ជំងឺ histoplasmosis ដែលកើតនៅសួតស្រួចស្រាវ មានរោគសញ្ញា: ○ ក្អក, គ្រុនក្តៅ, អស់លកំលាំង	• កោសិកាគ្រាប់ឈាមចុះទាប (Pancytopenia),កំរិត transaminasesឡើង, និងមានកំរិត LDH	• Amphotericin B ១ មក្រ/គក្រចាក់សរសៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ យ៉ាងហោចណាស់ អោយបាន២សប្តាហ៍បន្ទាប់មក • ប្រើ Itraconazole ៥ មក្រ/គក្រលេប២ដង

	(malaise), ញាក់, ឈឺសាច់ដុំ, មិនឃ្លានអាហារ និងឈឺទ្រូង • ជំងឺ Histoplasmosis សាយភាយ(disseminated): ○ គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ ○ ចុះទំងន់ យឺតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់ ○ រីកមាឧថ្លើម និងអណ្តើក និងឡើងកូនកណ្តុរ ○ ដំបៅមាត់រីកធំ ○ Papules ឬ masses លើស្បែកដែលមានលក្ខណៈ umbilicated ឬ discrete fungating ○ ចេញរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើមដោយមាន ក្អក,មាន respiratory distress	ឡើងខ្ពស់ខ្លាំង • ការថតសួត ដោយកាំរស្មី X បង្ហាញអោយឃើញរូបភាព Miliary • ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរោគផ្សិតដែលអាចបញ្ជាក់ដោយធ្វើការបណ្តុះឈាម, បណ្តុះដំបៅស្បែក ឬបណ្តុះខួរឆ្អឹង • ពេលខ្លះអាចឃើញ yeast នៅលើ peripheral blood smear • ការធ្វើ silver staining នៃជាលិកា biopsies អាចបង្ហាញ អោយឃើញទំរង់ yeast	ក្នុង១ថ្ងៃ ឬ Fluconazole ៦ទៅ៨មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១២ខែ • ចំពោះអ្នកជំងឺមិនសំរាកពេទ្យ អាចព្យាបាលដោយ Itraconazole ឬ Fluconazole ដោយគ្មាន amphotericin B • ការព្យាបាលអាចបញ្ឈប់នៅពេលៈ ○ អាយុ> ៥ ឆ្នាំ ○ ការព្យាបាល រោគផ្សិតមានរយៈពេល > ១២ខែ ○ ចំនួនកោសិកា CD4កើនឡើង >១៥% និង >១៥0 cells/mm^3 ក្រោយ ពេលព្យាបាលដោយឱសថ ARV រយៈពេល៦ខែ • ចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញដោយឱសថ Itrocongole ឬ Fluconagole ប្រសិនបើ CD4 ធ្លាក់ចុះក្រោមកំរិតមូលដ្ឋាន (thresholds)
Penicilliosis	• ជំងឺសាយភាយ (Disseminated) ដោយមានគ្រុនក្តៅ, ស្លេកស្លាំង,	• Pencytopenia, ការកើនឡើង enzymesថ្លើម, និងកំរិត alkaline phosphatase ខ្ពស់	• Amphotericin B 0.៧ មក្រ/គក្រ IV រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេលយ៉ាងតិច ២សប្តាហ៍ *បន្ទាប់មក*

	ស្រកទំងន់, ឡើងកូនកណ្តុរ, pneumonia, និង/ឬ រីកមាឌថ្លើម និងអណ្តើក • Papular, ដំបៅស្បែកមានលក្ខណៈ umbilicated ឬ ulcerating តែងតែមានជាទូទៅ ហើយអាចច្រឡំជាមួយ Molluscum contagiosum ឬ *Cryptococcus* ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ដោយមាន abscess ខួរក្បាល ត្រូវបានរាយការណ៍ផងដែរ	• lesions ជា Nodular ឬ cavitary បង្ហាញអោយឃើញនៅលើការថតសួតដោយកាំរស្មីX, អាចច្រឡំជាមួយជំងឺរបេង • ការបញ្ជាក់មេរោគផ្សិត ពីការបណ្តុះឈាម, ដំបៅស្បែក, កូនកណ្តុរ, នឹងការបូម ខួរឆ្អឹង	• Itraconazole ៥ មក្រ/គក្រ លេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១០សប្តាហ៍ • ប្រើ fluconazole ៨ មក្រ/គក្រ PO លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ប្រសិនបើ គ្មាន intraconazole ទេ • Itraconazole ៥ មក្រ/លេបរៀងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយល្អឡើងវិញ • Secondary prophylaxis អាចបញ្ឈប់ប្រសិនបើ: ○ អាយុ>៥ឆ្នាំ ○ ព្យាបាលដោយ antifungal >១២ សប្តាហ៍ ○ ប្រព័ន្ធការពាររាង្គកាយល្អឡើងវិញ ដោយមាន CD4 >១៥០ cells/mm^3 បន្ទាប់ពីការព្យាបាលដោយ ARV រយៈពេល ៦សប្តាហ៍
ជំងឺសួតដោយ *Pneumocystis jiroveci* pneumonia	• ជំងឺរាលដាលខ្លាំង ដោយមានគ្រុនក្តៅ, ហត់ដង្ហក់ (tachypnea), ថប់ដង្ហើម (dyspnea), និងក្អក ដែល	• CXR: ពិនិត្យ ឃើញ bilateral hazy, 'ground-grass', granular, ឬ **ធម្មតា**. • សំលេងខ្យល់ចេញចូលសួត	• Cotrimoxazole ១៥-២០/៧៥-១០០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ,ដោយចែកជា៣-៤ដង ចាក់តាមសរសៃ ដងរយៈពេល២១ថ្ងៃ. ○ អាចបន្ថែម clindamycin ៣០ – ៤០

