ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពី ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាល ជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

ពិនិត្យឡើងវិញលើកទី ៥ ឆ្នាំ២០២០

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពី ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

ពិនិត្យឡើងវិញលើកទី ៥ ឆ្នាំ២០២០

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

មាតិកា

បញ្ជីតារាង XIII

បញ្ជីរូបភាព XVI

អារម្ភកថា XVIII

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ XIX

សមាជិក-សមាជិកា ក្រុមការងារបច្ចេកទេស ស្តីពី ការថែទាំ និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ នៅប្រទេសកម្ពុជា XX

ពាក្យបំព្រួញ XXI

សេចក្តីផ្តើម ១

ជំពូកទី១. ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃមេរោគអេដស៍ ៣

១.១ ចំណុចគន្លឹះ ៣

១.២ ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ ៣

១.៣ ការបង្ករោគ និងការវិវត្តន៍នៃមេរោគអេដស៍ ៥

១.៣.១ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ដំបូងស្រួចស្រាវ (ACUTE INFECTION) ៦

១.៣.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិកក្នុងរយៈពេលសម្ងំ (CLINICAL LATENCY) *៦*

១.៣.៣ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ (ADVANCED HIV INFECTION) ៧

១.៤ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកបង្កដោយមេរោគអេដស៍ ៨

១.៤.១ ពេលណាដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍អាចលេចចេញរោគសញ្ញា *៨*

១.៤.២ មូលហេតុនៃការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក *៨*

១.៤.៣ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅដំណាក់កាលដំបូង *៨*

១.៤.៤ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាំរ៉ៃ៖ស្ថានភាពសុខភាពអាស្រ័យតាមចំនួនកោសិកា CD4 ៩

១.៥ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ១១

១.៦ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១២

១.៦.១ គោលបំណងនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១៣

១.៦២. គោលការណ៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា ១៣

១.៦.៣ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបង្ការ (TasP) និង U=U ១៥
១.៦.៤ ការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) ១៦
១.៦.៥ ការលេបថ្នាំបង្ការ មុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PrEP) ១៦
១.៦.៦ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមាននៅប្រទេសកម្ពុជា ១៧

ជំពូកទី ២. កម្មវិធីពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំជាមួយគ្រូពេទ្យព្យាបាល ១៨

២.១ កម្មវត្ថុនៃការមកពិគ្រោះជំងឺឱ្យបានឆាប់បំផុត ១៨
២.២ កម្មវត្ថុនៃការពិគ្រោះជំងឺ ក្រោយពេលអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១៩
២.៣ ពេលវេលានៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺ ១៩

ជំពូកទី៣. ស្ត្រីដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ ២៥

៣.១ ផែនការក្នុងការមានគភ៌ ២៥
៣.២ ការពន្យាកំណើត ២៥
៣.៣ ការពន្យាកំណើតជាបន្ទាន់ សម្រាប់ស្ត្រីកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២៥
៣.៤ ផ្តល់ការគាំទ្រស្ត្រី ឱ្យលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងធ្វើ
តេស្តVL ដើម្បីតាមដានអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ២៦

ជំពូកទី៤. ក្មេងជំទង់ ២៧

៤.១ រៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យសម្រាប់ក្មេងជំទង់ ២៨
៤.២ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គម ៣០
៤.៣ បញ្ហាដោយឡែកសម្រាប់ក្មេងជំទង់ ដែលត្រូវដោះស្រាយ ៣០
៤.៣.១ ការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ៣០
៤.៣.២ សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ៣១
៤.៣.៣ ការមកទទួលសេវាឱ្យបានជាប់លាប់រហូត ៣២
៤.៤ បញ្ហារោគសញ្ញាគ្លីនិក នៃការថែទាំព្យាបាលក្មេងជំទង់ ៣២

ជំពូកទី៥. ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមជាបឋម ៣៤

៥.១ ការព្យាបាលបង្ការជាបឋមដោយឱសថ Cotrimoxazole ៣៤
៥.២ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ៣៤
៥.៣ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole បើកោសិកា CD4 ថយចុះ ឬ កើតជំងឺរបេងសកម្ម ៣៥
៥.៤ ការហាមប្រើប្រាស់ឱសថ cotrimoxazole ៣៥
៥.៥ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីបំបៅដោះកូន ៣៦
៥.៦ អន្តរកម្មឱសថ ៣៧

៥.៧ ការតាមដាន ៣៦
៥.៨ ប្រតិកម្ម HYPERSENSITIVITY នៃឱសថ COTRIMOXAZOLE ៣៦
៥.៩ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់ ៣៧
៥.១០ កាត់បន្ថយប្រតិកម្មជាមួយឱសថ COTRIMOXAZOLE សម្រាប់ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលសារជាថ្មី ៣៨
៥.១១ បង្កើនការកាត់បន្ថយប្រតិកម្ម COTRIMOXAZOLE សម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ ៣៩

ជំពូកទី ៦. ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងការវាយតម្លៃ ដើម្បីព្យាបាលបង្ការជំងឺ របេង (TPT) ៤០

៦. ១ ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេងសកម្ម ៤០
៦.២ ជម្រើសនៃការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPTកម្រិតដូស និងរយៈពេល ព្យាបាល) ៤០
៦.៣ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ ៤៥
៦.៤ ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការព្យាបាល TPT ដល់អ្នកជំងឺ ៤៦
៦.៥ ការតាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៅពេលកំពុងព្យាបាល TPT ៤៦
៦.៦ សក្តានុពលនៃប្រតិកម្មអាក្រក់នៃឱសថនីមួយៗ និងរោគសញ្ញាផ្អែកលើការវាយតម្លៃប្រតិកម្មអាក្រក់ ៤៩
៦.៧ ប្រតិកម្មឱសថ ៤៩

ជំពូកទី៧. ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកមេរោគ CRYPTOCOCCUS និងការព្យាបាលបង្ការ ៥០

៧.១ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺ CRYPTOCOCCUS ជាបឋម និងការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកអង់ទីស៊ែរ្សនមេរោគ CRYPTOCOCCUS (CRAG) ៥០
៧.២ ការព្យាបាលបង្ការបឋមដោយឱសថ FLUCONAZOLE ៥២
៧.៣ ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវ CRYPTOCOCCAL ANTIGEN (CRAG) ៥២

ជំពូកទី៨. ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៥៦

៨.១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ៥៦
៨.២ និយមន័យនៃការចាប់ផ្តើម ART នៅថ្ងៃតែមួយ ៥៧
៨.៣ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើម ART នៅថ្ងៃតែមួយ ៥៧
៨.៤ ហេតុផលដែលមិនមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្របក្នុងការចាប់ផ្តើម ART នៅថ្ងៃតែមួយ ៥៧
៨.៥ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ៥៧
៨.៥.១ ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ៥៩
៨.៥.២ ករណីមានការហាមប្រើ (CONTRAINDICATIONS) ជាមួយជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ៦០
៨.៦ ជម្រើសផ្សេងទៀតក្នុងឱសថជួរទី១ ៦០
៨.៧ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលមានជំងឺឱកាសនិយម ៦១

៨.៨ បញ្ហាដែលជួបប្រទះពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ៦២

ជំពូកទី ៩. ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS) ៦៣

៩.១ បរិបទចំបងដែល IRIS អាចកើតឡើង ៦៣
៩.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល IRIS ៦៤

ជំពូកទី១០. ការតាមដាននៃការពុលឱសថ និងការប្តូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៦៦

១០.១ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលកើតមានជាញឹកញាប់ ៦៦
១០.២ ការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលមានការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ៦៦
១០.២.១ អាស៊ីតឡាក់ទិក ៦៦
១០.២.២ ប្រតិកម្ម HYPERSENSITIVITY នៃឱសថ ABACAVIR ៦៧
១០.២.៣ រលាកលំពែង ៦៨
១០.៣ ផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៦៩
១០.៣.១ ការពុលតម្រងនោម បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ TENOFOVIR ៦៩
១០.៣.២ ការពុលឈាម (HAEMATOLOGICAL TOXICITY) ៧០
១០.៣.៣ ការពុលថ្លើម (HEPATOTOXICITY) ៧១
១០.៣.៤ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៧៣
១០.៤ ផលលំបាករយៈពេលយូរនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៧៤
១០.៤.១ ការប៉ះពាល់នៃមេតាបូលិក ៧៤

ជំពូកទី ១១. តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៧៩

១១.១ ការតាមដានវីរុសសាស្ត្រ ៧៩
១១.២ ការតាមដានភាពស៊ាំ ៧៩
១១.៣ ការតាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិក ៨០

ជំពូកទី ១២. ការគ្រប់គ្រងភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៨៤

១២.១ តើត្រូវធ្វើដូចម្តេចនៅពេលដែលលទ្ធផលតេស្ត VIRAL LOAD រកឃើញថាមានមេរោគអេដស៍ (DETECTABLE) ? ៨៤
១២.២ ការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ៨៤
១២.៣ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៨៧
១២.៤ បរាជ័យជាមួយឱសថជួរទី២ ៨៧

១២.៥ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ (SALVAGE REGIMENS) ៩០

ជំពូកទី១៣. ជំងឺរបេង ៩៣

១៣.១ ចំណុចគន្លឹះ ៩៣
១៣.២ សេចក្តីផ្តើម ៩៣
១៣.៣ ជំងឺរបេងនៅប្រទេសកម្ពុជា ៩៤
១៣.៤ ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ៩៤
១៣.៤.១ ចំណាត់ថ្នាក់ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង DR-TB ៩៥
១៣.៤.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគរបេងដែលមានប្រសិទ្ធភាពជាមួយឱសថ និងភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ៩៥
១៣.៤.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពស៊ាំឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ៩៦
១៣. ៥ យុទ្ធសាស្ត្រ 3Is នៅកម្ពុជា ៩៦
១៣.៦ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ៩៧
១៣.៧ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៩៨
១៣.៧.១ ជំងឺរបេងសួត ៩៨
១៣.៧.២ ជំងឺរបេងក្រៅសួត ៩៩
១៣.៨ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត ១០៣
១៣.៨.១ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង រួមជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១០៥
១៣.៨.២ ជំងឺរបេង–អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១០៥

ជំពូកទី១៤. ការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើម ១០៨

ជំពូកទី១៥. ជំងឺ PNEUMOCYSTIS PNEUMONIA (PJP) ១១២

១៥.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១១២
១៥.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១១២
១៥.៣ ការព្យាបាលស្តង់ដា ១១២

ជំពូកទី ១៦. ជំងឺរលាកស្រោមខួរ ១១៦

១៦.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១១៦
១៦.២ ការពិនិត្យគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកស្រោមខួរ ១១៦
១៦.២.១ ការបូមទឹកឆ្អឹងខ្នង ១១៧
១៦.២.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យញែកចេញ នៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ ១១៧
១៦.៣ ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរ ១១៨

១៦.៣.១ ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយបាក់តេរី *១១៨*
១៦.៣.២ ការព្យាបាលជំងឺសរសៃប្រសាទបង្កដោយមេរោគស្វាយ (NEUROSYPHILIS) *១១៨*
១៦.៣.៣ ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ HERPES SIMPLEX *១១៨*

ជំពូកទី ១៧. ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគ CRYPTOCOCCUS (CM) **១១៩**

១៧.១ ចំណុចគន្លឹះ ១១៩
១៧.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១១៩
១៧.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១១៩
១៧.៤ ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគ CRYPTOCOCCUS ១២០

១៧.៤.១ ការព្យាបាលនៅពេលមាន CRAG វិជ្ជមាន តែឯកឯង (IPCA) **១២២**
១៧.៤.២ អន្តរកម្មរវាងឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ *១២៤*
១៧.៤.៣ ឱសថ FLUCONAZOLE នាំឱ្យតម្រងនោមចុះខ្សោយ និងពុលថ្លើម *១២៤*
១៧.៤.៤ ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកផ្សិតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ CRYPTOCOCCUS លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ/ស្ត្រីបំបៅដោះកូន *១២៥*
១៧.៤.៥ ការលេចចេញ IRIS បង្កដោយ CRYPTOCOCCUS *១២៥*

ជំពូកទី១៨. ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ TOXOPLASMA **១២៧**

១៨.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១២៧
១៨.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១២៧
១៨.៣ រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក ១២៧
១៨.៤ ការព្យាបាលស្តង់ដា ១២៨
១៨.៥ តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ១២៨
១៨.៦ ការព្យាបាលបង្ការទី ២ ១២៨

ជំពូកទី១៩. ជំងឺ CYTOMEGALOVIRUS (CMV) **១២៩**

១៩.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាករ៉េទីនភ្នែកបង្កដោយ CMV ១២៩
១៩.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១២៩

ជំពូកទី ២០. ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ជំងឺវិកលចរិក/(DEMENTIA) **១៣០**

២០.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៣០
២០.២ រោគវិនិច្ឆ័យ ១៣០
២០ ៣.ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៣០
២០.៤ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ១៣២

២០.៥ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៣៣

ជំពូកទី ២១. ជំងឺសរសៃប្រសាទនៅផ្នែកខាងចុង (PERIPHERAL NEUROPATHY) ១៣៤

២១.១ មូលហេតុនៃជំងឺ PN ១៣៤
២១.២ ការបង្ការជំងឺ PN ១៣៤
២១.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៣៤
២១.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៣៤

ជំពូកទី២២. ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ១៣៧

២២.១ ទំនាក់ទំនងរវាង មេរោគអេដស៍ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ១៣៧
២២.២ ការចម្លង និងការបង្ការការចម្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ១៣៧
២២.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ១៣៨
២២.៤ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងប្រវត្តិធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ១៣៨
២២.៥ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ១៤០
២២.៦ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងមេរោគអេដស៍ ១៤១

ជំពូកទី ២៣. ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ១៤២

២៣.១ ទំនាក់ទំនងរវាងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ១៤២
២៣.២ ការចម្លងនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងការបង្ការការចម្លង ១៤២
២៣.៣ ការវិវត្តិន៍ធម្មជាតិ និងរោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៤២
២៣.៤ រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ១៤៣
២៣.៥ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងជំងឺអេដស៍ ១៤៤

ជំពូកទី ២៤. ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ១៤៥

២៤.១ ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៤៥
២៤.២ ការវាយតម្លៃតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ១៤៥
២៤.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ១៤៥

ជំពូកទី ២៥. ជំងឺមាត់ធ្មេញ ១៤៩

ជំពូកទី២៦. ការឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ (ODYNOPHAGIA-PAINFUL SWALLOWING) ១៥២

២៦.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១៥២
២៦.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៥៣
២៦.៣ ភ្នាក់ងារប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងការមានផ្ទៃពោះ /ការបំបៅដោះកូន ១៥៤

ជំពូកទី ២៧. ការឈឺចាប់ក្នុងពោះ (ABDOMINAL PAIN) **១៥៥**

ជំពូកទី ២៨. ជំងឺរាករូស (DIARRHEA) **១៥៦**

២៨.១ និយមន័យ ១៥៦
២៨.២ ជំងឺរាករូសស្រួចស្រាវ ១៥៦
២៨.១.២ មូលហេតុ ១៥៦
២៨.២.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរាករូសស្រួចស្រាវ ១៥៦
២៨.៣ ជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ ១៥៨
២៨.១.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១៥៨
២៨.២.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៥៨

ជំពូកទី ២៩. ជំងឺគ្រុនពោះវៀន (រួមទាំងជំងឺ SALMONELLA) **១៦០**

២៩.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺគ្រុនពោះវៀន ១៦០
២៩.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១៦០
២៩.៣ ការព្យាបាលស្តង់ដា ១៦០
២៩.៤ ការព្យាបាលបង្ការទី២ ១៦១

ជំពូកទី ៣០. ជំងឺសើស្បែក **១៦៣**

៣០.១ ចំណុចគន្លឹះ ១៦៣
៣០.២ ប្រតិកម្មជាមួយឱសថ ១៦៣
៣០.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៦៣
៣០.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៦៥
៣០.៥ ការបង្ករោគរាលដាលដោយលេចចេញនូវរោគសញ្ញាលើស្បែក ១៦៥
៣០.៥.១ ជំងឺផ្សិតរាលដាលបណ្តាលឱ្យលេចចេញរោគសញ្ញាលើស្បែក ១៦៥
៣០.៥.២ ជំងឺ PENICILLIOSIS ១៦៥
៣០.៥.៣ ជំងឺ HISTOPLASMOSIS ១៦៦
៣០.៥.៤ ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក និងលើជាលិកាទន់ ១៦៨
៣០.៥.៥ រោគសើស្បែកបង្កដោយវីរុស ១៧០
៣០.៥.៦ ការបង្ករោគស្បែកដោយពពួកផ្សិត ១៧១
៣០.៥.៧ រោគកមរ (SCABIES) ១៧២
៣០.៥.៨ ដំបៅស្បែកដែលមិនមែនបង្កដោយជំងឺឆ្លង (NON INFECTIVE SKIN LESIONS) ១៧៣

ជំពូកទី ៣១. ការបង្ករោគតាមផ្លូវបន្តពូជ និងកាមរោគ **១៧៨**

៣១.១ ជំងឺបង្កដោយកង់ឌីដាលើទ្វារមាស (VAGINAL CANDIDIASIS) ១៧៨
៣១.១.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៧៨
៣១.១.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១៧៨
៣១.១.៣ ការព្យាបាលស្តង់ដា (ជម្រើសណាមួយ ក្នុងជម្រើសខាងក្រោម) ១៧៨
៣១.១.៤ ការព្យាបាលជំងឺបង្កដោយកង់ឌីដានៅទ្វារមាសដែលកើតជាប់ជានិច្ច ឬសារចុះសារឡើង (PERSISTENT OR RECURRENT VAGINAL CANDIDA) ១៧៩

ជំពូកទី ៣២. ជំងឺមហារីក បណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍ ១៨១

៣២.១ ជំងឺមហារីក NON-HODGKIN'S LYMPHOMA (NHL) ១៨១
៣២.២ មហារីកមាត់ស្បូន (CERVICAL CANCER) ១៨២

ជំពូកទី ៣៣. អាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៨៥

៣៣.១ ចំនុចគន្លឹះ ១៨៥
៣៣.២ និយមន័យ នៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ១៨៥
៣៣.៣ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់ ១៨៦
៣៣.៣.១ ការវាយតម្លៃដំបូង ១៨៦
៣៣.៣.២ ការវាយតម្លៃទម្ងន់ នៅរៀងរាល់ពេលពិគ្រោះជំងឺ ១៨៧
៣៣.៤ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ទម្ងន់ស្រាល ឬស្រកទម្ងន់ ១៨៩
៣៣.៤.១ ការវាយតម្លៃ ១៨៩
៣៣.៤.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៨៩
៣៣.៥ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ការឡើងទម្ងន់ ១៩១
៣៣.៥.១ ការវាយតម្លៃ ១៩១
៣៣.៥.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៩១
៣៣.៦ ពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង និងពេលមកពិនិត្យតាមដាន - ទម្ងន់ធម្មតា ១៩២
៣៣.៧ អាហារ និងឱសថ ១៩២
៣៣.៨ អាហារូបត្ថម្ភ និងការមានផ្ទៃពោះ ១៩២
៣៣.៩ ការរៀបចំ និងសុវត្ថិភាពចំណីអាហារ ១៩២

ជំពូកទី ៣៤. ជំងឺមិនឆ្លង លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៩៤

៣៤.១ ចំណុចគន្លឹះ ១៩៤
៣៤.២ ការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង៖ របបអាហារគាំទ្រសុខភាព និងរបៀបរស់នៅ ១៩៤

ជំពូកទី ៣៥. ការឈប់ជក់បារី ១៩៦

ជំពូកទី ៣៦. ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម (HYPERTENSION) **១៩៧**

៣៦.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺលើសសម្ពាធឈាមលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៩៧
៣៦.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ១៩៧
៣៦.៣ អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១៩៧

ជំពូកទី ៣៧. ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២ **២០០**

៣៧.១ ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ២០០
៣៧.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ២ និងជំងឺមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយជាតិស្ករ)IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE) ២០០
៣៧.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺ ដែលមិនអាចទ្រាំទ្រជាមួយជាតិស្ករ ២០១
៣៧.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី ២ ២០១

ជំពូកទី៣៨. ជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (HYPERLIPIDAEMIA) **២០៤**

៣៨.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវការលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ២០៤
៣៨.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (HYPERLIPIDAEMIA) ២០៤
៣៨.២.១ អន្តរកម្មឱសថ រវាងឱសថបន្ថយជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ *២០៥*
៣៨.២.២ តាមដានផលប៉ះពាល់នៃឱសថ *២០៦*

ជំពូកទី៣៩. ជំងឺពុកឆ្អឹង (OSTEOPOROSIS) **២០៧**

៣៩.១ និយមន័យ ២០៧
៣៩.២ កត្តាហានិភ័យជំងឺពុកឆ្អឹង ២០៧
៣៩.៣ ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺពុកឆ្អឹង និងការបាក់ឆ្អឹង ២០៧

ជំពូកទី៤០. ជំងឺតម្រងនោម **២០៨**

៤០.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺតម្រងនោម ២០៨
៤០.២ របួសតម្រងនោមស្រួចស្រាវ ២០៩
៤០.៣ ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ២១០
៤០.៣.១ ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ បណ្តាលមកពីជំងឺលើសសម្ពាធ និង/ឬ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម *២១០*
៤០.៣.២ ការពាក់ព័ន្ធរវាងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺតម្រងនោម (HIV AN) *២១១*

ជំពូកទី ៤១. ការប្រើគ្រឿងញៀន **២១២**

ជំពូកទី ៤២. សុខភាពផ្លូវចិត្ត **២១៣**

៤២.១ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (DEPRESSION) ២១៣

៤២.១.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ២១៣

៤២.១.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ២១៤

៤២.១.៣ វាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ២១៤

៤២.២ ជំងឺវង្វេងវង្វាន់៖ ជំងឺផ្លូវចិត្ត និងជំងឺផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ២១៥

៤២.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលមានឥរិយាបថត្រូវសង្គ្រោះបន្ទាន់ ២១៦

ជំពូកទី ៤៣. ការបង្ការក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអស់សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល ២១៩

៤៣.១ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ២១៩

៤៣.២ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅពេលបំពេញការងារ ២២២

៤៣.៣ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងតាមផ្លូវភេទ ២២៣

៤៣.៤ រូបមន្តព្យាបាល PEP ២២៣

៤៣.៥ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពីមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរោគ ២២៤

ជំពូកទី ៤៤. ការលេបថ្នាំបង្ការជាមុន នៅពេលប្រព្រឹត្តប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PREP) ២២៧

៤៤.១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្របសម្រាប់ចូលរួមអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PREP ២២៧

៤៤.១.១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ២២៧

៤៤.១.២ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក ២២៨

៤៤.២ ការចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PREP ២២៩

៤៤.២.១ ការវាយតម្លៃគ្លីនិក ២២៩

៤៤.២.២ ការផ្តល់ប្រឹក្សា ២២៩

៤៤.២.៣ កម្រិតដូស រយៈពេល ការតាមដាន និងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់សម្រាប់ PREP ២២៩

៤៤.៣ ការតាមដានអតិថិជន ២៣០

ឧបសម្ព័ន្ធ ២៣៣

ឧបសម្ព័ន្ធទី១: តារាងចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិករបស់អង្គការ WHO ២៣៣

ឧបសម្ព័ន្ធទី២: ការណែនាំអំពី ការពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ ២៣៥

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: គំនូសបំព្រួញជំងឺរបេង/អេដស៍ ២៤០

ឧបសម្ព័ន្ធទី៤: ជំងឺតម្រងនោម ២៥៣

ឧបសម្ព័ន្ធទី៥: ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ២៥៨

ឧបសម្ព័ន្ធទី៦: សុខភាពផ្លូវចិត្ត ២៥៩

ឧបសម្ព័ន្ធទី៧: ទម្រង់របាយការណ៍អំពី PEP ២៦០

ឧបសម្ព័ន្ធទី៨: គំនូសបំព្រួញអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទC ២៦៤

ឧបសម្ព័ន្ធទី៩: តារាងអន្តរកម្មឱសថរបស់អង្គការ WHO ២៦៥

ឯកសារយោង៖ ២៦៧

បញ្ជីតារាង និងរូបភាព

បញ្ជីតារាង

តារាងទី១: ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ អត្រាមធ្យមនៃការប្រឈមមុខក្នុងដំណាក់កាលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (average transmission risk per episode) ៣

តារាងទី២: ស្ថានភាពសុខភាពនៅពេលបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ប្រែប្រួលតាមចំនួនកោសិកាCD4 ......១០

តារាងទី៣: កម្មវិធីមកពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ ២០

តារាងទី៤: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការស្រាវជ្រាវរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលសង្ស័យថា ជំងឺរបេងលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រៀងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ ២១

តារាងទី៥: ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំ ២១

តារាងទី៦: ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមជាបឋម ២២

តារាងទី៧: អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង ២៣

តារាងទី៨: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាល ការព្យាបាលបន្ត និងការបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole ៣៥

តារាងទី៩: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្តាលមកពីប្រតិកម្មឱសថ Cotrimoxazole..... ៣៧

តារាងទី១០: វិធីសារនៃការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មនៃឱសថ Cotrimoxazole ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ៣៨

តារាងទី១១: ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ៤០

តារាងទី១២: រូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថ isoniazid និង rifapentine ៤២

តារាងទី១៣: ការប្រុងប្រយ័ត្នជាពិសេស នៅពេលព្យាបាលការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (LTBI) ៤៤

តារាងទី១៤: សក្តានុពលនៃប្រតិកម្មអាក្រក់ និងសកម្មភាពដែលត្រូវធ្វើ ៤៩

តារាងទី១៥: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ៥៦

តារាងទី១៦: រូបមន្តព្យាបាល ART ស្តង់ដាជួរទី១ .... ៥៨

តារាងទី១៧: ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម ៦២

តារាងទី១៨: ការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៧៥

តារាងទី១៩: ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមបន្ត និងបញ្ឈប់ការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា/ CD4 សម្រាប់តាមដាន ៨១

តារាងទី២០: និយមន័យនៃការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ផ្នែកភាពស៊ាំ និងផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ស្របតាម WHO ៨៣

តារាងទី២១: រូបមន្តស្តង់ដានៃព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ .... ៨៧

តារាងទី២២: រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដាជួរទី២ សម្រាប់ការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B....... ៨៨

តារាងទី២៣: លក្ខណៈរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលជួបប្រទះជាញឹកញាប់ ១០១
តារាងទី២៤: ផលប៉ះពាល់នៃការព្យាបាលរបេងរួមគ្នាជាមួយការព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគអេដស៍..... ១០៥
តារាងទី២៥: អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង ១០៥
តារាងទី២៦: រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកតាមផ្លូវដង្ហើម ១១០
តារាងទី២៧: កម្រិតដូសឱសថ cotrimoxazole ផ្អែកតាមទម្ងន់អ្នកជំងឺក្នុងការព្យាបាលជំងឺ PCP..... ១១៣
តារាងទី២៨: បច្ចេកទេសនៃការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ១១៧
តារាងទី២៩: ការញែកចេញនៃមូលហេតុផ្សេងៗនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ ១១៧
តារាងទី៣០: Amphotericin: របៀបប្រើប្រាស់ ការបង្ការការពុល ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១២២
តារាងទី៣១: អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១២៤
តារាងទី៣២: រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺវិកលចរិត បង្កដោយមេរោគអេដស៍ ១៣០
តារាងទី៣៣: រង្វាស់អន្តរជាតិនៃជំងឺវិកលចរិក ពាក់ព័ន្ធជាមួយមេរោគអេដស៍ (IHDS) ១៣២
តារាងទី៣៤: ការចម្លង និងការបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B..... ១៣៨
តារាងទី៣៥: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកនៃជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ..... ១៤៥
តារាងទី៣៦: ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹកលើអ្នកជំងឺរាករូស ១៥៧
តារាងទី៣៧: ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក និងលើជាលិកាទន់..... ១៦៨
តារាងទី៣៨: រោគសើស្បែកបង្កដោយវីរុស ១៧០
តារាងទី៣៩: ការបង្ករោគស្បែកដោយពពួកផ្សិត..... ១៧១
តារាងទី៤០: ការបង្ករោគស្បែកដោយ Scabies..... ១៧២
តារាងទី៤១: ដំបៅស្បែកដែលមិនមែនបង្កដោយជំងឺឆ្លង (Non infective skin lesions)..... ១៧៣
តារាងទី៤២: រោគសញ្ញានៃ NHL អាស្រ័យតាមកន្លែងបង្ករោគ..... ១៨១
តារាងទី៤៣: ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ BMI ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដើម្បីកំណត់ថា ទម្ងន់ស្រាល លើសទម្ងន់ និងធាត់ ស្របតាម WHO ១៨៧
តារាងទី៤៤: រោគសញ្ញាដែលជាគោលដៅក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការបរិភោគអាហារមិនគ្រប់គ្រាន់... ១៩០
តារាងទី៤៥: អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង..... ១៩៤
តារាងទី៤៦: គោលការណ៍ណែនាំក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាមរបស់កម្ពុជា ១៩៩
តារាងទី៤៧: អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍..... ១៩៩
តារាងទី៤៨: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងភាពអាចទ្រាំទ្របានជាមួយជាតិស្ករស្របតាម WHO ២០០
តារាងទី៤៩: អន្តរកម្ម រវាងឱសថព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២០៣
តារាងទី៥០ : អន្តរកម្មនៃឱសថបន្ថយជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍.....២០៥
តារាងទី៥១: ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីស្រាវជ្រាវមុខងារតម្រងនោម ២០៨

តារាងទី៥២: កម្រងសំនួរសម្រាប់ស្រាវជ្រាវជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ២១៤
តារាងទី៥៣: អន្តរកម្ម រវាងឱសថព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២១៤
តារាងទី៥៤: ការវែកញែក រវាងជំងឺវេជ្ជសាស្ត្រ ចេញពីជំងឺឆ្កួត ២១៥
តារាងទី៥៥: ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ និងកម្រិតមធ្យមនៃហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ស្របតាមដំណាក់កាល ២២០
តារាងទី៥៦: ការប៉ាន់ស្មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍តាមក្រុមប្រជាជននៅកម្ពុជា ២២១
តារាងទី៥៧: ការវាយតម្លៃមុនពេលចាប់ផ្តើមអនុវត្តវិធី PrEP ការតាមដានគ្លីនិក ការតាមដានតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងតាមដានការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ២៣១
តារាងទី៥៨: ប្រព័ន្ធចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ស្របតាម WHO (≥ ១៥ឆ្នាំ) ២៣៣
តារាងទី៥៩: ការណែនាំ អំពីការពិនិត្យ ពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង ២៣៥
តារាងទី៦០: ការណែនាំអំពី ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី២ និងនៅពេលតាមដានជាបន្តបន្ទាប់ ២៣៨
តារាងទី៦១: ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម ២៥៣
តារាងទី៦២: ការកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថព្យាបាលជំងឺរបេងនៅពេល CrClearence < 30mmol/min ២៥៥
តារាងទី៦៣: ទម្រង់នៃការមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ និងទម្រង់របាយការណ៍អំពី PEP របស់ NCHADS ២៦០
តារាងទី៦៤: អន្តរកម្មសំខាន់ៗនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងអនុសាសន៍សម្រាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាល ២៦៥

បញ្ជីរូបភាព

រូបភាពទី១: វដ្តនៃមេរោគអេដស៍ ៦
រូបភាពទី២: ប្រវត្តិធម្មជាតិនៃការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ៧
រូបភាពទី៣: គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ១១
រូបភាពទី ៤: ការវិវត្តិន៍គ្លីនិកនៃមេរោគអេដស៍ ១៨
រូបភាពទី៥: គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៤១
រូបភាពទី៦: ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរក Cryptococcal antigen លើអ្នកជំងឺដែលគ្មានរោគសញ្ញា ៥៤
រូបភាពទី៧: ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរក Cryptococcal antigen លើអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញា ៥៥
រូបភាពទី៨: គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 .... ៨០
រូបភាពទី៩: ការធ្វើតេស្ត Viral load សម្រាប់តាមដាន ៨២
រូបភាពទី១០: គំនូសបំព្រួញ: រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺតាមផ្លូវដង្ហើម ១១៤
រូបភាពទី១១: ការវិវត្តិន៍ធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដែលមិនបានព្យាបាល........................... ១៣៩
រូបភាពទី១២: ការវិវត្តន៍ធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ដែលមិនបានព្យាបាល ១៤៣
រូបភាពទី១៣: គំនូសបំព្រួញនៃការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរោគសញ្ញានៃការឈឺចាប់ពេលលេប................. ១៥៤
រូបភាពទី១៤: គំនូសបំព្រួញអំពីវិធីសាស្រ្តក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការឈឺចាប់ក្នុងពោះ................... ១៥៥
រូបភាពទី១៥: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលមានការឈឺចាប់ (MSF)......................... ១៧៥
រូបភាពទី១៦: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលគ្មានការឈឺចាប់ និងមិនរមាស់ (MSF)...... ១៧៥
រូបភាពទី១៧: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលមានរមាស់ (MSF) ១៧៦
រូបភាពទី១៨: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលធ្ងន់ធ្ងរ (MSF) ១៧៧
រូបភាពទី១៩: វដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងជំងឺអេដស៍.. ១៨៦
រូបភាពទី២០: ចំណាត់ថ្នាក់ BMI ចំពោះកុមារ ក្មេងជំទង់ ស្របតាម/WHO ១៨៨
រូបភាពទី២១: ឧបករណ៍ផ្ដល់ប្រឹក្សាជាជំនួយដល់បុគ្គលដែលចង់ឈប់ជក់បារីស្របតាម WHO........... ១៩៦
រូបភាពទី២២: គំនូសបំព្រួញទី១៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលជំងឺរបេងក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ២៤០
រូបភាពទី២៣: គំនូសបំព្រួញទី២៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងលើអ្នកជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ ២៤១
រូបភាពទី២៤: គំនូសបំព្រួញទី៣៖ ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនៃការហើមប៉ោងកូនកណ្ដុរលើអ្នកជំងឺអេដស៍...... ២៤២
រូបភាពទី២៥: គំនូសបំព្រួញទី៤៖ ការគ្រប់គ្រងការហើមប៉ោងកូនកណ្ដុរនៅពោះ.............................. ២៤៣
រូបភាពទី២៦: គំនូសបំព្រួញទី៥៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមសួតលើអ្នកជំងឺអេដស៍............ ២៤៤
រូបភាពទី២៧: គំនូសបំព្រួញទី៦៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមបេះដូងលើអ្នកជំងឺអេដស៍........ ២៤៥
រូបភាពទី២៨: គំនូសបំព្រួញទី៧៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលព្យាបាលដោយ ARVs និងចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង................. ២៤៦

រូបភាពទី២៩: គំនូសបំព្រួញទី៨៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកចំពោះអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ Efavirenz................ ២៤៩
រូបភាពទី៣០: គំនូសបំព្រួញទី៩៖ ការគ្រប់គ្រងឱសថដែលជំរុញឱ្យរលាកថ្លើមលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមគ្នា................ ២៥១
រូបភាពទី៣១: គំនូសបំព្រួញអំពីការវាយតម្លៃ Creatinine.. ២៥៦
រូបភាពទី៣២: គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យទឹកនោមដោយdipstick ២៥៧
រូបភាពទី៣៣: ពីរ៉ាមីតរបបអាហារសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២..................................... ២៥៨
រូបភាពទី៣៤: រោគសញ្ញាដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់នៃស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត ២៥៩
រូបភាពទី៣៥: គំនូសបំព្រួញអំពីការវាយតម្លៃ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ២៦៤

អារម្ភកថា

កម្ពុជាគឺប្រទេសមួយនៅក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិចខាងលិច ដែលទទួលបានជោគជ័យក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ ដោយបានកាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យអាយុពី១៥–៤៩ឆ្នាំពី១,៧% មកត្រឹម ០,៥% នៅឆ្នាំ ២០១៨ ហើយតាមការប៉ាន់ស្មានចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មាន ៧៣០០០ នាក់ [1]។ ក្រោយពីប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបានទិសដៅ ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ ២០១៧ នៅឆ្នាំ ២០២០ កម្ពុជាបានប្រកាសពីគោលបំណងក្នុងឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍ឱ្យកាន់តែខ្លាំងបន្ថែមទៀត ដើម្បីឈានទៅសម្រេចទិសដៅរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិ ៩៥-៩៥-៩៥ (៩៥% នៃអ្នកដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន; ៩៥% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការ ព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍; ៩៥% នៃអ្នកដែលបានព្យាបាលមានលទ្ធផលបង្រោបមេរោគ អេដស៍នៅខែទី១២) និងឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នាឆ្នាំ ២០២៥។

គន្លឹះមួយនៃភាពជោគជ័យក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍ គឺកម្ពុជាបានរៀបចំនិងបោះពុម្ពគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកសម្រាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកដំបូង ស្របពេលដែលប្រកាសដាក់ឱ្យអនុវត្តការថែទាំនិងព្យាបាលបន្តឆ្នាំ ២០០៣ ដើម្បីលើកកំពស់គុណភាពនៃការថែទាំនិងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះត្រូវបានពិនិត្យកែសម្រួលឡើងវិញជាទៀងទាត់នៅឆ្នាំ ២០០៧ ២០១២ ២០១៥ និង ២០១៩ ដើម្បីធានាចំណេះដឹងផ្នែកគ្លីនិក និងគុណភាពនៃការព្យាបាលត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពតាមការអភិវឌ្ឍនៃចំណេះដឹងវិទ្យាសាស្ត្រអន្តរជាតិល្អៗស្របតាមអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ២០១៩ និងឯកសារយោងផ្សេងៗទៀតទាក់ទងនឹងការបង្ការនិងការព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

កិច្ចប្រជុំក្រុមការងារបច្ចេកទេស និងសិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់ជាច្រើនលើក ត្រូវបានរៀបចំឡើងដែលមានអ្នកចូលរួមមកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ សកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ ក្រុមអ្នកណែនាំបង្ហាត់បង្ហាញផ្នែកគ្លីនិក អង្គការសហប្រជាជាតិ និងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍដើម្បីធ្វើការពិនិត្យ និងកែសម្រួលហើយមិតិយោបល់ទាំងអស់ត្រូវបានដាក់បញ្ចូល និងបទពិសោធន៍នៅតាមសេវាព្យាបាល ក៏ត្រូវបានឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះផងដែរ។

ក្រសួងសុខាភិបាលឯកភាពជាផ្លូវការ នូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្ដីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ព្រមទាំងលើកទឹកចិត្តគ្រូពេទ្យព្យាបាលឱ្យប្រើប្រាស់គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ ជាឯកសារយោងនៅពេលផ្ដល់សេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់នៅប្រទេសកម្ពុជា។

ថ្ងៃអង្គារ ១កើត ខែ កត្តិក ឆ្នាំជូតទោស័ក ព.ស ២៥៦៤
ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២០ ខែ[illegible] ឆ្នាំ ២០២០

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
រដ្ឋលេខាធិការ

សាស្ត្រាចារ្យ អេង_ហួត

[1] UNAIDS. Country fact sheet, Cambodia 2018

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ សូមថ្លែងអំណរគុណនូវការលះបង់ពីសំណាក់សមាជិកនៃក្រុមការងារបច្ចេកទេសស្តីពីការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដែលបានពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់នៅប្រទេសកម្ពុជា។ សមាជិកក្រុមបច្ចេកទេស បានចូលរួមផ្តល់យោបល់ដែលមានគុណភាព មានឆន្ទៈ និងខិតខំប្រឹងប្រែងនៅក្នុងដំណើរការនៃការពិនិត្យឡើងវិញ។

ការពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍នាំជាតិនេះ គឺជាការសម្រេចបានសមិទ្ធិផលថ្មីមួយទៀតក្នុងការព្យាបាលជំងឺដែលមានគុណភាពខ្ពស់នៃការថែទាំមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា និងធានាថា ការផ្តល់សេវាព្យាបាលត្រូវបានដាក់បញ្ចូលនូវចំណេះចុងក្រោយបំផុត។

ក្នុងឱកាសដ៏វិសេសវិសាលនេះ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណសមាជិកក្រុមការងារបច្ចេកទេស រួមមាន៖ មន្ត្រី NCHADS (Dr. Samreth Sovannarith, Dr. Ngauv Bora និង Dr. Ky Sovathanna) ដែលបានជួយសម្របសម្រួលការងារពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំនេះ។ ខ្ញុំសូមសំណែងនូវការដឹងគុណ អង្គការសុខភាពពិភពលោក (Dr. Deng Serongkea), មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ (Dr. Huot Chantheany), សកលវិទ្យាល័យសុខាភិបាល (Prof. Olivier Segeral), មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ (Dr. Seng Tray), អង្គការ FHI 360 (Dr. Chel Sarim, Dr. Steve Wignall), អង្គការ US-CDC (Dr.Chan Sodara និង Dr. Elfriede Ampong Agyemang), មូលនិធិគ្លីនតុន (Mr. Stanston Hor, Ms. Sivantha Hul, Ms. Caroline Barnett, Dr. Herb Harwell និង Dr. Jason Brophy), អង្គការ AHF (Dr. Men Pagnaraot), មណ្ឌលនៃក្តីសង្ឃឹមមន្ទីរពេទ្យព្រះសីហនុ (Dr. Phe Thong), អង្គការ MAGNA (Ms. Denisa Augustin) ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំនេះ។

ជាចុងក្រោយ ខ្ញុំសូមអរគុណលោកវេជ្ជ. សុង ង៉ាក អ្នកជំនួយការបច្ចេកទេសក្នុងការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំនេះ ព្រមទាំងដៃគូអភិវឌ្ឍទាំងអស់ សង្គមស៊ីវិល អង្គការដៃគូ និងគ្រូពេទ្យព្យាបាលនៅតាមសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ដែលបានផ្តល់ធាតុចូលនៅក្នុងដំណើរការរៀបចំ និងផ្តល់ការព្យាបាល ថែទាំ និងគាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។

ថ្ងៃច័ន្ទ ១១កើត ខែអស្សុជ ឆ្នាំជូតទោស័ក ព.ស ២៥៦៤
ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញថ្ងៃទី ២៩ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ ២០២០
ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ

វេជ្ជ.លី_ពេញ ស៊ុន

បញ្ជីឈ្មោះអ្នកចូលរួមរៀបចំគោលការណ៍ជាតិ
ស្តីពីការថែទាំ និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ នៅប្រទេសកម្ពុជា

១. លោកវេជ្ជ. លី ពេញស៊ុន	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	ប្រធាន
២. លោកវេជ្ជ. អ៊ុក វិជ្ជា	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	អនុប្រធាន
៤. លោកវេជ្ជ. សំរិត សុវណ្ណរិទ្ធិ	ប្រធានការិយាល័យបច្ចេកទេស	សមាជិក
៥. លោកវេជ្ជ. ង៉ូវ បូរ៉ា	អនុប្រធានការិយាល័យបច្ចេកទេស	សមាជិក
៦. លោកវេជ្ជ. ង៉ែត បុត្រា	ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	សមាជិក
៧. លោកវេជ្ជ. ទូច សារុន	ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	សមាជិក
៨. លោកស្រីវេជ្ជ. ខៀវ ចន្ទីផល	គ្លីនិកសុខភាសង្គមនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	សមាជិក
៩. លោកស្រីវេជ្ជ. ខៀវ សំណាង	គ្លីនិកសុខភាសង្គមនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	សមាជិក
១០. លោកវេជ្ជ. ឆាយ ម៉េងសូម៉ានិត្យ	គ្លីនិកសុខភាសង្គមនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	សមាជិក
១១. លោកស្រីវេជ្ជ. គី សុវឌ្ឍនា	ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	សមាជិក
១២. លោកវេជ្ជ. ប្រាក់ ណារុំ	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត	សមាជិក
១៣. លោកវេជ្ជ. លឹម ស្រេងសេដ្ឋា	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១៤. លោកវេជ្ជ. សូ ចាន់ដារ៉ា	តំណាងអង្គការ US-CDC	សមាជិក
១៥. លោកវេជ្ជ. ដេង សិរង្គ	តំណាងអង្គការ WHO	សមាជិក
១៦. លោកវេជ្ជ. ផៃ ចុង	តំណាងមន្ទីរពេទ្យស៊ីហានុ មណ្ឌលនៃក្តីសង្ឃឹម	សមាជិក
១៧. លោកវេជ្ជ. ម៉ែន បញ្ញារ័ត្ន	តំណាង AHF	សមាជិក
១៨. លោកវេជ្ជ. ភឿន នរ៉ាធិ	តំណាង AHF	សមាជិក
១៩. លោកវេជ្ជ. ឆិល សារឹម	តំណាងអង្គការ FHI-360/LINKAGES	សមាជិក
២០. លោកវេជ្ជ. Herb Harwell	តំណាងអង្គការ CHAI	សមាជិក
២១. លោកវេជ្ជ. ហ៊ុល ស៊ីវណ្ណថា	តំណាងអង្គការ CHAI	សមាជិក
២២. លោកស្រី ម៉ោក សុម៉ានី	តំណាងអង្គការ CHAI	សមាជិក
២៣. លោកស្រី សាយ លក្ខិណា	តំណាងអង្គការ MAGNA	សមាជិក

ពាក្យបំព្រួញ

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
AFB	Acid fast bacilli
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
ALT	Alanine aminotransferase
ART	Antiretroviral therapy
ARV	Antiretroviral drug (s)
AUC	Area under curve
ATV	Atazanavir
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AZT	Zidovudine
BMD	Bone mineral density
BMI	Body mass index
CBC	Complete Blood Count
CD4	CD4+ T-lymphocyte
CMV	Cytomegalovirus
CNS	Central Nervous System
CrCl	Creatinine clearance
CRAG	Cryptococcal antigen
CrAg	Cryptococcal antigen
CSF	Cerebral Spinal Fluid
CTX	Cotrimoxazole
CVD	Cardiovascular disease
CXR	Chest x-ray
DAA	Direct antiviral agent
DRV	Darunavir
DRV	Darunavir/ritonavir
D4T	Stavudine
ddI	Didanosine
DNA	Deoxyribonucleic acid
DOT	Directly observed therapy
DST	Drug Susceptibility Testing
DTG	Dolutegravir
E	Ethambutol
EBV	Epstein Barr Virus
eGFR	Etimated glomerular filtration rate
EFV	Efavirenz
EPTB	Extra-pulmonary tuberculosis
ETV	Etravirine
H	Isoniazid
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human papilloma virus
HSV	Herpes Simplex Virus
GIT	Gastrointestinal tracts
HTN	Hypertension
INH	Isoniazid
IPT	Isoniazid preventive therapy
ITP	Immune thrombocytopenia
IRIS	Immune reconstitution inflammator syndrome
KS	Kaposi's Sarcoma
LDH	Lactate dehydrogenase
LFT	Liver function test
LN	Lymph node
LPV	Lopinavir
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MAC	Mycobacterium avium complex
MDR-TB	Multi drug resistant tuberculosis
MTB	Mycobacterium tuberculosis
NCD	Non communicable disease
NCHADS	National Center for HIV/AIDS Dermatology and STIs
NHL	Non-Hodgkin's lymphoma
NNRTI	Non-nucleoside reverse transcriptas inhibitor
NRTI	Nucleoside reverse transcriptase inhibitor
NVP	Nevirapine
OHL	Oral hairy leukoplakia
OI	Opportunistic infection
ORS	Oral rehydration solution
PCP	Pneumocystis jiroveci pneumonia
PEP	Post exposure prophylaxis
PPE	Pruritic papular eruption
PI	Protease inhibitor
PLHIV	People living with HIV
PMN	Polymorphonuclear leukocyte
PrEP	Pre exposure prophylaxis
PTB	Pulmonary tuberculosis
R	Rifampicin
RAL	raltegravir
RBC	Red blood cell
RIF	Rifampicin
RNA	Ribonucleic acid
RPR	Rapid plasma reagin
RTV	Ritonavir
/r	Low dose ritonvir
SJS	Stevens Johnson syndrome
TDF	Tenofovir disoproxil fumarate
TMP	Trimethoprim

TPHA	Treponemal pallidum particle agglutination
TST	Tuberculin skin test
US	Ultrasound
UTI	Urinary tract infection
WBC	White blood cell
WHO	World Health Organization
XDR	Extensively drug-resistant
Z	Pyrazinamide

សេចក្តីផ្តើម

គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់គ្រប់គ្រងគ្លីនិកជំងឺអេដស៍នេះ ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដោយផ្អែកលើគោលការណ៍ណែនាំឆ្នាំ២០១៥ និងជាពិសេសយោងតាមគោលការណ៍ណែនាំរួមបញ្ចូលគ្នាថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ ២០១៦ និងឯកសារបន្ថែមឆ្នាំ២០១៩។

គោលការណែនាំរួមបញ្ចូលគ្នានេះ រួមមាន ផ្នែកអំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺឱកាសនិយមសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ដែលពីមុនត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយឯកសារពីរផ្សេងគ្នា។ លើសពីនេះទៀត ដើម្បីចៀសវាងផ្នែកជាន់គ្នា តម្រូវឱ្យរៀបចំជាទម្រង់ច្បាស់លាស់ ដោយរៀបជាចំណុចៗច្រើន តារាង និងគំនូសបំព្រួញ ជាជាងការសរសេរជាអក្សរនៅក្នុងល្បះ។

ការផ្លាស់ប្តូរតម្រូវការផ្នែកគ្លីនិកនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលចាំបាច់ត្រូវពង្រីកវិសាលភាពនៃគោលការណ៍ណែនាំ។ បច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា ជួយឱ្យពួកគាត់មិនសូវជួបប្រទះនូវផលលំបាកដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃការថយចុះភាពស៊ាំនោះទេ។ មេរោគអេដស៍ខ្លួនឯង និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេលយូរនាំឱ្យបង្កើនហានិភ័យ និងផលលំបាកពាក់ព័ន្ធនឹងមេតាបូលិក និងជំងឺមិនឆ្លងដែលកើតទៅតាមវ័យ។ គោលការណ៍ណែនាំរួមបញ្ចូលផ្នែកអំពីជំងឺមិនឆ្លងដើម្បីជួយគ្រូពេទ្យព្យាបាលណែនាំអ្នកជំងឺអំពីការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង ព្រមទាំងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លងនៅក្នុងពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ។ គ្រូពេទ្យព្យាបាលគួរអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់កម្ពុជា។ ទោះបីជា គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍មិនសូវបានគ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លងជាញឹកញាប់ក៏ដោយ ប្រសិនជាអ្នកជំងឺមានឱកាសបានទទួលសេវាគ្លីនិកឯកទេស គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍ត្រូវមានការយល់ដឹងឱ្យច្បាស់អំពីលក្ខខណ្ឌជំងឺដែលកើតមានជាញឹកញាប់នេះ ជាពិសេស អន្តរកម្មឱសថជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ការកើនឡើងនូវការបំពេញតម្រូវការរបស់ក្មេងជំទង់ ហើយនឹងការសម្របសម្រួលជាមួយសេវាជំងឺកុមារដើម្បីការបញ្ជូនក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ពីសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារទៅសេវាព្យាបាលជំងឺមនុស្សពេញវ័យឱ្យបានរលូន ដោយផ្តល់ការព្យាបាល "ក្មេងជំទង់ឱ្យបានសមស្រប" នៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ។

ផ្នែកអំពីជំងឺរបេង គឺស្របគ្នាជាមួយគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីជំងឺរបេង/អេដស៍ ដោយមានបន្ថែមពីបញ្ហាទាក់ទងនឹងភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង ការប្រើប្រាស់តេស្ត GeneXpert MTB/RIF ដែលមាននៅច្រើនកន្លែង ព្រមទាំងការពង្រីកអនុសាសន៍លើការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងលើគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់។

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) និងប្រភេទ C (HCV) គឺជាការបង្ករោគរួមគ្នាជាញឹកញាប់ និងមានផលប៉ះពាល់លើការថែទាំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ការព្យាបាលថ្មីនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ និងមានភាពទ្រាំទ្រល្អ បច្ចុប្បន្ននេះកំពុងយកមកព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C នៅកម្ពុជា។ ឱសថ Tenofovir និង 3TC ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងរូបមន្តស្តង់ដាសម្រាប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយការព្យាបាលដោយរូបមន្តនេះក៏មានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងជំងឺ

រលោកថ្លើមប្រភេទ B ផងដែរ ។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលគ្រូពេទ្យព្យាបាលយល់ដឹងឱ្យបានច្បាស់ពីការបង្ករោគរួមគ្នាដែលកើតមានជាញឹកញាប់ នៅពេលគ្រប់គ្រងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំងផលវិបាកយូរអង្វែងនៃជំងឺទាំងនេះ ហើយមាតិកានៃជំងឺទាំងនេះត្រូវបានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំផងដែរ។

ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាតិកាគន្លឹះ ទាក់ទងនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រួមមាន ការពង្រីកលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើគ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 និងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលនៅថ្ងៃតែមួយលើគ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ គោលការណ៍ណែនាំនេះ ក៏បានដាក់បញ្ចូលនូវបច្ចុប្បន្នភាពរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រួមមាន រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដាជួរទី១ គឺ TDF + 3TC + DTG សម្រាប់គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានទម្ងន់ ≥ 30 kg រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង ATV/r គឺជម្រើសដ៏ល្អសម្រាប់ក្រុម PI នៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ ដោយសារមានឱសថគ្រាប់ EFV 400mg គេបានណែនាំដល់អ្នកជំងឺដែលត្រូវប្តូរទៅប្រើក្នុងកម្រិតដូសទាបជាង ដោយបានបង្ហាញថា មានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាជាមួយនឹងកម្រិតដូស 600mg សម្រាប់អ្នកជំងឺភាគច្រើន។

ការបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកអង់ទីហ្សែនក្រិបតូកុក (cryptococcal antigen) នៅក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ fluconazole ជាប្រចាំ។

ផ្នែកអំពីការលេបថ្នាំបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PrEP) ត្រូវបានដាក់បញ្ចូល និងការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនូវរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ថ្មី និងពង្រីកការផ្តល់សេវាពីបុគ្គលិកសុខាភិបាល ទៅដល់ជនរងគ្រោះដោយការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ។

ជំពូកទី១. ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃមេរោគអេដស៍

១.១ ចំណុចគន្លឹះ

- មេរោគអេដស៍ គឺជាវីរុសដែលរស់នៅក្នុងឈាម ឆ្លងតាមឈាម តាមទឹកាមបុរស និងទឹករំអិលទ្វារមាស
- បុគ្គលដែលទើបតែឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូង (ស្រួចស្រាវ) អាចមានការលំបាកក្នុងការញែកចេញពីការបង្ករោគដោយវីរុសស្រួចស្រាវដទៃទៀត
- ការផ្ទុកមេរោគអេដស៍រ៉ាំរ៉ៃ អាចគ្មានរោគសញ្ញាជាច្រើនឆ្នាំ ដោយក្នុងរយៈពេលនេះជំងឺអេដស៍មានការវិវត្តន៍ទៅមុខ និងអាចបន្តចម្លងទៅអ្នកដទៃទៀត
- ជំងឺអេដស៍មិនអាចព្យាបាលជាទេ ទោះបីជា មានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រួមបញ្ចូលគ្នាដ៏មានប្រសិទ្ធភាពក៏ដោយ
- អាចកាត់បន្ថយការចម្លងបានតាមរយៈការអនុវត្តន៍វិធានការរួមភេទប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងវិធីសាស្ត្រកាត់បន្ថយកត្តាប្រឈមមុខ រួមមាន ការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នាភ្លាមៗ។

១.២ ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍

- មេរោគអេដស៍ឆ្លងតាមរយៈ សារធាតុរាវនៃសារពាងកាយ ជាពិសេស ឈាម ទឹកកាមបុរស និងទឹករំអិលទ្វារមាស
- មេរោគអេដស៍ មិនអាចឆ្លងតាមការប្រាស្រ័យទាក់ទងគ្នាក្នុងសង្គមធម្មតាទេ ដូចជា ការថើប បរិភោគអាហាររួមគ្នា ឬសត្វល្អិតទិច ឬខាំ។

តារាងទី១ ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ អត្រាមធ្យមនៃការប្រឈមមុខក្នុងដំណាក់កាលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (average transmission risk per episode)

ការប្រឈមទៅតាមប្រភពចម្លងមេរោគអដស៍	[1] ការប៉ាន់ស្មាននៃការប្រឈមមុខក្នុងដំណាក់កាលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍
ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការរួមភេទ (តាមរយៈឈាម ទឹកកាមបុរស ទឹករំអិលទ្វារមាស)	
• ការរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលក្នុងទ្វារមាស (ការឆ្លងពីស្ត្រីមកបុរស)	១/២៥០០
• ភ្នាក់ងារទទួលដោយទ្វារមាសពេលរួមភេទ (ការឆ្លងពីបុរសទៅស្ត្រី)	១/១២៥០
• ភ្នាក់ងារទទួលដោយការរួមភេទតាមរន្ធគូទ (ការឆ្លងពីបុរសទៅបុរស (MSM) ឬពីបុរសទៅស្ត្រី) ដោយមិនបានដកចេញមុនពេលចេញទឹកកាម	១/៧០
• ភ្នាក់ងារទទួលដោយការរួមភេទតាមរន្ធគូទ ដោយបានដកចេញមុនពេលចេញទឹកកាម	១/១៥៥

[1] Post-Exposure Prophylaxis after Non-Occupational and Occupational exposure to HIV National Guidelines. ASHM 2013. Available at www.ashm.org.au.

• ការរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលក្នុងរន្ធគូទ ដោយលិង្គដែលមិនបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ (uncircumcised) នៃក្រុម MSM	១/១៦០
• ការរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលក្នុងរន្ធគូទ ដោយលិង្គដែលបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ (circumcised) នៃក្រុម MSM	១/៩០០
• ការរួមភេទតាមមាត់ (Oral sex): ដោយស៊កបញ្ចូល ឬភ្ជាក់ងារទទួល (បុរស ឬស្ត្រី)	កម្រិតទាបបំផុត
ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលប៉ះពាល់ឈាម	
• ការចាក់គ្រឿងញៀនៈ ឆ្លងតាមម្ជុល និងសឺរ៉ាំង	១/១២៥
• ការមុតម្ជុលនៅពេលបំពេញការងារ ឬសម្ភារមុតស្រួចផ្សេងទៀត	១/៤៤០
ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ផ្សេងទៀត	
• ជាមួយភ្នាស Mucus ឬស្បែកដែលមិនដាច់រលាត់ ។	< ១/១០០០

កត្តាប្រឈមមុខដែលមានឥទ្ធិពលលើការចម្លង និងការទទួលមេរោគអេដស៍

កត្តាបង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

បុគ្គលដែលមានកម្រិត Viral load មេរោគអេដស៍ខ្ពស់-ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទីបតែឆ្លងដំបូងនៅពេលដែល មេរោគអេដស៍ចរាចរក្នុងឈាមខ្ពស់ ឬស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺអេដស៍

- បុគ្គលដែលកើតជំងឺកាមរោគ ជាពិសេស ពេលមានដំបៅនៅប្រដាប់ភេទ និងមានរោគសញ្ញាជំងឺប្រមេះ (gonococcus)
- ដាច់រលាត់ភ្នាស mucosa ប្រដាប់ភេទ (ការប៉ះទង្គិច ការបង្ករោគ)
- ភ្នាស mucosa ក្រអូមមាត់ដាច់រលាត់ នៅពេលរួមភេទតាមមាត់
- របួសដោយមុតម្ជុលធំ ហើយជ្រៅ និង/ឬ ដោយការចាក់ចូលក្នុងសរសៃឈាមវ៉ែន ឬអាក់ទែ
- បុរសដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមិនបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ បានរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលក្នុងទ្វារមាស ឬក្នុងរន្ធគូទ។

កត្តាការពារប្រឆាំងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នាភ្លាមៗ និងធានាឱ្យមានការថយចុះនូវ viral load ក្នុងឈាមក្នុងកម្រិតមួយដែលមិនអាចរកឃើញ គឺមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ក្នុងការកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមផ្លូវភេទ។

កត្តាបង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- ការបង្ករោគនៅប្រដាប់ភេទ ជាពិសេស ដំបៅប្រដាប់ភេទ
- អ្នកទទួលការចាក់បញ្ចូលឈាម ឬផលិតផលឈាម
- ការចាក់គ្រឿងញៀនតាមសរសៃ ឬចាក់ក្រោមស្បែក ("skin-popping")។
- ការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ៖

- ដៃគូរួមភេទច្រើន
- រួមភេទជាមួយស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទ
- រួមភេទជាមួយដៃគូដែលមានការប្រឈមមុខនឹងការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទខ្ពស់ (ស្ត្រីភាគច្រើនមានដៃគូរួមភេទជាទៀងទាត់តែមួយ ក៏មានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយសារតែដៃគូរបស់គាត់មានដៃគូរួមភេទច្រើន)
- បុរសរួមភេទជាមួយបុរស (MSM)
- ការចាក់ទម្លុះស្បែកផ្សេងៗ ដូចជា ការសាក់ ការឆូតស្បែកឱ្យមុត ការចោះទម្លុះទងត្រចៀក ឬរាងកាយ ដោយប្រើឧបករណ៍មុតស្រួចមិនបានរំងាប់មេរោគត្រឹមត្រូវ តាមបច្ចេកទេស។

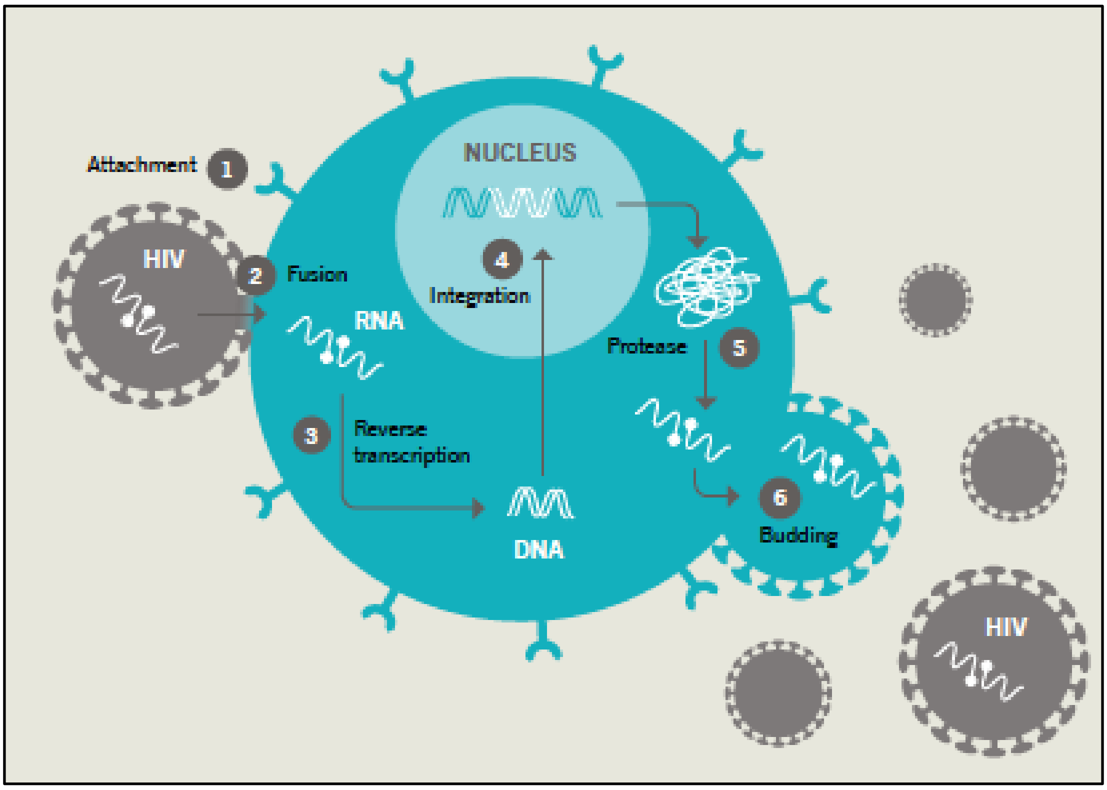
កត្តាការពារប្រឆាំងនឹងការទទួលមេរោគអេដស៍

- ការលេបថ្នាំបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PrEP)៖ ការលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយដៃគូដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍មុនពេលប្រឈមមុខនឹងការរួមភេទ គឺមានប្រសិទ្ធភាពបំផុតក្នុងការកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីដៃគូដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ សូមអានជំពូកអំពីការលេបថ្នាំបង្ការជាមុន នៅពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PrEP) *ទំព័រទី ២២៧*។
- ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP)៖ ការលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេល១ខែ ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ កាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ចំពោះបុគ្គលដែលប្រឈមមុខនៅពេលបំពេញការងារ (ឧ.ការមុតម្ជុត),ឬ រងការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ (" មិនមែនគ្រោះថ្នាក់ពេលបំពេញការងារ") សូមអានជំពូកអំពីការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) ទំព័រទី ២១៩ ។

១.៣ ការបង្ករោគ និងការវិវត្តន៍នៃមេរោគអេដស៍

- មេរោគអេដស៍គឺ ជាវីរុស RNA បង្ករោគក្នុងកោសិកានៃរាងកាយ ដែលមានភ្នាក់ងារទទួលជាកោសិកា CD4 (CD4 receptor) រួមមាន កោសិកា lymphocytes កោសិកា monocytes និងកោសិកា macrophages ដែលដើរតួនាទីជួយសម្របសម្រួលក្នុងការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាងកាយប្រឆាំងនឹងការបង្ករោគ
- មេរោគអេដស៍ បានភ្ជាប់ខ្លួនជាមួយកោសិកា CD4 → ដោយបញ្ច្រាបខ្លួនវាចូលតាមជញ្ជាំងកោសិកា → RNA នៃមេរោគអេដស៍បំលែងខ្លួនទៅជា DNA ដោយសារ viral reverse transcriptase → DNA នៃមេរោគអេដស៍ចូលក្នុង host genome → កោសិការបស់ host បង្កើតមេរោគអេដស៍ច្រើនទៀត → បំណែកតូចៗនៃមេរោគអេដស៍ ប្រមូលផ្តុំគ្នា រួចបញ្ចេញមកក្នុងឈាមវិញ
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺបានផ្តោតលើដំណាក់កាលទាំង៦ នេះ។

រូបភាពទី១ : វដ្តនៃមេរោគអេដស៍[2]



១.៣.១ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ដំបូងស្រួចស្រាវ (Acute infection)

- បន្ទាប់ពីបានបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ភ្លាម គឺជាដំណាក់កាលដែលមានកម្រិតមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមខ្ពស់បំផុត ជាមួយគ្នានឹងការធ្លាក់ចុះយ៉ាងគំហុកនៃចំនួនកោសិកា CD4
- បន្ទាប់មកបុគ្គលដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានបង្កើតការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំបណ្ដាលឱ្យអ្នកជំងឺលើសពី ៥០% ទទួលរងនូវ self-limiting mononucleosis ដូចគ្នានឹងជំងឺ seroconversion
- លទ្ធផលនៃការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ បានធ្វើឱ្យថយចុះកម្រិត viral load គួរឱ្យកត់សម្គាល់ (“virological set point”) និង ចំនួនកោសិកា CD4 កើនឡើង ទៅជិតស្មើនឹងចំនួនកោសិកា CD4 នៅពេលដើមគ្រា (baseline levels)។

១.៣.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិកក្នុងរយៈពេលសម្ងំ (Clinical latency)

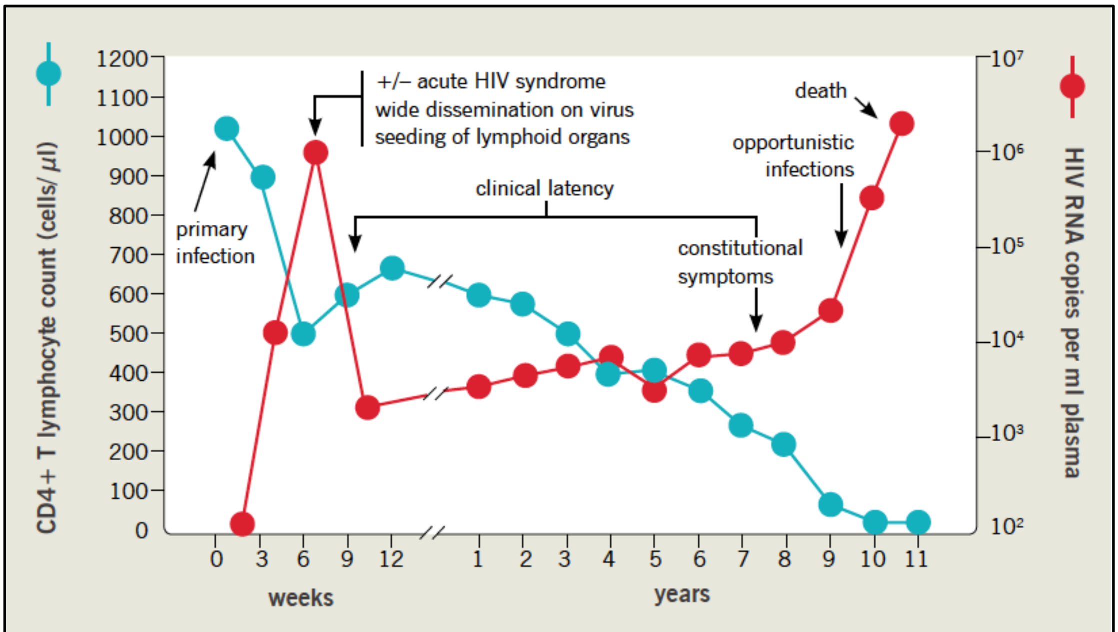
- គឺជាដំណាក់កាលដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គ្មានរោគសញ្ញា (ដំណាក់កាលទី១ នៃ WHO)
- មេរោគអេដស៍ បន្តបង្កបង្កើតកូនចៅក្នុងកម្រិតខ្ពស់
- បន្តការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមផ្លូវភេទ និងតាមផ្លូវផ្សេងទៀត គឺកើតមានជាញឹកញាប់
- ប្រសិនបើ មិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍→ ចំនួនកោសិកា CD4 នឹងបន្តធ្លាក់ចុះក្នុងកម្រិតមធ្យមគឺចំនួន៨០ កោសិកា/ឆ្នាំ។

[2] HIV TB Clinical Guide 8th edition. Medicines Sans Frontieres. 2015

១.៣.៣ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ *(Advanced HIV infection)*

- បើគ្មានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ អ្នកជំងឺអេដស៍នឹងវិវត្តន៍ទៅដំណាក់គ្លីនិក WHO ដំណាក់កាលទី ២-ទី៤
- ការវិវត្តន៍ទៅជំងឺអេដស៍ (ដំណាក់កាល WHO ទី៣ ឬទី៤ ចំនួនកោសិកា CD4 <២០០កោសិកា/មម^{៣}) កើតឡើងជាមធ្យមមានរយៈពេល១០ឆ្នាំក្រោយពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ កត្តាដែលអាចជម្រុញឱ្យមានការវិវត្តន៍លឿនទៅជំងឺអេដស៍ គឺអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានអាយុ >៤០ឆ្នាំ និងមានការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយជំងឺផ្សេងៗ ជាពិសេស ជំងឺរបេង
- កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានអាយុ<៥ឆ្នាំ ត្រូវចាត់ថា ជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ [3] ។

រូបភាពទី២: ប្រវត្តិធម្មជាតិនៃការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍[4]



Source: Modified from Fauci AS et al. 1996. *Ann. Intern Med.* 124:654

កម្រិតនៃការថយចុះភាពស៊ាំ	ចំនួនកោសិកា CD4
- គ្មានការថយចុះភាពស៊ាំ	> ៥០០កោសិកា/មម^{៣}
- ថយចុះភាពស៊ាំមធ្យម	៣៥០-៥០០ កោសិកា/មម^{៣}
- ថយចុះភាពស៊ាំខ្លាំង	២០០-៣៤៩ កោសិកា/មម^{៣}
- ថយចុះភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ	< ២០០ កោសិកា/មម^{៣}

[3] WHO HIV clinical guideline 2017.
[4] MSF HIV/TB Clinical Guide 2015

១.៤ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកបង្កដោយមេរោគអេដស៍

១.៤.១ ពេលណាដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍អាចលេចចេញរោគសញ្ញា

- ដំណាក់កាលឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូង = ដំណាក់កាល Seroconversion
- ស្ថានភាពជំងឺទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពុំរ៉ៃដោយ *មិនបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍*
    - ស្វែងរកចំណុចគន្លឹះ៖ ស្ថានភាពប្រជាសាស្ត្រ ស្ថានភាពគ្លីនិក ស្ថានភាពនៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ → ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍
- រោគសញ្ញាកើតឡើង *ក្រោយពីបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍*
- រោគសញ្ញា *មិនទាក់ទង* នឹងភាពមិនបានដឹង ឬបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍។

១.៤.២ មូលហេតុនៃការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក

១. ការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ

- ការបង្ករោគ
- ការបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយម
- ជំងឺមហារីក (Malignancy)។

២. ការប្រែប្រួលប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (Immune disregulation)

ឧ. ការថយចុះផ្លាកែតក្នុងឈាម (thrombocytopaenia) ជំងឺ inflammatory arthropathies ជំងឺ sjogrens syndrome។

៣. ផលប៉ះពាល់ដោយផ្ទាល់នៅពេលបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍

ឧ. HIV associated cognitive decline (HAND) ជំងឺតម្រងនោម (nephropathy) ជំងឺក្រពះ (gastropathy)។

៤. ការបង្ករោគរួមគ្នា

- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B, C និង ជំងឺរបេង។

៥. ផលប៉ះពាល់នៃការប្រើប្រាស់ឱសថ-ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ/អន្តរកម្មឱសថ។

៦. ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)

- ការលេចចេញ(Unmasking) ឬប្រតិកម្ម paradoxical នៅពេលបង្ករោគ ។

៧. ការវិវត្តន៍តាមវ័យអ្នកជំងឺ និងកើតមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃផ្សេងៗបង្កឡើងដោយមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ឧ. ជំងឺបេះដូង (cardiovascular) ឬជំងឺតម្រងនោម (renal disease)។

១.៤.៣ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅដំណាក់កាលដំបូង

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ដំណាក់កាល seroconversion គឺគ្មានរោគសញ្ញា > ៥០% នៃអ្នកជំងឺ
- ដំណាក់កាលបង្ករោគ៖ ១០ –១៤ថ្ងៃ

- ចង្អោមរោគសញ្ញាអាចប្រែប្រួលពីកម្រិតស្រាលទៅកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ គឺដូចគ្នានឹងការបង្ករោគដោយវីរុសផ្សេងទៀត
- ពិនិត្យមើលកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ មាន/គ្មាន ជំងឺកាមរោគ និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ។

សណ្ឋានគ្លីនិក

- លេចចេញរោគសញ្ញាភ្លាមៗ រួមមាន គ្រុនក្តៅ ឈឺចាប់សាច់ដុំ ឈឺសន្លាក់ ឡើងកូនកណ្តុរ (lymphadenopathy) រលាកបំពង់ក ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកមានពណ៌ និងពងទឹក(maculopapular) ដំបៅមាត់ ចង្អោមរោគសញ្ញាក្រពះ និងពោះវៀន ឈឺក្បាល និងមានជំងឺរលាកស្រោមខួរ (aseptic meningitis)
- ករណីកំរៈ ជំងឺសរសៃប្រសាទ (neuropathies) និងចង្អោមរោគសញ្ញា Guillain–Barré
- Transient immunosuppression opportunistic → បង្ករោគ ឧ.ជំងឺផ្សិតបង្កដោយកង់ឌីដា ឬជំងឺ PJP។

សណ្ឋាននៃតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

- ថយចុះផ្លាកែតក្នុងឈាម(Thrombocytopenia) គោលិកាសថយចុះ(leukopenia) កើនឡើងអង់ហ្ស៊ីមថ្លើម
- ធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណមេរោគអេដស៍អាចនឹងអវិជ្ជមាន រហូតដល់៣សប្តាហ៍ ក្រោយពីបានឆ្លងមេរោគអេដស៍
- ប្រសិនបើ Ag/Ab មេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន នៅពេលមានការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ → ត្រូវធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ម្តងទៀត នៅ១ខែក្រោយ។

១.៤.៤ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាំរ៉ៃៈ ស្ថានភាពសុខភាពអាស្រ័យតាមចំនួនកោសិកា CD4

តារាងខាងក្រោមនឹងរៀបរាប់ពីស្ថានភាពសុខភាពអាស្រ័យតាមចំនួនកោសិកា CD4 ដែលផ្តល់ព័ត៌មានពីប្រព័ន្ធបែងចែកតាមលក្ខខណ្ឌគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រចាប់ពីដំណាក់កាលទី ១–៤ របស់ WHO (តារាងទី៥៨:) *ទំព័រទី ២៣៣* ។

តារាងទី២: ស្ថានភាពសុខភាពនៅពេលបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ប្រែប្រួលតាមចំនួនកោសិកា CD4 [5]

ចំនួនកោសិកា CD4	ស្ថានភាពសុខភាព
ទោះបីមានចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ	• ហើមប៉ោងកូនកណ្ដុរពេញខ្លួន ជាប់ជាប្រចាំ(PGL) • រីកក្រពេញប៉ារ៉ូទីត (Parotid gland enlargement) • ជំងឺរើម Herpes zoster (shingles) • ជំងឺរបេង • ជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរី • ជំងឺ Cervical intraepithelial neoplasia (CIN) • ជំងឺកង់ឌីដានៅទ្វារមាស (Vulvo-vaginal candidiasis) • ជំងឺស្លេកស្លាំងរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic anaemia) • ថយចុះចំនួនផ្លាកែតពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍ (HIV-related thrombocytopenia) • ជំងឺ Lymphocytic interstitial pneumonitis (LIP) លើកុមារ។
<២០០កោសិកា/µL (នៅពេលដែលប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយមធ្ងន់ធ្ងរ)	• ដុះផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral candidiasis (thrush) • ដុះផ្សិតក្នុងបំពង់ក (Oesophageal candidiasis) • ជំងឺ Oral hairy leukoplakia (OHL) • ជំងឺ Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP) • ជំងឺ Cryptosporidiosis • ជំងឺ Lymphoma (non-CNS) • ជំងឺ Kaposi's sarcoma (KS) • ជំងឺ HIV-associated dementia (HAD)។
<១០០ កោសិកា/µL	• ជំងឺ Toxoplasmosis • ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយគ្រីបតូកុកូស (Cryptococcal meningitis (CM)) • ជំងឺភ្នែកបង្កដោយ Cytomegalovirus • ស្រកទម្ងន់ដោយគ្មានមូលហេតុ (Wasting syndrome)។
< ៥០ កោសិកា/µL	• ជំងឺ Non-tuberculosis mycobacterial (NTM) • ជំងឺ Lymphoma (CNS) • ជំងឺ Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML) • ជំងឺ Cytomegalovirus (brain or disseminated)។

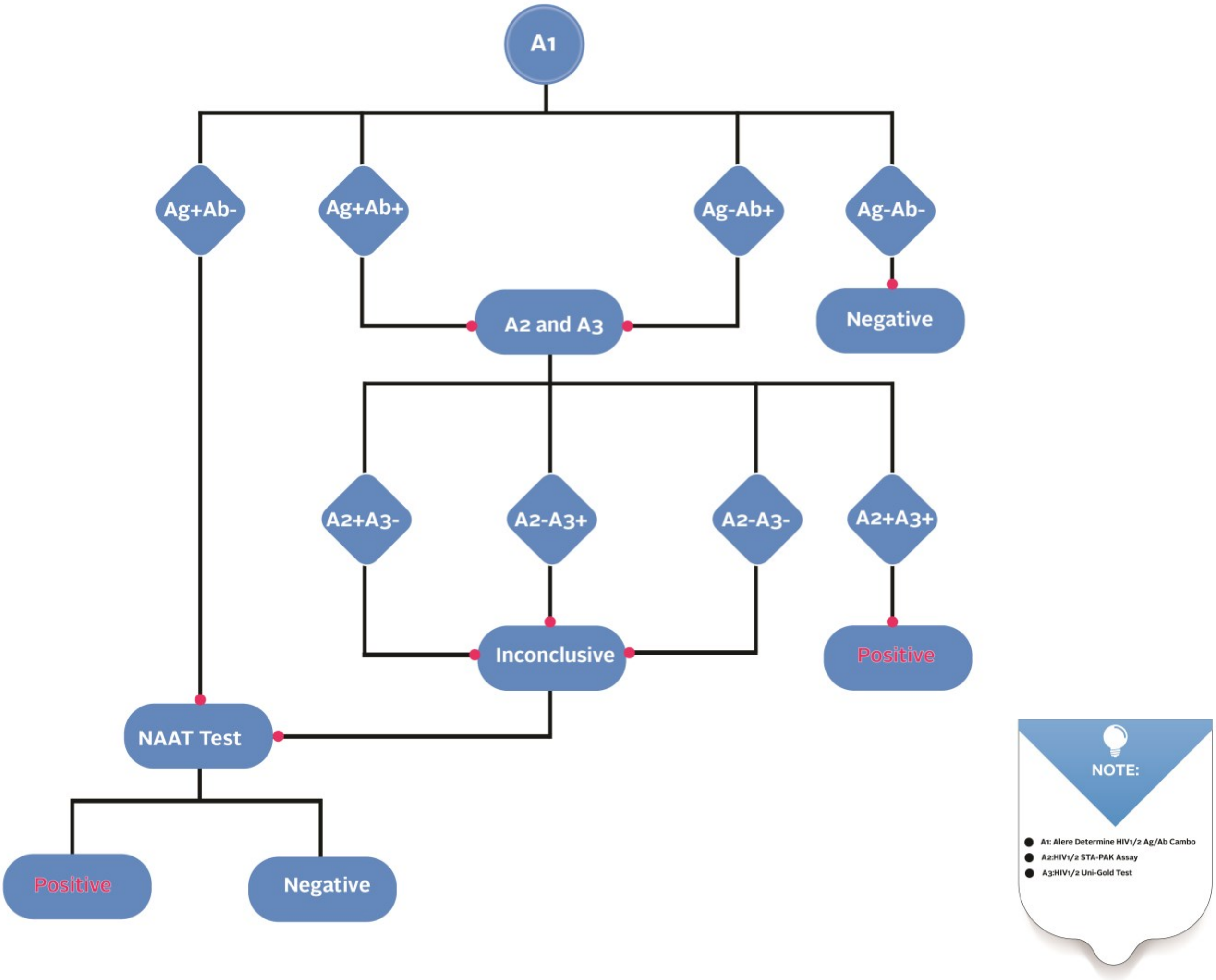
[5] Adapted from MSF HIV/TB Guide 2015

១.៥ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍

នៅប្រទេសកម្ពុជា ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅមណ្ឌលធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់(VCCT) ផ្តួចផ្តើមដោយមន្ត្រីសុខាភិបាល(HPITC) ឬដោយសហគមន៍/មិត្តអប់រំមិត្ត (C/PITC សម្រាប់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍) ដោយប្រើប្រាស់តេស្តរហ័សគឺ Alere Determine Ag/Ab ជំនាន់ទី៤ ស្របតាមគំនូសបំព្រួញស្តង់ដា [6] ។

ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ត្រូវផ្តោតលើក្រុមប្រជាជនដែលសកម្មផ្លូវភេទហើយប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ រួមមាន ក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត ស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទ ដៃគូរួមភេទរបស់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងអ្នកពាក់ព័ន្ធ (index cases)។

រូបភាពទី៣: គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍



** សម្រាប់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍, ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តស្រាវជ្រាវ វិជ្ជមាននៅពេលធ្វើតេស្តនៅសហគមន៍ ហើយលទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់ អវិជ្ជមានត្រូវតាមដានគាត់ឱ្យមកធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ម្តងទៀតនៅខែក្រោយ។

[6] Leter on revision of HIV Testing and Counseling (HTC), NCHADS 2017

ករណីសង្ស័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍៖

- ផ្តល់ព័ត៌មានជូនអតិថិជន អំពីសារៈសំខាន់នៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍
- បញ្ជូនអតិថិជនទៅសេវាធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍ ឬនៅសេវាធ្វើរកមេរោគអេដស៍
- ផ្តល់ព័ត៌មានជូនអតិថិជន អំពីផ្លូវចម្លងមេរោគអេដស៍ និងការប្រព្រឹត្តការរួមភេទប្រកបដោយសុវត្ថិភាព/ការចាក់ថ្នាំដែលមានសុវត្ថិភាព នៅពេលដែលគាត់រង់ចាំការធ្វើតេស្ត ឬលទ្ធផលតេស្តរកមេរោគអេដស៍។ ចំពោះអ្នកដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបញ្ជូនទៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ។

១.៦ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍(ART) គឺសំដៅលើការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ហើយបច្ចុប្បន្នត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ ឱ្យចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅថ្ងៃតែមួយនៃថ្ងៃបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើ សមស្របតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលក្នុងថ្ងៃតែមួយ (សូមអានឯកសារស្តីពីគោលគំនិតនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងថ្ងៃតែមួយ)។

- ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បែងចែកយ៉ាងតិចជា ២ ក្រុម ហើយមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងវដ្តជីវិតនៃមេរោគអេដស៍នៅតាមដំណាក់កាលខុសៗគ្នា តាំងពីដំណាក់កាលនៃការភ្ជាប់ខ្លួនជាមួយកោសិកា និងដំណាក់កាលនៃការបំបែកខ្លួន។ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា នឹងទប់ស្កាត់ ភ្លាមៗនូវការបំបែកខ្លួនរបស់វីរុសអេដស៍ នាំឱ្យថយចុះយ៉ាងឆាប់រហ័សនូវចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម (viral load) ឱ្យស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតកំណត់មួយដែលមិនអាចរកឃើញដោយតេស្ត viral load។ ជាលទ្ធផល នាំឱ្យកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ទៅលើប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ និងស្តារមុខងារប្រព័ន្ធភាពឡើងវិញបន្តិចម្តងៗ ដែលបញ្ជាក់ដោយចំនួនកោសិកា CD4 lymphocyte កើនឡើង។ នៅពេលដែលមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំត្រូវបានស្តារឡើងវិញ និងរក្សាបានក្នុងកម្រិតមួយ នាំឱ្យការប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយមទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ និងអត្រាមរណៈភាពថយចុះ។

- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មិនអាចជាដាច់បានទេ។ ប៉ុន្តែវាមានសកម្មភាពទប់ស្កាត់ការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ តែមិនអាចបោសសំអាតមេរោគអេដស៍ឱ្យអស់បានទេ។ ប្រសិនបើ បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មេរោគអេដស៍នឹងបន្តការបំបែកខ្លួនឡើងវិញយ៉ាងឆាប់រហ័ស ដូចដែលបានឃើញនៅពេលធ្វើតេស្ត VL ហើយចំនួនមេរោគអេដស៍នឹងត្រឡប់មកក្នុងកម្រិតដូចមុនពេលព្យាបាលឡើងវិញ និងបំផ្លាញប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ជាថ្មីម្តងទៀត។

- ជាងនេះទៅទៀត ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលត្រូវបានយកមកព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ គឺជាឱសថដែលបានបង្ហាញថា មានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការបង្ការមេរោគអេដស៍ចំពោះបុគ្គលដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយគេអាចយកមកប្រើប្រាស់សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីប្រឈមមុខនឹងការ

ឆ្លងមេរោគ អេដស៍ (PEP) ឬប្រើប្រាស់សម្រាប់បង្ការការឆ្លងដែលមិនទាក់ទងនឹងការបំពេញការងារ ការឆ្លងតាមឈាម ឬតាមផ្លូវភេទ ដោយលេបថ្នាំបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ មុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PrEP) ដើម្បីបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈការរួមភេទ ក្នុងចំណោមអ្នករួមភេទផ្ទុយគ្នា បុរសរួមភេទជាមួយបុរស និងក្រុមអ្នកបំរើលែងភេទ។

១.៦.១ គោលបំណងនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- ផលប្រយោជន៍សុខភាពជាបុគ្គលចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺមានភាពប្រសើរឡើងនូវគុណភាពជីវិត និងអាយុកាលមធ្យម (life expectancy) ដោយសារៈ
    a. ទប់ស្កាត់ការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ វាស់វែងដោយការធ្វើតេស្ត viral load (VL)
    b. ស្តារឡើងវិញ និងរក្សាមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ បញ្ជាក់ដោយ ការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4
    c. កាត់បន្ថយអត្រាឈឺ និងអត្រាមរណៈភាព បង្កដោយជំងឺឱកាសនិយម និងជំងឺផ្សេងទៀតទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍។

- កាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ ដោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីបង្ការ (TasP) និងការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP និង PrEP) ដើម្បីទទួលបានផលប្រយោជន៍ផ្នែកសុខភាពជាលក្ខណៈបុគ្គល និងជាប្រជាជនទាំងមូលៈ
    a. បង្ការការចម្លងតាមផ្លូវភេទ (សូមអានអនុផ្នែកទីៈ ១.៦.៣ ការព្យាបាលដើម្បីបង្ការ)
    b. បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT)
    c. បង្ការការចម្លងដោយការចាក់គ្រឿងញៀន
    d. បង្ការការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលបំពេញការងារ (Occupational exposure)។

១.៦.២ គោលការណ៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអដស៍ ត្រូវចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និងត្រូវលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដើម្បីបង្ការភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយនឹងឱសថ ដែលនាំឱ្យរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បរាជ័យ។

- ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា មានយ៉ាងតិច ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍៣មុខដែលត្រូវចេញវេជ្ជបញ្ជា ហើយយ៉ាងតិចមានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីរក្រុមផ្សេងគ្នា
- ត្រូវធានាការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

ជាធម្មតាការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ បណ្តាលមកពីការផ្លាស់ប្តូរខ្លាំងក្លានៃសេនេទិកនៃមេរោគអេដស៍ដោយឯកឯង (high rate of spontaneous genetic mutations)។ ប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នឹងបញ្ឈប់ការបំបែកខ្លួន និងកាត់បន្ថយអត្រាផ្លាស់ប្តូរសេនេទិកនៃមេរោគអេដស៍។ ករណីដែលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មិនសូវមានប្រសិទ្ធភាព (suboptimal) (ឧ.ប្រើប្រាស់រូបមន្ត

ព្យាបាលរួមគ្នាមិនសមស្រប ឬការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់) នាំឱ្យមេរោគអេដស៍នៅតែបន្តបំបែកខ្លួនក្នុងពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអដស៍ បណ្ដាលឱ្យកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនូវចំនួនមេរោគអេដស៍ ដែលមានសេនេទិកស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ នៅពេលដែលមេរោគអេដស៍ស៊ាំជាមួយឱសថនឹងមានចំនួនច្រើនលើសលុប នោះរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងប្រើប្រាស់ នឹងលែងមានប្រសិទ្ធភាព។

វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ ក្នុងការរកឱ្យឃើញឆាប់ នូវភាពបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ពីព្រោះ បើសិនបើមិនបានព្យាបាល វីរុសដែលស៊ាំជាមួយឱសថនឹងប្រមូលផ្ដុំនូវសេនេទិកច្រើនទៀត (genetic mutations) នាំឱ្យមានភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផ្សេងទៀត បណ្ដាលឱ្យ៖ ១) បន្ថយប្រសិទ្ធភាពនៃរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ និង ២) ករណីអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២នឹងមានជម្រើសតិចនៃឱសថជួរទី៣ ហើយវីរុសដែលស៊ាំអាចឆ្លងរាលដាលទៅមនុស្សផ្សេងទៀត។ ករណីដែលមានភាពបរាជ័យវីរុសសាស្ត្រត្រូវបានរកឃើញទាន់ពេល តម្រូវឱ្យការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយមានឱសថថ្មីយ៉ាងតិចពីរមុខក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ជាទូទៅនឹងកាត់បន្ថយចំនួនវីរុសក្នុងឈាម (VL) សារជាថ្មី។

១.៦.៣ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបង្ការ(TasP) និង U=U

- **តើភាពមិនអាចរកវីរុសឃើញ (Undetectable) = ភាពមិនអាចចម្លង (Untransmittable) មានន័យដូចម្ដេច?**

ភាពមិនអាចរកវីរុសឃើញ = ភាពមិនអាចចម្លង ដែលជាទូទៅអាចសរសេរកាត់ជា U=U គឺជាការលើកកម្ពស់ការផ្សព្វផ្សាយដើម្បីបង្កើនការយល់ដឹងការរកឃើញផ្នែកគ្លីនិកថ្មីដែលបញ្ជាក់ថា ករណីដែលបុគ្គលដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងរក្សាបានលទ្ធផលតេស្ត viral load ដែលមិនអាចរកមេរោគឃើញ គាត់នឹងគ្មានការហានិភ័យក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមផ្លូវភេទទៅដៃគូដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍នោះទេ។ យោងតាមសារនៃយុទ្ធនាការផ្សព្វផ្សាយអំពីការបង្ការ ឆ្នាំ ២០១៧ សារអំពី U=U គឺជាឱកាសមួយក្នុងការផ្លាស់ប្ដូរជីវិតមនុស្សរាប់លាននាក់ដែលរស់នៅជាមួយ និងរងផលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំងមានការផ្លាស់ប្ដូរដ៏ស៊ីជម្រៅលើការងារនេះ ។ គេបានទាញហេតុផលថា សារ U=U មានសក្ដានុពលលើ៖

- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវជីវិតអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការកាត់បន្ថយភាពខ្មាស់អៀន និងការភ័យខ្លាចការចម្លងតាមផ្លូវភេទ និងបានផ្ដល់ឱកាសដល់ការបង្កកំណើតកូន ដោយមិនចាំបាច់ប្រើប្រាស់មធ្យោបាយបង្កកំណើតផ្សេងទៀត
- ភាពលែងមានការម៉ាក់ងាយនៅកម្រិតសហគមន៍ គ្លីនិក និងបុគ្គល
- លើកទឹកចិត្តអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ឱ្យចាប់ផ្ដើម និងរក្សាខ្ជាប់ខ្ជួននៅក្នុងសេវាព្យាបាលដែលជួយឱ្យគាត់ និងដៃគូរបស់គាត់មានសុខភាពល្អ
- ពង្រឹងការខិតខំប្រឹងប្រែងតស៊ូមតិលើការទទួលបានសេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ថែទាំ និងព្យាបាលជាសកលដើម្បីសង្គ្រោះជីវិត និងនាំផ្លូវយើងទាំងអស់គ្នាឈានទៅជិតដល់ទីបញ្ចប់នៃការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍។

- **ឥទ្ធិពលនៃសារ U=U**

  ឥទ្ធិពលនៃសារ U=U គឺមានវិសាលភាពធំធេង។ ក្នុងរយៈពេលវែង ភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានភ្ជាប់ជាមួយនឹងភាពម៉ាក់ងាយ ដែលមានឫសគល់ចេញពីបុគ្គលដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍តែងតែមានអារម្មណ៍ថា នឹងបង្កហានិភ័យទៅអ្នកដទៃ។ ចរិកលក្ខណៈអវិជ្ជមាននេះ បានស្ថិតនៅជុំវិញយើងចាប់តាំងពីចាប់ផ្តើមនៃការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ ហើយមាននៅខាងក្នុងចិត្តនៃអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍មួយចំនួន។

  ការយល់ដឹងអំពី U=U អាចត្រូវធ្វើដំណើរវែងឆ្ងាយឆ្ពោះទៅការបន្ធូរបន្ថយការរីកសាយភាយនៃសេចក្តីព្រួយបារម្ភទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍។ ការផ្តល់អំណាចដល់អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ឱ្យមានជាសុខភាពទាំងស្រុងជាមួយអ្នកដែលគាត់មានការជឿទុកចិត្តខ្លាំង ដើម្បីបន្តជីវិតផ្លូវភេទជាមួយគ្នាមួយជីវិត។

  គ្រូពេទ្យព្យាបាលអាចជាអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈដំបូងដែលបានជួបបុគ្គល ដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នឹងអាចមានលទ្ធភាពក្នុងការនិយាយដោយសុវត្ថិភាព។ រវាងការយល់ដឹងអំពីការភ័យខ្លាច និងការព្រួយបារម្ភដែលពួកគាត់ធ្លាប់ជួបប្រទះ សារ U=U គឺពិតជាមានសារៈសំខាន់ណាស់។ ជាពិសេសសារនេះ នឹងជួយឱ្យអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានទំនុកចិត្តក្នុងការបើកចំហស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន ហើយវាក៏អាចជួយដោះស្រាយបានយ៉ាងច្រើននូវភាពម៉ាក់ងាយដែលមានភ្ជាប់ជាមួយនឹងមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំងបានជួយលើកទឹកចិត្តលើការពិចារណាចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផងដែរ [7] ។

- មគ្គុសទ្ទេសន៍នៃការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT protocols) គឺអាស្រ័យលើប្រសិទ្ធភាពនៃការអនុវត្តការព្យាបាលដើម្បីបង្ការ (TasP) ក្នុងគោលបំណងសម្រេចឱ្យបាននូវការលុបបំបាត់មេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម តាមរយៈតេស្ត VL រកមិនឃើញមេរោគអេដស៍ (undetectable VL) ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។

- ពាក្យ TasP ត្រូវបានគេយកមកប្រើប្រាស់សម្រាប់ធ្វើការតស៊ូមតិ ក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលក្រុមប្រជាជនមួយចំនួនដើម្បីបង្ការការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ ក្នុងពេលដែលគេមិនទាន់ដឹងច្បាស់ថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានផ្តល់ផលប្រយោជន៍លើសុខភាពផ្លូវកាយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ដោយសារហេតុផលនេះ គេក៏ផ្តល់ការព្យាបាលលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4។

[7] (ASHM. (2017). Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine HIV pre-exposure prophylaxis: clinical guidelines. Available at http://viruseradication.com/journal-details/Australasian_Society_for_HIV,_Viral_Hepatitis_and_Sexual_ Health_Medicine HIV_pre-exposure_prophylaxis: clinical_guidelines.

១.៦.៤ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PEP)

- ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PEP) គឺជាការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរយៈពេលកំណត់មួយ (ក្នុងអំឡុងពេល៤ ម៉ោង មិនឱ្យលើសពី៧២ ម៉ោង) បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ និងការចម្លងពីម្តាយទៅកូន។ ត្រូវបន្តការព្យាបាលរយៈពេលមួយខែ ក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ហើយត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកអង់ទីករមេរោគអេដស៍នៅខែទី៣។
- នៅពេលមិនទាន់មានការសិក្សាតាមបែប randomized controlled trial ការសិក្សាតាមបែបអង្កេត (observational studies) បានគាំទ្រប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដោយកាត់បន្ថយអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ ទាំងក្នុងចំណោមក្រុមដែលបំពេញការងារប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងក្រុមដែលគ្មានការងារប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(occupational and non-occupational exposures) ផងដែរ។
- វិធីសារ PMTCT ក៏បានយកគោលការណ៍នៃការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍មកប្រើប្រាស់ សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។
- ព័ត៌មានលំអិតអំពីព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PEP) សូមអានជំពូកទី៤៣. ការបង្ការក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអស៍សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល ទំព័រទី២១៩។

១.៦.៥ ការលេបថ្នាំបង្ការ មុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PrEP)

- ការលេបថ្នាំបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PrEP) គឺជាការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយបុគ្គលដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីទប់ស្កាត់ការឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- បច្ចុប្បន្ននេះ ការលេបថ្នាំបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ដោយអង្គការ WHO ជាជម្រើសបន្ថែមមួយសម្រាប់បង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ចំពោះក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ (> ៣% នៃអាំងស៊ីដង់)[8] ។
- ការលេបថ្នាំបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវអនុវត្តរួមគ្នាជាមួយនឹងកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍គ្រប់ជ្រុងជ្រោយ នៃការកាត់បន្ថយហានិភ័យ (harm reduction) រួមមាន ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅពេលដើមគ្រា និងការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ជាទៀងទាត់ ការតាមដានការពុលឱសថ និងការគ្រប់គ្រងការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ការពិនិត្យជំងឺកាមរោគ និងការធ្វើតេស្តនៃការមានផ្ទៃពោះ។ល។
- សម្រាប់ព័ត៌មានលំអិតសូមអានការលេបថ្នាំបង្ការជាមុន នៅពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PrEP) ក្នុងជំពូកទី៤៤ ទំព័រទី២២៧ ។

---

[8] Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. September WHO 2015

១.៦.៦ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមាននៅប្រទេសកម្ពុជា[9]

១. ក្រុម Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)

- Tenofovir (TDF)
- Zidovudine (AZT or ZDV)
- Lamivudine (3TC)
- Abacavir (ABC)

២. ក្រុម Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)

- Efavirenz (EFV)
- Nevirapine (NVP) is going to be phased out soon

៣. ក្រុម Protease Inhibitors (PI)

- Atazanavir combined with low dose Ritonavir (RTV/r)
- Lopinavir combined with low dose Ritonavir (LPV/r)
- Darunavir (DRV)
- Ritonavir (RTV)

៤. ក្រុម Integrase Strand Transfer Inhibitors (INSTIs)

- Dolutegravir (DTG)
- Raltegravir (RTG)

ក្រុម integrase inhibitor ត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ជួរទី២ និងជួរទី៣ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រដោយទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ខ្លាំងក្លា។

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន គឺជាឱសថដែលមានកម្រិតដូសរួមបញ្ចូលគ្នា (fixed dose combinations) ពី២ ឬ៣មុខ (ឧ. TDF + 3TC + DTG or TDF + 3TC+ EFV, AZT + 3TC or TDF + 3TC, ABC + 3TC) ដើម្បីកាត់បន្ថយចំនួនគ្រាប់ថ្នាំដែលអ្នកជំងឺត្រូវលេប និងបង្កើនជាអតិបរិមានូវការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

គេសង្ឃឹមថា នឹងមានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ថ្មីទៀតនៅកម្ពុជា ដូចជាក្រុម (e.g. NNRTI Etravirine)។

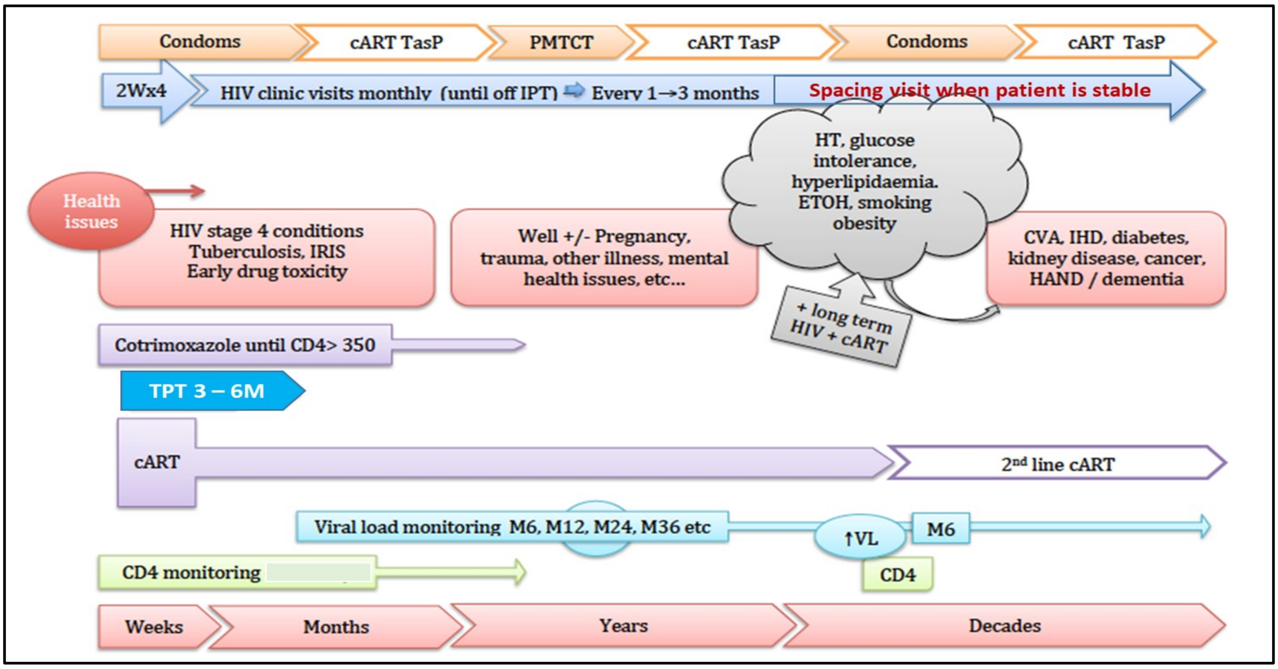
[9] The drugs procured for the Cambodian National HIV program are manufactured to standards for WHO prequalification.

