

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ

ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

លើមនុស្សពេញវ័យ

ពិនិត្យឡើងវិញលើកទី២

នៅខែ មករា ឆ្នាំ ២០១២



មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

អារម្ភកថា ៦

សេចក្តីផ្តើមអំណរគុណ ៧

ពាក្យបំព្រួញ ៨

១ សេចក្តីសង្ខេប ១១

២ តើការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជាអ្វី? ១៤

៣ គោលការណ៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ១៦

៤ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ១៨

 ៤-១ ការបញ្ជាក់អំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ១៨

 ៤-២ ការពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង (ថ្ងៃដែលបង្ហាញខ្លួន) ១៩

 ៤-៣ ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី២ (មុនមួយសប្តាហ៍)..... ២៣

 ៤-៤ ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី៣ (មុន ២សប្តាហ៍)..... ២៦

 ៤-៥ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
 លើអ្នកជំងឺដែលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម..... ២៧

**៥ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើរូបមន្ត
 ជូរទី១ ជាអ្វី?**..... ៣០

 ៥-១ រូបមន្តព្យាបាលជូរទី១នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ៣០

 ៥-២ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាក ៣៤

 ៥-៣ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកធ្វើមប្រភេទ B រួមគ្នា..... ៣៦

 ៥-៤ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ..... ៣៩

៦ បន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ៤១

 ៦-១ ការគាំទ្រអ្នកជំងឺអេដស៍ អោយលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយត្រឹមត្រូវ
 ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (ARV adherence) ៤១

 ៦-២ គាំទ្រការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត និងការបើកចំហអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍..... ៤៣

៦-៣	តាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍	៤៤
៦-៤	ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម.....	៤៦
៦-៥	ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍	៤៦
៦.៦	ផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់: ៤៨	
៦.៧	ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមួយចំនួនដែលកើតក្រោយពី កើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធភាពស្មារតី (IRIS).....	៥១
៧	បន្ថយហានិភ័យនៃការកើនឡើងនៃភាពស្មារតីរបស់មេរោគអេដស៍ នៅនឹង ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍:	៥៣
៨	តើត្រូវធ្វើការកំណត់បរាជ័យនៃការព្យាបាលយ៉ាងដូចម្តេច?	៥៤
៨-១	បរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក (Clinical Failure)	៥៦
៨-២	បរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្មារតី.....	៥៩
៨-៣	បរាជ័យផ្នែកវិស្វសាស្ត្រ (Virological Failure)	៦២
៨-៤	តើត្រូវប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជំងឺ២ នៅពេលណា?	៦៣
៩	តើត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើរូបមន្តព្យាបាលជំងឺ២ នាមួយ?	៦៦
១០	តើត្រូវធ្វើដូចម្តេចនៅពេលមានការព្យាបាលបរាជ័យដោយរូបមន្ត ព្យាបាលជំងឺ២?	៦៧
១១	ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងស្ថានភាពពិសេស	៦៨
១១-១	អ្នកជំងឺអេដស៍ពេញវ័យ ដែលធ្លាប់ប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ពីមុនមក.....	៦៨
១១-២	ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលស្ថិតក្នុងវ័យដែលអាចមានគភ៌.....	៦៨
១១-៣	ក្មេងជំទង់ (Adolescents).....	៧០
១១-៤	ការបង្ការការចំលងក្រោយពីមានការប៉ះពាល់នឹងមេរោគអេដស៍ (Post-exposure Prophylaxis)	៧២
ឧបសម្ព័ន្ធ	៧៥
ឯកសារយោង	១២៦

តារាង

តារាងទី១: តើមេរោគអេដស៍ឆ្លងដោយរបៀបណា? ១៨

តារាងទី២: ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងតាមយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is ២០

តារាងទី៣: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង
នឹងមេរោគអេដស៍* ២៤

តារាងទី៤: អនុសាសន៍នៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រតាមដាន មុនពេលចាប់ផ្តើម
ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ២៤

តារាងទី៥: សង្ខេបអំពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍
និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ២៥

តារាងទី៦: ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគ
អេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយម ២៨

តារាងទី៧: ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដារ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជូរទី១ ៣១

តារាងទី៨: កំរិតដូសនាំមុខនៃឱសថ NVP នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹង
មេរោគអេដស៍ និងធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង* ៣៣

តារាងទី៩: អនុសាសន៍នៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ជាប្រចាំដើម្បីតាមដានក្នុងពេល
ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ៤៥

តារាងទី១០: ផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលកើតឡើង
ជាញឹកញាប់ ៤៦

តារាងទី១១: ការផ្លាស់ប្តូរឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់
(ARV side effect) ៤៨

តារាងទី១២: ការកំណត់រក និងវិធានការណ៍ដោះស្រាយមូលហេតុនៃភាពបរាជ័យនៃ
ការព្យាបាល ៥៥

តារាងទី១៣ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពបរាជ័យបែបគ្លីនិក ក្រោយពីមានព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក
ក្នុងដំណាក់កាលទី៣ និងទី៤ ចំពោះអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ
ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ៥៨

តារាងទី១៤: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្មារតីដែលកើតឡើង
តែឯកឯង ៦០

តារាងទី១៥: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសំរាប់កំណត់លក្ខខ័ណ្ឌដែលតម្រូវអោយធ្វើតេស្ត Viral load
(Viral load testing eligibility criteria) ៦៣

តារាងទី១៦: ការវាយតម្លៃភាពបរាជ័យផ្នែកវិស្វសាស្ត្រ ដោយពឹងផ្អែកលើការតាមដាន
ជាប្រចាំលើអ្នកជំងឺដែលពុំមានរោគសញ្ញា ៦៥

តារាងទី១៧: រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដារដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជួរទី២* ៦៧

តារាងទី១៨: កំរិតដូសនៃឱសថ ARV, រូបមន្តផ្សំ, តម្រូវការ និងការប្រើចំពោះក្រុមពិសេស .. ៩០

តារាងទី១៩: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍..... ៩៧

តារាងទី២០: ទំរង់ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃសារជាតិឡាក់តាតក្នុងឈាម ១០៣

តារាងទី ២១: អន្តរកម្មសំខាន់ៗរបស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ NVP, EFV,
និង LPV/r..... ១១៧

តារាងទី ២២: ការផ្លាស់ប្តូរពី Viral copies/មល ទៅ log..... ១១៩

តារាងទី ២៣: Karnofsky Performance Scale ១២១

តារាងទី២៤: រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះម្តាយផ្ទុកមេរោគ
អេដស៍និងកូនរបស់គាត់..... ១២២

តារាងទី២៥: ការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
សំរាប់ស្ត្រីដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានមេរោគអេដស៍នៅពេលកំពុងសំរាល ឬ
ក្រោយពេលសំរាលភ្លាមៗ ១២៤

រូបភាព

រូបភាពទី១: ទំនាក់ទំនងរវាង ddl និង ការរលាកលំពែង ១០៨

រូបភាពទី២: ការរថយចុះគ្រាប់ឈាមក្រហមដោយ AZT..... ១០៩

រូបភាពទី៣: ការពុលថ្លើមដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
(ART-associated liver toxicity) ១១០

រូបភាពទី៤: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីការពុលឱសថ
ក្រុម NRTIs ១១៣

រូបភាពទី៥: គំនូសបំព្រួញអំពីរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទកណ្តាលបណ្តាលមកពីការ
ពុលឱសថ EFV ១១៤

រូបភាពទី៦: ការធ្វើតេស្ត Viral Load ជាប្រចាំ ១២០

ឧបសម្ព័ន្ធ

- ឧបសម្ព័ន្ធទី១: ចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍
ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ៧៥
- ឧបសម្ព័ន្ធទី២: ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងផលប៉ះពាល់
របស់ឱសថ ៨៩
- ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: អន្តរកម្មសំខាន់ៗនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
(Important ARV drug interactions)..... ១១៧
- ឧបសម្ព័ន្ធទី៤: យុទ្ធសាស្ត្រនៃការធ្វើតេស្ត Viral Load (Viral Load Testing Strategy) . ១១៨
- ឧបសម្ព័ន្ធទី៥: ការដាក់ពិន្ទុទៅតាមកំរិតកាណូហ្វស្កី
(Karnofsky Performance Scale) ១២១
- ឧបសម្ព័ន្ធទី៦: ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះ
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ : ១២២

អារម្ភកថា

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍សើស្បែកនិងកាមរោគ ដើម្បីបង្កើនគុណភាពថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ដើម្បីបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគបានកំណត់ច្បាស់ គឺបន្តអភិវឌ្ឍន៍និងកែសំរួលគោលនយោបាយនិងគោលការណ៍ណែនាំដែលជាយុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះដើម្បីសំរេចនូវគោលដៅ “ធ្វើអោយប្រសើរឡើង និងធានាគុណភាព ព្រមទាំងភាពទទួលបានសេវាថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍” តាមរយៈការបញ្ជ្រាបសេវា នេះក្នុងសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺនៅទូទាំងប្រទេស។

ឯកសារនេះ គឺជាគោលការណ៍ណែនាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដើម្បីបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ចំពោះក្មេងជំទង់អាយុលើសពី១៤ឆ្នាំដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងមនុស្សពេញវ័យផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ បានរៀបចំចងក្រងឡើង ដោយមានការចូលរួមចំណែកដ៏ធំធេងរបស់អ្នកជំនាញជាតិនិងអន្តរជាតិ ដែលបានបញ្ចូលអនុសាសន៍ជាក់ស្តែងផ្អែកលើសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទៅតាមកំរិតសេវាសុខាភិបាលនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

ក្រសួងសុខាភិបាល បានពិនិត្យ និងឯកភាពអោយប្រើប្រាស់ជាផ្លូវការនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះនៅសេវាសុខាភិបាលពាក់ព័ន្ធ ហើយសង្ឃឹមថា មន្ត្រីសុខាភិបាលដែលជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់នឹងប្រើប្រាស់ឯកសារនេះដើម្បីបង្កើនសមត្ថភាពជំនាញព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាពនិងប្រសិទ្ធិភាពខ្ពស់។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២៧ ខែ ០១ ឆ្នាំ ២០១២

អគ្គនាយកក្រសួងសុខាភិបាល 


ប៊ែន ប៊ុនហេង

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សូមថ្លែងនូវការកោតសរសើរដល់អនុគណៈកម្មាធិការសំរេបសំរួលការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដែលបានខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងសកម្ម ក្នុងការចូលរួមផ្តល់អនុសាសន៍ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ក្នុងការរៀបចំចងក្រងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកទី១នេះ។

ការចងក្រងបញ្ចប់គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះគឺជាសមិទ្ធផលមួយដ៏ធំធេងដោយបានដាក់បញ្ចូលនូវការវិវត្តន៍ថ្មីៗនៃការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ លើមនុស្សពេញវ័យ ដោយផ្ដោតលើស្ថានភាពជាក់ស្តែងនៅប្រទេសកម្ពុជាយើង។

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

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២៥ ខែ ០១ ឆ្នាំ ២០១២
ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹង
ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ


វេជ្ជ ហាន ឈីវុន

បញ្ជីរាយនាមសមាជិក

អនុគណៈកម្មការបច្ចេកទេស ស្តីពីការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនីយម
និងការព្យាបាលដោយខ្លួនស្រីស្រីប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ នៅកម្ពុជា

១	ឯកឧត្តមវេជ្ជ	មាន ឈី រុន	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	ប្រធាន
២	លោកវេជ្ជ	សេង សុភាព	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	អនុប្រធាន
៣	លោកវេជ្ជ	ឈិត សុផល	អនុប្រធាននីមួយៗពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត	សមាជិក
៤	លោកស្រីវេជ្ជ	ប្រាក់ សោភណ្ណារី	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NMCHC)	សមាជិក
៥	លោកវេជ្ជ	សំរិត សុវណ្ណរិទ្ធិ	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៦	លោកវេជ្ជ	ឡុក ប៊ុនថៃ	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៧	លោក	ម៉ុម ចន្ទីតារា	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៨	លោកវេជ្ជ	សុខ បញ្ញា	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៩	លោកវេជ្ជ	ប្រាក់ ណារុំ	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត	សមាជិក
១០	លោកស្រីវេជ្ជ	ង៉ែត ចន្ទីនាយា	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត	សមាជិក
១១	លោកវេជ្ជ	លឹម ស្រេង សេដ្ឋា	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១២	លោកវេជ្ជ	ប៉ាល់ ប៊ុណ្ណា	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១៣	លោកស្រីវេជ្ជ	សាងម ថារី	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១៤	លោកវេជ្ជ	យុន គឹម អិម	អនុប្រធានការិ.ទេស/CENAT	សមាជិក
១៥	លោកស្រីវេជ្ជ	ទូន សុវណ្ណា	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NMCHC)	សមាជិក
១៦	លោកវេជ្ជ	ស៊ឹម យុទ្ធសា	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

អក្សរស្លៀក

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ALT	Alanine Transaminase
AST	Aspartate Transaminase
ART	Antiretroviral therapy
ARV	Antiretroviral drug(s)
AZT	Zidovudine
BS	Birth Spacing
CBC	Complete Blood Count
CD4	T-CD4+ Lymphocyte
CMV	Cytomegalovirus
CNS	Central Nervous System
CK	Creatine Kinase
CrCl	Creatinine Clearance
d4T	Stavudine
ddI	Didanosine
DOT	Directly Observed Therapy
EC	Enteric Coated
EFV	Efavirenz
FDC	Fixed Dose Combination
HBV	Hepatitis B virus
HGC	Hard Gelatin Capsules
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IPT	Isoniazid Preventive Therapy
LDH	Lactate Dehydrogenase
LDL	Low-Density Lipoprotein
LPV	Lopinavir
LPV/RTV	Lopinavir/Ritonavir
MMM	Modul Mith Chouy Mith
MTCT	Mother to Child Transmission
NNRTI	Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor

NRTI	Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NVP	Nevirapine
OHL	Oral Hairy Leukoplakia
OI	HIV related Opportunistic Infection
PCP	Pneumocystis carinii pneumonia
PEP	Post Exposure Prophylaxis
PLHIV	Person/People Living with HIV
PI	Protease Inhibitor
PITC	Provider Initiated Testing and Counseling
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission
PPE	Papular Pruritic Eruption
PTB	Pulmonary Tuberculosis
R	Ritonavir (when given in association with other PIs for boosted dosing)
RLS	Resource Limited Settings
RNA	Ribonucleic Acid
RTV	Ritonavir (when given alone or with other PIs for boosted dosing)
SGC	Soft Gelatin Capsules
STI	Sexually Transmitted Infection
TB	Tuberculosis
TDF	Tenofovir
TST	Tuberculin Skin Test
ULN	Upper Limit of Normal
VCCT	Voluntary Centers for Counseling and Testing
VDRL	Venereal Diseases Reference Laboratory (refers to a test for syphilis)
WHO	World Health Organization

១ សេចក្តីសង្ខេប

នៅខែកក្កដា ឆ្នាំ ២០១០ អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានដាក់ចេញនូវគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលបានកែសំរួលសារជាថ្មី។ ការកែសំរួលឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ ផ្អែកលើភស្តុតាងថ្មីៗដែលប្រមូលបានពីបណ្តាប្រទេសដែលមានធនធានច្រើន និងបណ្តាប្រទេសដែលមានធនធានខ្យត់ខ្យាយ ក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, រូបមន្តព្យាបាល, ការពុលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍មានជំងឺរបេងសកម្ម និង/ឬជំងឺរលាកថ្លើមរាំវៃ, ការតាមដាន, ការពិនិត្យដោយមន្ទីរពិសោធន៍, ការកំណត់ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។

ក្រុមអ្នកជំនាញនៃអង្គការសុខភាពពិភពលោកបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រជាប្រព័ន្ធ និងមានភាពច្បាស់លាស់ដើម្បីវាយតម្លៃលើភស្តុតាង និងលើកឡើងជាអនុសាសន៍ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ GRADE ដែលបានមកពីការពិចារណាលើប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល, ភាពទទួលយកបាននិងភាពប្រើប្រាស់សេវាបាន។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ អនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកដែលឈប់អោយប្រើឱសថ d4T ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នៅមិនទាន់បានអនុវត្តនៅប្រទេសកម្ពុជានាពេលបច្ចុប្បន្ននេះទេ។ នៅឆ្នាំខាងមុខនេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ដោយមានការគាំទ្រថវិកាពីមូលនិធិសកលនិងពីអង្គការដៃគូជាតិ និងអន្តរជាតិ នឹងស្វែងរកឱសថដែលត្រូវយកមកជំនួសឱសថ d4T ដោយតម្លៃសមស្រប។

ការពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់នៅកម្ពុជា នៅតែជាផ្នែករួមបញ្ចូលនៃការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិតាមរយៈការផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលបន្ត ជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់។ គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ បានរៀបចំឡើងជាបឋមសំរាប់មន្ត្រីសុខាភិបាលដែលចូលរួមក្នុងការថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់អាយុលើសពី ១៤ឆ្នាំ។

គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ ផ្តល់នូវការពន្យល់យ៉ាងច្បាស់ពីមូលដ្ឋាននៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ឯកសារនេះអាចនឹងត្រូវបានប្រើជាឯកសារយោង ក៏ប៉ុន្តែមិនអាចយកប្រើសំរាប់ធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ក្នុងការគ្រប់គ្រងនិងតាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បានទេ។ ដូចគ្នានេះដែរ វាមិនទាន់អាចឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការនៅពេលអនុវត្តចំពោះករណីស្មុគស្មាញ ទាក់ទងនឹងការថែទាំព្យាបាល

ជំងឺអេដស៍គ្រប់ប្រភេទ ហើយក៏មិនអាចដោះស្រាយលើការព្យាបាល ករណីពិសេសៗបាននៅ ឡើងទេ។ បញ្ហាទាំងអស់នេះ នឹងត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុង “ ក្របខ័ណ្ឌ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត សំរាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ” និងដោះស្រាយជាបន្តបន្ទាប់ទៀត នៅក្នុង ឯកសារដែលនឹងត្រូវបោះពុម្ពនៅពេលអនាគត។ អ្នកអានឯកសារនេះ គួរអានឯកសារយោង ផ្សេងទៀត ដូចជា គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាល និងនិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តពាក់ព័ន្ធនានា ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានលម្អិត និងអនុសាសន៍ទាក់ទងនឹងកម្មវិធីថែទាំ ព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងសហគមន៍ រួមមាន PITC និង VCCT, និយាម នៃបែបបទ សំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is, ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម, ការព្យាបាលបង្ការ និងការ ព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម, PMTCT និងការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ដោយប៉ះ ពាល់ឈាម ឬ វត្ថុរាវនៃសរីរាង្គ។

គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលឆ្នាំ ២០១១ បានដាក់បញ្ចូលនូវទិដ្ឋភាពថ្មីៗពាក់ព័ន្ធនឹងការ ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅប្រទេសកម្ពុជា មានដូចតទៅ៖

- **ការទទួលសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទូលំទូលាយ**

គោលការណ៍ណែនាំបច្ចុប្បន្ននេះ បានបង្កើនលក្ខខ័ណ្ឌក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង នឹងមេរោគអេដស៍ដល់គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដែលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ នៃអង្គការ សុខភាពពិភពលោក ដោយបានបន្ថែមពីលើដំណាក់កាលទី៤ និងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នក ជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម ដោយមិនចាំបាច់គិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ទេ។ គ្រប់អ្នកផ្ទុក មេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគ្មានរោគសញ្ញានឹងមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការ ទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅពេលមានចំនួនកោសិកា CD4 ស្មើ ឬ តិចជាង ៣៥០ កោសិកា/មម^៣។

- **ផ្តោតលើការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានឆាប់**

គឺត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំឡុងពេល២សប្តាហ៍ ក្រោយពីការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក។ គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ បានរៀបរាប់លម្អិតពី ជំហានសំខាន់ៗ នៅក្នុងដំណាក់កាលពិនិត្យបីលើកដំបូង ដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថ ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានឆាប់ក្នុងគោលបំណងជំរុញការស្តារប្រព័ន្ធភាពសុំឡើងវិញ

និងការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ដើម្បីកាត់បន្ថយភាពមានជំងឺ និងអត្រាស្លាប់ទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ (សូមអានជំពូកទី៤)។

- **ការដាក់បញ្ចូលនិយាមនៃបែបបទយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is ក្នុងការវាយតម្លៃគ្លីនិក**

រៀងរាល់លើកនៃការពិនិត្យជំងឺ គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ បានបញ្ជាក់ពីសារៈសំខាន់នៃការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងរៀបចំផែនការសកម្មភាពដើម្បីកំណត់ករណីជំងឺរបេង វិជ្ជមានដែលមានរោគសញ្ញា ដូចបានកំណត់ក្នុង SOP នៃយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is (សូមអានជំពូកទី៤)។

- **ផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម**

គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ ត្រូវបានពិនិត្យកែសំរួលឡើងវិញ ដោយស្របនឹងគោលការណ៍ណែនាំបោះពុម្ពលើកទី១ ស្តីពី ការបង្ការ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ឆ្នាំ ២០១១។ ការផ្លាស់ប្តូរត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីសារៈសំខាន់នៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ Isoniazid (IPT) អោយបានឆាប់ដូចបានកំណត់ក្នុងនិយាមនៃបែបបទយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is, ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole ដើម្បីបង្ការជំងឺ PCP និង toxoplasmosis, និងដោយឱសថ fluconazole ដើម្បីបង្ការជំងឺ cryptococcal disease (សូមអានជំពូកទី៤)។

- **កំណត់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ កាន់តែជាក់លាក់**

ដូចបានរៀបរាប់រួចហើយ គឺឱសថ d4T និង 3TC នៅតែជារូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ នៃក្រុម NRTIs ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដារ។ ព័ត៌មានបន្ថែមត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដ៏សមស្រប ដោយផ្អែកតាមស្ថានភាពអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងចំនួនត្រីមាសនៃគភីនៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។

- **ការរកឃើញភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលអោយបានឆាប់ដោយធ្វើតេស្ត**

Viral Load

លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធ្វើតេស្ត Viral Load នឹងត្រូវបានពង្រីកយ៉ាងទូលំទូលាយនៅពេលដែលគោលការណ៍ណែនាំនេះចាប់ផ្តើមអនុវត្ត។ គំនូសបំព្រួញតាមជំហាននីមួយៗ(stepwise algorithm) ដើម្បីកំណត់ និងដោះស្រាយបញ្ហាបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយផ្អែកគ្លីនិក និងផ្នែកភាពស្មាំ

ត្រូវបានបញ្ជាក់កាន់តែច្បាស់។ ដោយផ្អែកលើការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិកនិងផ្នែកភាពសុខាភិបាល អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវតាមដានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ដើម្បីវាយតម្លៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ ម្យ៉ាងទៀត នៅឆ្នាំខាងមុខនេះ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើសពី ២ឆ្នាំ ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral Load ជាប្រចាំ (routine)។ គោលការណ៍ណែនាំនេះ បានរៀបរាប់ លំអិត ពីជំហានសំខាន់ៗដែលត្រូវអនុវត្តនៅពេលដែលស្រាវជ្រាវរកភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល តាមរយៈការធ្វើតេស្ត Viral Load ជាប្រចាំ (សូមអានជំពូកទី៨)។

• ការកែប្រែរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជួរទី២

រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ត្រូវបានធ្វើការកែប្រែអោយស្រប តាមជំងឺសមានកំណត់នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា, រួមមានភាពពុលនៃ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, និងភាពសុំជាមួយឱសថដែលកើតឡើងក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរ ទី១។ ឱសថ ddI និង 3TC ត្រូវបានជំនួសដោយ ABC និង 3TC ដែលជាជំងឺសក្នុងក្រុម NRTIs សំរាប់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបញ្ជាក់ ddI ពីក្នុងស្តុក និងប្តូរទៅការព្យាបាល ដោយ TDF និង ABC វិញ (សូមអានជំពូកទី៩)។

២ តើការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជាអ្វី?

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺសំដៅលើការព្យាបាលដោយឱសថ ទាំងឡាយណាដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ឱសថទាំងនេះ មានសកម្មភាពទប់ ស្កាត់អង់ស៊ីម (enzymes) ដែលមេរោគអេដស៍ត្រូវការដើម្បីបំបែកខ្លួនវា និងចំលងទៅកោសិកា ផ្សេងទៀត។ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងប្រើនៅប្រទេសកម្ពុជាមានសកម្មភាព សំដៅលើអង់ស៊ីម ដូចខាងក្រោម៖

- Reverse transcriptase
- Protease

ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលកំពុងប្រើនៅប្រទេសកម្ពុជាចែកចេញជា ៣ ក្រុម សំខាន់ៗ ។ ពីក្រុមមានសកម្មភាពទប់ស្កាត់អង់ស៊ីម Reverse transcriptase និងមួយក្រុមទៀត ទប់ស្កាត់អង់ស៊ីម Protease ៖

- Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)
- Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)
- Protease Inhibitors (PI)

ប្រទេសកម្ពុជាបច្ចុប្បន្ន មិនទាន់មានលទ្ធភាពទទួលបាននូវឱសថដែលទើបតែរកឃើញថ្មី ហើយធន់នឹងភាពស៊ាំ ដូចជា ក្រុម NNRTIs មានឱសថ Etravirine និងក្រុម PIs ដូចជា Darunavir។ ម្យ៉ាងទៀត ការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំនួន៣ក្រុម បានបង្ហាញសកម្មភាពប្រឆាំង នឹងមេរោគអេដស៍ រួមមាន ការជ្រៀតចូល (entry) មានឱសថ Maviroc, integrase មានឱសថ Raltegravir, និងប្រឆាំងនឹងការវិវត្តន៍ (maturation inhibitors) មានឱសថ Bevirimet។ ផ្ទុយទៅវិញ នៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ នៅតាមបណ្តាប្រទេសដែលធនធាននៅមានកំរិតមិនទាន់មានឱសថប្រឆាំង នឹងមេរោគអេដស៍ប្រើបានទូលំទូលាយទេ ហើយឱសថ ARV មួយចំនួន កំពុងស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់ កាលសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅឡើយ។

ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលបានបញ្ចូលក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ គឺជាឱសថ ទាំងឡាយណាដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ និងងាយស្រួលក្នុងការប្រើហើយអាចទទួលយកបាន សំរាប់ប្រទេសកម្ពុជានាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ៖

- NRTI: Zidovudine (AZT or ZDV)
 Stavudine (d4T)
 Lamivudine (3TC)
 Didanosine (ddl)
 Abacavir (ABC)
 Tenofovir (TDF)
- NNRTI: Nevirapine (NVP)
 Efavirenz (EFV)
- PI: Lopinavir និង Ritonavir កំរិតដូសទាប (LPV/r)
 Ritonavir កំរិតដូសទាប (RTV/r)

PIs និយមប្រើរួមគ្នាជាមួយ Ritonavir ។ ទោះបីជា Ritonavir មានថាមពលខ្លាំងស្រាប់ ក៏ដោយ ប៉ុន្តែដោយសារផលប៉ះពាល់បណ្តាលអោយការប្រើរបស់វាមានកំរិត។ ទោះបីជាយ៉ាង ណាក៏ដោយ ក៏វាអាចប្រើក្នុងកំរិតដូសទាបដើម្បីបន្ថយមេតាបូលីស (metabolism) នៃក្រុម PIs ផ្សេងទៀត និងបន្ថយចំនួនពេលនៃការលេបឱសថនេះ។ ការបង្កើន PIs (boosted protease inhibitor) ដែលចូលចិត្តជាងគេនៅប្រទេសកម្ពុជា គឺ LPV/r ដែលជាថ្នាំគ្រាប់មួយលាយបញ្ចូលគ្នា។

ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន ដែលអនុញ្ញាតអោយប្រើនៅប្រទេសកម្ពុជា គឺជា ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលរួមបញ្ចូលគ្នា (fixed dose combinations) ដើម្បីកាត់បន្ថយ ចំនួនគ្រាប់ឱសថ ដែលត្រូវលេប និង បង្កើនជាអតិបរិមាណនូវការលេបថ្នាំ អោយបានទៀងទាត់

ជាប់លាប់ និងត្រឹមត្រូវ។ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលប្រើក្នុងប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក រួមមាន៖

- Zidovudine + Lamivudine (AZT + 3TC)
- Stavudine + Lamivudine (d4T + 3TC)
- Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine (AZT + 3TC + NVP)
- Stavudine + Lamivudine + Nevirapine (d4T + 3TC + NVP)

៣ គោលការណ៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

គោលបំណងនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺ៖

- ទប់ស្កាត់អោយបានជាអតិបរិមា និងយូរអង្វែងនូវការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍
- ធ្វើអោយមានភាពប្រសើរឡើងវិញនូវមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដើម្បីបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម
- ធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវគុណភាពនៃជីវិត
- កាត់បន្ថយអត្រាជំងឺ និងអត្រាមរណៈភាពដែលបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍
- កាត់បន្ថយជាអតិបរិមាប្រព្រឹត្តិការណ៍អាក្រក់ (adverse events) និងស្ថានភាពពុំរ៉ាំរ៉ៃដោយសារការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍រយៈពេលយូរ
- បង្ការនូវភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ និងភាពបរាជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
- បង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលមានឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ យ៉ាងហោចណាស់រួមបញ្ចូលគ្នាបីមុខ អាចអោយយើងសំរេចបាននូវគោលបំណងទាំងអស់ខាងលើ។ ការព្យាបាលដោយប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នាបែបនេះ ត្រូវបានគេដឹងថា មានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលបានឆាប់រហ័ស។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បីមុខរួមបញ្ចូលគ្នា អាចកាត់បន្ថយយ៉ាងលឿននូវការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ដែលធ្វើអោយចំនួនមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាម (viral load) ធ្លាក់ចុះក្រោមកំរិតដែលអាចរកឃើញដោយតេស្ត viral load ដែលយើងមានសព្វថ្ងៃ។ វាអាចកាត់បន្ថយឥទ្ធិពលរបស់មេរោគអេដស៍ទៅលើប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ហើយនាំអោយមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំមានភាពប្រសើរឡើងវិញជាលំដាប់ ដែលយើងអាចវាស់វែងតាមរយៈការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4។

នៅពេលដែលមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធភាពសុំមានភាពប្រសើរឡើងវិញ ការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ជាមួយជំងឺផ្សេងៗទៀតទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ថយចុះ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលបាន និងកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នឹងមានការថយចុះគួរអោយកត់សំគាល់នូវការប្រឈមមុខនឹងជំងឺផ្សេងៗ។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ ដំណើរការនៃការធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធភាពសុំកើនឡើងជាលំដាប់លំដោយ ក្នុងរយៈពេលជាច្រើនខែ ឬច្រើនឆ្នាំ ប៉ុន្តែមិនអាចគ្រលប់មកល្អឥតខ្ចោះដូចដើមបានទេ។ ការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នឹងជំងឺឱកាសនិយម ឬ ជំងឺផ្សេងទៀតទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ តែងកើតមានក្នុងរយៈពេលមួយកំណត់។ ដូច្នេះការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងការតាមដាននូវការលេចឡើងជំងឺថ្មីៗទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មិនអាចសំលាប់មេរោគអេដស៍អោយអស់ពីក្នុងឈាមបានទេ ប៉ុន្តែវាគ្រាន់តែទប់ស្កាត់ការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ប៉ុណ្ណោះ។ នៅពេលដែលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានបញ្ឈប់ចំនួនមេរោគអេដស៍និងកើនឡើងវិញដូចមុនពេលព្យាបាល ហើយចាប់ផ្តើមបំផ្លាញប្រព័ន្ធភាពសុំសារជាថ្មីទៀត។

មេរោគអេដស៍អាចធ្វើអោយមានការលូតលាស់នូវភាពសុំដោយឯកឯង (spontaneous genetic mutations) ក្នុងកំរិតខ្ពស់។ ប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍មុខរួមគ្នាអាចកាត់បន្ថយការលូតលាស់នូវភាពសុំដោយឯកឯងនេះបាន ដោយបន្តទប់ស្កាត់នូវចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមអោយនៅក្នុងកំរិតទាបបំផុត។ ប្រសិនបើ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍មិនបានត្រឹមត្រូវ មិនបានទៀងទាត់ និងមិនបានជាប់លាប់ទេនោះ (ការប្រើឱសថរួមបញ្ចូលគ្នាមិនត្រូវបញ្ឈប់ ឬ ប្រើឈប់ៗ) គឺបណ្តាលអោយមេរោគអេដស៍នៅបន្តបំបែកខ្លួន នាំអោយមានការលូតលាស់នូវក្រុមមេរោគអេដស៍ដែលសុំទៅនឹងឱសថទាំងនេះ។ ជាយថាហេតុ ក្រុមមេរោគអេដស៍ដែលសុំនឹងឱសថ នៅតែបន្តលូតលាស់យ៉ាងច្រើនលើសលប់ជាពិសេស នាំអោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើឱសថរួមបញ្ចូលគ្នានឹងលែងមានប្រសិទ្ធភាព។

ម៉្យាងទៀត ការស្រាវជ្រាវពីភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលអោយបានឆាប់ គឺជាការចាំបាច់។ ក្នុងករណី មិនបានព្យាបាលមេរោគអេដស៍ដែលសុំជាមួយឱសថនោះ មេរោគអេដស៍នេះនឹងបន្តបំបែកខ្លួនរាប់ន្តែមច្រើនទៀត ហើយបង្កអោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ផ្សេងទៀត មិនសូវមានប្រសិទ្ធភាពផងដែរ និងបន្តចំលងមេរោគអេដស៍សុំនឹងឱសថទៅអ្នកដទៃទៀត (សូមមើលតារាងទី១)។

តារាងទី១: តើមេរោគអេដស៍ឆ្លងដោយរបៀបណា?

មេរោគអេដស៍ អាចឆ្លងតាមការរួមភេទ តាមឈាម តាមទឹកកាមបុរស និងទឹកអិលទ្វារមាស ។
មេរោគអេដស៍ អាចឆ្លងតាមការបញ្ចូលឈាម ការប្រើប្រាស់ម្ជុលរួមគ្នា ឬ ពីម្តាយទៅកូននៅពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសំរាល ឬ ពេលបំបៅដោះកូន ។
មេរោគអេដស៍ អាចឆ្លងមកមន្ត្រីសុខាភិបាល តាមរយៈការ មុតទំលុះស្បែកដោយម្ជុលដែលបង្ករោគ ឬ ដោយការប៉ះពាល់ឈាមដែលបង្ករោគរយៈពេលយូរ និងមានបរិមាណច្រើន។
បុគ្គលដែលទើបឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូង ហើយមិនបានព្យាបាល អាចចំលងមេរោគអេដស៍ខ្លាំងដោយសារកំរិតមេរោគអេដស៍ចរាចរនៅក្នុងឈាមខ្ពស់។
មនុស្សដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍អាចមានសុខភាពល្អ ជាច្រើនឆ្នាំ និងអាចចំលងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃទៀត។
ដំបៅនៅប្រដាប់បន្តពូជ និងជំងឺកាមរោគ បង្កើនការប្រឈមមុខខ្ពស់ នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។
ការតមមិនរួមភេទ និងការប្រើស្រោមអនាម័យ និងមិនប្រើប្រាស់ម្ជុលរួមគ្នា គឺជាវិធីសាស្ត្របង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ដ៏មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់។
មេរោគអេដស៍ មិនអាចឆ្លងតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទងក្នុងសង្គមធម្មតា ការងើប បរិភោគអាហាររួមគ្នា ឬ សត្វល្អិតទិច ឬ ខាំនោះទេ។

៤ ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

៤-១ បញ្ជាក់អំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍

បញ្ជាក់ថាអ្នកជំងឺប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺនៅពេលដែលអ្នកជំងឺមាន៖

- ការប្រព្រឹត្តិដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (ការប្រព្រឹត្តិផ្លូវភេទជាមួយដៃគូច្រើនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព ការចាក់ថ្នាំញៀនតាមសរសៃ ឬ ការចាក់ស្បែក)
- ផ្ទៃពោះ
- ជំងឺកាមរោគ
- ជំងឺរបេង
- ការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី សារចុះសារឡើង
- ការថយចុះទំងន់ (ការបាត់បង់ទំងន់ខ្លួនលើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន)
- រោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលសង្ស័យថា ការបង្កជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗ៖ ចង្កោមរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទដោយមានគ្រុនក្តៅ រួមមាន ជំងឺរលាកស្រោមខួរ និងការថយ

ចុះសញ្ញាសរសៃប្រសាទនៅតាមតំបន់ (focal deficits), ជំងឺរលាកស្បែកស្រូចស្រាវ, រោគសញ្ញាជំងឺសើស្បែក (herpes zoster, oral thrush, PPE, etc.)។

- រោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលសង្ស័យថា ឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូងស្រូចស្រាវ រួមមានគ្រុនក្តៅ, អស់កំលាំងល្អិតល្អៃ, ឈឺសាច់ដុំ, ជំងឺកូនកណ្តុរ (lymphadenopathy), ជំងឺរលាកបំពង់អាហារ, និងស្នាមកន្ទួលលើស្បែកកើតឡើងលើមនុស្សពេញវ័យដែលមានសុខភាពល្អ។

មន្ត្រីសុខាភិបាលទាំងអស់ ត្រូវអនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីការផ្តួចផ្តើមដោយមន្ត្រីសុខាភិបាលក្នុងការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងផ្តល់ប្រឹក្សា (PITC) និងផ្តល់ព័ត៌មាន អំពីសារៈសំខាន់នៃការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺដោយមានការយល់ព្រមធ្វើតេស្តឈាមទៅកាន់សេវា VCCT (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំអំពី PITC និងVCCT និងគោលការណ៍ណែនាំអំពីការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ឆ្នាំ ២០០៧)។ ដោយបន្ថែមលើសពីការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត និងការអប់រំអំពីជំងឺអេដស៍ អ្នកជំងឺគួរទទួលបានផងដែរនូវការស្រាវជ្រាវនិងការធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្សប្រាណរហ័ស ដើម្បីកំណត់ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍មុននឹងអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនទៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សមស្រប។

៤-២ ការពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង (ថ្ងៃដែលបង្ហាញខ្លួន)

- ប្រមូលព័ត៌មានទាក់ទងនឹងប្រជាសាស្ត្រពីអ្នកជំងឺ និងសមាជិកគ្រួសារអ្នកជំងឺ
- បញ្ជាក់ពីលទ្ធផលតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍, កំណត់កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្ត, កន្លែងធ្វើតេស្ត
- វាយតម្លៃប្រវត្តិជំងឺបច្ចុប្បន្ន រួមមាន រោគសញ្ញាកើតមានថ្មីៗ និងការព្យាបាល
- ពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកសញ្ញាជំងឺរបេងតាមយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is (សូមអានតារាងទី២) និងអនុវត្តតាមគំនូសបំព្រួញអំពីករណីសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងបើមានរោគសញ្ញាវិជ្ជមាន។
- សួរប្រវត្តិជំងឺពីមុន រួមមាន៖
 - ធ្លាប់កើតជំងឺរបេងនិងធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង (កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាល, កន្លែងព្យាបាល, រូបមន្តព្យាបាល និងលទ្ធផលនៃការព្យាបាល)។
 - ប្រវត្តិនៃការកើតជំងឺឡើងកូនកណ្តុររ៉ាំរ៉ៃ (chronic lymphadenopathy)។
 - ការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើសារចុះសារឡើង និងជំងឺរលាកស្បែក, ជំងឺឱកាសនិយម, ជំងឺកាមរោគ និងជំងឺផ្សេងទៀត។

- ប្រវត្តិកើតរោគស្រ្តី, ប្រវត្តិនៃការសំរាលកូន, និងការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត។
- ធ្លាប់បានប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដូចជា ប្រើរូបមន្តព្យាបាលណាមួយ និង រយៈពេលនៃការប្រើ ឬ ប្រើក្នុងកម្មវិធី PMTCT ។
- ធ្លាប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម រួមមានការប្រើឱសថ INH, cotrimoxazole, និង fluconazole និងផលប៉ះពាល់ដែលពាក់ព័ន្ធ។
- ធ្លាប់មានប្រតិកម្មឱសថ (Drug allergies) រួមមានឱសថអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក (antibiotics) ដូចជា cotrimoxazole ។
- ឱសថដែលកំពុងប្រើ។

តារាងទី២: ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងតាមយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is

ការពិនិត្យសុខភាពរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង	ការឆ្លើយតប	គ្រប់គ្រងព្យាបាល
នៅក្នុងកំឡុងពេល ៤សប្តាហ៍មុន៖ 1) មានគ្រុនក្តៅ, ដោយមិនគិតពីពេលវេលា និងរយៈពេល	គ្មានរោគសញ្ញា	ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ INH*
2) ក្អក, ដោយមិនគិតពីពេលវេលានិងរយៈពេល	មានរោគសញ្ញាមួយ ឬច្រើន	វាយតម្លៃរោគសញ្ញា គ្លីនិកជំងឺរបេង, ការពិនិត្យកំហាក AFB ចំនួន ៣ដង ហើយ ថែមទាំងធ្វើការបណ្តុះមេរោគរបេង និងការថតស្ទូតដោយកាំរស្មី X ស្របតាមយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is ។
3) មានបែកញើសជោគខ្លួន (drenching night sweats) នៅពេលយប់រយៈពេលលើសពី ២សប្តាហ៍		

* ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ INH លុះត្រាតែបានបញ្ជាក់ថា កំរិតអង់ស៊ីមធ្លើម AST/ALT មានកំរិតតិចជាង៣ដងនៃកំរិតធម្មតា អ្នកជំងឺមិនត្រូវផឹកស្ករនិងមិនធ្លាប់មានប្រតិកម្មជាមួយ INH ។ ធ្វើតេស្តទុយប៊ែគុលលីនលើស្បែក [Tuberculin Skin Test (TST)] នៅពេលពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង បើតេស្តនេះអាចអនុវត្តបាននៅសេវា OI/ART (សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is នៅក្នុងបណ្តាសេវាថែទាំ និងព្យាបាលបន្តឆ្នាំ ២០១០)។

- ការវាយតម្លៃពីប្រវត្តិសង្គម រួមមាន៖
 - ស្ថានភាពគ្រួសារ និងមុខរបរ
 - ផឹកស្ករ និងប្រើថ្នាំញៀន

