ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំ

ស្តីពី

ការបង្ការជំងឺឱកាសនិយមដោយឱសថ

នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍

វិច្ឆិកា ២០០៣

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

មាតិកា

អារម្ភកថា

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ ៣

ការបង្ការជំងឺឱកាសនិយមដោយឱសថ ៥

ការបង្ការជំងឺរបេងសកម្ម ដោយឱសថ Isoniazid ៥

ការបង្ការជំងឺបង្ករដោយបាក់តេរី ជំងឺ PCP និងជំងឺ Toxoplasmosis ដោយឱសថ Cotrimoxazole 8

ការបង្ការជំងឺបង្ករដោយមេរោគផ្សិត ដោយឱសថ Fluconazole ១២

ប្រវត្តិ ១៤

ការបង្ការជំងឺរបេងសកម្មដោយឱសថ Isoniazid ១៤

ការបង្ការជំងឺបង្ករដោយបាក់តេរី ជំងឺ PCP និងជំងឺ Toxoplasmosis ដោយឱសថ Cotrimoxazole ២១

ការបង្ការជំងឺបង្ករដោយមេរោគផ្សិត ដោយឱសថ Fluconazole ២៦

អារម្ភកថា

អេពីដេមីនៃជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជាបច្ចុប្បន្ននេះ បានបង្កើតអោយមានសេចក្តីត្រូវការយ៉ាងខ្លាំង ចំពោះការថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ ព្រោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានវិវត្តន៍ទៅរកដំណាក់កាលមានរោគសញ្ញា និងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ។ សេចក្តីត្រូវការនេះ នឹងកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងនៅក្នុងទសវត្សខាងមុខ ព្រោះជារៀងរាល់ឆ្នាំ មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រហែល ២០០០០ នាក់ នឹងវិវត្តន៍ទៅជាអ្នកជំងឺអេដស៍ ហើយអ្នកទាំងនោះ នឹងស្លាប់ បើសិនជាពុំមានអន្តរាគមន៍ដែលមានប្រសិទ្ធិភាពទេនោះ ។ ផលប៉ះពាល់នៃជំងឺអេដស៍ទៅលើសេចក្តីត្រូវការចំពោះការថែទាំព្យាបាលនេះ នឹងបន្ថែមបន្ទុកទៅលើសេវាថែទាំសុខភាពនៅកម្ពុជា ដែលកំពុងតែមានប្រភពធនធានស្តួចស្តើង ។

ដើម្បីឆ្លើយតបចំពោះបញ្ហានេះអោយមានប្រសិទ្ធិភាព មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នៃក្រសួងសុខាភិបាល បានសហការជាមួយដៃគូរនានា បង្កើតជាគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការគ្រប់គ្រងការថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលក្នុងនោះមានគោលការណ៍ណែនាំ សំរាប់ការបង្ការជំងឺឱកាសនិយមដោយឱសថ នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផងដែរ ។ ការបង្ការជំងឺឱកាសនិយមដោយឱសថ នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានសារៈសំខាន់ណាស់ សំរាប់កាត់បន្ថយការកើតជំងឺឱកាសនិយមមួយចំនួន នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាពិសេសជំងឺរបេងសកម្ម និងជំងឺបង្ករដោយមេរោគបាក់តេរី និងមេរោគផ្សិតមួយចំនួនទៀត ។ ក្រសួងសុខាភិបាល ជឿជាក់ថា គ្រប់បុគ្គលិកសុខាភិបាលទាំងអស់ ដែលផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នឹងអនុវត្តន៍តាមគោលការណ៍ណែនាំនេះ ហើយក៏សង្ឃឹមផងដែរថា គោលការណ៍ណែនាំនេះ នឹងត្រូវបានពិនិត្យ និងកែសំរួលឡើងវិញយ៉ាងទៀងទាត់ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងការវិវត្តន៍នៃវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល ។

ជាទីបញ្ចប់ ក្រសួងសុខាភិបាល សូមកោតសរសើចំពោះមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងដៃគូរទាំងអស់ ដែលបានប្រឹងប្រែងយកអស់កំលាំងកាយ ចិត្ត និងបញ្ញា ដើម្បីរៀបចំបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំនេះឡើង ។

ថ្ងៃទី ខែ វិច្ឆិកា ឆ្នាំ ២០០៣

អគ្គនាយកបច្ចេកទេសសុខាភិបាល

សាស្ត្រាចារ្យ អេង ហួត

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការជំងឺឱកាសនិយមដោយឱសថ នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និង អ្នកជំងឺអេដស៍ បានរៀបចំបង្កើតឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ តាមរយៈកិច្ចប្រជុំ និងការផ្លាស់ប្តូរយោបល់ជាមួយដៃគូទាំងអស់របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ នៅក្នុងស្ថាប័នរដ្ឋាភិបាល អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និង អ្នកផ្តល់ជំនួយ ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅ ចំពោះការខិតខំប្រឹងប្រែ និងការបរិច្ចាកទាំងកំលាំងកាយ កំលាំងចិត្ត និងពេលវេលាដ៏មានតំលៃ របស់អស់លោក-លោកស្រី និងស្ថាប័ន ដូចខាងក្រោម:

- ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលបានផ្តល់នូវការគាំទ្រដល់ដំណើរការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំនេះ
- ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ដែលបានសំរបសំរួលដំណើរការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំនេះ យ៉ាងសស្រាក់សស្រាំ
- លោកវេជ្ជ. Julian Elliott ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេសផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ និងលោកស្រីវេជ្ជ. Veronique Bortolotti ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេសផ្នែកជំងឺអេដស៍នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក ដែលបានជួយយ៉ាងសកម្មក្នុងការចងក្រងគោលការណ៍ណែនាំនេះ
- មន្ទីរពេទ្យព្រះបាទនរោត្តមសីហនុ មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត មន្ទីរពេទ្យគន្ធាបុប្ផា មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ អង្គការ UNAIDS, UNICEF, CDC-GAP, WHO, MDM, FHI/Impact Cambodia, MSF-F, HACC, Center of Hope, ADB/JFPR REG-9006, CPN+, FC, Maryknoll, និងជាពិសេស សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសថ្នាក់ជាតិ សំរាប់កម្មវិធីថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលបានចូលរួមចំណែកយ៉ាងសកម្ម និងបានផ្តល់ជាមតិយោបល់ក្នុងការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំនេះ

សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះការរួមចំណែកដ៏ថ្លៃថ្លានេះ ។

ថ្ងៃទី ១៧ ខែ វិច្ឆិកា ឆ្នាំ ២០០៣

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹង
ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ

AIDS	Aquired Immunodeficiency Syndrome ចង្កោមរោគសញ្ញាកើតក្រោយពីប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយចុះខ្សោយ
ARV	Antiretroviral drug(s) ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
CD4	T-CD4+ Lymphocyte កោសិកា T-CD4+ Lymphocyte
CENAT	National Tuberculosis and Leprosy Control Program កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង-ហង់សិន
DOTS	Directly Observed Therapy Short Course Strategy for the control of TB ការព្យាបាលជំងឺរបេងដោយមានការត្រួតពិនិត្យតាមរូបមន្តខ្លី
DS	Double strength cotrimoxazole (800mg/160mg) ឱសថ Cotrimoxazole ដែលមានកំលាំងទ្វេ（លេខ 800mg/160mg）
HIV	Human Immunodeficiency Virus មេរោគអេដស៍
IPT	Isoniazid preventive therapy ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ isoniazid
MMM	Mondul Mith Chouy Mith (Friendly support center) មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត
OI	HIV related Opportunistic Infection ជំងឺឱកាសនិយម
PCP	*Pneumocystis carinii* pneumonia ជំងឺសួតបង្ករដោយមេរោគ Pneumocystis Carinii
PLHA	Person/people living with HIV/AIDS អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រឺអ្នកជំងឺអេដស៍
SMX	Sulphamethoxazole ឱសថ Sulphamethoxazole
SS	Single strength cotrimoxazole (400mg/80mg) ឱសថ Cotrimoxazole ដែលមានកំលាំងទោល (លេខ 400mg/80mg)
TB	Tuberculosis ជំងឺរបេង
TMP	Trimethoprim ឱសថ Trimethoprim
TST	Tuberculin skin test ការធ្វើតេស្តស្បែក Tuberculin
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

	អង្គការ UNAIDS
USA	United States of America សហរដ្ឋអាមេរិក
VCCT	HIV voluntary confidential counseling and testing ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់
WHO	World Health Organisation អង្គការសុខភាពពិភពលោក

I- ការបង្ការជំងឺឱកាសនិយមដោយឱសថ

១. ការបង្ការជំងឺរបេងសកម្មដោយឱសថ isoniazid

១.១. ការបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ isoniazid

ការបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ isoniazid អាចដាក់បញ្ចូលជាផ្នែកមួយនៃសំនុំថែទាំព្យាបាល ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ។ គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវបានទទួលពត៌មាន និងសំភារៈអប់រំស្តីពីជំងឺរបេង និងការបង្ការ ។ ការបង្ការដោយឱសថ isoniazid នេះ អាចផ្តល់ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលព្រមទទួលយកការបង្ការដោយឱសថ ដែលពុំមានជំងឺរបេងសកម្ម និងដែលអាចទទួលបានការតាមដានឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំរបស់ឱសថ isoniasid និងជំងឺរបេងសកម្ម ។

១.២. ជំពូកឱសថដែលបានលើកជាអនុសាសន៍ (Recommended Regime)

ឱសថ isoniasid ត្រូវប្រើក្នុងកំរិត ៥ ម.ក្រ/គ.ក្រ. រហូតដល់កំរិតជាអតិបរមា ៣00 ម.ក្រ ក្នុងមួយថ្ងៃ ។ ឱសថ Pyridoxine (Vitamin B6) ក្នុងកំរិត ៥0 ម.ក្រ. ក្នុងមួយថ្ងៃ ត្រូវផ្តល់អោយក្នុងពេលដំណាលគ្នា ដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការកើតជំងឺសសៃប្រសាទខាងក្រៅ (peripheral neuropathy) ។ ការបង្ការដោយឱសថ isoniazid ត្រូវមានរយៈពេល ៩ ខែ ក្នុងករណីដែលមានប្រព័ន្ធតាមដាន និងប្រព័ន្ធគាំទ្រគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីអោយមានការលេបឱសថបានជាប់លាប់ និងត្រឹមត្រូវ ។

