ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពី ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់ទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់

ពិនិត្យឡើងវិញលើកទី៥ ឆ្នាំ២០២០

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ

មាតិកា **ទំព័រ**

អារម្ភកថា.. **១៦**

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ **១៧**

ពាក្យបំព្រួញ.. **១៩**

ជំពូកទី ១.សេចក្តីផ្តើម... ២០

តើមានអ្វីថ្មី នៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះ? ២១

តើអ្នកណាខ្លះ គួរប្រើប្រាស់គោលការណ៍ណែនាំនេះ?... ២៣

ជំពូកទី ២: រូបវិទ្យាភាពទូទៅនៃមេរោគអេដស៍ ២៤

២.១ សរីរៈរោគសាស្ត្រ (PATHOPHYSIOLOGY) នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ២៤

២.២ ការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកុមារ... ២៤

ជំពូកទី ៣: ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (EMTCT) ២៦

៣.១ ការថែទាំព្យាបាលភ្លាមៗលើទារកប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែលទើបកើត ២៧

ជំពូកទី ៤: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍នៅលើកុមារ... ៣១

៤.១ តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណ ៣១

៤.២ តេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ ៣២

៤.៣ តើការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារត្រូវធ្វើនៅពេលណា?.. ៣៣

៤.៣.១ កុមារអាយុ < ១៨ខែ ដែលម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍... ៣៣

៤.៣.២ កុមារអាយុ < ១៨ខែ ដែលម្តាយមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍................................... ៣៧

៤.៣.៣ កុមារអាយុ ≥ ១៨ ខែ ៤០

៤.៤ កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HEU) ៤២

ជំពូកទី ៥: ការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារ និង ក្មេងជំទង់ ដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមវិធីផ្សេងៗក្រៅអំពីការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ៤៣

៥.១ តេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងការតាមដាន ៤៤

៥.២ ការព្យាបាលបង្ការការមានផ្ទៃពោះ ៤៥

៥.៣ គោលការណ៍ក្នុងការថែទាំកុមាររងគ្រោះ ដោយការរំលោភផ្លូវភេទ ៤៥

ជំពូកទី ៦: សមាសភាគសំខាន់ៗនៃការថែទាំព្យាបាលកុមារ ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ៤៨

៦.១ អនុសាសន៍អំពីការបំបៅកូន ៤៨

៦.១.១ ពីពេលកើតរហូតដល់អាយុ ៦ខែ ៤៨

៦.១.២ អាយុក្រោយ ៦ខែ ៤៩

៦.១.៣ ការចិញ្ចឹមកូនដោយអាហារជំនួស ៥០

៦.២ ការបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ៥១

៦.២.១ ការបង្ការជំងឺបង្កដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ និងជំងឺគ្រុនចាញ់ ៥១

ផលវិបាកនៃឱសថ Cotrimoxazole ៥៣

៦.២.២ ការបង្ករោគដោយគ្រីបតូកុក (Cryptococcus) ៥៤

៦.២.៣ ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកអង់ទីហ្សែនមេរោគគ្រីបតូកុក (CRAG) ៥៤

៦.៣ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ការផ្តល់វីតាមីន A បន្ថែម និងការទំលាក់ព្រូន ៥៨

ជំពូកទី ៧: អាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៥៩

៧.១ ចំណុចគន្លឹះ ៥៩

៧.២ សេចក្តីផ្តើម ៥៩

៧.៣ មូលហេតុនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ៥៩

៧.៤ ការវាយតម្លៃអាហារូបត្ថម្ភ ៦០

៧.៥ ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ (SAM) ៦៣

៧.៦. ការផ្តល់កាល់ឡូរីបន្ថែមសម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៦៥

ជំពូកទី ៨: ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង ៦៧

៨.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង ជាប្រចាំ ៦៨

៨.២ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) ៦៨

៨.២.១ របបព្យាបាលជំងឺរបេងសម្ងំ (LTBI) ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៦៨

៨.២.២ ការព្យាបាលការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (LTBI) សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺរបេងដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថច្រើន (MDR TB) ៧០

ជំពូកទី៩: តើត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់នៅពេលណា? ៧៣

៩.១ គោលការណ៍ណែនាំក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់ ៧៣

៩.២ ការអនុវត្តដ៏ល្អក្នុងការរៀបចំការចាប់ផ្តើម ART លើកុមារ ៧៤

៩.៣ អនុសាសន៍នៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ .... ៧៥

៩.៣.១ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារទម្ងន់ < ២០ គ.ក្រ ៧៥

៩.៣.២ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់កុមារទម្ងន់ ២០ គ.ក្រ– < ៣០ គ.ក្រ ៧៧

៩.៣.៣ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់កុមារទម្ងន់ ≥ ៣០ kg ៧៨

ជំពូកទី ១០: ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងស្ថានភាពដែលមានការបង្ករោគរួមគ្នា ៨១

១០.១ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលជំងឺរបេង ៨១

១០.១.១ នៅពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគលើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង ៨១

១០.១.២ ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាល ARV លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង ៨១

១០.២ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ករណីមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ/អេដស៍រួមគ្នា ៨៨

១០.៣ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ករណីមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C/អេដស៍រួមគ្នា ៨៩

ជំពូកទី ១១៖ ការពុលឱសថ ៩១

ជំពូកទី ១២៖ ចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃការស្តារភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS) ៩៩

១២.១ PARADOXICAL IRIS ៩៩

១២.២ UNMASKING IRIS ១០០

ជំពូកទី ១៣៖ ការតាមដានគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ១០២

១៣.១ ការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដើមគ្រា ១០២

១៣.២ ការតាមដានជាប្រចាំលើកុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១០៣

ជំពូកទី ១៤៖ ការព្យាបាលបរាជ័យ ១០៥

១៤.១ មូលហេតុបណ្តាលឱ្យបរាជ័យនៃការព្យាបាល ១០៦

១៤.២ ការធ្វើតេស្តរាប់បន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម ១០៧
១៤.៣ ការតាមដានការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ...... ១០៩

ជំពូកទី ១៥៖ ការជ្រើសរើសឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ...... ១១០

១៥.១ ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ...... ១១០

១៥.១.១ VL > ១០០០ កូពី/ម.ល លើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដែលមានក្រុមឱសថ PIs ១១០

១៥.១.២ VL > ១០០០ កូពី/ម.ល លើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដែលមានក្រុមឱសថ NNRTI ១១០

១៥.១.៣ ការពិចារណាក្នុងការប្រើឱសថ NRTI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ...... ១១១

១៥.២ បរាជ័យនៃការព្យាបាល ក្នុងស្ថានភាពពិសេស ១១១

ជំពូកទី ១៦៖ ការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ ...... ១១៤

១៦.១ កិច្ចការដែលត្រូវធ្វើ ពេលដែលអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលរូបមន្តជួរទី២ បញ្ជាក់ថា បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ១១៤

១៦.២ ដំណើរការបន្ទាប់ពីសង្ស័យ បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រទៅនឹងការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ...... ១១៥

ជំពូកទី១៧៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកុមារដែលបោះបង់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១១៧

ជំពូកទី ១៨៖ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គម (PSS) ដល់ទារកកុមារ និងក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកថែទាំ ១១៩

១៨.១ ការវាយតម្លៃជាបុគ្គល ១១៩

១៨.២ អ្នកណា ជាអ្នកផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត? ១២០

១៨.៣ ពេលណាដែលចាំបាច់គាំទ្រផ្លូវចិត្ត ? ១២០

ជំពូកទី ១៩៖ ការគាំទ្រកុមារឱ្យលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ១២៨

១៩.១ តើការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ជាអ្វី? ១២៨

១៩.២ ការគាំទ្រការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ រាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ ១២៩

១៩.៣ បច្ចេកទេសក្នុងការធ្វើប្រសើរឡើងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់៖ ១៣០

១៩.៣.១ ទារក និង កុមារតូច ១៣០

១៩.៣.២ កុមារធំ និង ក្មេងជំទង់ ១៣១

ជំពូកទី ២០៖ ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍សម្រាប់កុមារ និងក្មេងជំទង់ ១៣៣

២០.១ តើនៅពេលណា ដែលត្រូវបើកចំហ ? ១៣៣

២០.២ អ្នកណាដែលត្រូវបើកចំហ ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ? ១៣៤

២០.៣ ការបើកចំហមិនពេញលេញ និងពេញលេញ អំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៣៥

២០.៤ ការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកថែទាំកុមារ ១៣៥

២០.៥ គន្លឹះនៃការទំនាក់ទំនងក្នុងការបើកចំហ ១៣៧

២០.៦ ដំណើរការនៃការបើកចំហ ១៣៧

២០.៦.១ មុនពេលបើកចំហ ១៣៧

២១.៦.២ អំឡុងពេលនៃការបើកចំហ ១៣៨

២០.៦.៣ ក្រោយពីការបើកចំហ ១៣៨

ជំពូកទី ២១៖ ការថែទាំក្មេងជំទង់ និងការត្រៀមរៀបចំក្នុងការផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យដោយជោគជ័យ ១៣៩

២១.១ ការគាំទ្រក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៤០

២១.២ ការផ្ទេរពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្ស ពេញវ័យ ១៤១

២១.២.១ ការប្រឈម និង ឧបសគ្គទៅកាន់ការផ្ទេរដោយជោគជ័យ ១៤១

២១.២.២ ការត្រៀមខ្លួននៃការផ្ទេរក្មេងជំទង់ ១៤១

ជំពូកទី ២២៖ ជំងឺដែលមិនមែនជាជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតមានញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៤៧

២២.១ ចំនុចគន្លឹះ ១៤៧

២២.២ សេចក្តីផ្តើម ១៤៧

ជំពូកទី ២៣៖ គ្រុនក្តៅ ១៤៩

២៣.១ សេចក្តីផ្តើម ១៤៩

២៣.២ មូលហេតុ ១៤៩

២៣.៣ ការវាយតម្លៃ ១៤៩

២៣.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៥០

២៣.៥ គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ (PERSISTENT FEVER) ដោយគ្មានមូលហេតុ ១៥០

ជំពូកទី ២៤៖ ជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ ១៥៣

២៤.១ រលាកត្រចៀកស្រួចស្រាវ (ACUTE OTITIS MEDIA) ១៥៣

ការព្យាបាល ១៥៣

២៤.២ រលាកត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ ១៥៣

២៤.៣ រលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម (MASTOIDITIS) ១៥៣

២៤.៤ រលាកបំពង់ក (PHARYNGITIS) ១៥៤

២៤.៥ ការរីកធំនៃក្រពេញ PAROTID ១៥៤

២៤.៦ ការឡើងកូនកណ្តុរពេញខ្លួន (PGL) ១៥៥

២៤.៧ ជំងឺតម្រងនោមដោយសារមេរោគអេដស៍ ១៥៥

ជំពូកទី ២៥៖ ជំងឺមាត់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៥៦

២៥.១ ចំណុចគន្លឹះ ១៥៦

២៥.២ សេចក្តីផ្តើម ១៥៦

២៥.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៥៦

២៥.៣.១ ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral Candidiasis) ១៥៦

២៥.៣.២ ជំងឺ Oral hairy leukoplakia (OHL) ១៥៧

២៥.៣.៣ ជំងឺមាត់ធ្មេញ ដោយសារមេរោគអេដស៍ ១៥៧

២៥.៣.៤ ជំងឺ Herpes Simplex Virus (HSV) ១៥៧

២៥.៣.៥ ជំងឺពងបែក Aphthous សារចុះសារឡើង (RAUs) ១៥៧

២៥.៣.៦ ការរីកក្រពេញ Parotid និង Xerostomia ១៥៨

២៥.៣.៧ Human Papillomavirus (HPV) Infection ១៥៨

២៥.៤ ការព្យាបាល ១៥៨

ជំពូកទី២៦៖ ជំងឺសើស្បែកលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៦១

២៦.១ ចំណុចគន្លឹះ ១៦១

២៦.២ សេចក្តីផ្តើម ១៦១

២៦.៣ ជំងឺសើស្បែក ជួបញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៦២

២៦.៣.១ ជំងឺ Herpes simplex virus ១៦២

២៦.៣.២ ជំងឺអុតក្តាម (Primary Varicella Zoster Virus) ១៦២

២៦.៣.៣ ជំងឺរើម Herpes zoster (shingles) ១៦៣

២៦.៣.៤ ជំងឺ Molluscum Contagiosum ១៦៣

២៦.៣.៥ ជំងឺសើស្បែក ដែលបង្ករដោយបាក់តេរី ១៦៣

២៦.៣.៦ ជំងឺសើស្បែកបង្ករដោយផ្សិត ១៦៥

២៦.៣.៧ ជំងឺកមរមាស់ (Scabies) ១៦៦

២៦.៣.៨ Drug Eruptions ១៦៦

២៦.៣.៩ Seborrheic Dermatitis ១៦៧

២៦.៣.១០ Pruritic Papular Eruption ១៦៧

ជំពូកទី ២៧៖ ជំងឺឈាមលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៦៨

២៧.១ ចំណុចគន្លឹះ ១៦៨

២៧.២ ភាពស្លេកស្លាំង ១៦៨

២៧.៣ ការធ្លាក់ចុះនៃកោសិកា NEUTROPHIL (NEUTROPENIA) ១៦៩

២៧.៤ ការធ្លាក់ចុះនៃកោសិកា ប្លាកែត (THROMBOCYTOPENIA) ១៧០

ជំពូកទី ២៨៖ ជំងឺមហារីកទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ លើកុមារ ១៧២

២៨.១ ចំណុចគន្លឹះ ១៧២

២៨.២ ជំងឺ NON-HODGKIN'S LYMPHOMA (NHL) ១៧២

២៨.២.១ ការបង្ហាញសញ្ញាគ្លីនិក ១៧២

២៨.២.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១៧៣

២៨.២.៣ ការព្យាបាល ១៧៣

២៨.៣ ជំងឺ PRIMARY CNS LYMPHOMA ១៧៣

២៨.៣.១ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១៧៣

២៨.៣.២ ការព្យាបាល ១៧៤

២៨.៤ ជំងឺមហារីកសរសៃឈាមវ៉ែន (KAPOSI'S SARCOMA) ១៧៤

ជំពូកទី ២៩៖ ជំងឺផ្លូវដង្ហើមលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៧៥

២៩.១ ចំណុចគន្លឹះ..... ១៧៥

២៩.២ សេចក្តីផ្តើម..... ១៧៥

២៩.៣ ជំងឺរលាកសួតបណ្តាលមកពីបាក់តេរី (BACTERIAL PNEUMONIA)..... ១៧៧

២៩.៣.១ ការបង្ហាញគ្លីនិក..... ១៧៧

២៩.៣.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ..... ១៧៧

២៩.៣.៣ ការព្យាបាល..... ១៧៨

២៩.៤ ជំងឺ PNEUMOCYSTIS JIROVECI PNEUMONIA (PCP) ១៧៩

២៩.៤.១ សេចក្តីផ្តើម..... ១៧៩

២៩.៤.២ អេពីដេមីសាស្ត្រ..... ១៧៩

២៩.៤.៣ ការបង្ហាញគ្លីនិក..... ១៧៩

២៩.៤.៤ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ..... ១៨០

២៩.៤.៥ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែក..... ១៨០

២៩.៤.៦ ការព្យាបាល..... ១៨០

២៩.៤.៧ ការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole..... ១៨២

២៩.៥ ជំងឺ LYMPHOID INTERSTITIAL PNEUMONITIS (LIP) ១៨២

២៩.៥.១ ការបង្ករោគ..... ១៨២

២៩.៥.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិក..... ១៨២

២៩.៥.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល..... ១៨៣

២៩.៦ ជំងឺ BRONCHIECTASIS ១៨៣

២៩.៦.១ អេពីដេមីសាស្ត្រ..... ១៨៣

២៩.៦.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិក..... ១៨៣

២៩.៦.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ..... ១៨៤

២៩.៦.៤ ការព្យាបាល..... ១៨៤

២៩.៦.៥ ការបង្ការ..... ១៨៤

ជំពូកទី ៣០៖ ជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍..... ១៨៥

៣០.១ ចំណុចគន្លឹះ..... ១៨៥

៣០.២ អេពីដេមីសាស្ត្រ ១៨៥
៣០.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៨៥
៣០.៤ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសកម្ម..... ១៨៧
៣០.៥ ការព្យាបាល ១៨៨
ការពិចារណាបន្ថែមសម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៨៨
៣០.៦ ផលរំខានបន្ទាប់បន្សំ នៃឱសថព្យាបាលរបេង ១៨៩
៣០.៧ ទម្រង់នៃជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ..... ១៩០
៣០.៧.១ ជំងឺរបេងសាយភាយ (Miliary TB) ១៩០
៣០.៧.២ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង ១៩០
៣០.៨ បរាជ័យក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេង..... ១៩១

ជំពូកទី ៣១៖ ការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG បង្ការជំងឺរបេង ១៩៤

៣១.១ តើអ្វីទៅជា BCG..... ១៩៤
៣១.២ តើនៅពេលណាដែលត្រូវផ្តល់វ៉ាក់សាំង BCG ?..... ១៩៤
៣១.៣ ផលវិបាកនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG ១៩៤

ជំពូកទី ៣២៖ ការលេចឡើងនូវរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៩៦

៣២.១ ចំណុចគន្លឹះ ១៩៦
៣២.២ ទិដ្ឋភាពទូទៅ..... ១៩៦
៣២.២.១ ជំងឺខួរក្បាលបង្ករដោយមេរោគអេដស៍ (HIV Encephalopathy) ១៩៧
៣២.២.២ ការប្រកាច់..... ១៩៨

ជំពូកទី ៣៣៖ ការបង្ករោគនៅលើប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល ២០១

៣៣.១ ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយផ្សិតកើ ២០១
៣៣.១.១ ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយគ្រីបតូកុក (Cryptococcal meningitis) ២០១
៣៣.១.២ ជំងឺ Toxoplasma encephalitis..... ២០៦
៣៣.២ ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្ករដោយវីរុស ២០៨
៣៣.៣ ជំងឺស្ទះសរសៃឈាមខួរក្បាល (STROKE) ២០៩
៣៣.៤ ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទខាងក្រៅ (PERIPHERAL NEUROPATHY)..... ២១០

ជំពូកទី ៣៤៖ ជំងឺរាគរូស និងហោះទៀនលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ២១១

៣៤.១ ចំណុចគន្លឹះ.. ២១១

៣៤.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក... ២១១

៣៤.៣ ជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ.. ២១៣

៣៤.៣.១ ការរាករូសដែលមានលាមករាវដូចទឹក (Watery diarrhea).. ២១៤

៣៤.៣.២ ការរាគមួល (Bloody diarrhea).. ២១៤

៣៤.៤ ជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ.. ២១៥

ជំពូកទី ៣៥៖ ជំងឺរលាកថ្លើមបង្ករដោយវីរុស... ២២០

៣៥.១ រោគសញ្ញា និង ចង្កោមរោគសញ្ញា ២២០

៣៥.២ ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទ A និង ប្រភេទ E ២២០

៣៥.៣ ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទ B (HBV) ២២១

៣៥.៤ ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទC (HCV) ២២១

ជំពូកទី ៣៦៖ ជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀត.. ២២២

៣៦.១ ចំណុចគន្លឹះ.. ២២២

៣៦.២ ជំងឺ DISSEMINATED MYCOBACTERIUM AVIUM COMPLEX (MAC) ២២២

៣៦.២.១ អេពីដេមីសាស្ត្រ.. ២២២

៣៦.២.២ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក... ២២៣

៣៦.២.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ.. ២២៣

៣៦.២.៤ ការព្យាបាល.. ២២៣

៣៦.២.៥ ការព្យាបាលបង្ការបឋម និងទីពីរ.. ២២៤

ជំពូកទី ៣៧៖ ជំងឺបង្ករដោយមេរោគ PENICILLIOSIS.. ២២៥

៣៧.១ អេពីដេមីសាស្ត្រ ២២៥

៣៧.២ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក ២២៥

៣៧.៣ ការអង្កេតស្រាវជ្រាវ ២២៥

៣៧.៤ ការព្យាបាល.. ២២៥

៣៧.៥ ការព្យាបាលបង្ការទី២ .... ២២៦

ជំពូកទី ៣៨៖ ជំងឺ HISTOPLASMOSIS ២២៧
៣៨.១ អេពីដេមីសាស្ត្រ ២២៧
៣៨.២ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក ២២៧
៣៨.៣ ការអង្កេតស្រាវជ្រាវ ២២៧
៣៨.៤ ការព្យាបាល ២២៨
៣៨.៤.១ ការព្យាបាលបន្ត (Maintenance Phase) ២២៨
ជំពូកទី ៣៩៖ ការបង្ករោគដោយវីរុស CYTOMEGALOVIRUS (CMV) ២២៩
៣៩.១ អេពីដេមីសាស្ត្រ ២២៩
៣៩.២ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក ២២៩
៣៩.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ២២៩
៣៩.៤ ការព្យាបាល ២៣០
៣៩.៥ ការបង្ការ ២៣០

ឧបសម្ព័ន្ធ ២៣១
ឯកសារយោង ២៦៨

បញ្ជីតារាង

តារាងទី 1: កត្តាជម្រុញឱ្យមានការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន ២៥
តារាងទី 2: កាលវិភាគសម្រាប់កម្មវិធីពង្រីកចាក់ថ្នាំបង្ការ (EPI) ២៩
តារាងទី 3: កម្រិតដូសឱសថ Nevirapine និង Zidovidine (10mg/ml)... ២៩
តារាងទី 4: សេចក្ដីសង្ខេបអំពីការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ម្ដាយ និងកូន..... ៣០
តារាងទី 5: អនុសាសន៍ស្ដីពីការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពីប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍.........................៤៤
តារាងទី 6: ពេលវេលាដែលត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅមុនពេល និងក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ រួមទាំងការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ ៤៥
តារាងទី 7: ពេលត្រូវចាប់ផ្ដើម និងបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole........................ ៥១
តារាងទី 8: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្ដាលមកពីឱសថ Cotrimoxazole.................... ៥៣
តារាងទី 9: ការផ្ដល់វីតាមីន A បន្ថែមជាប្រចាំ ៥៨
តារាងទី 10: ការទំលាក់ព្រូនជាប្រចាំ ៥៨
តារាងទី 11: ចំណាត់ថ្នាក់នៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភលើកុមារ.. ៦២
តារាងទី 12: ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ នៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ដែលទាមទារឱ្យព្យាបាលដោយសម្រាកពេទ្យ ៦៤
តារាងទី 13: កុមារដែលត្រូវដាក់ឱ្យសម្រាកពេទ្យ ៦៦
តារាងទី 14: រូបមន្តព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង.. ៦៨
តារាងទី 15: អនុសាសន៍រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ *.............................៨០
តារាងទី 16: អនុសាសន៍រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង .៨៥
តារាងទី 17: អនុសាសន៍អំពី រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ លើកុមារដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ៨៩
តារាងទី 18: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ .... ៩២
តារាងទី 19: និយមន័យការព្យាបាលបរាជ័យ ១០៥
តារាងទី 20: អនុសាសន៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ .... ១១២
តារាងទី 21: ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តដល់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទៅតាមដំណាក់កាលនៃការលូតលាស់ធំធាត់ ១២១
តារាងទី 22: ការព្យាបាលដំបៅមាត់.. ១៥៨
តារាងទី 23: មូលហេតុនៃជំងឺសើស្បែកនៅលើអ្នកជំងឺអេដស៍..១៦១
តារាងទី 24: មូលហេតុនៃជំងឺសើស្បែកបង្ករដោយបាក់តេរី និងការព្យាបាល ១៦៤
តារាងទី 25: មូលហេតុ និងដើមចមនៃភាពស្លេកស្លាំង នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍.............................១៦៨

តារាងទី 26: មូលហេតុនៃការថយចុះកោសិកា Neutrophil (Neutropenia)នៅលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ១៧០
តារាងទី 27: រោគសញ្ញាទៅតាមទីកន្លែងនៃជំងឺ.. ១៧២
តារាងទី 28: ការប្រឈមនឹងការកើតជំងឺរបេងសកម្ម ក្នុងជីវិតលើអ្នកផ្ទុក និងមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៨៥
តារាងទី 29: កម្រិតណែនាំ សម្រាប់ថ្នាំព្យាបាលជំងឺរបេងសម្រាប់កុមារ ១៨៨
តារាងទី 30: ការគ្រប់គ្រងផលរំខានបន្ទាប់បន្សំនៃឱសថព្យាបាលរបេង ១៨៩
តារាងទី 31: Amphotericin B ៖ របៀបប្រើ ការបង្ការការពុល ការតាមដាន និង ការគ្រប់គ្រង ២០៤
តារាងទី 32: លទ្ធផលនៃការពិនិត្យទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF) នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល (CNS disease) ២០៦
តារាងទី 33: ចំណាត់ថ្នាក់ការបាត់បង់ជាតិទឹក.. ២១១
តារាងទី 34: ការបំពេញជាតិទឹក...២១២
តារាងទី 35: ការព្យាបាលជំងឺរាករូស ២១៧

បញ្ជីរូបភាព

រូបភាពទី 1: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារប្រឈមអាយុ < ១៨ខែ ៣៦
រូបភាពទី 2: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារអាយុ <១៨ខែ ដែលមិនដឹងពីស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ៣៩
រូបភាពទី 3: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារអាយុ ≥១៨ខែ ៤១
រូបភាពទី 4: ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរក Cryptococcal antigen លើអ្នកជំងឺដែលគ្មានរោគសញ្ញា ៥៦
រូបភាពទី 5: ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរក Cryptococcal antigen លើអ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញា ៥៧
រូបភាពទី 6: វដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការបង្ករោគអេដស៍លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៦០
រូបភាពទី 7: គំនូសបំព្រួញអំពី ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងលើកុមារអាយុ ≥ ១២ ខែ ៧១
រូបភាពទី 8: ការធ្វើតេស្តរាប់បន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម ១០៨
រូបភាពទី 9: ដំណើរការគ្រប់គ្រងអ្នកជំងឺ ដែលសង្ស័យបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយរូបមន្តជួរទី២ .... ១១៥
រូបភាពទី 10: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកុមារបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍...............១១៨
រូបភាពទី 11: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលគ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍១៥១
រូបភាពទី12: ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១៧៦
រូបភាពទី 13: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការប្រកាច់ និងគ្រុនក្តៅ នៅសេវាដែលគ្មាន CT Scan*...................... ១៩៩
រូបភាពទី 14: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ (Workup) នៃការប្រកាច់និងគ្រុនក្តៅ នៅកន្លែងដែលមាន CT Scan * ... ២០០
រូបភាពទីទី 15: វិធីសាស្រ្តព្យាបាលកុមារមានជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ ២១៧

បញ្ជីប្រអប់

ប្រអប់ 1: រោគសញ្ញានិងចង្កោមរោគសញ្ញាលើកុមារដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ៤៦
ប្រអប់ទី 2: កុមារដែលត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ៤៧
ប្រអប់ទី 3: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយសន្មត់ (Presumptive diagnosis) លើកុមារឆ្លងមេរោគអេដស៍........... ៤៧
ប្រអប់ទី 4: លក្ខខណ្ឌចាំបាច់សម្រាប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ប្រកបដោយសុវត្ថិភាព..............៥០
ប្រអប់ទី 5: អនុសាសន៍អំពីកម្រិតដូស Cotrimoxazole សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ៥២
ប្រអប់ទី 6: ការវាយតម្លៃអាហារូបត្ថម្ភលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៦០
ប្រអប់ទី 7: គោលដៅថាមពល (Energy goals) សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ.. ៦៣
ប្រអប់ទី 8: កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលត្រូវផ្តល់កាល់ឡូរីបន្ថែម ៦៥
ប្រអប់ទី 9: ពេលណាត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេង ៨១
ប្រអប់ទី 10: សណ្ឋានគ្លីនិកនៃប្រតិកម្ម hypersensitivity បណ្តាលមកពីឱសថ ABC (ABC HSR)............ ៩៧
ប្រអប់ទី 11: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលប្រតិកម្ម hypersensitivity បណ្តាលមកពីឱសថ Abacavir.................... ៩៧
ប្រអប់ទី 12: IRIS បណ្តាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG ១០១
ប្រអប់ទី 13: ការវាយតម្លៃដើមគ្រាចំពោះកុមារដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១០២
ប្រអប់ទី 14: ការតាមដានគ្លីនិក និងអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំ លើកុមារដែលទទួលការព្យាបាល ART ១០៣
ប្រអប់ទី 15: ការអនុវត្តន៍ជាគន្លឹះសម្រាប់ផ្តល់ថ្នាំឱ្យទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់លេបថ្នាំ ១៣១
ប្រអប់ទី 16: ឧបករណ៍សម្រាប់ជួយជំរុញការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ១៣២
ប្រអប់ទី 17: អ្នកថែទាំ បើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដល់កូនរបស់គាត់.................................. ១៣៤
ប្រអប់ទី 18: អ្វីដែលត្រូវនិយាយជាមួយកុមារ/ក្មេងជំទង់នៅពេលបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍...... ១៣៦
ប្រអប់ទី 19: សញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង ១៨៧

បញ្ជីឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី 1:ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តាមអង្គការសុខភាពពិភពលោក ២៣១
ឧបសម្ព័ន្ធទី 2: គោលការណ៍សម្រាប់គ្រប់គ្រងកុមាររងគ្រោះដោយការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ ២៣៣
ឧបសម្ព័ន្ធទី 3: ឯកសារជំនួយការធ្វើ Dried Blood Spot ២៣៦
ឧបសម្ព័ន្ធទី 4: តារាងកម្រិតដូសនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍.. ២៣៧

ឧបសម្ព័ន្ធទី 5: ការវាស់វែងកម្រិតពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV toxicity severity grading)....... ២៤០
ឧបសម្ព័ន្ធទី 6: ចំណាត់ថ្នាក់នៃកម្រិតផលរំខាន (Classification of grading adverse events) ២៤២
ឧបសម្ព័ន្ធទី 7: កាលវិភាគនៃការពិនិត្យគ្លីនិកជាប្រចាំ និង ការតាមដានតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍មិនទាន់ទទួល ART.. ២៤៤
ឧបសម្ព័ន្ធទី 8: កាលវិភាគនៃការពិនិត្យគ្លីនិកជាប្រចាំ និង ការតាមដានតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានព្យាបាល ART.. ២៤៥
ឧបសម្ព័ន្ធទី 9: តារាងលូតលាស់ ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ របស់កុមារ.. ២៤៧
ឧបសម្ព័ន្ធទី 10: អន្តរកម្មឱសថ ARV សំខាន់ៗ.. ២៥១
ឧបសម្ព័ន្ធទី 11: ទម្រង់ប្រមូលព័ត៌មាន សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលត្រូវការឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី៣ ......២៥៣
ឧបសម្ព័ន្ធទី 12: Sexual maturity rating (Tanner Staging Index) សម្រាប់ក្មេងជំទង់ ២៥៤
ឧបសម្ព័ន្ធទី 13: ឧបករណ៍វាយតម្លៃសុខមាលភាពកុមារ ២៥៦
ឧបសម្ព័ន្ធទី 14: សមាសធាតុនៃសេវាដែលក្មេងវ័យជំទង់ចូលចិត្ត... ២៥៧
ឧបសម្ព័ន្ធទី 15: រូបថតជំងឺសើស្បែក និងជំងឺមាត់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍... ២៥៨
ឧបសម្ព័ន្ធទី 16: តារាងតាមដានការលូតលាស់ និងក្រាហ្វិក របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២៥៩
ឧបសម្ព័ន្ធទី 17: តារាងបង្ហាញរោគសញ្ញា រោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម........................... ២៦២

អារម្ភកថា

កម្ពុជាគឺប្រទេសមួយនៅក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិចខាងលិច ដែលទទួលបានជោគជ័យក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ ដោយបានកាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យអាយុពី១៥–៤៩ឆ្នាំពី១,៧% នៅឆ្នាំ១៩៩៨ មកត្រឹម ០,៥% នៅឆ្នាំ ២០១៨ ហើយតាមការប៉ាន់ស្មានចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មាន ៧៣០០០ នាក់ ។ ប្រទេសកម្ពុជាបានប្រកាសដាក់ឱ្យអនុវត្តក្របខណ្ឌថែទាំព្យាបាលបន្តនៅឆ្នាំ២០០៣ និងសម្រេចបានទិសដៅ ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ ២០១៧ និង បានប្រកាសពីគោលបំណងក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍ឱ្យកាន់តែខ្លាំងបន្ថែមទៀត ដើម្បីឈានទៅសម្រេចទិសដៅរបស់ អង្គការសហប្រជាជាតិ ៩៥-៩៥-៩៥ និងឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នាឆ្នាំ២០២៥។

គន្លឹះមួយនៃភាពជោគជ័យក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍ គឺកម្ពុជាបានរៀបចំ និងបោះពុម្ពគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកសម្រាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកដំបូង ស្របពេលដែលប្រកាសដាក់ឱ្យអនុវត្តការថែទាំនិងព្យាបាលបន្តនាឆ្នាំ ២០០៣ ដើម្បីផ្តល់សេវា និង លើកកំពស់គុណភាពនៃការថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ គឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់នៃផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិសម្រាប់លុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន និងកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់ទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍។ គោលការណែនាំជាតិលើកដំបូងសម្រាប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារ ត្រូវបានបោះពុម្ពនៅឆ្នាំ ២០០៤ ដើម្បីលើកកំពស់គុណភាពនៃការថែទាំ និងព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ គោលការណ៍ណែនាំនេះ ត្រូវបានពិនិត្យកែសម្រួលឡើងវិញជាទៀងទាត់ជាបន្តបន្ទាប់ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០០៧ ២០១២ ២០១៥ និង ២០១៩ នេះ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឱ្យស្របតាមអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ២០១៩ អំពីការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ព្យាបាល និង បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍។

កិច្ចប្រជុំក្រុមការងារបច្ចេកទេស និងសិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់ជាច្រើនលើកត្រូវបានរៀបចំឡើងដែលមានអ្នកចូលរួមមកពី NCHADS, មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ, សកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្រ្តសុខាភិបាល, មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ, ក្រុមអ្នកណែនាំបង្ហាត់បង្ហាញផ្នែកគ្លីនិក, អង្គការសហប្រជាជាតិ, និងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍដើម្បីធ្វើការពិនិត្យ និងកែសម្រួលគោលការណ៍ជាតិឆ្នាំ២០១៥ ហើយមតិយោបល់ទាំងអស់ និងបទពិសោធន៍នៅតាមសេវាព្យាបាលនៅកម្ពុជា ត្រូវបានដាក់បញ្ចូល និង បានឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះផងដែរ។

ក្រសួងសុខាភិបាលឯកភាព និងអនុម័តជាផ្លូវការ នូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់ទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់ ព្រមទាំងលើកទឹកចិត្តគ្រូពេទ្យព្យាបាលឱ្យប្រើប្រាស់គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ ជាឯកសារយោងនៅពេលផ្តល់សេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់នៅប្រទេសកម្ពុជា។

ថ្ងៃ ថ្ងៃ [illegible] ខែ [illegible] ឆ្នាំជូត ទោស័ក ព.ស ២៥៦៤

ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញថ្ងៃទី ៣ ខែវិច្ឆិកាឆ្នាំ ២០២០

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

រដ្ឋលេខាធិការ

សាស្ត្រាចារ្យ អេង_ហួត

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ សូមថ្លែងអំណរគុណនូវការលះបង់ទាំងកម្លាំងកាយ និងកម្លាំងចិត្តពីសំណាក់សមាជិកក្រុមការងារបច្ចេកទេសស្តីពីការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកុមារ ដែលបានពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់ទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់នៅប្រទេសកម្ពុជា រហូតទទួលបានជោគជ័យ។ សមាជិកក្រុមបច្ចេកទេស បានចូលរួមប្រជុំពិភាក្សា ផ្តល់យោបល់ប្រកបដោយគុណភាព មានឆន្ទៈ និងខិតខំប្រឹងប្រែងនៅក្នុងដំណើរការនៃការពិនិត្យឡើងវិញ។

ដំណើការនៃពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍នាំជាតិនេះ គឺជាការសម្រេចបានសមិទ្ធិផលថ្មីមួយទៀតក្នុងលើកកម្ពស់គុណភាពការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់ទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា និងធានាថា ការផ្តល់សេវាព្យាបាលត្រូវបានដាក់បញ្ចូលនូវចំណេះដឹងចុងក្រោយបំផុត។

ក្នុងឱកាសដ៏វិសេសវិសាលនេះ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណមន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើរស្បែកនិងកាមរោគ (លោកវេជ្ជ. សំរិត សុវណ្ណារិទ្ធ, លោកវេជ្ជ. ង៉ូវ បូរ៉ា និងលោកស្រីវេជ្ជ. គី សុវឌ្ឍនា) ដែលបានផ្តល់ធាតុចូលលើផ្នែកបច្ចេកទេស តាមដាន និងជួយសម្របសម្រួលការងារពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំនេះ។ ជាមួយគ្នានេះដែរ ខ្ញុំសូមសំណែងនូវការកោតសរសើរ និងអំណរគុណលោក លោកស្រីទាំងអស់ដែលបានរួមមាន៖ អង្គការសុខភាពពិភពលោក (Dr. Deng Serongkea), មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ (លោកស្រីវេជ្ជ. ហួត ចាន់ធានី), សកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (Prof. Olivier Segeral), មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ (លោកវេជ្ជ. ប្រាំង សេងត្រាយ), អង្គការ FHI 360 (Dr. Chel Sarim, Dr. Steve Wignall), អង្គការ US-CDC (Dr. Ly Vanthy, Dr. Chan Sodara), មូលនិធិគ្លីនតុន (Mr. Stanston Hor, Ms. Sivantha Hul, Dr. Jason Brophy, Ms. Caroline Barrett, and Dr. Herb Harwell), អង្គការ AHF (Dr. Men Pagnaraot), មណ្ឌលនៃក្តីសង្ឃឹមមន្ទីរពេទ្យព្រះសីហនុ (Dr. Phe Thong), អង្គការ MAGNA (Ms. Denisa Augustinova) និង Dr. Song Ngak (ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេស)ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំនេះ។

ជាចុងក្រោយ ខ្ញុំសូមអរគុណគ្រប់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ សង្គមស៊ីវិល អង្គការដៃគូ ដែលផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាល និងគាំទ្រកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅប្រទេសកម្ពុជា។

ថ្ងៃ អង្គារ ៤ កើត ខែ អស្សុជ ឆ្នាំជូត ទោស័ក ព.ស ២៥៦៤

ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២០ ខែតុលា ឆ្នាំ ២០២០

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

វេជ្ជ.លី-ពេញ ស៊ុន

បញ្ជីឈ្មោះក្រុមការងារបច្ចេកទេស
ស្តីពីការថែទាំ និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
សម្រាប់ទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់ នៅប្រទេសកម្ពុជា

១. លោកវេជ្ជ. លី ពេញស៊ុន	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	ប្រធាន
២. លោកវេជ្ជ. អ៊ុក វិជ្ជា	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	អនុប្រធាន
៣. លោកវេជ្ជ. សំរិត សុវណ្ណរិទ្ធ	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	អនុប្រធាន
៤. លោកវេជ្ជ. ង៉ូវ បូរ៉ា	អនុប្រធានការិយាល័យបច្ចេកទេស	សមាជិក
៥. លោកស្រីវេជ្ជ. គឹម រតនា	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក	សមាជិក
៦. លោកស្រីវេជ្ជ. ឡាំ ភីរម្យ	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក	សមាជិក
៧. លោកស្រីវេជ្ជ. ហួត ចាន់ធានី	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ	សមាជិក
៨. លោកវេជ្ជ. ឃុន គឹមអ៊ាម	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង	សមាជិក
៩. លោកស្រីវេជ្ជ. គី សុវឌ្ឍនា	ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ	សមាជិក
១០.លោកស្រីវេជ្ជ. សៀក ម៉េង	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត	សមាជិក
១១. លោកវេជ្ជ. ច្រាំង សេងត្រាយ	មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ	សមាជិក
១២. លោកវេជ្ជ. ចាន់ សូដារា	តំណាងអង្គការ US-CDC	សមាជិក
១៣. លោកវេជ្ជ. លី វណ្ណធី	តំណាងអង្គការ US-CDC	សមាជិក
១៤. លោកវេជ្ជ. ដេង សិរង្គា	តំណាងអង្គការ WHO	សមាជិក
១៥. Prof. Olivier Segeral	តំណាងសកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្រ្តសុខាភិបាល	សមាជិក
១៦. Dr. Steve Wignal	តំណាងអង្គការ FHI-360/LINKAGES	សមាជិក
១៧. លោកវេជ្ជ. ឆិល សារឹម	តំណាងអង្គការ FHI-360/LINKAGES	សមាជិក
១៨. លោក អ៊ឹម ចាន់រី	តំណាងអង្គការ FHI-360/LINKAGES	សមាជិក
១៩. លោកវេជ្ជ. ម៉ែន បញ្ញារ័ត្ន	តំណាងអង្គការ AHF	សមាជិក
២០. លោកវេជ្ជ. ផៃ ចុង	មណ្ឌលនៃក្តីសង្ឃឹមមន្ទីរពេទ្យព្រះស៊ីហនុ	សមាជិក
២១. លោកវេជ្ជ. Herb Harwell	តំណាងអង្គការ CHAI	សមាជិក
២២. Dr. Jason Brophy	តំណាងអង្គការ CHAI	សមាជិក
២៣. Ms. Caroline Barrett	តំណាងអង្គការ CHAI	សមាជិក
២៤. លោកស្រីវេជ្ជ. ហ៊ុល ស៊ីវណ្ណថា	តំណាងអង្គការ CHAI	សមាជិក
២៥. លោកស្រី សាយ លក្ខិណា	តំណាងអង្គការ MAGNA	សមាជិក
២៦. Mss. Denisa Augustinova,	តំណាងអង្គការ MAGNA	សមាជិក
២៧. លោកវេជ្ជ. សុង ង៉ាក់	ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេស	សមាជិក

ពាក្យបំព្រួញ

ART Antiretroviral Therapy
ARV Antiretroviral drug(s)
AZT Zdovudine
CBC Complete Blood Count
CD4 T-CD4+ Lymphocyte
CDC Center for Disease Control
CENAT National Centre for Tuberculosis and Leprosy Control
CK Creatine Kinase
CMV Cytomegalovirus
CNS Central Nervous System
CrCl Creatinine Clearance
CTX Cotrimoxazole
DBS Dried Blood Spot
DNA Deoxyribonucleic acid
DOT Directly Observed Therapy
EC Enteric Coated
EFV Efavirenz
EIA Enzyme immune assay
ELISA Enzyme linked immunosorbent assay
EPTB Extra-pulmonary Tuberculosis
ESRF End Stage Renal Failure (Dialysis dependent)
FDC Fixed Dose Combination
FTC Emtricitabine
GI Gastrointestinal
HAART Highly Active Antiretroviral Therapy
HBsAg Hepatitis B Surface Antigen
HBV Hepatitis B Virus
HCV Hepatitis C Virus
HGC Hard Gelatin Capsules
HIV Human Immunodeficiency Virus
HLA Human Leukocyte Antigen
HSS HIV Sentinel Survey
HSV Herpes Simplex Virus
IPT Isoniazid Preventive Therapy
KBH Kantha Bopha Hospital
KSFH Khmer Soviet Friendship Hospital
LDH Lactate Dehydrogenase
LDL Low-Density Lipoprotein
LIP Lymphoid interstitial pneumonitis
LPV Lopinavir
LPV/r Lopinavir/ritonavir coformulated in 4:1 dosing ratio
PLV/R Lopinavir/ritonavir with extra ritonavir boosting in 1:1 ratio
MAC Mycobacterium avium complex
MTCT Mother to Child Transmission
NCHADS National Center for HIV/AIDS, Dermatology
NMCHC National Maternal and Child Health Centre
NNRTI Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NRTI Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NPH National Pediatric Hospital
NVP Nevirapine
OI HIV related Opportunistic Infection
PCP Pneumocystis jiroveci pneumonia
PCR Polymerase chain reaction
PLHIV Person/people living with HIV
PI Protease Inhibitor
PID Pelvic Inflammatory Disease
PMTCT Prevention of Mother to Child Transmission
PPD Purified Protein Derivative (skin test for tuberculosis)
PPE Papular Pruritic Eruption
PTB Pulmonary Tuberculosis
R Ritonavir (when given in association with other PIs for boosting effect)
R Ritonavir
RNA Ribonucleic acid
SGC Soft Gelatin Capsules
STI Sexually Transmitted Infection
TAMs Thymidine analog mutations
TB Tuberculosis
TDF Tenofovir disoproxil fumarate
TST Tuberculin Skin Test
VCCT HIV voluntary confidential counseling and testing
UNICEF The United Nations Children’s Fund
VDRL Venereal Diseases Reference Laboratory (refers to a test for syphilis)
VL Plasma HIV Viral Load
WHO World Health Organization

ជំពូកទី ១.សេចក្តីផ្តើម

ដោយមានកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរួមគ្នា របស់គ្រប់ភាគីពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ រួមមាន រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ សង្គមស៊ីវិល និងសហគមន៍ ធ្វើឱ្យអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ អាយុពី ១៥-៤៩ឆ្នាំ ថយចុះពី ១,៧% នៅឆ្នាំ ១៩៩៨ មកនៅត្រឹម 0,៥% នៅឆ្នាំ ២០១៨។ តាមការប៉ាន់ស្មាន ក្នុងឆ្នាំ ២០១៨ មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ចំនួន ៧៣ ០០០នាក់ ក្នុងនោះ ៦០០០ នាក់ កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយមានស្ត្រីអាយុលើសពី ១៤ឆ្នាំចំនួន ៣០៣០១ នាក់។ ជាងនេះទៅទៀត គេបានប៉ាន់ស្មានថា មានកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចំនួន ៣២៤២នាក់ ក្នុងនោះមាន ២៩៨៣នាក់ កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅចុងឆ្នាំ ២០១៨[1] ។ ទោះបីជាមានការថយចុះ នូវអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ ក៏តម្រូវការសេវាថែទាំព្យាបាលនឹងមាន ការកើនឡើងឱ្យកត់សំគាល់នៅទសវត្សរ៍ខាងមុខ ជាពិសេស នៅពេលដែលមានការបង្កើនកម្រិតមូលដ្ឋានក្នុង ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារ និងនៅពេលដែលមានក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ជាច្រើន ផ្ទេរនៅទទួលការព្យាបាលនៅសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ។

ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០០៣ មក មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានអនុវត្តគម្រោង ថែទាំព្យាបាលបន្ត ដែលបានផ្តល់នូវការថែទាំព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងផ្តល់នូវប្រព័ន្ធគាំទ្រសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ គោលការណ៍ណែនាំ ស្តីអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់នៅកម្ពុជា គឺជាឯកសារដ៏សំខាន់មួយសម្រាប់ធានាឱ្យគ្រប់សេវាថែទាំព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ផ្តល់នូវការថែទាំព្យាបាល ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់។ ការពិនិត្យ និងកែសម្រួលឡើងវិញលើកទី៥នេះ ទៅលើគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារ ដែលបានទទួលការអនុម័តពីក្រសួងសុខាភិបាល លើកដំបូងនៅឆ្នាំ ២០០៤ និងបានពិនិត្យ និងកែសម្រួលជាបន្តបន្ទាប់នៅឆ្នាំ២០០៧ ឆ្នាំ២០១០ ឆ្នាំ ២០១២ និងឆ្នាំ២០១៥។

គោលការណ៍ណែនាំ ស្តីអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់ នៅកម្ពុជា ដែលត្រូវបានពិនិត្យ និងកែសម្រួលឡើងវិញ នៅឆ្នាំ ២០១៩ នេះ គឺជាសមិទ្ធិផលនៃកិច្ចសហការរួមគ្នាដឹកនាំដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ រួមមាន មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ សកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល មជ្ឈមណ្ឌលនៃក្តីសង្ឃឹម មូលនិធិគ្លិនតុន អង្គការ FHI 360 និងអង្គការដៃគូផ្សេងៗ ជាច្រើនទៀត ដែលបានរួមចំណែកក្នុងការផ្តល់ការថែទាំព្យាបាល និងគាំទ្រដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា។

---

[1] UNAIDS Country factsheet 2018 https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cambodia

គោលការណ៍ណែនាំនេះ ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឱ្យស្របទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកអំពី ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺគ្រិបតូកុកលើមនុស្សពេញវ័យ កុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅខែមីនា ឆ្នាំ ២០១៨។ អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអនុសាសន៍រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ និងរូបមន្តជួរទី២ និងការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍និងអនុសាសន៍ អំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យកុមារឱ្យបានឆាប់នៃគោលការណែនាំបណ្តោះអាសន្ននាថ្ងៃទី ២៧ ខែធ្នូ ឆ្នាំ ២០១៨ និងបច្ចុប្បន្នភាពអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោករូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ និងជួរទី២នៅខែកក្កដា ឆ្នាំ២០១៩ [2,3,4] អង្គការសុខភាពពិភពលោកបន្តពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអនុសាសន៍ក្រោយពីបានបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយនូវគោលការណ៍ណែនាំ និង NCHADS នឹងធ្វើទំនាក់ទំនងជាមួយគ្រូពេទ្យព្យាបាល ដើម្បីផ្តល់នូវបច្ចុប្បន្នភាពនូវផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រវិទ្យាសាស្ត្រ ជាពិសេសការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ។

តើមានអ្វីថ្មី នៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះ?

- គោលការណែនាំនេះ ជាការរួមបញ្ចូលគោលការណែនាំពីរផ្សេងគ្នា គឺគោលការណែនាំអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងគោលការណែនាំអំពីការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតមានជាញឹកញាប់លើទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់។
- **ប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ** LPV/r **ក្នុងនោះ**គឺជារូបមន្តព្យាបាលជម្រើសសម្រាប់**ព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានទម្ងន់តិចជាង ២០ គ.ក ដោយមិនគិតអំពីប្រវត្តិធ្លាប់ទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍** ក្រុម NNRTI ក្នុងការព្យាបាល**បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន** នោះទេ។
- បន្ថែមពីលើការប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលដោយថ្នាំគ្រាប់សំប៉ែត LPV/r (100/25mg), LPV/r គ្រាប់ល្អិតៗ (granules) (40/10mg) គឺជារូបមន្តព្យាបាលថ្មីដែលមានប្រើនៅប្រទេសកម្ពុជាតាំងពីខែកុម្ភៈឆ្នាំ ២០២០។ ការលេបថ្នាំលេបគ្រាប់ល្អិតៗគឺមានភាពងាយស្រួលដែលអាចលាយជាមួយទឹក។ ការលេប LPV/r granules ត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍សម្រាប់ទារក និងកុមារដែលមានអាយុ ១៤ថ្ងៃ និងច្រើនជាងនេះ ដោយរួមជាមួយ ARVs ផ្សេងទៀត។
- ចំពោះទារកដែលមិនអាចចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r បាន, រូបមន្ត

---

[2] WHO Guidelines for the diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children, Mar 2018 https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/cryptococcal-disease/en/

[3] WHO Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV Interim guidance, 27 December 2018

[4] Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-update-2019-policy/en/

ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រូវពិចារណាបញ្ចូលប្រើឱសថ NVP ឬ RAL យោងតាមស្តុកដែលមានស្រាប់។

- រូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ DTG គឺជាជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ លើកុមារទម្ងន់ ≥ ២០គ.ក ។
- **ឱសថ ABC គឺជាជម្រើសទី១ ក្នុងចំណោមក្រុមឱសថ** NNRTI **សំខាន់ៗក្នុងការព្យាបាលជួរទី១** សម្រាប់ **កុមារដែលមានទម្ងន់ <៣០ គ.ក ហើយឱសថ AZT គឺជាជម្រើសផ្សេងទៀតសម្រាប់ជំនួស។**
- **ឱសថ TDF ត្រូវបានគេផ្តល់អនុសាស៍ឱ្យប្រើជា** NRTI **សំខាន់សម្រាប់ព្យាបាលកុមារដែលមានទម្ងន់** ≥ ៣០គ.ក ។
- រូបមន្តព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផ្អែកទៅលើជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r ឬ DTG រួមជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សំខាន់ៗទៅតាមក្រុមអាយុកុមារ។
- គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្ត PCR ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំឆ្នាំ២០១៦។ ប៉ុន្តែ គេបានសង្កត់ធ្ងន់ថា ចំពោះកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែលខកខានមិនបានធ្វើតេស្ត HIV PCR នៅពេលកើត ការធ្វើតេស្ត PCR លើកដំបូង ត្រូវធ្វើឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបាន ហើយការធ្វើតេស្តបន្ទាប់ត្រូវធ្វើឡើងស្របតាមគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្ត PCR ។
- ការព្យាបាលបង្ការកុមារប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវសង្កត់ធ្ងន់លើកុមារប្រឈមដែលមិនបានទទួលការព្យាបាលបង្ការចាប់តាំងពីពេលកើត និងមកទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារយឺតយ៉ាវ ។
- **គណៈកម្មាការមួយអាចនឹងត្រូវបង្កើតឡើង ដើម្បីជួយផ្តល់ការណែនាំអំពីការសម្រេចចិត្តក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី៣។ ត្រូវពិគ្រោះ ជាមួយគ្រូណែនាំជំនាញគ្លីនិក ឬក្រុមការងារបច្ចេកទេស សម្រាប់ព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍** (PAC TWG) **បើសិន ជាមានករណីដែលលោក - អ្នកគិតថា វាសមស្របចំពោះការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី៣។**
- ផ្នែកជំងឺរបេង គឺស្របទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពីជំងឺរបេង/អេដស៍ និងបន្ថែមប្រធានបទអំពីបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹងភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង, ពង្រឹងការធ្វើតេស្តដោយ GeneXpert MTB/RIF ដែលមាននៅច្រើនកន្លែង និងពង្រីកអនុសាសន៍ឱ្យគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់បានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងឱ្យបានមួយវគ្គ(TPT)។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្រប និងជម្រើសនៃរូបមន្តព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT) ក៏ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផងដែរ។
- ផ្នែកអំពីការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ (PEP) ក៏ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដើម្បីបញ្ចូលរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ថ្មី។
- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ព្រមជាមួយការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកអង់ទី

ហៀរុនក្រិបតូកុក ជាប្រចាំ នៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ fluconazole។

តើអ្នកណាខ្លះ គួរប្រើប្រាស់គោលការណ៍ណែនាំនេះ?

គោលការណ៍ណែនាំនេះ គួរត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាឯកសារយោង សម្រាប់គ្រប់បុគ្គលិកសុខាភិបាលទាំងអស់ ដែលផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា។ គោលការណ៍ណែនាំនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីជួយដល់គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺកុមារ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល ក្នុងការវាយតម្លៃគ្លីនិក ដើម្បីផ្តល់នូវការព្យាបាល ដែលមានស្តង់ដាប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ បច្ចុប្បន្នភាពនៃឯកសារសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល និងឯកសារជំនួយការងារ (job aides) នឹងត្រូវបានរៀបចំឡើងបន្ថែមពីលើគោលការណ៍ណែនាំនេះ ដើម្បីជាជំនួយដល់ការគ្រប់គ្រងជំងឺ។ ការបណ្តុះបណ្តាល អំពីគោលការណ៍ណែនាំថ្មីនេះ ក៏នឹងត្រូវបានរៀបចំផងដែរ។

ជំពូកទី ២: ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃមេរោគអេដស៍

២.១ សរីរៈរោគសាស្ត្រ (Pathophysiology) នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍

មេរោគអេដស៍ (HIV) គឺជា lentivirus (ដែលជា Subtype របស់ retrovirus) ដែលអាចជ្រៀតចូលទៅក្នុងកោសិកានៃសារពាង្គកាយដែលមានកន្លែងទទួលកោសិកា CD4 (CD4 receptor)។ កោសិកាទាំងនេះ រួមមាន lymphocytes, monocytes, និង macrophages ដែលមានតួនាទីជួយសម្របសម្រួលការឆ្លើយតបនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយទៅនឹងការឆ្លងមេរោគផ្សេងៗ។ នៅពេលដែលមេរោគអេដស៍ឆ្លងដល់កោសិកា CD4, ribonucleic acid (RNA) របស់វាចូលទៅក្នុងស្នូល (nucleus) របស់កោសិកានោះ និង បំលែងទៅជា deoxyribonucleic acid (DNA) ដោយសារធាតុម្យ៉ាងរបស់មេរោគឈ្មោះ reverse transcriptase ហើយ DNA ដែលបំលែងបាននេះជ្រៀតចូលទៅក្នុង genome របស់កោសិកា ដែលជាហេតុធ្វើឱ្យការឆ្លងមេរោគអេដស៍នេះមិនអាចព្យាបាលជា។ បំណែក (particles) នៃមេរោគអេដស៍ថ្មីជាច្រើនត្រូវបានបង្កើត ឡើងដោយកោសិកាដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍នេះ បន្ទាប់មកបំណែកទាំងនោះ ត្រូវបានស្រោប និងបញ្ចេញមកក្រៅកោសិកា។ កម្រិតនៃកោសិកា CD4 នៅក្នុងឈាម គឺជាកំណត់សំគាល់នៃកម្រិតមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយ។ នៅពេលដែលមានកោសិកាកាន់តែច្រើន ត្រូវបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយកាន់តែចុះខ្សោយ ដែលជាហេតុនាំឱ្យសារពាង្គកាយកាន់តែងាយទទួលការឆ្លងរោគផ្សេងៗ ។

២.២ ការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកុមារ

ជាទូទៅ មេរោគអេដស៍អាចចម្លងទៅកុមារពីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍៖

- នៅអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ
- នៅអំឡុងពេលសម្រាលកូន
- នៅអំឡុងពេលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ។

ក្រៅពីនេះ មេរោគអេដស៍ក៏អាចចម្លងផងដែរ នៅក្នុងវ័យកុមារ និងវ័យជំទង់ តាមរយៈ៖

- ការរំលោភផ្លូវភេទ
- ការរួមភេទដោយការព្រមព្រៀងគ្នា
- ការចាក់ថ្នាំ ឬបញ្ចូលសេរ៉ូម ដែលគ្មានសុវត្ថិភាព រួមទាំងការចាក់ទំលុះស្បែក ការសាក់ខ្លួន និងការចាក់ដោយសម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលរំងាប់មេរោគមិនបានល្អ
- ការបញ្ចូលផលិតផលឈាម ដែលពុំបានធ្វើតេស្តត្រឹមត្រូវ
- ការមុតម្ជុល ដែលប្រលាក់ឈាមមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម ដែលរៀបរាប់អំពីការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពីប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍)។

ការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយទៅកូន អាចកាត់បន្ថយបានយ៉ាងច្រើន តាមរយៈការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដល់ម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងសម្រាលកូន

ហើយបន្តការព្យាបាលនេះក្នុងអំឡុងពេលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។ បើសិនជា គ្មានអន្តរាគមន៍ណាមួយទេ ប្រហែលជាមួយភាគបីនៃកុមារ នឹងឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែ បើមានការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់ម្តាយ ចាប់ពីពេលមានផ្ទៃពោះ ការឆ្លងនេះនឹងកាត់បន្ថយមកនៅក្រោម ២%។

តារាងទី 1: កត្តាជម្រុញឱ្យមានការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន

កត្តាទាក់ទងនឹងម្តាយ	កត្តាទាក់ទងនឹងកូន
បន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមខ្ពស់	កូនកើតមិនគ្រប់ខែ
កម្រិតកោសិកា CD4 ទាប	តាមដានទារក ដោយប្រើប្រាស់ electrode ចាប់ជាប់នឹងលលាដ៏ក្បាលទារកក្នុងផ្ទៃម្តាយ
ជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ	បែកទឹកភ្លោះយូរ ហើយការសម្រាលធ្វើឱ្យមានរបួសដល់កូន
រលាកស្រោមទឹកភ្លោះ (Chorioamnionitis)	ការបៅលាយគ្នា ដោយទឹកដោះម្តាយផង និងទឹកដោះគោផង (mixed feedings)
បែកទឹកភ្លោះយូរ	បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ
ដំបៅ ឬមានហូរឈាមនៅក្បាលដោះ នៅពេលបំបៅដោះកូន	ដំបៅមាត់
ម្តាយឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីៗ នៅក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬបំបៅដោះកូន	ទទួលអាហារដែលទំពារបញ្ចុក។

ជំពូកទី ៣: ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្ដាយទៅកូន (eMTCT)

ប្រទេសកម្ពុជា បានប្ដេជ្ញាលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយ ពីម្ដាយទៅកូន នៅឆ្នាំ២០២៥។ ដើម្បីសម្រេចគោលដៅទាំងពីរនេះនៅកម្ពុជា គ្រប់ស្ត្រីដែលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះទាំងអស់ គួរទទួលបានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយគ្រប់ៗគ្នា។ ចំពោះស្ត្រីដែលមកសម្រាលកូន ឬមកពិនិត្យពោះក្រោយពេលសម្រាល ក៏គួរបានទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយផងដែរ បើសិនជាស្ត្រីទាំងនោះមិនដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយរបស់ខ្លួន។ តាមមធ្យោបាយនេះ គេអាចដឹងអំពីស្ថានភាពប្រឈមទៅនឹងមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយរបស់កុមារដែលកើតមក ដែលអាចជួយដល់ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលម្ដាយ និងកូន ដើម្បីបង្ការការស្លាប់ និងឈឺដែលបណ្ដាលមកពីជំងឺទាំងពីរនេះ [5] ។

កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន (PMTCT) មានការអភិវឌ្ឍយ៉ាងខ្លាំងក្នុងអំឡុងពេល១០ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានថយចុះ ហើយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនក៏ថយចុះដូចគ្នាដែរ ។ តាមការប៉ាន់ស្មាន អត្រាចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនបានថយចុះពី ៣៧% នៅឆ្នាំ ២០០៧ មក ៦,២% ក្នុងចំណោមទារកអាយុបាន៦សប្ដាហ៍។ ប៉ុន្តែ យោងតាមការប៉ាន់ស្មានរបស់ SPECTRUM ចុងក្រោយឆ្នាំ២០១៧ អត្រាចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូននៅពេលបញ្ឈប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយគឺ ១៣% គឺជាក្ដីព្រួយបារម្ភដែលបង្ហាញពីបញ្ហាប្រឈមរបស់កម្មវិធីក្នុងការកំណត់រកស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឱ្យគាត់ទទួលបានការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱ្យប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំងផ្ដល់ការថែទាំនិងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍លើទារកដែលប្រឈម (HEI) ។

យោងតាមប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (HMIS) ឆ្នាំ២០១៧ –២០១៨ ១០០%នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមានទទួលសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១ (ANC1) ពីអ្នកផ្ដល់សេវាដែលបានទទួលការបណ្ដុះបណ្ដាលយ៉ាងហោចណាស់មួយដង។ នៅឆ្នាំ២០១៨ ៩០,០៦%នៃអតិថិជនមកទទួលសេវា ANC និង ៨៨,៥% នៃស្ត្រីដែលបានសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ បានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍[6]។ យោងតាមរបាយការណ៍របស់NMCHC ឆ្នាំ២០១៨ ៨៩,៧%នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ដើម្បីកាត់បន្ថយកត្តាប្រឈមនៃការចម្លងមេរោគ អេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន[6]។ ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍រំពឹងថា នឹងថយចុះពី ៩៥៤ នាក់នៅឆ្នាំ ២០១៥ មក ៧៦៦ នាឆ្នាំ ២០២០ និងក្រោម ៥០០ នាក់នាឆ្នាំ ២០២៥ [7] ។

---

[5] 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, 2013

[6] Source: NMCHC 2018, NIS 2013-2023

[7] National Road Map for eMTCT in Cambodia, July 2018

៣.១ ការថែទាំព្យាបាលភ្លាមៗលើទារកប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលទើបកើត

- ការធ្វើតេស្ត DNA-PCR រកមេរោគអេដស៍នៅពេលទារកទើបនឹងកើត
- កុមារគួរបានទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ ស្របតាមកម្មវិធីពង្រីកការចាក់ថ្នាំបង្ការជាតិ (EPI) ដូចខាងក្រោម (តារាងទី២)។
- ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរបេង (BCG) ត្រូវផ្តល់ឱ្យគ្រប់កុមារទាំងអស់ លើកលែងតែកុមារដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ (ឧទាហរណ៍: ភាពយឺតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់ ជំងឺឡើងកូនកណ្តុរ ថ្លើម និង អណ្តើករីកធំ)។
- ផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Nevirapine (NVP) នៅពេលកើតសម្រាប់រយៈពេល ៦សប្តាហ៍ ដល់គ្រប់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ដែលមិនស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់។ ផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថពីរមុខ Nevirapine (NVP) និង Zidovidine (AZT) នៅពេលកើត ដល់គ្រប់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែល**ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់** ដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ទោះបីជាម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ហើយក៏ដោយ។ ការព្យាបាលបង្ការនេះ ក៏មានប្រសិទ្ធ-ភាពផងដែរ ក្នុងការកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនតាមរយៈការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។ ឱសថ NVP និង AZT ត្រូវផ្តល់រយៈពេល ៦សប្តាហ៍ ទាំងកុមារបៅទឹកដោះម្តាយ និងកុមារមិនបៅទឹកដោះម្តាយ។ ចំពោះកុមារបៅទឹកដោះម្តាយ ត្រូវបន្តផ្តល់ឱសថ NVP តែមួយមុខរយៈពេល៦សប្តាហ៍បន្ថែមទៀត (ដូច្នេះ កុមារបៅទឹកដោះម្តាយត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការសរុបរយៈពេល ១២សប្តាហ៍) [8] ។

- **កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់ គឺកុមារដែល៖**
  - កើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេលតិចជាង ៤សប្តាហ៍ គិតត្រឹមថ្ងៃសម្រាល ឬ
  - កើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមាន viral load >1000 copies/ml ក្នុងអំឡុងពេល ៤ សប្តាហ៍ មុនថ្ងៃសម្រាល (បើអាចធ្វើតេស្ត viral load បាន) ឬ

---

[8] Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, WHO, 2016 and WHO Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV Interim guidance, 27 December 2018.

- កើតពីម្តាយដែលរកឃើញថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេលសម្រាល (delivery) ឬ ក្រោយពេលសម្រាល (postpartum) ។

- ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរបំបៅដោះកូន យ៉ាងតិចរយៈពេល ១២ខែ ហើយអាចបន្តបំបៅដោះកូនរហូតដល់រយៈពេល ២៤ខែ ឬយូរជាងនេះ (គឺដូចគ្នានឹងស្ត្រីទូទៅដែរ) ប៉ុន្តែត្រូវទទួលបានការគាំទ្រឱ្យបានពេញលេញចំពោះការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់[9] ។
- ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល អាចទុកចិត្តបានថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅអំឡុងពេលក្រោយសម្រាល ក្នុងបរិបទនៃការបំបៅកូនលាយគ្នា (mixed feeding)។ ដូច្នេះ ការបំបៅកូនលាយគ្នា មិនមែនជាមូលហេតុដែលត្រូវបញ្ឈប់ការបំបៅដោះកូននោះទេ។
- ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល អាចជឿជាក់បានថា ការបំបៅដោះកូនក្នុងរយៈពេលមួយខ្លីតិចជាង ១២ខែ គឺប្រសើរជាងមិនដែលបានបំបៅដោះកូនសោះ។
- ចំពោះទារកដែលមិនបានទទួលការព្យាបាលបង្ការចាប់តាំងពីពេលកើត និងមកទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលកុមារយឺតយ៉ាវ៖
  - ករណីដែលកុមារមិនបានបំបៅទឹកដោះម្តាយ នោះមិនចាំបាច់ផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ ដោយសារវាយឺតពេលហើយក្នុងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្រោយពី ៤៨-៧២ ម៉ោង។
  - ករណីដែលកុមារបំបៅទឹកដោះម្តាយ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍៖
    a) ប្រសិនបើម្តាយទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬបានចាត់ចូលក្នុងកាតេគូរី "ការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់" ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីរមុខ ក្នុងសេណារីយ៉ូដែលមានកត្តាប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់។
    b) ប្រសិនបើ ម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងចាត់ចូលក្នុងកាតេគូរី " ការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាប" និងកុមារបានមកទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលកុមារយឺតយ៉ាវ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការកុមារនោះ ដូចក្នុងសេណារីយ៉ូដែលមានកត្តាប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាប។

[9] Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, WHO, 2016

តារាងទី 2: កាលវិភាគសម្រាប់កម្មវិធីពង្រីកចាក់ថ្នាំបង្ការ (EPI)

ថ្នាំបង្ការ	អាយុ						
	ពេលកើត	៦ សប្តាហ៍	១០ សប្តាហ៍	១៤ សប្តាហ៍	៦ខែ	៩ខែ	១៨ខែ
BCG	x						
Hepatitis B	x						
bOPV		x	x	x			
IPV				x			
DTP-HepB-Hib		x	x	x			
PCV		x	x	x			
កញ្ជ្រិល/ស្អូច Measles-Rubella					x	x	x
JE:SA14-14 2 vaccines						x	

តារាងទី 3: កម្រិតដូសឱសថ Nevirapine និង Zidovidine (10mg/ml)

អាយុកុមារ	ទម្ងន់កុមារ នៅពេលកើត	កម្រិតដូស NVP	កម្រិតដូស AZT
ចាប់ពីពេលកើតរហូត ដល់អាយុ ៦សប្តាហ៍ (សម្រាប់កុមារបៅ ឬ មិនបៅទឹកដោះម្តាយ)	ទម្ងន់ពេលកើត ពី ២០០០ ក. ទៅ ២៥០០ ក.*	១០ ម.ក ១ដង/ថ្ងៃ (សេរ៉ូ ១ ម.ល ១ដង/ថ្ងៃ)	១០ ម.ក ២ដង/ថ្ងៃ (សេរ៉ូ ១ ម.ល ១ដង/ថ្ងៃ)
	ទម្ងន់ពេលកើត ≥ ២៥០០ក	១៥ ម.ក ១ដង/ថ្ងៃ (សេរ៉ូ១,៥ ម.ល ១ដង/ថ្ងៃ)	១៥ ម.ក ២ដង/ថ្ងៃ (សេរ៉ូ ១,៥ម.ល ១ដង/ថ្ងៃ)
ពីអាយុ ៦សប្តាហ៍ ដល់ ១២សប្តាហ៍(សម្រាប់កុមារបៅទឹកដោះម្តាយ)		២០ម.ក ១ដង/ថ្ងៃ (សេរ៉ូ ២ ម.ល ១ដង/ថ្ងៃ ឬ កន្លះគ្រាប់លេខ៥០ ម.ក ១ដង/ថ្ងៃ)។	

* ចំពោះកុមារទម្ងន់ពេលកើតតិចជាង ២០០០ក ហើយសម្រាលនៅពេលផ្ទៃពោះអាយុលើសពី ៣៥ សប្តាហ៍ កម្រិតដូសឱសថដែល ត្រូវប្រើគឺ NVP 2mg/kg មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ និង ZDV 4mg/kg ពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ។ ចំពោះកុមាកើតមិនគ្រប់ខែ គឺសម្រាលនៅពេលផ្ទៃពោះអាយុក្រោម ៣៥ សប្តាហ៍ ត្រូវសុំការណែនាំពីគ្រូពេទ្យជំនាញ។

តារាងទី 4: សេចក្តីសង្ខេបអំពីការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ម្តាយ និងកូន

ម្តាយ	ស្ថានភាពប្រឈម នៃ កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍	ស្ថានភាពនៃការបំបៅកូន	ការព្យាបាលបង្ការ សម្រាប់កូន *
ចាប់ផ្តើមព្យាបាលជាបន្ទាន់ ដោយ TDF +3TC + DTG** *(គ្រាប់ឱសថបីមុខរួម បញ្ចូលគ្នា)* ព្យាបាលមួយជីវិតដោយមិនគិតពីកម្រិតកោសិកា CD4 ឬ WHO stage	**ស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់៖** ១-ម្តាយបានទទួល ART រយៈពេលតិចជាង ៤ សប្តាហ៍ គិតត្រឹមថ្ងៃសម្រាល ឬ ២-ម្តាយរកឃើញថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេល delivery ឬ postpartum ៣-ម្តាយមាន viral load >1000 copies/ml ក្នុងអំឡុងពេល ៤សប្តាហ៍ មុនថ្ងៃសម្រាល (បើអាចធ្វើតេស្ត viral load បាន)	បំបៅដោយទឹកដោះគោ សិប្បនិម្មិត	ផ្តល់ឱសថពីរមុខគឺ NVP និង AZT រយៈពេល ៦សប្តាហ៍
		បំបៅដោយទឹកដោះម្តាយ	ផ្តល់ឱសថពីរមុខគឺ NVP និង AZT រយៈពេល៦សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកបន្តផ្តល់ឱសថ NVP តែមួយមុខរយៈពេល ៦សប្តាហ៍ បន្ថែមទៀត
	ស្ថានភាពប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងទាប៖ កុមារដែលមិនមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់	បំបៅដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ឬដោយទឹកដោះ ម្តាយ	ផ្តល់ឱសថ NVP រយៈពេល ៦ សប្តាហ៍

** ករណីដែលមានប្រតិកម្មជាមួយឱសថ NVP, ត្រូវពិចារណាគ្រូពេទ្យនៅសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍*

*** ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅថ្ងៃតែមួយ ត្រូវតែអនុវត្តសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលគ្មាន contra-indication ។*

ជំពូកទី ៤: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍នៅលើកុមារ

តេស្តដែលមានសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅលើកុមារ និងរបៀបប្រើប្រាស់តេស្តទាំងនោះ

តេស្តរកមេរោគអេដស៍ពីរប្រភេទសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ លើកុមារនៅកម្ពុជា៖

- តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ឧទាហរណ៍. តេស្តរហ័ស ហៅថា rapid tests)
- តេស្តរកមេរោគអេដស៍ ឧទាហរណ៍. តេស្ត HIV DNA-PCR (Polymerase chain reaction)។

៤.១ តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណ

- អង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានបញ្ជូនពីម្តាយទៅកូនក្នុងផ្ទៃ តាមទងសុកនៅក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ដូច្នេះគ្រប់កុមារកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានផ្ទុកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលធ្វើឱ្យការធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅលើកូនវិជ្ជមាន ទោះបីជាកូនបានឆ្លង ឬ មិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ។ ដូច្នេះ តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មិនអាចកំណត់ពីស្ថានភាពឆ្លងមេរោគអេដស៍របស់កុមារអាយុក្រោម ១៨ខែ ឬ រហូតដល់ ៦សប្តាហ៍ក្រោយផ្តាច់ដោះបានទេ។

- កុមារស្ទើរតែទាំងអស់ នឹងបាត់បង់អង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលបានទទួលពីម្តាយនៅអាយុ ១៨ខែ បើសិនជាកុមារនោះ មិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ។

- បើសិនជា អង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានរកឃើញលើកុមារអាយុ < ១៨ខែ វាជាការបញ្ជាក់ថា កុមារបានប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែល**ទាមទារឱ្យ**ធ្វើតេស្ត HIV PCR បន្ថែមទៀត ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពឆ្លងមេរោគអេដស៍របស់កុមារ (សូមមើលរូបភាពទី១ ខាងក្រោម)។

- តេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន នៅអាយុប៉ុន្មានក៏ដោយ បញ្ជាក់ថា កុមារមិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ បើសិនជាកុមារនោះត្រូវបានផ្តាច់ដោះម្តាយលើសពី ៦ សប្តាហ៍ មុននឹងធ្វើតេស្ត ហើយកុមារគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

- កុមារដែលទទួលការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយ ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នឹងបន្តប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

- កុមារដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការធ្វើតេស្ត HIV PCR ឡើងវិញ ហើយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ **មិនត្រូវ**ធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខ

ប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ម្តងទៀតទេ។ កុមារមួយចំនួនដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ បញ្ជាក់ដោយការធ្វើតេស្ត PCR ហើយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទាន់ពេលវេលា អាចមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណ អវិជ្ជមាន នៅពេលក្រោយដែលជាហេតុធ្វើឱ្យមានការភាន់ច្រឡំដល់អ្នកថែទាំ។

- ត្រូវធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើគ្រប់កុមារប្រឈមទាំងអស់ដែលមានអាយុលើសពី ១៨ខែ ដែលបានដឹងថា មានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយពុំបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពីមុនមកថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបញ្ជាក់ឡើងវិញ ពីស្ថានភាពឆ្លងមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ។

- លទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន លើកុមារអាយុ ≥ ១៨ខែ គឺបញ្ជាក់ថាកុមារនោះបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំនេះ។

- តេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណ ដែលប្រើសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅលើមនុស្សពេញវ័យក៏អាចប្រើនៅលើកុមារបានដែរ ហើយអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល អាចប្រើតេស្តនេះនៅពេលដែលសង្ស័យថា កុមារបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ (សូមមើលរូបភាពទី១ ខាងក្រោម) នៅកន្លែងណាដែលអាចធ្វើតេស្តនេះបាន។ ប្រសិនបើ មិនមានតេស្តនេះនៅក្នុងសេវារបស់ខ្លួនទេ ត្រូវបញ្ជូនកុមារទៅធ្វើតេស្តនៅសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែលនៅជិតបំផុត ដូចជា មណ្ឌលធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សាការសម្ងាត់(VCCT) មណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ឬ មន្ទីរពេទ្យខេត្តដែលផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។

៤.២ តេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍

- តេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ (DNA ឬ RNA) គឺជាតេស្តស្រាវជ្រាវរក DNA មុនពេលករកើតជាវីរុស (proviral DNA) ឬ រក RNA របស់វីរុស (Viral RNA) ដែលចង្អុលបង្ហាញពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅលើកុមារ។ ការធ្វើតេស្តនេះ ត្រូវការតែឈាមមួយតំណក់ប៉ុណ្ណោះ ហើយឈាមមួយតំណក់នេះ អាចយកបានពីការចោះនៅកែងជើងរបស់ទារក។ តំណក់ឈាមនេះ ត្រូវបន្តក់លើក្រដាសពិសេសម្យ៉ាង ហើយត្រូវទុកវាឱ្យស្ងួត ទើបផ្ញើមកមន្ទីរពិសោធន៍នៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ។ ដើម្បីយល់ច្បាស់ពីដំណើរការនៃការធ្វើតេស្តដោយប្រើតំណក់ឈាមស្ងួត (DBS) សូមអានឯកសារជំនួយ (Job Aid) ស្តីពីការធ្វើតេស្ត DBS។ តេស្ត DNA PCR គឺជាតេស្តបែបគុណភាព(qualitative test) ហើយលទ្ធផលរបស់តេស្តនេះអាច វិជ្ជមាន ឬ អវិជ្ជមាន។ ចំណែកតេស្ត HIV RNA PCR (តេស្ត viral load) គឺជាតេស្តបែបបរិមាណ (មានន័យថា តេស្ត

នេះអាចផ្តល់ចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុង ១មម³ នៃឈាម និងអាចប្រើសម្រាប់តាមដានចំនួនមេរោគ អេដស៍ក្នុងឈាម ដែលបញ្ជាក់អំពីការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ តេស្ត HIV PCR អាចប្រើប្រាស់សម្រាប់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍លើកុមារលើកដំបូង ប៉ុន្តែ តេស្ត HIV DNA PCR ត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារ នៅកម្ពុជា។

- តេស្ត HIV PCR ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់កំណត់ស្ថានភាពនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារដែលមានអាយុតិចជាង ១៨ខែ។ គ្រប់កុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្ត PCR វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្ត HIV PCR បញ្ជាក់លើកទី២ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- ការធ្វើតេស្ត HIV PCR លើកទី២ ដើម្បីបញ្ជាក់លើគ្រប់លទ្ធផល វិជ្ជមាននៃតេស្ត PCR គឺជាការចាំបាច់។
- ទោះបីជាការធ្វើតេស្ត HIV PCR លើកទី២ គឺជាការចាំបាច់ក៏ដោយ ក៏ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍**មិនត្រូវពន្យាពេលដែរ** នៅក្នុងអំឡុងពេលរង់ចាំលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នេះ។
- បើសិនជា លទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ មានភាពមិនស្របគ្នាលើកុមារដែល បានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួចហើយនោះ ត្រូវធ្វើតេស្ត HIV បញ្ជាក់បន្ថែមទៀត នៅសេវា ព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ដែលនៅជិតបំផុត។

៤.៣ តេការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារត្រូវធ្វើនៅពេលណា?

កុមារដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាចវិវត្តន៍ទៅជំងឺអេដស៍ ហើយលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ប្រហែលជា ២០% នៃកុមារមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយចុះខ្សោយខ្លាំងនៅអាយុ ៦ សប្តាហ៍។ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមានប្រសិទ្ធភាព អាចកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការស្លាប់ក្នុងចំណោមទារក និងកុមារដែលមានឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ជានិច្ចកាល ចូរចងចាំថា ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃជាទៀងទាត់ ទៅលើសុខភាពម្តាយ ឪពុក និងសមាជិកផ្សេងៗទៀតក្នុងគ្រួសារ ហើយត្រូវណែនាំឱ្យធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងបញ្ជូនទៅទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីរក្សាសុវត្ថិភាពសុខភាពក្នុងគ្រួសារ។

សេណារីយ៉ូ (scenarios) ខាងក្រោម រៀបរាប់អំពីវិធីសាស្ត្រផ្សេងៗគ្នា ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅលើទារកនិងកុមារ អាស្រ័យទៅតាមអាយុ និងស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ។

៤.៣.១ កុមារអាយុ < ១៨ខែ ដែលម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍

គំនូសបំព្រួញទី១ ពន្យល់ដូចខាងក្រោម៖

- **ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍**[10] នៅពេលកើត និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើគ្រប់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់។ ប្រសិនបើ កុមារមានលទ្ធផលតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍លើកដំបូងនៅពេលកើត អវិជ្ជមាន **ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR ម្តងទៀតនៅពេលកុមារអាយុ៦សប្តាហ៍** ឬក៏នៅពេលណាមួយដែលកុមារមកទទួលសេវាសុខាភិបាលលើកដំបូងក្រោយអាយុ ៦សប្តាហ៍។

- ទារកប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែលខកខានមិនបានធ្វើតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍នៅពេលកើត ការធ្វើតេស្ត PCR លើកដំបូងត្រូវធ្វើឡើងឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ស្របតាមគំនូសបំព្រួញសម្រាប់ធ្វើតេស្ត PCR។

- បើសិនបើ លទ្ធផលតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន **ត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានលឿនបំផុត** និងត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍បញ្ជាក់ឡើងវិញ ក៏ប៉ុន្តែ មិនត្រូវពន្យាពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងការរង់ចាំលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នោះឡើយ។

- ការធ្វើតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ បញ្ជាក់ត្រូវធ្វើឡើងនៅថ្ងៃតែមួយ នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

- **ទារកដែលមានលទ្ធផលតេស្ត PCR អវិជ្ជមាន នៅពេលកើត មិនអាចបញ្ជាក់ថា ទារកនោះមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍នោះទេ ដូច្នេះ វាទាមទារបន្តការតាមដានតទៅទៀត គឺជាការចាំបាច់បំផុត។**

- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវចាប់ផ្តើមនៅពេលកុមារមានអាយុ ៦ សប្តាហ៍។

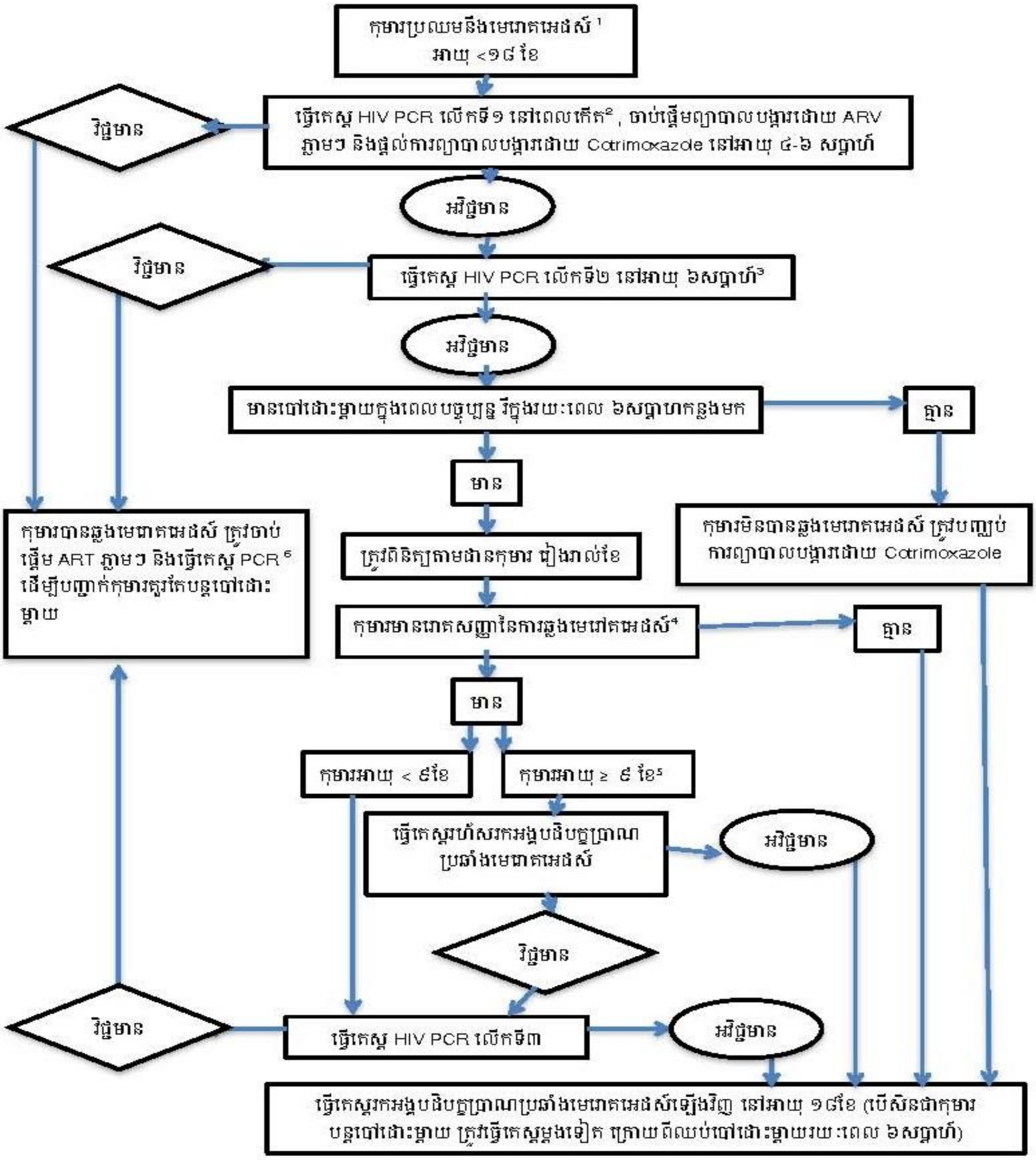
- កុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន នៅអាយុ ៦សប្តាហ៍ ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ឡើងវិញ ក្រោយពីឈប់បៅដោះម្តាយទាំងស្រុងលើសពី៦សប្តាហ៍ ដើម្បីផាត់ចោលឱ្យបានសមស្របនូវការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈទឹកដោះម្តាយ។ ការធ្វើតេស្តនេះត្រូវអនុវត្តដូចខាងក្រោម៖
  - កុមារអាយុ < ៩ខែ តម្រូវឱ្យធ្វើតេស្ត HIV PCR
  - កុមារអាយុ ≥ ៩ខែ តម្រូវឱ្យធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាមុនសិន។ បើសិនជា តេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR រកមេ

[10] WHO March 2014 Supplement To the 2013 Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral drugs For Treating And Preventing HIV Infection. Recommendations for a public health approach.