- ជក់បារី
 - ការប្រព្រឹត្តិដែលប្រឈមមុខនឹងសកម្មភាពផ្លូវភេទខ្ពស់
 - សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមមាន ការធ្វើតេស្តឈាម និងប្រវត្តិការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដល់សមាជិកគ្រួសារ
 - ស្ថានភាពក្នុងការបំពេញមុខងារ ដោយប្រើ Karnofsky Performance Scale (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៦)។
- ការពិនិត្យរាងកាយ
 - រោគសញ្ញាសំខាន់ៗ (vital signs), ទំងន់, កំពស់
 - លក្ខខណ្ឌទូទៅ និងស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត
 - រោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ និងគំហើញ (visual acuity)
 - លក្ខខណ្ឌនៃត្រចៀក ច្រមុះ និងបំពង់ក
 - បេះដូង និងប្រព័ន្ធឈាមរត់
 - មុខងារផ្លូវដង្ហើម
 - ការពិនិត្យពោះ រួមមាន ធ្មើមរីកធំ អណ្តើករីកធំ និងកូនកណ្តុរឡើងធំ
 - ការឡើងកូនកណ្តុរនៅផ្នែកខាងចុង (peripheral lymphadenopathy)
 - ការលេចឡើងរោគសញ្ញាលើស្បែក (mucocutaneous manifestations)។
 - ការស្រាវជ្រាវ ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលជំងឺតាមរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលកំពុងកើតឡើង (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការនិងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ឆ្នាំ ២០១១)។
 - ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយប្រើឱសថ Isoniazid (IPT) ប្រសិនបើការស្រាវជ្រាវ ឬ វាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេងមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន និងពេលដែលរង់ចាំលទ្ធផលតេស្ត AST/ALT (សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ Three I's និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ឆ្នាំ ២០១១)។
 - បើលទ្ធផលនៃការស្រាវជ្រាវ និងការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេងថា វិជ្ជមាននៃរបេងសកម្ម ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole ។
 - ការវាយតម្លៃដំណាក់កាលគ្លីនិក ផ្អែកតាមអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី១)

- បើអ្នកជំងឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទី៣ ឬទី៤ ត្រូវចាប់ផ្តើមការថែទាំដោយប្រើក្បាលអំពីការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence counseling) ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានឆាប់បំផុតតាមតែអាចធ្វើទៅបាន (សូមអានតារាងទី៦ អំពីពេលវេលាត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិក)។

- អនុវត្តការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីតាមដានជាប្រចាំ (routine)
 - ធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4
 - ធ្វើតេស្ត រាប់ចំនួនកោសិកាឈាមទាំងអស់ (CBC)
 - តេស្តរកអង់ស៊ីមថ្លើម (AST/ALT) ។

ប្រសិនបើអ្នកជំងឺស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលទី៣ ឬទី៤ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានឆាប់បំផុតតាមតែអាចធ្វើទៅបាន (សូមអានតារាងទី៦) ដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំលទ្ធផលតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 លើកដំបូងទេ។

ក្នុងកំឡុងពេលពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូងនេះ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (holistic support) ដល់អ្នកជំងឺ។ ការផ្តល់តែឱសថ គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ទេ ក្នុងការគាំទ្រអ្នកជំងឺមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍។ ការគាំទ្រដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ រួមមាន៖

- ផ្តល់ការអប់រំ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីអេដស៍
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តអោយបានសមស្របក្នុងកាលៈទេសៈដ៏លំបាកអាចទទួលបានលទ្ធផលល្អប្រសើរក្នុងរយៈពេលយូរ (longterm outcomes)។
- ផ្តល់ការគាំទ្រអាហារូបត្ថម្ភ។ អ្នកជំងឺជាច្រើនដែលទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍មិនមានលទ្ធភាព ក្នុងការបរិភោគអាហារបានសមស្របទេ។ ការបរិភោគអាហារដែលមានសារៈជាតិចិញ្ចឹមគ្រប់គ្រាន់ (Good nutrition) ធ្វើអោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំបានប្រសើរឡើង និងជួយដល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បានទទួលលទ្ធផលល្អ។ ត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រអាហារូបត្ថម្ភដល់អ្នកជំងឺគ្រប់គ្នា ដែលទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

(សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ឆ្នាំ ២០១១)។

- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកសង្គមនិងហិរញ្ញវត្ថុអាចជួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍អោយមានភាពរឹងមាំឡើងវិញ។ ការស្វែងរកប្រាក់ចំណូល (Income generation) និងការបណ្តុះបណ្តាលអាចជួយអោយពួកគេម្ចាស់ការបានលើសេដ្ឋកិច្ចគ្រួសារ។

ការភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងគ្នាជាមួយនឹងសេវាផ្សេងៗ គឺជាកត្តាដ៏ចំបងដើម្បីអោយការព្យាបាលទទួលបានជោគជ័យ ជាពិសេស ជាមួយក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ និងក្រុមគាំទ្រក្រុមរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/អ្នកជំងឺអេដស៍ (សូមអាន " ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្តសំរាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ គំរោងប្រតិបត្តិការឆ្ពោះទៅការភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជាមួយវិធីសាស្ត្រថែទាំព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ)។

៤-៣ ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី២ (មុនមួយសប្តាហ៍)

- បន្តតាមដាន និងព្យាបាលជំងឺបច្ចុប្បន្ន
- ពិនិត្យសុខភាពរករោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេងផ្នែកលើយុទ្ធសាស្ត្រ Three I's (សូមមើលតារាងទី២) និងអនុវត្តតាមគំនូសបំព្រួញបើសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងបើការស្រាវជ្រាវមានលទ្ធផលវិជ្ជមាន។
- ពិនិត្យលទ្ធផលតេស្តនៃការតាមដានជាប្រចាំ និង វាយតម្លៃលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (សូមមើលតារាងទី៣)។
- ធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំមុននឹងចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍: តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4, CBC, AST/ALT (សូមមើលតារាងទី៤) ប្រសិនបើមិនទាន់បានធ្វើទេ។
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម (សូមមើលតារាងទី៥) ប្រសិនបើមិនទាន់បានចាប់ផ្តើមព្យាបាលទេ។

តារាងទី៣: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគ

អេដស៍*

ដំណាក់កាលគ្លីនិក តាម WHO	មនុស្សពេញវ័យដែលគ្មានជំងឺរបេង ប៉ុន្តែ មានជំងឺ HIV/HBV រួមគ្នា និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ	
១	<៣៥០ កោសិកា/មម ^៣	មនុស្សពេញវ័យដែលមាន ជំងឺរបេង
២		
៣	ព្យាបាលទាំងអស់គ្នា	
៤	ព្យាបាលទាំងអស់គ្នា	

* ក្រោយពីបានផ្តល់ប្រឹក្សា និង បានរៀបចំហើយជាស្រេច

**តារាងទី៤: អនុសាសន៍នៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រតាមដាន មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល
ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍**

តេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ	ត្រូវធ្វើជាចាំបាច់ (Essential)	ធ្វើតែក្នុងករណីចាំបាច់ (Optional)
តេស្តអង្គបដិបក្ខ ប្រាណ HIV	X	
តេស្តរាប់ចំនួន កោសិកា CD4	X	
តេស្ត AST / ALT	X	
តេស្តបញ្ជាក់ថា មានផ្ទៃពោះ	ចាំបាច់បើប្រើ EFV	
តេស្ត CBC	X	
ការថតស្ទូតដោយ	ចាំបាច់ដើម្បីស្រាវជ្រាវ	ករណីមាន

កាំរស្មី X	រកជំងឺរបេង	រោគសញ្ញាគ្លីនិក
តេស្ត viral load	មិនចាំបាច់	មិនចាំបាច់
Creatinine	ចាំបាច់ បើប្រើ TDF	ករណីមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក
Phosphate		ប្រសិនបើប្រើ TDF
Amylase		ករណីមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក
Lipids		ប្រសិនបើប្រើ d4T, EFV ឬ PI
តេស្ត រកមេរោគរលាកថ្លើម ប្រភេទ B Surface Ag និង តេស្តអង្គបដិប្រាណ	ប្រសិនបើ AST/ALT > ៣ ឬមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក	ប្រសិនបើ AST/ALT > ៣ ឬមាន រោគសញ្ញាគ្លីនិក

មិនត្រូវពន្យារពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទេ ទោះបីជាមិនទាន់បានទទួលលទ្ធផលតេស្តអមេរោគស្រ្តដែលចាំបាច់ទាំងអស់ក្នុងកំឡុងពេល២សប្តាហ៍ក៏ដោយ។

ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមគឺជាផ្នែករួមបញ្ចូលគ្នា នៃកញ្ចប់សេវាថែទាំព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ត្រូវទទួលបាននូវព័ត៌មាន និងសំភារៈអប់រំផ្សព្វផ្សាយទាក់ទងនឹងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ isoniazid, cotrimoxazole, និង fluconazole។ តារាងខាងក្រោមសង្ខេបពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ហើយព័ត៌មានលំអិតនៃការព្យាបាលបង្ការនេះ រួមមាន កំរិតដូស, desensitization, និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថ (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការនិងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ឆ្នាំ ២០១១)។

តារាងទី៥: សង្ខេបអំពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និង អ្នកជំងឺអេដស៍

ព្យាបាលបង្ការដោយ	លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ	កំណត់កំរិតដូស និងរយៈពេលព្យាបាល
Isoniazid/Pyridoxine (vitamin B6)	អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងគ្មានជំងឺរបេងសកម្ម	ប្រើ INH ៥មក្រ/គក្រ ដល់កំរិតដូសអតិបរិមា ៣០០មក្រ/ថ្ងៃ

	ទោះបីជាមានចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ រួមទាំងស្រ្តីមាន ផ្ទៃពោះ ទោះជាស្ថិតនៅត្រីមាស ទីប៉ុន្មានក៏ដោយ *	(ចំពោះអ្នកជំងឺទំងន់ < ៤០មក្រ ត្រូវផ្តល់ក្នុងកំរិត២០០មក្រ) និង Pyridoxine (vitamin B6) ៥០មក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល ៦ខែ។
Cotrimoxazole	អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺ អេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង២០០ ឬ ស្ថិតក្នុង ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ ឬ ទី៤ ទោះបីជាមានចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ រួមទាំងស្រ្តីមាន ផ្ទៃពោះ ទោះបីជាស្ថិតនៅក្នុង ត្រីមាសទីប៉ុន្មានក៏ដោយ។	ប្រើ ១ double strength (DS; TMP- ១៦០មក្រ, SMX-៨០០មក្រ) លេប មួយថ្ងៃមួយគ្រាប់រាល់ថ្ងៃ។ មនុស្ស ពេញវ័យត្រូវទទួលការព្យាបាល បង្ការដោយ cotrimoxazole រហូតដល់គ្មានរោគសញ្ញា និង ចំនួនកោសិកា CD4 កើនឡើង លើសពី ២០០ តាម រយៈការ ធ្វើតេស្ត២ដងនោះពីគ្នា៦ខែម្តង។
Fluconazole	អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺ អេដស៍ទាំងអស់ដែលមានចំនួន កោសិកា CD4 តិចជាង ១០០ កោសិកា/មម ^m ។ លើកលែងតែ ស្រ្តី មានផ្ទៃពោះស្ថិតនៅត្រីមាសទី១។	១០០មក្រ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ (លេប ២០០មក្រ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ បើធ្លាប់ មានជំងឺ Cryptococcus)។ មនុស្ស ពេញវ័យ ត្រូវទទួលការព្យាបាល បង្ការដោយ fluconazole រហូតដល់ ចំនួនកោសិកា CD4 កើនឡើង លើសពី១០០ តាមរយៈ ការធ្វើ តេស្ត២ដង ចន្លោះពីគ្នា ៦ខែម្តង ។

* សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ 3I's អំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមនិង តាមដានការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid (IPT)។ នៅសេវាណាដែលមានតេស្តទុយប៊ែគុលលីន លើស្បែក ហើយអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្តនេះវិជ្ជមាន ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ INH រយៈពេល ៣៦ខែ។ ចំណែកឯ អ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមាន មិនមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ INH ទេ។

៤-៤ ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី៣ (មុន ២សប្តាហ៍)

- បន្តតាមដាន និងព្យាបាលជំងឺបច្ចុប្បន្ន ។
- សាកសួរអំពីរោគសញ្ញាថ្មី និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថដោយការព្យាបាលបង្ការ។
- ពិនិត្យសុខភាពរករោគសញ្ញាជំងឺរបេងផ្នែកលើយុទ្ធសាស្ត្រ 3I's (សូមមើលតារាង ទី២) និងអនុវត្តតាមគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង ក្នុងករណីដែល ចង្កោមរោគសញ្ញាវិជ្ជមាន។

- ស្ថាបស្ថង់រោគសញ្ញាសំខាន់ៗ (vital signs) ថ្លឹងទំងន់ និងធ្វើការពិនិត្យសុខភាពដោយផ្អែកលើចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺដែលកំពុងកើតឡើង ។
- វាយតម្លៃដំណាក់កាលគ្លីនិក សារជាថ្មីឡើងវិញ។
- តាមដានលទ្ធផលតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ប្រសិនបើមិនទាន់បានចាប់ផ្តើមARVទេ។
- ស្ថាបស្ថង់ការយល់ដឹងរបស់អ្នកជំងឺ អំពីជំងឺអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ជោគជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អាស្រ័យលើការយល់ដឹង និងការយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់របស់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗក្នុងពេលព្យាបាល។ វាមិនមែនជាការងាយស្រួលទេ ក្នុងការទាយទុកជាមុនថា អ្នកជំងឺណាម្នាក់នឹងជួបការលំបាកក្នុងការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់នោះ។
- សំរេចចិត្តចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
- ប្រើជំរើសរូបមន្តព្យាបាល, ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងរៀបចំកាលវិភាគណាត់ជួប ដើម្បីតាមដានការព្យាបាលអោយបានសមស្រប (រាល់២សប្តាហ៍)។
- ការណាត់ជួបដើម្បីតាមដាន ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរយៈពេល១ខែក្រោយ។ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលបានប្រើ ARV មួយរយៈពេលហើយមានការយល់ដឹងខ្ពស់ លើការព្យាបាលនេះ និងមានស្ថានភាពសុខភាពប្រសើរហើយនោះ គឺអាចណាត់ជួប និងផ្តល់ឱសថ ARV រៀងរាល់ ២ខែ ឬ ៣ខែ ប៉ុន្តែ មិនត្រូវលើសពី៣ខែទេ។

៤-៥ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើអ្នកជំងឺដែលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវថ្មីៗជាច្រើនបង្ហាញថា ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានឆាប់រហ័ស លើអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺឱកាសនិយមអាចកាត់បន្ថយអត្រាលីនិងអត្រាមរណៈភាព។ នៅពេលនេះ ការផ្តល់អនុសាសន៍អោយចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក្នុងកំឡុងពេល ២សប្តាហ៍នៃការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ហើយអាចនឹងបណ្តាលអោយលេចឡើង នូវចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពសុំ (immune reconstitution syndrome) (សូមអានជំពូកទី៦.៧) ដោយលើកលែងតែចំពោះអ្នកជំងឺ

របេងដែលត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺរបេងបានរយៈពេល២សប្តាហ៍។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ធ្វើអោយប្រសើរឡើងមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ និងជួយឆ្លើយតបនឹងការបង្កជំងឺឱកាសនិយមបានភ្លាមៗ ព្រមទាំងបង្ការកុំអោយជំងឺឱកាសនិយមថ្មីៗកើតឡើង។ ចំពោះជំងឺឱកាសនិយមសកម្មមួយចំនួន ដូចជា ជំងឺ cryptosporidiosis, progressive multifocal leukoencephalopathy, ការបង្ករោគដោយ CMV, និង Kaposi sarcoma គឺត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានឆាប់ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពក្នុងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមទាំងអស់នេះ។

ជាការប្រសើរ ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មុនពេលដែលជំងឺឱកាសនិយមរាលដាលច្រើនកន្លែង ករណីដែលអ្នកជំងឺមានការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំខ្លាំងក្លា និងចំនួនមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាមមានកំរិតខ្ពស់ (high viral loads) ។ តារាងទី៦ អាចជួយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការសម្រេចចិត្តចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺឱកាសនិយមមួយចំនួន៖

តារាងទី៦: ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយម

ជំងឺឱកាសនិយម	ពេលវេលារវាងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
ជំងឺរបេង	ចាប់ផ្តើម ART ភ្លាមៗ ក្រោយពីព្យាបាលជំងឺរបេងបាន ២សប្តាហ៍ក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4។
ជំងឺ Disseminated mycobacterium avium-intracellulare complex	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត
ជំងឺ PCP	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត,នៅពេលដែលមិនមានប្រតិកម្មជាមួយឱសថ cotrimoxazole
ជំងឺ Toxoplasmosis	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត
ជំងឺរលាកថ្លើម Hepatitis B និង C	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត
ជំងឺ Cytomegalovirus	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត
ជំងឺ Varicella-Zoster	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត
ជំងឺ Histoplasmosis	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត បន្ទាប់ពីការប្រើឱសថ amphotericin B
ជំងឺ Penicillium	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត បន្ទាប់ពីការប្រើឱសថ amphotericin B

ជំងឺ Cryptococcus*	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត បន្ទាប់ពីការប្រើឱសថ amphotericin B
ជំងឺ Progressive multifocal leukoencephalopathy	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត
ជំងឺ Kaposi Sarcoma	ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត, ក្នុងករណីដែលមិនបានទទួលការព្យាបាល ផ្សេងទៀត។

* អាចពន្យារពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក្នុងករណីមានការកើនឡើងសំពាធក្នុងក្បាល ដែលមិនអាចត្រួតពិនិត្យបាន បណ្តាលមកពីជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលបង្កដោយ Cryptococcus។ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺត្រូវបានតាមដានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ (neurological monitoring) និងការបូមទឹកខ្លួនឆ្អឹងខ្នងដើម្បីសង្គ្រោះបន្ទាន់។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មិនអាចអនុវត្តក្នុងពេលជាមួយគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមដែលមិនមែនជាជំងឺរបេងនិងក្នុងពេលប្រើឱសថ amphotericin B ពីព្រោះវាបណ្តាលអោយមានប្រតិកម្មឱសថដ៏លំបាកមួយចំនួន (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៣)។ ក្នុងករណីដែលចង្កោមរោគសញ្ញាឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធភាពស្តាំ (IRIS) បានកើតឡើង, ហើយរោគសញ្ញានិមួយៗ (individual symptoms) អាចគ្រប់គ្រងព្យាបាល គឺមិនចាំបាច់ផ្អាកការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទេ ។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បញ្ហាជាច្រើនបានកើតឡើង ក្រោយពេលចាប់ផ្តើម និងពេលតាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំពុងពេលព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម៖

- ការជ្រាបចូលនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមនៃអ្នកជំងឺមិនបានល្អ បណ្តាលអោយកំរិតថ្នាំក្នុងឈាមទាបជាងកំរិតព្យាបាល(subtherapeutic blood) ហើយអាចបង្កអោយមានភាពស្តាំជាមួយឱសថ។
- ជំងឺឱកាសនិយមអាចធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់មុខងារតំរង់នោម និងមុខងារថ្លើម និងបណ្តាលអោយមានឥទ្ធិពលលើកំរិតឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាម
- ការបង្កអោយមានភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃរោគសញ្ញាជំងឺឱកាសនិយម អាចធ្វើអោយច្រឡំជាមួយនឹងការបង្កឡើងនូវជំងឺឱកាសនិយមថ្មី ឬ កើត IRIS ។
- ចង្កោមរោគសញ្ញានៃ IRIS អាចកើតឡើងជាច្រើនសប្តាហ៍ ឬ ជាច្រើនខែ មុននឹងបាត់បង់ទៅវិញ។

៥ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើរូបមន្ត ជូរទី១ ជាអ្វី?

ការសំរេចចិត្តប្រើរូបមន្តព្យាបាលជូរទី១ គឺមានទំនាក់ទំនងជាបឋមជាមួយនឹងការពុលថ្លើម នៃឱសថ រួមមាន កង្វះគ្រាប់ឈាមក្រហម (anemia), ជំងឺ peripheral neuropathy, ជំងឺរបេង, ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) និងការមានផ្ទៃពោះរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ផ្អែកតាមគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន, NVP បន្តនៅជាឱសថជំរើសក្នុងរូបមន្ត ព្យាបាលជូរទី១នៃក្រុម NNRTI។ ពេលចាប់ផ្តើមប្រើឱសថ NVP លើអ្នកជំងឺណាម្នាក់ត្រូវចាប់ ផ្តើមប្រើពីកំរិតដូសទាប ក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ដំបូងនៃការព្យាបាល ដើម្បីចៀសវាងការលើស កំរិត ដូសឱសថនិងបង្កអោយធ្វើមេតាបូលីស (metabolism) ឱសថ NVP ដោយ cytochrome P450 ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ពីមុន ហើយបានផ្អាកការព្យាបាលលើសពី២សប្តាហ៍ មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេ រោគ អេដស៍សារជាថ្មី។ ប្រសិនបើមិនមានផលប៉ះពាល់នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលតំបូងដោយ NVP ទេនោះ គឺអាចបង្កើនកំរិតដូស NVP អោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺមាន ប្រតិកម្មជាមួយ NVP ការបញ្ឈប់ការព្យាបាលភ្លាមៗអាស្រ័យលើភាពធ្ងន់ធ្ងរ នៃផលប៉ះពាល់នោះ (សូមមើលតារាងទី៨ ស្តីពីការចាប់ផ្តើមកំរិតដូសរបស់ NVP និងអានជំពូកទី ៦.៥ អំពីការធ្វើរោគ វិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍)។

នៅពេលខាងមុខនេះ ឱសថ d4T នឹងត្រូវដកចេញពីរូបមន្តព្យាបាលជូរទី១ ដោយសារតែ ភាពពុលនៅពេលព្យាបាលរយៈពេលយូរ។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តី គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាល បច្ចុប្បន្ននៅតែបន្តអោយប្រើឱសថ d4T និង 3TC ដែលជាជំរើសក្នុងក្រុម NRTIs នៃរូបមន្ត ព្យាបាលជូរទី១ រហូតដល់មានការធានាក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថសំរាប់ជំនួសដែលអាចទទួលយកបាន នៅពេលអនាគត។

កំរិតដូសស្តង់ដារ និងការតម្រូវកំរិតដូសនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ទៅតាម មុខងាររបស់តំរងនោម និងមុខងារថ្លើមមានសរសេរក្នុងឯកសារយោងនៃឧបសម្ព័ន្ធទី២ និងតារាង ទី១៨។

៥-១ រូបមន្តព្យាបាលជូរទី១ នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

តារាងទី៧ សង្ខេបអំពីរូបមន្តព្យាបាលជូរទី១ស្តង់ដារ សំរាប់ព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានបំពេញលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។

តារាងទី៧: ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដារ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជូរទី១

(first-line regimen)

ស្ថានភាព	រូបមន្តព្យាបាល
ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដារ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជូរទី១	d4T + 3TC + NVP
ការជ្រើសរើសឱសថដោយសារផលប៉ះពាល់	
ជំងឺសរសៃប្រសាទ (Neuropathy)	AZT + 3TC + NVP
ជំងឺសរសៃប្រសាទ និងស្លេកស្លាំង (anemia)	ត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ
AST/ALT > ៥ដងលើសពីតំលៃធម្មតា	d4T + 3TC + EFV
អ្នកជំងឺដែលបង្កោររោគ/អេដស៍រួមគ្នា (HIV/TB Coinfection)	
កំពុងព្យាបាលជំងឺរោគរបេងដោយឱសថ rifampicin ប៉ុន្តែគ្មានជំងឺសរសៃប្រសាទ	d4T + 3TC + EFV
កំពុងព្យាបាលជំងឺរោគរបេងដោយឱសថ rifampicin និងមានជំងឺសរសៃប្រសាទ	AZT + 3TC + EFV
កំពុងព្យាបាលជំងឺរោគរបេង ដោយឱសថ rifampicin និងមានផ្ទៃពោះ	ចាប់ផ្តើមព្យាបាលនៅត្រីមាសទី១ ដោយ AZT + 3TC + NVP បន្តចាប់ផ្តើមព្យាបាលពីត្រីមាសទី២ និងទី៣ ដោយ AZT + 3TC + EFV
កំពុងព្យាបាលជំងឺរោគរបេង និងមិនអាចប្រើ (contraindication) ឬ មិនអាចទ្រាំទ្រ (intolerance) ជាមួយ EFV បាន	d4T + 3TC + NVP
អ្នកជំងឺដែលកើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងអេដស៍រួមគ្នា (HIV/HBV Coinfection)	
មានប្រវត្តិធ្លាប់កើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ហើយឥឡូវនេះមានភាពស្ងប់ (ធ្វើតេស្តអង់ទីហ្វេរីតាំងអវិជ្ជមាន)	d4T + 3TC + NVP
ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ មិនសកម្ម (សូមអានជំពូក៥.៣)	d4T + 3TC + NVP
ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃសកម្ម (សូមអានជំពូក៥.៣)	TDF+ 3TC + EFV
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ	
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ	AZT + 3TC + NVP
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងមានភាពស្លេកស្លាំង (ត្រីមាសទី១នៃគភ៌)	d4T + 3TC + NVP

ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះ និងមានភាពស្លេកស្លាំង និងមានជំងឺសរសៃប្រសាទ (ត្រីមាស ទី១នៃគភ៌)	TDF + 3TC + NVP
ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះដែលមាន AST/ALT > ៥ដងនៃតំលៃធម្មតា (ត្រីមាសទី១នៃគភ៌)	TDF + 3TC+ AZT (នៅត្រីមាសទី១) បន្ទាប់មកប្តូរទៅ AZT+3TC+EFV (បន្ទាប់ពីត្រីមាសទី១)
ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះដែលមាន AST/ALT > ៥ដងនៃតំលៃធម្មតា (ត្រីមាសទី២ និងទី៣នៃគភ៌)	AZT + 3TC + EFV
ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះនិងមានជំងឺរបេង	ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ
ធ្លាប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគ អេដស៍	ត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ

• យោបល់ពីអ្នកជំនាញ

យោបល់ពីអ្នកជំនាញ រួមមាន ក្រុមគ្រូសំរេបសំរួលវគ្គបណ្តុះបណ្តាលនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សមាជិកអនុគណៈកម្មការ ស្តីពីការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងទីប្រឹក្សាអន្តរជាតិ។ រាល់សំណួរនិងចម្ងល់ទាំងអស់ សូមលើក ឡើងជាសំណួរទៅកាន់គ្រូសំរេបសំរួលវគ្គបណ្តុះបណ្តាល អំពីការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលជំងឺឱកាស និយមនិងដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលកំណត់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹង ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ។

• ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយប្រើឱសថNVPគឺជាផ្នែកមួយនៃការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍:

ចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART ដោយប្រើឱសថ NVP អាចបណ្តាលអោយមានផលប៉ះពាល់ រួមមាន ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (Rash) និងជំងឺរលាកថ្លើម។ ដូច្នេះ ត្រូវប្រើឱសថនេះក្នុងកំរិតដូស ទាបដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ទាំងនេះអោយនៅកំរិតទាបបំផុត។ ការតំឡើងកំរិតដូសឡើងវិញ ដោយសុវត្ថិភាពបន្ទាប់ពីការព្យាបាល ២សប្តាហ៍ ដោយសារការបង្កើនសមត្ថភាពថ្លើមក្នុងការធ្វើ មេតាបូលីស ឱសថ NVP ។

បើអ្នកជំងឺបានផ្លាស់ប្តូរពីការប្រើឱសថ EFV នៃរូបមន្តព្យាបាលដំបូង ឬ អ្នកជំងឺធ្លាប់ ទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងដោយ rifampicin យ៉ាងតិច ២សប្តាហ៍ សមត្ថភាពនៃការធ្វើមេតា

បូលីសរបស់ថ្លើមបានកើនឡើង ដូច្នោះ មិនចាំបាច់បន្ថយកំរិតដូសនាំមុខ (Lead in dosing) ចំពោះ ឱសថ NVP ទេ។ សូមមើលតារាងទី៨ អំពីវិធីសាស្ត្រប្រើកំរិតដូសនាំមុខ(Lead in dosing)។

ការកំណត់កំរិតដូសឱសថ NVP ក្នុងកំឡុង២សប្តាហ៍ដំបូង អាចមានបញ្ហាដោយសារត្រូវ មានថ្នាំគ្រាប់ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា, ការផ្សំឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា និងការផ្សំឱសថបីមុខបញ្ចូលគ្នា។ ឱសថ NVP អាចប្រើក្នុងកំរិតដូសពេញលេញនៃឱសថដែលមានកំរិតដូសរួមគ្នា (fixed dose combinations) ក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ក្រោយ ប្រសិនបើមិនមានប្រតិកម្ម ឬ ព្រឹត្តិការណ៍អាក្រក់ បានកើតឡើងនោះទេ។ ឱសថដែលមានកំរិតដូសរួមគ្នា (fixed dose combinations) នៅតែជា ជំរើសមួយក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍រយៈពេលយូរ ដើម្បីកាត់បន្ថយ ការលេបថ្នាំច្រើនគ្រាប់ពេក (pill burden) និងធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវការលេបថ្នាំអោយបាន ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence) ។

ឱសថពីរមុខរួមបញ្ចូលគ្នា (FDC) ដែលមាននៅប្រទេសកម្ពុជាយើងគឺ៖

- Zidovudine + Lamivudine (AZT + 3TC)
- Stavudine + Lamivudine (d4T + 3TC)

ឱសថបីមុខរួមបញ្ចូលគ្នាដែលមាននៅប្រទេសកម្ពុជាគឺ៖

- Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine (AZT + 3TC + NVP)
- Stavudine + Lamivudine + Nevirapine (d4T + 3TC + NVP)

តារាងទី៨ នឹងពិពណ៌នាអំពីវិធីសាស្ត្រចំពោះអ្នកជំងឺធ្លាប់បានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង នឹងមេរោគអេដស៍ និងធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេងដើម្បីកំណត់កំរិតដូសនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ប្រើរួមមន្តព្យាបាលដំបូងដែលមានឱសថ NVP។

តារាងទី៨: កំរិតដូសនាំមុខនៃឱសថ NVP នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគ អេដស៍ និងធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង*

ប្រវត្តិព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគ អេដស៍ និងព្យាបាលជំងឺរបេង	សប្តាហ៍ ០ - ២		ក្រោយពី ២ សប្តាហ៍
ការព្យាបាលដោយឱសថ ប្រឆាំងនឹង មេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺព្យាបាល លើកដំបូង (ARV Naive)	ព្រឹក	NVP ២០០មក្រគ្រាប់ សំប៉ែត និង ឱសថក្រុម NRTIs ផ្សេងទៀត ដែលជាផ្នែកមួយនៃ FDC (AZT+3TC ឬd4T+3TC)	NVP ដែលជា ឱសថមួយនៃ ឱសថរួមបញ្ចូល គ្នា ៣មុខ (FDC) ដោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ
	ល្ងាច	ឱសថ២មុខ (FDC) (AZT+3TC ឬ	

	d4T+3TC)	
ប្តូរពីរូបមន្តកំពុងព្យាបាល ទៅប្រើ EFV	NVP ដែលជាឱសថមួយនៃឱសថរួម បញ្ចូលគ្នា ៣មុខ (FDC) ដោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	NVP ដែលជាឱសថមួយនៃឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា ៣មុខ (FDC) ដោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ
កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង ដោយប្រើ rifampicin យ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល ២សប្តាហ៍។	NVP ដែលជាឱសថមួយនៃឱសថរួម បញ្ចូលគ្នា ៣មុខ (FDC) ដោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។	NVP ដែលជាឱសថមួយនៃឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា ៣មុខ (FDC) ដោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។

* ប្រសិនបើមិនមានឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា ២ ឬ៣មុខ សំរាប់ជ្រើសរើសក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទេនោះ គឺត្រូវប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍មួយមុខៗវិញ (individual ARV tablets) ។

ដោយបន្ថែមពីលើកំរិតដូសឱសថ NVP នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលអោយបានសមស្រប, អ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើឱសថ NVP ត្រូវតាមដាននូវការលេចឡើងជំងឺរលាកថ្លើមក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលដោយឱសថ NVP រយៈពេល ៤ខែដំបូង។ ត្រូវតាមដានមុខងារថ្លើម រៀងរាល់២សប្តាហ៍ ម្តងនៅក្នុងខែដំបូង បន្ទាប់មក១ខែម្តងនៅខែទី២, ទី៣ និងទី៤នៃការព្យាបាលដោយឱសថNVP។ ប្រសិនបើ AST/ALT លើសពី ៥ ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតាចំពោះអ្នកជំងឺដែលគ្មានផ្ទៃពោះ សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី៣។ ប្រសិនបើ AST/ALT លើសពី ២ ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតាចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ សូមសួរយោបល់ពីអ្នកជំនាញ អំពីកំរិតដូសឱសថ NVP នៅពេលមានជំងឺរលាកថ្លើមពេលកំពុងមានផ្ទៃពោះ។

៥-២ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេង

- ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេងភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ថាមានជំងឺរបេងរួមជាមួយនឹងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ។
- ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ ក្រោយពីការព្យាបាលជំងឺរបេងបាន២សប្តាហ៍។ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលក្នុងរយៈពេលសមស្របមួយដើម្បីធ្វើការវាយតំលៃប្រតិកម្មនៃឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង និងការព្យាបាល

បង្ការដោយប្រើឱសថ cotrimoxazole ដែលជួយក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាឈឺ និង អត្រាមរណៈភាព។

ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺមានភាពស្មុគស្មាញ ដោយសារការប្រើឱសថ Rifampicin ក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេង។ ជាបឋម ឱសថ Rifampicin មានអន្តរកម្មជាមួយឱសថក្រុម NNRTI និងក្រុម PI ប៉ុន្តែ គ្មានអន្តរកម្មជាមួយក្រុម NRTI ទេ។ អន្តរកម្មរវាង rifampicin និងឱសថក្រុម NNRTI និងក្រុម PI បណ្តាលមកពី rifampicin បាន បង្កើនសកម្មភាពរបស់ប្រព័ន្ធអង់ស៊ីមថ្លើម cytochrome P450 (3A4) ដែលធ្វើមេតាបូលីសឱសថ lopinavir, nevirapine, និងអាចធ្វើមេតាបូលីសដល់ឱសថ Efavirenz ផងដែរ។ Rifampicin ធ្វើ អោយកំរិតឱសថទាំងអស់នេះនៅក្នុងឈាមថយចុះ។ ផ្ទុយទៅវិញ ឱសថក្នុងក្រុម PIs និង NNRTIs ក៏អាចបណ្តាលអោយមានការប្រែប្រួលប្រព័ន្ធសកម្មភាពអង់ស៊ីមនេះ ដែលនាំអោយមានការប្រែ ប្រួលកំរិត Rifampicin នៅក្នុងឈាមវិញដែរ។ សក្តានុពលនៃអន្តរកម្មរវាងឱសថនេះ អាចបណ្តាល អោយមានភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ឬ បរាជ័យនៃការ ព្យាបាលជំងឺរបេង ឬ បង្កើនភាពពុលឱសថខ្លាំងក្លា ។

ទោះបីជា Rifampicin បានបន្ថយកំរិតដួសឱសថ EFV នៅក្នុងឈាមក៏ដោយ ក៏ការសិក្សា ជាច្រើនបានផ្តល់យោបល់ថា កំរិតលំហូរនៃឱសថនេះនៅក្នុងឈាម (trough levels) នៅតែរក្សា បានក្នុងកំរិតព្យាបាល (therapeutic ranges) ដោយប្រើ Efavirenz ក្នុងកំរិតដួសធម្មតា ។ ដោយសារហេតុផលនេះ គេមិនចាំបាច់ធ្វើការកែប្រែកំរិតដួស Efavirenz ដែលនាំអោយ Efavirenz ជាឱសថ ជំរើសមួយនៃក្រុម NNRTI ក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេងដែលកំពុងប្រើឱសថ rifampicin។ មិនត្រូវប្រើឱសថ EFV ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១ទេ។

ប្រសិនបើប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន LPV/r ត្រូវបង្កើនកំរិតដួស LPV ឬ ritonavir ដើម្បីរក្សាកំរិត LPV អោយស្ថិតនៅក្នុងកំរិតព្យាបាល (therapeutic levels)។ ដោយសារ Ritonavir រារាំងអង់ស៊ីម CYP 3A4, គឺត្រូវបង្កើនកំរិត lopinavir “boost” នៅក្នុងឈាមនៅពេល ណាដែលប្រើឱសថទាំងពីរនេះជាមួយគ្នា។ LPV/r ត្រូវប្រើក្នុងកំរិតដួស ៤០០មក្រ/៤០០មក្រ (ប្រើ២គ្រាប់ ២០០/៥០មក្រ និងប្រើ ៣គ្រាប់ RTV ១០០មក្រ) លេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ក្នុងករណី ដែលមិនមានឱសថ RTV គ្រាប់តូច, អ្នកផ្តល់សេវាអាចប្រើកំរិតដួសប្រចាំថ្ងៃទ្វេដង (double standard daily dose) នៃ LPV/r និងប្រើក្នុងកំរិតដួស ៨០០មក្រ/២០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។

NVP មិនត្រូវប្រើជាទូទៅក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេងទេ ព្រោះវាបណ្តាលអោយពុលថ្លើមដូច គ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺរបេងស្តង់ដាផងដែរ ព្រោះវាមានអន្តរកម្មជាមួយនឹង Rifampicin។ ទោះបី ជាយ៉ាងនេះក្តី ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនអាចប្រើ (contraindication) ឬ ទ្រាំទ្រនឹងឱសថ EFV បាន ត្រូវប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NVP នៅពេលកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង។ ត្រូវប្រើ NVP

ក្នុងកំរិតដូសស្តង់ដារ ដោយមិនចាំបាច់បន្ថយកំរិតដូសក្នុងដំណាក់កាលដំបូងទេ (lead in period) ព្រោះប្រព័ន្ធអង់ស៊ីម cytochrome P450 របស់ថ្លើមបានកាត់បន្ថយដោយ Rifampicin រួចហើយ និងត្រូវតាមដានមុខងារថ្លើមរៀងរាល់២សប្តាហ៍ម្តង ក្នុងដំណាក់កាលនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺ របេងដោយ Rifampicin។ ត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ បើអ្នកផ្តល់សេវាមានសំណួរ ឬ អ្នកជំងឺ មានមុខងារថ្លើមកាន់តែអាក្រក់ទៅ។

ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែម អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវអានឧបសម្ព័ន្ធទី៣ និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាល ការបង្ករោគរូមគ្មានរាងជំងឺរបេង/អេដស៍ ឆ្នាំ ២០០៩ និងការវាយតម្លៃ អន្តរកម្មរវាងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងឱសថដែលប្រើក្នុងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាលជំងឺរបេង។

អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ EFV ក្នុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវប្តូរមក ប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន NVP វិញ ក្រោយពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេង លើកលែងតែ ករណីដែលមិនអាចប្រើ NVP បាន (contraindication)។ អ្នកជំងឺដែលប្រើ EFV មិនចាំបាច់ប្រើកំរិត ដូសទាបនៅពេលដែលប្តូរមកប្រើ NVP ទេ។ ត្រូវតាមដានអ្នកជំងឺដោយយកចិត្តទុកដាក់ដើម្បី ស្វែងរកប្រតិកម្ម hypersensitivity និងលេចចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែកអាចកើតឡើងនៅពេល ផ្លាស់ប្តូរឱសថ។

៥-៣ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រួមគ្នា

- មេរោគអេដស៍ធ្វើអោយមានការផ្លាស់ប្តូរការវិវត្តន៍ជាធម្មជាតិ នៃការបង្ករោគរលាក ថ្លើមប្រភេទ B ដែលបណ្តាលអោយមានការវិវត្តន៍ទៅរកជំងឺថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរក្នុងអត្រាខ្ពស់ ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រួមគ្នា។ វត្តមាន នៃមេរោគអេដស៍ ជំរុញអោយការវិវត្តទៅរកជំងឺក្រិនថ្លើម (cirrhosis) និងមហារីក ថ្លើម (hepatocarcinoma) មានអត្រាខ្ពស់ ដែលបណ្តាលមកពីមេរោគរលាកថ្លើម ប្រភេទ B បានបំបែកខ្លួនឆាប់រហ័ស ។ ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B មកលើការវិវត្តន៍ធម្មជាតិនៃមេរោគអេដស៍វិញមិនត្រូវគេបានដឹងទេ។
- ការពុលថ្លើមដោយសារឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍កើនឡើងប្រហែល៣ដង លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប៉ុន្តែរោគសញ្ញានៃការរលាក ថ្លើម មិនសូវជួបប្រទះញឹកញាប់ទេ គឺប្រមាណ ១ ទៅ ២%ប៉ុណ្ណោះ។
- ត្រូវចៀសវាងការប្រើឱសថ NVP ក្នុងការព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺ រលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅពេលដែល AST/ALT ច្រើនជាង ៥ ដងនៃកំរិតតម្លៃ ធម្មតា។

- ឱសថ 3TC និង TDF មានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។ ការសិក្សាថ្មីនេះបានបញ្ជាក់ថា ការប្រើឱសថទាំងពីរនេះរួមគ្នាក្នុងរូបមន្តព្យាបាលធ្វើអោយការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B មានភាពប្រសើរឡើងចំពោះអ្នកជំងឺក្រិនថ្លើមដែលបណ្តាលមកពីមេរោគនេះ។
- នៅពេលដែល AST/ALT ច្រើនជាង ៣ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា និងមិនមានមូលហេតុបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ថា បណ្តាលមកពីការពុលថ្លើមដោយឱសថ (fluconazol, NVP, ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគរបេង...) ត្រូវធ្វើតេស្តរកការបង្ករោគរូមគ្នាជាមួយមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅកន្លែងដែលអាចធ្វើតេស្តនេះបាន (HBsAg, anti-HBc, or anti-HBs)។ បច្ចុប្បន្ននេះ មន្ទីរពិសោធន៍នៅវិទ្យាស្ថានប៉ាស្ទ័រអាចធ្វើតេស្តរក DNA របស់មេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B បាន។ នៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែកភាគច្រើន អាចធ្វើបានតែតេស្តអង់ទីហ្វេសនៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ក៏ប៉ុន្តែតេស្តនេះគ្រាន់តែអាចបញ្ជាក់ថា អ្នកជំងឺមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃតែប៉ុណ្ណោះ។
- បើតេស្តអង់ទីហ្វេសនៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B អវិជ្ជមាន អ្នកជំងឺមិនមានមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ទេនោះ ឬ អ្នកជំងឺមានភាពស្មុំប្រឆាំងនឹងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដូច្នោះអ្នកជំងឺអាចទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍តាមរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដារ (សូមអានជំពូកទី៥)។