១.៣. តើត្រូវចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវទទួលបានការបង្ការដោយឱសថ isoniazid (IPT) ដោយឆាប់រហ័សបំផុត ពីព្រោះជំងឺរបេងសកម្ម អាចកើតឡើងនៅគ្រប់កំរិតនៃចំនួនកោសិកា CD4 ហើយជំងឺនេះ នឹងធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយចុះខ្សោយកាន់តែខ្លាំង ព្រមទាំងធ្វើអោយមានការកើនឡើងនូវការប្រឈមមុខទៅនឹងការកើតជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀត ។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺរបេង ដូចជា ក្អក ឬ ក្តៅខ្លួន ពុំគួរទទួលការបង្ការដោយឱសថ isoniasid (IPT) នេះទេ រហូតដល់គេរកឃើញមូលហេតុនៃរោគសញ្ញាទាំងនោះ ។ IPT ពុំគួរផ្តល់អោយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមសកម្មទេ (active hepatitis) ។ ម្យ៉ាងទៀត IPT គប្បីផ្តល់អោយស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅក្រោយត្រីមាសទី១នៃគភ ។

១.៤. ការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសកម្ម

ត្រូវមានប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសកម្មគ្រប់គ្រាន់ មុននឹងចាប់ផ្តើមកម្មវិធី IPT ។ ប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវទាំងនេះរួមមាន សមត្ថភាពធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងគ្រប់ទំរង់ ដូចជាជំងឺរបេងសួតកំហាកអវិជ្ជមាន និងជំងឺរបេង

ក្រៅសួត ដោយប្រើប្រាស់ការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ ការពិនិត្យរាងកាយ (physical examination) ការថតសួតដោយកាំរស្មី x និងការពិនិត្យកំហាក ។ ដូច្នេះ សេវា IPT ត្រូវមានមូលដ្ឋាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។

១.៥. ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលទទួលយក IPT ត្រូវជួបប្រជុំយ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយខែ ជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពិសេស ហើយការផ្តល់ឱសថ ត្រូវធ្វើឡើងជារៀងរាល់ខែ ។ សកម្មភាពនេះ អាចអនុវត្តនៅអាគារពិគ្រោះជំងឺក្រៅ រឺនៅមណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត (MMM) នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។ អ្នកជំងឺ ត្រូវបានទទួលការវាយតំលៃរកភស្តុតាងគ្លីនិកនៃការពុលឱសថ isoniazid (isoniazid toxicity) និងបានទទួលពត៌មាន និងការគាំទ្រអោយមានការលេបឱសថជាប់លាប់ និងត្រឹមត្រូវ ។

ឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំសំខាន់ៗនៃឱសថ isoniazid គឺ : ឥទ្ធិពលលើប្រព័ន្ធរំលាយអាហារដែលរួមមានការក្អួតនិងចង្អោរ ការរលាកថ្លើម និងជំងឺសរសៃប្រសាទខាងក្រៅ (peripheral neuropathy) ។ ការប្រឈមមុខទៅនឹងការរលាកថ្លើមមានកំរិតប្រហែល ០.៣% ចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលមានសុខភាពល្អ ហើយអាចកើនឡើងរហូតដល់ ២.៦% ចំពោះមនុស្សចាស់ជរា ។ ការប្រឈមមុខទៅនឹងការកើតជំងឺសរសៃប្រសាទខាងក្រៅ (peripheral neuropathy) អាចបង្ការបានមួយផ្នែកធំ តាមរយៈការប្រើប្រាស់ឱសថ Pyridoxine ។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលទទួល IPT ត្រូវដឹងអំពីសញ្ញានៃការរលាកថ្លើម : ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ ភាពស្រងូតស្រងាត់ (lethargy) ជំងឺខាន់លឿង (jaundice) និងទឹកនោមពណ៌លឿងខ្លាំង ។ គេគួរតែទូន្មាន អ្នកជំងឺអោយបញ្ឈប់ការប្រើឱសថ isoniazid នៅពេលដែលមានរោគសញ្ញាទាំងនេះ ហើយត្រូវតែពិគ្រោះ យោបល់ជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាល ។

ពុំមានអនុសាសន៍អោយប្រើប្រាស់ការស្រាវជ្រាវមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីរកមូលដ្ឋាន ឬ ដើម្បីតាមដានឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំនោះទេ ។ ការធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើម គួរតែពិចារណា នៅលើអ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញានៃការរលាកថ្លើម ហើយ IPT ត្រូវតែបញ្ឈប់ បើសិនជាមានភស្តុតាងនៃការរលាកថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ ។

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលទទួល IPT គួរតែបានទទួលផងដែរនូវការវាយតំលៃរកជំងឺរបេងសកម្ម និងជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀត នៅរាល់ពេលមកពិនិត្យជំងឺ (ឧទាហរណ៍ តាមរយៈសំនួរស្រាវជ្រាវ និងការស្រាវជ្រាវតាមដាន ដូចជាការពិនិត្យកំហាកនៅពេលដែលមានក្អក) ។ គេគួរតែចាត់វិធានការណ៍ដើម្បីចៀសវាងកុំអោយមានការជួបគ្នារវាងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទទួល isoniazid និងអ្នកដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម ដើម្បីបង្ការការឆ្លងជំងឺរបេង ។

ការលេបឱសថបានទៀងទាត់ និងត្រឹមត្រូវ គួរតែត្រូវបានវាយតំលៃនៅរាល់ពេលមកពិនិត្យជំងឺម្តងៗ ហើយបើមានបញ្ហាអ្វីមួយ ត្រូវតែធ្វើការដោះស្រាយ ។ ប្រភពធនធានដើម្បីគាំទ្រដល់ការលេបថ្នាំទៀងទាត់ និងត្រឹមត្រូវ ដូចជាក្រុមថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍តាមផ្ទះ និងក្រុមមិត្តជួយមិត្ត គួរតែត្រូវបានប្រើប្រាស់ ។

១.៦. ការអនុវត្តន៍កម្មវិធី

កម្មវិធី IPT គួរតែធ្វើការសាកល្បងជាមុនសិន មុននឹងធ្វើការអនុវត្តន៍ទូលំទូលាយ ដើម្បីរកមើលថាតើបញ្ហាប្រតិបត្តិដែលបានរៀបរាប់លំអិតខាងលើ អាចដោះស្រាយបានឬទេ ។ ប្រព័ន្ធវាយតំលៃកម្មវិធី IPT ដែលមានលក្ខណៈហ្មត់ចត់ មានសារៈសំខាន់ណាស់ សំរាប់វាយតំលៃលទ្ធភាពកម្មវិធីនិមួយៗ ដើម្បីកាត់បន្ថយការបោះបង់ការបង្ការ និងដើម្បីធានាថា ការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ត្រូវបានផ្តល់ និងមានតំលៃសមស្របនឹងថវិកាចំណាយ (cost-effectiveness) ។ IPT សំរាប់កុមារ គួរផ្តល់ឱ្យតែនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យកុមារដែលមានការធ្វើតេស្តស្បែក tuberculin (tuberculin skin test) និងមានលទ្ធភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសកម្មនៅលើកុមារប៉ុណ្ណោះ ។

២. ការបង្ការជំងឺបង្ករដោយបាក់តេរី ជំងឺ PCP និង ជំងឺ Toxoplasmosis ដោយឱសថ Cotrimoxazole

២.១. ការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

ការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវផ្តល់អោយជាផ្នែកមួយនៃការថែទាំព្យាបាល ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសំរាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (PLHA) ។ គោលដៅចំបងនៃការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole គឺដើម្បីបង្ការជំងឺបង្ករដោយបាក់តេរី និង ជំងឺ PCP រីឯការបង្ការជំងឺ Toxoplasmosis គឺជាគោលដៅបន្ទាប់បន្សំប៉ុណ្ណោះ ។ ការបង្ការដោយឱសថនេះ អាចផ្តល់ជាការបង្ការដំបូង (ផ្តល់អោយ PLHAដែលមិនធ្លាប់មានជំងឺនេះ) ឬជាការបង្ការបន្ត (ផ្តល់អោយ PLHA ដែលធ្លាប់មានជំងឺនេះ ដើម្បីបង្ការកុំអោយរើឡើងវិញ) ដោយប្រើប្រាស់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដែលរៀបរាប់លំអិតខាងក្រោម ។

២.២. តើត្រូវចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?

ឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវផ្តល់ចំពោះ PLHA ពេញវ័យដែលមានៈ

- រោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ (ដំណាក់កាលគ្លីនិក ទី២ ទី៣ ឬ ទី៤ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក) ឬ
- ចំនួនកោសិកា CD4 <200/mm^3 ឬ
- ចំនួន Lymphocyte សរុប <1200/mm^3 (ក្នុងករណីដែលគ្មានតេស្តរកកោសិកា CD4) និង
- ពុំស្ថិតនៅក្នុងត្រីមាសទី១នៃការមានគភ៌

ឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវផ្តល់ចំពោះគ្រប់កុមារដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាយុចាប់ពី ៤អាទិត្យឡើងទៅ ដោយប្រើប្រាស់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដូចខាងក្រោមៈ

- កុមារដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- កុមារអាយុតិចជាង ១៥ខែ ដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យឆ្លងមេរោគអេដស៍ ទោះបីជាតាមរយៈរោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក ឬមន្ទីរពិសោធន៍ក៏ដោយ
- កុមារអាយុលើសពី ១៥ខែ ដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងមានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ ឬមានកោសិកា CD4 តិចជាង 15% ។

២.៣. តើត្រូវបញ្ឈប់នៅពេលណា?

ការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវមានរយៈពេលអស់មួយជីវិត លើកលែងតែក្នុងករណីៈ

❋ មនុស្សពេញវ័យៈ

- ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV) និងមានចំនួនកោសិកា CD4 លើសពី ២០០/mm^3 រយៈពេលយ៉ាងតិចណាស់៦ខែ ។ បើសិនជាចំនួនកោសិកា CD4 ធ្លាក់ចុះក្រោម ២០០/mm^3 គេត្រូវចាប់ផ្តើមបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ឡើងវិញ រហូតដល់ចំនួនកោសិកានេះ ឡើងលើសពី ២០០/mm^3 យ៉ាងតិចណាស់រយៈពេល៦ខែ ម្តងទៀត។ បើសិនជាការព្យាបាលដោយ ARV ត្រូវបានបញ្ឈប់ក្នុងរយៈពេល ២-៣សប្តាហ៍ ការបង្ការដោយឱសថ Cotrimocazole ត្រូវចាប់ផ្តើមឡើងវិញ ។

❋ កុមារៈ

- ដែលគ្មានរោគវិនិច្ឆ័យថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ឧទាហរណ៍ តេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណអវិជ្ជមាននៅ អាយុ ១៥ខែ) ឬ
- ដែលឈានដល់អាយុ១៥ខែ ដោយគ្មានរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ ឬមានកោសិកាCD4 លើសពី15 % ឬ
- ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV និងដែលមានកោសិកា CD4 លើសពី 15% រយៈពេលយ៉ាងតិចណាស់៦ខែ ។ បើសិនជាកោសិកា CD4 ធ្លាក់ចុះទាបជាង 15% ត្រូវចាប់ផ្តើមបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ឡើងវិញ រហូតដល់កោសិកា CD4 ឡើងលើសពី 15% រយៈពេលយ៉ាងតិចណាស់៦ខែម្តងទៀត ។ បើសិនជាការព្យាបាលដោយ ARV ត្រូវបានបញ្ឈប់ក្នុងរយៈពេលលើសពី ២-៣សប្តាហ៍ ការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវចាប់ផ្តើមឡើងវិញ ។

២.៤. ឱសថ និងកំរិតប្រើប្រាស់

ឱសថ Cotrimoxazole (TMP/SMX) ត្រូវផ្តល់អោយដូចខាងក្រោម :

- មនុស្សពេញវ័យៈ ឱសថដែលមានកំលាំងទ្វេ (TMP-160mg/SMX-800mg) មួយថ្ងៃ១គ្រាប់ រៀងរាល់ថ្ងៃ ឬឱសថដែលមានកំលាំងទោល (TMP-80mg/SMX-400mg) មួយថ្ងៃ២គ្រាប់ រៀងរាល់ថ្ងៃ ។
- កុមារៈ TMP/SMX (TMP 150mg/m^2/day) ជាឱសថទឹក ឬគ្រាប់ដែលកិនអោយម៉ត់ ។ ផ្តល់អោយ ១ថ្ងៃម្តង ឬចែកជា ២ដង រៀងរាល់ថ្ងៃ ឬ ៣ថ្ងៃក្នុង១សប្តាហ៍ (៣ថ្ងៃជាប់គ្នា ឬ ១ថ្ងៃខាន ១ថ្ងៃ)
- ជំរើសមួយទៀតសំរាប់ PLHA ដែលពុំអាចទ្រាំបាននឹងការប្រើឱសថ Cotrimoxazole ដើម្បីបង្ការជំងឺ PCP គឺ Dapsone ១00mg លេបម្តងក្នុង១ថ្ងៃ (សំរាប់កុមារ 2mg/kg/day)

២.៥. ការចាប់ផ្តើម

ការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole គួរតែផ្តួចផ្តើមដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលធ្វើការនៅក្នុងគ្រឹះស្ថានព្យាបាល ឬនៅក្នុងក្រុមថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍តាមផ្ទះ ។ បុគ្គលិកទាំងនោះ ត្រូវបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពិសេស និងបានទទួលការអភិបាលគ្រប់គ្រាន់ ។ គ្រប់ PLHA ដែលចាប់ផ្តើមការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវទទួលបានឱកាសសិក្សាអំពីឱសថនេះ និងត្រូវតែបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំ និងសារៈសំខាន់នៃការប្រើប្រាស់ឱសថបានទៀងទាត់ ។

២.៦. ការត្រួតពិនិត្យ និងតាមដាន

នៅពេលចាប់ផ្តើមការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលថា ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ ត្រូវតែបានទទួលការត្រួតពិនិត្យតាមដាននៅក្នុងការថែទាំព្យាបាលបន្ត ។ ការបន្តគាំទ្រ ការពន្យល់ណែនាំ ការលើកទឹកចិត្ត ការតាមដានឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំ និងការផ្តល់ឱសថ គួរតែបានទទួលការសំរបសំរួលរវាងសេវាថែទាំផ្សេងៗ ។ ឧទា. ក្រុមថែទាំអ្នកជំងឺតាមផ្ទះ អាចមានតួនាទីសំខាន់ក្នុងការគាំទ្រ និងតាមដាន PLHA និងត្រូវតែបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល និងការអភិបាលត្រឹមត្រូវ ដើម្បីជួយសំរួលដល់ ការងារនេះ។ យន្តការបញ្ជូន PLHA ដែលមានឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំរបស់ឱសថ ឬដែលអាចមានជំងឺឱកាសនិយម ត្រូវរៀបចំបង្កើតឡើង និងគួរតែធ្វើយ៉ាងណាឱ្យគ្រប់អ្នកដែលពាក់ពន្ធ័ទាំងអស់ បានយល់ច្បាស់លាស់អំពីយន្តការនេះ។ ឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំសាមញ្ញ អាចគ្រប់គ្រងបានដោយមណ្ឌលសុខភាព ប៉ុន្តែបើមានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ជូនទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។ ការតាមដានជំងឺដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល ត្រូវធ្វើជារៀងរាល់ខែ រហូតដល់មានស្ថេរភាព ទើបអាចបន្ថយបាន ដោយអនុវត្តន៍៣ខែម្តង ។ បើសិនជាអាចធ្វើបាន ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ត្រូវពិនិត្យ Hemoglobin និង កោសិកាឈាមស រយៈពេល៦ខែម្តង ។

២.៧. ការគ្រប់គ្រងឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំនៃឱសថ

ឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំសំខាន់ៗនៃឱសថ Cotrimoxazole មានៈ ការឡើងកន្ទួល (rash) ការថយចុះមុខងារខួរឆ្អឹង និងការរលាកថ្លើម ។ ឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំទាំងនេះ ច្រើនតែកើតមានឡើងបន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមប្រើឱសថ Cotrimoxazole ភ្លាម ។ កន្ទួលស្បែកបន្តិចបន្តួច (minor rash) តែងកើតមានជាទូទៅ ហើយអាចគ្រប់គ្រងបានដោយការសង្កេត និងការបន្តប្រើឱសថ Cotrimoxazole ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ។ កន្ទួលស្បែកដែលធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជាចង្កោមរោគសញ្ញា Stevens Johnson និងការរលាកថ្លើម អាចកើតមានឡើង ដែលត្រូវតែបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះជាបន្ទាន់ ។ ការគ្រប់គ្រងដែលមានលក្ខណៈគាំទ្រ ដូចជា ការដាក់អ្នកជំងឺអោយសំរាកពេទ្យ មានភាពចាំបាច់ណាស់នៅពេលខ្លះ ។ ការថយចុះ Hemoglobin ឬ ចំនួនកោសិកាឈាមស អាចគ្រប់គ្រងបាន ដោយសារការកាត់បន្ថយកំរិតប្រើប្រាស់ឱសថ បើសិនជា វាពុំមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរទេនោះ ។

បើសិនជាការប្រើប្រាស់ Cotrimoxazole ត្រូវបានបញ្ឈប់ ដោយរោគសញ្ញា ដែលមិនគំរាមកំហែងដល់ជីវិត គេអាចចាប់ផ្តើមឡើងវិញ ដោយអនុវត្តន៍តាមរបៀបធ្វើអោយសារពាង្គកាយ មានភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថ (desensitization) ។ ឧ.ទា : ការប្រើប្រាស់ឱសថ Cotrimoxazole ទឹកខាប់ ចំណុះ ៥ម.ល ដែលមាន ៤០មក្រ TMP + ២០០មក្រ SMX ដោយផ្តល់អោយដូចខាងក្រោមៈ

- o ចំពោះអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យៈ ផ្តល់ឱសថ TMP/SMX ជាមក្រ រៀងរាល់ម៉ោង ក្នុងរយៈពេល ៦ម៉ោង គឺ 0,004/ 0,02 0,04/0,2 0,4/2,0 4,0/20 40/200 និង 160/800
- o ចំពោះអ្នកជំងឺមិនសំរាកពេទ្យៈ ផ្តល់ ១ម.ល រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល៣ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ២ម.ល រយៈពេល៣ថ្ងៃ និងដំឡើងកំរិតឱសថរបៀបនេះ រហូតដល់កំរិតមួយដែលអាចប្រើឱសថ Cotrimoxazole គ្រាប់កំលាំងទោល (single strength) ១គ្រាប់រៀងរាល់ថ្ងៃ និងបន្ទាប់មកទៀត គឺឱសថគ្រាប់កំលាំងទ្វេ (double strength)១គ្រាប់រៀងរាល់ថ្ងៃ ។
- o បើសិនជាការអនុវត្តន៍តាមរបៀបធ្វើអោយសារពាង្គកាយមានភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថនេះ ត្រូវបរាជ័យ គេគួរតែប្រើ Dapson ជំនួសវិញ (សូមមើលផ្នែក "ឱសថ និងកំរិតប្រើប្រាស់ " ខាងលើ) ។

២.៨. ការអនុវត្តន៍កម្មវិធី

ការបញ្ចូលការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ទៅក្នុងកម្មវិធីថែទាំព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ត្រូវរួមបញ្ចូលទាំងការបណ្តុះបណ្តាលគ្រប់អ្នកពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការថែទាំព្យាបាលបន្តសំរាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ផងដែរ ។ ត្រូវធ្វើការផ្សព្វផ្សាយ ដើម្បីលើកកំពស់ការយល់ដឹងរបស់ PLHA និង សហគមន៍អោយបានឆាប់រហ័ស ។ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានកម្មវិធី មានសារៈសំខាន់ណាស់ ដើម្បីទទួលបានការយល់ដឹង

បន្ថែមទៀតអំពីគ្រោះថ្នាក់ និងអត្ថប្រយោជន៍ពិតប្រាកដនៃការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅប្រទេសកម្ពុជា ។ ការងារនេះ រួមមាន ការត្រួតពិនិត្យតាមដានទិដ្ឋភាពជំងឺឱកាសនិយម (HIV disease spectrum) និង ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ បែបផែននៃភាពស៊ាំរបស់មេរោគទៅនឹងឱសថ (resistance) និងភាពពុលរបស់ឱសថ (toxicity) ។

៣. ការបង្ការជំងឺបង្កដោយមេរោគផ្សិតដោយឱសថ Fluconazole

៣.១. ការបង្ការដោយឱសថ Fluconazole

ការបង្ការដោយឱសថ Fluconazole គឺជាសមាសភាគមួយបន្ថែមទៀតរបស់ការថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ នៅប្រទេសកម្ពុជាយើង ។ ការបង្ការនេះ អាចបញ្ចូលទៅក្នុងកម្មវិធីបាន តែនៅពេលណាដែលមានប្រភពធនធានគ្រប់គ្រាន់សំរាប់ការផ្តល់ឱសថ Fluconazole ព្រមទាំងមានបុគ្គលិក បានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពិសេសស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ ។ ដូច្នេះ ការផ្តួចផ្តើមការងារនេះ ត្រូវធ្វើនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។ មណ្ឌលសុខភាព និងក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ អាចជួយក្នុងការតាមដាន និងត្រួតពិនិត្យ ។