ជំពូកទី ២: កម្មវិធីពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំជាមួយគ្រូពេទ្យព្យាបាល

២.១ កម្មវត្ថុនៃការមកពិគ្រោះជំងឺឱ្យបានឆាប់បំផុត

- ចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺក្នុងសៀវភៅបញ្ជីចុះឈ្មោះ និងរៀបចំឯកសារអ្នកជំងឺ (សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះថ្មី)
- ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ និងផលប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងគុណភាពជីវិត និងអាយុកាលរំពឹងទុក ព្រមទាំងកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍
- ផ្តល់ប្រឹក្សាស្ត្រីដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ អំពីលទ្ធភាពនៃការមានគភ៌នៅពេលអនាគត
- ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការព្យាបាលមួយជីវិត ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ និងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់
- ផ្តល់ប្រឹក្សាពីរបៀបថែរក្សាសុខភាពឱ្យបានល្អ
- ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ឬជំងឺផ្សេងទៀតដែលកំពុងកើតមាន
- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងរាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ និងបញ្ជូនទៅរករោគវិនិច្ឆ័យបន្ថែមទៀត ឬ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT)
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ប្រសិនជាចាំបាច់
- ផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អំពីការបង្ការការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ និងត្រៀមខ្លួនក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយជីវិត
- ផ្តល់ព័ត៌មាន និងការគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសុខភាពទូទៅ
- ឱ្យអ្នកជំងឺត្រៀមខ្លួន ដើម្បីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

រូបភាពទី៤: ការវិវត្តន៍គ្លីនិកនៃមេរោគអេដស៍



២.២ កម្មវត្ថុនៃការពិគ្រោះជំងឺ ក្រោយពេលអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- វាយតម្លៃពីគុណភាពនៃជីវិត
- ធានាអ្នកជំងឺលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងគ្រប់គ្រងមេរោគអេដស៍ឱ្យនៅកម្រិតទាប
- ចៀសវាង និងគ្រប់គ្រងការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- គ្រប់គ្រង និងព្យាបាលការបង្ការរោគរួមគ្នា
- បង្ការ និងគ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លងដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់កើនឡើងក្រោយពេលព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍យូរអង្វែង លើអ្នកជំងឺមានវ័យច្រើន។

២.៣ ពេលវេលានៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺ

- ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវធ្វើក្នុងថ្ងៃតែមួយនៅពេលដែលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ រួមមានការធ្វើតេស្ត VL, តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកាCD4, តេស្ត CBC, តេស្តមុខងារតម្រងនោម ថ្លើម និងតេស្តផ្សេងទៀត
- គ្រូពេទ្យព្យាបាល ត្រូវដឹងពីកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្ត VL ហើយតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ត្រូវធ្វើតេស្តម្តងទៀតនៅពេលដែលអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងណាត់ជួបអ្នកជំងឺលើកក្រោយឱ្យត្រូវថ្ងៃដែលត្រូវធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ
- កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវធ្វើគឺ xYz (ឧ. $_5$-6-$_7$ គេកំណត់ថា ផែនការនៃធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រគឺរាល់ ៦ខែម្តង គេអាចធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺនៅពេលណាក៏បាន ក្នុងចន្លោះពី ខែ ៥ និងខែ៧)
- បើសិន អ្នកជំងឺខកខានមិនបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ឬ VL តាមកាលវិភាគដែលបានកំណត់ គេត្រូវធ្វើតេស្តទាំងពីរនេះ ឱ្យបានឆាប់បំផុត តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន
- កាលវិភាគខាងក្រោម គឺកាលវិភាគដែលអ្នកជំងឺត្រូវមកពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម អាស្រ័យទៅតាមស្ថានភាពអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ អាចនឹងត្រូវមានការមកពិគ្រោះជំងឺ ឬការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ជាញឹកញាប់ជាងនេះ។

ការបំពេញទម្រង់នៃការមកពិគ្រោះជំងឺ ដែលអាចប្រើប្រាស់ជាបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ (checklists) ជាជំហានៗសម្រាប់វាយតម្លៃការគ្រប់គ្រង និងការតាមដានអ្នកជំងឺ។ ត្រូវបំពេញជំហាននីមួយៗដោយយកចិត្តទុកដាក់ និងរក្សាទុកឯកសារឱ្យបានល្អ និងទិន្នន័យនេះនឹងត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងឃ្លាំងផ្ទុកទិន្នន័យថ្នាក់ជាតិ (National database) សម្រាប់ប្រើប្រាស់តែក្នុងកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍តែប៉ុណ្ណោះ។

ព័ត៌មានលំអិតអំពីការវាយតម្លៃគ្លីនិក សូមអានជំពូកទី៤៥: ឧបសម្ព័ន្ធទី២ ការណែនាំអំពីការពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំជាមួយគ្រូពេទ្យព្យាបាល *ទំព័រទី២៣៥* ។

តារាងទី៣: កម្មវិធីមកពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ

សប្តាហ៍	សញ្ញាគ្លីនិក	ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី Adherence	ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ	ចាប់ផ្តើម/បញ្ឈប់ប្រើប្រាស់ឱសថ
សប្តាហ៍ 0	✓	✓	✓	ចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART (ប្រសិនសមស្របតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការចាប់ផ្តើម ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយ)។
សប្តាហ៍ទី ១		✔		
សប្តាហ៍ទី ២	✔	✔		ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ Cotrimoxazole ប្រសិនបើ CD4 ≤ 350 ឬអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង។ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole ប្រសិនបើមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្រប[10] សូមអានជំពូកទី៧, *ទំព័រទី៥០* ។
ខែទី១	✔	✔	✔	ចាប់ផ្តើមព្យាបាល TPT ផ្អែកតាមរូបមន្តព្យាបាលដែលយកមកប្រើ ប្រសិនបើសមស្របតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ សូមអានជំពូកទី៦ ,*ទំព័រទី៥០*។
ជារៀងរាល់ខែ នៅពេលព្យាបាល TPT	✔	✔	✔ VL at month $_{5}6_{7}$	បញ្ឈប់ការព្យាបាល TPT ផ្អែកតាមរូបមន្តព្យាបាលដែលយកមកប្រើ (ព្យាបាល ៦ខែ សម្រាប់ IPT និង៣ខែ សម្រាប់ 3HP)។
ក្រោយពេលបញ្ឈប់ព្យាបាលដោយ TPT, ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយ Cotrimoxazole				
ជារៀងរាល់ ១ – ៣ ខែម្តង (អាស្រ័យស្ថានភាពរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់)	✔	✔	✔VL at M $_{5}6_{7}$ then M $_{11}12_{13}$, M $_{23}24_{25}$ etc. ✔CD4 every $_{5}6_{7}$ M	បញ្ឈប់ការព្យាបាល Cotrimoxazole ឬ Fluconazole យោងតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ (សូមអានជំពូកទី៥: ការព្យាបាលបង្ការជាបឋម, អនុជំពូកទី ៥.១ ការព្យាបាលបង្ការជាបឋមដោយឱសថ , *ទំព័រទី៣៤*)។
ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ Cotrimoxazole				
ជារៀងរាល់៣-៦ ខែម្តង	✔	✔	✔VL រៀងរាល់ $_{11}12_{13}$ ខែម្តង	អ្នកជំងឺមានលំនឹងក្រោយទទួលការព្យាបាល ART ≥ 1 ឆ្នាំ និងមាន viral load < 40 copies/ml អាចផ្តល់ឱសថ ARV រហូតដល់ ៦

[10] See flowchart: Cryptococcal antigen screening for asymptomatic patients, page 57

				ខែ សូមអានឯកសារនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត Multi Month Dispensing (MMD) ។

តារាងទី៤: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការស្រាវជ្រាវរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលសង្ស័យថា ជំងឺរបេងលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រៀងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ

កាលពី៤សប្តាហ៍មុន សួរអ្នកជំងឺថា តើគាត់មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកណាខ្លះដូចខាងក្រោម??
• ក្អក: គ្រប់ពេល ជួនកាលយូរ ជួនកាលឆាប់ (any time, any duration)
• គ្រុនក្តៅ: គ្រប់ពេល ជួនកាលយូរ ជួនកាលឆាប់ (any time, any duration)
• បែកញើសពេលយប់: រយៈពេល ≥ ២ សប្តាហ៍
• ស្រកទម្ងន់ ? នឹងត្រូវថ្លឹងទម្ងន់អ្នកជំងឺរៀងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ និងប្រៀបធៀបជាមួយនឹងទម្ងន់គាត់ដែលបានថ្លឹងកាលពីគាត់មកពិគ្រោះជំងឺលើកមុន។

តារាងទី៥: ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំ

ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ	ចាប់ផ្តើម ART ប្រសិនបើ eligible សម្រាប់ចាប់ផ្តើមក្នុងថ្ងៃតែមួយ	តាមដានអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថជួរទី១	ការព្យាបាលបរាជ័យ	តាមដានអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថជួរទី២
តេស្ត HIV Ag/Ab	✓			
តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4	មិនចាំបាច់រង់ចាំលទ្ធផលតេស្តមុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART ទេ។	ធ្វើតេស្តCD4 រៀងរាល់៦ខែម្តង បើកំពុងព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម។ **បញ្ឈប់ការធ្វើតេស្ត CD4 ជាប្រចាំ ពេលឈប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម។**	បើមានជំងឺឱកាសនិយមថ្មី រួមទាំងជំងឺរបេង នៅពេលប្តូរ ទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២	ធ្វើតេស្តCD4 រៀងរាល់៦ខែម្តង បើកំពុងព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម។ **បញ្ឈប់ការធ្វើតេស្ត CD4 ជាប្រចាំ ពេលឈប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម។**
តេស្ត Viral Load	**មិនបាច់ធ្វើទេ**	ខែទី៦, ខែទី១២, ខែទី២៤, ខែទី៣៦ ។ល។	ធ្វើតេស្ត VL ដើម្បីបញ្ជាក់ សម្រាប់ "targeted" តាមដាន	ខែទី៦, ខែទី១២, ខែទី២៤, ខែទី៣៦ ។ល។
តេស្ត AST/ALT		ខែទី១, ខែទី៣		ខែទី១, ខែទី៣
តេស្ត Hb	បើមានគម្រោងប្រើ AZT	បើប្រើ AZT, ត្រូវធ្វើតេស្តនៅខែទី១, ខែ	បើមានគំម្រោងប្រើ AZT	បើប្រើ AZT, ត្រូវធ្វើតេស្តនៅខែទី១, ខែ

		ទី៣ បន្ទាប់រៀងរាល់ ៦ខែម្តង		ទី៣ បន្ទាប់រៀងរាល់ ៦ខែម្តង
តេស្ត Urine dipstick Serum creatinine, (calculate eGFR)		បើប្រើ TDF ត្រូវធ្វើតេស្តនៅខែទី១, ខែទី៣ បន្ទាប់រៀងរាល់ ១២ខែម្តង		បើប្រើ TDF ត្រូវធ្វើតេស្តនៅខែទី១, ខែទី៣ បន្ទាប់រៀងរាល់ ១២ខែម្តង បើមិនប្រើ TDF រៀងរាល់១២ខែម្តង
តេស្ត HBsAg	បើ ↑ ALT ត្រូវពិចារណាមិនទាន់ចាប់ផ្តើមប្រើ TDF។		បើមិនដឹងត្រូវពិចារណាបញ្ឈប់ប្រើ TDF	
តេស្ត Diabetes screen			បើប្តូរទៅប្រើ PI	បើប្រើ PI, ត្រូវធ្វើតេស្តរៀងរាល់១២ខែម្តង
តេស្ត Serum lipids			បើប្តូរទៅប្រើ PI	បើប្រើ PI, ត្រូវធ្វើតេស្តរៀងរាល់១២ខែម្តង

តារាងទី៦: ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមជាបឋម

	លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាល	កម្រិតដូស	លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការបញ្ឈប់ការព្យាបាល
Cotrimoxazole	សូមអានជំពូកទី៥: ៥.១ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ជាបឋម, *ទំព័រទី ៣៤* ។		
	CD4 < ៣៥០ TB ទោះបីមាន CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ WHOដំណាក់កាលទី៣ ឬទី៤ គ្រប់ក្មេងជំទង់ទាំងអស់ បើគ្មាន Contraindication ។	១ DS; (TMP-១៦០ម.ក្រ, SMX-៨០០ម.ក្រ) លេបរាល់ថ្ងៃ *ឬ* ២ SS; (TMP-៨០ម.ក្រ, SMX-៤០០ម.ក្រ) លេបរាល់ថ្ងៃ ។	អាយុ ≥ ២០ឆ្នាំ *និង* គ្មានជំងឺរបេងសកម្ម *និង*តេស្ត VL រកមិនឃើញមេរោគ *និង*តេស្ត CD4 > ៣៥០ ពេលធ្វើពីរដងជាប់គ្នា > ៦ ខែម្តង។
ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT)	សូមអានជំពូកទី ៦. ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងការវាយតម្លៃ ដើម្បីព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT), ទំព័រទី ៤០ ។		
	គ្រប់ PLHIV ទាំងអស់ (រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ) ដែលគ្មានជំងឺរបេងសកម្ម ត្រូវព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយ	ប្រើ Isoniazid ៣០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ + pyridoxine ៥០ម.ក្រ/ថ្ងៃ	ក្រោយពីព្យាបាល IPTបាន ៦ខែ និងព្យាបាលដោយ 3HP បាន៣ខែ។

	IPT ឱ្យបានមួយវគ្គ (one course) បើគ្មាន Contraindication។	(បើទម្ងន់ < ៤០គ.ក្រ Isoniazid ២០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ) សូមមើលកម្រិតដូសនៃរូបមន្តព្យាបាល 3 HP ទំព័រទី ៤២។	
ការព្យាបាលបង្ការជំងឺ Cryptococcus ជាបឋម	សូមអានជំពូកទី៧: ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមេរោគ Cryptococcus និងការព្យាបាលបង្ការ, *ទំព័រទី៥០* ។		
	CD4 < ១០០ បើគ្មាន contraindication	ប្រើ Fluconazole ១០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ	តេស្ត VL រកមិនឃើញមេរោគ *និង*តេស្ត CD4 > ១០០ ពេលធ្វើពីរដងជាប់គ្នា > ៦ខែម្តង។

តារាងទី៧: អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង

របបអាហារ និងការផ្លាស់ប្តូរជីវិតរស់នៅ គឺអាស្រ័យទៅតាមទម្ងន់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗដែលមានទម្ងន់ស្រាល/លើសទម្ងន់/ទម្ងន់ធម្មតា និងកត្តាប្រឈមមុខផ្សេងទៀត ដូចជា ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ទឹកនោមផ្អែម ។ល។
របបអាហារ: មនុស្សភាគច្រើនគួរត្រូវយកចិត្តទុកដាក់លើការបរិភោគអាហារ៖ • បរិភោគប្រូតេអ៊ីនច្រើន (តៅហ៊ូ សណ្តែក សាច់មាន់ ត្រី) • បរិភោគបន្លែច្រើន (៥ x ៤០០– ៥០០ក្រ នៃបន្លែ និងផ្លែឈើក្នុងមួយថ្ងៃ) • បរិភោគខ្លាញ់តិច (ចៀសវាងអាហារចំអិនខ្លាំងពេក (ខ្លោច) ស្បែកជាប់ខ្លាញ់ ដូចជា ស្បែកជ្រូក/ មាន់ • បរិភោគជាតិស្ករតិច (ភេសជ្ជៈ (soft drinks) ជាតិផ្អែម ទឹកដោះគោ (condensed milk) • បរិភោគជាតិអំបិលតិច (ប្រហុក MSG ទឹកត្រី ទឹកជ្រលក់ (soy sauce) និងសាច់ ឬត្រីប្រឡាក់) ដោយប្រើរស់ជាតិផ្សេងជំនួសវិញ ដូចជា ទឹកក្រូចឆ្មារ ម្រេច និង បន្លែជីផ្សេងៗ • បន្ថយការបរិភោគអាហារកែឆ្នៃ(processed foods) ជាទូទៅ មានជាតិអំបិល ជាតិខ្លាញ់ និងជាតិស្ករច្រើន។
ទំងន់: ត្រូវរក្សាកម្រិត BMI ឱ្យនៅចន្លោះ ១៨,៥ – ២២,៩ (សូមអានជំពូកទី៣៣. ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់ ទំព័រទី១៨៥)។
ជាតិស្រវឹង (Alcohol): ត្រូវទទួលទានក្នុងកម្រិតជាអតិបរិមា២ស្តង់ដាក្នុងមួយថ្ងៃ ≥មិនសេពគ្រឿងស្រវឹង២ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍(2 alcohol free days)។
មិនជក់បារី
ការហាត់ប្រាណ: ត្រូវហាត់ប្រាណរយៈពេល៣០នាទីរៀងរាល់ថ្ងៃ (ឧ. ការដើរលឿន) (ត្រូវហាត់ប្រាណខ្លាំងជាងនេះបើចង់សម្រកទម្ងន់)។

ការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះក្រុមប្រជាជនពិសេស

ជំពូកទី៣. ស្ត្រីដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ

ស្ត្រីដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍មានតម្រូវការជាពិសេសអំពី សុខភាពបន្តពូជ។

- នៅរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ ត្រូវពិនិត្យស្ត្រី និងសួរគាត់ថា តើអ្វីគាត់ចង់បានអ្វីទាក់ទងនឹងសុខភាពបន្តពូជ អាចជា៖
  - រង់ចាំពេលវេលាសមស្រប ដែលគួរមានគភ៌ ? ឬ
  - មានបំណងចៀសវាងការមានគភ៌ ?

- បើសិនជា គាត់លេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ហើយ *តេស្ត VL មិនអាចរកមេរោគអេដស៍ឃើញ* ហើយគាត់មានបំណងចង់មានកូន គឺគាត់មានការប្រឈមមុខតិចបំផុតក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូជាបុរស និងឆ្លងទៅទារក ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬការបំបៅកូនដោយទឹកដោះ។

៣.១ ផែនការក្នុងការមានគភ៌

- ផ្តល់យោបល់ដល់ស្ត្រី អំពីពេលវេលាសមស្របដែលគាត់គួរមានគភ៌ ដោយមិនធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សុខភាពគាត់គឺ ក្រោយពេលគាត់ចូលក្នុងកម្មវិធី PMTCT បានរយៈពេលពី ៦ ទៅ១២ខែ ដោយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយការធ្វើតេស្ត VL រកមេរោគអេដស៍មិនឃើញ និងមានចំនួនកោសិកា CD4 កើនឡើង និងបានបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម។

៣.២ ការពន្យាកំណើត

- ចំពោះស្ត្រីដែលចង់ពន្យាពេល ឬមិនចង់មានគភ៌ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគាត់អំពីមធ្យោបាយការពារមិនឱ្យមានកូន៖
  - ជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រទ្វេភាគ (dual methods) នៃការការពារកុំឱ្យមានកូន ជាជាងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យតែមួយមុខ ដែលមានអត្រាបរាជ័យខ្ពស់ក្នុងការបង្ការការមានផ្ទៃពោះ
  - ឱសថការពារមិនឱ្យមានកូន៖ ថយចុះប្រសិទ្ធភាព បើប្រើកម្រិតដូសទាបនៃការលេបថ្នាំពន្យាកំណើតនៅពេលប្រើរួមគ្នាជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងក្រុម NNRTI និងក្រុម PI (Ritonavir)។ ការចាក់ថ្នាំ (Depo- Provera) ឬ LARC (long acting reversible contraception) ដូចជា វិធីសាស្ត្របង្កប់ក្រោមស្បែក (implants) និងដាក់កងក្នុងស្បូន IUD ដែលស្ត្រីភាគច្រើនចូលចិត្តប្រើ។

៣.៣ ការពន្យាកំណើតជាបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រីកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- បង្ការការមានផ្ទៃពោះក្នុងករណីបន្ទាន់ ត្រូវធ្វើឱ្យបានឆាប់បំផុត ≤ ៤ថ្ងៃ

- ប្រសិនបើ ព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin EFV ឬ PI៖ ត្រូវបង្កើនកម្រិតដូសថ្នាំពន្យាកំណើតទ្វេដង (កម្រិតដូសធម្មតា គឺ ១,៥ mg) = ៣ mg levonorgestral ត្រូវប្រើតែមួយកម្រិតដូស[11] ។

៣.៤ ផ្តល់ការគាំទ្រស្ត្រី ឱ្យលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងធ្វើតេស្ត VL ដើម្បីតាមដានអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ

- ស្ត្រីដែលមានលទ្ធផលតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន មុនពេល ឬនៅពេលមានផ្ទៃពោះ ឬនៅពេលបំបៅដោះកូន ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ដោយប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ (TDF+3TC+ DTG) និងលេបថ្នាំ cotrimoxazole បើអាចប្រើបាន។
- ផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស លើការគាំទ្រគាត់ ឱ្យលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ នៅពេលមានផ្ទៃពោះ។
- ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral load តាមដានបន្ថែម លើសពីកាលវិភាគធ្វើតេស្ត Viral load ធម្មតា ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ៖
  - ប្រសិនបើ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទើបតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើតេស្ត VL រយៈពេល៣ខែក្រោយ
  - បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ហើយ ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ឱ្យបានឆាប់នៅពេលទើបមានគភ៌ (បន្ទាប់មក ធ្វើតេស្តស្របតាមគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្ត VL)។
- ការសម្របសម្រួលរវាង ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី PMTCT និងការព្យាបាលបង្ការមេរោគអេដស៍ និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ចំពោះកុមារ ត្រូវអនុវត្តតាមការណែនាំដោយ NCHADS និង MCH ស្របតាមនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តវិធីសាស្ត្រជំរុញខ្លាំងក្លានៃវិធីសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នា [12] និងគោលការណ៍ណែនាំអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកុមាររបស់ NCHADS។

---

[11] MSF HIV/TB Clinical guide 2015, page 85

[12] Standard Operating Procedure for Implementation of the Boosted Linked Response between HIV and SRH for Elimination of New Pediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Cambodia. MCH and NCHADS 2013

ជំពូកទី៤. ក្មេងជំទង់

- អង្គការ WHO ឱ្យនិយមន័យថា ក្មេងជំទង់ គឺជាក្មេងដែលមានអាយុចន្លោះពី១០ ទៅ ១៩ ឆ្នាំ [13] ។
- ប្រទេសកម្ពុជា បានផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារអាយុត្រឹម ១៥ ឆ្នាំ និងត្រូវបញ្ជូនទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ នៅពេលកុមារឈានចូលវ័យជំទង់។

ក្មេងជំទង់រស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ (ALHIV) គឺជាក្មេងជំទង់ដែល៖

- ឆ្លងមេរោគអេដស៍ជុំវិញពេលបង្កកំណើត (perinataly-acquired) និងត្រូវបានបញ្ជូនពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារទៅទទួលនៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ (ករណីភាគច្រើននៃក្មេងជំទង់នៅកម្ពុជា)។
- បានឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការប្រព្រឹត្តិផ្លូវភេទ ការចាក់គ្រឿងញៀន ការចាក់ថ្នាំគ្មានសុវត្ថិភាព ឬការចាក់បញ្ចូលឈាម ហើយភាគច្រើននៃក្មេងជំទង់ទាំងនេះ បានមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យផ្ទាល់តែម្តង។
- ក្មេងស្រីជំទង់មួយចំនួនត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅសេវាសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ។

ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍៖ ក្មេងជំទង់មកទទួលសេវាធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ដែលមានប្រព័ន្ធថែរក្សាការសំងាត់ និងទទួលបានការយល់ព្រម (informed consent) ពីក្មេងជំទង់ជាមុនសិន។

ប្រឈមនឹងបញ្ហាផ្លូវចិត្ត៖

ក្មេងជំទង់ គឺជាក្រុមប្រជាជនដែលមានលក្ខណៈចម្រុះគ្នា (heterogeneous group) ហើយមានការរីកលូតលាស់តាមលក្ខណៈធម្មជាតិ ផ្នែករាងកាយ ផ្នែកសតិបញ្ញា និងការទំនងទំនងសង្គមយ៉ាងលឿនតាមកម្រិតខុសៗគ្នានៃភាពពេញវ័យ ព្រមទាំងមាន ការទទួលខុសត្រូវខុសៗគ្នា ទាំងនៅក្នុងគ្រួសារ និងក្នុងសហគមន៍។

ភាគច្រើននៃកុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅពេលសម្រាលមានការប្រឈមមុខនឹងការរើសអើង និងម៉ាក់ងាយនៅពេលឈានចូលវ័យជំទង់ រួមទាំង ការលូតលាស់មិនបានល្អ (stunted growth) លទ្ធផលនៃការសិក្សារៀនសូត្រមិនសូវល្អ ដោយសារអវត្តមានញឹកញាប់ ។ ពួកគេអាចជាក្មេងកំព្រា ឬរស់នៅជាមួយឱពុកម្តាយដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬជាមួយអ្នកថែទាំដែលមិនសូវផ្តល់នូវក្តីអាណិតមេត្តាចំពោះគេ។ គេអាចវិវត្តន៍ទៅភាពពេញវ័យយឺតយ៉ាវ និងមិនសូវមានការទុកចិត្តលើខ្លួនឯង។

ក្មេងទំទង់ ដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមមធ្យោយបាយផ្សេងៗ មានតម្រូវការដោយឡែកៗពីគ្នា។ ពួកគាត់អាចមកពីក្រុមប្រជាជនចំណុច ដូចជា ក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស ក្រុមបំលែងភេទ ក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង/ឬ អាចជាក្រុមបម្រើសសេវាផ្លូវភេទ។ ក្រុមនេះ ជាទូទៅ គឺជាក្រុមដែលមានការប្រព្រឹត្តិប្រឈមមុខខ្ពស់នឹង

[13] HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. WHO 2013

ការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ ហើយអាចមានបញ្ហាប្រឈមជាមួយនឹងការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ ក្មេងជំទង់ក្រុមនេះ ក៏ត្រូវការសេវាផែនការគ្រួសារ និងសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគផងដែរ។

ការផ្ទេរពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ

ក្មេងជំទង់ភាគច្រើន មានក្តីកង្វល់ និងព្រួយបារម្ភណ៍ អំពីការផ្ទេរពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ ដែលជាពេលវេលាដ៏ពិបាកក្នុងការសម្រួលសម្រួលដោយបង្កើននូវការទទួលខុសត្រូវ និងក្តីរំពឹងទុកជាមុន នៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។

គោលបំណងនៃការផ្ទេរពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺកុមារទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ ដោយជោគជ័យគឺ ការរក្សាក្មេងជំទង់ឱ្យបន្តមកទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលជាប់ជានិច្ច រក្សានូវការលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ បង្កើនសមត្ថភាពក្នុងការបន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ និងបានទទួលការគាំទ្រទាំងផ្នែកគ្លីនិក និងផ្លូវចិត្ត ដើម្បីក្លាយជាយុវជនដែលមានទាំងសុខភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្តល្អ។

ក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន ដែលត្រូវផ្ទេរពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺកុមារទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យមានអាយុចន្លោះពី ១៥ និង២០ឆ្នាំ។ ក្មេងជំទង់ដែលបង្ហាញ ពីភាពម្ចាស់ការនៃការសម្រេចចិត្ត និងការទទួលខុសត្រូវដោយខ្លួនឯងក្នុងការថែទាំ និងព្យាបាល អាចនឹងទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺមនុស្សពេញវ័យបានឆាប់ជាង។

គាំទ្រក្នុងការផ្ទេរ និងការផ្តល់ការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ដល់ក្មេងជំទង់ឱ្យបានសមស្រប

ត្រូវទាមទារឱ្យសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ មានកិច្ចសហការល្អជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទាំងនៅកម្រិតនៃការផ្តល់សេវា និងនៅកម្រិតអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ ដើម្បីគាំទ្រក្នុងការផ្ទេរក្មេងជំទង់ ដោយធានាឱ្យបានទទួលសេវា ដែលទាក់ទាញក្មេងជំទង់ឱ្យចូលចិត្តមកប្រើប្រាស់ "adolescent friendly" ។

៤.១ រៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យសម្រាប់ក្មេងជំទង់

តម្រូវការនៃរៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធ នៅកម្រិតគ្លីនិក រួមមាន៖

១. ចាត់តាំងអ្នកសម្របសម្រួល សម្រាប់ទំនាក់ទំនង រវាងសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ និងសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ។

២. បង្កើតនិយាមបែបបទជាក់លាក់ ក្នុងការទទួលក្មេងទំទង់ ដែលទើបតែបញ្ជូនមកពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ រួមមាន៖

   a. តម្រង់ទិសពីហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវ័ន្ត នៃសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ

b. ណែនាំពីបុគ្គលិកនៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ
c. ពន្យល់ពីលំហូរនៃសេវាពិគ្រោះគ្លីនិក
d. ពន្យល់ឱ្យច្បាស់ អំពីវិន័យពេលមកដល់គ្លីនិកយឺតយ៉ាវ និងពេលដើរចូលមកគ្លីនិក
e. ចាត់តាំងបុគ្គលិកគ្លីនិកម្នាក់ ជាអ្នកទំនាក់ទំនងដោយផ្ទាល់ជាមួយអ្នកជំងឺដោយផ្តល់ជូនព័ត៌មានទំនាក់ទំនង ដូចជា ពេលវេលាដែលអាចទាក់ទងបាន។

៣. រៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង ដើម្បីទាក់ទាញក្មេងជំទង់ឱ្យចូលចិត្តមកប្រើប្រាស់សេវា " adolescent friendliness " រួមមាន៖
– រៀបចំកាលវិភាគប្រចាំសប្តាហ៍របស់គ្លីនិកជាក់លាក់ សម្រាប់ផ្តល់សេវាជូនក្មេងទំទង់
– កាត់បន្ថយពេលវេលារង់ចាំ និងផ្តល់ការពិគ្រោះជំងឺឱ្យបានយូរ
– អញ្ជើញអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា/ក្រុមមិត្តជួយមិត្ត (PSW) មកពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារមកចូលរួមវគ្គនេះ
– រៀបចំឱ្យមានការប្រជុំ MMM (មិត្តគាំទ្រមិត្ត) នៃក្រុមក្មេងជំទង់
– ធានាថា មិនតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ចំពោះក្មេងជំទង់
– សហការក្នុងភាពជាដៃគូជាមួយអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រជាក់លាក់ដល់ក្មេងជំទង់បន្ថែមលើសពីសេវាដែលគ្លីនិក (តាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើបាន)
– បណ្តុះវប្បធម៌របស់គ្លីនិកដោយគ្មានការរិះគន់ គ្មានការវាយតម្លៃ ប៉ុន្តែមានការទទួលស្វាគមន៍រាក់ទាក់ពីសំណាក់បុគ្គលិកគ្លីនិក នៅគ្រប់ពេលទាំងអស់។

៤. គ្រូពេទ្យព្យាបាលនៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ត្រូវរៀបចំក្មេងជំទង់ដែលត្រូវបានបញ្ជូនមកពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ដូចតទៅ ៖
a) រៀបចំផែនការអន្តរកាលជាមួយក្មេងជំទង់ គ្រួសារ និងអ្នកថែទាំ។
b) ផ្តល់ការអប់រំ និងជំនាញតាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលក្មេងជំទង់ មុនពេលបញ្ជូន ដើម្បីឱ្យពួកគេមានសមត្ថភាពក្នុងការ៖
– យល់ដឹងអំពីការស្វែងរកសេវាថែទាំ និងព្យាបាល នៅពេលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកធ្ងន់ធ្ងរ ឬករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់
– កំណត់រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងរៀបរាប់រោគសញ្ញាគ្លីនិកទាំងនោះ
– ការណាត់ជួប លុបចោលការណាត់ជួប និងរៀបចំការណាត់ជួបគ្រូពេទ្យសារជាថ្មី
– មកតាមកាលកំណត់នៃការណាត់ជួប
– ទូរស័ព្ទមកមុន ករណីត្រូវការណាត់ជួបបន្ទាន់
– ធានាថា ត្រូវមានថ្នាំលេបគ្រប់គ្រាន់ទុកនៅផ្ទះ មុនពេលត្រូវណាត់ជួបគ្រូពេទ្យលើកក្រោយ
– យល់ដឹងពីសារៈសំខាន់នៃការតាមដាន ការថែទាំសុខភាព និងអាចទទួលការខុសត្រូវក្នុងការព្យាបាល និងការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯង។
c) ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលកុមារ/ក្មេងជំទង់ ត្រូវជួយក្មេងជំទង់ស្វែងរកសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យដែលសមស្របបំផុតចំពោះពួកគាត់។

៤) ធានាថា ការបញ្ជូនត្រូវធ្វើឡើង នៅពេលស្ថានភាពសុខភាពរបស់ក្មេងជំទង់មានលំនឹង។

ក្រោយពីបានបញ្ជូនក្មេងជំទង់ទៅទទួលថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ

អ្នកផ្តល់សេវាមនុស្សពេញវ័យ ត្រូវធ្វើការជាមួយក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាកុមារ ក្នុងករណីដែលក្មេងជំទង់បានដកខ្លួនចេញពីការទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ហើយវិលត្រឡប់ទៅទទួលនៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារវិញ ដើម្បីសម្របសម្រួល និងជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ។

៤.២ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គម

សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យត្រូវបន្តផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តដល់ក្មេងជំទង់ រួមមាន៖

- ការស្វែងរក និងការដោះស្រាយវិបត្តិ ឧ. មានបំណងសម្លាប់ខ្លួន គ្មានផ្ទះសំបែងស្នាក់នៅ ។ល។
- សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជជំរុញលើកទឹកចិត្តការឱ្យប្រកាន់យកការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទដោយសុវត្ថិភាព
- ផ្តល់ភាពទទួលបាននូវផលប្រយោជន៍ សិទ្ធិ និងសេវាផ្សេងៗ
- គាំទ្រយុវជនក្នុងការថែទាំសុខភាពខ្លួនឯង និងការអនុវត្តន៍ផ្សេងៗដែលធ្វើឱ្យជីវិតបានប្រសើរឡើង
- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការព្យាបាលបញ្ហាសុខភាពរ៉ាំរ៉ៃ ឧ.ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ការប្រើគ្រឿងញៀន
- បង្កើនជំនាញក្នុងការរស់នៅដោយខ្លួនឯង និងការផ្លាស់ប្តូរពីកុមារភាពទៅកាន់មនុស្សពេញវ័យ។

ការផ្តល់ប្រឹក្សាចំពោះក្មេងជំទង់ រួមមាន៖ គាំទ្រការលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ អប់រំអំពីសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ ពន្យល់អំពីទំនាក់ទំនងស្នេហាដែលមានមនោសញ្ចេតនា ព្រមទាំង ការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ប្រាប់ដៃគូ អ្នកដែលទុកចិត្ត និងប្រាប់មនុស្សសំខាន់ផ្សេងទៀត។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបង្ហាញពីការគោរព និងការស្តាប់ដោយយកចិត្តទុកដាក់ ដោយមិនវាយតម្លៃរាល់ជម្រើសផ្សេងៗ និងក្តីបារម្ភរបស់ក្មេងជំទង់។ អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវពិភាក្សាជាមួយក្មេងជំទង់ អំពីវិធីសាស្ត្រកាត់បន្ថយកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនអាចនិយាយជាចំហនៅចំពោះមុខឪពុក ម្តាយ ឬអ្នកថែទាំ។

ការផ្តល់ប្រឹក្សាជាក្រុម អាចជួយឱ្យក្មេងជំទង់បង្កើនទំនុកចិត្តលើខ្លួនឯង ដោយផ្តល់ទីកន្លែងសម្រាប់ជួបជុំគ្នានៅក្នុងគ្លីនិក អញ្ជើញអ្នកជំនាញ ហើយមន្ត្រីសុខាភិបាលជួយសម្របសម្រួលពីដំណើរការ បង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់ការជួបជុំគ្នារបស់ក្មេងជំទង់ អនុញ្ញាតឱ្យគេបង្កើតជាក្រុម និងទទួលបាននូវជំនាញទាំងអស់នេះ។

៤.៣ បញ្ហាដោយឡែកសម្រាប់ក្មេងជំទង់ ដែលត្រូវដោះស្រាយ

៤.៣.១ ការបើកចំហាពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍

- ***ការបើកចំហាពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ចំពោះក្មេងជំទង់ ៖*** អង្គការសុខភាពពិភពលោកផ្តល់យោបល់ថា កុមារដែលស្ថិតក្នុងវ័យសិក្សាគួរតែបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន។ ផ្ទុយទៅវិញ គេសង្កេតឃើញថា ក្មេងដែលមិនបានបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន មិនបានមកទទួល

សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ជាប់លាប់ល្អទេ។ ក្មេងជំទង់ដែលត្រូវបញ្ជូនទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ត្រូវតែប្រាប់ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាមុនៗពេលបញ្ជូន។

- ***កត្តាប្រឈមនិងផលប្រយោជន៍នៃការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ប្រាប់អ្នកដទៃ***
  ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាក្មេងជំទង់អំពី៖
  – សក្តានុពលនៃផលប្រយោជន៍នៃការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ដូចជា ក)ការបើកចំហស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ដល់អ្នកដទៃ ដើម្បីទទួលតម្រូវការគាំទ្រសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និង ខ)ការបើកចំហស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ដល់ដៃគូរួមភេទ ដើម្បីចូលរួមអនុវត្តការ រួមភេទប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ក្នុងគោលបំណងបង្ការការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍។
  – សក្តានុពលនៃកត្តាប្រឈមមុខនៅពេលបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ដូចជា ការម៉ាក់ងាយ ការរើសអើង ការបោះបង់ចោល និងអំពីហិង្សា ។

- ក្មេងជំទង់ត្រូវការការផ្តល់អំណាច និងការគាំទ្រក្នុងការសម្រេចចិត្តក្នុងការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ថា តើគួរបើកចំហនៅពេលណា? ដោយរបៀបណា? និងចំពោះអ្នកណា? ។

- ជាទូទៅ ការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ជាមួយដៃគូរួមភេទ គឺវាខុសគ្នារវាងក្មេងជំទង់ និងមនុស្សពេញវ័យ៖
  – ជាទូទៅ ក្មេងជំទង់មិនសូវរក្សាទំនាក់ទំនងជាមួយដៃគូបានយូរទេ
  – ក្មេងជំទង់អាចគ្មានចំណេះដឹង និងជំនាញក្នុងការគ្រប់គ្រងអារម្មណ៍ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាលំបាកដែលអាចកើតឡើង នៅពេលបើកចំហស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូ រួមទាំងការឈប់ទាក់ទងគ្នា
  – វិសមភាពអំណាចកើតមានឡើងជាញឹកញាប់ក្នុងចំណោមក្មេងជំទង់ (ឧ. រវាងក្មេងស្រីជំទង់ និងដៃគូបុរសដែលមានអាយុច្រើនជាង) អាចបណ្តាលឱ្យក្មេងជំទង់រងគ្រោះនឹងភាពឯកោ ឬរងនូវអំពើរំលោភបំពាន ក្រោយពីបានបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍។

- អ្នកថែទាំក្មេងជំទង់ ត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រក្មេងជំទង់ក្នុងការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍ឱ្យបានទូលំទូលាយ ដោយសារតែគេធ្លាប់មានបទពិសោធន៍ទទួលរងនូវការម៉ាក់ងាយ និងការរើសអើង។

៤.៣.២ សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ

ក្មេងជំទង់ត្រូវមានការយល់ដឹងយ៉ាងច្បាស់អំពី៖

- ចំណេះដឹងជាមូលដ្ឋានអំពីសុខភាពបន្តពូជ និងវិធីការពារកុំឱ្យមានផ្ទៃពោះ
- ស្ត្រីស្ថិតនៅក្នុងវ័យសកម្មផ្លូវភេទត្រូវបានផ្តល់យោបល់ឱ្យប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្របង្ការកំណើតទ្វេ (dual contraceptive methods) ដោយប្រើអរម៉ូនបង្ការការមានគភ៌ដែលមានសកម្មភាពយូរ គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ
- ការបង្កជំងឺកាមរោគ៖ ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការបង្ការ ទីកន្លែងផ្តល់សេវាពិនិត្យ និងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ
- សិទ្ធិបុគ្គលក្នុងការបង្ការការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍នៅពេលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទ។

៤.៣.៣ ការមកទទួលសេវាឱ្យបានជាប់លាប់រហូត

- បញ្ហាប្រឈមដ៏ចម្បងទាំងគ្រូពេទ្យព្យាបាល និងក្មេងជំទង់គឺ ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងការមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ឱ្យបានជាប់លាប់រហូតដែលជាលទ្ធផលបណ្តាលមកពីបុគ្គល និងសុខភាពសាធារណៈ។
- ផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈទាក់ទាញឱ្យក្មេងជំទង់ចូលចិត្តមកប្រើប្រាស់ "adolescent friendly" និងឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការរបស់ក្មេងជំទង់រស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ។
- ស្វែងរករបាំងនៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដោយស្តាប់រាល់ក្តីបារម្ភរបស់ក្មេងជំទង់ម្នាក់ៗ និងពិភាក្សាជាមួយគាត់ដើម្បីស្វែងរកដំណោះស្រាយសមស្របនូវក្តីបារម្ភទាំងអស់នោះដោយគ្មានការវាយតម្លៃ ។
- ត្រូវជ្រើសរើសក្រុមមិត្តគាំទ្រមិត្តដែលគាំទ្រដោយអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីគាំទ្រការងារនេះ (នៅពេលណាដែលអាចធ្វើបាន)។
- ត្រូវប្រើប្រាស់យន្តការនៃការស្រាវជ្រាវករណីសកម្មមេរោគអេដស៍ ដើម្បីធានាឱ្យបានថា ក្មេងជំទង់គ្រប់គ្នានៅបន្តប្រើប្រាស់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ជាប់លាប់រហូត។

៤.៤ បញ្ហាពេតសញ្ញាគ្លីនិក នៃការថែទាំព្យាបាលក្មេងជំទង់

- ចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិករបស់ WHO សម្រាប់ក្មេងជំទង់អាយុ ≥១៥ឆ្នាំ ដូចគ្នាជាមួយនឹងមនុស្សពេញវ័យដែរ។ រីឯកុមារអាយុ < ១៥ឆ្នាំ គឺមានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយកុមារ ។
- ការចាប់ផ្តើម ART លើក្មេងជំទង់ មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយមនុស្សពេញវ័យ ។
- រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ក្មេងជំទង់ ≥ ៣០ គ.ក្រ មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយមនុស្សពេញវ័យ។ DTG ប្រើរួមគ្នាជាមួយឱសថក្នុងក្រុម NRTIs (លើកលែងតែ TDF) ត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍សម្រាប់ក្មេងជំទង់/មនុស្សពេញវ័យទម្ងន់ ≥ ២០ គ.ក្រ។ បើទំងន់<២០ គ.ក្រ មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយនឹងកុមារ។
- គ្រប់ក្មេងជំទង់ដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅអំឡុងពេលសម្រាលកូន នឹងប្រឈមមុខនឹងការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេលយូរ និងមានផលវិបាកមេតាបូលិកនៃមេរោគអេដស៍ ឧ.ការលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (hyperlipidaemia)។
- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម៖
  - ត្រូវប្រើ Cotrimoxazole ជាប្រចាំលើគ្រប់ក្មេងជំទង់ទាំងអស់ ហើយនៅពេលដែលគេក្លាយជាមនុស្សពេញវ័យនៅអាយុ២០ឆ្នាំ ត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍នៃការបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការរបស់មនុស្សពេញវ័យ។
  - ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការព្យាបាលដោយ IPT ចំពោះក្មេងជំទង់មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយមនុស្សពេញវ័យ។
  - ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមេរោគ Cryptococcus ចំពោះក្មេងជំទង់ គឺមានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយមនុស្សពេញវ័យ។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម

ជំពូកទី៥. ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមជាបឋម

៥.១ ការព្យាបាលបង្ការជាបឋមដោយឱសថ Cotrimoxazole

- គោលបំណងជាបឋមនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole គឺដើម្បីបង្ការជំងឺ Pneumocystic Carrinii Pneumonie (PCP) ឬ PJP (Pneumocystis Jirovecii Pneumonia) ដែលកាលពីមុខហៅថា Pneumocystis Carrinii Pneumonia (PCP), ជំងឺ toxoplasmosis និងជំងឺបង្កដោយពពួកបាក់តេរី។
- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole អាចនឹងចាប់ផ្តើម*ព្យាបាលបង្ការជាបឋម (Primary Prophylaxis)* ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមិនធ្លាប់កើតជំងឺនេះពីមុន ឬជា*ការព្យាបាលបង្ការទី២ (Secondary Prophylaxis)* ក្នុងករណីដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ធ្លាប់បានកើតជំងឺទាំងនេះពីមុន ព្រោះថាទោះបីជាការព្យាបាលបង្ការកុំឱ្យកើតជំងឺទាំងនេះ តែជំងឺនេះអាចនឹងកើតឡើងសាជាថ្មី។
- ឱសថ Cotrimoxazole គឺជាគ្រាប់ថ្នាំគ្រាប់សំប៉ែតរួមបញ្ចូលគ្នា រវាង trimethoprim (TMP) និង sulfamethoxazole (SMP)។

រូបមន្តឱសថ cotrimoxazole៖

- Cotrimoxazole double strength (DS) = TMP 160mg/SMX 800mg (ឬ 960mg)
- Cotrimoxazole single strength (SS) = TMP 80mg/SMX 400mg (ឬ 480mg)
- Cotrimoxazole oral suspension = TMP 40mg/SMX 200mg per 5 ml ។

កម្រិតដូស និងវិធីប្រើ៖

- បើទម្ងន់ ≥ 35kg, Cotrimoxazole 960mg x លេប១ដង/ថ្ងៃ ឬ cotrimoxazole 480mg គ្រាប់លេប ២ដង/ថ្ងៃ

  បើទម្ងន់ < 35kg, Cotrimoxazole 480mg លេប១ដង/ថ្ងៃ
- បើការប្រើកម្រិតដូសស្តង់ដា cotrimoxazole ធ្វើឱ្យអ្នកជំងឺមិនអាចទ្រាំទ្របាន (ដោយមូលហេតុផ្សេងៗ) អាចកាត់បន្ថយកម្រិតដូស cotrimoxazole ឱ្យលេប SS ១ដង/ថ្ងៃ ឬប្រើ Dapsone ១០០mg លេប ១ដង/ថ្ងៃ (ដើម្បីព្យាបាលបង្ការជំងឺ PJP តែមួយ – សូមអានផ្នែកខាងក្រោម)
- លេប cotrimoxazole ពេលបរិភោគអាហារដើម្បីបង្ការផលវិបាកលើប្រដាប់រំលាយអាហារ (GIT)។

៥.២ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

តារាងទី៨: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាល ការព្យាបាលបន្ត និងការបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole

	ក្មេងជំទង់អាយុ (១១-១៩ ឆ្នាំ)	មនុស្សពេញវ័យ (≥ ២០ ឆ្នាំ)
ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole	គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួន កោសិកា CD4	• កោសិកា CD4 < ៣៥០/មម³ * • គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលមានជំងឺរបេង • ដំណាក់កាលទី៣ ឬទី៤នៃ WHO ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4។
ពេលណាដែលត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole	គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់	• កោសិកា CD4 <៣៥០/មម³ និង/ឬ កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង • បើមានប្រវត្តិកើតជំងឺ PCP និងកោសិកាCD4 > ២០០/មម³ (ត្រូវព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole លើកទីពីរ ដោយគ្មានពេលកំណត់)។
ពេលណាដែលត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole	មិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលទេ(បន្ត ព្យាបាលរហូតដល់ពេញវ័យ)	• ចំនួនកោសិកាCD4 > ៣៥០/មម³ ក្រោយពីបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា២ដង ឃ្លាតគ្នា៦ខែម្តង និងតេស្តVL រកមេរោគមិនឃើញ និងបានព្យាបាលជំងឺរបេងចប់ពេញលេញ។

* ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថcotrimoxazole នៅពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺលើកទី១ និងប្រសិនបើចំនួន កោសិកាCD4>៣៥០ នោះអាចបញ្ឈប់ការព្យាបាល នៅពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ នៅពេលបន្ទាប់នៅ២សប្តាហ៍ក្រោយ។

៥.៣ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole បើកោសិកា CD4 ថយចុះ ឬកើតជំងឺរបេងសកម្ម

- ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole បើ CD4 ថយចុះ<៣៥០កោសិកា/មម³ ឬមានជំងឺរបេងសកម្ម ហើយលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole គឺដូចគ្នា។

៥.៤ ការហាមប្រើប្រាស់ឱសថ cotrimoxazole

- ប្រតិកម្ម allergy ខ្លាំងក្លាជាមួយឱសថ cotrimoxazole ឬជាមួយឱសថក្នុងក្រុម sulfa
- ជំងឺថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ
- ជំងឺខ្វះឈាមក្រហមធ្ងន់ធ្ងរ ឬ neutropenia
- ជំងឺតម្រងនោមធ្ងន់ធ្ងរ: (eGFR <១៥មល/នាទី) ជំងឺតម្រងនោមកម្រិតមធ្យម (១៥–៥០ម.ល/នាទី) → បន្ថយកម្រិតដូសដោយប្រើ ១SS លេប១ថ្ងៃ/ម្តង និងពិនិត្យមើល potassium
- ថយចុះ Glucose-6-phosphate dehydrogenase(G6PD)។

៥.៥ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីបំបៅដោះកូន

- អង្គការ WHO បានអនុម័តឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថ cotrimoxazole ជាអាទិភាពចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយគេមិនទាន់មានភស្តុតាងណាមួយបញ្ជាក់ថា ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះបណ្តាលឱ្យមានការប្រែប្រួលរូបរាងកូនពីកំណើត (teratogenicity) នោះទេ ។ ផ្ទុយទៅវិញ ផលប្រយោជន៍បានមកពីការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole មានច្រើនជាងផលប៉ះពាល់របស់វា។
- រូបមន្តព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថ Cotrimoxazole សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលលទ្ធផលដូចគ្នាជាមួយនឹងការព្យាបាល intermittent preventive treatment (IPT) នៃជំងឺគ្រុនចាញ់ (ហាមប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់បន្ថែមទៀត)។

៥.៦ អន្តរកម្មឱសថ

- *ឱសថនេះបណ្តាលឱ្យរក្សាទុក(retention) potassium ក្នុងឈាម ឧ. ACE inhibitors*—បង្កើនហានិភ័យនៃកើនឡើងជាតិប៉ូតាស្យូម (hyperkalaemia) ដូច្នេះត្រូវតាមដានកំហាប់ potassium។
- ឱសថ Cotrimoxazole អាចមានឥទ្ធិពលលើការលេបឱសថបញ្ចុះជាតិស្ករ (hypoglycaemic agents) ត្រូវតាមដានកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម។

៥.៧ ការតាមដាន

ភាពញឹកញាប់នៃការតាមដាន: ត្រូវតាមដាន១ខែ/ម្តងរហូតដល់ស្ថានភាពសុខភាពអ្នកជំងឺមានលំនឹង បន្ទាប់មករាល់៣ខែ/ម្តង ។

- ពិនិត្យមើលការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងការយល់ដឹងរបស់អ្នកជំងឺ
- តាមដានប្រតិកម្ម hypersensitivity មានគ្រុនក្តៅ និងស្នាមកន្ទួលលើស្បែក
- តាមដានផលប៉ះពាល់ផ្សេងទៀត ដូចជា ក្រពះពោះវៀន (GIT), hyperkalaemia (ជាពិសេស ករណីប្រើប្រាស់ ACE inhibitor) ថយចុះខួរឆ្អឹង នាំឱ្យកើតជំងឺស្លេកស្លាំង (anaemia), neutropenia, thrombocytopenia, ការរលាកថ្លើម, ករណីកម្រអាចមានគ្រួសក្នុងតម្រងនោម/ស្ទះបង្ហូរនោម, វិបត្តិសរសៃប្រសាទ។

៥.៨ ប្រតិកម្ម hypersensitivity នៃឱសថ Cotrimoxazole

- ជាទូទៅ អាចកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលពី២ទៅ៣ថ្ងៃ–២ទៅ៣សប្តាហ៍ ក្រោយពីការព្យាបាល មានលេចចេញរោគសញ្ញាលើស្បែក និងមាន systemic symptoms៖ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក និងគ្រុនក្តៅ កើតឡើងជាញឹកញាប់។
- រោគសញ្ញាលើស្បែក៖ ស្ងួត → ស្នាមកន្ទួលមានទឹក(wet rash) Stevens-Johnson syndrome និងរលួយស្បែក (toxic epidermal necrolysis)។

- រោគសញ្ញាជាប្រព័ន្ធ (Systemic)៖ គ្រុនក្តៅ ពិបាកដកដង្ហើម (dyspnoea) + ក្អក eosinophilia រលាកថ្លើម រលាកតម្រងនោម (interstitial nephritis) lupus-like syndrome multi-organ hypersensitivity syndrome, vasculitis និង pancytopenia។

៥.៩ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់

- ការលេចចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែកកម្រិតស្រាល(ស្បែកស្ងួត) កើតឡើងជាញឹកញាប់ ហើយជាទូទៅ ត្រូវគ្រប់គ្រងដោយតាមដានដោយយកចិត្តទុកដាក់ និងបន្តការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole ឬត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល ករណី ស្នាមកន្ទួលនៅជាប់រហូត។
- បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ (ជាទូទៅ មានចេញទឹករងៃ) មានស្នាមកន្ទួលស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ រួមមាន Stevens Johnson syndrome លេចចេញរោគសញ្ញារលាកថ្លើម ជំងឺស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ឬ pancytopaenia (សូមមើលតារាងទី តារាងទី៩: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្តាលមកពីប្រតិកម្មឱសថ Cotrimoxazole)។ គាំទ្រការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ជូនកាលក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺមកសម្រាកពេទ្យ។
- ការថយចុះ Hb ឬគោលិកាឈាមស អាចគ្រប់គ្រងបានដោយកាត់បន្ថយកម្រិតដូសឱសថ cotrimoxazole ករណីដែលមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ ។

តារាងទី៩: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្តាលមកពីប្រតិកម្មឱសថ Cotrimoxazole

កម្រិតនៃភាពធ្ងន់ធ្ងរ	បរិយាយ	គ្រប់គ្រងព្យាបាល
កម្រិតទី១	ឡើងស្នាមកន្ទួលក្រហម ហើយ រាលដាល (Patchy Erythema) អាចរមាស់	បន្តព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល៣-៤ថ្ងៃ ពិចារណាក្នុងប្រើឱសថ Antihistamines ដើម្បីបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា។
កម្រិតទី២	ឡើងស្នាមកន្ទួល Maculopapular ស្ងួត អាចលេចចេញជាទំរង់ Morbilliform Minimal Exfoliation	បន្តព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល១-២ថ្ងៃ ពិចារណាក្នុងប្រើឱសថ Antihistamines ដើម្បីបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា។
កម្រិតទី៣	ពងបែក (Vesiculation), ដំបៅ Mucosal	ត្រូវឈប់ប្រើឱសថ Cotrimoxazole រហូតដល់ប្រតិកម្មបានជាសះស្បើយវិញ (ជាទូទៅ រយៈពេល២សប្តាហ៍) បន្ទាប់មកចាប់ផ្តើមប្រើឡើងវិញ ឬត្រូវពិចារណាកាត់បន្ថយភាព Desensitization ។
កម្រិតទី៤	រលាកស្បែក Exfoliative, ចង្កោមរោគសញ្ញា Stevens-Johnson ឬ Erythema Multiforme, របកស្រកា (Moist Desquamation)	ត្រូវឈប់ប្រើឱសថ Cotrimoxazole ភ្លាម ត្រូវចូលសម្រាកពេទ្យដើម្បីទទួលការថែទាំព្យាបាល។ **មិនត្រូវប្រើឱសថ Cotrimoxazole សារជាថ្មីទេ ។**

- ឱសថ Dapsone មានប្រសិទ្ធភាពតិចជាងឱសថ Cotrimoxazole ក្នុងការព្យាបាលបង្ការជំងឺ PCP និងមិនមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគបានទូលំទូលាយដូចឱសថ Cotrimoxazole ទេ។ គប្បីសាកល្បងកាត់បន្ថយភាពប្រតិកម្មជាមួយឱសថ Cotrimoxazole (Desensitization to Cotrimoxazole) លើអ្នកជំងឺដែលមិនធ្លាប់មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរជាមួយឱសថ Cotrimoxazole មុននឹងសម្រេចចិត្តប្រើប្រាស់ឱសថ Dapsone ជំនួសវិញ។

៥.១០ កាត់បន្ថយប្រតិកម្មជាមួយឱសថ Cotrimoxazole សម្រាប់ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលសារជាថ្មី

- កាត់បន្ថយប្រតិកម្មអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ ក្រោយពីមានប្រតិកម្មមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរជាមួយឱសថ Cotrimoxazole (កម្រិតទី៣ ឬតិចជាងនេះ)។
- កាត់បន្ថយប្រតិកម្មជាមួយឱសថ Cotrimoxazole បានបង្ហាញថា មានអត្រាជោគជ័យពី៤០ ទៅ៨០% នៃអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់មានប្រតិកម្ម Hypersensitivity ហើយកម្រមានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ។
- **ការកាត់បន្ថយប្រតិកម្ម មិនត្រូវអនុវត្តចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់មានប្រវត្តិប្រតិកម្មជាមួយឱសថ cotrimoxazole កម្រិតទី៤ ឬជាមួយឱសថក្រុម Sulfa ពីមុនទេ។**
- ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយផ្តល់ Antihistamine មុននឹងផ្តល់ឱសថ Cotrimoxazole អាចបន្ថយហានិភ័យនៃប្រតិកម្ម hypersensitivity ហើយត្រូវបន្តផ្តល់ Antihistamine លេប១ថ្ងៃមុន ឬឱ្យលេបនៅថ្ងៃដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole និងបន្តលេបរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ការដំឡើងកម្រិតដូសឱសថ Cotrimoxazole បន្តិចម្តងៗត្រូវបានបញ្ចប់។

តារាងទី១០: វិធីសារនៃការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មនៃឱសថ Cotrimoxazole ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

កាលបរិច្ឆេទ	កម្រិតដូស cotrimoxazole *
ថ្ងៃទី១	១៦ម.ក្រ TMP/៨០ម.ក្រ SMX (២ ម.ល oral suspension)
ថ្ងៃទី២	៣២ម.ក្រ TMP/១៦០ម.ក្រ SMX (៤ម.ល oral suspension)
ថ្ងៃទី៣	៤៨ម.ក្រ TMP/២៤០ម.ក្រ SMX (៦ម.ល oral suspension)
ថ្ងៃទី៤	៦៤ម.ក្រ TMP/៣២០ម.ក្រ SMX (៨ម.ល oral suspension)
ថ្ងៃទី៥	One single-strength (SS) TMP ៨០ម.ក្រ /SMX ៤០០ម.ក្រ គ្រាប់
ថ្ងៃទី៦ និងថ្ងៃបន្តបន្ទាប់	One double- strength (DS) TMP ១៦០ម.ក្រ/SM X ៨០០ម.ក្រ គ្រាប់
* Cotrimoxazole oral suspension លេប ៤០ម.ក្រ TMP + ២០០ម.ក្រ SMX ក្នុង ៥ម.ល	

- អ្នកជំងឺត្រូវមកព្យាបាលនៅគ្លីនិករាល់ថ្ងៃ ដើម្បីលេបថ្នាំតាមកម្រិតដូសម្តងៗ និងសម្រាកមួយម៉ោងក្រោយពេលលេបថ្នាំ។
- មុននឹងផ្តល់ឱ្យលេបកម្រិតដូសបន្ទាប់ ត្រូវពិនិត្យអ្នកជំងឺរករោគសញ្ញាស្នាមកន្ទួលលើស្បែក និងគ្រុនក្តៅ។

- ប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ (កម្រិតទី៣/៤)៖ បញ្ឈប់ការកាត់បន្ថយកម្រិតដូសឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលភ្លាមៗ និងត្រូវពិចារណាឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ ក្នុងករណីចាំបាច់។
- ប្រតិកម្មកម្រិតស្រាលទៅកម្រិតមធ្យម(កម្រិតទី១/២)៖ ផ្តល់កម្រិតដូសដូចគ្នាថែមមួយថ្ងៃទៀត។ ប្រសិនបើប្រតិកម្មបានធូរស្រាល បង្កើនកម្រិតដូសនៅថ្ងៃបន្ទាប់ និងពន្យឺតនៃការដំឡើងកម្រិតដូសតាមវិធីសារ ខ. ប្រើកម្រិតដូសស្មើគ្នាសម្រាប់រយៈពេលពីរថ្ងៃ។ ប្រសិនបើ ប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ឈប់រូបមន្តនៃការកាត់បន្ថយប្រតិកម្ម។
- នៅពេលបង្កើតបាននូវកម្រិតដូសសម្រាប់ព្យាបាលមួយ មិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលទេ។
- ករណីការអនុវត្តន៍វិធីសារកាត់បន្ថយប្រតិកម្មទទួលបរាជ័យ ត្រូវពិចារណាប្រើឱសថ Dapsone ១០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ ជំនួសវិញ។

៥.១១ បង្កើនការកាត់បន្ថយប្រតិកម្ម Cotrimoxazole សម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ

- ក្នុងករណីបន្ទាន់ និងមានធនធាន ត្រូវបង្កើនការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មជាមួយឱសថ cotrimoxazole ចំពោះអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល ក្នុងមន្ទីរពេទ្យលើសពី ៦ម៉ោង។ វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការព្យាបាលភ្លាមៗ ចំពោះជំងឺ PJP សកម្ម ឬជំងឺបង្កដោយ toxoplasmosis។
- តម្រូវឱ្យឱសថការី លាយម្សៅថ្នាំលើកដំបូងក្នុងកម្រិត ១:២០០០ សម្រាប់កម្រិតដូសតាមម៉ោងនៃ TMP/SMX: 0,00៤/0,0២ 0,0៤/0,២ 0,៤/២,0 ៤.0/២0 ៤0/២00 ១៦0/៨00 ម.ក្រ។

ជំពូកទី ៦. ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងការវាយតម្លៃ ដើម្បីព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT)

- ជំងឺរបេង ជាមូលហេតុដែលកើតឡើងញឹកញាប់ជាងគេនៃការឈឺ និងការស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅទូទាំងពិភពលោក ច្រើនជាងមួយភាគបួននៃការស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺបណ្តាលមកពីជំងឺរបេង [14] ។
- ប្រទេសកម្ពុជាមានបន្ទុកជំងឺរបេងខ្ពស់ នាំឱ្យមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេងសម្ងំខ្ពស់ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានការបង្ករោគរបេងរួមគ្នា មានហានិភ័យក្នុងអត្រាពី ៣០ ទៅ ៥០% នៃការការវិវត្តន៍ទៅជំងឺរបេងសកម្មនៅពេលណាមួយនៃជីវិត។
- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងសម្ងំឱ្យបានចប់មួយវគ្គអាចកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅជាជំងឺរបេងសកម្ម។

សូមអានជំពូកទី១៣. ជំងឺរបេង, ជំពូករង១៣.៧: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេង, *ទំព័រទី ៩៨*។

៦.១ ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេងសកម្ម

មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ត្រូវទទួលការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ស្របតាមគំនូសបំព្រួញគ្លីនិករាល់ពេលមកពិនិត្យតាមដាន នៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍។ បុគ្គលដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំថយចុះ មានការកើនឡើងការប្រឈមមុខនៃការកើតឡើងជំងឺរបេងសកម្ម ដែលជាកត្តាប្រឈមមុខដ៏សំខាន់មួយនៃមរណៈភាពក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ការតាមដានសកម្ម និងការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវជំងឺរបេង ត្រូវអនុវត្តជាពិសេស ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺមានការហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការកើតជំងឺរបេង ទោះបីជាបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ក៏ដោយ។

តារាងទី១១: ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង

សួរអ្នកជំងឺ តើគាត់មានរោគសញ្ញាណាមួយ ដូចខាងក្រោម កាលពី ៤សប្តាហ៍មុន?
១. ក្អក: កើតឡើងគ្រប់ពេល និងមិនកំណត់រយៈពេល
២. គ្រុនក្តៅ: កើតឡើងគ្រប់ពេល និងមិនកំណត់រយៈពេល
៣. បែកញើសពេលយប់ ≥ ២សប្តាហ៍

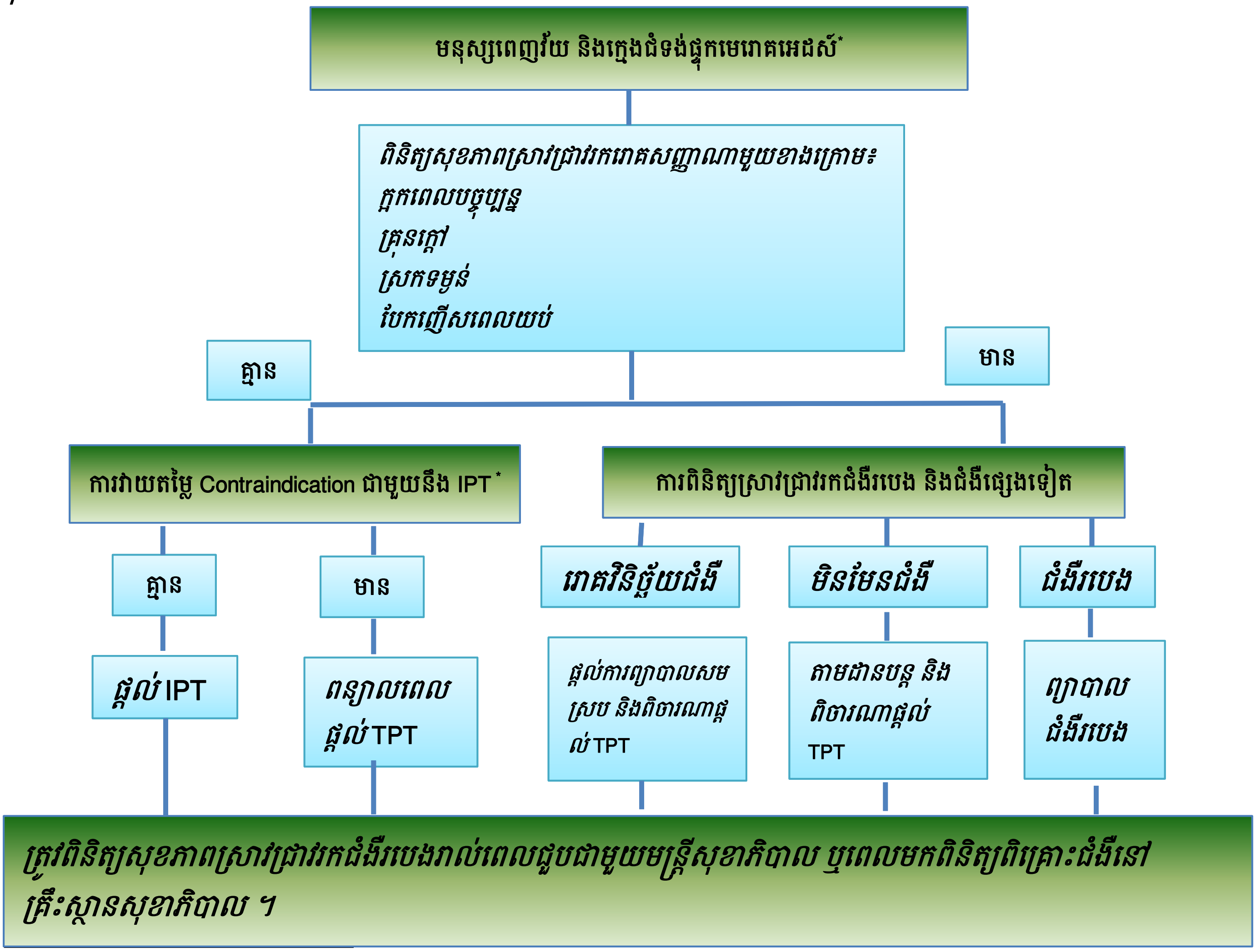
[14] Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource- constrained settings. WHO 2011

[១១] គោលការណ៍ណែនាំសំរាប់ពង្រឹងការរុករកជំងឺរបេង និងការព្យាបាលបង្ការដោយ INH សំរាប់អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍នៅ បរិបទដែលធនធានមានកំណត់ អង្គការសុខភាពពិភពលោក២០១១។

៤. ស្រកទំងន់? និងថ្លឹងទម្ងន់អ្នកជំងឺរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ និងប្រៀបធៀបជាមួយនឹងទម្ងន់គាត់ដែលបានថ្លឹងកាលពីពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកមុន។

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលក្អក គ្រុនក្តៅ ស្រកទម្ងន់ ឬបែកញើសពេលយប់ អាចមានជំងឺរបេងសកម្ម និងត្រូវវាយតម្លៃជំងឺរបេង ដោយថតសួតដោយកាំរស្មី X និងធ្វើតេស្តដោយ GeneXpert និងរកជំងឺផ្សេងទៀត។
- បុគ្គលដែលមិនបានរាយការណ៍អំពីរោគសញ្ញាណាមួយក្នុងចំណោមចង្កោមរោគសញ្ញា ដូចជា កំពុងក្អក គ្រុនក្តៅ ស្រកទម្ងន់ ឬបើកញើសពេលយប់ អាចនឹងមិនទំនងជា មានជំងឺរបេងសកម្ម និងត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) លើកលែងតែមានការហាមមិនអាចព្យាបាល (contra-indicated)។
- ការធ្វើតេស្ត LTBI ដោយ TST ឬ IGRA មិនមែនជាតម្រូវការសម្រាប់ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬកុមារដែលមានការប៉ះពាល់នៅក្នុងគ្រួសារអាយុ< ៥ ឆ្នាំទេ។ (អនុសាសន៍, ភស្តុតាងលើគុណភាពមធ្យម, បច្ចុប្បន្នភាពអនុសាសន៍នៃអង្គការ WHO ចុងក្រោយស្តីពីគោលការណ៍ណែនាំអំពីការបង្ករោគរបេង ឆ្នាំ២០១៨)។

រូបភាពទី៥: គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍[16]



[16] CENAT TPT drafted guideline 2019

[a] មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ត្រូវបានវាយតម្លៃពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យឱ្យទទួលបានការព្យាបាល ART ។ ត្រូវផ្ដល់អាទិភាពលើការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ ដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគរបេង នៅគ្រប់គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលទាំងអស់ ។

[b] ត្រូវថតសួតដោយ X-ray និងការពិនិត្យកំហាក ប្រសិនអាចធ្វើបាន ជាពិសេស សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែមិនតម្រូវឱ្យធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងទេ ។

[c] Contraindications រួមមាន ជំងឺរលាកថ្លើមសកម្ម, ការសេពគ្រឿងស្រវឹងជាទៀងទាត់ និងបរិមាណច្រើន មានរោគសញ្ញា និងចង្អោមរោគសញ្ញា នៃ peripheral neuropathy មុនពេលព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង ។ ធ្លាប់មានប្រវត្តិជំងឺរបេង និងកំពុងមានផ្ទៃពោះ មិនមែនជាការហាមឃាត់ (contraindications) ក្នុងការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងទេ។ ទោះបីជា ការធ្វើតេស្តរកការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (LTBI) មិនមែនលាក់ខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់ការចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងទេ តេស្តនេះអាចធ្វើឡើងជាផ្នែកមួយនៃលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការពិនិត្យស្រាវជ្រាវសុខភាព តាមដែលអាចធ្វើបាន។

[d] ត្រូវធ្វើតេស្ត Xpert MTB/RIF ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូង សម្រាប់ជំងឺរបេង ។

[e] ត្រូវពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងជាទៀងទាត់ឡើងវិញ ក្រោយពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម ។

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ទារក កុមារ ក្មេងជំទង់ និងមនុស្សពេញវ័យ) ដែលមានទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធិជាមួយករណីជំងឺរបេងសួតសកម្ម ត្រូវផ្ដល់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) មួយវគ្គ ក្រោយពីបានផាត់ចោលជំងឺរបេងសកម្ម។

៦.២ ជម្រើសនៃការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT), កម្រិតដូស និងរយៈពេលព្យាបាល

A) រូបមន្តព្យាបាលការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (LTBI) សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

តារាងទី ១២: រូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថ isoniazid និង rifapentine

រូបមន្តព្យាបាល	កម្រិតដូស	ពិចារណា
លេប INH រាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៦ខែ	**Isoniazid:** 5 mg/kg (កម្រិតដូសអតិបរិមាក្នុង១ថ្ងៃ: 300mg) និង Vit B6 25mg លេបរាល់ថ្ងៃ។	រយៈពេល ៦ខែ
គេបានផ្ដល់អនុសាសន៍ឱ្យលេប isoniazid និង rifapentine រាល់សប្ដាហ៍ រយៈពេល ៣ខែ (3HP) និង Vit B6 សម្រាប់គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ≥ ២ ឆ្នាំ ។	INH 15 mg/kg (កម្រិតដូសអតិបរិមាក្នុង១ថ្ងៃ: 900mg) Rifapentine: • 10–14 kg = 300 mg • > 14–25kg = 450 mg • > 25–32kg = 600 mg • > 32–50 kg = 750 mg • > 50 kg = 900 mg និង Vit B6 25mg លេបរាល់ថ្ងៃ។	ចំនួនដូសសរុប មាន **១២ ដូស**។ ត្រូវផ្ដល់ឱសថលេបរយៈពេល ៣០ថ្ងៃ ឬដូចគ្នាកាលវិភាគផ្ដល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងករណីដែលមន្ត្រីសុខាភិបាលមានទំនុកចិត្តលើអ្នកជំងឺអំពីការលេបថ្នាំបានទៀងទាត់ ត្រឹមត្រូវ និងជាប់លាប់ល្អ។ ករណីភ្លេចលេបដូសណាមួយ អាចលេបដូសបន្ទាប់បាន។

- **លេប Isoniazid និង Rifapentine រយៈពេល៣ខែ (3HP):** គឺការលេបថ្នាំក្នុងរូបមន្តព្យាលដែលមានថ្នាំពីរមុខរួមគ្នា រៀងរាល់សប្ដាហ៍ចំនួន ១២ ដូស និងត្រូវលេប Vit B6 25 mg រាល់ថ្ងៃ។ ត្រូវផ្ដល់ឱសថលេបរយៈពេល ៣០ថ្ងៃ ឬដូចគ្នាកាលវិភាគផ្ដល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ គេអាចចាត់ថា ការ

ព្យាបាលពេញលេញ គឺនៅពេលដែលអ្នកជំងឺលេបថ្នាំបានយ៉ាងតិច ១១ កម្រិតដូស ក្នុងរយៈពេល ១៦ សប្តាហ៍ ហើយករណីភ្លេចលេបដូសណាមួយអាចលេបដូសបន្ទាប់បាន។ រូបមន្តព្យាបាលនេះ អាចធ្វើឡើងនៅក្នុងកម្មវិធីដែលមានការតាមដានយ៉ាងដិតដល់។

- នៅមានរូបមន្តព្យាបាលថ្មី សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង នៅមិនទាន់បានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ ដោយរង់ចាំការផ្តល់អនុសាសន៍ និងអនុម័តពីអង្គការ WHO នៅពេលដ៏ខ្លីខាងមុខនេះ។

B) ការព្យាបាលការបង្ករោគរបេងសម្ងំ(LTBI) សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺរបេងដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថច្រើន (MDR TB)

- ត្រូវបញ្ជាក់ពីការបង្ករោគរបេង តាមរយៈការធ្វើតេស្តរកការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (**LTBI testing**) មុននឹងចាប់ ផ្តើមការព្យាបាល។
- ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលតម្រូវឱ្យមានការពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកជំងឺរបេងនៅថ្នាក់ខេត្ត។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធជាមួយករណីដែលមានភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំ Rif-resistant ហើយមិនស៊ាំជាមួយ INH ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (IPT)។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធជាមួយករណីដែលមានភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំច្រើនមុខ (MDR-TB cases) ត្រូវធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (LTBI testing) ក្នុងករណីដែលចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង 200 mm^3 ឬមានជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ។ ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលត្រូវពិភាក្សាជាមួយជាមួយគណៈកម្មាការផ្តល់យោបល់ថ្នាំជាតិ អំពីភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងច្រើនមុខ (National MDR-TB Advisory Committee)។
- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង ត្រូវផ្តល់ឱ្យបុគ្គល ក្រោយពេលមានការវាយតម្លៃដ៏ប្រុងប្រយ័ត្នពីការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងជំងឺរបេង ភាពជាក់លាក់នៃប្រភពចម្លង ព័ត៌មានដែលជឿទុកចិត្តបានអំពីឱសថដែលស៊ាំនៃប្រភព និងសក្តានុពលនៃផលប៉ះពាល់ឱសថ។
- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង ត្រូវផ្តល់ឱ្យតែសមាជិកគ្រួសារ ឬអ្នកមានទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធហើយប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងខ្ពស់ (ឧ. កុមារ អ្នកជំងឺដែលទទួលការព្យាបាល immunosuppressive therapy និងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍) ។
- តម្រូវឱ្យតាមដានគ្លីនិកឱ្យដិតដល់ និងតាមដានការវិវត្តន៍ទៅជំងឺរបេងសកម្ម ក្នុងអំឡុងពេលយ៉ាងតិច ២ឆ្នាំ ដោយមិនគិតពីធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលបង្ការរួចហើយក៏ដោយ។

ការប្រុងប្រយ័ត្នជាពិសេសនៅពេលជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (LTBI treatment Regimen)

ថ្នាំដែលយកមកព្យាបាលការបង្ករោគរបេងសម្ងំ គឺមានសុវត្ថិភាពល្អ ប៉ុន្តែទាមទារនូវការប្រុងប្រយ័ត្នជាពិសេសនៅពេលជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលលើបុគ្គលមួយចំនួន ដូចខាងក្នុងតារាងខាងក្រោម៖

តារាងទី១៣: ការប្រុងប្រយ័ត្នជាពិសេសនៅពេលព្យាបាលការបង្ការរោគរបេងសម្ងំ (LTBI)

ស្ថានភាពសុខភាព	ការប្រុងប្រយ័ត្ន
បុគ្គលដែលតេស្តមុខងារថ្លើមមិនធម្មតា ប្រសិនបើ ALT/AST > ៣ដង នៃតម្លៃធម្មតា មិនត្រូវព្យាបាលទេ ។	ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលាការបង្ការរោគរបេងសម្ងំទាំងអស់ មានសក្តានុពលនាំឱ្យពុលថ្លើម (hepatotoxic), ដូចនេះ មិនត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាល LTBI ត្រូវរង់ចាំរហូតដល់មានលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើម ធម្មតា។
ដឹងថា មានជំងឺរលាកថ្លើមពុំរ៉ៃ ខ្សោយថ្លើមខ្លាំង, ជំងឺទឹកនោមផ្អែមមិនអាចត្រួតពិនិត្យបាន, Gout, porphyria និងខ្វះឈាមក្រហម (ស្លេកស្លាំង) និងថយចុះ G6PD ។	ការព្យាបាល LTBI ត្រូវពិចារណាផ្អែកតាមលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើម និងការវាយតម្លៃគ្លីនិកឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។
បុគ្គលដែលផឹកគ្រឿងស្រវឹងជាប្រចាំ (Chronic alcoholic individuals)	ការព្យាបាល LTBI ត្រូវពិចារណាផ្អែកតាមលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើម និងការវាយតម្លៃគ្លីនិកឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ	ធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើម មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល LTBI ។ ហាមប្រើ (contraindicated) រូបមន្តព្យាបាល 3HP ។
ជំងឺសរសៃប្រសាទផ្នែកខាងចុង ដែលមានរោគសញ្ញា និងចង្អោមរោគសញ្ញា ដូចជា ស្ពឹក ស្រវាំងភ្នែក និងឈឺផៀបៗនៅដៃ ឬជើង (numbness, blurring, tingling of hands or feet) ។	ការព្យាបាល LTBI បណ្តាយឱ្យពុលសរសៃប្រសាទ (neuropathic toxicity) និងតម្រូវឱ្យផ្តល់ vitamin B6 បន្ថែម។ ករណីមានការពុលសរសៃប្រសាទ ត្រូវបង្កើនកម្រិតដូស pyridoxine ដល់ 50 mg លេបរាល់ថ្ងៃ ហើយបើនៅតែកើតឡើង ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) ។

ការណែនាំអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល ក្នុងពេលព្យាបាលការបង្ការរោគរបេងសម្ងំ (LTBI) ដោយរូបមន្តព្យាបាលរួមបញ្ចូលគ្នានៃឱសថ isoniazid និង rifapentine លេប១ដង/សប្តាហ៍ចំនួន១២ដូស (3HP)។

- វាយតម្លៃជំងឺរបេងសកម្មទាំងអស់ នៅមុនពេល និងអំឡុងពេលកំពុងព្យាបាល LTBI។
- ផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកជំងឺ ឬឪពុកម្តាយអំពីផលប៉ះពាល់ដែលអាចកើតឡើង និងការណែនាំពីរោគសញ្ញានៃផលប៉ះពាល់របស់ឱសថដែលលេចចេញជាដំបូង ហើយត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសប្រតិកម្មឱសថ hypersensitivity reactions, ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក, ថយចុះសម្ពាធឈាម, ឬផ្លាកែតថយចុះ (thrombocytopenia) ។
- ដោយសារតែ rifapentine អាចមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងអ័រម៉ូនកុំឱ្យមានកូន (hormonal contraceptives) ស្ត្រីដែលប្រើអ័រម៉ូនដើម្បីពន្យាកំណើតត្រូវទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាឱ្យបន្ថែម ឬប្តូរទៅប្រើវិធីសាស្ត្រ ពន្យាកំណើត (របាំង) ផ្សេងវិញ។
- វាយតម្លៃរៀងរាល់ខែ អំពីការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (treatment adherence) និងផលប៉ះពាល់ឱសថ ព្រមទាំងរំលឹកឡើងវិញដល់អ្នកជំងឺអំពីផលប៉ះពាល់ឱសថ រាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ។

- ធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើម (យ៉ាងហោចណាស់ ធ្វើតេស្ត aspartate aminotransferase [AST]) លើអ្នកជំងឺដែលមានស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់៖ ការបង្ករោគដោយវីរុសដែលធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ, វិបត្តិមុខងារថ្លើម(liver disorders), ក្រោយពេលសម្រាលកូន (≤ ៣ ខែ ក្រោយពេលសម្រាល), ការផឹកគ្រឿងស្រវឹងជាទៀងទាត់, ការចាក់គ្រឿងញៀន, ឬការប្រើឱសថដែលដឹងថាមានអន្តរកម្មឱសថ។
- ធ្វើតេស្តឈាមនៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកក្រោយ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្តនៅពេលដើមគ្រា (baseline testing) មិនធម្មតា និងអ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យនៃជំងឺថ្លើម។ បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ 3HP ប្រសិនបើកំហាប់សេរ៉ូម AST ≥ ៣ដង នៃតម្លៃធម្មតា។
- ករណីដែលមានប្រតិកម្មអាក្រក់ធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ 3HP និងផ្តល់ការគាំទ្រវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបែបអភិរក្ស និងគួរពិចារណាបន្តការព្យាបាលដោយ 3HP នៅក្រោមការសង្កេតក្នុងករណីដែលមានមានប៉ះពាល់ឱសថ ពីកម្រិតស្រាលទៅមធ្យម ដែលបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល។

ហាមប្រើ (Contraindications)៖

- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដែលប្រើឱសថ INH ជាមូលដ្ឋាន មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ទេ លើអ្នកជំងឺដែលមានទំនាក់ទំនង (contacts) ជាមួយអ្នកជំងឺរបេងដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ INH។
- ឱសថ INH មិនត្រូវប្រើលើអ្នកជំងឺដែលបានដឹងជាមុនថា មានការខូចខាតថ្លើម ដើម្បីចៀសវាងផលប៉ះពាល់បន្ថែមលើមុខងារថ្លើម។
- INH អាចណ្តាលឱ្យមានជំងឺសរសៃប្រសាទនៅផ្នែកចុង (peripheral neuropathy)។ ត្រូវមានការប្រុងប្រយ័ត្នខ្លាំង នៅពេលប្រើឱសថ INH លើអ្នកជំងឺដែលធ្លាក់ក្នុងស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ ការផ្តល់ Vitamin B6 អាចជួយបង្ការ peripheral neurophathy។
- មិនត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ 3HP លើកុមារអាយុតិចជាង ២ ឆ្នាំ។
- មិនត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ 3HP លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬស្ត្រីដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ទោះបីជាបច្ចុប្បន្ននៅមិនទាន់មានទិន្នន័យគ្រាប់គ្រាន់សម្រាប់គាំទ្រការប្រើ rifapentine លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក៏ដោយ។
- រូបមន្តព្យាបាលបង្ការដែលមានឱសថ Rifamycine មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ លើអ្នកជំងឺដែលមានទំនាក់ទំនង (contacts) ជាមួយអ្នកជំងឺរបេងដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ rifampin។ ការពន្យាពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Rifamycine លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់។ ប្រសិនបើ មានជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង(TPT) ដោយប្រើឱសថរួមគ្នា រួមមាន rifamycines បន្តការព្យាបាល លើកលែងតែ ករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ។

៦.៣ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ

- ជាទូទៅ ផលប៉ះពាល់នៃការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង(IPT) អាចទ្រាំទ្របានល្អ។
- ផលប៉ះពាល់ចម្បងគឺ៖
    - ប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ(Gastrointestinal) – រួមមាន ចង្អោរ និងក្អួតម្តងម្កាល ។

- ការរលាកថ្លើម – អត្រា ០,៣% ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យ និងប្រហែល ២- ៣% ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ អាចមានរោគសញ្ញា ដូចជា មិនឃ្លានអាហារ ចង្អោរ ក្អួត និងចេញលឿង។
    - Peripheral neuropathy–អាចចេញរោគសញ្ញា ដូចជា ឈឺផៀបៗ/ក្តៅដូចរលាក/ស្ពឹក (tingling/ burning/numbness) នៅដៃ និងជើង។ ករណីភាគច្រើនអាចព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ pyridoxine អាចបង្កើនកម្រិតដូសដល់ ១០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ។ បើមានរោគសញ្ញាជំងឺ Peripheral neuropathy ជាប់ជានិច្ច ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ INH។
    - ប្រតិកម្ម Hypersensitivity។

- **ចង្កោមរោគសញ្ញាដូចផ្តាសាយ៖ អត្រាប្រហែល ៣ ទៅ ៤% ។**
    - គ្រុនក្តៅ ឬគ្រុនញាក់ រួមជាមួយ៖
    - ចុះខ្សោយ, អស់កម្លាំង, ឈឺសាច់ដុំ ឬឆ្អឹង, បេះដូងដើរញាប់, ឬញ័រទ្រូង, មុខក្រហម (flushing), ខ្យល់គរ(syncope), វិលមុខ, ឈឺក្បាល, រលាកភ្នែកឡើងក្រហម (conjunctivitis), បែកញើស , មានរោគសញ្ញាដូចគ្នាជាច្រើនទៀត។
- បញ្ហាស្បែក – ករណីកម្រ វាលេចចេញជា ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក, រមាស់, បែកញើសនៅមុខ ឬបបូរមាត់ (ហើម = angioedema), ប្រតិកម្មអាឡែស៊ីខ្លាំងក្លា (anaphylaxis)។
- បញ្ហាផ្លូវដង្ហើម – ករណីកម្រ មានរោគសញ្ញាដូចជា ដង្ហើមខ្លី និងទងសួតរួមតូច (bronchospasm)។
- ប្រតិកម្ម hypersensitivity ធ្ងន់ធ្ងរ –ករណីកម្រ < ០,៣% ដែលលេចចេញរោគសញ្ញាដូចជា សម្ពាធឈាមចុះថយ (Hypotension), បេះដូចដើរញាប់, ខ្យល់គរ, ទងសួតរួមតូច, និង anaphylaxis។

៦.៤ ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការព្យាបាល TPT ដល់អ្នកជំងឺ

- ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នកជំងឺឱ្យបានយល់ដឹង ថា៖
    - ការព្យាបាល TPT មានរយៈពេល ៦ខែ
    - ត្រូវលេប isoniazid និង rifapentine ១ដង/សប្តាហ៍រយៈពេល ៣ខែ (3HP)។
- អ្នកជំងឺមិនត្រូវផឹកគ្រឿងស្រវឹងច្រើន និងជាទៀងទាត់ទេ និងយល់ព្រមថា មិនផឹកគ្រឿងស្រវឹង។
- បើអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញារលាកថ្លើម៖ មិនឃ្លានអាហារ, ចង្អោរ, ក្អួត, ឈឺពោះ, គ្រុនញាក់, រោគលឿង(ភ្នែកលឿង) និងទឹកនោមខ្មៅ *ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ INH ភ្លាមៗ* ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

៦.៥ ការតាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៅពេលកំពុងព្យាបាល TPT

អ្នកជំងឺត្រូវត្រឡប់មកសេវាថែព្យាបាលជំងឺអេដស៍វិញជារៀងរាល់ខែ–នៅរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺម្តងៗ មន្ត្រីសុខាភិបាលត្រូវ៖

- វាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកបញ្ជាក់ពីការពុលថ្នាំ
- វាយតម្លៃពីការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់

- ពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសកម្ម (រាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺជាបន្តបន្ទាប់ និងក្រោយពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល TPT)
- ផ្តល់ឱសថជូនអ្នកជំងឺរយៈពេល១ខែម្តង ផ្អែកតាមរូបមន្តព្យាបាល ឬស្របតាមកាលវិភាគណាត់ជួបរបស់ ART ។ ក្នុងករណីអ្នកជំងឺមានការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ត្រូវបន្ថែម pyridoxine។

បុគ្គលដែលទទួលការព្យាបាលការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (LTBI) គឺមិនមានជំងឺរបេងសកម្មទេ ហានិភ័យនៃការកើតឡើងនូវព្រឹត្តិការណ៍អាក្រក់នៅអំឡុងពេលព្យាបាលនឹងត្រូវបានកាត់បន្ថយឱ្យនៅទាបបំផុត។ ប្រតិកម្មអាក្រក់ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយ isoniazid (គ្មានរោគសញ្ញានៃការកើនឡើងនៃអង់ស៊ីមថ្លើម, peripheral neuropathy, និងការពុលថ្លើម), rifampicin និង rifapentine (ប្រតិកម្មស្បែក, ប្រតិកម្ម hypersensitivity, gastrointestinal intolerance, និងការពុលថ្លើម)។ ទោះបីជា ភាគច្រើននៃប្រតិកម្មទាំងអស់នេះ មានកម្រិតស្រាល និងកើតឡើងដោយកម្រ, ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសលើការបង្ការការប្រើប្រាស់ឱសថដែល បណ្តាលឱ្យពុលថ្លើម (drug-induced hepatotoxicity)។

បុគ្គលដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងសម្ងំ (LTBI) ត្រូវតាមដានជាប្រចាំជានៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺប្រចាំខែដោយអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលដែលត្រូវពន្យល់ការវិវត្តន៍ជំងឺ និងហេតុផលនៃការព្យាបាលដោយផ្តោតសំខាន់លើការព្យាបាលឱ្យបានចប់វគ្គ។ ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកជំងឺឱ្យទាក់ទងមកអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលនៅពេលណាដែលមានរោគសញ្ញា ដូចជា មិនឃ្លានអាហារ ចង្អោរ ក្អួត មិនស្រួលក្នុងពោះ អស់កម្លាំងជាប្រចាំ ឬចុះខ្សោយ ទឹកនោមពណ៌ខ្មៅ លាមកពណ៌ស្រាល (pale stools) ឬពណ៌លឿង ។ ករណីដែលមិនបានមកពិគ្រោះជំងឺជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល នៅពេលមានចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះទេ អ្នកជំងឺត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលភ្លាមៗ។

ជាទូទៅ ឱសថ Isoniazid គឺមានសុវត្ថិភាព ។ ការពុលជាបឋមនៃឱសថ isoniazid គឺបណ្តាលឱ្យមានជំងឺសរសៃប្រសាទនៅផ្នែកខាងចុង (peripheral neuropathy) និងការពុលថ្លើម (អត្រាអាំងស៊ីដង់នៃការពុលថ្លើមខ្លាំងក្លាគឺ ០,១%)។ ដោយសារមានប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៃការបង្ករោគរលាកថ្លើមរួមគ្នាក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងហានិភ័យនៃការពុលថ្លើម និងជំងឺសរសៃប្រសាទ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលតម្រូវឱ្យមានការតាមដានឱ្យបានដិតដល់នូវផលប៉ះពាល់នៃឱសថនេះ។ ជាញឹកញាប់ ឱសថ Rifamycines មានការទាក់ទងនឹងផលប៉ះពាល់អាក្រក់គឺ ប្រតិកម្ម hypersensitivity, ការថយចុះខួរឆ្អឹង (myelosuppression), និងពុលថ្លើម។ ឱសថ Rifamycines គឺជាភ្នាក់ងារជំរុញ cytochrome P450 បណ្តាលឱ្យមានអន្តរកម្មរវាងឱសថ-ឱសថជាច្រើន ជាមួយឱសថផ្សេងទៀត រួមមាន antibiotics, ថ្នាំ/អ័រម៉ូនពន្យាកំណើត, ថ្នាំគ្រុនចាញ់, ថ្នាំប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងថ្នាំប្រឆាំងនឹងវីរុស។

គ្រូពេទ្យព្យាបាលត្រូវសាកសួរអំពី៖

- ភាពត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់នៃការលេបថ្នាំប្រចាំថ្ងៃនៃ isoniazid និង pyridoxine (vitamin B6) និង/ឬ rifampicin ឬ rifapentine។
- ផលប៉ះពាល់នៃឱសថដែលអាចកើតឡើង៖ ស្ពឹក ឬឈឺផៀបៗនៅដៃ ឬជើង ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ មិនឃ្លានអាហារ ទឹកនោមពណ៌ខ្មៅ ឬពណ៌លឿង។

- ត្រូវតាមដានអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺសរសៃប្រសាទផ្នែកខាងចុង (pre-existing peripheral neuropathy) ឱ្យបានទៀងទាត់ អំពីការវិវត្តន៍ទៅភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ។ ក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺមានជំងឺសរសៃប្រសាទផ្នែកខាងចុងធ្ងន់ធ្ងរ (severe peripheral neuropathy), ត្រូវផ្តល់ vitamin B6 ហើយប្រសិនបើចង្កោមរោគសញ្ញាមិនមានភាពប្រសើរឡើងទេ ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល។ ត្រូវផ្តល់ Pyridoxine ផងដែរដល់អ្នកជំងឺដែលព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) ហើយមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺសរសៃប្រសាទ ដូចជា បុគ្គលដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ខ្សោយតម្រងនោម និងអ្នកផឹកគ្រឿងស្រវឹង។
- សាកសួរពីចង្កោមរោគសញ្ញានៃជំងឺរបេង នៅរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ។ ប្រសិនបើ មានចង្កោមរោគសញ្ញានៃជំងឺរបេងសកម្ម (គ្រុនក្តៅ ក្អក ឬបែកញើសពេលយប់) ។ ប្រសិនជាមាន ត្រូវចាប់ផ្តើមធ្វើ រោគវិនិច្ឆ័យផាត់ចេញនូវជំងឺរបេងសកម្ម។
- ទោះបីជា នៅមិនទាន់ភស្តុតាងគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គាំទ្រ ឱ្យធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើមនៅពេលដើមគ្រា (baseline liver function) ក៏ដោយ ប៉ុន្តែត្រូវបានលើកទឹកចិត្តនៅកន្លែងដែលអាចធ្វើបាន ត្រូវធ្វើតេស្តលើបុគ្គលដែលមានកត្តាហានិភ័យ ដូចតទៅ៖ ប្រវត្តិជំងឺថ្លើម, ផឹកគ្រឿងស្រវឹងជាប្រចាំ, ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ, ផ្ទុកមេរោគអេដស៍, អាយុ > ៣៥ឆ្នាំ, ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬក្រោយពេលសម្រាលកូនភ្លាមៗ (ក្នុងអំឡុងពេល ៣ខែ ក្រោយការសម្រាល)។ សម្រាប់បុគ្គលដែលមានលទ្ធផលតេស្តនៅពេលដើមគ្រា មិនធម្មតា, ត្រូវធ្វើការវិភាគគ្លីនិកដើម្បីធានាថា ផលប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង ធៀបជាមួយហានិភ័យនៃការព្យាបាល ហើយត្រូវធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើមលើអ្នកជំងឺទាំងនេះ និងមិនត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) ទេ ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើម > ៣ដង នៃតម្លៃធម្មតា នៅពេលធ្វើតេស្តដើមគ្រា។
- អង់ស៊ីមថ្លើម (AST និង ALT) ត្រូវធ្វើតេស្តនៅពេលដើមគ្រា (baseline) និង នៅខែទី១ និងខែទី២។ បើមានលទ្ធផលធម្មតា ការធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើមអាចនឹងត្រូវធ្វើតែនៅពេលមានរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកថ្លើមតែប៉ុណ្ណោះ គឺមិនត្រូវធ្វើសម្រាប់តាមដានទេ។ បើអ្នកជំងឺមានលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើម មិនធម្មតានៅពេលដើមគ្រា ឬតេស្តវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើមរៀងរាល់ខែ សម្រាប់រយៈពេល ៤ខែដំបូង។
  - ប្រសិនបើ AST ឬ ALT កើនលើសពី ៣ដងនៃតម្លៃធម្មតា ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល។
- ត្រូវសាកសួរអំពីរោគសញ្ញា និងចង្កោមរោគសញ្ញារាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ។ ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញា hypersensitivity កើតឡើងដោយសារការព្យាបាលដោយ Rifamycines (ប្រតិកម្ម allergy ខ្លាំងក្លា = anaphylaxis, ចង្កោមរោគសញ្ញាដូចផ្តាសាយ, ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក) ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល និងក្រោយពីការវាយតម្លៃគ្លីនិកសាឡើងវិញ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយប្រើឱសថ INH វិញ។
- រូបមន្តព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដែលប្រើកម្រិតដូស INH ខ្ពស់ ត្រូវផ្តល់បន្ថែមនូវ pyridoxine (vitamin B6) (25mg ក្នុងថ្ងៃនៃការលេបថ្នាំប្រចាំសប្តាហ៍)។
- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានអាយុលើសពី ២០ឆ្នាំ និង/ឬ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលរលាកថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ អ្នកជំងឺដែលមានផ្ទៃពោះ ឬទើបតែសម្រាលកូន និង/ឬ អ្នកជំងឺដែលផឹកគ្រឿងស្រវឹង ត្រូវតាមដានឱ្យបានដិតដល់អំពីការពុល

ថ្លើម រួមជាមួយការធ្វើតេស្តអមគ្លីនិក។ រូបមន្តព្យាបាលតែមួយគត់ដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះគឺ INH។

៦.៦ សក្តានុពលនៃប្រតកម្មអាក្រក់នៃឱសថនីមួយៗ និងរោគសញ្ញាផ្អែកលើការវាយតម្លៃប្រតកម្មអាក្រក់

តារាងទី១៤: សក្តានុពលនៃប្រតិកម្មអាក្រក់ និងសកម្មភាពដែលត្រូវធ្វើ

ចង្អោមរោគសញ្ញា		ឱសថដែលទទួលខុសត្រូវ	សកម្មភាពដែលត្រូវធ្វើ
ចង្អោរ ក្អួត ឬមិនសុខស្រួលក្នុងក្រពះផ្នែកខាងលើ (epigastric discomfort)		INH, Rifapentine	ត្រូវផ្តល់យោបល់ប្រាប់អ្នកជំងឺ កុំឱ្យលេបថ្នាំពេលក្រពះទទេ (empty stomach), ធានា និងផ្តល់យោបល់អ្នកជំងឺឱ្យលេបថ្នាំដោយផឹកទឹក។ ករណីកម្រ គេអាចប្រើ Anti-emetics។
រោគសញ្ញាដូចជំងឺផ្តាសាយ និងមាន hypersensitivity		INH និង Rifapentine	បញ្ឈប់ 3HP និងផ្តល់ការព្យាបាលគាំទ្រ ទៅតាមចង្អោមរោគសញ្ញា ដូចជា៖ Bronchodilators, Steroids
រមាស់កម្រិតស្រាល/ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក		INH និង Rifapentine	បញ្ឈប់ 3HP ផ្តល់ការព្យាបាលគាំទ្រ៖ Antihistamines, Steroids
Tingling/burning/ស្ពឹកនៅដៃ និងជើង		INH	បង្កើនកម្រិតដូស Vitamin B6 ដល់ 50mg ប្រសិនបើ នៅតែបន្ត ត្រូវបញ្ឈប់ការលេបថ្នាំនេះ។
រលាកថ្លើមៈ មិនឃ្លានអាហារ (Anorexia), Nauseaចង្អោរ, ក្អួត, ស្បែកលឿង		INH, Rifapentine	បញ្ឈប់ការលេបថ្នាំនេះ និងវាយតម្លៃតេស្តមុខងារថ្លើម។

៦.៧ ប្រតកម្មឱសថ

INH កើនឡើង	Rifapentine ថយចុះ
• Anticonvulsants • Anticoagulants • Anti-retrovirals (Efavirenz) • Some SSRIs • Antifungals • Antipsychotics • Anti-malarials (halofantrine)	• Hormonal contraceptives • Anti-retrovirals (PI, NVP) • Antifungals • Anti-coagulants • Diabetic sulfonyureas • Cardiac glycosides • Steroids • Anti-malarials • Anti-psychotics

សម្រាប់ព័ត៌មានលំអិតសូមអានកម្មវិធីគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសម្ងំរបស់ CENAT ឆ្នាំ២០១៩ ។

ជំពូកទី ៧. ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកមេរោគ (CRYPTOCOCCUS) និងការព្យាបាលបង្ការ

៧.១ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺ Cryptococcus ជាបឋម និងការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកអង់ទីស៊ែនមេរោគ Cryptococcus (CRAG)

ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptococcus(CM) គឺជាមូលហេតុដ៏ចម្បងនៃការឈឺ និងការស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ជំងឺនេះកើតឡើងជាញឹកញាប់ លើអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 <១០០ កោសិកា/មម^{៣} ហើយវាកាន់តែមានការប្រឈមមុខខ្ពស់លើអ្នកជំងឺដែលមានកោសិកា CD4 < ៥០ កោសិកា/មម^{៣}។

- Fluconazole ត្រូវបានប្រើជាប្រចាំនៅប្រទេសកម្ពុជា សម្រាប់ការព្យាបាលបង្ការជាបឋម ទោះបីជាវាបានកាត់បន្ថយអត្រាអាំស៊ីដង់នៃ CM ប៉ុន្តែ នៅមិនទាន់មានភស្តុតាងច្បាស់លាស់អំពីផលប៉ះពាល់ដល់ការមានជីវិតរស់នៅ (impact on survival)។
- ប្រើប្រាស់វិធីសាមញ្ញមានតម្លៃទាប ក្នុងការធ្វើតេស្តរកអង់ទីហ្សែន Cryptococcus (CRAG) ដោយប្រើប្រាស់តេស្ត Lateral Flow Assay (LFA) បានផ្តល់ឱកាសធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកការបង្ករោគដោយក្រិបតូកុកក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- តេស្ត CRAG អាចធ្វើការស្រាវជ្រាវរកការបង្ករោគដោយក្រិបតូកុក បន្ទាប់មក គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យផ្តល់ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកផ្សិតសាកល្បង លើបុគ្គលដែលមានលទ្ធផលតេស្ត CRAG វិជ្ជមាន ដើម្បីបង្ការការវិវត្តន៍ទៅជំងឺក្រិបតូកុករាលដាល (invasive cryptococcal disease) មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមានចំនួនកោសិកា CD4 < ១០០ កោសិកា/មម^{៣} ។
- នៅពេលណាដែលមិនមានតេស្តស្រាវជ្រាវ CRAG, ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការពពួកផ្សិតជាបឋមសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ១០០ កោសិកា/មម^{៣} ។
- ការបង្ករោគដោយក្រិបតូកុកដែលគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងរកឃើញដោយសារតេស្ត CRAG អាចជាកត្តានាំមុខក្នុងការវិវត្តន៍ទៅមានរោគសញ្ញានៃជំងឺក្រិបតូកុក ក្នុងអំឡុងពេលប្រែប្រួលពីច្រើនសប្តាហ៍-ច្រើនខែ ។
- វិធីសាស្ត្រព្យាបាលបង្ការដ៏មានប្រសិទ្ធភាពបំផុត គឺការចាប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយក្រោយពីបានព្យាបាលដោយឱសប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺភាគច្រើននឹងប្រែក្លាយលទ្ធផលតេស្ត CRAG ពី វិជ្ជមាន ទៅជា អវិជ្ជមាន។
- សេណារីយ៉ូនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងលទ្ធផលតេស្ត CRAG វិជ្ជមាន រួមមាន៖
  - ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ cryptococcus(CM)/ជំងឺផ្សេងទៀតបង្កដោយ cryptococcs ដែលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក
  - ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ cryptococcus (CM) គ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក
  - តេស្តអង់ទីស៊ែនក្រិបតូកុកនៅក្នុងឈាម វិជ្ជមាន (ICPA) តែឯកឯង។

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយក្រិបតូកុកទាំងមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក តម្រូវឱ្យសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងផ្តល់ការព្យាបាលស្តង់ដា*(សូមអានជំពូកទី ១៧. ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគក្រិបតូកុក, ទំព័រទី ១១៩* ។
- ត្រូវព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលគ្មានរោគសញ្ញា (IPCA) ជាមួយនឹង fluconazole 800mg រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក 400mg រយៈពេល ៨សប្តាហ៍ និងបន្តដោយ 200mg/ថ្ងៃ ≥ ១ឆ្នាំ *និង*តេស្ត VL undetectable *និង* CD4 > ១០០កោសិកា/មម³ ក្រោយពីធ្វើតេស្តពីរដង ឃ្លាតពីគ្នា > ៦ខែម្តង[17]។
- ការសិក្សាពីមុននៅប្រទេសកម្ពុជាបានរកឃើញថា ប្រហែលជា ២០% ទាំងមានរោគសញ្ញា និងគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក នៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានកោសិកា CD4 <១០០ មានលទ្ធផលតេស្ត CRAG វិជ្ជមាន និង ប្រហែល ៨% នៃអ្នកជំងឺគ្មានរោគសញ្ញា នៅពេលអ្នកជំងឺមកទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ មានលទ្ធផលតេស្ត CRAG វិជ្ជមាន ។

អត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវ និងវិធីសាស្ត្រនៃការព្យាបាល៖ ប្រៀបធៀបជាមួយការព្យាបាលបង្ការដោយ fluconazole ជាបឋម

១. ចៀសវាងការព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យទាបពេក៖
- ភាពស្មុគស្មាញនៃឱសថ, ការពុល
- ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (Pregnancy Cat C)
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត។

២. ផលប្រយោជន៍ផ្នែកគ្លីនិក៖
- តេស្ត CRAG វិជ្ជមាន តម្រូវឱ្យតាមដានឱ្យបានដិតដល់ និងត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (LP) ដើម្បីពិនិត្យមើលការបង្ករោគសកម្ម (ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយក្រិបតូកុកដែលគ្មានរោគសញ្ញា) ហើយត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ amphotericin
- ត្រូវការព្យាបាលខ្លាំងក្លាលើករណី CRAG វិជ្ជមាន ដែលមានវត្តមានអង់ទីហ្សែននៅក្នុងឈាម (isolated antigenaemia)
- និងទាមទារនូវការតាមដានដិតដល់ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមាន IRIS ។

៣. ការព្យាបាលសាកល្បង៖
- ការព្យាបាលករណីគ្មានរោគសញ្ញា (IPCA) គឺមានសុវត្ថិភាព, អាចទទួលយកបាន, និងតម្រូវការធនធានតិចជាងលើករណីមានរោគសញ្ញាដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (amphotericin និង Flucitocine/ត្រូវបូម LP ច្រើនលើក)។

[17] WHO, Guideline for Managing advanced HIV disease and rapid initiation of anti-retroviral therapy, July 2017

៧.២ ការព្យាបាលបង្ការបឋមដោយឱសថ Fluconazole

រហូតដល់ទទួលបានលទ្ធផលតេស្ត CRAG គេផ្តល់អនុសាសន៍ព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ fluconazole ជាបឋម លេប 100mg ១ដង/ថ្ងៃ អនុលោមតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដូចខាងក្រោម៖

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ពេញវ័យ ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ១០០ កោសិកា/ មម៣ ។
- លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យលើកលែងការព្យាបាល៖
    - ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១
    - AST/ALT > ៣ដងនៃតម្លៃធម្មតា។

ការតាមដាន AST/ALT នៅថ្ងៃ 0, និងនៅខែទី១, ខែទី២ ហើយបើមានលទ្ធផល ធម្មតា ការធ្វើតេស្តម្តងទៀតលុះត្រាតែមានរោគសញ្ញា។

- បើមានការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬC, ឬលទ្ធផលតេស្ត AST/ALT នៅពេលដើមគ្រាមិនធម្មតា ត្រូវតាមដានតេស្ត AST/ALT រៀងរាល់ខែ ក្នុងអំឡុងពេល ៤ខែដំបូង
- បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ fluconazole បើតេស្ត AST/ALT > ៣ដងនៃតម្លៃធម្មតា និងមានរោគសញ្ញា ឬតេស្ត AST/ALT > ៥ដងនៃតម្លៃធម្មតា និងគ្មានរោគសញ្ញា។

ការបញ្ឈប់ការព្យាបាលជាបឋមដោយ fluconazole នៅពេលដែលលទ្ធផលតេស្ត VL undetectable និង CD4 > 100 នៅពេលធ្វើតេស្តពីរដង ឃ្លាតគ្នា > ៦ម្តង។

៧.៣ ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវ Cryptococcal antigen (CRAG)

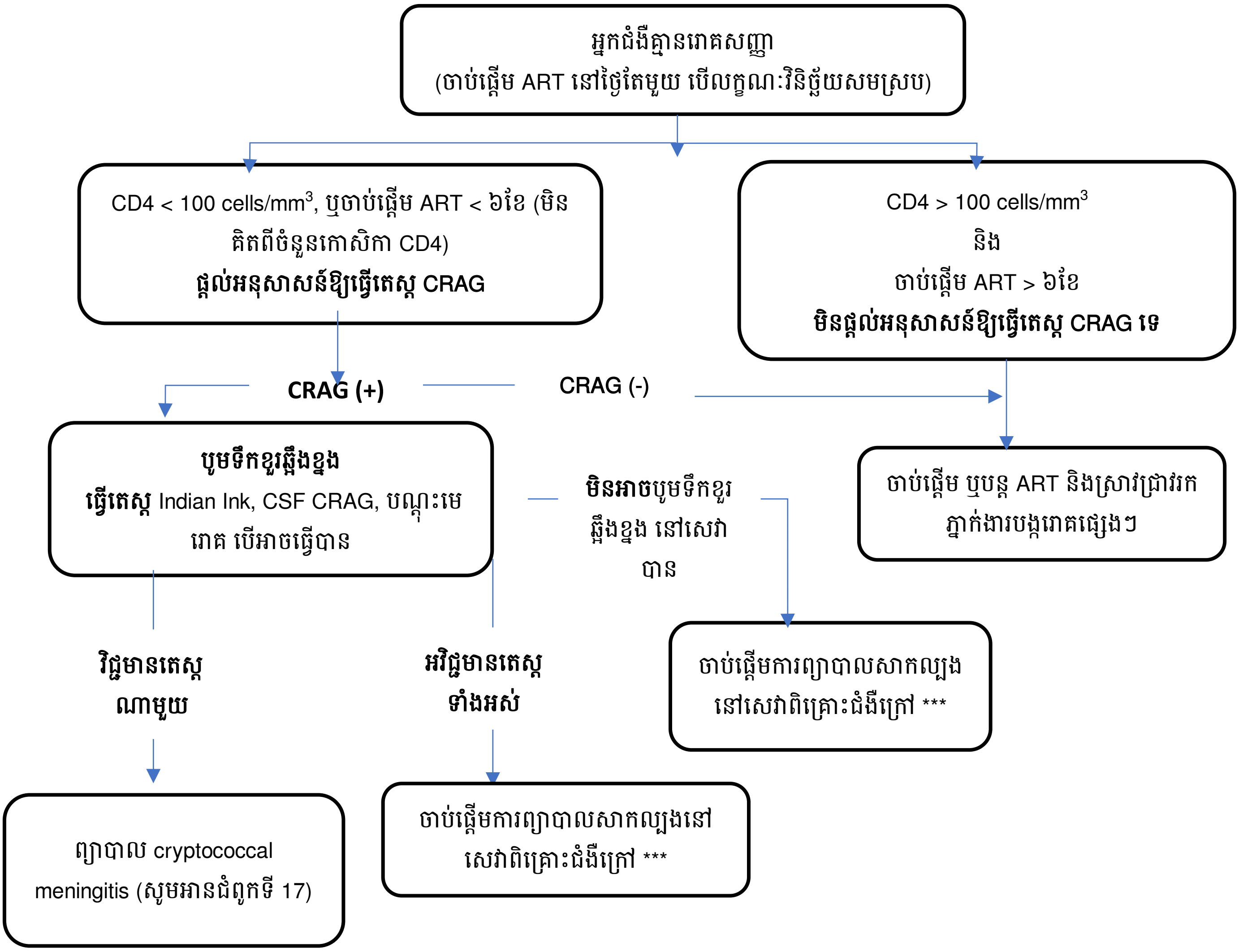
ការធ្វើតេស្ត CRAG គឺសម្រាប់ស្រាវជ្រាវរកជំងឺបង្កដោយមេរោគគ្រិបតូកុកតែប៉ុណ្ណោះ។ ករណីអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាជំងឺរលាកស្រោមខួរ ត្រូវតែបូបទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងភ្លាម ដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំលទ្ធផលតេស្ត CRAG នោះទេ។ (សូមអានជំពូកទី១៦.២ ការពិនិត្យគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកស្រោមខួរ *ទំព័រទី១១៦*)។

- ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលទើបតែបានឈ្មោះក្នុងបញ្ជីសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ហើយមានកោសិកា CD4 <១០០កោសិកា/មម៣ ត្រូវធ្វើតេស្ត CRAG នៅថ្ងៃតែមួយនៅក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ដែលធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4
- តេស្ត CRAG វិជ្ជមាន → ត្រូវហៅអ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍វិញ ដើម្បីវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ
- ប្រសិនបើតេស្ត CRAG វិជ្ជមាន និងមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ → ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ១២០០ម.ក្រ លេបមួយកម្រិតដូស និងបញ្ជូនទៅបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងជាបន្ទាន់ (សូមអានជំពូកទី១៧: ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគគ្រិបតូកុក (CM), ទំព័រទី១១៩)
- ប្រសិនបើតេស្ត CRAG វិជ្ជមាន និងគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង នៅកន្លែងដែលអាចធ្វើបាន ដើម្បីយកទៅធ្វើតេស្ត (តេស្ត CRAG, ប្រើ India Ink និងការបណ្តុះមេរោគ)

- ប្រសិនបើ លទ្ធផលតេស្តណាមួយវិជ្ជមាន ត្រូវព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគក្រិបតូកុក ឬ
- ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តទាំងអស់ អវិជ្ជមានចាប់ផ្តើមព្យាបាលសាកល្បងនៅសេវាពិគ្រោះជំងឺក្រៅ
- ករណីដែលមិនអាចបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងបាន ចាប់ផ្តើមព្យាបាលសាកល្បង
- រូបមន្តព្យាបាលសាកល្បង៖ fluconazole 800mg/ថ្ងៃ រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក 400mg រយៈពេល ៨ សប្តាហ៍ ហើយបន្ទាប់មក Fluconazole 200mg/ថ្ងៃ រហូតរយៈពេល ≥ ១ឆ្នាំ *និង* លទ្ធផលតេស្ត VL undetectable *និង* តេស្ត CD4 > 100 cells/mm^3 នៅពេលធ្វើតេស្តពីរដង ឃ្លាតគ្នា > ៦ ម្តង។

- ប្រសិនបើ តេស្ត CRAG អវិជ្ជមាន → គ្មានការព្យាបាលដោយ fluconazole
- ស្ត្រីស្ថិតក្នុងវ័យបង្កកំណើតដែលមានលទ្ធផលតេស្តស្រាវជ្រាវ CRAG វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ពីភាពមានគភ៌ មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole (ពីព្រោះវាមានឥទ្ធិពល teratogenic)។ រីឯស្ត្រីដែលគ្មានគភ៌ ហើយត្រូវបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ត្រូវផ្តល់យោបល់ឱ្យចៀសវាងការមានគភ៌ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាល
- អ្នកជំងឺដែលមានតេស្ត CRAG វិជ្ជមាន ហើយមានផ្ទៃពោះ ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (LP) និងត្រូវលើកករណីនេះ មកពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ មុននឹងសម្រេចចិត្តព្យាបាល។

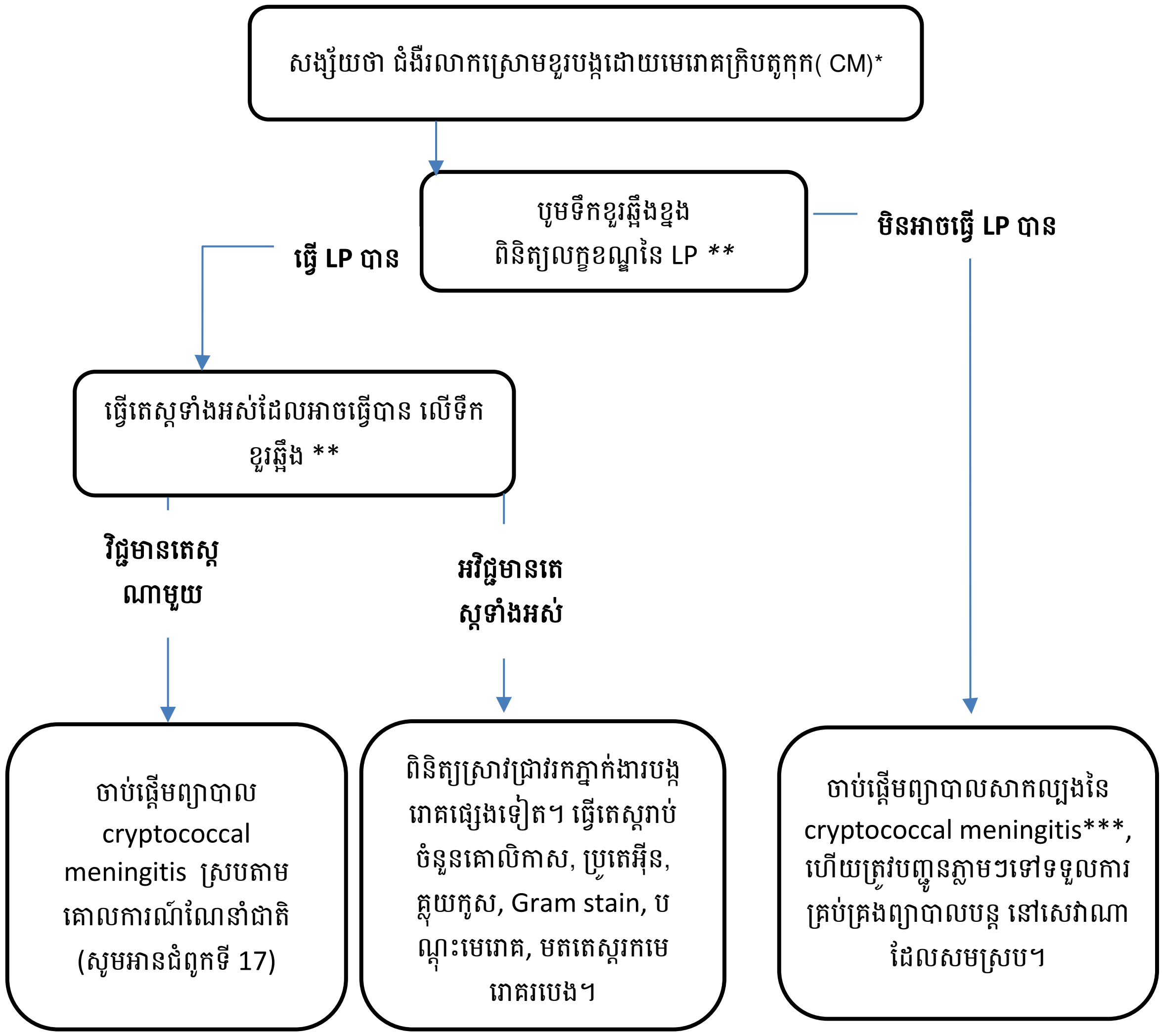
រូបភាពទី៦: ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរក Cryptococcal antigen លើអ្នកជំងឺដែលគ្មានរោគសញ្ញា



*** ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលសាកល្បង:

Fluconazole 800mg លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក 400mg រយៈពេល ៨ សប្តាហ៍ ហើយបន្ទាប់មកបន្តដោយលេប Fluconazole 200mg រាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 > 100 cells/mm^3 នៅពេលធ្វើតេស្តពីរដង ឃ្លាតគ្នា > ៦ ម្តង។

រូបភាពទី៧: ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរក Cryptococcal antigen លើអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញា



*ឈឺក្បាល រឹងក ខ្លាចពន្លឺ (sensitivity to light), រោគប្រកាច់ (seizures), គ្រុនក្តៅ, ប្រកាច់, ព្រិលភ្នែក (blurred vision)

** ហាមបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងលើអ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញា focal nervous system (លែកលែងករណី cranial nerve VI palsy) ឬរោគប្រកាច់សារចុះសារឡើង (recurrent seizures) បើអាចធ្វើបាន ត្រូវបញ្ជាក់ដោយ computed tomography។ ការឡើងសម្ពាធក្នុងខួរក្បាល មិនមែនជាការហាមមិនឱ្យបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងលើករណីសង្ស័យជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយក្រិបតូកុកនោះទេ។ ការហាមឃាត់ផ្សេងទៀត រួមមាន ការខូតខាតទ្រង់ទ្រាយឆ្អឹងខ្នងខ្លាំង (major spinal deformity) និងការបដិសេធពីអ្នកជំងឺ ក្រោយពីការពន្យល់ប្រាប់ (fully informed consent)។

** តេស្តទាំងអស់ដែលអាចធ្វើបាន រួមមាន តេស្ត CRAG, តេស្ត Indian Ink និងការបណ្តុះមេរោគ ហើយលទ្ធផលត្រូវបានផ្តល់ក្នុងអំឡុងពេល ២៤ ម៉ោង ។

*** ផ្តល់ Fluconazole 1200mg លេបតែ១កម្រិតដូស និងត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលអាចបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងផ្តល់ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប។

ជំពូកទី៨. ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើម **នៅថ្ងៃតែមួយ** ដូចគ្នានឹងថ្ងៃបុគ្គលត្រូវបានកំណត់ និងបានបញ្ជាក់ថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

៨.១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) ត្រូវផ្តល់ជូនគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4។ ត្រូវចាប់ផ្តើម ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយ លើគ្រប់អ្នកជំងឺដែលបានចុះឈ្មោះថ្មីទាំងអស់នៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ប្រសិនបើ គាត់មិនមាន contraindication (សូមអានចំណុច៨.៤: ហេតុផលដែលមិនមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមិនសមស្របក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយ ទំព័រទី៥៧)។

តារាងទី១៥: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

អ្នកណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	**គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4**

ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	• ចាប់ផ្តើម ART នៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ នៅថ្ងៃតែមួយ នៃការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នៅ VCCT ក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺគ្មានរោគសញ្ញា និងមិនមានការហាម (contraindication) ក្នុងការចាប់ផ្តើម ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយ។
	• តម្រូវឱ្យធ្វើតេស្ត HIV ម្តងទៀត មុននឹងចាប់ផ្តើម ART ប៉ុន្តែ មិនតម្រូវឱ្យរង់ចាំលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តម្តងទៀតនោះទេ។ ការធ្វើតេស្តរកមេ-រោគអេដស៍ម្តងទៀត ត្រូវធ្វើដោយប្រើសំណាកឈាមដែលត្រូវបានប្រមូលសម្រាប់ធ្វើតេស្តតាមដាននៅពេលដើមគ្រា (baseline monitoring purposes) រួមមាន តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4, តេស្ត CBC, តេស្តមុខងារថ្លើម និងតម្រងនោម ។ល។
	• ជំងឺឱកាសនិយមមួយចំនួន តម្រូវឱ្យពន្យាពេលការចាប់ផ្តើម ART ក្រោយពេលព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម *
	  • ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគគ្រិបតូកុក: ៤-៦ សប្តាហ៍
	  • ជំងឺរបេងដែលមានចំនួនកោសិកា > ៥០: ២-៨ សប្តាហ៍។

* សូមមើលតារាងទី ៨-៣ ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម ។

៨.២ និយមន័យនៃការចាប់ផ្តើម ART នៅថ្ងៃតែមួយ

ការចាប់ផ្តើម ART នៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ នៅថ្ងៃតែមួយនៃការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅ VCCT លើក្មេងជំទង់ និងមនុស្សពេញវ័យដែលគ្មានការហាមប្រើ (contraindication) ធៀបនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើម ART នៅថ្ងៃតែមួយ។

៨.៣ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើម ART នៅថ្ងៃតែមួយ

- បុគ្គលទាំងអស់ ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ថ្មីថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ថ្មីបានចុះឈ្មោះនៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍
- មិនធ្លាប់បានព្យាបាល ART ពីមុន លើកលែងតែការព្យាបាលបង្ការដោយ ARV ដូចជា PEP, PrEP និង PMTCT
- ការបង្ករោគដោយគ្មានរោគសញ្ញា
- គ្មានការព្យាបាលដោយឱសថពុលតម្រងនោម (nephrotoxic drugs)
- គ្មានប្រវត្តិខ្សោយតម្រងនោម។

៨.៤ ហេតុផលដែលមិនមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្របក្នុងការចាប់ផ្តើម ART នៅថ្ងៃតែមួយ

អ្នកជំងឺដែលមានលក្ខណៈស្មុគស្មាញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយ និងតម្រូវឱ្យគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមសកម្មឱ្យបានល្អជាមុនសិន មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART៖

- អ្នកជំងឺរបេងដែលមានរោគសញ្ញា ឬ មានលទ្ធផលតេស្តស្រាវជ្រាវរបេង វិជ្ជមាន
- ករណីសង្ស័យថា មានជំងឺ, ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយក្រិបតូកុក ឬ ជំងឺឱកាសនិយមធ្ងន់ធ្ងរ
- អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលធ្លាប់ទទួលការព្យាបាល ART ពីមុន
- ប្រើប្រាស់ឱសថពុលតម្រងនោម (nephrotoxic drugs)
- អ្នកជំងឺដែលប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន, កម្រិតពុលខ្ពស់ និងមិនអាចធ្វើការផ្តល់ប្រឹក្សាបាន។

ករណីសង្ស័យជំងឺឱកាសនិយមណាមួយ ដូចជា ជំងឺរបេង, ជំងឺ PCP, ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយក្រិបតូកុក, ជំងឺ Toxoplasmosis ។ល។ ត្រូវស្រាវរករោគវិនិច្ឆ័យ ហើយត្រូវពន្យាការចាប់ផ្តើម ART។ ករណីដែលអ្នកជំងឺចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ឬ កំពុងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម, ការចាប់ផ្តើម ART ត្រូវផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃលក្ខខណ្ឌជំងឺ សូមមើលតារាងទី១៧: ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម *ទំព័រទី ៦២* ។

៨.៥ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១

- ឱសថ Dolutegravir (DTG)

បច្ចុប្បន្នភាពនៃ systematic review ដែលបានធ្វើនៅឆ្នាំ ២០១៩ សម្រាប់គាំទ្រគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាល បានបញ្ជាក់ថា រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដែលបញ្ចូលឱសថ DTG រួមជាមួយឱសថ ២មុខនៃក្រុម nucleoside reverse-transcriptase inhibitors (NRTIs) នាំឱ្យធ្វើការបង្ក្រាបវីរុសបានកម្រិតខ្ពស់ជាង (higher viral suppression) និងបន្ថយហានិភ័យនៃការឈប់លេបថ្នាំ និងភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ធៀបជាមួយនឹងរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ EFV 600mg ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យដែលមិនធ្លាប់បានព្យាបាលពីមុន។ ឱសថ DTG មានផលប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតលើសពី EFV រួមមាន អន្តរកម្មឱសថ–ឱសថតិចជាង បង្ក្រាបវីរុសលឿនជាង និងរបាំងសេនេទិកខ្ពស់ជាង (higher genetic barrier) ក្នុងការវិវត្តន៍ទៅមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ។ ឱសថ DTG ក៏មានសកម្មភាពប្រឆាំង HIV-2 ផងដែរ ដែលមានភាពស៊ាំជាមួយ EFV ពីកំណើត យោងតាម https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-update-2019-policy/en/ ។

- **ឱសថ Efavirenz 400 mg**

បច្ចុប្បន្នភាពនៃ systematic review បានរកឃើញថា EFV 400 mg គឺមានភាពទ្រាំទ្របានល្អជាង ស្តង់ដា EFV ដែលមានកម្រិតដូស (EFV 600 mg), ហើយមានហានិភ័យនៃការឈប់លេបថ្នាំ និងមានផលប៉ះពាល់តិចជាង។ រូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ EFV 400 mg និង EFV 600 mg ត្រូវបានប្រៀបធៀបលើការបង្ក្រាបវីរុស អត្រាមរណៈភាព និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងផលប៉ះពាល់លើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ។ ឱសថ EFV 400 mg អាចប្រើរួមគ្នាជាមួយឱសថ rifampicin សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង ហើយមានភាពទ្រាំទ្រល្អ (well tolerated) និងរក្សាកំហាប់ក្នុងផ្លាស់ស្មាបានលើសពីកម្រិតប្រសិទ្ធភាពថ្នាំ។ (សូមអានបច្ចុប្បន្ននៃអនុសាសន៍លើរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១–និងជួរទី២ របស់អង្គការ WHO ២០១៩: https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-update-2019-policy/en/)។

តារាងទី១៦: រូបមន្តព្យាបាល ART ស្តង់ដាជួរទី១

ទម្ងន់	ជម្រើសជួរទី១	ជម្រើសផ្សេងៗ នៃជួរទី១	លក្ខខណ្ឌពិសេស *
20 kg – 30 kg	ABC + 3TC + DTG*	ABC + 3TC + EFV 400	AZT + 3TC + DTG AZT + 3TC + EFV 400 AZT + 3TC + LPV/r ABC + 3TC + LPV/r
> 30 kg	TDF + 3TC + DTG*	TDF + 3TC + EFV 400**	ABC + 3TC + DTG ABC + 3TC + EFV 400 AZT + 3TC + DTG AZT + 3TC + EFV 400 TDF + 3TC + ATV/r (or LPV/r)*** TAF****+ 3TC + DTG

* ត្រូវផ្តល់ជូនមធ្យោបាយពន្យាកំណើតដ៏មានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ស្ត្រីពេញវ័យ និងក្មេងស្រីជំទង់ដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ។ គេអាច ផ្តល់ឱសថ DTG សម្រាប់ព្យាបាលស្ត្រីពេញវ័យ និងក្មេងស្រីជំទង់ដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជហើយមានបំណងចង់មានគភ៌ ឬ មិនចង់មានគភ៌ ដែលប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យាកំណើត ជាប់លាប់ និងមានប្រសិទ្ធភាព ហើយត្រូវបានទទួលព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ពី សក្តានុពលនៃការកើនឡើងនូវហានិភ័យនៃការខូចទ្រង់ទ្រាយសរសៃប្រសាទដៃស្បូន (neural tube defects) (នៅពេលបង្កកំណើត រហូតដល់ចុងត្រីមាសទី១ នៃគភ៌)។ ករណីដែលស្ត្រីត្រូវបានបញ្ជាក់ថា មានភ៌គ ក្រោយត្រីមាសទី១, ត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើ DTG ឬបន្តប្រើនៅក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ ឱសថ Dolutegravir (DTG) ត្រូវបានចាត់ក្នុងចំណាច់ថ្នាក់ឱសថប្រឆាំងមេរោគថ្មីគឺ: the integrase strand transfer inhibitors (INSTIs)។ ឱសថ DTG ផ្តល់ផលប្រយោជន៍ដល់គ្លីនិក និងកម្មវិធី ច្រើនជាងឱសថ efavirenz (EFV) សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ។

** EFV 400 mg ត្រូវបានរំពឹងថា មានសុវត្ថិភាពសម្រាប់ព្យាបាលលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដូចគ្នានឹងឱសថ EFV 600 mg ដែរ។ ឱសថ EFV 400 mg អាចប្រើរួមគ្នាជាមួយឱសថ rifampicin សម្រាប់ព្យាបាលប្រឆាំងនឹងជំងឺរបេង និងរក្សាកំហាប់ក្នុងប្លាស់ស្មាបានលើសពីកម្រិតប្រសិទ្ធភាពថ្នាំ។

*** ATV/r ត្រូវបានយកមកព្យាបាល លើអ្នកជំងឺដែលមានទម្ងន់ ≥ 35 kg។

****TAF អាចត្រូវពិចារណាសម្រាប់បុគ្គលដែលមានជំងឺពុកឆ្អឹង និង/ឬ ខូចខាតមុខងារតម្រងនោម, ប្រសិនជាមាន។

៨.៥.១ ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១

TDF 300mg + 3TC 300mg+ DTG 50mg

TDF/3TC/DTGគឺត្រូវលេប១ដង/ថ្ងៃ, កម្រិតដូសបីគ្រាប់រួមបញ្ចូលគ្នា(FDC), **រូបមន្តព្យាបាល លេប១គ្រាប់/ថ្ងៃ។**

- TDF 300mg + 3TC + DTG, ឱសថគ្រាប់សំប៉ែតកម្រិតដូសរួមបញ្ចូលគ្នា គឺជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើគ្មានការហាមប្រើ (contraindications)។
- រូបមន្តព្យាបាលនេះ គឺមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ និងមានភាពទ្រាំទ្រល្អ អន្តរកម្មឱសថ-ឱសថតិច លេបតែ១ដង/ថ្ងៃ នៅពេលបរិភោគអាហារ ឬ ពេលមិនទាន់បរិភោគអាហារ។
- ឱសថ DTG សម្រាប់អ្នកជំងឺរបេងដែលមានបង្ករោគរួមគ្នា: អ្នកជំងឺដែលលេបថ្នាំ rifampicin ត្រូវលេបកម្រិតដូសបន្ថែមនូវថ្នាំ DTG 50 mg តែមួយគ្រាប់ រយៈពេល ២សប្តាហ៍ ក្រោយពេលឈប់លេប rifampicin។
- ឱសថ TDF និង 3TC ក៏ត្រូវបានប្រើសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដូចនេះ រូបមន្តព្យាបាលដែលមាន NRTI រួបបញ្ចូលគ្នា គឺជម្រើសសម្រាប់ព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។
- ឱសថ TDF មានផលប្រយោជន៍ច្រើនជាងឱសថ AZT សម្រាប់ប្រើជាឱសថជួរទី២។ ភាពបរាជ័យនៃឱសថ AZT បណ្តាលមកពីការប្រមូលផ្តុំនៃ thymidine analogue mutations នាំឱ្យកាត់បន្ថយប្រសិទ្ធភាពនៃថ្នាំ TDF (ឬ ABC)។ ប៉ុន្តែ ការប្រែប្រួលនៃ K65R នៅពេលដែលឱសថ TDF បរាជ័យ វាមិនបានកាត់បន្ថយ និងអាចបង្កើនប្រសិទ្ធភាពនៃឱសថ AZT ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។
- ផលប្រយោជន៍ និងហានិភ័យនៃការប្រើឱសថ DTG នៅពេលមានគភ៌ ត្រូវបានវាយតម្លៃដោយការពិនិត្យមើលព័ត៌មានថ្មីៗចុងក្រោយពីប្រទេសបុតស្វាណា (Botswana) និងប្រទេសផ្សេងទៀត ដែលបានធ្វើការសិក្សាគំរូនៅកម្រិតប្រជាជនពីហានិភ័យ និងផលប្រយោជន៍ (modelling the population-level risks &

benefits) នៃការប្រើឱសថ DTG ក្នុងចំណោមស្ត្រីក្នុងពេលមានគភ៌ (childbearing potential)។ ហានិភ័យនៃការប្រែប្រួលទម្រង់សរសៃប្រសាទដៃស្បូន (neural tube defects) មានទំនាក់ទំនងជាមួយការប្រើឱសថ DTG នៅពេលបង្កកំណើតត្រូវបានកាត់បន្ថយ ចាប់ពីរបាយការណ៍លើកដំបូងនៅខែឧសភា ឆ្នាំ ២០១៨ ត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយ ក៏ប៉ុន្តែ បញ្ហានេះនៅតែមានភាពស្ថាទិស្ថិចជាក់លាក់ខ្ពស់ជាងក្រុមឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផ្សេងទៀត។ ត្រូវបន្តការអង្កេតតាមដាន ដើម្បីបញ្ជាក់ឱ្យបានច្បាស់លាស់ ឬបដិសេធចោលនូវរោគសញ្ញានៃការប្រែប្រួលទម្រង់សរសៃប្រសាទដៃស្បូន ហើយការសិក្សាជាច្រើនកំពុងធ្វើឡើង ដើម្បីឆ្លើយតបនឹងបញ្ហានេះ។

- ត្រូវប្រកាន់យកនូវមូលដ្ឋានគ្រឹះនៃសិទ្ធិនារី និងផលប្រយោជន៍ស្ត្រីជាធំ (woman-centered and a rights-based approach) លើសិទ្ធិក្នុងស្វ័យសម្រេចចិត្ត តាមរយៈការផ្តល់ព័ត៌មានអំពីហានិភ័យ និងផលប្រយោជន៍ និងការណែនាំសមស្របទៅតាមស្ថានភាពសុខភាពរបស់គាត់។
- ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានអំពីហានិភ័យ និងផលប្រយោជន៍ដើម្បីធ្វើការជ្រើសរើសទាក់ទងនឹងការប្រើឱសថ DTG ឬឱសថ ARVs ផ្សេងទៀត [18] ។

៨.៥.២ ករណីមានការហាមប្រើ (Contraindications) ជាមួយជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១

TDF + 3TC + DTG

- TDF មាន contraindicated ចំពោះអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម ហើយមិនអាចព្យាបាលដោយ TDF បានទេក្នុងករណីដែល eGFR < 50 ml/min។
    - ប្រើជំនួសដោយឱសថ ABC – 600mg លេប១ដងក្នុងមួយថ្ងៃ។

៨.៦ ជម្រើសផ្សេងទៀតក្នុងឱសថជួរទី១

ABC + 3TC (FDC) + DTG 50mg ឬ EFV 400mg

ឬ

TDF + 3TC + EFV 400

[18] https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-update-2019-policy/en/.

ឱសថ Abacavir (ABC)

- ឱសថ ABC អាចយកមកព្យាបាលជំនួសឱសថ AZT ឬ TDF ករណីឱសថទាំងពីរមុខមាន contraindication។
- ប៉ុន្តែ ការព្យាបាលដោយឱសថ ABC/3TC រួមបញ្ចូលគ្នាជាមួយឱសថ EFV ឬ ATV/r បានបង្ហាញថា បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ (VL failure) ខ្ពស់ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមាន VL > ១០០,០០០ មុនពេលព្យាបាល។ ករណីដែលរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថរួមបញ្ចូលគ្នានេះ ត្រូវបានជ្រើសរើសយកមកព្យាបាល គេត្រូវធ្វើតេស្ត VL ជាមុនសិន។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅប្រទេសកម្ពុជា ការធ្វើតេស្ត VL មុនពេលព្យាបាល មិនត្រូវបានធ្វើជាប្រចាំទេ នាំឱ្យមានបាត់បង់ឱកាសនេះ។
- ប្រតិកម្ម hypersensitivity ជាមួយឱសថ ABC អាចកើតឡើងប្រហែល ៣% នៃអ្នកជំងឺ ហើយករណីនេះ គេមិនត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ ABC សារឡើងវិញទេ (ការព្យាបាលដោយឱសថ ABC ឡើងវិញអាចបណ្តាលឱ្យអ្នកជំងឺមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត)។

ឱសថ Effavirenz (EFV) 400mg

- អ្នកជំងឺដែលមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ EFV ក្នុងរូបមន្តរួមបញ្ចូលគ្នា៖ TDF+3TC+EFV ត្រូវផ្តល់ជម្រើសក្នុងការប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថ DTG + FDC ជាមួយក្រុម NRTI ប្រសិនបើ លទ្ធផលតេស្ត VL ចុងក្រោយ undetectable (លទ្ធផលតេស្ត VL តិចជាង ៦ខែ)។
- អ្នកជំងឺដែលគ្មានប្រតិកម្មនៅពេលកំពុងព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលរួមបញ្ចូលគ្នានៃឱសថ TDF+3TC+EFV ៦០០ម.ក្រ អាចប្តូរទៅព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលថ្មីដែលជំនួសដោយឱសថ EFV ៤០០ម.ក្រ យោងតាមការស្នើរសុំពីផ្នែកគ្រប់គ្រង និងបែងចែកឱសថ (logistic unit)។

៨.៧ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលមានជំងឺឱកាសនិយម

- ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឆាប់ពេក នៅពេលមានជំងឺឱកាសនិយមអាចបណ្តាលឱ្យអ្នកជំងឺប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការលេចឡើងនូវចង្កោមរោគសញ្ញា នៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅក្នុងស្ថានភាពភាគច្រើននៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅថ្ងៃតែមួយ បានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការបង្ក្រាបវីរុស (VL suppression) ការរក្សាទុកក្នុងសេវាព្យាបាល កាត់បន្ថយអត្រាឈឺ និងអត្រាស្លាប់។
- ករណីលើកលែង គឺត្រូវពន្យាពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេង និងមានកោសិកា CD4 >៥០ រហូតដល់ពី ២–៨សប្តាហ៍ ដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការលេចឡើងនូវចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)។
- ម្យ៉ាងទៀត IRIS អាចបណ្តាលឱ្យស្លាប់បានដោយសារមានការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ កណ្តាល ដូច្នេះត្រូវពន្យាពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចាប់ពី ២ ទៅ ៨សប្តាហ៍ចំពោះ

អ្នកជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង និងចាប់ពី ៤ ទៅ ៦សប្តាហ៍ចំពោះអ្នកជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយក្រិបតូកុក (Cryptococcus meningitis)។

- ក្រៅពីនេះ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺត្រូវចាប់ផ្តើម**ក្នុងអំឡុងពេល ២ សប្តាហ៍ ក្រោយពីការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម**។

តារាងទី១៧: ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម

ជំងឺឱកាសនិយម	ពេលវេលា ដោយគិតចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
ជំងឺរបេង [19] CD4 < 50, គ្មានជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយTB ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ TB, any CD4: CD4 > 50៖ *ជំងឺរបេងដែលមានភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំរបេង (DR-TB) ទោះបីមានចំនួន CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ តែគ្មានជំងឺរលាកស្រោមខួរ*	 ក្នុងអំឡុង ២សប្តាហ៍ ២–៨ សប្តាហ៍ ២–៨ សប្តាហ៍ *ក្នុងអំឡុង ២សប្តាហ៍*
ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយក្រិបតូកុក (CM)	៤–៦ សប្តាហ៍
ជំងឺរលាកស្រោមខួរមិនមែនបង្កដោយក្រិបតូកុក រួមទាំង Cryptococcal Ag + CSF neg	ក្នុងអំឡុង ២សប្តាហ៍
ជំងឺឱកាសនិយមទាំងអស់	ក្នុងអំឡុង ២សប្តាហ៍

៨.៨ បញ្ហាដែលជួបប្រទះពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម

- គ្រាប់ថ្នាំច្រើនពេក និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថ
- អ្នកជំងឺមានចិត្តរំភើបខ្លាំងពីការរកឃើញនូវរូបមន្តព្យាបាលថ្មី
- អន្តរកម្មឱសថ-ឱសថ
- ការពុលឱសថ– ថ្លើម តម្រងនោម និងខួរឆ្អឹង
- ចង្អោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ។

[19] WHO TB guidelines 2010: recommends start ART as soon as possible within 8 weeks of TB treatment. The above schedule is consistent with the TB CARE I. International Standards for Tuberculosis Care, Edition 3. TB CARE I, The Hague, 2014, and MSF HIV/TB Clinical guide 2015. See also Uthman O.A et al, Optimal Timing of Antiretroviral Therapy Initiation for HIV-Infected Adults With Newly Diagnosed Pulmonary Tuberculosis. A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of Internal Medicine • Vol. 163 No. 1 • 7 July 2015

ជំពូកទី ៩. ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)

ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នាំឱ្យកាត់បន្ថយបន្ទុកវីរុសអេដស៍ក្នុងឈាម អនុញ្ញាតឱ្យមានការស្តារឡើងវិញនូវភាពស៊ាំ ដើម្បីបង្កើនសមត្ថភាពឆ្លើយតបរបស់ភាពស៊ាំប្រឆាំងនឹងការបង្ករោគ ជួនកាល អាចបណ្តាលឱ្យលេចចេញនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិកថ្មីដែលមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ។

៩.១ បរិបទចំបងដែល IRIS អាចកើតឡើង

IRIS អាចកើតឡើងនៅពេលដែលអ្នកជំងឺ មានស្ថានភាពសុខភាពដូចខាងក្រោម៖

- ប្រែក្លាយពីការបង្កជំងឺឱកាសនិយមដែលពីមុនគ្មានរោគសញ្ញា ទៅជាមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក (unmasking IRIS)
- លេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិកធ្ងន់ធ្ងរនៃការបង្ករោគ ទោះបីជា ការព្យាបាលបានជោគជ័យក៏ដោយ (paradoxical IRIS)
- ប្រតិកម្មប្រឆាំងនឹងកាកសំណល់ (Remnants) ឬ អង់ទីហ្សែននៃជំងឺឱកាសនិយមដែលធ្លាប់កើតពីមុន ក្រោយពីបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ការប្រឈមមុខនៃ IRIS មានកម្រិតខ្ពស់លើអ្នកជំងឺដែល៖

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាប និងមានកម្រិត viral loads ខ្ពស់
- ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ (high pathogen burden) ដូចជា ការបង្ករោគរាលដាល (disseminated infection)
- គម្លាតនៃពេលវេលាខ្លី រវាងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

- IRIS កើតឡើងជាញឹកញាប់ក្នុងអំឡុងពេល **២ទៅ៨សប្តាហ៍ ក្រោយចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។** ទោះបីជាយ៉ាងណា IRIS អាចកើតឡើងគ្រប់ពេលក្នុងអំឡុងពេល៦ខែដំបូង ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងករណីកម្រវាក៏អាចកើតឡើងនៅពេលក្រោយទៀតដែរ។

- **ចង្កោមរោគនៃ IRIS** អាចច្រឡំគ្នា/ដូចគ្នាជាមួយរោគសញ្ញាជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតឡើងជាមួយគ្នា។
- IRIS អាចនាំឱ្យកើនឡើងនូវអត្រាឈឺ និងបង្កើនភាពស្មុគស្មាញនៃការគ្រប់គ្រងព្យាបាល រួមទាំងការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើ ចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងនោះមានភាពមិនច្បាស់លាស់ អាចបណ្តាលមកពីចង្កោមរោគសញ្ញានៃការពុលឱសថទៅវិញ។ ទោះបីជា ករណីភាគច្រើននៃ IRIS

មិនបណ្តាលឱ្យស្លាប់ តែវាបណ្តាលឱ្យកើនឡើងនូវអត្រាមរណភាព ជាពិសេសលើករណីមានជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយក្រិបតូកុក។

- **ជំងឺរបេង** គឺជាជំងឺមួយកើតឡើងជាញឹកញាប់ទាក់ទងនឹង IRIS។ វាដូចគ្នានឹងប្រតិកម្មប៉ារ៉ាដុក "paradoxical reactions" ដែលកើតមានឡើងលើអ្នកមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង។ ជាទូទៅ ចង្កោមរោគសញ្ញាតែងតែជួបប្រទះ រួមមាន គ្រុនក្តៅ ការកើនឡើង (ទាំងទំហំ និងចំនួន) នៃដំបៅបណ្តាលមកពីជំងឺរបេង ជាពិសេស ការឡើងកូនកណ្តុរ និង/ឬ ជំងឺរលាកសួត (Pulmonary infiltrates) ជំងឺរលាកទងសួត ជំងឺស្ទះបង្ហូរនោម ឬ ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល។
ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើភាពខុសគ្នារវាង IRIS បណ្តាលមកពីជំងឺរបេង គឺភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលបណ្តាលមកពីការលេបឱសថមិនបានត្រឹមត្រូវ មិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប់ និងមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង (DR-TB)។

- IRIS អាចកើតឡើង រួមជាមួយ ការបង្ករោគច្រើន និងគ្មានការបង្ករោគ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍៖
  - បង្ករោគដោយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងC→ ជំងឺរលាកថ្លើម
  - បង្ករោគដោយ CMV → ជំងឺ vitritis
  - ស្ថានភាពជំងឺសើស្បែក– ជំងឺ VZV ជំងឺ folliculitis
  - ស្ថានភាពជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល–បង្កដោយមេរោគ Cryptococcus, មេរោគ toxoplasmosis, មេរោគរបេង, មេរោគ JCV, មេរោគ PML
  - ចង្កោមរោគសញ្ញាប៉ះពាល់សរីរាង្គច្រើន – ជំងឺ MAC, ជំងឺរបេង, ជំងឺផ្សិត
  - ជំងឺ PCP ជំងឺ peniciliium ជំងឺ histoplasmosis ។ល។
  - ជំងឺ Kaposis sarcoma
  - ជំងឺ Leishmanniasis។

៩.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល IRIS

- *បន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍* (លើកលែងតែ ក្នុងករណីកម្រដែលមានជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយក្រិបតូកុកធ្ងន់ធ្ងរ)។
- ត្រូវធ្វើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺឱកាសនិយមថ្មី ឬជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម បណ្តាលមកពីការព្យាបាលបរាជ័យ។
- ការធ្វើតេស្ត៖ ពិនិត្យកំហាក m/c/s បណ្តុះឈាម ថតសួតដោយកាំរស្មីអ៊ិច បូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង បើមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ការច្រិបសាច់(biopsy) បើមានការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរថ្មី និងធ្ងន់ធ្ងរ (lymphadenopathy) ឬ ដំបៅស្បែក។
- អ្នកជំងឺមានជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវធ្វើការបណ្តុះកំហាកសារជាថ្មី (sputum cultures) និងធ្វើតេស្តលើប្រសិទ្ធភាពនៃថ្នាំប្រឆាំងជំងឺរបេង(sensitivity testing) ដើម្បីវាយតម្លៃនៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលអាចមកពីភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ឬ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺ MAC ។

- ការចាប់ផ្តើម/បន្តការព្យាបាលស្តង់ដានៃជំងឺឱកាសនិយម។
- អនុសាសន៍នៃការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ពេលមាន IRIS ដោយសារតែមានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមពីមុន ទោះបីជាទើបកើតឡើងនូវជំងឺឱកាសនិយមសកម្មក៏ដោយក្នុងករណីសង្ស័យ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមនោះឡើងវិញ។
- ឱសថក្រុម Non-steroidal anti-inflammatory agents (NSAID) អាចយកមកព្យាបាលដើម្បីបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការរលាក ឧ. ការលាកកូនកណ្តុរ (lymphadenitis) និងគ្រុនក្តៅ
- ការព្យាបាលដោយឱសថ corticosteroids មួយវគ្គត្រូវបានអនុវត្ត បើរោគសញ្ញាក្លាយជាធ្ងន់ធ្ងរ ឧ. ពិបាកដកដង្ហើម ចង្កោមរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទកណ្តាល ស្ទះតម្រងនោម។

កំណត់ចំណាំអំពីការព្យាបាលដោយឱសថ corticosteroid៖

១. បើអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin នាំឱ្យមានអន្តរកម្មជាមួយឱសថក្រុម steroids បណ្តាលឱ្យកាត់បន្ថយយ៉ាងខ្លាំងនូវកំហាប់ឱសថក្រុម steroid ក្នុងឈាម។ ដូច្នេះ តម្រូវឱ្យផ្តល់កម្រិតដូសឱសថ prednisolone ខ្ពស់ជាងកម្រិតដូសធម្មតា ឧ .ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ prednisolone ក្នុងកម្រិតដូស ១,៥ ម.ក្រ/គ.ក្រ។

២. ការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម steroids មានកម្រិតដូសខ្ពស់/រយៈពេលយូរលើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយ បណ្តាយឱ្យកើនឡើងនូវការប្រឈមមុខនឹងការកើតជំងឺព្រូន strongylyoidiasis រាលដាល និង septic shock។

៣. ការព្យាបាលដោយឱសថ prednisolone កម្រិតដូសខ្ពស់ (>២០ ម.ក្រ) រយៈពេលលើសពី ២ សប្តាហ៍ គឺត្រូវព្យាបាលតាមបទពិសោធន៍ដោយប្រើប្រាស់ឱសថ albendazole រួមគ្នាក្នុងកម្រិតដូស៤០០ម.ក្រ លេបពេលបរិភោគអាហារមានសារជាតិខ្លាញ់ លេប១២ម៉ោងម្តង x ៧ថ្ងៃ [20] ។

[20] Sanford Guide to Antimicrobial therapy. 45th Edition. 2015.

ជំពូកទី១០. ការតាមដាននៃការពុលឱសថ និងការប្តូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានអំពីផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃឱសថនីមួយៗ នៅក្នុងវេជ្ជបញ្ជា
- តាមដានផលប៉ះពាល់នៃឱសថ ដោយផ្តោតលើរោគសញ្ញា និងធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន ដើម្បីគាំទ្រការព្យាបាល
- នៅពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ គ្រូពេទ្យព្យាបាលត្រូវសួរអ្នកជំងឺថា បានលេបថ្នាំអ្វី? និងពិនិត្យមើលពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថទាំងនោះ
- ការពុលឱសថធ្ងន់ធ្ងរដែលមានការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត បានរៀបរាប់នៅខាងក្រោម និងក្នុងតារាងខាងក្រោម [21] ។

១០.១ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលកើតមានជាញឹកញាប់

១០.១.១ ចង្អោរ និងក្អួត

- អាចកើតមានឡើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកាត់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើងនៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍–ជាពិសេស នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ AZT និងឱសថក្រុម PI
- ជាញឹកញាប់ រោគសញ្ញានេះអាចធូរស្រាលវិញ ក្រោយពី ២ទៅ៣សប្តាហ៍ ត្រូវឱ្យអ្នកជំងឺលេបឱសថនេះនៅពេលវេលាខុសគ្នា បើករណីធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវលេបបន្ថែមឱសថ metoclopramide ១០ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ
- បើក្អួតថ្នាំចេញមកវិញក្រោយពេលលេប ត្រូវឱ្យលេបថ្នាំម្តងទៀតនៅ ២ម៉ោងក្រោយ
- បើក្អួតមិនអាចព្យាបាលបាន៖ ត្រូវវាយតម្លៃពីចង្កោមរោគសញ្ញា hypersensitivity(ABC) ជំងឺរលាកថ្លើម ជំងឺរលាកលំពែង។ល។
- បើក្អួតលើសពី ៦ម៉ោង ក្រោយពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវគិតពី អាស៊ីតឡាក់ទិក (lactic acidosis)។

១០.២ ការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលមានការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត

១០.២.១ អាស៊ីតឡាក់ទិក

- អាស៊ីតឡាក់ទិក កើតឡើងជាញឹកញាប់នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ d4T ប៉ុន្តែឱសថនេះត្រូវបានសុំដកចេញដោយអង្គការ WHO រួចហើយ អាស៊ីតឡាក់ទិកអាចកើតមានឡើងនៅពេលព្យាបាលដោយ ឱសថណាមួយក្នុងក្រុម NRTI ជាពិសេស ឱសថ AZT ហើយវាកើតមានដោយកម្រ នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ TDF, ABC, 3TC នៃរូបមន្តព្យាបាលរួមបញ្ចូលគ្នា
- អាស៊ីតឡាក់ទិក អាចកើតឡើងក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើសពី ៦ខែ
- កត្តាប្រឈមមុខ រួមមាន អ្នកជំងឺភេទស្រី ធាត់ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។

---

[21] MSF HIV/TB Clinical Guide 2015, and WHO Consolidated guidelines 2013.
[១៥] គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក អំពី របេង អេដស៍របស់ អង្គការគ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន និង គោលការណ៍ណែនាំរួម របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

- **តាមដានការវិវត្តន៍នៃអាស៊ីតឡាក់ទិក៖** តាមដានរោគសញ្ញា, ការកើនឡើងនៃជាតិឡាក់តាតដោយគ្មានរោគសញ្ញាកើតឡើងជាញឹកញាប់ តែវាគ្មានសារៈសំខាន់ទេ។

- **រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃអាស៊ីតឡាក់ទិក៖** រួមមាន ចង្អោរ និងក្អួត ឈឺពោះ ពិបាកដកដង្ហើម អស់កម្លាំង និងស្រកទម្ងន់។ អាស៊ីតឡាក់ទិក (Lactic acidosis) អាចមានទំនាក់ទំនងជាមួយការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងក្រុម NRTI-ជំរុញឱ្យមានជំងឺ peripheral neuropathy ឬជំងឺខ្លាញ់រុំថ្លើម (hepatic steatosis)។

- **រោគវិនិច្ឆ័យញែកចេញពីជំងឺផ្សេង៖** ការឡើងខ្ពស់នៃជាតិ lactate និង acidosis អាចកើតឡើងនៅពេលមាន sepsis ឬជំងឺខ្សោយប្រព័ន្ធឈាមរត់ តម្រូវឱ្យធ្វើការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកឱ្យគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។

- **រោគវិនិច្ឆ័យ៖**
  - ការកើនឡើងជាតិ lactate > ៥mmol/L + acidosis អាចវាស់វែងបានដោយប្រើប្រាស់សេរ៉ូម bicarbonate កម្រិតទាប (< ២0mmol/L)
  - ករណីមិនមានតេស្ត lactate ត្រូវប្រើសេរ៉ូម bicarbonate កម្រិតទាប (< ២0mmol/L) សម្រាប់ធ្វើតេស្ត acidosis ដោយផ្ទាល់ គឺសមស្របក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៅក្នុងបរិបទនៃគ្លីនិក
  - រួមផ្សំជាមួយភាពមិនធម្មតា (Associated abnormalities) រួមមាន ការកើនឡើង ↑ALT/AST និង ↑ creatinine kinase ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖

- បើរោគសញ្ញាស្រាល និង bicarbonate <២0mmol/ml → ប្តូរឱសថក្នុងក្រុម NRTI ពីឱសថ AZT ទៅឱសថ TDF ឬ ABC វិញ។
- បើរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ +/ឬ bicarbonate <១៥mmol/ml→ ចូលសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងឈប់ព្យាបាលដោយឱសថក្នុងក្រុម NRTI ទាំងអស់។
  - ពិនិត្យរករោគសញ្ញា sepsis និងជំងឺគ្រុនចាញ់ និងត្រូវព្យាបាលសាកល្បងដោយចាក់ antibiotics តាមសរសៃ ក្នុងករណីសង្ស័យ។
  - ព្យាបាលដោយបន្ថែមឱសថ ATV/r ជាបណ្តោះអាសន្ន ពីលើការប្រើឱសថក្រុម NNRTI រហូតអ្នកជំងឺមានស្ថានភាពសុខភាពប្រសើរឡើង និងជាតិ bicarbonate ត្រឡប់មកតម្លៃធម្មតា។ បន្ទាប់មក បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ ATV/r និងប្តូរទៅប្រើប្រាស់ឱសថ TDF ឬ ABC វិញ។
  - បើអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ LPV/r ឬ ATV/r ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយប្រើឱសថ តែមួយមុខ រហូតលុះត្រាតែអ្នកជំងឺមានស្ថានភាពសុខភាពប្រសើរឡើង និងបន្ទាប់មកបន្ថែមឱសថ TDF ឬ ABC ។

១០.២.២ ប្រតិកម្ម hypersensitivity នៃឱសថ Abacavir

- អ្នកជំងឺមួយចំនួនតូចដែលព្យាបាលដោយឱសថ ABC មានប្រតិកម្ម hypersensitivity នេះ ហើយកើតឡើងជាញឹកញាប់ក្នុងអំឡុង ១០ថ្ងៃដំបូងនៃការព្យាបាលដោយឱសថ ABC និងជាទូទៅក្នុងអំឡុង ៦សប្តាហ៍ដំបូង។

- **ការលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក**នៃប្រតិកម្ម hypersensitivity បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ abacavir៖ គ្រុនក្តៅ (៨០%នៃករណី) ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (៧០%នៃករណី ជាទូទៅមានកម្រិតស្រាល) ចង្កោមរោគសញ្ញាប្រដាប់រំលាយអាហារ និងប្រដាប់ដកដង្ហើម រួមមាន ក្អកនិងពិបាកដកដង្ហើម និងចង្កោមរោគសញ្ញាទល់លាមកមិនជាក់លាក់ និងអស់កម្លាំងល្ហិតល្ហៃ និងឈឺចាប់សាច់ដុំ។ ចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ វិវត្តន៍កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើងៗ ក្រោយពេលលេបឱសថ abacavir ម្តងៗ។

- **ការតាមដានប្រតិកម្ម hypersensitivity បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ abacavir៖** តាមដានការវិវត្តន៍នៃរោគសញ្ញា។

- **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែក៖** ប្រតិកម្មឱសថ ឧ. ប្រតិកម្មឱសថ cotrimoxazole ឬឱសថក្រុម NNRTI។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រតិកម្ម hypersensitivity បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ ABC ច្រើនបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកពេញរាងកាយ ប៉ុន្តែមានសភាពមិនធ្ងន់ធ្ងរ/ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបន្តិចបន្តួចបើប្រៀបធៀបជាមួយនឹងប្រតិកម្មជាមួយឱសថផ្សេងទៀត។

- **ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖**
  - ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថ ABC និង*មិនត្រូវប្រើឱសថនេះសាឡើងវិញទេ ពីព្រោះ វាអាចបណ្តាលឱ្យគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត*
  - រោគសញ្ញាលេចឡើងក្នុងអំឡុងពេល ៤៨ម៉ោង និងត្រូវចាប់ផ្តើមប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NRTI។

១០.២.៣ រលាកលំពែង

- ការរលាកលំពែងកើតមានដោយកម្រ នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ 3TC
- គ្រួសក្នុងថង់ទឹកប្រម៉ាត់ (Gallstones) ការញៀនជាតិស្រវឹង (alcoholism) និង hypertriglyceridemia (ពាក់ព័ន្ធជាមួយការព្យាបាលដោយឱសថ PI) ក៏អាចបណ្តាលឱ្យរលាកលំពែងដែរ។
- **តាមដានការរលាកលំពែង៖** តាមដានការវិវត្តន៍នៃរោគសញ្ញា។
- **ការលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក៖** ឈឺពោះ។
- **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ៖** កើនឡើង amylase ឬ lipase ត្រូវឆ្លុះពោះដោយអេកូ (abdominal ultrasound)។
- **ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖** បើ amylase <១,៥ ដងនៃតម្លៃធម្មតា និងរោគសញ្ញាមិនធ្ងន់ធ្ងរ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមិនច្បាស់ → ត្រូវពិនិត្យឡើងវិញ១សប្តាហ៍ក្រោយ និងធ្វើតេស្ត amylase ម្តងទៀត។ បើអ្នកជំងឺមិនស្រួលខ្លួន (unwell) ឬ amylase > ១,៥ នៃតម្លៃធម្មតា និង/ឬ ការឆ្លុះអេកូពោះបានបង្ហាញថា រលាកលំពែង ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ផ្តល់ការព្យាបាលបែបគាំទ្រ ត្រូវចាប់ផ្តើម ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឡើងវិញ ក្រោយពេលដែលអ្នកជំងឺបានធូរស្បើយ ប៉ុន្តែត្រូវដកឱសថ 3TC ចេញពីរូបមន្តព្យាបាល។

១០.៣ ផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

១០.៣.១ ការពុលតម្រងនោមបណ្ដាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ *Tenofovir*

- ការពុលតម្រងនោមបណ្ដាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ TDF គឺបណ្ដាលមកពីការខូចមុខងារ កោសិកា proximal tubular
- កើតឡើង < ១% នៃអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថ TDF
- ការពុលឱសថ TDF ជាទូទៅអាចកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលប្រែប្រួលពីច្រើនសប្ដាហ៍ ទៅច្រើនខែ ក្រោយពីការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថ TDF
- សម្រាប់គោលការណ៍ណែនាំ អំពីជំងឺខ្សោយតម្រងនោមជាទូទៅ សូមអានជំពូកទី៤០៖ ជំងឺតម្រងនោម, *ទំព័រទី ២០៨* ។
- **កត្តាប្រឈមមុខ** រួមមាន វ័យចាស់ ភេទប្រុស ទម្ងន់ស្រាល ជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ជំងឺខ្សោយមុខងារតម្រងនោម និងជំងឺផ្សេងទៀតរួមផ្សំ (ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទC) រួមផ្សំនឹងការព្យាបាលដោយឱសថពុលតម្រងនោម (nephrotoxic) និងឱសថបញ្ចេញចោលតាមទឹកនោម និងការព្យាបាលដោយរូបមន្តឱសថ ritonavir boosted protease។

ការធ្វើតេស្តនៅពេលដើមគ្រា និងតេស្តតាមដានការពុលឱសថ [23]

- ការធ្វើតេស្តនៅពេលដើមគ្រាជាប្រចាំ (Routine baseline) នៃតេស្ត creatinine និងតេស្ត estimation of eGFR, និងធ្វើតេស្តតាមដានការព្យាបាល ប្រសិនជាមានធនធាន។
- ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្ដី អង្គការ WHO បានផ្ដល់យោបល់ថា ការធ្វើតេស្ត creatinine និងតេស្ត estimation of eGFR មិនមែនតម្រូវឱ្យធ្វើដោយខានមិនបាននោះទេ (not mandatory) មុនពេលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថ TDF ក៏ប៉ុន្តែត្រូវធ្វើតេស្តជាពិសេសលើអ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ ដូចជា អ្នកជំងឺវ័យចាស់ ជំងឺខ្សោយមុខងារតម្រងនោម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺលើសសម្ពាធឈាមរយៈយូរ ហើយកំពុងព្យាបាលដោយឱសថក្រុម PI រួមផ្សំនឹងការព្យាបាលដោយឱសថពុលតម្រងនោម (nephrotoxic) និងឱសថបញ្ចេញចោលតាមទឹកនោម [23] ។
- មិនត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថ TDF បើ eGFR < ៥០ម.ល/នាទី ឬ ជំងឺទឹកនោមផ្អែមរយៈពេលយូរ ជំងឺលើសសម្ពាធឈាមមិនអាចត្រួតពិនិត្យបាន ឬ ជំងឺខ្សោយតម្រងនោម។
- បន្តការតាមដានជាប្រចាំក្នុងការធ្វើតេស្ត serum creatinine និងតេស្ត urine dipstick នៅខែទី០, ទី១, ខែទី៣ និងរៀងរាល់១២ខែម្ដង ក្រោយពេលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថ TDF [24]។
- បើគ្មានធនធានគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ធ្វើតេស្តតាមដានជាប្រចាំនូវតេស្ត serum creatinine តេស្ត urine dipstick សម្រាប់វាស់ជាតិស្ករក្នុងទឹកនោមទេ (សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលគ្មានជំងឺទឹកនោមផ្អែម) ការធ្វើតេស្ត proteinuria តែឯកឯងត្រូវតែអនុវត្ត សម្រាប់តាមដានភាពពុលធ្ងន់ធ្ងរនៃឱសថ TDF → ត្រូវតែធ្វើតេស្ត proteinuria បើតេស្ត serum creatinine មានលទ្ធផល វិជ្ជមាន។

---

[23] WHO Consolidated guidelines 2013
[24] MSF HIV/TB clinical guide 2015

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺខ្សោយតម្រងនោមបណ្ដាលមកពីពុលឱសថ TDF (Cr < 50ml/min)៖

- វាយតម្លៃ និងព្យាបាលរាល់មូលហេតុជំងឺតម្រងនោម (ការខ្សោះជាតិទឹក ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ។ល។)
- បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថពុលតម្រងនោម–ជាពិសេសឱសថ NSAIDS
- ធ្វើតេស្តរកអង់ទីហ្សែនមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HbsAg) ករណីមិនទាន់ដឹង
- ប្ដូរឱសថ TDF ចេញ (បើរោគសញ្ញាខ្សោយតម្រងនោមនៅតែមាន ហើយរកមូលហេតុផ្សេងទៀតដែលអាចព្យាបាលជា មិនឃើញ)៖
  - បើឱសថ TDF កំពុងតែយកមកព្យាបាលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១→ ត្រូវប្ដូរទៅ AZT ឬ ABC
  - បើធ្លាប់ប្រើ AZT ពីមុន → ត្រូវប្ដូរទៅប្រើ ABC វិញ។
- បើតេស្ត HBsAg វិជ្ជមាន៖ គឺប្រឈមមុខនឹងការលេចចេញស្នាមក្រហមលើស្បែក "flare" នៃជំងឺរលាកថ្លើមក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ TDF និងជម្រុញការវិវត្តន៍ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។
  - បើមិនច្បាស់ថា វាបណ្ដាលមកពីការពុលឱសថ TDF បន្តការព្យាបាលដោយឱសថ TDF និងបន្តការតាមដាននៅខែទី១ និងខែទី៣។
  - បើតម្រូវឱ្យប្ដូរឱសថ TDF ចេញ ត្រូវតាមដានការវិវត្តន៍នៃ hepatitis flare (ទាំងរោគសញ្ញាគ្លីនិក និង ALT) អាចនឹងកើតឡើង ក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ TDF និងបន្តការវិវត្តន៍នៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ។

ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថផ្សេងទៀត ក្នុងករណីមានជំងឺតម្រងនោម
ដោយមិនគិតពីមូលហេតុនៃជំងឺតម្រងនោម ៖

- ចៀសវាងប្រើឱសថដែលពុលតម្រងនោមលើគ្រប់កាលៈទេសៈទាំងអស់ (ជាពិសេស, ឱសថក្រុម NSAIDS)
- កែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថទាំងអស់ដែលបញ្ចេញចោលតាមតម្រងនោមៈតារាងទី៦១: ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម , *ទំព័រទី២៥៣* ។
- តាមដានមុខងារតម្រងនោម លើការប្រែប្រួលនៃ eGFR ដែលតម្រូវឱ្យកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថផងដែរ។

១០.៣.២ ការពុលឈាម (Haematological toxicity)

- អ្នកជំងឺអេដស៍ ជាញឹកញាប់មានការស្លេកស្លាំង បណ្ដាលមកពីការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍រ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺឱកាសនិយម ជាពិសេស ជំងឺរបេង និងជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ជំងឺបណ្ដាលមកពីពពួកផ្សិត និងជំងឺ MAC ជ្រៀតចូលទៅក្នុងខួរឆ្អឹង។
- ជាងនេះទៅទៀត ឱសថ AZT និងឱសថ cotrimoxazole អាចបណ្ដាលឱ្យមានជំងឺស្លេកស្លាំង និង neutropenia ផងដែរ។

ការធ្វើតេស្តនៅពេលដើមគ្រា និងការធ្វើតេស្តតាមដានជំងឺស្លេកស្លាំង៖

- ធ្វើតេស្ត Hb នៅពេលដើមគ្រា រាល់ពេលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថ AZT (ចៀសវាងព្យាបាលដោយឱសថ AZT បើ Hb < 8g/dl និងធ្វើតេស្ត Hb ឡើងវិញ នៅខែទី១, ខែទី៣, និងរៀងរាល់ ៦ខែម្ដង។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖

- បើ ↓Hb <២៥% និងមានជំងឺស្លេកស្លាំងកម្រិតស្រាល (Hb≥ 80g/dl) និងគ្មានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរត្រូវឈប់ព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole និងធ្វើការពិនិត្យ និងព្យាបាលមូលហេតុផ្សេងៗ ដូចជា ជំងឺរបេង ជំងឺប្រដាប់រំលាយអាហារ ការបាត់បង់ឈាម។ល។ ផ្តល់ folic acid។ បើកម្រិត Hb បានល្អប្រសើរឡើងវិញ ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ AZT និងបន្តការតាមដាន។

- បើ ↓Hb >២៥% ឬ Hb < 8g/l ឬ មានរោគសញ្ញានៃជំងឺស្លេកស្លាំង ត្រូវឈប់ព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole និង AZT (ប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថ ABC ឬ TDF) និងធ្វើការពិនិត្យ និងព្យាបាលមូលហេតុផ្សេងៗ និងផ្តល់ folate។ បើជំងឺស្លេកស្លាំងមិនមែនបណ្តាលមកពី AZT ទេ អាចបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ AZT នៅពេលក្រោយ។

១០.៣.៣ ការពុលថ្លើម (Hepatotoxicity)

- ប្រតិកម្មបណ្តាលឱ្យរលាកថ្លើម អាចកើតឡើងបណ្តាលមកពីឱសថជាច្រើន ដូចជា ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង ឱសថ ARV និងឱសថ antimicrobials ផ្សេងទៀត ដូចជា ឱសថ cotrimoxazole និងឱសថ fluconazole ឱសថបញ្ចុះជាតិខ្លាញ់ និងឱសថ NSAIDS។ល។
- ឱសថបុរាណមួយចំនួន ក៏បណ្តាលឱ្យពុលថ្លើមដែរ
- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងការផឹកគ្រឿងស្រវឹងច្រើនពេក ជំរុញឱ្យពុលថ្លើមពេលលេបថ្នាំ
- IRIS បណ្តាលមកពីជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬC ឬការបង្ករោគផ្សេងទៀតបណ្តាលឱ្យរលាកថ្លើម លើអ្នកជំងឺដែលទើបតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- **ឱសថ ATV/r មិនសូវបណ្តាលឱ្យកើតរោគលឿងទេ** (jaundice) ដូច្នេះការព្យាបាលដោយឱសថនេះវាមិនបណ្តាលឱ្យរលាកថ្លើមទេ។ កម្រិត AST/ALT នៅធម្មតា និងគ្មានរោគសញ្ញា និងមិនមានមូលហេតុអ្វីគួរឱ្យបារម្ភណ៍ទេ
- **រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរលាកថ្លើម** រួមមាន៖ ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ សាច់ថ្លើមមានសភាពស្រទន់ (liver tenderness) រោគលឿង និងគ្រុនក្តៅ។

ការធ្វើតេស្តនៅពេលដើមគ្រា និងការធ្វើតេស្តតាមដាន៖

- ធ្វើតេស្ត ALT/AST នៅពេលដើមគ្រា និងនៅខែទី១ និងខែទី៣ ក្រោយពេលប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ណាមួយ
- តាមដានរោគសញ្ញា គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ហើយបើមានរោគសញ្ញារលាកថ្លើមលេចឡើងត្រូវធ្វើតេស្ត ALT/AST ភ្លាម។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖

- បើ ALT/AST > ៥ដងនៃតម្លៃធម្មតា, +/ឬ រោគលឿង (jaundice), +/ឬ រោគសញ្ញា
  - ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NNRTI ក្រុម PI ឱសថ cotrimoxazole ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង ឱសថ fluconazole និងឱសថផ្សេងទៀតដែលមិនសំខាន់តែវាអាចបណ្តាលឱ្យពុលថ្លើម។
- ធ្វើតេស្ត INR, ALP, bilirubin, ពិនិត្យគ្រាប់ឈាមទាំងអស់(CBC), creatinine, និង electrolytes ។
- ត្រូវឱ្យអ្នកជំងឺមកសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដោយព្យួរសេរ៉ូមតាមសរសៃ (IVI fluids) និងតាមដានឱ្យបានដិតដល់។
- អាចបន្តការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NRTI រយៈពេល៧ថ្ងៃទៀត បើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយឱសថ NNRTI ដើម្បីការពារប្រឆាំងនឹងប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលតែមួយមុខ (effective monotherapy)។ ប៉ុន្តែករណីដែលអ្នកជំងឺមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NRTI ។
- ការស្រាវជ្រាវបន្ថែម ផ្អែកតាមលទ្ធផលរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ រួមមាន៖ ការឆ្លុះអេកូពោះ ការស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង និងការបង្ករោគផ្សេងទៀត។
- បើអ្នកជំងឺមានជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវពិចារណាក្នុងការប្តូរឱសថព្យាបាលជំងឺរបេងដែលបានដឹងថា មិនសូវពុលថ្លើម ឧ. ឱសថ streptomycin ឱសថ moxifloxacin ដោយពិភាក្សាជាមួយនឹងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង (CENAT)។
- បើ AST/ALT < ៥ដងនៃតម្លៃធម្មតា និងគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងគ្មានរោគលឿង (jaundice)
  - បន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលជំងឺរបេង ប៉ុន្តែត្រូវឈប់ប្រើឱសថ fluconazole ឱសថ cotrimoxazole និងឱសថផ្សេងទៀត
  - តាមដាន AST/ALT រៀងរាល់ ៥–១៤ ថ្ងៃម្តង។
- អាស្រ័យតាមភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការរលាកថ្លើម និងត្រូវផ្អាកការព្យាបាលដោយភ្នាក់ងារដែលអាចបង្កឱ្យរលាកថ្លើម ហើយអាចចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញតាមវិធីសាស្ត្រ stepwise (ដោយបង្កើនកម្រិតដូសបន្តិចម្តងៗ) ធ្វើការតាមដានមុខងារថ្លើមឱ្យដិតដល់។ បើការពុលថ្លើម បណ្តាលមកពីឱសថព្យាបាលជំងឺរបេងត្រូវពិភាក្សាជាមួយនឹង CENAT។
- នៅពេល AST/ALT ត្រឡប់មកតម្លៃធម្មតាវិញ៖
  - បើបណ្តាលមកពីផលវិបាកនៃឱសថ EFV → ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ DTG (មិនត្រូវព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NNRTIម្តងទៀតទេ)
  - បើបណ្តាលមកពីផលវិបាកនៃឱសថ DTG → ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ PI
  - បើបណ្តាលមកពីផលវិបាកនៃឱសថ PI និងធ្លាប់ព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NNRTI → ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស (consult an expert) ។
- ពេលណាតម្រូវឱ្យមានការព្យាបាលដោយឱសថផ្សេង ក្រៅពីឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ឬ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឃ្លាតគ្នាយ៉ាងតិច ២សប្តាហ៍ និងតាមដានតេស្ត AST/ALT រៀងរាល់សប្តាហ៍។

១០.៣.៤ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្ដាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកច្រើនកើតឡើងនៅពេលព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NNRTI (ពេលព្យាបាលដោយឱសថ NVP ជួបញឹកញាប់ជាងពេលព្យាបាលដោយឱសថ EFV) និងឱសថ cotrimoxazole។
- ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្ដាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole សូមមើលតារាងទី៩: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្ដាលមកពីប្រតិកម្មឱសថ Cotrimoxazole , *ទំព័រទី ៣៧* ។
- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ក៏ជារោគសញ្ញាមួយនៃប្រតិកម្ម hypersensitivity ក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថ abacavir ដែរ ប៉ុន្តែប្រតិកម្មនេះ ទំនងគ្របដណ្ដប់ដោយមានរោគសញ្ញានៅរាងកាយ (systemic symptoms) វិញ។

ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖

- នៅពេលមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ត្រូវធ្វើតេស្ត AST/ALT នៅពេលប្រើប្រាស់ឱសថបណ្ដាលឱ្យរលាកថ្លើម។
- **ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក កម្រិតស្រាល (ចំណាត់ថ្នាក់ទី១ ឬទី២)៖** សាយភាព ឬ ដុំបន្ទះពណ៌ក្រហម ឬ macules និង papules និង/គ្មានរមាស់ខ្លាំង (pruritus) គ្មាន mucosal ឬ គ្រុនក្ដៅ និងតេស្ត AST/ALT មានកម្រិតធម្មតា។
  - បន្តការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NNRTI, បន្ថែមឱសថ antihistamine និងតាមដាន
  - បើមានទំនាក់ទំនងជាមួយវិធីសាស្ត្រ បង្កើនកម្រិតដូសរបស់ NVP បន្តិចម្ដងៗ ការបង្កើនកម្រិតដូសនាំមុខនេះ អាចបន្ត ១សប្ដាហ៍ទៀត។
- **ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក កម្រិតមធ្យម (ចំណាត់ថ្នាក់ទី៣)**: ពងទឹក និងប៉ះពាល់ដល់ mucosal ខ្លះមាន/គ្មានឡើង ALT/AST, គ្រុនក្ដៅ។
  - បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថក្រុមNNRTI និងឱសថcotrimoxazole បន្តការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NRTI រយៈពេល ៧ថ្ងៃទៀត។
  - នៅពេលមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (មាន/គ្មាន) ជំងឺរលាកថ្លើម និង systemic symptoms បានធូរស្រាល។
    - បើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយឱសថ EFV ត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលសាឡើងវិញដោយឱសថ ATV/r
  - នៅពេលដែលបានចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឡើងវិញ ត្រូវផ្ដល់ការព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole ឡើងវិញដោយអនុវត្តន៍តាមវិធីសារ desensitization។
  - តារាងទី១០: វិធីសារនៃការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មនៃឱសថ Cotrimoxazole ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ,*ទំព័រទី ៣៨*។

- **ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ (កម្រិតទី៤ និងមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត)៖** រោគសញ្ញាដូចខាងក្រោម៖
  - **ចង្កោមរោគសញ្ញា Drug hypersensitivity syndrome (DRESS)៖** ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (morbilliform) > ៩០%នៃស្បែក + គ្រុនក្ដៅ +/- ហើមប៉ោងកូនកណ្ដុរ +/- eosinophilia, +/- nephritis

(ពិនិត្យសម្ពាធឈាម តេស្ត urine dipstick) +/- ជំងឺរលាកសួត (pneumonitis) ដោយថតសួតដោយកាំរស្មី X។

- **ចង្កោមរោគសញ្ញា Stevens–Johnson syndrome និងការពុលរលួយស្បែក (Toxic Epidermal Necrolysis)**: ប្រតិកម្មពងស្បែករលួយ និងរាលដាលដល់ភ្នាសទីពីរនៃ mucus ឧ. មាត់ ភ្នែក ប្រដាប់បន្តពូជខាងក្រៅ (genitalia)។ ជាទូទៅ វាកើតឡើងភ្លាមៗ ឡើងដុំទឹក ពណ៌ស៊ីជម្ពូរ ហើយឈឺ (dusky purple macules) នៅតំបន់ជុំវិញកន្លែងសង្កត់។
- **បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថទាំងអស់** និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ មិនត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថណាមួយក្នុងក្រុម NNRTI និង cotrimoxazole ឡើងវិញឡើយ តែត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ ATV/r ជំនួសវិញ។

១០.៤ ផលវិបាករយៈពេលយូរនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

១០.៤.១ ការប៉ះពាល់នៃមេតាបូលិក

- Protease inhibitors បណ្តាលឱ្យមានការប្រឈមមុខនឹងផលប៉ះពាល់មេតាបូលិក រួមមាន ឡើងជាតិស្ករក្នុងឈាម (hyperglycemia/ស៊ាំជាមួយ insulin និងកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម លើសជាតិខ្លាញ់ (hyperlipidemia) និងការប្រមូលផ្តុំជាតិខ្លាញ់នៅផ្នែកកណ្តាល (central adiposity)
- គ្រប់ជំងឺទាំងអស់នេះ បង្កើនការប្រឈមមុខជាមួយនឹងជំងឺបេះដូង និងសរសៃឈាម (cardiovascular disease)។ ដោយសារតែ អ្នកជំងឺអេដស៍ មានការប្រឈមមុខជាមួយនឹងជំងឺបេះដូង និងសរសៃឈាម ដូច្នេះ ការឆាប់ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាចមានផលប្រយោជន៍ក្នុងការកាត់បន្ថយនូវការប្រឈមមុខនេះ
- ឱសថ Atazanavir/r បណ្តាលឱ្យមានផលប៉ះពាល់មេតាបូលិកតិចជាងឱសថ lopinovir/r
- ឱសថ Efavirenz ចូលរួមលើការបង្កឱ្យមានវិបត្តិជាតិខ្លាញ់ (dyslipidemia)
- ឱសថ Tenofovir និង PI's បណ្តាលឱ្យមានការវិវត្តន៍ទៅជំងឺពុកឆ្អឹង (osteoporosis)។

ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖

- ត្រូវផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ លើការកែសម្រួលកត្តាប្រឈមមុខ និងផ្តល់ការព្យាបាលសមស្របនៃជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ល។

តារាងទី១៨: ការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថ ARV	ការពុល	កត្តាប្រឈម	ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល	ជម្រើសនៃការប្តូរឱសថ
ឱសថ AZT	ស្លេកស្លាំង (Anaemia), neutropenia,	ជំងឺស្លេកស្លាំងនៅពេលដើមគ្រាឬ neutropenia	ចៀសវាងប្រើ AZT បើ Hb <8g/dl ធ្វើតេស្ត Hb នៅថ្ងៃ0, ខែទី១, ខែទី៣, និងរៀងរាល់៦ខែម្តង។	ប្តូរទៅប្រើ TDF ឬ ABC
	ជំងឺសាច់ដុំ (Myopathy)		តាមដានរោគសញ្ញា បើឈឺសាច់ដុំ ឬ សាច់ដុំខ្សោយ ត្រូវធ្វើតេស្ត CK។	
	ថយចុះខ្លាញ់ (Lipoatrophy)	ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេលយូរ	ថយចុះជាតិខ្លាញ់នៅផ្ទៃមុខនៅអវៈយវៈ (limbs) នៅគូទ។	
ឱសថ AZT, TDF	Lactic acidosis ឬថ្លើមរីកធំខ្លាំង និងខ្លាញ់ក្នុងថ្លើម	ព្យាបាល > ៦ខែ នៃឱសថក្រុម NRTI, BMI ខ្ពស់ ភេទស្រី	តាមដានរោគសញ្ញា:បើមានចង្អោរ +ក្អួត ឈឺពោះ ពិបាកដកដង្ហើម អស់កម្លាំង ពិនិត្យមើល: ធ្វើតេស្ត bicarbonate, AST/ALT, CK, lactate។	បើកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ AZT ត្រូវប្តូរទៅឱសថ TDF ឬ ABC បើកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ TDF ឬ ABC ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។
ឱសថ TDF	វិបត្តិមុខងារតម្រងនោម (Renal tubular dysfunction)	វ័យចាស់ ភេទប្រុស BMI ទាប ជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ មានជំងឺមួយចំនួនដែលបន្ថយមុខងារតម្រងនោម (ជំងឺទឹកនោមផ្អែម លើសសម្ពាធឈាម រលាកថ្លើមប្រភេទC)	ចៀសវាងប្រើ TDF បើ eGFR < ៥0ml/min ឬ កើតជំងឺទឹកនោមផ្អែមរយៈពេលយូរ ឬ ជំងឺលើសសម្ពាធឈាមមិនអាចត្រួតពិនិត្យបាន។ ការវាយតម្លៃ និងព្យាបាលមូលហេតុនៃជំងឺតម្រងនោម (ការខ្វះ:	ប្តូរឱសថ TDF ទៅប្រើឱសថ AZT ឬ ABC វិញ **ពិនិត្យតេស្ត HbsAg មុននឹងប្តូរឱសថ **

ឱសថ ARV	ការពុល	កត្តាប្រឈម	ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល	ជម្រើសនៃការប្តូរឱសថ
		ព្យាបាលដោយឱសថពុលតម្រងនោម និងបញ្ចេញតាមទឹកនោម ឬ ក្រុម PI។	ជាតិទឹក ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម។ល។) ឈប់ប្រើឱសថដែលពុលតម្រងនោម – ឧ NSAIDS ធ្វើតេស្ត Cr + dipstick នៅថ្ងៃ០ ខែទី១ ខែទី៣ និងរៀងរាល់១២ខែម្តង។	
	ថយចុះកំហាប់សារធាតុរ៉ែក្នុងឆ្អឹង	អាយុ > ៤០ឆ្នាំ ភេទស្រី BMI ទាប អសកម្មផ្លូវកាយ ជក់បារី ចាក់គ្រឿងញៀន ជំងឺទឹកនោមផ្អែម CLD ប្រើឱសថ Corticosteroid	រោគសញ្ញាបាក់ឆ្អឹង ថយចុះកម្ពស់ (loss of height) ឧបករណ៍វាយតម្លៃកត្តាប្រឈមមុខនឹងការបាក់ឆ្អឹង(FRAX)។	
ឱសថ ABC	ប្រតិកម្ម Hypersensitivity	វត្តមាន HLA-B*5701 gene	មិនត្រូវព្យាបាលព្យាបាលដោយឱសថ ABC ឡើងវិញទេ។	ប្តូរទៅប្រើឱសថ TDF ឬ AZT វិញ
ឱសថ 3TC / FTC	ករណីកម្រនៃផលប៉ះពាល់របស់ក្នុងក្រុម NRTI			
ឱសថ EFV	ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល– ឈឺក្បាលតិចតួច សំរាន្តមិនលក់ សុបិន្តអាក្រក់ វិបត្តិផ្លូវចិត្ត ធ្លាក់ទឹកចិត្ត វង្វេងស្មារតី	ប្រវត្តិជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬជំងឺប្រកាច់ (seizures)	ជាធម្មតាអាចធូរស្រាលឡើងវិញពីរទៅបីសប្តាហ៍ តែវាក៏អាចនៅជាប់រហូត ដែរ។	ប្តូរទៅប្រើឱសថ DTG វិញ
	ប្រុសឡើងដោះ (Male gynaecomastia)			
ឱសថ EFV និង NVP	ពុលថ្លើម	ជំងឺរលាកថ្លើម ប្រើឱសថដែលពុលថ្លើម។ ព្យាបាលដោយឱសថ NVPតែមួយមុខ, ស្រីមាន CD4	តាមដានរោគសញ្ញា និងធ្វើតេស្ត AST/ALT នៅថ្ងៃ០ ខែទី១ ខែទី៣។	ប្តូរទៅប្រើឱសថ DTG ឬ PI

ឱសថ ARV	ការពុល	កត្តាប្រឈម	ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល	ជម្រើសនៃការប្តូរឱសថ
		> ២៥០ ប្រុស CD4 > ៤០០		
	ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកនិង hypersensitivity syndrome (Steven's Johnson) (សូមអានជំពូកទី 30: ជំងឺសើស្បែក)			
ឱសថ ATV/r	Indirect hyperbilirubinaemia (សញ្ញាគ្លីនិក ចេញលឿង)		បើគ្មានរោគសញ្ញា និង ALT/AST ធម្មតា មិនត្រូវប្តូរឱសថទេ។	
	Electrocardiographic មិនធម្មតា (PR interval prolongation)	ធ្លាប់មានជំងឺនាំមុខមួយចំនួន ដូចជា ថយចុះជាតិប៉ូតាស្យ៉ូម(Hypokalemia)	ចៀសវាងការប្រើរួមគ្នាជាមួយឱសថផ្សេងទៀតដែលនាំឱ្យ QT យូរ ឬ PR interval ។	
	គ្រួសក្នុងតម្រងនោម (Nephrolithiasis) និងប្រឈមមុខនឹងកើតកូនមិនគ្រប់ខែ (prematurity)			ប្រើឱសថ LPV/r (ឬ DRV/r ប្រសិនមាន)
ឱសថ Protease inhibitors	ពុលថ្លើម	ជំងឺរលាកថ្លើម ប្រើឱសថដែលពុលថ្លើម	តាមដានរោគសញ្ញា និងធ្វើតេស្ត AST/ALT នៅថ្ងៃ០ ខែទី១ ខែទី៣	ប្តូរឱសថ LPV/r ឬ DRV/r ទៅប្រើឱសថ ATV/r វិញ។
	រាគរូស និងជំងឺប្រដាប់រំលាយអាហារ (ធ្ងន់ឡើងពេលប្រើឱសថ LPV/r)			ប្តូរឱសថ LPV ទៅប្រើឱសថ ATV/r វិញ។
	ចង្កោមរោគសញ្ញាមេតាបូលិក (ប្រើឱសថ LPV/r កាន់តែធ្ងន់) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម dyslipidaemia ជំងឺរលាកលំពែង។	ជំងឺសួរពូជ និងការកែប្រែកត្តាប្រឈម។	វាស់សម្ពាធឈាមរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ។ ផ្តល់យោបល់ពីរបៀបរស់នៅ (Lifestyle advice) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងធ្វើតេស្ត lipids រៀងរាល់១២ខែម្តង។	ប្តូរឱសថ LPV/r ទៅប្រើឱសថ ATV/r វិញ។

ឱសថ ARV	ការពុល	កត្តាប្រឈម	ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល	ជម្រើសនៃការប្តូរឱសថ
ឱសថ DRV/r	ស្បែក និង hypersensitivity reactions	Sulfonamide allergy		
	ការពុលប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល: សំរាន្តមិនលក់, សុបិន្តអាក្រក់, ធ្លាក់ទឹកចិត្ត, វង្វេងសារតី	ជំងឺសុខភាពផ្លូវចិត្តពីមុន	កម្រិតដូសពេលថ្ងៃ	
ឱសថ LPV/r	Electrocardiographic មិនធម្មតា (PR និង QT interval prolongation, torsarde de points)	មានជំងឺមួយចំនួន ការថយចុះជាតិប៉ូតាស្យូមក្នុងឈាម (Hypokalemia)	ចៀសវាងការប្រើរួមគ្នាជាមួយឱសថផ្សេងទៀតដែលនាំឱ្យរយៈពេលយូរនៃ QT ឬ PR interval ។	
	ស្បែក និងhypersensitivity reactions			
ឱសថ Dolutegravir (DTG)	សំរាន្តមិនលក់ និងឈឺក្បាល			
	ការពុលថ្លើម	ជំងឺរលាកថ្លើម ប្រើឱសថដែលពុលថ្លើម	ធ្វើតេស្ត AST/ALT នៅថ្ងៃ០ ខែទី១ ខែទី៣	
	ប្រតិកម្ម Hypersensitivity			

ជំពូកទី ១១. តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ការតាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលចែកជា បីកម្រិត។
តារាងទី២០: និយមន័យនៃការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ផ្នែកភាពស៊ាំ និងផ្នែកវីរុសសាស្រ្ត ស្របតាម WHO, *ទំព័រទី ៨៣* និងរូបភាពទី៩: ការធ្វើតេស្ត Viral load សម្រាប់តាមដាន, *ទំព័រទី ៨២* ។

១១.១ ការតាមដានវីរុសសាស្រ្ត

លទ្ធផលតេស្ត HIV Viral load គឺរំពឹងថា នឹងមិនអាចរកមេរោគអេដស៍ឃើញ(undetectable) នៅពេលធ្វើតេស្តតាមដានជាប្រចាំនៅ ៦ ខែដំបូង និងរក្សាភាព undetectable VL ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ បើមានការកើនឡើងវិញនូវ viral load លើអ្នកជំងឺដែលបានលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ត្រូវចាត់ទុកថា បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្រ្ត និងជាទូទៅ វាជាលទ្ធផលនៃការវិវត្តន៍នៃមេរោគអេដស៍ទៅរកភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (HIV drug resistant mutations) ដែលអនុញ្ញាតឱ្យវីរុសអាចគេចផុតពីឥទ្ធិពលរបស់ថ្នាំ (virological escape)។

- **ការធ្វើតេស្ត viral load ជាប្រចាំ** រកឃើញថា មានការកើនឡើងនៃ viral load ដែលអាចជាគន្លឹះមួយដែលត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រអ្នកជំងឺឱ្យលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និង/ឬ ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៅជួរទី២។
- **គោលដៅនៃការធ្វើតេស្ត viral load ជាប្រចាំ** អាចនឹងធ្វើឡើង ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្រ្ត នៅក្នុងបរិបទដែលមានការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ឬផ្នែកភាពស៊ាំ។
- ការធ្វើតេស្ត VL ជាប្រចាំ គឺជាជម្រើសដ៏ល្អជាងគេ ក៏ប៉ុន្តែ ការធ្វើតេស្ត VL គោលដៅអាចយកមកអនុវត្តន៍ ប្រសិនបើ មិនមានធនធានគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការធ្វើតេស្ត VL ជាប្រចាំនោះទេ។
- សូមមើលគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្ត Viral load ខាងក្រោម។

១១.២ ការតាមដានភាពស៊ាំ

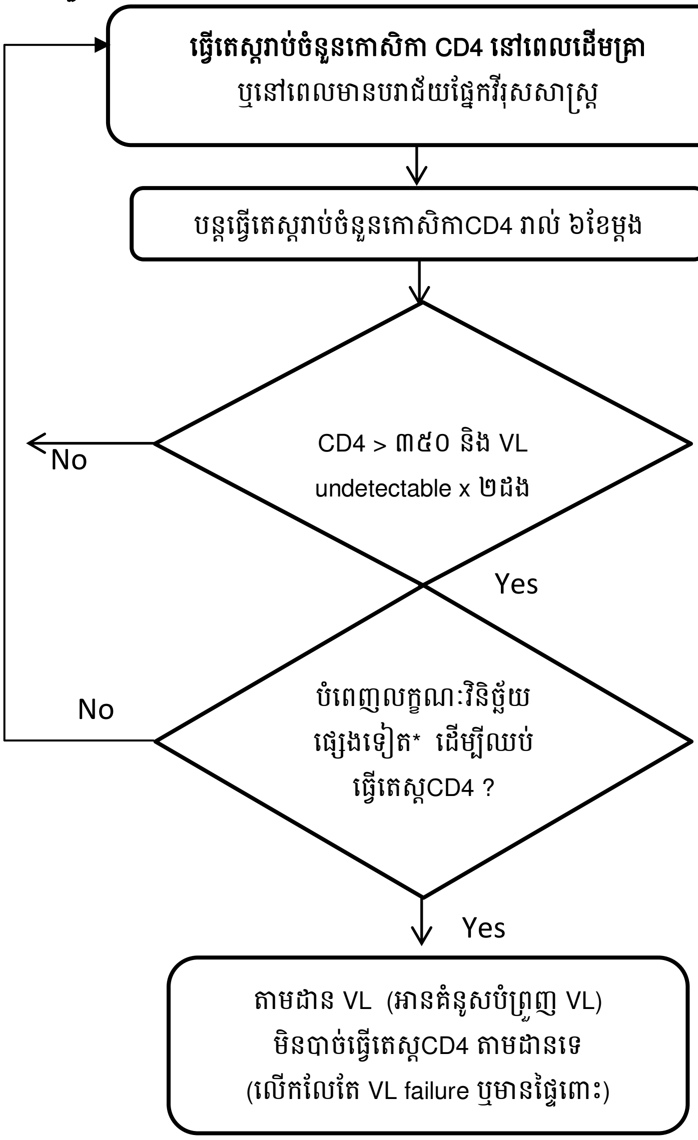
- ត្រូវធ្វើតេស្តកោសិកា CD4 អាចត្រូវបានអនុវត្តមុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក៏ប៉ុន្តែ មិនតម្រូវឱ្យរង់ចាំលទ្ធផលតេស្តកោសិកា CD4 នោះទេ មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- ការធ្វើតេស្តកោសិកា CD4 នៅពេលដើមគ្រា គឺមានសារៈសំខាន់ក្នុងការកំណត់ពីតម្រូវការនៃការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងដឹងពីកម្រិតនៃការថយចុះនៃភាពស៊ាំ និងការប្រឈមនឹងជំងឺឱកាសនិយម មាន/ឬគ្មាន IRIS នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- បើ CD4> ៣៥០, ត្រូវតាមដានតេស្តរយៈពេល៦ ខែ រហូតដល់បញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម។ ក្នុងករណីដែលមានការធ្វើតេស្តតាមដាន VL ជាប្រចាំ គេអាចបញ្ឈប់ការធ្វើតេស្តតាមដាន CD4។
- ករណីមានការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្រ្ត ត្រូវធ្វើតេស្តកោសិកា CD4។

- សូមមើលគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកាCD4 ខាងក្រោម។

១១.៣ ការតាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ត្រូវតាមដានអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងការវិវត្តន៍សារចុះសារឡើងទៅដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃWHO ដែលកំណត់ពីភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ តារាងទី៥៨: , *ទំព័រទី២៣៣* ។

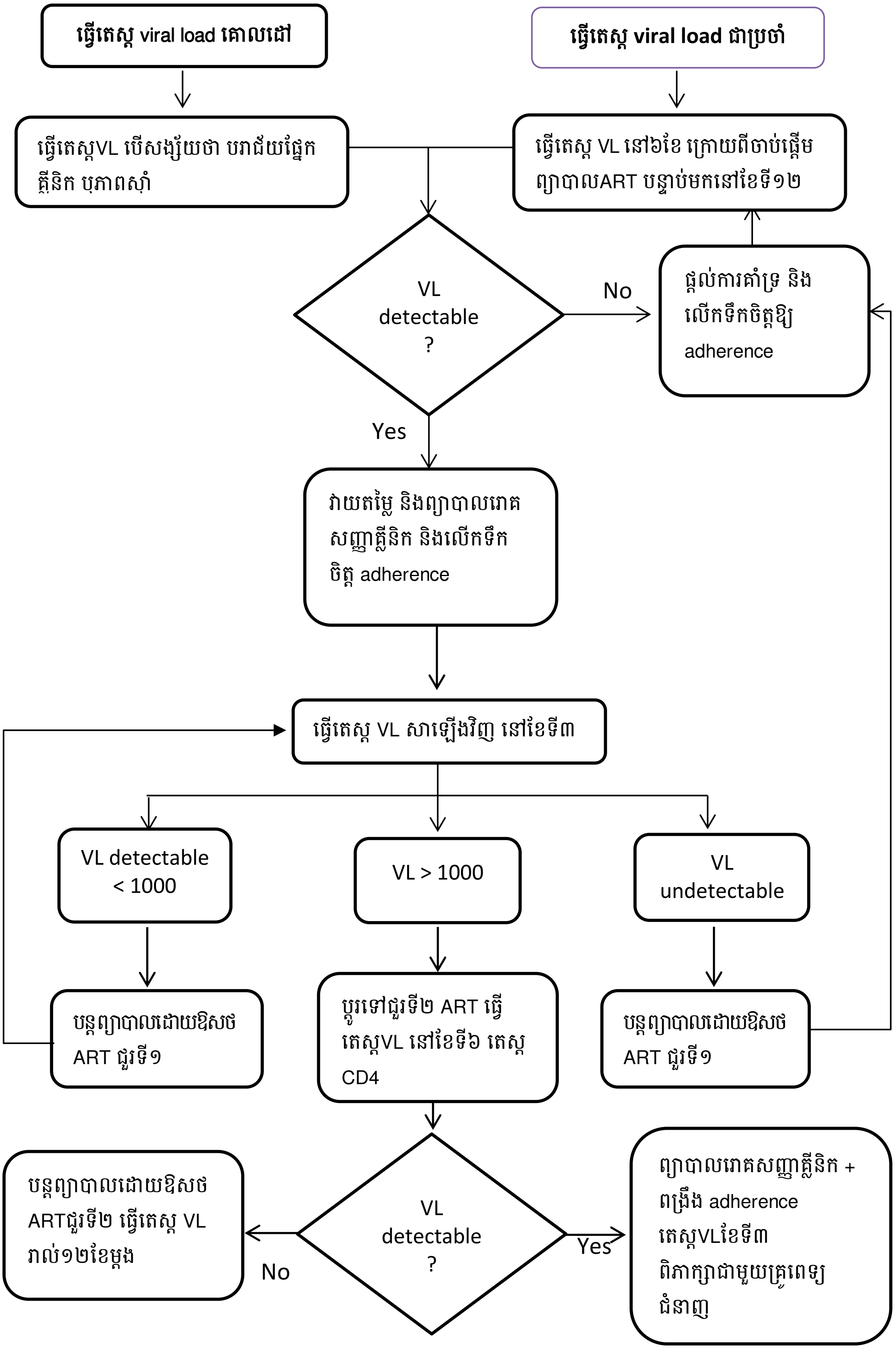
រូបភាពទី៨: គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4



តារាងទី១៩: ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើម/បន្ត និងបញ្ឈប់ការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 សម្រាប់តាមដាន

ការចាប់ផ្តើម /បន្ត	ធ្វើតេស្តកោសិកា CD4 នៅពេលដើមគ្រា បន្ទាប់មករាល់៦ខែម្តង រហូតដល់បំពេញបាននូវលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីឈប់ធ្វើតេស្តកោសិកាCD4។
***លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការឈប់ធ្វើតេស្តកោសិកា CD4 តាមដាន**	ព្យាបាល ART យ៉ាងតិច១ឆ្នាំ *និងបានបំពេញលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យទាំងអស់ខាងក្រោម៖* • គ្មានប្រតិកម្មឱសថ ដែលតម្រូវឱ្យធ្វើការតាមដានជាទៀងទាត់ • គ្មានជំងឺឱកាសនិយម និងគ្មានការព្យាបាលជំងឺរបេង • មិនមានផ្ទៃពោះ • យល់ដឹងយ៉ាងច្បាស់ពីការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់មួយជីវិត • ធ្វើតេស្ត ២ដង x CD4 > ៣៥០ កោសិកា/មម³ • ធ្វើតេស្ត ២ដង x undetectable VL • ធ្វើតេស្ត VL តាមដានជាប្រចាំ បើសិនជាមានលទ្ធភាព។
ធ្វើតេស្តកោសិកា CD4 ឡើងវិញ	បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ → អនុវត្តន៍តាមគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តកោសិកាCD4 ផ្ទៃពោះ → អនុវត្តន៍តាមគំនូសបំព្រួញ បើ < ៣៥០ +/ឬ VL detectable។

រូបភាព ទី៩: ការធ្វើតេស្ត Viral load សម្រាប់តាមដាន



តារាងទី២០: និយមន័យនៃការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ផ្នែកភាពស៊ាំ និងផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ស្របតាម WHO[25]

បរាជ័យ	និយមន័យ	អត្ថាធិប្បាយ
ផ្នែកគ្លីនិក	**មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់** កំពុងលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកថ្មីៗដែលបញ្ជាក់ពី ការចុះថយភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ (ដំណាក់កាលគ្លិនិកទី៤ នៃWHO) * ក្រោយពីព្យាបាល ART បាន៦ ខែ។ **កុមារ** កំពុងលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកថ្មីៗដែលបញ្ជាក់ពីការចុះថយភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ (ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ និងទី៤នៃWHO, លើកលែងតែជំងឺរបេង) ក្រោយពីព្យាបាល ART បាន៦ខែ។	លក្ខខណ្ឌខុសគ្នាពី ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារឡើងវិញនៃភាពស៊ាំ ដែលកើតឡើងក្រោយពី ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART ។ ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ នៃWHO (ជំងឺរបេងសួត និងជំងឺបង្ករោគដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ) អាចបញ្ជាក់ផងដែរ ពីភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។
ផ្នែកភាពស៊ាំ	**មនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់** ចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះទៅដល់កម្រិតដើមគ្រា (ឬទាបជាង) ឬ ចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះ ជានិច្ច នៅកម្រិត <១០០កោសិកា/មម³។ **កុមារ** **កុមារអាយុតិចជាង៥ឆ្នាំ** ចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះជានិច្ចនៅកម្រិត <២០០កោសិកា/មម³ ឬ < ១០% ។ **អាយុលើសពី៥ឆ្នាំ** ចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះជានិច្ចនៅកម្រិត <១០០កោសិកា/មម³ ។	ករណីគ្មានការបង្ករោគរួមគ្នា ឬការបង្ករោគថ្មីៗ ដែលនាំឱ្យថយចុះចំនួនកោសិកាCD4 រយៈពេលខ្លី។ ការសិក្សាតាមវិធីសាស្ត្រពិនិត្យឡើងវិញជាប្រព័ន្ធ (systematic review) បង្ហាញថា លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក និងភាពស៊ាំបច្ចុប្បន្នរបស់ WHO មាន sensitivity និង positive predictive value កម្រិតទាបក្នុងការកំណត់បុគ្គលណា ដែលមានភាពស៊ាំផ្នែកវីរុស សាស្ត្រ ។ positive predictive value ត្រូវបានរំពឹងថា មានកម្រិតទាប នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល ដោយ ART បានឆាប់ និងបរាជ័យនៃការព្យាបាលនៅពេលមានចំនួនកោសិកា CD4 នៅតែខ្ពស់។ បច្ចុប្បន្ននេះ មិនទាន់មាននិយមន័យណាផ្សេងទៀតអំពី ការបរាជ័យនៃការព្យាបាលទេ និង គ្មាន និយមន័យផ្សេងនៃការបរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំទេ។
ផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ	ផ្លាស់ស្មា VL ច្រើនជាង ១០០០ copies/ម.ល ដោយផ្អែកលើការធ្វើតេស្ត VL ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នាចន្លោះគ្នា៣ខែម្តង ក្រោយពីផ្តល់ការគាំទ្រលើការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ។	តម្លៃទាបបំផុត(optimal threshold)នៃVL ដែលបញ្ជាក់ពីការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ និងតម្រូវឱ្យប្តូររូបមន្តព្យាបាល ART នៅមិនទាន់បានកំណត់នៅឡើយទេ។ ត្រូវព្យាបាលអ្នកជំងឺយ៉ាងតិច៦ខែ មុននឹងកំណត់ថារូបមន្តព្យាបាលនោះបរាជ័យ។ វាយតម្លៃ VL ដោយប្រើ DBS និងបច្ចេកវិទ្យា Point-of-care ដោយកំណត់យកកម្រិត VL ខ្ពស់ជាង។

ជំពូកទី ១២. ការគ្រប់គ្រងភាពបរាជ័យ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

១២.១ តើត្រូវធ្វើដូចម្តេចនៅពេលដែលលទ្ធផលតេស្ត viral load រកឃើញថា មានមេរោគអេដស៍ (detectable) ?

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានទាន់ពេល អ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ ហើយមានតេស្ត VL រកឃើញថា មានមេរោគអេដស៍ (detectable) គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ទាំងចំពោះសុខភាពអ្នកជំងឺ និងដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍ រួមទាំង ភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយឱសថ។

តេស្ត Viral load detectable អាចបណ្តាលមកពី៖

- ភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការគេចខ្លួននៃមេរោគអេដស៍
- ការបន្តបំបែកខ្លួននៃមេរោគអេដស៍ បណ្តាលមកពីការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (poor adherence)
- A "blip": ជួនកាល VL detectable នៅកម្រិតទាប <១០០០copies/ម.ល (ជាពិសេស <៥០០copies/ ម.ល) *និង* ក្រោយមក VL ត្រឡប់មកមានចំនួនតិច មិនអាចរកឃើញវិញ (undetectable) ដោយមិនចាំបាច់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ការព្យាបាលបង្ការជាវិជ្ជមាន (Positive prevention)

- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍គឺ ជាការព្យាបាលដ៏មានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមផ្លូវភេទពីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបញ្ជាក់ដោយ *លទ្ធផលតេស្ត viral load គឺ undetectable*
- បើលទ្ធផលតេស្ត VL ក្លាយជា detectable នៅពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នឹងមានការប្រឈមមុខនឹងការបង្កើតកូនចៅ និងការឆ្លងរាលដោយមេរោគអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ត្រូវអប់រំអ្នកជំងឺ ឱ្យពាក់ស្រោមអនាម័យ ដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូ ជាពិសេស រហូតដល់ទទួលបានលទ្ធផលតេស្ត VL undetectable។

ការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ

- ពិនិត្យសាកសួរអ្នកជំងឺឱ្យច្បាស់ថា អ្នកជំងឺមិនធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីមុនទេ មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍? –តើអ្នកជំងឺធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលជំងឺអ្វីពីមុនមក? រួមទាំង កម្មវិធី PMTCT? ឬការព្យាបាលដោយដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយប្រើឱសថតែមួយមុខ/ពីរមុខ នៅសេវាគ្លីនិកឯកជន?