(PCP)	កើតមានចំពោះក្មេងមានអាយុចាប់ ពី២ទៅ៦ខែ ○ កោសិកា CD4 មិនអាចកំណត់បាន ថាក្មេងប្រឈមមុខនឹងជំងឺទេ • ការចាប់ផ្តើមនៃជំងឺ គឺភ្លាមៗ ឬដោយយឺត • មិនបៅ ឬ ស្រកទំងន់ • កង្វះអុកស៊ីសែន (hypoxia) ធ្ងន់ធ្ងរ (room-air O_2 ក្រោម ៨៥%)	មានភាពមិនធម្មតាតិចតួច • LDH កើនឡើង • ធ្វើ silver stain កំហាក ឬ DFA បើអាចធ្វើបាន	មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកជា ៨ ម៉ោងម្តងសំរាប់ជំងឺធ្ងន់ Corticosteroids • **ការណែនាំ**: ○ PaO2 <70 mmHg, alveolar-arterial gradient >35 mmHg, or O2 saturation <90% • **កំរិតប្រើដំបូង**: ○ Prednisone 1mg/kg/12h (max 40mg/12h) ○ Methylprednisolone iv 1 mg/kg/6h
		ជំងឺប៉ារ៉ាស៊ីត	
Toxoplasmosis	• ការចាប់ផ្តើមស្រួចស្រាវ <១សប្តាហ៍ • ខូចខាតមុខងារសរសៃប្រសាទមានលក្ខណៈជា Focal (Focal neurological dysfunction), *និង/ឬ* • ការប្រកាច់ថ្មីៗ, *បូកនឹង*	• ថតCT ដោយប្រើជាតិ contrast បង្ហាញជា lesions នៅខួរក្បាលរាងជា ចិញ្ចៀន • ការពិនិត្យ Retina អាចឃើញមាន exudates ពណ៌ស • តេស្តរកអង្គបដិបក្ខ	• **ការព្យាបាលដែលគេចូលចិត្តប្រើ** ○ Pyrimethamine loading dose ២មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ (អតិបរិមា ៥០មក្រ) រយៈពេល ៣ថ្ងៃបន្ទាប់មកកំរិតបន្ត ១ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ (អតិបរិមា ២៥ មក្រ), បូកនឹង ○ Sulfadiazine ១០០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ

	• ក្តៅខ្លួន និងឈឺក្បាល ឬប្រែប្រួលកំរិតនៃការវាងវៃ (alertness)	Toxoplasma IgG ជាញឹកញាប់ វិជ្ជមាន (បើអាចធ្វើបាន) • ការព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន មានភាពចាំបាច់	ចែកជា ៤ដង, បូកនឹង ○ Folinic acid ៥-២០មក្រ ៣ដងក្នុង១សប្តាហ៍ ○ ទាំងអស់ ៦សប្តាហ៍ • **ការព្យាបាលបន្ទាប់:** ○ cotrimoxazole (**១០-១៥/៥០-៧៥ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ)រយៈពេល ៦សប្តាហ៍** • Dexamethasone **0.៦** មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ **នៅពេលមានភស្តុតាងថាមាន** mass effect **ឬ ហើមនៅលើ** CT • **ការព្យាបាលបង្ការដោយ**Cotrimoxazole **បន្ទាប់ពីការព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន**
ជំងឺបង្កដោយវីរុស			
CMV	• បាត់បង់"ការមើល ឃើញ" ស្រួចស្រាវដោយគ្មានការឈឺចាប់ • កោសិកា CD4 ជាញឹកញាប់ ទាបខ្លាំង • តែងតែកើតមាន បន្ទាប់ ពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយARV បានមួយរយៈពេលខ្លី	• ពិនិត្យរ៉េទីន ឃើញមាន exudates នៅជុំវិញសរសៃ ឈាម • Pancytopenia នៅពេល រាប់គ្រាប់ឈាម • ALT, LDH, និង alkaline phosphatase កើនឡើង	• ចាក់ឱសថ Intra-ocular ganciclovir ក្នុងគ្រាប់ភ្នែក • ចាក់ឱសថ Ganciclovir តាមសរសៃវ៉ែន (បើអាចរកបាន)សំរាប់ព្យាបាលជំងឺសាយភាយ ឬ ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល • ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