៣.២. ការបង្ការដំបូងដោយឱសថ (Primary Prophylaxis) សំរាប់ជំងឺ Cryptococcosis

ការបង្ការដំបូងនេះ រួមទាំងការបង្ការជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptococcus ផងដែរ ត្រូវផ្តល់ចំពោះ PLHA ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4<100/mm^3 ។ កំរិតប្រើដែលបានលើកជាអនុសាសន៍ គឺ Fluconazole 100mg លេបមួយថ្ងៃមួយដង។ ពុំទាន់មានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្លីនិកដែលត្រូវបានគេទទួលស្គាល់សំរាប់ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការដំបូងនេះទេ ។ ឱសថ Fluconazole ពុំគួរផ្តល់អោយក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះទេ ។

៣.៣. ការបង្ការបន្តដោយឱសថ (Secondary Prophylaxis) សំរាប់ជំងឺ Cryptococcosis

ការបង្ការបន្តនេះ រួមទាំងការបង្ការជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptococcus ផងដែរ ត្រូវផ្តល់ចំពោះ PLHA បន្ទាប់ពីការបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺនេះ ។ Fluconazole 200mg លេបមួយថ្ងៃ មួយដងត្រូវបានលើកជាអនុសាសន៍អោយប្រើប្រាស់ ។ សំរាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ អាចប្រើ Amphotericin ជារៀងរាល់សប្តាហ៍ ។

៣.៤. រយៈពេលនៃការបង្ការដោយឱសថ

ការបង្ការដំបូង និងការបង្ការបន្តដោយឱសថ សំរាប់ជំងឺ Cryptococcosis ត្រូវធ្វើឡើងមួយជីវិត ។ បើ PLHA កំពុងទទួល ARV និងមានចំនួនកោសិកា CD4>100/ mm^3 រយៈពេលយ៉ាងតិចណាស់ ៦ខែ

ការបង្ការដោយឱសថនេះ អាចបញ្ឈប់បាន ។ បើសិនជាកោសិកា CD4 ធ្លាក់ចុះតិចជាង 100/mm^3 វិញ ការបង្ការដោយឱសថ ត្រូវផ្តល់អោយឡើងវិញ រហូតដល់កោសិកា CD4 ឡើងលើសពី 100/mm^3 រយៈពេលយ៉ាងតិច៦ខែ ម្តងទៀត ។

៣.៥. ការបង្ការបន្តដោយឱសថ (Secondary Prophylaxis) សំរាប់ជំងឺផ្សិត Candidiasis

ក្នុងស្ថានភាពភាគច្រើន ការបង្ការបន្តដោយឱសថ ដើម្បីបង្ការជំងឺផ្សិតនៅភ្នាស mucus (mucosal candidiasis) ដោយប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគផ្សិត មានអត្ថប្រយោជន៍តិចជាងការប្រឈមមុខទៅនឹងការបង្ករអោយមានភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគផ្សិត ។ ផ្ទុយទៅវិញ ឱសថ Gentian violet, Nystatin, Clotrimazole ឬ Amphotericin ត្រូវយកមកប្រើ ។ នៅក្នុងស្ថានភាព ដែលឱសថទាំងនេះ ពុំមានប្រសិទ្ធិភាព ជាពិសេសនៅពេលដែលមានជំងឺផ្សិតនៅបំពង់អាហារជាប្រចាំ ឬសារចុះសារឡើង (persistent or recurrent) គេត្រូវប្រើ Fluconazol 100-200mg លេបមួយថ្ងៃម្តង ។ រយៈពេលនៃការព្យាបាល គឺដូចគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺ Cryptococcosis ខាងលើដែរ ។

៣.៦. ការបង្ការដំបូងដោយឱសថ (Primary Prophylaxis) សំរាប់ជំងឺ Penicilliosis

ការបង្ការដំបូងដោយឱសថនេះ ពុំត្រូវបានលើកជាអនុសាសន៍អោយប្រើប្រាស់ទេនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ព្រោះគេពុំ ដឹងថាតើអត្រា incidence នៃជំងឺនេះ នៅលើ PLHA នៅកម្ពុជា មានច្រើនគ្រប់គ្រាន់សំរាប់អនុវត្តន៍វិធានការណ៍នេះនៅឡើយទេ ។ ការបង្ការបន្ត (secondary prophylaxis) ដោយឱសថ Itraconazole 200mg លេបមួយថ្ងៃមួយដង ត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍អោយអនុវត្តន៍លើ PLHA ដែលបានបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺ Penicelliosis ។ រយៈពេលនៃការព្យាបាល គឺដូចគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺ Cryptococcosis ដែរ ។

II- ប្រវត្តិ (Background)

១. ការបង្ការជំងឺរបេងសកម្មដោយឱសថ Isoniazid

១.១. អំពើទៅវិញទៅមករវាងជំងឺរបេង និង អេដស៍ (TB/HIV Interaction)

របេង គឺជាជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតមានញឹកញាប់ជាងគេ និងជាមូលហេតុស្លាប់ចំបង ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (PLHA) ។ តាមការប៉ាន់ស្មាន ចំនួនពាក់កណ្តាលនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ នឹងកើតជំងឺរបេងសកម្មក្នុងពេលណាមួយ ។ នៅពេលដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម វានឹងធ្វើអោយមានការកើនឡើងនៃការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ ដែលជាហេតុធ្វើអោយបន្ទុកនៃមេរោគអេដស៍ (viral load) នៅក្នុងឈាមមានការកើនឡើង ហើយធ្វើអោយការវិវត្តន៍នៃជំងឺអេដស៍មានសភាពលឿន ។ PLHA ដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម អាចព្យាបាលបានតាមរូបមន្តស្តង់ដា (standard regimen) ប៉ុន្តែជីវិតរស់នៅរបស់គេ មានសភាពទាបជាងអ្នកជំងឺរបេងដទៃទៀត ដោយសារការកើតជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀត ។ ការរើឡើងវិញ និងការឆ្លងសារឡើងវិញនៃជំងឺរបេងលើ PLHA មានញឹកញាប់ជាងអ្នកជំងឺរបេងដទៃទៀត ។

មេរោគអេដស៍ គឺជាកត្តាប្រឈមមុខចំបងជាងគេដែលធ្វើអោយមានការវិវត្តន៍ពីរបេងសំងំ (latent) ទៅជារបេងសកម្ម ។ គេប៉ាន់ស្មានថា ការប្រឈមមុខនេះ មានប្រហែល ៥ ទៅ ១០ ភាគរយ ក្នុង១ជីវិត (life time) សំរាប់បុគ្គលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែបើប្រៀបធៀបទៅនឹង PLHA ដែលរស់នៅក្នុងប្រទេសដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេងខ្ពស់ គឺមានរហូតដល់ ២,៤ ទៅ ៧,៥ ភាគរយ ក្នុង ១ឆ្នាំ ។ ហេតុនេះហើយ ទើបបណ្តាលអោយមានការកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងនៃអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេង នៅក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺអេដស៍ខ្ពស់ ជាពិសេសនៅ Sub-Saharan Africa និងនៅអាស៊ី ដូចជានៅប្រទេសថៃភាគខាងជើង ។

នៅប្រទេសកម្ពុជា ក៏មានស្ថានភាពប្រហែលគ្នាដែរ ។ ការអង្កេតរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេងថ្នាក់ជាតិ នៅឆ្នាំ ២០០២ បានបញ្ជាក់អំពីអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៃជំងឺរបេងសួតកំហាកវិជ្ជមាន (២៧០ /១០០,០០០ នាក់) ហើយជំងឺរបេង គឺជាមូលហេតុចំបងបំផុតដែលធ្វើអោយ PLHA ចូលសំរាកមន្ទីរពេទ្យជាតិនានា ក្នុងក្រុងភ្នំពេញ។ ការអង្កេតរកអត្រាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺរបេងដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថ្មី នៅដើមឆ្នាំ ២០០៣ បានបង្ហាញថា អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជាតិមធ្យម គឺ ១០,៣ ភាគរយ ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៅភ្នំពេញមានប្រហែល ៣០ ភាគរយ ដែលប្រហែលជាអាចផ្តល់នូវការពន្យល់ខ្លះៗអំពីការកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងនៃជំងឺរបេង ដែលគេសង្កេតឃើញក្នុងអំឡុងពេល ពីរ បីឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ។

១.២. ប្រសិទ្ធិភាពនៃការបង្ការដោយឱសថ Isoniazid (IPT) នៅលើបុគ្គលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ការព្យាបាលជំងឺរបេងសំងំ (latent TB infection) ដោយឱសថ ដើម្បីបង្ការកុំអោយវិវត្តទៅជាជំងឺរបេងសកម្ម គឺជាទិដ្ឋភាពដ៏សំខាន់មួយដើម្បីទប់ស្កាត់ជំងឺរបេង នៅក្នុងប្រទេសដែលមានចំណូលខ្ពស់ ។ ប្រសិទ្ធិភាពត្រូវបានបង្ហាញអោយឃើញនៅលើបុគ្គលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការសិក្សាសាកល្បងធំៗជាច្រើន។ រយៈពេលនៃការបង្ការដែលបានលើកជាអនុសាសន៍ គឺប្រែប្រួលពី ៦ខែ ទៅ ១២ខែ ចំពោះការបង្ការដោយឱសថ Isoniazid និងមានរយៈពេលខ្លីជាង ចំពោះការបង្ការដោយឱសថ Rifampicin ដោយមាន ឬគ្មានផ្សំជាមួយ Pyrazinamide ។ អនុសាសន៍របស់សហរដ្ឋអាមេរិកបច្ចុប្បន្ន គឺការប្រើឱសថ Isoniazid រយៈពេល ៩ខែ ព្រោះតាមការប្រៀបធៀបដោយលក្ខណៈចៃដន្យ (randomized comparison) បានបង្ហាញថា ការប្រើ isoniazid រយៈពេល១២ខែ មានប្រសិទ្ធិភាពជាង ការប្រើរយៈពេល ៦ខែ ប៉ុន្តែការវិភាគបន្ថែមលើទិន្នន័យនៃការស្រាវជ្រាវពិសោធន៍តាមបែបគ្លីនិកផ្សេងៗ (various post-hoc sub-group analyses) បានបង្ហាញថា ការប្រើឱសថនេះរយៈពេលលើសពី ៩ខែ មានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមតិចតួចបំផុត ។

១.៣. ប្រសិទ្ធិភាពនៃការបង្ការដោយឱសថ Isoniazid (IPT) នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ការសិក្សាសាកល្បងធំៗតាមរបៀបចៃដន្យជាច្រើន បានបង្ហាញពីប្រសិទ្ធិភាពនៃការប្រើឱសថ ដើម្បីបង្ការជំងឺរបេងសកម្មនៅលើ PLHA ។ ការសិក្សាសាកល្បងតាមរបៀបចៃដន្យដោយប្រើ Isoniazid រយៈពេល ៦ខែ និង ១២ខែ នៅលើបុគ្គលដែលមានតេស្តស្បែក tuberculin វិជ្ជមាន បានបង្ហាញនូវការថយចុះនៃអត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺរបេង (TB incidence) គួរអោយកត់សំគាល់ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងអ្នកដែលទទួលឱសថបញ្ឆោត (placebo)។ ចំពោះ PLHA ដែលមានតេស្តស្បែក tuberculin វិជ្ជមាន ហើយរស់នៅក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេងខ្ពស់ ការបង្ការដោយឱសថ Isoniazid អាចកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខរយៈពេលខ្លីទៅនឹងជំងឺបាន ពី ៦០ មក ៤០ ភាគរយ នៃការប្រឈមមុខ នៅពេលដែលមិនមានការបង្ការដោយឱសថ ។ ចំពោះ PLHA ដែលមានតេស្តស្បែក tuberculin អវិជ្ជមាន និងអ្នកដែលគ្មានប្រតិកម្មឆ្លើយតបនឹងការធ្វើតេស្តនេះ ពុំទាន់ឃើញមានលទ្ធផលជាស្ថិតិនៃការព្យាបាលបង្ការនេះ គួរអោយកត់សំគាល់នៅឡើយទេ ទោះជានៅក្នុងការសិក្សាសាកល្បងតាមរបៀបចៃដន្យ រឺ នៅក្នុង meta-analysis ក៏ដោយ ។ នៅក្នុង meta-analysis នៃការសិក្សាដែលរួមបញ្ចូលទាំង PLHA ដែលមានតេស្តស្បែក tuberculin វិជ្ជមាន និង PLHA ដែលមានតេស្តស្បែក tuberculin អវិជ្ជមាន ការបង្ការដោយឱសថ អាចកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខទៅនឹងជំងឺរបេងសកម្ម ប្រហែល ៦០% នៃការប្រឈមមុខដែលអាចមាននៅពេល

ដែលមិនមានការបង្ការដោយឱសថ ។ ផ្អែកលើទិន្នន័យនេះ គេអាចធ្វើការប៉ាន់ស្មានបានថា គេត្រូវការផ្តល់ការបង្ការដល់ PLHA ប្រហែល ៣៦នាក់ ដើម្បីបង្ការកុំឱ្យកើតជំងឺរបេងសកម្មមួយករណី ក្នុងរយៈពេល ៣ឆ្នាំ ។

១.៤. ឥទ្ធិពលលើការស្លាប់ (Effect on Mortality)

ឥទ្ធិពលលើការស្លាប់ ពុំទាន់បានបង្ហាញអោយឃើញនៅក្នុងការសិក្សាណាមួយនៅឡើយទេ ហេតុនេះ ពុំមានអ្នកណាម្នាក់ អាចបញ្ជាក់បានអំពីឥទ្ធិពលនេះទេ ។ Meta-analysis បានបង្ហាញនូវការថយចុះនៃការស្លាប់ដែលមិនមានលក្ខណៈជាស្ថិតិគួរអោយកត់សំគាល់នៅលើ PLHA ដែលមានតេស្តស្បែក tuberculin វិជ្ជមានរហូតដល់ ៦៨ ទៅ ៧៧ ភាគរយ នៃការស្លាប់ដែលអាចមាន នៅពេលដែលមិនមានការបង្ការដោយឱសថ ។ ពុំមានការសិក្សាសាកល្បង ឬ meta-analysis ណា បានបង្ហាញអំពីឥទ្ធិពលលើការស្លាប់នៃ PLHA ដែលមានតេស្តស្បែក tuberculin អវិជ្ជមាន រឺ ដែលមានតេស្តស្បែក tuberculin វិជ្ជមាន និងអវិជ្ជមាន បញ្ចូលគ្នានោះទេ ។ ដូច្នេះ គេនៅតែមិនទាន់ដឹង ថាតើការបង្ការដោយឱសថដែលផ្តល់ចំពោះ PLHA ដែលពុំដឹងអំពីស្ថានភាពតេស្តស្បែក tuberculin អាចមានឥទ្ធិពលលើជីវិតរស់នៅរបស់ពួកគេឬទេ ។

១.៥. ប្រសិទ្ធិភាពនៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ

របាយការណ៍ជាច្រើន បានលើកឡើងថា ប្រសិទ្ធិភាពនៃការបង្ការដោយឱសថនៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ មានការថយចុះ ប៉ុន្តែពុំទាន់មានភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់នៅឡើយទេ ។ តាមការពិតការគ្រប់គ្រងលើក្រុមនេះ មានភាពស្មុគ្រស្មាញណាស់ ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដើម្បីបញ្ជាក់ថាគ្មានជំងឺរបេងសកម្ម មានការលំបាកណាស់ ព្រោះជំងឺរបេងសួតកំហាកអវិជ្ជមាន និងជំងឺរបេងក្រៅសួត តែងតែកើតមានជាទូទៅ ហើយជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងទៀតដែលមានលក្ខណៈដូចគ្នានឹងជំងឺរបេងសកម្ម ក៏មានញឹកញាប់ណាស់ដែរ ។ ភាពទ្រាំទ្របានចំពោះការព្យាបាលដោយឱសថ ក៏មានការថយចុះដែរនៅលើក្រុមនេះ ។

១.៦. ការជ្រើសរើសជំពូកឱសថ (Choice of Regimen)

ក្រៅអំពី isoniazid ជំពូកឱសថដែលគេបានធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវរួមមាន rifampicin រួមជាមួយ isoniazid ឬរួមជាមួយ pyrazinamide ឬរួមជាមួយឱសថទាំងពីរមុខនេះ ដោយផ្តល់អោយក្នុងរយៈពេលពី ២ ទៅ ៤ខែ ។ និន្នាការនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ បានបង្ហាញថា ឱសថ isoniazid មានប្រសិទ្ធិភាពលើសគេបន្តិច ដែលប្រហែលជាមានទាក់ទងទៅនឹងរយៈពេលនៃការព្យាបាលយូរជាង ។

រយៈពេលពិតប្រាកដ ថាតើគួរធ្វើការបង្ការដោយឱសថisoniasid យូរប៉ុណ្ណោះ នៅពុំទាន់ដឹងនៅឡើយទេ។ ការសន្និដ្ឋានសរុបអំពីការប្រើប្រាស់ isoniasid នៅលើបុគ្គលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺគួរមានរយៈពេល ៩ខែ ប៉ុន្តែការសន្និដ្ឋានសរុបនេះ មានកំរិតក្នុងផ្នែកខ្លះ ពីព្រោះរយៈពេលមានអត្ថប្រយោជន៏ ហាក់ដូចជាមានភាពខុសគ្នា នៅលើ PLHA ។

១.៧. រយៈពេលមានអត្ថប្រយោជន៍ (Duration of Benefit):

រយៈពេលមានអត្ថប្រយោជន៍នៃការបង្ការដោយឱសថ ពុំទាន់ដឹងនៅឡើយទេ ។ មានការសិក្សាមួយ បានបង្ហាញថា អត្ថប្រយោជន៍នៃការបង្ការដោយឱសថ isoniazid បានបាត់បង់បន្ទាប់ពីរយៈពេល ១៨ខែ នៃការតាមដាន ហើយការសិក្សាមួយផ្សេងទៀត បានបង្ហាញថា អត្ថប្រយោជន៍បណ្ដោះអាសន្ននៃឱសថ isoniazid មានរយៈពេលឆាប់ជាង អត្ថប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលក្នុងរយៈពេលខ្លី ដោយឱសថ rifampicin រួមជាមួយ pyrazinamide ប៉ុន្តែគ្មានការសិក្សាណាផ្សេងទៀត បានរៀបចំឡើង ឬមានលទ្ធភាពដើម្បីបញ្ជាក់ចំពោះបញ្ហានេះទេ ។

រយៈពេលមានប្រសិទ្ធភាព មានជាប់ទាក់ទងមួយផ្នែកទៅនឹងការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងសារជាថ្មីម្ដងទៀត ។ ការចង្អុលបង្ហាញអំពីបញ្ហានេះ ទទួលបានមកពីការសិក្សាលើការរើឡើងវិញ បន្ទាប់ពីការព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម ។ ការសិក្សានានាក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ បានគាំទ្រថាការឆ្លងសារជាថ្មីម្ដងទៀត គឺជាមូលហេតុចំបងនៃការរើឡើងវិញនៅលើ PLHA ដែលរស់នៅក្នុងតំបន់មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេងខ្ពស់ ដែលផ្ដល់ការគាំទ្របន្ថែមទៀតចំពោះការលើកឡើងថា ប្រសិទ្ធិភាពនៃការបង្ការដោយឱសថ អាចមិនមានរយៈពេលយូរនោះទេ ។

១.៨. ភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថ isoniazid

មានការព្រួយបារម្ភថា អត្រាភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថ isoniazid អាចមានការកើនឡើង នៅពេលដែលមានការពង្រីកកម្មវិធីបង្ការដោយឱសថ isoniazid ។ ទោះបីជាមានការប្រើឱសថ isoniazid ក៏ដោយ ក៏គេពុំឃើញមានការកើនឡើងភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថ isoniazid នៅក្នុងការសិក្សាលើ PLHA ដែលកើតជំងឺរបេងសកម្មដែរ ប៉ុន្តែបញ្ហានេះ អាចនឹងមានការផ្លាស់ប្ដូរនៅពេលដែលមានការអនុវត្តន៍កម្មវិធីជាទ្រង់ទ្រាយធំ ។ ប្រសិទ្ធិភាពនៃការបង្ការដោយឱសថ isoniazid ក៏អាស្រ័យនៅលើអត្រាភាពស៊ាំនៃជំងឺរបេងទៅនឹងឱសថ isoniazid ផងដែរ ។ តាមការសិក្សាឆ្នាំ ២០០០-២០០១ របស់កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង អត្រាភាពស៊ាំដំបូង (primary resistance) នៃជំងឺរបេងទៅនឹងឱសថ Isoniazid គឺ ៦,៤ ភាគរយ ។