---

[25] WHO Consolidated Guidelines 2013

ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរោគសញ្ញាគ្លីនិក ដែលកើតឡើងដោយសារតែភាពបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ។ ពិនិត្យមើលរោគសញ្ញា ដូចជា ក្អួត ឬរាករូសបណ្តាលមកពីវិបត្តិនៃការជ្រៀបចូល (malabsorption) ក្នុងរយៈពេលខ្លី ព្រមទាំងវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេង និងជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗ។

ដោះស្រាយបញ្ហាលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់

- ករណីភាគច្រើននៃភាពបរាជ័យ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បណ្តាលមកពីបញ្ហាលេបថ្នាំមិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ ក្នុងករណី តេស្ត VL detectable នៅក្នុងកម្រិតណាក៏ដោយ ឬបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការចំណាយពេលជាមួយអ្នកជំងឺ ពិភាក្សាគ្នាពីបញ្ហាពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការលេបថ្នាំមិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ហើយថា តើអ្នកជំងឺនឹងត្រូវរកដំណោះស្រាយបញ្ហានេះដោយរបៀបណា ?
- ពិនិត្យមើលការយល់ដឹងរបស់អ្នកជំងឺ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ពិនិត្យមើលថា តើគាត់យល់ដឹងច្បាស់ទេអំពី កម្រិតដូសត្រឹមត្រូវ និងពេលវេលាដែលត្រូវលេបថ្នាំ និងយល់ដឹងអំពីភាពចាំបាច់ដែលត្រូវលេបថ្នាំ ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់
- ពិនិត្យមើលពីតម្រូវការនៃការហូបអាហារពេលលេបថ្នាំ និងពិនិត្យមើលថា តើអ្នកជំងឺបានលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវដែរ ឬទេ?
- ពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថ–ឱសថ
- ស្វែងយល់ពី *កម្រិត* នៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ របស់អ្នកជំងឺ។
  - បើអ្នកជំងឺលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់(adherence is very poor)ទេ ហើយលទ្ធផលតេស្ត VL មានកម្រិតមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ ដូច្នេះវាអាចមិនមែនមកពីភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមានក្នុងរូបមន្តព្យាបាលទេ។
  - បើលទ្ធផលតេស្ត viral load អាច detectable តែមានកម្រិតទាប ក្រោយពីមានបញ្ហាទាក់ទងនឹងការលេបថ្នាំមិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់នៅពេលកន្លងទៅថ្មីៗ ក្រោយពេលដែលមានការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ឡើងវិញ នាំឱ្យលទ្ធផលតេស្ត VL សម្រេចបាននូវការលុបបំបាត់មេរោគអេដស៍ (undetectable) ។

- វាយតម្លៃពីរបាំងនៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ រួមមាន៖
  - របាំងនៃការជំរុញទឹកចិត្តឱ្យលេបថ្នាំ (Motivational barriers) ដូចជា ការបាក់ទឹកចិត្ត (depressed mood) (សូមអានជំពូកទី៤២: សុខភាពផ្លូវចិត្ត, ទំព័រទី ២១៣)
  - របាំងនៃការចងចាំ (Cognitive barriers) រួមមាន ថយចុះការចងចាំ ឬជំងឺវិកលចរិត(dementia) (សូមអានជំពូកទី២០: ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍/ជំងឺវិកលចរិត, ទំព័រទី ១៣០)
  - ការផឹកគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើគ្រឿងញៀន

- ភាពទ្រាំទ្រជាមួយឱសថ (Drug tolerability) ផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងរូបមន្តព្យាបាល
- របាំងនៃការចាត់ចែង (Organizational barriers) ដូចជា កម្មវិធីមមាញឹក ការធ្វើដំណើរ ស្ថានភាពសង្គមច្របូកច្របល់ (chaotic social situation)។ល។

- ធ្វើការជាមួយអ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដូចខាងក្រោម៖
  - ផ្តល់ព័ត៌មានតាមធ្យោបាយដែលអ្នកជំងឺអាចទទួលយកបាន ធ្វើតាមការណែនាំ និងយល់ដឹងច្បាស់លាស់
  - ជ្រើសរើស និងស្វែងរកការជួយគាំទ្រពីក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ
  - បើសង្ស័យថា អ្នកជំងឺមានជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត ត្រូវបញ្ជូលអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសមស្រប
  - បើសង្ស័យថា មានជំងឺវិកលចរិក(dementia), (សូមអានជំពូកទី២០: ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍/ជំងឺវិកលចរិត, ទំព័រទី១៣០), ដើម្បីធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានសមស្រប
  - ផ្តល់យោបល់ឱ្យអ្នកជំងឺប្រើប្រាស់ឧបករណ៍រម្លឹក(reminders)– ឧ. ទូរស័ព្ទដៃ ឬផ្សារភ្ជាប់ពេលវេលានៃការលេបថ្នាំទៅនឹងការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់គាត់ (ឧ. ការដុសធ្មេញ ការលុបលាងមុខ)
  - ធ្វើបញ្ជីឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង រវាងក្រុមមិត្តជួយមិត្ត ឬអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ។

ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ឡើងវិញ នៅខែទី៣

- បើ VL undetectable: ធានាថា អ្នកជំងឺត្រូវបានត្រឡប់មកតាមដានជាប្រចាំវិញ (លើកកម្ពស់ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់)
- បើ Detectable VL < ១០០០ copies/ម.ល: បន្តការងារពង្រឹងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងធ្វើតេស្ត VL ឡើងវិញនៅខែទី៣
- បើ VL > ១០០០copies/ម.ល: មានន័យថា *បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ* ។

១២.២ ការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១

- ករណីដែលបញ្ជាក់ថា បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ត្រូវប្តូរទៅព្យាបាលដោយប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ជាបន្ទាន់ ដើម្បីចៀសវាងការវិវត្តន៍ទៅការប្រមូលផ្តុំ និងការបង្កកូនចៅច្រើននៃវីរុសដែលមានភាពស៊ាំ (resistance mutations)។
-ម្យ៉ាងទៀត គឺការប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ លុះត្រាតែបានដោះស្រាយបញ្ហានៃការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់រួចហើយ។ ករណីនៅតែបន្តលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ អាចបណ្តាលឱ្យបរាជ័យជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ទៀត ហើយយើងនឹងមិនមានជម្រើសផ្សេងទៀតទេ ។

- ធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការបរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំ និងវាយតម្លៃពីតម្រូវការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ។
- បើអ្នកជំងឺកំពុងតែព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម និងកំពុងតែព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ DTG ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយរូបមន្តនេះ ដោយត្រូវបង្កើនកម្រិតដូសទ្វេដងនៃឱសថ DTG ។ ប្រសិនបើរូបមន្តព្យាបាលមិនមានឱសថ DTG ទេ ត្រូវប្តូរមករូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ DTG វិញ។

១២.៣ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ប្រទេសកម្ពុជា បានអនុវត្តវិធីសាស្ត្រសុខភាពសារធារណៈក្នុងការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដែលមានរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដា អាចនឹងវិវត្តន៍ទៅរកភាពស៊ាំជាមួយឱសថ ក្រោយពីការបរាជ័យជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ។

- សូមមើលតារាងទី២១: រូបមន្តស្តង់ដានៃព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ទំព័រ ៨៧,ដែលមានឱសថឆ្លាស់គ្នាក្នុងរូបមន្តជួរទី២ អាស្រ័យទៅតាមឱសថក្នុងក្រុម NRTI ដែលបានប្រើប្រាស់ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។

ត្រូវធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ មុននឹងប្តូរទៅប្រើប្រាស់ឱសថជួរទី២៖

- ស្ថានភាពជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B បើតេស្ត HBsAg វិជ្ជមាន ត្រូវរក្សាទុកឱសថ TDF ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ។
- ធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ធ្វើតេស្ត CBC ធ្វើតេស្តមុខងារតម្រងនោម ធ្វើតេស្តរកជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (serum lipids)។

តារាងទី២១: រូបមន្តស្តង់ដានៃព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២

បរាជ័យជាមួយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១	ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២
TDF (or ABC) + 3TC +DTG	AZT + 3TC + ATV/r (ឬ LPV/r)
TDF (or ABC) + 3TC + (EFV or NVP)	AZT + 3TC +DTG (ឬ ATV/r or LPV/r)
AZT + 3TC + EFV (ឬ NVP)	TDF* (ឬ ABC) + 3TC +DTG (ឬ ATV/r ឬ LPV/r)
2 NRTI + PIs ណាមួយ **	យោងតាមក្រុមការងារបច្ចេកទេសរបស់ NCHADS អំពីការថែទាំ និងព្យាបាល ដើម្បីពិភាក្សា ។

ចំណាំ: ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺមាន HBsAg វិជ្ជមាន និងបរាជ័យជាមួយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ដែលមានឱសថ TDF ត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យរក្សាទុកឱសថ TDF នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ។

**TAF ត្រូវបានពិចារណាឱ្យប្រើជំនួសឱសថ TDF នៅពេលដែលមានឱសថនេះនៅពេលខាងមុខ*

*** ប្រសិនបើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយ <u>រូបមន្តព្យាបាលដែលមាន PI</u>, នៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ត្រូវផ្អែកទៅតាមលទ្ធផលតេស្តសេណូទីបរបស់វីរុស (genotype testing) ។*

តារាងទី២២: រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដាជួរទី២ សម្រាប់ការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B

បរាជ័យជាមួយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១	ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២
TDF + 3TC (ឬគ្រាប់ថ្នាំរូបបញ្ចូលគ្នា) + DTG	TDF + 3TC (គ្រាប់ថ្នាំរូបបញ្ចូលគ្នា) + AZT + ATV/r (ឬ LPV/r) ឬ TAF** + 3TC + AZT + ATV/r (ឬ LPV/r)

ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន PI, រូបមន្តព្យាបាលនេះ នឹងត្រូវផ្អែកទៅតាមលទ្ធផលតេស្តសេណូទីប (genotype testing)

*** ប្រសិនបើ មានថ្នាំ TAF, គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើជំនួសឱសថ TDF ដោយសារវាមានការពុលតម្រងនោមតិចជាង និងកាត់បន្ថយសារជាតិរ៉ែក្នុងឆ្អឹងតិចជាង ។*

តាមដានការព្យាបាលដោយឱសថជួរទី២

- ធ្វើតេស្ត VL ឡើងវិញក្រោយ ៦ខែ និងបន្ទាប់មក រៀងរាល់១២ខែ/ម្តង
- បើតេស្ត viral load មានលទ្ធផល detectable នៃការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ត្រូវពិនិត្យមើលរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងបញ្ហាលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងធ្វើតេស្តVL ឡើងវិញនៅខែទី៣
- ផ្តល់យោបល់អ្នកជំងឺថា គាត់មានការប្រឈមខ្ពស់ក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមផ្លូវភេទ និងត្រូវប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាប់ជានិច្ចរាល់ពេលរួមភេទ ។

ឱសថ Protease inhibitor ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២: Atazanavir /ritonavir

- ឱសថ Atazanavir/ritonavir គឺជាជម្រើសមួយនៃឱសថក្នុងក្រុម protease inhibitor សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ វាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាជាមួយឱសថ LPV/r ដែរ និងមានផលប៉ះពាល់លើមេតាបូលិកតិចជាង ហើយត្រូវលេបតែ ១ដង/ថ្ងៃ។
- ឱសថ ATV/r ៣០០ម.ក្រ /១០០ម.ក្រ លេប១ដង/ថ្ងៃ នៅពេលបរិភោគអាហារ រួមជាមួយឱសថក្រុម NRTI ២មុខទៀត ។
- ឱសថ ATV/r មិនត្រូវប្រើទេ បើអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin។ (ក្នុងករណីនេះ ត្រូវបង្កើនកម្រិតដូសទ្វេដងនៃឱសថ lopinavir/r)។
- ត្រូវចៀសវាងប្រើ Proton pump inhibitors និងឱសថដែលជំរុញឱ្យបញ្ចេញទឹកអាស៊ីតក្រពះតិច ពីព្រោះវាកាត់បន្ថយការជ្រាបចូលរបស់ឱសថ ATV/r។
- ឱសថ ATV អាចបង្កើន PR និង QT intervals ដែលបណ្តាលឱ្យប្រឈមនឹងជំងឺបេះដូងលោតខុសចង្វាក់ (arrhythmia)។
- ផលប៉ះពាល់ រួមមាន៖
    - ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ជាទូទៅអាចបាត់ទៅវិញដោយឯកឯងក្នុងអំឡុងពីរសប្តាហ៍ ក៏ប៉ុន្តែត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ ATV/r បើស្នាមកន្ទួលលើស្បែកមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ
    - ចេញលឿង (jaundice) បើគ្មានរោគសញ្ញា និងតេស្ត ALT/AST មានលទ្ធផល ធម្មតា ករណីនេះមិនចាំបាច់បារម្ភណ៍ទេ

- ឈឺក្បាល ចង្អោរ អង់ហ្ស៊ីមថ្លើមកើនឡើង
- ផលលំបាកមេតាបូលិករយៈពេលយូរ: lipodystrophy ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជាតិខ្លាញ់កើនឡើង។

- សូមអានជំពូកទី១០: ការតាមដាននៃការពុលឱសថ និងការប្តូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍, *ទំព័រទី៦៦។*
- សូមអានផ្នែកខាងលើ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីឱសថក្នុងក្រុម NRTI ។

ឱសថ Protease inhibitor ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២៖ Lopinavir/ritonavir

- ឱសថ LPV/r ត្រូវបានប្រើជំនួសឱសថក្រុម PI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ តែត្រូវប្រើតែក្នុងបរិបទនៃការប្រើឱសថនេះរួមគ្នាជាមួយឱសថ rifampicin ប៉ុណ្ណោះ ដែលតម្រូវឱ្យប្រើកម្រិតដូសឱសថ LPV/r ខ្ពស់។ ការតាមដានឱ្យដិតដល់នូវផលប៉ះពាល់ រួមទាំង វិបត្តិប្រដាប់រំលាយអាហារ និងការពុលថ្លើម។
- កម្រិតដូសធម្មតាឱសថ LPV/r = ៤០០ម.ក្រ /១០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ នៅពេលបរិភោគអាហារ។

Intergrase inhibitor ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២៖ Dolutegravir

- DTG គឺជាជម្រើសឱសថទី៣ នៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ នៅក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺមានភាពបរាជ័យវីរុសសាស្ត្រដោយសារប្រើឱសថក្នុងក្រុម NNRTI នៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។ ឧ. ប្រសិនជាអ្នកជំងឺមានការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ជាមួយរូបមន្ត AZT + 3TC + EFV (ឬ NVP) ដូចនេះ រូបមន្តព្យាបាលជម្រើសជួរទី២ គឺ TDF + 3TC + DTG (គ្រាប់ថ្នាំរួមបញ្ចូលគ្នា)។

១២.៤ បរាជ័យជាមួយឱសថជួរទី ២

ករណីមានការបញ្ជាក់ថា បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ បរាជ័យក្រោយពីបានពង្រឹងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (EAC) ត្រូវរាយការណ៍មកផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ដើម្បីប្រមូលទិន្នន័យតាមទម្រង់ករណីសង្ស័យនៃការបរាជ័យរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ហើយដាក់ជូនក្រុមការងារបច្ចេកទេស ពិភាក្សាអំពី ការវិភាគ genotype និងជម្រើសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី ៣។

ចំណុចត្រូវពិចារណាក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺ ដែលបរាជ័យក្រោយពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២៖ [26]

ការវិភាគ Genotype

- ការវិភាគ genotype គឺមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ក្នុងការកំណត់ ថាតើមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែរ ឬទេ? ។ ប្រសិនបើ គ្មានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ ការបរាជ័យផ្នែក

[26] WHO consolidated guidelines 2013, and Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Available at http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf

វីរុសសាស្ត្រ គឺស្មើរតែប្រាកដថា ទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហានៃការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence) ដូច្នេះត្រូវផ្តោតលើការលើការជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកជំងឺលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងភាពទ្រាំទ្រជាមួយឱសថជួរទី២ (មិនត្រូវប្តូរទៅព្យាបាលឱសថជួរទី៣ ទេ) ។

- ការវិភាគ genotype គួរតែត្រូវបានអនុវត្ត ខណៈពេលដែលអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បរាជ័យក្នុងគោលបំណងរកឱ្យឃើញឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំ ។
- បើ genotype បានបញ្ជាក់ពីភាពស៊ាំជាមួយឱសថ (វាមានលក្ខណៈស៊ីគ្នាជាមួយប្រវត្តិនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍របស់អ្នកជំងឺ) នឹងជួយណែនាំឱ្យរៀបចំរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ថ្មីមួយ ដែលត្រូវតែមានឱសថសកម្មពេញលេញយ៉ាងហោចណាស់ពីរមុខ ។

១២.៥ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី ៣ (salvage regimens)

- ការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ "ថ្មី" ដែលអ្នកជំងឺមិនធ្លាប់បានលេបពីមុនមក មិនធានាថា ឱសថថ្មីនេះនឹងមានភាពសកម្មពេញលេញនោះទេដោយសារតែវាមានភាពស៊ាំឆ្លងក្រុមនៃឱសថ ARVs ។
- ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ ភ្នាក់ងារ "ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជំនាន់ទីពីរ" ថ្មី នៃក្រុមឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បច្ចុប្បន្ន សកម្មយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលបានប្រើយូរហើយនៅក្នុងក្រុមដូចគ្នា, ឧ. ឱសថ Etravirine (NNRTI) ។ អាស្រ័យលើភាពស៊ាំជាក់លាក់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱសថក្រុម PI មួយចំនួន នឹងសកម្មក្នុងការប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅក្នុងបរិបទដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ PI ផ្សេងទៀត។
- នៅពេលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយចំនួន អនុសាសន៍ឱ្យកែសម្រួល កម្រិតដូសនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយចំនួន ដូចជា ឱសថ DRV/r (បើមានភាពស៊ាំជាមួយក្រុម PI ជាចម្បង) និងឱសថ DTG (បើមានភាពស៊ាំជាមួយក្រុម integrase inhibitor) ត្រូវឱ្យអ្នកជំងឺលេបឱសថនេះ ២ដង/ថ្ងៃ ជំនួសឱ្យការលេប១ដង/ថ្ងៃ ដើម្បីសម្រេចបាននូវកម្រិតឱសថក្នុងឈាមខ្ពស់ជាង ។
- ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយចំនួន រក្សាភាពសកម្មមិនពេញលេញ (ឧ. ឱសថក្នុង NRTIs និង PIs) នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាល ប៉ុន្តែឱសថខ្លះ (ឧ. ឱសថក្រុម NNRTI) មិនដូចនេះទេ ។
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថ 3TC/FTC អាចបណ្តាលមកពីគុណវិបត្តិនៃ "សម្បទា" របស់មេរោគអេដស៍ជាលទ្ធផលនាំឱ្យកម្រិតមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមទាប ដូច្នេះ ជាទូទៅ គេផ្តល់យោបល់ឱ្យបន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នេះ ក្នុងជួរទី៣។
- ពិនិត្យមើលស្ថានភាពជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។ ប្រសិនបើតេស្ត HBsAg វិជ្ជមាន ត្រូវរក្សាទុកឱសថ TDF នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាល ឬប្រសិនបើមិនអាចប្រើឱសថនេះបានទេ បណ្តាលមកពីការពុលនៃឱសថនេះ ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ 3TC និងតាមដានយ៉ាងដិតដល់អំពីការផ្ទុះឡើងជំងឺរលាកថ្លើម (ឱសថ Entercavir គឺជាឱសថមួយទៀតដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប៉ុន្តែវាគ្មានសកម្មភាពប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ) ដែលអាចយកប្រើជំនួសបាន ក៏ប៉ុន្តែ ឱសថនេះ មិនទាន់អាចរកបាននៅប្រទេសកម្ពុជាទេ) ។
- ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផ្សេងទៀត ដែលត្រូវបានប្រើក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣នៅកម្ពុជារួមមាន៖

ឱសថ Darunavir/ritonavir(DRV/r) ឱសថ Etravirine (ETV) ឱសថ Raltegravir(RAL) និងឱសថ Dolutegravir (DTG) ។

- ចំពោះអ្នកជំងឺមួយចំនួន ដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដ៏មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ ទោះបីជានៅមានជម្រើសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាច្រើនមុខទៀតក៏ដោយ ក៏មិនអាចឈានទៅសម្រេចបាននូវការលុបបំបាត់ចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមជាអតិបរមាបានដែរ ដោយសារតែមានភាពស៊ាំ និងការពុលឱសថ។ ក្នុងករណីនេះ ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាមួយរូបមន្តព្យាបាលដោយកាត់បន្ថយការពុលឱសថ និងបន្តធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និងពន្យាពេលលេចចេញនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិក។
- ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ថ្មីដែលមាននៅកម្ពុជា សម្រាប់ជួរទី៣គឺឱសថ Darunavir/ritonavir និង Dolutegravir ។ នៅពេលអនាគត នឹងមានឱសថក្រុម NNRTI គឺឱសថ Etravirine និង Integrase Inhibitor, Raltegravir, ដែលអាចប្រើក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣។

រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី៣ នឹងផ្អែកលើលទ្ធផលតេស្តសេណូទីប។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ និងសង្ស័យថា បរាជ័យ សូមស្នើសុំធ្វើតេស្តសេណូទីប ដើម្បីពិនិត្យមើលពីភាពស៊ាំ និងពិភាក្សាជាមួយផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍របស់ NCHADS។

ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣: DRV/r + DTG + 1-2 NRTI

ជំងឺរបេង

ជំពូកទី១៣. ជំងឺរបេង

១៣.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ប្រទេសកម្ពុជាមានបន្ទុកខ្ពស់នៃការបង្ករោគរបេងក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ
- ជំងឺរបេង គឺជាមូលហេតុដ៏ចម្បងនៃអត្រាឈឺ និងអត្រាស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានការបង្ករោគដោយមេរោគរបេងផង នឹងមានការប្រឈមមុខនឹងការវិវត្តន៍ទៅជាជំងឺរបេងសកម្មពី ១០ ទៅ ២០% ពេញមួយជីវិត
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវតែទទួលបានការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង រាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ ឬនៅរាល់ពេលដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានការប្រឈមជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេងសួតសកម្ម
- ត្រូវពិចារណានឹកគិតពីជំងឺរបេង នៅគ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានជំងឺរបេងរួមគ្នាទំនងជាមានជំងឺគ្រុនក្តៅអូសបន្លាយ ក្អកតិចតួច ពិនិត្យ AFB កំហាកអវិជ្ជមាន និងការថតសួត(CXR) មានរូបភាពមិនធម្មតា (atypical) ជាងអ្នកជំងឺដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ដូចនេះ គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើតេស្ត GeneXpert ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលគ្មានជំងឺរបេងសកម្មទាំងអស់ ត្រូវទទួលបានការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT)
- សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ អំពីសារតារលម្អិត និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេង/អេដស៍[27] និង DR-TB[28] ។

១៣.២ សេចក្តីផ្តើម

- ជំងឺរបេង(TB) បង្កដោយបាក់តេរីឈ្មោះ *Mycobacterium tuberculosis complex (MTB)*
- ជំងឺរបេង**ឆ្លងតាម**ផ្លូវដង្ហើមដែលមានមេរោគរបេងក្នុងដំណក់ទឹកមាត់តូចៗក្អកចេញពីអ្នកជំងឺរបេងសួតសកម្ម (PTB) នៅពេលក្អក និយាយ សើច កណ្តាស់ នៅក្នុងកន្លែងបិទជិត
- វាជាការសំខាន់ក្នុងការបែងចែក រវាង **ការបង្ករោគរបេង** តែឯកឯង (គ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក មិនចម្លងមេរោគរបេងទៅអ្នកដទៃទេ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៅពេលធ្វើតេស្ត TST ឬតេស្ត Interferon តែប៉ុណ្ណោះ) និង**ជំងឺរបេងសកម្ម**
- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) អាចបង្ការការវិវត្តន៍ពី ការបង្ករោគរបេង ទៅជា ជំងឺរបេងសកម្ម។
- **ជំងឺរបេង សកម្មបានបង្ហាញដូចខាងក្រោម៖**
  - **ជំងឺរបេងសួត (PTB)** គឺមានការប៉ះពាល់ជាលិកាទន់ (parenchyma) នៃសួត
  - **ជំងឺរបេងក្រៅសួត (EPTB)** គឺមានការប៉ះពាល់ស្ទើរគ្រប់សរីរៈនៃរាងកាយ

---

[27] Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. National Clinical Guideline for the Management of TB/HIV Co-infection. (English 2008 unofficial), Khmer 2013

[28] Programmatic Management of Drug-resistant TB in Cambodia Technical and Operational Guidelines 2013

១៣.៣ ជំងឺរបេងនៅប្រទេសកម្ពុជា

- យោងតាមអង្គការ WHO ស្តីពីរបាយការណ៍ជំងឺរបេងសង្ខេបនៅប្រទេសកម្ពុជាឆ្នាម២០១៩[29]
  - ប្រទេសកម្ពុជា គឺជាប្រទេសមួយដែលមានបន្ទុកជំងឺរបេងខ្ពស់ ដោយមាន ៦៤% នៃប្រជាជនមានការបង្ករោគរបេង (ប្រមាណជា ៨លាននាក់), ការប៉ាន់ស្មាន ៤៩ ០០០ ករណីរបេងសកម្ម
  - ការប៉ាន់ស្មានអត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺរបេងនៅកម្ពុជា៖ ៣០២ករណីក្នុងចំណោមប្រជាជន១០០ ០០០ នាក់
  - ការប៉ាន់ស្មានអត្រាភាពស៊ាំជាឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងច្រើនមុខ (MDR-TB) គឺ១,៨% នៃករណីរបេងថ្មី, និង ៨,២% នៃករណីដែលបានបង្ហាញសម្រាប់ការព្យាបាលសាឡើងវិញ
  - ៥៨០ (២%) នៃអ្នកជំងឺអេដស៍ ត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺរបេងសកម្ម ។
- ការសិក្សានៅកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០០៧ -២០០៩ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍ ២៣៦ នាក់ដែលមានជំងឺរបេងបានរកឃើញភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេងជួរទី១ មាន ៣៤,៧% នៃអ្នកជំងឺ និង ៨,១% មានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេងច្រើនមុខ (MDR TB)។ សមាមាត្រនៃ MDR TB ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺថ្មីមាន៣,៧% និងអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់ព្យាបាលពីមុនគឺ ២៨,៩% [30]។

ការបង្ករោគរួមគ្នាជំងឺរបេង/អេដស៍៖

- ជំងឺរបេងគឺ មូលហេតុនៃការស្លាប់នាំមុខក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅទូទាំងពិភពលោក
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានទំនងនឹងវិវត្តន៍ទៅជំងឺរបេងសកម្ម ការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ការលាប់ឡើងវិញ និងការស្លាប់ទាក់ទងនឹងជំងឺរបេង
- អ្នកដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបង្ករោគរបេង នឹងមានហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅជារបេងសកម្មក្នុងមួយជីវិតពី ៥-១០%, ហើយសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានប្រហែលពី ៣០-៥០%, ឬ ១០ ទៅ ២០% ជាប្រចាំឆ្នាំ
- ការចាប់ផ្តើម ART ឱ្យបានឆាប់បំផុត នៅពេលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់នឹងកាត់បន្ថយហានិភ័យក្នុងការវិវត្តន៍ទៅជារបេងសកម្ម
- សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ សម្រាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការបង្ករោគរបេង/អេដស៍រួមគ្នា [31] ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។

១៣.៤ ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង

- ជំងឺរបេង អាចបង្កឡើងដោយមេរោគរបេងដែលឆ្លើយតបនឹងឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ឬមេរោគរបេងដែលស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង (DR-TB) ច្រើនមុខ (MTB)

---

[29] WHO Cambodia TB Profile 2019 available at https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1

[30] Drug-resistant tuberculosis in HIV-infected patients in a national referral hospital, Phnom Penh, Cambodia Genevieve Walls et al Glob Health Action 2015, 8: 25964http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25964

[31] Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. National Clinical Guideline for the Management of TB/HIV Co-infection. English 2008, Khmer 2013 http://www.cenat.gov.kh/km/documents/guidelines-and-sops

- ការចម្លងមេរោគរបេងដែលស៊ាំជាមួយថ្នាំ (DR-TB) គឺឆ្លងតាមខ្យល់ដង្ហើម ដូចគ្នានឹងការចម្លងមេរោគរបេងដែលឆ្លើយតបទៅនឹងថ្នាំដែរ ដូច្នេះអ្នកណាក៏អាចឆ្លងមេរោគរបេងដែលស៊ាំជាមួយថ្នាំជាបឋមដែរ (ជាពិសេស អ្នកដែលបានប៉ះពាល់នៅក្នុងបរិស្ថានថែទាំសុខភាព/មន្ទីរពិសោធន៍)
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង (DR-TB) អាចកើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលជំងឺពីមុន ដោយសារការប្រើរូបមន្តព្យាបាលមិនបានត្រឹមត្រូវ ឬការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង (DR-TB) កើតឡើងជាញឹកញាប់ ក្រោយពីការព្យាបាលបរាជ័យ ការលាប់ឡើងវិញ (relapse) និងការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ ឬការជ្រាបចូលឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងមិនបានល្អ។

១៣.៤.១ ចំណាត់ថ្នាក់ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង DR- TB[32]

- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថមួយមុខ៖ ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេងក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ តែមួយមុខគត់
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថច្រើនមុខ៖ ឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេងក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ លើសពីពីរមុខដែលស៊ាំជាមួយមេរោគរបេង ប៉ុន្តែមិនមែនឱសថ Isoniazid(H) និង Rifampicin (R) មានភាពស៊ាំជាមួយគ្នានោះទេ
- ភាពស៊ាំជាមួយពហុឱសថ (MDR-TB)៖ ភាពស៊ាំជាមួយឱសថ H និង R ដោយមាន ឬគ្មានភាពស៊ាំជាមួយឱសថផ្សេងទៀត ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ (FLD)ទេ
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថទូលំទូលាយ (XDR-របេង)៖ ភាពស៊ាំជាមួយឱសថ H និង R និងស៊ាំជាមួយឱសថ fluoroquinolone ឬព្រមទាំងស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងណាមួយសម្រាប់ចាក់ (ដូចជា amikacin, capreomycin, និង kanamycin)។

១៣.៤.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគរបេងដែលមានប្រសិទ្ធភាពជាមួយឱសថ និងភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង

- ប្រទេសកម្ពុជានៅតែប្រើអតិសុខុមទស្សន៍ (microscopy) ជាឧបករណ៍ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងបានឈានមួយជំហានទៅរកការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរហ័សដោយតេស្ត GeneXpert។ នៅពេលបច្ចុប្បន្ន តេស្ត GeneXpert ត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាចម្បងសម្រាប់ក្រុមដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ រួមមាន អ្នកដែលមានការទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធិជាមួយអ្នកជំងឺរបេង, ករណីសង្ស័យថា មានភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំរបេងច្រើនមុខ (MDR-suspects), អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍, កុមារ, មនុស្សចាស់អាយុ ≥ ៥៥ឆ្នាំ និងគ្រប់អ្នកជំងឺសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងទាំងអស់ដែលមកទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ លើសពីនេះទៀត តេស្ត GeneXpert ត្រូវបានប្រើសម្រាប់ធ្វើតេស្តលើគ្រប់ករណីពិនិត្យកំហាករកមេរោគរបេង វិជ្ជមានទាំងអស់។ អ្នកជំងឺដែលសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យតាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក, ការថតសួតដោយកាំរស្មីX, តេស្ត TST ។ល។

[32] Treatment of Tuberculosis guidelines 4th Edition, WHO 2010

- ការធ្វើតេស្ត DST រហ័ស៖ ឥឡូវនេះតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ត្រូវបានប្រើសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង និងអាចរកឃើញភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin។ តេស្ត GeneXpert MTB/RIF អាចធ្វើបាននៅតាមបណ្ដាខេត្តជាច្រើនក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ តេស្តនេះរកឃើញ DNA នៃមេរោគរបេងដែលស៊ាំជាមួយឱសថរបេងច្រើនមុខ (MTB DNA) និងភាពស៊ាំជាមួយឱសថ rifampicine ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយការបំលែងរូបនៃ genome ជាក់លាក់ (genome mutation)។ ករណីដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rif ត្រូវបានរកឃើញដោយតេស្ត GeneXpert, ត្រូវធ្វើសំណាកទៅធ្វើតេស្តដោយ 2nd line Line Probe Assay (LPA)
- និងការបណ្ដុះមេរោគ និងធ្វើតេស្ត DST ដើម្បីបញ្ជាក់។

១៣.៤.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពស៊ាំឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង

- បើមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង(DR-TB)៖ ការព្យាបាលតាមស្តង់ដាទំនងជាធ្វើឱ្យភាពស៊ាំជាមួយឱសថកាន់តែអាក្រក់ឡើង
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង(DR-TB) តម្រូវឱ្យអូសបន្លាយការព្យាបាលជំងឺដោយប្រើឱសថច្រើនមុខ (multidrug) និងត្រូវមានវិធានការពិសេស សម្រាប់ធ្វើការទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដែលជិតស្និទ្ធជាមួយអ្នកជំងឺ និងមានវិធានការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ [33] ។

១៣.៥ យុទ្ធសាស្ត្រ 3Is នៅកម្ពុជា

យុទ្ធសាស្ត្រ 3I's នៅកម្ពុជាមានគោលបំណងកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃការបង្ក រោគរួមគ្នារវាងជំងឺរបេង/អេដស៍តាមរយៈ [34]៖

១. ការបង្កើនការស្រាវជ្រាវរកករណីជំងឺរបេង (ICF) ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងធ្វើការទំនាក់ទំនងគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺ

២. ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលគ្មានជំងឺរបេងសកម្ម

៣. ការពង្រឹងវិធានការត្រួតពិនិត្យការឆ្លងមេរោគរបេង (IC) ត្រូវអនុវត្តវិធានការនេះនៅគ្រឹះស្ថានថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត (CoC) ។

វិធីសាស្ត្របន្ថែមក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រ3I's នៅកម្ពុជាមាន៖

១. អ្នកជំងឺរបេងទាំងអស់ត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយមិនគិតពីកត្តាប្រឈមមុខនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវទទួលការពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិកស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសកម្មនៅរៀងរាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ ដូចខាងក្រោម៖

១. គ្រុនក្តៅ នៅពេលណាក៏ដោយ រយៈពេលយូរប៉ុន្មានក៏ដោយ

២. ក្អក នៅពេលណាក៏ដោយ រយៈពេលយូរប៉ុន្មានក៏ដោយ

៣. បែកញើសពេលយប់ រយៈពេល ២សប្តាហ៍ ឬលើសពីនេះ

៤. ស្រកទម្ងន់។

---

[33]Programmatic Management of Drug-resistant TB in Cambodia Technical and Operational Guidelines 2013

[34] Kingdom of Cambodia, Ministry of Health Standard Operating Procedures (SOP) for Implementing the Three I's in Continuum of Care (CoC) Settings 2010.

អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងសួត ឬជំងឺរបេងក្រៅសួត ក្រោយពេលពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិក ត្រូវបានវាយតម្លៃជំងឺរបេងយ៉ាងឆាប់រហ័ស (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម) ។

២. គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ដែលគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងសកម្ម ក្រោយពេលពិនិត្យអវិជ្ជមាន ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) ។ (សូមអានជំពូកទី ៦៖ ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងការវាយតម្លៃដើម្បីព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT), *ទំព័រទី៤០*) ។

៣. ការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគរបេង រួមមាន៖

១. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលនៃជំងឺរបេងសកម្មឱ្យបានឆាប់

២. ដាក់អ្នកជំងឺដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងឱ្យនៅដាច់តែឯង

៣. ឱ្យអ្នកជំងឺពាក់ម៉ាស់ នៅពេលក្អក

៤. បង្កើនខ្យល់ចេញចូលជាអតិបរមា និងឱ្យមានពន្លឺថ្ងៃក្នុងបន្ទប់ ។

១៣.៦ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍

- ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍គឺ អាស្រ័យតាមដំណាក់កាលនៃជំងឺអេដស៍
- ការទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺរបេងសួត គឺជាករណីដែលគេដឹងថា នឹងមានការឆ្លងជំងឺរបេង។

ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងគឺមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នាទៅនឹងបុគ្គលដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ៖

- ក្អករ៉ាំរ៉ៃមិនឆ្លើយតបទៅនឹងថ្នាំ antibiotics ក្រោយពីព្យាបាល ២- ៣ សប្តាហ៍
- ស្រកទម្ងន់ (ដោយអចេតនា)
- បែកញើសពេលយប់ (drenching)
- គ្រុនក្តៅ
- មិនឃ្លានអាហារ ចុះខ្សោយ អស់កម្លាំងល្ហិតល្ហៃ
- ឈឺទ្រូង និងក្អកធ្លាក់ឈាម (haemoptysis)។

ចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះ នាំឱ្យការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងសួត មានភាពមិនជាក់លាក់៖

- ភាពអស់កម្លាំងជាទូទៅ និងភាពទន់ខ្សោយល្ហិតល្ហៃ
- ស្រកទម្ងន់ខ្លាំង (ឧ. > ១០% នៃទម្ងន់ខ្លួន ធៀបនឹងទម្ងន់ដែលថ្លឹង នៅពេលដើមគ្រា)
- ក្អកតិចតួច អាចមានក្អកស្ងួត និងពិបាកដកដង្ហើម
- ភាពស្លេកស្លាំង (Anaemia)
- ពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ មិនសូវច្បាស់។

អត្រាជំងឺរបេងក្រៅសួតកើនឡើងកាន់តែខ្ពស់ ទោះបីជា ជំងឺរបេងសួតត្រូវបានជួបប្រទះជាញឹកញាប់ក៏ដោយ។ សូមអានជំពូកទី១៣-អនុផ្នែក:១៣.៧ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងក្រៅសួត,ទំព័រទី ៩៨ ។

១៣.៧ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត លើអ្នកផ្ទុកមេរោគមេរោគអេដស៍

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមទៀត សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពី ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការបង្ករោគរួមគ្នារវាងជំងឺរបេង/អេដស៍ និងមើលគំនូសបំព្រួញក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះក្នុង ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: គំនូសបំព្រួញអំពីជំងឺរបេង/អេដស៍, *ទំព័រទី២៤០*។

១៣.៧.១ ជំងឺរបេងសួត

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ៖

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលសង្ស័យថា មានជំងឺរបេង ក្រោយពីបានធ្វើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងជាប្រចាំតម្រូវឱ្យធ្វើ៖

- ការពិនិត្យកំហាក (រួមទាំង ការផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើតេស្ត GeneXpert, បើមិនអាចធ្វើទៅបាន ការពិនិត្យកំហាកដោយមីក្រូទស្សន៍ មិនមែនជាជម្រើសដ៏ល្អទេ) និង
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X ។

ការពិនិត្យកំហាក៖

១. វត្ថុវិភាគកំហាក ត្រូវបានពិនិត្យដោយតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ។ តេស្ត GeneXpert MTB/RIF គឺជាការវិភាគរហ័សក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសួត និងវាយតម្លៃកំហាក សម្រាប់រកភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin ។ តេស្ត GeneXpert MTB/RIF មានភាពប្រែប្រួល (Sensitivity) ខ្ពស់ជាងការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ និងជាទូទៅប្រហែល ៩0% Sensitivity បើប្រៀបធៀបទៅនឹងការបណ្តុះមេរោគ។

តេស្ត GeneXpert MTB/RIF អាចធ្វើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្ត/ក្រុងភាគច្រើននៅកម្ពុជា និងត្រូវបានពង្រីកទៅកាន់តំបន់ផ្សេងទៀត ។ នៅថ្នាក់ស្រុក សំណាកត្រូវបានប្រមូល និងដឹកជញ្ជូនភ្លាមទៅកន្លែងដែលអាចធ្វើតេស្តបានក្នុងអំឡុងពេល១២-២៤ម៉ោង ក្រោយពីការប្រមូលសំណាកទាំងនោះ។ សំណុំបែបបទស្នើសុំធ្វើតេស្តត្រូវសរសេរលេខទូរស័ព្ទអ្នកមន្ទីរពិសោធន៍ ដើម្បីងាយស្រួលសាកសួរពីលទ្ធផលតេស្ត។

- បើតេស្ត GeneXpert MTB/RIF វិជ្ជមាន ត្រូវហៅអ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកពេទ្យវិញ និងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេងភ្លាម ដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។
- បើតេស្ត GeneXpert MTB/RIF វិជ្ជមាន បានបញ្ជាក់ថា មានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin ត្រូវហៅអ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកពេទ្យវិញ ដោយស្រង់យកសំណាកកំហាកចំនួន ៣ (សំណាកកំហាក១ សម្រាប់ពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ និងសំណាកកំហាក២ទៀត សម្រាប់យកទៅបណ្តុះមេរោគ និងសំណាកមួយទៀតសម្រាប់ធ្វើតេស្តដោយ 2nd line Line Probe Assay (LPA)) ហើយចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេងផ្អែកតាមលទ្ធផលនៃតេស្ត LPA។

២. បើគ្មានតេស្ត GeneXpert MTB/RIF នៅសេវាទេ ត្រូវបញ្ជូនសំណាកទៅធ្វើតេស្តនៅសេវាដែលមាន GeneXpert ឬការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍លើសំណាកកំហាកទាំង៣នេះ ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យធ្វើទេ។

ការបណ្តុះមេរោគ Mycobacterial អាចធ្វើបាននៅ CENAT ភ្នំពេញ និងនៅមន្ទីរពិសោធន៍នៅខេត្តបាត់ដំបង និងខេត្តកំពង់ចាម ។ លទ្ធផលនៃការបណ្តុះ MTB ត្រូវការរយៈពេលពី៦ ទៅ៨សប្តាហ៍។

- ការបណ្តុះមេរោគរបេង ត្រូវតែអនុវត្តនៅពេលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin ដែលបានបញ្ជាក់ដោយតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ។
- ការបណ្តុះមេរោគរបេង គឺមានប្រយោជន៍លើករណីលទ្ធផលតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ឬពិនិត្យកំហាកអវិជ្ជមាន (ជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត) ជាពិសេស ក្នុងករណីមានជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង ដែលជាញឹកញាប់មានការលំបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឱ្យបានច្បាស់លាស់ ។
- **ការបណ្តុះមេរោគរបេង វិជ្ជមាន ត្រូវបញ្ជូនបន្តទៅ CENAT សម្រាប់ធ្វើតេស្ត (DST)** ក្នុងករណីជំងឺរបេងលាប់ ឬការព្យាបាលបរាជ័យ ឬករណីសង្ស័យផ្សេងទៀតនៃភាពស៊ាំជាមួយឱសថ រួមទាំង គ្រប់ករណីតេស្ត GeneXpert MTB/RIF វិជ្ជមានទាំងអស់ ដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin។

ការថតសួតបានបង្ហាញ៖ ជំងឺរបេងសួត អាស្រ័យទៅតាមកម្រិតនៃការថយចុះនៃភាពស៊ាំ៖

- បើចំនួនកោសិកា CD4 >៥០០កោសិកា/មម៣៖ របេង cavitary ធម្មតា ឬនៅupper lobe consolidation។
- ចំនួនកោសិកា CD4 <២០០កោសិកា/មម៣៖ កាថតសួតដោយកាំរស្មី X បានបង្ហាញរូបភាព មិនធម្មតា (atypical) ត្រូវបានជួបប្រទះជាញឹកញាប់ រួមមាន រូបភាពស្ទើរធម្មតា ការជ្រៀតចូលសងខាង ឬនៅ lower lobar infiltrates នៃសួត មាន lymphadenopathy mediastinal, ឡើងខ្ទុះនៅសួត មានInterstitial nodules ។ល។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក៖

តារាងទី២៦: រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកតាមផ្លូវដង្ហើម, *ទំព័រទី ១១០* ។

មើលលទ្ធផលនៃការពិនិត្យកំហាករកជំងឺរបេងសួត អវិជ្ជមាន៖

- ប្រសិនបើ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការថតសួតដោយកាំរស្មី X គឺមានភាពស្របគ្នាថាមានជំងឺរបេង ត្រូវបញ្ចូលអ្នកជំងឺទៅទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងសាកល្បង និងត្រូវតាមដានឱ្យដិតដល់ (តាមដានរោគសញ្ញា, ពិន្ទុ Karnofsky, ទម្ងន់, Hb)
- ឬបើសង្ស័យថា មានការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលសាកល្បងដោយឱសថ antibiotics (amoxycillin ១ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ ឬប្រសិនបើមាន allergy ត្រូវប្រើ Erythromycin ៥០០ម.ក្រ លេប៤ដង/ថ្ងៃ លេបរាល់ថ្ងៃ ត្រូវវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក និង/ឬ ថតសួតដោយកាំរស្មី X និង/ឬ ធ្វើតេស្ត AFBs ក្រោយពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលដោយឱសថ antibiotics។

១៣.៧.២ ជំងឺរបេងក្រៅសួត

ជំងឺរបេងក្រៅសួត (EPTB) កើតមានជាញឹកញាប់ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ច្រើនជាងអ្នកដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ។ ប្រហែលជា ៥០% នៃករណីជំងឺរបេងក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលមានកោសិកា CD4 < ២០០កោសិកា/មម³ បើប្រៀបធៀបនឹងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានកោសិកា CD4 > ២០០កោសិកា/មម³ គឺមានត្រឹមតែ ២០%។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ៖

ភាគច្រើននៃជំងឺរបេងក្រៅសួត បានបង្ហាញការហើមប៉ោងកូនកណ្ដុរតែម្ខាង (unilateral lymphadenopathy) ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា ជំងឺរបេងក្រៅសួត អាចត្រូវបានរកឃើញនៅក្នុងសរីរាង្គជាច្រើន និងបង្ហាញនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិកជាច្រើនសណ្ឋាន ដូចជា៖

- បូសនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល ឬជំងឺរលាកស្រោមខួរ
- ជំងឺរបេងឆ្អឹងខ្នង (ជំងឺ Potts) ហើមសន្លាក់ ឬឆ្អឹងផ្សេងទៀត ឬឆ្អឹងខូចទ្រង់ទ្រាយ
- ទឹក Serositis (ទឹកស្រោមសួត ទឹកស្រោមបេះដូង និង/ឬទឹកស្រោមពោះ)
- ដុំពោះ ឬទាចទឹក(ascites)
- រលាកថ្លើម ឬរលាកពោះវៀន (enteritis)
- របេងតម្រងនោម ការស្ទះបង្ហួរនោម ឬតម្រងនោមរីកធំ
- ដំបៅនៅលើស្បែក ។

សូមមើលតារាងទី១៣៖ ជំងឺរបេង, អនុផ្នែក៖ ១៣.៧៖ លក្ខណៈរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលជួបប្រទះជាញឹកញាប់, *ទំព័រទី ៩៨*។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឱ្យបានច្បាស់លាស់នៃជំងឺរបេងក្រៅសួត (EPTB) ដែលមានការពិនិត្យកំហាក វិជ្ជមាន ឬការបណ្ដុះមេរោគរបេងរកជំងឺរបេងសួតជាញឹកញាប់គឺ មានការពិបាក។ ការធ្វើតេស្តដោយ ប្រឡាក់ទឹកអាស៊ីតរហ័ស (Acid-fast stains) លើសំណាកបានមកពី ទឹកស្រោមសួត ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងទឹកសន្លាក់ ជាទូទៅមាន លទ្ធផលអវិជ្ជមាន និងទាមទារឱ្យមានការបណ្ដុះមេរោគ។ ការធ្វើតេស្ត GeneXpert MTB/RIF អាចត្រូវបានអនុវត្តលើគ្រប់សំណាកទាំងអស់ លើកលែងតែសំណាកឈាម ទឹកនោម និងលាមក។

តារាងទី២៣: លក្ខណៈរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលជួបប្រទះជាញឹកញាប់

(Adapted from the National Clinical Guideline for the management of HIV/TB Co-infection)

	រលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង	ជំងឺរបេងកូនកណ្ដុរ Lymph Node (LN) (peripheral និង នៅពោះ)	ជំងឺរបេង Miliary (disseminated)	ជំងឺរបេងឆ្អឹង និងសន្លាក់ និងខួរឆ្អឹងខ្នង	ជំងឺរបេងនៅ serous effusions
រោគសញ្ញាគ្លីនិក	• គ្រុនក្ដៅ បែកញើស malaise ++ • ឈឺក្បាលខ្លាំងបន្តិចម្ដងៗ • វង្វេងស្មារតី • ថយចុះ consciousness, ប្រកាច់ • +/- រឹងក • Focal neurological deficits ឧ. Cranial nerve palsy។	• ឡើងកូនកណ្ដុរ≥ ១ នៅក ក្លៀក ឬក្រលៀន (> ២ cm) មិនឈឺ discrete firm ឬ fluctuant nodes matted together • +/- រលាត់ស្បែក បូស ហូរចេញទឹករងៃភ្លាំរ៉ៃ • +/- គ្រុនក្ដៅ បែកញើស malaise	• គ្រុនក្ដៅ បែកញើស malaise +++ • មិនស្រួលក្នុងខ្លួនខ្លាំង • ថ្លើម អណ្ដើករីកធំ • ឡើងកណ្ដុរច្រើនកន្លែង • Choroidal tubercles ពេលពិនិត្យដោយ funduscopic ។	• ឆ្អឹងខ្នង: ឈឺនៅកន្លែងប្រែប្រួលរូបរាង +/- neurological deficits • សន្លាក់: ហើមសន្លាក់ចង្កេះ/ក្បាលជង្គង់/ស្មា មិនសូវឈឺចាប់ខ្លាំងទេ • +/- គ្រុនក្ដៅ បែកញើស malaise	• គ្រុនក្ដៅ បែកញើស malaise • Local features: • សួត (ឈឺទ្រូង ហត់ ដកដង្ហើមខ្លី) • ពោះ (ឈឺពោះ ហើមពោះ) • Pericardial (ឈឺទ្រូង និងផ្នែកខាងឆ្វេង (ហត់) និងចតបេះដូង ខាងស្ដាំចុះខ្សោយ (right ventricular failure) ហើមនៅជើងនិងដៃ (peripheral oedema)។
រោគវិនិច្ឆ័យ	• បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង • បើសញ្ញាគ្លីនិក ↑ នៃសម្ពាធខួរក្បាល (papilledema, ↓ consciousness)ការបូម LP មានគ្រោះថ្នាក់ ត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាល និងបូម LP ក្រោយពេលរោគសញ្ញាបានប្រសើរឡើង។	• បូមទឹកឆ្អឹងខ្នងដោយម្ជុល បើកូនកណ្ដុរ (node) មានសភាពទន់ខ្ទោកៗ។ • ការពិនិត្យអេកូ (កូនកណ្ដុរនៅក្នុងពោះ) ។	• ថតសួត X-ray • បណ្ដុះមេរោគ Mycobacterial ក្នុងឈាម (បើអាចធ្វើបាន)	• ថតសួត X-ray • ច្របយកជាលិកាទៅពិនិត្យ (Tissue biopsy)	• Physical examination • ថតសួត X-ray • ពិនិត្យអេកូ • Echocardiogram • បូមទឹក (Aspirate effusion)
លទ្ធផល	• បើសម្ពាធ CSF ↑ • CSF mild ↑ គោលិកាស, សំបូរណ៍ដោយពួក lymphocytes • កម្រិត Protein ↑ • Glucose ↓	• ជាលិកាមានសភាពដូចដុំឈីស(Caseation) • ការធ្វើតេស្ត AFB អាចមើលឃើញ • ធ្វើតេស្ត GeneXpet	• ថតសួត X-ray • រាលដាល (diffuse), small milliary shadows • CBC +/- pancytopenia	• តេស្ត AFB អាចមើលឃើញ • ប្រតិកម្ម Granulomatous អាច	• ថតសួត X-ray- pleural effusion, ឬ large globular heart shadow • អេកូ: ឃើញមាន ascites និងឡើងកូនកណ្ដុរនៅក្នុងពោះ

	• ការពិនិត្យកំហាកដោយ AFB កម្រវិជ្ជមាន • ធ្វើតេស្ត GeneXpert។		• តេស្តមុខងារថ្លើម +/- មិនធម្មតា • ពិនិត្យកំហាក BK+, CSF ឬ បូមទឹកខួរឆ្អឹងអាច វិជ្ជមាន (តេស្ត GeneXpert មិនអាចពិនិត្យសំណាកឈាមទេ)។	ឃើញពេលវិភាគជាលិកាសាស្ត្រ។	• ច្រិបសាច់ស្ងួត: BK+ និង /ឬ granulomas • បូមទឹក: ជាទូទៅ BK - • បណ្តុះមេរោគរបេង (៤-៦ សប្តាហ៍) • Exudate: Protein > ៣0g/l (if aspirate clots exudate likely)

១៣.៨ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត

ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង៖

- គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេង ត្រូវបានព្យាបាលស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តង់ដាក្នុងប្រទេសកម្ពុជា[35]
- ពិនិត្យមើល**សក្តានុភាពនៃអន្តរកម្មឱសថ** ជាមួយឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង (ជាពិសេសឱសថ Rifampicin ឧ. Warfarin (តម្រូវឱ្យ ↑កម្រិតដូសថ្នាំ) ឱសថពន្យារកំណើត (↓ ប្រសិទ្ធភាព), ឱសថ fluconazole (↓កម្រិត) និង ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយចំនួន) [36]
- បន្ថែមឱសថ **Pyridoxine** (វីតាមីន B_6) ២៥ ម.ក្រ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីបន្ថយហានិភ័យជំងឺសរសៃប្រសាទខាងចុង
- ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង៖ បន្ថែមឱសថ prednisolone ៦០ម.ក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល ៤សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកបន្ថយកម្រិតដូសបន្តិចម្តងៗ រយៈពេលជាង ២សប្តាហ៍
- កម្រិតដូសខ្ពស់/អូសបន្លាយរយៈពេលព្យាបាលនៃឱសថ steroid រួមផ្សំជាមួយភាពស៊ាំចុះខ្សោយបង្កដោយមេរោគអេដស៍ បណ្តាលឱ្យបង្កើនហានិភ័យនៃការបង្ករោគដោយ strongyloidiasis សាយភាព និង septic shock ។ ដូច្នេះ ត្រូវការព្យាបាលសាកល្បងជាមួយឱសថ albendazole ៤០០ម.ក្រ លេបនៅពេលបរិភោគអាហារដែលមានជាតិខ្លាញ់ រាល់១២ម៉ោង/ម្តង x ៧ថ្ងៃ
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានជំងឺរបេង ត្រូវចាប់ផ្តើម**ព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ** cotrimoxazole ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4។

ការពិនិត្យរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍៖ ធ្វើតេស្ត VL និងតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ហើយទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺរបេង ត្រូវធ្វើតេស្ត VL និងតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ដើម្បីធ្វើការស្រាវជ្រាវពីភាពបរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំ និងផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ
- កែតម្រូវដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃ WHO (ជំងឺរបេងសួតលើមនុស្សពេញវ័យ គឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ រីឯ ជំងឺរបេងក្រៅសួតគឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤)។

ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានជំងឺរបេង ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ស្របតាមកម្មវិធីដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងតារាងទី១៧: ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលកំពុងមានជំងឺ ឱកាសនិយមសកម្ម។

---

[35] Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, Standard tuberculosis treatment regimens. CENAT 2011, and Programmatic Management of Drug-resistant TB in Cambodia Technical and Operational Guidelines 2013, and National Clinical Guideline for the Management of TB/HIV Co-infection. Khmer 2013.

[36] www.hivdruginteractions.org/

- ពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថ រវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង ស្របតាមជំងឺរបេង–អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- តារាងទី២៥: អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង , *ទំព័រទី១០៥*។

ការតាមដាន

- រោគសញ្ញាគ្លីនិក- ក្អក បែកញើស ចង់ហូបអាហារ កម្រិតថាមពល ទម្ងន់
- កំហាក (ពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍) នៅខែទី២ និងខែទី៥ និងនៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង(TPT) និងត្រូវបណ្តុះមេរោគរបេងលើកំហាកសម្រាប់ករណីជំងឺរបេងស៊ាំជាមួយឱសថច្រើនមុខ (MDR-TB) ជារៀងរាល់ខែ រយៈពេល ៦ខែ
- ប្រសិនបើកំហាក មិនមានការប្រែប្រួលនៅខែទី២ ឬទី៣ ទេ ត្រូវបញ្ជូនទៅធ្វើតេស្ត GeneXpert សម្រាប់ធ្វើតេស្ត Rif ។
- តាមដានផលប៉ះពាល់នៃរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេង និងរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ (សូមមើល ជំពូករង ១៣.៨.១: ផលប៉ះពាល់នៃការព្យាបាលរបេងរួមគ្នាជាមួយការព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគអេដស៍, *ទំព័រទី១០៥*) ។

ប្រសិនបើ មិនមានភាពប្រសើរឡើងក្រោយការព្យាបាលជំងឺរបេង៖

- ការពិនិត្យអតិសុខុមទស្សន៍ម្តងទៀត (មិនចាំបាច់ធ្វើតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ទេ) បណ្តុះមេរោគរបេង ធ្វើតេស្ត DST និងពិចារណាអំពី៖
  - ការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ ការស្រូបចូលនៃថ្នាំមិនបានល្អ (malabsorption)
  - ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង
  - មាន Paradoxical IRIS
  - Paradoxical IRIS (សូមអានជំពូកទី ៩. ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS), *ទំព័រទី ៦៣*)
  - ការបង្ករោគផ្សេងទៀត ជំងឺមហារីក និងជំងឺខ្សោយបេះដូង (cardiac failure) (សូមមើលតារាងទី២៦: រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកតាមផ្លូវដង្ហើម, *ទំព័រទី ១១០*)
  - ឱសថបង្កឱ្យមានផលលំបាក។

- ជំងឺរបេងក្រៅសួតនៅគ្រប់ទម្រង់ជំងឺរបេងទាំងអស់ លើកលែងតែជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង ត្រូវព្យាបាលដោយប្រើឱសថក្នុងកាតេគូរីទី១ ដូចគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺរបេងសួតដែរ (២RHZE/៤RH)។ ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង តម្រូវឱ្យព្យាបាលដោយរូបមន្តនៃឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងខុសគ្នាបន្តិច។ សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃជំងឺរបេង។

១៣.៨.១ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង រួមជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តារាងទី២៤: ផលប៉ះពាល់នៃការព្យាបាលរបេងរួមគ្នាជាមួយការព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ផលប៉ះពាល់	ឱសថ ARV	ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង
ចង្អោរ	AZT; PIs	Pyrazinamide
ជំងឺរលាកថ្លើម	NVP; EFV; PIs	Pyrazinamide, Rifampicin, INH
ជំងឺ Peripheral neuropathy	d4T; ddI	INH
ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក	NVP; EFV	Rifampicin; INH; Pyrazinamide

១៣.៨.២ ជំងឺរបេង–អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តារាងទី២៥: អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង[37]

ឱសថ	អន្តរកម្មរវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង fluconazole
Ethambutol	គ្មានអន្តរកម្ម
Isoniazid	គ្មានអន្តរកម្ម
Pyrazinamide	DDI អាចបង្កើនកម្រិត ↑PYR មិនចាំបាច់កែតម្រូវកម្រិតដូស និងតាមដានផលប៉ះពាល់នៃឱសថ (SE)
Rifampicin	AZT: ↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ចៀសវាងប្រើបើមានជម្រើស Dolutegravir: ចៀសវាង ↓↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ប្រើDTG៥០ ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ Abacavir: ↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាមតិចតួច Nevirapine: contraindicated វានាំឱ្យ↓↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម Efavirenz:↓កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម មិនត្រូវបន្ថយកម្រិតដូសឱសថ EFV ទៅ៤០០ មក្រទេ Atazanavir /r: contraindicated នាំឱ្យ ↓↓កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម Lopinavir/r: ↓↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ប្រើឱសថកម្រិតដូសខ្ពស់ LPV/r ៨០០ម.ក្រ/៤០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ ឬ LPV/r ៨០០ម.ក្រ/២០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ ប៉ុន្តែវាមានហានិភ័យនៃភាពពុលខ្ពស់ Fluconazole: ↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ។
Streptomycin	TDF: តាមដានមុខងារតម្រងនោមឱ្យជិតដល់
Capreomycin	TDF: តាមដានមុខងារតម្រងនោម។ ឱសថ DTG អាច ↑ Capreomycin កំហាប់ក្នុងឈាម DDI និង 3TC: Capreomycin និង 3TC និង DDI កំហាប់ឱសថក្នុងឈាមអាច ↑ PI និង NNRTI គ្មានបញ្ហាទេ ។
Ethionamide	គ្មានអន្តរកម្ម
Levofloxacin	ប្រយ័ត្នពេលប្រើ ATZ + LPV ដោយឱសថទាំងពីរនេះអាច ↑ QT interval, 3TC កំហាប់ឱសថក្នុងឈាមអាច ↑ ។

[37] http://www.hiv-druginteractions.org/

ឱសថ	អន្តរកម្មរវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង fluconazole
Ethambutol	គ្មានអន្តរកម្ម
Isoniazid	គ្មានអន្តរកម្ម
Pyrazinamide	DDI អាចបង្កើនកម្រិត ↑PYR មិនចាំបាច់កែតម្រូវកម្រិតដូស និងតាមដានផលប៉ះពាល់នៃឱសថ (SE)
Rifampicin	AZT: ↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ចៀសវាងប្រើបើមានជម្រើស Dolutegravir: ចៀសវាង ↓↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ប្រើDTG៥០ ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ Abacavir: ↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាមតិចតួច Nevirapine: contraindicated វានាំឱ្យ↓↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម Efavirenz:↓កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម មិនត្រូវបន្ថយកម្រិតដូសឱសថ EFV ទៅ៤០០ មក្រទេ Atazanavir /r: contraindicated នាំឱ្យ ↓↓កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម Lopinavir/r: ↓↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ប្រើឱសថកម្រិតដូសខ្ពស់ LPV/r ៤០០ម.ក្រ/៤០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ ឬ LPV/r ៨០០ម.ក្រ/២០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ ប៉ុន្តែវាមានហានិភ័យនៃភាពពុលខ្ពស់ Fluconazole: ↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ។
Moxifloxacin	ATZ, LPV និង Moxi អាចនាំឱ្យ ↑ QT interval levels
Cycloserine	គ្មានអន្តរកម្មឱសថ
Kanamycin	ឱសថ Kanamycin និង TDF នាំឱ្យពុលតម្រងនោម (nephrotoxic)។ តាមដានមុខងារតម្រងនោម អាចតម្រូវឱ្យកែសម្រួលកម្រិតដូស ឱសថ 3TC ។

ឱសថ	អន្តរកម្មរវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថ fluconazole
Bedaquiline	ការប្រើឱសថទាំងពីរនេះរួមគ្នាមិនទាន់បានសិក្សាទេ ប៉ុន្តែយោងតាម មេតាបូលិក និងរោគសញ្ញាគ្លីនិក មិនទំនងជាមានអន្តរកម្មទេ។ Bedaquiline នឹងត្រូវធ្វើមេតាបូលិកដោយ CYP3A4 និងបញ្ចេញចោលភាគច្រើនតាមលាមក។ កំហាប់ឱសថ DTG ក៏មិនទំនងជាមានការប្រែប្រួលដែរ។ គ្មានព័ត៌មានគ្លីនិកអំពីសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៃឱសថ Bedaquiline នៅពេលប្រើជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ។
Delaminid	គ្មានព័ត៌មានគ្លីនិកអំពីសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៃឱសថ Delaminid នៅពេលប្រើជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ។
Linezolid	ការប្រើឱសថទាំងពីរនេះរួមគ្នាមិនទាន់បានសិក្សាទេ ប៉ុន្តែយោងតាម មេតាបូលិក និងរោគសញ្ញាគ្លីនិក មិនទំនងជាមានអន្តរកម្មទេ។ Linezolid មិនធ្វើមេតាបូលិកតាមរយៈ CYP ទេ (non-CYP mediated metabolism) ។

វិធីតាមផ្លូវជង្រើម

ជំពូកទី១៤. ការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើម

- ទាំងការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ (ឧ.រលាកច្រមុះ=sinusitis) និងផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងក្រោមកើតមានជាញឹកញាប់ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- ជាទូទៅ មានការបង្ករោគជាច្រើន អាចកើតឡើងក្នុងពេលតែមួយ ។

ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកៈ

ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក តម្រូវឱ្យស្រង់ប្រវត្តិជំងឺពេញលេញ រួមទាំង កត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគរបេង

រយៈពេលនៃការចាប់ផ្តើម ពេលវេលាវិវត្តន៍ទៅលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការពិនិត្យរាងកាយពេញលេញ ។

សូមអានឯកសារខាងក្រោម:

- តារាងទី២៦: រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកតាមផ្លូវដង្ហើម ដើម្បីយល់ដឹងពីគោលការណ៍ណែនាំអំពីរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើមដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់, *ទំព័រទី ១១០*
- រូបភាពទី១០: គំនូសបំព្រួញ: រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺតាមផ្លូវដង្ហើម, *ទំព័រទី ១១៤*
- ជំពូកទី១៥. ជំងឺ Pneumocystis pneumonia (PJP), *ទំព័រទី១១២*
- ជំពូកទី ១៣: ជំងឺរបេងសួត, ជំពូករង ១៣.៧.១ ជំងឺរបេងសួត , *ទំព័រទី ៩៨* ។

១. រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺផ្លូវដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ

វាជាការសំខាន់ក្នុងការដឹងពីអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ និងត្រូវបញ្ជូនទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យៈ

- សង្វាក់ដង្ហើម > ៣០ដង/នាទី
- មិនដកដង្ហើមនៅពេលសម្រាក ឬនៅពេលនិយាយ
- ប្រើប្រាស់សាច់ដុំផ្លូវដង្ហើមខ្លាំង
- ឡើងស្វាយ (Cyanosis)
- ឡេះឡះ ឬវង្វេងស្មារតី។

២. ការពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិករកជំងឺរបេងៈ

- ប្រសិនបើមាន គ្រុនក្តៅ ក្អក បែកញើសពេលយប់ ឬស្រកទម្ងន់ → យកកំហាកទៅធ្វើតេស្ត Gene/Xpert (ឬពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ ប្រសិនបើគ្មានតេស្ត Gene/Xpert) និងថតសួតដោយកាំរស្មី X។
- ពិចារណា អំពីការព្យាបាលជំងឺរបេងសាកល្បង ប្រសិនបើមានការសង្ស័យខ្ពស់ថា ជាជំងឺរបេង ទោះបីជាលទ្ធផលនៃការពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន ក៏ដោយ (តេស្ត GeneXpert មិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសួតបានក្នុងកម្រិត១០%)។
- បើសង្ស័យថា ជំងឺ Pneumocystis Pneumonia (សូមអានផ្នែកបន្ទាប់)។

បើទំនងជាមានការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមិនច្បាស់លាស់ គួរព្យាបាលសាកល្បងការបង្ករោគដោយបាក់តេរីដោយប្រើ antibiotics និងតាមដានការឆ្លើយតបនៃការព្យាបាល៖

- ឱសថ Amoxacillin ១ក្រ លេប៣ដង/ថ្ងៃ ឬ ឱសថ doxycycline ១០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ ឬឱសថ erythromycin ៥០០ម.ក្រ ៤ដង/ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ ឬឱសថ cefixime ៤០០ម.ក្រលេប១ដង/ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១សប្តាហ៍។

តារាងទី២៦: រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកតាមផ្លូវដង្ហើម

រោគវិនិច្ឆ័យ	សញ្ញាគ្លីនិក	ការថតសួតដោយកាំរស្មី X	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល
ការបង្ករោគ			
១. ជំងឺរបេងសួត (ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ)	ចាប់ផ្តើមបន្តិចម្តងៗ, ក្អក +/- មានកំហាក, បែកញើសយប់ +/- ឈឺចាប់	Lobar consolidation, Cavitation(តំបន់ខាងលើ) ទឹកស្រោមសួត (Pleural effusion), ឡើងកូនកណ្តុរ (lymphadenopathy)	សូមអានជំពូកទី.១៣
២. Bacterial pneumonia (ជំងឺរលាកសួតបង្កដោយបាក់តេរី) (ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ)	ជាទូទៅរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ គ្រុនក្តៅ ក្អក +/- មានកំហាក +/- ឈឺចាប់, ឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ antibiotic។	Lobar consolidation with air/bronchogram ឬ patchy interstitial change	**Danger signs → បញ្ជូនទៅសម្រាកពេទ្យ** ការពិព្រោះជំងឺក្រៅ: Amoxyl ១g លេបរាល់៨ម៉ោងម្តងឬ erythromycin ៥០០mg លេបរាល់៦ ម៉ោង/ម្តង សម្រាកពេទ្យ: ចាក់ IVI penicillin/ampicillin ឬ IVI ceftriaxone
៣. ជំងឺ PJP (*Pneumocystis jiroveci* pneumonia) (CD4 < ២០០)	ជាទូទៅរោគសញ្ញាមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ ភាគច្រើនពិបាកដកដង្ហើម ក្អកស្ងួត	Bilateral diffuse interstitial "ground glass" shadowing Pneumothorax No air bronchograms	សូមអានជំពូកទី.១៥
៤. ការបង្ករោគដែលមិនសូវជួបប្រទះ	រោគផ្សិត (ឧ.Cryptococcus, penicilliosis), MAC, Nocardia	ប្រែប្រួល	ការប្រើប្រាស់ឱសថផ្អែកលើការសិក្សាអតិសុខុមជីវសាស្ត្រ (Guided by microbiology)
៥. បូសសួត (ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ)	ក្អកមានកំហាកដែលមានខ្ទុះច្រើន ដង្ហើមស្អុយខ្លាំង consolidation with cavitation with fluid level on CXR	Focal change with air fluid level visible	ការប្រើប្រាស់ឱសថផ្អែកលើការសិក្សាអតិសុខុម ជីវសាស្ត្រ ឬ Amoxacillin /clavulanate ២ដង/ថ្ងៃ ឬ clindamycin ៤៥០ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ – ៤សប្តាហ៍។
៦. ជំងឺស្ទះទងសួត (Bronchiectasis)	កំហាកមានខ្ទុះច្រើន	Thickened bronchial tree នៅតំបន់ផ្នែកខាងក្រោម។	ការព្យាបាលខ្លាំងក្លា និងការប្រើប្រាស់ឱសថផ្អែកលើការសិក្សាអតិសុខុមជីវសាស្ត្រ។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរើកញែកជាមួយ ជំងឺសួតដែលមិនមែនបង្ករោគ

ជំងឺមហារីកសួត (lung cancer)	កត្តាប្រឈមមុខ (ជក់បារី, វ័យចាស់)
ខ្សោយបេះដូងដោយស្ទះសរសៃឈាម(Congestive cardiac failure)	ថប់ដង្ហើម, orthopnoea, ថប់ដង្ហើម ពេលយប់, ក្អកឈាម, ហើម, ចុកខាងលើចុងដង្ហើម ដោយសារចុកថ្លើម O/E lung crackles, gallop rhythm, ហើម។

ជំងឺប្រតិកម្មតាមផ្លូវដង្ហើម (asthma)	ហ៊ុំរ៉ែ, រោគសញ្ញាម្តងម្កាល; ដេកស្រមុកលឺពេលដកដង្ហើមចេញ (expiratory wheezes); រោគសញ្ញាទាំងនេះអាចកើតឡើង។
ជំងឺស្ទះផ្លូវដង្ហើមរ៉ាំរ៉ៃ (COPD: chronic Obstractive pulmonary disease)	កត្តាប្រឈមមុខ (ជក់បារី); រោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ ។

ជំពូកទី១៥. ជំងឺ PNEUMOCYSTIS PNEUMONIA (PJP)

បង្កដោយមេរោគ Pneumocystis jiroveci (ពីមុនហៅថា Pneumocystis carinii, PCP) គឺជាជំងឺរលាកសួតបង្ករោគជាញឹកញាប់ដោយពពួកផ្សិត ហើយកើតឡើងលើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានកោសិកា CD4 <២០០ កោសិកា/មម³។ ជំងឺ PJP ត្រូវបានចាត់ថា ជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលទី៤ នៃWHO ។ ជំងឺ PJP អាចកើតឡើងរួមគ្នាជាមួយការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើមផ្សេងទៀត រួមទាំង ជំងឺរបេង។

ការបង្ការ: ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ និងផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole។

១៥.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

រោគសញ្ញា៖ មិនសូវស្រួចស្រាវ (១–២សប្តាហ៍) ពិបាកដកដង្ហើម (ហត់ដង្ហក់) ចាប់ផ្តើមរួមជាមួយការពិបាកដកដង្ហើមចេញ និងបន្ទាប់មក ពិបាកដង្ហើមពេលសម្រាក ក្អកគ្មានកំហាក មាន/គ្មានគ្រុនក្តៅ ។
ការពិនិត្យ៖ ដង្ហើមដើរញាប់ (tachypnoea) សួតអាចថ្លា ឬមានសម្លេង crepitation ស្រួយ មាន/គ្មានឡើងស្វាយ (cyanosis) ថយចុះកម្រិត %O2 ។

១៥.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការថតសួតដោយកាំរស្មីX៖ ជាញឹកញាប់មិនបង្ហាញ រូបភាពជាក់លាក់ មាន/គ្មានការប្រែប្រួល widespread interstitial "ground glass" ម្តងម្កាលមានខ្យល់ក្នុងទ្រូង (pneumothorax) ។ ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមូលហេតុផ្សេងៗនៃការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើម ឧ.ជំងឺរបេង (cavity, adenopathy, និង effusion) ជំងឺរលាកសួតបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី (focal consolidation, effusion)។
ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀត–ការឆ្លុះទងសួត (bronchoscopy) និងការបូមទឹកក្នុងសួត (lavage) ការធ្វើតេស្តអមគ្លីនិក៖ ធ្វើតេស្ត PCR និងតេស្ត silver stain។

១៥.៣ ការព្យាបាលស្តង់ដា

- Cotrimoxazole ១៥-២០ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃ បែងចែកជា ៣–៤ កម្រិតដូស/ថ្ងៃ រយៈពេល២១ថ្ងៃ [38]
- រក្សាជាតិទឹកក្នុងខ្លួនឱ្យបានល្អ
- បន្ថែម folic acid ៥ ម.ក្រ/ថ្ងៃ (cotrimoxazole ធ្វើឱ្យថយចុះ folic acid ក្នុងរាងកាយ)។

[38] Sandford guide. Antimicrobial therapy 2015

តារាងទី២៧: កម្រិតដូសឱសថ cotrimoxazole ផ្អែកតាមទម្ងន់អ្នកជំងឺក្នុងការព្យាបាលជំងឺ PCP

ទម្ងន់	កម្រិតដូសសរុប/ថ្ងៃ	កម្រិតដូស DS (TMP ១៦០/SMX ៨០០ម.ក្រ)
៣០-៤០ គ.ក្រ	៤៥០–៨០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ	២គ្រាប់ DS ២ដង/ថ្ងៃ
> ៤០-៥០ គ.ក្រ	៦០០–១០០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ	២គ្រាប់ DS ពេលព្រឹក ១គ្រាប់ DS ពេលថ្ងៃត្រង់ ២គ្រាប់ DS ពេលរសៀល ឬ ២គ្រាប់ DS ៣ដង/ថ្ងៃ
>៥០-៦០ គ.ក្រ	៧៥០–១២០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ	២គ្រាប់ DS ៣ដង/ថ្ងៃ
> ៦០ គ.ក្រ	៩០០-១២០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ	២គ្រាប់ DS ៣-៤ដង/ថ្ងៃ ។

បើមានកង្វះអុកស៊ីសែ្សន (hypoxemia) រួមជាមួយរោគសញ្ញាស្ទះផ្លូវដង្ហើម ឬឡើងស្វាយ ត្រូវបន្ថែមៈ

- Prednisolone: ៤០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ x ៥ថ្ងៃ, បន្ទាប់មក ៤០ម.ក្រ ១ដង/ថ្ងៃ x ៥ថ្ងៃ, បន្ទាប់មក ២០ម.ក្រ ១ដង/ថ្ងៃ x ១១ថ្ងៃ
- ការព្យាបាលដោយក្រុមឱសថ steroids ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ និងរយៈពេលយូរលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយ នាំឱ្យប្រឈមមុខនឹងការកើតជំងឺ disseminated strongyloidiasis និងលេចឡើងនូវ septic shock។ ត្រូវការព្យាបាលសាកល្បងដោយឱសថ albendazole ៤០០ម.ក្រ លេបពេលហូបអាហារដែលមានជាតិខ្លាញ់ រៀងរាល់ ១២ ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល៧ថ្ងៃ[39] ។

ការព្យាបាលជម្រើសផ្សេងទៀត

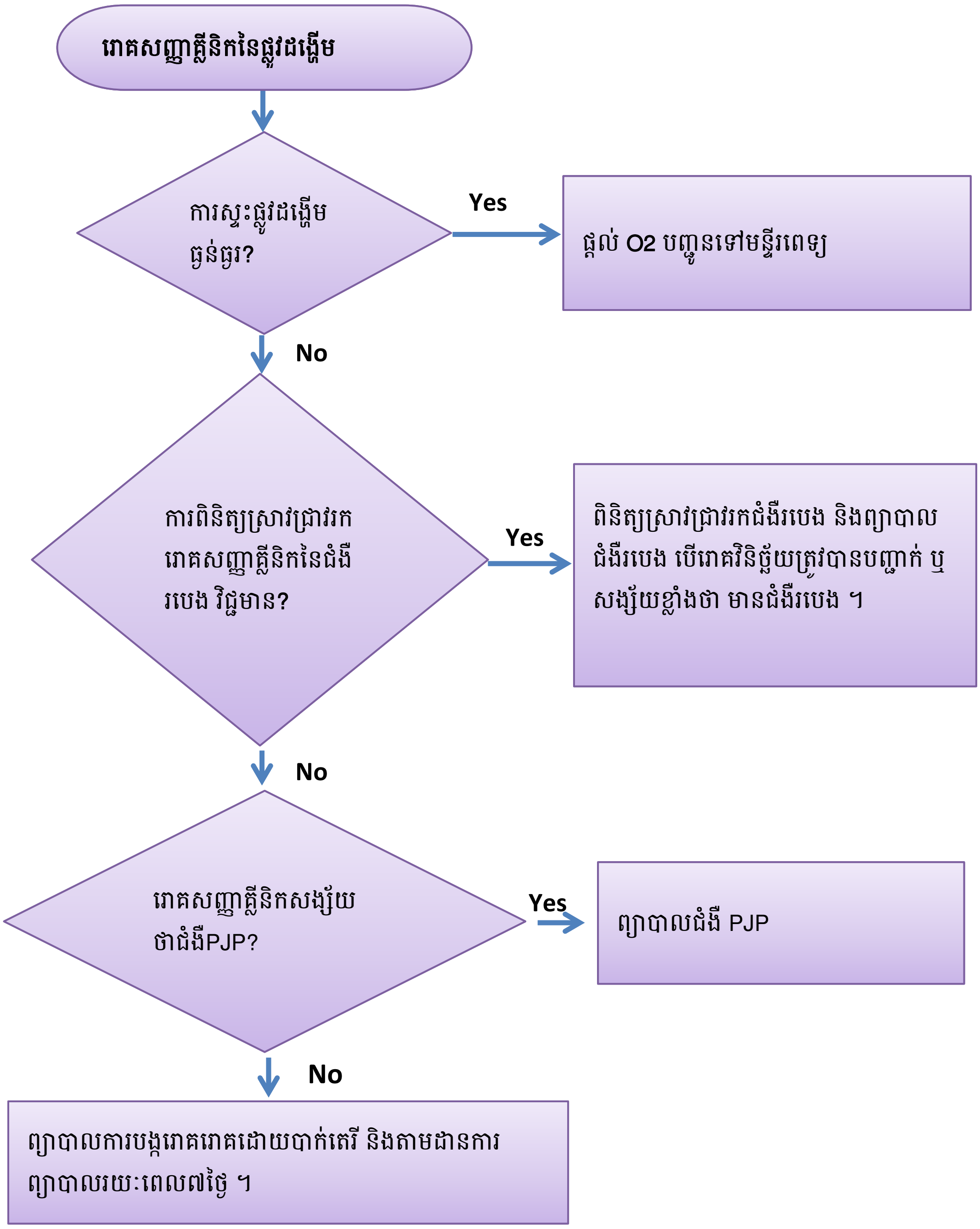
- Trimethoprim ៣០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ + dapsone ១០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ២១ថ្ងៃ ឬ
- Clindamycin ៦០០ ម.ក្រ លេប៤ដង/ថ្ងៃ + primaquine ១៥-៣០ ម.ក្រ លេប១ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ២១ថ្ងៃ។

ការតាមដានការព្យាបាល

- ការឆ្លើយតបជាមួយរោគសញ្ញាគ្លីនិកៈ បើគ្មានការឆ្លើយតបទេ ត្រូវពិចារណាព្យាបាលដោយជម្រើសផ្សេង ឬធ្វើការពិនិត្យរកមើលរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត
- ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ cotrimoxazole –ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ស្លេកស្លាំង neutropenia ខ្សោយតម្រងនោម។

[39] Sanford Guide to Antimicrobial therapy 2015

រូបភាពទី១០: គំនូសបំព្រួញ: រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺតាមផ្លូវដង្ហើម



<u>បើអ្នកជំងឺមិនបានធូរស្បើយដោយការព្យាបាល៖</u>

- ពិនិត្យពីប្រវត្តិជំងឺ ឬការវិវត្តន៍នៃជំងឺ ពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិកឡើងវិញ។ ថតសួតដោយកាំរស្មីX ធ្វើតេស្ត CBC ពិនិត្យកំហាកដោយ microscopy ការបណ្តុះមេរោគ + GeneXpert ការបណ្តុះឈាម និងការវិភាគទឹកក្នុងសួត បើមានការជ្រាបទឹក ។

<u>ពិចារណា:</u>

- បញ្ជូនអ្នកទៅទទួលសេវាព្យាបាលមានកម្រិតខ្ពស់ជាង
- ការបង្ករោគលើសពីមួយមុខ
- ការព្យាបាលសាកល្បងជំងឺរបេង ឬជំងឺ PJP អាស្រ័យតាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក។
- ជំងឺដែលមិនមែនបង្កដោយមេរោគ (ជំងឺហឺត (asthma) ជំងឺមហារីកសួត។ល។

លក្ខខណ្ឌនៃប្រព័ន្ធប្រសាទ

ជំពូកទី ១៦. ជំងឺរលាកស្រោមខួរ

ជំងឺរលាកស្រោមខួរលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ កើតឡើងជាញឹកញាប់បណ្តាលមកពីមេរោគ Cryptococcus មេរោគរបេង ឬពពួកបាក់តេរី រួមមាន *Streptococcus pneumonia (ញឹកញាប់ជាងគេ) មេរោគ Neisseria meningitidis មេរោគ H.influenza B* និងពពួកវីរុស រួមមាន មេរោគអេដស៍ខ្លួនឯង ឬវីរុស HSV ឬមេរោគស្វាយ។

ការបង្ការ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកអង់ទីស៊ែន Cryptococcus។

១៦.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- គ្រុនក្តៅ ចង្អោរ និងក្អួត
- ឈឺក្បាលមិនឆ្លើយតបទៅនឹងថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ (analgesia) ឈឺក ខ្លាចពន្លឺ (photophobia) វង្វេងស្មារតី និងប្រកាច់
- ការពិនិត្យ៖ គ្រុនក្តៅ ↓ consciousness សញ្ញារលាកស្រោមខួរ (រឹងក សញ្ញា Kernig វិជ្ជមាន) ហើម papill (ដោយសារ សម្ពាធក្នុងក្បាលកើនឡើង)
- ស្នាមអុចៗលើស្បែកពណ៌ក្រហម (Petechial) ទាក់ទងជាចម្បងជាមួយនឹងជំងឺ meningitis Neisseria
- រោគសញ្ញាជំងឺសរសៃប្រសាទបង្គោល (Focal neurological signs) ជាសញ្ញាបង្ហាញពីទំហំដំបៅ (ជំងឺរបេង ឬជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល)។

****** ការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរីជាធម្មតា បង្ហាញពីភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងទាមទារ<u>ការសង្គ្រោះបន្ទាន់</u>។ បើករណីសង្ស័យ ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ ceftriaxone ២ក្រាម ចាក់សរសៃឱ្យបានឆាប់ នៅពេលបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ឬ *មុនពេលបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង* ប្រសិនបើអ្នករំពឹងថា ការព្យាបាលយឺតពេលជាង១ម៉ោង** និងត្រូវបន្តការព្យាបាលរហូតដល់ពេញលេញ ****។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក៖ ត្រូវគិតពីជំងឺគ្រុនចាញ់ និងមូលហេតុនៃរោគសញ្ញាឈឺក្បាលដែលបណ្តាលមកពីជំងឺមិនឆ្លង (ឧ. migraine)។

១៦.២ ការពិនិត្យគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកស្រោមខួរ

- ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង លើកលែងតែ ក្នុងករណីមានជំងឺឈាមកក (coagulopathy) ឬមានដំបៅធំពេក (ភស្តុតាងនៃរោគសញ្ញាប្រសាទបង្គោល ប្រកាច់ ឬឃើញក្នុងរូបភាព CT ស្កេន)
- ការពិនិត្យផ្សេងទៀត៖ ថតសួតដោយកាំរស្មី X និងពិនិត្យកំហាកដោយ GeneXpert/អតិសុខុមទស្សន៍ តេស្ត CBC តេស្តជំងឺគ្រុនចាញ់ និងតេស្ត RPR។

១៦.២.១ ការបូមទឹកឆ្អឹងខ្នង

តារាងទី២៨:បច្ចេកទេសនៃការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង

បច្ចេកទេសបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងការវិភាគខួរឆ្អឹងខ្នង
• ប្រើម្ជុលលេខ១៨ (១៨ gauge needle) • វាស់សម្ពាធបើក (ប្រសិន គ្មាន manometer ប្រើបំពង់ IVI និងកត់សម្គាល់កម្រិតដែលបានវាស់ដោយម៉ែត្ររមូភ្ជាប់ជាមួយបង្គោល IVI) • ធម្មតាសម្ពាធបើក(OP) គឺ ១០-២០ cm H_20 • បើសម្ពាធកើនឡើងមិនដឹងមូលហេតុ-បូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ៥ml នៅពេលដំបូង • បើសម្ពាធកើនឡើង និងសង្ស័យយ៉ាងខ្លាំងថា ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគ Cryptococcus ត្រូវបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងចំនួន ២០-៣០ml • ពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង រកជាតិស្ករ និងប្រូតេអ៊ីន • ពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងដោយអតិសុខុមទស្សន៍ - គោលិកាស (leucocytes) • ពិនិត្យ Cryptococcus India (ប្រទេសចិន) ស្នាមប្រឡាក់ទឹកថ្នាំសម្រាប់យកទៅពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ ធ្វើតេស្តរក antigen Cryptococcal (CCAg) • Bacterial stain និងការបណ្ដុះមេរោគ • ជំងឺរបេង៖ ពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ តេស្ត GeneXpert និងការបណ្ដុះមេរោគរបេង។

១៦.២.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យញែកចេញ នៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ

តារាងទី២៩ ការញែកចេញនៃមូលហេតុផ្សេងៗនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ

	ជំងឺបង្កដោយមេរោគ Cryptococcus	ជំងឺរបេង	ជំងឺបង្កដោយពពួកបាក់តេរី	ជំងឺបង្កដោយពពួកវីរុស
ចំនួនកោសិកា CD4	ទាប (< ១០០)	ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4ប៉ុន្មានក៏ដោយ(ជាទូទៅពេលមានកោសិកាចំនួនតិច)	ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4ប៉ុន្មានក៏ដោយ	ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ។
លេចចេញរោគសញ្ញាភ្លាមៗ ឬវិវត្តន៍ទៅមុខ	រ៉ាំរ៉ៃ	មិនសូវស្រួចស្រាវ	ស្រួចស្រាវ	ស្រួចស្រាវ
បើកសម្ពាធបើកពេលបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង	ខ្ពស់– ខ្ពស់ខ្លាំង	ខ្ពស់ ឬធម្មតា	ខ្ពស់	ជាទូទៅ ធម្មតា
រូបភាពនៃទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង	ថ្លា	ជាទូទៅ ថ្លា	ជាទូទៅ ល្អក់ (Turbid)	ជាទូទៅ ថ្លា
កោសិកា (ភាគច្រើន)	Lymphocytes	Lymphocytes	Neutrophils ↑↑	Lymphocytes
Glucose	ធម្មត /ទាប	ទាប	ទាប	ធម្មតា
Protein	ឡើងបន្តិចបន្តួច	ឡើង	ឡើង	ធម្មតា ឬឡើងបន្តិចបន្តួច

ការពិនិត្យដោយ Microscopy stains	India ink ជាទូទៅ វិជ្ជមាន	AFB ជាទូទៅ មើលមិនឃើញ	Gram +ve cocci (*S. Pneumoniae*), Gram –ve (*N. meningitides*) ។ល។	អវិជ្ជមាន
ការពិនិត្យផ្សេងទៀត	CrAg វិជ្ជមាន	ពិនិត្យដោយ GeneXpert (moderate sensitivity in CSF) សុំធ្វើការបណ្តុះមេរោគ ។	សុំធ្វើ Grams stain និង បណ្តុះមេរោគ	ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទាត់ចោល HSV អាចបញ្ជាក់បាន ពេលធ្វើតេស្ត PCR ។

ការពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងអ្នកជំងឺ neurosyphilis ៖ ↑ គោលិកាសភាគច្រើនជា កោសិកា mononuclear និង ↑protein និង glucose ធម្មតា និងតេស្ត VDRL អាច វិជ្ជមាន។

១៦.៣ ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរ

- សូមអានជំពូកទី ១៧. ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគគ្រិបតូកុក ទំព័រទី១១៩, និងជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង សូមអានផ្នែកជំងឺរបេងក្រៅសួត ក្នុងជំពូកទី ១៣: ១៣.៨ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត , ទំព័រទី១០៣។

១៦.៣.១ ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយបាក់តេរី

- Ceftriaxone 2gm ចាក់ IVI, រាល់ ១២ ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល ១០ ថ្ងៃ។

១៦.៣.២ ការព្យាបាលជំងឺសរសៃប្រសាទបង្កដោយមេរោគស្វាយ (Neurosyphilis)

- Benzypenicillin 1.8 g (3 million units), ចាក់រាល់៤ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល១៥ថ្ងៃ។

១៦.៣.៣ ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ *Herpes simplex*

- Acyclovir 10mg/kg ចាក់ IVI រាល់៨ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល១០ថ្ងៃ។

ជំពូកទី ១៧. ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគ CRYPTOCOCCUS (CM)

១៧.១ ចំណុចគន្លឹះ

- *ជំងឺបង្កដោយមេរោគផ្សិតឈ្មោះ Cryptococcus neoformans* គឺជាជំងឺផ្សិតដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិតអ្នកជំងឺអេដស៍ ហើយជួបប្រទះជាញឹកញាប់។ អត្រាស្លាប់មានកម្រិតខ្ពស់ ទោះបីជាបានទទួលការព្យាបាលក៏ដោយ ។
- ហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅជំងឺ CM មានកម្រិតខ្ពស់បំផុតសម្រាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ នៅពេលចំនួនកោសិកា CD4 ធ្លាក់ចុះ <១០០កោសិកា/ម.ម^{៣} ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលឱ្យបានឆាប់ គឺជាគន្លឹះដ៏សំខាន់ ក្នុងការកែលម្អអត្រាមរណៈភាពនៃជំងឺ CM ។ ដូច្នេះ វាជាការសំខាន់ក្នុងការដាក់ការសង្ស័យពីជំងឺ CM និងចាប់ផ្តើមបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (LP)។
- ជំងឺ CM មានរោគសញ្ញាមិនសូវស្រួចស្រាវ ឈឺក្បាលខ្លាំង គឺជារោគសញ្ញាដែលកើតមានជាញឹកញាប់។
- ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺ CM ទាំងអស់ ទៅថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។
- ការព្យាបាលដោយបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងសម្ពាធក្នុងខួរក្បាលខ្ពស់ (high intracranial pressure) គឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់នៃការព្យាបាល ដែលជះឥទ្ធិពលលើមរណៈភាពនៃជំងឺ CM។
- សម្ពាធបើកនៃទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ត្រូវវាស់នៅពេលដំបូង និងរាល់ពេលបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងជាបន្តបន្ទាប់។
- IRIS គឺជាការព្រួយបារម្ភ ជាពិសេស ជំងឺ CM ដោយសារហេតុផលនេះហើយ បានជាតម្រូវឱ្យពន្យារពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រហូតដល់ ៤-៦ សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺ CM ។

១៧.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

ឈឺក្បាល គ្រុនក្តៅ មាន/គ្មានការផ្លាស់ប្តូរគំហើញ វង្វេងស្មារតី ពិការសរសៃប្រសាទ (cranial nerve palsy) រោគសញ្ញា meningismus (រឹងក) ប្រកាច់ និងថយចុះស្មារតី។ រោគសញ្ញាអាចមានតិចតួចបំផុត មិនសូវស្រួចស្រាវ ឬជួលកាលពុំរ៉ែ (ឧ.មានតែឈឺក្បាល និងគ្រុនក្តៅតែប៉ុណ្ណោះ) ។ រោគសញ្ញាស្រោមខួរក្បាល (ឧ. ឡើងរឹងក) គឺជាករណីកម្រ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានការបង្ករោគរាលដាល អាចមានដំបៅស្បែកបង្កដោយមេរោគ cryptococcus (អាចមើលទៅស្រដៀងគ្នាជាមួយជំងឺ contagiosum molluscum)។

រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយបាក់តេរី ជំងឺរលាកស្រោម**ខួរ**បង្កដោយជំងឺរបេង ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ bacterial sinusitis (សូមមើលតារាងទី២៩ ការញែកចេញនៃមូលហេតុផ្សេងៗនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ , ទំព័រទី ១១៧)។

១៧.៣ ការធ្វើរោគវនិច្ឆ័យ

- **រោគវិនិច្ឆ័យនៃការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង** គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ CM ។ ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង បើមេរោគ Cryptococcus ត្រូវបានរកឃើញនៅគ្រប់កន្លែងនៅពេលបណ្តុះមេរោគ ឬតេស្តសេរ៉ូម

CRAG វិជ្ជមាន និងអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក (តារាងទី២៨:បច្ចេកទេសនៃការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ Cryptococcal Antigen)។

- បើមូលដ្ឋានព្យាបាលរបស់អ្នក មិនអាចអនុវត្តការបូមទឹកខួរឆ្អឹង ឬការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងបានទេ ហើយមានការសង្ស័យថា ជាជំងឺ CM ត្រូវ៖
  - ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ១២០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ និង
  - បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលកម្រិតខ្ពស់ជាង ដែលអាចបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលត្រឹមត្រូវ។

- ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង មិនត្រូវធ្វើទេ បើមានជំងឺឈាមកក (coagulopathy) ធ្ងន់ធ្ងរ ឬកន្លែងមានជំពៅធំ(ភស្តុតាងដោយមាន រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទនៅផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល ប្រកាច់ ឬ CT ស្កេន appearance) ។

- បើអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាបប្រព័ន្ធប្រសាទនៅផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល (focal neurological signs) ត្រូវធ្វើតេស្តសេរ៉ូម CRAG ។ បើតេស្ត វិជ្ជមាន និងមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺ CM ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺ CM ។ ចូរចងចាំថា អ្នកជំងឺអាចមានជំងឺ toxoplasmosis និងមានតេស្ត CRAG វិជ្ជមាន ដូច្នេះករណីខ្លះ វាជាការល្អបំផុតក្នុងការព្យាបាល ទាំងជំងឺ toxoplasmosis និងជំងឺ CM រួមគ្នា។

- បើការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍រកមេរោគ cryptococcus និងធ្វើតេស្ត CRAG មានលទ្ធផល៖ អវិជ្ជមាន-ត្រូវពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ និងធ្វើការបណ្តុះរកមេរោគបាក់តេរី ។

- **រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ CM ដំណាក់កាលទី២៖** ទាំងការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ដោយប្រើប្រាស់ India ink និងធ្វើតេស្ត CRAG នៅតែ វិជ្ជមានជាច្រើនខែ បន្ទាប់ពីការព្យាបាលបានជោគជ័យ ។ ដូច្នេះ នៅមានវិធីតែមួយគត់ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីរោគវិនិច្ឆ័យឱ្យបានច្បាស់លាស់នៃការបង្ករោគនៅពេលបច្ចុប្បន្ននៅក្នុងបរិបទនៃការលាប់ជំងឺឡើងវិញ ឬការបង្ករោគម្តងទៀតគឺ ការបណ្តុះរកមេរោគផ្សិត ។

១៧.៤ ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគ cryptococcus[40]

- អ្នកជំងឺ CM ត្រូវទទួលការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមានលទ្ធភាពបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញជាតិទឹកតាមសរសៃឈាម តាមដាន electrolytes និង Creatinine និងគ្រប់គ្រងវិបត្តិនៃ electrolytes និង ការចុះខ្សោយតម្រងនោម។

ដំណាក់កាលដំបូង (Induction phase)៖

A. អនុសាសន៍នៃជម្រើស៖

ព្យាបាលមួយវគ្គខ្លី (១សប្តាហ៍) នៃការដំណាក់កាលរូបមន្តព្យាបាលដំបូងជាមួយ Amphotericin B deoxycholate (1.0mg/kg/ថ្ងៃ) និង flucytosine (100 mg/kg/ថ្ងៃ, ចែកជា ៤ដង/ថ្ងៃ), បន្ទាប់មកបន្ត

[40] Guideline for diagnosis, prevention and management for Cryptocuscal disease in HIV infected adults, adolescence and children, WHO March 2018.

មួយសប្តាហ៍ដោយ fluconazole (1200mg/ថ្ងៃ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ, 12mg/kg/ថ្ងៃ សម្រាប់ក្មេងជំទង់, រហូតដល់កម្រិតដូសអតិបរមា 800mg/ថ្ងៃ), គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ។

B. ជម្រើសផ្សេងទៀត

- ព្យាបាលរយៈពេល ២ សប្តាហ៍ដោយ fluconazole (1200mg លេប១ដង/ថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ, 12 mg/kg/ថ្ងៃ សម្រាប់ក្មេងជំទង់ + flucytosine (100mg/kg/ថ្ងៃ, ចែកជា ៤ដង/ថ្ងៃ) ឬ
- ព្យាបាលរយៈពេល២សប្តាហ៍ដោយ amphotericin B deoxycholate (1.0 mg/kg/ថ្ងៃ) + fluconazole (1200mg លេប១ដង/ថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ, 12mg/kg/ថ្ងៃ សម្រាប់ក្មេងជំទង់, រហូតដល់កម្រិតដូសអតិបរមា 800mg/ថ្ងៃ)។

ការព្យាបាលដោយបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (LP)៖

- សម្ពាធក្នុងខួរក្បាលខ្ពស់បណ្តាលមកពីជំងឺ CM ទាមទារនូវការគ្រប់គ្រងព្យាបាលដោយប្រុងប្រយ័ត្នខ្ពស់បំផុត ដោយការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងច្រើនដង។ ការព្យាបាលរបៀបនេះ អាចជួយបង្កើនលទ្ធផលល្អដល់អ្នកជំងឺ និងកាត់បន្ថយការឈឺក្បាលបានប្រសើរជាងការព្យាបាលដោយឱសថ analgesics ភាគច្រើន។
- វាស់សម្ពាធពេលបើក នៅពេលបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងម្តងៗ។
- អ្នកជំងឺដែលមានសម្ពាធបើកចំហ > ២៥cm H2O ត្រូវបូមចេញម្តងពី ២០–៣០ml នៃទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងក្នុងគោលបំណងបន្ថយសំពាធបើកចំហឱ្យនៅ < ២០cm H2O ឬកាត់បន្ថយលើសពី > ៥០% ប្រសិនបើសម្ពាធបើកចំហនេះ មានកម្រិតខ្ពស់ខ្លាំងពេក។
- ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងសារចុះសារឡើងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់សម្ពាធចំហមានលំនឹង ស្ថិតនៅក្នុងចន្លោះកម្រិតធម្មតា គឺត្រូវបូមបីថ្ងៃជាបន្តបន្ទាប់។
- បើបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមួយថ្ងៃ/ម្តង មិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ (ឈឺក្បាលខ្លាំង រោគសញ្ញានៃគំឃើញ និងភាពមិនប្រក្រតីនៃសរសៃប្រសាទខួរក្បាល)ទេ ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងចំនួន ២ដង/ថ្ងៃ (អាចបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ៣ -៤ដងរៀងរាល់ថ្ងៃ)។

តាមដានការឆ្លើយតបនៃការព្យាបាល៖

- តាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិក។
- មិនចាំបាច់បូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងជាប្រចាំ នៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលទេ លុះត្រាតែអ្នកជំងឺនៅតែមានរោគសញ្ញាក្រោយរយៈពេល១៤ថ្ងៃ ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងឡើងវិញដើម្បីបើកសម្ពាធ និងត្រូវបញ្ជូនទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងទៅធ្វើការបណ្តុះរកពពួកផ្សិត +/- ការធ្វើតេស្ត sensitivity (ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន)។
- ការធ្វើតេស្តទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងជាមួយ India Ink និងតេស្តសេរ៉ូមរក CRAG គឺមិនមានប្រយោជន៍ដើម្បីតាមដានការឆ្លើយតបនៃការព្យាបាលទេ ដោយសារតែតេស្តនេះនៅតែមានភាពវិជ្ជមានជាច្រើនខែ ទោះបីជាការព្យាបាលទទួលបានជោគជ័យក៏ដោយ។

ករណីដែលគ្មានភាពប្រសើរឡើងនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិក ត្រូវពិចារណាពី IRIS (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម) ហើយវានឹងចាំបាច់ក្នុងការផាត់ចេញពីភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំនៃមេរោគ cryptococcus និងធ្វើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវបន្តពីមូលហេតុជំងឺផ្សេងទៀត (រួមទាំង មូលហេតុនៃការបង្ករោគបន្ថែមទៀត)។

ការព្យាបាលក្នុងដំណាក់រួមបញ្ចូលគ្នា (Consolidation phase therapy)

Fluconazole (800 mg លេប១ដង/ថ្ងៃ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ, 6–12 mg/kg/ថ្ងៃ សម្រាប់ក្មេងជំទង់ រហូតដល់កម្រិតដូសអតិបរមា 800 mg/ថ្ងៃ) ត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ (រយៈពេល ៨ សប្តាហ៍ ក្រោយពីវគ្គព្យាបាលដំបូង (induction phase)។

ការព្យាបាលដំណាក់កាលថែទាំ (ការព្យាបាលបង្ការលើកទីពីរ)

Fluconazole 200mg លេប១ដង/ថ្ងៃ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និង 6mg/kg/ថ្ងៃ សម្រាប់ក្មេងជំទង់ ត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍។

បញ្ឈប់ការព្យាបាលដំណាក់កាលថែទាំ៖

- អ្នកជំងឺអាចបញ្ឈប់ការព្យាបាល ក្រោយរយៈពេល ≥ ១២ខែនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលដែល៖
  - ស្ថានភាពសុខភាពអ្នកជំងឺមានលំនឹង និងការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ ជាមួយថ្នាំ fluconazole និងថ្នាំ ARV និង
  - ចំនួនកោសិកា CD4 >១០០ ក្រោយពីធ្វើតេស្តពីរដង ឃ្លាតគ្នា៦ខែ/ម្តង និងការធ្វើតេស្ត VL មានលទ្ធផល undetectable (ឬបើគ្មានតេស្ត VL ទេ តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 > ២០០ ក្រោយពីធ្វើតេស្តពីរដង ឃ្លាតគ្នា៦ខែ/ម្តង)។

១៧.៤.១ ការព្យាបាលនៅពេលមាន CRAG ១វិជ្ជមាន តែឯកឯង (IPCA)

ចំណាំ៖ ធានាថាជំងឺ CM សកម្មត្រូវបានផាត់ចេញ ក្រោយពីបានពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង។

ព្យាបាលដំណាក់កាលដំបូង (Induction phase)៖ ឱសថ Fluconazole 800mg លេប១ម្តង/ថ្ងៃ រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ បន្តដោយ 400mg/ថ្ងៃ រយៈពេល ៨សប្តាហ៍ និងបន្ទាប់មក fluconazole 200mg/ថ្ងៃ សម្រាប់**ដំណាក់កាលថែទាំ** ។

តារាងទី៣០: Amphotericin: របៀបប្រើប្រាស់ ការបង្ការការពុល ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

របៀបប្រើប្រាស់ Amphotericin – ការបង្ការការពុល ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល [41]
បង្ការការបាត់បង់ជាតិទឹក និងបន្ថែមសារធាតុ electrolyte៖ • សូលុយស្យុងសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា១លីត្រលាយជាមួយ KCL មួយអំពូល (២០mmol) លើសពី ២-៤ ម៉ោង។ មុននឹងចាក់ amphotericin B បញ្ចូល (ជាមួយសេរ៉ូម ៥% dextrose ១លីត្រ)

[41] Rapid Advice Diagnosis, Prevention and Management of Cryptococcal Disease in HIV –infected Adults, Adolescents and Children. WHO December 2011.