រោគអេដស៍ ដើម្បីបញ្ជាក់។ បើសិនជា តេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណ អវិជ្ជមាន អាចចាត់ទុកថា កុមារមិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ ក្នុងករណីដែលកុមារនោះបានឈប់បៅដោះម្តាយ រយៈពេលលើសពី ៦សប្តាហ៍ មុនពេលធ្វើតេស្ត។

- កុមារអាយុ < ១៨ខែ ដែលមានរោគសញ្ញានិងចង្កោមរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (រូបភាពទី១) ឬ ដែលមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលកើត ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមតែអាចធ្វើទៅបាន (បើសិនជា កុមារអាយុ ≥ ៩ខែ ហើយឈប់បៅដោះម្តាយ រយៈពេល ≥ ៦សប្តាហ៍ អាចធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បើមានលទ្ធផល អវិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថា កុមារមិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ ហើយបើលទ្ធផល វិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថា កុមារត្រូវការធ្វើតេស្ត PCR ដើម្បីបញ្ជាក់)។
- កុមារដែលបានឈប់បៅដោះម្តាយទាំងស្រុង យ៉ាងតិច ៦សប្តាហ៍កន្លងមក ហើយដែលមានលទ្ធផលតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន អាចសន្និដ្ឋានថា មិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ។
- ការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅអាយុ ១៨ខែ ត្រូវអនុវត្តគ្រប់កុមារប្រឈម (HIV exposed Infants) ទាំងអស់ ដើម្បីបញ្ជាក់ថា កុមារមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងករណីដែលកុមារមិនធ្លាប់បានធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឃើញថា អវិជ្ជមាន ពីមុនមកទេ។
- គ្រប់កុមារដែលបន្តការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ (ឧ. តាមរយៈការបំបៅទឹកដោះម្តាយ) ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole រហូតដល់កុមារត្រូវបានបញ្ជាក់ថា មិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ តាមរយៈការធ្វើតេស្ត HIV DNA PCR ឬតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណ ក្រោយពីឈប់បៅដោះ ម្តាយ រយៈពេល ≥ ៦សប្តាហ៍។

រូបភាពទី 1: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារប្រឈមអាយុ < ១៨ខែ



កំណត់សំគាល់នៃគំនូសបំព្រួញ៖

១. គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់គួរតែទទួលបានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬ ពេលឈឺពោះសម្រាលកូន។ កុមារដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ស្ត្រីមួយចំនួនអាចមិនបានមកទទួលសេវាធ្វើតេស្ត HIV នៅមុនពេលសម្រាលកូន ដូច្នេះបុគ្គលិកសុខាភិបាល ត្រូវសាកសួរស្ត្រីនៅពេលដែលគាត់យកកូនមកចាក់ថ្នាំបង្ការថា តើគាត់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ហើយឬនៅ? ហើយលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តនោះបែបណាដែរ?។ ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ ត្រូវអនុវត្តចំពោះកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមិនបានមកពិនិត្យ តាមការណាត់របស់គ្រូពេទ្យ។

២. ការធ្វើតេស្តក្រោយទារកកើតភ្លាម ត្រូវបានគេផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យអនុវត្ត ហើយការធ្វើតេស្តនេះអាចរកឃើញការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលទារក នៅក្នុងផ្ទៃម្តាយ។

៣. បើសិនជាការធ្វើតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ ក្រោយទារកកើតភ្លាម អវិជ្ជមាន ទារកនោះក៏នៅតែអាចឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែរ ដូច្នេះ ត្រូវធ្វើតេស្តទី២ នៅពេលទារកមានអាយុ ៦សប្តាហ៍ ដើម្បីបង្កើនការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរកកុមារប្រឈម ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ត្រូវប្រាប់ដល់ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកថែទាំកុមារប្រឈមថា ការធ្វើតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលទារកកើតភ្លាមឃើញ អវិជ្ជមាន មិនអាចបញ្ជាក់ថា កុមារនោះមិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ ព្រោះតេស្តនៅពេលនោះមាន Sensitivity ទាប។

៤. នៅក្នុងអំឡុងពេលតាមដាន បើសិនជាកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ មានរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (ដូចជា មានការបង្ករោគញឹកញាប់ មានជំងឺបង្ករដោយផ្សិតនៅអាយុ > ៦សប្តាហ៍ ថ្លើមរីកធំ មិនកើនទម្ងន់ បញ្ហាទាក់ទងនឹងការវិវត្តន៍ខាងសរសៃប្រសាទ) ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ភ្លាម។

៥. ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារអាយុ < ៩ខែ ត្រូវប្រើតេស្ត DNA-PCR។ ចំពោះកុមារអាយុចាប់ពី៩ខែ អាចធ្វើតេស្តរហ័សរកអង្គបដិបក្ខប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ជាមុនសិន។ បើលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណវិជ្ជមានត្រូវធ្វើតេស្ត DNA-PCR ដើម្បីបញ្ជាក់។

៦. នៅពេលកុមារបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ឃើញថាបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ហើយ មិនចាំបាច់ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ឡើងវិញម្តងទៀតទេ។

៤.៣.២ កុមារអាយុ < ១៨ខែ ដែលម្តាយមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍

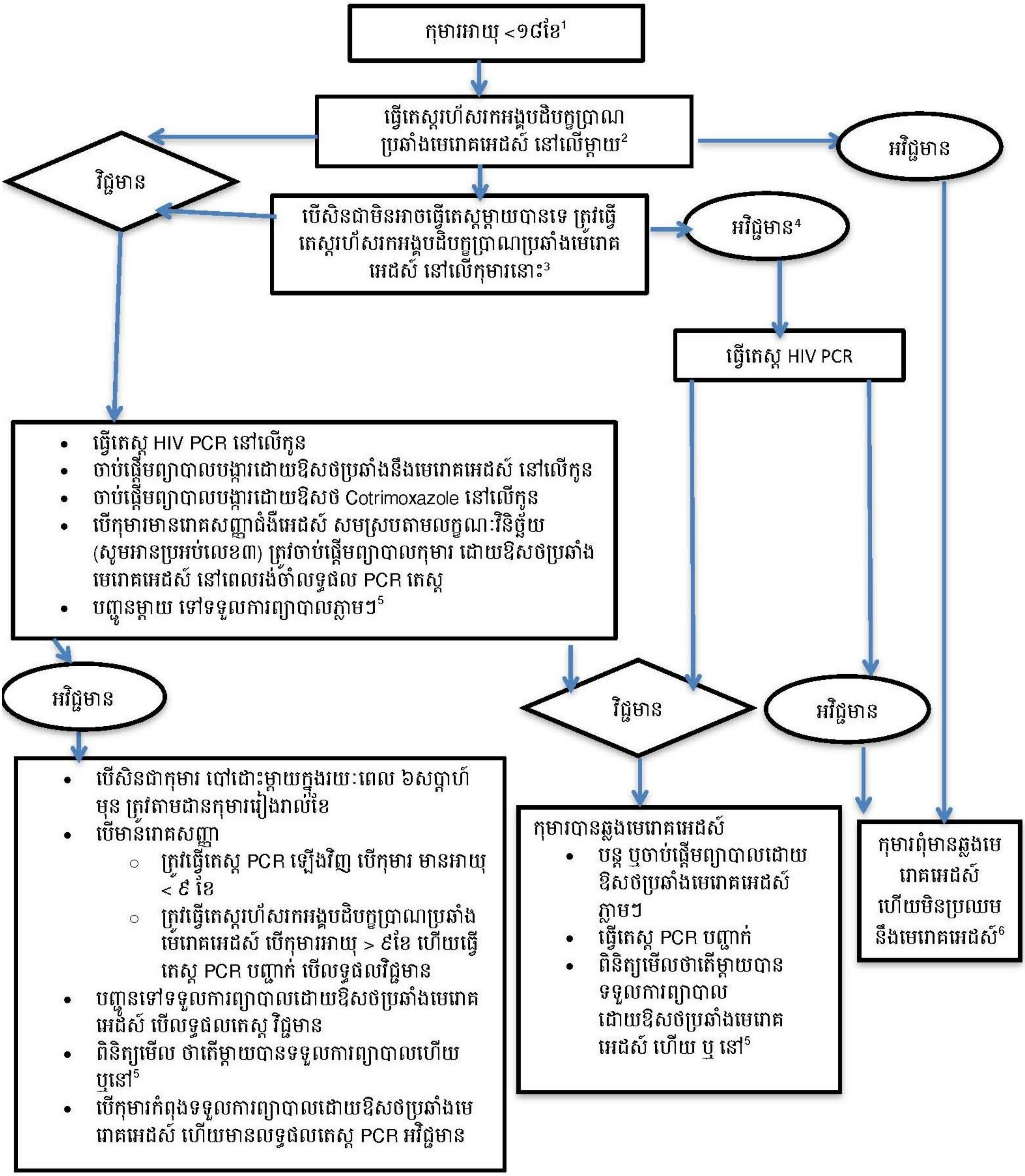
នៅពេលកុមារអាយុ < ១៨ខែ ហើយម្តាយមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ដូចបានកំណត់ក្នុងរូបភាពទី២ ខាងក្រោម៖

- **ការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍** ត្រូវបានណែនាំឱ្យធ្វើលើកដំបូងសម្រាប់កុមារដែលពុំដឹងអំពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ និងមានរោគសញ្ញា ឬចង្កោមរោគសញ្ញាដែលបញ្ជាក់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬមានកត្តាប្រឈមនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (សូមមើលរូបភាពទី ១ និងទី២)។
- ត្រូវធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍**របស់ម្តាយ**។
- **បើសិនជា ពុំមានវត្តមានម្តាយ ឬម្តាយស្លាប់ ត្រូវធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍របស់ កូន។**
- បើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍របស់ម្តាយ ឬកូន មានលទ្ធផល វិជ្ជមានគឺ បង្ហាញថាកុមារនោះបានប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះត្រូវធ្វើតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍នៅលើកុមា

រ។

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole និងព្យាបាលបង្ការ ឬព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងអំឡុងពេលរង់ចាំលទ្ធផលតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ បើសិនជាកុមារមានរោគសញ្ញាដែលអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសង្ស័យថា ឆ្លងមេរោគអេដស៍ (សូមមើលប្រអប់ទី៣: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសន្មត់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍,ទំព័រទី ៤៧)។
- បើសិនជា លទ្ធផលតេស្ត HIV PCR វិជ្ជមាន បានន័យថា កុមារបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ (ក្នុងអំឡុងពេល ២សប្តាហ៍)។ ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងត្រូវបន្តការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole។ បើកុមារបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួចហើយ ដោយសារមានរោគវិនិច្ឆ័យសង្ស័យថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបន្តការព្យាបាលនោះតទៅទៀត។
- បើសិនជា លទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ របស់កូន ឬរបស់ម្តាយ អវិជ្ជមាន មានន័យថា កុមារមិនបានប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ ហើយគេអាចចាត់ទុកថាកុមារនោះមានលទ្ធផលតេស្ត HIV អវិជ្ជមាន។ កុមារមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អវិជ្ជមាន ក៏អាចនៅតែប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បើសិនជាម្តាយបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលសម្រាលកូន ហើយកំពុងបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។
- បើសិនលទ្ធផល HIV PCR អវិជ្ជមាន អាចចាត់ទុកថា កុមារនោះ មិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ បើសិនជាការធ្វើតេស្តនោះធ្វើឡើងក្រោយពីបានផ្តាច់ដោះទាំងស្រុង លើសពី ៦សប្តាហ៍។ ពេលនោះត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole និង ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- ត្រូវបញ្ជូនម្តាយទៅទទួលការព្យាបាល បើសិនជារកឃើញថា ម្តាយមានតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន។ បើសិនជាម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ចង់បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយត្រូវតែទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយជីវិត។

រូបភាពទី 2: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារអាយុ <១៨ខែ ដែលមិនដឹងពីស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍



១. កុមារមួយចំនួនមកទទួលសេវាសុខាភិបាល ដោយសារមានរោគសញ្ញា/ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូចជា មានជំងឺរបេង កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ដែលជាការចង្អុលបង្ហាញអំពីតម្រូវការនៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។ បើសិនជាពីមុនមក ម្តាយពុំទាន់បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅលើម្តាយ។

២. ម្តាយ (និងឪពុកបើអាចធ្វើបាន) ត្រូវទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍មុនកូន បើលទ្ធផល វិជ្ជមាន មានន័យថា កូនបានប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ កូនត្រូវទទួលការធ្វើតេស្ត HIV PCR។

៣. បើម្តាយស្លាប់ ឬ អវត្តមាន ត្រូវធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅលើកូន។ បើលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថា កុមារបានប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ កូនត្រូវទទួលការធ្វើតេស្ត HIV PCR។

៤. តេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន នៅលើកូន អាចនាំឱ្យមានការភាន់ច្រឡំ ពីព្រោះអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលកូនបានទទួលពីម្តាយពេលនៅក្នុងផ្ទៃ អាចបាត់ទៅវិញបន្តិចម្តងៗ ចាប់ពីកូនអាយុបាន ៤ខែ។ ដូច្នេះ ត្រូវតែលើកទឹកចិត្តឱ្យម្តាយមកធ្វើតេស្ត បើអាចធ្វើទៅបាន។ បើសិនជា មិនអាចតាមរកម្តាយឃើញ ឬម្តាយស្លាប់ ត្រូវធ្វើតេស្ត HIV PCR នៅលើកុមារ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

៥. ជានិច្ចកាល ត្រូវគិតដល់សុខភាពរបស់ម្តាយ ដោយធានាម្តាយ និងសមាជិកផ្សេងៗទៀតនៃគ្រួសារ បានទទួលការធ្វើ តេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងការថែទាំព្យាបាល។

៦. កុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន ហើយនៅបៅដោះម្តាយ អាចនៅ តែប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បើសិនជាម្តាយបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលសម្រាល។

៤.៣.៣ កុមារអាយុ ≥ ១៨ ខែ

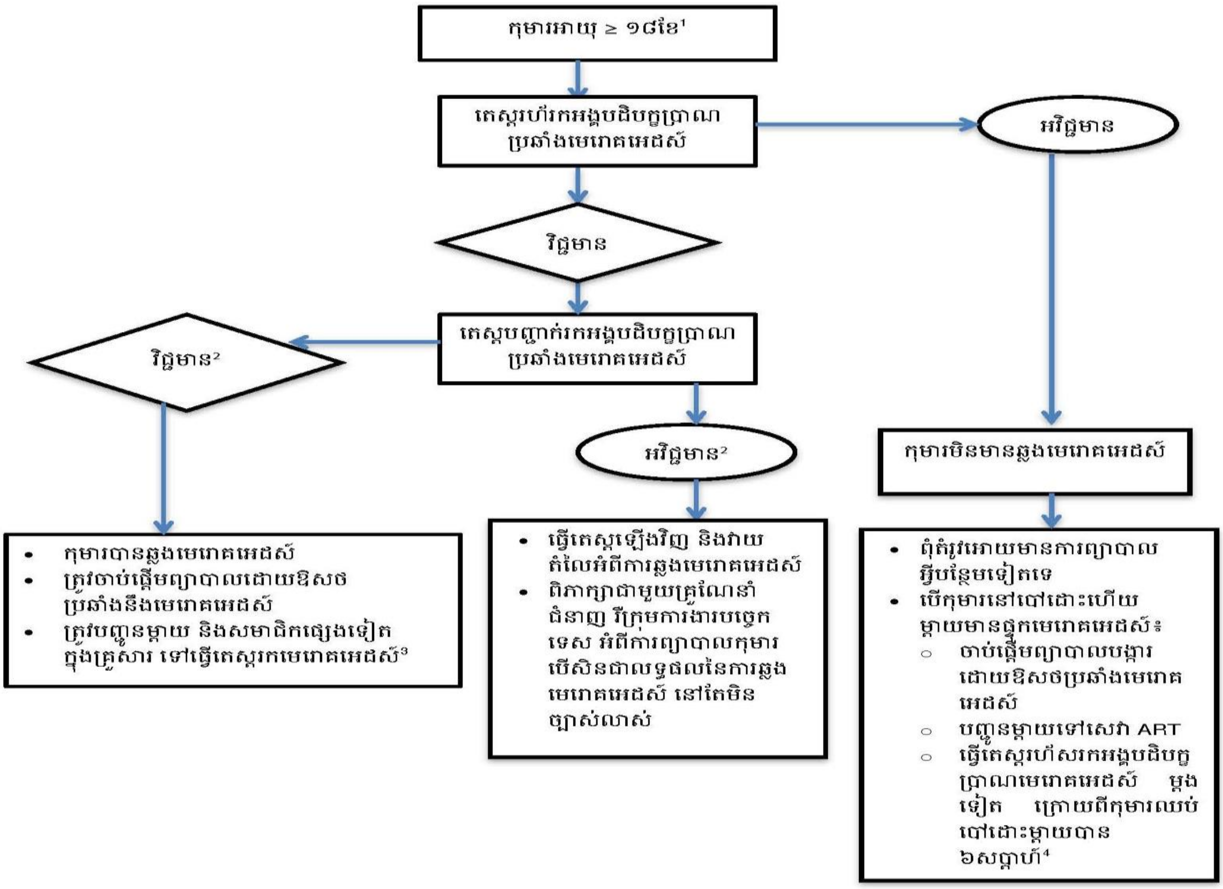
- **តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍** ត្រូវបានគេផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើជាតេស្តដំបូងនៅលើកុមារអាយុ ≥ ១៨ខែ ដែលមានរោគសញ្ញា ឬចង្កោមរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬ ប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (សូមមើលរូបភាពទី ១ និងទី ២)។
- តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណ ដើម្បីបញ្ជាក់មួយទៀត។ បើសិនជា តេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណបញ្ជាក់នេះ វិជ្ជមាន បង្ហាញថា កុមារបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលកុមារដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ ដោយឱសថ Cotrimoxazole ដល់កុមារក្នុងអំឡុងពេល ២សប្តាហ៍។
- តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន មានន័យថា កុមារមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ។

លទ្ធផលតេស្តផ្ទុយគ្នា អាចកើតមានឡើង (មានន័យថា លទ្ធផលតេស្តលើកទី២ ខុសពីលទ្ធផលតេស្ត លើកទី១) ដូច្នេះត្រូវធ្វើតេស្តសារឡើងវិញលើកទី៣ ម្តងទៀត ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីគំនូសបំព្រួញនៃការ

គ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចុះឈ្មោះទទួលការព្យាបាល នៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ និងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបាន ឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។

រូបភាពទី 3: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារអាយុ ≥១៨ខែ



១. គ្រប់កុមារដែលមកទទួលសេវាសុខាភិបាល ហើយមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ ឬមានជំងឺមួយចំនួន ដូចជា ជំងឺរបេង ឬ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ គួរទទួលបានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។ បើសិនជា ម្តាយមិនទាន់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ទេ គួរធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ នៅលើម្តាយផងដែរ។

២. លទ្ធផលតេស្តមិនស្របគ្នា (discordant result) បញ្ជាក់អំពីតម្រូវការនៃការធ្វើតេស្តសារឡើងវិញ។ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគ្រូណែនាំជំនាញ ឬក្រុមការងារបច្ចេកទេស អំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកុមារ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តមិនស្របគ្នានេះ ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបន្តទៀត។

៣. ជានិច្ចកាល ត្រូវគិតដល់សុខភាពរបស់ម្តាយ និងសមាជិកផ្សេងទៀត ក្នុងគ្រួសារ ហើយត្រូវធានាថា ពួកគាត់បានទទួលការធ្វើតេស្ត និងការថែទាំព្យាបាល។

៤. កុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន ហើយបៅដោះម្តាយ អាចនៅតែប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បើសិនជាម្តាយបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលសម្រាល។

៤.៤ កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HEU)

កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត PCR អវិជ្ជមាន ហើយដែលមិនបានបៅដោះម្តាយសោះ ឬ បានឈប់បៅដោះម្តាយលើសពី ៦សប្តាហ៍ កន្លងមក ត្រូវបន្តទទួលការតាមដានរហូតដល់បានធ្វើតេស្តរហ័សរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបញ្ជាក់នៅអាយុ ១៨ខែ។

នៅអាយុ១ឆ្នាំដំបូង ត្រូវណាត់កុមារទាំងអស់ឱ្យមកពិនិត្យសុខភាព មួយខែម្តង ទៅតាមកាលវិភាគនៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ។ គ្រប់ពេលដែលកុមារមកទទួលសេវាសុខាភិបាល ត្រូវធានាថា បានដឹង និងបានកត់ត្រាអំពីស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍របស់កុមារ។ គ្រប់ពេលកុមារមកពិនិត្យជំងឺ ត្រូវតាមដានការលូតលាស់ធំធាត់ ពិភាក្សាអំពីការបំបៅកុមារ និងពិនិត្យសុខភាព និងការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់របស់ ម្តាយ។

ត្រូវពិភាក្សាអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកុមារប្រឈមដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយ ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ឬទី៣ ជាមួយផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍/NCHADS ឬក្រុមការងារបច្ចេកទេស ពីព្រោះថា កុមារទាំងនេះត្រូវការតេស្ត Genotype និងអាចត្រូវការរូបមន្តព្យាបាលដោយឡែក។

ជំពូកទី ៥: ការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លង មេរោគអេដស៍ លើកុមារ និងក្មេងជំទង់ ដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមវិធីផ្សេងៗក្រៅអំពីការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន[11]

កុមារ ឬ ក្មេងជំទង់អាចប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈ៖

- ការរំលោភផ្លូវភេទ
- ការរួមភេទ ដោយមានការយល់ព្រម
- ការព្យាបាលដោយមានការចាក់ទំលុះស្បែក ឬ ចាក់បញ្ចូលថ្នាំ ដែលមិនមានសុវត្ថិភាព រាប់បញ្ចូលទាំង ការចោះត្រចៀក ការសាក់ខ្លួន និងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ចាក់ដែលមិនបានរំងាប់ មេរោគត្រឹមត្រូវ
- ការបញ្ចូលឈាមដែលគ្មានសុវត្ថិភាព ដោយមិនបានធ្វើតេស្តត្រឹមត្រូវ
- ការមុតម្ជុល ដែលមានប្រលាក់ឈាមផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- មនុស្សខាំ (បើសិនជា ទឹកមាត់របស់អ្នកខាំ មានឈាម ហើយការខាំនោះបណ្តាលឱ្យមានរបួស)
- ប្រឈមនឹងឈាម ឬសារធាតុរាវ នៃសរីរាង្គរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយមានការដាច់ ស្បែក (ឧទាហរណ៍ របួស ឬ ដំបៅ) ឬ ប៉ះពាល់ផ្ទាល់ទៅនឹង mucus membranes។

នៅក្នុងស្ថានភាពខាងលើនេះ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយបានតាមរយៈការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱ្យបានឆាប់បំផុត ក្រោយពេលមានការប្រឈម។ ការព្យាបាលរបៀបនេះ គេហៅថា ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (Post Exposure Prophylaxis) ដែលសរសេរជាអក្សរកាត់ថា PEP។ ការព្យាបាលបង្ការនេះ មានប្រយោជន៍តិចតួចបំផុត បើសិនជាចាប់ផ្តើមយឺតជាង ៧២ម៉ោង ក្រោយពីមានការប្រឈម។

ការព្យាបាលបង្ការនេះ ត្រូវប្រើឱសថ ៣មុខរយៈពេល ២៨ថ្ងៃ។ តារាងទី ៥ រៀបរាប់អំពីរូបមន្តព្យាបាលបង្ការ រីឯកម្រិតដូសដែលត្រូវប្រើត្រូវអនុវត្តតាមតារាង ឬរង្វង់នៃកម្រិតដូសឱសថដែលត្រូវប្រើ (dosing chart or wheel)។ ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដើម្បីឱ្យកុមារទទួលការព្យាបាលបង្ការបានត្រឹមត្រូវរយៈពេល ២៨ថ្ងៃ (សូមអានជំពូកទី១៩: ការគាំទ្រកុមារឱ្យលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់, *ទំព័រទី ១២៦*)។

[11] WHO 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

តារាងទី 5: អនុសាសន៍ស្តីពីការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពីប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

អាយុ	ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាល	រយៈពេលព្យាបាល
កុមារទម្ងន់ < 20Kg	ABC (or AZT) + 3TC + LPV/r*	២៨ថ្ងៃ
កុមារទម្ងន់ 20 - 30Kg	ABC (or AZT) + 3TC + DTG	២៨ថ្ងៃ
ក្មេងជំទង់ទម្ងន់ > 30kg	TDF (or ABC) + 3TC + DTG or AZT + 3TC + ATV/r ** (LPV/r)	២៨ថ្ងៃ

** LPV/r ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ទារកអាយុ > ២ សប្តាហ៍*

*** ATV/r ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់កុមារទម្ងន់ ≥ 35kg*

៥.១ តេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងការតាមដាន

ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ នៅពេលដើមគ្រា និងការធ្វើតេស្តតាមដាន (សូមមើលតារាងទី៦ ខាងក្រោម) រកមេរោគអេដស៍ និងការបង្ករោគផ្សេងទៀត (អាស្រ័យទៅតាមរបៀបនៃការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍) ។

តារាងទី៦ ផ្តល់ជាអនុសាស្រ្តអំពីកម្មវិធីធ្វើតេស្តលើបុគ្គលដែលទទួលការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP)។ ការធ្វើតេស្តតាមដាន គឺមិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើនៅខែទី៦ ទៀតទេ។ ការគ្រប់គ្រងអ្នកជំងឺដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមានប្រតិកម្មតេស្ត (seroconverts) មិនត្រូវបានបញ្ចូលការធ្វើតេស្តដើម្បីតាមដានទេ។ ចង្កោមរោគសញ្ញានៃ seroconverts រួមមាន គ្រុនក្តៅ ស្នាមកន្ទួល maculopapular លើស្បែក ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ និងរលាកបំពង់ក ជំងឺច្រាំងមាត់ អស់កម្លាំង ល្ហិតល្ហៃ ឈឺសន្លាក់ដែលគួរពន្យល់ប្រាប់គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ឬ អ្នកថែទាំកុមារ ព្រមទាំងផ្តល់យោបល់នៅពេលលេចចេញនូវរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ ឬរោគសញ្ញាផ្សេងទៀត។

ត្រូវបញ្ជូនបុគ្គលទៅសេវានៅគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ (គ្លីនិកកាមរោគ) ដើម្បីទទួលការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគបានសមស្រប ក្នុងករណីមានការប្រឈមនឹងការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ រួមមាន ការចាក់ថ្នាំបង្ការវីរុស រលាកថ្លើមប្រភេទ B ការបង្ការជំងឺកាមរោគ ការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (យោងតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពី ការគ្រប់គ្រងអំពីហិង្សាប្រឆាំងស្រ្តី និងកុមារនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលឆ្នាំ ២០១៤ និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ អំពីការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពេលប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅពេលបំពេញការងារ និងមិនទាក់ទងនឹងការបំពេញការងារ ឆ្នាំ ២០១៩។ ប្រសិនបើ ជនរងគ្រោះជាស្រ្តីដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ ស្រ្តីនោះនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅទទួលសេវាពន្យាកំណើត ដើម្បីធ្វើការបញ្ឈប់កំណើតជាបន្ទាន់ (emergency contraception) ។

តារាងទី 6: ពេលវេលាដែលត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅមុនពេល និងក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ រួមទាំងការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ

តេស្ត	នៅពេលដើមគ្រា	នៅ៦សប្តាហ៍	នៅខែទី៣
សេរ៉ូសាស្ត្ររកមេរោគអេដស៍	x	x	x
សេរ៉ូសាស្ត្ររកមេរោគស្វាយ	x	x	x
សេរ៉ូសាស្ត្ររក Hepatitis B	x		x
សេរ៉ូសាស្ត្ររក Hepatitis C	x		x
តេស្តរកភាពមានផ្ទៃពោះ	x	x	

៥.២ ការព្យាបាលបង្ការការមានផ្ទៃពោះ

ក្មេងស្រីជំទង់ដែលអាចមានកូនបាន ដែលជាជនរងគ្រោះដោយការរំលោភផ្លូវភេទ គួរទទួលបានការធ្វើតេស្តរកភាពមានផ្ទៃពោះ នៅពេលដើមគ្រា និងតេស្តនៅពេលតាមដាន។ ការផ្តល់ឱសថបញ្ឈប់កំណើតជាបន្ទាន់ (emergency contraceptive) ត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យបានឆាប់បំផុត តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ក្នុងអំឡុងពេល ៥ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមដោយការរំលោភផ្លូវភេទ។

៥.៣ គោលការណ៍ក្នុងការថែទាំកុមាររងគ្រោះ ដោយការរំលោភផ្លូវភេទ

គោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការ UNHCR ស្តីអំពីការបង្ការ និងការឆ្លើយតបចំពោះការរំលោភផ្លូវភេទ និងច្បាប់របស់អង្គការសហប្រជាជាតិ ស្តីអំពីសិទ្ធិកុមារ (UNHCR 1995) ផ្តល់ការណែនាំអំពី របៀបថែទាំកុមាររងគ្រោះដោយការរំលោភផ្លូវភេទ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវព្យាយាម អនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំនេះ តំណាងឱ្យកុមារ និងលើកកម្ពស់ស្តង់ដាថែទាំដែលមានប្រយោជន៍ដល់សុខភាព និងសុខមាលភាពរបស់កុមារ ការផ្តល់ ការថែទាំគាំទ្រ តាមរបៀបដែលកុមារចូលចិត្ត និងការបង្ការមិនធ្វើឱ្យកុមារក្លាយជាជនរងគ្រោះម្តងទៀតនៅក្នុង ដំណើរការនេះ គឺមានសារសំខាន់បំផុត[12]។ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី២: គោលការណ៍សម្រាប់គ្រប់គ្រង កុមាររងគ្រោះ ដោយការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ, ទំព័រទី ២៣១)។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមអាន " ការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅពេលបំពេញការងារ ឬ មិនទាក់ទងនឹងការបំពេញការងារ " របស់ NCHADS, ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ ២០១៩។

---

[12] Day, Kim and Jennifer Pierce-Weeks. 2013. The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence: Technical Considerations for PEPFAR Programs. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1. www.forensicnurses.org/resource/resmgr/Education/PEPFAR_Clinical_Mngt_of_Chil.pdf

ប្រអប់ទី 1: រោគសញ្ញានិងចង្កោមរោគសញ្ញាលើកុមារដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍[13]

ជំងឺកើតមានញឹកញាប់លើកុមារដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយមិនសូវជួបលើកុមារដែលមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍៖

- ជំងឺសួត ឬ ជំងឺដែលបង្កដោយបាក់តេរី ដែលមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរ និងកើតមានញឹកញាប់
- ជំងឺរីកទងសួត (Bronchiectasis)
- ហើមក្រពេញ parotid ទាំងសងខាង ដោយពុំមានការឈឺចាប់
- ជំងឺជ្រាំង/ផ្សិតក្នុងមាត់ ពិបាកព្យាបាល ឬកើតឡើងវិញញឹកញាប់
- ជំងឺឡើងរីកកូនកណ្តុរពេញខ្លួន ឬ រីកថ្លើម និងអណ្តើក
- គ្រុនក្តៅ មិនដឹងមូលហេតុ ពិបាកព្យាបាល ឬកើតញឹកញាប់
- ខូចប្រព័ន្ធប្រសាទ (Neurologic dysfunction) រកមូលហេតុមិនឃើញ
- ជំងឺរើម (Herpes zoster)
- ជំងឺសើស្បែកពេញខ្លួន ពិបាកព្យាបាល។

ជំងឺកើតមានញឹកញាប់លើកុមារបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍៖

- ស្លេកស្លាំង (anemia)
- រលាកត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ
- ជំងឺពិបាកព្យាបាល ឬកើតឡើងញឹកញាប់
- ជំងឺសួតធ្ងន់ធ្ងរ
- ជំងឺរបេង
- ជំងឺ Marasmus ឬ លូតលាស់យឺតយ៉ាវ ។

ជំងឺដែលនាំឱ្យសង្ស័យខ្លាំងថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍៖

- ជំងឺសួត Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP)
- ជំងឺផ្សិតក្នុងបំពង់អាហារ
- ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptococcus
- ជំងឺបង្ករដោយមេរោគ salmonella ដែលមិនមែនជាគ្រុនពោះវៀន (Invasive non-typhoidal salmonella infection)
- ជំងឺសួត Lymphoid interstitial pneumonitis (LIP)
- ជំងឺរើម កើតមានលើសពី១កន្លែង
- ជំងឺ Lymphoma ។

Source: Guidelines for the Management of HIV in Children, Department of Health, South Africa

---

[13] Guidelines for the Management of HIV in Children, Department of Health, South Africa, 2010

ប្រអប់ទី 2: កុមារដែលត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍

- កុមារកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមទាំងកុមារដែលមានអាយុលើសពី ៥ឆ្នាំ
- បង ឬ ប្អូនបង្កើត របស់កុមារដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍
- កុមារកំព្រា ឬកុមារដែលត្រូវគេបោះបង់ចោល
- កុមារកើតជំងឺរបេង
- កុមារដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ
- កុមារដែលមានជំងឺសួតធ្ងន់ធ្ងរ ហើយមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលធម្មតា។

Box 3: **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយសន្មត់** (Presumptive diagnosis) **លើកុមារឆ្លងមេរោគអេដស៍**

បើសិនជាតេស្ត HIV PCR **ពុំអាចធ្វើទៅបាន**លើកុមារប្រឈមអាយុ <១៨ខែ ត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយសន្មត់អំពីជំងឺអេដស៍ ចំពោះករណីមួយចំនួន ដើម្បីសម្រួលដល់ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានសមស្រប រួមទាំងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដូចខាងក្រោម៖

- កុមារត្រូវបានបញ្ជាក់ថា ប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណ និង
- កុមារមានរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺណាមួយ ដែលបញ្ជាក់ថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬ
- កុមារមានរោគសញ្ញាខាងក្រោមចំនួន ២ ឬ ច្រើន៖
    - ផ្សិតក្នុងមាត់ (oral thrush)
    - ជំងឺសួតធ្ងន់ធ្ងរ (severe pneumonia)
    - មេរោគសាយភាយក្នុងឈាមធ្ងន់ធ្ងរ (severe sepsis)។

ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារអាយុ <១៨ខែ ដោយពុំចាំបាច់រង់ចាំរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ថា ឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ។

ជំពូកទី ៦: សមាសភាគសំខាន់ៗនៃការថែទាំព្យាបាលកុមារ ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារប្រឈមនឹង ការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការបំបៅដោះកូន ឱ្យបានត្រឹមត្រូវដោយធ្វើការសង្កត់ធ្ងន់ និងលើកទឹកចិត្តឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធរយៈពេល ៦ខែដំបូង និងចៀសវាងការបំបៅលាយ (mixed feeding) ក្នុងរយៈពេល ៦ខែដំបូង។
- ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ការផ្តល់វិតាមីន A បន្ថែម និងការទំលាក់ព្រូន ត្រូវអនុវត្តជាប្រចាំ ទៅតាមកាលវិភាគរបស់ កម្មវិធីជាតិ ដូចគ្នានឹងកុមារមិនផ្ទុកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ។
- ការផ្តល់ការគាំទ្រដោយការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ និងវិធីសាស្រ្តសកម្មភាពសហគមន៍ (អ្នកធ្វើការនៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល(FBW) អ្នកអនុវត្តសកម្មភាពសហគមន៍ (CAW) និង អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សានៅក្នុងសកម្មភាពសកម្មភាព(CAC) ដើម្បីធានាថា ម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយកុមារប្រឈមមេរោគអេដស៍ បានទទួលការធ្វើតេស្ត និងព្យាបាលសមស្រប។
- ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍តាមការណែនាំខាងលើ និងការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចាប់ពីពេលកើតភ្លាម និងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅ អាយុ ៤-៦ សប្តាហ៍ និងការវាយតម្លៃឡើងវិញ អំពីការប្រឈមមេរោគអេដស៍ និងការធ្វើតេស្តទៅតាមភាពចាំបាច់។
- ការស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេងរៀងរាល់ពេលកុមារមកពិនិត្យ និងរកកត្តាប្រឈមទៅនឹងជំងឺរបេង។
- ការវាយតម្លៃរកកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការគាំទ្រ។

៦.១ អនុសាសន៍អំពីការបំបៅកូន

៦.១.១ ពីពេលកើតរហូតដល់អាយុ ៦ខែ

គ្រប់ស្រ្តីទាំងអស់ដោយមិនគិតអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះ ម្តាយសុទ្ធ ក្នុងរយៈពេល៦ខែដំបូង[14]។ បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ មានន័យថា ឱ្យកូនបៅតែទឹកដោះ ម្តាយប៉ុណ្ណោះ។ មិនត្រូវផ្តល់ចំណី ឬភេសជ្ជៈអ្វីផ្សេងដល់កុមារទេ សូម្បីតែទឹក ក៏មិនត្រូវផ្តល់ដែរ ក្នុងរយៈពេល ៦ខែនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធនេះ។ ការបំបៅលាយអាចបង្កើនហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគ អេដស៍ដល់កូន។ ការផ្តល់ឱសថតាមមាត់ ដល់កូនអាចធ្វើទៅបាន ស្របតាមវេជ្ជបញ្ជា។

- គ្រប់ម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយជីវិត ដូច្នេះ ត្រូវបន្តការព្យាបាលនេះ និងត្រូវលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ រហូតមួយជីវិត ដើម្បីសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន និងដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកូនតាមទឹកដោះ។

---

[14] Cambodian National Interim Guidelines for the Management of Acute Malnutrition. Cambodia December 2011

- ម្តាយត្រឡប់ចូលធ្វើការវិញ មុនរយៈពេល ៦ខែ៖

  – ត្រូវលើកទឹកចិត្តឱ្យម្តាយប្របាច់ទឹកដោះទុក ក្នុងទូទឹកកក ឬ ក្លាសេក្នុងធុងទឹកកក (icebox) បើអាចធ្វើទៅបាន ហើយអាចទុកបានរយៈពេល ២៤ម៉ោង។

  – អាចប្តូរទៅបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត តែមិនត្រូវផ្តាច់ដោះទាំងស្រុងភ្លាមៗទេ។ សូមអានលំអិតអំពីភាពចាំបាច់ដែលត្រូវមាន ដើម្បីបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ប្រកប ដោយសុវត្ថិភាព នៅក្នុងប្រអប់លេខ៤ ខាងក្រោម។

  – ក្នុងគ្រប់ករណីទាំងអស់ ត្រូវបង្រៀនអំពីរបៀបអនាម័យ ការសម្អាត និងការសម្លាប់មេរោគ នៅក្នុងកំប៉ុងបំបៅទឹកដោះ ដល់ម្តាយ និងអ្នកមើលថែកុមារ។

៦.១.២ អាយុក្រោយ ៦ខែ

គួរផ្តល់អាហារបន្ថែម និង បន្តការបំបៅដោះកូនរហូតដល់ ២៤ខែ ឬយូរជាងនេះលើគ្រប់កុមារទាំងអស់ (កុមារដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬកុមារដែលមិនប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍) និងត្រូវគាំទ្រម្តាយឱ្យលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱ្យបានទៀងទាត់ ត្រឹមត្រូវ ជាប់លាប់មួយជីវិត។

ចំពោះស្ត្រី ដែលមិនទាន់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ត្រូវព្យាយាមកំណត់ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់គាត់ ដើម្បីបញ្ជូនគាត់ទៅទទួលការព្យាបាលឱ្យបានសមស្រប ហើយបើរកឃើញថាគាត់បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍គឺ ជាការចាំបាច់បំផុតសម្រាប់សុខភាពគាត់ និងសម្រាប់បង្ការ ការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកូន នៅពេលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។

<u>ចំនុចសំខាន់៖</u>

ការបញ្ឈប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយភ្លាមៗ មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យអនុវត្តទេ ពីព្រោះវាអាចផ្តល់ផលវិបាកជាច្រើនដល់កុមារ ដូចជា ការលូតលាស់យឺតយ៉ាវ និងកើនឡើងនូវអត្រាប្រវ៉ាឡង់នៃជំងឺអាហារូបត្ថម្ភ។ ដូច្នេះ ម្តាយត្រូវបញ្ឈប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ បន្តិចម្តងៗរយៈពេល១ខែ។ ចំពោះកុមារដែលកើត ពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍កំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ឬជួរទី៣ លើសពី ៣ខែ ហើយមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម (viral load) លើសពី ១០០០ copies មិនគួរបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយទេបើអាចធ្វើទៅបាន។ កុមារនេះ អាចប្រឈមនឹងឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ សូមពិភាក្សាជាមួយគ្រូណែនាំជំនាញគ្លីនិក ឬក្រុមការងារបច្ចេកទេសអំពីការគាំទ្រដល់ការចិញ្ចឹមកូនដោយផ្តល់អាហារជំនួស និងការធ្វើតេស្ត genotype និងជម្រើសនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ការធ្វើតេស្ត VL និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលត្រូវប្រតិបត្តិតាមគោលការណ៍ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់បច្ចុប្បន្ន។

៦.១.៣ ការចិញ្ចឹមកូនដោយអាហារជំនួស

ក្នុងករណីខ្លះ ម្ដាយអាចជ្រើសរើសយកការបំបៅកូនដោយអាហារជំនួស ឬមានលក្ខខណ្ឌខ្លះដែលធ្វើឱ្យម្ដាយមិនអាចបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយបាន (ឧទាហរណ៍. ម្ដាយស្លាប់, ម្ដាយឈឺធ្ងន់, ម្ដាយរលាកដោះ)។ ម្ដាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមិនជ្រើសរើសយកការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ **ត្រូវតែផ្ដល់ទឹកដោះសិប្បនិម្មិតទៅតាមស្តង់ដាអន្តរជាតិ** ដើម្បីជំនួសការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ ហើយ**ត្រូវបំពេញបាននូវលក្ខខណ្ឌ**សម្រាប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត។

ទឹកដោះគោស្រស់ ទឹកសណ្តែក ទឹកដោះគោខាប់ ឬម្សៅ **មិនគួរផ្ដល់** ជាអាហារសម្រាប់កុមារទេ។ លក្ខខណ្ឌចាំបាច់សម្រាប់ការចិញ្ចឹមកូនដោយអាហារជំនួស មានរៀបរាប់នៅក្នុងប្រអប់ទី៤ ខាងក្រោម៖

ប្រអប់ទី 4: លក្ខខណ្ឌចាំបាច់សម្រាប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ប្រកបដោយសុវត្ថិភាព[15]

ដើម្បីឱ្យមានសុវត្ថិភាពក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ត្រូវគោរពខាងលក្ខខណ្ឌខាងក្រោម៖

- ត្រូវមានទឹកដែលមានសុវត្ថិភាព (ទឹកឆ្អិន) និងមានអនាម័យល្អ នៅក្នុងគ្រួសារ និងសហគមន៍ និង
- ម្ដាយ ឬ អ្នកចិញ្ចឹមកុមារ មានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងការផ្ដល់ទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ដើម្បីទ្រទ្រង់ការធំធាត់ និងលូតលាស់ធម្មតារបស់កូន និង
- ម្ដាយ ឬ អ្នកចិញ្ចឹមកុមារ ត្រូវចេះលាងសំអាត សម្ភារសម្រាប់ឆុងឱ្យបានស្អាត និងញឹកញាប់ ដើម្បីធានាសុវត្ថិភាព និងបន្ថយហានិភ័យឱ្យបានទាប ដូចជា ការរាករូស និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និង
- ម្ដាយ ឬ អ្នកចិញ្ចឹមកុមារ ត្រូវបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិតសុទ្ធសាធ ក្នុងរយៈពេល ៦ខែដំបូង ហើយគ្រួសារទាំងមូលគាំទ្រការអនុវត្តនេះ និង
- ម្ដាយ ឬ អ្នកចិញ្ចឹមកុមារ អាចទៅទទួលយកសេវាថែទាំសុខភាព ដែលផ្ដល់ការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដល់កុមារ។

Source: Rapid Advice, HIV and Infant Feeding, WHO 2009.

- គួរកត់សំគាល់ថា ក្នុងករណីបំបៅកូនលាយ (mixed feeding) ដោយមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធសាធ ដោយសារមូលហេតុអ្វីក៏ដោយ មន្ត្រីសុខាភិបាលត្រូវធានាថា ម្ដាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដ៏មានប្រសិទ្ធភាពដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលសម្រាល។ ដូច្នេះ ការបំបៅកូនលាយមិនមែនជាមូលហេតុក្នុងការបញ្ឈប់ការបំបៅដោះកូននោះទេ គឺម្ដាយត្រូវលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។
- នៅពេលពិចារណាយកការបំបៅកូនដោយអាហារជំនួស (replacement feeding) បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងការធានាថា ពុំមានកង្វះខាតក្នុងការផ្ដល់ទឹកដោះសិប្បនិម្មិត សម្រាប់កុមារក្នុង រ

[15] Source: Rapid Advice, HIV and Infant Feeding, WHO 2009.

យៈពេលយ៉ាងហោចណាស់១២ខែ ហើយត្រូវធានាថា ម្តាយចេះពីរបៀបផុងទឹកដោះសិប្បនិម្មិតច្បាស់លាស់។

- ការចិញ្ចឹមកូនដោយអាហារជំនួស មិនគួរត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យអនុវត្ត ចំពោះប្រជាជនទូទៅទេ។
- កុមារកំព្រាប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ គួរត្រូវបានគាំទ្រដោយផ្តល់ទឹកដោះសិប្បនិម្មិតសម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ១២ខែ តាមរយៈការបញ្ជូនទៅរកអង្គការដែលគាំទ្រកម្មវិធីនេះ។
- ម្តាយត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កុមារ ចាប់ពីអាយុ ៦ខែ។

៦.២ ការបង្ការជំងឺឱកាសនិយម

៦.២.១ ការបង្ការជំងឺបង្កដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ និងជំងឺគ្រុនចាញ់

៦.២.១.១ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole (CTX) មានប្រយោជន៍ សម្រាប់បង្ការការឈឺ និងស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍។ នៅក្នុងតំបន់ ដែលសំបូរដោយការឆ្លងជំងឺបង្កដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ និងតំបន់គ្រុនចាញ់ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ក្នុងរយៈពេលមិនកំណត់ មានប្រយោជន៍ជាងការបញ្ឈប់ការព្យាបាល។

- **គ្រប់កុមារប្រឈមទាំងអស់ គួរតែទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ដោយចាប់ផ្តើម នៅអាយុ ៤-៦ សប្តាហ៍។** ការព្យាបាលបង្ការនេះ ត្រូវបន្តរហូតដល់រកឃើញថា កុមារមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍សមស្របទៅតាមអាយុ នៅក្រោយពេលផ្តាច់ដោះ ៦សប្តាហ៍ (សូមអានតារាងទី៧ ខាងក្រោម)។

- គ្រប់កុមារដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបន្ត ឬចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole រហូតដល់ពេលផ្ទេរទៅទទួលការព្យាបាល នៅសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យនៅអាយុ១៥ឆ្នាំ (សូមមើលប្រអប់ទី៥: អនុសាសន៍អំពីកម្រិតដូស Cotrimoxazole សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍, ទំព័រទី៥២)។

តារាងទី 7: ពេលត្រូវចាប់ផ្តើម និងបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

	ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការ Cotrimoxazole	បញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការ Cotrimoxazole

កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍	អាយុ ៤-៦ សប្តាហ៍	តេស្ត PCR ឬ អង្គបដិបក្ខប្រាណអវិជ្ជមាន ក្រោយពេលផ្តាច់ដោះទាំងស្រុង រយៈពេល ៦សប្តាហ៍
គ្រប់កុមារឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនគិតពីអាយុ ឬ ដំណាក់កាលគ្លីនិកជំងឺអេដស៍	អាយុ ៤-៦ សប្តាហ៍ ដូចកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែរ ហើយត្រូវបន្តក្រោយពីរោគវិនិច្ឆ័យ បញ្ជាក់ថា បានឆ្លង មេរោគអេដស៍។ ចំពោះកុមារដែលបានមកទទួលសេវា លើកដំបូង នៅអាយុ > ៦សប្តាហ៍ ត្រូវ ចាប់ផ្តើម Cotrimoxazole ភ្លាមៗ បន្ទាប់ ពីរោគវិនិច្ឆ័យឃើញថា ឆ្លងមេរោគអេដស៍ ភ្លាម បើកុមារកើតជំងឺ PCP ត្រូវចាប់ផ្តើម Cotrimoxazole បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺ PCP។	បញ្ឈប់ Cotrimoxazole បើសិនជាកុមារមានជំងឺស្លេកស្លាំង (anemia) ព្រោះ Cotrimoxazole អាចបណ្តាលឱ្យប៉ះពាល់ដល់ខួរឆ្អឹង ឬ បើសិនជាកុមារមានកន្ទួលស្បែក (rash) កម្រិត ៣/៤ ដែលបណ្តាលមក ពីការពុលឱសថ (toxicity) (សូមអានតារាងទី៨) **បើកុមារគ្មានបញ្ហាអ្វីទេ ត្រូវបន្ត Cotrimoxazole រហូតដល់កុមារត្រូវ បានផ្ទេរទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ ទោះបីជាកុមារ បាន ឬ មិនបានទទួល ART ឬ មានកម្រិត CD4 កើនឡើងវិញក៏ដោយ។**

ប្រអប់ទី 5: អនុសាសន៍អំពីកម្រិតដូស Cotrimoxazole សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លង មេរោគអេដស៍[16]

ឱសថ	ថ្នាំគ្រាប់ ឬសេរ៉ូ (ម.ក្រ ឬម.ក្រ/៥មល)	ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំឬ គិតតាមទម្ងន់ លេបម្តង/ថ្ងៃ					
		៣.០-៥.៩ គ.ក្រ	៦.០-៩.៩ គ.ក្រ	១០.០-១៣.៩គ.ក្រ	១៤.០-១៩.៩ គ.ក្រ	២០.០-២៤.៩គ.ក្រ	២៥.០-៣៤.៩គ.ក្រ
Cotrimoxazole	Suspension២០០/៤០ម.ក្រ/៥ មល ថ្នាំគ្រាប់(Dispersible)៤០០/៨០ម.ក្រ ថ្នាំគ្រាប់(Scored) ៤០០/៨០ ម.ក្រ ថ្នាំគ្រាប់(Scored)៨០០/១៦០ម.ក្រ	២.៥មល ១ - -	៥ មល ២ 0.៥ -	៥ មល ២ 0.៥ -	១០ មល ៤ ១ 0.៥	១០ មល ៤ ១ 0.៥	- - ២ ១

[16] Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazol prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach, Dec 2014, Supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection

ផលវិបាកនៃឱសថ Cotrimoxazole

ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ជាធម្មតា ពុំមានផលវិបាកអ្វីធ្ងន់ធ្ងរចំពោះកុមារទេ។ ក្នុងករណីកំរ កុមារអាចមានកន្ទួលលើស្បែក (rash) ការថយចុះកោសិកាឈាម (granulocytopenia) ស្លេកស្លាំង និង/ឬ រលាកថ្លើម។

ចំពោះកុមារដែលមិនអាចទ្រាំទ្រជាមួយការព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole បាន ត្រូវប្តូរទៅប្រើឱសថ Dapsone ក្នុងកម្រិត ២មល/គក/ថ្ងៃ។ គួរកត់សំគាល់ថា ឱសថ Dapsone អាចបង្ការជំងឺ PCP ប៉ុន្តែ មិនអាចបង្ការ ជំងឺ toxoplasmosis ឬជំងឺបង្ករដោយបាក់តេរីផ្សេងទៀតបានទេ។
ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ដែលបណ្តាលមកពីឱសថ Cotrimoxazole មានរៀបរាប់នៅក្នុងតារាងទី៨ ខាងក្រោម៖

តារាងទី 8: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្តាលមកពីឱសថ Cotrimoxazole

កម្រិត	បរិយាយ	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល
កម្រិត១	• ឡើងក្រហម ពាសពេញខ្លួន ឬ ដោយកន្លែង អាចមានរមាស់	បន្តការព្យាបាលដោយ cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល ៣-៤ ថ្ងៃ ពិចារណាប្រើពួក antihistamines ដើម្បីបន្ថយរោគសញ្ញា
កម្រិត២	ឡើងកន្ទួល maculopapular ស្ងួត អាចមាន morbilliform មាន exfoliation តិចតួច	បន្តការព្យាបាលដោយ cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល ១-២ ថ្ងៃ ពិចារណាប្រើពួក antihistamines ដើម្បីបន្ថយរោគសញ្ញា
កម្រិត៣	Early bullae ឬ mucosal ulceration	បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ cotrimoxazole ភ្លាម ដាក់អ្នកជំងឺឱ្យសម្រាកពេទ្យ ដើម្បីថែទាំព្យាបាល **កុំប្រើឱសថ cotrimoxazole ម្តងទៀតឱ្យសោះ**
កម្រិត៤	របួយ epiderm (toxic epidermal necrolysis) ឬ Stevens Johnson Syndrome។	បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ cotrimoxazole ភ្លាម ដាក់ឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ ដើម្បីថែទាំព្យាបាល **កុំប្រើឱសថ Cotrimoxazole ម្តងទៀតឱ្យសោះ។**

៦.២.២ ការបង្ករោគដោយគ្រិបតូកុក (Cryptococcus)

៦.២.២.១ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole

ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើទៀតទេ ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ការព្យាបាលបង្ការជាបឋម (primary prophylaxis)។[17] ជំងឺគ្រិបតូកុក កើតមានដោយកំរលើកុមារ ហើយការចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART បានឆាប់រហ័ស ទោះបីជាកុមារមួយចំនួនតូចបានកើតជំងឺគ្រិបតូកុកក៏ដោយ។ ចំពោះកុមារដែលមានរោគសញ្ញា រលាកស្រោមខួរ និងមាន CD4< ១៥% (អាយុ<៥ឆ្នាំ) ឬ CD4 < ១០០កោសិកា/មម³ (អាយុ≥៥ឆ្នាំ) ត្រូវស្រាវជ្រាវរកជំងឺបណ្តាលមកពីគ្រិបតូកុក ដូចដែលមានរៀបរាប់ក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ជំពូកទី៣៣: ការបង្ករោគនៅលើប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល, ទំព័រទី ១៩៩ ។

ចំពោះកុមារអាយុតិចជាង១០ឆ្នាំ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការបង្ការជាបឋម មិនត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ ដោយសារតែមានអត្រាករណីថ្មីនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺគ្រិបតូកុក មានកម្រិតទាបនៅក្នុងចំណោមកុមារក្រុមអាយុនេះ។

៦.២.៣ ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកអង់ទីហ្សែនមេរោគគ្រិបតូកុក (CRAG)

គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ថា ក្មេងជំទង់អាយុ ១០-១៩ឆ្នាំ ត្រូវធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវអង់ទីហ្សែនគ្រិបតូកុក ស្របតាមគំនូសបំព្រួញ[18] ។

ការធ្វើតេស្ត CRAG គឺក្នុងគោលបំណងស្រាវជ្រាវតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើ មានរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ ត្រូវធ្វើការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (LP) ភ្លាមៗ ដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំលទ្ធផលតេស្ត CRAG នោះទេ។ (សូមអានជំពូកទី៣៣: ការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល,ទំព័រទី១៩៩)។

- ចំពោះកុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលទើបចុះឈ្មោះនៅសេវាព្យាបាល ហើយមានកោសិកា CD4 < ១០០ កោសិកា/mm³ ត្រូវធ្វើតេស្តរក CRAG នៅក្នុងថ្ងៃតែមួយ។
- តេស្តសេរ៉ូម CRAG វិជ្ជមាន → ត្រូវអ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញ ដើម្បីវាយតម្លៃពីរោគសញ្ញា/ចង្អោមរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ។
- តេស្តសេរ៉ូម CRAG វិជ្ជមាន និងមានរោគសញ្ញា/ចង្អោមរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ → ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលភ្លាមៗដោយឱសថ fluconazole 1200mg លេបមួយកម្រិតដូស និងបញ្ជូនទៅបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងជាបន្ទាន់, (សូមអានជំពូកទី៣៣: ការបង្ករោគនៅលើប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល,ទំព័រទី ១៩៩)។

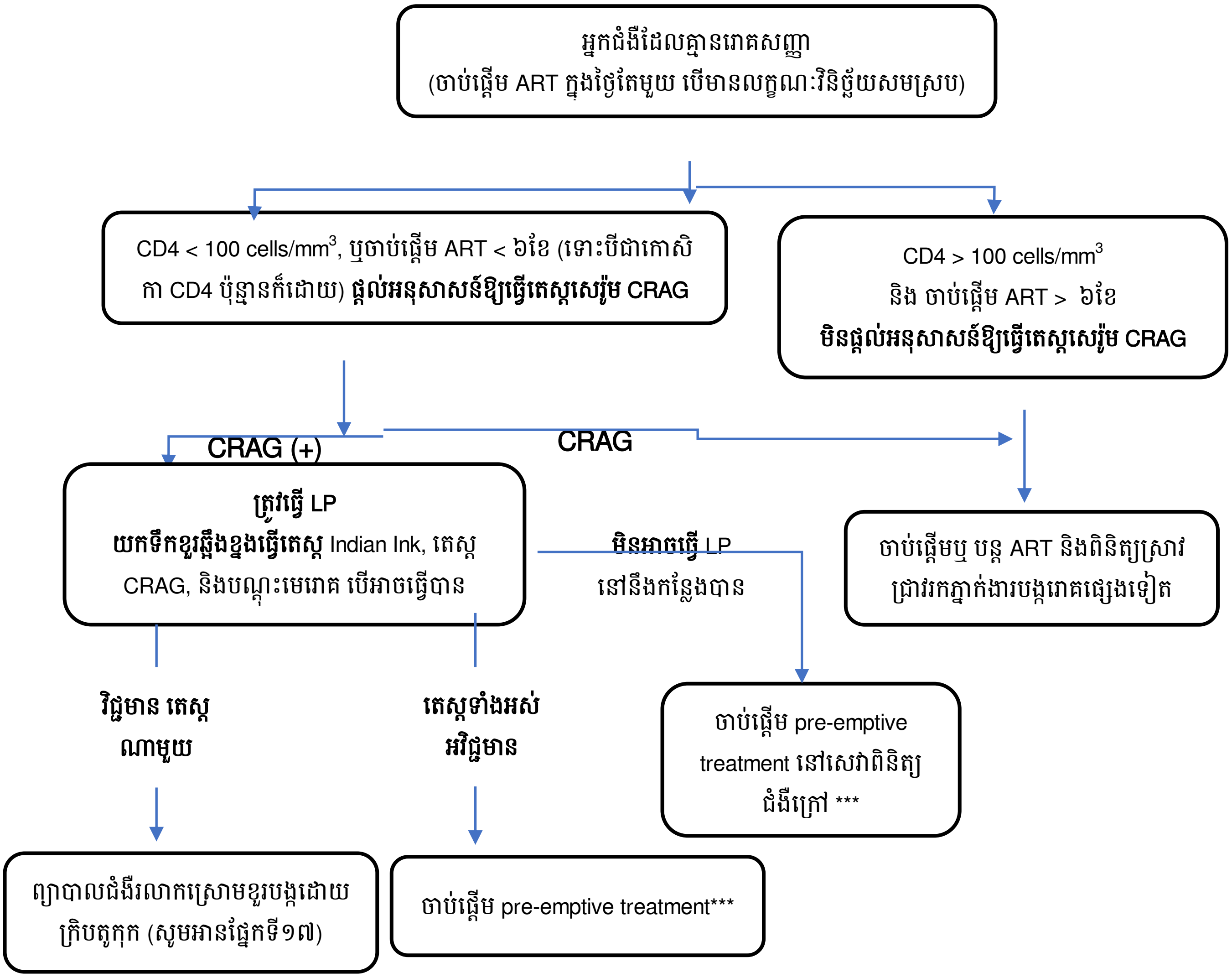
---

[17] WHO Rapid advice: diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children. December 2011

[18] WHO Guidelines for the Diagnosis, Prevention and Treatment of Cryptococcal Disease in HIV-infected Adults, Adolescents and Children; March 2018

- ប្រសិនបើតេស្តសេរ៉ូម CRAG វិជ្ជមាន និងគ្មានរោគសញ្ញា/ចង្អោមរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ហើយយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងទៅធ្វើតេស្តរក (CRAG, India Ink និងបណ្តុះរកមេរោគ)៖
  - ប្រសិនបើ មានលទ្ធផលតេស្តណាមួយ វិជ្ជមាន ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្ក ដោយក្រិបតូកុក ឬ
  - ប្រសិនបើ លទ្ធផលតេស្តទាំងអស់ អវិជ្ជមាន ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលសាកល្បង (pre-emptive treatment) នៅសេវាពិនិត្យជំងឺក្រៅ។
  - ករណីដែលមិនអាចបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងបាន ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលសាកល្បង។
  - រូបមន្តព្យាបាលសាកល្បង៖ fluconazole ១២mg/kg/ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកបន្តដោយកម្រិតដូស ៦-១២mg/kg/ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល ៨សប្តាហ៍ និងបន្តដោយកម្រិតដូស ៦mg/kg ក្នុងកម្រិតដូសអតិបរមា ២០០ mg/ថ្ងៃ រហូតដល់តេស្ត VL undetectable និងតេស្ត CD4 > ១០០ កោសិកា/mm^3 តាមរយៈការធ្វើតេស្ត ២ដង ឃ្លាតគ្នា > ៦ខែម្តង។
- បើ CRAG អវិជ្ជមាន → មិនត្រូវព្យាបាលបង្ការដោយ fluconazole។

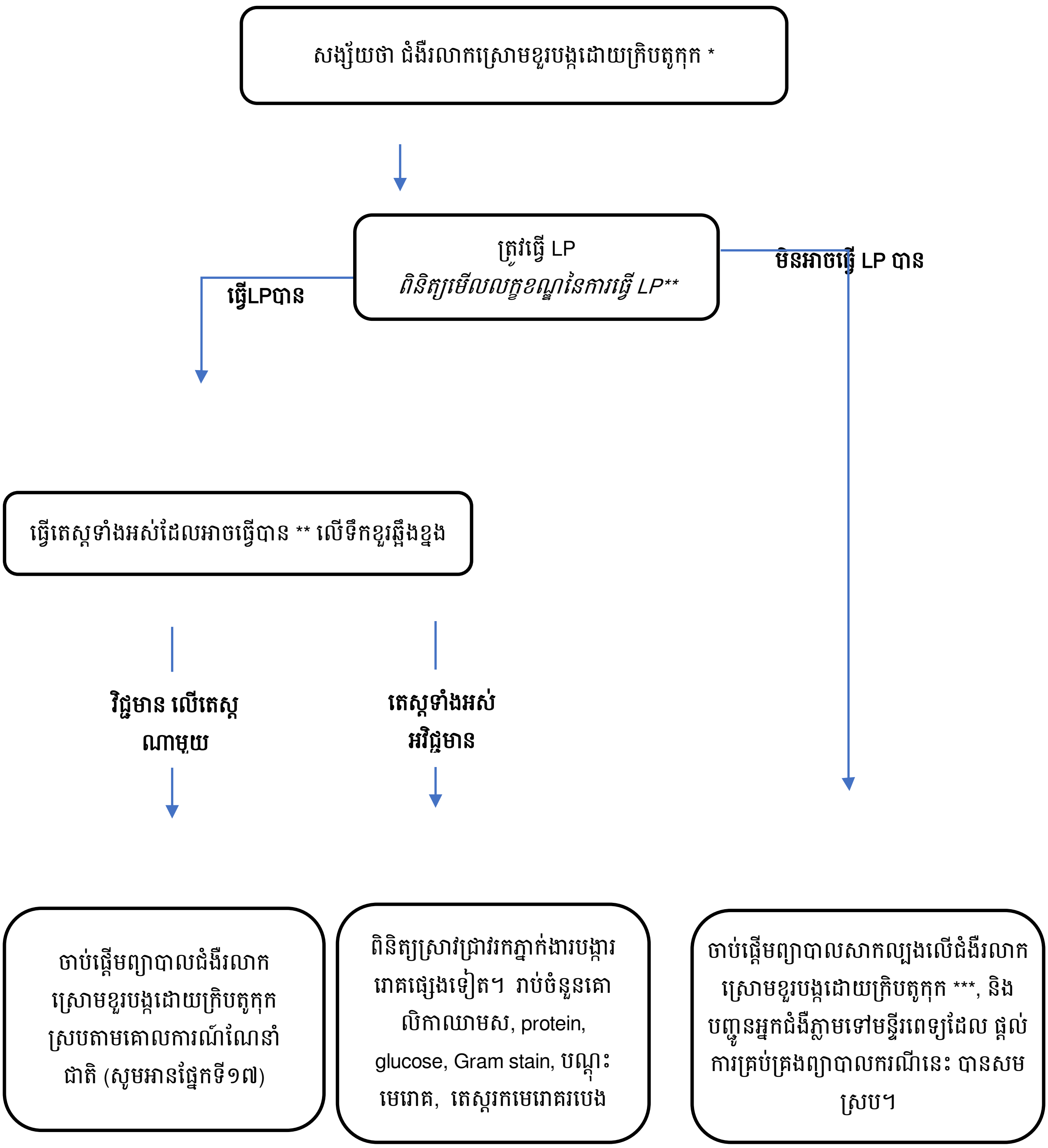
រូបភាពទី 4: ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរក Cryptococcal antigen លើអ្នកជំងឺដែលគ្មានរោគសញ្ញា



*** ចាប់ផ្តើម pre-emptive treatment:

លេប Fluconazole 12mg/kg ១ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ២ សប្តាហ៍; បន្ទាប់មកកម្រិតដូស 6-12mg/kg រយៈពេល ៨សប្តាហ៍ និងបន្តដោយកម្រិតដូសធានានៃ fluconazole 6mg/kg ក្នុងកម្រិតដូសអតិបរមា ២០០ mg/ថ្ងៃ រហូតដល់តេស្ត VL undetectable និងតេស្ត CD4 > ១០០ កោសិកា/mm^3 តាមរយៈការធ្វើតេស្ត ២ដង ឃ្លាតគ្នា > ៦ខែម្តង។

រូបភាពទី 5: ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរក Cryptococcal antigen លើអ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញា



* ឈឺក្បាល, រឹងក, ខ្លាចពន្លឺ (sensitivity to light), ប្រកាច់, គ្រុនក្តៅ, វង្វេងវង្វាន់, ស្រវាំងភ្នែក

** ហាមធ្វើការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង នៅពេលមាន រោគសញ្ញា focal nervous system (លែកលែងតែ cranial nerve VI palsy) ឬ ជំងឺប្រកាច់កើតមានសាចុះសាឡើង ត្រូវធ្វើការបញ្ជាក់ដោយ computed tomography បើអាចធ្វើបាន។ ការកើនឡើងសម្ពាធក្នុងខួរក្បាល មិនមែនជាការហាមមិនឱ្យធ្វើការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (contraindicate lumbar puncture)នោះទេ ក្នុងករណីសង្ស័យជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយក្រិបតូកុក ។ contraindications ផ្សេងទៀត រួមមាន ការខូចទ្រង់ទ្រាយឆ្អឹងខ្នងខ្លាំង (major spinal deformity) និងអ្នកជំងឺបដិសេធមិនធ្វើ ក្រោយពីការពន្យល់។

** ធ្វើតេស្តទាំងអស់ដែលមាន រួមមាន តេស្ត CRAG, Indian Ink និងការបណ្តុះមេរោគ និងផ្តល់លទ្ធផលតេស្តក្នុងអំឡុង ២៤ ម៉ោង]

*** ផ្តល់ការព្យាបាលដោយ Fluconazole 12mg/kg លេបមួយកម្រិតដូស និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺភ្លាមទៅមន្ទីរពេទ្យដែលអាចធ្វើ LP បាន និងផ្តល់ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលករណីនេះ បានសមស្រប។

៦.៣ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ការផ្តល់វីតាមីន A បន្ថែម និងការទំលាក់ព្រូន

កុមារដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺមានហានិភ័យខ្ពស់នៃការស្លាប់ ទោះបីជាកុមារមិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ ។ ដោយសារហេតុផលនេះហើយ ដែលទាមទារឱ្យមានការតាមដានឱ្យបានទៀងទាត់។ កុមារប្រឈម និងកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការទាំងអស់របស់កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការជាតិ (សូមមើលតារាងទី២: កាលវិភាគសម្រាប់កម្មវិធីពង្រីកនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ, ទំព័រទី២៩), ផ្តល់ vitamin A បន្ថែម (សូមមើលតារាងទី ៩ ខាងក្រោម), និងការព្យាបាលទំលាក់ព្រូន (សូមមើលតារាងទី១០ ខាងក្រោម) ដែលត្រូវផ្តល់ជូនជាប្រចាំដល់កុមារដែលមិនប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែរ។ ការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG ត្រូវចាក់នៅពេលកើត លើកលែងតែក្នុងករណីដែលកុមារសង្ស័យខ្លាំងថា កុមារមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍នៅពេលកើតភ្លាម។ ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកសួត (Pneumococcal vaccine) ត្រូវបានចាក់ ហើយមន្ត្រីសុខាភិបាលត្រូវបានផ្តល់យោបល់ឱ្យធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាទៀងទាត់លើកម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការជាតិ។

សម្រាប់កម្មវិធីពេញលេញនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ និងការតាមដានលើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (សូមមើលតារាងទី២, ទំព័រទី២៩) ។

តារាងទី 9: ការផ្តល់វីតាមីន A បន្ថែមជាប្រចាំ

អាយុ	កម្រិតដូស	ចំនួនដង
៦ -១១ ខែ	100,000 international units	លេបតែ១ដង
១២ – ៥៩ ខែ	200,000 international units	លេបរៀងរាល់ ៦ខែម្តង ។

តារាងទី 10: ការទំលាក់ព្រូនជាប្រចាំ

អាយុ	ឱសថ	កម្រិតដូស
១២ – ២៣ខែ	Mebendazole	២៥0mg លេបតែ១ដង រៀងរាល់ ៦ ខែម្តង
≥ ២៤ខែ	Mebendazole	៥00mg លេបតែ១ដង រៀងរាល់ ៦ ខែម្តង ។

ជំពូកទី ៧: អាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍

៧.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ការបង្កមេរោគអេដស៍ដែលមិនបានព្យាបាល ជាញឹកញាប់ បណ្តាលឱ្យមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងវិបត្តិនៃការលូតលាស់ ដែលជារោគសញ្ញាដំបូងនៃការបង្ករោគអេដស៍ក្នុងចំណោមកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ដែលទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ នាំឱ្យកើនឡើងជំងឺឱកាសនិយម និងកាត់បន្ថយអត្រារស់រានមានជីវិត។
- ការតាមដាននៃ growth parameters និងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការទទួលបានលទ្ធផលល្អក្នុងចំណោមកុមារប្រឈម និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺជាក់លាក់ តម្រូវការកាល់ឡូរីបន្ថែម ២៥ ទៅ ៣០% ក្នុងការបង្ការជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។
- រោគសញ្ញាដំបូងនៃវិបត្តិការលូតលាស់ ឬជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ត្រូវវាយតម្លៃកុមាររកជំងឺឱកាសនិយមនិងការព្យាបាលស្របតាម គោលការណ៍ជាតិអំពី ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។

៧.២ សេចក្តីផ្តើម

ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការលូតលាស់មិនសមស្រប គឺកើតឡើងជាញឹកញាប់ក្នុងចំណោមកុមារ និងទារកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជារោគសញ្ញាដំបូងនៃការបង្ករោគអេដស៍។ លក្ខខណ្ឌនេះ បណ្តាលឱ្យកើនឡើងតម្រូវការខ្លាំងក្លានូវមេតាបូលិកក្នុងចំណោមកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នាំឱ្យបាត់បង់សាច់ដុំ និងខ្លាញ់រាងកាយ។ នៅពេលមានភស្តុតាងម៉ាស់រាងកាយចុះខ្សោយ នាំឱ្យកុមារប្រឈមមុខនឹងមរណៈភាពខ្ពស់។ ការតាមដានសូចនាករនៃការលូតលាស់ធំធាត់ និងអាហារូបត្ថម្ភ រួមមាន ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ និងវាស់បរិវេណដើមដៃខាងលើ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ដើម្បីស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាដំបូងនៃជំងឺកង្វះអាហារូត្ថម្ភ និងត្រូវធ្វើឡើងរាល់ពេលកុមារមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ។ ការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពកុមារ និងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងសុខភាពមាតាអាស្រ័យតាមការកាត់បន្ថយបញ្ហាកង្វះអាហារូត្ថម្ភ ។

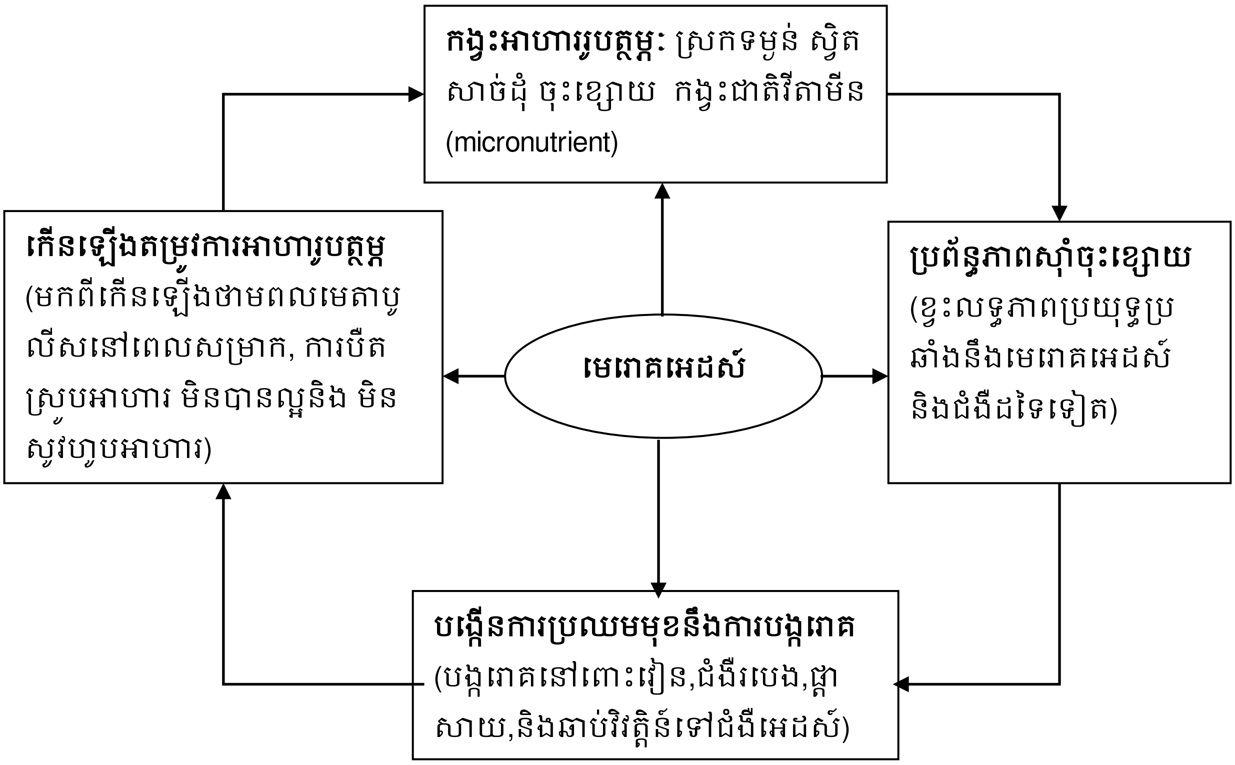
៧.៣ មូលហេតុនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដោយសារហេតុផលជាច្រើន (សូមមើលរូបភាពទី៤), រួមមាន៖

- ថយចុះការហូបអាហារ ដោយសារភាពមិនឃ្លានអាហារទាក់ទងជំងឺផ្សេងៗ ដំបៅមាត់ និង/ឬ ផ្សិតក្នុងមាត់ (ជំងឺប្រាំងមាត់)
- កើតឡើងការបាត់បង់សារជាតិចិញ្ចឹម បណ្តាលមកពី វិបត្តិនៃការស្រូបអាហាររបស់ពោះវៀនដោយសារជំងឺរាករូសបង្កដោយពពួកបាក់តេរី និង/ឬ ជំងឺពោះវៀនបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HIV enteropathy)

- កើនឡើងអត្រាមេតាបូលីស ដោយសារការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរីសារចុះសារឡើងជំងឺឱកាសនិយម និងមេរោគអេដស៍
- ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច៖ មេរោគអេដស៍អាចនាំឱ្យស្ថានភាពសង្គមនិងសេដ្ឋកិច្ចខ្សត់ខ្សោយ ជាពិសេសនៅពេលដែលឪពុកម្តាយរបស់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ការផ្គត់ផ្គង់អាហារមានកម្រិត និងបាត់បង់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ គឺតែងតែកើតមានជាញឹកញាប់។

រូបភាពទី 6: វដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការបង្ករោគអេដស៍លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍



កែសម្រួលពី RCQHC and FANTA Project 2003, Nutrition and HIV/AIDS: A Training Manual

៧.៤ ការវាយតម្លៃអាហារូបត្ថម្ភ

ការវាយតម្លៃអាហារូបត្ថម្ភ ត្រូវធ្វើឡើងលើគ្រប់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ នៅរាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ រួមបញ្ចូលទាំង កម្រិតអថេរ (parameters) ដែលបានរៀបរាប់ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម៖

ប្រអប់ទី 6: ការវាយតម្លៃអាហារូបត្ថម្ភលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ឬ កម្ពស់ធៀបនឹងទម្ងន់
- ហើម ឬ ស្គមស្គាំង (ស្វិតសាច់ដុំ)
- អត្រានៃការឡើងទម្ងន់ និងទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ

ការរីកលូតលាស់ធំធាត់របស់កុមារ ត្រូវបានធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ នៅរាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ ដូចខាងក្រោម ៖

- ការឡើងទម្ងន់ធម្មតា
- ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ។

សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី ១៦: តារាងតាមដានការលូតលាស់ និងក្រាហ្វិករបស់អង្គការ WHO, ទំព័រទី ២៥៧។

នៅពេលមានការកាត់សម្គាល់ពីភាពយឺតយ៉ាវនៃការលូតលាស់ ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ដោយយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស លើការផាត់ចោលជំងឺរបេង ការបង្ករោគក្រពះពោះវៀន ការបង្ករោគសាយភាយក្នុងឈាមលើទារក (neonatal sepsis) និងការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍។ ជាការសំខាន់ គួរផ្តល់យោបល់ឱ្យបំបៅទឹកដោះ និងផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់ទារក ឬកុមារដែលបៅទឹកដោះម្តាយ។

ភាពយឺតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់ធំធាត់ អាចជារោគសញ្ញាដំបូងមួយ ដែលកើតលើទារកកុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះគួរតែធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ទោះបី ជាមិនដឹងស្ថានភាពនៃ ការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ (ឧបសម្ព័ន្ធទី១៦: តារាងតាមដានការលូតលាស់ និងក្រាហ្វិករបស់អង្គការ WHO, ទំព័រទី២៥៧)។ ត្រូវពិចារណាធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ លើគ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ (សូមមើលតារាង ទី១១ ខាងក្រោម)។

ចំពោះកុមារ ត្រូវផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យបៅទឹកដោះម្តាយសុទ្ធសាធ ឬ ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការបំបៅដោយទឹកដោះជំនួស (replacement feeding) ឱ្យបានត្រឹមត្រូវទៅតាមការសម្រេចចិត្តរបស់ម្តាយ (**សូមអានអនុសាសន៍ អំពីការបំបៅកូនខាងលើ**)។ គួរផ្តល់ដំបូន្មាន អំពីពេលវេលា និងរបៀបផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កុមារ ស្របតាម *គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីការព្យាបាលជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវ នៅប្រទេសកម្ពុជា*[5]។

តម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភ អាចខុសៗគ្នាទៅតាមកុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភឱ្យបានសមស្របនិងគ្រប់គ្រាន់ ជាការចាំបាច់ណាស់សម្រាប់ជួយឱ្យការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មានប្រសិទ្ធិភាពពេញលេញ។ ជាទូទៅ កុមារនឹងឡើងទម្ងន់ និងលូតកម្ពស់ នៅពេលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែជាទូទៅ ការលូតកម្ពស់មានភាពយឺតយ៉ាវជាងការកើនទម្ងន់។ ការតាមដានទម្ងន់ នៅពេលកុមារទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ព្រោះភាពយឺតយ៉ាវនៃការលូតលាស់ ជាទូទៅ ចង្អុលបង្ហាញពីភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។

កុមារប្រឈម និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរបានទទួលការតាមដានអាហារូបត្ថម្ភ តាមរបៀប ABCDE៖

A. មនុស្សមាត្រវិធី (Anthropometry)

វាស់កម្ពស់ និងទម្ងន់ នៅគ្រប់អាយុ ដោយវាស់បរិវេណក្បាលផងដែរ ចំពោះកុមារអាយុ< ២ឆ្នាំ ហើយគូសលទ្ធផលនៃការវាស់នេះ នៅលើតារាងតាមដានការលូតលាស់។

តារាងទី 11: ចំណាត់ថ្នាក់នៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភលើកុមារ

	ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ តិចតួច	ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម	ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ (SAM)
ហើមពេញខ្លួន ?	គ្មាន	គ្មាន	មាន
ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់	<៥th percentile ឬ <៩០% នៃ median	-២ -៣ SD ក្រោម median, ឬ ៧០-៧៩% នៃ median	ក្រោម-៣ SD, ឬ <៧០% of median (wasting ធ្ងន់ធ្ងរ)
មាន wasting ?	គ្មាន	គ្មាន	មាន
បរិវេណពាក់កណ្ដាលដើមដៃ (អាយុ)			• <១១៥ mm (អាយុ≤៦០ ខែ) • <១២៩ mm (អាយុ៥–៩ ឆ្នាំ) • <១៦០mm (អាយុ១០–១៤ ឆ្នាំ)

នៅពេលកត់សម្គាល់ឃើញថា មិនមានការឡើងទម្ងន់សមស្រប ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ដោយយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស លើការផាត់ចោលជំងឺរបេង ការបង្ករោគក្រពះពោះវៀន ការបង្ករោគសាយភាយក្នុងឈាមលើទារក (neonatal sepsis) និងការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ឬភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលចំពោះកុមារដែលទទួល ART ។

B. ជីវគីមីសាស្ត្រ (Biochemistry)

បើអាចធ្វើទៅបាន ត្រូវធ្វើតេស្ត total cholesterol, triglycerides ក្នុងឈាម glucose និង haemoglobin (Hb) ក្នុងឈាម។

C. រោគសញ្ញាគ្លីនិក

អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានផ្តល់អនុសាសន៍ថា កុមារដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ត្រូវការថាមពលបន្ថែម ៣០% លើសពីតម្រូវការរបស់កុមារដែលមានសុខភាពល្អធម្មតា ដែលមានអាយុដំណាលគ្នា។ កុមារមាន រោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវការថាមពលបន្ថែមរហូតដល់ ១០០%។ វាជា ការលំបាកក្នុងការផ្តល់ថាមពលបន្ថែមរហូតដល់ ១០០% បន្ថែមលើថាមពលត្រូវការចាំបាច់។ ដូច្នេះ ត្រូវប្រើ ប្រាស់អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (សូមអានប្រអប់ទី៧ ខាងក្រោម)។

D. របបអាហារ (Dietary)

វាយតម្លៃប្រវត្តិនៃរបបអាហារ នៅរាល់ពេលកុមារមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ។ ចំពោះ កុមារដែលមានភាពស្គមស្គាំង (wasting) ទម្ងន់មិនគ្រប់ ឬក្រិន ត្រូវកំណត់ថា តើគ្មានសុវត្ថិភាពស្បៀងអាហារដែរ ឬទេ?។ ត្រូវវាយតម្លៃ និង អប់រំអំពីការអនុវត្តអនាម័យ នៅពេលចម្អិនអាហារ។ ត្រូវបញ្ជូនកុមារទៅ ទទួលសេវារបស់អង្គការពាក់ព័ន្ធ (ឧទាហរណ៍: UNICEF, FIDR, CCF ឬ World Vision) ដើម្បីទទួលបាននូវការជួយគាំទ្រ បើសិនជា ពុំមានសុវត្ថិភាពស្បៀងអាហារនោះទេ។

E. ការវាយតម្លៃ

ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃកុមារដែលមានហានិភ័យ ឱ្យបានទៀងទាត់។ មុនដំបូង ត្រូវតាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលកុមារដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភកម្រិតមធ្យម យ៉ាងហោចណាស់ ជារៀងរាល់សប្តាហ៍ ឬ រៀងរាល់២សប្តាហ៍ ហើយត្រូវដាក់កុមារឱ្យសម្រាកពេទ្យ បើសិនជាស្ថានភាពវិវត្តន៍ទៅកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។

៧.៥ ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ (SAM)

ត្រូវដាក់ឱ្យកុមារឱ្យសម្រាកពេទ្យ បើសិនជាមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ហើយមានផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ (សូមមើលតារាងទី១២ ខាងក្រោម) កុមារអាយុក្រោម ៦ខែ អាយុលើសពី ៦ខែ ប៉ុន្តែទម្ងន់ < ៤គក មាន pitting edema ទាំងសងខាង ស្រកទម្ងន់ ៣ដង ជាប់ៗគ្នា ឬ មិនបានធូរស្រាលដោយការពិនិត្យព្យាបាលនៅផ្នែកជំងឺក្រៅ។ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវទទួលការព្យាបាលដូចគ្នានឹងកុមារផ្សេងទៀតដែលមានបញ្ហានេះដែរ ហើយគួរតែទទួលបាននូវការព្យាបាលបន្ទាន់ រួមទាំង ការវាយតម្លៃរបស់គ្រូពេទ្យ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ។ កុមារទាំងនេះ គួរតែទទួលបានការថែទាំ នៅកន្លែងថែទាំកម្រិតខ្ពស់រហូតដល់ ពួកគេអាចបរិភោគបានល្អ ការឆ្លងមេរោគនានាត្រូវគ្រប់គ្រងបាន ហើយការរាករូសត្រូវបានឈប់។ ការព្យាបាលនានា មានគោលបំណងដើម្បីគ្រប់គ្រងបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរមួយចំនួន ដូចជា ការចុះ ជាតិស្ករក្នុងឈាម ការថយចុះកំដៅខ្លួន ការខ្សោះជាតិទឹក ការគ្មានលំនឹង electrolytes ការខ្វះសារធាតុចិញ្ចឹម (micronutrient deficiencies) និង ការកើតជំងឺបង្ករដោយមេរោគផ្សេងៗ។

ប្រអប់ទី 7: គោលដៅថាមពល (Energy goals) សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺកង្វះ អាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ

ដំណាក់កាលធ្វើឱ្យមានលំនឹង (ថ្ងៃទី១ – ៧)

- F75, ទិសដៅ ១០០ kcal/kg/ថ្ងៃ

ដំណាក់កាលជាសះស្បើយ

- F100 ឬ ត្រៀមទទួលអាហារព្យាបាល Food (BP100)
  - ១៥០ – ២២០ kcal/kg/ថ្ងៃ (អាយុ៦ខែ –៥ឆ្នាំ)
  - ៧៥– ១០០ kcal/kg/ថ្ងៃ (អាយុ៦ –៩ឆ្នាំ)
  - ៦០ –៩០ kcal/kg/ថ្ងៃ (អាយុ៩ –១៤ឆ្នាំ)។

តារាងទី 12: ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ នៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ដែលទាមទារឱ្យព្យាបាលដោយសម្រាកពេទ្យ

ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រយោងទៅតាមចំណាត់ថ្នាក់ អំពីភាពធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកុមារ (IMCI)	
ក្អួត	ពិបាកគ្រប់គ្រង (អស់អាហារពីពោះ)
សីតុណ្ហភាព	គ្រុនក្តៅ > 101 °F (39.0°C) ត្រជាក់ខ្លួន < 35°C សីតុណ្ហភាពក្លៀក; (35.5°C សីតុណ្ហភាពរន្ធគូទ)
ចង្វាក់ដង្ហើម	≥ 50 /នាទី (អាយុ៦ ទៅ ១២ខែ) ≥ 40 /នាទី (អាយុ១ ទៅ៥ ឆ្នាំ) ≥ 30 /នាទី (អាយុលើសពី៥ឆ្នាំ) មានផតផ្អឹងជំងឺខ្លាំង (chest drawing) (អាយុ > 6 ខែ)
ស្លេកស្លាំង (Anemia)	ស្លេកស្លាំង (severe pallor), ពិបាកដកដង្ហើម
ការឆ្លងរោគលើស្បែក (Superficial infection)	ឆ្លងរោគលើស្បែកទំហំធំ ដែលតម្រូវឱ្យព្យាបាលដោយចាក់ថ្នាំតាមសាច់ដុំ និងតាមដានការព្យាបាល
ការឆ្លើយតប (Alertness)	ខ្សោយខ្លាំង មិនរវីរវល់ (apathetic) គ្មានស្មារតី ប្រកាច់
ស្ថានភាពជាតិទឹកក្នុងខ្លួន	ខ្សោះជាតិទឹកខ្លាំង ដោយមានជំងឺអាហារូបត្ថម្ភ ក្អួត ក្តៅខ្លួន គ្មានទឹកនោម ស្រេកទឹក បែកញើស និងរោគសញ្ញាគ្លីនិកផ្សេងៗ។

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវទទួលបានការវាយតម្លៃជាបន្ទាន់នៅសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារដែលនៅជិតបំផុត ឬត្រូវឱ្យសម្រាកពេទ្យ។ ដើម្បីសម្រួលការថែទាំព្យាបាលនៅពេលសម្រាកពេទ្យនៅសេវាថែទាំព្យាបាលមួយចំនួន គួរធ្វើការៈ

- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសកម្ម
- វាយតម្លៃការបង្ករោគដោយកង់ឌីដានៅមាត់ ឬបំពង់អាហារ បង្ករោគពោះវៀនពុំរ៉ៃ និងបង្ករោគផ្សិតសាយភាយ
- ចាប់ផ្តើមផ្តល់ ART បើសិនជា មិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលទេ
- វាយតម្លៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល ប្រសិនជា បានទទួល ART ≥ ៦ខែ
- វាយតម្លៃពីចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារឡើងវិញនៃភាពស៊ាំ (IRIS) ប្រសើនបើ បានចាប់ផ្តើម ART ក្នុងអំឡុងពេល ៦ខែមុន។

ការព្យាបាលជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ រៀបរាប់ក្នុងប្រអប់ទី៧: ថាមពលគោលដៅ (Energy goals) សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ទំព័រទី៤៥ [19] ។

កុមារដែលបញ្ជាក់ថា មានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ តម្រូវឱ្យធ្វើការព្យាបាលអំពីការចិញ្ចឹមកុមារនៅសេវាពិគ្រោះជំងឺក្រៅ។ ការព្យាបាលផលវិបាក ដូចជា ការរាគរូស និងភាពស្លេកស្លាំង (anemia) គឺឱុសគ្នាសម្រាប់កុមារដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ។ កុមារទាំងអស់ដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវទទួលការព្យាបាលស្របតាម *គោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវ ។* កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបន្តទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole និងផ្តល់បន្ថែមវីតាមីន A និងផ្តល់ឱសថទំលាក់ព្រូន ដូចបានកំណត់ក្នុងការផ្តល់ការថែទាំជាប្រចាំ និងការតាមដានកុមារប្រឈម *(សូមអានគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់នៅកម្ពុជា)* ។

ការលេចចេញនូវផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ (សូមមើលតារាងទី១២ ខាងក្រោម) ដែលមានទំនាក់ទំនងនឹងការកើនឡើងនៃការស្លាប់ គឺតម្រូវឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាក់ពេទ្យ។ ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ មិនមែនជាសូចនាកល្អសម្រាប់ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ នោះទេ។

៧.៦. ការផ្តល់កាល់ឡូរីបន្ថែមសម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមានជំងឺផ្សេងៗ ត្រូវទទួលកាល់ឡូរីបន្ថែម ២៥-៣០% ដើម្បីធានាការរក្សាបានទម្ងន់សមស្រប ទោះបីគ្មានបញ្ហាអាហារូបត្ថម្ភគួរឱ្យកត់សម្គាល់ក៏ដោយ ដូចខាងក្រោម៖

- កុមារណាម្នាក់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមានវិបត្តិអ្វីមួយ ដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងប្រអប់ទី៨ ខាងក្រោម ត្រូវផ្តល់កាល់ឡូរីបន្ថែមពី២៥-៣០% តាមរយៈការផ្តល់អាហារបន្ថែមនៅក្នុងផ្ទះ ឬ ការផ្តល់សារជាតិចិញ្ចឹមបន្ថែម
- កុមារទាំងអស់ដែលមានចង្កោមរោគសញ្ញា រៀបរាប់ក្នុងតារាងទី១៣ ខាងក្រោម តម្រូវការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយមិនបង្អែបង្អង់។

ប្រអប់ទី 8: កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលត្រូវផ្តល់កាល់ឡូរីបន្ថែម

ផ្តល់កាល់ឡូរីបន្ថែម២៥ -៣០% លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមាន៖ • ជំងឺរបេង • ជំងឺស្ទូតរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺឱកាសនិយមរ៉ាំរ៉ៃ (ឧ. ជំងឺ penicilliosis) • ជំងឺមហារីក (Malignancy) • ជំងឺរាគរូសជាប់ជានិច្ច (> ២៨ថ្ងៃ)

[19] National Interim Guidelines on the Management of Acute Malnutrition.

- ស្រកទម្ងន់
- ការលូតលាស់ខ្សោយ ។

ប្រភព: WHO, Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: Towards Universal Access. Recommendations for a public health approach, 2010 revision

តារាងទី 13: កុមារដែលត្រូវដាក់ឱ្យសម្រាកពេទ្យ

កុមារដែលត្រូវឱ្យសម្រាកពេទ្យក្នុងករណីផ្សេងៗ
មិនឃ្លានអាហារ (បើកុមារមាន ទម្ងន់/កម្ពស់ < -3SD ឬ MUAC < 11.5)
កុមារអាយុតិចជាង ៦ខែ មាន bilateral pitting edema ឬ visible wasting
កុមារអាយុលើសពី៦ខែ ប៉ុន្តែ ទម្ងន់តិចជាង ៤គីឡូក្រាម
ហើម Bilateral pitting
ស្រកទម្ងន់ ក្រោយពេលថ្លឹងទម្ងន់៣ដង ជាបន្តបន្ទាប់គ្នា ទម្ងន់នៅដដែល ក្រោយពេលថ្លឹងទម្ងន់៥ដង ជាបន្តបន្ទាប់គ្នា
កុមារមិនបានជាសះស្បើយ ក្រោយពេលព្យាបាលជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ រយៈពេល ៣ខែ នៅសេវាពិនិត្យជំងឺក្រៅ និង ការចុះទៅពិនិត្យដល់ផ្ទះជាច្រើនលើក។

ជំពូកទី ៨: ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង

ជំងឺរបេង បង្ករោគដោយ *Mycobacterium tuberculosis (TB)* គឺ ជាមូលហេតុចម្បងនៃការស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍នៅទូទាំងពិភពលោក។ អ្នកជំងឺដែលបង្ករោគអេដស៍និងរបេងរួមគ្នា បង្កើនហានិភ័យនៃការ វិវត្តន៍យ៉ាងឆាប់រហ័សទៅជំងឺរបេង។

ជំងឺរបេងលើកុមារ គឺមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងលើកុមារអាយុ < ៥ឆ្នាំ, ហើយជាពិសេស កុមារអាយុ < ២ឆ្នាំ គឺមានហានិភ័យខ្ពស់បំផុតក្នុងការវិវត្តន៍ទៅជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ, ជំងឺរបេងរាលដាល (disseminated disease) បណ្តាលឱ្យមានអត្រាឈឺ និងអត្រាស្លាប់ក្នុងកម្រិតខ្ពស់។ ខណៈពេលដែល ជំងឺរបេងសួតគឺជាប្រភេទជំងឺរបេងដែលកើតឡើងជាទូទៅលើកុមារ ជំងឺរបេងក្រៅសួតក៏កើតមានឡើងញឹកញាប់លើកុមារ ជាជាងកើតលើមនុស្សពេញវ័យក្នុងអត្រាប្រហែល ៣០-៤០%នៃករណី និងប៉ះពាល់សរីរាងជាច្រើន (សូមអានផ្នែកខាងក្រោមស្តីពីរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងលើកុមារ)។

ការកើតជំងឺរបេងនៅវ័យកុមារគឺ paucibacilliary ហើយមានកម្រិតចម្លងទាប ។ ក្មេងតូច ជាធម្មតាមិនសូវមានកំលាំងក្អកគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីចម្លងមេរោគរបេងនោះទេ។ ក្មេងជំទង់មានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការវិវត្តន៍ទៅជំងឺរបេងដែលជាធម្មតាលេចចេញជា ប្រភេទជំងឺរបេងសួត ដូចដែលកើតលើមនុស្សពេញវ័យ និងជាញឹកញាប់ការពិនិត្យកំហាកមានលទ្ធផល វិជ្ជមាន។ ជំងឺរបេងកើតលើក្មេងជំទង់ ជាញឹកញាប់ មានការចម្លងខ្ពស់ និងជាប្រភពចម្លងរោគរបេង ទៅសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត និងអ្នកដែលមានទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធ (មិត្តរួមថ្នាក់ក្នុងសាលា)។

អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើសមាហរណកម្មសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងជំងឺរបេង។ នៅកម្ពុជា អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ រួមទាំងកុមារ ត្រូវធ្វើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេង រាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ និងអ្នកជំងឺទាំងអស់ ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺរបេងត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។ ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱ្យបានឆាប់លើអ្នកជំងឺរបេងដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអនុវត្តតាមអនុសាសន៍នៃយុទ្ធសាស្រ្ត Three I's នៃការបង្ករោគរបេង/អេដស៍រួមគ្នា ដែលជាផ្នែកមួយនៃវិធីសាស្រ្តកាត់បន្ថយបន្ទុកនៃជំងឺរបេង ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ យុទ្ធសាស្រ្ត Three I's នៃការបង្ករោគរបេង/អេដស៍រួមគ្នា៖

- បង្កើនការស្រាវជ្រាវករណីរបេងសកម្ម បន្ទាប់មក ផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺរបេងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់
- ព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយប្រើឱសថ Isoniazid (IPT)
- ត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគរបេង។

៨.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកពោគសញ្ញាជំងឺរបេង ជាប្រចាំ

បុគ្គលិកសុខាភិបាល ត្រូវយល់ដឹងពីរបៀបពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេង ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យតាមដានប្រវត្តិទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជំងឺ (trace contacts), និង បង្ការការបង្ករោគរបេងលើកុមារ។ កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេង នៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅក្នុងអំឡុងពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺជាបន្តបន្ទាប់។ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញា ត្រូវតែអនុវត្តដោយមិនគិតពីប្រវត្តិន៍ដែលធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា គិលានុបដ្ឋាក-យិកា ឬគ្រូពេទ្យព្យាបាល ត្រូវពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេងទាំង ៥ ឬ លក្ខខណ្ឌសុខភាព លើកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដូចខាងក្រោម៖

- រស់នៅជាមួយអ្នកជំងឺរបេងសកម្ម ឬ អ្នកធ្លាប់កើតជំងឺរបេង
- មិនសូវលូតលាស់ធំធាត់ល្អ (Failure to thrive)
- គ្រុនក្តៅ
- ក្អកញឹកញាប់
- ឡើងកូនកណ្តុរនៅក។

៨.២ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (TPT)

ប្រសិនបើ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គ្មានរោគសញ្ញាណាមួយខាងលើ, កុមារនោះមិនទំនងជាមានជំងឺរបេងសកម្ម និង កុមារដែលមានអាយុលើសពី ១២ ខែ គឺមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្របក្នុងការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (សូមមើលរូបភាពទី៧ ខាងក្រោម)។ ម្យ៉ាងទៀត កុមារអាយុតិចជាង ១២ ខែ មានការប៉ះពាល់ជាមួយសមាជិកគ្រួសារដែលមានជំងឺរបេង និងគ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងដោយជោគជ័យ ត្រូវព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង។

មិនត្រូវព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (contraindicated) លើករណីខាងក្រោម៖

- ជំងឺរលាកថ្លើមស្រួចស្រាវ (ស្រួចស្រាវ ឬរ៉ាំរ៉ៃ) ដែលមាន ALT ≥ ២ដង នៃតម្លៃធម្មតា
- ចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺសរសៃប្រសាទ peripheral neuropathy។

៨.២.១ រូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងសម្ងំ (LTBI) ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

តារាងទី 14: រូបមន្តព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង

រូបមន្តព្យាបាល	កម្រិតដូស	ការពិចារណា
លេប isoniazid និង rifapentine ១ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍រយៈពេល	**Isoniazid:** នៅពេលព្យាបាលដោយ INH នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាល 3 HP ត្រូវបានផ្តល់យោបល់ឱ្យប្រើកម្រិតដូសដូចខាងក្រោម៖	១២ កម្រិតដូស ហើយត្រូវផ្តល់ឱសថឱ្យស្រមតាមការណាត់ជួប

៣ខែ (3HP) លើគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានអាយុ > ២ឆ្នាំ	• កុមារអាយុ ២–១១ ឆ្នាំ: isoniazid: 25 mg/kg • កុមារអាយុ ≥ ១២ ឆ្នាំ: Isoniazid:15 mg/kg **កម្រិតដូសអតិបរមា: 900mg លេប១ដង/ថ្ងៃ។** Rifapentine: 10.0–14.0 kg = 300 mg 14.1–25.0 kg = 450 mg 25.1–32.0 kg = 600 mg 32.1–50.0 kg = 750 mg > 50 kg = 900 mg រួមជាមួយ vit B6 25mg លេប១ថ្ងៃ/ម្តង។	របស់ ART។
លេប INH រាល់ថ្ងៃរយៈពេល៦ខែ (6H) សម្រាប់កុមារអាយុ ១២-២៤ ខែ និងកុមារអាយុ < ១២ខែ ដែលមានការទំនាក់ទំនងជាមួយករណីជំងឺរបេង។	Isoniazid: • កុមារ: 10 mg/kg (ចន្លោះពី: 7–15 mg) **កម្រិតដូសអតិបរមា: 300mg លេប១ថ្ងៃ/ម្តង** រួមជាមួយ vit B6 25mg លេប១ថ្ងៃ/ម្តង។	១៨០ កម្រិតដូស
លេប Isoniazid រាល់ថ្ងៃ និងលេប Rifampicine រយៈពេល ៣ខែ (3RH) សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍អាយុ ≥ ២ឆ្នាំ < ១៥ ឆ្នាំ។	Isoniazid: 10 mg/kg (កម្រិតដូសអតិបរមាប្រចាំថ្ងៃ៖ 300mg) Refampicine: 15 mg/kg (កម្រិតដូសអតិបរមាប្រចាំថ្ងៃ៖ 600mg) រួមជាមួយ vit B6 25mg លេប១ថ្ងៃ/ម្តង។	៩០ កម្រិតដូស

- **លេប Isoniazid និង Rifapentine រយៈពេល ៣ខែ (3HP):** គឺការលេបថ្នាំក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដែលមានថ្នាំពីរមុខរួមគ្នា រៀងរាល់សប្តាហ៍ចំនួន ១២ ដូស។ ត្រូវផ្តល់ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង ឱ្យស្របតាមកាលវិភាគនៃការណាត់ជួបរបស់ ART ។ ការភ្លេចលេបថ្នាំមួយកម្រិតដូស អាចលេបបាននៅពេលក្រោយ។ រូបមន្តព្យាបាល ត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងកម្មវិធីដែលមានការត្រួតពិនិត្យឱ្យបានដិតដល់។ ឱសថ Rifapentine មានសក្តានុពលបង្កឱ្យមានអន្តរកម្មរវាងឱសថ-ឱសថជាមួយឱសថ ARVs ច្រើនមុខ។ រហូតដល់ពេលមានព័ត៌មានបន្ថែមទៀត គេមិនត្រូវព្យាបាលដោយ 3HP លើកុមារដែលព្យាបាល ART ទេ រួមទាំង ឱសថក្រុម protease inhibitors (lopinavir, atazanavir, darunavir), nevirapine, ឬ dolutegravir។ រូបមន្ត

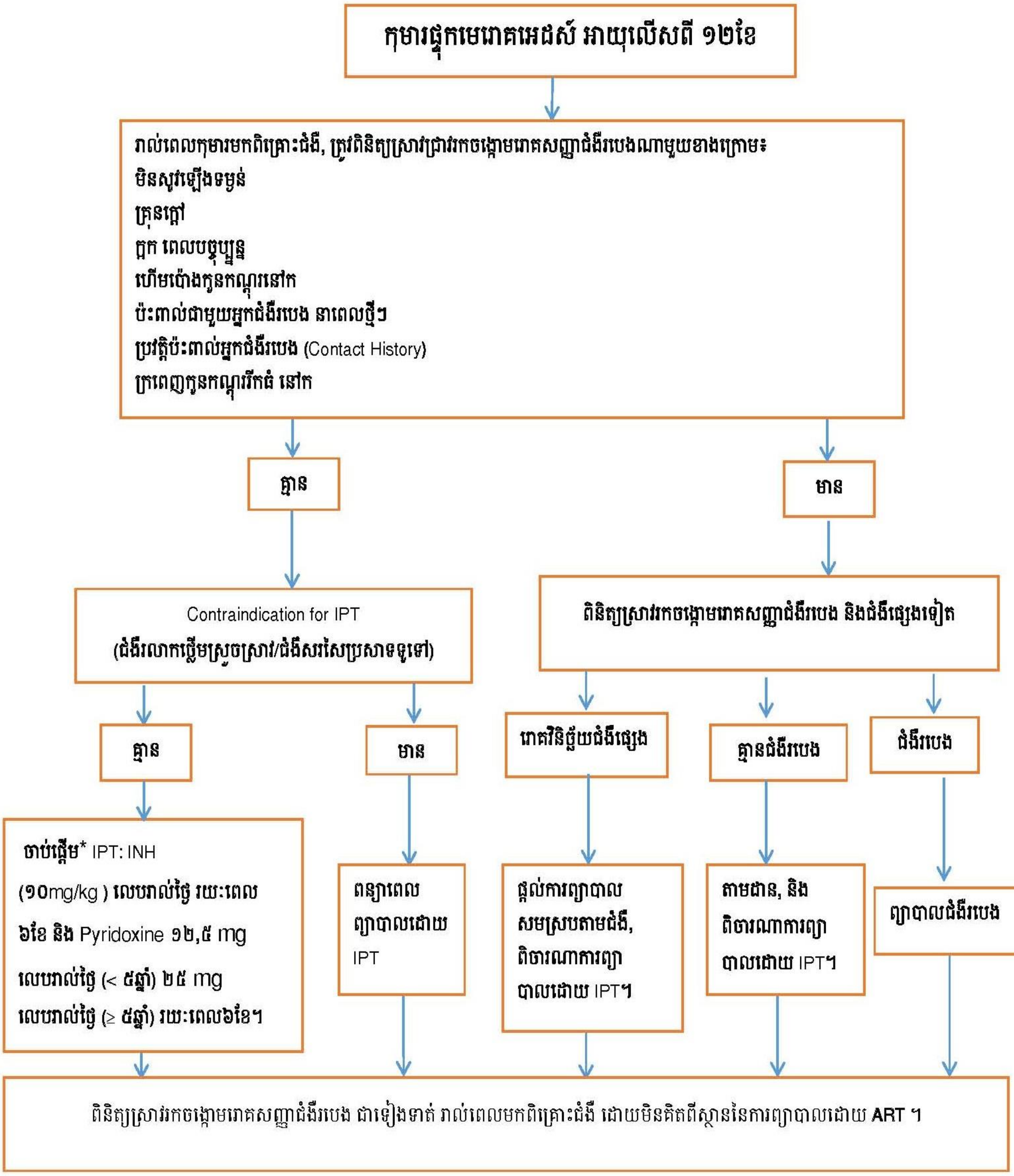
ព្យាបាលដែលមានឱសថ efavirenz គឺមានសុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើជាមួយ 3HP និងត្រូវផ្តល់ Vitamin B6 រាល់ថ្ងៃ ។

- **លេប isoniazid រាល់ថ្ងៃរយៈពេល ៦ខែ** (INH): កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍អាយុ < ១២ខែដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយករណីជំងឺរបេង និងត្រូវបានពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ isoniazid (IPT) រយៈពេល ៦ខែ ប្រសិនបើ លទ្ធផលនៃការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង បញ្ជាក់ថាគ្មានជំងឺរបេង។ ត្រូវផ្តល់ Vitamin B6 ជារៀងរាល់ថ្ងៃ។
- **លេប Isoniazid និង Rifampicine រយៈពេល៣ខែ** (3RH): គឺរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថពីរមុខលេបជាមួយគ្នា ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ចំនួន ៩០កម្រិតដូស **សម្រាប់កុមារអាយុចន្លោះ ≥ ២ និង < ១៥ឆ្នាំ។** Rifapicine មានសក្តានុពលអន្តរកម្មឱសថ-ឱសថជាមួយឱសថ ARVs ជាច្រើនមុខ។ សូមអានអន្តរកម្មឱសថទំព័រទី ១៩៨។លើសពីនេះទៀត ត្រូវផ្តល់បន្ថែមវីតាមីន Vit B6 25 mg ជាមួយផង។ ការព្យាបាលពេញលេញ គឺសម្រេចបាននៅពេលអ្នកជំងឺលេបថ្នាំបានយ៉ាងតិច ៩០កម្រិតដូស រយៈពេល ៩០ថ្ងៃ។
ចំណាំ: រូបមន្តព្យាបាលថ្មី នឹងមានសម្រាប់យកមកព្យាបាល ប៉ុន្តែមិនទាន់ទទួលបានការអនុម័តឱ្យប្រើប្រាស់នៅកម្ពុជា ដោយកម្មវិធីជាតិ។

៨.២.២ ការព្យាបាលការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (LTBI) សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺរបេងដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថច្រើន (MDR TB)

- ត្រូវបញ្ជាក់ពីការបង្ករោគរបេង តាមរយៈការធ្វើតេស្តរកការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (**LTBI testing**) មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាល។
- ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាល តម្រូវឱ្យពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកជំងឺរបេងនៅថ្នាក់ខេត្ត។
- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង ត្រូវផ្តល់ឱ្យបុគ្គល ក្រោយពេលមានការវាយតម្លៃដ៏ប្រុងប្រយ័ត្នពីការប្រឈមខ្ពស់នឹងការឆ្លងជំងឺរបេង ភាពជាក់លាក់នៃប្រភពចម្លង ព័ត៌មានដែលជឿទុកចិត្តបានអំពីឱសថដែលស៊ាំនៃប្រភព និងសក្តានុពលនៃផលប៉ះពាល់ឱសថ។
- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង ត្រូវផ្តល់ឱ្យតែសមាជិកគ្រួសារ ឬអ្នកមានទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធហើយប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់ (ឧ.កុមារ អ្នកជំងឺដែលទទួលការព្យាបាល immunosuppressive therapy និងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍)។
- ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាល៖ រូបមន្តព្យាបាលបង្ការអ្នកប៉ះពាល់ ជាមួយអ្នកជំងឺដែលស៊ាំជាមួយឱសថច្រើនមុខ (MDR-TB) ត្រូវផ្អែកលើព័ត៌មានជាក់លាក់អំពីប្រភពឱសថដែលស៊ាំ។ fluoroquinolones ជាឱសថជំនាន់ក្រោយ (e.g. levofloxacin និង moxifloxacin) ត្រូវបានចាត់ទុកជាឱសថសំខាន់នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលបង្ការ ទោះបីជាមេរោគមានប្រភពពីភាពស៊ាំជាមួយឱសថនោះក៏ដោយ។
- តម្រូវឱ្យតាមដានគ្លីនិកឱ្យដិតដល់ និងតាមដានការវិវត្តិន៍ទៅជំងឺរបេងសកម្ម ក្នុងអំឡុងពេលយ៉ាងតិច ២ឆ្នាំ ដោយមិនគិតពីធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលបង្ការរួចហើយក៏ដោយ។

រូបភាពទី 7: គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងលើកុមារអាយុ ≥ ១២ ខែ



[a] *កុមារទាំងអស់ដែលមានអាយុ < ១ឆ្នាំ ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការ ក្នុងករណីដែលមានប្រវត្តិទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិកគ្រួសារដែលមានករណីជំងឺរបេង។*

[b] *Poorទម្ងន់កើនឡើងយឺត ត្រូវបានកំណត់ដោយការស្រកទម្ងន់ ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុទាបខ្លាំង (< −3 z-score), ស្រកទម្ងន់ (underweight) (ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ < −2 z-score), បញ្ជាក់ថា ស្រកទម្ងន់ (> 5%) ធៀបនឹងទម្ងន់នៅពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះចុង*

ក្រោយ ឬ ក្រាហ្វិកខ្សែកោងនៅលើបន្ទាត់ស្មើ (growth curve flattening)។

[c] Contraindications រួមមាន ជំងឺរលាកថ្លើមសកម្ម (ស្រួចស្រាវ ឬរ៉ាំរ៉ៃ) និងចង្អោមរោគសញ្ញានៃ peripheral neuropathy មុនពេលព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង។ ធ្លាប់មានប្រវត្តិន៍ជំងឺរបេង មិនមែនជាការហាមឃាត់ (contraindications) ក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងទេ។ ទោះបីជា ការធ្វើតេស្តរកការបង្ករោគរបេងសម្ងំ (LTBI) មិនមែនជាលក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងទេ តេស្តនេះអាចធ្វើឡើងជាផ្នែកមួយនៃលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការពិនិត្យស្រាវជ្រាវសុខភាពរកជំងឺរបេង តាមដែលអាចធ្វើបាន។

[d] ត្រូវធ្វើតេស្ត Xpert MTB/RIF ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូង សម្រាប់ជំងឺរបេង។ *គំនូសបំព្រួញលម្អិតលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលសង្ស័យថា មានជំងឺរបេង គឺមាននៅក្នុងគោលការណ៍រួមបញ្ចូលគ្នារបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ស្តីពីការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ព្យាបាល និងព្យាបាលបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅ*

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf)

[e] ត្រូវពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងជាទៀងទាត់ឡើងវិញ ក្រោយពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម។

កំណត់សំគាល់៖ សូមអានបន្ថែមអំពី ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងជំពូកទី៣០: ជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទំព័រទី១៨៣។

ជំពូកទី៩: តើត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់នៅពេលណា?

ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០១៥ ប្រទេសកម្ពុជាបានផ្ដល់អនុសាសន៍ឱ្យចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍គ្រប់វ័យ ឱ្យបានឆាប់បំផុត ហើយនឹងទទួលបានលទ្ធផលល្អ ក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាឈឺ និងអត្រាស្លាប់។ ជាពិសេស ចំពោះកុមារ គឺមានការថយចុះយ៉ាងខ្លាំងនៃអត្រាស្លាប់ដែលត្រូវបានគេបង្ហាញឱ្យឃើញ នៅពេលដែលកុមារនោះ បានចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មុនអាយុ៣ខែ។ នៅពេលដែលកុមារមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាល **ក្នុងរយៈពេល ១ទៅ ២ សប្ដាហ៍នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។**

ករណីកុមារដែលសង្ស័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងមានលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក ត្រូវបានគេស្នើឱ្យចាប់ផ្ដើមការព្យាបាល និងបន្ទាប់មកធ្វើការវាយតម្លៃការព្យាបាល ក្រោយពីទទួលលទ្ធផលនៃការព្យាបាល។ ការធ្វើរបៀបនេះ គឺចៀសវាងការខកបង់ពេលវេលាក្នុងការចាប់ផ្ដើមការព្យាបាល ដែលអាចបណ្ដាលឱ្យកុមារស្លាប់។ ការសិក្សាបែប randomized controlled trial, ការសិក្សា PREDICT បានធ្វើការវាយតម្លៃពីលទ្ធផលលើគ្លីនិក នៃការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានឆាប់រហ័ស ក្នុងចំណោមកុមារ និងបានបង្ហាញពីការលូតលាស់បានល្អ ផងដែរ។ ភស្តុតាងផ្សេងទៀតនៃការឆាប់ចាប់ផ្ដើម ART បានបញ្ជាក់ពីការជំរុញការស្តារភាពស៊ាំឡើងវិញ និងកាត់បន្ថយផលអវិជ្ជមានដែលនាំឱ្យស្លាប់ អត្រាឈឺ និងការលូតលាស់នៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ [20] ។

គោលបំណងនៃព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍គឺ៖

- បង្ការ និងកាត់បន្ថយអត្រាឈឺ និងស្លាប់ទាក់ទងនឹងអេដស៍
- ការស្តារឡើងវិញ និង/ឬ ការរក្សាបាននូវមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ
- បង្ក្រាបវីរុសអេដស៍ ឱ្យបានជាអតិបរមា និង បង្ក្រាបបានរយៈពេលយូរ
- បង្ការការលេចឡើងនៃវីរុសដែលស៊ាំជាមួយឱសថ (viral drug-resistance mutations)
- កាត់បន្ថយភាពពុលឱសថ
- កុមារមានការលូតលាស់ល្អ ភាពពេញវ័យផ្លូវភេទ និង ការលូតលាស់សរសៃប្រសាទវិញ្ញាណ
- ធ្វើឱ្យគុណភាពប្រសើរឡើង និង
- បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃ ។

៩.១ គោលការណ៍ណែនាំក្នុងការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់

ត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន លើគ្រប់កុមារទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 និង/ឬ ដំណាក់កាលគ្លីនិក, ក្នុងរយៈពេល ១ទៅ២សប្ដាហ៍នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ គឺជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុត ។

[20] Consolidated Guideline on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection, 2nd Edition 2016.

ទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវចាប់ផ្តើម ART ដោយមិនគិតពីអាយុ និងចំនួនកោសិកា CD4 ។

- ទារកអាយុ < ១៨ខែ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត PCR លើកដំបូង វិជ្ជមាន (ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនរង់ចាំលទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់)។
- កុមារអាយុ≥ ១៨ ខែ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណនៃមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន។
- កុមារដែលបានបញ្ជាក់ ជាកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណនៃមេរោគអេដស៍ និងសង្ស័យថា មានការប្រឈមខ្ពស់ក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ (ប្រអប់ទី៣៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយសន្មត់លើកុមារឆ្លងមេរោគអេដស៍, ទំព័រទី ៤៧) ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើ មិនទាន់បានធ្វើតេស្ត PCR (ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR បញ្ជាក់ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន) ត្រូវចាប់ផ្តើម ART ដោយមិនរង់ចាំលទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់ ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្ត PCR អវិជ្ជមាន ត្រូវបញ្ឈប់ ART ។

៩.២ ការអនុវត្តដ៏ល្អក្នុងការរៀបចំការចាប់ផ្តើម ART លើកុមារ

នៅពេលពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវទទួលកញ្ចប់ថែទាំជំងឺអេដស៍គ្រប់ជ្រុងជ្រោយ រួមទាំង ការវាយតម្លៃពីស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកការបង្កជំងឺឱកាសនិយម តាមរយៈការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ ការពិនិត្យរាងកាយ ដើម្បីកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិក និងផ្តល់ការព្យាបាល និងការព្យាបាលបង្ការ ។

ដើម្បីចាប់ផ្តើម ART, កុមារត្រូវមានអ្នកថែទាំច្បាស់លាស់ ដែលយល់ដឹងពីតម្រូវការរបស់កុមារលើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ, យល់ដឹងពីសារៈសំខាន់នៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់, និង បង្ហាញពីការប្តេជ្ញាចិត្តក្នុងការមកទទួលការពិនិត្យតាមដានជំងឺ ស្របតាមការណាត់ជួប និងការពិនិត្យមើលការលេបថ្នាំរបស់កុមារ។

មន្ត្រីសុខាភិបាលត្រូវពិភាក្សាលម្អិតដោយផ្ទាល់ជាមួយ ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកថែទាំកុមារ ទាក់ទងនឹងការរៀបចំខ្លួនឱ្យបានរួចរាល់ក្នុងការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ការព្យាបាលមួយជីវិត) រូបមន្តព្យាបាល កម្រិតដូសឱសថ កាលវិភាគណាត់ជួប ផលប្រយោជន៍នៃការព្យាបាល ផលលំបាកនៃឱសថ និង ការតាមដាន។ ឪពុកម្តាយ និងអ្នកថែទាំកុមារ ត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ដើម្បីស្វែងរក "អ្នកជិតស្និទ្ធដែលជួយព្យាបាលកុមារ" ដែលជួយតាមដានការព្យបាលកុមារនៅពេលដែលគាត់ជាប់រវល់ (ទោះបីជាយ៉ាងក៏ដោយ បញ្ហាទាំងនេះ វាមិនមែនជាឧបសគ្គក្នុងចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នោះទេ ប្រសិនបើកុមារ/អ្នកថែទាំមិនចង់បើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍)។ ផែនការគាំទ្រការព្យាបាលកុមារម្នាក់ៗ នឹងត្រូវរៀបចំឡើង ទោះបីជាកុមារដែលងាយរងគ្រោះដូចជា កុមារកំព្រា ក៏នឹងត្រូវទទួលបានការព្យាបាលដែរ។

កម្មវិធី "អប់រំអំពីការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់" រយៈពេលយូរ គឺមិនសូវជាការចាំបាច់

នៅពេលមុនពេលចាប់ផ្ដើមព្យាបាល ART នោះទេ, ជាពិសេសកុមារដែលម្ដាយបានទទួលទទួលការព្យាបាលរួចហើយ។ ការអប់រំអំពីការព្យាបាលដល់អ្នកថែទាំនិងកុមារ ត្រូវប្រែប្រួលទៅតាមតម្រូវការរបស់ពួកគាត់។ គ្មានការកំណត់ចំនួនដែលកុមារត្រូវមកពិគ្រោះពិនិត្យ មុនពេលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលទេ។ ករណីដែលម្ដាយបានទទួលការព្យាបាលរួចហើយ កុមារអាចចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលឱ្យបានឆាប់បំផុត និងត្រូវធ្វើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺនៅពេលដើមគ្រា។ គោលបំណងគឺ ត្រូវចាប់ផ្ដើមការព្យាបាល ART លើកុមារដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថ្មី ឱ្យបានឆាប់ក្នុងអំឡុង ១ - ២សប្ដាហ៍ ក្រោយពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។

៩.៣ អនុសាសន៍នៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១

- ការព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បីមុខ គឺជាស្តង់ដា សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺអេដស៍នាពេលបច្ចុប្បន្ន ដើម្បីសម្រេចបាននូវការលុប់បំបាត់ការបំបែកខ្លួន (suppression of viral replication) នៃមេរោគអេដស៍ និងបញ្ឈប់ការវិវត្តន៍ទៅមុខនៃជំងឺដែលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HIV disease)។
- វាជាការសំខាន់ណាស់ គឺត្រូវធានាឱ្យបានយូរអង្វែង និងមានប្រសិទ្ធភាពជាអតិបរិមានៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដែលត្រូវបានជ្រើសរើស ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់បំផុត និងមានភាពទ្រាំទ្របានដ៏ល្អសម្រាប់អ្នកជំងឺ និងរកវិធីជួយគាំទ្រកុមារ ឱ្យលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់។

៩.៣.១ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារទម្ងន់ < ២០ គ.ក្រ

- ជម្រើសដំបូងដ៏ល្អ នៃរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារក្នុងក្រុមអាយុនេះ គឺ **ABC + 3TC + LPV/r** ដោយមិនគិតថា កុមារធ្លាប់បានប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងក្រុម NRTI សម្រាប់កម្មវិធី PMTCT នោះទេ ។ **LPV/r មិនត្រូវប្រើលើទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែនោះទេ (កើត១ខែ ឬ លើសពីនេះមុនកាលបរិច្ឆេទនៃការសម្រាលរំពឹងទុក) រហូតដល់១៤ថ្ងៃ ក្រោយពេលកាលកំណត់។**
- ត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងគាំទ្រក្រុមគ្រួសារ ក្នុងការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r ជាមូលដ្ឋាន៖
  - **ឱសថ LPV/r syrup (80mg/20mg/ml)** គឺគ្មានលំនឹងជាមួយកំដៅទេ ត្រូវរក្សាទុកក្នុងទូរទឹកកកដែលសីតុណ្ហភាពចន្លោះពី ២-៨ ◦C មុនពេលបែងចែក (dispensing)។ ក្រោយពីបែងចែកហើយ, ឱសថនេះអាចរក្សាទុកក្នុងសីតុណ្ហភាពបន្ទប់, ជម្រើសដ៏ល្អគឺ < ២៥ oC រហូតដល់ទៅរយៈពេល ៤២ថ្ងៃ (៦សប្ដាហ៍)។ ករណីដែលអាកាសធាតុក្ដៅពេក ត្រូវលើកទឹកចិត្តឱ្យក្រុមគ្រួសារ រក្សាទុក LPV/r ក្នុងផុងទឹកកក ឬ នៅកន្លែងណាដែលត្រជាក់នៅក្នុងផ្ទះ។ រូបមន្តព្យាបាលនេះ មាន ៤២% នៃ ethanol និង១៥ % នៃ propylene glycol និងមានរស់ជាតិមិនសូវល្អ។ (សូមមើលបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី៤: តារាងកម្រិតដូសនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍, ទំព័រ២៣៥) ។
  - ទោះជាយ៉ាងណានេះក្ដី គេមានវិធីដើម្បីបំលែងរស់ជាតិឱសថនេះ ដោយលេបលាយជាមួយរស់ជាតិផ្សេងទៀត ដូចជា:
    - ដំណាប់ផ្លែឈើ (Jam)

- ស្ករ
- បើចំរាញ់ពីសណ្តែកដី ដាក់ចូលក្នុងក្រអូមមាត់ខាងលើ មុនពេលឱ្យកុមារលេបថ្នាំបន្តិច។

– **ឱសថ LPV/r pellet (40mg/10mg):** គ្រាប់រឹង, ធន់នឹងកំដៅ (មិនតម្រូវឱ្យរក្សាទុកក្នុងប្រព័ន្ធត្រជាក់), ងាយស្រួលលេបសម្រាប់កុមារតូច ជាជាងការរៀបចំជាថ្នាំរាវ។ ប៉ុន្តែ គេមិនបានបន្ថែមរស់ជាតិ ដើម្បីកាត់បន្ថយរស់ជាតិមិនល្អនោះទេ។ រូបមន្តគ្រាប់នេះ អាចប្រើបានសម្រាប់កុមារអាយុចាប់ពី ៣ ខែ ឬច្រើនជាងនេះ នៅពេលដែលកុមារមានការលូតលាស់ នឹងអាចលេបបាន។
  - កុមារអាយុ ៣ទៅ៦ខែ៖ ត្រូវដាក់គ្រាប់ថ្នាំនៅគល់អណ្តាត ឬលាយជាមួយទឹកដោះម្តាយមួយស្លាបព្រា។
  - កុមារអាយុ៦ខែ និងច្រើនជាងនេះ៖ ត្រូវលាយគ្រាប់ថ្នាំជាមួយអាហារទន់មួយស្លាបព្រា។
  - មិនត្រូវកូរ កិចកំទេច ឬ លាយជាមួយអាហារ ឬរក្សាទុកសម្រាប់ប្រើពេលក្រោយនោះទេ។ ការធ្វើរបៀបនេះ នឹងបណ្តាលយឱ្យថ្នាំមានរស់ជាតិ ល្វីង កុមារដែលមានការលូតលាស់នឹងអាចលេបថ្នាំនេះបាន។

– **ឱសថ LPV/r granule (40mg/10mg) គ្រាប់តូច:** រំពឹងថា មានប្រសិទ្ធភាព និងការទទួលយកដូចគ្នានឹងឱសថគ្រាប់ ដែរ, តែវាការលេបថ្នាំ គឺងាយងាយ ដោយលេបជាមួយទឹក។ ការណែនាំបន្ថែមអំពីការប្រើឱសថនេះ នឹងត្រូវមាននៅក្នុងឯកសារជំនួយ (job-aid) នៅកម្ពុជា នៅខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ ២០២០។ ត្រូវចំណាំថា ឱសថ LPV/r គ្រាប់ល្អិតសម្រាប់លេប ត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើលើទារក និងកុមារដែលមានអាយុ១៤ថ្ងៃ ឬច្រើនជាងនេះ ដោយលេបរួមជាមួយឱសថ ARVs ផ្សេងទៀត។

– **ឱសថ LPV/r tablet (100mg/25mg):** រឹង, ធន់នឹងកំដៅ, រូបមន្តនេះមាននៅក្នុងម៉ាជ្រិក "មិនត្រូវរលាយ", មានន័យថា ត្រូវលេបគ្រាប់ថ្នាំទាំងមូល និង **មិនត្រូវកិនបំបែក ឬ កិនកំទេច ឬ ទំពារ ឬ រំលាយ** មុនពេលលេប ។ បើមិនធ្វើដូច្នេះទេ ដើម្បីកាត់បន្ថយការជ្រាបចូលនៃឱសថ LPV/r ប្រហែលជា ៤០%។ ការលេបថ្នាំគ្រាប់នេះ អាចលេបបានជាមួយអាហារ ឬ គ្មានអាហារ និងសមស្របសម្រាប់កុមារទម្ងន់ > 10kg ដែល**អាចលេបគ្រាប់ថ្នាំទាំងមូលបាន**។

- ក្នុងករណីពិសេស ដោយគ្មានឱសថ LPV/r, មិនអាចរក្សាទុកបានត្រឹមត្រូវ ឬ មិនអាចទ្រាំទ្រជាមួយ

WEIGHT BAND (KG)	NUMBER OF LPV/R ORAL PELLETS 40MG/10MG CAPSULES		LPV/R 80MG/20MG/ML ORAL LIQUID		NUMBER OF LPV/R 100MG/25MG TABLETS	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM
3-4.9 kg[11]	2	2	1 ml	1 ml	NR	NR
5-5.9 kg	2	2	1 ml	1 ml	NR	NR
6 - 9.9kg	3	3	1.5 ml	1.5 ml	NR	NR
10- 13.9kg	4	4	2 ml	2 ml	2	1
14 - 19.9kg	5	5	2.5 ml	2.5 ml	2	2
20 - 24.9kg	6	6	3 ml	3 ml	2	2
25 - 29.9kg	7	7	NR	NR	3	3
30 - 34.9 kg	8	8	NR	NR	3	3

NR=NOT RECOMMENDED

Adapted from Cipla package insert approved by USFDA and WHO 2013 dosages of recommended antiretroviral drugs

ឱសថបាន គេអាចប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NNRTIs ជំនួស។ (រូបមន្តព្យាបាលនេះគឺមានកុមារជាច្រើន អាចនឹងទទួលបរាជ័យ បើសិនបើកុមារចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NVP ឬ EFV ជាជាងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r)។

- ឱសថ ABC + 3TC គឺជាឱសថជម្រើសក្នុងក្រុម NRTI ដែលជាឆ្អឹងខ្នង សម្រាប់គ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលមានទម្ងន់ < ២០ kg។ ឱសថ ABC + 3TC ជាគ្រាប់ថ្នាំរួមបញ្ចូលគ្នា (120 mg / 60 mg) និងអាចផ្តល់ឱលេបមួយដង ឬ២ដង ក្នុងមួយថ្ងៃ ជាមួយឱស LPV/r គឺរូបមន្តព្យាបាលជម្រើស។ ត្រូវផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយកម្រិតដូសដែលបានកំណត់ នៅតារាងកង់វង្វង់នៃកម្រិតដូសសម្រាប់កុមារ។
- ឱសថ AZT អាចប្រើជំនួស បើសិនបើមានប្រតិកម្ម hypersensitivity ជាមួយឱសថ ABC។
- កុមារទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្មដោយឱសថ rifampicin តម្រូវឱ្យជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ដើម្បីជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម សូមអានផ្នែកខាងក្រោមអំពីការជ្រើសរើសការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺរបេង។

ចំណាំ៖

- ឱសថ LPV/r (40mg/10mg) គ្រាប់តូចសម្រេបលេប គឺត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើលើទារក និងកុមារអាយុ ១៤ថ្ងៃ ឬច្រើនជាងនេះ រួមផ្សំជាឱសថ ARVs ផ្សេងទៀត។ ប៉ុន្តែ មិនត្រូវប្រើលើទារកដែលទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែទេ (កើត១ ឬលើសពីពីនេះ មុនកាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុកនៃការសម្រាល) រហូតដល់ ១៤ ថ្ងៃ ក្រោយពេលកំណត់។
- ករណីដែលទារក មិនអាចប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r បានត្រូវពិចារណាប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NVP RAL នៅពេលដែលឱសថនេះមាននៅក្នុងស្តុក។

៩.៣.២ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់កុមារទម្ងន់ ២០ គ.ក្រ– < ៣០ គ.ក្រ

ចាប់តាំពីឆ្នាំ២០១៨, WHO បានផ្តល់អនុសាសន៍ឱសថ Dolutegravir (DTG) ទៅក្នុងជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារអាយុចាប់ពី ៤សប្តាហ៍។ បច្ចុប្បន្ន មានតែឱសថគ្រាប់ DTG 50mg តែមួយមួយមុខប៉ុណ្ណោះនៅកម្ពុជា និង ឱសថគ្រាប់រួមបញ្ចូលគ្នា (FDC) of TDF/3TC/DTG ។ កុមារដែលមានទម្ងន់ > ២០ kg នឹងមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការលេបឱសថ DTG 50 mg រួមជាមួយឱសថក្រុម NRTI ជាឆ្អឹងខ្នងឱសថ ABC/3TC ។ រូបមន្តព្យាបាលកុមារនៃឱសថ DTG សម្រាប់កុមារទម្ងន់ < ២០ kg គឺរំពឹងថា នឹងមាននៅប្រទេសកម្ពុជានៅឆ្នាំ ២០២១។

- ប្រើសិនបើ កុមារចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r, ត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យបន្តការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលនេះ រហូតដល់កុមារមានទម្ងន់ ២០ 20 kg និង ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ DTG វិញ ប្រើសិនបើ មានការបង្ក្រាបវីរុស (virologically suppressed) ក្រោយពីការធ្វើតេស្ត VL ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នា។

- កុមារទាំងអស់ ដែលមានទម្ងន់យ៉ាងតិច ២០ kg ត្រូវព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ DTG ។ កុមារទម្ងន់ 20 kg – < ៣០ kg ត្រូវប្រើឱសថ ABC + 3TC ដែលជាឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា (120mg/60mg) រួមជាមួយឱសថ DTG 50 mg គ្រាប់ លេប១ដងក្នុង១ថ្ងៃ។
- ក្នុងលក្ខខណ្ឌពិសេស, នៅពេលត្រូវប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NNRTI លើកុមារទម្ងន់< ២០ kg ដោយសារបណ្តាលមកពី មិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយឱសថ LPV/r, រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថ EFV គឺជាជម្រើសល្អជាងឱសថ NVP គឺលេបតែ១កម្រិតដូសក្នុង១ថ្ងៃ ហើយឱសថ EFV មានប្រសិទ្ធ-ភាពជាងឱសថNVP។ សូមមើលតារាងទី១៦:ការផ្តល់អនុសាសន៍នៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។
- ឱសថ AZT អាចប្រើជំនួស ប្រសិនបើមានប្រតិកម្ម hypersensitivity ជាមួយឱសថ ABC ។
- ការបរាជ័យនៃការព្យាបាលជាមួយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ AZT អាចបណ្តាលឱ្យកុមារប្រឈមនឹងការលូតលាស់នៃ thymidine analogue mutations (TAMS), ការកើតឡើងភាពស៊ាំ ដែលអាចកាត់បន្ថយប្រសិទ្ធភាពឱសថក្រុម NRTIs រួមមាន ABC, d4T, DDI, TDF និង 3TC។ ហេតុនេះ ឱសថ AZT គឺជាជម្រើសសម្រាប់យកមកព្យាបាលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ជាជាងជួរទី១។
- ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថ DTG ទៅ 50mg លេប២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ/ក្មេងជំទង់ទម្ងន់ > ៣០ kg នៅពេលព្យាបាលជំងឺរបេងដែលមានឱសថ rifampicin ។ ទិន្នន័យមួយចំនួន បានគាំទ្រការប្រើកម្រិតដូសឱសថ DTG ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់កុមារទម្ងន់ចន្លោះពី 20 ទៅ < ៣០ kg ដែលព្យាបាលដោយ rifampicin ផងដែរ, ប៉ុន្តែគេបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យពិភាក្សាករណីនេះជាមួយ NCHADS ឬគ្រូពេទ្យជំនាញផ្នែកគ្លីនិក(clinical mentors) ។ ត្រូវពិចារណាការប្រើឱសថ Efavirenz ជំនួសឱសថ DTG នៅក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង លើអ្នកជំងឺដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ DTG រួចហើយ។
- កុមារទម្ងន់ ២០ kg - < ៣០ kg ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយរូបមន្តដែលរួមមានទាំងឱសថ TDF និង 3TC រួមជាមួយ DTG ។ បច្ចុប្បន្ននេះ, មិនទាន់មានឱសថ TDF សម្រាប់កុមារទម្ងន់ < ៣០ kg នៅកម្ពុជាទេ, ប៉ុន្តែអាចនឹងធ្វើលទ្ធកម្មឱសថទាំងនេះ សម្រាប់កុមារនៅពេលខាងមុខ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ រូបមន្តជម្រើសសម្រាប់កុមារទម្ងន់ ២០ - < ៣០ kg គឺ ABC + 3TC + DTG ។

៩.៣.៣ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់កុមារទម្ងន់ ≥ ៣០ kg

- រូបមន្តព្យាបាលជាជម្រើស គឺរូបមន្តព្យាបាលរួមបញ្ចូលគ្នានៃឱសថ **TDF + 3TC + DTG** លេប១ដង/ថ្ងៃ
- ត្រូវធ្វើតេស្ត Creatinine clearance មុនពេលចាប់ផ្តើមប្រើ TDF និងត្រូវតាមដានតេស្តនេះជាទៀងទាត់ (សូមមើលតារាងអំពីការពុលឱសថ)
- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលជំងឺរបេងដោយឱសថ rifampicin, DTG ត្រូវប្រើក្នុងកម្រិតដូស 50 mg លេប២ដង/ថ្ងៃ។ (មានន័យថា ឱសថបីមុខរួមបញ្ចូលគ្នា TDF + 3TC + DTG លេប១ដង/ថ្ងៃ, បន្ទាប់មក

លេបឱសថ DTG 50 mg ១គ្រាប់ នៅ ១២ម៉ោងក្រោយ។

តារាងទី 15: អនុសាសន៍រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ *

អាយុ/ទម្ងន់	រូបមន្តព្យាបាលជាជម្រើស	ជម្រើសផ្សេងទៀត	លក្ខខណ្ឌពិសេស
ទារក (អាយុ < ៤សប្តាហ៍)	AZT + 3TC + LPV/r[1]	AZT + 3TC + NVP	AZT + 3TC + RAL[2]
កុមារទម្ងន់ < ២០ kg	ABC + 3TC + LPV/r	ABC (or AZT) + 3TC + EFV[3] (or NVP)	ABC (or AZT) + 3TC + DTG[4] ABC (or AZT) + 3TC + RAL[2]
កុមារទម្ងន់ ២០kg ដល់ < ៣០ kg	ABC + 3TC + DTG	ABC + 3TC + LPV/r	ABC (or AZT) + 3TC + EFV (or NVP) ABC (or AZT) + 3TC + RAL
កុមារទម្ងន់ ≥ ៣០kg	TDF + 3TC + DTG	TDF + 3TC + EFV 400	ABC (or AZT) + 3TC + DTG ABC (or AZT) + 3TC + EFV TDF + 3TC + ATV/r[5] (or LPV/r) TAF[6] + 3TC + DTG

[1] សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី៥ សម្រាប់កម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

[1]LPV/r (40mg/10mg) គ្រាប់ល្អិតសម្រាប់លេប គឺត្រូវផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើលើទារក និងកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ១៤ថ្ងៃ ឬច្រើនជាងនេះ, រួមជាមួយឱសថ ARVs ផ្សេងទៀត។ ប៉ុន្តែ មិនត្រូវប្រើលើទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ (កើត១ខែ ឬ ច្រើនជាងនេះ មុនពេលកាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុកនៃការសម្រាល) រហូតដល់១៤ថ្ងៃ ក្រោយពេលកំណត់។

[2]Neonate starting ART with RAL-based regimen should transition to an LPV/r-based as soon as possible

[3]EFV អាចប្រើបាន នៅពេលកុមារអាយុ ≥ ៣ឆ្នាំ និងទម្ងន់ ≥ ១០kg

[4] សម្រាប់ក្រុមអាយុ និងទម្ងន់ ស្របតាមការអនុមត័កម្រិតដូសឱសថ DTG

[5]ATV/r អាចប្រើបាន នៅពេលកុមារទម្ងន់ ≥ ៣៥ kg

[6]TAF ត្រូវបានពិចារណាឱ្យប្រើសម្រាប់បុគ្គលដែលមានជំងឺពុកឆ្អឹង (osteoporosis) និង/ឬ ខូចមុខងារតម្រងនោម។

ជំពូកទី ១០: ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងស្ថានភាពដែលមានការបង្ករោគរួមគ្នា

១០.១ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងព្យាបាលជំងឺរបេង

១០.១.១ នៅពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគលើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង

- អនុសាសន៍ត្រូវបានផ្តល់ ឱ្យចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេល ២សប្តាហ៍ ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺរបេង។
- ត្រូវបញ្ជាក់ថា កុមារមានស្ថានភាពនឹងនរ នៅពេលទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងនៅវគ្គដំបូង ព្រមទាំងអាចទ្រាំទ្របានជាមួយឱសថ ហើយគ្មានប្រតិកម្មជាមួយឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ប្រអប់ទី ១: ពេលណាត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេង

ត្រូវចាប់ផ្តើម ART ឱ្យបានឆាប់បំផុត នៅពេលព្យាបាលជំងឺរបេងអាចទ្រាំទ្របាន ក្នុងអំឡុងពេល ២ សប្តាហ៍នៃការព្យាបាលជំងឺរបេង, ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ឬដំណាក់កាលគ្លីនិកនោះទេ។

១០.១.២ ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាល ARV លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង

ឱសថ Rifampicin គឺជាឱសថស្នូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងជួរទី១។ Rifampicin រំញោចសកម្មភាពនៃ cytochrome P450 (3A4), ប្រព័ន្ធអង់ហ្ស៊ីមថ្លើម, ដែលធ្វើមេតាប៉ូលីសឱសថ lopinavir, dolutegravir, nevirapine និងធ្វើមេតាប៉ូលីសតិចតួចលើឱសថ efavirenz បណ្តាលឱ្យធ្លាក់ចុះ កម្រិតឱសថទាំងអស់នោះនៅក្នុងឈាម។ ឱសថក្រុម PIs INSTs និង NNRTIs អាចធ្វើឱ្យប្រែប្រួលសកម្មភាពប្រព័ន្ធអង់ហ្ស៊ីមដូចគ្នានេះនាំឱ្យប្រែប្រួលកម្រិតឱសថ rifampicin ក្នុងឈាម។ អន្តរកម្មឱសថ អាចបង្កឱ្យមានការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ឬបង្កើនហានិភ័យនៃការពុលឱសថ។ ឱសថ Ritonavir រារាំងសកម្មភាពអង់ហ្ស៊ីម CYP 3A4 នេះ និង បង្កើនបន្ថែម "boost" កម្រិតឱសថ lopinavir ក្នុងឈាម នៅពេលព្យាបាលជាមួយគ្នា។

អន្តរកម្មរវាង ឱសថ Rifampicin និងឱសថ ARV ជាក់លាក់ ត្រូវបានគូសបញ្ជាក់ ដូចខាងក្រោម៖

- *ឱសថ Lopinavir (LPV)*
  - Rifampicin កាត់បន្ថយកម្រិត LPV Area Under the Curve (AUC) > ៥០% និងមានកំហាប់ទាបបំផុត > ៩០% ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ ។
  - មិនត្រូវប្រើប្រាស់កម្រិតដូសស្តង់ដានៃឱសថ LPV/r សម្រាប់ព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលទទួលការ

ព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin ទេ។

- ការបន្ថែមឱសថ ritonavir " super-boosting " ទៅលើកម្រិតដូសស្តង់ដានៃឱសថ LPV/r ជាលទ្ធផលនាំឱ្យកំហាប់ឱសថ lopinavir មានកម្រិតគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការព្យាបាលកុមារដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេង ។
- ឱសថ Ritonavir មានរសជាតិពិបាកលេប ដូច្នេះការលេបថ្នាំនេះឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ត្រូវពិនិត្យតាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- ចំពោះកុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ lopinavir/ritonavir សូលុយស្យុង, ត្រូវបន្ថែមឱសថ ritonavir ។ កុមារធំ ដែលប្រើប្រាស់ឱសថ lopinavir/ritonavir គ្រាប់ ក៏ត្រូវផ្តល់ឱសថ ritonavir បន្ថែមទៀតដែរ នៅក្នុងអំឡុងពេលកុមារព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin (សូមមើលតារាងទី១៦៖ អនុសាសន៍អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើ កុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង, ទំព័រទី៨៥ និង ឧបសម្ព័ន្ធទី៤៖ តារាងកម្រិតដូសឱសថ ARVs, ទំព័រទី ២៣៥) ។
- ត្រូវតាមដានកុមារអំពីភាពទ្រាំទ្រជាមួយឱសថ និង រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកថ្លើម ខណៈពេលដែលត្រូវបង្កើនកម្រិតដូស ritonavir (ritonavir boosting)។
- ការបង្កើនកម្រិតដូសឱសថ ritonavir បន្ថែមទៀត " super-boosting " ត្រូវបន្តរហូតដល់២សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin ។

- ***ឱសថ Ritanovir***

ឱសថ Ritanovir 100mg គ្រាប់ អាចរកបាននៅកម្ពុជា ប៉ុន្តែឱសថគ្រាប់នេះ ត្រូវលេបទាំងមូល និងមិនត្រូវកិនកំទេច ឬ ទំពារទេ។ ប្រសិនបើ គ្មានឱសថ ritonavir ទេ កុមារដែលព្យាបាលដោយឱសថ LPV/r ត្រូវប្រើកម្រិតដូសទ្វេដង ក្នុងអំឡុងពេលនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង។ ទិន្នន័យគាំទ្រលើវិធីសាស្ត្រនេះ គឺនៅមានតិចតួចបំផុត។ ខណៈពេលដែលការសិក្សាក្នុងចំណោមមនុស្សពេញ វ័យបានបង្ហាញថា វិធីសាស្ត្រនេះមានប្រសិទ្ធិភាព កម្រិតឱសថលើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេងដោយឱសថ Rifampicin ហើយប្រើប្រាស់ឱសថ LPV/r ក្នុងកម្រិតដូសទ្វេដង គឺមានកម្រិតទាបជាង។ ប្រសិនបើ មាន ritonavir ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ (super-boosting) ។

- ត្រូវតាមដានភាពទ្រាំទ្រជាមួយឱសថ និង រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកថ្លើម ខណៈពេលដែលត្រូវបង្កើនកម្រិតដូស ritonavir (ritonavir boosting)។
- ការបង្កើនកម្រិតដូសឱសថ ritonavir បន្ថែមទៀត " super-boosting " ត្រូវបន្តរហូតដល់ ២ សប្តាហ៍ក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin។

- ***ឱសថ Dolutegravir (DTG)***

Rifampicin កាត់បន្ថយ DTG Area Under the Curve (AUC) រហូតដល់ ៨៥% នៅពេលដែលប្រើឱសថ DTG 50mg គ្រាប់ តែមួយកម្រិតដូស។ ទិន្នន័យពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវឈ្មោះ *INSPIRING*

ក្នុង ចំនោមមនុស្សពេញវ័យ បានបង្ហាញថា ការកាត់បន្ថយកម្រិតឱសថ DTGនេះ អាចដោះស្រាយបានដោយការប្រើ DTG ក្នុងកម្រិត DTG 50 mg លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ វិធីសាស្រ្តនេះ មិនទាន់ត្រូវបានវាយតម្លៃចំពោះកុមារនោះទេ ប៉ុន្តែកំពុងធ្វើការវាយតម្លៃ។ ក្មេងជំទង់ដែលប្រើឱសថ Tenofovir/Lamivudine/Dolutegravir (TLD) អាចទទួលកម្រិតដូសឱសថ DTG បន្ថែម ដោយប្រើ TLD ឱសថគ្រាប់រួមបញ្ចូលគ្នា លេប១គ្រាប់ ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ និង ឱសថ DTG 50 mg នៅ ១២ម៉ោង បន្ទាប់ពីលេប TLD ។ វិធីសាស្រ្តនេះ មិនត្រូវណែនាំ ចំពោះកុមារទម្ងន់ 20 – 30 គីឡូក្រាមនោះទេ នៅពេលបច្ចុប្បន្ន។

- ***ឱសថ Efavirenz (EFV)***

Rifampicin កាត់បន្ថយ EFV Area Under the Curve (AUC) ២២% ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវជាច្រើនបានបង្ហាញថា កម្រិតទាបបំផុត គឺស្ថិតនៅក្នុងចន្លោះកម្រិតព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលប្រើ rifampicin និង Efavirenz ។ ដូច្នេះហើយ៖

- Efavirenz គឺជាជម្រើសក្រុម NNRTI សម្រាប់ប្រើចំពោះអ្នកជំងឺដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងដោយមានឱសថ rifampicin ។
- មិនចាំបាច់បង្កើនកម្រិតដូសប្រចាំថ្ងៃនៃឱសថ efavirenz ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេងដោយឱសថ Rifampicin ជាមូលដ្ឋាននោះទេ។ ប្រសិនបើ ប្រើប្រាស់កម្រិតដូស ទាបជាងកម្រិតស្តង់ដានៃឱសថ EFV, ទាមទារការតាមដានឱ្យបានដិតដល់បន្ថែមទៀត (ឧ. ត្រូវធ្វើតេស្ត VL នៅខែទី៣ ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍)។

- ***ឱសថ Nevirapine (NVP)***

- Rifampicin បន្ថយ NVP Area Under the Curve (AUC) ៣១% ទោះបីជា ភាពខុសគ្នាផ្នែកគ្លីនិកនៃការថយចុះ NVP នេះ មិនច្បាស់លាស់ក៏ដោយ។ ការសិក្សាខ្នាតតូច លើកុមារបានរកឃើញថា កម្រិតអប្បបរមានៃឱសថ NVP បានថយចុះនៅក្រោមកម្រិតប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល (sub-therapeutic levels) បើទោះជា ការថយចុះនេះហាក់ដូចជាមានសភាពខ្លាំងក្លា ចំពោះកុមារដែលមានប្រភពដើមកំណើតពីអាហ្វ្រិក ជាជាងកុមារដែលមានដើមកំណើតពីតំបន់អាស៊ី។
- នៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន ជាការចាំបាច់ត្រូវប្រើប្រាស់ឱសថ efavirenz ជំនួសឱសថ NPV នៅពេលព្យាបាលជាមួយឱសថ Rifampicin។
- ក្នុងករណីមាន contraindications ជាមួយឱសថ efavirenz (កុមារអាយុ < ៣ ឆ្នាំ និងទម្ងន់ < ១០ គ.ក្រ ឬ ភាពមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយឱសថ efavirenz ពីមុន) ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ NVP ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ក្បែរកម្រិតដូសអតិបរមាគឺ ២០០mg/m^2 លេប២ដង/ថ្ងៃ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ
- ការវាស់វែង ផ្ទៃក្រឡាខ្លួន (body surface area = BSA)៖

$$\text{BSA} = \text{ឬសការេនៃសមីការទាំងមូល} \quad \sqrt{\frac{\text{កម្ពស់ជា (ស.ម)} \times \text{ទម្ងន់ជា (គ.ក្រ)}}{៣៦០០}}$$

- នៅពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថ NPV លើកុមារដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ rifampin រួចហើយ ត្រូវតែចាប់ផ្តើមដោយប្រើប្រាស់កម្រិតដូសបន្ត ២ដង/ថ្ងៃ លេបរាល់ថ្ងៃ ដោយគ្មាន ការប្រើប្រាស់កម្រិតដូសនាំមុខលេប១ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ១៤ ថ្ងៃនោះទេ ។
- ចំពោះកុមារដែលនៅបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin និង NVP គឺអាចមានភាពពុលឱសថជាន់គ្នា និងមានអន្តរកម្មឱសថ ដែលតម្រូវឱ្យធ្វើការវាយតម្លៃបញ្ជាក់ពីរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកថ្លើម ជារៀងរាល់ខែ។ អ្នកជំងឺទាំងអស់ ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃ ALT ឱ្យបានឆាប់ ប្រសិនបើមានភស្តុតាង ពីការរងរបួសថ្លើមណាមួយបានកើតឡើង ។

- ***ឱសថក្រុម NRTIs***

គ្មានអន្តរកម្មគ្លីនិកជាចំបង រវាងឱសថ Rifampicin និងឱសថក្រុម NRTI នោះទេ ។

ជំងឺរបេងអាចត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមុន ឬក្រោយពីកុមារចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬនៅពេលដែលកុមារនេះត្រូវបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២។ តារាងទី ១៦ ខាងក្រោមរៀបរាប់អំពីការផ្តល់អនុសាសន៍នៃកម្រិតដូស ARVs និងឱសថព្យាបាលជំងឺរបេងនៅស្ថានភាពផ្សេងគ្នា។ មិនមានការតម្រូវឱ្យកែប្រែការព្យាបាលជំងឺរបេងទេ។

តារាងទី 16: អនុសាសន៍អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង

អាយុ	ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង	កើតជំងឺរបេង ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	ការព្យាបាលជំងឺរបេង នៅពេលបរាជ័យជាមួយរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដំបូង	មតិ/យោបល់
< ៣ ឆ្នាំ ឬ < ១០ គ.ក្រ	ABC/AZT + 3TC + LPV/r, បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) ឬ ABC/AZT + 3TC + NVP (ក្នុងកម្រិត 200 ម.ក្រ/ម²)	ប្រសិនបើប្រើរូបមន្តមានឱសថ LPV/r បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) ឬ ប្រសិនបើ កុមារប្រើរូបមន្តមានឱសថ NVP ត្រូវបន្ថែមកម្រិតដូសនៃឱសថ NVP គឺ 200 ម.ក្រ/ម²	ប្រសិនបើប្រើរូបមន្ត ABC/AZT + 3TC + LPV/r បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) ឬ ផ្តល់អនុសាសន៍ប្រើរូបមន្តជួរទី៣	• បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) នៃ LPV/r ក្នុងអំឡុងពេល និង ២សប្តាហ៍ ក្រោយការព្យាបាលរបេង • ប្រសិនបើកុមារកំពុងប្រើរូបមន្តមានឱសថ NVP ចាប់ផ្តើម NVP ដោយប្រើកម្រិតដូសបន្ត គឺ ២ដង/ថ្ងៃ ដោយអង់ស៊ីម CYP 3A4 គឺត្រូវរំញោចដោយឱសថ rifampicin។ ត្រូវតាមដានជិតដល់ អំពីការពុលឱសថទាក់ទងនឹងឱសថ NVP • ប្រសិនបើរូបមន្តព្យាបាលនេះ បរាជ័យ សូមពិភាក្សា ជាមួយក្រុមការងារបច្ចេកទេស ឱសថជួរទី៣ និង ជម្រើសការព្យាបាលជំងឺរបេងជាមួយ CENAT

≥ ៣ឆ្នាំ ដល់ < ១០ ឆ្នាំ និង and < ២០ គ.ក្រ	ABC/AZT + 3TC + LPV/r, បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) ឬ ABC/AZT + 3TC + EFV មិនត្រូវការកែតម្រូវកម្រិតដូស។	ប្រសិនបើប្រើរូបមន្តមានឱសថ LPV/r បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) ឬ ប្រសិនបើប្រើរូបមន្តមានឱសថ EFV បន្តការព្យាបាលក្នុងកម្រិតដូស EFV ដដែល។	ប្រសិនបើប្រើរូបមន្ត ABC/AZT + 3TC + LPV/r បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) ឬ ផ្តល់អនុសាសន៍ប្រើរូបមន្តជួរទី៣។	• បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) នៃ LPV/r ក្នុងអំឡុងពេល និង ២សប្តាហ៍ ក្រោយការព្យាបាលរបេង • ប្រសិនបើរូបមន្តព្យាបាលនេះ បរាជ័យ សូមពិភាក្សា ជាមួយក្រុមការងារ បច្ចេកទេស ឱសថជួរទី៣ និង ជម្រើសការព្យាបាលជំងឺរបេងជាមួយ CENAT។
២០ - < ៣០ គ.ក្រ	ABC/AZT + 3TC +DTG មិនត្រូវការបន្ថែមកម្រិតដូស នៃ ឱសថ DTG 50mg ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេងសម្រាប់ក្រុមនេះ។	បន្តប្រើរូបមន្តមានឱសថ DTG មិនត្រូវការបន្ថែមកម្រិតដូស នៃឱសថ DTG 50mg ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង សម្រាប់ក្រុមនេះ។ មិនត្រូវការកែតម្រូវកម្រិតដូស ABC/3TC ឬ AZT/3TC ទេ ឱសថTDF គឺមិនអាចផ្តល់ឱ្យកុមារដែលមានទម្ងន់ < ៣០ គ.ក្រ។	AZT/ABC + 3TC + LPV/r បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) នៃ LPV/r ក្នុងអំឡុងពេល និង ២សប្តាហ៍ ក្រោយការព្យាបាលរបេង។	• បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) នៃ LPV/r ក្នុងអំឡុងពេល និង ២សប្តាហ៍ ក្រោយការព្យាបាលរបេង • មិនត្រូវការបន្ថែមកម្រិតដូសនៃឱសថ DTG 50mg ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង។
≥ ៣០ គ.ក្រ	TDF + 3TC + DTG បន្ថែមកម្រិតដូស DTG 50 mg ២ ដង/ថ្ងៃ ជំនួសឱ្យការប្រើ១ដង/ថ្ងៃ ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ដោយរូបមន្តមានឱសថ Rifampicine។ ការប្រើ គឺ	បន្តប្រើរូបមន្តមានឱសថ DTG ដោយបន្ថែមកម្រិតដូស DTG 50 mg ២ដង /ថ្ងៃ ជំនួសឱ្យ ការប្រើ១ដង/ថ្ងៃ ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ដោយរូបមន្តមានឱសថ Rifampicin ។ ការប្រើ គឺ TDF/3TC/DTG ក្នុងគ្រាប់រួម	ABC/AZT + 3TC + LPV/r បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) នៃ LPV/r ក្នុងអំឡុងពេល និង ២សប្តាហ៍ ក្រោយការព្យាបាលរបេង។	• បន្ថែមកម្រិតដូស ritonavir (super-boost) នៃ LPV/r ក្នុងអំឡុងពេល និង ២សប្តាហ៍ ក្រោយការព្យាបាលរបេង • ត្រូវបន្ថែមកម្រិតដូសនៃឱសថ DTG 50 mg ២ដង/ថ្ងៃ ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ដោយរូបមន្តមានឱសថRIF ។

	TDF/3TC/DTG ក្នុងគ្រាប់រួមបញ្ចូលគ្នា និង បន្ថែមឱសថ DTG 50 mg ១គ្រាប់ នៅ ១២ម៉ោង ក្រោយ។	បញ្ចូលគ្នា និង បន្ថែមឱសថDTG50 mg ១គ្រាប់ នៅ ១២ម៉ោង ក្រោយ។		

១០.២ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ករណីបង្ករោគជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ/អេដស៍រួមគ្នា

កុមារដែលកើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB ជាទូទៅគ្មានរោគសញ្ញា។ ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ទៅលើការវិវត្តន៍ធម្មជាតិនៃវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B មិនត្រូវបានគេដឹងច្បាស់ទេ។ កុមារដែលមានការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B/អេដស៍រួមគ្នា អាចនឹងមានផលប៉ះពាល់ដល់ថ្លើមដែលទាក់ទងនឹង flares បណ្តាលមកពីសកម្មភាពនៃវីរុស រលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ បង្កឱ្យមានការពុលថ្លើម ប្រសិនបើទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARVs ។

គោលបំណងនៃការព្យាបាលករណីការបង្ករោគជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B/អេដស៍ រួមគ្នា គឺដូចគ្នានឹងការព្យាបាលការបង្ករោគជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B តែឯងដែរ គឺ ការពារការវិវត្តន៍នៃជំងឺ និងកាត់បន្ថយការឈឺ និងការស្លាប់ដែលបណ្តាលមកពីវីរុសថ្លើមប្រភេទ B ។

- គ្រប់អ្នកជំងឺដែលបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទB/អេដស៍រួមគ្នា រួមទាំងមនុស្សពេញវ័យ ក្មេងជំទង់ និងកុមារដែលមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា មានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
- ការផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើតេស្ត surface antigen (HBsAg) រកវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណរកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទC មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ពីជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ទាមទារឱ្យធ្វើតេស្ត HBsAg ពីរដង ឃ្លាតគ្នា > ៦ ខែម្តង។ ទោះជាយ៉ាងណា កុមារដែលត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលសមស្រប សម្រាប់ការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B/អេដស៍រួមគ្នា ប្រសិនបើ ការធ្វើតេស្ត HBsAg ដំបូង មានលទ្ធផល វិជ្ជមាន។

<u>ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ</u>

- កុមារ និងក្មេងជំទង់ទាំងអស់ បញ្ជាក់ថា មានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B/អេដស៍រួមគ្នា ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមានឱសថ TDF និង 3TC នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ផងដែរ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា រូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ TDF មិនអាចប្រើបានចំពោះ កុមារដែទ្បមានទម្ងន់ < ៣០ គ.ក្រ។ ការប្រើរូបមន្តមានឱសថ Tenofovir Alafenamide Fumareate (TAF) ផ្សំជាមួយឱសថ 3TC (TAF/3TC) ជាជម្រើសមួយនៃការព្យាបាល ប្រសិនបើ រូបមន្តនេះ មាននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ រូបមន្តព្យាបាលនេះ អាចប្រើបានចំពោះកុមារទម្ងន់ ≥ ២៥ គ.ក្រ ។
- ABC/3TC ទម្រង់បញ្ចូលគ្នា គឺជារូបមន្តក្រុមឱសថ NRTI ឆ្អឹងខ្នងសម្រាប់កុមារមានទម្ងន់ <៣០ គ.ក្រ។ ឱសថ ទី៣ ដែលជាជម្រើស គឺស្របតាមការណែនាំនៅក្នុង រូបមន្តឱសថជួរទី១ ដូចគ្នាទៅនឹងកុមារដែលមិនមានជំងឺរលាកថ្លើម B រ៉ាំរ៉ៃ ដែរ។

តារាងទី 17: អនុសាសន៍អំពី រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ លើកុមារដែលមានជំងឺរលាកថ្លើម ប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ

ទម្ងន់	ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដំបូង	ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលផ្សេងទៀត
< ២០ គ.ក្រ	ABC + 3TC + LPV/r	AZT/ABC + 3TC + EFV[2]/NVP[1]
២០ គ.ក្រ - < ៣០ គ.ក្រ	ABC + 3TC + DTG[2]	ABC (or AZT) + 3TC + LPV/r (or EFV[2])
≥ ៣០ គ.ក្រ	TDF + 3TC + DTG	TDF/ABC + 3TC + EFV[2]

*នៅពេលដែលកម្រិតដូសសមស្រប និងទម្រង់សមស្របសម្រាប់កុមារ មាននៅប្រទេសកម្ពុជា។

[1] *តាមដានតេស្ត LFTs រៀងរាល់ខែ រយៈពេល ៣ខែជាប់គ្នា បន្ទាប់មករាល់ ៦ខែម្តង ។*

[2] *EFV គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ ជាពិសេស ប្រសិនបើ តេស្ត ALT នៅពេលដើមគ្រា កើនឡើង ≥ ២ដង ហើយកុមារមិនអាចប្រើរូបមន្តដែលមានឱសថ LPV/r។*

- កុមារដែលមានការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B/អេដស៍រួមគ្នា អាចធ្លាប់មានការកើនឡើងនៃអង់ស៊ីមថ្លើម ≤ ១០ដងនៃតម្លៃធម្មតា ក្នុងអំឡុងពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដែលអាចជាសញ្ញាប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលប្រឆាំងនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។ ជាទូទៅ ត្រូវបន្តការប្រើប្រាស់ឱសថ ដោយមានការតាមដានយ៉ាងជិតដល់ ក្នុងដំណាក់កាលនេះ លុះត្រាតែមានលេចចេញរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកថ្លើម។
- ត្រូវធ្វើតេស្ត ALT ជារៀងរាល់ខែ រយៈពេល ៣ ខែ បន្ទាប់មករៀងរាល់ ៦ខែម្តង (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី៨: កាលវិភាគនៃការពិនិត្យគ្លីនិកនិង ការតាមដានតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ជាប្រចាំ សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានព្យាបាល ART ទំព័រ ២៤៣)។

១០.៣ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ករណីការបង្ករោគជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C/អេដស៍រួមគ្នា

ការវិវត្តន៍ជាធម្មជាតិនៃការបង្ករោគដោយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C (HCV) លើកុមារ មិនត្រូវបានគេដឹងច្បាស់ទេ។ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C អាចនាំឱ្យមានជំងឺក្រិនថ្លើម។ ទោះជាយ៉ាងណា ដំណើរការនៃការខូចខាតថ្លើមគឺមានការកើនឡើងបន្តិចម្តងៗ។ ការសិក្សាលើមនុស្សពេញវ័យបានបង្ហាញថា អ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C/អេដស៍ រួមគ្នា មានការវិវត្តន៍ទៅជំងឺក្រិនថ្លើម លឿនជាង៣ដង បើធៀបជាមួយអ្នកជំងឺដែលកើតតែជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C តែមួយ។

- ឱសថ ARVs ដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់ព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គ្មានសកម្មភាពប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ទេ។

- ឱសថជាច្រើនសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C មានការពុល ហើយមិនមានឱសថទាំងនេះជាប្រចាំនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទេ។
- ឱសថថ្មីដូចជា sofosbuvir មិនទាន់ត្រូវបានអនុម័តឱ្យប្រើសម្រាប់ព្យាបាលកុមារនៅឡើយទេ ។
- **ដូច្នេះ ការព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារដែលមានការបង្កជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C /អេដស៍ រួមគ្នា នោះទេ។**
- កុមារដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទC/អេដស៍រួមគ្នា ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវតាមដានការពុលឱសថ ដោយធ្វើតេស្តអង់ស៊ីមថ្លើម រៀងរាល់ខែ រយៈពេល២ខែដំបូង បន្ទាប់មក រៀងរាល់ ៦ ខែម្តង។

ជំពូកទី ១១៖ ការពុលឱសថ

អ្នកផ្ដល់សេវា ត្រូវយល់ដឹងអំពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺ ហើយត្រូវពន្យល់អ្នកជំងឺ ឬ អ្នកថែទាំអំពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថទាំងនេះ ។ ការពន្យល់នេះ អាចជួយអ្នកជំងឺលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ចៀសវាងការខកខានលេបថ្នាំ ហើយនិងផ្តល់សិទ្ធិដល់កុមារ/ អ្នកថែទាំ ឱ្យដឹងពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ ដើម្បីស្វែងរកការព្យាបាលឱ្យបានទាន់ពេល។

កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តែងតែប្រើប្រាស់ថ្នាំច្រើនមុខខុសគ្នាៗ ដែលពេលខ្លះមានការពុលត្រួតស៊ីគ្នា។ ការពុលឱសថដែលកើតឡើងលើកុមារ គឺមានសភាពស្រដៀងគ្នាទៅនឹងការពុលឱសថដែលកើតឡើងលើមនុស្សពេញវ័យដែរ ទោះបីជា វាកើតឡើងមិនសូវជាញឹកញាប់ក៏ដោយ។

តារាងទី ១៨ ខាងក្រោមនឹង ជួយណែនាំក្នុងការសម្រេចចិត្ត ថាតើអ្នកជំងឺដែលជួបប្រទះនឹងការពុលឱសថ ហើយត្រូវប្តូរចេញតែឱសថមួយមុខ ឬ ត្រូវបញ្ឈប់ឱសថទាំងអស់ ។

សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី៥: ស្តីពីការវាស់វែងកម្រិតពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV toxicity severity grading) ទំព័រទី ២៣៨។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ៖

ផលប៉ះពាល់នៃឱសថទាំងអស់ ត្រូវបានធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ពីកម្រិតទី១ ដល់កម្រិតទី៤ អាស្រ័យលើភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃផលប៉ះពាល់ ព្រមទាំងអាយុរបស់កុមារ។

ការឆ្លើយតបទៅនឹងផលប៉ះពាល់នៃឱសថ រួមមាន៖

- **កម្រិតទី១ និង កម្រិតទី២៖** បន្តការព្យាបាល ហើយត្រូវធ្វើតេស្តតាមដានម្តងទៀត ។ ធ្វើការវាយតម្លៃអ្នកជំងឺឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍ ។
- **កម្រិតទី៣៖** តម្រូវឱ្យធ្វើតេស្តតាមដានម្តងទៀត ក្នុងរយៈពេល ១សប្តាហ៍ ហើយប្រសិនបើ វានៅតែស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតទី៣ ត្រូវបញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់ ហើយអ្នកជំងឺត្រូវទទួលការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស ។
- **កម្រិតទី៤៖** ត្រូវបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំទាំងអស់ភ្លាមៗ និងត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកជំងឺត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញ ក្រោយពីអ្នកជំងឺមានសុខភាពល្អប្រសើរ ដោយប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលផ្សេង (សូមពិភាក្សា ជាមួយគ្រូណែនាំគ្លីនិក ឬ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសផ្នែកថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកុមារ) ។

ប្រសិនបើ តម្រូវឱ្យបញ្ឈប់ ART គឺត្រូវបញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់ ជាជាងបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ ARV មួយមុខ ឬ ពីរមុខ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលដែលអ្នកជំងឺឈប់ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងក្រុម NNRTI ត្រូវព្យាបាលបន្តការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងក្រុម NRTI រយៈពេល ១សប្តាហ៍ទៀត ក្រោយពីបញ្ឈប់ឱសថក្នុងក្រុម NNRTI ដោយឱសថក្រុម NNRTI ស្ថិតនៅក្នុងឈាមយូរ (longer half-life) ជាង។

ត្រូវពិនិត្យមើលតេស្តរាប់ចំនួនមេរោគអេដស៍ (viral load test) និងមានលទ្ធផលមេរោគត្រូវបានបង្ក្រាប (suppressed) មុនពេលផ្លាស់ប្តូរឱសថ ARVs ណាមួយ។ ករណីនេះ មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ទេ ប្រសិនបើមានការពុលថ្នាំកើតឡើងនៅក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានខែដំបូង បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើម ART ហើយអាចធ្វើបានតែក្នុងករណីពុលថ្នាំកម្រិតស្រាល និងអាចទទួលបានលទ្ធផលតេស្ត viral load ក្នុងអំឡុងមួយខែ។ ប្រសិនបើ viral load > ១០០០ កូពី ត្រូវអនុវត្តតាមអនុសាសន៍ សម្រាប់ការបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ ។

ផលប៉ះពាល់មួយចំនួនអាចកើតឡើងនៅក្នុងសប្តាហ៍ និងខែដំបូងនៃការព្យាបាល (ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ស្លេកស្លាំង ឬ ខ្វះគ្រាប់ឈាមស-neutropenia និង ជំងឺរលាកថ្លើមស្រួចស្រាវ) និងទាមទារការតាមដានឱ្យបានជាប់លាប់ ដែលអាចតម្រូវឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាល (សូមមើលតារាងទី១៨ ខាងក្រោម)។ ការពុលផ្សេងទៀតអាចកើតឡើងបន្ទាប់ពី ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាច្រើនខែ ឬច្រើនឆ្នាំ ។ ការពុលនេះរួមមាន lipodystrophy ជំងឺ peripheral neuropathy hyperlactatemia និង ការពុល mitochondrial ។ ការពុលនេះ អាចមានការគំរាមគំហែងដល់ជីវិត (acidosis lactic) ពិការភាព (ជំងឺសរសៃប្រសាទ) ឬ ផលប៉ះពាល់ដល់ការលេបថ្នាំ ARVs ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (lipoatrophy លើក្មេងជំទង់)។

ការពុលថ្នាំត្រូវតាមដាន ផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិក ដែលបានប្រាប់ដោយកុមារ និង/ឬ អ្នកថែទាំ រួមជាមួយការពិនិត្យរាងកាយ និង ធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ អាស្រ័យលើភាពពុល នៃរូបមន្តឱសថ ARV រួមបញ្ចូលគ្នាជាក់លាក់ ដែលបានផ្តល់ឱ្យអ្នកជំងឺ។

តារាងទី 18: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ឬ ទី២

ឱសថ ARV	ការពុលឱសថ ដែលកើតមានញឹកញាប់	មតិ/យោបល់	ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាល
Abacavir (ABC)	ប្រតិកម្ម Hypersensitivity	កត្តាប្រឈមនៃ HLA-B*5701 គ្រុនក្តៅ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (ជាញឹកញាប់ maculopapullar កម្រិតស្រាល) ចង្អោរ ក្អួត អាហារូបត្ថម្ភអស់កម្លាំង flank ឬ ឈឺចាប់ក្នុងពោះ ចង្អោមរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម ឈឺសាច់ដុំ និង ឈឺសន្លាក់ (៦ សប្តាហ៍ដំបូងនៃការចាប់ផ្តើម ART (សូមមើលប្រអប់ទី ១០ ទំព័រទី ៩៧)	បញ្ឈប់ ABC ប្តូរទៅ AZT ឬ TDF (ប្រសិនបើកុមារ > ៣០ គ.ក្រ) ដាច់ខាត មិនត្រូវចាប់ផ្តើម ABC ឡើងវិញទេ ដោយវាអាចមាន hypersensitivity បណ្តាលឱ្យស្លាប់
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	Indirect hyperbilirubinemia	អាចមានជំងឺទាក់ទងនឹងថ្លើម (ជាទូទៅ មិនមែនមហារីក) indirect hyperbilirubinemia	Indirect hyperbilirubinemia ដែលកើតឡើងពីមកពីការប្រើប្រាស់ ATV/r ជាករណីគំរ ដែល

	Electrocardiographic មិនប្រក្រតី (PR and QT interval prolongations	Pre-existing conduction system disorder ឬ ការប្រើឱសថព្យាបាលផ្សេងទៀត ក្នុងពេលជាមួយគ្នា ដែលស្គាល់ថាអាចបណ្តាលទៅជា conduction disturbance	តម្រូវឱ្យប្តូរការព្យាបាល។ ប្រសិនបើអង់ស៊ីមថ្លើម ធម្មតា និងគ្មានរោគសញ្ញា អាចបន្តការព្យាបាលដោយ ATV/r ។ ពិនិត្យមើលឱសថទាំងអស់ ដែលយកមកព្យាបាល ។ ធានាបំពេញជាតិទឹកគ្រប់គ្រាន់។ ប្តូរទៅប្រើឱសថLPV/r ប្រសិនជាចាំបាច់ ។
	គ្រួសក្នុងតម្រងនោម Nephrolithiasis	ជាទូទៅទាក់ទងនឹង ការផឹកទឹកមិនគ្រប់គ្រាន់	
Zidovudine (AZT)	ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ[1] ឬ ខ្វះគ្រាប់ឈាមស (neutropenia)	ប្រសិនបើ Hb ធ្លាក់ចុះ ចំនួន ២៥% ឬ ច្រើនជាងនេះ ប្រៀបធៀបជាមួយ Hb ដើមគ្រាមុនព្យាបាលដោយ ART ចៀសវាងប្រើ AZT ប្រសិនបើ Hb នៅពេលដើមគ្រា < 7.5g/dl	បញ្ឈប់ AZT និង ប្តូរទៅ ABC ឬ TDF (ប្រសិនបើកុមារ > ៣០ គ.ក្រ)
	ឈឺចាប់សាច់ដុំ(Myalgia) ជំងឺសាច់ដុំបេះដូង (myopathy)	Creatine kinase (CK) > 10; ចុះខ្សោយ	
	gastrointestinal Intolerance ធ្ងន់ធ្ងរ	ចង្អោរ និង ក្អួត ជាប្រចាំ ដែលរំខានដល់ការលេបថ្នាំ និងស្រូបថ្នាំ ARV។ តាមធម្មតាការចង្អោរ ដែលតែងតែកើតមានឡើង និងជាទូទៅ បានល្អប្រសើរឡើង ក្នុងអំឡុងខែទី១ នៃ ART ។	ការចង្អោរកម្រិតស្រាលអាចគ្រប់គ្រងបាន ដោយផ្តល់អាហារញឹកញាប់ និង លេបថ្នាំកុំឱ្យក្អួត (antiemetics) ។
	Lactic acidosis	អស់កម្លាំងជាទូទៅ និងចុះខ្សោយ រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ (ចង្អោរ ក្អួត អាហារូបត្ថម្ភ ឈឺចាប់ក្នុងពោះ ថ្លើមរីកធំ មិនឃ្លានអាហារ កើនទម្ងន់យឺត និង/ឬ ស្រកទម្ងន់ដែលគ្មានមូលហេតុ) +/- រលាកថ្លើម ឬ រលាកលំពែង សង្វាក់ដង្ហើមញាប់ និងពិបាកដកដង្ហើម រោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ Increased anion gap	បញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់ រហូតដល់បាត់រោគសញ្ញា និងប្តូរទៅ ABC ឬ TDF (ប្រសិនបើកុមារ > ៣០ គ.ក្រ)

Nevirapine (NVP)	ការពុលថ្លើម Hepatotoxicity	អាចទាក់ទងជាមួយ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C ការពុលថ្លើមកម្រិតស្រាល - មធ្យម: ALT 1.25 - < 10 ដង នៃតម្លៃធម្មតា ការពុលថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ ALT> 10ដង នៃតម្លៃធម្មតា	**កម្រិតស្រាល -មធ្យម:** ត្រូវស្រាវជ្រាវរកមូលហេតុផ្សេង ឧ. វីរុសរលាកថ្លើម ។ បន្តការព្យាបាល និង តាមដានមុខងារថ្លើមរាល់ថ្ងៃ ប្រសិនបើស្ថានភាពអ្នកជំងឺមិនបានប្រសើរទេ ត្រូវប្តូរឱសថ ឬ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលដូច ករណីពុលថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ។ **ធ្ងន់ធ្ងរ:** បញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់។ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញ នៅពេលដែល ALT ២ ដងនៃតម្លៃធម្មតា ដោយប្តូរ NVP ទៅប្រើ LPV/r ឬ EFV ឬ DTG (តាមភាពសមស្រប នៃអាយុ និងទម្ងន់កុមារ) ។
	ស្នាមកន្ទួលស្ងួតលើស្បែក (កម្រិតស្រាល -មធ្យម – សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី៦ ក្នុងការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់)	ស្នាមកន្ទួលស្ងួតលើស្បែក: macules, papules, របកស្រកាស្បែកស្ងួត	• បន្ត NVP ក្នុងកម្រិតដូសដូចគ្នា (បន្តឱ្យលេប១ដង/ថ្ងៃ ក្នុងដំណាក់កាលកម្រិតដូសនាំមុខ) • ផ្តល់ឱសថ anti-histamine និង ប្តូរទៅឱសថ LPV/r ឬ EFV ឬ DTG (តាមភាពសមស្រប នៃអាយុ និងទម្ងន់កុមារ) ប្រសិនបើស្នាមកន្ទួលលើស្បែក មានរយៈពេលលើសពី ១ ខែ[2]
	ស្នាមកន្ទួលសើមលើស្បែក ឬ Erythema multiform (ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ – សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី៦ ក្នុងការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់)	ស្នាមកន្ទួលសើមលើស្បែក: ពងទឹក ដំបៅ ការរបកស្បែកសើមមានកម្រិត និង ការប៉ះពាល់ mucous membranes មានកម្រិត ។	បញ្ឈប់ NVP និងបន្ត NRTI រយៈពេល១សប្តាហ៍ និង ចាប់ផ្តើមប្រើ LPV/r ឬ EFV ឬ DTG (តាមភាពសមស្រប នៃអាយុ និងទម្ងន់កុមារ) នៅពេលដែលរោគសញ្ញាបានធូរស្បើយ
	ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត (ចង្កោមរោគសញ្ញា Stevens-Johnson ឬ Lyell)	ការរបកស្បែកសើមមានទំហំធំ មានការប៉ះពាល់ mucous membranes មានរោគសញ្ញាជាប្រព័ន្ធ ឧ. គ្រុនក្តៅ។	បញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់ និង ចាប់ផ្តើមប្រើ LPV/r ឬ DTG (តាមភាពសមស្រប នៃទម្ងន់កុមារ) នៅពេលដែលរោគសញ្ញាបានធូរស្បើយ ។

	ប្រតិកម្មHypersensitivity	មានរោគសញ្ញាជាប្រព័ន្ធ ដូចជា គ្រុនក្តៅ ឈឺសាច់ដុំ ឈឺសន្លាក់ រលាកថ្លើម និង eosinophilia មាន ឬ គ្មានកន្ទួលលើស្បែក។	(ចៀសវាងប្រើ EFV)
Efavirenz (EFV)	ការពុលប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល ធ្ងន់ធ្ងរ និងជាប់ជានិច្ច ការប្រកាច់ (Seizures)	• hallucinations ជាប់ជានិច្ច ឬ • មានជំងឺផ្លូវចិត្ត (psychosis) • ធ្លាប់មានវិបត្តិសរសៃប្រសាទ ឬ ជំងឺឆ្កួតជ្រូក(epilepsy)	ប្តូរទៅ LPV/r ឬ DTG (តាមភាពសមស្រប នៃទម្ងន់កុមារ) ។
	ការឡើងដោះ (ជាលិកាដោះរីកធំ លើក្មេងប្រុសជំទង់)		
	ការពុលថ្លើម Hepatotoxicity	អាចនឹងមានពាក់ព័ន្ធជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C ដែលមិនបានដឹង ALT > ១០ ដង នៃតម្លៃធម្មតា ។	បញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់ និង ចាប់ផ្តើមប្រើ LPV/r ឬ DTG (តាមភាពសមស្រប នៃទម្ងន់កុមារ) នៅពេលដែលរោគសញ្ញាបានធូរស្បើយ ។
	ស្នាមកន្ទួលស្ងួតលើស្បែក Dry rash	សូមមើល ការគ្រប់គ្រង កន្ទួលស្បែកបណ្តាលមកពី NVP	
	ស្នាមកន្ទួលសើមលើស្បែក ឬ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត	សូមមើល ការគ្រប់គ្រង កន្ទួលស្បែកបណ្តាលមកពី NVP	
Tenofovir (TDF)	វិបត្តិមុខងារតម្រងនោម (Fanconi Syndrome)	មានប្រវត្តិមានជំងឺតម្រងនោម ។ ពិនិត្យ creatinine clearance មុននឹងចាប់ផ្តើម ប្រើ TDF តាមរូបមន្ត Cockroft-Gault: Creatinine clearance = $\frac{(140 - \text{អាយុ}) \times \text{ideal ទម្ងន់}}{\text{សេរ៉ូម creatinine}}$ (x 0.85 សម្រាប់ស្ត្រី)	ជំនួសដោយ ABC ឬ AZT

	ថយចុះកំហាប់សារធាតុរ៉ែនៅក្នុងឆ្អឹង (អាចបណ្ដាលឱ្យ មានបាក់ឆ្អឹង)	ជាទូទៅករណីនេះ អាចរកឃើញដោយ DEXA scan និងអាចមិនទាន់មាននៅប្រទេសកម្ពុជា។ ទោះបីជាយ៉ាងណា គេអាចប្រើ TDF នេះបាន សម្រាប់កុមារដែលមានការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដែលមានទម្ងន់ < ៣០ គ.ក្រ ។	ជំនួសដោយ ABC ឬ AZT បន្ថែមវីតាមីន D (1000 – 4000 IU រាល់ថ្ងៃ) និង ធានា របបអាហារមានជាតិកាល់ស្យូមគ្រប់គ្រាន់ (ឧ. ផលិតផលមានជាតិទឹកដោះ)
	ឆ្អល់ពោះ ហើមពោះ (flatulence) ចង្អោរ អាហារូបត្ថម្ភ និង មិនស្រួលពោះ	TDF មានផ្ទុកសារធាតុ lactose និង អ្នកមាន lactose intolerant អាចមានរោគសញ្ញាទាំងនេះ	
Lopinavir/ritonavir LPV/r	Electrocardiographic មិនធម្មតា (PR and QT interval prolongations	ធ្លាប់មាន conduction system disorder	ប្រសិនបើ LPV/r ស្ថិតក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ លើកុមារ NVP ឬ EFV ឬ DTG អាចនឹងត្រូវបានជំនួស (តាមភាពសមស្រប នៃអាយុ និង ទម្ងន់កុមារ) ATV/r អាចនឹងត្រូវបានជំនួស លើកុមារអាយុ > ៦ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៤០ គ.ក្រ។
	ការពុលថ្លើម	កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើធ្លាប់មានជំងឺថ្លើម ឧ. HBV or HCV	
	Dyslipidaemia ឬ lipo-hypertrophy		
	ចង្អោរ ក្អួត អាហារូបត្ថម្ភ		
Ritonavir (RTV)	ចង្អោរ ក្អួត អាហារូបត្ថម្ភ ស្ពឹកនៅបរិវេណមាត់ ឈឺក្បាលឈឺចាប់ក្នុងពោះ និងមិនឃ្លានអាហារ		
Dolutegravir (DTG)	មិនងងុយគេង វិលមុខ ថប់បារម្ភ និង hypersensitivity លើស្បែក		ផ្ដល់ប្រឹក្សាអ្នកជំងឺ (ជាទូទៅស្រាល និងបាត់ទៅវិញ ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានខែបន្ទាប់) អាចពិចារណា ប្ដូរទៅ EFV ឬ ឱសថក្រុម boosted PI

[1] ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ លុបចោលជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅក្នុងតំបន់ដែលមានការរាលដាលជំងឺគ្រុនចាញ់

[2] ប្រសិនបើ មានរោគសញ្ញាជាប្រព័ន្ធ និង/ឬ ALT> ៥ដង នៃតម្លៃធម្មតា ត្រូវបញ្ឈប់ ART និងចាប់ផ្ដើមឡើងវិញដោយLPV/r ឬ EFV ឬ DTG (តាមភាពសមស្រប នៃអាយុ និងទម្ងន់កុមារ)។

ប្រអប់ទី 10: សណ្ឋានគ្លីនិកនៃប្រតិកម្ម hypersensitivity បណ្តាលមកពីឱសថ ABC (ABC HSR)

នេះគឺជា ដំណើរការលេចចេញរោគសញ្ញាដែលទាក់ទងនឹង សរីរាង្គជាច្រើន ដោយយ៉ាងហោចណាស់ រោគសញ្ញា ២ក្រុម នឹងកើតមាន:

- គ្រុនក្តៅ គឺជា រោគសញ្ញាដែលកើតមានជាញឹកញាប់ រហូតដល់ ៨0%នៃករណី។ រងារញាក់ ត្រូវបានរាយការណ៍ នៅពេលដែលមានគ្រុនក្តៅ។
- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក គឺមាន ៧0%នៃករណី ហើយកន្ទួលរមាស់ក៏អាចកើតមានដែរ។ ផ្ទុយពីមូលហេតុបណ្តាលមកពី NVP ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក គឺភាគច្រើនមានសភាពស្រាល ហើយអ្នកជំងឺមិនចាប់អារម្មណ៍។ នៅពេលដែលស្នាមកន្ទួលកើតមាន ដោយមិនមានសណ្ឋាននៃប្រតិកម្ម hypersensitivity ឱសថ ABC មិនគួរបញ្ឈប់នោះទេ។
- រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ ដូចជា ក្អួត ចង្អោរ អាហារូបត្ថម្ភ និងឈឺក្នុងពោះ គឺជា សណ្ឋាននានា នៃប្រតិកម្ម hypersensitivity (HSR) ប៉ុន្តែ វាអាចកើតមានឡើង ដោយមិនមាន HSR ដូចគ្នាដែរ ជាពិសេសនៅពេលដែល ឱសថABC ប្រើជាមួយនឹង AZT។ ដូច្នេះ បើអ្នកជំងឺមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក និងមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ គឺមិនត្រូវបញ្ឈប់ ABC ទេ ប៉ុន្តែត្រូវតាមដានហ្មត់ចត់ អំពី ការកើតមាននៃរោគសញ្ញាបន្ថែមផ្សេងទៀត។
- Constitutional symptoms រួមមាន អស់កំលាំង ឈឺសាច់ដុំ និង ការហេវហត់អស់កំលាំង។
- រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធដង្ហើម អាចកើតមាន គឺ ១៨%នៃករណី រួមមាន ពិបាកដកដង្ហើម ក្អក រលាកបំពង់ក។ រោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ ពិបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកពី ជំងឺផ្តាសាយ និងបញ្ហាបង្ករដោយមេរោគផ្លូវដង្ហើមផ្សេងទៀត។ រោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម ជាមួយនឹង រោគសញ្ញាផ្លូវរំលាយអាហារ អាចសន្មត់ ប្រតិកម្ម HSR ជាជាងជំងឺផ្តាសាយ ឬជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្សេងទៀត។ ការរួមបញ្ចូល និង ដាក់ដោយឡែក នូវរោគសញ្ញាដែលកើតមាន មានសារសំខាន់ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ប្រតិកម្ម hypersensitivity នៃឱសថ ABC (HSR)។ ការបង្ហាញ លទ្ធផលថតសួត ដោយកាំរស្មី មានសភាពមិនប្រក្រតី ជាមួយ ការរកឃើញនៅលើប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ។
- ប្រសិនបើមានប្រតិកម្ម ABC HSR គឺរោគសញ្ញាមានស្ថានភាពធ្ងន់ នៅម៉ោងបន្ទាប់ពី លេបថ្នាំABC ហើយកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ នៅពេលលេប កម្រិតដូសបន្តបន្ទាប់។ សូមបញ្ឈប់ការព្យាបាល ហើយរោគសញ្ញានឹងបានធូរស្បើយ ក្នុងពេលឆាប់រហ័ស។
- ប្រសិនបើ មិនបញ្ឈប់ ABC ទេ ឬក៏ ចាប់ផ្តើមឡើងវិញ បន្ទាប់ពីបញ្ឈប់មួយរយៈពេល ប្រតិកម្ម HSR នឹងវិវត្តន៍ ទៅសម្ពាធឈាមធ្លាក់ចុះ មុខងារតម្រងនោមមិនប្រក្រតី ការស្ទះបំពង់ខ្យល់ និងអាចមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត។ ការចាប់ផ្តើមកាព្យាបាលដោយ ABC ឡើងវិញអាចបណ្តាលឱ្យមាន anaphylaxis និងត្រូវជៀសវាងដាច់ខាត ទោះបីជាការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ នៅមិនទាន់ច្បាស់ក៏ដោយ។

  លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ មិនប្រក្រតី រួមមាន ខ្វះគ្រាប់ឈាមស ស្លេកស្លាំង និង មាន thrombocytopenia ក៏ដូចជា ការឡើងកម្រិតមុខងារថ្លើម(transaminases) មុខងារតម្រងនោម (urea, creatinine) និងជាត់ខ្លាញ់ LDH ។ ជាទូទៅ គឺមិនមាន ការកើនឡើង Eosinophilia ទេ ។

ប្រអប់ទី 11: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលប្រតិកម្ម hypersensitivity បណ្តាលមកពីឱសថ Abacavir

ពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ ABC ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាអ្នកជំងឺយ៉ាងលម្អិត អំពីសញ្ញានៃប្រតិកម្ម HSR និងត្រូវណែនាំឱ្យគាត់ទាក់ទងមកអ្នកផ្តល់សេវានៅពេលមានលេចចេញសញ្ញាទាំងនោះ។ មុនពេលចាប់ផ្តើម ART ត្រូវប្រាកដថា កុមារមិនមានជំងឺណាមួយដែលមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នាទៅនឹងប្រតិកម្ម ABC HSR និង ជំងឺនេះ បានធូរស្រាលឡើងវិញ មុនពេលចាប់ផ្តើម ART។

- លើកទឹកចិត្តអ្នកថែទាំ ឱ្យទាក់ទងមកបុគ្គលិកគ្លីនិក ប្រសិនបើគាត់មានការព្រួយបារម្ភ និងមិនត្រូវហ៊ានបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ABC ដោយខ្លួនឯងនោះទេ។ នៅពេលដែល បញ្ឈប់ការប្រើថ្នាំ ABC នៅពេលសង្ស័យថា មានប្រតិកម្ម HSR គឺ មិនត្រូវ ចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំ ABC សារឡើងវិញទេ។
- ភាគច្រើននៃករណីប្រតិកម្ម HSR កើតឡើងនៅក្នុង ៦ សប្តាហ៍ដំបូង នៃការព្យាបាល និង ជាមធ្យម ៩ ថ្ងៃ។ ការលេចចេញ រោគសញ្ញាមិនជាក់លាក់ នៅដើមខែ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ឱសថ ABC គឺមិនទំនងជាមានប្រតិកម្ម HSR ទេ។
- បើអាចធ្វើទៅបាន ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ទំនាក់ទំនងគ្រូពេទ្យព្យាបាល ART ដល់អ្នកថែទាំ ក្នុងករណីដែលកុមារត្រូវការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដោយសារតែបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលមិនបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលប្រហែលជាមិនសូវយល់ដឹងអំពីការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- សម្រេចចិត្តថាតើត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល លើអ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាសង្ស័យអាចជាការលំបាក ដោយហេតុថា សណ្ឋានគ្លីនិកដែលបង្ហាញមានលក្ខណៈ មិនជាក់លាក់។ ត្រូវស្រង់ប្រវត្តិជំងឺលម្អិត។

ត្រូវធ្វើការពិចារណាករណីខាងក្រោម ៖

- ពេលណាដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ABC? (ប្រតិកម្ម ABC HSR កើតឡើងជាទូទៅនៅសប្តាហ៍ទី៦ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ABC)
- តើមានរោគសញ្ញាជាប្រព័ន្ធ ពីរ ឬច្រើន ជាប់ពាក់ព័ន្ធ ?
- តើរោគសញ្ញាកើនឡើង ក្រោយពីការបង្កើនកម្រិតដូសម្តងៗ ?
- តើរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ បន្ទាប់ពីលេបថ្នាំភ្លាម ?
- តើមានសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត ឬអ្នកដែលមានការទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធដែលមានរោគសញ្ញាស្រដៀងគ្នានេះ អាចឱ្យគិតដល់ពីលទ្ធភាពនៃការបង្ករជំងឺបណ្តាលពីវីរុសក្នុងគ្រួសារ?

ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃរោគសញ្ញាដែលអាស្រ័យជាមួយកម្រិតដូសនៃឱសថ ABC អាចនាំឱ្យមានសង្ស័យពីរោគវិនិច្ឆ័យនៃប្រតិកម្ម ABC HSR ។

ករណីនេះ ឬ មានរោគសញ្ញា ២ ឬ ច្រើនជាងនេះ ដូចខាងលើ ត្រូវបញ្ឈប់ ABC និង ត្រូវជំនួសដោយប្រើ AZT ឬ TDF (ប្រសិនបើកុមារ ទម្ងន់ > ៣០ គ.ក្រ) ។

ជំពូកទី ១២៖ ចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃការស្តារភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)

អ្នកជំងឺដែល ទើបតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART ជាទូទៅនឹងមានការស្តារនូវមុខងារភាពស៊ាំឡើងវិញ យ៉ាងឆាប់រហ័ស ។ នៅពេលដែលប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ចាប់ផ្តើមប្រយុទ្ធនឹងការបង្ករោគយ៉ាងខ្លាំងក្លា ពេលនោះរោគសញ្ញានឹងលេចចេញ ហើយមានសភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ទោះបីជា ការបង្ករោគត្រូវបានជាសះស្បើយហើយក៏ដោយ។ នេះគឺហៅថា ចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃការស្តារភាពស៊ាំឡើងវិញ "immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS)" ។ IRIS នេះ ជាទូទៅកើតឡើង នៅអំឡុង ២ – ៨ សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART ប៉ុន្តែពេលខ្លះ អាចជួបប្រទះ ក្នុងរយៈពេល ១ ឆ្នាំ ក្រោយការព្យាបាលដោយ ART។

អ្នកជំងឺដែលមានស្ថានភាពជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ជាពិសេសអ្នកដែលមានកោសិកា CD4 តិចជាង ១០០ កោសិកា/µl អាចឈឺដោយ IRIS ដែលជាទូទៅកើតឡើង ក្នុងអំឡុងពេល ៣ខែ ដំបូងនៃ ART ។ ជំងឺឱកាសនិយម អាចកើតមានក្នុងស្ថានភាពមិនប្រក្រតី នៅក្នុងវគ្គនៃការស្តារឡើងវិញនៃភាពស៊ាំ។

ការលេចចេញ IRIS មិនមែនជាមូលហេតុដែលត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ ART ឬតម្រូវឱ្យប្តូររូបមន្តព្យាបាលនោះទេ។ ការផ្តល់ប្រឹក្សាដោយយកចិត្តទុកដាក់ គឺជាការចាំបាច់ដើម្បីធានាថា អ្នកជំងឺយល់ពីបញ្ហានេះ។

ជំងឺរបេង គឺជាមូលហេតុចំបងនៃការកើតមាន IRIS ដែលកើតមាន ១/៣ នៃអ្នកជំងឺដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART ក្នុងរយៈពេលខ្លី បន្ទាប់ពីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង។ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (រួមមាន zoster herpes molluscum និង ផ្សេងៗ) ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយមេរោគផ្សិតគ្រីបតូកុក និងជំងឺរលាកថ្លើម ដោយមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B និង C ដែលអាចកើតឡើងនៅក្នុងអំឡុងសប្តាហ៍ទី១ ឬ ខែទី១ នៃART គឺការលេចចេញជំងឺផ្សេងៗ នៃ IRIS ។

IRIS គឺជាលទ្ធផលនៃការឆ្លើយតបខ្លាំងក្លានៃភាពស៊ាំទៅនឹងការបង្ករោគ ឬប្រតិកម្មដែលកើតឡើងក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

IRIS មានពីរទម្រង់គឺ៖

១២.១ Paradoxical IRIS

- រោគសញ្ញានៃការបង្ករោគ ឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាល ប៉ុន្តែស្រាប់តែមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART។
- ជាទូទៅកើតឡើងពេល ដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART បន្ទាប់ពីព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម។
- អ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរបេង គឺការរាលដាលនៅសាច់សួតតែងតែមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងមានលេចចេញ lymphadenopathy ដែលអាចគិតថាជាការបរាជ័យការព្យាបាល។

- ត្រូវវាយតម្លៃមូលហេតុផ្សេងទៀតដែលអាច ធ្វើឱ្យធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា ការបរាជ័យការព្យាបាល ឬ ការបង្ករោគដែលមិនបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមាន IRIS គឺក្នុងករណី ដែលមិនមានការបង្ករោគណាមួយក្នុងពេលនេះ។
- ការព្យាបាលដោយ ART ត្រូវតែបន្ត។
- ប្រសិនបើ រោគសញ្ញា ធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវផ្តល់ឱសថ prednisone ១ - ២ ម.ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃ ។ គេអាចផ្តល់ឱ្យរយៈពេល ២ ឬ ៣ សប្តាហ៍ ដើម្បីកាត់បន្ថយរោគសញ្ញា។

១២.២ Unmasking IRIS

- ការព្យាបាលដោយ ART ត្រូវបានចាប់ផ្តើមចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនមានរោគសញ្ញាបង្ករោគ
- ជំងឺរបេងនិងជំងឺឱកាសនិយម អាចកើតឡើងនៅប៉ុន្មានសប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ART
- ជាទូទៅ វាបណ្តាលមកពីការបង្ករោគដែលមានស្រាប់ ប៉ុន្តែមិនមានលេចចេញរោគសញ្ញា
- ការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមដែលមានស្រាប់ ត្រូវធ្វើភ្លាមៗ
- ការព្យាបាលដោយ ART ត្រូវតែបន្ត
- ប្រសិនបើ រោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវផ្តល់ឱសថ prednisone ១ - ២ ម.ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃ ។ គេអាចផ្តល់ឱ្យរយៈពេល ២ ឬ ៣ សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម។

ប្រអប់ទី 12: IRIS បណ្តាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG

សណ្ឋានការលេចចេញរោគសញ្ញា

IRIS ទាក់ទងជាមួយការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG ត្រូវបានរាយការណ៍ក្នុងអំឡុងពេល នៃការស្តារឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ។ ចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងនេះ រួមមាន៖

- កើតបូសនៅកន្លែងចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការ ទំហំ ១០-១៥ ម.ម
- Lymphadenitis (>១,៥ ស.ម) (lymphadenopathy អាចលេចឡើងនៅកន្លែងផ្សេងទៀត ឧ. តំបន់លើឆ្អឹងដងកំបិត និង នៅក)
- ឡើងប៉ោងកូនកណ្តុរមានខ្ទុះ ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG
- ជំងឺរបេងរាលដាល បណ្តាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG (កំណត់ដោយ កុមារមានការលូតលាស់ធំធាត់មិនបានល្អ (failure to thrive) គ្រុនក្តៅ ថ្លើមនិងអណ្តើករីកធំ)
- រោគរលាកឆ្អឹង
- ប្រតិកម្មស្បែក និងភ្នែក រួមមាន erythema nodosum, lupus vulgaris និង រលាកកែវភ្នែក (iritis)។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

ប្រសិនជាមានកើតបូស ត្រូវចោះបង្ហូរខ្ទុះចេញដើម្បីចៀសវាង sinus formation ។

ត្រូវបូមយកខ្ទុះយកទៅបណ្តុះរកមេរោគរបេង និងធ្វើតេស្ត PCR ស្រាវជ្រាវរកមេរោគ *Mycobacterium bovis* -BCG ។

កុមារភាគច្រើនដែលមានប្រតិកម្មនៅពេលចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរបេង BCG នៅត្រង់កន្លែងណាមួយ អាចនឹងបានធូរស្បើយឡើងវិញដោយមិនចាំបាច់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ mycobacterium ទេ ជាពិសេសវាជាផ្នែកមួយនៃចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃការស្តារភាពស៊ាំងឡើងវិញ (IRIS)។

ជំងឺរបេងរាលដាល បណ្តាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG

IRIS អាចកើតឡើង មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយរោគសញ្ញាគ្លីនិកមិនអាចបែងចែកដាច់ពីជំងឺរបេងរាលដាល ដូចជា ជំងឺរលាកសួតមកពីជំងឺរបេង miliary (miliary pneumonitis) ជំងឺរលាកថ្លើម granulomatous ការបង្ករោគនៅជាលិកាទន់ ជំងឺខួរឆ្អឹង និង បង្ករោគសាយភាយ (sepsis) ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ផ្អែកលើការពិនិត្យកំហាក ការឆ្លុះអេកូពោះ និង ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀត។ អត្រាមរណៈភាព គឺមានកម្រិតខ្ពស់រហូតដល់ ៧០%។

កុមារដែលមានជំងឺរបេងរាលដាលបណ្តាលមកពីការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង BCG (disseminated BCG disease) ត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ INH កម្រិតដូសខ្ពស់ (២០mg/kg/ថ្ងៃ) Rifampicin (១៥ mg/kg/ថ្ងៃ) និង Ethambutol (២៥ mg/kg) រយៈពេល ៩ខែ ។ ត្រូវផ្តល់បន្ថែម PZA ដោយសារមានការពិបាកក្នុងការ ញែកឱ្យដាច់ រវាងជំងឺរបេងបណ្តាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG និងជំងឺរបេង ទោះបីជា ជំងឺរបេងបណ្តាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG មានទំនាក់ទំនងជាមួយ ភាពស៊ាំនៃ PZA ក៏ដោយ។ ពូជជំងឺរបេងមួយចំនួន ត្រូវបានយកមកប្រើសម្រាប់ចាក់ថ្នាំបង្ការ ដែលមានកម្រិតភាពស៊ាំនឹងឱសថ INH ទាប ដូច្នេះ ជម្រើសនៃរូបមន្តព្យាបាលគឺការផ្តល់ឱសថ INH កម្រិតដូសខ្ពស់។

ជំពូកទី ១៣៖ ការតាមដានគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

ការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវធ្វើឡើងលើគ្រប់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងជាទៀងទាត់ក្រោយពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីកំណត់ការឆ្លើយតប ប្រៀបធៀបនឹងស្ថានភាពមុនពេលព្យាបាល និងកំណត់ការលេចឡើងនៃការពុលឱសថ។

១៣.១ ការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដើមគ្រា

- គ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលដើមគ្រា ដើម្បីកំណត់ពីដំណាក់កាលគ្លីនិកតាម WHO និងចំនួនកោសិកា CD4 (សូមមើល ឧបសម្ព័ន្ធទី១ និង ឧបសម្ព័ន្ធទី៨ ទំព័រទី ២២៩ និង ទំព័រ ២៤៣)។
- ត្រូវតាមដាន រាល់ពេលកុមារមកពិនិត្យតាមដានជំងឺ ដោយមិនគិតពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នោះទេ។
- ការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រស្តង់ដា នៅពេលដើមគ្រា លើកុមារដែលទើបតែធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺបានសង្ខេបក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម ។

ប្រអប់ទី 13: ការវាយតម្លៃដើមគ្រាលើកុមារដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ការវាយតម្លៃគ្លីនិក

- ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃមេរោគអេដស៍ (ឧបសម្ព័ន្ធទី១)
- កំណត់ពីស្ថានភាពជំងឺ និងស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកើតឡើងរួមគ្នា និងកើតឡើងពីមុន (ជំងឺរបេងជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗ ស្ថានភាពមានផ្ទៃពោះ រលាកថ្លើម ជំងឺតម្រងនោម)
- ព័ត៌មានលម្អិតពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកើតឡើងរួមគ្នា និង ការប្រើប្រាស់ឱសថផ្សេងៗ សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការ ឬ ព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- ការព្យាបាលដោយឱសថបុរាណ
- ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្ពស់ វាស់បរិវេណក្បាល និងវាស់វែងការលូតលាស់ធំធាត់ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី១៦៖ តារាងតាមដានការលូតលាស់ និងក្រាហ្វិក របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ទំព័រទី២៥៧)
- ស្ថានភាពលូតលាស់ធំធាត់
- ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ
- វាយតម្លៃកុមារ និងឪពុកម្តាយ ឬអ្នកថែទាំ ក្នុងការត្រៀមខ្លួនក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងរៀបចំស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត ។

ការវាយតម្លៃតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

- តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង ចំនួនភាគរយ %CD4
- តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកាឈាមពេញលេញ (Complete blood cell count) រួមមាន ចំនួនកោសិកាឈាមស (WBC) តេស្ត Hemoglobin និង platelets
- តេស្ត Hepatitis B surface Ag និង Hepatitis C Ab បើអាចធ្វើបាន
- តេស្ត Liver enzymes (LFTs)
- តេស្ត Pregnancy (សម្រាប់តែក្មេងស្រីជំទង់ ប៉ុណ្ណោះ)

  តេស្ត Urine dipstix និងតេស្ត Creatinine បើចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ TDF ។

១៣.២ ការតាមដានជាប្រចាំលើកុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- នៅពេលដែលកុមារបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវតាមដានគ្លីនិក និង ធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាបន្តបន្ទាប់ នៅក្នុងបរិបទនៃការថែទាំនិងព្យាបាលកុមារជាប្រចាំ។
- ការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រលើកុមារ និងអ្នកថែទាំ ត្រូវរួមបញ្ចូល ការវាយតម្លៃអំពីការយល់ដឹងពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាល និង កម្រិតដូស និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថ ព្រមទាំង ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងទទួលបានការគាំទ្រផ្នែកផ្លូវចិត្ត-សង្គម នៅក្នុងសហគមន៍។
- ការតាមដានគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំ លើកុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុង ប្រអប់ទី: ១៣ ស្តីពីការវាយតម្លៃដើមគ្រាចំពោះកុមារដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទំព័រទី១០២ និងឧបសម្ព័ន្ធទី: ៨ កាលវិភាគនៃការពិនិត្យគ្លីនិកជាប្រចាំ និង ការតាមដានតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានព្យាបាល ART ទំព័រទី ១៤៣ ។

ប្រអប់ទី 14: ការតាមដានគ្លីនិក និងអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំលើកុមារដែលទទួលការព្យាបាល ART

ការវាយតម្លៃគ្លីនិក

- ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ និងការចិញ្ចឹមកូន
- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង
- វាយតម្លៃប្រព័ន្ធប្រសាទ និង ការលូតលាស់ធំធាត់
- ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្ពស់ ទម្ងន់-ធៀប-កម្ពស់ បរិវេណក្បាល* និងវាយតម្លៃការលូតលាស់ធំធាត់របស់កុមារ
- វាយតម្លៃជំងឺដែលឈឺម្តងម្កាល និងការព្យាបាលដោយឱសថថ្មី

- វាយតម្លៃកម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ផលប៉ះពាល់ ការពុល និងអន្តរកម្មឱសថ
- វាយតម្លៃពីការលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់
- វាយតម្លៃពីតម្រូវការនៃការបើកចំហាពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និង ពីតម្រូវការការគាំទ្រផ្នែកផ្លូវចិត្ត និងសង្គម
- ផ្តល់ប្រឹក្សាឱ្យសមស្របក្នុងការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកទី២ ការបង្ការការឆ្លងជំងឺកាមរោគ និង ការមានគ៌ភ ការប្រឈមមុខនឹងការប្រើប្រាស់ម្ជុលសឺរ៉ាំងរួមគ្នា ឬ ឆ្លងតាមឈាម
- វាយតម្លៃកម្រិតដូសឱសថ និង កែសម្រួលកម្រិតដូស ក្នុងករណីចាំបាច់ ក្នុងដំណាក់កាលនៃការឡើងទម្ងន់ខ្លួន ។

ការវាយតម្លៃតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

- តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង % CD4 ១ដង/ឆ្នាំ
- តេស្ត Hemoglobin នៅសប្តាហ៍ទី៨ (បើព្យាបាលដោយ AZT)
- តេស្ត Viral load (VL) នៅខែទី៦ ទី១២ បន្ទាប់ ១ម្តង/ឆ្នាំ
- តេស្ត Fasting lipid panel ១ដង/ឆ្នាំ លើក្មេងជំទង់ដែលព្យាបាលដោយ EFV ឬ LPV/r
- តេស្ត Urinalysis បើអាចធ្វើបាន
- តេស្ត Creatinine នៅពេលដើមគ្រា ខែទី៣ និងបន្ទាប់មក ១ដង/ឆ្នាំ លើកុមារដែលព្យាបាលដោយ TDF
- ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត តាមចង្អោមរោគសញ្ញាដែលបានកំណត់។

**កុមារអាយុក្រោម ២ឆ្នាំ ។*

ជំពូកទី ១៤៖ ការព្យាបាលបរាជ័យ

- បរាជ័យនៃការព្យាបាល កើតឡើងដំបូងគឺ បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ បន្ទាប់មក បរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំ និងចុងក្រោយគេ គឺ បរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក (សូមមើលតារាងទី ១៩ ខាងក្រោម)។
- អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) បានផ្ដល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើតេស្ត VL ដើម្បីតាមដាន និងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការព្យាបាលបរាជ័យ លើគ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ។
- គេបានផ្ដល់អនុសាសន៍ឱ្យប្ដូរទៅព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ មុនពេលលេចចេញនូវការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក។ កុមារដែលមានការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ នឹងទទួលបានលទ្ធផលនៃការព្យាបាលល្អ ដោយសារការប្ដូរទៅព្យាបាលរូបមន្តជួរទី២ ជាជាងការរង់ចាំរហូតដល់លេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក។

តារាងទី 19: និយមន័យការព្យាបាលបរាជ័យ

ការព្យាបាលបរាជ័យ	និយមន័យ	មតិ/យោបល់
បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ	បន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម > ១០០០កូពី/ម.ល ផ្អែកលើលទ្ធផល ២ដង ជាប់គ្នា បន្តបន្ទាប់ ក្រោយពីការផ្ដល់ប្រឹក្សាលម្អិត ពង្រឹងការលេបថ្នាំ ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ រយៈពេល ៣ខែ (EAC)។	អ្នកជំងឺត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ យ៉ាងហោចណាស់បាន ៦ខែ មុននឹងកំណត់ថា រូបមន្តព្យាបាលបរាជ័យ ។
បរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំ	កុមារអាយុ < ៥ ឆ្នាំ ដោយមានកម្រិត កោសិកា CD4 < ១៥ % ជានិច្ច ឬ < ២០០ កោសិកា/ម.ម³ កុមារអាយុ ≥ ៥ ឆ្នាំ ដោយមានកម្រិតកោសិកាCD4<១០០ កោសិកា /ម.ម³ ជានិច្ច	គ្មានការបង្ករោគជំងឺឱកាសនិយម ដែលបណ្ដាលមកពីការថយចុះចំនួន CD4 នោះទេ។ អ្នកជំងឺត្រូវទទួលកាព្យាបាលដោយART រយៈពេល ១ឆ្នាំ មុននឹងអាចធ្វើរោគ-វិនិច្ឆ័យថាបរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំ។ កុមារដែលមានការបរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការបរាជ័យនេះ។
បរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក	កើតជំងឺឱកាសនិយមថ្មី ឬ លាប់ឡើងវិញ ដែលកំណត់ពី ការថយចុះភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ[21] បន្ទាប់ពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មានប្រសិទ្ធភាពបាន ៦ខែ។	លក្ខខណ្ឌគ្លីនិក មានលក្ខណៈខុសគ្នា ពីចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃស្តារភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)[22] ។ កុមារមានការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ត្រូវធ្វើតេស្ត

[21] ដំណាក់កាលទី ៣ ឬទី៤ តាម WHO សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី១ ស្ដីពី ការចាត់ដំណាក់កាលគ្លីនិកតាម WHO លើកុមារ

[22] សូមអានផ្នែកខាងលើ អំពី ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (IRIS)

		viral load ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការបរាជ័យនេះ។

១៤.១ មូលហេតុបណ្ដាលឱ្យបរាជ័យនៃការព្យាបាល

ត្រូវដោះស្រាយមូលហេតុបណ្ដាលឱ្យបរាជ័យ នៃការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ជាមុនសិន មុននឹងពិចារណាក្នុងប្ដូរទៅព្យាបាលរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ មូលហេតុមួយចំនួនដែលបណ្ដាលឱ្យបរាជ័យនៃការព្យាបាលគឺ៖

- អ្នកជំងឺលេបថ្នាំ មិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ៖
    - ខកខានការលេបថ្នាំតាមកម្រិតដូស ដោយសារ ភ្លេចលេបថ្នាំ ការលាក់បាំងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ការរើសអើង គ្មានការរំលឹកពីអ្នកថែទាំ ឬការផ្លាស់ប្ដូរអ្នកថែទាំ
    - មិនបានមកបើកថ្នាំ តាមកាលកំណត់
    - ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ
    - កម្រិតដូសមិនសមស្រប (ការយល់ច្រឡំ ការចែកថ្នាំគ្នាលេប)។
- កម្រិតដូសឱសថមិនសមស្រប៖
    - ប្រើប្រាស់កម្រិតដូសទាប (មិនបានបង្កើនកម្រិតដូសថ្នាំ ឱ្យស្របតាមការឡើងទម្ងន់ខ្លួន)
    - វិបត្តិនៃការស្រូបចូលនៃឱសថ (ដោយសារ ជំងឺអាហារូបត្ថម្ភ)
    - pharmacokinetics ឱសថ មានការប្រែប្រួល
    - ការផ្លាស់ប្ដូរមេតាបូលិកនៃឱសថ នៅលើកុមារដែលមានការលូតលាស់ធំធាត់
    - អន្តរកម្មរវាងឱសថ
    - ការជ្រើសរើសប្រសិទ្ធភាពឱសថ មិនសមស្រប
    - កំហុសឱសថ (Pharmacy error) ។
- វីរុសអេដស៍ស៊ាំនឹងឱសថពីមុនមកស្រាប់ (ដូចក្នុងករណីបរាជ័យ ក្នុងព្យាបាលបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន)។

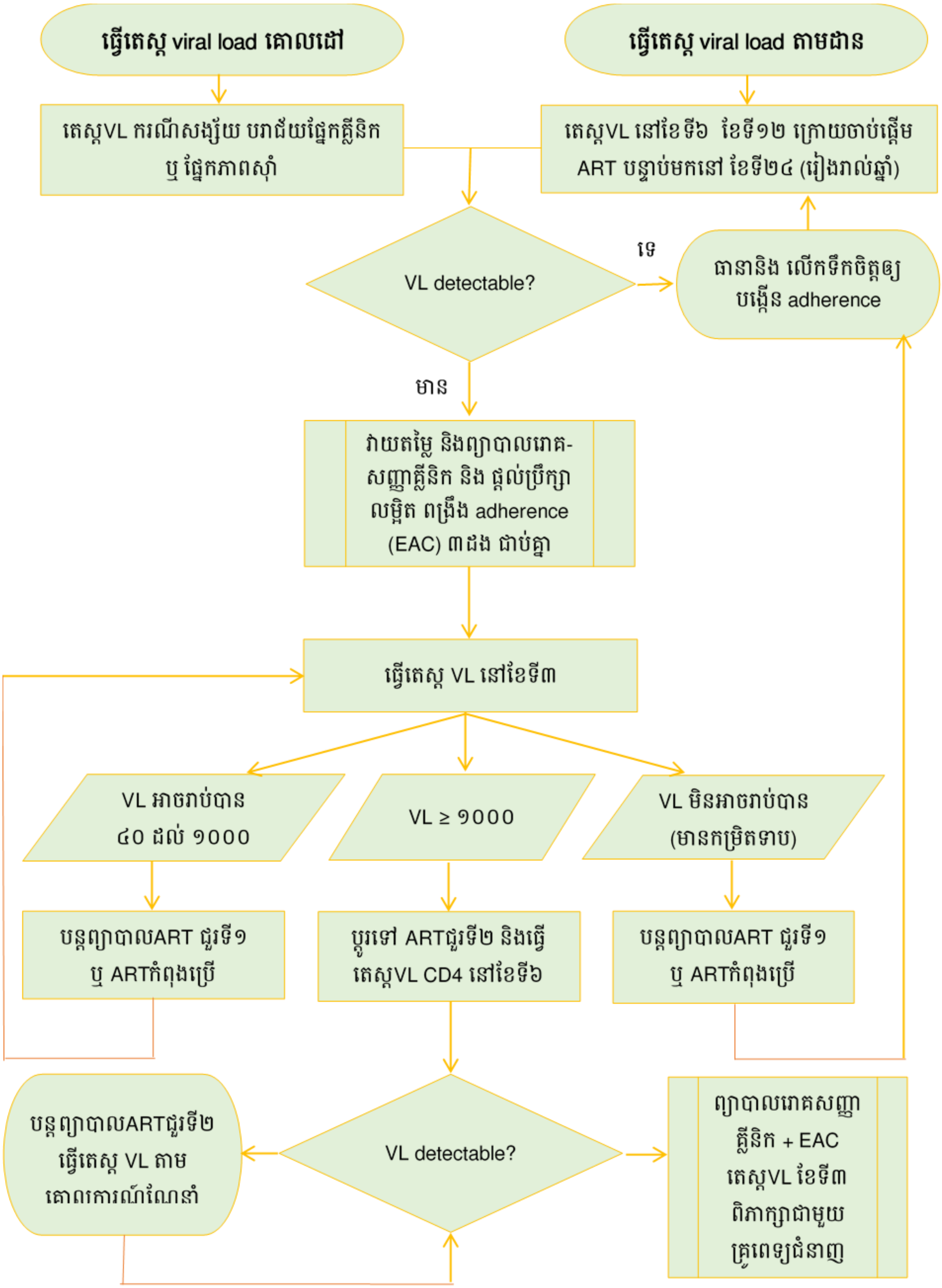
ត្រូវពិចារណាមុននឹងផ្លាស់ប្ដូររូបមន្តព្យាបាល ក្នុងករណីដែលកុមារមានវិបត្តិក្នុងការលូតលាស់ ត្រូវបញ្ជាក់ឱ្យច្បាស់ថា កុមារបានទទួលអាហារូបត្ថម្ភសមស្រប ជាមុនសិន។

អ្នកជំងឺលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ គឺជាមូលហេតុដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ជាងគេ នៃការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ។ ដូច្នេះ រាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ ត្រូវបញ្ជាក់ពី ការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ តាមរយៈការរាប់គ្រាប់ថ្នាំ និងការរាយការណ៍ផ្ទាល់ខ្លួន និង វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀត (ដូចជា visual analogue scale, pharmacy refill records ឬ មធ្យោបាយផ្សេងទៀត) ។ ត្រូវបញ្ជាក់ពី ការលេបថ្នាំក្នុងកម្រិតដូសត្រឹមត្រូវ និងការកែតម្រូវកម្រិតដូសស្របតាមការឡើងទម្ងន់ខ្លួន នៅពេលដែលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺចុងក្រោយ (សូមអានផ្នែកនៃលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ខាងក្រោម)។

១៤.២ ការធ្វើតេស្តរាប់បន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម

- គោលបំណងរួមនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍គឺ កាត់បន្ថយបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម (VL) ឱ្យនៅក្រោមកម្រិតមួយទាបបំផុត ដែលមិនអាចរកមេរោគឃើញបញ្ជាក់ដោយតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ (ជាទូទៅ ចន្លោះពី ៥០ និង ៤០០ copies/mL) ឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបាន និង រក្សាក្នុងកម្រិតដែលមិនអាចរកឃើញ VL បានយូរ ។
- បច្ចុប្បន្ននៅកម្ពុជា តេស្ត Viral load ត្រូវធ្វើជាប្រចាំ លើគ្រប់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំនេះ។
- កាលវិភាគនៃការធ្វើតេស្ត VL ត្រូវបានកំណត់ថា ត្រូវធ្វើតេស្ត VL នៅ ខែទី៦ និង ខែទី១២ និង ១២ ខែ/ម្តង ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារ (ការថយចុះ VL អាចមានរយៈពេលយូរចំពោះក្មេងតូច)។
- ប្រសិនបើ តេស្ត VL មានលទ្ធផល មិនអាចរកឃើញមេរោគអេដស៍ (undetectable) ត្រូវបន្តការតាមដានរៀងរាល់ ១២ខែ/ម្តង ស្របតាមអនុសាសន៍។
- ប្រសិនបើ VL < ១000 copies/ml ប៉ុន្តែ > ៤0 ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ម្តងទៀតនៅពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺលើកក្រោយ ដើម្បីធានាថា VL គឺមានលទ្ធផល មិនអាចរកឃើញមេរោគអេដស៍ (undetectable) ។ ក្នុងករណី VL នៅតែ > ៤0 និង < ១000 copies/ml (បន្ទាប់ពីការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត ២ដង) ដូច្នេះ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយ គ្រូពេទ្យជំនាញខាងកុមារ។
- នៅពេលណាក៏ដោយ ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលបញ្ជាក់ថា មានការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ឬ ផ្នែកភាពស៊ាំ ឬ មានការរាយការណ៍ថា អ្នកជំងឺលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ម្តងទៀត ទោះបីជា មុនពេលកំណត់ដែលត្រូវធ្វើតេស្ត VL ក៏ដោយ។
- ប្រសិនបើ VL ត្រូវបានរកឃើញ (detectable) ត្រូវចាត់វិធានការបន្ថែមទៀត ដើម្បីធានាថា អ្នកជំងឺលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ (សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី៨ ស្តីពី ការធ្វើតេស្តរាប់បន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម ខាងក្រោមនេះ)។

រូបភាពទី 8: ការធ្វើតេស្តរាប់បន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម



កំណត់ចំណាំ៖

អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដែលទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប្រើរូបមន្តដែលជាក្រុមឱសថ PIs និង DTG ជារូបមន្តជួរទី១ ហើយមាន បន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម អាចរាប់បាន (viral load detectable ≥ ៤០ កូពី/ម.ល) ត្រូវទទួលការផ្ដល់ប្រឹក្សាលម្អិត ពី ការពង្រឹងការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (EAC) ចំនួន ៣វគ្គ ជាប់គ្នា និងការពិនិត្យមើល VLឡើងវិញបន្ទាប់ពីបញ្ចប់ EAC (សូមមើល និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត EAC) ។ ប្រសិនបើ លទ្ធផល VL ពិនិត្យឡើងវិញ នៅតែអាចរាប់បាន (VL ≥ ៤០ កូពី/ម.ល) គ្រូពេទ្យត្រូវរាយការណ៍ករណីនេះទៅក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ សម្រាប់ទទួលបានការណែនាំបន្ថែមពីអ្នកជំនាញ ដោយការព្យាបាលដោយប្រើរូបមន្តក្រុមឱសថ PIs និង DTG គឺមានប្រសិទ្ធិភាពខ្ពស់ និងមានរបាំងភាពស៊ាំខ្ពស់ ។ ដូច្នេះ វាមិនទំនងដែលការព្យាបាលជួរទី១ ដោយក្រុមឱសថ PIs និង DTG មានភាពស៊ាំ នៅក្នុងរយៈពេល ១ ឬ ២ឆ្នាំ នៃការព្យាបាលកន្លងមកនេះ ។

១៤.៣ ការតាមដានការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4

- តួនាទីនៃការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ដើម្បីតាមដានការបរាជ័យនៃការព្យាបាលនឹងត្រូវកាត់បន្ថយ នៅពេលដែលការធ្វើតេស្ត VL ត្រូវបានធ្វើជាទៀងទាត់។
- ត្រូវធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 នៅដើមគ្រា ដើម្បីកំណត់ពីភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺអេដស៍។
- ក្រោយមក តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ត្រូវធ្វើឡើង១ឆ្នាំ/ម្ដង ដោយឆ្លាស់គ្នាជាមួយការធ្វើតេស្ត viral load ។ ប្រសិនបើចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះ ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ដើម្បីបញ្ជាក់។
- ជួនកាលចំនួនកោសិកា CD4 អាចថយចុះក្នុងអន្តរៈកាល ទោះបីជា VL មិនអាចរាប់បានក៏ដោយ (undetectable)។ ការប្ដូរទៅព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ នឹងមិនអាចធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវស្ថានភាពគ្លីនិក និងភាពស៊ាំចំពោះកុមារទេ ក្នុងករណីដែលតេស្ត VL រកមិនឃើញមេរោគ (undetectable) និង ត្រូវរកមូលហេតុពន្យល់បន្ថែមចំពោះកុមារដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ចុះទាប ដូចជា បង្ករោគស្រួចស្រាវ ការព្យាបាលដោយឱសថ steroid ឬ ការថយចុះខួរឆ្អឹង ដែលត្រូវពិនិត្យស្រាវជ្រាវបន្ថែម។

ជំពូកទី ១៥៖ ការជ្រើសរើសឱសថសម្រាប់ការព្យាបាល ដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២

កុមារដែលបរាជ័យនៃការព្យាបាល តម្រូវឱ្យប្តូររូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីទប់ស្កាត់ការបំបែកខ្លួននៃវីរុសអេដស៍ ចៀសវាងការវិវត្តន៍ទៅមុខនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងបង្ការការបង្កើតកូនចៅវីរុសដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថកាន់តែច្រើនឡើង។

១៥.១ ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២

១៥.១.១ VL > ១000 កូពី/ម.ល លើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដែលមានក្រុមឱសថ PIs

- ជួនកាល កុមារដែលព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ លើកដំបូង ត្រូវប្រើពេលវេលាលើសពី៦ខែ ដើម្បីលុបបំបាត់មេរោគអេដស៍ពីក្នុងឈាម។ ដូច្នេះ ត្រូវជំរុញការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ បន្ថែមទៀត និងត្រូវធ្វើតេស្ត VL ម្តងទៀត ក្រោយរយៈពេល ៦ខែ។
- ការវិវត្តន៍នៃ PI mutations និង Thymidine Analogue Mutations (TAMS) គឺកើតឡើងយឺតៗ ដូច្នេះ ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយរូបមន្តដដែល គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ។ ក្រោយពី ពង្រឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិតអំពីការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ កុមារភាគច្រើននឹងមានលទ្ធផលតេស្ត VL បង្ក្រាប (suppressed) សារជាថ្មីឡើងវិញ។
- ដូច្នេះ ការគាំទ្រការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ត្រូវតែជម្រុញឱ្យបានខ្លាំងក្លា និង វាយតម្លៃលទ្ធផលតេស្ត VL ឡើងវិញ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ EAC ៣ វគ្គ គឺ ក្រោយរយៈពេល ៣ ខែ។
- កុមារដែលបន្តការកើនឡើង VL > ១000 កូពី/ម.ល ក្រោយពី បានពង្រឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិតអំពីការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ក្រោយរយៈពេល យ៉ាងហោចណាស់ ៦ខែ អាចតម្រូវឱ្យធ្វើតេស្ត genotyping បើអាចធ្វើបាន និង ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃ ដោយពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូណែនាំគ្លីនិក ឬ ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ។
- សូមពិនិត្យមើល ជម្រើសការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ នៅក្នុងតារាងទី ២០ ខាងក្រោម ។

១៥.១.២ VL > ១000 កូពី/ម.ល លើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដែលមានក្រុមឱសថ NNRTI

- កុមារដែលព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដែលមានឱសថ NNRTI ត្រូវប្តូរទៅព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r ប្រសិនបើកុមារ មានទម្ងន់ < ២០ គ.ក្រ ឬ ឱសថ DTG

ប្រសិនបើកុមារមានទម្ងន់ ≥២០ គ.ក្រ។ ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ម្តងទៀត ក្រោយរយៈពេល៦ខែ និង ប្រសិនបើ VL នៅតែមិនអាចលុបបំបាត់មេរោគអេដស៍បាន ក្រោយរយៈពេល ១ឆ្នាំ បន្ទាប់ពីព្យាបាល ដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ តម្រូវឱ្យធ្វើតេស្ត genotyping បើអាចធ្វើបាន និងត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃ ដោយ គ្រូណែនាំគ្លីនិក ឬ មន្ត្រីផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ។

១៥.១.៣ ការពិចារណាក្នុងការប្រើឱសថ NRTI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២

- ឱសថ 3TC ត្រូវរក្សាទុកជានិច្ច ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២
- ប្រសិនបើ ប្រើប្រាស់ឱសថ ABC ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ត្រូវប្តូរទៅប្រើឱសថ AZT
- ប្រសិនបើ ប្រើឱសថ AZT ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ត្រូវប្តូរទៅប្រើឱសថ ABC ឬ TDF (ប្រសិនបើ កុមារទម្ងន់ > ៣០ គ.ក្រ)
- ប្រសិនបើ ប្រើឱសថ TDF ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ត្រូវប្តូរទៅប្រើឱសថ AZT។

ចំណុចសំខាន់៖ ពេលវេលាត្រូវប្តូរទៅព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២

- មិនត្រូវប្តូរឱសថ EFV ទៅ ឱសថ NVP ឬ ឱសថ NVP ទៅ ឱសថ EFV ដោយឱសថទាំងពីរមាន mutation នៃភាពស៊ាំដូចគ្នា ហើយភាពស៊ាំឆ្លងគ្នា (cross resistance) នឹងកើតមានឡើង។
- **(របៀបប្តូរខាងលើនេះ អាចធ្វើបានក្នុងករណី ផ្លាស់ប្តូរពីរូបមន្តព្យាបាលជួរទី ១ ទៅជម្រើសឱសថជួរទី ១ផ្សេងទៀត ដែលបណ្តាលមកពីពុលឱសថ)។**

១៥.២ បរាជ័យនៃការព្យាបាល ក្នុងស្ថានភាពពិសេស

- ***ជំងឺរបេងសកម្ម***
  - នៅពេលដែលចាំបាច់ ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ជាពិសេស ក្នុង អំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវប្រើឱសថ ritonavir បន្ថែមក្នុងរូបមន្តរួមគ្នា lopinavir/ritonavir ក្នុងសមាមាត្រ lopinavir/ritonavir ratio ស្មើ ១/១។ វិធីនេះគេហៅថា "super-boosting" (សូមអានផ្នែកខាងលើ ស្តីពីការព្យាបាលជំងឺរបេង/អេដស៍រួមគ្នា)
  - ការផ្តល់កម្រិតដូស ritonavir បន្ថែម ត្រូវបន្តរហូតដល់២សប្តាហ៍ ក្រោយការបញ្ឈប់ព្យាបាល ដោយឱសថ rifampicin ។
- ***ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ***
  - ការបញ្ឈប់ការព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ភ្លាមៗ អាចបណ្តាលឱ្យកើតឡើងឆាប់រហ័សនូវ ស្នាមក្រហមលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ (severe flare) មកពីសកម្មភាពនៃវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។
  - កុមារ ឬក្មេងជំទង់ដែលកើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ដែលត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍ជួរទី២ មិនអាចបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ 3TC ឬ tenofovir នោះទេ។ ប្រសិនបើ ជារូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ថ្វីបើឱសថទាំងនេះលែងមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ក៏ដោយ ដោយសារតែ វានៅមានប្រសិទ្ធភាពលើ វីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។

តារាងទី 20: អនុសាសន៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២

ទម្ងន់	ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺ បរាជ័យនៃការព្យាបាល រូបមន្តជួរទី ១	ជម្រើសនៃកាប្តូរ រូបមន្តព្យាបាល ជួរទី ២	មតិ/យោបល់
< ២០ គ.ក្រ	ABC (or AZT) + 3TC + NVP (or EFV) ABC (or AZT) + 3TC + LPV/r	AZT (or ABC) + 3TC + LPV/r AZT (or ABC) + 3TC + DTG (ពេលឱសថ DTG ទម្រង់សម្រាប់កុមារ មាននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា)	ប្រសិនបើកុមារប្តូរ ទៅរូបមន្តព្យាបាល មានក្រុមឱសថ NNRTI ត្រូវពិនិត្យ VL នៅ ខែទី ៦ ប្រសិនបើ VLនៅតែខ្ពស់ ត្រូវប្តូរត្រលប់ទៅឱសថ LPV/r វិញ ។ កុមារដែលនៅប្រើឱសថ LPV/r ឬ ប្តូរត្រលប់ទៅឱសថ LPV/r វិញ ត្រូវពង្រឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត និងពិនិត្យVL ឡើងវិញ បន្ទាប់ពីធ្វើ EAC រួច ។ ប្រសិនបើ VL នៅតែខ្ពស់ បន្ទាប់ពីរយៈពេល ១ឆ្នាំ និង/ឬ ចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះ ឬ មានជំងឺដំណាក់កាលទី ៣ ឬ ទី៤ ត្រូវបញ្ជូនករណីនេះ ទៅធ្វើតេស្តស៊ាំថ្នាំ (genotyping) ប្រសិនបើអាច និង ត្រូវការឱសថជួរទី ៣ (ត្រូវពិភាក្សាជាមួយ គ្រូណែនាំជំនាញគ្លីនិក ឬ ក្រុមការងារបច្ចេកទេស ថែទាំនិងព្យាបាលកុមារ។ សូមប្រើឱសថ AZT ប្រសិនបើ ABC បានប្រើនៅក្នុងជួរ ទី១ ឬ សូមប្រើឱសថ ABC ប្រសិនបើ AZT បានប្រើនៅក្នុងជួរ ទី១។
២០ - < ៣០ គ.ក្រ	ABC (or AZT) + 3TC + NVP (or EFV or LPV/r) ABC (or AZT) + 3TC + DTG	AZT (or ABC) + 3TC + DTG ABC (or AZT) + 3TC + LPV/r	សូមប្រើឱសថ AZT ប្រសិនបើ ABC បានប្រើនៅក្នុងជួរទី១ ឬ សូមប្រើឱសថ ABC ប្រសិនបើ AZT បានប្រើនៅក្នុងជួរទី១។
≥ ៣០ គ.ក្រ	TDF (or ABC) + 3TC + EFV (or NVP)	AZT + 3TC + DTG	សូមប្រើឱសថ AZT ប្រសិនបើ ABC បានប្រើនៅក្នុងជួរ ទី១ ឬ សូមប្រើឱសថ ABC ប្រសិនបើ AZT បានប្រើនៅក្នុងជួរទី១។
	AZT + 3TC + EVF (or NVP)	TDF (or ABC) + 3TC + DTG	

	TDF (or ABC) + 3TC + DTG	AZT + 3TC + PIs	ប្រសិនបើ ទម្ងន់ > ៤០ គ.ក្រ ឱសថ ATV/r គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ នៃក្រុមឱសថ PI ពីព្រោះឧសគ្គទាក់ទងនឹងចំនួនគ្រាប់ថ្នាំ អាចថយចុះ ហើយ ឱសថនេះ អាចលេប ១ដង/ថ្ងៃ ជាមួយឱសថ TDF 300mg/3TC 300mg ។
	AZT + 3TC + DTG	TDF (or ABC) + 3TC + PIs	

ជំពូកទី ១៦៖ ការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣

ការគាំទ្រការព្យាបាល នឹងរៀបរាប់ខាងក្រោម ដើម្បីធានាថា កុមារភាគច្រើននឹងទទួលបានជោគជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ (សូមអានផ្នែកការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គម)។ អ្នកជំងឺដែលបរាជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ត្រូវតែធ្វើការបញ្ជាក់ឱ្យបានឆាប់ និងផ្តល់ការពង្រឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត ពីការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ ដើម្បីធានាថា អ្នកជំងឺនឹងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ឱ្យបានយូរអង្វែង។ បើមិនដូច្នេះទេ កុមារខ្លះនឹងត្រូវការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣។

១៦.១ កិច្ចការដែលត្រូវធ្វើ ពេលដែលអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលរូបមន្តជួរទី២ បញ្ជាក់ថា បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ

ការបរាជ័យនៃការព្យាបាល គឺនៅពេលដែលកុមារកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែមាន viral load ≥ ១០០០ កូពី/ម.ល បន្ទាប់ពី ពង្រឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត ពីការលេបថ្នាំ ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ រយៈពេល៣ខែ។ ការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ទៅនឹងការព្យាបាលរូបមន្តជួរទី២ អាចបណ្តាលមកពីការស៊ាំថ្នាំ។ អ្នកជំងឺដែលមានការស៊ាំថ្នាំ អាចមានលក្ខណៈសមស្របនឹងការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ "salvage therapy" ។

ករណីសង្ស័យបរាជ័យការព្យាបាលដោយរូបមន្តជួរទី២ ត្រូវបញ្ជូនទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិដើម្បីពិភាក្សាជាមួយ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសការព្យាបាលដោយរូបមន្តជួរទី៣ ។

បញ្ជូនករណីសង្ស័យស៊ាំនឹងរូបមន្តជួរទី ២ ទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ប្រសិនបើ៖
អ្នកជំងឺ កំពុងព្យាបាលដោយរូបមន្តដែលមានក្រុមឱសថ PIs យ៉ាងហោចណាស់ ១២ ខែ **និង** អ្នកជំងឺ មានលទ្ធផល VL ចំនួន ២ដង ជាប់គ្នា ≥ ១០០០ កូពី/ម.ល ឃ្លាតគ្នា ដោយការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត (១ដង ក្នុង១ខែក្នុងអំឡុងពេល ៣ខែជាប់គ្នា តាមការណែនាំនៃ EAC SOP ។

អ្នកជំងឺទាំងអស់នេះ កំពុងមានភាពបន្ទាន់វេជ្ជសាស្ត្រ ។ គ្រូពេទ្យទាំងអស់ត្រូវ៖

ទំនាក់ទំនង ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍

- អាស័យដ្ឋានសារអេឡិចត្រូនិក clinicalmentoring@nchads.org
- លោកវេជ្ជ. ង៉ូវ បូរ៉ា តាមរយៈសារអេឡិចត្រូនិក bora@nchads.org
- លោកស្រីវេជ្ជ. គី សុវឌ្ឍនា តាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ 077 811 189 និង kysovathana@nchads.org

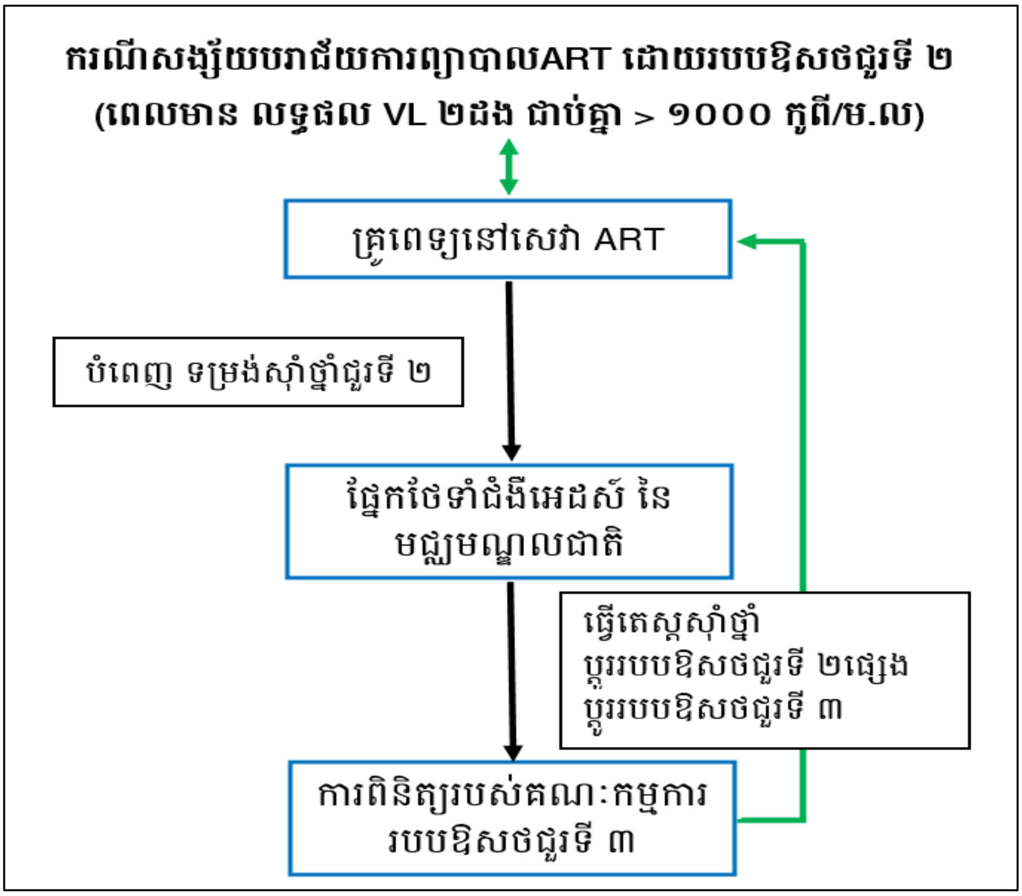
បំពេញទម្រង់សង្ស័យស៊ាំថ្នាំជួរទី២ ឱ្យបានពេញលេញ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី១១ ទំព័រ ២៥១) ។

ទម្រង់សង្ស័យស៊ាំថ្នាំជួរទី២ របស់អ្នកជំងឺនឹងត្រូវពិនិត្យវាយតម្លៃ ដោយក្រុមការងារបច្ចេកទេសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ ដែលមានដៃគូ និងអ្នកជំនាញនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ។ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសរូបមន្ត

ព្យាបាលជួរទី៣ នឹងជួបប្រជុំជាទៀងទាត់ ដើម្បីពិនិត្យមើលករណីសង្ស័យបរាជ័យ ដែលបញ្ជូនមក និង ផ្តល់អនុសាសន៍សមស្រប ។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ និងផ្តល់ព័ត៌មានត្រលប់ទៅគ្រូពេទ្យនៅតាមសេវា ស្តីពីអនុសាសន៍ដែលក្រុមការងារបានសម្រេច សម្រាប់ករណីនីមួយៗ ជាពិសេស តម្រូវការនៃការធ្វើតេស្តស៊ាំថ្នាំ (HIV genotype) ដើម្បីវិភាគអំពី HIV-1 gene mutations ។

១៦.២ ដំណើរការបន្ទាប់ពីសង្ស័យ ការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រទៅនឹងការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២

រូបភាពទី ១: ដំណើរការគ្រប់គ្រងអ្នកជំងឺ ដែលសង្ស័យបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយរូបមន្តជួរទី២



សមាសភាគ នៃក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃរូបមន្តជួរទី៣

- ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ
- ប្រធាន/អនុប្រធានការិយាល័យបច្ចេកទេស
- ប្រធាន/អនុប្រធានផ្នែកថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍
- គ្រូណែនាំជំនាញគ្លីនិកថ្នាក់ជាតិ
- អ្នកជំនាញផ្នែកមេរោគអេដស៍ ថ្នាក់ជាតិ និង ថ្នាក់អន្តរជាតិ
- ប្រធានក្រុមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមានបទពិសោធន៍ មកពីតាមសេវា ART

- ដៃគូសំខាន់ៗ ដូចជា CHAI US-CDC WHO AHF FHI 360-LINKAGES និងដៃគូផ្សេងទៀត
- ផ្នែកដែលពាក់ព័ន្ធ រួមមាន ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ ផ្នែកគ្រប់គ្រងឱសថ និងបរិក្ខារ។

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជំនាន់ថ្មី និងថ្នាក់ថ្មី ត្រូវបានបង្កើតឡើង ដោយរួមបញ្ចូលគ្នាឱសថដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ គឺត្រូវបានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់តាំងពីឆ្នាំ ២០១៧ មកម្ល៉េះ គឺឱសថជួរទី៣។
ឱសថទាំងនេះ រួមមាន៖

- **Darunavir** (បន្ថែម ritonavir– គឺជាក្រុមឱសថ boosted PI ជំនាន់ថ្មី ដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ និងមានរនាំងការពារភាពស៊ាំថ្នាំខ្ពស់។
- **Raltegravir and dolutegravir** – គឺជាក្រុមឱសថ integrase inhibitors ជាក្រុមឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ថ្មី
- **Etravirine** – គឺជាក្រុមឱសថ NNRTI ជំនាន់ថ្មី ដែលមានរនាំងការពារភាពស៊ាំថ្នាំខ្ពស់។

លទ្ធផលដែលបានពីការធ្វើតេស្តស៊ាំថ្នាំ នឹងអាចឱ្យអ្នកជំនាញមេរោគអេដស៍ និងក្រុមការងារ សម្រេចផ្តល់រូបមន្តព្យាបាល ដែលសមស្រប និងមានប្រសិទ្ធភាព សម្រាប់អ្នកជំងឺ ដែលជាជម្រើសឱសថរួមបញ្ចូលគ្នានូវឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលមាននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ បន្ទាប់ពី ការប្រឹងប្រែងអស់លទ្ធភាព ក្នុងការថែរក្សាការប្រើរូបមន្តជួរទី ១ និង ជួរទី ២ អ្នកជំងឺដែលបរាជ័យព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលក្រុមឱសថ LPV/r ត្រូវធ្វើតេស្តស៊ាំថ្នាំ ដើម្បីអាចគ្រប់គ្រងការព្យាបាលបន្ត។

ប្រសិនបើ មន្ត្រីសុខាភិបាល បញ្ជាក់ថា កុមារត្រូវការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ គាត់ត្រូវទាក់ទងពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូណែនាំជំនាញគ្លីនិក ឬ មន្ត្រីផ្នែកថែទាំជំងឺនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ហើយករណីនេះនឹងត្រូវលើកមកពិភាក្សា ផ្អែកលើកព័ត៌មានដែលបានបំពេញក្នុងទម្រង់ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី ១១: ទម្រង់ប្រមូលទិន្នន័យសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលត្រូវការការព្យាបាលដោយរូបមន្តជួរទី៣ ទំព័រ ២៥១)។

នៅពេលដែល ការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ចាប់ផ្តើម ត្រូវតាមដានអ្នកជំងឺយ៉ាងហ្មតចត់ ផ្នែកគ្លីនិក ផ្នែកអមវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងផ្នែកតាមដាន ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត ពង្រឹងការលេបថ្នាំ ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (EAC) ត្រូវតែពង្រឹងខ្លាំងក្លា ជាប្រចាំ រហូតដល់ទទួលបានជោគជ័យ ផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ(VL < ៥០ កូពី/ម.ល)។

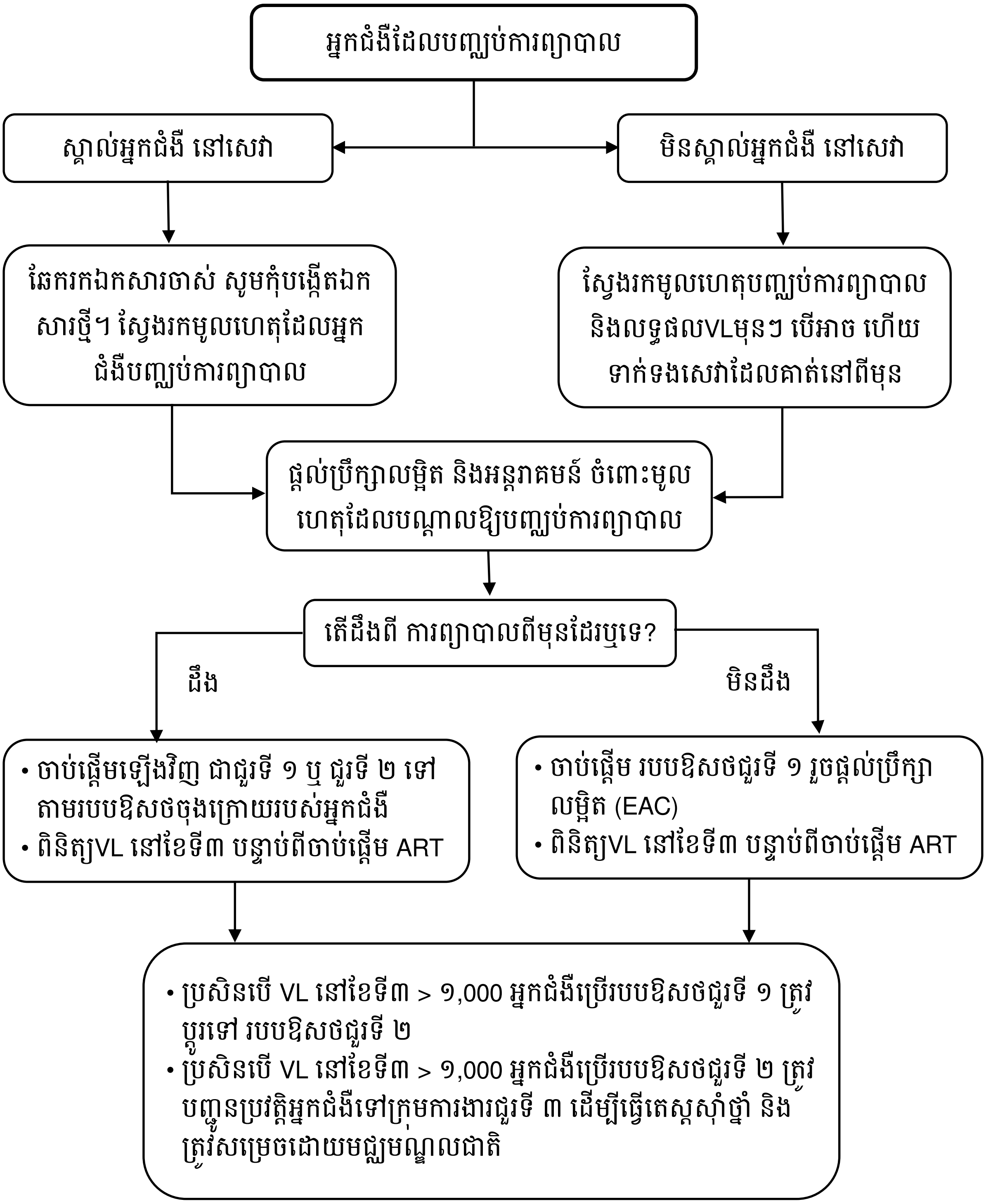
ការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ គឺមិនមានប្រើទូលំទូលាយនោះទេ ហើយការចេញវេជ្ជបញ្ជាគឺមានតែនៅក្នុងសេវាសុខាភិបាលសាធារណៈប៉ុណ្ណោះ។

ជំពូកទី១៧៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកុមារដែលបោះបង់ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

និយមន័យ ការបោះបង់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (LFU) គឺនៅពេលកុមារបោះបង់ការណាត់ជួប រយៈពេល៣ខែ (៩០ថ្ងៃ) គិតចាប់ពីថ្ងៃណាត់ជួបចុងក្រោយ។

កុមារដែលឈប់ ឬ ខកខានក្នុងការទទួលការព្យាបាល ជាទូទៅ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជាថ្មីឡើងវិញ ដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលដូចគ្នាពីមុន។ លើកលែងតែ ក្នុងករណីការបញ្ឈប់ការព្យាបាលនោះបណ្តាលមកពីភាពមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយឱសថធ្ងន់ធ្ងរ (severe intolerance) និង/ឬ មានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា ធ្លាប់បរាជ័យក្នុងការព្យាបាល។ ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load នៅខែទី ៣ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដូចពីមុនឡើងវិញ ឬ ខែទី៦ ក្រោយពីការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលថ្មី ឬ អ្នកជំងឺដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលសារជាថ្មីឡើងវិញ (សូមមើលរូបភាពទី ១០)។

រូបភាពទី 10: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកុមារបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍



ជំពូកទី ១៨៖ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គម (PSS) ដល់ទារកកុមារ និងក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកថែទាំ

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តដល់កុមារ និងក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវដើរស្របគ្នាជាមួយនឹងការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គម (PSS) ដើម្បីឱ្យអ្នកជំងឺទទួលបាននូវមានសុខភាពផ្លូវចិត្តល្អ និងជម្រុញទឹកចិត្តឱ្យគាត់លេបថ្នាំ បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ អស់មួយជីវិត។ PSS គឺជាដំណើរការ នៃការស្តាប់ដោយយកចិត្តទុកដាក់ និង ដោះស្រាយអំពី កង្វល់ បញ្ហាផ្លូវចិត្ត អារម្មណ៍ និង តម្រូវគាំទ្រផ្នែកសង្គម របស់កុមារ និងក្មេងជំទង់។ ដំណោះស្រាយបញ្ហាទាំងនេះ រួមមាន ការ ផ្តល់ប្រឹក្សា ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត ការកាត់បន្ថយភាពរើសអើង និងមាក់ងាយ និងការជម្រុញលើកទឹកចិត្តឱ្យគាត់រស់នៅដោយភាពវិជ្ជមានក្នុងជីវិត។

ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម(PSS)គឺ ត្រូវផ្តល់នៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃការព្យាបាល សមស្របតាមតម្រូវដោយឡែកៗ នៃដំណាក់កាលលូតលាស់ធំធាត់នៃកុមារភាព និងវ័យជំទង់។ ក្មេងជំទង់ អាចនឹងមានតម្រូវការដោយឡែក អាស្រ័យតាមផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ (ឆ្លងពីម្តាយ ឬ ឆ្លងតាមរយៈការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ) និង ត្រូវគាំទ្រឱ្យក្មេងជំទង់ឆ្លងកាត់អន្តរកាលពីកុមារភាពទៅកាន់ភាពពេញវ័យដោយសុវត្ថិភាព។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវយល់ដឹងអំពីបញ្ហារសើប នៃបញ្ហាផ្លូវចិត្ត និងសង្គមជាច្រើន ដែលកើតឡើងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកថែទាំកុមារ ។ បញ្ហាទាំងនេះ រួមមាន ឪពុកម្តាយខ្មាស់អៀន/មានវិប្បដិសារី ឈឺ/ស្លាប់ ប្រឈមមុខនឹងការរើសអើង និងមាក់ងាយ តាមរយៈការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់កុមារ និងការគាំទ្រក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។

ហេតុអ្វីបានជាការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គម មានសារៈសំខាន់ ?

- បានផ្តល់ឱកាសឱ្យមានទំនាក់ទំនងជាមួយសង្គមនិងជំនាញក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា។ PPS ជួយកុមារ និង ក្មេងជំទង់ឱ្យក្លាហាន និងរឹងមាំ។
- កុមារ និងក្មេងជំទង់ ត្រូវការការគាំទ្រ ជួយរំលែកទុក្ខព្រួយ ជាទូទៅ ក្រុមគ្រួសារ ដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ត្រូវដោះស្រាយជាមួយនឹងសមាជិកគ្រួសារស្លាប់ ។
- ទស្សនៈភ័ន្តច្រឡំជាច្រើន ជុំវិញបញ្ហា មេរោគ-អេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ដែលតម្រូវឱ្យអ្នកជំងឺទទួលបានព័ត៌មានពិតប្រាកដ ជំនាញព្រមទាំងសម្ភារៈនិងមធ្យោបាយសម្រាប់យកមកអនុវត្តន៍ការប្រព្រឹត្តដែលមិនប្រឈមមុខនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍ (ឧ.ការពារការចម្លងរោគអេដស៍បន្ថែមទៀត និង ចម្លងទៅអ្នកដទៃ ព្រមទាំងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់)
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាជនរងគ្រោះដែលប្រឈមមុខនឹងការរើសអើង និងការមាក់ងាយនៅក្នុងសហគមន៍
- ភាពជោគជ័យនៃការព្យាបាល គឺការព្យាបាលមួយជីវិត និង អាស្រ័យលើការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ ។

១៨.១ ការវាយតម្លៃជាបុគ្គល

កុមារម្នាក់ៗ នឹងត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃតាមស្តង់ដាមូលដ្ឋាន នៅពេលបង្ហាញខ្លួនលើកដំបូង និងត្រូវតាមដានយ៉ាងទៀងទាត់ (យ៉ាងហោចណាស់ រាល់៦ខែ/ម្តង)។ ទម្រង់ស្តង់ដាសម្រាប់វាយតម្លៃមាននៅ ឧបសម្ព័ន្ធទី

១៣: ឧបករណ៍វាយតម្លៃសុខមាលភាពកុមារនៅទំព័រទី ២៥៤ ។ ការវាយតម្លៃកុមារម្នាក់ៗ ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម និងកំណត់ថា កុមារអាចមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងត្រូវការគាំទ្រ។ ទោះបីជាមានអាយុស្មើគ្នា កុមារអាចមានកម្រិតវិវត្តន៍ទៅភាពពេញវ័យខុសគ្នា និងស្ថិតក្នុងកាលៈទេសៈសង្គមខុសគ្នា ដែលអាចទទួលនូវភាពរងគ្រោះខ្លាំងជាង។ សារៈសំខាន់នៃការវាយតម្លៃនេះ គឺគេអាចកំណត់ពី កុមារដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកំណត់ពីកុមារណាមួយដែលត្រូវការគាំទ្របន្ថែម។

១៨.២ អ្នកណាជាអ្នកផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត?

នៅកម្ពុជា ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គមដល់កុមារ អាចផ្តល់ជូនដោយ ភ្នាក់ងារថែទាំកុមារ ជាច្រើន៖ គ្រូពេទ្យព្យាបាលកុមារ គិលានុបដ្ឋាក-យិកា អ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ អ្នកស្ម័គ្រចិត្តនៅ mmm កម្មវិធីជួយកុមារកំព្រា និងកុមាររងគ្រោះ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងក្រុមអ្នកគាំទ្រ ដូចជា មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត។

កំណត់តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវ ក្នុងការផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម ៖

- គ្រូពេទ្យព្យាបាលកុមារ គិលានុបដ្ឋាក–យិកា ផ្តល់ការគាំទ្រក្នុងការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផ្តល់ប្រឹក្សាឱ្យលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ សុខភាពផ្លូវភេទ និងបន្តពូជ ការរស់នៅល្អ និងការបញ្ជូនទៅសេវាពិសេសផ្សេងៗ (ឧ.សេវាគាំទ្រផ្លូវចិត្ត)។
- អ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍–ផ្តល់ការគាំទ្រក្នុងការផ្ទេរកុមារ តាមដានករណីបោះបង់ការព្យាបាលដោយផ្សាភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមអ្នកគាំទ្រក្នុងភូមិ (CSV) និង អ្នកជំនួយការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម (CMA)។
- អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត/ក្រុម mmm–ការផ្តល់ប្រឹក្សាជាបុគ្គល និងជាក្រុម និងបណ្តាញសង្គមបានផ្តល់ឱកាសឱ្យរកឃើញ ក្រុមមិត្តជួយមិត្ត។ ក្រុមនេះជួយគាំទ្រដល់ក្មេងជំទង់ដែលមានបំណងផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ជាក្រុម។

ការបណ្តុះបណ្តាលស្តីពី ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម និងឯកសារជំនួយស្មារតី (job aides) ត្រូវផ្តល់ជូនក្រុមអ្នកដែលផ្តល់ការថែទាំកុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។

១៨.៣ ពេលណាដែលចាំបាច់គាំទ្រផ្លូវចិត្ត ?

កុមារដែលត្រូវការការគាំទ្រខ្លាំងនៅពេលណាមួយ ដូចជា ពេលដែលកុមារត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ការបាត់បង់ឪពុក/ម្តាយ ឬអ្នកថែទាំ ពេលបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដំណាក់ឆ្លងកាត់វ័យជំទង់ និងពេលផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ(តារាងទី២១) ខាងក្រោម។

តារាងទី 21: ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តដល់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទៅតាមដំណាក់កាលនៃការលូតលាស់ធំធាត់

ដំណាក់នៃការលូតលាស់ធំធាត់	ចំណុចសំខាន់ទាក់ទងនិងដំណាក់កាលលូតលាស់ធំធាត់	តម្រូវការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម (PSS)	សកម្មភាពដែលត្រូវអនុវត្តន៍
ការមានគ័ភ រយៈពេលដំបូងនៃទារក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ	• ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ត្រូវទទួលបានសេវាគាំទ្រមុនពេលសម្រាលសមស្រប ដើម្បីសម្រេចបាននូវការមានផ្ទៃពោះដែលមានសុខភាពល្អ និង ថែរក្សាទារកក្នុងផ្ទៃពីការចម្លងជំងឺ ព្រមទាំងបង្ការផលលំបាកផ្សេងៗនៃការមានផ្ទៃពោះ ឧ. សម្រាល កូនមុនគ្រប់ខែ ។ ទារក និង កុមារ គឺត្រូវពឹងលើ មាតា ឬអ្នកថែទាំ ដែលជាអ្នកបំពេញតម្រូវការរបស់ពួកគេ ។ • រយៈពេលដំបូងនៃទារក គឺការវិវត្តន៍ផ្នែកប្រព័ន្ធប្រសាទ	• ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវការ ការគាំទ្រ និងការអប់រំដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពេលណា និងកន្លែងណា ដែលទារក នឹងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និង ត្រូវអប់រំពីជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមកូន។ • កុមារត្រូវការអ្នកថែទាំដែលមានលំនឹង ហើយយល់ដឹងអំពីជំងឺអេដស៍និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង តម្រូវការក្នុងការគាំទ្រការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀង-ទាត់ និងជាប់លាប់ ។ • ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់អំពី តម្រូវការចំណីអាហារនិងអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់កុមារ ។ • អ្នកថែទាំត្រូវយល់ដឹង ពីមូលហេតុដែលត្រូវឱ្យកុមារ ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាបន្ទាន់ បើសិនបើជាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងកូន និងម្តាយ។	• ត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ លើគ្រប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ • ផ្តល់ប្រឹក្សាដល់ឪពុកម្តាយ ក្រោយពីបានដឹងពី រោគវិនិច្ឆ័យថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ • អប់រំឪពុកម្តាយ អំពី ការព្យាបាល ART (Option B+) និង ពីអត្ថប្រយោជន៍ចំពោះពួកគាត់ និងទារក ស្តីពី វិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីឪពុកម្តាយទៅកូន • ផ្តល់ការអប់រំ ពីរបៀបចិញ្ចឹមកូន និងផ្តល់ការគាំទ្រ (ការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ហើយផ្តល់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះគោ តែក្នុងករណីចាំបាច់) (សូមមើលផ្នែក ការចិញ្ចឹមកុមារ) • អប់រំម្តាយឱ្យយល់ពីដំណើរការនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា កុមារមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ ផ្តល់ការគាំទ្រកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងផលប្រយោជន៍ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARVs ឱ្យបានឆាប់ ។ • ការអប់រំឪពុកម្តាយ អំពី:

	យ៉ាងឆាប់រហ័ស និងមានការពាក់ព័ន្ធយ៉ាងជិតស្និទ្ធរវាង ទារក និងអ្នកថែទាំកុមារទី១ ("ការពាក់ព័ន្ធគ្នា")	• កុមារត្រូវការរំញោចប្រព័ន្ធប្រសាទចងចាំ ឱ្យបានសមស្រប ពីអ្នកថែទាំ • កុមារត្រូវការ បរិស្ថានគាំទ្រ ហើយអ្នកថែទាំត្រូវទទួលការបង្ហាត់បង្ហាញពី វិធីសាស្ត្រនេះ។	○ វិធីបង្កើតបរិស្ថានដែលមានសុវត្ថិភាព ○ សារៈសំខាន់នៃការលូតលាស់ធំធាត់របស់កុមារ នៅពេលដំបូង (ECD) និង វិធីរំញោចការចងចាំទារក និងកុមារ ។
កុមារភាព និងមុនអាយុចូលរៀន (អាយុ ៣-៥ ឆ្នាំ)	• តម្រូវការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ និងឱសថ/ការទទួលបានសេវាថែទាំកុមារ អាស្រ័យតាមការផ្តល់ឱ្យពីអ្នកថែទាំ • វាគឺជាពេលនៃការវិវត្តន៍ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទឆាប់ រហ័ស ។	• កុមារត្រូវការអ្នកថែទាំដែលមានលំនឹង និងយល់ដឹងពី ជំងឺអេដស៍ និងពីតួនាទីដែលត្រូវធានា អំពីការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងការមកទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ជាប់រហូត ។ • ពួកគេ ត្រូវការបរិស្ថាន ដែលមានសុវត្ថិភាព។	• អ្នកថែទាំ ត្រូវទទួលការអប់រំ អំពី មេរោគអេដស៍ ពីដំណើរការនៃឱសថ និងសារៈសំខាន់នៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និង ការត្រឡប់មកគ្លីនិកតាមការណាត់ជួប ។ • ត្រូវអប់រំអ្នកថែទាំ និងគាំទ្រ អំពីៈ ○ វិធីបង្កើតបរិស្ថានគាំទ្រ ○ ការលូតលាស់ធំធាត់របស់កុមារជាបឋម (ECD) និងវិធីរំញោចកុមារនិងក្មេងតូច ○ វិធីចៀសវាងការប៉ះពាល់ឈាម (ការបង្ការជាសកល) • ត្រូវវាយតម្លៃរាល់ពេលកុមារមកពិគ្រោះជំងឺ ដើម្បីកំណត់ពីកត្តាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និង ការធ្វើអន្តរាគមន៍ • កុមារនឹងមានការចង់ចេះចង់ដឹងពី បញ្ហាផ្លូវភេទ និង ការវិវត្តន៍រាងកាយដែលត្រូវលើកឡើងមកពិភាក្សាដោយចំហ សមស្របតាមវ័យរបស់កុមារ និង ការប្រើប្រាស់ពាក្យពេជន៍ទាក់ទងនឹងផ្លូវភេទឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។

		• កុមារត្រូវការរំញោច ការគាំទ្រការចង់ចាំ និង ការវិវត្តន៍ចលនា ។ • ត្រូវបង្រៀនកុមារ អំពីវិធីអនាម័យខ្លួនប្រាណ និងសុវត្ថិភាព ដោយមិននិយាយពីជំងឺអេដស៍ (អាចបង្រៀនបាន អំពីគ្រោះថ្នាក់នៃការចម្លងតាមឈាម)។ • កុមារនឹងឆ្ងល់ថា គេមានប្រភពមកពីណា? និងចង់ដឹងពីភាពខុសគ្នានៃការវិវត្តន៍ផ្លូវភេទរវាង បុរស និងស្ត្រី។	
កុមារគ្រប់	• កុមារ មានការវិ	• កុមារត្រូវការអ្នកថែទាំ	• ការត្រៀមខ្លួនរបស់អ្នកថែទាំ ក្នុងដំណើរការនៃការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់កុមារ

អាយុចូលរៀន (អាយុ ៦-១០ឆ្នាំ)	វត្តន៍ទៅមានភាពម្ចាស់ការដោយខ្លួនឯង ដែលអាចមានភាពទទួលខុសត្រូវបានមួយចំនួន ឧ. អាចចងចាំម៉ោងពេលដែលត្រូវលេបថ្នាំ។ • កុមារចាប់ផ្តើមទៅសាលារៀន។ • កុមារនៅតែអាស្រ័យលើគ្រួសារ ប៉ុន្តែកុមារចាប់ផ្តើមផ្សាភ្ជាប់ ទំនាក់ទំនងជាមួយស	ដែលមានលំនឹង និងយល់ដឹងពីជំងឺអេដស៍ និងពីតួនាទីដែលត្រូវធានា អំពី ការលេបថ្នាំឱ្យត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងការមកទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ជាប់រហូត។ • វាជាការល្អ ដែលកុមារបានរៀនសូត្រអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការផ្តល់ការប្រឹក្សាឱ្យបានខ្លាំងក្លា និងផ្តល់ការគាំទ្រគ្រប់ដំណាក់កាល។ • កុមារត្រូវការរស់នៅ	និងអ្នកថែទាំ ។ នៅពេលដែលកុមារបានដឹងខ្លួនថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវអប់រំកុមារ អំពីមេរោគអេដស៍ និងដំណើរការនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ពីសារៈសំខាន់នៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងការមកគ្លីនិកតាមការណាត់ជួប • បន្តគាំទ្រអ្នកថែទាំ ឱ្យជួយលើកទឹកចិត្តកុមារឱ្យលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ, • ត្រូវវាយតម្លៃរាល់ពេលកុមារ មកពិគ្រោះជំងឺ ដើម្បីកំណត់ពីកត្តាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និង ការធ្វើអន្តរាគមន៍ • ផ្តល់កន្លែងសុវត្ថិភាពនៅក្នុងគ្លីនិក ផ្តល់ជូន និងទទួលយកដោយគ្មានការវិនិច្ឆ័យ ក្រុមគាំទ្រក្រុមចំពោះអ្នកថែទាំកុមារ និងកុមារ ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន។ • បង្កើនការចូលរួមរបស់កុមារក្នុងការលេបថ្នាំ • អប់រំកុមារ អំពីរបៀបថែរក្សាខ្លួនឱ្យមានសុវត្ថិភាព។

	ង្គម។	ក្នុងបរិស្ថានមួយដែលមានលំនឹង និងមានសុវត្ថិភាព។ • ផ្តល់ការអប់រំ ប្រសិនបើ កុមារមានការលូតលាស់យឺតយ៉ាវ។	
មុន/វ័យជំទង់បឋម (អាយុ ១១-១៤ឆ្នាំ)	• ជាទូទៅ ពេលកុមារឈានចូលអាយុពេញវ័យ គឺចាប់ផ្តើមផ្លាស់ប្តូរអារម្មណ៍ ចាប់ផ្តើមការប្រកាន់យកការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ • ការលេបថ្នាំឱ្យ	• ផ្តល់ព័ត៌មានអំពី សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ រួមទាំងការយល់ដឹងពីការផ្លាស់ប្តូររាងកាយ • ការបង្ការជាវិជ្ជមាន–គាំទ្រ និង អប់រំពីការទំនាក់ទំនង ប្រកបដោយមនោសញ្ចេតនានិងសុវត្ថិភាព ចៀសវាងការប្រើប្រាស់ម្ទូល សីរ៉ាំងរួម	• គាំទ្រកុមារឱ្យបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើ មិនទាន់ធ្វើទេ និង គាំទ្រក្មេងជំទង់អំពី ការលូត-លាស់ធំធាត់ និង ជំនាញក្នុងការទំនាក់ទំនង និង វិធីសាស្រ្តក្នុងការបើកចំហស្ថានភាពដល់មនុស្សដែលសំខាន់ៗ ។ • បញ្ជូនទៅទទួលសេវាផែនការគ្រួសារ ឬ សេវាគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។ • វាយតម្លៃពីការប្រព្រឹត្តិដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លង មេរោគអេដស៍ និង បង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សាក្រុមមិត្តជួយមិត្ត ប្រសិនជាមាន។ • រៀបចំផែនការក្នុងការផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ • ណែនាំក្មេងជំទង់ឱ្យបានស្គាល់គ្រូពេទ្យ សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ • អ្នកគាំទ្រសកម្មករណីអេដស៍ ជួយសម្របសម្រួលក្មេងជំទង់ ក្នុងការផ្ទេរទៅទទួលថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ អ្នកជំនួយការសកម្មករណីអេដស៍ ដែលជាផ្នែកមួយនៃការតាមដានសកម្មករណីអេដស៍ ជួយសម្របសម្រួល ក្នុងការទំនាក់ទំនងជាមួយ សហគមន៍ ក្នុងការតាមដានករណីបោះបង់ការព្យាបាល ។

	បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និង ជាប់លាប់អាច ត្រូវថយចុះ • កុមារមានការវិវត្តន៍ការទំនាក់ទំនងកាន់តែរឹងមាំជាមួយមិត្តភ័ក្តិ។	គ្នា • អប់រំ អំពីគ្រោះថ្នាក់ក្នុងការប្រើប្រាស់សារជាតិញៀន (គ្រឿងស្រវឹង ហឺតការ ....) • ការទទួលបានសេវាផែនការគ្រួសារ និងសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគប្រសិនបើស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ • រៀបចំ និងគាំទ្រការផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។	• តាមដានក្មេងជំទង់ដែលបានផ្ទេរ និងវាយតម្លៃពីការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ។ • បង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សា លើក្មេងជំទង់ណាដែលលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ។
វ័យជំទង់អាយុច្រើន (អាយុ ១៥-	• នេះគឺជាពេលដែលត្រូវផ្ទេរទៅទទួលសេវា		

១៩ឆ្នាំ)	ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ • ក្មេងជំទង់នឹងមានភាពម្ចាស់ការ • សកម្មភាពផ្លូវភេទ អាចចាប់ផ្តើម • ឥរិយាបទទទួលយកការ ប្រឈមអាចកើនឡើង។		

ជំពូកទី ១៩៖ ការគាំទ្រកុមារឱ្យលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់

លទ្ធផលល្អនៃផ្នែកគ្លីនិក និងវីរុសសាស្ត្រនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាស្រ័យទៅលើការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ (> ៩៥%)។ **កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ គឺសមស្របក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយត្រូវចាប់ព្យាបាលភ្លាមៗ មិនពន្យាពេល** ជម្រើសដ៏ល្អគឺ២ សប្តាហ៍ក្រោយពីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ដើម្បីធានាថា កុមារដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នឹងទទួលបានលទ្ធផលល្អ **ដាច់ខាតមិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល ដោយគ្មានហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រសមស្រប នោះទេ។**

ទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់ ត្រូវការមនុស្សពេញវ័យជួយតាមដាន ការលេបថ្នាំរបស់ពួកគាត់។ រីឯកុមារធំ ឬ ក្មេងជំទង់ ការយល់ដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចមានឥទ្ធិពលដល់ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ (សូមអានផ្នែក ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ខាងក្រោម)។ ការវាយតម្លៃកុមារ ត្រូវធ្វើឡើងរៀងរាល់ពេលកុមារមកពិគ្រោះជំងឺ ដើម្បីកំណត់កុមារណាដែលត្រូវការជាចាំបាច់ ការគាំទ្រការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ ទំនាក់ទំនងល្អ រវាងអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល (ឧ. អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា គិលានុបដ្ឋាក-យិកា និងគ្រូពេទ្យព្យាបាល) កុមារ និងអ្នកថែទាំ ក៏អាចបង្កើនការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ក្នុងកម្រិតខ្ពស់។

១៩.១ តើការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ជាអ្វី?

- លេបគ្រប់ឱសថទាំងអស់ រួមទាំង ឱសថ ARVs និង ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជា ត្រូវលេបឱសថ Cotrim-oxazoles ឱ្យបានត្រឹមត្រូវតាមវេជ្ជបញ្ជាគ្រូពេទ្យ ទោះបីជា អ្នកជំងឺមានអារម្មណ៍ថា មានសុខភាពល្អក៏ដោយ
- មិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល
- មិនត្រូវខកខានការណាត់ជួប។

ការគាំទ្រការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ រួមមាន៖

- ***វគ្គអប់រំ*** ត្រូវផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាល និងគិលានុបដ្ឋាក-យិកា នៅពេលដែលកុមារ/ក្មេងជំទង់ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ប្រសិនបើ កុមារមានអាយុធំល្មម) និងអ្នកថែទាំ។ បំពេញបន្ថែមលើការអប់រំគឺ៖
    - ពន្យល់អំពី ចំណេះដឹងជាមូលដ្ឋានអំពីអេដស៍ និងប្រវត្តិនៃមេរោគអេដស៍ ផលប្រយោជន៍ និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលជ្រើសរើសយកមកព្យាបាល ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវលេប និងអំពីសារៈសំខាន់នៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (៩៥%) ។
    - កំណត់ពីរបាំងរារាំងមិនឱ្យកុមារលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងជួយក្រុមគ្រួសារកុមារ ដើម្បីដោះស្រាយនូវរបាំងរារាំងទាំងនោះ។

- រៀបចំផែនការព្យាបាល និង ពន្យល់ពីកាលវិភាគណាត់ជួប ដែលត្រូវត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញ ហើយនឹងមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកក្រោយ។
- ជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដល់ក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិដែលអាចផ្តល់ការគាំទ្រដល់ផែនការព្យាបាល។
- ជំរុញលើកទឹកចិត្តអ្នកថែទាំ និង/ឬ កុមារ ឱ្យចូលរួមក្នុងក្រុមគាំទ្រក្រុម ប្រសិនបើមាន។
- កំណត់ពីសន្តិសុខស្បៀង និងសកម្មភាពដែលត្រូវដោះស្រាយបញ្ហា គឺធ្វើឡើងតាមរយៈ កម្មវិធីដែលមានស្រាប់ (ឧ. អង្គការ UNICEF និងអង្គការ Foundation for International Development/Relief (FIDR), អង្គការ Cambodia Children's Fund (CCF), ឬ អង្គការ World Vision ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រ ប្រសិនបើ មានបញ្ហាសន្តិសុខស្បៀង។
- ផ្តល់ការទំនាក់ទំនងលម្អិតនៃមន្ត្រីសុខាភិបាលសំខាន់ៗបម្រើការនៅគ្លីនិក និង ស្រង់ព័ត៌មាន លម្អិតពីអ្នកជំងឺ ដើម្បីទំនាក់ទំនង អំពីការត្រឡប់មកពិគ្រោះជំងឺ លើកក្រោយ។

ចំណាំ៖ ការអប់រំ ១ វគ្គ អាចនឹងគ្រប់គ្រាន់ ប្រសិនបើ អ្នកថែទាំ ឬឪពុកម្តាយកុមារ បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ខ្លួនគាត់រួចហើយ។ កុមារអាចនឹងទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានឆាប់រហ័ស ឬ នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកក្រោយ ដោយការអប់រំ និង ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាចនឹងធ្វើឡើងក្នុងពេលជាមួយគ្នា។

១៩.២ ការគាំទ្រការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ រៀងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ ជាប្រចាំ

- ប្រើប្រាស់ការរាប់ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំ ការរាយការណ៍ដោយអ្នកជំងឺ ឬ វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀត ដូចជា visual analogue scales សម្រាប់វាស់វែងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន។
- ផ្តល់ការគាំទ្រការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ រៀងរាល់ពេលអ្នកជំងឺ មកពិគ្រោះជំងឺក្នុងអំឡុងពេល ៣ខែដំបូង ដោយពិភាក្សាអំពីបញ្ហាឱសថ និងបញ្ហាផ្សេងទៀតដែលអ្នកជំងឺបានជួបប្រទះ។ បន្ទាប់មក គឺអាស្រ័យតាមតម្រូវការរបស់អ្នកជំងឺ ការពិភាក្សារយៈពេលខ្លីអាចគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អ្នកជំងឺ។
- កំណត់ការផ្តល់ការគាំទ្រ លើការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដល់អ្នកជំងឺបន្ថែមទៀតដែលលេបថ្នាំមិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ < ៨០%។
- ពិភាក្សាអំពី ករណីខកខានការណាត់ជួប ជាមួយអ្នកជំងឺ។ ការណាត់ជួប គឺជាឧបករណ៍ដ៏មានឥទ្ធិពលមួយសម្រាប់ព្យាករណ៍ ពីការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ (poor adherence) និងចាំបាច់ត្រូវសួរភ្លាមៗ អំពីបញ្ហានេះ ដោយវាអាចប៉ះពាល់ការត្រឡប់មកតាមការណាត់ជួបវិញ និងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។
- ចៀសវាងការវិនិច្ឆ័យ (judgment) អ្នកជំងឺ អំពីការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ របស់គាត់។
- កំណត់ពីអសន្តិសុខស្បៀង និងសកម្មភាព ដោះស្រាយបញ្ហានេះតាមរយៈកម្មវិធីរបស់អង្គការដៃគូ។

- ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលេខទូរស័ព្ទរបស់មន្ត្រីសុខាភិបាលសំខាន់ៗ នៅគ្លីនិក និងអ្នកជំងឺ ព្រមទាំងអាស័យដ្ឋាន ដើម្បីសម្របសម្រួលក្នុងការទំនាក់ទំនង មកពិគ្រោះជំងឺនៅគ្លីនិក។

ប្រសិនបើមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា អ្នកជំងឺប្រាកដជា លេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ ត្រូវអនុវត្តន៍តាមជំហានខាងក្រោមៈ

- ព្យាយាមកំណត់រកមូលហេតុ នៃការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ (ឧ. អ្នកថែទាំធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ឬស្លាប់)
- ព្យាយាមធ្វើអន្តរាគមន៍ តាមដែលអាចធ្វើបាន (បញ្ជូនអ្នកថែទាំមកព្យាបាល កំណត់មនុស្សពេញវ័យម្នាក់ទៀតដែលអាចជួយគាំទ្រ ប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទដើម្បីរម្លឹកម៉ោងពេលដែលត្រូវណាត់ជួប)
- ចលនាការគាំទ្រពីអ្នកស្ម័គ្រចិត្តក្នុងសហគមន៍ ដើម្បីចុះទៅជួយមើលកុមារដល់ផ្ទះ
- ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផែនការ នៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់
- ណាត់ជួបអ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកសេវាថែទាំនិងព្យាបាល ឱ្យបានញឹកញាប់ជាងមុន។

១៩.៣ បច្ចេកទេសក្នុងការធ្វើប្រសើរឡើងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ៈ

១៩.៣.១ ទារក និង កុមារតូច

- អនុវត្តការធ្វើរង្វាស់ថ្នាំទម្រង់ទឹក ជាមួយអ្នកថែទាំ និងបង្រៀនកុមារឱ្យចេះលេបគ្រាប់ថ្នាំ។
- ផ្តល់ឧបករណ៍ដែលមាន តាមរយៈអង្គការដៃគូ សហគមន៍ (ឧ.ប្រអប់ដាក់ថ្នាំគ្រាប់ ប្រតិទិនដែលបិទ stickers, ការគូសចំណាំ ឬ រូបភាពលើឱសថ បិទស្លាកលើសីរ៉ាំង សៀវភៅរឿងនិទាន ប្រដាប់ក្មេងលេង ការចូលរួមរបស់កុមារក្នុងការថែទាំព្យាបាលខ្លួនឯង ចាប់ផ្តើមពីការផ្តល់ព័ត៌មាន អំពីមេរោគអេដស៍ និង គោលបំណងនៃការព្យាបាល និង សមស្របក្នុងការបញ្ចូលឱសថ ARV ទៅក្នុងជីវិតរស់នៅរបស់កុមារ (និង/ ឬ អ្នកថែទាំ)។
- ផ្តល់រូបមន្តឱសថព្យាបាលលើកុមារ និងមនុស្សពេញវ័យនៅក្នុងសមាជិកគ្រួសារ ឱ្យមានភាពដូចគ្នា ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន។
- ការត្រៀមខ្លួនទាំងកុមារ និងអ្នកថែទាំ អំពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថដែលមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ
- វិធីសាស្ត្រក្នុងការរាយការណ៍ដោយខ្លួនឯង ដូចជា ប័ណ្ណប្រចាំថ្ងៃ ពិនិត្យគ្រាប់ថ្នាំ រាប់គ្រាប់ថ្នាំដែលនៅសេសសល់ និងការវាស់វែងផ្សេងទៀតដែលគួរតែធ្វើ។
- ការផ្តល់កម្រិតដូសថ្នាំ ត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងម៉ោងពេលតែមួយដូចគ្នាៗជារៀងរាល់ថ្ងៃ គឺជាជម្រើសមួយដ៏ល្អ។ ថ្វីបើកុមារបានភ្លេចលេបមួយពេល ត្រូវផ្តល់កម្រិតដូសថ្នាំនៅពេលបន្ទាប់ ជាជាងការភ្លេចលេបទាំងស្រុង។
- ប្រសិនបើទារក ឬ កុមារក្អួត ក្នុងអំឡុងពេល ៣០នាទី ក្រោយពីលេបថ្នាំ ត្រូវផ្តល់ឱ្យកុមារលេបថ្នាំក្នុងកម្រិតដូសថ្មី។ ប៉ុន្តែ បើវាកើតឡើងក្រោយរយៈពេល ៣០នាទី ការផ្តល់កម្រិតដូសថ្មី គឺវាមិនចាំបាច់នោះទេ។
- ករណីមិនព្រមលេបថ្នាំ អាចកើតមានឡើង។ សូមអានចំណុចគន្លឹះខាងក្រោម ស្តីពីវិធីសាស្ត្របង្ការការមិនព្រមលេបថ្នាំ ។ ត្រូវផ្តល់កម្រិតដូសថ្នាំ ឱ្យកុមារលេបជាថ្មីម្តងទៀត ប្រសិនបើគាត់ខ្ជាក់ថ្នាំចេញមកវិញ។

១៩.៣.២ កុមារធំ និង ក្មេងជំទង់

- ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើទាក់ទងនឹងការលេបថ្នាំរបស់កុមារតូច អំពីឧបករណ៍ជាជំនួយការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ឧ.ប្រអប់ដាក់គ្រាប់ថ្នាំ ប្រតិទិន។
- ជួយរៀបចំផែនការលេបថ្នាំជាលក្ខណៈសិទ្ធិបុគ្គល (privacy) ដូចជាការសុំអនុញ្ញាតចេញក្រៅរយៈពីរ ឬ បីនាទី ដើម្បីលេបថ្នាំ។
- ព្យាយាមលេបថ្នាំឱ្យត្រូវម៉ោងពេលតែមួយ ដូចគ្នានឹងការធ្វើការងារប្រចាំថ្ងៃ (ដូចជា ការដុសធ្មេញ) ប្រសិនបើ ត្រូវពេលដែលត្រូវលេបថ្នាំ។
- កំណត់នាឡិការោទិ៍ នៅម៉ោងពេលដែលត្រូវលេបថ្នាំ។
- ការចូលរួមពី មិត្តភក្តិដែលអាចទុកចិត្តបាន ឬ ពីមនុស្សពេញវ័យ ដែលជាអ្នកជួយរម្លឹកអំពី ម៉ោងពេលដែលត្រូវលេបថ្នាំ។
- គាំទ្រការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ អាចផ្តល់ជូនផងដែរ ពីអ្នកស្ម័គ្រចិត្តក្នុងសហគមន៍ (CSVs) ដោយជួយរម្លឹក និងជួយលើកទឹកចិត្តពីអ្នកថែទាំ និងជួយឱ្យកុមារទៅកាន់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ តាមការណាត់ជួប ជាទៀងទាត់ និងរក្សាឱ្យបាននូវការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

ប្រអប់ទី 15: ការអនុវត្តន៍ជាគន្លឹះសម្រាប់ផ្តល់ថ្នាំឱ្យទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់លេបថ្នាំ

ទារក

- ប្រើសឺរ៉ាំង ឬ ស្លាបព្រា សម្រាប់លាយអាហារ ជាមួយថ្នាំ
- លើក ពរទារកឱ្យមកជិតអ្នក ដើម្បីចៀសវាងទារកធ្វើចលនា
- បញ្ច្រកថ្នាំចូលទៅក្នុងជ្រុងនៃមាត់របស់ទារក នៅតាមបណ្តោយគែមម្ខាងនៃអណ្តាត ។ វានឹងមានការលំបាក សម្រាប់ទារក ក្នុងការស្តោះ ឬ ខ្ជាក់ថ្នាំចេញមកក្រៅវិញ
- រក្សាមាត់ទារកឱ្យបិទថ្នមៗ រហូតដល់ទារកលេបថ្នាំ
- សូមប្រាកដថា ទារកបានលេបថ្នាំ
- កុំលាយថ្នាំជាមួយ ទឹកដោះគោក្នុងដប ក្នុងករណីទារកមិនបៅទឹកដោះគោអស់ពីដប ដែលអាចបណ្តាលឱ្យទារកទទួលបានថ្នាំមិនគ្រប់កម្រិតដូស
- សូមព្យាយាមធ្វើឱ្យទារកមានផាសុកភាព (សុខស្រួល) ជាជាងធ្វើឱ្យទារកខឹងសម្បារដែលអាចធ្វើឱ្យការលេបថ្នាំកាន់តែពិបាក។

កូនក្មេង (អាយុ២ ទៅ៣ឆ្នាំ)

- ជំរុញឱ្យក្មេងលេបថ្នាំជាប្រចាំ ។ ធ្វើឱ្យក្មេងយល់ ថាអ្នកបានដឹងថា វាមិនមែនជាការងាយស្រួលទេ ប៉ុន្តែអ្នកនៅទីនេះគឺដើម្បីជួយគាំទ្រកុមារនោះ។
- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវរសជាតិឱសថ ដោយលាយជាមួយរសជាតិដែលកុមារចូលចិត្ត (ទឹកភេសជ្ជៈ ដំណាប់ផ្លែឈើ,ឬ ប៊ឺសណ្តែកដី)។
- កុំលាយថ្នាំជាមួយអាហារចំបងរបស់កុមារ (ឧ. ស៊ុត, ត្រី, សាច់, បន្លែ, បាយ) ដែលអាចបណ្តាលឱ្យកុមារភ្ជាប់ជាមួយរសជាតិអាក្រក់ ហើយកុមារ មិនព្រមហូបអាហារចំបង សូម្បីតែនៅពេលមិនមានថ្នាំនៅក្នុងអាហារនោះ។
- ផ្តល់ជម្រើសលេបថ្នាំដល់ក្មេង (ថ្នាំអាចលាយជាមួយភេសជ្ជៈ ឬ ដំណាប់ផ្លែឈើ ។ល។) ។ វិធីនេះនឹងផ្ត

ល់អារម្មណ៍ឱ្យក្មេង ថាពួកគេអាចគ្រប់គ្រងការលេបថ្នាំ។

- កុមារមួយចំនួនចូលចិត្តលេបថ្នាំ នៅពេលតែមួយ និង ផឹកទឹកអ្វីផ្សេងភ្លាមៗ ក្រោយពីលេបថ្នាំរួច។ កុមារផ្សេងទៀត ចូលចិត្តលេបថ្នាំមួយដំហានម្តងៗ រួចផឹកភេសជ្ជៈម្តង ក្រោយពេលលេបថ្នាំមួយលើក វិធីនេះអាចជាជម្រើសសម្រាប់កុមារក្នុងការលេបថ្នាំ។ ត្រូវប្រាកដថា កុមារបានលេបថ្នាំ។
- ជួយកុមារឱ្យមានមោទនភាពនៃការលេបថ្នាំរបស់គាត់។ សូមអបអរសាទរកុមារក្រោយពេលលេបថ្នាំរាល់លើក ផ្តល់រង្វាន់របៀបជាផ្ទាំងរូបភាព (Stickers) អាចទទួលបានលទ្ធផលល្អ ចំពោះក្មេងតូច។
- ផ្សាភ្ជាប់ភាពប្រសើរឡើងនៃសុខភាពរបស់កុមារ ជាមួយនឹងការលេបថ្នាំបានល្អ។

ក្មេងធំ និងក្មេងជំទង់

- វាជាការសំខាន់ ក្នុងការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារនិង ក្មេងជំទង់ ដើម្បីឱ្យគាត់យល់ដឹងកាន់តែច្បាស់ថា ហេតុអ្វីបានជាពួកគាត់ត្រូវការលេបថ្នាំ (សូមមើល ផ្នែកការបើកចំហ)។
- លើកទឹកចិត្តបន្ថែមទៀត ឱ្យគាត់មានភាពម្ចាស់ការ ដោយបង្រៀនកុមារ /ក្មេងជំទង់ ដូចខាងក្រោម៖
  1. បញ្ចូលការលេបថ្នាំទៅក្នុងការងារប្រចាំថ្ងៃ និងលេបថ្នាំនៅពេលដូចគ្នាជារៀងរាល់ថ្ងៃ (ឧ, បន្ទាប់ពីការដុសធ្មេញ, មុន ពេលហូបអាហារ) ។
  2. រក្សាតារាងថ្នាំដែលត្រូវលេប គូសសម្គាល់លើប្រតិទិន ឬ ប្រើ pillbox ។
  3. ប្រើការរម្លឹកដែលមើលឃើញ (ឧ. បានកត់សម្គាល់នៅលើប្រអប់ថ្នាំ ឬទូរទឹកកក) ។
  4. ប្រើសំឡេងរោទិ៍ នៃនាឡិកា/នាឡិកាដៃ/ទូរស័ព្ទដៃ ។
  5. កុមារ/ក្មេងជំទង់ នៅតែអាចឆ្លើយតបទៅនឹងប្រព័ន្ធផ្តល់រង្វាន់ ឧ.ឱ្យប្រាក់, ទូរស័ព្ទដៃ,
- ផ្តល់ឱកាសឱ្យកុមារចូលរួមជាមួយមនុស្សពេញវ័យ អាចជាសមាជិកក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិដែលជឿទុកចិត្តបាន ដើម្បីជួយឱ្យកុមារ និងក្មេងជំទង់ចងចាំការលេបថ្នាំ។

ប្រអប់ទី 16: ឧបករណ៍សម្រាប់ជួយជំរុញការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់

សំណួរបើក ដែលអាចសួរ ដើម្បីជួយជំរុញការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់

"ម្តាយរបស់អ្នកប្រាប់ខ្ញុំថា អ្នកអាចលេបថ្នាំដោយខ្លួនឯងបាន? ល្អណាស់! តើអ្នកអាចប្រាប់ខ្ញុំបានទេ ថាតើអ្នកលេបថ្នាំទាំងនោះនៅពេលណា? " (ការជួយជំរុញជា វិជ្ជមាន)

កុមារមួយចំនួនបានប្រាប់ខ្ញុំថា ការលេបថ្នាំ គឺមិនមែនតែងតែងាយស្រួលនោះទេ។ "តើអ្នកអាចផ្តល់ជា ឧទាហរណ៍ឱ្យខ្ញុំបានទេ តើពេលណាដែលមានការលំបាកសម្រាប់អ្នកក្នុងការលេបថ្នាំ?" (អនុញ្ញាតឱ្យ និយាយបើកចំហពីការលំបាកទាក់ទងនឹងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់)

"ចូរប្រាប់ខ្ញុំអំពី បីថ្ងៃចុងក្រោយនេះ តើអ្នកបានធ្វើអ្វីខ្លះ? តើអ្នកចាំបានទេថា តើពេលណាដែលអ្នកបានលេបថ្នាំ?" (រំលឹកបីថ្ងៃចុងក្រោយឡើងវិញ)

"ខ្ញុំដឹងថា ជូនកាល ក្នុងការចាប់ផ្តើមលេបថ្នាំនេះដំបូង ធ្វើឱ្យអ្នកមានអារម្មណ៍ ចង់ចង្អោរ ឬ ថាមិនស្រួលខ្លួន តើពេលក្រោយមកទៀត យ៉ាងម៉េចដែរ?" (កំណត់ពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថ)

អ្នកបានធ្វើអ្វីខ្លះ ដើម្បីចងចាំថា អ្នកត្រូវលេបថ្នាំនៅពេលណា?" (លើកទឹកចិត្តជាវិជ្ជមាន ផ្សាជាប់នឹងយុទ្ធសាស្រ្ត) ។

ជំពូកទី ២០៖ ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍សម្រាប់កុមារ និងក្មេងជំទង់

ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាដំណើរការដែលអ្នកជំងឺសិក្សាអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ។ ការបើកចំហ គួរតែត្រូវបានមើលឃើញថា ជាដំណើរការកើនឡើងបន្តិចម្តងៗ ។ ជាការចាប់ផ្តើមវាជាផ្នែកមួយដែលកុមារបានដឹងថា ពួកគេបានឆ្លងរោគមិនស្គាល់ឈ្មោះ បានដឹងពីការព្យាបាល និងវិធានការប្រុងប្រយ័ត្នជាសកល ដើម្បីថែរក្សាខ្លួន និងអ្នកដទៃទៀតឱ្យ មានសុវត្ថិភាព។ ដូចដែលពួកគេ ចូលទៅជិតភាពពេញ វ័យ ពួកគេគួរតែត្រូវបានបើកចំហយ៉ាងពេញលេញ និងរៀនសូត្រអំពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ ។

ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារ ឬក្មេងជំទង់ គឺមានសារៈសំខាន់ដោយមានហេតុផលមួយចំនួន (សូមអានប្រអប់អត្ថបទ)។ វាគឺជាសិទ្ធិរបស់កុមារដើម្បីដឹងអំពីស្ថានភាពសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន។ បើយោងតាមមាត្រាទី១៧ នៃអនុសញ្ញាអង្គការសហប្រជាជាតិស្តីពីសិទ្ធិកុមារ កុមារម្នាក់ៗគួរមានសិទ្ធិក្នុង "ការទទួលបានព័ត៌មាន និងសម្ភារៈ ពីប្រភពសម្បូរបែបទាំងពីប្រភពថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់អន្តរជាតិ ជាពិសេស ពីអ្នកដែលមានគោលបំណងលើកកម្ពស់ស្ថានភាពសង្គម ស្មារតី និង សុខុមាលភាពផ្លូវចិត្ត ព្រមទាំងសុខភាពផ្លូវកាយនិងផ្លូវចិត្តរបស់ពួកគាត់ "។
ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគមេរោគអេដស៍ មានរួមបញ្ចូលទាំងការបើកចំហ ប្រាប់ទៅកុមារអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់គាត់ផ្ទាល់ ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគ អេដស៍របស់ឪពុកម្តាយ ព្រមទាំង ការគាំទ្រដល់កុមារធំ និងក្មេងជំទង់ ដើម្បីបើកចំហប្រាប់ដល់អ្នកដទៃទៀតដែលសំខាន់។

> មូលហេតុនៃការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍សម្រាប់កុមារ៖
>
> - ការបើកចំហ ផ្តល់អំណាចដល់កុមារដើម្បីចូលរួមកាន់តែសកម្មនៅក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្លួន។
> - ការបើកចំហ គឺជាផ្នែកមួយដែលចាំបាច់នៃភាពមានសុខភាពល្អ ព្រោះវាជួយបំបាត់ភាពតានតឹងនៃការរក្សាការសម្ងាត់។
> - ការបើកចំហ គឺការទំនាក់ទំនងគ្នាដោយការគោរពសម្រាប់កុមារ និងឆ្លុះបញ្ចាំងពីសិទ្ធិរបស់គាត់ក្នុងការដឹង។
> - ដោយមានការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត កុមារអាចដោះស្រាយបញ្ហានេះ ដូច មនុស្សពេញវ័យដែរ ប្រសិនបើកុមារបានដឹងខ្លួនថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅពេលអាយុតិច ។
> - ការបើកចំហ អនុញ្ញាតផ្តល់ជម្រើស និងការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍បន្ថែមទៀត-។
> - កុមារ (ជាពិសេសក្មេងជំទង់) អាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដ៏វៃឆ្លាត អំពីរបៀបរស់នៅរបស់ពួកគេ និងការចូលរួមយ៉ាងពេញលេញក្នុងការថែទាំសុខភាព ប្រសិនបើពួកគេយល់យ៉ាងច្បាស់អំពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់ពួកគេ។

២០.១ តើនៅពេលណា ដែលត្រូវបើកចំហ?

ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាដំណើរការដែលមានលក្ខណៈជាបុគ្គល ដែលទាមទារឱ្យមានការពិចារណាលើកត្តាជាច្រើន រួមទាំង អាយុ ដំណាក់កាលលូតលាស់ធំធាត់ សក្តានុពលគ្រួសារ ការត្រៀមខ្លួនថែទាំកុមារ និង ស្ថានភាពគ្លីនិកនៃជំងឺ ។ មិនត្រូវធ្វើការបើកចំហ ប្រសិនបើ អ្នកថែទាំមិនទាន់បានត្រៀមខ្លួន និងផ្តល់ការគាំទ្រពេញទំហឹងដល់កុមារ។

- **ក្មេងតូចគួរតែត្រូវបានជូនដំណឹងបន្តិចម្តងៗ** ដើម្បីសម្រួលដល់ការយល់ដឹងរបស់ពួកគេនិង ជំនាញក្នុងការកំណត់ផ្លូវចិត្ត, ក្នុងការរៀបចំសម្រាប់ការបើកចំហពេញលេញ។ ចៀសវាងការប្រើពាក្យ "មេរោគអេដស៍" ឬ "ជំងឺអេដស៍" នៅមុខកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៦ ឆ្នាំ។
- **ខណៈពេលនៃការបើកចំហពេញលេញ គួរតែកើតមានឡើងនៅចន្លោះអាយុពី ៦ ឆ្នាំ-១២ ឆ្នាំ ។**
- **បើការបើកចំហ បានកើតឡើងបន្ទាប់ពីកុមារចាប់ផ្តើមចូល ភាពពេញវ័យ ជាធម្មតា ក្រោយអាយុ ១២ ឆ្នាំ** អាចបង្កឱ្យមានផលអវិជ្ជមាន ដូចជា ការលេបថ្នាំមិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ និងជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត។

២០.២ អ្នកណាដែលត្រូវបើកចំហ ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ?

- នរណាម្នាក់ដែលកុមារជឿទុកចិត្ត និងគោរព ត្រូវដឹកនាំដំណើរការនៃការបើកចំហ ជាធម្មតាគឺជាអ្នកថែទាំ។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា គួរតែគាំទ្រដល់អ្នកថែទាំនៅក្នុងដំណើរការនៃការបើកចំហ ដោយការផ្តល់គន្លឹះពាក់ព័ន្ធព័ត៌មាន ឆ្លើយសំណួរ ផ្តល់នូវការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និង/ឬ ការអនុវត្តការបើកចំហ តាមរយៈល្បែងដើរតួ។
- អ្នកថែទាំ អាចនឹងមានការស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់កុមារ ដែលក្នុងករណីនេះ ទាមទារឱ្យមានការយល់ព្រមពីអ្នកថែទាំ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ឬបុគ្គលិកថែទាំសុខភាព អាចជាអ្នកបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទៅដល់កុមារ ឬក្មេងជំទង់។ ជម្រើសថា អ្នកណាដែលគួរតែបើកចំហ ត្រូវតែគិតពីផលប្រយោជន៍សម្រាប់កុមារ ជាកត្តាចម្បង។

ដោយផ្អែកលើភស្តុតាងនៃសុខភាព និងការធ្វើផែនការជីវិត អត្ថប្រយោជន៍នឹងមានសម្រាប់កុមារដែលបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកថែទាំ និង មិនសូវមានគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នកថែទាំ អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យអ្នកថែទាំ គួរតែបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន ប្រាប់ដល់កូនគាត់ផងដែរ។

ប្រអប់ទី 17: អ្នកថែទាំ បើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដល់កូនរបស់គាត់

អ្នកថែទាំ បើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅផ្ទះ:

អ្នកថែទាំ គួរតែជាអ្នកដែលត្រូវបើកចំហពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ទៅកូន។ ប្រសិនបើ អ្នកថែទាំបានត្រៀមខ្លួនជាស្រេច និងមានភាពរឹងមាំ ដើម្បីបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រាប់ទៅកុមារនៅផ្ទះ ត្រូវជួយគាត់ ដោយពិភាក្សាពីព័ត៌មានដែលកុមារគួរដឹង អំពីជំងឺអេដស៍ និងការព្យាបាល។ ដូចគ្នានេះផងដែរ ត្រូវពន្យល់ពីប្រតិកម្មរបស់កុមារ ដូចជា ការទុក្ខព្រួយ ការខឹងសម្បារ និងរបៀបដោះស្រាយជាមួយពួកគេ ។ ការបើកចំហនៅផ្ទះ អាចត្រូវបានធ្វើឡើងជាធម្មតា នៅពេលមានឱកាស ឬអាចជាផ្លូវការបន្តិចបន្តួច ប្រសិនបើអ្នកថែទាំ ចូលចិត្តអង្គុយជាមួយកូន ពិភាក្សាដោយបើកចំហ។ បុគ្គលិកគ្លីនិក គួរពង្រឹងទំនុកចិត្តអ្នកថែទាំថា ពួកគេនឹងផ្តល់ការគាំទ្រ ប្រសិនបើចាំបាច់ នៅពេលនេះ ឬនៅពេលអនាគត បន្ទាប់ពីបានបើកចំហ នៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ។

អ្នកថែទាំ និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍រួមគ្នា

អ្នកថែទាំ ប្រហែលជាមិនមានអារម្មណ៍រឹងមាំគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយខ្លួន

ឯង។ ជាញឹកញាប់ ពួកគាត់ មិនសូវមានទំនុកចិត្ត និង ភ័យខ្លាចប្រតិកម្មដែលអាចកើតមានឡើងលើកុមារ។

ក្នុងករណីនេះ មានការប្រឈមដែលអ្នកថែទាំ មិនអាចផ្តល់ព័ត៌មាន និងការគាំទ្របានសមស្រប។ ក្នុងការអនុវត្ត ទាំងអ្នកថែទាំ និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា អាចបើកចំហពីរោគវិនិច្ឆ័យនៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដល់កុមារ និងអាចផ្តល់នូវការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងការពន្យល់ជាមូលដ្ឋាន ដើម្បីបញ្ជាក់កុមារឡើងវិញ (ដោយផ្អែកលើឧបករណ៍នៃការបើកចំហ) ឬ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាបានផ្តល់នូវឧបករណ៍ និងព័ត៌មានទាំងអស់ដែលគាត់មានដល់អ្នកថែទាំ ដែលមានបំណងក្នុងការបើកចំហ នៅពេលណាមួយដែលគាត់មានអារម្មណ៍ល្អ ។

វត្តមាននៃអ្នកថែទាំ បានបង្ហាញដល់កុមារ ថា គាត់នឹងបើកចំហឱ្យមានការពិភាក្សាលើប្រធានបទនេះ ។ វាមានប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកថែទាំ ដើម្បីរៀនសូត្រពីអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ដូច្នេះ ពួកគាត់ អាចបន្តការពិភាក្សានេះនៅពេលក្រោយអំពីការបើកចំហ ដូចគ្នានេះដែរ។

២០.៣ ការបើកចំហមិនពេញលេញ និងពេញលេញ អំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគ អេដស៍

- ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផ្នែកខ្លះ៖ សំដៅទៅលើការជូនដំណឹងកុមារអំពីជំងឺរបស់ពួកគាត់ដោយមិនប្រើពាក្យមេរោគរោគ ឬជំងឺអេដស៍ទេ។
- ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ពេញលេញ សំដៅទៅលើការប្រើពាក្យ មេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ និងរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មាន អំពីរបៀបឆ្លង និងការព្យាបាល។ ការបើកចំហពេញលេញ គួរធ្វើឡើងមុនពេលឈានចូលភាពពេញវ័យនៃក្មេងជំទង់។ ប្រសិនបើ មិនបានបើកចំហទេ វាគឺជាអាទិភាពក្នុងការបើកចំហសម្រាប់ក្មេងជំទង់ឱ្យបានឆាប់បំផុត តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

២០.៤ ការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកថែទាំ ដល់កុមារ

- កុមារដែលមានអាយុចូលសាលារៀន (ចាប់ពីអាយុ ៦ ឆ្នាំ) [23] គួរតែត្រូវបានប្រាប់ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកថែទាំ។
- ក្មេងតូចគួរតែត្រូវបានជូនដំណឹងបន្តិចម្តងៗ ស្របតាមការលូតលាស់ជំនាញនៃការយល់ដឹង និង ភាពចាស់ទុំនៃអារម្មណ៍របស់កុមារ។
- កុមារអាចទាមទារឱ្យមានការជានា អំពីសុខភាពរបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកថែទាំ និងត្រូវដោះស្រាយពីការភ័យខ្លាច និងការព្រួយបារម្ភ។

វាជាការសំខាន់ក្នុងការយល់ដឹង អំពីផលអវិជ្ជមានដែលអាចកើតមានក្រោយពីការបើកចំហ ចំពោះកុមារ/ក្មេងជំទង់ និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលបង្កឡើងដោយសារការរើសអើង និងមាក់ងាយ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាគួរតែជួយគាំទ្រដល់ក្រុមគ្រួសារ តាមរយៈកិច្ចសហការជាមួយសហគមន៍មូលដ្ឋានរបស់ពួកគាត់ (ឧ.សាលារៀន ស្ថានប័នសាសនា ឬ អង្គការថែទាំជំងឺអេដស៍តាមផ្ទះ) ដើម្បីផ្តល់ការអប់រំអំពីមេរោគអេដស៍

[23] ក្នុងឯកសារនេះ កុមារមានអាយុចូលសាលារៀន គឺកុមារដែលមានជំនាញនៃការយល់ដឹង និងភាពចាស់ទុំផ្នែកអារម្មណ៍ ជាធម្មតាមានអាយុ ៦-១២ ឆ្នាំ តាមគោលការណ៍អង្គការសុខភាពសុខភាពពិភពលោកស្តីពី មេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់ប្រឹក្សាបើកចំហការពិត សម្រាប់កុមារអាយុរហូតដល់ ១២ឆ្នាំ

និង ព្យាយាមកាត់បន្ថយការមាក់ងាយ ពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងមេរោគអេដស៍។

ប្រអប់ទី 18: អ្វីដែលត្រូវនិយាយជាមួយកុមារ/ក្មេងជំទង់នៅពេលបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍

កុមារមុនអាយុចូលសាលារៀន

- អ្នកត្រូវជួប គិលានុបដ្ឋាក-យិកា គាត់អាចពិនិត្យមើលឈាមរបស់អ្នក។
- គិលានុបដ្ឋាក-យិកានេះ នឹងបូមឈាមរបស់អ្នក ដើម្បីដឹងថា អ្នកនៅតែមានសុខភាពល្អ។
- អ្នកត្រូវលេបថ្នាំ ព្រោះវាមានមេរោគនៅក្នុងឈាមរបស់អ្នក ដែលអាចធ្វើឱ្យអ្នកឈឺ។

កុមាររៀនកម្រិតបឋមសិក្សា

- ការទៅជួបគ្រូពេទ្យ នឹងជួយអ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អ។
- អ្នកមានមេរោគនៅក្នុងឈាមរបស់អ្នក គេហៅថា មេរោគអេដស៍។
- មេរោគអេដស៍វាយប្រហារទាហានក្នុងរាងកាយរបស់អ្នក ដែលជាមូលហេតុនាំឱ្យអ្នកឈឺម្តងម្កាល
- អ្នកនិងខ្ញុំមានមេរោគអេដស៍ក្នុងរាងកាយរបស់យើង (ឪពុកម្តាយបានប្រាប់ទៅកូនគាត់) អ្នកត្រូវតែលេបថ្នាំ ដើម្បីឱ្យទាហានការពាររាងកាយយើងអាចធ្វើការបាន ហើយអ្នកនឹងមិនឈឺធ្ងន់ធ្ងរទេ។
- អ្នក (និងខ្ញុំ) ត្រូវលេបថ្នាំ ដើម្បីថែរក្សាសុខភាពយើងឱ្យខ្លាំងឡើង។
- អ្នកមិនចម្លងជំងឺនេះទៅអ្នកដទៃ ដោយការលេងជាមួយពួកគេ ការប៉ះពាល់ ឬការឱប ការបរិភោគរួមគ្នា ឬដោយការប្រើប្រាស់បង្គន់រួមគ្នា។ ការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺគ្មានអ្វីដែលត្រូវខ្មាស់អៀននោះទេ ប៉ុន្តែ ជួនកាល វាគឺជារឿងឯកជន។ អ្នកមិនចាំបាច់និយាយប្រាប់ទៅអ្នកដទៃ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ប្រាប់ ។
- ប្រហែលជាយើងគួរតែរក្សាបញ្ហានេះ នៅតែក្នុង ក្រុមគ្រួសារយើង ចាប់ពីពេលឥឡូវនេះតទៅ?