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ មានពីរប្រភេទ គឺជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទរ៉ាំរ៉ៃ **អសកម្ម** និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ **សកម្ម**។

- អ្នកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ **អសកម្ម** គឺមាន៖
 - តេស្តអង់ទីហ្វេសនៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B វិជ្ជមាន និង AST/ALT តិចជាង ៣ ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា តាមរយៈការធ្វើតេស្តនៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺចំនួន ២ដង ឃ្លាតពីគ្នា៣ខែម្តង ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បាន៦ខែ។
 - អ្នកជំងឺទាំងនេះ ត្រូវការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍តាមរូបមន្តស្តង់ដារ បើចំនួនកោសិកា CD4 \leq ៣៥០ កោសិកា/មម^m ដោយដាក់បញ្ចូលតែឱសថ 3TC (សូមអានជំពូកទី៥)។
- អ្នកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ **សកម្ម** គឺមាន៖
 - តេស្តអង់ទីហ្វេសនៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B វិជ្ជមាន និង AST/ALT ច្រើនជាង ៣ ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា តាមរយៈការធ្វើតេស្តនៅពេលមក

ពីគ្រោះជំងឺបន្តបន្ទាប់គ្នា ចំនួន ២ដង ឃ្លាតពីគ្នា ៣ខែម្តង ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បាន ៦ខែ។

○ អ្នកជំងឺទាំងអស់ ត្រូវប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅប្រើឱសថ 3TC+TDF+EFV ។

ក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺមានតេស្តអង់ទីហ្សែន នៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ហើយតេស្ត AST/ALT ច្រើនជាង ៣ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា តាមរយៈការធ្វើតេស្តនៅពេលមកពីគ្រោះជំងឺបន្តបន្ទាប់គ្នា ចំនួន២ដង ឃ្លាតពីគ្នា ៣ខែម្តង ក្រោយរយៈពេល ៦ខែ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺ អ្នកជំងឺមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B សកម្ម។

អ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B អសកម្ម ឬ សកម្ម ត្រូវជៀសវាង ឬ កាត់បន្ថយការដឹកសុរា ហើយត្រូវទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សា អំពីការប្រឈមមុខនៃការចំលងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ទៅអ្នកដទៃ។

ជៀសវាងបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ណាមួយ ដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ពីព្រោះវាអាចបណ្តាលអោយមុខងាររបស់ថ្លើមកាន់តែចុះខ្សោយ (hepatitis flare)។

នៅពេលដែលអ្នកជំងឺអេដស៍បង្ករោគជាមួយគ្នាជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B បណ្តាលអោយមានការរលាកថ្លើមកាន់តែខ្លាំង អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ។ អ្នកជំងឺអេដស៍មានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រួមគ្នា អាចបណ្តាលមកពី៖

- បញ្ឈប់ការប្រើឱសថក្នុងក្រុម NRTI ដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B (3TC ឬ TDF),
- ភាពប្រសើរឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ដោយសារការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (មាន ឬ គ្មាន 3TC ឬ TDF),
- ភាពពុលថ្លើមបង្កដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ឬបង្កដោយឱសថព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម (fluconazole, ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង...), ឬ
- លេចឡើងនូវភាពស៊ាំជាមួយមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ជាមួយក្រុមឱសថ NRTI (ពិសេស 3TC)។

៥-៤ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

- ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅពេលមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ (ចំនួនកោសិកា CD4 < ៣៥០ កោសិកា/មម^៣) និងបន្តការព្យាបាលក្រោយពេលសំរាលកូនរួច។
- រីឯស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមិនមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (ចំនួនកោសិកា CD4 > ៣៥០ កោសិកា/មម^៣) គឺត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើឱសថបីមុខ “triple drug” ចាប់ពីសប្តាហ៍ទី១៤ នៃគភ៌ដូចបានចែងក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ឆ្នាំ ២០១០ (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៧ អំពីការសង្ខេបនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍សំរាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមិនទាន់គ្រប់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ក្នុងការចាប់ផ្តើមកព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍)។

អនុសាសន៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ គឺ AZT+3TC+ NVP ។ មានការកើនឡើងនៃការប្រឈមមុខនៃការរលាកថ្លើមពេលប្រើ NVP (NVP-induced hepatitis) ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ២៥០-៣៥០ កោសិកា/មម^៣ ។ អ្នកជំងឺទាំងអស់នេះត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយប្រើ NVP ហើយតាមដានតេស្តមុខងារថ្លើម រៀងរាល់ ២សប្តាហ៍ម្តង នៅខែទី១ និងរៀងរាល់ ៤សប្តាហ៍ម្តង នៅខែទី២, ទី៣ និងទី៤ នៃការព្យាបាល។

ឱសថ EFV គឺជាឱសថសំរាប់ប្រើឆ្លាស់គ្នាជាមួយនឹងឱសថ NVP ប៉ុន្តែមិនត្រូវប្រើឱសថ EFV ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១ទេ ព្រោះអាចបណ្តាលអោយប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទទារក (neural tube defects)។ EFV អាចប្រើបានដោយសុវត្ថិភាព នៅត្រីមាសទី២ និងទី៣ នៃគភ៌។

ក្នុងករណីដែលអ្នកផ្តល់សេវា មានសំណួរទាក់ទងនឹងការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលអោយសមស្របសំរាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។ ចំណុចខាងក្រោមនេះ គឺជាជំរើសមួយសំរាប់អ្នកផ្តល់សេវា លើកមកពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ នៅពេលជួបប្រទះកាលៈទេសៈពិសេសៗកើតឡើងក្នុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ៖

- បើ AST/ALT ច្រើនជាង ៥ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា៖

- ត្រីមាសទី១នៃគភី ត្រូវប្តូរទៅ AZT+3TC+TDF បន្ទាប់មកប្តូរទៅ AZT+3TC+EFV នៅត្រីមាសទី២នៃគភី
- ត្រីមាសទី២ ឬទី៣ ប្តូរទៅ AZT+3TC+EFV
- បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ មិនអាចប្រើ NVP បាន ដោយសារស្នាមកន្ទួលលើស្បែកក្លាយជាធ្ងន់ធ្ងរ៖
 - ត្រីមាសទី១នៃគភី - ប្តូរទៅ AZT+3TC+TDF, បន្ទាប់មកប្តូរទៅ AZT+3TC+EFV នៅត្រីមាសទី២ នៃគភី
 - ត្រីមាសទី២ ឬទី៣នៃគភី – ប្តូរទៅ AZT + 3TC + EFV
- បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមិនអាចប្រើ (contraindication) EFV និង NVP បានទេនោះ ទោះបីជាផ្ទៃពោះស្ថិតនៅត្រីមាសទីប៉ុន្មានក៏ដោយ ត្រូវប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលដោយ LPV/r
- បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមិនអាចប្រើ AZT និង d4T បាន, ត្រូវប្រើ TDF ជំនួសវិញ។ សុវត្ថិភាពនៃ TDF ក្នុងការបំបាត់សារធាតុដែកក្នុងឆ្អឹង (bone demineralization) របស់ទារក គឺស្ថិតនៅជាទ្រឹស្តីបទនៅឡើយ បច្ចុប្បន្ន គេមិនសូវឃើញមានករណីនេះកើតឡើងនៅឡើយទេ។
- ស្ត្រីដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់មកមានផ្ទៃពោះ ត្រូវបន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែ ត្រូវផ្លាស់រូបមន្តព្យាបាលអោយបានសមស្របតាមរយៈពេលនៃគភី ដូចជា៖
 - បើដឹងនៅក្នុងកំឡុង៨សប្តាហ៍នៃគភី ហើយម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន EFV រួចហើយ ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ NVP។
 - បើដឹងនៅចន្លោះពី៨ទៅ១២សប្តាហ៍នៃគភី ហើយម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន EFV រួចហើយ ម្តាយត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានEFV តទៅទៀត។
- ចំពោះស្ត្រីដែលធ្លាប់បានទទួលសេវា PMTCT កាលពីពេលមានផ្ទៃពោះលើកមុន ក្នុងកំឡុងពេល ១២ខែ៖
 - ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលក្នុងក្រុម NNRTIs បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនោះធ្លាប់ទទួលសេវា PMTCT នៅក្នុងទំរង់ដោយប្រើ NVP តែមួយកំរិតដូស ឬ បន្តប្រើ 3TC+AZT រយៈពេលយ៉ាងតិច ៧ថ្ងៃ។

- បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទទួលសេវា PMTCT ដោយប្រើ NVP តែមួយកំរិតដូស ឬ បន្តប្រើ 3TC+AZT រយៈពេលយ៉ាងតិច៧ថ្ងៃ គាត់ត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើបន្ត ព្យាបាលដែលមាន LPV/r ដោយសារតែមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងភាព ស្មុំជាមួយឱសថ ក្រុម NNRTIs ដែលបានប្រើក្នុង PMTCT ។
- ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់ចំពោះការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់ លាប (adherence) នៅពេលកំពុងនិងក្រោយពេលមានផ្ទៃពោះ ពីព្រោះការលេបថ្នាំ ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាបអាចមានការ លំបាកនៅកំឡុងពេលនេះ។ ការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់ លាប គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ទាំងសំរាប់សុខភាពម្តាយ និងជួយកាត់បន្ថយ ការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក ។
- ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាដល់ម្តាយ អំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អំពីជំងឺសន្តានាក្នុងការចិញ្ចឹមកូន ដូចមានចែងក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពី ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍លើកុមារឆ្នាំ ២០១១ និងគោល ការណ៍ណែនាំ ស្តីពីកម្មវិធី PMTCT ឆ្នាំ ២០១០។
 - ស្ត្រីដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ហើយសំរេចចិត្តបំបៅដោះកូនដោយទឹកដោះម្តាយត្រូវបន្តប្រើឱសថប្រឆាំង នឹងមេរោគអេដស៍តទៅទៀត។

៦ បន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

៦-១ ការគាំទ្រអ្នកជំងឺអេដស៍ អោយលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប (ARV adherence)

- ការលេបថ្នាំប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប គឺជាការលេបថ្នាំជាបន្តរហូត-ដោយមិនភ្លេចលេប ឬ ពន្យារពេលលេប និង ត្រឹមត្រូវ តាមកំរិតដូសឱសថ គឺជាកត្តាដ៏សំខាន់ក្នុងការទទួលជោគជ័យនៃការព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មិនបានត្រឹមត្រូវ មិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប (Poor adherence) តិចជាង ៩០% គឺបណ្តាលអោយការព្យាបាលទទួលបរាជ័យ ដែលនាំអោយមេរោគអេដស៍ស្មុំនឹង ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ហើយកាត់បន្ថយនូវជំងឺសង្ស័យនៃការព្យាបាល (reduced treatment options) និងបង្កើននូវតំលៃនៃការព្យាបាលផងដែរ ។ ទោះជា

យ៉ាងនេះក្តី ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ដោយត្រូវព្យាបាលអស់មួយជីវិត ជាការងារមួយដ៏លំបាក។ ជាក់ស្តែង គឺពុំមានអ្នកជំងឺណាម្នាក់អាចលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ១០០% អស់មួយជីវិតនោះបានទេ។

- ការវាយតម្លៃពីការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់លើអ្នកជំងឺអេដស៍ម្នាក់ដោយមន្ត្រីសុខាភិបាល គឺបង្ហាញថា ជាញឹកញាប់ពុំសូវបានអនុវត្តដោយសុក្រិតទេ។ ដូច្នោះ មន្ត្រីសុខាភិបាលត្រូវ ចំណាយពេលអោយបានច្រើនក្នុងការគាំទ្រដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគ អេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ប្រសើរជាងការវាយតម្លៃ។ មធ្យោបាយដ៏ល្អបំផុតសំរាប់គាំទ្រដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ត្រូវផ្តោតលើការដោះស្រាយនូវផល វិបាករបស់អ្នកជំងឺដែលកំពុងលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នេះ។ ត្រូវបញ្ជូន អ្នកជំងឺទៅចូលក្រុមគាំទ្រក្រុម ឬ មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត (MMM) ដើម្បីលើកទឹកចិត្ត គាត់អោយស្វែងយល់ពីមិត្តភក្តិ អំពីបទពិសោធន៍នៃការលេបឱសថនេះ អោយបាន ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ “adherence supporter” ហើយគប្បីបញ្ជូនពួក គាត់ទៅក្រុមថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍តាមផ្ទះនិងតាមសហគមន៍ ដែលជាផ្នែកមួយនៃ គំរោងថែទាំព្យាបាល បន្ត។
- លើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគ អេដស៍ អោយចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់គាត់ វាមានសារៈ ប្រយោជន៍ ក្នុងការជួយពួកគាត់ អោយយល់ដឹងអំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺ អេដស៍និងការព្យាបាល ព្រមទាំងអោយគាត់រកឃើញនូវឧបសគ្គនានាដែលរារាំង ដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ ហើយអាចរកមធ្យោបាយដើម្បីជំនះ នូវរាល់ឧបសគ្គទាំងអស់នោះ។ ក្រសួងសុខាភិបាលពុំអនុញ្ញាតអោយអនុវត្តវិធីសាស្ត្រដូត (ការលេបឱសថប្រឆាំង នឹងមេរោគអេដស៍ ក្រោមការពិនិត្យផ្ទាល់ភ្នែក=DOT) ដោយចុះទៅផ្តល់ឱសថ ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ផ្ទាល់ដល់អ្នកជំងឺនៅផ្ទះនោះទេ ពីព្រោះវាពុំមាននិរន្តរភាព ក្នុងរយៈពេលយូរ។ ការស្វែងយល់ពីគ្រោះថ្នាក់ និងផលប្រយោជន៍អំពីការបើក ចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗ និងបង្កអោយមានការគាំទ្រ ពីមិត្តភក្តិនិងក្រុមគ្រួសារ ព្រមទាំងកាត់បន្ថយការរើសអើង គឺជួយជំរុញអោយការ

លេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់មាន ភាពប្រសើរឡើង ។

- ត្រូវរកអោយឃើញ និងដោះស្រាយបញ្ហាទាក់ទងនឹងបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (mental health issues), ជាពិសេស ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត (depression) និងអ្នកជំងឺដែលប្រើ ប្រាស់នូវសារធាតុដែលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ (harmful substances) ។
- កាត់បន្ថយជាអប្បបរមា នូវចំនួនគ្រាប់ឱសថដែលត្រូវអោយអ្នកជំងឺលេបរាល់ថ្ងៃ។
- ផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ធ្វើអោយថយចុះនូវការលេបឱសថ នេះដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ លើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយរាយការណ៍ពីរោគសញ្ញាថ្មីៗ ដែលកើតឡើង ចំពោះពួកគាត់។ ពិនិត្យមើលផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ រាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យសុខភាព និងផ្តល់ការព្យាបាលអោយបានទាន់ពេល។ ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗហើយជួបប្រទះញឹកញាប់ គឺការចង្ហោរ ក្អិត និងរាគរូស ហើយ ក្នុងរយៈពេលយូរ នឹងការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (lipoatrophy និង lipodystrophy)។
- បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត មិនត្រូវ បានផ្តល់ជាអនុសាសន៍អោយអនុវត្តទេ ព្រោះបណ្តាលអោយកើតមាន seroconversion illness និងលេចចេញនូវជំងឺឱកាសនិយមមួយចំនួន ជាពិសេស ចំពោះអ្នកជំងឺ ទាំងឡាយណាដែលមានCD4ទាបខ្លាំង និងប្រឈមមុខខ្ពស់ជាមួយនឹងជំងឺមហារីក ដែលមិនទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ (non-HIV associated cancers)។
- ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ គឺចាំបាច់ត្រូវអនុវត្តក្នុងរយៈពេលយូរ ដូច្នេះ ត្រូវពិភាក្សាអំពីប្រធានបទ នេះរាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យសុខភាព។

៦-២ គាំទ្រការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត និងការបើកចំហអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ពេលវេលាជ័យសមស្រប ដើម្បីស្វែងរកនូវការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ គឺនៅ រយៈពេល ២ ឬ ៣ខែ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគ អេដស៍។ ត្រូវផ្តល់ការអប់រំអំពីសារៈសំខាន់នៃការបង្ការជាវិជ្ជមាន (positive prevention messages) ស្របតាមនិយាមនៃបែបបទរបស់កម្មវិធីជាតិ ដោយសាកសួរអំពី ការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ការពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺ កាមរោគ ផែនការនៃការមានផ្ទៃពោះ និងការប្រើមធ្យាបាយពន្យាកំណើត។ ត្រូវ គាំទ្រ អោយអនុវត្តសុវត្ថិភាពផ្លូវភេទជារៀងរហូត។

- ត្រូវពង្រឹងការអប់រំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដោយផ្ដោតលើ៖
 - មិនត្រូវផ្តល់ឈាម ឬ សារៈធាតុរាវនៃសារពាង្គកាយទៅអ្នកដទៃ
 - មិនត្រូវអោយអ្នកដទៃប្រើប្រាស់ម្ជុល ឬ វត្ថុមុតស្រួចដែលប្រើក្នុងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសំរាប់ព្យាបាល ឧបករណ៍សាក់ទំលុះស្បែក ឬម្ជុលចាក់គ្រឿងញៀនដែលខ្លួនបានប្រើរួចហើយនោះទេ។
- ស្វែងរកផលលំបាក និងផលចំណេញដោយសារការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចំពោះនរណាម្នាក់ រួមទាំងដៃគូរួមភេទរបស់គេផងដែរ។ ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាការផ្តល់ការគាំទ្រដ៏ធំធេងដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ប៉ុន្តែករណីនេះ ត្រូវមានតុល្យភាពជាមួយនឹងការប្រឈមមុខនឹងការរើសអើង ឬ មើលងាយទៅថ្ងៃមុខ។

៦-៣ តាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលចាប់ផ្តើម និងកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវមកពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យអំពីការលេបឱសថ និងបញ្ហាសុខភាពទូទៅតាមពេលដូចខាងក្រោម៖

- ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
- រៀងរាល់ខែ រហូតដល់អ្នកជំងឺយល់ច្បាស់ អំពីឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងពិភាក្សាអំពីការលេបឱសថអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងស្ថានភាពជំងឺមានលំនឹងផ្នែកគ្លីនិក និងភាពស្ងប់។
- បន្ទាប់មក យ៉ាងតិចរៀងរាល់ ៣ខែម្តង ដើម្បីមកទទួលឱសថ និងពិភាក្សាអំពីការលេបឱសថអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងពិនិត្យរកមើលការលេចចេញរោគសញ្ញាថ្មី ។

សូមសង្កត់ធ្ងន់ក្នុងការពន្យល់អ្នកជំងឺ ដែលកំពុងលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយយល់ពីសារៈសំខាន់នៃការរាយការណ៍អំពីរោគសញ្ញាថ្មីៗអោយបានឆាប់រហ័ស។ គ្រូពេទ្យត្រូវសាកសួរ និងពិនិត្យរកមើលរោគសញ្ញាកើតមានថ្មីៗរាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យសុខភាព។

- ពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរោគសញ្ញាជំងឺរបេង រាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យសុខភាពស្របតាមយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is ដែលបានរៀបរាប់ក្នុងគំនូសបំព្រួញ ស្តីពីការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរោគជំងឺរបេង (សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is) និងអនុវត្តតាមគំនូសបំព្រួញ ស្តីពី ករណីសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងសំរាប់ករណីរកឃើញថា មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកវិជ្ជមាន។

កំណត់បញ្ជាក់ថា រោគសញ្ញាកើតឡើងថ្មីៗនេះអាចបណ្តាលមកពី៖

- ជំងឺកើតមានថ្មី រួមមាន ជំងឺឱកាសនិយមថ្មី
- ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថ
- ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធភាពសុំ (Symptoms of Immune reconstitution) (សូមអានជំពូកទី៦-៧)។
- ធ្វើតេស្តអមវិជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំដើម្បីតាមដាន (សូមអានតារាងទី៩)។ ត្រូវពិនិត្យស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត នៅពេលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកចាំបាច់។

តារាងទី៩: អនុសាសន៍នៃការធ្វើតេស្តអមវិជ្ជសាស្ត្រ ជាប្រចាំដើម្បីតាមដានក្នុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

តេស្តអមវិជ្ជសាស្ត្រ	ត្រូវធ្វើជាចាំបាច់	ធ្វើក្នុងករណីចាំបាច់
តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4	ត្រូវធ្វើតេស្តរាល់ ៦ខែម្តង	ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក
តេស្ត AST/ALAT	បើប្រើ NVP, INH, ព្យាបាលជំងឺរបេងក្នុងរយៈពេល២-៤ ខែដំបូងនៃការព្យាបាល ឬ កំពុងមានផ្ទៃពោះដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ចន្លោះពី ២៥០-៣៥០ កោសិកា/មម ^m	ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក
តេស្តបញ្ជាក់ថា មានថ្លៃពោះ	បើប្រើ EFV	
តេស្ត CBC	នៅខែទី១ និង រៀងរាល់៣ខែម្តង បើប្រើ AZT	ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក
ថតស្វិតដោយ X-ray	បើធ្វើការវាយតម្លៃការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង (សូមអាននិយាមនៃបែបបទនៃយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is)	ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក
តេស្ត Viral Load	ក្រោយ២៤ខែនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, បន្ទាប់មករៀងរាល់ ១២ខែម្តង ឬ ធ្វើការវាយតម្លៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល	
តេស្ត Creatinine	ធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ៣-៦ ខែម្តង បើប្រើ TDF	ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក
តេស្ត Phosphate		ធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ៣-៦ ខែម្តងបើប្រើTDF (ដើម្បីស្វែងរកជំងឺ បង្ហូរតំរងនោមឬ ចង្កោមរោគ សញ្ញា

		Fanconi)
តេស្ត Amylase		ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក
តេស្ត Lipids		ធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ១២ ខែម្តង ប្រសិនបើ d4T, EFV ឬ PI
តេស្ត Hepatitis B Surface Ag and Antibody	បើ AST/ALT ច្រើនជាង ៣ ដងនៃតំលៃកំរិតធម្មតា ឬដើម្បីតាមដាន ការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្វេស HBV ដែលធ្លាប់វិជ្ជមានពីមុន ។	បើ AST/ALT តិចជាង ៣ ដងនៃតំលៃកំរិតធម្មតា ឬករណីមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក។

៦-៤ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម

បើទោះបីជាការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ទទួលបានលទ្ធផលល្អក៏ដោយ ក៏ជំងឺឱកាសនិយមនៅតែអាចកើតមាន (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ឆ្នាំ ២០១១)។ ការកើតឡើងជំងឺឱកាសនិយមអាចបញ្ជាក់ថា ការព្យាបាលទទួលបានបរាជ័យ (សូមអានជំពូកទី៨) និងត្រូវធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ពី ភាពស៊ាំ និងតេស្តរ៉ឺសសាស្ត្រ។

៦-៥ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

ផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាទូទៅ តែងកើតមាននៅក្នុងរយៈពេលពី ២-៣ សប្តាហ៍ដំបូង ជាទូទៅមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ និងអាចធ្ងន់ស្រាលវិញ រយៈពេលប្រហែលមួយខែក្រោយ។ ផលប៉ះពាល់អាចកើតមានគ្រប់ពេល និងអាចមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ផងដែរ។ សូមអានតារាងទី១០ អំពីផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលតែងតែជួបប្រទះជាញឹកញាប់ និងតារាងទី២០អំពីការផ្តល់យោបល់អំពីការបង្ការនិងការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

តារាងទី១០: ផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់

ឱសថ និងក្រុមឱសថ	ចំណាត់ថ្នាក់នៃផលប៉ះពាល់របស់ឱសថនីមួយៗ				
	ស្បែក	ឈាម	ប្រដាប់រំលាយអាហារ	ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ	ផ្សេងៗ

Zidovudine (ZDV or AZT)		- ស្លេកស្លាំង - ថយចុះគ្រាប់ឈាមស	ចង្កោរ (ញឹកញាប់)	- ឈឺក្បាល(ញឹកញាប់) - ជំងឺសាច់ដុំ - ជំងឺបេះដូង	
Stavudine (d4T)			- រលាកលំពែង (កំរ) - ពុលថ្លើម	-រលាកសរសៃប្រសាទសើស្បែក Guillain-Barre like syndrome	- បាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ - ឡើងជាតិអាស៊ីតឡាក់ទិក
Lamivudine (3TC)		ថយចុះគ្រាប់ឈាមស (កំរ)	រលាកលំពែង (កំរ)	-រលាកសរសៃប្រសាទសើស្បែក (កំរ) -ឈឺក្បាល (មិនសូវញឹកញាប់)	មិនសូវមានផលប៉ះពាល់
Didanosine (ddl)			រលាកលំពែង ភាគរុស ចង្កោរ ក្អួត ឈឺពោះ	រលាកសរសៃប្រសាទសើស្បែក (Peripheral neuropathy)	អាស៊ីតឡាក់ទិក
Abacavir (ABC)					ប្រតិកម្ម (Hypersensitivity s ^d)
Tenofovir (TFV or TDF)					មិនសូវមានផលប៉ះពាល់ធំដុំទេ, អាចមានភាគរុសម្តងម្កាល, Tubulolpathy (Fanconis ^d)
Nevirapine (NVP)	កិន្ទូលស្បែក		រលាកថ្លើម		ប្រតិកម្ម (Hypersensitivity s ^d)
Efavirenz (EFV)	កិន្ទូលស្បែក		រលាកថ្លើម	រលាកប្រពន្ធុសរសៃប្រសាទញឹកញាប់ *	Teratogenicity
Lopinavir + Ritonavir (LPV/r)			ភាគរុស	ស្អិត	ឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម

*រួមមាន ភាពធូលីធ្លាក់, ឈឺក្បាល, សំរាមមិនលក់, ធ្លាក់ទឹកចិត្តខ្លាំង, បាត់បង់ការផ្ដោតអារម្មណ៍, អន្ទះអន្ទែង, សុបិន្តអាក្រក់, ចង់ធ្វើអត្តឃាត, វង្វែងវង្វាន់ ។

៦.៦ ផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់:

ករណីជាច្រើនដែលត្រូវផ្អាក ឬ បញ្ឈប់ការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយសារមិនអាចទ្រាំទ្របាន (Intolerance) ឬដោយសារផលប៉ះពាល់ណាមួយ។ នៅពេលដែលឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ណាមួយត្រូវបានបញ្ឈប់ ឬផ្អាក គេត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់ដោយមិនត្រូវអោយកំរិតដូសនៃឱសថស្ថិតនៅក្រោមកំរិតព្យាបាល (Sub-Therapeutic Levels) ទេ អាចបណ្តាលអោយមេរោគអេដស៍នឹងស្តាំជាមួយឱសថ ។

- ក្នុងករណីចាំបាច់ ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលជាបណ្តោះអាសន្ន ឬប្តូរ NVP ឬ EFV តែមួយមុខ, ត្រូវបន្តប្រើឱសថផ្សេងទៀតក្នុងក្រុម NRTIs រយៈពេល ៧ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពី NVP ឬ EFV ត្រូវបានបញ្ឈប់ពីព្រោះ រយៈពេលដែល NVP/EFV បន្តនៅក្នុងឈាម (half-life) មានរយៈពេលវែងជាង NRTIs ។ ការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រនេះ អាចជួយទប់ស្កាត់ការបង្កភាពស្តាំជាមួយនឹងឱសថក្នុងក្រុម NNRTIs នៅពេលអនាគត។
- ករណីមួយចំនួន, ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ត្រូវបញ្ឈប់ប្រមាណក្នុងពេលតែមួយ នៅពេលអ្នកជំងឺអេដស៍ប្រឈមមុខនឹងផលប៉ះពាល់ក្នុងកំរិតទី៣ ឬទី៤ ដោយការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។
- ដើម្បីអោយយល់ច្បាស់អំពីបញ្ហានេះត្រូវមើលតារាងទី១១ និង ឧបសម្ព័ន្ធទី ២ ។

តារាងទី១១: ការផ្លាស់ប្តូរឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់ (ARV side effect)

ឱសថ	ផលប៉ះពាល់	ដំណោះស្រាយភ្លាមៗ	ដំណោះស្រាយពេលអនាគត
NRTI	ការផ្លាស់ប្តូរ-បាត់បង់ស្រទាប់ខ្លាញ់ (Lipoatrophy)	ពិចារណាក្នុងការប្តូរ NRTIs (d4T ឬ ddl ឬ AZT) ទៅ TDF	អាចប្រើឱសថទាំងនេះម្តងទៀតបាន ប៉ុន្តែ អាចនឹងធ្វើអោយការបាត់បង់ស្រទាប់ខ្លាញ់កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ។
	ឡើងជាតិអាស៊ីតឡាក់ទិក (Lactic acidosis)	បញ្ឈប់ ARV ទាំងអស់, ផ្តល់ការគាំទ្រអ្នកជំងឺ, និងត្រូវប្តូរ NRTIs ទៅ TDF	ព្យាយាមជៀសវាងប្រើ AZT, d4T ឬ ddl ម្តងទៀត ។
AZT	- ស្លេកស្លាំង	ត្រូវប្តូរ AZT ទៅ d4T	ជៀសវាងប្រើ AZT

	(Hb<៨ក្រ/dl ធ្លាក់ចុះលើសពី ២៥%)	ឬ TDF	
	- ថយចុះគ្រាប់ឈាមស (neutrophils <៧៥០ កោសិកា/មម ^m)	ត្រូវប្តូរ AZT ទៅ d4T ឬ TDF	ជៀសវាងប្រើ AZT
d4T	-រលាកសរសៃប្រសាទ សើស្បែក: មធ្យម- ធ្ងន់ធ្ងរ (Moderate or Sever Peripheral neuropathy)	ត្រូវប្តូរ d4T ទៅ AZT ឬ TDF និងផ្តល់ការ ព្យាបាលតាមរោគ សញ្ញា ដោយប្រើ Amitriptyline និង Vitamin B6 ។	ជៀសវាងប្រើ d4T
ddl	-ឡើងជាតិអាស៊ីត ឡាក់ទិក - រលាកលំពែង -រលាកសរសៃប្រសាទ សើស្បែក - បាត់បង់ស្រទាប់ខ្លាញ់	ត្រូវបញ្ឈប់គ្រប់ ARV បើឡើងជាតិអាស៊ីត ឡាក់ទិក និងរលាកលំពែង មធ្យម (Amylasae>1.5x uln) ។ គាំទ្រអ្នកជំងឺរហូត ដល់មានស្ថានភាពលំនឹង រួចប្តូរ ddl ទៅ NRTI ផ្សេងទៀត ក្រៅពី d4T ដូចជា TDF ។ ចំពោះផល វិបាកផ្សេងទៀត សូមមើល តារាងទី២០ ឬ រូបភាពទី១	មិនត្រូវប្រើ ddl ទេ, ត្រូវពិចារណាប្តូរទៅNRTIs ផ្សេងទៀត ដូចជា TDF។
	ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (ប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុង ផ្ទៃ ៖ Teratogenicity)	ត្រូវពិចារណាប្តូរទៅ TDF	អាចចាប់ផ្តើមប្រើ ddl ឡើងវិញ ក្រោយពេលសំរាលកូនរួច (After Pregnancy) ។
TDF	ពុលតំរងនោម (Renal Tubular Dysfunction)	ប្តូរទៅ AZT	ជៀសវាងប្រើ TDF នៅពេលអនាគត ។
ABC	- ប្រតិកម្ម Hypersensitivity Syndrome	ត្រូវប្តូរ ABC ទៅឱសថ ARV ផ្សេងទៀតអាស្រ័យ ទៅតាមប្រវត្តិនៃការប្រើ ឱសថ ARV ពីមុនមក	មិនត្រូវប្រើ ABC ម្តងទៀតទេ ព្រោះអាចមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ
NVP	- កន្ទួលស្បែក-ស្នូត: No Mucosal Involvement ឬ គ្រុនក្តៅ	បន្តប្រើ NVP ដោយ រក្សាកំរិតដូសដដែល និងព្យាបាលដោយ Antihistamines	ប្រសិនបើស្នាមកន្ទួលលើស្បែក រលប់បាត់វិញ និងអ្នកជំងឺប្រើ កំរិតដូសទាបលើសពី ២ សប្តាហ៍, បង្កើនមកដល់កំរិត

			ដូសស្តង់ដារវិញ បើស្នាមកន្ទួល លើស្បែកកើតឡើងវិញ ត្រូវប្តូរទៅ EFV ។
	- កន្ទួលស្បែក: មធ្យម- ធ្ងន់ធ្ងរ (eg: bullae, "wet"), no mucosal involvement, មិនរាលដាល	ត្រូវប្តូរ NVP ទៅ EFV ក្រោយពី រោគសញ្ញាសើស្បែកបានរលប់បាត់	មិនត្រូវប្រើ NVP ម្តងទៀតទេ ។
	- កន្ទួលស្បែក: ធ្ងន់ធ្ងរដែលមានផលវិបាក ឬ គ្រុន [complicated (mucosal involvement or fever)]	បញ្ឈប់ប្រើគ្រប់ឱសថ ARV និង Cotrimoxazole និងចាប់ផ្តើមប្រើឡើងវិញ នៅពេលស្ថានភាពគ្លីនិក មានលំនឹង ត្រូវប្តូរ NVP ទៅ PI ។	មិនត្រូវប្រើ NVP ឬ EFV ម្តងទៀតទេ ។
	- រលាកថ្លើម	បើ AST/ALT ច្រើនជាង៥ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ ART រហូតដល់ស្ថានភាពជំងឺត្រឡប់មកធម្មតាវិញ, បន្ទាប់មកត្រូវប្តូរ ពី NVP ទៅ EFV ភ្លាម។	មិនត្រូវប្រើ NVP ម្តងទៀតទេ ។
	- រលាកថ្លើម: ធ្ងន់ធ្ងរ គំរាមកំហែងដល់ជីវិត	ផ្លាស់ប្តូរ NVP ទៅ PI	មិនត្រូវប្រើ NVP ឬ EFV ម្តងទៀតទេ ។
EFV	ឥទ្ធិពលលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ-ធ្ងន់ធ្ងរ	ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ NVP	ជៀសវាងប្រើ EFV
	-ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ: (ប៉ះពាល់ដល់ទារក ក្នុងផ្ទៃ: Teratogenicity)	ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ NVP បើអ្នកជំងឺមានផ្ទៃពោះ ទើបបាន ៨ សប្តាហ៍	អាចប្រើ EFV ម្តងទៀតបាន ពេលដែលគ្មានផ្ទៃពោះ ។
	- កន្ទួលស្បែក-ស្ងួត: (No Mucosal Involvement ឬគ្រុនក្តៅ)	ព្យាបាលដោយ Antihistamines ។ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបង្កដោយ EFV អាចបាត់បង់ដោយឯកឯង ក្នុងរយៈពេល ៣-៥ ថ្ងៃ ដោយមិន	មិនត្រូវប្រើ EFV សារជាថ្មីទេ បើមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយ NVP ត្រូវប្រើ PI កំរិតដូសខ្ពស់ (boosted PI) ។

		ចាំបាច់ផ្លាស់ប្តូរឱសថទេ ៗ បើមិនមានភាព ប្រសើរឡើងទេ ត្រូវប្តូរ ទៅ NVP ។	
	- កន្ទួលស្បែក: មធ្យម- ធ្ងន់ធ្ងរ (eg bullae, "wet"), no mucosal involvement, មិនរាលដាល	ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ NVP	មិនត្រូវប្រើ EFV ជាសារជាថ្មីទេ បើមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយ NVP ត្រូវប្រើ PI កំរិតដូសខ្ពស់ (boosted PI) ។
	- កន្ទួលស្បែក: ធ្ងន់ធ្ងរដែល មានផលវិបាក ឬ គ្រុន [complicated (mucosal involvement ឬ គ្រុនក្តៅ)]	ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ boosted PI	មិនត្រូវប្រើ NVP រឺ EFV ម្តងទៀតទេ ។
LPV	ផលវិបាក Metabolic (លើសជាតិស្ករក្នុងឈាម- លើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ដោយមិនអាចគ្រប់គ្រង បាន។	ត្រូវប្តូរ PI ទៅ non-PI បើ មិនអាចគ្រប់គ្រងបាន	ជៀសវាងប្រើ PI ម្តងទៀត បើអាចធ្វើបាន ។

**៦.៧ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមួយចំនួនដែលកើតឡើងក្រោយពី
កើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធភាពស្តាំ (IRIS)**

ចម្លែងរោគសញ្ញា (Symptoms) និងរោគសញ្ញាគ្លីនិក (Signs) នៃជំងឺជាច្រើនបានកើតឡើង
នៅពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺបណ្តាលមកពីប្រតិកម្មរបស់
ប្រព័ន្ធភាពស្តាំ។ នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ប្រព័ន្ធភាពស្តាំត្រូវបាន
ពង្រឹងដើម្បីប្រឆាំងទៅនឹងការបង្កជំងឺឱកាសនិយម និងលេចចេញជារោគសញ្ញាជាច្រើនដូចជា:

- ការប្រែក្លាយពីមិនមានរោគសញ្ញានៃជំងឺឱកាសនិយមពីមុនមក ទៅជាមានរោគ
សញ្ញា។
- បង្ហាញអោយឃើញថា រោគសញ្ញានៃជំងឺមួយចំនួនក្លាយជាធ្ងន់ធ្ងរ ទោះបីជាការ
ព្យាបាលបានទទួលជោគជ័យក៏ដោយ។
- ប្រតិកម្ម Remnants ឬ អង់ទីហ្សែននៃជំងឺឱកាសនិយមដែលធ្លាប់កើតពីមុន ក្រោយ
ពីទទួលការព្យាបាលរួចហើយ ។

ការលេចឡើងរោគសញ្ញាទាំងនេះមិនមែនគ្រាន់តែជាលទ្ធផលនៃជំងឺ ឬប្រព័ន្ធភាពសុំតែ ឯកឯងប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែវាជាអន្តរកម្មរវាងបញ្ហាទាំងពីរនេះ។ ជាទូទៅ វាច្រើនកើតឡើងក្នុង កំឡុងពេល ២ ទៅ ៨សប្តាហ៍ដំបូងក្រោយពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេ រោគអេដស៍ ។ ប៉ុន្តែ វាក៏អាចកើតឡើងគ្រប់ពេលក្នុងកំឡុងពេល៦ខែដំបូងនៃការព្យាបាល ហើយ ការកើតមានឡើងក្រោយរយៈពេលនេះជាករណីដ៏កំរ ។ ការប្រឈមមុខនឹងការលេចឡើងនូវ IRIS មានកំរិតខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាបខ្លាំង នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ប៉ុន្តែរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ កំរតំរាមកំហែងដល់ជីវិត ណាស់ ហើយការប្រឈមមុខនឹងអត្រាមរណៈភាពដោយសារ IRIS មានអត្រាទាបយ៉ាងខ្លាំង ធៀបនឹងការប្រឈមមុខនឹងអត្រាមរណៈភាពដែលបណ្តាលមកពីជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតឡើង ដោយសារតែ ការយឺតយ៉ាវក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។

ជំងឺរេបេង ជាជំងឺដែលកើតមានញឹកញាប់បំផុតបណ្តាលមកពី IRIS។ ជួនកាលគេហៅថា “ប្រតិកម្មប៉ារ៉ាដុកស៊ីកាល់ (Paradoxical reaction)” អាចជួបប្រទះប្រតិកម្មនេះផងដែរនៅលើ អ្នកគ្មានមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថព្យាបាលជំងឺរេបេង។ ជាទូទៅ រោគសញ្ញា ដែលតែងជួបប្រទះ រួមមាន គ្រុនក្តៅ និងការរីករាលដាលដំបៅដែលបណ្តាលមកពីជំងឺរេបេង ជាពិសេស ការឡើងកូនកណ្តុរ ជំងឺរលាកសួត (Pulmonary infiltrates) ជំងឺរលាកទងសួត ជំងឺស្ទះបង្ហូរនោម រឺ ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ ។

ចំណុចសំខាន់នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើភាពខុសគ្នារវាង IRIS ជាមួយនឹង ១), ការពុល ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ឬ ២), ការបរាជ័យនៃការព្យាបាលជំងឺរេបេងដែលបណ្តាល មកពីភាពសុំរបស់ឱសថ ឬការលេបឱសថមិនបានត្រឹមត្រូវ មិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប់នោះ គឺជាការពិបាក។

វិធីសាស្ត្រទូទៅសំរាប់ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល IRIS គឺ៖

- បន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។
- ត្រូវស្រាវជ្រាវរកជំងឺឱកាសនិយមថ្មីៗ ឬ ជំងឺឱកាសនិយមសកម្មបណ្តាលមកពី ភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ ជាទូទៅ ត្រូវបណ្តុះឈាម, ថតសួត និងបូមទឹកខួរ ឆ្អឹងខ្នង បើមានរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទកណ្តាល។ បើមានដំបៅកូនកណ្តុរ ឬ ដំបៅសើស្បែកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ គឺជារោគសញ្ញាគន្លឹះដ៏សំខាន់ និងត្រូវច្រើបយក កោសិកាទៅធ្វើការវិភាគ (biopsied) បើលទ្ធផលនៃការពិនិត្យឈាម និងការពិនិត្យ ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបានទេ។ អ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺរេបេង កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវយកកំហាក ឬ ទឹកដែលបូមពីកូនកណ្តុរទៅបណ្តុះ និងធ្វើតេស្ត Sensitivity ដើម្បីវាយតម្លៃភាពសុំជាមួយនឹងឱសថច្រើនមុខ (multi-drug resistant) ជាមួយជំងឺរេបេង ឬ MAC ។
- ចាប់ផ្តើម រឺ បន្តការព្យាបាលទៅតាមរោគសញ្ញានៃជំងឺ ។

- ឱសថប្រឆាំងនឹងការរលាក Non-steroid អាចប្រើដើម្បីកាត់បន្ថយរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការរលាកដូចជា ការរលាកកូនកណ្តុរ និងគ្រុនក្តៅ។
- ផ្តល់ការព្យាបាលរយៈពេលខ្លីដោយប្រើឱសថក្នុងក្រុម Corticosteroids បើរោគសញ្ញាក្លាយជាធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា ហត់ រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ការស្ទះតំរងនោម (renal obstruction) ។

៧ បន្ថយជាអតិបរមានូវការគេងឡើងនៃភាពស្តាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍:

- ភាពស្តាំនៃមេរោគអេដស៍ចំពោះឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ កាត់បន្ថយនូវប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល និងបង្កើនថ្លៃព្យាបាលហើយមេរោគអេដស៍ដែលស្តាំនឹងឱសថអាចឆ្លងទៅអ្នកដទៃតាមផ្លូវចំលងធម្មតា ។
- ភាពស្តាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថ កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺដែលលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ មិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប់។ ដូចនេះ ការផ្តល់ការគាំទ្រដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ (adherence) គឺជាមធ្យោបាយដ៏ប្រសើរក្នុងការកាត់បន្ថយភាពស្តាំ ពីព្រោះ Adherence ទាបជាមូលហេតុចំបងនាំអោយមានភាពស្តាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (សូមអានជំពូកទី៨)។
- ត្រូវប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ។ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មិនសមស្របហើយផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនបានបណ្តុះបណ្តាលជំនាញផ្នែកនេះ ក៏ជាមូលហេតុដ៏សំខាន់នៃភាពស្តាំរបស់មេរោគអេដស៍ចំពោះឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នេះផងដែរ។ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដែលបានបណ្តុះបណ្តាលរួចហើយតែប៉ុណ្ណោះ ដែលធានាបានយ៉ាងត្រឹមត្រូវក្នុងការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នេះ ដូចជា ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលត្រឹមត្រូវ ការកំរិតដូសឱសថ ការតាមដាន ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ និងការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដ៏បានសមស្រប ។
- ក្រសួងសុខាភិបាល មិនអនុញ្ញាតអោយប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលមានប្រសិទ្ធភាពតិចជាងបីមុខរួមគ្នាទេ។ ប្រសិនបើ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ណាមួយត្រូវបានបញ្ឈប់នោះ គឺត្រូវបញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់រហូតដល់ពេលដែលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

ទាំងអស់ត្រូវបានចាប់ផ្តើមឡើងវិញ។ គេត្រូវបន្តប្រើឱសថក្រុម NRTIs ៧ថ្ងៃ ក្រោយពេលបញ្ឈប់ NVP ឬ EFV ពីព្រោះរយៈពេលដែល NVP/EFV បន្តនៅ ក្នុងឈាមមានរយៈពេលវែងជាងក្រុម NRTIs ។

- ការកាត់បន្ថយការប្រព្រឹត្តិដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺជាយន្តការមួយដ៏សំខាន់ណាស់ក្នុង ការកាត់បន្ថយការរីករាលដាល នៃមេរោគអេដស៍ដែលស្មុំនឹងឱសថប្រឆាំងនឹង មេរោគអេដស៍នោះ។ ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ គឺជាកត្តាសំខាន់ក្នុងការកាត់បន្ថយនូវចំនួនមេរោគអេដស៍ ក្នុងឈាម និងក្នុងសារធាតុរាវនៃរាងកាយ និងបន្ថយនូវភាពគ្រោះថ្នាក់នៃការចំលង មេរោគអេដស៍ផងដែរ ។

៨ តើត្រូវធ្វើការកំណត់បរាជ័យនៃការព្យាបាលយ៉ាងដូចម្តេច?

