ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ

ស្តីពីការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ក្នុងចំណោម មនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍និង ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

រៀបចំចងក្រងលើកទី១

នៅខែ មករា ឆ្នាំ ២០១២

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

មាតិកា ទំព័រ

អារម្ភកថា ... ៦

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ ... ៧

សេចក្តីផ្តើម ... ១

១.ព័ត៌មានជាមូលដ្ឋាននៃមេរោគអេដស៍, ការចំលង, និងការបង្ករោគជាបឋម ... ៥

- ១.១ ព័ត៌មានជាមូលដ្ឋាននៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ... ៥
- ១.២ ការចំលងមេរោគអេដស៍ និងកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ... ៦
- ១.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលកើតឡើងពេលឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូង: ... ៧
- ១.៤ ល័ក្ខខ័ណ្ឌ និងការបង្ករោគដែលទាមទារអោយធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ជាបន្ទាន់ ... ៨
- ១.៥ ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ... ៩

២.ការបង្ការជំងឺឱកាសនិយមក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ... ៩

- ២.១ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid ... ១១
- ២.២ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ... ១៦
- ២.៣ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole ... ២១

៣.អាហាររូបត្ថម្ភចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងយុវវ័យ(ក្មេងជំទង់)ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ... ២៣

- ៣.១ ការពិនិត្យសុខភាពរកបញ្ហាទាក់ទងនឹងអាហាររូបត្ថម្ភ ... ២៤
- ៣.២ មូលហេតុនៃជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ... ២៦
- ៣.៣ កាត់ផ្តាច់វដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ... ២៧
- ៣.៤ ការវាយតំលៃអាហាររូបត្ថម្ភ និងការផ្តល់ប្រឹក្សា ... ២៨
- ៣.៥ ចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិក ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកើតជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ... ៣៤
- ៣.៦ ជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ... ៣៥

៤.ការវាយតំលៃការបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយមលើកតំបូង ... ៣៦

- ៤.១ ស្ថានភាពគ្លីនិក និងការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់សារជាថ្មី ... ៣៦
- ៤.២ ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយមតាមកំរិតថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ... ៣៧
- ៤.៣ ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តាប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ កើតក្រោយពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (IRIS) ... ៣៧

៥.បង្ករោគដោយកង់ឌីដា ៣៩
៥.១ ជំងឺកង់ឌីដានៅមាត់ ៤០
៥.២ ជំងឺកង់ឌីដានៅបំពង់អាហារ (Esophageal Candidiasis) ៤១
៥.៣ ជំងឺកង់ឌីដានៅមាត់ស្បូននិងយោនី ៤១
៥.៤ ជំងឺកង់ឌីដាដែលមានការរាលក្នុងឈាម (Candidemia) ៤២
៥.៥ ការព្យាបាលបង្ការលើកទី២ .... ៤៣
៦.ជំងឺរបេង ៤៣
៦.១ ជំងឺរបេងសួត ៤៤
៦.២ ជំងឺរបេងក្រៅសួត ៥១
៧.ជំងឺរលាកសួតបង្កដោយ Pneumocystis (PCP) ៥៥
៨.ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ CRYPTOCOCCUS ៥៩
៩.ជំងឺ PENICILLOSIS និងជំងឺ HISTOPLASMOSIS ៦២
៩.១ ជំងឺ penicilliosis ៦៣
៩.២ ជំងឺ hisptoplasmosis ៦៥
១០.ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ TOXOPLASMA ៦៧
១១.ជំងឺ CYTOMEGALOVIRUS (CMV) ៧០
១២.ជំងឺបង្កដោយ SALMONELLA ដែលមិនមែន TYPHOID ៧៣
១៣.ដំបៅស្បែក (Skin Lesions) ៧៥
១៤.ជំងឺមហារីក ដែលបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍ (HIV associated malignancies) ៨៧
១៤-១ Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ៨៨
១៤-២ ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ក្នុងដំណាក់កាលរាលដាល (Invasive Cervical Cancer) ៩០
១៥.វិធីគ្រប់គ្រងថែទាំចង្កោមរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ ៩១
១៥-១ រោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម ៩១
១៥-២ ឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ (Odynophagia) ៩៧
១៥-៣ ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ៩៩
១៥-៤ រាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic Diarrhea) ១០៤
១៥-៥ ឈឺក្បាល (Headache) ១០៨
១៦.ការវាយតំលៃ និងការថែទាំព្យាបាលការឈឺចាប់ ១១៤

១៦-១ ការវាយតំលៃចំពោះការឈឺចាប់ ១១៥
១៦-២ ការព្យាបាលស្តង់ដា សំរាប់បំបាត់ការឈឺចាប់ ១១៧
១៦-៣ អនុសាសន៍ ស្តីពីការព្យាបាលការឈឺចាប់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ... ១២៦
១៧.ការថែទាំសំរន់ នៅដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត (Palliative Care) ១២៩
១៧-១ ការស្វែងយល់អំពីការថែទាំសំរន់ ១២៩
១៧-២ ការគ្រប់គ្រងថែទាំរោគសញ្ញា សំរាប់អ្នកជំងឺដែលជិតស្លាប់ ១៣០

ឧបសម្ព័ន្ធ ១៣៦
ឧបសម្ព័ន្ធទី១: ចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ១៣៦
ឧបសម្ព័ន្ធទី២: គំរូតារាង និងពិធីសារ សំរាប់ការព្យាបាលដំណាក់កាលដំបូង នៃការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ Cryptococcus ១៥១
ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: ឧទាហរណ៍នៃជំងឺសើស្បែក ដែលកើតឡើងពេលមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍ . ១៥៤

ឯកសារយោង: ១៦២

តារាង

តារាងទី១: ចំនួនកោសិកា CD4 និង កំរិតនៃការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ៥
តារាងទី២: សង្ខេបពីការចំលងមេរោគអេដស៍ ៦
តារាងទី៣: សង្ខេបពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ១០
តារាងទី៤: ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងតាមរយៈយុទ្ធសាស្ត្រ 3I's ១២
តារាងទី៥ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីប្រតិកម្មឱសថ Cotrimoxazole .. ១៩
តារាងទី៦ : ចំណាត់នៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភចំពោះមនុស្សពេញវ័យដោយ WHO ២៥
តារាងទី៧: ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ចំពោះកុមារ និងក្មេងជំទង់ដោយ WHO ២៥
តារាងទី៨ : តំរូវការថាមពលប្រចាំថ្ងៃចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ២៧
តារាងទី៩ : ផែនការអាហារបំប៉នសុខភាព ៣០
តារាងទី១០: ចង្កោមរោគសញ្ញា និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរោគសញ្ញាជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ៣៣
តារាងទី១១: ការឡើងទំងន់ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ៣៥

តារាងទី១២: ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺរបេងសកម្មចំពោះអ្នកផ្ទុកនិងអ្នកមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៤៤
តារាងទី១៣: លក្ខណៈជំងឺរបេងសួតដែលខ្លាំងក្លានិងការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍..................៤៥
តារាងទី១៤: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុសគ្នានៃជំងឺរបេងសួត...៤៨
តារាងទី១៥: រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលកើតមានជាញឹកញាប់.......... ៥៣
តារាងទី១៦: ភាពខុសគ្នារវាង PCP និងជំងឺរបេងសួត.. ៥៧
តារាងទី១៧: កំរិតដូស cotrimoxazole ក្នុងការព្យាបាល PCPផ្អែកតាមទំងន់ខ្លួន.............................៥៨
តារាងទី១៨: មូលហេតុនៃជំងឺលើស្បែកកើតឡើងចំពោះ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍. ៧៦
តារាងទី ១៩: មូលហេតុនៃការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក និង ការព្យាបាល ៨១
តារាងទី២០: រោគសញ្ញានៃ NHL អាស្រ័យតាមកន្លែងកើត...៨៩
តារាងទី២១: ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវដង្ហើម ដែលកើតមានញឹកញាប់..៩៤
តារាងទី២២: ការព្យាបាលការរលាកបំពង់អាហារ ៩៨
តារាងទី២៣: ការវាយតំលៃភាពខ្វះជាតិទឹក ១០៤
តារាងទី២៤: រោគវិនិច្ឆ័យ ញែកអោយដាច់ជំងឺផ្សេងៗផ្អែកទៅតាមបំរែបំរួលនៃវត្ថុរាវក្នុងស្រោមខួរ១១១
តារាងទី២៥: ការព្យាបាលការបង្ករោគ នៅប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល ដែលកើតមានញឹកញាប់....... ១១១
តារាងទី២៦: ជំហាននៃការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលការឈឺចាប់ដែលណែនាំដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក ឆ្នាំ ២០១០...១១៨
តារាងទី២៧: ការណែនាំ ស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ទៅតាមដំណាក់កាលនៃការឈឺចាប់.. ១២១
តារាងទី២៨: ព័ត៌មានបន្ថែម ស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថ សំរាប់បំបាត់ការឈឺចាប់................................១២៣
តារាងទី២៩: ឈឺចាប់ដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍: .១២៦
តារាងទី៣០: វិធីព្យាបាលការឈឺចាប់ ដែលកើតឡើងក្នុងពេលមានជំងឺមួយចំនួន ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍...១២៨

រូបភាព

រូបភាពទី១: វដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ និង ជំងឺអេដស៍ ២៨
រូបភាពទី២: ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយមទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ប្រែប្រួលតាមចំនួនកោសិកា CD4...៣៧

គំនូសបំព្រួញ

គំនូសបំព្រួញទី១: គំនូសបំព្រួញអំពីការផ្ដល់ការព្យាបាលបង្ការដោយ INH (IPT) លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ១៥
គំនូសបំព្រួញទី២: ការពិនិត្យសុខភាពរកជំងឺរបេង និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើមនុស្សពេញវ័យដែលមានក្អក, គ្រុន, បើកញើសច្រើនពេលយប់, ឬ ស្រកទំងន់ក្នុងកំឡុងពេល៤ខែមុន..... ៤៧
គំនូសបំព្រួញទី៣: រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងលើអ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរហើយមានក្អក ៥០
គំនូសបំព្រួញទី៤: ជំងឺផ្លូវដង្ហើម ៩៦
គំនូសបំព្រួញទី៥: ឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ ៩៩
គំនូសបំព្រួញទី៦: ហើមប៉ោងកូនកណ្ដុរ ១០៣
គំនូសបំព្រួញទី៧: រាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ ១០៧
គំនូសបំព្រួញទី៨: ឈឺក្បាល ១១៣

អារម្ភកថា

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្ដីពីការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍សើស្បែកនិងកាមរោគ ដើម្បីបង្កើនគុណភាពថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ដើម្បីបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគបានកំណត់ច្បាស់ គឺបន្តអភិវឌ្ឍន៍និងកែសំរួលគោលនយោបាយនិងគោលការណ៍ណែនាំដែលជាយុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះដើម្បីសំរេចនូវគោលដៅ "ធ្វើអោយប្រសើរឡើង និងធានាគុណភាព ព្រមទាំងភាពទទួលបានសេវាថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍" តាមរយៈការបញ្ច្រាបសេវា នេះក្នុងសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺនៅទូទាំងប្រទេស។

ឯកសារនេះ គឺជាគោលការណ៍ណែនាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដើម្បីបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ចំពោះក្មេងជំទង់អាយុលើសពី១៨ឆ្នាំដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងមនុស្សពេញវ័យផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ បានរៀបចំចងក្រងឡើង ដោយមានការចូលរួមចំណែកដ៏ធំធេងរបស់អ្នកជំនាញជាតិនិងអន្តរជាតិ ដែលបានបញ្ចូលអនុសាសន៍ជាក់ស្តែងផ្អែកលើសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទៅតាមកំរិតសេវាសុខាភិបាលនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

ក្រសួងសុខាភិបាល បានពិនិត្យ និងឯកភាពអោយប្រើប្រាស់ជាផ្លូវការនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះនៅសេវាសុខាភិបាលពាក់ព័ន្ធ ហើយសង្ឃឹមថា មន្ត្រីសុខាភិបាលដែលជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់នឹងប្រើប្រាស់ឯកសារនេះដើម្បីបង្កើនសមត្ថភាពជំនាញព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាពនិងប្រសិទ្ធិភាពខ្ពស់។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២៧ ខែ ០៧ ឆ្នាំ ២០១២

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

ម៉ម_ប៊ុនហេង

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សូមថ្លែងនូវការកោតសរសើរដល់អនុគណៈកម្មាការសំរបសំរួលការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដែលបានខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងសកម្ម ក្នុងការចូលរួមផ្តល់អនុសាសន៍ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ក្នុងការរៀបចំចងក្រងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកទី១នេះ។

ការចងក្រងបញ្ចប់គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះគឺជាសមិទ្ធិផលមួយដ៏ធំធេងដោយបានដាក់បញ្ចូលនូវការវិវត្តន៍ថ្មីៗនៃការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ លើមនុស្សពេញវ័យ ដោយផ្តោតលើស្ថានភាពជាក់ស្តែងនៅប្រទេសកម្ពុជាយើង។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ សូមថ្លែងអំណរគុណ ជូនឯកឧត្តម លោក-លោកស្រីទាំងអស់ដែលបានរួមចំណែករៀបចំចងក្រងបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ រួមមានៈមន្ត្រីផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ចំពោះការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់ពួកគេ, អង្គការសុខភាពពិភពលោក រួមទាំងលោកវេជ្ជ. Suresh Rangarajan ដែលជាអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាបច្ចេកទេសក្នុងការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំនេះ, លោកស្រីវេជ្ជ.Lut Lynen មកពីវិទ្យាស្ថានតំបន់ត្រូពិកនៅក្រុង Antwerp ប្រទេសបែលហ្សិក, គ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលបានចូលរួមក្នុងសិក្ខាសាលាផ្តល់ការឯកភាពគ្នាអំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងដើម្បីបង្ការនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមនៅប្រទេសកម្ពុជា។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ៣៤ ខែ ០១ ឆ្នាំ ២០១២

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹង
ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

វេជ្ជ មាន-ឈីវុន

បញ្ជីរាយនាមសមាជិក

អនុគណៈកម្មការបច្ចេកទេស ស្តីពីការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម
និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ នៅកម្ពុជា

១	ឯកឧត្តមវេជ្ជ	មាន ឈី វុន	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	ប្រធាន
២	លោកវេជ្ជ	សេង សុភាព	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	អនុប្រធាន
៣	លោកវេជ្ជ	ឈិត សុផល	អនុប្រធាមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត	សមាជិក
៤	លោកស្រីវេជ្ជ	ប្រាក់សោភណ៌នារី	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NMCHC)	សមាជិក
៥	លោកវេជ្ជ	សំរិត សុវណ្ណរិទ្ធិ	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៦	លោកវេជ្ជ	ឡុក ប៊ុនថៃ	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៧	លោក	ម៉ុម ចន្ទ័តារា	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៨	លោកវេជ្ជ	សុខ បញ្ញា	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៩	លោកវេជ្ជ	ប្រាក់ ណារុំ	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត	សមាជិក
១០	លោកស្រីវេជ្ជ	ង៉ែត ចន្ទ័ឆាយា	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត	សមាជិក
១១	លោកវេជ្ជ	លឹម ស្រេង សេដ្ឋា	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១២	លោកវេជ្ជ	ប៉ាល់ ប៊ុណ្ណា	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១៣	លោកស្រីវេជុជ	សាឯម ថាវរី	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១៤	លោកវេជ្ជ	ឃុន គឹម អ៊ាម	អនុប្រធានការិ.ទេស/CENAT	សមាជិក
១៥	លោកស្រីវេជ្ជ	ទូន សុវណ្ណា	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NMCHC)	សមាជិក
១៦	លោកវេជ្ជ	ស៊ីម យុទ្ធាសា	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្តបាត់ដំបង	សមាជិក
១៧	គ្រូពេទ្យ	មូល សុវណ្ណារី	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យបង្អែកជ័យជំនះ	សមាជិក
១៨	តំណាងអង្គការ AHF			សមាជិក
១៩	តំណាងអង្គការ UNICEF			សមាជិក
២០	តំណាងមូលនិធិ CHAI			សមាជិក
២១	តំណាងអង្គការ FHI			សមាជិក
២២	តំណាងអង្គការ KHANA			សមាជិក
២៣	តំណាងអង្គការ WHO			សមាជិក
២៤	តំណាងអង្គការ US-CDC			សមាជិក
២៥	តំណាង Center of Hope			សមាជិក

បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
AFB	Acid fast bacilli
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
ALT	Alanine aminotransferase
ART	Antiretroviral therapy
ARV	Antiretroviral drug (s)
AUC	Area under curve
AZT	Zidovudine
BMI	Body mass index
CBC	Complete Blood Count
CD4	CD4+ T-lymphocyte
CMV	Cytomegalovirus
CNS	Central Nervous System
CrCl	Creatinine clearance
CSF	Cerebral Spinal Fluid
CTX	Cotrimoxazole
CXR	Chest x-ray
D4T	Stavudine
ddI	Didanosine
DOT	Directly observed therapy
DST	Drug Susceptibility Testing
E	Ethambutol
EBV	Epstein Barr Virus
EFV	Efavirenz
EPTB	Extra-pulmonary tuberculosis
H	Isoniazid
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSV	Herpes Simplex Virus
INH	Isoniazid
ITP	Immune thrombocytopenia
IPT	Isoniazid preventive therapy
IRIS	Immune reconstitution inflammatory syndrome
KS	Kaposi’s Sarcoma
LDH	Lactate dehydrogenase
LFT	Liver function test
LN	Lymph node
LPV	Lopinavir
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MAC	*Mycobacterium avium* complex
MDR-TB	Multi drug resistant tuberculosis

MTB	*Mycobacterium tuberculosis*
NCHADS	National center for HIV/AIDS dermatology and STIs
NHL	Non-Hodgkin's lymphoma
NNRTI	Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor
NRTI	Nucleoside reverse transcriptase inhibitor
NVP	Nevirapine
OHL	Oral hairy leukoplakia
OI	Opportunistic infection
ORS	Oral rehydration solution
PCP	*Pneumocystis jiroveci* pneumonia
PPE	Pruritic papular eruption
PI	Protease inhibitor
PLHIV	People living with HIV
PMN	Polymorphonuclear leukocyte
PPD	Purified protein derivative
PTB	Pulmonary tuberculosis
R	Rifampicin
RBC	Red blood cell
RIF	Rifampicin
RPR	Rapid plasma reagin
RTV	Ritonavir
SJS	Stevens Johnson syndrome
SMX	Sulfamethoxazole
TB	Tuberculosis
TDF	Tenofovir disoproxil fumarate
TMP	Trimethoprim
TPHA	Treponemal pallidum particle agglutination
TST	Tuberculin skin test
US	Ultrasound
WBC	White blood cell
WHO	World Health Organization
XDR	Extensively drug-resistant
Z	Pyrazinamide

សេចក្តីផ្តើម

ប្រទេសកម្ពុជា ឋិតក្នុងចំណោមប្រទេសក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិចដែលទទួលបានជោគជ័យក្នុងការឆ្លើយតបនឹងការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ ដោយបានកាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យអាយុពី ១៥ ដល់ ៤៩ឆ្នាំពី ២% នៅ ឆ្នាំ ១៩៩៨ មក ០.៨% នៅឆ្នាំ ២០១០។ អ្នកជំនាញអេពីដេមីសាស្រ្តជាតិនិងអន្តរជាតិបានធ្វើការប៉ាន់ស្មានថា មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចំនួនប្រមាណ ៥៦,២០០នាក់ ក្នុងនោះមានអ្នកជំងឺចំនួន ៤៦,៥០០នាក់ត្រូវការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

កម្មវិធីថែទាំនិងព្យាបាលបន្តគ្រប់ជ្រុងជ្រោយលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍បានចាប់ផ្តើមសកម្មភាពនៅឆ្នាំ២០០៣។ នៅឆ្នាំ២០១០ ប្រទេសកម្ពុជាសំរេចបាននូវទិសដៅនៃការទទួលបានសេវាជាសកលក្នុងការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ដោយមានអ្នកជំងឺទាំងមនុស្សពេញវ័យនិងកុមារលើសពី៩០% (ដែលត្រូវការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍) បានទទួលការព្យាបាលនេះនៅតាមសេវា OI/ART សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ ទាំង៥១ កន្លែង និង ៣៣ កន្លែងសំរាប់កុមារ។

ក្នុងគោលបំណងបំពេញនូវតំរូវការនៃការព្យាបាលជំងឺអេដស៍សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានអាយុលើសពី១៥ឆ្នាំអោយកាន់តែប្រសើរឡើងនោះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានរៀបចំកិច្ចប្រជុំជាច្រើនលើកជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ រួមមាន គ្រូពេទ្យព្យាបាលមកពីសេវាសុខាភិបាលរដ្ឋនិងឯកជន, អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល, និងសកលវិទ្យាល័យ ដើម្បីរៀបចំបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំជាតិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ អំពីការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមលើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ ដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងនិងផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិសំរាប់បង្ការនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងនិងផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានរៀបចំជាលើកដំបូង និងជាឯកសារដ៏សំខាន់ដើម្បីធានាអោយមានស្តង់ដា និងអោយការថែទាំនិងព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍នៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែកក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានគុណភាពខ្ពស់។ ឯកសារនេះ បានចងក្រងដោយក្រុមបច្ចេកទេសជំនាញដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនៅប្រទេសកម្ពុជា ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានថ្មីៗចុងក្រោយដែលបានមកពីគោលការណ៍ណែនាំ អំពីការបង្ការនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ថ្នាក់តំបន់ និងសកលផងដែរ។

ឯកសារនេះ នឹងយកទៅអនុវត្តនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ដែលមានកំរិតធនធានខុសគ្នាជាពិសេស លទ្ធភាពខុសគ្នាក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ ការពិនិត្យជាក់ស្តែង នៅសេវាសុខាភិបាលគ្រប់ថ្នាក់

ជាពិសេស មន្ទីរពេទ្យបង្អែកកំរិតមួយនិងកំរិតពីរ មានសារៈសំខាន់ក្នុងការជួយតំរង់ទិសដើម្បីបង្កើតគំនូសបំព្រួញគ្លីនិក (Clinical Algorithm) នៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគ្រូពេទ្យបានជួបប្រទះ។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ ត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាឯកសារគោលដែលជាឯកសារ ជំនួយស្មារតីដល់គ្រូពេទ្យដែលផ្តល់ការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមលើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់។

១. ព័ត៌មានជាមូលដ្ឋាននៃមេរោគអេដស៍, ការចំលង, និងការបង្ការជាបឋម

ចំនុចគន្លឹះ ៖

- មេរោគអេដស៍ គឺជាវីរុស RNA ដែលបំប្លែងខ្លួនទៅជា DNA រួចបញ្ជ្រៀតខ្លួនវាចូលទៅក្នុង Gemone របស់មនុស្ស។
- ជំងឺអេដស៍ មិនអាចព្យាបាលអោយជាដាច់បានទេ គឺត្រូវគ្រប់គ្រងព្យាបាល ដូច ជំងឺរុំារ៉ៃ។
- នៅប្រទេសកម្ពុជា ការចំលងមេរោគអេដស៍ភាគច្រើនគឺ តាមរយៈការរួមភេទដែលគ្មានសុវត្ថិភាព។

១.១ ព័ត៌មានជាមូលដ្ឋាននៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍

មេរោគអេដស៍ គឺ ជាវីរុសRNA ដែលអាចបញ្ចូលខ្លួនវាទៅក្នុងកោសិកានៃសារពាង្គកាយមនុស្សដែលមានកោសិកា CD4 ជាអ្នកទទួល (Receptor)។ កោសិកាទាំងនេះ រួមមាន Lymphocytes, Monocytes និង Macrophages ដែលមានតួនាទីជួយសំរបសំរួលដល់ការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំទៅនឹងការបង្ករោគ។ នៅពេលវីរុសបង្ករោគនៅកោសិកា CD4 វាបានបំប្លែងខ្លួនទៅជា DNA ដោយសារអង់ស៊ីម Reverse Transcriptase និង បញ្ចូលខ្លួនវាទៅក្នុង Gemone ។ នៅដំណាក់កាលនេះ គឺមិនអាចព្យាបាលអោយជាដាច់បានទេ (Incurable)។ កោសិកាបង្ករោគបានបង្កើតជាវីរុសថ្មីតូចៗជាច្រើនទៀត (New Virus Particles) ដោយប្រមូលផ្តុំគ្នាជាកញ្ចប់ (Package) រួចបញ្ចេញមកក្រៅវិញ។ ដោយសារកោសិកា CD4 មានតួនាទីដ៏សំខាន់នៅក្នុងប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ កំរិតនៃចំនួនកោសិកា CD4 នៅក្នុងឈាម គឺជាកំណត់សំគាល់ (Marker) សំរាប់វាស់វែងមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ នៅពេលដែលមានការបង្ករោគលើកោសិកាCD4 កាន់តែច្រើន ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំនឹងចុះខ្សោយហើយជំងឺផ្សេងៗនឹងកើតមានឡើង (សូមអានតារាងទី១) ។

តារាងទី១: ចំនួនកោសិកា CD4 និង កំរិតនៃការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

កំរិតនៃការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ	ចំនួនកោសិកា CD4
គ្មានការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ	> ៥០០ កោសិកា/មម^{៣}
ការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំតិចតួច	៣៥០-៥០០កោសិកា/មម^{៣}

ការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំខ្លាំងបង្គួរ	២០០-៣៤៩ កោសិកា/មម៣
ការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ	< ២០០ កោសិកា/មម៣

១.២ ការចំលងមេរោគអេដស៍ និងកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

អ្នកជំងឺដែលមានប្រវត្តិប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ រួមមាន:

- កំពុង ឬ ធ្លាប់កើតជំងឺកាមរោគ ឬ ជំងឺប្រដាប់បន្តពូជ
- កំពុង ឬ ធ្លាប់ប្រើប្រាស់ឈាម ឬ ផលិតផលឈាម
- កំពុង ឬ ធ្លាប់ចាក់គ្រឿងញៀនតាមសរសៃវ៉ែន ឬ ក្រោមស្បែក " Skin-Popping"
- កំពុង ឬ ធ្លាប់ប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូចជា:
    - មានដៃគូរួមភេទច្រើន
    - រួមភេទជាមួយស្ត្រីបំរើផ្លូវភេទ
    - មានដៃគូរួមភេទជាមួយអ្នកដែលដឹងថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ កើត ជំងឺអេដស៍
    - មានដៃគូរួមភេទជាមួយអ្នកមានការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ (ស្ត្រីជាច្រើនដែលមានដៃគូរួមភេទតែមួយក៏អាចប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ដែរ)
    - បុរសស្រឡាញ់បុរស
- ការចាក់ថ្នាំ, ការសាក់លើស្បែក, របករលាត់ស្បែក (Scarification), ការចោះត្រចៀក ឬ ចោះលើខ្លួនប្រាណដោយឧបករណ៍ដែលមិនបានរំងាប់មេរោគត្រឹមត្រូវ។

តារាងទី២: សង្ខេបពីការចំលងមេរោគអេដស៍

ផ្លូវចំលងមេរោគអេដស៍
មេរោគអេដស៍អាចឆ្លងតាមការរួមភេទ, តាមឈាម, តាមទឹកកាម ឬទឹករំអិលយោនី ។
មេរោគអេដស៍អាចឆ្លងតាមការចាក់បញ្ចូលឈាម, ការប្រើម្ជុលរួមគ្នា ឬ ឆ្លងពីម្តាយទៅកូននៅពេលមានគភ៌, ពេលសំរាល និងពេលបំបៅដោះកូន។
មេរោគអេដស៍អាចឆ្លងទៅបុគ្គលិកសុខាភិបាល តាមរយៈការមុតម្ជុលដែលមានមេរោគ អេដស៍ ឬ ការប៉ះពាល់ឈាមរយៈពេលយូរទៅនឹងផ្ទៃស្បែកស្តើង (mucosal surface) និង ស្បែកខាងក្នុង (Non-Intact Skin)។
បុគ្គលដែលឆ្លងមេរោគដំបូង (Primary Infection) ស្រួចស្រាវ ដោយមិនបានទទួលការព្យាបាល មានការប្រឈមមុខខ្ពស់ក្នុងការចំលងមេរោគអេដស៍ ដោយសារតែមានកំរិតវីរុសច្រើនកំពុងចរាចរ

ក្នុងឈាម។
អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍អាចមានសុខភាពល្អជាច្រើនឆ្នាំ ប៉ុន្តែក៏អាចចំលងមេរោអេដស៍ ទៅអ្នកដទៃ។
មេរោគអេដស៍ មិនអាចឆ្លងតាមការទំនាក់ទំនងសង្គមធម្មតា ការថើបគ្នា ការបរិភោគអាហាររួមគ្នា ឬ សត្វល្អិតទិច ឬ ខាំបានទេ។

១.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលកើតឡើងពេលឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូង:

មានលេចចេញនូវលក្ខណ:ជារោគសញ្ញាជាច្រើនដែលអាចជួបប្រទះ លើមនុស្សពេញវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅពេលដែលមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកមានដូចតទៅៈ

- ចង្កោមរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូងស្រួចស្រាវ ដែលមានលក្ខណ:ជារោគសញ្ញា ដូចជា គ្រុនក្តៅ អស់កំលាំងល្ហិតល្ហៃ និងឈឺចាប់សាច់ដុំ ឡើងកូនកណ្តុររលាកបំពង់ក និងឡើងស្នាមកន្ទួលស្បែក។ រោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ បានកើតឡើងចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលមានសុខភាពល្អ ហើយអាចច្រឡំជាមួយនឹងជំងឺផ្តាស់សាយបង្កដោយមេរោគ Influenza ។
- ស្រកទំងន់ > ១០% នៃទំងន់ខ្លួន
- គ្រុនក្តៅ (ម្តងម្កាល ឬ ជាប់រហូត) លើសពី១ខែ
- រាគរូស (ជាប់រហូត ឬ ម្តងម្កាល) លើសពី១ខែ
- ការឡើងកូនកណ្តុរទូទៅច្រើនកន្លែង
- កើតរោគកង់ឌីដានៅមាត់ ឬ ការបង្ករោគកង់ឌីដានៅយោនី
- បង្ករោគនៅស្បែក (សូមអានជំពូកទី១៣ និងឧបសម្ព័ន្ធទី៣)

១. ការបង្ករោគដោយពួកផ្សិត	-	បង្ករោគផ្សិតនៅស្បែក
២. ការបង្ករោគដោយវីរុស	-	ជំងឺរើម (Herpes Zoster)
	-	ជំងឺ Molluscum Contagiosm
	-	ជំងឺសិរមាន់ Condyloma (Genital Warts)
៣. ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី	-	ជំងឺ Folliculitis
៤. ជំងឺស្បែក	-	ជំងឺ Seborrheic Dermatitis
	-	ជំងឺ Papular Puritis Eruption (PPE)
	-	ជំងឺ Psoriasis
	-	ជំងឺស្បែកស្ងួតរាលដាល

- ការបង្ករោគនៅប្រដាប់ដង្ហើម
    - ក្អកលើសពី២សប្តាហ៍
    - ថប់ដង្ហើម
    - ជំងឺរបេង
    - ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីសារចុះសារឡើង និងជំងឺរលាកសួត
    - រលាកច្រមុះរ៉ាំរ៉ៃ ឬ កើតសារចុះសារឡើង
- ការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ
    - ឈឺក្បាលខ្លាំងក្លា (កើតជាប់ជាបន្ត និងមិនអាចពន្យល់បាន)
    - គ្រុនក្តៅខ្លាំង, ប្រកាច់
    - ថយចុះមុខងារនៃការយល់ដឹង (Cognitive Function) ។

១.៤ លក្ខខ័ណ្ឌ និងការបង្ករោគដែលទាមទារអោយធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ជាបន្ទាន់

មានលក្ខខ័ណ្ឌមួយចំនួន និងការបង្ករោគមិនសូវកើតមានលើមនុស្សពេញវ័យដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ លក្ខខ័ណ្ឌខាងក្រោមនេះអាចសង្ស័យថា មានបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ និងតំរូវអោយធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ជាបន្ទាន់៖

- កើតមាន Septicemia សារចុះសារឡើង
- ជំងឺ Pneumocystis Jironeni Pneumonia (PCP)
- កង់ឌីដានៅបំពង់អាហារ ឬ នៅបំពង់ខ្យល់ នៅទងសួត ឬ នៅសួត
- ជំងឺរបេងក្រៅសួត
- បង្ករោគដោយ Mycobacteria ដែលមិនមែនជំងឺរបេងច្រើនកន្លែង
- ជំងឺ Cytomegolovirus (ឈឺភ្នែក ឬ បង្ករោគនៅសរីរាង្គផ្សេងៗ លើកលែង ថ្លើម អណ្តើក និងកូនកណ្តុរ)។
- បង្ករោគ Toxoplasmosis នៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល
- ជំងឺ Histoplasmosis ច្រើនកន្លែង
- ជំងឺ Lymphoma នៅខួរក្បាល ឬ B cell non Hodgkin
- ជំងឺមហារីកសរសៃវ៉ែន (Kaposi Sarcoma)
- Cervical dyplasia លើក្មេងស្រីជំទង់
- ជំងឺ Invasive Cervical Carcinoma ។

១.៥ ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍

នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពសង្ស័យថា អ្នកជំងឺមានឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺត្រូវអនុវត្តតាមការណែនាំអំពីការធ្វើតេស្តឈាមនិងផ្តល់ប្រឹក្សាដែលផ្តួចផ្តើមដោយអ្នកផ្តល់សេវា(PITC)ដោយចាប់ផ្តើមពីការផ្តល់ព័ត៌មាន អំពីសារៈសំខាន់នៃការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅធ្វើតេស្តឈាម (សូមអានគោលនយោបាយយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ និងគោលការណ៍ណែនាំអំពីការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍,ឆ្នាំ២០០៧)។ លើសពីនេះទៀត អតិថិជនទទួលបានព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្តនិងការអប់រំអំពីជំងឺអេដស៍ ដែលអាចអោយគេទទួលយល់ព្រមធ្វើតេស្តអង់ទីករនៃមេរោគអេដស៍ដើម្បីបញ្ជាក់ថា មានឆ្លងមេរោគអេដស៍ឬទេ។ ចំពោះអតិថិជន មានលទ្ធផលតេស្ត HIV វិជ្ជមាន គឺត្រូវបញ្ជូនទៅកាន់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដើម្បីទទួលបានការចាប់ផ្តើម ART បានទាន់ពេលវេលា។

២. ការបង្ការជំងឺឱកាសនិយមក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍

ចំនុចគន្លឹះ៖

- ការបង្ការបឋមជំងឺឱកាសនិយមដែលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ ដូចជា ជំងឺ PCP និងជំងឺ Toxoplasmosis និងធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវជំងឺរបេងគ្រប់ទំរង់ ។
- ជាករណីកំរដែលកើតមានផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ដោយសារឱសថ Cotrimoxazole ។
- មិនត្រូវព្យាបាលបង្ការបឋមដោយឱសថ Fluconazole ទេ ចំពោះស្ថានភាពទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ផ្សេងៗ រួមមាន ជំងឺ Penicillosis និងកំពុងបង្ករោគដោយកង់ឌីដា ។
- រយៈពេលព្យាបាលបង្ការប្រែប្រួលទៅតាមជំងឺ និងសភាពប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់អ្នកជំងឺ។

ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម គឺជាផ្នែករួមបញ្ចូលនៃកញ្ចប់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។ គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ត្រូវទទួលបាននូវព័ត៌មាន និងសំភារៈអប់រំអំពីការព្យាបាលបង្ការ រួមមាន ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid, ឱសថ Cotrimoxazole និងឱសថ Fluconazole (សូមអានតារាងទី៣)។

តារាងទី៣ : សង្ខេបពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍

ការព្យាបាលបង្ការ	លក្ខខ័ណ្ឌនៃការជ្រើសរើស	អនុសាសន៍អំពីកំរិតដូសឱសថ និងរយៈពេល
ឱសថ Isoniazid/ Pyridoxine (VitaminB6)	គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ហើយគ្មានជំងឺរបេងសកម្ម ទោះបីជាមានចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ទោះបីជានៅត្រីមាសទីប៉ុន្មានក៏ដោយ*	ប្រើឱសថ INH ៥មក្រ/គក្រ រហូតដល់កំរិតអតិបរមា ៣០០មក្រ/គក្រ (អ្នកជំងឺមានទំងន់តិចជាង ៥០គក្រ ត្រូវផ្តល់ជូន ២០០មក្រ និងPyridoxine (VitaminB6) ៥០មក្រក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៦ខែ។
ឱសថ Cotrimoxazole	គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ២០០កោសិកា/មម៣ ឬស្ថិតនៅដំណាក់កាលទី៣ ឬ ទី៤ នៃជំងឺអេដស៍ ទោះបីជាមានចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ រួមទាំង ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ទោះបីជានៅត្រីមាសទីប៉ុន្មានក៏ដោយ។	ប្រើ ឱសថកូទ្រីម (DS,TMP-១៦០មក្រ, SMX-៨០០មក្រ) លេប១ គ្រាប់ ១ថ្ងៃ ឬ លេប២គ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃ (SS,TMP-៨០មក្រ, SMX-៤០០មក្រ)។ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ចំពោះមនុស្សពេញវ័យរហូតទាល់តែគ្មានរោគសញ្ញា និងចំនួនកោសិកា CD4 កើនលើសពី ២០០ តាមរយៈការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ពីរលើកដែលឃ្លាតពីគ្នាចំនួន ៦ខែម្តង។
ឱសថ Fluconazole	គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ១០០កោសិកា/មម៣ លើកលែងតែស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១។	១០០មក្រ លេប ១ដងក្នុង ១ថ្ងៃ (២០០មក្រក្នុង១ថ្ងៃ ចំពោះអ្នកជំងឺធ្លាប់មានការបង្ករោគដោយ Cryptococcus)។ ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ គឺត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 កើនលើសពី ១០០ តាមរយៈការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ពីរលើកដែលឃ្លាតពីគ្នាចំនួន ៦ខែម្តង។

*សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តវិធីសាស្ត្រ3I'sចំពោះលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការព្យាបាលបង្ការដោយINHនៅសេវាសុខាភិបាលដែលអាចធ្វើតេស្តTuberculineបាន។ចំពោះអ្នកជំងឺមានលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន(TST+)ត្រូវទទួលការ

ព្យាបាលបង្ការដោយINH រយៈពេល៣៦ខែ។ រីឯ អ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមាន(TST-)គឺ មិនត្រូវព្យាបាលបង្ការដោយ INHទេ។

២.១ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid

- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាផ្នែកមួយនៃកញ្ចប់សេវាព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ (សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺរបេង និងការទទួលបានសេវាថែទាំនិងព្យាបាលភ្លាមៗ,ឆ្នាំ២០០៦ និងនិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តវិធីសាស្ត្រ 3I's នៅសេវាស្ថានថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត, ឆ្នាំ២០០៩)។
- គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ត្រូវទទួលបានព័ត៌មាន និងសំភារៈអប់រំទាក់ទងនឹងការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង។ ការព្យាបាលដោយឱសថ Isoniazid ត្រូវផ្តល់ជូនគ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមិនមានជំងឺរបេងសកម្ម ពេលពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងហើយដែលមានលទ្ធផលតេស្ត AST/ALT តិចជាង៣ដង x ULN ព្រមទាំងមានការតាមដានអោយបានសមស្របចំពោះផលប៉ះពាល់ដោយឱសថ Isoniazid និងជំងឺរបេងសកម្ម (សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តវិធីសាស្ត្រ 3I's និងជំងឺរបេង) ។
- សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៨ នៃនិយាមបែបបទសំរាប់អនុវត្ត 3I's និងជំងឺរបេងទាក់ទងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការទទួលបានការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ INH <u>នៅក្នុងកន្លែងដែលមានតេស្ត Tuberculine សើស្បែក (TST)</u>។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានលទ្ធផលតេស្ត TST វិជ្ជមាន អ្នកជំងឺនេះមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ក្នុងទទួលការព្យាបាលបង្កាដោយឱសថ INH រយៈពេល៣៦ខែ ក្នុងករណីមិនមាន contraindication ជាមួយឱសថ INH។ ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺមានលទ្ធផល TST អវិជ្ជមាន អ្នកជំងឺនោះមិនមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ សំរាប់ទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ INH ទេ។

អនុសាសន៍អំពីរូបមន្តព្យាបាល

- ឱសថ Isoniazid ប្រើក្នុងកំរិតដូស ៥មក្រ/គក្រ ដល់កំរិតអតិបរមា ៣០០មក្រក្នុង១ថ្ងៃ ចំពោះអ្នកជំងឺមានទំងន់ខ្លួនតិចជាង៤០គក្រគឺត្រូវប្រើក្នុងកំរិតដូស២០០មក្រក្នុង១ថ្ងៃ។ ប្រើ Pyridoxine (Vitamin B6) ៥០មក្រ ក្នុង ១ថ្ងៃ ត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងពេលតែមួយដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងជំងឺសរសៃប្រសាទនៅតំបន់ជុំវិញ (peripheral neuropathy)។

- រយៈពេលព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid គឺ៦ខែក្នុងករណីដែលគ្មានតេស្តTST ឬ ៣៦ខែ សំរាប់អ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្តTST វិជ្ជមានដែលពុំមានលក្ខណៈប្រឆាំងនឹងការប្រើថ្នាំ INH (contraindication) ព្រមទាំងមានប្រព័ន្ធតាមដាន និងគាំទ្រការលេបថ្នាំ INH អោយបានជាប់លាប់ ទៀងទាត់ និងត្រឹមត្រូវនៅហ្នឹងកន្លែងបានសមស្រប។

នៅពេលណាត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ INH (IPT)

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ត្រូវទទួលបានការព្យាបាលបង្ការដោយ Isoniazid អោយបានឆាប់តាមតែអាចធ្វើបាន ពីព្រោះជំងឺរបេងសកម្មអាចកើតមានឡើងដោយមិនទាក់ទងនឹងចំនួនកោសិកាCD4 ។ ករណីដែលចំនួនកោសិកាCD4 ថយចុះអាចបណ្តាលអោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំកាន់តែចុះខ្សោយ ហើយប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយម។ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺរបេង ដូចជា ក្អក ឬគ្រុនក្តៅ មិនត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid ទេ លុះត្រាតែរកឃើញនូវមូលហេតុនៃរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ។ មិនត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានតេស្ត AST/ALT កើនឡើង ៣ដងលើសពីតំលៃធម្មតានោះទេ។

ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសកម្ម

- ត្រូវមានប្រព័ន្ធសុខាភិបាលសមស្រប ដើម្បីស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសកម្ម មុននឹងចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ INH (IPT) ដូចមានចែងក្នុងនិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តវិធីសាស្រ្ត3I's នៅក្នុងគ្រឹះស្ថានព្យាបាលបន្ត (សូមមើលតារាងទី៤និង គំនូសបំព្រួញទី១)។ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងគ្រប់ទំរង់រួមមាន ការពិនិត្យកំហាកអវិជ្ជមានចំពោះជំងឺរបេងសួតនិងរបេងក្រៅសួត, ស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ, ការពិនិត្យអ្នកជំងឺដោយយកចិត្តទុកដាក់, ការថតសួត និងការពិនិត្យកំហាក។

តារាងទី៤: ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងតាមរយៈយុទ្ធសាស្រ្ត 3I's

ការស្រាវជ្រាវរកសញ្ញាជំងឺរបេង	ការឆ្លើយតប	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល
ក្នុងរយៈពេល៤សប្តាហ៍កន្លងមក: 1) គ្រុន, កើតឡើងគ្រប់ពេល និងមិនកំណត់រយៈពេល 2) ក្អក, កើតឡើងគ្រប់ពេល និងមិន	គ្មានរោគសញ្ញា	ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ INH *
	មានរោគសញ្ញា ១ ឬច្រើន	វាយតំលៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេង, ធ្វើតេស្ត

កំណត់រយៈពេល 3) បែកញើសពេលយប់ រយៈពេល២ សប្តាហ៍ ឬលើសពីនេះ។		កំហាក AFB ៣ដង,ធ្វើការបណ្តុះមេរោគករណីអាចធ្វើបាននិងការថតសួត។

* មិនត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ INH ទេ លុះត្រាតែបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ថា AST/ALT<៣ដងនៃតំលៃធម្មតា, មិនចូលចិត្តផឹកស្រា, និងមិនធ្លាប់មានប្រតិកម្មអាក្រក់ពេលប្រើ INH ។ ប្រសិនបើអាចធ្វើបានត្រូវធ្វើតេស្តTST(សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្ត3I's នៅក្នុងគ្រឹះស្ថានថែទាំព្យាបាលបន្ត,២០១០) ។

នៅពេលប៉ុន្មានឆ្នាំខាងមុខ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង និងហង់សិន នឹងបង្កើតអោយមាន Gene/Pert, MTB/RIF assay ដែលអាចប្រើសំរាប់ពិនិត្យកំហាកបានយ៉ាងឆាប់រហ័សនៅតាមបណ្តាសេវា OI/ART និងអាចស្រាវជ្រាវឃើញ ៩០% នៃកំហាកវិជ្ជមានដោយ AFB និង ៨០% នៃកំហាកអវិជ្ជមានដោយ AFB ក្នុងករណីមាន MTB។

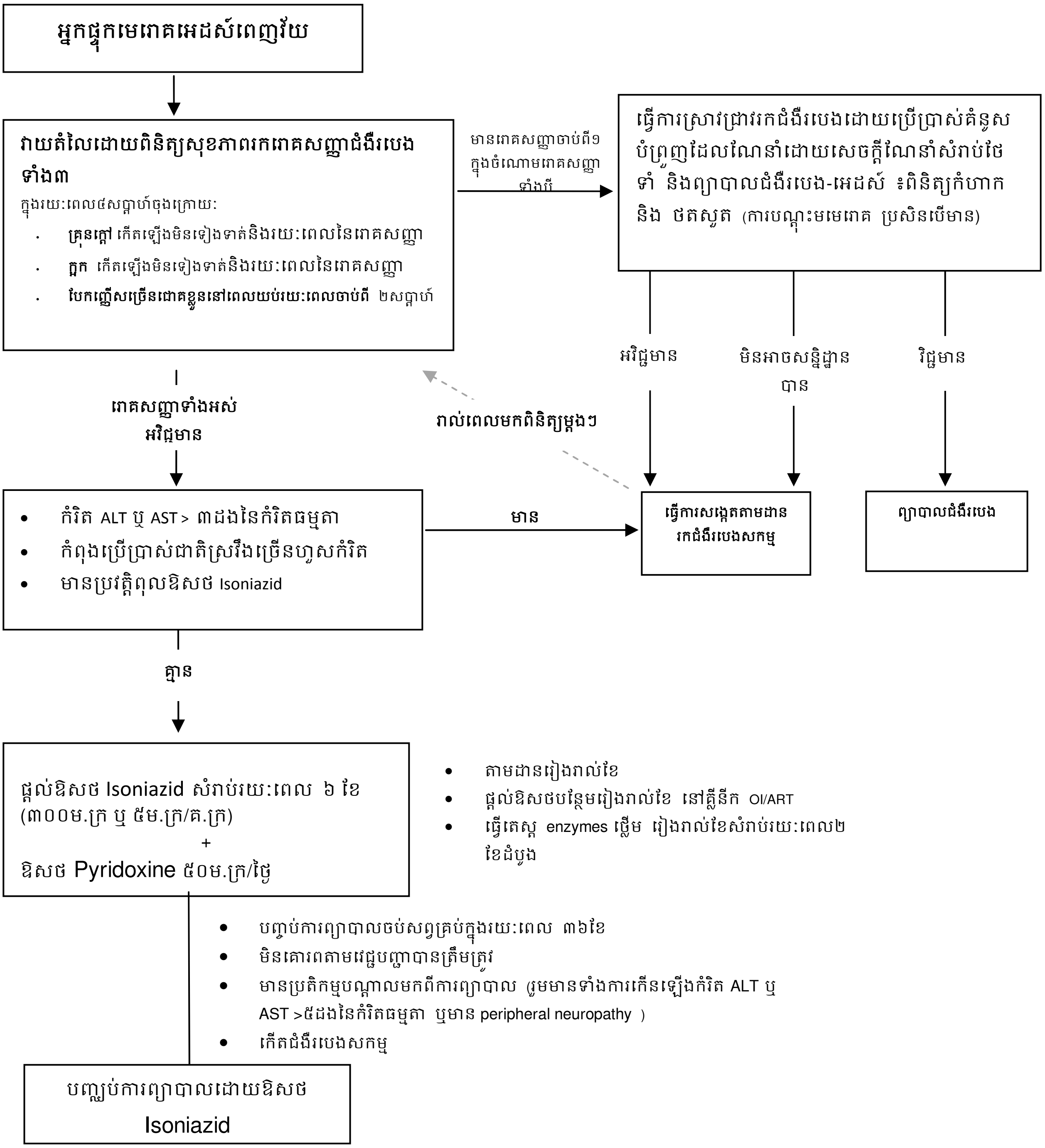
ការតាមដាន

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ កំពុងទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid ត្រូវមកជួបមន្ត្រីសុខាភិបាលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលយ៉ាងហោចណាស់មួយខែម្តង និងផ្តល់ឱសថជូនរៀងរាល់ខែ។ ការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យព្យាបាល OIនិងART នឹងប្រព្រឹត្តទៅនៅសេវា OIនិងART នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ ត្រូវធ្វើការវាយតំលៃអ្នកជំងឺលើរោគសញ្ញាគ្លីនិកទាក់ទងនឹងជាតិពុលរបស់ឱសថ Isoniazid និងផ្តល់ព័ត៌មានព្រមទាំងផ្តល់ការគាំទ្រលើការលេបថ្នាំអោយបាន ជាប់លាប់ ទៀងទាត់ និងត្រឹមត្រូវ។
- ផលវិបាកចំបងនៃឱសថ Isoniazid គឺទាក់ទងនឹងក្រពះ-ពោះវៀន រួមមាន ក្អួត និងចង្អោរ រលាកថ្លើម និង peripheral neuropathy ។ ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺរលាកថ្លើម កើតឡើងប្រហែល ០.៣% នៃមនុស្សពេញវ័យដែលមានសុខភាពល្អ និងកើនដល់ ២.៦% នៃមនុស្សវ័យចំណាស់។ ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺសសៃប្រសាទ (neuropathy) អាចបង្ការដោយប្រើ Pyridoxine។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid ត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានជូនជាមុន អំពីរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកថ្លើមៈ ចង្អោរ, ក្អួត, ឈឺពោះ, អស់កំលាំងល្ហិតល្ហៃ, ទឹកនោមឡើងពណ៌លឿងនិងឡើងពណ៌ខ្មៅ។ ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នកជំងឺក្នុងករណីមានរោគសញ្ញាទាំងនេះកើតឡើងដោយត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ Isoniazid ហើយត្រូវពិភាក្សាជាមួយមន្ត្រីជំនាញ។

- ត្រូវពិនិត្យenzymes ថ្លើម (AST និង ALT) លើកដំបូង និងនៅខែទី១ និងខែ ទី២។ ប្រសិនបើលទ្ធផលធម្មតាត្រូវធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើម(LFT)ម្តងទៀង ចំពោះករណីតាមដានជំងឺរលាកថ្លើម។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើមមិនធម្មតានៅពេលពិនិត្យលើកតំបូងឬមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទBឬC បន្ទាប់មកពិនិត្យមុខងារថ្លើមមួយខែម្តងរយៈពេល៤ខែដំបូង។
    - ប្រសិនបើ AST ឬALT មិនចុះតិចជាងបីដងនៃតំលៃធម្មតានៅ៤ខែទេត្រូវធ្វើតេស្តម្តងទៀត តែ ករណីមានរោគសញ្ញា ។
    - ប្រសិនបើ AST ឬ ALT នៅតែលើសពីបីដងនៃតំលៃធម្មតាត្រូវបន្តការតាមដានមុខងារថ្លើមរៀងរាល់ខែ។
    - ប្រសិនបើ AST ឬ ALT លើសពី៥ដងនៃតំលៃធម្មតា ឬ ការថយចុះទាបជាងនេះបន្តិចដោយមានរោគសញ្ញា ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយ Isoniazid ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid ត្រូវធ្វើការវាយតំលៃជំងឺរបេងសកម្ម ឬ ជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀតនៅរាល់ពេលមកពិនិត្យ។ ឧទាហរណ៍: សាកសួរសំនួរដើម្បីស្រាវជ្រាវនិងតាមដានស្រាវជ្រាវបន្តដូចជា ពិនិត្យកំហាក ប្រសិនជាមានក្អក។ ត្រូវចៀសវាងកុំអោយមានការប៉ះពាល់គ្នា រវាងអ្នកជំងឺរបេង និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងព្យាបាលបង្ការដោយ Isoniazid ដើម្បីបង្ការការចំលងមេរោគរបេង។

គំនូសបំព្រួញទី១: គំនូសបំព្រួញអំពីការផ្តល់ IPT លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

(ក្នុងករណីគ្មានតេស្តទុយប៊ែគុយលីនលើស្បែក [TST])[1]



[1] សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៨ ស្តីអំពីគំនូសបំព្រួញសំរាប់ការផ្តល់ IPT ក្នុងករណីមានតេស្តទុយប៊ែគូយលីនលើស្បែកសំរាប់ប្រើប្រាស់។

- ត្រូវវាយតំលៃលើការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់រាល់ពេលណាត់ជួប ហើយដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពដែលបានកើតឡើង។ ចលនាប្រភពធនធាន សំរាប់គាំទ្រការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ដូចជាក្រុមថៃទាំតាមផ្ទះ និងក្រុមមិត្តគាំទ្រមិត្ត។

២.២ *ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ* **Cotrimoxazole**

ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាផ្នែកមួយនៃសេវាថៃទាំព្យាបាលបន្តគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដល់អ្នកជំងឺអេដស៍។ គោលបំណងជាបឋម នៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole គឺដើម្បីបង្ការជំងឺPCPនិងជំងឺ toxoplasmosis និងបង្ការជំងឺបង្កដោយពពួកបាក់តេរី។ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នឹងត្រូវផ្តល់ជាអនុសាសន៍ដើម្បីព្យាបាលបង្ការជាបឋម (Primary Prophylaxis) ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍មិនធ្លាប់កើតជំងឺនេះ ឬ ជាការព្យាបាលបង្ការទី២ (Secondary Prophylaxis) ក្នុងករណីដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ធ្លាប់បានកើតជំងឺទាំងនេះរួចហើយ ព្រោះថាការព្យាបាលបង្ការកុំអោយជំងឺទាំងនេះកើតសារជាថ្មីទៀត។

> ទោះបីជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានប្រើប្រាស់ឱសថ Cotrimoxazole ជាទូទៅហើយក៏ដោយ ក៏នៅមិនទាន់មានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា មានការកើតឡើងនូវប្រតិកម្មឱសថ Cotrimoxazole ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ទោះបីជានៅត្រីមាសទីប៉ុន្មាននៃគភ៌ក៏ដោយធៀបនឹងស្ត្រីដែលមិនមានផ្ទៃពោះ។

ពេលណាត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវផ្តល់ជូនមនុស្សពេញវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមាន៖
    - o ចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ២០០ ឬ
    - o ចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ (ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ រួមមានទំរង់ណាមួយនៃជំងឺរបេង ឬ ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក) ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកាCD4 (ក្នុងករណីដែលមិនទាន់បានទទួលលទ្ធផលតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកាCD4, អ្នកផ្តល់សេវាអាចប្រើប្រាស់លទ្ធផលចំនួនកោសិកា Lympho cyte សរុប តិចជាង ១២០០កោសិកា/មម^{៣})។

ពេលណាត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវបញ្ឈប់ក្នុងល័ក្ខខ័ណ្ឌដូចខាងក្រោម៖
  - o អ្នកជំងឺពេញវ័យបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងមិនមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក ទោះបីជា ស្ថិតនៅដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃអង្គការសុខភាពពិភពលោកលើកមុនទីប៉ុន្មានក៏ដោយ ហើយអ្នកជំងឺមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ជាង២០០កោសិកា/មម៣ជានិច្ច នៅពេលធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ពីរដង (ចន្លោះពីគ្នា ៦ខែម្តង)។
  - o ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេង ហើយបានបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេង និងមានចំនួនកោសិកា CD4 កើនលើសពី ២០០ កោសិកា/មម៣។

ពេលណាត្រូវបន្តការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

- អ្នកជំងឺមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ២០០ កោសិកា/មម៣
- អ្នកជំងឺមានប្រវត្តិធ្លាប់កើតជំងឺ PCP ហើយមានកោសិកា CD4 ចំនួន ២០០ កោសិកា/មម៣ ត្រូវបន្តការព្យាបាលបង្ការលើកទី២ ដោយឱសថ Cotrimoxazole ដោយគ្មានពេលកំណត់។

ឱសថ និងកំរិតដូសឱសថ

ឱសថ Cotrimoxazole (TMP/SMX) ត្រូវផ្តល់ជូន ដូចខាងក្រោម៖

- មនុស្សពេញវ័យ: ១គ្រាប់ (DS; TMP-១៦០មក្រ, SMX-៨០០មក្រ) រាល់ថ្ងៃ ឬ ២គ្រាប់ (SS; TMP-៨០មក្រ, SMX-៤០០មក្រ) រាល់ថ្ងៃ
- ឱសថសំរាប់ប្រើជំនួសឱសថ Cotrimoxazole ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយនឹងផលប៉ះពាល់នៃឱសថ Cotrimoxazole ក្នុងការព្យាបាលបង្ការជំងឺ PCP គឺ Dapsone ១០០មក្រ លេប១គ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃ។

ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការ

មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលធ្លាប់មានប្រវត្តិប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ (កំរិត៤ សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី១) ជាមួយនឹងឱសថ Cotrimoxazole ឬឱសថក្រុម sulfa ផ្សេងទៀត គឺមិនត្រូវប្រើឱសថ Cotrimoxazole ដើម្បីព្យាបាលបង្ការទេ។ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវផ្តល់ជូនដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាលនៅសេវា OI និង ART នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំង

អស់ដែលចាប់ផ្តើមទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវផ្តល់ឱកាសដើម្បីស្វែងយល់សិក្សាអំពីឱសថ Cotrimoxazole ដោយផ្តល់ប្រឹក្សា អំពីផលប្រយោជន៍, ផលប៉ះពាល់, និងពីសារៈសំខាន់នៃការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ។

ការតាមដាន

វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការតាមដានអ្នកជំងឺនៅពេលព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌថៃទាំនិងព្យាបាលបន្ត។ ការគាំទ្របន្ត, ការពន្យល់, ការលើកទឹកចិត្ត និងការតាមដានផលប៉ះពាល់ដែលកើតមានដូចជា ចង្អោរ, ក្អួត, ឬ ចេញលឿង និងការផ្តល់ឱសថ ត្រូវប្រព្រឹត្តទៅដោយមានការសំរបសំរួលគ្នារវាងសេវាសុខាភិបាល។ ឧទាហរណ៍ៈ ក្រុមថៃទាំតាមផ្ទះ បានដើរតួនាទីដ៏សំខាន់ក្នុងការគាំទ្រនិងតាមដានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ត្រូវទទួលការបណ្តុះបណ្តាលសមស្រប និងការចុះអភិបាលដើម្បីសំរបសំរួលការងារនេះ។ បង្កើតយន្តការនៃការបញ្ជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានផលប៉ះពាល់ ឬ ការលេចឡើងនូវជំងឺឱកាសនិយម និងអ្នកដែលពាក់ព័ន្ធបានយល់យ៉ាងច្បាស់។ ផលប៉ះពាល់កំរិតស្រាលធម្មតា ត្រូវគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ហើយផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា ចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ រលាកថ្លើម ឬ ការហូរឈាមដោយការថយចុះThrombocytes ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ មន្ត្រីសុខាភិបាលត្រូវតាមដានអ្នកជំងឺ យ៉ាងហោចណាស់មួយខែម្តងរហូតដល់ស្ថានភាពអ្នកជំងឺមានលំនឹងឡើងវិញ បន្ទាប់មក ៣ខែម្តង។ ពេលព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole មិនចាំបាច់ធ្វើការតាមដានដោយធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ទេ លើកលែងតែករណីចាំបាច់។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់

