ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល
Ministry of Health

គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនៅកម្ពុជា

National Guidelines for the use of Antiretroviral Therapy in Adults and Adolescents

ពិនិត្យឡើងវិញនៅខែ មិនា ឆ្នាំ ២០០៧
Revised in March 2007

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ
National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ
ស្ដីពី
ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
លើមនុស្សពេញវ័យនៅកម្ពុជា

ពិនិត្យឡើងវិញនៅខែ មិនា ឆ្នាំ ២០០៧

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

មាតិកា

អារម្ភកថា ៤

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ ៥

បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ ៦

១ - សេចក្តីផ្តើម ៨

២ - តើការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាអ្វី? ៨

៣ - គោលការណ៍ជាមូលដ្ឋាននៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៩

៤ - ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១១

៤.១. ការបញ្ជាក់អំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ : ១១

៤.២. ការពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង ១១

៤.៣. ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី ២ ១២

៤.៤. ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី ៣ ១៣

៥. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេង ១៤

៦. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង ស្ត្រីកំពុងបំបៅកូន ១៥

៧. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលធ្លាប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីមុនរួចហើយ ១៧

៨. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និង C ១៨

៩. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗ ១៨

១០ - សកម្មភាពដែលត្រូវធ្វើជាបន្តចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេ រោគអេដស៍ ១៨

១០.១. ការគាំទ្រអ្នកជំងឺឱ្យលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (Adherence) ១៨

១០.២. ការតាមដាន ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ : ២០

១០.៣. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ២០

១០.៤. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២០

១០.៥. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមួយចំនួនដែលកើតមានក្រោយពីមាន ការកើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធ ការពារសារពាង្គកាយ (Immune Reconstitution)**:** ២១

១១- កាត់បន្ថយជាអតិបរិមានូវការកើនឡើងនៃភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ ២៤

១២ - ផ្តល់ការគាំទ្រ ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ២៤

១៣ - គាំទ្រការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត និង បើកចំហអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ២៥

១៤ - ការផ្លាស់ប្តូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងពេលព្យាបាល ២៦
១៤.១. ផ្លាស់ប្តូរមុខឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់ ២៦
១៤.២. ផ្លាស់ប្តូរមុខឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយសារការព្យាបាលទទួលបរាជ័យ ២៧
១៤.២.១. កត្តាគ្លីនិក (Clinical failure)
១៤.២.២. កត្តាប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ (Immunological failure)
១៤.២.៣. កត្តាវីរុសសាស្ត្រ (Virological failure)
១៥ - ការផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីរូបមន្តព្យាបាលជួរទី ១ ទៅរូបមន្ត ព្យាបាលជួរទី ២ វិញ ៣៣
ឯកសារយោង ៣៥

មាតិកានៃតារាង

តារាង ១ : ព័តិមានជាមូលដ្ឋាននៃជំងឺអេដស៍ ១១
តារាងទី ២ : លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១២
តារាងទី ៣ : អនុសាសន៍នៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១២
តារាងទី ៤ : ស្តង់ដាឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ (First line regimens) ១៣
តារាងទី៥ : ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេង ១៥
តារាងទី ៦ : ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ១៦
តារាង ៧ : ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២២
តារាងទី ៨ : ការផ្លាស់ប្តូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់ (សូមអានផ្នែក ១០,៤-១០,៥) ២៦
តារាងទី ៩ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលចំពោះអ្នកជំងឺដែលសង្ស័យថា ការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបរាជ័យដោយកត្តាគ្លីនិក ២៨
តារាងទី ១០ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលចំពោះអ្នកជំងឺដែលសង្ស័យថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រូវបរាជ័យ ដោយកត្តាប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ ៣០
តារាងទី ១១ : លក្ខខ័ណ្ឌក្នុងការសុំធ្វើតេស្ត Viral Load ៣១
តារាងទី ១២ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលចំពោះអ្នកជំងឺដែលសង្ស័យថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង

មេរោគ អេដស៍ត្រូវបរាជ័យដោយកត្តាវីរុសសាស្ត្រ (Virological failure) ៣២
តារាងទី ១៣ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបញ្ជាក់ ថាការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទទួលបរាជ័យ ៣២
តារាងទី ១៤ : រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី ២ នៅប្រទេសកម្ពុជា ៣៤
តារាងទី ១៥: កំរិតប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍-រូបមន្តព្យាបាល-ល័ក្ខខ័ណ្ឌ និង ការប្រើលើក្រុមអ្នកជំងឺមួយចំនួន ៣៩
តារាងទី ១៦ : ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ចំបងៗ នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៤៤
តារាងទី ១៧ : លក្ខណៈពិសេស និងការគ្រប់គ្រងនៃ hyperlactacmia ៤៨
តារាងទី ១៨ : ផលប៉ះពាល់របស់ NNRTI (Grade3/4) ក្នុងការសិក្សា 2NN ៥៤
តារាងទី ១៩ : អន្តរកម្មសំខាន់ៗរបស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៦២
តារាងទី ២០ : Karnofsky Performance Scale ៦៣

មាតិកានៃឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី ១ : ការចាត់ថ្នាក់អ្នកជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យទៅតាមអនុសាសន៍នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ២០០៦ ៣៦
ឧបសម្ព័ន្ធទី ២ : មុខឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងផលប៉ះពាល់របស់វា ៣៨
ឧបសម្ព័ន្ធទី ២,១ : ឱសថ Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) ៤៨
ឧបសម្ព័ន្ធទី ២,២ : ឱសថ Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NtRTIs) ៥៤
ឧបសម្ព័ន្ធទី ២,៣ : ឱសថ Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ៥៤
ឧបសម្ព័ន្ធទី ២,៤ : ឱសថ Protease Inhibitors (PIs) ៥៩
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៣ : អន្តរកម្មសំខាន់ៗរបស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៦២
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៤ : ការដាក់ពិន្ទុទៅតាម កាណូហ្វស្គី (Karnofsky Performance Scales) ៦៣

មាតិកានៃរូបភាព

រូបភាពទី១ : ទំនាក់ទំនង ddI និង ការរលាកលំពែង ៥១
រូបភាពទី២ : ការថយចុះគ្រាប់ឈាមដោយ AZT (AZT-associated anemia) ៥២
រូបភាពទី៣ : ការពុលថ្លើមដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART-associated liver toxicity) ៥៣
រូបភាពទី ៤ : NNRTI-associated rash ៥៧
រូបភាពទី ៥ : EFV-associated CNS symptoms ៥៨

អារម្ភកថា

នៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាយើង ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ១៩៩៨ មក អត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍មានការថយចុះជាបន្តបន្ទាប់ដែលបានទទួលស្គាល់ទាំងថ្នាក់ជាតិ និងអន្តរជាតិ ជាក់ស្តែងអត្រាសេរ៉ូប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍បានថយចុះពី ៣% នៅឆ្នាំ ១៩៩៨ មក ១,៩% នៅឆ្នាំ ២០០៣ ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលអង្កេតឈាមរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ ។ ទោះបីជាមានការថយចុះនូវអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ ក៏មានអ្នកផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ប្រមាណ ១២៣ ១០០នាក់ និងមានអ្នកជំងឺអេដស៍ប្រមាណ ២០ ០០០នាក់ ព្រមទាំងគ្រួសារគេរាប់សិបនាក់ទៀតដែល ត្រូវការថែទាំព្យាបាល ។

ក្រសួងសុខាភិបាលតាមរយៈមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ បានកំណត់ទិសដៅ និងយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ជាពិសេសការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ជាក់ស្តែង សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានដាក់បញ្ចូលក្នុង ប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពដែលត្រូវបានពង្រីក និងពង្រឹងជាបន្តបន្ទាប់ដែលកើនឡើងដល់ ៤៤ កន្លែង នៅឆ្នាំ ២០០៦ ក្នុងនោះមាន គ្លីនិកអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលផងដែរ ។ នៅឆ្នាំ ២០០៦ មានអ្នកជំងឺអេដស៍ចំនួន ២០១៣១នាក់ ក្នុងនោះមានកុមារចំនួន ១ ៧៨៧នាក់ បាននឹងកំពុងទទួលការ ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

ផ្អែកលើវប្បធម៌របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ ដែលជានិច្ចកាលធ្វើការសហការជាមួយគ្រប់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ អ្នកជំនាញបច្ចេកទេសជាតិ និងអន្តរជាតិការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិដ៏មានសារសំខាន់នេះ ហើយអាចបញ្ចប់តាមកម្មវិធីដែលបានគ្រោងទុក ។

នៅឆ្នាំដដែលនេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានសហការជាមួយអ្នកជំនាញបច្ចេកទេសជាតិ និងអន្តរជាតិដើម្បីពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងន័យកែលំអរអោយសមស្របតាមកាលៈទេសៈដែលមានសារៈប្រយោជន៍ដល់មន្ត្រីសុខាភិបាលទាំងផ្នែករដ្ឋ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងឯកជនក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាព ហើយបញ្ចៀសអោយបានកើតទាបនូវភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

ក្រសួងសុខាភិបាលឯកភាពលើគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលបានពិនិត្យឡើងវិញនៅឆ្នាំ២០០៦ នេះ ហើយសង្ឃឹមយ៉ាងមាំលើស្មារតីទទួលខុសត្រូវរបស់មន្ត្រីសុខាភិបាល ទាំងផ្នែករដ្ឋ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងផ្នែកឯកជនក្នុងការអនុវត្តន៍តាមដានគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ អោយទទួលបានលទ្ធផលល្អប្រសើរដើម្បីបង្កើនសុខភាពជូនដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ។