បរាជ័យនៃការព្យាបាល និងការសំរេចប្តូរទៅជំរើសរូបមន្តព្យាបាលមួយផ្សេងទៀត មិនពឹង ផ្អែកទៅលើលទ្ធផលនៃការពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍តែមួយមុខប៉ុណ្ណោះទេ។ ក្រោយពីកំណត់បាន រកឃើញភាពបរាជ័យបែបគ្លីនិក immunological, និង/ឬ virological រួចហើយអ្នកផ្តល់សេវាអាច ធ្វើការសំរេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលដោយពឹងផ្អែក លើលទ្ធភាពនៃការកើតមាននូវភាពស្មុំ នៅ ពេល ដែលមូលហេតុទាំងឡាយដូចខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានទាត់ចោល៖

មូលហេតុញឹកញាប់នៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលដែលពុំទាក់ទងទៅនឹងការកើនឡើងនូវ ភាពស្មុំនៃមេរោគអេដស៍មាន៖

- ភាពត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence) នៃការព្យាបាល ដូចជា៖
 - ភ្លេចលេបឱសថ (Missing doses)
 - លេបឱសថមិនសមស្របតាមពេលវេលាកំណត់(inappropriate time)
 - កំរិតដូសឱសថមិនត្រឹមត្រូវ (inappropriate dose)
- បរិមាណឱសថក្នុងឈាមមានកំរិតមិនសមស្រប (inappropriate drug levels)
 - កំរិតដូសឱសថទាបជាងកំរិតដែលត្រូវប្រើ ឬមិនគ្រប់កំរិតដូស (under-dosing)
 - ការស្រូបយកឱសថដោយប្រដាប់វិលាយអាហារចូលទៅក្នុងចរន្តឈាម ពុំបានល្អ (ដោយសារមានការរាគរូស)
 - ការប្រែប្រួលផ្នែក pharmacokinetics នៃឱសថ
 - ការផ្លាស់ប្តូរមេតាបូលីសនៃឱសថ

○ អន្តរកម្មរវាងឱសថ

មិនត្រូវធ្វើការសន្និដ្ឋានថា រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ណាមួយ ទទួលបាន បរាជ័យទេ ដរាបណា:

- អ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន បានរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់៦ខែ
- ការវាយតម្លៃនៃការព្យាបាលដោយត្រីមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ មានលក្ខណៈសមស្រប (optimal) (>៩០%)
- មានការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម នឹង
- មានការទាត់ចោលចង្កោមរោគសញ្ញារលាកដោយសារការស្តារឡើងវិញប្រព័ន្ធភាពស្មាំ IRIS ។

តារាងទី១២ ណែនាំដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអំពីជំហាននានា ក្នុងការដាត់ចោលនូវមូលហេតុនានានៃភាពបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល ដែលមិនបណ្តាលមកពីការកើតឡើងនូវភាពស្មាំទៅនឹងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

តារាងទី១២: ការកំណត់រកនិងវិធានការណ៍ដោះស្រាយមូលហេតុនៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល

ជំហាន	វិធានការណ៍
ជំហានទី ១	<ul style="list-style-type: none"> • វាយតម្លៃបរាជ័យបែបគ្លីនិក, immunological, និង virological ដើម្បីសំរេចថា បរាជ័យនៃការព្យាបាលទំនងជាអាចកើតឡើង
ជំហាន ទី២	<p>ប្រសិនបើមានកត្តាបរាជ័យណាមួយ ក្នុងកត្តាទាំងឡាយខាងក្រោម:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ត្រូវបញ្ជាក់បរាជ័យបែបគ្លីនិក ឬ immunological ដោយធ្វើតេស្ត viral load ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន • សំរេចអំពីមូលហេតុនៃបរាជ័យនៃការព្យាបាលដែលទំនងជាកើតឡើង: <ul style="list-style-type: none"> ○ វាយតម្លៃកំរិតនៃការព្យាបាលដោយត្រីមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់: <ul style="list-style-type: none"> • ត្រូវពិភាក្សាអំពីការព្យាបាលត្រីមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ ជាមួយអ្នកជំងឺ ដោយពុំមានការស្តីបន្ទោស (non-judgmental) • សុំយោបល់ពីអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា និងអ្នកគាំទ្រអ្នកជំងឺ(peer support workers) • ពិនិត្យមើលព័ត៌មានបន្ថែមផ្សេងៗទៀត: ការមកទទួលសេវាថែទាំ, ចំណីអាហារទាក់ទងនឹងការព្យាបាលត្រីមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដែលបានកត់ត្រាក្នុងឯកសារ ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ, ការរាប់គ្រាប់ឱសថ។ ○ បទពិសោធន៍មុនៗ <p>ទាក់ទងនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ កំរិតប្រើឱសថ ○ អន្តរកម្មនៃឱសថ ○ ការស្រូបឱសថពីប្រដាប់រំលាយអាហារ ទៅក្នុងឈាម (ឧទាហរណ៍: វត្តមាននៃភាពរាគូសរ៉ាំរ៉ៃ) ○ ការដាច់ឱសថ
ជំហាន ទី៣	<ul style="list-style-type: none"> • រកវិធានការណ៍ដោះស្រាយមូលហេតុនៃបរាជ័យនៃការព្យាបាល: <ul style="list-style-type: none"> ○ ជួយដោះស្រាយបញ្ហាជាក់លាក់នានា ដែលធ្វើអោយមានការពិបាកក្នុងការទទួលបានការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ឧទាហរណ៍: ការជួយគាំទ្របន្ថែមពីក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ, ការបង្កើតប្រព័ន្ធជួយដាស់តឿនអ្នកជំងឺ។ល។ • ផ្លាស់ប្តូរមុខឱសថ/កំរិតប្រើឱសថ ដើម្បីចៀសវាងការប្រើ មិនគ្រប់កំរិតដូស ឬ អន្តរកម្មរវាងឱសថ។
ជំហាន ទី៤	<ul style="list-style-type: none"> • ធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (តើត្រូវប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ណាមួយ)។

៨-១ បរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក (Clinical Failure)

- បរាជ័យបែបគ្លីនិកចំពោះអ្នកជំងឺពេញវ័យ ដែលកំពុងទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានកំណត់ដោយវត្តមាននៃព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកក្នុងដំណាក់កាល ទី៣ ឬ ទី៤ ថ្មីៗ ឬដែលកើតសារចុះសារឡើង លើកលែងតែជំងឺរេបេងស្ទូតចេញក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ៦ខែក្រោយពីការចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
- ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកទាំងនេះ រួមមាន:
 - ការកើតជំងឺឱកាសនិយម ឬ ជំងឺមហារីកថ្មីៗ ឬ ការកើតឡើងវិញសារចុះសារឡើងនៃការបង្ករោគនានា ដូចជា មានផ្សិតក្នុងមាត់ (oral candidiasis) ដែល ពុំឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ឬ ជំងឺផ្សិតនៅតាមបំពង់អាហារ (esophageal candidiasis)។
 - ភាពស្លេកស្លាំងដែលពុំមានមូលហេតុច្បាស់លាស់ (អេម៉ូក្លូប៊ីន តិចជាង ៨ ក្រ/ដល), ការថយចុះចំនួនកោសិកាស ប្រភេទ neutrophil ($0,5 \times 10^6$ /ល), និង/ឬ ការថយចុះរ៉ាំរ៉ៃនៃចំនួនប្លាកែត (តិចជាង 50×10^6 /ល)។
 - ការចុះស្នមលើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន ដែលពុំឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយការផ្តល់អាហាររូបត្តម្ភ
 - ភាពរាគូសរ៉ាំរ៉ៃ រយៈពេលលើសពី ១ខែ ។

- ប្រសិនបើអ្នកជំងឺកើតជំងឺថ្មី ដែលទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ មុន ៦ខែនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ រោគសញ្ញាទាំងនេះ ទំនងជាមិនទាក់ទងទៅនឹងភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទេ។ ជំងឺទាំងនេះ ឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីការពិបាកក្នុងការប្រើឱសថអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ផលប៉ះពាល់នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ការកើតជំងឺឱកាសនិយមស្រួចស្រាវ ក្នុងស្ថានភាពដែលមានការចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពសុំយូរអង្វែង ឬ IRIS នៅពេលកើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធភាពសុំ។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវគ្រប់គ្រងថែទាំ និងព្យាបាលរោគសញ្ញាទាំងនេះ ហើយត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
- អ្នកជំងឺរបេង អាចកើតឡើងនៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃការចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធភាពសុំ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដែល កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បានកើតជំងឺរបេង អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវព្យាបាលជំងឺនេះអោយបានត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺពុំឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលជំងឺរបេងលើកដំបូង ហើយអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បានយ៉ាងហោចណាស់៦ខែរួចហើយ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ដើម្បីកំណត់រកភាពបរាជ័យបែប immunological ហើយត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ផង។
- នៅពេលរកឃើញ ឬ សង្ស័យថា មានបរាជ័យបែបគ្លីនិកត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃភាពបរាជ័យបែប immunological និង virological បន្ថែមទៀត (សូមអានផ្នែកទី៨-២ និង ៨-៣)។
- លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង viral load នឹងបញ្ជាក់ច្បាស់ ឬ ទាត់ចោលភាពបរាជ័យបែបគ្លីនិក ហើយត្រូវប្រើតេស្តទាំងនេះសំរាប់ធ្វើការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយអំពីការប្តូរទៅប្រើប្រាស់មន្តព្យាបាលជំងឺទី២។ តារាងទី១៣ ពន្យល់អំពីការគ្រប់គ្រងថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានភាពបរាជ័យបែបគ្លីនិក។

តារាងទី១៣ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនូវការបរាជ័យបែបគ្លីនិក ក្រោយពីមានព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក ក្នុងដំណាក់កាលទី៣ និងទី៤ ចំពោះអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកដែលកើតឡើង ក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចាប់ពី ៦ខែឡើងទៅ	ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងថែទាំ ព្យាបាលដំបូង	ការតាមដាន ១ ទៅ ២ សប្តាហ៍បន្ទាប់មក
ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកដំណាក់កាល ទី៣ (លើកលែងដំរីរបេង)	<ul style="list-style-type: none"> • ព្យាបាលព្រឹត្តិការណ៍អោយបានសមស្រប • វាយតម្លៃអំពីការលេបថ្នាំដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងបង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សា • វាយតម្លៃស្ថានភាពនៃការផ្តល់ អាហារូបត្ថម្ភ និងភាពមានចំណីអាហារសំរាប់ ទទួលទាន • តាមដាននៅក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ ដើម្បីវាយតម្លៃការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល • រាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង/ឬ ធ្វើតេស្ត Viral Load 	<ul style="list-style-type: none"> • ត្រូវធ្វើតេស្ត CD4 ប្រសិនបើពុំអាចធ្វើតេស្ត Viral load • ប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ប្រសិនបើការរាប់ចំនួន CD4 បញ្ជាក់អំពីបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពសុំ
		<ul style="list-style-type: none"> • ប្រសិនបើចំនួនកោសិកាCD4 មានកំរិតលើសពីកំរិតដែលកំណត់អំពីបរាជ័យប្រព័ន្ធភាពសុំ ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral load • ត្រូវប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ បើ Viral load ច្រើនជាង ៥០០០ copies/មល

<p>ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក ដំណាក់កាល ទី៥</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ព្យាបាលព្រឹត្តិការណ៍ឲ្យបានសមស្រប • វាយតម្លៃអំពីការលេបថ្នាំដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងបង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សា • វាយតម្លៃស្ថានភាពនៃការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភ និងលទ្ធភាពរកចំណីអាហារទទួលបាន • តាមដានម៉ត់ចត់ ឬបញ្ជូនអោយសំរាកពេទ្យ • រាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង/ឬធ្វើតេស្ត Viral Load • ចាប់ផ្តើមរៀបចំផែនការផ្លាស់ប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ • តាមដានក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលក្នុងរយៈពេល ១ទៅ២សប្តាហ៍ 	<ul style="list-style-type: none"> • ត្រូវធ្វើតេស្តចំនួន CD4 ប្រសិនបើពុំអាចធ្វើតេស្ត Viral load ទេនោះ • ប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ប្រសិនបើកោសិកា CD4 បញ្ជាក់ពីភាពបរាជ័យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ • បើ CD4 មានកំរិតលើសពីកំរិតកំណត់អំពីបរាជ័យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ គឺត្រូវធ្វើតេស្ត Viral Load ប្រសិនបើប្រសិនបើ Viral Load ច្រើនជាង ៥០០០កោសិកា/មល ត្រូវប្តូរទៅរូបមន្ត ព្យាបាលជួរទី២។ • ប្រសិនបើ Viral Load មានកំរិតទាបជាងកំរិតដែល មិនអាចរក មេរោគឃើញ មិនត្រូវប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ទេ។ ប្រសិនបើ Viral Load ច្រើនជាង ៥០០០កោសិកា/មល ត្រូវប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។
---	--	---

៨-២ បរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ

បរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ អាចធ្វើការវាយតម្លៃបានក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បានរយៈពេល ៦ខែ ហើយត្រូវកំណត់ដោយ:

- ការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ទៅដល់កំរិតមូលដ្ឋានមុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល ឬ នៅកំរិតក្រោមនេះ ក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បាន ៦ខែ ដោយពុំមានកើតជំងឺឱកាសនិយមដែលបណ្តាលអោយថយចុះមួយរយៈនូវចំនួនកោសិកា CD4 ជាបណ្តោះអាសន្ន ឬ

- ការធ្លាក់ចុះចំនួនកោសិកា CD4 ដល់កំរិត ៥០% ប្រៀបធៀបទៅនឹងកំរិតខ្ពស់បំផុត នៃចំនួនកោសិកា CD4 ក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយពុំមានការបង្ករោគដែលបញ្ជាក់អំពីមូលហេតុនៃការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ៦ខែ ឬ
- ចំនួនកោសិកា CD4 បន្តស្ថិតនៅកំរិតក្រោម ១០០កោសិកា/មម^៣ ក្រោយពីមានការព្យាបាលបាន ១២ខែរួចហើយ។

ការបញ្ជាក់លទ្ធភាពនៃការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ដូចបានពិពណ៌នាខាងលើនេះ គឺអាចតម្រូវអោយផ្លាស់ប្តូររបបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ក៏ប៉ុន្តែការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 មានសារៈប្រយោជន៍បំផុត សំរាប់ញែកចេញ (ruling-out) ជាជាងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យកំណត់បញ្ចូល (ruling-in) បរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយហេតុថា មានការថយចុះបណ្តោះអាសន្ននៃចំនួនកោសិកា CD4 នៅពេលមានជំងឺផ្សេងៗដែលកើតឡើងក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល។ ដោយសារមូលហេតុនេះហើយ ទើបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវបញ្ជាក់អោយបានច្បាស់ ពីភាពបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្តាំ ដោយធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 សារជាថ្មីរយៈពេល ២សប្តាហ៍ក្រោយ។ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល ដែលបណ្តាលមកពីភាពស្តាំនៃមេរោគទៅនឹងការព្យាបាល អោយបានច្បាស់លាស់ និងបានឆាប់រហ័ស អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ប្រសិនបើ អាចធ្វើបាន។ ប្រសិនបើគ្មានតេស្ត viral load ទេ ក្នុងស្ថានភាពនេះ តម្រូវអោយមានការសម្រេចចិត្តសំខាន់ និងស្មុគស្មាញ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលគ្មានរោគសញ្ញា ហើយដែលមានបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្តាំដែលកើតឡើងដោយឯកឯងតែមួយមុខ (បរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្តាំដោយពុំមានបរាជ័យបែបគ្លីនិក វាទាមទារអោយមានការពិគ្រោះយោបល់ពីអ្នកឯកទេស។ ត្រូវធ្វើការបញ្ជាក់អោយច្បាស់នូវ រាល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភាពបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្តាំតែមួយមុខ តាមរយៈការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 សារជាថ្មីឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ក្រោយ ហើយត្រូវ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកឯកទេស ឬ ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ភ្លាម។

សូមអានតារាងទី១៤ សំរាប់ការវាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងថែទាំភាពបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្តាំដែលកើតឡើងដោយតែឯកឯង។

តារាងទី១៤: ការគ្រប់គ្រងថែទាំភាពបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្តាំដែលកើតឡើងតែមួយមុខ

ស្ថានភាព(Scenario)	រយៈពេលនៃការព្យាបាលដោយឱសថ ARV	ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ	វិធានការណ៍ (Action)
ថយចុះចំនួនកោសិកា CD4	> ៦ខែ	• អាចបណ្តាលមកពី:	• រាប់ចំនួនកោសិកា

<p>ដល់ ឬ ក្រោមកំរិតមូលដ្ឋានមុនពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ បរាជ័យនៃការព្យាបាល ○ កើតជំងឺផ្សេងៗក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល ○ កំហុសនៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ 	<p>CD4 ឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ ក្រោយ ជាពិសេសប្រសិនបើរាប់ចំនួន CD4 ត្រូវបានធ្វើនៅពេលកើតជំងឺផ្សេងៗក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល</p> <ul style="list-style-type: none"> • ប្រសិនបើការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ផ្តល់លទ្ធផលបានបញ្ជាក់ច្បាស់ ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ប្រសិនបើមាន ។
<p>ថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ដល់ កំរិត ៥០% ប្រៀបធៀបនឹងកំរិតខ្ពស់បំផុតនៃចំនួនកោសិកា CD4 ក្នុងពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ ARV ឬ កំរិតក្រោមនេះ</p>	<p>> ៦ខែ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • អាចបណ្តាលមកពី៖ <ul style="list-style-type: none"> ○ បរាជ័យនៃការព្យាបាល ○ កើតជំងឺផ្សេងៗក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល ○ កំហុសនៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ 	<ul style="list-style-type: none"> • រាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ ក្រោយ ជាពិសេសប្រសិនបើការរាប់ចំនួន CD4 ត្រូវបានធ្វើនៅពេលកើតជំងឺផ្សេងៗក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល • ប្រសិការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ត្រូវផ្តល់លទ្ធផលបញ្ជាក់ច្បាស់ ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ប្រសិនបើមាន។
<p>ចំនួនកោសិកា CD4 បន្តស្ថិតនៅកំរិត ក្រោម ១០០ កោសិកា/មម^m</p>	<p>> ១២ខែ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • អាចបណ្តាលមកពី៖ <ul style="list-style-type: none"> ○ ការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល“ធម្មតា” ជាពិសេសចំពោះអ្នកជំងឺមានអាយុច្រើន ○ បរាជ័យនៃការព្យាបាល 	<ul style="list-style-type: none"> • រាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ ក្រោយ ជាពិសេសប្រសិនបើការរាប់ចំនួន CD4 ត្រូវបានធ្វើនៅ

		<ul style="list-style-type: none"> ○ កំហុសនៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ 	<p>ពេលកើតជំងឺផ្សេងៗ ក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល</p> <ul style="list-style-type: none"> • ប្រសិនបើការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ផ្តល់លទ្ធផលបានបញ្ជាក់ច្បាស់ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ប្រសិនបើមាន។
--	--	---	---

៨-៣ បរាជ័យផ្នែកវិសេសសាស្ត្រ (Virological Failure)

ភាពបរាជ័យផ្នែកវិសេសសាស្ត្រ គឺជាផ្នែកសំខាន់មួយ សំរាប់កំណត់ភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ ការកំណត់ភាពបរាជ័យផ្នែកវិសេសសាស្ត្រធ្វើអោយការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលកាន់តែមានភាពស្មុគ្រស្មាញ ហើយចៀសវាងផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលមិនចាំបាច់ ព្រោះវាអាចនៅមានប្រសិទ្ធភាពនៅឡើយ។ ដូចគ្នានេះដែរការកំណត់ភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល អាចត្រូវអោយមានការចាត់វិធានការណ៍ ធ្វើអន្តរាគមន៍នានាដូចជា ការផ្តល់ប្រឹក្សាស្តីពីការព្យាបាលអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងការលុបបំបាត់នូវអន្តរាគមន៍រវាងឱសថ ដើម្បីសំលាប់មេរោគដោយពុំចាំបាច់ផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលក្នុងជួរទី២។

បរាជ័យផ្នែកវិសេសសាស្ត្រ ត្រូវបានកំណត់ដោយរកឃើញ RNA នៃមេរោគអេដស៍ ចាប់ពីចំនួនលើសពី ៥០០០ copies /មល។

ការធ្វើតេស្ត viral load ដោយផ្អែកលើភាពបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក និងប្រព័ន្ធភាពស្មារតីនឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តនៅឆ្នាំ ២០១១ នេះ ហើយការតាមដានជាប្រចាំ ក្នុងទ្រង់ទ្រាយតូចនឹងចាប់ផ្តើមដាក់អោយអនុវត្តនៅពេលដែលអាចបង្កើនសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើតេស្ត viral load។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងជូនដំណឹងដល់សេវា Pre-ART/ART នៅពេលដែលមន្ទីរពិសោធន៍មានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចាប់ផ្តើមធ្វើតេស្ត viral load ជាប្រចាំ (លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសំរាប់ការធ្វើតេស្ត viral load ទី៦)។ នៅពេលមានការពង្រីកការធ្វើតេស្ត viral load កម្មវិធីនេះនឹងអនុវត្តតាមដានយ៉ាងម៉ត់ចត់ ហើយនឹងមានការពិនិត្យកែលម្អឡើងវិញជាទៀងទាត់នូវឯកសារគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះយោងតាមលទ្ធផលនៃការអនុវត្តន៍ និងការរីកចម្រើនផ្នែកបច្ចេកវិទ្យានៃការធ្វើតេស្ត viral load។ តារាងទី១៥ សង្ខេបពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ សំរាប់កំណត់លក្ខខណ្ឌដែលត្រូវអោយមានការធ្វើតេស្ត viral load (VL testing eligibility)។

**តារាងទី១៥: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ សំរាប់កំណត់លក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវអោយមានការធ្វើតេស្ត
Viral load (Viral load testing eligibility criteria)**

ត្រូវសុំធ្វើតេស្ត viral load ក្នុងលក្ខខណ្ឌណាមួយ ក្នុងបណ្តាលលក្ខខណ្ឌទាំងឡាយ ខាងក្រោម:

- ១ បរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដែលទទួលកំពុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ត្រូវកំណត់ដោយការកើតឡើងនូវព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកណាមួយ ក្នុងដំណាក់កាលទី៣ ឬ ទី៤ លើកលែងតែជំងឺរបេងស្ងួត ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ រយៈពេលយ៉ាងតិច ៦ខែ ,ឬ
- ២ ការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ដល់កំរិតមូលដ្ឋានមុនពេលព្យាបាល ឬ កំរិតក្រោមនេះ ក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បាន ៦ខែ ដោយពុំមានជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗដែលបណ្តាលអោយមានការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ឬ
- ៣ ការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ដល់កំរិត ៥០% ប្រៀបធៀបនឹងកំរិតខ្ពស់បំផុតនៃចំនួនកោសិកា CD4 ក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល ដោយពុំមានការបង្ករោគនានាដែលបណ្តាលអោយមានការថយចុះបណ្តោះអាសន្ននូវចំនួនកោសិកា CD4 ក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បាន៦ខែ, ឬ
- ៤ ចំនួនកោសិកា CD4 បន្តស្ថិតនៅកំរិតក្រោម១០០កោសិកា/មម^៣ ក្រោយពីមានការព្យាបាលបាន ១២ខែ រួចហើយ។, ឬ
- ៥ ការធ្វើតេស្តសារជាថ្មី បន្ទាប់ពីការធ្វើតេស្តលើកមុនដែលបញ្ជាក់អំពីកំរិតអាចរាប់ចំនួនបាន (detectable viral load), ឬ
- ៦ តាមដានជាប្រចាំ រៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលត្រូវចាប់ផ្តើមក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល ២៤ខែ ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងធ្វើការជូនដំណឹងដល់សេវា Pre-ART/ART នៅពេលមន្ទីរពិសោធន៍ មានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចាប់ផ្តើមអនុវត្តការធ្វើតេស្ត viral load ជាប្រចាំ ក្នុងចំនួនកំណត់ណាមួយ (លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យទី៦ សំរាប់ការធ្វើតេស្ត viral load)។

៨-៤ តើត្រូវប្តូរទៅប្រើប្រាស់មន្តព្យាបាលជូរទី២ នៅពេលណា?

ការសំខាន់ គឺត្រូវចងចាំថា បរាជ័យផ្នែកវិស្វសាស្ត្រ កើតមុនបរាជ័យប្រព័ន្ធភាពសុំដែលកើតមុនបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក។ មិនត្រូវផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើប្រាស់មន្តព្យាបាលជូរទី២ទេ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលសង្ឃឹមថា បរាជ័យនៃការព្យាបាលហើយមាន viral load ក្នុងកំរិត undetectable ។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ មិនត្រូវផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើប្រាស់មន្តព្យាបាលជូរទី២ ដោយពឹងផ្អែកលើការបរាជ័យ បែបគ្លីនិកតែមួយមុខទេ លើកលែងតែ អ្នកជំងឺឈឺធ្ងន់ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទី៤ និងមានការណែនាំពីអ្នកឯកទេស។ ដូចគ្នានេះដែរ មិនត្រូវផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើប្រាស់មន្តព្យាបាលជូរទី២ ចំពោះអ្នកជំងឺ

ដែលព្យាបាលបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្មាំ ដោយគ្មានការពិគ្រោះយោបល់ពីអ្នកឯកទេសទេ។
អ្នកឯកទេសខ្លះ ចាត់ទុកថា ជំងឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទី២ ដូចជា PPE ជាសញ្ញាដំបូងនៃការ
បរាជ័យនៃការព្យាបាល ហើយណែនាំអោយផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ អាចជួបស្ថានភាព (scenarios) ដែលកើតមានញឹកញាប់ចំនួន ៣ ដែល
នាំអោយមានការផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើការព្យាបាលជូរទី២:

- ១ អ្នកជំងឺដែលបរាជ័យបែបគ្លីនិក និងផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្មាំ ក្នុងស្ថានភាពពុំអាចធ្វើ
តេស្ត viral load ។
- ២ អ្នកជំងឺដែលបរាជ័យបែបគ្លីនិក និង/ឬ ផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្មាំ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត
viral load ក្នុងកំរិត លើសពី ៥០០០ copies/មល ឬ
- ៣ អ្នកជំងឺដែលមិនបរាជ័យបែបគ្លីនិក ឬ ផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្មាំ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត
viral load ក្នុងកំរិតលើសពី ៥០០០ copies/មល នៅពេលធ្វើតេស្តតាមដានសារ
ជាថ្មី។

ស្ថានភាពទី១: ក្នុងពេលមានព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក ក្នុងដំណាក់កាលទី៣ ឬ ទី៤ អ្នកផ្តល់សេវា
ថែទាំត្រូវធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ យោងតាមស្ថានភាពគ្លីនិក និង
ប្រព័ន្ធភាពស្មាំរបស់អ្នកជំងឺ។

ស្ថានភាពទី២: ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដែលបរាជ័យបែបគ្លីនិក និងផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្មាំ ហើយ
មានលទ្ធផលតេស្ត viral load ក្នុងកំរិតលើសពី ៥០០០ copies/មល អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំត្រូវផ្លាស់
ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២។

ស្ថានភាពទី៣: ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនបរាជ័យបែបគ្លីនិក ឬ ផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្មាំ ហើយ
មានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ អាចធ្វើតេស្ត viral load បានក្រោយពីបាន ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ
ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍រយៈពេល ២៤ ខែ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវធ្វើតេស្ត viral load តាមដាននៅរយៈ
ពេល ២ខែ ក្រោយពីមានការប្រឹងប្រែងពង្រឹង (boosting) ការព្យាបាលអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀង
ទាត់ និងជាប់លាប់ មុននឹងផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២។

ប៉ុន្តែ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបរាជ័យបែបគ្លីនិក ឬ ផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្មាំ នៅពេលណាមួយក្នុង
កំឡុងពេលតាមដានដោយការធ្វើតេស្ត viral load អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអាចពិចារណាអំពីការផ្លាស់
ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ ភ្លាមនៅពេលតេស្ត viral load ផ្តល់លទ្ធផលតេស្ត ថាមាន
មេរោគក្នុងកំរិត undetectable ដោយមានការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកឯកទេស។ ការតាម
ដានបែបគ្លីនិក និងការព្យាបាលបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ រៀងរាល់ខែ មានសារៈសំខាន់
ជាសារវន្ត សំរាប់ការតាមដានអ្នកជំងឺដែលបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រដែលកើតឡើងតែមួយមុខ។ ក្នុង
ករណីដែលបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ បណ្តាលមកពីមានភាពស្មាំនៃវីរុសទៅនឹងឱសថ (viral

resistance) ស្ថានភាពគ្លីនិករបស់អ្នកជំងឺ អាចធ្លាក់ចុះយ៉ាងឆាប់រហ័សមុនពេលធ្វើតេស្ត viral load បន្ទាប់។

តារាងទី១៦ សង្ខេបអំពីជំហាននានា ដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំត្រូវអនុវត្តតាម ក្នុងការធ្វើតេស្ត viral load ជាប្រចាំ។ បន្ថែមពីនេះ ឧបសម្ព័ន្ធទី៤ ផ្តល់ព័ត៌មានដូចគ្នានេះ ក្នុងសណ្ឋានជាគំនូសបំព្រួញ សំរាប់ណែនាំអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងការសំរេចចិត្ត អំពីវិធានការណ៍ដែលពឹងផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត viral load។

តារាងទី១៦: ការវាយតម្លៃភាពបរាជ័យផ្នែកវិសេសសាស្ត្រ ដោយពឹងផ្អែកលើការតាមដាន ជាប្រចាំលើអ្នកជំងឺដែលពុំមានរោគសញ្ញា

Viral Load ក្នុងប្រាសាទ	អនុសាសន៍
មិនអាចរកឃើញ (Undetectable)	<ul style="list-style-type: none"> ធ្វើតេស្តViral Loadសារជាថ្មី នៅរយៈពេល១២ខែក្រោយ
<១០០០ Copies/មល (១,៧ - ៣,០ log)	<ul style="list-style-type: none"> ធ្វើតេស្តViral Loadសារជាថ្មី នៅរយៈពេល៦ខែ ក្រោយ^១ វាយតម្លៃការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងបង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សា
>១,០០០ – ៥,០០០ Copies /មល (៣,០ – ៣,៧ log)	<ul style="list-style-type: none"> ធ្វើតេស្តViral Loadសារជាថ្មី នៅរយៈពេល១២ខែក្រោយ^២ បង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សាដើម្បីបង្កើនការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ស្រាវជ្រាវរកអន្តរកម្មរវាងឱសថ ឬ កំរិតឱសថដែលមិន សមស្រប ពិចារណាលើការប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តViral Load សារជាថ្មី ស្ថិតនៅកំរិតពី ១.០០០ ដល់ ៥.០០០ Copies/មល ហើយមានភស្តុតាង បញ្ជាក់អំពីការព្យាបាលបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ឬផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្តាំ ហើយកំរិតនៃការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ លើសពី ៩០% ក្រោយពី មានការពិភាក្សាជាមួយអ្នកឯកទេស ប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ បើការធ្វើតេស្តViral Loadសារជាថ្មី ផ្តល់លទ្ធផល > ៥.០០០ Copies/មល ។
> ៥០០០ Copies/មល (>៣,៧log)	<ul style="list-style-type: none"> ធ្វើតេស្ត Viral load សារជាថ្មី ក្នុងរយៈពេល ២ខែក្រោយ បង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សាដើម្បីបង្កើនការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ស្រាវជ្រាវរកអន្តរកម្មរវាងឱសថ ឬ កំរិតឱសថដែលមិន សមស្រប

	<ul style="list-style-type: none"> • បន្ទាប់មកត្រូវប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ ប្រសិនបើលទ្ធផលនៃតេស្ត Viral load > ៥០០០ Copies/មល ហើយកំរិតនៃការលេបឱសថបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ លើសពី ៩០% ។
--	---

១ ប្រសិនបើការធ្វើតេស្ត Viral load មានលទ្ធផលចន្លោះ ៥០ និង ១០០០ copies/មល ហើយពុំមានភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស្តាំ ឬ ផ្នែកគ្លីនិកទេ ត្រូវធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ ទៅតាមស្ថានភាពអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ។ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយអ្នកឯកទេស។

៩ តើត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ ណាមួយ?

រូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ ដែលសមស្របជាងគេ (Preferred) អាស្រ័យទៅតាមរូបមន្តព្យាបាលជូរទី១ សំរាប់អ្នកជំងឺម្នាក់ដែលបានទទួលបរាជ័យរួចហើយ។ ដោយមានកង្វះខាតក្នុងការធ្វើតេស្ត genotype និង phenotype រូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ មានបំណងបន្ថយនូវទំរង់នៃភាពស្តាំជាន់គ្នា (overlapping resistance profiles) នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលត្រូវបានយកមកប្រើក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជូរទី១ សំរាប់អ្នកជំងឺ។ ទោះបីជាអាចមានការផ្លាស់ប្តូរ ប្រែប្រួលហ្វែន (mutations) រាប់លានក៏ដោយ មានតែ mutations ចំបងៗ/សំខាន់ៗខ្លះដែលជាមូលដ្ឋានក្នុងការសម្រេចចិត្ត អំពីរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ ដូចជា:

- mutations K103N, Y181 I/C/V, និង V106 A/M បន្ទាប់ពីការប្រើឱសថ ARV ក្រុម NNRTIs
- mutations ទាក់ទងនឹង Thymidine analogue ក្រោយពីការប្រើឱសថ d4T និង AZT, និង
- mutation K65R បន្ទាប់ពីការប្រើឱសថ TDF, ABC, និង ddl (និង d4T សំរាប់ប្រទេសកម្ពុជា)។

ភាពស្តាំទៅនឹងឱសថនៅក្នុងក្រុម NNRTI កើតមានញឹកញាប់ជាងគេ ក្នុងបរាជ័យនៃរូបមន្តព្យាបាលជូរទី១។ ហេតុនេះហើយទើបធ្វើអោយរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ ទាំងអស់ ត្រូវពឹងផ្អែកលើរូបមន្ត ដែល boosted PI (LPV/RTV)។

TDF + 3TC នៅតែជាឱសថក្រុម NRTIs ដែលត្រូវយកមកប្រើជាងគេ នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ នៅប្រទេសកម្ពុជាយើង។ អ្នកជំងឺអាចប្រើឱសថ TDF បាន បើគាត់ពុំធ្លាប់មានជំងឺតំរង់នោមពីមុនមក ហើយ glomerular filtration rate (GFR) មានកំរិតលើសពី៣០។ កំរិតដូស TDF ត្រូវកំណត់ដោយពឹងផ្អែកលើមុខងារប្រោះមូលដ្ឋាន របស់តំរង់នោម (៣០០មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ ប្រសិនបើ GFR > ៥០ម.ល/នាទី ហើយ៣០០មក្រ រៀងរាល់ ២ថ្ងៃម្តង ប្រសិនបើ GFR មានកំរិតចន្លោះ ៣០

និង ៤៩ ម.ល/នាទី)។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺពុំអាចប្រើ TDF បានដោយសារមានបញ្ហាទាក់ទងនឹង មុខងារប្រោះនៃទំរង់នោម ABC គឺជាជំងឺស្ទើរដែលត្រូវយកមកប្រើ។

តារាងខាងក្រោមនេះ សង្ខេបអំពីរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ យោងទៅតាមរូបមន្តព្យាបាល ជូរទី ១ ដែលទទួលបានបរាជ័យរួចហើយ៖

តារាងទី១៧: រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដារដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជូរទី២*

<p>រូបមន្តព្យាបាលដែលត្រូវ បានណែនាំ អោយប្រើ (Recommended Regimen)</p>	<p>TDF+3TC+LPV/RTV**</p>
<p>ជំរើសរូបមន្តព្យាបាលផ្សេងទៀត (Alternative Regimen)</p>	<p>ABC+3TC + LPV/RTV***</p>

* ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើឱសថ rifampicin សំរាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវបង្កើនកំរិតដូសPI ដល់កំរិត LPV៤០០មក្រ/RTV ៤០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ តាមរយៈការផ្តល់ឱសថ RTV ១០០មក្រ ចំនួន ៣គ្រាប់ សំរាប់កំរិតដូស (dose)នីមួយៗ។ ប្រសិនបើគ្មាន RTV ១០០មក្រ គ្រាប់ តែ១មុខទេ ត្រូវបង្កើន កំរិតដូស LPV/RTV ២ដង រហូតដល់កំរិត LPV ៨០០មក្រ /RTV ២០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ការបង្កើន កំរិតដូសឱសថនេះ ត្រូវបន្តរហូតដល់២សប្តាហ៍ ក្រោយពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងដោយ rifampicin ។

** រូបមន្ត Cockcroft-Gault: $GFR = (១៤០ - អាយុ) \times (ទំងន់ជាតក្រ) \times (0.៨៥ \text{ ប្រសិនបើជាស្ត្រី}) / (៧២ \times \text{creatinine ជា មក្រ/មល})$ ។ កំរិតដូស TDF សំរាប់ $GFR > ៥០$ មល/នាទី គឺ ៣០០មក្រ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ ហើយ សំរាប់ $GFR ៣០-៤៩$ មល/នាទី គឺ ៣០០មក្រ រៀងរាល់ ៤៨ម៉ោង។ ប្រសិនបើ $GFR < ៣០$ ត្រូវប្រើជំរើសរូបមន្តព្យាបាលផ្សេងទៀត (alternative regimen)។

*** Atazavavir/Ritonavir (ATV/RTV) គឺជា PI ដែលគេចូលចិត្តប្រើ សំរាប់ជំនួស LPV/r នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២។ ឱសថ ATV/r គឺជាឱសថដែលអ្នកជំងឺអាចទ្រាំទ្របានល្អ និងមានប្រសិទ្ធភាព ដូចឱសថ LPV/r ។ ឱសថ ATV (៣០០មក្រ) ឱសថ RTV ដែលធន់នឹងកំដៅ (១០០មក្រ) និងឱសថ ATV/r បញ្ចូលគ្នា (៣០០មក្រ/១០០មក្រ) នឹងមានប្រើនៅកម្ពុជា នៅឆ្នាំ ២០១២។

១០ តើមានវិធីដូចម្តេចនៅពេលមានការព្យាបាលបរាជ័យនៃរូបមន្តព្យាបាល ជូរទី២?