ផលប៉ះពាល់ចំបងរបស់ឱសថ Cotrimoxazole គឺចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ថយចុះខួរឆ្អឹងខ្នងនិងរលាកថ្លើម។ ផលប៉ះពាល់នេះអាចកើតឡើងក្រោយពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលមួយរយៈពេលខ្លី។ ការលេចចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបន្តិចបន្តួចកើតឡើងជាញឹកញាប់ ហើយជាទូទៅ ត្រូវគ្រប់គ្រងដោយការតាមដានដោយយកចិត្តទុកដាក់ និងអាចបន្តការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថCotrimoxazole ។ ករណីមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ រួមមាន Stevens Johnson Syndrome និងរោគសញ្ញាគ្លីនិកថ្លើម អាចកើតមានឡើងដែលតំរូវអោយបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ភ្លាមៗ (សូមអានតារាងទី៥)។ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺមកមន្ទីរពេទ្យ។ ត្រូវបន្ថយកំរិតដូសថ្នាំ ដើម្បីកាត់បន្ថយការថយចុះ Hemoglobin ឬ ចំនួនកោសិកា ស ក្នុងករណីដែលមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ។

តារាងទី៥ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីប្រតិកម្មឱសថ **Cotrimoxazole**

កំរិតភាពធ្ងន់ធ្ងរ	បរិយាយ	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល
កំរិតទី១	ឡើងស្នាមកន្ទួលក្រហម ហើយរាលដាល (Patchy Erythema) អាចរមាស់	បន្តព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល៣-៤ថ្ងៃ ពិចារណាក្នុងប្រើឱសថ Antihistamines ដើម្បីបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា
កំរិតទី២	ឡើងស្នាមកន្ទួល Maculopapular ស្ងួត អាចលេចចេញជាទំរង់ Morbilliform Minimal Exfoliation	បន្តព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល១-២ថ្ងៃ ពិចារណាក្នុងប្រើឱសថ Antihistaminesដើម្បីបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា
កំរិតទី៣	Vesiculation, ដំបៅ Mucosal	ត្រូវឈប់ប្រើឱសថ Cotrimoxazole រហូតដល់ប្រតិកម្ម បានជាសះស្បើយវិញ (ជាទូទៅរយៈពេល ២សប្តាហ៍) បន្ទាប់មកចាប់ផ្តើមប្រើឡើងវិញ ឬ ត្រូវពិចារណាការកាត់បន្ថយភាព Desensitization ។
កំរិតទី៤	រលាកស្បែក Exfoliative, ចង្កោមរោគសញ្ញា Stevens-Johnson or Erythema Multiforme, របកស្រកា (Moist Desquamation)	ត្រូវឈប់ប្រើឱសថ Cotrimoxazole ភ្លាម ត្រូវចូលសំរាកពេទ្យដើម្បីទទួលការថៃទាំព្យាបាល **មិនត្រូវប្រើឱសថ Cotrimoxazole សារជាថ្មីទេ ។**

ឱសថ Dapsone មានប្រសិទ្ធិភាពតិចជាងឱសថ Cotrimoxazole ក្នុងការព្យាបាលបង្ការជំងឺ PCP និង មិនមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគបានទូលំទូលាយដូចឱសថ Cotrimoxazole ទេ។ ដូច្នេះ នៅតាមសេវា OI/ART គប្បីសាកល្បងកាត់បន្ថយភាពប្រតិកម្មជាមួយឱសថ Cotrimoxazole (Desensitization to Cotrimoxazole) លើអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់ប្រតិកម្មកំរិតស្រាលជាមួយឱសថ Cotrimoxazole មុននឹងសំរេចចិត្តជំនួសដោយឱសថ Dapsone។

ការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មជាមួយឱសថ Cotrimoxazole សំរាប់ការចាប់ផ្តើមប្រើសារជាថ្មី

- ការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ ក្រោយពីមានប្រតិកម្មមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរជាមួយនឹងឱសថ Cotrimoxazole (កំរិតទី៣ ឬ តិចជាងនេះ) ដែលអាចឈានទៅឈប់ប្រើឱសថ Cotrimoxazole ជាបណ្តោះអាសន្ន។

- ការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មជាមួយឱសថ Cotrimoxazole បានបង្ហាញអោយឃើញនូវអត្រាជោគជ័យ ពី៤០ ទៅ ៨០% នៃអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់មានប្រតិកម្ម Hypersensitivity និងកំរមានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ។
- **ការកាត់បន្ថយប្រតិកម្ម មិនត្រូវអនុវត្តចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់មានប្រវត្តិប្រតិកម្មកំរិត៤ ដោយសារប្រើឱសថ Cotrimoxazole ឬ ឱសថក្រុម Sulfa ពីមុនទេ។**
- ត្រូវចាប់ផ្តើមដោយផ្តល់ Antihistamine ១ថ្ងៃមុននឹងផ្តល់ឱសថ Cotrimoxazole ហើយត្រូវបន្តផ្តល់ Antihistamine រាល់ថ្ងៃ រហូតដល់បញ្ឈប់ការតំឡើងកំរិតដូសឱសថ Cotrimoxazole ។ ជំហានទី១: ថ្ងៃទី១ នៃការផ្តល់កំរិតដូសឱសថ Cotrimoxazole បន្ទាប់មកតំឡើងកំរិតដូស Cotrimoxazole ម្តង១ជំហានៗជារៀងរាល់ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើមានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរកើតឡើងត្រូវបញ្ឈប់កំរិតដូសកាត់បន្ថយប្រតិកម្ម (Desensitization) ភ្លាម។ ករណីមានប្រតិកម្មកំរិតស្រាលត្រូវផ្តល់បន្តជា **ជំហានដដែល**ថែមមួយថ្ងៃទៀត។ ប្រសិនបើប្រតិកម្មថយចុះត្រូវផ្តល់បន្តទៅមួយជំហានទៀត ករណីប្រតិកម្មកាន់តែអាក្រក់ត្រូវបញ្ឈប់កំរិតដូសកាត់បន្ថយប្រតិកម្មភ្លាម។

ប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរនៅពេលកាត់បន្ថយប្រតិកម្មកើតមានដោយកំរ

គោលការណ៍ណែនាំក្នុងការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មលើអ្នកជំងឺពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ នៅផ្នែកសេវាពិនិត្យជំងឺក្រៅ និងអគារសំរាកពេទ្យប្រព្រឹត្តទៅដូចខាងក្រោម៖

កំរិតដូសឱសថនៅផ្នែកពិនិត្យជំងឺក្រៅ*

ថ្ងៃទី១ : ៨០មក្រ Sulfamethoxazole + ១៦ មក្រ Trimethoprim (២ មល) ប្រភេទម្សៅ

ថ្ងៃទី២ : ១៦០មក្រ Sulfamethoxazole + ៣២ មក្រ Trimethoprim (៤ មល) ប្រភេទម្សៅ

ថ្ងៃទី៣ : ២៤០មក្រ Sulfamethoxazole + ៤៨ មក្រ Trimethoprim (៦ មល) ប្រភេទម្សៅ

ថ្ងៃទី៤ : ៣២០មក្រ Sulfamethoxazole + ៦៤ មក្រ Trimethoprim (៨ មល) ប្រភេទម្សៅ

ថ្ងៃទី៥: ៤០០មក្រ Sulfamethoxazole + ៨០មក្រ Trimethoprim (១គ្រាប់)

ថ្ងៃទី៦ : បន្តកំរិតដូសថ្នាំថ្ងៃទី៥ទៀត។

កំរិតដូសឱសថចំពោះអ្នកជំងឺសំរាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ*

ក្នុងរយៈពេល៦ម៉ោងផ្តល់កំរិតដូសឱសថតាមម៉ោង(TMP/SMXជាមក្រ): ០.០០៤/០.០២, ០.០៤/០.២, ០.៤/២.០, ៤.០/២០, ៤០/២០០ និង ១៦០/៨០០ ។

* គ្រាប់ដែលមានដូច Sulfamethoxazole (៨០០មក្រ) Trimethoprim (៨០មក្រ) ចំនួន២គ្រាប់ ឬ គ្រាប់ (៨០០ មក្រ Sulfamethoxazole + ១៦០មក្រ Trimethoprim) ចំនួន ១គ្រាប់។ Cotrimoxazole Suspension តាមមាត់ គឺ ៤០មក្រ Trimethoprim + ២០០ មក្រ Sulfamethoxazole ក្នុង ៥ មល។

- ករណីធ្វើការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មទទួលបរាជ័យត្រូវផ្តល់ជូនឱសថ Dapsone (សូមអានឱសថនិងកំរិតដូសឱសថខាងលើ)។

២.៣ *ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ* **Fluconazole**

ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់នៃការថែទាំព្យាបាលបន្តគ្រប់ជ្រុងជ្រោយចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ករណីមានធនធានគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីផ្គត់ផ្គង់ឱសថ Fluconazole ហើយមន្ត្រីសុខាភិបាលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលសមស្រប គឺត្រូវចាប់ផ្តើមអនុវត្តការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole នៅតាមសេវា OI និង ART។ មណ្ឌលសុខភាពនិងក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ ត្រូវរួមសហការជួយតាមដានការព្យាបាលបង្ការនេះ។

ការព្យាបាលបង្ការជំងឺ Cryptococcosis ជាបឋម:

- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺ Cryptococcosis ជាបឋម រួមមាន ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយជំងឺ Cryptococcose (Cryptococcal Meningitis) ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ១០០កោសិកា/មម^{៣} ។ ត្រូវផ្តល់ឱសថ Fluconazole ១០០មក្រ លេប១ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ មិនត្រូវផ្តល់ឱសថ Fluconazole ដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទីមួយទេ។
- មិនត្រូវផ្តល់ Fluconazole ក្នុងករណីដែល AST/ALT ខ្ពស់ជាងតំលៃធម្មតាបីដងទេ ។
- អង់ស៊ីមថ្លើម (AST និង ALT) ត្រូវធ្វើតេស្តលើកដំបូង បន្ទាប់មកនៅខែទី១ និងនៅខែទី២។ ប្រសិនបើ លទ្ធផលតេស្តនៅពេលដំបូងធម្មតាត្រូវធ្វើតេស្តមើលមុខងារថ្លើមម្តងទៀតចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺរលាកថ្លើមបានកើតឡើង ហើយតំរូវអោយធ្វើការតាមដាន។ ប្រសិនលទ្ធផលមុខងារថ្លើមនៅពេលដំបូងមិនធម្មតា ឬ មានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C ត្រូវធ្វើតេស្តមើលមុខងារថ្លើម មួយខែម្តងក្នុងរយៈពេលបួនខែដំបូង។
    - បើ AST ឬ ALT មិនតិចជាង ៣ដងនៃតំលៃធម្មតានៅខែទីបួនទេ នោះត្រូវធ្វើតេស្តម្តងទៀតក្នុងករណីមានរោគសញ្ញារលាកថ្លើម។
    - បើ AST ឬ ALT នៅលើសពី បីដងនៃតំលៃធម្មតា ត្រូវបន្តតាមដានតេស្តមុខងារថ្លើមជារៀងរាល់ខែ។

- o បើ AST ឬ ALT នៅលើសពី ៥ដង ឬ ថយចុះដោយមានរោគសញ្ញាត្រូវឈប់ផ្តល់ឱសថ Fluconazole ។

ការព្យាបាលបង្ការ Cryptococcosis លើកទីពីរ

- ការព្យាបាលបង្ការជំងឺ Cryptococcosis លើកទីពីរ រួមមានជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ Crypto coccosis ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការលើកទី១។
- ត្រូវផ្តល់ឱសថ Fluconazole ២០០មក្រ លេប ក្នុង១ថ្ងៃ ១ដង។
- សំរាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១ ត្រូវផ្តល់ឱសថ Amphotericin ក្នុងកំរិតដូស ១មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ រៀងរាល់សប្តាហ៍។ ក្នុងករណីដែលមិនមានឱសថ Amphotericin ហើយអ្នកជំងឺមិនអាចត្រឡប់មកកាន់សេវាOIនិងARTដើម្បីចាក់ឱសថAmphotericin តាមសរសៃវ៉ែន អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ អំពីការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់និងផលប្រយោជន៍ក្នុងការប្រើឱសថ Fluconazole ២០០មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីព្យាបាលបង្ការជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ Cryptococcus ធៀបនឹងការប្រឈមមុខនឹងភាពមិនប្រក្រតីនៃទារកក្រោយពេលកើត (Congenital Defects) បណ្តាលមកពីស្ថានភាពនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់អ្នកជំងឺ ប្រវត្តិរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងរយៈពេលនៃគភ៌។

រយៈពេលនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole

- ប្រសិនបើអ្នកជំងឺ កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ហើយបានស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញដោយចំនួនកោសិកា CD4 លើសពី ១០០កោសិកា/មម៣ ជានិរន្ត ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole យ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល៦ខែ បន្ទាប់មកត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការនេះ។
- ក្នុងករណីដែលចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង១០០កោសិកា/មម៣ ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការរហូតដល់កោសិកា CD4 មានចំនួនលើសពី ១០០កោសិកា/មម៣ នៅពេលធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ពីរដង ដោយចន្លោះពីគ្នា ៦ខែម្តង។

មិនត្រូវប្រើឱសថ Fluconazole សំរាប់ព្យាបាលបង្ការជាបឋម ចំពោះជំងឺ Penicilliosis ឬ សំរាប់ព្យាបាលបង្ការទី២ សំរាប់ជំងឺ Candidiasis ទេ។

- មូលហេតុដែលមិនអោយប្រើឱសថ Fluconazole សំរាប់ព្យាបាលបង្ការជាបឋមនៃជំងឺ Penicilliosis នៅមិនទាន់ដឹងនៅឡើយទេ អាចបណ្តាលមកពីអត្រាអាំងស៊ីដងនៃជំងឺ Penicilliosis នៅមានកំរិតទាបក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ការព្យាបាលបង្ការលើកទី២ ដោយប្រើឱសថ Itraconazole ២០០មក្រ លេប១ដងក្នុង១ថ្ងៃ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលជំងឺ Penicilliosis ចប់សព្វគ្រប់ហើយ។ រយៈពេលព្យាបាលបង្ការ គឺមានលក្ខណៈដូចការព្យាបាលបង្ការជំងឺ Cryptococcosis ដែលបានរៀបរាប់លំអិតខាងលើ។ នៅក្នុងកាលៈទេសៈដែលមិនមានឱសថ Itraconazole ឱសថដែលយកមកព្យាបាលបង្ការដែលល្អបំផុតនេះគឺ ឱសថ Amphotericin ក្នុងកំរិតដូស ១មក្រ/គក្រ/សប្តាហ៍ រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 ឡើង លើសពី ១០០កោសិកា/មម^{៣} ។
- ក្នុងស្ថានភាពភាគច្រើន ផលប្រយោជន៍ដែលទទួលបានពីការព្យាបាលបង្ការទី២សំរាប់បង្ការជំងឺ Candidiasis លើភ្នាសស្បែកដោយប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងពពួកផ្សិតត្រូវធ្វើការថ្លឹងថ្លែង ជាមួយនឹងការប្រឈមមុខនឹងភាពស៊ាំនៃឱសថប្រឆាំងជាមួយនឹងពួកផ្សិតទាំងនេះ។ ឱសថ Gentian Violet, Nystatin, ឬ Clotrimazole ត្រូវបានជ្រើសរើសយកមកប្រើ។ ក្នុងស្ថានភាពដែលឱសថទាំងអស់នេះមិនមានប្រសិទ្ធិភាព ជាពិសេស ជំងឺរលាកបំពង់អាហារដោយកង់ឌីដាដែលកើតសារចុះសារឡើងត្រូវប្រើឱសថ Fluconazole ១០០មក្រ លេប១ថ្ងៃ ១ដង។ រយៈពេលនៃការព្យាបាលបង្ការ គឺមានលក្ខណៈដូចគ្នានឹងការព្យាបាលបង្ការជំងឺ Cryptococcosis ដែលបានរៀបរាប់លំអិតខាងលើ។

៣. អាហារូបត្ថម្ភចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងយុវវ័យ(ក្មេងជំទង់)ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ចំនុចគន្លឹះ :

- ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ដែលមិនបានទទួលការព្យាបាល បណ្តាលអោយមានបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។
- ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ អាចបណ្តាលមកពី ការហូបចំណីអាហារមិនសមស្រប ការមិនជ្រាបសារជាតិចំណីអាហារ ឬ ការផ្លាស់ប្តូរមេតាប៉ូលីសនៃចំណីអាហារដែលកើតឡើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍។

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ បានបង្កើនអត្រាមេតាប៉ូលីស ដោយសារការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី, ជំងឺឱកាសនិយម និងការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ខ្លួនឯង ដែលត្រូវការកាល់ឡូរីបន្ថែម។
- ជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ បណ្តាលអោយមានការកើនឡើងអត្រានៃជំងឺឱកាសនិយម និងអាចកាត់បន្ថយការរស់រានមានជីវិតនៃអ្នកជំងឺអេដស៍។
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីអាហាររូបត្ថម្ភ អាចកាត់ផ្តាច់នូវវដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ និងមេរោគអេដស៍។

និយមន័យនៃជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ

និយមន័យធម្មតានៃជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ គឺ "ជាល័ក្ខខ័ណ្ឌមួយដែលជាលទ្ធផលនៃការបរិភោគចំណីអាហារជាមូលដ្ឋាន និងសារជាតិចិញ្ចឹមមិនបានសមស្របអាចធ្វើអោយចុះខ្សោយនូវសុខភាពផ្លូវកាយ និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ព្រមទាំងបង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការបង្កជំងឺផ្សេងៗ"។

៣.១ *ការពិនិត្យសុខភាពរកបញ្ហាទាក់ទងនឹងអាហាររូបត្ថម្ភ*

ការពិនិត្យសុខភាពរកបញ្ហាទាក់ទងនឹងអាហាររូបត្ថម្ភ ត្រូវប្រព្រឹត្តទៅនៅរាល់ពេលមកពិនិត្យជំងឺនៅសេវា OI និង ART ឬ តាមរយៈកិច្ចសហការរវាង អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងសហគមន៍លើការកំណត់អតិថិជនដែលត្រូវធ្វើការវាយតំលៃអំពីអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែមទៀត។ ការពិនិត្យសុខភាពរកបញ្ហាទាក់ទងនឹងអាហាររូបត្ថម្ភជាទូទៅមានរយៈពេលខ្លីនិងងាយស្រួលដោយគ្រាន់តែបំពេញព័ត៌មាន ហើយប្រមូលព័ត៌មានទាំងនោះ។ គ្រប់អ្នកជំងឺដែលថយចុះទំងន់ខ្លួនដោយឯកឯង>៥% អាចមានជំងឺកង្វះចំណីអាហារក្នុងកំរិតមធ្យម ឬកំរិតខ្លាំង ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺនោះទៅជួបអ្នកជំនាញខាងអាហាររូបត្ថម្ភ។ ប្រសិនបើមិនមានអ្នកជំនាញខាងអាហាររូបត្ថម្ភទេ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីអាហាររូបត្ថម្ភ (សូមអានផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនៃកម្មវិធីអាហាររូបត្ថម្ភឆ្នាំ ២០០៦) និងពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកជំនាញនៃកម្មវិធីអាហាររូបត្ថម្ភជាតិ ឬអានឯកសារយោងបន្ថែមរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ ២០១០ អំពីការបណ្តុះបណ្តាលការថែទាំ និងគាំទ្រអាហាររូបត្ថម្ភដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ២០០៩។

បច្ចុប្បន្ននេះ កម្មវិធីអាហាររូបត្ថម្ភជាតិមិនទាន់មានគោលការណ៍ណែនាំ អំពីអាហាររូបត្ថម្ភចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ។ ប៉ុន្តែ អ្នកជំនាញផ្នែកអាហាររូបត្ថម្ភផ្តល់យោបល់ដល់អ្នកផ្តល់សេវា អំពីរបបអាហារដើម្បីសុខភាពល្អ, តំរូវការសារជាតិដែក, អាហាររូបត្ថម្ភធំ (Macronutrient), សារជាតិអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម (Micronutrient Supplementation), និងការបញ្ចុះព្រូនដង្កូវពោះវៀនចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍។

មានឧបករណ៍ជាច្រើន សំរាប់ប្រើប្រាស់ជាជំនួយក្នុងការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ គឺ សំរាប់វាស់វែងការបាត់បង់ជាលិកាខ្លាញ់នៃសារពាង្គកាយហើយ ឧបករណ៍មួយចំនួនតូចដែលត្រូវយកមកប្រើប្រាស់សំរាប់ស្រាវជ្រាវរកបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ:

ក. លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដំណាក់កាលគ្លីនិករបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដោយប្រើការប្រែប្រួលទំងន់ខ្លួនធៀបជាមួយនឹងការថ្លឹងទំងន់លើកដំបូង មានដូចតទៅ: ការស្រកទំងន់ដោយមិនមានបំណង គឺវាស់ដោយយកអត្រាភាគរយនៃទំងន់ខ្លួនដែលបាត់បង់ ធៀបជាមួយនឹងទំងន់ខ្លួនដែលបានថ្លឹងលើកដំបូង (BBW) ត្រូវប្រើរូបមន្តដូចខាងក្រោម៖

% នៃទំងន់ខ្លួនបាត់បង់ = [(ទំងន់ខ្លួនលើកដំបូង – ទំងន់ខ្លួនបច្ចុប្បន្ន)/ទំងន់ខ្លួនលើកដំបូង] x ១០០

ខ. ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺកង្វះចំណីអាហារដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោកលើមនុស្សពេញវ័យ គឺផ្អែកលើសន្ទស្សន៍ទំងន់ខ្លួន (Body Mass Index =BMI) ហើយ BMI គឺគណនាដោយយកទំងន់ខ្លួនគិតជា គក្រ ចែកជាមួយទ្វេគុណនៃកំពស់**គិតជាម៉ែត្រ**។

តារាងទី៦ : ចំណាត់ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដោយ WHO

BMI	ចំណាត់ថ្នាក់
< ១៦,០	ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ
≥ ១៦,០ និង < ១៧,០	ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម
≥ ១៧,០ និង < ១៨,៥	ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភខ្សោយ
≥ ១៨,៥ និង < ២៥,០	ធម្មតា

ប្រភព: WHO ១៩៩៩ ការគ្រប់គ្រងជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ: ឯកសារសំរាប់គ្រូពេទ្យព្យាបាល និង មន្ត្រីសុខាភិបាលជាន់ខ្ពស់, Geneva; WHO.

គ. ចំណាត់ថ្នាក់នៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដោយអង្គការ WHO ចំពោះក្មេងជំទង់៖

តារាងទី៧: ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ចំពោះកុមារ និងក្មេងជំទង់ ដោយ WHO

BMI	ចំណាត់ថ្នាក់
< -៣ SD	ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ
≥ -៣ SD និង < - ២ SD	ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម
≥ -២ SD និង < -១ SD	ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភខ្សោយ
≥ -១ SD	ធម្មតា

ប្រភព: WHO, ២០០៧: Growth reference data for 5-19 years.

http://www.who.int/growthreflen /accessed august 21, 2009

៣.២ មូលហេតុនៃជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ

ស្ថានភាពអាហាររូបត្ថម្ភនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ប្រែប្រួលដោយសារការថយចុះការបរិភោគចំណីអាហារ ការជ្រាបសារជាតិចិញ្ចឹមមិនបានល្អ និងកើនឡើងនៃតំរូវការថាមពលបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍ និងការបង្កជំងឺរោគឱកាសនិយម។

ការថយចុះការបរិភោគចំណីអាហារ អាចបណ្តាលមកពី:

- ពិបាកបរិភោគអាហារ ឬ លេបអាហារចូល បណ្តាលមកពីការឈឺចាប់ដំបៅនៅមាត់ និង/ឬ នៅបំពង់ក។
- ការប្រែប្រួលរសជាតិចំណីអាហារ ចង្អោរ និងក្អួត។
- មិនចង់ហូបអាហារ ដោយសារតែអស់កំលាំង ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត និងកត្តាផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀត។
- កង្វះការយល់ដឹង អំពីសារៈសំខាន់នៃអាហាររូបត្ថម្ភ ពិសេស ពេលទើបជាសះស្បើយពីជំងឺឱកាសនិយម។
- ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ រួមមាន ចង្អោរ ក្អួត មានរសជាតិដែកនៅក្នុងមាត់ រាគរូស និងឈឺពោះ។
- បញ្ហាសេដ្ឋកិច្ច: អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ភាគច្រើន មានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គមចុះខ្សោយ ខ្វះការផ្គត់ផ្គង់ចំណីអាហារ និងបាត់បង់ចំណូលគ្រួសារដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់។

ការជ្រាបសារជាតិចិញ្ចឹមមិនបានល្អ ជាញឹកញាប់បណ្តាលមកពី៖

- ពិបាករំលាយអាហារ រួមមាន មិនអាចផលិតទឹកមាត់និងអង់ស៊ីមសំរាប់រំលាយអាហារបាន
- ការបាត់បង់សារជាតិចិញ្ចឹមកើនឡើង បណ្តាលមកពីជំងឺរាគរូស និង/ឬ ជំងឺពោះវៀនតូចបង្កដោយមេរោគអេដស៍។

តំរូវការថាមពលកើនឡើងបណ្តាលមកពី៖

- ការចំណាយថាមពលនៅពេលសំរាកកើនឡើង និងកើនឡើងមេតាប៉ូលីសដើម្បីប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងជំងឺឱកាសនិយម និងមេរោគអេដស៍។
- តំរូវការថាមពលកើនឡើង ១០% ដើម្បីរក្សាទំងន់ខ្លួន និងសកម្មភាពរាង្គកាយ ចំពោះមនុស្សពេញវ័យផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលគ្មានរោគសញ្ញា។
- ពេលដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានចង្កោមរោគសញ្ញា ហើយវិវត្តទៅជាជំងឺអេដស៍ គឺតំរូវការថាមពលកើនឡើងប្រហែល ២០ ទៅ ៣០% ដើម្បីរក្សាទំងន់ខ្លួន។

- ករណីដែលមានការបង្ករោគ (sepsis) អត្រាមេតាប៉ូលីសនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ អាចនឹងកើតឡើងទ្វេដង។ អ្នកជំងឺអេដស៍ជាច្រើនមានការថយចុះសាច់ដុំ និងខ្លាញ់បំរុងនៅក្នុងសារពាង្គកាយ អាចបណ្តាលអោយឆាប់ទទួលមរណៈភាព។

តារាងទី៨ : តំរូវការថាមពលប្រចាំថ្ងៃចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍

កត្តាជាច្រើនដែលបណ្តាលអោយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ត្រូវការអាហារូបត្ថម្ភដូចជា អាយុ, ការផ្លាស់ប្តូរសរីរៈវិទ្យា (physiological) (មានផ្ទៃពោះ, ការបំបៅដោះកូន), សកម្មភាពនៃរាងកាយ, ដំណាក់កាលគ្លីនិក, សភាពមេតាបូលីស និងចំនួនមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាម ។

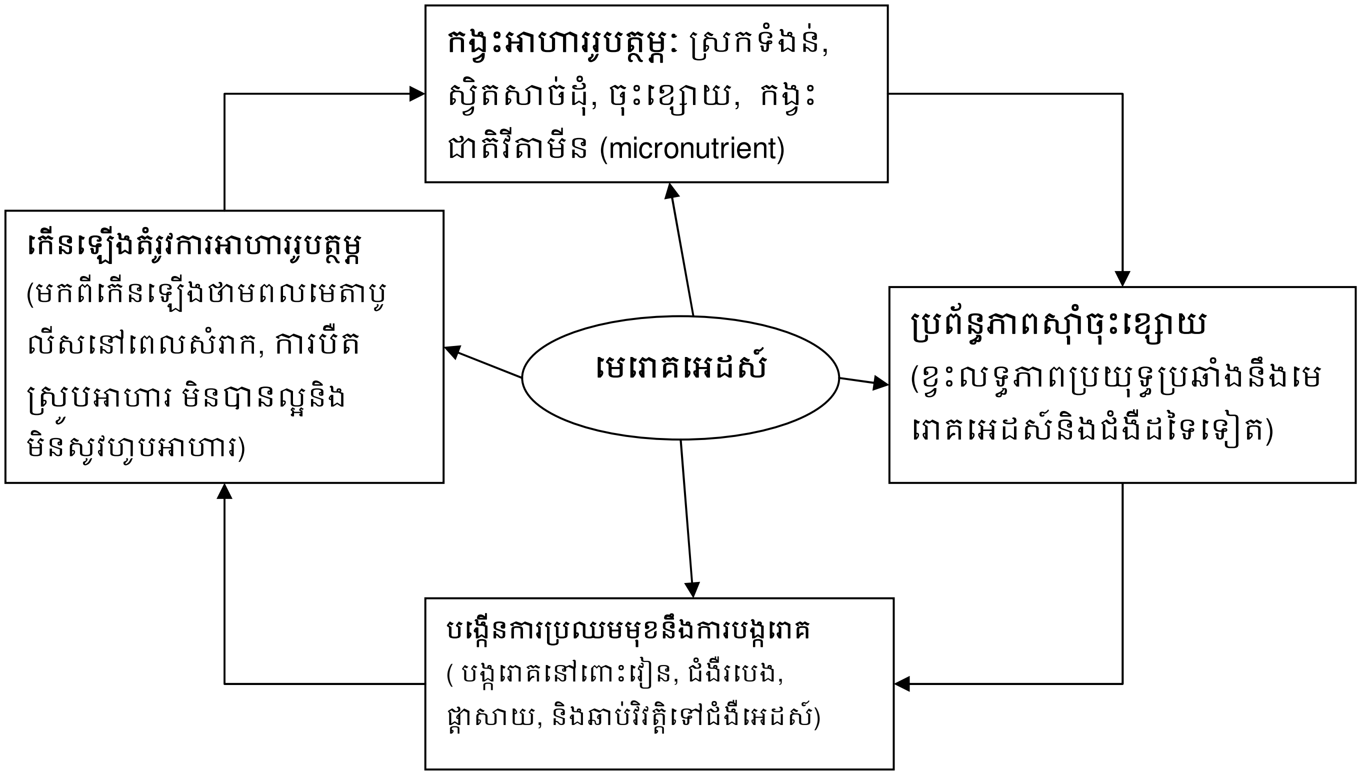
	តំរូវការថាមពលប្រចាំថ្ងៃ	ធៀបនឹងអាហារដែលត្រូវបរិភោគ
មនុស្សពេញវ័យ: មិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ /សុខភាពល្អ	ពី ១៩៩៩ ទៅ២៥៨០ គីឡូកាល់ឡូរី	• អប់ពីសារៈសំខាន់នៃអាហារូបត្ថម្ភ • ហូបអាហារចំរុះ • រក្សាទុកអាហារ និងការរៀបចំអាហារដោយសុវត្ថិភាព
មនុស្សពេញវ័យ: ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ឆាប់/ដំណាក់កាលគ្មានរោគសញ្ញា)	ត្រូវការថាមពលបន្ថែម ១០% (ដើម្បីបន្ថែមកាល់ឡូរីចំនួន ២១០កាល់ឡូរី)	• បន្ថែមពោតមួយកណ្តាប់ដៃ ឬ បបរមួយស្លាបព្រានៅពេលថ្ងៃ
មនុស្សពេញវ័យ: ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (យឺតយ៉ាវ/ដំណាក់កាលមានរោគសញ្ញា)	ត្រូវការថាមពលបន្ថែមពី ២០-៣០% (ដើម្បីបន្ថែមកាល់ឡូរីចំនួន ៤២០ ទៅ ៦៣០ កាល់ឡូរី)	• បន្ថែមពោត ២ ទៅ ៣ កណ្តាប់ដៃ ឬ បបរ ២ ទៅ ៣ ស្លាបព្រានៅពេលថ្ងៃ

ប្រភព: Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS- A training course, WHO. 2009

៣.៣ កាត់ផ្តាច់វដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍

ការរួមផ្សំគ្នានៃអាហារូបត្ថម្ភមិនសមស្រប កើនឡើងការចំណាយថាមពលច្រើននៅពេលសំរាក និងជំងឺឱកាសនិយមអាចរក្សាទុកអ្នកជំងឺអោយនៅក្នុងវដ្តជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍។ ក្រៅពីការស្តារឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ដោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ គឺជាឧបករណ៍តែមួយគត់ ដើម្បីធ្វើអោយមានការប្រែប្រួលជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ។

រូបភាពទី១: វដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ និង ជំងឺអេដស៍



កែសំរួលពីគំរោង *RCQHC* និង *FANTA* ឆ្នាំ ២០០៣*,* អាហាររូបបត្ថម្ភ និងជំងឺអេដស៍: ឯកសារបណ្តុះបណ្តាល

៣.៤ ការវាយតំលៃអាហាររូបត្ថម្ភ និងការផ្តល់ប្រឹក្សា

គោលបំណងនៃការវាយតំលៃអាហាររូបត្ថម្ភ គឺដើម្បីស្វែងយល់ពីស្ថានភាពអាហាររូបត្ថម្ភរបស់អ្នកជំងឺដើម្បីរៀបចំផែនការថែទាំអាហាររូបត្ថម្ភ រួមមាន គោលបំណងនៃអាហាររូបត្ថម្ភ សេវាចំណីអាហារ និងអាហាររូបត្ថម្ភនិងការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្ត។ ការវាយតំលៃអាហាររូបត្ថម្ភ តំរូវអោយប្រមូលព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសង្គម-សេដ្ឋកិច្ច, ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្រ្ត, របបអាហារ (dietary patterns), ការវាស់វែងរាង្គកាយ, លក្ខណ:គ្លីនិកនិងលក្ខណ:ជីវ-គីមីសាស្រ្ត (biochemical characteristics) និងការព្យាបាលជំងឺបច្ចុប្បន្ន រួមទាំងការប្រើប្រាស់ឱសថ។ ការផ្តល់ប្រឹក្សាពីអាហាររូបត្ថម្ភ គឺផ្តោតទៅលើដំណើរការជជែកពិភាក្សាគ្នារវាងអ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកជំងឺដើម្បីបកស្រាយពន្យល់ព័ត៌មានដែលប្រមូលបាននៅពេលវាយតំលៃ, ស្វែងយល់ពីបំណងរបស់អ្នកជំងឺ, បញ្ហាជួបប្រទ:និងជំរើស, ផែនការអនុវត្តសកម្មភាពគាំទ្រការអនុវត្តន៍របបអាហារដែលគាំទ្រសុខភាព និងបញ្ជូនទៅកាន់សេវាពាក់ព័ន្ធ។

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានដឹងអំពីរបបអាហារទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ដែលអាចបរិភោគអាហារដែលគាំទ្រសុខភាព អាចមានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញា, បង្កើនប្រសិទ្ធិភាពឱសថ,

ធ្វើអោយប្រសើរឡើងគុណភាពនៃជីវិត, រក្សានិងធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវស្ថានភាពអាហាររូបត្ថម្ភ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនទាន់យល់ដឹងពីអាហាររូបត្ថម្ភ ជាពិសេស ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ស្ត្រីបំបៅដោះកូន ឬ នៅពេលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលអាចបណ្តាលអោយអ្នកជំងឺប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់នឹងផលប៉ះពាល់នៃជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ និងរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍។ ជាទស្សនៈរួម អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ត្រូវទទួលបានការវាយតំលៃ អំពីអាហាររូបត្ថម្ភ និងការផ្តល់ប្រឹក្សា។ នៅតាមសេវាសុខាភិបាល ការវាយតំលៃអំពីអាហាររូបត្ថម្ភ និងការផ្តល់ប្រឹក្សាមិនត្រូវបានអនុវត្តលើគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ទេ ដោយសារកង្វះធនធានមនុស្ស។

គ្រប់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា អាចចាប់ផ្តើមផ្តល់ប្រឹក្សា ជាមូលដ្ឋានអំពីអាហាររូបត្ថម្ភ រួមមានការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីផែនការអាហាររូបត្ថម្ភដែលគាំទ្រសុខភាព, សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ, បរិភោគចំណីអាហារជាមួយនឹងការលេបថ្នាំ ARV, និងការគ្រប់គ្រងចង្កោមរោគសញ្ញា។

ផែនការចំណីអាហារគាំទ្រសុខភាព

ចំណីអាហារគាំទ្រសុខភាព រួមមាន តុល្យភាពនៃសារជាតិចិញ្ចឹមម៉ាក្រូ (ខ្លាញ់, ប្រូតេអ៊ីន និងជាតិ carbohydrates) និងសារជាតិចិញ្ចឹមមីក្រូ (វីតាមីន និងសារជាតិរ៉ែ) ។ ការបរិភោគអាហារគាំទ្រសុខភាពមានន័យថា បរិភោគចំណីអាហារចំរុះដែលសំបូរដោយបរិមាណ រួមផ្សំគ្នា ដើម្បីផ្តល់ជូនសារពាង្គកាយទាំងសារជាតិចិញ្ចឹមម៉ាក្រូ (macro -nutrients) និងសារជាតិចិញ្ចឹមមីក្រូ (micro-nutrients) ជារៀងរាល់ថ្ងៃ។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ត្រូវការកាល់ឡូរីក្នុង១ថ្ងៃជិត ២៥,០០០គីឡូកាល់ឡូរីដើម្បីទប់ទល់នឹងការកើនឡើងនៃការចំណាយថាមពល (សូមអានតារាងទី៨)។

មិនមានប្រភេទចំណីអាហារណាមួយដែលគ្រប់សារជាតិចិញ្ចឹមទាំងម៉ាក្រូនិងមីក្រូទាំងអស់ទេ។ ផែនការអាហារគាំទ្រសុខភាព គឺជាយុទ្ធសាស្រ្តមួយដែលប្រើប្រាស់អាហារចំរុះរួមគ្នា ដើម្បីផ្តល់សារជាតិចិញ្ចឹមសារពាង្គកាយ (សូមអានតារាងទី៩)។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមរៀបចំផែនការអាហាររបស់ពួកគេជុំវិញអាហារអាមីដុងពីធម្មជាតិ (primary starch)។ ប្រជាជនកម្ពុជា ជាទូទៅបរិភោគបាយ ២ ទៅ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ខ្លាញ់ ដូចជា សារជាតិប៊ឺរ (butter) និងប្រេង (ប្រេងដូង, ត្នោត ឬ ពោត) ត្រូវដាក់បន្ថែមដើម្បីបំពេញប្រភពថាមពល និងរក្សាទំងន់ខ្លួន។ បន្ថែម ២ ទៅ ៣ ភាគនៃបន្លែពណ៌បៃតង, ផ្លែឈើ, ផលិតផលពីទឹកដោះគោ និងសាច់ជាមួយអំបិលអ៊ីយ៉ូត ដើម្បីបំពេញតំរូវការសារជាតិចិញ្ចឹមមីក្រូ (micro-nutrients) ។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ត្រូវផឹកទឹកស្អាត១លីត្រនៅពេលបរិភោគអាហារ ដើម្បីសំរួលការជ្រាបចូលនូវសារជាតិចិញ្ចឹមចាំបាច់អោយបានល្អ។

តារាងទី៩ : ផែនការអាហារបំប៉នសុខភាព

ក្រុមអាហារ	ឧទាហរណ៍	មួយភាគ	ភាគសំរាប់អាហារប្រចាំថ្ងៃ
អាហារចំបង& អាហារបន្ទាប់បន្សំ	នំប៉័ង	១ចំណិត	***៦ ភាគ-*** *ឧទាហរណ៍* អាហារពេលព្រឹក: ហូបបបរ ១ចាន អាហារពេលសំរាក: នំប៉័ង១ចំណិត អាហារថ្ងៃត្រង់: បាយ១ចាន អាហារពេលសំរាក: នំប៉័ង១ចំណិត អាហារពេលល្ងាច: ពោត១ចាន
	បាយ/ Pasta	កន្លះកែវ (វាស់ក្រោយពេលដាំឆ្អិន)	
	ពោត-Meal	១កែវ (ឬabout 1fistful)	
	ដំឡូង	ដំឡូងមួយចំណិតមធ្យម	
សាច់ ត្រី ទឹកដោះគោ សាច់មាន់	សាច់មាន់, សាច់គោ, សាច់ចៀម, សាច់ត្រី	មានទំហំស្មើគ្នានឹងសាច់មាន់១ភ្លៅ	***៣ ភាគ + ទឹកដោះគោ១ភាគ*** *ឧទាហរណ៍:* អាហារថ្ងៃត្រង់: ភ្លៅមាន់មួយ អាហារពេលសំរាក: ដំណាប់សណ្តែកដី ២ស្លាបព្រាបាយ អាហារពេលល្ងាច: សណ្តែកស្ងោ១ចាន អាហារពេលសំរាក: ទឹកដោះគោ១កែវ
	ស៊ុត	ស៊ុត ១	
	ទឹកដោះគោ (ស្រស់/ទឹកដោះគោជូរ)	១កែវ	
Pulses & បន្លែ/ សណ្តែក & ប្រេងចំរាញ់ពី គ្រាប់ធុញ្ញជាតិ	សណ្តែកឆ្អិន	១កែវ	
	Nuts	១កែវ	
	ដំណាប់សណ្តែកដី	២ស្លាបព្រាបាយ	
ផ្លែឈើ	ផ្លែឈើ	ផ្លែឈើមួយចំណិតមធ្យម	***៣ភាគ-*** *ឧទាហរណ៍* អាហារពេលព្រឹក:ទឹកក្រូចច្របាច់១កែវ អាហារពេលថ្ងៃត្រង់:ផ្លែឈើ១ចំណិត អាហារពេលសំរាក:ផ្លែឈើ១ចំណិត
	ទឹកផ្លែឈើ	១កែវ	
បន្លែ	បន្លែនៅចិតជាដុំៗ	១ពែង	***៥ភាគ-*** *ឧទាហរណ៍*
	បន្លែស្រុះអោយ	កន្លះពែង	អាហារពេលព្រឹក:សណ្តែកបៃតងកន្លះកែវ

	ឆ្អិន		អាហារពេលថ្ងៃត្រង់: បន្លែចំរុះមួយចាន អាហារពេលសំរាក:បន្លែសាឡាត់១ចាន អាហារពេលល្ងាច:បន្លែពណ៌បៃតង១ចាន
ខ្លាញ់ & ប្រេង		១ស្លាបព្រាកាហ្វេ	***៥ចំណែក****(ខ្លាញ់ពីធម្មជាតិដែលមាននៅក្នុងសាច់)* ឧទាហរណ៍:ប្រេង១ស្លាបព្រាបាយរាល់ពេលទទួលទានអាហារ។
ទឹក		១កែវ	***៨ភាគ:*** ទឹកស្អាត៨កែវ និងផឹកច្រើនដងក្នុង១ថ្ងៃ។

ប្រភព: Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS – A training course, 2009

សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ

ក. ជំហានសាមញ្ញដើម្បីធ្វើអោយចំណីអាហារមានសុវត្ថិភាព

- ចំអិនអាហារអោយបានឆ្អិនល្អ
- បរិភោគអាហារទើបចំអិនហើយភ្លាមៗ
- រក្សាទុកអាហារដោយប្រុងប្រយ័ត្ន
- កំដៅអាហារដែលចំអិនហើយ អោយសព្វល្អ
- ចៀសវាងការលាយឡំគ្នា រវាងអាហារដែលឆ្អិន និងអាហារមិនទាន់ចំអិន
- រក្សាផ្ទះបាយអោយមានអនាម័យល្អ
- ការពារចំណីអាហារកុំអោយសត្វ (កណ្តុរ, ឆ្មា) សត្វល្អិត ឬ សត្វផ្សេងៗទៀតប៉ះពាល់
- ប្រើទឹកស្អាត ឬ ទឹកដាំពុះ។

ខ. ចំណីអាហារមួយចំនួន ដែលត្រូវចៀសវាង:

- ស៊ុតឆៅ
- ចំណីអាហារដែលមិនឆ្អិនល្អ ជាពិសេស សាច់ និងសាច់មាន់
- ទឹកឆៅ ឬ ភេសជ្ជៈដែលប្រើទឹកឆៅ (មិនបានដាំអោយពុះ)។

អន្តរកម្មរវាងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងអាហារ

ការអប់រំអំពីអាហាររូបត្ថម្ភ រួមមាន ផ្តល់ដំបូន្មានដល់អ្នកជំងឺ អំពីអន្តរកម្មរវាង អាហាររូបត្ថម្ភ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ថែមទាំងអន្តរកម្មរវាងចំណីអាហារនិងឱសថ។ វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់លើរបបអាហារ និងអាហាររូបត្ថម្ភ ដើម្បីធានានូវប្រសិទ្ធិភាពនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ ជាពិសេស អាហារដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការជ្រាបចូល ការធ្វើមេតាប៉ូលីស ការចែកចាយ និងការបញ្ចេញមកក្រៅរបស់ឱសថ។

- អាហារសំបូរជាតិខ្លាញ់ បង្កើនភាពសំបូរជីវសាស្រ្ត (bioavailability) នៃឱសថ TDF ។
- អាហារសំបូរជាតិខ្លាញ់ បង្កើនការជ្រាបចូលនៃឱសថ EFV ។
- អាហារកាត់បន្ថយការជ្រាបចូលនៃឱសថក្រុម ddI មួយចំនួន។

ផលវិបាកនៃឱសថ អាចធ្វើអោយមានការប៉ះពាល់ដល់ការបរិភោគ និងការជ្រាបចូលអាហារ។ ឧទាហរណ៍ AZT បណ្តាលអោយចង្អោរ, ក្អួត, និងមិនឃ្លានអាហារ; ddI បណ្តាលអោយក្អួត, រាគរូស និងមាត់ស្ងួត។ ការលេបឱសថមួយចំនួន និងសេពសុរាអាចបង្កើនផលប៉ះពាល់, ឧទាហរណ៍ ការប្រើឱសថ ddI ហើយសេពសុរា បណ្តាលអោយរលាកលំពែង។ ក្រុម PIs មួយចំនួន រួមទាំង RTV បណ្តាលអោយផ្លាស់ប្តូរមេតាប៉ូលីសខ្លាញ់ រួមមានកើនឡើងកំរិត cholesterol និង triglyceride។ ក្នុងករណីនេះ អ្នកជំងឺដែលប្រើឱសថ AZT ត្រូវបរិភោគអាហារមានខ្លាញ់តិច ប្រើ ddI ពេលមិនទាន់បរិភោគអាហារ (empty stomach) និងចៀសវាងសេពសុរាត្រូវបរិភោគអាហារដែលសំបូរដោយ បន្លែ ផ្លែឈើ នៅពេលប្រើ PI ដែលបណ្តាលអោយមានការផ្លាស់ប្តូរមេតាប៉ូលីសខ្លាញ់។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរោគសញ្ញា

ទោះបីជាមានការគ្រប់គ្រងអន្តរកម្មនិងផលប៉ះពាល់រវាងអាហារ និងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយក៏មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍អាចលេចចេញនូវរោគសញ្ញាផ្សេងៗទៀតទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ ឬជំងឺឱកាសនិយម ដោយសារកាល់ឡូរីដែលស្រូបចូលនៅមានកំរិត។ តារាងទី១០ បង្ហាញពីចង្កោមរោគសញ្ញាបណ្តាលមកពីការថយចុះកាល់ឡូរីដែលស្រូបចូលចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍។

តារាងទី១០: ចង្កោមរោគសញ្ញា និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរោគសញ្ញាជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ

ចង្កោមរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រង
មិនសូវឃ្លានអាហារ	• ហូបអាហារតិចៗ, ញឹកញាប់ ៥-៦ ដង/ថ្ងៃ • ហូបអាហារដែលមានសារជាតិចិញ្ចឹម • ផឹកទឹកអោយបានច្រើន • ដើរចុះដើរឡើង មុនហូបអាហារ-ស្រូបខ្យល់បរិសុទ្ធដើម្បីជំរុញអោយឃ្លានអាហារ • មានគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិជួយរៀបចំចំអិនម្ហូបអាហារ • ធ្វើលំហាត់ប្រាណបន្តិចបន្តួច និងធ្វើសកម្មភាពបន្តិចបន្តួច • បន្ថែមរសជាតិ លើភេសជ្ជៈនិងអាហារដើម្បីអោយមានរសជាតិឆ្ងាញ់ពិសារ
ដំបៅមាត់	• ចៀសវាងផ្លែឈើរសជាតិជូរ, ជាតិអាស៊ីត និងអាហារជាតិហើរ • ហូបអាហារនៅក្នុងបន្ទប់មានសីតុណ្ហភាព • ហូបអាហារដែលទន់ និងស្រស់ • ចៀសវាងផឹកកាហ្វេ និងសុរា
មាត់ស្ងួត និង ដំបៅបំពង់ក	• លាងមាត់ដោយថ្នមៗជាមួយទឹកអំបិលក្តៅអ៊ុនៗ ដោយប្រើទឹកដាំពុះ • លាងមាត់អោយបានញឹកញាប់ យ៉ាងហោចណាស់ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃនៅពេលព្រឹក និងពេលល្ងាច ជាពិសេស នៅក្រោយពេលហូបអាហារ • ប្រើតែ cinnamon សំរាប់លាងមាត់ (១/៤ ស្លាបព្រានៃ cinnamon ដាក់ក្នុងទឹកក្តៅ១កែវ គ្របអោយជិតហើយទុកអោយត្រជាក់)។
ជំងឺបង្កដោយ Candidiasis	• ហូបអាហារទន់, ត្រជាក់ និងអាហារសាបបន្ថែម • បន្ថែមខ្ទឹម (ជាជំរើស) • ចៀសវាងអាហារក្តៅខ្លាំង ឬ ត្រជាក់ខ្លាំង, ផ្អែម (ជាតិស្ករ, ស្ករអំពៅ), ផ្សិត, កាហ្វេ, អាហារជាតិហើរ, ភេសជ្ជៈដែលមានជាតិហ្គាស និង សុរា។
ក្អួត និងចង្អោរ	• ហូបអាហារបន្តិចម្តងៗ ហើយហូបញឹកញាប់ • កុំទុកក្រពះអោយនៅទទេ ពីព្រោះ វាបណ្តាលអោយមានចង្អោរកាន់តែខ្លាំង • ហូបអាហារដែលសាប • ចៀសវាងហូបអាហារដែលមានក្លិនមិនល្អ • ផឹកទឹកអោយបានច្រើន • សំរាក សំរាន្ត ក្រោយពេលហូបអាហារ • កុំទំរេតខ្លួន ក្រោយពេលហូបអាហារហើយភ្លាម • កុំផឹកកាហ្វេ និងសុរា។
រាគរូស	• បន្តហូបចំណីអាហារ និងផឹកទឹក នៅពេលដែលអ្នកជំងឺអាចទ្រាំទ្រនឹង

	ការរាគរូសបាន • ផឹកទឹកអោយបានច្រើនៈ លើសពី៨កែវ ក្នុង១ថ្ងៃ ពិសេស ទឹកដាំពុះ ដើម្បីការពារការបាត់ជាតិទឹក • ហូបផ្លែចេកទុំ ផ្លែប៉ោមចំអិន ឬ ស្វាយ កុំហូបផ្លែឈើខ្ចី • បកសំបក និងចំអិនបន្លែអោយឆ្អិន កុំហូបបន្លែឆៅ • រៀបចំបបរដោយដាក់អង្ករស្ងោ ១ពែង ក្នុងទឹកស្អាត ៥ ទៅ ៦ កែវ ដាក់អំបិលបន្តិច ប្រើរយៈពេល ១ម៉ោង។ • ហូបទាំងទឹកបបរ និងកាកបបរ • ត្រូវដកផលិតផលធ្វើពីទឹកដោះ, លើកលែងតែ យ៉ាអួ (yogurt), ចេញពីរបបអាហារប្រចាំថ្ងៃ បន្ទាប់មក ដាក់ត្រឡប់មកវិញ បន្តិចម្តងៗ ប្រហែលជាពីរកែវក្នុង១ថ្ងៃ។
ទល់លាមក	• ហូបអាហារដែលសំបូរដោយជាតិសរសៃ និងអាហារក្រៀម • ហាត់ប្រាណបន្តិចបន្តួច និងធ្វើសកម្មភាពស្រាលៗ • ហូបទឹកអោយបានច្រើន • ហូបទឹក ភេសជ្ជៈក្តៅអ៊ុនៗ។

កែសំរួលពី *Management of HIV infection and antiretroviral therapy in adults and adolescents.* WHO/SEARO, 2007

សន្តិសុខស្បៀង

ជាទូទៅ មេរោគអេដស៍បានបង្កឡើងចំពោះអ្នកដែលមានស្ថានភាពសង្គម សេដ្ឋកិច្ចខ្សត់ខ្សោយ ការផ្គត់ផ្គង់ស្បៀងអាហារនៅមានកំរិត និងបាត់បង់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ។ ត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីអោយមានទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកទាំងនេះជាមួយសេវាគាំទ្រស្បៀងតាមរយៈក្របខ័ណ្ឌថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត។ បច្ចុប្បន្ន កម្មវិធីថែទាំតាមផ្ទះនិងតាមសហគមន៍ក៏បានអនុវត្តនូវកម្មវិធីសន្តិសុខស្បៀង ដោយផ្តល់អង្ករប្រចាំខែ ព្រមទាំង ពពួកវីតាមីនមួយចំនួន ហើយកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភជាតិបានផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផងដែរ។

៣.៥ ចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិក ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកើតជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ

- អាចមានករណីដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍មិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ហើយមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។ ជានិច្ចកាលត្រូវសាកសួរអ្នកជំងឺពីចង្កោមរោគសញ្ញា រួមមាន រាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ ឬគ្រុនក្តៅ ត្រូវធ្វើចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិកតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ជាលទ្ធផលអ្នកជំងឺអាចនឹងមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

- គោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកបច្ចុប្បន្នមានការថយចុះទំងន់ខ្លួនដោយមិនមានបំណង < ១០% ត្រូវចាត់ទុកថា អ្នកជំងឺស្ថិតនៅដំណាក់កាលទី២។
- ការថយចុះទំងន់ខ្លួនលើសពី១០% ត្រូវចាត់ទុកថា អ្នកជំងឺស្ថិតនៅដំណាក់កាល ទី៣។ ចង្កោមរោគសញ្ញាចុះស្គមខ្លាំងទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ (HIV wasting syndrome) ត្រូវចាត់ទុកថា អ្នកជំងឺស្ថិតនៅដំណាក់កាលទី៤នឹងត្រូវកំណត់ដូចខាងក្រោម៖

ការថយចុះនៃទំងន់ខ្លួនដោយគ្មានបំណង ១០% នៃទំងន់ថ្លឹងលើកដំបូង រួមផ្សំជាមួយជំងឺរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ (រាគដោយលាមករាវ ចំនួនពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៣០ថ្ងៃ) ឬ ការចុះខ្សោយនិងគ្រុនក្តៅ (៣០ថ្ងៃ ឬ លើសពីនេះកើតឡើងម្តងម្កាល ឬជាប់ជានិច្ច)នៅក្នុងពេលមិនមានជំងឺឬល័ក្ខខ័ណ្ឌផ្សេងទៀត ក្រៅពីការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ដែលអាចពន្យល់បានពីរបបគំហើញនេះ។

៣.៦ ជំងឺកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

ទំងន់ទារកនៅពេលកើត គឺជាកត្តាដ៏សំខាន់សំរាប់កំណត់ការរស់រានមានជីវិតរបស់កុមារនិងជាឥទ្ធិពលបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពអាហាររូបត្ថម្ភរបស់ម្តាយនៅពេលមុននិងពេលកំពុងមានផ្ទៃពោះ។ ការមានទំងន់ស្រាលពេលមុនមានផ្ទៃពោះនិងការកើនទំងន់មិនសមស្របពេលកំពុងមានផ្ទៃពោះ គឺជាកត្តាមួយសំរាប់ព្យាករណ៍នៃការរីកធំធាត់យឺតយ៉ាវពេលទារកនៅក្នុងផ្ទៃនិងទារកមានទំងន់ស្រាលនៅពេលសំរាល។

យោងតាមវិទ្យាស្ថានវេជ្ជសាស្ត្រនៅបណ្ឌិតសភាវិទ្យាសាស្ត្រជាតិនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ស្ត្រីដែលចាប់ផ្តើមមានផ្ទៃពោះ ដោយមានសន្ទស្សន៍ទំងន់ខ្លួន (BMI) < ១៨,៥ ត្រូវបង្កើនការស្រូបចូលថាមពលប្រចាំថ្ងៃបន្ថែមដើម្បីអោយឡើងទំងន់យ៉ាងហោចណាស់ ១២,៥ គីឡូក្រាម នៅពេលមានផ្ទៃពោះ (សូមអាចតារាងទី១១)។ កម្មវិធីអាហាររូបត្ថម្ភជាតិបានផ្តល់សេវាអាហាររូបត្ថម្ភ ពិសេស ជូនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ រួមមាន ការផ្តល់សារធាតុដែកនិងសារជាតិចិញ្ចឹមមីក្របន្ថែមទៀត។

តារាងទី១១: ការឡើងទំងន់ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

មុនមានផ្ទៃពោះ ការចាត់ថ្នាក់តាម BMI	ទំងន់ដែលត្រូវឡើងសរុប	ការកើនទំងន់ប្រចាំសប្តាហ៍, ត្រីមាសទី២និងទី៣	ទំងន់ដែលត្រូវឡើងប្រចាំខែ, ត្រីមាសទី២ និងទី៣
< ១៨,៥	១២,៧-១៩,៥គក្រ	0,៥ គក្រ	២,0គក្រ
១៨,៥-២៤,៩	១១,៣-១៧,១គក្រ	0,៥ គក្រ	២,0 គក្រ
២៥,0-២៩,៩	៦,៨-១២,២ គក្រ	0,៣ គក្រ	១,២ គក្រ
≥ ៣0,0	៥,0-៩,៨ គក្រ	0,២ គក្រ	0,៨ គក្រ

ប្រភព: IOM May 2009. Resource Sheet: Wieght gain during Pregnancy: Reexamining the guideline. Washington, DC: IOM

៤. ការវាយតំលៃការបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយមលើកដំបូង

ចំនុចគន្លឹះ :

- ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិកតាមអង្គការ WHO ដោយផ្អែកលើព្រឹត្តការណ៍គ្លីនិកអាចមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
- ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយមនៅកំរិតខុសៗគ្នានៃការថយចុះភាពស៊ាំ ប្រែប្រួលតាមស្ថានភាពភាពស៊ាំ។
- ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារឡើងវិញរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (IRIS) បានបង្ហាញដោយមានភាពដូចគ្នានឹងការបង្កជំងឺឱកាសនិយម ត្រូវធ្វើការពិចារណាករណីនេះចំពោះអ្នកជំងឺដែលទើបតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

៤.១ ស្ថានភាពគ្លីនិក និងការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់សារជាថ្មី

ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិកតាមអង្គការWHO ត្រូវអនុវត្តនៅរាល់ពេលមកពិនិត្យសុខភាព។ **ដំណាក់កាលគ្លីនិកអាចនឹងកើតឡើង ប៉ុន្តែមិនអាចថយចុះទេ លើកលែងតែការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់កាលពីមុនមិនបានត្រឹមត្រូវ។** ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក ដូចជា ការថយចុះទំងន់ខ្លួន ឬ ការបង្កជំងឺឱកាសនិយមថ្មីទៀតអាចកើតឡើងនូវដំណាក់កាលគ្លីនិក ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ និងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍មុននឹងបានទទួលលទ្ធផលតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម។

គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានបង្ហាញនូវព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកថ្មី តំរូវអោយធ្វើចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិកតាមអង្គការWHOសារជាថ្មី (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី១)។ ប្រសិនបើលទ្ធផលនៃការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិកខ្ពស់ជាងដំណាក់កាលគ្លីនិកកាលពីលើកមុន, ការកើនឡើងនូវចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិកអាចបំពេញនូវលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ អំពីការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់, ឆ្នាំ ២០១១)។