ភ្នំពេញថ្ងៃទី ....ខែ មិនា ឆ្នាំ ២០០៧

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ សូមថ្លែងនូវការកោតសសើរដ៏ស្មោះចំពោះការខិតខំរួមគ្នារបស់អ្នកជំនាញបច្ចេកទេសជាតិ និងអន្តរជាតិ ក្នុងការសំរេចបានជាស្ថាពរនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ក្នុងឱកាសនេះដែរ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅដល់ក្រុមការងារបច្ចេកទេសដែលបានអញ្ជើញមកពីស្ថាប័នជាតិ អង្គការអន្តរជាតិ និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ព្រមទាំងសង្គមស៊ីវិលដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្ម ក្នុងការរៀបចំឯកសារនេះរួមមាន : មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត្រ មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពកម្ពុជា-សូវៀត មន្ទីរពេទ្យព្រះកេតុមាលា មន្ទីរ ពេទ្យព្រះកុសមៈ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្ត-ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិ គ្លីនិកសុខភាពសង្គម មន្ទីរពេទ្យព្រះសីហនុ-មណ្ឌលនៃក្តីសង្ឃឹម អង្គការគ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែនបារាំង និងបែលហ្សិក អង្គការសុខភាពពិភពលោក UNAIDS អង្គការសុខភាពគ្រួសារអន្តរជាតិ បណ្តាញ ESTHER CDC-GAP កាកបាទក្រហមបារាំង មូលនិធិគ្លីនតុន UNSW/NCHADS អង្គការ Maryknol CPN+ អង្គការ Care-Cambodia ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិសូមថ្លែងអំណរគុណផងដែរដល់មន្ត្រីផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ និងលោកវេជ្ជ, Julian Elliot ដែលបានខិតខំសំរួលរាល់កិច្ចសហការជាមួយគ្រប់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ឈានសំរេចបាននូវលទ្ធផលដ៏ប្រសើរនេះ ។

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី.........ខែ មិនា ឆ្នាំ ២០០៧

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និង កាមរោគ

បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ

3TC	**Lamivudine**
ABC	**Abacavir**
AIDS	**Aquired Immunodeficiency Syndrome**
ALT	**Alanine Transaminase**
AST	**Aspartate Transaminase**
ARV	**Antiretroviral drug(s)**
AZT	**Zidovudine**
CBC	**Complete Blood Count**
CD4	**T-CD4+ Lymphocyte**
CMV	**Cytomegalovirus**
CNS	**Central Nervous System**
CK	**Creatine Kinase**
CrCl	**Creatinine Clearance**
d4T	**Stavudine**
ddI	**Didanosine**
DOT	**Directly Observed Therapy**
EC	**Enteric Coated**
EFV	**Efavirenz**
EPTB	**Extra-pulmonary Tuberculosis**
ESRF	**End Stage Renal Failure (Dialysis dependent)**
HAART	**Highly Active Antiretroviral Therapy**
HGC	**Hard Gelatin Capsules**
HIV	**Human Immunodeficiency Virus**
IDV	**Indinavir**
IPT	**Isoniazid Preventive Therapy**
LDH	**Lactate Dehydrogenase**
LDL	**Low-Density Lipoprotein**

LPV	**Lopinavir**
LPV/RTV	**Lopinavir/Ritonavir**
MTCT	**Mother to Child Transmission**
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 carinii pneumonia**
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 effect)**
RTV	**Ritonavir**
SGC	**Soft Gelatin Capsules**
STI	**Sexually Transmitted Infection**
SQV	**Saquinavir**
TB	**Tuberculosis**
TDV	**Tenofovir**
TST	**Tuberculin Skin Test**
VCCT	**HIV Voluntary Confidentiality Counseling and Testing**
VDRL	**Venereal Diseases Reference Laboratory (refers to a test for syphilis)**

១ ~ សេចក្តីផ្តើម

នៅខែមេសា ឆ្នាំ ២០០៦ ប្រទេសកម្ពុជាបានរៀបចំពិធីអបអរអំពីលទ្ធផលក្នុងការសំរេចទិសដៅជាតិដែលកំណត់ ឡើងក្រោមការផ្តួចផ្តើមរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក គឺ ទិសដៅ 3 by 5 ក្នុងការបង្កើនការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍អោយបានចំនួន ១២ ៣៥៥នាក់ នៅដំណាច់ឆ្នាំ ២០០៥ ។ក្រោយពីបានអនុវត្តគំរោងផែនការថែទាំ និង ព្យាបាលបន្ត និង គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពី ការព្យាបាលដោយឱសថ ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនៅកម្ពុជាដែលបានបោះពុម្ពលើកទី១ ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ កើនលើសពី ២០,០០០ នាក់នៅទូទាំងប្រទេស ។ តំរូវការបន្ទាន់ដើម្បីបង្ការការលេចចេញជាជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អសមត្ថភាពបំពេញការងារ និងការ ស្លាប់របស់អ្នកជំងឺអេដស៍នៅក្នុង ប្រទេសកម្ពុជា នៅតែជាចំណុចដែលត្រូវផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់យ៉ាងខ្លាំងក្លានៅឡើយ ។ ទន្ទឹមនឹងនេះត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ពង្រឹង ផងដែរនូវការបង្ការជំងឺអេដស៍ តាមរយៈការលើកទឹកចិត្តឱ្យទៅធ្វើតេស្តឈាមរក មេរោគអេដស៍ កាត់បន្ថយការរើសអើង និងកាត់បន្ថយជាអតិបរមា នូវការចំលងមេរោគអេដស៍ ។ ឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ មិនមែនជាឱសថដែលអាចព្យាបាលជំងឺអេដស៍ឱ្យជាសះស្បើយបាននោះទេ និង មានបញ្ហាជាច្រើនដែលរួមផ្សំក្នុងការ ព្យាបាល ប៉ុន្តែអាយុជាមធ្យម គុណភាពនៃជីវិតរបស់អ្នកជំងឺ ការយល់ដឹងអំពីមេរោគអេដស៍ និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខាភិបាល ត្រូវបានកែប្រែឱ្យប្រសើរឡើង ។

ដើម្បីធានាបានគុណភាពក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) ក្រសួងសុខាភិបាល បានឯកភាពដាក់អោយប្រើប្រាស់ជាផ្លូវការនូវគោលណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ ២០០១ ហើយបានកែលំអនៅឆ្នាំ ២០០៣ ។ ដូចគ្នានេះដែរ គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះនឹងមិនអាច ឆ្លើយតបទៅនឹង ករណីស្មុគ្រស្មាញមួយចំនួននៅក្នុងការ ប្រតិបត្តិថែទាំជំងឺអេដស៍ជាទូទៅ ឬក៏ក្នុងផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានលក្ខណៈស្មុគ្រស្មាញនោះ ឡើយ ។

២ ~ តើការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាអ្វី?

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺសំដៅទៅលើការព្យាបាលដោយឱសថទាំងឡាយណាដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។ ឱសថទាំងនេះមានសកម្មភាពទប់ស្កាត់អង់ស៊ីម (Engym) ដែលមេរោគអេដស៍ត្រូវការដើម្បីបំបែកខ្លួនរបស់វា និងចំលងទៅកោសិកាផ្សេងទៀត ។ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងប្រើប្រាស់នៅប្រទេសកម្ពុជាមាន សកម្មភាពសំដៅ លើអង់ស៊ីមដូចខាងក្រោម :

- Reverse Transcriptase
- Protease

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងប្រើប្រាស់នៅប្រទេសកម្ពុជាចែកចេញជា ៤ក្រុមសំខាន់ៗ ។ ៣ក្រុមមានតួនាទីទប់ស្កាត់អង់ស៊ីម Reverse Transcriptase និង មួយក្រុមទៀតទប់ស្កាត់អង់ស៊ីម Protease :

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

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បីក្រុមផ្សេងទៀតបានបង្ហាញសកម្មភាពប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រួមមាន Entry, Integrase និង Maturation inhibitor ។ ផ្ទុយទៅវិញ នៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពុំទាន់មានប្រើប្រាស់ទូលំទូលាយនៅឡើយទេ ព្រោះមុខឱសថ ARV ភាគច្រើនស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលនៃការសិក្សា ។

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលបានបញ្ចូលនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះ គឺជាឱសថទាំងឡាយណាដែលមានប្រសិទ្ធិភាពខ្លាំង និងងាយស្រួលក្នុងការប្រើប្រាស់ ដែលអាចទទួលយកបានសំរាប់ការប្រើប្រាស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាយើងនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ :

- NRTI: Zidovudine (AZT or ZDV)
  Stavudine (d4T)
  Lamivudine (3TC)
  Didanoside (ddI)
  Abacavir (ABC)
- NtRTI Tenofovir (TDF)
- NNRTI Nevirapine (NVP)
  Efavirenz (EFV)
- PIs Nelfinavir (NFV)
  Indinivir and low dose Ritonavir (IDV/r)
  Lopinivir and low dose Ritonavir (LPV/r)
  Saquinavir and low dose Ritonavir (SQV/r)

- PIs និយមប្រើរួមគ្នាជាមួយ Ritonavir (RTV) ។ ទោះបី Ritonavir ជាឱសថដែលមានថាមពលខ្លាំងស្រាប់ក៏ដោយ ប៉ុន្តែផលប៉ះពាល់បានកំរិតនូវការប្រើប្រាស់របស់វា ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏វាអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងកំរិតដូសទាប (Low Dose) ដើម្បីបន្ថយនូវមេតាបូលីស (Metabolism) នៃក្រុម PIs ផ្សេងៗទៀត និង បន្ថយចំនួនពេលនៃការលេបឱសថនេះ ។ Ritonavir គឺត្រូវតែប្រើប្រាស់ជាប្រភេទគ្រាប់ផ្សេងពីគេលើកលែងតែ LPV/r គឺជាគ្រាប់ឱសថមួយគ្រាប់ដែលលាយបញ្ចូលគ្នា ។
- ភាគច្រើននៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលអនុញ្ញាតអោយប្រើប្រាស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា គឺជាឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលរួមបញ្ចូលគ្នា (ឱសថមួយគ្រាប់ដែលរួមបញ្ចូលគ្នាដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំនួន ២ ឬ ៣មុខផ្សេងៗគ្នា) ហើយ ទទួលស្គាល់ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក រួមមាន :
  - Zidovudine + Lamivudine (AZT + 3TC)
  - Stavudine + Lamivudine (d4T + 3TC)
  - Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine (AZT + 3TC + NVP)
  - Stavudine + Lamivudine + Nevirapine (d4T + 3TC + NVP)