- លេប១គ្រាប់ទៅ២គ្រាប់នៃ KCL ៨mEq ចំនួន ២ដង/ថ្ងៃ
- លេបបន្ថែម១គ្រាប់ KCL ៨mEq ២ដង/ថ្ងៃ អាចបន្ថែមបាន ក្នុងកំឡុងសប្តាហ៍ទី២
- បើបន្ថែម magnesium trisilicate លេប២គ្រាប់លេខ ២៥០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ, ប្រសិនជាមាន
- ការព្យាបាលជំនួស Potassium ត្រូវចៀសវាង ករណីមុខងារតម្រងនោមខ្សោយ ឬមានhyperkalaemia
- ការធ្វើតេស្តកម្រិតដូសឱសថ amphotericin B មិនត្រូវផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើទេ។

របៀបប្រើ Amphotericin B៖

- Amphotericin ម្សៅ (៥០ម.ក្រ vials) រក្សាទុកក្នុងសីតុណ្ហភាព ២– ៨^{0}C និងចៀសវាងត្រូវពន្លឺថ្ងៃ។ លាយម្សៅថ្នាំ ៥០ម.ក្រ ជាមួយ ១០ ម.ល sterile water និងចាក់ចូលទៅសេរ៉ូម dextrose ៥% ១លីត្រ និងលាយល្បាយឱ្យបានសព្វល្អ **(មិនត្រូវប្រើសេរ៉ូមប្រៃទេ)**
- ប្រើសេរ៉ូមដែលលាយហើយ ក្នុងអំឡុងពេល ២៤ម៉ោង
- ព្យួរសេរ៉ូមដោយចាក់ចូលតាមសរសៃឈាមវ៉ែន peripheral cannulas ≥ ៤ម៉ោង។ ក្រោយពីព្យួរសេរ៉ូម (infusion) រួចដកចេញថង់សេរ៉ូម និងព្យួរបន្តដោយសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ។ តាមដានស្នាមចាក់ព្យួរសេរ៉ូម ក្រែងមានការរលាកសរសៃវ៉ែន (phlebitis) និងត្រូវប្តូរកន្លែងចាក់សេរ៉ូម បើចាំបាច់។

តាមដានជំងឺអំឡុងពេលព្យួរសេរ៉ូម៖

- ជីពចរ សម្ពាធឈាម សីតុណ្ហភាពរៀងរាល់៣០នាទី/ម្តងក្នុងអំឡុងពេល២ម៉ោងដំបូង បន្ទាប់រៀងរាល់១ម៉ោង/ម្តង
- ក្នុងករណី មានគ្រុនក្តៅ និងញាក់ញ័រ- ផ្តល់ឱសថ hydrocortisone ៥០ម.ក្រ ចាក់ IVI
- បើសម្ពាធឈាម < ៧០mmHg បញ្ឈប់ព្យួរសេរ៉ូម និង ចាក់សូលុយស្យុងតាម IVI និងវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក។

តាមដានការពុលឱសថ៖

- ធ្វើតេស្ត Serum potassium និង creatinine (នៅពេលដើមគ្រា និង រាល់២សប្តាហ៍ម្តង) ជាពិសេស នៅសប្តាហ៍ទី២ នៃការព្យាបាលដោយឱសថ amphotericin B
- ធ្វើតេស្ត Haemoglobin (នៅពេលដើមគ្រា និង រៀងរាល់សប្តាហ៍)
- ផ្តោតការប្រុងប្រយ័ត្នជាពិសេស ក្នុងការតាមដានជាតិទឹក ទាំងការបញ្ចូល និងការបញ្ចេញ និងតាមដាន *ទម្ងន់អ្នកជំងឺរៀងរាល់ថ្ងៃ* ។

គ្រប់គ្រងព្យាបាលការពុលឱសថ៖

- បើ K < ៣,៣mmol/l បង្កើនការបន្ថែម potassium ដល់ ២អំពូលនៃ KCL (៤០mmol) ឬលេប១គ្រាប់ ឬ ២ គ្រាប់នៃ ៨mEq KCL ៣ដង/ថ្ងៃ ។ តាមដានជាតិ potassium រាល់ថ្ងៃ ។
- បើ hypokalaemia នៅតែមិនអាចកែតម្រូវបាន (uncorrected) ត្រូវបន្ថែមឱ្យលេប magnesium ក្នុងកម្រិតដូសទ្វេដង ។
- តម្រងនោមចុះខ្សោយនៅពេលដើមគ្រា គ្មាន contraindications ជាមួយកម្រិតដូសស្តង់ដានៃឱសថ amphotericin B ទេ។ ត្រូវធានាថា អ្នកជំងឺមានការបំពេញជាតិទឹកបានល្អ និងបើ creatinine កើនឡើងប្រហែល > ២ដង ធៀបនឹងតម្លៃពេលដើមគ្រា ។ ករណីនេះ អាចមានជម្រើស២ អាចផ្អាកការព្យាបាលដោយឱសថ amphotericin B ជាបណ្តោះអាសន្ន ឬបង្កើនជាតិទឹក ជាមុន១លីត្រ រៀងរាល់ ៨ម៉ោង/ម្តង ។ នៅពេលស្ថានភាពជំងឺបានប្រសើរឡើង ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលសារឡើងវិញក្នុងកម្រិតដូស ០,៧ ម.ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃ អាចនឹងត្រូវពិចារណាក្នុងព្យាបាលដោយ amphotericin B ឆ្លាស់ថ្ងៃគ្នា ។
- បើ creatinine នៅតែកើនឡើង ឈប់ប្រើ amphotericin ហើយបន្តដោយ fluconazole ក្នុងកម្រិតដូស ១២០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ (សូមអានកំណត់សម្គាល់អំពី fluconazole ខាងក្រោម)។ តាមដាន creatinine ប្រចាំថ្ងៃ ។

១៧.៤.២ អន្តរកម្មរវាងឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តារាងទី៣១: អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត	អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
Amphotericin B	គ្មានអន្តរកម្មនៃឱសថក្រុម PI និងក្រុម NNRTI Amphotericin នាំឱ្យពុលតម្រងនោម (nephrotoxic) ត្រូវតាមដានមុខងារតម្រងនោមឱ្យបានដិតដល់ ហើយអាចទាមទារឱ្យកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថក្រុម NRTI ។
Fluconazole	AZT និង NVP: ↑កំហាប់ មិនតម្រូវឱ្យកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថទេ តែត្រូវតាមដានផលប៉ះពាល់ ។
Flucytocine	

១៧.៤.៣ ឱសថ Fluconazole នាំឱ្យតម្រងនោមចុះខ្សោយ និងពុលថ្លើម[42]

- **ឱសថ Fluconazole នាំឱ្យតម្រងនោមចុះខ្សោយ៖** ឱសថ Fluconazole ត្រូវបញ្ចេញចោលតាមទឹកនោមដោយមិនប្រែប្រួល ដូច្នេះត្រូវពិចារណាក្នុងការបន្ថយកម្រិតដូស ក្រោយពេលព្យាបាលដោយឱសថនេះ៣ថ្ងៃដំបូង បើ creatinine clearance < ៥0mL/min។
  - Cr Clearance ២១–៥០ ម.ល/នាទី ផ្តល់កម្រិតដូសពាក់កណ្តាលនៃកម្រិតដូសផែនការរៀងរាល់ថ្ងៃ
  - Cr Clearance ១១–២០ម.ល/នាទី ផ្តល់កម្រិតដូស១/៤ នៃកម្រិតដូសផែនការ រៀងរាល់ថ្ងៃ ។

- **ឱសថ Fluconazole និងថ្លើម៖** អ្នកជំងឺមួយចំនួនតូច ទាមទារឱ្យបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole បណ្តាលមកពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថនេះ ប៉ុន្តែឱសថ fluconazole អាចបណ្តាលឱ្យកើនឡើងបន្តិចបន្តួចនៃ transaminases និងកម្រលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកថ្លើម ថ្លើមខ្សោយខ្លាំង (Cholestasis and fulminant hepatic failure) និងការស្លាប់។ ហានិភ័យនឹងមានកម្រិតខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលលេបឱសថទាំងអស់នេះ៖ ឱសថ rifampicin ឱសថ phenytoin ឱសថ isoniazid valproic acid ឬ ភ្នាក់ងារ sulfonylurea hypoglycaemic។

➢ បើអ្នកជំងឺមានតេស្តមុខងារថ្លើម មិនធម្មតា នៅពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole៖
  - តាមដានឱ្យដិតដល់នៃការវិវត្តន៍ទៅរបួសថ្លើមកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ (↑ Bilirubin និងពេលពិនិត្យថ្លើមឃើញថាថ្លើមមានសភាព tenderness គឺជាសញ្ញានៃភាពធ្ងន់ធ្ងរ)
  - ពិនិត្យឡើងវិញនូវអន្តរកម្មឱសថ
  - ណែនាំឱ្យអ្នកជំងឺឱ្យឈប់ផឹកគ្រឿងស្រវឹង និងឈប់ប្រើឱសថរុក្ខជាតិ (ឱសថបុរាណ)
  - ពិនិត្យមុខងារតម្រងនោម - ពីព្រោះអាចតម្រូវឱ្យបន្ថយកម្រិតដូសថ្នាំ
  - ចូរពិចារណាបន្ថយកម្រិតដូសថ្នាំ ជាពិសេស ពេលប្រើ fluconazole កម្រិតដូសខ្ពស់ (៨០០ម.ក្រ ឬ ១២០០ ម.ក្រ)

[42] MIMS Fluconazole. 2015. http://www.mims.com.au

- ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអាស្រ័យទៅលើការប្រឈមមុខ៖ ការវាយតម្លៃពីផលប្រយោជន៍- ស្វែងរកជំនួយ ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ។

១៧.៤.៤ ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកផ្សិតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ *Cryptococcus* លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ/ស្ត្រីបំបៅដោះកូន[43]

- **ឱសថ Fluconazole** មានកម្រិតប្រឈមមុខចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងកាតេកូរី D៖ របាយការណ៍នៃទារក ដែលមានភាពមិនប្រក្រតីពីកំណើត លើម្តាយបានព្យាបាលរយៈពេល ៣-៤ខែ ដោយឱសថ fluconazole ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់។ ទោះបីជា ទំនាក់ទំនងរវាងការប្រើឱសថ fluconazole និងព្រឹត្តិការណ៍ទាំងនេះ គឺនៅ មិនទាន់ច្បាស់ក៏ដោយ។ ហានិភ័យ៖ ការប្រៀបធៀបនៃអត្ថប្រយោជន៍ នឹងត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើឱសថ fluconazole ក្នុងបរិបទជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ cryptococcus (ការព្យាបាលក្នុងដំណាក់កាលរួមគ្នា និងដំណាក់កាលថែរក្សា) នេះ។ ស្ត្រីដែលគ្មានផ្ទៃពោះ គួរប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតដែលមានប្រសិទ្ធភាព (បន្ថែមលើសពីការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ) រហូតគាត់បានបញ្ចប់វគ្គនៃការព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ពេញលេញ។
- ទោះបីជា ឱសថ fluconazole បញ្ចេញតាមទឹកដោះម្តាយក៏ដោយ ក៏នៅមិនទាន់មានការបង្ហាញពីភាពពុល ឱសថនេះទៅលើទារកនៅឡើយទេ ដូចនេះទំនងជាការពុលនៃឱសថគឺ មានកម្រិតទាប។
- Amphotericin B គឺមានសុវត្ថិភាពក្នុងការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ **(ភាពមានផ្ទៃពោះគឺមានហានិភ័យក្នុង កាតេកូរី B)** ដូច្នេះ ត្រូវពិចារណាក្នុងព្យាបាលដោយឱសថតែមួយមុខ (monotherapy) ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃ ពោះក្នុងដំណាក់កាលដំបូង (induction phase)។

១៧.៤.៥ ការលេចចេញ *IRIS* បង្កដោយ *Cryptococcus*

- Cryptococcal IRIS កើតឡើងអាចជា "IRIS លាក់មុខ = unmasking IRIS" ដែលនឹងចេញរោគសញ្ញា ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬអាចកើតឡើងនៅពេលកំពុងព្យាបាល ឬក្រោយពេលព្យាបាលជំងឺ CM។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែកនៃការលេបថ្នាំ fluconazole មិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ជាមួយ ការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាលផ្សេងទៀត (ឧ. ជំងឺរបេង ជំងឺ toxoplasmosis) ឬភាពស៊ាំជាមួយ ឱសថ fluconazole (ជាករណីកម្រ)។
- ការព្យាបាលសម្ពាធខួរក្បាលខ្ពស់ បង្កដោយ cryptococcal IRIS គឺមានលក្ខណៈដូចគ្នាទៅនឹងការព្យាបាល ខាងលើ។
- ប្រសិនបើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃ IRIS មិនច្បាស់លាស់ ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលឡើងវិញ ឬបង្កើនការ ព្យាបាលប្រឆាំងពពួកផ្សិតឱ្យកាន់តែខ្លាំង (ឧ. ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ amphotericin ឬបង្កើនកម្រិត ដូសឱសថ fluconazole)។

---

[43] Johns Hopkins ABX Guide. 200 – 2015. The Johns Hopkins University.

- មិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ លុះត្រាតែក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ។
- បើមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវពិចារណាប្រើឱសថ prednisolone 0,៥-១ ម.ក្រ/គ.ក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ២-៦សប្តាហ៍ ដោយកាត់បន្ថយកម្រិតដូស។
- ការប្រើកម្រិតដូសខ្ពស់/រយៈពេលយូរនៃឱសថ steroid លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយបណ្តាលឱ្យបង្កើនហានិភ័យនៃការកើតជំងឺ strongyloidiasis រាលដាល និង septic shock ។ ប្រសិនបើប្រើ prednisolone កម្រិតដូសខ្ពស់ (>២០ម.ក្រ) អស់រយៈពេលលើសពី ២ សប្តាហ៍ ស្របតាមផែនការ ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ albendazole ៤០០ម.ក្រ លេបនៅពេលហូបអាហារមានជាតិខ្លាញ់ រៀងរាល់ ១២ ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល៧ថ្ងៃ [44] ។

[44] Sanford Guide to Antimicrobial therapy 2015

ជំពូកទី១៨. ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ TOXOPLASMA

- ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ toxoplasma បណ្តាលមកពីប្រតិកម្មកម្រើកឡើងវិញនៃពងរបស់ protozoa *Toxoplasma gondi* ដែលសម្ងំដេកក្នុងខួរក្បាល (ជាទូទៅ គ្មានរោគសញ្ញា) បន្ទាប់ពីមានការបង្ករោគ។
- ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ toxoplasma កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលថយចុះភាពស៊ាំខ្លាំងក្លា ហើយមានចំនួនកោសិកា CD4 < ១០០។
- ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ toxoplasma គឺចាត់ថ្នាក់ក្នុងដំណាក់គ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។

ការបង្ការ៖ ព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole និងចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់។

១៨.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ឈឺក្បាល +/- គ្រុនក្តៅ
- រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទនៅផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល និងរោគសញ្ញា (ស្លាប់មួយចំហៀងខ្លួន, និយាយមិនច្បាស់(ataxia)។ល។
- រលាកខួរក្បាល - រោគសញ្ញា ដូចជា ថយចុះស្មារតី និងវង្វេងវង្វាន់
- ការពិនិត្យដោយ Fundoscopy៖ +/- retinochorioditis + ឬ papilledema (ដោយសារតែ ↑ សម្ពាធក្នុងខួរក្បាល)។

១៨.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងគឺមិនអាចធ្វើបានទេ (contraindicated) បើមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទនៅផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល (focal neurological signs)
- បើគ្មាន ការពិនិត្យដោយ CT ស្កេន → ត្រូវព្យាបាលសាកល្បង និងតាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ
- បើមាន CT ស្កែន ឬ MRI ៖ ជាធម្មតា ឃើញមានដំបៅច្រើន មានរាងជា "ចិញ្ចៀនខ្ពស់"
- ការធ្វើតេស្ត serology toxoplasmosis IgG ធ្លាប់មានលទ្ធផលវិជ្ជមានពីមុន ឬទើបមានការបង្ករោគដោយ toxoplasmosis ថ្មីៗ ដូច្នេះគឺវាមានប្រយោជន៍ បើលទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមាន យើងអាច“ ផាត់ចោល ” ជំងឺ toxoplasmosis ចេញបាន។

១៨.៣ រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក

- មានដុំក្នុងសួត (Tuberculoma)៖ ថតសួតដោយកាំរស្មី X និងពិនិត្យកំហាកដោយ GeneXpert រកជំងឺរបេង គឺជាជំងឺសំខាន់បំផុតដែលអាចព្យាបាលបានជាសះស្បើយនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក
- មហារីកកូនកណ្តុរក្នុងខួរក្បាល បូសខួរក្បាលបង្កដោយបាក់តេរី ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល(stroke)

- ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole គឺមិនទំនងក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ថាជាជំងឺ toxoplasmosis ទេ។

១៨.៤ ការព្យាបាលស្តង់ដា

- ប្រើកម្រិតដូសខ្ពស់នៃឱសថ cotrimoxazole៖ ១០/៥០ម.ក្រ/គ.ក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ចែកជា២ដង/ថ្ងៃរយៈពេល ៦សប្តាហ៍ ។
    - មនុស្សពេញវ័យ > ៥០គ.ក្រ: ២ x DS គ្រាប់ លេប២ដង/ថ្ងៃ
    - មនុស្សពេញវ័យ < ៥០គ.ក្រ: ៣ x SS គ្រាប់លេប២ដង/ថ្ងៃ។
- បន្ថែម folic acid ៥ម.ក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ដោយសារការប្រើកម្រិតដូសខ្ពស់នៃឱសថ cotrimoxazole រារាំងការសំយោគនៃ folate។
- ផ្តល់ប្រឹក្សាឱ្យអ្នកជំងឺពិសារទឹកឱ្យបានច្រើន ដោយសារការប្រើកម្រិតដូសខ្ពស់នៃឱសថ cotrimoxazole អាចប៉ះពាល់ដល់មុខងារតម្រងនោម។
- បើមានប្រតិកម្ម cotrimoxazole hypersensitivity – ផ្តល់ការព្យាបាល desensitization នៅសេវាពិគ្រោះជំងឺក្រៅ ឬអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ (សូមមើលតារាងទី១០:វិធីសារនៃការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មនៃឱសថ Cotrimoxazole (មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់, *ទំព័រទី ៣៨*) ។

១៨.៥ តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល

- ការឆ្លើយតបនឹងរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងវិទ្យុសាស្ត្រ គឺរំពឹងថា នឹងកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេល ២–៣ សប្តាហ៍។ បើគ្មានការឆ្លើយតបទេ ពិនិត្យរករោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងវិញ និងពិចារណាលើការព្យាបាលជំងឺរបេងសាកល្បង។
- ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍៖ ក្នុងអំឡុង ២សប្តាហ៍នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។

១៨.៦ ការព្យាបាលបង្ការទី ២

ឱសថ Cotrimoxazole ១DS លេបរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 > ៣៥០ រយៈពេល៦ខែ និងតេស្ត VL មានលទ្ធផល undetectable។

ជំពូកទី១៩. ជំងឺ CYTOMEGALOVIRUS (CMV)

- ជំងឺ CMV គឺជាជំងឺមួយបង្កដោយវីរុសដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់ ដោយសារវាមានសកម្មភាពឡើងវិញនៃមូលហេតុជំងឺមួយចំនួនកើតឡើងនៅសរីរាង្គណាមួយ ឬរាលដាលក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំដោយចុះខ្សោយខ្លាំង ចំនួនកោសិកា CD4 <១០០កោសិកា/មម៣ (ជាពិសេសអ្នកជំងឺដែលមាន CD4 <៥០)។
- ជំងឺ CMV ជាមូលហេតុបណ្តាលឱ្យកើតជំងឺរលាករ៉េទីនភ្នែក (retinitis) ភាគច្រើន ប៉ុន្តែជាញឹកញាប់ផងដែរក្នុងការបង្កឱ្យមានជំងឺប្រដាប់រំលាយអាហារ (ជំងឺរលាកបំពង់អាហារ ជំងឺរលាកពោះវៀនធំ) និងជំងឺរលាកសួត (pneumonitis) និង ម្តងម្កាលមានជំងឺរលាកខួរក្បាល (encephalitis) ជំងឺរលាកថ្លើម ជំងឺរលាកក្រពេញ adrenalitis ជំងឺរលាកលំពែង និង/ឬ ជំងឺ epididymitis។
- ជំងឺ CMV ត្រូវចាត់ទុកក្នុងដំណាក់កាលទី៤ នៃ WHO។

ការបង្ការ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់។

១៩.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាករ៉េទីនភ្នែកបង្កដោយ CMV

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចបង្ហាញរោគសញ្ញាភ្នែកនៅក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺអេដស៍ ឬការវិវត្តន៍នៃរោគសញ្ញាភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលដែលវាអាចក្លាយទៅជា "unmask" ដូចជា IRIS បង្កដោយជំងឺ CMV។
- រោគសញ្ញា: "គំហើញអណ្តែត" ខ្លាចពន្លឺ (photophobia) និងពិការភាពនៃគំឃើញ គ្មានការឈឺចាប់ និងក្រហមភ្នែកទេ។
- ពិនិត្យ Opthalmoscopic៖ ឃើញ exudate perivascular ពណ៌ស ដោយមាន ឬគ្មានការហូរឈាម។

១៩.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅចាក់ intravitreal ganciclovir
- បន្ត/ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ជំពូកទី ២០. ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍/ជំងឺវិកលចរិក

(DEMENTIA)

២០.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ពាក្យ *វិបត្តិសរសៃប្រសាទវិញ្ញាណពាក់ព័ន្ធជាមួយមេរោគអេដស៍* (*HIV-associated neurocognitive disorder (HAND)*) គិតទាំង វិបត្តិសរសៃប្រសាទវិញ្ញាណកម្រិតស្រាល (វិបត្តិសរសៃប្រសាទវិញ្ញាណកម្រិតស្រាល, MND) រហូតដល់ជំងឺវិកលចរិកបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HAD)។
- កត្តាប្រឈមមុខនៃ HAND៖ ជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាបខ្លាំង មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺមានវ័យចាស់ ជំងឺសរសៃឈាម និង ជំងឺ មេតាបូលិក ដូចជា ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម។
- ទម្រង់ធ្ងន់ធ្ងរនៃ HAND គឺមិនសូវកើតមានជាញឹកញាប់ទេ នៅក្នុងសម័យកាលដែលមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដ៏មានប្រសិទ្ធភាព។
- ទម្រង់កម្រិតស្រាលនៃ HAND បានជួបប្រទះជាញឹកញាប់ និងជាទូទៅ មិនត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ វាអាចបណ្តាលមកពីអ្នកជំងឺមិនបានទទួលការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ រួមទាំងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផងដែរ វិបត្តិអារម្មណ៍ និងថយចុះសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញមុខងារក្នុងគ្រួសារ ការបំពេញការងារ និងការបំពេញការងារក្នុងសហគមន៍។
- ជំងឺវិកលចរិកបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (dementia) គឺចាត់ចូលក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។

តារាងទី៣២: រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺវិកលចរិតបង្កដោយមេរោគអេដស៍

ការខូចខាតសរសៃប្រសាទវិញ្ញាណ	វិវត្តន៍ទៅរកការបាត់បង់ការចងចាំ ពិបាកផ្តោតអារម្មណ៍ វង្វេងស្មារតី និងការគិតយឺត (slowing of thought)។
រោគសញ្ញាចលករ (Motor symptoms);	បាត់បង់លំនឹង ភាពល្ងង់ល្ងៅ (clumsiness) ប្តូររូបរាងអក្សរដែលសរសេរ (change in handwriting) ញ័រដៃ ដំណើរញ័រ(tremor) ដំណើរទ្រេតទ្រោត (unsteady gait) ការនោម ឬជុះដោយមិនដឹងខ្លួន (incontinence)។
ផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត	ភាពព្រងើយកន្តើយ (Apathy) ដកខ្លួនចេញពីសង្គម ថយចុះការចាប់អារម្មណ៍ទៅនឹងអ្វីដែលកំពុងកើតឡើង និងពីសុខភាពរបស់ខ្លួនឯង។

២០.២ រោគវិនិច្ឆ័យ

HAND គឺជាការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផាត់ចោល។

រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក៖

- ការបង្ករោគប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល, ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ CMV, ជំងឺរបេង, ជំងឺ toxoplasmosis
- ជំងឺមហារីកប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល៖ ជំងឺមហារីកកូនកណ្តុរ (lymphoma)
- ការខូចមុខងារក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត

- ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬលក្ខខណ្ឌវិកលចរិកផ្សេងទៀត
- វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ- ឧ. ជំងឺវិកលចរិកបណ្តាលមកពីការផឹកគ្រឿងស្រវឹង
- ការភ្លេចភ្លាំង (កំណត់ដោយការឡើងចុះនៃស្មារតី)
- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ៖ វីតាមីន B_{12}
- រោគសញ្ញាជំងឺវិកលចរិកផ្សេងទៀត រួមទាំង ជំងឺសរសៃឈាម (ជំងឺវិកលចរិកទាក់ទងនឹងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម) ជំងឺភ្លេចភ្លាំង (Alzheimer diseases) និងជំងឺ Parkinson ។ល។

២០.៣ ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តដូចក្នុងករណីជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ អាចមានសភាពដូចគ្នាជាមួយនឹងជំងឺវិកលចរិក(dementia)(សូមអានជំពូកទី៤២:សុខភាពផ្លូវចិត្ត,អនុផ្នែក៤២.១:ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត,*ទំព័រទី២១៣*) ។

ប្រយោជន៍នៃសាកសួរសំណួរអំពី HAND

- តើអ្នកភ្លេចរឿងអ្វីមួយជាញឹកញាប់ ឬទេ?
- តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកមានការយឺតយ៉ាវពេលលើកផែនការសកម្មភាព ឬក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា ឬទេ?
- តើអ្នកមានការលំបាកក្នុងការផ្តោតអារម្មណ៍ (ឧ. ពេលសន្ទនា ឬពេលបំពេញភារកិច្ច) ឬទេ?
- សួរដៃគូ/គ្រួសារ ប្រសិនបើពួកគេបានកត់សម្គាល់ឃើញចំណុចណាមួយខាងលើនេះ។

ត្រូវធ្វើការពិនិត្យប្រព័ន្ធប្រសាទពេញលេញ និងពិនិត្យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង។

រោគសញ្ញារកឃើញ ពេលពិនិត្យ HAND

- ការយឺតយ៉ាវទាក់ទងនឹងការនិយាយ ចលនាមុខ និងចលនាជាទូទៅ
- ការយឺតយ៉ាវ ពេលធ្វើចលនាសាច់ដុំ
- Hyper-reflexia
- ភាពទន់ខ្សោយកម្លាំងជើងកម្រិតស្រាល
- Impaired tandem gait (កែងជើង - ម្រាមជើង)
- ភាពញាក់ញ័រ (Tremor)។

ឧបករណ៍ត្រូវបានបង្កើតឡើងដែលគេស្គាល់ថា ជញ្ជីងសម្រាប់វាស់វែងកម្រិតនៃជំងឺវិកលចរិកទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ (HDS) ដើម្បីជួយក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺវិកលចរិកទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍នេះ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ វង្វាស់មានដែនកំណត់អំពី sensitivity និង specificity។

តារាងទី៣៣: រង្វាស់អន្តរជាតិនៃជំងឺវិកលចរិកពាក់ព័ន្ធជាមួយមេរោគអេដស៍ (IHDS)[45]

ការចងចាំ -ការចុះបញ្ជី	សូមឱ្យ៤ពាក្យដើម្បីរំលឹកពី (ផ្កែ មួក សណ្តែក ក្រហម) - និយាយពាក្យនីមួយៗមួយវិនាទី។ បន្ទាប់មក សួរអ្នកជំងឺពាក្យទាំង៤នេះ ក្រោយពីអ្នកបាននិយាយពាក្យទាំងអស់នោះ។ និយាយពាក្យទាំងនោះម្តងទៀត ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនអាចរំលឹកឡើងវិញនូវពាក្យទាំងនោះភ្លាមៗ។ ចូរប្រាប់អ្នកជំងឺថា អ្នកសូមឱ្យអ្នកជំងឺរំលឹកពាក្យទាំងនេះជាថ្មីម្តងទៀត នៅពេលក្រោយបន្តិច។	
១. ល្បឿននៃចលករ (Motor Speed)	ឱ្យអ្នកជំងឺប៉ះម្រាមដៃពីរដំបូងនៃម្រាមដៃដែលមិនលេចធ្លោ ឱ្យបានទូលំទូលាយ និងឱ្យបានលឿនបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។	៤ = ១៥ ក្នុង៥វិនាទី ៣= ១១-១៤ ក្នុង៥ វិនាទី ២= ៧-១០ ក្នុង៥ វិនាទី ១= ៣-៦ ក្នុង៥ វិនាទី 0= 0-២ ក្នុង៥ វិនាទី
២. ល្បឿននៃចលករផ្លូវចិត្ត (Psychomotor Speed)	ឱ្យអ្នកជំងឺធ្វើចលនាមួយចំនួនដូចខាងក្រោមនេះ ជាមួយនឹងដៃមិនមែនជាការលេចធ្លោ ឱ្យបានឆាប់រហ័សតាមដែលអាចធ្វើបាន៖ ១) ក្តាប់ដៃឱ្យណែន ទីមួយនៅលើផ្ទៃរាបស្មើ។ ២)ដាក់ដៃលើផ្ទៃរាបស្មើជាមួយនឹងបាតដៃចុះក្រោម។ ៣) ដាក់កែងទៅនឹងផ្ទៃរាបស្មើ នៅលើផ្នែកម្ខាងនៃខ្ទង់ម្រាមដៃទី៥។ ធ្វើបង្ហាញអ្នកជំងឺ និងឱ្យអ្នកជំងឺបង្ហាញពីរដង។	៤= ៤ sequences ក្នុង១០ វិនាទី ៣=៣ sequences ក្នុង១០ វិនាទី ២=២ sequences ក្នុង១០ វិនាទី ១ =១ sequence ក្នុង១០ វិនាទី 0 = មិនអាចធ្វើបាន
៣. ការចងចាំ-ការរំលឹកឡើងវិញ (Memory-Recall)	សូមឱ្យអ្នកជំងឺរំលឹកពាក្យទាំងបួន។ ចំពោះពាក្យដែលមិនបានរំលឹក សូមឱ្យតម្រុយ ឬគន្លឹះដល់អ្នកជំងឺ (semantic) ដូចខាងក្រោម: សត្វ (សត្វឆ្កែ) សម្លៀកបំពាក់ណាមួយ (មួក) បន្លែ (សណ្តែក) ពណ៌(ក្រហម)	ឱ្យ ១ ពិន្ទុសម្រាប់ការរំលឹកពាក្យនីមួយៗដោយឯកឯង និងផ្តល់ 0,៥ ពិន្ទុសម្រាប់ចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវបន្ទាប់ពីបានជួយឱ្យតម្រុយជាគន្លឹះ។ ពិន្ទុអតិបរមាគឺ - ៤ ពិន្ទុ។
ពិន្ទុកសរុបនៃមាត្រដ្ឋានអន្តរជាតិនៃការវាស់វែងជំងឺវិកលចរិកទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺជាការបូកពិន្ទុសរុបពីប្រធាន ១-៣។ ពិន្ទុអតិបរមាគឺ១២។ អ្នកជំងឺម្នាក់ដែលមានពិន្ទុ ≤ ១០ ត្រូវតែ វាយតម្លៃបន្ថែមទៀត អំពីលទ្ធភាពនៃកើតមានជំងឺវិកលចរិក(dementia)។		

២០.៤ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ

- តេស្ត Syphilis រួមមាន៖ តេស្ត Treponema Paledium Haemagglutination assay (TPHA), តេស្ត trepon (TPPA), តេស្ត fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-ABS), តេស្ត Rapid Plasma Reagent (RPR)

[45] Reprinted from Sacktor NC, Wong M, Nreakasujja N, et al. The International HIV Dementia Scale: A new rapid screening test for HIV dementia. AIDS 2005; 19:1367-1374

- ពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម- Baseline (BSL)
- តេស្តមុខងារក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត(Thyroid)
- Vitamin B12
- ពិចារណាក្នុងការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងធ្វើ CT scan (ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន) ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល។

២០.៥ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់បំផុត៖
    - ចូរពិចារណាការចាប់ផ្តើម ឬផ្លាស់ប្តូរពីឱសថ EFV ទៅឱសថ NVP បើសិនជាមានការផ្តល់យោបល់ថាឱសថ EFV មានផលប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ។ លើសពីនេះទៅទៀតឱសថ NVP មានការជ្រៀបចូលក្នុងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាលបានល្អ។
    - ការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាទូទៅ គឺល្អ។
- ធានាឱ្យមានការគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានល្អនៃភាពមានជំងឺច្រើនរួមគ្នាក្នុងពេលតែមួយ (comorbidities) - ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម, ជំងឺទឹកនោមផ្អែម។
- ស្រង់បញ្ជីសមាជិកក្រុមគ្រួសារអ្នកជំងឺដែលជួយគាំទ្រអ្នកជំងឺក្នុង៖
    - ការលេបឱសថឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ រួមទាំងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
    - ផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភឱ្យបានសមស្រប
    - បរិដ្ឋានមានសុវត្ថិភាព (ពិចារណាទាំង អគ្គិសនី ចរាចរ)។
- ផ្តល់យោបល់អ្នកជំងឺកុំឱ្យផឹកគ្រឿងស្រវឹងច្រើន ឬឱ្យផឹកតិចតួចបំផុត។

ជំពូកទី ២១. ជំងឺសរសៃប្រសាទនៅផ្នែកខាងចុង

(PERIPHERAL NEUROPATHY)

ជំងឺសរសៃប្រសាទនៅផ្នែកខាងចុង (PN) កើតឡើងជាញឹកញាប់លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាពិសេស អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ២០០កោសិកា/ម.ម³។

២១.១ មូលហេតុនៃជំងឺ PN

- បង្កដោយមេរោគអេដស៍ខ្លួនឯង
- កង្វះ Vitamin (B6 B12 thiamine។ល។)
- ផលប៉ះពាល់នៃឱសថផ្សេងៗ រួមទាំង ឱសថ ARVs (d4T ឬ DDI) និងឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង(INH)
- ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- ការសេពគ្រឿងស្រវឹងច្រើនពេក។

២១.២ ការបង្ការជំងឺ PN

- ធានាថា pyridoxine ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកជំងឺជាប់ជានិច្ច នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ INH
- ព្យាយាមចៀសវាងការព្យាបាលដោយឱសថ d4T ដែលជាឱសថមួយក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ជំងឺទឹកនោមផ្អែម៖ ពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងព្យាបាល ដោយត្រួតពិនិត្យ glycemy ឱ្យបានល្អ
- ផ្តល់យោបល់ឱ្យគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភឱ្យបានល្អ និងពិសារគ្រឿងស្រវឹងក្នុងកម្រិតសុវត្ថិភាព។

២១.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ថយចុះ +/- ប្រែប្រួលនៃ sensation ក្នុងភាពស៊ីមេទ្រី 'glove and stocking distribution' (ជើង និងនៅដៃម្តងម្កាល)
- "Pins និង needles' មានអារម្មណ៍ក្តៅ (burning sensation) "ត្រជាក់ជើង" រមួលក្រពើ
- អវត្តមាន reflexes កែងជើង និងចុះខ្សោយកម្លាំងកែងជើង/ជើង អាចកើតមានឡើង។

២១.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ធានាការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឱ្យបានត្រឹមត្រូវ (ពិនិត្យនៃភាពស៊ីមេទ្រី)
- ពិនិត្យឱសថដែលបានប្រើ ការផឹកគ្រឿងស្រវឹង និងពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម (សូមអាន "ការបង្ការជំងឺ PN" ខាងលើ) និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានសមស្រប។
- ព្យាបាលបំបាត់ការឈឺចាប់ (analgesia)៖
  - ឱសថ Paracetamol ៥០០ ម.ក្រ–១០០០ ម.ក្រ លេប ៤ដង/ថ្ងៃ

- ឱសថ Ibuprofen (ត្រូវប្រយ័ត្ន ករណីមុខងារតម្រងនោម និងថ្លើម មិនធម្មតា ជំងឺក្រពះ ពោះវៀន ឬជំងឺលើសសម្ពាធឈាម)
- ឱសថ Amitriptyline ចាប់ផ្តើមព្យាបាលក្នុងកម្រិត ២៥ម.ក្រ នៅពេលយប់អាចបង្កើនដល់៥០ម.ក្រ។ ផ្តល់ដំណឹងជូនអ្នកជំងឺទាក់ទងនឹងរោគសញ្ញានៃការចុះសម្ពាធឈាម នៅពេលផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាព (postural hypotension)។

ជំងឺរលាកថ្លើមបង្កដោយវីរុស និងជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ

ជំពូកទី២២. ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B គឺជាវីរុស DNA ស្ថិតក្នុងគ្រួសារ hepadnavirus។ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) គឺជាជំងឺមួយក្នុងចំណោមជំងឺឆ្លងដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់ នៅលើពិភពលោក និងនៅប្រទេសកម្ពុជាដែលត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាប្រទេសដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់ពី ៣ ទៅ ៥% ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅដែលបានបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។ សម្រាប់ព័ត៌មានលំអិត សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឆ្នាំ ២០១៩។

២២.១ ទំនាក់ទំនងរវាង មេរោគអេដស៍ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

- HIV និង HBV មានផ្លូវចម្លងរួមគ្នា
- ការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយមេរោគអេដស៍ បណ្តាលឱ្យជំរុញការវិវត្តន៍លឿននៃអ្នកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ទៅជំងឺថ្លើមក្រិន(cirrhosis) និងជំងឺមហារីកកោសិកាថ្លើម(hepatocellular carcinoma) ហើយភស្តុតាងមួយចំនួនបានបញ្ជាក់ថា ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B បានជំរុញការវិវត្តន៍លឿនទៅរកជំងឺអេដស៍ និងបណ្តាលឱ្យឆាប់ស្លាប់
- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB នាំឱ្យមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នៃការពុលថ្លើមនៅពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថផ្សេងៗ
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រួមមាន ឱសថមួយចំនួនប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB ដែលអាចមានឥទ្ធិពលក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នានៃជំងឺទាំងពីរនេះ
- ការស្តារឡើងវិញនៃភាពស៊ាំ ក្រោយពេលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាចនាំឱ្យមាន "flare" នៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។

២២.២ ការចម្លង និងការបង្ការការចម្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB គឺឆ្លងតាមឈាមដែលមានវីរុស ឬតាមសារធាតុនៃសារពាងកាយ (ទឹកកាមបុរស និងទឹករំអិលយោនី)។ វីរុសអាចជ្រៀតចូលទៅក្នុងឈាមតាមរយះ mucous membranes ឬតាមរយៈស្បែកដាច់រលាត់។

តារាងទី៣៤: ការចម្លង និងការបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

ការចម្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B	ការបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B
• ជុំវិញកំណើតកូន (Perinatal) ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងពី ៣០ –៩០% • តាមការចាក់ទម្លុះស្បែក (Parenteral) – អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន(IDU)៖ ប្រឈមមុខខ្ពស់ខ្លាំងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ – មូលដ្ឋានថែទាំព្យាបាល៖ • បញ្ចូលឈាម • ដំណើរការវេជ្ជសាស្ត្រ • គ្រោះថ្នាក់ដោយការមុតម្ជុល (~ ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លង ៣០%) – នៅក្នុងផ្ទះ៖ • ពីកុមារម្នាក់ទៅម្នាក់ • ច្រាសដុះធ្មេញ ឡាមកោរពុកមាត់។ល។ • ចោះក្រវិលត្រចៀក សាក់លើស្បែក • ការរួមភេទ រួមទាំង ការរួមភេទតាមមាត់។	• ការចាក់ថ្នាំបង្ការ៖ – ទារក (↓ ៧០%) – មន្ត្រីសុខាភិបាល – ដៃគូ (ប្តី ឬប្រពន្ធ) • អនុវត្តវិធានការបង្ការជាសកល • ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមេរោគលើសឈាម • ស្រោមអនាម័យ • ការប្រុងប្រយ័ត្ននៅក្នុងផ្ទះ។

២២.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

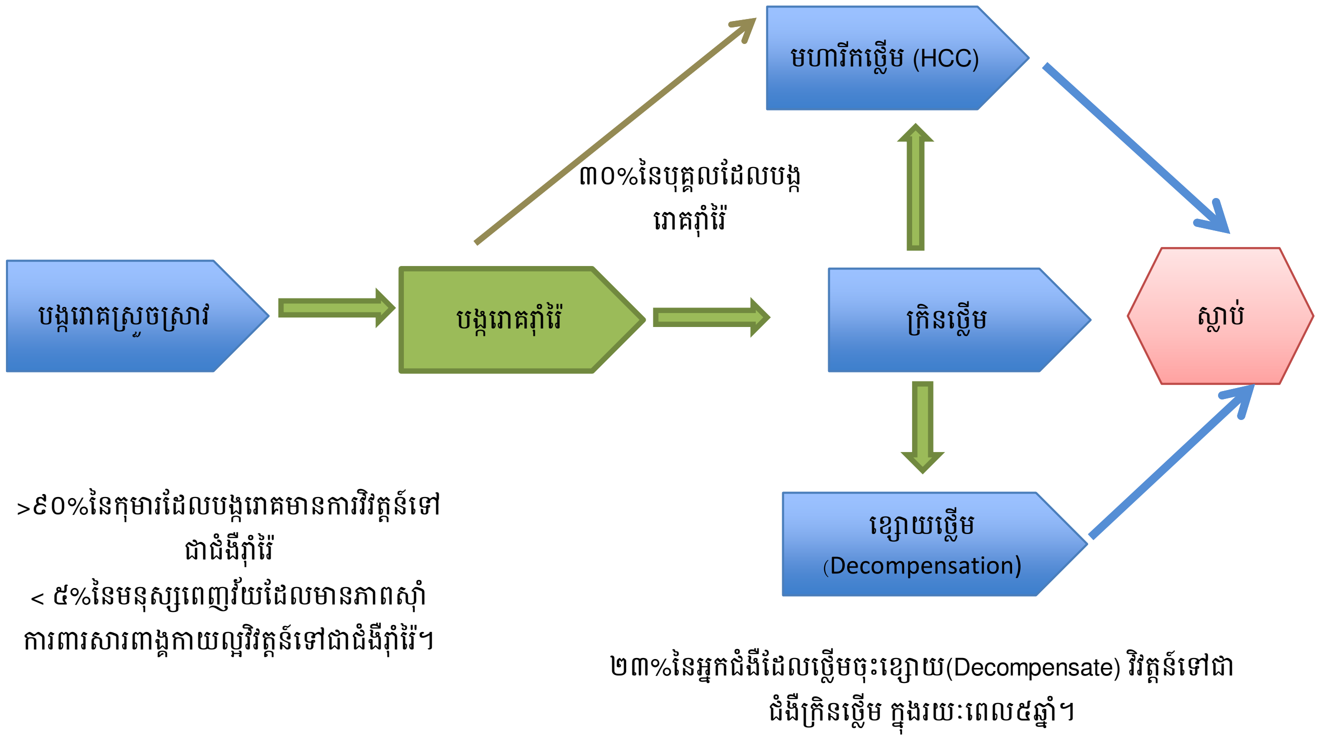
តេស្ត Serology៖

- តេស្ត HBsAg វិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថា កំពុងមានការបង្ករោគជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B
- បើតេស្ត HBsAg អវិជ្ជមាន ប៉ុន្តែ តេស្ត HBsAb វិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថា មានភាពស៊ាំប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B បណ្តាលមកពីធ្លាប់ចាក់ថ្នាំបង្ការ ឬធ្លាប់កើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B កាលពីមុន
- តេស្ត HBcAb វិជ្ជមាន អាចធ្លាប់កើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬជាមួយតេស្ត HBsAg វិជ្ជមាន ដោយសារកំពុងតែមានការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B
- ការធ្វើតេស្តបន្ថែមទៀត មិនទាន់មាននៅប្រទេសកម្ពុជាទេ រួមទាំងតេស្ត HBeAg (active replication និង high infectivity) តេស្ត HBeAb និងតេស្ត HBV DNA Viral Load។ ការធ្វើតេស្តទាំងអស់នេះ អាចជួយក្នុងការវាយតម្លៃពីដំណាក់កាលនៃជំងឺដែលមានសារៈសំខាន់ក្នុងការកំណត់ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B លើអ្នកជំងឺដែលមានតែជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B តែឯកឯង។

២២.៤ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងប្រវត្តធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

រយៈពេលសម្ងំ៖ ១០សប្តាហ៍ (ស្ថិតក្នុងចន្លោះ ៤– ២៦សប្តាហ៍)។

រូបភាពទី១១: ការវិវត្តិន៍ធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដែលមិនបានព្យាបាល



ដំណាក់កាលទាំងបួននៃការបង្ករោគដោយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ [46]

១. ការទ្រាំទ្រនៃភាពស៊ាំ (Immune tolerance)៖ គ្មានការឆ្លើយតបរបស់ភាពស៊ាំប្រឆាំងវីរុស។

- ពេលបង្ករោគជាច្រើនទសវត្សតាំងពីនៅវ័យកុមារ ភាគច្រើននៃជំងឺនេះមិនបានកើតឡើងទេ ឬបាត់ទៅវិញនៅពេញពេញវ័យ
- តេស្ត ALT ធម្មតា, តេស្ត HBeAg វិជ្ជមាន, តេស្ត viral load (HBV DNA) ខ្ពស់។

២. ការលាងវីរុសសំអាតដោយភាពស៊ាំ (Immune clearance)៖

- ការឡើងចុះនៃ ALT និងកម្រិត HBV DNA
- ៥%-១០% ក្នុងមួយឆ្នាំៗ មាន seroconvert ពី HBeAg → HBe Ab ដែលមានទំនាក់ទំនងនឹងការ ↓↓ HBV VL។

៣. ការត្រួតពិនិត្យវីរុសដោយភាពស៊ាំ (Immune control)៖ វីរុសគ្មានការបំបែកខ្លួន (រយៈពេលសម្ងំ)។

- តេស្ត HBeAg អវិជ្ជមាន, តេស្ត HBV DNA ទាប ឬ undetectable, តេស្ត ALT ធម្មតា
- គេហៅថា "ភ្នាក់ងារផ្ទុកមេរោគ" ក៏ប៉ុន្តែ វីរុសដែលសម្ងំនេះ អាចនឹងសកម្មឡើងវិញ។

៤. ការភាសខ្លួននៃភាពស៊ាំ (Immune escape)៖ ការមានសកម្មភាពឡើងវិញនៃវីរុស។

- ការមានសកម្មភាពឡើងវិញដោយឯកឯងនៃវីរុសអាចនឹងកើតឡើង ២០% នៃបុគ្គលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលត្រួតពិនិត្យដោយភាពស៊ាំ

[46] See Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection WHO.March 2015.

- តេស្ត HBeAg អវិជ្ជមាន, តេស្ត HBcAb វិជ្ជមាន, តេស្ត VL HBV DNA detectable (ជាទូទៅ មានចំនួនមេរោគខ្ពស់), កម្រិត ALT ឡើងខ្ពស់ជាប់ជានិច្ច ឬម្តងម្កាល។

រោគសញ្ញាក្រៅថ្លើមនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B មានការពាក់ព័ន្ធជាមួយចរាចរនៃ Ag-Ab immune complexes → ការរលាក៖

- ឈឺសន្លាក់ដៃជើង (Arthralgia) និងរលាកសន្លាក់ដៃជើង(arthritis)
- ដំបៅផ្លូចក្រហមៗលើស្បែក (Purpuric cutaneous lesions), leukocytoclastic vasculitis
- Glomerulonephritis ។

Polyarteritis nodosa (small/medium vessel vasculitis៖ ស្បែក ភ្នែក តម្រងនោម បេះដូង ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល។ល។)

២២.៥ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

- ឆ្លងពីម្តាយទៅកូន៖ អត្រាឆ្លង ១០% -៩០% (អាស្រ័យតាម HBV DNA VL)។
  - ចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B កម្រិតដូសដំបូង ចំពោះកុមារក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោង ក្រោយពេលកើតនាំឱ្យកាត់បន្ថយការចម្លងបាន ៧០%។ ប៉ុន្តែត្រូវចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការពី២ ឬ ៣ កម្រិតដូសបន្ថែមទៀត នៅពេលកុមារអាយុ ៦ ១០ និង ១៤ សប្តាហ៍
  - បន្ថយការចម្លងរោគបន្ថែមទៀត ក្នុងករណីដែលស្ត្រីបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុសក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១
  - គ្មានការណែនាំឱ្យធ្វើការវះកាត់ស្បូនយកកូនទេ (caesarean section)
  - គ្មានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីឆ្លងតាមទឹកដោះម្តាយទេ (ទោះបីជា ការយកទឹកដោះម្តាយ ទៅធ្វើតេស្ត HBsAg និងតេស្ត HBV DNA មានលទ្ធផល detectable នៅក្នុងទឹកដោះម្តាយក៏ដោយ)។
- ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវតាមដានឱ្យបានដិតដល់ អំពីការវិវត្តន៍ទៅរកជំងឺថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ ។
- តាមដានជំងឺរលាកថ្លើម (hepatitis flare) រហូតដល់ ៦ សប្តាហ៍ ក្រោយពេលសម្រាលកូនរួច (ជាពិសេសករណីមិនបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុស)។

២២.៦ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងមេរោគអេដស៍

- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកើតតែជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B មានតែការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុសនាំឱ្យមានការលាងសំអាតវីរុសដោយភាពស៊ាំ (immune clearance) និងដំណាក់កាលនៃការភាសខ្លួននៃភាពស៊ាំនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅពេលដែលមានការប្រឈមមុខនឹងការវិវត្តន៍ទៅជំងឺក្រិនថ្លើម និងជំងឺមហារីកថ្លើម ។ អ្នកជំងឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលណាមួយនៃដំណាក់កាលទាំងពីរនេះ ត្រូវតាមដានក្នុងរយៈពេលពី ៦ – ១២ខែ។
- លំបាកក្នុងការវាយតម្លៃ ដោយសារតេស្តដែលត្រូវធ្វើទាំងនេះ មិនទាន់អាចធ្វើបាននៅក្នុងប្រទេស, ជាពិសេសតេស្ត HBV DNA viral load។
- ទោះយ៉ាងណា ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយចំនួនដែលយកមកព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ក៏មានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (TDF និង 3TC/កម្រិតដូសរួមបញ្ចូលគ្នា) ផងដែរ ។ បច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់នឹងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយការព្យាបាលនេះនឹងគ្របដណ្តប់ការបង្ករោគរួមគ្នារជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ផងដែរ ។
- វាជាការសំខាន់ណាស់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលបង្ករោគរួមគ្នារវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងជំងឺ អេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាមួយឱសថ TDF + 3TC/កម្រិតដូសរួមបញ្ចូលគ្នា ហើយត្រូវតែបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ TDF ក្នុងករណីដែល មានការផ្លាស់ប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២។
- បើគ្រាន់តែប្រើឱសថតែមួយមុខ ក្នុងចំណោមឱសថទាំងពីរនេះ (ជាពិសេស 3TC/កម្រិតដូសរួមបញ្ចូលគ្នា) វានឹងវិវត្តន៍ទៅរកភាពស៊ាំជាមួយឱសថ ។ ហេតុនេះ ស្តង់ដារូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ សម្រាប់ព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលបានបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងជំងឺអេដស៍នេះ គឺ AZT + 3TC + TDF+ DTG ឬ ATV/r ។
- តេស្ត HBsAg នឹងត្រូវធ្វើមុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ទោះជាយ៉ាងណា វាមិនចាំបាច់ក្នុងការធ្វើតេស្តនេះជាប្រចាំ នៅពេលដែលអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលដោយរូបមន្តឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ដែលមានឱសថ TDF និង 3TC នោះទេ។
- ការធ្វើតេស្ត HBsAg គឺមានសារៈសំខាន់ បើសិនជាមានការពិចារណាក្នុងការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅជួរទី២ ក្នុងករណីមានលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលបញ្ជាក់ពីភាពមិនធម្មតានៃលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើម ។

សូមអានជំពូកទី ២៤. ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ , ទំព័រទី ១៤៥ ។

ជំពូកទី ២៣. ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C (HCV) បណ្តាលមកពីវីរុស RNA ស្ថិតនៅក្នុងគ្រួសារនៃវីរុស flavivirus។ HCV មានសេណូទីបពី ១–៦ លេចចេញនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិកខុសគ្នា និងឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ក៏ខុសគ្នាដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានលំអិតសូមអាន គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ឆ្នាំ ២០១៩។

២៣.១ ទំនាក់ទំនងរវាងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C

- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ភាគច្រើនឆ្លងតាម ការចាក់ទម្លុះស្បែក និងជាញឹកញាប់កើតឡើង ចំពោះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ។ ទោះយ៉ាងណា ហានិភ័យនៃការឆ្លងតាមផ្លូវភេទ និងឆ្លងពេលសម្រាលកូន គឺមានកម្រិតខ្ពស់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាជាងអ្នកគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍, ជាពិសេសក្នុងចំណោមអ្នកដែលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមខ្ពស់ (HIV viral load)។
- ការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងមេរោគអេដស៍ បណ្តាលឱ្យមានហានិភ័យខ្ពស់នៃការវិវត្តន៍ពីជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ទៅជំងឺក្រិនថ្លើម និងជំងឺមហារីកកោសិកាថ្លើម ។
- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C បង្កើនហានិភ័យនៃការពុលថ្លើមជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថដទៃទៀត។

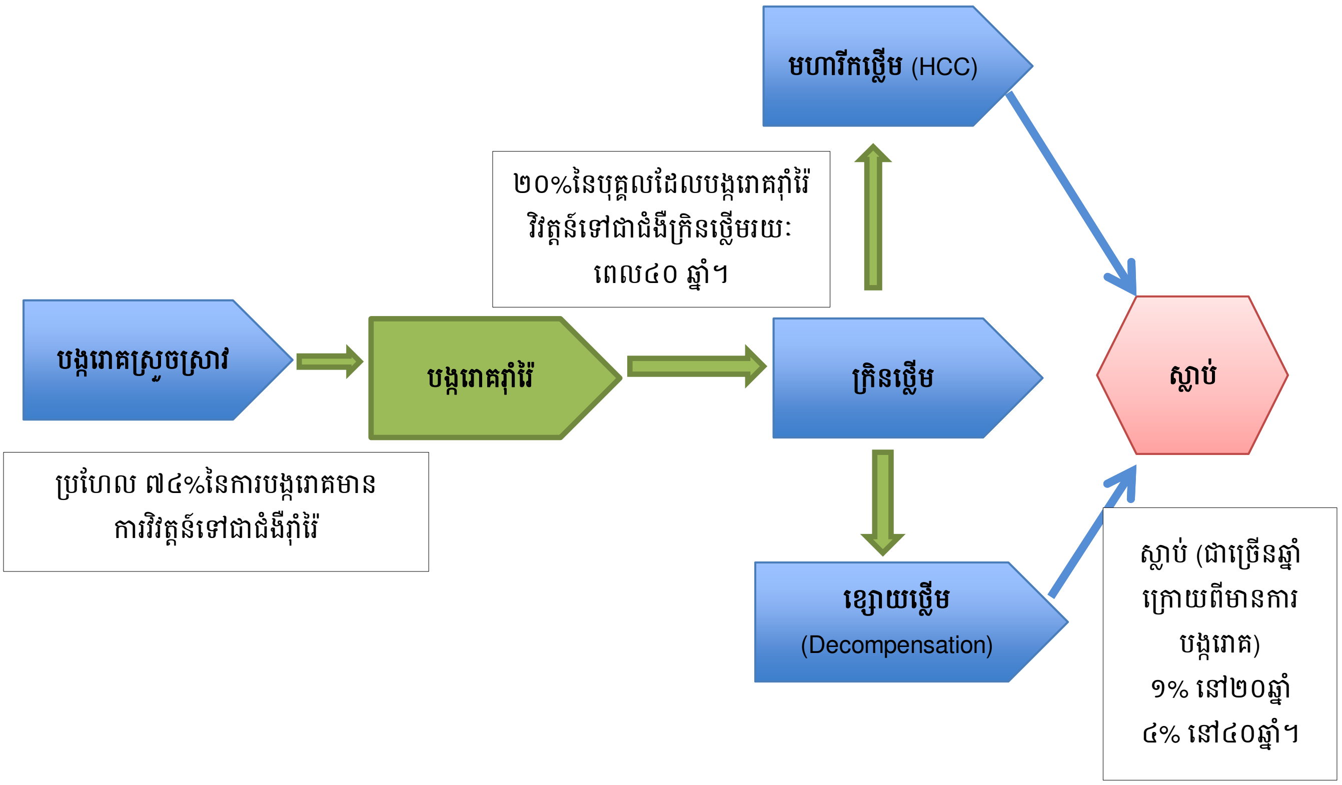
២៣.២ ការចម្លងនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងការបង្ការការចម្លង

- គ្មានវ៉ាក់សាំងសម្រាប់ចាក់បង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ទេ ហើយការបង្ការការចម្លង គឺត្រូវពឹងផ្អែកលើការអនុវត្តវិធានការបង្ការជាសកល, ការពិនិត្យឈាមនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល, យុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃការចាក់គ្រឿងញៀន ដូចជា ការផ្លាស់ប្តូរម្ជុល-សឺរ៉ាំង និងសម្ភារប្រើប្រាស់ក្នុងគ្រួសារ ដូចជា មិនត្រូវប្រើប្រាស់ឡាមកោរពុកមាត់ ឬច្រាស់ដុសធ្មេញរួមគ្នា។
- ការចម្លងតាមផ្លូវភេទ គឺជាករណីកម្រ ប៉ុន្តែភាគច្រើននៃអ្នកដែលឆ្លងជំងឺទាំងពីរនេះគឺបណ្តាលមកពីការប៉ះពាល់ឈាម ហើយត្រូវអប់រំឱ្យប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាប់ជានិច្ច។
- ការឆ្លងជុំវិញពេលសម្រាលកូន គឺ ~៥% ចំពោះស្ត្រីដែលគ្មានមេរោគអេដស៍។

២៣.៣ ការវិវត្តន៍ធម្មជាតិ និងរោគសញ្ញាគ្លីនិក

រយៈពេលសម្ងំ៖ ៧សប្តាហ៍ (ចន្លោះពី ២ –២១សប្តាហ៍)។

រូបភាពទី១២: ការវិវត្តន៍ធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ដែលមិនបានព្យាបាល



ការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C ស្រួចស្រាវ ជាញឹកញាប់គ្មានរោគសញ្ញា និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C រ៉ាំរ៉ៃ ជាញឹកញាប់នៅតែគ្មានរោគសញ្ញាអស់រយៈពេលជាច្រើនឆ្នាំ។ បន្ទាប់ពី ពីឆ្លងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C រ៉ាំរ៉ៃជាច្រើនឆ្នាំ អ្នកជំងឺអាចវិវត្តន៍ទៅជំងឺក្រិនថ្លើម មហារីកថ្លើម និងថ្លើមចុះខ្សោយ។

ការលេចចេញរោគសញ្ញានៅក្រៅថ្លើមនៃការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C រ៉ាំរ៉ៃ រួមមាន ជំងឺទឹកនោមផ្អែម, រោគសញ្ញាលើស្បែក ដូចជា រោគសើស្បែក porphyria cutanea tarda, និងរមាស់ vasculitic rashes, ទាក់ទងជាមួយ cryoglobulinaemia។ លេចចេញផងដែរនូវ rheumatological conditions, ការហូរឈាមមិនប្រក្រតី និង វិបត្តិក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត។

២៣.៤ រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C

- អង្គបដិបក្ខប្រាណនៃវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C នៅតែ វិជ្ជមាន នៅគ្រប់អ្នកជំងឺដែលបង្ករោគដោយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ទាំងអស់ បើទោះជាវីរុសនេះត្រូវបានជម្រះដោយឯកឯង ឬដោយសារការព្យាបាលក៏ដោយ។
- ការធ្វើតេស្ត RNA នៃវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C គឺជាការចាំបាច់ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ដែលកំពុងបង្ករោគរ៉ាំរ៉ៃ និងដើម្បីតាមដានការព្យាបាល ហើយតេស្តនេះអាចធ្វើបាននៅកម្ពុជា។

២៣.៥ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងជំងឺអេដស៍

- ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C គឺធ្លាប់មានការព្យាបាលដោយឱសថ interferon ជាមូលដ្ឋាន ហើយមានការលំបាកយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការទ្រាំទ្រ និងប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលនៅមានកម្រិត។
- ការរកឃើញរូបមន្តព្យាបាលតាមស្តង់ដាថ្មី គឺជាភ្នាក់ងារប្រឆាំងវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទCថ្មី ដែលគេស្គាល់ថាជាភ្នាក់ងារដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងវីរុសដោយផ្ទាល់(DAA) និងមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់, ភាពទ្រាំទ្របានល្អ, ព្រមទាំង ការព្យាបាលដោយថ្នាំលេបរយៈពេលព្យាបាលពី ៨-២៤សប្តាហ៍ ។
- ភ្នាក់ងារដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងវីរុសដោយផ្ទាល់(DAA)នេះ បានកំណត់គោលដៅប្រឆាំង genotype ជាក់លាក់ ឬប្រឆាំងសេណូទីបទាំងអស់ (genotype Pan) ហើយភ្នាក់ងារនេះមានក្នុងឱសថដែលមានកម្រិតដូសរួមបញ្ចូលគ្នា ផងដែរ។
- រូបមន្តព្យាបាលថ្មីដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ និងមានភាពទ្រាំទ្របានល្អ ក្នុងការព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នារវាងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C។
- ភ្នាក់ងារដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងវីរុសដោយផ្ទាល់(DAA) អាចរកបាននៅទូទាំងពិភពលោក រួមទាំង protease inhibitors: Simepravir និង Paritaprevir NS5A inhibitors: Ledipasvir, Ombitasvir, Daclatasvir, និង NS5B inhibitors: Sofosbuvir និង dasabuvir។
- គេរំពឹងថា ការចរចារតម្លៃសមស្របក្នុងការធ្វើលទ្ធកម្មសម្រាប់ឱសថ DAA និងតេស្ត viral load សម្រាប់តាមដានការព្យាបាលវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ នៅក្របខណ្ឌប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប និងមធ្យម (LMIC) ។

សូមអានជំពូកទី ២៤. ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ , *ទំព័រទី១៤៥* និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តី ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C។

ជំពូកទី ២៤. ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ

២៤.១ ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ៖ រោគសញ្ញាជំងឺថ្លើមស្រួចស្រាវ និងរ៉ាំរ៉ៃ និងលេចចេញរោគសញ្ញាក្រៅថ្លើម។ ការធាត់, ភាពស៊ាំជាមួយ insulin, ទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ២, និងប្រវត្តិមាន dyslipidemia។
- ការពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិក៖ រោគសញ្ញាជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ + ខ្សោយថ្លើម។

២៤.២ ការវាយតម្លៃតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

សម្គាល់នៃភាពធ្ងន់ធ្ងរជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ៖

- តេស្ត ALT៖
  - ជាប់ទាក់ទងគ្នាមួយចំនួនជាមួយការរលាក
  - មិនសូវជាប់ទាក់ទងគ្នា ជាមួយជំងឺ fibrosis
  - សមាមាត្របញ្ច្រាស់គ្នានៃ AST/ALT ratio (AST > ALT)។
- ផ្លាកែត ចុះទាប (សម្ពាធ portal កើនឡើង + អណ្តើករីកធំ)
- អាល់ប៊ុយមីនចុះទាប (មុខងារសំយោគ)
- ពេលវេលា prothrombin កើនឡើង (PT) (អនុគមន៍សំយោគ)
- direct bilirubin ឡើងខ្ពស់ (មុខងារ secretory)
- របួសថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរអាចចង្អុលបង្ហាញ ប្រសិនបើ ALT ធ្លាក់ចុះ និង bilirubin កើនឡើង។

២៤.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ

តារាងទី៣៥: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកនៃជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទូទៅនៃផលវិបាកជំងឺរលាកថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ បណ្តាលមកពីមូលហេតុផ្សេងៗ (រួមមាន ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប្រភេទ C និងសេពគ្រឿងស្រវឹង)
• ចៀសវាងប្រើឱសថពុលថ្លើម (ឧ. NSAIDS និងឱសថបុរាណ)
• ឈប់ ឬផឹកគ្រឿងស្រវឹងក្នុងកម្រិតអប្បបរិមា
• របបអាហារផ្តល់សុខភាព៖ អំបិលតិច + ខ្លាញ់ឆ្អែត បរិមាណប្រូតេអ៊ីនសមស្រប (១–១,៥ ក្រ/គ.ក្រ ទម្ងន់ខ្លួន/ថ្ងៃ) បន្លែ ផ្លែឈើ សូមមើលតារាងទី៧: អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង , *ទំព័រទី២៣*។
ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទាចទឹក (Ascites)

- កំណត់របបអាហារមានជាតិអំបិល និងទឹក ឧ.ផឹកទឹកក្នុងកម្រិត ១- ១,៥ លីត្រ/ថ្ងៃ
- សម្រាកស្មៀម (លើគ្រែ) បើលើសជាតិទឹក
- ប្រើឱសថ Diuretic: ជ្រើសរើស spironolactone កម្រិតដូស: ២៥–២០០ម.ក្រ /ថ្ងៃ
- +/- furosemide កម្រិតដូសទាប (តម្រូវឱ្យបន្ថែម K^+)
- តាមដានការព្យាបាលដោយប្រុងប្រយ័ត្ន៖
    - រោគសញ្ញាគ្លីនិក: សម្ពាធឈាម (ពេលសម្រាក + ពេលឈរ) ជីពចរ ទម្ងន់ខ្លួន ការហើមនៅផ្នែកចុង (peripheral oedema) សរសៃឈាមបេះដូង (CVS) ទាចទឹក
    - ពិនិត្យអមគ្លីនិក: K^+ Na^+ Creatinine albumin
- បង្ហូរទឹក ascites ចេញ ប្រសិនបើចាំបាច់
- ជាញឹកញាប់ ↑ extravascular volume ប៉ុន្តែ ↓ intravascular volume ដូច្នេះ គឺមានការប្រឈមមុខនឹងចុះខ្សោយតម្រងនោម ជាពិសេស នៅពេលបញ្ចុះទឹកនោម (diuresis) និងបង្ហូរទឹក ascites ចេញច្រើនពេក ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមពោះបង្កដោយបាក់តេរីដោយឯកឯង (Spontaneous bacterial peritonitis (SBP)

- ជាទូទៅទាក់ទងនឹងការខូចមុខងារថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ
- សង្ស័យ ascites គឺ ↑គ្រុនក្តៅ ឈឺពោះ និង tenderness encephalopathy
- ការព្យាបាល: ascitic tap - WCC > ៥០០/ម.ម៣ +/ឬ neutrophil > ២៥០/ម.ម៣
- មេរោគបង្កហេតុ ជាញឹកញាប់គឺ ពពួក enteric Gram-negative bacilli ឧ. E coli + ប្រសិនបើព្យាបាលបង្ការ គឺបណ្តាលមកពីពពួក streptococcal ឬ enterococcus ។
- ការព្យាបាល: ceftriaxone ១g ចាក់ IVI រាល់ថ្ងៃ + បើទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ antibiotic ត្រូវបន្ថែម amoxicillin/ ampicillin ១ក្រ ចាក់ IV រាល់ ៦ម៉ោង/ម្តង ។
- ព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole៖ trimethoprim + sulphamethoxazole ១ DS លេបរាល់ថ្ងៃ បើ:
    - ហូរឈាមតាមបំពង់អាហារ (GIT bleeding)
    - ascitic protein ទាប (< ១០ក្រ /ល)
    - ធ្លាប់មាន episode of SBP ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺ portal hypertension

- ជារួម អ្នកជំងឺក្រិនថ្លើមទាំងអស់ ត្រូវធ្វើ endoscopy ដើម្បីពិនិត្យរកមើល varices និងប្រសិនជាមាន varices ត្រូវ៖
- ព្យាបាល oesophageal varices (ឧ. ចងភ្ជិត (banding) ឬ sclerosis)
- ប្រើ Non selective beta-blocking agents ដើម្បីបន្ថយ portal pressure (propranolol)។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺ portal systemic encephalopathy

- ពិនិត្យរកមើលមូលហេតុ: ជំងឺមហារីកថ្លើម ជំងឺ SBP ជំងឺខ្សោយតម្រងនោម ។ល។
- ប្រសិនជាធ្ងន់ធ្ងរ (កម្រិតទី៣ ឬទី៤)៖
    - បញ្ឈប់ការផ្តល់ជាតិ protein រយៈពេល ២៤–២៨ ម៉ោង បន្ទាប់មកបង្កើនបន្តិចម្តងៗ រហូតដល់កម្រិតធម្មតាវិញ
    - ព្យាបាលសាកល្បងប្រឆាំង sepsis ដោយប្រើឱសថ ceftriaxone ១ក្រាម ចាក់ IVI /រាល់ថ្ងៃ។
- រក្សាការបំពេញជាតិទឹក និង electrolyte ឱ្យមានតុល្យភាព។
- Lactulose ដើម្បីលាងសម្អាតពោះវៀនធំ និងការប្រែប្រួលមេតាបូលីសជាតិអាម៉ូនីញាក់ និងការសាយភាយ ។

- ប្រើប្រាស់កម្រិតដូសធានាឱ្យអ្នកជំងឺបន្ទោរបង់លាមកទន់ ២ដង/ថ្ងៃ និងបន្តប្រើប្រាស់កម្រិតដូសនេះក្នុងរយៈពេលយូរ។

អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ២ និង/ឬ អ្នកធាត់ ត្រូវធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកជំងឺខ្លាញ់រុំថ្លើមលើអ្នកជំងឺដែលមិនផឹកគ្រឿងស្រវឹង (NAFLD) ដោយឆ្លុះអេកូថ្លើម (liver ultrasound) ដើម្បីកំណត់ខ្លាញ់ក្នុងថ្លើម (liver steatosis)។ ការផ្លាស់ប្តូររបៀបរស់នៅ រួមមាន របបអាហារ ការហាត់ប្រាណ និងបន្ថយទម្ងន់ខ្លួន គឺជាការព្យាបាលដ៏ចម្បងនៃ NAFLD។

លក្ខខណ្ឌនៃជំងឺមាត់-ក្រពះ-ពោះវៀន

ជំពូកទី ២៥. ជំងឺមាត់ធ្មេញ

- សុខភាពមាត់ធ្មេញ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ដើម្បីឱ្យអ្នកជំងឺទទួលទានបានគ្រប់គ្រាន់នូវអាហារូបត្ថម្ភដែលមានគុណភាព និងលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។
- មាត់គឺជាកន្លែងដែលបង្ករោគជាញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តាមដំណាក់កាលគ្លីនិកៈ ចំពោះអ្នកជំងឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទី៣ នៃ WHO រួមមានជំងឺ candidiasis នៅមាត់ និងជំងឺ oral leukoplakia (OHL) និងអ្នកជំងឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទី៤ នៃ WHO រួមមាន ជំងឺ candidiasis នៅបំពង់អាហារ ជំងឺ HSV> ១ខែ និងជំងឺ Kaposi Sarcoma (KS) នៅមាត់។

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវផ្តល់យោបល់ឱ្យអនាម័យមាត់ធ្មេញ ដូចខាងក្រោម៖

- ដុសធ្មេញទៀងទាត់ (មិនត្រូវប្រើប្រាស់ច្រាសដុសធ្មេញរួមគ្នា) និងប្រើប្រាស់អំបោះអនាម័យសំអាតធ្មេញ
- លាងសំអាតមាត់ (លាយ ទឹកសូដាមួយស្លាបព្រាកាហ្វេ អំបិលមួយស្លាបព្រាកាហ្វេ និងទឹកក្តៅអ៊ុនៗ ២៥០ ម.ល) ដើម្បីជួយបន្ធូរបន្ថយតាមរោគសញ្ញា និងអនាម័យមាត់ធ្មេញ
- ការពិនិត្យធ្មេញ នៅពេលមានជំងឺអញ្ចាញធ្មេញ ឬធ្មេញបែកប្រហោង។

២៥.១ ជំងឺមាត់ធ្មេញកើតមានញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

២៥.១.១ ជំងឺរលាកអញ្ចាញធ្មេញ)Gingivitisនិង (ជំងឺបង្ករោគធ្មេញ

ជំងឺរលាកអញ្ចាញធ្មេញ អាចបណ្តាលឱ្យបាក់ធ្មេញ និងឈឺចាប់ខ្លាំង។ ការពិនិត្យរកឃើញ រោគសញ្ញា ដូចជា ដង្ហើមស្អុយខ្លាំង អញ្ចាញធ្មេញពណ៌ក្រហម និងរលួយ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖ លាងសំអាតមាត់ធ្មេញ + លេប metronidazole ៥០០ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ ឬលេប clindamycin ៤៥០ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ ឬលេប amoxicillin/clavulanate ៨៧៥/១២៥ម.ក្រ រាល់១២ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល៧ថ្ងៃ។ បើមានបូសធ្មេញ ត្រូវដោះបើកផ្លូវបង្ហូរខ្ទុះចេញ និងបើមានការបង្ករោគបណ្តាលឱ្យរលួយធ្ងន់ធ្ងរ (Vincent's Angina, Norma, Cancrum oris) ត្រូវធ្វើការវះកាត់យកជាលិការលួយចេញជាបន្ទាន់។

២៥.១.២ ជំងឺ Candidasis នៅមាត់

មានជំងឺ candidiasis នៅមាត់ជានិច្ចជាកាល= ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣នៃWHO ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

រោគសញ្ញាគ្លីនិក៖ ការឈឺចាប់ និងការពិបាកបរិភោគអាហារ។

ការពិនិត្យ៖ មានស្នាមបន្ទះពណ៌ស គ្រប់កន្លែងក្នុងមាត់ ហើយកន្លែងខ្លះដាច់រលាត់ (អាចចេញឈាម)។ ការឡើងជ្រាំងអណ្តាតតែឯកឯង ជាទូទៅ មិនមែនបណ្តាលមកពីការបង្ករោគដោយ candida ទេ។ ដូច្នេះត្រូវពិនិត្យមើលក្រអូមមាត់ខាងលើ និងជុំវិញអញ្ចាញធ្មេញ និងពិនិត្យមើលផងដែរនូវភាព "atrophic" thrush ដោយមានការឡើង កន្ទួលតូចៗពណ៌ក្រហម (little plaque) និង មានangular stomatitis ផងដែរ។

រោគវិនិច្ឆ័យ: ជាទូទៅ ទាក់ទងនឹងប្រវត្តិរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក។

បើមានលទ្ធភាព ត្រូវពិនិត្យ fungal microscopy បណ្តុះមេរោគ និងធ្វើតេស្ត sensitivity ករណីរោគសញ្ញាគ្លីនិកមានភាពមិនច្បាស់លាស់(atypical) ឬការព្យាបាលគ្មានប្រសិទ្ធភាព។

ការព្យាបាលស្តង់ដា (៧ថ្ងៃ)៖

- លាបក្នុងមាត់ ដោយប្រើ gentian violet, ១% aqueous solution ២ដង/ថ្ងៃ ឬ
- Miconazole ២% gel ឬ gum patch ១ដង/ថ្ងៃ ឬ
- លេបថ្នាំ Nystatin pessary, ១០០ ០០០ IU, លេប៤ដង/ថ្ងៃ ឬ
- Nystatin oral solution ១–២ ម.ល លាបបង្វិលជុំវិញមាត់ ៥ដង/ថ្ងៃ ឬ
- ថ្នាំ Nystatin គ្រាប់ ឬថ្នាំជញ្ជក់ amphotericin lozenges ៤ដង/ថ្ងៃ។

ការព្យាបាលជម្រើសបន្ទាប់ ៖

Fluconazole ១០០mg លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ (ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ ឬមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយការលាបថ្នាំ)។

២៥.១.៣ ជំងឺ Oral hairy Leukoplakia (OHL)

បណ្តាលមកពីវីរុស Epstein –Barr កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង។ ជំងឺនេះនឹងលេចចេញរោគសញ្ញាជាក់លាក់ រៀងជាបន្ទាត់ត្រង់ពណ៌សនៅគែមអណ្តាត។ មិនចាំបាច់ព្យាបាលទេ វានឹងបាត់ទៅវិញ នៅពេលអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

២៥.១.៤ ជំងឺ Kaposi's sarcoma

ការហើមពណ៌ស្វាយលើក្រអូមមាត់ខាងលើ ឬគែមអញ្ចាញធ្មេញ អាចជាការបង្ហាញពីការពាក់ព័ន្ធជាមួយជំងឺស្ទួត ឬជំងឺប្រដាប់រំលាយអាហារ ។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល រួមបញ្ចូល ការចាប់ផ្តើមដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាម និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅជួបគ្រូពេទ្យជំនាញ ដើម្បីពិចារណាអំពីការព្យាបាលដោយថ្នាំគីមី ឬការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្ម។

២៥.១.៥ ជំងឺ Angular stomatis

ជំងឺនេះ អាចបណ្តាលមកពី candida ឬ មេរោគបាក់តេរី ដោយលេចចេញរោគសញ្ញា ដូចជា ការឈឺចាប់ និងបែកប្រេះនៅគែមនៃមាត់។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖ លាប antifungal cream ឬ gel ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ និង/ឬ topical antibacterial។

២៥.១.៦ ជំងឺ Oral ulcers

ដំបៅមាត់ (Oral ulcers) បណ្តាលមក **Herpes Simplex Virus (HSV):** ដំបៅរាក់តែឈឺចាប់ខ្លាំង ជាទូទៅមានច្រើន។

បើដំបៅរីករាលដាល ឬកើតមានសារឡើងវិញ ត្រូវព្យាបាលដោយថ្នាំ acyclovir ៤០០ ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ។

ជំងឺ Syphilis chancre ជាទូទៅមិនសូវឈឺចាប់។ ត្រូវពិនិត្យតេស្ត RPR ប៉ុន្តែវាត្រូវការពេលវេលាមុននឹងកើនឡើង។ ដូច្នេះ បើរូបភាពគ្លីនិក និងការបង្ហាញសញ្ញាគ្លីនិកត្រូវគ្នា ត្រូវព្យាបាលជាមួយឱសថ Benzathine Penicillin ២,៤ million units ចាក់ IM តែម្តងគត់ (អាចព្យាបាលជំនួសដោយ doxycycline ១០០ម.ក្រ លេប ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ)។

ជំងឺ Syphilis mucous patches៖ អាចមើលឃើញក្នុងមាត់អ្នកជំងឺស្វាយដំណាក់កាលទី២ (secondary syphilis) តេស្ត RPR ឡើងខ្ពស់ ត្រូវព្យាបាលដូចគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺស្វាយដំណាក់កាលទី១ ដែរ។

ដំបៅមាត់ (Apthous ulcers) ជាញឹកញាប់ឈឺចាប់ខ្លាំង និងមិនដឹងពីមូលហេតុ។
ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖ លាងសម្អាតមាត់ធ្មេញ និងប្រើប្រាស់ឱសថ steroid (Prednisolone ៥ ម.ក្រ កិនឱ្យម៉ត់ និងរោយពីលើកន្លែងរបួស។ លេប steroids ពេលចាំបាច់ម្តងម្កាល បើករណីធ្ងន់ធ្ងរ និងមានការប៉ះពាល់ដល់បំពង់អាហារ។

ជំពូកទី ២៦. ការឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ

(ODYNOPHAGIA-PAINFUL SWALLOWING)

Odynophagia គឺជាការឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ (ឈឺចាប់ក្នុងបំពង់ករ ពេលលេប និងឈឺចាប់នៅតំបន់ក្រោយសន្ទះទ្រូងពេលលេបអាហារចូល។
Dysphagia: ពិបាកលេប។

ការឈឺចាប់ពេលលេប និងការពិបាកលេប បណ្តាលឱ្យមានផលប៉ះពាល់ ទាំងលើសមត្ថភាពអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដើម្បីរក្សានូវការទទួលទានអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ និងការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ បណ្តាលមកពីជំងឺ Oesophageal Candida និងជំងឺរលាកបំពង់អាហារដោយ Cytomegalovirus (CMV) ត្រូវចាត់ចូលក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។

២៦.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ជំងឺរលាកបំពង់អាហារបង្កដោយ Candida (Candida esophagitis)៖ គឺជាមូលហេតុញឹកញាប់បំផុតនៃការឈឺចាប់ពេលលេប (odynophagia) និងការពិបាកលេប (dysphasia)។ រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានធ្វើឡើងលើមូលដ្ឋានប្រវត្តិនៃការឈឺចាប់ពេលលេប និងការពិបាកលេប។ អ្នកជំងឺមានចំនួនកោសិកា CD4 <២០០ ហើយស្ទើរតែទាំងអស់នៃអ្នកជំងឺ គឺមានផ្សិតនៅក្នុងមាត់ (Oral candidiasis) ដែលអាចមើលឃើញ។

ជំងឺរលាកបំពង់អាហារបង្កដោយ Herpes (Herpes esophagitis)៖ ជាញឹកញាប់បានផ្សារភ្ជាប់ជាមួយនឹងដំបៅមាត់បង្កដោយ herpetic (គ្រាប់ដុំពកឈឺចាប់) រាលដាលទៅអញ្ចាញធ្មេញ (gingiva) ឬដំបៅនៅស្បែកបង្កដោយ herpes នៅតាមគែមមាត់។

ជំងឺរលាកបំពង់អាហារបង្កដោយ CMV៖ អ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធ រួមមាន គ្រុនក្តៅ ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ ថ្លើមរីកធំ(hepatomegaly) ឬលាមកលាយឈាម កើតឡើងនៅពេលថយចុះភាពស៊ាំខ្លាំង (CD4<៥០ កោសិកា/ម.ម³។

ជំងឺរលាកបំពង់អាហារបង្កដោយ Reflux-esophagitis៖ កើតឡើងជាទូទៅចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ ទំនងនឹងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញមានរោគសញ្ញា ការឈឺចាប់ក្តៅក្រោយសន្ទះទ្រូងឆ្លាស់គ្នា (intermittent retrosternal burning pain) មាន ឬគ្មាន ការភើរ (regurgitation) ការឈឺចាប់ជាប់ជានិច្ច ឬការពិបាកលេប គឺជាករណីកម្រ។

ជំងឺរលាកបំពង់អាហារបង្កដោយមូលហេតុផ្សេងទៀត រួមមាន ដំបៅ Aphthous ជំងឺ Kaposi sarcoma។ ការប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធប្រសាទ ឧ.ដោយសារមានជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល (stroke) ឬជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍(HIV encephalopathy) អាចបង្កឱ្យមានការលំបាក (ប៉ុន្តែគ្មានការឈឺចាប់) នៅពេលលេប។

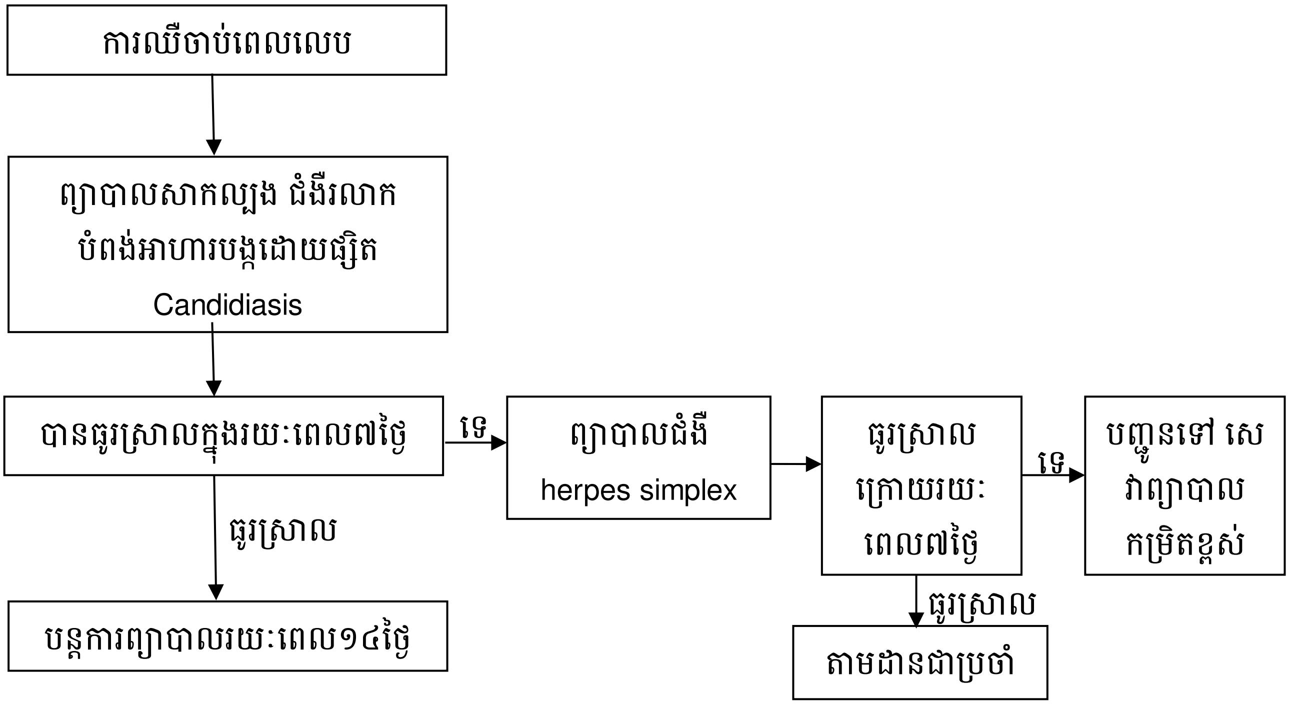
ការព្យាបាលជំងឺរលាកបំពង់អាហារ

- ជំងឺ Candida៖ ចាប់ផ្តើមប្រើក្នុងកម្រិតដូស Fluconazole ៤០០ម.ក្រ នៅថ្ងៃទី១ និងបន្ត Fluconazole ២០០ម.ក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ ទៅ ២១ថ្ងៃ។
- ជំងឺ HSV៖ Acyclovir ៨០០ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ ទៅ ២១ថ្ងៃ។

២៦.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលទំនងជាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺ candidasis (ផ្អែកលើរោគសញ្ញាជាក់លាក់ និង CD4> ២០០កោសិកា/ម.ម^{៣} និង មានផ្សិត candida នៅមាត់)៖ ត្រូវព្យាបាលជំងឺ candidiasis និងតាមដានការវិវត្តន៍ជំងឺរយៈពេល៧ថ្ងៃ។
- ប្រសិនបើ គ្មានការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលទេ អាចព្យាបាលជំងឺ HSV សាកល្បង។
- ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺមានដំបៅមាត់បង្កដោយ herpes ត្រូវព្យាបាលជំងឺ HSV មុនគេ បន្ទាប់មកព្យាបាលជំងឺ Candida ។ ប្រសិនបើ ការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលមិនបានពេញលេញទេ (ជំងឺទាំងពីរក៏អាចបង្ករោគក្នុងពេលជាមួយគ្នាដែរ) ។
- ការកើរ បណ្តាលមកពីជំងឺរលាកបំពង់អាហារ (reflux esophagitis)៖ ព្យាបាលសាកល្បងជាមួយឱសថ proton pump inhibitor ឬឱសថ Ranitidine។
- ទោះបីជាយ៉ាងណា ពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថ[៣៩]៖ ឱសថ omeprazole ត្រូវបានដឹងថាមាន contra-indicated ជាមួយឱសថ ATV/r និង cimetidine ឬ ranitidine គួរតែចៀសវាងប្រើរួមគ្នា ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន ដោយវាបន្ថយការស្រូបចូលឱសថ ATV/r។ ប្រសិនបើ មិនអាចចៀសវាងបានទេ ត្រូវប្រើឱសថ Ranitidine ឬ cimetidine ក្នុងកម្រិតដូសទាបបំផុត និងរយៈលេបឆ្ងាយពីការលេបឱសថ ATV/r តាមអាចធ្វើបាន។
- ប្រសិនបើ នៅតែគ្មានការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលទេ បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅពិនិត្យ endoscopy។

រូបភាពទី១៣: គំនូសបំព្រួញនៃការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរោគសញ្ញានៃការឈឺចាប់ពេលលេប



២៦.៣ ភ្នាក់ងារប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងការមានផ្ទៃពោះ/ការបំបៅដោះកូន[47]

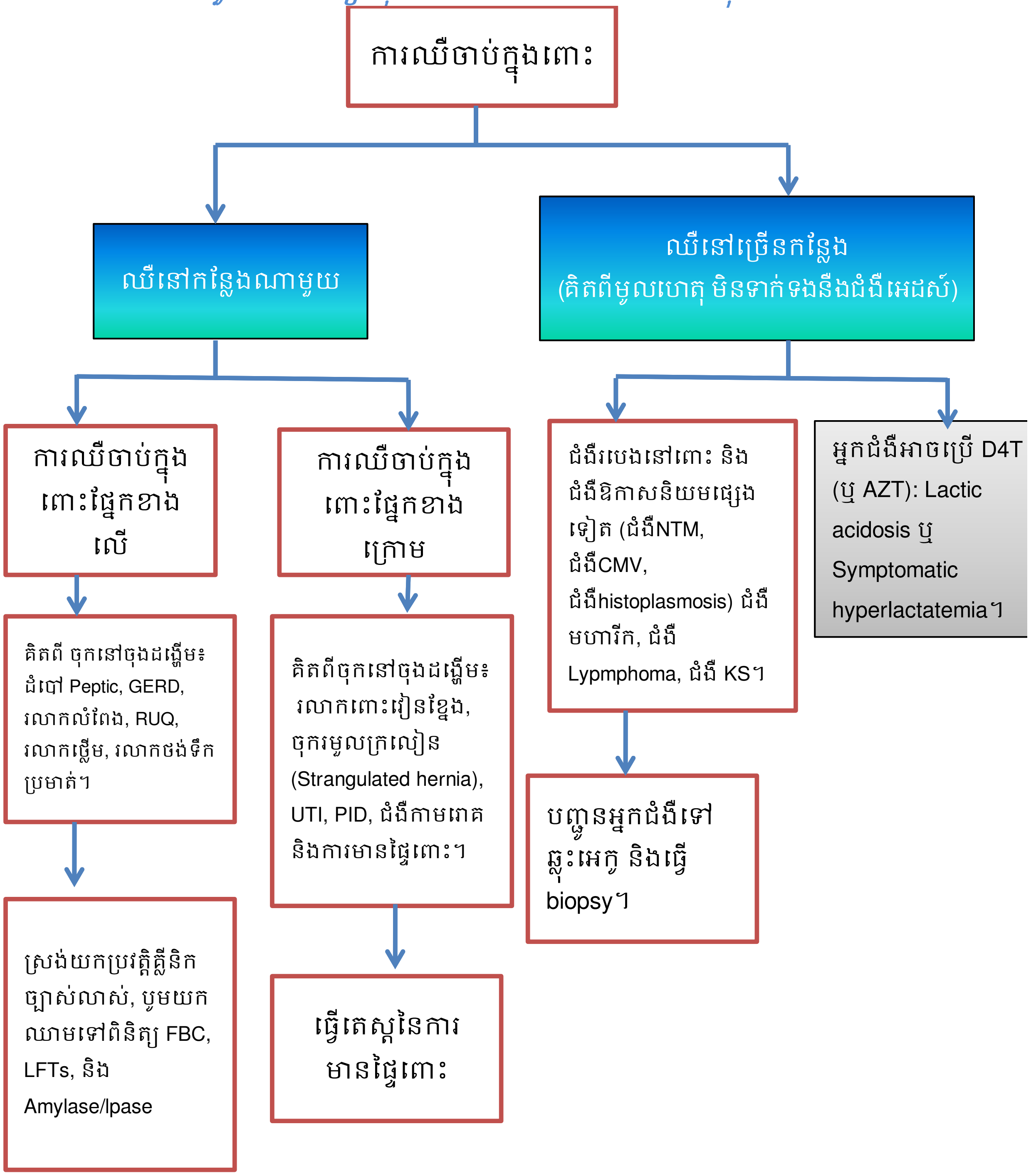
ត្រូវចៀសវាងប្រើឱសថ Fluconazole ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងត្រីមាសទី១ ទោះបីជាយ៉ាងណា ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃថ្លឹងថ្លែង រវាងផលប្រយោជន៍ និងកត្តាប្រឈមនៃការព្យាបាលដោយឱសថនេះ។ (សូមអានជំពូកទី១៧.៤.៤ ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកផ្សិតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ Cryptococcus លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ/ស្ត្រីបំបៅដោះកូន នៅទំព័រទី ១២៥)។

[47] Sanford Guide Antimicrobial Therapy 2015.

ជំពូកទី ២៧. ការឈឺចាប់ក្នុងពោះ (ABDOMINAL PAIN)

វិធីសាស្ត្រនៃការព្យាបាលរោគសញ្ញាឈឺពោះ សូមមើលគំនូសបំព្រួញខាងក្រោម។ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺជាបន្ទាន់ទៅផ្នែកវះកាត់ដើម្បីពិនិត្យ ក្នុងករណីមានភស្តុតាងមួយចំនួននៃជំងឺរលាកស្រោមពោះ(peritonitis) (ពោះមានសភាពរឹងនៅពេលពិនិត្យ)។

រូបភាពទី១៤: គំនូសបំព្រួញអំពីវិធីសាស្ត្រក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការឈឺចាប់ក្នុងពោះ[48]



[48] Copied directly from MSF HIV/TB clinical guide 2015, p214.

ជំពូកទី ២៨. ជំងឺរាករូស (DIARRHEA)

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ងាយរងគ្រោះពីជំងឺរាករូសស្រួចស្រាវ និងរ៉ាំរ៉ៃ រួមទាំង ជំងឺដែលបង្ករោគជាញឹកញាប់ និង ជំងឺឱកាសនិយមបង្កដោយមេរោគកម្រផ្សេងៗ។

ការបង្ការ៖ សុវត្ថិភាពអនាម័យចំណីអាហារ និងទឹក ព្រមទាំងការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ភ្លាមៗ។

២៨.១ និយមន័យ

- ជំងឺរាករូស គឺជាការបន្ទោរបង់លាមកខាប់ ឬរាវ ជាធម្មតា លើសពី ៣ដង/ថ្ងៃ
- ជំងឺរាករូសស្រួចស្រាវ គឺ រាករូសមានរយៈពេល ≤១៤ថ្ងៃ
- ជំងឺរាករូសជាប់ជានិច្ច គឺ រាករូសមានរយៈពេល > ១៤ថ្ងៃ និង ≤ ៣០ថ្ងៃ
- ជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ គឺ រាករូសមានរយៈពេល > ៣០ថ្ងៃ។

២៨.២ ជំងឺរាករូសស្រួចស្រាវ

ជំងឺរាករូសស្រួចស្រាវ បង្ហាញថា អ្នកជំងឺអាចមាន ជំងឺរលាកក្រពះសាមញ្ញ (simple gastroenteritis) លាមករាវ ឬអាចជា ជំងឺរាករូសរាតត្បាត/ជំងឺរាកមួល គឺជាជំងឺរាករូសមានលាមកលាយឈាមអាចមើលឃើញ ជាទូទៅ ទាក់ទងនឹង រោគសញ្ញាគ្រុនក្ដៅ ឈឺពោះ និងមានរោគសញ្ញានៅរន្ធគូទ (rectal symptoms) ។

២៨.២.១ មូលហេតុ

រួមមាន វីរុស (Norovirus) និងបាក់តេរី (ឧ. E. coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter) និងប៉ារ៉ាស៊ីត (ឧ. Entamoeba Histolytica)។

មូលហេតុមិនមែនបណ្ដាលមកពីការបង្ករោគរួមមាន៖ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ (ឧ. Lopinavir/ritonavir-LVP/r)។

២៨.២.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរាករូសស្រួចស្រាវ

- សារៈសំខាន់នៃការព្យាបាលជំងឺរាករូសស្រួចស្រាវ គឺការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក យោងតាមតារាងទី៣៦. ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក លើអ្នកជំងឺរាករូស។
- **ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកមីក្រុប** បើជំងឺរាករូសស្រួចស្រាវ មិនបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេលមួយសប្ដាហ៍ និងអ្នកជំងឺបន្ទោបង់លាមកជាញឹកញាប់ (> ៦ដង/ថ្ងៃ) រួមជាមួយសីតុណ្ហភាពខ្ពស់ និង/ឬ ការឈឺចាប់ដោយរមួលក្រពើរខ្លាំង ត្រូវផ្ដល់៖
    - Cotrimoxazole DS ១គ្រាប់ ២ដង/ថ្ងៃ និង metronidazole ៥០០ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ
    - បើមានឈាមក្នុងលាមក រួមគ្នាជាមួយរោគសញ្ញាខាងលើ ឬជំងឺរាករូសមិនត្រូវបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង ក្រោយពីការព្យាបាលខាងលើ ត្រូវផ្ដល់៖
    - Ciprofloxacin ៥០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ។

តារាងទី៣៦: ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹកលើអ្នកជំងឺរាគរូស [49]

រោគសញ្ញា	ការបាត់បង់ជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ (មានសញ្ញា២ ដូចខាងក្រោម)	ការបាត់បង់ជាតិទឹកមួយចំនួន (មានសញ្ញា២ដូចខាងក្រោម)	មើលមិនឃើញការបាត់បង់ជាតិទឹក
កម្រិតនៃការដឹងខ្លួន (ស្មារតី)	ទន់ល្វិតល្វៃ ឬបាត់បង់ស្មារតី	អន្ទះអន្ទែង និងឆេវឆាវ	ស្មារតីរហ័ស
ភ្នែក	ខូង (sunken)	ខូង	មិនខូង
លទ្ធភាពនៃការផឹកទឹក	ខ្សោយ ឬមិនអាចផឹកទឹក	ចង់ផឹកទឹក, ស្រេកទឹក	ធម្មតា មិនស្រេកទឹក
ការចាប់ច្បិតស្បែក (ស្បែកហើយ)	ត្រឡប់មកសភាពដើមយឺត > ២ វិនាទី	ត្រឡប់មកសភាពដើមយឺត < ២ វិនាទី	ត្រឡប់មកសភាពដើមវិញភ្លាមៗ
ការព្យាបាល	ការបំពេញជាតិទឹកតាម IV (តាមសុងច្រមុះក្រពះ) រកមូលហេតុ និងព្យាបាលមូលហេតុវាយការណ៍ករណី។	ផ្តល់ជាតិទឹកនិងអាហារ ផ្តល់យោបល់ភ្លាមពេលអ្នកជំងឺមកជួប តាមដានអ្នកជំងឺរយៈពេល៥ថ្ងៃប្រសិនបើមិនបានប្រសើរឡើង។	ព្យាបាលនៅផ្ទះផ្តល់យោបល់ឱ្យអ្នកជំងឺត្រឡប់មកវិញតាមដានអ្នកជំងឺរយៈពេល៥ថ្ងៃ ប្រសិនបើមិនបានប្រសើរឡើង។

ការបំពេញជាតិទឹក៖

- ផឹកភេសជ្ជៈ៖ ឱ្យបានច្រើននិងញឹកញាប់ តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ឧ. ផឹកភេសជ្ជៈមួយពែង រៀងរាល់ ១៥-៣០នាទីម្តង។
- ប្រសិនបើ មិនអាចផឹកបាន និង/ឬ ក្អួតធ្ងន់ធ្ងរ → រៀបចំបំពេញជាតិទឹកតាមរយៈការចាក់តាមសរសៃឈាមវ៉ែន ។
- ការបំពេញជាតិទឹកដោយផឹក (Oral rehydration fluids)៖
    - បំពេញជាតិទឹកដោយផឹក Oral rehydration salts (ORS) ជាជម្រើសដ៏ល្អ ដោយលាយម្សៅ ORS មួយកញ្ចប់ជាមួយទឹក១លីត្រ ដោយប្រើទឹកបរិសុទ្ធ ឬទឹកដាំពុះ។
    - សូលុយស្យុង Sugar salt solution (SSS) = ទឹកស្អាតដាំពុះមួយលីត្រ + ១/២ស្លាបព្រាកាហ្វេនៃអំបិល + ៨ស្លាបព្រាកាហ្វេនៃស្ករ។ បើអាច ត្រូវបន្ថែមជាតិ potassium ខ្លះ (ឧ. បន្ថែមទឹកក្រូច)។
    - បបរ = បបរដោយដាក់អង្ករមួយកំប៉ុង លាយជាមួយទឹកស្អាត៥កែវ អំបិលបន្តិច ស្ងោរ រយៈពេល១ម៉ោង។
- រៀបចំសូលុយស្យុងបំពេញជាតិទឹកប្រចាំថ្ងៃ និងរក្សាទុកដាក់ ប្រកបដោយអនាម័យល្អ និងរក្សាទុកនៅកន្លែងត្រជាក់។

[49] WHO. 2011. IMAI District Clinician Manual: Hospital Care for Adolescents and Adults, copied from MSF HIV/TB Clinical guide 2015

- បន្តលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកជំងឺបរិភោគ បើអាចបរិភោគបាន ដោយមិនគ្រាន់តែហូបបបរ/ORS ប៉ុណ្ណោះទេ។ ផ្លែចេក គឺជាប្រភពនៃសារធាតុប៉ូតាស្យូមដ៏ល្អ (ដែលបានបាត់បង់តាមលាមក)។

២៨.៣ ជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ

ជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ អាចបង្កឱ្យកើតជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ ហើយអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចនឹងងាយរងគ្រោះទៅនឹងការបង្ករោគរ៉ាំរ៉ៃ រួមមាន៖

- ជំងឺបង្កដោយពពួក protozoa៖ Microsporidia, *Cryptosporidium spp. Isospora belli, Giardia lamblia, Entamoeba histoytica*
- ជំងឺបង្កដោយពពួកបាក់តេរី៖ *Salmonella spp. Mycobacterium avium* complex, MTB និងជំងឺបង្កដោយពពួកវីរុស រួមទាំងជំងឺ CMV
- មូលហេតុបណ្ដាលឱ្យរាករ៉ាំរ៉ៃ មិនមែនជាការបង្ករោគឆ្លង រួមមាន ជំងឺមហារីកពោះវៀន (gut neoplasms) ដូចជាជំងឺ Lymphoma និងជំងឺ Karposi's sarcoma ជំងឺខ្សោយលំពែង ឬផលប៉ះពាល់នៃឱសថ (ឧ. LPV/r) ។

២៨.៣.១ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

វាជាការសំខាន់ណាស់ ក្នុងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង៖ ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក ការពិនិត្យកំហាក ការថតសួតដោយកាំរស្មី X ។

ការពិនិត្យលាមកដោយអតិសុខុមទស្សន៍៖ ពិនិត្យកោសិកាឈាមស (WBC) កោសិកាឈាមក្រហម(RBC) រកពពួកប៉ារ៉ាស៊ីត (កើនឡើងនៃ sensitivity ដោយពិនិត្យលើសំណាក ៣)។

ការពិនិត្យអេកូពោះ៖ ពិនិត្យមើលការរីកធំនៃកូនកណ្ដុរ ថ្លើម និងអណ្ដើករីកធំ (hepatosplenomegaly) និង (ជំងឺរបេង ជំងឺ MAC)។

២៨.៣.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល[50]

- វាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក និងស្ថានភាពសារជាតិអាហារូបត្ថម្ភ ស្របតាមតារាងទី ៣៦. ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹកលើអ្នកជំងឺរាករូស ទំព័រទី១៥៧ និងជំពូកទី ៣៣. អាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទំព័រទី ១៨៥។

- ការព្យាបាលរាល់ការបង្ករោគដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ៖
    - ជំងឺ Isosporiasis៖ cotrimoxazole ១DS លេប៤ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៣សប្ដាហ៍
    - ជំងឺ Strongyloidiasis៖ Albendazole ៤០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ (លេបពេលបរិភោគអាហារដែលមានជាតិខ្លាញ់) រយៈពេល ៧ថ្ងៃ

---

[50] Antimicrobial doses are taken from MSF HIV/TB clinical guide 2015, and The Sanford Guide, Antimicrobial therapy 2015

- ជំងឺ Giardiasis៖ Metronidazole ៥០០ម.ក្រ លេប៣ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ
- ជំងឺរបេង៖ បញ្ជូនទៅ CENAT ដើម្បីទទួលការព្យាបាលតាមស្តង់ដា។

- ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកមីក្រុបសាកល្បង (ដោយធានាថា មិនមែនជំងឺរបេងមុននឹងព្យាបាលដោយប្រើឱសថ ciprofloxacin)។
- Cotrimoxazole DS ១គ្រាប់ លេប២ដង/ថ្ងៃ និង metronidazole ៥០០ម.ក្រ លេប៣ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៥ថ្ងៃ។
- បើបរាជ័យ៖ សាកល្បងប្រើ albendazole ៤០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ (លេបពេលហូបអាហារមានជាតិខ្លាញ់) រយៈពេល ៧ថ្ងៃ។
- ឱសថប្រឆាំងការរាករូស ត្រូវបានប្រើដោយប្រុងប្រយ័ត្នក្នុងករណីដែលការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលខាងលើខ្សោយ ហើយការរាករូសដែលមានលាមកសុទ្ធតែទឹក គ្មានឈាម ឬគ្មានការឈឺពោះ។
  - Loperamide ២ម.ក្រ គ្រាប់ លេបក្រោយពេលរាករូសម្តងៗ ឬលេបតាមរូបមន្ត ជាទូទៅ អាចលេបរហូតដល់ ៦-៨ គ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃ
  - Codeine phosphate ៣០– ៦០ ម.ក្រ រហូតដល់ ៤ដង/ថ្ងៃ។

- **ធានាថា អ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។**

ជំពូកទី ២៩. ជំងឺគ្រុនពោះវៀន (រួមទាំងជំងឺ SALMONELLA)

ជំងឺគ្រុនពោះវៀន (រួមទាំង ជំងឺ Salmonella) បង្កឡើងដោយ *Salmonella typhi* ដែលមិនមែនជា *Salmonella spp.* និងបាក់តេរីក្រោមអវិជ្ជមានផ្សេងទៀត រួមទាំង *Campylobacter* និងផលិតសារជាតិជាតិពុលនៃ *Shigella* និង *E.coli* ។

ការលេចឡើងនូវ septicaemia សារចុះសារឡើង (ជាពិសេស រួមទាំង non typhoidal Salmonella) ត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជា ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។

ការបង្ការ៖ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ ព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole (អាចការពារបានមួយចំនួន) អនាម័យចំណីអាហារ/ទឹក (សូមអាន ជំពូក ៣៣. អាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ផ្នែកសុវត្ថិភាពចំណីអាហារ)។

២៩.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺគ្រុនពោះវៀន

រោគសញ្ញា៖ គ្រុនក្តៅ លំបាកក្នុងខ្លួន (rigors) ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ រោគសញ្ញាប្រដាប់រំលាយអាហារ អាចមានការរាករូសដោយមានលាមករាវ ឬលាយឈាម ឬទល់លាមក (គ្រុនពោះវៀន)។

២៩. ២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការពិនិត្យលាមកដោយអតិសុខុមទស្សន៍៖ ឃើញ គោលិកាឈាមស(leukocytes) និងកោសិកាឈាមក្រហម និងពពួកប៉ារ៉ាស៊ីត។

បណ្តុះមេរោគក្នុងលាមក និងក្នុងឈាម (បើអាចធ្វើបាន) អាចនឹងបែងចែកមូលហេតុនៃការបង្ករោគ និងការធ្វើតេស្តជំងឺគ្រុនចាញ់។

រោគវិនិច្ឆ័យវែកញែក៖ ជាមួយជំងឺបង្កដោយពពួកប៉ារ៉ាស៊ីតនៅប្រដាប់រំលាយអាហារ ឧ.ទា Amoebiasis។

២៩. ៣ ការព្យាបាលស្តង់ដា [51]

ការព្យាបាលដំបូង៖

- ការព្យាបាលដោយបំពេញជាតិទឹកខ្លាំងក្លាដោយចាក់តាមសរសៃវ៉ែន + ចាក់បញ្ចូលអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកដែលមានសកម្មភាពទូលាយចូលតាមសរសៃវ៉ែន ដូចជា ceftriaxone (ឬលេប ciprofloxacin ៥០០ម.ក្រ) និង metronidazole ៥០០ម.ក្រ (ចាក់ IV ឬលេប) ២ដង/ថ្ងៃ។
- ក្រោយពេលដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងគ្មានការសង្ស័យពីការបង្ករោគនៅពោះវៀនផ្សេងៗ ត្រូវព្យាបាលដោយ៖
    - Ciprofloxacin ៥០០ម.ក្រ គ្រាប់ លេបរាល់ ១២ ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល ៧-១៤ថ្ងៃ ឬ

[51] Sanford Guide Antimicrobial Therapy 2015., and Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America.