១.៩. ការបង្ការបន្តដោយឱសថ (Secondary Prophylaxis)

ដើម្បីរិះរកមធ្យោបាយកាត់បន្ថយអត្រារើឡើងវិញ បន្ទាប់ពីការព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម គេបានធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវទៅលើការបង្ការបន្តដោយឱសថ (secondary prophylaxis) ។ ការសិក្សានៅប្រទេស Haiti បានរកឃើញថា អត្រារើឡើងវិញបន្ទាប់ពីការព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្មនៅលើ PLHA មាន១០ដង ច្រើនជាងនៅលើអ្នកគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ ការផ្ដល់ឱសថ isoniazid រយៈពេល១២ខែ ដោយចាប់ផ្ដើម

ភ្លាម៧បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម អាចកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខទៅនឹងការកើតជំងឺរបេងឡើងវិញនៅលើ PLHA បាន ៨0 ភាគរយ ទៅ ២0 ភាគរយ នៃការប្រឈមមុខនៅពេលដែលឱសថ isoniazid ពុំត្រូវបានផ្តល់ ។ ការរើឡើងវិញទាំងអស់ មាននៅលើ PLHA ដែលមានរោគសញ្ញា មុនកើតជំងឺរបេងសកម្ម ។

១.១០. ចន្លោបាយបន្ថែមទៀតដើម្បីបង្ការជំងឺរបេងសកម្ម

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរតែដឹងអំពីការប្រឈមមុខដែលកើតមានឡើង ដោយសារការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកជំងឺរបេងសួត ដូចជានៅក្នុងមជ្ឈដ្ឋានថែទាំព្យាបាលជាដើម ។ ការកើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយដោយការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺជាអន្តរាគមន៍មួយដែលមានប្រសិទ្ធិភាពសំរាប់កាត់បន្ថយការប្រឈមមុខទៅនឹងការកើតជំងឺរបេងសកម្ម ជាពិសេសនៅលើ PLHA ដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយចុះខ្សោយខ្លាំង ។

១.១១. ដំណាក់កាលផ្សេងៗក្នុងការផ្តល់ការបង្ការដោយឱសថ Isoniazid

ទោះបីជាមានភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ពីប្រសិទ្ធិភាពក៏ដោយ ក៏ជោគជ័យនៃការអនុវត្តន៍ជាទ្រង់ទ្រាយធំ ត្រូវអាស្រ័យលើការពុះពារលើបញ្ហាអនុវត្តន៍មួយចំនួន ។ ដំណាក់កាលសំខាន់ៗដើម្បីផ្តល់ IPT គឺ :

- o ការស្វែងរក PLHA (ឧទា: តាមរយ: VCCT)
- o ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យស្រាវជ្រាវថាពុំមានជំងឺរបេងសកម្ម
- o ការផ្តល់ឱសថទៀងទាត់ និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំនៃឱសថ និងជំងឺរបេងសកម្ម
- o ការគាំទ្រអោយមានការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវនិងជាប់លាប់ ដែលនាំអោយ IPT បានចប់សព្វគ្រប់

១.១២. លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យអប្បបរមា (Minimum Criteria) សំរាប់បង្កើតកម្មវិធី IPT

ដើម្បីធ្វើអោយកម្មវិធីមានប្រសិទ្ធិភាពជាអតិប្បរមា និងដើម្បីកាត់បន្ថយអោយដល់កំរិតអប្បបរមា នូវការប្រឈមមុខដែលថាការអនុវត្តន៍កម្មវិធី IPT អាចធ្វើអោយខូចដល់កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងទប់ស្កាត់ជំងឺរបេងដែលមានស្រាប់ ខាងក្រោមនេះ គឺជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យអប្បបរមា សំរាប់បង្កើតកម្មវិធី IPT:

- o ការប្តេជ្ញាចិត្តដើម្បីបង្កើតកម្មវិធី IPT របស់ថ្នាក់ដឹកនាំសំខាន់ៗនៅក្នុងខេត្ត ឬស្រុក ដែលរួមមានទាំងថ្នាក់ដឹកនាំកម្មវិធីរបេង និងអេដស៍ផងដែរ
- o កម្មវិធីរបេង DOTs ដែលមានប្រសិទ្ធិភាព : ឧទា: អត្រានៃការបោះបង់ និងបរាជ័យ (defaulte and failure rate) បញ្ចូលគ្នា មានតិចជាង ១០ភាគរយ ។ កម្មវិធី IPT មិនមែន

ជំនួសអោយកម្មវិធីរបេង DOTs ទេ ហើយការអនុវត្តន៍កម្មវិធី IPT ក៍មិនគួរក្លាយជាឧបស័គ្គក្នុងការស្វែងរកនិងព្យាបាលករណីជំងឺរបេងសកម្មដែរ ។

o សំភារៈបរិក្ខារគ្រប់គ្រាន់ និង មានសម្ថភាពបញ្ជាក់ថាគ្មានជំងឺរបេងសកម្ម : គ្រោះថ្នាក់មួយក្នុងចំណោមគ្រោះថ្នាក់ចម្បងនៃការបង្ការដោយឱសថ isoniazid (IPT) គឺការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ isoniazid តែមួយមុខ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម ។ ករណីនេះ គឺជាគ្រោះថ្នាក់យ៉ាងពិតប្រាកដមួយ ព្រោះថាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន បានទទួលការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៅដំណាក់កាលមានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ ដូច្នេះហើយ ពួកគាត់ អាចមានជំងឺរបេងសួតកំហាកអវិជ្ជមាន ឬមានជំងឺរបេងក្រៅសួត ។ ឧទាហរណ៍ គ្លីនិកពេលរសៀល (afternoon clinic) នៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង (CENAT) បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញថា ២០% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមកទទួលការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង មានជំងឺរបេងសកម្ម ហើយក្នុងចំណោមអ្នកទាំងនោះ មាន៧៥% មានជំងឺរបេងសួតកំហាកអវិជ្ជមាន រឺមានជំងឺរបេងក្រៅសួត ។

o យន្តការដែលមានប្រសិទ្ធិភាព ដើម្បីកាត់បន្ថយការបោះបង់ការបង្ការដោយឱសថ នៅតាមដំណាក់កាលនីមួយៗនៃការផ្តល់ IPT : ក្នុងករណីដែលគ្មានការធ្វើតេស្តស្បែក tuberculin (TST) កិច្ចប្រជុំសំរបសំរួលរបស់អង្គការ WHO និង UNAIDS បានធ្វើការប៉ាន់ស្មានថាចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលត្រូវស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ដើម្បីបង្ការមួយករណីសន្ទស្សន៍ (index case) គឺ១៥-៧៨ ហើយចំនួនដែលត្រូវព្យាបាលគឺ ៧-២០។ សូម្បីតែមានការកើនឡើងយ៉ាងតិចតួច នៃអត្រាបោះបង់ការបង្ការដោយឱសថ ក៏អាចងាយនឹងធ្វើអោយមានការកើនឡើងនូវចំនួនដែលត្រូវស្រាវជ្រាវ ឬ ព្យាបាល ដល់កំរិតមួយដែលពុំមានតំលៃសមស្របដែរ (not cost-effective) ។

o ការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការថែទាំព្យាលអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ : ការដាក់បញ្ចូលនេះ មានសារៈសំខាន់សំរាប់ធ្វើអោយការព្យាបាលមានតំលៃថោក (cost effective-ness) ព្រោះ វានឹងធានាអោយមានអត្ថប្រយោជន៍សំរាប់អ្នកជំងឺដែលចូលក្នុងកម្មវិធីនេះ ទោះបីជាពួកគាត់ ពុំមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ ឬ ពុំមានលទ្ធភាពបញ្ចប់ការព្យាបាល IPT ក៏ដោយ ។ ករណីនេះ គឺជាការពិត ជាពិសេសសំរាប់សេវាសុខាភិបាលដែលកំពុងរៀបចំបង្កើតទាំងសកម្មភាព TB/HIV ផង និង ការព្យាលបន្តផង ។

o ប្រព័ន្ធបញ្ជូន ប្រព័ន្ធតាមដាន និង ប្រព័ន្ធរបាយការណ៍ ៖ ប្រព័ន្ធសំរាប់ចាត់ចែងការបញ្ជូនអ្នកជំងឺរវាងសេវាផ្សេងៗ និងប្រព័ន្ធសំរាប់វាយតំលៃលើប្រសិទ្ធិភាពនៃកម្មវិធី IPT មានសារៈសំខាន់ណាស់ ។

២. ការបង្ការជំងឺបង្ករដោយបាក់តេរី ជំងឺ PCP និងជំងឺ Toxoplasmasis ដោយប្រើឱសថ Cotrimoxazole

២.១. ការប្រើឱសថ Cotrimoxazole

ឱសថ Cotrimoxazole គឺជាការបញ្ចូលគ្នារវាងឱសថសំលាប់មេរោគ២មុខគឺ trimethoprim និង sulphamethoxazole ដែលគេបានប្រើយ៉ាងទូលំទូលាយនៅលើពិភពលោកក្នុងរយៈពេលជាង២ទស្សវត្សន៍នេះ ។ ឱសថនេះ ត្រូវបានផលិតជាគ្រាប់ ដែលមានកំលាំងទោល (single streng) រឺ ដែលមានកំលាំងទ្វេរ (double strength) ដែលមាន trimethoprim លេខ ៨០ម.ក្រ និង sulphamethozole លេខ ៤០០ម.ក្រ រឺ trimethoprim លេខ ១៦០ម.ក្រ និង sulphamethozole លេខ ៨០០ម.ក្រ ។ មានការណែនាំជាច្រើនសំរាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ ជាពិសេសក្នុងការព្យាបាលជំងឺទូទៅមួយចំនួន ដូចជា ជំងឺរលាកបំពង់ទឹកម៉ូត្រ ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើនិងផ្នែកខាងក្រោម ជំងឺរលាកពោះវៀន (enteritis) និងជំងឺរាគមួល (dysentery) ។ ឱសថនេះ ក៏មានប្រយោជន៍ផងដែរសំរាប់ការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺមួយចំនួន នៅលើបុគ្គលដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយចុះខ្សោយ ជាពិសេសជំងឺ PCP និងជំងឺរលាកខួរក្បាលដោយមេរោគ Toxoplasma gondii ។ ការប្រើប្រាស់ និងអត្រាស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថនេះ មានភាពខុសគ្នានៅលើពិភពលោក ។

ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ (PLHA) ឱសថ Cotrimoxazole អាចមានប្រយោជន៍សំរាប់បង្ការនិងព្យាបាលជំងឺមួយចំនួនធំ ។ ជំងឺទាំងនេះរួមមាន ជំងឺ PCP ជំងឺ toxoplasmosis និងជំងឺបង្ករដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរមួយចំនួន ដូចជា ជំងឺរលាកសួត (pneumonia) ជំងឺបាក់តេរីក្នុងឈាម (bacteraemia) និងជំងឺរលាកពោះវៀន ដែលបង្ករដោយបាក់តេរីឈ្មោះ Streptococcus pneumoniae, Salmonella species, Shigella species, Eschericia coli, Streptococcus aureus និង Haemophilus influenzae ។ ឱសថ Cotrimoxazole ក៏អាចមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងពពួក Plasmodium species (malaria), Isospora belli (បង្ករអោយមានរាគ) និង Nocardia asteroides (បង្ករជំងឺផ្លូវដង្ហើម និងការបង្ការរោគទូទៅ) ។

២.២. អត្ថប្រយោជន៍នៃការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅក្នុងប្រទេសដែលមានចំណូលចរិកាខ្ពស់ (Benefits of Cotrimoxazole Prophylaxis in High Income Countries) ៖

ឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវបានប្រើប្រាស់យ៉ាងទូលំទូលាយ នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ នៅក្នុងប្រទេសដែលមានចំណូលថវិកាខ្ពស់ ចាប់តាំងពីទសវត្ស ១៩៨០ មកម្ល៉េះ ដើម្បីបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺ PCP ។ មានការសិក្សាសាកល្បងដែលមានការត្រួតពិនិត្យ (controlled trials) និងការវិភាគ (meta-analysis) ជាច្រើន បានបង្ហាញថា ការបង្ការជំងឺ PCP ដោយឱសថ អាចកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងជំងឺ PCP នេះបាន ហើយឱសថ Cotrimoxazole គឺជាភ្នាក់ងារបង្ការដ៏មានប្រសិទ្ធភាព ដែលសឹងតែពុំដែលទទួលបរាជ័យ ។ ឥទ្ធិពលនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ទៅលើការស្លាប់ ពុំទាន់ច្បាស់លាស់នៅឡើយទេ ។ ទិន្នន័យ (cohort data) ក៏បានបង្ហាញផងដែរថា ឱសថ Cotrimoxazole អាចកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃការកើតជំងឺ toxoplasmosis និងជំងឺបង្ករដោយបាក់តេរីមួយចំនួនធំ ។

កំរិតប្រើនៃឱសថ Cotrimoxazole ដើម្បីអោយមានប្រសិទ្ធភាព គឺប្រែប្រួលទៅតាមជំងឺ ។ ទិន្នន័យ (substantial data) បានបង្ហាញថា ការលេបឱសថគ្រាប់ដែលមានកំលាំងទោល （លេខ ៨០ម.ក្រ/៤០០ម.ក្រ） ជារៀងរាល់ថ្ងៃ មានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងការលេបឱសថគ្រាប់ដែលមានកំលាំងទ្វេ （១៦០ម.ក្រ/៨០០ ម.ក្រ ） ជារៀងរាល់ថ្ងៃដែរ ដើម្បីបង្ការជំងឺ PCP ប៉ុន្តែមានឥទ្ធិពលបន្ទាប់បន្សំតិចជាងជាពិសេស ពុំសូវមានការឡើងកន្ទួល (rash) ទេ ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏មានទិន្នន័យខ្លះទៀតបានបង្ហាញថា កំរិតឱសថខ្ពស់អាចមានប្រយោជន៍ជាងកំរិតឱសថទាប ចំពោះការបង្ការជំងឺ toxoplasmosis ។

២.៣. អត្ថប្រយោជន៍នៃការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍

ប្រសិទ្ធិភាពនៃការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ ត្រូវបានបង្ហាញ នៅក្នុងការសិក្សាសាកល្បងតាមរបៀបចៃដន្យមួយ (randomized trial) នៅ Abidjan នៃប្រទេស Cote d'ivoire ។ ការសិក្សានេះ បានប្រៀបធៀបប្រសិទ្ធិភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ Cotrimoxazole ដែលមានកំលាំងទ្វេ (double strength) ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ទៅនឹងការប្រើប្រាស់ឱសថបញ្ឆោត (placebo) នៅលើ PLHA ដែលឈានដល់ដំណាក់កាលគ្លីនិក ទី២ ឬ ទី៣ នៃចំណាត់ថ្នាក់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ។ ការសិក្សានេះ បានរកឃើញថា មានការកាត់បន្ថយគួរអោយកត់សំគាល់ នូវជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដែលបណ្តាលអោយស្លាប់ រឺ សំរាកពេទ្យ ប៉ុន្តែពុំបានកាត់បន្ថយគួរអោយកត់សំគាល់ នូវការស្លាប់តែមួយនោះទេ ។ ការសិក្សាស្រដៀងគ្នានេះដែលបានធ្វើឡើង នៅ Dakar ប្រទេស Senegal ហើយដែលត្រូវបានបញ្ឈប់មុនកំណត់ ដោយសារការប្រកាសលទ្ធផលនៃការសិក្សានៅ Abidjian បានរកឃើញថា ការប្រើប្រាស់ Cotrimoxazol កំលាំងទោល（single strength）ពុំមានអត្ថប្រយោជន៍ទេ ។ លទ្ធផលខុសគ្នានៃការសិក្សានេះ អាចបណ្តាល

មកពីការគួបផ្សំនៃ កំរិតឱសថខុសគ្នា បែបផែនជំងឺខុសគ្នា បែបផែនភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថខុសគ្នា និងការថយចុះនូវថាមពលសិក្សានៅ Dakar（ reduced power of the Dakar study）។

ការប្រើឱសថ Cotrimoxazole ដើម្បីបង្ការនៅលើក្រុមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៏ដែលមានជំងឺរបេងសួតកំហាកវិជ្ជមាន ត្រូវបានសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅក្នុងការសិក្សាតាមរបៀបចៃដន្យលើកទី២ នៅ Abidjian.។ ការសិក្សានេះ បានបង្ហាញអោយឃើញនូវអត្ថប្រយោជន៍គួរអោយកត់សំគាល់ ដោយបានកាត់បន្ថយការកើតជំងឺឱកាសនិយម និងការសំរាកពេទ្យ ព្រមទាំងបន្ថយការស្លាប់ចំនួនពាក់កណ្តាល ។

២.៤. គ្រោះថ្នាក់នៃការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

បញ្ហាសំខាន់នោះ គឺថាតើការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ នឹងនាំអោយមានការកើនឡើងនូវភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថនេះ នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៏ ឬសហគមន៏ទូទៅ ឬទេ ។ បញ្ហានេះ គឺជាការព្រួយបារម្ភមួយដែលមានតំលៃ ព្រោះ Cotrimoxazole គឺជាឱសថសំលាប់មេរោគដែលមានវិសាលភាពទូលាយ（broad spectrum）ដែលការលេបឱសថនេះយូរ អាចបណ្តាលអោយមានភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថនេះ ដោយចៀសមិនផុត នៅលើបុគ្គលដែលលេបនោះ ។ ដោយសារ Cotrimoxazole ជាឱសថសំលាប់មេរោគសំខាន់សំរាប់ព្យាបាលជំងឺទូទៅមួយចំនួន ធ្វើអោយមានការព្រួយបារម្ភថា ការបង្ការដោយឱសថនេះ អាចនាំអោយមានការកើនឡើងនូវភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថ Cotrimoxazole នៅលើជំងឺទូទៅមួយចំនួន ដែលកើតមាននៅក្នុងសហគមន៏ ដែលជាហេតុនាំអោយការជ្រើសរើសយកការព្យាបាលដែលមានតំលៃថោក (cost-effectve treatment options) មានកំរិត ។ ជាងនេះទៅទៀត វាអាចធ្វើអោយមានការថយចុះនូវប្រសិទ្ធិភាពនៃការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ខ្លួនឯងផងដែរ ។

មានទិន្នន័យខ្លះបានបង្ហាញថា ភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថ Cotrimoxazole ពិតជាមានការកើនឡើងមែន នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៏ដែលទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazloe និងអ្នកដទៃទៀតដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្រជាមួយគ្នា ។ បញ្ហាដែលនៅតែចោទនោះ គឺថា តើការប្រើប្រាស់យ៉ាងទូលំទូលាយនូវការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅក្នុងប្រទេសមួយចំនួន ដូចជា ប្រទេសកម្ពុជា អាចនឹងបង្កើនការប្រើប្រាស់ឱសថ Cotrimoxazloe ឬទេ ហើយតើកម្មវិធីព្យាបាលបង្ការនេះអាចមានឥទ្ធិពលលើបែបផែនភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថនេះ នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៏ ឬ នៅក្នុងសហគមន៏ទូទៅឬទេ ។

ឥទ្ធិពលមិនល្អដែលបណ្តាលមកពីការព្យាបាលបង្កាដោយឱសថ Cotrimoxazole កើតមានញឹកញាប់ណាស់ គឺអាចកើតមានឡើងរហូតដល់ ៥០ ភាគរយឯណោះ ។ ឥទ្ធិពលមិនល្អដែលជួបញឹកញាប់បំផុតនោះ គឺការឡើងកន្ទួល（rash）ដែលជាញឹកញាប់គឺមិនធ្ងន់ធ្ងរទេ ប៉ុន្តែមានពេលខ្លះអាចធ្ងន់ធ្ងរ ឬក៏អាចគំរោមគំហែង

ដល់ជីវិតផងដែរ ។ ឥទ្ធិពលមិនល្អសំខាន់ៗផ្សេងទៀត គឺការរលាកថ្លើម (hepatitis) ការខ្វះឈាម (anaemia) និងការថយចុះកោសិការ neutrophile (neutropenia) ។

មានទិន្នន័យខ្លះបានបង្ហាញថា ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ក៏អាចបង្កើនការប្រឈមមុខទៅនឹងការកើតជំងឺផ្សិត（candida infection）ផងដែរ ដែលបញ្ហានេះ ប្រហែលជាបណ្តាលមកពីការធ្វើអោយខូចផ្លូវបាក់តេរី（bacterial flora）។