ប្រទេសកម្ពុជា ពុំទាន់មានរូបមន្តព្យាបាលជូរទី៣ ទេ នាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ។ មជ្ឈមណ្ឌល ជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងបន្តធ្វើការតាមដានកំរិតនៃការកើតភាពស្តាំ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលប្រើរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២។

រហូតដល់ពេលនេះ ការប្រសើរបំផុតគឺត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាល ជូរទី២។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំទាំងអស់ ត្រូវពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកជំនាញ នៅពេលបរាជ័យ នៃរូបមន្តព្យាបាលជូរទី២ ពីព្រោះអាចមានជំរើសរូបមន្តព្យាបាលផ្សេងៗទៀត ដែលមានឱសថARV ដែលមានប្រសិទ្ធភាពល្អជាងក្នុងការសំលាប់មេរោគអេដស៍។

១១ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងស្ថានភាពពិសេស

១១-១ អ្នកជំងឺអេដស៍ពេញវ័យដែលធ្លាប់ប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់អ្នកជំងឺដែល “មានបទពិសោធន៍” (ធ្លាប់) ក្នុងការប្រើឱសថនេះពីមុនមកមានភាពស្មុគស្មាញ ហើយត្រូវធ្វើឡើងដោយមានការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស ដែលមានបទពិសោធន៍ ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

ការប្រើឱសថ ARV សមស្រប ដែលមានប្រសិទ្ធភាព ៣មុខបូកបញ្ចូលគ្នា ក្នុងរយៈពេលមួយនិងការបញ្ឈប់ឱសថទាំងអស់ ក្នុងពេលជាមួយគ្នាមិនបណ្តាលអោយមានការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការកើតឡើងនូវភាពស៊ាំទេ។ ត្រូវវាយតម្លៃថា តើត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ហើយបើចាំបាច់ ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលសារជាថ្មី ដោយប្រើប្រាស់ឱសថបូកបញ្ចូលគ្នាដែលសមស្រប។ ត្រូវប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធព្យាបាលដើម ប្រសិនបើប្រព័ន្ធព្យាបាលនេះមានភាពសមស្រប ហើយអ្នកជំងឺអាចទ្រាំទ្របាន និងប្រើឱសថទាំងនេះ បានត្រឹមត្រូវ ពីពេលមុនមក។

ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបានប្រើការព្យាបាលដែលមានបញ្ចូលឱសថ NNRTI ១មុខ លើសពី ២ សប្តាហ៍ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលសារជាថ្មី អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវអនុវត្តវិធី Leading Dosing នៅពេលចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធព្យាបាលដែលមាន NVP (សូមអានតារាងទី៨)។

ចំពោះអ្នកជំងឺដែលប្រើឱសថ NRTI ១ ឬ ២មុខ សំរាប់រយៈពេលតិចជាង ២-៣ខែ ត្រូវប្តូរទៅឱសថ ARV ៣មុខ ដែលមានប្រសិទ្ធភាព។

អ្នកជំងឺដែលបានប្រើឱសថ NRTI ១ ឬ ២មុខ សំរាប់រយៈពេលលើសពី ២-៣ខែ មានការប្រឈមមុខខ្លាំងនឹងការកើតមាន strains មេរោគអេដស៍ ដែលស្តាំនឹងឱសថទាំងនេះ។ ការគ្រប់គ្រងថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងក្រុមនេះមានភាពស្មុគស្មាញ។ វិធីម្យ៉ាង គឺត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធព្យាបាលស្តង់ដារជូរទី១។ ប្រសិនបើការព្យាបាលទទួលបានបរិយាយ រូបមន្តព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធភាពបំផុតនោះ គឺរូបមន្តព្យាបាលដែលមានបញ្ចូលឱសថក្នុងក្រុម PI ដែលមានឱសថក្នុងក្រុម NRTI ១មុខផ្សេងពីមុន។

ការគ្រប់គ្រងថែទាំអ្នកជំងឺដែលបានប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធព្យាបាលដោយឱសថ ARV មិនសមស្របផ្សេងៗទៀត ត្រូវកំណត់ទៅតាមស្ថានភាពអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ ដោយយោងទៅតាមប្រវត្តិនៃការព្យាបាលលើកមុន។ ប្រសិនបើមិនដឹងអំពីប្រវត្តិនេះទេ អាចប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធព្យាបាលជូរទី១ ដោយមានការតាមដានយ៉ាងម៉ត់ចត់ លើបរិយាយនៃការព្យាបាល។

១១-២ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលស្ថិតក្នុងវ័យដែលអាចមានគភ៌

សេវាពន្យាកំណើតគឺជាផ្នែកសារវន្តនៃកញ្ចប់សកម្មភាព បង្ការនិងថែទាំនៃអន្តរាគមន៍បង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។ ការបង្ការភាពមានគភ៌ ដែលមិនបានគ្រោងទុក (unwanted pregnancies) ក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយមរណភាពមាតា និង

ទារក ហើយជាពិសេស គឺសំរាប់ស្ត្រីដែលមានការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ គឺអាចកាត់បន្ថយ ករណីឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីៗ ដែលកើតឡើងតាមរយៈការចំលងពីម្តាយទៅទារក (vertical transmission) ។ ប្រសិនបើប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យបានត្រឹមត្រូវ និងទៀងទាត់ គឺអាចបង្ការភាពមានគភ៌ និងជំងឺឆ្លងនានា រួមបញ្ចូលទាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ជំងឺកាមរោគ និងមេរោគអេដស៍ ផងដែរ។ ត្រូវជំរុញការបង្ការ ដោយប្រើមធ្យោបាយបង្ការ ពីរក្នុងពេលតែ១ (dual protection) មានន័យថា ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាមួយវិធីពន្យារកំណើតទំនើបមួយទៀត ក្នុងបំណងបង្ការការឆ្លងរោគ និងភាពមានគភ៌។

ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមិនមានបំណងចង់មានគភ៌ ទៅកាន់សេវាពន្យារ កំណើត ហើយផ្តល់ប្រឹក្សាស្ត្រីអំពីការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ និងសារប្រយោជន៍នៃមធ្យោបាយ ពន្យារកំណើតទំនើប ហើយត្រូវជួយស្ត្រីទាំងនោះ អោយធ្វើការជ្រើសរើសមធ្យោបាយ ដែលពឹង ផ្អែកលើការផ្តល់ព័ត៌មានច្បាស់លាស់ (informed choice) ។ ក្រៅពីស្រោមអនាម័យ មានថ្នាំគ្រាប់ សំរាប់ពន្យារកំណើត (pills) និងថ្នាំចាក់ progestogen សំរាប់ប្រើនៅតាមសេវា Pre-ART/ART ដែលអនុញ្ញាតអោយស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចទទួលយកសេវាពន្យារកំណើតបានងាយស្រួល ជាងមុន។

ត្រូវផ្តល់ជូនដល់ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានផ្ទៃពោះ ដោយពុំបានគ្រោងទុកនូវព័ត៌មាន ពិត និងការប្រឹក្សាប្រកបដោយកិត្តិយស រួមទាំងព័ត៌មាន ស្តីអំពីទឹកនៃ និងពេលវេលាដែលអាច បញ្ឈប់គភ៌ដោយស្របច្បាប់និងប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ហើយត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទាំងនោះ ទៅកាន់មន្ទីរ ពេទ្យបង្អែក ឬ មណ្ឌលថែទាំដែលមានការអនុញ្ញាតិអោយផ្តល់សេវាពន្យារដែលមានសុវត្ថិភាព និង មានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិសំរាប់បង្ការការចំលងមេរោគ អេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ឆ្នាំ ២០១០)។

ចំពោះស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលប្រើថ្នាំគ្រាប់ពន្យារកំណើត អ្នកជំងឺ និងអ្នកផ្តល់សេវា ថែទាំត្រូវដឹងថា ឱសថ NVP និង PI ស្ទើរតែទាំងអស់ ធ្វើអោយកំរិតឱសថពន្យារកំណើតនៅ ក្នុងឈាមចុះទាប ជាហេតុតំរូវអោយប្រើជំរើសពន្យារកំណើតផ្សេងៗ បន្ថែមទៀត (ឧទាហរណ៍ ស្រោមអនាម័យ)។ អន្តរកម្មរវាងឱសថ EFV និងការបង្ការភាពមានគភ៌ដោយប្រើអ័រម៉ូន ឬ រវាងឱសថ ARV និងការបង្ការភាពមានគភ៌ដោយប្រើការចាក់អ័រម៉ូន នៅពុំទាន់ដឹងច្បាស់នៅឡើយ។ ត្រូវប្រើវិធីបង្ការភាពមានគភ៌បន្ថែម ផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងស្ថានភាពទាំងនេះ។

ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវទទួលស្គាល់អំពីសារៈសំខាន់នៃការតាមដានពិនិត្យសុខភាព និង រោគស្ត្រីជាប្រចាំ។ អត្រានៃការកើតជំងឺសិរមាស (genital warts), cervical dysplasia, និង invasive cervical carcinoma (មហារីកមាត់ស្បូន) មានការកើនឡើងខ្ពស់ ក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទុកមេរោគ អេដស៍។

១១-៣ ក្មេងជំទង់ (Adolescents)

គោលការណ៍ណែនាំនេះ អាចយកមកប្រើប្រាស់ សំរាប់ការគ្រប់គ្រង ថែទាំនិងព្យាបាល ក្មេងជំទង់ ដែលមានអាយុចាប់ពី១៤ឆ្នាំ ឡើងទៅ ដែលមានការវិវត្តន៍ជិតដល់ដំណាក់កាលពេញ វ័យ ផ្នែកផ្លូវភេទ (sexual maturity) (ដំណាក់កាលទី IV ឬ ទៅ V នៃចំណាត់ថ្នាក់ Tanner)។ សំរាប់ព័ត៌មាន ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់ក្មេងជំទង់អាយុ តិចជាង១៤ ឆ្នាំ ឬ ក្មេងជំទង់ដែលមិនទាន់ឈានដល់ដំណាក់កាលពេញវ័យ ផ្នែកផ្លូវភេទ (ដំណាក់ កាលទី I, II, ឬ III នៃចំណាត់ថ្នាក់ Tanner) សូមពិនិត្យគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍សំរាប់កុមារ ដែលទើបនឹងបានកែសំរួលថ្មី នាឆ្នាំ ២០១១ នេះ។

នៅដំណាក់កាលជំទង់ កុមារដែលមានសុខភាពល្អទទួលបានការរីកលូតលាស់ផ្នែករាងកាយ ចិត្តសាស្ត្រ និងផ្លូវភេទ ហើយឈានដល់ភាពពេញវ័យ។ កុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយ ជាច្រើននាក់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា បានឈានដល់វ័យអាយុជំទង់។ ត្រូវទទួលស្គាល់ផងដែរ ក្មេង ជំទង់ខ្លះឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដោយសារការប្រព្រឹត្តរបស់មនុស្សពេញវ័យ រួមមានការរួមភេទ និង ការចាក់គ្រឿងញៀន។ កុមារជំទង់ដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយហើយ ដែលត្រូវបានរកឃើញ នៅអាយុតិច មានការវិវត្តន៍គ្លីនិក និងប្រវត្តិការព្យាបាលខុសពីកុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅ ពេលឈានដល់វ័យជំទង់ (teenager) ។

ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់សំខាន់បំផុតនៅពេលប្រើឱសថក្នុងក្រុម NNRTI **លើកុមារជំទង់:**

- ដោយ EFV អាចបណ្តាលអោយពុលដល់ទារកក្នុងផ្ទៃដែលកំពុងលូតលាស់ (growing fetus) មិនត្រូវប្រើឱសថនេះសំរាប់កុមារជំទង់ ដែលមានការប្រឈមនឹង ភាពអាចមានគភ៌ (មានន័យថា មានសកម្មភាពផ្លូវភេទ ហើយមិនប្រើមធ្យោបាយ បង្ការភាពមានគភ៌) ឬ ដែលកំពុងស្ថិតនៅក្នុងត្រីមាសទី១នៃគភ៌ទេ។
- ភាពពុលថ្លើមស្បែងចេញជាភាគសញ្ញា ឬ ការចេញកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរដែល ទាក់ទងនឹងការប្រើ NVP អាចងាយនឹងកើតឡើងចំពោះក្មេងស្រីជំទង់ដែលមាន ចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ (> ២៥០កោសិកា/មម^m) ដែលពុំធ្លាប់បានទទួលការ ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ទោះបីជាភាគសញ្ញាទាំងនេះ ពុំសូវ ជួបប្រទះក្តី។ ដូច្នោះ ត្រូវប្រើ NVP ជាឱសថសំរាប់រួមមន្ត្រីព្យាបាលជូនទី១ ដោយប្រុង ប្រយ័ត្នសំរាប់កុមារជំទង់ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 នៅចន្លោះ ២៥០ និង ៣៥០ កោសិកា/មម^m ។

ការប្រើឱសថអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ក្នុងរយៈពេលយូរអង្វែង ជួបការលំបាកសំរាប់ក្មេងជំទង់។ មូលហេតុនៃឧបសគ្គនេះ រួមមានដំណើរជីវិត/របៀបរស់នៅមិន រៀបរយពិតប្រាកដ (unstructured lifestyle) កង្វះការគាំទ្រផ្នែកសង្គម ការមិនដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុក

មេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន ការបដិសេធស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន និងការមាក់ងាយ (stigma) ។ រូបមន្តព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈសាមញ្ញ អាចជួយបង្កើនការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ បានដល់កំរិតខ្ពស់បំផុត។ លើសពីនេះទៀត ការប្រាប់អោយកុមារ ជំទង់ដឹង (disclosure) អំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ ជាញឹកញាប់អាចជួយអោយ គេទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បានកាន់តែត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ ទោះបីជាការប្រាប់នេះ ជួបនឹងការលំបាកក្តី។ ដោយហេតុនេះហើយ ប្រការសំខាន់គឺ ត្រូវធានាអោយក្មេងជំទង់៖

- ១ ដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន
- ២ ទទួលបានការអប់រំអំពីស្ថានភាពជំងឺ ការព្យាបាល និងសារៈសំខាន់នៃការថែទាំ និងការព្យាបាលដោយឱសថ ARV បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។
- ៣ មានទំនុកចិត្ត លើសមត្ថភាពក្នុងការពិភាក្សាអំពីបញ្ហាអេដស៍ជាមួយអ្នកដទៃដែល ចង់ដឹងអំពីស្ថានភាពជំងឺរបស់ពួកគេ និង
- ៤ ត្រូវមានប្រព័ន្ធផ្តល់ការគាំទ្ររឹងមាំ ដើម្បីអោយពួកគេ អាចដឹងអំពីកន្លែងដែលត្រូវ ទទួលបានការជួយគាំទ្រ និងទទួលបានជំនួយនានា នៅពេលចាំបាច់។

ការផ្តល់ប្រឹក្សា ស្តីពីការបង្ការជារាជ្ជមាន ផ្តល់ជូនដល់ក្មេងជំទង់នូវចំណេះដឹង និងជំនាញ សំរាប់បង្ការខ្លួនគេ និងដៃគូរួមភេទរបស់ពួកគេពីការឆ្លង ឬ ការឆ្លងសាជាថ្មីឡើងវិញ នូវជំងឺកាមរោគ និងមេរោគអេដស៍។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា និងគ្រូពេទ្យផ្នែកកុមារត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សា ស្តីពីការបង្ការជារាជ្ជមាន ជូនដល់កុមារជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រាល់ពេលដែលគេមកទទួលបានការពិនិត្យសុខភាព ឬក៏ អាចញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើចាំបាច់។ ខ្លឹមសារនៃការផ្តល់ប្រឹក្សាប្រែប្រួលទៅតាម តំរូវការ របស់បុគ្គលម្នាក់ៗ។ ជាទូទៅ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ត្រូវពិភាក្សាជាមួយកុមារជំទង់ អំពីបញ្ហាដូចខាង ក្រោម៖

- មធ្យោបាយចំលងមេរោគអេដស៍
- ការពន្យារពេលនៃសកម្មភាពផ្លូវភេទ
- សុវត្ថិភាព/ការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃសកម្មភាពផ្លូវភេទនានា
- ជំនាញស្តីពីការប្រាស្រ័យទាក់ទង និងការចរចា អំពីការរួមភេទដែលមិនសូវមាន គ្រោះថ្នាក់ រួមបញ្ចូលទាំងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ
- បញ្ហាស្តីពីការប្រាប់អោយដៃគូដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន និង
- មេរោគអេដស៍ និងភាពមានគភ៌ មិនតាមបំណង (unintended pregnancies) ។

**១១-៤ ការបង្ការការចំលងក្រោយពីមានការប៉ះពាល់នឹងមេរោគអេដស៍
(Post-exposure Prophylaxis)**

ការផ្តល់បរិយាកាសបំប្រែការងារដែលមានសុវត្ថិភាព សំរាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល គឺជាសិទ្ធិមូលដ្ឋាន និងកត្តាជាសារវ័ន្ត សំរាប់ធានាអោយប្រព័ន្ធចែទាំសុខភាពមានដំណើរការល្អ។ ដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃផលប៉ះពាល់ជំងឺឆ្លងនានា គឺត្រូវអនុវត្តវិធាន ការណ៍បង្ការជាសកល (universal precautions) នៅតាមសេវាថែទាំសុខភាព ដូចមានពិពណ៌នានៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ដែលត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយកាលពីខែ វិច្ឆិកា ឆ្នាំ ២០០២ កន្លងទៅ។ ទោះបីជាមានការអនុវត្តវិធានការណ៍បង្ការជាសកលក៏ដោយ ក៏គ្រោះថ្នាក់នៃការមុតមូល និងគ្រោះថ្នាក់ដែលបណ្តាលមកពីការប៉ះពាល់នឹងមេរោគ នៅតែអាចកើតឡើងដែរ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលផ្តល់ការថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកជួរមេរោគអេដស៍ ដែលមានការប៉ះពាល់នឹងមេរោគ ដែលមានគ្រោះថ្នាក់ អាចប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់មេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លងមេរោគនេះ។ នៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់កើតឡើង សូមពិនិត្យ និងអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំ ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងថែទាំបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលបានប៉ះពាល់នឹងមេរោគអេដស៍ នៅពេលបំពេញការងារ (ឯកសារបោះពុម្ពឆ្នាំ ២០០៦)។

ជាទូទៅ ការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់មេរោគ នៅពេលកំពុងបំពេញការងារ មានកំរិតប្រហែល ០.៣% ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់តាមការមុតស្បែក (percutaneous exposure), ០.០៩% ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់ភ្នាសសើម និងតិចជាង ០.០៩% សំរាប់ប៉ះពាល់ស្បែក ដែលពុំមានដាច់រលាត់ ឬ មានដំបៅ (intact skin)។ ការប៉ះពាល់វត្ថុរាវក្នុងរាងកាយដូចខាងក្រោម មានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងក្នុងកំរិតតិចតួច ទោះបីជាការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នេះ មានកំរិតទាបខ្លាំង បើប្រៀបធៀបទៅនឹងការប៉ះពាល់ឈាមក្តី: វត្ថុរាវនៃខួរក្បាល និងឆ្អឹងខ្នង, វត្ថុរាវនៅសន្លាក់ឆ្អឹង, វត្ថុរាវស្រោមស្ងួត, ស្រោមពោះ, បេះដូង និងទឹកភ្លោះ។ ការប៉ះពាល់ទឹកកាម និងវត្ថុរាវបញ្ចេញដោយទ្វារមាស ពុំមែនជាមូលហេតុនៃការឆ្លងពីអ្នកជំងឺទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំទេ នៅពេលបំពេញការងារថែទាំ ទោះបីជាវត្ថុរាវទាំងនោះ បណ្តាលអោយមានការឆ្លងតាមរយៈការរួមភេទក៏ដោយ។ ការប៉ះពាល់វត្ថុរាវដូចខាងក្រោម ពុំបណ្តាលអោយមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងទៅកាន់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលបានប៉ះពាល់វាទេ លើកលែងតែ វត្ថុរាវទាំងនេះ មានឈាម ដែលមើលឃើញនឹងភ្នែក (gross blood): លាមក, ទឹកសំបោរ, ទឹកមាត់, កំហាក, ញើស, ទឹកនោម និងកំអូត។

“ ការប៉ះពាល់ ” (exposure) ត្រូវបានកំណត់ដោយ គ្រោះថ្នាក់ (injury) ដែលធ្វើអោយដាច់ស្បែក ឬការប៉ះពាល់ផ្ទាល់រាងភ្នាសសើម ឬ ស្បែកដែលពុំមានដាច់រលាត់ ឬមានដំបៅជាមួយ

ឈាម, ជាលិកា ឬ វត្ថុរាវនៃរាងកាយផ្សេងៗទៀត ដែលអាចបង្កអោយមានការចំលងមេរោគខ្លាំង។ បន្ថែមពីជំហានទាំង៣ ដូចខាងក្រោមនេះ គំនូញបំព្រួញដែលណែនាំអំពីជំហាននានាដែលត្រូវអនុវត្តក្រោយពីមានការប៉ះពាល់ មានពណ៌នាក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី៣។

• ជំហានទី១: ការគ្រប់គ្រងថែទាំដំបៅ ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងវាយតម្លៃដំបូង

ក្រោយពីមានរបាយការណ៍ អំពីការប៉ះពាល់វត្ថុរាវក្នុងរាងកាយដែលអាចមានគ្រោះថ្នាក់ឆ្លងមេរោគខ្ពស់ ដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលមក ត្រូវលាងសំអាតកន្លែងមុត ឬ ប៉ះពាល់នោះ ដោយប្រើសាប៊ូ និងទឹកក្នុងរយៈពេល ៣នាទី។ ត្រូវបាញ់ទឹកលាង ភ្ជួសសើម រយៈពេល ១០នាទី។ ការប្រើទឹកម៉ាស៊ីនសំរាប់លាងសំអាត ជាការសមស្រប ហើយមិនត្រូវពន្យាការលាងសំអាតដោយរងចាំរកទឹកដែលសំលាប់មេរោគ ឬ សេរ៉ូមប្រៃទេ។

ប្រសិនបើពុំដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកជំងឺ ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាដល់អ្នកជំងឺដែលជាប្រភពនៃការចំលង (source patient) អំពីការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍អោយបានឆាប់រហ័សបំផុត ទៅតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើបាន។ ការផ្តល់ប្រឹក្សាត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងស្ថានភាពរក្សាការសំងាត់ ហើយត្រូវគោរពសិទ្ធិផ្លូវច្បាប់របស់អ្នកជំងឺក្នុងការបដិសេធការធ្វើតេស្ត។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនបដិសេធការធ្វើតេស្តឈាមនៅកន្លែងកើតហេតុនោះ ឬ ប្រសិនបើ ពុំអាចកំណត់រកអ្នកជំងឺដែលជាប្រភពនៃការចំលង (source patient) បានទេនោះ ត្រូវប្រើប្រាស់ព័ត៌មានអំពីកត្តាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការចំលងមេរោគរបស់អ្នកជំងឺ ឬ របស់សហគមន៍របស់គាត់នៅពេលកើតមានការប៉ះពាល់ ដើម្បីវាយតម្លៃលទ្ធភាពនៃការឆ្លងពីអ្នកជំងឺមេរោគអេដស៍។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺសំរេចធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ នៅតាមមណ្ឌលធ្វើតេស្តឈាមដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សាការសំងាត់ណាមួយ មិនត្រូវពន្យាពេលធ្វើការសំរេចចិត្តព្យាបាលបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលមានការប៉ះពាល់មេរោគអេដស៍ទេ។ **ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលក្នុងកំឡុងពេល ៤ម៉ោង ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់ទៅតាមលទ្ធភាព ដែលអាចធ្វើទៅបាន ហើយមិនត្រូវពន្យាពេលព្យាបាលហួសពី ៧២ម៉ោងទេ។** អាចបញ្ឈប់ការព្យាបាលបាន បន្ទាប់ពីបានចាប់ផ្តើមហើយ ប្រសិនបើបានទទួលលទ្ធផលបញ្ជាក់ថា អ្នកជំងឺពុំមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវកំណត់ដំណាក់កាលនៃជំងឺ និងប្រវត្តិប្រើឱសថ ARV ពីអតីតកាល និងនាពេលបច្ចុប្បន្ន។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV រួចហើយ (highly treatment experienced) ហើយអាចអោយមានការរកកើតមេរោគដែលមានភាពស៊ាំ, ត្រូវពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកជំនាញទាក់ទងនឹងជំងឺសរុបមន្តព្យាបាលសំរាប់ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីមានគ្រោះថ្នាក់ពេលបំពេញការងារថែទាំ (PEP) ។ ក៏ប៉ុន្តែ មិនត្រូវពន្យាពេលការព្យាបាលទេ។ ប្រសិនបើ ពុំអាចសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញបានភ្លាមទេនោះ ត្រូវចាប់ផ្តើមធ្វើការព្យាបាលស្តង់ដារ ហើយធ្វើការប្តូររូបមន្តព្យាបាល ក្រោយពីមានការណែនាំពីអ្នកជំនាញ។

ការវាយតម្លៃបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលបានប៉ះពាល់មេរោគអេដស៍ក៏ត្រូវធ្វើក្នុងស្ថានភាព រក្សាការសំងាត់ផងដែរ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ (work up) ត្រូវធ្វើតាមការធ្វើតេស្តរកមេរោគ អេដស៍។ ប្រសិនបើបុគ្គលិកសុខាភិបាល សំរេចថាទៅធ្វើតេស្តនៅមណ្ឌលធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគ អេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ណាមួយ ត្រូវគោរពតាមការសំរេចចិត្តនេះ ហើយ មិនត្រូវពន្យារពេលនៃការព្យាបាលទេ។ ប្រសិនបើបុគ្គលិកសុខាភិបាល មានលទ្ធផលតេស្ត មូលដ្ឋានវិជ្ជមាន ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល ហើយបញ្ជូនគាត់ទៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺ អេដស៍។

ត្រូវវាយតម្លៃសណ្ឋាន (nature) នៃការប៉ះពាល់ផងដែរ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលមាន ការប៉ះពាល់ ដូចបានពិពណ៌នាលម្អិត នៅក្នុងគំនូសបំព្រួញ ត្រូវទទួលការបង្ការការឆ្លងមេរោគ អេដស៍ ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់មេរោគ (PEP)។ បុគ្គលិកដែលមានការប៉ះពាល់កំរិតស្រាលត្រូវ ទទួលការគាំទ្រលើកទឹកចិត្ត ថាការប៉ះពាល់នោះ មានកំរិតតិចតួច ហើយពុំគំរូវអោយមានការ ព្យាបាលទេ។

• ជំហានទី២: ការព្យាបាល និងការតាមដាន

នៅពេលមានការសំរេចចិត្តថា ត្រូវព្យាបាលគឺ ត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់ការព្យាបាលអោយបាន ឆាប់រហ័សបំផុត ហើយត្រូវចៀសវាងការយឺតយ៉ាវដែលបណ្តាលមកពីការបំពេញបែបបទរដ្ឋបាល។ អាចធ្វើការបំពេញបែបបទរដ្ឋបាលក្រោយពីមានការផ្តល់ឱសថ១កំរិតដូសដំបូងរួច។ រូបមន្តឱសថ ព្យាបាលដែលត្រូវផ្តល់អោយដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ រួមមានឱសថពីរមុខបញ្ចូលគ្នា គឺ **Zidovudine ៣០០មក្រ បូកនឹង Lamivudine ១៥០មក្រ ដែល ត្រូវលេបរៀងរាល់ ១២ម៉ោងម្តង សំរាប់រយៈពេល ២៨ថ្ងៃ។**

ត្រូវផ្តល់ឱសថដំបូង សំរាប់រយៈពេល ៤ថ្ងៃ ហើយត្រូវធ្វើការណាត់ជួបក្នុងរយៈពេល៣-៤ថ្ងៃ ក្រោយមក ដែលនៅពេលនោះ មានការពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ អ្នកជំងឺ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល ប្រសិនបើ ពុំទាន់ដឹងច្បាស់អំពីព័ត៌មាននេះ ហើយនឹងមានការ ពិភាក្សាអំពីបញ្ហាផលប៉ះពាល់នៃឱសថ និងកំរិតនៃការព្យាបាលដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់។ ប្រសិនបើ បុគ្គលិកសុខាភិបាលមិនអាចទ្រាំទ្រនឹងឱសថ Zidovudine ហើយគំរូវអោយ មានការប្រើជំរើសរូបមន្តព្យាបាលផ្សេង ត្រូវប្រើ Stavudine ៣០មក្រ ជំនួស Zidovudine បូកផ្សំនឹង Lamivudine ១៥០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់រយៈពេល ២៨ថ្ងៃ។ ត្រូវណែនាំអោយមានការមក ពិនិត្យតាមដាន ក្នុងរយៈពេល ១០-១២ថ្ងៃក្រោយមក ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការលំបាកក្នុងការប្រើ រូបមន្តព្យាបាល និងធានាអោយមានការព្យាបាលបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ ក្នុងករណី ដែលដឹងថា មានការប៉ះពាល់មេរោគអេដស៍ ដែលសុំខ្លាំងនឹងឱសថ ARV ត្រូវប្រើរូបមន្តព្យាបាល ដែលបូកបញ្ចូលឱសថ៣មុខ។ ជាទូទៅ រូបមន្តព្យាបាលដែលបូកបញ្ចូលឱសថ ARV ៣មុខ

សំរាប់ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់មេរោគនេះ រួមបញ្ចូលឱសថ ក្នុងក្រុមPI១មុខ ដូចជា LPV/r ផ្សំជាមួយឱសថក្រុម nucleoside ពីមុខបូកបញ្ចូលគ្នា។

ត្រូវធ្វើការតាមដានតាមរយៈការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ នៅខែទី៣ និងទី៦ ក្រោយ ពីមានការប៉ះពាល់ ហើយត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាទាក់ទងនឹងការចៀសវាងការផ្តល់ឈាម និងការបង្ការដៃគូ រួមភេទអោយបានសមស្រប រហូតដល់មានការបញ្ជាក់ច្បាស់ថា ពុំមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅខែទី៦។

• ជំហានទី៣: ការធ្វើរបាយការណ៍

ត្រូវធ្វើរបាយការណ៍ ជូនដល់សេវាថែទាំ ដែលផ្តល់ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពី មានការប៉ះពាល់មេរោគ (PEP) សំរាប់រាល់ករណីបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានប៉ះពាល់នឹង មេរោគអេដស៍។ របាយការណ៍រួមបញ្ចូលព័ត៌មាន អំពីការប៉ះពាល់ទាំងអស់ រួមទាំងការប៉ះពាល់ កំរិតស្រាល ហើយមិនតម្រូវអោយមានការព្យាបាលផងដែរ។ ឯកសារចំលងនៃរបាយការណ៍មួយ ច្បាប់ ត្រូវរក្សាទុកនៅសេវាថែទាំហើយមួយច្បាប់ទៀត ត្រូវផ្ញើជូនមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ អេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ។

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី១: ចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍សំរាប់ មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

ដំណាក់កាលទី១ (Clinical stage 1)
<ul style="list-style-type: none"> • ពុំមានរោគសញ្ញា (Asymptomatic) • ការរហើមប៉ោងកូនកណ្តុរពេញខ្លួនជាប់ជាប្រចាំ (Persistent generalized lymphadenopathy)
ដំណាក់កាលទី២ (Clinical stage 2)
<ul style="list-style-type: none"> • ស្រកទំងន់មិនដឹងមូលហេតុ កំរិតមធ្យម (តិចជាង ១០% នៃទំងន់ដងខ្លួន) • ការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើម សាចុះសាឡើង (រលាក sinus, ការរលាកអាមីដាល, ការរលាកត្រចៀកកណ្តាល, រលាកបំពង់ក) • ជំងឺវើម (herpeszoster) • Angular cheilitis

- Seborrhoeic dermatitis
- ជំងឺប្រាមាត់ សាចុះសាឡើង
- Papular pruritic eruptions (PPE)
- ការដុះផ្សិតនៅក្រចក

ដំណាក់កាលទី៣ (Clinical stage 3)

- ស្រកទំងន់ មិនដឹងមូលហេតុ កំរិតធ្ងន់ធ្ងរ លើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន
- ក្តៅខ្លួនជាប់មិនដឹងមូលហេតុ លើសពី១ខែ
- ផ្សិតក្នុងមាត់
- របេងស្ងួត
- Oral Hairy Leukoplakia
- ការបង្កពេកធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទាហរណ៍: រលាកសាច់ស្ងួត, ខ្ទុះក្នុងស្ងួត (empyema), រលាកស្រោមខួរ (meningitis), រលាក និងជំងឺប្រាមាត់ជុំ (pyomyositis), ការបង្កពេកនៅឆ្អឹង ឬ សន្លាក់, bacteraemia, ជំងឺ pelvic inflammatory ធ្ងន់ធ្ងរ)
- Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis
- ភាពស្លេកស្លាំងមិនដឹងមូលហេតុ (អេមូក្លូប៊ីន < ៨ក្រ/មល), neutropenia (< 0,៥ x ១០៩/ល) និង/ឬ chronic thrombocytopenia (< ៥០ x ១០៩/ល)

ដំណាក់កាលទី៤ (Clinical stage 4)

- **ពេកសញ្ញាចុះស្តុមខ្លាំង ដែលបញ្ជាក់អំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍**
- មហារីកជាលិកា lymphoid (Lymphoma) (cerebral or B cell non Hodgkin)
- រលាកសាច់ស្ងួតបង្កដោយ Pneumocystis jiroveci
- រលាកសាច់ស្ងួតធ្ងន់ធ្ងរ បង្កដោយបាក់តេរី ដែលកើតសាចុះសាឡើង
- របេងក្រៅស្ងួត
- **មានផ្សិតនៅបំពង់អាហារ (ឬ ផ្សិត candidiasis នៅបំពង់ខ្យល់ ទងស្ងួតឬ ស្ងួត)**
- Atypical disseminated leishmaniasis
- Central nervous system toxoplasmosis
- Disseminated nontuberculous mycobacteria infection
- Kaposi sarcoma
- HIV encephalopathy

- Symptomatic HIV-associated nephropathy or HIV-associated cardiomyopathy
- ការឆ្លងរោគបង្កដោយ herpes simplex (នៅតាមមាត់, បបូរមាត់ ប្រដាប់បន្តពូជ ឬតំបន់ រន្ធក្នុង រយៈពេលច្រើនជាង ១ខែ ឬ នៅតាមសរីរាង្គក្នុងពោះណាមួយ)
- Disseminated mycosis (histoplasmosis, coccidiomycosis)
- Chronic isosporiasis
- មហារីកមាត់ស្បូន ដែលរាលដាលដល់ជាលិកាដទៃ
- Recurrent septicaemia (including nontyphoidal Salmonella)
- Cytomegalovirus disease (retinitis or infection of other organs, excluding liver, spleen and lymph nodes)
- Extrapulmonar cryptococcosis including meningitis
- Chronic cryptosporidiosis
- Progressive multifocal leukoencephalopathy

លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកដែលកើតនៅពេលឆ្លងមេរោគអេដស៍របស់ អង្គការសុខភាពពិភពលោក

ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក	រោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក	រោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់ ចុងក្រោយ (Definitive diagnosis)
ដំណាក់កាលទី១		
ពុំមានរោគសញ្ញា	ពុំមានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងគ្មានសញ្ញាណាៗនៅពេលពិនិត្យ	N/A
Persistent generalized lymphadenopathy	កូនកណ្តុរីកមាឌ ធំជាង ១សម តែពុំមានការឈឺចាប់នៅពីរកន្លែងឬ លើសពីនេះ (លើកលែងតំបន់ក្រលៀន) ដោយពុំមានមូលហេតុ ច្បាស់ ហើយកើតមានរយៈពេល ចាប់៣ខែ ឡើងទៅ	ការប្រើប្រយោជន៍ជាលិកាទៅវិភាគ
ដំណាក់កាលទី២		

<p>ការស្រកទំងន់មិនដឹងមូលហេតុ កំរិតមធ្យម (តិចជាង ១០%នៃ ទំងន់ខ្លួន)</p>	<p>រាយការណ៍ អំពីការស្រកទំងន់។ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ការពុំឡើងទំងន់។</p>	<p>ស្រកទំងន់ (<១០%នៃទំងន់ខ្លួន) ដែលមានភស្តុតាងបញ្ជាក់</p>
<p>ការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធដកដង្ហើម ផ្នែកខាងលើ សាចុះសាឡើង (ជំងឺបច្ចុប្បន្ន ឬ បូកនឹងជំងឺ១ ឬ លើសពីនេះ ក្នុងរយៈពេល៦ខែ ចុងក្រោយ)</p>	<p>រោគសញ្ញាមានភាពសុំញ៉ាំ (ឧទាហរណ៍: ការឈឺចាប់១ចំហៀងមុខ មានទាំងការហូរ សំបោរ (sinusitis), ការឈឺចាប់ ក្រដាសត្រចៀក (otitis media) ការរលាកបំពង់ក ដែលពុំមានលក្ខណៈជាការឆ្លងរោគដោយវីរុស (កណ្តាស់-ក្អក)</p>	<p>ការវិភាគមន្ទីរពិសោធន៍ ប្រសិនបើមាន ឧទាហរណ៍: ការបណ្តុះមេរោគក្នុងវត្ថុរាវក្នុងខ្លួននានា។</p>
<p>ជំងឺរឹម (Herpes zoster)</p>	<p>ការចេញកន្ទួលពងបែកលើស្បែក ដែលមានការឈឺចាប់ ដែលចេញ តាមបណ្តោយសរសៃប្រសាទ ដែលមិនរាលទៅផ្នែកម្ខាងទៀត នៃដងខ្លួន</p>	<p>រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក</p>
<p>Angular cheilitis</p>	<p>ស្នាមប្រះ នៅច្រវីកមាត់ ដែលមិនទាក់ទងនឹងកង្វះវីតាមីន ឬ កង្វះជាតិដែក ហើយជារឿយៗ ឆ្លើយតបទៅ នឹងការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងនឹងរោគផ្សិត</p>	<p>រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក</p>
<p>ដំបៅមាត់ សាចុះសាឡើង (ចាប់ពី ២ដងក្នុង រយៈពេល ៦ខែចុងក្រោយ)</p>	<p>ដំបៅពងបែក មានការឈឺចាប់ ដែលរុំពន្លឺដោយរង្វង់ដែលមានការរលាក និងមានភ្នាសពណ៌លឿង ប្រផេះ (yellow-grey pseudomembrane)</p>	<p>រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក</p>
<p>Papular pruritic eruption</p>	<p>មានដុំពករមាស់លើស្បែក ដោយមានការប្រែពណ៌ជាខ្មៅក្រោយ ពេលមានការរលាក</p>	<p>រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក</p>
<p>Seborrhoeic dermatitis</p>	<p>ស្បែកឡើងបែកស្រកា និងរមាស់ជាពិសេស នៅតាមកន្លែងដែលមានរោមច្រើន (ក្បាល ភ្លើក ទ្រូង និង ក្រលៀន)</p>	<p>រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក</p>

<p>ដុះផ្សិតនៅក្រចក (Fungal nail infections)</p>	<p>បាតសាច់ក្រចកហើមប៉ោង និង មានការឈឺចាប់ (Paronychia) ឬ ក្រចក រហូតពីម្រាម (onycholysis) (មានឡើងពណ៌សនៅចុងក្រចក ហើយក្រចកឡើងក្រាស់ហើយរហូតពីសាច់ក្រចក)</p>	<p>ការបណ្តុះមេរោគផ្សិតនៅក្រចក (Fungal culture of nail / nail plate material)</p>
<p>ដំណាក់កាលទី៣</p>		
<p>ការស្រកទំងន់ធ្ងន់ធ្ងរ(លើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន)</p>	<p>អ្នកជំងឺប្រាប់ពីការស្រកទំងន់ មិនដឹងមូលហេតុ (ច្រើនជាង ១០% នៃទំងន់ខ្លួន) មុខឡើងជ្រុះ មើលឃើញច្បាស់ និងដងខ្លួន អវៈយវៈមានសភាពស្គមខ្លាំង ឬ body mass index < ១៨,៥។ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ការស្រក ទំងន់អាចពុំមានភាពច្បាស់ទេ</p>	<p>ការស្រកទំងន់ចាប់ពី ១០%នៃទំងន់ខ្លួនដែលមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ត្រឹមត្រូវ</p>
<p>រាគរសរុំវៃ មិនដឹងមូលហេតុមានរយៈពេលលើសពី១ខែ</p>	<p>រាគរសរុំវៃ (លាមករា ចាប់ពី ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ) រយៈពេលលើស ពី១ខែ</p>	<p>មិនចាំបាច់ទេ បន្ថែមត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ឲ្យបានច្បាស់លាស់ ហើយមានរាគចាប់ពី៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ ហើយលាមកមានសភាពរាវ ហើយការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ លើលាមកពុំរកឃើញមានមេរោគ</p>
<p>គ្រុនក្តៅមិនដឹងមូលហេតុ លើសពី១ខែ (ក្តៅបាត់ៗ ឬ ក្តៅជាប់ហើយមានរយៈពេលលើសពី១ខែ)</p>	<p>អ្នកជំងឺប្រាប់ថា មានគ្រុនក្តៅ ឬ បែកញើសពេលយប់លើសពី១ខែ អាចមានបាត់ៗ ឬ មានជាប់រហូតហើយពុំមានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក ឬ ឱសថព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ ដោយពុំមានជំងឺនៅកន្លែងដទៃៗ ទៀត ប្រាប់ដោយអ្នកជំងឺ ឬ ពេល ពិនិត្យគ្លីនិក។ ត្រូវដាត់ចោលជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅតំបន់ដែលមានគ្រុន ចាញ់ច្រើន</p>	<p>ភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា កំដៅខ្លួនលើសពី ៣៧,៦°C ហើយការបណ្តុះមេរោគអវិជ្ជមាន, ការបំពាក់ពណ៌ Ziehl-Nielsen អវិជ្ជមាន, ការពិនិត្យSlide អវិជ្ជមាន, ការថតស្លាតធម្មតា ឬ មិនមានការផ្លាស់ប្តូរ ហើយពុំមានការឆ្លងរោគនៅ កន្លែងដទៃទៀត</p>
<p>ផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral candidiasis)</p>	<p>បន្ទះពណ៌ស ដូចទឹកដោះគោដុះ ជាប់ ឬ កើតបាត់ៗ ដែលរហូតចេញពេលកោស (pseudomembranous) ឬ បន្ទះពណ៌ក្រហមលើអណ្តាត ក្រឡើង ឬ ផ្ទៃមាត់</p>	<p>រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក</p>