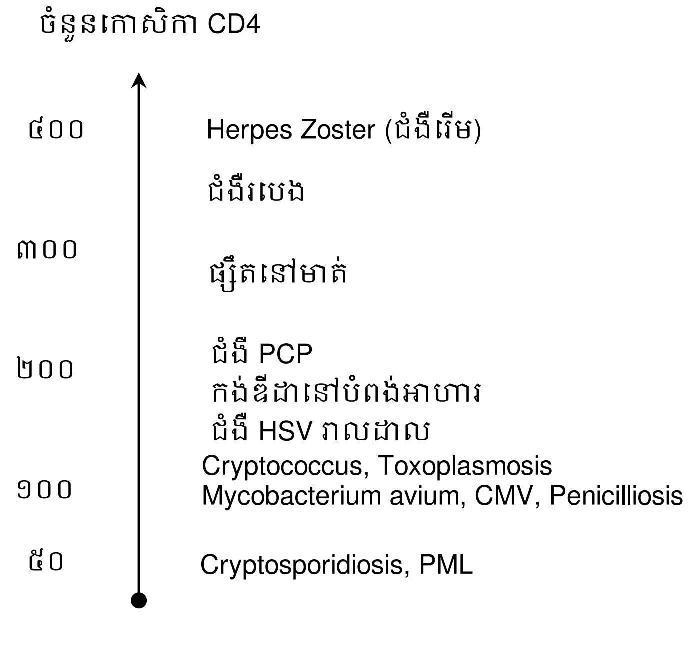
មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិកសារជាថ្មីអាចឃើញនូវការកើនឡើងនៃលទ្ធផលជាដំណាក់កាលគ្លីនិក។ ការកើនឡើងនូវដំណាក់កាលគ្លីនិកនេះនឹងរក្សានៅដដែល លុះត្រាតែអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ឧទាហរណ៍ អ្នកជំងឺដែលមិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ហើយបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានកើតជំងឺកង់ឌីដានៅបំពង់អាហារត្រូវបានវាយតំលៃថា អ្នកជំងឺនេះស្ថិតនៅដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤។ ទោះបីជាជំងឺរលាកបំពង់អាហារ អាចនឹងជាសះស្បើយរយៈពេល

២សប្ដាហ៍ក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងជំងឺផ្សិតក៏ដោយ អ្នកជំងឺនៅតែបន្តវាយតំលៃថាស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ ក្រោយពីការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថនឹងប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

៤.២ ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយមតាមកំរិតថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ

ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយម ប្រែប្រួលតាមកំរិតនៃការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ លើកលែងតែករណី ជំងឺរបេង។ អ្នកជំងឺនឹងបង្ហាញនូវចង្កោមរោគសញ្ញាគ្លីនិកជាមួយនឹងសក្ដានុភាពនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺជាច្រើន។ ការវាយតំលៃពីកំរិតថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់អ្នកជំងឺ អាចជួយកាត់បន្ថយចំនួនជំងឺដែលត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ។

រូបភាពទី២ : ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយមទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ប្រែប្រួលតាម ចំនួនកោសិកា CD4



៤.៣ ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្ដាប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ កើតក្រោយពីការចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (IRIS)

ជាទូទៅ IRIS កើតឡើងក្នុងកំឡុង ២ ទៅ៨សប្ដាហ៍ ក្រោយពីការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ហើយក៏អាចកើតឡើងក្នុងពេលណាមួយក្នុងកំឡុងរយៈពេល៦ខែនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងករណីកំរ អាចកើត IRIS ក្រោយរយៈពេលនេះទៀត។ ការប្រឈមមុខនឹងការកើត IRIS មានកំរិតខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង

នឹងមេរោគអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាប និងមានចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម (viral load) ខ្ពស់។

ចង្កោមរោគសញ្ញានិងសញ្ញាគ្លីនិកនៃIRISមានភាពជាន់គ្នាជាមួយនឹងរោគសញ្ញាជំងឺឱកាសនិយម។ នៅពេលដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងការបង្ករោគ នាំអោយមានការលេចឡើងរោគសញ្ញាគ្លីនិកផ្សេងៗទៀត ហើយអាចបណ្តាលអោយ៖

- ការបង្ករោគដោយគ្មានរោគសញ្ញាពីមុនក្លាយជាមានរោគសញ្ញា។
- រោគសញ្ញាគ្លីនិកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ទោះបីជាការព្យាបាលទទួលជោគជ័យក៏ដោយ។
- ប្រតិកម្មនឹង remnants ឬ អង់ទីហ្សែននៃជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតមានពីមុន ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ ARV ។

ការលេចឡើងនូវរោគសញ្ញាទាំងនេះ មិនមែនបណ្តាលមកពីការបង្ករោគ ឬក៏ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំតែឯកឯងនោះទេ, ប៉ុន្តែវាកើតឡើងដោយអន្តរកម្មនៃបញ្ហាទាំងពីរនេះ។ ជំងឺរបេងគឺជាមូលហេតុញឹកញាប់ជាងគេនៃការស្តារឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ វាមានសភាពដូចគ្នានឹង" paradoxical reactions" ដែលបានជួបប្រទះចំពោះអ្នកដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយជំងឺរបេង។ រោគសញ្ញាកើតញឹកញាប់ជាងគេ មានគ្រុនក្តៅ និងមានដំបៅបង្កដោយមេរោគរបេងមានច្រើន និងមានទំហំរីកធំជាពិសេស ឡើងកូនកណ្តុរ (lymph node) និងការជ្រាបចូលទឹកទៅក្នុងសួត (pulmonary infiltrates), ដំបៅទងសួត (bronchial lesions), ស្ទះបង្ហូរនោម (ureteric strictures), ឬ ដំបៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (CNS lesions)។

IRIS ក៏កើតឡើងផងដែរ នៅពេលមានជំងឺ MAC, ជំងឺ PCP, ជំងឺ Toxoplasmosis, ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទBនិងC, ជំងឺ Cytomegalovirus, ជំងឺ Varicella-zoster virus, ជំងឺ Cryptococcal infection, ជំងឺ Histoplasmosis, និងជំងឺ PML ។ រោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ដូចគ្នានឹងរោគសញ្ញាជំងឺឱកាសនិយមដែរ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល IRIS ជាធម្មតា គឺ៖

- អ្នកជំងឺត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើកលែងតែក្នុងករណីមានជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយសារ Cryptococcus ធ្ងន់ធ្ងរ។
- ធ្វើការស្រាវជ្រាវរកជំងឺឱកាសនិយមថ្មីៗ ឬ ជំងឺឱកាសនិយមសកម្មដែលការព្យាបាលមិនអាចទទួលបានជោគជ័យ ឬព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមទាំងអស់ ដែលទើបតែស្រាវជ្រាវរកឃើញ។ការស្រាវជ្រាវរកជំងឺឱកាសនិយមទាំងនេះ ត្រូវធ្វើការបណ្តុះមេរោគ (blood cultures), ថតសួតដោយកាំរស្មីX, និងបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងបើមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល។ ដំបៅកូនកណ្តុរ ឬ ដំបៅស្បែកកើតឡើងថ្មី ឬ កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ គឺជាគន្លឹះ

ដ៏សំខាន់ ហើយត្រូវធ្វើ Biopsy បើលទ្ធផលឈាម ឬ លទ្ធផលពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមិនអាចកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យបាន។ អ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺរបេងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវធ្វើការបណ្ដុះកំហាកសារឡើងវិញនិងធ្វើតេស្ត (sensitivity testing) ដើម្បីវាយតំលៃភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថជាច្រើនមុខ (multi-drug resistant=MDR) ឬភាពស៊ាំជាមួយឱសថរាលដាល (extensively drug resistant)នៃជំងឺរបេង ឬ ជំងឺ MAC។

- ចាប់ផ្ដើមបន្តការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម នៅពេលដែលបានរកឃើញ។
- ប្រើឱសថក្រុម Non-steroidal anti-inflammatory agents ដើម្បីកាត់បន្ថយការរលាក ឧទាហរណ៍: រលាកកូនកណ្ដុរ និងគ្រុន។
- ករណីចាំបាច់ ត្រូវប្រើ corticosteroids ក្នុងរយៈពេលខ្លី បើរោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទាហរណ៍:ការថប់ដង្ហើម,រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធសសៃប្រសាទកណ្ដាល, ការស្ទះតំរងនោម)។

៩. បង្ករោគដោយកង់ឌីដា

ចំនុចគន្លឹះ :

- ការបង្ករោគដោយកង់ឌីដា កើតមានជាញឹកញាប់ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍។
- ត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបង្ករោគដោយកង់ឌីដា នៅមាត់សារចុះសារឡើង (ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣) ឬ កើតជំងឺកង់ឌីដានៅបំពង់អាហារ (ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤)។
- មិនត្រូវព្យាបាលបង្ការការបង្ករោគកង់ឌីដាលើកទី២ទេ។

ជំងឺកង់ឌីដា

ការបង្ករោគដោយកង់ឌីដា កើតមានញឹកញាប់ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ គឺជំងឺកង់ឌីដានៅមាត់, កង់ឌីដានៅមាត់ស្បូន-ទ្វារមាស, និងកង់ឌីដានៅបំពង់អាហារ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំខ្លាំង, មេរោគកង់ឌីដាបានរាលដាលពាសពេញខ្លួន (Candidemia)។

មេរោគ Candida albicans បានបង្ករោគភាគច្រើន ហើយបានបង្កជំងឺកង់ឌីដានៅមាត់និងនៅបំពង់ក គឺជាសូចនាករមួយកំណត់ថា មានការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ អ្នកជំងឺភាគច្រើនមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ២០០ កោសិកា/មម^{៣} និងឆ្លើយតបជាមួយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងពួកផ្សិត (anti-fungal medications)។ ភាពស៊ាំជាមួយឱសថ azoles រួមមាន Fluconazole កើតមានដោយកំរនៅប្រទេសកម្ពុជា។

អ្នកផ្ដល់សេវាមិនត្រូវប្រើឱសថ Fluconazole និងឱសថ Itraconazole ក្នុងត្រីមាសទី១នៃផ្ទៃពោះទេ ព្រោះអាចបណ្ដាលអោយកូនកើតមកមិនគ្រប់លក្ខណៈ (Teratogenic effects)។ ករណីចាំបាច់ ត្រូវប្រើឱសថ Amphotericin-B សំរាប់ជំនួសវិញ ឬ ស្នើសុំយោបល់គ្រូពេទ្យជំនាញ។

៥.១ ជំងឺកង់ឌីដានៅមាត់

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

លេចឡើងស្នាមពណ៌ស ជាច្រើនហើយមិនឈឺ ងាយជូតចេញ patches ឬ ស្នាមពណ៌សលើអណ្ដាត, ជញ្ជាំងខាងក្រោយនៃបំពង់ក។ ដំបៅនោះ តែងតែឈាមហូរពេលកេះយកចេញ។ អ្នកជំងឺអាចកើត Angular chelosis តែជាករណីដ៏កំរ។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិកនឹងប្រើអតិសុខុមទស្សន៍ (Microscopy) រកមេរោគផ្សិត និងធ្វើការបណ្ដុះមេរោគ។ ប្រសិន បើរោគសញ្ញាគ្លីនិកមិនមានភាពច្បាស់លាស់ទេនោះ ការព្យាបាលក៏មិនមានប្រសិទ្ធិភាពដែរ។ ការប្រើអតិសុខុមទស្សន៍មើលសំណាកដែលកៀយកពីភ្នាសក្នុងមាត់ បានបង្ហាញ Pseudohyphae និង/ឬ blastopores ។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

លាបសូលុយស្យុង Gentian violet, ១% នៅហ្នឹងកន្លែង ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ, ឬ ប្រើ Nystatin pessary, ១00 000 IU ដោយលេប ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ ឬ ប្រើ Clotrimazole oral troches ១០ មក្រ។ ប្រើ pastille ៤-៥ ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១០-១៤ថ្ងៃ។ ប្រើ Miconazole gumpatch ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ។

ការព្យាបាលរួមផ្សំ (Alternative treatment)

១. សូលុលស្យុង Nystatin ៥00,000 Units ដោយផឹក ៥ដងក្នុង១ថ្ងៃ (ប្រសិនបើមាន)។

២. Fluconazole ១០០មក្រ ប្រើ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ។

៣. Ketoconazole ២០០មក្រ ប្រើ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ (ចៀសវាងប្រើចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើ Rifampicin ព្រោះវាមានអន្តរកម្មឱសថ ដោយបន្ថយកំរិតសកម្មក្នុងឈាមនៃឱសថនិមួយៗ)។

៤. Amphotericin-B: 0,៣-0,៥ មក្រ/គក្រ ក្នុង ១ថ្ងៃ ចាក់តាមសរសៃឈាមវ៉ែន រយៈពេល ៧-១៤ថ្ងៃ (ករណីលំបាកព្យាបាល)។

៥.២ ជំងឺកង់ឌីដានៅបំពង់អាហារ (Esophageal Candidiasis)

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

ជំងឺកង់ឌីដានៅបំពង់អាហារ អាចគ្មានរោគសញ្ញា ប៉ុន្តែជាទូទៅ អាចពិបាកលេបអាហារចូល, និង/ឬ ឈឺចាប់ពេលលេបអាហារចូល និងឈឺផ្នែកខាងក្រោយឆ្អឹងជំនី។ ជំងឺកង់ឌីដានៅបំពង់អាហារ អាចកើតឡើង ដោយមាន ឬគ្មានរោគសញ្ញានៃ ជំងឺកង់ឌីដានៅមាត់និងបំពង់អាហារ។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

សេវាភាគច្រើនមិនមាន Endoscopy សំរាប់ពិនិត្យទេ។ ពិនិត្យដោយប្រើ Endoscopy ឃើញស្នាមបន្ទះ ពណ៌ស និងមានទឹករងៃ មានសភាពដូចគ្នានឹងជំងឺកង់ឌីដានៅមាត់ ហើយជួនកាលមានដំបៅសើៗនៅបំពង់អាហារ។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

១. Fluconazole ២០០មក្រ ប្រើ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១៤ ថ្ងៃ។

២. Ketoconazole ២០០មក្រ លេប២គ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ ក្រោយពេលបាយ (ចៀសវាងប្រើចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើ Rifampicin ព្រោះវាមានអន្តរកម្មឱសថដោយបន្ថយកំរិតសកម្មក្នុងឈាមនៃឱសថនិមួយៗ)។

៣. Itraconazole ២០០ មក្រ,ប្រើ១ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល ១៤ថ្ងៃ។

៥.៣ ជំងឺកង់ឌីដានៅមាត់ស្បូននិងយោនី

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

អ្នកជំងឺអាចត្អូញត្អែរអំពីការរមាស់ ឬ មានអារម្មណ៍ក្តៅរួមជាមួយ ការធ្លាក់ស, ហើយកើតសារចុះសារឡើង។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

រោគសញ្ញាគ្លីនិក ការធ្លាក់ស ស្អិត ពណ៌សល្អិតៗ មានបន្ទះសដូចឈីស នៅតំបន់យោនី ឡើងពណ៌ក្រហម, ហើម និងឈឺចាប់។ បើរោគសញ្ញាគ្លីនិក មានសភាពមិនច្បាស់លាស់ និងការព្យាបាលពុំមានប្រសិទ្ធិភាពទេនោះ ត្រូវធ្វើការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍(Microscopy) លាយជាមួយសូលុយស្យុងប៉ូតាស្យូមអ៊ីដ្រុកស៊ីត (Patassium Hydroxide)។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

១. ប្រើ Nystatin ១00,000 units សំរាប់សុលក្នុងប្រដាប់បន្តពូជស្ត្រីរយៈពេល ១៤ថ្ងៃ។

២. Clotrimazole Vaginal cream ៥ក្រាម ក្នុង១ថ្ងៃ ឬ Clotrimazole សំរាប់សុលក្នុងប្រដាប់បន្តពូជស្ត្រី គ្រាប់ ១០០មក្រ ប្រើ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ ទៅ ៧ថ្ងៃ ឬ រហូតដល់បាត់រោគសញ្ញា ឬ ប្រើ Clotrimazole ៥០០មក្រ សំរាប់សុល ១ថ្ងៃ១ដង។

៣. Micronazole cream ប្រើ ៥ ក្រាមក្នុង១ថ្ងៃ ឬ ១០០មក្រ សំរាប់សុលប្រដាប់បន្តពូជស្ត្រី រយៈពេល ៧ថ្ងៃ។

ការព្យាបាលជំរើស

១. Fluconazole ១៥០-២០០មក្រ លេបម្តង ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ (ប្រើកំរិតដូសខ្ពស់ និងប្រើរយៈពេលយូរក្នុងករណីប្រព័ន្ធភាពស៊ាំថយចុះខ្លាំងក្លា) ឬ

២. Itraconazole ២០០មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ នៅថ្ងៃទី១ រួចលេប ១ថ្ងៃ១ដងរយៈពេល ៣ថ្ងៃបន្ទាប់ ឬ

៣. Ketoconazole ២០០មក្រ លេប ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ។

៥.៤ ជំងឺកង់ឌីដាដែលមានការរាលក្នុងឈាម **(Candidemia)**

ជំងឺកង់ឌីដាដែលមានការរាលដាលក្នុងឈាម (Candidemia) កើតមានដោយកំរចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ជាញឹកញាប់ គេឃើញកើតចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានការថយចុះកោសិកា Neutropenia ដោយ Non-Hodkin's Lymphoma ឬ ដោយសារមេរោគអេដស៍។ Candidemia គឺជាការបង្ករោគគំរាមកំហែងដល់ជីវិតយ៉ាងឆាប់រហ័សត្រូវអោយអ្នកជំងឺមកសំរាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដើម្បីធ្វើការតាមដាននិងព្យាបាល៖

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

គ្មានរោគសញ្ញា, គ្រុន ឬ មាន sepsis។

រោគវិនិច្ឆ័យ

រោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬ ធ្វើការបណ្តុះឈាម។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

សូមបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅទទួលការព្យាបាលនៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលដែលមានកំរិតខ្ពស់ជាង បើអ្នកជំងឺមិនមានលំនឹង ដើម្បីទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ Amphotericin B ។ ព្យាបាលដោយប្រើ Amphotericin B ០,៧ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចាក់ចូលតាមសរសៃវ៉ែន រយៈពេល១៤ទៅ២១ថ្ងៃ។ បើអ្នកជំងឺមានលំនឹងក្នុងរយៈពេល៧ថ្ងៃនៃការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក ត្រូវប្តូរទៅប្រើ Fluconazole ៤០០មក្រ លេប ១ ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ។

ការព្យាបាលជំរើស

Fluconazole ៤០០មក្រ លេប១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ២១ថ្ងៃ បើគ្មានរោគសញ្ញា។

៥.៥ ការព្យាបាលបង្ការលើកទី២

ជាទូទៅ ការព្យាបាលបង្ការលើកទី២ មិនត្រូវអនុវត្តទេ លើកលែងតែករណីមានការបង្ករោគកង់ឌីដាម្តងហើយម្តងទៀត។

- កើតកង់ឌីដានៅមាត់និងបំពង់អាហារៈ ត្រូវប្រើឱសថ Fluconazole ១០០មក្រលេបម្តងក្នុង១ថ្ងៃ។
- កើតកង់ឌីដានៅមាត់ស្បូននិងនៅយោនី (Cervicovaginal Candidiasis): ត្រូវប្រើ Miconazole cream ៥ក្រាម/ថ្ងៃ។

៦. ជំងឺរបេង

ចំនុចគន្លឹះ :

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ មានការបង្ករោគដោយមេរោគរបេងផងនឹងមានការប្រឈមមុខនឹងការវិវត្តន៍ទៅជាជំងឺរបេងសកម្មពី ៣០ភាគរយទៅ ៥០ភាគរយ។
- ជំងឺរបេង ត្រូវពិចារណាលើគ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងជំងឺផ្លូវដង្ហើម។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ មានគ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ, ក្អកតិចតួច, ពិនិត្យកំហាកដោយ AFB ឃើញ អវិជ្ជមាននិងការថតសួតដោយកាំរស្មី x មានរូបភាពមិនច្បាស់លាស់។

នៅប្រទេសកម្ពុជា ៦៤ ភាគរយ នៃប្រជាជនមានផ្ទុកមេរោគរបេង (ប្រហែល ៨លាននាក់) និងប៉ាន់ស្មានថា មានជំងឺរបេងសកម្មចំនួន៦៥,០០០នាក់នៅឆ្នាំ ២០០៩។ ជំងឺរបេងគឺជាមូលហេតុមួយដ៏ចំបងនៃមរណៈភាពដោយសារវាជាជំងឺឱកាសនិយមក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ច្រើនកើតមានជំងឺរបេងសកម្ម, ការព្យាបាលបរាជ័យ,ការលាប់ឡើងវិញ, និងមានអត្រាមរណៈភាពខ្ពស់។ បុគ្គលដែលផ្ទុកមេរោគរបេងអាចប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគរបេងសកម្មក្នុងជីវិតរបស់គេក្នុងកំរិតពី ៥ភាគរយ ទៅ ១០ភាគរយ, ហើយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍មានការប្រឈមមុខនឹងកើតជំងឺរបេងសកម្មក្នុងអត្រា ៣០ភាគរយ ទៅ ៥០ភាគរយ ឬ ៥ភាគរយ ទៅ ៨ភាគរយ ក្នុងមួយឆ្នាំ (សូមអានតារាងទី១២)។ ទោះបីជាទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ ក៏អ្នកផ្ទុក

មេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ពេលកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងមានការប្រឈមមុខនឹងអត្រាមរណៈភាព ៥ដងធៀបជាមួយនឹងអ្នកជំងឺមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ យោងតាមរបាយការណ៍ របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេងនិងហង់សិន អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងនៅគ្លីនិកពេលរសៀលរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេងនិងហង់សិន បានបង្ហាញថា អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងក្នុងរយៈពេល២ខែដំបូង មានអត្រាស្លាប់ចំនួន ៣៧ភាគរយ។ អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់នោះ ភាគច្រើនមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ២០០កោសិកា/មម^{៣} និងកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

តារាងទី១២: ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺរបេងសកម្មចំពោះអ្នកផ្ទុកនិងអ្នកមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	ការវិវត្តន៍ទៅជំងឺរបេងសកម្ម
អវិជ្ជមាន	៥-៨ ភាគរយ
វិជ្ជមាន	៣០-៥០ ភាគរយ

ហេតុនេះ គ្រប់អ្នកជំងឺរបេងទាំងអស់ ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ទោះបីជាមាន ឬ មិនមានកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ។ ការពិនិត្យកំហាកដោយអតិសុខុមទស្សន៍ គឺត្រូវធ្វើជាចាំបាច់ បើអាចត្រូវធ្វើការបណ្តុះមេរោគ និងការធ្វើតេស្ត sensitivity ។ ករណីសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងក្រៅសួត, ត្រូវបូមយកទឹកពីកូនកណ្តុរ (lymph nodes), ឬ ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ទៅពិនិត្យដោយ AFB staining និងធ្វើការបណ្តុះមេរោគ, និងធ្វើតេស្ត sensitivity បើអាចធ្វើបាន។

នៅឆ្នាំខាងមុខនេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេងនិងហង់សិន(CENAT) នឹងអាចមានលទ្ធភាពក្នុងការធ្វើ GeneXpert, ធ្វើ MTB/RIF assay រហ័ស ដើម្បីវាយតំលៃការពិនិត្យកំហាកស្រាវជ្រាវរកមេរោគរបេងនៅតាមសេវា OI/ART។ បើតេស្ត sensitivity សំរាប់អ្នកជំងឺដែលមាន AFB វិជ្ជមាន លើកំហាកជាមួយនឹងមេរោគរបេង គឺមាន ៩០ភាគរយ រីឯអ្នកមាន AFB អវិជ្ជមាន គឺ ៨០ភាគរយ។ តេស្តនេះ គឺជាតេស្តសំរាប់ ស្រាវជ្រាវមេរោគរបេង និងភាពស៊ាំដោយមេរោគរបេងជាមួយឱសថ rifampicin ក្នុងកំឡុងពេល ២ម៉ោង។

៦.១ ជំងឺរបេងសួត

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

គ្រុនក្តៅ និងការចុះទំងន់ គឺជារោគសញ្ញាដែលកើតជាញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ហើយក្អកមានកំហាក និងក្អកធ្លាក់ឈាម ច្រើនកើតមានលើអ្នកជំងឺដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ គេសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងសួតចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានរោគសញ្ញាដូចខាងក្រោមៈ

- គ្រុនក្ដៅ នៅពេលណាក៏ដោយ រយៈពេលយូរប៉ុន្មានក៏ដោយ។
- ក្អក នៅពេលណាក៏ដោយ រយៈពេលយូរប៉ុន្មានក៏ដោយ។
- បេីកញេីសពេលយប់ រយៈពេល ២សប្ដាហ៍ ឬ លើសពីនេះ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលសង្ស័យថា មានជំងឺរបេង ត្រូវធ្វើតេស្ត ដូចជា តេស្តពិនិត្យកំហាកដោយប្រើ AFB ការថតសួតដោយកាំរស្មី x, ដូចមានចែងក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពីការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងចំពោះអ្នកជំងឺបង្ករោគរបេង និងមេរោគអេដស៍រួមគ្នា ឆ្នាំ ២០០៩ និង SOP អំពីយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is។

ការថតសួតដោយកាំរស្មី x អាចបង្ហាញថា មានជំងឺរបេងសួត គឺផ្អែកតាមកំរិតថយចុះនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ ពេលដែលប្រព័ន្ធភាពស៊ាំនៅធម្មតា (CD4 >៥00 កោសិកា/មម៣) ជាទូទៅបង្ហាញជាជំងឺរបេងទំរង់ធម្មតា ដោយមាន Typical cavitary របេង ឬ មានដុំនៅសួតផ្នែកខាងលើ (Post primary pattern)។ ចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ២០០កោសិកា/មម៣) ភាគច្រើនបាន បង្ហាញរូបភាពមិនសូវច្បាស់ រួមមានរូបភាពនៃការថតតាមកាំរស្មី x បានបង្ហាញ រូបភាពធម្មតា, diffuse bilateral ឬ lower lobar infiltrates, mediastinal lymphadenopathy, pleural effusion, interstitial nodules ឬកើតមានរោគសញ្ញាផ្សេងទៀត ដូចនឹងជំងឺរបេងបឋម។

ចំនួនកោសិកា CD4 ចន្លោះ ២០០ កោសិកា/មម៣ និង ៥០០ កោសិកា/មម៣) រូបភាពតាមរយៈការថតសួត បង្ហាញទាំងរូបភាពធម្មតានិងមិនធម្មតា (សូមអានតារាងទី១៣)។

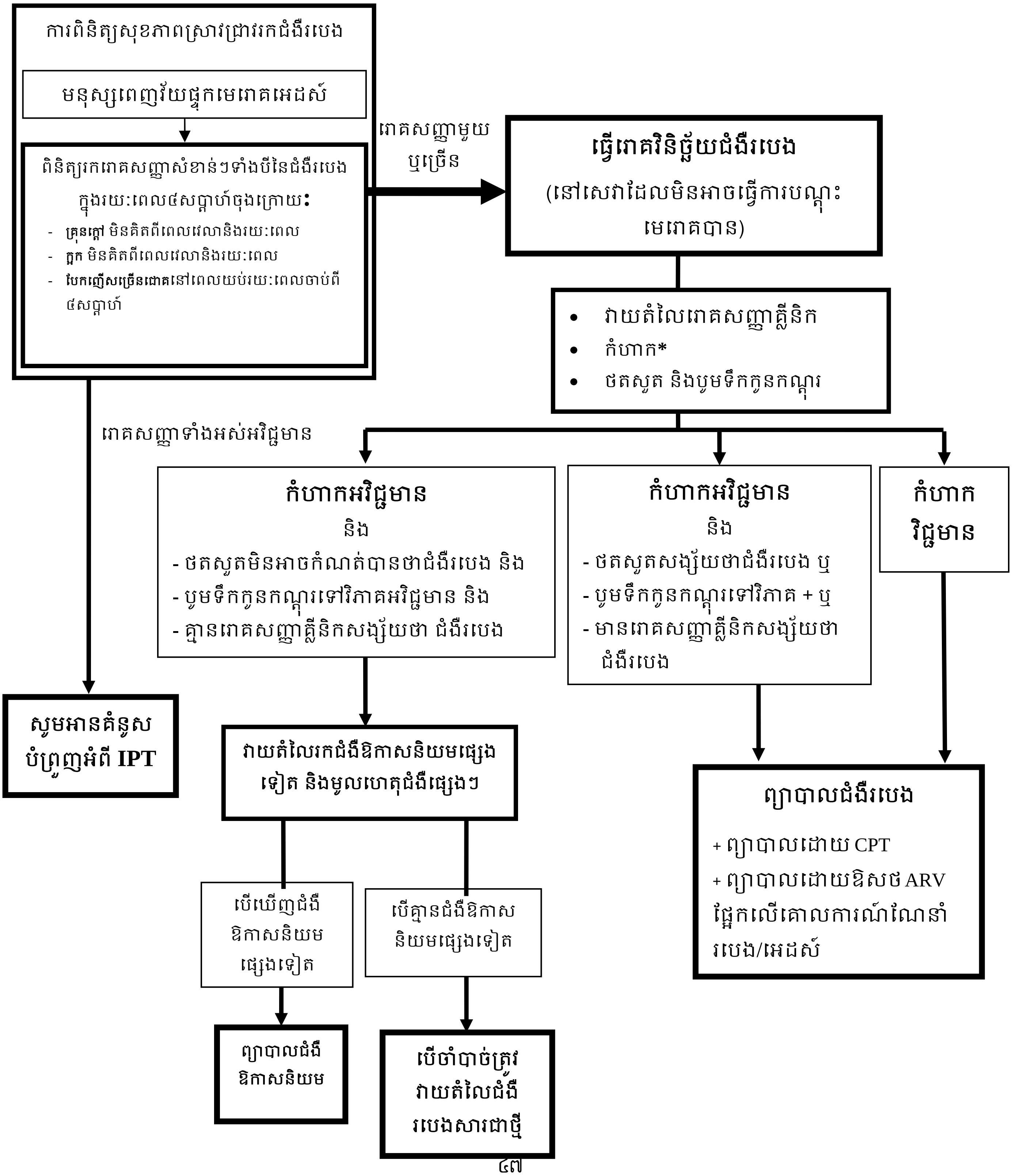
តារាងទី១៣: លក្ខណៈជំងឺរបេងសួតដែលខ្លាំងក្លានិងការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍

លក្ខណៈសញ្ញាគ្លីនិក	ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍យូរ CD4 < ២00 កោសិកា/មម៣	ការបង្ករោគដោយ HIV ថ្មីៗ CD4 > ២00កោសិកា/មម៣
រោគសញ្ញាគ្លីនិក	ដូចគ្នានឹងជំងឺរបេងបឋម	ដូចគ្នា post-primary TB
ការថតសួតដោយកាំរស្មី X		
១. ឡើងកូនកណ្ដុរនៅក្នុងទ្រូង	ញឹកញាប់	កំរ
២. កើតឡើងនៅប្រអប់សួតផ្នែកខាងក្រោម(Lower lobe)	ញឹកញាប់	កំរ
១. ដុះ Cavitation	កំរ	ញឹកញាប់
២. កំហាកវិជ្ជមាន	មិនសូវញឹកញាប់	ញឹកញាប់
ប្រតិកម្មឱសថ	ញឹកញាប់	កំរ
លាប់ឡើងវិញ ក្រោយពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល	ញឹកញាប់	កំរ

ក្នុងករណីដែលការធ្វើតេស្តកំហាកដោយ AFB ពីរលើកដំបូង មានលទ្ធផលអវិជ្ជមានតាមគោលការណ៍ អាចអនុញ្ញាតអោយព្យាបាលជំងឺរបេងបាន បើមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកសង្ស័យខ្ពស់ ឬការព្យាបាលដោយប្រើ Antibiotics សំរាប់ជំងឺផ្សេងៗ មិនទទួលជោគជ័យ, ថតសួតដោយកាំរស្មី x និង/ឬ AFBs ក្រោយពីបានបញ្ចប់ការព្យាបាលដោយ Antibiotics (សូមមើលរូបភាពទី២)។ បច្ចុប្បន្ន ការបណ្តុះមេរោគ Myco bacterium អាចធ្វើនៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេងនិងហង់សិន, វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ, វិទ្យាស្ថានប៉ាស្ទ័រនៅភ្នំពេញ, មន្ទីរពិសោធន៍នៃមន្ទីរបង្អែកខេត្តបាត់ដំបង និង មន្ទីរពិសោធន៍នៃមន្ទីរបង្អែកខេត្តកំពង់ចាម។ ការបណ្តុះមេរោគរបេងមានប្រយោជន៍ក្នុងករណី ការពិនិត្យកំហាកមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន (សួត និងរបេងក្រៅសួត) ជាពិសេសជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង ហើយការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ តែងតែមានការលំបាក។ ត្រូវធ្វើតេស្តឱសថ drug susceptibility ករណីសង្ស័យថាមានភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង។ លទ្ធផលនៃការបណ្តុះមេរោគអាចទទួលបានក្នុង រយៈពេល ៦ទៅ៨សប្តាហ៍ ដែលត្រូវយកមកអនុវត្ត ដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលនៅសេវាណាដែលអាចធ្វើបាន។ រូបភាពទី២ ត្រូវបានកំពុងប្រើប្រាស់សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសួត និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដោយមិនមានការធ្វើការបណ្តុះមេរោគរបេង ។

NCHADS និង CENAT នឹងបោះពុម្ពនូវគំនូសបំព្រួញបន្ថែមទៀត សំរាប់បង្ហាញពីវិធីប្រើ GeneXpert, MTB/RIF assay នៅពេលដែលតេស្តនេះ ត្រូវបានដាក់អោយប្រើប្រាស់នៅប្រទេសកម្ពុជា។

គំនូសបំព្រួញទី២: ការពិនិត្យសុខភាពរកជំងឺរបេង និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើមនុស្សពេញវ័យដែលមានក្អក, គ្រុន, បើកញើសច្រើនពេលយប់, ឬ ស្រកទំងន់ក្នុងកំឡុងពេល៤ខែមុន



ករណីដែលការពិនិត្យកំហាក មានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលសង្ស័យ និងការរកឃើញរូបភាពពេលថតសួតដោយកាំរស្មី x ។ តារាងទី១៤ បង្ហាញការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុសគ្នានៃជំងឺរបេងសួតដើម្បីផ្តល់ការទុកចិត្តដល់គ្រូពេទ្យនៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល។

តារាងទី១៤: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុសគ្នានៃជំងឺរបេងសួត

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ការបង្ករោគផ្សេងទៀត ក. Bacterial pneumonia (ជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរី) ខ. បូសសួត គ. ជំងឺ PCP (pneumocystis jiroveci pneumonia)	ក. ជាទូទៅមានភាពស្រួចស្រាវ, គ្រុនក្តៅ, ឆ្លើយតបនឹងអង់ទីប៊ីយោទីក ខ. ក្អកហើយកំហាកមានខ្ទុះច្រើន, ក្លិនស្អុយពេលដកដង្ហើម, មានរាងខ្វង (cavitation) ដោយមានទឹក ពេលថតកាំរស្មី x នៃផ្ទៃក (lobes) ខាងក្រោម គ. មិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ, ក្អកស្ងួត និងថប់ដង្ហើម។
ការស្ទះទងសួត Bronchiectasis	កំហាកមានខ្ទុះច្រើន
មហារីកសួត	កត្តាប្រឈមមុខ (ជក់បារី, មនុស្សចាស់)
ខ្សោយបេះដូងដោយស្ទះសរសៃឈាម	• រោគសញ្ញានៃជំងឺខ្សោយបេះដូង (ការចុះខ្សោយនៃថត បេះដូងខាងឆ្វេង): ថប់ដង្ហើម, orthopnoea, ថប់ដង្ហើម ពេលយប់, ក្អកឈាម, ហើម, ចុកខាងលើចុងដង្ហើម ដោយសារចុកថ្លើម។ • រោគសញ្ញាចុះខ្សោយបេះដូង។
ជំងឺប្រតិកម្មតាមផ្លូវដង្ហើម (កើតហឺត)	ពុំរ៉ៃ, រោគសញ្ញាម្តងម្កាល; ដេកស្រមុកឮពេលដកដង្ហើមចេញ (expiratory wheezes); រោគសញ្ញាទាំងនេះអាចកើតឡើង។
ជំងឺស្ទះផ្លូវដង្ហើមរ៉ាំរ៉ៃ (COPD)	កត្តាប្រឈមមុខ (ជក់បារី); រោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ

ការព្យាបាលស្តង់ដា

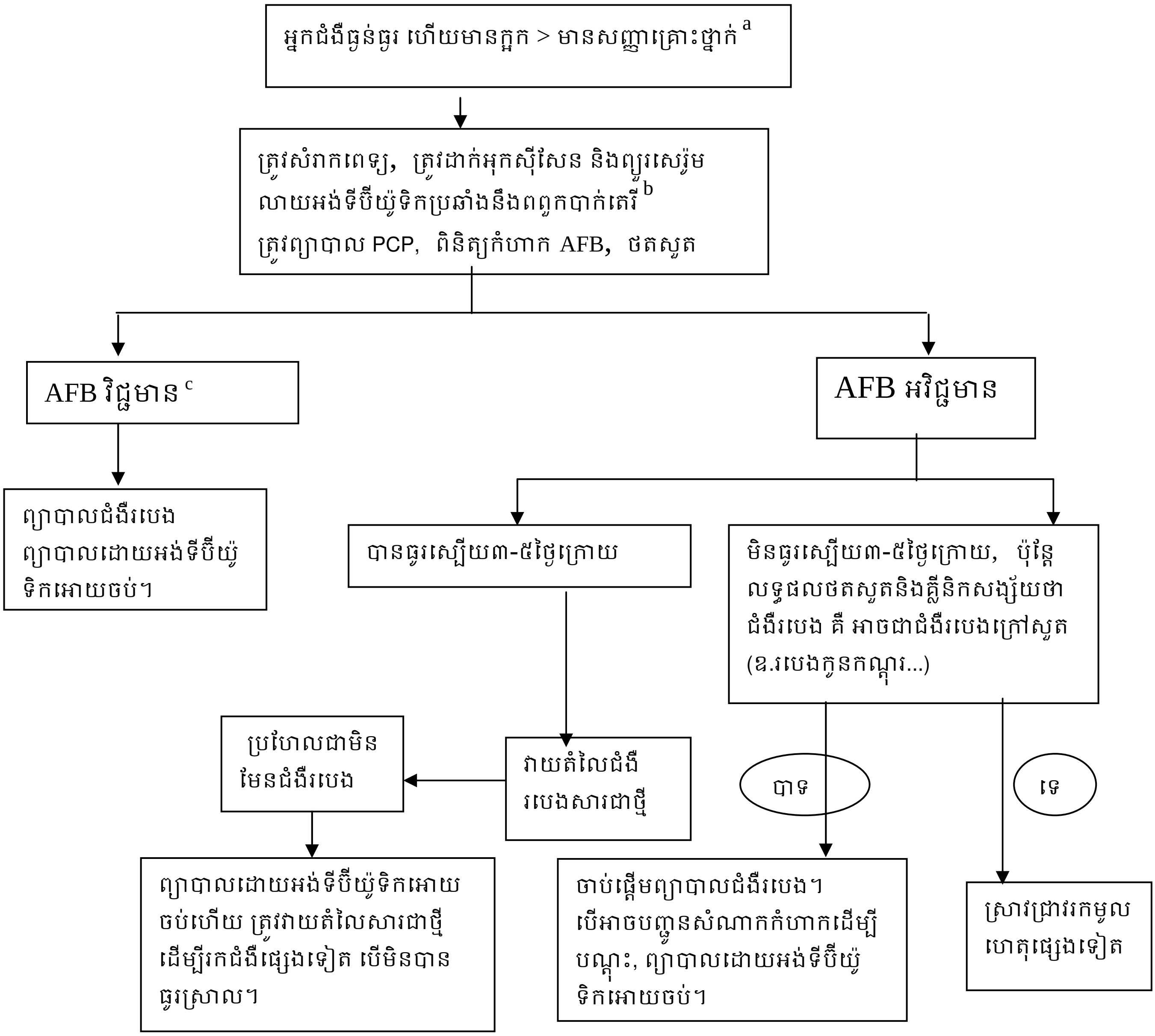
ជាអាទិភាព គឺត្រូវព្យាបាលជំងឺរបេងសួតដែលបញ្ជាក់លទ្ធផលនៃការពិនិត្យកំហាកវិជ្ជមាន។ ប៉ុន្តែមានករណីជាច្រើន ពេលដែលការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងភាគច្រើន គឺពឹងផ្អែកតែលើរោគសញ្ញាគ្លីនិកហើយចាប់ផ្តើមព្យាបាលចំពោះអ្នកជំងឺដែលបង្ករោគរបេងនិងអេដស៍។ **សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិសំរាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគរបេងនិងអេដស៍ ឆ្នាំ ២០០៩ និង SOP អំពីយុទ្ធសាស្រ្ត 3Is ពេលចាប់**

ផ្ដើមព្យាបាលជំងឺរបេង និងត្រួតពិនិត្យការចំលងរោគ។ មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនដែលមិនមានប្រវត្តិធ្លាប់កើតជំងឺរបេងត្រូវការព្យាបាលជំងឺរបេងដោយប្រើ Category ១ (2RHZE/4RH)។

គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេងសួត ហើយមិនបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទោះបីជាមានចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ គឺមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្ដើម២សប្ដាហ៍ក្រោយពីការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលជំងឺរបេង។ (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិសំរាប់ការព្យាបាលការបង្ករោគរបេងនិងអេដស៍ ឆ្នាំ២០០៩ និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះមនុស្សពេញវ័យឆ្នាំ ២០១១) ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលអាចកើតមាននៃអន្តរកម្មឱសថ TB-ARV និងការគ្រប់គ្រងបញ្ហាដែលអាចកើតមាននៃ IRIS។

ករណីអ្នកជំងឺមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ វាជាការចាំបាច់ក្នុងការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលអោយបានឆាប់រហ័ស។ រូបភាពទី៣ ជាវិធីសាស្ត្រមួយអាចទទួលយកបានក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ហើយមានរោគសញ្ញាសង្ស័យថា កើតជំងឺរបេងសួត។

គំនូសបំព្រួញទី៣: រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងលើអ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរហើយមានក្អក



ក. សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់រួមមាន ការលេចចេញនូវរោគសញ្ញាក្នុងចំណោមចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៣០ដង/នាទី, គ្រុនក្តៅលើស ពី ៣៩ អង្សាសេ, សង្វាក់ជីពចរលើសពី ១២០ដង/នាទី, មិនអាចដើរបានដោយខ្លួនឯង ។

ខ. ប្រើឱសថ Amoxcillin, Amoxicillin + Clavulanic Acid, ឬ Cefuroxime + Cotrimoxazole ក្នុងកំរិតដូសសំរាប់ព្យាបាលជំងឺPCP។ ដើម្បីបង្ការភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគរបេង មិនត្រូវប្រើ Fluoroquinolones ទេ។

គ. AFB វិជ្ជមានត្រូវកំណត់ដោយយ៉ាងតិចមានតេស្តពិនិត្យមួយវិជ្ជមាន ចំណែកឯ AFB អវិជ្ជមាន ត្រូវកំណត់ដោយតេស្តពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន ២ ឬ ៣ឡើងទៅ។

៦.២ ជំងឺរបេងក្រៅសួត

ជំងឺរបេងក្រៅសួត កើតមានញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 មានប៉ុន្មានក៏ដោយ។ ប្រហែលជា ៥០ ភាគរយនៃករណីជំងឺរបេង គឺជាជំងឺរបេងក្រៅសួតកើតឡើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង២០០ កោសិកា/មម៣ ហើយមាន២០ភាគរយនៃករណីជំងឺរបេងក្រៅសួត កើតឡើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 លើសពី ២០០ កោសិកា/មម៣ ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

ភាគច្រើននៃជំងឺរបេងក្រៅសួត បង្កអោយឡើងកូនកណ្តុរតែម្ខាង (unilateral lymphadenopathy) ហើយអាចកើតមានលើសរីរាង្គជាច្រើន រួមមាន៖

- កើតបូសនៅប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល (CNS abscess) ឬ ជំងឺរលាកស្រោមខួរ ។
- Gibbus deformity (Pott's disease=ជំងឺ Pott) ។
- ជំងឺរលាកនៅភ្នាសស្តើង Serositis (pleural, percardial, និង/ឬ peritoneal) ។
- ជំងឺដុំពោះ ឬ ទាចទឹក (ascites) ។
- ជំងឺរលាកថ្លើម ឬ ជំងឺរលាកពោះវៀន (enteritis) ។
- ជំងឺស្វះនោម ឬ តំរងនោមរីកធំ ។
- ជំងឺហើមសន្លាក់ឆ្អឹង ឬ ខ្ទង់ឆ្អឹងរូបរាង ។
- ដំបៅលើស្បែក ។

រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួត

ការពិនិត្យកំហាក ឬ ការបណ្តុះមេរោគដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួត គឺមានការលំបាក។ ការស្រង់ យកសំណាក (samples) ពីទឹករងៃនៅក្នុងសួត (pleural fluid), ពីទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង, និងទឹកសន្លាក់ ដើម្បីពិនិត្យដោយប្រើ Acid-Fast Stains ជាទូទៅផ្តល់លទ្ធផលអវិជ្ជមាន។ ការកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺរបេងក្រៅសួតដើម្បីអោយបានច្បាស់លាស់ គឺតំរូវអោយធ្វើតេស្ត AFB staining និងសេវាណាដែលអាចធ្វើបានត្រូវធ្វើការបណ្តុះមេរោគ M. tuberculosis ដោយឡែក ដោយបូមយកទឹកពីកូនកណ្តុរ (lymph node) ឬពីកន្លែងផ្សេង។ តារាងទី១៥ សង្ខេបពីរោគសញ្ញាគ្លីនិកនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជាដំបូងចំពោះជំងឺរបេងក្រៅសួតអាចជួយបង្ហាញពីមូលហេតុផ្សេងទៀត ក្រៅពីជំងឺរបេងក្រៅសួត។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

ការព្យាបាលលើទំរង់ជាច្រើននៃជំងឺរបេងក្រៅសួត លើកលែងតែជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង គឺត្រូវប្រើរូបមន្តព្យាបាលក្នុង category ១ នៃការព្យាបាលជំងឺរបេងសួត (2RHZE/4RH)។ ជំងឺរលាក

ស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង (TB meningitis) ត្រូវព្យាបាលតាមរូបមន្តផ្សេង ដោយប្រើ Streptomycin (2RHSE/6RH)។ (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង) ។

គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង ឬ ជំងឺរលាកស្រោមបេះដូង (pericarditis) ត្រូវព្យាបាលដោយ Steroids ក្នុងកំរិតដូសខ្ពស់ដើម្បីកាត់បន្ថយការរលាក។ កំរិតដូសក្នុងការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង គឺ ៦០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ (១-២មក្រ/គក្រ) ក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល ១-៤សប្តាហ៍, បន្ទាប់មកថយចុះក្នុងរយៈពេល៤-៦សប្តាហ៍។ កំរិតដូសដែលតំរូវអោយប្រើព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមបេះដូងដោយមេរោគរបេងគឺ ៦០មក្រ (១-២មក្រ/គក្រ) ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១-៤សប្តាហ៍, ៣០មក្រ (0,៥-១មក្រ/គក្រ) ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៥-៨សប្តាហ៍, បន្ទាប់មកថយចុះរយៈពេល ៤-៦សប្តាហ៍-(យោងៈ អង្គការសុខភាពពិភពលោក, ឯកសាររបេងនិងអេដស៍ឆ្នាំ ២០០៤, ឯកសារអង្គការគ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន (MSF) អំពីគោលការណ៍ណែនាំអំពីគ្លីនិកមេរោគអេដស៍ឆ្នាំ ២០០៦)។

លើសពីនេះទៀត ជាការសំខាន់ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យផ្អែកលើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួត (ជំណាក់កាលទី៤) ២សប្តាហ៍ក្រោយពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺរបេង លើកលែងតែជំងឺរបេងកូនកណ្តុរ។ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, ការលេចឡើងជំងឺរបេងក្រៅសួតគឺត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវពីបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

ចំពោះអ្នកជំងឺ ដែលនឹងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នៅពេលកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងក្រៅសួត។ សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ អំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ឆ្នាំ ២០១១ និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ អំពីការបង្ករោគរបេងនិងអេដស៍២០០៩ ដើម្បីគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាអន្តរកម្មឱសថរបេង-ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលចំពោះបញ្ហាដែលអាចកើតមានបណ្តាលមកពី IRIS។

តារាងទី១៥: រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលកើតមានជាញឹកញាប់

ការលេចឡើងរោគសញ្ញារជំងឺរបេងក្រៅសួត	ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយជំងឺរបេង	ជំងឺរបេងកូនកណ្តុរ	ជំងឺរបេងមីលីយ៉ែ Miliary TB	ជំងឺរបេងឆ្អឹងនិងសន្លាក់ ខួរឆ្អឹងខ្នង	Tuberculosis serous effusions
រោគសញ្ញា	• Constitutional features • ចាប់ផ្តើមសន្សឹមៗ និងមានឈឺក្បាលខ្លាំងបន្តិចម្តងៗ • ស្មារតីថយចុះ • អាចរឹងកញ្ចឹងក • ខូចសរសៃប្រសាទខួរក្បាល (Cranial nerve palsy)	• ទំរង់ទូទៅ(Constitutional features) • សភាពរឹង, មានគែមច្បាស់ • គែមមិនច្បាស់ លាយចូលគ្នា (Fluctuant nodes matted together) • ដាច់ស្បែក, កើតបូស, ហូរខ្ទុះចេញមកក្រៅពុំរ៉ៃ	• ទំរង់ទូទៅ • ថ្លើម-អណ្តើករីកធំ • ឡើងកូនកណ្តុរទូទៅ	• ទំរង់ទូទៅ • ទំរង់តាមកន្លែង ដូចជា ឈឺចាប់, ហើម, ក្រហម, រឹង • ឈឺផ្នែកខាងក្រោយ, gibbus, បូស Psoas, ឈឺចាប់ radicular, គាបសរសៃខួរឆ្អឹងខ្នង	• ទំរង់ទូទៅ • ទំរង់តាមកន្លែង - សួត - ពោះ - ស្រោមបេះដូង
រោគវិនិច្ឆ័យ	• បូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង អាចមានគ្រោះ ថ្នាក់ចំពោះករណីអ្នកជំងឺមានសំពាធក្នុងខួរក្បាល ខ្លាំង • ចាប់ផ្តើមព្យាបាលភ្លាម (empiric treatment) និង បូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងនៅពេលបានធូរស្បើយ។	• ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង • ឆ្លុះអេកូ (កូនកណ្តុរនៅក្នុងពោះ)	• ថតសួត • ពិនិត្យផ្នែកខាងក្នុងភ្នែកដោយ Fundoscope	• ថត X-ray ពេញ • ច្រិបយកជាលិកាទៅវិភាគ	• ពិនិត្យរាងកាយ • ថតសួត • ឆ្លុះអេកូ • បូមទឹកស្រោមសួត

លទ្ធផល	• ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមានសំពាធខ្លាំង • ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង មានកើនឡើងកោសិកា ស,ហើយសំបូរដោយពពួក lymphocytes • កំរិតជាតិ ប្រូតេអ៊ីនកើនឡើង • ថយចុះជាតិស្ករក្នុងឈាម • ការពិនិត្យកំហាកដោយ AFB គឺកំរឃើញវិជ្ជមាន។	• ជាលិកាទន់ (Caseation) • ការពិនិត្យកំហាកដោយAFB គឺអាចវិជ្ជមាន	• សាយភាយ, មានទំរង់ខុសៗគ្នា, មានស្រមោលមីលីយ៉ែ តូចៗ • ពិនិត្យភ្នែកដោយ Fundoscope ឃើញ Choroidal tubercles • កាសិកាទាំងអស់ថយចុះ • លទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើមអាចមិនធម្មតា • ពិនិត្យកំហាកដោយ AFB, ពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ឬ ពិនិត្យខួរឆ្អឹងគឺអាចវិជ្ជមាន	• ការពិនិត្យAFB សំណាក អាចវិជ្ជមាន • ការវិភាគជាលិកាអាចឃើញប្រតិកម្ម Granuloma tous	• ថតសួត-បូមទឹកស្រោមសួ, ឬឃើញស្រមោល ថតបេះដូងធំ • ឆ្លុះអេកូ: ascites និងឡើងកូនកណ្តុះក្នុងពោះ • ច្រិបជាលិកាសួតទៅវិភាគ: AFB និង/ឬ granulomas អាចវិជ្ជមាន ការបឺតចេញ: • ជាទូទៅ AFB អវិជ្ជមាន • ជាទូទៅការបណ្តុះ TB ប្រើពេល៤-៨ សប្តាហ៍ • ប្រែប្រួលកោសិកាស • ទឹករងៃ: មាន Protein > ៣០ ក្រ/លីត្រ (រក្សាទុកបំពង់បង្ហូរទឹករងៃ: បើមានកំណកឈាមគឺជាទឹករងៃ)

CSF: celebrospinal fluid, AFB: Acid Fast Bacilli, CBC: Complete Blood Cell Count, CXR: Chest X-Ray, LN: Lymph Node

៧. ជំងឺរលាកសួតបង្កដោយ Pneumocystis (PCP)

ចំនុចគន្លឹះ :

- ជំងឺរលាកសួតបង្កដោយ Pneumocystis កើតមានជាញឹកញាប់ នៅប្រទេសកម្ពុជា និងស្ថិតនៅដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ យោងតាម WHO ។
- រោគសញ្ញាគ្លីនិកបង្ហាញឡើង ដោយមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ និងថប់ដង្ហើម នៅពេលសង្កត់ទ្រូង ។
- មានខ្យល់នៅក្នុងសន្ទះទ្រូង (Pneumothorax) ត្រូវបានសង្ស័យលើជំងឺរលាកសួតបង្កដោយ Pneumocystis ។
- ការបង្ករោគរួមគ្នា ជាមួយការបង្ករោគលើសួត អាចកើតឡើងពី ១០ ទៅ ១៨ ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺ។

ជំងឺរលាកសួតដោយ Pneumocystis (PCP) បង្ករោគដោយមេរោគឈ្មោះ Pneumocystis jiroveci។ មេរោគ Pneumocystis jiroveci គឺជាសរីរាង្គមួយដែលកើតមាននៅគ្រប់ទីកន្លែង ហើយត្រូវបានចាត់បញ្ចូលក្នុងក្រុមផ្សិត (fungus) ដែលមានលក្ខណៈជីវសាស្ត្រ រួមគ្នាជាមួយ protozoa។ ការបង្ករោគដំបូងដោយមេរោគ Pneumocystis jiroveci គឺឆ្លងតាមផ្លូវដង្ហើម (airborne transmission) កាលពី នៅវ័យកុមារ។ ជំងឺ PCP កើតឡើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដោយសារការកើតមានប្រតិកម្មឡើងវិញនៃការបង្ករោគដែលសំងំ ឬ ការឆ្លងមេរោគថ្មី។ ប្រហែលជា ៩០ ភាគរយ នៃករណីកើតឡើងចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលមាន ចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ២០០ កោសិកា/មម៣។ ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺ PCP កើនឡើងខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកើតជំងឺ ដូចជា ជំងឺផ្សិតនៅមាត់, ជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរីកើតសារចុះសារឡើង, ថយចុះទំងន់ដោយមិនមានបំណាង, និងចំនួនវីរុសនៅក្នុងឈាមច្រើន។ PCP កើតមានញឹកញាប់ នៅប្រទេសកម្ពុជា ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលស្ថិតនៅដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO ហើយអ្នកជំងឺត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនទាន់ទទួលបានការព្យាបាលទេនោះ។ ចំពោះករណីអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកើតជំងឺ PCP ក្នុងកំឡុងពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺត្រូវធ្វើការវាយតំលៃអំពីបរាជ័យនៃការព្យាបាល។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

ជំងឺ PCP មានរោគសញ្ញាមិនស្រួចស្រាវ រួចវិវត្តទៅធ្ងន់ធ្ងរ ក្នុងរយៈពេលប្រែប្រួលពី២ទៅ៣ថ្ងៃ ឬ ២ទៅ៣សប្តាហ៍។ អ្នកជំងឺត្អូញត្អែរអំពីថប់ដង្ហើម, គ្រុនក្តៅ, មិនស្រួលក្នុងទ្រូង, និងក្អកស្ងួត ហើយរោគសញ្ញាទាំងនេះកាន់តែធ្ងន់បន្តិចម្តងៗ។ រយៈពេលនៃការចាប់ផ្តើមឈឺ រហូតដល់ពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគឺ

ចាប់ពី ១ ទៅ ២សប្តាហ៍ ហើយក៏អាចមានការប្រែប្រួលដែរ។ ការថប់ដង្ហើម និងបេះដូងដើរញាប់នៅពេលសង្កត់ទ្រូង តែងតែកើតមានជានិច្ច។ PCP ច្រើនកើតរួមគ្នាជាមួយនឹងជំងឺផ្សិតនៅមាត់។

ការពិនិត្យរាងកាយ ឃើញដង្ហើមដើរញាប់, សង្វាក់បេះដូងដើរញាប់ និងឡើងស្វាយ (cyanosis) ។ ជាទូទៅ ការស្តាប់ទ្រូងមិនឃើញមានរោគសញ្ញាគួរអោយកត់សំគាល់ទេ។ ជួនកាល ឮសំលេងស្ងួតស្រួច (dry crackles)។ បើថយចុះអុកស៊ីហ្សែន (Hypoxemia) ត្រូវប្រើ steroids ។ ការវាស់ជាតិឧស្ម័នក្នុងសរសៃឈាម ជាទូទៅ មិនអាចអនុវត្តបាននៅប្រទេសកម្ពុជាទេ។ ប៉ុន្តែ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអាចប្រើអាំងឌីកាទ័រដូចខាងក្រោមដើម្បីចាប់ផ្តើមផ្តល់ steroids ចំពោះអ្នកជំងឺ PCP៖

- ថយចុះអុកស៊ីហ្សែន (O_2 saturation) នៅពេលធ្វើការធ្ងន់ (Physical Efforts)
- ឡើងស្វាយ (cyanosis) ឬ
- ពិបាកដកដង្ហើម (Repiratory distress) ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ជាទូទៅ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើជំងឺ PCP ពឹងផ្អែកលើប្រវត្តិជំងឺ និងការពិនិត្យរាងកាយ រួមជាមួយការថតសួតដោយកាំរស្មី X និងការចុះថយអុកស៊ីហ្សែន (hypoxia)។ រោគសញ្ញា classic ពេលថតសួតគឺមាន bilateral interstitial shadowing, រាលដាលពីតំបន់ hilar (ពេលធ្វើ air-bronchogram ឃើញរាងដូចបាតកែវ, ដូចមេអំបៅ)។ ជួនកាល កើតមាន ដុំមូល (nodules), ពងទឹក (blebs), ឬ ពងខ្យល់ (cysts), ប៉ុន្តែការថតសួតដោយកាំរស្មីX (ការបង្ហាញមុនដំបូង) គឺ ២៥ ភាគរយអាចមានភាពធម្មតា។ មានសភាពខ្វង (Cavitations), ការឡើងកូនកណ្តុរនៅក្នុងទ្រូង (intrathoracic adenopathy), និងទឹកក្នុងសួត មិនសូវកើតមានលើអ្នកជំងឺ PCP ទេ ប៉ុន្តែ ការបង្ករោគរួមគ្នានៅសួតកើតឡើងប្រហែល ១០-១៨ភាគរយនៃអ្នកជំងឺ។

ការកើតខ្យល់នៅក្នុងទ្រូង (Pneumothorax) ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ គឺត្រូវសង្ស័យថា មានជំងឺ PCP។ លើសពី៨០ភាគរយនៃករណី Pneumothorax ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍បណ្តាលមកពី PCP។ ហេតុនេះ គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមាន Pneumothorax ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺ PCP សាកល្បង។