២.៥. តើក្រុម PLHA ណា ដែលទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពីការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

ការសំរេចចិត្តថា តើពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ត្រូវបានគេកំណត់យ៉ាងច្បាស់ជាច្រើនឆ្នាំមកហើយ នៅក្នុងប្រទេសដែលមានចំណូលថវិកាខ្ពស់ ។ អនុសាសន៍លើកដំបូងអំពីការព្យាបាលបង្ការ ដែលបានផ្សព្វផ្សាយនៅឆ្នាំ១៩៨៩ គឺប្រើឱសថ Cotrimoxazole កំលាំងទ្វេ（double strength）ជារៀងរាល់ថ្ងៃ នៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានកោសិកា CD_4 តិចជាង ២០០/mm^3 ។ អនុសាសន៍នេះ ពុំមានការផ្លាស់ប្តូរទេ ចាប់តាំងពីពេលនោះមក ។

ក្រុមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពីការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅក្នុងប្រទេសដែលកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ មិនទាន់ដឹងនៅឡើយទេ ។ ការសិក្សាលើកទីមួយនៅ Abijan ដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ បានបង្ហាញថា អត្ថប្រយោជន៏នៃការបង្ការដោយឱសថ មានចំពោះក្រុមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានកោសិកា CD_4 តិចជាង ៥០០/mm^3 ។ ការសិក្សានៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានជំងឺរបេង បានបង្ហាញថា អត្ថប្រយោជន៍នេះ មានច្រើនបំផុតចំពោះក្រុមដែលមានកោសិកា CD4 តិចជាង ៣៥០/mm^3 ចំណែកការសិក្សា retrospective នៅ Cape Town បានបង្ហាញថា ការបង្ការដោយឱសថនេះមានអត្ថប្រយោជន៍តែចំពោះក្រុមដែលមានកោសិកា CD4 តិចជាង ២០០/mm^3 តែប៉ុណ្ណោះ ។

២.៦. ប្រសិទ្ធិភាពជាសក្តានុពល（Potential Efficacy）នៃការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅប្រទេសកម្ពុជា

ទិន្នន័យដែលទទួលបានពី West Africa បានបង្ហាញថា អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា អាចនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ។ ទិន្នន័យទាំងនេះ ក៏បានបង្ហាញផងដែរថា ក្រុមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេងសួតកំហាកវិជ្ជមាន ហើយដែលអាចមានជំងឺរបេងទំរង់ផ្សេងៗទៀត អាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ច្រើនជាងក្រុមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផ្សេងៗទៀត ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការប៉ាន់ស្មានដែលថាការរកឃើញនៅ West Africa អាចមាននៅកម្ពុជាក៏វិតណានោះ គឺអាស្រ័យទៅលើបែបផែនជំងឺ（spectrum of disease）

ដែលមាននៅលើ PLHA និងបែបផែនភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថនៃជំងឺសំខាន់ៗមួយចំនួន ។ ទិន្នន័យដែលទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហានេះ មានតិចតួចបំផុតនៅប្រទេសកម្ពុជា ។

មានការសិក្សាតាមដានជាប់ជាប្រចាំលើករណីជាច្រើន (case series) ដែលទទួលបានពីមន្ទីរពេទ្យជាតិនៅរាជធានីភ្នំពេញ បានបង្ហាញថា ជំងឺរបេង និងជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptococcus គឺជាមូលហេតុចំបងនៃការឈឺ និងស្លាប់របស់ PLHA ។ ទិន្នន័យពីប្រទេសថៃ បានបង្ហាញថា មូលហេតុសំខាន់បន្ទាប់នៃជំងឺដែលកើតលើ PLHA នៅក្នុងតំបន់ គឺ PCP, Salmonella species, toxoplasmosis និង Penicillium marneffei ។ ការរួមចំណែកនៃពពួកមេរោគទាំងនេះចំពោះជំងឺដែលកើតលើ PLHA នៅប្រទេសកម្ពុជា គឺពុំទាន់ដឹងនៅឡើយទេ ។ម្យ៉ាងទៀត អត្រាភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថ Cotrimoxazole នៅលើជំងឺបង្កដោយបាក់តេរីសំខាន់ៗមួយចំនួន ពុំទាន់ដឹងនៅឡើយទេ ។ ដូច្នេះ តើការបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole មានអត្ថប្រយោជន៍ចំពោះ PLHA ឬក្រុមណាមួយនៃ PLHA នៅប្រទេសកម្ពុជា ដោយបានកាត់បន្ថយការឈឺ ឬ លើកកំពស់ជីវិតរស់នៅរបស់ពួកគេឬទេ? គឺនៅតែជាសំណួរមួយដែលពុំទាន់មានចំលើយច្បាស់លាស់ ។ ភាពសមរម្យនៃតំលៃ (cost- effectiveness) ក៏នៅពុំទាន់ដឹងដែរ ។

៣. ការបង្ការជំងឺបង្កដោយមេរោគផ្សិតដោយប្រើប្រាស់ឱសថ Fluconazole:

ជំងឺបង្កដោយមេរោគផ្សិត គឺជាមូលហេតុសំខាន់នៃកាឈឺ និងស្លាប់ របស់ PLHA នៅទូទាំងពិភពលោក ។ ជំងឺទាំនេះរួមមាន ជំងឺផ្សិតនៅមាត់ នៅបំពង់អាហារ និងនៅយោនី (vulvo-vaginal) ជំងឺបង្កដោយមេរោគ Cryptococcus ជាពិសេសជំងឺរលាកស្រោមខួរ និងជំងឺ mycoses ក្នុងតំបន់ ដូចជា penicilliosis នៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ។ ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ គឺជាកត្តាសំខាន់មួយដែលចូលរួមបង្កើតអោយមាន wasting នៅលើ PLHA ។ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptococcus គឺជាមូលហេតុចំបងទី២ បន្ទាប់ពីជំងឺរបេង នៃការសំរាកពេទ្យ និងការស្លាប់របស់ PLHA នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យជាតិនៅរាជធានីភ្នំពេញ ។ សារៈសំខាន់នៃជំងឺ penicilliosis ចំពោះមូលហេតុដែលនាំអោយឈឺ និងស្លាប់ នៅប្រទេសកម្ពុជា នៅពុំទាន់ដឹងនៅឡើយទេ ។ Incidence មានការប្រែប្រួលយ៉ាងខ្លាំងនៅប្រទេសថៃ ដោយមាន ៧ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ នៅប្រទេសថៃភាគខាងជើង ត្រូវបានរាយការណ៍ថាមានកើតជំងឺ Penicilillium maniffei បើប្រៀបធៀប ទៅនឹងកន្លែងផ្សេងៗទៀតនៃប្រទេសនេះ គឺមានតិចជាង ១ភាគរយ ។

ទិន្នន័យដែលបានពីការសិក្សា prospective តាមរបៀបចៃដន្យ បង្ហាញថា Fluconazole មានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការបង្ការជំងឺ mucosal candidiasis និង ជំងឺ cryptococcosis នៅលើ PLHA ដែលឈានដល់ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ។ ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះយូរអង្វែង មានជាប់ទាក់ទងទៅនឹងការបង្កើតអោយមាន

ភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថ ជាពិសេសចំពោះ PLHA ដែលមានចំនួនកោសិកា CD_4 ទាប ។ នៅអឺរ៉ុប សហរដ្ឋអាមេរិច និងអូស្ត្រាលី ឱសថ Cotrimoxazole ពុំត្រូវបានណែនាំអោយប្រើប្រាស់សំរាប់ការបង្ការដំបូងដោយឱសថ (primary prophylaxis) ចំពោះជំងឺទាំងនេះទេ ដោយសារ ពុំមានជំងឺនេះញឹកញាប់ កង្វះអត្ថប្រយោជន៍ស្រោចស្រង់ជីវិត (lack of survial benefit) អាចមានអន្តរអំពើនៃឱសថ (drug interaction) អាចបង្កើតអោយមានភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថ និងបញ្ហាតំលៃ ។ ការបង្ការបន្តដោយឱសថ (secondary prophylaxis) ត្រូវបានណែនាំអោយប្រើប្រាស់បន្ទាប់ពីកើតជំងឺ Crytococcosis ។ ចំពោះការណែនាំនេះ គេបានលើកជាអនុសាសន៍ថា ឱសថ Fluconalzole មានប្រសិទ្ធិភាពជាង Itraconazole ។ គោលការណ៍ណែនាំរបស់ប្រទេសថៃ បានណែនាំអោយប្រើប្រាស់ឱសថ Fluconazole ជាជំរើសសំរាប់ការបង្ការដំបូង និងការបង្ការបន្តដោយឱសថ សំរាប់ជំងឺ Cryptococcosis ។

ឱសថ Itraconazole ត្រូវបានបង្ហាញដោយការសិក្សាសាកល្បងនៅប្រទេសថៃ ថាមានប្រសិទ្ធិភាពសំរាប់បង្ការជំងឺ penicilliosis ទាំងក្នុងការបង្ការដំបូង និងការបង្ការបន្តដោយឱសថ ។ ពុំមានអត្ថប្រយោជន៍ស្រោចស្រង់ជីវិត (survival benefit) ត្រូវបានបង្ហាញអោយឃើញទេ គឺប្រហែលមកពីគំរូសិក្សាមានទំហំតូចពេក (small sample sizes) ។ គោលការណ៍ណែនាំរបស់ប្រទេសថៃបានណែនាំ អោយប្រើឱសថ Itraconazole ធ្វើជាជំរើសសំរាប់ការបង្ការដំបូង និងការបង្ការបន្តដោយឱសថ សំរាប់ជំងឺ penicilliossis ។ ការបញ្ឈប់ការបង្ការបន្ត (secondary prophylaxis) ដោយឱសថ Fluconazole ដើម្បីបង្ការជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptococcosis បន្ទាប់ពីមានការកើនឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយដោយសារការប្រើ ARV ត្រូវបានគេធ្វើការស្រាវជ្រាវតាមរយៈការសិក្សាជាច្រើន ។ មានភ័ស្តុតាងកាន់តែច្រើនឡើងៗពីការសិក្សាទាំងនេះ បង្ហាញថាការបញ្ឈប់ការបង្ការបន្តដោយឱសថ Fluconazole នេះ អាចមានសុវត្ថិភាព បើសិនជា PLHA ពុំមានរោគសញ្ញានៃជំងឺ Cryptococcosis និងមានចំនួនកោសិកា CD4 $>$ 100 cells/mm^3 លើសពីរយៈពេល ៦ខែ យ៉ាងតិច ។