ក្មេងជំទង់

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ មេរោគអេដស៍ បានចូលទៅក្នុងឈាមរបស់អ្នក និងអាចធ្វើឱ្យអ្នកឈឺ។
- ការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មិនមែនមានន័យថា អ្នកនឹងឈឺគ្រប់ពេលវេលានោះទេ។
- អ្នកអាចគ្រប់គ្រងមេរោគអេដស៍បាន ដោយការលេបថ្នាំរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ថ្ងៃ។ ប៉ុន្តែ វាមិនមានវិធីណាមួយដែលអាចឱ្យអ្នកអាចកម្ចាត់មេរោគអេដស៍ បានទាំងស្រុងនោះទេ។
- ដោយដឹងថា អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការទទួលខុសត្រូវពិសេស ដើម្បីថែរក្សាសុខភាពអ្នកមួយកម្រិតទៀត និងមិនចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃ។
- ទោះបីជាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើអ្នកលេបថ្នាំ តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់គ្រូពេទ្យ អ្នកអាចរស់បានយូរអង្វែង មានទំនាក់ទំនងស្នេហា រៀបការ និងមានកូន។
- ប្រសិនបើ អ្នកមានទំនាក់ទំនងស្នេហា និងចង់រួមភេទ វាជាការសំខាន់ណាស់សម្រាប់អ្នក ក្នុងការការពារដៃគូរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ តាមមធ្យោបាយជាច្រើន។ វាជាការលំបាកខ្លាំងណាស់ តែវាសំខាន់ ក្នុងការពិភាក្សាអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នក។ យើងនឹងជួយអ្នក ឱ្យត្រៀមខ្លួនសម្រាប់ការពិភាក្សានេះ។ អ្នកនិងដៃគូរបស់អ្នក ត្រូវប្រើស្រោមអនាម័យ

ជានិច្ចរាល់ពេលរួមភេទ។

- អ្នកអាចមានទំនាក់ទំនងស្នេហាយូរអង្វែង រៀបការ និងមានកូន ទោះបីជាអ្នកនឹងត្រូវប្រកាន់យកនូវវិធានការបង្ការជាសកល ពិសេស ដោយមិនចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូ ឬកូនរបស់អ្នក។ ការងារជាច្រើនដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ដើម្បីបន្ថយឱកាសក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូ។ យើងអាច និយាយបន្ថែមទៀតអំពីបញ្ហានេះ នៅពេលណាដែលអ្នកចូលចិត្ត។

២០.៥ គន្លឹះនៃការទំនាក់ទំនងក្នុងការបើកចំហ

- ស្វែងយល់ថា តើកុមារយល់ដឹងអំពីស្ថានភាពជំងឺរបស់គាត់ដល់កម្រិតណា? ហើយគាត់ចង់ដឹងពីអ្វីខ្លះទៀត?
- កុមារត្រូវដឹងថា គាត់ត្រូវបានទទួលការស្រឡាញ់ និងការថែទាំចិញ្ចឹមជីវិត
- ធានាថា ស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគរបស់គាត់ ឬ របស់ឪពុកម្តាយគាត់ គឺមិនមែនជាការផ្តន្ទាទោស ឬការប្រព្រឹត្តិកំហុសអ្វីមួយនោះទេ
- អប់រំពួកគេ អំពី របៀបចម្លងនៃមេរោគអេដស៍
- ការបើកចំហ ត្រូវធ្វើឡើងស្របតាមអាយុកុមារ ប្រើភាសាស្របតាមអាយុកុមារ និងកម្រិតនៃការសិក្សារៀនសូត្រ និងការត្រៀមផ្លូវអារម្មណ៍
- ត្រូវមានភាពស្មោះត្រង់ ប្រសិនបើ អ្នកមិនដឹងចម្លើយសម្រាប់ឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួររបស់កុមារ គួរនិយាយថា មិនដឹង។
- ត្រូវឆ្លើយតប ទៅនឹងព័ត៌មាន ដែលគាត់ចង់ដឹង
- គិតចម្លើយទុកជាមុន សម្រាប់ឆ្លើយតបទៅកុមារ តាមដែលអាចធ្វើបាន និងរៀបចំផែនការសម្រាប់អនាគត
- គិតទុកជាមុនពីផលប៉ះពាល់នៃការបើកចំហ នៅលើសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត មិត្តភក្តិ សាលារៀន និងសហគមន៍ និងរៀបចំផែនការសម្រាប់ដោះស្រាយលើផលប៉ះពាល់នេះ
- តាមដានការប្រព្រឹត្តរបស់កុមារ បន្ទាប់ពីការបើកចំហ(ការគេង បញ្ហាសិក្សារៀនសូត្រ និងការដកខ្លួនចេញ)។ ការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត អាចបង្ហាញពីតម្រូវការក្នុងការគាំទ្រ និងការធ្វើអន្តរាគមន៍។
- ចូរសំដែងការគោរពពីអារម្មណ៍ ការឆ្លើយតប និងទទួលយកតម្រូវការរបស់កុមារ។

២០.៦ ដំណើរការនៃការបើកចំហ

ការបើកចំហ មិនគួរត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ជាព្រឹត្តិការណ៍ដែលកើតឡើងតែម្តងនោះទេ ប៉ុន្តែវាជាដំណើរការមួយដែលតម្រូវឱ្យប្រព្រឹត្តិទៅជាច្រើនវគ្គ។

២០.៦.១ មុនពេលបើកចំហ

- មន្ត្រីសុខាភិបាល ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីគាំទ្រដល់ការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកថែទាំ "ថាត្រូវបើកចំហអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយពួកគេត្រូវគោរពតាមការកំណត់ពេលវេលារបស់ក្រុមគ្រួសារអ្នកជំងឺ។ ពួកគេមិនត្រូវប្រញាប់ប្រញាល់ នៅក្នុងដំណើរការនៃការបើកចំហនោះទេ ប៉ុន្តែ

ជំនួសដោយការក្រើនរម្លឹក និង រំញោចអារម្មណ៍ក្រុមគ្រួសារអ្នកជំងឺ និងពីតម្រូវការ ដោយសារពួកគេចូលរួមក្នុងដំណើរការនៃការបើកចំហនេះ។

- មន្ត្រីសុខាភិបាល ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ត្រូវគោរពហេតុផលរបស់អ្នកថែទាំ ដែលមានការភ័យខ្លាច និងបដិសេធដំណើរការបើកចំហនេះ។
- ក្រុមគ្រួសារ នឹងទទួលបានការពន្យល់យ៉ាងលម្អិត អំពីគំរូនៃការបើកចំហ មុនពេលចាប់ផ្តើមបើកចំហ។
- ក្នុងអំឡុងវគ្គអប់រំ អ្នកអប់រំត្រូវរៀបចំសមាជិកគ្រួសារ ដើម្បីឆ្លើយតបសំណួរដែលមានការខ្មាស់អៀន ឬការឈឺចាប់ថា កុមារទំនងជានឹងលើកសំណួរឡើង (ឧទាហរណ៍ អំពីការអនុវត្តផ្លូវភេទ ឬ ប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន)។
- ក្រុមមន្ត្រីសុខាភិបាល ជួយអ្នកថែទាំ ក្នុងការបង្ហាញការសម្ងាត់គ្រួសារ ជាបឋម ដូចជា ការយកកូនមកចិញ្ចឹម។
- ប្រសិនបើ អ្នកថែទាំ មានការស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការបើកចំហ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាត្រូវសិក្សា ពីហេតុផលនៃភាពស្ទាក់ស្ទើរនេះ និងជួយរកដំណោះស្រាយបញ្ហា។ ពេលវេលាសម្រាប់ការបើកចំហ អាស្រ័យលើកុមារ និងតាមស្ថានភាព។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា អាចនឹងត្រូវចេះអត់ធ្មត់ក្នុងការដោះស្រាយ បញ្ហាជាមួយ គ្រួសារអ្នកជំងឺ។

២១.៦.២ អំឡុងពេលនៃការបើកចំហ

- បុគ្គលិកសុខាភិបាល ត្រូវពិចារណាពីដំណាក់កាលនៃមេរោគអេដស៍ និងពីស្ថានភាពជំងឺរបស់កុមារ ដោយសារតែការភ័យខ្លាច ការឈឺចាប់ និងភាពអស់កម្លាំង ដែលត្រូវសម្រុះសម្រួល បន្ថែមកម្រិតថាមពលផ្លូវចិត្តរបស់កុមារ និងក្រុមគ្រួសារក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបើកចំហនេះ។ ពួកគាត់ត្រូវចៀសវាងការបើកចំហក្នុងអំឡុងពេលមានវិបត្តិសុខភាព ឬពេលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។
- ត្រូវសង្កត់ធ្ងន់ពីការរក្សាសម្ងាត់ មន្ត្រីសុខាភិបាលចូលរួមជាមួយអ្នកជំងឺក្នុង " ភាពជាដៃគូ " ដោយផ្អែកលើទំនុកចិត្ត និងការជឿទុកចិត្តគ្នា។
- ក្នុងអំឡុងដំណើរការនៃការបើកចំហ មន្ត្រីសុខាភិបាលធានាថា កុមារហាក់ដូចជា ចង់ដឹងចង់ឃើញ និងមានការត្រៀមខ្លួនជាស្រេច ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីស្ថានភាពជំងឺរបស់គាត់។

២០.៦.៣ ក្រោយពីការបើកចំហ

- ការបើកចំហ ជាដំណើរការជាបន្តបន្ទាប់។ វាអាចមានសំណួរជាច្រើន និងវគ្គអប់រំជាច្រើនដែលត្រូវរៀបចំកាលវិភាគ សម្រាប់គាំទ្រដល់ក្រុមគ្រួសារ និងកុមារ ដើម្បីធានាឱ្យបានថា មានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ឆ្លើយតបនឹងសំណួរ ឬការព្រួយបារម្ភរបស់កុមារដែលត្រូវដោះស្រាយ។

ជំពូកទី ២១៖ការថែទាំក្មេងជំទង់ និងការត្រៀមរៀបចំក្នុងការផ្ទេរ ទៅទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ដោយជោគជ័យ

វ័យជំទង់ ត្រូវបានកំណត់ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក គឺជាពេលវេលាដែលស្ថិតក្នុងចន្លោះអាយុ ពី ១០ ទៅ១៩ឆ្នាំ។ អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល ដែលធ្វើការជាមួយក្មេងជំទង់ គួរតែមានការយល់ដឹងពីដំណាក់កាលរាងកាយពេញវ័យរបស់ក្មេងជំទង់ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី ១២ Sexual maturity rating (Tanner Staging Index) សម្រាប់ក្មេងជំទង់ នៅទំព័រទី ២៥២)។ ពេលកុមារឈានចូលវ័យជំទង់ តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរ ហើយគ្រូពេទ្យ ត្រូវតែរៀបចំឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេ ឬត្រូវដឹងពីសេវាបញ្ជូនដែលពួកគេអាចត្រូវការ (ឧ. សេវាពន្យារកំណើត ឬសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺកាមរោគ)។ ក្មេងជំទង់ គឺជាទូទៅ ជាវ័យមួយមានភាពច្របូកច្របល់ ជាពេលវេលាមួយដែលកុមារចាប់ផ្តើមបង្កើតភាពម្ចាស់ការ និងការផ្លាស់ប្តូរទៅភាពជាមនុស្សពេញវ័យ។ ក្មេងជំទង់ អាចក្លាយទៅជាក្មេងមិនស្តាប់បង្គាប់ ចរិតរឹងរូស និងប្រកាន់យកការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ ជាទូទៅ មានកម្រិតខ្ពស់បំផុតនៅក្នុងវ័យនេះ។ បញ្ហានេះអាចនឹងមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរឡើងក្នុងចំណោមយុវជន ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដោយ សារតែការមាក់ងាយពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺនេះ។ ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ អាចនឹងកាន់តែអាក្រក់ឡើង ហើយដាក់ពួកគេនៅក្នុងហានិភ័យនៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ ក្មេងជំទង់អាចមានប្រតិកម្ម ផ្សេងៗគ្នាក្នុងអំឡុងវ័យនេះ ហេតុដូច្នេះហើយតម្រូវឱ្យមានការគាំទ្រដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រផ្សេងៗគ្នា។ ការគំរាមកំហែងនៃការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដែលនាំឱ្យបរាជ័យនៃការព្យាបាល និង ក្មេងជំទង់ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ មានចំនួនកើនឡើង ទាំងកុមារដែលបានឆ្លងពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក៏ដូចជា ក្មេងជំទង់ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ ក្លាយជាបញ្ហាប្រឈមនៃសុខភាពសាធារណៈយូរអង្វែង។ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាប្រឈមនេះ តម្រូវឱ្យមានការយល់ដឹងកាន់តែស៊ីជម្រៅអំពីដំណើរការ និងការវិវត្តន៍កត្តាគ្រោះថ្នាក់ដែលមានសក្តានុពលលើការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ក្នុងចំណោមក្មេងជំទង់។ បើអាចធ្វើបាន ការថែទាំព្យាបាលលើក្មេងជំទង់ គួរតែមានសមាសធាតុនៃសេវាដែលយុវវ័យចូលចិត្ត រួមមានភាពបត់បែននៃពេលម៉ោងធ្វើការ និង គ្លីនិកសម្រាប់តែក្មេងជំទង់ ក្រុមមិត្តគាំទ្រមិត្តការគាំទ្រមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ សម្ភារៈអប់រំ និងការប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទដៃផ្ញើសារសម្រាប់ ផ្តល់ការគាំទ្រ។ សូមមើល ឧបសម្ព័ន្ធទី១៣ ឧបករណ៍វាយតម្លៃសុខមាលភាពកុមារ ទំព័រទី ២៥៤ ដែលរៀបរាប់ពីបញ្ជីនៃសមាសភាគនៃការផ្តល់សេវាដែលយុវវ័យចូលចិត្ត ដែលអាចធ្វើទៅបាន យ៉ាងហោចណាស់សមាសភាគមួយចំនួននៃការផ្តល់សេវាដែលយុវវ័យចូលចិត្ត គួរតែត្រូវបានផ្តល់ជូន។

ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត គួរតែផ្តល់ជូនតាមតម្រូវការរបស់ក្រុមយុវវ័យ ៖

- នៅពេលដែលកុមារឈានចូលវ័យជំទង់ **កុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅជុំវិញពេលសម្រាលពីម្តាយជាច្រើននាក់** មានការប្រឈមនឹងការមាក់ងាយ ដោយសារកើតជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ រួមបញ្ចូលទាំង ការលូតលាស់ធំធាត់មិនបានល្អ និងការរៀនសូត្រចុះខ្សោយ បណ្តាលមកពីអវត្តមានញឹកញាប់ពេក។ ពួកគេ អាចជាក្មេងកំព្រា ឬ រស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមានឪពុក ឬ ម្តាយមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬ អ្នកថែទាំដែលមិនបង្ហាញការទឹកចិត្តល្អ ចំពោះស្ថានភាព

ជំងឺរបស់ពួកគេ។ ពួកគេអាចនឹងមានភាពពេញវ័យ យឺតយ៉ាវដែលនាំឱ្យខ្វះទំនុកចិត្តលើខ្លួនឯង (poor self-esteem)។

- **ក្មេងជំទង់ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខ** មានតម្រូវការខុសគ្នា ពួកគេអាចមកពីក្រុមប្រជាជនមុខខ្ពស់ ឧ. ក្រុមបុរសស្រឡាញ់បុរស ក្រុមបំលែងភេទ ក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង/ឬ អ្នកបំរើសេវាកំសាន្ត។ ជាទូទៅ ក្រុមនេះ គឺជាក្រុមងាយមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយទំនងជាមានបញ្ហាប្រឈម ក្នុងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់។ ពួកគេមានតម្រូវការសេវាផែនការគ្រួសារ និងសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។

សេវាថៃទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់កុមារនៅកម្ពុជា រហូតដល់អាយុ ១៥ឆ្នាំ ហើយក្រោយមកក្មេងជំទង់នឹងត្រូវផ្ទេរទៅទទួលសេវាថៃទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ ត្រូវរៀបចំផែនការក្នុងការផ្ទេរ និងតាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ក្នុងការផ្ទេរពីសេវាថៃទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅសេវាថៃទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ដោយមានគោលបំណងគាំទ្រយុវវ័យ រួមមាន៖

- ត្រូវប្រកាន់ខ្ជាប់ក្នុងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ
- ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូរួមភេទ និងប្រកាន់យកវិធានការកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍បន្ថែម និងបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃ។
- ទទួលបានការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត ៖
    - ការកំណត់រក និងដោះស្រាយវិបត្តិ (ឧ. មានបំណងចង់ធ្វើអត្តឃាត គ្មានផ្ទះសម្បែង)
    - សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ និងលើកកម្ពស់ការប្រព្រឹត្តការរួមភេទប្រកបដោយសុវត្ថិភាព
    - ផ្តល់លទ្ធភាពក្នុងការទទួលបានផលប្រយោជន៍ សិទ្ធិ និងសេវាកម្មផ្សេងៗ
    - ផ្តល់ការគាំទ្រយុវវ័យ ក្នុងការថៃទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯង និង ការលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិត
    - ការកំណត់រក និងការព្យាបាលជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ឧ. ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន)
    - ការលើកកម្ពស់ជំនាញក្នុងការរស់នៅដោយឯករាជ្យ និងការឈានទៅភាពពេញវ័យ។
- ទទួលបានការផ្តល់សេវាដែលត្រូវការទាំងអស់ នៅក្នុងការរួមបញ្ចូល/ផ្សាភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងគ្នា ប្រកបដោយគុណភាព ដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានជំនាញ។
- ការផ្ទេរទៅសេវាថៃទាំព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យដោយជោគជ័យដែលនៅទីនោះ ពួកគេនឹងទទួលបានសេវាដែលមានគុណភាព ពីមន្ត្រីសុខាភិបាល។

២១.១ ការគាំទ្រក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ប្រសិនបើ ក្មេងជំទង់មិនទាន់ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេនោះ វាជាការសំខាន់ណាស់ក្នុងការបើកចំហ (សូមអានផ្នែកខាងលើ)។ ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍សម្រាប់កុមារ គួរតែធ្វើឡើងមុនផ្ទេរទៅទទួលសេវាថៃទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ ការផ្តល់ប្រឹក្សាក្មេងជំទង់ រួមមាន៖ ការអប់រំផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជ ការគាំទ្រក្នុងការទំនាក់ទំនងមនោសញ្ចេតនាស្នេហា ព្រមទាំងការបើកចំហទៅដៃគូនិងមនុស្សសំខាន់។ ការផ្តល់ប្រឹក្សាជាក្រុម គួរត្រូវបានអនុវត្តដើម្បីជួយក្មេងជំទង់ទាំងនេះ ឱ្យមានការជឿជាក់លើខ្លួនឯងឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង។ ដោយផ្តល់កន្លែងជួបជុំគ្នា នៅក្នុងគ្លីនិក និង អញ្ជើញអ្នកដែលមានជំនាញ

មន្ត្រីសុខាភិបាល ឱ្យជួយសម្រួលដំណើរការនេះ និងជំរុញការបង្កើតវេទិកាមួយដែលក្មេងជំទង់បានជួបជុំគ្នា និងតាមរយៈដំណើរការនេះ ពួកគេអាចធ្វើការអភិវឌ្ឍន៍ជំនាញមួយចំនួន។

២១.២ ការផ្ទេរពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ

និយមន័យនៃការផ្ទេរ

ដំណើរការនៃការផ្ទេរ គឺកើតឡើងនៅពេលដែលក្មេងជំទង់ម្នាក់ ត្រូវបានបញ្ជូនចេញពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យវិញ ។

២១.២.១ ការប្រឈម និង ឧបសគ្គទៅកាន់ការផ្ទេរដោយជោគជ័យ

អ្នកជំងឺវ័យក្មេងជាច្រើន ធ្លាប់មានការព្រួយបារម្ភ និងការថប់បារម្ភ អំពីការផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ និងជាពេលវេលាមួយដ៏លំបាកក្នុងការសម្របសម្រួលទៅនឹងការកើនឡើងនូវការទទួលខុសត្រូវ និងក្ដីរំពឹងទុក។ បញ្ហាជាក់លាក់លើយុវវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចធ្វើឱ្យមានការលំបាកខ្លាំងក្នុងការផ្ទេរក្នុងចំណោមប្រជាជនក្រុមនេះ បើធៀបនឹងក្មេងជំទង់ដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃផ្សេងទៀត ។

២១.២.២ ការត្រៀមខ្លួននៃការផ្ទេរក្មេងជំទង់

អ្នកផ្ដល់សេវាថែទាំក្មេងជំទង់ គួរតែត្រូវត្រៀមខ្លួនដូចខាងក្រោម៖

- រៀបចំផែនការផ្ទេរក្មេងជំទង់
- ធានាថា យុវវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ យល់ដឹងពីជំងឺរ៉ាំរ៉ៃរបស់ពួកគេ និងការគ្រប់គ្រងជំងឺនេះ។
- វាយតម្លៃអ្នកជំងឺជាលក្ខណៈបុគ្គល សម្រាប់ការអភិវឌ្ឍជំនាញគ្រប់គ្រាន់ និងការយល់ដឹងក្នុងការផ្ទេរដោយជោគជ័យ សូមអាន ឧបសម្ព័ន្ធទី១៣ ឧបករណ៍វាយតម្លៃសុខមាលភាពកុមារ ទំព័រទី ២៥៤។

A. *ការរៀបចំផែនការផ្ទេរ*

- អ្នកផ្ដល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរសហការជាមួយអ្នកជំងឺ និង/ឬ ក្រុមគ្រួសារ (បើអាចធ្វើបាន) ដើម្បីរៀបចំផែនការផ្ទេរ។
- ចំពោះក្មេងជំទង់ដែលមិនទាន់ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ ការបើកចំហគួរតែជាគោលដៅចម្បងនៃផែនការផ្ទេរនេះ។
- ផ្នែកមួយនៃផែនការផ្ទេរ គឺត្រូវរៀបចំការផ្ទេរ ដោយអនុញ្ញាតឱ្យមានការជួបគ្នា រវាងអ្នកជំងឺ និងអ្នកផ្ដល់សេវានៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យ ឱ្យបានមុនពេលការណាត់ជួបចុងក្រោយជាមួយអ្នកផ្ដល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ។

B. *ការអប់រំ និងបណ្តុះបណ្តាលពីជំនាញដល់ក្មេងជំទង់*

- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរផ្តល់ការអប់រំគាំទ្រដល់អ្នកជំងឺ ពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកជំងឺចង់ដឹងពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ និងវាយតម្លៃពីការរីកចម្រើន និងការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់ការផ្ទេរ។
- ក្មេងជំទង់គួរតែរៀបចំខ្លួន មុនពេលផ្ទេរ ដូចខាងក្រោម៖
  - ដឹងថានៅពេលណាត្រូវស្វែងរកសេវាថែទាំព្យាបាលរោគសញ្ញា ឬ ករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់
  - កំណត់ពីរោគសញ្ញា និងរៀបរាប់អំពីរោគសញ្ញាទាំងនោះ
  - រៀបចំការណាត់ជួប ការលុបចោលការណាត់ជួប និង ការរៀបចំកម្មវិធីណាត់ជួប
  - ត្រូវទៅជួបគ្រូពេទ្យតាមការណាត់ជួប ឱ្យទាន់ពេលវេលា
  - ត្រូវទូរស័ព្ទទៅណាត់មុន ក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់
  - ត្រូវប្រាកដថា មានឱសថគ្រប់គ្រាន់នៅផ្ទះ មុនពេលអស់ឱសថលេប មុនកាលបរិច្ឆេទការណាត់ជួបបន្ទាប់
  - ការយល់ដឹងអំពីសារៈសំខាន់នៃការថែទាំសុខភាព និង ការតាមដាន។

C. ការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ

ប្រសិនជាអាចធ្វើទៅបាន ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរជួយក្មេងជំទង់ក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ដែលមានបុគ្គលិកលក្ខណៈប្រហាក់ប្រហែលគ្នា។ ក្មេងជំទង់ខ្លះអាចមានអារម្មណ៍ថា ទីតាំងសេវាគឺជាកត្តាសំខាន់បំផុត ដោយសារតែពេលវេលា និងការធ្វើដំណើរមានរយៈពេលកំណត់។

D. ការរៀបចំក្នុងការផ្ទេរអ្នកជំងឺទៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំមនុស្សពេញវ័យ ត្រូវតែ ៖

- ជួបជាមួយអ្នកជំងឺដោយមាន ឬ គ្មានសមាជិកគ្រួសារ មុនពេលផ្ទេរមកទទួលសេវាថែទាំនិង ព្យាបាល។
- ចាត់តាំងបុគ្គលិកគ្លីនិកម្នាក់ ជាអ្នកសម្របសម្រួល និងផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ទំនាក់ទំនង រួមទាំង ម៉ោងពេលដែលអាចទំនាក់ទំនងបាន
- រៀបចំផែនការតម្រង់ទិស ដើម្បីដឹងថា អ្នកជំងឺដែលទើបផ្ទេរមកថ្មីមកទទួលសេវានៅក្នុងបរិស្ថានគ្លីនិកថ្មី

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ឬ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ស្ម័គ្រចិត្ត គួរតែមានផែនការមួយនៅកន្លែង ក្នុងការជួយក្មេងជំទង់ដែលទើបតែផ្ទេរមកថ្មី ត្រូវធ្វើការសម្របសម្រួលក្នុងការទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ ក្តីរំពឹងទុកនៃគ្លីនិក និង/ឬ អ្នកផ្តល់សេវា ជូនអ្នកជំងឺដែលទើបតែផ្ទេរមកថ្មី គួរត្រូវបានពន្យល់ក្នុងអំឡុងពេល ឬ មុនពេលការពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង។ គោលនយោបាយសម្រាប់ការមកដល់យឺតយ៉ាវ និង ការដើរចូលមកទទួលសេវា គួរតែត្រូវបានពន្យល់យ៉ាងច្បាស់លាស់ ដល់ក្មេងជំទង់។

D1. ពេលណាដែលត្រូវផ្ទេរ

ផែនការនៃការផ្ទេរ ត្រូវអនុវត្តន៍នៅពេលដែលអ្នកជំងឺ៖

- បង្ហាញការយល់ដឹងអំពីជំងឺរបស់គាត់ និង ការគ្រប់គ្រងជំងឺ
- បង្ហាញសមត្ថភាពក្នុងការរៀបចំ និងការរក្សាការណាត់ជួប
- ដឹងថា ពេលណាដែលត្រូវស្វែងរកការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់រោគសញ្ញា ឬ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់។

នៅពេលណាដែលអាចធ្វើទៅបាន ការផ្ទេរអ្នកជំងឺ គួរត្រូវបានអនុវត្តនៅពេលដែលស្ថានភាពជំងឺមានលំនឹង

ភាគច្រើននៃក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានផ្ទេរទៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ នៅចន្លោះអាយុពី ១៥ និង២០ឆ្នាំ ។ ក្មេងជំទង់ដែលបង្ហាញពីភាពម្ចាស់ការ ក្នុងការសម្រេចចិត្ត និងបង្ហាញពីការទទួលខុសត្រូវ ក្នុងការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន ត្រៀមខ្លួនរួចជាស្រេចក្នុងការផ្ទេរ។ គោលដៅ និង បញ្ហាប្រឈមនៃការផ្ទេរ ព្រមទាំងការគាំទ្រដែលត្រូវការជាចាំបាច់ក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការនេះ គួរតែត្រូវបានដោះស្រាយជូនអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ ។

D2. ការទំនាក់ទំនង រវាងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ

ការទំនាក់ទំនងដោយផ្ទាល់ រវាងអ្នកផ្តល់សេវា គឺមានសារៈសំខាន់។ នៅពេលដែលក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ជូនដំណឹងអំពីការផ្ទេរ ដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យនោះ គឺបានអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជំងឺដែលត្រូវផ្ទេរមានការរំពឹងទុកដ៏ពិតប្រាកដ និងជួយក្នុងការរៀបចំអ្នកជំងឺ អំពីជំនាញចាំបាច់មួយចំនួនក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។

D3. តួនាទីអ្នកសម្របសម្រួល

សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ត្រូវចាត់តាំងអ្នកផ្តល់សេវាមួយរូប ដែលជា សមាជិកនៃក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដូចជា អ្នកស្ម័គ្រចិត្តរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត mmm អង្គការ AUA អ្នកធ្វើការងារសង្គម អង្គការ MAGNA អង្គការ CPN+ ក្នុងជួយតាមដានលើការអនុវត្តផែនការផ្ទេរ និង ជាមនុស្សម្នាក់ដែលអ្នកជំងឺអាចទាក់ទងសាកសួរសំណួរ ឬការព្រួយបារម្ភផ្សេងៗ។ អ្នកសម្របសម្រួល អាចជួយណែនាំអ្នកជំងឺទៅទទួល សេវាថែទាំនិងព្យាបាលសមស្រប និងជូនដំណឹងអ្នក ផ្តល់សេវាផងដែរ ប្រសិនបើមានការព្រួយបារម្ភណាដែលពាក់ព័ន្ធ។ នៅក្នុងកម្មវិធីមួយចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលទើបតែមានផ្ទេរមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ដោយជោគជ័យ ធ្វើការជាមួយអ្នកជំងឺដើម្បីតាមដានការរីកចំរើននៃផែនការផ្ទេរ របស់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗ។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ម្នាក់នោះ ជូនអ្នកជំងឺទៅជួបជាមួយគ្រូពេទ្យព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យតាមការណាត់ជួបលើកដំបូង ហើយបន្ទាប់មក ត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រ ខណៈពេលដែលអ្នកជំងឺបង្កើនភាពម្ចាស់ការ និងកសាងទំនុកចិត្តលើខ្លួនឯងមកជួបគ្រូពេទ្យតាមកម្មវិធីណាត់ជួបលើកក្រោយ។

E. ការវាយតម្លៃមុនពេលផ្ទេរ

E1. ការវាយតម្លៃមុនពេលផ្ទេរ

ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរតែបង្កើតផែនការ ដើម្បីសម្រេចបានជាបន្តបន្ទាប់នូវ ៖

- វាយតម្លៃ តើអ្នកជំងឺបានយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងថែទាំសុខភាពខ្លួនគាត់បានសមស្របហើយ ឬនៅ?
- វាយតម្លៃពីឧបសគ្គដែលអ្នកជំងឺកំពុងប្រឈម តើគាត់ត្រូវការការគាំទ្រអ្វីខ្លះ? ហើយអ្នកណានឹងផ្តល់ការគាំទ្រនេះ?

E2. បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់នៃការផ្ទេរដោយជោគជ័យ

- អ្នកជំងឺបានទទួលយកស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន
- អ្នកជំងឺបានរៀនសូត្រ ពីវិធីសាស្ត្រក្នុងការចរចារដើម្បីណាត់ជួបគ្រូពេទ្យ និងទទួលបានការណែនាំនៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ
- អ្នកជំងឺ មានការទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការព្យាបាលរបស់គាត់ និង ចូលរួមក្នុងការសម្រេចចិត្ត
- តម្រូវការក្នុងការគាំទ្រការផ្លូវចិត្ត និងសង្គម ក្រោយពីការផ្ទេរ
- ដឹងថា អ្នកណាដែលត្រូវទូរស័ព្ទទៅ ក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងដឹងថាអ្នកជំងឺនឹងយកព័ត៌មាននេះទៅជាមួយ
- ហ៊ាននិយាយ និងហ៊ានសួរគ្រូពេទ្យព្យាបាល ឬគិលានុបដ្ឋាក-យិកាដែលជាអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ប្រសិនបើ ពួកគេមិនយល់ចម្លើយ សូមឱ្យសួរម្តងទៀត
- ត្រូវប្រាកដថា យល់ដឹងពីថ្នាំដែលត្រូវលេប។ តើថ្នាំនោះឈ្មោះអ្វី? ត្រូវលេប នៅពេលណា?

F. ការវាយតម្លៃក្រោយពេលផ្ទេរ

បន្ទាប់ពី ការផ្ទេរទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ អ្នកជំងឺអាចនឹងនៅតែបន្តទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាថែទាំនិងព្យាបាលកុមារ ដែលអាចជួយពង្រឹងការផ្ទេរឱ្យទទួលបានជោគជ័យ ឬអាចបង្កើតជាបញ្ហាប្រឈម ក្នុងការរក្សាការមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ជាប់ជានិច្ច។ ការទំនាក់ទំនង រវាងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ និងមនុស្សពេញវ័យ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងដំណើរការផ្ទេរឱ្យបានជោគជ័យ។

ទាំងអ្នកជំងឺ និងអ្នកថែទាំកុមារ អាចចង់ទៅ "ពិនិត្យមើល" ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ខណៈពេលដែលក្មេងជំទង់ចាប់ផ្តើមផ្ទេរ។ វាជាដំណើរការធម្មតា និងអាចជួយបន្ថយអត្រាបោះបង់ជំងឺ។ អ្នកជំងឺដែលរង់ចាំការផ្ទេរ អាចបន្តការពឹងផ្អែកលើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារក្នុងការជួយគាំទ្រផ្លូវចិត្ត។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរពន្យារពេលការសម្រេចចិត្តក្នុងការគ្រប់គ្រងការព្យាបាល នៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ហើយគួរតែប្រុងប្រយ័ត្នចំពោះហានិភ័យនៃការរាំងស្ទះដល់អ្នកជំងឺ ចាប់ពីការបង្កើតចំណងមិត្តភាព ដែលទុកចិត្តគ្នាជាមួយសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ។

ក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានដកខ្លួនចេញពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ជាញឹកញាប់ នឹងត្រឡប់ទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារវិញ។ ពេលណាដែលករណីនេះ កើតឡើង អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរតែត្រៀមរៀបចំជួយអ្នកជំងឺក្នុងការកំណត់ ជ្រើសរើសសេវា ដែលអាចបង្កើនផ្តល់ការគាំទ្រ និងត្រូវលើកទឹកចិត្តឱ្យគាត់ត្រឡប់ទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យវិញ។

គំរូនៃការផ្ទេរ (កែសម្រួល តាមអង្គការ MAGNA Children at Risk)

ការផ្ទេរក្មេងជំទង់ពីសេវាកុមារ ទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ គឺជាដំណើរមួយដែលទាមទារឱ្យមានការតម្រង់ទិស ភាពបត់បែន និងអន្តរកម្ម រវាងសេវាទាំងពីរ និង ធ្វើផែនការមុន ដោយក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាកុមារ ដោយពិភាក្សាជាមួយអ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារ និងអ្នកផ្តល់សេវានៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ។ ពេលវេលានៃការផ្ទេរមិនគួរត្រូវបានកំណត់ដោយអាយុ តែឯកឯងនោះទេ ប៉ុន្តែត្រូវផ្អែកលើការត្រៀមខ្លួន និងភាពពេញវ័យ(ម្ចាស់ការ) នៃក្មេងជំទង់ ដែលត្រូវបានវាយតម្លៃលើប៉ារ៉ាម៉ែត្រជាក់លាក់។

ក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស ដោយសារតម្រូវការថែទាំជាពិសេស រួមមាន បញ្ហារួមភេទដោយសុវត្ថិភាព ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដល់ដៃគូ បទពិសោធន៍នៃឆាប់បាត់បង់សមាជិកគ្រួសារ ការតស៊ូយូរអង្វែងជាមួយនឹងជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬ ប្រឈមនឹងការស្លាប់ ការរើសអើង និង ភាពលំអៀង(អយុត្តិធម៌) ដែលធ្វើឱ្យក្មេងជំទង់ទាំងនេះកាន់តែងាយរងគ្រោះទៅនឹងបញ្ហាប្រឈមជាច្រើនដែលកើតឡើងជាធម្មតានៃចំណុចរបត់នេះ នៅក្នុងជីវិត។

នៅសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ

- □ ចាប់ផ្តើមរៀបចំខ្លួនក្នុងការផ្ទេរ **រហូតដល់ទៅ១ឆ្នាំ មុនពេលផ្ទេរ**
- □ ជួយក្មេងជំទង់ឱ្យចូលរួមប្រជុំ mmm ក្រុមគាំទ្រក្រុមសម្រាប់កុមារ ឬក្មេងជំទង់ នៅកន្លែងដែលការផ្ទេរត្រូវបានលើកមកពិភាក្សា
- □ ក្រុមគាំទ្រក្រុមសម្រាប់អ្នកថែទាំ
- □ ចាត់តាំងអ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ (អ្នកជំនួយការអ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍) ក្នុងអំឡុងពេលផ្ទេរ-អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត អ្នកធ្វើការងារសង្គម អង្គការ AUA MAGNA និង CPN +
- □ ជួយទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាថែទាំនិងព្យាបាលអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ក្នុងការផ្ទេរ និង កំណត់ការណាត់ជួបក្មេងជំទង់
- □ ជួយបំពេញទម្រង់ផ្ទេរ
- □ ពន្យល់ក្មេងជំទង់ និងអ្នកថែទាំ ពីទីតាំងផ្តល់សេវាមនុស្សពេញវ័យ (នាំពួកគេទៅជាមួយ នៅពេលពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង)។

ក្រោយការផ្ទេរ

- □ កំណត់ការណាត់ជួប នៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ
- □ ជួយចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺនៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ និងការផ្ទេរឯកសារអ្នកជំងឺ
- □ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាជាគិលានុបដ្ឋាក-យិកា ឬ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត ត្រូវជូនអ្នកជំងឺទៅពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង នៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ

□ ពន្យល់អ្នកជំងឺ ពីការចុះបញ្ជីថ្មី និងប្រព័ន្ធឱសថស្ថាននៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ
□ រម្លឹកក្មេងជំទង់ អំពីកាលបរិច្ឆេទនៃការណាត់ជួបលើកក្រោយ
□ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ឬ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត ផ្សាភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រក្នុងសហគមន៍ (CSV) ដើម្បីតាមដានករណីបោះបង់ការព្យាបាល
□ ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ ត្រូវជួយតាមដានករណីបោះបង់
□ អ្នកគាំទ្រការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍/អ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រក្នុងសហគមន៍ ត្រូវចុះសួរសុខទុក្ខក្មេងជំទង់ដល់ផ្ទះ (២ដង/ខែ) សម្រាប់រយៈពេល ៦ខែដំបូង។
□ អ្នកគាំទ្រការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍/អ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រក្នុងសហគមន៍ ត្រូវទៅចុះសួរសុខទុក្ខក្មេងជំទង់ ដល់ផ្ទះ (១ដង/ខែ) ក្រោយរយៈពេល ៦ ខែ
□ ធ្វើការវាយតម្លៃក្រោយ ៩ខែ។

ជំពូកទី ២២៖ ជំងឺដែលមិនមែនជាជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតមានញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

២២.១ ចំនុចគន្លឹះ

- ជំងឺមួយចំនួន ដែលតែងតែកើតឡើង ចំពោះកុមារ ដូចជា ជំងឺរាគ ជំងឺស្អូត និងជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ កើតមានកាន់តែញឹកញាប់ និងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរថែមទៀត ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- ជំងឺដែលបង្ករឡើងដោយពពួក pneumococcus haemophilus និង salmonella ជួបញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទោះបីជាមានកោសិកា CD4 ខ្ពស់ ឬ បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ។
- ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ឬ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole អាចកាត់បន្ថយបានគួរឱ្យកត់សំគាល់នូវការកើតជំងឺដែលបង្ករដោយបាក់តេរី លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺជាការព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធិភាពបំផុត ដើម្បីបង្ការជំងឺទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HIV-related illness)។
- គ្រុនក្តៅយូរ(Persistent fever) លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទាមទារឱ្យមានការវាយតម្លៃឱ្យបានហ្មត់ចត់។

២២.២ សេចក្តីផ្តើម

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាញឹកញាប់ ទៅរកសេវាថែទាំសុខភាព ដោយសារមានជំងឺស្រួចស្រាវ(acute)។ ភាគច្រើននៃជំងឺទាំងនេះ ក៏ជួបញឹកញាប់ លើកុមារគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ ដែលរួមមាន ជំងឺរលាកក្រពះ និងពោះវៀនស្រួចស្រាវ ជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ និងផ្នែកខាងក្រោម និងជំងឺសើស្បែក។ ការពិនិត្យវាយតម្លៃដំបូង គឺធ្វើដូចគ្នានឹងកុមារផ្សេងៗទៀតដែរ ហើយទាមទារឱ្យមានការវាយតម្លៃឱ្យបានឆាប់រហ័ស អំពីភាពធ្ងន់ធ្ងរដើម្បីធ្វើការបញ្ជូន និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានសមស្រប។
ការវាយតម្លៃអំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទូទៅ រួមមានការសួរអ្នកថែទាំកុមារ នូវសំណួរខាងក្រោម៖

១. តើកុមារ មិនអាចផឹកទឹក ឬ បៅបានមែន ឬទេ?
២. តើកុមារ មានក្អួតរាល់ពេលញុាំអាហារ ដែរឬទេ?
៣. តើកុមារ មានប្រកាច់ដែរឬទេ?
៤. តើកុមារ មានការថយចុះទឹកនោមដែរឬទេ?
៥. តើកុមារ មិនសូវលេង ឬ គេងច្រើនខុសធម្មតា ដែរឬទេ?
៦. តើកុមារ មានប្រតិកម្មឆ្លើយតប (interactive) ជាមួយអ្នកថែទាំតិចជាងមុន ដែរឬទេ?
៧. តើកុមារ មានស្រកទម្ងន់ ដែរឬទេ?

បើសិនជា មានរោគសញ្ញាណាមួយក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាខាងលើ គឺជាការបង្ហាញនូវជំងឺដែលអាចមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ដូច្នេះ គប្បីតែបញ្ជូនកុមារទៅផ្នែកសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃ និងព្យាបាលឱ្យបានសមស្រប។

នៅពេលវាយតម្លៃសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់រួចហើយ ត្រូវពិនិត្យ និងស្រង់ព័ត៌មានលំអិតមួយចំនួនដូចជា ប្រវត្តិជំងឺឱកាសនិយម ឬ ជំងឺរបេង ការវាយតម្លៃពីការប្រើ ARV បច្ចុប្បន្ន ការលេបថ្នាំ ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និង ការពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវកម្រិតកោសិកា CD4 ថ្មីៗ ។ ជំងឺដែលនឹងលើកមកពិភាក្សាក្នុងជំពូកនេះ គឺជាជំងឺដែលកើតមានញឹកញាប់ ទោះបីជាកុមារបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួចហើយ ឬ មាន CD4 ជាចំនួន ឬ ភាគរយខ្ពស់ក៏ដោយ។

ជំពូកទី ២៣៖ គ្រុនក្តៅ

២៣.១ សេចក្តីផ្តើម

គ្រុនក្តៅ គឺជាកង្វល់ទូទៅរបស់ឪពុកម្តាយ។ ករណីភាគច្រើន ការពិនិត្យ និងការសួរប្រវត្តិជំងឺ ឱ្យបានហ្មត់ចត់ អាចឱ្យរកឃើញពីប្រភពជំងឺ។ គ្រុនក្តៅ គឺជាការឡើងសីតុណ្ហភាពក្នុងខ្លួនដល់៖

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

២៣.២ មូលហេតុ

គ្រុនក្តៅ អាចបណ្តាលមកពី៖

- ការឆ្លងរោគ៖ បាក់តេរី វីរុស ផ្សិត ឬ ប្រូតូសូអ៊ែ
- ជំងឺមហារីក៖ ជំងឺlymphoma ដែលមិនមែនជាជំងឺ Hodgkin's ជំងឺLyphoma ប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល (CNS Lymphoma)
- ឱសថ៖ Cotrimoxazole ឬ ARVs
- មេរោគអេដស៍។

ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មានកោសិកា CD4 ខ្ពស់ មូលហេតុនៃគ្រុនក្តៅជួបញឹកញាប់គឺដូចគ្នានឹងកុមារគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ។ មូលហេតុទាំងនោះរួមមាន ជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ រលាករន្ធត្រចៀក រលាកបំពង់ក និង ជំងឺសួត។ គ្រុនក្តៅ បណ្តាលមកពីឱសថក៏គួរតែគិត ពិចារណាផងដែរ។

កុមារដែលមានកោសិកា CD4 ទាប គឺប្រឈមនឹងជំងឺឱកាសនិយម និងជំងឺបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍ ដែលនឹងត្រូវលើកមកពិភាក្សានៅផ្នែកខាងក្រោមនៃគោលការណ៍ណែនាំនេះ។ ការដឹងអំពីប្រវត្តិនៃការព្យាបាល និង កម្រិតកោសិកា CD4 ពីមុនមក មានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផាត់ចោលជំងឺផ្សេងៗឱ្យបានសមស្របចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

២៣.៣ ការវាយតម្លៃ

- ការពិនិត្យរាងកាយ និងសួរប្រវត្តិជំងឺពេញលេញដោយយកចិត្តទុកដាក់លើមាត់ ប្រព័ន្ធដកដង្ហើម ពោះ ស្បែក កូនកណ្តុរ និងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ។
- កុមារអាយុតិចជាង១ខែ ដែលមានគ្រុនក្តៅលើសពី ៣៨^{0}C ដោយមិនដឹងមូលហេតុគប្បីទទួលការពិនិត្យខាងក្រោម៖
    - រាប់កោសិកាគ្រាប់ឈាម ពេញលេញ (CBC)
    - បណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម និងទឹកនោម
    - ថតសួតដោយកាំរស្មីអ៊ិច

- ○ បូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង។

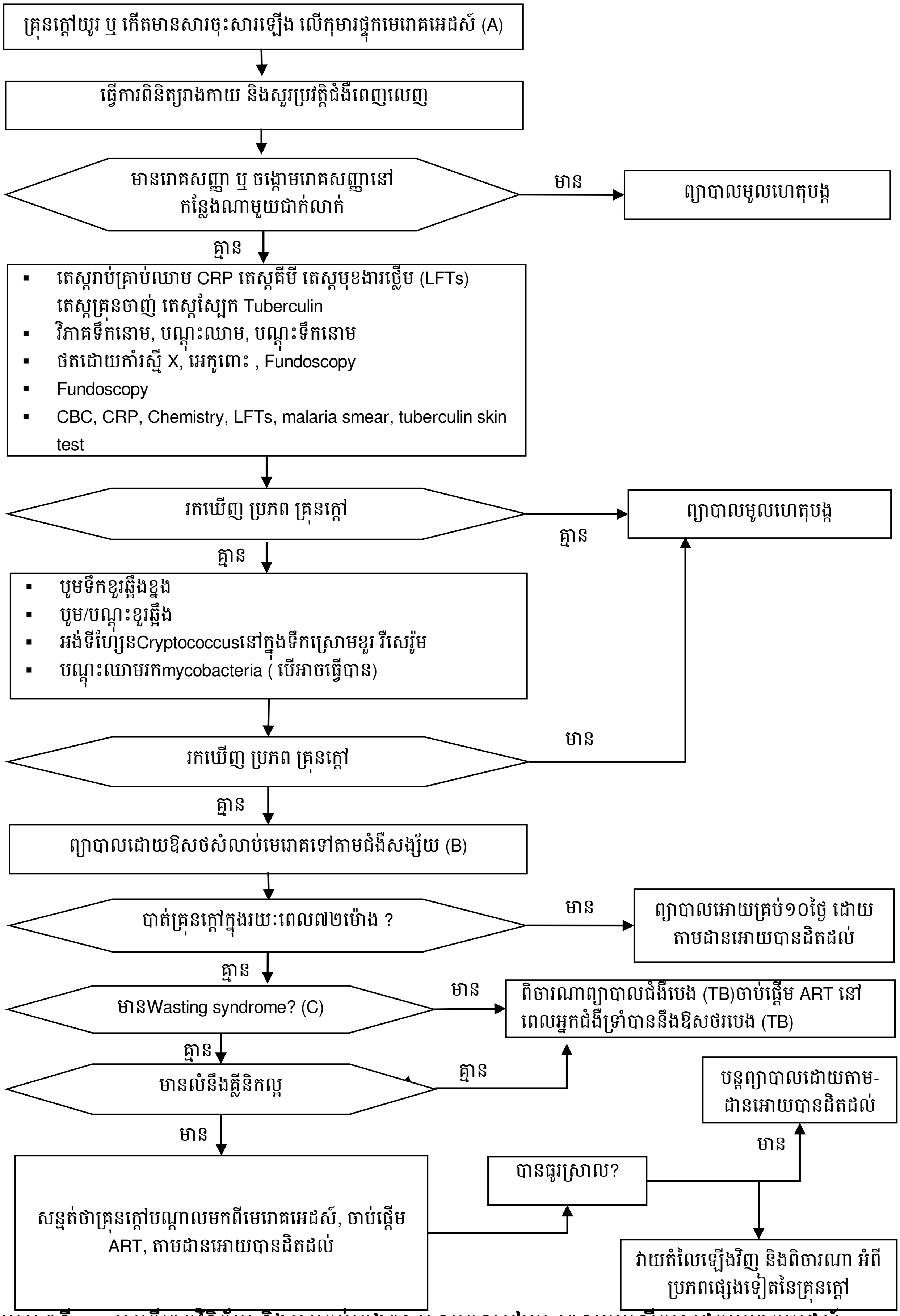
២៣.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

ការព្យាបាលដោយឱសថសំលាប់មេរោគ (antibiotics) ត្រូវបានណែនាំឱ្យអនុវត្តនៅពេលៈ

- ប្រភពនៃគ្រុនក្តៅត្រូវបានរកឃើញ (ដូចជា ជំងឺស្ងួត រលាករន្ធត្រចៀក រលាកផ្លូវទឹកនោម ជាដើម)
- កុមារមានរោគសញ្ញា បង្ហាញអំពីការឆ្លងរោគសាយភាយ (sepsis) ដូចជាៈ
  - ○ ជីពចរលោតលឿន និងខ្សោយ
  - ○ ឈាមមកបំពេញសរសៃឈាមតូចៗយឺត (delayed capillary refill) ឬ
  - ○ ធ្មឹងៗ (lethargy) មិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថដំបូង (initial fluid bolus)
- ការថយចុះកោសិកា neutrophile ធ្ងន់ធ្ងរ (ចំនួនកោសិកា neutrophile< ៥០០)
- អាយុតិចជាង ៣ខែ ហើយក្តៅខ្លួនដោយគ្មានមូលហេតុ។

២៣.៥ គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ (Persistent Fever) ដោយគ្មានមូលហេតុ

គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរដោយគ្មានមូលហេតុ គឺជាការលំបាកមួយចំពោះគ្រូពេទ្យ ដោយមិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញ មានការបង្ករោគគ្រុនក្តៅបណ្តាលមកពីឱសថ ឬ គ្រុនក្តៅបណ្តាលមកពីមហារីក ឬ បណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍។ ជំងឺរបេងត្រូវតែពិចារណាផងដែរ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានគ្រុនក្តៅដោយរកមូលហេតុមិនឃើញ (ក្តៅខ្លួនយូរ ចាប់ពី១៤ថ្ងៃ)។ ចំពោះគ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរលើសពី១៤ ថ្ងៃ ដោយគ្មានមូលហេតុសូមអនុវត្តតាមគំនូសបំព្រួញខាងក្រោម។



រូបភាពទី 11: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលគ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

កំណត់សម្គាល់៖

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

B. ក្នុងករណីមានគ្រុនក្តៅខ្លាំងរយៈពេលយូរ ការឆ្លងរោគដោយបាក់តេរី មិនអាចផាត់ចោលបានដោយសារលទ្ធភាពធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមិនគ្រប់គ្រាន់ ត្រូវពិចារណាព្យាបាលដោយ Cotrimoxazole ៥០មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ។ បើសិនជាគ្រុនក្តៅបានធូរស្រាលក្នុងអំឡុងពេល៧២ម៉ោង ប៉ុន្តែនៅតែរកមូលហេតុមិនឃើញ ត្រូវបន្តការព្យាបាលឱ្យគ្រប់១០ថ្ងៃ។

C. កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានគ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ ដោយគ្មានមូលហេតុ និងមាន wasting ត្រូវពិចារណាអំពីជំងឺរបេង ដូច្នេះ គួរពិចារណា អំពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង។

ជំពូកទី ២៤៖ ជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ

២៤.១ រលាករន្ធត្រចៀកស្រួចស្រាវ (Acute Otitis Media)

- រលាករន្ធត្រចៀកស្រួចស្រាវ ជួបញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយសំដៅយកការរលាករន្ធត្រចៀក ដែលមានរយៈពេលតិចជាង ១៤ថ្ងៃ
- មានឈឺចាប់ គ្រុនក្ដៅ និងពេលខ្លះ មានខ្ទុះហូរចេញមកក្រៅ
- នៅពេលពិនិត្យឃើញ ក្រដាស់ត្រចៀកឡើងក្រហម ប៉ោងហើម ស្រអាប់ និងមានខ្ទុះក្នុងរន្ធត្រចៀក។

ការព្យាបាល

- ព្យាបាលដោយមិនចាំបាច់សម្រាកពេទ្យ ដោយ Amoxicillin រយៈពេល៥ថ្ងៃ
- តាមដានបន្ទាប់ពីការព្យាបាលបាន៥ថ្ងៃ។ បើសិនជានៅតែមានការឈឺចាប់ និងនៅតែមានហូរខ្ទុះ ព្យាបាលរយៈពេល៥ថ្ងៃទៀត ដោយប្រើប្រាស់ឱសថដដែល។ បើប្រើ Amoxicillin ត្រូវដំឡើងកម្រិតដូសដល់៨០-៩០មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ដោយចែកជាពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីព្យាបាលពួក Pneumococcus ដែលស៊ាំទៅនឹង Pencillicin។

២៤.២ រលាករន្ធត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ

- កុមារដែលមានខ្ទុះ ក្នុងត្រចៀក រយៈពេលលើសពី២សប្ដាហ៍ គឺចាត់ទុកថា មានជំងឺរលាករន្ធត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ
- ធ្វើឱ្យត្រចៀកស្ងួត ដោយវិធីសាស្រ្ត ដែលគេហៅថា Wicking៖
    - ដើម្បីធ្វើឱ្យត្រចៀកស្ងួត ត្រូវមូរសំឡី ឬ អំបោះជាសរសៃ ដែលស្អាតទន់ និងអាចបឺតទឹកបាន (wick)
    - ដាក់សរសៃអំបោះ ឬ សំឡី (wick) ក្នុងរន្ធត្រចៀកកុមារ ហើយយកចេញមកវិញ នៅពេលសរសៃអំបោះ ឬ សំឡីនោះសើម
    - ធ្វើរបៀបនេះដដែលៗ រហូតដល់ត្រចៀកស្ងួត
    - វិធី wicking នេះ ត្រូវធ្វើ ៣ដង ក្នុង១ថ្ងៃ។
- ឱសថសម្លាប់មេរោគជាទូទៅ ពុំមានប្រសិទ្ធភាពទេ ចំពោះជំងឺរលាករន្ធត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ ដែលបណ្ដាលមកពីមេរោគបាក់តេរីផ្សេង ខុសពីរលាករន្ធត្រចៀកស្រួចស្រាវ។
- កុមារភាគច្រើន ដែលមានជំងឺរលាករន្ធត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ ពុំមានគ្រុនក្ដៅទេ។ ប្រសិនបើ ជាមានគ្រុនក្ដៅខ្លាំង ត្រូវពិចារណា ដល់ជំងឺបណ្ដាលមកពីពពួកផ្សិត ឬ mycobacteria ហើយត្រូវយកខ្ទុះនោះ បញ្ជូនទៅធ្វើតេស្ត AFB និង Fungal stain និង/ឬ បណ្ដុះមេរោគ បើអាចធ្វើទៅបាន។

២៤.៣ រលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម (Mastoiditis)

- រលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម (Mastoid) គឺជាផលវិបាកបណ្ដាលមកពីរលាករន្ធត្រចៀក
- កុមារមានជំងឺរលាក Mastoid នឹងមានឡើងហើម ក្រហម ក្ដៅ ហើយទន់នៅតំបន់ជុំវិញគុម្ពត្រចៀក

- រលាក Mastoid ត្រូវការព្យាបាលដោយឱសថ សម្លាប់មេរោគដោយចាក់តាមសរសៃវ៉ែន ហើយជួនកាលត្រូវធ្វើការចោះបង្ហូរខ្ទុះចេញ
- កុមារមានជំងឺរលាក Mastoid ប្រឈមមុខនឹងការកើតជំងឺរលាកស្រោមខួរធ្ងន់ធ្ងរ បណ្ដាលមកពីបាក់តេរី ហើយត្រូវការព្យាបាលដោយសម្រាកពេទ្យ
- ការព្យាបាលដែលគេនិយមប្រើគឺ Ceftriaxon ៥០មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃវ៉ែន (IV) ម្ដងក្នុង១ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ។ Pencillicin និង Gentamicin ប្រើបាន បើសិនជាគ្មាន Ceftriaxon ទេ។

២៤.៤ រលាកបំពង់ក (Pharyngitis)

- ភាគច្រើននៃការឈឺក បណ្ដាលមកពីវីរុស អាចព្យាបាលបំបាត់រោគសញ្ញាបាន ហើយនឹងជាវិញក្នុងរយៈពេល២ទៅ៣ថ្ងៃ។
- ឱសថសម្លាប់មេរោគ មានភាពចាំបាច់នៅពេលដែលការឈឺក បណ្ដាលមកពីបូសនៅក (throat abscess) ឬការបង្ករោគដោយ streptococcus។
- កុមារដែលមានបូសនៅក (throat abscess) មិនអាចលេបទឹកមាត់ ទឹក ឬ អាហារបានទេ ហើយត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីធ្វើការបង្ហូរខ្ទុះបូសនោះចេញ។
- កុមារដែលមានរលាកបំពង់កដោយសារមេរោគ streptococcus មានឡើងកូនកណ្ដុរធំ ហើយទន់ នៅផ្នែកខាងមុខនៃក និងមានភ្នាសពណ៌ស (white exudates) នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃ oropharynx និង/ឬ នៅលើ tonsils។
    - គ្រប់កុមារដែលមានរោគសញ្ញាទាំងនេះ ទាមទារឱ្យមានការព្យាបាលការបង្ករោគដោយមេរោគ streptococcus ក្រុម A ដើម្បីកាត់បន្ថយជាអតិបរមា នូវការរលាកសន្លាក់ស្រួចស្រាវ (acute rheumatic fever)។
    - បើកុមារមានការបង្ករោគដោយពួក streptococcus ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថចាក់មួយដូសគឺ benzathine penicillin ដោយផ្អែកទៅតាមទម្ងន់កុមារ ឬព្យាបាលដោយ amoxicillin ឬ penicillin។

២៤.៥ ការរីកធំនៃក្រពេញ Parotid

- គឺជារោគសញ្ញាជាក់លាក់ (specific signs) មួយនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារ
- ជាញឹកញាប់គឺមិនទន់ទេ (non-tender)
- ជួបញឹកញាប់ លើកុមារអាយុច្រើន ហើយជាញឹកញាប់កើតជំងឺ Lymphoid Interstitial Pneumoritis (LIP) អមជាមួយផង
- អាចឱ្យខូចរូបសម្ផស្ស ដែលនាំឱ្យកុមារ ត្រូវគេបណ្ដុះបង្អាប់ និង/ឬ កើតទុក្ខព្រួយ
- ជួនកាលឡើងទន់ បណ្ដាលមកពីមានឆ្លងរោគបាក់តេរីបន្ថែម ជាពិសេសពួក staphylococcus
- នៅពេលក្រពេញ Parotid ឡើងទន់ និងក្រហម ត្រូវព្យាបាលដោយ Cloxacillin និងឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់

- ដោយកំរ អាចកើត abscesses នៅ Parotid ដោយពួក staphylococcus ដែលទាមទារឱ្យធ្វើការបង្ហូរខ្ទុះ
- ការវះកាត់មិនតម្រូវឱ្យធ្វើទេ និងជាទូទៅ ការរីកធំនៃក្រពេញប៉ារ៉ាទីត នឹងបាត់ទៅវិញនៅពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

២៤.៦ ការឡើងកូនកណ្តុរពេញខ្លួន (PGL)

- ជាញឹកញាប់តែងតែមានរីកក្រពេញ Parotid និង/ឬ hepatosplenomegaly រួមជាមួយផង
- PGL គឺជាដំណាក់កាលគ្លីនិកទី១ ដែលមិនទាមទារឱ្យមានការព្យាបាលទេ
- កុមារដែលមាន PGL មិនគួរមានភស្តុតាងណាមួយផ្សេងទៀត ដែលបញ្ជាក់ថា មាន systemic infection ទេ
- កុមារដែលមានឡើងកូនកណ្តុរ និងគ្រុនក្តៅ មានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ឬ មានរោគសញ្ញាពាក់ពន្ធ័នឹងជំងឺផ្សេងទៀត ត្រូវពិនិត្យរកជំងឺរបេង និងជំងឺឱកាសនិយម ឬជំងឺមហារីក។ ការប្រើម្ជុលតូច សម្រាប់បឺតយកកូនកណ្តុរ (lymph node biopsy) ចាំបាច់ត្រូវធ្វើ ជាពិសេស ក្នុងករណីកុមារមានការឡើងកូនកណ្តុរតែមួយដាច់ដោយឡែក (isolated enlargement of a lymph node)។ មិនត្រូវសន្មតថា ជា PGL ទេ។

២៤.៧ ជំងឺតម្រងនោមដោយសារមេរោគអេដស៍

- Focal segmental glomerulosclerosis គឺជាទម្រង់ ដែលគេជួបញឹកញាប់បំផុត របស់ជំងឺតម្រងនោមដោយសារមេរោគអេដស៍ (HIVAN)
- ជួបនៅអាហ្វ្រិក ញឹកញាប់ជាងនៅអាស៊ី
- មុនដំបូងអ្នកជំងឺមាន proteinuria និងអាចកើតមាន nephrotic syndrome ដែលមានហើម និង hypoalbuminemia
- HIVAN អាចកើតមានឡើងនៅដំណាក់កាលផ្សេងៗ នៃការថយចុះប្រពន្ធ័សារពាង្គកាយ និងជាទូទៅ ត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ជាការចង្អុលបង្ហាញ (indication) ក្នុងការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART)
- ក្រុមកុមារដែលមាន nephrotic syndrome គួរពិចារណាអំពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។

ជំពូកទី ២៥៖ ជំងឺមាត់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

២៥.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ការថែទាំសុខភាពមាត់ គឺជាផ្នែកសំខាន់មួយនៃការថែទាំជំងឺអេដស៍បឋម
- គ្រប់កុមារប្រឈម និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ គួរតែទទួលបានការពិនិត្យមាត់ នៅគ្រប់ពេលមកពិនិត្យសុខភាពនៅគ្លីនិក
- ជំងឺមាត់ គឺជាជំងឺដែលជួបញឹកញាប់នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺមាត់ បានឆាប់រហ័ស គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ក្នុងការបង្ការផលវិបាក និងលើកកម្ពស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ។

២៥.២ សេចក្តីផ្តើម

ជំងឺមាត់-ធ្មេញ កើតមានញឹកញាប់ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាពិសេសកុមារដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។ ការលើកទឹកចិត្តឱ្យរក្សាអនាម័យមាត់ ឱ្យបានខ្ជាប់ខ្ជួន គួរតែជាផ្នែកមួយនៃការផ្តល់ប្រឹក្សា។ ជំងឺមាត់ដែលជួបញឹកញាប់ជាងគេ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជំងឺផ្សិត (Thrush) ដែលជា predictive នៃការឆ្លងមេរោគ អេដស៍ នៅពេលដែលគេឃើញកើតនៅលើកុមារ ក្រោយរយៈពេល neonatal។ ជំងឺមាត់ផ្សេងៗទៀត ក៏អាចធ្វើឱ្យកុមារមានការលំបាកក្នុងការបៅដែរ ដែលគួរតែធ្វើការវាយតម្លៃ តាមការរៀបរាប់ខាងក្រោម។ ការព្យាបាលការបង្ករហេតុនៃដំបៅមាត់ ដោយសារមេរោគអេដស៍ អាចលើកកម្ពស់ស្ថានភាពទទួលទានអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភ របស់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

២៥.៣ រោគសញ្ញាគ្លិនិក

២៥.៣.១ ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral Candidiasis)

- ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ ត្រូវបានគេជួបប្រទះញឹកញាប់ នៅក្នុងទម្រង់ណាមួយនៃទម្រង់ទាំង៤ ខាងក្រោម៖
  - erythematous (atrophic) candidiasis
    - បន្ទះតូចៗ ឬធំជាច្រើន ដែលជាញឹកញាប់ មានទីតាំងនៅលើអណ្តាត និង/ឬ Palate
  - pseudomembranous candidiasis (oral thrush)
    - បន្ទះពណ៌ស នៅសើរៗជាច្រើនកន្លែង ដែលអាចជូតឱ្យជ្រះបានយ៉ាងងាយស្រួល ដោយបន្សល់នូវបាតពណ៌ក្រហម។
  - hyperplastic candidiasis
    - ស្នាមដំបៅ hyperplastic ពណ៌ស ដែលមិនអាចជូតឱ្យជ្រះបាន
  - angular cheilitis
    - fissures ពណ៌ក្រហម នៅផ្នែកខាងៗនៃមាត់ ដែលជាញឹកញាប់កើតមានជាមួយជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ទម្រង់ផ្សេងទៀត
    - កង្វះ Superimposed vitamin ក៏អាចបណ្តាលឱ្យមាន angular cheilitis ដែរ

- ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ តែងតែសង្កេតឃើញ ភ្ជាប់មកជាមួយនូវ candidal diaper rash
- ការពិបាកលេបអាហារជួបញឹកញាប់ ចំពោះជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់
- ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ គួរសង្ស័យចំពោះ ជំងឺផ្សិតក្នុងបំពង់អាហារ ជាពិសេស បើសិនជាមានហៀរទឹកមាត់ (drooling) ឬការប្រែប្រួលសំលេង។

២៥.៣.២ ជំងឺ Oral hairy leukoplakia (OHL)

ជំងឺ Oral hairy leukoplakia បង្ហាញឡើងជាបន្ទះពណ៌សក្រាស់ ដែលមិនអាចជូតឱ្យជ្រះបាន ដែលអាចបង្ហាញឱ្យឃើញរូបរាងហាក់ដូចជាសក់ "hair-like" ។ ជាធម្មតា ពុំមានរោគសញ្ញាអ្វីទេ ប៉ុន្តែជារោគសញ្ញាជាក់លាក់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

២៥.៣.៣ ជំងឺមាត់ធ្មេញដោយសារមេរោគអេដស៍

- ជំងឺ Lineal gingival erythema (LGE) មានលក្ខណៈជាបន្ទះជាខ្សែពណ៌ក្រហម (red band) ប្រវែង ២-៣mm តាមបណ្តោយអញ្ចាញ (marginal gingiva) ដោយមានមកជាមួយនូវការឡើងពណ៌ក្រហម អញ្ចាញដែលនៅជាប់ និង mucosa មាត់។
- រលាកអញ្ចាញ រហូតដល់ដំបៅរលួយ (Necrotizing Ulerative Gignivitis) ជួបញឹកញាប់ នៅលើមនុស្សពេញវ័យ ជាងលើកុមារ។ វាមានលក្ខណៈជាដំបៅរលួយ នៅលើ Papillae មួយ ឬ ច្រើន ចន្លោះធ្មេញដែលអមមកជាមួយដោយការឈឺចាប់ ហូរឈាម និងធុំក្លិន (fetid halitosis)។
- រលាកជុំវិញធ្មេញរហូតដល់ដំបៅរលួយមានលក្ខណៈជាការ បាត់បង់ជាលិការទន់ និងធ្មេញ យ៉ាងឆាប់រហ័ស
- ជំងឺ Necrotizing stomatitis ត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ជាផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ នៃជំងឺរលាកជុំវិញធ្មេញ រហូតដល់ដំបៅរលួយ ដោយមិនបានព្យាបាល។ វាមានលក្ខណៈជាដំបៅរលួយស្រួចស្រាវ ហើយមានការឈឺចាប់ដែលកើតឡើងនៅលើ mucosa មាត់ ស្ថិតនៅខាងក្រោមឆ្អឹង alveolar។

២៥.៣.៤ ជំងឺ Herpes Simplex Virus (HSV)

ជំងឺបណ្តាលមកពី Herpes Simplex Virus បង្ហាញឱ្យឃើញជា គ្រាប់ថង់ពងទឹក(crop of vesicles) នៅលើបបូរមាត់ ឬ palate ។ ថង់ពងទឹកនឹងបែក ហើយបង្កើតជាដំបៅ ដែលមានការឈឺចាប់ មិនទៀងទាត់។ ជំងឺនេះអាចរំខានដល់ការទំពារ និងលេបអាហារ ដែលបណ្តាលឱ្យមានការថយចុះនូវការទទួលអាហារតាមមាត់ និងខ្សោះជាតិទឹក។

២៥.៣.៥ ជំងឺពងបែក Aphthous សារចុះសារឡើង (RAUs)

a. *ជំងឺដំបៅ Aphthous តូច* គឺជាដំបៅដែលមានអង្កត់ផ្ចិតតិចជាង 5mm គ្របដណ្តប់ដោយ pseudomembran និងពទ្ធ័ជុំវិញដោយពណ៌ក្រហម erythematous ។ ជាធម្មតា វាជាទៅវិញដោយឯកឯងដោយ មិនបន្សល់ស្លាកស្នាមអ្វីទេ។

b. *ជំងឺដំបៅ Aphthous ធំ* ស្រដៀងគ្នាទៅនឹង Aphthous តូចដែរ ប៉ុន្តែវាមានតិចជាង និងមានអង្កត់ផ្ចិតធំជាង (១-៣cm)។ ជំងឺនេះ វាធ្វើឱ្យរំខានដល់ការទំពារ ការលេប និងការនិយាយ។ វានឹងជាក្នុងរយៈពេល ២ ទៅ៦ សប្តាហ៍ ដែលជាញឹកញាប់បន្សល់ទុកនូវស្លាកស្នាម។

c. *ជំងឺដំបៅ Herpetiform aphthous* កើតមានឡើងជាដំបៅគ្រាប់តូចៗជាច្រើន (១-២mm) ដែលរាយប៉ាយនៅលើ soft palate tonsils អណ្តាត និង/ឬ mucosa មាត់។

២៥.៣.៦ ការរីកក្រពេញ Parotid និង Xerostomia

ការរីកក្រពេញ Parotid កើតមានឡើងជាការហើមក្រពេញ Parotid ម្ខាង ឬទាំងសងខាង។ ជាធម្មតាវាពុំមានរោគសញ្ញាអ្វីទេ ហើយអាចមានមកជាមួយនូវការថយចុះការចេញទឹកមាត់ និងស្ងួតមាត់។

២៥.៣.៧ Human Papillomavirus (HPV) Infection

ជំងឺសិរមាន់ (warts) នៅមាត់ អាចស្តែងឡើងជា fungating មានចុងស្រួច(spiked) ឬពំនកមានផ្ទៃរាប និងគ្មានការឈឺចាប់ កន្លែងដែលជួបញឹកញាប់ជាងគេគឺនៅ mucosa labial ឬ mucosa មាត់ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី ១៥ រូបភាពនៃដំបៅស្បែក ទំព័រទី ២៥៦) ជួនកាលគេឃើញមានជំងឺ larynx ធ្ងន់ធ្ងរ នៅលើទារកទើបកើត ហើយគិតថា មានទាក់ទងនឹងការឆ្លងវីរុស នៅផ្នែកខាងលើនៃផ្លូវដង្ហើម នៅពេលកើតតាមទ្វាមាស។

២៥.៤ ការព្យាបាល

តារាងទី 22: ការព្យាបាលដំបៅមាត់

ដំបៅមាត់	ការព្យាបាល	មតិ/យោបល់
ផ្សិតក្នុងមាត់ Oral candidiasis	**ការព្យាបាលដោយលាប (Topical)** - Nystatin suspension 200,000-400,000 U/ថ្ងៃ ចែកជា៤-៦ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ - Gentian violet ១% aqueous solution លាបលើកន្លែងឈឺ រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង **Systemic** - Fluconazole ៦ មក្រ/គក្រ នៅថ្ងៃទី១ បន្ទាប់មក ៣ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៧-១៤ ថ្ងៃ (oral) ឬ ២១ ថ្ងៃ (esophageal) **ការព្យាបាលបង្ការ (Prophylaxis)** - ពិចារណាផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ ចំពោះជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬកើតសារចុះសារឡើង រហូតដល់បានទទួលបាន ART - Nystatin ១00,000-៤00,000 លេបតាមមាត់ រៀងរាល់១២ម៉ោង សម្រាប់រយៈពេលពេលយូរ - Fluconazole ៣ មក្រ/គក្រ លេបតាមមាត់ រៀងរាល់ថ្ងៃ	- ការព្យាបាលដោយលាប ប្រើសម្រាប់ជំងឺជ្រាំងមាត់ស្រាល - Systemic therapy ចាំបាច់សម្រាប់ផ្សិតក្នុងមាត់ដែលធ្ងន់ធ្ងរដែល រំខានដល់ការបរិភោគ ឬសម្រាប់ផ្សិតបំពង់អាហារ - Amphotericin B អាចត្រូវការ ប្រើដោយគំរ សម្រាប់ជំងឺដែលស៊ាំនឹង azole។

Angular Cheilitis	**ការព្យាបាលដោយលាប (Topical)** - Nystatin-triamcinolone ointment លាបកន្លែងមានជំងឺក្រោយពេលបាយ និងពេលចូលគេង ឬ - Miconazole 2% cream លាបរៀងរាល់ ១២ម៉ោងម្តង នៅកន្លែងមានជំងឺ រយៈពេល ១-២សប្តាហ៍ - Multivitamin បន្ថែម បើសិនជា មានភស្តុតាងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។	- ដំបៅអាចនឹងជា ដោយយឺតៗ ពីព្រោះមានការបើក និងបិទមាត់ ដដែលៗ
Herpes Simplex Virus (HSV) Infection	**Systemic** - Acyclovir ១០ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ ៤-៦ម៉ោង រយៈពេល ៥-៧ថ្ងៃ - Acyclovir ១០ មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃវ៉ែន រៀងរាល់ ៨ម៉ោង សម្រាប់ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ - CMV និង histoplasmosis អាចមានលក្ខណៈប្រហែលនឹង HSV នៅលើកុមារ ដែលមាន CD4ទាប ដូច្នេះ ត្រូវពិចារណា អំពីការធ្វើ biopsy បើសិនជាដំបៅមិន បានធូរស្រាល ដោយការចាក់តាមសរសៃវ៉ែន នូវ acyclovir	- អ្នកជំងឺដែលប្រើ acyclovir ត្រូវផឹកទឹកឱ្យបានច្រើន
Lineal Gingival Erythema (LGE)	**Local** - កោស និងឈូសយកឫសពេញ (Scaling and root planing) - 0.១២% Chlorhexidine gluconate - (Periogard, Peridex) 0.៥ oz ខ្ពុរមាត់ រៀងរាល់ ១២ម៉ោងម្តង រយៈពេល ៣០ វិនាទី បន្ទាប់មកខ្ជាក់ចេញ	- ព្យាបាលបង្ការដោយដុសធ្មេញ ទៀងទាត់ ឆ្កឹះកំទេចអាហារ និង ប្រើទឹកសម្រាប់ខ្ពុរមាត់ - ព្យាបាលជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ដំណាលគ្នា បើមាន
ការរីកក្រពេញ Parotid	**Systemic** - ឱសថប្រឆាំងនឹងការរលាក មិនមែន steroid (Non-steroidal) - ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ (Analgesics) - Antibiotics (សម្រាប់ព្យាបាលតែនៅពេលមានការបង្ករោគ ជាទូទៅបណ្តាលមកពី staphylococcus)	- ការវះកាត់យកក្រពេញ parotid ចេញ គួរជៀសវាង - រោគសញ្ញាអាចល្អឡើងវិញ ដោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART)
Oral Hairy Leukoplakia (OHL)	**ពុំមានការព្យាបាលទេ**	- OHL កំរមានណាស់ លើកុមារ - ពិចារណា ART ក្នុងករណីមាន រោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ

Necrotizing Ulcerative Gingivitis (NUG), Necrotizing Ulcerative Periodontitis (NUP), Necrotizing Stomatitis (NS)	**Local** - សំអាត កន្លែងមានជំងឺ - លាងសំអាតដោយ povidon-iodine (១0% Betadine) - ខ្ពុរមាត់ដោយ 0.១២% chlorhexidine gluconate (Peridex, Periogard) រៀងរាល់ ១២ម៉ោង **Systemic (សាយភាយ)** - Clindamycin ២0–៣0 mg/kg លេប៦ម៉ោង១ម្តងរយៈពេល ៧ថ្ងៃ ឬ - Amoxicillin clavulanate (Augmentin) ៤0 mg/kg លេប៨ម៉ោង១ដង រយៈពេល៧ថ្ងៃ ឬ - Metronidazole ១៥-៣៥ mg/kg លេប៨ម៉ោង១ដង រយៈពេល៧ ទៅ១0ថ្ងៃ ។	- ការប្រើ chlorhexidine យូរ អាចបណ្តាលឱ្យឡើងពណ៌ធ្មេញ ប្រែប្រួលរស់ជាតិ និងរលាកអញ្ចាញ - អាចបណ្តាលឱ្យមានជំងឺ នៅចុងសរសៃប្រសាទ នៅពេលប្រើរយៈពេលយូរ ឬ ប្រើជាមួយ ddI, d4T។
Recurrent Aphthous Ulcers	**ការព្យាបាលដោយលាប (Topical)** - Triamcinolone 0.១% paste លាបស្តើងៗ រៀងរាល់ ៦ម៉ោងរាល់ថ្ងៃ, ឬ - Dexamethasone liquid (0.៥ មក្រ/៥មល) ខ្ពុរមាត់ រួចខ្ពាក់ចេញ **Systemic** - Prednisone ២ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់៦ម៉ោង រយៈពេល ៥–៧ ថ្ងៃ	- ភាគច្រើននៃ aphthous ulcers ទាមទារ ការព្យាបាល systemic steroids. - កង្វះជាតិដែក, vitamin B12, គួរតែរែកញែកឱ្យច្បាស់លាស់ Dexamethasone liquid អាចប្រើលើដំបៅច្រើនកន្លែង ឬ ដំបៅដែលមិនអាចព្យាបាល ដោយលាបបាន
ជំងឺឫសនៅមាត់ (Oral Warts)	**ការព្យាបាលដោយលាប (Topical)** - Podophyllin resin ២៥% applications រៀងរាល់ ៦ ម៉ោង សម្រាប់រយៈពេលយូរ - Cryotherapy ដោយទឹក nitrogen	- អត្រាកើតឡើងវិញខ្ពស់ - ការព្យាបាល ART បន្ថយនូវការកើតឡើងវិញ

ជំពូកទី២៦៖ ជំងឺសើស្បែកលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

២៦.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ដំបៅស្បែក (lesion) ច្រើនជារោគសញ្ញាដំបូងនៃជំងឺអេដស៍ ដែលកត់សំគាល់ឃើញដោយអ្នកជំងឺខ្លួនឯង ឬដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល
- លក្ខណៈនៃដំបៅ តែងតែបង្ហាញពីភស្តុតាងនៃការឆ្លងរោគរាលដាល (Systemic infection)
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺសើស្បែក បានទាន់ពេលវេលាអាចបង្ការនូវផលវិបាក និងអាចបង្កើនគុណភាពជីវិត សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

២៦.២ សេចក្តីផ្តើម

ជំងឺស្បែកជួបញឹកញាប់ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយអាចទាក់ទងនឹងជំងឺសើស្បែកដំបូង (primary dermatologic disorder) ការឆ្លងរោគសើស្បែកតិចតួច (mild superficial infection) ជំងឺរលាកស្បែក ដែលជាការឆ្លើយតបចំពោះ antigen ទូទៅ ឬ ជាការឆ្លងជំងឺឱកាសនិយមសាយភាយ និងធ្ងន់ធ្ងរ។ តារាងទី២៣៖ បង្ហាញពីជំងឺសើស្បែកជួបញឹកញាប់ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

តារាងទី 23: មូលហេតុនៃជំងឺសើស្បែកនៅលើអ្នកជំងឺអេដស៍

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

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

២៦.៣ ជំងឺសើស្បែក ជួបញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ជំងឺសើស្បែក ជួបញឹកញាប់ មានរៀបរាប់សង្ខេបដូចខាងក្រោម៖

២៦.៣.១ ជំងឺ Herpes simplex virus

- Stomatitis គឺជាជំងឺជួបញឹកញាប់ជាងគេ ក្នុងចំណោមជំងឺ Herpes simplex virus នៅលើកុមារ
- Lesions តូចៗ ជាថង់ទឹក (vesicles) ដែលមានការឈឺចាប់
- រោគវិនិច្ឆ័យធ្វើឡើងតាមរូបភាពគ្លីនិក ប៉ុន្តែអាចបញ្ជាក់តាមរយៈការបណ្ដុះវីរុស បើអាចធ្វើទៅបាន
- ការព្យាបាលជំងឺHSV គឺប្រើ acyclovir 10-20 mg/kg/dose ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៥ទៅ៧ថ្ងៃ
- បើសង្ស័យឆ្លងមេរោគ staphylococcus ឬ streptococcusបន្ថែម ប្រើ cloxacillin ២៥មក្រ/គក្រ/ដូស រៀងរាល់៦ម៉ោងម្ដង សម្រាប់រយៈពេល ៥ទៅ៧ថ្ងៃ។

២៦.៣.២ ជំងឺអុតក្ដាម (Primary Varicella Zoster Virus)

- កើតញឹកញាប់នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយអាចមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរ
- ផលវិបាក រួមមាន ដំបៅ(lesions) ស្បែកមានហូរឈាម រលាកថ្លើម ជំងឺរលាកសួត(pneumonia) រលាកខួរក្បាល ឆ្លងរោគបាក់តេរីបន្ថែម និងជួនកាលបណ្ដាលឱ្យស្លាប់បាន
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលប្រឈមនឹងជំងឺអុតក្ដាម គួរបានទទួល varicella zoster immune globulin (VZIG) 0.១៥មល/គក្រ ក្នុងអំឡុងពេល ៧២ម៉ោងនៃការប្រឈម បើអាចធ្វើទៅបាន
- ព្យាបាលដោយ acyclovir ២០ មក្រ/គក្រ/ដូស (កម្រិតខ្ពស់បំផុត ៨០០មក្រ) លេបតាមមាត់ ៤ដង/ ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ

- ការឆ្លងមេរោគបាក់តេរីបន្ថែម ត្រូវព្យាបាលដោយ cloxacillin ២៥មក្រ/គក្រ/ដូស រៀងរាល់៦ ម៉ោងម្តង រយៈពេល ៥ទៅ៧ថ្ងៃ។

២៦.៣.៣ ជំងឺរើម Herpes zoster (shingles)

- lesions ជាក្រុមៗ មានឈឺចាប់ និងមានលក្ខណៈជា vesicular ដែលបង្ហាញឡើងជា dermatomal pattern
- មិនឆ្លងហួសពីស្រទាប់កណ្តាលទេ (midline)
- ផលវិបាករួមមាន ដំបៅមានការឈឺចាប់ខ្លាំង, ការឈឺចាប់ក្រោយពីការព្យាបាល (postherapetic neuralgia), និងជំងឺសាយភាយ (disseminated disease)
- ព្យាបាលដោយប្រើ acyclovir ២០ មក្រ/គក្រ/ដូស លេបតាមមាត់ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ
  - ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ ឬមិនអាចលេបតាមមាត់បាន ត្រូវប្រើថ្នាំចាក់ acyclovir ១០មក្រ/គក្រ/ដូស ចាក់តាមសរសៃវ៉ែន រៀងរាល់៨ម៉ោង រយៈពេល៧ថ្ងៃ
  - ព្យាបាលការឆ្លងរោគបន្ថែម ដោយ Cloxacillin ដូចករណីខាងលើដែរ។

២៦.៣.៤ ជំងឺ Molluscum Contagiosum

- ជួបញឹកញាប់នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងដំណាក់កាល advanced ហើយមូលហេតុបង្ករគឺ ពពួក virus
- lesions នៃជំងឺ Molluscum Contagiosum មានពណ៌ដូចផ្លែ pear ឬដូចសាច់ (flesh) ជា papules រាងមូលទំហំ ៣-៥mm ដោយមានខួងកណ្តាល (central dimple)
- នៅលើកុមារដែលឈឺធ្ងន់ ឬដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាបខ្លាំង រោគវិនិច្ឆ័យផាត់ចោលជំងឺស្រដៀងគ្នា រួមមាន cryptococcus, penicillium, ឬ histoplasma
  - ការធ្វើតេស្តសេរ៉ូម cryptococcal antigen ត្រូវបានណែនាំឱ្យប្រើនៅលើកុមារ ដែលសង្ស័យថា មានជំងឺ molluscum និងមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាបខ្លាំង
  - បើតេស្ត អវិជ្ជមាន ការធ្វើ biopsy អាចចាំបាច់ ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺផ្សិតដែលមានលក្ខណៈ Invasive។
- lesions នៃជំងឺ mulluscum ធំ តែងតែកើតមាននៅលើមុខ នៅពេលដែលប្រពន្ធ័ការពាររាងកាយចុះខ្សោយខ្លាំង ហើយអាចឱ្យខូចរូបរាង សូមមើលឧបសម្ពន្ធ័ "គ"
- ការព្យាបាលរួមមានការលាបថ្នាំនៅកន្លែង lesion ដោយ phenol ឬ liquid nitrogen cryotherapy
- ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ ឬខូចរូបរាង ត្រូវពិចារណាចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARV ដែលជាការព្យាបាលតែមួយគត់ដើម្បីបង្ការការកើតជំងឺនេះ សារចុះសារឡើង។

២៦.៣.៥ ជំងឺសើស្បែក ដែលបង្ករដោយបាក់តេរី

- អាចជាការជ្រៀតចូលនៅនឹងកន្លែងនៃមេរោគទៅក្នុងស្បែក(dermis) ឬជាការបង្ករោគរាលដាលទូទៅ (systemic infection)
- អាចកើតមានញឹកញាប់ និងធ្ងន់ធ្ងរ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- កុមារដែលមានជំងឺសើស្បែកញឹកញាប់ខុសធម្មតា គួរតែធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍

តារាងទី២៤ នឹងសង្ខេបពីបាក់តេរី ដែលបង្ករជំងឺសើស្បែក ដែលជួបប្រទះញឹកញាប់នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលរួមបញ្ចូលការពិពណ៌នា ដោយសង្ខេបអំពីការព្យាបាលដំបូង។

តារាងទី 24: មូលហេតុនៃជំងឺសើស្បែកបង្ករដោយបាក់តេរី និងការព្យាបាល

ជំងឺសើស្បែកបង្ករដោយបាក់តេរី	មូលហេតុបង្ករ	ពិពណ៌នា	ការព្យាបាល
Folliculitis	*Staphylococcus aureus*	ការរលាក, ការបង្ករោគនៅគល់រោម	• ស្អំកំដៅ • ការសំអាត • Cloxacillin ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ
Cellulitis	*Streptococcus, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae*	រលាកស្បែក និងជាលិកា subcutaneous ដែលមានលក្ខណៈហើមក្រហម និងឈឺចាប់	• Cloxacillin ១០០-២០០ មក្រ/គក្រ រៀង រាល់ថ្ងៃ ចែកជា៦ ម៉ោងម្តង
Skin abscess	*Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae*	ខ្ទុះប្រមូលផ្តុំនៅនឹងកន្លែងនៅ ក្នុងប្រហោងដែលបង្កើតឡើង ដោយការដាច់ជាលិកា។ អាចជា ផលវិបាកនៃ cellulitis ដែលគ្មានការព្យាបាល	• ការចោះបង្ហូរ • ព្យាបាលដោយ Systemic antibiotics បើមានជំងឺ cellulitis
Impetigo	*Staphylococcus aureus, Streptococcus*	ថង់ទឹក (Vesicles) ឬពងទឹក (bullae) ដែលមានលក្ខណៈ ជាសំបកក្រៀម ពណ៌ដូចទឹកឃ្មុំ	• ឱសថលាប (Topical) mupirocin • Cloxacillin សម្រាប់ lesions ដែលមានលក្ខណៈសាយភាយ (disseminated)
Furunculosis (boil)	*Staphylococcus aureus, Streptococcus*	ការបង្ករោគនៅស្បែក និងជាលិកា subcutaneous ដែលពទ្ធ័ ជុំវិញគល់រោម ។ មានទំហំធំជាង folliculitis	• ស្អំកំដៅ • ការសំអាត • ជូនកាលត្រូវបង្ហូរចេញ • ត្រូវការដោយគំរ នូវ systemic antibiotics
Paronychia	*Staphylococcus aureus*	ការបង្ករោគកើតនៅជាលិកាជុំវិញក្រចកដៃ និងក្រចកជើង	• ចោះ បង្ហូរ • Cloxacillin ចំនួន ៥ ទៅ ៧ ថ្ងៃ
Bacillary angiomatosis	*Bartonella henslae*	lesions សរសៃឈាម (vascular) ដែលមានលក្ខណៈ ដូចជា Kaposi's sarcoma	• Azithromycin ឬ erythromycin • ពិគ្រោះយោបល់អ្នកជំនាញ

Staphylococcal Scalded Skin Syndrome	*Staphylococcus aureus*	lesions សាយភាយដោយចាប់ផ្តើមនៅលើមុខដែលជួបញឹកញាប់នៅលើកុមារ។ អាច ដូចគ្នានឹង Stevens Johnson Syndrome ប៉ុន្តែគ្មានការប្រឈមមុខនឹងគ្មានទាក់ទងនឹង mucosa	• Cloxacillin 200 mg/kg/day IV ចែកជា ៦ ម៉ោង ម្តង • ពិគ្រោះ ពីការវះកាត់ • ព្យាបាលរបួស និង យកចិត្តទុកដាក់ ចំពោះស្ថានភាពខ្សោះ ជាតិទឹក

២៦.៣.៦ ជំងឺសើស្បែកបង្ករដោយផ្សិត

ជំងឺសើស្បែកបង្ករដោយផ្សិត នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានភាពខុសៗគ្នា ដែលរួមបញ្ចូលទាំង ការបង្ករោគសើស្បែកនៅនឹងកន្លែង និង lesions ដែលបណ្តាលមកពីការបង្ករោគសាយភាយធ្ងន់ធ្ងរ ផងដែរ។ ជំងឺដែលជួបញឹកញាប់ជាងគេគឺ candidiasis និង dermatophytosis។

A. ជំងឺ CANDIDIASIS ស្បែក

ឃើញញឹកញាប់បំផុត នៅត្រង់តំបន់ diaper និងផ្នត់ស្បែក ។ វាបង្ហាញឡើងជាកន្ទួល (rash) ពណ៌ក្រហមច្បាស់ដោយមានព្រំដែន កំណត់ច្បាស់លាស់ និងមាន lesions រណប។

ការព្យាបាល

- ថ្នាំលាបខាងក្រៅ gentian violet (១% aqueous solution) ក្រែម nystatin ឬ miconazole សម្រាប់លាបកន្លែងមាន lesions ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតដល់៤៨ម៉ោង ក្រោយពីបាត់ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (rash)
- បើសិនជាមិនឆ្លើយតបចំពោះការព្យាបាលដោយលាបខាងក្រៅទេ ត្រូវព្យាបាល systemic ដោយ fluconazole 3mg/kg/ថ្ងៃ ដែលជាករណីកំរ។

B. ជំងឺ DERMATOPHYTOSIS

តែងតែកើតមានឡើងជា ស្រែង Corporis (ringworm) ឬ ស្រែង Capitis ។ វាមានលក្ខណៈជា lesions រាបស្មើ និងឡើងបែកស្រការ ដោយមានព្រំប្រទល់ពកឡើងខ្ពស់។ lesions អាចរីកធំ និងពិបាកព្យាបាលនៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ការព្យាបាល

- លាប Whitfield's ointment (benzoic acid លាយជាមួយ salicylic) ២ដង រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈ ពេល ២ ទៅ ៥ សប្តាហ៍ នៅកន្លែងដែលមាន lesions ។ បើមិនទទួលជោគជ័យទេ ប្រើក្រែម miconazole ២%
- ជំងឺរាលដាលខ្លាំង និង ស្រែង Capitis គួរព្យាបាល systemic ដោយ griseofulvin, ១០-១៥ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ
- រយៈពេលនៃការព្យាបាល អាស្រ័យលើទីកន្លែងនៃជំងឺ
  - ស្រែង Corposis: ២ –៤ សប្តាហ៍
  - ស្រែង Capitis: ៤ – ៦ សប្តាហ៍។

២៦.៣.៧ ជំងឺកមររមាស់ (Scabies)

- ជាជំងឺសើស្បែកដែលឆ្លងខ្លាំង មានលក្ខណៈជា popular lesions រមាស់ ដែលជួបញឹកញាប់បំផុតនៅចន្លោះម្រាមដៃ និង ម្រាមជើង ផ្ចិតកដៃ តំបន់ antecubital និងក្លៀក
- កុមារអាចមាន lesions នៅបាតដៃ និងបាតជើងផងដែរ
- ជំងឺ Scabies ដែលរាលដាលពាសពេញខ្លួន កើតមានចំពោះអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដល់ដំណាក់កាល advanced ដែលគេឱ្យឈ្មោះថា Norwegian scabies ដែលឆ្លងខ្លាំងបំផុត។

ការព្យាបាល

- Benzyl Benzoate ២៥% lotion: លាបពេញខ្លួន លើកលែង តែក្បាល និងមុខ ទុករយៈពេល ១២ម៉ោង បន្ទាប់មកលាងជំរះចេញ រយៈពេល ២ ទៅ ៣ ថ្ងៃ បន្តបន្ទាប់គ្នា។
- ក្រែម Permethrin ៥% លាបពីក្បាលដល់ចុងជើង ទុករយៈពេល១២ម៉ោង បន្ទាប់មកងូតទឹកជំរះ ដោយត្រាំ បើអាចធ្វើបាន។ការពុលមានតិចតួច ហើយការព្យាបាលមានប្រសិទ្ធភាពដែលអាចប្រើចំពោះកុមារបាន។
- រមាស់អាចនៅមានរយៈពេល ១ ទៅ ២សប្តាហ៍ ដោយសារ នៅមាន antigen ក្នុងស្បែក ទោះបីជាការព្យាបាលមានប្រសិទ្ធភាព ក៏ដោយ។
- ចំពោះកុមារធំ 0.៣% gammabenzene hexachloride (lindane) លាបពីក ដល់ចុងជើង អាចត្រូវអនុវត្តប៉ុន្តែ អាចមាន neurotoxicity ដែលជាហេតុធ្វើឱ្យ គេមិនចូលចិត្តប្រើ។
- Norwegian scabies ត្រូវព្យាបាលដោយ ivermectin, ២00 micrograms/kg តែម្តងគត់ បើមានការព្យាបាលម្តងទៀតអាចធ្វើឡើង នៅថ្ងៃទី១៤ បើសិនជា lesions នៅតែមាន។
- អាចផ្តល់ថ្នាំ antihistamines ដើម្បីបន្ថយការរមាស់។
- គ្រប់សមាជិកគ្រួសារ គួរទទួលបានការព្យាបាលជាមួយកុមារដែរ ទោះបីជាគ្មានរោគសញ្ញាក៏ដោយ។
- គួរសំអាតសំលៀកបំពាក់ និងកំរាលពូក ដែលឆ្លងមេរោគ ហើយហាលវា នៅក្រោមកំដៅថ្ងៃ ។