បើរោគវិនិច្ឆ័យ នៅមានភាពមិនទាន់ច្បាស់លាស់ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់សេវាថែទាំព្យាបាលកំរិតខ្ពស់ជាង។ មន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិមួយចំនួនអាចវាស់វែង LDH បាន។ បើ LDH មានលទ្ធផលធម្មតា គឺមិនត្រូវសង្ស័យជា ជំងឺ PCP ទេ។ បើ LDH ឡើងខ្ពស់ខ្លាំង (លើសពី២ដងនៃតំលៃធម្មតា) អាចសង្ស័យថាកើតជំងឺ PCP។ នៅប្រទេសកម្ពុជា មន្ទីរពេទ្យតិចតួចមានលទ្ធភាពដាក់ពណ៌ប្រាក់ (silver stain) ដើម្បីវែកញែកកំហាករកមេរោគ P. Jiroveci oocysts ។ ជំងឺ PCP អាចរកឃើញ ដោយវិធីនេះប្រហែល ៦០ ភាគរយ

នៃកំហាក។ នៅពេលអនាគត មន្ទីរពេទ្យជាតិមួយចំនួន អាចផ្តល់សេវាធ្វើការលាងសួត និងទងសួត (bronchoalveolar lavage) ដែលអាចរកឃើញ ជំងឺ PCP លើសពី ៩០ ភាគរយនៃករណី។

មានការលំបាកក្នុងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យញែកចេញជំងឺ PCP ពីជំងឺរបេងសួត ហើយអ្នកជំងឺភាគច្រើនត្រូវបានបញ្ចប់ដោយការព្យាបាលជំងឺទាំងពីរនេះ ។ តារាងទី១៦ អាចផ្តល់ជាជំនួយស្មារតី ក្នុងការបែងចែកជំងឺទាំងពីរនេះ។

តារាងទី១៦: ភាពខុសគ្នារវាង PCP និងជំងឺរបេងសួត

	ជំងឺ PCP	ជំងឺរបេងសួត
រោគសញ្ញា	មិនសូវស្រួចស្រាវ (១-៣ សប្តាហ៍) ក្អកស្ងួត ពិបាកដកដង្ហើមពេលសង្កត់ទ្រូង	កើតឡើងយឺតយ៉ាវ (>២-៤ សប្តាហ៍) ក្អកតិច ឬមានកំហាក ហើយមានខ្ទុះ, ឈឺចុកទ្រូង, បើកញើសនៅពេលយប់។
សញ្ញាគ្លីនិក	ធម្មតា ឮសំលេងស្រួយពេលដកដង្ហើមចូល (Fine inspiratory crackles)	សញ្ញារួមបញ្ចូលសញ្ញាមានទឹកក្នុងសួត
ការថតសួតដោយ X-ray	▪ Bilateral diffuse interstitial shadowing ▪ Pneumothorax ▪ bronchograms គ្មានខ្យល់ ▪ ធម្មតា	▪ Lobar consolidation ▪ Cavitation ▪ ទឹកក្នុងស្រោមសួត (Pleural effusion) ▪ ឡើងកូនកណ្តុរក្នុងទ្រូង (Intrathoracic lymphadenopathy)

កែសំរួលពី Clinical HIV/AIDS Care Guidelines in Resource Poor Settings, MSF, 2006

ការព្យាបាលស្តង់ដា

- ឱសថ Cotrimoxazole (កូទ្រីម៉ុកហ្សាហ្សុល ៨០០មក្រ និង ទ្រីមីតូព្រីម ១៦០មក្រ) លេប ៣-៤ ដងក្នុង១ថ្ងៃសំរាប់រយៈពេល ២១ថ្ងៃ ជាកំរិតដូសស្តង់ដាចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំងន់លើសពី ៦០ គីឡូក្រាម។
- តារាងទី១៧ ផ្តល់ជូនការកែតំរូវកំរិតដូសឱសថតាមទំងន់ ដែលតំរូវអោយប្រើឱសថ Trimethoprim (TMP) ក្នុងកំរិតដូស ១៥-២០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកជា ៣ ទៅ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ ។
- គ្រាប់លេខតូច (single strength: SS) ដែលមាន ៤០០មក្រ cotrimoxazole, ៨០មក្រ TMP និងគ្រាប់លេខធំ (double strength: DS) មាន៨០០មក្រ cotrimoxazole, ១៦០មក្រ TMP ។
- គ្រប់ការព្យាបាលទាំងអស់ មានរយៈពេល ២១ថ្ងៃ ។

តារាងទី១៧: កំរិតដូស cotrimoxazole ក្នុងការព្យាបាល PCPផ្អែកតាមទំងន់ខ្លួន

ទំងន់	កំរិតព្យាបាលដោយ TMP ប្រចាំថ្ងៃ	កំរិតត្រូវអោយព្យាបាលដោយថ្នាំគ្រាប់សំប៉ែត
៣០-៤០ គក្រ	៤៥០-៦០០ មក្រក្នុង១ថ្ងៃ	១គ្រាប់លេខធំ(២គ្រាប់លេខតូច)លេប៤ដង x ក្នុង១ថ្ងៃ
៤០-៥០ គក្រ	៦០០-៧៥០ មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ	៣គ្រាប់លេខតូច លេប៤ដង x ក្នុង១ថ្ងៃ ឬ ២ គ្រាប់លេខធំ (៤គ្រាប់លេខតូច) លេប៣ដង x ក្នុង១ថ្ងៃ
៥០-៦០ គក្រ	៧៥០-៩០០ មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ	២ គ្រាប់លេខធំ (៤គ្រាប់លេខតូច) លេប ៣ដង x ក្នុង១ថ្ងៃ
> ៦០ គក្រ	៩០០ មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ	២គ្រាប់លេខធំ(៤គ្រាប់លេខតូច)លេប៣-៤ដងx ក្នុង១ថ្ងៃ

ប្រភព: MSF Guidelines 2006, The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008

- ក្នុងករណី មានការថយចុះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម (hypoxemia) ដោយមានរោគសញ្ញាថប់ដង្ហើម (respiratory distress) ឬ ឡើងស្វាយ គឺត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ Prednisone (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)៖
    - o កំរិតដូស-៤០មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល៥ថ្ងៃ, ៤០មក្រលេប១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ, ២០មក្រ លេប១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១១ថ្ងៃ ។
    - o នៅប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវព្យាបាលពពួកព្រូន Anguillulosis (Stongyloides) ជានិច្ចមុននឹងឬកំពុងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយប្រើCorticosteroids។ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ (ត្រូវប្រើ Albendazole ៤០០មក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ) ដើម្បីបង្ការជំងឺមហារីកបង្កដោយពពួក Anguillulosis ។

ការព្យាបាលជំរើស

- ប្រើឱសថ Trimethoprim ក្នុងកំរិតដូស ១៥មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ + dapsone ១០០មក្រ/ថ្ងៃ លេបរយៈពេល ២១ថ្ងៃ ឬ
- ប្រើឱសថ Clindamycin ក្នុងកំរិតដូស ៣០០-៦០០មក្រលេប៤ដង ក្នុងមួយថ្ងៃដោយប្រើឱសថ primaquine ១៥មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ២១ ថ្ងៃ ។

(ប្រភព: MSF Guidelines 2006, The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)

៨. ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ CRYPTOCOCCUS

ចំនុចគន្លឹះ :

- មេរោគ Crypotococcus គឺជាមេរោគដែលមានការគំរាមកំហែងជីវិតអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ជាញឹកញាប់។
- តិចជាង ៥០ ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺអេដស៍ មានរោគសញ្ញាទាក់ទងការរលាកស្រោមខួរ។
- ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (Lumbar puncture) អាចបន្ថយសំពាធក្នុងខួរក្បាល គឺជាវិធីសង្គ្រោះជីវិត ហើយក៏ជាផ្នែកនៃការព្យាបាលដ៏សំខាន់ដែរ ។
- ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ Crypotococcus ត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ តាមការចាត់ថ្នាក់របស់ WHO ។
- អ្នកជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ Crypotococcus ត្រូវព្យាបាលបង្ការដោយប្រើឱសថ Fluconazole កំរិតដូសខ្ពស់ ក្រោយពីបញ្ចប់ការព្យាបាល។

Cryptococcus neoformans គឺជាការបង្ករោគដោយពពួកផ្សិត កើតឡើងជាញឹកញាប់ និងគំរាមកំហែងដល់ជីវិតអ្នកជំងឺអេដស៍។ ការរាលដាលនៃមេរោគ Crypotococcus (Disseminated Cryptococcus) កើតមានជាញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ៥០កោសិកា/មម៣ និងជាមូលហេតុចំបងនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរដែលកើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសំពាធក្នុងខួរក្បាលខ្ពស់ គឺជាកត្តាមួយដ៏សំខាន់ដែលអាចបណ្តាលអោយស្លាប់ ចំពោះអ្នកជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ Crypotococcus ។ ការឡើងសំពាធខ្ពស់នៅក្នុងខួរក្បាលកើតឡើងលើសពី ៥០ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ Crypotococcus និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ។ សំពាធក្នុងខួរក្បាលកើនឡើងដោយសារការជ្រាបចូលវិញនៃទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងត្រូវបានរារាំងដោយមេរោគពពួកផ្សិត។ នៅប្រទេសកម្ពុជា អត្រាមរណៈភាពនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ Cryptococcus មានកំរិតខ្ពស់ដល់ទៅ២៥ភាគរយ ដោយបណ្តាលមកពីការកើនឡើងសំពាធខ្ពស់នៅក្នុងខួរក្បាល ។

ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ Crypotococcus គឺស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។ ករណីអ្នកជំងឺមិនទាន់ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, គាត់ត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, ក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថ amphotericin B ក្នុងកំរិតដូសកើនឡើង។ បើអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, ត្រូវវាយតំលៃលើលទ្ធភាពនៃការលេចឡើងIRIS និងការបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

IRIS កើតឡើងដោយសារអង់ទីហ្សែនដែលកើតពីការព្យាបាល ពពួកផ្សិតត្រូវបានស្គាល់កាន់តែច្បាស់នៅពេលកំពុងនិងមុនពេលបង្ករោគ។

សញ្ញាគ្លីនិក

៩០ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺដែលបង្ករោគដោយ *Cryptococcus neoformans* នឹងបង្ហាញនូវសញ្ញាទាក់ទងនឹងការប៉ះពាល់ខួរក្បាល។ ប៉ុន្តែ រោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងខួរក្បាល (meningeal signs) មានតិចជាង ៥០ ភាគរយ។ កើតឡើងដោយស្ងប់ស្ងាត់ហើយធ្ងន់បន្តិចម្តងៗ, គ្រុនក្តៅ និងឈឺក្បាលជារោគសញ្ញាគ្លីនិកកើតមានជាញឹកញាប់។ គេសង្កេតឃើញថា មានរឹងកញ្ចឹងក, ថយចុះការយល់ដឹងនិងការចងចាំ, ផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយា និងមានភាពវង្វេងវង្វាន់ (confusion)។ ជាកំរ អ្នកជំងឺអេដស៍អាចកើតមានដំបៅស្បែករាលដាលដោយមេរោគ Crypotococcus (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៣)។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង គឺមានសារសំខាន់ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ Crypto coccus។ ការកើនឡើងសំពាធក្នុងក្បាល (ICP) > ២០០មម គឺសញ្ញាមួយដ៏សំខាន់ ប៉ុន្តែអ្នកជំងឺភាគច្រើនមានការកើនឡើង ICP តិចតួចប៉ុណ្ណោះ។ ការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង បង្ហាញថា មានការកើនឡើងចំនួនកោសិកាសដែលសំបូរដោយពពួក lymphocytes ប៉ុន្តែការរាប់ចំនួនកោសិកា បានបង្ហាញលទ្ធផលធម្មតាក្នុង ២៥ ភាគរយនៃករណី។ ពង (Cysts) អាចបង្ហាញលទ្ធផលវិជ្ជមាន នៅពេលបន្តក់ India Ink។ ការបណ្តុះមេរោគ ផ្តល់នូវលទ្ធផលជាក់លាក់ ប៉ុន្តែមានការលំបាកក្នុងការអនុវត្តន៍។

នៅពេលអនាគត ប្រទេសកម្ពុជាអាចមានលទ្ធភាពទទួលសេវាធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែននៃមេរោគ Cryptococcus ដែលមិនសូវមានតំលៃខ្ពស់ ហើយនឹងជួយបញ្ជាក់អោយការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបានច្បាស់។ តេស្តនេះមាន sensitivity ៩២ ភាគរយ និងមាន Specitivity ខ្ពស់។ ការបង្ករោគដោយ Crypotococcus សកម្ម កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺមួយចំនួនដែលសេរ៉ូម CRAg វិជ្ជមាន (sCRAg) ប៉ុន្តែ ការបណ្តុះមេរោគផ្សិតមានលទ្ធផលអវិជ្ជមានដែលអាចជំរុញអោយគ្រូពេទ្យព្យាបាល ចាប់ផ្តើមព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ផ្អែកតាមលទ្ធផល sCRAg វិជ្ជមាន ទោះបីជាមិនមានរោគសញ្ញាច្បាស់លាស់ក៏ដោយ។ បរិមាណនៃ CRAg មិនសូវមានផលប្រយោជន៍ទេក្នុងការវាយតំលៃអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលទេ។

ព្យាបាលស្តង់ដា

- **ប្រើឱសថ Amphotericin B 0,៧ មក្រ/គក្រ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល២សប្តាហ៍ ហើយ** បន្តដោយឱសថ Fluconazole ៤០០មក្រ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល៨សប្តាហ៍

(ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)។

- **ឧទាហរណ៍ ពិធីសារនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរលាកខួរក្បាលដោយ Cryptococcus មានក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី២ ។**
- បើអ្នកជំងឺមិនអាចប្រើឱសថ Fluconazole ដោយសារមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១ ឬជំងឺរលាកថ្លើម ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ អំពីផលប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថ Fluconazole ធៀបនឹងការការព្យាបាលដោយចាក់បញ្ចូល Amphotericin B ជាដំណាក់ៗ (intermittent)។

- **ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ក្នុងករណីដូចខាងក្រោម:**
  - មានរោគសញ្ញានៃការកើនឡើងសំពាធក្នុងខួរក្បាល រួមមាន: ឈឺក្បាល ចង្អោរ ឬ ស្រវាំងភ្នែក អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវចាប់ផ្តើមបូមទឹកឆ្អឹងខ្នង ដោយប្រើម្ជុលលេខ ១៨ (18 gauge needle) ដើម្បីបន្ថយនូវសំពាធក្នុងខួរក្បាល។
  - **ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងជាបន្តបន្ទាប់** ដើម្បីរក្សាសំពាធក្នុងខួរក្បាល អោយនៅតិចជាង ២០០មម ឬ នៅពាក់កណ្តាលនៃសំពាធលើកដំបូង គឺជាវិធីសាស្ត្រមួយ**ដើម្បីសង្គ្រោះជីវិត និងត្រូវបូម១ថ្ងៃ១ដង**។ ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងអាចបូមចេញក្នុងកំរិត ៣០-៣៥ មល នៅពេលបូមម្តងៗ។
  - នៅពេលសំពាធក្នុងខួរក្បាលមានសភាពធម្មតា អ្នកជំងឺអាចនឹងកើនសំពាធឡើងវិញ ត្រូវតាមដានរាល់សប្តាហ៍ ក្នុងរយៈពេល ២-៣សប្តាហ៍នៃការព្យាបាល។
  - **ករណីដែលសេវាព្យាបាលមិនមានលទ្ធភាពធ្វើការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ឬ ការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់សេវាដែលមានកំរិតថែទាំព្យាបាលខ្ពស់ជាង។**

ការព្យាបាល IRIS ទាក់ទងនឹងការបង្ករោគដោយ Crypotococcus ដូចគ្នានឹងការព្យាបាលដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ករណីដែលសំពាធក្នុងខួរក្បាលឡើងខ្លាំង ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងអោយបានញឹកញាប់ដោយបូមចេញម្តងៗ ពី ៣០-៣៥មល ។ មិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទេ។ បើរោគវិនិច្ឆ័យនៃ IRIS មានភាពមិនច្បាស់លាស់ ត្រូវព្យាបាលជំងឺពពួកផ្សិតតាមការព្យាបាលស្តង់ដា។

ការប្រើ Steroids មិនបញ្ជាក់ថា មានផលប្រយោជន៍ក្នុងការបន្ថយសំពាធក្នុងខួរក្បាលទេ ចំពោះអ្នកជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptococcus និងមិនត្រូវប្រើ Steroids ទេ លើកលែងតែមាន IRIS ធ្ងន់ធ្ងរដែលទាក់ទងនឹង Crypotococcus ប៉ះពាល់ប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល ដោយមានការចុះខ្សោយ (focal neurological deficits) នៅផ្នែកប្រព័ន្ធប្រសាទ។

ជំរើសនៃការព្យាបាលពេលដែលមិនមាន Amphotericin B

- អ្នកជំងឺដែលមានសភាពមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ ឬ រង់ចាំការបញ្ជូនទៅកាន់សេវាព្យាបាលផ្សេងទៀត (មន្ទីរពេទ្យខេត្ត មន្ទីរពេទ្យបង្អែក) **ត្រូវផ្តល់ឱសថ** Fluconazole តែមួយមុខ (៨០០មក្រ លេប១ថ្ងៃ១ដងរយៈពេល១០សប្តាហ៍ ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយកំរិតដូសខ្ពស់ ៨០០មក្រ រយៈពេល ៣ថ្ងៃ) អាចជាការគ្រប់គ្រាន់។
- ការព្យាបាលរបៀបនេះ ត្រូវអនុវត្តនៅពេលៈ
  - o អ្នកជំងឺនៅមានស្មារតី ហើយរង់ចាំការបញ្ជូនទៅកាន់សេវាដែលអ្នកជំងឺនឹងទទួលផលប្រយោជន៍ពីការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងប្រើឱសថ Amphotericin B។
  - o អ្នកជំងឺដែលមិនសូវឈឺក្បាលខ្លាំង និងការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមានលទ្ធផលធម្មតា (អ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលសេរ៉ូម CrAg វិជ្ជមាន) ។

ការព្យាបាលបង្ការលើកទី២ (Secondary prophylaxis)

- ក្រោយពីព្យាបាលយ៉ាងហោចណាស់បាន៨សប្តាហ៍ ត្រូវប្រើ**ឱសថ Fluconazole ២០០មក្រ ១ថ្ងៃ១ដង** ត្រូវប្រើបន្តរហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 >១០០កោសិកា/មម៣ តាមរយៈការធ្វើតេស្ត ២ដង ចន្លោះពីគ្នា ៦ខែ (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)។
- បើអ្នកជំងឺមិនអាចប្រើឱសថ Fluconazole (contraindiation) បានដោយមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១ ឬ ជំងឺរលាកថ្លើម ត្រូវប្រើឱសថ Amphotericin B ក្នុងកំរិតដូស ១មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃឈាម រយៈពេល ១សប្តាហ៍។

៩. ជំងឺ PENICILLOSIS និងជំងឺ HISTOPLASMOSIS

ចំនុចគន្លឹះ :

- ការព្យាបាលប្រឆាំងនឹងពពួកផ្សិត គឺជាការសង្គ្រោះជីវិតអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺ penicilliosis និង ជំងឺ hisptoplasmosis សាយភាយ ។
- គេពុំមានព័ត៌មានអំពីអាំងស៊ីដង់នៃជំងឺនេះនៅប្រទេសកម្ពុជាទេ ដោយសារតែកង្វះសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ។
- ត្រូវពិចារណា ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក ដូចគ្នានឹងជំងឺរបេង ។
- ជំងឺ penicilliosis និង ជំងឺ hisptoplasmosis ត្រូវចាត់បញ្ចូលក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក ។

- ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការលើកទី២ ដោយប្រើឱសថ itraconazole រហូតដល់មានការស្តារឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។

៩.១ ជំងឺ penicilliosis

ជំងឺ penicilliosis គឺជាជំងឺផ្សិតរាលដាលបណ្តាលមកពី *Penicillium marneffei* ដែលមានការរាលដាលក្នុងទ្វីបអាស៊ីអាគ្នេយ៍ រួមទាំងប្រទេសកម្ពុជាផង។ ករណីភាគច្រើន កើតលើមនុស្សពេញវ័យផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ១០០ កោសិកា/មម^{៣} ។ ផ្លូវចំលងរោគមកមនុស្សពេញវ័យនៅមិនទាន់ដឹងទេ។ សរីរៈនេះមានការបំបែកខ្លួនដោយកោសិកាពពួក macrophages និងរាលដាលសាយភាយពាសពេញសារពាង្គកាយ ជាពិសេស នៅក្នុងប្រព័ន្ធ reticulo-endothelial។ អត្រាមរណៈភាពនៃការបង្ករោគដោយការរាលដាលនៃ P.marneffei ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍មានប្រហែល ២០ ភាគរយ ទោះបីជាការព្យាបាលប្រឆាំងនឹងពពួកផ្សិតប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាពក៏ដោយ។

ជំងឺ penicilliosis អាចជារោគសញ្ញាលើកដំបូងនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ និងត្រូវបានចាត់ថ្នាក់នៅដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។ អ្នកជំងឺដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើការវាយតំលៃអំពីបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ IRIS មិនសូវកើតមាន ចំពោះអ្នកជំងឺ penicilliosis ទេ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ជំងឺ penicilliosis ដែលកើតលើអ្នកជំងឺអេដស៍ភាគច្រើន បានបង្ហាញការបង្ករោគរាលដាល ហើយមានរោគសញ្ញាៈ គ្រុនក្តៅភ្លាមៗ, កង្វះឈាមក្រហម, ស្រកទំងន់, ដំបៅស្បែក, ឡើងកូនកណ្តុរ, ថ្លើមនិងអណ្តើករីកធំ, តួញត្អែរអំពីការដកដង្ហើម (ក្អក, ដង្ហើមខ្លី) កើតមានជាញឹកញាប់។
- ដំបៅស្បែក បានបង្ហាញជា ដំបៅពងទឹកមួយឬច្រើន, កើតឡើងជាញឹកញាប់ នៅតំបន់ជុំវិញផ្ចិត ឬ ដំបៅមានសភាពដូចគ្នានឹង molluscum contagiosum ឬ cryptococcus។ ដំបៅអាចឃើញមានផងដែរនៅលើមុខ, ស្បែកក្បាល, ផ្នែកសំខាន់នៃសារពាង្គកាយ និងនៅប្រដាប់បន្តពូជ (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៣) ។
- អ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមដោយ penicilliosis មានរោគសញ្ញាដូចជា គ្រុនក្តៅ, ឈឺពោះ និងថ្លើមរីកធំ ។
- ការរាលដាលដល់សរីរាង្គផ្សេងៗ ដូចជា ខួរក្បាល, ខួរឆ្អឹង, កូនកណ្តុរ, សួត, ថ្លើម និងពោះវៀនតូច អាចកើតមានដោយកំរ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមានការលំបាក បើគ្មានដំបៅលើស្បែក។
- ការរាប់កោសិកាក្នុងឈាមទាំងអស់(CBC)បានបង្ហាញពីការថយចុះគ្រាប់កោសិកាទាំងអស់ (pancytopenia)។
- alkaline phosphatase កើនឡើងខ្ពស់ដែលបញ្ជាក់ពីជំងឺថ្លើមបង្កដោយ penicilliosis, ក៏ប៉ុន្តែ លទ្ធភាពធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍នៅមានកំរិត។
- ការកំណត់ពពួកផ្សិតតាមរយៈការបណ្តុះមេរោគ, ការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍លើសំណាកដែលយកចេញពីដំបៅស្បែក ដោយប្រើ Wright's stain, ប្ញមទឹកកូនកណ្តុរ, ឬខួរឆ្អឹងអាចកំណត់បានច្បាស់ពីមេរោគនេះ។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

- ការព្យាបាលដំបូងត្រូវប្រើឱសថ **Amphotericin B 0,៧មក្រ/គក្រ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ ចាក់តាមសរសៃវ៉ែនរយៈពេល២សប្តាហ៍** បន្ទាប់មកប្រើឱសថ Itraconazole ២០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១០សប្តាហ៍ (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)។
- ឱសថFluconazole មិនសូវសកម្មក្នុងការប្រឆាំងជាមួយនឹងជំងឺ penicilliosis ទេ, មានការរាយការណ៍ថា អត្រាព្យាបាលបរាជ័យមានរហូតដល់ ៦៤ ភាគរយ ។
- បើគ្មានឱសថ Itraconazole, អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវព្យាបាលសាកល្បងលើកដំបូង ដោយប្រើឱសថ Amphotericin B រហូតដល់មានឱសថ Itraconazole ។
- បើមិនមានឱសថ Itraconazole ត្រូវប្រើឱសថ Ketaconazole ២០០មក្រ ប្រើ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ឬ ប្រើ Fluconazole ៤០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១០សប្តាហ៍។

ការព្យាបាលជំរើស

ករណីមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវប្រើឱសថ Itraconazole ២០០មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ២០០មក្រ ប្រើពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១២សប្តាហ៍ (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008) ។

ការព្យាបាលបង្ការលើកទី២

- ការព្យាបាលរយៈពេលវែងដោយប្រើឱសថ Itraconazole ២០០មក្រ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃដើម្បីបង្ការការលាប់ឡើងវិញ ប្រើរហូតដល់អ្នកជំងឺមានចំនួនកោសិកា CD4 លើសពី ១០០ កោសិកា/មម៣ តាមរយៈការធ្វើតេស្ត ២ដង ចន្លោះគ្នា ៦ខែ។ (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)។
- បើមិនមានឱសថ Itraconazole ទេ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាសេវាត្រូវចាក់ Amphotericin B ១មក្រ /គក្រ តាមសរសៃវ៉ែនក្នុង១សប្តាហ៍ រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 កើនលើសពី ១០០ កោសិកា/មម៣។

៩.២ ជំងឺ hisptoplasmosis

Histoplasma capsulatum គឺជា dimorphic fungus ដូចជា ដីដែលសំបូរដោយកាកសំណល់ របស់សត្វស្លាបមួយចំនួន រួមទាំងសត្វប្រចៀវ។ ដោយស្រូបចូលនូវស្ព័រតូចៗនៃ Histoplasma capsulatum តាមផ្លូវដង្ហើមចូលទៅក្នុងថង់សួតរបស់មនុស្ស បន្ទាប់មកប្រតិកម្ម granulomatous បានកើតឡើង។ ការរលួយសាច់ (Caseous Necrosis) ឬ ក្រើនសាច់មានសភាពដូចគ្នានឹងជំបៅដែលបង្កដោយជំងឺរបេងដែរ។ ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺ អាស្រ័យលើការប្រឈមមុខខ្លាំងក្លាជាមួយនឹងជំងឺ និងប្រព័ន្ធភាពស៊ាំនៃអ្នកជំងឺ។ ការបង្ករោគដោយស្រួចស្រាវនិងកើតឡើងដោយឆាប់រហ័ស កើតឡើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ។ ពពួកផ្សិតបានបង្កឡើងចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ១៥០កោសិកា/មម៣ និងបង្ហាញពីការរាលដាលនៃការបង្ករោគលើសពី ៩៥ ភាគរយ នៃករណី។

ជំងឺ Histoplasmosis ត្រូវបានរាយការណ៍នៅប្រទេសកម្ពុជា ប៉ុន្តែមិនសូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទេ។ អ្នកជំងឺខ្លះ អាចបង្ហាញពីការបង្កប្រតិកម្មនៃជំងឺ ដោយសារតែប្រព័ន្ធភាពស៊ាំថយចុះបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍ ហើយមិនមែនជាការបង្ករោគបឋមទេ។

ការរាលដាលជំងឺ Histoplasmosis គឺជាដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃអង្គការ WHO ឬ ការកំណត់រោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍។ អ្នកជំងឺដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើការវាយតំលៃពីភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ IRIS មិនសូវកើតញឹកញាប់ទេ ចំពោះអ្នកជំងឺ Histoplasmosis ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ជំងឺសួតបង្កដោយ Histoplasmosis ស្រួចស្រាវ បានបង្ហាញរោគសញ្ញា ដូចជា ក្អក, គ្រុនក្តៅ, ស្រកទំងន់, អស់កំលាំងល្ហិតល្ហៃ, ព្រឺរងារ, ចុកចាប់សាច់ដុំ, មិនចង់បរិភោគ, និងចុកចាប់ក្នុងទ្រូង។ វាមានការលំបាកក្នុងការញែកចេញពីជំងឺ PCP ។
- ការរាលដាលនៃជំងឺ Histoplasmosis គឺមានលក្ខណៈដោយមានគ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ, ស្រកទំងន់, ថ្លើមនិងអណ្តើករីកធំ, ជំងឺកូនកណ្តុរ, ដំបៅធំនៅមាត់(large Oral Ulcerations), ឬ រលាកស្បែកដោយពពួកផ្សិត ពងទឹក, ពណ៌ក្រហម ឬមានដុំ (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៣) ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- បើគ្មានប្រវត្តិធ្លាប់ប្រឈមមុខនឹងជំងឺនេះទេ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនឹងមានការលំបាក។ ការរាប់កោសិកាក្នុងឈាមសរុប (CBC) បានបង្ហាញថា កោសិកាក្នុងឈាមទាំងអស់ (pancyto penia) ថយចុះ។
- កើនឡើង LDH (>500) គឺបានបញ្ជាក់ពីការរាលដាលជំងឺ Histoplasmosis ប៉ុន្តែមន្ទីរពិសោធន៍សំរាប់ធ្វើតេស្តនៅមានកំរិត ។
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X ក្នុងទំរង់ឈឺសួតស្រួចស្រាវ បានបង្ហាញពីការរលាកសួត, ជំងឺកូនកណ្តុរនៅ hilar ឬ ទំរង់មីលីយ៉ែ (miliary pattern)។ សួតរួមតូចដោយមេរោគ Histoplasmosis រ៉ាំរ៉ៃ និងមានកាវ៉ែន (cavitation) នៅឡូបខាងលើនៃសួត ហើយរាលដាលទៅ lobes សួតខាងក្រោម និងផ្នែកផ្សេងនៃសួត ដោយមានការកកខ្ទុះ(emphysema) និងទំរង់មូល (bulla formation) គឺជាសញ្ញាជាក់លាក់មួយ។ ការញែកចេញពីមេរោគផ្សិតដោយធ្វើការបណ្តុះមេរោគអាចកំណត់បាននូវរោគវិនិច្ឆ័យ ប៉ុន្តែមិនសូវអាចធ្វើការបណ្តុះរបៀបនេះបានទេ។
- ការកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ អាចធ្វើបានដោយការកំណត់នូវការវិភាគជាលិកានៃទំរង់ផ្សិតនៅ ក្នុងកោសិកាឈាមស និងពពួក macrophages នៅក្នុង Giemsa stained លើសារធាតុឈាម, ខួរឆ្អឹង ឬ BAL ។

ការព្យាបាល

- Amphotericin B 0,៧ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចាក់តាមសរសៃឈាមរយៈពេល ២សប្តាហ៍, បន្ទាប់មកប្រើ Itraconazole ២០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១២សប្តាហ៍។
- បើមិនមាន Itraconazole ទេ ប្រើ Fluconazole ៤០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ បន្តរហូតដល់ពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)។

ជំរើសនៃការព្យាបាល

- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនសំរាកពេទ្យ អាចចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថ Itraconazole ២០០មក្រ លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៣ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ២០០មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១២សប្តាហ៍។
- បើគ្មាន Itraconazole ទេ ប្រើ Fluconazole ៤០០មក្រ លេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)។

ការព្យាបាលបង្ការលើកទី២

- Amphotericin B ១មក្រ/គក្រ ចាក់តាមសរសៃវ៉ែន ក្នុង១សប្តាហ៍ម្តង ឬ ប្រើ Itraconazole ២០០មក្រ លេប១ថ្ងៃម្តងរយៈពេល១ជីវិត រហូតទាល់តែចំនួនកោសិកា CD4 ឡើងខ្ពស់ជាង ១៥០ កោសិកា/មម^{៣} តាមរយៈការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ពីរដងចន្លោះគ្នា ៦ខែ។ (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)។

១០. ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ TOXOPLASMA

ចំនុចគន្លឹះ :

- ត្រូវពិចារណា ចំពោះអ្នកជំងឺដែលឈឺក្បាល និងថយចុះប្រព័ន្ធប្រសាទនៅផ្នែកណាមួយ (focal neurological deficits) ។
- រោគសញ្ញាគ្លីនិក កើតឡើងជាច្រើនសប្តាហ៍ និងបង្កជាជំងឺរលាកខួរក្បាល (encephalitis)។
- រោគវិនិច្ឆ័យ ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយសារ ការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល។
- ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ Toxoplasma ត្រូវចាត់ថ្នាក់ក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក ។

ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ Toxoplasma កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំថយចុះខ្លាំង ដោយមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ១០០កោសិកា/មម³។ ជំងឺនេះ មិនសូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៅប្រទេសកម្ពុជាទេ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺ Toxoplasma ទាំងនៅទីក្រុងនិងនៅជនបទមិនត្រូវបានដឹងទេនៅពេលបច្ចុប្បន្ន។ ជាលទ្ធផល ជំងឺរលាកខួរក្បាលដោយ Toxoplasma តំរូវអោយធ្វើការវាយតំលៃលើរោគសញ្ញាឈឺក្បាលនិងចង្កោមរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ ហើយច្រើនកើតឡើងនៅផ្នែកណាមួយនៃក្បាល។

ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ Toxoplasma បណ្តាលមកពីមេរោគឈ្មោះ Protozoan Toxoplasma Gondi ។ ការបង្ករោគភាគច្រើន ដោយសារការមានសកម្មភាពឡើងវិញនៃពពួក oocysts ដែលសំងំនៅក្នុងខ្លួនមនុស្ស។ Toxoplasma oocysts បានចូលក្នុងខ្លួនមនុស្សតាមផ្លូវអាហារដែលឆ្លងពីលាមកសត្វចិញ្ចឹមតាមផ្ទះ (pets) ឬ តាមរយៈការបរិភោគសាច់ដែលចំអិនមិនបានឆ្អិនល្អ។ ទំរង់រាលដាលខ្លាំង បានជ្រាបចូលក្នុងចរន្តឈាម (bloodstream) ហើយបន្តទៅដល់ខួរក្បាល បេះដូង និងសួត រួចបង្កជា ដុំរឹងមួយ (cystic aggregates) ហើយស្ថិតនៅដោយស្ងប់ស្ងាត់ ប៉ុន្តែដុំ Cyst នេះ អាចនឹងមានសកម្មភាពឡើងវិញនៅពេលណាមួយនៃជីវិតរបស់ភ្នាក់ងារទទួលវា។ ក្នុងសហគមគន៍ជាច្រើន ប្រជាជនភាគច្រើន បានទទួលការបង្ករោគកាលពីវ័យកុមារ ក៏ប៉ុន្តែមនុស្សមានសុខភាពល្អដែលផ្ទុកមេរោគនេះ មិនបង្ហាញចេញជារោគសញ្ញាទេ។ ការបង្ករោគជាបឋម ដោយ Toxoplasma ជាករណីកំរ។ វាអាចបណ្តាលអោយរលួយផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាលដែលរលាក ហើយជួនកាលកើតជំងឺរលាកភ្នែក (chorioretinitis) និងជំងឺរលាកសួត (pneumonitis) បណ្តាលមកពីការបង្កកូនចៅខ្លាំងក្លានៃមេរោគ Toxoplasma ។

ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ ការរលាកខួរក្បាលដោយ Toxoplasma ច្រើនកើតមានឡើងចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ២០០កោសិកា/មម³ (ប្រឈមនឹងជំងឺនេះខ្លាំងបំផុតពេលដែលចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ១០០ កោសិកា/មម³) និងចាត់ថ្នាក់ក្នុងដំណាក់កាលទី៤ នៃ WHO។ អ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវវាយតំលៃពីភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ IRIS មិនសូវកើតមានទេ ចំពោះអ្នកជំងឺ Toxoplasma ទេ។

សញ្ញាគ្លីនិក

រោគសញ្ញាមានការប្រែប្រួល

- អ្នកជំងឺខ្លះ អាចចាប់ផ្តើមដោយឈឺក្បាល, វង្វេងស្មារតី (confusion), ចុះខ្សោយសាច់ដុំ និងគ្រុនក្តៅ។ អ្នកជំងឺអាចនឹងវិវត្តន៍ទៅមានរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទនៅផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល (focal neurological signs) ដោយមានដំបៅនៅផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល រោគសញ្ញា រួមទាំងមាន ជំងឺស្លាប់មួយចំហៀងខ្លួន (hemiplegia), ស្ពឹកមួយចំហៀងខ្លួន

(hemiparesis), ឬ ការចុកស្វះនៃផ្នែកណាមួយកើតឡើងជាច្រើនសប្តាហ៍ អាចកើតមានប្រហែលជា ៦០ ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺ។

- ជំងឺ Retinochorioditis, ជំងឺរលាកស្បូតនឹងបង្ករោគលើប្រព័ន្ធសរីរាង្គជាច្រើនទៀត។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ជំងឺ Toxoplasma ត្រូវធ្វើការពិចារណាចំពោះអ្នកជំងឺណាដែលឈឺក្បាល និងមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទនៃផ្នែកណាមួយ។
- ការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ឃើញមានសភាពធម្មតា អាចជួយអោយធ្វើការញែកចេញពីរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺផ្សេងទៀត។
- ដោយមិនមានរូបភាពនៃការស្កេនខួរក្បាល អ្នកផ្តល់សេវាភាគច្រើននៅប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវធ្វើការព្យាបាលសាកល្បង និងសង្កេតមើលការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដើម្បីបញ្ជាក់ពីរោគវិនិច្ឆ័យ។
- បើអ្នកជំងឺមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលទេ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាព្យាបាលដែលមានកំរិតថែទាំព្យាបាលខ្ពស់ជាង ហើយមានលទ្ធភាពក្នុងការស្កេនខួរក្បាលដើម្បីវិភាគរូបភាពហើយវាយតំលៃអំពីជំងឺ Toxoplasma និងដំបៅនៅប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាលរួមមាន បូសដោយសារមេរោគរបេង និងជំងឺCryptococcoma, បូសមានខ្ទុះ, ជំងឺរលាកខួរក្បាលដោយ Herpes Simplex Virus, ជំងឺ PML, និងមហារីកនៅប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល (CNS Lymphoma)។ ជំងឺ Toxoplasma បង្កអោយមានដំបៅច្រើនកន្លែង រួមជាមួយនឹងការហើមខួរក្បាល បង្ហាញអោយឃើញតាមរូបភាពស្កេនខួរក្បាល។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

- **Cotrimoxazole ១០/៥០ មក្រ/គក្រ** លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៦សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក ប្រើគ្រាប់លេខធំ (Cotrimoxazole TMT ១៦០មក្រ) មួយគ្រាប់ លេប១ដងក្នុង១ថ្ងៃ (ប្រភពៈ The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008) ។
- បើសំពាធក្នុងខួរក្បាលកើនឡើងខ្ពស់ ដោយសារដុំក្នុងខួរក្បាលត្រូវប្រើ prednisolone ២៥មក្រ លេប៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬ dexamethasone ៤មក្រ លេប៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ (ប្រភពៈ Clinical HIV/AIDS Care Guidelines, MSF, 2006)។ prednisolone គឺធ្វើអោយមានការប្រែប្រួលកំរិត dexamethasone ។

- នៅប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវព្យាបាលពពួកព្រូន Anguilulosis (stronglyoides) មុននឹង (ឬក្នុងកំឡុងពេល) ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ Corticosteroids។ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ (ប្រើ Albendazole ៤០០មក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ) ដើម្បីបង្ការជំងឺមហារីកបង្កដោយសារ Anguilulosis។

ការព្យាបាលជំរើស

- Pyrimethamine ២០០មក្រ ប្រើកំរិតដូសច្រើន, បន្ទាប់មកប្រើ៥០មក្រក្នុង១ថ្ងៃ + sulfadiazine ១-១.៥ក្រ លេប៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ + folinic acid ២០មក្រ លេប១ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល ៦សប្តាហ៍ (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008) ។

ការព្យាបាលបង្ការលើកទី២

- Cotrimoxazole ៨០០មក្រ, TMT ១៦០មក្រ លេបមួយគ្រាប់មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 លើសពី ២០០ កោសិកា/មម³ តាមរយៈការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ចំនួនពីរលើកដោយឃ្លាត ពីគ្នាចំនួន ៦ខែម្តង។

១១. ជំងឺ CYTOMEGALOVIRUS (CMV)

ចំនុចគន្លឹះ :

- ជំងឺរលាកផ្នែកខាងក្នុងភ្នែក (retinitis) បណ្តាលមកពី CMV កើតមានជាញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង និងច្រើនកើតឡើងរួមគ្នាជាមួយ IRIS។
- ៥ ទៅ ១០ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេស៍ដែលកើតជំងឺ CMV ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4<៥០ កោសិកា/មម³ និងបង្កអោយមានជំងឺរលាកបំពង់អាហារ និងរលាកពោះវៀនធំ (colitis) បណ្តាលមក ពី CMV ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ CMV គឺមានការលំបាក ហើយមិនសូវមានជំរើសក្នុងការព្យាបាលនៅប្រទេសកម្ពុជា។
- ជំងឺ CMV ត្រូវចាត់ទុកក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក។

ការបង្ករោគដោយ CMV

CMV ជាវីរុសដែលកើតមានញឹកញាប់ ហើយរាលដាល ឬ បង្កជំងឺនៅតាមកន្លែងណាមួយ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ។ កាលពីមុនពេលមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង

នឹងមេរោគអេដស៍ ប្រហែល ៣០ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ពេញវ័យដែលមានចំនួនកោសិកា CD4<១០០ កោសិកា/មម³ អាចនឹងវិវត្តន៍ទៅជាជំងឺរលាកភ្នែកផ្នែកខាងក្នុង (retinitis) បង្កដោយវីរុស CMV ។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បានកាត់បន្ថយយ៉ាងខ្លាំងនូវការប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគដោយវីរុស CMV។ វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការសង្ស័យថា អ្នកជំងឺអេដស៍អាចមានជំងឺ CMV ប្រសិនបើ មានបញ្ហាគំឃើញមិនធម្មតា (Visual Abnormalities) និងចំនួនកោសិកា CD4 ចុះទាប និងចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាគំឃើញមិនធម្មតា កើតឡើងភ្លាមៗក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងអាចកើតឡើងដោយសារមានការកើតឡើងវិញនូវជំងឺ IRIS។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- មូលហេតុភាគច្រើននៃជំងឺរលាកគ្រាប់ភ្នែក (retinitis) ក៏ប៉ុន្តែ វាក៏អាចប៉ះពាល់សរីរាង្គផ្សេងៗទៀតដែរ ។
- រោគសញ្ញាភាគច្រើននៃជំងឺរលាកគ្រាប់ភ្នែក ធ្វើអោយគំហើញរូបភាពអណ្តែត "floaters," ខ្លាចពន្លឺ(photophobia) និងប៉ះពាល់ដល់គំហើញ (Visual Field Defects)។ មិនមានការឈឺចាប់ ឬ ភ្នែកមិនឡើងក្រហមទេ។
- មិនមានរោគសញ្ញាប៉ះពាល់ដល់គ្រាប់ភ្នែក (ocular) ដែលបង្កដោយ CMV ទេ អាចកើតឡើងនៅពេលចំនួនកោសិកា CD4<៥០កោសិកា/មម³ និងមាន ២០ ភាគរយ នៃករណីតែប៉ុណ្ណោះ។
- CMV អាចមានការប៉ះពាល់ផ្នែកផ្សេងៗនៃប្រព័ន្ធប្រសាទ។ វាអាចបណ្តាលអោយកើតមានជំងឺរលាកខួរក្បាល (encephalitis), បាត់បង់ភាពចងចាំ (dementia), ប៉ះពាល់សរសៃប្រសាទខួរក្បាល, ញាក់ភ្នែកដោយអចេតនា (nystagmus) ឬ មិនមានការគ្រប់គ្រងចលនាសាច់ដុំ (ataxia), ជំងឺខួរក្បាល (myelopathy), ឬ ជំងឺ polyradiculomyelopathy។ ការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងបានរកឃើញ ពពួកកោសិកា lymphocytic pleocytosis, ថយចុះជាតិស្ករ និងកើនឡើង protein (ដូចគ្នានឹងជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគរបេង) ប៉ុន្តែ វាមិនសូវមានប្រយោជន៍ក្នុងការបញ្ជាក់ពីរោគវិនិច្ឆ័យទេ។
- លើសពីប្រព័ន្ធប្រសាទ វីរុស CMV អាចប៉ះពាល់ប្រព័ន្ធសរីរាង្គជាច្រើន រួមមាន ក្រពះពោះវៀនតូច។
- ជំងឺរលាកបំពង់អាហារដោយវីរុស CMV គឺកើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលជំងឺកង់ឌីដា ឬ ជំងឺរលាកបំពង់អាហារដោយ herpes។ ជំងឺនេះកើតឡើងពី ៥-១០ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4<៥០ កោសិកា/មម³ និងរួមផ្សំ

ជាមួយរោគសញ្ញាគ្រុនក្តៅ ឈឺចាប់ចុងដង្ហើម ឬឈឺពីក្រោយសន្ទះទ្រូង និងមានការឈឺចាប់ពេលលេបអាហារចូល (odynophagia)។

- ជំងឺរលាកពោះវៀនធំបង្កដោយវីរុស CMV កើតឡើងចន្លោះពី៥-១០ ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4<៥០ កោសិកា/មម³ ។ អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ មានគ្រុនក្តៅ, ស្រកទំងន់, មិនឃ្លានអាហារ, ឈឺពោះ, និងរាគរូស (រួមជាមួយឈាមមកពីដំបៅ, រលួយជាលិកា) និងអស់កំលាំងល្ហិតល្ហៃ។ ជំងឺរលាកពោះវៀនធំបង្កដោយ CMV អាចបណ្តាលអោយធ្លាយពោះវៀនធំ បណ្តាលអោយរលាកស្រោមពោះ (peritonitis)។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ជំងឺរលាកគ្រាប់ភ្នែកបង្កដោយវីរុស CMV អាចមើលឃើញដោយការពិនិត្យរ៉េទីន (retinal exam) ដោយប្រើឧបករណ៍ឆ្លុះភ្នែក (ophthalmoscope) ដោយឃើញសរសៃឈាមក្នុងគ្រាប់ភ្នែកធំៗ ពណ៌ស អាចមានឬមិនមានការហូរឈាម។ គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺភ្នែកដែលមានបទពិសោធន៍អាចបែងចែករវាងដំបៅរលាកគ្រាប់ភ្នែកបង្កដោយវីរុស CMV ពីជំងឺ toxoplasmosis, និងជំងឺរលាកគ្រាប់ភ្នែកស្រួចស្រាវដែលវិវត្តន៍ទៅរលួយផ្នែកខាងក្រៅនៃគ្រាប់ភ្នែកបន្តិចម្តងៗ តាមរយៈការពិនិត្យបាតភ្នែកឃើញថា រាងដូចដុះសំឡី។ ជំងឺរលាកគ្រាប់ភ្នែកស្រួចស្រាវនិងជំងឺរលួយផ្នែកខាងក្រៅនៃគ្រាប់ភ្នែក គឺបណ្តាលមកពីមេរោគ herpes និងត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ acyclovir ។
- ការធ្វើវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺ CMV លើសរីរាង្គផ្សេងទៀត ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR, ការច្រិបយកជាលិកាទៅពិនិត្យ, និងការវិភាគជាលិកា (Histopathology) ដើម្បីកំណត់ពីលក្ខណៈ និងវិជ្ជមានជាមួយតេស្ត immunoperoxidase ហើយតេស្តនេះនៅមិនទាន់មាននៅប្រទេសកម្ពុជាទេ។

ការព្យាបាល

- ការទទួលបានសេវាព្យាបាលជំងឺ CMV ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជានៅមានកំរិត។
- ជំងឺរលាកភ្នែកឆ្លើយតបល្អ ជាមួយនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ intravitreal ganciclovir។
- គ្រប់ទំរង់នៃជំងឺ CMV ទាំងអស់ ត្រូវព្យាបាលក្នុងកំរិតដំឡើងដូសដោយចាក់ ganciclovir តាមសរសៃវ៉ែន ឬ ប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងវីរុសផ្សេងទៀត។
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អាចធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវស្ថានភាពនៃជំងឺ CMV ។

- ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅពេលដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ៣៥០ កោសិកា/មម៣ គឺជាការព្យាបាលបង្ការជំងឺ CMV។

១២. ជំងឺបង្កដោយ SALMONELLA ដែលមិនមែន TYPHOID

ចំនុចគន្លឹះ :

- ការរាលដាលមេរោគ Salmonella ក្នុងឈាម (Salmonella septicemia) គឺជាមូលហេតុដ៏ចំបងនៃ មរណៈភាពក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។
- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថCotrimoxizole មិនអាចបង្ការបានពេញលេញពីការបង្ករោគដោយ Salmonella ទេ។
- ត្រូវពន្យាពេលព្យាបាលចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង។
- ការរាលដាលមេរោគ Salmonella ក្នុងឈាម គឺស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក។

ជំងឺរលាកពោះវៀនបង្កដោយមេរោគ Salmonella មិនមែន typhoid កើតឡើងជាញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ការចំលងមេរោគអេដស៍ គឺឆ្លងតាមការបរិភោគសាច់ដែលមិនបានចំអិនឆ្អិនល្អ ឬ ឆ្លងតាមទឹកមិនស្អាត។ មេរោគ Salmonella បានបង្ករោគជាញឹកញាប់បណ្តាលអោយរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ និងរាលដាលមេរោគនៅក្នុងឈាម (septicemia) ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍។ មូលហេតុនៃការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹង septicemia បង្កដោយមេរោគ Salmonella អាចកើតមាន ឬ គ្មានជំងឺរាគរូសចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំថយចុះ (CD4<២០០ កោសិកា/មម៣) កើតឡើងបណ្តាលមកពីការថយចុះ ឬ ការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំមិនបានសមស្រប នៅក្នុងផ្លូវក្រពះពោះវៀនតូច បណ្តាលអោយមានការកើនឡើងនូវការប្រមូលផ្តុំពពួកបាក់តេរីនៅក្នុងចរន្តឈាម។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក:

- អ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាគ្រុនក្តៅ, ចង្អោរ, ឈឺពោះ និងរាគរូសមានលាយឈាម ឬ គ្មានលាយឈាមក្នុងលាមក។
- ករណីមានពពួកបាក់តេរីរាលដាលក្នុងឈាម អ្នកជំងឺអាចកើតមានបូសជ្រៅ និងបណ្តាលអោយមាន septicemia។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- រោគវិនិច្ឆ័យ ផ្អែកលើសញ្ញាគ្លីនិក ដោយមិនចាំបាច់យកលាមកទៅបណ្តុះមេរោគទេ។
- ការពិនិត្យលាមក តាមរយៈអតិសុខុមទស្សន៍ អាចបង្ហាញពីការកើនឡើងកោសិកា leukocytes និងមានឈាមក្នុងលាមក ប៉ុន្តែ មិនអាចជួយបានក្នុងការបែងចែករវាងជំងឺបង្កដោយមេរោគ Salmonella មិនមែន typhoid ពីជំងឺបង្កដោយពពួកបាក់តេរីផ្សេងទៀតនៅក្នុងពោះវៀន ដូចជា Shigella ឬ Campylobacter ទេ ។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

- ទោះបីជាឱសថ cotrimoxazole ត្រូវប្រើសំរាប់ព្យាបាលជំងឺបង្កដោយ Salmonella មិនមែន typhoid ក៏ដោយ ក៏វាមិនមែនជាការព្យាបាលជំរើសទេ ពីព្រោះអ្នកជំងឺអេដស៍ ភាគច្រើនបានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole រួចហើយ ។
- ការអង្កេតអំពីភាពស៊ាំរបស់ឱសថជាមួយនឹងពពួកមីក្រុប (antimicrobial resistance) នៅមណ្ឌលនៃក្តីសង្ឃឹមនៅប្រទេសកម្ពុជា ឃើញថា ៧៧,៥ ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺមានភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ cotrimoxazole និង ១០ ភាគរយ ស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ ciprofloxacin ពេលព្យាបាលជំងឺ Salmonella មិនមែន typhoid។
- ដោយសារមានភាពស៊ាំរបស់ឱសថពីរមុខខាងលើ របស់មេរោគ គឺត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺ Salmonella មិនមែន typhoid ដោយប្រើឱសថ **ciprofloxacin ៥០០មក្រ លេប២ដងក្នុង ១ថ្ងៃ រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ៧ថ្ងៃ ដល់ ១៤ថ្ងៃ**។
- ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំថយចុះខ្លាំង (ចំនួនកោសិកា CD4<២០០ កោសិកា/មម³) ត្រូវពន្យាពេលនៃការព្យាបាលរហូតដល់៦សប្តាហ៍ (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)។
- គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវធ្វើការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេងស្របតាម SOP សំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្រ្ត 3Is មុននឹងប្រើឱសថ ciprofloxacin។ ករណីស្រាវជ្រាវឃើញមានជំងឺរបេង សូមមើលវិធីព្យាបាលផ្សេងទៀតទាក់ទងការព្យាបាលជំងឺរបេង។
- ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលសង្ស័យថា មានការឆ្លងមេរោគ salmonella នៅក្នុងឈាម (salmonella septicemia) ត្រូវព្យាបាលដោយបញ្ចូលសេរ៉ូមអោយច្រើន (aggressive fluid replacement) និងប្រើឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ceftriaxone ចាក់ IV ១ក្រាម ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ និងប្រើឱសថ metronidazole ៥០០មក្រ ចាក់តាមសរសៃ ឬ លេប ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល

៧ថ្ងៃ។ ត្រូវផ្តល់ផងដែរនូវឱសថ gentamicin ៥មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកជា៣កំរិតដូសជារៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីបង្កើនការសំលាប់ពពួកបាក់តេរីអោយបានច្រើន (bacteroides)។

ការព្យាបាលជំរើស

- Azithromycin ១ក្រាម ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ៥០០មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៦ថ្ងៃ (ប្រភព: The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2008)។ ការព្យាបាលរបៀបនេះ គឺជាការព្យាបាលជាជំរើសចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។
- បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមិនឆ្លើយតបជាមួយនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ Azithromycin ក្នុងរយៈពេល ១ ទៅ ២ថ្ងៃ នៃការព្យាបាលទេ ត្រូវប្រើឱសថ ceftriaxone ១ក្រាម ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ ទៅ ១០ ថ្ងៃ (ប្រភព: MSF Guidelines 2006)។

ការព្យាបាលបង្ការលើកទី២

- ជំងឺបង្កដោយ salmonella ងាយស្រួលក្នុងការលាប់ឡើងវិញ ។
- បើអ្នកជំងឺអេដស៍កើតជំងឺ salmonella សារចុះសារឡើង គឺត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដើម្បីលប់បំបាត់ដោយប្រើ cotrimoxazole ៨០០មក្រ និង TMT ១៦០មក្រ លេប១ថ្ងៃ១គ្រាប់ដែលជាផ្នែកមួយនៃការព្យាបាលបង្ការស្តង់ដា និងប្រើឱសថ cotrimoxazole សំរាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលទី៤។

១៣. ដំបៅស្បែក (Skin Lesions)

ចំនុចគន្លឹះ :

- ដំបៅស្បែក គឺជាសញ្ញាកត់សំគាល់លើកដំបូង ដោយអ្នកជំងឺនិងអ្នកផ្តល់សេវាហើយកើតឡើងជាញឹកញាប់ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍។
- លក្ខណៈដំបៅស្បែក អាចបង្ហាញពីភស្តុតាងនៃការបង្ករោគគ្រប់សារពាង្គកាយ(systemic)
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភ្លាមៗ និងការព្យាបាលរោគសញ្ញាកើតឡើងលើស្បែក អាចបង្ការនូវផលវិបាក និង ជួយបង្កើនគុណភាពនៃជីវិតអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍។

ភាពមិនធម្មតានៃស្បែក កើតឡើងជាញឹកញាប់ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍។ លើសពី៨០ ភាគរយ នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ មានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងល័ក្ខខណ្ឌ

ស្បែក ដូចជា ភាពមិនធម្មតានៃការឆ្លើយតបនៃការរលាកទៅនឹងអង់ទីហ៊ែរ្សន, ឬ ការរាលដាលជំងឺឱកាសនិយមខ្លាំងក្លា។ តារាងទី១៨ រៀបរាប់ពីរោគសញ្ញាលើស្បែក ដែលកើតឡើងជាញឹញាប់ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

តារាងទី១៨: មូលហេតុនៃជំងឺលើស្បែកកើតឡើងចំពោះ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍

ប្រភេទ	មូលហេតុ

ជំងឺបណ្តាលមកពីការបង្ករោគ	• ជំងឺអុតក្តាម (Varicella zoster)
	• ជំងឺ Herpes simplex virus
	• ជំងឺ Molluscum contagiosum
	• ជំងឺ Condyloma lata (syphilis)
	• ជំងឺសិរមាន់ Condyloma accuminata (human papilloma virus)
	• ជំងឺផ្សិតនៅស្រទាប់ខាងលើ (ឧ. ជំងឺកង់ឪដា, មានព្រូនតេនីញ៉ា)
	• ជំងឺផ្សិតសាយភាយ
	  o ជំងឺ Cryptococcosis
	  o ជំងឺ Penicilliosis
	  o ជំងឺ Histoplasmosis
	• ជំងឺ Impetigo
	• ជំងឺ Mycobacterial infection
	• ជំងឺស្វាយដំណាក់ទី២ (Secondary syphilis)
	• ជំងឺ Furunculosis និង Folliculitis
	• ជំងឺរលាកសាច់ដុះមានខ្ទុះ (Pyomyositis)
	• ជំងឺ Verucca planus
	• ជំងឺថៃ (Scabies)

ជំងឺមហារីក (Neoplasia)	• ជំងឺមហារីកសរសៃឈាមវ៉ែន Kaposi′s sarcoma (កំរមាននៅប្រទេសកម្ពុជា) • ជំងឺ Lymphoma • ជំងឺ Squamous និង basal cell carcinoma • ជំងឺ Sarcoma

ជំងឺផ្សេងៗទៀត	• ជំងឺ Pruritic papular eruption • ជំងឺ Seborrheic dermatitis • ជំងឺប្រតិកម្មស្បែកបណ្តាលមកពីឱសថ • ជំងឺ Vasculitis • ជំងឺ ត្រអក Eczema • ជំងឺ Psoriasis • ជំងឺ Granuloma annulare • ជំងឺ Thrombocytopenic purpura • ជំងឺ Telangiectasia • ជំងឺ Hyperpigmentation

សេចក្តីសង្ខេបពីការបង្ហាញរោគសញ្ញាសើស្បែកទាក់ទងនឹងការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ នឹងរៀបរាប់បន្តពីផ្នែកនេះ។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវអាន**ឧបសម្ព័ន្ធទី៣** អំពី រូបភាពជំងឺលើស្បែក ឬ គេហទំព័រ លើ www.aidsimages.ch ដើម្បីមើលរូបជាឧទាហរណ៍នៃជំងឺលើស្បែក ដែលបានកើតឡើងជាញឹកញាប់ និងកើតម្តងម្កាល ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍។

ជំងឺវីរុស Herpes simplex

- ច្រើនកើតនៅតំបន់រន្ធគូថនិងប្រដាប់បន្តពូជនិងជាកត្តាប្រឈមមុខក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- ដំបៅនៅបបូរមាត់ធំ (Oro-labial lesions) នៃប្រដាប់បន្តពូជរបស់ស្ត្រី ក៏ជាកន្លែងដែលកើតមានជាញឹកញាប់ផងដែរ។
- ដំបៅមានសភាពតូច, ឈឺចាប់, គែមច្បាស់ និងរាងមូល (vesicle)។
- អាចក្លាយជាដំបៅឈឺចាប់ខ្លាំងហើយរ៉ាំរ៉ៃ (>៣សប្តាហ៍), ជាទូទៅ ដំបៅជ្រៅ (ដូចគ្នាជាដំបៅរ៉ាំរ៉ៃបង្កដោយ CMV) ។
- រោគវិនិច្ឆ័យផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងអាចធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយការធ្វើតេស្ត Tzank (Tzank test)។
- ការព្យាបាលដំបៅស្បែកបង្កដោយវីរុស Herpes simplex ត្រូវប្រើឱសថ **aciclovir ៤០០មក្រលេប ៥ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ**។
- ការលាបសូលុយស្យុង genitian violet អាចជួយកាត់បន្ថយការឆ្លងរាលដាលដោយមេរោគ Herpes simplex សារជាថ្មី ។