៣ . គោលការណ៍ជាមូលដ្ឋាននៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

គោលបំណងនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍គឺ:

- ទប់ស្កាត់ អោយបានជាអតិបរមានិងយូរអង្វែងនូវការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍
- ធ្វើអោយមានភាពប្រសើរឡើងវិញនូវមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ
- ធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវគុណភាពនៃជីវិត

- កាត់បន្ថយនូវអត្រាឈឺ និងអត្រាមរណៈភាពដែលបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍
- បង្ការនូវភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ និង ភាពបរាជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- បង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីឪពុកម្តាយទៅទារក

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលរួមបញ្ចូលបីមុខ អាចអោយយើងសំរេចបាននូវគោលបំណងទាំងអស់ខាងលើ ។ ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រួមគ្នាបែបនេះត្រូវបានគេដឹងថាជាការព្យាបាលដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ (Highly active Antiretroviral Therapy “HAART ”) ។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បីមុខរួមគ្នា អាចកាត់បន្ថយយ៉ាងលឿននូវការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ដែលធ្វើអោយចំនួនមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាម (Viral Load) ធ្លាក់ចុះក្រោមកំរិតដែលអាចរកឃើញដោយតេស្ត Viral Load ដែលយើងមានសព្វថ្ងៃ ។ វាបានកាត់បន្ថយនូវឥទ្ធិពលរបស់មេរោគអេដស៍ទៅលើប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ នាំអោយមុខងាររបស់របស់វាប្រសើរឡើងៗ ទាំងបរិមាណ និងគុណភាពដែលបណ្តាលអោយថយចុះនូវគ្រោះថ្នាក់ទាទាបង្កដោយជំងឺឱកាសនិយម ។

ការធ្វើឱ្យបានប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ ត្រូវការរយៈពេលច្រើនខែ ឬច្រើនឆ្នាំ ប៉ុន្តែវាមិនអាចត្រលប់មកល្អឥតខ្ចោះដូចដើមវិញនោះទេ ។ ការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្លះៗ នៃជំងឺឱកាសនិយម ឬជំងឺផ្សេងៗទៀតដែលបង្កដោយមេរោគអេដស៍តែងកើតមានក្នុងរយៈពេលមួយកំណត់ ។ ដូច្នេះការបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងការតាមដានជំងឺថ្មីៗដែលបង្កដោយមេរោគអេដស៍ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មិនអាចសំលាប់មេរោគអេដស៍អោយអស់ពីក្នុងឈាមយើងបានទេ ប៉ុន្តែវាគ្រាន់តែទប់ស្កាត់ការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ប៉ុណ្ណោះ ។ នៅពេលដែលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបញ្ឈប់ ចំនួនមេរោគអេដស៍នឹងកើនឡើងដូចមុនការព្យាបាល ហើយចាប់ផ្តើមបំផ្លាញប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយសារជាថ្មីម្តងទៀត ។

មេរោគអេដស៍ អាចធ្វើអោយមានការលូតលាស់នូវភាពស៊ាំដោយឯកឯង (Spontaneous genetic mutations) ក្នុងកំរិតខ្ពស់ ។ ប្រសិទ្ធិភាពនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៣មុខផ្សេងៗ រួមគ្នាអាចកាត់បន្ថយការលូតលាស់នូវភាពស៊ាំដោយឯកឯងបាន (Spontaneous genetic mutations) ដោយបន្តទប់ស្កាត់នូវចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមអោយនៅក្នុងកំរិតទាបបំផុត ។ ប្រសិនបើការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មិនត្រឹមត្រូវមិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប់ ទេនោះ (ការប្រើរួមគ្នាមិនត្រឹមត្រូវ ឬប្រើឈប់ៗ) គឺ បណ្តាលអោយមេរោគអេដស៍នៅបន្តបំបែកខ្លួន នាំអោយមានការលូតលាស់នូវក្រុមមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំទៅនឹងឱសថទាំងនេះ ។ ដោយថាហេតុក្រុមមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំនឹងឱសថ នៅតែបន្តលូតលាស់យ៉ាងច្រើនលើសលប់ ជាពិសេស នាំឱ្យការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទទួលបរាជ័យ ។ ម្យ៉ាងវិញទៀតក្រុមមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំនឹងឱសថទាំងនេះនឹងបន្តចំលងទៅអ្នកដទៃទៀតបាន ។

៤ ~ ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

៤.១. ការបញ្ជាក់អំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ :

បញ្ជាក់ថា អ្នកដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺ នៅពេលដែលមាន :

- ការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខនឹងការចំលងមេរោគអេដស៍ (ការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទជាមួយដៃគូច្រើនហើយពុំមានសុវត្ថិភាព, ការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន)
- ផ្ទៃពោះ
- ជំងឺកាមរោគ
- ជំងឺរបេង
- រោគសញ្ញាដែលសង្ស័យថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬជំងឺអេដស៍

មន្ត្រីសុខាភិបាលទាំងអស់ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពីសារៈសំខាន់នៃការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ហើយបញ្ជូនទៅធ្វើតេស្តឈាមដោយមានការយល់ព្រមពីសាម៉ីខ្លួនផងដែរ ។

តារាងទី ១ : ព័ត៌មានជាមូលដ្ឋាននៃជំងឺអេដស៍

មេរោគអេដស៍ គឺជាមេរោគដែលធ្វើអោយប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយចុះខ្សោយក្នុងការប្រឆាំងនឹងជំងឺផ្សេងៗ
ជំងឺអេដស៍ គឺជាជំងឺដែលកើតឡើងនៅពេលដែលប្រព័ន្ធការពាររាង្គកាយត្រូវបានចុះខ្សោយដោយសារមេរោគអេដស៍
មេរោគអេដស៍ឆ្លងបានតាមការរួមភេទ តាមរយៈឈាម ទឹកកាម និងទឹករំអិលទ្វារមាសស្ត្រី
មេរោគអេដស៍ក៏អាចឆ្លងតាមការបញ្ចូលឈាម, ការប្រើប្រាស់ម្ជុលរួមគ្នា ឬឆ្លងពីឪពុកម្តាយទៅកូននៅពេលមានផ្ទៃពោះ, ឈឺពោះសំរាលកូន ឬ ការបំបៅដោះកូន
មេរោគអេដស៍មិនអាចឆ្លងតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទងក្នុងសង្គមធម្មតា, ការថើប, បរិភោគម្ហូបអាហាររួមគ្នា ឬសត្វល្អិតទិចឬខាំ
មនុស្សអាចឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយមានសុខភាពល្អជាច្រើនឆ្នាំ
ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺគ្រាន់តែពន្យាអាយុជីវិត ប៉ុន្តែមិនអាចព្យាបាលជាសះស្បើយនោះទេ

៤.២. ការពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង

- សួរប្រវត្តិជំងឺពីមុន រួមមាន ធ្លាប់កើតជំងឺរបេង ធ្លាប់ចូលរួមក្នុងកម្មវិធីបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន និង ធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ប្រវត្តិជំងឺ និងរោគសញ្ញាបច្ចុប្បន្ន (សូមមើលតារាងទី២)
- វាយតំលៃអំពីដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍ផ្អែកតាមអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកនាពេលបច្ចុប្បន្ន (សូមមើលតារាងទី២)
- ធ្វើការតាមដានជាប្រចាំ ដូចជា រាប់ចំនួនកោសិកា CD4
- បញ្ជូនទៅសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាលើកតំបូង

តារាងទី ២ : លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

WHO Clinical Stage	**សកម្មភាព**
ដំណាក់កាលទី ១, ២ ឬ ៣	ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើ CD4 cells ≤ 250 cells/mm^3 ហើយអ្នកជំងឺមានលក្ខខ័ណ្ឌផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ និងសង្គមឆ្លើយតបទៅនឹងលក្ខខ័ណ្ឌជ្រើសរើស
ដំណាក់កាលទី ៤	ដោយមិនគិតដល់ចំនួន CD4 ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សំរាប់អ្នកជំងឺ ទាំងឡាយណា* ដែលបំពេញល័ក្ខខ័ណ្ឌចិត្តសាស្ត្រ និងសង្គម
* ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍មានកោសិកា CD4 ច្រើនជាង 250cells/mm^3 : គឺត្រូវពន្យាពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។	

៤.៣. ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី ២

- បន្តតាមដាន និងព្យាបាលជំងឺបច្ចុប្បន្ន
- ត្រួតពិនិត្យលទ្ធផលនៃការតាមដានជាប្រចាំ និងប៉ាន់ស្មានអំពីលទ្ធភាពក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- មុនចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គប្បីធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ (ប្រសិនបើមាន ដូចជា CBC, SGPT/ALAT, ថតឆ្លុះសួតដោយកាំរស្មី X) (សូមមើលតារាងទី៣)
- បញ្ជូនទៅជួបអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាមុនចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ប្រសិនបើចាំបាច់ត្រូវ ជួបអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាលើសពី ១ដង)