	ខាងក្នុង ជាញឹកញាប់ មានការ ឈឺចាប់ ឬ ឈឺពេលប៉ះ (tender) (erythematous form)	
Oral hairy leukoplakia	មានដុះសាច់ជាសរសៃខ្សែតូចៗ ពណ៌ស ឬអង្កាញ់ៗ នៅតែមអណ្តាតដែល មិន រេកពេលកោស	រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក
រមេងសួត	រោគសញ្ញាភ្នំរ៉ែ (ដែលមានរយៈពេល យ៉ាងហោច២ទៅ៣ សប្តាហ៍) ក្អក, ក្អកឈាម, ថប់ដង្ហើម, ឈឺទ្រូង, ស្រក ទំងន់, គ្រុនក្តៅ, បែកញើសពេល យប់ ឬកន្លងការពិនិត្យកំហាកវិជ្ជមាន ឬការ ពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន និងការថតសួត បញ្ជាក់ អំពីជំងឺរមេង (ដែលមាន infiltrates នៅក្លែបសួតខាងលើ ប្រហោង pulmonary fibrosis and shrinkage) ពុំមានភស្តុតាង បញ្ជាក់អំពីជំងឺរមេង ក្រៅសួត	ការរកឃើញ M. tuberculosis នៅក្នុងការបណ្តុះកំហាក ឬធ្វើការពិនិត្យសាច់សួតដែល ច្រើន(ឬក៏ផ្សំជាមួយរោគសញ្ញា បញ្ជាក់ថាមានជំងឺរមេង)
ការបង្ករោគដោយ បាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ (រលាកសាច់សួត រលាកស្រោមខួរ) empyema, pyomyositis, bone or joint infection, bacteraemia, severe pelvic inflammatory disease)	គ្រុនក្តៅរួមជាមួយសញ្ញា ឬរោគ សញ្ញាជាក់លាក់ ដែលបញ្ជាក់អំពី ទីតាំងបង្ករោគ ហើយមានការ ឆ្លើយទៅនឹងការព្យាបាល ដោយអង់ទីប៊ីយោទិកសមស្រប	ការរកឃើញបាក់តេរី នៅក្នុង សំណាកវត្តិភាគសមស្រប (ជាទូទៅគឺ កន្លែងដែល ពុំមានមេរោគ)
Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis	មានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ រលាក សាច់អញ្ចាញធ្មេញ ជ្រុះធ្មេញ មាត់ ហូរឈាមដោយឯកឯង មានក្លិនស្អុយ ការពុកផ្លឹង និង/ឬរលួយ ជាលិកាទន់	រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក
ភាពស្លេកស្លាំងមិន	ពុំអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក	រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវធ្វើឡើង

<p>ដឹងមូល ហេតុ (អេមូក្លូប៊ីន<៨ក្រ/ដល) , neutropenia (<0,៥x ១០៩/ល) និង/ឬ chronic (លើសពី១ខែ) thrombocytopenia (<៥០x ១០៩/ល)</p>	<p>រកមូលហេតុសង្ស័យបានទេ</p>	<p>តាមការពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ ហើយពុំមានមូលហេតុ ដែលពុំមែនការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ផ្សេងៗទៀត ពុំឆ្លើយតបនឹងឱសថ ព្យាបាល កង្វះគ្រាប់ឈាមក្រហម, ឱសថព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់, ឱសថព្យាបាលជំងឺព្រូនពោះវៀន ដូចណែនាំក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិឯកសារ IMCI របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ឬ គោលការណ៍ណែនាំជាតិផ្សេងៗទៀត។</p>
<p>ដំណាក់កាលទី៤</p>		
<p>រោគសញ្ញាចុះស្គមខ្លាំង ដែល បញ្ជាក់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HIV wasting syndrome)</p>	<p>អ្នកជំងឺនិយាយប្រាប់ថា ស្រកទំងន់ខ្លួនដោយមិនដឹងមូលហេតុ (លើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន) ដោយមានសភាពស្គមខ្លាំង ឬ body mass index < ១៨,៥ បូកនឹង មានការរាតត្បាតរាងកាយមិនដឹងមូលហេតុ(បន្ទាបបង់លាមកទន់ ឬរាវ លើសពី៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ) រយៈពេល ច្រើនជាង១ខែ ឬ មានគ្រុនក្តៅ ឬ បែកញើសពេលយប់ ច្រើនជាង១ខែ ដោយពុំមានមូលហេតុផ្សេងៗទៀត ហើយពុំមានការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក ឬ ឱសថព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់។ ត្រូវដាត់ចោលជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅ តំបន់ដែលកើតជំងឺគ្រុនចាញ់ញឹកញាប់</p>	<p>រកឃើញការស្រកទំងន់លើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន បូកនឹងរាតត្បាតលើសពី២ដង ដែលពុំមានមេរោគ ឬ រកឃើញថាមានក្តៅខ្លួនលើសពី ៣៧,៦°C ដែលពុំមានរោគសញ្ញាជំងឺដទៃៗទៀត ការបណ្តុះមេរោគ និងការពិនិត្យ slides រកជំងឺគ្រុនចាញ់ ផ្តល់លទ្ធផលអវិជ្ជមាន និងថតស្ទូតផ្តល់លទ្ធផលធម្មតា ឬ ពុំមានការផ្លាស់ប្តូរពីស្ថានភាពមុន</p>
<p>ការរលាកសាច់សួតបង្កដោយ Pneumocystis</p>	<p>មានការហត់នៅពេលប្រឹង ឬ ក្អកសួត ដែលទើបចាប់ផ្តើមថ្មីៗ (ក្នុងរយៈពេល ៣ខែចុងក្រោយ) ចង្វាក់ ដង្ហើមដើរញាប់ និងមានគ្រុនក្តៅ និងការថតសួតបញ្ជាក់ពី Infiltrates, ពាសពេញជាលិកាចន្លោះសាច់សួតទាំងសងខាងនិងគ្មានភស្តុតាង</p>	<p>Cytology ឬ ការពិនិត្យវត្តរាវបានពីកំហាក ឬ ការលាង ទងសួត fluorescent microscopy ការពិនិត្យជាលិកាសួត</p>

	<p>បញ្ជាក់អំពី រលាកសាច់សួតបង្កដោយ បាក់តេរី ។ មានសំលេង crepitations នៅ សួតទាំងសងខាងពេលស្តាប់សួត ដោយ មានឬគ្មានការថយចុះខ្យល់ក្នុងសួត</p>	
<p>រលាកសាច់សួត ធ្ងន់ធ្ងរបង្កដោយ បាក់តេរី ដែលកើត សាចុះសាឡើង (ជំងឺកើតលើកនេះ ឬបូកផ្សំនឹងជំងឺ កើតមុនៗចាប់ ពីម្តងឡើងក្នុង រយៈពេល ៦ខែ ចុងក្រោយ)</p>	<p>ជំងឺកើតលើកនេះ ឬបូកផ្សំនឹងជំងឺ កើតមុនៗចាប់ ពីម្តងឡើង ក្នុងរយៈពេល ៦ខែចុងក្រោយ។ រោគសញ្ញាចាប់ផ្តើមក្នុង លក្ខណៈស្រួច ស្រាវ(<២សប្តាហ៍) (ឧទាហរណ៍ គ្រុនក្តៅ, ក្អក, ពិបាក ដកដង្ហើម និងឈឺទ្រូង) ឬក៏នឹងរោគ សញ្ញា consolidation ពេលពិនិត្យ ឬថតសួត។ ឆ្លើយតបទៅនឹងការ ព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក។</p>	<p>ការបណ្តុះរោគរូស ឬ រក antigen សំរាប់មេរោគដាក់ លាក់ផ្តល់ លទ្ធផលវិជ្ជមាន</p>
<p>ការបង្ករោគរុំវិដោយ herpes simplex virus (នៅមាត់ បបូរ មាត់ ប្រដាប់បន្ត ពូជ ឬ តំបន់រន្ធកូថ) លើសពី១ខែ ឬ នៅតាម សរីរាង្គ ផ្សេងៗទៀត ដោយមិនគិត ពីរយៈពេលកើត</p>	<p>ដំបៅនៅតាមរន្ធកូថ ឬ មាត់ និង បបូរមាត់ ដែលកើតដោយសន្សឹមៗ ហើយមានការឈឺចាប់។ ដំបៅនៃការរើ ឡើងវិញនៃការបង្ករោគដោយ HSV ដែលមានរយៈពេល>១ខែ។ មាន ប្រវត្តិកើតជំងឺនេះលើកមុន។ ការបង្ក រោគដោយ HSV នៅតាមសរីរាង្គ ផ្សេងៗទាមទារឲ្យមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ច្បាស់លាស់។</p>	<p>ការបណ្តុះមេរោគ ឬ តេស្ត DNA (ដោយបច្ចេកទេសPCR) រក HSV ផ្តល់លទ្ធផលវិជ្ជមាន ឬ ការពិនិត្យកោសិកា/ជាលិកា ផ្តល់លទ្ធផលបញ្ជាក់ពី HSV</p>
<p>ផ្សិត candidia នៅបំពង់អាហារ</p>	<p>ការឈឺចាប់តំបន់ក្រោយឆ្អឹងទ្រូង ឬ ពិបាកលេបអាហារ ទឹក ក្នុងរយៈពេល ថ្មីៗកន្លងទៅ ដែលកើតជាមួយការដុះ ផ្សិតក្នុងមាត់</p>	<p>ទិដ្ឋភាពជំងឺដែលបញ្ជាក់ ដោយការឆ្លុះបំពង់អាហារ ឬ ឆ្លុះទងសួត ឬ វិភាគកោសិកា /ជាលិកា(microscopy /histology)</p>
<p>ជំងឺរលេងក្រៅសួត</p>	<p>រោគសញ្ញាទូទៅ (ឧទាហរណ៍ គ្រុនក្តៅ, បែកញើសពេលយប់, ហត់ និងស្រក ទំងន់) ភស្តុតាង បញ្ជាក់ ពីជំងឺរលេង ក្រៅសួតឬជំងឺ រលេងរាលដាលពេញខ្លួន</p>	<p>រកឃើញ M. tuberculosis ឬ ការវិភាគលិកាពីសរីរាង្គ ផ្សេងៗបង្ហាញថាលទ្ធផលថា មានជំងឺរលេង រួមផ្សំជាមួយ</p>

	<p>ប្រែប្រួល ទៅតាមកន្លែងដែលប៉ះពាល់៖ ការប៉ះពាល់ដល់ស្រោមសួត, ស្រោម បេះដូង, ស្រោមពោះ, រលាកស្រោមខួរ, ហើមប្រាំងកូនកណ្តុរ នៅតំបន់(ចន្លោះ សួតទាំងពីរ) និងពោះរលាកឆ្អឹង។</p> <p>ជំងឺរបេង Miliary, ថតសួតបង្ហាញអំពី micronodules រាយ ប៉ាយស្មើសាច់ ពេញសាច់សួត,ហើមប្រាំងកូនកណ្តុរនៅ តិចតួច ដែលបណ្តាលមកពីការឆ្លង មេរោគ M. tuberculosis ត្រូវចាត់ ទុកថាជាសណ្ឋានជំងឺរបេងក្រៅ សួតដែលមិនសូវមានភាពធ្ងន់ធ្ងរ</p>	<p>រោគសញ្ញា និងសញ្ញាបញ្ជាក់ អំពី ជំងឺរបេង(ប្រសិន បើមាន ការបណ្តុះមេរោគ ឬការវិភាគ ជាលិកាពីកំហាក ដែលយកពី ប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើម ត្រូវមាន ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការកើតជំងឺ ផ្សេងៗក្រៅពីជំងឺសួត)</p>
Kaposi sarcoma	<p>ការកើតបន្ទះរាបមានពណ៌ក្រហម ឬ ជាំដូចឈាមលើស្បែកបន្ទះ នេះអាចវិវត្ត ទៅជាបន្ទះ ឬ ជុំដែលមានពណ៌ស្វាយខ្ចី</p>	<p>ទិដ្ឋភាពជំងឺដែលបញ្ជាក់ដោយ ការឆ្លុះបញ្ចាំងរំលាយអាហារ ឬ ទងសួត ឬ តាមការវិភាគ ជាលិកា (histology)</p>
Cytomegalovirus disease (រលាកអធិន ឬការ បង្ករោគនៅ សរីរាង្គដទៃៗទៀត លើកលែងតែ ថ្លើម ផាល និង កូនកណ្តុរ)	<p>សំរាប់ការរលាកអធិន: អាចធ្វើ រោគវិនិច្ឆ័យបានដោយគ្រូពេទ្យ ដែល មានបទពិសោធន៍។ រោគសញ្ញានៅ ភ្នែកពេលពិនិត្យបាត ភ្នែក: ស្នាមសត្វច ល្មម នៅលើ អធិន ដែលមានគែមច្បាស់ រាលដាល ពីកណ្តាលទៅក្រៅ តាម សរសៃឈាម ហើយមានការរលាក សរសៃ ការហូរឈាម និងរលួយ</p>	<p>រោគសញ្ញាបញ្ជាក់តាមការ ពិនិត្យជាលិកា ឬការរកឃើញ CMV នៅក្នុងវត្ថុរាវស្រោមខួរ តាមការ បណ្តុះមេរោគ ឬការ ពិនិត្យជាលិកា</p>
CNS toxoplasmosis	<p>ភាពមិនប្រក្រតី នៃប្រព័ន្ធប្រសាទបញ្ជាក់ ពីការប៉ះពាល់កន្លែងជាក់លាក់ ដែលកើត ឡើងក្នុងពេលថ្មីៗ ឬស្មារតីថយ ចុះ និងការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល មូលហេតុជាក់លាក់ក្នុង រយៈពេល ១០ថ្ងៃ។</p>	<p>ការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខ ប្រាណ របស់ toxoplasmosis មានលទ្ធផលវិជ្ជមាននិង (ប្រសិនបើមាន) ការថតឆ្លុះខួរ ក្បាលបង្ហាញអំពីការដុះដុំ សាច់នៅក្នុងខួរក្បាល ១ ឬ ច្រើន (CT ឬ MRI)។</p>
HIV encephalopathy	<p>ការពិនិត្យគ្លីនិករកឃើញមាន ភាព (ការមិន ប្រក្រតីនៃការចងចាំ ឬ ការធ្វើ ចលនារាងកាយ ដែល ប៉ះពាល់ដល់</p>	<p>ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ត្រូវធ្វើ ឡើងតាមការផ្តាច់ចោល ជំងឺផ្សេងៗទៀត ហើយការ</p>

	ការធ្វើសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ហើយមានការ វិវត្តន៍ ទៅរកភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ក្នុងរយៈពេលច្រើនសប្តាហ៍-ខែ ដោយពុំមានលក្ខខណ្ឌផ្សេង ក្រៅពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍	ថតឆ្លុះខ្វែរក្បាល (CT ឬ MRI) ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន
Extrapulmonary cryptococcosis (including meningitis)	រលាកស្រោមខួរ មានលក្ខណៈ មិនសូវស្រួចស្រាវមានគ្រុនក្តៅ និងឈឺក្បាល ដែលមានសភាព ធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ សញ្ញាបញ្ជាក់ពីការ រលាកស្រោមខួរ (meningism) វង្វេងស្មារតី (confusion) ការផ្លាស់ប្តូរអកប្បកិរិយាដែលឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលការបង្កោគដោយ cryptococcus	ការរកឃើញ Cryptococcus neoformans នៅតាមកន្លែងនៃដងខ្លួនផ្សេងៗ ក្រៅពីសួត ឬតេស្ត antigen Cryptococcus នៅលើឈាម ឬ វត្ថុរាវស្រោមខួរ (CRAG) ផ្តល់លទ្ធផលវិជ្ជមាន។

ចំណាត់ថ្នាក់នៃភាពពុលដែលកំណត់ដោយ រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងលទ្ធផលតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

ការប៉ាន់ស្មានភាពធ្ងន់ធ្ងរ	ស្រាល កំរិតទី១	មធ្យម កំរិតទី២	ធ្ងន់ធ្ងរ កំរិតទី៣	គំរាមកំហែងដល់ជីវិត កំរិតទី៤
ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក ដែលមិនមានកំណត់ នៅក្នុងតារាងនេះ	រោគសញ្ញាដែលពុំរំខានដល់ការធ្វើសកម្មភាពការងារប្រចាំថ្ងៃឬការធ្វើចលនាកំរើកខ្លួន	រោគសញ្ញាដែលរំខានដល់ការធ្វើពុំសកម្មភាពធម្មតាប្រចាំថ្ងៃឬមានចលនាកំរើកខ្លួន	រោគសញ្ញាដែលរារាំងអ្នកជំងឺអាចធ្វើសកម្មភាពធម្មតាប្រចាំថ្ងៃមានចលនាកំរើកខ្លួន	រោគសញ្ញាធ្វើឲ្យអ្នកជំងឺពុំអាចធ្វើ ការថែទាំខ្លួនឯងបាន ឬអន្តរាគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រ ឬ វះ កាត់ដែលត្រូវ អនុវត្តដើម្បីបង្ការការចុះខ្សោយភាពពិការជាស្ថាពរ ឬ ស្លាប់

Haemoglobin	៨,០-៩,៤ក្រូ/ដល ឬ ៨០-៩៤ ដ/ល ឬ ៤,៩-៣៥,៨៣ mmol/ល	៧,០-៧,៩ ក្រូ/ដល ឬ ៧០-៧៩ ដ/ល ឬ ៤,៣១- ៤,៩២ mol/ល	៦,៥-៦,៩ក្រូ/ដល ឬ ៦៥-៦៩ ដ/ល ឬ ៤,០៣-៤,៣០ mmol/ល	<៦,៥ក្រូ/ដល ឬ <៦៥ ក្រូ/ល ឬ <៤,០៣mmol/ ល
ចំនួនកោសិកា Absolute neutrophil	១០០០-១៥០០/មម ^m ឬ ១,០-១,៥ក្រូ/ល*	៧៥០- ៩៩៩/មម ^m ឬ ០,៧៥-០,៩៩ ក្រូ/ល*	៥០០-៧៤៩/មម ^m ឬ ០,៥-០,៧៤៩ក្រូ/ល*	<៥០០/មម ^m ឬ <០,៥ក្រូ/ល*
Platelets (ឆ្មារកែក)	៧៥០០០- ៩៩០០០ /មម ^m ឬ ៧៥-៩៩ក្រូ/ល*	៥០០០០- ៧៤៩៩៩/មម ^m ឬ ៥០- ៧៤,៩ក្រូ/ល*	២០០០០-៤៩៩៩៩/មម ^m ឬ ២០-៤៩,៩ក្រូ/ល*	<២០០០០/មម ^m ឬ <២០/ក្រូ/ល*
ការវិភាគគីមីសា ស្រ្ត	ស្រាល	មធ្យម	ធ្ងន់ធ្ងរ	គំរាមកំហែងដល់ ជីវិត
	កំរិតទី១	កំរិតទី២	កំរិតទី៣	កំរិតទី៤
Hyperbilirubinaemia	>១,០-១,៥xULN	>១,៥- ២,៥xULN	>២,៥-៥xULN	>៥xULN
Glucose (fasting)	១១០-១២៥ មក្រូ/ដល	១២៦-២៥០ មក្រូ/ដល	២៥១-៥០០មក្រូ/ដល	>៥០០មក្រូ/ដល
Hypoglycaemia	៥៥-៦៤មក្រូ/ដល ឬ ៣,០១-៣,៥៥ mmol/ល	៤០- ៥៤មក្រូ/ដល ឬ ២,១៩- ៣,០០ mmol/ល	៣០-៣៩មក្រូ/ដល ឬ ១,៦៧-២,១៨mmol/ល	<៣០មក្រូ/ដល ឬ <១,៦៧ mmol/ល
Hyperglycaemia (nonfasting and no prior diabetes)	១១៦-១៦០ មក្រូ/ដល ឬ ៦,៤៤-៨,៩០ mmol/ល	១៦១-២៥០ មក្រូ/ដល ឬ ៨,៩១- ១៣,៨៨ mmol/ល	២៥១-៥០០មក្រូ/ដល ឬ ១៣,៨៩-២៧,៧៦ mmol/ល	>៥០០មក្រូ/ដល ឬ >២៧,៧៦ mmol/ល

Triglycerides	-	៤០០-៧៥០ មក្រូ/ដល ឬ ៤,៥២- ៨,៤៧ mmol/ល	៧៥១-១២០០ មក្រូ/ដល ឬ ៨,៤៨-១៣,៥៥ mmol/ល	>១២០០មក្រូ/ដ ល 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)	១,២៥-២,៥xULN	>២,៥- ៥,០xULN	>៥,០-១០,០x ULN	>១០,០ x ULN
ALT (AST)	១,២៥-២,៥xULN	>២,៥- ៥,០xULN	>៥,០-១០,០xULN	>១០,០ x ULN
GGT	១,២៥-២,៥xULN	>២,៥- ៥,០xULN	>៥,០-១០,០xULN	>១០,០ x ULN
Alkaline phos.	១,២៥-២,៥xULN	>២,៥- ៥,០xULN	>៥,០-១០,០xULN	>១០,០ x ULN
Bilirubin	១,១-១,៥xULN	១,៦-២,៥x ULN	២,៦-៥,០ x ULN	>៥ x ULN
Amylase	>១,០-១,៥x ULN	>១,៥- ២,០x ULN	>២,០-៥,០x ULN	>៥,០ x ULN
Pancreatic amylase	>១,០-១,៥x ULN	>១,៥- ២,០x ULN	>២,០-៥,០x ULN	>៥,០ x ULN
Lipase	>១,០-១,៥x ULN	>១,៥- ២,០x ULN	>២,០-៥,០x ULN	>៥,០ x ULN
Lactate	<២,០ x ULN គ្មាន acidosis	>២,០ x ULN គ្មាន acidosis	ការកើនឡើងជាតិ lactate ដែលមាន pH <៧,៣ ដែលមិន បណ្តាលឲ្យមានផលវិ បាក ដល់អាយុជីវិត	ការកើនឡើង ជាតិ lactate ដែលមាន pH <៧,៣ ដែល មិន បណ្តាលឲ្យ មានផលវិបាក ដល់អាយុជីវិត
ប្រព័ន្ធក្រពះ ពោះវៀន	ស្រាល	មធ្យម	ធ្ងន់ធ្ងរ	គំរាមកំហែងដ ល់ ជីវិត

	កំរិតទី១	កំរិតទី២	កំរិតទី៣	កំរិតទី៤
ចង្កោរ	មានលក្ខណៈ: តិចតួច ឬកើតរយៈពេលខ្លី ហើយបាត់ទៅវិញ ការទទួលទាន អាហារ ឬ ទឹកត្រូវ រក្សាដដែល	ពិបាកទ្រាំកំរិត មធ្យម ឬ មាន ការថយ ចុះនូវការ ទទួល អាហារ ឬ ទឹក<៣ថ្ងៃ	ពិបាកទ្រាំ ធ្ងន់ធ្ងរ ឬមានការទទួលទាន អាហារឬ ទឹកតិចតួច បំផុត សំរាប់ រយៈពេល <៣ថ្ងៃ	តំរូវឲ្យមានការ សំរាកពេទ្យ
ក្អួត	មានលក្ខណៈ: តិចតួច ឬកើត រយៈពេលខ្លី ហើយបាត់ទៅ វិញក្អួត ២ទៅ៣ ដង/ថ្ងៃឬក្អួត បន្តិចបន្តួច<១ សប្តាហ៍	មានកំរិតមធ្យម ឬ នៅតែមានឥ តឈប់ ក្អួត ៤ទៅ៥ដង/ ថ្ងៃឬ ក្អួត>១ សប្តាហ៍	ក្អួតធ្ងន់ធ្ងរបញ្ចេញ អាហារ ទឹកមកវិញអស់ ក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោង ឬមាន ការ ថយចុះ សំពាធលាម ពេល ក្រោកឈរ ឬតំរូវឲ្យមាន ការព្យាបាល ដោយ បញ្ចូលជាតិទឹកតាម សរសៃឈាម	សភាព Shock បង្កឲ្យមានការ ថយចុះសម្ពាធលាម ឬ តំរូវ ឲ្យមាន ការ សំរាកពេទ្យ ដើម្បី ព្យាបាល ដោយការ បញ្ចូលទឹក តាមសរសៃ
រាគរូស	មានលក្ខណៈ: តិចតួច ឬកើត បាន១រយៈខ្លី ហើយបាត់ទៅ វិញ ក្អួត ២ទៅ៣ ដង /ថ្ងៃឬក្អួតមានរយៈ ពេល<១ សប្តាហ៍	មានលក្ខណៈ: មធ្យម ឬទៅតែ មានឥត ឈប់រាគ៥ ទៅ៧ដង/ថ្ងៃ ឬ រាគមាន រយៈពេល ≥១ សប្តាហ៍	រាគមានឈាម ឬ មានការថយចុះ សំពាធលាម ពេលឬរាគ>៧ដង/ថ្ងៃ ឬទាមទារ ឲ្យមាន ការព្យាបាល ដោយ សារការបញ្ចូលជាតិទឹក តាមសរសៃ	សភាព Shock បង្កឲ្យមានការ ថយចុះសម្ពាធលាម ឬ តំរូវឲ្យ មានការសំរាក ពេទ្យដើម្បី ព្យាបាលដោយ ការបញ្ចូលទឹក តាមសរសៃ
ប្រព័ន្ធដកដង្ហើម	ស្រាល កំរិតទី១	មធ្យម កំរិតទី២	ធ្ងន់ធ្ងរកំរិតទី៣	គំរាមកំហែងដ ល់ជីវិត កំរិត ទី៤
ពិបាកដក ដង្ហើម (dyspnea)	ពិបាកដកដង្ហើម ពេលប្រឹង	ពិបាកដក ដង្ហើម ពេលមាន ចលនា	ពិបាកដកដង្ហើម ពេលសំរាក	ពិបាកដក ដង្ហើមទាមទារ ឲ្យមាន ការព្យាបាល

		ធម្មតា		ដោយ អុកស៊ីហ្សែន
ការវិភាគទឹកនោម	ស្រាល កំរិតទី១	មធ្យម កំរិតទី២	ធ្ងន់ធ្ងរ កំរិតទី៣	គំរាមកំហែងដល់ជីវិត កំរិតទី៤
Proteinuria				
Spot urine	១+	២+ ឬ ៣+	៤+	Nephrotic Syndrome
ទឹកនោមក្នុង២៤ម៉ោង	២០០មក្រ ទៅ១ក្រ បាត់ពី/ ថ្ងៃ ឬ <០,៣% ឬ <៣ ក្រ/ល	១ក្រ ទៅ ២ក្រ បាត់ពី/ ថ្ងៃ ឬ ០,៣% ទៅ១.០% ឬ៣ក្រ ទៅ ១០ ក្រ/ល	២ក្រទៅ៣,៥ក្រ បាត់ពី/ថ្ងៃ ឬ >១,០% ឬ >១០ក្រ/ល	Nephrotic syndrome OR >3.5 g loss/day
នោមឈាម	Microscopic only	Gross, no clots	Gross plus clots	ស្លុះ
បញ្ហាផ្សេងៗ	ស្រាល កំរិតទី១	មធ្យម កំរិតទី២	ធ្ងន់ធ្ងរ កំរិតទី៣	គំរាមកំហែងដល់ជីវិត កំរិតទី៤
គ្រុនក្តៅ	៣៧,៧-៣៨,៥ ០C ឬ ១០០,០-១០១,៥ ០F	៣៨,៦- ៣៩,៥ ០C ឬ ១០១,៦- ១០២,៩ ០F	៣៩,៦-៤០,៥ ០C ឬ ១០៣-១០៥ ០F	>៤០,៥ ០C ឬ >១០៥ ០F សំរាប់រយៈពេល≥12 ម៉ោង
ឈឺក្បាល	តិចតួចមិនតំរូវឲ្យមានការព្យាបាល	មធ្យម ឬតំរូវឲ្យមានការព្យាបាលដោយឱសថ non-narcotic	ធ្ងន់ធ្ងរ ឬ ឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ narcotic	ទ្រាំលែងបាន
Allergic	រមាស់តែគ្មានចេញ	ចេញកន្ទា	ចេញកន្ទាល ត្រអាក	Anaphylaxis

reaction	កន្លែង	ល ត្រអាកដោ យ កន្លែង	ពេញខ្លួន (angioedema)	
Rash hypersensitivity	Erythema, pruritus	Diffuse maculopa- pular rash OR dry desquamation	Vesiculation OR moist desquamation OR ulceration	ប្រសិនបើមាន ការប៉ះពាល់ ភ្នែកសើម ត្រូវ សង្ស័យដល់ Stevens- Johnson (TEN), erythema multiforme, exfoliative dermatitis
ហាមហាត់	កាត់បន្ថយសកម្ម ភាពធម្មតា<25%	កាត់បន្ថយ សកម្ម ភាពធម្មតា25- 50%	កាត់បន្ថយសកម្ម ភាពធម្មតា>50%; មិនអាចធ្វើការបាន	មិនអាចសំអាត ខ្លួនឯងបាន

ប្រភពឯកសារ: Division of AIDS, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, version 1.0 December 2004, clarification August 20 09.

កំណត់សំគាល់: ចំណាត់ថ្នាក់នេះមានបញ្ចូលភាពពុលកំរិតទី៥ដែលជាការស្លាប់។

សំរាប់ភាពមិនប្រក្រតីណាដែលពុំមាននៅក្នុងតារាងព្យាបាលសូមប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន ស្តីពីការវាយតម្លៃ
អំពីកំរិតធ្ងន់ធ្ងរ នៅក្នុងជួរទី១នៃតារាង

**ឧបសម្ព័ន្ធទី២: ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងផលប៉ះពាល់
របស់ឱសថ**

- ស្វែងយល់អំពីឱសថ ARV: ត្រូវចំណាយពេលស្វែងយល់អំពីឱសថ ARV នីមួយៗ
ជាពិសេស គឺផលប៉ះពាល់ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់ទាំងនេះ។
- ផ្នែកនេះមានតារាងពីរ: តារាងទី១ ផ្តល់ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីលក្ខណៈសំគាល់នៃ
ឱសថ ARV នីមួយៗ។ តារាងទី២ ផ្តល់ព័ត៌មានទូទៅ អំពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថ
ARV។ បន្ទាប់ពីតារាងទី២នេះ មានតារាងស្តីអំពីផលប៉ះពាល់ដែលបណ្តាលមកពី
ឱសថ ARV នីមួយៗ។

តារាងទី១៨: កំរិតជួសនៃឱសថ ARV, រូបមន្តផ្សំ, តំរូវការ និងការប្រើចំពោះក្រុមពិសេស

ឱសថ និង ចំណាត់ថ្នាក់ ឱសថ	កំរិតជួស	រូបមន្តផ្សំ	ត្រូវស្តុកនៅកន្លែង ត្រជាក់ សំរាប់ការ ស្តុក រយៈ ពេលយូរ	ផលប៉ះពាល់ ជាមួយ អាហារ	ខូចខាត ថ្លើម និង តំរងនោម*	មានផ្ទៃ ពោះ	ជំងឺរបេង-អេដស៍
NRTI							
Zidovudine (ZDV or AZT)	៣០០មក្រ (មួយ គ្រាប់) ២ដងក្នុង ១ថ្ងៃ; ២៥០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ប្រសិនបើទំងន់ < ៤០គីឡូ	មានតែក្នុងទំរង់រួម ផ្សំគ្នា (FDC) (៦០ និង ៣០០មក្រ)	គ្មាន	គ្មាន	គ្មានការផ្លាស់ប្តូរ	ជំងឺស ដែល ចូលចិត្ត ប្រើ	ជំងឺសដែល ចូលចិត្តប្រើ
Stavudine (d4T)	៣០មក្រ (មួយ គ្រាប់) ២ដងក្នុង ១ថ្ងៃ	មានតែក្នុងទំរង់ រួមផ្សំគ្នា (FDC) (៦, ១២, ១៥, និង ៣០មក្រ FDC)	សំរាប់តែ ទំរង់ ដែល លាយ ស្លុយ ស្សុង សំរាប់ផឹក	គ្មាន	CrCl ១០-៥០មល/នាទី: ពាក់ កណ្តាលកំរិត ដូសនិមួយៗ	អាចប្រើ បាន (មិន ត្រូវប្រើជា មួយ ddI ទេ)	អាចប្រើបាន ប៉ុន្តែ នឹងបង្កើនការប្រឈម និងជំងឺសរសៃប្រសាទ

Lamivudine (3TC)	១៥០មក្រ (១គ្រាប់) ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ	គ្រាប់១៥០មក្រ; ទឹកស្អុយស្រង ១០មក្រ/មល	គ្មាន	គ្មាន	CrCl ១០-៥០មល/នាទី: ១៥០មក្រក្នុង១ថ្ងៃ	ជំងឺស ដែល ចូលចិត្ត ប្រើ	ជំងឺសដែល ចូលចិត្តប្រើ
Didanosine (ddl)	ទំងន់>៦០គក្រ: ៤០០មក្រ (មួយ គ្រាប់) ម្តងក្នុង ១ថ្ងៃទំងន់< ៦០ គក្រ: ១២៥មក្រ ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ ឬ ២៥០មក្រ (មួយ គ្រាប់) ម្តងក្នុង ១ថ្ងៃ	គ្រាប់លេខ ១២៥ មក្រ, ២០០មក្រ, ២៥០មក្រ, ៤០០មក្រ	គ្មាន	លេបយ៉ាង តិច ៣០នាទីមុន អាហារ ឬ ២ម៉ោង ក្រោយទទួល ទានអាហារ	CrCl ១០-៥០មល/នាទី: កំរិត ដូសធម្មតា, ប៉ុន្តែ ប្រើតែម្តងគត់ ក្នុង១ថ្ងៃ	មិនអាច ប្រើបាន	អាចប្រើបាន ប៉ុន្តែ នឹងបង្កើនការ ប្រឈមនឹងជំងឺ សរសៃប្រសាទ(neuro pathy)
Abacavir (ABC)	៣០០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដង ក្នុង ១ថ្ងៃ	គ្រាប់លេខ ៣០០មក្រ; ទឹកស្អុយស្រង ដឹក ២០មក្រ/មល	គ្មាន	គ្មាន	គ្មានការផ្លាស់ប្តូរ	មិនអាច ប្រើបាន	អាចប្រើបាន, ប៉ុន្តែ អាចមានការលំបាក ក្នុងការធ្វើរោគ វិនិច្ឆ័យ hypersens- itivity បណ្តាល មកពី ABC ។
NRTI							
Tenofovir	៣០០មក្រ	គ្រាប់លេខ	គ្មាន	លេបជាមួយ	ហាមប្រើនៅលើ	មិនអាច	មិនអាចប្រើបាន

(TFV or TDF)	(មួយគ្រាប់) ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	៣០០មក្រ		អាហារ	អ្នកជំងឺដែលធ្លាប់មានជំងឺតំរងនោម; ៣០០មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ សំរាប់ GFR > ៥០ មល / នាទី ។ ៣០០មក្រ រៀងរាល់ ៤៨ម៉ោង សំរាប់ អ្នកជំងឺមាន GFR 40-49។ មិនត្រូវប្រើលើ អ្នកជំងឺដែលមាន បញ្ហាតំរងនោម ទេ (CrCl < ៣០ មល/នាទី)។	ប្រើបាន	
NNRTI							
Nevirapine (NVP)	២០០មក្រ(មួយគ្រាប់) ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយពេល២សប្តាហ៍, បន្ទាប់មក ២០០មក្រ (មួយគ្រាប់)២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ	គ្រាប់លេខ ២០០មក្រ; ម្សៅ ១០មក្រ/មល	គ្មាន	គ្មាន	តំរងនោម: គ្មានការផ្លាស់ប្តូរ ឆ្អើម: ជៀស វាងប្រើ	ជំងឺស ដែលចូល ចិត្តប្រើ	បើអាចធ្វើបានត្រូវជៀស វាង ព្រោះ បណ្តាលអោយពុលឆ្អើ មស្ងួនគ្នា រីឯកំរិត ដួសក៏មិនច្បាស់
Efavirenz (EFV)	៦០០មក្រ(មួយ គ្រាប់) ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	គ្រាប់លេខ ៥០មក្រ; គ្រាប់ លេខ២០០មក្រ; គ្រាប់លេខ ៦០០មក្រ	គ្មាន	ជៀសវាង លេបជាមួយ អាហារដែល មានជាតិ ខ្លាញ់ច្រើន	តំរងនោម: គ្មាន ការផ្លាស់ប្តូរ ឆ្អើម: ពិចារណា ប្រើឱសថផ្សេង ទៀត	មិនអាច ប្រើបាន	ជំងឺសដែល ចូលចិត្តប្រើ

PI							
Lopinavir + ritonavir (LPV/r)*	៤០០មក្រ/១០០មក្រ (២០០មក្រ/៥០មក្រ ២គ្រាប់) ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ (រូបមន្តផ្សំជាមួយគ្នា); ៤០០មក្រ/៤០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ បើសិនជាអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាល ជំងឺរបេងដោយ Rifampicin ត្រូវបន្ថែម RTV ១០០មក្រ ៣គ្រាប់សំរាប់កំរិត ដូសនិមួយៗ។ បើសិនជាគ្មាន RTV ១០០មក្រទេ ត្រូវ តំឡើងកំរិតដូស LPV/r ២ដងលើស ពីកំរិតដូសធម្មតា រហូតដល់រយៈពេល ២សប្តាហ៍	គ្រាប់លេខ ២០០មក្រ + ៥០មក្រ; គ្រាប់លេខ ១០០មក្រ + ២៥មក្រ; ទឹកស្អុយស្បងជីក, ៨០មក្រ/មល + ២០មក្រ/មល	ត្រូវស្តុកនៅកន្លែងត្រជាក់; អាចស្តុកនៅសីតុណ្ហភាពក្នុងបន្ទប់បាន រយៈពេល៣ខែ	លេបជាមួយអាហារ	ទំរង់នោម: គ្មាន ព័ត៌មាន ផ្លែម: ជៀស វាងប្រើ	មិនអាចប្រើបាន	គ្មាន

	បន្ទាប់ពីការព្យាបាលដោយ Rifampicin ។						
Atazanavir+ritonavir (ATV/r)	៣០០មក្រ (១គ្រាប់) និង ១០០មក្រ (១គ្រាប់) លេបជាមួយគ្នាម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រឺប្រើ ATV ៣០០មក្រ + RTV ១០០មក្រ ជាគ្រាប់លាយបញ្ចូលគ្នា (Fixed Dose Combination) មួយគ្រាប់ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថ ATV តែឯង ជាគ្រាប់ ៣០០មក្រ និង RTV តែឯងជាគ្រាប់ ១០០មក្រ ឱសថ ATV និង RTV ជាគ្រាប់លាយបញ្ចូលគ្នា ៣០០មក្រ+ ១០០មក្រ	គ្មាន	លេបដោយមានអាហារ	ពុំមានទិន្នន័យ	អាចប្រើបាន	មិនអាចប្រើបាន

** Atazanavir+ritonavir (ATV/r: ៣០០ មក្រ/១០០មក្រ) មានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹង Lopinavir + ritonavir ហើយមានគ្រាប់ផ្សំលាយគ្នា។ ឱសថ ATV/r នឹងមានប្រើប្រាស់ នៅកម្ពុជា ក្នុងឆ្នាំ ២០១២។ ត្រូវពិគ្រោះជាមួយអ្នកជំនាញ ក្នុងករណីអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ជួរទី២ មានជំងឺថ្លើម និងជំងឺតំរងនោម។

Combination							
Zidovudine + lamivudine (AZT + 3TC)	៣០០មក្រ/១៥០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ	៣០០មក្រ/១៥០មក្រ និង៦០មក្រ/៣០មក្រ	គ្មាន	គ្មាន	ប្រើរូបមន្តដោយឡែក ប្រសិនជា CrCl < ៥០មល/នាទី	ជំរើសដែល ចូលចិត្តប្រើ	ជំរើសដែលចូលចិត្តប្រើ
Stavudine + lamivudine (d4T + 3TC)	៣០មក្រ/១៥០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ	៣០មក្រ/១៥០មក្រ និង១២មក្រ/៦០មក្រ	គ្មាន	គ្មាន	ប្រើរូបមន្តដោយឡែក ប្រសិនជា CrCl < ៥០មល/នាទី	អាចប្រើបាន	អាចប្រើបាន ប៉ុន្តែ នឹង បង្កើន ការប្រឈមនឹងការកើត ជំងឺ សរសៃប្រសាទ
Stavudine + lamivudine + nevirapine (d4T + 3TC + NVP)	បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ២ សប្តាហ៍, ឬ ៣០មក្រ /១៥០មក្រ/២០០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ	៣០មក្រ/១៥០មក្រ /២០០មក្រ; ១២មក្រ /៦០មក្រ/១០០មក្រ	គ្មាន	គ្មាន	តំរងនោម : ប្រើរូបមន្តដោយឡែក ប្រសិន ជា CrCl < ៥០មល/នាទី ផ្លើម : ជៀស វាងប្រើ	អាចប្រើបាន	បើអាចធ្វើបានត្រូវជៀសវាង ព្រោះការពុលផ្លើមស្នូនគ្នា ហើយមានការកើនឡើងនៃការ ប្រឈមនឹងការកើត ជំងឺ សរសៃប្រសាទ រីឯកំរិត ដូសក៏មិន ច្បាស់។
Zidovudine +	បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមបាន ២សប្តាហ៍,	៣០០មក្រ/១៥០មក្រ /២០០មក្រ;	គ្មាន	គ្មាន	តំរងនោម : ប្រើរូបមន្តដោយ	ជំរើសដែលចូល	បើអាចធ្វើបានត្រូវជៀសវាង ព្រោះការពុលផ្លើមស្នូនគ្នា

lamivudine + nevirapine (AZT + 3TC + NVP)	៣០០មក្រ/១៥០មក្រ /២០០មក្រ (មួយ គ្រាប់) ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	៦០មក្រ/៣០មក្រ /៥០មក្រ			ឡែក ប្រសិន ជា CrCl < ៥០មល/នាទី ផ្ដើម : ជៀស វាងប្រើ	ចិត្តប្រើ	រឹងកំរិតដូសក៏មិនច្បាស់។
--	---	--------------------------	--	--	--	-----------	-------------------------

