ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ
ស្តីអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដោយឱសថ
ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ និងក្មេងជំទង់ នៅប្រទេសកម្ពុជា

ពិនិត្យ និងកែសំរួលឡើងវិញលើកទី៤

ខែ សីហា ឆ្នាំ ២០១៦

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

មាតិកា ទំព័រ

អារម្ភកថា
សេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ
បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ
១ សាវតា និងសេចក្ដីផ្ដើម ១១
តើមានអ្វីថ្មី នៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះ? ១២
តើអ្នកណាខ្លះ គួរប្រើប្រាស់គោលការណ៍ណែនាំនេះ? ១៤
២ សរីរោគសាស្ត្រ (Pathophysiology) **នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍** ១៤
ការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកុមារ ១៤
៣ ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្ដាយទៅកូន (PMTCT) ១៦
ការថែទាំព្យាបាលភ្លាមៗ សម្រាប់ទារកប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលទើបនឹងកើត ១៧
៤ រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារ ២១
តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណ (Antibody tests): ២១
តេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ (HIV PCT Test) ២៣
តើការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារ ត្រូវធ្វើនៅពេលណា? ២៤
កុមារអាយុ < ១៨ ខែ ដែលមានម្ដាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ២៤
កុមារអាយុ < ១៨ ខែ ដែលមានម្ដាយមិនដឹងអំពីស្ថានភាពនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ... ២៨
កុមារអាយុ ≥ ១៨ ខែ (គំនូសបំព្រួញ លេខ៣) ៣១
កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលមិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HEU) ៣៣
៥ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារ ដែលប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ តាមវិធីផ្សេងៗ ក្រៅអំពីការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្ដាយទៅកូន ៣៣
ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ៣៤
ការព្យាបាលបង្ការការមានផ្ទៃពោះ ៣៥
គោលការណ៍ក្នុងការថែទាំកុមាររងគ្រោះ ដោយការរំលោភផ្លូវភេទ ៣៥
៦ សមាសភាគសំខាន់ៗនៃការថែទាំព្យាបាលកុមារ ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ៣៧
អនុសាសន៍អំពីការបំបៅកូន ៣៨
ពីពេលកើត រហូតដល់អាយុ ៦ខែ ៣៨
ក្រោយកុមារអាយុ ៦ខែ ៣៩

ការបំបៅកូនដោយអាហារជំនួស ៤១
ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ៤២
ផលវិបាកនៃឱសថ Cotrimoxazole ៤៤
ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole ៤៦
ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ការផ្តល់វីតាមីន A និងការទំលាក់ព្រូន ៤៦
៧ អាហារូបត្ថម្ភ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៤៧
កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ (Severe Acute Malnutrition: SAM) ៤៩
៨ ការបង្ករោគរបេង/អេដស៍រួមគ្នា ៥១
ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេង ជាប្រចាំ ៥២
ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Isoniazid (IPT) ៥២
ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសកម្ម ៥៤
ការណែនាំអំពី វិធីសាស្ត្រនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង លើកុមារ ៥៤
រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេងលើកុមារ ៥៤
រោគសញ្ញាគ្លីនិកផ្សេងទៀត នៃជំងឺរបេង ៥៤
ការបញ្ជាក់ដោយការពិនិត្យប៉ាក់តេរី ៥៥
ការព្យាបាលជំងឺរបេង ៥៧
ទម្រង់ធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺរបេងដែលទាមទារការព្យាបាលពិសេស ៥៨
៩ តើត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់ នៅពេលណា? ៥៩
ការណែនាំក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ ៥៩
ការពិចារណាអំពី កត្តាសង្គម ពាក់ព័ន្ធនឹងការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថ ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ ៦១
១០ ការណែនាំ ស្តីពីរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ .... ៦១
រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារអាយុ < ៣ឆ្នាំ និងទម្ងន់ < ១០ គ.ក្រ ៦២
រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារអាយុ ≥ ៣ឆ្នាំ - < ១០ ឆ្នាំ និង ទម្ងន់ ≥ ១០ គ.ក្រ ៦៣
រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារ អាយុ ≥ ១០ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៣៥ គ.ក្រ ៦៤
១១ ការពិចារណាក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើអ្នកជំងឺរបេង និងជំងឺរលាកថ្លើម រួមគ្នា ៦៨
ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺរបេង ៦៨
ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង ៦៨
ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាល ART លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង ៦៨

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែលមានការបង្កោគ
រលាកថ្លើមប្រភេទB/អេដស៍ រួមគ្នា.. ៧៤
ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែលមានការបង្កោគ
រលាកថ្លើមប្រភេទC/អេដស៍ រួមគ្នា ៧៥
១២ ការពុលឱសថ ៧៦
ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់ នៃឱសថ ៧៦
១៣ ចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃការស្តារភាពស៊ាំឡើងវិញ ៨៦
១៤ ការតាមដានគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ៨៩
ការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដើមគ្រា ៨៩
ការតាមដានជាប្រចាំ លើកុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៩០
១៥ បរាជ័យនៃការព្យាបាល ៩១
មូលហេតុបណ្តាលឲ្យ បរាជ័យនៃការព្យាបាល ៩២
ការធ្វើតេស្ត Viral load ៩៣
ការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ដើម្បីតាមដាន ៩៥
១៦ ការជ្រើសរើសឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ .... ៩៥
ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ .... ៩៥
VL >១០០០ copies/ml លើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយ
រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ដែលមានឱសថ PI.. ៩៥
VL >១០០០ copies/ml លើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយរូបមន្តជួរទី១
ដែលមានឱសថ NNRTI ៩៦
ពិចារណាក្នុងការប្រើឱសថ NRTI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ .... ៩៦
បរាជ័យនៃការព្យាបាល ក្នុងករណីពិសេស ៩៧
ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកុមារដែលបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍................ ១០០
១៧ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី៣................................ 101
១៨ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត (*PSS*) ដល់កុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍
និងអ្នកថែទាំ.. ១០២
ការវាយតម្លៃជាបុគ្គល ១០៣
អ្នកណា ជាអ្នកផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត?.. ១០៣
ពេលណាដែលចាំបាច់គាំទ្រផ្លូវចិត្ត ?.. ១០៤
១៩ ការគាំទ្រកុមារឲ្យលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ១១២
តើការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ជាអ្វី?................................ ១១២

ការគាំទ្រការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ រៀងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ ជាប្រចាំ.... ១១៣
បច្ចេកទេសក្នុងការធ្វើប្រសើរឡើងការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់៖ ១១៤
កុមារ និង ទារក... ១១៤
កុមារដែលមានអាយុច្រើន និងក្មេងជំទង់.. ១១៥
២០ ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារ និងក្មេងជំទង់ ១១៧
ពេលណាដែលត្រូវបើកចំហ? ១១៨
អ្នកណា ដែលត្រូវបើកចំហ ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ?.................................... ១១៨
ការបើកចំហមិនពេញលេញ និងពេញលេញ អំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១១៩
ការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកថែទាំ ដល់កុមារ................................ ១២០
គន្លឹះក្នុងការទំនាក់ទំនងក្នុងការបើកចំហ ១២០
ដំណើរការនៃការបើកចំហ ១២២
មុនពេលបើកចំហ... ១២២
កំឡុងពេលនៃការបើកចំហ.. ១២២
ក្រោយពីបើកចំហ... ១២៣
២១ ការថែទាំក្មេងជំទង់ និងការត្រៀមរៀបចំក្នុងការផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំ ព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ដោយជោគជ័យ ១២៣
ការគាំទ្រក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍.. ១២៦
ការផ្ទេរពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺ អេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ១២៦
ឧបសម្ព័ន្ធ ១៣២
ឯកសារយោង ១៦៨

តារាង

តារាងទី១: កត្តាដែលជំរុញឲ្យមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយទៅកូន.............................. ១៥
តារាងទី២: កាលវិភាគ សម្រាប់ចាក់ថ្នាំបង្ការ ១៨
តារាងទី៣: កម្រិតប្រើប្រាស់នៃឱសថ Nevirapine (១០មក្រ/មល).. ២០
តារាងទី៤: សេចក្តីសង្ខេបនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ម្តាយ និងកូន ចំពោះសេណារីយ៉ូគ្លីនិកខុសៗគ្នា ២០
តារាងទី៥: អនុសាសន៍ ស្តីពីការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពីមានការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ៣៤
តារាងទី៦: ពេលត្រូវចាប់ផ្តើម និងបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការឱសថ Cotrimoxazole...................... ៤៣
តារាងទី៧: ការគ្រប់គ្រងកន្ទួលស្បែក បណ្តាលមកពីឱសថ Cotrimoxazole ៤៥
តារាងទី៨: ការផ្តល់វីតាមីន A បន្ថែម... ៤៦

តារាងទី៩: ការទំលាក់ព្រូន ៤៧
តារាងទី១០: ចំណាត់ថ្នាក់នៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ចំពោះកុមារ ៤៨
តារាងទី១១: ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ នៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ
ដែលទាមទារឲ្យព្យាបាលដោយសំរាកពេទ្យ ៥០
តារាងទី១២: កម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងសម្រាប់ព្យាបាលកុមារ ៥៧
តារាងទី១៣: ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ៥៧
តារាងទី១៤: អនុសាសន៍ស្តីពី រូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ * ៦៥
តារាងទី១៥: តារាងទី ១៥. អនុសាសន៍អំពី រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង ៧២
តារាងទី១៦: អនុសាសន៍អំពី រូបមន្តឱសថដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺអេដស៍
លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ៧៤
តារាងទី១៧: តារាងទី១៧. ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ឬ ទី ២ .... ៧៨
តារាងទី១៨: និយមន័យនៃការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ៩២
តារាងទី១៩: អនុសាសន៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ .... ៩៨
តារាងទី២០: ត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តដល់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍
ទៅតាមដំណាក់កាលនៃការលូតលាស់ធំធាត់ ១០៥

គំនូសបំព្រួញ

គំនូសបំព្រួញលេខ១: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារអាយុ < ១៨ខែ
ដែលបានដឹងអំពី ស្ថានភាពនៃការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ២៧
គំនូសបំព្រួញលេខ២: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារអាយុ < ១៨ខែ
ដែលមិនដឹងអំពីស្ថានភាពនៃការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ៣០
គំនូសបំព្រួញលេខ៣: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារអាយុ ≥ ១៨ ខែ ៣២
គំនូសបំព្រួញលេខ៤: ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Isoniazid លើកុមារ ៥៣
គំនូសបំព្រួញលេខ៥: វិធីសាស្ត្រនៃការធ្វើតេស្ត Viral load សម្រាប់តាមដាន ៩៤
គំនូសបំព្រួញលេខ៦: វិធីសាស្ត្រគ្រប់គ្រងព្យាបាលកុមារដែលបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង
មេរោគអេដស៍ ១០០

អារម្ភកថា

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ គឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់នៃយុទ្ធសាស្ត្រ របស់ក្រសួងសុខាភិបាលក្នុងការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន និងកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់ ដោយសារជំងឺអេដស៍។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រស្ដីអំពីការប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគ ក្នុងវិស័យសុខាភិបាល នៅប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០១៥-២០២០ បានសង្កត់ធ្ងន់ ជាពិសេស ទៅលើការស្វែងរកស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ការលើកកម្ពស់ការទទួលបាននូវកញ្ចប់សេវាពេញលេញ ដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន និងការធានាឲ្យកុមារប្រឈម និងកុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានទទួលសេវាព្យាបាលទាន់ពេលវេលា។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្ដីអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារត្រូវបានបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយ លើកដំបូង នៅឆ្នាំ ២០០៤ ដើម្បីធានាឲ្យការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់កុមារកម្ពុជា មានគុណភាពខ្ពស់ ។ គោលការណ៍ណែនាំនេះ ត្រូវបានពិនិត្យ និងកែសម្រួលឡើងវិញ នៅឆ្នាំ ២០០៧ និងឆ្នាំ ២០១២ គឺនៅពេលដែលមានការពង្រីកសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់កុមារ។ រហូតដល់ចុងឆ្នាំ ២០១៥ នេះ នៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា មានសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់កុមារ ៣៦កន្លែង កំពុងដំណើរការ នៅក្នុងរាជធានី/ខេត្ត ចំនួន ២៣ ហើយសេវាដែលទើបបង្កើតថ្មី ត្រូវបានធ្វើ សមាហរណកម្មជាមួយសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ដើម្បីធានា ឲ្យមានការគ្របដណ្ដប់ទូលំទូលាយ។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ដែលបានបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយនៅ ឆ្នាំ ២០១២ ត្រូវបានពិនិត្យ និងកែសម្រួលឡើងវិញ តាមរយៈកិច្ចប្រជុំជាច្រើនលើកច្រើនសារ របស់ក្រុមការងារបច្ចេកទេស ស្ដីអំពីការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់កុមារ និងតាមរយៈកិច្ចប្រជុំពិគ្រោះយោបល់ ដែលមានការចូលរួមពីមន្ត្រី និងគ្រូពេទ្យនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ គ្រូណែនាំជំនាញគ្លីនិក (clinical mentor) ភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិ និងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលជាដៃគូ។ យោបល់របស់គ្រូពេទ្យ ក៏ដូចជា បទពិសោធន៍គ្លីនិក ពីបណ្ដាសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់កុមារ នៅកម្ពុជា ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅ ក្នុងគោលការណ៍ណែនាំដែលបានកែសម្រួលលើកចុងក្រោយនេះ។ គោលការណ៍ណែនាំនេះ ត្រូវបាន កែលំអរឲ្យស្របទៅតាមអនុសាសន៍ថ្មីៗ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ស្ដីអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីព្យាបាល និងបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

ក្រសួងសុខាភិបាលនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា បានអនុម័តជាផ្លូវការ ឲ្យប្រើប្រាស់គោលការណ៍ណែនាំនេះ និងលើកទឹកចិត្តឲ្យគ្រូពេទ្យព្យាបាលកុមារ យកឯកសារនេះ ជាឯកសារយោង ដើម្បីផ្ដល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ និងក្មេងជំទង់ នៅប្រទេសកម្ពុជា។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២២ ខែ សីហា ឆ្នាំ ២០១៦

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

រដ្ឋលេខាធិការ

សាស្ត្រាចារ្យ អេង_ហួត

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះពលិកម្មរបស់សមាជិកក្រុមការងារបច្ចេកទេស សម្រាប់ថែទាំ និងព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងការចូលរួមកែសម្រួលគោលការណ៍ណែនាំ ស្តីអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារ នៅកម្ពុជា។ នៅក្នុងដំណើរការពិនិត្យ និងកែសម្រួលគោលការណ៍ណែនាំនេះ សមាជិកទាំងអស់ របស់ក្រុមការងារបច្ចេកទេស បានចូលរួមផ្តល់យោបល់ល្អៗ ប្រកបដោយទឹកចិត្តសោមនស្សរីករាយ និងសេចក្តីព្យាយាម។

ដំណើរការកែសម្រួលគោលការណ៍ណែនាំនេះ គឺជាសមិទ្ធផលថ្មីមួយទៀត ក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ប្រកបដោយគុណភាពល្អ សម្រាប់កុមារកម្ពុជា និងជាការធានាឲ្យការព្យាបាល ស្របទៅតាមចំណេះដឹងថ្មីៗក្នុងផ្នែកនេះ។

ខ្ញុំសូមឆ្លៀតយកឱកាសនេះ ថ្លែងអំណរគុណ ដល់មន្ត្រីនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (លោកវេជ្ជ. សេង សុភាព, លោកវេជ្ជ. សំរិត សុវណ្ណរិទ្ធ និងលោកវេជ្ជ. ង៉ូវ បូរ៉ា) ដែលបានសម្របសម្រួលដំណើរការពិនិត្យកែសម្រួលឡើងវិញ នូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ។ ជាមួយគ្នានេះដែរ ខ្ញុំសូមសំដែងនូវការកោតសរសើ និងអំណរគុណ ចំពោះគ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺកុមារ នៃមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ (លោកស្រីវេជ្ជ. ហួត ចាន់ធានី និងលោកវេជ្ជ. សំ សុផាន) សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (លោកស្រីសាស្ត្រាចារ្យ អ៊ឹង វិបុល) មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ (លោកវេជ្ជ. ច្រាំង សេងត្រាយ) មន្ទីរពេទ្យខេត្តបាត់ដំបង (លោកវេជ្ជ. ជា ពៅ) អង្គការ FHI 360 (លោកវេជ្ជ. Laurent Ferradini និង លោកស្រី Amy Weissman) មជ្ឈមណ្ឌលត្រួតពិនិត្យជំងឺ US-CDC (លោកវេជ្ជ. Perry Killam) មូលនិធិគ្លីនតុន (កញ្ញា Kiira Gustafson លោកស្រី Emily Welle លោកវេជ្ជ. Herb Harwell) អង្គការ UNICEF (លោកស្រី ជិន សេដ្ឋា) អង្គការ MAGNA (លោកស្រី Denisa Augustinova) និងលោកស្រីវេជ្ជ. Tammy Mayers ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្ម ក្នុងការពិនិត្យ និងកែសម្រួលគោលការណ៍ណែនាំនេះ។ ជាទីបញ្ចប់ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះអង្គការសង្គមស៊ីវិល និងដៃគូទាំងអស់ ដែលបានផ្តល់ការថែទាំ និងព្យាបាល និងគាំទ្រ ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា។

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ១៥ ខែ សីហា ឆ្នាំ២០១៦
ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍
សើស្បែក និងកាមរោគ

វេជ្ជ. លី ពេញ ស៊ុន

បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ

3TC	*Lamivudine*
ABC	*Abacavir*
AIDS	*Acquired Immunodeficiency Syndrome*
ALT	*Alanine Transaminase*
AST	*Aspartate Transaminase*
ART	*Antiretroviral Therapy*
ARV	*Antiretroviral drug(s)*
AZT	*Zidovudine*
CBC	*Complete Blood Count*
CD4	*T-CD4+ Lymphocyte*
CK	*Creatine Kinase*
CMV	*Cytomegalovirus*
CNS	*Central Nervous System*
CrCl	*Creatinine Clearance*
CTX	*Cotrimoxazole*
d4T	*Stavudine*
ddI	*Didanosine*
DBS	*Dried Blood Spot*
DOT	*Directly Observed Therapy*
EC	*Enteric Coated*
EFV	*Efavirenz*
EPTB	*Extra-pulmonary Tuberculosis*
ESRF	*End Stage Renal Failure (Dialysis dependent)*
FDC	*Fixed Dose Combination*
HAART	*Highly Active Antiretroviral Therapy*
HBsAg	*Hepatitis B Surface Antigen*
HGC	*Hard Gelatin Capsules*
HIV	*Human Immunodeficiency Virus*
HSS	*HIV Sentinel Survey*
HSV	*Herpes Simplex Virus*
IDV	*Indinavir*

IPT	*Isoniazid Preventive Therapy*
LDH	*Lactate Dehydrogenase*
LDL	*Low-Density Lipoprotein*
LIP	*Lymphoid interstitial pneumonitis*
LPV	*Lopinavir*
LPV/r	*Lopinavir/ritonavir coformulated in 4:1 dosing ratio*
LPV/R	*Lopinavir/ritonavir with extra ritonavir boosting in 1:1 ratio*
MAC	*Mycobacterium avium complex*
MTCT	*Mother to Child Transmission*
NCHADS	*National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD*
NFV	*Nelfinavir*
NNRTI	*Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor*
NRTI	*Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor*
NtRTI	*Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor*
NVP	*Nevirapine*
OHL	*Oral Hairy Leukoplakia*
OI	*HIV related Opportunistic Infection*
PCP	*Pneumocystis jiroveci pneumonia*
PCR	*Polymerase (Polymerase chain reaction)*
PLHA	*Person/people living with HIV/AIDS*
PI	*Protease Inhibitor*
PID	*Pelvic Inflammatory Disease*
PMTCT	*Prevention of Mother to Child Transmission*
PPD	*Purified Protein Derivative (skin test for tuberculosis)*
PPE	*Papular Pruritic Eruption*
PTB	*Pulmonary Tuberculosis*
R	*Ritonavir (when given in association with other PIs for boosting*
RTV	*Ritonavir*
SGC	*Soft Gelatin Capsules*
STI	*Sexually Transmitted Infection*

SQV	*Saquinavir*
TAMs	*Thymidine analog mutations*
TB	*Tuberculosis*
TDF	*Tenofovir disoproxil fumarate*
TST	*Tuberculin Skin Test*
VCCT	*HIV voluntary confidential counseling and testing*
VDRL	*Venereal Diseases Reference Laboratory (refers to a test for*
VL	*Plasma HIV Viral Load*
WHO	*World Health Organization*

## ១.	សាវតា និងសេចក្តីផ្តើម

ដោយមានកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរួមគ្នា របស់គ្រប់ភាគីពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ រួមមាន រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ សង្គមស៊ីវិល និងសហគមន៍ ធ្វើឲ្យអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺអេដស៍ នៅកម្ពុជា ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ អាយុពី ១៥-៤៩ឆ្នាំ ថយចុះពី ២% នៅឆ្នាំ ១៩៩៨ មកនៅត្រឹម 0.៧% នៅឆ្នាំ ២០១៤។ តាមការប៉ាន់ស្មាន ក្នុងឆ្នាំ ២០១៤ មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ចំនួន ៧៥000នាក់ ក្នុងនោះ មានស្ត្រី ដែលមានអាយុលើសពី ១៤ឆ្នាំ ចំនួន ២៨៥១៨នាក់ ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍[1,2]។ ជាងនេះទៅទៀត គេបានប៉ាន់ស្មានថា មានកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ចំនួន ៤៥៤៩នាក់ ក្នុងនោះ មាន ៣៩៨៧នាក់ កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅចុងឆ្នាំ ២០១៤[3] ។ ទោះបីជាមាន ការថយចុះ នូវអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺអេដស៍ក៏ដោយ ក៏តម្រូវការសម្រាប់ការថែទាំព្យាបាល នឹងមានការកើនឡើងគួរឲ្យកត់សំគាល់ នៅទសវត្សរ៍ខាងមុខ ជាពិសេស នៅពេលដែលមានការបង្កើនកម្រិតមូលដ្ឋាននៃកោសិការ CD4 ក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារ និងនៅពេលដែលមានក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាច្រើន ផ្ទេរនៅទទួលការព្យាបាល នៅសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ។

ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២00៣ មក មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានអនុវត្តគំរោងថែទាំព្យាបាលបន្ត ដែលបានផ្តល់នូវការថែទាំព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងផ្តល់នូវប្រព័ន្ធគាំទ្រសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ គោលការណ៍ណែនាំ ស្តីអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារ និងក្មេងជំទង់ នៅកម្ពុជា គឺជាឯកសារដ៏សំខាន់មួយ សម្រាប់ធានាឲ្យគ្រប់សេវាថែទាំព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា ផ្តល់នូវការថែទាំព្យាបាល ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ដូចៗគ្នា។ ការពិនិត្យ និងកែសម្រួលឡើងវិញលើកនេះ គឺជាការកែសម្រួលលើកទី៥ ទៅលើគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារ ដែលបានទទួលការអនុម័ត ពីក្រសួងសុខាភិបាល លើកដំបូងនៅឆ្នាំ ២00៤ និងបានពិនិត្យ និងកែសម្រួលជាបន្តបន្ទាប់នៅឆ្នាំ ២00៧ ឆ្នាំ ២០១០ និងឆ្នាំ ២០១២។

គោលការណ៍ណែនាំ ស្តីអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារ និងក្មេងជំទង់ នៅកម្ពុជា ដែលត្រូវបានពិនិត្យ និងកែសម្រួលឡើងវិញ នៅឆ្នាំ ២០១៥

---

[1] AEM modelling, 2014.

[2] NCHADS ART Facility Report, 2014.

[3] Ibid.

នេះ គឺជាសមិទ្ធិផលរួមគ្នា របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ អង្គការ UNICEF មូលនិធិគ្លិនតុន និងអង្គការដៃគូផ្សេងៗ ជាច្រើនទៀត ដែលបានរួមចំណែកក្នុងការផ្តល់ការថែទាំព្យាបាល និងគាំទ្រដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា។ គោលការណ៍ណែនាំនេះ ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឲ្យស្របទៅតាមឯកសារថ្មីៗ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក រួមមាន អនុសាសន៍ឆ្នាំ ២០១៣ គោលការណ៍ណែនាំ ស្តីអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីព្យាបាលនិងបង្ការជំងឺអេដស៍ និងការប្រកាសថ្មីៗ នៅខែ កក្កដា ឆ្នាំ ២០១៥ ស្តីអំពីគោលការណ៍ណែនាំថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដែលគ្រោងនឹងផ្សព្វផ្សាយ នៅចុងឆ្នាំ ២០១៥ នេះ[4,5]។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងជូនដំណឹងដល់គ្រូពេទ្យ ទាំងអស់ នៅពេលដែលមានគោលការណ៍ និងអនុសាសន៍ថ្មីទៀត របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ក្រោយពេលដែលគោលការណ៍ណែនាំនេះ ត្រូវបានបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយរួចហើយ។

តើមានអ្វីថ្មី នៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះ?

- ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ នៅពេលកើត ចំពោះគ្រប់កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍។ បើលទ្ធផល អវិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្តនេះ ឡើងវិញម្តងទៀត នៅពេលកុមារមានអាយុ ៦សប្តាហ៍ ប៉ុន្តែបើលទ្ធផល វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ឡើងវិញភ្លាមៗ ។
- បន្តផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ចំពោះគ្រប់កុមារដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យថា ឆ្លងមេរោគអេដស៍រហូតដល់កុមារអាយុ ១៥ ឆ្នាំ ឬ រហូតដល់កុមារនោះ ផ្ទេរទៅទទួលការព្យាបាលនៅផ្នែកមនុស្សពេញវ័យ លើកលែងតែក្នុងករណីរកឃើញថា កុមារនោះមាន លទ្ធផល តេស្ត HIV PCR អវិជ្ជមាន ឬសង្ស័យថា ពុលឱសថ Cotrimoxazole ។
- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ ឲ្យអនុវត្តធ្វើជាការព្យាបាលបង្ការដំបូង (Primary Prophylaxis) សម្រាប់ជំងឺដែលបង្កដោយមេរោគ Cryptococcus ទៀតទេ។
- ការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនគិតពីកម្រិតកោសិកា CD4 ចំពោះ គ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានអាយុតិចជាង ១៥ឆ្នាំ។

---

[4] Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach June 2013.

[5] Doherty M *New directions in the 2015 WHO Consolidated ARV Guidelines.* Eighth International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2015), Vancouver, Canada, presentation SUSA0608, 2015

- ប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r ក្នុងនោះ ដើម្បីព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានអាយុតិចជាង ៣ឆ្នាំ និងទម្ងន់តិចជាង ១០គ.ក ដោយមិនគិត អំពីប្រវត្តិធ្លាប់ទទួល ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។
- ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលទទួលជោគជ័យ ក្នុងការកាត់បន្ថយចំនួនមេរោគអេដស៍ ក្នុងឈាមឲ្យនៅទាប (Viralogical Suppression) ដែលបានបញ្ជាក់ដោយការធ្វើតេស្ត Viral load នៅក្រោយពេលកុមារនោះ មានអាយុតិចជាង ១ឆ្នាំ អាចផ្លាស់ប្តូរពីរូបមន្តព្យាបាល ដែលមានឱសថ LPV/r ទៅរូបមន្តព្យាបាល ដែលមានឱសថ NNRTI ហើយត្រូវធ្វើតេស្ត Viral load នៅរយៈពេល ៣ខែ ក្រោយពីការផ្លាស់ប្តូរនេះ ដើម្បីវាយតម្លៃអំពីជោគជ័យនៃការកាត់ បន្ថយចំនួនមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាម។
- ឱសថ EFV គឺជាជម្រើសទី១ ក្នុងចំណោមក្រុមឱសថ NNRTI សម្រាប់ព្យាបាលកុមារដែល មានអាយុលើសពី ៣ឆ្នាំ និងទម្ងន់លើសពី ១០គ.ក។
- ឱសថ ABC គឺជាជម្រើសទី១ ក្នុងចំណោមក្រុមឱសថ NNRTI សំខាន់ៗក្នុងការព្យាបាល ជួរទី១ សម្រាប់កុមារដែលមានអាយុតិចជាង ១០ឆ្នាំ និងមានទម្ងន់តិចជាង ឬស្មើ ៣៥គ.ក ហើយ ឱសថ AZT គឺជាជម្រើសផ្សេងទៀត សម្រាប់ជំនួស។
- ឱសថ TDF ត្រូវបានគេផ្តល់អនុសាស៍ ឲ្យប្រើជា NRTI សំខាន់ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារអាយុ លើសពី ១០ ឆ្នាំ និងទម្ងន់ លើសពី ៣៥គ.ក
- តេស្ត Viral load ត្រូវបានជ្រើសរើសជាមធ្យោបាយ សម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងតាមដានរក ការបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល នៅលើអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍។
- គណៈកម្មាការមួយអាចនឹងត្រូវបង្កើតឡើង ដើម្បីជួយផ្តល់ការណែនាំ អំពីការសំរេចចិត្តក្នុងការ ផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី៣។ ត្រូវពិគ្រោះ ជាមួយគ្រូណែនាំ ជំនាញគ្លីនិក ឬក្រុមការងារបច្ចេកទេស សម្រាប់ព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បើសិន ជាមានករណី ដែលលោក-អ្នកគិតថា សមស្របចំពោះការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍ជួរទី៣។
- ផ្នែកមួយ ស្តីអំពីការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុង គោលការណ៍ណែនាំនេះ ដោយផ្តោតជាសំខាន់ទៅលើសេចក្តីត្រូវការរបស់ក្មេងជំទង់។ គ្រប់ បុគ្គលិកសុខាភិបាល គួរយល់ដឹងអំពីផ្នែកនេះ ហើយត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រផ្សេងៗ ដែលចាំបាច់ បន្ថែមពីលើការងាររបស់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា។

តើអ្នកណាខ្លះ គួរប្រើប្រាស់គោលការណ៍ណែនាំនេះ?

គោលការណ៍ណែនាំនេះ គួរត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាឯកសារយោង សម្រាប់គ្រប់បុគ្គលិកសុខាភិបាលទាំងអស់ ដែលផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា។ គោលការណ៍ណែនាំនេះ ត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីជួយដល់គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺកុមារ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល ក្នុងការវាយតម្លៃគ្លីនិក ដើម្បីផ្តល់នូវការព្យាបាលដែលមានស្តង់ដារប្រកបទៅដោយគុណភាពខ្ពស់ ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ឯកសារសម្រាប់ជំនួយដល់ការងារ (job aides) និងរូបភាពផ្សេងៗ រួមទាំងកូនសៀវភៅណែនាំ ដែលអាចដាក់ក្នុងហោប៉ៅបាន ត្រូវបានរៀបចំឡើងបន្ថែម ពីលើគោលការណ៍ណែនាំនេះ ដើម្បីជាជំនួយដល់ការគ្រប់គ្រងជំងឺ។ ការបណ្តុះបណ្តាល អំពីគោលការណ៍ណែនាំថ្មីនេះ ក៏នឹងត្រូវបានរៀបចំផងដែរ។

២. **សរីរោគសាស្ត្រ** (Pathophysiology) **នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍**

មេរោគអេដស៍ (HIV) គឺជា lentivirus (ដែលជា Subtype របស់ retrovirus) ដែលអាចជ្រៀតចូលទៅក្នុងកោសិកានៃសារពាង្គកាយដែលមានកន្លែងទទួលកោសិកា CD4 (CD4 receptor)។ កោសិកាទាំងនេះរួមមាន lymphocytes, monocytes, និង macrophages ដែលមានតួនាទីជួយសម្របសម្រួលការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ ទៅនឹងការឆ្លងមេរោគផ្សេងៗ។ នៅពេលដែលមេរោគអេដស៍ ឆ្លងដល់កោសិកា CD4, ribonucleic acid (RNA) របស់វាចូលទៅក្នុងស្នូល (nucleus) របស់កោសិកានោះ និងបំលែងទៅជា deoxyribonucleic acid (DNA) ដោយសារធាតុម្យ៉ាង របស់មេរោគឈ្មោះ reverse transcriptase ហើយ DNA ដែលបំលែងបាននេះ ជ្រៀតចូលទៅក្នុង genome របស់កោសិកា ដែលជាហេតុធ្វើឲ្យការឆ្លងមេរោគអេដស៍នេះ មិនអាចព្យាបាលជា។ បំណែក (particles) នៃមេរោគអេដស៍ថ្មី ជាច្រើនត្រូវបានបង្កើតឡើង ដោយកោសិកាដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍នេះ បន្ទាប់មកបំណែកទាំងនោះ ត្រូវបានស្រោប និងបញ្ចេញមកក្រៅកោសិកា។ កម្រិតនៃកោសិកា CD4 នៅក្នុងឈាម គឺជាកំណត់សំគាល់នៃកម្រិតមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ។ នៅពេលដែលមានកោសិកាកាន់តែច្រើន ត្រូវបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ នឹងកាន់តែចុះខ្សោយ ដែលជាហេតុធ្វើឲ្យសារពាង្គកាយ កាន់តែងាយទទួលការឆ្លងរោគផ្សេងៗ។

ការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកុមារ

ជាទូទៅ មេរោគអេដស៍ ត្រូវបានចម្លងទៅកុមារ ពីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលបានឆ្លងមេរោគនេះ៖

- នៅអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ
- នៅអំឡុងពេលសំរាលកូន

- នៅអំឡុងពេលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ

ក្រៅពីនេះ មេរោគអេដស៍ ក៏អាចចម្លងផងដែរ នៅក្នុងវ័យកុមារ និងវ័យជំទង់ តាមរយៈ៖

- ការរំលោភផ្លូវភេទ
- ការរួមភេទដោយការព្រមព្រៀងគ្នា
- ការចាក់ថ្នាំ ឬបញ្ចូលសេរ៉ូម ដែលគ្មានសុវត្ថិភាព រួមទាំងការចាក់ទំលុះស្បែក ការសាក់ខ្លួន និងការចាក់ដោយសំភារៈវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលរំងាប់មេរោគមិនបានល្អ
- ការបញ្ចូលផលិតផលឈាម ដែលពុំបានធ្វើតេស្តត្រឹមត្រូវ
- ការមុតម្ជុល ដែលប្រលាក់ឈាម មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម ដែលរៀបរាប់ អំពីការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពីប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍)។

ការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយទៅកូន អាចកាត់បន្ថយបានយ៉ាងច្រើន តាមរយៈការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដល់ម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងសំរាល ហើយបន្តការព្យាបាលនេះ ក្នុងអំឡុងពេលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។ បើសិនជា គ្មានអន្តរាគមន៍ណាមួយទេ កុមារប្រហែល មួយភាគបី នឹងឆ្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែបើមានការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់ម្តាយ ចាប់ពីពេលមានផ្ទៃពោះ ការឆ្លងនេះនឹងកាត់បន្ថយមកនៅក្រោម ២%។

តារាងទី១: កត្តាដែលជំរុញឲ្យមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយទៅកូន

កត្តាទាក់ទងនឹងម្តាយ	កត្តាទាក់ទងនឹងកូន
បន្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងឈាមខ្ពស់	កូនកើតមិនគ្រប់ខែ
កម្រិតកោសិកា CD4 ទាប	តាមដានទារក ដោយប្រើប្រាស់ electrode ចាប់ជាប់នឹងលលាដ៏ក្បាលទារកក្នុងផ្ទៃម្តាយ
ជំងឺអេដស៍ ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ	បែកទឹកភ្លោះយូរ ហើយការសំរាលធ្វើឲ្យមានរបួសដល់កូន
រលាកស្រោមទឹកភ្លោះ (Chorioamnionitis)	ការបៅលាយគ្នា ដោយទឹកដោះម្តាយផង និងទឹកដោះគោផង (mixed feedings)

បែកទឹកភ្លោះយូរ	បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ
ដំបៅ ឬមានហូរឈាមចុងដោះ នៅពេលបំបៅដោះកូន	ដំបៅមាត់
ម្ដាយឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីៗ នៅក្នុង អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬបំបៅដោះកូន	ទទួលអាហារ ដែលទំពារបញ្ចុក

៣. ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្ដាយទៅកូន (EMTCT)

ប្រទេសកម្ពុជា បានប្ដេជ្ញាលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយ ពីម្ដាយទៅកូន នៅឆ្នាំ ២០២៥។ ដើម្បីសំរេចគោលដៅទាំងពីរខាងលើ គ្រប់ស្ត្រីដែលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះទាំងអស់ គួរទទួលបានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយគ្រប់ៗគ្នា។ ចំពោះស្ត្រី ដែលមកសំរាលកូន ឬមកពិនិត្យពោះក្រោយសំរាល ក៏គួរបានទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយផងដែរ បើសិនជាស្ត្រីទាំងនោះមិនដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយរបស់ខ្លួន។ តាមមធ្យោបាយនេះ គេអាចដឹងអំពីស្ថានភាពប្រឈមទៅនឹងមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយរបស់កុមារដែលកើតមក ដែលអាចជួយដល់ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលម្ដាយ និងកូន ដើម្បីបង្ការការស្លាប់ និងឈឺដែលបណ្ដាលមកពីជំងឺទាំងពីរនេះ[6]។

តាមការប៉ាន់ស្មាន អត្រាចម្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្ដាយទៅកូន នៅកម្ពុជា បានថយចុះពី ១៣.៦% ក្នុងឆ្នាំ ២០១០ មកនៅត្រឹម ៧% ក្នុងឆ្នាំ ២០១៤។ ក្នុងឆ្នាំ ២០១៤ មានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះចំនួន ៩៤% បានមកទទួលសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ ប៉ុន្តែមានតែស្ត្រី ៧៥% ប៉ុណ្ណោះ បានទទួលការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ នៅពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ ហើយមានតែ ៧៨% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប៉ុណ្ណោះ បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ចំពោះសេវាសម្រាប់កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ក៏មានភាពខ្វះចន្លោះផងដែរ៖ ក្នុងឆ្នាំ ២០១៤ មានកុមារប្រឈមតែ ៣៩% ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ មុនអាយុ ២ខែ ហើយមានកុមារប្រឈម ៦៨% បានទទួលការធ្វើតេស្ត DNA-PCR ដែលតួលេខនេះ បានបង្ហាញនូវភាពយឺតយ៉ាវ ក្នុងការទទួលបានការធ្វើតេស្ត។

ពត៌មានលំអិត ស្ដីអំពីគោលការណ៍ណែនាំ ដើម្បីលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្ដាយទៅកូន មានសរសេរក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្ដីអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ហើយក៏មានរៀបរាប់ផងដែរ នៅក្នុងនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នា រវាងសេវាបង្ការ ថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ ដើម្បី

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

ឈានទៅលុបបំបាត់ការចម្លងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺស្វាយ នៅលើកុមារនៅកម្ពុជា ដែលបានបោះពុម្ពនៅឆ្នាំ ២០១៣។

ការថែទាំព្យាបាលឆាប់ៗ សម្រាប់ទារកប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលទើបនឹងកើត

- ការធ្វើតេស្ត DNA-PCR នៅពេលទើបនឹងកើត ដើម្បីរកមេរោគអេដស៍
- កុមារគួរបានទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ ទៅតាមកម្មវិធីជាតិ ចាក់ថ្នាំបង្ការ ដូចខាងក្រោម (តារាងទី២)៖
    - ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរបេង BCG ត្រូវផ្តល់ឲ្យគ្រប់កុមារទាំងអស់ លើកលែងតែកុមារដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ (ឧទាហរណ៍ៈ ភាពយឺតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់, ជំងឺឡើងកួនកណ្តុរ, ថ្លើម និងអណ្តើករីកធំ)
- ផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Nevirapine (NVP) នៅពេលកើត សម្រាប់រយៈពេល ៦សប្តាហ៍ ដល់គ្រប់កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលមិនស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់ ។
- ផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថពីរមុខ Nevirapine (NVP) និង Zidovidine (AZT) នៅពេលកើត ដល់គ្រប់កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់ ដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយទៅកូន ទោះបីជាម្តាយ បាន ឬមិនបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក៏ដោយ។ ការព្យាបាលបង្ការនេះ ក៏មានប្រសិទ្ធិភាពផងដែរ ក្នុងការកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនតាមរយៈការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។ ឱសថ NVP និង AZT ត្រូវផ្តល់រយៈពេល ៦សប្តាហ៍ ទាំងកុមារបៅទឹកដោះម្តាយ និងកុមារ មិនបៅទឹកដោះម្តាយ។ ចំពោះកុមារបៅទឹកដោះម្តាយ ត្រូវបន្តផ្តល់ឱសថ NVP តែមួយមុខ រយៈពេល ៦សប្តាហ៍ បន្ថែមទៀត (ដូច្នេះកុមារបៅទឹកដោះម្តាយត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការសរុបរយៈពេល ១២សប្តាហ៍)[7] ។
- កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់[7] គឺកុមារដែល ៖
    - កើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេលតិចជាង ៤សប្តាហ៍ គិតត្រឹមថ្ងៃសំរាល ឬ
    - កើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមាន viral load >1000 copies/ml ក្នុងអំឡុងពេល ៤សប្តាហ៍ មុនថ្ងៃសំរាល (បើអាចធ្វើតេស្ត viral load បាន) ឬ

[7] Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, Nov. 2015, Policy brief, What's new? WHO, 2015.

- ០ កើតពីម្តាយដែលរកឃើញថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេលសំរាល (delivery) ឬក្រោយសំរាល (postpartum) ។

- តារាងទី៣ សង្ខេបអំពីកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ NVP និង AZT ។ តារាងទី៤ សង្ខេបអំពីការព្យាបាលបង្ការ ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅលើម្តាយ និងកូន សម្រាប់សេណារីយ៉ូគ្លីនិកខុសៗ គ្នា។[8]

- ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរបំបៅដោះកូន យ៉ាងតិចរយៈពេល ១២ខែ ហើយអាចបន្តបំបៅដោះកូនរហូតដល់រយៈពេល ២៤ខែ ឬយូរជាងនេះ (គឺដូចគ្នានឹងស្ត្រីទូទៅដែរ) ប៉ុន្តែត្រូវទទួលបានការគាំទ្រឲ្យបានពេញលេញចំពោះការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់[8]។

- ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល អាចទុកចិត្តបានថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅអំឡុងពេលក្រោយសំរាល ក្នុងបរិបទនៃការបំបៅកូនលាយគ្នា (mixed feeding)។ ដូច្នេះ ការបំបៅកូនលាយគ្នា មិនមែនជាមូលហេតុដែលត្រូវបញ្ឈប់ការបំបៅដោះកូននោះទេ។

- ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល អាចជឿជាក់បានថា ការបំបៅដោះកូនក្នុងរយៈពេលមួយខ្លី តិចជាង ១២ខែ គឺប្រសើរជាង មិនដែលបានបំបៅដោះកូនសោះ។

តារាងទី២: កាលវិភាគសម្រាប់ចាក់ថ្នាំបង្ការ

កាលវិភាគចាក់ថ្នាំបង្ការ សម្រាប់កុមារកម្ពុជា

ថ្នាំបង្ការ	របៀបផ្តល់	អាយុ					
		ពេលកើត	៦សប្តាហ៍	១០សប្តាហ៍	១៤សប្តាហ៍	៩ខែ	១៨ខែ
BCG	ចាក់ស្បែក						
រលាកថ្លើម ប្រភេទ B	ចាក់សាច់ដុំ						
គ្រុនស្វិត ដៃជើង (Oral Polio)	តាមមាត់						
DiP-HepB-Hib	ចាក់សាច់ដុំ						

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

(pentavalent)							
PCV 13 (penmococcal)	ចាក់សាច់ដុំ						
IPV (inactivated polio vaccine)	ចាក់ក្រោមស្បែក						
កញ្ជ្រឹល/ស្អូច (MR (M9)	ចាក់ក្រោមស្បែក						
កញ្ជ្រឹល (M18)	ចាក់ក្រោមស្បែក						
JE (Japanese encephalitis)	ចាក់ក្រោមស្បែក						

តារាងទី៣: កម្រិតប្រើប្រាស់នៃឱសថ Nevirapine (១០មក្រ/មល)

អាយុកុមារ	ទម្ងន់កុមារ នៅពេលកើត	កម្រិតប្រើនៃ NVP	កម្រិតប្រើនៃ AZT
ចាប់ពីពេលកើតរហូតដល់អាយុ ៦សប្តាហ៍ (សម្រាប់កុមារបៅ ឬ មិនបៅទឹកដោះម្តាយ)	ទម្ងន់ពេលកើត ពី ២០០០ ក ទៅ ២៤៩៩ក*	១០ ម.ក មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ (ស្មើ ១ ម.ល មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ)	១០ ម.ក ពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ (ស្មើ ១ ម.ល មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ)
	ទម្ងន់ពេលកើត ≥ ២៥០០ក	១៥ ម.ក មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ (ស្មើ ១,៥ ម.ល មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ)	១៥ ម.ក ពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ (ស្មើ ១,៥ម.ល មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ)
ពីអាយុ ៦សប្តាហ៍ ដល់ ១២សប្តាហ៍ (សម្រាប់កុមារបៅទឹកដោះម្តាយ)		២០ម.ក មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ (ស្មើ ២ ម.ល មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬ កន្លះគ្រាប់លេខ៥០ ម.ក មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ)	

*ចំពោះកុមារទម្ងន់ពេលកើតតិចជាង ២០០០ក ហើយ សំរាលនៅពេលផ្ទៃពោះអាយុលើសពី ៣៥ សប្តាហ៍ កម្រិតឱសថដែលត្រូវប្រើគឺ NVP 2mg/kg មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ និង ZDV 4mg/kg ពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ។ ចំពោះកុមារកើតមិនគ្រប់ខែ គឺសំរាលនៅពេលផ្ទៃពោះអាយុក្រោម ៣៥ សប្តាហ៍ ត្រូវសុំការណែនាំពីអ្នកជំនាញ។

តារាងទី៤: សេចក្តីសង្ខេបអំពីការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ម្តាយ និងកូន

ម្តាយ	ស្ថានភាពប្រឈម នៃកុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍	ស្ថានភាពនៃការបំបៅកូន	ការព្យាបាលបង្ការ សម្រាប់កូន
ចាប់ផ្តើមព្យាបាលជាបន្ទាន់ ដោយ TDF +3TC (or FTC) + EFV (គ្រាប់ឱសថបីមុខលាយបញ្ចូលគ្នា) ព្យាបាលមួយជីវិតដោយមិនគិត ពីកម្រិតកោសិកា CD4	ស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់: ១-ម្តាយបានទទួល ART រយៈ ពេលតិចជាង ៤សប្តាហ៍ គិតត្រឹម ថ្ងៃសំរាល ឬ ២-ម្តាយរកឃើញថា ផ្ទុកមេ	បំបៅដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត	ផ្តល់ឱសថពីរមុខគឺ NVP និង AZT រយៈពេល ៦សប្តាហ៍

ឬ WHO stage	រោគអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេល delivery ឬ postpartum ៣-ម្ដាយមាន viral load >1000 copies/ml ក្នុងអំឡុងពេល ៤សប្ដាហ៍ មុនថ្ងៃសំរាល (បើអាចធ្វើតេស្ត viral load បាន)	បំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយ	ផ្ដល់ឱសថពីរមុខគឺ NVP និង AZT រយៈពេល ៦សប្ដាហ៍ បន្ទាប់មកបន្តផ្ដល់ឱសថ NVP តែមួយមុខរយៈពេល ៦សប្ដាហ៍ បន្ថែមទៀត
	ស្ថានភាពប្រឈមនឹងការឆ្លងទាប: កុមារដែលមិមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់	បំបៅដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ឬដោយទឹកដោះម្ដាយ	ផ្ដល់ឱសថ NVP រយៈពេល៦សប្ដាហ៍

៤ រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារ

តេស្តដែលមានសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារ និងរបៀបប្រើប្រាស់តេស្តទាំងនោះ:

មានតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ២ ប្រភេទ សម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារ នៅកម្ពុជា៖

- តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (ឧទាហរណ៍: តេស្តរហ័ស ហៅថា rapid tests)
- តេស្តរកមេរោគអេដស៍ ឧទាហរណ៍ តេស្ត HIV DNA-PCR (Polymerase chain reaction)

តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណ (Antibody tests):

- អង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានបញ្ជូនពីម្ដាយ ទៅកូន ក្នុងផ្ទៃតាមសុក នៅក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ដូច្នេះគ្រប់កុមារកើតពីម្ដាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានផ្ទុកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលធ្វើឲ្យការធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅលើកូនវិជ្ជមាន ទោះបីកូន បានឆ្លង ឬ មិនបានឆ្លង

មេរោគអេដស៍ក៏ដោយ។ ដូច្នេះ តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មិនអាចកំណត់ពីស្ថានភាពឆ្លងមេរោគអេដស៍របស់កុមារ អាយុក្រោម ១៨ខែ ឬ រហូតដល់ ៦សប្តាហ៍ក្រោយផ្តាច់ដោះបានទេ។

- កុមារស្ទើរតែទាំងអស់ នឹងបាត់បង់អង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលបានទទួលពីម្តាយ នៅអាយុ ១៨ខែ បើសិនជាកុមារនោះ មិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ
- បើសិនជាអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានរកឃើញ នៅលើកុមារអាយុ < ១៨ខែ វាជាការបញ្ជាក់ថា កុមារនោះ បានប្រឈមទៅនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលទាមទារឲ្យមានការធ្វើតេស្ត HIV PCR បន្ថែមទៀត ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពឆ្លងមេរោគអេដស៍ របស់កុមារនោះ (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម)
- តេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថា កុមារមិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ បើសិនជាកុមារនោះ ត្រូវបានផ្តាច់ដោះ លើសពីរយៈពេល ៦ សប្តាហ៍មុននឹងធ្វើតេស្ត ហើយកុមារ ពុំមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ
- កុមារដែលទទួលការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយ ដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នឹងបន្តប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍
- កុមារដែលរកឃើញថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការធ្វើតេស្ត HIV PCR ឡើងវិញ ហើយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មិនគួរទទួលការធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ម្តងទៀតទេ។ កុមារមួយចំនួនដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ បញ្ជាក់ដោយការធ្វើតេស្ត PCR ហើយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ទាន់ពេលវេលា អាចមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណអវិជ្ជមាន នៅពេលក្រោយ ដែលជាហេតុធ្វើឲ្យមានការភាន់ច្រឡំដល់អ្នកថែទាំ។
- ត្រូវធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះគ្រប់កុមារប្រឈមទាំងអស់ ដែលមានអាយុ ១៨ខែហើយពុំមានរោគវិនិច្ឆ័យថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបញ្ជាក់ឡើងវិញ ពីស្ថានភាពឆ្លងមេរោគអេដស៍ របស់ពួកគេ។

- លទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន នៅលើកុមារអាយុ ≥ ១៨ខែ គឺបញ្ជាក់ថា កុមារនោះ បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំនេះ។

- អង្គបដិបក្ខប្រាណ ដែលប្រើសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើមនុស្សពេញវ័យ ក៏អាចប្រើនៅលើកុមារបានដែរ ហើយអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល អាចប្រើតេស្តនេះ នៅពេលដែលសង្ស័យថាកុមារបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ (សូមអាចប្រអប់ទី១)។

- បើសិនជាតេស្តនេះ មិនមាននៅក្នុងសេវារបស់ខ្លួនទេ ត្រូវបញ្ជូនកុមារទៅធ្វើតេស្ត នៅសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដែលនៅជិតបំផុត ដូចជា មណ្ឌលធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ដោយស្ម័គ្រចិត្ត (VCCT), មណ្ឌលសុខភាព, មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ឬ មន្ទីរពេទ្យខេត្ត ដែលមានផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។

តេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ (HIV PCT Test)

១. តេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ (DNA *ឬ* RNA) គឺជាតេស្ត DNA មុនពេលករកើតជាវីរុស (proviral DNA) *ឬ* រក RNA របស់ វីរុស (Viral RNA) ដែលចង្អុលបង្ហាញពីការឆ្លងមេ រោគអេដស៍ នៅលើកុមារ។ ការធ្វើតេស្តនេះ ត្រូវការតែឈាមមួយតំណក់ប៉ុណ្ណោះ ហើយឈាមមួយតំណក់នេះ អាចយកបានពីការជោះកែងជើងរបស់ទារក។ តំណក់ឈាមនេះ ត្រូវបន្តក់លើក្រដាសពិសេសម្យ៉ាង ហើយត្រូវទុកវាឲ្យស្ងួត ទើបផ្ញើមកមន្ទីរពិសោធន៍ នៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ។ ដើម្បីយល់ច្បាស់ពីដំណើរការនៃការធ្វើតេស្ត ដោយប្រើតំណក់ឈាមស្ងួត (DBS) នេះ សូមអានឯកសារជំនួយ (Job Aid) ស្តីពីការធ្វើតេស្ត DBS។ តេស្ត DNA PCR គឺជាតេស្ត បែបគុណភាព (qualitative test)។ លទ្ធផលរបស់តេស្តនេះ គ្រាន់តែបង្ហាញថា វិជ្ជមាន *ឬ* អវិជ្ជមានប៉ុណ្ណោះ។ ចំណែកតេស្ត HIV RNA PCR (តេស្តត viral load) គឺជាតេស្តបែបបរិមាណ (មានន័យថា តេស្តនេះ អាចផ្តល់ចំនួនមេរោគអេដស៍ ក្នុង ១មម^3 នៃឈាម និងអាចប្រើសម្រាប់តាមដានចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម ដែលបញ្ជាក់អំពីការឆ្លើយតបចំពោះការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍)។ តេស្ត HIV DNA PCR និងតេស្ត HIV RNA PCR អាច ប្រើដើម្បីបញ្ជាក់ ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារបានដូចគ្នា។

- តេស្ត HIV PCR ត្រូវបានប្រើសម្រាប់កំណត់ស្ថានភាពនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារដែលមានអាយុតិចជាង ១៨ខែ។ គ្រប់កុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្ត PCR វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្ត HIV PCR បញ្ជាក់លើកទី២ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

- ការធ្វើតេស្ត HIV PCR លើកទី២ ដើម្បីបញ្ជាក់លើគ្រប់លទ្ធផល វិជ្ជមាននៃតេស្ត PCR គឺជាការចាំបាច់

- ទោះបីជាការធ្វើតេស្ត HIV PCR លើកទី២ ដើម្បីបញ្ជាក់ មានភាពចាំបាច់ក៏ដោយ ក៏ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ **មិនត្រូវពន្យាពេលដែរ** នៅក្នុងអំឡុងពេល <u>រង់ចាំលទ្ធផល</u> នៃការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នេះ។

- បើសិនជាលទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ មានភាពមិនស្របគ្នា នៅលើកុមារ ដែលបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួចហើយនោះ ត្រូវធ្វើតេស្ត HIV បញ្ជាក់បន្ថែមទៀត នៅសេវាព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលនៅជិតបំផុត។

តើការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារ ត្រូវធ្វើនៅពេលណា?

កុមារដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាចវិវត្តទៅជាជំងឺអេដស៍ ដែលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ដោយកុមារប្រហែល ២០% និងមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយ ចុះខ្សោយខ្លាំង នៅអាយុ ៦ សប្តាហ៍។ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមានប្រសិទ្ធិភាព អាចកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការស្លាប់ក្នុងចំណោមកុមារដែលមានឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ជានិច្ចកាល ចូរចងចាំថា ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃយ៉ាងទៀងទាត់ ទៅលើសុខភាពម្តាយ និងសមាជិកផ្សេងៗទៀត ក្នុងគ្រួសារ ហើយត្រូវណែនាំឲ្យធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងបញ្ជូនឲ្យទៅទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីរក្សាសុវត្ថិភាពសុខភាពក្នុងគ្រួសារ។

សេណារីយ៉ូ (scenarios) ខាងក្រោម រៀបរាប់អំពីវិធីសាស្ត្រខុសៗគ្នា ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារ អាស្រ័យលើអាយុ និងស្ថានភាពប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ របស់ពួកគេ។

កុមារអាយុ < ១៨ ខែ ដែលមានម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (គំនូសបំព្រួញ លេខ១)

- ក្រោយពេលកើតភ្លាម **ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ PCR**[9] និងផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះគ្រប់កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់។

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

- បើសិនជា លទ្ធផលតេស្តរកមេរោគអេដស៍ PCR វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR បញ្ជាក់ឡើងវិញ ហើយ**ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឲ្យបានលឿនបំផុត** និងត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ ដោយមិនបង្អែបង្អង់រង់ចាំលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ឡើយ។

- **កុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្ត PCR អវិជ្ជមាន នៅពេលកើត មិនអាចបញ្ជាក់ថាកុមារនោះ មិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ ដូច្នេះ ការបន្តតាមដានកុមារនោះ តទៅទៀត គឺចាំបាច់បំផុត។**

- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវចាប់ផ្តើមនៅពេលកុមារមានអាយុ ៦ សប្តាហ៍។

- បើសិនជាកុមារមានលទ្ធផលតេស្តរកមេរោគអេដស៍ PCR អវិជ្ជមាន នៅពេលកើត **ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR ម្តងទៀត នៅពេលកុមារមានអាយុ ៦សប្តាហ៍** ឬក៏ នៅពេលកុមារដែលមកទទួលសេវាសុខាភិបាលដំបូង ក្រោយពេលមានអាយុ ៦សប្តាហ៍។

- ចំពោះកុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្តរកមេរោគអេដស៍ PCR វិជ្ជមាន ត្រូវតែធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ឡើងវិញភ្លាម ហើយត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងពេលដំណាលគ្នា ដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំលទ្ធផលនៃតេស្តបញ្ជាក់ឡើយ។

- កុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្តរកមេរោគអេដស៍ PCR អវិជ្ជមាន នៅអាយុ ៦សប្តាហ៍ ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ឡើងវិញ ក្រោយពីឈប់បៅដោះម្តាយទាំងស្រុង រយៈពេល ៦សប្តាហ៍ ដើម្បីផាត់ចោលឲ្យបានសមស្របនូវការចម្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈទឹកដោះម្តាយ។ ការធ្វើតេស្តនេះ ត្រូវអនុវត្តដូចខាងក្រោម៖

    - កុមារអាយុ < ៩ ខែ ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ PCR
    - កុមារអាយុ ≥ ៩ ខែ អាចធ្វើតេស្ត រកអង្គបដិបក្ខប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ជាមុនសិន។ បើសិនជាតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នេះ វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ PCR ដើម្បីបញ្ជាក់។ បើសិនជាតេស្តអង្គបដិបក្ខ ប្រាណអវិជ្ជមាន អាចចាត់ទុកថា កុមារមិនបានឆ្លងមេរោគ

អេដស៍ទេ ក្នុងករណីដែលកុមារនោះ បានឈប់បៅដោះម្ដាយរយៈពេលលើស ពី ៦សប្ដាហ៍ មុនការធ្វើតេស្ដ។

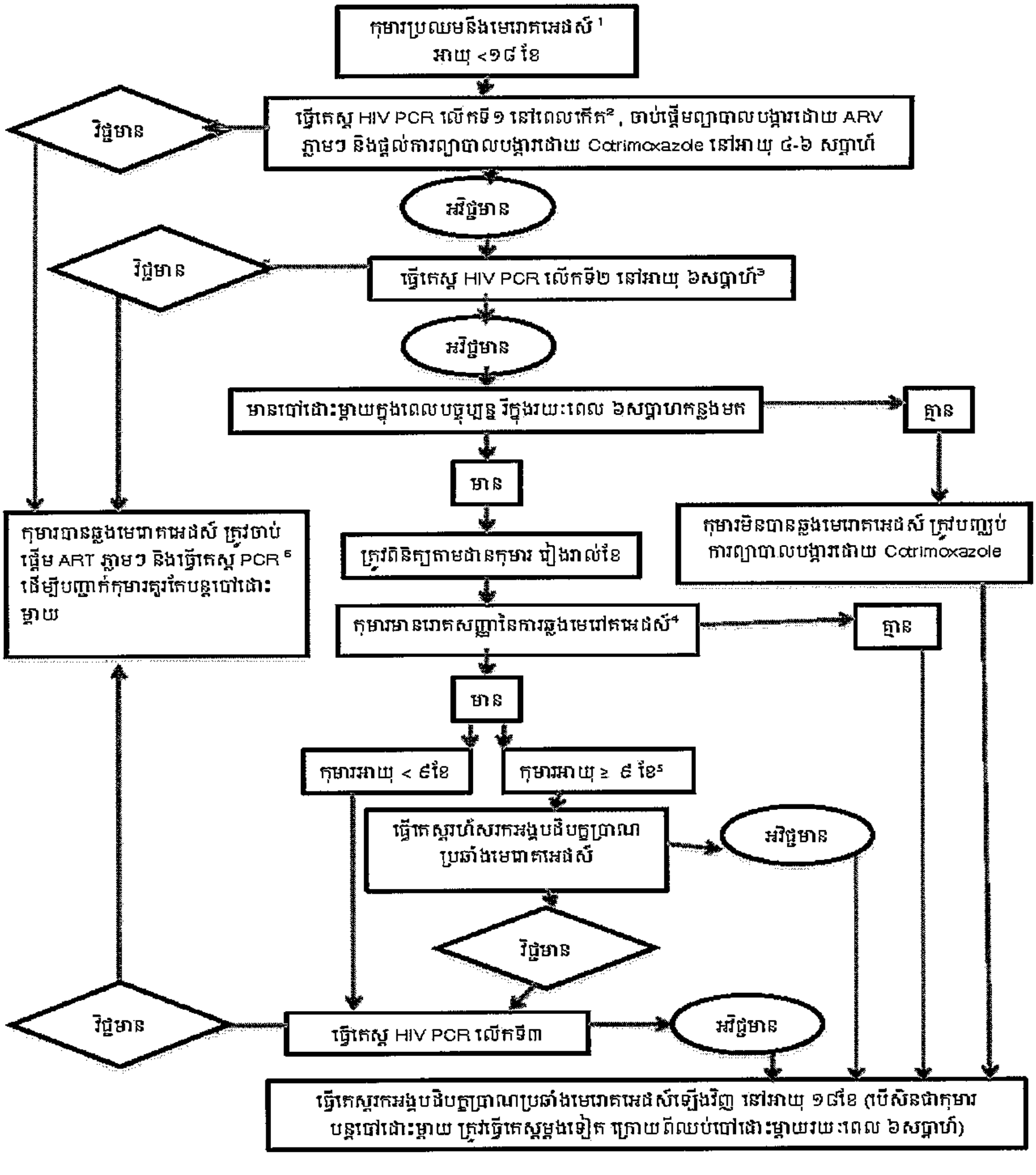
- កុមារអាយុ < ១៨ខែ ដែលមានរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (ប្រអប់លេខ១) ឬ ដែលមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលកើត ត្រូវធ្វើតេស្ដរកមេរោគ អេដស៍ PCR ឲ្យបានចាប់តាមតែអាចធ្វើទៅបាន (បើសិនជាកុមារមានអាយុ ≥ ៩ខែ ហើយឈប់បៅដោះម្ដាយ រយៈពេល ≥ ៦សប្ដាហ៍ អាចធ្វើតេស្ដរកអង្គបដិបក្ខប្រាណ ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលលទ្ធផលអវិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថាកុមារមិនបានឆ្លងមេរោគ អេដស៍ ហើយលទ្ធផលវិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថាកុមារត្រូវការតេស្ដ PCR ដើម្បីបញ្ជាក់)

- កុមារដែលបានឈប់បៅដោះម្ដាយទាំងស្រុង យ៉ាងតិច ៦សប្ដាហ៍កន្លងមក ហើយដែល មានលទ្ធផលតេស្ដរកមេរោគអេដស៍ PCR អវិជ្ជមាន អាចសន្និត់ថា មិនបានឆ្លងមេរោគ អេដស៍។

- ការធ្វើតេស្ដរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅអាយុ ១៨ខែ ត្រូវអនុវត្ត ចំពោះគ្រប់កុមារប្រឈម (HIV exposed Infants) ទាំងអស់ ដើម្បីបញ្ជាក់ថា កុមារមិន ឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ ក្នុងករណីដែលកុមារមិនធ្លាប់បានធ្វើតេស្ដអង្គបដិបក្ខប្រាណ ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ឃើញអវិជ្ជមាន ពីមុនមកទេ។

- គ្រប់កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការ ដោយឱសថ Cotrimoxazole រហូតដល់កុមារត្រូវបានបញ្ជាក់ថា មិនបានឆ្លងមេរោគ អេដស៍ទេ តាមរយៈការធ្វើតេស្ដ PCR ឬតេស្ដអង្គបដិបក្ខប្រាណ ក្រោយពីឈប់បៅដោះ ម្ដាយរយៈពេល ≥ ៦សប្ដាហ៍។

គំនូសបំព្រួញលេខ១: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារអាយុ < ១៨ខែ ដែលបានដឹងអំពីស្ថានភាពនៃការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍



កំណត់សំគាល់សម្រាប់គំនូសបំព្រួញ:

១ គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់គួរតែទទួលបានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬ ពេលឈឺពោះសំរាលកូន។ កុមារដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាកុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍។ ស្ត្រីមួយចំនួន

អាចមិនបានមកទទួលសេវា ធ្វើតេស្ត HIV ទេ នៅមុនពេលមានកូន ដូច្នេះ បុគ្គលិកសុខាភិបាល ត្រូវសាកសួរស្ត្រី នៅពេលដែលគាត់យកកូនមកចាក់ថ្នាំបង្ការ ថាតើគាត់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ហើយឬនៅ ហើយលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តនោះ បែបណាដែរ។ ការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម ត្រូវអនុវត្តចំពោះកុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលមិនបានមកពិនិត្យ តាមការណាត់របស់គ្រូពេទ្យ

២ ការធ្វើតេស្តក្រោយទារកកើតភ្លាម ត្រូវបានគេផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យអនុវត្ត ហើយការធ្វើតេស្តនេះ អាចរកឃើញការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលទារក នៅក្នុងផ្ទៃម្តាយ

៣ បើសិនជាការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ PCR ក្រោយទារកកើតភ្លាម អវិជ្ជមាន ទារកនោះ ក៏នៅតែអាចឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែរ ដូច្នេះ ត្រូវធ្វើតេស្តទី២ នៅពេលទារកមានអាយុ ៦សប្តាហ៍ ដើម្បីបង្កើន ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរកកុមារប្រឈម ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ត្រូវប្រាប់ដល់ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកថែទាំកុមារប្រឈមថា ការធ្វើតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលទារកកើតភ្លាម ឃើញអវិជ្ជមាន មិនអាចបញ្ជាក់ថា កុមារនោះ មិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ ព្រោះតេស្តនៅពេលនោះ មាន Sensitivity ទាប។

៤ នៅក្នុងអំឡុងពេលតាមដាន បើសិនជាកុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ មានរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (ដូចជា មានការបង្ករោគញឹកញាប់ មានជំងឺបង្ករដោយផ្សិតនៅអាយុ > ៦សប្តាហ៍ មានថ្លើមរីកធំមិនកើនទម្ងន់ មានបញ្ហាទាក់ទងនឹងការវិវត្តន៍ខាងសរសៃប្រសាទ) ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេ រោគអេដស៍ភ្លាម។

៥ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារអាយុ < ៩ខែ ត្រូវប្រើតេស្ត DNA-PCR។ ចំពោះកុមារ អាយុចាប់ពី ៩ ខែ អាចធ្វើតេស្តរហ័សរកអង្គបដិបក្ខប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ជាមុនសិន។ បើលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខវិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្ត DNA-PCR ដើម្បីបញ្ជាក់។

៦ នៅពេលកុមារបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ឃើញថាបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយមិនចាំបាច់ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ឡើងវិញម្តងទៀតទេ។

កុមារអាយុ < ១៨ ខែ ដែលមានម្តាយមិនដឹងអំពីស្ថានភាពនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (គំនូសបំព្រួញលេខ២)

- ការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានណែនាំឲ្យប្រើ សម្រាប់កុមារដែលពុំដឹងអំពីស្ថានភាព នៃការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយមានរោគសញ្ញា ឬហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (សូមអានប្រអប់លេខ១ និងប្រអប់លេខ២)។

- បើសិនជាមានវត្តមានម្តាយ ត្រូវធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ របស់ម្តាយ។

- បើសិនជាពុំមានវត្តមានម្តាយ ឬម្តាយស្លាប់ ត្រូវធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍របស់កូន។

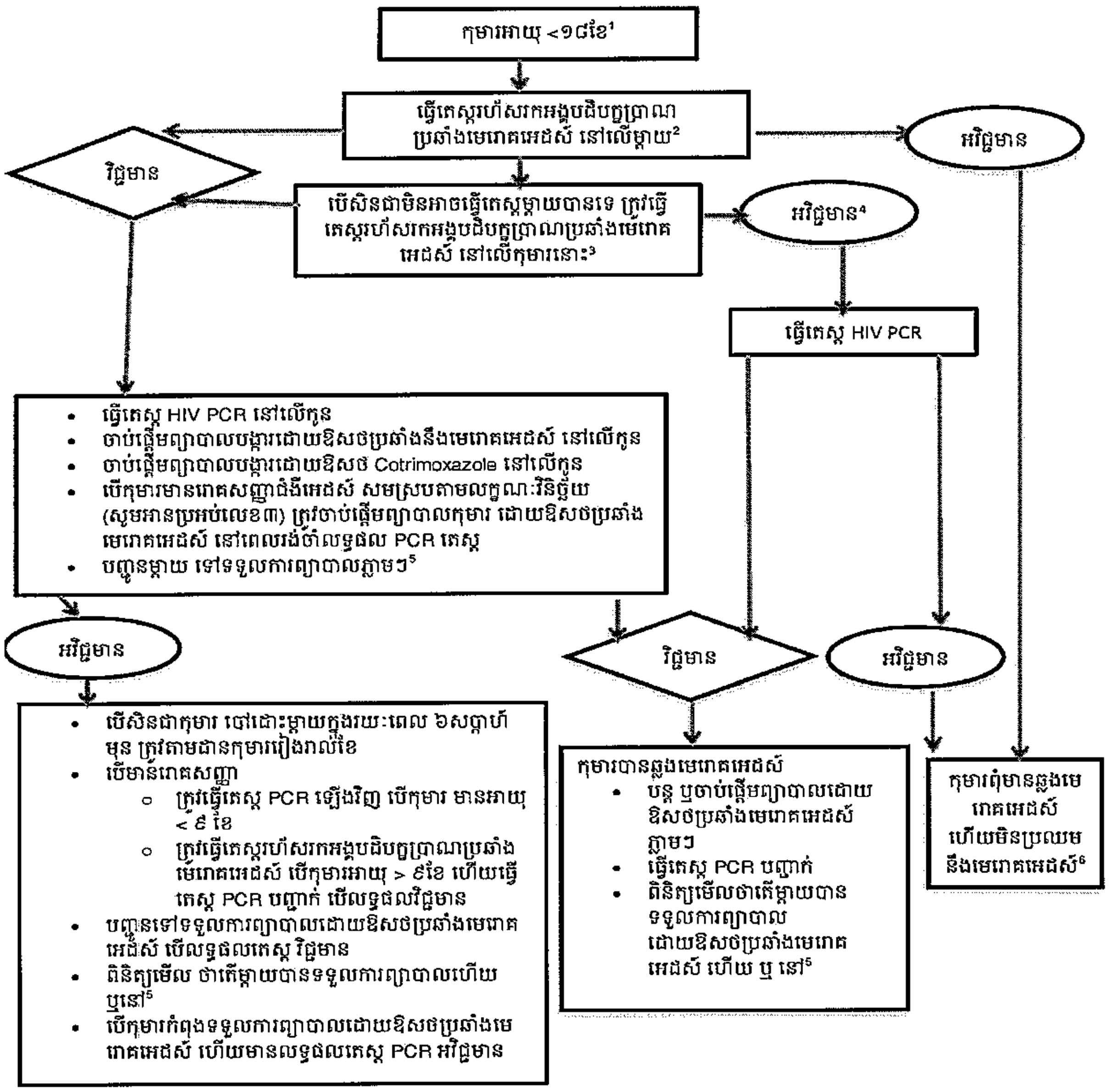
- បើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ របស់ម្តាយ ឬរបស់កូន មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន គឺបង្ហាញថាកុមារនោះ បានប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR រកមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារ។

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole និងព្យាបាលបង្ការ ឬព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងអំឡុងពេលរង់ចាំលទ្ធផលតេស្ត PCR បើសិនជាកុមារមានរោគសញ្ញា ដែលអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសង្ស័យថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ (ប្រអប់ទី៣)

- បើសិនជាលទ្ធផលតេស្ត HIV PCR វិជ្ជមាន បាននំយថាកុមារបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ (ក្នុងអំឡុងពេល ២សប្តាហ៍)។ ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែត្រូវបន្តការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole។ បើកុមារបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រួចហើយ ដោយសារមានរោគវិនិច្ឆ័យសង្ស័យថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបន្តការព្យាបាលនោះតទៅទៀត។

- បើសិនជាលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ របស់កូន ឬរបស់ម្តាយអវិជ្ជមាន មានន័យថា កុមារមិនបានប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ទេ ហើយគេអាចចាត់ទុកថាកុមារនោះ មានលទ្ធផលតេស្ត HIV អវិជ្ជមាន។ កុមារមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អវិជ្ជមាន ក៏អាចនៅតែប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ បើសិនជាម្តាយ បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលសំរាលកូន ហើយបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។
    - បើសិនលទ្ធផល HIV PCR អវិជ្ជមាន អាចចាត់ទុកថា កុមារនោះ មិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ បើសិនជាការធ្វើតេស្តនោះ ធ្វើឡើងក្រោយពីបានផ្តាច់ដោះ ទាំងស្រុងរយៈពេល ៦សប្តាហ៍។ ពេលនោះ ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
    - ត្រូវបញ្ជូនម្តាយទៅទទួលការព្យាបាល បើសិនជារកឃើញថា ម្តាយមានតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន។ បើសិនជាម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ចង់បំបៅកូនដោយទឹកដោះ ម្តាយត្រូវតែទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

គំនូសបំព្រួញលេខ២: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅលើកុមារអាយុ < ១៨ខែ ដែលមិនដឹងអំពីស្ថានភាពនៃការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍



១ កុមារមួយចំនួនមកទទួលសេវាសុខាភិបាល ដោយសារមានរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូចជា មានជំងឺរបេង កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ដែលជាការចង្អុលបង្ហាញអំពីតម្រូវការនៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។ បើសិនជាពីមុនមក ម្តាយពុំមានរោគវិនិច្ឆ័យថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅលើម្តាយ។

២ ម្តាយ (និងឪពុកបើអាចធ្វើបាន) ត្រូវទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍មុនកូន បើលទ្ធផលវិជ្ជមាន មានន័យថា កូនបានប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ កូនត្រូវទទួលការធ្វើតេស្ត HIV PCR។

៣ បើម្តាយស្លាប់ ឬ អវត្តមាន ត្រូវធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅលើកូន។ បើលទ្ធផលវិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថាកុមារបានប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ កូនត្រូវទទួលការធ្វើតេស្ត HIV PCR។

៤ តេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន នៅលើកូន អាចនាំឲ្យមានការភាន់ច្រឡំ ពីព្រោះអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលកូនបានទទួលពីម្តាយ ពេលនៅក្នុងផ្ទៃ អាចបាត់ទៅវិញបន្តិចម្តងៗ ចាប់

ពីកូនអាយុបាន ៤ខែ។ ដូច្នេះ ត្រូវតែលើកទឹកចិត្តឲ្យម្តាយមកធ្វើតេស្ត បើអាចធ្វើទៅបាន។ បើសិនជាមិនអាចតាមរកម្តាយឃើញ ឬម្តាយស្លាប់ ត្រូវធ្វើតេស្ត HIV PCR នៅលើកុមារ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

៥ ជានិច្ចកាល ត្រូវគិតដល់សុខភាពរបស់ម្តាយ ដោយធានាម្តាយ និងសមាជិកផ្សេងៗទៀតនៃគ្រួសារ បានទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងការថែទាំព្យាបាល។

៦ កុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន ហើយនៅបៅដោះម្តាយ អាចនៅតែប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ បើសិនជាម្តាយបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលសំរាល។

កុមារអាយុ ≥ ១៨ ខែ (គំនូសបំព្រួញ លេខ៣)

- តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានគេផ្តល់អនុសាសន៍ឲ្យប្រើជាតេស្តដំបូងនៅលើកុមារអាយុ ≥ ១៨ខែ ដែលមានរោគសញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬ ដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (សូមមើលប្រអប់លេខ ១ និងប្រអប់លេខ ២)។

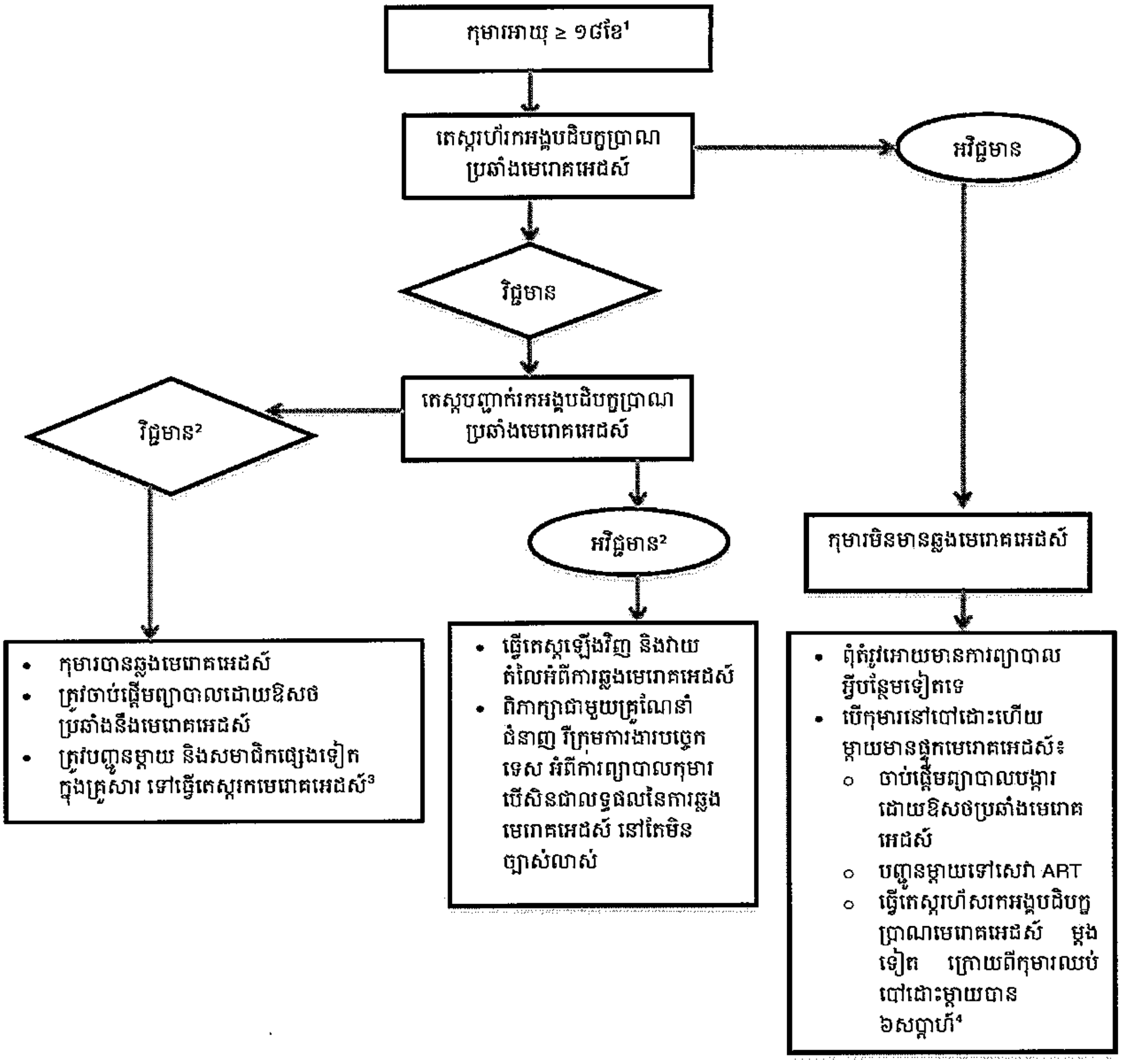
- តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណ ដើម្បីបញ្ជាក់មួយទៀត។ បើសិនជាតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណបញ្ជាក់នេះ វិជ្ជមាន បង្ហាញថា កុមារបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលកុមារដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ដល់កុមារ។

- តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន មានន័យថា កុមារមិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ។

- លទ្ធផលតេស្តផ្ទុយគ្នា អាចកើតមានឡើង (មានន័យថា លទ្ធផលតេស្តលើកទី២ ខុសពីលទ្ធផលតេស្តលើកទី១) ដូច្នេះ ត្រូវធ្វើតេស្តសារឡើងវិញម្តងទៀត ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីពិធីសារនៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។

គ្រប់កុមារដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យ ថាបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចុះឈ្មោះទទួលការព្យាបាល នៅសេវាព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេលពីរសប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។

គំនូសបំព្រួញលេខទី៣: រោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារអាយុ ≥ ១៨ ខែ



១ គ្រប់កុមារដែលមកទទួលសេវាសុខាភិបាល ហើយមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ ឬមានជំងឺមួយចំនួន ដូចជា ជំងឺរបេង ឬកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ គួរទទួលបានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។ បើសិនជាម្តាយមិនទាន់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ទេ គួរធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ នៅលើម្តាយផងដែរ។

២ លទ្ធផលតេស្តមិនស្របគ្នា (discordant result) បញ្ជាក់អំពីតម្រូវការនៃការធ្វើតេស្តសារឡើងវិញ។ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគ្រូណែនាំជំនាញ ឬក្រុមការងារបច្ចេកទេស អំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកុមារ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តមិនស្របគ្នានេះ

៣ ជានិច្ចកាល ត្រូវគិតដល់សុខភាពរបស់ម្តាយ និងសមាជិកផ្សេងទៀត ក្នុងគ្រួសារ ហើយត្រូវធានាថា ពួកគាត់បានទទួលការធ្វើតេស្ត និងការថែទាំព្យាបាល។

៤ កុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន ហើយបៅដោះម្តាយ អាចនៅតែប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ បើសិនជាម្តាយបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលសំរាល។

កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលមិនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HEU)

កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត PCR អវិជ្ជមាន ហើយដែលមិនបានបៅដោះម្តាយសោះ ឬ បានឈប់បៅដោះម្តាយ លើសពី ៦សប្តាហ៍ កន្លងមកហើយ ត្រូវបន្តទទួលការតាមដានរហូតដល់បានធ្វើតេស្តរហ័ស រកអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបញ្ជាក់នៅអាយុ ១៨ខែ។

នៅអាយុ ១ឆ្នាំ ដំបូង ត្រូវណាត់កុមារឲ្យមកពិនិត្យសុខភាព មួយខែម្តង ទៅតាមកាលវិភាគនៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ។ គ្រប់ពេលដែលកុមារមកទទួលសេវាសុខាភិបាល ត្រូវធានាថា បានដឹង និងបានកត់ត្រាអំពីស្ថានភាពប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍របស់កុមារ។ គ្រប់ពេលកុមារមកពិនិត្យជំងឺ ត្រូវតាមដានការលូតលាស់ ពិភាក្សាអំពីការបំបៅកុមារ និងពិនិត្យសុខភាព និងការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់របស់ម្តាយ។

ត្រូវពិភាក្សាអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកុមារប្រឈម ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយ ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ជួរទី២ ឬទី៣ ជាមួយគ្រូណែនាំជំនាញ ឬក្រុមការងារបច្ចេកទេស ពីព្រោះថា កុមារទាំងនេះ ត្រូវការតេស្ត Genotype និងអាចត្រូវការរូបមន្តព្យាបាលដោយឡែក។

៥. ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារដែលប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍តាមមធ្យោបាយផ្សេងៗ ក្រៅអំពីការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន[10]

កុមារអាចប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈ៖

- ការរំលោភផ្លូវភេទ
- ការរួមភេទ ដោយមានការយល់ព្រម
- ការព្យាបាលដោយមានការចាក់ទំលុះស្បែក ឬ ចាក់បញ្ចូលថ្នាំ ដែលមិនមានសុវត្ថិភាព រាប់បញ្ចូលទាំងការចោះត្រចៀក ការសាក់ខ្លួន និងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់ចាក់ដែលមិនបានរំងាប់មេរោគត្រឹមត្រូវ
- ការបញ្ចូលឈាមដែលគ្មានសុវត្ថិភាព ដោយមិនបានធ្វើតេស្តត្រឹមត្រូវ
- ការមុតម្ជុល ដែលមានប្រលាក់ឈាមផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

---

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

- ការខាំ (បើសិនជាទឹកមាត់របស់អ្នកខាំ មានឈាម ហើយការខាំនោះបណ្តាលឲ្យមាន របួស)
- ប្រឈមនឹងឈាម ឬសារធាតុរាវ នៃសរីរាង្គរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយមានការដាច់ស្បែក (ឧទាហរណ៍ របួស ឬ ដំបៅ) ឬ ប៉ះពាល់ផ្ទាល់ទៅនឹង mucus membranes។

នៅក្នុងស្ថានភាពខាងលើនេះ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយបានតាមរយៈការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឲ្យបានឆាប់បំផុត ក្រោយពេលមានការប្រឈម។ សកម្មភាពនេះ គេហៅថា ការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពេលមានការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ (Post Exposure Prophylaxis) ដែលសរសេរជាអក្សរកាត់ PEP។ ការព្យាបាលបង្ការនេះ មានប្រយោជន៍តិចតួចបំផុត បើសិនជាចាប់ផ្តើមយឺតជាង ៧២ម៉ោង ក្រោយពីមានការប្រឈម។

ការព្យាបាលបង្ការនេះ ត្រូវប្រើឱសថ ៣មុខ រយៈពេល ២៨ថ្ងៃ។ តារាងលេខ ៥ រៀបរាប់អំពីរូបមន្តព្យាបាលបង្ការ ឬឯកម្រិតដែលត្រូវប្រើ ត្រូវអនុវត្តតាមតារាង ឬរង្វង់នៃកម្រិតឱសថ ដែលត្រូវប្រើ (dosing chart or wheel)។ ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការលេបថ្នាំទៀងទាត់ ជាប់លាប់ និងត្រឹមត្រូវឲ្យបានហ្មត់ចត់ ដើម្បីឲ្យកុមារទទួលការព្យាបាលបង្ការ បានត្រឹមត្រូវ រយៈពេល ២៨ថ្ងៃ (សូមអានព័ត៌មានលំអិត អំពីការលេបថ្នាំទៀងទាត់ ជាប់លាប់ និងត្រឹមត្រូវ នៅផ្នែកខាងក្រោម)។

តារាងទី៥: អនុសាសន៍ ស្តីពីការព្យាបាលបង្ការ ក្រោយពីមានការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍

អាយុ	រូបមន្តព្យាបាល	រយៈពេលព្យាបាល
កុមារអាយុ <១០ឆ្នាំ និងទំងន<៣៥គក	ABC or AZT +3TC +LPV/r*	២៨ ថ្ងៃ
កុមារអាយុ >10 ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៣៥គក	TDF or ABC or AZT + 3TC + LPV/r or ATZ/r*	

*ឱសថ EFV អាចប្រើជំនួសពួកឱសថ protease inhibitors ដូច្នេះ ហើយគេមិនប្រើឱសថនេះ ក្នុងការព្យាបាលបង្ការទេ

ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍

ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់ពីមានការប្រឈម ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ជាមូលដ្ឋាន បើលទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្តឡើងវិញម្តងទៀត នៅ ៣ ខែក្រោយ។ ការធ្វើតេស្តសម្រាប់កុមារ និងក្មេងជំទង់ត្រូវប្រើតេស្តរហ័សអង្គបដិបក្ខប្រាណប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ លទ្ធផលវិជ្ជមាន សម្រាប់កុមារអាយុ < ១៨ខែ ត្រូវធ្វើតេស្ត HIV PCR បញ្ជាក់បន្ថែម។ បើសិនជាកុមារមានលទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមាន ប៉ុន្តែអាចមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយ ត្រូវធ្វើតេស្តឡើងវិញម្តងទៀត ក្រោយពីការប្រឈម ≥ ៦សប្តាហ៍។

មេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B និង C (HBV/HCV) អាចចម្លងតាមរបៀបដូចគ្នានឹងមេរោគអេដស៍ ហើយការឆ្លងមេរោគអេដស៍ផង និងមេរោគថ្លើមផង កើតមានញឹកញាប់។ កុមារទាំងអស់នៅកម្ពុជា គួរបានទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកថ្លើម ទៅតាមកាលវិភាគនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ បន្ទាប់ពីមានការប្រឈម ចាំបាច់ត្រូវសួរអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមពីមុន។ ចំពោះកុមារដែលមិនបានទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមពីមុន ត្រូវផ្តល់ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមបន្ទាប់ពីមានការប្រឈម។

ត្រូវធ្វើតេស្តរកជំងឺកាមរោគផ្សេងៗ (STIs) ដូចជាជំងឺស្វាយ ជំងឺ chlamydia, ជំងឺ trichomoniasis និង gonococcal នៅគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ ឬគ្លីនិកឯកជនរបស់អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនានា ដូចជា RHAC ឬ Marie Stopes។ ជនរងគ្រោះ ដោយការរំលោភផ្លូវភេទ ទាមទារឲ្យមានការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រ ឲ្យបានហ្មត់ចត់ ដោយកត់ត្រាឲ្យបានច្បាស់លាស់ នូវស្លាមរបួស និងការធ្វើតេស្តនានា ដើម្បីប្រើប្រាស់តាមច្បាប់។

ការព្យាបាលបង្ការការមានផ្ទៃពោះ

ក្មេងស្រីដែលអាចមានកូនបាន ហើយរងគ្រោះដោយការរំលោភផ្លូវភេទ គួរទទួលបានការធ្វើតេស្តរកផ្ទៃពោះ ជាមូលដ្ឋាន និងសម្រាប់តាមដាន។ ការផ្តល់ឱសថពន្យាកំណើតបន្ទាន់ (emergency contraceptive) ត្រូវចាប់ផ្តើមឲ្យបានឆាប់បំផុត តាមដែលអាចធ្វើទៅបានក្នុងអំឡុងពេល ៥ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីមានការប្រឈម ដោយការរំលោភផ្លូវភេទ។

គោលការណ៍ក្នុងការថែទាំកុមាររងគ្រោះ ដោយការរំលោភផ្លូវភេទ

គោលការណ៍ក្នុងការថែទាំកុមាររងគ្រោះ ដោយការរំលោភផ្លូវភេទ គោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការ UNHCR ស្តីអំពីការបង្ការ និងការឆ្លើយតបចំពោះការរំលោភផ្លូវភេទ និងច្បាប់របស់អង្គការសហប្រជាជាតិស្តីអំពីសិទ្ធិកុមារ (UNHCR 1995) ផ្តល់ការណែនាំអំពីរបៀបថែទាំកុមាររងគ្រោះ ដោយការរំលោភផ្លូវភេទ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវព្យាយាមអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំនេះ តំណាងឲ្យកុមារ និងលើកកម្ពស់ស្តង់ដាថែទាំដែលមានប្រយោជន៍ដល់សុខភាព និងសុខមាលភាពរបស់កុមារ ការផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រ តាមរបៀបដែលកុមារចូលចិត្ត និងការមិនធ្វើឲ្យកុមារក្លាយជាជនរងគ្រោះម្តងទៀត នៅក្នុងដំណើរការនេះ គឺមានសារសំខាន់បំផុត។ សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី២ សម្រាប់ការណែនាំអំពីការគ្រប់គ្រងថែទាំកុមាររងគ្រោះ ដោយការរំលោភផ្លូវភេទ[11]។

---

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

ប្រអប់ទី១: រោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ នៅលើកុមារដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍

ជំងឺកើតមានញឹកញាប់ នៅលើកុមារ ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយមិនសូវជួបលើកុមារគ្មានឆ្លងមេរោគអេដស៍៖

- ជំងឺសួត ឬ ជំងឺដែលបង្ករដោយបាក់តេរី ដែលមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរ និងកើតមានញឹកញាប់
- ជំងឺរីកទងសួត (Bronchiectasis)
- ហើមក្រពេញ parotid ទាំងសងខាង ដោយពុំមានការឈឺចាប់
- ជំងឺប្រាំង/ផ្សិតក្នុងមាត់ ពិបាកព្យាបាល ឬកើតឡើងវិញញឹកញាប់
- ជំងឺឡើងរីកកូនកណ្ដុរពេញខ្លួន ឬ រីកថ្លើម និងអណ្ដើក
- គ្រុនក្ដៅ មិនដឹងមូលហេតុ ពិបាកព្យាបាល ឬកើតញឹកញាប់
- ខូចប្រព័ន្ធប្រសាទ (Neurologic dysfunction) រកមូលហេតុមិនឃើញ
- ជំងឺរើម (Herpes zoster)
- ជំងឺសើស្បែកពេញខ្លួន ពិបាកព្យាបាល

ជំងឺកើតមានញឹកញាប់ នៅលើកុមារបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍៖

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

ជំងឺដែលនាំឲ្យសង្ស័យខ្លាំងថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍៖

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

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

ប្រអប់ទី២: កុមារដែលត្រូវតែធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍

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

ប្រអប់ទី៣: រោគវិនិច្ឆ័យដោយសន្មត់ (presumptive) នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅលើកុមារ

ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារអាយុ < ១៨ខែ ដោយពុំចាំបាច់រង់ចាំរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ថា ឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ

បើសិនជាតេស្ត HIV PCR ពុំអាចធ្វើទៅបាន ចំពោះកុមារប្រឈមអាយុ < ១៨ខែ ត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយសន្មត់ អំពីជំងឺអេដស៍ ចំពោះករណីមួយចំនួន ដើម្បីសម្រួលដល់ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលឲ្យបានសមស្របរួមទាំងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដូចខាងក្រោម៖

- កុមារត្រូវបានបញ្ជាក់ថា ប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខ និង
- កុមារមានរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺណាមួយ ដែលបញ្ជាក់ថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬ
- កុមារមានរោគសញ្ញាខាងក្រោម ចំនួន ២ ឬ លើសៈ
  - ផ្សិតមាត់ (oral thrush)
  - ជំងឺសួតធ្ងន់ធ្ងរ (severe pneumonia)
  - មេរោគសាយភាយក្នុងឈាមធ្ងន់ធ្ងរ (severe sepsis)

៦. សមាសភាគសំខាន់ៗនៃការថែទាំព្យាបាលកុមារ ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍

- ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការបំបៅដោះកូន ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ដោយធ្វើការសង្កត់ធ្ងន់ និងលើកទឹកចិត្ត ឲ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ រយៈពេល ៦ខែដំបូង និងជៀសវាងការបំបៅលាយ (mixed feeding) ក្នុងរយៈពេល ៦ខែដំបូង

- ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ការផ្តល់វីតាមីន A បន្ថែម និងការទំលាក់ព្រូន ត្រូវអនុវត្តតាមធម្មតា ទៅតាមកាលវិភាគរបស់កម្មវិធីជាតិ ដូចគ្នានឹងកុមារគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ

- ការផ្តល់ការគាំទ្រដោយការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីសកម្ម និងការបង្ការថែទាំព្យាបាល និងគាំទ្រដោយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តតាមសហគមន៍ ដើម្បីធានាថា ម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយកុមារប្រឈមមេរោគអេដស៍ បានទទួលការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលសមស្រប

- ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ តាមការណែនាំខាងលើ និងការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចាប់ពីពេលកើតភ្លាម និងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅ អាយុ ៤-៦ សប្តាហ៍ និងការវាយតម្លៃឡើងវិញ អំពីការប្រឈមមេរោគអេដស៍ និងការធ្វើតេស្តទៅតាមភាពចាំបាច់

- ការស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង រៀងរាល់ពេលកុមារមកពិនិត្យ និងការរកភាពប្រឈមទៅនឹងជំងឺរបេង

- ការវាយតម្លៃរកកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការគាំទ្រ

អនុសាសន៍អំពីការបំបៅកូន

ពីពេលកើត រហូតដល់អាយុ ៦ខែ

គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ ដោយមិនគិតអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឲ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ក្នុងរយៈពេល ៦ខែដំបូង[12]។ បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ មានន័យថា ឲ្យកូនបៅតែទឹកដោះម្តាយប៉ុណ្ណោះ។ មិនត្រូវផ្តល់ចំណី ឬ ភេសជ្ជៈអ្វីផ្សេង ដល់កុមារទេ សូម្បីតែទឹក ក៏មិនត្រូវផ្តល់ដែរ ក្នុងរយៈពេល ៦ខែ នៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះ ម្តាយសុទ្ធនេះ។ ការបំបៅលាយអាចបង្កើនហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដល់កូន។ ការផ្តល់ឱសថតាមមាត់ ដល់កូនអាចធ្វើទៅបានតាមវេជ្ជបញ្ជា។

- គ្រប់ម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយជីវិត ដូច្នេះ ត្រូវបន្តការព្យាបាលនេះ និងត្រូវលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់

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

រហូតមួយជីវិត ដើម្បីសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន និងដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកូនតាមទឹកដោះ។

- ម្ដាយត្រឡប់ចូលធ្វើការវិញ មុនរយៈពេល ៦ខែ:
    - ត្រូវលើកទឹកចិត្តឲ្យម្ដាយច្របាច់ទឹកដោះទុក ក្នុងទូទឹកកក ឬ ភ្លាសេក្នុងធុងទឹកកក (icebox) បើអាចធ្វើទៅបាន ដែលអាចទុកបាន រយៈពេល ២៤ម៉ោង
    - អាចប្តូរទៅបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត តែមិនត្រូវផ្ដាច់ដោះទាំងស្រុងភ្លាមៗទេ។ សូមអានលំអិតអំពីភាពចាំបាច់ដែលត្រូវមាន ដើម្បីបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិតប្រកបដោយសុវត្ថិភាព នៅក្នុងប្រអប់លេខ ១ខាងក្រោម។
    - ក្នុងគ្រប់ករណីទាំងអស់ ត្រូវបង្រៀនអំពីអនាម័យ ការសំអាត និងការសំលាប់មេរោគនៅក្នុងកំប៉ុងបំបៅទឹកដោះ ដល់ម្ដាយ និងអ្នកមើលថែកុមារ។

ក្រោយកុមារអាយុ ៦ខែ

- ត្រូវលើកទឹកចិត្តដល់ម្ដាយ ឲ្យផ្ដល់អាហារបន្ថែមដល់កូន ក្រោយពីកុមារអាយុ ៦ខែ
- **ចំពោះម្ដាយមិនមានឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងម្ដាយ មិនដឹងពីស្ថានភាពនៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍** គួរផ្ដល់អាហារបន្ថែម ដល់កូនហើយបន្តបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ រហូតដល់ ២៤ខែ ឬលើស។
- ចំពោះម្ដាយដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយកូនក៏បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែរ (តេស្ត HIV-DNA PCR វិជ្ជមាន) គួរផ្ដល់អាហារបន្ថែមដល់កូន ហើយបន្តបំបៅដោះកូន ដូចស្ត្រីទូទៅ រហូតដល់ ២៤ខែ ឬ យូរជាងនេះ។
- ចំពោះម្ដាយដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែកូនពុំមានឆ្លងមេរោគអេដស៍ (តេស្ត HIV-DNA PCR អវិជ្ជមាន) ឬកូនពុំដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរផ្ដល់អាហារបន្ថែមដល់កូន ហើយបន្តបំបៅដោះកូន រយៈពេល២៤ ឬ លើស[13] ហើយម្ដាយត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ

[13] Breastfeeding should only stop once a nutritionally adequate and safe diet without breast milk can be provided

ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អស់មួយជីវិត ដោយធ្វើយ៉ាងណាឲ្យលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់[14]

- ចំពោះម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវធានាថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មានប្រសិទ្ធិភាព កាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលសំរាល ក្នុងបរិបទនៃការបំបៅកូនលាយ (mixed feeding) ហើយការបំបៅកូនលាយនេះ មិនមែនជាមូលហេតុនៃការបញ្ឈប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយទេ។
- ចំពោះម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវធានាថា ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ រយៈពេលខ្លី គឺតិចជាង ១២ខែ ប្រសើរជាងមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសោះ។
- ចំពោះស្ត្រីដែលមិនទាន់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ត្រូវព្យាយាមកំណត់ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់គាត់ ដើម្បីបញ្ជូនគាត់ទៅទទួលការព្យាបាលឲ្យបានសមស្រប ហើយបើរកឃើញថាគាត់បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចាំបាច់បំផុតសម្រាប់សុខភាពគាត់ និងសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកូន នៅពេលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។

__**ចំនុចសំខាន់:**__ ការបញ្ឈប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយភ្លាមៗ មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ ឲ្យអនុវត្តទេ ពីព្រោះវាអាចផ្តល់ផលវិបាក ជាច្រើនដល់កុមារ ដូចជាការលូតលាស់យឺតយ៉ាវ និងកើនឡើងនូវអត្រាប្រវ៉ាឡង់នៃការលាក។ ដូច្នេះ ម្តាយត្រូវបញ្ឈប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ បន្តិចម្តងៗរយៈពេល ១ខែ។

ចំពោះកុមារដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ កំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ឬជួរទី៣ លើសពី ៣ខែ ហើយមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម (viral load) លើសពី១០០០ copies មិនគួរបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយទេ បើអាចធ្វើទៅបាន។ កុមារនេះ អាចនឹងឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមានភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ សូមពិភាក្សាជាមួយគ្រូណែនាំជំនាញគ្លីនិក ឬក្រុមការងារបច្ចេកទេស អំពីការគាំទ្រដល់ការបំបៅកូនដោយអាហារជំនួស និងការធ្វើតេស្ត genotype និងជម្រើសនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

---

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

ការបំបៅកូនដោយអាហារជំនួស (Replacement feeding)

ក្នុងរយៈពេលខ្លី ម្តាយអាចជ្រើសរើសយកការបំបៅកូនដោយអាហារជំនួស ឬមានលក្ខខណ្ឌខ្លះ ដែលធ្វើឲ្យម្តាយមិនអាចបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយបាន (ឧទាហរណ៍ ម្តាយស្លាប់, ម្តាយឈឺធ្ងន់, ម្តាយរលាកដោះ)។ ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមិនជ្រើសរើសយកការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ត្រូវតែផ្តល់ទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ទៅតាមស្តង់ដារអន្តរជាតិ ដើម្បីជំនួសការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ហើយត្រូវបំពេញបាននូវលក្ខខណ្ឌ សម្រាប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត។

ទឹកដោះគោស្រស់ ទឹកសណ្តែក ទឹកដោះគោខាប់ ឬម្សៅ **មិនគួរផ្តល់**ជាអាហារសម្រាប់កុមារទេ។

លក្ខខណ្ឌចាំបាច់ សម្រាប់ការបំបៅកូន ដោយអាហារជំនួស មានរៀបរាប់ នៅក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម៖

ប្រអប់ទី៤: លក្ខខណ្ឌចាំបាច់ សម្រាប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

ប្រអប់លេខ ៤: មធ្យោបាយសម្រាប់បំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ប្រកបដោយសុវត្ថិភាព: ដើម្បីឲ្យមានសុវត្ថិភាពក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ត្រូវគោរពខាងលក្ខខណ្ឌខាងក្រោម៖

- ត្រូវមានទឹកដែលមានសុវត្ថិភាព (ទឹកឆ្អិន) និងមានអនាម័យល្អ នៅក្នុងគ្រួសារ និងសហគមន៍ និង
- ម្តាយ ឬ អ្នកចិញ្ចឹមកុមារ មានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងការផ្តល់ទឹកដោះសិប្បនិម្មិត ដើម្បីទ្រទ្រង់ការធំធាត់ និងលូតលាស់ធម្មតារបស់កូន និង
- ម្តាយ ឬ អ្នកចិញ្ចឹមកុមារ ត្រូវចេះលាងសំអាត សំភារៈសម្រាប់ឆុងបានស្អាត និងញឹកញាប់ ដើម្បីឲ្យមានសុវត្ថិភាព និងមានហានិភ័យទាប ចំពោះការរាក និងកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ និង
- ម្តាយ ឬ អ្នកចិញ្ចឹមកុមារ ត្រូវបំបៅកូនដោយទឹកដោះសិប្បនិម្មិតសុទ្ធសាធ ក្នុងរយៈពេល ៦ខែដំបូង ហើយគ្រួសារទាំងមូលគាំទ្រការអនុវត្តន៍នេះ និង
- ម្តាយ ឬ អ្នកចិញ្ចឹមកុមារ អាចទៅទទួលយកសេវាថែទាំសុខភាព ដែលផ្តល់ការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដល់កុមារ

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

- គួរកត់សំគាល់ថា ក្នុងករណីបំបៅកូនលាយ (mixed feeding) ដោយមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធសាធ ត្រូវធានាឲ្យម្តាយ និងអ្នកចិញ្ចឹមកុមារ ដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មានប្រសិទ្ធិភាពកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលសំរាល។ ដូច្នេះ ការបំបៅកូនលាយ មិនមែនជាមូលហេតុ

ក្នុងការបញ្ឈប់ការបំបៅដោះកូននោះទេ គឺម្ដាយត្រូវលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឲ្យបាន ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប។

- នៅពេលពិចារណាយកការបំបៅកូនដោយអាហារជំនួស (replacement feeding) បុគ្គលិក សុខាភិបាល ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ ក្នុងការធានាថា ពុំមានកង្វះខាតក្នុងការផ្ដល់ទឹកដោះសិប្បនិម្មិត សម្រាប់កុមារក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ១២ខែ ហើយត្រូវធានាថា ម្ដាយចេះពីរបៀបធុងទឹកដោះសិប្បនិម្មិតច្បាស់លាស់។

- ការចិញ្ចឹមកូនដោយអាហារជំនួស មិនគួរត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឲ្យអនុវត្ត ចំពោះប្រជាជនទូទៅទេ។

- កុមារកំព្រាប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ គួរត្រូវបានគាំទ្រដោយផ្ដល់ទឹកដោះសិប្បនិម្មិត រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ១២ខែ តាមរយៈការបញ្ជូនទៅរកអង្គការ សមស្រប។

ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole (CTX) មានប្រយោជន៍ សម្រាប់បង្ការការឈឺ និងស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍។ នៅក្នុងតំបន់ដែលសំបូរដោយការឆ្លងជំងឺបង្ករ ដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ និងតំបន់គ្រុនចាញ់ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ក្នុងរយៈពេលមិនកំណត់ មានប្រយោជន៍ជាងការបញ្ឈប់ការព្យាបាល។

- **គ្រប់កុមារប្រឈមទាំងអស់ គួរតែទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ដោយចាប់ផ្ដើម នៅអាយុ ៤-៦ សប្ដាហ៍**។ ការព្យាបាលបង្ការនេះ ត្រូវបន្ត រហូតដល់រកឃើញថា កុមារមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍សមស្របទៅតាមអាយុ នៅក្រោយពេលផ្ដាច់ដោះ ៦សប្ដាហ៍ (សូមអានតារាងទី៦)

- គ្រប់កុមារដែលរកឃើញថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបន្ត ឬចាប់ផ្ដើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole រហូតដល់ពេលផ្ទេរទៅទទួលការព្យាបាល នៅសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ នៅអាយុ ១៥ឆ្នាំ (សូមអានប្រអប់លេខ ៥)។

តារាងទី៦: ពេលត្រូវចាប់ផ្តើម និងបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការឱសថ Cotrimoxazole

	ចាប់ផ្តើម Cotrimoxazole	**បញ្ឈប់ Cotrimoxazole**
កុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍	អាយុ ៤-៦ សប្តាហ៍	តេស្ត PCR ឬ អង្គបដិបក្ខប្រាណអវិជ្ជមាន ក្រោយពេលផ្តាច់ដោះទាំងស្រុង រយៈពេល ៦សប្តាហ៍
គ្រប់ កុមារឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនគិតពីអាយុ ឬ ដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍	អាយុ ៤-៦ សប្តាហ៍ ដូចកុមារប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ដែរ ហើយត្រូវបន្តក្រោយពីរោគវិនិច្ឆ័យ បញ្ជាក់ថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ចំពោះកុមារដែលបានមកទទួលសេវាលើកដំបូង នៅអាយុ > ៦សប្តាហ៍ ត្រូវចាប់ផ្តើម Cotrimoxazole ភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីរោគវិនិច្ឆ័យឃើញឆ្លងមេរោគអេដស៍ភ្លាម ចំពោះកុមារកើតជំងឺ PCP ត្រូវចាប់ផ្តើម Cotrimoxazole បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺ PCP។	បញ្ឈប់ Cotrimoxazole បើសិនជាកុមារមានជំងឺស្លេកស្លាំង (anemia) ព្រោះ Cotrimoxazole អាចបណ្តាលឲ្យប៉ះពាល់ដល់ខួរឆ្អឹង ឬ បើសិនជាកុមារមានកន្ទួលស្បែក (rash) កម្រិត ៣/៤ ដែលបណ្តាលមក ពីការពុលឱសថ (toxicity) (សូមអានតារាងទី៧) **បើកុមារគ្មានបញ្ហាអ្វីទេ ត្រូវបន្ត Cotrimoxazole រហូតដល់កុមារត្រូវបានផ្ទេរទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ ទោះបីជាកុមារ បាន ឬ មិនបានទទួល ART ឬ មានកម្រិត CD4 កើនឡើងវិញក៏ដោយ ។**

ប្រអប់ទី៥: អនុសាសន៍អំពីកម្រិតដូសឱសថ Cotrimoxazole សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការកុមារប្រឈម នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍[15]

ឱសថ	ថ្នាំគ្រាប់ ឬសេរ៉ូ (ម.ក្រ ឬម.ក្រ/៥មល)	ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំឬ គិតតាមទម្ងន់ លេបម្តង/ថ្ងៃ					
		៣.០-៥.៩ គ.ក្រ	៦.០-៩.៩ គ.ក្រ	១០.០-១៣.៩ គ.ក្រ	១៤.០-១៩.៩ គ.ក្រ	២០.០-២៤.៩ គ.ក្រ	២៥.០-៣៤.៩ គ.ក្រ
Cotrimoxazole	Suspension ២០០/៤០ ម.ក្រ/៥ មល	២.៥ មល	៥ មល	៥ មល	១០ មល	១០ មល	-
	ថ្នាំគ្រាប់ (Dispersible) ៤០០/៨០ ម.ក្រ	១	២	២	៤	៤	-
	ថ្នាំគ្រាប់ (Scored) ៤០០/៨០ ម.ក្រ	-	០.៥	០.៥	១	១	២
	ថ្នាំគ្រាប់ (Scored) ៨០០/១៦០ ម.ក្រ	-	-	-	០.៥	០.៥	១

ផលវិបាកនៃឱសថ Cotrimoxazole

ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ជាធម្មតា ពុំមានផលវិបាកអ្វីធ្ងន់ធ្ងរទេ ចំពោះកុមារ។ ក្នុងករណីកំរ កុមារអាចមានកន្ទួលស្បែក (rash) ការថយចុះកោសិកាឈាម granulocytopenia ស្លេកស្លាំង និង/ឬ រលាកថ្លើម។

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

ចំពោះកុមារដែលមិនអាចទទួលឱសថ Cotrimoxazole បាន ត្រូវប្តូរទៅប្រើឱសថ Dapsone ក្នុងកម្រិត ២មល/គក រៀងរាល់ថ្ងៃ។ គួរកត់សំគាល់ថា ឱសថ Dapsone អាចបង្ការជំងឺ PCP ប៉ុន្តែមិនអាចបង្ការជំងឺ toxoplasmosis ឬជំងឺបង្ករដោយបាក់តេរីផ្សេងទៀតបានទេ។

ការគ្រប់គ្រងកន្ទួលលើស្បែក ដែលបណ្តាលមកពីឱសថ Cotrimoxazole មានរៀបរាប់ នៅក្នុងតារាងទី៥ ខាងក្រោម

តារាងទី៧: ការគ្រប់គ្រងកន្ទួលលើស្បែក បណ្តាលមកពីឱសថ Cotrimoxazole

កម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ	**បរិយាយ**	**ការគ្រប់គ្រង**
កម្រិត១	ឡើងក្រហម ពាសពេញខ្លួន ឬ ដោយ កន្លែង អាចមានរមាស់	បន្តការព្យាបាលដោយ cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល ៣-៤ ថ្ងៃ ពិចារណាប្រើពួក antihistamines ដើម្បីបន្ថយរោគសញ្ញា
កម្រិត២	ឡើងកន្ទួល maculopapular ស្ងួត អាចមាន morbilliform មាន exfoliation តិចតួច	បន្តការព្យាបាលដោយ cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល ១-២ ថ្ងៃ ពិចារណាប្រើពួក antihistamines ដើម្បីបន្ថយរោគសញ្ញា
កម្រិត៣	Early bullae ឬ mucosal ulceration	បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ cotrimoxazole ភ្លាម ដាក់អ្នកជំងឺឲ្យសំរាកពេទ្យ ដើម្បីថែទាំព្យាបាល **កុំប្រើឱសថ cotrimoxazole ម្តងទៀតឲ្យសោះ**
កម្រិត៤	រលួយ epiderm (toxic epidermal necrolysis) ឬ Stevens Johnson Syndrome។	បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ cotrimoxazole ភ្លាម ដាក់ឲ្យអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យ ដើម្បីថែទាំព្យាបាល ដាក់ឲ្យអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យ ដើម្បីថែទាំព្យាបាល **កុំប្រើឱសថ Cotrimoxazole ម្តងទៀតឲ្យសោះ។**

ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole

ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ ឲ្យប្រើទៀតទេ ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ការព្យាបាលបង្ការដំបូង (primary prophylaxis)[16]។ ជំងឺ Cryptococcal កំរកើតមានណាស នៅលើកុមារ ហើយការចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART បានឆាប់រហ័ស រឹតតែធ្វើឲ្យការកើតជំងឺបណ្តាលមកពី Cryptomcoccal រឹតតែកំរចំពោះកុមារ។ ចំពោះកុមារដែលមានរោគសញ្ញារលាកស្រោមខួរ និងមាន CD4< ១៥% (អាយុ<៥ឆ្នាំ) ឬ CD4< ១០០កោសិកា/មម³ (អាយុ≥៥ឆ្នាំ) ត្រូវស្រាវជ្រាវរកជំងឺបណ្តាលមកពី Cryptococcal ដូចដែលមានរៀបរាប់ក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ *ស្តីអំពីជំងឺឱកាសនិយម និងជំងឺជួបញឹកញាប់ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា*។

ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ការផ្តល់វីតាមីន A និងការទំលាក់ព្រូន

កុមារដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានហានិភ័យខ្ពស់ ចំពោះការស្លាប់ ទោះបីជាក្នុងករណី មិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយក៏ដោយ។ អាស្រ័យហេតុនេះ កុមារប្រឈមត្រូវទទួលការតាមដានឲ្យបានទៀងទាត់។ កុមារប្រឈម និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរទទួលបាននូវការចាក់ថ្នាំបង្ការ ទៅតាមកាលវិភាគ (សូមអានតារាងទី២) ទទួលបាននូវវីតាមីន A បន្ថែម (សូមអានតារាងទី៦) និងទទួលបាននូវការព្យាបាលទំលាក់ព្រូន (សូមអានតារាងទី៧) ដូចគ្នានឹងកុមារដែលមិនប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ដែរ។ វ៉ាក់សាំង BCG គួរតែផ្តល់ដល់កុមារនៅពេលកើត លើកលែងតែក្នុងករណីដែលកុមារមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ នៅពេលកើត។ វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺបង្ករដោយ Pneumococccus នឹងត្រូវដាក់ឲ្យប្រើប្រាស់ នៅពេលខាងមុខនេះ ដូច្នេះអ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវអនុវត្តទៅតាមកាលវិភាគនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ របស់កម្មវិធីជាតិចាក់ថ្នាំបង្ការ។

ចំពោះកាលវិភាគសម្រាប់តាមដានកុមារប្រឈម និងកាលវិភាគសម្រាប់ចាក់ថ្នាំបង្ការ សូមអានតារាងទី២។

តារាងទី៨: ការផ្តល់វីតាមីន A បន្ថែម

អាយុ	**កម្រិតដូសឱសថ**	**ចំនួនដង**
៦ - ១១ ខែ	100,000 international units	ម្តង

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

១២ - ៥៩ ខែ	200,000 international units	រៀងរាល់ ៦ខែ ម្តង

តារាងទី៩: ការទំលាក់ព្រូន

អាយុ	**ឱសថ**	**កម្រិតជូសឱសថ**
១២ - ២៣ ខែ	Mebendazole	២៥០មល តែម្តងគត់ រៀងរាល់ ៦ខែ
≥ ២៤ ខែ	Mebendazole	៥០០មល តែម្តងគត់ រៀងរាល់ ៦ខែ

៧. អាហារូបត្ថម្ភ នៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ភាពយឺតយ៉ាវក្នុងការលូតលាស់ អាចជារោគសញ្ញាដំបូងមួយ ដែលកើតនៅលើកុមារដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះ គួរតែធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារដែលមានភាពយឺតយ៉ាវ ក្នុងការលូតលាស់ ទោះបីជាមិនដឹងស្ថានភាពនៃការប្រឈមរបស់កុមារក៏ដោយ (ឧបសម្ព័ន្ធទី៧: តារាងនៃការលូតលាស់)។ ត្រូវពិចារណា ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ចំពោះគ្រប់កុមារទាំងអស់ ដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ (សូមអានតារាង ទី៨)។

ចំពោះកុមារ ត្រូវផ្តល់ដំបូន្មានឲ្យបៅទឹកដោះម្តាយសុទ្ធសាធ ឬ ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការបំបៅដោយទឹកដោះ ជំនួស (replacement feeding) ឲ្យបានត្រឹមត្រូវទៅតាមការសម្រេចចិត្តរបស់ម្តាយ **(សូមអានអនុសាសន៍ អំពីការបំបៅកូនខាងលើ)**។ គួរផ្តល់ដំបូន្មាន អំពីពេលវេលា និងរបៀបផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កុមារ ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីអំពីការព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៅប្រទេសកម្ពុជា។

តម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភ អាចខុសៗគ្នា ទៅតាមកុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឃើញថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភឲ្យបានសមស្រប និងគ្រប់គ្រាន់ ចាំបាច់ណាស់សម្រាប់ជួយឲ្យការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មានប្រសិទ្ធិភាពពេញលេញ។ ជាទូទៅ កុមារនឹងឡើងទម្ងន់ និងលូតកម្ពស់ នៅពេលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែជាទូទៅ ការលូតលាស់មានភាពយឺតយ៉ាវ ជាងការកើនទម្ងន់។ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានទម្ងន់ នៅពេលកុមារទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មានសារៈសំខាន់ណាស់ ព្រោះភាពយឺតយ៉ាវនៃការលូតលាស់ជាទូទៅចង្អុលបង្ហាញ ពីការបរាជ័យនៃការព្យាបាល។

កុមារប្រឈម និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរបានទទួលការតាមដានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ តាមរបៀប ABCDE៖

A- **Anthropometry:** វាស់កម្ពស់ និងទម្ងន់ នៅគ្រប់អាយុ ដោយវាស់បរិមាត្រក្បាលផងដែរ ចំពោះកុមារអាយុ< ២ឆ្នាំ ហើយគូសលទ្ធផលនៃការវាស់នេះ នៅលើតារាងតាមដានការលូតលាស់។

តារាងទី១០: ចំណាត់ថ្នាក់នៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ចំពោះកុមារ

	កង្វះអាហារូបត្ថម្ភតិចតួច	**កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ មធ្យម**	**កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ធ្ងន់ធ្ងរ**
ហើមពេញខ្លួន?	គ្មាន	គ្មាន	មាន
ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់	<5th percentile ឬ <90% of median	-2 to -3 SD ក្រោម median, ឬ 70-79% of median	ក្រោម -3 SD, ឬ <70% of median (wasting ធ្ងន់ធ្ងរ)
មាន wasting ?	គ្មាន	គ្មាន	មាន
បរិមាត្រជុំវិញពាក់កណ្ដាលដើមដៃ (អាយុ)			• <115 mm (អាយុ≤60 ខែ) • <129 mm (អាយុ 5 – 9 ឆ្នាំ) • <160mm (អាយុ 10 – 14 ឆ្នាំ)

នៅពេលសង្កេតឃើញកុមារ ពុំមានការលូតលាស់ត្រឹមត្រូវទេ គួរធ្វើការវាយតម្លៃឲ្យបានហ្មត់ចត់ ដោយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស ទៅលើជំងឺរបេង ជំងឺក្រពះពោះវៀន ជំងឺមេរោគសាយភាយក្នុងឈាម (sepsis) ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (ចំពោះកុមារប្រឈម) ឬ ការបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល (ចំពោះកុមារដែលកំពុងទទួល ART)។

B- **Biochemistry:** បើអាចធ្វើទៅបាន ត្រូវធ្វើតេស្ត total cholesterol, triglycerides ក្នុងឈាម glucose និង haemoglobin (Hb) ក្នុងឈាម។

C- **Clinical:** អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានផ្តល់អនុសាសន៍ថា ចំពោះកុមារដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ ត្រូវការថាមពលបន្ថែម ៣០% លើសពីតម្រូវការរបស់កុមារដែលមានសុខភាពល្អធម្មតា ដែលមានអាយុដំណាលគ្នា។ កុមារមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ ដែលមានកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវការ

ថាមពលបន្ថែមរហូតដល់ ១០០% ។ វាជាការលំបាកក្នុងការផ្តល់ថាមពលបន្ថែមរហូតដល់ ១០០% បន្ថែមលើថាមពលត្រូវការចាំបាច់។ ដូច្នេះ ត្រូវប្រើប្រាស់អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (សូមអាន ប្រអប់លេខ៦)។

D- **Dietary:** វាយតម្លៃប្រវត្តិនៃការបរិភោគអាហារ នៅគ្រប់ពេលកុមារមកទទួលការព្យាបាល។ ចំពោះកុមារដែលមាន wasting ទម្ងន់មិនគ្រប់ ឬក្រិន ត្រូវកំណត់ថា តើមានសុវត្ថិភាពស្បៀងអាហារដែរឬទេ?។ ត្រូវវាយតម្លៃ និងអប់រំអំពីការអនុវត្តន៍អនាម័យ នៅពេលចំអិនអាហារ។ ត្រូវបញ្ជូនកុមារទៅទទួលសេវារបស់អង្គការ (ឧទាហរណ៍: UNICEF, FIDR, CCF ឬ World Vision) ដើម្បីទទួលបាននូវការជួយគាំទ្រ បើសិនជាពុំមានសុវត្ថិភាពស្បៀងអាហារ។

E- **Evaluation:** ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃឲ្យបានទៀងទាត់ ចំពោះកុមារដែលមានហានិភ័យ។ មុនដំបូងត្រូវតាមដានការឆ្លើយតប ចំពោះការព្យាបាលរៀងរាល់សប្តាហ៍ ឬ រៀងរាល់ ២សប្តាហ៍ ចំពោះកុមារដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភកម្រិតមធ្យម ហើយត្រូវដាក់កុមារឲ្យសំរាកពេទ្យ បើសិនជាស្ថានភាពចេះតែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ។

កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ (Severe Acute Malnutrition: SAM)

ត្រូវដាក់ឲ្យកុមារសំរាកពេទ្យ បើសិនជាមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ មានផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ (សូមអានតារាងទី១១) មានអាយុក្រោម ៦ខែ មានអាយុលើសពី ៦ខែ ប៉ុន្តែទម្ងន់ < ៤គក មាន pitting edema ទាំងសងខាង មានស្រកទម្ងន់ ៣ដង ជាប់ៗគ្នា ឬ មិនបានធូរស្រាលដោយការពិនិត្យព្យាបាលជំងឺក្រៅ។ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវទទួលការព្យាបាលដូចគ្នានឹងកុមារផ្សេងទៀតដែលមានបញ្ហានេះដែរ ហើយគួរតែទទួលបាននូវការព្យាបាលបន្ទាន់ រួមទាំងការវាយតម្លៃរបស់គ្រូពេទ្យ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ។ កុមារទាំងនេះ គួរតែទទួលបានការថែទាំ នៅកន្លែងថែទាំកម្រិតខ្ពស់ រហូតដល់ពួកគេអាចបរិភោគបានល្អ ការឆ្លងមេរោគនានាត្រូវបានគ្រប់គ្រង ហើយការរាករូសត្រូវបានឈប់។ ការព្យាបាលនានា មានគោលបំណងដើម្បីគ្រប់គ្រងបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរ មួយចំនួនដូចជា ការចុះជាតិស្ករក្នុងឈាម ការថយចុះកំដៅខ្លួន ការខ្សោះជាតិទឹក ការគ្មានលំនឹង electrolytes ការខ្វះសារធាតុចិញ្ចឹម (micronutrient deficiencies) និង ការកើតជំងឺបង្ករដោយមេរោគ[5]។

ប្រអប់ទី៦: គោលដៅថាមពល (energy goal) សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ

គោលបំណងថាមពល សម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ
ដំណាក់កាលធ្វើឲ្យមានសុវត្ថិភាព (ថ្ងៃទី១–៨)
• F75, ទិសដៅ 100 kcal/kg/ថ្ងៃ
ដំណាក់កាលជាសះស្បើយ
• F100 ឬ ត្រៀមដើម្បីទទួលអាហារព្យាបាល (BP100)
○ 150 – 220 kcal/kg/ថ្ងៃ (អាយុ 6ខែ – 5ឆ្នាំ)
○ 75 – 100 kcal/kg/ថ្ងៃ (អាយុ 6 – 9 ឆ្នាំ)
○ 60 – 90 kcal/kg/ថ្ងៃ (អាយុ 9 – 14 ឆ្នាំ)

តារាងទី១១: ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ នៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ដែលទាមទារឲ្យព្យាបាលដោយសំរាកពេទ្យ

ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ យោងទៅតាមចំណាត់ថ្នាក់ អំពីភាពធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកុមារ (IMCI)	
ក្អួត	ពិបាកគ្រប់គ្រង (អស់អាហារពីពោះ)
សីតុណ្ហភាព	គ្រុនក្តៅ > 101 °F (39.0°C) ត្រជាក់ខ្លួន < 95 °F (35°C) សីតុណ្ហភាពក្លៀក; (35.5°C សីតុណ្ហភាពរន្ធគូទ)
ចង្វាក់ដង្ហើម	≥ 50 /នាទី (អាយុ ៦ ទៅ ១២ខែ) ≥ 40 /នាទី (អាយុ ១ ទៅ ៥ ឆ្នាំ) ≥ 30 /នាទី (អាយុលើសពី ៥ឆ្នាំ) មានផតឆ្អឹងជំនីខ្លាំង (chest drawing) (អាយុ > 6 ខែ)
ស្លេកស្លាំង (Anemia)	ស្លេកស្លាំង (severe pallor), ពិបាកដកដង្ហើម

មានឆ្លងរោគលើស្បែក (Superficial infection)	ឆ្លងរោគលើស្បែកទំហំធំ ដែលតម្រូវឲ្យព្យាបាលដោយចាក់ថ្នាំតាមសាច់ដុំ និងត្រួតពិនិត្យតាមដាន
ការឆ្លើយតប (Alertness)	ខ្សោយខ្លាំង មិនរវីរវល់ (apathetic) គ្មានស្មារតី ប្រកាច់
ស្ថានភាពជាតិទឹកក្នុងខ្លួន	ខ្សោះជាតិទឹកខ្លាំង ដោយមានរាគ ក្អួត ក្តៅខ្លួន គ្មានទឹកនោម ស្រេកទឹក បែកញើស និងរោគសញ្ញាគ្លីនិកផ្សេងៗ

៨. ការបង្ករោគរបេង/អេដស៍រួមគ្នា

ជំងឺរបេង បង្ករោគដោយ *Mycobacterium tuberculosis (TB)* គឺ ជាមូលហេតុចំបងនៃការស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍នៅទូទាំងពិភពលោក។ អ្នកជំងឺដែលបង្ករោគអេដស៍និងរបេងរួមគ្នា បង្កើនហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍យ៉ាងឆាប់រហ័សទៅ ជំងឺរបេង។

ជំងឺរបេងលើកុមារ គឺមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងលើកុមារអាយុ < ៥ឆ្នាំ, ហើយជាពិសេស កុមារអាយុ < ២ឆ្នាំ គឺមានហានិភ័យខ្ពស់បំផុតក្នុងការវិវត្តន៍ទៅជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ, ជំងឺរបេងរាលដាល (disseminated disease) បណ្តាលឲ្យមានអត្រាឈឺ និងអត្រាស្លាប់ក្នុងកម្រិតខ្ពស់។ ខណៈពេលដែលជំងឺរបេងសួតគឺជាប្រភេទជំងឺរបេងដែលកើតឡើងជាទូទៅលើកុមារ, ជំងឺរបេងក្រៅសួតក៏កើតមានឡើងញឹកញាប់លើកុមារ ជាជាងកើតលើមនុស្សពេញវ័យ ក្នុងអត្រាប្រហែល ៣០-៤០% នៃករណី និងប៉ះពាល់សរីរាងជាច្រើន (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម ស្តីពីរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងលើកុមារ) ។

ការកើតជំងឺរបេងនៅកុមារភាព គឺ paucibacilliary ហើយមានកម្រិតចម្លងទាប ។ ក្មេងតូច ជាធម្មតាមិនសូវមានកំលាំងក្អកគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីចម្លងមេរោគរបេងនោះទេ។ ក្មេងជំទង់មានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុង ការវិវត្តន៍ទៅជំងឺរបេង ដែលជាធម្មតាលេចចេញជា ប្រភេទជំងឺរបេងសួត ដូចដែលកើតលើមនុស្សពេញវ័យ និងជាញឹកញាប់ការពិនិត្យកំហាកមានលទ្ធផល វិជ្ជមាន។ ជំងឺរបេងកើតលើក្មេងជំទង់ ជាញឹកញាប់ មានការចម្លងខ្ពស់ និងជាប្រភពចម្លងរោគរបេង ទៅសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត និងអ្នកដែលមានទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធ (មិត្តរួមថ្នាក់ក្នុងសាលា) ។

អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានផ្តល់អនុសាសន៍ឲ្យធ្វើសមាហរណកម្មសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងជំងឺរបេង។ នៅកម្ពុជា, **អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ រួមទាំងកុមារ ត្រូវធ្វើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេង រាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ និងអ្នកជំងឺទាំងអស់ ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺរបេង ត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។** ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឲ្យបានឆាប់សម្រាប់អ្នកជំងឺរបេងដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអនុវត្តន៍តាមអនុសាសន៍នៃយុទ្ធសាស្ត្រ Three I's នៃការ

បង្ករោគរបេង/អេដស៍រួមគ្នា ដែលជាផ្នែកមួយនៃវិធីសាស្ត្រកាត់បន្ថយបន្ទុកនៃជំងឺរបេង ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

យុទ្ធសាស្ត្រ Three I's នៃការបង្ករោគរបេង/អេដស៍រួមគ្នា៖

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

ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេង ជាប្រចាំ

បុគ្គលិកសុខាភិបាល ត្រូវយល់ដឹងពីរបៀបពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេង, ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ, តាមដានប្រវត្តិទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជំងឺ (trace contacts), និង បង្ការការបង្ករោគរបេងលើកុមារ។ កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេង នៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ នៅក្នុងអំឡុងពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺជាបន្តបន្ទាប់។ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញា ត្រូវតែអនុវត្តន៍ដោយមិនគិតពីប្រវត្តិដែលធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា, គិលានុបដ្ឋាក-យិកា ឬគ្រូពេទ្យព្យាបាល ត្រូវពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេងទាំង ៥ ឬ លក្ខខណ្ឌសុខភាព លើកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដូចខាងក្រោម៖

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

ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Isoniazid (IPT)

ប្រសិនបើ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គ្មានរោគសញ្ញាណាមួយខាងលើ, កុមារនោះមិនទំនងជាមានជំងឺរបេងសកម្ម និង កុមារដែលមានអាយុលើសពី ១២ ខែ គឺមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្របក្នុងការព្យាបាលដោយ IPT (សូមមើលរូបភាពទី ៤)។ ម្យ៉ាងទៀត, កុមារអាយុតិចជាង ១២ ខែ មានការប៉ះពាល់ជាមួយសមាជិកគ្រួសារ ដែល មានជំងឺរបេង, និងគ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងដោយ ជោគជ័យត្រូវព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយ IPT ។

មិនត្រូវព្យាបាលដោយ IPT (contraindicated) លើករណីខាងក្រោម៖

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

ឱសថដែលជ្រើសរើសយកមកព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយ IPT រួមមាន៖

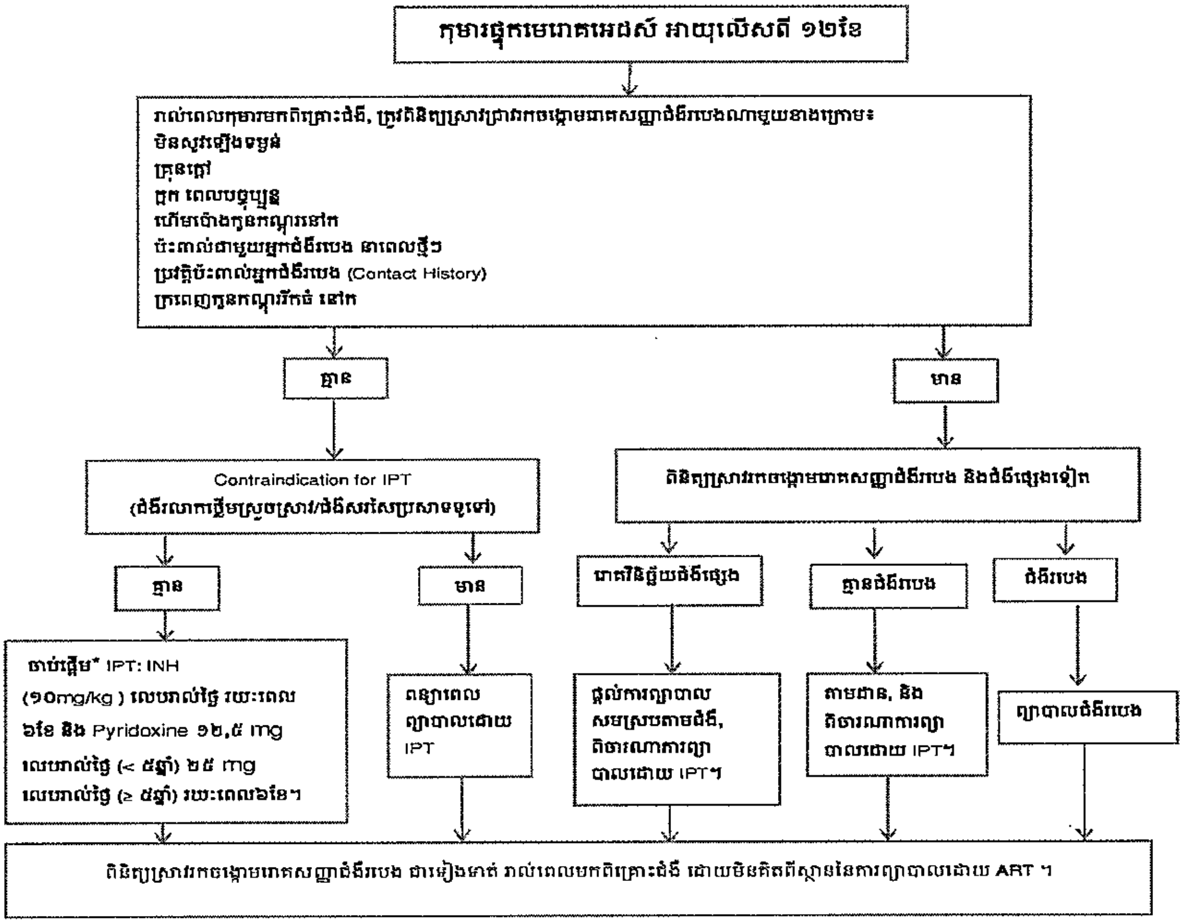
- INH: ១០ mg/kg (៧- ១៥ mg /kg) លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៦ខែ

- Pyridoxine: អាយុ < ៥ឆ្នាំ, ១២,៥ mg លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៦ខែ

អាយុ ≥ ៥ ឆ្នាំ, ២៥ mg លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៦ខែ

ក្នុងគោលបំណងបង្ការការចម្លងជំងឺរបេង ទៅអ្នកជំងឺផ្សេង ឬបុគ្គលិកគ្លីនិក ត្រូវតែអនុវត្តន៍វិធានការនៃការត្រួតពិនិត្យការបង្ករោគ ឲ្យមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ [17]។

គំនូសបំព្រួញលេខ៤. ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Isoniazid លើកុមារ



[17] Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Geneva, World Health Organization, 2011

* Contraindication for IPT នៅក្នុងលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- ជំងឺរលាកថ្លើមសកម្ម (ស្រួចស្រាវ/រ៉ាំរ៉ៃ) ដែលមានតេស្ត ALT ≥ ២ដងនៃតម្លៃធម្មតា
- ចង្អោមរោគសញ្ញានៃជំងឺ peripheral neuropathy

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសកម្ម

ចង្អោមរោគសញ្ញានៃជំងឺរបេងសកម្មលើកុមារ គឺមានភាពមិនជាក់លាក់ ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង ត្រូវធ្វើឡើងស្របតាម*គោលការណ៍ណែនាំជាតិ សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងលើកុមារ នៅកម្ពុជា*[18] ។

ការណែនាំអំពី វិធីសាស្ត្រនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង លើកុមារ

- ស្រង់ប្រវត្តិជំងឺដោយយកចិត្តទុកដាក់ (រួមទាំងប្រវត្តិនៃការប៉ះពាល់ជាមួយអ្នកជំងឺរបេង និងរោគសញ្ញាពាក់ព័ន្ធជាមួយ ជំងឺរបេង)
- ពិនិត្យគ្លីនិក (រួមទាំង វាយតម្លៃការលូតលាស់ធំធាត់របស់កុមារ)
- ថតសួតដោយកាំរស្មី X (បើសិនជាមាន)
- ពិនិត្យបញ្ជាក់រកពពួលបាក់តេរី (តេស្ត Xpert MTB/RIF គឺជាតេស្តជម្រើសដ៏ល្អ)
- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាសង្ស័យថា ជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេងលើកុមារ

ត្រូវបញ្ជូនកុមារ ទៅធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសកម្ម ប្រសិនបើមាន រោគសញ្ញា/លក្ខខណ្ឌណាមួយខាងក្រោម៖

- រស់នៅជាមួយអ្នកជំងឺដែលកើតជំងឺរបេងសកម្ម
- មិនសូវលូតលាស់ធំធាត់ល្អ(Failure to thrive)
- គ្រុនក្តៅ (សារចុះសារឡើង)
- ក្អករាល់ថ្ងៃ (ជាពិសេស > ២ សប្តាហ៍, មិនឆ្លើយតមទៅនឹងការព្យាបាលស្តង់ដារ)
- ភាពល្ហិតល្ហៃ (មិនចូលចិត្តលេង)
- ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរនៅក

រោគសញ្ញាគ្លីនិកផ្សេងទៀត នៃជំងឺរបេង

- ខូចទម្រង់ Gibbus (angulation) នៃឆ្អឹងខ្នង
- ទឹករងៃក្នុងសរីរាង្គ (Serositis) ក្នុងស្រោមសួត ស្រោមបេះដូង និង/ឬ ស្រោមពោះ
- ជំងឺរលាកស្រោមខួរ និង សន្លាក់

---

[18] National Guidelines for the Diagnosis and Treatment of TB in Children in Cambodia, CENAT

- ហើមសន្លាក់ ឬ ឆ្អឹង ឬ ខូចទ្រង់ទ្រាយឆ្អឹង
- ជុំពោះ ឬ មានទាចទឹក (ascites) ដែលមិនអាចពន្យល់បាន
- រលាកស្រោមបេះដូងឯកឯង (មិនពាក់ព័ន្ធជាមួយ poly-serositis) ។

លទ្ធផលនៃការថតសួតដោយកាំរស្មី X: ត្រូវថតសួតដោយកាំរស្មី X បើអាចធ្វើបាន។ កុមារកើតជំងឺរបេងអាចមានរូបភាពនៃការថតសួតដោយកាំរស្មី X ធម្មតា, ប៉ុន្តែ គេមិនអាចទាត់ចោលជំងឺរបេង ដោយសារតែរូបភាពធម្មតាដែលបានមកពីការថតសួតដោយកាំរស្មី X នោះទេ ។ ជាធម្មតា រូបភាពនៃការថតសួតដោយកាំរស្មី X គឺមិនមានភាពជាក់លាក់សម្រាប់ជំងឺរបេងលើកុមារទេ។ ការរកឃើញរូបភាពមួយចំនួន បានធ្វើឲ្យគេនឹកឃើញដល់៖

- ទម្រង់ជំងឺរបេង Miliary pattern
- ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរនៅ Hilar ឬ mediastinal lymph node
- គាបសង្កត់ផ្លូវដង្ហើមដោយកូនកណ្តុររីកប៉ោងធំ បណ្តាលឲ្យ segmental hyperinflation ឬ collapse
- Parenchymal infiltrate រ៉ាំរ៉ៃ មិនបានធូរស្បើយ ក្រោយពីព្យាបាលដោយថ្នាំantibiotics
- Isolated unilateral pleural effusion ។

ការបញ្ជាក់ដោយការពិនិត្យបាក់តេរី

ត្រូវស្រង់យកសំណាក ដើម្បីពិនិត្យកំណត់រកជំងឺរបេង តាមដែលអាចធ្វើបាន។ និយមន័យនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង តម្រូវឱ្យមានការកំណត់រកមេរោគ *M. tuberculosis* ក្រោយពីការពិនិត្យកំហាក, ទឹកបូមពីក្រពះ, ទឹកបូមពីកូនកណ្តុរដោយប្រើម្ជុលតូច, ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ឬ ទឹកសរីរៈផ្សេងទៀត។ ចំពោះកុមារតូច ត្រូវបូមយកទឹកក្រពះ ឬ បឺតយកកំហាកតាមច្រមុះ និងតាមបំពង់អាហារ។ ការស្រង់យកសំណាកកំហាកទៅវិភាគនឹងមានភាព sensitive ខ្ពស់ ដោយលាយជាតិអំបិលបន្តិច (nebulizing hypertonic saline) ក្នុងសំណាកកំហាក។ ការជំរុញឲ្យមានកំហាក ត្រូវអនុវត្តន៍ចំពោះក្មេងតូច និង វាក៏មានប្រយោជន៍ផងដែរចំពោះកុមារធំ ដើម្បីឲ្យមានកំហាក។

តេស្ត XPERT MTB/RIF គឺជាតេស្តជម្រើសក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ដែលជាតេស្តស្វ័យប្រវត្ត real-time DNA ដែលអាចរកឃើញទាំងមេរោគរបេង និងភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំ rifamipicin ក្នុងរយៈពេលតិចជាង ២ ម៉ោង។ អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានផ្តល់អនុសាសន៍ ឲ្យធ្វើតេស្ត XPERT MTB/RIF <u>បញ្ជាក់បន្ថែម</u> ពីលើការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ និងការបណ្តុះមេរោគ ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាតេស្ត សម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងជាបឋមលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺដែលសង្ស័យថា មានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេងច្រើនមុខ។ តេស្ត XPERT MTB/RIF ត្រូវបានដាក់ឲ្យប្រើប្រាស់កាន់តែច្រើនឡើង នៅប្រទេសកម្ពុជា។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចនឹងមានការលំបាក ដោយសារៈ

- ចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺរបេង អាចបណ្ដាលមកពីជំងឺផ្សេងៗ រួមទាំង ជំងឺអេដស៍ខ្លួនឯង
- ការធ្វើតេស្ត tuberculin លើស្បែក ជាញឹកញាប់ គឺ អវិជ្ជមាន លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជំងឺរបេង រួមគ្នា
- មូលហេតុផ្សេងទៀតនៃជំងឺផ្លូវដង្ហើម និងរូបភាពនៃការថតសួតដោយកាំរស្មី X មិនធម្មតា ត្រូវបានជួបប្រទះជាញឹកញាប់ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាញឹកញាប់ គឺមានការបង្ករោគច្រើនក្នុងពេលតែមួយ។

ក្នុងករណីជាច្រើន, ជាពិសេសចំពោះកុមារតូច, ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ គឺជាការសន្មតិ (presumptive) និងផ្អែកលើការរួមបញ្ចូលគ្នានៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងចង្កោមរោគសញ្ញា, ការប៉ះពាល់ជាមួយសមាជិកគ្រួសារដែលមានជំងឺរបេង ឬ លទ្ធផលតេស្ត TST វិជ្ជមាន, និងការរកឃើញដោយការថតសួត ដោយកាំរស្មី X។ ការព្យាបាលសាកល្បង មិនត្រូវបានផ្ដល់អនុសាសន៍ សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ ពីព្រោះ រោគសញ្ញាអាចបន្តកើតមានឡើង ដោយសារមានការបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយមលើកទីពីរ ឬ មកពីមេរោគអេដស៍ខ្លួនឯង។ ការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលជំងឺរបេង លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវតែព្យាបាលឲ្យបានចប់វគ្គ ។

<u>នៅពេលដែល មានរោគសញ្ញា ២ ណាមួយខាងក្រោម គឺជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដែលមានការសង្ស័យខ្ពស់ថា ជំងឺរបេង ត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលជំងឺរបេងភ្លាមៗដោយគ្មានការពន្យាពេល, ក្រោយពីទទួលសំណាកសម្រាប់ពិនិត្យរកបាក់តេរី ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ</u> ។ រោគសញ្ញាខាងក្រោម គឺៈ

- ប្រវត្តិនៃការប្រឈមមុខនឹងជំងឺរបេង,
  និង អាចជាៈ
- ចង្កោមរោគសញ្ញាដែលសង្ស័យថា ជំងឺរបេង, *<u>ឬ</u>*
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី x មានរូបភាពមិនធម្មតា សង្ស័យថា ជំងឺរបេង។

កុមារដែលសង្ស័យថា កើតជំងឺរបេង ប៉ុន្តែ គ្មានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់បញ្ជាក់ថា ជាជំងឺរបេង ត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយថ្នាំ antibiotics ធម្មតា ទៅតាមការសង្ស័យនៃការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី (ចៀសវាងការប្រើថ្នាំដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងជំងឺរបេង ដូចជា fluoroquinolones) រួមជាមួយនឹងការវាយតម្លៃលទ្ធផលនៃការពិនិត្យកំហាកដោយតេស្ត AFB (ជាមួយតេស្ត XPERT MTB/RIF ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន) និងត្រូវតាមដានយ៉ាងដិតដល់។ ប្រសិនបើ ចង្កោមរោគសញ្ញាដែលសង្ស័យថា ជំងឺរបេង មិនមានភាពប្រសើរឡើងទេ ក្រោយពីការព្យាបាលបញ្ចប់វគ្គដោយប្រើថ្នាំ antibiotics រួចមក ត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលជំងឺរបេងភ្លាមៗ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ លើកលែងតែ ក្នុងករណី រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺផ្សេងច្បាស់លាស់ជាងត្រូវបានធ្វើឡើង។

ការព្យាបាលជំងឺរបេង

គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ដែលមានជំងឺរបេងសួតហើយទើបតែរកឃើញ ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ ៤មុខ (រួមទាំងឱសថ ethambutol) ។

កម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍សម្រាប់កុមារ ត្រូវបានកែសម្រួលដោយ WHO ឆ្នាំ ២០១៤ ដូចមានសង្ខេបក្នុងតារាងទី១២ ខាងក្រោម៖

តារាងទី១២. កម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងសម្រាប់ព្យាបាលកុមារ

ឱសថ	កម្រិតដូសឱសថប្រចាំថ្ងៃ គិតជា mg/kg (range)	កម្រិតដូសអតិបរមា/ថ្ងៃ
Rifampicin (R)	១៥ (១០-២០)	៦០០ mg
Isoniazid (H)	១០ (៧-១៥)	៣០០ mg
Pyrazinamide (Z)	៣៥ (៣០-៤០)	២ g
Ethambutol (E)	២០ (១៥-២៥)	១ g

** ឬកម្រិតដូសឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា (FDC) និងកម្រិតដូសអនុសាសន៍សម្រាប់កម្ពុជា សូមអាន *គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពី ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺរបេងលើកុមារ*[13]

ការពិចារណាបន្ថែមសម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ត្រូវបន្ថែមឱសថ Pyridoxine នៅពេលកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងលើអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងកម្រិតដូស ដូចខាងក្រោម៖
  - កុមារអាយុ < ៥ឆ្នាំ, ១២,៥ mg លេបរាល់ថ្ងៃ
  - កុមារអាយុ ≥ ៥ឆ្នាំ, ២៥ mg លេបរាល់ថ្ងៃ

តារាងទី១៣. ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង

ផលប៉ះពាល់	ឱសថដែលបង្កផលប៉ះពាល់	ការគ្រប់គ្រង
ផលប៉ះពាល់កម្រិតស្រាល		*បន្តការព្យាបាលឱសថប្រឆាំងនឹងជំងឺរបេង*
មិនឃ្លានអាហារ (Anorexia) , ចង្អោរ, ឈឺក្នុងពោះ	Rifampicin	ឲ្យលេបថ្នាំជាមួយចំណីអាហារនៅពេលយប់ ឬ ពេលហូបចំណីអាហារ ស្រាវជ្រាវរកឱសថដែលបង្កឲ្យមានការរលាកថ្លើម (ធ្វើតេស្ត មុខងារថ្លើម)

ឈឺក្នុងសន្លាក់	Pyrazinamide	ឲ្យលេប aspirin ឬ ឱសថnonsteroidal anti-inflammatory
អារម្មណ៍ក្តៅបាទជើង	Isoniazid	បង្កើនកម្រិតដូស pyridoxine ដល់ ៥០-៧៥ mg/ថ្ងៃ
ទឹកនោមព៌ណទឹកក្រូច/ក្រហម	Rifampicin	ពន្យល់អ្នកជំងឺឡើងវិញ (Reassurance)
<u>ផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរ</u>		*<u>បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថបង្កផលប៉ះពាល់</u>*
ជំងឺខាន់លឿង (Jaundice)	ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងភាគច្រើន (ជំងឺខាន់លឿង តែឯកឯង ភាគច្រើន អាចបណ្តាលមកពីឱសថ rifampicin)	បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងទាំងអស់ រហូតដល់ជំងឺខាន់លឿងបានធូរស្បើយ
ក្អួត (ពិចារណារដល់ឱសថបង្កហេតុ រួមទាំងថ្លើមចុះខ្សោយ ប្រសិនជាមានចេញលឿង)	ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងភាគច្រើន	បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងទាំងអស់, ត្រូវធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើមជាបន្ទាន់
វង្វេងវង្វាន់, ប្រកាច់ (seizures) ឬ psychosis	INH	បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងទាំងអស់, ត្រូវធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើមជាបន្ទាន់
វិបត្តិគំហើញ (Visual impairment)	Ethambutol	បញ្ឈប់ ethambutol
Shock, កន្ទាលត្រអាក, ខ្សោយតម្រងនោមស្រួចស្រាវ	Rifampicin	បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង, ពិភាក្សាជាមួយមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលជំងឺរបេងថ្នាក់បង្អែក (TB referral center)។

**ប្រសិនបើការព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវកែសម្រួល ដោយសារតែមានផលប៉ះពាល់ សូមពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេសព្យាបាលជំងឺរបេង ។*

ទម្រង់ធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺរបេងដែលទាមទារការព្យាបាលពិសេស

ការព្យាបាលទម្រង់ធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺរបេង ឬ ជំងឺរបេងដែលមានផលវិបាក រួមមាន ជំងឺរបេងសន្លាក់ឆ្អឹង និងជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង ព្រមទាំង ជំងឺរបេងស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ (MDR TB) អាចត្រូវព្យាបាល

ក្នុងរយៈពេលយូរជាង[11] ។ ការព្យាបាលគ្រប់ទម្រង់ទាំងអស់នៃជំងឺរបេងលើកុមារ គឺមានភាពដូចគ្នា ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍។

ការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលជំងឺរបេង លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺមានភាពយឺតយ៉ាវ ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ ដោយសារតែ៖

- មិនបានព្យាបាលការបង្ករោគផ្សេងទៀត ឬ ជំងឺមហារីកដែលកើតមានជាមួយ ជំងឺរបេង, ដូចជា៖
  - ជំងឺ Penicilliosis
  - ជំងឺ Histoplasmosis
  - ជំងឺ MAC ឬ ជំងឺរាលដាលដោយ BCG (disseminated BCG)
  - ជំងឺមហារីក Lymphoma
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងមិនត្រឹមត្រូវ លើអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន
- ជំងឺ MAC ដែលមានលទ្ធផល ពិនិត្យកំហាក វិជ្ជមាន ឬ ជំងឺរាលដាលដោយ BCG (disseminated BCG), ក្រោយពីលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត AFB លើកំហាក ដោយមិនបាន បណ្តុះមេរោគ ដែលមិនអាចបែងចែកបាន រវាងមេរោគបង្កទាំងពីរនេះ
- ចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)
- ជំងឺរបេងស៊ាំឱសថច្រើនមុខ (MDR)

ត្រូវបញ្ជូនកុមារដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ជំងឺរបេងស៊ាំឱសថច្រើនមុខ ទៅទទួលការព្យាបាលនៅមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលជំងឺរបេងឯកទេស ដូចជា នៅថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងនៅមន្ទីរពេទ្យខេត្ត។

៩. តើត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់ នៅពេលណា?

ការព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍គ្រប់វ័យទាំងអស់ ឲ្យបានឆាប់ នឹងទទួលបានលទ្ធផលល្អក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាឈឺ និងអត្រាស្លាប់។ ជាពិសេសចំពោះកុមារ, គឺមានការថយចុះយ៉ាងខ្លាំងនៃអត្រា ស្លាប់ដែលត្រូវបានគេបង្ហាញឲ្យឃើញ នៅពេលដែលកុមារនោះ បានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មុនអាយុ៣ខែ។ អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងក្រសួងសុខាភិបាលនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ផ្តល់អនុសាសន៍ឲ្យចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឲ្យបានឆាប់រហ័សលើកុមារភាគច្រើន។ នៅពេលដែលកុមារមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាល **ក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍ នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។**

ការណែនាំក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ

គ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់អាយុ <១៥ ឆ្នាំ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍៖

- ទារកអាយុ < ១៨ខែ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត PCR លើកដំបូង វិជ្ជមាន និងកុមារអាយុ≥ ១៨ ខែ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណនៃមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ (សូមមើលគំនូសបំព្រួញខាងលើ) ។
- កុមារដែលបានបញ្ជាក់ ជាកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណនៃមេរោគអេដស៍ និងសង្ស័យក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ (ប្រអប់ទី ៣) ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ ប្រសិនបើមិនទាន់បានធ្វើតេស្ត PCR (ត្រូវធ្វើតេស្ត PCR បញ្ជាក់ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឲ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដោយប្រើសំណាកឈាមស្ងួត)។

ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឲ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន លើគ្រប់កុមារទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 និង/ឬ ដំណាក់កាលគ្លីនិក, ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ គឺជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុត ។

យោងតាមលទ្ធផលនៃការសិក្សាអំពី START បានរកឃើញថា អ្នកជំងឺដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានឆាប់រហ័ស ហាក់ដូចជា មានអត្រាមរណៈភាព, ការវិវត្តន៍ទៅជំងឺអេដស៍ ឬជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ៥៣% តិចជាងអ្នកជំងឺដែលរង់ចាំការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេលនៃការសិក្សា។ អង្គការ WHO បានប្រកាសពី ការពង្រីកលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយរួមបញ្ចូល គ្រប់មនុស្សទាំងអស់ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នឹងត្រូវផ្សព្វផ្សាយនៅឆ្នាំ ២០១៥ [19] ។

គេមិនសូវសង្កត់ធ្ងន់ លើតម្រូវការក្នុងការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិក និងធ្វើតេស្ត CD4 ដើម្បីកំណត់ពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ នៃការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ដើម្បីកំណត់ពីដំណាក់កាលគ្លីនិក, ចាំបាច់ត្រូវស្រង់ប្រវត្តិជំងឺលម្អិត, និងការពិនិត្យរាងកាយរកសញ្ញាគ្លីនិក ព្រមទាំងការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកាឈាមពេញលេញ។ ព័ត៌មានដែលបានមកពីការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ គឺមានសារៈសំខាន់ ដើម្បីកំណត់ពីបទពិសោធន៍ ដែលធ្លាប់មានផលវិបាក មិនមែនគិតតែរោគសញ្ញា ដែលបានរកឃើញនៅពេល

---

[19] Doherty M *New directions in the 2015 WHO Consolidated ARV Guidelines*. Eighth International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2015), Vancouver, Canada, presentation SUSA0608, 2015

ពិនិត្យជំងឺនោះទេ។ ឧទាហរណ៍, កុមារម្នាក់ដែលគ្មានរោគសញ្ញានៅពេលបច្ចុប្បន្ន, ប៉ុន្តែ កុមារនេះធ្លាប់កើតជំងឺរលាកសួត ៤ ដង រួចមកហើយក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅនេះ គួរត្រូវពិចារណាចាត់ថ្នាក់ចូលក្នុង ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ បើទោះបីជា កុមារនេះ មាន ឬគ្មានជំងឺរលាកសួត នៅក្នុងពេលនៃការវាយតម្លៃនេះក៏ដោយ។ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី១ ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិកតាមអង្គការ WHO) ។

ការពិចារណាអំពី កត្តាសង្គម ពាក់ព័ន្ធនឹងការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថ ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ

នៅក្នុងគោលបំណងដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ កុមារត្រូវតែមានអ្នកថែទាំប្រកដប្រជាម្នាក់ ដែលយល់ដឹងពីតម្រូវការរបស់កុមារក្នុងការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍,យល់ពីសារៈសំខាន់នៃការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ បង្ហាញពីការប្តេជ្ញាចិត្តនាំកុមារទៅគ្លីនិកតាមការណាត់ជួប និង ត្រួតពិនិត្យតាមដានការលេបថ្នាំ។ ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកថែទាំ ត្រូវបានលើកទឹកចិត្តក្នុងការស្វែងរក: "មិត្តភក្តិជួយគ្នាក្នុងការព្យាបាល" ដែលអាចជួយការងារថែទាំព្យាបាលនៅពេលដែលគាត់អវត្តមាន (ទោះជាយ៉ាងណានេះក្តី វាមិនគួរជាឧបសគ្គក្នុងការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នោះទេ ប្រសិនបើពួកគេមិនទាន់ចង់បើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍)។ ត្រូវរៀបចំផែនការសម្រាប់គាំទ្រការព្យាបាលសម្រាប់កុមារម្នាក់ៗ សូម្បីតែកុមារដែលងាយរងគ្រោះបំផុត ដូចជា ក្មេងកំព្រា ត្រូវតែទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឲ្យបានឆាប់រហ័ស។

ការអប់រំអំពី "ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់" រយៈពេលយូរ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មិនមែនជាការចាំបាច់ពេកទេ, ជាពិសេស កុមារដែលមានម្តាយកំពុងទទួលការព្យាបាលដូចគ្នានេះ។ ការអប់រំអំពីការព្យាបាល ដល់អ្នកថែទាំ និងកុមារ គឺមានការប្រែប្រួលតាមតម្រូវការជាក់ស្តែងរបស់ក្រុមគ្រួសារ, និងគ្មានការកំណត់ពីចំនួនលើកនៃការទៅពិគ្រោះជំងឺកុមារ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នោះទេ។ ប្រសិនបើ ឪពុកម្តាយ កំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ខ្លួនគាត់ ត្រូវតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារភ្លាមៗ ដោយផ្អែកតាមលទ្ធផលនៃការពិនិត្យស្រាវជ្រាវបឋម ។ គោលបំណង គឺត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារដែលទើបតែរកឃើញថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

១០. ការណែនាំ ស្តីពីរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១

(តារាងទី១៤)

- ការព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បីមុខ គឺជាស្តង់ដា សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺអេដស៍នាពេលបច្ចុប្បន្ន ដើម្បីសម្រេចបាននូវការលុបបំបាត់ការបំបែកខ្លួន (suppression of viral replication) នៃមេរោគអេដស៍ និងបញ្ឈប់ការវិវត្តន៍ទៅមុខនៃជំងឺដែលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HIV disease)។

- វាជាការសំខាន់ណាស់ គឺត្រូវធានាឲ្យបានយូរអង្វែង និងមានប្រសិទ្ធភាពជាអតិបរិមានៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដែលត្រូវបានជ្រើសរើស ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់បំផុត និងមានភាពទ្រាំទ្របានដ៏ល្អសម្រាប់អ្នកជំងឺ និងរកវិធីជួយគាំទ្រឲ្យកុមារលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់។

រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារអាយុ < ៣ឆ្នាំ និងទម្ងន់ < ១០ គ.ក្រ

- ជម្រើសដំបូងដ៏ល្អ នៃរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារក្នុងក្រុមអាយុនេះ គឺ ABC + 3TC + LPV/r ដោយមិនគិតថា កុមារធ្លាប់បានប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងក្រុម NRTI សម្រាប់កម្មវិធី PMTCT នោះទេ ។
- ត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងគាំទ្រក្រុមគ្រួសារ ក្នុងការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r ជាមូលដ្ឋាន៖
  - ឱសថ LPV/r syrup តម្រូវឲ្យរក្សាទុកក្នុងទូរទឹកកក មុនពេលបែងចែក (dispensing); ទោះជាយ៉ាងណានេះក្តី, ក្រោយពីបែងចែកហើយ, ឱសថនេះអាចរក្សាទុកក្នុងសីតុណ្ហភាពបន្ទប់, ជម្រើសដ៏ល្អ គឺ < ២៥ °C រហូតដល់ទៅរយៈពេល ៦០ថ្ងៃ។ ករណីដែលអាកាសធាតុក្តៅពេក ត្រូវលើកទឹកចិត្តឲ្យក្រុមគ្រួសាររក្សាទុក LPV/r ក្នុងធុងទឹកកក ឬ នៅកន្លែងត្រជាក់នៅក្នុងផ្ទះ។ (សូមមើលបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី៣)។
  - ឱសថ LPV / r គឺមានរស់ជាតិមិនសូវល្អទេ ។ ទោះជាយ៉ាងណានេះក្តី គេមានវិធីដើម្បីបំលែងរស់ជាតិឱសថនេះ ដោយលេបលាយជាមួយរសជាតិផ្សេងទៀត ដូចជា:
    - ដំណាប់ផ្លែឈើ (Jam)
    - ស្ករ
    - ប៊ីចំរាញ់ពីសណ្តែកដី ដាក់ចូលក្នុងក្រអូមមាត់ខាងលើ មុនពេលឲ្យកុមារលេបថ្នាំបន្តិច។
  - រូបមន្តថ្នាំគ្រាប់រឹងធន់នឹងកំដៅនៃឱសថ LPV/r អាចនឹងរកបាននៅកម្ពុជា និង មានភាពងាយស្រួលក្នុងការប្រើប្រាស់សម្រាប់កុមារតូចជាជាង ការរៀបចំលាយឱសថរាវ។ ការណែនាំបន្ថែមលើការប្រើប្រាស់ទម្រង់ថ្មីនៃឱសថ នឹងត្រូវផ្តល់ជូននៅពេលដែលឱសថនេះ ត្រូវបានដាក់ឲ្យប្រើប្រាស់នៅកម្ពុជា។

- រូបមន្តថ្នាំគ្រាប់រឹងធន់នឹងកំដៅនៃឱសថ LPV/r (tablets or pellets) **មិនត្រូវកាច់បំបែក ឬ កិនកំទេចទេ** ព្រោះវាបណ្តាលឲ្យថយចុះការស្រូបយកនៃឱសថភាគច្រើន រហូតដល់ទៅ ៥០% ។
- ប្រសិនបើ ក្រោយពីការខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការនាំចូលឱសថ LPV/r ដែលមានគ្រាប់រឹងធន់នឹងកំដៅ

សម្រាប់មកប្រើប្រាស់នៅកម្ពុជា មិនបានសម្រេចទេ, និងគ្មានទីកន្លែងសម្រាប់រក្សាទុកឱសថនេះក្នុងសីតុណ្ហភាពបានត្រឹមត្រូវ, ត្រូវប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NVP ជាមូលដ្ឋានជំនួសវិញ។ (វាជារូបមន្តព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធភាពទាបជាង ហើយកុមារភាគច្រើន ទំនងជានឹងបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល ប្រសិនបើ ពួកគេចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NVP ជាជាង ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r ជាមូលដ្ឋាន) ។

- ឱសថ ABC + 3TC គឺជាឱសថជម្រើសក្នុងក្រុម NRTI ដែលជាឆ្អឹងខ្នងនៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ។
- ឱសថ AZT ត្រូវប្រើប្រាស់ជំនួសឱសថ ABC ប្រសិនបើ មានប្រតិកម្ម hypersensitivity ។
- កុមារដែលសម្រេចបាននូវការលប់បំបាត់ការបំបែកខ្លួននៃមេរោគអេដស៍ (VL < ១០០០ copies/ម.ល បញ្ជាក់ដោយការធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់ ២ដងបន្តបន្ទាប់គ្នា) និងកុមារមានអាយុលើសពី ១ ឆ្នាំ អាចប្តូរពីឱសថ LPV/r ទៅព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NNRTI ជាមូលដ្ឋាន។ បន្តបន្ទាប់ពី ការប្តូររូបមន្តព្យាបាល, **ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ឡើងវិញនៅខែទី ៣** ដើម្បីធានាថា នៅតែបន្តភាពជោគជ័យនៃវីរុសសាស្ត្រ ។ ប្រសិនបើ មានការបរាជ័យនៃវីរុសសាស្ត្រ បានកើតឡើង (VL > ១០០០ copies/ម.ល) ត្រូវត្រឡប់ទៅប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលដើមដែលមានឱសថ LPV/r ជាមូលដ្ឋានវិញ ។
- កុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin ជាមូលដ្ឋាន សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម អាចនាំឲ្យមានការប្រែប្រួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងរូបមន្តព្យាបាល ។ ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម, សូមអានផ្នែកខាងក្រោម ស្តីពី **ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺរបេង** ។

រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារអាយុ ≥ ៣ឆ្នាំ - < ១០ ឆ្នាំ និង ទម្ងន់ ≥ ១០ គ.ក្រ

- រូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ EFV ជាមូលដ្ឋាន គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ ដោយលេបតែ១ដង/ថ្ងៃ ហើយមានភាពទ្រាំទ្រល្អជាង ឱសថ NVP ។
- ឱសថ ABC + 3TC គឺជារូបមន្តរួមបញ្ចូលគ្នា និង ត្រូវលេប១ដង/ថ្ងៃ ជាមួយឱសថ EFV។
- កុមារអាយុ > ៣ ឆ្នាំ ដែលចាប់ផ្តើមដោយឱសថ LPV/r ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ អាចប្តូរទៅព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ EFV ជាមូលដ្ឋាន គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ ប្រសិន បើបានបញ្ជាក់ពីការលប់បំបាត់ការបំបែកខ្លួននៃមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីការធ្វើតេស្តតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់ ២ដងបន្តបន្ទាប់គ្នា, ដូចការរៀបរាប់ខាងលើសម្រាប់ព្យាបាលកុមារតូច។
- ឱសថ AZT អាចប្រើប្រាស់ជំនួសឱសថ ABC ប្រសិនបើ មានប្រតិកម្ម hypersensitivity ។
- ការព្យាបាលបរាជ័យដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ AZT អាចនាំឲ្យកុមារមានការប្រឈមមុខក្នុងការវិវត្តន៍ទៅ thymidine analogue mutations (TAMS), គឺជាការវិវត្តន៍ទៅរកភាពស៊ាំ (resistance mutation) បណ្តាលឲ្យបន្ថយប្រសិទ្ធភាពនៃឱសថផ្សេងទៀត ក្នុងក្រុម NRTIs រួមទាំង ឱសថ ABC, d4T, DDI, TDF និង 3TC ។ ដោយសារហេតុផលនេះ ឱសថ AZT គឺជាជម្រើសមួយក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ជាជាងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។

- មិនតម្រូវឲ្យកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថ EFV នៅពេលព្យាបាលជំងឺរបេងទេ។
- កុមារអាយុ > ៣ ឆ្នាំ ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានទាំង ឱសថ TDF និង 3TC និង EFV។ បច្ចុប្បន្ននេះ, រូបមន្តឱសថនេះសម្រាប់ព្យាបាលកុមារទម្ងន់ < ៣៥ គ.ក្រ មិនទាន់មាននៅកម្ពុជាទេ ប៉ុន្តែអាចនឹងត្រូវបានធ្វើលទ្ធកម្មសម្រាប់ព្យាបាលកុមារកម្ពុជានៅពេលអនាគត។ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៅ NCHADS ឬជាមួយគ្រូបណ្តុះបណ្តាលគ្លីនិក អំពីកម្រិតដូសឱសថ TDF សម្រាប់កុមារតូចទម្ងន់ < ៣៥ គ.ក្រ ដែលត្រូវការឱសថនេះសម្រាប់ព្យាបាលការបង្ករោគអេដស៍ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រួមគ្នា។

រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារ អាយុ ≥ ១០ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៣៥ គ.ក្រ

- កុមារដែលមានអាយុ ចាប់ពី១០ឆ្នាំ និង **ទម្ងន់>៣៥ គ.ក្រ**, រូបមន្តព្យាបាលជាជម្រើសនោះ គឺ ឱសថរួមបញ្ចូលគ្នានៃ TDF + 3TC + EFV ។
- ការព្យាបាលនេះ គឺមានភាពស្របគ្នាជាមួយការព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យ ដោយប្រើប្រាស់ ឱសថបីមុខរួមបញ្ចូលគ្នាដែលមានឱសថ EFV ៦០០mg។ ចំណែកឯ រូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ EFV ៤០០mg កំពុងត្រូវតែរៀបចំឡើង។
- បើសិនបើ ឱសថរួមបញ្ចូលគ្នាបីមុខនេះ មិនសូវមានភាពទ្រាំទ្របានទេ, គេត្រូវធ្វើការកែសម្រួលកម្រិតដូសនៃឱសថនិមួយៗ។
- ត្រូវធ្វើតេស្ត Creatinine clearance មុនពេលការចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ឱសថ TDF និង ត្រូវតាមដានជាទៀងទាត់ (សូមមើលតារាងស្តីពី ការតាមដានការពុលឱសថ)។

តារាងទី១៤. អនុសាសន៍ស្តីពី រូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ *

អាយុ	**ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាល**	**ជម្រើសក្នុងការផ្លាស់ប្តូរឱសថ**	
អាយុ < ៣ឆ្នាំ និង ឬ ទម្ងន់ < ១០ kg	ABC + 3TC + LPV/r **បញ្ជាក់ដោយមានការលប់បំបាត់ការបំបែកខ្លួននៃវីរុសអេដស៍ ក្រោយរយៈពេល១ឆ្នាំៈ ត្រូវប្តូរទៅ** ABC/AZT + 3TC + NVP	ABC/ AZT + 3TC + NVP [4]	LPV/r ជាជម្រើស ការធ្លាប់ព្យាបាលដ LPV/r ជាសូលុយ គឺជាទម្រង់ថ្នាំដែល ទម្រង់ថ្នាំគ្រាប់អាច និងមានភាពងាយ និងអ្នកថែទាំ ។ ត្រូវរក្សាទុកឱសថ កន្លែងត្រជាក់នៅក្នុ ការលប់បំបាត់វីរុស បញ្ជាក់ដោយការធ្វើ លើកុមារអាយុ > ១ ត្រូវពិចារណាក្នុងក NVP វិញ ។ **ត្រូវ**