តារាងទី ៣ : អនុសាសន៍នៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ	**មុនពេលចាប់ផ្តើម ART**	**នៅពេលប្រើ ART**
តេស្តរកមេរោគអេដស៍	ចាំបាច់ត្រូវធ្វើតេស្ត	មិនចាំបាច់ធ្វើតេស្ត
តេស្ត CD4	ចាំបាច់ត្រូវធ្វើតេស្ត	ត្រូវធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ៦ខែ ម្តង
Hemoglobin	ចាំបាច់ត្រូវធ្វើតេស្ត ប្រសិនបើប្រើ AZT	ប្រសិនប្រើ AZT ត្រូវធ្វើតេស្ត នៅខែទី១, ខែទី២, ខែទី៣, ហើយត្រូវធ្វើរាល់៣-៦ខែ ប្រសិនបើប្រើ AZT ។
SGPT / ALAT	ចាំបាច់ត្រូវធ្វើតេស្ត ប្រសិនបើប្រើ NVP ឬ EFV	ប្រសិនប្រើ NVP ឬ EFV ចាំបាច់ត្រូវធ្វើតេស្ត នៅខែទី១, ខែទី២, ខែទី៣, បន្ទាប់មករៀង រាល់៣-៦ ខែម្តង ប្រសិនបើប្រើ NVP ឬ EFV ។
ការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ថាមានផ្ទៃពោះ	ចាំបាច់ត្រូវធ្វើតេស្ត ប្រសិនបើប្រើ EFV	ចាំបាច់ត្រូវធ្វើតេស្ត ក្នុងករណីប្រើ EFV និងសង្ស័យថា មានផ្ទៃពោះ ។

CBC	ចាំបាច់ត្រូវធ្វើតេស្ត	អាចធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ៣-៦ ខែម្តង
Chest X-ray	ចាំបាច់ ត្រូវធ្វើតេស្ត	ករណីមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក
HIV viral load	មិនចាំបាច់ធ្វើតេស្ត	អាចធ្វើតេស្ត ក្នុងករណីសង្ស័យថា ការព្យាបាល ទទួលបរាជ័យ
Creatinine	អាចមានជំរើសនៅគ្រប់ករណី ចាំបាច់ត្រូវធ្វើតេស្ត ប្រសិនបើប្រើ IDV ឬ TDF	អាចធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ៦-១២ ខែម្តង
Phosphate	អាចមានជំរើសក្នុងការធ្វើតេស្ត ប្រសិនប្រើ TDF	អាចធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ៣-៦ ខែម្តង ប្រសិនប្រើ TDF
Amylase	ធ្វើតេស្ត ក្នុងករណីមានសញ្ញាគ្លីនិកកើតឡើង	ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិកកើតឡើង
Lipids	អាចមានជំរើសក្នុងការធ្វើតេស្ត ប្រសិនប្រើ d4T ឬ PI	អាចធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ១២ ខែម្តង ប្រសិនប្រើ d4T ឬ PI
Hepatitis B / C serology	អាចមានជំរើសក្នុងការធ្វើតេស្តនៅគ្រប់ករណី	មិនចាំបាច់ធ្វើតេស្ត

៤.៤. ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី ៣

- បន្តតាមដាន និងព្យាបាលជំងឺពេលបច្ចុប្បន្ន
- ពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលតេស្តអមគ្លីនិកមុនចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ធ្វើការសំរេចប្រសិនបើអាចចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ស្ទាបស្ទង់ការយល់ដឹងរបស់អ្នកជំងឺអេដស៍អំពីមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ជោគជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អាស្រ័យលើការយល់ដឹង និង ការយកចិត្តទុកដាក់របស់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗក្នុងពេលព្យាបាល ។ ការពន្យាពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងបញ្ជូនទៅអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា (ART counseling) ប្រសិនបើអ្នកជំងឺពុំទាន់យល់ដឹងច្បាស់អំពីជំងឺអេដស៍ ។
- ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យ និងអ្នកជំងឺសំរេចចិត្តថា ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សូមជ្រើសរើស ប្រភេទរូបមន្តនៃការព្យាបាល (សូមមើលតារាងទី ៤)

តារាងទី ៤ : ស្តង់ដាឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តជួរទី១ (First line regimens)

ស្ថានភាព	**Regimen**
ស្តង់ដាឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តជួរទី១	**d4T + 3TC + NVP**
ជំរើសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តជួរទី១ សំរាប់ករណីពិសេស	
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ	AZT + 3TC + NVP
អ្នកមានជំងឺសសៃប្រសាទ Neuropathy	AZT + 3TC + NVP

អ្នកមានជំងឺសរសៃប្រសាទ និងមានភាពស្លេកស្លាំង	ត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ
កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងដោយឱសថ rifampicin ប៉ុន្តែគ្មានជំងឺសរសៃប្រសាទ	d4T + 3TC + EFV
កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងដោយឱសថ rifampicin និងមានជំងឺសរសៃប្រសាទ	AZT + 3TC + EFV
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងដោយឱសថ rifampicin	ត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ
SGPT/ALAT > 5 ដងលើសពីតំលៃធម្មតា	d4T + 3TC + EFV
SGPT/ALAT > 5 ដងលើសពីតំលៃធម្មតា ព្រមទាំង មានផ្ទៃពោះផង	ត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ
អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួចហើយ	ត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ
ស្តង់ដាឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តជួរទី២	DDI+3TC+LPV/RTV ឬ TDF+3TC+LPV/RTV

ប្រតិកម្មរបស់ NVP (ជាពិសេសមានកន្ទួល) អាចកាត់បន្ថយបានដោយចាប់ផ្តើមប្រើ NVP ដោយដូសកំរិតទាប (lower dose) ។ សំរាប់រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ដំបូង ត្រូវផ្តល់ d4T + 3TC + NVP លេប ១គ្រាប់ និងលេប d4T+3TC ១គ្រាប់ផ្សេងទៀត ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ។ បន្ទាប់មកត្រូវបង្កើនដូស NVP មកកំរិតពេញលេញ ដែលលេបតែ d4T + 3TC + NVP មួយមុខគត់ ២ ដង ក្នុង ១ ថ្ងៃ ។

៥. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេង

ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺរបេងភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺរបេង និងប្រើប្រាស់រួមផ្សំជាមួយឱសថ Cotrimoxazole ដើម្បី បង្ការជំងឺ PCP ។ ពេលវេលាដែលសមស្របបំផុតដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មិនទាន់ដឹងច្បាស់នៅឡើយទេនាបច្ចុប្បន្ននេះ (ស្ថិតនៅដំណាក់កាលសិក្សាស្រាវជ្រាវ) ។ ប្រសិនបើចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឆាប់ពេក នោះបណ្តាលឱ្យមានការកើនឡើងនូវផលប៉ះពាល់របស់ឱសថ និងកើនឡើងនូវចង្កោមរោគសញ្ញា ឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ (Immune reconstitution inflammatory syndrom “ IRIS”) ដែលធ្វើអោយរោគសញ្ញានៃជំងឺរបេងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ។ ប្រសិនបើចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍យឺតពេក នោះអត្រានៃការប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយមនឹងមានកំរិតខ្ពស់ ជាពិសេសចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានCD4 ទាប (សូមមើលតារាងទី៥) ។

ការជ្រើសរើសពេលវេលាក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មានការលំបាកដោយសារការប្រើឱសថ **Rifampicin** ក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេង ។ នៅ ពេលខ្លះគេអាចប្រើ d4T+3TC+EFV ដោយត្រូវប្រើ EFV តាមកំរិតដូសស្តង់ដា (តារាងទី ៤) ។ ស្ត្រីគប្បីប្រើឱសថ ពន្យាកំណើតដែលមានប្រសិទ្ធិភាព និងមិនត្រូវប្រើ EFV ក្នុងកំឡុងពេលត្រីមាសទី ១ នៃ រយៈពេលមានផ្ទៃពោះទេ ។

ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទគប្បីប្រើ AZT ជំនួស d4T វិញ។ ឱសថ NVP គឺជាជំរើសចុងក្រោយខណៈដែលកំរិតដូសត្រឹមត្រូវមិនទាន់អាចកំណត់បាន ហើយក៏អាចពុលថ្លើម (hepatotoxicity) ស្របគ្នាជាមួយនឹងការព្យាបាលជំងឺរបេង ។

ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលឆ្លងមេរោគរបេង ក្នុងពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នោះ ត្រូវប្តូរ NVP ទៅ EFV វិញ ។ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង គេអាចប្រើ NVP ជំនួស EFV លុះត្រាតែចំនួន CD4 ច្រើនជាង 250 cells/mm^3 ចំពោះបុរស ។

តារាងទី ៥ : ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេង

ចំនួនកោសិកា CD4	ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
< 200 cells/mm^3	- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង - ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់ពីការព្យាបាលជំងឺរបេងបានរយៈពេល ២-៨សប្តាហ៍ (ការព្យាបាលជំងឺរបេងមានតុល្យភាព) - ប្រើ EFV* ដែលមានក្នុងរូបមន្តនៃការព្យាបាលលើកលែងតែស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ
200 – 250 cells/mm^3	- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង - ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងនៅដំណាក់កាលទី ១ (រយៈពេល ៨ សប្តាហ៍) - ប្រើ EFV* ដែលមានក្នុងរូបមន្តនៃការព្យាបាលលើកលែងតែស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ
> 250 cells/mm^3	- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង - ពន្យាពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