- Ceftriaxone ២ក្រ ចាក់ IV រាល់ថ្ងៃ ឬ
- Azithromycin ១ក្រ នៅពេលដំបូង បន្ទាប់មក បន្ថយមក ៥០០ម.ក្រ រាល់ថ្ងៃ រយៈពេល៥ ថ្ងៃ។

ប្រសិនបើ មានការបញ្ជាក់ ឬសង្ស័យខ្លាំងថា វត្តមានពពួកបាក់តេរីក្នុងឈាម (bacteraemia) ត្រូវព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកយ៉ាងហោចណាស់ ២សប្តាហ៍។

ប្រសិនបើ មានការសង្ស័យឬបញ្ជាក់ថា ការបង្ករោគនៅក្រៅពោះវៀន ឧ. ជំងឺរលាកឆ្អឹង ឬបង្ករោគនៅសរសៃឈាម (mycotic aneurism) ឬថយចុះភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ (<២០០កោសិកា/ម.ម³) ត្រូវពន្យាពេលព្យាបាលដោយឱសថ ciprofloxacin រហូតដល់ ២-៦ សប្តាហ៍បន្ថែមទៀត។

២៩. ៤ ការព្យាបាលបង្ការទី២

ព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ស្របតាមរូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដា។

លក្ខខណ្ឌនៅលើស្បែក និងជំងឺកាមរោគ

ជំពូកទី ៣០. ជំងឺសើស្បែក

៣០. ១ ចំណុចគន្លឹះ

- ដំបៅស្បែក កើតឡើងជាញឹកញាប់នៅដំណាក់កាលដំបូង នៃការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍។
- ដំបៅស្បែក អាចលេចចេញរោគសញ្ញាមួយចំនួន ក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាខាងក្រោម៖
  - វិបត្តិជាបឋមនៃរោគសើស្បែក ឧ. ជំងឺស្បែករបកក្រហម (psoriasis)
  - ការបង្ករោគ៖ នៅលើស្បែក (ឧ. folliculitis) ឬនៅជ្រៅក្រោមស្បែក (រលាកកោសិកា) ឬរាលដាលច្រើនកន្លែង (ជំងឺ Cryptococcus)
  - Allergy (ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបង្កដោយឱសថ)
  - វិបត្តិនៃការរលាកឆ្លើយតបនឹង antigens (ឧ. PPE)
  - ជំងឺមហារីក (ឧ. Kaposis sarcoma)។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលភ្លាមៗ នៃរោគសញ្ញាដែលលេចចេញលើស្បែក គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ដើម្បីបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា និងព្យាបាលជំងឺដែលមានសក្តានុពលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត (ឧ. ការបង្ករោគជាប្រព័ន្ធ ឬប្រតិកម្មជាមួយឱសថធ្ងន់ធ្ងរ)។

៣០. ២ ប្រតិកម្មជាមួយឱសថ

- គ្រប់ឱសថទាំងអស់ អាចបង្ករផលប៉ះពាល់ ដែលជាញឹកញាប់ ស្តែងចេញជាប្រតិកម្មស្បែក ដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់។ ប្រតិកម្មនេះ មានលក្ខណៈប្រែប្រួលពីកម្រិតស្រាល រហូតអាចគំរាមកំហែងដល់ជីវិតបាន។
- បើអ្នកជំងឺលេចចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែក មាន/គ្មាន ជំងឺគ្រុនក្តៅ និងរោគសញ្ញាដែលតែងតែកើតឡើង ត្រូវពិចារណាអំពីប្រតិកម្មជាមួយឱសថ។
- នៅក្នុងស្ថានភាព ជំងឺអេដស៍ និងជំងឺរបេង ឱសថខាងក្រោម បង្កឱ្យមានប្រតិកម្មលើស្បែកជាញឹកញាប់៖
  - ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍៖ nevirapine, efavirenz, abacavir (បង្កឱ្យមាន abacavir hypersensitivity syndrome) និងឱសថដែលមិនសូវបង្កប្រតិកម្មលើស្បែកជាញឹកញាប់ រួមមាន 3TC ឬ AZT
  - Cotrimoxazole
  - ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង
  - ឱសថផ្សេងទៀត៖ ដូចជា anti-epileptics (ឧ. carbamazepine, phenobarbitone) ឱសថប្រភេទ NSAIDS និង allopurinol ។ល។

៣០.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

រោគសញ្ញាគន្លឹះ:

១.លេចចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែកមានពណ៌ និងពងទឹកបង្កដោយឱសថ (mobillifom ឬ exanthematous) កើតឡើងជាញឹកញាប់នៃប្រតិកម្មជាមួយឱសថ។ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកទាំងនេះមាន

លក្ខណៈស៊ីមេទ្រីគ្នា និងសាយភាព ដោយលេចចេញឡើងជាស្នាមបន្ទះតូចៗ និងដុំពកតូចៗ (macules និង/ឬ papules) ដោយអាចកើតឡើងប្រហែលមួយសប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ (អាចនឹងលេចចេញរោគសញ្ញាឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺធ្លាប់បានប្រើឱសថនេះពីមុន)។ រោគសញ្ញាផ្សេងទៀត រួមមាន រមាស់ ក្តៅខ្លួនស្ទិញៗ និង eosinophilia កើនឡើងតិចតួច។

ឱសថ Cotrimoxazole ក៏បណ្តាលឱ្យមានប្រតិកម្មខាងលើនេះដែរ ហើយកើតមានជាញឹកញាប់លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍។ ឱសថផ្សេងទៀត រួមមាន ឱសថព្យាបាលជំងឺ antiepileptic ឱសថក្រុម NSAIDS មួយចំនួន penicillins និងឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង។

២. **ចង្កោមរោគសញ្ញាប្រតិកម្មជាមួយឱសថ** (Drug hypersensitivity syndrome/DRESS)

ការលេចចេញស្នាមកន្ទួលក្រហមលើស្បែក (Erythroderma) ឬការផ្ទុះចេញ morbilliform សាយភាយលើ ៩០% ឬច្រើនជាងនេះនៃផ្ទៃស្បែក គ្រុនក្តៅ និងចុះខ្សោយសរីរាង្គចម្រុះជាច្រើន រួមមាន ថ្លើម តម្រងនោម បេះដូង សួត (ពិនិត្យមើលសម្ពាធឈាម ពិនិត្យទឹកនោមដោយ dipstick ថតសួតដោយកាំរស្មី X) ។ ជាទូទៅរកឃើញ ការកើនឡើងEosinophil ប៉ុន្តែពេលខ្លះក៏មិនមានការកើនឡើងជានិច្ចនោះទេ ។ ជាធម្មតា ចាប់ផ្តើមកើតឡើងប្រហែលជា ៣សប្តាហ៍ ក្រោយពីបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថបង្កហេតុ។ ឱសថ Abacavir និង ឱសថ Nevirapine បណ្តាលឱ្យមានប្រតិកម្ម hypersensitivity គឺជាឧទាហរណ៍នៃ DRESS ហើយឱសថផ្សេងទៀត រួមមានឱសថ antiepileptic, dapsone, និង allopurinol។

៣.**ចង្កោមរោគសញ្ញា**Stevens-Johnson syndrome(SJS) **និងការពុលរលួយស្បែក** (Toxic Epidermal Necrolysis = TEN)

SJS រួមបញ្ចូលទាំង ការរបកស្បែក < ១០% នៃផ្ទៃស្បែកគ្របដណ្តប់រាងកាយ ការពុលរលួយស្បែក(TEN) របកស្បែក > ៣០% នៃផ្ទៃស្បែកគ្របដណ្តប់រាងកាយ និង SJS/TEN មានរោគសញ្ញាជាន់គ្នាពី ១០-៣០% ជាទូទៅចាប់ពី២កន្លែង ឬច្រើនជាង (នៅភ្នែក មាត់ និងប្រដាប់បន្តពូជ)។ ដំបៅស្បែកបានចាប់ផ្តើមឡើងភ្លាមៗ ដោយលេចចេញជាស្នាមកន្ទួលពណ៌ស្វាយ ក្រម៉ៅ និងមានការឈឺចាប់ នៅពេលសង្កត់ចំលើស្នាមកន្ទួល។

សណ្ឋានសំខាន់ៗ នៃស្នាមកន្ទួលកើតឡើងពីឱសថ រួមមាន៖

- Fixed-drugs eruptions (ឧ ឱសថក្រុម NSAIDS, tetracyclines)៖
  អាចលេចឡើង នៅកន្លែង ឬសាយភាយ មានរូបរាងដូចកាក់ (coin-shaped) ស្បែកពណ៌ក្រម៉ៅ និងមាន ឬគ្មាន ពងទឹក ដែលជាទូទៅ នឹងកើតឡើងវិញ នៅកន្លែងដដែល ប្រសិនបើលេបថ្នាំដដែល ដែលមានប្រតិកម្ម។
- **Lichenoid drug eruptions and photodermatitis** (ឧ. thiazides, TB drugs, chloroquine, cotrimoxazole)៖
  Lichenoid pigmentation ធ្វើអោយស្បែកឡើងពណ៌ក្រម៉ៅ (slate grey/blue color) ហើយពេលខ្លះនៅលើស្បែក ផ្នែកដែលត្រូវកំដៅថ្ងៃច្រើន អាចរីកសាយភាយក្នុងទំហំធំ។

៣០.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ចំពោះករណី ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ ជាពិសេស ការប៉ះពាល់ស្បែកទូលំទូលាយ និង/ឬមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធ និងសង្ស័យថា មាន DRESS ឬ Stevens–Johnson /TEN។
- បញ្ឈប់ការប្រើថ្នាំទាំងអស់ និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់គាំទ្រការព្យាបាល និងពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។
- ប្រសិនបើមិនច្បាស់ថា ឱសថណាមួយជាបង្កឱ្យមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក-បញ្ឈប់ឱសថទាំងអស់ ហើយចាប់ផ្តើមប្រើឡើងវិញជាជំហានៗ (reintroduction stepwise) ដើម្បីធ្វើការពិចារណា បន្ទាប់ពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបានធូរស្រាល។
- ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ប្រតិកម្មជាមួយឱសថជាក់លាក់ណាមួយ សូមអាន៖
    - ប្រតិកម្ម hypersensitivity នៃឱសថ Abacavir នៅក្នុងជំពូកទី១០ (១០.២.២) ទំព័រទី ៦៧
    - ឱសថ Cotrimoxazole នៅក្នុងជំពូកទី៥ (៥.៨) ទំព័រទី៣៦ ប្រតិកម្ម hypersensitivity នៃឱសថ Cotrim
    - កន្ទួលស្បែក បណ្តាលមកពីឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងជំពូកទី១០ (១០.៣.៤) ទំព័រទី៧៣។

៣០.៥ ការបង្ករោគរាលដាលដោយលេចចេញនូវរោគសញ្ញាលើស្បែក

- បង្ករោគដោយបាក់តេរី៖ *Staphylococcus aureus, Bacilliary angiomatosis, Neisseria gonorrhoea, Syphilis*
- បង្ករោគដោយ Mycobacterium៖ ជំងឺរបេង មិនមែនជំងឺរបេង
- បង្ករោគស្រួចស្រាវដោយវីរុសបណ្តាលឱ្យលេចចេញរោគសញ្ញាលើស្បែក (Acute viral exanthemas infections)
- បង្ករោគដោយ Herpes simplex និង varicella zoster ស្រួចស្រាវ/កើតឡើងសារចុះសារឡើង
- បង្ករោគដោយពពួកផ្សិត៖ Cryptococcus (ប្រហែលជា ១០% នៃបង្ករោគដោយក្រិបតូកុក) បង្ករោគដោយ Histoplasmosis, Sporotrichosis និង Penicillium។

៣០.៥.១ ជំងឺផ្សិតរាលដាលបណ្តាលឱ្យលេចចេញរោគសញ្ញាលើស្បែក

ជំងឺផ្សិតរាលដាលបង្កដោយ Cryptococcus, Penicillum ឬ Histoplasmosis អាចបណ្តាលឱ្យមានដំបៅស្បែក និងចង្កោមរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធធ្ងន់ធ្ងរ។ វាកើតឡើងលើគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរត្រូវបានចាត់ចូលក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO និងមានអត្រាមរណភាពខ្ពស់។

៣០.៥.២ ជំងឺ Penicilliosis

ជំងឺ Penicilliosis បង្កឡើងដោយមេរោគឈ្មោះ *Talaromyces* (ជាផ្លូវការ ហៅថា *Penicillium) marneffei* ឆ្លងរាលដាលនៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ រួមទាំង ប្រទេសកម្ពុជា។ ផ្លូវចម្លងត្រូវបានគេសង្ស័យថា ភាគច្រើនប្រព្រឹត្តទៅតាមខ្យល់ (airborne)។ សរីរាង្គនៃមេរោគនេះ បង្កកូនចៅឡើងនៅក្នុងកោសិកា Macrophages និងរាលដាលពេញរាងកាយ ជាពិសេស ក្នុងប្រព័ន្ធ reticulo-endothelial។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ការចាប់ផ្តើមលេចចេញរោគសញ្ញាភ្លាមៗ គ្រុនក្តៅ ស្លេកស្លាំង ស្រកទម្ងន់ ដំបៅស្បែក មាន/គ្មាន ការឡើងកូនកណ្តុរ (lymphadenopathy) និងថ្លើមអណ្តើករីកធំ មាន/គ្មាន បញ្ហាផ្លូវដង្ហើម (ក្អក ពិបាកដកដង្ហើម)។
- ការពិនិត្យឃើញ កោសិកាធ្លាក់ចុះទាំងអស់ (cytopenias) និង ALP កើនឡើង និងមានការប៉ះពាល់ថ្លើម។
- ដំបៅស្បែកលេចចេញដោយមាន ដំបៅដុំពក (papular lesions) មួយ ឬច្រើនដែលជាញឹកញាប់មានចំណុចផ្ចិតកណ្តាល ឬដំបៅដូចគ្នាជាមួយនឹងជំងឺសើស្បែកបង្កដោយជំងឺ contagiosum molluscum ឬជំងឺ Cryptococcus ។ ដំបៅនេះគឺជាធម្មតាកើតនៅលើមុខ ស្បែកក្បាល និងលើដងខ្លួនផ្នែកខាងលើ អាចកើតផងដែរ នៅតំបន់ប្រដាប់ភេទ។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- មានការលំបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ បើគ្មានដំបៅស្បែក ហើយមានការលំបាកក្នុងការបែងចែកពីជំងឺ Cryptococcus។ គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យសាកសួរយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញទាក់ទងនឹងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ប្រសិនបើ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺនេះ កំពុងត្រូវបានពិចារណា ។
- កំណត់អត្តសញ្ញាណនៃពពួកផ្សិតតាមរយៈការបណ្តុះឈាម ការពិនិត្យដំបៅស្បែកដោយអតិសុខុមទស្សន៍ជាមួយនឹងការធ្វើតេស្ត Wright's stain កូនកណ្តុរ ឬទឹកបូមពីខួរឆ្អឹង។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

- Amphotericin B ០,៧ ម.ក្រ/គ.ក្រ ចាក់ IV រាល់ថ្ងៃរយៈពេល ២ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកប្រើ itraconazole ៤០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកប្រើ itraconazole ២០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ រហូតដល់ចំនួន កោសិកា CD4 > ១០០ ក្នុងអំឡុងពេល ៦ខែ [52]
- Fluconazole មានសកម្មភាពខ្សោយប្រឆាំងជំងឺ Penicillium ដូច្នេះត្រូវប្រើ amphotericin B ចាក់ IVI រហូតដល់មានឱសថ itraconazole សម្រាប់យកមកព្យាបាល
- បើគ្មានឱសថ itraconazole ទេ ត្រូវប្រើឱសថ ketaconazole ២០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ ឬឱសថ fluconazole ៤០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ សប្តាហ៍
- ចំពោះករណីមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ ប្រើឱសថ itraconazole ៤០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល១២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក ២០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 > ១០០ ក្នុងរយៈពេល៦ខែ។

ការព្យាបាលបង្ការទី២

ការព្យាបាលដោយបង្ក្រាបមេរោគរយៈពេលវែង គួរតែត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ itraconazole ២០០ម.ក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីទប់ស្កាត់ការលាប់ឡើងវិញ រហូតដល់អ្នកជំងឺមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ជាង ១០០ កោសិកា/មម³។

៣០.៥.៣ ជំងឺ Histoplasmosis

ជំងឺ *Histoplasma capsulatum* គឺជាជំងឺបង្កដោយពពួកផ្សិត dimorphic fungus រស់នៅក្នុងដីដែលសម្បូរដោយកាកសំណល់ទម្លាក់ចុះដោយបក្សី និងសត្វប្រចៀវ ។ ដោយសារការដកដង្ហើមស្រូបចូលនូវស្ព័រនៃ

[52] Sanford Guide to Antimicrobial therapy 2015

H.capsulatum ចូលទៅដល់ alveoli នៃសួត ហើយបង្កឱ្យមានប្រតិកម្ម granulomatous ខ្លាំង។ ការរលួយ (Caseous necrosis) ឬការឡើងកំណកមានសភាពដូចគ្នានឹងជំងឺរបេង ។ ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺ គឺអាស្រ័យលើកម្រិតនៃការប៉ះពាល់ និងភាពស៊ាំនៃអ្នកជំងឺ។ ការបង្ករោគភ្លាមៗ និងស្រួចស្រាវ អាចបណ្តាលឱ្យស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង។

ជំងឺ Histoplasmosis ត្រូវបានគេរាយការណ៍ដោយកម្រនៅប្រទេសកម្ពុជា។ អ្នកជំងឺខ្លះ អាចកើតមានជំងឺនេះឡើងវិញ នៅពេលដែលប្រព័ន្ធភាពស៊ាំថយចុះ នៅពេលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាជំងឺកើតឡើងដំបូងនោះទេ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ជំងឺសួតស្រួចស្រាវបង្កដោយ histoplasmosis បង្ហាញរោគសញ្ញា ដូចជាក្អក គ្រុនក្តៅ ស្រកទម្ងន់ អស់កម្លាំង ល្វិតល្វៃ រងារញាក់ញ័រ ឈឺចាប់សាច់ដុំ មិនឃ្លានអាហារ និងឈឺដើមទ្រូង ។ វាមានការលំបាកក្នុងការបែងចែកពីជំងឺ PCP។ ការថតសួតដោយកាំរស្មី X បង្ហាញពីការរលាកសួត (pneumonitis) និង lymphadenopathy hilarity ឬមានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយនឹង miliary។
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X នៃជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ បង្កដោយ histoplasmosis បង្ហាញការរួមតូច និងឃើញមាន cavitation នៅសួតផ្នែកខាងលើ និងរាលដាលទៅផ្នែកខាងក្រោម និងតំបន់ផ្សេងទៀតនៃសួត ហើមសួត និង bulla។
- ជំងឺ histoplasmosis រាលដាល ត្រូវបានកំណត់ដោយ គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ ស្រកទម្ងន់ ថ្លើម និងអណ្តើករីកធំ ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ដំបៅធំនៅមាត់ ឬមានដុំពក ឬមានដុំពណ៌ក្រហមលើស្បែកដែលមានជាតិអាស៊ីត (discrete erythematous fungating skin papules or masses)។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល

- ករណីភាគច្រើន គេមិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបានទេ។ ពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ ប្រសិនបើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺនេះត្រូវបានពិចារណា សុំយោបល់ពិនិត្យស្រាវជ្រាវឡើងវិញ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលករណីនេះ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់ អាចត្រូវបានធ្វើឡើងដោយកំណត់អត្តសញ្ញាណតាមរយៈការធ្វើតេស្ត histopathology នៃទម្រង់ផ្សិតក្នុងកោសិកាឈាមស និងក្នុងកោសិកា Macrophages ដោយលាប Giemsa បន្តិចលើសំណាកឈាម សំណាកខួរឆ្អឹង ឬ BAL ទោះជាយ៉ាងណា ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវបែបនេះគឺកម្រនឹងធ្វើបានណាស់។
- ការព្យាបាល៖ Amphotericin B 0,៧ម.ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃ ចាក់ IV រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកប្រើឱសថ itraconazole ២០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ យ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល ១២ ខែ។

៣០.៥.៤ ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក និងលើជាលិកាទន់

តារាងទី៣៧: ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក និងលើជាលិកាទន់

ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក	បាក់តេរីបង្ករោគ	ការពិពណ៌នា	ការព្យាបាល
Folliculitis	*Staphylococcus aureus*	ការរលាក ការបង្ករោគនៅគល់រោម	• គ្រប់ពីលើដោយស្បែក្តៅអ៊ុនៗ (Warm compress) • ការលាងសំអាត • Topical Genitian Violent • Cloxacillin ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ
Cellulitis (រលាកកោសិកា)	*Streptococcus spp. Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae*	រលាកស្បែក និងជាលិកា subcutaneous ដែលមាន លក្ខណៈ ហើម ក្រហម និងឈឺចាប់ +/- គ្រុនក្តៅ	Cloxacillin ៥០០ម.ក្រ ៤ដង/ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃរយៈពេល១០ថ្ងៃ។ ករណីធ្ងន់ធ្ងរត្រូវប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកចាក់ IV (cloxacillin ឬ cetriaxone)។
បូសទ្រនិក (Boils) ជាលិការទន់ បូស	*Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae*	ខ្ទុះប្រមូលផ្តុំនៅនឹងកន្លែងនៅ ក្នុងប្រហោង អាច មានផលវិបាកជាការរលាក កោសិកា (cellulitis) បើមិនបានព្យាបាល។	• សំខាន់បំផុតគឺ ការវះកាត់ចោះបង្ហូរខ្ទុះ • បើករណីស្រាល ត្រូវយក compress ក្តៅឧណ្ហៗបិទ • ព្យាបាលដោយ Systemic antibiotics បើមានជំងឺ cellulitis នៅតំបន់ជុំវិញ។
Impetigo	*Staphylococcus aureus, Streptococcus spp.*	ដំបៅពណ៌លឿងក្រៀម ឬពងទឹករមាស់	- លាងដំបៅជាមួយទឹកក្តៅឧណ្ហៗ។ លាបអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក ឬ លាយអង់ទីប៊ីយ៉ូនទិក/អាស៊ីសាលីស៊ីលិក - Cloxacillin សម្រាប់ដំបៅដែលសាយភាព។
Paronychia	*Staphylococcus aureus*	ការបង្ករោគកើតនៅជាលិកាជុំវិញក្រចកដៃ និងក្រចកជើង។	• វះកាត់ចោះបង្ហូរខ្ទុះនៅក្រោមក្រចកចេញ • Cloxacillin រយៈពេល៥-៧ ថ្ងៃ

Pyomyositis	*Staphylococcus aureus*	បង្កជាបូសជ្រៅក្នុងសាច់ដុំ មានសភាពមិនស្រួលខ្លួនជាទៅទៅ គ្រុនក្តៅ ឈឺចាប់ ។	• វះកាត់ចោះបង្ហូរខ្ទុះចេញ • Ceftriaxone ១-២ ក្រាម ចាក់តាមសសៃ IV ៤ដង/ ថ្ងៃ ឬ Ceftriaxone ២ក្រាម ចាក់តាមសរសៃ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ។
Bacillary angiomatosis "cat scratch disease"	*Bartonella henselae*	ដំបៅសរសៃឈាម (vascular) រាលដាល ដែលមានលក្ខណៈ ដូចគ្នាជាមួយជំងឺ Kaposi's sarcoma ។	• ពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ • Erythromycin ៥០០ម.ក្រ ៤ដង/ថ្ងៃ ឬប្រើ doxycycline ១០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល២ខែ។
Necrotising soft tissue infections including necrotizing fasciitis (ការបង្ករោគបណ្តាលឱ្យរលួយជាលិកាទន់ រួមមាន ការ necrotizing fasciitis)	*Streptococcus pyogenes, Clostridium perfringens (gas gangrene), of Vibrio spp. or polymicrobial mixed aerobic and anaerobic bacteria*	ឈឺចាប់ខ្លាំង ទោះជាមានការរលាកស្បែកតិចតួចក៏ដោយ មាន Bullae រលួយស្បែក ហើម ខ្យល់ក្នុងជាលិកាទន់ រាលដាលយ៉ាងលឿនទៅប្រព័ន្ធសរីរាង្គផ្សេងៗ នាំឱ្យធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ។	- វះកាត់ជាបន្ទាន់ការកំទេចកំទីសាច់ដែលរលួយចេញ។ ចាក់អង់ទីប៊ីយ៉ូទិកដែលមានសកម្មភាពទូលាយ ចាក់ IV ។ ឧ. ceftriaxone + metronidazole/ clindamycin, ឬ meropenem + metronidazole/ clindamycin - ប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកដែលគ្មានសកម្មភាពទូលាយ បើបានទទួលលទ្ធផលនៃការបណ្តុះមេរោគ។
Staphylococcal Scalded Skin Syndrome	*Staphylococcus aureus*	ដំបៅសាយភាយដោយចាប់ផ្តើមលើផ្ទៃមុខដែលជួប ញឹកញាប់លើកុមារ។ អាចដូចគ្នានឹង Stevens Johnson Syndrome ប៉ុន្តែ គ្មានការប្រឡាយមមុខជុំវិញ និងមិនប៉ះពាល់ដល់ mucosa ទេ។	• Cloxacillin ២០០ម.ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃចាក់ IV រាល់៦ម៉ោងម្តង • ពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យពីការវះកាត់ • ព្យាបាលរបួស និងយកចិត្តទុកដាក់ ចំពោះស្ថានភាពខ្សោះជាតិទឹក។

Syphilis	*Treponema pallidum*	១^{0} ដំបៅគ្មានការឈឺចាប់រឹង (chancre) នៅត្រង់កន្លែងដែលឆ្លងរោគស្វាយ។ រោគសញ្ញាគ្លី និងការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ (RPR ត្រូវការពេលវេលាពី៤–៦ សប្តាហ៍ដើម្បីឱ្យ តេស្តនេះវិជ្ជមាន)។	- Benzathene penicillin ២,៤M IU x ១ដង - doxycycline ជួរទី២ ១០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ **រយៈពេល**១៤ថ្ងៃ - erythromycin ជួរទី៣ លេប ៥០០ម.ក្រ ៤ដង/ថ្ងៃ **រយៈពេល** ៤ សប្តាហ៍។
Syphilis	*Treponema pallidum*	ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក Maculopapular, condylomata lata, គ្រុនក្តៅ, ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ, oral mucus patches ។ រោគវិនិច្ឆ័យដោយការធ្វើតេស្ត RPR	- Benzathine penicillin 2.4 M ចាក់សាច់ដុំតែមួយកម្រិតដូស - doxycycline ជួរទី២ 100mg ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ, erythromycin ជួរទី៣ 500mg ៤ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៤ សប្តាហ៍។

៣០.៥.៥ រោគសើស្បែកបង្កដោយវីរុស

តារាងទី៣៨: រោគសើស្បែកបង្កដោយវីរុស

រោគសើស្បែកបង្កដោយវីរុស
Herpes simplex ១, ២ Orolabial lesions ដំបៅប្រដាប់ភេទ ពងទឹកមានបាតពណ៌ក្រហមនៅបបូរមាត់ ច្រមុះ អណ្តាត បំពង់ក អញ្ចាញធ្មេញ និងតំបន់ប្រដាប់បន្តពូជ ការពិនិត្យគ្លីនិក និងធ្វើតេស្ត Tzank ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖ Acyclovir ៤០០ម.ក្រ ៥ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ លាប Gentian violet អាចជួយកាត់បន្ថយការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី ។
ជំងឺរើម (Herpes Zoster, shingles) បង្កដោយវីរុស Herpes Zoster (reactivation) កើតឡើងជាញឹកញាប់លើអ្នកជំងឺអេដស៍។ មានដុំពងទឹក ហើយឈឺ នៅពាសពេញស្បែក –បន្ទាប់មកស្បែកឡើងក្រៀម កម្រឆ្លងកាត់ខ្សែបន្ទាត់ពាក់កណ្តាលខ្លួនអាចបណ្តាលឱ្យខូចភ្នែក រោគវិនិច្ឆ័យ ផ្អែកលើគ្លីនិក និងតេស្ត Tzank ការព្យាបាល៖ Acyclovir ៨០០ម.ក្រ ៥ដង/ថ្ងៃរយៈពេល ៧–១០ថ្ងៃ លាប Gentian violet អាចជួយកាត់បន្ថយការបង្ករោគបន្ថែមទៀត។

លាប Calamine lotion លើដំបៅស្បែក។
ជំងឺអុតធំ (Herpes Zoster, chicken pox) បង្កដោយវីរុស Herpes Zoster (បង្ករោគដំបូង) រយៈពេលសម្ងំ ៣ថ្ងៃ លេចចេញស្នាមជុំពងទឹកលើស្បែកពាសពេញស្បែក ជា "គ្រាប់ៗ" អាចបណ្តាលឱ្យមានផលលំបាក ទៅជា ជំងឺរលាកសួត រលាកថ្លើម និងរលាកខួរក្បាល ការព្យាបាល៖ Acyclovir ៨០០ម.ក្រ ៥ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៧–១០ថ្ងៃ លាប Gentian violet អាចជួយកាត់បន្ថយការបង្ករោគបន្ថែមទៀត លាប Calamine lotion ។
ជំងឺ Molluscum contagiosum មូលហេតុបង្ករោគដោយវីរុស *Molluscum contagiosum* ពងទឹករាងដូចសាជីខូងចំណុចកណ្តាល និងអ្នកជំងឺមិនស្រួលខ្លួន ត្រូវវែកញែកភាពខុសគ្នារវាងជំងឺ Cryptococcus ឬជំងឺ Penicillium ឬ Histoplasmosis (ជាធម្មតា មានសភាពមិនស្រួលខ្លួន) ការព្យាបាល៖ ដោយខ្លួនឯងនៅមានកម្រិត (Self-limiting) ឬបើកមុខពងទឹកដោយប្រើប្រាស់ម្ជុលដែលរម្ងាប់មេរោគត្រឹមត្រូវ និងបូបទឹកចេញ លាងសំអាត ឬទឹក liquid nitrogen cryotherapy ។
ជំងឺសិរមាន់ (Warts) បង្កដោយវីរុស Human papilloma ដំបៅស្បែករាងដូចផ្កាខាត់ណា (Cauliflower-like lesions) នៅតំបន់ប្រដាប់ភេទ និងជុំវិញរន្ធគូទ អាចកើតមាននៅតំបន់ផ្សេងៗ និងដំបៅរាបស្មើលើផ្ទៃបាតជើង ការព្យាបាល៖ បើមិនប៉ះពាល់ស្រទាប់ក្រោមស្បែក (Non-mucosal affected areas): លាបសូលុយស្យុង podophyllotoxin 0,៥% ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ថ្ងៃបន្តបន្ទាប់គ្នាក្នុង១សប្តាហ៍ រហូតដល់ ៤សប្តាហ៍(អតិបរិមា)។ ការពារស្បែកមិនប៉ះពាល់ដោយលាប vaseline ឬ zinc ointment បន្ទាប់មកលាងទឹក និងសាប៊ូចេញក្រោយរយៈពេល ១-៤ ម៉ោង។ មិនត្រូវព្យាបាលដោយឱសថទាំងនេះក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះទេ។ ត្រូវព្យាបាលដោយ Cryotherapy ប្រសិនជាមាន។

៣០.៥.៦ ការបង្ករោគស្បែកដោយពពួកផ្សិត

តារាងទី៣៩: ការបង្ករោគស្បែកដោយពពួកផ្សិត

ការបង្ករោគសើស្បែកដោយពពួកផ្សិត
ជំងឺអង្គែក្បាល (រោគស្រែងលលាដ៍ក្បាល) បង្កដោយ Tinea corporis, Tinea capitis, Tinea pedis កើតនៅ ដងខ្លួន មុខ អវយវៈ ដំបៅរាងដូចរង្វង់ចិញ្ចៀនមានគែមពណ៌ក្រហម និងចំណុចកណ្តាលជាសះស្បើយ **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ៖** ភាគច្រើនរោគសញ្ញាគ្លីនិក

ការព្យាបាល៖ ធ្វើតំបន់សើមឱ្យស្ងួត Whitfield's ointment (benzoic acid ជាមួយ salicylic acid) ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ២ទៅ ៥ សប្តាហ៍លើកន្លែងដំបៅស្បែក ឬ ២% miconazole ឬ ១% clotrimazole cream រយៈពេល ២ទៅ៤សប្តាហ៍។ ជំងឺមានការរាលដាល និងព្យាបាលជំងឺ tinea capitis ដោយប្រើ systemic fluconazole ១៥០ម.ក្រ ១សប្តាហ៍/ម្តង រយៈពេល ៤ សប្តាហ៍ ។
ជំងឺ Tinea onichomycosis បង្កដោយ Tinea unguium ក្រិនខ្លាំងនៅផ្ទៃខាងក្រោមក្រចក ។ **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ៖** ការពិនិត្យរកពពួកផ្សិតដោយអតិសុខុមទស្សន៍ និងការបណ្តុះមេរោគផ្សិត **ការព្យាបាល៖** ព្យាបាលការបង្ករោគដោយ onychomycosis តែក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរប៉ុណ្ណោះ ដោយប្រើឱសថ Itraconazole ២០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ លេបរាល់ថ្ងៃក្នុងរយៈពេល៧ថ្ងៃដំបូង នៃរយៈពេល៤ខែជាប់គ្នា ឬព្យាបាលដោយឱសថ Terbenafine ប្រសិនបើមាន។ ពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថជាមួយឱសថ ARV ។
ជំងឺស្បែកបង្កដោយកង់ឌីដា (Cutaneous candidiasis) បង្កដោយកង់ឌីដា អាល់ប៊ីកង់ កើតនៅតំបន់បែកញើសមានសំណើម-ស្បែកផ្នត់ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកពណ៌ក្រហមមានគែមកំណត់ច្បាស់។ កើតឡើងផងដែរនៅលើប្រដាប់ភេទ ឬ paronychia ។ **ការព្យាបាល៖** លាបសូលុយស្យុងTopical ១% aqueous gentian violet, Topical nystatin ឬ miconazole ៣ដង/ថ្ងៃ រហូតដល់ ៤៨ម៉ោង ក្រោយពេលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបានប្រសើរឡើង។

៣០.៥.៧ រោគរ៉ៃ (Scabies)

តារាងទី៤០: ការបង្ករោគស្បែកដោយ Scabies

ការបង្ករោគដោយ Scabies
រោគរ៉ៃ បង្ករោគដោយ Sarcoptes scabiei var. hominis ដំបៅរមាស់ពងបែក ជាពិសេស នៅចង្អៃកម្រាមដៃ និងម្រាមជើង ផ្ចត់កដៃ តំបន់គន្លាក់ដៃ និងក្លៀក។ **ការព្យាបាល៖** Benzyl Benzoate ២៥% lotion ឬ Permethrin ៥% cream: លាបលើដងខ្លួន លើកលែងតែនៅក្បាល/មុខ ទុករយៈពេល១២ម៉ោង បន្ទាប់មកលាងសំអាតចេញ លាបសារជាថ្មីម្តងទៀតក្នុងរយៈពេល ៧ថ្ងៃ ។
រោគរ៉ៃ Crusted (Norwegian) scabies បង្កដោយ Sarcoptes scabiei var. hominis បង្ករោគដោយពពួកសត្វល្អិតរាប់លាន និងឆ្លងខ្លាំងណាស់ ។

ស្បែករបកស្រកាក្រាស់ ជាពិសេស នៅត្រង់កែងដៃ ក្រោយកញ្ចឹងក និងត្រចៀក គូទ។ មិនមែនតែងតែរមាស់ទេ ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីជាលើកទី២ កើតមានជាញឹកញាប់ ។ ការព្យាបាល៖ ជាញឹកញាប់ ត្រូវព្យាបាលរោគកមរមាស់ (ចៃ) ដល់សមាជិកគ្រួសារទាំងមូល - និងបោកសម្អាតសម្លៀកបំពាក់ទាំងអស់ រួមទាំង ភួយ ខ្នើយ កំរាលពូក និងគ្រែ ។ ការព្យាបាលជាប្រព័ន្ធ ដោយប្រើឱសថ Ivermectin ២០០ម.ក្រ/គ.ក្រ លេបតែ១កម្រិតដូស នឹងបន្តការព្យាបាលឡើងវិញនៅថ្ងៃទី០ ថ្ងៃទី៧ ថ្ងៃទី១៤ ។ ប្រសិនជាគ្មាន ត្រូវព្យាបាលដោយ topical therapy លាបរាល់ថ្ងៃនៅថ្ងៃទី២ ជាមួយ topical keratolytics ដោយឆ្លាស់ថ្ងៃគ្នា (ឧ. salicylic acid ៥–១០% in sorbolene, ឬ lactic acid ៥% + urea ១០% in sorbolene)។ ពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។

៣០.៥.៨ ដំបៅស្បែកដែលមិនមែនបង្កដោយជំងឺឆ្លង (Non infective skin lesions)

តារាងទី៤១: ដំបៅស្បែកដែលមិនមែនបង្កដោយជំងឺឆ្លង (Non infective skin lesions)

ដំបៅស្បែកដែលមិនមែនបង្កដោយជំងឺឆ្លង
ការរលាកស្បែក ក្រពេញបញ្ចេញញើស (Seborrheic Dermatitis) ការរលាកស្បែកក្រពេញបញ្ចេញញើស កំណត់ដោយស្បែកស្ងួត   ស្បែកឡើងស្រកា (flaky) ឬរបកស្រកាដែលកើតឡើងនៅលើស្បែកក្បាល គេអាចមើលឃើញនៅមុខ លើគន្លាក់ខ្នង់ច្រមុះ និងបបូរមាត់ (nasolabial) លើស្បែកនៅពីក្រោយត្រចៀក និងចិញ្ចើម។ **ការព្យាបាល៖** Selenium sulfide ឬសាប៊ូ ketoconazole កក់លើស្បែកក្បាលដែលមានដំបៅ។ លាប Topical steroids លើកន្លែងមានដំបៅ ៣ដង/ថ្ងៃ។ ត្រូវប្រើតែ ១% hydrocortisone cream លាបលើផ្ទៃមុខ ព្រោះវាអាចបណ្តាលឱ្យស្បែកស្វិត ។ ករណីធ្ងន់ធ្ងរ អាចប្រើ (betamethasone ១០%) លាបនៅតំបន់ផ្សេងៗបានដែរ ។
ជំងឺ Pruritic Papular Eruption (PPE) កើតមានជាញឹកញាប់ លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ២០០កោសិកា/ម.ម^{៣} ធ្លាយបែកដំបៅពងទឹកលើស្បែក ជាទូទៅកើតនៅពាសពេញដងខ្លួន និងនៅចុងដៃចុងជើង អាចពាក់ព័ន្ធនឹងវិបត្តិនៃការឆ្លើយតបនឹងការរលាកបង្កដោយអង់ទីស្សែន ដូចជាកន្លែងមូសខាំញឹកញាប់, រមាស់ខ្លាំងណាស់។ **ការព្យាបាល៖**   ជាទូទៅ   មិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលក្រៅពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លេប antihistamines អាចជួយបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា។
ជំងឺ Eosinophilic folliculitis ហើម ក្រហម ស្បែកពងទឹកឡើងក្រហម និងពងខ្ទុះ (pustules) នៅលើមុខ ស្បែកក្បាល ក និងទ្រូង រមាស់។

ការព្យាបាល៖ អាចកើតសារចុះសារឡើង និងរោគសញ្ញាប្រសើរឡើងវិញក្រោយពេលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ លេប antihistamines អាចជួយបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា។

ជំងឺ Psoriasis

រោគស្បែករបកក្រហមរាលដាល សង្កេតឃើញកើតឡើងលើអ្នកជំងឺដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង។ បានបង្ហាញជាមួយ បន្ទះស្បែកក្រាស់ ស្បែកក្បាលពណ៌ទឹកប្រាក់ ភាគច្រើននៅលើផ្ទៃសាច់ដុំ ។ អាចមាននៅម្រាមដៃ និងក្រចកជើង ក្លៀក និងក្រចកឡើងក្រាស់ មិនទៀងទាត់ (onychodystrophy) ។

ការព្យាបាល៖ រួមមានការហាលកំដៅថ្ងៃ ប្រើ coal tar ៥-១០% ointment in salicylate ointment ២ដង/ថ្ងៃ រាល់ថ្ងៃ ជាមួយសាប៊ូ coal tar (បើមានការប៉ះពាល់ដល់ស្បែកក្បាល) និងប្រើ potent topical steroids (betamethasone 0,១% ឬ Diprosalic cream លាបលើកន្លែងដំបៅ ១-២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ ។ ជាទូទៅ មិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ក្រៅពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ជំងឺ Kaposis Sarcoma (កម្រមានណាស់នៅអាស៊ី)

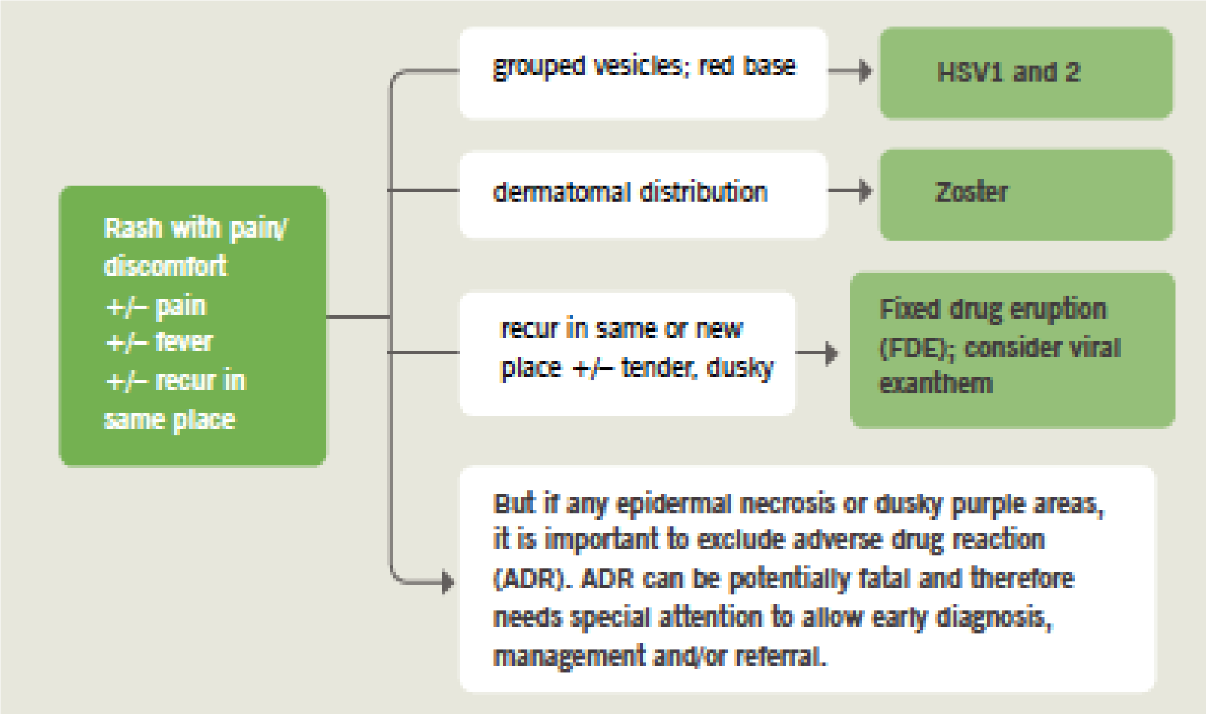
ជាជំងឺមហារីកបង្កដោយវីរុស HHV8 ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។

មានផ្ទាំងពងទឹកមួយ ឬច្រើន ពណ៌ស្វាយ ជាញឹកញាប់មានផ្ទៃរលូន ប៉ុន្តែអាចមានស្រកាស្បែក ឬដំបៅ ។ កើតមាននៅគ្រប់ទីកន្លែងលើស្បែក ជាញឹកញាប់នៅក្រអូមមាត់ខាងលើ នៅជើងអាចមាន/គ្មានការហើមជើង។

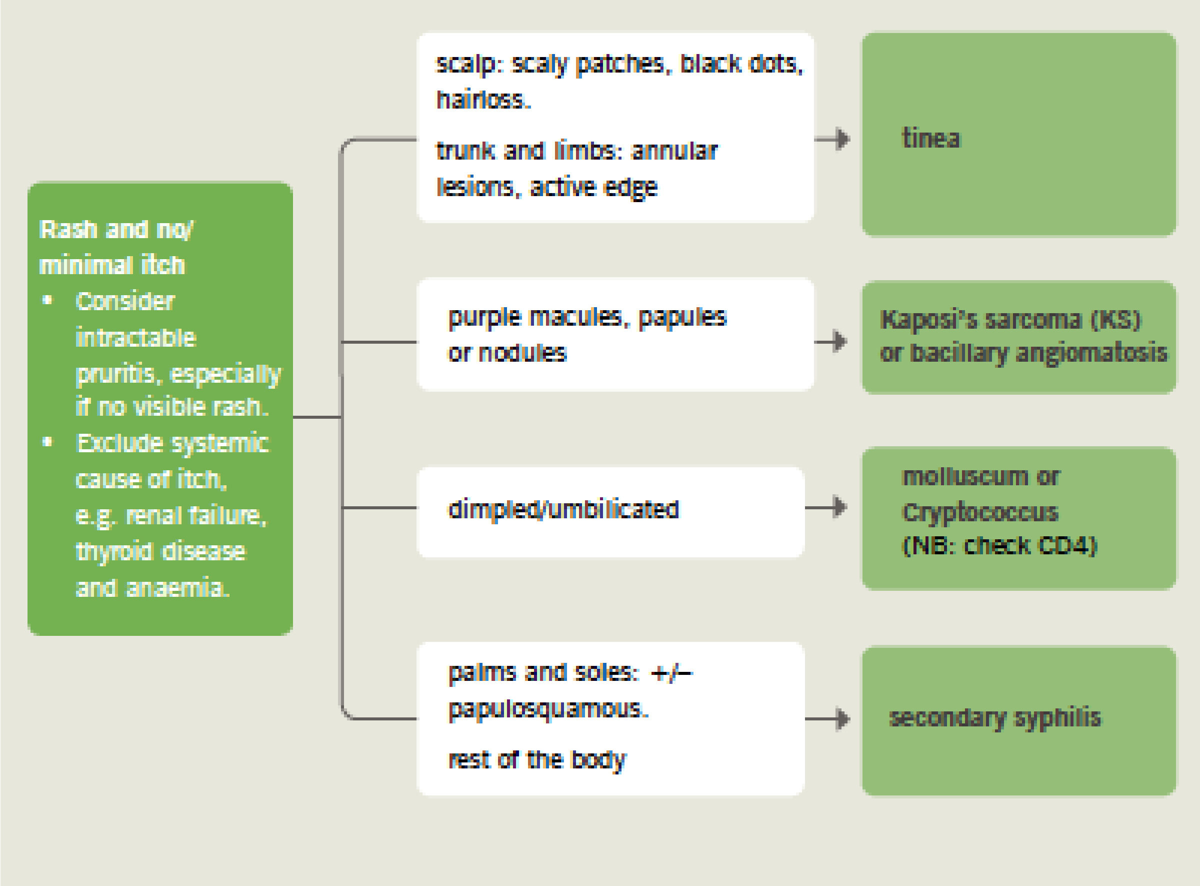
សរីរាង្គខាងក្នុង នៃជំងឺ KS រួមមាន ទ្រូង-ឡើងខ្ទុះក្នុងសួត សរីរាង្គក្នុងពោះ (ឈាមក្នុងលាមក)។

ការព្យាបាល៖ ចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ អំពីតម្រូវការនៃការព្យាបាលដោយ radio /chemotherapy។

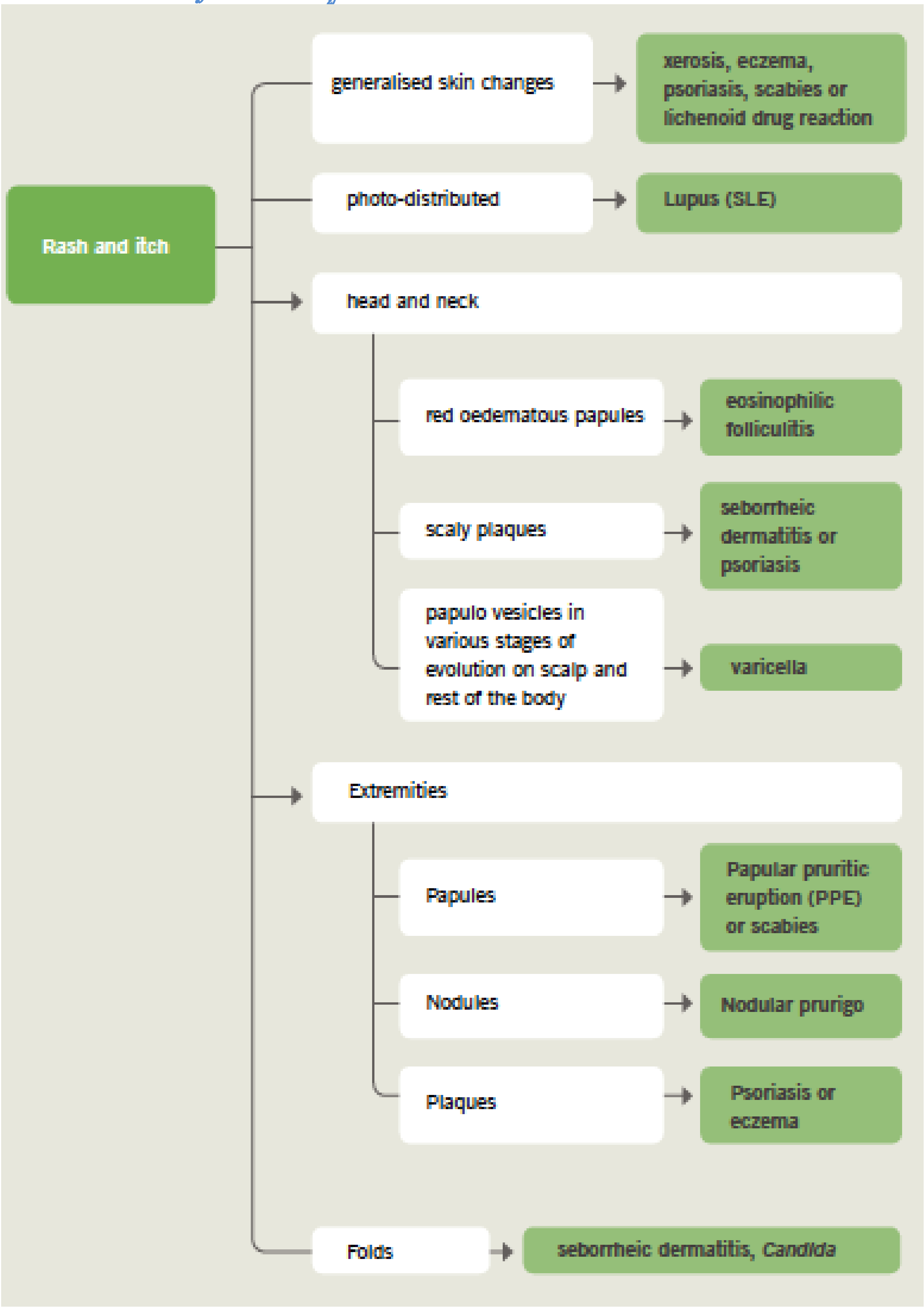
រូបភាពទី១៥: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលមានការឈឺចាប់ (MSF)



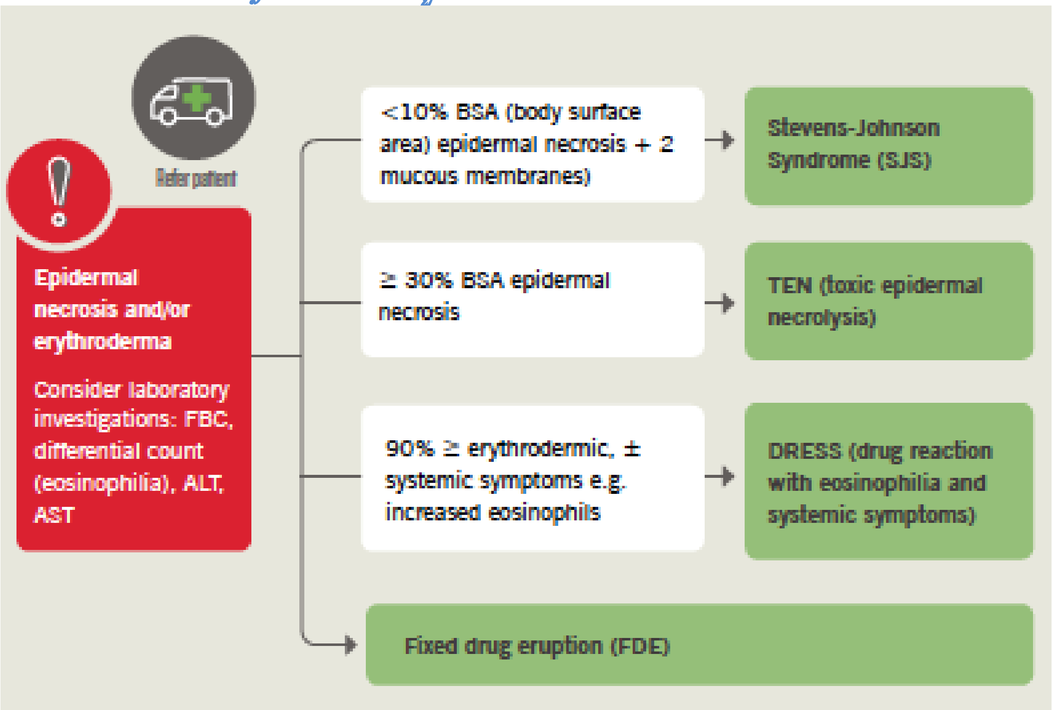
រូបភាពទី១៦: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលគ្មានការឈឺចាប់ និងមិនរមាស់ (MSF)



រូបភាពទី១៧: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលមានរមាស់ (MSF)



រូបភាពទី១៨: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលធ្ងន់ធ្ងរ (MSF)



ជំពូកទី ៣១. ការបង្ករោគតាមផ្លូវបន្តពូជ និងកាមរោគ

- វាជាការសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងដៃគូរបស់ពួកគាត់ ត្រូវបានទទួលការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ១)ក្នុងគោលបំណងដើម្បីថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ និង ២)ដោយសារតែជំងឺកាមរោគបង្កើន
  ហានិភ័យនៃការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍
- ជាទូទៅ ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលជំងឺកាមរោគលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺដូចគ្នាជាមួយបុគ្គលដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- សូមអានគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលជំងឺកាមរោគរបស់ NCHADS ជាពិសេស ផ្នែកការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ/បង្ករោគនៅប្រដាប់បន្តពូជ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍[53]
- សូមអានផ្នែក៣.២ ការពន្យាកំណើត ទំព័រទី ២៥ សម្រាប់ការពិភាក្សាស្តីពី ផែនការគ្រួសារ និងតម្រូវការពន្យាកំណើត។

៣១.១ ជំងឺបង្កដោយផ្សិតឪដាលើទ្វារមាស (Vaginal candidiasis)

ជំងឺ Vaginal candidiasis កើតឡើងញឹកញាប់ជាងគេ បង្កជាបញ្ហាលើស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍មួយចំនួន។

៣១.១.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

រោគសញ្ញា៖ រមាស់ ឬអារម្មណ៍ក្តៅ និងធ្លាក់ស។
ការពិនិត្យ៖ ធ្លាក់សតាមទ្វារមាស ដែលមានសភាពដូចបន្ទះឈីស (cheese-like plaques) នៅតំបន់ទ្វារមាសមានពណ៌ក្រហម ហើម និងរឹងតិចៗ (tender)។

៣១.១.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការព្យាបាល ត្រូវឈរលើមូលដ្ឋានរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការរកឃើញរោគសញ្ញាពេលពិនិត្យគ្លីនិក។
សូមពិចារណាផងដែរពីមូលហេតុផ្សេងទៀតនៃការធ្លាក់សតាមទ្វារមាស រួមទាំង ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីនៅទ្វារមាស (Bacterial Vaginaosis) និងជំងឺរលាកទ្វារមាសបង្កដោយមេរោគប្រមេះ Chlamydia និង Trichomonas ។ ជាពិសេស នៅពេលគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកច្បាស់លាស់ ឬការព្យាបាលគ្មានប្រសិទ្ធភាព។

៣១.១.៣ ការព្យាបាលស្តង់ដា (ជម្រើសណាមួយ ក្នុងជម្រើសខាងក្រោម)

- Clotrimazole vaginal cream ៥ក្រ/ថ្ងៃ ឬ clotrimazole vaginal suppository ១០០ម.ក្រ សុល១ថ្ងៃ/ម្តង រយៈពេល ៣-៧ថ្ងៃ ឬ clotrimazole ៥០០ ម.ក្រ suppository សុលតែម្តងគត់។
- Miconazole cream ៥ក្រាម/ថ្ងៃ ឬ ១០០ម.ក្រ vaginal suppository រាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ ថ្ងៃ។
- Nystatin ១០០.០០០ units vaginal suppository រាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ។

---

[53] Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. National guidelines on sexually transmitted infections (STI) and reproductive tract infections (RTI) case management. 2010 module 6. chapter 6, p217 – 222

៣១.១.៤ ការព្យាបាលជំងឺបង្កដោយកង់ឌីដានៅទ្វារមាសដែលកើតជាប់ជានិច្ច ឬសារចុះសារឡើង (persistent or recurrent vaginal candida)

- Fluconazole ១៥០-២០០ ម.ក្រ ប្រើតែម្តង (ប្រើឱសថដែលមានឥទ្ធិពលយូរ អាចនឹងពិចារណាយកប្រើក្នុងករណីពិបាក)។

ជំងឺមហារីក បណ្ដាលមកពីមេរោគអេដស៍

ជំពូកទី ៣២. ជំងឺមហារីក បណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍

ជំងឺមហារីកប្រភេទ lymphoma លើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (Primary CNS lymphoma) ឬ B cell non-Hodkin's lymphoma (ពាក់ព័ន្ធជាមួយវីរុស EBV) មហារីកមាត់ស្បូនក្នុងដំណាក់កាលរាលដាល (invasive cervical carcinoma ទាក់ទងនឹងវីរុស HPV) និងមហារីក Kaposi's sarcoma (បណ្តាលមកពីវីរុស HHV-8) គឺជាប្រភេទជំងឺ ដែលចាត់ចូលក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។ អត្រាជំងឺមហារីកដែលមិនទាក់ទងនឹងជំងឺមេរោគអេដស៍ ក៏មានកម្រិតខ្ពស់ផងដែរ ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឧ.មហារីកសួត។

ជម្រើសនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺមហារីក នៅប្រទេសកម្ពុជានៅមានកម្រិត។ ការផ្តោតសំខាន់បំផុត គឺការបង្ការជំងឺមហារីក តាមរយៈការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់រហ័ស និងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ ។ លើសពីនេះទៅទៀត ត្រូវជម្រុញវិធានការបង្ការផ្សេងទៀត ជាពិសេស ការអប់រំក្នុងការបញ្ឈប់ការជក់បារី (សូមមើលជំពូកទី៣៥៖ ការឈប់ជក់បារី ទំព័រទី ១៩៦)។

៣២.១ ជំងឺមហារីក Non-Hodgkin's lymphoma (NHL)

ជំងឺមហារី NHL កើតឡើងជាញឹកញាប់ លើអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់ធ្ងន់ធ្ងរ (CD4 < ៥០កោសិកា/មម³) និងលេចចេញរោគសញ្ញាខាងក្រោម ៖

- Systemic NHL (>៨០%)
- ជំងឺមហារីក lymphoma នៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (១៥%)
- ជំងឺមហារីក lymphoma ដំបូង រាលដាលច្រើនកន្លែង (ឬនៅ body cavity) (<៥%)។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

លេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក ស្រដៀងគ្នាទៅនឹងជំងឺរបេង និងត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាជំងឺមហារីក ប្រសិនបើបរាជ័យក្រោយពីការព្យាបាលជំងឺរបេង ក្នុងនោះរួមមាន គ្រុនក្តៅ ឡើងកូនកណ្តុរ (lymphadenopathy) អស់កម្លាំង ស្រកទម្ងន់ បែកញើសពេលយប់ អណ្តើករីកធំ (splenomegaly) ថ្លើមរីកធំ (hepatomegaly) និងមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការជ្រៀតចូលនៅផ្នែកណាមួយ (focal infiltrates) និង ថយចុះកោសិកាឈាមទាំងអស់ (CBC)។

តារាងទី៤២: រោគសញ្ញានៃ NHL អាស្រ័យតាមកន្លែងបង្ករោគ

ដុំមហារីកនៅតំបន់ Mediastin ឬនៅបំពង់ក	ដុំមហារីកនៅក្នុងពោះ
ពិបាកដកដង្ហើម ដកដង្ហើមញាប់ ដកដង្ហើមលឺសំលេងក្អក ថយចុះសំលេងដង្ហើមនៅតាមកន្លែង។	ការប៉ោងតឹងពោះ ទាចទឹក ដុំពោះ កើតលឿង ការឈឺចាប់ ។
ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល	**ដុំមហារីកនៅតំបន់មុខ និងថ្គាម (Maxillofacial tumor)**
ឈឺក្បាល ក្អួត វិបត្តិគំហើញ បាត់លំនឹងពេលដើរ ខ្វិនសរសៃប្រសាទខួរក្បាល (Cranial nerve palsies) ខ្វិនមួយចំហៀងខ្លួន ប្រកាច់។	ដុះដុំនៅតំបន់ថ្គាម ស្ពឹកស្រពន់ចង្កា (ការគៀប សង្កត់សរសៃប្រសាទបញ្ជាផ្ទៃមុខ) (peripheral facial nerve compression)។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ក្នុងស្ថានភាពភាគច្រើន មានការលំបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ អ្នកជំងឺត្រូវទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងសាកល្បងជាមុនសិន ។ ប្រសិនបើ គ្មានការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលទេ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅធ្វើការវាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលបន្ថែមទៀត។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ គឺតម្រូវឱ្យច្រិបយកជាលិកា ទៅវិភាគ (histopathology)។

ការព្យាបាល

ជម្រើសនៃការព្យាបាលជំងឺមហារីកនៅប្រទេសកម្ពុជានៅមានកម្រិត។ ប្រសិនបើ អាចត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត ដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃ និងព្យាបាលជំងឺមហារីក។

៣២.២ មហារីកមាត់ស្បូន (Cervical Cancer)

ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន កើតញឹកញាប់ជាងគេនៅទូទាំងពិភពលោក។ វាបង្កឡើងដោយការបង្ករោគដោយវីរុស HPV នៅមាត់ស្បូន ដោយមិនត្រូវបានជម្រះដោយឯកឯង បន្តវិវត្តន៍ទៅតាមពេលវេលា ចូលក្នុងកោសិកាអេពីតេលីយ៉ូមនៃមាត់ស្បូន (cervical intraepithelial dysplasia=CIN) និងបង្កជាជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនរាលដាល។ ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនរាលដាល រាប់បញ្ចូលទៅក្នុងដំណាក់កាលទី៤ នៃWHO។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានសំណាងតិចតួចក្នុងការជម្រះការបង្ករោគដោយវីរុស HPV និងមានអត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺ CIN ខ្ពស់ និងទំនងនឹងមានការវិវត្តន៍ទៅជំងឺមហារីករាលដាល បើប្រៀបធៀបជាមួយស្ត្រីដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ កត្តាហានិភ័យរួមចំណែកដទៃទៀតនៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន រួមមាន ការជក់បារី និងការបង្ករោគដោយជំងឺកាមរោគផ្សេងៗ។

ការបង្ការជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន

- ចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការវីរុស HPV (មិនបានធ្វើជាប្រចាំនៅប្រទេសកម្ពុជាទេ) គឺជាវីរុសបង្កហេតុជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន គួរតែត្រូវចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការដល់ក្មេងស្រីជំទង់មុនពេលចាប់ផ្តើមសកម្មភាពផ្លូវភេទ។
- ឆ្លើយតបទៅនឹងកត្តាហានិភ័យផ្សេងទៀត៖ បញ្ឈប់ការជក់បារី ចៀសវាងការឆ្លងជំងឺកាមរោគ និងព្យាបាលជំងឺកាមរោគឱ្យបានឆាប់។
- ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យការឆ្លងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ។
- ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ (Screening)៖ រកឃើញតាមរយៈការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ អាចកើតឡើងក្នុងរយៈពេលជាច្រើនឆ្នាំ មុនពេលលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺមហារីករាលដាល។ វិធីសាស្ត្រនៃការពិនិត្យស្រាវជ្រាវដំបូង រួមមាន ការវិភាគកោសិកា (Cytology) (Papanicolou ឬលាប "Pap" លើសំណាកកោសិកា មាត់ស្បូន និង/ឬធ្វើតេស្ត hr-HPV PCR (GeneXpert) ដែលកំណត់ពីដំបៅដែលអាចព្យាបាលធម្មតា។ នៅក្នុងប្រទេសដែលធនធាននៅមានកម្រិត វិធីសាស្ត្រក្នុងការពិនិត្យផ្ទាល់ភ្នែក ត្រូវបានអនុវត្តន៍ (លាយ អាស៊ីត acetic (VIA) ឬអ៊ីយ៉ូតរបស់ Lugol) ក្រោយពីព្យាបាលដោយ cryotherapy ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន ដូចជាសេវាពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងព្យាបាលតែមួយ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

ជំងឺ Cervical dysplasia និងជំងឺមហារីក ជាធម្មតា គ្មានរោគសញ្ញា រហូតដល់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ ប៉ុន្តែវាអាចបង្ហាញរោគសញ្ញាឆ្លាស់គ្នារវាងការហូរឈាមតាមទ្វារមាស និងការធ្លាក់ស ការហូរឈាមបន្ទាប់ពីសកម្មភាពផ្លូវភេទ ធ្លាក់សតាមទ្វារមាស។ ស្ត្រីដែលកើតជំងឺមហារីករាលដាល អាចបង្ហាញរោគសញ្ញាដោយ គ្រុនក្តៅ ស្រកទម្ងន់ ឈឺចាប់នៅតំបន់ឆ្អឹងអាងត្រគាក ឬផ្នែកខាងក្រោមពោះ ស្ទះតម្រងនោម ឬទល់លាមក ហូរលាមកតាមទ្វារមាស ឬអាចលាយឈាម ឬលាមកក្នុងទឹកនោម។ វាជាការសំខាន់ណាស់ ក្នុងការពិនិត្យអាងត្រគាក រួមបញ្ចូលទាំង ការត្រួតពិនិត្យមើល និងការស្ទាប(palpation) រកមើលរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ។

ការព្យាបាល

ជម្រើសនៃការព្យាបាលនៅមានកម្រិតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ទោះជាយ៉ាងណា ប្រសិនបើអាច ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត សម្រាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងព្យាបាលបន្ថែមទៀតនៃជំងឺ cervical dysplasia ដោយធ្វើការវះកាត់ ឬដុតមាត់ស្បូនដោយប្រើចរន្ត អគ្គិសនី ឬវិធីវះកាត់យកមាត់ស្បូនចេញ (cone excision procedures)។ ការព្យាបាលជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន រួមមាន ការវះកាត់យកស្បូនចេញ ការព្យាបាលដោយបាញ់កាំរស្មី និងប្រើឱសថប្រឆាំងមហារីក (chemotherapy)។

អាហារូបត្ថម្ភ និងជំងឺមិនឆ្លងរ៉ាំរ៉ៃ

ជំពូកទី ៣៣. អាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍

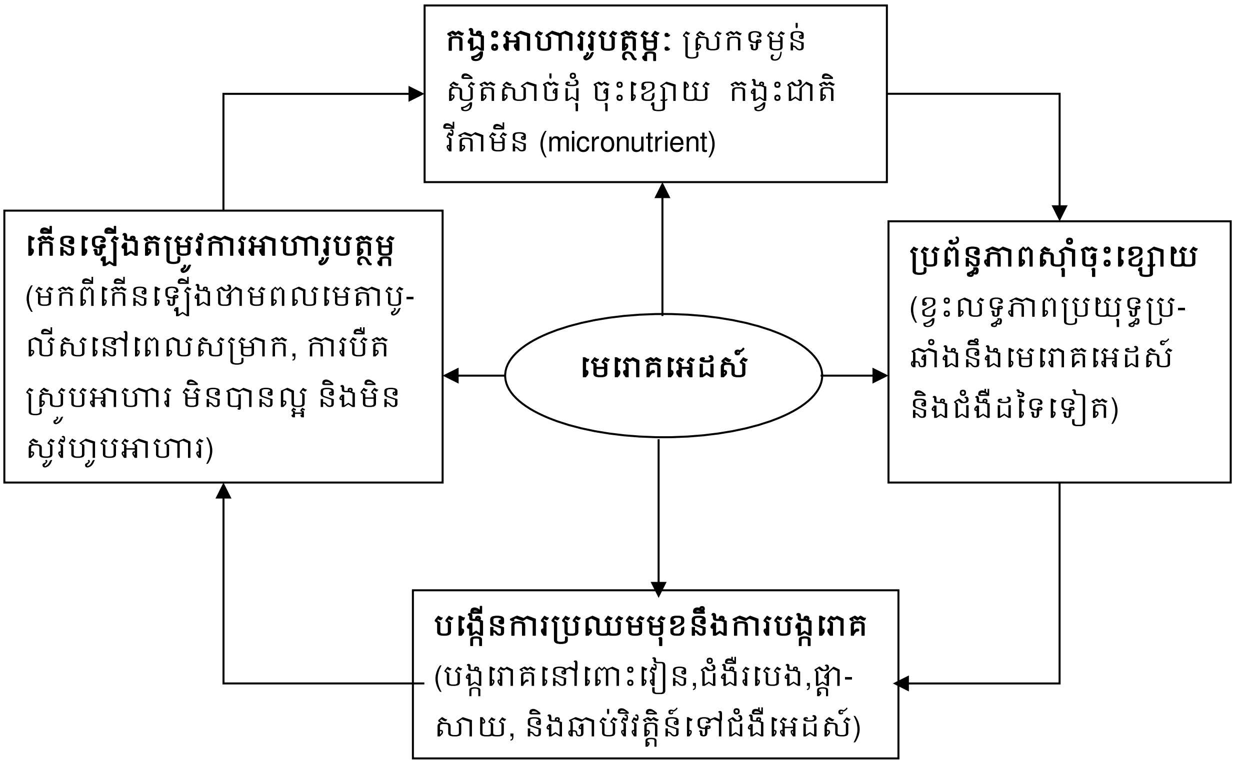
៣៣.១ ចំនុចគន្លឹះ

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ជាពិសេសអ្នកជំងឺដែលមិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍) បានបង្កើនអត្រាមេតាប៉ូលីស និងតម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភ បណ្តាលមកពីការបង្ករោគឱកាសនិយមសារចុះសារឡើង និងការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍។
- ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ បណ្តាលឱ្យកើនឡើងការប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគឱកាសនិយម និងកើនឡើងអត្រាមរណៈភាព។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បង្កើនតម្រូវការកាល់ឡូរីបន្ថែមពី ១០-៣០%។
- ការបរិភោគអាហារមិនគ្រប់គ្រាន់ អាចបណ្តាលមកពីកង្វះលទ្ធភាពទទួលបានអាហារសមស្រប មិនសូវចង់ហូបអាហារ មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬវិបត្តិនៃការស្រូបយកនៃសារជាតិចិញ្ចឹម(malabsorption) បណ្តាលមកពីវិបត្តិប្រដាប់រំលាយអាហារ។
- ម៉្យាងទៀត អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាចនឹងលើសទម្ងន់ និងមានហានិភ័យជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង។
- វាជាការសំខាន់ណាស់ ក្នុងការតាមដានទម្ងន់ សន្ទស្សន៍ body mass index (BMI) និងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ លើគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់។

៣៣.២ និយមន័យ នៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ

និយមន័យធម្មតានៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភគឺ "ជាលក្ខខណ្ឌមួយដែលជាលទ្ធផលនៃការបរិភោគចំណីអាហារជាមូលដ្ឋាន និងសារជាតិចិញ្ចឹម មិនបានសមស្រប អាចធ្វើឱ្យចុះខ្សោយសុខភាពផ្លូវកាយ និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ព្រមទាំង បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការបង្កជំងឺផ្សេងៗ" ។

រូបភាពទី១៩: វដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងជំងឺអេដស៍[54]



៣៣.៣ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់

៣៣.៣.១ ការវាយតម្លៃដំបូង

១. សួរអ្នកជំងឺ ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺដឹងពីទម្ងន់ខ្លួន នៅពេលដើមគ្រា (BBW) មុនពេលធ្លាក់ខ្លួនឈឺ

- វាយតម្លៃការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់ជា % ធៀបនឹងទម្ងន់ BBW
  - ការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់ជា % = (BBW - ទម្ងន់បច្ចុប្បន្ន) / BBW x ១០០
- ស្រកទម្ងន់នៃដំណាក់កាល WHO គឺផ្អែកតាមការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់ធៀបនឹងទម្ងន់ BBW
  - <១០% = ដំណាក់កាលទី២នៃ WHO > ១០% = ដំណាក់ទី៣ នៃ WHO និង HIV wasting syndrome = ដំណាក់កាលទី៤នៃ WHO។

២. គណនា body mass index (BMI) – វាស់កម្ពស់ និងថ្លឹងទម្ងន់

- BMI = ទម្ងន់គិតជា(គ.ក្រ) ចែកជាមួយនឹងការេនៃកម្ពស់ជាម៉ែត្រ = (គ.ក្រ/ម២)
- ការបែងចែក BMI ស្របតាម តារាងទី៤៣: ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ BMI ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដើម្បីកំណត់ថា ទម្ងន់ស្រាល លើសទម្ងន់ និងធាត់ ស្របតាម WHO

៣. ការវាស់វែងបរិវេណចង្កេះ

- វិធីសាស្ត្រ៖ ឈរ សន្ធឹងដៃ ដាក់ជើងស្របគ្នា។ ប្រើម៉ែត្រសំពាត់សម្រាប់វាស់វែងកុំសង្កត់ស្បែក ។ ការវាស់វែងនៅត្រង់ចន្លោះឆ្អឹងជំនីផុត (lower ribs) និងកំពូលឆ្អឹងផាល(iliac crest)។

---

[54] *Adapted from RCQHC and FANTA Project 2003, Nutrition and HIV/AIDS: A Training Manual*

- លើសទម្ងន់ = បុរស ≥ ៨៥ ស.ម និងស្ត្រី ≥ ៨០ ស.ម ។

៤. សូមអានផ្នែកពាក់ព័ន្ធ ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺមាន ទម្ងន់ស្រាល ទម្ងន់ធម្មតា ឬលើសទម្ងន់។

៣៣.៣.២ ការវាយតម្លៃទម្ងន់ នៅរៀងរាល់ពេល ពិគ្រោះជំងឺ

ពិនិត្យទម្ងន់ តាមដាន និងរៀបចំផែនការគ្រប់គ្រងទម្ងន់៖

- បើមានការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់–គណនា BMI, % នៃការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់ + ទំហំចង្កេះ
- បើទម្ងន់ថយចុះ – គណនា % នៃទម្ងន់ដែលថយចុះពី BBW និងធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់នៃ WHO ឱ្យបានសមស្រប។

ពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺនៅពេលដំបូង និងនៅពេលតាមដានជំងឺ– សូមអានផ្នែកខាងក្រោម (ក្នុងជំពូកនេះ) ទាក់ទងនឹងស្ថានភាពជំងឺ ៖

- ទម្ងន់ស្រាល (លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ WHO និង BMI)៖ សូមអានអនុផ្នែក ៣៣.៤ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់ស្រាល ឬស្រកទម្ងន់, ទំព័រទី ១៨៩
- លើសទម្ងន់ (លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃ BMI ឬទំហំចង្កេះ)៖ អនុផ្នែក៣៣.៥ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងការឡើងទម្ងន់, ទំព័រទី១៩១
- ទម្ងន់ធម្មតា៖ សូមអានអនុផ្នែក: *៣៣.៦: ទម្ងន់ធម្មតាពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង ឬពេលមកពិនិត្យតាមដាន, ទំព័រទី ១៩២* ។

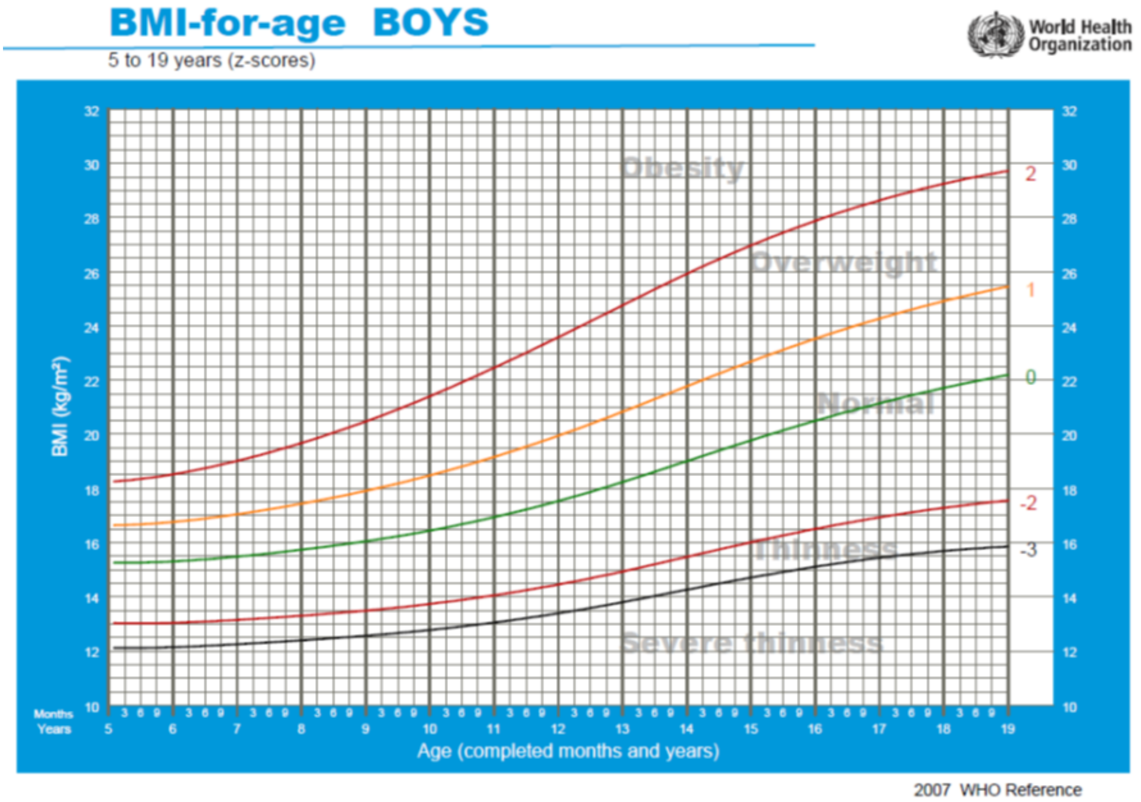
តារាងទី៤៣: ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ BMI ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដើម្បីកំណត់ថា ទម្ងន់ស្រាល លើសទម្ងន់ និងធាត់ ស្របតាម WHO[55]

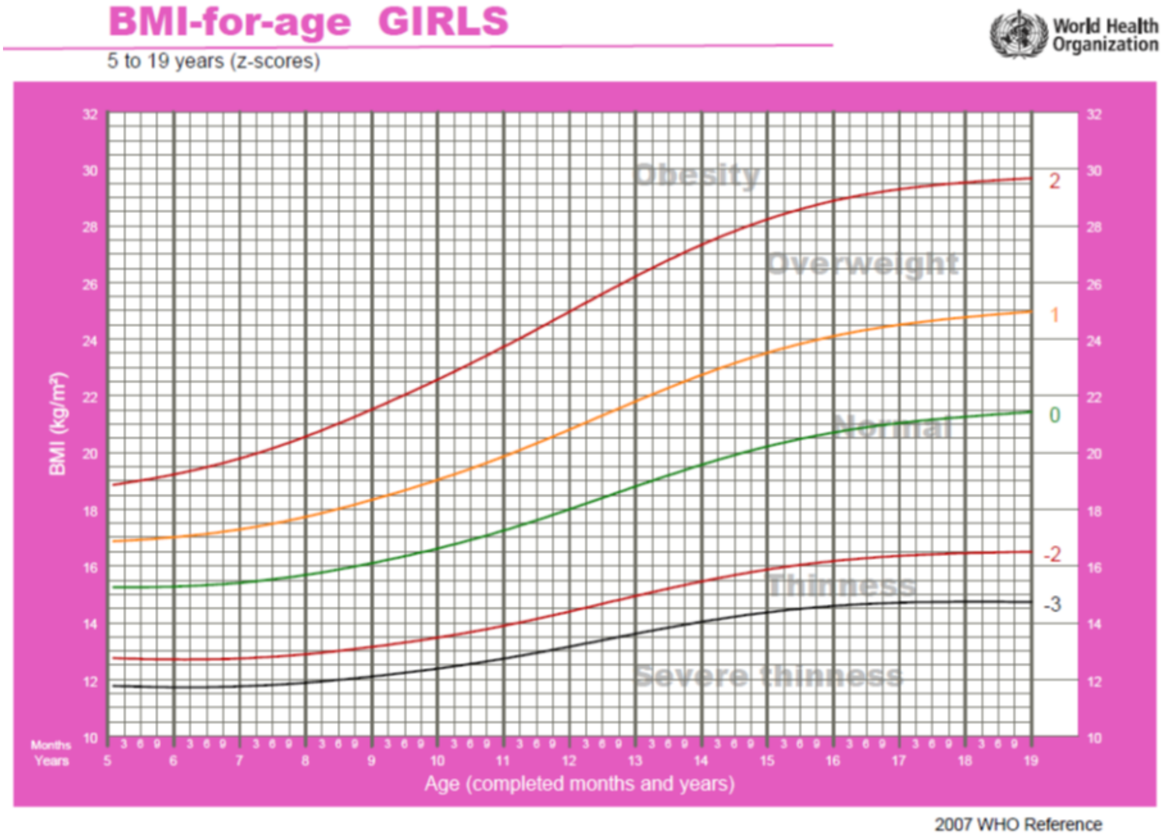
ចំណាត់ថ្នាក់	ទម្ងន់កំណត់ដោយ WHO	ទម្ងន់កំណត់ដោយកម្ពុជា *
ទម្ងន់ស្រាល	**< ១៨,៥០**	**< ១៨,៥០**
ស្គមខ្លាំង	<១៦.០	<១៦.០
ស្គមមធ្យម	១៦.០ - ១៦.៩	១៦.០ - ១៦.៩
ស្គមតិចតួច	១៧.០ - ១៨.៤	១៧.០ - ១៨.៤
ចន្លោះទម្ងន់ធម្មតា	**១៨,៥ – ២៤,៩**	**១៨,៥ - ២២,៩**
លើសទម្ងន់	**≥២៥,០**	**២៣,០-២៤,៩**
មុនធាត់	២៥,០ - ២៩,៩	
ធាត់ខ្លាំង	**≥៣០,០**	**≥ ២៥**
*ការប្រឈមមុខនឹងបញ្ហាសុខភាពទាក់ទងនឹងការលើសទម្ងន់ អាចកើតឡើងនៅក្រោមចន្លោះកម្រិតទម្ងន់ដែលកំណត់ដោយ WHO ក្នុងចំណោមប្រជាជនអាស៊ី។ អង្គការ WHO បានបន្ថែមនៅចំណុចសម្គាល់ជាជម្រើសផ្សេងទៀត (cut off points) ដែលអាចយកមកសម្របសម្រួលសម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជា [56] ។		

[55] Adapted from WHO classification: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

[56] These cut off points are consistent with the CAMBODIAN MINISTRY OF HEALTH CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. TYPE 2 DIABETES. A continuum of care for diabetes patients both with and without complications at NCD clinics/RHs Bureau for NCD Prevention & Control DEPARTMENT OF PREVENTIVE MEDICINE 2015.

រូបភាពទី២០: ចំណាត់ថ្នាក់ BMI ចំពោះកុមារ/ក្មេងជំទង់ ស្របតាម WHO





៣៣.៤ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ទម្ងន់ស្រាល ឬស្រកទម្ងន់

៣៣.៤.១ ការវាយតម្លៃ

ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានទម្ងន់ស្រាល ឬស្រកទម្ងន់ > ៥% នៃទម្ងន់ → ត្រូវពិនិត្យពីប្រវត្តិអ្នកជំងឺ និងពិនិត្យគ្លីនិក ដើម្បីវាយតម្លៃអំពី៖

- ការបរិភោគអាហារជាទូទៅ
- ចំណេះដឹងអំពី អាហារូបត្ថម្ភ
- ចំណេះដឹងអំពីសុវត្ថិភាពទឹក
- លទ្ធភាពក្នុងការទទួលបានអាហារ– បញ្ហាសេដ្ឋកិច្ចទាក់ទងនឹងសុវត្ថិភាពស្បៀង
- ចង់ហូបអាហារ(Appetite)
- ផលវិបាកឱសថ -ឧ. ចង្អោរ។
- ការហូបអាហារ៖
  - រសជាតិអាហារប្រែប្រួល
  - ដំបៅមាត់ រលាកអញ្ចាញធ្មេញ ជំងឺផ្សិតបង្កដោយពពួក candidiasis នៅមាត់
  - ឈឺចាប់ ឬពិបាកលេប
  - សរសៃប្រសាទលេបមានបញ្ហា
  - ការឈឺចាប់សាច់ដុំពោះ ឬការឈឺចាប់ពោះ
  - ជំងឺរាករូស (រួមទាំង ភស្តុតាងនៃវិបត្តិនៃការស្រូបយកសារជាតិចិញ្ចឹម ដោយឃើញ-ជាតិខ្លាញ់/អាហារក្នុងលាមក)។

៣៣.៤.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ព្យាបាលជំងឺដែលអាចព្យាបាលជា - ឧ. ផ្សិតក្រាំងមាត់ ដំបៅមាត់ រលាកអញ្ចាញធ្មេញ
- ធានាថាអ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារឱ្យយល់ថា ពួកគេត្រូវការបង្កើនការទទួលទានអាហារ ដើម្បីទទួលបានសុខភាពល្អ (ហើយការហូបតែបបរមួយមុខ គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ទេ)
- អ្នកជំងឺដែលមានទម្ងន់ស្រាល ត្រូវរក្សាតុល្យភាពរបបអាហារ (រៀបរាប់លម្អិតក្នុង តារាងទី៤៥ - អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង ទំព័រទី ១៩៤) តែត្រូវបរិភោគជាតិខ្លាញ់ និងស្ករច្រើន រហូតទម្ងន់ឡើងមកធម្មតាវិញ
- បើអ្នកជំងឺមិនចង់ហូបអាហារ គាត់ត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀតក្នុងការបរិភោគអាហារឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់
- បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកម្មវិធីសន្តិសុខស្បៀងអាហារ ដើម្បីទទួលបានការគាំទ្រ បើសិនជាចាំបាច់
- រោគសញ្ញាដែលបានកំណត់ សូមមើលតារាងដូចខាងក្រោម
- តាមដានទម្ងន់ រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងពិភាក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ រាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ។

តារាងទី៤៤: រោគសញ្ញាដែលជាគោលដៅ ក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការបរិភោគអាហារមិនគ្រប់គ្រាន់

រោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល [57]
មិនឃ្លានអាហារ	• ហូបអាហារតិចៗ, ញឹកញាប់ ៥-៦ ដង/ថ្ងៃ • ហូបអាហារសម្រន់ដែលមានសារជាតិចិញ្ចឹម • ផឹកទឹកឱ្យច្រើន • ហាត់ប្រាណកម្រិតស្រាល ដូចជា ដើរចុះដើរឡើង មុនហូបអាហារ- ដើម្បីជម្រុញឱ្យឃ្លានអាហារ • មានគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិជួយរៀបចម្អិនម្ហូបអាហារ • ធ្វើលំហាត់ប្រាណ និងធ្វើសកម្មភាពបន្តិចបន្តួច • បន្ថែមរសជាតិ លើភេសជ្ជៈ និងអាហារដើម្បីឱ្យមានរសជាតិឆ្ងាញ់ពិសារ។
ដំបៅមាត់	• ចៀសវាងផ្លែឈើរស់ជាតិជូរ ជាតិអាស៊ីត និងអាហារជាតិហើរ • ហូបអាហារនៅក្នុងបន្ទប់មានសីតុណ្ហភាព • ហូបអាហារទន់ និងស្រស់ • ចៀសវាងផឹកកាហ្វេ និងគ្រឿងស្រវឹង។
មាត់ស្ងួត និងរលាកបំពង់ក	• លាងមាត់ថ្នមៗជាមួយទឹកអំបិលក្តៅអ៊ុនៗ ដោយប្រើទឹកដាំពុះ • លាងមាត់ឱ្យញឹកញាប់ • ប្រើតែ cinnamon សម្រាប់លាងមាត់ (១/៤ ស្លាបព្រានៃ cinnamon ដាក់ក្នុងទឹកក្តៅ១កែវ គ្របឱ្យជិតហើយទុកឱ្យត្រជាក់)។
ចង្អោរ និងក្អួត	• ហូបអាហារបន្តិចម្តងៗ និងញឹកញាប់ • កុំទុកក្រពះឱ្យនៅទទេ ព្រោះវាបណ្តាលឱ្យចង្អោរកាន់តែខ្លាំង • ហូបអាហារមានរស់ជាតិសាប • ចៀសវាងហូបអាហារមានក្លិនមិនល្អ • ផឹកទឹកឱ្យបានច្រើន • សំរាក សំរាន្ត ក្រោយពេលហូបអាហារ • កុំទម្រេតខ្លួន ក្រោយពេលហូបអាហារហើយភ្លាម • កុំផឹកកាហ្វេ និងគ្រឿងស្រវឹង។

[57] Adapted from *Management of HIV infection and antiretroviral therapy in adults and adolescents.* WHO/SEARO, 2007.

រាគរូស	• បន្តហូបចំណីអាហារឱ្យច្រើន តាមដែលអ្នកជំងឺអាចទ្រាំទ្របាន • ផឹកទឹកឱ្យច្រើនៈ លើសពី៨កែវក្នុង១ថ្ងៃ ដើម្បីការពារការបាត់ជាតិទឹក • ផឹកទឹកស្អាតដាំពុះ និង/ឬ ផឹកទឹក Oral Rehydration Solution (ORS) • ហូបផ្លែចេកទុំ ផ្លែឈើចម្អិន កុំហូបផ្លែឈើខ្ចី • បកសំបក និងចម្អិនបន្លែឱ្យឆ្អិន កុំហូបបន្លែឆៅ • រៀបចំបបរដោយ (ដាក់អង្ករស្ងោ ១ពែង ក្នុងទឹកស្អាត ៥ កែវ ដាក់ អំបិលបន្តិច ប្រើរយៈពេល ១ម៉ោង) ហូបទាំងទឹកបបរ និងកាកបបរ ព្រមទាំងហូបអាហារផ្សេងទៀតផង • ត្រូវចៀសវាងហូបផលិតផលធ្វើពីទឹកដោះគោរយៈពេលមួយថ្ងៃ បន្ទាប់មកហូបបន្តិចម្តង រហូតដល់ ២កែវក្នុងមួយថ្ងៃ។
ទល់លាមក	• ហូបអាហារសម្បូរដោយជាតិសរសៃ • ហាត់ប្រាណបន្តិចបន្តួច និងធ្វើសកម្មភាពស្រាលៗ • ហូបទឹកឱ្យបានច្រើន។

៣៣.៥ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ការឡើងទម្ងន់

- អ្នកជំងឺច្រើនតែក្លាយជាអ្នកធាត់លើសទម្ងន់ នៅពេលដែលការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមទទួលបានជោគជ័យ និងក្រោយពីបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- អ្នកជំងឺលើសទម្ងន់ ឬធាត់ ជាពិសេស នឹងមានហានិភ័យខ្ពស់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (CVD) រួមមាន ជំងឺខ្វះឈាមទៅចិញ្ចឹមបេះដូង (ischemic heart) និងជំងឺសរសៃឈាមនៅផ្នែកចុង ជំងឺសរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល និងជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ។

៣៣.៥.១ ការវាយតម្លៃ

បើអ្នកជំងឺលើសទម្ងន់ → ស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ និងពិនិត្យគ្លីនិក ដើម្បីវាយតម្លៃ៖

- កត្តាហានិភ័យផ្សេងទៀតនៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ
  - ប្រវត្តិជំងឺទឹកនោមផ្អែមក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ប្រវត្តិគ្រួសារកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺ CVD
  - ការជក់បារី ការផឹកស្រា។
- វាស់សម្ពាធឈាម ពិនិត្យសរសៃឈាមបេះដូង/ការពិនិត្យផ្លូវដង្ហើម
- ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ៖ ពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ធ្វើតេស្តសេរ៉ូម cholesterol និង triglyceride។

៣៣.៥.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ធានាអ្នកជំងឺយល់ច្បាស់ថា គាត់នឹងត្រូវកាត់បន្ថយការទទួលទានកាឡូរី ហើយយកចិត្តទុកដាក់ នឹងកត្តាហានិភ័យផ្សេងទៀត ដើម្បីរក្សាសុខភាពឱ្យបានល្អ
- ឈប់ជក់បារី (សូមមើលរូបភាពទី២១: ឧបករណ៍ផ្តល់ប្រឹក្សាជំនួយការឈប់ជក់បារីតាម WHO, *ទំព័រទី ១៩៦*)

- បន្ថយការផឹកសុរា (ជាប្រភពកាល់ឡូរីខ្ពស់)
- បន្ថយការហូបអាហារ- ការស្រូបចូលកាល់ឡូរី ជាពិសេស ប្រេង/ខ្លាញ់ និងស្ករ (បញ្ឈប់ផឹកភេសជ្ជៈ) តែត្រូវធានាតុល្យភាពរបបអាហារដែលសម្បូរដោយប្រូតេអ៊ីននិងបន្លែ។ (សូមមើល តារាងទី៤៥: អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង, *ទំព័រទី ១៩៤*)
- ធ្វើលំហាត់ប្រាណរាល់ថ្ងៃ – ឧ. ការដើរលឿន យ៉ាងហោចណាស់ ៣០នាទី/ថ្ងៃ
  បើលើសសម្ពាធឈាម(>១៤០/៨០)–សូមអានជំពូក ៣៦. ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម, ទំព័រទី ១៩៧
- បើមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬមិនទ្រាំទ្រជាមួយជាតិស្ករ–សូមអានជំពូកទី៣៧៖ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២ *ទំព័រទី ២០០*
- តាមដានទម្ងន់ BMI បរិវេណចង្កេះ និងពិភាក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ រាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ។

៣៣.៦ ពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង និងពេលមកពិនិត្យតាមដាន - ទម្ងន់ធម្មតា

- ធានាថា អ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារឱ្យយល់ថា ពួកគេត្រូវការទទួលទានអាហារ ដើម្បីមានសុខភាពល្អ ហើយការហូបតែរបបរមួយមុខ គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ទេ
- ពិនិត្យមើលពីការយល់ដឹង របស់អ្នកជំងឺ អំពីម្ហូបអាហារ និងសុវត្ថិភាពទឹក
- របបអាហារ គួរតែរួមបញ្ចូលជាមួយអាហារគាំទ្រសុខភាពជាទៀងទាត់ ដោយមានតុល្យភាព ជាតិខ្លាញ់ ប្រូតេអ៊ីន និងកាបូអ៊ីដ្រាដ (សូមមើលតារាងទី៤៥: អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង, *ទំព័រទី ១៩៤*)
- តាមដានទម្ងន់រាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ៖
  - បើសិនបើ មានការថយចុះទម្ងន់ដែលមិនមានបំណង សូមអានផ្នែកពាក់ព័ន្ធអំពី៖៣៣.៤: ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទម្ងន់ស្រាល ឬស្រកទម្ងន់
  - បើសិនបើ ឡើងទម្ងន់ដែលមិនមានបំណង សូមអានផ្នែកពាក់ព័ន្ធអំពី៖៣៣.៥: ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការឡើងទម្ងន់។

៣៣.៧ អាហារ និងឱសថ

ត្រូវពិនិត្យជានិច្ចកាល ក្រែងមានការកែតម្រូវអំពីទំនាក់ទំនងរវាង ពេលវេលានៃការបរិភោគអាហារ និងការលេបឱសថ ។ (ឧ.ឱសថ TDF ត្រូវលេបពេលហូបអាហារ ឱសថ cotrimoxazole ត្រូវលេបពេលបរិភោគអាហារដែរ ដើម្បីទទួលបានប្រសិទ្ធភាពល្អ)។

៣៣.៨ អាហារូបត្ថម្ភ និងការមានផ្ទៃពោះ

ទម្ងន់កូនពេលកើត គឺជាកត្តាកំណត់មួយដ៏សំខាន់បំផុតនៃការរស់រានមានជីវិតរបស់កុមារ និងទទួលរងឥទ្ធិពលយ៉ាងខ្លាំងពីស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ម្តាយ មុនពេល និងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។ ទម្ងន់ទារកមុនពេលមានផ្ទៃពោះទាប (Low pre-pregnancy weight) និងការឡើងទម្ងន់មិនគ្រប់គ្រាន់ពេលមានផ្ទៃពោះ គឺជាការស្មានទុកមុនដ៏សំខាន់បំផុតនៃភាពលូតលាស់យឺតយ៉ាវរបស់ទារក (intrauterine growth retardation =IUGR) និង ទារកមានទម្ងន់ស្រាលនៅពេលកើត (កើតមិនគ្រប់គីឡូ)។

ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមាន BMI <១៨,៥០ ត្រូវបង្កើនការហូបចូលថាមពលរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីឱ្យឡើងទម្ងន់យ៉ាងហោចណាស់ ១២,៥០ គីឡូក្រាម ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ សូមបញ្ជូនគាត់ទៅផ្នែកគាំពារមាតា និងទារកសម្រាប់ទទួលសេវាអាហារូបត្ថម្ភចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ រួមទាំង ការផ្តល់ជាតិដែក និងបន្ថែមសារជាតិចិញ្ចឹម។

៣៣.៩ ការរៀបចំ និងសុវត្ថិភាពចំណីអាហារ

- លាងសំអាតដៃយ៉ាងហ្មត់ចត់ មុន និងក្រោយចម្អិនអាហារ
- ប្រើប្រាស់ទឹកស្អាត ឬទឹកដាំពុះ
- រក្សាផ្ទៃផ្ទះបាយឱ្យស្អាត
- ចម្អិនអាហារឱ្យឆ្អិនល្អ
- ញ៉ាំអាហារចម្អិនភ្លាមៗ
- រក្សាទុកអាហារក្នុងកន្លែងអនាម័យ និងត្រជាក់
- កំដៅអាហារចម្អិនហើយ យ៉ាងហ្មត់ចត់
- ចៀសវាងការទុកដាក់ច្រឡូកច្រឡំ រវាងអាហារឆៅ និងអាហារឆ្អិន
- ការពារអាហារពីពពួកសត្វកកេរ សត្វល្អិត និងសត្វផ្សេងៗ
- កុំបរិភោគស៊ុតឆៅ
- កុំបរិភោគអាហារដែលមិនបានចម្អិនឱ្យឆ្អិនល្អ ជាពិសេស សាច់ និងសាច់មាន់
- កុំផឹកទឹកដែលមិនដាំពុះ ឬទឹកផ្លែឈើ លាយជាមួយទឹកដែលមិនបានដាំពុះ។

ជំពូកទី ៣៤. ជំងឺមិនឆ្លងលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

៣៤.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ជាមួយនឹងប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចរស់នៅបានយូរជាងមុន។ ចំណែកឯ បន្ទុកមេរោគកើនឡើង ភាពស៊ាំថយចុះ និងការបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយម អាចកើតមានឡើងតិចតួច។
- ទោះយ៉ាងណា ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេលវែង និងការវិវត្តិន៍ទៅមុខនៃវ័យ ធ្វើឱ្យអ្នកជំងឺអេដស៍មានហានិភ័យនៃជំងឺមិនឆ្លង(NCD) កើនឡើង។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការវិវត្តន៍ទៅរកជំងឺមេតាបូលីស និងជំងឺមិនឆ្លង រួមទាំង ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺមហារីក។
- វាជាការសំខាន់ណាស់ដែលគ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍ យល់ដឹងអំពីជំងឺមិនឆ្លង និងរៀបចំវិធានការបង្ការ ទី១ និងទី២ ជាទៀងទាត់ ជាមួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ។
- បន្ថែមលើនេះទៀត អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេលវែង ត្រូវពិនិត្យរកជំងឺ NCD (យោងទៅតាមការណែនាំនេះ) ហើយបញ្ជូនគាត់ទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលសមស្រប។
- គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ត្រូវតែពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងប្រើថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ ទាំងក្នុង ឬក្រៅគ្លីនិកជំងឺអេដស៍ និងការពិនិត្យតាមដានការពុលឱសថ ជាប់ជានិច្ច។

៣៤.២ ការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង៖ របបអាហារគាំទ្រសុខភាព និងរបៀបរស់នៅ

- អ្នកជំងឺទាំងអស់ ត្រូវបានណែនាំឱ្យយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះរបបអាហារគាំទ្រសុខភាព និងពីរបៀបរស់នៅដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យជំងឺមេតាបូលិក និងជំងឺមិនឆ្លង។ [58]

តារាងទី៤៥: អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង

ការសង្កត់ធ្ងន់លើរបបអាហារ និងការផ្លាស់ប្តូររបៀបរស់នៅ នឹងប្រែប្រួលអាស្រ័យ ថាតើអ្នកជំងឺ មានទម្ងន់ស្រាល/លើសទម្ងន់/ ទម្ងន់ធម្មតា និងកត្តាហានិភ័យដទៃទៀត ដូចជា លើសសម្ពាធឈាម ជំងឺទឹកនោមផ្អែមជាដើម ។
របបអាហារ៖ មនុស្សភាគច្រើន ផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ខ្លាំង លើការបរិភោគអាហារ • ប្រូតេអ៊ីនបន្ថែម (តៅហ៊ូ សណ្តែក សាច់មាន់ ត្រី) • បន្លែច្រើន (៥ x៤០០ - ឈុត ៥០០ម.ក្រ បន្លែ និងផ្លែឈើក្នុងមួយថ្ងៃ) • ជាតិខ្លាញ់តិច (ចៀសវាងអាហារចៀន ឬបំពងខ្លាំង សាច់កាត់/ស្បែកជាប់ខ្លាញ់ ឧ. សាច់ជ្រូក/មាន់) • ជាតិស្ករតិច (ភេសជ្ជៈ ជាតិផ្អែម ទឹកដោះគោខាប់) • អំបិលតិច (ប្រហុក ប៊ីចេង ទឹកត្រី ទឹកស៊ីអ៊ីវ និងសាច់ ឬត្រីប្រឡាក់អំបិល) ជំនួសដោយហូបរស់ជាតិផ្សេងវិញ (ឧ. ទឹកក្រូចឆ្មារ(lemon) ម្រេច) និងជីរដទៃទៀត

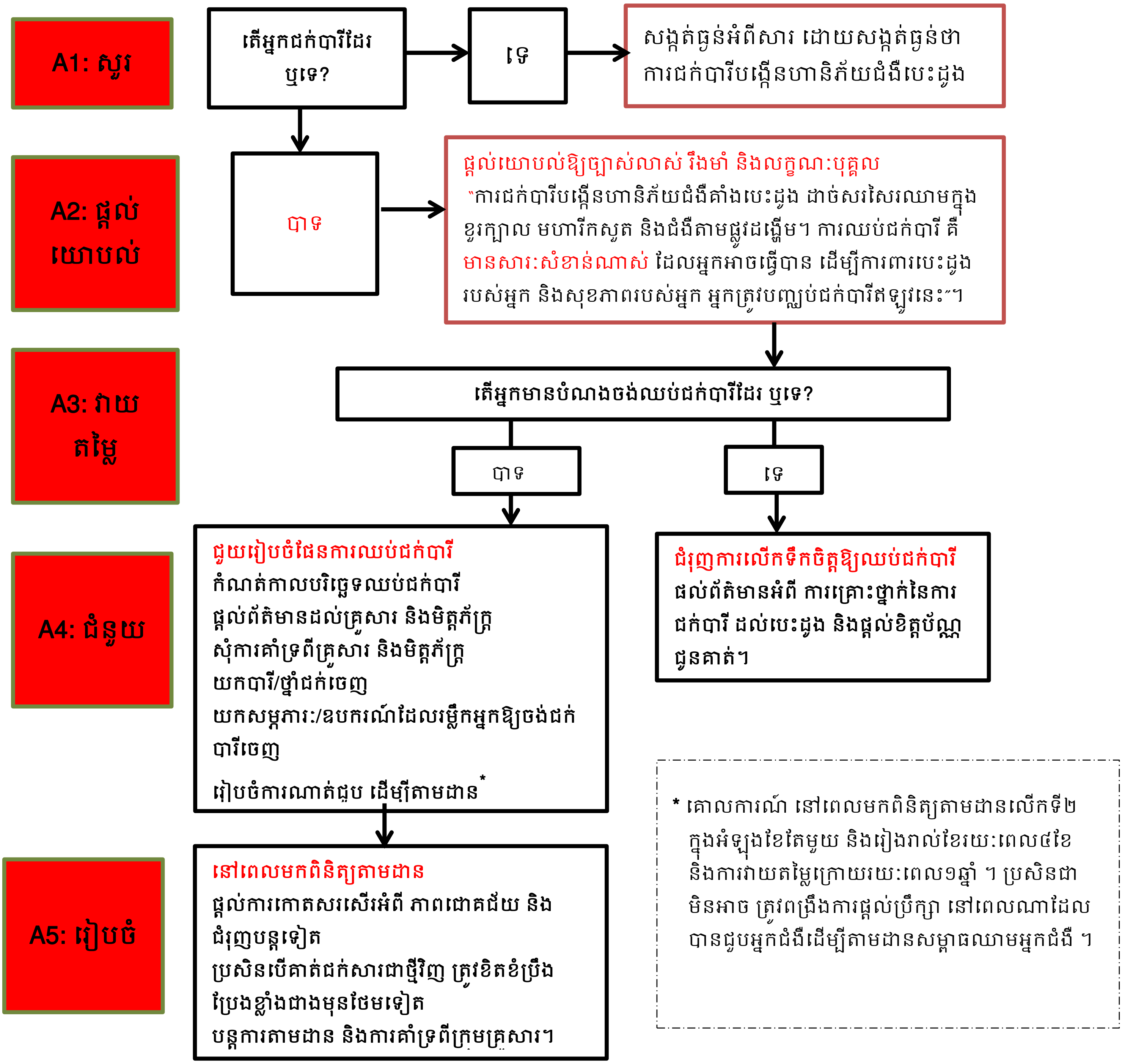
[58] Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Guidelines for primary health care in low-resource settings. WHO. 2012.

• កាត់បន្ថយអាហារកែច្នៃ (ជាធម្មតាមានជាតិអំបិល ជាតិខ្លាញ់ ស្ករច្រើន)។
ទម្ងន់: រក្សាកម្រិត BMI ចន្លោះ ១៨,៥០ – ២២,៩។
សុរា: កម្រិតអតិបរិមា ផឹកសុរាពីរស្តង់ដានៃកែវ/ថ្ងៃ ≥ ២ ថ្ងៃទៀតមិនត្រូវផឹកទេ។
មិនជក់បារី
ហាត់ប្រាណ ៣០នាទីក្នុងមួយថ្ងៃ (ឧ. ការដើរញាប់) ត្រូវហាត់ប្រាណខ្លាំងជាងនេះ ដើម្បីសម្រកទម្ងន់។

ជំពូកទី ៣៥. ការឈប់ជក់បារី

- គ្រូពេទ្យព្យាបាលត្រូវលើកទឹកចិត្ត និងផ្តល់យោបល់អ្នកជំងឺឱ្យឈប់ជក់បារី
- ឧបករណ៍ខាងក្រោម (រូបភាពទី ២១) អាចជួយគ្រូពេទ្យព្យាបាលណែនាំអ្នកជំងឺឱ្យឈប់ជក់បារី ។

រូបភាពទី២១: ឧបករណ៍ផ្តល់ប្រឹក្សាជាជំនួយដល់បុគ្គលដែលចង់ឈប់ជក់បារីស្របតាមWHO[59]



[59] Implementation tools: package of essential non communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. WHO. 2013.