* កំរិតដូសនៃឱសថ ARV ទាំងអស់ ផ្អែកតាមស្តង់ដារអន្តរជាតិ

តារាងទី១៩: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

ផលប៉ះពាល់	ឱសថ ARV បង្កហេតុ	រោគសញ្ញា	ការបង្ការ	ការគ្រប់គ្រង ព្យាបាល
ឈឺចាប់ក្នុងពោះ	រលាកថ្លើម: d4T, NVP, EFV, RTV រលាកលំពែង: ddl, d4T	ឈឺចាប់ ក្នុងពោះ	ពិនិត្យ ALT (និងធ្វើ តេស្ត serology រក ការរលាកថ្លើម) នៅ ពេលធ្វើ baseline ។ ត្រូវជៀសវាងឱសថ ទាំងនេះ ប្រសិនបើ វាមានការប្រឈមនឹង ការរលាកថ្លើម រឺរលាកលំពែង	ពិនិត្យ amylase និង ALT ។ ពិចារណាក្នុងការ ពិនិត្យអេកូពោះ: សូមអាជំងឺរលាក ថ្លើម រឺ ‘ជំងឺ រលាកលំពែង’ រឺ ‘ ជំងឺ Lactic Acidosis’
ស្លេកស្លាំង	AZT	ខ្សោយ, ផ្ទឹង, វិលមុខ	ពិនិត្យកោសិកាឈាម ពេញលេញ(CBC) នៅពេលធ្វើ baseline ។ ជៀស វាងប្រើ AZT បើ Hb< ៩,៥ក្រ/ដល ។	Hb>៨០ក្រ/ល: ពិនិត្យរកជំងឺឱកា សនិយម។ ពិនិត្យ Hb ម្តងទៀត ក្នុង រយៈពេល ២-៤ សប្តាហ៍ Hb< ៨០ក្រ/ល: បញ្ឈប់ប្រើ AZT
ប្រព័ន្ធប្រសាទ កណ្តាល *	EFV	រោគសញ្ញា ប្រព័ន្ធ ប្រសាទ កណ្តាល *	ពិចារណាប្រើ ARV ផ្សេងទៀត បើសិន ជាមានជំងឺផ្លូវចិត្ត រឺបានប្រើសារធាតុ គ្រោះថ្នាក់	រោគសញ្ញាតិច តួច: បន្តប្រើ EFV, តាមដាន, ផ្តល់ EFV ពេលយប់ រោគសញ្ញា ធ្ងន់ធ្ងរ: បញ្ឈប់ EFV

រាគរូស	ddl, NFV, RTV	រាគរូស	គ្មាន	ពិនិត្យមូលហេតុផ្សេងទៀត។ ផ្តល់ការព្យាបាលពេទ្យសញ្ញា។ បញ្ឈប់ការប្រើឱសថនេះបើសិនជាធ្ងន់ធ្ងរ រឺនៅតែបន្តរាគរូស ។
ឈឺក្បាល	AZT, EFV	ឈឺក្បាល	គ្មាន	ពិនិត្យមូលហេតុផ្សេងទៀត។ បញ្ឈប់ឱសថនេះប្រសិនបើធ្ងន់ធ្ងរ រឺនៅតែបន្តឈឺក្បាល។
រលាកថ្លើម	d4T, NVP, EFV, កំរិតដួស RTV ពេញលេញ	ផ្ទឹងៗ, ចង្កោរ, ក្អក, ឈឺក្នុងពោះ, កើតល្បឿង	ពិនិត្យ ALT (+/- តេស្ត serology រកជំងឺរលាកថ្លើម) នៅពេលធ្វើ baseline ។ ជៀសវាងប្រើឱសថទាំងនេះបើសិនជាមានការប្រឈមនឹងជំងឺរលាកថ្លើម។	ALT/AST < ៥ ដងនៃកំរិតធម្មតា: ពិនិត្យ ALT/AST ម្តងទៀតក្នុងរយៈពេល ២-៤ សប្តាហ៍។ ALT/AST > ៥ ដងនៃកំរិតធម្មតា: បញ្ឈប់ឱសថទាំងនេះ។
Hyperbilirubinaemia	IDV, ATV	ខាន់ល្បឿង	គ្មាន	បន្ទាប់ពីរកមូលហេតុផ្សេងទៀតដែលបណ្តាលអោយមាន Hyperbilirubinaemia ពុំឃើញទេ ត្រូវប្តូរ ទៅប្រើឱសថ PI ផ្សេងៗ។
Hyperglycaemia/ diabetes	គ្រប់ក្រុម Pls ទាំងអស់	ផ្ទឹងៗ, ស្រែកទឹក,	ជៀសវាងប្រើពួក Pls បើសិនជាមាន	បើសិនជាមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម

		នោមច្រើន, បរិភោគ ច្រើន	ការប្រឈមមុខនឹង ជំងឺទឹកនោមផ្អែម។	ចាប់ផ្តើមប្រើ metformin។ បង្កើនការប្រើ ឱសថនេះទៅ តាមភាពចាំបាច់។ បើសិនជាមិនអាច គ្រប់គ្រងបានត្រូវ បញ្ឈប់ PI ។
ជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ខ្ពស់	គ្រប់ PIs ទាំងអស់, ជាពិសេស RTV	គ្មាន	ជៀសវាងប្រើ PIs បើ មានការប្រឈមមុខ នឹងជាតិខ្លាញ់ក្នុង ឈាមឡើងខ្ពស់	បន្ត PI និងបន្ថែម anti-lipid ។ បើមិន អាចគ្រប់គ្រងបាន ត្រូវបញ្ឈប់ PI (សូមអានទំព័រ ៤១)។
ចង្កោមរោគសញ្ញា Hypersensitivity	ABC, NVP	ស្នាមកន្ទួល ស្បែក (ជាពិសេសN VP), គ្រុនក្តៅ , រលាកថ្លើម, eosinophilia	គ្មាន	បញ្ឈប់ឱសថនេះ ហើយមិនត្រូវប្រើ ម្តងទៀតទេ ព្រោះ វាអាចបណ្តាល អោយមានគ្រោះ ថ្នាក់ដល់ជីវិត។
គ្រួសក្នុងតំរងនោម	IDV	ឈឺចាប់ គ្រលៀន (Loin pain), នោម ឈាម	រក្សាជាតិទឹកក្នុង ខ្លួន។ ជីកទឹក > ១,៥ល/ថ្ងៃ	បញ្ឈប់ IDV។ រក្សាជាតិទឹកក្នុង ខ្លួន និងព្យាបាល បំបាត់ការឈឺ ចាប់។ ចាប់ផ្តើម ប្រើ IDV ម្តងទៀត បើពុំមានកើត គ្រួសក្នុងតំរង នោមម្តងទៀតទេ
Lactic acidosis	AZT, d4T, ddl	ផ្ទឹងៗ, ចង្កោរ, ក្អក, រាគ និងហត់.	ជៀសវាងប្រើ d4T +ddl (ជាពិសេស ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ)	បញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់, ផ្តល់ ការគាំទ្រដល់ អ្នក ជំងឺ, ចាប់ផ្តើម ព្យាបាលឡើងវិញ

				ដោយរូបមន្ត ព្យាបាលដែល គ្មាន d4T រឺ ddl នៅពេលដែលអ្នក ជំងឺបាននឹងន ហើយ។
Lipodystrophy	គ្រប់ ARV ទាំងអស់ (ជាពិសេស AZT, d4T និង ddl ដែល បណ្តាល អោយ lipoatrophy និង PIs សំរាប់ ការប្រមូលផ្តុំ ខ្លាញ់ ។	បាត់បង់ជាតិ ខ្លាញ់នៅ តំបន់ជុំវិញ, central obesity, ប្រមូលផ្តុំ ជាតិខ្លាញ់ នៅពោះ (visceral fat accumu- lation), ឡើងប្លក ដូចក្របី និងដោះ ឡើងធំ។	ពិចារណាប្រើឱសថ ផ្សេងទៀត ក្រៅពី d4T និង PIs ។	បញ្ឈប់ប្រើ d4T រឺ AZT
Myopathy	AZT	បាត់បង់ សាច់ដុំ (Proximal muscle wasting) និង ខ្សោយ	គ្មាន	បញ្ឈប់ AZT
ចង្ហោរ/ភ្លិត	AZT, ddl, RTV ATV/r, LPV/r	ចង្ហោរ/ភ្លិត	គ្មាន	ពិនិត្យរកមូល ហេតុផ្សេងទៀត។ ផ្តល់ការព្យាបាល រោគសញ្ញា។ បញ្ឈប់ការប្រើ ឱសថដែលបង្ក ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ រឺបើរោគសញ្ញានៅ

				តែមាន។
Neutropenia	AZT	គ្មាន	ពិនិត្យគ្រាប់ឈាមពេញលេញ (CBC) នៅពេលធ្វើ baseline។ ជៀសវាងប្រើ AZT បើចំនួន កោសិកា neutrophil < 9x10 ⁶ /ល។ ពិនិត្យគ្រាប់ឈាមពេញលេញ CBC នៅរយៈពេល ៤ សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីការព្យាបាល។	កោសិកា Neutrophil > ៧៥០x១០ ^៣ /លៈ ពិនិត្យគ្រាប់ឈាមពេញលេញ (CBC) ម្តងទៀត រយៈពេល ២-៤ សប្តាហ៍។ កោសិកា Neutrophil < ៧៥០x១០ ^៣ /លៈ បញ្ឈប់ AZT
រលាកលំពែង	ddl, d4T	ចង្កោរ, ក្អួត, ឈឺចាប់ ក្នុងពោះ	ជៀសវាងប្រើ ddl, ជៀសវាងប្រើ d4T បើមានការប្រឈមនឹងការរលាកលំពែង	ពិនិត្យ amylase ។ បញ្ឈប់ឱសថ ARV បើ amylase > ១,៥ តំលៃធម្មតា រឺ មានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ រឺ រោគសញ្ញានៅតែបន្ត។
ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទខាងចុង (Peripheral neuropathy)	d4T, ddl	ស្លឹក, ស្លៀប, ឈឺចាប់ រឺ ចុះខ្សោយ	ពិចារណាប្រើឱសថផ្សេងទៀត ក្រៅពី d4T, ddl	បញ្ឈប់ឱសថ ARV លើក លែងតែ ករណីស្រាល ហើយនឹងនរ
Rash ធ្ងន់ធ្ងរ ដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត	NVP (នឹង ABC ដែរ)	ស្បែកឡើងក្រហម(Erythema), ពងទឹក (bullae), ដំបៅស្បែក (mucosal	ចាប់ផ្តើមដោយ ផ្តល់ NVP ក្នុងកំរិតដូសទាប (low dose) រយៈពេល ២ សប្តាហ៍។	ABC: បញ្ឈប់ឱសថនេះ ហើយមិនត្រូវប្រើម្តងទៀតទេ ព្រោះអាចមានគ្រោះថ្នាក់ ដល់ជីវិត NVP: បញ្ឈប់

		ulceration)		ឱសថទាំងអស់។ មិនត្រូវសាកល្បង ប្រើឡើងវិញទេ។
ប៉ះពាល់ដល់ទារក ពេលកើត (Teratogenicity)	EFV	ផលប៉ះពាល់ ពីកំណើត	ជៀសវាងប្រើ EFV បើមានការប្រឈម នឹងការមានផ្ទៃពោះ	បញ្ឈប់ EFV

* រួមមានវិលមុខ, ឈឺក្បាល, ដេកមិនលក់, ធ្លាក់ទឹកចិត្ត, អារម្មណ៍មិនមូល, ឡេះឡោះ, សុបិន្តអាក្រក់, ឯងឯងគេង, ធ្លាក់ទឹកចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ, ចង់សំលាប់ខ្លួន, ឆ្កួតនឹងអ្វីមួយ ឬ ភាន់ភាំងវិញ្ញាណ ។

ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក្រុម NRTIs

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថ: អាស៊ីតឡាក់ទិក/ការពុលថ្លើម

- ការកើនឡើងឡាក់តាតក្នុងឈាមដោយគ្មានរោគសញ្ញាកើតឡើងញឹកញាប់នៅលើអ្នកជំងឺដែលប្រើជំពូកឱសថក្រុម NRTIs ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាកត្តាកំណត់នៃការបណ្តាលអោយមានឡាក់ទិកអាស៊ីតនោះទេ ។
- ការកើនឡើងឡាក់តាតក្នុងឈាមដោយមានរោគសញ្ញាមិនសូវកើតមានទេ ហើយការកើតឡើងអាស៊ីតឡាក់ទិកពិតប្រាកដជាករណីកំរ ប៉ុន្តែជាញឹកញាប់មានសភាព ធ្ងន់ធ្ងរ ។
- កត្តាគ្រោះថ្នាក់ចំពោះអាស៊ីតឡាក់ទិក គឺដោយសារប្រើឱសថក្រុម NRTIs ជាពិសេស គឺ d4T និង/ឬ ddl ។ កត្តាគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀតគឺ អ្នកជំងឺភេទស្រី ស្រ្តីធាត់ (high body mass index) ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះ និងភាពកង្វះពពូកវីតាមីន Riboflavin និង Thiamin ។
- រោគសញ្ញាទាំងនោះរួមមាន ចុះខ្សោយ, ស្លឹក, ចង្ហោរ, ក្អួត, រាគរូស, និងពិបាកដកដង្ហើម ។
- លទ្ធផលនៃការពិនិត្យមន្ទីរពិសោធន៍បានបង្ហាញថា កើនឡើង Anion Gap និងឡើងជាតិឡាក់តាត, AST/ALT, Creatinine, Kinase, Lactate Dehydrogenase និង Amylase ។ ប្រសិនបើការវាស់វែងជាតិឡាក់តាតមិនអាចធ្វើកើត ផ្អែកលើរោគសញ្ញាខាងលើជាមួយការកើនឡើង Anion Gap Acidosis និងកើនឡើងតេស្តមុខងារថ្លើម(AST/ALT) គឺអាចសន្និដ្ឋានថា កើតអាស៊ីតឡាក់ទិក (Lactic Acidosis) ហើយ។

- ឈប់ប្រើឱសថក្នុងក្រុម NRTIs ជាបន្ទាន់ក្នុងករណីសង្ស័យ។ ការព្យាបាលតាម រោគសញ្ញាដោយបំពេញជាតិទឹក ជាតិប៊ីកាបូណាត និងជំនួយក្នុងការដកដង្ហើម។
- ចាប់ផ្តើមប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ម្តងទៀតដោយមិនប្រើ d4T ឬ ddl ហើយមិនគួរប្រើ AZT ឬ 3TC ទេ ព្រោះវាអាចមានការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ឧទាហរណ៍: ការប្រើរួមគ្នារវាង ABC ឬ TFV ជាមួយនឹង NNRTI និង PI។
- កើនឡើងនៃ ALT ឬAST កើតឡើងពី ៥-១៥% ចំពោះអ្នកជំងឺដែលប្រើឱសថ ក្រុម NRTIs ប៉ុន្តែការលេចចេញរោគសញ្ញាមានតិចជាង ១% ។

តារាងទី២០: ទំរង់ និងការគ្រប់គ្រងនៃសារជាតិឡាក់តាតក្នុងឈាម (Hyperlactaemia)

កំរិត	Lactate (mmol/l)	Frequency (%)	ការគ្រប់គ្រង		អត្រាស្លាប់ (%)
			គ្មានរោគសញ្ញា	មានរោគសញ្ញា	
ធ្ងន់	> ១០	០,១	បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍	បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍	៨០
មធ្យម	៥ – ១០	១	តាមដាន	ស្វែងរកមូលហេតុផ្សេងទៀត និងបញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍	០
ស្រាល	២ – ៥	៥	តាមដាន និងរកមើលផលវិបាក Metabolic ផ្សេងៗ	ស្វែងរកមូលហេតុផ្សេងទៀត និងពិចារណាបញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍	០

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍: ការបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ (Lypoatrophy)

- Lipoatrophy គឺជាផ្នែកមួយនៃចង្កោមរោគសញ្ញាបាត់ជាតិខ្លាញ់។ រោគសញ្ញានេះហាក់ដូចជាមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងការប្រើឱសថក្រុមNRTIs ជាពិសេស d4T និង AZT។ វានាំអោយមានការថយចុះជាតិខ្លាញ់នៅតំបន់ជុំវិញ (Peripheral) ជាពិសេសនៅលើផ្ទៃមុខ, ដៃ, ជើង និងសាច់កំប៉េះតូច បង្ហាញចេញផ្ទាំងថ្នល់មុខ និង សរសៃឈាមខ្មៅនៅចុងដៃចុងជើង ។

- Lipoatrophy កើតមានញឹកញាប់ហើយជាទូទៅលេចចេញច្បាស់បន្ទាប់ពីព្យាបាលបានមួយ ឬពីរឆ្នាំ។ ការសិក្សាអង្កេតលើការផ្លាស់ប្តូរឱសថដើម្បីព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិជុំខ្លាញ់ ជាទូទៅ នៅមិនទាន់បានលទ្ធផលដូចបំណងឡើយ។ ការផ្លាស់ប្តូរ d4T ឬ AZT ទៅ ABC បានបង្ហាញការវិលត្រឡប់ទៅរកភាពដើមនៃការបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់នៅតំបន់ជុំវិញ (Peripheral lipoatrophy) មានភាពយឺតយ៉ាវ។ បច្ចុប្បន្ន ឱសថដែលប្រើនៅក្នុងការព្យាបាលគឺកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សានៅឡើយ ។

Zidovudine (AZT)

- ជំងឺស្លេកស្លាំងនិងជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាមស (neutropenia) គឺជាផលប៉ះពាល់ចំបង។ អត្រានៃផលប៉ះពាល់នេះគឺមានពី ៥-១០ភាគរយ និងមានអត្រាខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ។ ការព្យាបាលផលប៉ះពាល់នេះ គឺការបន្ថយកំរិតដួសឱសថ (ប្រសិនបើមិនធ្ងន់ធ្ងរ), ដោយការបញ្ចូលឈាម និង/ឬផ្អាកប្រើឱសថ។
- ឈឺក្បាល ចង្កោរ វិលមុខកើតមានប្រហែល ៥ទៅ ១០ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺហើយរោគសញ្ញាទាំងនេះវានឹងបាត់បង់ទៅវិញ ក្នុងរយៈពេលពីរ ឬបីសប្តាហ៍។
- ជំងឺសាច់ដុំដោយមានការឈឺចាប់ សាច់ដុំខ្សោយ និងស្វិតដែលអាចកើតមានឡើងហើយជាទូទៅនឹងវិលត្រឡប់ទៅរកសភាពដើមវិញនៅពេលឈប់ប្រើ AZT ។

Stavudine (d4T)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃ d4T គឺជំងឺសរសៃប្រសាទខាងចុង (Peripheral Neuropathy) ។ ផលប៉ះពាល់នេះកើតមានជាញឹកញាប់និងធ្ងន់ធ្ងរនៅពេលដែលប្រើឱសថនេះក្នុងកំរិតដួសខ្ពស់ និងរយៈពេលយូរ ជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរមធ្យមជាមួយនឹងការប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលពុលដល់សរសៃប្រសាទ (neurotoxic drugs) ជាពិសេសគឺ ddI ។ រោគសញ្ញានេះ អាចបាត់ទៅវិញជាបន្តបន្ទាប់ក្នុងរយៈពេល ២ ឬ ៣សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីឈប់ប្រើ d4T ប៉ុន្តែ អាចស្ថិតនៅរយៈពេលយូរ និងអាចបណ្តាលអោយចុះខ្សោយ។
- d4T ដែលជាឱសថក្រុម NRTIs អាចបណ្តាលអោយមានផលប៉ះពាល់ជាងឱសថផ្សេងទៀតក្នុងក្រុមនេះ។ ផលប៉ះពាល់ទាំងនេះមានដូចជា៖ lactic acidosis ពុលថ្លើម និងបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់។

- d4T អាចបណ្តាលអោយរលាកលំពែង និងកើតមានជាញឹកញាប់នៅពេលប្រើជាមួយ ddl ។
- ចង្កោមរោគសញ្ញា Guillam-Barre កើតឡើងដោយសារការប្រើ d4T ។ ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយកើតឡើងជាប់ជានិច្ច ឧទាហរណ៍ សាច់ដុំចុះខ្សោយត្រូវតែឈប់ប្រើ d4T ។

Lamivudine (3TC)

- 3TC និង FTC ងាយស្រួលប្រើ ហើយមានផលប៉ះពាល់តិចតួចបំផុត។
- ផលប៉ះពាល់មានដោយកំរ ប៉ុន្តែអាចបណ្តាលអោយឈឺក្បាល អស់កំលាំង វិលមុខ ចង្កោម ក្អួត រាគរូស រលាកលំពែង ជំងឺសរសៃប្រសាទខាងចុង (Peripheral Neuropathy) ជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាមស (Neutropenia) និងពុលថ្លើម (Hepatic Toxicity) ។

Didanosine (ddi)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃ ddi គឺ Peripheral Neuropathy និងរលាកលំពែង។ Peripheral Neuropathy កើតមានប្រហែល ៦-១៥% នៃអ្នកប្រើឱសថនេះ។ ផលប៉ះពាល់កើនឡើងប្រសិនបើប្រើពេលជាមួយគ្នានឹង d4T ។ ប៉ុន្តែរោគសញ្ញានេះនឹងអាចបាត់ទៅវិញក្នុងរយៈពេលពីរ ឬបីសប្តាហ៍ក្រោយពេលឈប់ប្រើឱសថនេះជួយកាល ផលប៉ះពាល់អាចស្ថិតនៅយូរអង្វែង និង បណ្តាលអោយចុះខ្សោយ ។
- ការរលាកលំពែងកើតមានពី ១-៧% នៃអ្នកប្រើនិងបណ្តាលអោយស្លាប់ ១% ។ កត្តាគ្រោះថ្នាក់កើតឡើងនៅពេលប្រើកំរិតដូសឱសថខ្ពស់, អ្នកដឹកជាតិសុរាច្រើន, អ្នកធាត់ខ្លាំង, អ្នកលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ត្រូវក្នុងថង់ទឹកប្រមាត់ និងការប្រើឱសថដទៃទៀតដែលបណ្តាលអោយរលាកលំពែង ដូចជា d4T ។ ត្រូវតែ ឈប់ប្រើ ddi ប្រសិនបើ បើមានរលាកលំពែង។
- ddi អាចបណ្តាលអោយ រាគរូស ចង្កោម ក្អួត ឬ ឈឺពោះ កើតមានពី ៥-១៨ % នៃអ្នកប្រើ ។
- ddi ត្រូវប្រើដោយប្រុងប្រយ័ត្នជាមួយនឹង TDF ព្រោះបណ្តាលអោយឡើងកំរិត ddi ដូច្នោះ កំរិតដូស ddi ត្រូវបន្ថយដល់ ២៥០ មក្រ ក្នុងមួយថ្ងៃ។
- កំរិត ddi អាចកើនឡើងដល់ទៅ ១០០ ភាគរយ នៅពេលប្រើជាមួយនឹង Ganciclovir ។ អ្នកជំងឺប្រើឱសថទាំងពីរនេះរួមគ្នាត្រូវធ្វើការតាមដានដោយយកចិត្តទុកដាក់បំផុត ។

Abacavir (ABC)

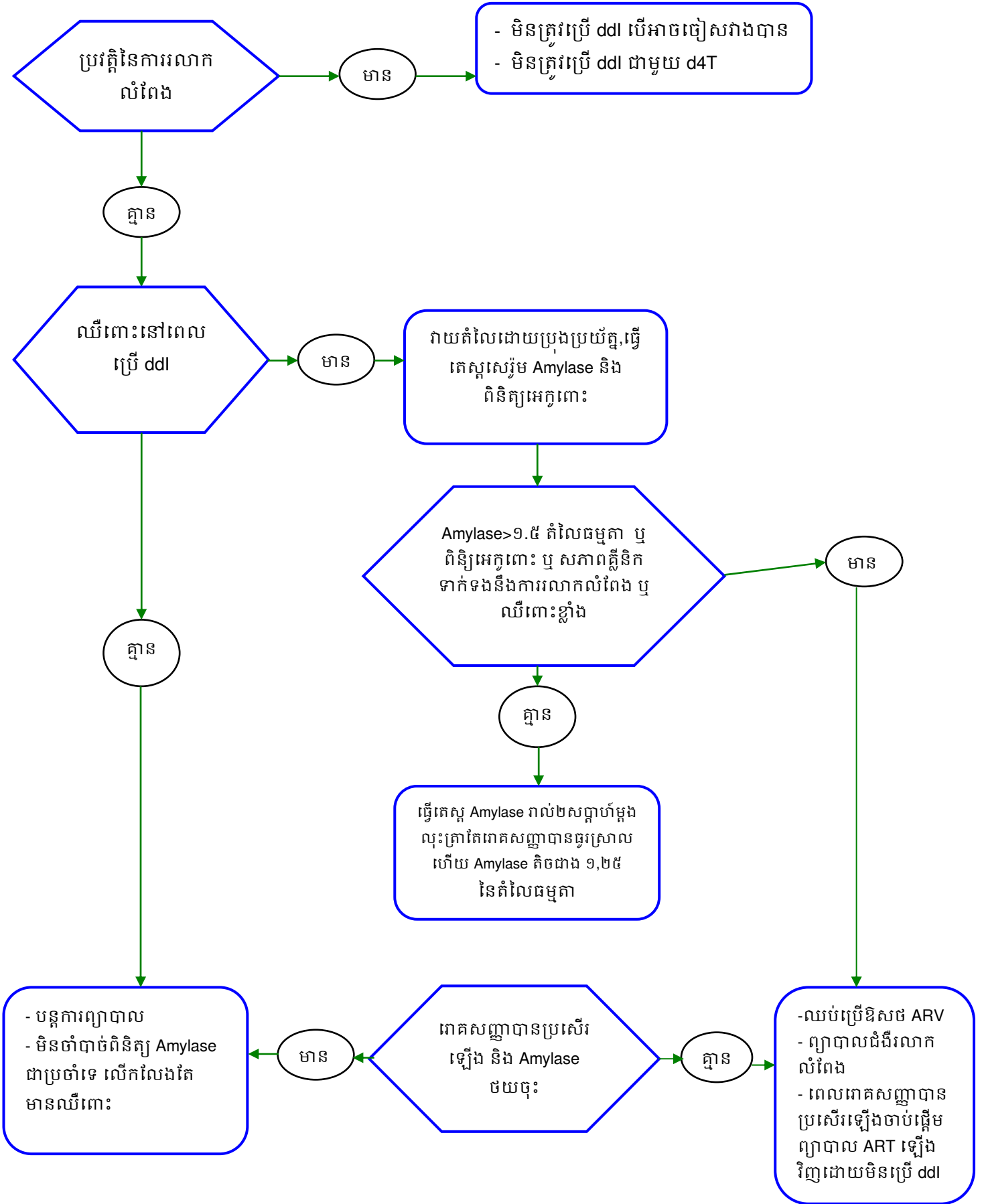
- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗ នៃ ABC គឺ ចង្កោមរោគសញ្ញា Hypersensitivity ដែលកើតមានឡើង ៣-៥% នៃអ្នកប្រើឱសថនេះដែលមានសម្បុរស្បែកសជាជាងមនុស្សនៅក្នុងបណ្តាប្រទេសអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ក៏ប៉ុន្តែបើកើតអាចបណ្តាលអោយស្លាប់បាន។ រយៈពេលជាមធ្យមនៃការលេចចេញជាជំងឺរោគសញ្ញាមានរយៈពេលមួយសប្តាហ៍ក្រោយប្រើ ABC និង ជាង ៩០% នៃករណីកើតមានឡើងនៅ ៦ សប្តាហ៍តំបូង ប៉ុន្តែវាក៏អាចកើតមានគ្រប់ពេលនៃការព្យាបាលផងដែរ ។
- រោគសញ្ញាដែលកើតមានដូចជា៖
 - គ្រុនក្តៅ កើតមានជាញឹកញាប់
 - ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក អាចកើតមានញឹកញាប់
 - ប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ៖ ចង្កោម ក្អក រាករាស និង ឈឺពោះ
 - ប្រព័ន្ធដកដង្ហើម៖ រលាកបំពង់ក ក្អក ថប់ដង្ហើម
 - ឈឺសន្លាក់ទូទៅ ឈឺសាច់ដុំ ឈឺក្បាល មិនស្រួលខ្លួន
 - ការពិនិត្យបង្ហាញអោយឃើញថា មានគ្រុនក្តៅ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកឡើងកូនកណ្តុរ និង ដំបៅ Mucosal។ ការពិនិត្យអមគ្លីនិកបានបង្ហាញថាមានការកើនឡើងអង់ស៊ីមថ្លើម, Creatinine Kinase, Creatinine និងការថយចុះ ផ្លាកកែតនៅក្នុងឈាម (Thrombocytopenia) ។
- ដើម្បីញែកចេញពីជំងឺដទៃទៀត គឺមានការលំបាកណាស់ ។ លក្ខណៈជាច្រើនរបស់ ABC hypersensitivity រួមមាន៖
 - ការពាក់ព័ន្ធជាមួយសរីរាង្គជាច្រើន ឧទាហរណ៍ រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ និង ប្រព័ន្ធដកដង្ហើម
 - ការកើតឡើងភ្លាមៗនៃចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺស្រួចស្រាវ
 - រោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ នៅពេលដែលកំរិតជួសឱសថ ABC ត្រូវបានប្រើបន្តទៀត ។
- អ្នកដែលប្រើឱសថ ABC ត្រូវតែពិគ្រោះយោបល់ ចំពោះចង្កោមរោគសញ្ញា hypersensitivity និងផ្តល់យោបល់អោយអ្នកជំងឺប្រាប់ពីរោគសញ្ញាណាមួយដែលកើតមានភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើ hypersensitivity ត្រូវបានសង្ស័យដោយមន្ត្រីសុខាភិបាលត្រូវឈប់ប្រើឱសថ ABC ហើយមិនត្រូវប្រើឡើងវិញទេ ពីព្រោះវាអាចបណ្តាលអោយស្លាប់ដោយប្រតិកម្មឱសថនេះ។ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់

នេះគឺការព្យាបាលតាមរោគសញ្ញាហើយគ្មានហេតុផលណា ដែលត្រូវប្រើ Steroids នោះទេ ។

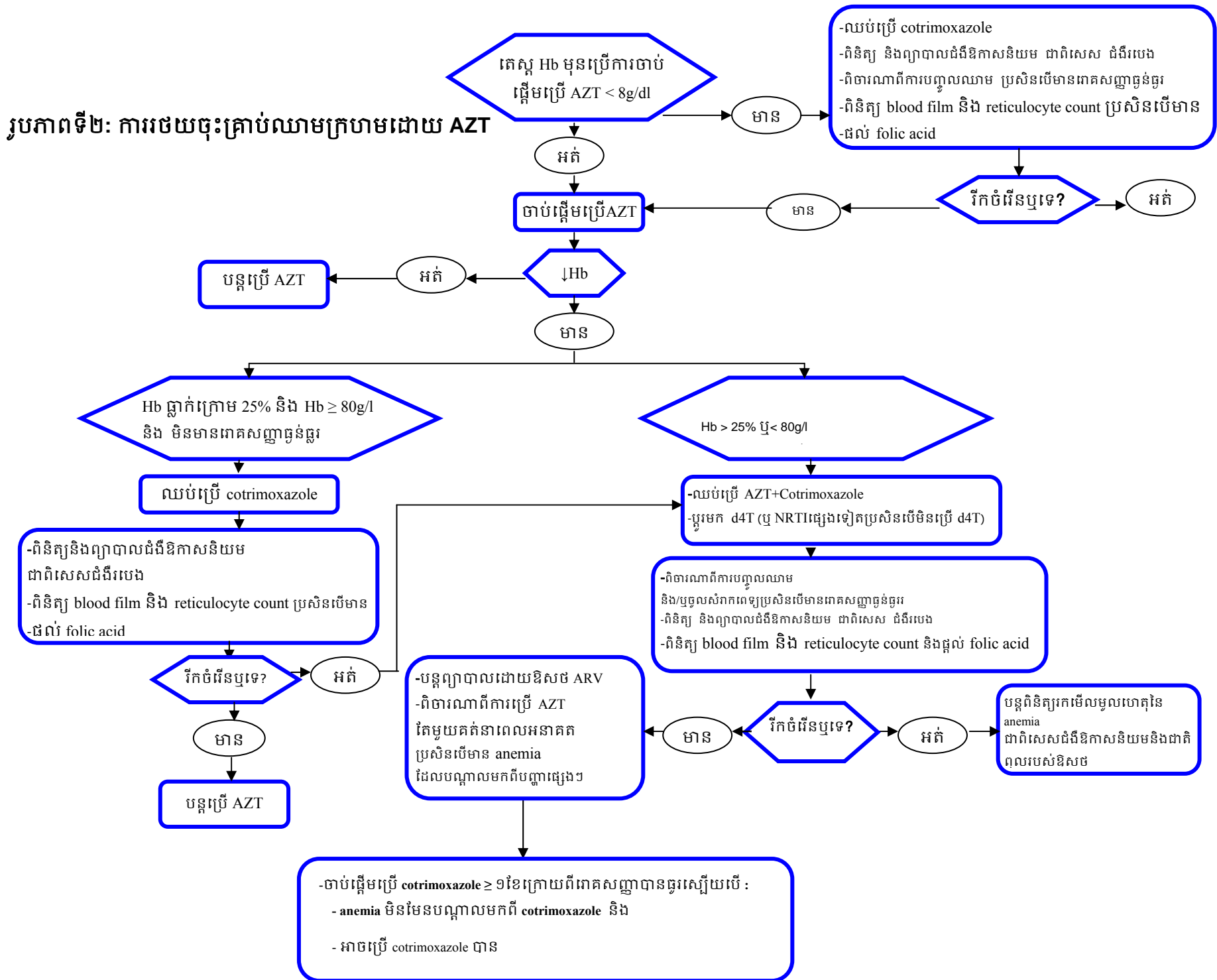
Tenofovir (TDF)

- TDF ត្រូវបានចំណាត់ថ្នាក់នៅក្នុងក្រុម NRTIs ហើយមុខងាររបស់ NRTIs នៅក្នុង រូបមន្តព្យាបាល គឺស្រួលប្រើនិងមានផលប៉ះពាល់តិចតួច។ រោគសញ្ញានៃផលប៉ះ ពាល់របស់ TDF អាចមាន: ចង្កោរ, ក្អក, និង រាគរូស ប៉ុន្តែ មិនធ្ងន់ធ្ងរទេ។ មានករណីរាយការណ៍ថា អាចកើតមាន ចង្កោមរោគសញ្ញា Fanconi Syndrome និងខូចតំរងនោមផងដែរ ប៉ុន្តែមូលហេតុច្បាស់លាស់ មិនទាន់អាចកំណត់បានទេ។

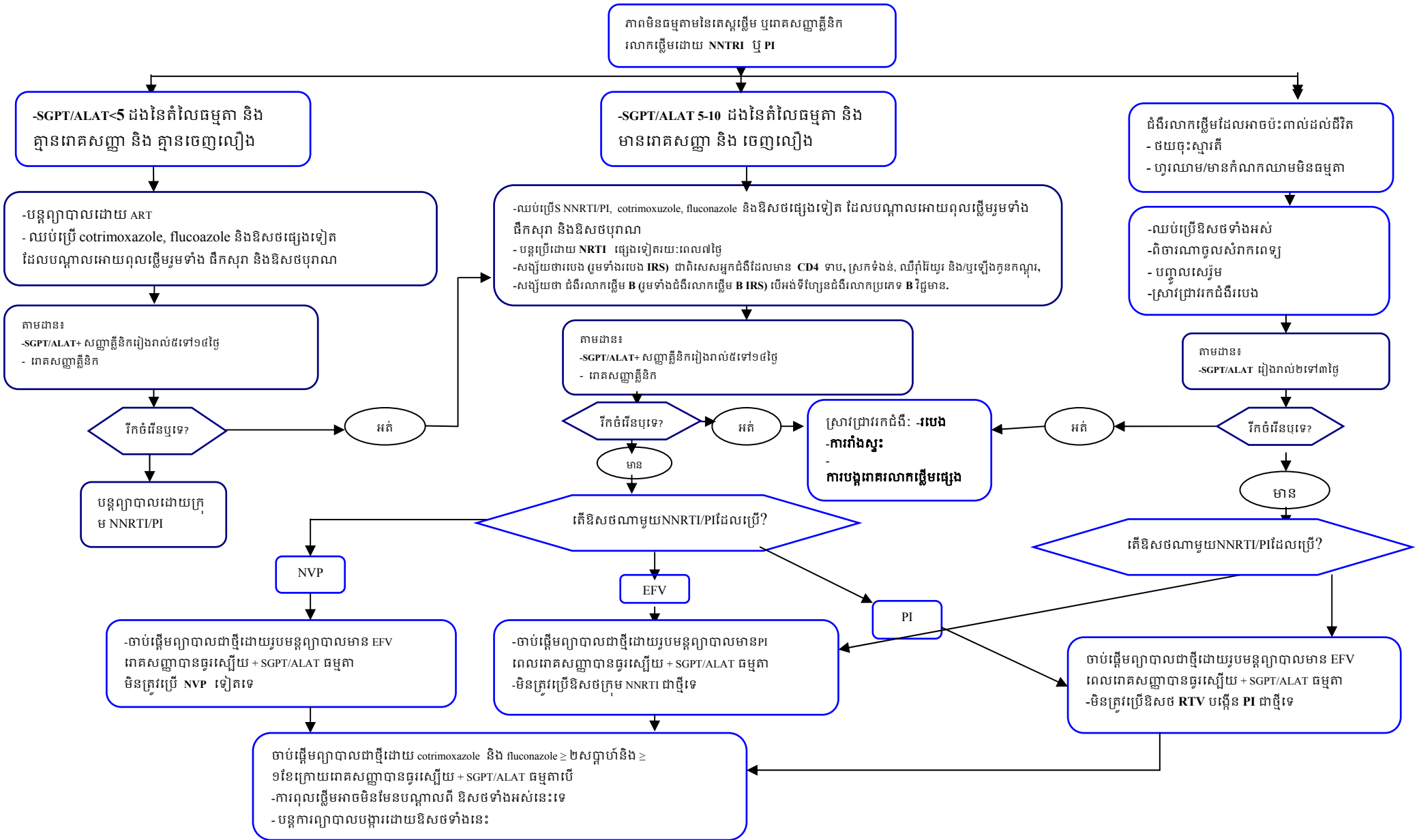
រូបភាពទី១: ទំនាក់ទំនងរវាង ddi និង ការរលាកលំពែង



រូបភាពទី២: ការរថយចុះគ្រាប់ឈាមក្រហមដោយ AZT



រូបភាពទី៣ ៖ ការពុលថ្លើមដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (ART-associated liver toxicity)



ឱសថក្រុម Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs)

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (Rash) និង រលាកថ្លើម

- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកអាចកើតមានឡើងដោយការប្រើ NVP និង EFV ប៉ុន្តែស្នាមកន្ទួលស្បែកធ្ងន់ធ្ងរមាន Stevens-Johnson Syndrome អាចកើតមានចំពោះតែការប្រើ NVP ទេ ។
- មិនមានប្រតិកម្មខ្លាំងក្លាដែលបណ្តាលអោយមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក រវាង NVP និង EFV ទេ។ ដូច្នោះអាចប្រើ EFV បាន ប្រសិនបើស្នាមកន្ទួលលើស្បែកកើតឡើងដោយការប្រើ NVP និងផ្ទុយមកវិញ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដោយសារការប្រើ NVP មានភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬរួមផ្សំជាមួយការប៉ះពាល់ Mucosal ក្នុងករណី នេះមិនគួរប្រើ EFV ទេ។
- ជំងឺរលាកថ្លើមអាចកើតមានឡើងដោយសារប្រើ NVP និង EFV ប៉ុន្តែ ជាញឹកញាប់កើតឡើងដោយសារការប្រើ NVP។ ដើម្បីអោយមានសុវត្ថិភាពត្រូវប្រើឱសថផ្សេងទៀត បើជំងឺរលាកថ្លើមកើតឡើងដោយសារការប្រើ NVP ឬ EFV លើកលែងតែជំងឺរលាកថ្លើមមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬ គំរាមគំហែងដល់ជីវិត ។

Nevirapine (NVP)

- ផលប៉ះពាល់ចំបងៗ នៃ NVP គឺ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក និង ជំងឺរលាកថ្លើម ។
- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកកើតមាន ១៧% នៃអ្នកប្រើហើយមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរបណ្តាលអោយឈប់ប្រើឱសថមានពី ៦-៨% ហើយបង្កអោយមាន Stevens-Johnson syndrome ឬ ពុលធ្វើអោយស្បែករលួយ (toxic epidermal necrosis) កើតមាន ០,៣% ។
- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកជាញឹកញាប់កើតមានឡើងក្នុងរយៈពេល២-៤សប្តាហ៍តំបូងនៃការប្រើឱសថ ។ ជាធម្មតា ផ្ទាំងស្បែកឡើងក្រហម ពងទឹកនៅតាមផ្ទះស្បែកនិងលើដងខ្លួន និងនៅដៃ។ គ្រុនក្តៅ ឈឺសាច់ដុំ រលាកថ្លើម និង eosinophilia ក៏កើតមានដែរ ។
- ប្រសិនបើ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកតិចតួចដោយគ្មានរោគសញ្ញាផ្សេងទៀត ឬគ្មានការដាច់ដោចដល់ mucosal ទេ NVP អាចប្រើបន្តដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ នៅពេលដែលកើតមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ត្រូវប្រើ NVP ដោយកំរិតដូសទាបក្នុងរយៈពេលដំបូងមិនត្រូវតំឡើងកំរិតដូស NVP លុះត្រាតែស្នាមកន្ទួលលើស្បែកជាបាត់ទៅវិញ។ ប្រសិនបើ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកមិនជាបាត់ទៅវិញក្នុងរយៈពេលមួយខែទេ ប្តូរទៅ EFV ។
- ប្រសិនបើស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបន្តិចបន្តួច ត្រូវប្តូរពី NVP ទៅ EFV។
- ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយដែលបង្ហាញឡើងដូចខាងក្រោមនេះ ត្រូវឈប់ប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ព្រមទាំង Cotrimoxazole។ ត្រូវឈប់ប្រើ NVP ជាស្ថាពរហើយថែមទាំងមិនត្រូវប្រើ NVP និង EFV នៅពេលអនាគតទេ (ត្រូវប្រើ PI ពេលរោគសញ្ញាបានធូរស្បើយ)៖
 - ◆ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ (severe rash)
 - ◆ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកជាមួយ ពងទឹកធំៗ ឬ ដំបៅស្បែក