- ករណីមានការឆ្លងរោគសារជាថ្មី (superinfection) ដោយមេរោគប្រភេទ staphylococcus ឬ streptococcus ត្រូវព្យាបាលដោយប្រើឱសថ cloxacillin ៥០០មក្រ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល ៧ថ្ងៃ។
- ការកើតជំងឺនេះកើតសារចុះសារឡើង (លើសពី៦ដងក្នុង១ឆ្នាំ) អាចព្យាបាលសំលាប់អោយអស់មេរោគដោយប្រើឱសថ acyclovir ២០០មក្រ ទៅ ៤០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។
- ដំបៅរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរ អាចប្រើឱសថ acyclovir IV ឬ ប្រើក្នុងកំរិតខ្ពស់ដល់ ៨០០មក្រ ៥ដងក្នុង ១ថ្ងៃ នឹងទទួលបានលទ្ធផលល្អ។ (សូមអានជំពូកទី១៦ អំពីព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការឈឺចាប់)។

ជំងឺរើម (Herpes zoster)

- បើជំងឺរើមកើតឡើងលើមនុស្សវ័យក្មេង ត្រូវសង្ស័យថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- ជំងឺរើមកើតមានប្រហែល ២៥ ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺអេដស៍។
- អាចកើតលើស្បែកច្រើនកន្លែងចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍។
- ផលវិបាកនៃជំងឺរើម រួមមាន ដំបៅស្បែកជ្រៅ, ឡើងក្រម៉ក្រោមស្បែក(corneal scaring), ឈឺចាប់សរសៃប្រសាទរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic Neuropathic Pain)។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិក នឹងអាចបញ្ជាក់ដោយតេស្ត Tzank ប្រសិនជាមាន។
- ព្យាបាលដោយឱសថ acyclovir ៨០០មក្រ ៥ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេលពី ៧ ទៅ១៤ថ្ងៃ, ប្រើ acyclovir ទឹកសំរាប់បន្តក់លើភ្នែកក្នុងការព្យាបាលជំងឺឈឺភ្នែក (keratitis)។ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺដែលត្អូញត្អែរពីបញ្ហាគំឃើញ (vision complaints) ទៅកាន់សេវាថែទាំព្យាបាលដែលមានជំនាញខ្ពស់ជាបន្ទាន់។
- លាប gentian violet អាចកាត់បន្ថយការឆ្លងរោគផ្សេងទៀត (superinfection)។
- ករណីមានការបង្ករោគផ្សេងទៀត (superinfection) អាចបង្កដោយ staphylococcus ឬ streptococcus ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ cloxacillin ៥០០មក្រ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ។
- ការកើតសារចុះសារឡើងនៃជំងឺរើម (លើសពី៦លើកក្នុង១ឆ្នាំ) អាចព្យាបាលអោយជាដាច់ដោយប្រើឱសថ acyclovir ២០០ ទៅ ៤០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ (សូមអានជំពូកទី១៦ អំពីការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់)។

ជំងឺ Molluscum Contagiosum

- កើតមានជាញឹកញាប់ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ បណ្តាលមកពីវីរុស។
- ដំបៅបណ្តាលមកពី Molluscum Contagiosum មានពណ៌ដូចគុជ ឬ ពណ៌បៃតងខ្ចី រាងមូល ទំហំពី ៣ ទៅ ៥ មម និងមានចំណុចកណ្តាលខូង កើតឡើងនៅលើផ្ទៃមុខ, ក,តំបន់ជុំវិញរន្ធគូថ និងប្រដាប់បន្តពូជ។
- អាចមើលឃើញដូចគ្នានឹងជំងឺ cryptococcus នៅលើស្បែក, ជំងឺ penicillium, ឬ ជំងឺ histoplasma ប៉ុន្តែជាទូទៅ មិនមានគ្រុនក្តៅ, មិនប៉ះពាល់ដល់សួត, ឬស្រោមខួរក្បាលទេ (សូមអានជំពូកទី៨ និងទី៩)។
- ដំបៅ Molluscum ធំៗ ច្រើនកើតនៅលើមុខ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំថយចុះខ្លាំង និងបណ្តាលអោយមើលមុខមិនស្គាល់ (disfiguring)។
- ការព្យាបាល គឺត្រូវយកម្ជុលជោះបើកមុខដំបៅ ដោយត្រាំម្ជុលជាមួយសូលុយស្យុង phenol ៨០ភាគរយ ឬ iodine បឺតយកទឹករងៃចេញ, កៀរសំអាត, ឬ ប្រើទឹកកកស្ងួ (nitrogen cryotherapy) ។
- ករណីធ្ងន់ធ្ងរ ឬ កើតពេញមុខមើលមិនស្គាល់, ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលជាការព្យាបាលតែមួយគត់ ដើម្បីកុំអោយជំងឺនេះកើតឡើងវិញ។

ជំងឺស្វាយ (Treponema pallidum)

រោគសញ្ញាលើស្បែកកើតឡើងជាដំបូងក្នុងដំណាក់កាលទី២នៃជំងឺស្វាយ។ ដំណាក់កាលទី១ បង្ហាញរោគសញ្ញាដោយលេចចេញដំបៅដែលមានលក្ខណៈមិនឈឺ,ដំបៅរឹងនៅលើប្រដាប់ភេទ (chancre) ពេលមេរោគឆ្លងចូលក្នុងខ្លួនរហូតដល់ចេញរោគសញ្ញា (inoculation) ជាទូទៅ អមជាមួយការឡើងកូនកណ្តុរនៅត្រង់តបន់ក្រលៀន។ ច្រើនសប្តាហ៍ទៅច្រើនខែក្រោយមក, ប្រហែល ២៥ ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺដែលមិនបានទទួលការព្យាបាលនឹងបង្កអោយរាលដាលជំងឺទូទាំងសារពាង្គកាយ ដោយមានគ្រុនក្តៅ, ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក, មាន condyloma lata, ឡើងកូនកណ្តុរ, និងដំបៅនៅមាត់ (ស្អិតជាប់នឹងស្បែក) ។ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក កើតឡើងនៅបាតដៃនិងបាតជើង និងមានស្នាមរាងសំប៉ែត, ពណ៌ក្រហម និងមានដុំទឹក (maculo-papular)។

ព្យាបាលដោយ៖

- ចាក់ benzathine benzyl penicillin ២,៤ MIU ចាក់សាច់ដុំមួយសប្តាហ៍ម្តង រយៈពេល ៣ សប្តាហ៍។

- doxycyline ១០០ មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១៤ ។
- erythromycin ៥០០មក្រ លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៤សប្តាហ៍។

ជំងឺសិរមាន់ (Genital Warts) នៅប្រដាប់បន្តពូជ

- បណ្តាលមកពី វីរុស HPV ។
- HPV strains ១៦ និង ១៨ អាចបណ្តាលអោយកើតជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ។
- ដំបៅរីកដូចផ្កាស្ពៃខាត់ណា (Cauliflower lession)លើប្រដាប់បន្តពូជនិងតំបន់ជុំវិញរន្ធគូថ។
- ព្យាបាលជាមួយឱសថ podophyllotoxin ០,៥ សូលុយស្យុង លាប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ថ្ងៃបន្តបន្ទាប់គ្នា ក្នុងមួយសប្តាហ៍ រយៈពេល៤សប្តាហ៍ (អតិបរិមា)។ ការពារស្បែកធម្មតាដោយប្រើ vaseline or zinc បន្ទាប់មកលាងសំអាតដោយទឹកនិងសាប៊ូក្រោយ ១ ទៅ ៤ ម៉ោង។ ចៀសវាងប្រើឱសថនេះចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។
- ការព្យាបាលដោយស្ពំទឹកកក គឺជាការព្យាបាលជំរើស ។
- ការព្យាបាលដោយកាំរស្មី Laser ឬ ការវះកាត់ ក្នុងករណីដំបៅធំខ្លាំង។

បង្ករោគលើស្បែកដោយពពួកបាក់តេរី (Bacterial Skin Infection)

- ជាទូទៅ បណ្តាលមកពីមេរោគ staphylococci និង streptococcus ។
- អាចមានការជ្រៀតចូលនៃមេរោគទៅក្នុងស្បែក ឬ បង្ករោគលើសរីរាង្គច្រើនទៀត។
- អាចបង្កអោយមានផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគលើស្បែកដោយប្រុងប្រយត្ន័ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំថយចុះខ្សោយខ្លាំង ។
- រលាកកោសិកាបានរាលដាលការបង្ករោគដល់កោសិកានៅក្រោមស្បែក។
- ទំរង់រាលដាលលើស្បែក បណ្តាលអោយរលាកសាច់ដុំ និងមានខ្ទុះ (Pyomyositis)
    - ដំណាក់កាលទី១ ចាប់ផ្តើមដោយមានការត្អូញត្អែរ អំពីការឈឺសាច់ដុំ ការឈឺចាប់និងគ្រុនក្តៅតិចៗ ។
    - ដំណាក់កាលក្រោយមក មានការឈឺចាប់ខ្លាំង, ហើម, គ្រុន, និងបង្កជាបូសក្នុងសាច់ដុំ ។
    - អាចបណ្តាលអោយរាលដាលមេរោគនៅក្នុងឈាម (septicemia) ។
    - កើតមានញឹកញាប់ លើអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 <១៥០ កោសិកា/មម^{៣} ។
- Bacillary angiomatosis បណ្តាលមកពី gram negative bacilli

- ដំបៅមានលក្ខណៈដូចគ្នានឹងដំបៅនៃជំងឺ Kaposi Sarcoma (violaceous hard nodules) ។
- ដុំពកពណ៌ក្រហម, ដុំពកទឹកធំ, ដុំមូល ឬ មានដំបៅ peduculated lesions ។
- ព្យាបាលរាល់ករណីសង្ស័យទាំងអស់ ។

តារាងទី ១៩: មូលហេតុនៃការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក និង ការព្យាបាល

ជំងឺសើស្បែកបង្កដោយបាក់តេរី	មេរោគបង្ក	ការពិពណ៌នា	ការព្យាបាល
Folliculitis	*Staphylococcus aureus*	ការរលាក, ការបង្ករោគនៅគល់រោម	• គ្រប់ពីលើដោយស្បែក្តៅអ៊ុនៗ (Warm compress) • ការលាងសំអាត • Genitian Violent • Cloxacillin ក្នុងករណី ធ្ងន់ធ្ងរ*
Cellulitis	*Streptococcus, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae*	រលាកស្បែក និងជាលិកា subcutaneous ដែលមានលក្ខណៈហើម ក្រហម និងឈឺចាប់	• Cloxacillin ៥០០ មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ ចែកជា៦ ម៉ោងម្តងរយៈពេល១០ថ្ងៃ។ ករណីធ្ងន់ធ្ងរ, ត្រូវប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកតាមសរសៃឈាម (Cloxacillin ឬ Cetriaxone)។
បូស (Skin abscess)	*Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae*	ខ្ទុះប្រមូលផ្តុំនៅនឹងកន្លែងនៅក្នុងប្រហោងដែលបង្កើតឡើងដោយដាច់ជាលិកា។ អាចមានផលវិបាកជាការរលាកកោសិកា (cellulitis) បើមិនបានព្យាបាល។	• ការវះកាត់ចោះបង្ហូរ • ព្យាបាលដោយSystemic antibiotics បើមានជំងឺ cellulitis។
Impetigo	*Staphylococcus aureus, Streptococcus*	ថង់ទឹក (Vesicles) ឬពងទឹក (bullae) ដែលមានលក្ខណៈ: ជាសំបកក្រៀមពណ៌ដូចទឹកឃ្មុំ	• ប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក ឬការរៀបចំ Salycilic Acid • Cloxacillin សំរាប់ lesions ដែលមានលក្ខណៈសាយភាយ (disseminated) ។
Furunculosis (boil)	*Staphylococcus aureus, Streptococcus*	ការបង្ករោគនៅស្បែក និងជាលិកា subcutaneous ដែលពទ្ធ័ជុំវិញគល់រោម មានទំហំធំជាង folliculitis។	• Warm compress • ការសំអាត • ជូនកាលត្រូវបង្ហូរចេញ • ការព្យាបាល systemic ដោយ antibiotics ជាការកំរ។

ជំងឺស្អុយគល់ក្រចក (Paronychia)	*Staphylococcus aureus*	ការបង្ករោគកើតនៅជាលិកាជុំវិញក្រចកដៃ និងក្រចកជើង	• វះកាត់ចោះបង្ហូរ • Cloxacillin រយៈពេល ៥-៧ ថ្ងៃ
Pyomyosis	*staphylococcus Aureus*	បង្កជាបូស ក្នុងសាច់ដុំ	• វះកាត់ចោះបង្ហូរ • Ceftriaxone ២ក្រ ចាក់តាមសសៃ ឬ Cloxacillin ១ ទៅ២ ក្រ ចាក់តាមសរសៃ រយៈពេល ១០។
Bacillary angiomatosis	*Bartonella henslae*	ដំបៅសរសៃឈាម (vascular) ដែលមានលក្ខណៈ ដូចជា ជំងឺ Kaposi's sarcoma	• Erythromycin ៥០០ មក្រ លេប៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ or ប្រើ doxythromycin ១០០ មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ថ្ងៃ ។ • ពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ
Staphylococcal Scalded Skin Syndrome	*Staphylococcus aureus*	ដំបៅសាយភាយដោយចាប់ផ្តើមលើផ្ទៃមុខដែលជួបញឹកញាប់លើកុមារ។ អាចដូចគ្នានឹង Stevens Johnson Syndrome ប៉ុន្តែគ្មានការប្រឈមនឹងគ្មានទាក់ទងនឹងmucosa។	• Cloxacillin 200 មក្រ/គីឡូ/ថ្ងៃ ចាក់តាមសរសៃ ចែក ជា៦ ម៉ោងម្តង • ពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យពីការវះកាត់ • ព្យាបាលរបួស និង យកចិត្តទុកដាក់ ចំពោះស្ថានភាពខ្សោះជាតិទឹក ។

*បើអ្នកជំងឺមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលទេ,ត្រូវសួរយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ។ក្នុងករណីកំរ, អ្នកជំងឺមានការរលាកកោសិកា Eosinophil folliculitis, និងអាចឆ្លើយតបជាមួយនឹងការព្យាបាលជំនួស។ ការរលាក Eosinophil folliculitis បង្ហាញរោគសញ្ញាជាស្នាមកន្ទាលគ្រអាកជាបន្ទះៗ (Urticarial follicular) នៅលើបន្ទាត់ក្បាលដោះ ហើយអាចឆ្លើយនឹងការព្យាបាលជាមួយនឹងឱសថ Metronidazole ឬ Steroids ។

ការបង្ករោគផ្សិត នៅលើស្បែក (Fungal Skin Infections)

ការបង្ករោគផ្សិតនៅលើស្បែក កើតឡើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ មានការប្រែប្រួល រួមមាន ការបង្ករោគលើស្បែកនៅផ្នែកណាមួយ ឬ ដំបៅដោយការបង្ករោគរាលដាលខ្លាំងក្លា។ ភាគច្រើនបណ្តាលមកពីពពួកកង់ឌីដា និងមេរោគ dermatophytosis (mucosis)។

ការបង្ករោគសើស្បែក ដោយកង់ឌីដា (Cutaneous Candidiasis)

- ច្រើនឃើញមាននៅត្រង់របត់ស្បែក ឬ នៅក្រោមដោះ វាលេចឡើងជាស្នាមកន្ទួលលើស្បែកពណ៌ក្រហម មានគែមច្បាស់ និងមានដំបៅនៅតំបន់ជិតខាង។

- មានរោគសញ្ញាដោយរលាកក្បាលលិង្គ (banitis), រលាកបង្ហូរនោម (urethritis), ឬ ការបង្ករោគនៅចុងក្រចក(paronycia)ក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង។
- ការព្យាបាល
    - o លាបសូលុយស្យុង gentian violet ១% នៅកន្លែងដែលដំបៅ, nystatin ointment, ឬ miconazole cream លាបកន្លែងដំបៅ ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៤៨ម៉ោងក្រោយស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបានលុបបំបាត់។
    - o បើមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយលាបនៅនឹងកន្លែងទេ ត្រូវព្យាបាលអោយបានទូលាយ (systemic therapy) ដោយប្រើឱសថ fluconazole ១០០មក្រ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ ប៉ុន្តែ គេកំរប្រើណាស់។

ជំងឺសើស្បែកបង្កដោយ Dermatophytes (Dermatophytosis)

- ជាទូទៅ កើតឡើងដូចគ្នានឹង tinea corporis (ព្រូនចិញ្ចៀន =ringworm), tinea capitis, ឬ ពពួកផ្សិតកើតលើក្រចក (onychomycosis) ។ វាមានលក្ខណៈសំប៉ែត និង ដំបៅមានគែមច្បាស់។ ដំបៅអាចរាលដាលច្រើនកន្លែង និងមានការលំបាកក្នុងការព្យាបាលចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍។
- ការព្យាបាលៈ
    - o លាបប្រេង Whitfield's ointment (benzoic acid with salicylic acid) ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេលពី ២ ទៅ ៥សប្តាហ៍លើកន្លែងដំបៅ។ បើមិនទទួលបានជោគជ័យត្រូវប្តូរទៅប្រើ miconazole cream ២ ភាគរយ រយៈពេលពី ២ ទៅ ៤សប្តាហ៍។
    - o ករណីមានការរាលដាលច្រើនកន្លែង និងមាន tinea capitis ត្រូវព្យាបាលដោយប្រើ fluconazole ១០០ មក្រ រាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៤សប្តាហ៍។
    - o ព្យាបាលជំងឺផ្សិតលើក្រចក ព្យាបាលតែករណីធ្ងន់ធ្ងរទេ។ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ fluconazole ២០០មក្រ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល៦សប្តាហ៍។ បើសិនបរាជ័យ ត្រូវប្រើ itraconazole ២០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់រយៈពេល៧ថ្ងៃដំបូងនៃរយៈពេលព្យាបាល៤ខែបន្តបន្ទាប់។ ពេលប្រើ azoles ត្រូវតាមដានប្រតិកម្មជាមួយនឹងឱសថ ARV ដែលកំពុងប្រើ (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ សំរាប់ប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគលើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ឆ្នាំ ២០១១)។

រោគថៃ (Scabies)

- ជាការបង្ករោគសើស្បែកដែលមានការចំលងខ្លាំង បង្ហាញជាលក្ខណ: ដំបៅរមាស់ពងបែក កើតភាគច្រើននៅត្រង់ចង្វៃកម្រាមដៃ, ចង្វៃកម្រាមជើង, មេជើង, ដើមប្រអប់ដៃ, គន្លាក់ដៃ និងក្លៀក។
- ជាទូទៅ រោគថៃ (Scabies) កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ ហៅថា ថៃណរ៉េស (Norwegian scabies) ហើយមានការចំលងខ្លាំង។
- រោគវិនិច្ឆ័យ គឺផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិក ប៉ុន្តែអាចបញ្ជាក់ដោយការពិនិត្យតាមអតិសុខុមទស្សន៍ (microscopy) លើស្បែកដែលមានថៃ ដោយដាក់ពណ៌ KOH (KOH staining)។
- ការព្យាបាល
  - ប្រើថ្នាំលាប Benzyl Benzoate ២៥ ភាគរយ : លាបពេញខ្លួន លើកលែងតែក្បាល/មុខ, រក្សាទុក ១២ម៉ោង រួចលាងជំរះចេញ, លាបរយ:ពេលពី ២ ទៅ ៣ថ្ងៃ បន្តបន្ទាប់។
  - លាប Permethrin ៥ ភាគរយ Cream លាបពីក្បាលដល់ចុងជើង រយ:ពេល១២ ម៉ោង រួចងូតទឹក។ ឱសថនេះមានជាតិពុលបន្តិចបន្តួច ការព្យាបាលមានប្រសិទ្ធិភាព និងអាចប្រើបានចំពោះកុមារ ។
  - ការព្យាបាលជំរើសត្រូវប្រើ gammabenzene hexachloride (lindane) ១ ភាគរយ អាចលាបពី កដល់ចុងជើង។
  - ការព្យាបាលរោគថៃ Norwegian scabies ត្រូវប្រើ ivermectin, ២០០ micrograms/គក្រ តែមួយកំរិតដូស (The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy, 2008)។ ការព្យាបាលសារជាថ្មីម្តងទៀត អាចធ្វើបាន នៅថ្ងៃទី១៤ ក្នុងករណីនៅតែមានដំបៅ។ ត្រូវព្យាបាលដូចខាងលើ។
  - រមាស់ (Pruritis) អាចមានរយ:ពេលពី ១ទៅ២សប្តាហ៍ ដោយសារ អង់ទីហ្សែនស្ថិតនៅក្នុងស្បែក ទោះបីជាការព្យាបាលមានប្រសិទ្ធិភាពក៏ដោយ។
  - ត្រូវប្រើ antihistamines លេប និងលាប steroids នៅកន្លែងដំបៅដើម្បីកាត់បន្ថយរមាស់។
  - ត្រូវព្យាបាលគ្រប់សមាជិកគ្រួសាទាំងអស់ រួមទាំងកុមារផង ទោះបីជាមាន ឬ គ្មានរោគសញ្ញាក៏ដោយ។
  - ត្រូវបោកគក់សំលៀកបំពាក់និងកំរាលពូក-ភួយ រួចហាលសំដិលអោយត្រូវកំដៅថ្ងៃ។

ប្រតិកម្មស្បែកដោយឱសថ (Drug Eruptions)

- ឱសថដែលប្រើប្រាស់ញឹកញាប់ បណ្តាលអោយមានប្រតិកម្មលេចចេញលើស្បែក រួមមានឱសថ cotrimoxazole, penicillins, cephalosporins, dapsone, និង nevirapine។
- ការលេចឡើងនូវប្រតិកម្មឱសថលើស្បែក បង្ហាញជាពណ៌កុលាប និងពណ៌ពងទឹក ពណ៌ក្រហម ហើយពណ៌ទាំងពីរនេះ អាចកើតលាយជាមួយគ្នា បង្កើតបានជាស្នាមជាំ (blotchy appearance)។
- ការបង្ហាញផ្សេងទៀត រួមមាន ពងទឹកមានរមាស់, ដំបៅនៅភ្នាស់ស្បែក, មានសំណាកស្នាម ហើយឈឺតិចៗ ឡើងពណ៌ស្បែកមិនធម្មតា ឬ ឡើងពណ៌ក្រចក។
- មានភ្នាក់ងារប្រឆាំង (offending agent) មួយចំនួនដែរ ប៉ុន្តែ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ឈប់គ្រប់ឱសថទាំងអស់ ហើយចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញនូវឱសថម្តងមួយមុខៗ ព្រោះមិនដឹងថាប្រតិកម្មនោះ បណ្តាលមកពីឱសថណាពិតប្រាកដ។
- ការព្យាបាល
    - ឈប់ប្រើឱសថបង្កហេតុក្នុងករណីមានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ ដោយមិនបាច់ពិភាក្សាទេ។
    - ផ្តល់ antihistamine លេប ដូចជា diphenhydramine ១មក្រ/គក្រ រាល់ ៦ម៉ោងម្តង ដើម្បីព្យាបាលរមាស់។
    - គេកំរប្រើ corticosteroids ណាស់ លើកលែងតែករណី មានប្រតិកម្មជាមួយឱសថ =DRESS syndrome (កន្ទួលលើស្បែកមកពីឱសថ: eosinophilia, និង systemic symptoms រួមមាន អង់ហ្សីមថ្លើមកើនឡើង) ។
- ការប្រើ corticosteroids មិនបានបង្ហាញអោយឃើញថា មានប្រយោជន៍ចំពោះការព្យាបាល Stevens Johnson syndrome ទេ ហើយចៀសវាងប្រើឱសថនេះ ដោយសារវាអាចបណ្តាលអោយមានគ្រោះថ្នាក់ដែលធ្វើអោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយកាន់តែខ្លាំង និងប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគកើនឡើង ។

ការរលាកស្បែកក្រពេញបញ្ចេញញើស (Seborrheic Dermatitis)

ការរលាកស្បែកក្រពេញបញ្ចេញញើស (Seborrheic Dermatitis) មានលក្ខណៈជា ស្បែកស្ងួតមានស្នាមអ៊ុចៗតូចៗ (flaky), ស្បែកស្ងួត (scaly skin) កើតឡើងលើស្បែកក្បាល អាចឃើញមានផងដែរនៅលើចង្អូរមាត់ (nasolabial folds), ស្បែកនៅក្រោយត្រចៀក និងនៅលើចិញ្ចើម (eyebrows)។

ការព្យាបាល

- ប្រើសាប៊ូ Selenium sulfide ឬ ketoconazole សំរាប់ដំបៅលើស្បែកក្បាល។

- លាប ketoconazole cream រួមជាមួយ ឬ មិនរួមជាមួយ hydrocortisone cream អាចលាបលើតំបន់បង្ករោគចំនួន៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ក៏ប៉ុន្តែ មិនត្រូវលាបលើផ្ទៃមុខទេ ឬ ទីកន្លែងស្បែកជ្រួញស្វិត ដោយប្រើ hydrocortisone យូរពេក។

រមាស់ដោយការបែកធ្លាយពងទឹក(Pruritic Papular Eruption)

- ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី២ កើតជាញឹកញាប់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ១០០ កោសិកា/មម៣។
- ដំបៅបែកធ្លាយពងទឹករ៉ាំរ៉ៃ នៅលើស្បែក។
- អាចពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការឆ្លើយតបទៅនឹងការរលាកមិនបានសមស្រប ឬ ទៅនឹងអង់ទីហ្សែន ដែលកើតមានជាញឹកញាប់ បណ្តាលមកពីមូសខាំច្រើនលើកច្រើនសារ។
- រមាស់ខ្លាំង
- ជាទូទៅ កើតឡើងរាលដាល នៅផ្នែកខាងមុខនៃដងខ្លួន និងផ្នែកចុងដៃចុងជើង។
- អាចក្លាយជាការបង្ករោគ ដោយ Staphylococcus ឬ Streptococcus។
- ជាទូទៅ មានការលំបាកក្នុងការព្យាបាល ប្រសិនបើ គ្មានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទេ។ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

ជំងឺ Psoriasis

- Psoriasis រាលដាលអាចសង្កេតឃើញចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ។
- បង្ហាញស្នាមលើស្បែកក្រាស់ ក្រិន មានពណ៌ប្រាក់ និងពណ៌ប្រផេះ។
- ស្នាមក្រាស់ ហើយកាន់តែក្រាស់ ពេលដុសខាត់។
- ការព្យាបាលរួមមាន ការសំដិលថ្ងៃ ការប្រើ coal tar ៥-១០ ភាគរយ លាយជាមួយប្រេង salicylate លាប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ដោយប្រើសាប៊ូ coal tar (ប្រសិនបើមានរមាស់ក្បាល), និងប្រើ potent topicat steroids (betamenasone 0,១ ភាគរយ) cream លាបលើដំបៅ ១ទៅ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ។
- ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺជាមធ្យោបាយដ៏ល្អ ក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺ Psoriasis លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ។

១៤ ជំងឺមហារីក ដែលបណ្ដាលមកពីមេរោគអេដស៍ (HIV associated malignancies)

ចំនុចគន្លឹះ:

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ក្នុងការកើតជំងឺមហារីក ជាពិសេសគឺមហារីកប្រភេទ lymphoma
- ត្រូវគិតដល់ជំងឺមហារីក ដែលបណ្ដាលមកពីមេរោគអេដស៍ នៅពេលមានគ្រុនក្ដៅ និងមានការថយចុះចំនួនកោសិកាឈាម (cytopenias)
- ជំងឺមហារីកប្រភេទ lymphoma នៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល (Primary CNS lymphoma) ឬ B cell non-Hodkin's lymphoma, មហារីកមាត់ស្បូនក្នុងដំណាក់កាលរាលដាល (invasive cervical carcinoma)និង Kaposi's sarcoma គឺជាប្រភេទជំងឺដែលចាត់ចូលក្នុងដំណាក់កាលទី ៤ នៃអង្គការ WHO ។
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការកើតជំងឺមហារីក ដែលបណ្ដាលមកពីមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការស្ដារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ។
- ត្រូវផ្ដល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ដែលកើតជំងឺមហារីក
- កំរមានការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្ម (Radiation) និងឱសថគីមី (chemotherapy) នៅតាមកន្លែងដែលមានប្រភពធនធាន នៅមានកំរិត។

ការថយចុះនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ធ្វើអោយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការកើតជំងឺមហារីក។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយចំនួន បានបង្ហាញថា ការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (immunologic suppression) និងការបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បង្កើននូវការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ នៃការកើតជំងឺមហារីក ដែលអាចបណ្ដាល ឬមិនបណ្ដាលមកពីជំងឺអេដស៍។ ជំងឺមហារីកដែលបណ្ដាលមកពីមេរោគអេដស៍ ច្រើនកើតលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង។ ជាពិសេស ជំងឺមហារីកប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្ដាល (primary CNS Lymphoma) និង B cell variant Non-Hodkins Lymphomas, មហារីកមាត់ស្បូនក្នុងដំណាក់កាលរាលដាល (Invasive Cervical Carcinoma), និង Kaposi's Sarcoma កើតមានញឹកញាប់លើ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង ហើយត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាប្រភេទជំងឺមហារីក ដែលកំណត់អំពីជំងឺអេដស៍ (ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤)។

ទំនាក់ទំនងរវាងការចុះខ្សោយនៃភាពស៊ាំ និងការកើនឡើងនៃការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការកើតជំងឺមហារីក មានភាពស្មុគស្មាញ។ ក្នុងកំឡុងពេលវិវត្តនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ វាចូលទៅក្នុង

កោសិកា CD4 ហើយបំផ្លាញកោសិកាប្រភេទនេះ ដែលជាផ្នែកដ៏សំខាន់នៃប្រព័ន្ធការពាររាងកាយប្រឆាំងនឹងមេរោគផ្សេងៗ។ មេរោគ ឬ វីរុសខ្លះ ត្រូវបានគេស្គាល់ថា អាចបង្កអោយកើតជំងឺមហារីក។ វីរុស EBV មានទំនាក់ទំនងទៅនឹងការកើតជំងឺមហារីក Burkitt lymphoma (>៣០ ភាគរយ) និង large B-cell lymphomas (៧៥ ភាគរយ), ជាពិសេស ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលកើតមហារីក primary CNS lymphoma។ វីរុស human papilloma virus (HPV) មានទំនាក់ទំនងនឹងការកើតជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ហើយវីរុស human herpes virus 8 (HHV-8) មានទំនាក់ទំនងនឹងការបង្កអោយកើត Kaposi's Sarcoma។

ទោះបីជាការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ កាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការកើតជំងឺមហារីកក្តី ក៏មេរោគអេដស៍ នៅតែបន្តមានអន្តរកម្មជាមួយដំណើរការបំបែកខ្លួននៃកោសិកា និងការឆ្លើយតបទៅនឹងកោសិកាមហារីក។ យូរៗទៅភាពមិនប្រក្រតីនៃការ បំបែកខ្លួនកោសិកានៅក្នុងខ្លួនមានការកើនឡើងបណ្តាលអោយកើតជា cell dysplasia និងមហារីក។ កោសិកាមហារីកទាំងនេះមិនងាយនឹងកំចាត់បាន ដោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ ហើយឆ្លងរាលដាលទៅក្នុងជាលិកាផ្សេងៗទៀត។ អ្នកជំងឺអេដស៍ពេញវ័យលើសពី ២៥ ភាគរយ ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អស់រយៈពេលយូរអង្វែង នឹងកើតជំងឺមហារីក ទោះបីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក្តី។

Kaposi's sarcoma គឺជាមហារីកសរសៃឈាម ដែលបង្កដោយការឆ្លងវីរុស Human Herpes Virus-8 ហើយជាជំងឺដែលកើតមានដោយកំរ នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ហេតុដូចនេះ យើងមិនយកជំងឺនេះមកពិភាក្សា នៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ វាស្តែងចេញជាការដុះចេញជាដុំដំបៅ (lesions) នៅលើស្បែក និងមាត់ដែលមានសណ្ឋានជាបន្ទះពណ៌ស្វាយ ក្រហម ក្លាប ឬ ត្នោត។ វាអាចរាលដាល ទៅកាន់សរីរាង្គដទៃទៀត រួមមាន សួត ប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ ថ្លើម និងខួរក្បាល។ រោគវិនិច្ឆ័យ ត្រូវធ្វើតាមរយៈការពិនិត្យគ្លីនិកក៏ដូចជាការច្រិបយកជាលិកាទៅពិនិត្យរកកោសិកាមហារីក។ ការកើននូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (Immune restoration) ដោយសារការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងជំងឺមហារីក (chemotherapy) ជាការព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធិភាពជាងគេ។ ផ្នែកនេះនឹងបន្តសង្កត់ធ្ងន់លើសណ្ឋាននៃជំងឺមហារីកពីរប្រភេទ ដែលអ្នកផ្តល់សេវាជួបប្រទះញឹកញាប់ នៅប្រទេសកម្ពុជា គឺ non-Hodgkin's lymphoma និងមហារីកមាត់ស្បូន ក្នុងដំណាក់កាលរាលដាល (invasive cervical cancer)។

១៥-១ Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL)

ជំងឺមហារីក non-Hodgkin's lymphoma កើតឡើងប្រមាណ ១០ ភាគរយ នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ Non-Hodgkin's lymphoma បីប្រភេទ ដែលកើតមានញឹកញាប់រួមមាន:

- ជំងឺមហារីកដែលកើតពេញរាងកាយ (Systemic NHL) (មាន> ៨០ ភាគរយ)
- ជំងឺ lymphoma នៃប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល (១៥%)
- ជំងឺ lymphoma នៃសរីរាង្គប្រហោងនៃរាងកាយ (body cavity) ឬ មានលក្ខណៈ primary effusion (<៥%)

លើកលែងតែ Burkitt lymphomas ចេញ Non-Hodgkin lymphomas (NHLs) រួមទាំង lymphoma ដែលមានប្រភពពីប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល ជួបប្រទះភាគច្រើន លើអ្នកជំងឺដែលស្ថិតក្នុងកាលវិវត្តទៅមុខរបស់អ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានចំនួន CD4 តិចជាង ៥០ កោសិកា/មម³។ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខគ្រោះថ្នាក់នឹងជំងឺ NHL បានលើសពី ៥០ ភាគរយ (៨០ ភាគរយ ចំពោះជំងឺ lymphoma ដែលមានប្រភពពីប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល) នៅពេលឆាប់ផ្តល់ការព្យាបាលក្នុងដំណាក់កាលវិវត្តដំបូងនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

រោគសញ្ញានៃ lymphomas មានភាពប្លែកៗ អាស្រ័យទៅតាមសរីរាង្គដែលមានការពាក់ព័ន្ធ។ អ្នកជំងឺអេដស៍ភាគច្រើន មានគ្រុនក្តៅ និងហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ក៏ប៉ុន្តែ ភាពហេវហត់ ការស្រកទំងន់ និងបែកញើសពេលយប់ ក៏មានញឹកញាប់ផងដែរ។ ជាញឹកញាប់ lymphoma ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុស ថាជាជំងឺរបេង ក៏ប៉ុន្តែការព្យាបាលជំងឺរបេងពុំធ្វើអោយមានការធូរស្រាលទេ។ គេត្រូវពិចារណាលើរោគវិនិច្ឆ័យ lymphoma ចំពោះអ្នកជំងឺណា ដែលមានគ្រុនក្តៅ និងមានការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរដែលពុំមានមូលហេតុនៃរោគសញ្ញាផ្សេងៗទៀត ជាពិសេស ប្រសិនបើមានការរីកមាឌនៃផាល (splenomegaly) និងខ្វះគ្រាប់ឈាម។

តារាងទី២០: រោគសញ្ញានៃ NHL អាស្រ័យតាមកន្លែងកើត

ដុំមហារីក នៅតំបន់ Mediastin និងបំពង់ក	ដុំមហារីកនៅក្នុងពោះ
• ពិបាកដកដង្ហើម • ដកដង្ហើមញាប់ • ដកដង្ហើមឮសំលេង (Stridor) • ថយចុះសំលេងដង្ហើមនៅនឹងកន្លែងមានដុំមហារីក • ក្អកស្ងួត	• ការប៉ោងតឹងពោះ • មានទាចទឹក • ដុំពោះ អាចស្ទាបបាន • កើតលឿង (Jaundice) • ការឈឺចាប់

ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល	ដុំមហារីក នៅតំបន់មុខ និងថ្គាម
• ឈឺក្បាល • ក្អួត • មានការរំខាន ក្នុងការមើល (Visual disturbances) • ដំណើរពុំមានស្ថេរភាព (Gait instability) • ភាពខ្វិនសរសៃប្រសាទខួរក្បាល (Cranial nerve palsies) • ភាពខ្វិនមួយចំហៀងខ្លួន • ប្រកាច់	• ដុះដុំនៅតំបន់ថ្គាម • ស្ពឹកស្រពន់ចង្កា(ការគៀបសង្កត់សរសៃប្រសាទបញ្ហាផ្ទៃមុខ) (peripheral facial nerve) • ការសំដែងទឹកមុខ ពុំមានលក្ខណៈស្មើគ្នា symmetric (Asymmetric facial expression)

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យញែកអោយដាច់ពីជំងឺមហារីក lymphoma គឺមានភាពស្មុគស្មាញដោយសារវត្តមាន នៃរោគសញ្ញាទូទៅច្រើន និងការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ដែលកើតមាននៅពេលមានការឆ្លងមេរោគឱកាសនិយម ។ ជាពិសេសគឺជំងឺរបេង ជំងឺ penicilliosis និង histoplasmosis ពុំអាចធ្វើការវិភាគកោសិកាបាននៅឡើយទេ។ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយចំនួន គេត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាបញ្ជាក់ថា lymphoma ដែលពុំមែនជាជំងឺរបេង ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យជាតិ ដើម្បីធ្វើការស្រាវជ្រាវរកការឆ្លងរោគបង្កដោយផ្សិត (fungal infection) ហើយធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់ចុងក្រោយ ដើម្បីបញ្ជាក់អោយច្បាស់អំពីជំងឺមហារីកដោយធ្វើការវិភាគកោសិកានៅក្នុងទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ឬការដកយកសំរង់ជាលិកាដែលកើតជំងឺ រួមទាំងខួរឆ្អឹងខ្នងមកធ្វើការវិភាគ។

ការព្យាបាល

ការព្យាបាលមហារីក NHL ទាមទារអោយមានការថែទាំព្យាបាល នៅមន្ទីរពេទ្យឯកទេសថ្នាក់ជាតិ ដោយអ្នកជំនាញឯកទេសផ្នែកជំងឺមហារីក និងការព្យាបាលមហារីកដោយឱសថ (chemotherapy)។ NHL គឺជាដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤នៃអង្គការ WHO ហើយទាមទារអោយឆាប់ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីទទួលបានលទ្ធផលល្អប្រសើរ។

១៤-២ ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ក្នុងដំណាក់កាលរាលដាល **(Invasive Cervical Cancer)**

ការឆ្លងរោគដោយ HPV ជាពិសេស HPV-១៦ និង HPV-១៨ នៅនឹងភ្នាស់សើមនៃមាត់ស្បូនមានទំនាក់ទំនងជាមួយ cervical dysplasia និងការកើតជំងឺមហារីក។ អ្នកជំងឺអេដស៍នៅរាល់ដំណាក់កាលនៃភាពថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ គឺបង្កើនការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លង HPV ព្រោះវាធ្វើអោយ

ចុះខ្សោយនូវលទ្ធភាពនៃរាងកាយក្នុងការការពារមិនអោយឆ្លងវីរុស HPV ។ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ការជក់បារី ការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ ដែលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លងជំងឺកាមរោគ ក៏បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លង HPV និងបំបាត់មេរោគ HPV ពីក្នុងរាងកាយ។

Cervical dysplasia គឺជាសណ្ឋានដំបូងនៃការកើតមហារីកមាត់ស្បូន ដែលកើតលើស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំរិត៥ដងលើសពីស្ត្រីដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ វាអាចឆាប់កើតលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាងស្ត្រីពេញវ័យ និងកុមារីជំទង់ដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ ដូចនេះ រាល់កុមារីជំទង់ ឬ ស្ត្រីពេញវ័យនៅវ័យក្មេង ដែលមានការហូរឈាមតាមទ្វារមាស ត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ បន្ថែមលើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរោគស្ត្រី ហើយ**ស្ត្រីពេញវ័យ និងកុមារីជំទង់ទាំងអស់ ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវទទួលការពិនិត្យសុខភាព (screening) ផ្នែករោគស្ត្រី រៀងរាល់ ៦ខែម្តង ដើម្បីស្រាវជ្រាវរក Cervical dysplasia និងមហារីកមាត់ស្បូន។**

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

Cervical dysplasia និងមហារីកមាត់ស្បូន អាចគ្មានចេញជារោគសញ្ញា ឬមានការហូរឈាមតាមទ្វារមាស ដែលកើតមានហើយបាត់ទៅវិញច្រើនលើកច្រើនសា ការហូរឈាមក្រោយ ពេលរួមភេទ ឬធ្លាក់សរវ មានលាយសំបោរដែលពុំមែនជាការឆ្លងមេរោគ។ ជំងឺមហារីកដែលរាលដាលដល់ជាលិកាដទៃៗទៀត អាចមានរោគសញ្ញាគ្រុនក្តៅ ស្រកទំងន់ ការចុកចាប់ពោះតំបន់អាងត្រគៀក ឬ តំបន់ចង្កេះ ការស្ទះតំរងនោម ឬ ពោះវៀន ការធ្លាយលាមកតាមទ្វារមាស មានហូរឈាមតាមលាមក ឬ ទឹកនោម។

ការព្យាបាល

ការកើនឡើងនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (Immune restoration) ដោយសារការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អាចបន្ថយកំរិតនៃ dysplasia មុនពេលវាក្លាយទៅជាជំងឺមហារីក។ ការព្យាបាលផ្នែករោគស្ត្រី សំរាប់ Cervical dysplasia រួមមានការព្យាបាលដោយថ្នាំលាបមាត់ស្បូន ការកាត់ ឬ ដុតមាត់ស្បូនដោយប្រើចរន្តអគ្គីសនី ឬ វិធីវះកាត់យកមាត់ស្បូនចេញ (cone excision procedures)។ ការព្យាបាលជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន តាមវីធីខាងលើនេះ ហើយនិងការវះកាត់ ការបាញ់ដោយកាំរស្មី និងការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមហារីក (chemotherapy) គឺនៅមានកំរិតនៅឡើយ នៅប្រទេសកម្ពុជាយើង។

១៥ វិធីគ្រប់គ្រងថែទាំចង្កាមរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលជួបប្រទះញឹកញាប់

១៥-១ រោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម

រោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម រួមមាន ក្អក ពិបាកដកដង្ហើម (dyspnea) ឬ ស្ទះផ្លូវដង្ហើម (respiratory distress) ដែលជាញឹកញាប់ច្រើន មានគ្រុនក្តៅផងដែរ។ **ភាពពិបាកដកដង្ហើម** (dyspnea) គឺជាការថប់

ដង្ហើមនៅពេលនៅស្ងៀម ឬ នៅពេលធ្វើចលនាបន្តិចបន្តួច។ ការស្ទះផ្លូវដង្ហើម គឺជាភស្តុតាងជាក់ស្តែង បញ្ជាក់អំពីភាពមិនធម្មតានៃការដកដង្ហើម (respiratory dysfunction) រួមបញ្ចូលទាំង កង្វះអុកស៊ីហ្សែន នៅក្នុងឈាម (hypoxemia) ភាពឡើងស្វាយ (cyanosis) សង្វាក់បេះដូងដើរលឿន (tachycardia) និង សញ្ញានៃការកើនឡើងនៃការដកដង្ហើម (ventilatory effort) (ភាពផតចន្លោះឆ្អឹងជំនី ឬ ការប្រើប្រាស់សាច់ដុំ ដកដង្ហើមបន្ទាប់បន្សំ)។

មូលហេតុ

មូលហេតុបណ្តាលមកពីការឆ្លងមេរោគ ញឹកញាប់រួមមានជំងឺរបេង PCP, Cryptococcus neoformans, S.pneumoniae and H. Influenza, Nocardia asteroides។ មូលហេតុពុំសូវញឹកញាប់ ផ្សេងៗទៀត រួមមានជំងឺ penicilliosis, cryptococcosis, histoplasmosis ជំងឺបង្កដោយ cytomegalovirus, និងជំងឺបង្កដោយដង្កូវពោះវៀននានារួមមាន strongyloides stercoralis និង paragonimus westermanii (lung fluke)។ មូលហេតុដែលពុំមែនជាការបង្ករោគ ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយមេរោគអេដស៍ រួមមាន មហារីកប្រភេទ lymphoma។ មូលហេតុផ្សេងៗទៀត នៃរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើមដែលពុំសូវឃើញញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ មានដូចជា ការដក់បារី ជំងឺរលាកទងសួត និង congestive heart failure ក៏អាចឃើញមានផងដែរ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ការសាកសួរប្រវត្តិជំងឺ

រយៈពេលកើតរោគសញ្ញា (Chronicity) មានសារសំខាន់ណាស់ សំរាប់ការកំណត់មូលហេតុ នៃរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម។ ការចាប់ផ្តើមរោគសញ្ញា គឺអាចភ្លាមៗ (<១ សប្តាហ៍) មធ្យម (១-៣ សប្តាហ៍)ឬ រ៉ាំរ៉ៃ (>៣ សប្តាហ៍)។ គេត្រូវសាកសួរអ្នកជំងឺអំពីស្ថានភាព អាចកំរើកខ្លួនបាន (functional status) និងកំរិតនៃ ការហត់ នៅពេលប្រឹង និងពេលនៅស្ងៀម។ លក្ខណៈសំគាល់នៃកំហាក (មាន ឬ គ្មានឈាម) មានសារ ប្រយោជន៍ សំរាប់កំណត់រករោគសញ្ញាដែលពាក់ព័ន្ធ ដូចជា គ្រុនក្តៅ ដង្ហើមមានក្លិនស្អុយ ចុកទ្រូង។

បុគ្គលិកសុខាភិបាល ត្រូវពិនិត្យមើលប្រវត្តិនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគ អេដស៍ និងការព្យាបាលបង្ការ ដើម្បីវាយតំលៃអំពីដំណាក់កាលគ្លីនិក លើកមុន និងស្ថានភាពនៃភាពស៊ាំ ក៏ដូចជាកត្តាប្រឈមមុខនឹងការកើតជំងឺ PCP និងជំងឺរបេង។

ការពិនិត្យគ្លីនិក

ការពិនិត្យត្រូវផ្តោតលើការវាយតំលៃ រកសញ្ញានៃភាពស្គមខ្លាំង (wasting) ការហើមប៉ោងកូន កណ្តុរ, respiratory failure (ការចុះខ្សោយប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើម), ភាពពិបាកដកដង្ហើម, ភាពឡើងស្វាយ (cyanosis), ជំងឺរលាកសាច់សួត (pneumonia), ឬ ក៏ភាពចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរ នៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (មានផ្សិតក្នុង មាត់)។ លើសពីនេះ បុគ្គលិកសុខាភិបាល ត្រូវពិនិត្យស្បែករកមើលដំបៅ (lesions) កូនកណ្តុរ និងពិនិត្យ ពោះរកមើលការរីកមាឌនៃថ្លើម (hepatomegaly)។ ដំបៅស្បែក (skin lesions) កើតមានក្នុងករណីជំងឺ

disseminated cryptococcosis, penicilliosis, និងពុំសូវស្តែងជារោគសញ្ញាទេ ចំពោះជំងឺ histoplasmosis ។ Pyomyositis (ភាពជំបៅនិងរលាកសាច់ដុំ) និងការរលាកជាលិកា (cellulitis) បង្ហាញអោយដឹងថាមានការឆ្លងរោគបង្កដោយមេរោគ staphylococcus ។ ការរីកមាឌនៃថ្លើម និងការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ មានទំនាក់ទំនងជាមួយការ កើត ជំងឺរបេង penicilliosis, histoplasmosis, និង disseminated cryptococcosis, ក៏ដូចជា lymphoma ផងដែរ។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺសួត ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជារឿយៗទាមទារអោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តដែលមានច្រើនជំហ៊ាន ដោយចាប់ផ្តើមពីការស្រង់យកពត៌មាន និងការពិនិត្យគ្លីនិកអោយបានម៉ត់ចត់ បន្ទាប់មកមានថតសួត និងពិនិត្យកំហាក។ ដើម្បីប្រើប្រាស់ប្រភពធនធានអោយបានសមស្រប គឺត្រូវកំណត់រកអ្នកជំងឺទាំងឡាយណាដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីការធ្វើ តេស្តបន្ថែម។ ចំពោះអ្នកជំងឺរបេង ដែលមានលទ្ធផលពិនិត្យកំហាកវិជ្ជមាន រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសួត ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយលទ្ធផលពិនិត្យកំហាកវិជ្ជមាន ហើយប្រសិទ្ធិភាពនៃការព្យាបាលត្រូវវាយតំលៃតាមរយ:ការពិនិត្យកំហាក និងការបណ្តុះមេរោគជាច្រើនលើក ក្រោយពីការព្យាបាល។

ការវាយតំលៃរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើមថ្មីៗ ត្រូវចាប់ផ្តើមដោយការស្រង់យកប្រវត្តិជំងឺ និងការពិនិត្យកំហាក ដោយមីក្រូទស្សន៍។ ប្រសិនបើរកពុំឃើញមានជំងឺរបេងទេនោះ អ្នកជំងឺត្រូវថតសួតបណ្តុះមេរោគក្នុងកំហាក និងឈាម។ ការពិនិត្យកំហាក មីក្រូទស្សន៍ផ្ទាល់ អាចរកឃើញបាក់តេរី gram វិជ្ជមានដែលតំរៀបគ្នាជាគូ ឬជាខ្សែច្រវាក់ (S. Pneumoniae)។ បាក់តេរី gram អវិជ្ជមាន តំរៀបគ្នាជាបណ្តុំ (Staphylococcus) ជាសណ្ឋានគីស PCP (cysts of PCP) ឬ larvae នៃ Strongyloides stercoralis ឬជាពងនៃមេរោគប្រភេទ Paragonimus ។ Nocardia រកឃើញដោយការបំពាក់ពណ៌ AFB+។ ត្រូវពិចារណាធ្វើការបូមយកទឹកស្រោមសួត ឬ បូមយកកោសិកាចេញ ពីកូនកណ្តុរ ក្នុងករណីមានការជ្រាបវត្ថុរាវទៅក្នុងស្រោមសួត និងហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ហើយត្រូវធ្វើការបំពាក់ពណ៌ AFB និង Gram បណ្តុះមេរោគ និងការវិភាគបន្ថែមលើវត្ថុរាវនៅក្នុងស្រោមសួត ដូចជាការកំណត់កំរិតប្រូតេអ៊ីន និងរាប់ចំនួនកោសិកាជាដើម។ លទ្ធផល AFB វិជ្ជមាន លើលទ្ធភាពបំពាក់ពណ៌វត្ថុរាវ បឺតពីកូនកណ្តុរ អាចបញ្ជាក់ពីលទ្ធភាពកើតជំងឺរបេងសួត លើសពី ៨០ ភាគរយ (៨០ ភាគរយ sensitive) ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម ហើយដែលមានការបំពាក់ពណ៌ AFB លើកំហាកផ្តល់ លទ្ធផលអវិជ្ជមាន។

ការព្យាបាល

ក្នុងករណីជាច្រើនបុគ្គលិកសុខាភិបាល ត្រូវធ្វើការព្យាបាលអ្នកជំងឺក្នុងលក្ខណ:បណ្តោះអាសន្ន (empirical treatment) ។ ប្រសិនបើតំរូវអោយមានការព្យាបាលសាកល្បងជំងឺរលាកសាច់សួតបង្កដោយ pneumococcus ដោយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ត្រូវប្រើឱសថ amoxicillin ឬ amoxicillin-

clavulanic acid។ អាចយក Cotrimoxazole មកប្រើប្រាស់បានដែរ ប៉ុន្តែអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ភាគច្រើន បានទទួលព្យាបាលការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ជាហេតុធ្វើអោយឱសថនេះ ពុំសូវមាន ប្រសិទ្ធិភាព សំរាប់ជំងឺរលាកសាច់សួត ដែលបង្កពីមេរោគ (acquired pneumonia)។ តារាងទី២១ សង្ខេប អំពីរូបមន្តព្យាបាលដែលប្រើញឹកញាប់ សំរាប់ព្យាបាលជំងឺផ្លូវដង្ហើមផ្សេងៗ។

តារាងទី២១: ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវដង្ហើម ដែលកើតមានញឹកញាប់

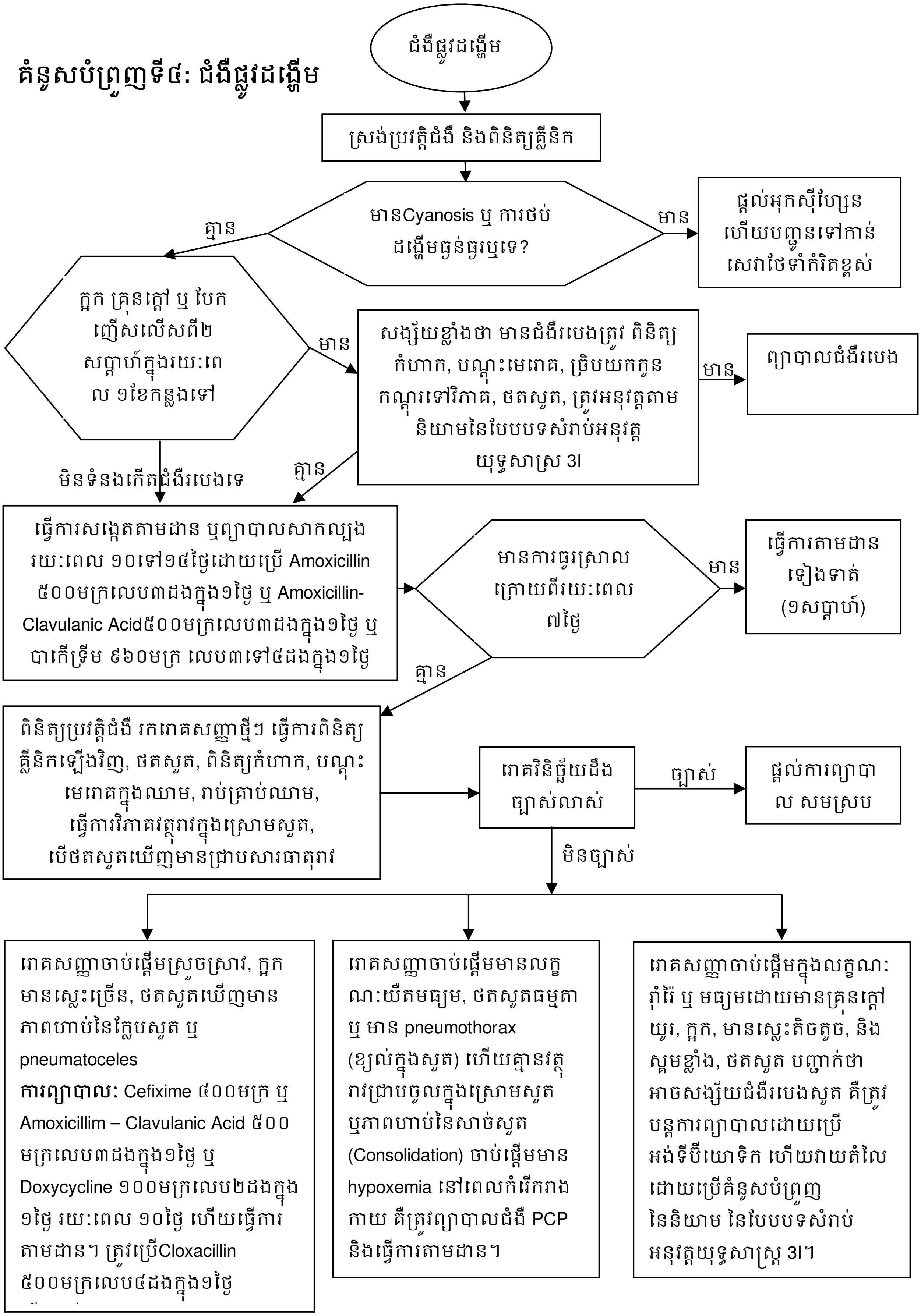
ប្រភេទជំងឺ	ការព្យាបាល
ជំងឺរបេងសួត (AFB+)	សូមមើលការណែនាំ ស្តីពីការព្យាបាលជំងឺរបេង។ រូបមន្តព្យាបាល ប្រភេទទី១ គឺ 2RHZE/4RH។
ជំងឺរបេង (AFB-)	សូមមើលការណែនាំ ស្តីពីការព្យាបាលជំងឺរបេង។
ជំងឺរលាកសួតបង្កដោយ បាក់តេរី	Amoxicillin ៥០០ មក្រ លេប ៣ ដងក្នុង១ថ្ងៃ ឬ Amoxicillin-Clavulanic Acid ៥០០ មក្រ លេប ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ (ជាជំរើសល្អបំផុតប្រសិនបើមានការកខ្វះ) ឬ Cotrimoxazole ៨០០មក្រ, TMT ១៦០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ (ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនប្រើ ឱសថនេះ ដើម្បីបង្ការការឆ្លងរោគដទៃៗទៀតទេ) សំរាប់រយៈពេល ១០ថ្ងៃ។ Ceftriaxone ២ ក្រាម ចាក់តាមសរសៃក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ។ ត្រូវពិចារណា ប្រើ Cloxacillin ៥០០ មក្រ លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ ប្រសិនបើសង្ស័យថា មានការឆ្លងរោគ បង្កដោយ Staphylococcus Aureus ។
Nocardia	(Cotrimoxazole ៨០០មក្រ, TMT ១៦០មក្រ) លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ (ប្រសិនបើអ្នកជំងឺពុំប្រើឱសថនេះ ក្នុងការបង្ការការឆ្លងរោគផ្សេងៗទេ) រយៈ ពេល៦សប្តាហ៍ (សំរាប់ការឆ្លងរោគ ដែលស្ថិតនៅតែ១កន្លែង)។
PCP	(Cotrimoxazole ៨០០មក្រ, TMT ១៦០មក្រ) លេប៣-៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ២១ថ្ងៃ (សូមអានផ្នែកទី៧ ស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថតាម ទំងន់)។ Prednisone នៅពេលចាប់ផ្តើមថប់ដង្ហើម ឬ ការប្រែពណ៌ ស្វាយលើស្បែក កំរិតប្រើប្រាស់: ៤០មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ២០ មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១១ថ្ងៃ។
Penicilliosis	Amphotericin B ០,៧ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចាក់តាមសរសៃ រយៈ២សប្តាហ៍, បន្ទាប់មក ត្រូវប្រើ itraconazole ២០០ មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ សប្តាហ៍, រួច itraconazole ២០០ មក្រ លេប ១ គ្រាប់ រៀងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់កំរិត CD4>១០០កោសិកា/ មម^{៣}។