ជំពូកទី ៣៦. ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម (HYPERTENSION)

គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកជាតិរបស់ប្រទេសកម្ពុជា បានរៀបរាល់លម្អិតអំពី ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺលើសសម្ពាធឈាម[60]។

៣៦.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺលើសសម្ពាធឈាមលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ត្រូវពិនិត្យសម្ពាធឈាម គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ រៀងរាល់ពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ។

ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម បែងចែកជា ៤ ដំណាក់កាល ដូចខាងក្រោម៖

- ដំណាក់កាល ទី១ ឬត្រៀមលើសសម្ពាធឈាមគឺ ១២០/៨០ ទៅ ១៣៩/៨៩
- ដំណាក់កាល ទី២ ឬលើសសម្ពាធឈាមកម្រិតស្រាល គឺ ១៤០/៩០ ទៅ ១៥៩/៩៩
- ដំណាក់កាល ទី៣ ឬលើសសម្ពាធឈាម កម្រិតមធ្យម គឺ ១៦០/១០០ ទៅ ១៧៩/១០៩
- ដំណាក់កាល ទី៤ ឬលើសសម្ពាធឈាម កម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ គឺ ១៨០/១១០ ឬខ្ពស់ជាងនេះ ។

បើសម្ពាធឈាម > ១៤០/៩០ កើតឡើង ដោយការវាស់វែង ច្រើនជាង ១ដង = ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម។ ស្ថានភាពនេះ តម្រូវឱ្យមានការពិនិត្យពិគ្រោះ និងព្យាបាល។

៣៦.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺលើសសម្ពាធឈាម

ជំងឺលើសសម្ពាធឈាមតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ទាំងការព្យាបាលដោយប្រើឱសថ និងមិនប្រើឱសថ។

១. ត្រូវផ្តល់យោបល់ឱ្យអ្នកជំងឺ ពីវិធីបញ្ចុះសម្ពាធឈាម និងប្រាប់ពីហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅ ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង៖

- សម្រកទម្ងន់ បើលើសទម្ងន់
- របបអាហារគាំទ្រសុខភាពនិងរបៀបរស់នៅដូចដែលបានរៀបរាប់លម្អិតក្នុងមើល តារាងទី៤៥ ដោយផ្តោតសំខាន់លើការកាត់បន្ថយការហូបជាតិអំបិល
- បើលើសសម្ពាធឈាមកម្រិតស្រាល ឧ. សម្ពាធឈាមត្រឹម SBP ១៥៩ និង/ឬ DBP ៩៩ ត្រូវព្យាយាមដោយមិនព្យាបាលដោយឱសថរយៈពេល ៣–៦ខែ មុននឹងពិចារណាក្នុងការព្យាបាលដោយប្រើឱសថប្រឆាំងការលើសសម្ពាធឈាម។

២. វាយតម្លៃពីលក្ខខណ្ឌផ្សេងៗទាក់ទងនឹងការលើសសម្ពាធឈាម ៖

- ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (ប្រវត្តិជំងឺ ការពិនិត្យ ធ្វើតេស្ត ECG បើអាចធ្វើបាន)
- ជំងឺសរសៃឈាមខួរក្បាល –ជំងឺ stroke ជំងឺវិកលចរិក (dementia)
- ធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រដូចខាងក្រោម ៖

---

[60] CLINICAL PRACTICE GUIDELINES Arterial Hypertension in adult. A continuum of care for Hypertensive Patients both with and without complications at NCD clinics/RHs Bureau for NCD Prevention & Control, MINISTRY OF HEALTH, DEPARTMENT OF PREVENTIVE MEDICINE 2015.

- ជំងឺទឹកនោមផ្អែម – ពិនិត្យជាតិស្ករ (fasting glucose)
- ពិនិត្យជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (Serum lipids)– total cholesterol, HDL cholesterol, triglycerides
- ជំងឺតម្រងនោម– ពិនិត្យ serum creatinine, potassium, sodium វិភាគទឹកនោម។

៣. ការព្យាបាលដោយប្រើឱសថ៖

- គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិករបស់កម្ពុជាក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ដោយប្រើរូបមន្តខាងក្រោម ៖
  - អ្នកជំងឺអាយុ > ៥៥ ឆ្នាំ- Thiazide diuretic
  - អ្នកជំងឺអាយុ < ៥៥ ឆ្នាំ– Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE I)
  - អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺតម្រងនោម (មិនគិតអាយុ) - ACE I ។
- បើមិនអាចរក្សាសម្ពាធឈាមនៅក្នុងកម្រិតដែលចង់បាន ត្រូវបន្ថែមភ្នាក់ងារឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាមមួយមុខទៀត ។ ឱសថដែលប្រើប្រាស់ជាមួយគ្នាគឺ ៖
  - Thiazide diuretic + ACE I
  - Thiazide diuretic + calcium channel blocker
  - ACE I + calcium channel blocker ។
- ឧទាហរណ៍នៃកម្រិតដូសឱសថ៖
  - ACE I; Enalopril –ចាប់ផ្តើម ៥ ម.ក្រ OD-បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា ២០ម.ក្រ OD
  - ACE I; Captopril –ចាប់ផ្តើម ១២,៥ ម.ក្រ BID–បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា ១៥០ម.ក្រ TID
  - Thiazide; Hydrochlorthiaide -ចាប់ផ្តើម ១២,៥ ម.ក្រ –បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា ៥០ម.ក្រ
  - Thiazide; Indapamide -ចាប់ផ្តើម ១,២៥ ម.ក្រ –បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា២,៥ម.ក្រ
  - B blocker; Atenolol –ចាប់ផ្តើម ២៥ ម.ក្រ OD-បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា ៥០ម.ក្រ OD
  - B blocker; Metoprolol –ចាប់ផ្តើម ២៥ ម.ក្រ BID–បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា ១០០ម.ក្រ BID
  - Calcium channel blocker; Amilodipineចាប់ផ្តើម២,៥ម.ក្រ OD–បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា ១០ម.ក្រ។
- តាមដាន ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម រៀងរាល់២ សប្តាហ៍ រហូតដល់សម្ពាធឈាមមានលំនឹង។

តារាងទី៤៦: គោលការណ៍ណែនាំក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាមរបស់កម្ពុជា

អ្នកជំងឺលើសសម្ពាធឈាម	ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ	គោលបំណងនៃសម្ពាធឈាម
≥ ៦០ ឆ្នាំ	SBP ≥ ១៥០ mm Hg ឬ DBP ≥ ៩០ mm Hg	SBP < ១៥០ mm Hg ឬ DBP < ៩០ mm Hg
< ៦០ ឆ្នាំ		
១៨ ៥៩ ឆ្នាំ	SBP ≥ ១៤០ mm Hg	SBP < ១៤០ mmHg
	DBP ≥ ៩០ mm Hg	DBP < ៩០ mm Hg
≥ ១៨ ឆ្នាំ ដែលមាន		
CKD ឬ/និង ទឹកនោមផ្អែម	SBP ≥ ១៤០ mm Hg ឬ DBP ≥ ៩០ mm Hg	SBP < ១៤០ mm Hg ឬ DBP < ៩០ mm Hg

៣៦.៣ អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ [61]

តារាងទី៤៧: អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថ	អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
ACEI : enalopril, captopril, ramipril;	គ្មានការរៀបរាប់ពីប្រតិកម្មជាមួយឱសថ NNRTI, NRTI ឬ PI ទេ។
Calcium channel blockers: including amilodipine, nifedipine;	កម្រិត CCB អាចថយចុះ ដោយសារឱសថ NNRTI និង កើនឡើងដោយសារឱសថ PI តាមដានសម្ពាធឈាមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថ។
Beta blockers: atenolol, metoprolol, propranolol;	សក្តានុពលនៃអន្តរកម្ម អាចពន្យាពេល PR interval តាមដានសម្ពាធឈាមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងកែប្រែកម្រិតដូស ឱសថ និងពិចារណាក្នុងការធ្វើ ECG។
ARB (angiotensin 2 receptor blockers)	កម្រិត Losartan នឹងថយចុះ ដោយសារឱសថ NNRTI និងកើនឡើងដោយសារឱសថ PI → តាមដានសម្ពាធឈាមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងកែប្រែកម្រិតដូសឱសថ។

[61] http://www.hiv-druginteractions.org/

ជំពូកទី ៣៧. ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី ២

គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិករៀបរាប់លម្អិត អំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម[62] ។

៣៧.១ ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

បុគ្គលដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ ត្រូវទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២ រួមមាន៖

- លើសទម្ងន់ (BMI> ២៣ និង/ឬ បរិវេណចង្កេះចំពោះបុរស ≥ ៨៥ ស.ម និងចំពោះស្ត្រី ≥ ៨០ស.ម)
- ប្រវត្តិគ្រួសារកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- លើសសម្ពាធឈាម (BP> ១៤០/៩០)
- វិបត្តិជាតិខ្លាញ់ (Dyslipidaemia)
- ប្រវត្តិជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល(stroke) ឬជំងឺខ្វះឈាមទៅចិញ្ចឹមបេះដូង(ischaemic heart disease)
- ស្ត្រីដែលមានប្រវត្តិកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែមអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬទារកកើតមកថ្លោសពេក (> ៣,៥០០គ.ក)
- អាយុលើសពី ៣៥ ឆ្នាំ
- ខ្សោយតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ
- ជាតិស្ករក្នុងទឹកនោម ពេលធ្វើតេស្ត dipstick។

អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលព្យាបាលដោយឱសថ Protease Inhibitor ក្នុងរូបមន្តព្យាបាល៖
អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ PI អាចបង្កឱ្យមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ insulin ។ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវតាមដាននៅខែទី៣ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ PI និងរៀងរាល់១២ខែម្តង ។

៣៧.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ២ និងជំងឺមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយជាតិស្ករ (impaired glucose tolerance)

តារាងទី៤៨: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងភាពអាចទ្រាំទ្របានជាមួយជាតិស្ករ ស្របតាម WHO

	កំហាប់ជាតិស្ករ, mmol/l (mg/l)		
	ឈាមសុទ្ធ		ប្លាស្មា
	សរសៃវ៉ែន	សរសៃឈាមក្រហម	
ជំងឺទឹកនោមផ្អែម mellitus			
មុនពេលហូបអាហារ(fasting) ឬ	≥ ៦,១ (១១០)	≥ ៦,១ (១១០)	≥ ៧ (១២៦)

[62] CAMBODIAN MINISTRY OF HEALTH CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. TYPE 2 DIABETES. A continuum of care for diabetes patients both with and without complications at NCD clinics/RHs Bureau for NCD Prevention & Control DEPARTMENT OF PREVENTIVE MEDICINE 2015

២ម៉ោងក្រោយពេលមានជាតិស្ករក្នុងឈាម ឬរួមគ្នា	≥ ១០ (១៨០)	≥ ១១,១ (២០០)	≥ ១១,១ (២០០)
ការចុះខ្សោយនៃការទ្រាំទ្រជាមួយជាតិស្ករ			
កំហាប់ជាតិស្ករមុនពេលហូបអាហារ (បើសិនជាវាស់) និង	≤ ៦,១ (១១០)	≤ ៦,១ (១១០)	≤ ៧,១ (១២៦)
២ម៉ោងក្រោយពេលមានជាតិស្ករក្នុងឈាម។	៦,៧-៩,៩ (១២០-១៧៩)	៧,៨-១១ (១៤០-១៩៩)	៧,៨-១១ (១៤០-១៩៩)
ការឡើងជាតិស្ករក្នុងឈាមមុនពេលហូបអាហារ	៥,៦-៦ (១០០-១០៩)	៥,៦-៦ (១០០-១០៩)	៦,១-៦,៩ (១១០-១២៥)
២ម៉ោងក្រោយ (បើសិនជាវាស់)	≤ ៦,៧ (១២០)	≤ ៧,៨ (១៤០)	≤ ៧,៨ (១៤០)

កំណត់សម្គាល់ អំពីការធ្វើតេស្តរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម៖ ផ្លាស់ស្មាបូមពីឈាមវ៉ែន (Venous plasma) គឺជាតេស្តជម្រើសមួយ ប៉ុន្តែសំណាកឈាមនេះត្រូវតែធ្វើតេស្តក្នុងអំឡុងពេល ១ម៉ោង ឬបូមឈាមដោយប្រើបំពង់ទីបដែលមានជាតិ sodium fluoride ដែលឃាត់ឃាំងការរលាយជាតិស្ករ និងរក្សាទុកដោយដាក់ទឹកកកឱ្យត្រជាក់រហូតដល់ពេលធ្វើតេស្តវិភាគ។ សមត្ថភាពតម្លៃនៃការធ្វើតេស្តនេះ មានលក្ខណៈដូចគ្នា ជាមួយការធ្វើតេស្តលើសំណាកឈាម fasting samples និងមានលក្ខណៈខុសគ្នាដោយសំណាកឈាមនេះ អាចធ្វើបានក្នុងរយៈពេល ២ ម៉ោង។

៣៧.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺ ដែលមិនអាចទ្រាំទ្រជាមួយជាតិស្ករ

- សម្រកទម្ងន់ បើលើសទម្ងន់
- របបអាហារគាំទ្រសុខភាព និងរបៀបរស់នៅ ដូចបានរៀបរាប់លម្អិត នៅក្នុងតារាងទី៤៥: អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង, ទំព័រទី ១៩៤
- ធ្វើតេស្តតាមដាននៅខែទី១២។

៣៧.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី ២

- សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែមគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ[63]
- ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាព្យាបាលនៅគ្លីនិកថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម ប្រសិនជាមាន។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម ទាំងការគ្រប់គ្រងដោយប្រើឱសថ និងមិនប្រើឱសថ៖

១. វិធានការមិនប្រើប្រាស់ឱសថ បន្ថយហានិភ័យនៃផលវិបាកជំងឺទឹកនោមផ្អែម៖

[63] CAMBODIAN MINISTRY OF HEALTH CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. TYPE 2 DIABETES. A continuum of care for diabetes patients both with and without complications at NCD clinics/RHs Bureau for NCD Prevention & Control DEPARTMENT OF PREVENTIVE MEDICINE 2015

- របបអាហារគាំទ្រសុខភាព និងរបៀបរស់នៅល្អ ដូចបានរៀបរាប់លម្អិតក្នុង តារាងទី៤៥: អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង, ទំព័រទី ១៩៤
- ការផ្លាស់ប្តូររបបអាហារ → របបអាហារសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការបន្ថយមួយផ្នែកនៃ carbohydrate រួមមាន ការបរិភោគបាយ (សូមមើលរូបភាពទី៣៣: ពីរ៉ាមីតរបបអាហារសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី ២ , ទំព័រទី ២៥៨ ។

វាយតម្លៃអ្នកជំងឺអំពីលក្ខខណ្ឌផ្សេងៗទាក់ទងនឹងជំងឺទឹកនោមផ្អែម ដូចជា៖

- ទម្ងន់ BMI (សូមមើលតារាងទី៤៣: ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ BMI សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ដើម្បីកំណត់ថាទម្ងន់ស្រាល លើសទម្ងន់ និងធាត់ ស្របតាម WHO, ទំព័រទី១៨៧) និងបរិវេណចង្កេះ (លើសទម្ងន់ = បុរស ≥៨៥ ស.ម, ស្ត្រី ≥ ៨០ស.ម)
- ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម > ១៤០/៩០ ឬ > ១៣០/៨០ ប្រសិនបើមានជាតិប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (proteinuria)
- ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (ប្រវត្តិជំងឺ ការពិនិត្យជំងឺ និងធ្វើតេស្ត ECG ប្រសិនបើមាន)
- ជំងឺសរសៃឈាមខួរក្បាល- ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ជំងឺវង្វេងវង្វាន់ (dementia)
- ជំងឺតម្រងនោម-ធ្វើតេស្តសេរ៉ូម Creatinine ប៉ូតាស្យូម សូដ្យូម វិភាគទឹកនោម
- ឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម - តេស្ត serum lipids
- ការពិនិត្យជើងលម្អិត៖
  - សរសៃឈាមដែលផ្គត់ផ្គង់ឈាម ជីពចរ សរសៃឈាមដែលនាំឈាមត្រឡប់មកបេះដូងវិញ (capillary return)
  - សរសៃប្រសាទ sensation reflexe កែងជើង
- ភាពមុតនៃគំឃើញ (Visual acuity) និងពិនិត្យដោយ fundoscopy រកមើលជំងឺភ្នែកឡើងបាយ (cataracts) និងជំងឺរេទីនភ្នែក (retinopathy) បណ្តាលមកពី ជំងឺទឹកនោមផ្អែម។

២. ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយឱសថ យោងតាមអនុសាសន៍នៃជំងឺមិនឆ្លងរួមមាន៖

- ឱសថជួរទី១៖ Metformin ៥០០–២០០០ម.ក្រ បែងចែកជា២កម្រិតដូស លេបពេលហូបអាហារ។
- ជម្រើសឱសថជួរទី១៖ Gliclazide ៤០–៣២០ម.ក្រ បែងចែកជា ២ កម្រិតដូស លេបពេលហូបអាហារ
- ឱសថជួរទី២៖ Metformin + sulfonylurea ។
- ឱសថជួរទី៣៖ basal ឬ premix insulin + ឱសថលេប ឬ basal + insulin ពេលហូបអាហារ។

៣. អន្តរកម្ម រវាងឱសថព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ [64]

តារាងទី៤៩: អន្តរកម្ម រវាងឱសថព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថ	អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
Gliclazide និង Glimepiride;	សក្តានុពលក្នុងការបន្ថយកម្រិត ដោយឱសថ PI និងបង្កើនកម្រិតដោយឱសថ EVF។ តាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្ននិងអាចតម្រូវឱ្យធ្វើកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថ gliclazide
Glibenclamide	សក្តានុពលក្នុងបន្ថយកម្រិត ដោយឱសថ EFV និង NVP ហើយបង្កើនកម្រិតដោយឱសថ PI។
Metformin និង insulin	មិនដឹងពីអន្តរកម្មជាមួយឱសថ NNRTI, NRTI PI, និងឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែឱសថ dolutegravir អាចមានសក្តានុពលបង្កើនកំហាប់ឱសថ metformin។

[64] http://www.hiv-druginteractions.org/

ជំពូកទី ៣៨. ជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (HYPERLIPIDAEMIA)

៣៨.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវការលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ស្របគ្នានឹងការកើនឡើងនូវ low–density lipoprotein cholesterol (LDL-C) និង/ឬ hypertriglyceridemia ជាពិសេស ប្រសិនបើមានទំនាក់ទំនងនឹងការថយចុះនូវ high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C)។
- ជាតិខ្លាញ់ទាក់ទងនឹងហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (CVD) មិនបានឆ្លុះបញ្ចាំងពី កូឡេស្តេរ៉ុលសរុប (TC)ដែលវាស់វែងតែឯងនោះទេ ដោយសារវាជាផ្នែកមួយនៃ LDL-C និង HDL–C (HDL-C ឡើងខ្ពស់គឺជាភ្នាក់ងារការពារជំងឺបេះដូង)។
- កម្រិត Triglyceride > ១0mmol/L បង្កើនហានិភ័យជំងឺរលាកលំពែង។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលព្យាបាលដោយមានឱសថ PI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលនឹងបង្កើនហានិភ័យកើនឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (Hyperlipidaemia) បើទោះបីជា មានការកើនឡើងតិចនៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ ATV/r បើធៀបទៅនឹងការប្រើឱសថ LPV/r។
- ការធ្វើតេស្តកម្រិតជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (serum lipids) និងការកំណត់កម្រិតនៃការព្យាបាលជាមួយឱសថដែលធ្វើឱ្យថយចុះជាតិខ្លាញ់ អាស្រ័យលើអ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង។ ក្នុងស្ថានភាពដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ ត្រូវផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើថ្នាំ Statins ដោយមិនគិតពីរង្វាស់ជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាមនោះទេ។ ឧ. អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលមានជំងឺគាំងបេះដូង (myocardial infarct) ឬជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល នឹងទទួលបានផលប្រយោជន៍ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ Statin លើកលែងតែក្នុងករណីមាន contraindicated។

អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ PI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាល៖

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវធ្វើតេស្តពិនិត្យជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (fasting serum lipids) មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ PI ដែលមានក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ជាទូទៅ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២) និងត្រូវពិនិត្យតាមដាននៅ៣ខែក្រោយ និងបន្ទាប់មករៀងរាល់១២ខែម្តង ដោយសារ

  ឱសថ PI អាចបង្កឱ្យមាន Hyperlipidaemia។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចទទួលការព្យាបាលដោយឱសថផ្សេងទៀត សម្រាប់គ្រប់គ្រងការកើនឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ឧ. ការព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម។

៣៨.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (hyperlipidaemia)

Hyperlipidaemia តម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងទាំងការព្យាបាលដោយប្រើឱសថ និងមិនប្រើឱសថ។

១. ការគ្រប់គ្រងដោយមិនប្រើឱសថ៖

- យោងតាម តារាងទី៤៥: អំពីផលប៉ះពាល់លើកម្រិតជាតិខ្លាញ់ដោយផ្ទាល់ ឬកត្តាហានិភ័យរួមផ្សំនៃជំងឺមិនឆ្លង

- បន្ថយការបរិភោគជាតិខ្លាញ់ឆ្អែត ជំនួសដោយខ្លាញ់មិនឆ្អែត(mono/poly unsaturated fats)
- បង្កើនប្រសិទ្ធភាពការត្រួតពិនិត្យជំងឺទឹកនោមផ្អែម។

២. គ្រប់គ្រងព្យាបាលដោយប្រើឱសថ – កម្រិតទី១

ប្តូរពីឱសថ LPV/r ទៅប្រើឱសថ ATV/r (លើកលែងករណីមាន contraindicated)

- បើឡើង LDL-C លើសលប់
    - ប្រើ Statin
- បើឡើង TG (> ១0mmol/l) ជាពិសេស ឡើងជាមួយនឹងការកើនឡើង low HDL-C
    - ប្រើ Fibrate និង/ឬ ខ្លាញ់ត្រី។

គោលដៅនៃការព្យាបាល (បង្កើនកម្រិតដូសឱសថ រហូតដល់កម្រិតដូសមានសុវត្ថិភាព ដើម្បីសម្រេចបានដូចខាងក្រោម) ។

- Total Cholesterol < ៤,0mmol/L
- HDL–C ≥ ១,0mmol/L
- LDL-C < ២mmol/L
- TG < ២mmol/L

៣៨.២.១ អន្តរកម្មឱសថ រវាងឱសថបន្ថយជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តារាងទី៥0: អន្តរកម្មនៃឱសថបន្ថយជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

Statins • **Simvastatin និង lovastatin មាន *contraindicated* ជាមួយឱសថ PI ដែលមានក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នាំឱ្យមានហានិភ័យខ្ពស់ជំងឺរលាកឆ្អឹង និងសាច់ដុំ** (rhabdomyolysis)។ • ឱសថ statins ផ្សេងទៀត អាចយកមកប្រើប្រាស់ជាមួយឱសថ PI តែត្រូវប្រើក្នុងកម្រិតដូសទាប៖ ○ Atorvastatin ចាប់ផ្តើម ១0 ម.ក្រ → កម្រិតដូសអតិបរិមាជាមួយឱសថ PI = ៤0ម.ក្រ ○ Pravastatin ចាប់ផ្តើម ២0ម.ក្រ → កម្រិតដូសអតិបរិមាជាមួយឱសថ PI = ៤0ម.ក្រ ○ Rosuvastatin ចាប់ផ្តើម ៥ ម.ក្រ → កម្រិតដូសអតិបរិមាជាមួយឱសថ PI = ២0 ម.ក្រ។
• Fibrates ○ Gemfibrozil៖ ▪ កម្រិតឱសថអាចនៅទាប ដោយសារការប្រើឱសថ PI ▪ ចៀសវាងប្រើរួមគ្នាជាមួយ statin បណ្តាលឱ្យមានហានិភ័យរលាកសាច់ដុំ(myositis)។ ○ Fenofibrate៖ ▪ តាមដាន ALT/CK បើប្រើរួមគ្នាជាមួយ statins ព្រោះអាចបណ្តាលឱ្យហានិភ័យនៃផលប៉ះពាល់កើនឡើង។
• គេមិនទាន់ដឹងពីអន្តរកម្មរវាង **ខ្លាញ់ត្រី** ជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ។

៣៨.២.២ តាមដានផលប៉ះពាល់នៃឱសថ

ឱសថបន្ថយជាតិខ្លាញ់ អាចបណ្តាលឱ្យមានវិបត្តិមុខងារថ្លើម និងជំងឺសាច់ដុំ (myopathy)

អ្នកជំងឺត្រូវដឹងពីរោគសញ្ញានៃការឈឺសាច់ដុំ (សាច់ដុំមានការឈឺចាប់ ឡើងរឹង ខ្សោយ) និងរលាកថ្លើម (ឈឺចាប់ក្នុងពោះ ក្អួត)។

- ធ្វើតេស្ត ALT និង creatinine kinase(CK) នៅពេលដើមគ្រា
- ធ្វើតេស្ត CK និង ALT ម្តងទៀត បើមានរោគសញ្ញាណាមួយ
- បញ្ឈប់ការប្រើឱសថ បើសាច់ដុំនៅតែមានការឈឺចាប់ ឬសាច់ដុំខ្សោយ ឧ. បើ CK > ៥០០ U/L
- បញ្ឈប់ការប្រើឱសថ បើ CK > ១០០០U/L ដោយគ្មានរោគសញ្ញា
- បញ្ឈប់ការប្រើឱសថ បើ ALT កើនឡើង > ៣ដង x ULN ។

ជំពូកទី ៣៩. ជំងឺពុកឆ្អឹង (OSTEOPOROSIS)

៣៩.១ និយមន័យ

ជំងឺពុកឆ្អឹង ត្រូវបានកំណត់ដោយការថយចុះភាពរឹងមាំនៃឆ្អឹង នាំឱ្យមានហានិភ័យខ្លាំងនៃការបាក់ឆ្អឹង។

Osteopenia (ថយចុះជាតិកាល់ស្យូម និងភាពរឹងមាំនៃឆ្អឹង) ត្រូវបានកំណត់ដោយ "ភាពបាត់បង់នៃឆ្អឹង" និងអាចបណ្តាលឱ្យមានជំងឺពុកឆ្អឹង។

៣៩.២ កត្តាហានិភ័យជំងឺពុកឆ្អឹង

- អាយុ > ៤០ឆ្នាំ ភេទស្រី មាន BMI ទាប រាងកាយអសកម្ម ជក់បារី អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន (PWID)
- ប្រើថ្នាំ Corticosteroid
- ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ជាពិសេស អ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ
- ការព្យាបាលដោយឱសថ tenofovir នាំឱ្យមានការបាត់បង់ឆ្អឹងក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ជាធម្មតាវាមានស្ថេរភាពឡើងវិញ ក្រោយការព្យាបាលរយៈពេល ២ ទៅ ៣ ឆ្នាំ
- ជំងឺទឹកនោមផ្អែម hyperthyroidism ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទC និងជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ
- ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃផ្សេងៗ ដូចជា ជំងឺ myeloma ភាពមិនប្រក្រតីនៃក្រពេញអង់ដូគ្រីន។

ការវាយតម្លៃ

- ឧបករណ៍វាយតម្លៃហានិភ័យការបាក់ឆ្អឹង យោងតាម WHO (FRAX) គឺជាការគណនាអនឡាញ(online) បានបង្កើតឡើងដើម្បីធ្វើការប៉ាន់ស្មានហានិភ័យការបាក់ឆ្អឹងក្នុងអំឡុងពេល ប្រហែលជា ១០ឆ្នាំខាងមុខ ផ្អែកតាមកត្តាហានិភ័យគ្លីនិក (អាយុ BMI ។ល។) ដោយមិនចាំបាច់ធ្វើតេស្ត DXA (bone mineral density)[65]
- ថយចុះកម្ពស់ អាចកើតឡើងដោយសារការបាត់បង់ឆ្អឹងធ្ងន់ធ្ងរ និងបាត់បង់កម្ពស់នៃឆ្អឹងកងខ្នង។

៣៩.៣ ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺពុកឆ្អឹង និងការបាក់ឆ្អឹង

- តារាងទី៤៥តារាងទី៤៥: លម្អិតអំពីវិធានការសំខាន់ៗសម្រាប់ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺពុកឆ្អឹង។ ការផ្តោតសំខាន់គឺ លើការឈប់ជក់បារី តុល្យភាពរបបអាហារ រួមទាំង ការទទួលទានឱ្យបានគ្រប់ គ្រាន់នូវជាតិកាល់ស្យូម វីតាមីន D ហើយរក្សាបាននូវកម្រិតទម្ងន់ដែលមានសុខភាពល្អ ហាត់ប្រាណស្របតាមទម្ងន់ខ្លួន (ឧ. ការដើរ) និងបន្ថយការផឹកគ្រឿងស្រវឹង។
- ចៀសវាងប្រើឱសថ corticosteroids រយៈពេលយូរ លើកលែងតែករណីចាំបាច់ និងប្រើកម្រិតដូសទាបបំផុតដែលមានប្រសិទ្ធភាព។
- បើអ្នកជំងឺបាក់ឆ្អឹង ដោយសារបញ្ហាពុកឆ្អឹង (ឆ្អឹងកដៃ ឆ្អឹងត្រគាក ឆ្អឹងកងខ្នង បណ្តាលមកពីការប៉ះទង្គិច ឬរបួសបន្តិចបន្តួច) ពិចារណាផ្លាស់ប្តូរពីការប្រើឱសថTDF ទៅប្រើឱសថផ្សេងវិញ ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន។

---

[65] The online calculator is country specific, the closest in terms of patient characteristics would be the Thai version available at http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=57

ជំពូកទី ៤០. ជំងឺតម្រងនោម

កត្តារួមចំណែកជាច្រើន នាំឱ្យមានជំងឺតម្រងនោម លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងការរងរបួសតម្រងនោម ជាទូទៅត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យយឺតពេល ដោយសារតែអ្នកជំងឺអាចគ្មានរោគសញ្ញា ឬរោគសញ្ញាមិនជាក់លាក់។

៤០.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺតម្រងនោម

តារាងទី៥១: ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីស្រាវជ្រាវមុខងារតម្រងនោម

ការធ្វើតេស្តទឹកនោម

ការធ្វើតេស្ត dipstick ទឹកនោម រួមមាន៖
• ជាតិស្ករ៖ វិជ្ជមានលើអ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមិនបានត្រួតពិនិត្យ និងការពុលតម្រងនោមដោយឱសថ TDF
• ជាតិ Nitrites និងកោសិកា leukocytes៖ វិជ្ជមាន ករណីមានការបង្ករោគតាមបំពង់បង្ហូរនោម (urinary tract infections =UTI)
• ឈាម៖ បើវិជ្ជមាន ជាមួយ nitrites + leukocytes = UTI, បើអវិជ្ជមាន ពិចារណា លើការរលាកតម្រងនោម (nephritis) (→ វាស់សម្ពាធឈាម)
• ជាតិ Protein៖ វិជ្ជមាន ករណីរបួសតម្រងនោម រួមមាន៖
  ○ UTI (រួមជាមួយ nitrites និង leukocytes)
  ○ Nephritis (រួមជាមួយឈាម)
  ○ Nephritic syndrome – ជាញឹកញាប់ ≥ ២+
  ○ ខូចខាតបង្ហូរនោមស្រួចស្រាវ ឬរ៉ាំរ៉ៃ (ឧ. មកពីការប្រើប្រាស់ឱសថ TDF)។

Urine albumin / creatinine ratio (ACR)៖ កើនឡើងលើអ្នកជំងឺ diabetic nephropathy (ជាទូទៅតេស្ត dipstick អវិជ្ជមាន ជាតិ protein និង creatinine +/- N) ។

ពិនិត្យទឹកនោមដោយ microscopy ៖
• កោសិកាឈាមស កោសិកាឈាមក្រហម និងមេរោគបង្ក (UTI)
  ○ បើអាចធ្វើបាន ត្រូវបណ្តុះមេរោគ ដើម្បីកំណត់រកមេរោគបង្ក និង antimicrobial sensitivity
• ទម្រង់កោសិកាឈាមក្រហម
  ○ ខូចទ្រង់ទ្រាយកោសិកាឈាមក្រហម ដែលមានដើមកំណើតមកពីតម្រងនោម (nephritis)
  ○ កោសិកាសឈាមក្រហមធម្មតា មានដើមកំណើតមកពីផ្នែកខាងក្រោមនៃបង្ហូរនោម។

ការធ្វើតេស្តឈាម
តេស្ត Serum Creatinine៖ • Creatinine គឺសារធាតុគីមីធម្មជាតិបញ្ចេញក្នុងទឹកនោម • Serum creatinine កើនឡើង នៅពេលដែលមិនបានលាងសម្អាតល្អ និងជាទូទៅ បញ្ជាក់ថា តម្រងនោមមានរបួស ។

• Creatinine clearance/estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) ○ ជាការវាយតម្លៃមុខងារតម្រងនោម ដែលមានលក្ខណៈជាក់លាក់ ជាងការធ្វើតេស្ត serum creatinine ○ eGFR ថយចុះពេលមានរបួសតម្រងនោម (កម្រិតធម្មតានៃ eGFR = > ៩០ម.ល/នាទី) ○ eGFR អាចគណនាតាម Cockroft – សមីការ Gault៖ – eGFR ml/min = (១៤០ –អាយុ) x ទម្ងន់ (គ.ក្រ)/serum creatinine (μmol/l) (ចំពោះបុរស) – eGFR ml/min = (១៤០ –អាយុ) x ទម្ងន់ (គ.ក្រ) x 0,៨៥ /serum creatinine (μmol/l) (ចំពោះស្ត្រី) ។
• Serum electrolytes៖ potassium, sodium, phosphate, bicarbonate, urate ។
• CBC៖ normocytic anaemia (MCV ធម្មតា) កើតឡើងជាញឹកញាប់ ក្នុងករណីរបួសតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ។
កាពិនិត្យតម្រងនោមដោយអេកូ
• ជំងឺរលាកតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ជាទូទៅ → តម្រងនោមតូច (<៩ស.ម) • ជំងឺរលាកតម្រងនោមស្រួចស្រាវ → តម្រងនោមរីកធំ (>១២ ស.ម)ឧ. HIVAN • ការស្ទះបង្ហូរនោម៖ ○ ការស្ទះបង្ហូរនោមទាំងសងខាង (ជាញឹកញាប់បណ្តាលមកពីជំងឺរបេងកូនកណ្តុរ) • ការស្ទះបង្ហូរនោមខាងក្រោម –ឧ. ប្រូស្តាតរីកធំ (prostatic enlargement)។

សូមមើលគំនូសបំព្រួញអំពី ការស្រាវជ្រាវភាពមិនធម្មតានៃ creatinine និងការធ្វើតេស្ត dipstick ទឹកនោម៖

- រូបភាពទី៣១រូបភាពទី៣១: គំនូសបំព្រួញអំពីការវាយតម្លៃ Creatinine
- រូបភាពទី៣២: គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យទឹកនោមដោយdipstick

៤០.២ របួសតម្រងនោមស្រួចស្រាវ

១. របួសផ្នែកខាងមុខតម្រងនោមស្រួចស្រាវ៖

ជាទូទៅ បណ្តាលមកពីដំណាក់កាលថយចុះសម្ពាធឈាម ដោយសារ៖

- បង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ (Sepsis)
- បាត់បង់ជាតិទឹកច្រើន ឧ. បាត់ជាតិទឹកដោយសាររាករូស
- មូលហេតុសរសៃឈាម ឧ. myocardial infarct។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ៖ ការវាយតម្លៃគ្លីនិក អំពីស្ថានភាពជាតិទឹក មានភស្តុតាងថាមាន sepsis។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖

- ការបំពេញជាតិទឹក ជាញឹកញាប់តម្រូវឱ្យចាក់តាមបញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃឈាម
- ព្យាបាលមូលហេតុ sepsis បើរកឃើញ
- ចៀសវាងប្រើឱសថនាំឱ្យពុលតម្រងនោម (NSAIDS, aminoglycosides)
- បើមុខងារតម្រងនោម មិនប្រសើរឡើងបានឆាប់រហ័សទេត្រូវ៖
  - ស្រាវជ្រាវពីមូលហេតុផ្សេងទៀតនៃជំងឺតម្រងនោម

- ○ កែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថ ដែលបញ្ចេញចោលតាមតម្រងនោម ស្របតាម creatinine clearance (សូមមើល តារាងទី៦១: ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម , ទំព័រទី២៥៣)
- ○ តាមដានមុខងារតម្រងនោមតាមរយៈការប្រែប្រួល eGFR, ប្រសិនបើតម្រូវឱ្យមានការកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថបន្ថែមទៀត។

១. ***របួសផ្នែកខាងក្រោយតម្រងនោមស្រួចស្រាវ*** – ការស្ទះតម្រងនោម (ឧ. ការស្ទះតម្រងនោមបង្កដោយជំងឺរបេង)

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ៖ ការឆ្លុះអេកូ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការស្ទះបង្ហូរនោម និងតម្រងនោមរីកធំដោយសារទឹក (hydronephrosis)

- បើគ្មានអេកូទេ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅឆ្លុះអេកូនៅសេវាដែលអាចធ្វើបាន ប៉ុន្តែការឆ្លុះអេកូ មិនអាចរកឃើញសញ្ញាគ្លីនិកពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺរបេងទេ ដូច្នេះ វាជាការសមហេតុផល ក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង និងតាមដានមុខងារតម្រងនោម។

២. ***របួសតម្រងនោមខាងក្នុង*** – មូលហេតុជាច្រើនបណ្តាលឱ្យចុះខ្សោយតម្រងនោម ដូចជាប្រតិកម្មឱសថ៖

- ការពុលឱសថ Tenofovir (TDF) (សូមមើលផ្នែកខាងក្រោម)
- ការពុលឱសថ Cotrimoxazole និង rifampicin
- ជំងឺ Interstitial nephritis – អ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញា ដូចរោគសញ្ញាផ្តាសាយ ឈឺចាប់មួយចំហៀងខ្លួន (flank pain) គ្រុនក្តៅ
- ការពុលឱសថ Rifampicin កើតឡើងជាញឹកញាប់ នៅពេលឈប់ប្រើ និងនៅពេលចាប់ផ្តើមប្រើឱសថ Rifampicin ឡើងវិញ។

៤០.៣ ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ

៤០.៣.១ ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ បណ្តាលមកពីជំងឺលើសសម្ពាធ និង/ឬ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ផ្អែកលើប្រវត្តិជំងឺ និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

- កើនឡើង creatinine រយៈពេលវែង ជាច្រើនខែ
- តេស្តប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (Proteinuria) ដោយប្រើ dipstick កើនឡើង ACR (ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន)
- ជំងឺស្លេកស្លាំងតិចតួច (normocytic MCV)
- តម្រងនោមរួមតូច ពេលពិនិត្យដោយអេកូ (ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន)។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- បញ្ឈប់ការជក់បារី
- ជម្រើសការព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម
- រួមបញ្ចូល ACE I ក្នុងរូបមន្តព្យាបាល ឧ. enalopril ២,៥០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ (វាស់សម្ពាធឈាម និង potassium)
- ចៀសវាងប្រើឱសថពុលតម្រងនោម ជាពិសេស ឱសថ NSAIDS

- កែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថ ដែលបញ្ចេញចោលតាមតម្រងនោម អាស្រ័យតាម creatinine clearance (សូមមើល តារាងទី៦១: ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម , ទំព័រទី២៥៣)
- តាមដាន creatinine និងប្រសិនបើ Cr > ២៥០ បញ្ជូនទៅទទួលសេវានៅផ្នែកឯកទេសតម្រងនោម ប្រសិនបើ មានសេវានេះ។

៤០.៣.២ ការពាក់ព័ន្ធរវាងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺតម្រងនោម (HIV AN)

- ការពាក់ព័ន្ធរវាងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺតម្រងនោម (HIV AN) បណ្តាលមកពីផលប៉ះពាល់ដោយផ្ទាល់នៃមេរោគអេដស៍ទៅលើតម្រងនោម ។ ជាទូទៅ កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺដែលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺអេដស៍ និងមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាប ប៉ុន្តែ វាក៏អាចកើតឡើងលើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ផងដែរ។
- HIV AN ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។
- HIV AN អាចកើតឡើងក្នុងរយៈពេលពីរទៅបីខែ បណ្តាលឱ្យមានជំងឺតម្រងនោមក្នុងដំណាក់ចុងក្រោយ (End Stage Renal Disease =ESRD) ។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- ≥ ២+ proteinuria, creatinine ជាទូទៅមានការកើនឡើង (តែមិនមែនកើតឡើងជានិច្ចកាលនោះទេ)
- លើសសម្ពាធឈាម និងការហើម កើតមានដោយកម្រ ហើយប្រសិនបើមាន ត្រូវពិនិត្យរកមូលហេតុផ្សេង
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយការធ្វើ biopsy ប៉ុន្តែតេស្តនេះមិនសូវអាចធ្វើបានទេ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន
- ព្យាបាលជាតិប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (proteinuria) ដោយប្រើឱសថ enalopril ២,៥ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ - វាស់សម្ពាធឈាម និងធ្វើតេស្តរក potassium
- តាមដានជាតិ proteinuria និង creatinine រៀងរាល់៣ខែ/ម្តងរយៈពេល២ដង បន្ទាប់មករៀងរាល់៦ខែ/ម្តង
- ចៀសវាងប្រើប្រាស់ឱសថដែលធ្វើឱ្យពុលតម្រងនោម (nephrotoxic drugs) និងកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថដែលបញ្ចេញចោលតាមតម្រងនោម អាស្រ័យតាម eGFR (សូមមើល តារាងទី៦១: ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម , ទំព័រទី២៥៣)
- តាមដានមុខងារតម្រងនោមតាមការប្រែប្រួល eGFR ដែលតម្រូវឱ្យកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថបន្ថែមទៀត។

ជំពូកទី ៤១. ការប្រើគ្រឿងញៀន

- អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន (PWID) និងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន (PWUD) នៅកម្ពុជា មានអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ជាងប្រជាជនទូទៅ (សូមមើលតារាងទី៥៦: ការប៉ាន់ស្មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍តាមក្រុមប្រជាជននៅកម្ពុជា , ទំព័រទី២២១)
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលប្រើគ្រឿងញៀន រួមទាំង ការផឹកសុរាច្រើន ការញៀនកញ្ឆា ការប្រើ amphetamines (យ៉ាម៉ា) និងការញៀនអាភៀន អាចជួបប្រទះបញ្ហាជាច្រើនដែលប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់ពួកគេ
- ការពុល ការបន្ថយកម្រិតដូស និងការប្រើហួសកម្រិតដូស អាចមានលទ្ធផលមិនល្អសម្រាប់អ្នកជំងឺ
- ជាការសំខាន់ ការប្រើគ្រឿងញៀនអាចនាំឱ្យមានការរំខានដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងការទទួលទានអាហារូបត្ថម្ភឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់
- ការចាក់គ្រឿងញៀនប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងវីរុសតាមឈាម ដូចជា វីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងC ការបង្ករោគត្រង់កន្លែងចាក់ ការរាលដាលមេរោគក្នុងឈាម (septicaemia) និងរលាកសាច់ដុំបេះដូងបង្កដោយបាក់តេរី
- ការប្រើគ្រឿងញៀន អាចបណ្តាលឱ្យខ្វះសុភៈវិនិច្ឆ័យ និងការប្រព្រឹត្តិដែលបង្កើនការប្រឈមមុខខ្ពស់ក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍
- អ្នកជំងឺត្រូវបានផ្តល់ការអប់រំអំពីហានិភ័យទាក់ទងនឹងការប្រើគ្រឿងញៀន ដើម្បីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃគ្រឿងញៀន (រួមទាំង ការចោលឧបករណ៍សម្រាប់ប្រើគ្រឿងញៀនដែលបានប្រើរួចដោយសុវត្ថិភាព) និងបញ្ជូនទៅកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃគ្រឿងញៀន និងកម្មវិធីពាក់ព័ន្ធ ដូចជា ការព្យាបាលជំនួសដោយ methadone នៅគ្លីនិកនៅមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ សូវៀត និងកន្លែងផ្សេងទៀតដែលមានផ្តល់សេវានេះ។

ជំពូកទី ៤២. សុខភាពផ្លូវចិត្ត

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រងគ្រោះបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តជាច្រើន រួមទាំង ធ្លាក់ទឹកចិត្ត ថប់បារម្ភ រំលោភបំពានសារធាតុញៀន និងលក្ខខណ្ឌវិកលចរិកផ្សេងទៀត
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅ ជំងឺវង្វេងវង្វាន់(dementia) ទាក់ទងនឹងការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍
- បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងនេះ អាចបណ្តាលឱ្យមានការរំខានការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ហើយការព្យាបាលអាចនឹងមានសក្តានុពល លើផលប៉ះពាល់ និងអន្តរកម្មឱសថ
- ផលប៉ះពាល់នៃ Efavirenz នាំឱ្យមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ដូច្នេះ ត្រូវពិចារណាផ្លាស់ប្តូរឱសថនេះ ប្រសិនបើវាមានផលប៉ះពាល់
- សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៦: រូបភាពទី៣៤: រោគសញ្ញាដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់នៃស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត , ទំព័រទី ២៥៩
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមអានអន្តរាគមន៍ mhGAP គោលការណ៍ណែនាំអំពី សុខភាពផ្លូវចិត្ត វិបត្តិសរសៃប្រសាទបណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀននៅក្រៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ។ កម្មវិធីសកម្មភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត Gap ២០១០ អង្គការWHO អាចរកបាននៅគេហទំព័រ http://www.paho.org/mhgap/en/ ។

៤២.១ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (Depression)

ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត កើតឡើងជាញឹកញាប់ ហើយមិនត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ។ វាអាចរួមចំណែកដល់ការបោះបង់សេវា និងការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

៤២.១.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត

- អារម្មណ៍ក្រៀមក្រំ ខ្វះការលើកទឹកចិត្ត ខ្វះការប្រមូលអារម្មណ៍ ខ្វះថាមពល
- ស្រក់ទឹកភ្នែក ឬភ័យរន្ធត់
- វិបត្តិដំណេក
- ខ្វះការជឿជាក់លើខ្លួនឯង ខ្វះការថែទាំ/អនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន
- ផ្លាស់ប្តូរការចង់ហូបអាហារ និងទម្ងន់
- ការផឹកគ្រឿងស្រវឹង ឬការប្រើគ្រឿងញៀនផ្សេងទៀត
- ថយចុះសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញមុខងារជាមូលដ្ឋានប្រចាំថ្ងៃ។

៤២.១.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត

តារាងទី៥២: កម្រងសំនួរសម្រាប់ស្រាវជ្រាវជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត

១. នៅក្នុងអំឡុងពេល ១ខែកន្លងមក តើអ្នកមានបាត់បង់ការចូលចិត្តក្នុងការធ្វើអ្វីមួយដែលអ្នកចូលចិត្តដែរ ឬទេ?
២. តើអ្នកមានអារម្មណ៍កំសត់ ឬ ធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬគ្មានអ្នកជួយដែរ ឬទេ?
➢ ប្រសិបើ អ្នកជំងឺមានអារម្មណ៍ថា ធ្លាក់ទឹកចិត្ត ចាំបាច់ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃពី ការហានិភ័យនៃការចង់ធ្វើអត្តឃាត ៖
➢ តើអ្នកគិតថា ចង់បោះបង់ចោលអ្វីគ្រប់យ៉ាងដែរ ឬទេ?
➢ តើអ្នកធ្លាប់គិតថា ចង់បញ្ចប់ជីវិតរបស់អ្នកដែរ ឬទេ?
ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺឆ្លើយថា ធ្លាប់ ត្រូវសួរបន្តថាក្នុងស្ថានភាពបែបណាដែលអ្នកគិតពីបញ្ហានេះ ហើយប្រសិនបើមាន តើអ្នកបានគិត ឬមានគម្រោងថានឹង ធ្វើឱ្យខ្លួនអ្នកឈឺចាប់ដែរ ឬទេ?

៤២.១.៣ វាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត

- ច្រានចោលមូលហេតុផ្សេងៗនៃជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (ឧ. ធ្វើតេស្ត TFT ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន)
- ពិនិត្យរកមើលមូលហេតុផ្សេងទៀត៖ ស្វែងយល់ពីបញ្ហាផ្លូវចិត្ត និងសង្គម
- បញ្ជូនទៅសេវាផ្តល់ប្រឹក្សា ក្រុមគាំទ្រ ឬសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសមស្រប
- ករណីធ្ងន់ធ្ងរត្រូវវាយតម្លៃអំពីតម្រូវការនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (antidepressant medication) និងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលក្នុងរយៈពេល ១ សប្តាហ៍។

ការព្យាបាលដោយឱសថ

ឱសថព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្តជាច្រើន មានអន្តរកម្ម ជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះត្រូវពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថគ្រប់ពេល ជាពិសេស នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (antidepressant)[66] ។

តារាងទី៥៣: អន្តរកម្ម រវាងឱសថព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត	NRTI	NNRTI	PI
Diazepam (ថ្នាំលេប)	OK	EFV potentially ↓ ពេលប្រើ diazepam	PI potentially ↑ ពេលប្រើ diazepam
Midazolam (IMI)	OK	Contraindicated ដោយសារ EFV ↑↑ ពេលលេប midazolam	ប្រុងប្រយ័ត្នពេលប្រើ PI ↑ ពេលប្រើជាមួយ midazolam។
Haloperidol (ថ្នាំលេប /IMI)	OK	EFV potentially ↓ ពេលប្រើជាមួយ haloperidol	ត្រូវប្រយ័ត្នពេលប្រើ PI ↑ ពេលប្រើប្រាស់ amitryptaline/SSRI/ haloperidol, គ្រប់មូលហេតុនៃ QT prolongation.
Amitriptyline	OK	OK	

[66] www.hiv-druginteractions.org/

SSRI – fluoxetine, sertraline	OK	OK	ចៀសវាងបើអាចធ្វើបាន ចៀសវាងបន្ថយកម្រិតដូសនៃ amitryptaline/SSRI/ haloperidol និងធ្វើតេស្ត ECGតាមដាន ។
SSRI – sertraline, venlafaxine, citralopram	OK	EFV potentially ↓ កម្រិតនៃ SSRI	

៤២.២ ជំងឺបន្ទាន់ៈ ជំងឺផ្លូវចិត្ត និងជំងឺផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

វាសំខាន់ណាស់ក្នុងការបែងចែក រវាងអ្នកជំងឺវង្វេងវង្វាន់ ក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺមានភាពវើវាយ (delirium) ដោយសារតែការព្យាបាលមូលហេតុជំងឺណាមួយ ឬការបង្កជំងឺផ្លូវចិត្តដំបូង។

ការវើវាយ ត្រូវបានកំណត់ដោយការឡើងចុះនៃវិញ្ញាណចងចាំជារួម ដោយមានទំនាក់ទំនងនឹងការប្រព្រឹត្តិខុសប្រក្រតី ។

តារាងទី៥៤: ការវែកញែក រវាងជំងឺវេជ្ជសាស្ត្រ ចេញពីជំងឺឆ្កួត[67]

	ការវើវាយ កើតក្រោយពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ	**Psychosis (ជំងឺផ្លូវចិត្ត) ដែលជារោគសញ្ញានៃជំងឺឆ្កួត**
មូលហេតុ	***វេជ្ជសាស្ត្រៈ*** ការបង្ករោគ/ខ្វះអុកស៊ីសែន/ខ្វះជាតិស្ករក្នុងឈាម/ជំងឺខួរក្បាល/ជំងឺថ្លើម ជំងឺខួរក្បាល/ទាក់ទងនឹងការប្រើឱសថ ។	***ជំងឺផ្លូវចិត្ត(Psychiatric)៖*** វិកលចរិក(Schizophrenia), វិបត្តិអារម្មណ៍ជាមួយនឹងលក្ខណៈវិកលចរិក។
ការលេចចេញរោគសញ្ញា (Onset)	ចាប់ផ្តើមជាច្រើនម៉ោង ឬច្រើនថ្ងៃ ។	ចាប់ផ្តើមដោយមានរោគសញ្ញាកាន់តែខ្លាំងឡើងជាបណ្តើរៗ ។
	ស្ថានភាពផ្លូវចិត្តឡើងចុះ	ស្ថានភាពផ្លូវចិត្តមិនឡើងចុះ
	ការបាត់បង់វដ្តនៃដំណេក/វដ្តនៃការ ភ្ញាក់ពីដំណេក វិបត្តិស្មារតី អន្ទះអន្ទែង(agitation) រញ្ជាក់រញ៉េរ ។	គ្មានការរំខានស្មារតី បាត់បង់ស្មារតី(Delusion) ។
ការតម្រង់ទិស	ការច្រឡំពេលវេលា មនុស្ស ទីកន្លែង	ជាទូទៅ អាចចំណាំបាន
ការមមើមមាយ (Hallucination)	ការមើលអ្វីមួយមិនច្បាស់	Hallucinations – ជាទូទៅការស្តាប់មិនច្បាស់ ។
ការចងចាំ	បាត់បង់ការចងចាំរយៈពេលខ្លី	មិនបាត់បង់ការចងចាំ
ការប្រុងប្រយ័ត្ន	ពិបាកក្នុងការផ្តោតអារម្មណ៍លើអ្វីមួយ ។	ការប្រុងប្រយ័ត្ន ឬផ្តោតអារម្មណ៍ នៅធម្មតា។
ប្រវត្តិជំងឺ	ភាពមិនធម្មតា មានប្រវត្តិជំងឺដូចគ្នា ។	ប្រវត្តិជំងឺដែលធ្លាប់កើតលើកមុន ជាញឹកញាប់ ។

[67] Adapted from MSF HIV/TB Clinical guide 2015.

វាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺវង្វេងវង្វាន់

- ស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ (រួមទាំង ការប្រើគ្រឿងញៀន) និងការពិនិត្យរាងកាយពេញលេញ ដើម្បីរកមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ
- ត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនៃការប្រើឱសថ និងបញ្ឈប់ឱសថណាមួយដែលអាចធ្វើឱ្យមានបញ្ហាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើង
- អនុវត្តការធ្វើតេស្តកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម និងការស្រាវជ្រាវពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត
- ពិចារណាក្នុងការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (LP) ដើម្បីផាត់ចេញការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (ឧ. ជំងឺរបេង ជំងឺ cryotococcus)
- ពិនិត្យភាពឆ្អែតនៃអុកស៊ីសែន (ប្រសិនបើ មានម៉ាស៊ីនអាចធ្វើបាន)
- បើសង្ស័យថា ទើបតែផឹកស្រា ចាក់ Thiamine តាមសរសៃ (មុននឹងចាក់បញ្ចូលគ្លុយកូសតាមសរសៃ)
- គ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺក្នុងបន្ទប់ស្ងប់ស្ងាត់ និងមានសមាជិកគ្រួសារនៅជាមួយគាត់
- ពន្យល់អ្នកជំងឺឱ្យបានច្បាស់ អំពីអ្វីដែលនឹងកើតឡើង និងពន្យល់សារឡើងវិញ បើសិនជាចាំបាច់
- ការវង្វេងវង្វាន់ អាចមានបន្តទៀតនៅពេលខ្លះ បន្ទាប់ពីបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានដោះស្រាយ និងណែនាំឱ្យក្រុមគ្រួសារ ផ្តល់ការថែទាំអ្នកជំងឺឱ្យមានសុវត្ថិភាព ក្រោយពីចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត

- បញ្ជូនទៅ សេវាពិគ្រោះជំងឺផ្លូវចិត្ត។

៤២.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលមានឥរិយាបថគ្រួតសង្គ្រោះបន្ទាន់

ជួនកាលស្ថានភាពមួយបានកើតឡើង នៅពេលដែលបុគ្គលម្នាក់មានការភិតភ័យខ្លាំង ហើយបង្កឥរិយាបថក្នុងរបៀបមួយ ដែលអាចបង្កហានិភ័យដល់ខ្លួនឯង និងអ្នកដទៃទៀត។

- ➤ សូមព្យាយាមរក្សាអ្នកជំងឺឱ្យស្ថិតនៅក្នុងបរិស្ថានស្ងប់ស្ងាត់ និងមានការចូលរួមការគាំទ្រពីក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិដែលអាចជួយគាត់ និងឱ្យអ្នកផ្សេងទៀតដែលអាចធ្វើឱ្យភិតភ័យចាកចេញពីគាត់
- ➤ និយាយជាមួយអ្នកជំងឺដោយស្ងៀមស្ងាត់ និងច្បាស់លាស់ និងពន្យល់យ៉ាងច្បាស់អំពីអ្វីដែលកំពុងកើតឡើង។

ចំពោះការគ្រប់គ្រងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់នៃការភិតភ័យ/ភាពកាចសាហាវរបស់អ្នកជំងឺ (បណ្តោះអាសន្ន) ខណៈពេលកំពុងរៀបចំបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ អាចនឹងពិចារណាប្រើឱសថក្នុងក្រុម antipsychotic និង sedative medication ក្រោយពីវិធានការមិនប្រើប្រាស់ឱសថទទួលបរាជ័យ។

ត្រូវពិចារណា អំពីអន្តរកម្មឱសថ មុននឹងព្យាបាលដោយឱសថ (សូមមើល តារាងទី៥៣: , *ទំព័រទី ២១៤*)។

ប្រើថ្នាំលេបជាមុនសិន (ចំណាយពេលវេលាដើម្បីបញ្ចុះបញ្ចូលអ្នកជំងឺដោយទន់ភ្លន់ និងមានជំនួយពីសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិដែលគាត់ជឿទុកចិត្ត)។

- ឱសថជួរទី១៖ Diazepam ៥–១០ ម.ក្រ លេបរាល់ ២– ៦ម៉ោង/ម្តង អាស្រ័យទៅតាមការឆ្លើយនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក អាចប្រើរហូតដល់កម្រិតបរិមា ៦០ម.ក្រ ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង។

- ឱសថជួរទី២៖ Haloperidol ០,៥–២ម.ក្រ លេបរាល់២ម៉ោង/ម្តង អាស្រ័យទៅតាមការឆ្លើយនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក អាចប្រើរហូតដល់កម្រិតបរិមា ៥-១០ម.ក្រ ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង។

ប្រសិនបើមិនអាចលេបថ្នាំបាន ត្រូវប្រើថ្នាំចាក់៖

- Haloperidol ៥–១០ ម.ក្រ ចាក់ IM ។

ការតាមដាន

- ចូរប្រយ័ត្ន មិនឱ្យលើសកម្រិតដូសថ្នាំរម្ងាប់អារម្មណ៍ទេ (over-sedate) និងត្រូវយល់ដឹងបន្ថែមអំពីផលប៉ះពាល់រយៈពេលយូរ ដែលជាលទ្ធផលនៃការប្រើកម្រិតដូសច្រើនលើកច្រើនសារ និងការបង្កើនឥទ្ធិពលរួមគ្នានៃឱសថ
- តាមដានអ្នកជំងឺឱ្យបានជិតដល់ –រៀងរាល់ ១៥នាទី/ម្តង ដើម្បី៖
  - បន្ថយស្ថានភាពនៃការដឹងខ្លួន(conscious state)
  - ថយចុះសម្ពាធឈាម ជំងឺថប់ដង្ហើម (respiratory depression) ស្ទះផ្លូវដង្ហើម ការបូមវត្ថុរាវចេញពីសួត (aspiration)
  - ចៀសវាងការរងរបួសដល់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកដទៃទៀត។
- បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យភ្លាម ដើម្បីបន្តការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបន្ថែមទៀត។

ការបង្ការក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល

ជំពូកទី ៤៣. ការបង្ការក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល

ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលមានការប្រឈម (PEP) សំដៅលើការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយបុគ្គលដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់ពីត្រូវបានរងប្រឈមមុខខ្ពស់ជាមួយនឹងប្រភពដែលមានស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍វិជ្ជមាន (ឬមិនដឹង)។

- PEP ផ្សំឡើងពី រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៣មុខ ដែលត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យបានឆាប់បំផុត តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (ល្អបំផុតក្នុងអំឡុងពេល ៤ ទៅ ៦ម៉ោង) និងត្រូវបន្តលេបឱសថនេះរៀងរាល់ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល ២៨ថ្ងៃ ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- PEP គួរត្រូវផ្តល់ បន្ទាប់ពីការប៉ះពាល់ដោយកម្រិតប្រឈមមុខខ្ពស់ សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដូចជា មុតម្ជុល និងមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដូចជា ការប្រឈមមុខនឹងសកម្មភាពផ្លូវភេទ ជាពិសេស ជនរងគ្រោះពីការរំលោភផ្លូវភេទ។
- ការផ្តល់វេជ្ជបញ្ជានៃឱសថបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលមានការប្រឈមមុខ ត្រូវធ្វើតាមគោលការណ៍យល់ព្រមគ្នា និងស្ម័គ្រចិត្ត ដោយបានយល់ដឹងពី ការប្រឈមមុខ និងអត្ថប្រយោជន៍ រួមមាន ការពិភាក្សាពី ផលប៉ះពាល់នានា និងសារៈសំខាន់នៃការលេបថ្នាំឱ្យត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ នៃឱសថបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

៤៣.១ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

សារធាតុរាវនៃសរីរាង្គដែលអាចនាំឱ្យមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍៖

- ការប៉ះពាល់ឈាម ឈាមលាយទឹកមាត់ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទឹករំអិលបញ្ចេញដោយប្រដាប់ភេទ ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ទឹកភ្លោះ ទឹករន្ធគូទ ទឹកសន្លាក់ (synovial) ទឹកស្រោមបេះដូង ឬទឹកស្រោមសួត។

សារធាតុរាវសរីរាងដែលមិនបង្កហានិភ័យខ្ពស់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ហើយមិនតម្រូវឱ្យព្យាបាលបង្ការដោយ PEP ទេ ដូចជា ទឹកភ្នែក ទឹកមាត់ដែលមិនលាយឈាម ទឹកនោម និងញើស។

តារាងទី៥៥: ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ និងកម្រិតមធ្យមនៃហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ស្រប តាមដំណាក់កាល

ការប្រឈមមុខជាមួយនឹងប្រភពនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍	ការប៉ាន់ស្មាននៃហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមដំណាក់កាល[68]
ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងតាមផ្លូវភេទ (តាមរយៈឈាម ទឹកកាមបុរស និងទឹករំអិលទ្វារមាស)	
• ការរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលតាមទ្វារមាស (ឆ្លងពីស្ត្រីមកបុរស)	១/២៥០០ (0,0៤%)
• ការរួមភេទតាមទ្វារមាសជាកន្លែងទទួល (ឆ្លងពីបុរសទៅស្រី)	១/១២៥០ (0,0៨%)
• ការរួមភេទតាមរន្ធគូទជាកន្លែងទទួល (ឆ្លងពីបុរសទៅបុរស(MSM) ឬ ពីបុរសទៅស្រី) ដោយគ្មានការដកចេញមុនពេលចេញទឹកកាម។	១/៧0 (១,៤៣%)
• ការរួមភេទតាមរន្ធគូទជាកន្លែងទទួល ដោយមានការដកចេញមុនពេលចេញទឹកកាម។	១/១៥៥ (0,៦៤%)
• ការរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលតាមរន្ធគូទ ដោយមិនបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ (បុរសរួមភេទជាមួយបុរស)។	១/១៦0 (0,៦២%)
• ការរួមភេទតាមរន្ធគូទដោយស៊កបញ្ចូល ដោយបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ(បុរសរួមភេទជាមួយបុរស)។	១/៩00 (0,១%)
• រួមភេទតាមមាត់ ដោយស៊កបញ្ចូល ឬជាកន្លែងទទួល (ប្រុស ឬស្រី)។	កម្រិតទាបបំផុត
ការប្រឈមមុខជាមួយឈាម	
• ការចាក់គ្រឿងញៀនតាមសរសៃ: ឆ្លងតាមសម្ភារចាក់ទំលុះស្បែក	១/១២៥
• ការមុតម្ជុលពេលបំពេញការងារ(NSI) ឬសម្ភារៈមុតស្រួចផ្សេងទៀត	១/៤៤0
• ការបញ្ចូលឈាម	១/១,១ (៩0%)
ការប្រឈមមុខផ្សេងទៀត	
• ការប្រឈមមុខដោយការប៉ះពាល់ Mucus membrane ឬស្បែកដែលមិនដាច់រលាត់។	< ១/១000

កត្តាបង្កើនហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- អ្នកផ្ទុកមេរោគ ដែលមានចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម (Viral load) ខ្ពស់នៅដំណាក់កាល seroconverting ឬ ជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ។
- ការឆ្លងតាមការចាក់ថ្នាំ៖
  - មេរោគអេដស៍ជ្រៀតចូលតាមមុខរបួសដោយសារមុតម្ជុល និង/ឬ ចាក់ម្ជុលចូលទៅក្នុងសរសៃឈាមវ៉ែន ឬសរសៃឈាមក្រហមដោយផ្ទាល់។

[68] Post-Exposure Prophylaxis after Non-Occupational andOccupational exposure to HIV National Guidelines. ASHM 2013. Available at www.ashm.org.au.

- ការចម្លងតាមផ្លូវភេទ៖
  - ការរំលោភផ្លូវភេទ
  - ប្រភពចម្លងរោគ ឬបុគ្គលដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងជំងឺកាមរោគ ជាពិសេស ជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ និងការបង្ករោគដោយ gonococcus
  - ដាច់រលាត់ភ្នាស់ mucosa ក្នុងប្រដាប់បន្តពូជ (មានរបួស ការបង្ករោគ)
  - ដាច់រលាត់ភ្នាស mucosa ក្នុងមាត់ ករណីរួមភេទតាមមាត់
  - បុរសដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយមិនបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ និងរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលតាមទ្វារមាស ឬតាមរន្ធគូទ។

ការប៉ាន់ស្មានគ្រោះថ្នាក់អំពីការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីប្រភពដែលមិនស្គាល់ច្បាស់៖
ការប្រឈមមុខនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ = ហានិភ័យនៃការឆ្លងផ្អែកតាមការប្រឈមមុខ x ការប្រឈមមុខនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីបុគ្គលដែលមានតេស្តមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន (ប្រេវ៉ាឡង់)។

តារាងទី៥៦: ការប៉ាន់ស្មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍តាមក្រុមប្រជាជននៅកម្ពុជា

ប្រជាជន/ក្រុមប្រជាជន	អត្រាប្រេវ៉ាឡង់	ប្រភព
ប្រជាជនទូទៅជាមនុស្សពេញវ័យ	០,៦%	AEM 2016
អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន (PWID)	១៥,២%	IBBS 2017
អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន (PWUD)	៥,៧%	IBBS 2017
ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត (មានដៃគូរួមភេទ > ៧នាក់/សប្តាហ៍)	១១,៨%	IBBS 2016
អ្នកក្លែងភេទពីបុរសទៅស្ត្រី	៥,៩%	IBBS 2016
បុរសរួមភេទជាមួយបុរស	២,៣%	IBBS 2014

ឧទាហរណ៍ គណនាការប៉ាន់ប្រមាណនៃការប្រឈមមុខនឹងព្រឹត្តិការណ៍ពិសេស នៅប្រទេសកម្ពុជា ប៉ុន្តែ គួរកត់សម្គាល់ថា ៖
ហានិភ័យពិតប្រាកដអាចកើនឡើង ដោយសារតែកត្តាជីវសាស្ត្រ ដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ។
ក្នុងករណីនៃការរំលោភផ្លូវភេទ ប្រភពប្រជាសាស្ត្រនេះ អាចមិនត្រូវបានគេដឹងទេ។

- ហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ទៅមន្ត្រីសុខាភិបាល ដែលរងរបួសដោយការមុតម្ជុលក្រោយពេលចាក់ថ្នាំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានដឹង = ១/៤៤០ ឬ ០,២៣%
- ហានិភ័យនៃមន្ត្រីសុខាភិបាល ដែលមានរបួសដោយមុតម្ជុល ពីមនុស្សពេញវ័យម្នាក់ដែលជាប្រជាជនទូទៅដោយមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍=១/៤៤០ (០,២៣%) x ០,៦% = ០,០០១៤%
- ហានិភ័យនៃបុរសដែលធ្លាប់បែកធ្លាយស្រោមអនាម័យនៅពេលរួមភេទតាមទ្វារមាស ជាមួយស្ត្រីបំរើសេវាកំសាន្ត = ១/២៥០០ x ១១,៨% = ០,០០៤៧%
- ហានិភ័យនៃបុរសដែលត្រូវបានគេរំលោភតាមរន្ធគូទ (សន្មត់ថា ក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស)

= ១/៧០ x ២,៣% = ០,០៣៣%

- ហានិភ័យនៃស្ត្រីដែលត្រូវបានគេចាប់រំលោភតាមទ្វារមាស ដោយបុរសម្នាក់ជាប្រជាជនទូទៅ
  = ១/១២៥០ x ០,៦% = ០,០០០៤៨%
- ហានិភ័យនៃស្ត្រីដែលត្រូវបានគេចាប់រំលោភតាមទ្វារមាសដោយអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនម្នាក់
  = ១/១២៥០ x ១៥,២% = ០,០១២% ។

ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍កាន់តែខ្លាំង និងមកពីប្រភពច្រើន ត្រូវបូកបន្ថែមសម្រាប់ការប៉ាន់ស្មាននៃកម្រិតហានិភ័យ៖

- ហានិភ័យនៃស្ត្រីម្នាក់ដែលត្រូវបានគេរំលោភតាមទ្វារមាស និងតាមរន្ធគូទ ដោយអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនម្នាក់គឺ (១/១២៥០ x ៤,៤%) + (១/៧០ x ៤,៤%) = ០,០០៣៥% + ០,០៦% = ០,០៧%
- ហានិភ័យនៃស្ត្រីម្នាក់ដែលត្រូវបានគេចាប់រំលោភតាមទ្វារមាស ដោយក្រុមអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន៥នាក់ = ៥ x ១/១២៥០ x ៤,៤% = ០,០១៨% ។

៤៣.២ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅពេលបំពេញការងារ

- PEP មានប្រសិទ្ធភាពខ្លាំងបំផុត ប្រសិនបើ បានចាប់ផ្តើម PEP ក្នុងកំឡុងពេល ៤ ម៉ោង ក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ ប៉ុន្តែគេអាចផ្តល់ PEP បានរហូតដល់ទៅ ៧២ ម៉ោង ក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ ។
- ការផ្តល់ PEP ក្នុងករណីនៃការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលបំពេញការងារ ដែលមានប្រភពពីអ្នកជំងឺអេដស៍៖
  - មុតចាក់ជ្រៅ មុខរបួសធំ ដោយម្ជុលមានមុខកាត់ធំ
  - របួសដោយមុតម្ជុល បន្ទាប់ពី បានប្រើប្រាស់សម្រាប់ចាក់សាច់ដុំ/សរសៃឈាម/ចាក់សើរស្បែក
  - ការរងរបួស ដោយឧបករណ៍មុតស្រួចកខ្វក់ ហើយប្រឡាក់ឈាមដែលអាចមើលឃើញ
  - ការប៉ះពាល់ > ១នាទី នៃបរិមាណឈាមដ៏ច្រើន ជាមួយស្បែកដែលគ្មានការដាច់រលាត់ ឬភ្នាសស្តើងនៃស្បែក
  - ការប៉ះពាល់ស្រដៀងគ្នាជាមួយឈាមដែលប៉ះពាល់នឹងទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ទឹកសន្លាក់ ទឹកស្រោមសួត ទឹកស្រោមបេះដូង ឬទឹកភ្លោះ។

ទាក់ទងនឹងប្រភពនៃជំងឺ៖

- ប្រសិនបើ ប្រភពត្រូវបានគេដឹងថា មាន VL undetectable ហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ទោះជាយ៉ាងណាការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈឈាម នៅតែជាហេតុផលដ៏សមស្រប ក្នុងការពិចារណាព្យាបាលបង្ការការចម្លងរោគអេដស៍ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP)
- បើសិនបើ ប្រភពជាអ្នកជំងឺដែលមិនទាន់ដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ → ផ្តល់ប្រឹក្សាអ្នកជំងឺនោះឱ្យធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ តាមដែលអាចធ្វើបាន

- ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីប្រភពចម្លង ដោយគោរពគោលការណ៍រក្សាការសម្ងាត់ និងគោរពសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់គាត់ ក្នុងការបដិសេធមិនធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍
- ប្រសិនបើ ប្រភពត្រូវបានគេដឹងថា ធ្លាប់បរាជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់ PEP និងពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ ។

៤៣.៣ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងតាមផ្លូវភេទ

- PEP គួរចាប់ផ្តើមឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន និងស្ថិតក្នុងអំឡុងពេល ៧២ ម៉ោង។
- ប្រសិនបើ មានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងតាមផ្លូវភេទ មកពីអ្នកជំងឺដែលបានដឹងថា មានតេស្ត VL undetectable (ឧ.ធ្លាយស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទជាមួយដៃគូដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍) ហានិភ័យគឺមានកម្រិតទាបខ្លាំងណាស់ ហើយ PEP មិនត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យព្យាបាលទេ។

៤៣.៤ រូបមន្តព្យាបាល PEP

ត្រូវលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ គ្រប់រយៈពេល **២៨ ថ្ងៃពេញលេញ** គឺមានសារៈសំខាន់ដើម្បីទទួលបានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល ។

- រូបមន្តព្យាបាលជាជម្រើសគឺ ២ **NRTI** + ឱសថក្នុងក្រុម **Integrase Inhibitor** ក្នុងកម្រិតដូសស្តង់ដា ។
  TDF ៣០០ ម.ក្រ + 3TC ៣០០ម.ក្រ + DTG ៥០ម.ក្រ លេប១ដង/ថ្ងៃ x២៨ថ្ងៃ[69] **។**
- ឆ្អឹងខ្នងក្រុមឱសថ NRTI នៃ TDF + 3TC គឺមានភាពទ្រាំទ្រល្អ និងឱសថក្រុម Integrase Inhibitor គឺមានប្រសិទ្ធភាព ក្នុងករណីមានការចម្លងភាពស៊ាំជាមួយឱសថក្រុម NNRTI ។
- ប្រសិនបើ មិនទាន់មានឱសថទី៣ទេ ឬមាន contraindicated រូបមន្តដែលមានឱសថក្រុម NRTI ២មុខ គឺអាចទទួលយកបាន ប្រសិនបើការប្រឈមមុខមិនមែនប្រឈមមុខនឹងប្រភពចម្លងមេរោគអេដស៍ ដែលត្រូវបានគេដឹង ឬសង្ស័យថា ធ្លាប់បរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
- Efavirenz ជាឱសថ PEP ទី៣ ទោះជាយ៉ាងណា វាអាចមិនមានប្រសិទ្ធភាព ករណីដែលមានការចម្លងមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំជាមួយ NNRTI និងមានផលប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល អាចបង្កការលំបាកដល់អ្នកជំងឺណាដែលមានជំងឺថប់បារម្ភ ទាក់ទងទៅនឹងការប្រឈមមុខដែលកើតមានឡើងនេះ ។
- គ្មាន contraindications ទេ ក្នុងការផ្តល់ PEP សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬស្ត្រីកំពុងបំបៅដោះកូន។
- មានទ្រឹស្តីហានិភ័យនៃការរលាកថ្លើម (hepatic flare) ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ TDF+ 3TC ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសយកមកព្យាបាល PEP ត្រូវបានបញ្ឈប់ដូចដែលបានឃើញអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ការវាយតម្លៃពីស្ថានភាពជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B មិនត្រូវយកប្រើជាលក្ខខណ្ឌក្នុងការប្រើឱសថ TDF+ 3TC សម្រាប់ការព្យាបាល PEP នោះទេ ប៉ុន្តែ អ្នកជំងឺដែលដឹងថា មានការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ត្រូវធ្វើការតាមដាន

[69] Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV—United States, 2016 from the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services

hepatic flare ក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមានរូបមន្ត TDF+3TC ជាមូលដ្ឋាន។

៤៣.៥ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពីមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរោគ

• **ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភ្លាមៗ**
➢ **ការសង្គ្រោះបឋម** ○ ការប្រឈមមុខដោយការរួមភេទតាមមាត់៖ ស្តោះឈាម/សារធាតុរាវនៃរាងកាយចេញក្រៅ ហើយលាងជម្រះជាមួយទឹក ○ របួស៖ លាងមុខរបួស/លាងស្បែកដែលប៉ះពាល់ជាមួយឈាម/សារធាតុរាវនៃរាងកាយ ○ ភ្នាសស្តើងនៃស្បែក និងភ្នែក៖ ចាក់ទឹកតិចៗ/លាយអំបិល ហើយលាង (យកកញ្ចក់កែវភ្នែកចេញបើសិនជាមាន) ○ មិនត្រូវចាក់ថ្នាំសម្លាប់មេរោគ ឬចាក់ disinfectants ចូលទៅក្នុងមុខរបួសទេ ○ មិនត្រូវប្រើទឹកថ្នាំបាញ់លាងទ្វារមាស ឬរន្ធគូទ បន្ទាប់ពីមានការរួមភេទទេ។ ➢ **ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ទាំងអ្នកដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងប្រភពចម្លង (ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន)** ○ មិនត្រូវពន្យាពេលចាប់ផ្តើម PEP ក្នុងអំឡុងពេលធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ យើងអាចចាប់ផ្តើម និងបញ្ឈប់ PEP បើប្រភពចម្លងត្រូវបានរកឃើញថា មានលទ្ធផលតេស្តរកមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន ឬអ្នកដែលបានប៉ះពាល់ត្រូវបានរកឃើញថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ➢ **វាយតម្លៃហានិភ័យ និងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការទទួលការព្យាបាលដោយ PEP** ដោយផ្អែកលើធម្មជាតិនៃស្ថានភាពដែលមានការប្រឈមមុខ(ការប៉ះពាល់)នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នៃប្រភពចម្លង។

⇩

• **ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី កម្រិតនៃការប្រឈមមុខ និងជម្រើសនៃ PEP**
➢ ពន្យល់ពីការប៉ាន់ស្មានហានិភ័យនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ (សូមអានផ្នែកខាងលើ) ➢ ពន្យល់ពីហានិភ័យ និងផលប្រយោជន៍នៃ PEP៖ ○ PEP កាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គួរឱ្យកត់សម្គាល់ ប៉ុន្តែ វាមិនអាចលុបបំបាត់ការប្រឈមមុខនឹងចម្លងមេរោគអេដស៍ បានទាំងស្រុងទេ ○ PEP ត្រូវបន្តការព្យាបាលរយៈពេល ២៨ថ្ងៃ ជាបន្តបន្ទាប់ ○ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលបានជ្រើសរើសយកព្យាបាល PEP។ ➢ ទទួលបាននូវការយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺដោយផ្ទាល់មាត់ (verbal informed consent) មុននឹងចាប់ផ្តើម PEP។

- **ចាប់ផ្តើម PEP ឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបាន ក្រោយពីមានការប្រឈមមុខ ដោយចាប់ផ្តើមការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១ កម្រិតដូសភ្លាម !**

➢ ពិនិត្យអន្តរកម្មឱសថ ជាមួយថ្នាំផ្សេងទៀតដែលកំពុងប្រើប្រាស់

➢ ផ្តល់ប្រឹក្សា ដើម្បីឱ្យអ្នកជំងឺលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងផ្តល់ព័ត៌មានអំពីឱសថដែលប្រើ

➢ កុំពន្យាពេលចាប់ផ្តើម PEP ខណៈពេលដែលកំពុងប្រមូលព័ត៌មាន ឬការបំពេញបែបបទព្យាបាល ។

➢ រូបមន្តឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដានៃ PEP៖
  - **TDF ៣០០ ម.ក្រ + 3TC ៣០០ម.ក្រ + DTG ៥០ម.ក្រ លេប១ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ២៨ ថ្ងៃ**
  - លេបកម្រិតដូសដំបូងភ្លាមៗ
  - ផ្តល់វេជ្ជបញ្ជាលើកដំបូង សម្រាប់រយៈពេល ៤ ថ្ងៃ។

- **វាយតម្លៃ និងការសង្គ្រោះបន្ទាន់នៃការពន្យាកំណើត និងការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ក្នុងបរិបទនៃការរំលោភផ្លូវភេទ ។**

➢ ការព្យាបាលជំងឺកាមរោគសាកល្បង ជាមួយឱសថ Azithromycin១ក្រ និង Cefixime ៤០០ម.ក្រ

➢ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់នៃការពន្យាកំណើត និងការធ្វើតេស្តការមានផ្ទៃពោះ(គភ៌) នៅពេលដើមគ្រា និងតេស្តតាមដាន។

- **ការវាយតម្លៃកម្រិតប្រឈមមុខនឹងបង្ករោគផ្សេងៗ**

➢ ការបង្ករោគដោយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B៖ ហានិភ័យខ្ពស់តាមរយៈការឆ្លងតាមឈាម និងតាមការរួមភេទ

➢ ការបង្ករោគដោយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C៖ ហានិភ័យខ្ពស់តាមរយៈការឆ្លងតាមឈាម និងតាមការរួមភេទដែលមានដាច់រលាត់ស្បែក

➢ តេតាណូស-បុគ្គលដែលមានរបួស (សត្វខាំ ដាច់រលាត់ ឬមុតដាច់) ត្រូវពិនិត្យវាយតម្លៃពីស្ថានភាពតេតាណូស និងត្រូវផ្តល់ជូនការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសផង។

- **ពន្យល់ពីតម្រូវការការព្យាបាលបង្ការលើកទី២**

➢ វិធានការត្រូវបានប្រតិបត្តិ ដើម្បីចៀសវាងការចម្លងមេរោគអេដស៍លើកទី២ រហូតដល់មានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ក្នុង ៣ខែទៀត

➢ ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យការអនុវត្តការចាក់ថ្នាំដោយសុវត្ថិភាព និងចៀសវាងការបរិច្ចាគឈាម

ហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការបន្តបំបៅដោះកូន គួរតែត្រូវបានលើកមកពិភាក្សា។

↓

- **ចំពោះករណីរំលោភផ្លូវភេទ/បញ្ជូនទៅទទួលការគាំទ្រផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ និងសង្គមសាស្ត្រ** [70]

➢ សូមអានគោលការណ៍ណែនាំអំពីការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគរបស់ NCHADS ដែលបានរៀបរាប់លម្អិតអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ[71] ។

↓

- **ការបំពេញឯកសារព្យាបាល**

➢ សូមមើលតារាងទី៦៣: ទម្រង់នៃការមកពិគ្រោះជំងឺ និងទម្រង់របាយការណ៍អំពី PEP របស់ NCHADS, *ទំព័រទី ២៦០ ។*

↓

- **ការតាមដាន ក្រោយពីបានទទួលការព្យាបាលបង្ការក្រោយពីការប្រឈមមុខក្នុងការឆ្លងរោគ**

➢ ត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញក្នុងកំឡុងពេល ៣ -៤ថ្ងៃ ដើម្បីវាយតម្លៃនៃការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងភាពទ្រាំទ្រជាមួយថ្នាំ និងការពិនិត្យមើលពីលទ្ធផលទាំងអស់ និងអំពី ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពីការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងត្រូវបានផ្តល់ជូន
➢ ប្រសិនបើប្រភពចម្លងត្រូវបានបញ្ជាក់ថា លទ្ធផលតេស្តមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន ត្រូវបញ្ឈប់ PEP
➢ ត្រូវផ្តល់វេជ្ជបញ្ជា ២៤ថ្ងៃ បន្ថែមទៀត។

↓

- **ការធ្វើតេស្តតាមដាន**

➢ ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍៣ខែ បន្ទាប់ពីការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍
➢ ធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយនៅខែទី៣ បន្ទាប់ពីមានការរំលោភផ្លូវភេទ
➢ ធ្វើតេស្តរកវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទB និងC នៅខែទី៦ បន្ទាប់ពីការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរោគនេះ។

---

[70] Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: who clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013

[71] National Guidelines on Sexually Transmitted Infections (STI) and Reproductive Tract Infections (RTI) case management. 2010 module 6 charter 5, page 212

ជំពូកទី ៤៤. ការលេបថ្នាំបង្ការជាមុន នៅពេលប្រព្រឹត្តប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PrEP)

វិធី PrEP ផ្តល់ជូននូវវិធីសាស្ត្រជីវៈ-វេជ្ជសាស្ត្របន្ថែម ក្នុងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងកាត់បន្ថយផលវិបាកដែលនាំឱ្យមានជំងឺ និងមរណៈភាព ការឈឺចាប់ ការខាតបង់ថវិការបស់សង្គម និងបញ្ឈប់ការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍។ មនុស្សមួយចំនួន ឬភាគច្រើន បានយល់ឃើញថា វិធី PrEP នឹងក្លាយជាវិធីសាស្ត្រដែលទាក់ទាញពួកគេឱ្យមកកាន់គ្លីនិក ដើម្បីទទួលបានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងយល់ព្រមធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ ដែលកាលពីមុន ពួកគេតែងតែចៀសវាងការធ្វើតេស្តនេះ ដោយសារតែការមាក់ងាយបានជាប់ទាក់ទងជាមួយនឹងការប្រព្រឹត្តិដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬលទ្ធភាពនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

នៅប្រទេសកម្ពុជា NCHADS មានគម្រោងនឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP ជូនដល់ក្រុមដែលប្រឈមខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលនៅ គ្លីនិកឈ្មួកស និងគ្លីនិកព្យាបាល ART នៅ

ភ្នំពេញ។ ក្រុម EW, MSM និង TG គឺក្រុមប្រជាជនគោលដៅដំបូងគេ។ រូបមន្តឱសថដែលត្រូវយកមកប្រើក្នុងការយកមកអនុវត្តវិធី (PrEP) គឺត្រូវប្រើឱសថ TDF+3TC (300/300mg) លេប១ថ្ងៃ/១ដង។ អង្គការ WHO បានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើឱសថ TDF/FTC(Truvada) ជាឱសថគ្រាប់រួមបញ្ចូលគ្នា (fixed-dose combination) រួមជាមួយនឹងឱសថ Nevirapine ឬ Efavirenz ដែលឱសថទាំងពីរមុខនេះត្រូវបានគេប្រើប្រាស់នៅប្រទេសកម្ពុជារួចមកហើយ ការតាមដានក្រោយពីការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP បាន១ឆ្នាំ ត្រូវតាមដានឱ្យបានដិតដល់ និងធ្វើការវាយតម្លៃ ក្នុងគោលបំណងពង្រីកសេវាដែលអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP ទៅសេវាសុខាភិបាលសាធារណៈផ្សេងទៀត

ឯកជន និងគ្លីនិកអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀត នៅទូទាំងប្រទេស។

វត្ថុបំណងនៃការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP គឺដើម្បីកាត់បន្ថយការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគនេះ។

៤១.១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្របសម្រាប់ចូលរួមអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP

៤៤.១.១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

អតិថិជនដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍អាយុ ១៨ឆ្នាំ និងច្រើនជាងនេះ ដែលមានកត្តាប្រព្រឹត្តប្រឈមខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្រប និងមានសិទ្ធិទទួលបានផលប្រយោជន៍ច្រើនពីការចូលរួមអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រ PrEP។ កត្តាប្រព្រឹត្តិប្រឈមមុខសំខាន់ៗទូទៅ ប៉ុន្តែមិនកំណត់តែចំពោះតែចំណុចខាងក្រោមនេះទេ រួមមាន៖

- អតិថិជនគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានដៃគូរួមភេទជាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលគ្មានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load Suppressed ឬមិនដឹងពីលទ្ធផលតេស្ត viral load (ឧ. អ្នកដែលមានដៃគូរួមភេទម្នាក់ផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ ហើយមិនបានប្រើស្រោមអនាម័យដោយជាប់លាប់នៅពេលរួមភេទ)

- ធ្លាប់រួមភេទតាមរន្ធគូទ/តាមទ្វារមាស/តាមរន្ធគូទ-ទ្វារមាស ដោយមិនប្រើស្រោមអនាម័យ នៅក្នុងអំឡុងពេល ៦ខែមុន ជាមួយដៃគូរួមភេទលើសពីម្នាក់

- មានប្រវត្តិឆ្លងជំងឺកាមរោគថ្មីណាមួយ កាលពី ៦ខែមុន

- ធ្លាប់ប្រើគ្រឿងញៀន ដើម្បីឱ្យមានសម្រើបពេលរួមភេទ (sexual pleasure) ក្នុងអំឡុងពេល៦ខែមុន និងរួមភេទដោយមិនប្រើស្រោមអនាម័យ ឬគ្មានម្ជុល-សឺរ៉ាំងស្អេរីល (រំងាប់មេរោគ) សម្រាប់អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន

- ធ្លាប់ចាក់គ្រឿងញៀន ក្នុងអំឡុងពេល ៦ខែមុន ដោយប្រើឧបករណ៍ចាក់គ្រឿងញៀនរួមគ្នា និងគ្មានម្ជុល-សឺរ៉ាំងស្អេរីល (រំងាប់មេរោគ)

- ធ្លាប់ចូលរួមអនុវត្តវិធីសាស្ត្រលេបថ្នាំបង្ការ ក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ (PEP) ម្តង ឬច្រើនដង ក្នុងអំឡុងពេល ១២ ខែមុន

- ដៃគូរួមភេទ គឺជាអ្នកដែលមានកត្តាការប្រព្រឹត្តិប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ មួយ ឬច្រើនដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ។

៤៤.១.២ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក

ទោះបីជា ការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP មានសុត្ថិភាពក៏ដោយ ក៏ប៉ុន្តែវាមានករណីជាច្រើនដែលមិនអាចចូលរួមអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP បានទេ (contra-indications)។ ដូចនេះ អតិថិជនដែលអាចចូលរួមអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP ត្រូវមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដូចខាងក្រោម៖

- ត្រូវមានលទ្ធផលតេស្តរកមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន ។ ចំពោះអតិថិជនដែលបានដឹងថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬសង្ស័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលចំហដែលមិនអាចរកអង្គបដិបក្ខប្រាណមេរោគអេដស៍ឃើញ តាមរយៈការធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណមេរោគអេដស៍ជំនាន់ទី៤ មិនអាចចូលរួមអនុវត្តវិធី សាស្ត្រ PrEP បានទេ។ ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR ព្រោះវាអាចកាត់បន្ថយរយៈពេលចំហមកនៅត្រឹមតែ ពីរ ឬបីថ្ងៃ ក៏ប៉ុន្តែវានៅតែមានភាពមិនច្បាស់លាស់ដដែល

- ត្រូវតែគ្មានរោគសញ្ញា នៃចង្កោមរោគសញ្ញាបង្កដោយវីរុសស្រួចស្រាវ (ARS)

- ត្រូវតែមានមុខងារតម្រងនោមល្អ (creatinine clearance (> 60 mL/mn)

- ត្រូវតែគ្មានប្រតិកម្ម (allergy) ជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ណាមួយ (ដូចជា TDF ឬ 3TC)

- ត្រូវមានទម្ងន់ខ្លួនគ្រប់គ្រាន់ (>35 kg)

- អតិថិជន ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ឬស្រួចស្រាវ អាចទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ PrEP បាន តែត្រូវឱ្យមានការប្រុងប្រយ័ត្ន ដោយមានការណែនាំពីគ្រូពេទ្យដែលមានបទពិសោធន៍។ ចំពោះអតិថិជន

ដែលបានចូលរួមអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP គេគួរតែត្រូវបានប្រាប់គាត់ឱ្យដឹងជាមុនថា ការបញ្ឈប់ការព្យាបាលនេះ អាចបណ្តាលឱ្យមានការផ្ទុះឡើងនូវវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B (flare) ។

ការអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP គ្មាន ឬមានអន្តរកម្មឱសថបន្តិចបន្តួច នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថដែលគេតែងតែប្រើជាញឹកញាប់ ឬគ្មានផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរ និងត្រូវបានបញ្ជាក់ថា មានសុវត្ថិភាពតាមរយៈការសិក្សាបែបពិសោធន៍ជាច្រើន (randomized controlled trials) ។ ការអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP អាចមានសុត្ថិភាពសម្រាប់អតិថិជនភាគច្រើន រួមទាំង៖

- ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះ ឬស្រ្តីបំបៅដោះកូន
- ស្រ្តីដែលប្រើអ័រម៉ូន សម្រាប់ការពារមិនឱ្យមានកូន (contraception)
- អ្នកបំលែងភេទ ដោយចង់ឱ្យមានភេទជាក់លាក់តាមរយៈការព្យាបាលដោយអ័រម៉ូន។

៤៤.២ ការចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP

៤៤.២.១ ការវាយតម្លៃគ្លីនិក

មុននឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP ត្រូវស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ និងការពិនិត្យគ្លីនិក។ ត្រូវផ្តោតការសង្ស័យលើការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ស្រួចស្រាវ ចំពោះអតិថិជនដែលទើបតែមានការប្រព្រឹត្តិប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគ

អេដស៍។ រោគសញ្ញាដែលជួបប្រទះជាញឹកញាប់ រួមមាន គ្រុនក្តៅ ឈឺក្បាល ក្អក អស់កម្លាំងល្ហិតល្ហៃ (malaise) ឈឺចាប់មិនធម្មតានៅ ក្បាល ត្រចៀក ច្រមុះ និងភ្នែក ឡើងកូនកណ្តុរ (lymphadenopathy) និងបេះដូងដើរញាប់ (12)។ អតិថិជនដែលលេចចេញរោគសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ស្រួចស្រាវមិនត្រូវឱ្យចូលរួមអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP ទេ លុះត្រាតែមានការបញ្ជាក់ច្បាស់ថា គ្មានការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍នោះទេ។

៤៤.២.២ ការផ្តល់ប្រឹក្សា

ការផ្តល់ប្រឹក្សាដល់អតិថិជនដែលចូលរួមអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP ត្រូវផ្តោតលើការបង្កើនការផ្សព្វផ្សាយអំពីវិធីសាស្រ្ត PrEP ដែលជាវិធីសាស្រ្តសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីមួយទៀត (ឧ. ត្រូវអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP នេះដោយរួមបញ្ចូលជាមួយមធ្យោបាយបង្ការផ្សេងទៀត រួមមាន ការប្រើស្រោមអនាម័យ កាត់បន្ថយចំនួនដៃគូរួមភេទ)។ ទោះបីជា PrEP គឺជាវិធីសាស្រ្តបង្ការមួយដ៏ត្រឹមត្រូវសម្រាប់អតិថិជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក៏ដោយ ក៏វិធីសាស្រ្ត PrEP នៅតែមិនអាចបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍បាន ១០០% បានទេ។

៤៤.២.៣ កម្រិតដូស រយៈពេល ការតាមដាន និងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់សម្រាប់ PrEP

ការលេបឱសថ TDF/3TC ដើម្បីអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP ត្រូវលេបប្រចាំថ្ងៃ និងជារូបមន្តជម្រើសនៃឱសថសម្រាប់អនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP នៅក្នុងឯកសារគោលគំនិតនេះ។ ការអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP អាចមានប្រសិទ្ធភាព ប្រសិនបើលេបរាល់ថ្ងៃ ក្នុងរយៈពេលខ្លី ឬជុំវិញពេលដែលមានព្រឹត្តិការណ៍នៃការប្រឈមខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគ

អេដស៍។ យុទ្ធសាស្ត្រដែលផ្អែកលើព្រឹត្តិការណ៍ ត្រូវបានគេវាយតម្លៃសម្រាប់តែក្រុម MSM ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការលេបថ្នាំបង្ការ (PrEP) រៀងរាល់ថ្ងៃ ត្រូវបានគេជឿថា វាជួយសម្រួលដល់ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence) ពីព្រោះវាមានលក្ខណៈជាប្រចាំ និងបង្ការការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមិនរំពឹងទុកនៅក្នុងស្ថានភាពជាច្រើន និងអាចកើតឡើងលើបុគ្គលជាច្រើន។ កម្រិតដូស រយៈពេលនៃការលេបថ្នាំ ការតាមដាន និងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ គឺជាអនុសាសន៍ ដែលមានដូចខាងក្រោម៖

- សម្រាប់កម្រិតដូសថ្នាំពេលអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP ប្រចាំថ្ងៃ ត្រូវលេបឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា TDF/3TC ជារៀងរាល់ថ្ងៃ និងបន្តលេបរហូតក្នុងអំឡុងពេលដែលមានការប្រឈមខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។
- សម្រាប់កម្រិតដូសថ្នាំដែលត្រូវលេបពេលអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP ផ្អែកតាមព្រឹត្តិការណ៍គឺលេបកម្រិតដូសទី១ (២គ្រាប់) ត្រូវលេបចាប់ពី ២ ទៅ ២៤ ម៉ោង មុនពេលរួមភេទលើកដំបូង បន្ទាប់មកត្រូវលេប ១គ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃ

  រយៈពេល ៤៨ ម៉ោង ក្រោយពេលរួមភេទលើកចុងក្រោយ។

- គ្រូពេទ្យព្យាបាល និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល (អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា) ត្រូវជួយអតិថិជន ឱ្យធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើម និងពេលណាដែលត្រូវបញ្ឈប់ការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP ។
- នៅពេលបញ្ឈប់ការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP៖ របៀបបញ្ឈប់វិធីសាស្ត្រ PrEP អាស្រ័យលើកម្រិតដូសឱសថដែលអតិថិជនបានប្រើ ៖
  - កម្រិតដូសប្រចាំថ្ងៃ៖ បន្តអនុវត្តវិធីសាស្ត្រដែលលេបថ្នាំបង្ការ PrEP ប្រចាំថ្ងៃរយៈពេល ៧ថ្ងៃ ក្រោយពីបានរួមភេទចុងក្រោយ។
  - កម្រិតដូសតាមតម្រូវការ៖ ប្រសិនបើ អតិថិជនប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលថ្មីៗ គាត់ត្រូវលេបថ្នាំបង្ការ PrEP បន្តក្នុងរយៈពេលមួយដ៏ទៀងទាត់ ក្នុងរយៈពេល ៤៨ ម៉ោងបន្ថែមទៀត។ មានន័យថា លេប២កម្រិតដូស គឺ លេប១កម្រិតដូសម្តងរយៈពេល២ថ្ងៃ ក្រោយពីអតិថិជនបានប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកចុងក្រោយ។ ប្រសិនបើ អតិថិជនមានការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្តិសារជាថ្មីទៀត នៅពេលអនាគត វាមានភាពងាយស្រួលក្នុងការចាប់ផ្តើមអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP ឡើងវិញ។

៤៤.៣ ការតាមដានអតិថិជន

ដំណើរការនៃការវាយតម្លៃមុនពេលអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP ការតាមដានគ្លីនិក និងមន្ទីរពិសោធន៍ និងការតាមដានការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ របស់អតិថិជន ត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុង**តារាងទី ៥៧** ខាងក្រោម។ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ PrEP អតិថិជនត្រូវត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញ ដើម្បីតាមដានគ្លីនិក និងមន្ទីរពិសោធន៍ រៀងរាល់៣ខែ ក្នុងឆ្នាំទី១ បន្ទាប់មក រៀងរាល់ ៦ខែ។ ករណីខ្លះ គ្រូពេទ្យអាចចង់ជួបអតិថិជនរបស់គាត់១ខែក្រោយ ដើម្បីធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍សារឡើងវិញ វាយតម្លៃផលប៉ះពាល់ឱសថ និងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ព្រមទាំងដោះស្រាយសំណួរផ្សេងៗ និងការលំបាកនានាឱ្យបានឆាប់។ ការមក

ពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ១ខែក្រោយ អាចត្រូវពិចារណាលើការបំពេញគ្រាប់ថ្នាំឱ្យគ្រប់ចំនួនឡើងវិញ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត PrEP។

តារាងទី៥៧: ការវាយតម្លៃមុនពេលចាប់ផ្តើមអនុវត្តវិធី PrEP ការតាមដានគ្លីនិក ការតាមដានតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងតាមដានការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់

ការធ្វើតេស្ត/ ដំណើរការ	**ការមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ (Visits)**				
	ខែ 0	ខែទី១ (ជម្រើសនៃការ visit)	ខែទី៣	រៀងរាល់៣ខែម្តង រហូតដល់ខែទី ១២	បន្ទាប់មក ជារៀងរាល់៣ខែម្តង
តេស្តសេរ៉ូឡូស៊ីរកមេរោគអេដស៍	Yes (Y)	Y	Y	Y	Y
ការវាយតម្លៃពី ARS	Y	Y	Y	Y	Y
ប្រវត្តិជំងឺ និងការពិនិត្យគ្លីនិក	Y	Y	Y	Y	Y
តេស្ត Creatinine[72] clearance	Y	No (N)	Y	N	រៀងរាល់៦ខែម្តង
តេស្តសេរ៉ូឡូស៊ីរកមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល	Y	N	N	N	N
តេស្តសេរ៉ូឡូស៊ីរកមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C	Y	N	N	N	រៀងរាល់១២ខែម្តង
ការវាយតម្លៃការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ [2]	Y	N	Y	Y	Y
ការបែងចែកឱសថ	Y	Y	Y	Y	Y
ការវាយតម្លៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់		Y	Y	Y	Y
ការវាយតម្លៃកត្តាប្រឈមមុខ	Y	N	Y	Y	Y

[72] Biomedic has been contacted and agreed to perform creatinine clearance test at a 20% reduced cost.

ARS= acute retroviral syndrome (ចង្កោមរោគសញ្ញាបង្កដោយវីរុសស្រួចស្រាវ); BMD= bone mineral density; HCV= មេរោគថ្លើមប្រភេទ C; HBV= មេរោគថ្លើមប្រភេទ B; PrEP= ការលេបថ្នាំបង្ការជាមុន នៅពេលប្រព្រឹត្តិប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍; STI= ជំងឺកាមរោគ។

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី១: តារាងចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិករបស់អង្គការ WHO

តារាងទី៥៨: ប្រព័ន្ធចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ស្របតាម WHO (≥ ១៥ឆ្នាំ) [73]

ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី១	ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី២
• គ្មានរោគសញ្ញា(Asymptomatic) • ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរពេញខ្លួនជាប់ជាប្រចាំ (Persistent generalized lymphadenopathy) ។	• ស្រកទម្ងន់មិនដឹងមូលហេតុកំរិតមធ្យម (តិចជាង១០% នៃទម្ងន់ខ្លួន) • បង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើម សារចុះសារឡើង (រលាក sinus, ការរលាកអាមីដាល់, រលាកត្រចៀកកណ្តាល, រលាកបំពង់ក) • ជំងឺរើម (herpeszoster) • Angular cheilitis • Seborrhoeic dermatitis • ដំបៅមាត់ សារចុះសារឡើង • Papular pruritic eruptions (PPE) • ដុះផ្សិតនៅក្រចក ។
ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣	**ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤**
• ស្រកទម្ងន់មិនដឹងមូលហេតុកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ លើសពី១០% នៃទម្ងន់ខ្លួន • រាករូសរ៉ាំរ៉ៃ មិនដឹងមូលហេតុ រយៈពេលលើសពី១ខែ • ផ្សិតក្នុងមាត់ ជាប់ជានិច្ច • Oral hairy leukoplakia • ជំងឺរបេងសួត	• រោគសញ្ញាចុះស្គមខ្លាំង បណ្តាលមកពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HIV wasting syndrome) • រលាកសាច់សួតបង្កដោយ Pneumocystis jiroveci • រលាកសាច់សួតធ្ងន់ធ្ងរ បង្កដោយបាក់តេរីសារចុះសារឡើង • បង្ករោគដោយ herpes simplex រ៉ាំរ៉ៃ (នៅតាមមាត់, បបូរមាត់ ប្រដាប់បន្តពូជ ឬតំបន់រន្ធគូទ រយៈពេលលើសពី១ខែ ឬនៅសរីរាង្គណាមួយក្នុងពោះ) • ផ្សិតនៅបំពង់អាហារ (ឬផ្សិត candidiasis នៅបំពង់ខ្យល់ ទងសួត ឬសួត)

[73] Source: Revised WHO clinical staging and immunological classification of HIV and case definition of HIV for surveillance. 2006.