			ក្រោយពីការប្តូរទៅប្រើប្រាស់ឱសថ NVP ។ ប្រសិនបើ មិនអាចប្រើប្រាស់ LPV/r បាន, ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ NRTIs ២មុខ និង NVP,ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ម្តងទៀត នៅខែទី៦ ប្រើសិនបើ មានភស្តុតាងបញ្ជាក់ ថា បរាជ័យនៃការព្យាបាល ត្រូវប្តូរទៅប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលដែលមាន LPV/r ជាមូលដ្ឋានវិញ។ AZT អាចប្រើប្រាស់ជំនួស ABC ប្រសិនបើ មានប្រតិកម្ម hypersensitivity ។ បរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថ AZT អាចបណ្តាលមកពីការប្រឈមមុខនឹងការវិវត្តន៍នៃ TAMS, ដោយសារហេតុផលនេះហើយ បានជាគេជ្រើសយកឱសថ ABC គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ សម្រាប់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ។
អាយុ ≥ ៣ឆ្នាំ < ១០ឆ្នាំ និងទម្ងន់ ≥ ១០	ABC + 3TC + EFV	ABC/AZT + 3TC + NVP	EFV គឺជាជម្រើសល្អជាង NVP ដោយសារវាមានផលប៉ះពាល់តិចជាង និងលេបតែ១ដង/ថ្ងៃ ការលប់បំបាត់វីរុស (VL < ១០០០ copies/ml) បញ្ជាក់ដោយការធ្វើតេស្ត VL ២ដងបន្តបន្ទាប់គ្នា

kg			លើកុមារអាយុ > ៣ ឆ្នាំ ដែលកំពុងព្យាបាលដោយ LPV/r ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១, ត្រូវពិចារណាក្នុងការប្តូរពី LPV/r ទៅព្យាបាលដោយឱសថ EFV វិញ ។ **ត្រូវធ្វើតេស្ត** viral load **ម្តងទៀត នៅខែទី៣ ក្រោយពីការប្តូរទៅប្រើប្រាស់ឱសថ EFV ។** AZT អាចប្រើប្រាស់ជំនួស ABC ប្រសិនបើមានប្រតិកម្ម hypersensitivity ។ បរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថ AZT អាចបណ្តាលមកពីការប្រឈមមុខនឹងការវិវត្តន៍នៃ TAMS, ដោយសារហេតុផលនេះហើយ បានជាគេជ្រើសយកឱសថ ABC គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ សម្រាប់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ។
អាយុ ≥ *១០ឆ្នាំ និង ទម្ងន់ > ៣៥ kg*	TDF + 3TC + EFV	ABC/AZT + 3TC + NVP/EFV	អាយុចាប់ពី **១០ឆ្នាំ និងទម្ងន់** > **៣៥ kg,** ជាអនុសាសន៍ត្រូវប្រើប្រាស់ TDF ដែលជាគ្រាប់ថ្នាំរួមបញ្ចូលគ្នា (FDC) លេប ១ដង/ថ្ងៃ គឺរូបមន្តព្យាបាលដូចគ្នា ជាមួយមនុស្សពេញវ័យដែរ។

* សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី៤ ស្តីពី កម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

១១. ការពិចារណាក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើអ្នកជំងឺរបេង និងជំងឺរលាកថ្លើម រួមគ្នា

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺរបេង

ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែល ព្យាបាលជំងឺរបេង

- អនុសាសន៍ត្រូវបានផ្តល់ ឲ្យចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺរបេង។
- ត្រូវបញ្ជាក់ថា កុមារមានលំនឹងនៃការព្យាបាលជំងឺរបេងនៅវគ្គដំបូង ព្រមទាំងអាចទ្រាំទ្របានជាមួយឱសថ ដោយគ្មានប្រតិកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

ប្រអប់ទី៧: ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង

ត្រូវចាប់ផ្តើម ART ឲ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍ នៃការព្យាបាលជំងឺរបេងដែលអាចទ្រាំទ្របាន, ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ឬដំណាក់កាលគ្លីនិកនោះទេ។

ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាល ART លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង

(សូមមើលតារាងទី ១៥ ខាងក្រោម)

ឱសថ Rifampicin គឺជាឱសថស្នូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងជួរទី១។ Rifampicin រំញោចសកម្មភាពនៃ cytochrome P450 (3A4), ប្រព័ន្ធអង់ហ្ស៊ីមថ្លើម, ដែលធ្វើមេតាប៉ូលីសឱសថ lopinavir, Nevirapine, និងមានវិសាលភាពតិចតួចលើឱសថ efavirenz បណ្តាលឲ្យធ្លាក់ចុះ កម្រិតឱសថទាំងអស់នោះនៅក្នុងឈាម។ ឱសថ PIs និង NNRTIs អាចធ្វើឲ្យប្រែប្រួលសកម្មភាពប្រព័ន្ធអង់ហ្ស៊ីមដូចគ្នានេះ នាំឲ្យប្រែប្រួលកម្រិតឱសថ rifampicin ក្នុងឈាម។ អន្តរកម្មឱសថ អាចបង្កឲ្យមានការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ឬបង្កើនហានិភ័យនៃការពុលឱសថ។ ឱសថ Ritonavir រារាំងសកម្មភាពអង់ហ្ស៊ីម CYP 3A4 នេះ និង បង្កើនបន្ថែម "boost" កម្រិត ឱសថ lopinavir ក្នុងឈាម នៅពេលព្យាបាលជាមួយគ្នា។

អន្តរកម្មរវាង ឱសថ Rifampicin និងឱសថ ARV ជាក់លាក់ ត្រូវបានគូសបញ្ជាក់ ដូចខាងក្រោម៖
ឱសថ Lopinavir (LPV)-rifampin កាត់បន្ថយ LPV AUC ប្រហែល > ៥០ % និងមានកំហាប់ទាបបំផុត > ៩០% នៃមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ។

- មិនត្រូវប្រើប្រាស់កម្រិតដូសស្តង់ដានៃឱសថ LPV/r សម្រាប់ព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin ទេ ។
- ការបន្ថែមឱសថ ritonavir " super-boosting " ទៅដល់កម្រិតដូសស្តង់ដារនៃឱសថ LPV/r ជាលទ្ធផល នាំឲ្យកំហាប់ឱសថ lopinavir ស្ថិតនៅក្រោមកម្រិតគ្រប់គ្រាន់ នៃការព្យាបាលកុមារដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេង។
- ឱសថ Ritonavir មានរស់ជាតិពិបាកលេប ហើយត្រូវតាមដានឲ្យបានដឹតដល់ និងធានាការលេបថ្នាំនេះឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ។
- ចំពោះកុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ lopinavir/ritonavir សូលុយស្យុង, ត្រូវបន្ថែមឱសថ ritonavir ។ បរិមាណឱសថ ritonavir ដែលត្រូវបន្ថែម គឺមាន **០,៧៥ ដង** នៃ**ចំណុះ** lopinavir/ritonavir ដែលបានប្រើប្រាស់, ដើម្បីឲ្យសមាមាត្រនៃកម្រិត ដូសឱសថ lopinavir និង ritonavir ស្មើ ១:១។ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើកម្រិតឱសថ LPV/r មាន ២ ml, សូលុយស្យុងឱសថ ritonavir ត្រូវមានចំណុះ ១,៥ ml) ។ រីឯ កុមារដែលមានអាយុច្រើនដែលប្រើប្រាស់ឱសថ lopinavir/ritonavir ជាគ្រាប់សំប៉ែត ក៏ត្រូវផ្តល់ឱសថ ritonavir បន្ថែមទៀតដែរ ក្នុងកំឡុងពេលដែលកុមារព្យាបាលដោយឱសថRifampicin (សូមមើលតារាងទី១៣ និងឧបសម្ព័ន្ធទី២ ស្តីពីកម្រិតដូសឱសថ)។
- ឱសថ Ritanovir 100mg គ្រាប់សំប៉ែត អាចរកបាននៅកម្ពុជា, ប៉ុន្តែ គ្រាប់សំប៉ែត ត្រូវលេបថ្នាំទាំងមូល និងមិនត្រូវកិនកំទេច ឬ ទំពារថ្នាំទេ ។ ប្រសិនបើ គ្មានឱសថ ritonavir ទេ, កុមារដែលព្យាបាលដោយឱសថ LPV/r ត្រូវប្រើកម្រិតដូសទ្វេដង ក្នុងកំឡុងពេលនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង។ ព័ត៌មានគាំទ្រលើវិធីសាស្ត្រនេះ គឺនៅមានតិចតួចបំផុត។ ខណៈពេលដែលការសិក្សាក្នុងចំណោម អ្នកជំងឺពេញវ័យ បានបង្ហាញថាវិធីសាស្ត្រនេះមានប្រសិទ្ធភាព, កម្រិតឱសថលើកុមារដែលព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin ដោយប្រើប្រាស់ឱសថ LPV/r ក្នុងកម្រិតដូសទ្វេដង គឺមានកម្រិតទាបជាង។ ប្រសិនបើ មាន ritonavir ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ (super-boosting) ។
- ត្រូវតាមដានភាពទ្រាំទ្រជាមួយឱសថ និងរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកថ្លើមលើកុមារ ខណៈពេលដែលត្រូវ បង្កើនកម្រិតដូស ritonavir (ritonavir boosting)។
- ការបង្កើនកម្រិតដូសឱសថ ritonavir បន្ថែមទៀត " super-boosting " ត្រូវបន្តរហូតដល់ ២ សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin ។

ឱសថ Efavirenz (EFV) - Rifampicin កាត់បន្ថយ EFV AUC ប្រហែល ២២% ។
ការសិក្សាជាច្រើនបានបង្ហាញថា កម្រិតដូសអប្បបរមាស្ថិតនៅចន្លោះនៃកម្រិតដូសព្យាបាល លើអ្នកជំងឺ

ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin និង efavirenz ដោយសារហេតុផល ខាងក្រោម៖

- ឱសថ Efavirenz ស្ថិតក្នុងក្រុមឱសថ NNRTI ជាជម្រើសសម្រាប់ព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលប្រើប្រាស់ឱសថ Rifampicin ជាមូលដ្ឋាន នៃការព្យាបាលជំងឺរបេង។
- មិនចាំបាច់បង្កើនកម្រិតដូសប្រចាំថ្ងៃនៃឱសថ efavirenz ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេងដោយឱសថ Rifampicin ជាមូលដ្ឋាននោះទេ។ ប្រសិនបើ ប្រើប្រាស់កម្រិតដូស ទាបជាងកម្រិតស្តង់ដារនៃឱសថ EFV, ទាមទារការតាមដានឲ្យបានជិតដល់បន្ថែមទៀត (ឧ. ត្រូវធ្វើតេស្ត VL នៅខែទី៣ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍) ។

ឱសថ Nevirapine (NVP) - Rifampicin បន្ថយ NVP ស្ថិតក្រោមខ្សែកោង (AUC) ៣១%, ទោះបីជាការថយចុះ NVP នេះ មិនមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកច្បាស់លាស់ ។ ការសិក្សាលើកុមារតូច បានរកឃើញថាកម្រិតអប្បបរមានៃឱសថ NVP បានថយចុះ នៅក្រោមកម្រិតប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល (sub-therapeutic levels), បើទោះជា ការថយចុះនេះហាក់ដូចជាមានសភាពខ្លាំងក្លា ចំពោះកុមារដែលមានប្រភពដើមកំណើតពីអាហ្វ្រិក ជាជាងកុមារដែលមានដើមកំណើតពីតំបន់អាស៊ី។

- នៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន, ជាការចាំបាច់, ត្រូវប្រើប្រាស់ឱសថ efavirenz ជំនួសឱសថ NPV នៅពេលព្យាបាលជាមួយឱសថ Rifampicin ។
- ក្នុងករណីមាន contraindications ជាមួយឱសថ efavirenz (កុមារអាយុ < ៣ ឆ្នាំ, ទម្ងន់ < ១០ គ.ក្រ, ឬ ភាពមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយឱសថ efavirenz ពីមុន) ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ NVP ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ក្បែរកម្រិតដូសអតិបរមា គឺ ២០០ mg/m^2 លេប ២ដង/ថ្ងៃ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ។

  ការវាស់វែងផ្ទៃក្រឡាខ្លួន (body surface area = BSA)៖

  $$BSA = \text{ឬសការេនៃសមីការទាំងមូល} \quad \sqrt{\frac{\text{កម្ពស់ជា (cm) x ទម្ងន់ជា (kg)}}{\text{៣៦០០}}}$$

- នៅពេលដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ NPV លើកុមារដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ rifampin, ត្រូវតែចាប់ផ្តើមដោយប្រើប្រាស់កម្រិតដូស រក្សាលេប ២ដង/ថ្ងៃ លេបរាល់ថ្ងៃ ដោយគ្មាន ការប្រើប្រាស់កម្រិត ដូសនាំមុខលេប១ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ១៤ ថ្ងៃនោះទេ។
- កុមារដែលនៅបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ Rifampicin និង NVP, មានភាពពុលឱសថជាន់គ្នា និងមានអន្តរកម្មឱសថ ដែលតម្រូវឲ្យធ្វើការវាយតម្លៃបញ្ជាក់ពីរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកថ្លើម ជារៀងរាល់ខែ។ អ្នកជំងឺទាំងអស់ ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃ ឲ្យបានឆាប់ ប្រសិនបើមានភស្តុតាង ពីការរងរបួសថ្លើមណាមួយ បានកើតឡើង។

ឱសថក្រុម NRTIs- គ្មានអន្តរកម្មគ្លីនិកជាចំបង រវាងឱសថ Rifampicin និងឱសថក្រុម NNRTI នោះទេ។

ជំងឺរបេង អាចត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមុន ឬ ក្រោយពីកុមារចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍, ឬនៅពេលដែលកុមារនេះ ត្រូវបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២។ តារាងទី១៦ រៀបរាប់អំពីការផ្តល់អនុសាសន៍ នៃកម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង នៅក្នុងសេណារីយ៉ូផ្សេងគ្នា។ មិនមានការចាំបាច់ដែលតម្រូវ ឲ្យមានការកែប្រែការព្យាបាលជំងឺរបេងទេ។

តារាងទី ១៥. អនុសាសន៍អំពី រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរបេង

អាយុ	ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង	កើតជំងឺរបេង ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	ការព្យាបាលជំងឺរបេង នៅពេលដែលការចាប់ផ្តើមបរាជ័យជាមួយរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជំបូង	អត្ថាធិប្បាយ
< ៣ ឆ្នាំ ឬ < ទម្ងន់ ១០ kg	ABC/AZT + 3TC + LPV/R (ត្រូវបន្ថែម ritonavir ក្នុងកម្រិតដូស 0.75 x មាឌកម្រិតឱសថ LPV/r ដែលបានប្រើប្រាស់) ឬ ABC/AZT + 3TC + NVP (កម្រិតដូស 200 mg/m^2)	ធ្លាប់បានព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r រួចហើយ ត្រូវប្រើឱសថ ritonavir ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ (super-boost) ឬ ប្រសិនបើកុមារ ព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NVP ជាមូលដ្ឋាន ត្រូវបង្កើនកម្រិតដូស NVP ដល់ 200 mg/m^2	ABC/AZT + 3TC + LPV/R (ត្រូវបន្ថែម ritonavir ក្នុងកម្រិតដូស 0.75 x មាឌនៃកម្រិតឱសថ LPV/r ដែលបានប្រើប្រាស់) ឬ ការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ ដែលបានកំណត់ដោយ គណៈកម្មការនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី ៣ និង ពិភាក្សា អំពីជម្រើសផ្សេងៗនៃការព្យាបាលជំងឺរបេងជាមួយ CENAT	ព្យាបាលដោយឱសថ LPV/r ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ (super boosted) រយៈពេល ២សប្តាហ៍ ក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលជំងឺរបេង។ កុមារដែលព្យាបាលដោយឱសថ NVP ត្រូវចាប់ផ្តើមលេប NVP ២ដង/ថ្ងៃ ក្នុងដំណាក់កាលកម្រិតដូសរក្សា (maintenance dosing) ក្រោយពី CYP 3A4 បានរំញោចដោយឱសថ rifampicin ត្រូវតាមដានការព្យាបាលឲ្យបានដឹតដល់ ការពុលទាក់ទងនឹងឱសថ NVP។

≥ ៣ ឆ្នាំ និង < ១០ ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ១០ kg	ABC/AZT + 3TC + EFV	ប្រសិនបើកុមារ ព្យាបាលដោយរូបមន្ត ព្យាបាលដែលមានឱសថ EFV ជាមូលដ្ឋានបន្តការព្យាបាលដោយ ឱសថ EFV ក្នុងកម្រិតដូសដដែល។ ប្រសិនបើ កុមារព្យាបាលដោយ រូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NVP ជាមូលដ្ឋាន ត្រូវប្តូរឱសថ NVP ទៅព្យាបាលដោយឱសថ EFV វិញ។	AZT/ABC + 3TC + LPV/R	ព្យាបាលដោយឱសថ LPV/r ក្នុង កម្រិតដូសខ្ពស់ (super boosted) រយៈពេល ២សប្តាហ៍ ក្រោយពីបញ្ឈប់ ការព្យាបាលជំងឺរបេង។
≥ ១០ ឆ្នាំ – ១៩ ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៣៥ kg	TDF + 3TC + EFV	បន្តការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ EFV ជាមូលដ្ឋាន	ABC/AZT + 3TC + LPV/R	ប្រសិនបើឱសថ LPV/r ត្រូវបាន ប្រើប្រាស់ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ super boosted LPV/R រយៈពេល ២សប្តាហ៍ ក្រោយពីបញ្ឈប់ការ ព្យាបាលជំងឺរបេង ។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែលមានការបង្ករោគ រលាកថ្លើមប្រភេទ B/អេដស៍ រួមគ្នា

(តារាងទី១៦)

កុមារដែលកើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ជាទូទៅ គ្មានរោគសញ្ញា និងមានផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ ទៅលើការវិវត្តន៍ជាធម្មជាតិនៃវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B មិនត្រូវបានគេដឹងច្បាស់ទេ។ កុមារដែលមានការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B/អេដស៍ រួមគ្នា អាចនឹងមានផលប៉ះពាល់ដល់ថ្លើមដែលទាក់ទងនឹង flares បណ្តាលមកពីសកម្មភាពនៃវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ បង្កឲ្យមានការពុលថ្លើម ប្រើសិនបើទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARVs ។

- គ្រប់អ្នកជំងឺដែលបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទB/មេរោគអេដស៍រួមគ្នា រួមទាំងមនុស្ស ពេញវ័យ ក្មេងជំទង់ និងកុមារ ដែលមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា មានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- ការផ្តល់អនុសាសន៍ឲ្យធ្វើតេស្ត surface antigen (HBsAg) រកវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងតេស្តអង់ទីកររកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ពីជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ទាមទារឲ្យធ្វើតេស្ត HBsAg ពីរដង ឃ្លាតគ្នា > ៦ ខែម្តង។ ទោះជាយ៉ាងណា កុមារដែលត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលសមស្របនៃ ការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B/អេដស៍ រួមគ្នា ប្រសិនបើ ការធ្វើតេស្ត HBsAg ដំបូងមានលទ្ធផលវិជ្ជមាន។

<u>ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែលមានជំងឺ រលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ</u>

- កុមារទាំងអស់ដែលមានអាយុ > ៣ ឆ្នាំ ដោយមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា មានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលមានឱសថ TDF និង 3TC នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដែលមានសកម្មភាព ប្រឆាំងនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ផងដែរ។ ករណីទាំងនេះ ត្រូវពិភាក្សាអំពី ការកំណត់កម្រិតដូសឱសថ ជាមួយគ្រូពេទ្យបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកគ្លីនិក ឬ លើកករណីនេះមកពិភាក្សា ក្នុងកិច្ចប្រជុំក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកុមារ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថ TDF តែមួយកម្រិតដូស ដែលតម្រូវឲ្យកាច់បំបែកគ្រាប់ថ្នាំឲ្យបានសមស្រប។
- ឱសថ EFV គឺជាឱសថ ជម្រើសក្នុងក្រុម NNRTI
- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ/អេដស៍ រួមគ្នា និង ការព្យាបាលដោយ **ឱសថពីរមុខ ដែលសកម្មភាពប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B** គឺជាជម្រើសមួយដ៏ល្អ

- កុមារដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ដែលមានវ័យក្មេងពេក ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថ TDF, ការផ្តល់អនុសាសន៍ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ គឺដូចគ្នាសម្រាប់កុមារដែលគ្មានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ដែរ។

តារាងទី១៦. អនុសាសន៍អំពីរូបមន្តឱសថដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺអេដស៍លើកុមារដែលព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ

អាយុ	ជម្រើសរូបមន្តឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល	ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលផ្សេងទៀត
< ៣ឆ្នាំ ឬ ទម្ងន់ < ១០ kg	ABC + 3TC + LPV/r	AZT/ABC + 3TC + NVP[1]
≥ ៣ឆ្នាំ និងទម្ងន់ ≥ ១០ kg	TDF + 3TC + EFV[2]	AZT/ABC + 3TC + NVP[1]

[1] តាមដានតេស្ត LFTs រៀងរាល់ខែ រយៈពេល២ខែ, បន្ទាប់មករាល់ ៦ខែម្តង ។

[2] EFV គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ ជាពិសេស ប្រសិនបើ តេស្ត ALT នៅពេលដើមគ្រា កើនឡើង ≥ ២ដង ។

- កុមារដែលមានការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទB/អេដស៍ រួមគ្នា អាចធ្លាប់មានការកើនឡើងនៃអង់ស៊ីមថ្លើម ≤ ១០ ដងនៃតម្លៃធម្មតា ក្នុងអំឡុងពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល ដែលអាចជាសញ្ញាប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលប្រឆាំងនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។ ជាទូទៅ ត្រូវបន្តការប្រើប្រាស់ឱសថ ដោយមានការតាមដានយ៉ាងដិតដល់ ក្នុងដំណាក់កាលនេះ លុះត្រាតែមានលេចចេញរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកថ្លើម។
- ត្រូវធ្វើតេស្ត ALT ជារៀងរាល់ខែ រយៈពេល ៣ ខែ បន្ទាប់មករៀងរាល់ ៦ខែម្តង (សូមមើលតារាងទី ១០) ។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារដែលមានការបង្ករោគ រលាកថ្លើមប្រភេទ C/អេដស៍ រួមគ្នា

ការវិវត្តន៍ជាធម្មជាតិនៃការបង្ករោគដោយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C (HCV) លើកុមារ មិនត្រូវបានគេដឹងច្បាស់ទេ។ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C អាចនាំឲ្យមានជំងឺក្រិនថ្លើម; ទោះជាយ៉ាងណា ដំណើរការនៃការខូចខាតថ្លើម គឺមានការកើនឡើងបន្តិចម្តងៗ។ ការសិក្សាលើមនុស្សពេញវ័យបានបង្ហាញថា អ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C/អេដស៍ រួមគ្នា មានការវិវត្តន៍លឿនជាង៣ដង ទៅជំងឺក្រិនថ្លើម ធៀបជាមួយអ្នកជំងឺដែលកើតតែជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C។

- ឱសថ ARVs ដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់ព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គ្មានសកម្មភាពប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ទេ។

- ឱសថជាច្រើនសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C មានការពុល ហើយមិនមានឱសថទាំងនេះ ជាប្រចាំនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។
- ឱសថថ្មីដូចជា sofosbuvir គេមិនទាន់បានអនុម័តសម្រាប់ព្យាបាលកុមារ នៅឡើយទេ។
- **ដូច្នេះ ការព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ សម្រាប់ព្យាបាលកុមារដែលមានការបង្កជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C /អេដស៍ រួមគ្នា នោះទេ។**
- កុមារដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C/អេដស៍ រួមគ្នា ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវតាមដានការពុលឱសថ ដោយធ្វើតេស្តអង់ស៊ីមថ្លើម រៀងរាល់ ខែ រយៈពេល២ខែដំបូង បន្ទាប់មករៀងរាល់ ៦ ខែម្តង។

១២. ការពុលឱសថ

អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវយល់ដឹងអំពីផលប៉ះពាល់ នៃឱសថដែលចេញវេជ្ជបញ្ជា សម្រាប់អ្នកជំងឺ ហើយត្រូវពន្យល់អ្នកជំងឺ ឬ អ្នកថែទាំ អំពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថទាំងនេះ។ ការពន្យល់នេះ អាចជួយឲ្យអ្នកជំងឺលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ចៀសវាងការខកខានលេបថ្នាំ ហើយនឹងផ្តល់សិទ្ធិដល់កុមារ/អ្នកថែទាំ ឲ្យដឹងពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ ដើម្បីស្វែងរកការព្យាបាលឲ្យបានទាន់ពេល។

កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តែងតែប្រើប្រាស់ថ្នាំច្រើនមុខខុសគ្នាៗ ដែលពេលខ្លះមានការពុលត្រួតស៊ីគ្នា។ ការពុលឱសថដែលកើតឡើងលើកុមារ គឺមានសភាពស្រដៀងគ្នាទៅនឹងការពុលឱសថ ដែលកើតឡើង លើមនុស្សពេញវ័យដែរ ទោះបីជា វាកើតឡើងមិនសូវជាញឹកញាប់ ។

តារាងទី១៧ ជាជំនួយណែនាំក្នុងការសម្រេចចិត្ត ថាតើអ្នកជំងឺដែលជួបប្រទះនឹងការពុលឱសថ ហើយត្រូវប្តូរចេញតែឱសថមួយមុខ ឬ ត្រូវបញ្ឈប់ឱសថទាំងអស់ ។

ភាពធ្ងន់ធ្ងរការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ នៃការពុលឱសថផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងមន្ទីរពិសោធន៍ជ្រើសរើសមួយចំនួន - សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី៤ ។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់ នៃឱសថ

ផលប៉ះពាល់នៃឱសថទាំងអស់ ត្រូវបានធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ពីចំណាត់ថ្នាក់ទី១ ដល់ចំណាត់ថ្នាក់ទី៤ អាស្រ័យលើភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃភាពពុល ព្រមទាំងអាយុរបស់កុមារ។

ការឆ្លើយតបទៅនឹងផលប៉ះពាល់នៃឱសថ រួមមាន៖

- **ចំណាត់ថ្នាក់ទី១ (Grades 1) និងចំណាត់ទី ២**: បន្តការព្យាបាល ហើយត្រូវធ្វើតេស្តនេះម្តងទៀត ។

ធ្វើការវាយតម្លៃអ្នកជំងឺឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍ ។

- **ចំណាត់ថ្នាក់ទី៣**: តម្រូវឲ្យធ្វើតេស្តនេះម្តងទៀត ក្នុងរយៈពេល១សប្តាហ៍ ហើយប្រសិនបើ វានៅតែស្ថិតនៅក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ទី៣, ត្រូវបញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់ និងអ្នកជំងឺត្រូវទទួលការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស។
- **ចំណាត់ថ្នាក់ទី៤**: ត្រូវបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំទាំងអស់ភ្លាមៗ និងត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកជំងឺត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញ ក្រោយពីអ្នកជំងឺមានសុខភាពល្អប្រសើរ ដោយប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលផ្សេង (សូមពិភាក្សា ជាមួយគ្រូបណ្តុះបណ្តាលគ្លីនិក ឬ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសផ្នែកថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកុមារ)។

ប្រសិនបើ តម្រូវឲ្យបញ្ឈប់ ART ទាំងស្រុង គឺត្រូវបញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់ ជាជាងបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ ARV មួយមុខ ឬ ពីរមុខ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលដែលអ្នកជំងឺឈប់ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងក្រុម NNRTI ត្រូវព្យាបាលបន្តការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងក្រុម NRTI រយៈពេល ១ សប្តាហ៍ទៀត ក្រោយពីបញ្ឈប់ឱសថក្នុងក្រុម NNRTI ដោយគិត ពីរយៈពេលដែលឱសថក្រុម NNRTI នៅក្នុងឈាមយូរ (longer half-life) ជាង។

ត្រូវពិនិត្យមើលថា តេស្ត viral load រកមេរោគអេដស៍មិនឃើញ (suppressed) មុនពេលការផ្លាស់ប្តូរទៅលេបតែថ្នាំមួយមុខ(single drug)។ ករណីនេះ មិនត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ទេ ប្រសិនបើមានការពុលថ្នាំកើតឡើងនៅក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានខែដំបូង បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើម ART ហើយអាចធ្វើបានតែក្នុងករណីពុលថ្នាំកម្រិតស្រាល និងអាចទទួលបានលទ្ធផលតេស្ត viral load ក្នុងកំឡុងមួយខែ។ ប្រសិនបើ viral load > ១០០០ ត្រូវអនុវត្តតាមអនុសាសន៍ សម្រាប់ភាពបរាជ័យ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ផលប៉ះពាល់មួយចំនួន អាចកើតឡើងនៅក្នុងសប្តាហ៍ និងខែដំបូងនៃការព្យាបាល (ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ស្លេកស្លាំង ឬ neutropenia ជំងឺរលាកថ្លើមស្រួចស្រាវ) និងទាមទារការតាមដានឲ្យបាន ដិតដល់ដែលអាចតម្រូវឲ្យមានការផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាល (សូមមើលតារាងទី ៣ និងទី៤)។ ការពុលផ្សេងទៀត អាចកើតឡើង បន្ទាប់ពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាច្រើនខែ ឬច្រើនឆ្នាំ។ រោគសញ្ញា រួមមាន lipodystrophy, ជំងឺ peripheral neuropathy, hyperlactatemia និង ការពុល mitochondrial ។ ការពុលនេះ អាចមានការគំរាមគំហែងដល់ជីវិត (acidosis lactic), disabling (ជំងឺសរសៃប្រសាទ) ឬ ផលប៉ះពាល់ដល់ការលេបថ្នាំ ARVs ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ (lipoatrophy លើក្មេងជំទង់)។

ត្រូវតាមដានការពុលថ្នាំ ផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិក ដែលបានប្រាប់ដោយកុមារ និង/ ឬ អ្នកថែទាំ រួមជាមួយ

ការពិនិត្យរាងកាយ ធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ និងរូបមន្តឱសថ ARV រួមបញ្ចូលគ្នាជាក់លាក់ដែលបានផ្តល់ឲ្យអ្នកជំងឺ។

តារាងទី១៧. ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ឬ ទី ២

រូបមន្តព្យាបាលជួរ ទី១	ការពុលធ្ងន់ធ្ងរ ដែលកើតមានជាញឹកញាប់	អត្ថាធិប្បាយ	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល
Abacavir ABC	ប្រតិកម្ម Hypersensitivity	កត្តាប្រឈមនៃ HLA-B* 5701 គ្រុនក្តៅ ស្នាមកន្ទួល លើស្បែក (ជាញឹកញាប់ maculopapullar កម្រិត ស្រាល) ចង្អោរ ក្អួត រាករូស អស់កម្លាំង flank ឬ ឈឺចាប់ ក្នុងពោះ ចង្កោមរោគសញ្ញា ផ្លូវដង្ហើម ឈឺសាច់ដុំ និង ឈឺសន្លាក់ (៦ សប្តាហ៍ដំបូងនៃការចាប់ផ្តើម ART) (សូមមើលប្រអប់ទី៧)។	បញ្ឈប់ ABC និងប្តូរទៅ AZT ឬ TDF (ប្រសិនបើកុមារអាយុ > ១០ ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៣៥ kg) ហាមព្យាបាលដោយឱសថ ABC សារជាថ្មី ពីព្រោះវានាំឲ្យ មានប្រតិកម្ម hypersensitivity ធ្ងន់ធ្ងរ ដែលអាចបណ្តាលឲ្យស្លាប់ ។
Atazanavir ATV/r	Indirect hyperbilirubinemia	ជំងឺរលាកថ្លើម ជាទូទៅចាប់ផ្តើមដោយ benign indirect hyperbilirubinemia	Indirect hyperbilirubinemia មកពីការប្រើប្រាស់ ATV/r ជាករណីកំរដែលតម្រូវឲ្យប្តូរការព្យាបាល។ ប្រសិនបើ អង់ស៊ីមថ្លើម ធម្មតា និង គ្មានរោគសញ្ញា អាចបន្តការព្យាបាលដោយ ATV/r ។ ពិនិត្យមើលឱសថទាំងអស់ ដែលយកមកព្យាបាល ។ ធានាការបំពេញជាតិទឹក គ្រប់គ្រាន់ ពេលប្តូរទៅប្រើ ឱសថ LPV/r ប្រសិនជាចាំបាច់ ។
	Electrocardiographic មិនប្រក្រតី (PR និង QT interval prolongations)	Pre-existing conduction system disorder ឬ concurrent use of other drugs known to cause conduction disturbance។	
	គ្រួសតម្រងនោម(Nephrolithiasis)	ជាទូទៅ ទាក់ទងនឹងការផឹក ទឹកមិនគ្រប់គ្រាន់	

Zidovudine **AZT**	ជំងឺស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ[1] ឬ neutropenia	ប្រសិនបើ Hb ធ្លាក់ចុះ ប្រហែល ២៥% ឬ លើសពីនេះ ធៀបនឹង តេស្តពេលដើមគ្រា ចៀសវាងប្រើ AZT ប្រើសិនបើ Hb នៅពេលដើមគ្រា < 7.5 g/dl If neutrophil count <500/mm^3	បញ្ឈប់ AZT, ប្តូរទៅ ABC ឬ TDF (ប្រសិនបើកុមារអាយុ > ១០ ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៣៥ kg) ចង្អោរកម្រិតស្រាលអាចគ្រប់ គ្រងបាន ដោយឲ្យហូបអាហារ បន្តិចម្តងៗជាញឹកញាប់ និង លេបថ្នាំកុំឲ្យក្អួត (antiemetics)។
	ឈឺចាប់សាច់ដុំ, ជំងឺសាច់ដុំបេះដូង (myopathy)	Creatine kinase (CK) > 10; ចុះខ្សោយ	
	gastrointestinal Intolerance ធ្ងន់ធ្ងរ	ចង្អោរ និង ក្អួត ជាប្រចាំ ដែលរំខានដល់ការលេបថ្នាំ និងស្រូបថ្នាំ ARV។ តាម ដានការចង្អោរដែលតែងតែកើតមាន ឡើង និងជា ទូទៅ បានល្អប្រសើរឡើង ក្នុង កំឡុងខែទី១ នៃ ART ។	
	Lactic acidosis	អស់កម្លាំងជាទូទៅ និងចុះ ខ្សោយរោគ សញ្ញាប្រដាប់ រំលាយអាហារ (ចង្អោរ ក្អួត រាករូស ឈឺចាប់ ក្នុងពោះ ថ្លើមរីកធំ មិនឃ្លាន អាហារ កើនទម្ងន់ យឺត និង/ឬ ស្រក ទម្ងន់ដែលគ្មានមូលហេតុ) +/- រលាកថ្លើម ឬ រលាកលំពែង សង្វាក់ ដង្ហើមញាប់ និងពិបាក ដកដង្ហើម រោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ Increased anion gap Lactic acidosis ។	បញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់ រហូតដល់លែងមានរោគសញ្ញា ប្តូរទៅ ABC ឬ TDF (ប្រសិនបើកុមារ អាយុ >១០ឆ្នាំ និង ទម្ងន់ > ៣៥ kg)។

Nevirapine NVP	ការពុលថ្លើម	អាចទាក់ទងជាមួយ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C កម្រិតស្រាល -មធ្យម: ALT 1.25 - < 10 ដងនៃតម្លៃធម្មតា ការពុលថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ ALT> 10 ដងនៃតម្លៃធម្មតា	កម្រិតស្រាល -មធ្យម: ត្រូវស្រាវជ្រាវរកមូលហេតុផ្សេង ឧ. វីរុសរលាកថ្លើម ។បន្តការព្យាបាល តាមដានមុខងារថ្លើមរាល់ថ្ងៃ ប្រសិនបើស្ថានភាពអ្នកជំងឺមិនបានប្រសើរទេ ត្រូវប្តូរទៅ LPV/r ឬ ការគ្រប់គ្រង ព្យាបាលដូចករណីពុល ថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ។ ករណីធ្ងន់ធ្ងរ: បញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញ នៅពេលដែល ALT ២ ដងនៃតម្លៃធម្មតា, ជំនួស NVP ដោយ LPV/r ។
	ស្នាមកន្ទួលស្ងួតលើស្បែក (កម្រិតស្រាល - មធ្យម – សូមមើល ឧបសម្ព័ន្ធ G ក្នុងការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់)	ស្នាមកន្ទួលស្ងួតលើស្បែក: macules, papules, របកស្រកាស្បែកស្ងួត	បន្ត NVP ក្នុងកម្រិត ដូសដូចគ្នា (បន្តឲ្យលេប ១ដង/ថ្ងៃ ក្នុងដំណាក់ កាលកម្រិតដូសនាំមុខ)។ ប្រើ anti-histamine ។ ប្តូរទៅ EFV ប្រសិនបើ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក មានរយៈពេលលើសពី១ សប្តាហ៍
	ស្នាមកន្ទួលសើមលើស្បែក ឬ Erythema multiforme (ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ – សូមមើល ឧបសម្ព័ន្ធ G ក្នុងការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់)	ស្នាមកន្ទួលសើមលើស្បែក: vesicles, ជំពៅ, limited moist desquamation, limited mucous membranes involvement ។	បញ្ឈប់ NVP និងបន្ត NRTI រយៈពេល ១សប្តាហ៍, ចាប់ផ្តើមប្រើ EFV នៅពេលដែលរោគសញ្ញាបានធូរស្បើយ។

	ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត (Stevens-Johnson syndrome or Lyell)	Extended moist desquamation, ជាមួយ mucous membranes ដែលមានរោគសញ្ញាជាប្រព័ន្ធ ឧ. គ្រុនក្ដៅ ។	បញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់, ចាប់ផ្ដើមប្រើ LPV/r ឡើងវិញនៅពេលដែលរោគសញ្ញាបានធូរស្បើយ។ (ចៀសវាងប្រើ EFV)
	ប្រតិកម្មHypersensitivity	រោគសញ្ញាជាប្រព័ន្ធ គ្រុនក្ដៅ ឈឺសាច់ដុំ ឈឺសន្លាក់ ជំងឺរលាកថ្លើម និង eosinophilia មានឬគ្មានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ។	
Efavirenz EFV	ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាលធ្ងន់ធ្ងរ និងជាប់ជានិច្ច ការពុល ជំងឺប្រកាច់ (Seizures)	hallucinations ជាប់ជានិច្ច ឬ psychosis ធ្លាប់មាន neuropsychiatric disorder ឬជំងឺឆ្កួតជ្រូក (epilepsy)	ប្ដូរទៅ NVP ឬ LPV/r
	ការឡើងដោះ (ជាលិកាដោះរីកធំលើក្មេងប្រុសធំទង់)		
	ការពុលថ្លើម	អាចនឹងមានពាក់ព័ន្ធជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬC ដែលមិនបានដឹង ALT> ១០ ដងនៃតម្លៃធម្មតា។	បញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់, ចាប់ផ្ដើមប្រើ LPV/r ឡើងវិញនៅពេលដែលរោគសញ្ញាបានធូរស្បើយ។
	ស្នាមកន្ទួលស្ងួតលើស្បែក	សូមអានការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្ដាលមកពី NVP	
	ស្នាមកន្ទួលសើមលើស្បែក ឬ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត (Stevens-Johnson syndrome or Lyell)	សូមអានការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្ដាល មកពី NVP	

Tenofovir TDF	វិបត្តិមុខងារតម្រងនោម (Fanconi Syndrome)	ជំងឺតម្រងនោម។ ពិនិត្យ creatinine clearance មុននឹង ចាប់ផ្តើមប្រើ TDF បម្រែបម្រួលសមីកា Cockroft-Gault: Creatinine clearance = (140 - អាយុ) x ideal ទម្ងន់ / សេរ៉ូម creatinine (x 0.85 សម្រាប់ស្ត្រី)	ប្តូរ TDF ទៅ ABC ឬ AZT
	ថយចុះកំហាប់សារធាតុរ៉ែនៅក្នុងឆ្អឹង	ជាទូទៅករណីនេះ អាច រកឃើញ ដោយ DEXA scan និងអាចមិនទាន់មាននៅប្រទេសកម្ពុជា។ ដូច្នេះ គេអាច ធ្វើបាន(ឧ. កុមារ ដែលមាន ការបង្ករោគរួមគ្នា ជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដែលមានអាយុ <១០ឆ្នាំ និងទម្ងន់ < ៣៥ kg ។	ប្តូរទៅ AZT ឬ ABC
	ធ្លល់ពោះ ហើមពោះ (flatulence), ចង្អោរ, រាគរូស, មិនស្រួលពោះ	TDF មានសារធាតុ lactose និង អ្នកជំងឺដែលមិន អាចទ្រាំទ្របាន ជាមួយ (lactose intolerant) អាចនឹងកើតមានរោគសញ្ញាទាំងនេះ។	
Lopinavir/ritonavir LPV/r	Electrocardiographic មិនធម្មតា (PR and QT interval prolongations)	ធ្លាប់មាន conduction system disorder	ប្រសិនបើ LPV/r ស្ថិតក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ លើកុមារ NVP ឬ EFV អាចនឹងត្រូវបានជំនួស ATV/r អាចនឹងត្រូវ បាន ជំនួស លើ កុមារអាយុ > ៦ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៤០ kg
	ការពុលថ្លើម	កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ករណីដែលមានជំងឺរលាកថ្លើម ឧ. ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C	
	Dyslipidaemia ឬ lipo-hypertrophy		
	ចង្អោរ ក្អួត រាគរូស,		

Ritonavir (RTV)	ចង្អោរ ក្អួត រាករូស, peri-oral numbness, ឈឺក្បាល, ឈឺចាប់ក្នុងពោះ និងមិនឃ្លានអាហារ ។		

[1]Excludeមិនគិតពីដំបន់ដែលមានការរាលដាលជំងឺគ្រុនចាញ់។

[3] ប្រសិនបើ រោគសញ្ញាជាប្រព័ន្ធ និង/ឬ ALT> ៥ N, បញ្ឈប់ ART និងចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ឱសថ LPV/r ឡើងវិញ។

ប្រអប់ទី៧. ប្រតិកម្ម Abacavir hypersensitivity (ABC HSR)

រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃប្រតិកម្ម ABC HSR

គឺប៉ះពាល់ដល់សរីរាង្គរាងជាច្រើន ហើយលេចចេញយ៉ាងហោចណាស់ជាក្រុមរោគសញ្ញា ឬចង្កោមរោគសញ្ញាខាងក្រោម៖

- គ្រុនក្តៅ គឺជារោគសញ្ញាដែលកើតឡើងជាទូទៅក្នុង ៨០ % នៃករណី។ គ្រុនញាក់ កើតមានជាមួយគ្រុនក្តៅ។
- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ត្រូវបានជួបប្រទះ ៧០% នៃករណី និង រមាស់ (pruritus) អាចកើតឡើង។ ផ្ទុយទៅនឹង ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីឱសថ NVP ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកនេះជាញឹកញាប់មានកម្រិតស្រាល និង លេចចេញដោយមិនអាចកត់សម្គាល់បានពីអ្នកជំងឺ។ នៅពេលដែល ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកកើតឡើង ក្នុងករណី ដែលគ្មានប្រតិកម្ម HSR ផ្សេងទៀត ត្រូវឈប់ប្រើ ABC ។
- រោគសញ្ញាប្រដាប់រំលាយអាហារ (Gastrointestinal symptoms) ដូចជា ចង្អោរ ក្អួត រាករូស និងឈឺពោះ គឺជា លក្ខណៈពិសេសនៃប្រតិកម្ម HSR ប៉ុន្តែរោគសញ្ញាទាំងនេះ ក៏អាចកើតមានដែរ ក្នុងពេលគ្មានប្រតិកម្ម HSR ពិសេសនៅពេលដែលមានការព្យាបាលដោយឱសថ ABC និង AZT រួមគ្នា។ ដូច្នេះជាមួយនឹងការមានស្នាម កន្ទួលលើស្បែក អ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាក្រពះនិងពោះវៀន តែឯកឯងមិនត្រូវបញ្ឈប់ឱសថ ABC ទេ ប៉ុន្តែ ត្រូវតាមដានឲ្យបានជិតដល់ លើការវិវត្តន៍នៃសញ្ញា ឬចង្កោមរោគសញ្ញាផ្សេងបន្ថែមផ្សេង ។
- រោគសញ្ញាជាទូទៅ រួមមាន ការអស់កម្លាំង ឈឺចាប់សាច់ដុំ (myalgias) និង មានភាពល្ហិតល្ហៃជាទូទៅ។
- រោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើមកើតឡើង ១៨% នៃករណី រួមមាន ហត់ ក្អក និង រលាកបំពង់ក (pharyngitis)។ រោគសញ្ញា ទាំងនេះអាចនឹងមានការលំបាកក្នុងការបែងចែកពី ជំងឺផ្តាសាយ (influenza) និងការបង្ករោគបណ្តាលមកពីវីរុស តាមផ្លូវដង្ហើមផ្សេងទៀត។ រោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម រួមជាមួយគ្នា រោគសញ្ញាក្នុងពោះ (abdominal symptoms) នាំឲ្យគិតដល់ ប្រតិកម្ម HSR ជាជាងជំងឺផ្តាសាយ ឬជំងឺតាមផ្លូវដង្ហើម ផ្សេងទៀត។ ការលេចចេញចង្កោមរោគ សញ្ញា គឺមានសារៈសំខាន់ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃប្រិតិកម្ម ABC HSR នេះ។ ការថតពោះដោយកាំរស្មីអ៊ិច មាន រូបភាពមិនប្រក្រតី ជាមួយនឹងវត្តមាន interstitial findings ។
- ជាមួយនឹងប្រតិកម្ម ABC HSR រោគសញ្ញាមានការវិវត្តន៍ទៅភាពធ្ងន់ធ្ងរតែក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងបន្ទាប់ពីលេប ថ្នាំ និងរោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើង នៅពេលលេបថ្នាំជាបន្តបន្ទាប់។
- ប្រសិនបើ ABC មិនត្រូវបានបញ្ឈប់ ឬត្រូវបានចាប់ផ្តើមឡើងវិញ បន្ទាប់ពីការឈប់ជាបណ្តោះអាសន្នប្រតិកម្ម HSR នេះនឹងបណ្តាលឲ្យថយចុះសម្ពាធឈាម (hypotension) វិបត្តិមុខងារតម្រងនោម និងការស្ទះទងសួត (bronchospasm) នឹងអាចបណ្តាលឲ្យស្លាប់។ ការព្យាបាលដោយឱសថ ABC ឡើងវិញ អាចនាំឱ្យមានប្រតិកម្ម ថ្នាំ (anaphylaxis) និង ត្រូវចៀសវាង សូម្បីតែនៅក្នុងករណីដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យមិនច្បាស់លាស់ ក៏ដោយ។
- លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ មានលទ្ធផលមិនប្រក្រតី រួមមាន leukopenia anaemia និង thrombocytopenia ព្រមទាំងការកើនឡើង transaminases, urea, creatinine និង LDH ។ Eosinophilia គឺជា ធម្មតាអវត្តមាន។

ការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលប្រតិកម្ម ABC Hypersensitivity

1. នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ ABC ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាអ្នកជំងឺយ៉ាងលម្អិត អំពីសញ្ញានៃប្រតិកម្ម HSR និងត្រូវ ណែនាំឲ្យគាត់ ទាក់ទងមកអ្នកផ្តល់សេវានៅពេលមានលេចចេញសញ្ញាទាំងនោះ។ មុនពេលចាប់ផ្តើម ART ត្រូវប្រាកដថា កុមារមិនមានជំងឺណាមួយដែលមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នាទៅនឹងប្រតិកម្ម ABC HSR និង ជំងឺនេះ បានធូរស្រាលឡើងវិញ មុនពេលចាប់ផ្តើម ART ។
   - លើកទឹកចិត្តអ្នកថែទាំ ឲ្យទាក់ទងមកបុគ្គលិកគ្លីនិក ប្រសិនបើគាត់មានការព្រួយបារម្ភ និងមិនហ៊ានបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំដោយខ្លួនឯង ដូចជា ការបញ្ឈប់ប្រើថ្នាំ ABC នៅពេលសង្ស័យថា មានប្រតិកម្ម HSR និងមិនត្រូវប្រើថ្នាំ ABC សារឡើងទេ ។
   - ភាគច្រើននៃករណីប្រតិកម្ម HSR កើតឡើងនៅក្នុង ៦ សប្តាហ៍ដំបូងនៃការព្យាបាល ជាមធ្យម ៩ ថ្ងៃ។ លេចចេញ រោគសញ្ញាមិនជាក់លាក់នៅដើមខែ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ឱសថ ABC ហើយមិនទំនងជាប្រតិកម្ម HSR ទេ ។
   - បើអាចធ្វើទៅបាន ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ទំនាក់ទំនងមកគ្រូពេទ្យព្យាបាល ART ដល់អ្នកថែទាំ ក្នុងករណីដែលកុមារ ត្រូវការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដោយសារតែបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលមិនបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ប្រហែលជាមិនសូវយល់ដឹងអំពីការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
   - សម្រេចចិត្តថាតើត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល លើអ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាសង្ស័យ អាចជាការលំបាក។ ត្រូវស្រង់ប្រវត្តិជំងឺលម្អិត ។

ត្រូវធ្វើការពិចារណាករណីខាងក្រោម ៖

- ពេលណាដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ABC? (ប្រតិកម្ម ABC HSR កើតឡើងជាទូទៅនៅសប្តាហ៍ទី៦ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ABC)
- តើមានប្រព័ន្ធពីរ ឬច្រើនជាប់ពាក់ព័ន្ធ ?
- តើរោគសញ្ញាកើនឡើង ក្រោយពីការបង្កើនកម្រិតដូសម្តងៗ ?
- តើរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ បន្ទាប់ពីលេបថ្នាំភ្លាម ?
- តើមានសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត ឬអ្នកដែលមានការទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធដែល មានរោគសញ្ញាស្រដៀងគ្នានេះ អាចឲ្យគិតដល់ពីលទ្ធភាពនៃការបង្ករជំងឺបណ្តាលពីវីរុសក្នុងគ្រួសារ?

ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃរោគសញ្ញាដែលអាស្រ័យជាមួយកម្រិតដូសនៃឱសថ ABC អាចនាំឲ្យមានសង្ស័យពីរោគវិនិច្ឆ័យនៃប្រតិកម្ម ABC HSR ។

ករណីនេះ ឬ មានរោគសញ្ញា ២ ឬច្រើនជាងនេះ ដូចខាងលើ, ត្រូវបញ្ឈប់ ABC និងត្រូវប្រើជំនួសដោយ AZT ឬ TDF (ប្រសិនបើកុមារ អាយុ > ១០ ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៣៥ kg) ។

១៣. ចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃការស្តារភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)

- IRIS គឺជាលទ្ធផល នៃការឆ្លើយតបខ្លាំងក្លានៃភាពស៊ាំទៅនឹងការបង្ករោគ ឬប្រតិកម្ម ដែលកើតឡើងក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- IRIS មានពីរទម្រង់គឺ៖
  - "Paradoxical" IRIS បណ្តាលមកពីជំងឺដែលកំពុងតែកើតឡើងវិវត្តន៍ទៅកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើង ទោះបីជាបានធូរស្បើយ ក្រោយពីការព្យាបាលនៅរយៈពេលដំបូងក៏ដោយ។
  - "Unmasking" IRIS បណ្តាលមកពីជំងឺឱកាសនិយម ដែលមិនបានដឹងពីមុន វិវត្តន៍ទៅលេចចេញរោគសញ្ញាជំងឺឱកាសនិយម ជាក់លាក់ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- អ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ជាពិសេស អ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 <១០០ កោសិកា/µl អាចធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ រួមជាមួយ IRIS ជាទូទៅ ក្នុងកំឡុងពេល ៣ខែដំបូង នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- ជំងឺឱកាសនិយម អាចលេចចេញរោគសញ្ញាមិនច្បាស់លាស់ នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការស្តារភាពស៊ាំឡើងវិញ។
- IRIS ត្រូវបានគេរាយការណ៍ក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគបង្កជាច្រើន ទោះបីជា ជំងឺរបេងគឺជា ការបង្ករោគមួយដែលជួបប្រទះជាញឹកញាប់ជាងគេទាក់ទងនឹង IRIS ក៏ដោយ។
- IRIS ត្រូវបានសង្កេតឃើញមាន រហូតដល់១/៣ នៃអ្នកជំងឺពេញវ័យដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងអ្នកជំងឺដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំឡុងពេល ៨ សប្តាហ៍នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង។
  - ចង្កោមរោគសញ្ញា និងរោគសញ្ញានៃ IRIS បណ្តាលមកពីជំងឺរបេង អាចមាន គ្រុនក្តៅ ពិបាកដកដង្ហើម ក្អក កូនកណ្តុររប៉ោងធំ រូបភាពនៃការថតសួតដោយកាំរស្មី X (CXR) មិនធម្មតា និងមានដំបៅធំនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាលនៃ អ្នកជំងឺដែលមាន tuberculoma ។ ប្រតិកម្មនេះ អាចកើតឡើងក្នុងកំឡុង ៦ខែ ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយជាទូទៅ វាអាចស្ថិតនៅជាច្រើនសប្តាហ៍។
- ការលេចឡើងនូវ IRIS គឺមិនមែនជាមូលហេតុ ដែលត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬ ការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាល ជានិច្ចកាល នោះទេ។ ប៉ុន្តែ ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាដោយយកចិត្តទុកដាក់ ដើម្បីធានាថា អ្នកជំងឺបានយល់ដឹងពីបញ្ហានេះ។
- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (រួមមាន zoster, herpes, molluscum និងជំងឺសើស្បែកផ្សេងទៀត) ជំងឺរលាកស្រោមខួរបណ្តាលមកពី Cryptococcus និងជំងឺរលាកថ្លើមបណ្តាល មកពីវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B/C ដែលអាចកើតឡើងនៅសប្តាហ៍ទី១ និងជាច្រើនខែ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺការលេចចេញជំងឺផ្សេងៗ នៃ IRIS។

- ប្រតិកម្ម paradoxical ធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវប្រើប្រាស់ prednisolone (១-២ mg/kg រយៈពេល ១-២ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកបន្ថយកម្រិតដូសបន្តិចម្តងៗ) អាចជួយបន្ថយរោគសញ្ញាអ្នកជំងឺ និងអ្នកជំងឺខ្លះ តម្រូវឲ្យសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែកពី IRIS គឺ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទាត់ចោលមូលហេតុផ្សេងទៀតនៃជំងឺ មុននឹងសម្រេចចិត្តថា កុមារនេះមាន IRIS។

ប្រអប់ទី៨. IRIS បណ្ដាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG

IRIS បណ្ដាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG

IRIS ទាក់ទងជាមួយការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG ត្រូវបានរាយការណ៍ក្នុងកំឡុងពេល នៃការស្ដារឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ។ ចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងនេះ រួមមានៈ

- កើតបូសនៅកន្លែងចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការ ទំហំ ១០-១៥ មម
- Lymphadenitis (>១,៥ សម) (lymphadenopathy អាចលេចឡើងនៅកន្លែងផ្សេងទៀត ឧ. តំបន់លើឆ្អឹងដងកំបិត និង នៅក)
- ឡើងប៉ោងកូនកណ្ដុរមានខ្ទុះ ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG
- ជំងឺរបេងរាលដាល បណ្ដាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG (កំណត់ដោយ កុមារមានការលូតលាស់ធំធាត់មិនបានល្អ (failure to thrive) គ្រុនក្ដៅ ថ្លើមនិងអណ្ដើករីកធំ)
- រោគរលាកឆ្អឹង
- ប្រតិកម្មស្បែក និងភ្នែក រួមមាន erythema nodosum, lupus vulgaris និង រលាកកែវភ្នែក (iritis)។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

ប្រសិនជាមានកើតបូស ត្រូវចោះបង្ហូរខ្ទុះចេញ ដើម្បីចៀសវាង sinus formation។ ត្រូវបូមយកខ្ទុះយកទៅបណ្ដុះរកមេរោគរបេង និងធ្វើតេស្ត PCR ស្រាវជ្រាវរកមេរោគ *Mycobacterium bovis* - BCG ។ កុមារភាគច្រើនដែលមានប្រតិកម្មនៅពេលចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរបេង BCG នៅត្រង់កន្លែងណាមួយ អាចនឹងបានធូរស្បើយឡើងវិញដោយមិនចាំបាច់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ mycobacterium ទេ ជាពិសេស វាជាផ្នែកមួយនៃចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃការស្ដារភាពស៊ាំងឡើងវិញ (IRIS) ។

ជំងឺរបេងរាលដាល បណ្ដាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG

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

កុមារដែលមានជំងឺរបេងរាលដាលបណ្ដាលមកពីការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង BCG (disseminated BCG disease) ត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ INH កម្រិតដូសខ្ពស់ (២០mg/kg/ថ្ងៃ) Rifampicin (១៥ mg/kg/ថ្ងៃ) និង Ethambutol (២៥ mg/kg) រយៈពេល ៩ខែ ។ ត្រូវផ្ដល់បន្ថែម PZA ដោយសារមានការពិបាកក្នុងការ ញែកឲ្យដាច់ រវាងជំងឺរបេងបណ្ដាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG និងជំងឺរបេង ទោះបីជា ជំងឺរបេងបណ្ដាលមកពីការចាក់វ៉ាក់សាំង BCG មានទំនាក់ទំនងជាមួយ ភាពស៊ាំនៃ PZA ក៏ដោយ។ ពូជជំងឺរបេងមួយចំនួនត្រូវបានយកមកប្រើសម្រាប់ចាក់ថ្នាំបង្ការ ដែលមានកម្រិតភាពស៊ាំនឹងឱសថ INH ទាប ដូច្នេះ ជម្រើសនៃរូបមន្តព្យាបាល គឺ ការផ្ដល់ឱសថ INH កម្រិតដូសខ្ពស់។

១៤. ការតាមដានគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

ការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវធ្វើឡើងលើគ្រប់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងជាទៀងទាត់ ក្រោយពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីកំណត់ការឆ្លើយតប ធៀបនឹងស្ថានភាពមុនពេលព្យាបាល និងកំណត់ការលេចឡើងនៃការពុលឱសថ។

ការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដើមគ្រា

- គ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដើមគ្រា ដើម្បីកំណត់ពីដំណាក់កាលគ្លីនិកតាម WHO និងចំនួនកោសិកា CD4 (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ ៥-១)។
- ត្រូវតាមដានរាល់ពេលកុមារមកពិនិត្យតាមដានជំងឺ ដោយមិនគិតពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នោះទេ។
- ការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រស្តង់ដា នៅពេលដើមគ្រា លើកុមារដែលទើបតែធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺបានសង្ខេបក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម។

ប្រអប់ទី៩. ការវាយតម្លៃកុមារ ដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ការវាយតម្លៃគ្លីនិក
• ដំណាក់គ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍ (ឧបសម្ព័ន្ធ ១) • កំណត់ពីស្ថានភាពជំងឺ និងស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកើតឡើងរួមគ្នា និងកើតឡើងពីមុន (ជំងឺរបេង ជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗ ស្ថានភាពមានផ្ទៃពោះ រលាកថ្លើម ជំងឺតម្រងនោម) • ព័ត៌មានលម្អិតពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកើតឡើងរួមគ្នា និង ការប្រើប្រាស់ឱសថផ្សេងៗ សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការ ឬ ព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ • ការព្យាបាលដោយឱសថបុរាណ • ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្ពស់ វាស់បរិវេណក្បាល និងវាស់វែងការលូតលាស់ធំធាត់ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី១៖ គំនូសបំព្រួញ ស្តីពីការលូតលាស់ធំធាត់ដោយធៀបទម្ងន់-អាយុ សម្រាប់កុមារ) • ស្ថានភាពលូតលាស់ធំធាត់ • ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ

• វាយតម្លៃកុមារ និងឪពុកម្ដាយ ឬអ្នកថែទាំ ក្នុងការត្រៀមខ្លួនក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍ និងរៀបចំស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត។
ការវាយតម្លៃតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ
• តេស្ត CD4 និង %CD4 • តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកាឈាមពេញលេញ (Complete blood cell count) រួមមាន ចំនួនកោសិកាឈាមស (WBC) តេស្ត Hemoglobin និង platelets • តេស្ត Hepatitis B surface Ag និង Hepatitis C Ab បើអាចធ្វើបាន • តេស្ត Liver enzymes (LFTs) • តេស្ត Pregnancy (សម្រាប់តែ ក្មេងស្រីធំទង់ ប៉ុណ្ណោះ) • តេស្ត Urine dipstix និងតេស្ត Creatinine បើចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយ TDF ។

ការតាមដានជាប្រចាំ លើកុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- នៅពេលដែលកុមារ បានចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវតាមដានគ្លីនិក និងធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាបន្តបន្ទាប់ នៅក្នុងបរិបទនៃការថែទាំនិងព្យាបាលកុមារជាប្រចាំ។
- ការវាយតម្លៃគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រលើកុមារ ហើយអ្នកថែទាំ ត្រូវចូលរួមវាយតម្លៃអំពីការយល់ដឹងពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលនិងកម្រិតដូស និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថ ព្រមទាំង ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងទទួលបានការគាំទ្រផ្នែកផ្លូវចិត្ត-សង្គម នៅក្នុងសហគមន៍។
- ការតាមដានគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំ លើកុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុងប្រអប់ទី ១១ និងឧបសម្ព័ន្ធទី ៥-២ ។

ប្រអប់ទី១០. ការតាមដានជាប្រចាំ លើកុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ការវាយតម្លៃគ្លីនិក
• ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ និងការចិញ្ចឹមកូន • ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង • វាយតម្លៃប្រព័ន្ធប្រសាទ និង ការលូតលាស់ធំធាត់ • ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្ពស់ ទម្ងន់-ធៀប-កម្ពស់ បរិវេណក្បាល * និងវាយតម្លៃការលូតលាស់ធំធាត់របស់កុមារ • វាយតម្លៃជំងឺដែលឈឺម្ដងម្កាល និងការព្យាបាលដោយឱសថថ្មី • វាយតម្លៃកម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ផលប៉ះពាល់ ការពុល និងអន្តរកម្មឱសថ

• វាយតម្លៃពីការលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ • វាយតម្លៃពីតម្រូវការនៃការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និង ពីតម្រូវការការគាំទ្រផ្នែកផ្លូវចិត្តនិងសង្គម • ផ្តល់ប្រឹក្សាឲ្យសមស្របក្នុងការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកទី២ ការបង្ការការឆ្លងជំងឺកាមរោគ និងការមានគ៌ភ ការប្រឈមមុខនឹងការប្រើប្រាស់ម្សៅលសីរ៉ាំងរួមគ្នា ឬ ឆ្លងតាមឈាម • វាយតម្លៃកម្រិតដូសឱសថ និង កែសម្រួលកម្រិតដូស ក្នុងករណីចាំបាច់ ក្នុងដំណាក់កាលនៃការឡើងទម្ងន់ខ្លួន ។
ការវាយតម្លៃតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ
• តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង % CD4 ១ដង/ឆ្នាំ • តេស្ត Hemoglobin នៅសប្តាហ៍ទី៨ (បើព្យាបាលដោយ AZT) • តេស្ត Viral load (VL) នៅខែទី៦ ទី១២ បន្ទាប់ ១ម្តង/ឆ្នាំ • តេស្ត Fasting lipid panel ១ដង/ឆ្នាំ លើក្មេងជំទង់ដែលព្យាបាលដោយ EFV ឬ LPV/r • តេស្ត Urinalysis បើអាចធ្វើបាន • តេស្ត Creatinine នៅពេលដើមគ្រា ខែទី៣ និងបន្ទាប់មក ១ដង/ឆ្នាំ លើកុមារដែលព្យាបាលដោយ TDF • ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត តាមចង្អោមរោគសញ្ញាដែលបានកំណត់ ។

* កុមារអាយុតិចជាង ២ ឆ្នាំ

១៥. បរាជ័យនៃការព្យាបាល

- បរាជ័យនៃការព្យាបាល កើតឡើងដំបូងគឺ បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ បន្ទាប់មក បរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំ និងចុងក្រោយគេ គឺ បរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក (សូមមើលតារាងទី១៨) ។
- អង្គការ WHO បានផ្តល់អនុសាសន៍ឲ្យធ្វើតេស្ត VL ដើម្បីតាមដាន និងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការព្យាបាលបរាជ័យ លើគ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ។

គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ឲ្យប្តូរទៅព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ មុនពេលលេចចេញនូវ ការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក។ កុមារដែលមានការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ នឹងទទួលបានលទ្ធផលនៃការព្យាបាលល្អ ដោយសារការប្តូរទៅព្យាបាលរូបមន្តជួរទី២ ជាជាងការរង់ចាំរហូតដល់លេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក។

តារាងទី១៨. និយមន័យនៃការបរាជ័យនៃការព្យាបាល

បរាជ័យ	និយមន័យ	អត្ថាធិប្បាយ
បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ	Plasma viral load > ១០០០ copies /ml ផ្អែកលើការធ្វើតេស្ត ២ដងជាប់គ្នា ក្រោយពីការផ្តល់ប្រឹក្សាឲ្យអ្នកជំងឺលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ រយៈពេល ៣ខែ។	អ្នកជំងឺត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ យ៉ាងហោចណាស់បាន ៦ខែ មុននឹងកំណត់ថា រូបមន្តព្យាបាលបរាជ័យ។
បរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំ	កុមារអាយុ < ៥ ឆ្នាំ កម្រិតកោសិកា CD4 < ១៥ % ជានិច្ច ឬ < ២០០ កោសិកា/mm^3 កុមារអាយុ ≥ ៥ ឆ្នាំ កម្រិតកោសិកា CD4 < ១០០ កោសិកា /mm^3 ជានិច្ច	គ្មានការបង្ករោគជំងឺឱកាសនិយម ដែលបណ្តាលមកពីការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 នោះទេ។ អ្នកជំងឺត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល ១ឆ្នាំ មុននឹងអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា បរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំ។ កុមារដែលមានការបរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការបរាជ័យនេះ។
បរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក	កើតជំងឺឱកាសនិយមថ្មី ឬ លាប់ឡើងវិញ ដែលកំណត់ពីការថយចុះភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ [1] ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បាន ៦ខែ។	លក្ខខណ្ឌគ្លីនិក មានលក្ខណៈខុសគ្នាពីចង្កោមរោគសញ្ញារលាកនៃស្តារភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)[2] ។ កុមារដែលមានការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការបរាជ័យនេះ។

១ ដំណាក់កាលទី ៣ ឬទី៤ តាម WHO សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី១ ស្តីពី ការចាត់ដំណាក់កាលគ្លីនិកតាម WHO លើកុមារ

២ សូមអានផ្នែកខាងលើ អំពី ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (IRIS)។

មូលហេតុបណ្តាលឲ្យ បរាជ័យនៃការព្យាបាល

ត្រូវដោះស្រាយមូលហេតុបណ្តាលឲ្យបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ជាមុនសិនមុននឹងពិចារណាក្នុងប្តូរទៅព្យាបាលរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ មូលហេតុមួយចំនួន ដែលបណ្តាលឲ្យបរាជ័យនៃការព្យាបាល គឺ៖

- អ្នកជំងឺលេបថ្នាំ មិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ៖
    - ខកខានការលេបថ្នាំតាមកម្រិតដូស ដោយសារភ្លេចលេបថ្នាំ

ការលាក់បាំងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ការរើសអើង គ្មានការរំលឹកពីអ្នកថែទាំ

- លេបថ្នាំមិនទៀងពេល
- ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ
- កម្រិតដូសមិនសមស្រប (ការយល់ច្រឡំ ការចែកថ្នាំគ្នាលេប)

- កម្រិតដូសឱសថមិនសមស្រប៖
  - ប្រើប្រាស់កម្រិតដូសទាប (មិនបានបង្កើនកម្រិតដូសថ្នាំឲ្យស្របតាមការឡើងទម្ងន់ខ្លួន)
  - វិបត្តិនៃការស្រូបចូលនៃឱសថ (ដោយសារ ជំងឺរាករូស)
  - pharmacokinetics ឱសថ មានការប្រែប្រួល
  - ការផ្លាស់ប្តូរមេតាបូលិកនៃឱសថ នៅលើកុមារដែលមានការលូតលាស់ធំធាត់
  - អន្តរកម្មរវាងឱសថ
  - ការជ្រើសរើសប្រសិទ្ធភាពឱសថ មិនសមស្រប
  - កំហុសឱសថ (Pharmacy error)
- វីរុសអេដស៍ស៊ាំនឹងឱសថពីមុនមក (ដូចក្នុងករណីបរាជ័យក្នុងព្យាបាលបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន) ។

ត្រូវពិចារណាមុននឹងផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាល ក្នុងករណីដែលកុមារមានវិបត្តិក្នុងការលូតលាស់ធំធាត់ ត្រូវបញ្ជាក់ឲ្យច្បាស់ថា កុមារបានទទួលអាហារូបត្ថម្ភសមស្រប ជាមុនសិន។

អ្នកជំងឺលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ គឺជាមូលហេតុដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ជាងគេ នៃការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ។ ដូច្នេះ រាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ ត្រូវបញ្ជាក់ពី ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ តាមរយៈការរាប់គ្រាប់ថ្នាំ និងការរាយការណ៍ផ្ទាល់ខ្លួន និងវិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលមាន (ដូចជា visual analogue scale, pharmacy refill records ឬមធ្យោបាយផ្សេងទៀត) ។ ត្រូវបញ្ជាក់ពី ការលេបថ្នាំក្នុងកម្រិត ដូសត្រឹមត្រូវ និងការកែតម្រូវកម្រិតដូសស្របតាមការឡើងទម្ងន់ខ្លួន នៅពេលដែលអ្នកជំងឺមក ពិគ្រោះជំងឺចុងក្រោយ (សូមអានផ្នែកនៃលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ខាងក្រោម) ។

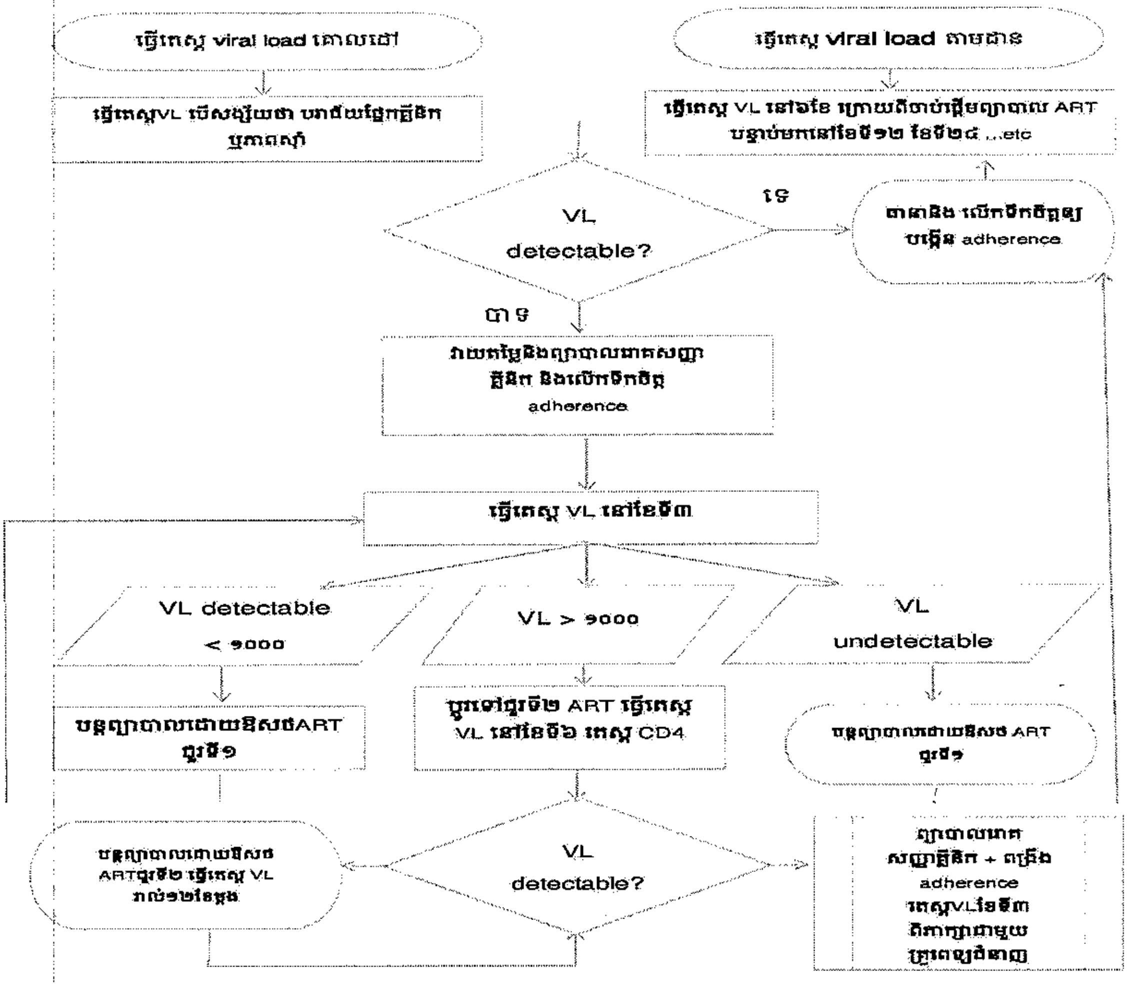
ការធ្វើតេស្ត Viral load

(រូបភាពទី៥)

- គោលបំណងរួមនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺកាត់បន្ថយបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម(VL) ឲ្យនៅក្រោមកម្រិតមួយទាបបំផុតដែលមិនអាចរកមេរោគឃើញបញ្ជាក់ដោយតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ (ជាទូទៅ ចន្លោះពី ៥០ និង ៤០០ copies/mL) ឲ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបាន និង ធានាឲ្យរក្សាក្នុងកម្រិតដែលមិនអាចរកឃើញVL។

- បច្ចុប្បន្ននៅកម្ពុជា តេស្ត Viral load ត្រូវធ្វើជាប្រចាំ លើគ្រប់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំនេះ។
- កាលវិភាគនៃការធ្វើតេស្ត VL ត្រូវបានកំណត់ថា ត្រូវធ្វើតេស្ត VL នៅ៦ខែ និង ១ឆ្នាំ/ម្តង ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារ (ការថយចុះ VL អាចមានរយៈពេលយូរចំពោះក្មេងតូច)។
- ប្រសិនបើ តេស្ត VL មានលទ្ធផល មិនអាចរកឃើញមេរោគអេដស៍ (undetectable) ត្រូវបន្តការតាមដានរៀងរាល់ ១២ខែ/ម្តង ស្របតាមអនុសាសន៍។
- ប្រសិនបើ VL < ១០០០ copies/ml ប៉ុន្តែ > ៥០ ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ម្តងទៀតនៅពេល អ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺលើកក្រោយ ដើម្បីធានាថា VL នឹងមិនកើនឡើងទេ។
- នៅពេលណាក៏ដោយ ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលបញ្ជាក់ថា មានការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក និង ផ្នែកភាពស៊ាំ ឬ មានការរាយការណ៍ថា អ្នកជំងឺលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ម្តងទៀត ទោះបីជា មុនពេលកំណត់ដែលត្រូវធ្វើតេស្ត VL ក៏ដោយ។
- ប្រសិនបើ VL ត្រូវបានរកឃើញ (detectable) ត្រូវចាត់វិធានការបន្ថែមទៀត ដើម្បីធានាថា អ្នកជំងឺលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ (សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី៥ ស្តីពី viral load)។

គំនូសបំព្រួញលេខ៥: វិធីសាស្ត្រនៃការធ្វើតេស្ត Viral load សម្រាប់តាមដាន



ការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ដើម្បីតាមដាន

- តួនាទីនៃការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ដើម្បីតាមដានការបរាជ័យនៃការព្យាបាល នឹងត្រូវកាត់បន្ថយ នៅពេលដែលការធ្វើតេស្ត VL ត្រូវបានធ្វើជាទៀងទាត់។
- ត្រូវធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 នៅពេលដើមគ្រា ដើម្បីកំណត់ពីភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺអេដស៍។
- ក្រោយមក តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ត្រូវធ្វើឡើង១ឆ្នាំ/ម្តង ដោយឆ្លាស់គ្នាជាមួយ ការធ្វើតេស្ត viral load ។ ប្រសិនបើចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះ ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ដើម្បីបញ្ជាក់

ជួនកាលចំនួនកោសិកា CD4 អាចថយចុះក្នុងអន្តរៈកាល ទោះបីជា plasma VL មិនអាចរកឃើញក៏ដោយ (undetectable) ។ ការប្តូរទៅព្យាបាលដោយរូបមន្តជួរទី២ នឹងមិនអាចធ្វើឲ្យប្រសើរឡើង នូវស្ថានភាពគ្លីនិក និងភាពស៊ាំចំពោះកុមារទេ ក្នុងករណីដែលតេស្ត VL រកមិនឃើញមេរោគ (undetectable) និងត្រូវរកមូលហេតុពន្យល់បន្ថែមចំពោះកុមារដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ចុះទាប ដូចជា បង្ករោគស្រួចស្រាវ ការព្យាបាលដោយឱសថ steroid ឬ ការថយចុះខួរឆ្អឹង ដែលត្រូវពិនិត្យស្រាវជ្រាវបន្ថែម។

១៦. ការជ្រើសរើសឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២

កុមារដែលបរាជ័យនៃការព្យាបាល តម្រូវឲ្យប្តូររូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យការបំបែកខ្លួននៃវីរុសអេដស៍ ចៀសវាងការវិវត្តន៍ទៅមុខនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងបង្ការការបង្កើតកូនចៅវីរុសដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថកាន់តែច្រើនឡើង។

ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២

(តារាងទី១៩)

VL >១០០០ copies/ml លើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ដែលមានឱសថ PI

- ជួនកាល កុមារដែលព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ លើកដំបូង ត្រូវប្រើពេលវេលាលើសពី ៦ខែ ដើម្បីលប់បំបាត់មេរោគអេដស៍ពីក្នុងឈាម។ ដូច្នេះ ត្រូវជំរុញការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ បន្ថែមទៀត និងត្រូវធ្វើតេស្ត VL ម្តងទៀត ក្រោយរយៈពេល ៦ខែ។
- ការវិវត្តន៍នៃ PI mutations និង Thymidine Analogue Mutations (TAMS) មានរយៈយូរ ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយរូបមន្តឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដដែល គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ។ ក្រោយពី ជំរុញការគាំទ្រក្នុងការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ កុមារភាគច្រើននឹងមានលទ្ធផលតេស្ត VL រកមិនឃើញ សារជាថ្មីឡើងវិញ។
- ដូច្នេះ ការគាំទ្រការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ត្រូវតែ

ជម្រុញឲ្យបានខ្លាំងក្លា និងវាយតម្លៃលទ្ធផលតេស្ត VL ឡើងវិញ ក្រោយរយៈពេល ៦ ខែ។

- កុមារដែលបន្តការកើនឡើង VL > ១០០០ copies/ml ក្រោយពី បានជម្រុញការគាំទ្រការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ក្រោយរយៈពេល យ៉ាងហោចណាស់ ៦ខែ អាចតម្រូវឲ្យធ្វើតេស្ត genotyping បើអាចធ្វើបាន និងត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃ ដោយពិគ្រោះយោបល់ជាមួយ គ្រូបង្រៀនផ្នែកគ្លីនិក ឬ ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍របស់ NCHADS ។
- ការប្តូរទៅព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NNRTI គឺមិនមែនជាជម្រើសដ៏ល្អទេ ប៉ុន្តែ គេអាចសាកល្បងលើកុមារដែលមានអាយុច្រើន។ ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ដើម្បីតាមដានភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល ក្រោយរយៈពេល៦ខែ ហើយប្រសិនបើ VL នៅតែកើនឡើង ត្រូវប្តូរត្រឡប់ទៅព្យាបាលដោយឱសថ LPV/r វិញ និង បង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សាឲ្យអ្នកជំងឺលេបថ្នាំ ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ (សូមអានផ្នែកនៃការផ្តល់ប្រឹក្សា ខាងក្រោម) ។

VL >១០០០ copies/ml លើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយរូបមន្តជួរទី១ ដែលមានឱសថ NNRTI

- កុមារដែលព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដែលមានឱសថ NNRTI ត្រូវប្តូរទៅព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ LPV/r ត្រូវធ្វើតេស្ត VLម្តងទៀត ក្រោយរយៈពេល ៦ខែ និង ប្រសិនបើ VL នៅតែមិនអាចលប់បំបាត់មេរោគអេដស៍បាន ក្រោយរយៈពេល ១ឆ្នាំ ក្រោយពីព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ តម្រូវឲ្យធ្វើតេស្ត genotyping បើអាចធ្វើបាន និងត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃដោយ គ្រូបណ្តុះបណ្តាលគ្លីនិក ឬ មន្ត្រីផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ របស់ NCHADS ។

ពិចារណាក្នុងការប្រើឱសថ NRTI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២

- 3TC ត្រូវរក្សាទុកជានិច្ច ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២
- ប្រសិនបើ ប្រើប្រាស់ឱសថ ABC ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ត្រូវប្តូរទៅប្រើឱសថ AZT ឬ TDF (ប្រសិនបើ កុមារអាយុ > ១០ ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៣៥ kg)។
- ប្រសិនបើ ប្រើឱសថ AZT ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ត្រូវប្តូរទៅប្រើឱសថ ABC ឬ TDF (ប្រសិនបើ កុមារអាយុ > ១០ ឆ្នាំ និងទម្ងន់ > ៣៥ kg)។
- ប្រសិនបើ ប្រើឱសថ TDF ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ត្រូវប្តូរទៅប្រើឱសថ AZT ។

ចំណុចសំខាន់៖

ពេលវេលា ប្តូរទៅព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២:

- មិនត្រូវប្តូរពី EFV ទៅ NVP ឬពី NVP ទៅ EFV ដោយឱសថទាំងពីរនេះ មានភាពស៊ាំដូចគ្នា (same resistance mutations) និងភាពស៊ាំងឆ្លងគ្នា។

(គេអាចប្តូរឱសថនេះបាន នៅពេលដែលប្តូរពីរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ទៅឱសថផ្សេងទៀត ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដូចគ្នា ក្នុងករណីដែលមាន ការពុលជាមួយឱសថ) ។

បរាជ័យនៃការព្យាបាល ក្នុងករណីពិសេស

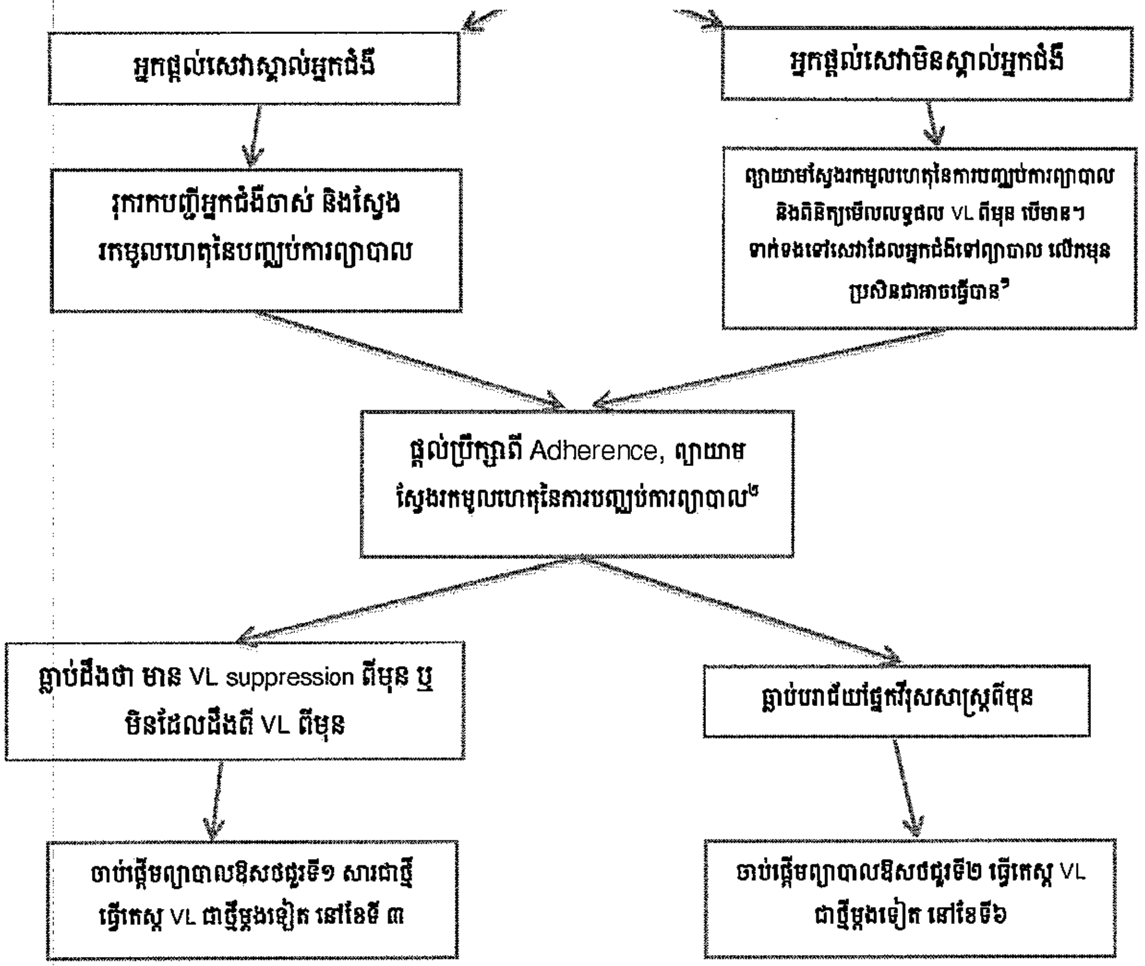
- *ជំងឺរបេងសកម្ម-*
  - នៅពេលដែលចាំបាច់ ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ជាពិសេស ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវប្រើឱសថ ritonavir បន្ថែម ក្នុងរូបមន្តរួមគ្នា lopinavir/ritonavir ក្នុងសមាមាត្រ lopinavir/ritonavir ratio ស្មើ ១/១។ វិធីនេះគេហៅថា "super-boosting" (សូមអានផ្នែកខាងលើ ស្តីពីការព្យាបាលជំងឺរបេង/អេដស៍រួមគ្នា)។
  - ការផ្តល់កម្រិតដូស ritonavir បន្ថែម ត្រូវបន្តរហូតដល់២សប្តាហ៍ ក្រោយការបញ្ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin ។
- *ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ*
  - ការបញ្ឈប់ការព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ភ្លាមៗ អាចបណ្តាលឲ្យកើតឡើងឆាប់រហ័ស នូវស្នាមក្រហមលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ(severe flare) មកពីសកម្មភាពនៃវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។
  - កុមារ ឬក្មេងជំទង់ដែលកើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ដែលត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ មិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលទេ ទោះបីជាប្រើឱសថ 3TC/FTC ឬ tenofovir ប្រសិនបើបានដាក់បញ្ចូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ធ្វើបើឱសថទាំងនេះលែងមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ ដោយសារតែ វានៅមានប្រសិទ្ធភាពលើវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។

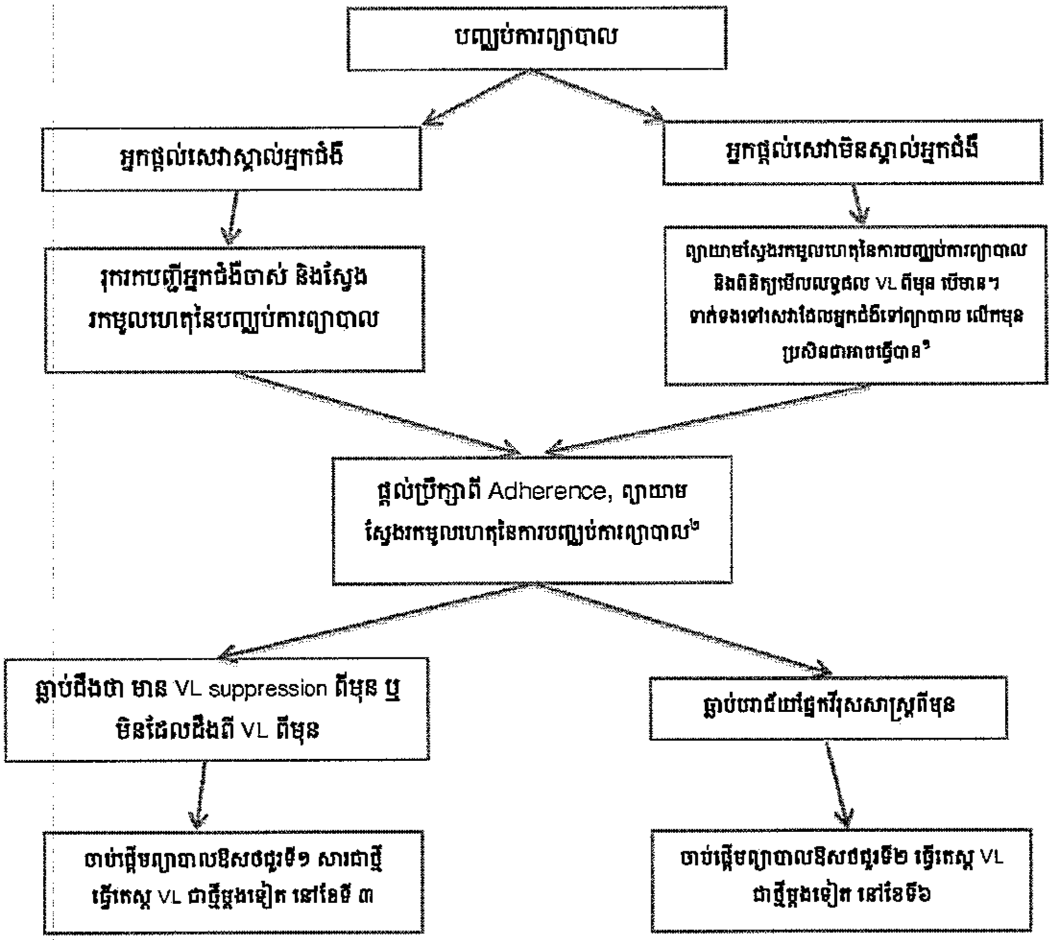
តារាងទី១៩. អនុសាសន៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២

	រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១	ជម្រើសនៃការប្តូររូបមន្តព្យាបាល	ការប្តូររូបមន្តព្យាបាលឆ្លាស់គ្នា	អត្ថាធិប្បាយ
កុមារ	ABC/AZT+3TC +LPV/r	គ្មានការប្តូររូបមន្តព្យាបាលជួរទី១	AZT (or ABC) +3TC + NVP/EFV	បើកុមារត្រូវប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NNRTI ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ម្តងទៀតក្រោយរយៈពេល ៦ខែ។ ប្រសិនបើ VL នៅតែកើនឡើង ត្រូវប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថ LPV/r វិញ។កុមារដែលនៅតែព្យាបាលដោយឱសថ LPV/r ឬ ត្រូវប្តូរត្រឡប់ទៅព្យាបាលដោយឱសថ LPV/r វិញ ត្រូវជំរុញការផ្តល់ប្រឹក្សា adherence ឲ្យបានខ្លាំងក្លា និងធ្វើតេស្ត viral load នៅខែទី៦ ម្តងទៀត។ ប្រើសិនបើ viral load នៅតែឡើងខ្ពស់ ក្រោយរយៈពេល១ឆ្នាំ និង/ឬ ចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះ ឬស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកថ្មី គឺ ដំណាក់កាលទី៣ ឬទី៤ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅធ្វើតេស្ត genotyping ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន និងអាចតម្រូវឲ្យព្យាបាលដោយឱសថជួរទី៣ ប្រសិនជាមាន (ត្រូវពិភាក្សាជាមួយ គ្រូបណ្តុះបណ្តាលគ្លីនិក ឬ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ) ។ ប្រើឱសថ AZT បើឱសថ ABC ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ឬ ប្រើឱសថ ABC បើឱសថ AZT ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។
	ABC/AZT+3TC +EFV or NVP	AZT (or ABC) + 3TC + LPV/r *	TDF+ 3TC + LPV/r *	ប្រើឱសថ AZT បើឱសថ ABC ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ឬ ប្រើឱសថ ABC បើឱសថ AZT ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។

ក្មេងជំទង់ (>១០-១៩ឆ្នាំ)	TDF/AZT+3TC +EFV	AZT + 3TC + ATV/r (បើ > ៤០ kg)*	AZT + 3TC + LPV/r*	ប្រើឱសថ AZT បើឱសថ TDF ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ឬឱសថ TDF បើឱសថ AZT ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ និងក្មេងជំទង់ មានទម្ងន់ > ៣៥ kg។ បើកុមារទម្ងន់ > ៤០ kg ជម្រើសដ៏ល្អ គឺឱសថ ATV/r នៃឱសថ ក្រុម PI ដោយសារកាត់បន្ថយចំនួនគ្រាប់ថ្នាំ ហើយឱសថនេះ ត្រូវលេប១ដង/ថ្ងៃ ដោយប្រើឱសថ TDF 300mg+3TC 300mg។ គ្រាប់ថ្នាំរួមបញ្ចូលគ្នាដែលមាននៅកម្ពុជា ដូចជា ATV/r (៣០០ mg/១០០ mg) ដោយសារតែ មានឱសថ ATV ហើយមានទម្រង់ជាច្រើន ដូចជា ម្សៅកញ្ចប់ ថ្នាំគ្រាប់មូលទ្រវែង (capsule)។

*ATV/r គឺអនុញ្ញាតឲ្យព្យាបាលកុមារ ចាប់ពីអាយុ ៦ឆ្នាំ និងអាចប្រើប្រាស់ឱសថនេះ ជំនួសឱសថ LPV/r ប៉ុន្តែរូបមន្តព្យាបាលបច្ចុប្បន្ននេះ គឺសមស្របតែចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានទម្ងន់ > ៤០ kg


អ្នកផ្តល់សេវាស្គាល់អ្នកជំងឺ
អ្នកផ្តល់សេវាមិនស្គាល់អ្នកជំងឺ
ស្រាវជ្រាវកំណត់ត្រាអ្នកជំងឺចាស់ និងស្វែងរកមូលហេតុនៃបញ្ឈប់ការព្យាបាល
ព្យាយាមស្វែងរកមូលហេតុនៃការបញ្ឈប់ការព្យាបាល និងពិនិត្យមើលលទ្ធផល VL ពីមុន បើមានៗ ទាក់ទងទៅសេវាដែលអ្នកជំងឺទៅព្យាបាល លើកមុន ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន[១]
ផ្តល់ប្រឹក្សាពី Adherence, ព្យាយាម ស្វែងរកមូលហេតុនៃការបញ្ឈប់ការព្យាបាល[២]
ធ្លាប់ដឹងថា មាន VL suppression ពីមុន ឬ មិនដែលដឹងពី VL ពីមុន
ធ្លាប់បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រពីមុន
ចាប់ផ្តើមព្យាបាលឱសថជួរទី១ សារជាថ្មី ធ្វើតេស្ត VL ជាថ្មីម្តងទៀត នៅខែទី ៣
ចាប់ផ្តើមព្យាបាលឱសថជួរទី២ ធ្វើតេស្ត VL ជាថ្មីម្តងទៀត នៅខែទី៦


បញ្ឈប់ការព្យាបាល
អ្នកផ្តល់សេវាស្គាល់អ្នកជំងឺ
អ្នកផ្តល់សេវាមិនស្គាល់អ្នកជំងឺ
ស្រាវជ្រាវកំណត់ត្រាអ្នកជំងឺចាស់ និងស្វែងរកមូលហេតុនៃបញ្ឈប់ការព្យាបាល
ព្យាយាមស្វែងរកមូលហេតុនៃការបញ្ឈប់ការព្យាបាល និងពិនិត្យមើលលទ្ធផល VL ពីមុន បើមានៗ ទាក់ទងទៅសេវាដែលអ្នកជំងឺទៅព្យាបាល លើកមុន ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន[១]
ផ្តល់ប្រឹក្សាពី Adherence, ព្យាយាម ស្វែងរកមូលហេតុនៃការបញ្ឈប់ការព្យាបាល[២]
ធ្លាប់ដឹងថា មាន VL suppression ពីមុន ឬ មិនដែលដឹងពី VL ពីមុន
ធ្លាប់បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រពីមុន
ចាប់ផ្តើមព្យាបាលឱសថជួរទី១ សារជាថ្មី ធ្វើតេស្ត VL ជាថ្មីម្តងទៀត នៅខែទី ៣
ចាប់ផ្តើមព្យាបាលឱសថជួរទី២ ធ្វើតេស្ត VL ជាថ្មីម្តងទៀត នៅខែទី៦

[1]ករណីដែលមិនដឹងពីប្រវត្តិនៃការព្យាបាល គួរតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ និងធ្វើ តេស្ត VL ម្តងទៀត នៅ ៣ខែក្រោយ។
[2] មូលហេតុនៃបញ្ឈប់ការព្យាបាល

- កត្តាផ្លូវចិត្ត និងសង្គម ឧ. ម្តាយមានជំងឺ ឬ ស្លាប់
- បញ្ហាផ្គត់ផ្គង់ឱសថ
- ការពុលឱសថ (អាចតម្រូវឲ្យប្តូរឱសថម្តងមួយៗ ប្រសិនបើ VL suppressed)
- ការបំលាស់ទីលំនៅ (migration)

ចំណាំ: ប្រសិនបើ NVP ត្រូវបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលសារឡើងវិញ ក្រោយពី ការបញ្ឈប់ការព្យាបាល >១ សប្តាហ៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមដោយផ្តល់កម្រិតជូសនាំមុខរយៈពេល២ សប្តាហ៍ និងធ្វើតេស្ត ALT បើអ្នកជំងឺមានលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរលាកថ្លើម ។ ប្រសិនបើ ABC ត្រូវបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលសារឡើងវិញ ត្រូវធានាថា អ្នកជំងឺមិនធ្លាប់មានប្រតិកម្ម hypersensitivity ។

១៧. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី៣

ការគាំទ្រការព្យាបាល នឹងរៀបរាប់ខាងក្រោម ដើម្បីធានាថា កុមារភាគច្រើននឹងទទួលបានជោគជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ (សូមអានផ្នែកការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម)។ អ្នកជំងឺដែលបរាជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ត្រូវតែធ្វើការបញ្ជាក់ឲ្យបានឆាប់ និងផ្តល់ការគាំទ្រឲ្យខ្លាំងក្លាអំពីការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ ដើម្បីធានា អ្នកជំងឺនឹងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ឲ្យបានយូរអង្វែង។ បើមិនដូច្នេះទេ កុមារខ្លះនឹងត្រូវការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣។

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជំនាន់ថ្មី និងថ្នាក់ថ្មី ត្រូវបានបង្កើតឡើង ដោយរួមបញ្ចូលគ្នាឱសថដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ គឺឥឡូវនេះត្រូវបានដាក់ឲ្យប្រើប្រាស់ គឺឱសថជួរទី៣។
ឱសថទាំងនេះ រួមមាន៖

Darunavir (បូក ritonavir – ឱសថជំនាន់ថ្មី boosted PI ដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ និងមានរបាំងការពារភាពស៊ាំខ្ពស់) ។
Raltegravir and dolutegravir (integrase inhibitors គឺជា ឱសថក្នុងថ្នាក់ថ្មី នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍) ។
Etravirine (ឱសថជំនាន់ថ្មីនៃ NNRTI ដែលមានរបាំងការពារភាពស៊ាំខ្ពស់) ។

ឱសថជួរទី៣ នៅតែមានតម្លៃខ្ពស់ និងមិនទាន់អាចរកបាននៅប្រទេសកម្ពុជាទេ។ អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលសង្ស័យថា មានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ត្រូវទទួលការតាមដានយ៉ាងជិតដល់លើការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀតទាត់និងជាប់ជាប់ និងការធ្វើតេស្ត viral load

ដើម្បីបញ្ជាក់ពី ការបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ ការលេបថ្នាំមិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ (Poor adherence) គឺជាមូលហេតុនៃការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រលើអ្នកជំងឺភាគច្រើនដែលព្យាបាលដោយឱសថជួរទី២ មានលទ្ធផលតេស្ត viral loads រកឃើញមេរោគ ហើយអ្នកជំងឺអាចនឹងមិនទាន់វិវត្តន៍ទៅរកភាពស៊ាំជាមួយឱសថ នៅឡើយទេ។

ក្រោយពីការខិតខំប្រឹងប្រែងអស់លទ្ធភាព ព្យាយាមរក្សាអ្នកជំងឺ ឲ្យបន្តការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ និងជួរទី២ ហើយអ្នកជំងឺទទួលបរាជ័យ ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ឬអ្នកជំងឺដែលបរាជ័យ ក្នុងការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាល ដែលមានឱសថ LPV/r ត្រូវធ្វើតេស្ត genotyping ដើម្បីផ្តល់ការណែនាំក្នុងការថែទាំព្យាបាលបន្ថែមទៀត។

ប្រសិនបើ មន្ត្រីសុខាភិបាល បញ្ជាក់ថា កុមារត្រូវការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ គាត់ត្រូវទាក់ទងពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូបណ្តុះបណ្តាលគ្លីនិក ឬ មន្ត្រីផ្នែកថែទាំជំងឺរបស់ NCHADS ហើយករណីនេះនឹងត្រូវលើកមកពិភាក្សា ផ្អែកលើកព័ត៌មានដែលបានបំពេញក្នុងទម្រង់ (ឧបសម្ព័ន្ធទី៩) ។

ការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ នឹងមិនទាន់អាចរកបានទេ និងមិនត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលណាមួយក្រៅពីគ្រឹះស្ថានសុខភាពសាធារណៈ នោះឡើយ។

១៨. ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត (*PSS*) ដល់កុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកថែទាំ

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដល់កុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវដើរស្របគ្នាជាមួយនឹងការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម (PSS) ដើម្បីឲ្យអ្នកជំងឺទទួលបាននូវមានសុខភាពផ្លូវចិត្តល្អ និងជម្រុញទឹកចិត្តឲ្យគាត់លេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ អស់មួយជីវិត។ PSS គឺជាដំណើរការនៃការស្តាប់ដោយយកចិត្តទុកដាក់ និង ដោះស្រាយអំពីកង្វល់ បញ្ហាផ្លូវចិត្ត អារម្មណ៍ និងតម្រូវគាំទ្រ ផ្នែកសង្គម របស់កុមារ និងក្មេងជំទង់។ ដំណោះស្រាយបញ្ហាទាំងនេះ រួមមាន ការផ្តល់ប្រឹក្សា ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត ការកាត់បន្ថយភាពរើសអើង និងម៉ាក់ងាយ និងការជម្រុញលើកទឹកចិត្តឲ្យគាត់រស់នៅដោយភាពវិជ្ជមាន ក្នុងជីវិត។

ត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គម នៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃការព្យាបាល សមស្របតាមតម្រូវដោយឡែកៗ នៃដំណាក់កាលលូតលាស់ធំធាត់នៃកុមារភាព និងវ័យជំទង់។ ក្មេងជំទង់ អាចនឹងមានតម្រូវការដោយឡែក អាស្រ័យតាមផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ (ឆ្លងពីម្តាយ ឬ តាមរយៈការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ) និងត្រូវគាំទ្រឲ្យក្មេងជំទង់ឆ្លងកាត់អន្តរកាល ពីកុមារភាពទៅកាន់ភាពពេញវ័យដោយសុវត្ថិភាព។ បុគ្គលិកសុខាភិបាល ត្រូវយល់ដឹងអំពី បញ្ហារសើបនៃបញ្ហាផ្លូវចិត្តនិងសង្គមជាច្រើន ដែលកើតឡើងលើកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកថែទាំកុមារ ។ បញ្ហាទាំងនេះ រួមមាន ឪពុកម្តាយខ្មាស់អៀន/ជនរងគ្រោះឈឺ/ស្លាប់ ប្រឈមមុខនឹងការរើសអើងនិងម៉ាក់ងាយ តាមរយៈការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់កុមារ និងការគាំទ្រក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ហេតុអ្វីបានជាការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គមមានសារៈសំខាន់ ?

- ដោយបានឱកាសឲ្យ មានទំនាក់ទំនងជាមួយសង្គមនិងជំនាញក្នុងដោះស្រាយបញ្ហា PPS ជួយឲ្យកុមារ និងក្មេងជំទង់ឲ្យមានសេចក្តីក្លាហាន និងរឹងមាំ
- កុមារនិងក្មេងជំទង់ ត្រូវការគាំទ្រជួយរំលែកទុក្ខព្រួយជាទូទៅ ដោយសារមានសមាជិកគ្រួសារស្លាប់។
- ទស្សនៈភ័ន្តច្រឡំជាច្រើន ជុំវិញបញ្ហាអេដស៍ ដែលតម្រូវឲ្យអ្នកជំងឺទទួលបានព័ត៌មានពិតប្រាកដ និងជំនាញ ព្រមទាំង សម្ភារៈនិងមធ្យោបាយសម្រាប់យកមកអនុវត្តន៍ការប្រព្រឹត្តដែលមិនប្រឈមមុខនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍ (ឧ. ការពារការចម្លងរោគអេដស៍បន្ថែមទៀត និង ចម្លងទៅអ្នកដទៃ ព្រមទាំង ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់)
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាជនរងគ្រោះដែលប្រឈមមុខនឹងការរើសអើង និងម៉ាក់ងាយនៅក្នុងសហគមន៍
- ភាពជោគជ័យនៃការព្យាបាល គឺការព្យាបាលមួយជីវិត និង អាស្រ័យលើការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ ។

ការវាយតម្លៃជាបុគ្គល

កុមារម្នាក់ៗ នឹងត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃតាមស្តង់ដាមូលដ្ឋាន នៅពេលបង្ហាញខ្លួនលើកដំបូង និងត្រូវតាមដានយ៉ាងទៀងទាត់ (យ៉ាងហោចណាស់ រាល់៦ខែ/ម្តង) ។ ទម្រង់ស្តង់ដាសម្រាប់វាយតម្លៃមាននៅឧបសម្ព័ន្ធទី១១។ ការវាយតម្លៃកុមារម្នាក់ៗ ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម និងកំណត់ថា កុមារអាចមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងត្រូវការគាំទ្រ។ ទោះបីជា មានអាយុស្មើគ្នា កុមារអាចមានគម្រិតវិវត្តន៍ទៅភាពពេញវ័យខុសគ្នា និងស្ថិតក្នុងកាលៈទេសៈសង្គមខុសគ្នាដែលអាចទទួលនូវភាពរងគ្រោះខ្លាំងជាង។ សារៈសំខាន់នៃការវាយតម្លៃនេះ គឺគេអាចកំណត់ពីកុមារដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍និង កំណត់ពីកុមារណាមួយ ដែលត្រូវការគាំទ្រ បន្ថែម។

អ្នកណា ជាអ្នកផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត?

នៅកម្ពុជា ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គមដល់កុមារ អាចផ្តល់ជូនដោយ ភ្នាក់ងារថែទាំកុមារ ជាច្រើនៈ គ្រូពេទ្យព្យាបាលកុមារ គិលានុបដ្ឋាក-យិកា អ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ អ្នកស្ម័គ្រចិត្តនៅ កម្មវិធីជួយកុមារកំព្រា និងកុមាររងគ្រោះ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងក្រុមអ្នកគាំទ្រ ដូចជាមណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត។

កំណត់តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវ ក្នុងការផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម ៖

- គ្រូពេទ្យព្យាបាលកុមារ គិលានុបដ្ឋាក–យិកា ផ្តល់ការគាំទ្រក្នុងការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ផ្តល់ប្រឹក្សាឲ្យលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ សុខភាពផ្លូវភេទ និងបន្តពូជ ការរស់នៅល្អ និងការបញ្ជូនទៅសេវាពិសេសផ្សេងៗ (ឧ. សេវាគាំទ្រផ្លូវចិត្ត)។
- អ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ – ផ្តល់ការគាំទ្រក្នុងការផ្ទេរកុមារ តាមដានករណីបោះបង់ការព្យាបាលដោយផ្សាភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមអ្នកគាំទ្រក្នុងភូមិ (CSV) និង អ្នកជំនួយការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម (CMA)។
- អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត/ក្រុម mmm–ការផ្តល់ប្រឹក្សាជាបុគ្គល និងជាក្រុម និង បណ្តាញសង្គមបានផ្តល់ឱកាសឲ្យរកឃើញ ក្រុមមិត្តជួយមិត្ត។ ក្រុមនេះជួយគាំទ្រដល់ក្មេងជំទង់ ដែលមានបំណងផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ មនុស្សពេញវ័យ ជាក្រុម។

ការបណ្តុះបណ្តាលស្តីពី ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម និងឯកសារជំនួយស្មារតី (job aides) ត្រូវផ្តល់ជូនក្រុមអ្នកដែលផ្តល់ការថែទាំកុមារ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។

ពេលណាដែលចាំបាច់គាំទ្រផ្លូវចិត្ត?