Histoplasmosis	Amphotericin B ០,៧ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចាក់តាមសរសៃ រយៈពេល ២សប្តាហ៍, បន្ទាប់មក ត្រូវប្រើ itraconazole ២០០មក្រ លេប២ដងក្នុង ១ថ្ងៃ រយៈពេល ១២សប្តាហ៍, រួច itraconazole ២០០មក្រ លេប ១គ្រាប់រៀងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់កំរិត CD4>១០០កោសិកា/ មម³។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនចាំបាច់សំរាកពេទ្យ អាចប្រើ itraconazole ២០០ មក្រ លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ថ្ងៃ, បន្ទាប់មក itraconazole ២០០មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១២សប្តាហ៍ រួច itraconazole ២០០ មក្រ លេប១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រហូតដល់កំរិត CD4 >១៥០កោសិកា/ មម³។
Strongyloides Stercoralis	Ivermectin ១២ មក្រ លេប១ដងរៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ថ្ងៃ, ឬ albendazole ៤០០ មក្រ លេប២ដងក្នុង ១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ។ អាចផ្តល់ការព្យាបាលបំបាត់ជំងឺក្រោយពីការព្យាបាលដំបូងដោយ ផ្តល់នូវ albendazole ៤០០ មក្រ រៀងរាល់ខែ។
Lymphoma	ត្រូវព្យាបាលដោយ Chemotherapy
Kaposi Sarcoma ក្នុងសួត	ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, chemotherapy

ប្រភពឯកសារ: Clinical HIV/AIDS Care Guidelines for Resource Poor Settings, MSF, 2006. The Sanford guide to HIV/AIDS Therapy. 2008; The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2008;

ការឆ្លងមេរោគលើសពី១មុខ មិនមែនជាករណីកម្រទេ។ ហេតុដូច្នេះ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលពុំឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដូចរំពឹងទុកនោះ ពុំត្រូវមានការស្ទាក់ស្ទើរចិត្ត ក្នុងការពិនិត្យមើលប្រវត្តិជំងឺ និងធ្វើការពិនិត្យគ្លីនិកឡើងវិញ ហើយត្រូវអនុវត្តតាមការណែនាំនៃគំនូសបំព្រួញ និងបន្ថែមការព្យាបាលទី២ ឬ ទី៣ ប្រសិនបើចាំបាច់។

គំនូសបំព្រួញទី៤: ជំងឺផ្លូវដង្ហើម



១៥-២ ឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ *(Odynophagia)*

និយមន័យ: ការឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ គឺជាអារម្មណ៍ឈឺចាប់ នៅក្នុងបំពង់ក និងតំបន់ក្រោយឆ្អឹងទ្រូង នៅពេលលេបអាហារ ដោយមាន ឬគ្មានបញ្ហាលេបអាហារ។

មូលហេតុ: មូលហេតុនៃការឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ ជាទូទៅ គឺជាការរលាកបំពង់អាហារ (esophagitis) ។ មូលហេតុញឹកញាប់នៃការឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ គឺជាការរលាកបំពង់អាហារ (odynophagitis) បង្កដោយរោគផ្សិត (candida)។ មូលហេតុផ្សេងៗទៀត នៃការឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ រួមមាន ការរលាកបំពង់អាហារ ដោយសារការច្រាល់ជាតិអាស៊ីត ក្នុងក្រពះ(reflux-esophagitis) ដោយមេរោគ cytomegalovirus, herpes simplex virus, apthous ulcers, ភាពចុះខ្សោយប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ បណ្ដាលមកពី PML (progressive multifocal encephalopathy), ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HIV encephalopathy) Kaposi sarcoma ឬ lymphoma។

ការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ

ការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺត្រូវផ្ដោតលើរោគសញ្ញានានា និងការទទួលទានអាហារ(nutritional intake)។ អ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញា នៅពេលលេបអាហារ (ទឹក និងរឹង)។ ប្រការសំខាន់ គឺត្រូវសាកសួរ អំពីការចុះទំងន់ , គ្រុនក្ដៅ, រងារញាក់, បែកញើសពេលយប់, ចុកពោះ និងការផ្លាស់ប្ដូរប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ (neurological changes) ដើម្បីកំណត់រកមូលហេតុ ដែលទាក់ទងនឹងប្រព័ន្ធនានា នៃរាង្គកាយ (systemic causes) នៃការឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ ដូចជា lymphoma ឬ cytomegalovirus។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ គឺត្រូវពិនិត្យគ្លីនិក ព្រោះថាពុំអាចមានលទ្ធភាពធ្វើការឆ្លុះបំពង់អាហារ នៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែកភាគច្រើន។ ៩០ ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានការដុះផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral thrush) បញ្ជាក់ថាមានការរលាកបំពង់អាហារ។ ក៏ប៉ុន្តែ អ្នកជំងឺមានរលាកបំពង់អាហារ បណ្ដាលមកពីផ្សិត candida ដោយពុំចាំបាច់មានដុះផ្សិតក្នុងមាត់នោះទេ។ ត្រូវពិចារណាដល់ CMV ប្រសិនបើអ្នកជំងឺអេដស៍មានរោគសញ្ញា ដូចជា គ្រុនក្ដៅ ក្អួតចង្អោរ ចុកពោះ ថ្លើមរីកមាឌ ឬ លាមកមានលាយឈាម ។ ការរលាកបំពង់អាហារ ដែលបណ្ដាលមកពីជំងឺ Herpes ជារឿយៗ មានការឈឺចាប់ ដែលរាលដាល ដល់អញ្ចាញធ្មេញ ឬ ដំបៅស្បែកជុំវិញប្រហោងមាត់ដែលភាគច្រើនទាក់ទងជាមួយដំបៅមាត់ បណ្ដាលមកពី Herpes (ពងបែក ឬ ដំបៅស្បែកជុំវិញប្រហោងមាត់។

ការព្យាបាល

ការព្យាបាល គឺត្រូវធ្វើទៅតាមលក្ខណៈ empiric ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺ ពុំបានធូរស្រាលក្រោយការព្យាបាលទេនោះ ត្រូវបញ្ជូនគេ ទៅកាន់សេវាព្យាបាលដែលជំនាញ ដើម្បីតាមដានស្រាវជ្រាវបន្ត។ ការរលាក បំពង់អាហារ គឺជាដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃអង្គការ WHO ដែលធ្វើអោយការចិញ្ចឹមរាងកាយចុះ

ថយយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានការចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលពុំទាន់បានទទួលការព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole និងត្រូវធ្វើការតាមដាន ដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ តារាងទី២២ សង្ខេបអំពីការព្យាបាលការរលាកបំពង់អាហារ ដែលបង្កដោយផ្សិត candida និង herpes ។

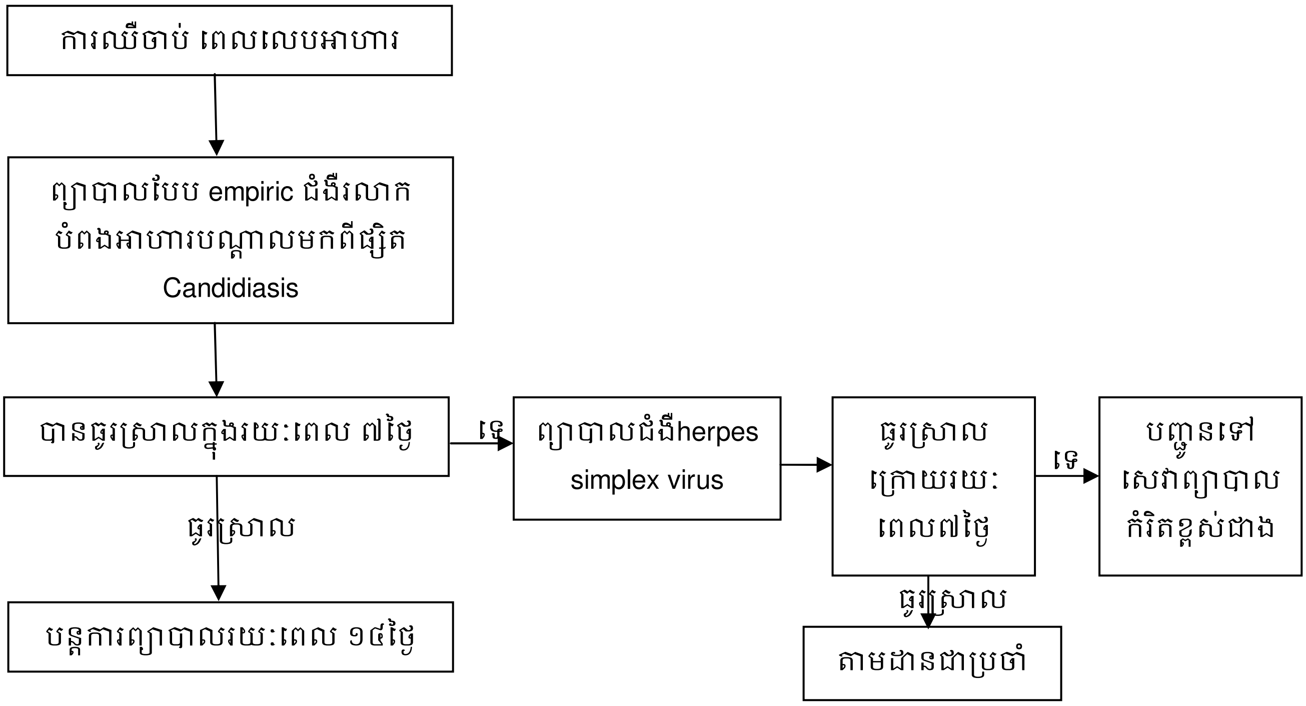
តារាងទី២២: ការព្យាបាលការរលាកបំពង់អាហារ

ប្រភេទជំងឺ	ការព្យាបាល
ការរលាកបំពង់អាហារបង្កដោយផ្សិត candida	Fluconazole ២០០ មក្រ លេប ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ១៤
ការរលាកបំពង់អាហារបង្កដោយ Herpes Simplex Virus	Acyclovir ៨០០ មក្រ លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ថ្ងៃ

ប្រភពពត៌មាន: Clinical HIV/AIDS Care Guidelines for Resource Poor Settings, MSF,2006. The Sanford guide to HIV/AIDS Therapy, 2008; The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2008

ប្រសិនបើអ្នកជំងឺ ពុំឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលទេនោះ ត្រូវបញ្ជូនគេទៅសេវាថែទាំព្យាបាលជំនាញដោយហេតុថា ការរលាកបំពង់អាហារ ដែលបណ្តាលមកពី CMV និងមូលហេតុផ្សេងៗទៀតទាមទារការឆ្លុះបំពង់អាហារ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។

គំនូសបំព្រួញទី៥: ឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ



១៥-៣ ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ

និយមន័យ: ការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ (Lymphadenopathy) គឺជាការរីកមាឌកូនកណ្តុរ ដែលមានអង្កត់ផ្ចិតធំជាង ១.៥សម។

មូលហេតុ:

ជំងឺរបេងគឺជាមូលហេតុញឹកញាប់នៃការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ក្រៅពីជំងឺរបេង ត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផាត់ចោលជំងឺផ្សេងៗទៀត (differential diagnosis) ដូចជា:

- **ជំងឺទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍**
  - Persistent generalized lymphadenopathy (PGL)
- **ការឆ្លងរោគឱកាសនិយមផ្សេងៗ**
  - ការរលាកកូនកណ្តុរ ដែលបណ្តាលមកពីជំងឺរបេង (Tuberculosis lymphadenitis)
  - CMV
  - Toxoplasmosis
  - ជំងឺស្វាយ
  - ជំងឺបង្កដោយផ្សិតផ្សេងៗ ដូចជា histoplasmosis, penicilliosis, cryptococcosis

- o ការឆ្លងរោគបង្កដោយ Nocardia species

- **ជំងឺទាក់ទងនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍**
  - o Immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS)
- **ជំងឺមហារីកនានា (Malignancies)**
  - o Lymphoma, Kaposi's sarcoma
- **ការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ដែលជាប្រតិកម្មទៅនឹង**
  - o រលាក និងកខ្ទុះសាច់ដុំ (Pyomyositis)
  - o ការបង្ករោគលើស្បែក បណ្តាលអោយមានដំបៅ
  - o ការឆ្លងរោគ នៅត្រចៀកច្រមុះ និងបំពង់ក។

ការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ

ការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ ត្រូវផ្តោតលើរយៈពេលនៃការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ និងរោគសញ្ញា ដែលពាក់ព័ន្ធនានា រួមមាន គ្រុនក្តៅ, ស្រកទំងន់, បែកញើសពេលយប់, ក្អក, ចេញកន្ទួលលើស្បែក, ឈឺចុកចាប់ ឬ ហើមជុំវិញកូនកណ្តុរ។

ការពិនិត្យគ្លីនិក

អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវធ្វើការពិនិត្យគ្លីនិកពេញលេញ ដោយផ្តោតលើកូនកណ្តុរ នៅតំបន់លើឆ្អឹងដងកាំបិត ក្លៀក ពោះ និងក្រលៀន។ ត្រូវពិនិត្យពោះ រកមើលការរីកមាឌនៃថ្លើម និងផាល (hepatosplenomegaly)។ ពិនិត្យពោះដោយ ultrasound អាចជួយក្នុងការកំណត់ចំនួននៃកូនកណ្តុរក្នុងពោះ និងការវាយតំលៃការរីកមាឌនៃថ្លើម និងផាល។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

មូលហេតុនៃការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ត្រូវកំណត់ដោយការសាកសួរប្រវត្តិ ពិនិត្យអ្នកជំងឺ និងលទ្ធផលនៃការបឺតយកជាលិកាកូនកណ្តុរ ទៅពិនិត្យ និងបណ្តុះមេរោគ (បើសិនអាចធ្វើបាន)។

ជំងឺស្វាយអាចស្រាវជ្រាវរកឃើញ ដោយរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងលទ្ធផលវិជ្ជមាននៃតេស្ត RPR លើសេរ៉ូម។

ការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ និងការបំពាក់ពណ៌ AFB នៃសំណាកជាលិកា ដែលបូមចេញពីកូនកណ្តុរ អាចជួយកំណត់រកជំងឺរបេងបាន។

កូនកណ្តុរនៅតំបន់ក ដែលមានសភាពទន់ (fluctuant) ដែលកើតរយៈពេលជាច្រើនសប្តាហ៍ទៅច្រើនខែ ដែលពុំមានការរលាកខ្លាំង ឬ គ្មានការឈឺចាប់ ពេលស្ទាប (tenderness) បញ្ជាក់អំពីការឆ្លងរោគដោយមេរោគរបេង ឬ atypical mycobacterium។

ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ ជំងឺរបេងដែលស្តែងចេញនូវហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ អាចមានសភាពស្រួចស្រាវ និងមានសភាពស្រដៀងគ្នានឹងការរលាកកូនកណ្តុរដែលបង្កអោយមានខ្ទុះផងដែរ (pyogenic lymphadenitis)។ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ លទ្ធផល AFB វិជ្ជមាននៃការពិនិត្យសំណាកជាលិកាកូនកណ្តុរ ដែលបឺតដោយម្ជុលមុខកាត់ធំ គឺមានអត្រាខ្ពស់។ ថតសួតអាចជួយក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង ដែលជាញឹកញាប់ មានទំនាក់ទំនងជាមួយការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរតំបន់ក។

ប្រសិនបើស្រាវជ្រាវរកមិនឃើញមូលហេតុផ្ទាល់ (immediate cause) ទេ លក្ខណៈសំគាល់ជាច្រើននៃកូនកណ្តុរដែលតំរូវអោយមានការស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត រួមមាន:

- កូនកណ្តុរដែលមានទំហំធំ (អង្កត់ផ្ចិតធំជាង ៤សម) ឬ រីកមាឌយ៉ាងឆាប់រហ័ស
- ការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរតែម្ខាងនៃរាងកាយ (asymmetric)
- កូនកណ្តុរដែលឈឺចាប់ពេលស្ទាប និងឈឺចុកចាប់ដែលពុំទាក់ទងនឹងឆ្លងរោគដទៃទៀត។
- កូនកណ្តុរដែលហាប់ ឬ មានសភាពទន់ (matted/fluctuant)
- រោគសញ្ញាទូទៅច្បាស់លាស់ (គ្រុនក្តៅ, បែកញើសពេលយប់, ស្រកទំងន់)
- ការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ នៅតំបន់ hilar ឬ mediastinal នៃសួតដែលឃើញនៅពេលថតសួត
- ការសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងសួត
- ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីវត្តមាននៃការកខ្ទុះ(បូស) (ស្បែក សួត ។ល។)

ប្រសិនបើមានស្ថានភាពណាមួយ ខាងលើនេះ គឺត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដែលមានជំនាញ ដើម្បីច្រិបយក និងបណ្តុះជាលិកាកូនកណ្តុរ និងធ្វើការស្រាវជ្រាវផ្សេងៗទៀត។

ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ **រយៈពេលមួយឆ្នាំនោះ ការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ គឺអាចបណ្តាលមកពី IRIS ដែលកើតឡើងបន្ទាប់ពីការព្យាបាល ។ ជាញឹកញាប់ IRIS ស្តែងចេញជាការរលាកកូនកណ្តុរ** (lymphadenitis) ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបាន ឬពុំបានទទួលការព្យាបាល ការឆ្លងរោគបង្កដោយ *Mycobacterium avium complex (MAC)* និង *Mycobacterium tuberculosis។* ក៏ប៉ុន្តែ ការរលាកកូនកណ្តុរ ក៏អាចកើតមានផងដែរ នៅពេលមានជំងឺ penicilliosis, cryptococcosis និងជំងឺមហារីកផ្សេងៗ។

ការរលាកកូនកណ្តុរដែលទាក់ទងនឹង IRIS ជារឿយៗកើតឡើងនៅផ្តុំមួយកន្លែង (focal) ហើយមានសភាពខុសពីសណ្ឋាន ដែលកើតពាសពេញរាងកាយ (generalized form) ដែលឃើញមាន លើអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលពុំទាន់បានទទួលការព្យាបាលដោយ ARV។ ការរលាកកូនកណ្តុរមានការឈឺចាប់ និងមានគ្រុន។ ការបង្ហាញសណ្ឋានកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ពេលថតសួតដោយកាំរស្មី X ឬ ជាដុំដែលមានការរលាក

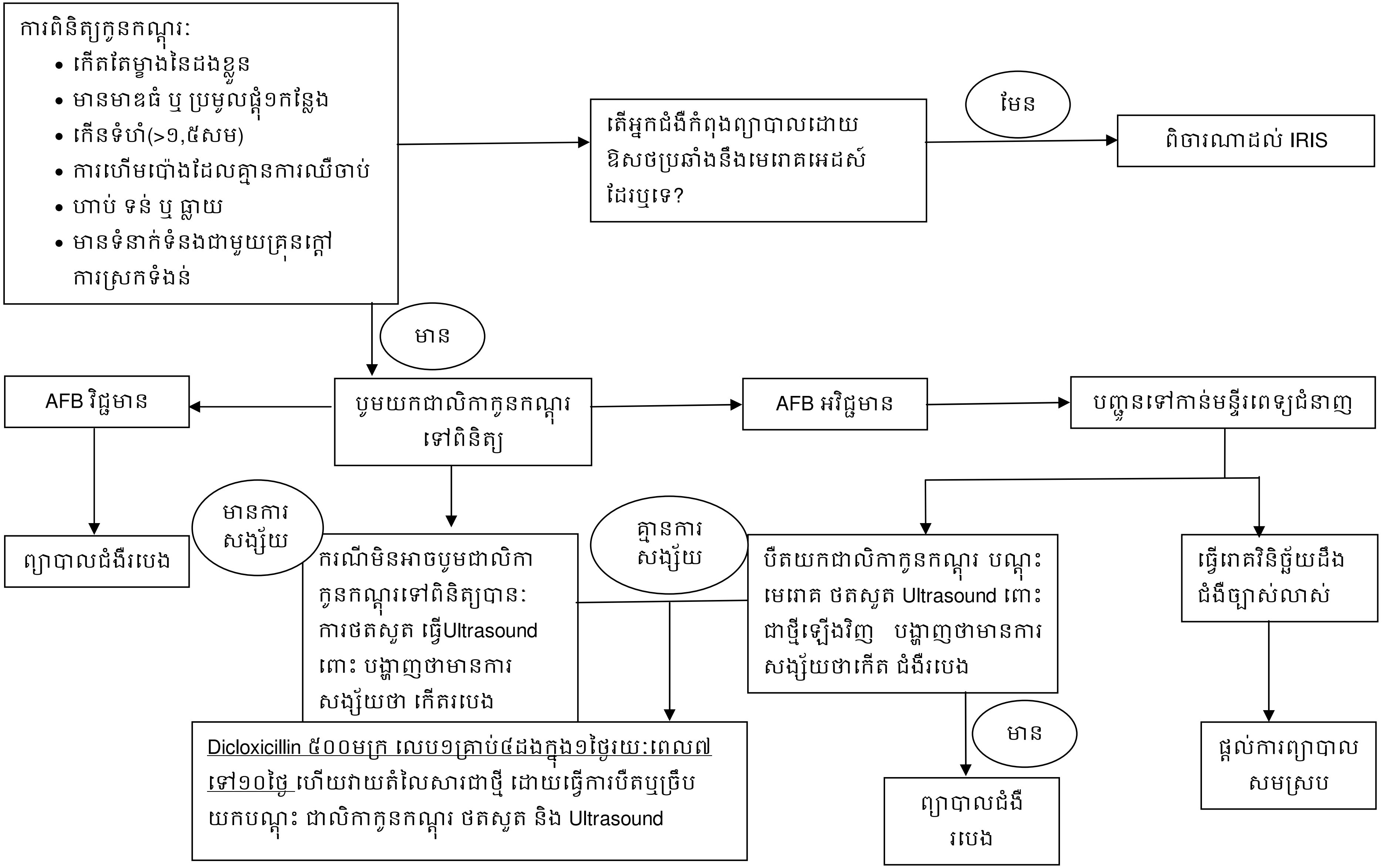
(ឧទាហរណ៍ លើស្បែក) អាចស្តែងចេញជារោគសញ្ញាផងដែរ។ ការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរនៅអវៈយវៈ (Peripheral lymphadenopathy) អាចកើតឡើងជាមួយការរលាកកូនកណ្តុរ នៅកន្លែងដទៃៗទៀតផងដែរ (ឧទាហរណ៍ នៅទ្រូង ឬ ពោះ)។ ការពិនិត្យជាលិកាកូនកណ្តុរ បង្ហាញអោយឃើញ មានរលាក granulomatous ជូនកាលមានមេរោគដែលអាចរកឃើញ ដោយការបំពាក់ពណ៌ acid-fast ។ MAC ឬ ជំងឺរបេងអាចរកឃើញ តាមរយៈការបណ្តុះមេរោគ នៅក្នុងជាលិកាកូនកណ្តុរ និងឈាម ប៉ុន្តែលទ្ធផលអវិជ្ជមាននៃការបណ្តុះមេរោគ ពុំអាចផាត់ចោល IRIS ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ MAC ឬ ជំងឺរបេងទេ។

ការព្យាបាល

ការព្យាបាលការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ត្រូវពឹងផ្អែកលើមូលហេតុ ដែលបង្កអោយមានរោគសញ្ញានេះ (សូមអានផ្នែកនិមួយៗ សំរាប់ការព្យាបាល)។ ក្នុងករណី IRIS ត្រូវព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមដែលជាមូលហេតុ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺពុំទទួលបានការព្យាបាល ហើយត្រូវចាប់ផ្តើម ឬ បន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ការគ្រប់គ្រងថែទាំរោគសញ្ញា អាចធ្វើបានដោយការផ្តល់ឱសថប្រឆាំងការរលាក (ឧទាហរណ៍ ibuprofen, diclofenac) ហើយអាចទាមទារអោយមានការប្រើប្រាស់ steroids (prednisone ១ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ) ក្នុងកំរិតពេញលេញ សំរាប់រយៈពេល ១-២ សប្តាហ៍ ហើយបន្ទាប់មកត្រូវបន្ថយកំរិតឱសថក្នុងរយៈពេល ១-២ សប្តាហ៍ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ។

ប្រភព: *Clinical HIV/AIDS Care Guidelines for Resource Poor Settings, MSF, 2006. The Sanford guide to HIV/AIDS Therapy, 2008; The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2008*

គំនូសបំព្រួញទី៦: ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ



១៥-៤ រាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic Diarrhea)

និយមន័យ: គឺជាការបន្ទោរបង់លាមករាវ ចាប់ពី៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ ជាប់រហូត ឬ មានហើយបាត់ទៅវិញ សារចុះសារឡើង ឬ លើសពី១ខែ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានរោគសញ្ញា។

មូលហេតុ: ការកើនឡើងនៃរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ គឺបណ្តាលមកពីភាពចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំនៃរាងកាយ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានកោសិកា CD4 ទាបជាង ២០០ កោសិកា/មម៣ ទទួលការប៉ះពាល់ច្រើនជាងគេ។ រាគរូសអាចមានទំនាក់ទំនងជាមួយការបង្ករោគ, ជំងឺមហារីក, ការប្រើឱសថនានា (ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ឬ អង់ទីប៊ីយោទិក) ឬ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ផ្ទាល់តែម្តង។ ភ្នាក់ងារបង្ករោគ អាចរកឃើញលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ប្រមាណ ៥០ ភាគរយ ដែលមានការរាគរូស។ នៅប្រទេសកម្ពុជា អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានការប៉ះពាល់ខ្លាំងទៅនឹងបាក់តេរី protozoar ជាហេតុធ្វើអោយកើតមានការឆ្លងរោគជាញឹកញាប់

ក មូលហេតុញឹកញាប់

- Cryptosporidiosis
- Isospora belli
- Giardia lamblia
- Salmonella spp
- Microsporidium
- Campylobacter spp
- Entamoeba histolytica
- Strongyloides stercoralis
- Shigella flexneri

ខ មូលហេតុកំរ

- Cytomegalovirus
- Mycobacterium avium complex
- Lymphoma

ការពិនិត្យគ្លីនិក

ការពិនិត្យគ្លីនិកត្រូវផ្តោតសំខាន់លើការវាយតំលៃភាពចុះស្គមខ្លាំង (wasting) និងភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការខ្វះជាតិទឹក (dehydration) ឬ ពេលចាប់ផ្តើមបំពេញជាតិទឹក។

តារាងទី២៣: ការវាយតំលៃភាពខ្វះជាតិទឹក

សញ្ញាគ្លីនិក	ភាពខ្វះជាតិទឹក	
	មធ្យម	ធ្ងន់ធ្ងរ
• ស្ថានភាពទូទៅ	• រើបំរះ ឆាប់ខឹង	• ជារឿយៗ នៅជឹងខ្លួន មានអារម្មណ៍ព្រួយបារម្ភ ខ្វល់ខ្វាយ ត្រជាក់ បែកញើស ស្វាយចុងអវៈយវៈ
• ជីពចរ	• ដើរលឿន	• ដើរលឿន ខ្សោយផ្ទឹកៗ(feeble)

• ការដកដង្ហើម	• វែង អាចលឿន	ជូនកាលពុំអាចស្ទាបបាន • វែង និងលឿន
• ភាពរស់នៃស្បែក	• ច្បិចទាញស្បែក ពេលលាមក វិញ ឃើញស្បែកលាយឺត	• ការច្បិចទាញស្បែក ពេលលាមកវិញ ឃើញស្បែកលាយឺតៗ
• ភ្នែក • ភ្នាសសើម • រំហូរទឹកនោម	• ខួង • ស្ងួត • បរិមាណតិច ហើយមានពណ៌លឿងចាស់	• ខួងជ្រៅ • ស្ងួតខ្លាំង • ពុំមានទឹកនោមរយៈពេលចាប់ពី៦ម៉ោងឡើងទៅ ប្លោកនោមគ្មានទឹកនោម

ក្នុងករណីខ្វះជាតិទឹកកំរិតមធ្យម ត្រូវប្រើអំបិលអូ៊រ៉ាលីត (Oral Rehydration Salts- ORS)។ ត្រូវចាក់បញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃ ក្នុងករណីខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ។ មិនត្រូវផ្តល់អាហារបន្ថែម លឿនពេកទេ ប៉ុន្តែត្រូវផ្តល់អាហារច្រើនលើក ដោយប្រើអាហារបំប៉ន (Nutrients) ហើយបញ្ចប់ដោយ ការផ្តល់ជាតិទឹកអោយបានត្រឹមត្រូវ (អតិបរមា ត្រូវផ្តល់ទឹក ១,៥ លីត្រក្នុង១ថ្ងៃ)។

អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវពិនិត្យពោះអោយបានម៉ត់ចត់ រកមើលការរីកមាឌនៃថ្លើម ឬ ការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ (MAC) និង ពិនិត្យរកមើលដំបៅដែលមានសណ្ឋានអង្កាញ់ៗ (serpiginous) ដែលបញ្ជាក់អំពីមេរោគ strongglоides ។ អ្នកជំងឺមួយចំនួនតូចអាចមាន ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគបន្ថែម (hyperinfection syndrome) ដែលស្តែងចេញជាគ្រុនក្តៅ, ចុកពោះ, ក្អក (ការបង្ករោគនៅសួត) និងហូរឈាម។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការពិនិត្យលាមកត្រូវរកមើលគោលិកាឈាម ប៉ារ៉ាស៊ីត និងបាក់តេរីផ្សេងៗ ដោយមីក្រូទស្សន៍ ដែលអាចធ្វើបាន នៅតាមមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនានា។ ការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍អាចមានលទ្ធភាពរកឃើញការបង្ករោគដោយប៉ារ៉ាស៊ីត ប្រសិនបើធ្វើបីលើក លើសំណាកលាមក ចំនួនបី។

ក្នុងករណីសង្ស័យថា មាន MAC គឺ Ultrasound ពោះ អាចជួយវាយតំលៃការហើមប៉ោង កូនកណ្តុរក្នុងពោះ និងការរីកមាឌនៃថ្លើម និងផាល (hepatosplenomegaly)។ រាគរូសអាចបណ្តាលមក ពី IRIS ដែលទាក់ទងនឹងជំងឺរបេង ឬ MAC ប្រសិនបើការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ទើបតែចាប់ផ្តើមថ្មីៗ។ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ខ្លះ អាចបណ្តាលអោយការរាគរូសផងដែរ ជាពិសេស គឺ LPV/r។

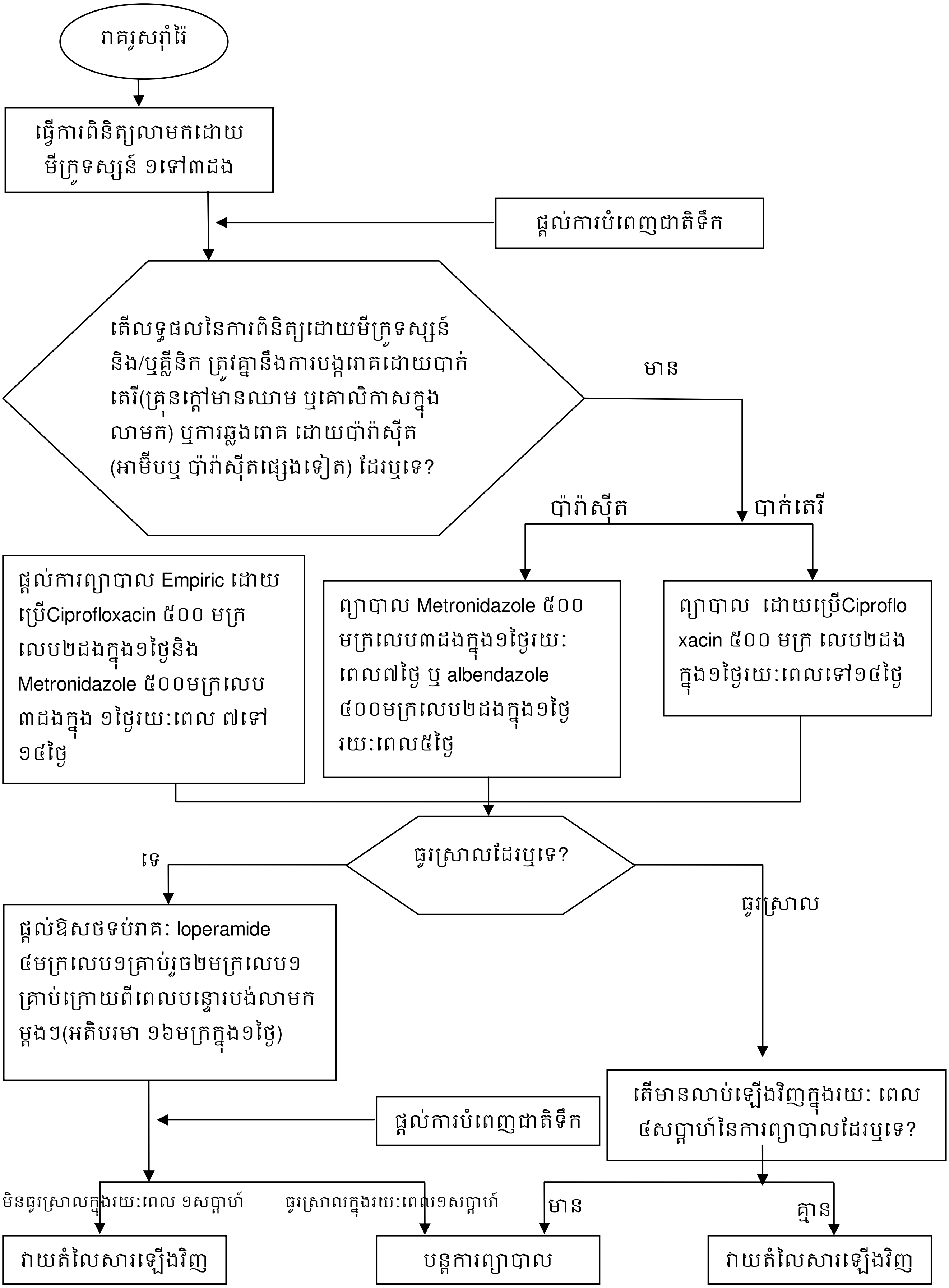
ការព្យាបាល

- ការព្យាបាលភាគច្រើន គឺត្រូវពឹងផ្អែកលើ ការសង្ស័យបែបគ្លីនិក ឬ លើលទ្ធផលនៃការពិនិត្យលាមកដោយមីក្រូទស្សន៍។
- ប្រសិនបើពុំអាចសន្និដ្ឋានលទ្ធផលបានទេ ត្រូវធានាការផ្តល់ការព្យាបាលបែប empiric ជាពិសេសគឺការព្យាបាលជំងឺបង្កដោយ salmonella ដែលពុំមែនជាជំងឺគ្រុនពោះវៀន (សូមអានផ្នែកទី១២)។
- ភាគច្រើន នៃអ្នកជំងឺមានរាគរូសបង្កដោយ cryptosporidium ឬ microsporidiosis ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺជាការព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធិភាពតែ១គត់សំរាប់បំបាត់រាគរូស។

ត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងចំពោះអ្នកជំងឺទាំងអស់ ដោយអនុលោមតាមនិយាមនៃបែបបទ សំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ 3I មុននឹងផ្តល់ឱសថ Ciprofloxacin។

ប្រភពឯកសារ: *Clinical HIV/AIDS Care Guidelines for Resource Poor Settings, MSF, 2006. The Sanford guide to HIV/AIDS Therapy, 2008; The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2008*

គំនូសបំព្រួញទី៧: រាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ



១៥-៥ ឈឺក្បាល (Headache)

និយមន័យ: ឈឺក្បាល គឺជារោគសញ្ញាដែលអាចបញ្ជាក់អំពីការកើតរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ រួមទាំងរោគសញ្ញារលាកស្រោមខួរ (meningismus) ការប៉ះពាល់ភាពដឹងខ្លួន (altered consciousness) ការកើនឡើងនូវសំពាធក្នុងខួរក្បាល និង/ឬការចុះខ្សោយសរសៃប្រសាទដោយកន្លែង (focal neurological deficits)។

មូលហេតុ: មានមូលហេតុជាច្រើននៃឈឺក្បាល សំរាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក៏អាចកើតលើអ្នកមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផងដែរ។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានឈឺក្បាល ត្រូវទទួលការ វាយតំលៃរកជំងឺឈឺមួយចំហៀងក្បាល (migraine) ឈឺក្បាលបណ្តាលមកពីការតានតឹងអារម្មណ៍ (tension headaches) និងការរលាក sinus (sinusitis) ក៏ដូចជាសញ្ញា និងរោគសញ្ញា នៃការលើសសំពាធឈាមដែលពុំអាចគ្រប់គ្រងបាន ឬ ការស្ទះ ឬ ដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល (stroke) ។ ការគ្រប់គ្រងករណី ទាំងនេះ មានលក្ខណៈដូចគ្នានឹងអ្នកដែលពុំផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផងដែរ។

ក៏ប៉ុន្តែ មានមូលហេតុផ្សេងៗទៀត នៃឈឺក្បាលដែលទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលតំរូវអោយមានការពិចារណា:

- ជំងឺគ្រុនចាញ់ គ្រុនឈាម ជំងឺបណ្តាលមកពី rickettsia។
- ការបង្ករោគឱកាសនិយមនានា ដូចជា ការរលាកខួរក្បាល បង្កដោយ toxoplasma, cryptococcus, ជំងឺរបេង, ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយបាក់តេរី, ជំងឺស្វាយដែលប៉ះពាល់ដល់សរសៃប្រសាទ (neurosyphilis), histoplasmosis, penicilliosis, cytomegalovirus (CMV), herpes simplex virus(HSV), និង ជំងឺរើម- varicella-zoster virus (VZV)។
- Lymphoma, ការរលាកខួរក្បាលបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍, progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)។
- ការប្រើឱសថ ដូចជា d4T, AZT។

ការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ

ត្រូវសាកសួរអំពីរយៈពេល និងលក្ខណៈសំគាល់ នៃរោគសញ្ញានានា រួមទាំងការវាយតំលៃកំរិតឈឺចាប់ ដោយប្រើមាត្រដ្ឋាន ១/១០ សំរាប់ឈឺក្បាល, គ្រុនក្តៅ, រោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ ដែលបញ្ជាក់ពីការប៉ះពាល់ខួរក្បាលដោយកន្លែង ឬ មិនមែនតាមកន្លែងជាក់លាក់ (focal vs. non-focal neurological symptoms) ការក្អួតចង្អោរ, ការបាត់បង់គំហើញ, ការខ្លាចពន្លឺ (photophobia), ភាពរឹងកញ្ចឹងក និងការចុះខ្សោយ ឬ ខ្វិនអវៈយៈវ គ្រប់សណ្ឋានទាំងអស់។ ត្រូវសាកសួររករោគសញ្ញានៃជំងឺរបេង ឬ ការរលាកសាច់សួត។ ជាញឹកញាប់រោគសញ្ញាទាំងនេះ បញ្ជាក់អំពីការរលាកស្រោមខួរ។ ត្រូវសាកសួរអំពី

ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់អ្នកជំងឺ និងប្រវត្តិនៃការព្យាបាលបង្ការដោយប្រើប្រាស់ឱសថ fluconazole ដែលអាចកាត់បន្ថយលទ្ធភាពនៃការកើតការរលាកស្រោមខួរ បង្កដោយ cryptococcus បានក្នុងកំរិតខ្ពស់។ ដូចគ្នានេះដែរ ត្រូវសាកសួរអំពីការចេញរោគសញ្ញាលើស្បែក (skin eruptions) ដែលបញ្ជាក់អំពី cryptococcus ឬ peninicilliosis ។

ការពិនិត្យគ្លីនិក

រោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទមានលក្ខណៈមិនធ្ងន់ធ្ងរ (subtle) ។ ជារឿយៗ អ្នកជំងឺត្អូញត្អែរថាមាន ឈឺក្បាល។ ប្រការសំខាន់ គឺត្រូវកត់សំគាល់ថា មានគ្រុនក្តៅ ក្នុងកំរិតស្រាល (low-grade) ឬ គ្មានតែម្តងកើតជាមួយឈឺក្បាល ទោះបីជាមានប្រភពបង្កអោយមានការឆ្លងរោគក៏ដោយ ជាពិសេសក្នុងករណីរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ cryptococcus ឬ toxoplasmosis។ ត្រូវពិនិត្យរកមើលការថយចុះនៃការស្គាល់ (decreased cognition) ការហើមបាតភ្នែក (papiloedema) ការហូរឈាម ឬ រលួយរ៉េទីន (CMV) ការខ្វិននិង/ឬបាត់បង់មុខងារសរសៃប្រសាទខួរក្បាល (CMV, របេង, Cyrptococcus)-ការបាត់បង់មុខងារសរសៃប្រសាទខួរក្បាលទី III ឬ VI បញ្ជាក់អំពីការកើនឡើងសំពាធក្នុងខួរក្បាល ភាពមិនស៊ីសង្វាក់ ឬ បាត់បង់លំនឹងខ្លួន (ataxia) ការចុះខ្សោយ ឬបាត់បង់វិញ្ញាណ (sensation) ឬបាត់បងចលនាអវៈយវៈ (paralysis)។ ត្រូវចាប់ផ្តើមពិនិត្យរកភាពមិនប្រក្រតីនៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ រួមទាំងៈ

១ ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការរលាកស្រោមខួរ ឬ ការកើនឡើងសំពាធ នៅក្នុងខួរក្បាល (រឹងកញ្ចឹងក ក្អួត សំពាធឈាមឡើងខ្ពស់ សង្វាក់បេះដូងដើរយឺត នៅពេលមានគ្រុនក្តៅ)។

២ មានប្រកាច់

៣ ភាពចុះខ្សោយប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទដោយកន្លែងៈ ការថយចុះចលនាអវៈយវៈ (paralysis) ការបាត់បង់មុខងារសរសៃប្រសាទខួរក្បាល វិបត្តិក្នុងការធ្វើចលនារាងកាយ ភាពមិនស៊ីសង្វាក់ ឬ បាត់បង់លំនឹងខ្លួន(ataxia) មិនអាចនិយាយបាន (aphasia)។

៤ **ការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពចិត្តសាស្ត្រៈ** រួមទាំងការបាត់បង់ការយកចិត្តទុកដាក់ (loss of concentration) ការផ្លាស់ប្តូរបុគ្គលិកលក្ខណៈ (ចាប់ពីកំរិតមធ្យម ដល់កំរិតវិកលចរិក [psychotic]) ភាពច្របូកច្របល់ (confusion) ការចុះខ្សោយសមត្ថភាពគិត និងស្គាល់ (cognitive impairment) ការវង្វេងស្មារតី (dementia)។

ត្រូវពិនិត្យរកផងដែរ នូវការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ការរីកមាឌនៃថ្លើម ឬ ការចេញរោគសញ្ញាកន្ទួលលើស្បែក។ ការរកឃើញរោគសញ្ញាលើស្បែក អាចជួយដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ disseminated crytpococcus, ជំងឺរបេង ឬ ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ HSV/VZV ។

ប្រសិនបើអ្នកជំងឺស្ថិតក្នុងស្ថានភាពដែលមានការរាលដាល នៃមេរោគនៅក្នុងឈាម (septic picture) ត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក ដែលគ្របដណ្តប់ មេរោគច្រើនប្រភេទ

(broad spectrum antibiotics) ដូចជា ceftriaxone ២ក្រាម ចាក់តាមសរសៃ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ, Gentamicin ៥មក្រ/គក្រ ចាក់សាច់ដុំ រៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីព្យាបាលប្រឆាំងនឹងមេរោគបាក់តេរីច្រើនប្រភេទ និង metronidazole ៥០០មក្រ លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ ហើយបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់សេវាថែទាំកំរិតខ្ពស់។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការវាយតំលៃផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ លើកដំបូងត្រូវពឹងផ្អែកលើប្រវត្តិជំងឺ និងការពិនិត្យគ្លីនិក។ ការបំពាក់ពណ៌ gram លើលាមក ឬការបណ្តុះលាមក អាចជួយក្នុងការកំណត់រកមូលហេតុបង្កជំងឺបាន។ ត្រូវសំរេច អំពីការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង អោយបានឆាប់រហ័ស (low threshold)។ អ្នកជំងឺជាច្រើន ដែលមានការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ cryptococcus ពុំមានការរឹងកញ្ចឹងកទេ។ ការវិភាគវត្ថុរាវខួរឆ្អឹងខ្នង រួមទាំងការបើកចំហអោយសំពាធខួរឆ្អឹងខ្នង ស្មើសំពាធក្រៅខ្លួន (opening pressure) ការបំពាក់ពណ៌ gram ការវាស់បរិមាណ protein ការរាប់ចំនួនកោសិកា ការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍ ការធ្វើតេស្ត RPR និងការបណ្តុះមេរោគ មានសារៈសំខាន់ជាសារវន្ត ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យការរលាកស្រោមខួរ (សូមពិនិត្យតារាងទី២៤)។ ទោះបីពុំអាចធ្វើការវិភាគវត្ថុរាវខួរឆ្អឹងខ្នង បានក៏ដោយ ក៏ត្រូវធ្វើការបូមយកវត្ថុរាវខួរឆ្អឹងខ្នងដែរ ដើម្បីពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់អំពីសំពាធ នៅក្នុងខួរក្បាល (ICP)។ ICP>២៥០ ម.ម បញ្ជាក់ច្បាស់អំពីការរលាកស្រោមខួរ បង្កដោយ cryptococcus ហើយតំរូវអោតមានការបូមយកវត្ថុរាវខួរឆ្អឹងខ្នង ជាបន្តបន្ទាប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីរក្សាសំពាធអោយស្ថិតនៅ <២០០ ម.ម (ការកើនឡើងសំពាធក្នុងខួរក្បាល កើតមានចំពោះ ៥០% នៃអ្នកជំងឺដែលកើតជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ cryptococcus)។ **ប្រសិនបើសេវាថែទាំរបស់លោកអ្នក ពុំអាចធ្វើការបូមយកវត្ថុរាវក្នុងខួរឆ្អឹងក្បាល និងធ្វើការវិភាគមន្ទីរពិសោធន៍វត្ថុរាវនេះបានទេ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកជំនាញ។**

ប្រសិនបើ ពុំអាចធ្វើតេស្ត RPR លើសំណាកវត្ថុរាវក្នុងស្រោមខួរបានទេ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ អាចប្រើតេស្ត RPR លើសេរ៉ូម ដើម្បីជួយដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយនៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ (neurosyphilis)។ តេស្ត RPR លើសេរ៉ូម អាចផ្តល់លទ្ធផលវិជ្ជមានខុស (false positive) ដូច្នេះ រោគវិនិច្ឆ័យ ត្រូវធ្វើឡើងអាស្រ័យទៅតាមស្ថានភាពគ្លីនិករបស់អ្នកជំងឺ។ ថតសួតក៏អាចជួយផងដែរ ប្រសិនបើអ្នក ជំងឺមានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើម ហើយអាចនាំអោយស្រាវជ្រាវរកឃើញប្រភពបង្ករោគផងដែរ។ ដូចគ្នានេះដែរ ការច្រិបយកជាលិកាកូនកណ្តុរ ទៅពិនិត្យ ហើយផ្តល់លទ្ធផល AFB+ បញ្ជាក់ថា មានការរលាកស្រោមខួរ បង្កឡើងដោយមេរោគរបេង។ រោគសញ្ញានៃ IRIS ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយជំងឺរបេង cryptococcus ឬ PML អាចធ្វើអោយច្រឡំជាមួយរោគសញ្ញានៃការរលាកស្រោមខួរ។ ចំពោះរាល់អ្នកជំងឺដែលកើតមានរោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវសង្ស័យអំពី IRIS។

ប្រសិនបើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ពុំមានភាពច្បាស់លាស់ទេ នោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវរួសរាន់បញ្ជូនអ្នកជំងឺ ទៅកាន់សេវាថែទាំផ្សេងៗទៀត ដែលអាចធ្វើការសិក្សាវិភាគអំពីវត្ថុរាវនៃស្រោមខួរ អោយបានពេញលេញ។ អ្នកផ្តល់សេវាអាចពិចារណាផ្តល់ការព្យាបាលជាលក្ខណៈ empiric ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយបាក់តេរី ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានគ្រុនក្តៅ ដែលមានស្ថានភាពមិននឹងនរ (unstable) មុននឹងធ្វើការបញ្ជូន។ ក្នុងករណីខ្លះ មូលហេតុបង្ករោគ អាចផាត់ចោលបាន ហើយអាចរកឃើញមូលហេតុដែល

មិនមែនជាការបង្ករោគដូចជា lymphoma ដោយប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យាថតឆ្លុះទំនើបថ្មីៗ(advanced imaging)

តារាងទី២៤: រោគវិនិច្ឆ័យ ញែកអោយដាច់ជំងឺផ្សេងៗផ្អែកទៅតាមបំរែបំរួលនៃវត្ថុរាវក្នុងស្រោមខួរ

វត្ថុរាវនៃស្រោមខួរ	សំពាធពេលចាក់យកវត្ថុរាវនៃស្រោមខួរ	កំរិតជាតិប្រូតេអ៊ីន	ការរាប់កោសិកា	ការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍	ការបណ្តុះមេរោគ
ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ cryptococcus	ខ្ពស់ខ្លាំង	កើនបន្តិចបន្តួច ឬ នៅធម្មតា	កើនបន្តិចបន្តួច ឬ នៅធម្មតា	ការបំពាក់ពណ៌ India Ink	Cr Ag +
ការរលាកស្រោមខួរ បង្កដោយជំងឺរបេង	ឡើងខ្ពស់ ឬ នៅធម្មតា	កើនបន្តិចបន្តួចដល់ កើនខ្លាំង	កើនឡើង(មាន lymphocytes ច្រើន)	+/- - -	+/-
ការរលាកស្រោមខួរ បង្កដោយបាក់តេរី	ខ្ពស់	កើនឡើងខ្លាំង	មាន gramlocytes ច្រើន	+/-	+

ការព្យាបាល

ក្នុងករណីជាច្រើន អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវធ្វើការព្យាបាលជំងឺ toxoplasmosis , IRIS ឬ ការរលាកស្រោមខួរក្នុងលក្ខណ: empiric ។

តារាងទី២៥: ការព្យាបាលការបង្ករោគ នៅប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល ដែលកើតមានញឹកញាប់

ប្រភេទជំងឺ	ការព្យាបាល
Toxoplasmosis	Cotrimoxazole ១០/៥០ មក្រ/គក្រ ចាក់រៀងរាល់ថ្ងៃ បែងចែកជា២កំរិត រយ:ពេល៤សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក ១កំរិតស្តងដា រៀងរាល់ថ្ងៃ សំរាប់មួយជីវិត។ សំរាប់ការកើននៃសំពាធក្នុងខួរក្បាល ដែលជាឥទ្ធិពលនៃដុះដុំសាច់ (mass effect) ត្រូវផ្តល់ prednisolone ៤០មក្រ លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ ឬ dexamethasone ៤មក្រ លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រហូតដល់រោគសញ្ញាបានធូរស្រាល។
IRIS (Cerebral)	prednisolone ៤០មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយ:ពេល២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក ២០មក្រលេបម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយ:ពេល ១សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកទៀត ១០មក្រលេបម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយ:ពេល១សប្តាហ៍។
ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយបាក់តេរី	Cefriaxone ២ ក្រាម ចាក់តាមសរសៃឈាម ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ឬ Benzylpenicillin ១២-២៤លាន IU ចាក់តាមសរសៃឈាមរៀងរាល់ថ្ងៃ ចែកជា៤កំរិត រយ:ពេល ១០-១៤ ថ្ងៃ នៅក្នុងស្ថានភាពដែល S. Pneumonia មានភាពស៊ាំ ទាបទៅនឹង Penicillin។

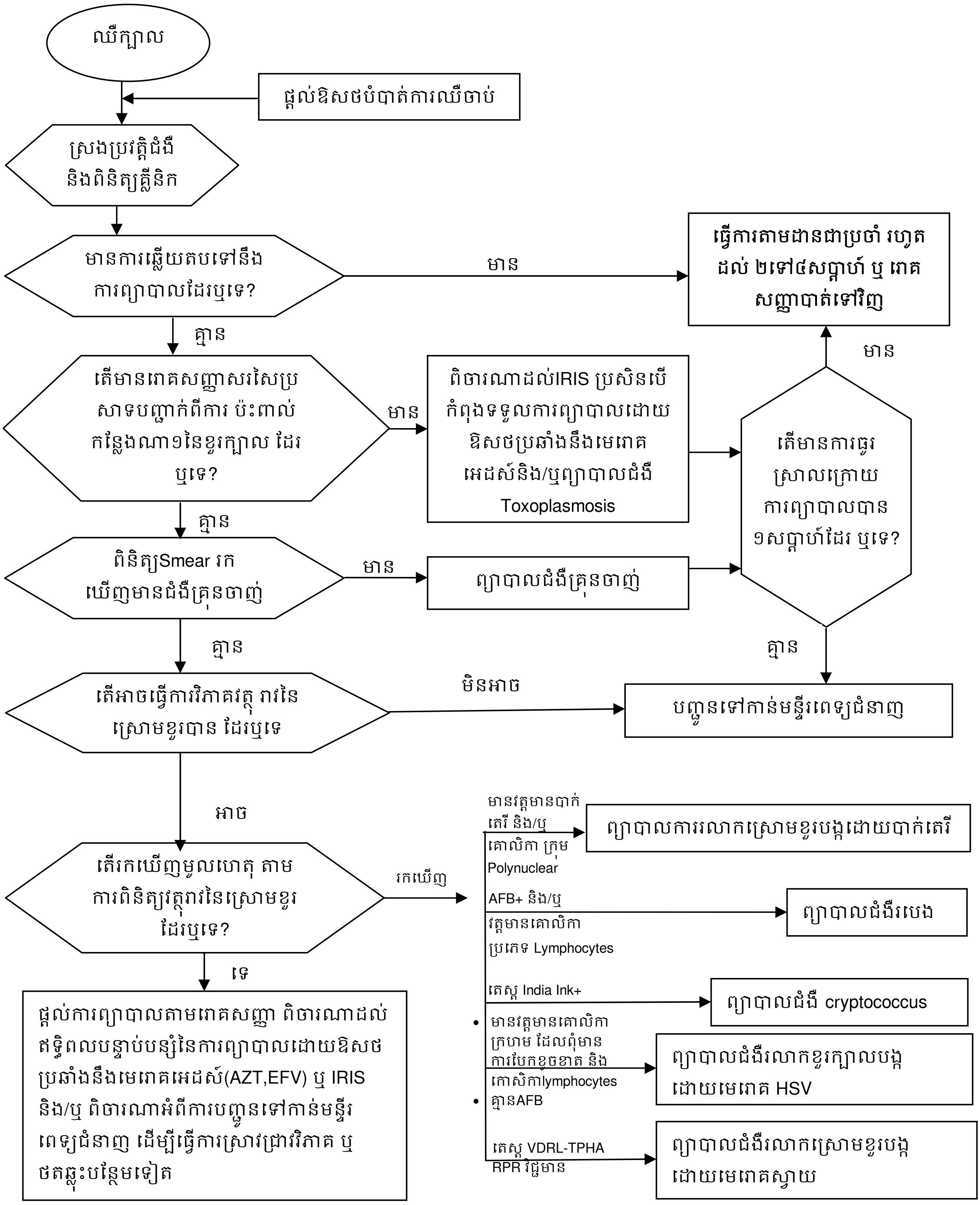
ការរលាកស្រោមខួរ បង្កដោយជំងឺរបេង	រូបមន្តព្យាបាល: 2RHSE/4RH។ អាចពិចារណាប្រើប្រាស់ steroids ដូចជា prednisolone ៦០មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ (២មក្រ/គក្រ)ឬ dexamethasone ៨មក្រ លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ ដោយមានការព្យាបាលបន្ថយកំរិត (taper) បន្តរហូតដល់៦សប្តាហ៍ (សូមអានផ្នែកទី៦)។
ការរលាកស្រោមខួរ បង្កដោយ cryptococcus	Amphotericin B 0,៧ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចាក់រយៈពេល ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក ផ្តល់ Fluconazole ៤០០មក្រ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈ ពេល ៨សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកទៀត ផ្តល់ fluconazole ២០០ មក្រ លេប១ដង រៀងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ CD4 >១០០កោសិកា/មម^3 រយៈពេល ៦ខែ
ជំងឺស្វាយនៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ(Neuro-syphilis)	Benzylpenicillin ១៨-២៤ លាន IU ចាក់តាមសរសៃឈាមរៀងរាល់ថ្ងៃ បែងចែកជា ៦កំរិត សំរាប់រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ២,៤ លាន IU រៀងរាល់សប្តាហ៍ រយៈពេល ៣សប្តាហ៍។

ប្រភពឯកសារ: Clinical HIV/AIDS Care Guidelines for Resource Poor Settings, MSF, 2006. The Sanford guide to HIV/AIDS Therapy, 2008; The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2008. TB/HIV Manual, WHO, 2004.