៦. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង ស្ត្រីកំពុងបំបៅកូន

រូបមន្តនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ គឺ AZT + 3TC + NVP ។ នៅពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល អ្នកត្រូវជ្រើសរើសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ។ មិនត្រូវប្រើ Efavirenz ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសដំបូងទេ ពីព្រោះអាចបណ្តាលឱ្យប៉ះពាល់សុខភាពកូន (teratogenicity) ។ មានការប្រឈមមុខនឹងការកើនឡើងនូវជាតិ Acid Lactic និងខ្លាញ់ក្នុងថ្លើម (Hepatic steatosis) អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។ Efavirenz អាចបន្តប្រើបាននៅពេលផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី២ ឬ ត្រីមាសទី៣ ។ មិនត្រូវប្រើ d4T + ddI បូក បញ្ចូលគ្នាទេ ព្រោះវាបណ្តាលឱ្យមានការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរថែមទៀត លើកលែងតែក្នុងករណីគ្មានជំរើស ឱសថផ្សេងទៀត ។ សុវត្ថិភាពក្នុងប្រើប្រាស់ TDF ដើម្បីព្យាបាលពេលមានផ្ទៃពោះមិនទាន់អាចកំណត់បាននៅឡើយទេ ។ ដូចនេះ TDF គប្បីប្រើក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ប្រសិនបើមានសារៈប្រយោជន៍ដល់សុខភាពម្តាយ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងការប្រើឱសថផ្សេងទៀត ដូចជា ការប្រើរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី ១ ។ ទិន្នន័យជាច្រើនស្តីអំពីសុវត្ថិភាពរបស់ SQV/r ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ជាជាងការប្រើប្រាស់ LPV/r ។ ប្រសិនបើត្រូវប្រើ LPV/r គប្បីប្រើក្នុងកំរិតស្តង់ដា ។

- ប្រើ NNRTIs រួមគ្នាក្នុងការព្យាបាល ទោះបីជាស្ត្រីធ្លាប់បានព្យាបាលដោយឱសថ NVPតែមួយមុខសំរាប់កម្មវិធីកាត់បន្ថយការចំលងមេរោគអេដស៍ពីឪពុកម្តាយទៅកូន ក៏ដោយ ។ ចំពោះស្ត្រីដែលមិនធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅពេលដែលចាប់ផ្តើមមានផ្ទៃពោះ គប្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

នៅពេលណាក៏បានដែលចាំបាច់ ។ ប្រសិនបើចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅពេលមានផ្ទៃពោះ គឺត្រូវបន្ត ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅក្រោយពេលសំរាល ។

- ស្ត្រីដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយបន្ទាប់មកមានផ្ទៃពោះគប្បីបន្តការព្យាបាលតទៅទៀត ។ គេត្រូវជ្រើសរើសប្រភេទនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីធានាថាមេរោគអេដស៍មានចំនួនតិចបំផុតក្នុងឈាមរបស់ម្តាយនៅពេលសំរាល ព្រោះវាជាចំនុចសំខាន់ក្នុងការព្យាករណ៍អំពីការចំលងមេរោគអេដស៍ពីឪពុកម្តាយទៅកូន ។ ប្រសិនបើដឹងថា ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅកំឡុងត្រីមាសទី១ គេត្រូវប្តូរ EFV ទៅឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផ្សេងវិញ ។ ឱសថ EFV គប្បីប្រើ បន្តចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងកំឡុងត្រីមាសទី ២ និង ទី ៣ ។ មិនត្រូវប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា d4T+ddI ទេ គប្បីប្តូរទៅឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផ្សេងវិញ ។
- នៅពេលសំរាលកូន ម្តាយត្រូវបន្តប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយត្រូវផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់ទារកផងដែរ ដោយគោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីអំពីការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។ ត្រូវផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមទៀតចំពោះការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ និងទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ក្នុងកំឡុងពេល និងបន្ទាប់ពីពេលមានផ្ទៃពោះ គឺជាការចាំបាច់ព្រោះការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អាចមានការលំបាកនៅក្នុងកំឡុងពេលនេះ ប៉ុន្តែវាមានសារៈសំខាន់សំរាប់សុខភាពម្តាយនិងកាត់បន្ថយការចំលងមេរោគអេដស៍ទៅកូន ។ ការផ្តល់ប្រឹក្សាដល់ម្តាយអំពីឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទាក់ទងនឹងជំរើសវិធីផ្សេងៗក្នុងការបំបៅកូន គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ដោយត្រូវផ្អែកទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីអំពីការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក ។ ស្ត្រីកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលសំរេចចិត្តបំបៅកូនត្រូវតែបន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៀត ។
- ដោយសារឱសថ NVP និង PIs ភាគច្រើនបន្ថយនូវកំរិតរបស់ឱសថពន្យាកំណើតក្នុងឈាម គេត្រូវប្រើមធ្យោបាយពន្យាកំណើតផ្សេងៗទៀតជំនួសវិញ (ដូចជា ប្រើស្រោមអនាម័យ) ។ ឥទ្ធិពលរវាងឱសថ EFV និង ការពន្យាកំណើតដោយប្រើ hormonal (ការពន្យាកំណើតប្រភេទចាក់) មិនទាន់កំណត់ច្បាស់នៅឡើយ ដូច្នេះជំរើសផ្សេងទៀតសំរាប់ពន្យាកំណើត (ដូចជា ស្រោមអនាម័យ) គប្បីប្រើផងដែរក្នុងស្ថានភាពនេះ ។

តារាងទី ៦ : ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

លក្ខខណ្ឌជ្រើសរើស	ម្តាយ	ទារក
អាចចាប់ផ្តើមព្យាបាល ចំណាត់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដំណាក់កាលទី ៤ និង ចំនួន CD4 តិចជាង ២៥០ cells/mm[3]	• រូបមន្តព្យាបាល AZT+3TC+NVP[1] • បើមានការស្លេកស្លាំង ត្រូវប្រើ d4T+3TC+NVP	• ប្រើតែមួយដូស NVP នៅពេលសំរាល[2] • ប្រើ AZT រយៈពេល១ សប្តាហ៍[3]
មិនទាន់សមស្របក្នុងការទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬ ប្រសិនបើគ្មាន HAART	• ប្រើ AZT[1] ចាប់ពី សប្តាហ៍ទី ២៨ នៃការមានផ្ទៃពោះ និង ពេលកំពុងសំរាល[4]. • ប្រើ NVP តែ១ ដូសនៅពេលសំរាល	• ប្រើតែមួយដូស NVP នៅពេលសំរាល[2] • ប្រើ AZT រយៈពេល១ សប្តាហ៍[3]

	• ប្រើ AZT+3TC រយៈ ៧ ថ្ងៃ ក្រោយពេលសំរាល	
ម្តាយទទួលការតាមដានក្រោយពេលសំរាល	• វាយតំលៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ តាមដំណើរធម្មតា	• ប្រើតែមួយដូស NVP នៅពេលសំរាល [2] • ប្រើ AZT រយៈពេល៤សប្តាហ៍[3]
[1] មុនចាប់ផ្តើមប្រើ AZT ពិនិត្យ hemoglobin/hematocrit. បើ hemoglobin <90 g/l or hematocrit <33% គឺជំងឺស្លេកស្លាំង ។ ប្រសិនបើ តំរូវឱ្យព្យាបាលដោយ HAART ត្រូវប្រើរូមមន្តព្យាបាលដែលមាន d4T ជាជាងការប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន AZT ។ [2]ប្រើតែមួយដូសនៃ NVP 2mg/kg ក្នុងកំឡុងពេល ៧២ ម៉ោង នៅពេលសំរាល [3]ម្តាយទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ តិចជាង ៤ សប្តាហ៍ នៅពេលមានផ្ទៃពោះ ត្រូវផ្តល់ AZT ដល់ទារករយៈពេល ៤ សប្តាហ៍ ។ [4]ប្រើ AZT 300mg តែម្តងនៅពេលឈឺពោះសំរាល និង រៀងរាល់ ៣ ម៉ោងម្តងរហូតដល់ពេលសំរាលកូន		

៧. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលធ្លាប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីមុនរួចហើយ

ការព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលធ្លាប់ប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីមុន គឺ មានភាពស្មុគ្រស្មាញ ដូចនេះត្រូវតែពិគ្រោះសុំយោបល់ ឬបញ្ជូនអ្នកជំងឺនេះទៅគ្រូពេទ្យជំនាញព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បីមុខរួមបញ្ចូលគ្នាក្នុងពេលវេលាមួយច្បាស់លាស់ និងការបញ្ឈប់ឱសថទាំងអស់ក្នុងពេលដូចគ្នា គឺពុំមានការប្រឈមមុខនឹងភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍នឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ខ្លាំងក្លាពេកទេ ។ ប្រសិនបើមានការវាយតំលៃថា មានការចាំបាច់ក្នុងការចាប់ផ្តើមឡើងវិញនូវការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នោះ គឺត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នាបីមុខ ប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ត្រូវប្រើក្រុមឱសថដែលធ្លាប់ប្រើពីមុន ប្រសិនបើវាសមស្របហើយ ដោយមានតុល្យភាពល្អ និងបានប្រើដោយត្រឹមត្រូវបំផុតនោះ : ចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់ព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NRTI ១ ឬ ២ មុខ ក្នុងរយៈពេលតិចជាងពី ២ ទៅ ៣ខែ នោះ គឺ ត្រូវប្តូរមកប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បីមុខរួមគ្នាវិញ ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់ប្រើឱសថក្រុម NRTI ១ ឬ ២ មុខ ក្នុងរយៈពេលលើសពី ២ ទៅ ៣ខែ ហើយនោះ គឺ មានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍នឹងឱសថនៃក្រុម NRTI ។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺប្រភេទនេះមានភាពស្មុគ្រស្មាញណាស់ ដូចនេះមានវិធីសាស្ត្រមួយគឺត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគតាមរូបមន្ត ព្យាបាលជួរទី១ ។ ប្រសិនបើការព្យាបាលទទួលបរាជ័យនោះគឺត្រូវប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ដែលមានប្រសិទ្ធិភាពបំផុតដែលស្ថិតក្នុងក្រុម NRTI, NNRTI និង/រឺ PI ។ រីឯការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ធ្លាប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍តាមរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នាមិនសមស្របពីមុនគឺត្រូវប្រែប្រួលទៅតាមប្រវត្តិនៃការព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗ ។ ប្រសិនបើគេមិនដឹងថា គេបានព្យាបាលតាមរូបមន្ត ជួរទី១ទេនោះ គេអាចព្យាបាលតាមរូបមន្ត (d4T+3TC+NVP) ប៉ុន្តែត្រូវធ្វើការតាមដានយ៉ាងជិតដល់អំពីការបរាជ័យនៃការព្យាបាលនោះ ។