២៦.៣.៨ Drug Eruptions

- ឱសថដែលតែងតែបណ្តាលឱ្យមាន drug eruption រួមមាន cotrimoxazole, penicillins, cephalosporins, dapsone, និង nevirapine។
- drug eruption តែងតែបង្ហាញឡើងជា papules ចាប់ពីពណ៌ស៊ីជំពូ ទៅពណ៌ក្រហម ដែលនៅលាយឡំគ្នា និងបង្កើតបានជាស្នាមជាំ។
- សញ្ញាផ្សេងៗទៀតរួមមាន papules ដែលរមាស់ (hives) mucous-membrane ulceration របកស្រការ និងការមានប្រតិកម្មជាមួយពន្លឺ ដោយបង្កើតជាពណ៌ខុសធម្មតា(abnormal pigmentation) នៅលើស្បែក និងក្រចក។

- ជាញឹកញាប់ ឱសថដែលបង្ករហេតុត្រូវបានគេដឹងច្បាស់។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ គេអាចមានការចាំបាច់ត្រូវ បញ្ឈប់ការប្រើឱសថទាំងអស់ ហើយចាប់ផ្តើមឡើងវិញម្តងមួយមុខៗ នៅពេលដែលគេមិនដឹងថា តើឱសថមុខណាមួយដែលជាមូលហេតុបង្ករ។

ការព្យាបាល

- បញ្ឈប់ការប្រើឱសថបង្ករហេតុ។ បើសិនជាប្រតិកម្មនោះធ្ងន់ធ្ងរ មិនត្រូវសាកល្បងប្រើម្តងទៀតទេ។
- ប្រើថ្នាំលេប antihistamine ដូចជា diphenhydramine ១ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់៦ម៉ោងម្តង ទៅតាមការចាំបាច់ ដើម្បីព្យាបាលរមាស់។
- ប្រើ Systemic corticosteroids ក្នុងករណីកំរដូចជា DRESS syndrome (Drug rash, eosinophilia, និង systemic symptoms រួមមាន ការកើនឡើងនៃ enzyme ថ្លើម)។
- Systemic corticosteroids មិនមានប្រយោជន៍ទេ ចំពោះកុមារមាន Stevens Johnson syndrome ដូច្នេះ គួរជៀសវាងប្រើវា ព្រោះវាធ្វើឱ្យប្រឈមនឹងការថយចុះប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយបន្ថែមទៀត និងបង្កើនការប្រឈមនឹងការឆ្លងរោគផ្សេងៗ។

២៦.៣.៩ Seborrheic Dermatitis

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

ការព្យាបាល

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

២៦.៣.១០ Pruritic Papular Eruption

- ជា papula lesions កើតមានរ៉ាំរ៉ៃ នៅលើស្បែក។ សូមមើលឧបសម្ពន្ធ័ "គ"
- អាចទាក់ទងនឹងការឡើងកន្ទួលរលាក ដែលជាការឆ្លើយតបទៅនឹង antigen មួយចំនួនដែលគេជួបញឹកញាប់ ដូចជា ដោយសារ មូសខាំ ច្រើនដងដដែលៗ
- រមាស់ខ្លាំង
- ជាញឹកញាប់តែងតែរាលដាល នៅផ្នែកខាងចុង និងដើម (trank) អវៈយវៈ
- អាចឆ្លងរោគបន្ថែមដោយពួក Staphylococcus ឬ Streptococcus។

ជាទូទៅ ពិបាកក្នុងការព្យាបាល លើកលែងតែការព្យាបាលដោយ ARV ដូច្នេះ គួរពិចារណាចាប់ផ្តើម ART ឱ្យបានឆាប់រហ័ស ក្នុងករណីមានជំងឺនេះធ្ងន់ធ្ងរ។

ជំពូកទី ២៧៖ ជំងឺឈាមលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

២៧.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ខ្វះគោលិកា ស (leucopenia) ស្លេកស្លាំង កង្វះពួកកោសិកា thrombocyte ជាជំងឺដែលច្រើនជួបប្រទះនៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ស្លេកស្លាំង អាចបណ្ដាលមកពីការបង្ករោគ (ជាពិសេសរបេង) ឱសថ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ព្រូន ការខ្វះជាតិដែក និងមេរោគអេដស៍ខ្លួនឯង
- កុមារខ្វះគោលិកា Neutrocyte ប្រឈមមុខទៅនឹងជំងឺបង្ករដោយបាក់តេរី និងមេរោគផ្សិត។ Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) ជាមូលហេតុចំបងនៃ thrombocytopenia នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជាទូទៅ វាឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

២៧.២ ភាពស្លេកស្លាំង

ភាពស្លេកស្លាំងគឺជាជំងឺជួបប្រទះញឹកញាប់ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដូចមានរៀបរាប់ ដូចខាងក្រោម៖

តារាងទី 25: មូលហេតុនៃភាពស្លេកស្លាំង នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

មូលហេតុនៃភាពស្លេកស្លាំង	ប្រភព (Etiology)
ការបង្កើតគោលិកាក្រហមខ្សោយ	**មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍** • ភាពស្លេកស្លាំង នៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ • មានការបង្ករមេរោគអេដស៍ នៅកោសិកាខួរឆ្អឹង **ការបង្ករោគ** • CMV, parvovirus B19, tuberculosis **មហារីក** • Lymphoma, Kaposi's sarcoma **ឱសថ** • CTX, dapsone, AZT
ការបំផ្លាញគោលិកាក្រហម	• Disseminated intravascular coagulation (DIC) • ភាពស្លេកស្លាំងបណ្ដាលមកពីការបែកគ្រាប់ ឈាមដោយសារការប្រើឱសថ • Primaquine, dapsone, CTX

ការបង្កើតគោលិកាក្រហមមិនមាន ប្រសិទ្ធភាព	• កង្វះជាតិ Folate និងជាតិដែក
	  ○ របបអាហារ
	  ○ ការបឺតស្រូបមិន បានល្អនៃពោះវៀន
	  ○ ការបាត់ ឈាមតាមក្រពះ និងពោះវៀនដោយសារ ព្រូន
	• កង្វះជាតិ Vitamin B12
	  ○ ការបឺតស្រូប មិនបានល្អនៃពោះវៀន
	  ○ ជំងឺព្រូន
	• ជំងឺ Thalassemia

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល

- ភាពស្លេកស្លាំងជាទូទៅ អាចកំណត់បាន តាមរយៈការពិនិត្យឃើញស្លេកស្លាំង ឬ ការពិនិត្យឈាម
- ភាពស្លេកស្លាំងខ្លាំង អាចបណ្តាលឱ្យហត់ និង អស់កំលាំង
- ការពិនិត្យដំបូង រួមមាន ការរាប់ reticulocyte និង សន្ទស្សន៍ជាតិដែក (iron indices) ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន និងរកមេរោគគ្រុនចាញ់ ប្រសិនបើនៅតំបន់ដែលមានគ្រុនចាញ់
- ប្រសិនបើ មានភាពស្លេកស្លាំង microcytic ត្រូវតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយជាតិដែក (iron) ២មក្រ/គក្រ ៣ ដង/ថ្ងៃជាមួយអាហារ និង ផ្តល់ឱសថ សម្រាប់ទំលាក់ព្រូនរួមជាមួយផង
- ពិនិត្យឡើងវិញ នូវការរាប់គ្រាប់ឈាម (CBC) បន្ទាប់ពីព្យាបាលដោយជាតិដែកបាន ៣សប្តាហ៍។ ប្រសិនបើមានការកើនឡើងដល់ 2g/dL បន្តជាតិដែករយៈពេល ៣ សប្តាហ៍ទៀត។ ប្រសិនបើ មិនធូរស្រាល រកមូលហេតុដទៃទៀត
- ធានាថា អាហារមានជាតិដែក និងវីតាមីន C គ្រប់គ្រាន់
- ប្រសិនបើ មានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ រហូតដល់ត្រូវការបញ្ចូលឈាមនៅលើអ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាប ត្រូវគិតដល់ ជំងឺរបេង, ជំងឺ Lymphoma, និង chronic parvovirus B19 infection។ រោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺទាំងនេះ ទាមទារឱ្យមានការពិនិត្យខួរឆ្អឹង ដែលអាចធ្វើបាននៅតែមន្ទីរពេទ្យធំៗ។ ការព្យាបាល IVIG ត្រូវបានណែនាំចំពោះ chronic parvovirus B19 infection ។

២៧.៣ ការធ្លាក់ចុះនៃកោសិកា Neutrophil (Neutropenia)

- ចំនួន neutrophil (ANC) <1000/mm^3 នៅលើកុមារអាយុតិចជាង ១ឆ្នាំ ឬ <1500/mm^3 នៅលើកុមារអាយុលើសពី១ឆ្នាំ
- ការប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ កើនឡើង នៅពេលដែលចំនួនកោសិកា Neutrophil ធ្លាក់ចុះក្រោម 500/mm^3
- ការធ្លាក់ចុះកោសិកា Neutrophil ធ្ងន់ធ្ងរ មិនសូវឃើញ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ ប៉ុន្តែច្រើនជួបប្រទះ នៅដំណាក់កាលយឺតយ៉ាវ
- ការធ្លាក់ចុះកោសិកា Neutrophil ភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមប្រើឱសថថ្មីៗ ភាគច្រើនគឺទាក់ទងនឹងឱសថនោះ។

ANC= white blood cell x (percentage of segmented neutrophils + bands)។

តារាងទី 26: មូលហេតុនៃការថយចុះកោសិកា Neutrophil (Neutropenia) នៅលើអ្នកជំងឺអេដស៍

មូលហេតុនៃការធ្លាក់ចុះកោសិកា Neutrophil	ប្រភព (Etiology)
ការជ្រៀតចូល ឬ ការបង្ករោគនៅខួរឆ្អឹង	• របេង, penicilliosis, MAC, histoplasmosis • ការថយចុះមុខងារខួរឆ្អឹង បណ្ដាលមកពីមេរោគអេដស៍ • Lymphoma
ឱសថ	• AZT (ដោយកំរ) 3TC ddI d4T • Ganciclovir foscarnet • Cotrimoxazole ក្នុងកម្រិតខ្ពស់។

ការបង្ហាញសញ្ញាគ្លីនិក

- ជាទូទៅ អ្នកជំងឺគ្មានរោគសញ្ញា និងរកឃើញដោយចៃដន្យ
- បាក់តេរីក្នុងឈាម (Bacteremia) ដោយបាក់តេរី Gram (-) ជួបញឹកញាប់នៅពេលចំនួនកោសិកា Neutrophil < 500/mm^3
- ការធ្លាក់ចុះចំនួនកោសិកា Neutrophil យូរ បង្កើននូវការប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគផ្សិត ជាពិសេស *Aspergillus* species។
- ការព្យាបាលផ្ដោត នៅលើមូលហេតុ៖
  - ការព្យាបាល ជំងឺឱកាសនិយម ឬ ជំងឺរបេង
  - ការចាប់ផ្ដើម ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
  - ការបញ្ឈប់ការប្រើឱសថបង្ករហេតុ
  - ការយកខួរឆ្អឹងទៅពិនិត្យ ប្រសិនបើមានការធ្លាក់ចុះខ្សែកោសិកា (cell-lines) ចំនួន ២ ឬ លើស ហើយរកពុំឃើញមូលហេតុបង្ករ។

២៧.៤ ការធ្លាក់ចុះនៃកោសិកា ឈ្លាកែត (Thrombocytopenia)

ចំនួនប្លាកែតតិចជាង ១៥០,000 cells/mm^3 ជួបប្រទះញឹកញាប់ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការធ្លាក់ចុះប្លាកែតធ្ងន់ធ្ងរ (<៥0,000) ពុំសូវឃើញមានទេ និងភាគច្រើនបណ្ដាលមកពីមូលហេតុផ្សេងៗជាច្រើន។

ការបង្ហាញសញ្ញាគ្លីនិក

- អ្នកជំងឺភាគច្រើនដែលមាន ជំងឺប្លាកែត គ្មានរោគសញ្ញាទេ ទាល់តែប្លាកែតធ្លាក់ចុះ <២0,000
- កន្ទួលក្រហម (Petechiae) និងស្នាមជាំ គឺជារោគសញ្ញាតែ១គត់ ដែលជាញឹកញាប់ កើតមាននៅចុងជើង
- កុមារអាចមានការធ្លាក់ឈាមតាមភ្នាស (muquese) ជាពិសេសឈាមច្រមុះ (epistaxis)។

មូលហេតុ៖

- Immune Thrombocytopenia Purpuras (ITP) គឺភាពប្រែប្រួលដោយឯកឯង នៃប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំដែលបណ្តាលមកពីការប្រឆាំងនៃអង្គបដិបក្ខប្រាណទៅនឹងប្លាកែត នាំឱ្យមានការបំបាត់ប្លាកែត ពីចរន្តឈាម ទៅក្នុងអណ្តើក។ នៅលើ Blood Smear ជាទូទៅ ឃើញកោសិកាប្លាកែតធំ ហើយពុំមានភស្តុតាង បញ្ជាក់ថាមានមហារីកឈាមទេ។ ITP អាចព្យាបាលដោយ IVIG ប៉ុន្តែវាមិនជាទេ បើយើងមិនព្យាបាលដោយ ART ។
- Thrombotic Thrombocytopenia Purpuras (TTP) ពុំសូវកើតមានលើអ្នកជំងឺអេដស៍ទេ ប៉ុន្តែជាញឹកញាប់បណ្តាលឱ្យស្លាប់។ អ្នកជំងឺកើត TTP មានគ្រុនក្តៅ ខ្សោយតម្រងនោមស្រួចស្រាវ ស្លេកស្លាំងដោយការបែកគ្រាប់ឈាម ផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត ប្លាកែតធ្លាក់ចុះ និងចេញកន្ទួលលើស្បែក(rash)។ ជំងឺនេះវាងាយស្រួលធ្វើឱ្យភាន់ច្រឡំជាមួយនឹង Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) ប៉ុន្តែ Prothrombin Time (PT) និង Partial Thromboplastina Time (PTT) មានកម្រិតធម្មតា។ ការព្យាបាល TTP ទាមទារការផ្លាស់ប្តូរ Plasma រហូតដល់ចំនួនប្លាកែត និង lactate dehydromgenase (LDH) ត្រឡប់មកធម្មតាវិញ។
- ការបង្ករជំងឺនៅលើកោសិកា platelet progenitor cells ដោយមេរោគអេដស៍អាចរួមចំណែកបង្ករជាជំងឺ thrombocytopenia រ៉ាំរ៉ៃ ហើយអាចធូរស្រាលបានដោយការព្យាបាល ART។
- ឱសថបណ្តាលឱ្យមាន thrombocytopenia កំរមានណាស់ តែវាអាចកើតឡើង នៅពេលប្រើក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់នៃឱសថ cloxacillin vancomycin និង cotrimoxazole។

ជំពូកទី ២៨៖ ជំងឺមហារីកទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ លើកុមារ

២៨.១ ចំណុចគន្លឹះ

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រឈមខ្ពស់នឹងការវិវត្តន៍ ទៅជាជំងឺមហារីក ជាពិសេស ជំងឺ lymphoma
- ជំងឺមហារីកទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ គួរតែត្រូវបានពិចារណា នៅពេល មានគ្រុនក្តៅ និង cytopenia
- Primary lymphoma នៅប្រពន្ធ័សរសៃប្រសាទកណ្តាល គឺការប្រែប្រួលកោសិកា B ធំ (large B- Cell variant) ដែលកើតតែលើប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល (CNS) និងជាញឹកញាប់បណ្តាលឱ្យស្លាប់
- ការព្យាបាលដោយ ARV ត្រូវបានណែនាំចំពោះគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ដែលមានជំងឺមហារីក
- ការព្យាបាលមហារីកដោយប្រើថ្នាំ ពុំសូវមានទេ នៅប្រទេសក្រីក្រ។

២៨.២ ជំងឺ Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL)

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

២៨.២.១ ការបង្ហាញសញ្ញាគ្លីនិក

រោគសញ្ញារបស់ lymphoma អាចប្រែប្រួលខ្លាំង អាស្រ័យទៅលើប្រពន្ធ័សារពាងកាយ ដែលវាតាំងនៅ។ អ្នកជំងឺភាគច្រើន មានក្តៅខ្លួន កូនកណ្តុរ ប៉ុន្តែអស់កំលាំង ស្រកទម្ងន់ បែកញើសពេលយប់ ក៏ជួបប្រទះញឹកញាប់ដែរ។ ជាញឹកញាប់ lymphoma ច្រើនច្រឡំជាមួយជំងឺរបេង ប៉ុន្តែវាមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយថ្នាំរបេងទេ។ lymphoma គួរតែធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែកជាមួយអ្នកជំងឺដទៃទៀត ដែលមានគ្រុនក្តៅ និងជំងឺកូនកណ្តុរ ដោយគ្មានមូលហេតុ បញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ពីរោគសញ្ញា ជាពិសេស បើមាន អណ្តើកវីកធំ (splenomegaly) និងមាន cytopenia។

តារាងទី 27: រោគសញ្ញាទៅតាមទីកន្លែងនៃជំងឺ

ដុំនៅបំពង់ក Mediastinal or Pharyngeal tumor	ដុំនៅពោះ
• Tachypnea(ដកដង្ហើមញាប់) • Nasal flaring • Stridor • Localized decrease in breath sounds • Dry cough(ក្អកស្ងួត)	• Abdominal distension(ពោះរីកតឹង) • Ascites • Palpable abdominal mass (ដុំពោះ ដែលអាចស្ទាបប៉ះ) • Jaundice(ខាន់លឿង) • Pain(ឈឺចាប់)
ជំងឺប្រពន្ធ័សរសៃប្រសាទកណ្តាល	**ដុំនៅថ្គាម Maxillofacial tumor**
• Headache(ឈឺក្បាល)	• Jaw mass(ដុំនៅថ្គាម)

• Vomiting(ក្អួត) • Visual disturbances(មើលមិនច្បាស់) • Gait instability(ដំណើរ ឃ្លោង) • Cranial nerve palsies • Hemiparesies • Seizures (ប្រកាច់)	• ស្ពឹកចង្ការ (ការសង្កត់លើសរសៃប្រសាទនៃមុខ) • Asymmetric facial expression

២៨.២.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ថា ជាNHL គឺកំណត់បានដោយសារការច្រឹបយកកោសិកាទៅពិនិត្យ ជាពិសេសកោសិកាកូនកណ្តុរ និងកោសិកាខួរឆ្អឹង។ កុមារដែលគិតថា កើត lymphoma គួរតែកាត់យកជាលិកាទៅពិនិត្យ ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺរបេង ឬ ជំងឺផ្សិតផ្សេងទៀត។

២៨.២.៣ ការព្យាបាល

ការព្យាបាល NHL ទាមទារការព្យាបាលពិសេស នៅតាមមន្ទីរពេទ្យធំៗ ជាពិសេស មន្ទីរពេទ្យដែលមានអ្នកជំនាញ និងឱសថព្យាបាលមហារីក។ NHL ជាដំណាក់កាលទី៤ នៃជំងឺអេដស៍ដែលទាមទារឱ្យចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

២៨.៣ ជំងឺ Primary CNS Lymphoma

- Primary CNS lymphoma (PCNSL) គឺជា Sub-types នៃ NHL ដែលកើតនៅជាលិកាខួរក្បាល
- PCNSL កើតលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ច្រើនជាងកុមារធម្មតា
- រោគវិនិច្ឆ័យវែកញែកនៃជំងឺ CNS lymphoma ត្រូវធ្វើឡើង ជាមួយជំងឺ toxoplasmosis tuberculoma និង cryptococcoma
- មនុស្សពេញវ័យដែលកើតជំងឺអេដស៍ គឺ toxoplasmosis ជាមូលហេតុចំបងនៃដុំនៅខួរក្បាល ចំណែក PCNSL ជាមូលហេតុជួបញឹកញាប់នៃដុំនៅខួរក្បាល នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- គួរសង្ស័យជំងឺ PCNSL ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានសរសៃប្រសាទមិនធម្មតា រួមជាមួយរង្វង់ដុំខូចខាត ពេលមើល CT Scan ឬ MRI នៃខួរក្បាល
- EBV virus ជាញឹកញាប់អាចរកឃើញនៅក្នុង CSF នៃអ្នកជំងឺ PCNSL នៅមន្ទីរពិសោធន៍ ដែលមានលទ្ធភាពធ្វើ PCR បាន។

២៨.៣.១ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- CT lesion មានលក្ខណៈជារង្វង់ នៅក្នុងខួរក្បាល មានតែមួយ ឬ ច្រើន។ ចំណែក toxoplasmosis ជានិច្ចកាល បង្ហាញ lesion ច្រើនកន្លែង។
- ការពិនិត្យកោសិកានៃ CSF បានបង្ហាញនូវ lymphocytic pleocytosis មធ្យម និងមាន protein កើនឡើង ហើយ EBV+ ប្រសិនបើ ពិនិត្យមើលដោយ PCR ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន។

- ពុំមានការធូរស្រាលទេ បន្ទាប់ពីការព្យាបាល toxoplasmosis ដោយ សំអាងទៅលើបទពិសោធន៍។
- ការយកកោសិកាខួរក្បាល ទៅពិនិត្យមើល ជាលក្ខណៈចាំបាច់ដើម្បីបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ។

២៨.៣.២ ការព្យាបាល

- ប្រញាប់បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ដែលមានសេវាព្យាបាលជំងឺមហារីកនៅលើកុមារ
- ការព្យាបាល PCNSL រួមមានការ ប្រើកាំរស្មី លើខួរក្បាល (whole-brain radiation) methotrexate កម្រិតខ្ពស់ ជាមួយការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ការទស្សទាយ (prognosis) នៃជំងឺមហារីកនេះ គឺមិនល្អទេ។

២៨.៤ ជំងឺមហារីកសរសៃឈាមខ្មៅ (Kaposi's Sarcoma)

Kaposi's Sarcoma ជាមហារីកសរសៃឈាម ដែលបណ្តាលមកពីការបង្ករោគដោយ Human Herpes Virus-8 ហើយវាពុំសូវមានទេ នៅក្នុងតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍។ កុមារដែលមានជំងឺមហារីកនេះ មានដុំប៉ោង ពណ៌ស្វាយ នៅលើក្រអូមមាត់ និងផ្នែកចុងៗ។ ការព្យាបាល គឺព្យាបាលទៅលើកន្លែងកើត ឬ Systemic Chemotherapy និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ជំពូកទី ២៩៖ ជំងឺផ្លូវដង្ហើមលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

២៩.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ជំងឺសួត គឺជាមូលហេតុចំបងនៃការសម្រាកពេទ្យ និងការស្លាប់នៃកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ជំងឺសួតកើតសារចុះសារឡើង ច្រើនកើតឡើង នៅពេលមានប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំចុះខ្សោយ ជំងឺរបេង ការបឺតចូលនូវសារធាតុពីក្រៅ bronchiectasis និង/ឬ lymphoid interstitial pneumonitis។
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ ប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាយុតិចជាង១២ខែដែលមានរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ គួរតែទទួលការព្យាបាល PCP រហូតទាល់តែ លទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមាន និងរកឃើញ មូលហេតុដទៃទៀតនៃជំងឺ
- PCP ជួបប្រទះញឹកញាប់ នៅលើកុមារអាយុ ៤ ទៅ ៦ខែ ហើយប្រហែលជាជំងឺដំបូងដែលកំណត់អំពីជំងឺអេដស៍នៅលើកុមារ។ ភាពមន្ទិលសង្ស័យខ្ពស់កើតមាននៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ PCP លើកុមារដែលមិនដឹងការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- គ្រប់កុមារដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គួរតែទទួលការព្យាបាលបង្ការទប់ស្កាត់ PCP ចាប់ពីអាយុ ៦សប្តាហ៍ រហូតទាល់តែដឹងថា ទារកនោះពុំមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ។
- Lymphoid Interstitial Pneumonitis (LIP) ឃើញមាននៅលើកុមារ ចំនួន ៤0% នៃកុមារឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅពេលកើត និងជាញឹកញាប់ច្រឡំនឹងជំងឺ military TB។

២៩.២ សេចក្តីផ្តើម

ជំងឺសួត (រួមទាំង PCP) និងជំងឺ សួតរ៉ាំរ៉ៃ ធ្វើឱ្យអត្រាស្លាប់ខ្ពស់ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មុនពេលមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដនៃជំងឺសួត មានលក្ខណៈពិបាកណាស់នៅកម្ពុជា ដោយសារមានការខ្វះខាតតេស្តសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ហើយការព្យាបាលជំងឺមួយចំនួនដោយផ្អែកលើបទពិសោធន៍ ជាញឹកញាប់មានការចាំបាច់។ ជំងឺសួតដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងប្រទេសកម្ពុជាគឺ៖

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

សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី១២ ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើមនៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

គំនូសបំព្រួញទី 12: ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម នៅលើ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ក្តៅខ្លួន និងក្អក ឬ ថប់

↓

សួរប្រវត្តិ និងការពិនិត្យរាងកាយ ការថតសួត

1.

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

- គេស្តរាប់គ្រាប់ឈាម, បណ្តុះឈាម

↓

ធូរស្រាល?

ទេ ↓

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

2.

កើតឡើងថ្មីៗ ៣-១៤ ថ្ងៃកុមារអាយុ <12 ខែ ដែលមានភាពស៊ាំធ្លាក់ខ្លាំង
Diffuse hazy infiltrate without lymphadenopathy
ប្រហែលជា PCP

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

↓

ធូរស្រាល?

ទេ ↓

ពិចារណាអំពីTB ឬ MAC

- AFB ៣ដង, TST
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាល TB ប្រសិនបើមិនធូរស្រាល

3.

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

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

↓

ធូរស្រាល?

ទេ ↓

ពិចារណាអំពី MAC, ជាពិសេសចំពោះ កំហាកវិជ្ជមាន

- Azithromycin១០មក្រ/គក្រ

ពិចារណាអំពី LIP if well appearing
ពិចារណាអំពីរបេងស៊ាំនឹងថ្នាំ

- បណ្តុះមេរោគរបេង
- អនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំអំពីការព្យាបាលរបេងបរាជ័យ

4.

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

- Ceftriaxone
- Prednisone ១មក្រ/គក្រ រាល់១២ម៉ោង បើមាន hypoxia

↓

ធូរស្រាល?

ទេ ↓

ពិចារណាអំពី pseudomonas

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

ពិចារណាអំពីTB ប្រសិនបើគ្មានការព្យាបាលពីមុនមក

- AFB x3, TST
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាល TB ប្រសិនបើមិនធូរស្រាល

5.

ការពិនិត្យសួតច្បាស់លាស់ ការថតសួតដោយកាំរស្មីx ច្បាស់ ឬ មាន interstitial abnormality តិចតួច

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

↓

ធូរស្រាល?

ទេ ↓

ពិចារណាអំពី PCP
ពិចារណាអំពី TB

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

២៩.៣ ជំងឺរលាកសួតបណ្តាលមកពីបាក់តេរី (Bacterial Pneumonia)

បាក់តេរីដែលជាមូលហេតុចំបងនៃជំងឺរលាកសួតលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមមាន៖

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

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

២៩.៣.១ ការបង្ហាញគ្លីនិក

ការបង្ហាញគ្លីនិកនៃជំងឺសួត រួមមានដូចខាងក្រោម៖

- ប្រវត្តិគ្រុនស្រួចស្រាវ ក្អក និង ដង្ហើមញាប់។
- អាចនឹងមាន retractions cyanosis និង lethargy ផងដែរ ក្នុងករណី រលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ។
- ការពិនិត្យរោគដោយស្តាប់នឹងត្រចៀក (auscultation) ធ្វើឱ្យគេស្តាប់ឮសម្លេងក្រឹតក្រត (Crackles) ការថយចុះសំលេងដង្ហើម ឬ ដង្ហើមទងសួត។
- បើសិនជាអាចធ្វើ pulse oximetry លទ្ធផលបង្ហាញថា ខ្វះអុកស៊ីហ្សែន hypoxia (O_2<៩៥%) រយៈពេលយូរ។

២៩.៣.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ

- អាចមានចំនួនគ្រាប់ឈាមសកើនឡើង
- bacteremia តែងជួបញឹកញាប់ នៅលើ អ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលកើតជំងឺរលាកសួត
- បញ្ជូនឈាមទៅធ្វើការបណ្តុះរកមេរោគ បើសិនជាអាចធ្វើទៅបាន
- ថតសួតដោយ កាំរស្មី X បើសិនជាមាន
- ធ្វើពំនាសឈាម (Blood smear) រកមេរោគគ្រុនចាញ់ នៅក្នុងតំបន់ដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់។

២៩.៣.៣ ការព្យាបាល

A. <u>ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៅសេវាពិគ្រោះជំងឺក្រៅ</u> (ការរលាកសួតកម្រិតស្រាល)

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺសួត ត្រូវធ្វើតាមគោលការណ៍ណែនាំ IMCI រួមមាន៖

- លេប amoxicillin 50 ម.ក្រ /គ.ក្រ/ថ្ងៃ ចែកចេញជា ៣ដង/ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃ
- កុមារដែលមានការរលាកសួតកម្រិតស្រាល ហើយមានប្រតិកម្មថ្នាំជាមួយ penicillin អាចផ្តល់ពពួកថ្នាំសម្លាប់មេរោគ macrolide ដូចជា erythromycin azithromycin ឬ clarithromycin ឬ ប្រសិនបើ កុមារអាយុច្រើនជាង៧ឆ្នាំ អាចផ្តល់ doxycycline ។
- ប្រសិនបើ កុមារកំពុងប្រើថ្នាំបង្ការ CTX សូមកុំប្រើ CTX ក្នុងការព្យាបាលជំងឺរលាកសួត លើកលែងក្នុងករណីសង្ស័យថា ជំងឺ PCP (សូមមើលខាងក្រោម)
- តាមដានបន្ត ៣ ឬ ៤ថ្ងៃ ។

<u>ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ</u>

ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ កន្លែងសម្រាកពេទ្យ។

B.1 ការថែទាំគាំទ្រ

- ដាក់អុកស៊ីសែនចំពោះកុមារដែលមានបង្ហាញអំពី chest indrawing, cyanosis ឬខ្វះអុកស៊ីហ្សែន hypoxia (<៩២%)។
- កែសម្រួលកង្វះគ្រាប់ឈាមក្រហមធ្ងន់ធ្ងរ(Hb < 7g/dL) ដោយចាក់បញ្ចូលគ្រាប់ឈាមក្រហម។
- ត្រូវធានាថា មានជាតិទឹកបានទទួលតាមមាត់ (oral hydratation) សមស្រប និងត្រូវតាមដានការបញ្ចូលនិងបញ្ចេញជាតិទឹក (I/O chart)។ ការបញ្ចូលជាតិទឹក តាម naso-gastric ឬដោយចាក់តាមសរសៃ គឺជាការចាំបាច់ចំពោះករណីធ្ងន់ធ្ងរ។
- ឱ្យ paracetamol បើមានគ្រុន ឬ ឈឺចាប់។
- ឱ្យវីតាមីន Aបន្ថែម បើសិនជា កុមារមិនទាន់បានទទួលទេ ក្នុងពេល៣ខែមុននេះ។

B.2 ការព្យាបាលជាក់លាក់

- ឱ្យអង់ទីប៊ីយ៉ូទិចជួរទី១ រួមមានការចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននូវ ceftriaxone ចំនួន ៥០-៨០មក្រ /គក្រ ក្នុង១ដង/ថ្ងៃ បើសិនជាមាន។
- ប្រើ IV ampicillin ជាមួយនឹង gentamicin បើសិនជាមិនមាន cephalosporins ទេ
    - Ampicillin ២០០ មក្រ/គក្រ/១ថ្ងៃ ចែកចេញជា ៦ម៉ោងម្តង
    - Gentamicin ៧មក្រ/គក្រ ម្តង និង ៥មក្រ/គក្រ ម្តងទៀត ក្នុង១ថ្ងៃ។
- ថែម IV cloxacillin ២០០ មក្រ/គក្រ/១ថ្ងៃ ចែកចេញជា៦ម៉ោងម្តង បើមានសង្ស័យ រលាកសួតដោយស្តាហ្វីឡូកូក:
    - Pneumatoceles លើការថតដោយកាំរស្មី X

- Staphylococcus aureus នៅក្នុងការបណ្តុះឈាមរកមេរោគ
- រលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលធម្មតា
- វត្តមាន នៃ S.aureusនៅក្នុង sputum gram stain ឬការបណ្តុះមេរោគ។

B.3 ការពិចារណាផ្សេងទៀត

- គ្រប់កុមារអាយុក្រោម១ឆ្នាំ ដែលប្រឈមនឹងការឆ្លង ឬបានឆ្លងមេរោគអេដស៍រួចហើយ ហើយមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវតែទទួលបាននូវការព្យាបាល PCP រហូតដល់ពេលដែលរកឃើញមូលហេតុណាមួយផ្សេងទៀត ឬរហូតដល់មានការបញ្ជាក់ថា មិនឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- កុមារដែលកើត Bronchiectasis ច្រើនតែបង្កដោយសារពពួក pseudomonas។ ក្នុងករណីនេះ សូមផ្តល់បន្ថែមនូវ gentamicin ឬ ceftazidime អាស្រ័យទៅតាមភាពអាចទទួលបាននៅនឹងកន្លែង។

២៩.៤ ជំងឺ Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP)

២៩.៤.១ សេចក្តីផ្តើម

PCP គឺជាមូលហេតុរួមនៃមរណភាពរបស់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាពិសេសគឺ កុមារដែលមានអាយុពី៤ ទៅ៦ ខែ។ Cotrimoxazole អាចកាត់បន្ថយការកើតជំងឺ PCP បានយ៉ាងច្រើន ក៏ប៉ុន្តែ កុមារប្រមាណជា ២៥% នៃកុមារដែលមានកើត PCP នៅតែកើតជំងឺនេះ បើទោះបីជាមានការព្យាបាលបង្ការក៏ដោយ។ **គ្រប់កុមារ ប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬ ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយមានកើតជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវសង្ស័យថា អាចនឹងមានកើតជំងឺ PCP ហើយ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលភ្លាម ដោយមិនត្រូវបង្អង់ឡើយ។**

២៩.៤.២ អេពីដេមីសាស្ត្រ

- Pneumocystis:
  - ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈសេនេទិក pneumocystis អាចចាត់ចូលក្នុងប្រភេទផ្សិត (fungus)
  - ប្រភេទ carinii បង្ករោគនៅលើសត្វកណ្តុរ
  - ប្រភេទ jiroveci បង្ករោគនៅលើមនុស្ស ហើយក្លាយទៅជាជំងឺ PCP (PneumoCystis Pnaumonis)
- កម្រិតកោសិកា CD4 មិនមែនជាសូចនាករល្អ សម្រាប់បញ្ជាក់អំពីការប្រឈមនឹងការកើតជំងឺ PCP នៅលើកុមារអាយុក្រោម ១ឆ្នាំទេ
  - កុមារជាច្រើននាក់ ដែលមានកោសិកា % CD4+ ធំជាង 25% កើតជំងឺ PCP ។

២៩.៤.៣ ការបង្ហាញគ្លីនិក

- គ្រុនក្តៅ ដកដង្ហើមញាប់ ហត់ពិបាកដកដង្ហើម និង ក្អក
- ការចាប់ផ្តើមភ្លាមៗ ឬ ស្ងាត់ស្ងៀម ដោយមានរោគសញ្ញាមិនជាក់លាក់ ដូចជា ហូបមិនបាន ឬ ស្រកទម្ងន់
- អាចឮសម្លេងសួតច្បាស់ ឬ ឮសម្លេងក្រឹតក្រតតិចៗ

- ជារឿយៗមានសញ្ញាខ្វះអុកស៊ីហ្សែន (hypoxia) ហួសពីការដែលអាចពិនិត្យបាន ដោយមានកម្រិត room-air O2 ក្រោម ៨៥% ។

២៩.៤.៤ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៅកម្ពុជា ច្រើនតែពឹងផ្អែកទៅលើគ្លីនិក និងភាពមិនប្រក្រតីនៃការថតសួតដោយកាំរស្មី X ដែលបង្ហាញថា មាន typical interstitial infiltrates hypoxia និងឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល PCP។
- មិនត្រូវពន្យារការចាប់ផ្តើមព្យាបាលទេ ព្រោះការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពេញលេញ(definitive diagnosis) ច្រើនតែមិនអាចធ្វើទៅបានទេ។
- បើសិនណា PCP ស្ថិតក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែក (differential diagnosis) គេត្រូវចាប់ធ្វើការព្យាបាលជាបន្ទាន់។
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X អាចបង្ហាញឱ្យឃើញ bilateral diffuse parenchymal infiltrates with "ground-grass" ឬ reticulogranular appearance **ក៏ប៉ុន្តែវាអាចជាការធម្មតាទេ។**
- ការលំបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពេញលេញចំពោះកុមារ។ ការបង្ហាញឱ្យឃើញមេរោគនៅក្នុងជាលិកា ឬសារធាតុរាវនៃសួត តាមរយៈ Silver ឬ Fluorescent antibody staining បើអាចធ្វើបាន ត្រូវអនុវត្តដូចខាងក្រោម៖
  - ធ្វើការវិភាគ induced sputum (nebulized ៣% hypertonic saline) ឬ
  - ធ្វើ bronchoscopy with bronchoalveolar lavage។

២៩.៤.៥ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែក

- រលាកសួតដោយបាក់តេរី (Bacterial pneumonia)
- រលាកសួតដោយវីរុស (Viral pneumonia) ជាពិសេស CMV
- របេងសួត (Pulmonary tuberculosis)
- Disseminated *Mycobacterium avium* complex
- Lymphoid interstitial pneumonitis (ចំពោះកុមារអាយុលើសពី១ឆ្នាំ)
- រលាកសួតប្រភេទមិនប្រាកដ (Atypical pneumonia) Mycoplasma Chlamydia ឬ Legionella។

២៩.៤.៦ ការព្យាបាល

- Cotrimoxazole ១៥-២០/៧៥-១០០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ដោយបែងចែកជា ៣-៤ កម្រិតដូស ចាក់តាមសរសៃ IV រយៈពេល ២១ ថ្ងៃ។ សូមកត់សំគាល់ថាកម្រិតប្រើនេះខ្ពស់ជាងការព្យាបាលបង្ការដោយ CTX ខ្លាំង។
  - ត្រូវប្តូរឱ្យទៅជាការព្យាបាលដោយលេបតាមមាត់វិញ ក្នុងកម្រិតដដែល កាលណាបើមានការប្រសើរឡើង ហើយអ្នកជំងឺអាចលេបបាន
  - អ្នកជំនាញខ្លះឱ្យប្រើបន្ថែមនូវ clindamycin ៣០ – ៤០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ បែងចែកជារៀងរាល់៨ម៉ោង ចំពោះករណីធ្ងន់ធ្ងរ។
- Pentamidine isothionate (៤ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃម្តងក្នុង១ថ្ងៃម្តង ចាក់តាមសរសៃ IV ៦០–៩០ min)

- គឺជាជម្រើសសម្រាប់ករណីដែលមិនអាចប្រើ cotrimoxazole បាន ឬព្យាបាលដោយ cotrimoxazole មិនបានជោគជ័យ បន្ទាប់ពីបានព្យាបាលអស់រយៈពេល ៥–៧ថ្ងៃរួចមក
    - បើសិនជាសញ្ញាគ្លីនិកបានល្អប្រសើរឡើង បន្ទាប់ពីបានប្រើ pentamidine ចាក់តាមសរសៃបាន ៧–១០ ថ្ងៃរួចមក គេអាចពិចារណាផ្តល់បន្ថែមនូវឱសថលេបតាមមាត់ (ដូចជា atovaquone ជាដើម) ដើម្បីបំពេញឱ្យគ្រប់ ២១ ថ្ងៃ
    - ប្រតិកម្មមិនល្អរបស់ឱសថ (adverse drug reaction) រួមមាន ពុលតម្រងនោម (renal toxicity) សម្ពាធឈាមខ្ពស់ខ្លាំង (ជាពិសេសបើចាក់លឿន) prolonged QT cardiac arrhythmias ។
- Atovaquone ៣0-៤0 មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកចេញជា ២ កម្រិតដូស រួមផ្សំជាមួយចំណីអាហារមានជាតិខ្លាញ់ (៣-២៤ ខែ កម្រិត ៤៥មក្រ)។ ទិន្នន័យនៅមានកំណត់ចំពោះកុមារ។
    - ប្រតិកម្មមិនល្អ រួមមាន ចេញក្រហមលើស្បែក (skin rash) ចំនួន ១០%–១៥% ចង្អោរ (nausea) និងអាចមានអាហារូបត្ថម្ភផង។

- **ការព្យាបាលផ្សេងទៀតសម្រាប់មនុស្សចាស់៖**
    - Clindamycin/primaquine: ទិន្នន័យចំពោះកុមារមិនមានទេ
    - Dapsone/trimethoprim: ទិន្នន័យអំពីភាពពុល និងប្រសិទ្ធភាពចំពោះកុមារមិនមានទេ។

- Corticosteroids
    - ការណែនាំអំពីការប្រើប្រាស់
        - Room-air PaO2 ត្រូវមានតម្លៃ <70 mmHg ឬ alveolar-arterial gradient >35 mmHg
        - នៅពេលមិនអាចយកតួលេខ blood gas បាន: O2 saturation <90%។
    - កម្រិតដូស

      Prednisone
        - D1-5: 1mg/kg/12h (max 40mg/12h)
        - D6-10: 0.5 mg/12h (max 40mg/24h)
        - D11-21: 0.5 mg/24h (max 20mg/24h)។

      Methylprednisolone IV
        - D1-7: 1 mg/kg/6h
        - D8-9: 1 mg/kg/12h
        - D10-11: 0.5 mg/kg/12h
        - D12-16: 1 mg/kg/24h
        - D17-21: 0.5 mg/kg/24h ។

២៩.៤.៧ ការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole

ការព្យាបាលបង្ការដោយប្រើ Cotrimoxazole បានកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃ PCP pneumonia លើទារក កុមារ និងមនុស្សពេញវ័យបានយ៉ាងច្រើន។ លើសពីនេះទៀត អាំងស៊ីដង់នៃជំងឺ toxoplasmosis ការបង្ករោគរាលដាលដោយបាក់តេរី និងជំងឺគ្រុនចាញ់ ក៏ថយចុះយ៉ាងច្រើនដែរ។ គេបានឃើញច្បាស់នូវអត្ថប្រយោជន៍ ក្នុងការកាត់បន្ថយមរណភាពនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានប្រើ Cotrimoxazole បង្ការរោគក្នុងស្ទើរតែគ្រប់ករណីទាំងអស់ ជាពិសេសនៅពេលដែលកោសិកា CD4 ទាប ឬកើតជំងឺរបេងសកម្ម។ ការសិក្សាពុំមានបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ទេ អំពីកោសិកា CD4 ដែល cotrimoxazole លែងមានប្រសិទ្ធភាពតទៅទៀត។

កុមារទាំងអស់ដែលរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ថា មានជំងឺ PCP គេត្រូវចាប់ផ្តើមធ្វើការព្យាបាលបង្ការរោគដោយ cotrimoxazole ភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺនេះ រួចហើយ បន្តរហូតដល់អាយុ៥ឆ្នាំ បើទោះបីជាប្រព័ន្ធភាពស៊ាំត្រូវបានកើនឡើងវិញដោយ ART យ៉ាងណាក្តី។ (សូមអានជំពូកទី ៦.២ ស្តីពីការបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ទំព័រទី ៥១) ។

២៩.៥ ជំងឺ Lymphoid Interstitial Pneumonitis (LIP)

Lymphoid interstitial pneumonitis (LIP) ច្រើនមានកើតជាទូទៅលើកុមារ ជាពិសេសកុមារអាយុលើសពី ២ឆ្នាំឡើងទៅ ប៉ុន្តែកម្រមានកើតលើមនុស្សពេញវ័យណាស់។ វាអាចមានកើតលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រហូតដល់ ៤០% ហើយច្រើនតែត្រូវបានគេយល់ច្រលំថាជា miliary TB ព្រោះវាមាន diffuse nodular pattern ពេលថតដោយកាំរស្មី X និងមាន mediastinal lymphadenopathy។

២៩.៥.១ ការបង្ករោគ

គេអាចធ្វើការពន្យល់អំពី LIP បានថា មានការបង្ករោគរួមគ្នាដោយមេរោគអេដស៍ ជាមួយនឹង Epstein Barr Virus (EBV) ដែលនាំទៅរកការភ្ញោចប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (immune stimulation) ដោយមាន lymphoid infiltration និងការរលាករ៉ាំរ៉ៃ (chronic inflammation)។

២៩.៥.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

LIP គួរត្រូវពិចារណា ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមាន៖

- ស្ថានភាពទូទៅល្អ ថ្វីបើមានការហត់ដង្ហក់ ក្នុងការដកដង្ហើម (Respiratory Distress)
- ក្អករ៉ាំរ៉ៃ ឬ ក្អកសារចុះសារឡើង (recurrent)
- Parotid រីកធំ generalized lymphadenopathy និង/ឬ hepatosplenomegaly
- ម្រាមដៃកែក (Finger Clubbing)
- ការព្យាបាលរបេងគ្មានប្រសិទ្ធភាព (Poor Response in TB Therapy)
- ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ ដំណាក់កាលចុងក្រោយដោយមាន hypoxia ផង
- កុមារដែលមានជំងឺរលាកសួត លាប់ជាញឹកញាប់ ជារឿយៗនៅក្នុង lobar distribution ជាមួយគ្នា។

ការថតសួតដោយកាំរស្មី X អាចឱ្យឃើញនូវ៖

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

២៩.៥.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- LIP គឺជាសញ្ញាមួយ បញ្ជាក់ថាត្រូវការព្យាបាលដោយ ART ដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យដោយមិនត្រូវរង់ចាំ
- ឱ្យ Prednisone ២មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចំពោះករណីដែលមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង ដោយបន្តជាច្រើនសប្តាហ៍ទៀត កាលណារោគសញ្ញាបានប្រសើរហើយ
- បន្ថែម cotrimoxazole prophylaxis សម្រាប់រយៈពេលនៃការព្យាបាលដោយ steroid បើសិនជាគ្មានការណែនាំអ្វីថែមទៀតទេ
- ដាក់អុកស៊ីហ្សែនឱ្យកាលណាមាន hypoxia <៨៨%
- ផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ សម្រាប់ពង្រីកទងសួត (Bronchodilators)
- ធ្វើការព្យាបាលការរលាកសួតដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ (perimposed bacterial pneumonia) និង ពិចារណាអំពី pseudomonas បើសិនជាការប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកស្តង់ដាមិនបានធ្វើឱ្យមានសភាពប្រសើរឡើងទេ
- ការព្យាបាលដោយធ្វើចលនានៅទ្រូង (Chest physiotherapy) អាចល្អចំពោះកុមារដែលមានការស្ទះស្លេះ នៅទងសួត (bronchial plugging) ដោយមកពីការបញ្ចេញ mucoid secretions។

២៩.៦ ជំងឺ Bronchiectasis

Bronchiectasis អាចកើតឡើងដោយសារផលវិបាកនៃ ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ឬញឹកញាប់ ជំងឺរបេង ឬ ជំងឺ LIP។ ផ្លូវខ្យល់ក្នុងសួតត្រូវបានខូចខាត បាត់បង់អស់នូវភាពរលាស់បាន និងបានរីកធំខុស ពីធម្មតានាំទៅរកភាពចុះខ្សោយនៃការសំអាតស្លេះ (impaired secretion clearance) និងគ្រោះថ្នាក់នៃការបង្ករោគបន្ថែមទៀត។

២៩.៦.១ អេពីដេមីសាស្ត្រ

Bronchiectasis កើតឡើង លើសពី ១៥% នៃកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយ មានអាយុមធ្យម ត្រឹម ៧.៥ ឆ្នាំ នៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ ជំងឺដែលកើតមានជាមុន រួមមាន LIP រលាកសួតរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺរលាកសួតសារចុះសារឡើង។

២៩.៦.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

កុមារដែលកើត bronchietasis ច្រើនមានប្រវត្តិន៍ឧស្សាហ៍ចូលសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យញឹកញាប់ ឬធ្លាប់បានទទួលសភាពល្អប្រសើរតែមួយចំណែក នៅក្នុងការព្យាបាលជំងឺរលាកសួត។ ត្រូវពិចារណាដល់ bronchiectasis នៅលើកុមារដែលមាន៖

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

២៩.៦.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- Bronchiectasis ធ្ងន់ធ្ងរ ច្រើនតែត្រូវបានរកឃើញដោយធ្វើការថតសួតដោយកាំរស្មី X (CXR)។ ការថត Scanner អាចឆាប់រកឃើញជាង (CT) ក៏ប៉ុន្តែជាទូទៅមិនសូវជាចាំបាច់ទេ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ bronchiectasis ស្រួចស្រាវ ត្រូវមានទាំងការធ្វើ sputum gram stain ព្រមទាំងការបណ្ដុះមេរោគផងដែរ បើសិនជាអាចធ្វើទៅបាន ពីព្រោះវាច្រើនតែមាន pseudomonas និងបាក់តេរីដែលស៊ាំផ្សេងទៀត។

២៩.៦.៤ ការព្យាបាល

- ចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) និងការព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole
- Chest physiotherapy
- ពិចារណាពីការផ្ដល់បន្ថែមនូវ anti-pseudomonal antibiotic ដូចជា ceftazidime ឬ ciprofloxacin ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ
- ផ្ដល់ឱសថពង្រីកទងសួត (Bronchodilators) ដើម្បីព្យាបាល wheezing ។

២៩.៦.៥ ការបង្ការ

ការបង្ការជំងឺ bronchiectasis រួមមាន ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺសួតឱ្យបានទាន់ពេលវេលា និងការចាប់ផ្ដើមព្យាបាល ART បានឆាប់រហ័ស។ ការប្រើ cotrimoxazole សមស្របអាចកាត់បន្ថយជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរី ហើយអាចមានតួនាទីសំខាន់នៅក្នុងការបង្ការ bronchiectasis។ ត្រូវពិចារណាផ្ដល់នូវការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole ដល់គ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលមានការបង្ករោគដោយបាក់តេរីញឹកញាប់ ។

ជំពូកទី ៣០៖ ជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

៣០.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ជំងឺរបេង គឺជាមូលហេតុចំបងនៃមរណភាពក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- កម្ពុជា ជាប្រទេសដែលមានបន្ទុកជំងឺរបេងខ្ពស់ (High incidence)
- គ្រប់ពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ គេត្រូវពិនិត្យរកមើលក្រែងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ មានរោគសញ្ញារបេងសកម្ម
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ជំងឺរបេងលើកុមារជាការលំបាក ហើយត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេង/អេដស៍ និង គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបេងលើកុមារ
- ការព្យាបាលជំងឺរបេងអាស្រ័យទៅតាមទីកន្លែងដែលកើត និង ត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេង/អេដស៍ និង គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបេងលើកុមារ
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែគ្មានសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេង ត្រូវប្រើឱសថបង្ការជំងឺរបេងទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំ (សូមអានជំពូកទី ៨ ស្តីពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងទំព័រទី ៦៧)។

៣០.២ អេពីដេមីសាស្ត្រ

សព្វថ្ងៃ *Mycobacterium tuberculosis* គឺជាមូលហេតុរួមនៃមរណភាព ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍នៅលើពិភពលោក។ ដោយសារអ្នកជំងឺអេដស៍ងាយនឹងកើតជំងឺរបេង អត្រាជំងឺរបេងនេះបានកើនឡើងយ៉ាងលឿនដោយសារតែជំងឺអេដស៍។ ប្រទេសកម្ពុជា គឺជាប្រទេសដែលកើតមានជំងឺរបេងខ្ពស់ជាងគេ នៅក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក ដោយមានអត្រា ៤៤២ ករណី/១០០.០០០ នាក់ ក្នុងឆ្នាំ ២០១៤។ ប្រហែលប្រមាណជា ៥០% នៃករណីនេះគឺមិនត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺរបេងនោះក្នុងរយៈពេល ១ឆ្នាំៗ ។

តារាងទី ២៨ នឹងបង្ហាញពី អំពីផលប៉ះពាល់នៃជំងឺអេដស៍ ទៅលើការប្រឈមនឹងការកើតជំងឺរបេងសកម្មក្នុងជីវិត ។

តារាងទី 28: ការប្រឈមនឹងការកើតជំងឺរបេងសកម្ម ក្នុងជីវិតលើអ្នកផ្ទុក និងមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍	ការប្រឈមនឹងការកើតជំងឺរបេងសកម្មក្នុងជីវិត
មេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន	៥ - ១០%
មេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន	៥០%

៣០.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

រោគសញ្ញានៃជំងឺរបេងសកម្មលើកុមារមិនមានអ្វីឱ្យជាក់លាក់ទេ ភាគច្រើនគឺមានការស្រកទម្ងន់ គ្រុនក្តៅ និង មានភាពយឺតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់ធំធាត់ ។ ចំពោះកុមារដែលប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ នៅមានសមត្ថភាព (immunecompetent children) ជំងឺរបេង ស្តែងឡើងទៅតាមអាយុគឺ ទារកតូចច្រើនតែមានជំងឺរបេងសាយភាព (miliary disease) និង រលាកស្រោមខួរ (meningitis) កុមារអាយុ១ទៅ៥ឆ្នាំ ច្រើនមាន focal infiltrate ដោយមាន

mediastinal lymphadenopathy ផង និងកុមារអាយុលើសពី១០ឆ្នាំមាន cavitation ដូចមនុស្សចាស់ ឬ មានទឹកក្នុងស្រោមសួត (pleural effusion) ។

ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាស្រ័យទៅតាមចំនួនកោសិកា CD4 និងទៅតាមអាយុ។ ចំពោះកុមារដែលមានប្រព័ន្ធស៊ាំរាងកាយចុះខ្សោយ (immunosuppression) ធ្ងន់ធ្ងរ របេងអាចលេចចេញមកជារបេងសាយភាពស្រួចស្រាវ និង រលាកស្រោមខួរ។ លើសពី១៥% នៃកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយកើតរបេង មានក្អកតិចជាង ២សប្តាហ៍ ។ រីឯកុមារដែលបានទទួលការព្យាបាល ART ជាមួយនឹងចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ ជំងឺរបេងជារឿយៗបង្ហាញរោគសញ្ញាដូចជា ករណីកុមារដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ។

គេពិបាកនឹងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ជំងឺរបេងនៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ពីព្រោះ៖

- រោគសញ្ញារបេងដូចគ្នានឹងរោគសញ្ញា ជំងឺដទៃទៀត
- ការធ្វើតេស្តចាក់ tuberculin ក្នុងស្បែក ច្រើនតែ អវិជ្ជមាន លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ហើយមានកើតរបេង
- មូលហេតុផ្សេងទៀតនៃជំងឺផ្លូវដង្ហើម និងភាពមិនធម្មតានៃការថតសួតដោយកាំរស្មី X គឺជាបញ្ហាជាទូទៅ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ច្រើនតែបង្ករោគច្រើនបែប ក្នុងពេលតែមួយ
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ច្រើនតែមានជំងឺរបេង បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមទៅនឹងជំងឺរបេង។

មិនមានវិធានគ្លីនិកណា សម្រាប់ទស្សន៍ទាយទុកជាមុនឱ្យបានច្បាស់អំពីជំងឺរបេងបានទេ។ ក៏ប៉ុន្តែ គេត្រូវចាប់អារម្មណ៍អំពីរឿងនេះលើកុមារដែលមានស្ថានភាព ដូចខាងក្រោមនេះ៖

១. ប៉ះពាល់ជាមួយនឹងមនុស្សចាស់ ឬកុមារដែលធំជាងដែលមានជំងឺរបេងសួត កំហាកវិជ្ជមាន
២. ភាពយឺតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់ធំធាត់ ឬ ស្រកទម្ងន់
៣. ក្អក ញឹកញាប់
៤. ក្តៅខ្លួន មិនបាត់
៥. ឡើងកូនកណ្តុរនៅ ក ដោយមិនមានការឈឺចាប់។

រោគសញ្ញាដែលអាចបង្ហាញថា កុមារមានកើតរបេង រួមមាន៖

- ក្អកជាប់ លើសពី ២សប្តាហ៍
- ស្រកទម្ងន់ថ្មីៗ ឬ យឺតយ៉ាវក្នុងការធំធាត់
- គ្រុនក្តៅជាប់ លើសពី ២សប្តាហ៍
- ឡើងកូនកណ្តុរនៅក ដោយមិនមានឈឺចាប់។

បើទោះជាយ៉ាងណាក្តី ជំងឺរបេងអាចនឹងធ្វើឱ្យមានលេចចេញនូវរោគសញ្ញា គ្លីនិកប្លែកៗដូចដែលមានសង្ខេបនៅក្នុងប្រអប់លេខ ១៩ ខាងក្រោម។

ប្រអប់លេខ 19: សញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង

- ខូចទ្រង់ទ្រាយនៃឆ្អឹងខ្នង (Gibbus deformity (angulation) of the spine)
- ដក់ទឹក Serositis (ទឹកក្នុងស្រោមសួត ទឹកក្នុងស្រោមបេះដូង និង/ឬ ទឹកក្នុងស្រោមពោះ
- រលាកស្រោមខួរ (Meningitis) និង សន្លប់ (coma)
- ហើម ឬ ខូចទ្រង់ទ្រាយសន្លាក់ ឬ ឆ្អឹង (Joint or bone swelling or deformity)
- ដុំពោះ ឬ ascites ដោយគ្មានមូលហេតុពន្យល់ (Unexplained abdominal mass or ascites)
- រលាកស្រោមបេះដូងតែឯង (Isolated pericarditis) (មិនរួមផ្សំជាមួយនឹង poly-serositis ទេ)
- ថតដោយកាំរស្មីX បង្ហាញឱ្យឃើញនូវ៖

  ទម្រង់ Miliary

  រីកធំនៃ Hilar ឬ mediastinal lymph node

  សង្កត់ទៅលើផ្លូវដង្ហើមនៃ lymph nodes បណ្តាលឱ្យមាន Segmental hyperinflation ឬ collapse

  Chronic parenchymal infiltrate មិនបានល្អប្រសើរ បន្ទាប់ពីព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក

  ទឹកក្នុងស្រោមសួតម្ខាងតែឯង (Isolated unilateral pleural effusion)។

៣០.៤ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសកម្ម

ការពិនិត្យកំហាក ឬ ការបណ្តុះមេរោគ ដើម្បីបញ្ជាក់ថា ជំងឺរបេងលើកុមារគឺ ជាការពិបាក។ កុមារដែលកើតជំងឺរបេងកម្រនឹងមានកំហាកណាស់ ហើយច្រើនតែមានបន្ទុកបាក់តេរីទាបនៅក្នុងកំហាក។ ការធ្វើ Acid-fast stains លើទឹកក្រពះបូមយកនៅពេលព្រលឹម (early morning gastric aspirates) អាចវិជ្ជមានពី ០-២០% នៃករណីកុមារ ដែលកើតរបេង ហើយកុមារដែលមានរបេងក្រៅសួត (extra-pulmonary TB) acid-fast stains លើសំណាក ដូចជា ទឹកស្រោមសួត (pleural fluid) ទឹកស្រោមខួរ (CSF) និង ទឹកសន្លាក់ជាដើម ច្រើនតែ អវិជ្ជមាន។ ដូចគ្នាដែរ ការធ្វើតេស្តចាក់ tuberculin ក្រោមស្បែក (TST) អាចត្រូវបានប្រើជាជំនួយនៅក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ប៉ុន្តែវា វិជ្ជមានតែនៅលើកុមារមួយចំនួនតូច តែប៉ុណ្ណោះ។ **មិនមានតេស្តតែមួយណា ដែលអាចបញ្ជាក់ថា មានកើតរបេងនោះទេ។**
ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដាច់ស្រេចនៃជំងឺរបេង ទាមទារត្រូវបំបែក (Isolation) M. tuberculosis នៅក្នុងការបណ្តុះមេរោគ ដែលយកចេញពីកំហាក (expectorated sputum) ទឹកក្រពះ (gastric fluid) ទឹកនៅក្នុងកូនកណ្តុរ (lymph node fine-needle aspiration -FNA) ឬ ពីទីកន្លែងដទៃទៀត។ ការបណ្តុះមេរោគរបេង គឺជាចំណែកសំខាន់នៅក្នុងការវាយតម្លៃកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយសង្ស័យថា កើតជំងឺរបេងគឺត្រូវតែធ្វើ បើសិនជាអាចធ្វើបាន។
ជំងឺរបេង អាចនឹងកើតមាននៅក្នុងស្ថានភាពពីរយ៉ាង ខាងក្រោមនេះ ដែលត្រូវតែចាប់ផ្តើមធ្វើការព្យាបាលដោយគ្មានបង្អង់៖

១) ប្រវត្តិប៉ះពាល់អ្នកជំងឺរបេង ឬ តេស្ត tuberculin skin test (TST) វិជ្ជមាន និងមាន

២) រោគសញ្ញាបង្ហាញថា កើតរបេង ឬ

៣) ថតដោយកាំរស្មី X រូបភាពមិនធម្មតា បង្ហាញឱ្យឃើញថា អាចមានកើតរបេង។

កុមារណាដែលមិនមាននិយមន័យគ្រប់គ្រាន់ ថាកើតជំងឺរបេង ត្រូវតែប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកឱ្យសមស្រប រួចត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃកំហាក (sputum AFB evaluation) និង តាមដានឱ្យបានជាប់លាប់។ រោគសញ្ញារបេង ដែលមិនមានភាពល្អប្រសើរឡើងវិញ ដោយការប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក ត្រូវតែព្យាបាលរបេងភ្លាមលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

៣០.៥ ការព្យាបាល

ការប្រើ RHZE រយៈពេល ២ខែ និង RH រយៈពេល ៤ខែ សម្រាប់ករណីជំងឺរបេងថ្មី៖

- ការធ្វើតេស្តកំហាកស្ងួត វិជ្ជមាន (Smear positive pulmonary TB–PTB)
- ការធ្វើតេស្តកំហាកស្ងួត អវិជ្ជមាន (Smear negative PTB and extrapulmonary TB - EPTB) ក្នុងករណីដូចខាងក្រោម ៖
  - ការប៉ះពាល់សាច់ច្រើនស្ងួត (extensive lung parenchymal involvement)
  - រលាកស្រោមបេះដូង (pericarditis) រលាកស្រោមពោះ (peritonitis) ទឹកក្នុងស្រោមស្ងួតសងខាង ឬ មានទឹកក្នុងស្រោមស្ងួតច្រើន)
  - ជំងឺរបេង នៅប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ ឬ ប្រព័ន្ធទឹកម្ូត្រ និងបន្តពូជ។
- អ្នកជំងឺរបេង/អេដស៍រួមគ្នា។

កម្រិតប្រើប្រាស់ថ្នាំរបេង សម្រាប់កុមារដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក តាមគោលការណ៍ណែនាំ ដែលបានកែសម្រួលក្នុងឆ្នាំ ២០០៩ សង្ខេបនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម។

តារាងទី 29: កម្រិតណែនាំ សម្រាប់ថ្នាំព្យាបាលជំងឺរបេងសម្រាប់កុមារ

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

រូបមន្តឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា (FDC) ដែលមាន និង អនុសាសន៍អំពីកម្រិតប្រើនៅប្រទេសកម្ពុជា សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបេងលើកុមារ ។

ការពិចារណាបន្ថែមសម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ការបន្ថែមថ្នាំ Pyridoxine ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវផ្តល់ឱ្យតាមកម្រិតខាងក្រោម៖
  - អាយុតិចជាង ៥ឆ្នាំ ត្រូវផ្តល់ ១២,៥ មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ
  - អាយុចាប់ពី ៥ឆ្នាំ ឡើង ត្រូវផ្តល់ ២៥ មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ។

- កុមារដែលកើតជំងឺរបេងសកម្ម ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrim ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ដោយមិនគិតពីចំនួន កោសិកា CD4 ។

៣០.៦ ផលរំខានបន្ទាប់បន្សំ នៃឱសថព្យាបាលរបេង

តារាងទី 30: ការគ្រប់គ្រងផលរំខានបន្ទាប់បន្សំនៃឱសថព្យាបាលរបេង

ផលរំខានបន្ទាប់បន្សំ	ថ្នាំអាចបង្ករឱ្យមានផលរំខាន	ការគ្រប់គ្រង
ផលរំខានបន្តិចបន្តួច		*បន្តការព្យាបាលជំងឺរបេង*
មិនឃ្លានអាហារ(Anorexia) ចង្អោរ (nausea) ឈឺពោះ (abdominal pain)	Rifampicin	ឱ្យលេបចុងក្រោយគេ នៅពេលយប់ ឬ លេបបន្ទាប់ពីញ៉ាំចំណីអាហាររួច
ឈឺសន្លាក់ (Joint pain)	Pyrazinamide	លេបថ្នាំ aspirin ឬ ថ្នាំបំបាត់ការរលាក ប្រភេទ nonsteroidal anti-inflammatory
ក្តៅនៅបាតជើង	Isoniazid	បង្កើនកម្រិត pyridoxine ៥០-៧៥ មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ
ទឹកនោមពណ៌ ទឹកក្រូច ឬ ក្រហម	Rifampicin	ពន្យល់អ្នកជំងឺឡើងវិញ
ផលរំខានធ្ងន់ធ្ងរ		*បញ្ឈប់ថ្នាំដែលបង្ករផលរំខាន*
ហ៊ឹងត្រចៀក ឬ ថ្លង់ (Deafness)	Streptomycin	បញ្ឈប់ streptomycin និងផ្តល់ ethambutol ជំនួសវិញ
វិលមុខ (dizziness, vertigo, or nystagmus)	Streptomycin	បញ្ឈប់ streptomycin និងផ្តល់ ethambutol ជំនួសវិញ
លឿងស្បែក	ថ្នាំព្យាបាលជំងឺរបេង ភាគច្រើន	បញ្ឈប់ ថ្នាំរបេងទាំងអស់ រហូតដល់ សភាពលឿងស្បែក បាត់វិញ
ក្អួត និង វង្វេង (ពិចារណាថ្នាំដែលធ្វើឱ្យខូចថ្លើម ប្រសិនបើមាន លឿងស្បែក)	ថ្នាំព្យាបាលជំងឺរបេង ភាគច្រើន	បញ្ឈប់ ថ្នាំរបេងទាំងអស់ និង ពិនិត្យមើល តេស្តមុខងារថ្លើមជាបន្ទាន់
មាន Visual impairment	Ethambutol	បញ្ឈប់ ethambutol
សន្លប់ (Shock) ចេញកន្ទួល (purpura) ឬ ខូចតម្រងនោម (acute renal failure)	Rifampicin	បញ្ឈប់ rifampicin

* ប្រសិនបើ ការព្យាបាលរបេងត្រូវបានកែសម្រួល ដោយសារតែមានផលរំខាន ត្រូវធ្វើការពិគ្រោះយោបល់ ជាមួយអ្នកជំនាញខាងជំងឺរបេង។

៣០.៧ ទម្រង់នៃជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ

៣០.៧.១ ជំងឺរបេងសាយភាយ (Miliary TB)

- Miliary TB គឺជាការបង្ករជំងឺរបេង ដែលមានការរាលដាលច្រើនកន្លែង។
- **ការបង្ករោគរបេងច្រើនកន្លែង កើតឡើងជាញឹកញាប់ លើកុមារ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំការពារសារពាង្គចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរ**
- ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញា អាចរកឃើញសញ្ញា Miliary តាមរយៈការថតសួតដោយកាំរស្មី X លើទ្រូង ឬ ឃើញ choroidal tubercles តាមរយៈការធ្វើ fundoscopy
- ការបណ្ដុះរកបាក់តេរី Mycobacteria នៅក្នុងឈាម និង ក្នុងខួរឆ្អឹងអាចមានលទ្ធផល វិជ្ជមាន (នៅកន្លែងណាដែលអាចធ្វើបាន)
- ការបូមទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង អាចបង្ហាញពីការទាក់ទងនឹងប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្ដាល(CNS) លើសពី១/៣ នៃករណី
- ការព្យាបាល គឺដូចគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយជំងឺរបេង និង ត្រូវព្យាបាលតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេង/អេដស៍ និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ
- Steroids មិនត្រូវបានគេប្រើជាទូទៅ នៅក្នុងការព្យាបាល Miliary TB ទេ លើកលែងតែករណីមាន រោគសញ្ញា ឬ ចង្អោមរោគសញ្ញា ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង
- ព្យាបាលជំងឺរបេងតាមរូបមន្តព្យាបាល 2 RHZS/4 RH។

៣០.៧.២ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង

- គឺជា ការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល (Central Nervous System–CNS) ដោយមេរោគ *M. tuberculosis* មានសណ្ឋាន ៣ ផ្សេងពីគ្នា៖

  ១. ដំណាក់កាលបឋម (Prodromal stage): រោគសញ្ញាមិនច្បាស់លាស់ និង ងងុយដេក (drowsiness) គ្រុនក្ដៅមធ្យម វង្វេងវង្វាន់ ក្អួត និង ឈឺក្បាល។

  ២.ដំណាក់កាលអន្តរកាល (Transitional stage): បង្ហាញដោយមានការកើនឡើងសម្ពាធក្នុងក្បាល (intracranial pressure) និង រលាកស្រោមខួរ (meningeal irritation)។

  ៣. ដំណាក់កាលចុងក្រោយ (Terminal stage) : កំរើកដៃ ជើង មិនរួច (paralysis) និង សន្លប់។

- បូមទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង អាចបង្ហាញពី៖

  សម្ពាធទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង(CSF) កើនឡើង

រាប់ចំនួនកោលិកា ស នៃ CSF មានចំនួនពី ១០-៥០០/mm^3 ដោយមានពពួក lymphocytes ច្រើនលើសលុប

ជាទូទៅ Protein កើនឡើង និង ស្ករថយចុះ

កម្ររកឃើញ Bacilli នៅក្នុងទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នងណាស់។

- ត្រូវធ្វើការព្យាបាលដូចតទៅ៖

ព្យាបាលជំងឺរបេងតាមរូបមន្តព្យាបាល 2 RHZS/ 4RH

Prednisone ២-៤ មក្រ/គក្រ (អតិបរិមា 60mg) មួយថ្ងៃមួយដង រយៈពេល២៨ថ្ងៃ និងបន្ថយបន្តិចម្តងៗ រយៈពេល២សប្តាហ៍

អាចប្រើ dexamethasone 0.៦ មក្រ/គក្រ ជំនួស prednisone

កុមារដែលមិនអាចទ្រាំទ្រនឹង streptomycin ត្រូវប្រើជំនួសដោយ ethionamide ២០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ

Ethionamide ជ្រាបចូលទៅក្នុង CNS បានល្អ មានទម្រង់គ្រាប់អាចលេបបាន និង មានសុវត្ថិភាពចំពោះកុមារតូច។

៣០.៨ បរាជ័យក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេង

ជាទូទៅ កុមារដែលគ្មានមេរោគអេដស៍ អាចបង្ហាញពីភាពធូរស្បើយ ឬប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេងសួត ដោយមានការថយចុះគ្រុនក្តៅ និងក្អក។ កុមារដែលកើតជំងឺរបេងក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជា របេងពោះ របេងប្រពន្ធ័សរសៃប្រសាទកណ្តាល ឬ ទម្រង់ផ្សេងទៀតនៃរបេងក្រៅសួត អាចមានការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលយឺតជាង។ ចំពោះកុមារដែលមានជំងឺរបេងសួត កំហាក វិជ្ជមាន អាចនឹងមានលទ្ធផលកំហាក អវិជ្ជមាន នៅសប្តាហ៍ទី៨ ។

ការឆ្លើយតបយឺតយ៉ាវ ឬ មិនសមស្របទៅនឹងការព្យាបាលចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចបណ្តាលមកពី៖

- ការបង្ករោគផ្សេងដែលមិនបានព្យាបាល ឬ ការកើតឡើងនៃជំងឺមហារីកបន្ថែមលើជំងឺរបេង ដូចជា
  - Penicilliosis
  - Histoplasmosis
  - MAC
  - Lymphoma។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង មិនត្រឹមត្រូវ ចំពោះអ្នកជំងឺរបេងសួត កំហាក អវិជ្ជមាន
- ការពិនិត្យកំហាក វិជ្ជមាន MAC ពីព្រោះ AFB smear ដោយមិនបានធ្វើការបណ្តុះមេរោគ មិនអាចធ្វើការបែងចែកមេរោគទាំងពីរនេះបានទេ។
- ការកើត reconstitution inflammatory syndrome (IRIS)
- មេរោគរបេង ដែលស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ (Multi-drug resistant = MDR)។

អ្នកជំងឺ ដែលមិនបានទទួលការព្យាបាល ដូចជា penicilliosis or histoplasmosis អាចបណ្តាលឱ្យមានភាពធ្ងន់ធ្ងរនៅពេលព្យាបាលរបេង ចំណែកឯ ជំងឺ IRIS MAC ឬ MDR-TB អាចមានភាពប្រសើរឡើង នៅដំណាក់កាលដំបូង ហើយបន្ទាប់មក មានការឆ្លើយតបមិនពេញលេញ ឬ មានចង្កោមរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ។ មានការលំបាកក្នុងការបែង

ចែក តាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក។ IRIS គឺជាមូលហេតុញឹកញាប់នៃការធ្លាក់ចូលក្នុងរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ បន្ទាប់ពីការធូរស្រាលដោយការព្យាបាលជំងឺរបេងដំបូង។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែកជាមួយនឹងជំងឺផ្សេងៗទៀតខាងលើ មុននឹងសន្និដ្ឋានថា បណ្តាលមកពី IRIS ។

អ្នកជំងឺដែលមិនធូរស្រាល បន្ទាប់ពីការព្យាបាលរយៈពេល ៨សប្តាហ៍ ត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត ដូចខាងក្រោម៖

- ពិនិត្យឡើងវិញ នូវតេស្តកំហាក (sputum smear) និងបណ្តុះមេរោគ ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន
  - គឺអាចបែងចែករវាង MAC និង TB
  - គឺអាចតេស្តប្រសិទ្ធភាពថ្នាំ ដែលអាចផាត់ចោលរោគវិនិច្ឆ័យ របេងស៊ាំថ្នាំច្រើនមុខ
- ផ្ញើកំហាកទៅធ្វើ giemsa stain ដើម្បីវាយតម្លៃពីការរលាកសាច់សួតដោយពពួកផ្សិត ជាពិសេស ជំងឺ penicilliosis
- ផ្ញើសំណាកឈាមទៅបណ្តុះមេរោគ
  - Penicillium និង Histoplasma អាចបណ្តុះនៅក្នុងសណ្ឋានឈាម (blood culture media)
  - ប្រសិនបើអាច ត្រូវធ្វើបណ្តុះមេរោគ (mycobacterial blood culture)
- ពិនិត្យ សេរ៉ូមគ្រីបតូកូក (cryptococcal antigen) ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន
- ប្រសិនបើអាច បូមទឹកនៅក្នុងកូនកណ្តុរ (lymph nodes) សម្រាប់ធ្វើតេស្ត AFB និង fungal staining ដើម្បីផាត់ចោលរោគវិនិច្ឆ័យ ជំងឺ lymphoma
- ពិចារណា បន្ថែមថ្នាំ azithromycin ១០ មក្រ/គក្រ សម្រាប់ការព្យាបាល MAC ប្រសិនបើ៖
  - ពិនិត្យ Smear វិជ្ជមាន បន្ទាប់ពីការព្យាបាល រយៈពេល ២ ខែ ឬ
  - ឡើង មុខងារថ្លើម ALT alkaline phosphatase ឬ LDH ឬ
  - ថយចុះនៃ កោសិកា 2 cell-lines ពេលរាប់គ្រាប់ឈាម (Complete Blood Count)
    - ឧទាហរណ៍ ការថយចុះកោសិកាឈាមស និង ស្លេកស្លាំង
- បន្ថែមថ្នាំ amphotericin B 0.7 មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ សម្រាប់ការព្យាបាល penicilliosis (empiric treatment) ប្រសិនបើសញ្ញាគ្លីនិក កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ហើយការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ មិនអាចធ្វើបាន ដោយសមត្ថភាពនៅមានកម្រិត។
  - អ្នកជំងឺ ដែលមិនធូរស្បើយ ក្រោយពីការព្យាបាល២សប្តាហ៍ ជាមួយថ្នាំ amphotericin B គឺ មិនមែនជាជំងឺ penicilliosis ទេ
- ការសង្ស័យ ជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ (MDR TB) គឺ ដូចខាងក្រោម ៖
  - គ្រប់ករណីព្យាបាលជំងឺរបេងសួតទាំងអស់ ដែល ព្យាបាលបរាជ័យ លាប់ឡើងវិញ បោះបង់ការព្យាបាល និងករណីផ្សេងៗ ដូចជា month 1 and 2 non-converters of FLD treatment
  - អ្នកជំងឺធ្លាប់មានការប្រឈមមុខនឹងករណី MDR TB
  - អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍
  - ការគ្រប់គ្រងករណីសង្ស័យ MDR TB សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ (MDR TB)។
- អ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ សូមពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ

- ត្រូវគិតដល់ IRIS ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានការក្ដៅខ្លួនជាប់ជានិច្ច និង/ឬ មានការឡើងកូនកណ្ដុរច្រើនកន្លែង (worsening lymphadenopathy) ហើយជាទូទៅ អាចនឹងមានភាពប្រសើរឡើងវិញ ជាពិសេស ក្នុងករណីដែលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរយៈពេល៦ខែមុន។
  - អ្នកជំងឺទាំងនេះ អាចកើនឡើងទម្ងន់ និងសញ្ញាគ្លីនិក មិនប្រែប្រួល។
  - ធ្វើតេស្ត CD4 សារជាថ្មី អាចនឹងមានចំនួនកោសិកា CD4 កើនឡើងខ្លាំង ក្រោយពេលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

ជំពូកទី ៣១៖ ការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG បង្ការជំងឺរបេង

៣១.១ តើអ្វីទៅជា BCG

- BCG គឺជាវ៉ាក់សាំង ដែលអាចបង្កើតភាពស៊ាំប្រឆាំងមេរោគរបេង ដោយចាក់បញ្ចូល Mycobacteria ដែលនៅរស់ យកចេញពី M. bovis ។
- BCG អាចកាត់បន្ថយការប្រឈមនឹងការកើតជំងឺរបេងសាយភាយ ចំពោះកុមារដែលភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយមានសមត្ថភាព និង ចំពោះទារក។

៣១.២ តើនៅពេលណាដែលត្រូវផ្តល់វ៉ាក់សាំង BCG ?

- កុមារដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG នៅពេលទើបកើត ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង។
- ការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG ត្រូវផ្អាកក្នុងលក្ខខណ្ឌ ដូចខាងក្រោម៖
  - ទារកដែលទើបកើត ហើយមានការបង្ករោគ (neonatal sepsis) ឬ មានគ្រុនក្តៅ
  - ទារកដែលមានការសង្ស័យខ្លាំងថា មានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍
  - ទារកដែលនឹងទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ IPT ដោយសារតែមានគ្រួសារកើតជំងឺរបេងសកម្មនៅផ្ទះ
    - ថ្នាំ Isoniazid នឹងសម្លាប់មេរោគរបេងនៅក្នុងវ៉ាក់សាំង ដូច្នេះ វ៉ាក់សាំង BCG នឹងលែងមានប្រសិទ្ធភាព
    - វ៉ាក់សាំង BCG អាចផ្តល់ឱ្យនៅពេលណាដែលការព្យាបាលបង្ការរបេង TPT ត្រូវបានបញ្ចប់ ហើយការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍មានលទ្ធផល អវិជ្ជមាន។

៣១.៣ ផលវិបាកនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG

- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ កម្រនឹងកើតមាននូវការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែង ឬ ជាប្រព័ន្ធធ្ងន់ធ្ងរ ដោយសារការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG ណាស់ (severe localized or systemic BCG infection)។
- ករណីនេះ ច្រើនតែលេចឡើង IRIS ភ្លាមៗ ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- សញ្ញាគ្លីនិក និងចង្កោមរោគសញ្ញារួមមាន៖
  - ករខ្ទុះ ឬដំបៅនៅកន្លែងមុខម្ជុល ដែលចាក់វ៉ាក់សាំង
  - រលាកកូនកណ្តុរ នៅតំបន់ក្រោមក្លៀក តំបន់លើឆ្អឹងដងកាំបិត និង នៅក ហើយនៅផ្នែកដូចគ្នានឹងផ្នែកដែលចាក់វ៉ាក់សាំង
  - រាលដាល BCG (disseminated BCG)
  - ការបង្ករោគនៅឆ្អឹង
  - ការកើតដុំក្រហម (Erythema nodosum), iritis, ឬ lupus vulgaris។
- ការបង្ករោគ នៅហ្នឹងកន្លែងកម្រិតស្រាល មិនចាំបាច់ផ្តល់ការព្យាបាលទេ
- ការបង្ករោគ នៅហ្នឹងកន្លែងកម្រិតធ្ងន់ ឬ ការករខ្ទុះ ត្រូវបង្ហូរខ្ទុះចេញ និងព្យាបាល systemic anti-BCG។

- ស្រាវជ្រាវរកការរាលដាលដោយ BCG ដោយធ្វើការថតសួត X-Ray, ការបូមទឹកក្រពះ ការឆ្លុះអេកូពោះ ផ្អែកទៅតាមរោគសញ្ញា។
- ការព្យាបាលនៃការរាលដាលដោយ BCG (disseminated BCG) គឺមានរយៈពេល ៦ខែ ដោយប្រើ RHE ហើយត្រូវធ្វើការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ ផ្នែកព្យាបាលជំងឺរបេង។
- បើមិនបានបណ្តុះមេរោគ វាមានការលំបាក ដើម្បីបែងចែករវាង ការរាលដាលដោយ BCG (disseminated BCG) និង ជំងឺរបេងនៅហ្នឹងកន្លែងធូន់ធូរ។ ដូច្នេះត្រូវពិចារណា ប្រើរូបមន្តព្យាបាល 2RHZE/4RHE ដើម្បីព្យាបាលជំងឺទាំង២ ប្រសិនការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ មិនច្បាស់លាស់។

ជំពូកទី ៣២៖ ការលេចឡើងនូវរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

៣២.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ភាពមិនធម្មតានៃប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល តែងតែកើតឡើងជាញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HIV encephalopathy) កើតឡើងដោយសារការជ្រៀតចូលរបស់មេរោគអេដស៍ទៅក្នុងប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល ហើយបង្ហាញឱ្យឃើញថា កុមារមានការរីកលូតលាស់ធំធាត់យឺតយ៉ាវ ការរីកធំធាត់នៃទំហំក្បាលមិនសមស្រប និង/ឬ ភាពមិនធម្មតានៃការធ្វើចលនា។
- HIV encephalopathy ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- ការប្រកាច់ (Seizure) កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍បញ្ជាក់ថា មានការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល ឬ មានជំងឺមហារីក (malignancy) ដែលតម្រូវឱ្យធ្វើការវាយតម្លៃដោយថតខួរក្បាល (brain imaging) និង ធ្វើការវិភាគទឹកស្រោមខួរក្បាល CSF ។
- អ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយចុះខ្សោយខ្លាំង នឹងប្រឈមខ្ពស់ជាមួយការបង្ករោគឱកាសនិយម នៅប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល និង មានជំងឺ lymphoma ក្នុងប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល (CNS lymphoma)។
- ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ Cryptococcus កើតឡើងលើមនុស្សពេញវ័យញឹកញាប់ ជាងលើកុមារ ហើយអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបាន តាមរយៈការវិភាគទឹកស្រោមខួរក្បាល CSF។
- ចំពោះកុមារដែលមានដំបៅលលាដ៏ក្បាល ជារង្វង់ចិញ្ចៀន (ring-enhancing brain lesions) ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺ toxoplasmosis និង/ឬ ជំងឺរបេង ប្រសិនបើគ្មានភាពប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេល១៤ថ្ងៃទេ ត្រូវសង្ស័យលើជំងឺ CNS lymphoma វិញ។

៣២.២ ទិដ្ឋភាពទូទៅ

ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ តែងតែជាកន្លែងគោលដៅរបស់មេរោគអេដស៍ ហើយផ្តល់នូវផលវិបាកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ លើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ។ ផលវិបាកលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ តែងតែកើតឡើង រួមផ្សំជាមួយការចុះខ្សោយភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយធ្ងន់ធ្ងរ ក៏ប៉ុន្តែវាក៏អាចជាភស្តុតាងដំបូងនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ចំពោះកុមារមួយចំនួនដែរ។ ភាពមិនធម្មតាទាំងនេះ គឺជាលទ្ធផលផ្ទាល់នៃមេរោគអេដស៍ទៅលើខួរក្បាល និងជាលិកាសរសៃប្រសាទ ការបង្ករោគឱកាសនិយមក្នុងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ឬជំងឺមហារីកនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាលទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍។

ជំងឺសរសៃប្រសាទ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានភាពខុសគ្នាដែលរួមមាន៖

- ជំងឺខួរក្បាល (encephalopathy)
- ជំងឺរលាកស្រោមខួរ (meningitis) និង meningoencephalitis
- ជំងឺសរសៃប្រសាទជុំវិញ (peripheral neuropathy)

- myelopathy (ការប្រែប្រួលនៃសរសៃប្រសាទក្នុងឆ្អឹងខ្នង)
- ដំបៅធំនៅក្នុងខួរក្បាល បណ្តាលមកពីការបង្ករោគ ឬជំងឺមហារីក (malignancy)
- រលាកសរសៃឈាមខួរក្បាល (cerebral vasculitis)។

៣២.២.១ ជំងឺខួរក្បាលបង្ករដោយមេរោគអេដស៍ (HIV Encephalopathy)

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយមានអាយុតិច មានការបង្ករោគនៅក្នុងដំណាក់កាលដ៏សំខាន់នៃការវិវត្តន៍ខួរក្បាល។ ការបរាជ័យនៃភាពលូតលាស់ ទៅតាមដំណាក់កាលស្របតាមអាយុកុមារ គឺភស្តុតាងដំបូងនៃជំងឺខួរក្បាលបង្ករដោយមេរោគអេដស៍ចំពោះកុមារ ដែលអាចនឹងបង្ករឱ្យធ្លាក់ក្នុងពិការភាព ប្រសិនបើ មិនត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទាន់ពេល និងផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឆាប់រហ័សទេនោះ។ ហេតុផលនេះ វាមានការចាំបាច់ណាស់ ក្នុងការវាយតម្លៃភាពលូតលាស់ធំធាត់របស់កុមារ និងការវាស់បរិវេណក្បាលជារៀងរាល់ពេលណាត់ជួបកុមារដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

A. អេពីដេមីសាស្ត្រ

ជំងឺខួរក្បាល (Encephalopathy) កើតមានឡើងជាញឹកញាប់ និងមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានការរាយការណ៍លើសពី ២០% នៃទារកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយអាយុជាមធ្យមនៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យប្រហែល ១ឆ្នាំកន្លះ។

B. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ គឺផ្អែកលើសញ្ញាគ្លីនិក និងដោយផ្អែកលើវត្តមាននៃរោគសញ្ញាខាងក្រោម ២ ឬ ច្រើនដែលមានរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ២ខែ៖

- ភាពមិនលូតលាស់ធំធាត់ ស្របតាមដំណាក់កាលអាយុ ឬ បាត់បង់សមត្ថភាពបញ្ញា
- ការលូតលាស់ខួរក្បាលខុសធម្មតា ឬ មានក្បាលតូច
- ការចុះខ្សោយមានលក្ខណៈស៊ីមេទ្រី នៃចលនាដែលអាចកើតមានពីរ ឬ ច្រើនដូចជា៖ ស្ពឹក (paresis) រ៉េផ្លិកខុសធម្មតា (pathologic reflexes) ataxia ឬ gait disturbances។
- ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមានលក្ខណៈធម្មតា ឬ មិនត្រូវបានរកឃើញអ្វីខុសធម្មតា និង ការធ្វើ CT scan បង្ហាញពីការស្វិតខួរក្បាល។

ការប្រកាច់ (Seizures) អាចកើតមានឡើងចំពោះកុមារដែលមាន HIV encephalopathy ។ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានការប្រកាច់ ឬ ការថយចុះនៃសំណុំសរសៃប្រសាទ ត្រូវធ្វើ CT scan ខួរក្បាល ព្រមទាំងធ្វើការវិភាគ CSF ដើម្បីញែកចេញពី CNS lymphoma ជំងឺ toxoplasmosis ជំងឺរបេង និង ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ cryptococcus មុននឹងកំណត់ថា កុមារមាន HIV encephalopathy ។ (សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី១៣ និង ទី១៤ ខាងក្រោម)។

C. ការព្យាបាល

HIV encephalopathy គឺជាលក្ខខណ្ឌដំណាក់កាលទី៤ និងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាបន្ទាន់។ កុមារភាគច្រើនដែលមានជំងឺ encephalopathy នឹងបន្តមានការចុះខ្សោយការយល់ដឹង

(neurocognitive deficits) បន្តិចបន្តួច ទោះបីជា ក្រោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានជោគជ័យក៏ដោយ។ ផលវិបាកជាញឹកញាប់គឺ ភាពទន់ដៃទន់ជើង (spasticity of the lower extremities) ។ ការព្យាបាលដោយចលនា (Physical therapy) ការធ្វើលំហាត់ប្រាណ (stretching exercises) bracing និងឧបករណ៍ផ្សេងទៀត អាចជួយធ្វើការបន្ទន់ ពត់រាង្គកាយ (flexibility) និង លទ្ធភាពនៃការដើរបាន ហើយអាចជួយឱ្យដើរបានដោយខ្លួនឯង។

D. ការបង្ការ

ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ការផ្តល់សេវា PMTCT និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលឱ្យបានឆាប់ចំពោះកុមារ គឺជាការបង្ការជាបឋមនៃជំងឺ HIV encephalopathy លើកុមារ។

៣២.២.២ ការប្រកាច់

ការប្រកាច់ គឺជារោគសញ្ញានៃភាពច្របូកច្របល់នៃសកម្មភាពអគ្គិសនីក្នុងខួរក្បាល ដែលអាចបណ្តាលមកពី គ្រុនក្តៅខ្លាំង ឆ្កួតជ្រូក ឬ ការបង្ករោគឱកាសនិយម/ជំងឺមហារីក (malignancy)។ មូលហេតុនៃការប្រកាច់ទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ មានដូចខាងក្រោម៖

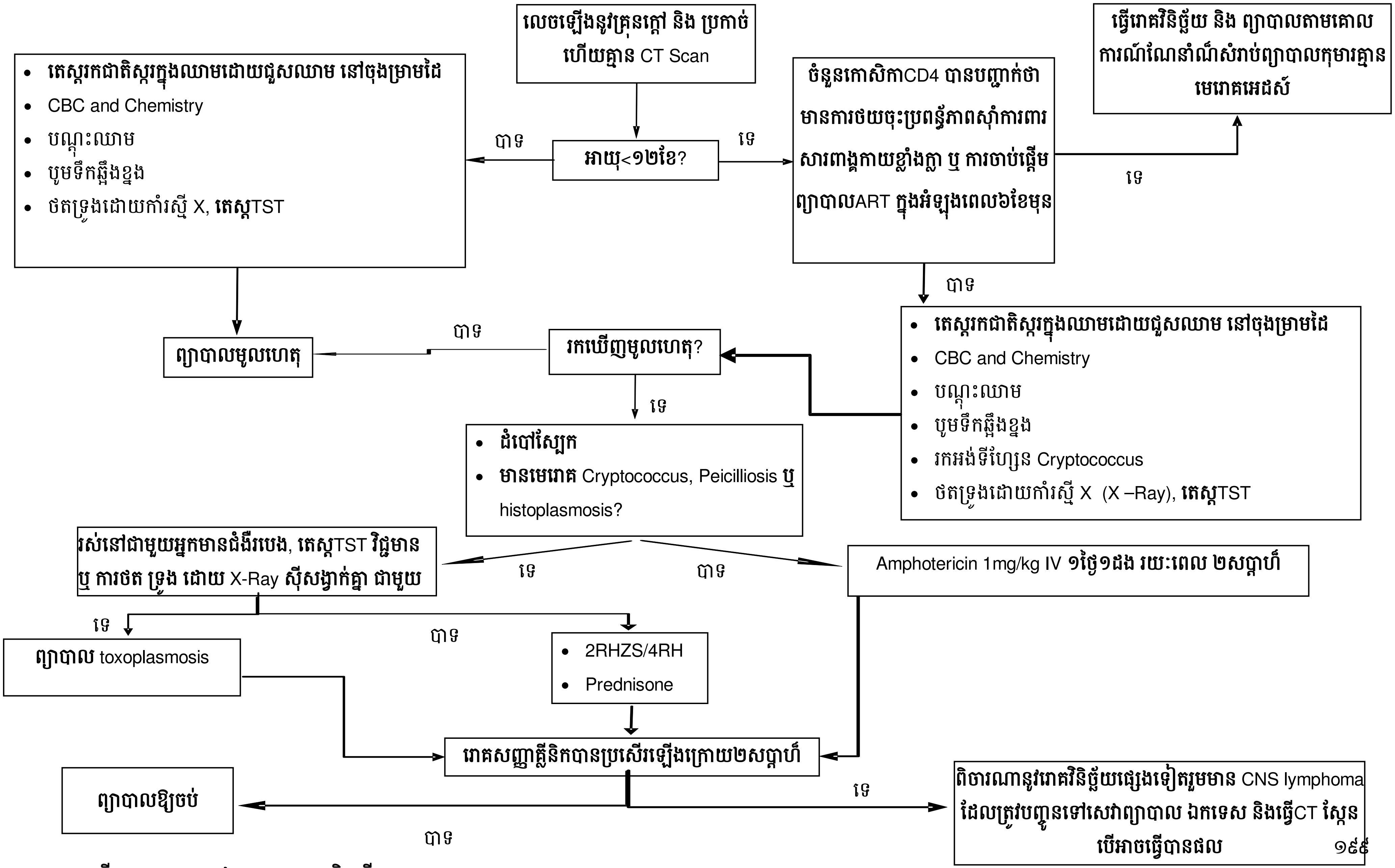
- មានដុំបៅ (Space-occupying lesions) ដូចជា ជំងឺ toxoplasmosis ជំងឺ tuberculoma ជំងឺបង្ករដោយផ្សិត និង lymphoma
- ការរលាកស្រោមខួរ ឬ meningoencephalitis (cryptococcus ជំងឺរបេង បាក់តេរី និង វីរុស)
- ជំងឺគ្រុនចាញ់ខួរក្បាល (Cerebral malaria)
- គ្រុនក្តៅប្រកាច់ (អាយុ ៦ខែ ទៅ ៥ឆ្នាំ)
- វិបត្តិ metabolic ឧទាហរណ៍ ការថយចុះជាតិស្ករនៅក្នុងឈាម
- ជំងឺឆ្កួតជ្រូក (Epilepsy)។

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាមួយនឹងការថយចុះប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយខ្លាំងក្លា និងលេចឡើងនូវភាពប្រកាច់ តម្រូវឱ្យមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យហ្មត់ចត់ ដើម្បីរកការបង្ករោគនៅប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល ឬជំងឺមហារីក (malignancy) ដែលត្រូវធ្វើឡើងនៅសេវាមានជំនាញខាងជំងឺនេះ។

សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី ១៣ និង ទី ១៤ សម្រាប់វាយតម្លៃការប្រកាច់ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ការកើតឡើងនូវការថយចុះផ្នែកសរសៃប្រសាទ និងគ្រុនក្តៅត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃ ដោយប្រើគំនូសបំព្រួញដដែលនេះ។

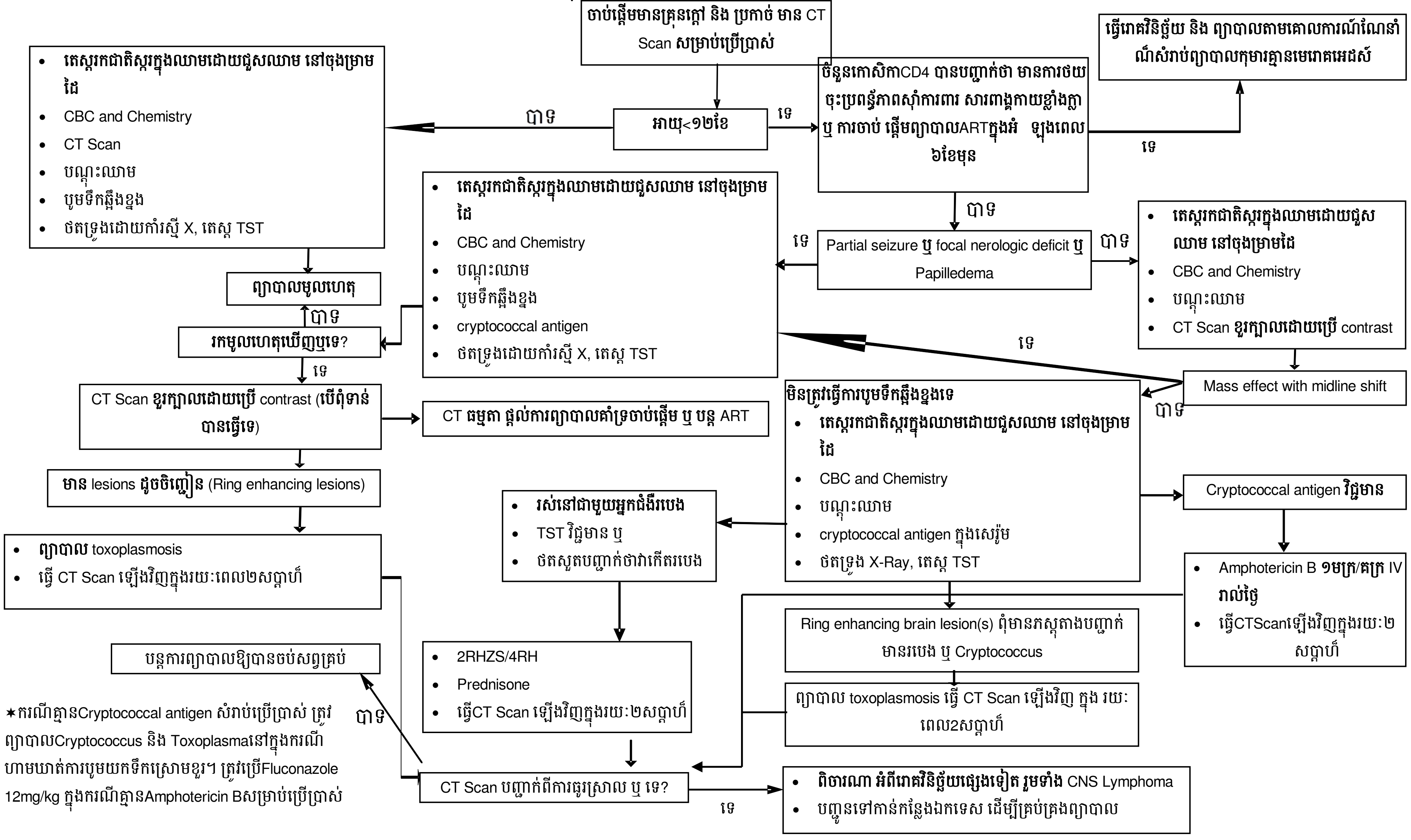
ឱសថប្រឆាំងជំងឺឆ្កួតជ្រូកជាច្រើន មានប្រតិកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយអាចបណ្តាលឱ្យមានការថយចុះ ឬ ការកើនឡើងខុសធម្មតានូវកំហាប់សេរ៉ូមនៃឱសថប្រឆាំងនឹងការប្រកាច់។ Valproate គឺជាឱសថដែលត្រូវបានជ្រើសរើស សម្រាប់ព្យាបាលកុមារដែលប្រកាច់ ហើយកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