ការតាមដាន

អ្នកជំងឺដែល មានឈឺក្បាល ទាមទារអោយមានការតាមដានយ៉ាងម៉ត់ចត់ ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវពិនិត្យ តាមដានអ្នកជំងឺប្រភេទនេះ រៀងរាល់សប្តាហ៍ ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល។ លើសពីនេះទៀត អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវធ្វើចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិកសារជាថ្មីឡើងវិញ ហើយធ្វើការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និងរាប់ចំនួនមេរោគអេដស៍ (Viral load) ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន ដើម្បីវាយតំលៃអំពីល័ក្ខខ័ណ្ឌ ដែលអាចចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ឬ វាយតំលៃអំពីលទ្ធភាពនៃបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយ ARV ។ (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារជំទង់ ឆ្នាំ ២០១១)។

គំនូសបំព្រួញទី៨: ឈឺក្បាល



១៦ ការវាយតំលៃ និងការថែទាំព្យាបាលការឈឺចាប់

ផ្អែកនេះ ត្រូវបានរៀបរៀងឡើងដោយពឹងផ្អែកលើគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការថែទាំការឈឺចាប់ បោះពុម្ពនាឆ្នាំ ២០០៧ ដោយក្រសួងសុខាភិបាល សហការជាមួយអង្គការ Douleurs Sans Frontieres (DSF) និងឯកសាររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (Palliative care: symptom management and end-of-life care. Integrated management of adolescent and adult illness. Interim guidelines for first-level facility health workers issued by WHO, 2004)។ កំរិតប្រើប្រាស់ឱសថ ត្រូវបានដកស្រង់ចេញពីប្រភពឯកសារទាំងពីរនេះ ដើម្បីផ្តល់ជូនដល់អ្នកផ្តល់សេវានូវជំរើសនានា សំរាប់ការព្យាបាល

និយមន័យ និងលក្ខណៈទូទៅ

ផ្អែកលើការសិក្សាអំពីការឈឺចាប់ (IASP ១៩៧៦) សហគមន៍អន្តរជាតិ បានកំណត់ថា ការឈឺចាប់ **គឺជាបទពិសោធន៍នៃការញ្ញាណដឹង និងការរំជួលចិត្ត ដែលធ្វើអោយមិនសុខស្រួល រួមផ្សំជាមួយការខូចខាត ឬប៉ះពាល់ (Lesion) ទៅលើជាលិកា (ជាក់ស្តែង ឬ ដែលអាចដឹងកើតមានឡើង ឬត្រូវបានពិពណ៌នាថា បណ្តាលមកពីការខូចខាតអ្វីមួយ)។**

ប្រភេទផ្សេងៗនៃការឈឺចាប់

- **ការឈឺចាប់ស្រួចស្រាវៈ** សភាពនេះច្រើនមានជាញឹកញាប់។ ការឈឺចាប់ប្រភេទនេះ គឺជារោគសញ្ញាមួយ ដែលប្រកាសអាសន្នដល់អ្នកជំងឺ និងគ្រូពេទ្យ។ ឧទាហរណ៍ៈ រលាកខ្នែងពោះវៀនស្រួចស្រាវ រលាកស្រោមខួរ។ ការឈឺចាប់ស្រួចស្រាវត្រូវធ្វើការព្យាបាលដោយឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ បន្ទាប់ពីបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរួចហើយ។
- **ការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃៈ** ឧទាហរណ៍ ឈឺខ្នង ឈឺចាប់នៅចុងអវៈយវៈកំបុត (phantoin pain) មិនមែនគ្រាន់តែជារោគសញ្ញាមួយមុខប៉ុណ្ណោះទេ និងត្រូវចាត់ទុកថា វាជាជំងឺមួយដែលបណ្តាលមកពីកត្តាជាច្រើន។

យន្តការសរីរៈរោគសាស្ត្រសំខាន់ៗ នៃការឈឺចាប់: មានពីរប្រភេទ

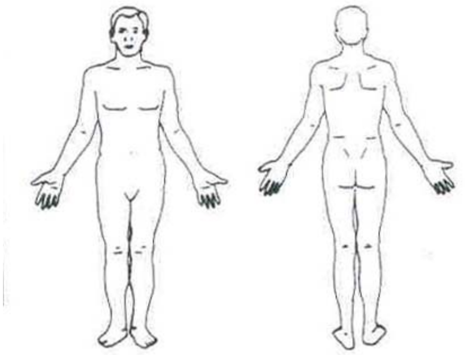
- **ការឈឺចាប់បែបណូស៊ីសិបស្យុង** (nociceptive): ការឈឺចាប់នេះ ទាក់ទងទៅនឹងរំញោចខ្លាំងហួស ទៅលើប្រព័ន្ធទទួលដឹង (Recepture) នៃការឈឺចាប់ដោយគ្មានការប៉ះពាល់ទៅលើផ្លូវនៃការបញ្ជូនទេ។

- **ការឈឺចាប់បែបណឺរ៉ូប៉ាទីក** (neuropathic): ទាក់ទងនឹងការខូចខាតប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ (បន្ថយបង្កើន) ក្នុងការត្រួតពិនិត្យការបញ្ជូន និងការបំលែងការទទួលដឹងនៃការឈឺចាប់។

១៦-១ ការវាយតំលៃចំពោះការឈឺចាប់

ទីកន្លែងឈឺចាប់:

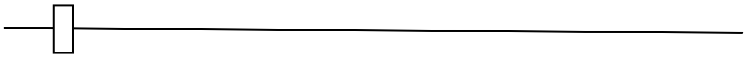
ប្រើរូបភាពជាគំនូសបំព្រួញនៃដងខ្លួនមនុស្ស (មើលពីមុខ និងមើលពីក្រោយ) ដើម្បីជួយអ្នកជំងឺក្នុងការពិពណ៌នាអំពីការឈឺចាប់របស់គាត់។ គេអោយអ្នកជំងឺគូសលើគ្រប់កន្លែងដែលគាត់ឈឺចាប់



កំរិតនៃការឈឺចាប់

យើងអាចប្រើខ្នាតសំរាប់វាយតំលៃកំរិតនៃការឈឺចាប់៣ប្រភេទ:

- **ខ្នាតប្រៀបធៀប:** ប្រើខ្សែបន្ទាត់ផ្តេកប្រវែង ១០០មម (EVA)



គ្មានការឈឺចាប់=0 **គ្មានការឈឺចាប់=១០០**

ប្រាប់អ្នកជំងឺអោយគូសនៅលើខ្សែបន្ទាត់ (មានប្រវែង ១០០មម) ដើម្បីបង្ហាញប្រាប់ពីកំរិតនៃការឈឺចាប់របស់គាត់។ កំរិតនៃការឈឺចាប់ ត្រូវគិតជា មម។

ឧទាហរណ៍: "ខ្ញុំមានការឈឺចាប់ ៨0/១០០មម" គឺជាការឈឺចាប់កំរិតខ្លាំង ដែលត្រូវការព្យាបាល។

- **ខ្នាតលេខ** (Numeric Rating Scale) : គឺពីលេខ 0 (គ្មានការឈឺចាប់) ដល់លើ ១0 (ការឈឺចាប់ខ្លាំងបំផុតដែលស្រមៃឃើញ)។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺអាចយល់បានគឺសុំ អោយគាត់វាយតំលៃការឈឺចាប់របស់គាត់ក្នុងចន្លោះពីលេខ 0 ទៅលេខ ១0។
- **ខ្នាតរៀបរាប់** (Simple Verbal Scale): អោយអ្នកជំងឺជ្រើសរើសចំណុចណាមួយក្នុងចំណុចខាងក្រោម ដើម្បីវាយតំលៃកំរិតនៃការឈឺចាប់របស់គាត់:
    - 0: គ្មានការឈឺចាប់
    - ១: ការឈឺចាប់តិចតួច
    - ២: ការឈឺចាប់បង្គួរ
    - ៣: ការឈឺចាប់ខ្លាំង

o ៩: ការឈឺចាប់ខ្លាំងណាស់

ចំណាយពេលជាមួយអ្នកជំងឺដើម្បីគ្រប់គ្រងបាននូវប្រវត្តិជំងឺអោយត្រឹមត្រូវ: ជួយអ្នកជំងឺអោយគាត់ពិពណ៌នា ពីការឈឺចាប់របស់គាត់ដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់

- ពេលវេលាចាប់ផ្តើមឈឺដំបូង (តាមលំដាប់លំដោយ)។
- របៀបនៃការចាប់ផ្តើម (ភ្លាមៗ បន្តិចម្តងៗ)។
- ការវិវត្តន៍ទៅតាមវេលា។
- ទីកន្លែងនៃការឈឺចាប់ និងការឈឺរាលដាលទៅកន្លែងផ្សេងទៀត។
- ការប្រែប្រួលប្រចាំថ្ងៃ។
- កត្តាធ្វើអោយការឈឺចាប់កើនឡើង ឬ/និង ក៏ធូរស្រាល។
- ផលវិបាកទៅលើដំណេក ទៅលើការទទួលទានអាហារ ការធ្វើពលកម្ម ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកនៅជុំវិញ។
- មាន ឬ គ្មានប្រសិទ្ធិភាពនៃការព្យាបាលពីមុនមក។
- ការស្រង់យកប្រវត្តិប្រើប្រាស់ឱសថអោយបានម៉ត់ចត់

ត្រូវសង្កេតពិនិត្យលើអាកប្បកិរិយាអ្នកជំងឺ

គ្រូពេទ្យត្រូវពិនិត្យរកស្ថានភាព ឬឥរិយាបថណាដែលជួយកាត់បន្ថយនូវការឈឺចាប់ ហើយក៏ត្រូវសិក្សាផងដែរពីអាកប្បកិរិយាទូទៅរបស់អ្នកជំងឺ។

ធ្វើការពិនិត្យគ្លីនិកសព្វគ្រប់ដោយខានមិនបាន រួមជាមួយ:

ការពិនិត្យជាពិសេសលើកន្លែងមានការឈឺចាប់ និង

ធ្វើការពិនិត្យគ្លីនិកអោយបានដិតដល់លើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ ដើម្បីអោយដឹងថាមានការរំខាន ឬ ការប៉ះពាល់មុខងារចលករ និង/ឬ មុខងារទទួលអារម្មណ៍ (មានប្រភពមកពី neurogenic) និង/ឬ សញ្ញារំខាន ឬប៉ះពាល់ទៅលើប្រព័ន្ធ sympathetic:

- លេចចេញការឈឺចាប់នៅឆ្ងាយពីកន្លែងខូចខាត។
- ការខូចខាតសរសៃប្រសាទពីមុនមក។
- ពិពណ៌នាជាពិសេសអំពីការឈឺចាប់ (ឈឺក្រហាយដូចរលាក ឈឺដូចឆក់ខ្សែភ្លើង ស្រពន់ដូចស្រមោចវា វេទនារម្មណ៍មិនសុខស្រួល ស្ពឹបរមាស់)
- វិបត្តិវេទយិតភាពផ្ទៃលើ
    - វេទយិតភាពចុះថយ (hypoesthesia) ឬ គ្មានវេទយិតភាព (anesthesia)
    - វេទយិតភាពកើនឡើង ស្រគៀរ (hyperesthesia)

- ឈឺចាប់ខ្លាំងក្លា ឈឺចាប់យូរអង្វែង មិនធម្មតា (hyperpathia)
- allodynia ការឈឺចាប់បណ្តាលមកពីរំញោចដែលជាធម្មតា មិនធ្វើអោយមានការឈឺចាប់ទេ: ដូចជា ការស្ទាបថើបៗ ការអង្អែល

• វិបត្តិវេទយិតភាពខាងក្នុង
    - ការដឹងមិនច្បាស់លាស់ពីទីកន្លែងនៃផ្នែកណាមួយរបស់ដងខ្លួន។
    - កាយវិការមិនធម្មតា
    - ចលនារាងកាយមិនអាចបញ្ជាបានដូចធម្មតា។
• វិបត្តិចលនា
    - ការចុះថយនៃកំលាំងសាច់ដុំ (paresthesia, paralysis) ។
    - ខ្សោយសាច់ដុំ នៅតំបន់ណាមួយនៃសរីរាង្គ។
    - រេផ្លិចច្របូកច្របល់។
• វិបត្តិ Vasomotor
    - ស្បែកឡើងក្រហម
    - ចាល់ឈាម (congestion)
    - ក្តៅ
    - បែកញើស
    - សរសៃឈាមរួមតូច (vasoconstriction)
• សភាពមិនធម្មតានៃស្បែក
    - ក្រចកស្ងួត និងប្រេះបាក់
    - ស្បែកស្តើង និងផុយ
    - ពណ៌ស្បែកមិនធម្មតា
    - ជ្រុះសក់

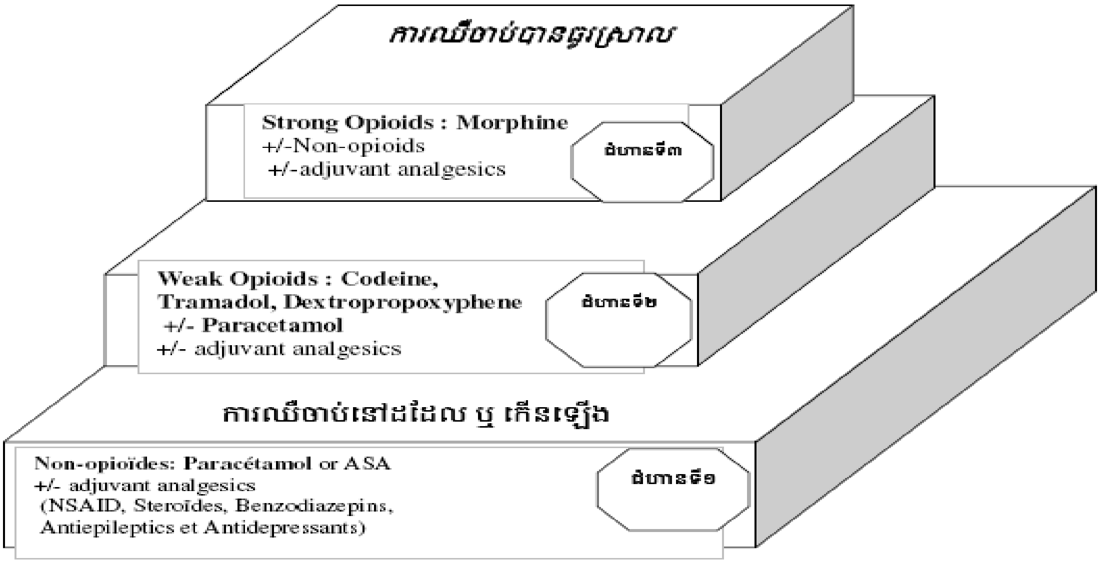
១៦-២ ការព្យាបាលស្តង់ដា សំរាប់បំបាត់ការឈឺចាប់

ការព្យាបាលបំបាត់ការឈឺចាប់ nociceptive

ការព្យាបាលរោគសញ្ញានៃការឈឺចាប់ ជាការព្យាបាលទីមួយដែលត្រូវចាប់ផ្តើមធ្វើតាំងពីពេលដំបូង ដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំលទ្ធផលនៃការព្យាបាលមូលហេតុទេ។

អនុសាសន៍នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក ចំពោះការព្យាបាលបំបាត់ការឈឺចាប់ nociceptive:

- ព្យាបាលទៅតាមបុគ្គលម្នាក់ៗ ដោយវិធីសាមញ្ញ និងមិនបង្ខិតបង្ខំអ្នកជំងឺ។
- ធ្វើអោយការឈឺចាប់ធូរស្បើយជាលំដាប់ មុនដំបូងនៅពេលយប់ បន្ទាប់មកនៅ ពេលសំរាក និងទីបញ្ចប់ នៅពេលធ្វើចលនារាងកាយ។
- ទទួលថ្នាំយ៉ាងទៀងទាត់ លេប ឬផឹកប្រសិនបើអាចធ្វើបានតាមម៉ោងកំណត់ ដោយមិន **រង់ចាំអោយឈឺវិញទេ**។
- ការព្យាបាលដោយថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់តាមលំដាប់ថ្នាក់ទាំងបី តាមការណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក
- **ត្រូវផ្អែកតាមកំរិតនៃការឈឺចាប់** មិនត្រូវផ្អែកទៅតាមដំណាក់កាលនៃជំងឺទេ ហើយមិនត្រូវផ្អែកទៅតាមការព្យាករណ៍ការវិវត្តន៍នៃជំងឺ (Prognosis) ហើយដោយប្រើរួមជាមួយនិងថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើចាំបាច់ (co-analgesics)។



តារាងទី២៦: ជំហាននៃការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលការឈឺចាប់ដែលណែនាំដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក ឆ្នាំ ២០១០

	ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់	កំរិតចាប់ផ្តើមសំរាប់មនុស្សពេញវ័យ	គំលាតកំរិតប្រើប្រាស់	ផលប៉ះពាល់/ការប្រុងប្រយត្ន័
ជំហានទី១	⇩	⇩	⇩	⇩
	ឱសថប្រភេទ Non-opioid			
	Paracetamol (ធ្វើអោយមានការ	៥០០មក្រ លេប ២គ្រាប់រៀងរាល់៤	សំរាប់មនុស្សចាស់ជរា ឬអ្នកជំងឺឈឺធ្ងន់	មិនត្រូវប្រើហួសពី៨គ្រាប់ដែលមានកំរិត

	បន្ថយកំដៅខ្លួន	ទៅ៦ម៉ោង(កុំលេបពេលយប់ ឬ ផ្តល់ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ផ្សេងទៀតដើម្បីរក្សាកំរិត	ឬ ពេលប្រើជាមួយopioid ត្រូវប្រើតែ១គ្រាប់ទេ។ ការឈឺចាប់កំរិតមធ្យមអាចគ្រប់គ្រងបានដោយផ្តល់ឱសថរៀងរាល់៦ម៉ោងម្តង	៥០០មក្រ ក្នុងរយៈ ពេល២៤ម៉ោង (ការប្រើហួសកំរិតអាចបណ្តាលអោយពុលថ្លើម ធ្ងន់ធ្ងរ)។
	Aspirin (acety salicylic acid) (មានផលប្រឆាំងការរលាក និងបន្ថយកំដៅខ្លួន)	៣០០មក្រ លេប២គ្រាប់រៀងរាល់៤ម៉ោង		ចៀសវាងការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ ប្រសិនបើមានបញ្ហាក្រពះ ត្រូវបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ប្រសិនបើមានការឈឺចាប់នៅតំបន់ចុងដង្ហើម (epigastric) ពិបាករំលាយអាហារ លាមកលាយឈាម ឬ មានចេញកន្ទួលឈាម ឬ ឈាមលើស្បែក។ មិនត្រូវផ្តល់អោយកុមារអាយុតិចជាង១២ឆ្នាំ។ ត្រូវជៀសវាងការប្រើប្រាស់ប្រសិនបើមានការហូរឈាម។
	Ibuprofen(មានឥទ្ធិពលប្រឆាំងការរលាកនិងបន្ថយកំដៅខ្លួន)	៤០០មក្រ រៀងរាល់៦ម៉ោងម្តង		កំរិតអតិបរមា ៨គ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃ
	ឱសថប្រភេទ opioid សំរាប់ព្យាបាលការឈឺកំរិតមធ្យម(ផ្តល់បន្ថែមលើ aspirin ឬ paracetamol)			
ជំហានទី២	Codeine (ប្រសិនបើគ្មានសំរាប់ប្រើប្រាស់ត្រូវពិចារណា) ប្រើ aspirin ឆ្លាស់គ្នានឹង paracetamol	៣០មក្រ លេបរៀងរាល់ ៤ម៉ោងម្តង	៣០ទៅ៦០មក្រ លេបរៀងរាល់ ៤ទៅ៨ម៉ោងម្តង កំរិតប្រើប្រាស់អតិបរមា សំរាប់ព្យាបាលការឈឺចាប់គឺ ១៨០ទៅ២៤០មក្រ ពីព្រោះថាអាច	ត្រូវផ្តល់ឱសថ laxative ដើម្បីបង្ការភាពទល់លាមក លើកលែងតែមានការរាគរូស **មានតំលៃថ្លៃ**

			បណ្តាលអោយទល់លាមកត្រូវប្តូរ ទៅប្រើ morphine។	
ជំហានទី៣	**ឱសថប្រភេទ opioid សំរាប់ព្យាបាលការឈឺកំរិតមធ្យម ដល់ធ្ងន់ធ្ងរ**			
	morphine ៥មក្រ /៥មល ឬ ៥០ មក្រ /៥មល បន្តក់ចូលតាមមាត់។ អាចបាញ់តាមរន្ធគូថ ដោយប្រើសឺរ៉ាំង។	២,៥ ទៅ ៥មក្រ រៀង រាល់៤ម៉ោង (កំរិតអាច កើនពី ១,៥ ទៅ២ ដង ក្រោយពីរយៈពេល ២៤ ម៉ោងបើនៅមាន ការឈឺចាប់)	អាស្រ័យតាមតំរូវការអ្នកជំងឺ និងចង្វាក់ដង្ហើមអ្នកជំងឺ ពុំមានកំរិតអតិបរមាទេ	ផ្តល់ឱសថ laxative ដើម្បីបង្ការភាពទល់លាមក លើកលែងតែមេរោគរាគរូស។

ប្រភពឯកសារ: *WHO guidelines (Palliative care: symptom management and end-of-life care. Integrated management of adolescent and adult illness. Interim guidelines for first-level facility health workers issued by WHO, 2004)*

ការឆ្លងពីជំហានមួយទៅជំហានមួយទៀត ត្រូវធ្វើឡើងក្នុងករណីដែលការព្យាបាលជំហានមុនគ្មានប្រសិទ្ធិភាព (ប្រើថ្នាំតាមដូសត្រឹមត្រូវ អ្នកជំងឺលេបថ្នាំទៀងទាត់ ហើយថ្នាំក៏ជ្រាបបានល្អត្រឹមត្រូវ)។ ការជ្រើសរើសថ្នាំមកព្យាបាល ធ្វើឡើងអាស្រ័យទៅតាមការទ្រាំទ្ររបស់អ្នកជំងឺ និងថ្នាំ (ឧទាហរណ៍:) អ្នកជំងឺខ្លះទ្រាំទ្របានល្អ ចំពោះ Dextropropoxyphene ជាងថ្នាំ Tramadol។ ពពួក Benzodiazepine (BZD) គឺជាថ្នាំបន្ថយការបារម្ភ (aniolytiques) ដូចគ្នានឹងថ្នាំ Diazepam និង Clozazepam ដែរ។

- ការវាយតំលៃការឈឺចាប់ ត្រូវធ្វើអោយបានទៀងទាត់: ក្នុងករណីការព្យាបាលបរាជ័យ ត្រូវឆ្លងទៅជំហានបន្ទាប់ដែលខ្ពស់ជាងមុន។
- ចំពោះ morphine ត្រូវបន្ថែមកំរិតប្រើពី ៣០ ទៅ ៥០% រហូតដល់បានធូរស្បើយពីការឈឺចាប់ប្រសិនបើអ្នកជំងឺអាចទ្រាំទ្របាន (សូមអានតារាងទី២៦ សំរាប់កំរិតប្រើប្រាស់ដែលណែនាំដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក និងតារាងទី២៧ សំរាប់កំរិតប្រើប្រាស់ដែលណែនាំដោយអង្គការ DSF)។
- ត្រូវទប់ស្កាត់ជាមុន និងព្យាបាលផលប៉ះពាល់របស់ឱសថ

តារាងទី២៧: ការណែនាំ ស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ទៅតាមដំណាក់កាលនៃការឈឺចាប់

ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់	កំរិតប្រើ	ការតាមដាន និងផលប៉ះពាល់
ជំហានទី១: កំរិតខ្សោយ		
Paracetamol: គ្រាប់ ១០០ ឬ ៥០០មក្រ ស៊ីរ៉ូ គ្រាប់សុលតាមរន្ធគូថ	<u>មនុស្សពេញវ័យ:</u> ៥០០ ទៅ ១០០០មក្រ រាល់ ៤ ទៅ ៦ ម៉ោងម្តង ដូសប្រសិទ្ធិភាព ៤ក្រ/២៤ម៉ោង <u>កូនក្មេង:</u> ៦០ទៅ៨០មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ	ពុលថ្លើម (Hepatotoxicity)
Acetyl salicylic acid គ្រាប់ ៣០០ ឬ ៥០០មក្រ	<u>មនុស្សពេញវ័យ:</u> ៥០០ ទៅ ១០០០មក្រ រាល់ ៤ ទៅ ៦ ម៉ោងម្តង ដូសខ្ពស់បំផុត ៣ក្រ/២៤ម៉ោង <u>កូនក្មេង:</u> ៥០មក្រ/គក្រ/២៤ម៉ោង	ដំបៅក្រពះ (Gastro-duodenal Ulcers) វិបត្តិកំណកឈាម
ជំហានទី២: កំរិតមធ្យម		
Codeine គ្រាប់ ៣០មក្រ (Paracetamol ៥០០មក្រ)	<u>មនុស្សពេញវ័យ</u> ៣០ ទៅ ៦០មក្រ រៀង រាល់ ៤ ទៅ ៦ ម៉ោងម្តង ដូសខ្ពស់បំផុត ២៤០មក្រ/២៤ម៉ោង <u>កូនក្មេង</u> > ១ឆ្នាំ ៤មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកជា ៤ដង	ទល់លាមក ងងុយដេក ចង់ក្អួត
Tramadol ៥០មក្រ(LI.)បញ្ចេញភ្លាមៗ/ជ្រាបលឿន Tramadol ១០០មក្រ(LP) ជ្រាបយឺត/បញ្ចេញយឺត	<u>មនុស្សពេញវ័យ:</u> លេប៥០មក្រទៅ១០០មក្ររៀងរាល់៤ទៅ៦ម៉ោងម្តង <u>មនុស្សពេញវ័យ:</u>លេបម្តង១០០មក្រទៅ២០០មក្រ រៀងរាល់ ១២ម៉ោង ដូសខ្ពស់បំផុត:៤០០មក្រ/២៤ម៉ោង	ចង់ក្អួត ក្អួត វិលមុខ ងងុយដេក
ជំហានទី៣: កំរិតខ្លាំង		
Morphine	កំរិតប្រើធម្មតាសំរាប់ចាប់ផ្តើមការ	តាមដានចង្វាក់ដង្ហើម នៅពេល

- ថ្នាំគ្រាប់ LI ជ្រាបលឿន ៥មក្រ, ១០មក្រ, ២០មក្រ ៣០មក្រ - ថ្នាំគ្រាប់ LP ជ្រាបយឺត: ៣០មក្រ - អំពូល ១០មក្រ	ព្យាបាល: លេប០,៥ទៅ១មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ LI: លេបម្តង១គ្រាប់រៀងរាល់ ៤ម៉ោង LP: លេបម្តង១គ្រាប់រៀងរាល់ ១២ម៉ោង គ្មានកំណត់ដូសខ្ពស់បំផុតទេ **ចាក់តាមក្រោមស្បែក:** ពី ០,២៥ ទៅ០,៥០មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកចេញជា ៦ដង/ថ្ងៃ (រាល់ ៤ម៉ោងម្តង) ប្រសិនបើមានបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភខ្លាំង ឬ ខ្សោយតំរងនោម ឬ ការដកដង្ហើមខ្សោយត្រូវចាប់ផ្តើម ដោយដូសទាប **លេប:** ០,២៥ ទៅ០,៥០មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ **ចាក់តាមក្រោមស្បែក:** ០,២៥ ទៅ០,៥០មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចែកចេញជា ៦ដង/ថ្ងៃ	ដំបូងនៃការព្យាបាលប្រសិនបើអ្នកជំងឺពុំធ្លាប់ប្រើ morphine ពីមុនមកទេ។ ពុំមានគ្រោះថ្នាក់ធ្វើអោយតាំងដង្ហើម (respiratory depression) ប្រសិនបើគោរពតាមអនុសាសន៍នេះ។ ត្រូវផ្តល់ទឹកអោយបានច្រើន និងមានអាហារសមស្រប ដើម្បីបង្ការការទល់លាមក (laxatives) ចង់ក្អួត អាចទប់ស្កាត់បាន ដោយប្រើ metoclopramide លេប ឬ ចាក់ឬប្រើ haloperidol
Oxycodone ថ្នាំគ្រាប់ LP ១០មក្រ និង ២០មក្រ	លេប ១០ ទៅ ២០មក្ររៀងរាល់ ១២ម៉ោង	Biodisponibilite ល្អជាង morphine
Fentanyl ជ្រាបតាមស្បែក ១២ug/ម៉ោង; ២៥ug/ម៉ោង; ៥០ug/ម៉ោង; ៧៥ug/ម៉ោង; ១០០ug/ម៉ោង	Patch ១/៧២ម៉ោង	Patch ត្រូវបិទលើស្បែក។ ចាប់ផ្តើមមានប្រសិទ្ធិភាព នៅរយៈពេល១២ម៉ោង។

ប្រភព: *National Pain Management Guidelines, 2007 issued by the MoH*

ក្នុងករណីខ្លះ ត្រូវផ្តល់ឱសថបន្ថែម ដល់អ្នកជំងឺនៅពេលដែលកំរិតប្រើប្រាស់ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ក្នុងកំរិតទី២ និងទី៣ ឈានដល់កំរិតខ្ពស់ហើយនោះ។ តារាងទី២៨ ផ្តល់ពត៌មាន ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថដែលអាចយកទៅប្រើប្រាស់ បន្ថែមលើឱសថ Opioids រួមមាន codeine, tramadol និង morphine

តារាងទី២៨: ព័ត៌បន្ថែម ស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថ សំរាប់បំបាត់ការឈឺចាប់

ឱសថ Co-anatalgique	កំរិតប្រើប្រាស់	ការណែនាំតាមដាននិងផលប៉ះពាល់
Diclofenac ៥០មក្រ	<u>មនុស្សពេញវ័យ:</u> ៥០-១៥០ មក្រ/ថ្ងៃ លេប២ ទៅ ៣ដង	
Ibuprofen ២០០មក្រ	<u>មនុស្សពេញវ័យ:</u> ៦០០-៨០០ មក្រ/ថ្ងៃ លេប៣ដង <u>កូនក្មេង:</u>២០-៣០មក្រ/ថ្ងៃ លេប៣ដង	
Steroids - Prednisolone: គ្រាប់ ៥មក្រ - Dexamethasone : អំពូល ៤មក្រ/មល	<u>មនុស្សពេញវ័យនិងក្មេង:</u> ០,៥-១មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ត្រូវលេបនៅពេលព្រឹក។ <u>មនុស្សពេញវ័យនិងក្មេង:</u> ០,៥-១មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ត្រូវលេបនៅពេលព្រឹក។	**ហាមប្រើ:** សំពាធឈាមខ្ពស់ដែលពុំបានព្យាបាល។ ទឹកនោមផ្អែម ដែលមិននឹងន។ រោគឆ្លងនិងផ្សិតដែលមិនបានព្យាបាល។ ដំបៅផ្លូវរំលាយអាហារដែលកំពុងវិវត្ត។ វិបត្តិផ្លូវដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ។ **សារ:ប្រយោជន៍:** ឥទ្ធិពលប្រឆាំងនឹងរលាកនិងធ្វើអោយស្រកហើម។ ឱសថ ភ្ញោចចិត្តសាស្ត្រ និងបង្កើតអោយឃ្លានអាហារ។ ណែនាំអោយប្រើថ្នាំនេះ ក្នុងដូសទាប-ប្រសិទ្ធិភាព ត្រូវប្រើតែក្នុងរយៈពេលដ៍ខ្លី (តិចជាង ៧ថ្ងៃ ដោយបន្ថយបន្តិចម្តងៗ)។
Butylhyoscine: ឱសថប្រឆាំងនឹង	<u>មនុស្សពេញវ័យ:</u> ៦០-១២០	ត្រូវប្រើនៅរាល់ពេលដែល

spasme (ប្រភេទអំពូល ២០មក្រ)	មក្រ/ថ្ងៃ ចាក់សាច់ដុំ ៤ទៅ៦ដង កូនក្មេង:០,៣-១មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចាក់សាច់ដុំតែ១ដង	មានសមាសភាគspasmodic ណាមួយ (ចុកថ្លើម តំរងនោម ពោះវៀន)។ ឧទាហរណ៍: ប្រើរួមជាមួយនឹងឱសថម៉កហ្វីន
Diazepam Myorelaxant Anxiolytic គ្រាប់ ៥មក្រ អំពូល ១០មក្រ	០,១ -០,២មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ លេបមុនពេលចូលដេក ឬ ចែកជា ៣ដង/ថ្ងៃ(តាមមាត់ ឬ សុលតាមរន្ធគូថ ចំពោះកូនក្មេង)	កំរិតប្រើតិចតួច ពុំបណ្ដាលអោយមានផលប៉ះពាល់នោះទេ ប្រសិនបើលេប។

ប្រភព: *National Pain Management Guidelines, 2007 issued by the MoH*

ការព្យាបាលការឈឺចាប់ neuropathic

ការឈឺចាប់ neuropathic មានលក្ខណ:

- ការឈឺចាប់ជាប់មិនដាច់ (ជាសំខាន់) ឈឺដូចរលាកហើយឈឺជាអចិន្ត្រៃយ៍ នៅតំបន់ប្រព័ន្ធណាមួយនៃរាងកាយ។
- ការឈឺចាប់កើនខ្លាំងក្នុងរយៈពេលឆាប់រហ័ស (ឈឺបាត់ៗ) ដែលជាញឹកញាប់ ត្រូវបង្កឡើងដោយការប៉ះស្ទាប ការធ្វើចលនា។
- មានបញ្ហា allodynia, Hypo ឬ Hyperesthesie។

ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ធម្មតាមានប្រសិទ្ធិភាពតិចតួចណាស់ ឬ គ្មានប្រសិទ្ធិភាពតែម្ដង ចំពោះការឈឺចាប់បែបនេះ។ ការព្យាបាលជាមូលដ្ឋាន គឺផ្អែកលើពពួកឱសថ tricyclic antidepressants និង antiepileptics។

មុខឱសថ	កំរិតប្រើ	ការចង្អុលបង្ហាញ - ផលប៉ះពាល់
Amitryptilin Clomipramine Imipramin Nortryptilin	<u>មនុស្សពេញវ័យ:</u> ១៥-១០០មក្រ/២៤ម៉ោង <u>កូនក្មេង:</u>១មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ	Antidepressant ស្ងួតមាត់ ហេរហាត់ វិលមុខ។ ប្រសិទ្ធិភាពបំបាត់ការឈឺចាប់ក្រោយពីទទួលការព្យាបាល៧ថ្ងៃ។
Carbamezapin	២០០-៨០០មក្រ/២៤ម៉ោង	Antiepileptic សូមប្រយត្ន័ចំពោះអន្តរកម្មជាមួយឱសថផ្សេងទៀត។ ហេរហាត់ វិលមុខ

		អាលែកហ្ស៊ី វិបត្តិថ្លើម។ ប្រសិទ្ធិភាពបំបាត់ការ ឈឺចាប់: ឆាប់ជាង។
Gabapentine	៣០០-២៤០០មក្រ/២៤ម៉ោង លេប តាមមាត់	Antiepileptic គ្មានអន្តរកម្ម ជាមួយឱសថផ្សេងទៀត គ្មានវិបត្តិថ្លើម។ ហេវហាត់, វិលមុខ ហើម, ចង់ក្អួត និងក្អួត

ប្រភព: *National Pain Management Guidelines, 2007 issued by the MoH*

<u>ឧទាហរណ៍:</u>

- ចាប់ផ្តើមពី amitryptilin, (clomipramin, imipramin) ១០ដំណក់ ពេលចូលដេក (១តំណក់=១មក្រ)
- លេប ឬ ចាក់នៅពេលល្ងាច ដោយសារធ្វើអោយងងុយដេក (amitryptilin)
- បង្កើនកំរិតដូសឱសថសន្សឹមៗ ដើម្បីចៀសវាងផលប៉ះពាល់របស់ឱសថ (ងងុយដេក, ទល់លាមក, សំពាធឈាមចុះ, ទល់នោមស្រួចស្រាវ និង glaucoma)

ការព្យាបាលនេះ មានប្រសិទ្ធិភាព ចំពោះការឈឺចាប់ដែលបណ្តាលមកពីការគៀបសង្កត់ ឬ ការប៉ះពាល់ទៅលើសរសៃប្រសាទ។ប្រសិនបើការព្យាបាលនេះ ពុំមានប្រសិទ្ធិភាព ដើម្បីបំបាត់ការឈឺចាប់ដែលកើនឡើងខ្លាំងលើសលុបជាយថាហេតុនោះទេ ត្រូវបន្ថែមពពួកឱសថប្រឆាំងនឹងការប្រកាច់ (antiepileptic) ដោយប្រើនៅពេលល្ងាច:

- diazepam ០,១ ទៅ ០,២ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ឬ
- clonazepam ៣ ទៅ៥ដំណក់ ពេលល្ងាច (០,១មក្រ=១ដំណក់) រួចហើយបន្ថែមកំរិតប្រើបន្តិចម្តងៗ មិនអោយលើសពី ១០ ទៅ ២០ដំណក់ក្នុង១ថ្ងៃ ឬ
- carbamazepin ២០០ ទៅ ៦០០ មក្រ/គក្ករ/ថ្ងៃ ឬ
- valproic acid ៤ ទៅ ១០ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ

១៦-៣ អនុសាសន៍ ស្តីពីការព្យាបាលការឈឺចាប់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍

តារាងទី២៩: ឈឺចាប់ដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍:

<table>
<tr>
<td rowspan="2"><u>ការឈឺក្បាល</u>
• មូលហេតុបណ្តាលមកពីជំងឺឆ្លង
- Crytococcal Meningitis
- Meningitis (Tuberculosis)
- Meningitis (HIV, CMV, Herpes virus)
- Toxoplasmosis
- Neurosyphilis
• ដុំពកប្រភេទ Lymphoma
• មូលហេតុបណ្តាលមកពីឱសថ
- ARV: AZT
- ការប្រើប្រាស់ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង
- ការប្រើប្រាស់ឱសថព្យាបាល candidosis
• ឈឺក្បាលក្រោយធ្វើការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង
• ការខ្វះជាតិទឹក Dehydration
• គ្រុនក្តៅ
• ឈឺក្បាលបណ្តាលមកពីភាពតានតឹង, ឈឺក្បាលប្រកាំង</td>
<td><u>Neuropathies Peripheiques</u>
• វីរុស (VIH, CMV, Herpes…)
• មកពីឱសថ (d4T, ddI, INH, Metromidazole)
• ការរាលដាលទៅដល់កូនកណ្តុរ Lymphoma
• Meningomyloradiculopathies (CMV,VZV)
• ជំងឺដែលធ្វើអោយទ្រុឌទ្រោម (Maladie degenerative)</td>
</tr>
<tr>
<td><u>ការឈឺចាប់នៅមាត់ បំពង់ក</u>
• ពពួកផ្សិត: candidosis
• វីរុស: CMV, Herpes
• ដោយបាក់តេរី: រលាកក្នុងមាត់ អាប់សែធ្មេញ រលាកអញ្ចាញធ្មេញ
• មហារីក: Sarcome de Kaposi
• ដំបៅពងមាត់ដោយមិនដឹងមូលហេតុ (Ulceration aphteuse idiopathique)
• ជំងឺរលាកអាមីដាល និងជំងឺរលាកបំពង់ក</td>
</tr>
<tr>
<td><u>ការឈឺពោះ:</u>
ជានិច្ចជាកាល ត្រូវប្រាកដថា ពុំមែនជាករណីវះកាត់បន្ទាន់ទេ
ក្រពះ -ពោះវៀន
• ជំងឺឆ្លង
- mycobactérium avium, tuberculosis</td>
<td><u>ការឈឺចាប់នៅបំពង់អាហារ</u>
• ជំងឺផ្សិតនៅបំពង់ក
• វីរុស Herpes, CMV, HIV
• Iatrogenic
• Oesophagitis
• Idiopathic oesophageal ulcerations</td>
</tr>
</table>

- CMV - Cryptosporidies - Salmonellosis - Shigellosis • ដុំពក - Lymphoma - Kaposi syndrome • Stress ulcers	**ឈឺចាប់នៅទ្រូង** • ជំងឺសួត (bacterial, tuberculosis, pneumocystis, mycosis) • មានខូចខាត មេយ៉ាស្តាំង Mediastinal Lesions • Kaposi Syndrome • Lymphoma
ថ្លើម-ប្រម៉ាត់ • ជំងឺរលាកថ្លើម: CMV, mycobactérium avium, tuberculosis • អាប់សែដោយអាមីប • រលាកថ្លើមដោយវីរុស • មហារីក (Kaposi, LMNH, CHC) • Cholecystitis (CMV, cryptosporidis) **លំពែង** • ជំងឺឆ្លង(CMV, HIV) • **ដែលទាក់ទងនឹងការព្យាបាល** (ddI, d4T)	**ជំងឺស្បែក** • បង្កដោយមេរោគ Herpes • រើម • បង្កដោយបាក់តេរី • ដំបៅបណ្តាលមកពីសំរាកលើគ្រែ រយៈពេលយូរ (Bed/pressure sores) • ចង្កោមរោគសញ្ញា Lyell (Lyell syndrome)
ឈឺរន្ធគូថ • Infectious ulcers (CMV, herpes) • Tumoral Ulcerations (Kaposi or Lymphoma) • Ulcerations linked to HIV • Haemorrhagic rectal inflammation	**ការឈឺសន្លាក់ (Rheumatic Pain)** • ឈឺសាច់ដុំ - មកពីវីរុស: HIV - មកពីការព្យាបាល:AZT - មកពីជំងឺឆ្លង - កង្វះចំណីអាហារ ចុះស្គមខ្លាំង ស្វិតសាច់ដុំ • ឈឺសន្លាក់ - Reiter syndrome - Septic arthritis - HIV - បណ្តាលមកពីការព្យាបាល : pyrazinamide

ការឈឺចាប់ពេញរាងកាយ • គ្រុនក្ដៅ • ស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរ ដោយដេកនៅជាប់នឹងគ្រែ • មូលហេតុនៃជំងឺមិនច្បាស់លាស់	**ការឈឺចាប់បណ្ដាលមកពីទង្វើវេជ្ជសាស្ត្រ** • ចាក់ថ្នាំ • ទង្វើដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ ឬខូចខាត • ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀត **ការឈឺចាប់ផ្លូវចិត្ត** • ឡេះឡះ • ព្រួយបារម្ភ • មានវិបត្តិផ្លូវចិត្ត និងសង្គម

ការព្យាបាលការឈឺចាប់ដែលកើតឡើង នៅពេលមានជំងឺមួយចំនួន ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ កំរិតទី១,២ ឬទី៣ យោងតាមកំរិតនៃការឈឺចាប់។ មានវិធានការណ៍បន្ថែមដែលអាច កាត់បន្ថយការឈឺចាប់ដោយយោងតាមការព្យាបាលមូលហេតុ។ (សូមអានតារាងទី៣០)

តារាងទី៣០: វិធីព្យាបាលការឈឺចាប់ ដែលកើតឡើងក្នុងពេលមានជំងឺមួយចំនួន ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

ការរលាកខួរក្បាល/ស្រោមខួរបង្កដោយ cryptococcus	ការបូមយកវត្ថុរាវ នៃខួរឆ្អឹងខ្នងចេញអោយបានទៀងទាត់ ដើម្បីបន្ថយសំពាធនៅក្នុងខួរក្បាល
ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង	prednisolone ៦០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ឬ dexamethasone ៤មក្រ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ ដោយមានការព្យាបាលពង្រឹងបន្ថយកំរិតរយៈពេល ៦សប្ដាហ៍ *
ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺស្វាយ	prednisolone ០,៥ មក្រ/គក្រ/២៤ម៉ោង
ការរលាកស្រោមខួរបង្កដោយបាក់តេរី	Tramadol ៥០-១០០មក្រ រៀងរាល់ ៦ម៉ោង (កំរិតអតិបរមា ៤០០មក្រ/២៤ម៉ោង)
ជំងឺ Toxoplasmosis នៅខួរក្បាល	prednisolone ៤០មក្រ ៤ដង ក្នុង១ថ្ងៃ ឬ dexamethasone ៤មក្រ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រហូតដល់រោគសញ្ញាមានការធូរស្រាល*
Iatrogenic Polyneuropathies	វីតាមីន B1 ៥០-១០០មក្រ/ថ្ងៃ វីតាមីន B6 ១០០មក្រ/ថ្ងៃ Tricyclic antidepressant ១៥-១០០មក្រ/ថ្ងៃ

Polyneuropathies ដែលបង្កអោយមានការ ឈឺចាប់	Tricyclic antidepressant ១៥-១០០មក្រ/ថ្ងៃ
Iatrogenic Myopathy	Terazepam ៥០មក្រ ចាប់ផ្តើមពី១/២ គ្រាប់ នៅពេលយប់ហើយ បង្កើនកំរិត១/២គ្រាប់រៀងរាល់ដង រហូតដល់មានប្រសិទ្ធិភាព។ ជំរើសមួយទៀតគឺ diazepam ១០មក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ
ការចុកពោះ (Colic ឬ Spasmodic)	Buthyoscine ១គ្រាប់ ៣ដង/ថ្ងៃ
ដំបៅក្រពះ	Aluminum hydroxide ១គ្រាប់ ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ Cimetidine ២០០ មក្រ/២៤ម៉ោង ឬ ប្រើ proton pump inhibitor
ការឈឺសន្លាក់	ឱសថក្នុង Non-steroidal anti-inflammatories
ដំបៅរកមូលហេតុពុំឃើញ (ឧទាហរណ៍ Herpes)	Prednisolone ០,៥-១ មក្រ/គក្រ/២៤ម៉ោង
ដំបៅបណ្តាលមកពីការថែទាំ Iatrogenic Ulcerations	Xylocaine gel ២-៣ដង/២៤ម៉ោង
ការរលាកមាត់បណ្តាលមកពី Herpes	Xylocaine gel ២-៣ដង/២៤ម៉ោង
ការរលាកបំពង់អាហារបណ្តាលមកពី Herpes	Cimetidine ២០០មក្រ/២៤ ម៉ោង ឬ ប្រើ proton pump inhibitor
ជំងឺ Herpes នៅតំបន់រន្ធគូថ	Xylocaine gel ២-៣ដង/២៤ម៉ោង

ប្រភពឯកសារ: National Pain Management Guidelines, 2007 issued by the MoH

** ប្រភពឯកសារបន្ថែម, see Guideline to the Clinical Care of HIV/AIDS in Resource Poor Settings, MSF, 2006. HIV/TB Clinical Manual, WHO, 2004.*

១៧ ការថែទាំសំរន់ នៅដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត (Palliative Care)

១៧-១ ការស្វែងយល់អំពីការថែទាំសំរន់

ការថែទាំសំរន់ គឺជាការថែទាំអ្នកជំងឺ ដែលលែងមានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល។ វាជាវិធីធ្វើអោយប្រសើរឡើង នូវគុណភាពនៃជីវិតរបស់អ្នកជំងឺ ដែលស្ថិតនៅដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត ដែលបណ្តាលមកពីល័ក្ខខ័ណ្ឌណាមួយ ដែលពុំអាចព្យាបាលជាបាន តាមរយៈការវាយតំលៃ និងព្យាបាលការឈឺចាប់ ការគ្រប់គ្រង នឹងថែទាំរោគសញ្ញានានា និងការផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ សង្គម និងស្មារតី។

ជាពិសេស ការថែទាំសំរន់ ចំពោះការអ្នកជំងឺអេដស៍:

- ធ្វើអោយមានភាពធូរស្រាលនូវការឈឺចាប់ និងរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរនានា (distressing symptoms)
- គំដជីវិត ហើយចាត់ទុកការស្លាប់ ជាដំណើរការធម្មតានៃជីវិត
- ពុំមានបំណងធ្វើអោយឆាប់ស្លាប់ ឬពន្យាការស្លាប់
- មានបំណងបន្តជីវិត ក្នុងរយៈពេលដែលនៅរស់ មិនមែនបន្លាយពេលនៃជីវិតទេ ដោយធ្វើអោយគុណភាពនៃជីវិតកាន់តែមានលក្ខណៈល្អប្រសើរ តាមរយៈការចូលរួមយ៉ាងសកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងគ្រួសារ។

ផ្នែកសំខាន់ៗនៃការថែទាំសំរន់រួមមានៈ

- ការគ្រប់គ្រង និងការព្យាបាលការឈឺចាប់
- ការគ្រប់គ្រង និងការព្យាបាលរោគសញ្ញានានា
- ការគាំទ្រផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ
- ការគាំទ្រផ្នែកចិត្តសាស្រ្ត និងសង្គម
- ការគាំទ្រផ្នែកស្មារតី
- ការថែទាំនៅដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត
- ការផ្តល់ប្រឹក្សា ក្រោយពីការស្លាប់ របស់អ្នកជំងឺ

ផ្នែកនៃការថែទាំសំរន់ទាំងនេះ មិនកំរិតនៅត្រឹមគ្រួសារ និងគ្រូពេទ្យទេ។ វាពឹងផ្អែកលើការសហការរវាងដៃគូអនុវត្តការថែទាំបន្ត រួមទាំង សេវាផ្តល់ការថែទាំតាមផ្ទះ សំរាប់អ្នកជំងឺដែលស្លាប់នៅផ្ទះ។

១៧-២ ការគ្រប់គ្រងថែទាំរោគសញ្ញា សំរាប់អ្នកជំងឺដែលជិតស្លាប់

ផ្នែកនេះ ផ្តោតលើការគ្រប់គ្រងថែទាំរោគសញ្ញាដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ហើយពឹងផ្អែកលើឯកសារ *Symptom management and end-of-life care. Integrated management of adolescent and adult illness. Interim guidelines for first-level facility health workers issued by WHO, 2004 (WHO guideline, 2004) and Clinical care for HIV/AIDS in Resource Poor Settings, MSF, 2006 (MSF guideline, 2006)*។ អនុសាសន៍ សំរាប់ធ្វើអោយមានភាពធូរស្រាលរោគសញ្ញានៅដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត មានណែនាំអំពីកំរិតឱសថ ដែលមាននៅក្នុងឯកសារទាំងពីរនេះ។ ដំបូង អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំទាំងអស់ ត្រូវដឹងអំពីស្ថានភាពនៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៃអ្នកជំងឺ នៅពេលប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយសមាជិកគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន សមាជិកគ្រួសារ ពុំដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកជំងឺដែលជិតស្លាប់នោះទេ។ អ្នកផ្តល់សេវា និងសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ ត្រូវគោរពតាមការប្រុងប្រយត្ន័ជាមូលដ្ឋាន (រុំរបួស ពាក់ស្រោមដៃ និងលាងដៃ) នៅពេលថែទាំអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងឈានដល់សេចក្តីស្លាប់។

អ្នកជំងឺដែលមានការឈឺចាប់ត្រូវទទួលឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ តាមកំរិតនៃការឈឺចាប់ ដូចបានរៀបរាប់នៅក្នុងផ្នែកទី១៦។ អាចអនុវត្តការថែទាំគ្រប់គ្រង ល័ក្ខខ័ណ្ឌ/រោគសញ្ញានានា ដែលទាក់ទងនឹងការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងការថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងដំណាក់កាលថែទាំសំរន់។ ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន ត្រូវផ្តល់ឱសថទាំងអស់តាមមាត់ ឬរន្ធគូថ។ ការប្រើថ្នាំចាក់ ពុំមែនជាការប្រសើរទេ ពីព្រោះអ្នកជំងឺដែលជិតស្លាប់មានជាលិកាក្រោមស្បែកតិចតួច ដូចនេះ ការប្រើថ្នាំចាក់ អាចបណ្តាលអោយមានការឈឺចាប់។

ក្អក

បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកថែទាំតាមផ្ទះ និងសមាជិកគ្រួសារ ត្រូវដឹងអំពីលទ្ធភាពកើតជំងឺរបេង ឬ ការបង្ករោគផ្សេងទៀត នៅពេលអ្នកជំងឺមានក្អក ហើយត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់សេវាព្យាបាលជំងឺរបេង។ ជានិច្ចកាល ត្រូវប្រាប់អោយអ្នកជំងឺខ្ទប់មាត់នៅពេលក្អក។ ត្រូវធានាអោយទុកកំហាក ក្នុងកំប៉ុង ឬ ខ្ទប់ក្រដាស ដើម្បីជៀសវាងការចំលងមេរោគមួយចំនួនតាមខ្យល់។ អ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម ត្រូវបន្ត ការព្យាបាលដូចលើកមុន ដើម្បីកំរិត ការឆ្លងរាលដាលជំងឺរបេង ដល់សមាជិកគ្រួសារ និងអ្នកផ្តល់សេវា នៅក្នុងដំណាក់កាលថែទាំសំរន់។ លើសពីនេះទៀត អ្នកថែទាំទាំងអស់ ត្រូវពាក់ម៉ាស់ការពារសមស្រប នៅពេលថែទាំអ្នកជំងឺរបេងដែលជិតស្លាប់។ សូមពិនិត្យគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រ 3I។

ដំបូងត្រូវព្យាយាមអនុវត្តមធ្យោបាយសាមញ្ញៗដូចជា:

- ដាក់អ្នកជំងឺដែលក្អក ក្នុងជំហរពាក់កណ្តាល ដេកពាក់កណ្តាលអង្គុយ (semi-sitting position) អោយបានយូរទៅតាមលទ្ធភាព ដែលអាចធ្វើទៅបាន
- បើកបង្អួចអោយមានខ្យល់ចេញចូល
- ប្រាប់អោយសមាជិកគ្រួសារ បក់អ្នកជំងឺដោយប្រើក្រដាស់កាសែត ឬ ក្រណាត់ស្អាត
- អោយអ្នកជំងឺក្រេបទឹកអោយបានញឹកញាប់
- លាបឱសថសំរាលក្អក ដូចជា ទឹកឃ្មុំ ក្រូចឆ្មា ប្រេងខ្យល់ (eucalyptus oil) ឬ ប្រេងកូឡា (tiger balm)។

ប្រសិនបើ វិធានការណ៍សាមញ្ញ មិនមានប្រសិទ្ធិភាពទេនោះ ត្រូវអោយអ្នកជំងឺលេប codeine ១៥ ទៅ ៦០មក្រ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ ដើម្បីបំបាត់ក្អក (ឯកសារគោលការណ៍ណែនាំ របស់អង្គការ MSF, ២០០៦) ឬ ផ្តល់ morphine ២-៥មក្រ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ (ឯកសារគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០០៤)។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺកំពុងប្រើ morphine ត្រូវបង្កើនកំរិតប្រើប្រាស់ morphine លើសដល់ ២៥% (ឯកសារគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០០៤)។

ការចេញស្លេះ (secretions)

ការចេញស្លេះ បណ្តាលអោយអ្នកជំងឺពិបាកទ្រាំក្នុងខ្លួន ហើយបង្កជាបន្ទុកបន្ថែមដល់អ្នកថែទាំ។ មធ្យោបាយខាងក្រោមនេះ អាចកាត់បន្ថយអារម្មណ៍ពិបាកទ្រាំ នៅពេលចេញស្លេះ

- រក្សានូវជាតិទឹកក្នុងខ្លួនអោយបានសមស្រប
- រក្សាអោយភ្នាស់សើម មានភាពសើម
- បង្កើនភាពសើម នៅក្នុងបន្ទប់
- ដាក់អ្នកជំងឺអោយដេកចំហៀងខ្លួន
- លាបឱសថសំរាលរោគសញ្ញា (soothing remedies) ដូចជា ទឹកឃ្មុំ, ក្រូចឆ្មា, ប្រេងខ្យល់ ប្រេងកូឡា
- ធ្វើការគក់ច្របាច់ ឬទះខ្នងថ្នមៗ ដើម្បីធ្វើអោយស្លេះចេញ

ប្រសិនបើមធ្យោបាយធម្មតា មិនអាចជួយបានទេ ត្រូវផ្តល់ hyoscine ១០មក្រ ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ (គោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក) ឬ បើគ្មានជំរើសទេ ត្រូវផ្តល់ atropine ០,៤ ទៅ ០,៦មក្រ ចាក់ក្រោមស្បែក តាមសាច់ដុំ ឬ សរសៃឈាម ៦ទៅ៨ដងក្នុង១ថ្ងៃ (គោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការ MSF)។

ក្អើក

មធ្យោបាយខាងក្រោម កាត់បន្ថយក្អើកមួយរយៈ

- ទទួលទានស្ករ ២ស្លាបព្រា កាហ្វេ
- ផឹកទឹកត្រជាក់
- យកក្រណាត់មកជុស នឹងក្រអូមមាត់លើ (កន្លែងទន់ៗ)
- ទប់ដង្ហើម ឬ ដកដង្ហើមនៅក្នុងថង់ក្រដាស។

ប្រសិនបើមធ្យោបាយខាងលើ មិនមានប្រសិទ្ធិភាពទេនោះ គឺត្រូវផ្តល់ metoclopromide ១០មក្រ គ្រាប់ ៣ ដងក្នុង១ថ្ងៃ (ឯកសារគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០០៤)។

ហត់ ឬ ពិបាកដកដង្ហើម(Dyspnea or respiratory distress)

ហត់ ឬពិបាកដកដង្ហើម អាចធ្វើអោយអ្នកជំងឺមានការបារម្ភខ្លាំង។ វិធានការណ៍ធម្មតាក្នុងការធ្វើអោយអ្នកជំងឺស្រួលក្នុងខ្លួន រួមមាន ការកាត់បន្ថយកត្តាដែលនាំអោយរលាក ដូចជាផ្សែង ការលើកក្បាលគ្រែអោយខ្ពស់ និងការប្រើកង្ហារ ដើម្បីធ្វើអោយខ្យល់ក្នុងបន្ទប់មានចលនា។

ការប្រើប្រាស់អុកស៊ីហ្សែន ពុំមានសារសំខាន់ជាសារវ័ន្ត ក្នុងការបន្ថយហត់ទេ លើកលែងតែ ក្នុងករណីអ្នកជំងឺមានស្បែកពណ៌ស្វាយ (cyanotic) ។ ក្នុងករណីជាច្រើន ម៉ាស់អុកស៊ីហ្សែន បង្កើនអារម្មណ៍បារម្ភ ចំពោះអ្នកជំងឺ។ morphine ២,៥ ទៅ ១៥មក្រ លេបរៀងរាល់ម៉ោង មានប្រសិទ្ធិភាពខ្លាំង ក្នុងការកាត់បន្ថយការត្រូវការខ្យល់(គោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការ MSF)។ សំរាប់ការព្យាបាលអារម្មណ៍បារម្ភត្រូវ

ប្រើ diazepam ៥-១០ មក្រ ៣ទៅ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺសួត ដែលបណ្ដាលមកពីការជក់បារី អស់រយៈពេលយូរអង្វែង ការព្យាបាលដោយរយៈពេលខ្លី ដោយ prednisone ៤០មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ អាចកាត់បន្ថយការស្ទះផ្លូវដង្ហើម (គោលការណ៍ណែនាំរបស់ អង្គការ MSF)។

ការស្ទះផ្លូវដង្ហើម (Obstruction) (stridor)

ជារឿយៗ បង្កដោយការគៀបបំពង់ខ្យល់ (trachea) ឬទងសួតធំ (main bronchi) ដោយដុំកូនកណ្ដុរ។ ត្រូវព្យាបាល stridor ដោយប្រើ prednisone ១០-៦០ មក្រ លេបរៀងរាល់ថ្ងៃ ឬ dexamethasone ១-៨ មក្រចាក់តាមសរសៃ ឬ តាមមាត់ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ (គោលការណ៍ណែនាំរបស់ អង្គការ MSF ២០០៦)។

ការជ្រាបទឹក ឬ ខ្យល់នៅក្នុងស្រោមសួត (Pleural effusion or Pneumothorax)

ចំពោះការជ្រាបទឹក ឬខ្យល់ក្នុងបរិមាណច្រើន ត្រូវធ្វើការបឺតយកទឹក ឬខ្យល់ចេញ (thoracocentesis) ដើម្បីធ្វើអោយការដកដង្ហើមបានប្រសើរ។ ប្រសិនបើទឹក ឬ ខ្យល់ជ្រាបចូលជាថ្មីទៀត ត្រូវពិចារណា បឺតសាជាថ្មី ឬ ធ្វើការចោះទ្រូងដាក់បំពង់ (chest tube placement)។

ការហើមសួត (Pulmonary edema)

ការហើមសួត ជារឿយៗ បង្កដោយការខ្សោយបេះដូង។ ការគ្រប់គ្រងថែទាំធម្មតា គឺលើកក្បាលគ្រែអោយខ្ពស់ បន្ថយការទទួលទានអំបិលក្នុងបរិមាណតិចបំផុត និងកាត់បន្ថយការផឹកទឹកអោយបានតិចបំផុត ទៅតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ផ្ដល់ Morphine ២,៥ - ៥ មក្រ លេប ឬ ចាក់ក្រោម ស្បែក អាចកាត់បន្ថយការហើមសួត។ ប្រសិនបើរោគសញ្ញា ពុំមានភាពធូរស្រាលទេ អ្នកជំងឺអាចឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថបញ្ចុះទឹកនោម (diuretics) ដូចជា លេប furosemide ២០-៤០ មក្រ ប្រសិនបើចាំបាច់ (គោលការណ៍ណែនាំរបស់ អង្គការ WHO, ឆ្នាំ ២០០៤។

ការពិបាកទ្រាំក្នុងមាត់ (Mouth discomfort)

- ត្រូវប្រើប្រាស់ baking soda ខ្ពុលមាត់រៀងរាល់ម៉ោង៖ baking soda ១ស្លាបព្រាកាហ្វេ អំបិល ១ស្លាព្រាកាហ្វេ ទឹកក្ដៅឧណ្ហៗ ២៥០ ។ល។
- លាយ aspirin ២គ្រាប់ក្នុងទឹក ហើយខ្ពុលមាត់ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ
- ត្រូវប្រើប្រាស់សំឡី នៅពេលលាងមាត់
- ជៀសវាងការប្រើប្រាស់ទឹកខ្ពុលមាត់ ដែលដាក់លក់តាមទីផ្សារ
- ទំពារស្ករគ្រាប់ ឬ ស្ករកៅស៊ូ ដែលពុំមានរសជាតិស្ករ

- ក្រេបទឹកផ្លែឈើរាវ អោយបានញឹកញាប់
- លាប Xylocaine gel ២-៣ ដងក្នុង១ថ្ងៃ លើដំបៅ អាចជួយកាត់បន្ថយការឈឺចាប់។
- ចំពោះ apthous ulcers ត្រូវកិន prednisone ៥មក្រ ១គ្រាប់ ហើយយកម្សៅ១ចិបមកលាបដំបៅ
- ការព្យាបាលជំងឺ herpes ឬ candida នៅមាត់។

ចុកពោះ (abdominal pain)

ការចុកពោះចំពោះអ្នកជំងឺដែលជិតស្លាប់ គឺមានលក្ខណៈចុក ឬ រមួល។ អ្នកជំងឺមិនត្រូវទទួលទានអាហារហើរ ភេសជ្ជៈដែលផ្អែម ឬ មានឧស្ម័នទេ។ អ្នកជំងឺអាចឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថបំបាត់ការចុកឆ្អល់ (antispasmodics) ឬ antimotility ដូចជា hyoscine butylbromide ១០-២០ មក្រ ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ និង Loperimide ២-៤ មក្រ ទៅតាមតំរូវការ (កំរិតអតិបរមា គឺ ១៦មក្រក្នុង១ថ្ងៃ)។ ប្រសិនបើពុំមានការធូរស្រាលទេ ត្រូវផ្តល់ codeine ៣០មក្រ រៀងរាល់៤ម៉ោង ((ឯកសារគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០០៤) ។ អ្នកជំងឺខ្លះចំនួន អាចមានការឈឺចាប់បណ្តាលមកពីការរីកមាឌនៃសរីរាង្គក្នុងពោះ ឬ ជុំពោះ ហើយអាចជួយបានដោយលេប steroids - prednisone ១០-៨០មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ ឬ dexamethasone ១-៨មក្រ ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ(គោលការណ៍ណែនាំរបស់ អង្គការ MSF ២០០៦)។