៨. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និង C

ការពុលថ្លើមដោយសារឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានកើនឡើងប្រហែល៣ដង លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ **B** ឬប្រភេទ **C** ប៉ុន្តែរោគសញ្ញានៃការរលាកថ្លើមនៅតែពុំសូវជួបប្រទះញឹកញាប់ទេ គឺប្រមាណ ១-២% ប៉ុណ្ណោះ ។ ការប្រើឱសថ **NVP** រួមជាមួយឱសថ **d4T+ddI** ត្រូវជៀសវាងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានអង់ហ្ស៊ីមរបស់ថ្លើមមិនធម្មតា គឺមានការកើនឡើង **ALT, AST** រឺ **bilirubin** ។ ឱសថ **3TC** និងឱសថ **TDF** មានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ **B** ប៉ុន្តែជំរើសក្នុងការប្រើឱសថទាំងពីរមុខនេះ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមពុំទាន់មានការបញ្ជាក់ច្បាស់នៅឡើយទេហើយនិងមានការលំបាកក្នុងករណីដែលពុំមានតេស្តជាក់លាក់ (Specific test)។ គេសង្កេតឃើញមានការប្រឈមមុខនឹងការកើនឡើងវិញនូវចំនួនវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ **B** ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ **3TC** ឬ **TDF** ។ មេរោគអេដស៍បានធ្វើឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរប្រវត្តិនៃការឆ្លងមេរោគរលាកថ្លើមដែលបណ្តាលឱ្យមានការវិវត្តន៍ទៅរកជំងឺរលាកថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរមានអត្រាខ្ពស់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងរលាកថ្លើម ។ វត្តមាននៃមេរោគអេដស៍ គឺមានទាក់ទងជាមួយនឹង អត្រាខ្ពស់នៃការវិវត្តន៍ទៅ រកជំងឺក្រិនថ្លើម ។

៩. ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗ

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមជាមួយនឹងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗទៀតក្រៅពីជំងឺរបេង គឺ ពុំទាន់មានការលំបាកទេ ហើយមានការងាយស្រួលនៅក្នុងស្ថានភាពភាគច្រើន ដែលគប្បីពន្យាការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រហូតទាល់តែជំងឺឱកាសនិយមមានសភាពធូរស្រាល ។ មិនត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ដោយប្រើ Cotrimxazole និង NVP ក្នុងពេលជាមួយគ្នាទេ ព្រោះមានការពិបាកក្នុងការកំណត់រកមូលហេតុនៃភាពកន្ទួលស្បែក (Skin rash) ដែលកើតឡើង ។ គួរកត់សំគាល់ថា គេអាចចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយប្រើ គ្រប់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ក្នុងពេលតែមួយបាន ។ ចំពោះជំងឺឱកាសនិយមមួយចំនួនដែលពុំមានការព្យាបាលប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាពទេនោះ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឆាប់រហ័ស គឺអាចមានផលប្រយោជន៍ដែលនាំអោយមានការប្រសើរឡើងវិញនូវ ប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ ។ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមត្រូវអនុវត្តតាម " គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្ដីពីការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម "។

១០ ៹ សកម្មភាពដែលត្រូវធ្វើជាបន្តចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

១០.១. ការគាំទ្រអ្នកជំងឺឱ្យលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (Adherence)

ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (Adherence) ឱ្យបានកំរិតខ្ពស់លើសពី ៩០ភាគរយដោយមិនភ្លេច ឬ ពន្យាពេល ដែលជាកត្តាសំខាន់ក្នុងការទទួលបានជោគជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មិនបានត្រឹមត្រូវ មិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប់ (Poor Adherence) គឺបណ្តាលអោយការព្យាបាលទទួលបរាជ័យដែលនាំអោយមេរោគអេដស៍ស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយបានបន្ថយនូវជំរើសផ្សេងៗនៃការព្យាបាល (Reduce Treatment options) និងបង្កើននូវតំលៃនៃការព្យាបាលផងដែរ ។ ការលេបឱសថ

ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់រៀងរាល់ថ្ងៃ ហើយត្រូវលេបវា អស់មួយជីវិតដែលជាការងារមួយដ៏លំបាក ។ ជាក់ស្តែង គឺពុំមានអ្នកជំងឺណាម្នាក់អាចលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ១០០ភាគរយ អស់មួយជីវិតនោះទេ ។ ការវាយតំលៃពីការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ របស់អ្នកជំងឺអេដស៍ម្នាក់ដោយមន្ត្រីសុខាភិបាលគឺបង្ហាញថា ជាញឹកញាប់ពុំសូវបានអនុវត្តដោយសុក្រិតទេ ។ ដូច្នេះត្រូវចំណាយពេលអោយបានច្រើនក្នុងការគាំទ្រដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ប្រសើរជាងការវាយតំលៃ ។ មធ្យោបាយដ៏ល្អបំផុតសំរាប់គាំទ្រដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ត្រូវផ្តោតលើការដោះស្រាយនូវផលវិបាករបស់អ្នកជំងឺដែលកំពុងលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នេះ ។ គេត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺអេដស៍ទៅចូលក្រុមគាំទ្រ ឬ ក្រុមមិត្តជួយមិត្ត ដើម្បីលើកទឹកចិត្តគាត់អោយស្វែងយល់ពីមិត្តភ័ក្រ្តអំពីការលេបឱសថនេះឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (Adherence Supporter) ហើយគប្បីបញ្ចូលគាត់ទៅក្នុងក្រុមដែលគាំទ្រដោយ ក្រុមថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍តាមផ្ទះផងដែរ ។

ការលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគាត់ មានសារៈប្រយោជន៍ក្នុងការជួយពួកគាត់អោយយល់អំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ និងការព្យាបាលព្រមទាំងអោយគាត់រកឃើញនូវឧបសគ្គនានាដែលរារាំងដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ហើយគាត់អាចរកមធ្យោបាយដើម្បីជំនះនូវរាល់ឧបសគ្គទាំងអស់នេះ ។ ក្រសួងសុខាភិបាលពុំអនុញ្ញាតអោយអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត (ការលេបឱសថ ARV ក្រោមការពិនិត្យដោយផ្ទាល់ភ្នែក) DOT ដោយចុះទៅផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផ្ទាល់ដល់អ្នកជំងឺនៅផ្ទះនោះទេ ពីព្រោះវាពុំមាននិរន្តភាពក្នុងរយៈពេលយូរ ។ ការស្វែងយល់នូវគ្រោះថ្នាក់ និងផលប្រយោជន៍អំពីការបើកចំហអំពីស្ថានភាពនៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗ និងដោយមានការគាំទ្រពីមិត្តភ័ក្តិ និងក្រុមគ្រួសារ គឺជួយជំរុញអោយការលេបឱសថ ARV បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដែលធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងដ៏គួរអោយកត់សំគាល់ ព្រមទាំងកាត់បន្ថយការរើសអើង ។

គេត្រូវរកអោយឃើញ និងបង្ហាញអំពីបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ជាពិសេសអ្នកជំងឺដែលបាក់ទឹកចិត្ត (depression) និងអ្នកជំងឺដែលប្រើប្រាស់នូវសារៈធាតុដែលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ (Harmful substance) ។ ជាការចាំបាច់ផងដែរក្នុងការបន្ថយជាអប្បបរមានូវចំនួនគ្រាប់ឱសថដែលត្រូវឱ្យអ្នកជំងឺលេបក្នុងមួយថ្ងៃៗ ។ ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អាចកាត់បន្ថយនូវការលេបឱសថនេះដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ។ លើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យរាយការណ៍ពីរោគសញ្ញាថ្មីៗដែលកើតឡើងចំពោះពួកគេ ។ រកមើលនូវផលប៉ះពាល់របស់ឱសថ ARV រាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យ និងធ្វើការព្យាបាលអោយបានទាន់ពេលវេលា ។ ផលប៉ះពាល់ ដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ ហើយសំខាន់ គឺ ការចង្អោរ ក្អួត និងរាគ ហើយក្នុងរយៈពេលយូរ នឹងមានដូចការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (Lipodystrophy) ។ ការបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយស្មគ្រ័ចិត្ត ជួនកាលត្រូវបានអនុវត្តចំពោះអ្នកជំងឺដែលមាន Seroconversion illness និង ជំងឺឱកាសនិយមមួយចំនួន ពិសេស ចំពោះអ្នកជំងឺទាំងឡាយណាដែលមាន CD4 ទាប ។ ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ គឺចាំបាច់ត្រូវអនុវត្តរយៈពេលយូរ ដូចនេះ ត្រូវការពិភាក្សាអំពីប្រធានបទនេះរាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យ ។

១០.២. ការតាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ :

- គ្រប់អ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវមកពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យអំពីការលេបឱសថ និងបញ្ហាសុខភាព នៅ:
  - ៤សប្តាហ៍ (២សប្តាហ៍ប្រសិនបើប្រើ NVP) បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
  - រៀងរាល់ខែរហូតដល់អ្នកជំងឺយល់អំពីឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងពុំមានបញ្ហាសុខភាពថ្មីៗទៀតឡើយ
  - បន្ទាប់មកត្រូវមកពិនិត្យជារៀងរាល់ខែ យ៉ាងតិច៣ខែដើម្បីទទួលឱសថ និងពិភាក្សាអំពីការលេបឱសថអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ និងរោគសញ្ញាថ្មីៗ ជាមួយសមាជិកផ្សេងៗទៀតនៃក្រុមអ្នកជំងឺដែលបានទទួលការព្យាបាល ។
- សូមសង្កត់ធ្ងន់ទៅលើអ្នកជំងឺដែលកំពុងលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នូវសារៈសំខាន់នៃការរាយការណ៍អំពីរោគសញ្ញាថ្មីៗអោយបានឆាប់រហ័សតាមដែលអាចធ្វើបាន ។ គ្រូពេទ្យត្រូវសួរ និងពិនិត្យរកមើលរោគសញ្ញាកើតមានថ្មីៗរាល់ពេលពិនិត្យ និងកំណត់រកមើលឱ្យឃើញថា :
  - ជំងឺកើតមានថ្មីដោយរាប់បញ្ចូលជំងឺឱកាសនិយមមួយ (សូមអានតារាងទី ២)
  - ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថ
  - ជំងឺមួយចំនួនដែលកើតមានដោយសារការកើនឡើងវិញនៃប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ (Immune Reconstitution)
- ការតាមដានយ៉ាងទៀងទាត់នូវតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន គឺចាំបាច់មុនពេល និងកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (សូមអានតារាងទី៥) ។ តេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាច្រើនបន្ថែមទៀត ត្រូវធ្វើនៅពេលដែលមានរោគសញ្ញាចាំបាច់ ។

១០.៣. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម :

បើទោះជាការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានទទួលលទ្ធផលល្អ ក៏ជំងឺឱកាសនិយមនៅតែអាចកើតមាន ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីអំពីការព្យាបាល និងថែទាំ មនុស្សពេញវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ។

១០.៤. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ :

ការពន្យល់ដល់អ្នកជំងឺដែលកំពុងលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អំពីផលប៉ះពាល់ដែលតែងតែជួបប្រទះជាញឹកញាប់ ជាភារៈកិច្ចសំខាន់របស់អ្នកទទួលបន្ទុកព្យាបាល និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ។ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាទូទៅតែងកើតមាននៅក្នុងរយៈពេលពី ២-៣សប្តាហ៍ដំបូង ដែលជាទូទៅមិនធ្ងន់ធ្ងរ និងអាចធូរស្រាលទៅវិញបន្ទាប់ពីការព្យាបាលមានរយៈពេលប្រហែលមួយខែក្រោយមក ។ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ផលប៉ះពាល់អាចកើតមានគ្រប់ពេល និងអាចមានសភាព ធ្ងន់ធ្ងរផងដែរ (សូមមើលតារាងទី៦ និង តារាងទី១០ សំរាប់ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍) ។

១០.៥. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមួយចំនួនដែលកើតមានក្រោយពីមានការកើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ (Immune Reconstitution)៖

រោគសញ្ញា (Symptoms) និងសញ្ញាគ្លីនិក (Signs) នៃជំងឺជាច្រើនដែលបានកើតឡើងនៅពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺបណ្តាលមកពីប្រតិកម្មរបស់ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ ។ នៅពេលដែលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានពង្រឹងលើប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយទៅនឹងជំងឺឱកាសនិយមនានា នោះវាបង្កជារោគសញ្ញាផ្សេងៗជាច្រើនដូចជា:

- ការប្រែក្លាយពី មិនមានរោគសញ្ញានៃជំងឺឱកាសនិយមពីមុនមក ទៅជាមានរោគសញ្ញា
- បង្ហាញអោយឃើញថារោគសញ្ញានៃជំងឺមួយចំនួនប្រែទៅជាធ្ងន់ធ្ងរបើទោះជាការព្យាបាលបានទទួលជោគជ័យក៏ដោយ ។

រោគសញ្ញាទាំងនេះមិនមែនគ្រាន់តែជាលទ្ធផលនៃជំងឺ ឬប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយតែឯកឯងប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែវាក៏ជាអន្តរកម្មរវាងបញ្ហាទាំងពីរខាងលើនេះដែរ។ ជាទូទៅវាច្រើនកើតមានក្នុងអំឡុងពេល ពីរ ឬបីសប្តាហ៍ដំបូងនៃការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ប៉ុន្តែវាក៏អាចកើតមានគ្រប់ពេលក្នុងអំឡុងពេលពី ៣ ទៅ ៦ខែ ហើយកំរនឹងកើតមានឡើងនៅពេលក្រោយមកទៀត ។

ជំងឺរបេង ជាជំងឺសំខាន់បំផុតដែលបណ្តាលមកពីកើនឡើងវិញនៃប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ (Immune reconstitution) ។ ជួនកាលគេហៅថា "ប្រតិកម្មប៉ារ៉ាដុកស៊ីកាល់ (Paradoxical reaction)" ដែលគេជួបប្រទះផងដែរនៅលើអ្នកគ្មានមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង ។ ជាទូទៅរោគសញ្ញាដែលតែងជួបប្រទះ រួមមាន ក្តៅខ្លួន និងមានការរីករាលដាលដំបៅដែលបណ្តាលមកពីជំងឺរបេង ជាពិសេស ការឡើងកូនកណ្តុរ ការរលាកសួត (Pulmonary infiltrates) ការស្ទះបង្ហូរនោម រឺ ជំងឺប្រពន្ធ័សរសៃប្រសាទ ។

ចំណុចសំខាន់ៗនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើភាពខុសគ្នារវាងជាតិពុលរបស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬ ការបរាជ័យនៃការព្យាបាលជំងឺរបេងដែលបណ្តាលមកពីភាពស៊ាំរបស់ឱសថ ឬការលេបឱសថមិនត្រឹមត្រូវ មិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប់នោះគឺជាការពិបាក ។

វិធីសាស្រ្តទូទៅសំរាប់ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាល IRIS គឺ :

- បន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ចាប់ផ្តើម រឺ បន្តការព្យាបាលទៅតាមរោគសញ្ញានៃជំងឺនានា
- ផ្តល់ការព្យាបាលរយៈពេលខ្លីនូវក្រុមឱសថ Corticosteroids ប្រសិនបើរោគសញ្ញាក្លាយជាធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា ហត់ រោគសញ្ញាប្រពន្ធ័សរសៃប្រសាទ ស្ទះតំរងនោម (Renal obstruction)។ Non-steroidal anti-inflammatory agent អាចប្រើប្រាស់ដើម្បីកាត់បន្ថយរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការរលាកដូចជាការរលាកកូនកណ្តុរ និងគ្រុនក្តៅ ។

តារាងទី ៧ : ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថ និង ក្រុមឱសថ	ចំណាត់ថ្នាក់នៃផលប៉ះពាល់ តាមក្រុមឱសថនិមួយៗ	ចំណាត់ថ្នាក់នៃផលប៉ះពាល់ របស់ឱសថនិមួយៗ				
		ស្បែក	ឈាម	ប្រដាប់រំលាយអាហារ	ប្រព័ន្ធសសៃប្រសាទ	ផ្សេងៗ
Zidovudine (ZDV or AZT)			- ស្លេកស្លាំង - ថយចុះគ្រាប់ឈាមស	ចង្អោរ (ញឹកញាប់)	- ឈឺក្បាល (ញឹកញាប់) - ជំងឺសាច់ដុំ - ជំងឺបេះដូង	
Stavudine (d4T)	-ការបាត់បង់នៃជាតិខ្លាញ់ -ឡើងជាតិអាស៊ីត ឡាក់ទិក - ពុលថ្លើម			- រលាកលំពែង (កំរ) - ពុលថ្លើម	-រលាកសសៃប្រសាទសើស្បែក Guillain-Barre like syndrome	- បាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ - ឡើងជាតិអាស៊ីត ឡាក់ទិក
Lamivudine (3TC)			ថយចុះគ្រាប់ឈាមស (កំរ)	រលាកលំពែង (កំរ)	-រលាកសសៃប្រសាទសើស្បែក(កំរ) -ឈឺក្បាល (មិនសូវញឹក ញាប់)	មិនមានផលប៉ះពាល់ធំដុំទេ
Didanosine (ddI)				រលាកលំពែង រាគ ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ	រលាកសសៃប្រសាទសើស្បែក Peripheral neuropathy	
Abacavir (ABC)						ប្រតិកម្ម (Hypersensitivity s^d)
Tenofovir (TFV or TDF)						មិនមានផលប៉ះពាល់ធំដុំទេ
Nevirapine (NVP)	កន្ទួលស្បែក (Rash) រលាកថ្លើម	កន្ទួលស្បែក		រលាកថ្លើម		ប្រតិកម្ម (Hypersensitivity s^d)

Efavirenz (EFV)		កន្ទួលស្បែក		រលាកថ្លើម	រលាកប្រពន្ធ័សសៃប្រសាទញ៉ឹកញាប់	*ប៉ះពាល់ដល់ទារក ក្នុងផ្ទៃ (Teratogenicity)*
Nelfinavir (NFV)	- ការប្រែប្រួលជាតិខ្លាញ់ - ស៊ាំនឹងជាតិ Insulin និង ជំងឺទឹកនោមផ្អែម - ឡើងជាតិ ខ្លាញ់ ក្នុងឈាម - រលាកថ្លើម - ការប្រែប្រួលនៃឆ្អឹង - កើនឡើងនូវ ការហូរឈាមចំពោះជំងឺ hemophiliacs	កន្ទួលស្បែក		រាគ ឈឺពោះ		
Indinavir + Ritonivir (IDV/r)		- ជ្រុះសក់ - ស្ងួតស្បែក និងបបូរមាត់		- ឡើងជាតិ bilirubine ក្នុងឈាម - Oesophageal reflux	ស្ពឹក	គ្រួសតំរងនោម
Lopinavir + Ritonavir (LPV/r)				រាគ	ស្ពឹក	ឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម
Saquinavir + Ritonavir (SQV/r)				- ចង្អោរ - រាគ	- ឈឺក្បាល - ស្ពឹក	