• បង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទាហរណ៍: រលាកសាច់សួត, ខ្ទុះក្នុងសួត(empyema), រលាកស្រោមខួរ(meningitis), រលាក និងដំបៅសាច់ដុំមានខ្ទុះ (pyomyositis), បង្ករោគនៅឆ្អឹង ឬសន្លាក់, bacteraemia, ជំងឺ pelvic inflammatory ធ្ងន់ធ្ងរ) ។ • Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis • ស្លេកស្លាំងមិនដឹងមូលហេតុ (Hb <៨g/dl), neutropenia (< 0,៥ x ១0^{៩}/l) និង/ឬ chronic thrombocytopenia (< ៥0 x ១0៩/l) ។	• ជំងឺរបេងក្រៅសួត • Kaposi sarcoma • ជំងឺបង្កដោយ Cytomegalovirus (retinitis ឬបង្ករោគនៅសរីរាង្គផ្សេងៗ លើកលែងតែ នៅថ្លើម អណ្តើក និងកូនកណ្តុរ) • Central nervous system toxoplasmosis • ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ • Extrapulmonary cryptococcosis including meningitis • Disseminated non tuberculous mycobacteria infection • Progressive multifocal leukoencephalopathy • Chronic cryptosporidiosis • Chronic isosporiasis • Disseminated mycosis (histoplasmosis, coccidiomycosis) • Recurrent septicaemia (including nontyphoidal Salmonella) • Lymphoma (cerebral or B cell non-Hodgkin) • Invasive cervical carcinoma • Atypical disseminated leishmaniasis • Symptomatic HIV-associated nephropathy or HIV-associated cardiomyopathy ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី២: ការណែនាំអំពី ការពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ

គោលការណ៍ណែនាំខាងក្រោម គឺមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នា ជាមួយទម្រង់សម្រាប់បំពេញព័ត៌មាននៅពេលពិនិត្យពិគ្រោះអ្នកជំងឺលើកដំបូង និងនៅពេលតាមដាន ជាបន្តបន្ទាប់។

តារាងទី៥៩: ការណែនាំ អំពីការពិនិត្យ ពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង

យោងតាមទម្រង់បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់វាយតម្លៃរបស់ថ្នាក់ជាតិ និងឯកសារ	• ទម្រង់នៃការពិនិត្យជំងឺលើកដំបូងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យរបស់ថ្នាក់ជាតិ • ទម្រង់នៃការពិនិត្យពិគ្រោះសម្រាប់អ្នកជំងឺពេញវ័យ របស់ថ្នាក់ជាតិ • ទម្រង់នៃការវាយតម្លៃលើកដំបូង អំពីការកំណត់ស្វែងរកដៃគូ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឱ្យមកធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ (សម្រាប់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា)។
ចំណុចដែលត្រូវដាក់បញ្ចូលក្នុងទម្រង់នៃការពិនិត្យជំងឺលើកដំបូងរបស់ថ្នាក់ជាតិ	
ប្រវត្តិជំងឺរបេង ការប៉ះពាល់អ្នកជំងឺរបេង ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺរបេង និងការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង(TPT)	• ប្រវត្តិជំងឺរបេង (ការព្យាបាលឆ្លើយតប ឬស៊ាំថ្នាំ?) • តើមានការប៉ះពាល់អ្នកជំងឺរបេង កាលពីថ្មីៗ ឬកំពុងមានការប៉ះពាល់ ? • ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺរបេង (ក្តៅខ្លួន ក្អក បែកញើសពេលយប់ និង ស្រកទម្ងន់) ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាណាមួយ ត្រូវពិនិត្យគ្លីនិក និងយកកំហាក សម្រាប់ពិនិត្យ GenXpert និងថតសួត • ប្រសិនបើគ្មានរោគសញ្ញាទាំងអស់ ត្រូវពិនិត្យមើលតេស្តមុខងារថ្លើម ALT/AST និងផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) ករណីសមស្រប។
ប្រវត្តិជំងឺផ្សេងទៀត រួមមាន៖ - ការបង្ករោគរួមគ្នា - ជំងឺមិនឆ្លង - សុខភាពផ្លូវចិត្ត	• ជំងឺរលាកថ្លើម ប្រភេទ B, ប្រភេទ C និងជំងឺកាមរោគ • ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ជំងឺតម្រងនោម ប្រសិនបើមិនទាន់ទទួលបានការព្យាបាល • ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬប្រវត្តិមានជំងឺផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀត
ប្រវត្តិព្យាបាលដោយ ARVs	រួមមាន ឱសថ ARVs នានា ដែលបានប្រើកន្លងមកដូចជា ការព្យាបាលបង្ការក្រោយការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP)។

ប្រវត្តិព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម	ពិនិត្យមើល ការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ប្រសិនបើធ្លាប់ ឬកំពុងប្រើដើម្បីព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម។
ឱសថ	• ប្រើប្រាស់ឱសថ generic drug names • កត់ត្រាពីពេលវេលា រយៈពេល ផលប៉ះពាល់ និងការលេបថ្នាំឱ្យបានទៀងទាត់ ត្រឹមត្រូវ និងជាប់លាប់ (adherence) • កត់ត្រាពីឱសថបុរាណដែលបានប្រើ • ពិនិត្យមើលឱសថ – អន្តរកម្មឱសថ ។
Allergies ជាមួយឱសថ	ប្រភេទនៃប្រតិកម្ម (ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក គ្រុនក្តៅ)
សុខភាពបន្តពូជ និងជំងឺកាមរោគ	• ពិនិត្យពីប្រវត្តិជំងឺកាមរោគ និងរោគសញ្ញាកំពុងកើតឡើង • សួរអ្នកជំងឺអំពីសុខភាពបន្តពូជ ទាក់ទងនឹងការចង់មានកូន និងគម្រោងមានកូន ?
ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺរបេង	• ក្តៅខ្លួន ក្អក បែកញើសពេលយប់ និងស្រកទម្ងន់ • ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាណាមួយ ត្រូវពិនិត្យគ្លីនិក និងយកកំហាក សម្រាប់ពិនិត្យGenXpert និងថតសួត។ • ប្រសិនបើគ្មានរោគសញ្ញាទាំងអស់ ត្រូវពិនិត្យមើលតេស្តមុខងារថ្លើម ALT/AST និងផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង(TPT) ។
ប្រវត្តិជំងឺបច្ចុប្បន្ន	ប្រវត្តិជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត/ជំងឺខួរក្បាល, ប្រវត្តិទាក់ទងវិបត្តិវិញ្ញាណ។
ការប្រើគ្រឿងញៀន	• ផឹកគ្រឿងស្រវឹង (ញឹកញាប់, ប្រភេទ, បរិមាណ) • ជក់បារី • គ្រឿងញៀនប្រភេទផ្សេង - រៀបរាប់ឈ្មោះឱសថ និងរបៀបប្រើគ្រឿងញៀនទាំងនោះ តើគ្រឿងញៀនចាក់តាមសរសៃរជាប្រភេទអ្វី ?
ការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	ការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ បច្ចុប្បន្ន ? ផែនការក្នុងបើកចំហ ?
ការពិនិត្យជំងឺនៅពេលពិនិត្យពិគ្រោះលើកដំបូង តម្រូវឱ្យធ្វើការពិនិត្យឱ្យបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ	សញ្ញាជីវិត (Vital signs) ទម្ងន់ កម្ពស់ និងគណនា BMI[74] បរិវេណចង្កេះ ។

[74] BMI = weight (kg) / Height (m)^2

	ការពិនិត្យ រួមមាន ស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត សរសៃប្រសាទ–កណ្តាល + peripheral, ស្បែក/មាត់ ប្រព័ន្ធសរសៃឈាមបេះដូង ប្រដាប់ដង្ហើម ពោះ។
ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃ WHO	ស្រង់ប្រវត្តិទាក់ទងនឹងដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍ រួមមាន ស្រកទម្ងន់ ការបង្ករោគបច្ចុប្បន្ន ជំងឺ herpes zoster ។ល។
ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀត ទាក់ទងនឹង៖ • ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជាប្រចាំ • ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវបន្ត ផ្អែកតាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក
ការគ្រប់គ្រង -ព័ត៌មាន និងការផ្តល់ប្រឹក្សា	• ផ្តល់ព័ត៌មានអំពី HIV រួមទាំង ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាល ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ប្រសិនបើសមស្រប • ផ្តល់យោបល់អំពី អាហារូបត្ថម្ភ ការប្រើគ្រឿងញៀន និងរបៀបរស់នៅនាំឱ្យមានសុខ-ភាពល្អ • បញ្ជូលអ្នកជំងឺទៅទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ការលេបថ្នាំ ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ • ចូលប្រជុំ MMM គាំទ្រផ្លូវចិត្ត ឬសេវាគាំទ្រ ផ្សេងៗទៀត ដែលត្រូវការ[75] ។
ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាល	• ព្យាបាលជំងឺកំពុងកើតឡើង តាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក ។ • បញ្ជូលអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ ប្រសិនជាចាំបាច់។
ឱសថ	ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមដំបូង ស្របតាមកម្មវិធី ។
ការតាមដាន	ធ្វើការណាត់ជួបកំឡុង១ សប្តាហ៍ ។

[75] See ‘Continuum of Care for people living with HIV/AIDS – Operational Framework’ for ways to link ART into the comprehensive care approach

តារាងទី៦០: ការណែនាំអំពី ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី២ និងនៅពេលតាមដានជាបន្តបន្ទាប់

យោងតាមទម្រង់បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់វាយតម្លៃថ្នាក់ជាតិ និងឯកសារ	• ទម្រង់នៃការពិនិត្យអ្នកជំងឺពេញវ័យ របស់ថ្នាក់ជាតិ • បច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មាននៃទម្រង់សម្រាប់អ្នកជំងឺពេញវ័យ
ចំណុចដែលត្រូវដាក់បញ្ចូលក្នុងទម្រង់វាយតម្លៃ និងឯកសារនៃការពិនិត្យជំងឺ	
ប្រវត្តិជំងឺ	• រោគសញ្ញាថ្មី ? • ពិនិត្យបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រកំពុងកើតឡើងសកម្ម
ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺរបេង នៅរៀងរាល់ពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ ប្រសិនបើ មានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្របក្នុងការចាប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង ត្រូវចាប់ផ្តើមនៅ ខែទី១ ក្រោយពីចាប់ព្យាបាលដោយ ART	• ប្រវត្តិការប៉ះពាល់អ្នកជំងឺរបេង (ការព្យាបាលឆ្លើយតប ឬស៊ាំថ្នាំ?) • ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺរបេង (ក្តៅខ្លួន ក្អក បែកញើសពេលយប់ និងស្រកទម្ងន់) • ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាណាមួយ ត្រូវពិនិត្យគ្លីនិក និងយកកំហាក សម្រាប់ពិនិត្យ GenXpert និងថតសួត • ប្រសិនបើគ្មានរោគសញ្ញាទាំងអស់ ត្រូវពិនិត្យមើលតេស្តមុខងារថ្លើម ALT/AST និងផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង(TPT) ករណីសមស្រប ។
ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម	ការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងផលប៉ះពាល់
ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	ត្រៀមខ្លួនរួចរាល់ក្នុងការចាប់ផ្តើម ? បើចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARV ត្រូវពិនិត្យមើលពីការលេបត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថ។
សុខភាពបន្តពូជ និងជំងឺកាមរោគ	• ពិនិត្យមើលពីស្ថានភាពមានផ្ទៃពោះ និងផែនការនៃការមានគភ៌ ? • ស្រោមអនាម័យ + ប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យាកំណើត • រោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគ
សុខភាពផ្លូវចិត្ត	• រោគសញ្ញាថ្មី? • ពិនិត្យពីបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តកំពុងកើតឡើង
ការប្រើគ្រឿងញៀន	គាំទ្រការឈប់ជក់បារី និង កាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការប្រើគ្រឿងញៀន
ការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	ពិនិត្យឡើងវិញ គាំទ្រការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍
ការពិនិត្យ	• សញ្ញាជីវិត (Vital signs) គណនា BMI វាស់បរិវេណចង្កេះ • សង្កេតការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត + សភាពរាងកាយ • ពិនិត្យដោយផ្តោតលើរោគសញ្ញាកំពុងកើតឡើង សង្កេតពេលពិ

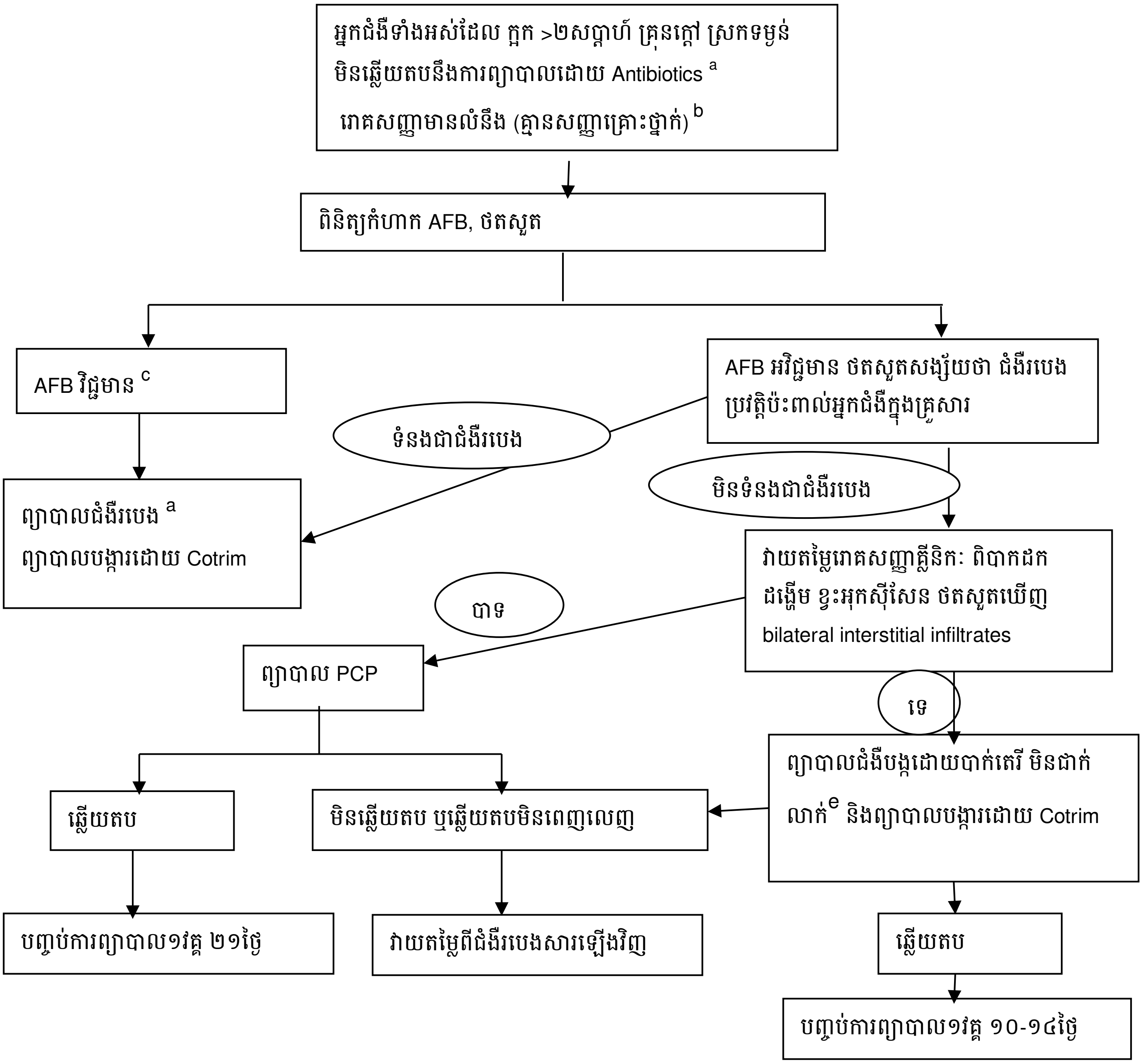
	និត្យពិគ្រោះជំងឺ រករោគសញ្ញាថ្មី និងពិនិត្យលទ្ធផលតេស្ត ។
ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ	• តាមដានលទ្ធផលតេស្ត ជាប្រចាំ និងរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលចង្អុលបង្ហាញពីការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ • ពិនិត្យបន្ថែមទៀត ពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ស្របតាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក។
ឱសថ	• បច្ចុប្បន្នភាពតារាងបញ្ជីឱសថ • ពិនិត្យឡើងវិញអំពី ផលប៉ះពាល់ និងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ។ • ពិនិត្យឱសថ –កម្រិតដូសឱសថ និងអន្តរកម្មឱសថ។
Allergy ជាមួយឱសថ	ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃ WHO	វាយតម្លៃដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃ WHO កែតម្រូវដំណាក់កាលគ្លីនិក/កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនជាចាំបាច់ ។
ការគ្រប់គ្រង -ព័ត៌មាន និងការផ្តល់ប្រឹក្សា	• ពង្រឹងព័ត៌មាន អំពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាល ART • ផ្តល់យោបល់អំពី អាហារូបត្ថម្ភ ការប្រើគ្រឿងញៀន និងរបៀបរស់នៅនាំឱ្យមានសុខភាពល្អ • បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងការប្រជុំ MMM គាំទ្រផ្លូវចិត្ត ឬសេវាគាំទ្រផ្សេងៗទៀត ដែលត្រូវការ ។
ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល- វេជ្ជសាស្ត្រ	• ព្យាបាលជំងឺកំពុងកើតឡើង តាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក • ចាប់ផ្តើម/បញ្ឈប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ស្របតាមកម្មវិធី • ចាប់ផ្តើម/ផែនការ/បន្តការព្យាបាលដោយ ART • បញ្ជូលអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ ប្រសិនជាចាំបាច់ ។
ការតាមដាន (Follow up)	បើការពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺលើកទី២– តាមដាន ១ សប្តាហ៍សម្រាប់ការព្យាបាលដោយ ART បើចាប់ផ្តើម ART នៅពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺលើកនេះ– ត្រូវតាមដានក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ បើស្ថានភាពសុខភាពអ្នកជំងឺមានលំនឹង–តាមដានពី១ –៣ ខែ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: គំនូសបំព្រួញជំងឺរបេង/អេដស៍

គំនូសបំព្រួញខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានចម្លងពីគោលការណ៍ជាតិអំពីជំងឺរបេង/អេដស៍ [76]

រូបភាពទី២២: គំនូសបំព្រួញទី១៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺរបេងក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

គំនូសបំព្រួញទី១៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺរបេងក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍



[76] Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. National Clinical Guideline for the Management of TB/HIV Co-infection. English 2008, Khmer 2013 http://www.cenat.gov.kh/km/documents/guidelines-and-sops

សំគាល់៖

a. ប្រើឱសថ Amoxciline, Amoxiciline + Clavulanic Acid, ឬ Cefuroxime ។

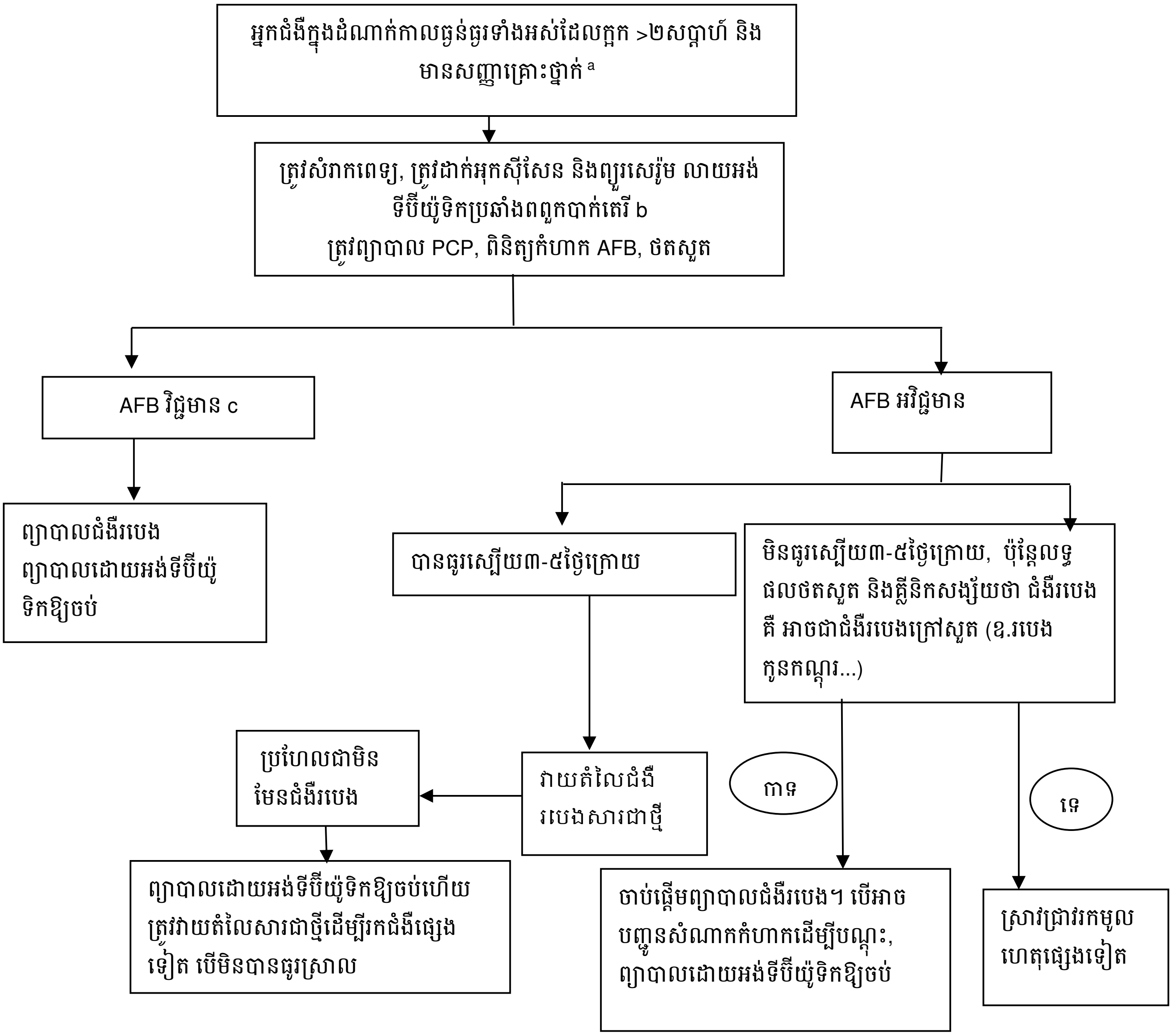
b. សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ រួមមាន លេចចេញរោគសញ្ញាមួយក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ៖
ចង្វាក់ដង្ហើម > ៣០ដង/នាទី, គ្រុនក្តៅ > ៣៩អង្សាសេ, សង្វាក់ជីពចរ > ១២០ដង/នាទី, មិនអាចដើរបានដោយខ្លួនឯង ។

c. AFB វិជ្ជមាន កំណត់ដោយ យ៉ាងតិចមានតេស្តមួយ វិជ្ជមាន រីឯ AFB អវិជ្ជមាន កំណត់ដោយតេស្ត ពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន ២ ឬ ៣ ឡើងទៅ។

d. បើអ្នកជំងឺធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង ឬកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងដល់ខែទី៥ ត្រូវសង្ស័យពីភាពស៊ាំ និងត្រូវបណ្តុះមេរោគ (MTB) ។

e. ត្រូវពិចារណាប្រើ Erythromycine ឬ Doxycycline ព្យាបាល atypical bacteria ។ ចៀសវាងប្រើ Fluoroquinolones ដើម្បីបង្ការភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំរបេង ។

រូបភាពទី២៣: គំនូសបំព្រួញទី២: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងលើអ្នកជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ



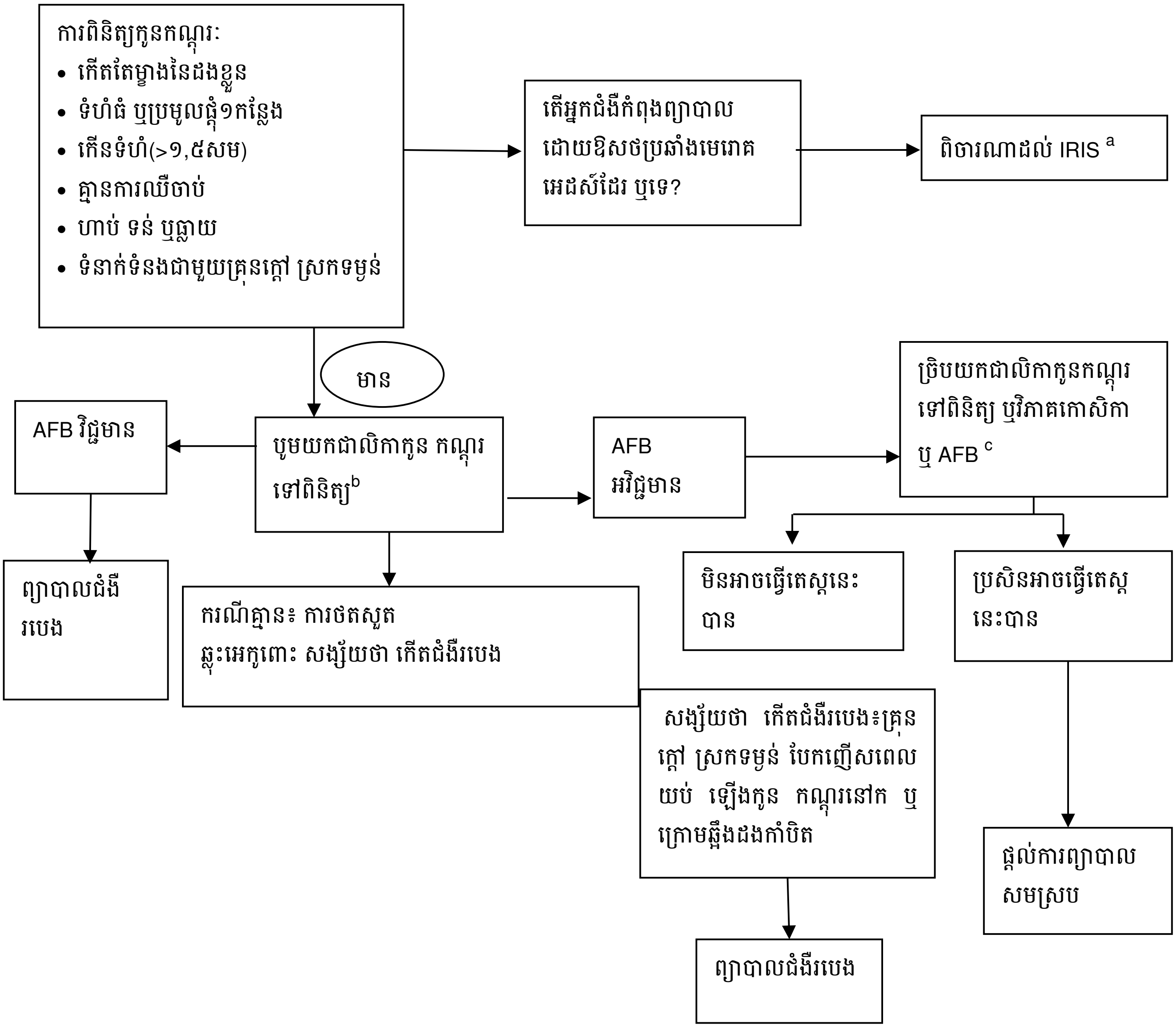
សំគាល់៖

a. សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់រួមមាន លេចចេញរោគសញ្ញាណាមួយក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាទាំងនេះ៖ ចង្វាក់ដង្ហើម>៣០ដង/នាទី, គ្រុនក្តៅ> ៣៩ អង្សាសេ, សង្វាក់ជីពចរ> ១២០ដង/នាទី, មិនអាចដើរបានដោយខ្លួនឯង។

b. ប្រើឱសថ Amoxicilin, Amoxiciline + Clavulanic Acid, ឬ Cefuroxime + Erythromycine ឬ Doxycicline ដើម្បីព្យាបាល ទាំងពពួកបាក់តេរី typical និង atypical ។ ដើម្បីបង្ការភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង មិនត្រូវ *ប្រើ Fluoroquinolones ទេ ។*

c. AFB វិជ្ជមានត្រូវកំណត់ដោយ យ៉ាងតិចមានតេស្តពិនិត្យមួយ វិជ្ជមាន ចំណែកឯ AFB អវិជ្ជមាន ត្រូវកំណត់ដោយ តេស្តពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន ២ ឬ ៣ឡើងទៅ។

រូបភាពទី២៤: គំនូសបំព្រួញទី៣៖ ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនៃការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរលើអ្នកជំងឺអេដស៍
គំនូសបំព្រួញទី៣៖ ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនៃការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរលើអ្នកជំងឺអេដស៍



សំគាល់៖

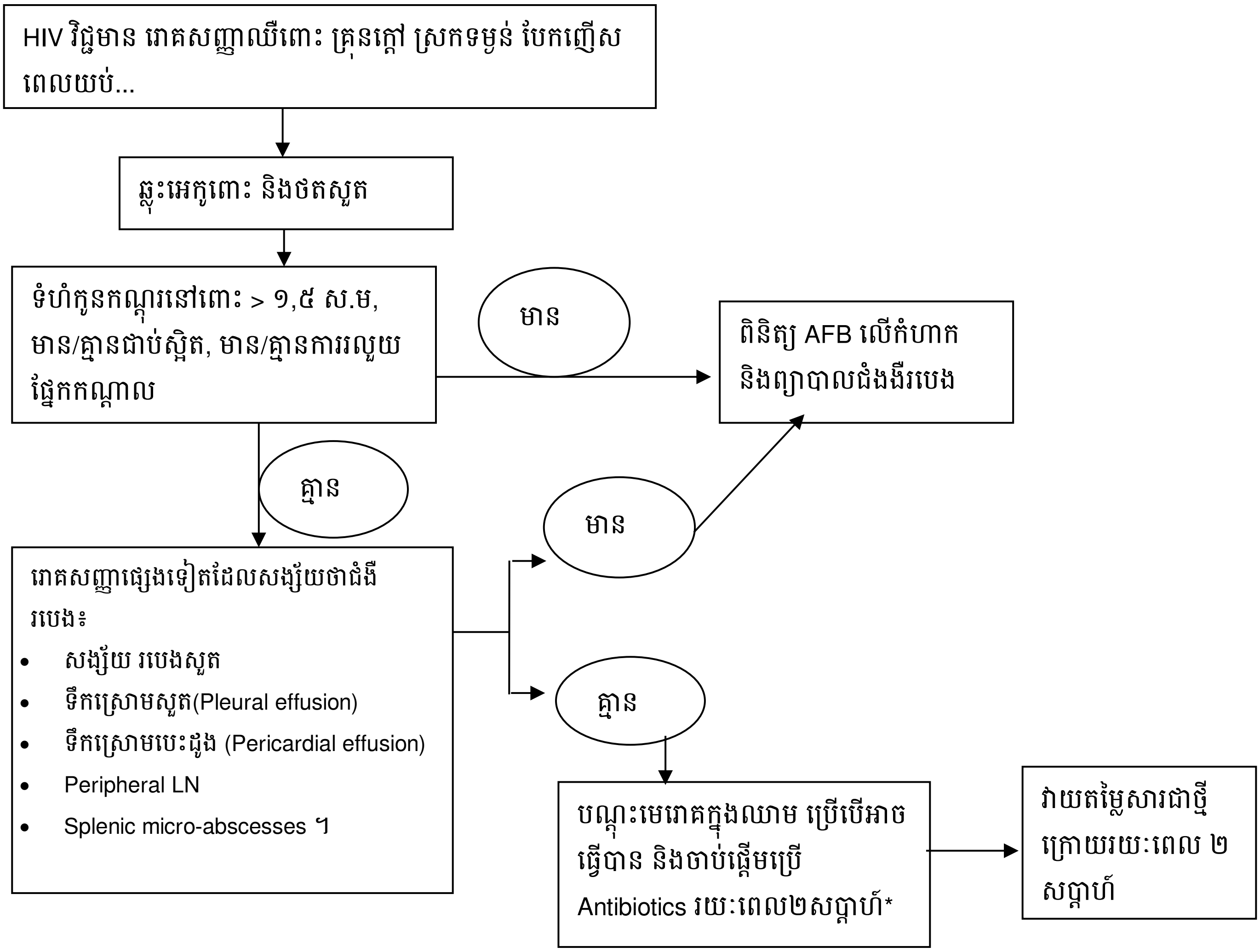
a.អ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយART អាចឡើងកូនកណ្តុរក្នុងករណីមានការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ(IRIS) ជាពិសេស កើតឡើងជំងឺរបេង និងជំងឺ MAC ហើយក៏អាចលេចឡើងជំងឺ Penicilliosis, ជំងឺ Cryptococcosis និងជំងឺមហារីក ។ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម បើមិនទាន់ព្យាបាល ។ ត្រូវបន្តព្យាបាលដោយ ART ការប្រើ Steroids (Prednisone ១mg/kg/ថ្ងៃ) អាចជួយសម្រាល ក្នុងករណី IRIS ធ្ងន់ធ្ងរ និងអាចប្រើកម្រិតដូសពេញលេញ ១-២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក taper លើសពី ១-២ សប្តាហ៍ ។

b. បូមទឹកកូនកណ្តុរដោយប្រើម្ជុលធំ(ម្ជុលលេខ១៨ G) និងបញ្ចូលសំណាកទៅពិនិត្យ AFB, ពិនិត្យ Gram Stains និងKOH។

c. បើលទ្ធផលនៃការពិនិត្យAFB ទឹកបូមពីកូនកណ្តុរ អវិជ្ជមាន ត្រូវច្រិបយកកូនកណ្តុរ (បើអាចធ្វើបាន) ទៅវិភាគជាលិកា(histology) វិភាគកោសិកា(cytology) និងពិនិត្យ AFB លើកំហាក ។

រូបភាពទី២៥: គំនូសបំព្រួញទី៤៖ ការគ្រប់គ្រងការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរនៅពោះ

គំនូសបំព្រួញទី៤៖ ការគ្រប់គ្រងការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរនៅពោះ



សំគាល់៖

* ជម្រើសនៃព្យាបាលដោយ Antibiotics សំដៅទៅការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកបាក់តេរីដែលអាចជាមូលហេតុនៃ ការឡើងកូនកណ្តុរនៅពោះ ដូចជា Salmonella, Campylobacter, E.Coli ។ល។ ចៀសវាងប្រើ Antibiotics ប្រឆាំងជំងឺរបេង។

រូបភាពទី២៦: គំនូសបំព្រួញទី៥៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមសួតលើអ្នកជំងឺអេដស៍

គំនូសបំព្រួញទី៥៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមសួតលើអ្នកជំងឺអេដស៍

ថតសួត៖ ទឹកក្នុងស្រោមសួត (pleural effusion)

→ ពិនិត្យ AFB លើកំហាក បើមានក្អក (សូមមើលគំនូសបំព្រួញពីមុន)

- ទឹកក្នុងស្រោមសួតតែម្ខាង
- ទឹកស្រោមសួតមានលក្ខណៈ៖
  - ថ្លា ពណ៌straw និង
  - កំណកឈាមក្នុងបំពង់ទីប ដែលបូម ករណីមិនប្រើ anticoagulants
- ស្រកទម្ងន់ បែកញើសពេលយប់ គ្រុនក្ដៅ
- ហេតុផល ប្រវត្តិជំងឺរបេង។

- ទឹកស្រោមសួតសងខាង (អាចខ្សោយបេះដូង ឬជំងឺរលាកសួត (pneumonia)
- មហារីក
- ទឹកស្រោមសួត មានលក្ខណៈ៖
  - ដូចពពក/ខ្ទុះ(empyema)→ Chest tube, បង្ហូរខ្ទុះដោយលាយ antibiotics។
  - បរាជ័យមិនបង្កជាកំណកឈាម (មិនអាចផាត់ចេញពីជំងឺរបេងទេ ត្រូវបញ្ជូនទឹកស្រោមសួតទៅពិនិត្យប្រូតេអ៊ីន និងរាប់ចំនួនកោសិកាផ្សេងៗ និងពិចារណាអំពី ជំងឺខ្សោយបេះដូង។

↓

- បញ្ជូនទឹកបូមពីស្រោមសួតទៅពិនិត្យរាប់ចំនួនកោសិកាផ្សេងៗ ប្រូតេអ៊ីន តេស្តAFB ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន តេស្តcytology: ≥ ៥០% lymphocytes និង protein > ៣០ក្រ/ល នាំឱ្យគិតដល់ជំងឺរបេង
- ព្យាបាលជំងឺរបេងដោយមិនគិតពីកំណកឈាមពេលបូមទឹកស្រោមសួត ឬធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺផ្សេងក្នុងអំឡុងពេល៧ថ្ងៃ ។

រូបភាពទី២៧: គំនូសបំព្រួញទី៦៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមបេះដូងលើអ្នកជំងឺអេដស៍

គំនូសបំព្រួញទី៦៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមបេះដូងលើអ្នកជំងឺអេដស៍

- គ្រុនក្តៅ ស្រកទម្ងន់ បែកញើសពេលយប់
- ឈឺចាប់ក្រោយឆ្អឹងសន្ទះទ្រូង ដកដង្ហើមខ្លី លឺសូរកកិតគ្នា (friction rub)។

↓

- ថតសួត
- ធ្វើ ECG និង Echocardiogram បើអាចធ្វើបាន

→ ពិនិត្យ AFB លើកំហាក បើមានក្អក

↓

- ថតសួត៖ បេះដូងមាន globular ធំ, សួតថ្លា ឬទឹកក្នុងស្រោមសួត
-ធ្វើ ECG៖ បេះដូងដើរលឿន ប្រែប្រួលរលក ST និង T, low voltage QRS ។
-Echocardiogram៖ ទឹកក្នុងស្រោមបេះដូង

↓

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង និង steroid[a]
- បញ្ជូលទៅសង្គ្រោះបន្ទាន់ pericardiocenthesis ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបាត់ដង្ហើម/មិនស្រួលក្នុងខ្លួន ជាមួយរោគសញ្ញា hemodynamic ។

↓

- Streaky shadowing of lung fields និង/ឬ heart shape not symmetrical (ប្រហែលជាខ្សោយបេះដូង)
- សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់
- ECG បង្ហាញពី មូលហេតុផ្សេងនៃបេះដូងរីកធំ (ឧ. សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ ជំងឺវ៉ាល់បេះដូង ជំងឺ dilated cardiomyopathy)
- Murmur (អាចបណ្តាលមកពីជំងឺវ៉ាល់បេះដូង)
- Rigors (អាចបណ្តាលមកពី រលាកបេះដូង បង្កដោយបាក់តេរី)

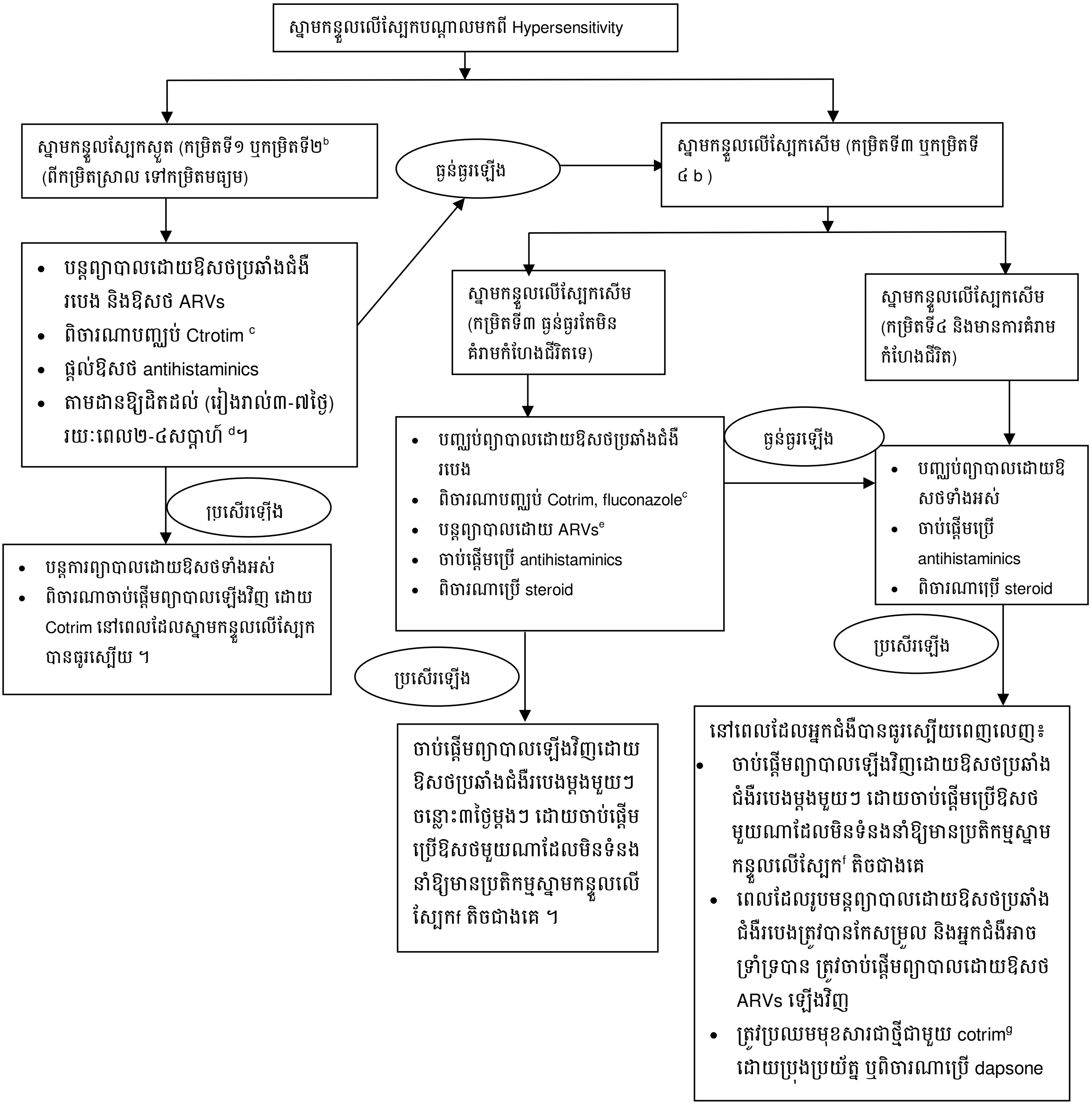
↓

- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមូលហេតុផ្សេង
- ព្យាបាលជំងឺរបេង បើមានការបញ្ជាក់ពីការពិនិត្យអេកូ ថាមានការជ្រាបទឹក(effusion) និងមិនមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺផ្សេង ក្នុងរយៈពេល៧ថ្ងៃ ។

[a]- ប្រើ Prednisolone ៦0mg រាល់ថ្ងៃរយៈពេល ១-៤ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក ៣០ មក្រ រាល់ថ្ងៃរយៈពេល ៥-៨សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក បន្តយមក ១0mg រាល់សប្តាហ៍ រយៈពេលជាច្រើនសប្តាហ៍ ។

រូបភាពទី២៨: គំនូសបំព្រួញទី៧៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលព្យាបាល ដោយ ARVs និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង

គំនូសបំព្រួញទី៧៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលព្យាបាលដោយ ARVs និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង



កំណត់ពន្យល់៖

a. អ្នកជំងឺបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល៦ សប្តាហ៍ ឬលើសពី៦ សប្តាហ៍ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលរបេង

b. ការកំណត់ "កម្រិត" ចំពោះកន្ទួលសើស្បែក (ref)៖

១. កម្រិត១ (ស្រាល): ក្រហម រមាស់ (erythema, prutitus)

២. កម្រិត២ (មធ្យម):កន្ទួល maculopapular រាលដាល (diffuse maculopapular rash)ឬស្ងួតបែកស្រកា (dry desquamation) កន្ទួលមានទំហំ <50% នៃផ្ទៃដងខ្លួន ។

៣. កម្រិត ៣ (ធ្ងន់ធ្ងរ) vesiculation បែកស្រកាសើម (moist desquamation) ឬដំបៅ >50% នៃផ្ទៃដងខ្លួន។

៤. កម្រិត ៤ (គំរាមកំហែងអាយុជីវិត): មានសញ្ញាណាមួយនៃសញ្ញាទាំងនេះ: ចេញកន្ទួលរាលដាលដោយមានបែកស្រកា (extensive rash with desquamation| angioedema, serum sickness-like reaction, rash with systemic symptoms such as fever, blistering, ឈឺភ្នែក(conjunctivitis), ដំបៅមាត់ (oral lesions) (មានការប៉ះពាល់ដល់ស្រទាប់មុយកឺ), exfoliative dermatitis, Stevens- Johnson syndrome, toxic epidermal necrosis (TEN) (WHO)

c. ពិចារណាការបញ្ឈប់កូទ្រីម ឬ fluconazole បើសិនជា កន្ទួលទើបចាប់ផ្តើមថ្មីៗ (មានន័យថា ក្នុងរយៈពេល៦សប្តាហ៍ ចុងក្រោយ)។

d. ការពិនិត្យតាមដានឱ្យបានជិតដល់ត្រូវការចាំបាច់ ដើម្បីតាមដានការវិវត្តរបស់កន្ទួល។ ត្រូវប្រាប់អ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកវិញ ឱ្យបានឆាប់រហ័ស នៅពេលណា ស្ថានភាពកន្ទួលរបស់គាត់កាន់តែមានសភាពធ្ងន់ទៅ ឬអាក្រក់ទៅៗ ។

e. ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាចបន្តបើសិនជាបាន ប្រើប្រាស់លើសពី ៦សប្តាហ៍ហើយ។

f. ការចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ថ្នាំរបេងឡើងវិញ បន្ទាប់ពីមានប្រតិកម្ម ឬ allergy ដោយសារថ្នាំ ត្រូវធ្វើឡើងដូចក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ(ref):

ឱសថ	លទ្ធភាពនៃការបង្ករឱ្យមានប្រតិកម្ម	កំរិតដូសដែលត្រូវឱ្យ (Challenge doses)		
		ថ្ងៃទី១	ថ្ងៃទី២	ថ្ងៃទី៣
Isoniazide	តិច (Least likely)	50 mg	300 mg	300 mg
Rifampicin	↓	75 mg	300 mg	Full dose
Pyrazinamide	↓	250 mg	1000 mg	Full dose
Ethambutol	↓	100 mg	500 mg	Full dose
Streptomycine	ខ្លាំង (Most likely)	125 mg	500 mg	Full dose

g. មិនត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យកូទ្រីមវិញទេ បើសង្ស័យថា វាអាចបង្កឱ្យមានប្រតិកម្ម ឬ allergy ។

រូបភាពទី២៩: គំនូសបំព្រួញទី៨៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកចំពោះអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ Efavirenz

គំនូសបំព្រួញទី៨៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកចំពោះអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ Efavirenz [a]

ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពី Hypersensitivity

ស្នាមកន្ទួលស្បែកស្ងួត(កម្រិតទី១ ឬកម្រិតទី២[b] (ពីកម្រិតស្រាល ទៅកម្រិតមធ្យម)

- បន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងឱសថ ARV
- ពិចារណាបញ្ឈប់ Ctrotim [c]
- ផ្តល់ឱសថ antihistaminics
- តាមដានឱ្យដិតដល់ (រៀងរាល់៣-៧ថ្ងៃ) រយៈពេល២-៤សប្តាហ៍ [d]។

ធ្ងន់ធ្ងរឡើង

ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បានប្រសើរឡើង

- បន្តការព្យាបាលដោយឱសថទាំងអស់
- ពិចារណាចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញដោយCotrim នៅពេលដែលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបានធូរស្បើយ។

ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកសើម (កម្រិតទី៣ ឬកម្រិតទី៤ [b])

ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកសើម (កម្រិតទី៣ ធ្ងន់ធ្ងរតែមិនគំរាមកំហែងជីវិតទេ)

- បញ្ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង
- ពិចារណាបញ្ឈប់ Cotrim, fluconazolec
- បន្តព្យាបាលដោយ ARVse
- ចាប់ផ្តើមផ្តល់ antihistaminics
- ពិចារណាផ្តល់ steroid

ប្រសើរឡើង

នៅពេលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបានធូរស្បើយពេញលេញ៖

- ចាប់ព្យាបាលឡើងវិញដោយឱសថ ARVs (រូបមន្តព្យាបាលថ្មី)[g]

ធ្ងន់ធ្ងរឡើង

ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកសើម (កម្រិតទី៤ និងមានការ គំរាមកំហែងជីវិត)

- បញ្ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថទាំងអស់
- ចាប់ផ្តើមផ្តល់ antihistaminics
- ពិចារណាផ្តល់ steroid

ប្រសើរឡើង

នៅពេលដែលអ្នកជំងឺបានធូរស្បើយពេញលេញ៖

- ចាប់ព្យាបាលឡើងវិញដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងម្តងមួយៗ ចន្លោះ៣ថ្ងៃម្តងៗ ដោយចាប់ផ្តើមប្រើឱសថមួយណាដែលមិនទំនងនាំឱ្យមានប្រតិកម្មស្នាមកន្ទួលលើស្បែក[f] តិចជាងគេ។
- បន្ទាប់មក ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថARVs ឡើងវិញ (រូបមន្តព្យាបាលថ្មី) [g] ។
- ត្រូវប្រឈមមុខសារជាថ្មីជាមួយ cotrim[h] ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ឬពិចារណា dapsone។

<u>កំណត់ពន្យល់៖</u>

a. អ្នកជំងឺព្យាបាលរបេង បាន៦អាទិត្យ ឬច្រើនជាង៦អាទិត្យ មុនពេលចាប់ផ្តើម ARVs. បើសិន ART ត្រូវបានចាប់ផ្តើមមុនពេល កំណត់នេះ (this time frame) ហើយមានលេចកន្ទួលបង្ករដោយថ្នាំណាមួយ ពេលនោះយោបល់អ្នកជំនាញត្រូវគិតពិចារណា ។

b. ការកំណត់ "កំរិត" ចំពោះកន្ទួលសើស្បែក (សូមមើលកំណត់ពន្យល់ algorithm ខាងដើម)

c. ពិចារណាការបញ្ឈប់កូទ្រីម ឬ fluconazole បើសិនជា កន្ទួលទើបចាបផ្តើមថ្មីៗ (មានន័យថា ក្នុងរយៈពេល៦អាទិត្យ ចុងក្រោយ)

d. ការពិនិត្យតាមដានឱ្យបានជិតដល់ត្រូវការចាំបាច់ ដើម្បីតាមដានការវិវត្តនរបស់កន្ទួល ។ ត្រូវប្រាប់អ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកវិញ ឱ្យបានឆាប់រហ័សនៅពេលណាស្ថានភាពកន្ទួលរបស់គាត់កាន់តែមានសភាពធ្ងន់ទៅ ឬអាក្រក់ទៅៗ ។

e. ឱសថរបេងអាចបន្ត បើសិនជាបានប្រើប្រាស់លើសពី៦អាទិត្យហើយ ។

f. ការចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ឱសថរបេងឡើងវិញ បន្ទាប់ពិកើតមានប្រតិកម្ម allergy ដោយសារថ្នាំ: សូមពិនិត្យមើល កំណត់ពន្យល់ algorithmខាងដើម ។ រូបមន្តព្យាបាលត្រូវធ្វើការកែតំរូវ ដើម្បីចៀសវាងអន្តរប្រតិកម្ម ឱសថជាមួយ ARV ។ សូមមើលខាងក្រោម ។

g. ឧបមាថា អ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ ជួរទី១ដែលមាន 2 NRTIs និង 1NNRTI ឱសថ ARV ដែលទំនងបង្កឱ្យមាន កន្ទួលជាងគេគឺ nevirapine ឬ efavirenz ។ ឱសថ 2 NRTIs គួរតែចាប់ផ្តើមឡើវិញ ហើយឱថសថថ្មីៗទី៣ត្រូវការជ្រើសរើស ។ មានជំរើសជាច្រើនដូចខាងក្រោមនេះ:

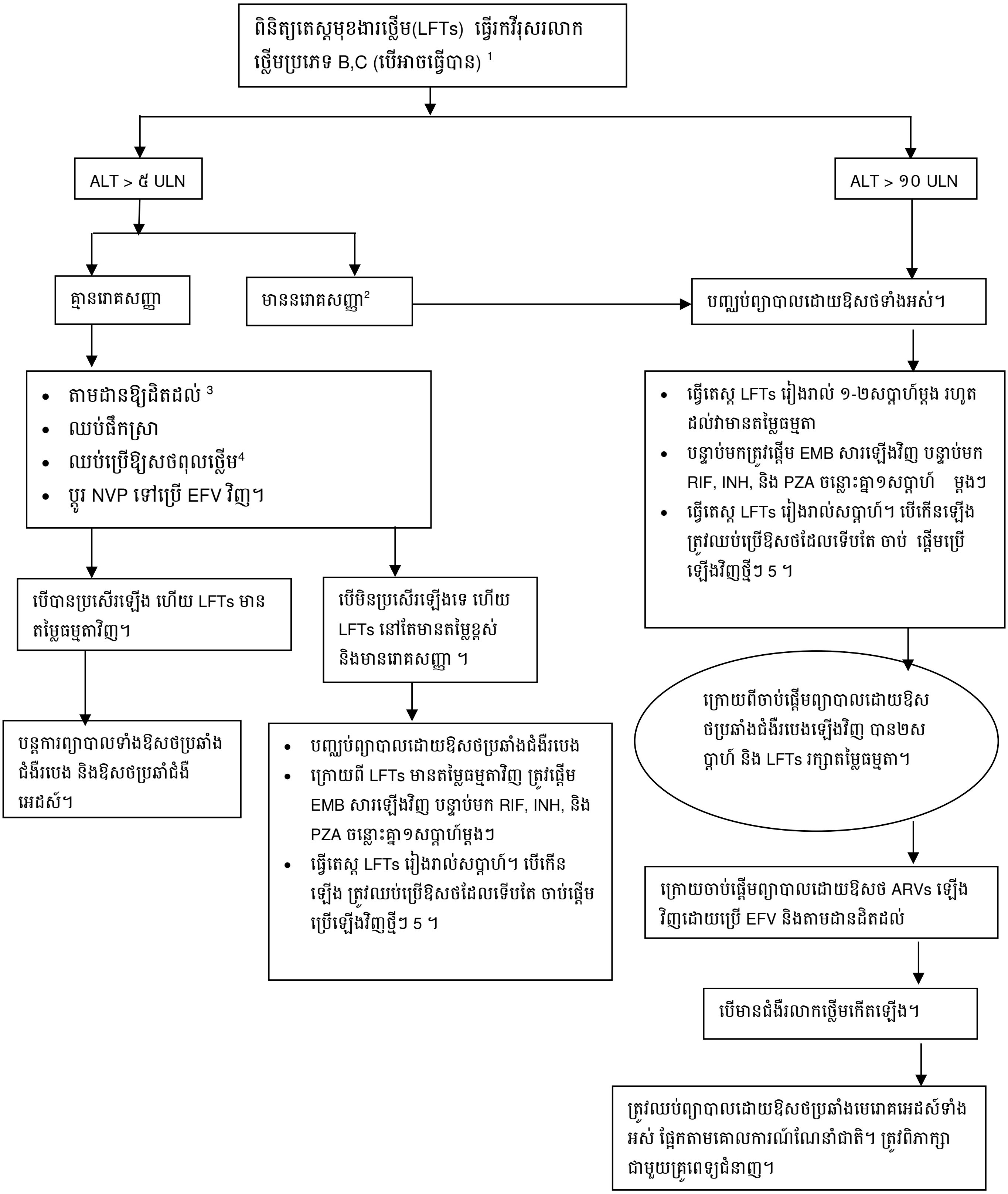
- រូបមន្តដែលមាន Protease inhibitor (PI): PI + 2NRTIs ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ចូរកត់សំគាល់ថា រីហ្វំពីស៊ីន នឹងកាត់បន្ថយកំហាប់ PI នៅក្នុងឈាម ឱ្យស្ថិតនៅក្រោមកំរិតដែលមានប្រសិទ្ធិភាពព្យាបាល (therapeutic level) ។ ការបន្ថែម ritonavir គឺជាតំរូវការដើម្បីឆ្លើយតបនឹងឥទ្ធិពលនេះ ។ ឧទា. ចំពោះ lopinavir/ritonavir (Kaletra, Aluvia) កំរិតដូសដែលត្រូវធ្វើការកែតំរូវ ក្នុងករណីនេះ គឺ lopinavir 400mg/ritonavir 400mg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ខណៈពេលដែលមានការប្រើប្រាស់ជាមួយនឹង រីហ្វំពីស៊ីន ក្នុងពេលជាមួយគ្នា ។ ជំរើសនេះបានផ្តល់នូវកំលាំងអតិបរមាចំពោះការព្យាបាលជំងឺរបេង-អេដស៍ ប៉ុន្តែអាចទទួលផលប៉ះពាល់ដោយការពុលថ្លើម បន្ថែមផលរំខាន និងតំលៃខ្ពស់ជាង ។ Ritonavir ប្រហែលជាមិនមានផង (Ritonavir by itself may not be available) ។ ផ្ទុយមកវិញ គេបានពិចារណា ការប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលរបេង ដោយគ្មានរីហ្វំពីស៊ីន បន្ទាប់ពីវគ្គសំរុក គឺ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត និង អេតំបុយតុល ។ ពុំមានការកែតំរូវកំរិតដូសចំពោះ PI ទេ ។ រូបមន្តព្យាបាលរបេងប្រភេទនេះ មិនសក្តិសម ចំពោះជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា របេងមីលីយ៉ែរ ឬ disseminated TB ឬរបេងស្រោមខួរក្បាល ។
- រូបមន្ត Triple NRTI : ជំរើសដែលងាយបំផុតគឺប្រើប្រាស់ 3 NRTIs ដែលមាន AZT + 3TC + ABC ឬ TDF ។ រូបមន្តប្រភេទនេះ (so-called triple-nuke regimens) មិនសូវធ្វើឱ្យពុលថ្លើមទេ និងមិនមានអន្តរ ប្រតិកម្មជាមួយនឹង រីហ្វំពីស៊ីនផង ប៉ុន្តែវាមិនសូវមានកំលាំងខ្លាំងប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ ដូច្នេះវាមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹង ការព្យាបាលបរាជ័យ និងភាពស៊ាំ ។ មានអ្នកជំងឺ ៣-៥%ដែល abacavir អាច បង្ករឱ្យមាន hypersensitivity syndrome ដោយមានលេចចេញជាកន្ទួល និង systemic signs និង រោគសញ្ញាផ្សេងៗ ដែលអាចធ្វើឱ្យមានការភាន់ច្រឡំក្នុងករណីនេះ ។
- Nevirapine អាចត្រូវបានប្រើជំនួស efavirenz នៅក្នុងករណីមានលេចប្រតិកម្មស្បែកកំរិត ស្រាល ទៅមធ្យម (កំរិត១ និងកំរិត២) ហើយ efavirenz ក៏អាចត្រូវបានប្រើជំនួស nevirapine ផងដែរ ។ ចូរកត់សំគាល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរពី EFV ទៅ NVPនេះ គឺអាចឱ្យមានឱកាសលេចចេញកន្ទួលស្បែក៥0% (តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការពិតវាមានតែ ២0% ប៉ុណ្ណោះ) ។ ការជំនួសថ្នាំទៅវិញទៅមកនៅក្នុងក្រុមជាមួយគ្នាចំពោះ កន្ទួលដែលធ្ងន់ធ្ងរ និងគំរាមកំហែងអាយុជីវិត គឺជាទូទៅ មិនបានផ្តល់អនុសាស្រ្តឱ្យធ្វើទេ ដោយខ្លាចក្រែងមានភាពពុលនៅក្នុងក្រុម (class-specific toxicity (WHO))

h. មិនត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យកូទ្រីមឡើងវិញទេ បើមានការសង្ស័យថាវាបង្ករឱ្យមានប្រតិកម្ម allergy ។ ចំពោះកន្ទួលស្រាល អាចពិចារណា ពីការចាប់ផ្តើមកូទ្រីមឡើងវិញដោយធ្វើ desensitization ដូចតទៅនេះ:

- Cotrimoxazole suspension of 40ម.ក្រ TMP + 200ម.ក្រ SMX per 5 ម.ល: ត្រូវឱ្យ ១ មល ជារៀងរាល់ថ្ងៃ សំរាប់រយៈពេល៣ថ្ងៃ ២ មល សំរាប់រយៈពេល៣ថ្ងៃ និងធ្វើរបៀបដូចនេះរហូតដល់ កំរិតដូសបានដល់ 1 SS សំរាប់រយៈ ពេល៣ថ្ងៃ ហើយកើនឡើងដល់ 1 DS នៅថ្ងៃបន្ទាប់ ។
- បើសិន កូទ្រីមទឹក (suspension) មិនមានទេនោះ ចូរប្រើប្រាស់ 80/400ម.ក្រ (480ម.ក្រ, SS)ក្នុងមួយគ្រាប់ ។ ត្រូវឱ្យ 1/8គ្រាប់, ¼ គ្រាប, ½ គ្រាប់, ¾ គ្រាប់ បន្ទាប់មក១គ្រាប់ ក្នុង១ថ្ងៃ every 3 days ។ បើសិនជាអនុគ្រោះ ឬគ្មានបញ្ហា ត្រូវបង្កើនដូសដល់ 1 DS នៅថ្ងៃបន្ទាប់ ។

រូបភាពទី៣០: គំនូសបំព្រួញទី៩៖ ការគ្រប់គ្រងឱសថដែលជំរុញឱ្យរលាកថ្លើមលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមគ្នា

គំនូសបំព្រួញទី៩៖ ការគ្រប់គ្រងឱសថដែលជំរុញឱ្យរលាកថ្លើមលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមគ្នា



ការពន្យល់៖

1. អ្នកជំងឺមានរលាកថ្លើមបេ និង/ឬ Cរ៉ាំរ៉ៃ រលាកថ្លើមសេតឹងាយនឹងមានរលាកថ្លើមបង្កដោយឱសថរបេង និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

2. រោគសញ្ញារលាកថ្លើមមាន: ខាន់លឿង sclera icterus ចង្អោរ/ក្អួត ឈឺកន្ត្រៀតក្អមខាងស្តាំ (right upper quadrant pain) មិនឃ្លាន (anorexia) គ្រុនក្តៅ ។

3. ការតាមដានឱ្យបានដិតដល់មានន័យថា ត្រូវពិនិត្យមើលអ្នកជំងឺ និងឆែកមើល LFTs រៀងរាល់ ១-២ សប្តាហ៍ម្តង។

4. ពិនិត្យមើលតារាងឱសថរបស់អ្នកជំងឺ (patient's drug list) ដើម្បីផាត់ចោលឱសថណាមិនសំខាន់ ដែលធ្វើឱ្យមាន ការពុលថ្លើម (non-essential hepatotoxic medication) ។ ត្រូវបញ្ឈប់ fluconazole បើសិនជាការប្រើរបស់វា គ្រាន់តែជា ការបង្ការបឋមប៉ុណ្ណោះ (primary prophylaxis) ។

5. ជូនកាល LFTs នឹងត្រឡប់មកធម្មតាវិញ ដោយវិធីសាស្ត្រនៃការចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំរបេងឡើងវិញនេះ ។ ឱសថដែលទំនងជា បង្កឱ្យ ALT/AST មានការកើនឡើង គឺមាន PZA និង INH ។ កាកើនឡើង bilirubin ជានិច្ចកាលបណ្តាលមកពី រីហ្វាំពីស៊ីន ។ គ្រូពេទ្យមិនត្រូវជ្រើសរើសយក PZA មកចាប់ផ្តើមទេ ក្នុងករណីនេះ ។ ក៏ប៉ុន្តែបើសិនជា INH ឬ RFM ប្រាកដជាមូលហេតុនោះ រយៈពេលនៃការព្យាបាលអាចត្រូវការកើនឡើង ហើយត្រូវជំនួសដោយឱសថណាដែលមិនសូវមានការពុលថ្លើមផង ។ ការផ្តល់ យោបល់របស់អ្នកជំនាញត្រូវយកមកពិចារណា ។

LFTs ក៏អាចមានការកើនឡើងដែរបន្ទាប់ពីមាន IRIS ដែលបណ្តាលមកពីជំងឺរលាកថ្លើម B និង/ឬ Cរ៉ាំរ៉ៃ នឹងត្រឡប់មកធម្មតាវិញក្នុងរយៈពេលច្រើនខែក្រោយមក ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី ៤: ជំងឺតម្រងនោម

តារាងទី៦១: ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម[77]

តាមដានការប្រែប្រួលនៃ eGFR ដែលអាចតម្រូវឱ្យមានការកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថបន្ថែមទៀត នៅពេលក្រោយ ។

<table>
<tr><th>Drug</th><th colspan="7">reatinine clearance (CrCl, in ml/min) or eGFR</th></tr>
<tr><td colspan="8">ARVs</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3TC</td><td>Clearance >50</td><td colspan="2">Clearance 30–49</td><td>Clearance 15–29</td><td colspan="2">Clearance 5–14</td><td>Clearance <5</td></tr>
<tr><td>150 mg bd or 300 daily</td><td colspan="2">150 mg daily</td><td>150 mg stat then 100 mg daily</td><td colspan="2">150 mg stat then 50 mg daily</td><td>50 mg stat then 25 mg daily</td></tr>
<tr><td rowspan="2">d4T</td><td colspan="2">Clearance >50</td><td colspan="3">Clearance 25–50</td><td colspan="2">Clearance 10–25</td></tr>
<tr><td colspan="2">30 mg bd</td><td colspan="3">15 mg bd</td><td colspan="2">15 mg daily</td></tr>
<tr><td>Drug</td><td colspan="2">Cr clearance/eGFR >50
Give usual dose</td><td colspan="3">Cr clearance/eGFR 10–50
Dose or % of usual dose</td><td colspan="2">Cr clearance/eGFR <10
Dose or % of usual dose</td></tr>
<tr><td>AZT</td><td colspan="2">300 mg bd</td><td colspan="3">No adjustment needed</td><td colspan="2">300 mg daily</td></tr>
<tr><td>TDF</td><td colspan="2">300 mg nocte</td><td colspan="3">AVOID</td><td colspan="2">AVOID</td></tr>
<tr><td>abacavir</td><td colspan="2">No adjustment needed</td><td colspan="3">No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td>nevirapine</td><td colspan="2">No adjustment needed</td><td colspan="3">No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td>efavirenz</td><td colspan="2">No adjustment needed</td><td colspan="3">No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td>PIs</td><td colspan="2">No adjustment needed</td><td colspan="3">No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td colspan="8">Anti-hypertensives</td></tr>
<tr><td>enalapril</td><td colspan="2">2.5–10 mg bd</td><td colspan="3">75–100%</td><td colspan="2">50%</td></tr>
<tr><td>atenolol</td><td colspan="2">25–50 mg daily</td><td colspan="3">50%</td><td colspan="2">25%</td></tr>
<tr><td>HCTZ</td><td colspan="2">12.5–25mg daily</td><td colspan="3">100%</td><td colspan="2">avoid</td></tr>
<tr><td>amlodipine</td><td colspan="2">5–10 mg daily</td><td colspan="3">No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td>doxazosin</td><td colspan="2">2–4 mg daily</td><td colspan="3">No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td colspan="8">Diabetic meds</td></tr>
<tr><td>gliclazide.</td><td colspan="2">40–80 mg bd</td><td colspan="3">AVOID</td><td colspan="2">AVOID</td></tr>
<tr><td>gliben-clamide</td><td colspan="2">2.5–5 mg bd</td><td colspan="3">AVOID</td><td colspan="2">AVOID</td></tr>
<tr><td>metformin</td><td colspan="2">500–1000 mg bd</td><td colspan="3">25%</td><td colspan="2">AVOID</td></tr>
</table>

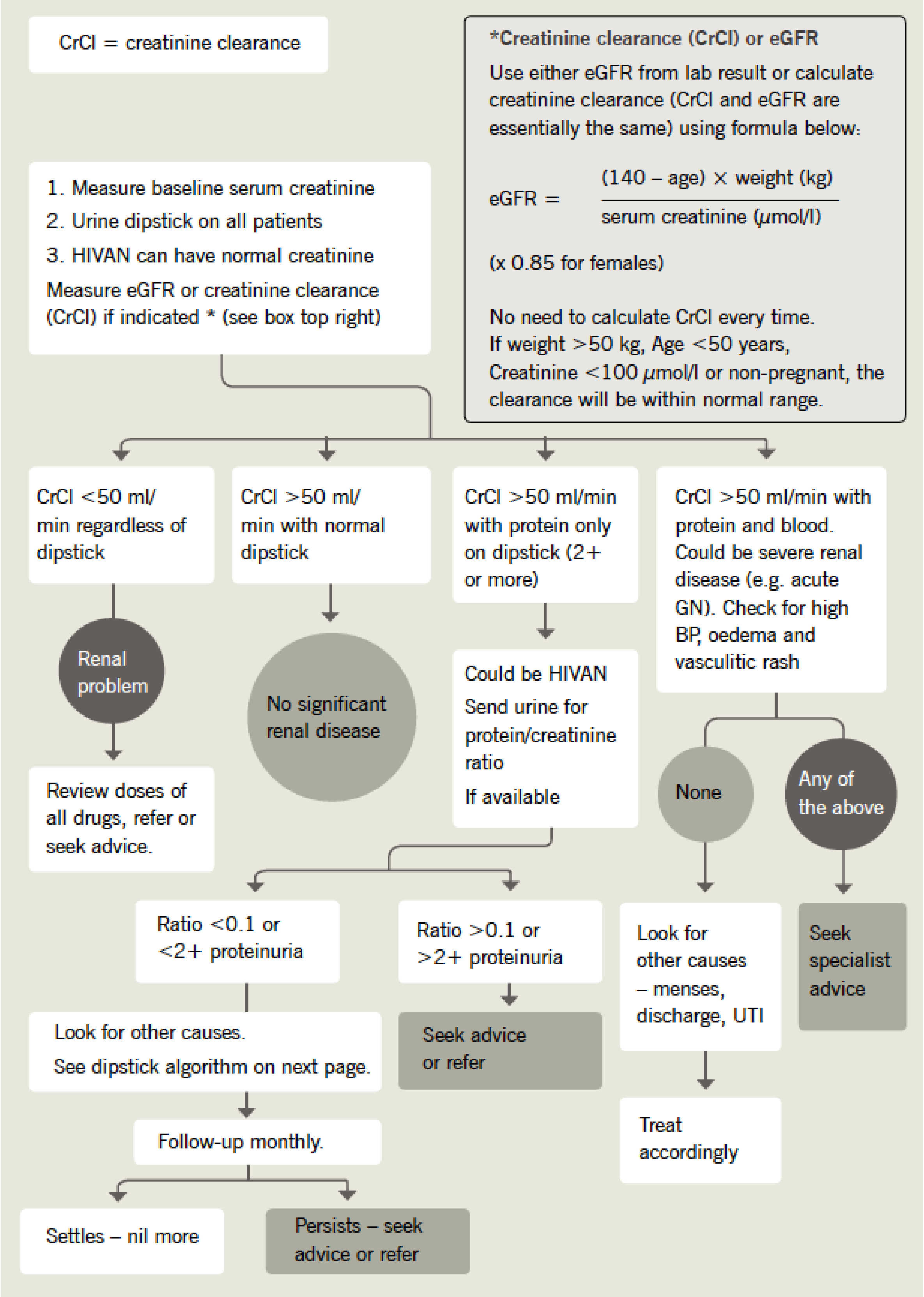
[77] All renal table and algorithms are copied from MSF HIV/TB clinical guide 2015 appendix 25 + 26

Anti-fungals			
fluconazole	200–400 daily	50%	50%
itraconazole	100–200 bd	100%	50% IV form contraindicated
Anti-virals			
acyclovir	200–800mg 4–12 hourly	100%	200 mg bd
Drug	Creatinine clearance or eGFR		
	>50 Give usual dose	10-50 Dose or % of usual dose	<10 Dose or % of usual dose
Antibiotics			
amoxycillin	250–1000 mg tds	Every 8–12 hours	Every 24 hours
azithromycin	500 mg daily	No adjustment needed	No adjustment needed
ceftriaxone	1–2 g daily	No adjustment needed	No adjustment needed
clarithromy-cin	250–500 mg bd	50%–100%	50%
ciprofloxacin	250–750 mg bd	50%–75%	50%
clindamycin		No adjustment needed	No adjustment needed
co-trimoxazole prophylaxis	2 tabs daily (480 mg tabs)	No adjustment needed	No adjustment needed
co-trimoxazole treatment	2 bd–4 qid (480 mg tabs)	50%	Seek advice
erythromycin		No adjustment needed	No adjustment needed
linezolid		No adjustment needed	No adjustment needed
moxifloxacin	400 mg daily	No adjustment needed	No adjustment needed
ofloxacin	200–400 mg bd	Daily dose	Daily dose
penicillin g	0.5–4 MU 4–6 hourly	75%	25%
TB drugs see separate document below			
Miscellaneous			
NSAIDs	AVOID	AVOID	AVOID
metoclopra-mide	10 mg tds	75%	50%
omeprazole	20–40 mg daily	No adjustment needed	No adjustment needed
ranitidine	150–300 mg nocte	50%	25%

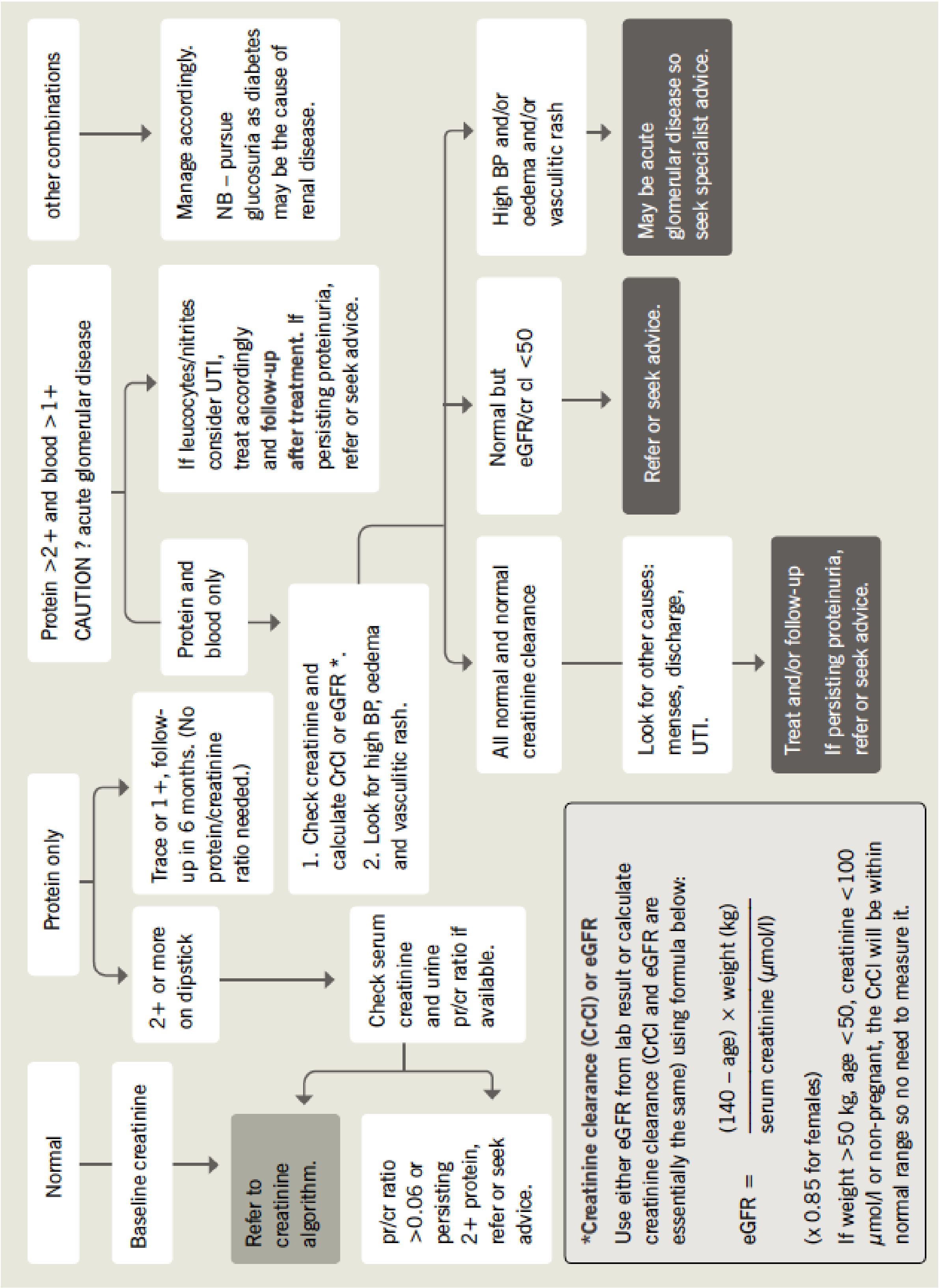
តារាងទី៦២: ការកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង នៅពេល Cr Clearence < 30mmol/min

Drug frequency	Change in frequency when CrCl <30 ml/min	Recommended dose and frequency for patients with creatinine
isoniazid	No change	300 mg once daily, or 900 mg 3 x week
rifampicin	No change	600 mg once daily, or 600 mg 3 x week
pyrazinamide	Yes	25–35 mg/kg/dose 3 x week
ethambutol	Yes	15–25 mg/kg/dose 3 x week
ofloxacin	Yes	600–800 mg/kg/dose 3 x week
moxifloxacin	No change	400 mg once daily
terizidone	Yes	250 mg once daily, or 500 mg 3 x week
ethionamide	No change	250–500 mg/dose daily
PAS	No change	4 g/dose, twice daily
streptomycin	Yes	12–15 mg/kg/dose 2 or 3 x week
capreomycin	Yes	12–15 mg/kg/dose 2 or 3 x week
kanamycin	Yes	12–15 mg/kg/dose 2 or 3 x week

រូបភាពទី៣១: គំនូសបំព្រួញអំពីការវាយតម្លៃ Creatinine



រូបភាពទី៣២: គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យទឹកនោមដោយ *dipstick*



ឧបសម្ព័ន្ធទី៥: ជំងឺទឹកនោមផ្អែម

រូបភាពទី៣៣: ពីរ៉ាមីតរបបអាហារសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី ២

ឧបសម្ព័ន្ធទី៦: សុខភាពផ្លូវចិត្ត[78]

រូបភាពទី៣៤: រោគសញ្ញាដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់នៃស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត

mhGAP-IG Master Chart: Which priority condition(s) should be assessed?

1. These common presentations indicate the need for assessment.
2. If people present with features from more than one condition, then all relevant conditions need to be assessed.
3. All conditions apply to all ages, unless otherwise specified.

COMMON PRESENTATION	CONDITION TO BE ASSESSED	GO TO
• Low energy; fatigue; sleep or appetite problems • Persistent sad or anxious mood; irritability • Low interest or pleasure in activities that used to be interesting or enjoyable • Multiple symptoms with no clear physical cause (e.g. aches and pains, palpitations, numbness) • Difficulties in carrying out usual work, school, domestic or social activities	Depression * *	DEP
• Abnormal or disorganized behaviour (e.g. incoherent or irrelevant speech, unusual appearance, self-neglect, unkempt appearance) • Delusions (a false firmly held belief or suspicion) • Hallucinations (hearing voices or seeing things that are not there) • Neglecting usual responsibilities related to work, school, domestic or social activities • Manic symptoms (several days of being abnormally happy, too energetic, too talkative, very irritable, not sleeping, reckless behaviour)	Psychosis *	PSY
• Convulsive movement or fits/ seizures • During the convulsion: – loss of consciousness or impaired consciousness – stiffness, rigidity – tongue bite, injury, incontinence of urine or faeces • After the convulsion: fatigue, drowsiness, sleepiness, confusion, abnormal behaviour, headache, muscle aches, or weakness on one side of the body	Epilepsy / Seizures	EPI
• Delayed development: much slower learning than other children of same age in activities such as: smiling, sitting, standing, walking, talking/ communicating and other areas of development, such as reading and writing • Abnormalities in communication; restricted, repetitive behaviour • Difficulties in carrying out everyday activities normal for that age	Developmental Disorders Children and adolescents	DEV
• Excessive inattention and absent-mindedness, repeatedly stopping tasks before completion and switching to other activities • Excessive over-activity: excessive running around, extreme difficulties remaining seated, excessive talking or fidgeting • Excessive impulsivity: frequently doing things without forethought • Repeated and continued behaviour that disturbs others (e.g. unusually frequent and severe temper tantrums, cruel behaviour, persistent and severe disobedience, stealing) • Sudden changes in behaviour or peer relations, including withdrawal and anger	Behavioural Disorders Children and adolescents	BEH
• Decline or problems with memory (severe forgetfulness) and orientation (awareness of time, place and person) • Mood or behavioural problems such as apathy (appearing uninterested) or irritability • Loss of emotional control – easily upset, irritable or tearful • Difficulties in carrying out usual work, domestic or social activities	Dementia Older people	DEM
• Appearing to be under the influence of alcohol (e.g. smell of alcohol, looks intoxicated, hangover) • Presenting with an injury • Somatic symptoms associated with alcohol use (e.g. insomnia, fatigue, anorexia, nausea, vomiting, indigestion, diarrhoea, headaches) • Difficulties in carrying out usual work, school, domestic or social activities	Alcohol Use Disorders	ALC
• Appearing drug-affected (e.g. low energy, agitated, fidgeting, slurred speech) • Signs of drug use (injection marks, skin infection, unkempt appearance) • Requesting prescriptions for sedative medication (sleeping tablets, opioids) • Financial difficulties or crime-related legal problems • Difficulties in carrying out usual work, domestic or social activities	Drug Use Disorders	DRU
• Current thoughts, plan or act of self-harm or suicide • History of thoughts, plan or act of self-harm or suicide	Self-harm / Suicide	SUI

[78] mhGAP Intervention Guide. World Health Organization 2010

ឧបសម្ព័ន្ធទី៧: ទម្រង់របាយការណ៍អំពី PEP

តារាងទី៦៣: ទម្រង់នៃការមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ និងទម្រង់របាយការណ៍អំពី PEP របស់ NCHADS

សូមអានគោលការណ៍ណែនាំអំពី PEP និងអនុវត្តការថៃទាំព្យាបាល PEP ជាជំហានៗ។	
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីប្រជាសាស្ត្រ ឈ្មោះ ______________________________ ថ្ងៃកំណើត ___/___/______ អាយុ:	 លេខទូរស័ព្ទ:________________________ ភេទ: លេខគ្លីនិក: កាលបរិច្ឆេទការពិនិត្យដំបូង ___/___/______
ប្រភេទនៃការប្រឈម ការងារ ☐ ដៃគូដែលម្នាក់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ☐ ជនរងគ្រោះនៃការរំលោភផ្លូវភេទ ☐	**កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រឈម** កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រឈម ___/___/______ ម៉ោងនៃការប្រឈម ________ ចំនួនម៉ោងពីពេលប្រឈម រហូតបានទទួល PEP________
ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់បុគ្គលប្រភព (ប្រសិនបើមានមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន មិនត្រូវចាប់ផ្តើម / ឬបញ្ឈប់ PEP នៅពេលដែលបានដឹង) នៅពេលបង្ហាញខ្លួន : វិជ្ជមាន____ អវិជ្ជមាន____មិនដឹង____ ប្រសិនបើជាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តើបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍(ART) ? បាន____ មិនទាន់បាន____មិនដឹង____ កាលបរិច្ឆេទ ចាប់ផ្តើម ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍(ART) ___ / ___ / ______ លទ្ធផល បរិមាណមេរោគអេដស៍(VL) ចុងក្រោយបំផុត _______កាលបរិច្ឆេទ ___ / ___ / ______ តើបុគ្គលប្រភព អាចរកឃើញ និងបញ្ជូនឱ្យមកធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ? បាន___ ទេ___ តើបុគ្គលប្រភពមានហានិភ័យចម្លងមេរោគអេដស៍ ខ្ពស់ ?(អាចនឹងមាន នៅក្នុងរយៈពេលចំហរ?) បាទ/ ចាស___ ទេ___ តាមដានលទ្ធផលតេស្តរកមេរោគអេដស៍របស់បុគ្គលប្រភព: វិជ្ជមាន____ អវិជ្ជមាន____មិនដឹង____ កាលបរិច្ឆេទ ___ / ___ / ______	
ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់អ្នកប្រឈម (ប្រសិនបើមាន ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មិនបាច់ចាប់ផ្តើម PEP / ឬបញ្ឈប់ PEP នៅពេលដែលបានដឹង) នៅពេលបង្ហាញខ្លួន: វិជ្ជមាន____ អវិជ្ជមាន____មិនដឹង____ ធ្លាប់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ? ធ្លាប់___ មិនធ្លាប់___ កាលបរិច្ឆេទ ___ / ___ / ______ ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ពេលប្រឈម(baseline) : វិជ្ជមាន__ អវិជ្ជមាន___មិនដឹង___ កាលបរិច្ឆេទ ___ / ___ / ______ ការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលប្រឈម៣ខែ : វិជ្ជមាន____ អវិជ្ជមាន____មិនដឹង_______ កាលបរិច្ឆេទ ___ / ___ / ______	
១. ប្រភេទនៃការប្រឈម : (ដោយសារការបំពេញ)**ការងារ** គ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវាសុខាភិបាល មុតជ្រៅដោយម្ជុលប្រឡាក់មេរោគ មានប្រហោង : ☐ ការប្រឈមដោយចាក់/មុត ផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ឈាម សារធាតុរាវរាងកាយ : ☐ ភ្នាស Mucusបានប្រឈម/ប៉ះពាល់ : ☐	

រៀបរាប់អំពីការប្រឈម:

២. ប្រភេទនៃការប្រឈម : ដៃគូដែលម្នាក់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (discordant couple)

ការរួមភេទតាមទ្វារមាសជាកន្លែងទទួល □ ការរួមភេទតាមរន្ធគូថជាកន្លែងទទួល □

រួមភេទតាមមាត់ជាកន្លែងទទួលដោយមានបញ្ចេញទឹកកាម □

ការរួមភេទតាមទ្វារមាសដោយស៊កបញ្ចូល □ ការរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលតាមរន្ធគូថ □

ប្រើស្រោមអនាម័យ ? បានប្រើ___ មិនបានប្រើ___ មិនដឹង____ បែកស្រោមអនាម័យ ? បែក___ មិនបែក___ មិនដឹង____

បានប្រឈមនឹងបុរសដែលបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ ? បាទ/ចាស ___ ទេ___

ភស្តុតាងនៃការរបួស;ការហូរឈាម ឬការដាច់ស្រទាប់ភ្នាស mucus? បាទ/ចាស___ ទេ__ មិនដឹង____

រៀបរាប់អំពី ការប្រឈម/ប៉ះពាល់:

៣. ប្រភេទនៃការប្រឈម : ជនរងគ្រោះនៃការរំលោភផ្លូវភេទ

រួមភេទតាមទ្វារមាសជាកន្លែងទទួល □ រួមភេទតាមមាត់ជាកន្លែងទទួល □

រួមភេទតាមមាត់ជាកន្លែងទទួលដោយមានការបញ្ចេញទឹកកាម □

ប្រើស្រោមអនាម័យ? បានប្រើ___ មិនបានប្រើ___ មិនដឹង____

បែកស្រោមអនាម័យ ? បានបែក___ មិនបានបែក___ មិនដឹង____

ភស្តុតាងនៃការរបួស;ការហូរឈាម ឬការ ដាច់ស្រទាប់ភ្នាស mucus? បាទ/ចាស___ ទេ__ មិនដឹង____

ចំនួននៃជនល្មើស ? ________

រៀបរាប់អំពីការប្រឈម/ប៉ះពាល់:

យោងតាមគ្លីនិក តើតម្រូវឱ្យផ្ដល់ការព្យាបាលបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PEP) ឬទេ?

បាទ/ចាស___ ទេ___

ការរៀបរាប់:

អ្នកជំងឺបានទទួលការផ្ដល់ប្រឹក្សា និងបានយល់ព្រមជាពាក្យសម្ដី ចំពោះ **PEP** ? បាទ/ចាស___ ទេ___

រូបមន្ត ARVs ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជា: TDF + 3TC+ ATV/r □ ថ្នាំផ្សេងទៀត/រៀបរាប់

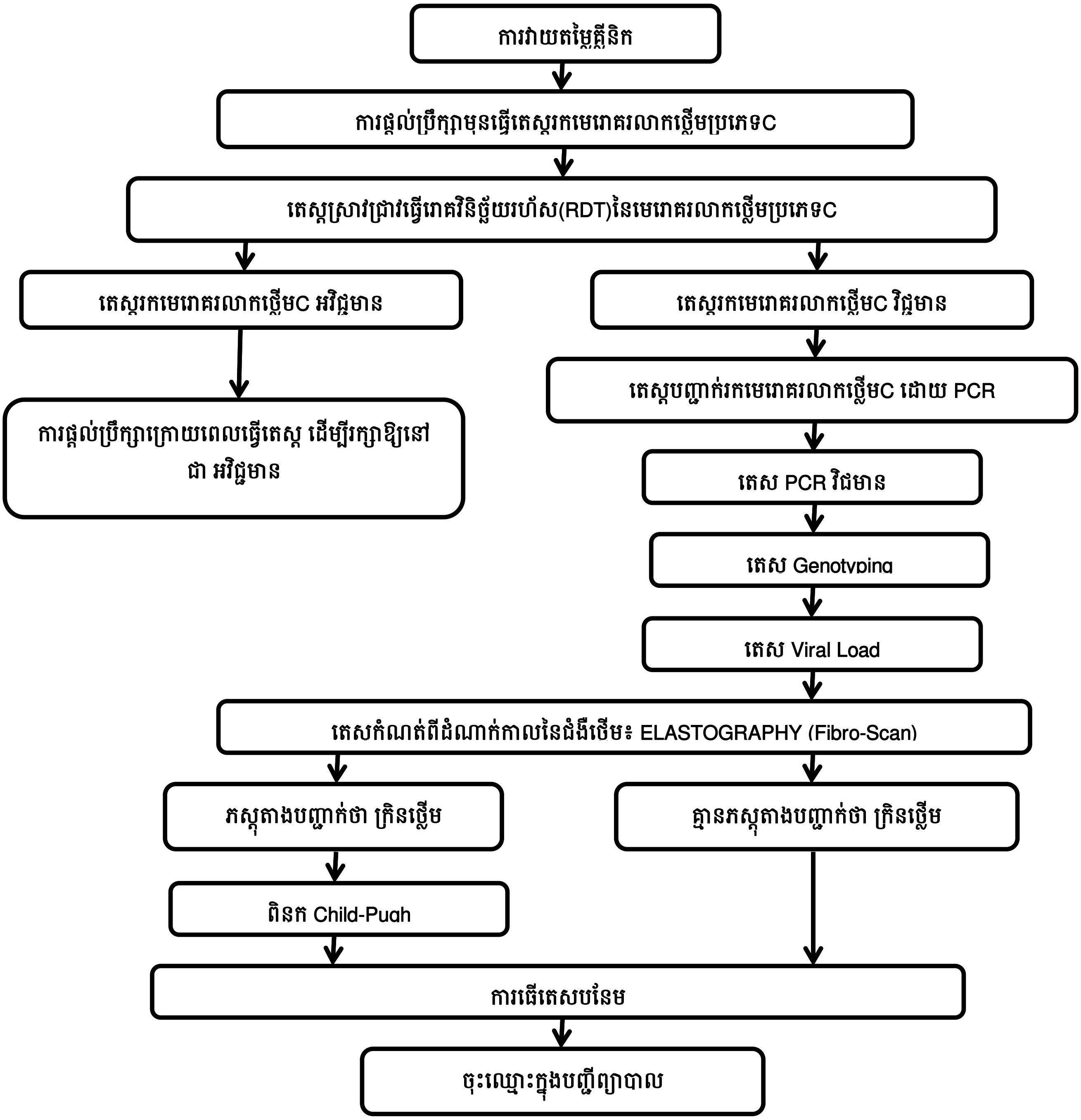
ពេលដែលលេបកម្រិតដូសថ្នាំដំបូង? (ផ្ដល់ឲ្យឆាប់បំផុតនៅពេលកំពុងផ្ដល់ការពិគ្រោះយោបល់) ________

ប្រសិនប្រឈមដោយការរួមភេទ (ដៃគូម្នាងផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬជនរងគ្រោះពីការរំលោភផ្លូវភេទ) ការពន្យាកំណើតបន្ទាន់: បានផ្តល់ឲ្យ_____ បានបដិសេធ_______ មិនតម្រូវផ្តល់ឲ្យ_______________ ការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ: បានផ្តល់ឲ្យ_____ បានបដិសេធ_______ មិនតម្រូវផ្តល់ឲ្យ_______________ ការបញ្ជូនទៅរកការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត?
ការប្រឈមនឹងការឆ្លងផ្សេងៗទៀត: ប្រភព មាន HBV+ : បាទ/ចាស____ ទេ____ មិនដឹង____ អ្នកប្រឈម? បាទ/ចាស____ ទេ____ មិនដឹង____ ប្រភព មាន HCV+ : បាទ/ចាស____ ទេ____ មិនដឹង____ អ្នកប្រឈម? បាទ/ចាស____ ទេ____ មិនដឹង____ តម្រូវឲ្យចាក់វ៉ាក់សាំង តេតានុស(Tetanus vaccination)? បាទ/ចាស____ ទេ____ បានផ្តល់ឲ្យ? ☐
បានពន្យល់ពីតម្រូវការការព្យាបាលបង្ការលើកទី២ ☐
ការណាត់ជួបតាមដាន (បញ្ជាក់ពីសារសំខាន់របស់វា) កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______
ហត្ថលេខា របស់វេជ្ជបណ្ឌិត
ការណាត់ជួប ពិគ្រោះយោបល់ (៣ – ៤ថ្ងៃ) កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______ បានមកជួប? ☐ បើមិនបានមក → ត្រូវប្រាប់ដល់អ្នកគ្រប់គ្រង ករណីសកម្ម
ការណាត់ជួបពិគ្រោះយោបល់ (៣ – ៤ថ្ងៃ) កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______ ផលប៉ះពាល់របស់ថ្នាំ? បាទ/ចាស____ ទេ____ រៀបរាប់: ការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ? បាទ/ចាស____ ទេ____ រៀបរាប់: បានធ្វើតេស្តឈាមចំពោះបុគ្គលប្រភព ? ☐ លទ្ធផល_______ (ប្រសិនបើ HIV អវិជ្ជមាន, បញ្ឈប់ PEP) បានធ្វើតេស្តឈាមចំពោះអ្នកប្រឈម? ☐ លទ្ធផល_______ (ប្រសិនបើ HIV វិជ្ជមាន, បញ្ឈប់ PEP) បន្ត PEP? បាទ/ចាស____ ទេ____ សូមពន្យល់: រូបមន្តថ្នាំដូចគ្នា(ដដែល)? បាទ/ចាស____ ទេ____ សូមពន្យល់:
ការណាត់ជួបពិគ្រោះយោបល់: (បញ្ជាក់ពីសារសំខាន់របស់វា) : កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______
ហត្ថលេខា របស់វេជ្ជបណ្ឌិត
ការណាត់ជួលើកក្រោយ(៣ខែ) កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______ បានមកជួប? ☐ បើមិនបានមក → ត្រូវប្រាប់ដល់អ្នកគ្រប់គ្រង ករណីសកម្ម

ការណាត់ជួបលើកក្រោយ(៣ខែ) កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______ ការលេបថ្នាំទាំងអស់សំរាប់ PEP បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ? បាទ/ចាស____ ទេ____ រៀបរាប់: រោគសញ្ញាឬ សញ្ញាដែលអាចឆ្លងមេរោគអេដស៍ស្រួចស្រាវ ? បាទ/ចាស____ ទេ____ រៀបរាប់ : បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ □ (បំពេញ ផ្នែកលទ្ធផលលើទំព័រមុខ) ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺកាមរោគ □ HBV Ab □ HCV Ab □ តេស្តផ្ទៃពោះ□ តម្រូវឲ្យតាមដាន ? បាទ/ចាស____ ទេ____ រៀបរាប់ :
ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត

ឧបសម្ព័ន្ធទី៨: គំនូសបំព្រួញអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទC

រូបភាពទី៣៥: គំនូសបំព្រួញអំពីការវាយតម្លៃ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C



គំនូសបំព្រួញខាងលើបង្ហាញពី គំនូសបំព្រួញស្តង់អន្តរជាតិនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនាពេលបច្ចុប្បន្ន ហើយគំនូសបំព្រួញនឹងត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងកែសម្រួលស្របតាមស្ថានភាពប្រទេសកម្ពុជា នៅពេលដែលមានព័ត៌មានបន្ថែមទៀត និងការប្រើប្រាស់ DAAs ដែលជាដំណើរការមួយសាមញ្ញ ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៩: តារាងអន្តរកម្មឱសថរបស់អង្គការ WHO

តារាងទី៦៤: អន្តរកម្មសំខាន់ៗនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងអនុសាសន៍សម្រាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាល

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	អន្តរប្រតិកម្មសំខាន់ៗ	អនុសាសន៍សំរាប់ គ្រប់គ្រងព្យាបាល
AZT	Ribavirin and peg-interferon alfa-2a	ជំនួស AZT ដោយ TDF
Boosted PI (ATV/r, DRV/r, LPV/r)	Rifampicin	ជំនួស rifampicin ដោយ rifabutin កែតម្រូវកម្រិតដូស LPV/r ឬ ជំនួស ដោយ 3NRTIs (សម្រាប់ ក្មេង)
	Halofantrine and lumefantrine	ប្រើឱសថប្រឆាំងគ្រុនចាញ់ ប្រភេទផ្សេងទៀត ជំនួស
	Lovastatin and simvastatin	ប្រើឱសថបញ្ចុះខ្លាញ់ក្នុងឈាម ប្រភេទផ្សេងទៀត ជំនួស
	Hormonal contraceptives	ប្រើមធ្យោបាយពន្យាកំណើតផ្សេងទៀតជំនួស ឬ មធ្យោបាយពន្យាកំណើតបន្ថែមទៀត
	Methadone and buprenorphine	កែតម្រូវកម្រិតដូស methadone and buprenorphine ឱ្យបានសមស្រប
	Astemizole and terfenadine	ប្រើ ឱសថ antihistamine ផ្សេងទៀត ជំនួស
	TDF	ត្រួតពិនិត្យ មុខងារ តំរងនោម
	Simeprevir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស
	Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស
DTG	Carbamazepine, phenobarbital and phenytoin	ប្រើ ឱសថ ប្រឆាំងការប្រកាច់ (anticonvulsant)ផ្សេងទៀត ជំនួស
	ផលិតផល Polyvalent cation ដែលមាន Mg, Al, Fe, Ca and Zn	ប្រើ DTG យ៉ាងហោចណាស់២ម៉ោង មុន ឬ យ៉ាងហោចណាស់៦ម៉ោងក្រោយ ប្រើផលិតផលដែលមាន polyvalent cations, រួមមាន(តែមិនកំណត់ត្រឹមផលិតផលរៀបរាប់ខាងក្រោម): Fe, Ca-, Mg- or Zn-multivitamin supplements; cation-ដែលមានសារជាតិបញ្ចុះលាមក និង Al-, Ca- ឬ Mg- ដែលមានសារជាតិប្រឆាំងអាស៊ីត . ត្រួតពិនិត្យប្រសិទ្ធិភាពលើវីរុស(virologic efficacy)។
	Amodiaquine	ប្រើឱសថប្រឆាំងគ្រុនចាញ់ ប្រភេទផ្សេងទៀត ជំនួស

EFV	Methadone	កែតម្រូវកម្រិតដូស methadone ឱ្យបានសមស្រប
	Hormonal contraceptives	ប្រើមធ្យោបាយពន្យាកំណើតផ្សេងទៀតជំនួស ឬមធ្យោបាយពន្យាកំណើតបន្ថែមទៀត
	Astemizole and terfenadine	ប្រើ ឱសថ antihistamine ផ្សេងទៀត ជំនួស
	Simeprevir	ប្រើ DAA ផ្សេងទៀត ជំនួស
	Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស
NVP	Astemizole and terfenadine	ប្រើ ឱសថ antihistamine ផ្សេងទៀត ជំនួស
	Rifampicin	ជំនួស NVP ដោយ EFV
	Itraconazole and ketoconazole	ប្រើឱសថ ប្រឆាំងមេរោគផ្សិតផ្សេងទៀត ជំនួស
	Simeprevir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស
	Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស។

ប្រភព: តារាងនេះត្រូវបានបង្កើត ដោយសំអាងលើ តារាងអន្តរកម្មឱសថ របស់សកលវិទ្យាល័យ Liverpool, ដែល អាចរកបានពី www.hiv-druginteractions.org និង www.hep-druginteractions.org . តារាងលំអិតរបស់អន្តរប្រតិកម្ម ឱសថ ARV មាន ក្នុង ឧបសម្ព័ន្ធ១៣ របស់ WHO Clinical Guidelines: Antiretroviral Therapy 2015 ដែលនឹងផ្សព្វផ្សាយនៅNew York ខែមិថុនា ២០១៦ ។

ឯកសារយោង៖

ឯកសារយោងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា៖

- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, CENAT's National Guideline for Tuberculosis Preventive Therapy 2019
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, NCHADS, HIV testing algorithm with Recency Assay, 2019
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, NCHADS, National Guideline for Post Exposure Prophylaxis after Non-occupational and Occupational Exposure to HIV. 2019
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, NCHADS, Concept note on HIV-Pre-Exposure Prophylaxis Implementation in Cambodia. 2019.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, NCHADS, Guideline for Screening of Cryptococcal Infection in HIV-Infected Patients. 2018.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, NCHADS, the National Guideline for Management of Persons with HIV and Hepatitis C co-infection. 2017.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, Standard Operating Procedures (SOP) for implementing the Three I's in Continuum of Care (CoC) Settings. 2010.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. National Clinical Guideline for the Management of TB/HIV Co-infection. Khmer 2013. (Unofficial English version 2008)
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Programmatic Management of Drug-resistant TB in Cambodia Technical and Operational Guidelines. 2013.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, Standard tuberculosis treatment regimens. CENAT 2011.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Standard Operating Procedures for HIV Testing and Counseling (HTC). NCHADS. 2012.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Standard Operating Procedure for Implementation of the Boosted Linked Response between HIV and SRH for Elimination of New Pediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Cambodia. MCH and NCHADS. 2013.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Guidelines for Management of Common and Opportunistic Infections in HIV-infected Infants, Children and Adolescents in Cambodia. NCHADS. DRAFT. September 2015.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Guidelines for Diagnosis and Antiretroviral Treatment of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents in Cambodia. NCHADS. DRAFT. September 2015.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Guidance note on integrated case management and partner tracing and HIV testing for Cambodia 3.0 Initiative. NCHADS. 2013.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Standard Operating Procedure for Clinical Mentoring for Quality Improvement within Pre-ART and ART Services for Adults and Children in Cambodia. NCHADS. 2014.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. National guidelines on sexually transmitted infections (STI) and reproductive tract infections (RTI) case management. 2010 module 6 chapter 6 p 217 – 222.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Concept Note on Treatment as Prevention (TasP) as a Strategy for Elimination of New HIV Infections in Cambodia. NCHADS. 2012.

- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Clinical practice guidelines. Arterial Hypertension in adult. A Continuum of Care for Hypertensive Patients both with and without complications at NCD clinics/rhs. Bureau for NCD Prevention & Control department of preventive medicine. 2015
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Clinical practice guidelines. Type 2 diabetes. A continuum of care for diabetes patients both with and without complications at NCD clinics/rhs Bureau for NCD Prevention & Control department of preventive medicine 2015.
- Kingdom of Cambodia. Ministry of Health. University of Health Sciences. Prevalence of Non-communicable disease risk factors in Cambodia. STEPS Survey Country Report, September 2010.

ឯកសារយោងរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក៖

- Cambodia TB Profile 2019, WHO Global TB report 2019 available at https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1
- Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. WHO July 2019.
- Guideline for diagnosis, prevention and management for Cryptococal disease in HIV infected adults, adolescence and children, WHO March 2018.
- WHO HIV clinical guideline 2017
- Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. WHO June 2013.
- FRAX© WHO Fracture Risk Assessment Tool. World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffield, UK available at http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?Country=57
- Global Database on Body Mass Index an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition. World Health Organisation. 2015 available at http://apps.who.int/bmi/index.jsp?Intropage=intro_3.html
- Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach. December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. World Health Organization. December 2014.
- Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. World Health Organization. September 2015.
- Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. World Health Organization. March 2015.
- Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource- constrained settings. World Health Organization. 2011.
- Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults. World Health Organization. 2014.
- Hormonal contraceptive methods for women at high risk of HIV and living with HIV. 2014 Guidance Statement. World Health Organization. 2014.

- HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. World Health Organization. 2013
- Implementation tools: package of essential non communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. World Health Organization 2013.
- March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. World Health Organization. March 2013.
- mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health setting. Mental Health Gap Action Programme 2010. World Health Organization
- Nutritional care and support for people living with HIV/AIDS: a training course. World Health Organization 2009.
- Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation, World Health Organization, Geneva, 13-15 May 2003
- Prevention and Control of Non-Communicable Diseases: Guidelines for primary health care in low-resource settings. World Health Organization. 2012.
- Rapid Advice Diagnosis, Prevention and Management of Cryptococcal Disease in HIV – infected Adults, Adolescents and Children. World Health Organization. December 2011.
- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: Clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013
- The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. World Health Organization; 2010.
- The treatment of diarrhoea. A manual for physicians and other senior health workers. World Health Organization. 2005.
- Treatment of Tuberculosis guidelines 4th Edition, World Health Organization. 2010
- WHO Cambodia TB Profile 2013 available at https://extranet.who.int/sree/Reports?Op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/tbcountryprofile&ISO2=KH&outtype=html

គោលការណ៍ណែនាំ និងឧបករណ៍បន្ថែម៖

- Updated Guidelines for Antiretroviral Post Exposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Non-Occupational Exposure to HIV—United States, 2016 from the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services
- Hoy J et al. Alfred Hospital HIV Service Guidelines for the Screening and Management of HIV related Co-Morbidities. V 1.4. September 2013.
- HIV TB Clinical Guide 8th edition. Medicines Sans Frontieres. 2015.
- HIV, viral hepatitis & STIs. A guide for primary care. Australasian Society for HIV Medicine (ASHM).2014.
- Johns Hopkins POC-IT Antibiotic (ABX Guide) © 2000-2015, The Johns Hopkins University.
- Medicines Sans Frontieres and Partners in Health. Tuberculosis: Practical Guide for clinicians, nurses, laboratory technicians, and medical auxiliaries. 2014.
- MIMS. http://www.mims.com.au

- Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. 2015. Available at http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Available at http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf.
- Post-Exposure Prophylaxis after Non-Occupational and occupational exposure to HIV National Guidelines. Australasian Society for HIV Medicine (ASHM) 2013. Available at www.ashm.org.au.
- Sanford Guide to Antimicrobial therapy. 45th Edition. 2015
- TB CARE I. International Standards for Tuberculosis Care, Edition 3. TB CARE I, The Hague, 2014.
- Untangling the web of antiretroviral price reductions. 17th Edition. MSF. July 2014 available at www.msfaccess.org/utw17
- Www.hivdruginteractions.org/ .The University of Liverpool. 2015.

គោលការណ៍ណែនាំរបស់ប្រទេសផ្សេងទៀត៖

- Manosuthi W et al. Guidelines for antiretroviral therapy in HIV-1 infected adults and adolescents 2014, Thailand. AIDS Research and Therapy (2015) 12:12
- National consolidated guidelines for the prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) and the management of HIV in children, adolescents and adults. National department of health. South Africa, April 2015. www.doh.gov.za.

ឯកសារយោងផ្សេងទៀត៖

- Barennes H et al. Virological Failure and HIV-1 Drug Resistance Mutations among Naive and Antiretroviral Pre-Treated Patients Entering the ESTHER Program of Calmette Hospital in Cambodia. PLOS One. August 2014. Volume 9 (8) e105736.
- Blanc F.X et al. Earlier versus Later Start of Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Adults with Tuberculosis. N Engl J Med 2011;365:1471-81.
- Boulware D R et al (COAT Trial Team). Timing of Antiretroviral Therapy after Diagnosis of Cryptococcal Meningitis. N Engl J Med 2014;370:2487-98. DOI: 10.1056/NEJMoa1312884
- Haddow LJ, Floyd S, Copas A, Gilson RJC (2013) A Systematic Review of the Screening Accuracy of the HIV Dementia Scale and International HIV Dementia Scale. PLoS ONE 8(4): e61826. doi:10.1371/journal.pone.0061826
- Kamminga J et al. Validity of Cognitive Screens for HIV-Associated Neurocognitive Disorder: A Systematic Review and an Informed Screen Selection Guide. Curr HIV/AIDS Rep (2013) 10:342–355
- Micol R et al. Prevalence, Determinants of Positivity, and Clinical Utility of Cryptococcal Antigenemia in Cambodian HIV-Infected Patients. J Acquir Immune Defic Syndr 2007; 45:555–559.

- MoPoTsyo, Patient Information Centre. Annual Report 2013 (and Diabetes food pyramid).
- Kwan C K et al. Utility of Cryptococcal Antigen Screening and Evolution of Asymptomatic Cryptococcal Antigenemia among HIV-Infected Women Starting Antiretroviral Therapy in Thailand. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care 2014, Vol. 13(5) 434–437
- Govender NP et al. Southern African HIV Clinicians Society. Guideline for the prevention, diagnosis and management of cryptococcal meningitis among HIV-infected persons:2013 update. JUNE 2013, Vol. 14, No. 2 SAJHIVMED.
- Sacktor NC, Wong M, Nakasujja N, et al. The International HIV Dementia Scale: A new rapid screening test for HIV dementia. AIDS 2005;19:1367-1374
- The INSIGHT START Study Group. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med. July 20 2015. DOI: 10.1056/NEJMoa1506816.
- The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. N Engl J Med. July 20 2015. DOI: 10.1056/NEJMoa1507198
- Uthman O.A et al. Optimal Timing of Antiretroviral Therapy Initiation for HIV-Infected Adults With Newly Diagnosed Pulmonary Tuberculosis A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of Internal Medicine • Vol. 163 No. 1 • 7 July 2015
- Walls G, et al. Drug-resistant tuberculosis in HIV-infected patients in a national referral hospital, Phnom Penh, Cambodia. Glob Health Action 2015, 8: 25964http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25964

ផលិតដោយ

សហការជាមួយ

PEPFAR

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

UNAIDS

CLINTON
HEALTH ACCESS
INITIATIVE

magna
medical aid here and now

AHF

CPN+

World Health
Organization

US_CDC

CRS

anrs
MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES

fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

EpiC
Meeting Targets and
Maintaining Epidemic Control

USAID-EQHA
Enhancing Quality of
Healthcare Activity