កុមារដែលត្រូវការការគាំទ្រខ្លាំងនៅពេលណាមួយ ដូចជា ពេលដែលកុមារត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ការបាត់បង់ឪពុក/ម្តាយ ឬអ្នកថែទាំ ពេលបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដំណាក់ឆ្លងកាត់វ័យជំទង់ និងពេលផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ(តារាងទី២០)។

តារាងទី២០. ត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តដល់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទៅតាមដំណាក់កាលនៃការលូតលាស់ធំធាត់

ដំណាក់នៃការលូតលាស់ធំធាត់	**សមាសភាពគន្លឹះ: ទាក់ទងនឹងដំណាក់កាលនៃការលូតលាស់ធំធាត់**	**តម្រូវការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម (PSS)**	**សកម្មភាពដែលត្រូវអនុវត្តន៍**
ការមានគភ៌កុមារភាព និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ	ម្តាយកុមារត្រូវទទួលបានសេវាគាំទ្រមុនពេលសម្រាលសមស្រប ដើម្បីសម្រេចបាននូវការមានផ្ទៃពោះដែលមានសុខភាពល្អ និង ថែរក្សាទារក្នុងផ្ទៃពីការចម្លងជំងឺ ព្រមទាំង បង្ការផលលំបាកផ្សេងៗនៃការមានផ្ទៃពោះ ឧ. សម្រាលកូនមុនគ្រប់ខែ (prematurity)។ សុខភាពកូន គឺអាស្រ័យទៅតាមសុខភាពមាតា ឬអ្នកថែទាំ ដែលបំពេញតម្រូវការ របស់ទារកបានសមស្រប។ រយៈពេលដំបូងនៃទារក គឺការវិវត្តន៍ផ្នែកប្រព័ន្ធប្រសាទយ៉ាងឆាប់រហ័ស និងមានការពាក់ព័ន្ធយ៉ាងជិតស្និទរវាង ទារក និងអ្នកថែទាំកុមារជាបឋម (" ការពាក់ព័ន្ធគ្នា")	ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវការគាំទ្រ និងការអប់រំដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពេលណា និងកន្លែងណាដែលកុមារនឹងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវអប់រំពីជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមកូន។ កុមារត្រូវការអ្នកថែទាំដែលមានលំនឹង ហើយយល់ដឹងអំពីជំងឺអេដស៍និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងតម្រូវការក្នុងការគាំទ្រការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់និងជាប់លាប់។ ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់អំពី តម្រូវការចំណីអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់កុមារ ។	ត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ លើគ្រប់ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីអេដស៍ ដល់ឪពុកម្តាយក្រោយពីបានដឹង ពីរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អប់រំឪពុកម្តាយ អំពី ការព្យាបាល ART (Option B+) និង ពីអត្ថប្រយោជន៍ចំពោះពួកគាត់ និង វិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកូន ផ្តល់ការអប់រំ ពីរបៀបចិញ្ចឹមកូន និងផ្តល់ការគាំទ្រ (ការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ហើយផ្តល់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះគោ តែក្នុងករណីចាំបាច់) (សូម

		អ្នកថែទាំត្រូវយល់ដឹង ពីមូលហេតុដែលត្រូវឲ្យកុមារទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាបន្ទាន់ បើសិនបើជាផ្ទុកមេរោគអេដស៍(ទាំងកូន និងម្តាយ)។ កុមារត្រូវការរំញោចប្រព័ន្ធប្រសាទចងចាំ (neurocognitive stimulation) ឲ្យបានសមស្រប ពីអ្នកថែទាំ ដោយមានបរិដ្ឋានគាំទ្រ អ្នកថែទាំត្រូវទទួលការបង្ហាត់បង្ហាញអំពីវិធីបំពេញការងារនេះ។	មើលផ្នែក ស្តីពី ការចិញ្ចឹមកុមារ) អប់រំម្តាយឲ្យយល់ពីដំណើរការនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា កុមារមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឲ្យបានឆាប់ ផ្តល់ការគាំទ្រកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងផលប្រយោជន៍នៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាល ARVs ឲ្យបានឆាប់។ ការអប់រំឪពុកម្តាយ អំពី: • វិធីបង្កើតបរិដ្ឋានដែលមានសុវត្ថិភាព • សារៈសំខាន់នៃការលូតលាស់ធំធាត់របស់កុមារនៅពេលដំបូង (ECD) និងវិធីរំញោចការចងចាំកុមារ និងក្មេងតូច។
កុមារភាព និងមុន	តម្រូវការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ និងឱសថ/ការទទួលបានសេវាថែទាំ កុមារ អាស្រ័យតាមការ	កុមារត្រូវការអ្នកថែទាំដែលមានលំនឹង និងយល់ដឹងពី ជំងឺអេដស៍ និងពីតួនាទីដែលត្រូវ	អ្នកថែទាំ ត្រូវទទួលការអប់រំអំពី អេដស៍ ពីដំណើរការនៃឱសថ និងសារៈសំខាន់

អាយុចូលរៀន (អាយុ ៣-៥ ឆ្នាំ)	ផ្តល់ឲ្យពីអ្នកថែទាំ ។ វាគឺជាពេលនៃការវិវត្តន៍ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទឆាប់រហ័ស។	ធានា អំពី ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងការមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ជាប់រហូត ត្រូវមានបរិដ្ឋានដែលមានសុវត្ថិភាព។ កុមារត្រូវការរំញោចការគាំទ្រការចង់ចាំ និងការវិវត្តន៍ចលនា ។ ត្រូវបង្រៀនកុមារ អំពីវិធីអនាម័យខ្លួនប្រាណ និងសុវត្ថិភាព ដោយមិននិយាយពីជំងឺអេដស៍ (អាចបង្រៀនបាន អំពីគ្រោះថ្នាក់នៃការចម្លងតាមឈាម)។ កុមារនឹងឆ្ងល់ថា គេមានប្រភពមកពីណា? និងចង់ដឹងពីភាពខុសគ្នានៃការវិវត្តន៍ផ្លូវភេទរវាងបុរស និងស្ត្រី។	នៃការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និង ការត្រឡប់មកគ្លីនិកតាមការណាត់ជួប ។ ត្រូវអប់រំអ្នកថែទាំ និងគាំទ្រ អំពី: • វិធីបង្កើតបរិដ្ឋានគាំទ្រ • ការលូតលាស់ធំធាត់របស់កុមារជាបឋម (ECD) និងវិធីរំញោចកុមារនិងក្មេងតូច • វិធីចៀសវាងការប៉ះពាល់ឈាម (ការបង្ការជាសកល) ត្រូវវាយតម្លៃរាល់ពេលកុមារមកពិគ្រោះជំងឺ ដើម្បីកំណត់ពីកត្តាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងការធ្វើអន្តរាគមន៍ កុមារនឹងមានការចង់ចេះចង់ដឹងពីបញ្ហាផ្លូវភេទ និង ការវិវត្តន៍រាងកាយដែលត្រូវលើកឡើងមកពិភាក្សាដោយចំហសមស្របតាមវ័យរបស់កុមារ និង

			ការប្រើប្រាស់ពាក្យពេជន៍ទាក់ទងនឹងផ្លូវភេទឲ្យបានត្រឹមត្រូវ។
កុមារគ្រប់អាយុចូលរៀន (អាយុ ៦-១០ឆ្នាំ)	កុមារ មានការវិវត្តន៍ទៅមានភាពម្ចាស់ការដោយខ្លួនឯង ដែលអាចមានភាពទទួលខុសត្រូវបានមួយចំនួន ឧ. អាចចងចាំម៉ោងពេលដែលត្រូវលេបថ្នាំ។ កុមារចាប់ផ្តើមទៅសាលារៀន។ កុមារនៅតែអាស្រ័យលើគ្រួសារ ប៉ុន្តែ កុមារចាប់ផ្តើមផ្សាភ្ជាប់ ទំនាក់ទំនងជាមួយសង្គម។	កុមារត្រូវការអ្នកថែទាំដែលមានលំនឹង និងយល់ដឹងពី ជំងឺអេដស៍ និងពីតួនាទីដែលត្រូវធានា អំពីការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងការមកទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ជាប់រហូត។ វាជាការល្អ ដែលកុមារបានរៀនសូត្រ អំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការផ្តល់ការប្រឹក្សាឲ្យបានខ្លាំងក្លា និងផ្តល់ការគាំទ្រគ្រប់ដំណាក់កាល។ កុមារត្រូវការរស់នៅក្នុងបរិដ្ឋានមួយដែលមានលំនឹង និងមានសុវត្ថិភាព។ ផ្តល់ការអប់រំប្រសិនបើកុមារមានការលូតលាស់យឺតយ៉ាវ។	ការត្រៀមខ្លួនរបស់អ្នកថែទាំ ក្នុងដំណើរការនៃការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់កុមារ និងអ្នកថែទាំ នៅពេលដែលកុមារបានដឹងខ្លួនថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ត្រូវអប់រំកុមារអំពីអេដស៍ និងដំណើរការនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ពីសារៈសំខាន់នៃការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងការត្រឡប់មកគ្លីនិកតាមការណាត់ជួប។ បន្តគាំទ្រអ្នកថែទាំ ឲ្យជួយលើកទឹកចិត្តកុមារឲ្យលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ។ ត្រូវវាយតម្លៃរាល់ពេលកុមារ មកពិគ្រោះជំងឺ ដើម្បីកំណត់ពីកត្តាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

			និង ការធ្វើអន្តរាគមន៍ ផ្តល់កន្លែងសុវត្ថិភាពនៅក្នុងគ្លីនិក, ផ្តល់ជូន និងទទួលយកដោយគ្មានការវិនិច្ឆ័យ, ក្រុមគាំទ្រក្រុមចំពោះអ្នកថែទាំកុមារ និង កុមារ ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន។ បង្កើនការចូលរួមរបស់កុមារក្នុងការលេបថ្នាំ អប់រំកុមារ អំពីរបៀបថែរក្សាខ្លួនឲ្យមានសុវត្ថិភាព។
មុន/វ័យជំទង់បឋម (អាយុ ១១-១៤ឆ្នាំ)	ជាទូទៅ ពេលកុមារឈានចូលអាយុពេញវ័យ គឺចាប់ផ្តើមមានការផ្លាស់ប្តូរអារម្មណ៍ ចាប់ផ្តើមការប្រកាន់យកការប្រព្រឹត្តិដែលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់និងជាប់លាប់អាចត្រូវថយចុះ	បន្តត្រូវការអ្នកថែទាំដែលមានលំនឹង ត្រូវការការគាំទ្រការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ផ្តល់ព័ត៌មានអំពី សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ រួមទាំង ការយល់ដឹងពីការផ្លាស់ប្តូររាងកាយ ការបង្ការជាវិជ្ជមាន – គាំទ្រ និង អប់រំពីការ	គាំទ្រកុមារឲ្យបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើ មិនទាន់ធ្វើទេ។ គាំទ្រក្មេងជំទង់អំពី ការលូតលាស់ធំធាត់ និង ជំនាញក្នុងការទំនាក់ទំនង។ ផ្តល់ប្រឹក្សាក្មេងជំទង់ អំពីវិធីសាស្ត្រក្នុងការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដល់មនុស្សដែលសំខាន់ៗ។ បញ្ជូនទៅទទួលសេវាផែនការគ្រួសារ ឬ

	និងកុមារមានការវិវត្តន៍ការទំនាក់ទំនងកាន់តែរឹងមាំជាមួយមិត្តភ័ក្តិ។	ទំនាក់ទំនងប្រកបដោយមនោសញ្ចេតនា និងសុវត្ថិភាព ចៀសវាងការប្រើប្រាស់ម្ជុលសឺរ៉ាំងរួមគ្នា អប់រំ អំពីគ្រោះថ្នាក់ក្នុងការប្រើប្រាស់សារជាតិញៀន (គ្រឿងស្រវឹង ហឺតការ ....) ការទទួលបានសេវាផែនការគ្រួសារ និងសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ រៀបចំ និងគាំទ្រការផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។	សេវាគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ។ វាយតម្លៃពីការប្រព្រឹត្តិដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងបង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សា ។ ក្រុមមិត្តជួយមិត្ត ប្រសិនជាមាន ។ រៀបចំផែនការក្នុងការផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ ណែនាំក្មេងជំទង់ឲ្យបានស្គាល់ (Familiarize) គ្រូពេទ្យ និងសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ អ្នកគាំទ្រសកម្មករណីអេដស៍ ជួយសម្របសម្រួលក្មេងជំទង់ ក្នុងការផ្ទេរទៅទទួលថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ មនុស្សពេញវ័យ។ អ្នកជំនួយការសកម្មករណីអេដស៍
វ័យជំទង់អាយុច្រើន (អាយុ ១៥-១៩ឆ្នាំ)	នេះគឺជាពេល ដែលត្រូវផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្ស ពេញវ័យ ហើយក្មេងជំទង់នឹងមានភាពម្ចាស់ការ។		

			ដែលជាផ្នែកមួយនៃការតាមដានសកម្មករណីអេដស៍ ជួយសម្របសម្រួលក្នុងការទំនាក់ទំនងជាមួយ សហគមន៍ ក្នុងការតាមដានករណីបោះបង់ការព្យាបាល។ តាមដានក្មេងជំទង់ដែលបានផ្ទេរ និងវាយតម្លៃពីការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ។ បង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សា លើក្មេងជំទង់ណាដែលលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ។

១៩. ការគាំទ្រកុមារឲ្យលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់

លទ្ធផលល្អនៃផ្នែកគ្លីនិក និងវីរុសសាស្ត្រនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាស្រ័យទៅលើការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ (> ៩៥%)។ **កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ព្យាបាលភ្លាមៗដោយមិនពន្យារពេល**, ជម្រើសដ៏ល្អគឺ ២ សប្តាហ៍ក្រោយពីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ត្រូវធានាថា កុមារដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នឹងទទួលបានលទ្ធផលល្អ, **ដាច់ខាតមិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល ដោយគ្មានហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រសមស្រប នោះទេ។**

ទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់ ត្រូវការមនុស្សពេញវ័យជួយតាមដាន ការលេបថ្នាំរបស់ពួកគាត់។ រីឯកុមារធំ ឬក្មេងជំទង់ ការយល់ដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចមានឥទ្ធិពលដល់ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់និងជាប់លាប់ (សូមអានផ្នែកអំពី ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ខាងក្រោម)។ ការវាយតម្លៃកុមារ ត្រូវធ្វើឡើង រៀងរាល់ពេលកុមារមកពិគ្រោះជំងឺ ដើម្បីកំណត់កុមារណាដែលត្រូវការជាចាំបាច់ ក្នុងការគាំទ្រការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ ទំនាក់ទំនងល្អ រវាងអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល (ឧ. អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា គិលានុបដ្ឋាក-យិកា និងគ្រូពេទ្យព្យាបាល) កុមារ និងអ្នកថែទាំក៏អាចបង្កើនការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ក្នុងកម្រិតខ្ពស់ ។

តើការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ជាអ្វី?

- លេបគ្រប់ឱសថទាំងអស់ រួមទាំង ឱសថ ARVs ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជា ត្រូវលេបឱសថ Cotrimoxazoles ឲ្យបានត្រឹមត្រូវតាមវេជ្ជបញ្ជាគ្រូពេទ្យ ទោះបីជា អ្នកជំងឺមានអារម្មណ៍ថាមានសុខភាពល្អ ។
- មិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល
- មិនត្រូវខកខានការណាត់ជួប។

ការគាំទ្រការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ រួមមាន៖

- ***វគ្គអប់រំ*** ត្រូវផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាល និងគិលានុបដ្ឋាក-យិកា នៅពេលដែលកុមារ/ក្មេងជំទង់ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ប្រសិនបើ កុមារមានអាយុធំល្មម) និងអ្នកថែទាំ។ បំពេញបន្ថែមលើការអប់រំ គឺ៖
- ការពន្យល់អំពី ចំណេះដឹងជាមូលដ្ឋានអំពីអេដស៍ និងប្រវត្តិនៃមេរោគអេដស៍ ផលប្រយោជន៍ និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលជ្រើសរើសយកមកព្យាបាល ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវលេប និងអំពីសារៈសំខាន់នៃការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ (៩៥%) ។
- កំណត់ពីរបាំងរារាំងមិនឲ្យកុមារលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងជួយក្រុមគ្រួសារកុមារ ដើម្បីដោះស្រាយនូវរបាំងរារាំងទាំងនោះ។

- រៀបចំផែនការព្យាបាល និង ពន្យល់ពីកាលវិភាគណាត់ជួប ដែលត្រូវត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញ ហើយនឹងមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកក្រោយ។
- ជំរុញលើកទឹកចិត្តឲ្យបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដល់ក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិដែលអាចផ្តល់ការគាំទ្រដល់ផែនការព្យាបាល។
- ជំរុញលើកទឹកចិត្តអ្នកថែទាំ និង/ឬ កុមារ ឲ្យចូលរួមក្នុងក្រុមគាំទ្រក្រុម ប្រសិនបើមាន។
- កំណត់ពីសន្តិសុខស្បៀង និងសកម្មភាពដែលត្រូវដោះស្រាយបញ្ហា គឺធ្វើឡើងតាមរយៈ កម្មវិធីដែលមានស្រាប់ (ឧ. អង្គការ UNICEF និងអង្គការ Foundation for International Development/Relief (FIDR), អង្គការ Cambodia Children's Fund (CCF), ឬ អង្គការ World Vision ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រ ប្រសិនបើ មានបញ្ហាសន្តិសុខស្បៀង។
- ផ្តល់ការទំនាក់ទំនងលម្អិត នៃមន្ត្រីសុខាភិបាលសំខាន់ៗ បម្រើការនៅគ្លីនិក និង ស្រង់យកព័ត៌មានលម្អិតពីអ្នកជំងឺ ដើម្បីក្នុងការទំនាក់ទំនង អំពី ការត្រឡប់មកពិគ្រោះជំងឺ លើកក្រោយ ។

ចំណាំ: នៅពេលដែលបានផ្តល់ការអប់រំសមស្រប ហើយប្រសិនបើ អ្នកថែទាំ ឬឪពុកម្តាយកុមារ បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ខ្លួនគាត់ កុមារអាចនឹងទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានឆាប់រហ័ស ឬ នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកក្រោយ ដោយផ្តល់ការអប់រំ និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាចនឹងធ្វើឡើងក្នុងពេលជាមួយគ្នា

ការគាំទ្រការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ រៀងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ ជាប្រចាំ

- រាប់ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំ អ្នកជំងឺរាយការណ៍ដោយខ្លួនឯង ឬ វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀត ដូចជា visual analogue scales សម្រាប់វាស់វែងការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន។
- ផ្តល់ការគាំទ្រការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ រៀងរាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ ក្នុងកំឡុងពេល ៣ខែដំបូង ដោយពិភាក្សាអំពី បញ្ហាឱសថ និងបញ្ហាផ្សេងទៀតដែលអ្នកជំងឺបានជួបប្រទះ។ បន្ទាប់មក អាស្រ័យតាមតម្រូវការរបស់អ្នកជំងឺ ការពិភាក្សារយៈពេលខ្លីអាចគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អ្នកជំងឺ។
- កំណត់ការផ្តល់ការគាំទ្រ លើការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ដល់អ្នកជំងឺបន្ថែមទៀត ដែលលេបថ្នាំមិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ < ៨០%។
- ពិភាក្សាអំពី ករណីខកខានការណាត់ជួប ជាមួយអ្នកជំងឺ ។ ការណាត់ជួប គឺជាឧបករណ៍ដ៏មានឥទ្ធិពលមួយសម្រាប់ព្យាករណ៍ ពីការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ (poor adherence) និងត្រូវកំណត់ពីតម្រូវការក្នុងការលើកជាសំណួរភ្លាមៗ អំពី បញ្ហានេះ ដែលអាចប៉ះពាល់ការត្រឡប់មកតាមការណាត់ជួបវិញ និងការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់។

- ចៀសវាងការវិនិច្ឆ័យ(judgment) អ្នកជំងឺ អំពីការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ របស់គាត់។
- កំណត់ពី អសន្តិសុខស្បៀង និង សកម្មភាពដោះស្រាយបញ្ហានេះតាមរយៈ កម្មវិធីរបស់អង្គការដៃគូ ។
- ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកជំងឺ និង មន្ត្រីសុខាភិបាលសំខាន់ៗ នៅគ្លីនិក ព្រមទាំងអាស័យដ្ឋាន ដើម្បីសម្របសម្រួលក្នុងការទំនាក់ទំនង ក្នុងការមកពិគ្រោះជំងឺ នៅគ្លី និក។

ប្រសិនបើមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា អ្នកជំងឺប្រាកដជា លេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ ត្រូវអនុវត្តន៍តាមជំហានខាងក្រោម៖

- ព្យាយាមកំណត់រកមូលហេតុ ក្នុងការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ (ឧ. អ្នកថែទាំធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ឬស្លាប់)
- ព្យាយាមធ្វើអន្តរាគមន៍ តាមដែលអាចធ្វើបាន (បញ្ជូនអ្នកថែទាំមកព្យាបាល កំណត់មនុស្សពេញវ័យម្នាក់ទៀតដែលអាចជួយគាំទ្រ ប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទដើម្បីរម្លឹកម៉ោងពេលដែលត្រូវណាត់ជួប) លេបថ្នាំ
- ចលនាការគាំទ្រពីអ្នកស្ម័គ្រចិត្តក្នុងសហគមន៍ ដើម្បីចុះទៅជួយមើលកុមារដល់ផ្ទះ
- ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផែនការ នៃការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់
- ណាត់ជួបអ្នកជំងឺឲ្យត្រឡប់មកសេវាថែទាំនិងព្យាបាល ឲ្យបានញឹកញាប់ជាងមុន។

បច្ចេកទេសក្នុងការធ្វើប្រសើរឡើងការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់៖

កុមារ និង ទារក

- អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកថែទាំ អនុវត្តន៍ង្វាស់ទឹក និងបង្រៀនកុមារឲ្យលេបគ្រាប់ថ្នាំ។
- ផ្តល់ជូនឧបករណ៍ដែលមានស្រាប់ តាមរយៈអង្គការដៃគូ សហគមន៍ (ឧ. ប្រអប់ដាក់ថ្នាំគ្រាប់ប្រតិទិនដែលបិទ stickers, ការគូសចំណាំ ឬ រូបភាពលើឱសថ បិទស្លាកលើ សឺរ៉ាំង សៀវភៅរឿងនិទាន ប្រដាប់ក្មេងលេង ការចូលរួមរបស់កុមារក្នុងការថែទាំព្យាបាលខ្លួនឯង ចាប់ផ្តើមពីការផ្តល់ព័ត៌មាន អំពីមេរោគអេដស៍ និងគោលបំណងនៃការព្យាបាល និង សមស្របក្នុងការបញ្ចូលឱសថ ARV ទៅក្នុងជីវិតរស់នៅរបស់កុមារ (និង/ឬ អ្នកថែទាំ)។
- ភាពដូចគ្នារវាង រូបមន្តឱសថព្យាបាលលើកុមារ និងមនុស្សពេញវ័យ នៅក្នុងសមាជិកគ្រួសារប្រសិនជាអាចធ្វើបាន។
- ការត្រៀមខ្លួនទាំងកុមារ និងអ្នកថែទាំ អំពី ផលប៉ះពាល់នៃឱសថដែលមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ
- វិធីសាស្រ្តក្នុងការរាយការណ៍ដោយខ្លួនឯង ដូចជា ប័ណ្ណប្រចាំថ្ងៃ ពិនិត្យគ្រាប់ថ្នាំ រាប់គ្រាប់ថ្នាំដែលនៅសេសសល់ និងការវាស់វែងផ្សេងទៀតដែលគួរតែធ្វើ។
- ការផ្តល់កម្រិតដូសថ្នាំ ត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងម៉ោងពេលតែមួយដូចគ្នាៗជារៀងរាល់ថ្ងៃ គឺជាជម្រើសមួយ

ដ៏ល្អ។ ថ្វីបើកុមារបានភ្លេចលេបមួយពេល ត្រូវផ្តល់កម្រិតដូសថ្នាំនៅពេលបន្ទាប់ ជាជាង ការភ្លេចលេបទាំងស្រុង។

- ប្រសិនបើទារក ឬ កុមារក្អួត ក្នុងកំឡុងពេល៣០នាទី ក្រោយពីលេបថ្នាំ ត្រូវផ្តល់ឲ្យកុមារលេបថ្នាំក្នុងកម្រិតដូសថ្មី ដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំក្រោយពេល ៣០នាទីនោះទេ។
- អាចកើតមានឡើងករណីមិនព្រមលេបថ្នាំ ។សូមអានចំណុចគន្លឹះខាងក្រោម ស្តីពីវិធីសាស្រ្តបង្ការការមិនព្រមលេបថ្នាំ។ ត្រូវផ្តល់កម្រិតដូសថ្នាំ ឲ្យកុមារលេបជាថ្មីម្តងទៀត ប្រសិនបើ គាត់ខ្ជាក់ថ្នាំចេញមកវិញ។

កុមារដែលមានអាយុច្រើន និងក្មេងជំទង់

- ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើទាក់ទងនឹងការលេបថ្នាំរបស់កុមារតូច អំពីឧបករណ៍ជាជំនួយការលេបថ្នាំ ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ឧ.ប្រអប់ដាក់គ្រាប់ថ្នាំ ប្រតិទិន។
- ជួយរៀបចំផែនការលេបថ្នាំជាលក្ខណៈសិទ្ធិបុគ្គល (privacy) ដូចជា ការសុំអនុញ្ញាតចេញក្រៅរយៈពីរបីនាទី ដើម្បីលេបថ្នាំ។
- ព្យាយាមលេបថ្នាំឲ្យត្រូវម៉ោងពេលតែមួយ ដូចគ្នានឹងការធ្វើការងារប្រចាំថ្ងៃ (ដូចជា ការដុសធ្មេញ) ប្រសិនជាត្រូវពេលដែលត្រូវលេបថ្នាំ។
- កំណត់នាឡិការោទិ៍ នៅម៉ោងពេលដែលត្រូវលេបថ្នាំ។
- ការចូលរួមពី មិត្តភក្តិដែលអាចទុកចិត្តបាន ឬ ពីមនុស្សពេញវ័យ ដែលជាអ្នកជួយរម្លឹកអំពី ម៉ោងពេលដែលត្រូវលេបថ្នាំ។
- គាំទ្រការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ អាចផ្តល់ជូនផងដែរ ពីអ្នកស្ម័គ្រចិត្តក្នុងសហគមន៍ (CSVs) ដោយជួយរម្លឹក និងជួយលើកទឹកចិត្តពីអ្នកថែទាំ និងជួយឲ្យកុមារទៅកាន់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ តាមការណាត់ជួប ជាទៀងទាត់ និងរក្សាឲ្យបាននូវការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់។

ប្រអប់ទី១១. ការអនុវត្តន៍ជាគន្លឹះសម្រាប់ផ្តល់ថ្នាំឲ្យទារក កុមារ និងក្មេងជំទង់លេប

ទារក

- ប្រើសឺរាំង ឬ ស្លាបព្រា សម្រាប់លាយអាហារ ជាមួយថ្នាំ
- លើពទារកឲ្យមកជិតអ្នក ដើម្បីចៀសវាងទារកធ្វើចលនា
- បញ្ច្រកថ្នាំចូលទៅក្នុងជ្រុងនៃមាត់របស់ទារក នៅតាមបណ្តោយគែមម្ខាងនៃអណ្តាត។ វានឹងមានការលំបាក សម្រាប់ទារកក្នុងការស្តោះ ឬ ខ្ពាក់ថ្នាំចេញមកក្រៅវិញ
- រក្សាមាត់ទារកឲ្យបិទថ្នមៗ រហូតដល់ទារកលេបថ្នាំ
- សូមប្រាកដថា ទារកបានលេបថ្នាំ
- កុំលាយថ្នាំជាមួយ ទឹកដោះគោក្នុងដប ក្នុងករណីទារកមិនទាន់បៅទឹកដោះគោអស់ពីដប ដែលអាចបណ្តាលឲ្យ ផ្តល់ថ្នាំឲ្យទារកមិនគ្រប់កម្រិតដូស
- សូមព្យាយាមធ្វើឲ្យទារកមានផាសុកភាព (សុខស្រួល) ជាជាងធ្វើឲ្យទារកខឹងសម្បារដែលអាចធ្វើឲ្យការលេបថ្នាំកាន់តែពិបាក។

កូនក្មេង (អាយុ២ ទៅ៣ឆ្នាំ)

- ជំរុញឲ្យក្មេងលេបថ្នាំជាប្រចាំ
- ជួយឲ្យក្មេងបានយល់ អ្នកបានដឹងហើយថាវាមិនមែនជាការងាយស្រួលទេ ប៉ុន្តែអ្នកនៅទីនេះគឺដើម្បីជួយគាំទ្រក្មេង ។
- ធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវរសជាតិឱសថ លាយជាមួយរស់ជាតិដែលកុមារចូលចិត្ត (ទឹកភេសជ្ជៈ, ដំណាប់ផ្លែឈើ, ប៊ឺសណ្តែកដី)។
- កុំលាយថ្នាំជាមួយអាហារចំបងរបស់កុមារ (ឧ. ស៊ុត, ត្រី, សាច់, បន្លែ, បាយ) ដែលអាចបណ្តាលឲ្យកុមារ ភ្ជាប់ជាមួយរសជាតិអាក្រក់ ហើយកុមារ មិនព្រមហូបអាហារចំបង, សូម្បីតែនៅពេលមិនមានថ្នាំនៅក្នុងអាហារនោះ។
- ផ្តល់ជម្រើសដល់កូនពី របៀបលេបថ្នាំ (ជាមួយភេសជ្ជៈ, ដំណាប់ផ្លែឈើ, ។ល។) ។ វិធីនេះនឹងផ្តល់ឲ្យក្មេងមានអារម្មណ៍មួយចំនួន ក្នុងគ្រប់គ្រងការលេបថ្នាំ ។
- កុមារមួយចំនួនចូលចិត្តលេបថ្នាំ នៅពេលតែមួយ និង ផឹកទឹកអ្វីផ្សេងភ្លាមៗ ក្រោយពីលេបថ្នាំរួច ។ កុមារផ្សេងទៀតចូលចិត្តលេបថ្នាំមួយជំហានម្តងៗ រួចផឹកភេសជ្ជៈម្តង ក្រោយពេលលេបថ្នាំមួយលើកៗ ។ វិធីនេះអាចជាជម្រើស របស់កុមារក្នុងការលេបថ្នាំ។
- ត្រូវប្រាកដថា បានកុមារលេបថ្នាំ។
- ជួយកុមារឲ្យមានមោទនភាពនៃការលេបថ្នាំរបស់គាត់ ។ សូមអបអរសាទរកុមារក្រោយពេលលេបថ្នាំរាល់លើក, ផ្តល់រង្វាន់របៀបជាផ្ទាំងរូបភាព (Stickers) អាចទទួលបានលទ្ធផលល្អ ចំពោះក្មេងតូច។
- ផ្សាភ្ជាប់ភាពប្រសើរឡើងនៃសុខភាពរបស់កុមារ ជាមួយនឹងការលេបថ្នាំបានល្អ ។

ក្មេងធំ និងក្មេងជំទង់

វាជាការសំខាន់ ក្នុងការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារនិង ក្មេងជំទង់ ដើម្បីឲ្យគាត់យល់ដឹងកាន់តែច្បាស់ថា ហេតុអ្វីបានជាពួកគាត់ត្រូវការលេបថ្នាំ (សូមមើល ផ្នែកខាងក្រោមអំពី ការបើកចំហ)។

- លើកទឹកចិត្តបន្ថែមទៀត ឲ្យគាត់មានភាពម្ចាស់ការ ដោយបង្រៀនកុមារ / ក្មេងជំទង់ ដូចខាងក្រោម:

1. បញ្ចូលការលេបថ្នាំទៅក្នុងការងារប្រចាំថ្ងៃ និងលេបថ្នាំនៅពេលដូចគ្នាជារៀងរាល់ថ្ងៃ (ឧ, បន្ទាប់ពីការដុសធ្មេញ, មុនពេលហូបអាហារ) ។
2. រក្សាតារាងថ្នាំដែលត្រូវលេប គូសសម្គាល់លើប្រតិទិន ឬ ប្រើ pillbox ។
3. ប្រើការរម្លឹកដែលមើលឃើញ (ឧ. បានកត់សម្គាល់នៅលើប្រអប់ថ្នាំ ឬទូរទឹកកក) ។
4. ប្រើសំឡេងរោទិ៍ នៃនាឡិកា/នាឡិកាដៃ/ទូរស័ព្ទដៃ ។
5. កុមារ/ក្មេងជំទង់ នៅតែអាចឆ្លើយតបទៅនឹងប្រព័ន្ធផ្តល់រង្វាន់ ឧ.ឲ្យប្រាក់, ទូរស័ព្ទដៃ,
6. ផ្តល់ឱកាសឲ្យកុមារចូលរួមជាមួយមនុស្សពេញវ័យ អាចជាសមាជិកក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិដែលជឿទុកចិត្តបាន ដើម្បីជួយឲ្យកុមារ និងក្មេងជំទង់ចងចាំការលេបថ្នាំ។[១១៦]

ប្រអប់ទី១២. ឧបករណ៍សម្រាប់ជួយជំរុញការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់

សំណួរបើក ដែលអាចសួរ ដើម្បីជួយជំរុញការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់

- "ម្តាយរបស់អ្នកប្រាប់ខ្ញុំថា អ្នកអាចលេបថ្នាំដោយខ្លួនឯងបាន? ល្អណាស់! តើអ្នកអាចប្រាប់ ខ្ញុំបានទេ ថា តើអ្នកលេបថ្នាំទាំងនោះនៅពេលណា? " (ការជួយជំរុញជា វិជ្ជមាន)
- កុមារមួយចំនួនបានប្រាប់ខ្ញុំថា ការលេបថ្នាំ គឺមិនមែនតែងតែងាយស្រួលនោះទេ។ "តើអ្នកអាចផ្តល់ជា ឧទាហរណ៍ឲ្យខ្ញុំបានទេ តើពេលណាដែលមានការលំបាកសម្រាប់អ្នកក្នុងការលេបថ្នាំ?" (អនុញ្ញាតឲ្យ និយាយបើកចំហពីការលំបាក ទាក់ទងនឹងការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់);
- «ចូរប្រាប់ខ្ញុំអំពី បីថ្ងៃចុងក្រោយនេះ តើអ្នកបានធ្វើអ្វីខ្លះ? តើអ្នកចាំបានទេថា តើពេលណាដែលអ្នកបានលេបថ្នាំ? » (រំលឹកបីថ្ងៃចុងក្រោយឡើងវិញ)
- "ខ្ញុំដឹងថា ជួនកាល ក្នុងការចាប់ផ្តើមលេបថ្នាំនេះដំបូង ធ្វើឱ្យអ្នកមានអារម្មណ៍ ចង់ចង្អោរ ឬថាមិនស្រួលខ្លួន: តើពេលក្រោយមកទៀត យ៉ាងម៉េចដែរ? " (កំណត់ពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថ)
- " តើអ្នកបានធ្វើអ្វីខ្លះ ដើម្បីចងចាំថា អ្នកត្រូវលេបថ្នាំនៅពេលណា?" (លើកទឹកចិត្តជាវិជ្ជមានផ្សាជាប់នឹងយុទ្ធសាស្ត្រ) ។

២០ ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារ និងក្មេងជំទង់

ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាដំណើរការដែលអ្នកជំងឺសិក្សាអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ។ ការបើកចំហ គួរតែត្រូវបានមើលឃើញថា ជាដំណើរការកើនឡើងបន្តិចម្តងៗ ។ ជាការចាប់ផ្តើម វាអាចជាផ្នែកមួយ, ដែលកុមារបានដឹងថាពួកគេបានឆ្លងរោគមិនស្គាល់ឈ្មោះ, បានដឹងពីការព្យាបាល និងវិធានការប្រុងប្រយ័ត្នជាសកល ដើម្បីថែរក្សាខ្លួន និងអ្នកដទៃទៀត ឲ្យមានសុវត្ថិភាព។ ដូចដែលពួកគេចូលទៅជិតពេញវ័យ ពួកគេគួរតែត្រូវបានបើកចំហយ៉ាងពេញ

មូលហេតុនៃការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍សម្រាប់កុមារៈ

- ការបើកចំហ ផ្តល់អំណាចដល់កុមារដើម្បីចូលរួមកាន់តែសកម្មនៅក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្លួន។
- ការបើកចំហ គឺជាផ្នែកមួយដែលចាំបាច់នៃភាពមានសុខភាពល្អ ព្រោះវាជួយបំបាត់ភាពតានតឹងនៃការរក្សាការសម្ងាត់។
- ការបើកចំហ គឺការទំនាក់ទំនងគ្នាដោយការគោរពសម្រាប់កុមារ និងឆ្លុះបញ្ចាំងពីសិទ្ធិរបស់គាត់ក្នុងការដឹង។
- ដោយមានការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត កុមារអាចដោះស្រាយបញ្ហានេះ ដូចមនុស្សពេញវ័យដែរ ប្រសិនបើ កុមារបានដឹងខ្លួនថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅពេលអាយុតិច ។
- ការបើកចំហ អនុញ្ញាតផ្តល់ជម្រើស និងការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍បន្ថែមទៀត-។
- កុមារ (ជាពិសេសក្មេងជំទង់) អាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដ៏វៃឆ្លាតអំពីរបៀបរស់នៅរបស់ពួកគេ និងការចូលរួមយ៉ាងពេញលេញក្នុងការថែទាំសុខភាព ប្រសិនបើពួកគេ យល់យ៉ាងច្បាស់អំពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់ពួកគេ។

លេញ និងរៀនសូត្រអំពីស្ថានភាពអេដស៍របស់ពួកគេ។

ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារ ឬក្មេងជំទង់ គឺមានសារៈសំខាន់ ដោយមានហេតុផលមួយចំនួន (សូមអានប្រអប់អត្ថបទ): វាគឺជាសិទ្ធិរបស់កុមារ ដើម្បីដឹងអំពីស្ថានភាពសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន។ បើយោងតាមមាត្រាទី១៧ នៃអនុសញ្ញាអង្គការសហប្រជាជាតិស្តីពីសិទ្ធិកុមារ, កុមារម្នាក់ៗ គួរមានសិទ្ធិក្នុងៈ " ការទទួលបានព័ត៌មាន និងសម្ភារៈ ពីប្រភពសម្បូរបែបទាំងពីប្រភពថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់អន្តរជាតិ ជាពិសេសពីអ្នកដែលមានគោលបំណង លើកកម្ពស់ស្ថានភាពសង្គម, ស្មារតី និងសុខុមាលភាពផ្លូវចិត្ត ព្រមទាំងសុខភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្តរបស់ពួកគាត់ "។

ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគមេរោគអេដស៍ មានរួមបញ្ចូលទាំងការបើកចំហ ប្រាប់ទៅកុមារអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់គាត់ផ្ទាល់ ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ឪពុកម្តាយ ព្រមទាំងការគាំទ្រដល់កុមារដែលមានវ័យច្រើន និងក្មេងជំទង់, ដើម្បីបើកចំហប្រាប់ដល់អ្នកដទៃទៀតដែលសំខាន់។

ពេលណាដែលត្រូវបើកចំហ?

ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាដំណើរការដែលមានលក្ខណៈជាបុគ្គល ដែលទាមទារឲ្យមានការពិចារណាលើកត្តាជាច្រើន រួមទាំង អាយុ, ដំណាក់កាលលូតលាស់ធំធាត់, សក្តានុពលគ្រួសារ, ការត្រៀមខ្លួនថៃទាំកុមារ និង ស្ថានភាពគ្លីនិកនៃជំងឺ ។ មិនត្រូវធ្វើការបើកចំហ ប្រសិនបើ អ្នកថៃទាំមិនទាន់បានត្រៀមខ្លួន និងផ្តល់ការគាំទ្រពេញទំហឹងដល់កុមារ ។

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

អ្នកណា ដែលត្រូវបើកចំហ ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ?

- នរណាម្នាក់ដែលកុមារជឿទុកចិត្ត និង គោរព ត្រូវដឹកនាំដំណើរការនៃការបើកចំហ, ជាធម្មតា, គឺជាអ្នកថៃទាំ ។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា គួរតែគាំទ្រដល់អ្នកថៃទាំនៅក្នុងដំណើរការនៃការបើកចំហ ដោយការផ្តល់គន្លឹះពាក់ព័ន្ធ, ព័ត៌មាន, ឆ្លើយសំណួរ, ផ្តល់នូវការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និង/ឬ ការអនុវត្តការបើកចំហ តាមរយៈល្បែងដើរតួ។
- អ្នកថៃទាំ អាចនឹងមានការស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ របស់កុមារ ដែលក្នុងករណីនេះ ទាមទារឲ្យមានការយល់ព្រមពីអ្នកថៃទាំ, អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ឬបុគ្គលិកថៃទាំ

សុខភាព អាចជាអ្នកបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទៅដល់កុមារ ឬក្មេងជំទង់។ ជម្រើស ថា អ្នកណាដែលគួរតែបើកចំហ ត្រូវតែគិតពីផលប្រយោជន៍សម្រាប់កុមារ ជាកត្តាចម្បង ។

ដោយផ្អែកលើភស្តុតាងនៃសុខភាព និងការធ្វើផែនការជីវិត អត្ថប្រយោជន៍នឹងមានសម្រាប់កុមារដែលបាន ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកថែទាំ និង មិនសូវមានគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នកថែទាំ អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានផ្តល់អនុសាសន៍ឲ្យអ្នកថែទាំ គួរតែបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ របស់ខ្លួន ប្រាប់ដល់កូនគាត់ផងដែរ។

អ្នកថែទាំ បើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅផ្ទះ
អ្នកថែទាំ គួរតែជាអ្នកដែលត្រូវបើកចំហពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ទៅកូន។ ប្រសិនបើ អ្នកថែទាំ បាន ត្រៀមខ្លួនជាស្រេច និងមានភាពរឹងមាំ ដើម្បីបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រាប់ទៅកុមារនៅផ្ទះ, ត្រូវជួយ គាត់ ដោយពិភាក្សាពីព័ត៌មានដែលកុមារគួរដឹង អំពីជំងឺអេដស៍ និងការព្យាបាល។ ដូចគ្នានេះផងដែរ ត្រូវពន្យល់ពី ប្រតិកម្មរបស់កុមារ ដូចជា ការទុក្ខព្រួយ, ការខឹងសម្បារ និងរបៀបដោះស្រាយជាមួយពួកគេ ។ ការបើកចំហ នៅផ្ទះ អាចត្រូវបានធ្វើឡើងជាធម្មតា នៅពេលមានឱកាស ឬអាចជាផ្លូវការបន្តិចបន្តួច ប្រសិនបើអ្នកថែទាំ ចូល ចិត្តអង្គុយជាមួយកូនសម្រាប់ការពិភាក្សាដោយបើកចំហ។ បុគ្គលិកគ្លីនិក គួរពង្រឹងទំនុកចិត្តអ្នកថែទាំថា ពួកគេនឹង ផ្តល់ការគាំទ្រ ប្រសិនបើចាំបាច់ នៅពេលនេះ ឬនៅពេលអនាគត បន្ទាប់ពីបានបើកចំហ នៅគ្រឹះស្ថាន សុខាភិបាល។

អ្នកថែទាំ និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍រួមគ្នា
អ្នកថែទាំ ប្រហែលជាមិនមានអារម្មណ៍រឹងមាំគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយខ្លួន ឯង។ ជាញឹកញាប់ ពួកគាត់ មិនសូវមានទំនុកចិត្ត និង ភ័យខ្លាចប្រតិកម្មដែលអាចកើតមានឡើងលើកុមារ។ ក្នុងករណីនេះ មានការប្រឈមដែលអ្នកថែទាំ មិនអាចផ្តល់ព័ត៌មាន និងការគាំទ្របានសមស្រប។ ក្នុងការអនុវត្ត, ទាំងអ្នកថែទាំ អាចបើកចំហពីរោគវិនិច្ឆ័យនៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដល់កុមារ និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ដែលអាចផ្តល់ នូវការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងការពន្យល់ជាមូលដ្ឋាន ដើម្បីធានាកុមារ (ដោយផ្អែកលើឧបករណ៍នៃការបើកចំហ), ឬ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាបានផ្តល់នូវឧបករណ៍ និងព័ត៌មានទាំងអស់ដែលគាត់មាន ដល់អ្នកថែទាំ ដែលមានបំណងក្នុងការ បើកចំហ នៅពេលណាមួយដែលគាត់មានអារម្មណ៍ល្អ ។

វត្តមាននៃអ្នកថែទាំ បង្ហាញដល់កុមារ ថា គាត់ នឹងបើកចំហឲ្យមានការពិភាក្សាលើប្រធានបទនេះ។ វាមាន ប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកថែទាំ ដើម្បីរៀនសូត្រពីអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ដូច្នេះ ពួកគាត់ អាចបន្តការពិភាក្សានេះនៅពេល ក្រោយអំពីការបើកចំហ ដូចគ្នានេះដែរ។

ការបើកចំហមិនពេញលេញ និងពេញលេញ អំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផ្នែកខ្លះ: សំដៅទៅលើការជូនដំណឹងកុមារអំពីជំងឺ របស់ពួកគាត់ ដោយមិនប្រើពាក្យមេរោគរោគ ឬជំងឺអេដស៍ទេ។

- ការបើកចំហាពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ពេញលេញ សំដៅទៅលើការប្រើពាក្យមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ និងរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មាន អំពីរបៀបឆ្លងរាលដាល និងការព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

ការបើកចំហាពេញលេញ គួរធ្វើឡើងមុនពេលចាប់ផ្តើមនៃការឈានចូលភាពពេញវ័យ នៃក្មេងជំទង់។ ប្រសិនបើ មិនបានបើកចំហទេ វាគឺជាអាទិភាពក្នុងការបើកចំហសម្រាប់ក្មេងជំទង់ ឲ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកថែទាំ ដល់កុមារ

- កុមារដែលមានអាយុចូលសាលារៀន (ចាប់ពី៥ឆ្នាំ) គួរតែត្រូវបានប្រាប់ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៃអ្នកថែទាំ។
- ក្មេងតូចគួរតែត្រូវបានជូនដំណឹងបន្តិចម្តងៗ ស្របតាមការលូតលាស់ជំនាញនៃការយល់ដឹង និងភាពចាស់ទុំនៃអារម្មណ៍របស់កុមារ ។
- កុមារអាចទាមទារឲ្យមានការធានា អំពីសុខភាពរបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកថែទាំ និងត្រូវដោះស្រាយពីការភ័យខ្លាច និងការព្រួយបារម្ភ។

វាជាការសំខាន់ ក្នុងការយល់ដឹងអំពី ផលអវិជ្ជមានដែលអាចកើតមានក្រោយពីការបើកចំហ ទៅលើកុមារ/ក្មេងជំទង់ និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលបង្កឡើងដោយសារការរើសអើង និងមាក់ងាយ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា គួរតែជួយគាំទ្រដល់ក្រុមគ្រួសារ តាមរយៈកិច្ចសហការជាមួយសហគមន៍មូលដ្ឋានរបស់ពួកគាត់ (ឧ. សាលារៀន ស្ថានប័ន សាសនា ឬ អង្គការថែទាំជំងឺអេដស៍តាមផ្ទះ) ដើម្បីផ្តល់ការអប់រំអំពីមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំង ព្យាយាមកាត់បន្ថយការប្រឆាំងនឹងភាពមាក់ងាយ ពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងមេរោគអេដស៍។

គន្លឹះក្នុងការទំនាក់ទំនងក្នុងការបើកចំហ

- ស្វែងយល់ពីថា តើកុមារមានការយល់ដឹងអំពីស្ថានភាពជំងឺរបស់គាត់ដល់កម្រិតណា? ហើយគាត់ចង់ដឹងពីអ្វីខ្លះ?
- កុមារត្រូវដឹងថា គាត់ត្រូវបានទទួលការស្រឡាញ់ និងការថែទាំចិញ្ចឹមជីវិត
- ធានាថា ស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគរបស់គាត់ ឬ របស់ឪពុកម្តាយគាត់ គឺមិនមែនជាការផ្តន្ទាទោស ឬការប្រព្រឹត្តិកំហុសអ្វីមួយនោះទេ
- អប់រំពួកគេ អំពី របៀបចម្លងនៃមេរោគអេដស៍
- ការបើកចំហ ត្រូវធ្វើឡើងស្របតាមអាយុកុមារ; ប្រើភាសាស្របតាមអាយុកុមារ និងកម្រិតនៃការសិក្សារៀនសូត្រ និងការត្រៀមផ្លូវអារម្មណ៍
- ត្រូវមានភាពស្មោះត្រង់, ប្រសិនបើ អ្នកមិនដឹងចម្លើយសម្រាប់ឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួររបស់កុមារ

គួរនិយាយថា មិនដឹង។

- ត្រូវនាំមុខដោយកុមារលើបរិមាណនៃព័ត៌មាន ដែលគាត់ចង់ដឹង
- គិតចម្លើយទុកជាមុន សម្រាប់ឆ្លើយតបទៅកុមារ តាមដែលអាចធ្វើបាន និងរៀបចំផែនការសម្រាប់អនាគត
- គិតទុកជាមុនពីផលប៉ះពាល់នៃការបើកចំហ នៅលើសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត, មិត្តភក្តិ, សាលារៀន និងសហគមន៍ និងរៀបចំផែនការសម្រាប់ដោះស្រាយលើផលប៉ះពាល់នេះ
- តាមដានការប្រព្រឹត្តិរបស់កុមារ បន្ទាប់ពីការបើកចំហ (ការគេង, បញ្ហាសិក្សារៀនសូត្រ និងការដកខ្លួនចេញ)។ ការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្តិ អាចបង្ហាញពីតម្រូវការក្នុងការគាំទ្រ និងការធ្វើអន្តរាគមន៍។
- ចូរសំដែងការគោរពពី អារម្មណ៍ ការឆ្លើយតប និងទទួលយកតម្រូវការរបស់កុមារ ។

ប្រអប់ទី១៣. អ្វីដែលត្រូវនិយាយជាមួយកុមារ និងក្មេងជំទង់ នៅពេលបើកចំហរពី ស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍

កុមារមុនអាយុចូលសាលារៀន

អ្នកបានមើលឃើញគិលានុបដ្ឋាក-យិកា គាត់អាចពិនិត្យមើលឈាមរបស់អ្នក។ គិលានុបដ្ឋាក-យិកានេះ បានបូមឈាមរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើឲ្យប្រាកដថា អ្នកនៅតែមានសុខភាពល្អ។ អ្នកត្រូវការលេបថ្នាំ ព្រោះវាមានមេរោគ នៅក្នុងឈាម របស់អ្នកដែលអាចធ្វើឲ្យអ្នកឈឺ។

កុមាររៀនកម្រិតបឋមសិក្សា

ការទៅជួបគ្រូពេទ្យ នឹងជួយអ្នកឲ្យមានសុខភាពល្អ ។ អ្នកមានមេរោគនៅក្នុងឈាមរបស់អ្នក គេហៅថាមេរោគអេដស៍។ មេរោគអេដស៍ វាយប្រហារទាហានក្នុងរាងកាយរបស់ អ្នកដែលជាមូលហេតុ នាំឲ្យអ្នក ធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ម្តងម្កាល។ អ្នក និងខ្ញុំមានមេរោគអេដស៍ក្នុងរាងកាយរបស់យើង (ឪពុកម្តាយបានប្រាប់ទៅកូនគាត់) អ្នកត្រូវតែលេបថ្នាំ ដើម្បីឲ្យទាហានការពាររាងកាយយើងអាចធ្វើការបាន ហើយអ្នកនឹងមិនធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ធ្ងន់ធ្ងរទេ។ អ្នក (និងខ្ញុំ) ត្រូវលេបថ្នាំ ដើម្បី ថែរក្សាសុខភាពយើង ឲ្យខ្លាំងឡើង។ អ្នកមិនចម្លងជំងឺនេះទៅអ្នកដទៃ ដោយការលេងជាមួយពួកគេ ការប៉ះពាល់ ឬការឱបការបរិភោគរួមគ្នា ឬដោយការប្រើប្រាស់បង្គន់រួមគ្នា។ ការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺគ្មានអ្វីដែលត្រូវខ្មាស់អៀន នោះទេ ប៉ុន្តែជួនកាល វាគឺជារឿងឯកជន។ អ្នកមិនចាំបាច់និយាយប្រាប់ទៅអ្នកដទៃ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ប្រាប់។ ប្រហែលជាយើងគួរតែរក្សាបញ្ហានេះ នៅតែក្នុងក្រុមគ្រួសារយើង ចាប់ពីពេលឥឡូវនេះតទៅ?

ក្មេងជំទង់

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ មេរោគអេដស៍ បានចូលទៅក្នុងឈាមរបស់អ្នក និងអាចធ្វើឲ្យធ្លាក់ខ្លួនឈឺ។ ការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មិនមែនមានន័យថា អ្នកធ្លាក់ខ្លួនឈឺគ្រប់ពេលវេលានោះទេ។ អ្នកអាចត្រួតពិនិត្យមេរោគអេដស៍បាន ដោយ ការលេបថ្នាំរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ថ្ងៃ។ ប៉ុន្តែ វាមិនមានវិធីណាមួយដែលអាចឲ្យអ្នក អាចកម្ចាត់មេរោគអេដស៍ បានទាំង ស្រុងនោះទេ។ ដោយដឹងថា អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវការទទួលខុសត្រូវពិសេស ដើម្បីថែរក្សាសុខភាពអ្នក មួយកម្រិតទៀត និងមិនចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃ។ ទោះបីជាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍, ប្រសិនបើអ្នកលេបថ្នាំ តាម វេជ្ជបញ្ជារបស់គ្រូពេទ្យ អ្នកអាចរស់បានយូរអង្វែង, មានទំនាក់ទំនងស្នេហា រៀបការ និងមានកូន។ ប្រសិនបើ អ្នកមាន ការទំនាក់ទំនងស្នេហា និងចង់រួមភេទ, វាជាការសំខាន់ណាស់សម្រាប់អ្នក ក្នុងការការពារដៃគូរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ តាមមធ្យោបាយជាច្រើន។ វាជាការលំបាកខ្លាំងណាស់ តែវាសំខាន់ ក្នុងការពិភាក្សាអំពី ស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នក។ យើងនឹងជួយអ្នក ឲ្យត្រៀមខ្លួនសម្រាប់ការពិភាក្សានេះ។ អ្នកនិងដៃគូរបស់អ្នក ត្រូវ ប្រើស្រោមអនាម័យ ជានិច្ចរាល់ ពេលរួមភេទ។ អ្នកអាចមានទំនាក់ទំនងស្នេហាយូរអង្វែង, រៀបការ និងមានកូន ទោះបីជាអ្នកនឹងត្រូវប្រកាន់យក នូវវិធានការបង្ការជាសកល ពិសេស ដោយមិនចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូ ឬកូនរបស់ អ្នក។ ការងារជាច្រើនដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ដើម្បីបន្ថយឱកាសក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូ។ យើងអាច និយាយបន្ថែមទៀតអំពីបញ្ហានេះ នៅពេលណាដែលអ្នកចូលចិត្ត។

ដំណើរការនៃការបើកចំហ

ការបើកចំហ មិនគួរត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ជាព្រឹត្តិការណ៍ដែលកើតឡើងតែម្តងនោះទេ, ប៉ុន្តែវាជាដំណើរការមួយដែលតម្រូវឲ្យប្រព្រឹត្តិទៅជាច្រើនវគ្គ ។

មុនពេលបើកចំហ

- មន្ត្រីសុខាភិបាល ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីគាំទ្រដល់ការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកថែទាំ "ថា ត្រូវបើកចំហអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយពួកគេត្រូវគោរព តាមការកំណត់ពេលវេលារបស់ក្រុមគ្រួសារអ្នកជំងឺ។ពួកគេមិនត្រូវប្រញាប់ប្រញាល់ នៅក្នុងដំណើរការនៃការបើកចំហនោះទេ ប៉ុន្តែជំនួសដោយការក្រើនរម្លឹក និង រំញោចអារម្មណ៍ក្រុមគ្រួសារអ្នកជំងឺ និងពីតម្រូវការ ដោយសារ ពួកគេចូលរួមក្នុងដំណើរការនៃការបើកចំហនេះ។
- មន្ត្រីសុខាភិបាល ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលឲ្យគោរពហេតុផលរបស់អ្នកថែទាំ ដែលមានការភ័យខ្លាច និងបដិសេធដំណើរការបើកចំហនេះ។
- ក្រុមគ្រួសារ នឹងទទួលបានការពន្យល់យ៉ាងលម្អិត អំពីគំរូនៃការបើកចំហ មុនពេលចាប់ផ្តើមបើកចំហ ។
- ក្នុងអំឡុងវគ្គអប់រំ អ្នកអប់រំរៀបចំសមាជិកគ្រួសារ ដើម្បីឆ្លើយតបសំណួរដែលមានការខ្មាស់អៀន ឬការឈឺចាប់ ថាកុមារទំនងជានឹងលើកជាសំណួរឡើង (ឧទាហរណ៍ អំពីការអនុវត្តផ្លូវភេទ ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន)។
- ក្រុមមន្ត្រីសុខាភិបាល ជួយអ្នកថែទាំ ក្នុងការបង្ហាញការសម្ងាត់គ្រួសារ ជាបឋម ដូចជា ការយកកូនមកចិញ្ចឹម។
- ប្រសិនបើ អ្នកថែទាំ មានការស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការបើកចំហ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាត្រូវសិក្សា ពីហេតុផលនៃការស្ទាក់ស្ទើរនេះ និងជួយរកដំណោះស្រាយបញ្ហា។ ពេលវេលាសម្រាប់ការបើកចំហ អាស្រ័យលើកុមារ និងតាមស្ថានភាពអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា អាចនឹងត្រូវចេះអត់ធ្មត់ក្នុងការដោះស្រាយ បញ្ហាជាមួយក្រុមគ្រួសារអ្នកជំងឺ។

កំឡុងពេលនៃការបើកចំហ

- បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវពិចារណាពីដំណាក់កាលនៃមេរោគអេដស៍ និងពីស្ថានភាពជំងឺរបស់កុមារ ដោយសារតែការភ័យខ្លាច ការឈឺចាប់ និងភាពអស់កម្លាំង ដែលត្រូវសម្រុះសម្រួល បន្ថែមកម្រិតថាមពលផ្លូវចិត្តរបស់កុមារ និងក្រុមគ្រួសារក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបើកចំហនេះ។ ពួកគាត់ត្រូវចៀសវាងការបើកចំហ ក្នុងអំឡុងពេលមានវិបត្តិសុខភាព ឬពេលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។
- ត្រូវសង្កត់ធ្ងន់ពីការរក្សាសម្ងាត់ មន្ត្រីសុខាភិបាលចូលរួមជាមួយអ្នកជំងឺក្នុង " ភាពជាដៃគូ " ដោយផ្អែកលើទំនុកចិត្ត និងការជឿទុកចិត្តគ្នា ។
- ក្នុងអំឡុងដំណើរការនៃការបើកចំហ មន្ត្រីសុខាភិបាលធានាថា កុមារហាក់ដូចជាចង់ដឹងចង់ឃើញ និងមានការត្រៀមខ្លួនជាស្រេច ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីស្ថានភាពជំងឺរបស់ គាត់។

ក្រោយពីបើកចំហ

- ការបើកចំហ ជាដំណើរការជាបន្តបន្ទាប់។ វាអាចមានសំណួរជាច្រើន និងវគ្គអប់រំជាច្រើន ដែលត្រូវរៀបកាលវិភាគ សម្រាប់គាំទ្រដល់ក្រុមគ្រួសារ និងកុមារ ដើម្បីធានាឲ្យបានថាមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ឆ្លើយតបនឹងសំណួរ ឬការព្រួយបារម្ភរបស់កុមារដែលត្រូវដោះស្រាយ។

២១. ការថែទាំក្មេងជំទង់ និងការត្រៀមរៀបចំក្នុងការផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ដោយជោគជ័យ

ក្មេងជំទង់ ត្រូវបានកំណត់ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក គឺជាក្មេងដែលស្ថិតក្នុងចន្លោះអាយុ ពី ១០ ទៅ១៩ឆ្នាំ។ អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល ដែលធ្វើការជាមួយក្មេងជំទង់ គួរតែមានការយល់ដឹងពីដំណាក់កាលរាងកាយពេញវ័យរបស់ក្មេងជំទង់ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី៩)។ ពេលកុមារឈានចូលវ័យជំទង់ តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរ ហើយគ្រូពេទ្យ ត្រូវតែរៀបចំឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេ ឬត្រូវដឹងពីសេវាបញ្ជូនដែលពួកគេអាចត្រូវការ (ឧ. សេវាពន្យារកំណើត ឬសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺកាមរោគ)។ ក្មេងជំទង់ គឺជាទូទៅ ជាវ័យមួយមានភាពច្របូកច្របល់ ជាពេលវេលាមួយ ខណៈពេលដែលកុមារចាប់ផ្តើមបង្កើតភាពម្ចាស់ការ និងការផ្លាស់ប្តូរទៅភាពជាមនុស្សពេញវ័យ។ ក្មេងជំទង់ អាចក្លាយទៅជាក្មេងមិនស្តាប់បង្គាប់ ចរិតរឹងរូស និងប្រកាន់យកការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ ជាទូទៅមានកម្រិតខ្ពស់បំផុតនៅក្នុងវ័យនេះ។ បញ្ហានេះអាចនឹងមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរឡើងក្នុងចំណោមយុវជន ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយសារតែការមាក់ងាយពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺនេះ។ ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ អាចនឹងកាន់តែអាក្រក់ឡើង, ហើយដាក់ពួកគេនៅក្នុងហានិភ័យនៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ ក្មេងជំទង់អាចមានប្រតិកម្មផ្សេងៗគ្នាក្នុងអំឡុងវ័យនេះ, ហេតុដូច្នេះហើយតម្រូវឲ្យមានការគាំទ្រដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រផ្សេងៗគ្នា។ ការគំរាមកំហែងនៃការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដែលនាំឲ្យបរាជ័យនៃការព្យាបាល និងក្មេងជំទង់ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ មានចំនួនកើនឡើងដែលបានឆ្លងពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក៏ដូចជាក្មេងជំទង់ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការប្រព្រឹត្តិដែលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ ក្លាយជាបញ្ហាប្រឈមនៃសុខភាពសាធារណៈយូរអង្វែង។ ឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាប្រឈមនេះ តម្រូវឲ្យមានការយល់ដឹងកាន់តែស៊ីជម្រៅអំពីដំណើរការ និងការវិវត្តន៍កត្តាគ្រោះថ្នាក់ដែលមានសក្តានុពលលើការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ក្នុងចំណោមក្មេងជំទង់។ បើអាចធ្វើបាន ការថែទាំព្យាបាលលើក្មេងជំទង់ គួរតែមានសមាសធាតុនៃ សេវាមិត្តភាពយុវវ័យ រួមទាំងភាពបត់បែននៃពេលម៉ោងធ្វើការ និងគ្លីនិកសម្រាប់តែក្មេងជំទង់, ក្រុមមិត្តគាំទ្រមិត្ត, ការគាំទ្រមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ, សម្ភារៈអប់រំ, និងការប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទដៃផ្ញើសារសម្រាប់ផ្តល់ការគាំទ្រ។ សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី៩ រៀបរាប់ពីបញ្ជីនៃសមាសភាគនៃការផ្តល់ សេវាមិត្តភាពយុវជន ដែលអាចធ្វើទៅបាន យ៉ាងហោចណាស់សមាសភាគមួយចំនួននៃការផ្តល់សេវាមិត្តភាពយុវវ័យ គួរតែត្រូវបានផ្តល់ជូន។

ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត គួរតែផ្តល់ជូនតាមតម្រូវការរបស់ក្រុមយុវជន៖

- នៅពេលដែលកុមារឈានចូលវ័យជំទង់, **កុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅជុំវិញពេលសម្រាលកូនជាច្រើននាក់** មានការប្រឈមមុខនឹងការមាក់ងាយដោយសារកើតជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ, រួមបញ្ចូលទាំង ការលូតលាស់ធំធាត់មិនបានល្អ និងការរៀនសូត្រចុះខ្សោយ បណ្តាលមកពី អវត្តមានញឹកញាប់ពេក។ ពួកគេ អាចជាក្មេងកំព្រា ឬរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមានឪពុក ម្តាយមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬអ្នកថែទាំដែលមិនបង្ហាញការយល់ដឹងពីស្ថានភាពជំងឺរបស់ពួកគេ។ ពួកគេអាចនឹងមានភាពពេញវ័យយឺតយ៉ាវ ដែលនាំឲ្យខ្វះទំនុកចិត្តលើខ្លួនឯង (poor self-esteem)។
- **ក្មេងជំទង់ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការប្រព្រឹត្តិប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់** មានតម្រូវការខុសគ្នា; ពួកគេអាចមកពីក្រុមប្រជាជនចំណុច ឧ. ក្រុមបុរសស្រឡាញ់បុរស, ក្រុមបំលែងភេទ, ក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង/ឬ អ្នកបំរើសេវាផ្លូវភេទ។ ជាទូទៅ ក្រុមនេះគឺជាក្រុមងាយដែលមានការប្រព្រឹត្តិដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយទំនងជាមានបញ្ហាប្រឈមក្នុងការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់។ ពួកគេមានតម្រូវការសេវាផែនការគ្រួសារ និងសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។

សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់កុមារនៅកម្ពុជា រហូតដល់អាយុ ១៥ឆ្នាំ ហើយក្រោយមក ក្មេងជំទង់នឹងត្រូវផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ ត្រូវរៀបចំផែនការក្នុងការផ្ទេរ និងតាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ក្នុងការផ្ទេរពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ដោយមានគោលបំណងគាំទ្រយុវវ័យ រួមមាន៖

- ត្រូវប្រកាន់ខ្ជាប់ក្នុងការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ
- ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូរួមភេទ និងប្រកាន់យកវិធានការដើម្បីកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍បន្ថែម និងបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃ
- ទទួលបានការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត ៖
    - ការកំណត់រក និងដោះស្រាយវិបត្តិ (ឧ. មានបំណងចង់ធ្វើអត្តឃាត, គ្មានផ្ទះសម្បែង)
    - សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ និងលើកកម្ពស់ការប្រព្រឹត្តិការរួមភេទប្រកប ដោយសុវត្ថិភាព
    - ផ្តល់លទ្ធភាពក្នុងការទទួលបានផលប្រយោជន៍ សិទ្ធិ និងសេវាកម្មផ្សេងៗ
    - ផ្តល់ការគាំទ្រយុវជនក្នុងការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯង និង អនុវត្តលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិត
    - ការកំណត់រក និងការព្យាបាលជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ឧ. ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត, ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន)
    - ការលើកកម្ពស់ជំនាញក្នុងការរស់នៅដោយឯករាជ្យ និងការឈានទៅភាពពេញវ័យ ។
- ទទួលបានការផ្តល់សេវាដែលត្រូវការទាំងអស់ នៅក្នុងការរួមបញ្ចូល/ផ្សាភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងគ្នា ប្រកបដោយគុណភាព ដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានជំនាញ។
- ការផ្ទេរទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យដោយជោគជ័យ ដែលនៅទីនោះ ពួកគេនឹងទទួលបានសេវាដែលមានគុណភាព ពីមន្ត្រីសុខាភិបាល។

ការគាំទ្រក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ប្រសិនបើ ក្មេងជំទង់មិនទាន់ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេនោះទេ វាជាការសំខាន់ណាស់ក្នុងការបើកចំហ (សូមអានផ្នែកខាងលើ)។ ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍សម្រាប់កុមារ គួរតែធ្វើឡើងមុន ផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ ការផ្តល់ប្រឹក្សាក្មេងជំទង់រួមមាន៖ ការអប់រំផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជ, ការគាំទ្រក្នុងការទំនាក់ទំនងមនោសញ្ចេតនាស្នេហា ព្រមទាំងការបើកចំហទៅដៃគូ និងមនុស្សសំខាន់។ ការប្រឹក្សាជាក្រុម គួរត្រូវបានអនុវត្តន៍ ដើម្បីជួយក្មេងជំទង់ទាំងនេះ ឲ្យមានការជឿជាក់លើខ្លួនឯងឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើង។ ដោយផ្តល់កន្លែងជួបជុំគ្នា នៅក្នុងគ្លីនិក និង អញ្ជើញអ្នកដែលមានជំនាញ, មន្ត្រីសុខាភិបាល ឲ្យជួយសម្រួលដំណើរការនេះ និងជំរុញការបង្កើតវេទិការមួយដែលក្មេងជំទង់បានជួបជុំគ្នា និងតាមរយៈដំណើរការនេះ ពួកគេអាចធ្វើការអភិវឌ្ឍជំនាញមួយចំនួន។

ការផ្ទេរពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺ អេដស៍មនុស្សពេញវ័យ

និយមន័យនៃការផ្ទេរ

គឺជាដំណើរការនៃការផ្ទេរ ដែលកើតឡើងនៅពេលដែលក្មេងជំទង់ម្នាក់ ត្រូវបានបញ្ជូនចេញពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យវិញ ។

I- *បញ្ហាប្រឈម និងរបាំងរារាំងក្នុងការផ្ទេរដោយជោគជ័យ*

អ្នកជំងឺវ័យក្មេងជាច្រើន ធ្លាប់មានការព្រួយបារម្ភ និងការថប់បារម្ភ អំពីការផ្ទេរទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ និងជាពេលវេលាមួយដ៏លំបាកក្នុងការសម្របសម្រួល ទៅនឹងការកើនឡើងនូវការទទួលខុសត្រូវ និងក្តីរំពឹងទុក។ បញ្ហាជាក់លាក់លើយុវជនដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចធ្វើឲ្យមានការលំបាកខ្លាំងក្នុងការផ្ទេរក្នុងចំណោមប្រជាជនក្រុមនេះ បើធៀបនឹងក្មេង ជំទង់ ដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃផ្សេងទៀត។

II- **ការត្រៀមខ្លួននៃការផ្ទេរក្មេងជំទង់**

ការផ្ទេរក្មេងជំទង់ ត្រូវត្រៀមខ្លួនដូចខាងក្រោម៖

- ការរៀបចំផែនការផ្ទេរ
- ធានាថា យុវជនដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ យល់ដឹងពីជំងឺរ៉ាំរ៉ៃរបស់ពួកគេ និងការគ្រប់គ្រងជំងឺនេះ។
- វាយតម្លៃអ្នកជំងឺជាលក្ខណៈបុគ្គល, សម្រាប់ការអភិវឌ្ឍជំនាញគ្រប់គ្រាន់ និងការយល់ដឹងក្នុងការផ្ទេរដោយជោគជ័យ, សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី១១។

A- ***ការរៀបចំផែនការផ្ទេរ***

- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរសហការជាមួយអ្នកជំងឺ និង/ឬ ក្រុមគ្រួសារ (បើអាចធ្វើបាន) ដើម្បីរៀបចំផែនការផ្ទេរ។
- ចំពោះក្មេងជំទង់ដែលមិនទាន់ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ, ការបើកចំហ គួរតែជាគោលដៅចម្បងនៃផែនការផ្ទេរនេះ ។
- ផ្នែកមួយនៃផែនការផ្ទេរ, ត្រូវរៀបចំការផ្ទេរ ដោយអនុញ្ញាតឲ្យមានការជួបគ្នា រវាងអ្នកជំងឺ និងអ្នកផ្តល់សេវានៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យ ឲ្យបានមុនពេលការណាត់ជួបចុងក្រោយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ។

B- ការអប់រំ និងបណ្តុះបណ្តាលពីជំនាញដល់ក្មេងជំទង់

- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរផ្តល់ការអប់រំគាំទ្រដល់អ្នកជំងឺ ពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកជំងឺចង់ដឹងពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ និងវាយតម្លៃ ពីការរីកចំរើន និងការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់ការផ្ទេរ ។
- ក្មេងជំទង់ គួរតែរៀបចំខ្លួន មុនពេលផ្ទេរ ដូចខាងក្រោម៖

  - ដឹងថានៅពេលណាដែលត្រូវស្វែងរកសេវាថែទាំព្យាបាលរោគសញ្ញា ឬករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់
  - កំណត់ពីរោគសញ្ញា និងរៀបរាប់អំពីរោគសញ្ញាទាំងនោះ
  - រៀបចំការណាត់ជួប, ការលប់ចោលការណាត់ជួប, និង ការរៀបចំកម្មវិធីណាត់ជួប
  - ត្រូវទៅជួបគ្រូពេទ្យតាមការណាត់ជួប ឲ្យទាន់ពេលវេលា
  - ត្រូវទូរស័ព្ទទៅណាត់មុន ក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់
  - ត្រូវប្រាកដថា មានឱសថគ្រប់គ្រាន់នៅផ្ទះ មុនពេលអស់ឱសថលេបមុន កាលបរិច្ឆេទការណាត់ជួបបន្ទាប់។
  - ការយល់ដឹងអំពីសារៈសំខាន់នៃការថែទាំសុខភាព និង ការតាមដាន។

III- ការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ

ប្រសិនជាអាចធ្វើទៅបាន, ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរជួយក្មេងជំទង់ក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យដែលមានបុគ្គលិកលក្ខណៈប្រហាក់ប្រហែលគ្នា។ ក្មេងជំទង់ខ្លះអាចមានអារម្មណ៍ថា ទីតាំងសេវាគឺជាកត្តាសំខាន់បំផុត ដោយសារតែពេលវេលា និងការធ្វើដំណើរមានរយៈពេលកំណត់ ។

IV- ការរៀបចំក្នុងការផ្ទេរអ្នកជំងឺទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ត្រូវ៖

- ជួបជាមួយអ្នកជំងឺដោយមាន ឬគ្មានសមាជិកគ្រួសារ មុនពេលផ្ទេរមកទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាល។
- ចាត់តាំងបុគ្គលិកគ្លីនិកម្នាក់ ជាអ្នកសម្របសម្រួល និងផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ទំនាក់ទំនង រួមទាំងម៉ោងពេលដែលអាចទំនាក់ទំនងបាន។
- រៀបចំផែនការតម្រង់ទិស ដើម្បីដឹងថា អ្នកជំងឺដែលទើបផ្ទេរមកថ្មី មកទទួលសេវានៅក្នុងបរិស្ថានគ្លីនិកថ្មី។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ឬអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ស្ម័គ្រចិត្ត គួរតែមានផែនការមួយនៅកន្លែង ក្នុងការជួយក្មេងជំទង់ដែលទើបតែផ្ទេរមកថ្មី ត្រូវធ្វើការសម្របសម្រួលក្នុងការទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ ក្តីរំពឹងទុកនៃគ្លីនិក និង /ឬអ្នក ផ្តល់សេវា ជូនអ្នកជំងឺដែលទើបតែផ្ទេរមកថ្មី គួរត្រូវបានពន្យល់ក្នុងអំឡុងពេល ឬ មុនពេលការពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង។ គោលនយោបាយសម្រាប់ការមកដល់យឺតយ៉ាវ និងការដើរចូលមកទទួលសេវា គួរតែត្រូវបានពន្យល់យ៉ាងច្បាស់លាស់ ដល់ក្មេងជំទង់។

A. ពេលណាដែលត្រូវផ្ទេរ

ផែនការនៃការផ្ទេរ ត្រូវអនុវត្តន៍នៅពេលដែលអ្នកជំងឺ៖

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

នៅពេលណាដែលអាចធ្វើទៅបាន ការផ្ទេរអ្នកជំងឺ គួរត្រូវបានអនុវត្តនៅពេលដែលស្ថានភាពជំងឺមានលំនឹង

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

B. ការទំនាក់ទំនង រវាងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារៈ

ការទំនាក់ទំនងដោយផ្ទាល់ រវាងអ្នកផ្តល់សេវា គឺមានសារៈសំខាន់។ នៅពេលដែលក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ជូនដំណឹងអំពីការផ្ទេរ ដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យនោះ គឺបានអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជំងឺដែលត្រូវផ្ទេរ មានការរំពឹងទុកដ៏ពិតប្រាកដ និងជួយក្នុងការរៀបចំ

អ្នកជំងឺ អំពីជំនាញចាំបាច់មួយចំនួន ក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។

C. តួនាទីអ្នកសម្របសម្រួល

សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ត្រូវចាត់តាំងអ្នកផ្តល់សេវាមួយរូប ដែលជា សមាជិកនៃក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដូចជា អ្នកស្ម័គ្រចិត្តរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល, អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត mmm, អង្គការ AUA, អ្នកធ្វើការងារសង្គម, អង្គការ MAGNA, អង្គការ CPN +, ក្នុងជួយតាមដានលើការអនុវត្តផែនការផ្ទេរ និងជាមនុស្សម្នាក់ដែលអ្នកជំងឺអាចទាក់ទងសាកសួរសំណួរ ឬការព្រួយបារម្ភផ្សេងៗ។ អ្នកសម្របសម្រួល អាចជួយណែនាំអ្នកជំងឺទៅទទួល សេវាថែទាំនិងព្យាបាលសមស្រប និងជូនដំណឹងអ្នកផ្តល់សេវាផងដែរ ប្រសិនបើមានការព្រួយបារម្ភណាដែលពាក់ព័ន្ធ។ នៅក្នុងកម្មវិធីមួយចំនួន, អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលទើបតែមានផ្ទេរមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ដោយជោគជ័យ, ធ្វើការជាមួយអ្នកជំងឺដើម្បីតាមដានការរីកចំរើននៃផែនការផ្ទេរ របស់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗ។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ម្នាក់នោះ ជូនអ្នកជំងឺទៅជួបជាមួយគ្រូពេទ្យព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យ តាមការណាត់ជួបលើកដំបូង ហើយបន្ទាប់មក ត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រ ខណៈពេលដែលអ្នកជំងឺ បង្កើនភាពម្ចាស់ការ និងកសាងទំនុកចិត្តលើខ្លួនឯងមកជួបគ្រូពេទ្យតាមកម្មវិធីណាត់ជួបលើកក្រោយ ។

VI- ការវាយតម្លៃមុនពេលផ្ទេរ

A-ការវាយតម្លៃមុនពេលផ្ទេរ

ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរតែបង្កើតផែនការ ដើម្បីសម្រេចបានជាបន្តបន្ទាប់នូវ៖

- ការវាយតម្លៃថា តើអ្នកជំងឺបានយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងថែទាំសុខភាពខ្លួនគាត់ បានសមស្របហើយឬនៅ?
- ការវាយតម្លៃពីឧបសគ្គដែលអ្នកជំងឺកំពុងប្រឈម, តើគាត់ត្រូវការការគាំទ្រអ្វីខ្លះ? ហើយអ្នកណានឹងផ្តល់ការគាំទ្រនេះ?

បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់នៃការផ្ទេរដោយជោគជ័យ

- អ្នកជំងឺបានទទួលយកស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន
- អ្នកជំងឺបានរៀនសូត្រពីវិធីសាស្ត្រក្នុងការចរចារដើម្បីណាត់ជួបគ្រូពេទ្យ និងទទួលបានការណែនាំនៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ
- អ្នកជំងឺ មានការទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការព្យាបាលរបស់គាត់ និង ចូលរួមក្នុងការសម្រេច ចិត្ត

- តម្រូវការក្នុងការគាំទ្រការផ្លូវចិត្ត និងសង្គម ក្រោយពីការផ្ទេរ
- ដឹងថា អ្នកណាដែលត្រូវទូរស័ព្ទទៅ ក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់, និងដឹងថាអ្នកជំងឺនឹងយកព័ត៌មាននេះទៅជាមួយ
- ហ៊ាននិយាយ និងហ៊ានសួរគ្រូពេទ្យព្យាបាល ឬគិលានុបដ្ឋាក-យិកាដែលជាអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ប្រសិនបើ ពួកគេមិនយល់ចម្លើយ, សូមឲ្យសួរម្តងទៀត
- ត្រូវប្រាកដថា យល់ដឹងអំពីថ្នាំដែលត្រូវលេប។ តើថ្នាំនោះឈ្មោះអ្វី? ត្រូវលេបថ្នាំនោះ នៅពេលណា?

B-ការវាយតម្លៃក្រោយពេលផ្ទេរ

បន្ទាប់ពីការផ្ទេរ ទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ, អ្នកជំងឺអាចនឹងនៅតែបន្ត ទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ, ដែលអាចជួយពង្រឹងការផ្ទេរឲ្យទទួលបានជោគជ័យ ឬអាចបង្កើតជាបញ្ហាប្រឈម ក្នុងការរក្សាការមកទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យជាប់ជានិច្ច។ ការទំនាក់ទំនង រវាងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ និងមនុស្សពេញវ័យ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងដំណើរការផ្ទេរ ឲ្យបានជោគជ័យ។

ទាំងអ្នកជំងឺ និងអ្នកថែទាំកុមារ អាចចង់ទៅ "ពិនិត្យមើល" ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ខណៈពេលដែល ក្មេងជំទង់ចាប់ផ្តើមផ្ទេរ។ វាជាដំណើរការធម្មតា និងអាចជួយបន្ថយអត្រាបោះបង់ជំងឺ។ អ្នកជំងឺដែលរង់ចាំការផ្ទេរ អាចបន្តការពឹងផ្អែកលើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមាររបស់ពួកគេ ក្នុងការជួយគាំទ្រផ្លូវចិត្ត។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរពន្យារពេលការសម្រេចចិត្តក្នុងការគ្រប់គ្រងការព្យាបាល នៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ហើយគួរតែប្រុងប្រយ័ត្នចំពោះហានិភ័យនៃការរាំងស្ទះដល់អ្នកជំងឺ ចាប់ពីការបង្កើតចំណងមិត្តភាពដែលទុកចិត្តគ្នាជាមួយសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺ អេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ។

ក្មេងជំងឺដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានដកខ្លួនចេញពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យជាញឹកញាប់នឹងត្រឡប់ទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារវិញ។ ពេលណាដែលករណីនេះកើតឡើង, អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ គួរតែត្រៀមរៀបចំជួយអ្នកជំងឺក្នុងការកំណត់ជ្រើសរើសសេវា ដែលអាចបង្កើនផ្តល់ការគាំទ្រ និងត្រូវលើកទឹកចិត្តឲ្យគាត់ត្រឡប់ទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យវិញ ។

គំរូនៃការផ្ទេរ (កែសម្រួល តាមអង្គការ MAGNA Children at Risk)

ការផ្ទេរក្មេងជំទង់ពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ គឺជាដំណើរមួយដែលទាមទារឲ្យមានការតម្រង់ទិស, ភាពបត់បែន និងអន្តរកម្ម រវាងសេវាទាំងពីរ និង ធ្វើផែនការមុន ដោយក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ដោយពិភាក្សាជាមួយអ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារ និងអ្នកផ្តល់សេវា នៅសេវាសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។ ពេលវេលានៃការផ្ទេរ មិនគួរត្រូវបានកំណត់ដោយអាយុ តែឯកឯងនោះទេ ប៉ុន្តែត្រូវផ្អែកលើការត្រៀមខ្លួន និងភាពពេញវ័យ(ម្ចាស់ការ) ក្មេងជំទង់ ដែលត្រូវបានវាយតម្លៃលើប៉ារ៉ាម៉ែត្រជាក់លាក់។

ក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស ដោយសារតម្រូវការថែទាំជាពិសេស, រួមមានបញ្ហារួមភេទដោយសុវត្ថិភាព, ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដល់ដៃគូ, បទពិសោធន៍នៃឆាប់បាត់បង់សមាជិកគ្រួសារ, ការតស៊ូយូរអង្វែងជាមួយនឹងជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬ ប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់, ការរើសអើង និង ភាពលំអៀង(អយុត្តិធម៌) ដែលធ្វើឲ្យក្មេងជំទង់ទាំងនេះ កាន់តែងាយរងគ្រោះ ទៅនឹងបញ្ហាប្រឈមជាច្រើនដែលកើតឡើង ជាធម្មតានៃចំណុចរបត់នេះ នៅក្នុងជីវិត។

នៅសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ

- ▫ ចាប់ផ្តើមរៀបចំខ្លួនក្នុងការផ្ទេរ **រហូតដល់ទៅ១ឆ្នាំ មុនពេលផ្ទេរ**
- ▫ ជួយក្មេងជំទង់ ឲ្យចូលរួមប្រជុំ mmm ក្រុមគាំទ្រក្រុមសម្រាប់កុមារ ឬក្មេងជំទង់ នៅកន្លែងដែល ការផ្ទេរត្រូវបានលើកមកពិភាក្សា
- ▫ ក្រុមគាំទ្រក្រុម សម្រាប់អ្នកថែទាំ
- ▫ ចាត់តាំងអ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ (អ្នកជំនួយការអ្នកគាំទ្រការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍) ក្នុងរយៈពេលនៃការផ្ទេរ - អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល, អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត mmm, អង្គការ AUA, អ្នកធ្វើការងារសង្គម, អង្គការ MAGNA, និង អង្គការ CPN +
- ▫ ជួយទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាថែទាំនិងព្យាបាលអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ក្នុងការផ្ទេរ និងកំណត់ការណាត់ជួបក្មេងជំទង់
- ▫ ជួយបំពេញទម្រង់ផ្ទេរ
- ▫ ពន្យល់ក្មេងជំទង់ និងអ្នកថែទាំ ពីទីតាំងផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យ (នាំពួកគេទៅជាមួយនៅពេល ពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង) ។

ក្រោយពេលផ្ទេរ

- ▫ កំណត់ការណាត់ជួប នៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ
- ▫ ជួយចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺនៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ និងការផ្ទេរឯកសារអ្នកជំងឺ
- ▫ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាជាគិលានុបដ្ឋាក-យិកា ឬអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាអ្នកស្ម័ចិត្ត ត្រូវជូនអ្នកជំងឺទៅពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង នៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ
- ▫ ពន្យល់អ្នកជំងឺ អំពីការចុះបញ្ជីថ្មី និងប្រព័ន្ធឱសថស្ថាននៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ
- ▫ រម្លឹកក្មេងជំទង់ អំពីកាលបរិច្ឆេទនៃការណាត់ជួបលើកក្រោយ
- ▫ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាជាគិលានុបដ្ឋាក-យិកា ឬអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត ផ្សាភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រក្នុងសហគមន៍ (CSV) ដើម្បីតាមដានករណីបោះបង់ការព្យាបាល
- ▫ ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ ត្រូវជួយតាមដានករណីបោះបង់
- ▫ អ្នកគាំទ្រការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍/អ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រក្នុងសហគមន៍ ត្រូវចុះសួរសុខទុក្ខក្មេងជំទង់ដល់ផ្ទះ (២ដង/ខែ) សម្រាប់រយៈពេល ៦ខែដំបូង។
- ▫ អ្នកគាំទ្រការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍/អ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រក្នុងសហគមន៍ ត្រូវទៅចុះសួរសុខទុក្ខក្មេងជំទង់ដល់ផ្ទះ (១ដង/ខែ) ក្រោយរយៈពេល ៦ ខែ
- ▫ ធ្វើការវាយតម្លៃក្រោយ ៩ខែ ។

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី១: ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិក តាមអង្គការសុខភាពពិភពលោក

- **រោគសញ្ញាគ្លីនិកដំណាក់កាលទី១:**

គ្មានរោគសញ្ញា

  - មានការឡើងកូនកណ្ដុរជាទូទៅ ជាប់ជានិច្ច (PGL)

- **រោគសញ្ញាគ្លីនិកដំណាក់កាលទី២:**
  - ថ្លើមរីកធំរយៈពេលយូរ ហើយមិនអាចពន្យល់បាន
  - លេចឡើងពងបែក ហើយរមាស់ (PPE)
  - មានការបង្ករោគដោយវីរុស Wart
  - មានការលេចឡើង Molluseum Contagiosum
  - លេចឡើងដំបៅមាត់ច្រើនសារ (ពីរដង ឬ ច្រើនដងក្នុងរយៈពេល៦ខែ)
  - ក្រពេញ Parotid ឡើងធំ ហើយមិនអាចពន្យល់បាន
  - Linear Gingival Erythema (LGE)
  - Angular Cheilitis
  - កើត Herpes Zoster
  - កើតសារចុះសារឡើង ឬ កើតរ៉ាំរ៉ៃ ការរលាកប្រដាប់ដង្ហើមខាងលើ (Otitis Media, Otorrhea, Sinusitis, Tonsillitis)
  - ការបង្ករោគផ្សិតនៅក្រចក ។

- **រោគសញ្ញាគ្លីនិកដំណាក់កាលទី៣ :**
  - កង្វះអាហារូបត្ថម្ភកម្រិតស្រាលមិនអាចពន្យល់បាន ហើយមិនឆ្លើយតបនឹងការ ព្យាបាលតាមស្តង់ដារ
  - រាករូសរ៉ាំរ៉ៃ មិនអាចពន្យល់បាន ១៤ថ្ងៃ ឬ លើសពីនេះ
  - គ្រុនក្តៅជាប់ (>៣៧.៥°C អាចនៅជាប់ ឬ ចុះម្តងម្កាល លើសពី១ខែ)
  - ដុះផ្សិតដោយមេរោគកង់ឌីដាស(Oral Candidiasis) ជាប់ជានិច្ច (ក្រោយពីអាយុបាន៦ខែ)
  - Oral hairy leukoplakia
  - មានដំបៅហើយរលួយនៅចិញ្ចាញធ្មេញ និងនៅតាមគែមមាត់ស្ងួចស្រាវ (Acute Necrotizing Ulearation gingivitis/Stomatitis/Periodontitis)
  - ជំងឺរបេងកូនកណ្ដុរ
  - ជំងឺរបេងសួត

- ជំងឺរលាកសួតដោយពួកបាក់តេរី កើតសារចុះសារឡើង និងស្រួចស្រាវ
- ចង្កោមរោគសញ្ញា Lymphoid Interstitial Pneumonitis (LIP)
- ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ ទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ រួមទាំង ការរលាកទងសួតដោយបាក់តេរី
- ខ្វះឈាមក្រហមដោយមិនអាចពន្យល់បាន (7.5g/dL) Neutropenia (< 0.5 x 10^9/L) ឬ chronic thrombocytopenia (< 50 x 10^9/L) ។

- **ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤:**
    - ចុះស្គមខ្លាំងក្លា ឬ កើតជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ដែលមិនអាចឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលស្តង់ដា
    - រលាកសួតដោយរោគ Pneromocystic Jiroveci
    - បង្ករោគដោយមេរោគបាក់តេរីសារចុះសារឡើង (>២ដំណាក់កាល ក្នុងរយៈពេល១២ខែ ការបង្ករោគរួមមាន ការបង្ករខ្ទុះ(Empyema) ការរលាក និងខ្ទុះក្នុងសន្លាក់ឆ្អឹង (Pyomyositis bone or Joint Infection) ការរលាកខួរក្បាល ដែលមិនបណ្ដាលមកពីការ រលាកសួត)។
    - Chronic herpes simplex infection (កើតមាននៅក្នុងមាត់ ឬ ស្បែកលើសពី១ខែ ឬ កើតលើសរីរាង្គផ្សេងៗ)។
    - ដុះផ្សិតនៅបំពង់អាហារ ដោយមេរោគកង់ឌីដាស ឬ កើតនៅបំពង់ខ្យល់ និងទងសួត
    - ជំងឺរបេងក្រៅសួត/ជំងឺរបេងរាលដាលនៅលើសរីរាង្គផ្សេងៗ
    - ជំងឺ Kaposis Sarcoma
    - Central Nervous System Toxoplasmois ក្រោយពីដំណាក់កាលទារក
    - រលាកស្រោមខួរដោយមេរោគអេដស៍
    - បង្ករោគដោយ Cytomegolovirus (CMV) ឈឺភ្នែក (Retinitis) ឬ ការបង្ករោគដោយ CMV ប៉ះពាល់ដល់សរីរាង្គផ្សេងៗ នៅពេលទារកអាយុលើសពី១ខែ
    - របេងក្រៅសួតបង្ករដោយ Cryptococcosis រួមទាំង រលាកខួរក្បាល (Meninitis)
    - បង្ករោគ Mycosis រាលដាលច្រើនកន្លែង (Histoplasmosis ក្រៅសួត Penicilliosis)
    - Chronic Cryptosponidiosis រួមទាំងការរាករូស
    - Chronic Isosporiasis
    - បង្ករោគដោយ Non-Tuberculosis mycobacteria រួមទាំង ការបង្ករោគដោយ MAC
    - បង្ករោគដោយកង់ឌីដាស នៅបំពង់ខ្យល់ ទងសួត ឬ សួត
    - Cerebral ឬ B cell non-Hodgkins lymphoma
    - Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)
    - Symptomatic HIV associated cardiomyopathy or nephropathy

* មិនអាចពន្យល់បាន មិនមានន័យថា ស្ថានភាពជំងឺមិនអាចពន្យល់ថា បណ្ដាលមកពីមូលហេតុណាមួយឡើយ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី២: គោលការណ៍ក្នុងការគ្រប់គ្រងកុមាររងគ្រោះ ដោយសារការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ

គោលការណ៍	សកម្មភាព
បង្កើនផលប្រយោជន៍ឲ្យបានច្រើនដល់កុមារ	1. ធានាសុវត្ថិភាពខាងផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្ត (សុខមាលភាព) នៅគ្រប់ដំណើរការថែទាំ និង ព្យាបាល 2. វាយតម្លៃ លើផលវិបាកវិជ្ជមាន និងអវិជ្ជមាននៃសកម្មភាព ដោយមានការចូលរួមពីកុមារ និងអ្នកថែទាំ (ដោយសមស្រប) 3. ជម្រើសសកម្មភាពណាដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់តិចបំផុត 4. សកម្មភាពទាំងអស់ ត្រូវតែគោរពសិទ្ធិកុមារ លើសុវត្ថិភាព និងការបន្តការលូតលាស់ ។
ធានាសុវត្ថិភាពកុមារ	5. ធានាសុវត្ថិភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្ត 6. គ្រប់សកម្មភាពទាំងអស់ ត្រូវតែការពារសុខុមាលភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្តរបស់កុមារ ក្នុងរយៈពេលខ្លី និងវែង
ធ្វើឲ្យកុមារមានជាសុភភាព	7. ផ្តល់ការលួងលោម ការលើកទឹកចិត្ត និងការគាំទ្រ 8. ធានាថាអ្នកផ្តល់សេវា បានរៀបចំខ្លួនដើម្បីដោះស្រាយការបើកចំហ អំពើហិង្សាផ្លូវភេទ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទលើកុមារឲ្យបានសមស្រប 9. ត្រូវជឿជាក់លើកុមារ នៅពេលដែលគាត់ បានបើកចំហ ពីអំពើហិង្សាផ្លូវភេទ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ 10. កុំស្តីបន្ទោសកុមារ ទោះជាក្នុងវិធីណាក៏ដោយ អំពើហិង្សាផ្លូវភេទ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទដែលពួកគេបានជួបប្រទះ 11. ធ្វើឲ្យកុមារមានអារម្មណ៍ថា មានសុវត្ថិភាព និងបានយកចិត្តទុកដាក់ ដូចដែលពួកគេទទួលបានសេវា
ធានាការរក្សាការសម្ងាត់	12. ព័ត៌មាន អំពីបទពិសោធន៍របស់កុមាររងគ្រោះដោយ អំពើហិង្សាផ្លូវភេទ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ ត្រូវតែបានប្រមូល ប្រើប្រាស់ និង ត្រូវបានរក្សាទុក នៅក្នុងលក្ខណៈសម្ងាត់ 13. ធានាការសម្ងាត់នៃការប្រមូលព័ត៌មាន ក្នុងអំឡុងពេលគ្រប់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់នៃការថែ រួមទាំង ការសំភាសន៍ និងការស្រង់យកប្រវត្តិន៍

	14.	ការចែករំលែកព័ត៌មាន យោងទៅតាមច្បាប់ និងគោលនយោបាយនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងផ្អែកលើមូលដ្ឋានដែលត្រូវការយល់ដឹង, បន្ទាប់ពីបានទទួលការអនុញ្ញាតពីកុមារ និង/ ឬ អ្នកថែទាំ
	15.	រក្សាទុកព័ត៌មានគ្រប់ករណីដោយសុវត្ថិភាព
	16.	ប្រសិនបើ ចាំបាច់ត្រូវតែរាយការណ៍ ទាមទារនៅក្រោមច្បាប់របស់ប្រទេស ត្រូវជូនដំណឹងកុមារ និងអ្នកថែទាំ នៅពេលដែលបានជួបពួកគេ
	17.	ប្រសិនបើ កុមារប្រឈមនឹងបញ្ហាសុខភាព ឬសុវត្ថិភាព, ការរក្សាការសម្ងាត់អាចនឹងមានដែនកំណត់ ដើម្បីការពារកុមារ
កុមារចូលរួមក្នុងការសម្រេចចិត្ត	18.	កុមារមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងការសម្រេចចិត្ត ដែលមានការពាក់ព័ន្ធក្នុងជីវិតរបស់គេ
	19.	កម្រិតនៃការចូលរួមរបស់កុមារនៅក្នុងការសម្រេចចិត្ត គួរតែសមស្របទៅនឹងកម្រិតនៃភាពពេញវ័យរបស់កុមារ និង អាយុ និងច្បាប់ក្នុងប្រទេស
	20.	ទោះបីជា អ្នកផ្តល់សេវា មិនអាចធ្វើតាមបំណងប្រាថ្នារបស់កុមារគ្រប់ពេល (ដោយផ្អែកលើការពិចារណាពីផលប្រយោជន៍របស់កុមារ ជាចម្បង), ពួកគេគួរតែផ្តល់សិទ្ធិអំណាច និងផ្តល់ការគាំទ្រកុមារ នៅក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា ប្រកបដោយតម្លាភាព លក្ខណៈបើកចំហ ជាមួយនឹងក្តីគោរព
	21.	ប្រសិនបើ បំណងប្រាថ្នារបស់កុមារ មិនត្រូវបានអនុវត្តតាម, និងមាន ហេតុផលនៅពីក្រោយ ដែលមិនអាចធ្វើតាមបំណងប្រាថ្នាពួកគេបាន គួរតែត្រូវបានពន្យល់ ។
យកចិត្តទុកលើកុមារដោយស្មើភាពនិងសមធម៌	22.	ប្រកាន់យកគោលការណ៍មិនរើសអើង សម្រាប់កុមារទាំងអស់គ្នា
	23.	ត្រូវសេវាថែទាំ និងព្យាបាលដែលមានគុណភាពខ្ពស់ជូនកុមារគ្រប់គ្នា ដោយមិនគិតពីជាតិសាសន៍ សាសនា, ភេទ, សមត្ថភាព/ពិការភាព, ស្ថានភាពគ្រួសារ, ស្ថានភាពនៃឪពុកម្តាយ ឬអ្នកថែទាំរបស់ពួកគេ, វប្បធម៌, ឬស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុ, លទ្ធភាពទទួលបាននូវឱកាសរបស់ពួកគេ ដើម្បីឈានដល់សក្តានុពលពេញលេញ។
	24.	គ្មានកុមារ ត្រូវបានទទួលរងនូវអំពើរអយុត្តិធម៌ ទោះជាក្នុងហេតុផលណាមួយក៏ដោយ ។
ពង្រឹងភាពរឹងប៉ឹងរបស់កុមារ	25.	កុមារម្នាក់ៗ មានសមត្ថភាព និងភាពរឹងមាំរៀងៗខ្លួន និងមានសមត្ថភាពឈានទៅជាសះស្បើយ
	26.	កំណត់ និងកសាងលើភាពខ្លាំងធម្មជាតិរបស់កុមារ និងក្រុមគ្រួសារ ដែលជាផ្នែកមួយនៃដំណើរការស្តារឡើងវិញ និងការ

	ជាសះស្បើយនេះ 27. កត្តាដែលលើកកម្ពស់ភាពធន់របស់កុមារ គួរតែត្រូវបានកំណត់ និងកសាងឡើងក្នុងអំឡុងពេលថែទាំនិងព្យាបាល 28. កុមារដែលទទួលបាននូវការទំនាក់ទំនងដោយយកចិត្តទុកដាក់ និងទទួលបានឱកាសក្នុងការចូលរួមប្រកបដោយអត្ថន័យនៅក្នុងជីវិតគ្រួសារ និងសហគមន៍ និង មើលឃើញខ្លួនឯងនូវភាពខ្លាំង ដូចជានឹងមានទំនង ឈានទៅភាពប្រសើរឡើងវិញ និងការជាសះស្បើយ ពីអំពើហិង្សាផ្លូវភេទ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ (Perry 2007) ។
អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលត្រូវទទួលបណ្តុះបណ្តាលសមស្រប និងមានជំនាញក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលកុមារដែលរងគ្រោះដោយការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ និង ការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ។	អ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់ ដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការថែទាំនិងព្យាបាលកុមារដែលបានជួបប្រទះអំពើហិង្សាផ្លូវភេទនិងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ ត្រូវ: 29. ទទួលការបណ្តុះបណ្តាល និងការតំរង់ទិស អំពី អំពើហិង្សាផ្លូវភេទ/ ការថែទាំព្យាបាលក្រោយពេលរំលោភផ្លូវភេទ និងពិធីសារក្នុងការបញ្ជូន 30. ការបណ្តុះបណ្តាលឯកទេសអំពី ការពិនិត្យកោសល្យវិច្ច័យវេជ្ជសាស្ត្រ 31. បណ្តុះបណ្តាលបន្ថែម អំពីការពន្យាកំណើតក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដោយផ្អែកលើច្បាប់ជាតិ និងនិតិវិធីដែលអាចអនុវត្ត និងច្បាប់ ព្រមទាំង ការព្យាបាលបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ (PEP), ការព្យាបាលបង្ការជំងឺកាមរោគ, ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងពីសារៈសំខាន់នៃអន្តរាគមន៍ឲ្យទាន់ពេលវេលា ។ គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលត្រូវ: 32. កំណត់ជ្រើសរើស និងបណ្តុះបណ្តាគ្រូពេទ្យព្យាបាល (វេជ្ជបណ្ឌិត, គិលានុបដ្ឋាយិកាកោសល្យវិច្ច័យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្នែកគ្លីនីក) ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលកុមារ ក្រោយពេលចាប់រំលោភផ្លូវភេទ។
ត្រូវគិតពីសុខភាព និងសុខមាលភាពកុមារជាចំបង ជាជាងការប្រមូលយកភស្តុតាង	33. អន្តរាគមន៍លើវិបត្តិ: ព្យាបាលរបួសធ្ងន់ធ្ងរ, និងការវាយតម្លៃ, ការព្យាបាល និងបង្ការពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍, ការមានផ្ទៃពោះ និងជំងឺកាមរោគ គឺមានសារៈសំខាន់ជាបឋម ។ 34. សុខុមាលភាពរបស់កុមារ ដោយបានធានាថា ពួកគេអាចរក្សាសេចក្តីថ្លៃថ្នូររបស់ខ្លួន បន្ទាប់ពីរងនូវអំពើហិង្សាផ្លូវភេទ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ និង មិនមានអារម្មណ៍បង្ខិតបង្ខំ, រងនូវភាពអាម៉ាស់, ឬ រងការប៉ះពាល់អារម្មណ៍បន្ថែមទៀត ក្នុង

	ដំណើរការនៃការផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាល ។ 35. កុមារមិន ត្រូវបានបង្ខិតបង្ខំឲ្យទទួលការពិនិត្យកោសល្យវិច្ច័យវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលប្រឆាំងនឹងឆន្ទៈរបស់ពួកគេទេ លុះត្រាតែការពិនិត្យកោសល្យវិច្ច័យវេជ្ជសាស្ត្រនេះ គឺជាការចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ (WHO ឆ្នាំ 2003)។
រាយការណ៍ជូននគរបាល មិនត្រូវធ្វើមុនការផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ	36. ការសម្រេចចិត្តរបស់កុមារទាក់ទងនឹងការចូលរួមរបស់នគរបាល គួរតែត្រូវបានគោរពនៅគ្រប់ពេលទាំងអស់ 37. កុមារមិនគួរត្រូវបានដាក់សម្ពាធ, បង្ខិតបង្ខំ ឬការបង្ខំឲ្យ រាយការណ៍ ពីអំពើហិង្សាផ្លូវភេទ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ ដែលជាលក្ខខណ្ឌនៃការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេ នោះទេ។ 38. វាជារឿងធម្មតា សម្រាប់មន្ត្រីសុខាភិបាល ក្នុងការប្រាប់កុមារ ថា គេត្រូវការរបាយការណ៍របស់ប៉ូលីស មុនពេលគេពិនិត្យថែទាំនិងព្យាបាលកុមារ 39. របាយការណ៍ ជាញឹកញាប់ទាក់ទងនឹងការបង់ថ្លៃ, មន្ទីរពេទ្យអាចយល់ព្រមក្នុង ផ្តល់សេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានរបាយការណ៍ ពីអំពើហិង្សារបស់ប៉ូលីស ដែលជាទម្រង់ឯកសារជាផ្លូវការ ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ទាំងនេះគឺជានីតិវិធីជាជាងតម្រូវការផ្នែកច្បាប់ និងគួរតែត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរនៅកម្រិតគ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវាសុខាភិបាល។ 40. កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងគួរតែត្រូវបានធ្វើឡើងដោយគ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវាសុខភាព ដើម្បីឲ្យមានគោលនយោបាយច្បាស់លាស់ស្តីពីរបាយ ការណ៍, ស្របជាមួយនឹងគោលនយោបាយជាតិ ដែលផ្តោតលើប្រយោជន៍អ្នកជំងឺជាចម្បង 41. ទម្រង់របាយការណ៍របស់ប៉ូលីស គួរតែត្រូវបានរក្សាទុកគ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវាសុខភាព សម្រាប់កុមារដែលបានបង្ហាញខ្លួនជាលើកដំបូង ហើយត្រូវផ្តល់សេវាដោយឥតគិតថ្លៃ 42. កុមារ គួរតែត្រូវបានផ្តល់ជូនសេវាកម្មដែលមានទាំងអស់ រួមទាំង សេវាពន្យាកំណើតបន្ទាន់ (EC), សេវាព្យាបាលបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ (PEP) និងសេវាសុខភាពចាំបាច់ផ្សេងទៀត ទោះបីជា គ្មានគ្រូពេទ្យ ដើម្បីចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ medicolegal ឬ ប្រសិនបើកុមារនេះសម្រេចមិនរាយការណ៍ដល់ប៉ូលីស
អនុវត្តវិធីសាស្ត្រផ្តល់ការ	43. អ្នកជំនាញដែលធ្វើការងារជាមួយកុមារ ដែលមានបទពិសោធន៍ទាក់ទងនឹង អំពើហិង្សាផ្លូវភេទនិងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ ត្រូវតែមានការយល់ដឹងស៊ីជម្រៅ ពីវិធីសាស្ត្របច្ចុប្បន្ន ក្នុងការថែទាំព្យាបាលគ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ដោយមិនគិតពីសមត្ថភាពនៃការបង់ថ្លៃសេវា

សង្គ្រោះមនុស្សជាចំបង	44. ការទទួលស្គាល់ថា កុមារពិការភាព (ផ្នែករាងកាយ ព្រមទាំងផ្លូវចិត្ត/ផ្លូវអារម្មណ៍) គឺមានការកើនឡើងហានិភ័យនៃអំពើហិង្សាផ្លូវភេទ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ និងមានសិទ្ធិស្មើគ្នាក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំនិងព្យាបាល 45. សូមប្រាកដថា អ្នកដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល គឺត្រូវវត្តមាននៅពេលចាំបាច់ សម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទង (ឧ. ការប្រើប្រាសភាសាកាយវិការ) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលការវិធីសាស្ត្រនេះ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ការរក្សាទុកសូលុយស្យុងឱសថ LPV/r

បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ការរក្សាទុកសូលុយស្យុងឱសថ LPV/r

- ☐ ទូរទឹកកកនៅផ្ទះ
- ☐ ធុងទឹកកក សម្រាប់រក្សាទុកអាហារ
- ☐ មានលទ្ធភាពក្នុងការទិញទឹកកកជុំប្រចាំថ្ងៃ
- ☐ អាចរក្សាទុកឱសថក្នុងទូរទឹកកក របស់អ្នកជិតខាង
- ☐ អាចផ្ញើទុកឱសថ ជាមួយអ្នកជិតខាង ឬ មិត្តភក្តិដែលទុកចិត្ត

ប្រសិនជា លទ្ធភាពណាមួយក្នុងការរក្សាទុកឱសថខាងលើ មិនអាចធ្វើបាន ឬ អ្នកថែទាំគ្មានផែនការក្នុងរក្សាទុកឱសថ LPV/r ជាសូលុយស្យុងក្នុងកន្លែងត្រជាក់បានទេ ត្រូវប្រើប្រាស់ឱសថ NVP ជំនួសវិញ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៤: កម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថតែមួយមុខ (Singles)			ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំ ស្របតាមគន្លាតទម្ងន់ ដែលត្រូវលេបពេលព្រឹក និង ពេលល្ងាច											
ឱសថ	ប្រភេទ	Strength	3–5.9 kg		6–9.9 kg		10–13.9 kg		14–19.9 kg		20–24.9 kg		25–34.9 kg	
			ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច
ABC	Tablet (dispersible)	60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3		
ABC	Tablet (dispersible)	300 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1
EFV[a]	Tablet (scored)	200 mg	–	–	–	–	1 (១ដង/ថ្ងៃ)		1.5 (១ដង/ថ្ងៃ)		1.5 (១ដង/ថ្ងៃ)		2 (១ដង/ថ្ងៃ)	
LPV/r[b]	Tablet (heat stable)	100/25 mg	–	–	–	–	2	1	2	2	2	2	3	3
LPV/r[b]	Tablet (heat stable)	200/50 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	2
LPV/r[b]	Syrup	80/20 mg/ml	1 ml	1 ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml	2.5 ml	2.5 ml	3 ml	3 ml	–	–
LPV/r	Pellets	40/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	–	–
NVP	Syrup	10 mg/ml	5 ml	5 ml	8 ml	8 ml	10 ml	10 ml	–	–	–	–	–	–

[a] EFV មិនត្រូវផ្តល់អនុសាសន៍ឲ្យប្រើសម្រាប់កុមារអាយុតិចជាង ៣ឆ្នាំ និងទម្ងន់តិចជាង ១០ គ.ក្រ ទេ។ FDA បានអនុម័តឲ្យប្រើប្រាស់ឱសថនេះ លើកុមារអាយុតិចជាង ៣ឆ្នាំ

ទម្ងន់លើសពី ៣,៥០ គ.ក្រ ក្នុងកំឡុងពេលបញ្ចប់នៃគោលការណ៍ណែនាំនេះ (៣,៥- ៥ kg លេប capsules 50 mg ពីរគ្រាប់; ៥ - ៧,៥ kg លេប capsules 50 mg បីគ្រាប់; ៧,៥ - ១៥ kg លេប capsules 200 mg មួយគ្រាប់)។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ គេត្រូវការព័ត៌មានជាបន្ទាន់ បន្ថែមទៀត ដើម្បីរៀបចំជាអនុសាសន៍សម្រាប់ប្រើប្រាស់ឱសថ EFV ក្នុងក្រុមអាយុនេះ ។

---

[b] LPV/r សូលុយស្យុង ត្រូវរក្សាទុកក្នុងប្រព័ន្ធត្រជាក់ ក្នុងកំឡុងពេលដឹកជញ្ជូន និង រក្សាទុក។ គ្រាប់ថ្នាំ LPV/r ធន់នឹងកំដៅ តម្រូវឲ្យលេបទាំងមូល ដោយមិនត្រូវកាច់ ឬ កិនកំទិចទេ ។

[c] ការតម្លើងកម្រិតដូសឱសថ NVP ដោយតម្លើងកម្រិតដូសពាក់កណ្តាលក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ នៅពេលចាប់ ART នៅតែជាអនុសាសន៍ ដើម្បីចៀសវាង ការពុលបណ្តាលមកពីកម្រិត NVP ខ្ពស់នៅដំណាក់កាលដំបូង។ ប៉ុន្តែ ការវិភាគបានមកការសិក្សា (CHAPAS-1) ពេលថ្មីៗនេះ បានផ្តល់យោបល់ថា កុមារមានអាយុតិច អាចមានការប្រឈមនឹងការពុលតិចតួច និង ពិចារណាលើការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយកម្រិតដូសពេញលេញ (Fillekes Q et al. Is nevirapine dose escalation appropriate in young, african, HIV-infected children? AIDS, 2013, ahead of press (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23595153, accessed 17 July 2013). doi: 10.1097/QAD.0b013e3283620811) ។ សង្ឃឹមថា នឹងមាន ភស្តុតាងជាក់លាក់បន្ថែមទៀត ពីការសិក្សានានាដែលកំពុងតែអនុវត្ត ។

រូបមន្តឱសថរូបបញ្ចូលគ្នា			ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំ ស្របតាមគន្លាតទម្ងន់ ដែលត្រូវលេបពេលព្រឹក និងពេលល្ងាច											
ឱសថ	ប្រភេទ	Strength	3–5.9 kg		6–9.9 kg		10–13.9 kg		14–19.9 kg		20–24.9 kg		25–34.9 kg	
			ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច	ព្រឹក	ល្ងាច
ABC/3TC	Tablet (dispersible)	60/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	–	–
ABC/3TC	Tablet (dispersible)	600/300 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1 (១ដង/ថ្ងៃ)	
ABC/3TC	Tablet (dispersible)	120/60 mg	1 (លេប១ ដងឬ ២ដង/ថ្ងៃ)		1.5 (លេប១ ដងឬ ២ដង/ថ្ងៃ)		2 (លេប១ ដងឬ ២ដង/ថ្ងៃ)		2.5 (លេប១ ដងឬ ២ដង/ថ្ងៃ)		3 (លេប១ ដងឬ ២ដង/ថ្ងៃ)		–	–
AZT/3TC	Tablet (dispersible)	60/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	–	–
AZT/3TC	Tablet (dispersible)	300/150 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1
AZT/3TC/NVP	Tablet (dispersible)	60/30/50 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	–	–
AZT/3TC/NVP	Tablet (dispersible)	300/150/200 mg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1

ចំណុចសំខាន់:

1) ដូចបានកំណត់ក្នុងគោលការណ៍ណែនាំ, រូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ TDF អាចចេញវេជ្ជបញ្ជាព្យាបាលកុមារ និងក្មេងជំទង់ទម្ងន់តិចជាង ៣៥ kgs ក្នុងលក្ខខណ្ឌពិសេស។ សូមអានគោលការណ៍ណែនាំលម្អិត ។

2) កម្រិតដូសឱសថ ARVs មួយចំនួនដោយផ្អែកលើករណីនិមួយៗ និង គ្រូពេទ្យព្យាបាលត្រូវបានផ្តល់យោបល់ជាមួយអ្នកជំនាញ មុនពេលផ្តល់ថ្នាំ DRV/r, RAL និង RTV ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៥: ចំណាច់ថ្នាក់ភាពពុលធ្ងន់ធ្ងរនៃឱសថ ARV

	កម្រិត១	កម្រិត២	កម្រិត៣	កម្រិត៤
កត្តាអម	ស្រាល	មធ្យម	ធ្ងន់ធ្ងរ	ធ្ងន់ធ្ងន់ខ្លាំង និង អាចគម្រាមកំហែងដល់ជីវិត
គោលការណ៍ណែនាំទូទៅ ក្នុងការប៉ាន់ស្មានពីចំណាត់ថ្នាក់លើភាពធ្ងន់ធ្ងរ				
ទម្រង់នៃរោគសញ្ញា និងគោលការណែនាំទូទៅលើការគ្រប់គ្រងព្យាបាល	រោគសញ្ញាដែលគ្មាន ឬ មានឥទ្ធិពលតិចតួចបំផុត លើសកម្មភាពសង្គម និងសកម្មភាពមុខងារ [a]។ មិនចាំបាច់ព្យាបាលទេ និងតាមដានបន្ត	រោគសញ្ញាបណ្ដាលឲ្យថយចុះខ្លាំងនូវការទំនាក់ទំនងសង្គមធម្មតា និងសកម្មភាពមុខងារអាចតម្រូវឲ្យធ្វើអន្តរាគមន៍បន្តិចបន្តួច និងត្រូវតាមដាន។	រោគសញ្ញាបណ្ដាលឲ្យគ្មានលទ្ធភាពបំពេញនូវការទំនាក់ទំនងសង្គមធម្មតា និងបំពេញសកម្មភាព មុខងារ តម្រូវឲ្យមានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនិងអាចចូលសំរាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ	រោគសញ្ញាបណ្ដាល ឲ្យគ្មានលទ្ធភាព បំពេញ មុខងារថែទាំសុខភាព ជាមូលដ្ឋានដោយខ្លួនឯង[b]។ ត្រូវការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬអន្តរាគមន៍វះកាត់ដើម្បីបង្ការការពិការរហូតឬអាចបាត់បង់ជីវិត
Haematology [c] ***តាមរង្វាស់ខ្នាតអន្តរជាតិស្តង់ដាដែលសរសេរដោយអក្សរទ្រេត***				
Absolute neutrophil count	750-<1000/mm^3 *0.75x10^9 -< 1x10^9/l*	500-749/mm^3 *0.5x10^9- 0.749x10^9/l*	250-500/mm^3 *0.25x10^9 -<0.5x10^9/l*	250/mm^3 *0.250x10^9/l*
Hemoglobin (កុមារអាយុ > ៦០ថ្ងៃ)	8.5-10.0g/dl *1.32-1.55mmol/l*	7.5-<8.5g/dl *1.16-<1.32mmol/l*	6.5-<7.5g/dl *1.01-<1.16mmol/l*	<6.5g/dl *<1.01mmol/l* សញ្ញាគ្លីនិក បណ្ដាលឲ្យខ្វះឈាម ក្រហម ឧ.ជំងឺខ្សោយបេះដូងដែលពិបាកក្នុង ការជួយគាំទ្រការព្យាបាល

Platelets	100000-<125000/mm^3 *100x10^9-125x10^9/l*	50000-<100000/mm^3 *50x10^9-<100x10^9/l*	25 000-<50000/mm^3 *25x10^9-<50x10^9/l*	<25000/mm^3 *25x10^9/l* ឬ មានការហូរឈាម
ក្រពះពោះវៀន ៰				
ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ				
ALT (SGPT)	1.25-2.5 x ULN	2.6-5.0 x ULN	5.1-10.0 x ULN	>10.0 x ULN
AST (SGOT)	1.25-2.5 x ULN	2.6-5.0 x ULN	5.1-10.0 x ULN	>10.0 x ULN
Bilirubin (>2 week of age)	1.1-1.5 x ULN	1.6-2.5 x ULN	2.6-5.0 x ULN	>5.0 x ULN
Lipase	1.1-1.5 x ULN	1.6-3.0 x ULN	3.1-5.0 x ULN	>5.0 x ULN
Pancreatic amylase	1.1-1.5 x ULN	1.6-2.0 x ULN	2.1-5.0 x ULN	>5.0 x ULN
រោគសញ្ញាគ្លីនិក				
រាគរូស អាយុ ≥ ១ឆ្នាំ អាយុ < ១ឆ្នាំ	រាគមិនបិតថេរ ម្តងរាគ ម្តងឈប់ គ្មានលាមក ឬ លើសពី៣ ដង ក្នុង១ថ្ងៃ។ លាមករាវ(គ្មានកាក សំណល់អាហារ) ប៉ុន្តែចំនួនដងនៅធម្មតា	រាគជាប់ជានិច្ច រាគសុទ្ធ តែទឹក ឬកើនឡើងលើស ពី៤ទៅ៦ ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ លាមករាវ និងមានចំនួនរាគរូសញឹកញាប់ ឬ មានការខ្វះជាតិទឹកតិចតួច	រាគលាយឈាម ឬ លើសពី ៧ដងក្នុង១ថ្ងៃ ឬត្រូវដាក់សេរ៉ូមតាម សរសៃវ៉ែន។ លាមករាវ និងខ្វះជាតិទឹកមធ្យម	អាចគំរាមកំហែង ដល់ជីវិត ឧ.Shock ដោយសម្ពាធឈាមធ្លាក់ទាប។ លាមករាវបណ្តាលឲ្យខ្វះជាតិទឹកខ្លាំងក្លា ត្រូវបញ្ចូលសេរ៉ូមឲ្យលឿន និងព្យាបាលShock ។
ចង្អោរ	ចង្អោរតិចជាង២៤ម៉ោង ឬកើតឡើងម្តងម្កាល ដែលមានការ	ចង្អោរជាប់ជានិច្ច បណ្តាលឲ្យថយចុះការផឹកទឹកសម្រាប់ រយៈពេល	ចង្អោរជាប់ជានិច្ច បណ្តាលឲ្យមានការផឹក ទឹកថយចុះច្រើន	ចង្អោរជាប់ជានិច្ច ដោយគ្មាន ឬ មានការផឹកទឹក តិច