	• ជំងឺសាយភាយ: ○ ក្អកនិង wheezing ○ រោគសញ្ញារលាកថ្លើម ○ រាគ, តែងតែ មានឈាម ○ Pancytopenia ○ Encephalitis	• រោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់នៃជំងឺសាយភាយ តំរូវអោយធ្វើ biopsy ឬ PCR	

បញ្ជីរាយនាមសមាជិក

អនុគណៈកម្មការបច្ចេកទេសស្តីពីការថែទាំ និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍លើកុមារ

១	ឯកឧត្តមវេជ្ជ. មាន ឈីវុន	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	ប្រធាន
២	លោកសាស្ត្រាចារ្យ ឈូ អ៊ីម៉េង	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ	សហប្រធាន
៣	លោកវេជ្ជ. ក្តាន់ យុវត្ថា	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ	អនុប្រធាន
៤	លោកវេជ្ជ. សេង សុភាព	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	អនុប្រធាន
៥	លោកវេជ្ជ. ឈិត សុផល	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត	សមាជិក
៦	លោកវេជ្ជ. ង៉ូវ បូរ៉ា	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៧	លោកស្រីវេជ្ជ. អ៊ឹង វិបុល	មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ	សមាជិក
៨	លោកវេជ្ជ. សំ សុផាន	មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ	សមាជិក
៩	លោកស្រីវេជ្ជ. ជាម៉ារី	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក	សមាជិក
១០	លោកស្រីវេជ្ជ. ទូន សុវណ្ណា	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក	សមាជិក
១១	លោកវេជ្ជ. សុខ លឹម	មន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា	សមាជិក
១២	លោកវេជ្ជ. ស៊ឹង សេដ្ឋបុត្ត	មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ	សមាជិក
១៣	លោកវេជ្ជ. ឃុន គឹមអ៊ាម	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (CENAT)	សមាជិក
១៤	តំណាងមូលនិធិគ្លីនតុន(CHAI)		សមាជិក
១៥	តំណាងអង្គការ Family Health International		សមាជិក
១៦	តំណាងអង្គការ KHANA		សមាជិក
១៧	តំណាងអង្គការ UNICEF		សមាជិក
១៨	តំណាងអង្គការ WHO		សមាជិក
១៩	តំណាងអង្គការ US-CDC		សមាជិក

បញ្ជីរាយនាមអ្នកចូលរួមចំណែក

១	ឯកឧត្តម សាស្ត្រាចារ្យ	ធា គ្រុយ	រដ្ឋលេខាធិការ	ក្រសួងសុខាភិបាល
២	លោកវេជ្ជ	លី ពេញ ស៊ុន	អនុប្រធាន	NCHADS
៣	លោកវេជ្ជ	មាស វុឌ្ឍី	អនុប្រធាន	NCHADS
៤	លោកវេជ្ជ	អ៊ុំ សុខុម	អនុប្រធាន	NCHADS
៥	លោកវេជ្ជ	អ៊ុក វិជ្ជា	ប្រធានការិ.បច្ចេកទេស	NCHADS
៦	លោកវេជ្ជ	ទូច សារុន	មន្ត្រីផ្នែកAIDS Care	NCHADS
៧	លោកវេជ្ជ	ង៉ែត បុត្រា	មន្ត្រីផ្នែកAIDS Care	NCHADS
៨	លោកវេជ្ជ	ស៊ីម សូផៃ	មន្ត្រីផ្នែកAIDS Care	NCHADS
៩	លោក	កែវ វណ្ណៈ	មន្ត្រីផ្នែកAIDS Care	NCHADS
១០	លោក	មុំ ចន្ទ័តារា	ប្រធានផ្នែក Lab	NCHADS
១១	លោកវេជ្ជ	សុខ បញ្ញា	ប្រធានផ្នែក VCCT	NCHADS
១២	លោក	ហ៊ាង ហង្សវិសាល	ប្រធានការិ.ហិរញ្ញវត្ថុ	NCHADS
១៣	លោកស្រី	ជីវ សុផាត	ប្រធានការិ.រដ្ឋបាល	NCHADS
១៤	លោកស្រី	ភិន កញ្ជនា	មន្ត្រីការិ.រដ្ឋបាល	NCHADS
១៥	លោកស្រីវេជ្ជ	ជី កាំហួយ	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
១៦	លោកវេជ្ជ	ស្រី សុខុន	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
១៧	លោកវេជ្ជ	បាន ធី	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
១៨	លោកវេជ្ជ	អ៊ុន វុទ្ធី	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
១៩	លោកស្រីវេជ្ជ	ហួត ចាន់ធានី	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
២០	លោកវេជ្ជ	ចាន់ ប៊ុនធី	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ

២១ លោកស្រីវេជ្ជ	ពេជ្រ បូរ៉ែន	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
២២ លោកវេជ្ជ	ប៉ុក ម៉ារុន	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
២៣ លោកវេជ្ជ	សុខ លឹម	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា
២៤ លោកវេជ្ជ	ទី គៀងហ៊ី	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា
២៥ លោកវេជ្ជ	កែវ សុគន្ធ	គ្រូពេទ្យ	CENAT
២៦ លោកស្រីវេជ្ជ	ប៊ុន វណ្ណារី	គ្រូពេទ្យ	NCHADS/SHC
២៧ លោកវេជ្ជ	ហែម ម៉ាឌី	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកអ្នកលឿង
២៨ លោកវេជ្ជ	សេង ណារិន	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកពារាំង
២៩ លោកវេជ្ជ	សាន គឹមហុង	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកព្រៃវែង
៣០ លោកវេជ្ជ	ផាត វុធ	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកតាកែវ
៣១ លោកវេជ្ជ	អ៊ូ សុខហាក់	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកគីរីវង់
៣២ លោកវេជ្ជ	មិត្ត សាវុធ	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកអង្គ រកា
៣៣ លោកវេជ្ជ	ចេ ពិចិត្រ	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកសេរីសោភណ្ឌ
៣៤ លោកវេជ្ជ	សួន រតនៈ	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកមង្គលបុរី
៣៥ លោកវេជ្ជ	សំរិត មូល	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកប៉ៃលិន
៣៦ លោកវេជ្ជ	សៀង សារឿន	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកសំពៅមាស
៣៧ លោកស្រីវេជ្ជ	ហ៊ឹម ណារ៉ាត់	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកកំពង់ឆ្នាំង
៣៨ លោកវេជ្ជ.	លន់ទ្រី ប៉ាទ្រិច	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកកំពង់ចាម
៣៩ លោកស្រីវេជ្ជ	ឈីវ សុគន្ធ	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកក្រចេះ
៤០ លោកវេជ្ជ	ហាក់ មេសា	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្ទឹងត្រែង
៤១ លោកវេជ្ជ	នួន វិចិត្រ	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកកំពង់ធំ

៤២ លោកវេជ្ជ	កែវ ស្ដើង	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកសំរោង
៤៣ លោកវេជ្ជ	ពៅ សេងគ្រាន់	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកមោងឫស្សី
៤៤ លោកវេជ្ជ	ជា ពៅ	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកបាត់ដំបង
៤៥ លោកវេជ្ជ	ហ៊ុន ម៉ាលីស	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកបាត់ដំបង
៤៦ លោកវេជ្ជ	គង់ ម៉ាលីន	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកជ័យជំនះ
៤៧ លោកវេជ្ជ	ផាន់ អន	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកកោះធំ
៤៨ លោកវេជ្ជ	ងួន ចន្ទ័បូរ៉ា	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកកំពត
៤៩ លោកវេជ្ជ	អ៊ុក ភារិន	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកព្រះសីហនុ
៥០ លោកវេជ្ជ	អ៊ុង ស៊ា	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកកំពង់ឆ្នាំង
៥១ លោកវេជ្ជ	អន សុភា	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្វាយរៀង
៥២ លោកវេជ្ជ	ប៊ូ ប៉ូ	គ្រូពេទ្យ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែករមាសហែក
៥៣ លោកវេជ្ជ	សុង ង៉ាក		FHI
៥៤ លោកវេជ្ជ	Laurent Ferradini		FHI
៥៥ លោកស្រីវេជ្ជ	Penelope Campbell		UNICEF
៥៦ លោកវេជ្ជ	សួស ប្រិមប្រិយ		AusAID
៥៧ លោកស្រីវេជ្ជ	Therese Delvaux		ITM-Belgium
៥៨ លោកស្រី	Cabries Kearns		CHAI
៥៩ លោកវេជ្ជ	Herb Harwell		Brown University
៦០ លោកស្រីវេជ្ជ	Sarah Huffam		Social Health Clinic
៦១ លោកវេជ្ជ	Tom Heller		US-CDC