- ◆ ជាចំដោចដល់ mucosal
- ◆ ចង្កោមរោគសញ្ញា Hypersensitivity៖ គ្រុនក្តៅ ឈឺសាច់ដុំ រលាកថ្លើម និង Eosinophilia ។
- ការរលាកថ្លើមអាចកើតឡើងតែឯកឯង ឬជាមួយស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ឬ Hypersensitivity Syndrome។ ភាពមិនធម្មតានៃលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើមអាចមាន ១៥% និងសញ្ញាគ្លីនិករលាកថ្លើមមានពី ១-៥% ។ ភាពខ្សោយថ្លើម និង ស្លាប់អាចកើតឡើងដោយកំរ ។ ស្ទើរតែ ២ ភាគ ៣នៃករណីនេះ កើតឡើងនៅ ៣ខែដំបូងនៃការប្រើ NVP ហើយក៏អាចឡើងគ្រប់ពេលដែរ។
- កត្តាគ្រោះថ្នាក់របស់ NVP ទាក់ទងនឹងការរលាកថ្លើម និង មានភាពមិនធម្មតានៃលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើមនៅពេលចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំនេះ, អ្នកដឹកសុវាច្រើន, អ្នកមានអាយុច្រើន, ភេទស្រី, មានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C និង ចំនួនកោសិកានៅ CD4 ខ្ពស់ ។
- រោគសញ្ញាជាទូទៅមិនច្បាស់លាស់: មិនស្រួលខ្លួន មិនឃ្លានបាយ ចង្កោម និងក្អក ។ គួរកត់សំគាល់ថាឈឺពោះ និងចេញល្បើង មិនកើតមាននៅគ្រប់ករណីទេ។ ដូចការបកស្រាយខាងលើជំងឺរលាកថ្លើមកើតមានឡើងអាចជាផ្នែកមួយនៃ Hypersensitivity Syndrome ជាមួយនឹងស្នាមកន្ទួលលើស្បែក គ្រុនក្តៅ ឈឺសាច់ដុំ និង Eosinophilia។
- បើរលាកថ្លើមកើតមានដោយការប្រើ NVP នោះត្រូវឈប់ប្រើឱសថនេះជាស្ថាពរ។ អាចប្រើ EFV ប្រសិនបើ រលាកថ្លើមមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ ឬគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ។

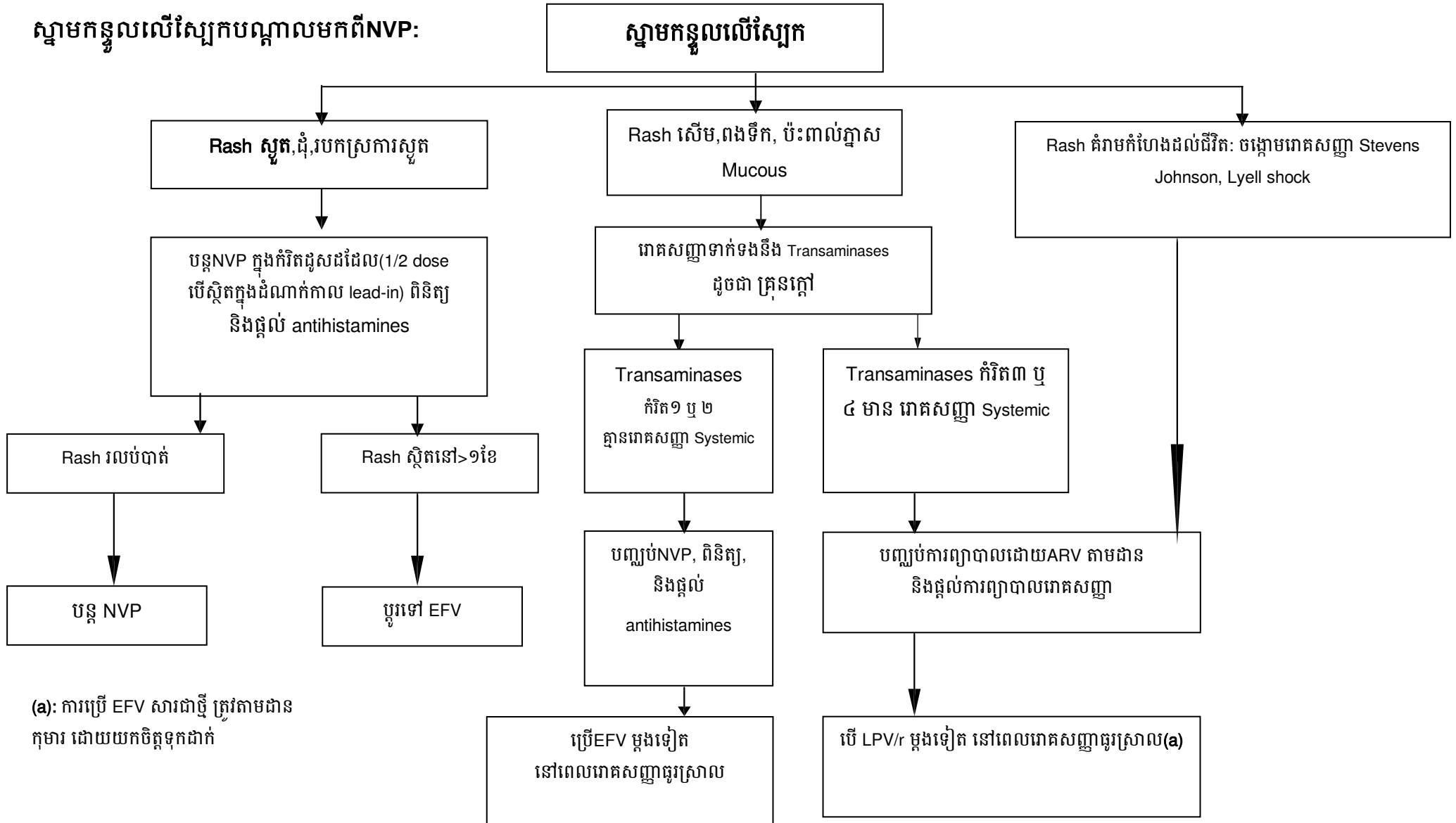
Efavirenz (EFV)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗ នៃ EFV គឺ ប៉ះពាល់លើ ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ។
- ផលប៉ះពាល់នេះកើតមាន ៣០-៥០% នៃអ្នកប្រើឱសថនេះ និងមានរោគសញ្ញាដូចជា វិលមុខឈឺក្បាល សំរាមមិនលក់ ធ្លាក់ទឹកចិត្ត មិនអាចផ្តោតអារម្មណ៍ រងរាយ សុបិន្ត អាក្រក់ និងឯង្គុយសំរាមហើយជាទូទៅ រោគសញ្ញាទាំងនេះអាចកើតមានឡើងក្រោយពេលប្រើ EFV បាន ២-៣ សប្តាហ៍។ តិចជាង២% នៃអ្នកប្រើឱសថនេះអាចកើតមានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជាការធ្លាក់ទឹកចិត្តខ្លាំង មានបំណងចង់សំលាប់ខ្លួន វិកលចរិត និងវង្វេងវង្វាន់ ។ សញ្ញាទាំងនេះអាចកើតមានឡើងចំពោះអ្នកដែលមានប្រវត្តិជំងឺខួរក្បាលពីមុនមក ឬអ្នកប្រើឱសថមួយចំនួន។
- ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាតិចតួច EFV អាចប្រើបន្តបាន និងអោយលេបនៅពេលយប់ដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់របស់វា។ ប្រសិនបើផលប៉ះពាល់មានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវឈប់ប្រើ EFV ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ផលប៉ះពាល់ផ្សេងៗទៀត របស់ EFV គឺ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក និង រលាកថ្លើម។
- EFV ក៏អាចបណ្តាលអោយទារកកើតមកមិនធម្មតា (Teratogenic) ដូចនេះមិនត្រូវប្រើឱសថនេះ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទេ ជាពិសេស ក្នុងត្រីមាសដំបូង ។

រូបភាពទី៤: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីការពុលឱសថក្រុម NRTIs

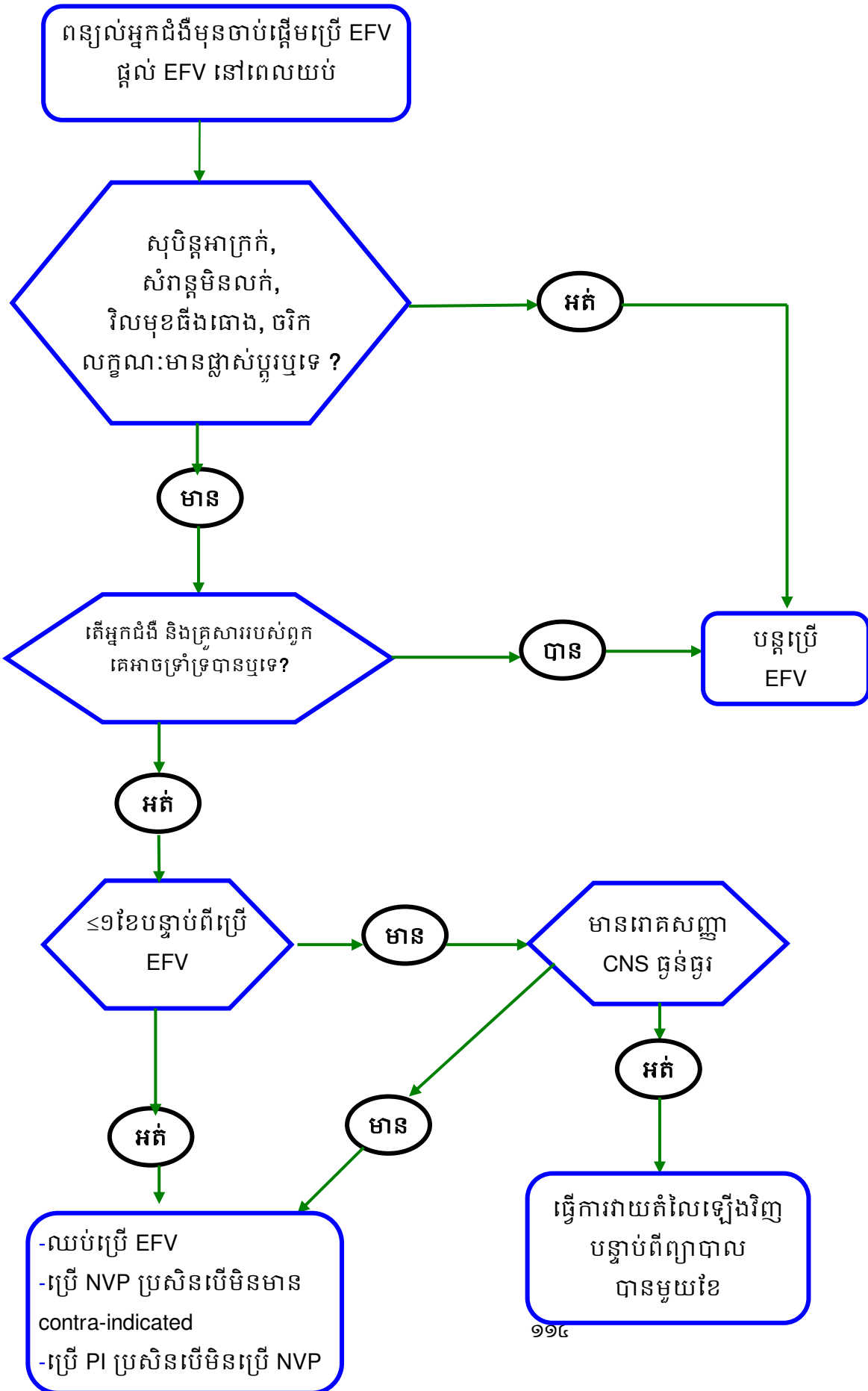
ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីNVP:

ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក



(a): ការប្រើ EFV សារជាថ្មី ត្រូវតាមដាន កុមារ ដោយយកចិត្តទុកដាក់

រូបភាពទី៥: គំនូសបំព្រួញអំពីរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទកណ្តាលបណ្តាលមកពីការពុល
ឱសថ EFV



Protease Inhibitors (PIs)

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: លើមេតាបូលិក (Metabolic)

- គ្រប់ឱសថ PIs ទាំងអស់ អាចបណ្តាលអោយមានផលប៉ះពាល់លើ Metabolic របស់រាងកាយដែលរួមមាន ការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (Lipodystrophy) ភាពស្តាំជាមួយ Insulin និងទឹកនោមផ្អែម និងលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (Hyperlipidaemia) ។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (Lipodystrophy)

- ចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងនេះរួមមាន ការបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ក្រោមស្បែក (Peripheral lipo atrophy) ដែលកើតមានដោយការប្រើឱសថក្រុម NRTIs ជាពិសេស d4T និងការប្រមូលផ្តុំជាតិខ្លាញ់នៅពោះ (ធាត់ “Central Obesity” ការប្រមូលផ្តុំជាតិខ្លាញ់នៅកញ្ចឹងក “Buffalo Hump” ឬក្របី ” និង ឡើងដោះដែលកើតឡើងដោយការប្រើឱសថក្រុម PIs។ ផលវិបាកនៃការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម PIs ជាញឹកញាប់ រួមផ្សំជាមួយ ផលវិបាកមេតាបូលិក ផ្សេងៗទៀត ។
- ការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (Lipodystrophy) កើតមានមួយភាគធំនៅលើអ្នកជំងឺដែលប្រើឱសថរួមគ្នារវាងក្រុម NRTIs និង PIs។ ជាទូទៅ កើតមានក្រោយពីការព្យាបាលបាន ១ ឬ ២ ឆ្នាំ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវអំពីការផ្លាស់ប្តូរឱសថនៅក្នុងការគ្រប់គ្រង lipodystrophy ពុំសូវបានលទ្ធផលអ្វីទេ ។ ការប្តូរពី PIs ទៅ Non-PIs មិនបានបង្ហាញផលចំណេញធំដុំឡើយ។ ការផ្លាស់ប្តូរ d4T ឬ AZT ទៅ ABC បានបង្ហាញថា មានការវិលត្រឡប់ទៅរកភាពដើមវិញយ៉ាងយឺតយ៉ាវនៃ Peripheral Lipoatrophy ។ ឱសថដែលកំពុងប្រើដើម្បីព្យាបាលវិបត្តិជាតិខ្លាញ់ គឺ ស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សានៅឡើយ ។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ភាពស្តាំជាមួយ Insulin និង ជំងឺទឹកនោមផ្អែម

- ភាពស្តាំជាមួយ Insulin កើតមានរហូតដល់ ៤០% នៃអ្នកប្រើឱសថក្រុម PIs , លើសជាតិស្ករក្នុងឈាមមានពី ៣-១៧% និង ជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកមាន ១%។ ជាទូទៅ វាអាចចាប់ផ្តើមកើតមានឡើង ២ ឬ៣ខែក្រោយពេលព្យាបាល។
- រោគសញ្ញាកើតមានឡើង គឺជារោគសញ្ញាទឹកនោមផ្អែម ៖ ស្អិត ស្រេកទឹក នោមច្រើន និងហូបច្រើន ។
- PIs អាចប្រើបន្តជាមួយឱសថព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម ។ ការសិក្សាកំពុងតែអនុវត្តជាបន្តហើយឱសថ Metformin ប្រហែលជាឱសថជម្រុះនៃការព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ បើមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងពិបាកគ្រប់គ្រង ត្រូវឈប់ប្រើ PIs ។ ការលើសជាតិស្ករក្នុងឈាមជា ធម្មតាបាត់ទៅវិញ បន្ទាប់ពីឈប់ប្រើឱសថ PIs ប៉ុន្តែមិនមែនគ្រប់ករណីទាំងអស់ទេ ។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ការកើនឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (Hyperlipidaemia)

- ឱសថក្រុម Pls ទាំងអស់អាចបណ្តាលអោយជាតិខ្លាញ់កើនឡើង (Triglycerides) និង Cholesterol ហើយRTV ធ្វើអោយកើនឡើងជាតិខ្លាញ់ត្រូវអោយកត់សំគាល់ ទោះជាការកើនឡើងនៃជាតិខ្លាញ់បង្កើនអោយមានគ្រោះថ្នាក់នៃជំងឺបេះដូងគឺមិនទាន់ច្បាស់នៅឡើយ ។
- ត្រូវបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាមដោយប្រើឱសថ: **ការកើនឡើង LDL Cholesterol** តែងតែត្រូវព្យាបាលដោយប្រើឱសថ Statin, ឱសថជាជំរើសគឺ Pravastatin ព្រោះថាឱសថនេះមិនសូវមានអន្តរកម្មជាមួយ Pls។ ចាប់ផ្តើមដោយកំរិតដូសទាបនិងតាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវការវិវត្តទៅរកជំងឺសាច់ដុំបេះដូង (Myopathy) ។ **ការកើនឡើង Triglycerides** តែងតែត្រូវព្យាបាលជាមួយ Fibrate ឧទាហរណ៍ Gemfibrozil ឬFenofibrate។ ការកើនឡើងនៃ LDL Cholesterol និង Triglycerides អាចព្យាបាលដោយប្រើ Statin ឬFibrate។ លទ្ធផលនៃសិក្សាបានបង្ហាញថា ការព្យាបាលនេះពុំមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការបន្ថយជាតិខ្លាញ់អោយទាបដល់កំរិតធម្មតាបាន ទាំង LDL Cholesterol ឬ Triglycerides ទេ។ ការព្យាបាលដោយបញ្ចូលរួមគ្នារវាង Statin និង Fibrate ប្រហែលជាមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ ប៉ុន្តែបង្កើនគ្រោះថ្នាក់ដល់ជំងឺសាច់ដុំបេះដូង។ ប្រសិនបើកើនឡើងជាតិខ្លាញ់ខ្លាំងគឺត្រូវផ្លាស់ប្តូរពី Pls ទៅឱសថក្រុមផ្សេង ប៉ុន្តែទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការប្រែប្រួលជាតិខ្លាញ់មិនធម្មតាអាចស្ថិតនៅជាប់ជាប្រចាំដែរ។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ជំងឺរលាកថ្លើម (Hepatitis)

- ឱសថក្រុម Pls ជាពិសេស RTV អាចបណ្តាលអោយកើនឡើង Enzyme ថ្លើម និងមានសញ្ញាគ្លីនិកនៃការរលាកថ្លើម នៅពេលណាមួយក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលប្រើឱសថ Pls ក៏ប៉ុន្តែយន្តការរបស់វានៅមិនទាន់បានដឹងច្បាស់នៅឡើយទេ។
- កត្តាគ្រោះថ្នាក់រួមមាន ការកើនឡើងនៃលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើមនៅមុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល, អ្នកដឹកសុវាច្រើន, រលាកថ្លើមប្រភេទ B និង/ឬ C និង ការប្រើឱសថដែលបណ្តាលឱ្យពុលថ្លើម ដូចជា d4T។
- ការកើនឡើងតិចតួចនៃ Enzyme ថ្លើមអាចនឹងកើតមានឡើងហើយអាចបន្តប្រើ Pls បាន។ ក្នុងករណីដែលកើនឡើងខ្លាំង ឬ មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរលាកថ្លើមត្រូវឈប់ប្រើ Pls ជាអចិន្ត្រៃយ៍។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ការប្រែប្រួលនៃឆ្អឹង (bone disorders)

- រូបមន្តព្យាបាល (Regimens) ដែលមានឱសថក្រុម Pls ហាក់បីដូចជាមានការកើនឡើងនូវគ្រោះថ្នាក់ដល់ឆ្អឹង ដូចជា Osteopenia ពុកឆ្អឹង (Osteoporosis) និង រលួយឆ្អឹងដោយមិនមានឈាមទៅចិញ្ចឹម (Avascular Necrosis)។

Lopinivir/ritonavir (LPV/r)

ផលប៉ះពាល់ដ៏ចំបងដែលកើតឡើងដោយសារការប្រើឱសថនេះរួមគ្នា អាចបណ្តាលមកពី RTV ដូចជា រាករូស និង លើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ។ រលាកលំពែងក៏អាចកើតមានឡើងដែរ ហើយច្រើនកើតក្រោយពីមានការកើនឡើងជាតិស្ករនៅក្នុងឈាម (Hypertriglyceride) ហើយរោគស្តីក (Paraesthesia) ក៏អាចកើតមានដែរ ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: អន្តរកម្មសំខាន់ៗនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (Important ARV drug interactions)

មានអន្តរកម្ម (interactions) ជាច្រើនកើតមានឡើង រវាងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងឱសថក្រុមដទៃទៀត។ តារាងទី២១ សង្ខេបពីអន្តរកម្មរបស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍សំខាន់ៗ ប៉ុន្តែនៅមានអន្តរកម្ម (Interactions) ជាច្រើនទៀត ដូចនេះ ត្រូវពិនិត្យមើលឯកសារយោងមុនពេលចេញវេជ្ជបញ្ជាអោយប្រើឱសថថ្មីនៅគេហទំព័រ <http://www.hiv-druginteractions.org> ដែលជាប្រភពមួយដ៏ល្អក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានទាំងនេះ ។

តារាងទី ២១: អន្តរកម្មសំខាន់ៗរបស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ NVP, EFV, និងLPV/r

ឱសថដែលមានអន្តរកម្ម	NVP	EFV	LPV/r
Ketoconazole	X	+/-	
Itraconazole	អាចមានប៉ះពាល់ដល់កំហាប់ក្នុងឈាមទាំងឱសថ NVP និង Itraconazole ។ ត្រូវកំរិតជួសឱសថទាំងពីរនេះ។		ថយចុះមេតាបូលីសធ្វើអោយកំហាប់ Ketoconazole កើនឡើង ។ ត្រូវប្រើ Ketoconazole ដោយប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលកំរិតជួស >២០០ មក្រ/ថ្ងៃ។
Fluconazole	អាចបណ្តាលអោយកើនឡើងកំរិត NVP		គ្មានបញ្ហា
Rifampicin	អាចបណ្តាលអោយកើនឡើងកំរិត NVP ខ្លាំងដោយសារកើនឡើងនូវមេតាបូលីស	អាចតម្លើង EFV ដល់ ៨០០ មក្រក្នុងមួយថ្ងៃ	មេតាបូលីសកើនខ្លាំងនិងថយចុះកំរិត PI ខ្លាំង
Clarithromycin	អាចបណ្តាលអោយថយចុះកំរិត clarithromycin	អាចបណ្តាលអោយថយចុះកំរិត clarithromycin	ត្រូវបន្ថយកំរិតជួស clarithromycin បើខ្សោយតំរង់នោម
Oral contraceptive ¹	X	X	X

Methadone	បន្ថយកំហាប់ Methadone ដូច្នោះត្រូវបង្កើនកំរិតដូស Methadone	បន្ថយកំហាប់ Methadone ដូច្នោះត្រូវបង្កើនកំរិតដូស Methadone	បន្ថយកំហាប់ Methadone ដូច្នោះត្រូវបង្កើនកំរិតដូស Methadone
Statins ²	+/-	+/-	X
SSRI Antidepressants	+/-	+/-	អាចបណ្តាលអោយកើនឡើងកំរិត SSRI ចាប់ផ្តើមដោយកំរិតដូសទាប។
Anti-epileptic drugs ³	X	X	X
Benzodiazepines ⁴	X	X	X
ជំពូកឱសថដទៃទៀតដែលមិនត្រូវប្រើជាមួយគ្នា	បន្ថែមខ្លឹមស	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Triazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic supplements	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic supplements Flecainide Pimozide Garlic
ផ្សេងៗ	អាចបន្ថយកំរិត Steroid អោយទាប	តាមដាន Warfarin ប្រសិនបើប្រើជាមួយគ្នា	

១ ត្រូវប្រើមធ្យោបាយបាញ់ពន្លឺកំណើតផ្សេងទៀត: Medroxyprogesterone Depot ជាទូទៅអាចមានប្រសិទ្ធភាព ប៉ុន្តែត្រូវប្រើដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។

២ Pravastatin ឬ Fluvastatin អាចប្រើក្នុងកំរិតដូសធម្មតា ហើយមិនត្រូវប្រើ Simvastatin ទាល់តែសោះ ។

៣ កំរិត Carbamazepine កើនឡើងហើយកំរិត Phenytoin ថយចុះ។ Valproate ជាឱសថជំងឺសនៅក្នុងស្ថានភាពនេះ ។

៤ Diazepam និង Midazolam កើនឡើងយ៉ាងខ្លាំង អាចបណ្តាលអោយមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ដោយលើសជាតិសណ្តាំ (Over-Sedation). ត្រូវប្រើ Lorazepam បើអាចមានលទ្ធភាព ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៤: យុទ្ធសាស្ត្រនៃការធ្វើតេស្ត Viral Load (Viral Load Testing Strategy)

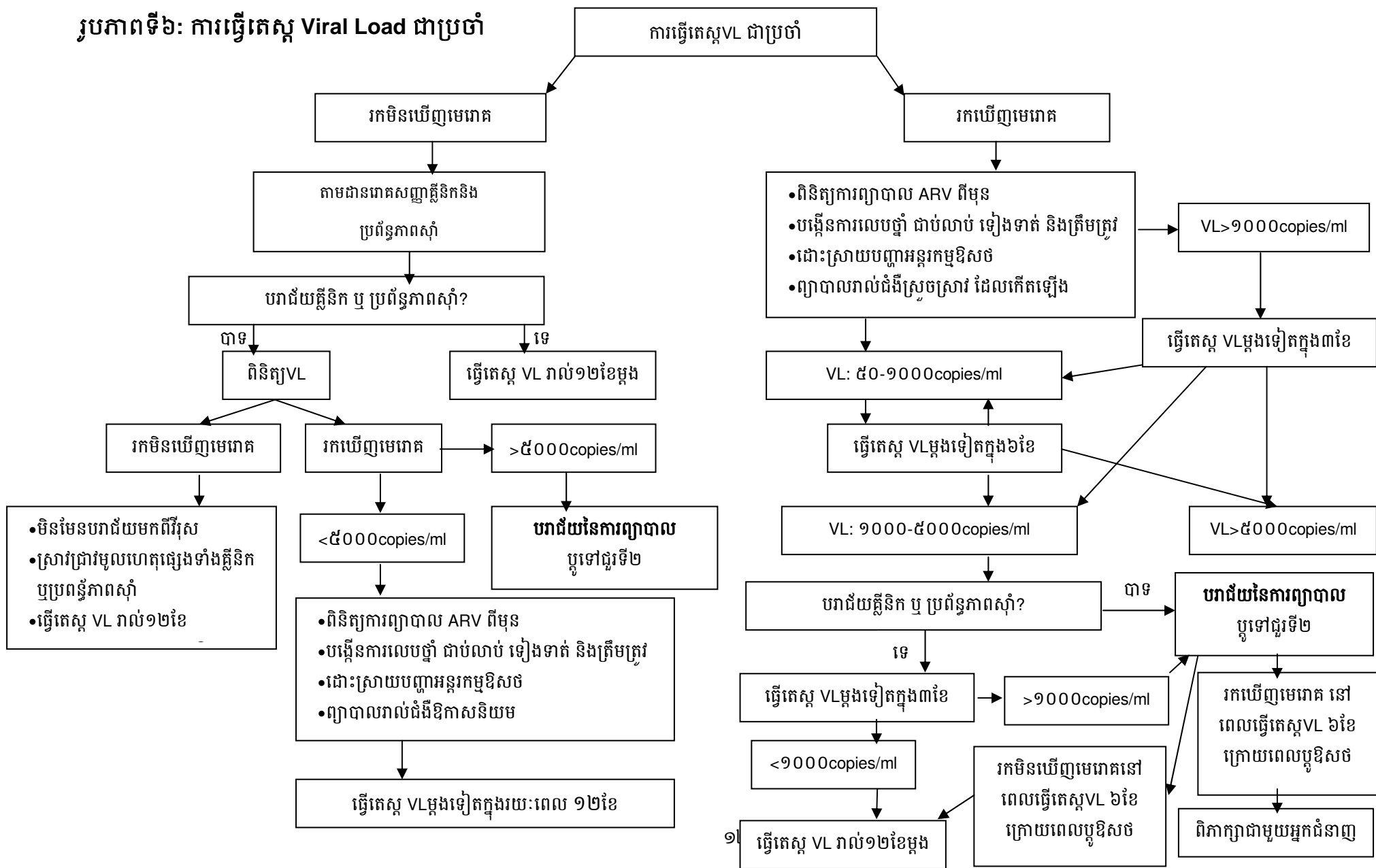
ក្នុងកាលៈទេសៈមួយចំនួន, អ្នកអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរពី copies/មល ទៅជា log scale ដើម្បីដោះស្រាយនូវភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។

តារាងទី ២២: ការផ្លាស់ប្តូរពី Viral copies/មល ទៅ log

Copies/ml	Log
៤០០	២,៦
១,០០០	៣,០
១០,០០០	៤,០
២០,០០០	៤,៣
៣០,០០០	៤,៥
៥០,០០០	៤,៧
១០០,០០០	៥,០

មានការប្រែប្រួលយ៉ាងខ្លាំង រវាងរង្វាស់តេស្ត Viral Load ទាំងពីរនេះ លើអ្នកជំងឺតែម្នាក់ ដោយកំណត់ថា មានភាពខុសគ្នា ៣ ដង (+/-0.5 Log) ដូចក្នុងគំនូសបំព្រួញទី៦ខាងក្រោម ។

រូបភាពទី៦: ការធ្វើតេស្ត Viral Load ជាប្រចាំ



ឧបសម្ព័ន្ធទី៥: ការដាក់ពិន្ទុទៅតាមកំរិតកាណាហ្សស្កី (Karnofsky Performance Scale)

តារាងទី ២៣: Karnofsky Performance Scale

កំរិតមុខងារ	ពិន្ទុ	អធិប្បាយ
មានលទ្ធភាពធ្វើការងារធម្មតា មិនចាំបាច់អោយមានការថែទាំពិសេសទេ	១០០	ធម្មតា មិនមានការគួញត្រូវ មិនមានជំងឺណាមួយកើតឡើង
	៩០	មានលទ្ធភាពអនុវត្តសកម្មភាពធម្មតា មានរោគសញ្ញាជំងឺតិចតួច
	៨០	អាចធ្វើសកម្មភាពធម្មតាបានដោយខំប្រឹង មានរោគសញ្ញាជំងឺមួយចំនួន
មិនមានលទ្ធភាពធ្វើការងារអាចស្នាក់នៅផ្ទះ និងថែរក្សាខ្លួន មានការប្រែប្រួលតម្រូវ អោយមានជំនួយបន្ថែម	៧០	ថែរក្សាខ្លួនឯងបាន, មិនមានលទ្ធភាពអនុវត្តសកម្មភាពធម្មតា ឬ ធ្វើការងារបាន
	៦០	តម្រូវការអោយមានជំនួយខ្លះៗពីអ្នកដទៃ ប៉ុន្តែមានលទ្ធភាពថែរក្សានូវតម្រូវការផ្ទាល់ខ្លួនមួយចំនួនធំ
	៥០	តម្រូវការអោយមានជំនួយច្រើនពីអ្នកដទៃ និងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រញឹកញាប់
មិនមានលទ្ធភាពថែរក្សាខ្លួនឯង តម្រូវអោយមានការថែរក្សាពីស្ថាប័ន ឬមន្ទីរពេទ្យ, ជំងឺនឹងវិវត្តទៅមុខយ៉ាងឆាប់បំផុត	៤០	គ្មានសមត្ថភាព តម្រូវការថែរក្សាពិសេស និងជំនួយពីអ្នកដទៃ
	៣០	គ្មានសមត្ថភាពទាំងស្រុង តម្រូវការអោយសំរាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ទោះបីជាមិនទាន់ស្លាប់ក៏ដោយ
	២០	ឈឺធ្ងន់ សំរាកនៅមន្ទីរពេទ្យជាការចាំបាច់ និងការព្យាបាលតាមរោគសញ្ញាជាការចាំបាច់
	១០	សេចក្តីស្លាប់ជិតមកដល់ និងវិវត្តទៅរកសេចក្តីស្លាប់យ៉ាងឆាប់
	០	ស្លាប់

ឧបសម្ព័ន្ធទី៦: ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

តារាងទី២៤: រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងកូនរបស់គាត់

ពេលវេលានៃការព្យាបាល	ពិនិត្យសុខភាពម្តាយមុនសំរាល	ពេលកំពុងសំរាល	ក្រោយពេលសំរាល	
ចំពោះម្តាយកំពុងព្យាបាល ART ហើយមាន CD4 ≤ ៣៥០/មម^m	ចំពោះម្តាយ: ទោះជាប្រើ AZT ² + 3TC + NVP ³ ឬប្រើ AZT + 3TC + EFV ⁴ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ ARV ភ្លាមដោយមិនគិតពីអាយុនៃគភ	ចំពោះម្តាយ: ទោះជាប្រើ AZT + 3TC + NVP ឬប្រើ AZT + 3TC + EFV	ចំពោះម្តាយ: បន្ត ART មួយជីវិតសំរាប់គាំទ្រសុខភាពគាត់	
			កូន: ប្រើ NVP រាល់ថ្ងៃរយៈពេល៦សប្តាហ៍ (ដោយមិនគិតពីរបៀបចិញ្ចឹមកូន) ដោយចាប់ផ្តើមភ្លាម ក្រោយពេលកើតក្នុងកំឡុងពេល៦-១២ ម៉ោង។ កំរិតជួស: ទំងន់ពេលកើត ≥ ២៥០០ក្រ ១៥មក្រ ⁵ oral suspension មួយថ្ងៃមួយដង ទំងន់ពេលកើត < ២៥០០ក្រ ១០មក្រ ¹⁸ oral suspension មួយថ្ងៃមួយដង	
ចំពោះម្តាយកំពុងទទួលព្យាបាលបង្ការដោយ ARV ដោយឱសថបីមុខរួមគ្នាហើយមាន CD4 > ៣៥០/មម^m	ចំពោះម្តាយ: AZT ¹⁵ + 3TC + EFV ¹⁷ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ ARV ភ្លាមនៅសប្តាហ៍ទី១៤នៃគភ	ចំពោះម្តាយ: AZT + 3TC + EFV	ចំពោះម្តាយដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះ៖ បន្តប្រើ AZT + 3TC + EFV ⁶ រហូតដល់១សប្តាហ៍ក្រោយពេលឈប់អោយកូនបំបៅដោះ ឈប់ប្រើ EFV ពេលឈប់អោយកូនបំបៅដោះ បន្ទាប់មកឈប់ប្រើ AZT + 3TC ១សប្តាហ៍ក្រោយ ⁷	ចំពោះម្តាយដែលមិនបំបៅកូនដោះទឹកដោះ៖ ឈប់ព្យាបាលបង្ការដោយ ARV : ឈប់ប្រើ EFV ក្រោយពេលសំរាល បន្ទាប់មកឈប់ប្រើ AZT + 3TC ១សប្តាហ៍ក្រោយ ²⁰

² បើម្តាយមានភាពស្លេកស្លាំង (Hb ≤ ៧ក្រ/dl) ហាមប្រើ AZT ត្រូវប្រើ d4T ជំនួសវិញ (ឬប្រើ TDF + 3TC + EFV) និងត្រូវធានាថាភាពស្លេកស្លាំងត្រូវបានព្យាបាល។
³ ជាសំខាន់មិនត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើ NVP ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ > ៣៥០ កោសិកា /មម^m ដែលអាចបណ្តាលអោយកើនឡើងនូវការប្រឈមមុខនឹងពុលថ្លើមខ្ពស់។
⁴ ហាមប្រើ EFV នៅត្រីមាសទី១នៃគភហើយត្រូវប្រើ NVP ជំនួសវិញ (អាចបណ្តាលអោយមានការប្រឈមមុខនឹងកូនកើតមកមិនធម្មតា teratogenicity បើប្រើ EFV នៅត្រីមាសទី១នៃគភ។
⁵ ១៥មក្រ Nevirapine suspension = ១.៥មល, ១០មក្រ = ១.០ មល
⁶ ស្ត្រីត្រូវទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាដោយយកចិត្តទុកដាក់អំពីការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដោយប្រសិទ្ធភាព ដើម្បីចៀសវាងការបង្កកំណើតនៅពេលប្រើ EFV ក្រោយពេលសំរាលកូនរួច។
⁷ កាត់បន្ថយការបង្កជាភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ EFV ដោយស្ថិតនៅក្នុងឈាមយូរ។

			<p>កូន: ប្រើ NVP រាល់ថ្ងៃរយៈពេល៦សប្តាហ៍ (ដោយមិនគិតពីរបៀបចិញ្ចឹមកូន) ដោយចាប់ផ្តើមភ្លាមក្រោយពេលកើត ក្នុងកំឡុងពេល៦-១២ ម៉ោង។</p> <p>កំរិតជួស: ទំងន់ពេលកើត \geq ២៥០០ក្រ ១៥ មក្រ oral suspension មួយថ្ងៃមួយដង ទំងន់ពេលកើត $<$ ២៥០០ក្រ ១០ មក្រ oral suspension មួយថ្ងៃមួយដង</p>
កំរិតជួស ARV ចំពោះម្តាយ			
AZT+3TC + NVP	៣០០មក្រ / ១៥០មក្រ / ២០០មក្រ (លេប១គ្រាប់ពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ)		
AZT + 3TC + EFV	AZT + 3TC: ៣០០មក្រ / ១៥០មក្រ (លេប១គ្រាប់ពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ) EFV: ៦០០មក្រ (លេប១គ្រាប់១ដងក្នុង១ថ្ងៃ)		

តារាងទី២៥: ការប្រើឱសថARV សំរាប់ស្ត្រីដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ HIV នៅពេលកំពុងសំរាល ឬ ក្រោយពេលសំរាលភ្លាមៗ

ពេលវេលានៃការព្យាបាល	ពិនិត្យសុខភាពម្តាយមុនពេលសំរាល	ពេលកំពុងសំរាល	ក្រោយពេលសំរាល
ម្តាយដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកHIV នៅពេលឈឺពោះសំរាលឬម្តាយទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយARV កំពុងមានផ្ទៃពោះ		ចំពោះម្តាយ: ប្រើតែមួយកំរិតជូស NVP ២០០មក្រ ប្រើភ្លាមៗនៅពេលឈឺពោះសំរាលកូន និងប្រើ AZT + 3TC ពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ	ចំពោះម្តាយ: បន្តប្រើ AZT + 3TC ពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ ^៨ រយៈពេល៧ថ្ងៃក្រោយពេលកើត ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ក្រុម OI/ART អំពីម្តាយដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងត្រូវបូមឈាមធ្វើតេស្ត CD4 ^៩ មុននឹងម្តាយនោះត្រូវចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។រៀបចំការណាត់ជួបសំរាប់ម្តាយជាមួយក្រុម OI/ART នៅ៦សប្តាហ៍ក្រោយពេលសំរាលកូន។
			កូន: ផ្តល់ការព្យាបាលដោយ NVP រាល់ថ្ងៃយ៉ាងតិច៦សប្តាហ៍ ¹⁰ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលអោយបានឆាប់ក្រោយពេលកើតក្នុងកំឡុងពេល៦ទៅ១២ម៉ោង កំរិតជូស: ទំងន់ពេលកើត \geq ២៥០០ក្រ ១៥មក្រ oral suspension ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ ទំងន់ពេលកើត $<$ ២៥០០មក្រ ១០មក្រ oral suspension ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ
ម្តាយដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកHIV			ចំពោះម្តាយ: ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ក្រុម OI/ART អំពីម្តាយដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងត្រូវបូមឈាមធ្វើតេស្ត CD4 ²² មុននឹងម្តាយនោះត្រូវចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។រៀបចំការណាត់ជួបសំរាប់ម្តាយជាមួយក្រុម OI/ART នៅ៦សប្តាហ៍ក្រោយពេលសំរាលកូន។

8 កាត់បន្ថយការបង្ករោគជាភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ NVP

9 បើ **CD4 \leq ៣៥០ កោសិកា/មម^៣** ម្តាយត្រូវការព្យាបាលមួយជីវិតដោយ ART ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះត្រូវធានាថាម្តាយបានមកទទួលសេវា OI/ART អោយបានឆាប់ដើម្បីចាប់ផ្តើម ART។ បើ **៣៥០ កោសិកា/មម^៣**, ត្រូវបន្តផ្តល់ NVP ដល់កុមារជារៀងរាល់ថ្ងៃរហូតដល់១សប្តាហ៍ក្រោយពីបញ្ចប់ការបំបៅដោះកូន។

10 បើម្តាយបំបៅកូនដោយទឹកដោះត្រូវបន្តការព្យាបាលបង្ការដល់កូនរហូតដល់១សប្តាហ៍ក្រោយពីបញ្ចប់ការបំបៅដោះកូន។ បើម្តាយមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះទេការព្យាបាលបង្ការអាចបញ្ចប់នៅ៦សប្តាហ៍ក្រោយពីសំរាល។

ក្រោយពេល សំរាលភ្លាមៗ			កូន: ផ្តល់ការព្យាបាលដោយ NVP រាល់ថ្ងៃយ៉ាងតិច៦សប្តាហ៍ ²³ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលអោយបានឆាប់ក្រោយពេលកើតក្នុងកំឡុងពេល៦ទៅ១២ម៉ោង។ កំរិតជួស: ទំងន់ពេលកើត \geq ២៥០០ក្រ ១៥មក្រ oral suspension ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ ទំងន់ពេលកើត $<$ ២៥០០ក្រ ១០មក្រ oral suspension ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ
កំរិតជួស ARV ចំពោះម្តាយ			
NVP AZT + 3TC	២០០មក្រ, លេបតែ១កំរិតជួសទេ	៣០០មក្រ/១៥០មក្រ (លេប១គ្រាប់ពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ)	

ឯកសារយោង

Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents. Recommendations for a public health approach. WHO, 2010 Revision

Policy, Strategy and Guidelines for HIV Counseling and Testing, MoH, 2007

National Guidelines for Management of Occupational Exposure of Health Care Workers To HIV/AIDS. First Edition, 2006

National Guidelines for Prevention of Opportunistic Infections, 2003

National Guidelines for the use of Pediatric Antiretroviral Therapy, 2010

Joint Statement of the National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS) And the National Center for Tuberculosis and Leprosy Control (CENAT) on the implementation of intensified TB case finding, Isoniazide preventive therapy and infection control in HIV continuum of care settings ('Three 1's Strategy), 2010

Standard Operating Procedure (SOP) for Implementing the Three I's in Continuum of Care (CoC) Settings, 2010

Continuum of Care for People Living With HIV/AIDS Operational Framework in Cambodia, 2003