	ទាក់ទងតិចតួចនឹងការផឹកទឹកចូល។	២៤ទៅ៤៨ ម៉ោង។	សម្រាប់ រយៈពេល>៤៨ ម៉ោង ឬត្រូវបញ្ចូលសេរ៉ូមឲ្យខ្លាំង ឧ. ការចាក់សេរ៉ូម តាមសរសៃវ៉ែន។	បណ្តាលឲ្យខ្វះជាតិ ទឹក ហើយត្រូវបញ្ចូល សេរ៉ូម ឲ្យលឿន។
រលាកលំពែង	មិនពាក់ពន្ធ័	មានរោគសញ្ញា និង មិនចាំ បាច់សំរាកព្យាបាលនៅ មន្ទីរពេទ្យ ប៉ុន្តែត្រូវការព្យា បាលសង្គ្រោះបន្ទាន់។	មានរោគសញ្ញា និង មិនចាំបាច់ សំរាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ប៉ុន្តែត្រូវការព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់។	អាចបណ្តាល ឲ្យមាន ការគំរាមកំហែងដល់ ជីវិត ឧ.ប្រពន្ធ័ឈាមរត់ ចុះខ្សោយ ការហូរឈាមនិងការបង្ករោគ។
ក្អួត	ក្អួតម្តងម្កាល ដោយមិនផឹកទឹក ឬផឹកទឹកថយចុះ	ក្អួតញឹកញាប់ ដោយគ្មាន ឬមានបាត់បង់ជាតិទឹក តិចតួច	ក្អួតជាប់ជានិច្ច បណ្តាលឲ្យថយចុះសម្ពាធឈាម ឬត្រូវបញ្ចូលសេរ៉ូម ឲ្យ លឿន ឧ.ការចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែន។	អាចគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ឧ. Shock ដោយសម្ពាធឈាមទាប។
Allergic/ រោគសញ្ញាលើស្បែក				
ប្រតិកម្ម systemic allergic ស្រួចស្រាវ	កើតកន្ទាលត្រអាក នៅមួយកន្លែងមាន រយៈពេល២ទៅ៣ ម៉ោង	កើតកន្ទាលត្រអាកមួយកន្លែង ត្រូវផ្តល់ឱសថព្យាបាល ឬ មានហើម	កើតកន្ទាលត្រអាកពេញខ្លួន ឬ ហើមត្រូវ ឱសថព្យាបាលឬមាន រោគសញ្ញាស្ទះទងសួតស្រាល។	អាចមានShock anaphylasis ឬគំរាមកំហែងដល់ជីវិតដោយស្ទះទងសួត ឬការហើមបំពង់ខ្យល់។
ប្រតិកម្មស្នាមកន្ទួលលើស្បែក	Macular rash នៅកន្លែងណាមួយ	មាន Macularរាលដាល Macula-popular or morbiliform rash or មានដំបៅនៅកន្លែងណាមួយ។	មាន Macular, Macul apopular រាលដាលច្រើនកន្លែង or morbilliform rash ជាមួយដុំពងទឹក ឬ មានចំនួន bullae តិចតួច ឬ ដំបៅ	កើតឡើង និងរាលដាលដំបៅ bullous lesions or ដំបៅលើ mucousmembrance ដែលអាចកើតឡើងពីរឬច្រើនកន្លែង mucoses or toxic epidermal

			លើស្បែក កើតលើ mucous membrance កើតឡើងកន្លែងណាមួយ។	neurolysis (TEN) ។
រោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ				
ការធ្លាក់ចុះ និងប្រែប្រួលអត្តចរិត អាកប្បកិរិយាឬទឹកមុខ	ការប្រែប្រួលអាច បណ្តាលឲ្យប៉ះពាល់បន្តិចបន្តួច ឬ គ្មានការទំនាក់ទំនងសង្គមធម្មតា និង បំពេញសកម្មភាពមុខងារ។	ការប្រែប្រួលអាច បណ្តាលឲ្យប៉ះពាល់កាន់តែខ្លាំង លើការទំនាក់ទំនងសង្គមធម្មតា និងការបំពេញសកម្មភាព មុខងារ។	ការប្រែប្រួល បណ្តាលមិនអាចបំពេញទំនាក់ ទំនងសង្គម និងមិន អាចបំពេញសកម្មភាពមុខងារ និងទាមទារឲ្យធ្វើ អន្តរាគមន៍។	អាចមានការប្រព្រឹត្តប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់ ខ្លួនឯងឬចំពោះអ្នកដទៃ ឬអាចមានផលវិបាកគំរាមកំហែងដល់ជីវិត។
ការធ្លាក់ចុះស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត	ការផ្លាស់ប្តូរអាច បណ្តាលឲ្យប៉ះពាល់ដល់ទំនាក់ទំនងសង្គមធម្មតា និងការបំពេញសកម្មភាពមុខងារ។	មានការវង្វេង ឬ ងងុយគេង អាចបណ្តាលឲ្យប៉ះពាល់ដល់ទំនាក់ទំនងសង្គមធម្មតា និងមុខងារបំពេញសកម្មភាព។	មានការវង្វេងភ្លេចភ្លាំង ឬងងុយគេងដែលមិនអាចធ្វើការទំនាក់ទំនងសង្គមធម្មតានិងមិនអាចបំពេញសកម្មភាពមុខងារ។	វង្វេងវង្វាន់ Obtundation ឬ សន្លប់(Coma)
ការចុះខ្សោយ (Neuromuscular)សរសៃប្រសាទសាច់ដុំ រួមមាន ឈឺសាច់ដុំ និងជំងឺ សរសៃប្រសាទ	គ្មានរោគសញ្ញាជាមួយការចុះខ្សោយនៅពេលពិនិត្យ ឬការចុះខ្សោយសាច់ដុំអាចបណ្តាលឲ្យប៉ះពាល់ការទំនាក់ទំនងសង្គមធម្មតា និងការបំពេញសកម្មភាពមុខងារ។	សាច់ដុំចុះខ្សោយ បណ្តាលឲ្យមានការប៉ះពាល់ការទំនាក់ ទំនងសង្គមធម្មតា និងការ បំពេញសកម្មភាពមុខងារ។	ការចុះខ្សោយសាច់ដុំ មិនអាចឲ្យបំពេញ ទំនាក់ទំនងសង្គមធម្មតា និងមិនអាចបំពេញសកម្មភាពមុខងារ។	ការចុះខ្សោយសាច់ដុំ ខ្លាំង មិនអាចថែទាំធម្មតាដោយ ខ្លួនឯងបាន ឬ សាច់ដុំដក ដង្ហើមចុះខ្សោយខ្លាំងធ្វើឲ្យ ប៉ះពាល់ការដកដង្ហើម។
ការចុះខ្សោយ Neurosensory រួមទាំងការឈឺចាប់	គ្មានរោគសញ្ញានៃការចុះខ្សោយ Sensory នៅពេល ពិនិត្យ ឬ មានការស្ពឹកតិចតួច អាច បណ្តាលឲ្យប៉ះពាល់	ការចុះខ្សោយ Sensory ឬ ការស្ពឹក អាចបណ្តាលឲ្យប៉ះពាល់ដល់ទំនាក់ទំនង សង្គម	ការចុះខ្សោយ Sensory ឬការស្ពឹក មិនអាចបំពេញការទំនាក់	ការចុះខ្សោយ Sensory ឬ ការស្ពឹកមិនអាចបំពេញការទំនាក់ទំនង សង្គមធម្មតា និង

សរសៃប្រសាទ	ដល់ទំនាក់ទំនង សង្គមធម្មតា និងការបំពេញសកម្មភាពមុខងារ។	ធម្មតា និងការបំពេញសកម្មភាពមុខងារ។	ទំនងសង្គម ធម្មតានិងការបំពេញសកម្មភាពមុខងារ។	ការបំពេញសកម្មភាពមុខងារ។
ប៉ារ៉ាម៉ែត្រផ្សេងទៀត: *តាមរង្វាស់ខ្នាតអន្តរជាតិស្តង់ដាដែលសរសេរដោយអក្សរផ្តេក*				
Cholesterol (fasting, កុមារអាយុ < ១៨ឆ្នាំ)	170-<200mg/dl *4.40-5.15mmol/l*	200-300mg/dl *5.16-7.77mmol/l*	>300mg/dl *>7.77mmol/l*	មិនពាក់ព័ន្ធ
Glucose, serum, high: non fasting	116-<161mg/dl *6.44-<8.89 mmol/l*	161-<251mg/dl *8.89-<13.89 mmol/l*	251-500mg/dl *13.89-27.75 mmol/l*	>500mg/dl *>27.75 mmol/l*
Lactate	<2.0 x ULN without acidosis	≥ 2.0 x ULN គ្មាន acidosis	កើនឡើង lactate ដោយ pH<៧,៣ ដោយមិនមានផលប៉ះពាល់ដល់ជីវិត ឬ ទាក់ទងនឹងស្ថាន បច្ចុប្បន្ន។	កើនឡើង lactate ដោយ pH<៧,៣ និងប៉ះពាល់ដល់ជីវិត ឧ. ប្រពន្ធ័សរសៃប្រា សាទសន្លប់ ឬ ទាក់ទងនឹងស្ថានបច្ចុប្បន្ន។
Triglycerides (fasting)	មិនពាក់ព័ន្ធ	500-<751mg/dl *5.65-<8.49 mmol/l*	751-1200 mg/dl *8.49-13.56 mmol/l*	>1200 mg/dl *>13.56 mmol/l*

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

a. សកម្មភាព និងមុខងារសង្គមធម្មតា របស់កុមារ រួមមាន សកម្មភាពទាំងឡាយណាដែលស្របទៅតាមអាយុកុមារ និងវប្បធម៌ដែលកុមាររស់នៅ (ឧ. អន្តរកម្មក្នុងសង្គម សកម្មភាពលេង ការរៀនសូត្រ) ។

b. សកម្មភាពទាំងឡាយណាដែលសមស្របតាមអាយុកុមារ និងវប្បធម៌ (ឧ. ការហូបអាហារដោយខ្លួនឯង ស្របតាមវប្បធម៌ ការដើរឬ ការប្រើប្រាស់ដៃ) ។

c. វាយតម្លៃលើកុមារទាំងអស់ ជាទូទៅ លើកលែងតែ ក្រុមកុមារជាពិសេស ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី ៦ -១:កាលវិភាគនៃការតាមដានគ្លីនិក និងមន្ទីរពិសោធន៍ជាប្រចាំ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

សកម្មភាព	ពេលដើមគ្រា (Baseline)	ខែទី១	ខែទី២	ខែទី៣	រៀងរាល់ ៣ខែ	រៀងរាល់ ៦ខែ	រៀងរាល់ ១២ខែ	ធ្វើតាមរោគសញ្ញាដែលកើតឡើង
	ការវាយតម្លៃគ្លីនិក							
ការវាយតម្លៃគ្លីនិក (a)	X	X	X	X	X	X	X	X
ទម្ងន់-កម្ពស់, តារាងរីកលូតលាស់ធំធាត់	X	X	X	X	X	X	X	X
ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ និងការចិញ្ចឹមកុមារ	X	X	X	X	X	X	X	X
Cotrimoxazole និងការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ បានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់	X	X	X	X	X	X	X	X
ការផ្តល់ប្រឹក្សាពីការបង្ការជំងឺកាមរោគ និងភាពមានគភ៌ (b)	X				X			X
ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង (c)	X	X	X	X	X	X	X	X
ការពិនិត្យមន្ទីរពិសោធន៍								
ការរាប់កោសិកាឈាម និងវាស់កម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីន	X							X

រាប់ចំនួន ឬ % នៃកោសិកាCD4	X					X		X
ការវាស់កម្រិត Transaminase: ALT, ASAT	X							X
ការស្រាវជ្រាវរក antigen **នៃជំងឺរលាកថ្លើម B និងអង្គបដិបក្ខប្រាណនៃជំងឺរលាកថ្លើម** (C)	X							X
តេស្តរកវត្តមាននៃភាពមានគភ៌ (d)	X							X

(a) រួមមានការស្រង់យកប្រវត្តិជំងឺ ការពិនិត្យគ្លីនិក និងការវាយតម្លៃការលូតលាស់នៃប្រពន្ធ័សរសៃប្រសាទ

(b) ចំពោះយុវតីដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារ(ពន្យាកំណើត), ការបង្ការជំងឺកាមរោគ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃ និងភាពប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅទារក ។ ការធ្វើតេស្តរកភាពមានគភ៌ ត្រូវធ្វើនៅពេលដើមគ្រា និងតាមការកំណត់ ដែលពឹងផ្អែកពីលទ្ធផលនៃការផ្តល់ប្រឹក្សា។

(c) ត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង នៅរៀងរាល់ការពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ ។

(d) យោងតាមការកំណត់ ដែលបានមកពីការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ ឬ រោគសញ្ញាដែលកើតឡើង ចំពោះយុវនារី ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី ៦ -២: កាលវិភាគនៃការតាមដានគ្លីនិក និងមន្ទីរពិសោធន៍ ជាប្រចាំ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

សកម្មភាព	ពេលដើមគ្រា (Baseline)	សប្តាហ៍ ទី២	ខែទី១	ខែ ទី២	ខែទី៣	ខែទី៦	រៀងរាល់ ៣ខែ	រៀងរាល់ ៦ខែ	រៀងរាល់ ១២ខែ	ធ្វើទៅតាមរោគសញ្ញាដែលកើតមាន
ការវាយតម្លៃគ្លីនិក										
ការវាយតម្លៃគ្លីនិក	X	X	X	X	X	X	X			X
ទម្ងន់-កម្ពស់, តារាងរីកលូតលាស់ធំធាត់	X	X	X	X	X	X	X			
ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ និង ការចិញ្ចឹមកុមារ	X	X	X	X	X	X	X			
កម្រិតជួសឱសថ ARV, ផលប៉ះពាល់, ភាពពុល, អន្តរកម្មឱសថ	X	X	X	X	X	X	X			
តម្រូវការព្យាបាលដោយឱសថ OI និងកម្រិតជួស	X	X	X	X	X	X	X			
ភាពត្រឹមត្រូវ ជាប់លាប់នៃការព្យាបាល ដោយ ART		X	X	X	X	X	X			
ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការបង្ការជំងឺកាមរោគ និងការមានផ្ទៃពោះ: (a)	X				X	X	X			X

ការពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍										
ការរាប់កោសិកាឈាមស និងវាស់កម្រិតអេមូក្លូប៊ីន (b)	X			X(b)						X
ការវាស់កម្រិត Transaminase : ALT, ASAT (c)	X		X(c)	X(c)		X(c)		X(c)		X
រាប់ចំនួន ឬ % នៃកោសិកាCD4	X					X			X	X
ការធ្វើតេស្ត Viral Load						X			X	X
Creatinine Clearance if on TDF	X				X	X		X		
Urine dipstix if on TDF	X				X	X	X			

ការវាស់កម្រិត cholesterol, triglycerides **និងជាតិស្ករ**	X(d)								X(d)	X

a) ចំពោះយុវតី ត្រូវផ្ដល់ប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារ (ពន្យាកំណើត) ការបង្ការជំងឺកាមរោគ, ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃ និងការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកូន។ ត្រូវធ្វើតេស្តរកភាពមានគភ៌នៅពេលដើមគ្រា និងយោងតាមលទ្ធផលនៃការផ្ដល់ប្រឹក្សា ។

b) ប្រសិនបើមានការប្រើប្រាស់ AZT ត្រូវវាស់កម្រិត Hb នៅសប្ដាហ៍ទី៨ ។

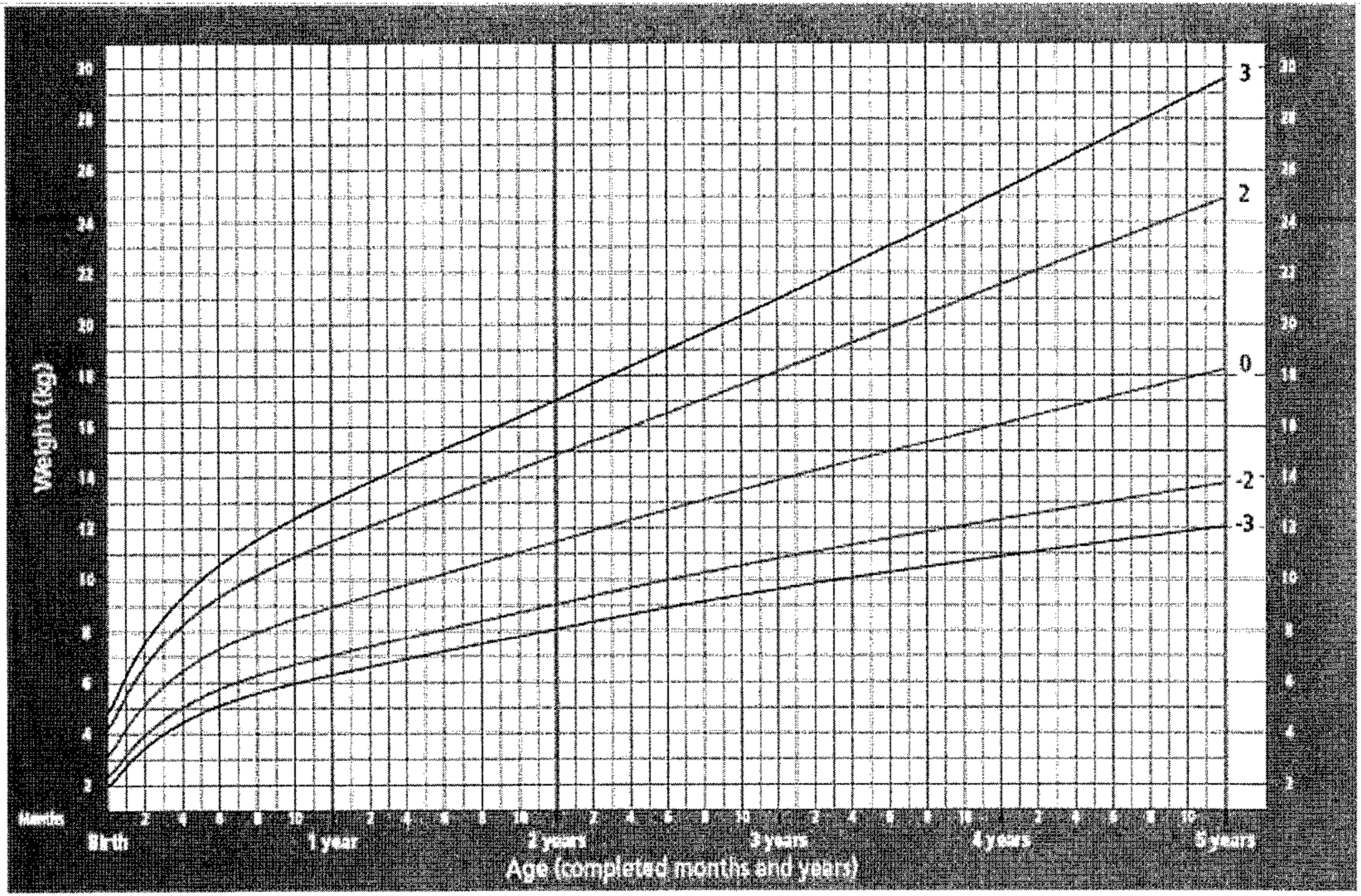
c) ត្រូវធ្វើតេស្ត ALT នៅសប្ដាហ៍ទី៤ និងទី៨ ប្រសិនបើកម្រិតអង់ហ្ស៊ីមនេះកើនឡើងនៅពេលធ្វើតេស្តពេលដើមគ្រា ប្រសិនបើ មានការឆ្លងរោគរលាកថ្លើម B ឬ C ឬ ប្រសិនបើមានការប្រើប្រាស់ឱសថដែលធ្វើឲ្យពុលថ្លើម (ឧទាហរណ៍ ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង)។

d) ចំពោះកុមារជំទង់ ត្រូវធ្វើតេស្តវាស់កម្រិត cholesterol, triglycerides និងជាតិស្ករនៅពេលមុនទទួលអាហារ នៅពេលដើមគ្រា និង រៀងរាល់ ១២ខែម្ដង នៅពេលមានការប្រើប្រាស់ EFV ឬ LPV/r ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៧: តារាងឡើងទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុកុមារ

: ទំនង់ និងអាយុកុមារី

Birth to 5 years (z-scores)

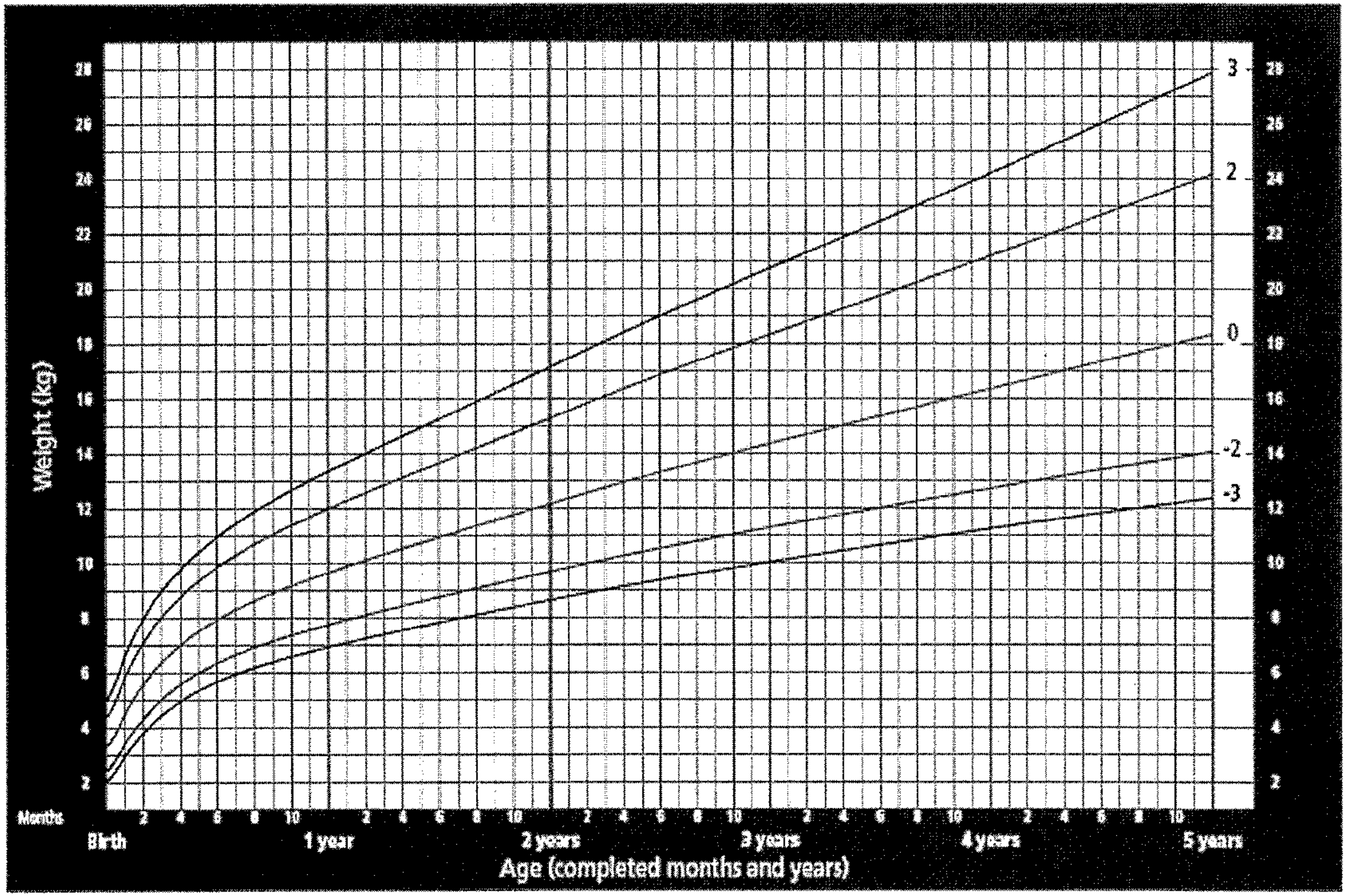


WHO Child Growth Standards

: ទំនង់ និងអាយុកុមារា

World Health Organization

Birth to 5 years (z-scores)

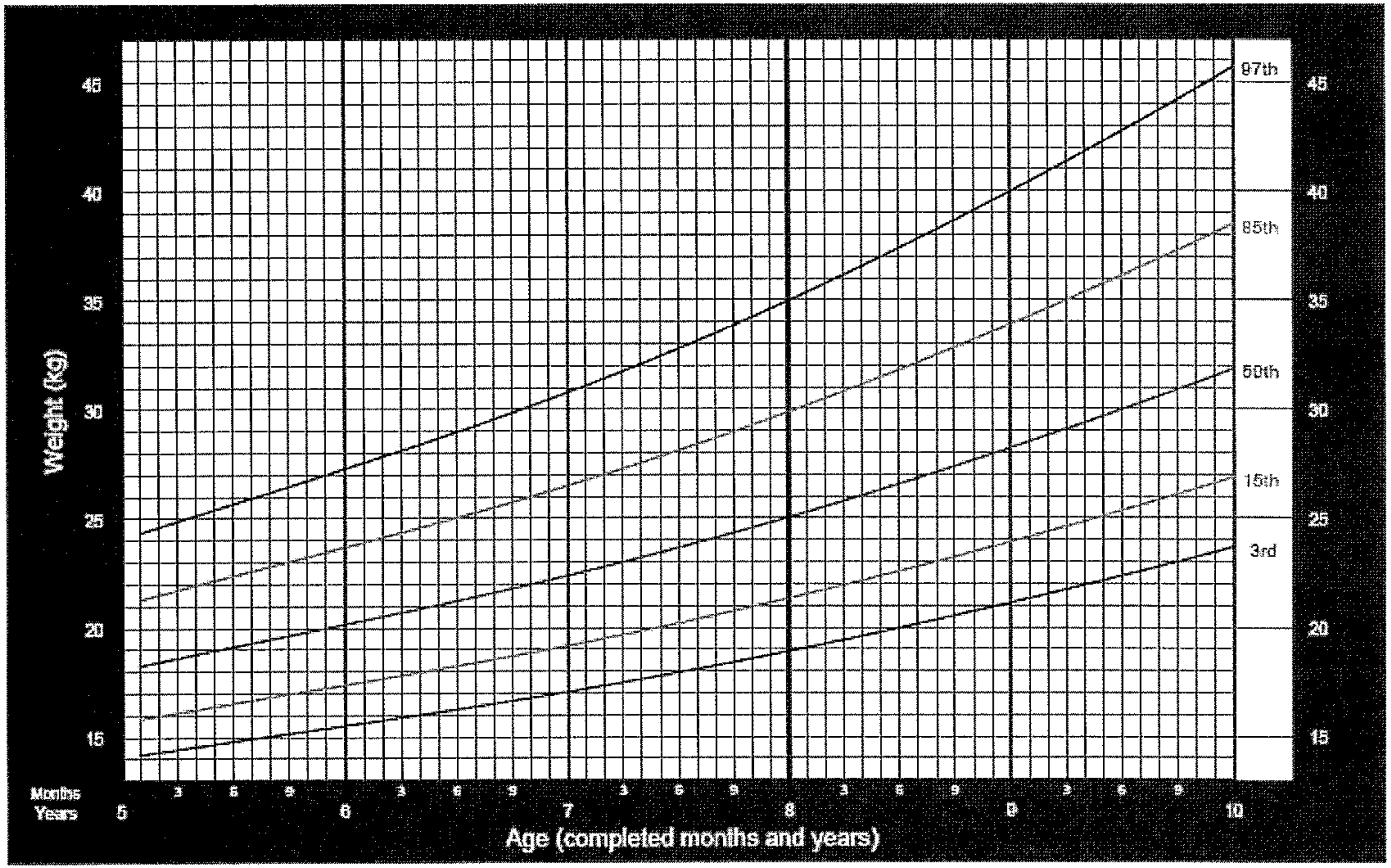


WHO Child Growth Standards

: ទម្ងន់ និងអាយុកុមារី

: អាយុ ៥ដល់១០ឆ្នាំ

World Health Organization

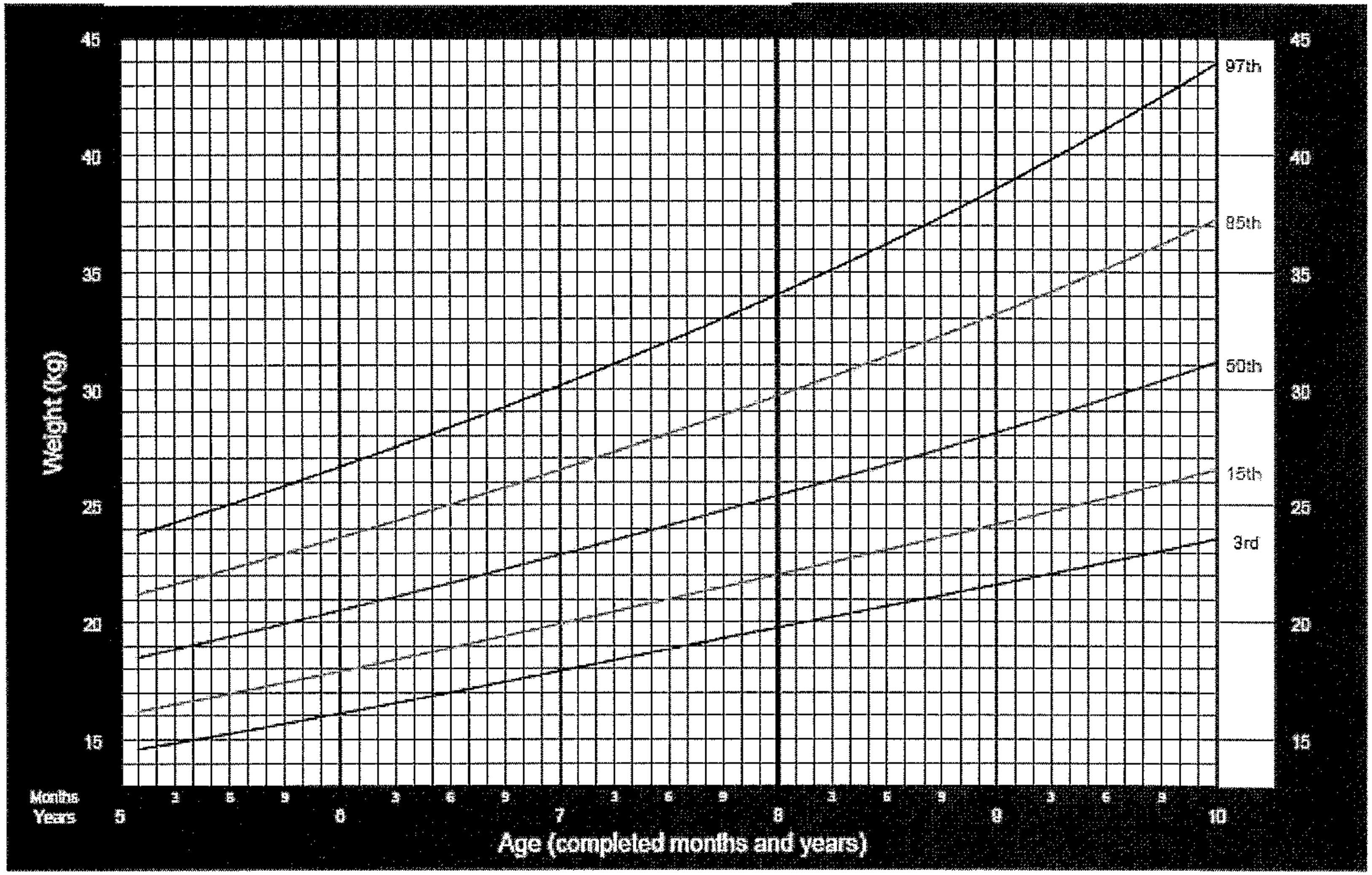


2007 WHO Reference

: ទម្ងន់ និងអាយុកុមារា

World Health Organization

: អាយុ ៥ដល់១០ឆ្នាំ



2007 WHO Reference

ឧបសម្ព័ន្ធទី៨: អន្តរកម្មឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សំខាន់ៗ

- តារាងខាងក្រោមនេះ បានសង្ខេបពីអន្តរកម្មឱសថ ARV សំខាន់ៗ ប៉ុន្តែនៅមានអន្តរកម្មឱសថសំខាន់ៗ ដែលមិនបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង។ សូមមើលឯកសារយោង ពាក់ពន្ធ័នឹងអន្តរកម្មឱសថសំខាន់ៗផ្សេងទៀត មុនផ្តល់វេជ្ជបញ្ជាឱសថថ្មីៗ តាមរយៈគេហទំព័រ http:www.hiv-druginteractions.org ដែលជាប្រភពព័ត៌មានមួយដ៏ល្អ។

អន្តរកម្មឱសថ	NVP	EFV	LPV/r	ATV/r	TDF
Ketoconazole	x	+/-		ok	មិនពិពណ៌នា
Fluconazole	អាចបណ្តាលឲ្យ NVP ↑		Ok	ok	មិនពិពណ៌នា
Rifampicin	ប្រើដោយប្រុងប្រយត្ន័	ok	Super boost LPV with ritonavir ឲ្យស្មើ ១:១	X	មិនតម្រូវឲ្យកែតម្រូវកម្រិត ដូស
Rifabutin (RBT)	OK	RBT ៤៥០-៦០០mg ក្នុង១ថ្ងៃ	RBT ១៥០ មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃមិនតម្រូវឲ្យកែតម្រូវកម្រិតដូស។ RBT ៣០០ មក្រ បន្ថយទៅប្រើRBT ១៥០មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ។	មិនតម្រូវឲ្យកែតម្រូវកម្រិត ដូស	មិនពិពណ៌នា
Clarithromycin	អាចកាត់បន្ថយកម្រិត Clarithromycin	x	បន្ថយកម្រិតដូសនៃ clarithro បើខ្សោយតម្រងនោម	បន្ថយកម្រិតដូសនៃ clarithro ប្រហែល ៥០%	មិនពិពណ៌នា
Oral contrace - ptive[1]	x	x	X	x	មិនតម្រូវឲ្យកែតម្រូវកម្រិតដូស

Methadone	Methadone កើនឡើង	Methadone កើនឡើង	Methadone កើនឡើង	OK	មិនពិពណ៌នា
Statins[2]	+/-	+/-	X	x	មិនពិពណ៌នា
SSRI Antidepressants	+/-	+/-	អាចនាំឲ្យកើនឡើងកម្រិត SSRI ត្រូវចាប់ផ្តើមដោយកម្រិតដូសទាប	មិនពិពណ៌នា	មិនពិពណ៌នា
Anti-epileptic drugs[3]	x	x	X	មិនពិពណ៌នា	មិនពិពណ៌នា
Benzodia-zapines[4]	x	x	X	x	មិនពិពណ៌នា
ឱសថផ្សេងទៀតដែលមិនត្រូវប្រើរួមគ្នា	Garlic supplement	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Triazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Triazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic Flecanide Pimozide	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic Flecanide Pimozide
ផ្សេងៗ	អាចបន្ថយកម្រិត steroid	តាមដាន Warfarin ប្រើសិនបើប្រើជាមួយគ្នា។			

1. អាចប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតផ្សេងទៀត។ Medroxyprogesterone Depot អាចមានប្រសិទ្ធិភាពជាទូទៅ ប៉ុន្តែត្រូវប្រើដោយមានការប្រុងប្រយ័ត្ន។
2. Pravastation or Fluvastation អាចប្រើបានក្នុងកម្រិតដូសធម្មតា។ Simvastation មិនត្រូវប្រើទេ។
3. ត្រូវបង្កើនកម្រិត Carbamazepine និងបន្ថយកម្រិត Phenytion។ Valproate ជាជម្រើសមួយក្នុងស្ថានភាពនេះ។
4. Diazepam និងMidazolam តម្លើងកម្រិតដូសខ្លាំងពេក អាចគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ដោយសារឥទ្ធិពលលើ Sedation (បើអាចត្រូវប្រើ Lorazepama) ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៩: ទម្រង់ប្រមូលទិន្នន័យ: អ្នកជំងឺដែលត្រូវឱសថជួរទី៣

កាលបរិច្ឆេទ:

ទិន្នន័យប្រមូលដោយ:

លេខកូដអ្នកជំងឺ :
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត :
អាយុ :
លេខទូរស័ព្ទគ្រូពេទ្យព្យាបាល :
សេវា ART :
លេខកូដសេវា ART :

ប្រវត្តិជំងឺ	**ការណែនាំ:** សូមបំពេញតារាងខាងក្រោម ដោយផ្អែកលើកាលបរិច្ឆេទ នៅផ្នែកខាងឆ្វេងនៃ តារាង ដើម្បីកត់សំគាល់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្ត, រូបមន្ត ARVs, ការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់និងជាប់លាប់ (adherence), ទម្ងន់, ឬ ជំងឺ OI និងរោគសញ្ញា។ បន្ទាប់ផ្តេកនិមួយៗ មិនត្រូវបានបំពេញទាំងអស់តាមកាលបរិច្ឆេទបានទេ: ពេលដែលអ្នកជំងឺទទួលលទ្ធផលតេស្ត CD4,

	គាត់អាចនឹងមិនទាន់បានទទួលលទ្ធផលតេស្ត នៅពេលដូចគ្នានោះទេ។ កត់ត្រា គ្រប់រូបមន្ត ARVs ទាំងអស់ ហើយនៅពេលដែលអ្នកជំងឺផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាល ។ សូមភ្ជាប់ មកជាមួយ លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តភាពស៊ាំ					
កាលបរិច្ឆេទ	**រូបមន្ត** ARVs	**លទ្ធផលតេស្ត** CD4	**លទ្ធផលតេស្ត** Viral Load	Adherence	**ទម្ងន់**	**ជំងឺ** OI **និង រោគសញ្ញា**

ឧបសម្ព័ន្ធទី១០: តារាងកំណត់ភាពពេញវ័យ (Tanner Staging Index) សម្រាប់ក្មេងជំទង់

ដំណាក់កាល	ស្រី				ប្រុស				
	អាយុ	ការវិវត្តន៍ដោះ	ការដុះរោមនៅប្រដាប់ភេទ	ការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀត	អាយុ	ការវិវត្តន៍ពងស្វាស	ការវិវត្តន៍ លិង្គ	ការដុះរោមប្រដាប់ភេទ	ការផ្លាស់ប្តូផ្សេងទៀត
I	០ - ១៥	មុនវ័យជំទង់	គ្មាន	មុនវ័យជំទង់	០ - ១៥	ពងស្វាសមុនវ័យជំទង់≤២,៥ សម	មុនវ័យជំទង់	គ្មាន	មុនវ័យជំទង់
II	៨ - ១៥	ការដុះដោះ (Thelarch); areolar hyperplasia ដែលមានជាលិកាដោះតិចតួច	មានដុះរោមវែងៗនិងជាតិ Labia អាចកើតឡើងជាមួយគ្នានឹងការឡើងដោះ នៅប៉ុន្មានសប្តាហ៍ឬខែក្រោយមក	ភាពរហ័សរហួននៃយុវវ័យ នឹងកើតឡើងក្រោយដំណាក់កាលទីII	១០ - ១៥	ពងស្វាសរីកធំនិងឡើងពណ៌ខ្មៅនៅស្បែកពងស្វាស	រីកធំបន្តិចបន្តួច ឬ គ្មាន	មានដុះរោមវែងៗ កើតឡើងច្រើនខែក្រោយពីការរីកធំនៃពងស្វាស និងស្របតាមការវិវត្តន៍ ទៅភាពពេញវ័យ	គ្មាន
III	១០ - ១៥	ជាលិកាដោះកាន់តែរីកធំឡើងនិងឡើង Areolar ដោយមិនញែកដាច់ពីតំបន់ជិតខាង	ការដុះរោមកាន់តែច្រើនឡើង និងរោមកាន់តែប្រែពណ៌	កើតឡើងនូវការធ្លាក់ឈាមរដូវលើកដំបូងលើ២%នៃស្ត្រីក្នុងចុងដំណាក់ទីIII	១០.៥-១៦.៥	កាន់តែរីកធំឡើង	កាន់តែរីកធំឡើង ពិសេសគឺរីកទទឹង	ដុះរោមកាន់តែច្រើន និងរួញ	គ្មាន

IV	១០ - ១៧	បែងចែកនៅតំបន់ជុំវិញ Areolar និងក្បាលដោះលេចពីគល់ដោះ	ដុះដូចមនុស្សពេញវ័យ ប៉ុន្តែមិនទាន់ដុះពេញ លេញទេ។	មានរដូវលើកដំបូងលើស្ត្រីភាគច្រើន នៅដំណាក់កាលទីIV ១-៣ឆ្នាំកើតក្រោយពី Thelarche	១២ - ១៧	កាន់តែធំឡើង	កាន់តែធំឡើងជាពិសេសរីកទទឹង	ដុះដូចមនុស្សពេញវ័យ ប៉ុន្តែមិនទាន់ដុះពេញលេញទេ។	មានដុះរោមនៅតំបន់ផ្សេង និងមាន រោមខ្លះនៅ លើមុខ
V	១២.៥-១៨	ដោះឡើងធំ ហើយមានតែមតែមួយ។	ដូចមនុស្សពេញ វ័យ ហើយដុះគ្រប់កន្លែង។	មានរដូវលើកដំបូង បាន កើតឡើងលើ ១០% នៃស្ត្រី នៅដំណាក់ កាលទីV នេះ	១៣-១៨	ទំហំដូចមនុស្សពេញវ័យ	ទំហំដូចមនុស្សពេញវ័យ	មានដុះពេញលេញដូចមនុស្សពេញវ័យ(ទិដ្ឋភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ដុះនៅតំបន់ក្រលៀន linea alba)	បន្តដុះរោមលើដងខ្លួន និងបន្តឡើងសាច់ដុំជាច្រើនឆ្នាំ២០%នៃក្មេងប្រុសអាចឈានចូលដល់វ័យសកម្ម ក្នុងរយៈពេលនេះ។

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

ឧបសម្ព័ន្ធទី១១ ៖ ឧបករណ៍វាយតម្លៃពីស្ថានភាពសុខភាពកុមារ

សេចក្តីថ្លែង (Statement)	មិនដែលកើតឡើង	កើតឡើងពេលខ្លះ	កើតឡើងគ្រប់ពេល
អាហារូបត្ថម្ភ			
1. ខ្ញុំហូបអាហារយ៉ាងហោចណាស់ពីរក្នុងមួយថ្ងៃ ក្នុងនោះ យ៉ាងហោចណាស់ អាហារមួយពេលមានទាំងជាតិ សាច់ និងបន្លែមួយចំនួន។	□	□	□
2. ខ្ញុំហូបអាហារតិចជាងគេ ក្នុងចំណោមសមាជិកគ្រួសារខ្ញុំ ។	□	□	□
ការសិក្សា			
3. ខ្ញុំទៅសាលារៀនទៀងទាត់	□	□	□
4. ខ្ញុំមានសម្ភារៈដែលខ្ញុំត្រូវការសម្រាប់ធ្វើកិច្ចការសាលា ។	□	□	□
5. ខ្ញុំចូលចិត្តសិក្សា	□	□	□
សុវត្ថិភាពថវិកា			
6. គ្រួសារខ្ញុំមានថវិកាគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទិញអ្វីដែលយើងត្រូវការ ។	□	□	□
សុខភាពរាងកាយ និងសុខភាពទូទៅ			
7. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ល្អ និង មានសុខភាពល្អ	□	□	□
8. ខ្ញុំបារម្ភពីសុខភាពខ្ញុំ	□	□	□
9. ខ្ញុំរីកលូតលាស់ដូចកុមារផ្សេងទៀត ដែលមានអាយុប្រហែលគ្នា។	□	□	□
សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងទំនាក់ទំនងសង្គម			
10. ខ្ញុំមានក្តីសប្បាយរីករាយ ដូចកុមារផ្សេង ទៀត ដែលមានអាយុប្រហែលគ្នា។	□	□	□
11. ខ្ញុំមានសុទិដ្ឋិនិយម អំពី អនាគតរបស់ខ្ញុំ	□	□	□

សេចក្តីថ្លែង (Statement)	មិនដែលកើតឡើង	កើតឡើងពេលខ្លះ	កើតឡើងគ្រប់ពេល
12. មានមនុស្សពេញវ័យនៅផ្ទះ (ឧ. ឪពុកម្តាយ/អ្នកថែទាំ) ឬ នៅក្នុងសហគមន៍ (ឧ. អ្នកជិតខាង) ដែលអាចជឿទុកចិត្ត និងផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តដល់ខ្ញុំ។	□	□	□
13. ខ្ញុំមានយ៉ាងហោចណាស់ មិត្តភក្តិម្នាក់ ដែលខ្ញុំអាចចែករំលែកការសម្ងាត់ និងអាចជឿទុកចិត្តបាន។	□	□	□
សម្ពាធ, ការគំរាមកំហែង, និង សុខភាពផ្លូវភេទ			
14. ខ្ញុំយល់ដឹងពី ការផ្លាស់ប្តូររាងកាយខ្ញុំ ដែលប្រព្រឹត្តទៅកាន់ភាពពេញវ័យ (ក្មេងជំទង់)	□	□	□
15. ខ្ញុំដឹងពី មូលហេតុដែលក្មេងស្រីអាច មានផ្ទៃពោះ និងវិធីការពារកុំឲ្យមាន ផ្ទៃពោះ	□	□	□
16. ខ្ញុំដឹងពី វិធីការពារកុំឲ្យឆ្លងមេរោគអេដស៍	□	□	□
17. ខ្ញុំអាចជំនះនូវសម្ពាធក្នុងការធ្វើអ្វីមួយ ដែលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់	□	□	□
18. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថា ខ្ញុំអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបានដោយខ្លួនឯង អំពីអ្វីដែលមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ខ្ញុំ	□	□	□
19. ជួនកាល រាងកាយខ្ញុំទទួលរងនូវការបំពាន ឧទាហរណ៍ ខ្ញុំធ្លាប់ទទួលរងនូវការវាយ ដំខ្លាំង	□	□	□
20. ខ្ញុំធ្វើអ្វីមួយដែលអាចជំរុញឲ្យខ្ញុំប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬ ការមានផ្ទៃពោះ (ក្មេងស្រី)/ ឬ ធ្វើឲ្យអ្នកណាម្នាក់មានផ្ទៃពោះ (ក្មេងប្រុស)	□	□	□

ឧបសម្ព័ន្ធទី១២ ៖ សមាសភាគ នៃសេវាមិត្តភាពយុវវ័យ

សេវាមិត្តភាពយុវវ័យ ត្រូវផ្តល់ជូននៅគ្រប់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ កុមារ និង មនុស្សពេញវ័យទាំងអស់ ដែលក្មេងជំទង់ទទួលបានសេវាថែទាំនិងព្យាបាល (ទាំងកុមារ និងមនុស្សពេញវ័យ) ។ សមាសភាគនៃការផ្តល់សេវាមិត្តភាពយុវវ័យ រួមបញ្ចូលទាំង (តាំងពីការតស៊ូមតិដើម្បីយុវជនៈ សេវាសម្រាប់ក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍)៖

ការរៀបចំបង្កើតគ្រឹះស្ថានមិត្តភាពយុវវ័យ

- ដើម្បីធានាភាពឯកជនរបស់យុវជន ត្រូវកំណត់ការផ្តល់សេវាសម្រាប់យុវជនដាច់ដោយឡែក, ឬប្រសិនបើ មិនអាចធ្វើទៅបាន។ ត្រូវ កំណត់ ម៉ោងពេលផ្តល់សេវា សម្រាប់ក្រុមយុវជន អាចនៅក្រោយពេលរសៀល ឬនៅពេលល្ងាច។
- អំឡុងពេលដែលបានកំណត់ដោយឡែកសម្រាប់ផ្តល់សេវាជូនក្រុមយុវជន ត្រូវបង្កើតអារម្មណ៍ផ្តល់កិច្ចស្វាគមន៍, ភាពជាយុវវ័យ, មិនផ្លូវការ ដែលសមស្របសម្រាប់យុវវ័យដោយមកប្រើប្រាស់សេវា។

ការរៀបចំបង្កើតសេវាមិត្តភាពយុវវ័យ

- បណ្តុះបណ្តាយុវវ័យ ឱ្យក្លាយជា មិត្តអប់រំមិត្ត នៅតាមសេវាមួយចំនួន ។
- រៀបចំកាលវិភាគការណាត់ជួប ដើម្បីកាត់បន្ថយពេលវេលារង់ចាំ និង ការរង់ចាំច្រើននាក់នៅក្នុងបន្ទប់រង់ចាំ ។
- អនុញ្ញាតឱ្យក្មេងជំទង់ ដើរចូលមកទទួលសេវា ដោយមិនចាំបាច់មានការណាត់ជួប និង រក្សាទុកពេលវេលាសម្រាប់ការណាត់ជួប របស់ក្រុមក្មេងជំទង់ នៅពេលល្ងាច ឬបន្ទាប់ពីការរៀននៅសាលា។
- ធានាថាបន្ទប់ផ្តល់ប្រឹក្សាមានលក្ខណៈជាឯកជន និងមិនអាចស្តាប់លឺពីអ្នកដទៃ ។
- ធានាការផ្គត់ផ្គង់គ្រប់គ្រាន់ នូវសម្ភារៈ មធ្យោបាយ និង វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត ។
- នៅពេលណាដែលអាចធ្វើទៅបាន, ផ្តល់សេវាពន្យាកំណើតដល់ក្មេងស្រី ដោយគ្មានការរឹតបន្តឹង។
- ងាយស្រួលក្នុងការទទួលបាន ឬការបញ្ជូនទៅកាន់សេវាសុខភាពបន្តពូជសុខភាព ឬគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ ឬ សេវាផ្សេងទៀត ដូចជា គ្លីនិក RHAC, និងគ្លីនិក ម៉ារីស្តូបអន្តរជាតិ ។
- អនុញ្ញាតឱ្យដៃគូ ឬមិត្តភក្តិរបស់អតិថិជន ចូលរួម បើអ្នកជំងឺមានបំណងនាំមកជាមួយ ។
- អញ្ជើញក្មេងជំទង់ ឱ្យចូលរួម ក្រុម mmm ។
- ផ្តល់ការអប់រំដល់ក្មេងជំទង់ ដើម្បីឱ្យគាត់បានយល់ដឹងពីសារៈសំខាន់នៃការថែទាំសុខភាពផ្លូវភេទ។
- ជូនដំណឹងក្មេងជំទង់ អំពីសេវាកម្មដែលអាចប្រើបាន និងធានារក្សាការសម្ងាត់។

អាកប្បកិរិយាដែលធ្វើចំពោះយុវវ័យ នៅសេវាមិត្តភាពយុវវ័យ

- ផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺជូនយុវវ័យ ដោយក្តីគោរពស្រឡាញ់ ដូចមនុស្សពេញវ័យ។
- ចៀសវាងការវិនិច្ឆ័យលើឥរិយាបថរបស់ ក្មេងជំទង់ ។
- កសាងទំនាក់ទំនងដ៏ជិតស្និទ្ធ និងបង្កើតការជឿទុកចិត្តគ្នាទៅវិញទៅមកជាមួយពួកគេ។
- ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលបន្តដល់បុគ្គលិកទាំងអស់ អំពីការលូតលាស់នៃក្មេងជំទង់, ស្វែងយល់ពីតម្រូវការ និងកង្វល់របស់ក្មេងជំទង់ និងផ្តល់ការព្យាបាលយុវវ័យដោយរក្សាការសម្ងាត់ និងដោយក្តីគោរព ។

បុគ្គលិកអាចនឹងត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលស្គាល់និងការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទដែលបង្កឧបសគ្គដល់ក្រុមយុវវ័យ ។

- លើកទឹកចិត្តអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ឲ្យចំណាយពេលវេលាច្រើន ក្នុងករណីចាំបាច់ ជាមួយនឹង អតិថិជនម្នាក់ៗដែលជាក្មេងជំទង់ ក្នុងគោលបំណង ដោះស្រាយនូវបញ្ហាទាំងអស់នៃ ការព្រួយបារម្ភរបស់គាត់ ។
- ផ្តល់ពេលវេលាសមស្រប សម្រាប់អតិថិជន និងអ្នកផ្តល់សេវា ធ្វើការទំនាក់ទំនងគ្នា។

ឧបសម្ព័ន្ធទី១៣ ៖ សមាជិក អនុគណៈកម្មការបច្ចេកទេស ស្តីពីការថែទាំ និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកុមារ

១.	លោកវេជ្ជ. លី ពេញស៊ុន	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	ប្រធាន
២.	លោកស្រីវេជ្ជ. ហួត ចាន់ធានី	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ	អនុប្រធាន
៣.	លោកវេជ្ជ. សេង សុភាព	ការិយាល័យបច្ចេកទេស (NCHADS)	សមាជិក
៤.	លោកវេជ្ជ. សំរិត សុវណ្ណរិទ្ធិ	ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ (NCHADS)	សមាជិក
៥.	លោកវេជ្ជ. ង៉ូវ បូរ៉ា	ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ (NCHADS)	សមាជិក
៦.	លោកស្រីវេជ្ជ. គី សុវឌ្ឍនា	ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ (NCHADS)	សមាជិក
៧.	លោកស្រីវេជ្ជ. អ៊ឹង វិបុល	សកលវិទ្យាធិការរង (UHS)	សមាជិក
៨.	លោកស្រីវេជ្ជ. គឹម រតនា	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក	សមាជិក
៩.	លោកវេជ្ជ. ឡាំ ភិរម្យ	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក	សមាជិក
១០.	លោកវេជ្ជ. ឃុន គឹមអ៊ិម	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (CENAT)	សមាជិក
១១.	លោកស្រីវេជ្ជ. សៀក ម៉េង	មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត	សមាជិក
១២.	លោកវេជ្ជ. ជា ពៅ	មន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្តបាត់ដំបង	សមាជិក
១៣.	លោកវេជ្ជ. ច្រាំង សេង ត្រាយ	មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ	សមាជិក
១៤.	តំណាងមូលនិធិគ្លិនតុន(CHAI)		សមាជិក
១៥.	តំណាងអង្គការ Family Health International-360		សមាជិក
១៦.	តំណាងអង្គការ UNICEF		សមាជិក
១៧.	តំណាងអង្គការ WHO		សមាជិក
១៨.	តំណាងអង្គការ US-CDC		សមាជិក
១៩.	តំណាងអង្គការ Magna		សមាជិក
២០.	តំណាងអង្គការ ANRS		សមាជិក
២១.	តំណាងអង្គការ RHAC		សមាជិក
២២.	តំណាងអង្គការ Marie Stopes International		សមាជិក
២៣.	តំណាងអង្គការ UNESCO		សមាជិក

ឯកសារយោង

Day, Kim and Jennifer Pierce-Weeks. 2013. The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence: Technical Considerations for PEPFAR Programs. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

Isaakidis et al. High survival and treatment success sustained after two and three years of first-line ART for children in Cambodia. Journal of the International AIDS Society 2010, 13:11

Ministry of Health (MoH) and NCHADS. National Guidelines for the use of Antiretroviral Therapy in Adults and Adolescents. 2nd Edition, September 2006.

Ministry of Health (MoH) and NCHADS. National Guidelines for the Use of Pediatric ARV. 2nd edition, November 2007.

Ministry of Health (MoH), NMCHC, and NCHADS. National Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. 3rd Edition, November 2010.

Ministry of Health (MoH) and NCHADS Standard Operating Procedure for Implementation of the Boosted Linked Response between HIV and SRH for Elimination of New Pediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Cambodia, 2013

National Interim Guidelines for the Management of Acute Malnutrition Cambodia December 2011

Palumbo, P et al. Antiretroviral Therapy for Children with Peripartum Nevirapine Exposure. N Engl J Med 2010; 363:1510-20.

South African National Department of Health: National consolidated guidelines for the prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) and the management of HIV in children, adolescents and adults 24 December 2014

Standard Operating Procedure for Implementation of the Boosted Linked Response between HIV and SRH for Elimination of New Pediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Cambodia, 2013

WHO Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing

HIV infection: recommendations for a public health approach June 2013

WHO March 2014 Supplement to the 2013 Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral drugs For Treating and Preventing HIV Infection Recommendations for a public health approach.

WHO Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Geneva, World Health Organisation, 20 11

WHO Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children 2nd edition 2014

WHO Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach: December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection

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

WHO Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. 2011

WHO HIV And Adolescents: Guidance For HIV Testing And Counselling And Care For Adolescents Living With HIV. Recommendations for a Public Health Approach and Considerations for Policy-Makers and Managers. 2014