រូបភាពទី 13: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការប្រកាច់ និងគ្រុនក្តៅ នៅសេវាដែលគ្មាន CT Scan*



*ប្រើFluconazole ១២មក្រ/គក្រ ប្រសិនបើ គ្មាន Amphotericin B ទេ

រូបភាពទី 14: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ (Workup) នៃការប្រកាច់ និងគ្រុនក្តៅនៅកន្លែងដែលមាន CT Scan *



*ករណីគ្មានCryptococcal antigen សំរាប់ប្រើប្រាស់ ត្រូវព្យាបាលCryptococcus និង Toxoplasmaនៅក្នុងករណីហាមឃាត់ការបូមយកទឹកស្រោមខួរ។ ត្រូវប្រើFluconazole 12mg/kg ក្នុងករណីគ្មានAmphotericin Bសម្រាប់ប្រើប្រាស់

ជំពូកទី ៣៣៖ ការបង្ករោគនៅលើប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល

ការឆ្លងមេរោគលើប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល កើតមានញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ នៅពេលដែលប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរ លទ្ធភាពនៃការកើតនូវជំងឺឱកាសនិយម ដូចជា Cryptococcus ឬ Toxoplasma កាន់តែកើនឡើងខ្ពស់។ កុមារអាយុលើសពី១២ខែ ភាគច្រើនដែលមានការឆ្លងមេរោគលើប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល (CNS infection) មានគ្រុនក្តៅ និង សញ្ញានៃការរលាកស្រោមខួរ ឬ មានភាពចុះខ្សោយនៃប្រពន្ធ័សរសៃប្រសាទដោយកន្លែង (focal neurologic deficit) មានការប៉ះពាល់ដល់ប្រពន្ធ័ចិត្តសាស្ត្រ (altered mental status) និង/ឬ ប្រកាច់ (seizure)។ ការកើតឡើងសាជាថ្មី នូវរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានការចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរនៃប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំ ជាញឹកញាប់ បណ្តាលឱ្យប៉ះពាល់ដល់អាយុជីវិត ហើយត្រូវចាត់ទុកថាជា ស្ថានភាពបន្ទាន់ ដែលទាមទាឱ្យមានការវាយតម្លៃឱ្យបានម៉ត់ចត់ ដូចការណែនាំខាងក្រោមនេះ។

៣៣.១ ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយបាក់តេរី

- រោគសញ្ញារលាកស្រោមខួរ បង្ករដោយបាក់តេរីលើទារក និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានសភាពដូចគ្នានឹងរោគសញ្ញាដែលកើតលើកុមារដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ ហើយត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលយោងទៅតាម **គោលការណ៍ណែនាំជាតិសម្រាប់ការព្យាបាល នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក**។
- កុមារអាយុតិចជាង១២ខែ ឬ មានការចុះខ្សោយប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ អាចមានរោគសញ្ញាមិនជាក់លាក់ដោយមាន meningismus កម្រិតតិចតួច។
- ត្រូវសង្ស័យថា មានការរលាកស្រោមខួរ បង្ករដោយបាក់តេរី ចំពោះអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ណាដែលមានគ្រុនក្តៅ ហើយមានឈឺក្បាល ឬ meningismus ឬ មានការផ្លាស់ប្តូរការមើលឃើញ (vision-changes) ឬ មានការប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពចិត្តសាស្ត្រ (altered mental status)។
- ត្រូវពិចារណាលើ ជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាល (Cerebral malaria) នៅតំបន់ដែលមានកើតជំងឺគ្រុនចាញ់។
- ការឆាប់ផ្តល់ការព្យាបាលអាចកាត់បន្ថយការស្លាប់។ មិនត្រូវពន្យាការព្យាបាលដោយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក និង/ឬ ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ទេ ប្រសិនបើ មិនអាចធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (Lumbo-puncture) បានបន្ទាន់ទេ។

៣៣.១.១ ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយគ្រីបតូកុក (Cryptococcal meningitis)

- *Cryptococcus neoformans* គឺជាការបង្ករោគផ្សិតដែលអាចមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ដែលកើតឡើងញឹកញាប់ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ជំងឺនេះ កើតឡើងញឹកញាប់ជាងគេ លើមនុស្សពេញវ័យផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ១០០ ប៉ុន្តែជួនកាលក៏កើតឡើង លើកុមារអាយុលើសពី៦ឆ្នាំផងដែរ។

- រោគសញ្ញាញឹកញាប់ មានគ្រុនក្តៅ និងឈឺក្បាល។ ភាពរឹងក (neck stiffness) ការបាត់បង់មុខងារសរសៃប្រសាទខួរក្បាល (cranial nerve palsy) និង ការប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពចិត្តសាស្ត្រ គឺជារោគសញ្ញាដែលកើតឡើង នៅក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជំងឺ។
- រោគសញ្ញាអាចកើតឡើងក្នុងរយៈពេល ជាច្រើនសប្តាហ៍ មុនវិវត្តន៍ទៅរកសភាពធ្ងន់ធ្ងរឡើងៗ ។
- CT Scan ជារឿយៗ បង្ហាញលទ្ធផលធម្មតា ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកើតការរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយផ្សិត Cryptococcus។
- ត្រូវពិចារណាអំពីរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺនេះ សូម្បីចំពោះកុមារ ដែលទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ fluconazole។

ការវាយតម្លៃ

- កុមារទាំងអស់ដែលត្រូវសង្ស័យថា មានជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយ Cryptococcus ត្រូវទទួលការវាយតម្លៃដូចខាងក្រោមនេះ
  - ការរាប់គ្រាប់ឈាម (complete blood culture) ការវិភាគគីមីសាស្ត្រ (Chemistry) និងការធ្វើតេស្តវាស់អង់ហ្ស៊ីមថ្លើម (Liver Function tests)
  - ការបណ្តុះមេរោគក្នុងឈាម (blood culture)
  - ការវាយតម្លៃទឹកស្រោមខួរក្បាល និងខួរឆ្អឹងខ្នង(CSF) ដើម្បីរក
    - Opening pressure (សម្ពាធក្នុងស្រោមខួរ)
    - ការបំពាក់ពណ៌ Gram និងបណ្តុះមេរោគនៃទឹកស្រោមខួរក្បាល និងខួរឆ្អឹងខ្នង
    - ការបំពាក់ពណ៌ Indian-Ink ឬ Chinese Ink
    - តេស្តរក Antigen នៃផ្សិត Cryptococcus (ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន)។
  - ការពិនិត្យផ្នែកចក្ខុសាស្ត្រ
  - ការថតសួតដោយកាំរស្មី X
  - ប្រសិនបើ ការបូមយកទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នងទទួលបរាជ័យ ត្រូវធ្វើតេស្តរក Antigen Crypto-coccus ក្នុងឈាម ។ **សូមមើលតារាងទី ៣២ ស្តីពីលទ្ធផលនៃការវិភាគទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង ក្នុងករណីរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយ Cryptococcus។**

ការព្យាបាល

A. ការព្យាបាលដំណាក់កាលដំបូង

i. ជម្រើសទី ១ (Recommended Option):

ការព្យាបាលរយៈពេលខ្លី (១សប្តាហ៍) ដោយរួមមន្តដំណាក់កាលដំបូង ដោយប្រើថ្នាំ Amphotericin B deoxycholate កម្រិតដូស ១.០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ (1.0 mg/kg/day) និង ថ្នាំ flucytosine កម្រិតដូស ១០០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកជា ៤ដង/១ថ្ងៃ។ បន្ទាប់មកបន្តថ្នាំ fluconazole កម្រិតដូស ១២មក្រ/

គក្រ/ថ្ងៃ រហូតដល់កម្រិតដូសអតិបរមា ៨០០មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃរយៈពេល ៧ថ្ងៃ គឺជាជម្រើសការព្យាបាល ។

ii. *ជម្រើសបន្ទាប់ (Alternative options):*

- ប្រើថ្នាំ fluconazole រយៈពេល ២សប្ដាហ៍ ក្នុងកម្រិត ១២មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ និង ថ្នាំ flucytosine កម្រិត ១០០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកជា ៤ដង/ថ្ងៃ ឬ
- ប្រើថ្នាំ amphotericin B deoxycholate រយៈពេល ២សប្ដាហ៍ ក្នុងកម្រិត ១មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ និង ថ្នាំ fluconazole កម្រិតដូស ១២មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ រហូតដល់កម្រិតដូសអតិបរមា ៨០០មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ។
- Pre-emptive fluids ដើម្បីកាត់បន្ថយការពុលតម្រងនោម[24]
- ប្រសិនបើ កម្រិត creatinine កើនឡើង២ដងនៃតម្លៃធម្មតា ត្រូវបន្ថយកម្រិតដូសថ្នាំ amphotericin B ទៅត្រឹមកម្រិត ០.៧ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ។

iii. *ការព្យាបាលដោយបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (Therapeutic Lumbar Puncture)*

- ប្រសិនបើ មាន opening pressure នៅពេលបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងលើកដំបូង > ២០ សម CSF
  - ត្រូវបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង រហូតដល់សម្ពាធថយចុះ ដល់កម្រិតក្រោម ២០សម ឬ ដល់៥០% នៃសម្ពាធបើកដំបូង (opening pressure)
  - ត្រូវបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងរៀងរាល់ថ្ងៃ ដូចខាងលើរហូតដល់ opening pressure ស្ថិតនៅក្នុងកម្រិត < ២០ សម CSF
  - មិនត្រូវប្រើឱសថ steroids ឬ diuretics ដើម្បីបន្ថយសម្ពាធនៅក្នុងខួរក្បាល (intra-cranial pressure) ទេ

---

[24] សេរ៉ូម normal saline solution ១លីត្រ លាយជាមួយ KCL ១អំពូល (20 mmol) ដាក់ ១០-១៥ មល/គក្រ រយៈពេល ២-៤ ម៉ោង មុនពេល ការចាក់បញ្ចូលថ្នាំ amphotericin B (other intravenous rehydration solutions that contain potassium can be used e.g. Darrow′s or Ringer′s Lactate solutions)

ត្រូវតាមដាន:

- Serum potassium និង creatinine (ដើមគ្រា និង ២ដង ក្នុង១សប្ដាហ៍) ជាពិសេស នៅក្នុងសប្ដាហ៍ទី២ នៃការប្រើថ្នាំ amphotericin B
- Haemoglobin (ដើមគ្រា និង រៀងរាល់សប្ដាហ៍)
- ថ្លឹងទម្ងន់ ប្រចាំថ្ងៃ និង input/output
- hypokalaemia ដែលមិនបានកែសម្រួល ត្រូវផ្ដល់បន្ថែម magnesium តាមមាត់ ២ដង

ប្រសិនបើ creatinine កើនឡើងច្រើនជាង ២ដង នៃតម្លៃដើមគ្រា ត្រូវបញ្ឈប់កំរិតថ្នាំ amphotericin B ជាបណ្ដោះអាសន្ន ឬក៏ បង្កើន pre-hydration ទៅ ១ លីត្រ រៀងរាល់ ៨ម៉ោងម្ដង។ នៅពេលបានប្រសើរឡើង ត្រូវចាប់ផ្ដើមឡើងវិញ កំរិតដូស ០.៧ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ និង ពិចារណា កំរិតដូស amphotericin B នៅថ្ងៃបន្ទាប់។ ប្រសិនបើ creatinine នៅតែកើនឡើង ត្រូវបញ្ឈប់ការប្រើ amphotericin និង បន្តថ្នាំ fluconazole កំរិតដូស ១២០០ មក្រ/ថ្ងៃ ។ ត្រូវតាមដាន creatinine រៀងរាល់ថ្ងៃ។

ប្រភព: អង្គការសុខភាពពិភពលោក WHO Rapid advice: diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children. December 2011

- ត្រូវពិចារណាពន្យាពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រហូតដល់ការព្យាបាលដំណាក់កាលដំបូងចប់សព្វគ្រប់ ចំពោះកុមារដែលមានសម្ពាធក្នុងខួរក្បាលកើនឡើងខ្ពស់។

- នៅពេលអាចធ្វើការបណ្តុះមេរោគបាន ត្រូវធ្វើការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងសាជាថ្មីនៅថ្ងៃទី១៤ ដើម្បីធានាឱ្យបានច្បាស់ថា ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF) ពុំមានមេរោគ មុននឹងបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ Amphotericin B។

B. ការព្យាបាលបន្ត

- Fluconazole ៦ ទៅ ១២មក្រ/គក្រ រយៈពេល ៨សប្តាហ៍។

C. ការព្យាបាលបង្ការលើកទី ២

- ប្រើ fluconazole ៦មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ(កម្រិតអតិបរមា ២០០ មក្រ) រហូតដល់កុមារអាយុចាប់ពី៥ឆ្នាំទៅហើយ CD4>១០០គោលិកា/មម³ ក្នុងរយៈពេល ៦ខែ នៅក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

D. ការបង្ការបឋម ដោយថ្នាំ FLUCONAZOLE (PRIMARY PROPHYLAXIS):

ការបង្ការបឋមដោយថ្នាំ Fluconazole គឺមិនត្រូវបានណែនាំទៀតទេ ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងកុមាររស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍។ សូមមើលជំពូកទី៦-អនុជំពូក៦.២.២:ការព្យាបាលការបង្ករោគដោយ Cryptococcus ទំព័រទី ៥៤។

តារាងទី 31: Amphotericin B ៖ របៀបប្រើ ការបង្ការការពុល ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រង

របៀបប្រើ Amphotericin B – ការបង្ការការពុល ការតាមដាន និង ការគ្រប់គ្រង[25]
ការបំពេញជាតិទឹក (hydration) និង electrolyte (ចំពោះក្មេងធំទង់តែប៉ុណ្ណោះ) • សេរ៉ូម normal saline solution ១លីត្រ លាយជាមួយ KCL ១អំពូល (20 mmol) ដាក់ ១០-១៥ មល/គក្រ រយៈពេល ២-៤ ម៉ោង មុនពេលការចាក់បញ្ចូលថ្នាំ amphotericin B (ជាមួយសេរ៉ូម 5% dextrose ចំនួន ១លីត្រ) • លេប KCL 8mEq ១ ឬ ២ គ្រាប់ តាមមាត់ ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ • បន្ថែម KCL 8mEq KCL ១ គ្រាប់ តាមមាត់២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ អាចបន្ថែមក្នុងសប្តាហ៍ទី ២ • ប្រសិនបើអាច បន្ថែមថ្នាំ magnesium trisilicate 250mg លេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ • ត្រូវជៀសវាងការផ្តល់ជាតិ Potassium ក្នុងករណីមានបញ្ហាខ្សោយតម្រងនោម (renal impairement) ឬក៏ការកើនឡើងជាតិ Potassium ក្នុងឈាម (hyperkalaemia)។ • ការធ្វើតេស្តកម្រិតដូស amphotericin B គឺមិនត្រូវបានណែនាំទេ។

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

របៀបប្រើថ្នាំ Amphotericin B

- Amphotericin ម្សៅ (50mg អំពូល) ទុកនៅកន្លែងត្រជាក់ សីតុណ្ហភាព ២-៨^{0}C និង ការពារមិនឱ្យត្រូវពន្លឺថ្ងៃ។ លាយ កម្រិត 50mg អំពូល ជាមួយទឹកស្តេរីល១០មល និង ចាក់ចូលទៅក្នុងសេរ៉ូម 5% dextrose ចំនួន១លីត្រ និងក្រឡុក។ **(មិនត្រូវប្រើសេរ៉ូម saline ទេ)។**
- ត្រូវប្រើសេរ៉ូមដែលលាយហើយ ក្នុង២៤ម៉ោង
- បញ្ចូលក្នុងសរសៃឈាម (peripheral IV cannula) លើសពី ≥ ៤ម៉ោង។ បន្ទាប់ពីបញ្ចូលអស់ ត្រូវយកចេញ និងបន្តដោយសេរ៉ូម normal saline។ តាមដាន Canule IV ខ្លាចមាន រលាកសរសៃវ៉ែន (phlebitis) និង ផ្លាស់ប្តូរវា ប្រសិនបើចាំបាច់។

ការតាមដានក្នុងអំឡុងពេលបញ្ចូលសេរ៉ូម (Monitoring during the infusion)

- ជីពចរ សម្ពាធឈាម សីតុណ្ហភាព រៀងរាល់ ៣០នាទីម្តង ក្នុងអំឡុងពេល ២ម៉ោង បន្ទាប់មក រៀងរាល់ម៉ោង
- ប្រសិនបើមាន គ្រុនក្តៅ និង រងារត្រូវឱ្យ hydrocortisone 50mg
- ប្រសិនបើសម្ពាធឈាម < 70mmHg បញ្ឈប់ការដាក់សេរ៉ូម និង ផ្តល់ IVI fluids ត្រូវវាយតម្លៃសញ្ញាគ្លីនិក។

ការតាមដានការពុល (Monitoring for toxicities)

- ជាតិ potassium និង creatinine ក្នុងឈាម (ដើមគ្រា និង ២ដងក្នុង១សប្តាហ៍) ជាពិសេស នៅក្នុងសប្តាហ៍ទី២ នៃការប្រើ amphotericin B។
- Haemoglobin (នៅពេលដើមគ្រា និង រៀងរាល់សប្តាហ៍)
- ប្រុងប្រយ័ត្នក្នុងការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក (ចេញ និង ចូល) និង ទម្ងន់ប្រចាំថ្ងៃ។

ការគ្រប់គ្រងការពុល (Management of toxicities)

- ប្រសិនបើ K < 3.3mmol/l បន្ថែមជាតិ potassium supplementation ដោយផ្តល់ KCL ២អំពូល (40 mmol) ឬ KCL 8mEq ១ ឬ ២ គ្រាប់ ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ តាមដាន potassium រៀងរាល់ថ្ងៃ។
- ប្រសិនបើ hypokalaemia នៅតែមិនទាន់បានកែតម្រូវ ផ្តល់ magnesium តាមមាត់បន្ថែមទៀត។
- បើមុខងារតម្រងនោម នៅពេលដើមគ្រា មិនល្អ គឺមិនត្រូវបានហាមឃាត់ក្នុងការប្រើ amphotericin B តាមកម្រិតស្តង់ដាទេ តែត្រូវធានាថា ផ្តល់ជាតិទឹកគ្រប់គ្រាន់ ហើយប្រសិនបើ creatinine កើនឡើង ២ដងលើសពីតម្លៃនៅពេលដើមគ្រា ត្រូវបញ្ឈប់ការផ្តល់ amphotericin B ជាបណ្តោះអាសន្នសិន ឬ បន្ថែមការបំពេញជាតិទឹក រហូតដល់១លីត្រក្នុងរយៈពេល ៨ ម៉ោង។ នៅពេលបានប្រសើរ សូមចាប់ផ្តើមឡើងវិញ នូវកម្រិតដូស ០.៧ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ និង ពិចារណាប្រើ amphotericin B នៅថ្ងៃបន្ទាប់។
- ប្រសិនបើ creatinine នៅតែឡើង សូមបញ្ឈប់ amphotericin និង ប្រើបន្ត fluconazole នៅកម្រិតដូស ១២០០ មក្រ/ថ្ងៃ (សូមមើលកម្រិត fluconazole ខាងក្រោម)។ តាមដាន creatinine រាល់ថ្ងៃ។

តារាងទី 32: លទ្ធផលនៃការពិនិត្យទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF) នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល (CNS disease)

ជំងឺ	ទិដ្ឋភាព	Opening Pressure	កោសិកា ស (WBC/mm^3)	ប្រូតេអ៊ីន	ជាតិស្ករ	ការពិនិត្យមីក្រូទស្សន៍
TB meningitis	ថ្លា ឬ លឿង	កើនឡើង	25-1000 Lym>PMN	0.5 – 5 g/L	10-45 mmol/L	AFB (កម្រ វិជ្ជមាន)
Cryptococcal meningitis	ថ្លា ឬ លឿង	កើនឡើង	<800 Lym>PMN	កើនឡើង ប៉ុន្តែ <5 g/L	Slightly decreased	India Ink+ (90%) Crypt Ag+ (98%)
Bacterial Meningitis	ល្អក់ ឬ មានខ្ទុះ	កើនឡើង	25-10,000 PMNs	0.5-15g/L	0-45 mmol/L	Bacteria on gram stain 60-90% sensitivity
Viral Meningitis	ថ្លា	ធម្មតា	20-300 Lym>PMN	0.5 – 1.5 g/L	ធម្មតា	អវិជ្ជមាន
Toxoplasmosis	ធម្មតា	កើនឡើង	ធម្មតា	ធម្មតា ឬ កើនឡើង	ធម្មតា	ធម្មតា
HIV encephalopathy	ធម្មតា	ធម្មតា	<50, Lym>PMN	កើនឡើង ប៉ុន្តែ <2 g/L	ធម្មតា	ធម្មតា

កែសំរួលពីឯកសារ Clinicial HIV/AIDS Care Guideline for resource poor setting, គ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន, ២០០៦

៣៣.១.២ ជំងឺ Toxoplasma encephalitis

អេពីដេមីសាស្ត្រ

- គឺជាការឆ្លងរោគខួរក្បាល បង្ករឡើងដោយប៉ារ៉ាស៊ីត *Toxoplasma gondii*
- ការកើតជំងឺ toxoplasmosis នៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ហាក់ដូចជាមានអត្រាទាបជាងតំបន់ដទៃៗទៀតនៅលើពិភពលោក
- ជំងឺ toxoplasmosis ប្រហែលជាកើតឡើងដោយកម្រនៅប្រទេសកម្ពុជា ប៉ុន្តែមានការពិបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។
- កុមារដែលសង្ស័យកើតជំងឺ toxoplasmosis ត្រូវទទួលការព្យាបាលជំងឺនេះជាបណ្តោះអាសន្ន រហូតដល់មានការធូរស្បើយ ឬ មានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺផ្សេងៗទៀតច្បាស់លាស់។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ជំងឺ toxoplasmosis លើខួរក្បាល វិវត្តយ៉ាងលឿន ចាប់ពីពេលកើតដំបូង រហូតដល់ជំងឺពេញទំហឹងក្នុងរយៈពេល ២ទៅ៣ថ្ងៃ។
- ជាញឹកញាប់ ជំងឺនេះ ស្តែងចេញជារោគសញ្ញាដូចខាងក្រោម៖
  - ភាពមិនប្រក្រតីប្រពន្ធ័ប្រសាទនៅតាមទីកន្លែង (focal neurologic dysfunction) *និង/ឬ*
  - ការប្រកាច់ថ្មីៗ និង
  - គ្រុនក្តៅ និងឈឺក្បាល ឬ ការប្រែប្រួលកម្រិតនៃការឆ្លើយតប។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- ធ្វើ CT scan (ប្រសិនបើមាន) បង្ហាញអំពីវត្តមាននៃដុំដំបៅ (mass lesions) ដែលមានកងពទ្ធ័ជុំវិញក្រោយពីចាក់ contrast material ។ ដុំដែលមានកងពទ្ធ័ជុំវិញលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជារឿយៗបញ្ជាក់អំពី toxoplasmosis ឬ CNS lymphoma ឬ របេងខួរក្បាល។
- ត្រូវពិនិត្យផ្នែកចក្ខុសាស្ត្រ។ ដំបៅបណ្តាលមកពី toxoplasmosis គឺជាការជ្រាបនូវវត្ថុរាវជុំវិញ retina ដែលមានការហូរឈាមមកជាមួយ។
- ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសម្រេចចុងក្រោយ (Definitive diagnosis) លើដុំដំបៅខួរក្បាល ដែលមានរង្វង់ពទ្ធ័ជុំវិញទាមទារឱ្យមានការច្រិបយកសាច់ដំបៅ (biopsy) ដែលពុំអាចធ្វើទៅបាន។
- អ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានដុំដំបៅខួរក្បាល ដែលពទ្ធ័ដោយរង្វង់កង ត្រូវទទួលការព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន (empiric therapy) សម្រាប់ toxoplasmosis លើកលែងតែមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាជំងឺដទៃផ្សេងៗទៀតច្បាស់លាស់។
- ប្រសិនបើ ពុំមានការធូរស្បើយបែបគ្លីនិក និង តាមរយៈការថតឆ្លុះក្នុងរយៈពេល ១៤ថ្ងៃ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺ toxoplasmosis មិនទំនងជារោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺនេះទេ។

ការព្យាបាល

- ជម្រើសទី១ (បើអាចធ្វើបាន)៖
  - Pyrimethamine ក្នុងកម្រិតខ្លាំង (loading dose) ២មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ (អតិបរមា ៥០មក្រ) សម្រាប់រយៈពេល៣ថ្ងៃ បន្ទាប់មកកម្រិតព្យាបាលបន្ត (maintenance) ១មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ (អតិបរមា ២៥មក្រ) បូកនិង
  - Sulfadiazine ១០០មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ៤ដង/ថ្ងៃ បូកនិង
  - Folinic acid ៥-២០ មក្រ ៣ដងក្នុង១សប្តាហ៏
  - ការព្យាបាលខាងលើមានរយៈពេល៦សប្តាហ៏។

- ការព្យាបាលជួរទី២៖
  - cotrimoxazole ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ (១០-១៥/៥០-៧៥ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ) រយៈពេល៦សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកព្យាបាលបង្ការទី២ (secondary prophylaxis) ដូចខាងក្រោម។
- ត្រូវពិចារណាបន្ថែម dexamethasone 0.៦មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ក្នុងករណីមានភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការធ្វើទុក្ខបង្ករឡើងដោយដុំដំបៅ។
  - ព្យាបាលដោយ steroids រយៈពេលជាច្រើនសប្តាហ៍ ទៅតាមភាពទ្រាំទ្របានរបស់អ្នកជំងឺ។

ការព្យបាលបង្ការបឋម

- Cotrimoxazole ក្នុងកម្រិត ៦/៣០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ តាមវេជ្ជបញ្ជា (សូមមើលជំពូកទី: ៦ អនុជំពូកទី៦.២.១: ស្តីពីការបង្ការជំងឺបង្ករោគដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ ទំព័រទី ៥១)។

ការព្យាបាលបង្ការទី២

- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់កើតមានជំងឺ toxoplasmosis ថ្នាំ CTX អាចបញ្ឈប់ នៅពេលកុមារអាយុច្រើនជាង ៥ឆ្នាំ និង កោសិកា CD4 > ៣៥០ កោសិកា/មម^3 បន្ទាប់ពីព្យាបាលដោយ ART និងលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ ជាប់លាប់ បានច្រើនជាង ៦ ខែ។

៣៣.២ ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្ករដោយវីរុស

ជំងឺរលាកខួរក្បាលបណ្តាលមកពីមេរោគវីរុស បណ្តាលមកពីភ្នាក់ងារបង្ករោគមួយចំនួនធំ រួមបញ្ចូលទាំង CMV, HSV, enteroviruses និង មេរោគវីរុសដែលបង្ករជាជំងឺ Japenese encephalitis។ ជំងឺរលាកខួរក្បាល ត្រូវបានកំណត់ដោយមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពី ការរលាកខួរក្បាល និងស្រោមខួរ តាមរយៈការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ឬ ការថតស្គេះដោយប្រើបច្ចេកទេស MRI និងការប៉ះពាល់ដល់អារម្មណ៍(mood) បុគ្គលិកលក្ខណៈ (personality) ឬ ស្ថានភាពចិត្តសាស្ត្រ (mental status)។ ត្រូវសង្ស័យថា រលាកស្រោមខួរបណ្តាលមកពីមេរោគវីរុស លើអ្នកជំងឺណាដែលមាន៖

- គ្រុនក្តៅ
- ការប៉ះពាល់ដល់បុគ្គលិកលក្ខណៈ ឬ កម្រិតនៃ consciousness
- លទ្ធផលវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងបង្ហាញថា មាន lymphocytic pleocytosis តិចតួច និងការកើនឡើងកម្រិតប្រូតេអ៊ីន ហើយមានកម្រិតគ្លុយកូសធម្មតា។

ការវាយតម្លៃបន្ត

- ប្រសិនបើ ការពិនិត្យ Retina បង្ហាញភស្តុតាងថា មានការរលាក Retina បង្ករដោយ CMV នោះទំនងជាកើតមានការរលាកខួរក្បាលបណ្តាលមកពី CMV ហើយ។
  - ការរលាកខួរក្បាលបណ្តាលមកពី CMV កើតឡើងនៅពេលចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរនៃប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំ

- ពុំមានការព្យាបាលការរលាកខួរក្បាល បណ្តាលមកពី CMV (ganciclovir និង foscarnet ចាក់តាមសរសៃវ៉ែន) ដើម្បីប្រើប្រាស់ទូលំទូលាយនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទេ។
  - ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដែលមានបទពិសោធន៍ ក្នុងការព្យាបាលជំងឺដែលបង្ករឡើងដោយ CMV លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- កុមារដែលត្រូវសង្ស័យថា មានកើតជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្ករដោយមេរោគវីរុស ត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយ acyclovir ១០មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃវ៉ែន រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង រយៈពេល២១ថ្ងៃ (ប្រសិនបើមានលទ្ធភាព) សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺបង្ករដោយ HSV និង varicella លើកលែងតែមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ មានជំងឺផ្សេងៗទៀតត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់។
  - ទារកទើបកើតត្រូវទទួលឱសថក្នុងកម្រិតដូស ២០មក្រ/គក្រ តាមសរសៃឈាមខ្មៅ រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង
  - នៅពេលមានតេស្ត PCR សម្រាប់ប្រើប្រាស់ អាចបញ្ឈប់ការព្យាបាលបាន នៅពេលតេស្តនេះផ្តល់លទ្ធផល អវិជ្ជមាន
  - កម្រមានដំបៅ (lesions) បង្កដោយ HSV នៅលើកុមារដែលកើតជំងឺរលាកខួរក្បាល បង្កដោយ HSV ណាស់ ក៏ប៉ុន្តែសញ្ញានេះ បញ្ជាក់ឱ្យឃើញពីភស្តុតាងនៃការកើតជំងឺនេះ ប្រសិនបើមាន។
- CT scan ផ្តល់លទ្ធផលធម្មតា លើអ្នកជំងឺដែលកើតជំងឺរលាកខួរក្បាលបណ្តាលមកពីវីរុស
- ការធ្វើ MRI ជាការចាំបាច់សម្រាប់រកឱ្យឃើញនូវការរលាក ដែលបណ្តាលមកពីភ្នាក់ងារបង្ករោគទាំងនេះ ប៉ុន្តែពុំមានតេស្តនេះ សម្រាប់ប្រើប្រាស់ជាទូទៅទេ។

៣៣.៣ ជំងឺស្ទះសរសៃឈាមខួរក្បាល (Stroke)

Strokes កើតមានម្តងម្កាលលើកុមារ ដែលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជំងឺអេដស៍ ឬ កុមារដែលមានជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HIV encephalopathy)។ មេរោគអេដស៍បណ្តាលឱ្យមានការរលាកសរសៃឈាម រួមបញ្ចូលទាំងសរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាលផងដែរ។ ភាពមិនប្រក្រតីពីកំណើតនៃសរសៃឈាម (arteriovenous malformations -AVMs) បង្កើនការប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃ stroke នៅក្នុងករណីមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយមានភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការខូចខាត(infarct) ខួរក្បាលស្រួចស្រាវត្រូវទទួលការថែទាំ ដូចខាងក្រោម៖

- CT scan ខួរក្បាលដោយប្រើ ឬ មិនប្រើ contrast នៅពេលដែលអាចធ្វើបាន
- ការរាប់គ្រាប់ឈាម ការធ្វើតេស្តផ្នែកគីមីសាស្រ្ត (chemistry) ធ្វើតេស្តអង់ហ្ស៊ីមថ្លើម ការវាយតម្លៃអំពីកម្រិតកំណកឈាម
- ការបណ្តុះមេរោគក្នុងឈាម ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺរលាកសាច់ដុំបេះដូង (endocarditis) ឬ ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយបាក់តេរី ឬ ផ្សិត

- Echocardiogram ដើម្បីផាត់ចោល Atrial Septal Defect (ASD) ឬ ប្រភពនៃដុំឈាមនាំឱ្យស្ទះសរសៃឈាមសាច់ដុំបេះដូង ដូចជា valvular vegetation ឬ mitral stenosis ដែលបណ្តាលឱ្យកើតមានកំណកឈាមនៃថង់បេះដូងខាងលើ ផ្នែកខាងឆ្វេង (left atrial clot)។
- ថតសួតដោយកាំរស្មី X ដើម្បីស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង។
- បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ប្រសិនបើមានគ្រុនក្តៅ ឬការវិភាគ(worksup)ខាងលើផ្តល់លទ្ធផល អវិជ្ជមាន។
- នៅពេលគ្មាន CT scan សម្រាប់ប្រើប្រាស់កុមារដែលមានការចុះខ្សោយប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរត្រូវទទួលការព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន (empiric treatment) ដូចណែនាំ ក្នុងគំនូសបំព្រួញទី១៣ លើកលែងតែមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ បញ្ជាក់ច្បាស់ថា មានជំងឺផ្សេង។

៣៣.៤ ជំងឺប្រពន្ធ័ប្រសាទខាងក្រៅ (Peripheral neuropathy)

- មូលហេតុនៃ Peripheral neuropathy លើកុមារឆ្លងមេរោគអេដស៍ រួមមាន៖
    - ឥទ្ធិពល autoimmune ដែលទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ផ្ទាល់
    - កង្វះជីវជាតិ
    - polyradiculoneuropathy ដែលបណ្តាលមកពី CMV។
- រោគសញ្ញានៃ Peripheral neuropathy មានចាប់ពីភាពស្ពឹកបន្តិចបន្តួច(mild numbness) ឬ ស្ទៀប (tingling) រហូតដល់ការឈឺចាប់ខ្លាំង (debilitating pain)។
- កុមារដែលមាន Peripheral neuropathy ត្រូវទទួលការបំពេញបន្ថែមនូវជីវជាតិ នៅពេលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- កុមារដែលទទួល d4T ត្រូវប្តូរទៅ AZT នៅពេលកត់សំគាល់ថា កើតមាន neuropathy ដោយហេតុថា neuropathy កម្រិតធ្ងន់ធ្ងរបណ្តាលមកពីការប្រើឱសថ មិនសុទ្ធតែវិលរកភាពធម្មតាវិញទេ។
- កុមារដែលទទួលការព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ត្រូវបញ្ជូនទៅពិគ្រោះយោបល់អ្នក ជំនាញ ដើម្បីកែតម្រូវរូបមន្តព្យាបាល។

ជំពូកទី ៣៤៖ ជំងឺគ្រុនក្តៅ និងពោះវៀនលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

៣៤.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ត្រូវតាមដានរោគសញ្ញានៃភាពខ្សោះជាតិទឹកលើអ្នកជំងឺ ដែលមានរាគរូស ឬ ក្អួត។
- ត្រូវប្រើប្រាស់វត្ថុរាវ (Oral-rehydration fluids) សម្រាប់បំពេញភាពខ្សោះជាតិទឹក លើអ្នកជំងឺដែលខ្វះជាតិទឹកក្នុងខ្លួន។
- ត្រូវព្យាបាលការរាគរូសស្រួចស្រាវ ដែលមានលាមករាវ ដោយមធ្យោបាយព្យាបាលគាំទ្រនានា (supportive measures)។
- ការរាគមួល (dysentery) តម្រូវឱ្យមានការព្យាបាលដោយប្រើអង់ទីប៊ីយោទិក (empiric antibiotic therapy)។
- កុមារទាំងអស់ដែលមានការរាគរូសស្រួចស្រាវ ត្រូវទទួលការបំពេញបន្ថែមនូវជាតិសង្ក័សី (zinc) ក្នុងរយៈ ពេល១០ ទៅ ១៤ ថ្ងៃ
- ការរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ អាចបណ្តាលមកពី ជំងឺឱកាសនិយម ជំងឺពោះវៀន បង្កដោយមេរោគអេដស៍ផ្ទាល់ (HIV-enteropathy) កង្វះជីវជាតិ ឬ មូលហេតុដែលបណ្តាលមកពីបំរែបំរួល osmotic ហើយអាចបណ្តាលឱ្យស្លាប់ក្នុងអត្រាខ្ពស់។
- ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានការរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ។

៣៤.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក

ការរលាកក្រពះ ពោះវៀនស្រួចស្រាវ ជាទូទៅ ស្តែងចេញជារោគសញ្ញា គ្រុនក្តៅ ក្អួត ចង្អោរ និង រាគរូស។ មរណភាពមានកម្រិតខ្ពស់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាពិសេស ទាក់ទងទៅនឹងការបាត់បង់ទឹកក្នុងខ្លួនកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ។

ស្ថានភាពនៃការខ្សោះជាតិទឹក (Hydration status) អាចវាយតម្លៃបានតាមរយៈ ការពិនិត្យគ្លីនិកហើយត្រូវកំណត់ និងកែតម្រូវភ្លាមៗលើកុមារដែលមានរោគសញ្ញាទាំងនេះ។ ចំណាត់ថ្នាក់ស្ថានភាពនៃការខ្សោះជាតិទឹកមាន ដូចខាងក្រោមនេះ៖

តារាងទី 33: ចំណាត់ថ្នាក់ការបាត់បង់ជាតិទឹក

	ការខ្សោះជាតិទឹកស្រាល	ការខ្សោះជាតិទឹកមធ្យម	ការខ្សោះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ
កុមារអាយុច្រើន	៣% (៣០មល/គក្រ)	៦% (៦០មល/គក្រ)	៩% (៩០មល/គក្រ)
ទារក	៥% (៥០មល/គក្រ)	១០% (១០០មល/គក្រ)	១៥% (១៥០មល/គក្រ)
ភាពជ្រួញនៃស្បែក ពេលច្បិចដោយ ម្រាមដៃ(Skin turgor)	ធម្មតា	ជ្រួញ(Tenting)	គ្មាន
ស្បែក (ពេលស្ទាប)	ធម្មតា	ស្ងួត	ត្រជាក់-សើម(Clammy)

ភ្នាសសើមនៃមាត់និងបបូរមាត់	សើម	ស្ងួត	ស្ងួតខ្លាំង/ប្រេះ (Parched/cracked)
ភ្នែក	ធម្មតា	ខូង(Deep set)	ខូងខ្លាំង-រូង (Sunken)
ទឹកភ្នែក	មាន	ថយចុះ	គ្មាន
បង្ហើយ	រាប	ទន់	រូង-ខូងចូលខ្លាំង
ប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល (CNS)	អាចចម្លងបាន (Consolable)	ឆាប់ខឹង-យំ (Irritable)	ធ្មឹង (Lethargic/obtunded)
សង្វាក់ជីពចរ	ធម្មតា	លឿនបន្តិច	លឿន
កំលាំងជីពចរ	ធម្មតា	ខ្សោយ	ខ្សោយខ្លាំង/មិនអាចចាប់បាន (Feeble/impalpable)
សម្ពាធឈាម	ធម្មតា	ធម្មតា	ទាប
ការបំពេញឈាមក្នុងសរសៃឈាមតូចៗ ក្រោយពីច្របាច់ក្រចកដៃ (Capillary refill)	ធម្មតា	~៣ វិនាទី	~៣ វិនាទី
ចំណុះទឹកនោម	ធម្មតា	ថយចុះ	គ្មាននោម

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

ក្រោយពីកំណត់អំពីការបាត់បង់ចំណុះទឹកក្នុងខ្លួនរួចមក ត្រូវធ្វើការបំពេញជាតិទឹកឡើងវិញ យោងទៅតាមគោលការណ៏ណែនាំ IMCI ដែលមានចែងដូចខាងក្រោមនេះ៖

តារាងទី 34: ការបំពេញជាតិទឹក

ការណែនាំ(Indication)	**ផ្លូវបញ្ចូលវត្ថុរាវ**	**ការជ្រើសរើសវត្ថុរាវ**	**កម្រិតដូសប្រើប្រាស់***
ផែនការ A: ការបង្ការភាពខ្សោះជាតិទឹកក្នុងស្ថានភាពមានរាគរូសពុំមានសញ្ញាខ្សោះជាតិទឹក	តាមមាត់	សូលុយស្យុង ORS +	កុមារ <២ ឆ្នាំ: ៥០-១០០ មល ក្រោយពេលរាគរូសម្តងៗ កុមារ អាយុ២-១០ ឆ្នាំ: ១០០-២០០ មល ក្រោយពេលរាគរូសម្តងៗ កុមារ > ១០ ឆ្នាំ និងមនុស្សពេញវ័យ:ផឹកក្នុងបរិមាណច្រើនបំផុតទៅតាមតម្រូវការក្រោយពេលរាគរូសម្តងៗ។
ផែនការ B: ការខ្សោះជាតិទឹកស្រាលទៅមធ្យម	តាមមាត់	សូលុយស្យុង ORS	កុមារ < ២ ឆ្នាំ: ៥ មល រៀងរាល់១ទៅ២នាទីម្តង ត្រូវប្រើស្លាបព្រា។ ចំណុះទឹកសរុប សម្រាប់រយៈពេល ៤ម៉ោង គឺត្រូវស្មើនឹង ៧៥ មល x ទម្ងន់គិតជា គក្រ

			កុមារ > ២ ឆ្នាំ និងមនុស្សពេញវ័យ: ៥-១០ មល, រៀងរាល់ ៥-១០ នាទីម្តង, បង្កើនចំណុះទៅតាមភាពអាចទទួលយកទឹកបាន។ ចំណុះសរុប សម្រាប់រយៈពេល ៤ ម៉ោង ត្រូវស្មើនឹង ៧៥មល x ទម្ងន់គិត ជា គក្រ។
ផែនការ C: ការខ្សោះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ	ចាក់តាមសរសៃឈាមខ្មៅ	LR, Normal saline (0.9% NaCl)	ទារក: ៣០ មល/គក្រ សម្រាប់រយៈពេល ១ម៉ោង⁺ បន្ទាប់មក ៧០ មល/គក្រ សម្រាប់រយៈពេល ៥ម៉ោងបន្ទាប់ (ចំណុះសរុប ១០០មល/គក្រ សម្រាប់រយៈពេល ៦ម៉ោង) កុមារធំ និងមនុស្សពេញវ័យ: ៣០មល/គក្រ សម្រាប់រយៈពេល ៣០នាទីបន្ទាប់មក ៧០ មល/គក្រ សម្រាប់រយៈពេល ២.៥ ម៉ោង (ចំណុះសរុប ១០០មល/គក្រ សម្រាប់រយៈពេល៣ម៉ោង)។
ផែនការ C: ការខ្សោះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ	ការបញ្ចូលតាម sond nasogastric (សម្រាប់តែ ករណីមិនអាចបញ្ចូលតាម សរសៃឈាមខ្មៅបាន ប៉ុណ្ណោះ	ORS	២០ មល/គក្រ/ម៉ោង* សម្រាប់រយៈពេល ៦ម៉ោង (ចំណុះសរុប ១២០ មល/គក្រ)
ផែនការ C: ការខ្សោះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ	តាមមាត់ (សម្រាប់តែករណី នៅដឹងខ្លួន ហើយពុំអាច បញ្ចូលតាមសរសៃឈាម ខ្មៅ ឬ sond nasogastric បាន)។	ORS	កុមារ < ២ ឆ្នាំ: ៥ មល/នាទី ដោយប្រើស្លាបព្រា កុមារ> ២ ឆ្នាំ និងមនុស្សពេញវ័យ: ២០ មល/គក្រ/ម៉ោង សម្រាប់រយៈពេល៦ ម៉ោង (ចំណុះសរុប ១២០ មល/គក្រ)។

**ត្រូវបន្ថយចំណុះ ប្រសិនបើ មានក្អួត ឬ ប៉ោងពោះ*

***ត្រូវបន្តផ្តល់សាជាថ្មី ប្រសិនបើជីពចរកដៃ (radial pulse) នៅខ្សោយខ្លាំង ឬ មិនអាចចាប់យកបាន។*

៣៤.៣ ជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ

ជំងឺរាគរូស ត្រូវកំណត់ដោយការបាត់បង់វត្ថុរាវ និងអេឡិកត្រូលីត ច្រើនខ្លាំង ទៅតាមលាមក ដែលបណ្តាលឱ្យមានការបន្ទោរបង់លាមករាវ ចាប់ពី៣ដងឡើងទៅ ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង។ ជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ មានរយៈពេលរហូតដល់១៤ថ្ងៃ ឬឯ ការរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃមានរយៈពេលចាប់ពី ២សប្តាហ៍ឡើងទៅ។ គោលការណ៍នៃការ

គ្រប់គ្រងថែទាំកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ ដូចគ្នានឹងការថែទាំកុមារផ្សេងៗទៀត ដែរ ហើយត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំ IMCI។ ត្រូវដាក់ឱ្យកុមារសម្រាពេទ្យ ប្រសិនបើ៖

- អាយុតិចជាង ១ខែ
- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ (Malnourished)
- ប្រកាច់
- បន្តការក្អួតយូរអង្វែង
- ចុកពោះខ្លាំង
- រាគមានលាមកលាយឈាម ហើយអាយុតិចជាង ១២ខែ
- ការបាត់បង់ជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ។

៣៤.៣.១ ការរាករូសដែលមានលាមករាវដូចទឹក

- ការរាករូសស្រួចស្រាវ ដែលមានលាមករាវដូចទឹក អាចបណ្តាលមកពីមូលហេតុដូចខាង ក្រោមនេះ
    - Rotavirus, norwalk virus, adenoviruses, enteroviruses
    - Enterotoxigenic E. coli
    - Vibrio cholerae (នៅពេលកំពុងមានផ្ទុះការរាតត្បាត- (outbreak))។
- មិនត្រូវព្យាបាលការរាករូសស្រួចស្រាវដែលមានលាមករាវដូចទឹក ដោយប្រើប្រាស់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកទេ។
- **ត្រូវផ្តល់ការបំពេញបន្ថែម ជាតិសង្កសី ដល់កុមារក្នុងកម្រិត ២០មក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល១០ ទៅ១៤ថ្ងៃ នៅក្នុងអំឡុងពេល មានការរាករូសស្រួចស្រាវ ។**
- ត្រូវផ្តល់ជាតិសង្កសី ក្នុងកម្រិត ១០មក្រ/ថ្ងៃ ដល់កុមារអាយុតិចជាង ៦ខែ
- ត្រូវផ្តល់ដល់ម្តាយ ឬ អ្នកថែទាំនូវ oral rehydration salts (ORS) សម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ រហូតដល់កុមារលែងមានការរាករូស។
- ត្រូវធ្វើការពិនិត្យតាមដានរយៈ ២ ទៅ ៣ថ្ងៃ ឬ ឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើ រោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅ។

៣៤.៣.២ ការរាគមួល (Bloody diarrhea)

- ការរាគមួល (Dysentery) អាចបណ្តាលមកពី៖
    - Shigella
    - Typhoid និង non-typhoidal salmonella
    - Yersinia, campylobacter, enterohemorrhagic និង enteroinvasive E. coli, និង បា៉រ៉ាស៊ីត Entamoeba histolytica។

- ការរាគមួល អាចនាំមកជាមួយនូវរោគសញ្ញាផ្សេងៗទៀត ដូចជា គ្រុនក្តៅ ការកើនឡើងនៃចំនួនគោលិកាស
- ត្រូវផ្ញើសំណាកលាមក ទៅធ្វើការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬ/និងបណ្តុះមេរោគ ប្រសិនបើមាន៖
    - ប្រសិនបើ រកឃើញមេរោគណាមួយ ត្រូវធានាឱ្យមានការផ្តល់រូបមន្តព្យាបាល ដូចខាងក្រោមឱ្យបានសមស្រប នៅពេលទទួលបាននូវលទ្ធផលនៃការបណ្តុះមេរោគរួចហើយ។
- ព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក ដូចខាងក្រោម (Provide antibiotics as follows)
    - Ciprofloxacin ១៥ មក្រ/គក្រ លេបតាមមាត់ រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រយៈពេល៣ថ្ងៃ, *ឬ*
    - Azithromycin ១០មក្រ/គក្រ លេបតាមមាត់ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ថ្ងៃ, *ឬ*
    - Ceftriaxone ៥០ មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃឈាមខ្មៅ រៀងរាល់ថ្ងៃ (សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលសម្រាកពេទ្យ)។
- ត្រូវផ្តល់ការបំពេញបន្ថែម នូវជាតិសង្កសីក្នុងកម្រិតដូស ២០ មក្រ/ថ្ងៃ ដល់កុមារសម្រាប់រយៈពេល ១០ ទៅ១៤ថ្ងៃ នៅក្នុងអំឡុងពេលរាគរូសស្រួចស្រាវ។
    - ត្រូវផ្តល់ជាតិសង្កសី ១០ មក្រ/ថ្ងៃ ដល់ទារក អាយុតិចជាង ៦ខែ
- ត្រូវផ្តល់ដល់មាតា ឬ អ្នកថែទាំនូវ ORS សម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ រហូតដល់កុមារបាត់រាគរូស។
- ត្រូវធ្វើការពិនិត្យតាមដាន ក្នុងរយៈពេល ២ ទៅ ៣ថ្ងៃ ឬក៏ឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើ រោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅ។

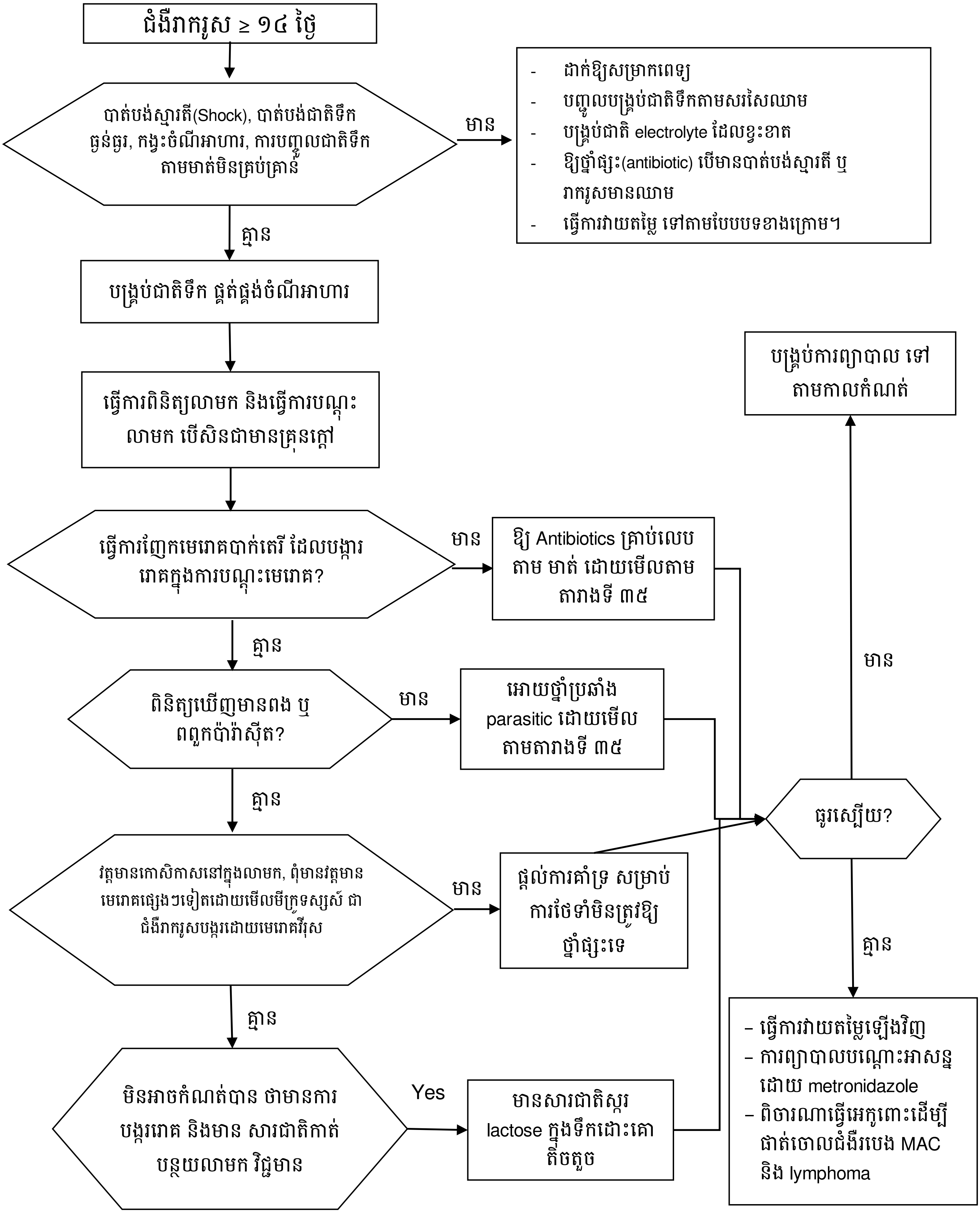
៣៤.៤ ជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ

- ជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ ដែលអូសបន្លាយពេលលើសពី១៤ថ្ងៃ ធ្វើឱ្យមានការប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគកើនឡើង ១០ដង។
- ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱ្យបានឆាប់រហ័សទៅតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើទៅបាន ប្រសិនបើ កុមារពុំទាន់បានទទួលការព្យាបាលនោះទេ។
- បា៉រ៉ាស៊ីត ដូចជា giardia, cryptosporidium និង isospora អាចបណ្តាលឱ្យមានការរាករូសរ៉ាំរ៉ៃលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- មូលហេតុផ្សេងៗទៀត ដែលបង្ករឱ្យមានការរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ រួមមាន៖
    - ជំងឺពោះវៀនបង្កដោយមេរោគអេដស៍ផ្ទាល់ (HIV enteropathy)
    - កង្វះជីវជាតិ (សង្កសី, niacin)
    - MAC, CMV, ឬ របេងពោះវៀន
    - មហារីកកូនកណ្តុរ នៅប្រដាប់រំលាយអាហារ (GI lymphoma) ឬ Kaposi's sarcoma ជាករណីកម្រ។
- ត្រូវផ្ញើលាមកទៅពិនិត្យមីក្រូទស្សន៍ (រកពងព្រូន ឬ បា៉រ៉ាស៊ីត) និងធ្វើការបណ្តុះមេរោគ៖
    - ប្រសិនបើរកឃើញមេរោគណាមួយហើយ ត្រូវធ្វើការព្យាបាលតាមតារាងទី៣៥ខាងក្រោម

- ត្រូវព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន ជំងឺ giardia ដោយប្រើ metronidazole ៧.៥មក្រ/គក្រ/ដូស រៀងរាល់ ៨ម៉ោង សម្រាប់រយៈពេល១០ថ្ងៃ។

- ត្រូវផ្តល់ការបំពេញបន្ថែមជាតិសង្កសី ដល់កុមារក្នុងកម្រិត ២០មក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ ទៅ ១៤ថ្ងៃ
  - ១០មក្រ/ថ្ងៃ សម្រាប់ទារកអាយុតិចជាង ៦ខែ
- ត្រូវផ្តល់វីតាមីនA ក្នុងកម្រិតសមស្របតាមអាយុ លើកលែងតែឱសថនេះ ត្រូវបានប្រើប្រាស់រយៈពេល១ខែ មុននេះ
- ប្រសិនបើ មានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ត្រូវផ្តល់ multivitamin រៀងរាល់ថ្ងៃ
- ត្រូវផ្តល់ដល់ម្តាយ ឬ អ្នកថែទាំនូវ ORS សម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ រហូតដល់កុមារបាត់រាគរូស។
- គំនូសបំព្រួញ ទី១៥ ណែនាំ អំពីវិធីថែទាំកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានការរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ។

គំនូសបំព្រួញទី 15: វិធីសាស្ត្រព្យាបាលកុមារមានជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ



តារាងទី 35: ការព្យាបាលជំងឺរាករូស

មូលហេតុ	ការព្យាបាល
មេរោគបាក់តេរី:	
មេរោគ Salmonella (ដែលមិនមែនជាមេរោគបង្កជំងឺគ្រុនពោះវៀន) *Salmonella* (non-typhoidal)	ប្រើ Ciprofloxacin ១៥មក្រ/គក្រ លេប ២ដង/ ថ្ងៃ រយៈពេល ៣-៧ថ្ងៃ
មេរោគគ្រុនពោះវៀន *(Salmonella typhi)*	ប្រើ Ceftriaxone ៥០-៧៥មក្រ/គក្រ លេប ឬ ចាក់សរសៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ *ឬ* ប្រើ Ciprofloxacin ១៥/គក្រ ដាក់ក្នុងសេរ៉ូម ចាក់សរសៃ ២ដង ក្នុងរយៈពេល៧ថ្ងៃ
មេរោគ Shigella	ប្រើ Ciprofloxacin ១៥មក្រ/គក្រ លេប ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៣ថ្ងៃ
មេរោគ Escherichia coli	មិនចាំបាច់ប្រើថ្នាំផ្សះទេ (antibiotic)
មេរោគ Campylobacter jejuni	ប្រើ Erythromycin ១០មក្រ/គក្រ លេប ៤ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ ឬ ប្រើ Ciprofloxacin ១៥មក្រ/គក្រ លេប ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៥ថ្ងៃ
មេរោគ Cholera	ប្រើ Erythromycin ២០មក្រ/គក្រ/ដូស លេប ៤ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ថ្ងៃ
មេរោគ Mycobacterium avium Complex	ប្រើ Clarithromycin ១៥មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ២ដង *ឬ* ប្រើ Azithromycin ១០មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ *បូកនឹង* Ethambutol ១៥-២៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ *បូកនឹង* Rifabutin ១០-២០ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ *ឬ* Ciprofloxacin ២០-៣០ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ
ជំងឺរបេង (Tuberculosis)	ប្រើ 2RHZE/4RH
មេរោគ Yersina enterocolitica	ប្រើ TMP-SMZ (ប្រើ TMP ៨ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ) លេបចែកជា ២ដង រយៈពេល ៥ថ្ងៃ
មេរោគ Protozoa:	
ពពួក Cryptosporidium	គ្មានការព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធភាពឡើយ វាអាចជាសះស្បើយដោយខ្លួនឯង ក្រោយពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍

	ប្រើ Azithromycin ១០ មក្រ/គក្រ លេបម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១ថ្ងៃ, បន្ទាប់មកបន្ត ដោយកម្រិតដូស ៥ មក្រ/គក្រ លេបម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៩ថ្ងៃ បើចាំបាច់ បើសិនការព្យាបាលមិនឆ្លើយតបទេ, ប្រើ azithromycin ១០ មក្រ/គក្រ រយៈពេល ២សប្តាហ៍
មេរោគ Isospora belli	ប្រើ TMP-SMZ (កម្រិតថ្នាំ TMP ៥ មក្រ/គក្រ/ដូស) លេប ៤ ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ថ្ងៃ បន្ទាប់មក លេប២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៣សប្តាហ៍
មេរោគ Giardia lamblia	ប្រើ Metronidazole ២០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ដោយលេបចែកជា៣ដង រយៈពេល ១០ថ្ងៃ
មេរោគ Entamoeba histolytica	ប្រើ Metronidazole ៣៥-៥០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ដោយលេបចែកជា៣ដង រយៈពេល ១០ថ្ងៃ
មេរោគ Microsporidia	ប្រើ Albendazole ២០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ លេប២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៤សប្តាហ៍
Cyclospora	ប្រើ TMP-SMZ (TMP ៥ មក្រ/គក្រ/ដូស) លេប៤ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ថ្ងៃ បន្ទាប់មកលេប២ដង រយៈពេល ៣សប្តាហ៍។

ជំពូកទី ៣៥៖ ជំងឺរលាកថ្លើមបង្ករដោយវីរុស

៣៥.១ រោគសញ្ញា និង ចង្កោមរោគសញ្ញា

រោគសញ្ញា និងចង្កោមរោគសញ្ញា នៃការរលាកថ្លើមដោយវីរុសស្រួចស្រាវ មាន៖

- ចង្អោរ និងក្អួត
- បាត់បង់ភាពចង់ញ៉ាំអាហារ
- ឈឺចុកផ្នែក១/៤ ខាងលើ និងខាងស្តាំពោះ
- ស្បែកមានពណ៌លឿង រមាស់
- ទឹកនោមមានពណ៌លឿងចាស់
- លាមកមានពណ៌សប្រផេះ។

ប្រភេទនៃការរលាកថ្លើមដោយវីរុសផ្សេងៗ អាចបង្កឱ្យមានការរលាកថ្លើមដែលមានចង្កោមរោគសញ្ញាស្រួចស្រាវ។ ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទA បង្ករឱ្យមានជំងឺស្រួចស្រាវខ្លាំងជាងការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទB ឬC។ ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសស្រួចស្រាវ មានការលំបាកធ្វើការញែកឱ្យដាច់ពីការរលាកថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ ដោយសារការប្រើឱសថ។ ចំពោះកុមារដែលពុលថ្លើមដោយឱសថ អាចត្រូវការឱ្យមានការបញ្ឈប់ឱសថភ្លាមៗ នៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញ។

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលសង្ស័យថា មានការរលាកថ្លើម ដោយវីរុសស្រួចស្រាវត្រូវតែទទួលការពិនិត្យដូចខាងក្រោម៖

- រាប់កោសិកាឈាម (CBC) មើលជាតិគីមីសាស្រ្តក្នុងឈាម មើលមុខងារថ្លើម (LFTs) និង រយៈពេលឈាមកក (prothrombin time)
- ធ្វើការបណ្តុះឈាម ប្រសិនបើ មានគ្រុនក្តៅ
- បញ្ឈប់ការប្រើថ្នាំដែលធ្វើឱ្យពុលថ្លើមមួយរយៈ
- ធ្វើតេស្ត AgHBs, hepatitis A IgM, និងអង្គបដិបក្ខប្រាណវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C
- ធ្វើការពិនិត្យដោយប្រើ Ultrasound នៅផ្នែក១/៤ ខាងលើ និងខាងស្តាំពោះ បើសិនជា មានការឈឺចាប់ខ្លាំង ក្តៅខ្លួនខ្លាំង ឬ បន្តទៅពិនិត្យមើលនិន្នាការនៃកម្រិតមុខងារថ្លើម (កម្រិត serum transaminase)
- អនុវត្តតាមពិធីសារ ស្តីពីការចាប់ផ្តើមឡើងវិញនូវឱសថដែលធ្វើឱ្យពុលថ្លើម នៅពេលដែលកម្រិត transaminase ធ្លាក់ចុះ។

៣៥.២ ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទ A និង ប្រភេទ E

- ឆ្លងតាមរយៈច្រកចូលពីលាមកមកមាត់ ដែលជាញឹកញាប់ឆ្លងតាមចំណីអាហារ
- ជាកម្រណាស់ដែលវាវិវត្តន៍ទៅរកការខូចខាតថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ
- ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទA អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយធ្វើតេស្ត សេរ៉ូមរកអង្គបដិបក្ខ IgM

- ចង្កោមរោគសញ្ញាជាទូទៅ នៅមានជាប់ រយៈពេលពី ២ទៅ៣សប្តាហ៍ និងចាប់ផ្តើមថយចុះបន្តិចម្តង ជាមួយនឹងការថែទាំ។

៣៥.៣ ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទ B

- ជាញឹកញាប់ វាឆ្លងដោយផ្ទាល់នៅពេលសម្រាលកូន តាមរយៈការចម្លងរោគពីម្តាយទៅកូន
- ការឆ្លងជាប្រយោល នៅក្នុងវ័យកុមារភាព ដែលកើតមានមួយចំនួនធំ
- ភាគច្រើននៃកុមារក្លាយជាអ្នកផ្ទុកវីរុសរ៉ាំរ៉ៃ និងមិនលេចចេញរោគសញ្ញានៃការបង្ករោគ រយៈពេលជាច្រើនឆ្នាំ
- ការប្រែក្លាយពីរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ទៅជាស្រួចស្រាវ អាចកើតមាននៅពាក់កណ្តាលចុងក្រោយនៃវ័យកុមារ និងធ្វើឱ្យមានការភ័ន្តច្រឡំថា ជាការឆ្លងថ្មីៗ
- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ជាផ្នែកមួយនៃកាលវិភាគសម្រាប់ចាក់ថ្នាំបង្ការនាពេលបច្ចុប្បន្ន នៅកម្ពុជា
- គ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកជំងឺរលាកថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ដោយវីរុសប្រភេទ B
- កុមារពេញវ័យ អាយុ ≥ ១២ឆ្នាំ ដែលមានផ្ទុកមេរោគរួមគ្នា គឺមេរោគអេដស៍ និងថ្លើមប្រភេទ B ត្រូវតែទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលមានថ្នាំ tenofovir និង lamivudine ឬ emtricitabine backbone (សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការប្រើប្រាស់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់កុមារ)។
- កុមារមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវតែធ្វើការតាមដាន ដោយយកចិត្តទុកដាក់ នៅពេលដែលប្រើប្រាស់ថ្នាំដែលឱ្យពុលដល់ថ្លើម។

៣៥.៤ ការរលាកថ្លើមដោយវីរុសប្រភេទC

- ការបង្ករោគរួមរវាងមេរោគថ្លើមប្រភេទ C និងមេរោគអេដស៍មានជាញឹកញាប់ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ដោយចាក់តាមសរសៃឈាម និងក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស
- ការចម្លងវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C ពីកំណើតមានប្រហែល ១០% ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមានការបង្ករោគរួមជាមួយមេរោគថ្លើមប្រភេទ C និងមេរោគអេដស៍
- គ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវរកវីរុសថ្លើមប្រភេទ C តាមការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខរបស់វីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C
- ឱសថប្រភេទថ្មី ដូចជា sofosbuvir នៅមិនទាន់ទទួលបានអនុញ្ញាតឱ្យប្រើចំពោះកុមារនៅឡើយទេ
- **ទោះបីជាយ៉ាងណា ការព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C នៅមិនទាន់ណែនាំសម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគថ្លើម C រួមគ្នានៅឡើយទេបច្ចុប្បន្ននេះ។**
- កុមារដែលផ្ទុកមេរោគថ្លើមប្រភេទ Cរ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវធ្វើការតាមដានដោយយកចិត្តទុកដាក់ អំពីការពុលនៅពេលប្រើថ្នាំដែលមានជាតិពុលដល់ថ្លើម។

ជំពូកទី ៣៦៖ ជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀត

៣៦.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ជំងឺ Mycobacterium avium complex រីករាលដាល និងកើតមានចំពោះកុមារ ដែលមានប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំទាបខ្លាំង (immunosuppression) ដែលបង្ករឱ្យគ្រុនក្តៅពុំមានមូលហេតុច្បាស់លាស់ ស្រកទម្ងន់ស្លេកស្លាំង និងអង់ហ្ស៊ីមមុខងារថ្លើមកើនឡើង
- MAC រីករាលដាល និងជំងឺរបេង ដែលជាទូទៅ លំបាកក្នុងការបែងចែកឱ្យដាច់ពីគ្នា
- *Penicillium marneffei* មានការរាតត្បាត នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ និងបង្ករឱ្យមានជំងឺបង្ករដោយមេរោគផ្សិតរីករាលដាល នៅលើអ្នកជំងឺដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង
- រលាកស្បែក មានលក្ខណៈច្បាស់លាស់បញ្ជាក់ថា ជាជំងឺ penicilliosis រីករាលដាល
- ជំងឺ Histoplasmosis ត្រូវបានគេរាយការណ៍ថា មាននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងជាមូលហេតុបង្ករឱ្យមានដំបៅស្បែករីកធំ ដែលដូចគ្នាទៅនឹងជំងឺ Penicillium
- ថ្នាំ Itraconazole គឺជាជំពូកថ្នាំ azole សម្រាប់ការជ្រើសរើសការព្យាបាលជំងឺ penicilliosis និង histoplasmosis
- វីរុស CMV បង្ករឱ្យរលាកគ្រាប់ភ្នែកខាងក្នុង(retinitis) លើកុមារដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ចុះទាបខ្លាំង និងបានធូរស្បើយវិញ នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- កុមារដែលមានរលាកគ្រាប់ភ្នែកខាងក្នុង ដោយមេរោគ CMV ត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយ intraocular ឬ systemic ganciclovir សម្រាប់រក្សាគំហើញ នៅពេលដែលប្រពន្ធ័ការពារខ្លួនបានបង្កើតឡើងវិញ ដោយសារការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ឧបសម្ព័ន្ធទី ១៨ សង្ខេបអំពីជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗដែលកើតមានជាញឹញាប់លើកុមារ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺទាំងនេះ ។

៣៦.២ ជំងឺ Disseminated Mycobacterium Avium Complex (MAC)

៣៦.២.១ អេពីដេមីសាស្រ្ត

មេរោគ *M. avium* and *M. Intracellulare* ផ្សំគ្នាបង្កើតបានជាមេរោគ Mycobacterium avium complex។ គេសង្កេតឃើញពួកវា មាននៅគ្រប់ទីកន្លែងក្នុងបរិស្ថាន ហើយការបង្ករោគសាយភាយ ច្រើនបណ្តាលមកពីការឆ្លងថ្មី ជាជាងការរើឡើងវិញនៃការឆ្លងពីមុន។ វាកម្រកើតមានចំពោះកុមារ។

Disseminated MAC អាចកើតមាន នៅពេលដែលកម្រិត CD4 ធ្លាក់ចុះទាប ដែលទាក់ទងទៅនឹងអាយុនៃកុមារ ដូចខាងក្រោម៖

- កុមារអាយុ <១២ ខែ កម្រិត <៧៥០ cells/mm^3
- កុមារអាយុ ១២-២៤ ខែ កម្រិត <៥០០ cells/mm^3

- កុមារអាយុ ២-៥ ឆ្នាំ កម្រិត <៧៥ cells/mm^3
- កុមារអាយុ ≥៦ ឆ្នាំ កម្រិត <៥០ cells/mm^3

៣៦.២.២ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ចង្កោមរោគសញ្ញាដង្ហើម មិនសូវកើតមានចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមាន Disseminated MAC ទេ ហើយជំងឺស្ទួតតែងឯកំរមានណាស់។
- ក្តៅខ្លួនរយៈពេលយូរ ឬសារចុះសារឡើង
- ស្រកទម្ងន់ ឬ មិនឡើងទម្ងន់
- បែកញើស អស់កម្លាំង
- រាគរូសរយៈពេលយូរ ឬ ឈឺក្នុងពោះសារចុះសារឡើង
- ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ (Lymphadenopathy), ថ្លើមរីកធំ, និងអណ្តើករីកធំ (splenomegaly)។

៣៦.២.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- ស្លេកស្លាំង ចំនួនគ្រាប់ឈាមសចុះ និងចំនួនកោសិកា thrombocyte ចុះ (thrombocytopenia) គឺជារោគសញ្ញាបញ្ជាក់ថា មានការបង្ករោគនៅខួរឆ្អឹង
- ការកើនឡើងជាតិ alkaline phosphatase និង lactate dehydrogenase មានជាញឹកញាប់ ប៉ុន្តែមិនជាក់លាក់
- ការកំណត់មេរោគក្នុងលាមក អាចឬមិនអាចបញ្ជាក់ពីការបង្ករោគ ព្រោះ MAC អាចប្រមូលផ្តុំជាផ្ទៃកតូចៗនៅស្រទាប់ភ្នាស (epithelial) ក្រពះ ពោះវៀន ដោយគ្មានការបង្កឱ្យមានជាជំងឺរាលដាលឡើយ
- ការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍ (ដោយគ្មានបណ្តុះមេរោគ) គឺពុំមានភាពខុសគ្នារវាង MAC និង របេងឡើយ
- រោគវិនិច្ឆ័យចុងក្រោយ តម្រូវឱ្យធ្វើការញែកមេរោគដោយលែក តាមរយៈការបណ្តុះមេរោគ mycobacterial ពីសារជាតិគ្មានមេរោគដូចជា ឈាម ខួរឆ្អឹង ឬមយកទឹករងៃកូនកណ្តុរ កោលិកា ឬ ទឹកនោម
- សូមមើលឧបសម្ពន្ធ័ទី១៧ អំពីជំងឺ MAC និងជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀត រួមមាន រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ទំព័រទី ២៦០។

៣៦.២.៤ ការព្យាបាល

- យ៉ាងហោចណាស់ ប្រើថ្នាំពីរមុខបញ្ចូលគ្នា ដើម្បីជៀសវាងមេរោគស៊ាំនឹងជាតិថ្នាំភ្លាមៗ
  - Azithromycin ១០មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ឬក៏ឱ្យ Clarithromycin ១៥ មក្រ/គក្រ លេប ២ដង និង
  - Ethambutol ១៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ដោយបូកបន្ថែម ឬ មិនចាំបាច់ជាមួយ(+/-)

- Rifampicin ១៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ(ត្រូវប្រើ azithromycin បើបន្ថែម rifampicin)។

- ថ្នាំ Ciprofloxacin ឬ amikacin អាចមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងករណីដែលមានការបរាជ័យឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលស្តង់ដា
- ការព្យាបាលត្រូវផ្តល់រយៈពេល១២ខែ បន្ទាប់មកបន្តដោយការព្យាបាលបង្ការទី២
- ជំងឺបង្ករដោយមេរោគរបេង និង MAC ហាក់ដូចជាស្រដៀងគ្នា។ នៅទីកន្លែង ដែលការបណ្តុះមេរោគរបេង មិនអាចអនុវត្តបាន ត្រូវព្យាបាលរបេងជាមុនសិន។ ក្នុងករណីដែល គ្មានការធូរស្រាល ត្រូវធ្វើការព្យាបាលសាកល្បងសម្រាប់មេរោគ MAC ដោយឱ្យថ្នាំ Azithromycin ១០មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ដែលអាចជាការបន្ថែម លើការព្យាបាលរបេង។
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមចំពោះគ្រប់អ្នកជំងឺភ្លាមៗក្នុងអំឡុងពេល ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺអាចទ្រាំបានជាមួយ ការព្យាបាលរបេង ឬ MAC ។

៣៦.២.៥ ការព្យាបាលបង្ការបឋម និងទីពីរ

- យោងតាមទិន្នន័យដែលមាន ការព្យាបាលបង្ការបឋម សម្រាប់ជំងឺ MAC មិនត្រូវបានណែនាំឱ្យប្រើឡើយនៅពេលនេះ
- កុមារដែលមានប្រវត្តិន៍កើតជំងឺ Disseminated MAC ត្រូវទទួលការព្យាបាលរយៈពេល១២ខែ បន្តដោយការព្យាបាលបង្ការបន្ត ដោយប្រើថ្នាំ Azithromycin ៥មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ និងថ្នាំ Ethambutol ១៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ
- នៅពេលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយកម្រិត CD4 កើនឡើងខ្ពស់ជាងកម្រិតមូលដ្ឋាន រយៈពេលលើសពី ៦ខែ ការព្យាបាលបង្ការទី២ អាចបញ្ឈប់បាន។

ជំពូកទី ៣៧៖ ជំងឺបង្ករដោយមេរោគ PENICILLIOSIS

៣៧.១ អេពីដេមីសាស្ត្រ

- Penicilliosis គឺជាជំងឺរាតត្បាត ដោយមេរោគផ្សិត ដែលបង្ករដោយមីក្រូសរីរៈឈ្មោះ *Penicillium marneffei* ច្រើនកើតមានការរាតត្បាតនៅទ្វីបអាស៊ីអាគ្នេយ៍
  - អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺខ្ពស់ជាងគេ នៅប្រទេសថៃភាគខាងជើង។
- កម្រិតកោសិកា CD4 នៃមនុស្សពេញវ័យថយចុះទាបក្រោម 100 cells/mm^3 ជាហេតុបង្កើតឱ្យមានការប្រឈមក្នុងការបង្ករឱ្យមានជំងឺ។ កម្រិតមូលដ្ឋាននៃ CD4 ដែលប្រឈមនឹងជំងឺនេះនៅលើកុមារអាយុតិចជាង ៥ឆ្នាំ មិនទាន់ដឹងច្បាស់នៅឡើយទេ។

៣៧.២ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ជាធម្មតា វាស្តែងចេញជាជំងឺរាលដាល ដោយមានគ្រុនក្តៅ ស្លេកស្លាំង ស្រកទម្ងន់ ជំងឺកូនកណ្តុរ (lymphadenopathy) រលាកសួត និងមាន ឬគ្មាន ថ្លើមនិងអណ្តើករីកធំ
- ពងទឹកលើស្បែក (Papular) ដំបៅស្បែក ឬ នៅជុំវិញផ្ចិត ដែលជួបប្រទះជាញឹកញាប់ដែលអាចច្រឡំនឹងជំងឺបង្ករដោយមេរោគ Molluscum contagiosum ឬ Cryptococcus (សូមមើលឧបសម្ពន្ធ័ទី១៥: រូបថតជំងឺសើស្បែក និងជំងឺមាត់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទំព័រទី ២៥៦)
- ជំងឺប្រពន្ធ័សរសៃប្រសាទកណ្តាល ដែលមានជាបូសខួរក្បាល ក៏អាចមានផងដែរ។

៣៧.៣ ការអង្កេតស្រាវជ្រាវ

- ចំនួនគោលិកាឈាមចុះ (Pancytopenia) កម្រិតអង់ហ្ស៊ីមថ្លើមឡើងខ្ពស់ កម្រិតជាតិ alkaline phosphatase ឡើងខ្ពស់
- ការរលាកសាច់សួត ឬកូនពកសាច់សួត (Nodular or cavitary lesions) មើលឃើញពេលថតសួតដោយកាំរស្មី X ដែលអាចឱ្យច្រឡំជាមួយជំងឺរបេង
- ការកំណត់រកមេរោគផ្សិត ដោយធ្វើការបណ្តុះឈាម ស្បែកដំបៅ ឬបូមយកទឹកកូនកណ្តុរ (lymph node) ឬ ខួរឆ្អឹងដែលអាចបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់។

៣៧.៤ ការព្យាបាល

- Amphotericin B 0.៧ មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃរាល់ថ្ងៃ យ៉ាងហោចណាស់ ២សប្តាហ៍បន្តដោយ
- Itraconazole ៥ មក្រ/គក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល ១០សប្តាហ៍
    - ជាថ្នាំទឹក ដែលគេចូលចិត្តប្រើ
- ក្រោយពេលការព្យាបាលបានបញ្ចប់ ការព្យាបាលបង្ការបន្ទាប់ ត្រូវបន្តដូចខាងក្រោម៖

- Fluconazole មានប្រសិទ្ធភាពតិចតួចប្រឆាំងនឹង Penicillium ។ កម្រិតបរាជ័យនៃការព្យាបាលត្រូវបានរាយការណ៍ថា មានរហូតដល់ ៦៤%
- ប្រើ amphotericin B រហូតដល់ itraconazole អាចរកបាន
- Fluconazole ៨មក្រ/គក្រ លេប២ដងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ amphotericin B ឬ itraconazole អាចរកបាន។

៣៧.៥ ការព្យាបាលបង្ការទី២

- Itraconazole ៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ត្រូវព្យាបាលរហូតប្រព័ន្ធការពារខ្លួនកើនឡើងវិញ
  - ប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole មិនដឹងច្បាស់ទេ គេអាចសាកល្បងក្នុងកម្រិតដូស ៦-១២ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ
- ការព្យាបាលបង្ការទី២ អាចបញ្ឈប់បាន ប្រសិនបើ៖
  - អាយុលើសពី ៥ឆ្នាំ
  - ការព្យាបាលជំងឺផ្សិតបានលើសពី ១២សប្តាហ៍។
- ការកើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធការពារខ្លួនដែលកម្រិត CD4 >150 cells/mm^3 ក្រោយរយៈពេល ៦ ខែ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

ជំពូកទី ៣៨៖ជំងឺ HISTOPLASMOSIS

៣៨.១ អេពីដេមីសាស្ត្រ

- ជំងឺ Histoplasmosis បណ្តាលមកពីការបង្ករោគដោយមេរោគ dimorphic fungus Histoplasma capsulatum
- ចំនួនកោសិកា CD4 នៅលើមនុស្សពេញវ័យទាបជាង 150 cells/mm^3 បង្កើនការប្រឈមនឹងជំងឺ Histoplasmosis ។ កម្រិតមូលដ្ឋានទាក់ទងនឹងអាយុកុមារអាយុតិចជាង ៥ ឆ្នាំ មិនទាន់ដឹងច្បាស់ទេ។
- អត្រាឆ្លងជាទូទៅនៃជំងឺ Histoplasmosis នៅលើកុមារ មិនត្រូវបានពិនិត្យឱ្យមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធនៅឡើយទេ (systematically examined) ប៉ុន្តែស្តែងឱ្យឃើញថា មានកម្រិតទាបនៅមុនសម័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ជំងឺ Histoplasmosis ត្រូវបានគេឃើញ មាននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ប៉ុន្តែដោយកម្រ។

៣៨.២ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ជំងឺ Histoplasmosis នៅស្ងួតស្រួចស្រាវ
    - មានក្អក គ្រុនក្តៅ រសេះរសោះក្នុងខ្លួន រងាព្រឺ ឈឺសាច់ដុំ មិនឃ្លានអាហារ និងឈឺដើមទ្រូង
- ជំងឺ Histoplasmosis រាលដាល (Disseminated)
    - គ្រុនក្តៅបន្តរយៈពេលយូរ
    - ស្រកទម្ងន់, យឺតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់
    - ថ្លើម និងអណ្តើករីកធំ ជំងឺប្រពន្ធ័កូនកណ្តុរ (lymphodenopathy)
    - ដំបៅមាត់រីកធំ
    - មានជំងឺផ្សិតតិចតួច ឬ មានដុំពក ឬ ពងបែកលើស្បែករាងមូលដូចផ្សិត
    - ចង្កោមរោគសញ្ញាស្ងួត ដូចជាមាន ក្អក ពិបាកដកដង្ហើម។

៣៨.៣ ការអង្កេតស្រាវជ្រាវ

- គោលិកាឈាមចុះទាប (pancytopenia) កម្រិតមុខងារថ្លើម (transaminase) ឡើងខ្ពស់ និងកម្រិត LDH ឡើងខ្ពស់ខ្លាំង
- ការថតស្ងួតដោយកាំរស្មី X បង្ហាញឱ្យឃើញ បែបចំនុចតូចៗ នៅសាច់ស្ងួត (miliary pattern) ដែលមានភាពដូចគ្នានឹងជំងឺរបេង
- បណ្តុះមេរោគ ដើម្បីញែករកមេរោគផ្សិត អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់ ប៉ុន្តែកម្រមាន
- ការកំណត់រក Histopathologic នៃទំរង់ជាកញ្ចុំផ្សិត (yeast forms) នៅក្នុងគោលិកាឈាមស និង macrophages នៅលើការពិនិត្យភ្នាសឈាម ខួរឆ្អឹង ឬ BAL លើកញ្ចក់ដោយបំណាក់ពណ៌ Giemsa stained (Giemsa stained smears)

- ពណ៌ប្រាក់នៅលើជាលិកាដែលច្រឹបយកទៅពិនិត្យ (biopsy) អាចបញ្ជាក់ថា ជាទំរង់កញ្ចុំផ្សិត (yeast forms)។

៣៨.៤ ការព្យាបាល

- Amphotericin B ១ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចាក់តាមសរសៃ រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ២សប្តាហ៍ បន្តដោយ
- Fluconazole* ៦-៨ មក្រ/គក្រ រាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១២ខែ (ដំណាក់កាលព្យាបាលបន្ត) (maintenance phase)
- កុមារដែលមានរលាកស្រោមខួរដោយជំងឺ Histoplasmosis
  - ព្យាបាលដោយប្រើ Amphotericin B ត្រូវបន្តរយៈពេល ១២-១៦ សប្តាហ៍ បន្តដោយការព្យាបាលបន្ត (maintenance therapy)
- អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកពេទ្យ ព្យាបាលដោយ fluconazole* ៥-៦ មក្រ/គក្រ ២ដង រាល់ថ្ងៃ ដោយគ្មានបញ្ចូលការព្យាបាលដោយ amphotericin B ។

*នៅកន្លែងដែលមានថ្នាំ itraconazole ទឹក (២-៥ មក្រ/គក្រ ផឹក ២ដងរាល់ថ្ងៃ) ត្រូវជំនួស fluconazole ដោយឱសថនេះ នៅក្នុងរូបមន្តខាងលើ ដើម្បីបង្កើនសុពលភាព និងប្រសិទ្ធភាពផ្នែកគ្លីនិក។

៣៨.៤.១ ការព្យាបាលបន្ត (Maintenance Phase)

- Fluconazole ៦ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ១២ខែ
  - Itraconazole ២-៥ មក្រ លេប ២ដងរាល់ថ្ងៃ ត្រូវបានប្រើជំនួស fluconazole នៅទីសេវាដែលមានឱសថនេះ
- ការព្យាបាលបន្ត (maintenance phase) អាចបញ្ឈប់បានបើ៖
  - អាយុលើសពី ៥ឆ្នាំ
  - ការព្យាបាលរោគផ្សិត បានលើសពី១២ខែ
  - ប្រពន្ធ័ការពារខ្លួនកើនឡើងវិញដែលមានកម្រិត CD4 លើសពី ១៥% និង >១៥០ cells/mm^3 ក្រោយរយៈពេល ៦ខែ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- maintenance therapy ត្រូវចាប់ផ្តើមឡើងវិញ សម្រាប់កុមារដែលមានប្រវត្តិមានជំងឺ Histoplasmosis បើសិនកម្រិត CD4 ចុះទាប ពីកម្រិតកំណត់ដូចបញ្ជាក់ខាងលើ។

ជំពូកទី ៣៩៖ ការបង្ករោគដោយវីរុស CYTOMEGALOVIRUS (CMV)

- ជាប្រភេទវីរុសដែលបង្ករឱ្យមានជំងឺញឹកញាប់ នៅដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ
- ជាមូលហេតុបង្កឱ្យមានរលាករេទីន (retinitis) ជាញឹកញាប់ ហើយក៏អាចបង្ករឱ្យមានជំងឺនៅសរីរាង្គផ្សេងៗទៀត
- អាចបង្ករឱ្យមានរលាកពោះវៀន រលាកបំពង់អាហារ រលាកខួរក្បាល រលាកថ្លើម រលាកផ្លូវទឹកប្រមាត់ រលាកសួត ដំបៅលើស្បែក ឬក៏គ្រុនក្តៅមានរយៈពេលយូរ។

៣៩.១ អេពីដេមីសាស្ត្រ

- មុនពេលមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២០ ទៅ ៣០% នៃអ្នកជំងឺពេញវ័យដែលមានកម្រិត CD4 ចុះទាបជាង ១០០ cells/mm^3 អាចមានជំងឺរលាករេទីន (retinitis) ដោយមេរោគ CMV ក្នុង១ឆ្នាំៗ។
- កម្រជួបប្រទះ នៅពេលមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ត្រូវសង្ស័យថា មានជំងឺនេះលើអ្នកជំងឺដែលទើបធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថ្មីៗ ហើយមានបញ្ហាគំហើញ និងមានចំនួនកោសិកា CD4 ចុះទាប និង លើអ្នកជំងឺដែលមានគំហើញមិនធម្មតាភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ART ដែលអាចបង្ហាញឡើងជាប្រតិកម្ម IRIS។

៣៩.២ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- សញ្ញាគ្លីនិកដែលជួបញឹកញាប់គឺ ការរលាក retina ភ្នែកដោយមើលឃើញជា ស្រមោលខ្មៅ តូចៗហោះចុះឡើង (visual " floaters") ខ្លាចពន្លឺ (pholophobia) និង ប៉ះពាល់ដល់ទំហំនៃគំហើញ (visual field defects)។ ការឈឺ និងការឡើងក្រហមភ្នែក ពុំឃើញមានទេ។
- សញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺ CMV ដែលកើតនៅកន្លែងផ្សេងៗ ក្រៅពីគ្រាប់ភ្នែក មានត្រឹមតែ ២០% នៃករណីប៉ុណ្ណោះ ដោយមានរោគសញ្ញាទៅតាមសរីរាង្គដែលប៉ះពាល់។

៣៩.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- ការរលាក retina ភ្នែកដោយ CMV អាចរកឃើញ នៅពេលពិនិត្យ retina ភ្នែក ដោយឃើញមានការចេញសារធាតុរាវ ពណ៌សយ៉ាងច្រើន នៅជុំវិញសរសៃឈាម(large white perivascular exudates) ដោយមាន ឬ គ្មានការហូរឈាមរួមជាមួយ។
- ពិចារណាអំពីការពិនិត្យភ្នែករៀងរាល់ឆ្នាំ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាបជាង ១០០ កោសិកា/មម^3
- អ្នកឯកទេសខាងជំងឺភ្នែកដែលមានបទពិសោធន៍ អាចធ្វើការបែងចែកជំងឺរលាក retina ភ្នែក ដោយ CMV ពីជំងឺ cotton-wood spots, ជំងឺ toxoplasmosis, ជំងឺដំបៅរលួយ retina ភ្នែកស្រួចស្រាវ និង

ជំងឺដំបៅរលួយភ្នែកខាងក្រៅ retina ភ្នែកកើតឡើងសន្សឹមៗ។ ជំងឺទាំង២ចុងក្រោយនេះ បណ្តាលមកពី herpes viruses ហើយគួរតែព្យាបាលដោយឱសថ acyclovir។

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺនេះនៅលើសរីរាង្គផ្សេងៗទៀត តម្រូវឱ្យធ្វើ biopsy នៃជាលិកាដើម្បីធ្វើ histopathologic និង identification immunoperoxidase staining ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺនេះ នៅលើប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល គឺត្រូវធ្វើតេស្ត PCR នៅលើទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF) បើសិនជាធ្វើទៅបាន។ ការស្កេនដោយ MRI អាចបង្ហាញនូវ Characteristic periventricular ឬ sacral nerve root enhancement ។

៣៩.៤ ការព្យាបាល

- ការព្យាបាលជំងឺរលាក retina ភ្នែកដោយ CMV រួមមានការចាក់បញ្ចូលទៅក្នុងគ្រាប់ភ្នែកនូវ Intraocular ganciclovir ដែលត្រូវធ្វើឡើងដោយគ្រូពេទ្យឯកទេសខាងជំងឺភ្នែក ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល។ កុមារដែលមានជំងឺរលាក retina ភ្នែកដោយ CMV គួរត្រូវបានបញ្ជូនភ្លាមៗជាបន្ទាន់ ទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងការព្យាបាលជំងឺនេះ។
- ការព្យាបាលតាមចរន្តឈាម (systemic therapy) មានអត្ថប្រយោជន៍ដោយធ្វើឱ្យការលាប់ឡើងវិញមានតិចតួច និងអាចបង្ការការឆ្លងរោគនៅប្រព័ន្ធសរីរាង្គផ្សេងទៀត ប៉ុន្តែការព្យាបាលនេះពុំទាន់មានទូលំទូលាយទេ។

៣៩.៥ ការបង្ការ

- ការព្យាបាលបង្ការ ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងវីរុស CMV មិនត្រូវបានណែនាំឱ្យអនុវត្តទេ។
- ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱ្យបានឆាប់ហ័ស និងការរកឃើញ Lesion នៅ retina ភ្នែកឱ្យទាន់ពេលវេលា លើកុមារដែលមាន CD4<១០០កោសិកា/មម^3 គួរតែត្រូវអនុវត្តគ្រប់ពេលតាមដែលអាចធ្វើបាន។

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី 1:ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

ដំណាក់កាលទី១	ដំណាក់កាលទី២
• គ្មានរោគសញ្ញា • មានឡើងក្រពេញកូនកណ្ដុរពេញខ្លួនរយៈពេលយូរ (Persistent)	• ថ្លើម និងអណ្ដើក រីកធំរយៈពេលយូរ ដោយគ្មានមូលហេតុ* • មានឡើងកន្ទួលរមាស់លើស្បែក (Papular Pruritic Eruptions) • មានកើតរោគសិរមាន់ឬស (wart) ពាសពេញ ដែលបង្ករដោយមេរោគវីរុស • មានកើតរោគឡើងពងស្បែករីកធំពាសពេញ (molluscum contagiosum) • ការបង្ករោគ នៅក្រចកដៃ ដោយមេរោគផ្សិត • មានដំបៅមាត់ជាញឹកញាប់ សារចុះសារឡើង (recurrent) • ក្រពេញ Parotid រីកធំ រយៈពេលយូរ ដោយគ្មានមូលហេតុ • Lined Gingival Erythema • កើតរោគរើម • រលាក ផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ រយៈពេលយូរ ឬរ៉ាំរ៉ៃ (រលាករន្ធត្រចៀក, ហូរខ្ទុះនៅត្រចៀក រលាកឆ្អឹងច្រមុះ ឬ មានរលាកបំពង់ក)។
ដំណាក់កាលទី ៣	**ដំណាក់កាលទី ៤**
• កង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ដោយគ្មានមូលហេតុ ដែលមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលធម្មតា • មានអាហារូបត្ថម្ភរយៈពេលយូរ ដោយគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់ (រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ ឬ ច្រើនជាងនេះ) • គ្រុនក្ដៅរយៈពេលយូរ ដោយគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់ (កំដៅឡើងលើសពី៣៧.៥°C ដែលមានសភាពចុះឡើងៗ ឬ នៅហ្នឹង ដែលមានរយៈពេលលើសពី១ខែ) • មានរោគផ្សិតមាត់រយៈពេលយូរ (កើតមាន	• មាន wasting ធ្ងន់ធ្ងរ, គ្រិន (stunting) ឬកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ដោយគ្មានមូលហេតុ និងមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលធម្មតា • ជំងឺស្ទួត Pneumocystis pneumonia • ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ ដោយមេរោគបាក់តេរី ជាញឹកញាប់ (ដូចជាempyema, pyomyositis ឬ បង្ករោគ នៅសន្លាក់ ឬ ឆ្អឹង ឬ មានរលាកស្រោមខួរក្បាល ដោយមិនរាប់បញ្ចូលជំងឺ pneumonia) • ជំងឺ herpes simplex រ៉ាំរ៉ៃ (រលាកមាត់ និងក្បែរមាត់ ឬ រលាកស្បែកដែល មានរយៈពេលលើស

ក្រោយទារកកើតរយៈពេល ៦ ទៅ ៨ សប្តាហ៍ដំបូង) • មានជំងឺ Oral hairy leukoplakia • មានដំបៅរលួយនៅអញ្ចាញ និងនៅជើងធ្មេញ • មានរបេងក្រពេញកូនកណ្តុរ • របេងសួត • រលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ញឹកញាប់ដែលបង្ករដោយមេរោគបាក់តេរី • ជំងឺ Lymphoid Interstitial Pneumonitis មានរោគសញ្ញា • មានជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ ដូចជាការរីកទងសួត (bronchiectasis) ដែលបង្ករដោយមេរោគអេដស៍ • មានភាពស្លេកស្លាំង ដែលរកមូលហេតុមិនឃើញ (<8g/dl) ចំនួនគ្រាប់ឈាមសចុះ (<0.5x10^9 per liter)	ពី១ខែ ឬក៏មានរលាកសរីរាង្គក្នុងពោះណាមួយ) • របេងក្រៅសួត • មានមហារីកសរសៃឈាម (Kaposi sarcoma) • រលាកបំពង់អាហារដោយមេរោគផ្សិត (ឬ មានការរលាកនៅបំពង់ខ្យល់ ទងសួត និងសួតដោយមេរោគផ្សិត) • ជំងឺ Toxoplasmosis នៅ ប្រពន្ធ័សរសៃប្រសាទកណ្តាល ក្រោយពេលទារកកើត បាន១ខែ) • ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្ករដោយមេរោគអេដស៍ (HIV encephalopathy) • ជំងឺ CMV ដូចជា រលាករេទីនភ្នែក ឬ CMV សរីរាង្គផ្សេងៗ ដែលចាប់ផ្តើមកើតឡើងនៅក្រោយអាយុ ១ខែ • ជំងឺ Cryptococcosis ក្រៅសួត (រាប់ទាំងការរលាក ស្រោមខួរក្បាលផង) • ការរលាករីករាលដាលពាសពេញ បង្ករដោយមេរោគផ្សិត (extrapulmonary histoplasmosis, coccidiomycosis, penicilliosis) • ជំងឺ cryptosporidiosis រ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺ Isosporiasis រ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺបង្ករោគសាយភាយដោយ Mycobacteria ដែលមិនមែនជាមេរោគរបេង • ជំងឺ Cerebral or B-cell non-Hodgkin lymphoma • ជំងឺ Progressive multifocal leukoencephalopathy • ជំងឺតម្រងនោម និងបេះដូង ដែលបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍។

* ដោយគ្មានមូលហេតុសំដៅទៅលើជំងឺ ដែលមិនអាចបញ្ជាក់បានដោយមូលហេតុផ្សេងៗ ដូចជា ជំងឺរបេង ឬ cryptosporidiosis។

ឧបសម្ព័ន្ធទី 2: គោលការណ៍សម្រាប់គ្រប់គ្រងកុមាររងគ្រោះដោយការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ

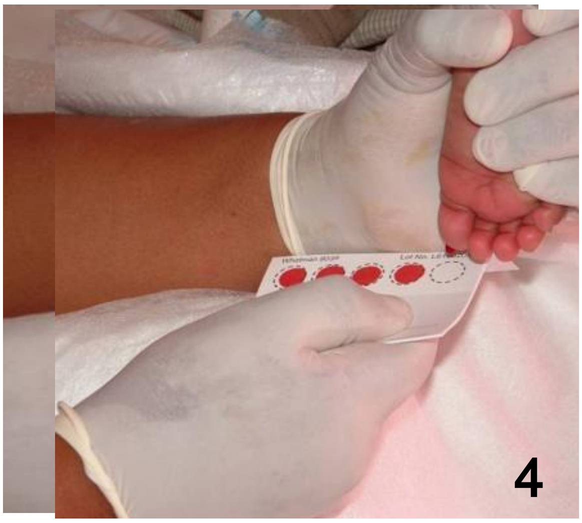
គោលការណ៍ (Principal)	សកម្មភាព
លើកកម្ពស់ អត្ថប្រយោជន៍របស់កុមារ (Promote the child's best interest)	• ធានា សុវត្ថិភាពរាងកាយ និង សតិអារម្មណ៍ (សុខមាលភាព) តាមរយៈ ការថែទាំ និងព្យាបាល • វាយតម្លៃលទ្ធផលនៃ សកម្មភាព ទាំងផ្នែកវិជ្ជមាន និងអវិជ្ជមាន ដោយមានការចូលរួមពី កុមារ និង អ្នកថែទាំ (តាមការសមស្រប) • សកម្មភាពណា ដែលមិនបង្ករគ្រោះថ្នាក់ គឺជាជានិច្ចកាល ជម្រើសល្អ • រាល់សកម្មភាពទាំងអស់ ត្រូវតែ ធានាថា កុមារមានសិទ្ធិ ទទួលបានសុវត្ថិភាព ហើយការអភិវឌ្ឍន៍ជាបន្ត នៅតែមាន។
ធានា សុវត្ថិភាពកុមារ (Ensure the safety of the child)	• ធានា សុវត្ថិភាពរាងកាយ និង សតិអារម្មណ៍ • រាល់សកម្មភាពទាំងអស់ ត្រូវតែ ការពាររាងកាយ និង សតិអារម្មណ៍ របស់កុមារ នៅក្នុង អំឡុងពេលខ្លី និង វែងខាងមុខ ។
លួងលោម កុមារ (Comfort the child)	• ផ្តល់ការលួងលោម លើកទឹកចិត្ត និង គាំទ្រ • ធានាថា អ្នកផ្តល់សេវាបានរៀបចំ ការប្រាប់ការពិត ស្តីពី អំពើហិង្សាផ្លូវភេទ (sexual violence) និង ការកេងប្រវ័ញ្ច (exploitation) នេះឱ្យសមស្រប • សូមជឿជាក់ កុមារ នៅពេលដែល ពួកគេជ្រើសរើស ប្រាប់ការពិត ស្តីពីអំពើហិង្សាផ្លូវភេទ (sexual violence) និង ការកេងប្រវ័ញ្ច (exploitation) • មិនត្រូវ បន្ទោសកុមារ អំពីអំពើហិង្សាផ្លូវភេទ (sexual violence) និង ការកេងប្រវ័ញ្ច (exploitation) ដែលពួកគេធ្លាប់ជួបប្រទះនោះទេ • ត្រូវធ្វើឱ្យកុមារ មានអារម្មណ៍ថា មានសុវត្ថិភាព និងត្រូវបានយកចិត្តទុកដាក់ នៅពេលដែលពួកគេមកទទួលសេវា។
ធានា ថាមានលាក់ការណ៍សម្ងាត់ សមស្រប (Ensure appropriate confidentiality)	• ពត៌មាន អំពីការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ (sexual violence and exploitation) ដែលកុមារបានជួបប្រទះ ត្រូវប្រមូល ប្រើប្រាស់ និង ទុកដាក់ ប្រកបដោយភាពលាក់ការណ៍សម្ងាត់ • ធានាថា រាល់ការប្រមូលព័ត៌មាន ត្រូវលាក់ការណ៍ ក្នុងអំឡុងពេលផ្តល់ការថែទាំ រួមទាំង ការសម្ភាស៍ និង ការកត់ត្រាពីប្រវត្តិ • ចែករំលែកព័តមាន ទៅតាមច្បាប់ និងគោលការណ៍ដែលមាន ហើយ ត្រូវក្នុងស្ថានភាពចាំបាច់ប៉ុណ្ណោះ បន្ទាប់ពីទទួលបានការអនុញ្ញាតពីកុមារ និង/ឬ អ្នកថែទាំកុមារ • ទុកដាក់ព័ត៌មាននៃរាល់ករណី នៅកន្លែងមានសុវត្ថិភាព • ប្រសិនបើចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ ក្នុងក្របខ័ណ្ឌច្បាប់ ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដល់កុមារ និងអ្នកថែទាំ នៅពេលដែលជួបពួកគាត់ • ប្រសិនបើ សុខភាព ឬ សុវត្ថិភាព របស់កុមារ ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ ការរក្សាការសម្ងាត់ គឺមានកំណត់ គោលបំណងដើម្បីការពារកុមារ

ផ្តល់ការចូលរួមរបស់កុមារក្នុងការសម្រេចចិត្ត (Involve the child in decision making)	• កុមារមានសិទ្ធិចូលរួមនៅក្នុងការសម្រេចចិត្ត ដែលអាចមានឥទ្ធិពលលើជីវិតរបស់ពួកគេ • កម្រិតនៃការចូលរួមរបស់កុមារនៅក្នុងការសម្រេចចិត្ត ត្រូវសមស្របទៅតាមកម្រិតលូតលាស់ និងអាយុរបស់គាត់ ស្របតាមច្បាប់ • ទោះបីជាយ៉ាងណា អ្នកផ្តល់សេវា អាចមិនមានលទ្ធភាព ធ្វើតាមការចង់បានរបស់កុមារ (ត្រូវពិចារណា លើអត្ថប្រយោជន៍អតិបរមា របស់កុមារ) ពួកគេត្រូវផ្តល់សិទ្ធិ និងគាំទ្រកុមារ ដើម្បីអាចដោះស្រាយបានដោយតម្លាភាព អកប្បកិរិយាបើកទូលាយ ដោយការគោរព • ប្រសិនបើ បំណងរបស់កុមារ មិនអាចធ្វើតាមបាន ដូច្នេះត្រូវពន្យល់កុមារពី មូលហេតុដែលយើងមិនអាចធ្វើតាមបំណងគាត់បាន។
មើលថែ កុមារគ្រប់រូប ដូចគ្នា និងស្មើភាពគ្នា (Treat every child fairly and equally)	• សូមប្រើ គោលការណ៍នៃ ការមិនរើសអើង និង មិនបែងចែក ចំពោះកុមារគ្រប់រូប • កុមារគ្រប់រូប ត្រូវផ្តល់ការថែទាំ និងព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ ដោយមិនប្រកាន់ ពូជសាសន៍ សាសនា ភេទ ពិការភាព ស្ថានភាពគ្រួសារ ស្ថានភាពឪពុកម្តាយ ឬ អ្នកថែទាំ ស្ថានភាពវប្បធម៌ ឬ ស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីពួកគាត់អាចមានលទ្ធភាពបញ្ចេញអស់សមត្ថភាព របស់ពួកគេ • គ្មាន កុមារណាម្នាក់ ត្រូវបានមើលថែ ដោយភាពមិនស្មើគ្នា ក្នុងមូលហេតុណាក៏ដោយ។
ពង្រឹង ភាពធន់ទ្រាំកុមារ (Strengthen children's resiliencies)	• កុមារ គ្រប់រូប មានសមត្ថភាព និង កំលាំងពិសេស និងមាន សមត្ថភាព នឹងជាសះ • កំណត់ និង កសាង អាស្រ័យតាម កំលាំងធម្មជាតិ របស់គ្រួសារ និង កុមារ ជាផ្នែកមួយនៃដំណើរការ ស្តារឡើងវិញ និងជាសះស្បើយ • កត្តា ដែលអាចលើកកម្ពស់ ភាពធន់កុមារ ត្រូវកំណត់ និងកសាង ក្នុងអំឡុងពេលថែទាំ • កុមារ ដែលទទួលបានទំនាក់ទំនងការថែទាំយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់ និងមានឱកាស ចូលរួម នៅក្នុងគ្រួសារ និងសហគមន៍ ហើយ ពួកគេនឹងមើលឃើញ ខ្លួនគេ កាន់តែម្ចងមាំ ដែលអាច ជាសះឡើងវិញ ពីការបំពានផ្លូវភេទ និងការកេងប្រវ័ញ្ច (sexual violence and exploitation) (Perry 2007)។
អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលសមស្រប និងមានជំនាញក្នុងការគ្រប់គ្រងកុមារដែលធ្លាប់ទទួលរងការរំលោភបំពាន និង ការកេងប្រវ័ញ្ច	គ្រប់អ្នកផ្តល់សេវា ដែលថែទាំ កុមារដែលធ្លាប់ទទួលរងការរំលោភបំពាន និង ការកេងប្រវ័ញ្ច ត្រូវ៖ • ទទួលបាន ការបណ្តុះបណ្តាល ស្តីពីការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ/ការថែទាំក្រោយការរំលោភបំពាន និងការបញ្ជូន • ទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលពិសេស ស្តីពី ការពិនិត្យកោសល្យវិច្ច័យ • ទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលជាន់ខ្ពស់ ស្តីពី ការពន្យារកំណើតបន្ទាន់ ស្របតាមច្បាប់ និងគោលការណ៍ ក៏ដូចជា ការផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) និង ការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងសារៈសំខាន់នៃ ការធ្វើអន្តរាគមន៍ឱ្យទាន់ពេលវេលា កន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវ៖ • កំណត់ និង ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាល ដល់មន្ត្រី (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក ឬ មន្ត្រីគ្លីនិក) ដើម្បីផ្តល់ការសេវាថែទាំ ក្រោយការរំលោភបំពាន ដល់កុមារ

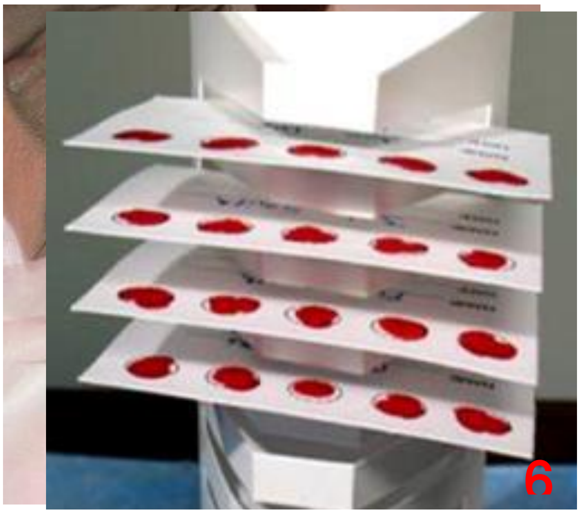
សុខភាព និង សុខមាលភាព របស់កុមារ ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ មុនការប្រមូលភ័ស្តុតាង	• អន្តរាគមន៍ លើហេតុការណ៍ ការព្យាបាលរបួស និង ការវាយតម្លៃ ការព្យាបាល និង បង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ការមានផ្ទៃពោះ និង ជំងឺកាមរោគ គឺជាភាពសំខាន់ទី ១ • សុខមាលភាព របស់កុមារ គឺត្រូវធានាថាពួកគេ អាចរក្សាកិត្តិយស និងភាពថ្លៃថ្នូរបាន ក្រោយពីមានការរំលោភបំពាន ហើយពួកគេមិនមានអារម្មណ៍ ការមាក់ងាយ សើចចំអក ឬក៏ការរងការប៉ះពាល់ អំពីដំណើរការស្វែងរកសេវាថែទាំ នោះទេ • កុមារ មិនត្រូវទទួលការចាប់បង្ខំ ក្នុងការពិនិត្យកោសល្យវិច្ច័យ ប្រសិនបើពួកគេមិនចង់ លើកលែងតែការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលចាំបាច់ (WHO 2003)។
ការរាយការណ៍ ទៅសមត្ថកិច្ច គឺមិនមែនជាសកម្មភាពចំបង មុនពេលទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនោះទេ (Reporting to police should not be a prerequisite for obtaining medical care)	• ការសម្រេចចិត្ត របស់កុមារ ទាក់ទងនឹងសមត្ថកិច្ច ត្រូវតែគោរពតាម រាល់ពេល • កុមារ មិនត្រូវទទួលសម្ពាធ ឬ ការបង្ខិតបង្ខំ ឱ្យរាយការណ៍ពីការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ ជាលក្ខខ័ណ្ឌ ក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ នោះទេ • ជាទូទៅ អ្នកផ្តល់សេវា អាចប្រាប់ទៅកុមារ ថា ការរាយការណ៍ទៅសមត្ថកិច្ច គឺត្រូវធ្វើ មុនពេល មន្ទីរពេទ្យអាចធ្វើការពិនិត្យថែទាំ • ការរាយការណ៍ ជាទូទៅផ្សាភ្ជាប់ និងការបង់ប្រាក់ មន្ទីរពេទ្យ គួរតែយល់ព្រមផ្តល់សេវា ដោយមិនគិតកម្រៃ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺ បានរាយការណ៍ពី ការរំលោភបំពាននេះទៅ សមត្ថកិច្ច និងមានឯកសារផ្លូវការ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើន នេះគឺជាដំណើរការ គឺមិនមែនជាតម្រូវការផ្លូវច្បាប់ណាមួយទេ។ កន្លែងផ្តល់សេវាទាំងអស់ គួរតែធ្វើការកែប្រែ • មន្ទីរពេទ្យ គួរតែខិតខំរៀបចំឱ្យមានគោលការណ៍នៃការរាយការណ៍មួយជាក់លាក់ ដែលសមស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំ និងវិធីសាស្ត្រអ្នកជំងឺជាធំ។ • ទម្រង់ព័ត៌មានរបស់សមត្ថកិច្ច គួរតែមានទុកនៅមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ករណី កុមារមកដល់មន្ទីរពេទ្យមុន ហើយ គួរតែមិនអស់កម្រៃទេ • កុមារ គួរតែផ្តល់ គ្រប់សេវាដែលមាន ដូចជា ការពន្យារកំណើតបន្ទាន់ (EC) បើស្របតាមច្បាប់ ការផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការក្រោយប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) និង សេវាសុខភាពដទៃទៀត ដោយមិនចាំបាច់ មានហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យនៅលើ ទម្រង់វេជ្ជសាស្ត្រand (medico-legal forms) ឬ ប្រសិនបើកុមារ ជ្រើសរើស មិនរាយការណ៍ទៅកាន់សមត្ថកិច្ចក៏ដោយ ។
ប្រើវិធីសាស្ត្រ person-first approaches ដើម្បីទទួលបានការថែទាំ	• អ្នកជំនាញធ្វើការជាមួយ កុមារ ទទួលរងការរំលោភបំពាន ត្រូវមានការយល់ដឹងច្រើនពី វិធីសាស្ត្រថ្មី ដោយរួមបញ្ចូលការថែទាំទាំងអស់ សម្រាប់អ្នកជំងឺ ដោយមិនគិតពីសមត្ថភាព • យល់ដឹង ពីកុមារដែលមានពិការភាព (រាង្គកាយ ក៏ដូចជា ខួរក្បាល/អារម្មណ៍) គឺងាយរងគ្រោះពី ការរំលោភបំពាន និងការកេងប្រវ័ញ្ច ហើយពួកគេ មានសិទ្ធិស្មើគ្នា ក្នុងការទទួលបានការថែទាំ និងព្យាបាល • ធានាថា នណារម្នាក់ ដែលបានបណ្តុះបណ្តាលរួច គឺអាចធ្វើការងារនេះបាន នៅពេលចាំបាច់ ជាពិសេសការទំនាក់ទំនងបន្ទាប់ (ឧ. ភាសាកាយវិការ) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលត្រូវការវិធីសាស្ត្រនេះ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី 3: ឯកសារជំនួយការធ្វើ Dried Blood Spot

3



5



1. កំដៅ កន្លែងដែលត្រូវ ជួស
2. សង្កត់ ម្ទុលលើចុងម្រាម ដែលត្រូវជួស
3. ជូតឈាមដំណក់ដំបូងចេញ
4. បន្តក់ឈាមនៅលើក្រដាសស្ងួត
5. សំឡីអាល់កុល ទប់នៅកន្លែងជួស រហូតបាត់ចេញឈាម
6. សម្ងួតឈាម នៅលើក្រដាស ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី 4: តារាងកម្រិតដូសនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថ ដាច់ឆ្នា (single)			ចំនួនគ្រាប់ តាមទម្ងន់កុមារ (ពេលព្រឹក និង ពេលល្ងាច)													
ឱសថ	ប្រភេទ	កំលាំង (strength)	៣–៥.៩ គក្រ		៦–៩.៩ គក្រ		១០–១៣.៩ គក្រ		១៤–១៩.៩ គក្រ		២០–២៤.៩ គក្រ		២៥–២៩.៩ គក្រ		៣០–៣៤.៩ គក្រ	
			ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច
ABC	គ្រាប់ (អាចរលាយ)	60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	–	–	–	–
ABC	គ្រាប់ (អាចរលាយ)	300 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	1	1
AZT	គ្រាប់ (អាចរលាយ)	60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	–	–	–	–
AZT	ស៊ីរ៉ូ	10mg/mL	6ml	6ml	9ml	9ml	12ml	12ml	–	–	–	–	–	–	–	–
EFVa	គ្រាប់ (មានគំនូសចែក)	200 mg	–	–	–	–	1 (once daily)		1.5 (once daily)		1.5 (once daily)		2 (once daily)		2 (once daily)	
LPV/rb	គ្រាប់ (ធន់នឹងកំដៅ)	100/25 mg	–	–	–	–	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3
LPV/rb	គ្រាប់ (ធន់នឹងកំដៅ)	200/50 mg	–	–	–	–	–	–	1	1	1	1	2	1	2	1
LPV/rb	ស៊ីរ៉ូ	80/20 mg/ml	1ml	1 ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml	2.5 ml	2.5 ml	3 ml	3 ml	–	–	–	–
LPV/r	ម្សៅ (Granule)	40/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	–	–	–	–
NVPc	ស៊ីរ៉ូ	10 mg/ml	5 ml	5 ml	8 ml	8 ml	10 ml	10ml	–	–	–	–	–	–	–	–
DTG	គ្រាប់	50 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	1	-	1	-	1	-
RAL	គ្រាប់ (អាចទំពារ/ រលាយ)	25mg	1	1	2	2	3	3	4	4	6	6	–	–	–	–
RAL	គ្រាប់ (អាចទំពារ/ រលាយ)	100mg	–	–	–	–	–	–	1	1	1.5	1.5	–	–	–	–
RAL	គ្រាប់	400mg	–	–	–	–	–	–	1	1	–	–	1	1	1	1

[a] EFV គឺមិនណែនាំ សម្រាប់កុមារ អាយុតិចជាង ៣ឆ្នាំ និងមានទម្ងន់ តិចជាង ១០ គក្រទេ។ FDA អនុញ្ញាតិ ឱ្យប្រើ លើកុមារអាយុតិចជាង ៣ឆ្នាំ និងមានទម្ងន់ច្រើនជាង ៣.៥ គក្រ គឺក្នុងអំឡុងពេលបញ្ចប់គោលការណ៍ណែនាំនេះ (3.5-5 kg two 50 mg capsules; 5-7.5 kg three 50 mg capsules; 7.5-15 kg one 200 mg capsule) ប៉ុន្តែទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ទិន្នន័យបន្ថែមទៀតគឺត្រូវការជាចាំបាច់ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានពីការណែនាំ ក្នុងការប្រើប្រាស់ EFV នៅក្នុងក្រុមអាយុនេះ ។

[b] LPV/r ជាទឹក ត្រូវការ កន្លែងត្រជាក់ ក្នុងអំឡុងពេលដឹកជញ្ជូន និងរក្សាទុក។ The LPV/r គ្រាប់ធន់នឹងកំដៅ ត្រូវលេបគ្រាប់ទាំងមូល និងមិនត្រូវកាច់ ឬ កិន នោះទេ។

[c] កម្រិត NVP ត្រូវប្រើពាក់កណ្ដាលសម្រាប់ ២សប្ដាហ៍ដំបូងនៅពេលចាប់ផ្ដើម ART នៅតែណែនាំ ដើម្បីជៀសវាងការពុលដោយការចាប់ផ្ដើមកម្រិតដូសខ្ពស់។ ទោះបីជាយ៉ាងណា លទ្ធផលលើកទី២ ពីការសិក្សា (CHAPAS-1) ថ្មីនេះ ផ្ដល់យោបល់ថា កុមារវ័យក្មេង មានការប្រឈមទាបនឹងការពុល និង មានការពិចារណាឱ្យកម្រិតដូសពេញ (Fillekes Q et al. Is nevirapine dose escalation appropriate in young, African, HIV-infected children? AIDS, 2013, ahead of press (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23595153, accessed 17 July 2013). doi: 10.1097/QAD.0b013e3283620811) សម្រាប់ភ័ស្តុតាងចុងក្រោយ នឹងចេញផ្សាយនៅពេលក្រោយទៀត។

ឱសថ ជាប់គ្នា (Fixed Dose Combinations)			ចំនួនគ្រាប់ តាម ទម្ងន់កុមារ (ពេលព្រឹក និង ពេលល្ងាច)													
ឱសថ	ប្រភេទ	កំលាំង (strength)	៣–៥.៩ គក្រ		៦–៩.៩ គក្រ		១០–១៣.៩ គក្រ		១៤–១៩.៩ គក្រ		២០–២៤.៩ គក្រ		២៥–២៩.៩ គក្រ		៣០–៣៤.៩ គក្រ	
			ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច
ABC/3TC	គ្រាប់ (អាចរលាយ)	60/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	–	–	–	–
ABC/3TC	គ្រាប់ (អាចរលាយ)	600/300 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1 (once daily)		1 (once daily)	
ABC/3TC	គ្រាប់ (អាចរលាយ)	120/60 mg	1 once (or 0.5 twice) daily		1.5 once (or 0.5 AM and 1 PM) daily		2 once (or 1 twice) daily		2.5 once (or 1 AM and 1.5PM) daily		3 once (or 1.5 twice) daily		–	–	–	–
AZT/3TC	គ្រាប់ (អាចរលាយ)	60/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	–	–	–	–
AZT/3TC	គ្រាប់ (អាចរលាយ)	300/150 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	1	1
TDF/3TC	គ្រាប់	300/300 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	-
AZT/3TC/NVP	គ្រាប់ (អាចរលាយ)	60/30/50 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	–	–	–	–
AZT/3TC/NVP	គ្រាប់ (អាចរលាយ)	300/150/200 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	1	1
TDF/3TC/EFV400	គ្រាប់	300/300/400 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	-
TDF/3TC/DTG	គ្រាប់	300/300/50 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	-

កំណត់សម្គាល់៖

1) ដូចដែលបានណែនាំនៅក្នុង គោលការណ៍ រូបមន្តដែលមានឱសថ TDF អាចចេញវេជ្ជបញ្ជា ចំពោះកុមារ និងក្មេងជំទង់ មានទម្ងន់តិចជាង ៣០ គក្រ នៅក្នុងករណីពិសេស។ សូមពិនិត្យគោលការណ៍ណែនាំ សម្រាប់ព័តមានលំអិត។
2) កម្រិតប្រើ សម្រាប់ឱសថ ARVs ខ្លះ អាចត្រូវសម្រេច តាមករណីនីមួយៗ ហើយ គ្រូពេទ្យព្យាបាល អាចស្វែងរកយោបល់ពីអ្នកជំនាញ មុនពេលចេញវេជ្ជបញ្ជា ដូចជា ឱសថ DRV RAL និង RTV

ឱសថ Raltegravir ម្សៅ មានកម្រិតប្រើ ស្មុគស្មាញ ដោយវា អាស្រ័យទៅនឹង អាយុ និង ទម្ងន់កុមារ ដូច្នេះ ការប្រើប្រាស់ត្រូវស្នើសុំពត៌មានលំអិត ជាងព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុង តារាងនេះ។ នេះគឺជា កម្រិតប្រើ RAL ម្សៅ ដែលត្រូវណែនាំ។

កម្រិតប្រើ RAL ម្សៅ							
ពីកើត ទៅ ១ សប្តាហ៍: Once-Daily Dosing	Approximately 1.5 mg/kg/dose	ពី ១–៤ សប្តាហ៍: Twice-Daily Dosing	Approximately 3 mg/kg/dose	ធំជាង ឬ ស្មើ៤ សប្តាហ៍ Twice-Daily Dosing	Approximately 6 mg/kg/dose	ធំជាង ឬ ស្មើ៤ សប្តាហ៍ Twice-Daily Dosing	Approximately 6 mg/kg/dose
២ ទៅ តិចជាង ៣ គក្រ	0.4 mL (4 mg) once daily	២ ទៅ តិចជាង ៣ គក្រ	0.8 mL (8 mg) twice daily	៣ ទៅ តិចជាង ៤ គក្រ	2.5 mL (25 mg) twice daily	៨ ទៅ តិចជាង ១១ គក្រ	6 mL (60 mg) twice daily
៣ ទៅ តិចជាង ៤ គក្រ	0.5 mL (5 mg) once daily	៣ ទៅ តិចជាង ៤ គក្រ	1 mL (10 mg) twice daily	៤ ទៅ តិចជាង ៦ គក្រ	3 mL (30 mg) twice daily	១១ ទៅ តិចជាង ១៤ គក្រ	8 mL (80 mg) twice daily
៤ ទៅ តិចជាង ៥ គក្រ	0.7 mL (7 mg) once daily	៤ ទៅ តិចជាង ៥ គក្រ	1.5 mL (15 mg) twice daily	៦ ទៅ តិចជាង ៨ គក្រ	4 mL (40 mg) twice daily	១៤ ទៅ តិចជាង២០ គក្រ	10 mL (100 mg) twice daily

ឧបសម្ព័ន្ធទី 5: ការវាស់វែងកម្រិតពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV toxicity severity grading)

	កម្រិតទី ១	កម្រិតទី ២	កម្រិតទី ៣	កម្រិតទី ៤
ឧបករណ៍វាស់វែង	ស្រាល	មធ្យម	ធ្ងន់ធ្ងរ	ធ្ងន់ធ្ងរ និង អាចគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត
ការណែនាំទូទៅ ស្តីពី ការប៉ាប្រមាណកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ				
ស្ថានភាពរោគសញ្ញា និង ការណែនាំទូទៅក្នុងការគ្រប់គ្រង	រោគសញ្ញា ដែលមិនមាន ឬ មានឥទ្ធិពលតិចតួច ដល់សកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ។ មិនត្រូវការការព្យាបាលត្រូវតាមដាន	រោគសញ្ញា ដែលមានឥទ្ធិពលលើសពីតិចតួច ដល់សកម្មភាពសង្គម និងប្រចាំថ្ងៃ ត្រូវការ អន្តរាគមន៍ តិចតួច និង ត្រូវតាមដាន	រោគសញ្ញា ដែលមានឥទ្ធិពល ដល់សមត្ថភាព ការងារសង្គម និងប្រចាំថ្ងៃ ត្រូវការការថែទាំវេជ្ជសាស្រ្ត និង អាចត្រូវសម្រាកពេទ្យ	រោគសញ្ញា ដែលធ្វើឱ្យអសមត្ថភាពក្នុងការថែទាំខ្លួន ប្រចាំថ្ងៃ ត្រូវការ ការថែទាំវេជ្ជ-សាស្រ្ត ឬ ការវះកាត់ និង អន្តរាគមន៍ការពារពិការភាព ឬ ក៏ការស្លាប់
Haematology standard international units are listed in italics				
Absolute neutrophil count	750 <1000/mm^3 0.75 x 10^9<1x10^9	500-749/mm^3 0.5x10^9- 0.749x10	250-500/mm^3 0.25 x10^9-0.5x10^9/l	<250/mm^3 <0.250x 10^9/l
Hemoglobin (កុមារអាយុ ច្រើនជាង ៦០ ថ្ងៃ)	85-10.0g/dl 1.32-1.55mmol/l	75-<8.5g/dl 1.16-<1.32mmol/	6.5-<7.5 g/dl 1.01-<1.16 mmol/l	<6.5 g/dl <1.01 mmol/l ឬមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកធ្ងន់ធ្ងរ ដែលធ្វើមានស្លេកស្លាំង (ឧ.ខ្សោយបេះដូង) refractory to supportive therapy
Platelets	100000 - < 125000/mm^3 100x10^9 125x10^9/l	50000 - <100000/mm^3 50 x 10^9-<100 x 10^9/l	25000 - < 50000/mm^3 25 x 10^9 -<50 x 10^9/l	<25000/mm^3 <25 x 10^9/ ឬ ហូរឈាម
ក្រពះ ពោះវៀន				
មន្ទីរពិសោធន៍				
ALT (SGPT)	1.25-2.5 X ULN	2.6-5.0x ULN	5.1-10.0 x ULN	>10.0 x ULN
AST (SGOT)	1.25-2.5 X ULN	2.6-5.0x ULN	5.1-10.0 x ULN	>10.0 x ULN
Bilirubin (>2 week of age)	1.1-1.5x ULN	1.6-2.5 x ULN	2.6-5.0 x ULN	>5.0 x ULN
Lipase	1.1-1.5x ULN	1.6-3.0 x ULN	3.1-5.0 x ULN	>5.0 x ULN

Pancreatic amylase	1.1-1.5x ULN	1.6-2.0 x ULN	2.1-5.0 x ULN	>5.0 x ULN
គ្លីនិក				
រាករូស អាយុ ≥ ១ ឆ្នាំ អាយុ ≤ ១ ឆ្នាំ	Transient ឬ intermittent episodes of unformed stools ឬ ការកើនឡើងការបន្ទោ-របង់ ≤ ៣ ដង លើសពីគ្រាដើម ក្នុង១ថ្ងៃ (more unformed than usual) ប៉ុន្តែចំនួនបន្ទោរបង់នៅធម្មតា	Persistent episodes of unformed ទៅជាលាមកទឹករាវ ឬ ការបន្ទោរបង់ កើនឡើង ៤-៦ ដង លើសពីគ្រាដើម ក្នុង១ថ្ងៃ ឬ មានបាត់បង់ជាតិទឹក	Grossly bloody diarrhea ឬ ការបន្ទោរបង់ កើនឡើង ≥ ៧ ដង លើសពីគ្រាដើម ក្នុង១ថ្ងៃ ឬ មានបញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃវ៉ែន ក្នុងករណីលាមករាវ និង មានការបាត់បង់ទឹកមធ្យម	ផលប៉ះពាល់គ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត(ឧ. hypoten-sive shock) លាមករាវមានលទ្ធផល បាត់បង់ជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ឬមានការបញ្ចូលជាតិទឹកលើសលប់ ឬ មាន hypotensive shock
ចង្អោរ	Transient (≤ ២៤ ម៉ោង) ឬ intermittent nausea ដោយគ្មាន ឬ មានប៉ះពាល់តិចតួច ការផឹកទឹក	Persistent nausea ជាលទ្ធផល បន្ថយការផឹកទឹក ២៤- ៤៨ ម៉ោង	Persistent nausea ជាលទ្ធផល បន្ថយការផឹកទឹក > ៤៨ ម៉ោង ឬ ឬមាន ការបញ្ចូលជាតិទឹកលើសលប់ (ឧ. បញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃវ៉ែន)	Persistent nausea ដោយគ្មាន ឬ មានប៉ះពាល់ ការផឹកទឹកតិចតួច ធ្វើឱ្យមានការបាត់បង់ជាតិទឹក ត្រូវការការបញ្ចូលជាតិទឹក
Pancreatitis	Not applicable	តាមរោគសញ្ញា និង មិនត្រូវសម្រាកពេទ្យ (មានការព្យាបាលបន្ទាន់ផ្សេងទៀត)	តាមរោគសញ្ញា និង មិនត្រូវសម្រាកពេទ្យ (មានការព្យាបាលបន្ទាន់ផ្សេងទៀត)	ផលប៉ះពាល់ដល់ជីវិត (ឧ. circulatory failure, ការហូរឈាម, sepsis)
ក្អួត	Transient ឬ intermittent vomiting ដោយគ្មាន ឬ មានប៉ះពាល់តិចតួច ការផឹកទឹក	ក្អួត ញឹកញាប់ ដោយគ្មាន ឬ មានការបាត់បង់ជាតិទឹកតិចតួច	Persistent vomiting ប៉ះពាល់ដល់ orthostatic hypotension ឬ មានការបញ្ចូលជាតិទឹកលើសលប់ (ឧ. បញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃវ៉ែន)	ផលប៉ះពាល់ដល់ជីវិត (ឧ. hypotensive shock)

ឧបសម្ព័ន្ធទី 6: ចំណាត់ថ្នាក់នៃកម្រិតផលរំខាន (Classification of grading adverse events)

	កម្រិត ទី ១	កម្រិត ទី ២	កម្រិត ទី ៣	កម្រិត ទី ៤
ឧបករណ៍វាស់វែង	**ស្រាល**	**មធ្យម**	**ធ្ងន់ធ្ងរ**	**ធ្ងន់ធ្ងរ និង អាចគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត**
ប្រតិកម្ម Allergic/ស្បែក				
Acute systemic allergic reaction	Localized urticarial (weals) កើតមាន និងបាត់ទៅវិញ ក្នុងរយៈពេល ២ ឬ ៣ ម៉ោង	Localized urticarial ដោយប្រើ អន្តរាគមន៍ វេជ្ជសាស្ត្រ ឬ មាន angioedema តិចតួច	Generalized urticarial ឬ angio-oedema ដោយប្រើ អន្តរាគមន៍ វេជ្ជសាស្ត្រ ឬ មាន symptomatic mild bronchospasm	Acute anaphylaxis ឬ life-threatening bronchospasm ឬ laryngeal oedema
ប្រតិកម្មស្បែក – កន្ទួលរមាស់	Localized macular rash	Diffuse macular maculopapular ឬ morbilliform rash ឬ មាន target lesions	Diffuse marcular maculopapular ឬ morbillifrom rash មានថង់ពងទឹក តិចតួច ឬ bullae ឬ មានការរលាកសើស្បែក ដោយមានប៉ះពាល់ ត្រឹម ១ កន្លែង	Extensive ឬ generalized bullous lesions ឬ មានចង្កោមរោគសញ្ញា Stevens Johnson ឬ ការរលាកភ្នាស ពី ២ កន្លែងឡើង ឬ toxic epidermal necrolysis (TEN)
ប្រព័ន្ធប្រសាទ				
ខ្សោយ អាកប្បកិរិយា ឬ អារម្មណ៍	ការថយចុះនេះ មិនប៉ះពាល់ ដល់សកម្មភាព សង្គម ប្រចាំថ្ងៃ	ការថយចុះនេះ ប៉ះពាល់ ដល់សកម្មភាព សង្គម ប្រចាំថ្ងៃ តិច ឬ ច្រើន	ការថយចុះនេះ ប៉ះពាល់ ដល់ សកម្មភាពសង្គម ប្រចាំថ្ងៃ និង ត្រូវការ អន្តរាគមន៍	អាកប្បកិរិយា អាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ ជីវិត ខ្លួន និងអ្នកដទៃ
ស្ថានភាព ផ្លូវចិត្ត ខ្សោយ	ការប្រែប្រួល មិនប៉ះពាល់ ឬ ប៉ះពាល់តិចតួច ដល់សកម្មភាព សង្គម ប្រចាំថ្ងៃ	មាន Mild lethargy ឬ somnolence អាចបណ្តាលឱ្យប៉ះពាល់ច្រើន ដល់សកម្មភាព សង្គម ប្រចាំថ្ងៃ	ការវង្វេងវង្វាន់ memory impairment lethargy ឬ somnolence បណ្តាលឱ្យខ្វះសមត្ថភាព ធ្វើការងារសង្គម និង ប្រចាំថ្ងៃបាន	មាន Onset of delirium obtundation ឬ សន្លប់
ខ្សោយសរសៃប្រសាទ និង សាច់ដុំ neuromuscular weakness (រួមមាន myopathy និង neuropathy)	គ្មានរោគសញ្ញា ដោយមានការថយចុះ កំលាំង ពេលពិនិត្យ ឬ សាច់ដុំខ្សោយតិចតួច មិនប៉ះពាល់ ឬ ប៉ះពាល់តិចតួច ដល់ សកម្មភាពសង្គម	សាច់ដុំខ្សោយខ្លាំងជាងតិចតួច ប៉ះពាល់តិចតួច ដល់សកម្មភាពសង្គម ប្រចាំថ្ងៃ	សាច់ដុំខ្សោយ បណ្តាលឱ្យខ្វះសមត្ថភាព ធ្វើការងារសង្គម និង ប្រចាំថ្ងៃបាន	សាច់ដុំខ្សោយ បណ្តាលឱ្យខ្វះសមត្ថភាព ថែទាំខ្លួន និង ធ្វើការងារសង្គម ឬ ប្រចាំថ្ងៃបាន ឬ សាច់ដុំដកដង្ហើម ខ្សោយ មាន impairing

	ប្រចាំថ្ងៃ			ventilation
ខ្សោយ Neurosensory (រួមមាន painful neuropathy)	គ្មានរោគសញ្ញា sensory alteration ពេលពិនិត្យ ឬ minimal paraesthesia មិនប៉ះពាល់ ឬ ប៉ះពាល់តិចតួច ដល់សកម្មភាពសង្គមប្រចាំថ្ងៃ	Sensory alteration ឬ paraesthesia ខ្លាំងជាងតិចតួច ប៉ះពាល់តិចតួច ដល់សកម្មភាពសង្គម ប្រចាំថ្ងៃ	Sensory alteration ឬ paraesthesia បណ្តាលឱ្យខ្វះសមត្ថភាព ធ្វើការងារសង្គម និង ប្រចាំថ្ងៃបាន	Disabling sensor alteration ឬ paraesthesia បណ្តាលឱ្យខ្វះសមត្ថភាព ថែទាំខ្លួន និង ធ្វើការងារសង្គម ឬ ប្រចាំថ្ងៃបាន
ឧបករណ៍វាស់វែងមន្ទីរពិសោធន៍ផ្សេងទៀត តាមរង្វាស់ស្តង់ដាអន្តរជាតិ (standard international units)				
Cholesterol (fasting, paediatric <18 years old)	170-<200 mg/dl 4.40-5.15 mmol/l	200-300 mg/dl 5.16-1.77 mmol/l	>300 mg/dl >7.77 mmol/l	Not applicable
Glucose, serum, high non-fasting	116-<161 mg/dl 6.44-<8.89 mmol/l	161-<251 mg/dl 8.89-<13.89 mmol/l	251-500 mg/dl 13.89-27.75 mmol/l	>500 mg/dl >27.75 mmol/l
Glucose, serum, high non-fasting	110-<126 mg/dl 6.11-<6.95 mmol/l	126-<251 mg/dl 6.95-<13.89 mmol/l	251-500 mg/dl 13.89-27.75 mmol/l	>500 mg/dl >27.75 mmol/l
Lactate	<2.0 x ULN គ្មាន acidosis	≥2.0 x ULN គ្មាន acidosis	កើនឡើង lactate និង pH < 7.3 គ្មានផលវិបាកដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ឬ លេចឡើងលក្ខខណ្ឌផ្សេងៗ	កើនឡើង lactate និង pH 73 ដោយមានផលវិបាកគំរាមកំហែងដល់ជីវិត (e.g. neurological findings, coma) ឬ លេចឡើងលក្ខខណ្ឌផ្សេងៗ
Triglycerides (fasting)	Not applicable	500-<751 mg/dl 5.65-<8.49 mmol/l	751-1200 mg/dl 8.49-13.56 mmol/l	>1200 mg/dl >13.56 mmol/l

ប្រភព: Adapted from Division of AIDS, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Table for grading the severity of adult and pediatric adverse events, Bethesda, Maryland, USA; December 2004.

a សកម្មភាពសង្គម និង ប្រចាំថ្ងៃរបស់កុមារ រួមមាន សកម្មភាពដែលសមស្រប តាមអាយុ និងវប្បធម៌ (ឧ. ការប្រាស្រ័យទាក់ទងសង្គម សកម្មភាពលេង ការរៀនសូត្រ)

b សកម្មភាព ដែលសមស្របតាមអាយុ និងវប្បធម៌ (ឧ. ការញ៉ាំចំណីអាហារ ការដើរ និងការប្រើដៃ តាមវប្បធម៌)

c ការឱ្យតម្លៃ សម្រាប់កុមារជាទូទៅ លើកលែងក្រុមអាយុពិសេសខ្លះ

ឧបសម្ព័ន្ធទី 7: កាលវិភាគនៃការពិនិត្យគ្លីនិកជាប្រចាំ និង ការតាមដានតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មិនទាន់ទទួល ART

	ដើមគ្រា	ខែទី ១	ខែទី ២	ខែទី ៣	រាល់ ៣ ខែ	រាល់ ៦ ខែ	រាល់ ១២ ខែ	ពេលមានរោគសញ្ញា
គ្លីនិក								
ការវាយតម្លៃគ្លីនិក (a)	x	x	x	x	x	x	x	x
ទម្ងន់ កម្ពស់ និង គារាងលូតលាស់	x	x	x	x	x	x	x	x
ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ និង ចំណីអាហារ	x	x	x	x	x	x	x	x
ត្រូវការថ្នាំបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និង កម្រិតប្រើ	x	x	x	x	x	x	x	x
តេស្តមន្ទីរពេសោធន៍								
WBC and Hb (b)	x							x
CD4 % and CD4 count	x						x	x
Transaminase: ALT, ASAT (c)	x							x
HBsAg and HBCAb ប្រសិនបើមាន	x							x
តេស្តផ្ទៃពោះ Pregnancy test (d)	x							x

ឧបសម្ព័ន្ធទី 8: កាលវិភាគនៃការពិនិត្យគ្លីនិកជាប្រចាំ និង ការតាមដានតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានព្យាបាល ART

	ដើមគ្រា	សប្តាហ៍ទី ២	ខែទី ១	ខែទី ២	ខែទី ៣	ខែទី ៦	រាល់ ៣ ខែ	រាល់ ៦ ខែ	រាល់ ១២ ខែ	ពេលមានរោគសញ្ញា
គ្លីនិក										
ការវាយតម្លៃគ្លីនិក (a)	x	x	x	x	x	x	x			x
ទម្ងន់ កំពស់ និង តារាងលូតលាស់	x	x	x	x	x	x	x			
ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ និង ចំណីអាហារ	x	x	x	x	x	x	x			
កម្រិតប្រើ ARV និង ផលរំខាន ការពុល	x	x	x	x	x	x	x			
ត្រូវការថ្នាំបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និង កម្រិតប្រើ	x	x	x	x	x	x	x			
ការផ្តល់ប្រឹក្សា អំពីការបង្ការជំងឺកាមរោគ និង ការមានផ្ទៃពោះ (a)	x				x	x	x			x
តេស្តមន្ទីរពេសោធន៍										
WBC and Hb (b)	x			x (b)						x
Transaminase: ALT, ASAT (c)	x		x (c)	x (c)		x (c)		x (c)		x
CD4 % and CD4 count	x					x		x	x	x

Viral Load						x			x	x
Creatinine Clearance if on TDF	x				x	x		x		
Urine dipstick if on TDF	x				x	x	x			
Fasting cholesterol, triglycerides and glucose (d)	x (d)								x (d)	x

(a) រួមបញ្ចូល ការកត់ត្រាប្រវត្តិន៍ជំងឺ ការពិនិត្យរាងកាយ និង ការវាយតម្លៃការលូតលាស់សតិបញ្ញា

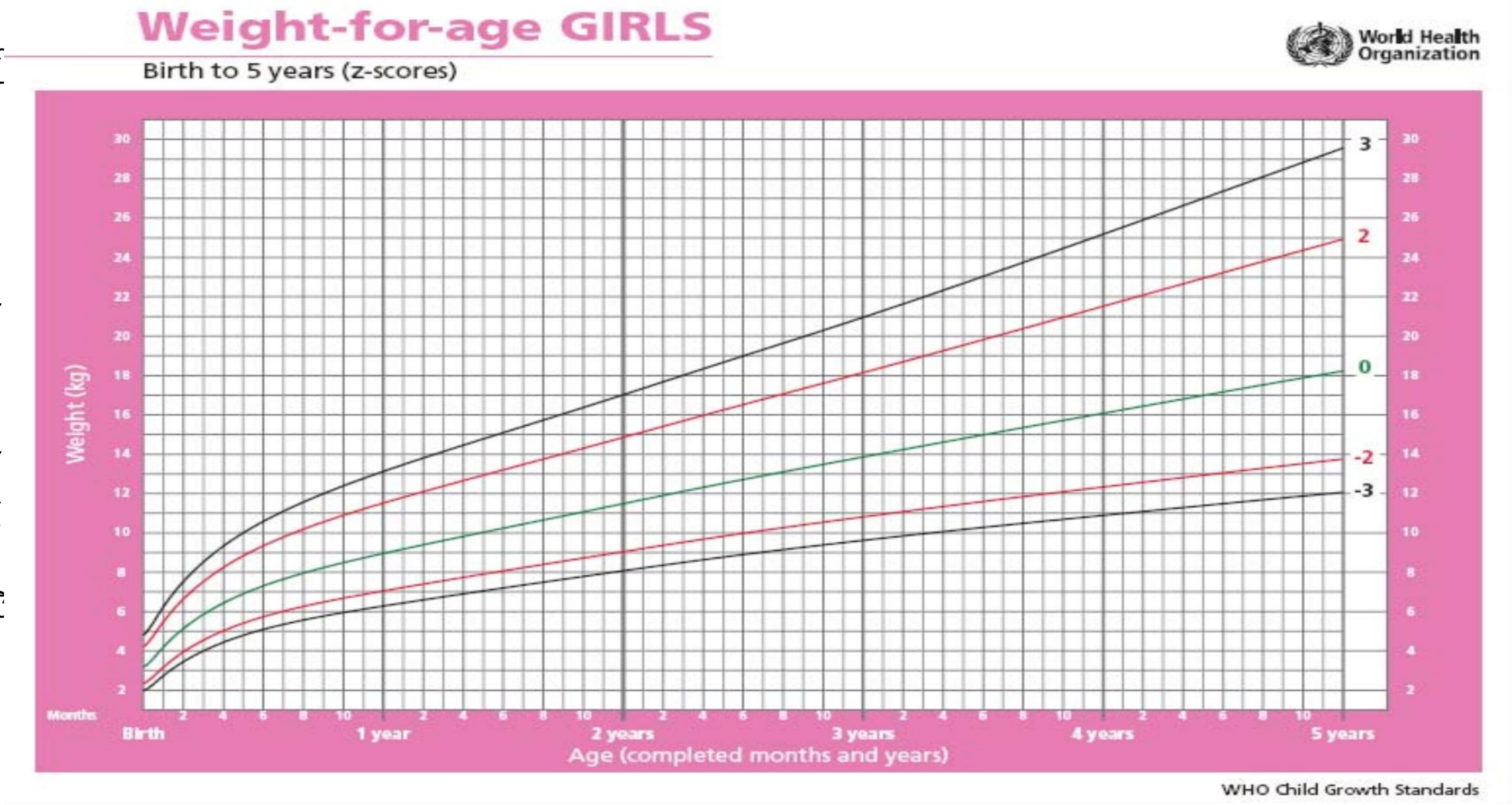
(b) ក្មេងជំទង់ដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាពីការធ្វើផែនការគ្រួសារ ការបង្ការជំងឺកាមរោគ និងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃ និងការប្រឈមការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅទារក។ ការធ្វើតេស្តផ្ទៃពោះ ត្រូវធ្វើនៅដើមគ្រា និង បន្ទាប់ពីផ្តល់ប្រឹក្សា

(c) រោគសញ្ញាជំងឺរបេង ត្រូវស្រាវជ្រាវរាល់ពេលពិនិត្យជំងឺ

(d) នៅពេលដែលត្រូវធ្វើតាមប្រវត្តិអ្នកជំងឺ ឬ រោគសញ្ញា ចំពោះក្មេងស្រីជំទង់ ។

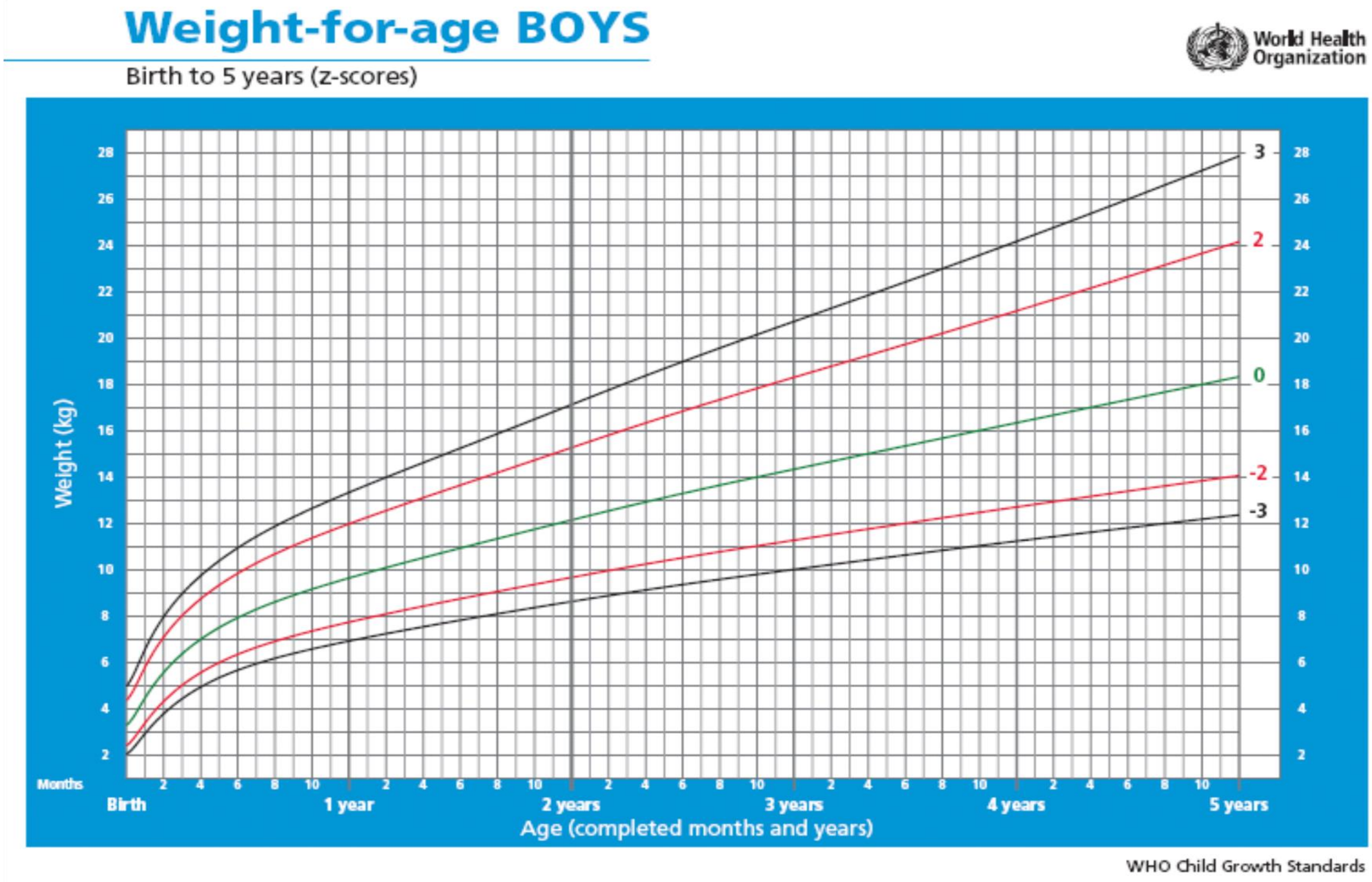
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៩: តារាងលូតលាស់ ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ របស់កុមារ

ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុរបស់ក្មេងស្រី ចាប់

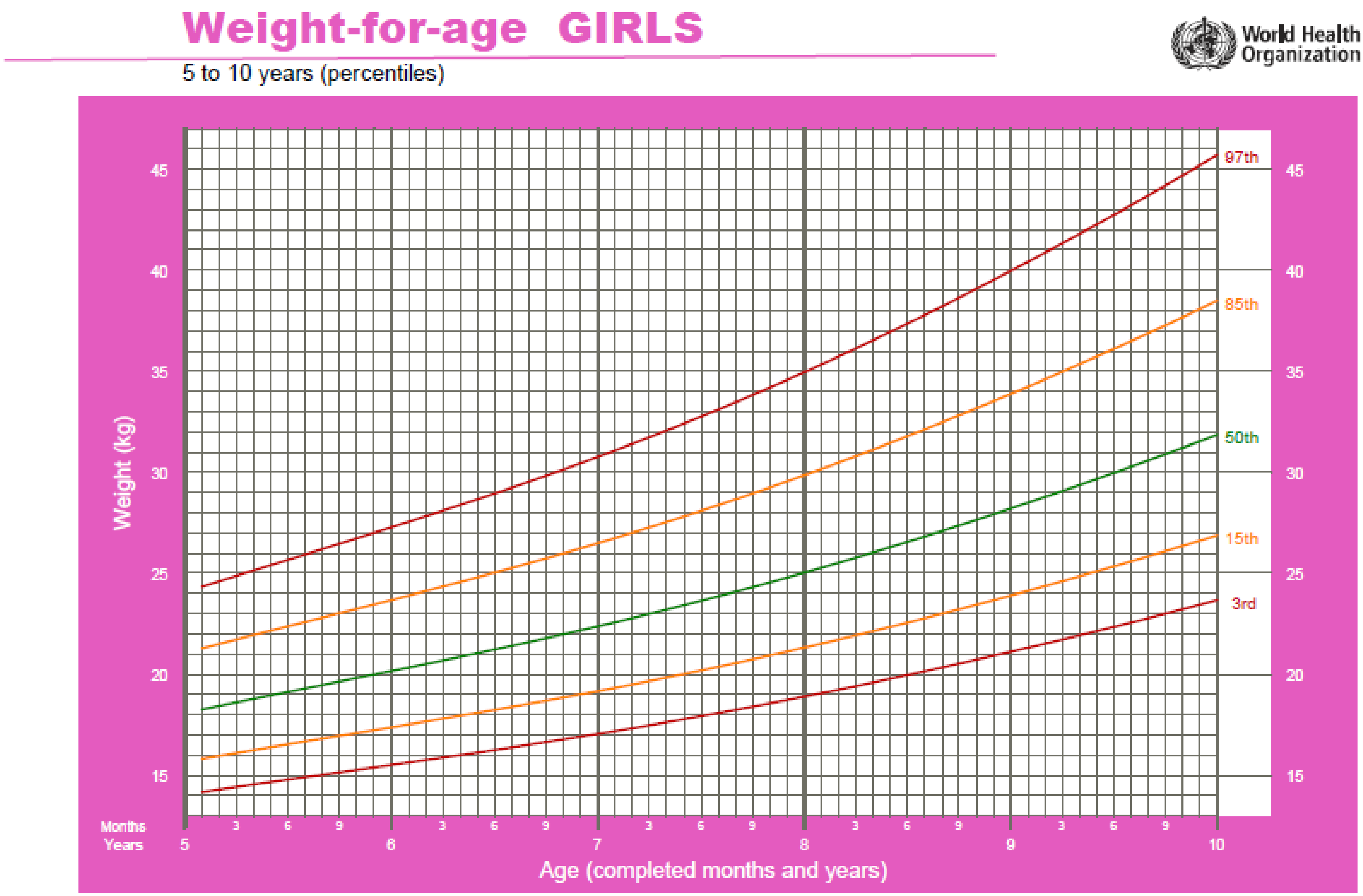


ពីកើតដល់អាយុ៥ឆ្នាំ (ភាគរយ)

ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុរបស់ក្មេងប្រុស ចាប់ពីកើតដល់អាយុ៥ឆ្នាំ (ភាគរយ)



ទម្ងន់ ធៀបនឹងអាយុរបស់ក្មេងស្រី អាយុ៥ដល់អាយុ១០ឆ្នាំ (ភាគរយ)



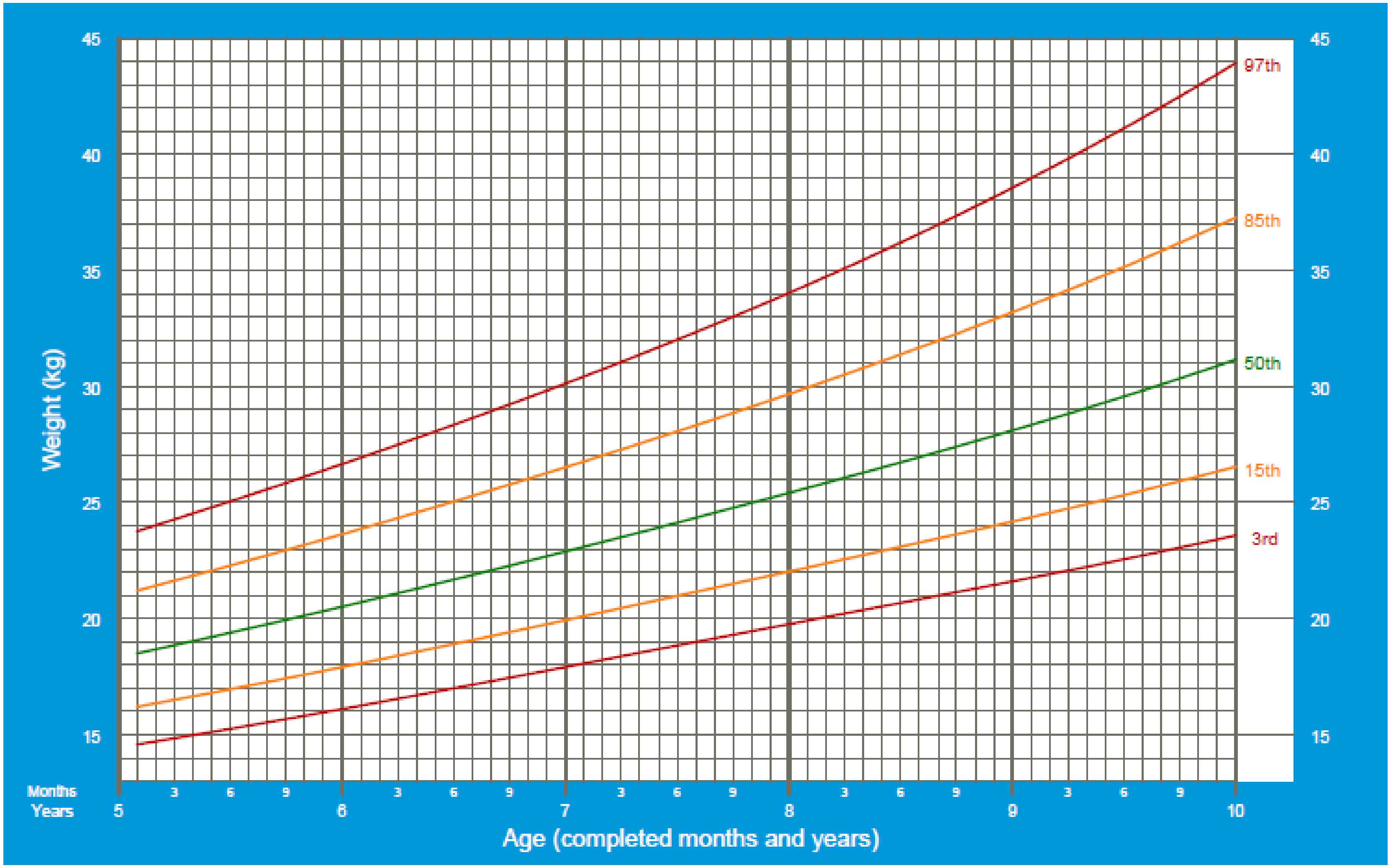
2007 WHO Reference

ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុរបស់ក្មេងប្រុស អាយុ៥ដល់អាយុ១០ឆ្នាំ (ភាគរយ)

Weight-for-age BOYS

5 to 10 years (percentiles)

World Health Organization



2007 WHO Reference

ឧបសម្ព័ន្ធទី 10: អន្តរកម្មឱសថ ARV សំខាន់ៗ

តារាងខាងក្រោមនេះ ផ្តល់ព័ត៌មាន ទូទៅស្តីពីអន្តរកម្មឱសថសំខាន់ៗ នៅមានអន្តរកម្មឱសថជាច្រើនទៀតដែលមិនដាក់នៅក្នុងតារាងនេះៗ ត្រូវពិនិត្យមើលឯកសារយោងមុននឹងចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្នាំថ្មីៗ ប្រភព http://www.hiv-druginteractions.org គឺអាចផ្តល់ព័ត៌មានយ៉ាងល្អស្តីពីអន្តរកម្មឱសថៗ

ឱសថមានអន្តរកម្ម	NVP	EFV	LPV/r	ATV/r	TDF
Ketoconazole	X	+/-		OK	Not described
Fluconazole	អាចបណ្តាលឱ្យកម្រិត ↑ NVP		OK	OK	Not described
Rifampicin	ប្រើដោយប្រុងប្រយ័ត្ន	OK	Super boost LPV ជាមួយ ritonavir, to make 1:1	X	មិនចាំបាច់កែតម្រូវកម្រិតដូស
Rifabutin	OK	RBT 450-600 mg/d	RBT 150mg QD មិនចាំបាច់កែតម្រូវកម្រិតដូស RBT 300mg, បន្ថយមកត្រឹម 150	មិនចាំបាច់កែតម្រូវកម្រិតដូស	Not described
Clarithromycin	អាចបន្ថយកម្រិត Clarithromycin	X	តម្រូវឱ្យកាត់បន្ថយកម្រិតដូស Clarithromycin បើសិនខ្សោយតម្រងនោម	បន្ថយ Clarithromycin ប្រហែល 50%	Not described
Oral contraceptive[1]	X	X	X	X	មិនចាំបាច់កែតម្រូវកម្រិតដូស
Methadone	↑ methadone	↑ methadone	↑ methadone	OK	Not described
Statins[2]	+/-	+/-	X	X	Not described
SSRI Antidepressants	+/-	+/-	May cause ↑ SSRI level. Start at lowest dose	Not described	Not described

Anti-epileptic drugs[3]	X	X	X	Not described	Not described
Benzodiazepines[4]	X	X	X	X	Not described
ឱសថផ្សេងទៀត ដែលមិនអាចប្រើរួមគ្នា	បន្ថែម Garlic	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Triazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Ergotamine Dihydro- ergotamine Garlic Flecanide Pimozide	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Ergotamine Dihydro- ergotamine Garlic Flecanide Pimozide	
ផ្សេងៗ	អាចបន្ថយកម្រិត steroid	តាមដាន warfarin បើប្រើរួមគ្នា			Probenecid, avoid combination

[1] ជម្រើសនៃការពន្យារកំណើតផ្សេងទៀត ឬ បន្ថែមទៀត គួរត្រូវប្រើ។ Medroxyprogesterone Depot ជាទូទៅ មានប្រសិទ្ធិភាព ប៉ុន្តែ ត្រូវប្រើដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។

[2] Pravastatin ឬ fluvastatin អាចប្រើបានក្នុងកម្រិតធម្មតា។ ហាមប្រើ Simvastatin ។

[3] កម្រិត នៃ carbamazepine គឺកើនឡើង ហើយ Phenytoin ថយចុះ។ Valproate គឺជាជម្រើសល្អ ក្នុងស្ថានភាពនេះ។

[4] កម្រិត Diazepam និង midazolam គឺកើនឡើង យ៉ាងខ្លាំង អាចប៉ះពាល់ដល់ជីវិត ប្រសិនបើប្រើហួសកម្រិត។ ត្រូវប្រើ lorazepam ប្រសិនបើមាន។

ឧបសម្ព័ន្ធទី 11: ទម្រង់ប្រមូលព័ត៌មាន សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលត្រូវការឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី៣

កាលបរិច្ឆេទ____________________ អ្នកប្រមូលទិន្នន័យ____________________

លេខកូដ ARV អ្នកជំងឺ____________________ Clinic ID អ្នកជំងឺ____________________

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត____________________ អាយុបច្ចុប្បន្ន____________________

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យព្យាបាល____________________ លេខទូរស័ព្ទ____________________

ឈ្មោះគ្លីនិកព្យាបាល____________________ លេខកូដគ្លីនិក____________________

ប្រវត្តអ្នកជំងឺ:

សេចក្តីណែនាំ: សូមបំពេញនូវតារាងខាងក្រោម ដោយប្រើកាលបរិច្ឆេទនីមួយៗសំរាប់បំពេញនូវរបបឱសថ ARVs លទ្ធផលតេស្ត CD4 លទ្ធផលតេស្ត Viral Load ការលេបថ្នាំ, ទម្ងន់អ្នកជំងឺ, ជំងឺឱកាសនិយម និងកំណត់សំគាល់។

កាលបរិច្ឆេទ	របបឱសថ ARVs	លទ្ធផលតេស្ត CD4	លទ្ធផលតេស្ត Viral Load	ការលេបថ្នាំ	ទម្ងន់	ជំងឺឱកាសនិយម	កំណត់សំគាល់

ឧបសម្ព័ន្ធទី 12: កម្រិតភាពពេញវ័យផ្លូវភេទ (Tanner Staging Index) សម្រាប់ក្មេងជំទង់

Stage	Female				Male				
	Age range (years)	Breast growth	Pubic hair growth	Other changes	Age range (years)	Testes growth	Penis growth	Pubic hair growth	Other changes
I	0–15	Pre-adolescent	None	Pre-adolescent	0–15	Pre-adolescent testes (≤2.5 cm)	Pre-adolescent	None	Pre-adolescent
II	8–15	Breast budding (thelarche); areolar hyperplasia with small amount of breast tissue	Long downy pubic hair near the labia, often appearing with breast budding or several weeks or months later	Peak growth velocity often occurs soon after stage II	10–15	Enlargement of testes; pigmentation of scrotal sac	Minimal or no enlargement	Long downy hair, often appearing several months after testicular growth; variable pattern noted with pubarche	Not applicable
III	10–15	Further enlargement of breast tissue and areola, with no separation of their contours	Increase in amount and pigmentation of hair	Menarche occurs in 2% of girls late in stage III	10.5–16.5	Further enlargement	Significant enlargement, especially in diameter	Increase in amount; curling	Not applicable

Stage	Female				Male				
	Age range (years)	Breast growth	Pubic hair growth	Other changes	Age range (years)	Testes growth	Penis growth	Pubic hair growth	Other changes
IV	10–17	Separation of contours; areola and nipple form secondary mound above breast tissue	Adult in type but not in distribution	Menarche occurs in most girls in stage IV, 1–3 years after thelarche	Variable: 12–17	Further enlargement	Further enlargement, especially in diameter	Adult in type but not in distribution	Development of axillary hair and some facial hair
V	12.5–18	Large breast with single contour	Adult in distribution	Menarche occurs in 10% of girls in stage V.	13–18	Adult in size	Adult in size	Adult in distribution (medial aspects of thighs; linea alba)	Body hair continues to grow and muscles continue to increase in size for several months to years; 20% of boys reach peak growth velocity during this period

ប្រភព: WHO. Antiretroviral Therapy of HIV Infection in Infants and Children in Resource-Limited Settings: Towards Universal Access, 2006

ឧបសម្ព័ន្ធទី 13: ឧបករណ៍វាយតម្លៃសុខមាលភាពកុមារ

ប្រយោគ	មិនដែល	ពេលខ្លះ	គ្រប់ពេល
អាហារូបត្ថម្ភ			
1. ខ្ញុំញ៉ាំអាហារ យ៉ាងហោចណាស់ ២ពេល ក្នុង១ថ្ងៃ ហើយ យ៉ាងហោចណាស់ អាហារ ១ពេល មានសាច់ និង បន្លែ	☐	☐	☐
2. ខ្ញុំញ៉ាំអាហារ តិចជាងសមាជិកគ្រួសារដទៃទៀត	☐	☐	☐
ការសិក្សា			
1. ខ្ញុំទៅសាលារៀនជាទៀងទាត់	☐	☐	☐
2. ខ្ញុំមាន សំភារៈ គ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់ធ្វើកិច្ចការក្នុងថ្នាក់រៀន	☐	☐	☐
3. ខ្ញុំ ចូលចិត្តសាលារៀន	☐	☐	☐
សុវត្ថិភាព ហិរញ្ញវត្ថុ			
1. គ្រួសារខ្ញុំមាន ថវិកាគ្រប់គ្រាន់ ទិញអ្វីដែលយើងត្រូវការ	☐	☐	☐
សុខភាពរាងកាយ និង សុខមាលភាព			
1. ខ្ញុំ រឹងមាំ និង មានសុខភាពល្អ	☐	☐	☐
2. ខ្ញុំបារម្ភ ពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំ	☐	☐	☐
3. ខ្ញុំ លូតលាស់ ដូច កុមារដទៃដែលមានអាយុស្មើគ្នា ដែរ	☐	☐	☐
សុខភាពផ្លូវចិត្ត និង ទំនាក់ទំនង សង្គម			
1. ខ្ញុំ សប្បាយចិត្ត ដូច កុមារដទៃដែលមានអាយុស្មើគ្នា ដែរ	☐	☐	☐
2. ខ្ញុំ គិតថា ខ្ញុំនឹងមាន អនាគតល្អ	☐	☐	☐
3. មាន មនុស្សពេញវ័យ នៅផ្ទះ (ឧ. ឪពុកម្តាយ /អ្នកថែទាំ) ឬ នៅក្នុងសហគមន៍ (ឧ. អ្នកជិតខាង) ដែលខ្ញុំទុកចិត្ត និងជួយគាំទ្រខ្ញុំ ផ្នែកស្មារតី	☐	☐	☐
4. ខ្ញុំមាន មិត្តភ័ក្ត យ៉ាងហោចណាស់ ១នាក់ ដែលអាចទុកចិត្ត អាចប្រាប់រឿងសំងាត់បាន	☐	☐	☐
សម្ពាធ គ្រោះថ្នាក់ និង សុខភាពផ្លូវភេទ			
1. ខ្ញុំ យល់ពី ការប្រែប្រួលរាងកាយ នៅពេលដែលពេញវ័យ	☐	☐	☐
2. ខ្ញុំ យល់ពី ក្មេងស្រ្តី អាចមានផ្ទៃពោះ និង ដឹងពី មធ្យោបាយ ការពារកុំឱ្យមានផ្ទៃពោះ	☐	☐	☐
3. ខ្ញុំ យល់ដឹង ពីវិធីការពារ កុំឱ្យឆ្លងមេរោគអេដស៍	☐	☐	☐
4. ខ្ញុំអាច ធន់ទ្រាំ នឹងសម្ពាធ និងមិនធ្វើរឿងដែលមានគ្រោះថ្នាក់ទេ	☐	☐	☐
5. ខ្ញុំ អាចធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីអ្វីដែលសំខាន់សម្រាប់ជីវិតខ្ញុំ	☐	☐	☐
6. ពេលខ្លះ ខ្ញុំទទួលរងការរំលោភបំពាន ឧ. ខ្ញុំធ្លាប់គេវ៉ៃ គេទះ និង ស្ទាបអង្អែល	☐	☐	☐
7. ខ្ញុំ ធ្វើកិច្ចការដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬ ការមានផ្ទៃពោះ (ក្មេងស្រី)/ធ្វើឱ្យគេមានផ្ទៃពោះ (ក្មេងប្រុស)	☐	☐	☐

ឧបសម្ព័ន្ធទី 14: សមាសធាតុនៃសេវាដែលក្មេងវ័យជំទង់ចូលចិត្ត

សេវាដែលក្មេងវ័យជំទង់ចូលចិត្ត គួរតែផ្ដល់នៅសេវាថែទាំព្យាបាលកុមារ និងសេវាថែទាំព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យដែលកុមារវ័យជំទង់នឹងទទួលសេវាថែទាំ (ទាំងសេវាកុមារ និង សេវាមនុស្សពេញវ័យ)។ សមាស-ធាតុ នៃសេវាដែលក្មេងវ័យជំទង់ចូលចិត្ត អាចរួមមាន៖ (ប្រភពពី Advocates for Youth: Serving HIV Positive Adolescents)។

រចនាកន្លែងផ្ដល់សេវាសេវាដែលក្មេងវ័យជំទង់ចូលចិត្ត

- ដើម្បីធានា ភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ក្មេងជំទង់ ត្រូវរៀបចំឱ្យមានកន្លែងដាច់ដោយឡែក សម្រាប់ពួកគេមកទទួលសេវា ប្រសិនបើមិនមានទេ គួរកំណត់ម៉ោងពេល សម្រាប់តែក្មេងជំទង់មកទទួលសេវា ឧ. ពេលរសៀល
- ក្នុងអំឡុងពេល ដែលបានកំណត់ សម្គាប់ក្មេងជំទង់មកទទួលសេវា ត្រូវបង្កើតបរិយាកាសស្វាគមន៍បែបយុវវ័យ មិនចាំបាច់ផ្លូវការពេក និង សមស្របសម្រាប់ក្មេងជំទង់ប្រើប្រាស់សេវាបាន។

រចនាសេវាដែលក្មេងវ័យជំទង់ចូលចិត្ត

- សេវាខ្លះ បានបណ្ដុះបណ្ដាលក្មេងជំទង់ ជា peer educators
- រៀបចំការណាត់ជួប ដើម្បីកាត់បន្ថយរយៈពេលរងចាំ និង ភាពកុះករនៅក្នុងបន្ទប់រង់ចាំ
- អនុញ្ញាតឱ្យក្មេងជំទង់ មកទទួលសេវាខុសថ្ងៃណាត់ និងទុកពេលសម្រាប់គាត់ នៅពេលរសៀល ឬ បន្ទាប់ពីចេញពីសាលារៀន
- ធានាថា មានបន្ទប់ដាច់ដោយឡែកសម្រាប់ផ្ដល់ប្រឹក្សា និងមិនមានអ្នកណាលឺ
- ផ្គត់ផ្គង់ មធ្យោបាយពន្យារកំណើត ច្រើនបែបដែលសមស្រប
- នៅពេលដែលអាចធ្វើបាន ផ្ដល់ការពន្យារកំណើត ដោយគ្មានលក្ខខ័ណ្ឌដល់ក្មេងជំទង់ស្ត្រី
- ងាយស្រួលទទួលបានសេវា និង ការបញ្ជូន ទៅសេវាសុខភាពបន្ដពូជ និង គ្លីនិកពាក់ព័ន្ធ ដូចជា គ្លីនិក RHAC និង Marie Stopes International
- អនុញ្ញាតឱ្យដៃគូ ឬ មិត្តភ័ក្ដអ្នកជំងឺអាចចូលរួម ប្រសិនបើ គាត់ចង់ឱ្យពួកគាត់ចូលរួម
- អញ្ជើញក្មេងជំទង់ទៅចូលរួមក្រុមមិត្តជួយមិត្ត (mmm groups)
- ផ្ដល់ការអប់រំដល់ក្មេងជំទង់ស្ដីពី សុខភាពបន្តពូជ
- ផ្ដល់ព័ត៌មានអំពីសេវាដែលមាន និង ការរក្សាការសម្ងាត់ដល់ក្មេងជំទង់។

ថែរក្សាអាកប្បកិរិយាដែលក្មេងវ័យជំទង់ចូលចិត្ត

- ចាត់ទុកក្មេងជំទង់ ដោយការគោរព ដូចមនុស្សពេញវ័យដែរ
- ជៀសវាងការវិនិច្ឆ័យ លើអាកប្បកិរិយារបស់ក្មេងជំទង់
- បង្កើតទំនាក់ទំនងដោយការទុកចិត្ត ទាំងសងខាង ជាមួយក្មេងជំទង់
- ផ្ដល់ការបណ្ដុះបណ្ដាលដល់បុគ្គលិក ស្ដីពីការលូតលាស់ ការគិត និង ក្ដីបារម្ភរបស់ក្មេងជំទង់ និង ផ្ដល់សេវាដោយគោរពគោលការណ៍រក្សាការសម្ងាត់។ បុគ្គលិកអាចត្រូវការស្វែងយល់ពី ការផ្លាស់ប្ដូរអាកប្បកិរិយា ដែលអាចជាឧបសគ្គសម្រាប់ក្មេងជំទង់
- លើកទឹកចិត្ត អ្នកផ្ដល់ប្រឹក្សា ចំណាយពេលវេលា សម្រាប់ក្មេងជំទង់តាមដែលគាត់ត្រូវការ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់ពួកគាត់
- ផ្ដល់រយៈពេលសមស្រប សម្រាប់អ្នកផ្ដល់សេវា ទំនាក់ទំនងជាមួយអតិថិជន។

ឧបសម្ព័ន្ធទី 15: រូបថតជំងឺសើស្បែក និងជំងឺមាត់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

កន្ទួលស្បែករមាស់ (Pruritic Papular

Molluscum Contagiosum with Giant

Cryptococco

Penicilliosi

Herpes Simplex

Oral Human Papilloma

ប្រភពរូបភាព៖ AIDS Images Library www.aidsimages.ch

ឧបសម្ព័ន្ធទី 16: តារាងតាមដានការលូតលាស់ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

ស្តង់ដានៃការលូតលាស់របស់កុមារដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ ២០០៦។ ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង (រហូតដល់ ៨៧ cm)

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

ស្តង់ដានៃការលូតលាស់របស់កុមារដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ ២០០៦។ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់								
ក្មេងស្រី					ក្មេងប្រុស			
ទម្ងន់ (គីឡូក្រាម)	ទម្ងន់ (គីឡូក្រាម)	ទម្ងន់ (គីឡូក្រាម)	ទម្ងន់ (គីឡូក្រាម)	ប្រវែងកំពស់ (cm)	ទម្ងន់ (គីឡូក្រាម)	ទម្ងន់ (គីឡូក្រាម)	ទម្ងន់ (គីឡូក្រាម)	ទម្ងន់ (គីឡូក្រាម)
-3 SD	-2 SD	-1 SD	median		median	-1 SD	-2 SD	-3 SD
9.2	10.0	10.9	11.9	87.0	12.2	11.2	10.4	9.6
9.4	10.2	11.1	12.1	88.0	12.4	11.5	10.6	9.8
9.6	10.4	11.4	12.4	89.0	12.6	11.7	10.8	10.0
9.8	10.6	11.6	12.6	90.0	12.9	11.9	11.0	10.2
10.0	10.9	11.8	12.9	91.0	13.1	12.1	11.2	10.4
10.2	11.1	12.0	13.1	92.0	13.4	12.3	11.4	10.6
10.4	11.3	12.3	13.4	93.0	13.6	12.6	11.6	10.8
10.6	11.5	12.5	13.6	94.0	13.8	12.8	11.8	11.0
10.8	11.7	12.7	13.9	95.0	14.1	13.0	12.0	11.1
10.9	11.9	12.9	14.1	96.0	14.3	13.2	12.2	11.3
11.1	12.1	13.2	14.4	97.0	14.6	13.4	12.4	11.5
11.3	12.3	13.4	14.7	98.0	14.8	13.7	12.6	11.7
11.5	12.5	13.7	14.9	99.0	15.0	13.9	12.9	11.9
11.7	12.8	13.9	15.2	100.0	15.2	14.2	13.1	12.1
12.0	13.0	14.2	15.5	101.0	15.5	14.4	13.3	12.3
12.2	13.3	14.5	15.8	102.0	15.8	14.7	13.6	12.5
12.4	13.5	14.7	16.1	103.0	16.1	14.9	13.8	12.8
12.6	13.8	15.0	16.4	104.0	16.4	15.2	14.0	13.0

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

ឧបសម្ព័ន្ធទី 17: តារាងបង្ហាញរោគសញ្ញា រោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម

រោគវិនិច្ឆ័យ	រោគសញ្ញា	ការពិនិត្យ	ការព្យាបាល
		Mycobacterial Diseases	
ជំងឺរបេង Tuberculosis	• ក្អកជាប់រយៈពេល >២សប្តាហ៍ • ស្រកទម្ងន់ថ្មីៗ ឬ ក៏យឺតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់ • គ្រុនក្តៅជាប់រយៈពេល >២សប្តាហ៍ • កូនកណ្តុរនៅក រីកធំ និងគ្មានការឈឺចាប់	• Hតើមានប្រវត្តិរស់នៅជាមួយនឹង អ្នកជំងឺរបេងដែរឬទេ? • ថតសួត, ការធ្វើតេស្តរបេងលើស្បែក (TST) • រោគសញ្ញាដែលត្រូវពិនិត្យ៖ - ពិនិត្យពោះដោយប្រើឧបករណ៍អេកូសាស្ត្រ - ចាក់យកទឹកក្នុងឆ្អឹងខ្នង - ពិនិត្យ រេទីនភ្នែក - បូមយកជាលិការពី៖ ▪ កូនកណ្តុរ (Lymph node) ▪ ឆ្អឹង/សន្លាក់ ▪ ខួរ ឆ្អឹង (Bone marrow)	• គ្រប់ទំរង់ នៃជំងឺរបេង លើកលែងតែ ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយមេរោគរបេង ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ - ២ RHZE/៤ RH • ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយមេរោគរបេង ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ - ២ RHZS/ ៤ – ១០ RH - Prednisolone ២ មក្រ/គក្រ ចំនួន ២៨ថ្ងៃ ប្រសិនបើ មានជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្ករដោយមេរោគរបេង • ពិចារណា បន្ថែម azithromycin ១០ មក្រ/គក្រ រាល់ថ្ងៃ ប្រសិនបើ កោសិកា CD4 នៅក្រោម age-related MAC threshold

ឱសថ	កម្រិតដូស ប្រចាំថ្ងៃ មក្រ/គក្រ (ចន្លោះ)	កម្រិតដូស អតិបរមា/ថ្ងៃ
Rifampicin (**R**)	15 (10-20)	600 មក្រ
Isoniazid (**H**)	10 (7-15)	300 មក្រ
Pyrazinamide (**Z**)	35 (30-40)	2 ក្រ
Ethambutol (**E**)	20 (15-25)	1 ក្រ
Streptomycin (**S**)	15 (12-18)	1 ក្រ

ការបង្ករោគដោយការចាក់ BCG (BCG infection)	• បូស ឬ ដុំ នៅកន្លែងចាក់ BCG
	• រលាកក្រពេញកូនកណ្តុរ នៅក្លៀកនៅលើឆ្អឹងដងកាំបិត នៅផ្នែកក
	• ការសាយភាយរាលដាលថ្នាំបង្ការ BCG
	  ○ គ្រុនក្តៅខ្លួន ចុះទម្ងន់
	• រលាកឆ្អឹង
	• មានជំងឺ Erythema nodosum, iritis, lupus vulgaris
		• ថតសួតដោយកាំរស្មី x
		• បូមជាលិការក្រពេញកូនកណ្តុរ
		• ពិនិត្យ រេទីនភ្នែក
		• ធ្វើការបណ្តុះមេរោគជាករណីចាំបាច់ ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺរបេង
			• ៦ RHE
			  ○ ធានាឱ្យកម្រិតថ្នាំ ទៅតាមទម្ងន់កម្រិតខ្ពស់ជាងជំងឺរបេងធម្មតា (upper limit)
			  ○ ពិចារណាប្រើ ២ RHZE/ ៤ RHE ដើម្បីព្យាបាលការបង្ករោគ ដោយ BCG និង ជំងឺរបេង បើសិនជារោគវិនិច្ឆ័យមិនច្បាស់លាស់ ឬការបណ្តុះមេរោគមិនអាចធ្វើបាន

ជំងឺ *Mycobacterium avium* complex (MAC)	• គ្រុនក្តៅជាប់ជានិច្ច ឬ ញើកញាប់
	• ស្រកទម្ងន់/យឺតយ៉ាវក្នុង ការលូតលាស់
	• បែកញើស , អស់កំលាំង
	• មានរាគជាប់ជានិច្ច ឬ មានការ ឈឺចាប់ក្នុងពោះញឹកញាប់
	• ឡើង កូនកណ្តុរ , ថ្លើមរីកធំ, និងមានអណ្តើក រីកធំ
		• ការពិនិត្យគ្រាប់ឈាម (CBC) និង ធ្វើតេស្តមុខងារ ថ្លើម
		  ○ គ្រាប់កោលិកាចុះ(Pancytopenia),និងមានឡើង ខ្ពស់ជាតិ alkaline phosphatase
		• បូមយកជាលិកាក្រពេញកូនកណ្តុរ ដើម្បីធ្វើការបណ្តុះ និងពិនិត្យមីក្រូទស្សន៍
		• បូមយកខួរឆ្អឹងទៅពិនិត្យ
			• ឱ្យAzithromycin ១០មក្រ /គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ, *និង*
			• Ethambutol ១៥មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ
			• Rifampicin ១៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ
			• គ្រប់ថ្នាំទាំងនេះត្រូវលេប១២ខែ, បន្ទាប់មក
			• Azithromycin ៥ មក្រ/គក្រ និង ethambutol ១៥ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ CD4 កើនឡើងទៅតាមអាយុដែលត្រូវមាន ដោយ ការព្យាបាលដោយ ARV
			• កម្រិត CD4 ដែល ប្រឈមមុខនឹងជំងឺ MAC:
			  ○ <១២ ខែ: <៧៥០ cells/mm^3
			  ○ ១២ - ២៤ ខែ: <៥០០ cells/mm^3
			  ○ ២ – ៥ ឆ្នាំ: <៧៥ cells/mm^3
			  ○ ≥៦ ឆ្នាំ: <៥០ cells/mm^3

ជំងឺបង្ករដោយមេរោគផ្សិត			
រលាកស្រោមខួរ ក្បាលដោយ Cryptococ (Cryptococcus meningitis)	• គ្រុនក្តៅ និងឈឺក្បាល • ការផ្លាស់ប្តូរគំហើញ • រឹងក , cranial nerve palsy (ដំណាក់កាលយឺតយ៉ាវ) • ជាទូទៅអាយុ >៦ ឆ្នាំ ដែលមាន ចំនួនកោសិកាCD4 <១០០ cells/ mm^3	• ពិនិត្យមើលគ្រាប់ឈាម, ពិនិត្យមើលជាតិគីមី, ពិនិត្យ មុខងារ ថ្លើម • ធ្វើការបណ្តុះឈាមរកមេរោគ • ធ្វើការវាយតម្លៃ លើទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF) : ○ សម្ពាធទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង	• ប្រើ Amphotericin B ១ មក្រ/គក្រ ចាក់សរសៃរៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក • ប្រើ Fluconazole ១២ មក្រ/គក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៨សប្តាហ៏ហ៍ បន្ទាប់មក • ប្រើ Fluconazole ៦មក្រ/គក្រ/ ថ្ងៃ (កម្រិតខ្ពស់បំផុត ២០០មក្រ) រហូតដល់អាយុ ≥៥ ឆ្នាំ និង ចំនួនកោសិកា CD4 >១០០ cells/mm^3 ក្រោម

			ការព្យាបាលដោយឱសថ ARV លើសពី៦ខែ
		○ Gram stain ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងធ្វើការបណ្តុះមេរោគ ○ India (Chinese) ink stain ○ ពិនិត្យរកមេរោគ Cryptococcal antigen • ពិនិត្យផ្នែកចក្ខុសាស្ត្រ • ថតសួត ដោយកាំរស្មី x	• បើសិនជាសម្ពាធទឹកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង > ២០ សម CSF៖ ○ បូមទឹក CSF ចេញ រហូតដល់សម្ពាធក្រោម ២០សម ឬ ៥០% នៃសម្ពាធពេលបូមដំបូង ○ បូមទឹក CSF ចេញ រាល់ថ្ងៃ រហូតដល់សម្ពាធនៅ ក្រោម ២០សម CSF ○ ហាមប្រើ steroids ឬ diuretics ដើម្បីបន្ថយសម្ពាធក្នុងក្បាល • ពិចារណាពន្យាពេលព្យាបាល ART រហូតដល់ការ ព្យាបាលបន្ថយសម្ពាធទឹកស្រោមខួរ បានបញ្ចប់

ជំងឺ Histoplasmosis	• ជំងឺ histoplasmosis ដែលកើតនៅសួតស្រួចស្រាវ មានរោគសញ្ញា: ○ ក្អក, គ្រុនក្តៅ, អស់លកំលាំង (malaise), ញាក់, ឈឺសាច់ដុំ, មិនឃ្លានអាហារ និង ឈឺទ្រូង • ជំងឺ Histoplasmosis សាយភាយ (disseminated): ○ គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ ○ ចុះទម្ងន់ យឺតយ៉ាវក្នុងការ លូតលាស់ ○ រីកមាឌថ្លើម និងអណ្តើក និង ឡើងកូនកណ្តុរ ○ ដំបៅមាត់រីកធំ ○ Papules រឺ masses លើស្បែកដែលមានលក្ខណៈ umbilicated រឺ discrete fungating ○ ចេញរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម ដោយមានក្អក ,មាន respiratory distress	• កោសិកាគ្រាប់ឈាមចុះទាប (Pancytopenia),កម្រិត transaminases ឡើង, និងមានកម្រិត LDH ឡើងខ្ពស់ខ្លាំង • ការថតសួត ដោយកាំរស្មី X បង្ហាញឱ្យឃើញរូបភាព Miliary • ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរោគផ្សិតដែលអាចបញ្ជាក់ដោយធ្វើ ការបណ្តុះឈាម, បណ្តុះដំបៅស្បែក ឬបណ្តុះខួរឆ្អឹង • ពេលខ្លះអាចឃើញ yeast នៅលើ peripheral blood smear • ការធ្វើ silver staining នៃជាលិកា biopsies អាចបង្ហាញ ឱ្យឃើញទំរង់ yeast	• Amphotericin B ១ មក្រ/គក្រចាក់សរសៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ យ៉ាងហោចណាស់ ឱ្យបាន២សប្តាហ៍បន្ទាប់មក • ប្រើ Itraconazole ៥ មក្រ/គក្រលេប២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ ឬ Fluconazole ៦ទៅ៨មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១២ខែ • ចំពោះអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ អាចព្យាបាលដោយ Itraconazole ឬ Fluconazole ដោយគ្មាន amphotericin B • ការព្យាបាលអាចបញ្ឈប់នៅពេល: ○ អាយុ> ៥ ឆ្នាំ ○ ការព្យាបាល រោគផ្សិតមានរយៈពេល > ១២ខែ ○ កចំនួនកោសិកា CD4កើនឡើង >១៥% និង >១៥០ cells/mm^3 ក្រោយ ពេលព្យាបាលដោយថ្នាំ ARV រយៈពេល៦ខែ • ចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញដោយឱសថ Itrocongole ឬ Fluconagole បើសិនជាកម្រិត CD4 ធ្លាក់ចុះក្រោមកម្រិតមូលដ្ឋាន (thresholds)

Penicilliosis	• ជំងឺសាយភាយ (Disseminated) ដោយមានគ្រុនក្តៅ, ស្លេកស្លាំង, ស្រកទម្ងន់, ឡើងកូនកណ្តុរ, pneumonia, និង/ឬ រីកមាត់ថ្លើម និងអណ្តើក • Papular, ដំបៅស្បែកមានលក្ខណៈ umbilicated ឬ ulcerating តែងតែមានជាទូទៅ ហើយអាចច្រឡំជាមួយ Molluscum contagiosum ឬ *Cryptococcus* ជំងឺប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល ដោយមាន abscess ខួរក្បាល ត្រូវបានរាយការណ៍ផងដែរ	• Pencytopenia, ការកើនឡើង enzymes ថ្លើម, និងកម្រិត alkaline phosphatase ខ្ពស់ • lesions ជា Nodular ឬ cavitary បង្ហាញឱ្យឃើញ នៅលើការថតសួតដោយកាំរស្មីX, អាចច្រឡំជាមួយជំងឺរបេង • ការបញ្ជាក់មេរោគផ្សិត ពីការបណ្តុះឈាម, ដំបៅស្បែក, កូនកណ្តុរ, និងការប៉ូម ខួរឆ្អឹង	• Amphotericin B 0.៧ មក្រ/គក្រ IV រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេលយ៉ាងតិច ២សប្តាហ៍ *បន្ទាប់មក* • Itraconazole ៥ មក្រ/គក្រ លេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១០សប្តាហ៍ • ប្រើ fluconazole ៨ មក្រ/គក្រ PO លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ប្រសិនជា គ្មាន intraconazole ទេ • Itraconazole ៥ មក្រ/លេបរៀងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ប្រពន្ធ័ការពារសារ ពាង្គកាយល្អឡើងវិញ • Secondary prophylaxis អាច បញ្ឈប់ប្រសិនបើ: ○ អាយុ>៥ឆ្នាំ ○ ត្រូវប្រើ antifungal >១២ សប្តាហ៍ ○ ប្រពន្ធ័ការពារាង្គកាយល្អឡើងវិញ ដោយមាន CD4 >១៥០ cells/mm^3 បន្ទាប់ពីការព្យាបាល ART រយៈពេល ៦ សប្តាហ៍។
ជំងឺសួតដោយ *Pneumocystis jiroveci* pneumonia (PCP)	• ជំងឺរាលដាលខ្លាំង ដោយមាន គ្រុនក្តៅ, ហត់ដង្ហក់(tachypnea), ថប់ដង្ហើម (dyspnea), និងក្អក ដែល កើតមានចំពោះក្មេងមានអាយុចាប់ ពី២ទៅ៦ខែ ○ កោសិកា CD4 មិនអាចកំណត់បាន ថាក្មេងប្រឈមមុខនឹង ជំងឺទេ • ការចាប់ផ្តើមនៃជំងឺ គឺភ្លាមៗ ឬដោយយឺត • មិនបៅ ឬ ស្រកទម្ងន់ • កង្វះអុកស៊ីសែន (hypoxia) តែងតែធ្ងន់ធ្ងរ (room-air O_2 ក្រោម ៨៥%)	• CXR: ពិនិត្យ ឃើញ bilateral hazy, 'ground-grass', granular, **ឬ ធម្មតា.** • សំលេងខ្យល់ចេញចូលសួត តែងតែមានភាពមិនធម្មតាតិចតួច • LDH តែងតែកើនឡើង • ធ្វើ silver stain កំហាក ឬ DFA បើអាចធ្វើបាន	• Cotrimoxazole 15-20/75-100 mg/kg/day, ដោយចែកជា៣-៤ដង ចាក់តាមសរសៃ ដងរយៈពេល២១ថ្ងៃ. ○ អាចបន្ថែម clindamycin ៣០ – ៤០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកជា ៨ ម៉ោងម្តងសម្រាប់ជំងឺធ្ងន់ <u>Corticosteroids</u> • **ការណែនាំ**: ○ PaO2 <70 mmHg, alveolar-arterial gradient >35 mmHg, or O2 saturation <90% • **កម្រិតប្រើដំបូង**: ○ Prednisone 1mg/kg/12h (max 40mg/12h) ○ Methylprednisolone iv 1 mg/kg/6

ជំងឺប៉ារ៉ាស៊ីត			
Toxoplasmosis	• ការចាប់ផ្តើមស្រួចស្រាវ <១សប្តាហ៍ • ខូចខាតមុខងារសរសៃ ប្រសាទមានលក្ខណៈជា Focal (Focal neurological dysfunction), *និង/ឬ* • ការប្រកាច់ថ្មីៗ, *បូកនឹង* • ក្តៅខ្លួន និងឈឺក្បាល ឬប្រែប្រួលកម្រិតវាងវៃ (alertness)	• ថតCT ដោយប្រើជាតិ contrast បង្ហាញជា lesions នៅខួរក្បាលរាងជា ចិញ្ចៀន • ការពិនិត្យ Retina អាចឃើញមាន exudates ពណ៌ស • តេស្តរកអង្គបដិបក្ខ Toxoplasma IgG ជាញឹកញាប់ វិជ្ជមាន (បើអាចធ្វើបាន) • ការព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន មានភាពចាំបាច់	• **ការព្យាបាលដែលគេចូលចិត្តប្រើ**: ○ Pyrimethamine loading dose ២មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ (អតិបរិមា ៥០មក្រ) រយៈពេល ៣ថ្ងៃ បន្ទាប់មកកម្រិតបន្ត ១ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ (អតិបរិមា ២៥ មក្រ), បូកនឹង ○ Sulfadiazine ១០០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកជា ៤ ដង, បូកនឹង ○ Folinic acid ៥-២០មក្រ ៣ដងក្នុង១សប្តាហ៍ ○ ទាំងអស់ ៦សប្តាហ៍ • **ការព្យាបាលជួរទី២**: ○ cotrimoxazole (១០-១៥/៥០-៧៥ មក្រ/គក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ) រយៈពេល ៦សប្តាហ៍ • Dexamethasone 0.៦ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ នៅពេលមានភស្តុតាងថា មាន mass effect ឬ ហើមនៅលើ CT • ព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole បន្ទាប់ពីការព្យាបាល
ជំងឺបង្កដោយវីរុស			
CMV	• បាត់បង់គំហើញស្រួចស្រាវដោយគ្មានការឈឺចាប់ • កោសិកា CD4 ជាញឹកញាប់ ទាបខ្លាំង • តែងតែកើតមាន បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយARV បានមួយរយៈពេលខ្លី • ជំងឺសាយភាយ: ○ ក្អក និង wheezing ○ រោគសញ្ញារលាកថ្លើម ○ រាគរូស, តែងតែ មានឈាម ○ Pancytopenia ○ Encephalitis	• ពិនិត្យ Retina ឃើញមាន exudates នៅជុំវិញសរសៃឈាម • Pancytopenia នៅពេលរាប់គ្រាប់ឈាម • ALT, LDH, និង alkaline phosphatase កើនឡើង • រោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់នៃជំងឺសាយភាយ តម្រូវឱ្យធ្វើ biopsy ឬ PCR	• ចាក់ឱសថ Intra-ocular ganciclovir ក្នុងគ្រាប់ភ្នែក • ចាក់ឱសថ Ganciclovir តាមសរសៃវ៉ែន (បើអាចរកបាន)សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺសាយភាយ ឬ ជំងឺប្រពន្ធ័ប្រសាទកណ្តាល • ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឯកសារយោង

- Day, Kim and Jennifer Pierce-Weeks.2013. The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence: Technical Considerations for PEPFAR Programs. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.
- Isaakidis et al. High survival and treatment success sustained after two and three years of first-line ART for children in Cambodia. Journal of the International AIDS Society 2010, 13:11.
- Ministry of Health (MoH) and NCHADS. National Guidelines for the use of Antiretroviral Therapy in Adults and Adolescents. 2nd Edition, September 2006.
- Ministry of Health (MoH) and NCHADS. National Guidelines for the Use of Pediatric ARV. 2nd edition, November 2007.
- Ministry of Health (MoH), NMCHC, and NCHADS. National Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. 3rd Edition, November 2010.
- Ministry of Health (MoH) and NCHADS 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, 2013.
- National Interim Guidelines for the Management of Acute Malnutrition Cambodia December 2011.
- Palumbo, P et al. Antiretroviral Therapy for Children with Peripartum Nevirapine Exposure. N Engl J Med 2010;363:1510-20.
- South African National Department of Health: National consolidated guidelines for the prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) and the management of HIV in children, adolescents and adults 24 December 2014.
- 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, 2013.
- WHO Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing.
- HIV infection: recommendations for a public health approach June 2013WHO March 2014 Supplement to the 2013 Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral drugs For Treating and Preventing HIV Infection. Recommendations for a public health approach.

- WHO Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Geneva, World Health Organisation, 2011.
- WHO Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children 2nd edition 2014.
- WHO Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of CTX 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.
- WHO Rapid advice: diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children 2011.
- WHO Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. 2011.
- WHO 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. 2014.
- Baylor International Pediatric AIDS Initiative, HIV curriculum for the health professional, 2007.
- Bun Navy et al. The first reported cases of disseminated histoplasmosis in Cambodia, complicated by multiple opportunistic infections. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005, 36:1272.
- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-Exposed and HIV-infected Children. MMWR 2009;58 (RR-11):1-166.
- Crowe SM, Carlin JB, et al. Predictive value of CD4 lymphocyte numbers for the development of opportunistic infection and malignancies in HIV-infected persons. JAIDS 1991; 4:770-776.
- Gallant JE, et al. Incidence and natural history of cytomegalovirus disease in patients with advanced immunodeficiency disease treated with Zidovudine.J Infect Dis 1992;166:1223-27.
- Guidelines for the Management of HIV in Children. National Department of Health, South Africa. 2nd Edition, 2010.
- Guidelines for HIV/AIDS Diagnosis and Treatment. Ministry of Health, Vietnam. 2009

- Handbook on paediatric AIDS in Africa. African Network for the Care of Children Affected by AIDS. 2004.
- Lynen, L et al. Clinical HIV/AIDS Care Guideline for Resource Poor Settings. Medicins Sans Frontieres, 2006.
- Marais BJ, Graham SM, Cotton MF, Beyers N. Diagnostic and Management Challenges for Childhood Tuberculosis in the Era of HIV. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196 (Suppl 1), S76-S85.
- National Interim Guidelines for the Management of Acute Malnutrition, Cambodia December 2011
- The PIH Guide to the Community-Based Treatment of HIV in Resource-Poor Settings. Partners In Health Program in Infectious Disease and Social Change, Harvard Medical School. Second Edition, 2006.
- Wheat L. et al. Practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2007; 45:807–25.
- World Health Organisation Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children 2nd edition 2014
- World Health Organization. Guidelines on Cotrimoxazole Prophylaxis for HIV-related Infections among Children, Adolescents, and Adults: Recommendations for a public health approach. 2006.
- World Health Organization. Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources, 2005.
- WHO Rapid advice: diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children 2011.
- World Health Organization. TB/HIV: a clinical manual, 2004.