រាគរូស (diarrhea)

រាគរូស បង្កអោយមានការពិបាកទ្រាំដល់អ្នកជំងឺ និងគ្រួសារ។ អ្នកផ្តល់ការថែទាំទាំងអស់ ត្រូវអនុវត្តមធ្យោបាយប្រុងប្រយត្ន័ ការចំលងរោគនៅពេលប្តូរកំរាលពូកអ្នកជំងឺ។ អ្នកជំងឺត្រូវៈ

- មានកន្ត្រោរ ធុងទឹក ឬ បង្គន់នៅជិតគ្រែ ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការសំអាតខ្លួន
- រក្សាជាតិទឹកក្នុងខ្លួន អោយបានសមស្រប គឺជាចំនុចសំខាន់នៃការថែទាំរាគរូសដែលពុំអាចគ្រប់គ្រងបាន។
- បន្តផ្តល់អាហារក្នុងបរិមាណតិច។

មានឱសថមួយចំនួន (ឯកសាររបស់អង្គការ MSF ២០០៦និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០០៤) ដែលមានសំរាប់ប្រើប្រាស់នៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ដែលអាចកាត់បន្ថយរោគសញ្ញារាគរូសបានៈ

- Aluminium hydroxide គ្រាប់ លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ
- Loperamide ៤មក្រ លេប១គ្រាប់ដំបូង បន្ទាប់មក ០,៥ ឬ ១គ្រាប់ ក្រោយពេលបន្ទោរបង់ម្តងៗ (កំរិតអតិបរមា ១៦មក្រក្នុង១ថ្ងៃ)
- Codeine ១០-៦០ មក្រ លេប ៣-៦ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ (កំរិតអតិបរមា ២០០-៣០០ មក្រក្នុង១ថ្ងៃ)

- Morphine ២,៥-៥ មក្រ លេបរៀងរាល់ ៤ម៉ោងម្តង។

ដំបៅអេស្ការ (Bed Sores)

ត្រូវបង្ការការកើតដំបៅអេស្ការ ដោយប្តូរទីតាំងអ្នកជំងឺ យ៉ាងហោចណាស់ ៣ទៅ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ចំពោះដំបៅតូចៗ ត្រូវលាងដំបៅនោះ ថ្នមៗ ជាមួយសេរ៉ូមប្រៃ ហើយទុកវាអោយស្ងួតល្អ។ ជៀសវាងនូវកំរាល ពូកដែលសើម ឬ ទទឹក។ ចំពោះដំបៅធំៗ ត្រូវលាបម្ស៉ៅបាត (ointment) zinc oxide ជុំវិញដំបៅនោះ និង iodine នៅក្នុងសាច់ដំបៅ ហើយគ្របវា។ ត្រូវព្យាបាលការឈឺចាប់ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងដំបៅ ដោយប្រើការគ្រប់គ្រងថែទាំតាមកំរិតនៃការឈឺចាប់។ ករណីមានការបង្ករោគដោយមេរោគផ្សេងៗ ត្រូវប្រើអង់ទីប៊ីយោទិក។ ក្នុងករណីដំបៅមានក្លិនស្អុយ ត្រូវប្រើម្សៅ metronidazole លាយលើដំបៅនោះ (ឯកសារគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០០៤)។

រយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងចុងក្រោយនៃជីវិត

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវផ្តោតលើការព្យាបាលការពិបាកដកដង្ហើម (shortness of breath) បន្ថយស្លេះ និងបន្ថយភាពបារម្ភ (anxiety) ដោយប្រើ morphine ក្នុងកំរិតសមស្រប។ អុកស៊ីហ្សែន មានសារប្រយោជន៍តិចតួចបំផុត ហើយកាន់តែអូសបន្លាយពេលឈឺចាប់។ ពុំមានវិធានការណ៍ជួយច្រើនទៀតទេ នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងគ្រួសារ ត្រូវស្ថិតនៅជិតគ្រែ ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រដល់អ្នកជំងឺ។

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី១: ចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

ដំណាក់កាលទី១ (Clinical stage 1)
• ពុំមានរោគសញ្ញា (Asymptomatic) • Persistent generalized lymphadenopathy
ដំណាក់កាលទី២ (Clinical stage 2)
• ស្រកទំងន់មិនដឹងមូលហេតុ កំរិតមធ្យម (តិចជាង ១០% នៃទំងន់ដងខ្លួន) • ការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើម សាចុះសាឡើង (រលាក sinus, រលាកអាមីដាល, រលាកត្រចៀកកណ្តាល, រលាកបំពង់ក) • ជំងឺរើម (herpes zoster) • Angular cheilitis • ដំបៅមាត់ សាចុះសាឡើង • Papular pruritic eruptions (PPE) • Seborrhoeic dermatitis • ការដុះផ្សិតនៅក្រចក
ដំណាក់កាលទី៣ (Clinical stage 3)
• ស្រកទំងន់ មិនដឹងមូលហេតុ កំរិតធ្ងន់ធ្ងរ លើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន • ក្តៅខ្លួនជាប់មិនដឹងមូលហេតុ លើសពី១ខែ • ផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral candidiasis) • Oral Hairy Leukoplakia • របេងសួត (Pulmonary TB) • ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទាហរណ៍: រលាកសាច់សួត រលាកស្រោមខួរ empyema, pyomyositis, ការបង្ករោគនៅឆ្អឹង ឬ សន្លាក់, bacteraemia, ជំងឺ pelvic inflammatory disease ធ្ងន់ធ្ងរ) • Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis • ភាពស្លេកស្លាំងមិនដឹងមូលហេតុ (អេម៉ូក្លូប៊ីន < ៨ក្រ/ដល), neutropenia (< ០.៥ x ១០^{៩}/l) and/or chronic thrombocytopenia (< ៥០ x ១០^{៩}/l)

ដំណាក់កាលទី៤ (Clinical stage 4)
រោគសញ្ញាចុះស្គមខ្លាំង ដែលបញ្ជាក់អំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍
Lymphoma (cerebral or B cell non Hodgkin)
រលាកសាច់សួតបង្កដោយ Pneumocystis jivroveci
រលាកសាច់សួតធ្ងន់ធ្ងរ បង្កដោយបាក់តេរី ដែលកើតសាចុះសាឡើង
របេងក្រៅសួត
មានផ្សិតនៅបំពង់អាហារ (ឬ ផ្សិត candidiasis នៅ trachea, បំពង់ខ្យល់ ទងសួត)
Atypical disseminated leishmaniasis
Central ner vous system toxoplasmosis
Disseminated nontuberculous mycobacteria infection
Kaposi sarcoma
HIV encephalopathy
Symptomatic HIV-associated nephropathy or HIV-associated cardiomyopathy
ការឆ្លងរោគរ៉ាំរ៉ៃបង្កដោយ herpes simplex (នៅតាមមាត់, បបូរមាត់ ប្រដាប់បន្តពូជ ឬតំបន់ រន្ធគូថ រយៈពេលច្រើនជាង ១ខែ ឬ នៅតាមសរីរាង្គណាមួយក្នុងពោះ)
Disseminated mycosis (histoplasmosis, coccidiomycosis)
Chronic isosporiasis
មហារីកមាត់ស្បូន ដែលរាលដាលទៅជាលិកាដទៃ
Recurrent septicaemia (including nontyphoidal Salmonella)
Cytomegalovirus disease (retinitis or infection of other organs, excluding liver, spleen and lymph nodes)
Extrapulmonar y cr yptococcosis including meningitis
Chronic cryptosporidiosis
Progressive multifocal leukoencephalopathy

Source: Revised WHO clinical staging and immunological classification of HIV and case definition of HIV for sur veillance. 2006

លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកដែលកើតនៅពេលមេរោគអេដស៍ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក	រោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក	រោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់ (Definitive diagnosis)
ដំណាក់កាលទី១		
ពុំមានរោគសញ្ញា	ពុំមានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងគ្មានសញ្ញាណា១នៅពេលពិនិត្យ	គ្មាន
Persistent generalized lymphadenopathy	កូនកណ្តុររីកមាឌ ធំជាង ១ស.ម តែពុំមានការឈឺចាប់នៅកន្លែពីរឬលើសពីនេះ (លើកលែងតំបន់ក្រលៀន) ដោយពុំមានមូលហេតុច្បាស់លាស់ ហើយកើតមានរយៈពេល ចាប់៣ខែ ឡើងទៅ។	ការច្រឹបយកជាលិកាទៅវិភាគ
ដំណាក់កាលទី២		
ការស្រកទំងន់មិនដឹងមូលហេតុកំរិតមធ្យម (តិចជាង ១០%នៃទំងន់ខ្លួន)	អ្នកជំងឺប្រាប់ អំពីការស្រកទំងន់។ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ការពុំឡើងទំងន់។	ការស្រកទំងន់ (<១០%នៃទំងន់ខ្លួន ដែលមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ច្បាស់)
ការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធដកដង្ហើមផ្នែកខាងលើ សាចុះសាឡើង (ជំងឺបច្ចុប្បន្ន ឬ បូកនឹងជំងឺ១ ឬលើសពីនេះ ក្នុងរយៈពេល៦ខែចុងក្រោយ)	រោគសញ្ញាមានភាពស៊ាំញុាំ (ឧទាហរណ៍ៈ ឈឺចាប់១ចំហៀងមុខ មានទាំងហូរសំបោរ (sinusitis), ឈឺចាប់ក្រដាស់ត្រចៀក (otitis media) រលាកបំពង់ក ដែលពុំមានលក្ខណៈសំគាល់បង្ហាញអំពីការឆ្លងវីរុស(កណ្តាស់-ក្អក)	ការវិភាគមន្ទីរពិសោធន៍ ប្រសិនបើមាន ឧទាហរណ៍ៈ ការបណ្តុះមេរោគនៃវត្ថុរាវនានក្នុងខ្លួន ។
ជំងឺរើម (Herpes zoster)	ការចេញកន្ទួលពងបែកលើស្បែកដែលមានការឈឺចាប់ ដែលចេញតាមបណ្តោយសរសៃប្រសាទដែលមិនរាលទៅផ្នែកម្ខាងទៀតនៃដងខ្លួន	រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក

Angular cheilitis	ស្នាមប្រះ នៅច្រមែកមាត់ ដែលមិនទាក់ទងនឹងកង្វះវីតាមីន ឬជាតិដែក ហើយជារឿយៗ ឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងរោគផ្សិត	រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក
ដំបៅមាត់ សាចុះសាឡើង (ចាប់ពី ២ដងក្នុងរយៈពេល៦ខែចុងក្រោយ	ដំបៅពងបែក មានការឈឺចាប់ដែលរុំព័ទ្ធដោយរង្វង់ដែលមានការរលាក និងមានភ្នាស់ពណ៌លឿងប្រផេះ (yellow-grey pseudomembrane)	រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក
Papular pruritic eruption	មានដុំពករមាស់លើស្បែក ដោយមានការប្រែពណ៌ជាខ្មៅ ក្រោយពេលរលាក	រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក
Seborrhoeic dermatitis	ស្បែកឡើងបែកស្រកា និងរមាស់ជាពិសេស នៅតាមកន្លែងដែលមានរោមច្រើន (ក្បាល ក្លៀក ទ្រូង និងក្រលៀន)	រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក
ផ្សិតនៅក្រចក (Fungal nail infections)	បាតសាច់ក្រចកហើមប៉ោង និងឈឺចាប់ (Paronychia) ឬ ក្រចករបូតពីម្រាម (onycholysis) (មានឡើងពណ៌ស នៅចុងក្រចក ហើយក្រចកឡើងក្រាស់ ហើយរបកពីសាច់ក្រចក)	បណ្ដុះមេរោគផ្សិតនៅក្រចក (Fungal culture of nail / nail plate material)
ដំណាក់កាលទី៣		
ស្រកទំងន់ធ្ងន់ធ្ងរ (លើសពី ១០% នៃទំងន់ខ្លួន)	អ្នកជំងឺប្រាប់ពីការស្រកទំងន់មិនដឹងមូលហេតុ (ច្រើនជាង ១០% នៃទំងន់ខ្លួន) មុខឡើងជ្រុងមើលឃើញច្បាស់ និងដងខ្លួនអវៈយវៈមានសភាពស្គមខ្លាំង ឬ body mass index < ១៨.៥ ។ ចំពោះ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ការស្រកទំងន់អាចពុំមានភាពច្បាស់ទេ។	ការស្រកទំងន់ចាប់ពី ១០%នៃទំងន់ខ្លួន ដែលមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ត្រឹមត្រូវ

រាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ មិនដឹងមូលហេតុ មានរយៈពេលលើសពី១ខែ	រាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ (លាមករាវ ចាប់ពី ៣ដង ក្នុង១ថ្ងៃ) រយៈពេលលើស ពី១ខែ	ត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ អោយបានច្បាស់លាស់ ប្រសិន បើមានរាគចាប់ពី ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ ហើយលាមកមានសភាពរាវ និងការបណ្តុះមេរោគលើ លាមក ពុំរកឃើញមានមេរោគ
គ្រុនក្តៅមិនដឹងមូលហេតុ លើសពី១ខែ (ក្តៅបាត់ៗ ឬ ក្តៅជាប់ ហើយមានរយៈពេល លើសពី១ខែ	អ្នកជំងឺប្រាប់ថា មានគ្រុនក្តៅ ឬ បែកញើសពេលយប់លើសពី១ខែ អាចមានបាត់ៗ ឬ មានជាប់រហូត ហើយពុំមានការឆ្លើយតបទៅនឹង ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក ឬ ឱសថព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ ដោយពុំមានជំងឺនៅកន្លែងដទៃៗ ទៀត ពេលពិនិត្យគ្លីនិក។ ត្រូវផាត់ចោលជំងឺ គ្រុនចាញ់ នៅតំបន់ដែលមានគ្រុនចាញ់	ភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា កំដៅខ្លួន លើសពី ៣៧.៦°C ហើយ លទ្ធផលនៃការបណ្តុះមេរោគ អវិជ្ជមាន ការបំពាក់ពណ៌ Ziehl-Nielsen អវិជ្ជមាន ការពិនិត្យ Slide អវិជ្ជមាន ការថតសួត ធម្មតា ឬ មិនមានការផ្លាស់ប្តូរ ហើយពុំមានការឆ្លងរោគនៅ កន្លែងដទៃទៀត ។
ផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral candidiasis)	បន្ទះពណ៌ស ដូចទឹកដោះគោដុះ ជាប់ ឬ កើតបាត់ៗ ដែលកោស របកចេញ (pseudomembranous) ឬ បន្ទះ ពណ៌ក្រហមលើអណ្តាត ក្រឡើត ឬ ផ្ទៃមាត់ខាងក្នុង ជាញឹកញាប់ មានការឈឺចាប់ ឬ ឈឺពេលប៉ះ (tender) (erythematous form)	រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក
Oral hairy leukoplakia	មានដុះសាច់ជាសរសៃខ្សែតូចៗ ពណ៌ស ឬអង្កាញ់ៗ នៅគែម អណ្តាតដែលមិនរបក ពេលកោស	រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក
របេងសួត	រោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ (ដែលមានរយៈ ពេលយ៉ាងតិច២ទៅ៣សប្តាហ៍) ក្អក, ក្អកឈាម, ថប់ដង្ហើម, ឈឺទ្រូង, ស្រកទំងន់, គ្រុនក្តៅ, បែកញើស, ពេលយប់ បូកនឹងការពិនិត្យកំហាកវិជ្ជមាន	ការរកឃើញ M. tuberculosis នៅក្នុងការបណ្តុះកំហាក ឬធ្វើ ការពិនិត្យសាច់សួត ដែលច្រឹប (បូកផ្សំជាមួយរោគសញ្ញា បញ្ជាក់ថាមានជំងឺរបេង)

	ឬការពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន និងការថតសួតបញ្ជាក់ អំពីជំងឺរបេង (ដែលមាន infiltrates នៅក្លែបសួតខាងលើ ប្រហោង (Cavitation) pulmonary fibrosis and shrinkage) ពុំមានភស្តុតាង បញ្ជាក់អំពីជំងឺរបេងក្រៅសួត	
ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី ធ្ងន់ធ្ងរ(រលាកសាច់សួតរលាក ស្រោមខួរ empyema, pyomyositis, bone or joint infection, bacteraemia, severe pelvic inflammatory disease)	គ្រុនក្តៅរួមជាមួយសញ្ញា ឬរោគ សញ្ញាជាក់លាក់ ដែលបញ្ជាក់អំពី ទីតាំងបង្ករោគ ហើយមានការ ឆ្លើយទៅនឹងការព្យាបាលដោយ អង់ទីប៊ីយោទិកសមស្រប	ការរកឃើញបាក់តេរី នៅក្នុង សំណាកវត្ថុវិភាគសមស្រប (ជាទូទៅគឺនៅកន្លែងដែលពុំមាន មេរោគ)
Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis	មានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ, រលាក សាច់អញ្ចាញធ្មេញ, ជ្រុះធ្មេញ មាត់, ហូរឈាមដោយឯកឯង, មានក្លិនស្អុយ, ពុកឆ្អឹង និង/ឬរលួយ ជាលិកាទន់	រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក
ភាពស្លេកស្លាំងមិនដឹងមូល ហេតុ (Hb < 8g/dl), neutropenia (< 0.5 x 10^9/l) and/or chronic (more than 1 month) thrombocytopenia (under 50 x 10^9/l)	ពុំមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក សង្ស័យទេ	រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវធ្វើឡើងតាមការ ពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ ហើយ ពុំមានមូលហេតុ ដែលពុំមែនជា ការឆ្លងរោគផ្សេងៗទៀតដែល ទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគ អេដស៍ ដែលពុំឆ្លើយតបនឹង ឱសថព្យាបាលកង្វះគ្រាប់ឈាម ក្រហម ឱសថព្យាបាលជំងឺគ្រុន ចាញ់ ឱសថព្យាបាលជំងឺព្រូន ពោះវៀន ដូចណែនាំ ក្នុងគោល ការណ៍ណែនាំជាតិឯកសារ IMCI របស់អង្គការសុខភាព ពិភពលោក ឬគោលការណ៍ណែ នាំជាតិផ្សេងៗទៀត

ដំណាក់កាលទី៤		
រោគសញ្ញាចុះស្គមខ្លាំង ដែលបញ្ជាក់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HIV wasting syndrome)	អ្នកជំងឺប្រាប់ថា ស្រកទំងន់ខ្លួនដោយមិនដឹងមូលហេតុ (លើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន) ដោយមានសភាពស្គមខ្លាំង ឬ body mass index < ១៨,៥ បូកនឹងរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃមិនដឹងមូលហេតុ (បន្ទោរបង់លាមកទន់ ឬរាវ លើសពី៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ) រយៈពេលច្រើនជាង១ខែ ឬ មានគ្រុនក្តៅ ឬ បែកញើសពេល យប់ លើសពី ១ខែដោយពុំមានមូលហេតុផ្សេងៗទៀត ហើយពុំ មានការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាល ដោយ អង់ទីប៊ីយោទិក ឬ ឱសថព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់។ ត្រូវផាត់ចោលជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅតំបន់ដែលកើតជំងឺគ្រុនចាញ់	ការរកឃើញការស្រកទំងន់លើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន **បូកនឹង** មានរាគចាប់ពី២ដង ដែលពុំ មានមេរោគ **ឬ** ការរកឃើញថាមានក្តៅខ្លួន លើសពី ៣៧.៦°C ដែលពុំមានរោគសញ្ញាជំងឺដទៃៗទៀត ការបណ្តុះមេរោគ និងការពិនិត្យ slides រកជំងឺគ្រុនចាញ់ ផ្តល់លទ្ធផលអវិជ្ជមាន និងការថតសួតផ្តល់លទ្ធផលធម្មតា ឬ ពុំមានការផ្លាស់ប្តូរពីស្ថានភាពមុន
រលាកសាច់សួតបង្កដោយ Pneumocystis Jiroveci	មានការហត់នៅពេលប្រឹង ឬ ក្អកស្ងួត ដែលទើបចាប់ផ្តើមថ្មីៗ (ក្នុងរយៈពេល៣ខែចុងក្រោយ) ចង្វាក់ដង្ហើមដើរញាប់ និងមានគ្រុនក្តៅ និងការថតសួតបញ្ជាក់ពី Infiltrates ពាសពេញជាលិកាចន្លោះសាច់សួតទាំងសងខាងនិងគ្មានភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការរលាកសាច់សួតបង្កដោយបាក់តេរី ។ មានសំលេង crepitations នៅសួតទាំង សងខាងពេលស្តាប់សួត ដោយ មានឬគ្មានការថយចុះខ្យល់ក្នុងសួត	Cytology ឬ វត្ថុរាវបានពីការលាង ទងសួត, ពិនិត្យកំហាករកកោលិកា ដោយ fluorescent microscopy, ពិនិត្យជាលិកាសួត
រលាកសាច់សួតបង្កដោយបាក់តេរី ដែលកើតសាចុះសា	ជំងឺកើតលើកនេះ ឬបូកផ្សំនឹងជំងឺកើតមុនៗចាប់ ពីម្តងឡើងទៅ ក្នុង	បណ្តុះរោគ ឬស្រាវជ្រាវរក antigen នៃមេរោគជាក់លាក់

ឡើង(ជំងឺកើតលើកនេះ ឬបូកផ្សំនឹងជំងឺកើតមុនៗចាប់ចាប់ពីម្តងឡើងទៅ ក្នុងរយៈពេល៦ខែចុងក្រោយ)	រយៈពេល ៦ខែ ចុងក្រោយ។រោគសញ្ញាចាប់ផ្តើមក្នុងលក្ខណៈស្រួចស្រាវ(<២សប្តាហ៍) (ឧទាហរណ៍ គ្រុនក្តៅ, ក្អក, ពិបាកដកដង្ហើម និង ឈឺទ្រូង)បូកនឹងរោគសញ្ញា consolidation ពេលពិនិត្យ ឬថតសួត។ ឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក	ផ្តល់លទ្ធផលវិជ្ជមាន
ការបង្ករោគដោយ herpes simplex virus (នៅមាត់ បបូរមាត់ ប្រដាប់បន្តពូជ ឬ តំបន់រន្ធគូថ) លើសពី១ខែ ឬ នៅតាមសរីរាង្គផ្សេងៗទៀត ដោយមិនគិតពីរយៈពេលបង្ករោគ	ដំបៅនៅតាមរន្ធគូថ ឬ មាត់ និង បបូរមាត់ ដែលកើតដោយសន្សឹមៗ ហើយមានការឈឺចាប់។ ដំបៅនៃការរើឡើងវិញនៃការបង្ករោគដោយ HSV ដែលមានរយៈពេល>១ខែ។ មានប្រវត្តិកើតជំងឺនេះ លើកមុន។ ការបង្ករោគដោយ HSV នៅតាមសរីរាង្គផ្សេងៗ ទាមទារអោយមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់។	ការបណ្តុះមេរោគ ឬ តេស្ត DNA (ដោយបច្ចេកទេសPCR) រក HSV ផ្តល់លទ្ធផលវិជ្ជមាន ឬ ការពិនិត្យកោសិកា/ជាលិកា ផ្តល់លទ្ធផលបញ្ជាក់ពី HSV
ផ្សិត candidia នៅបំពង់អាហារ	ការឈឺចាប់តំបន់ក្រោយឆ្អឹងទ្រូង ឬ ពិបាកលេបអាហារ ទឹក ក្នុងរយៈពេលថ្មីៗកន្លងទៅ ដែលកើតជាមួយការដុះផ្សិតក្នុងមាត់	ទិដ្ឋភាពជំងឺដែលបញ្ជាក់ដោយការពិនិត្យដោយការឆ្លុះបំពង់អាហារ ឬ ឆ្លុះទងសួត ឬ វិភាគកោសិកា/ជាលិកា(microscopy /histology)
ជំងឺរបេងក្រៅសួត	**រោគសញ្ញាទូទៅ** (ឧទាហរណ៍ គ្រុនក្តៅ, បែកញើសពេលយប់, ហត់ និងស្រកទំងន់) ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីជំងឺរបេងក្រៅសួតឬជំងឺរបេងរាលដាលពេញខ្លួន ប្រែប្រួលទៅតាមកន្លែងដែលប៉ះពាល់: ការប៉ះពាល់ដល់ស្រោមសួត ស្រោមបេះដូង, ស្រោមពោះ, រលាកស្រោមខួរ, ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ នៅតំបន់ mediastinal	ការរកឃើញ M. tuberculosis ឬ ការវិភាគជាលិកាពីសរីរាង្គផ្សេងៗបង្ហាញថា មានជំងឺរបេងរួមផ្សំជាមួយរោគសញ្ញា និង សញ្ញាបញ្ជាក់អំពីជំងឺរបេង (ប្រសិនបើមានការបណ្តុះមេរោគ ឬការវិភាគជាលិកាលើកំហាក ដែលយកពីប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើមត្រូវមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការកើតជំងឺផ្សេងៗក្រៅពី

	និងពោះ, រលាកឆ្អឹង។ **ជំងឺរបេង** សណ្ឋានមីលីយ៉ែរ (Miliary TB) លទ្ធផលការថតសួត បង្ហាញអំពី micronodules រាយប៉ាយស្មើសាច់ពេញសាច់សួត។ ការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរនៅតិចតួច ដែលបណ្តាលមកពីការឆ្លង មេរោគ M. tuberculosis ត្រូវចាត់ ទុកថាជាសណ្ឋានជំងឺរបេងក្រៅសួត ដែលមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ	ជំងឺសួត)
Kaposi sarcoma	ការកើតបន្ទះរាបមានពណ៌កូលាប ឬ ជាំដូចឈាមលើស្បែក បន្ទះនេះអាចវិវត្តទៅជាបន្ទះ ឬ ដុំដែលមានពណ៌ស្វាយខ្ចី	ទិដ្ឋភាពជំងឺដែលបញ្ជាក់ដោយការឆ្លុះប្រដាប់រំលាយអាហារ ឬ ទងសួត ឬ តាមការវិភាគជាលិកា (histology)
Cytomegalovirus disease(រលាកនៅរេទីន ឬការបង្ករោគនៅសរីរាង្គដទៃៗ ទៀត លើកលែងតែ ថ្លើម ផាល និង កូនកណ្តុរ)	**សំរាប់ការរលាករេទីន:** អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបានដោយគ្រូពេទ្យដែលមានបទពិសោធន៍។ រោគសញ្ញានៅភ្នែកពេលពិនិត្យបាតភ្នែក: ស្នាមសតូចល្មម នៅលើរេទីន ដែលមានគែមច្បាស់ រាលដាលពីកណ្តាលទៅក្រៅ តាមសរសៃឈាម ហើយមានការរលាកសរសៃហូរឈាម និង រលួយ	រោគសញ្ញាបញ្ជាក់តាមការពិនិត្យជាលិកា ឬការរកឃើញ CMV នៅក្នុងវត្ថុរាវស្រោមខួរ តាមការបណ្តុះមេរោគ ឬការពិនិត្យជាលិកា
CNS toxoplasmosis	ភាពមិនប្រក្រតី នៃប្រព័ន្ធប្រសាទបញ្ជាក់ពីការប៉ះ ពាល់កន្លែងជាក់លាក់ ដែលកើត ឡើងក្នុងពេលថ្មីៗ ឬស្មារតីថយ ចុះ និងការឆ្លើយតបទៅនឹងការ ព្យាបាលជាក់លាក់ក្នុងរយ: ពេល ១០ថ្ងៃ។	ការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណរបស់ toxoplasmosis មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន**និង**(ប្រសិនបើមាន) ការថតឆ្លុះខួរក្បាលបង្ហាញអំពីការដុះដុំសាច់នៅក្នុងខួរក្បាល ១ ឬ ច្រើន (CT ឬ MRI)។
HIV encephalopathy	ការពិនិត្យគ្លីនិករកឃើញមានដំណើរការមិនប្រក្រតីនៃការចងចាំ	ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ត្រូវធ្វើឡើងតាមការផាត់ចោលជំងឺផ្សេងៗ

	ឬ ការធ្វើចលនារាងកាយ ដែលប៉ះពាល់ដល់ការធ្វើសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ដែលមានការវិវត្តន៍ទៅរកភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ក្នុងរយៈពេលច្រើនសប្តាហ៍-ខែ ដោយពុំមានលក្ខខណ្ឌផ្សេង ក្រៅពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍	ទៀត ហើយការថតឆ្លុះខួរក្បាល (CT ឬ MRI) ប្រសិនបើ អាចធ្វើបាន
Extrapulmonary cryptococcosis (including meningitis)	ការរលាកស្រោមខួរ មានលក្ខណៈមិនសូវស្រួចស្រាវ មានគ្រុនក្តៅ និងការឈឺក្បាលដែលមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ សញ្ញាបញ្ជាក់ពីការរលាកស្រោមខួរ (meningism) វង្វេងស្មារតី (confusion)ការផ្លាស់ប្តូរអកប្បកិរិយា ដែលឆ្លើយតបទៅនិងការព្យាបាលការបង្ករោគដោយ cryptococccus។	រកឃើញ Cryptococcus neoformans នៅតាមកន្លែងនៃដងខ្លួនផ្សេងៗ ក្រៅពីសួត ឬតេស្ត antigen Cryptococcus នៅលើឈាម ឬ វត្ថុរាវ ស្រោមខួរ (CRAG) ផ្តល់លទ្ធផលវិជ្ជមាន។

កំរិតនៃភាពពុល បែបគ្លីនិក និងមន្ទីរពិសោធន៍

ការប៉ាន់ស្មានភាពធ្ងន់ធ្ងរ	ស្រាល កំរិតទី១	មធ្យម កំរិតទី២	ធ្ងន់ធ្ងរ កំរិតទី៣	គំរាមកំហែងដល់ជីវិត កំរិតទី៤
ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកដែលមិនមានកំណត់នៅក្នុងតារាងនេះ	រោគសញ្ញាដែលពុំរំខានដល់ការធ្វើសកម្មភាពការងារប្រចាំថ្ងៃ ឬមានចលនាកំរើកខ្លួន	រោគសញ្ញាដែលរំខានដល់ការធ្វើសកម្មភាពធម្មតាប្រចាំថ្ងៃ ឬ មានចលនាកំរើកខ្លួន	រោគសញ្ញាដែលរារាំងពុំអោយអ្នកជំងឺអាចធ្វើសកម្មភាពធម្មតាប្រចាំថ្ងៃ មានចលនាកំរើកខ្លួន	រោគសញ្ញាធ្វើអោយអ្នកជំងឺពុំអាចធ្វើការថែទាំខ្លួនឯងបាន ឬអន្តរាគមន៍វេជ្ជសាស្រ្ត ឬ វះកាត់ដែលត្រូវអនុវត្តដើម្បីបង្ការការចុះខ្សោយភាពពិការជាស្ថាពរ ឬ ស្លាប់
Haemoglobin	៨,០-៩,៤ ក្រ/ដល ឬ	៧,០-៧,៩ក្រ/ដល ឬ	៦,៥-៦,៩ ក្រ/ដល ឬ	<៦,៥ ក្រ/ដល ឬ

អេម៉ូក្លូប៊ីន	៨០-៩៤ ដ/ល ឬ ៤,៩-៣៥,៨៣ mmol/ល	៧០-៧៩ ដ/ល ឬ ៤,៣១-៤,៩២ mol/ល	៦៥-៦៩ ដ/ល ឬ ៤,០៣-៤,៣០ mmol/ល	<៦៥ ក្រ/ល ឬ <៤,០៣ mmol/ល
ចំនួនកោសិកា neutrophils	១០០០-១៥០០/មម^{៣}ឬ ១,០-១,៥ ក្រ/ល*	៧៥០-៩៩៩/មម^{៣} ឬ ០,៧៥-០,៩៩ ក្រ/ល*	៥០០-៧៤៩/មម^{៣} ឬ ០,៥-០,៧៤៩ ក្រ/ល*	<៥០០/មម^{3} ឬ <០,៥ក្រ/ល*
ប្លាកែត (Platelets)	៧៥០០០-៩៩០០០/ មម^{៣} ឬ ៧៥៩៩/ក្ុរ/ល*	៥០០០០-៧៤៩៩៩/ មម^{៣} ឬ ៥០៧៤,៩/ក្រ/ល*	២០០០០-៤៩៩៩៩/មម^{៣} ឬ ២០៤៩,៩/ក្រ/ល*	<២០០០០/ មម^{៣} ឬ <២០/ក្រ/ល*
ការវិភាគគីមីសាស្ត្រ	**ស្រាល កំរិតទី១**	**មធ្យម កំរិតទី២**	**ធ្ងន់ធ្ងរ កំរិតទី៣**	**គំរាមកំហែងដល់ជីវិត កំរិតទី៤**
Hyperbilirubinaemia	>១,០-១,៥xULN	>១,៥-២,៥xULN	>២,៥-៥xULN	>៥xULN
Glucose (fasting)	១១០-១២៥ មក្រ/ដល	១២៦-២៥០ មក្រ/ដល	២៥១-៥០០ មក្រ/ដល	>៥០០មក្រ/ដល
Hypoglycaemia	៥៥-៦៤មក្រ/ដល ឬ ៣,០១-៣,៥៥ mmol/ល	៤០-៥៤មក្រ/ដល ឬ ២,១៩-៣.០០ mmol/ល	៣០-៣៩មក្រ/ដល ឬ ១,៦៧-២,១៨ mmol/ល	<៣០មក្រ/ដល ឬ <១.៦៧ mmol/ល
Hyperglycaemia (nonfasting and no prior diabetes)	១១៦-១៦០ មក្រ/ដល ឬ ៦,៤៤-៨,៩០ mmol/ល	១៦១-២៥០ មក្រ/ដល ឬ ៨,៩១-១៣,៨៨ mmol/ល	២៥១-៥០០ មក្រ/ដល ឬ ១៣,៨៩-២៧,៧៦ mmol/ល	>៥០០មក្រ/ដល ឬ >២៧,៧៦ mmol/ល
Triglycerides	-	៤០០-៧៥០ មក្រ/ដល ឬ ៤,៥២-៨,៤៧ mmol/ល	៧៥១-១២០០ មក្រ/ដល ឬ ៨,៤៨-១៣,៥៥ mmol/ល	>១២០០មក្រ/ដល ឬ >១៣.៥៥ mmol/ល

Creatinine	>១,០-១,៥xULN	>១,៥-៣,០ x ULN	>៣,០-៦,០ x ULN	>៦,០ x ULN
AST (SGOT)	១,២៥-២,៥x ULN	>២,៥-៥,0xULN	>៥,0-១0,0x ULN	>១0,0 x ULN
ALT (AST)	១,២៥-២,៥xULN	>២,៥-៥,0xULN	>៥,0-១0,0xULN	>១0,0 x ULN
GGT	១,២៥-២,៥xULN	>២,៥-៥,0xULN	>៥,0-១0,0xULN	>១0,0 x ULN
Alkaline phos.	១,២៥-២,៥xULN	>២,៥-៥,0xULN	>៥,0-១0,0xULN	>១0,0 x ULN
Bilirubin	១,១-១,៥xULN	១,៦-២,៥x ULN	២,៦-៥,0 x ULN	>៥ x ULN
Amylase	>១,0-១,៥x ULN	>១,៥-២,0x ULN	>២,0-៥,0x ULN	>៥,0 x ULN
Pancreatic amylase	>១,0-១,៥x ULN	>១,៥-២,0x ULN	>២,0-៥,0x ULN	>៥,0 x ULN
Lipase	>១,0-១,៥x ULN	>១,៥-២,0x ULN	>២,0-៥,0x ULN	>៥,0 x ULN
Lactate	<២,0 x ULN គ្មាន acidosis	>២,0 x ULN គ្មាន acidosis	ការកើនឡើងជាតិ lactate ដែលមាន pH <៧,៣ ដែលមិន បណ្តាលអោយមានផលវិបាក ដល់អាយុជីវិត	ការកើនឡើងជាតិ lactate ដែលមាន pH <៧,៣ ដែលមិន បណ្តាលអោយមានផលវិបាក ដល់អាយុជីវិត
ប្រព័ន្ធក្រពះពោះវៀន	**ស្រាល កំរិតទី១**	**មធ្យម កំរិតទី២**	**ធ្ងន់ធ្ងរកំរិតទី៣**	**គំរាមកំហែងដល់ជីវិត កំរិតទី៤**
ចង្អោរ	មានលក្ខណ: តិចតួច ឬកើតរយ:ពេលខ្លី ហើយបាត់ទៅវិញ ការទទួល	ពិបាកទ្រាំកំរិតមធ្យម ឬ មានការថយចុះការទទួលអាហារ ឬ ទឹក<៣ថ្ងៃ	ការពិបាកទ្រាំធ្ងន់ធ្ងរ ឬមានការទទួលទានអាហារឬ ទឹកតិចតួចបំផុត	តំរូវអោយមានការសំរាកពេទ្យ

	ទានអាហារ ឬ ទឹកត្រូវរក្សាដដែល		សំរាប់រយៈពេល ≥៣ថ្ងៃ	
ក្អួត	មានលក្ខណៈ តិចតួចឬកើតរយៈពេលខ្លី ហើយបាត់ទៅវិញក្អួត ២ទៅ ៣ ដង/ថ្ងៃឬ ក្អួតបន្តិចបន្តួច ១សប្តាហ៍	មានកំរិតមធ្យម ឬ នៅតែមានឥតឈប់ ក្អួត ៤ទៅ៥ដង/ថ្ងៃឬ ក្អួត≥១សប្តាហ៍	ក្អួតធ្ងន់ធ្ងរបញ្ចេញអាហារ ទឹកមកវិញអស់ ក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោងឬមាន ការថយចុះសំពាធឈាមពេល ឬតំរូវអោយ មានការព្យាបាលដោយបញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃឈាម	សភាព Shock បង្កអោយមានការថយចុះសម្ពាធឈាម ឬ តំរូវអោយមានការសំរាកពេទ្យដើម្បីព្យាបាលដោយការបញ្ចូលទឹកតាមសរសៃ
រាគរូស	មានលក្ខណៈ តិចតួចឬកើតបាន១រយៈខ្លី ហើយបាត់ទៅវិញ ក្អួត ២ទៅ ៣ ដង/ថ្ងៃឬ ក្អួតមានរយៈពេល<១ សប្តាហ៍	មានលក្ខណៈ មធ្យម ឬទៅតែមានឥតឈប់ រាគ៥ទៅ៧ដង/ថ្ងៃ ឬ រាគមានរយៈពេល≥១ សប្តាហ៍	រាគមានឈាម ឬ មានការថយចុះសំពាធឈាមពេលឬរាគ>៧ ដង/ថ្ងៃ ឬទាមទារអោយមានការព្យាបាលដោយសារការបញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃ	សភាព Shock បង្កអោយមានការថយចុះសម្ពាធឈាម ឬ រាគ >៧ដង/ថ្ងៃ តំរូវអោយមានការសំរាកពេទ្យដើម្បីព្យាបាលដោយការបញ្ចូលទឹកតាមសរសៃ
ប្រព័ន្ធដកដង្ហើម	**ស្រាល កំរិតទី១**	**មធ្យម កំរិតទី២**	**ធ្ងន់ធ្ងរកំរិតទី៣**	**គំរាមកំហែងដល់ជីវិត កំរិតទី៤**
ពិបាកដកដង្ហើម	ពិបាកដកដង្ហើមពេលប្រឹង	ពិបាកដកដង្ហើមពេលមានចលនាធម្មតា	ពិបាកដកដង្ហើមពេលសំរាក	ពិបាកដកដង្ហើមទាមទារអោយមានការព្យាបាល ដោយអុកស៊ីហ្សែន

ការវិភាគទឹកនោម	ស្រាល កំរិតទី១	មធ្យម កំរិតទី២	ធ្ងន់ធ្ងរ កំរិតទី៣	គំរាមកំហែងដល់ជីវិតកំរិតទី៤
Proteinuria				
Spot urine	១+	២+ ឬ ៣+	៤+	Nephrotic syndrome
ទឹកនោមក្នុង២៤ ម៉ោង	បាត់ជាតិប្រតេអ៊ីន ២០០មក្រទៅ១ក្រ/ថ្ងៃ ឬ <០,៣% ឬ <៣ ក្រ/ល	បាត់ជាតិប្រតេអ៊ីន ១ក្រ ទៅ ២ក្រ /ថ្ងៃ ឬ ០,៣% ទៅ១.០% ឬ៣ក្រ ទៅ ១០ ក្រ/ល	បាត់ជាតិប្រតេអ៊ីន ២ក្រទៅ ៣,៥ក្រ /ថ្ងៃ ឬ >១,០% ឬ >១០ក្រ/ល	Nephrotic syndrome ឬ បាត់ជាតិប្រតេអ៊ីន >៣,៥ក្រ /ថ្ងៃ
នោមឈាម	Microscopic only	Gross, no clots	Gross plus clots	ស្ទះ
បញ្ហាផ្សេងៗ	**ស្រាល កំរិតទី១**	**មធ្យម កំរិតទី២**	**ធ្ងន់ធ្ងរ កំរិតទី៣**	**គំរាមកំហែងដល់ជីវិត កំរិតទី៤**
គ្រុនក្តៅ(>១២ម៉ោង)	៣៧,៧-៣៨,៥ ^{0}C ឬ ១០០,០-១០១,៥ ^{0}F	៣៨,៦-៣៩,៥ ^{0}C ឬ ១០១,៦-១០២,៩ ^{0}F	៣៩,៦-៤០,៥ ^{0}C ឬ ១០៣-១០៥ ^{0}F	>៤០,៥ ^{0}C ឬ >១០៥ ^{0}F សំរាប់រយៈពេល≥១២ ម៉ោង
ឈឺក្បាល	តិចតួចមិនតំរូវអោយមានការព្យាបាល	មធ្យម ឬតំរូវអោយមានការព្យាបាលដោយឱសថ non-narcotic analgesia	ធ្ងន់ធ្ងរ ឬ ឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ narcotic	ទ្រាំលែងបាន
Allergic reaction	រមាស់តែគ្មានចេញកន្ទួល	ចេញកន្ទួលត្រអាកដោយកន្លែង	ចេញកន្ទាលត្រអាកពេញខ្លួន angioedema	Anaphylaxis
Rash hypersesnitivity	ឡើងពណ៌ក្រហមលើស្បែករមាស់ស្បែក	ការឡើងកន្ទួលស្បែកមានលក្ខណៈ: maculopapular ឬ	ការឡើងពងបែកស្បែក ឬ ការរបកស្បែក ឬ ដំបៅស្បែក	ប្រសិនបើមាន ការប៉ះពាល់ភ្នាសសើមត្រូវសង្ស័យដល់ Stevens-Johnson

	(Erythema, pruritus)	មានការរបក ស្បែកដែល មានសភាពស្ងួត (Diffuse maculopapular rash OR dry desquamation)	(Vesiculation OR moist desquamation OR ulceration)	TEN), erythema multiforme, exfoliative dermatitis
ហេវហាត់	កាត់បន្ថយ សកម្មភាព ធម្មតា<២៥%	កាត់បន្ថយសកម្ម ភាពធម្មតា ២៥-៥០%	កាត់បន្ថយសកម្ម ភាពធម្មតា>៥០%; មិនអាចធ្វើការបាន	មិនអាចសំអាត ខ្លួនឯងបាន

ប្រភពឯកសារ: Division of AIDS, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, version 1.0 December 2004, clarification August 2009.

កំណត់សំគាល់: ចំណាត់ថ្នាក់នេះ មានបញ្ចូលភាពពុលកំរិតទី៥ ដែលជាការស្លាប់។

សំរាប់ភាពមិនប្រក្រតីណាដែលពុំមាននៅក្នុងតារាងព្យាបាល សូមប្រើប្រាស់ពតិមាន ស្តីពីការវាយតំលៃ អំពីកំរិតធ្ងន់ធ្ងរ នៅក្នុងជួរទី១នៃតារាង។

ឧបសម្ព័ន្ធទី២: គំរូតារាង និងពិធីសារ សំរាប់ការព្យាបាលដំណាក់កាលដំបូង នៃការរលាក ស្រោមខួរបង្កដោយ Cryptococcus

ពិធីសារ សំរាប់ប្រើប្រាស់ AMPHOTERICINE B និងការព្យាបាលបន្តដោយប្រើប្រាស់ FLUCONAZOLE

ឯកសារ: Service Maladies Infectieuses, Hôpital P.B.N Sihanouk, 21/02/2006

នាម: នាមត្រកូល: អាយុ: ភេទ: ទំងន់

ការព្យាបាលដំណាក់កាលដំបូង: កំរិត ០,៧មក្រ/គក្រ រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ(ការលាយ Amphotericin B:យកដប៥០មក្រ លាយជាមួយទឹកសំរាប់លាយឱសថ ១០មល បន្ទាប់មកយើងបាន១មល=៥មក្រ យកកំរិតដែលត្រូវប្រើលាយជាមួយសេរ៉ូម ៥% ៥០០មល ចាក់តាមសរសៃឈាម ដោយការពារពីពន្លឺ (យកក្រដាសស្រោបពីក្រៅ) រយៈពេល៤ម៉ោង ឬ ៤០ដំណក់/នាទី)

	ថ្ងៃ១	ថ្ងៃ២	ថ្ងៃ៣	ថ្ងៃ៤	ថ្ងៃ៥	ថ្ងៃ៦	ថ្ងៃ៧	ថ្ងៃ៨	ថ្ងៃ៩	ថ្ងៃ១០	ថ្ងៃ១១	ថ្ងៃ១២	ថ្ងៃ១៣	ថ្ងៃ១៤	ថ្ងៃ១៥	ថ្ងៃ១៦	ថ្ងៃ១៧
កំរិត																	
កាលបរិច្ឆេទ																	
តេស្តមន្ទីរពិសោធន៍*	□													□			
ការបឺតយកវត្ថុរាវស្រោមខួរ ដើម្បីធ្វើការវិភាគ និងតាមដាន*	□													□			
ការបឺតយកវត្ថុរាវស្រោមខួរ* ដើម្បីព្យាបាលរោគសញ្ញាលើសសំពាធក្នុងខួរក្បាល(ចំនួនចំណុះវត្ថុរាវស្រោមខួរ ដែលបឺតយកចេញ)																	

□ ធ្វើការរាប់គ្រាប់ឈាម វាស់កំរិត potassium, Creatinin

✶ ការបឺតយកវត្ថុរាវស្រោមខួរ ដើម្បីវិភាគ និងតាមដាន (Explorative LP)ត្រូវធ្វើនៅថ្ងៃទី១ និងទី១៤ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងតាមដានជំងឺតាម រយៈការវិភាគកោសិកា មេរោគ ការបំពាក់ពណ៌ Indian Ink និងរក antigen និងបណ្តុះមេរោគ cryptococcus ប្រសិនបើមាន។

ការបឺតយកវត្ថុរាវស្រោមខួរ ដើម្បីព្យាបាលរោគសញ្ញាកើនឡើងសំពាធ នៅក្នុងខួរក្បាល ត្រូវធ្វើអោយបានទៀងទាត់ អាស្រ័យតាមសភាពគ្លីនិក នៃអ្នកជំងឺ ហើយអាចធ្វើបានច្រើនដងក្នុង១ថ្ងៃ (រហូតដល់ ៣ទៅ៤ដង/ថ្ងៃ) នៅពេលអ្នកជំងឺនៅតែមានសញ្ញាបញ្ជាក់ពីការកើនសំពាធក្នុងខួរ ក្បាល(ឈឺក្បាលធ្ងន់ធ្ងរ)។

ការព្យាបាលបន្ត: Fluconazole ៤០០មក្រ/ថ្ងៃ (២គ្រាប់ ២០០មក្រ) រយៈពេល៨សប្តាហ៍

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម: / / កាលបរិច្ឆេទឈប់: / /

ការព្យាបាលបង្ការ: Fluconazole ២០០មក្រ/ថ្ងៃ រហូតដល់ CD4>១០០មម៣ សំរាប់រយៈពេល ៦ខែ

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម: / / កាលបរិច្ឆេទឈប់: / / CD4: / មម៣

ការព្យាបាលការរលាកស្រោមខួរបង្កមកពី Cryptococcus

ប្រភពឯកសារ: Service Maladies Infectieuses, Hôpital P.B.N Sihanouk, 21/02/2006

ក ការព្យាបាលដំណាក់កាលដំបូង:

AMPHOTERICIN B: ០,៧ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ ចាក់តាមសរសៃឈាមដោយលាយក្នុងសេរ៉ូមផ្អែម ៥% រយៈពេល ៤ម៉ោង សំរាប់រយៈពេល យ៉ាងហោចណាស់ ២សប្តាហ៍។

ក.១ ផលប៉ះពាល់

ក.១.១ **ពេលបញ្ចូលឱសថ:** ញាក់, គ្រុនក្តៅ, ឈឺក្បាល ,ឈឺចាប់ពេញខ្លួន, ក្អួតចង្អោរ anaphylactic shock, រលាកសរសៃឈាមខ្មៅ (thrombophlebititis) នៅកន្លែងចាក់,វិលមុខ, ស្ពឹក, ប្រកាច់

ក.១.២ **យូរអង្វែង:** តាមដានមុខងារតំរងនោម, potassium, រាប់គ្រាប់ឈាម (anemia, thrombopenia), ពុលដល់សរសៃឈាមខ្មៅ។

ក.២ ការព្យាបាលដែលត្រូវផ្តល់ពេលព្យាបាលដោយ amphotericin B

ក.២.១ Paracetamol (៥០០មក្រ) លេប១គ្រាប់ ១ម៉ោង មុនពេលចាក់បញ្ចូលឱសថ amphotericin B តាមសរសៃឈាម

ក.២.២ Hydrocortisone Hemisuccinate ៥០មក្រ ចាក់តាមសរសៃ (១/២ អំពូល) នៅពេលចាក់បញ្ចូលឱសថ amphotericin B តាមសរសៃ។

ក.២.៣ +/- Promethazine ២៥មក្រ លេបតាមមាត់ ឬ ចាក់តាមសរសៃ

ក.២.៤ Slow-K (បង្ការការខ្វះជាតិ potassium) : ៦០០មក្រ x ២ដង/ថ្ងៃ

ក.២.៥ ផ្តល់បង្គ្រប់ជាតិទឹកក្នុងខ្លួនអោយបានសមស្រប : សេរ៉ូមប្រៃ, SRO

ក.២.៦ ករណីមានប្រកាច់ : Valium ១០មក្រ ចាក់តាមសរសៃយឺតៗ, អាចផ្តល់អោយម្តងទៀតប្រសិនបើការប្រកាច់មិនបាត់ នៅក្នុងរយៈពេល ៥នាទី ក្រោយមកទេនោះ។

ក.២.៧ **មិនត្រូវផ្តល់** morphine សំរាប់ព្យាបាលការឈឺចាប់ទេ (ឈឺក្បាល) ពីព្រោះការបឺតវត្ថុរាវស្រោមខួរ គឺជាការព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធិភាពបំផុត។

ក.៣ ការថែទាំ និងតាមដាន:

ក.៣.១ ត្រូវតាមដានសង្ញាក់ជីពចរ, សំពាធឈាម, កំដៅខ្លួនរៀងរាល់ ៣០នាទី ក្នុងកំឡុងពេល២ម៉ោង ដំបូង បន្ទាប់មកទៀតរៀងរាល់ម៉ោង

ក.៣.២ ក្នុងករណីគ្រុនក្តៅខ្លាំង និងញាក់ ត្រូវចាក់ hydrocortisone hemisuccinate ៥០ មក្រ តាមសរសៃ។

ក.៣.៣ ប្រសិនបើសំពាធឈាម<៧ សមបារត (៧cmHg) ត្រូវបញ្ឈប់ការចាក់ឱសថតាមសរសៃ ហើយរកជំនួយពីគ្រូពេទ្យជំនាញ

ក.៣.៤ បញ្ជាក់នៅក្នុងទំរង់តាមដាន អំពីកំរិតដែលបានចាក់ ពេលចាប់ផ្តើម និងពេលបញ្ចប់ hydrocortisone hemisuccinate សង្វាក់ជីពចរ សីតុណ្ហភាព។

ក.៤ ការតាមដាន

ក.៤.១ ធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ នៅថ្ងៃទី៨ : រាប់គ្រាប់ឈាម, ការវាស់កំរិត potassium, sodium, glucose, creatinine។ បន្ទាប់មក ត្រូវធ្វើតេស្តរៀងរាល់សប្តាហ៍។

ក.៤.២ ត្រូវបឺតយកវត្ថុរាវស្រោមខួរ នៅថ្ងៃទី១៤ (Indian Ink បណ្តុះមេរោគ) បន្ទាប់មករៀងរាល់សប្តាហ៍ ប្រសិនបើ ការបណ្តុះមេរោគនៅមានលទ្ធផលវិជ្ជមាន។

ក.៤.៣ នៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលៈ ត្រូវធ្វើការរាប់គ្រាប់ឈាម potassium, sodium និង creatinine។

ក.៥ ការសំរបសំរួលកំរិតឱសថ: ក្នុងករណីលទ្ធផលនៃការបណ្តុះមេរោគវត្ថុរាវស្រោមខួរ នៅថ្ងៃទី១៤ នៅវិជ្ជមាន គឺត្រូវបង្កើនកំរិត amphotericin B ដល់កំរិត ១ មក្រ/គក្រ/ថ្ងៃ។

ការបូមសារជាថ្មីយកវត្ថុរាវស្រោមខួរ

- ត្រូវប្រើម្ជុលលេខ ១៨G
- កត់ត្រាកំរិតសំពាធនៅពេលវត្ថុរាវចេញលើកដំបូង (opening pressure) នៅពេលបូមម្តងៗ
- ប្រសិនបើសំពាធពេលបូម (OP)> ២៥សម ទឹកៈ ត្រូវបូមវត្ថុរាវស្រោមខួរ ៣០ ទៅ ៣៥មល
- ត្រូវបន្តបូមវត្ថុរាវស្រោមខួរ រៀងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ OP< ២០សម ឬ < ៥០% នៃ OP លើកដំបូង
- ត្រូវបូមឡើងវិញ ជាច្រើនដងក្នុង១ថ្ងៃ ប្រសិនបើ ការឈឺក្បាល កាន់តែមានលក្ខណៈកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរនោះ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: ឧទាហរណ៍នៃជំងឺសើស្បែក ដែលកើតឡើងពេលមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍

Examples of Itchy Rashes with HIV	
Seborrheic Dermatitis (www.aidsimages.ch)	
Papular Pruritic Eruption (PPE) (bestpractic.BMJ.com)	
HIV Associated Eosinophilic (Sterile) Folliculitis with evidence of lichenification from chronic itching (www.aidsimages.ch)	

HIV Associated Eosinophilic (Sterile) Folliculitis with Pustules and Excorations	
Nodular Prurigo from chronic Eosinophillic Folliculitis	
Scabies (www.scabiesanswers.com) ជំងឺកមរមាស់	

ឧទាហរណ៍ នៃ Macculopapular Rash កើតពេលឆ្លងមេរោគអេដស៍	
Macculopapular Rash នៅបាតជើងដែល កើតឡើងចំពោះជំងឺ ស្វាយដំណាក់កាល ទី២	

Macculopapular Rash កើតពេលឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកដំបូង	
Macculopapular Rash ដែលបណ្ដាលមកពី ផលប៉ះពាល់នៃ Efavirenz	
ឧទាហរណ៍នៃ Rashes កើតពេលឆ្លង Herpes Simplex Virus ១ និង ២	
ជំងឺ Herpes រ៉ាំរ៉ៃ នៅជុំវិញប្រហោងមាត់	

ជំងឺ Herpes នៅប្រដាប់បន្តពូជ	
ដំបៅ Herpes រ៉ាំរ៉ៃ	
ជំងឺ Herpes រាលដាលពេញដងខ្លួន	

ឧទាហរណ៍ជំងឺរើម	
ជំងឺរើម	
ជំងឺរើមដែលស្តែងចេញជាសណ្ឋាន dermatones	
ឧទាហរណ៍នៃ Umbilicated Lesions	
Molluscum and HIV (www.bestpractice.BMJ.com)	

Cryptococcus Skin Lesions of Various Sizes	
Umbilicated Papules from Penicillium Marnefffei (www.doctorfungus.org)	

Umbilicated Papules from Penicillium Marnefffei (www.aidsimages.com)	
Histplasmosis, Molluscum Contagiosum, Cryptococcosis, and Penicillium Marneffei (www.aidsimages.ch)	

ឯកសារយោង:

1) Guidelines on Cotrimoxazole Prophylaxis for HIV- Related Infections Among Children, Adolescents, and Adults – Recommendations for a Public Health Approach, WHO. 2006
2) Operating Procedures (SOP) for Implementing the Three I's in Continuum of Care (CoC) Settings, National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD and National Center for Tuberculosis and Leprosy Control. April 2010
3) Joint Statement of the National Center for TB and HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS) and the National Center for Tuberculosis and Leprosy Control (CENAT) on the Implementation of intensified TB Case finding, Isoniazid Preventive Therapy and Infection control in HIV Continuum of Care Settings (Three Is Strategy), NCHADS and CENAT. June 2010
4) National Clinical Guideline for the Management of TB/HIV Co-infection, MoH. 2009
5) Management of HIV Infection and Antiretroviral Therapy in Adults and Adolescents – A Clinical Manual, WHO-SEARO. 2007
6) Thailand National Antiretroviral Treatment Guideline 2006/2007. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand MOPH - U.S. CDC Collaboration, The Global Fund, Thai AIDS Society, Pediatric Infectious Disease Society of Thailand. 2007
7) Cotrimoxazole for Prophylaxis or Treatment of Opportunistic Infections of HIV/AIDS in Patients with Previous History of Hypersensitivity to Cotrimoxazole, The Cochrane Colaboration , HIV/AIDS Group. 2007
8) Antifungal Interventions for the Primary Prevention of Cryptococcal Disease in Adults with HIV (Review), The Cochrane Colaboration, Issue 1, Chang LW, Phipps WT, Kennedy GE, Rutherford G. 2009
9) Continuum of Care for People Living with HIV/AIDS in Cambodia, NCHADS. 2003
10) Singh N, Barnish MJ, Berman S, Bender B, Wagener MM, Rinaldi MG, Yu VL. Low-dose fluconazole as primary prophylaxis for cryptococcal infection in AIDS patients with CD4 cell counts of < or = 100/mm3: demonstration of efficacy in a positive,multicenter trial. Clin Infect Dis. 1996
11) The Antiretroviral Pregnancy Registry. Interim Report – 1 January 1989 through 31 July 2010, Industry publication. 2010
12) Nutrition Care and Support for People Living with HIV: Participants' Manual, WHO. 2009
13) Cambodian National Pain Management Guidelines, Edition 1. 2077
14) Cambodian National Nutrition Strategy 2009-2015, National Nutrition Program, National Maternal and Childe Health Center. 2009

15) Standard Operating Procedures (SOP) for the Quality Improvement (QI) for HIV Counseling and Clinical Quality Control (QC) fo HIV Testing, NCHADS. 2007
16) Clinical HIV/AIDS Care Guidelines for Resource Poor Settings, 2nd Edition, MSF. 2006
17) Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents – Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Kaplan et al. April 2009
18) Adult HIV/AIDS Treatment, John G. Bartlett. 2008-2009
19) The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy, 16th Edition, Sande et al. 2008
20) The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, Gilbert et al. 2008
21) Guide to Screening for Food and Nutrition Services Among Adolescents and Adults Living with HIV, Alison Tumilowicz, Food andNutrition Technical Assistance Project. 2010
22) HIV/AIDS: A Guide For Nutritional Care and Support. 2nd Edition, Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development, Washington DC. 2004
23) Nutritional Care and Support for HIV for People Living with HIV – A training courseA, WHO. 2009
24) Palliative Care: Symptom Management and End-of-Life Care. Integrated Management of Adolescent and Adult Illness. Interim guidelines for first-level facility health workers issued by WHO. 2004