១១. កាត់បន្ថយជាអតិបរិមានូវការកើនឡើងនៃភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍:

ការកើនឡើងនៃភាពស៊ាំរបស់មេរោគទៅនឹងឱសថ គឺ ជាផលវិបាកដែលមិនអាចជៀសរួចចំពោះការព្យាបាលជំងឺឆ្លងមួយចំនួន ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាអំណះអំណាងគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការបញ្ឈប់ការព្យាបាលទេ ។ ភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ចំពោះឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានកាត់បន្ថយនូវប្រសិទ្ធិភាពនៃការព្យាបាល និងបង្កើនថ្លៃព្យាបាល ហើយមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំនឹងឱសថអាចឆ្លងទៅអ្នកដទៃទៀតផង ។ ដូចនេះការផ្តល់ការគាំទ្រដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence) គឺជាមធ្យោបាយប្រសើរក្នុងការកាត់បន្ថយភាពស៊ាំ ពីព្រោះ adherence ទាបជាមូលហេតុចំបងនាំឱ្យមានភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ ទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (សូមអានផ្នែក ១០.១) ។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មិនសមស្របដោយអ្នកដែលមិនបានបណ្តុះបណ្តាលជំនាញនេះ ក៏ជាមូលហេតុដ៏សំខាន់នៃភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ចំពោះឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នេះផងដែរ ។ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រូវតែមានវេជ្ជបញ្ជាចេញដោយក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដែលបានបណ្តុះបណ្តាលរួចហើយតែប៉ុណ្ណោះ ដែលធានាបានយ៉ាងត្រឹមត្រូវក្នុងការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នេះ ដូចជា ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលត្រឹមត្រូវ កំរិតប្រើរបស់ឱសថ ការតាមដាន ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ និងការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដ៏សមស្រប ។

ក្រសួងសុខាភិបាលមិនអនុញ្ញាតអោយប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមានប្រសិទ្ធិភាពតិចជាងបីមុខរួមគ្នាទេ ។ ប្រសិនបើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ណាមួយត្រូវបានបញ្ឈប់នោះ គឺត្រូវបញ្ឈប់គ្រប់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់រហូតដល់ពេលដែលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ត្រូវបានចាប់ផ្តើមឡើងវិញ ។ គេត្រូវបន្តប្រើប្រាស់ក្រុម NRTIs ពី ១០ ទៅ ១៤ ថ្ងៃ ក្រោយពេលបញ្ឈប់ NVP ឬ EFV ពីព្រោះរយៈពេលដែល NVP/EFV បន្តនៅក្នុងឈាមមានរយៈពេលវែងជាងក្រុម NRTIs ។

ការកាត់បន្ថយនូវការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថនេះ គឺជាយន្តការមួយដ៏សំខាន់ណាស់ក្នុងការកាត់បន្ថយការរីករាលដាលនៃ មេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នោះ។ ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ជាប់លាប់ និង ទៀងទាត់ គឺជាកត្តាសំខាន់ផងដែរក្នុងការកាត់បន្ថយនូវចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម និងសារធាតុរាវពីរាងកាយ និងបន្ថយនូវភាពគ្រោះថ្នាក់នៃការចំលងមេរោគអេដស៍ ។

១២ . ផ្តល់ការគាំទ្រ ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ :

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍តែឯកឯង គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ទេ ព្រោះថា ជោគជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក៏អាស្រ័យផងដែរទៅលើវិធីសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដូចជា :

- ការគាំទ្រផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ : ការគាំទ្រផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ នៅពេលដែលអ្នកជំងឺជួបប្រទះការលំបាក គឺអាចទទួលបានលទ្ធផលល្អយូរអង្វែង
- ការគាំទ្រផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ : មានអ្នកជំងឺជាច្រើនដែលអាចមានលទ្ធភាពទទួលសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែមិនមានចំណីអាហារគ្រប់គ្រាន់ទេ ។ ចំណុចនេះគួរតែត្រូវបានយកចិត្តទុកដាក់ដល់គ្រប់អ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
- ការគាំទ្រផ្នែកសង្គម និងហិរញ្ញវត្ថុអាចជួយអ្នកជំងឺអេដស៍ឱ្យកាន់តែមាំមួនឡើង ។ ការបង្កើតមុខរបរដើម្បីបង្កើនប្រាក់ចំណូល និងការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីឱ្យពួកគេមានភាពម្ចាស់ការលើផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចអាចជាការងារសំខាន់ផងដែរ ។

ការទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងសេវាដែលមានស្រាប់ គឺជាកត្តាសំខាន់នៃជោគជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាពិសេស ជាមួយក្រុមថែទាំជំងឺអេដស៍តាមផ្ទះ និងក្រុមមិត្តគាំទ្រមិត្តរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ មានចែងក្នុងគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការថែទាំ និងព្យាបាលបន្តដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលជាមធ្យោបាយសំរាប់ផ្សារភ្ជាប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៅក្នុងវិធីសាស្ត្រថែទាំព្យាបាលបន្តគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ។

១៣ ~ គាំទ្រការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត និង បើកចំហរអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ :

ពេលវេលាដែលសមស្រប ដើម្បរកឱ្យឃើញនូវការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ គឺនៅក្នុងរយៈពេល ២ ឬ ៣ខែ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ដូចនេះ គេត្រូវសួរអំពីការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ផែនការពន្យារកំណើត និងការប្រើប្រាស់ឱសថពន្យារកំណើត ។ គេត្រូវគាំទ្រឱ្យមានការអនុវត្តន៍សុវត្ថិភាពផ្លូវភេទជាវៀងរហូត ។

គេត្រូវពង្រឹងការអប់រំដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដោយផ្តោតលើ :

- មិនគប្បីផ្តល់ឈាម ឬសារធាតុរាវទៅអោយអ្នកដទៃទេ
- មិនត្រូវអោយអ្នកដទៃប្រើប្រាស់នូវម្ជុល ឬវត្ថុមុតស្រួចដែលបានប្រើរួចហើយនោះទេ

រកឱ្យឃើញនូវគ្រោះថ្នាក់ និងផលចំណេញពីការបើកចំហនូវស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់នរណាម្នាក់ រួមទាំងចំពោះដៃគូរួមភេទរបស់ពួកគេផងដែរ ។ វាជាការខុសឆ្គងមួយក្នុងការធានាថា ពុំមានអ្នកដទៃណាម្នាក់ទៀតដែលទទួលរងនូវការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីអ្នកជំងឺរបស់យើងឡើយ និងផ្តល់ការគាំទ្រយ៉ាងធំធេងពីការបើកចំហស្ថានភាពនៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍នេះ ប៉ុន្តែករណីនេះត្រូវមានតុល្យភាពជាមួយ នឹងការប្រឈមមុខនឹងការរើសអើង ឬមើលងាយនៅថ្ងៃខាងមុខ ។

១៤ ~ ការផ្លាស់ប្ដូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងពេលព្យាបាល :

១៤.១. ផ្លាស់ប្ដូរមុខឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់:

បើតំរូវឱ្យមានការផ្លាស់ប្ដូរមុខឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ណាមួយ គេត្រូវផ្លាស់មុខឱសថទាំងអស់នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាល ។ ប៉ុន្តែបន្តប្រើប្រាស់ NRTIs រយៈពេល ១០-១៤ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពី NVP ឬ EFV ត្រូវបានបញ្ឈប់ពីព្រោះ រយៈពេលដែល NVP/EFV បន្តនៅក្នុងឈាមយើងមានរយៈពេលវែងជាង NRTIs ។ ដើម្បីអោយបានច្បាស់អំពីបញ្ហានេះ ត្រូវមើល " រោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ " (សូមអានតារាងទី ៨ ខាងក្រោម និង តារាងទី ៦ ឧបសម្ព័ន្ធទី ២ និង តារាង ១០ សំរាប់ព័ត៌មានលំអិត) ។

តារាងទី ៨ : ការផ្លាស់ប្ដូរមុខឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់ (ARV side effect)

ឱសថ	ផលប៉ះពាល់	ដំណោះស្រាយភ្លាមៗ	ដំណោះស្រាយពេលអនាគត
NRTI	-ការផ្លាស់ប្ដូរ-បាត់បង់ស្រទាប់ខ្លាញ់	ពិចារណាក្នុងការប្ដូរ NRTI (d4T រឺ ddI រឺ AZT) ទៅ ABC	អាចប្រើឱសថទាំងនេះម្ដងទៀតបាន ប៉ុន្តែនឹង ធ្វើឱ្យការបាត់បង់ស្រទាប់ខ្លាញ់ ប្រែជាធ្ងន់ធ្ងរ
	- ឡើងជាតិអាស៊ីត ឡាក់ទិក	ត្រូវប្ដូរ NRTI ទៅ ABC រឺ TDF	ព្យាយាមជៀសវាង ការប្រើ AZT, d4T រឺ ddI ម្ដងទៀត
AZT	- ស្លេកស្លាំង (Hb<80 g/l or fall > 25%)	ត្រូវប្ដូរ AZT ទៅ d4T	មិនត្រូវប្រើ AZT ម្ដងទៀតទេ
	- ថយចុះគ្រាប់ ឈាមស (neutrophils < 1.0x10^6/l)	ត្រូវប្ដូរ AZT ទៅ d4T	មិនត្រូវប្រើ AZT ម្ដងទៀតទេ
d4T	-រលាកសសៃ ប្រសាទសើស្បែក (Peripheral neuropathy): មធ្យម-ធ្ងន់ធ្ងរ	ត្រូវប្ដូរ d4T ទៅ AZT	មិនត្រូវប្រើ d4T ម្ដងទៀតទេ
ddI	- រលាកលំពែង -រលាកសសៃប្រសាទសើស្បែក	ត្រូវប្ដូរ ddI ទៅ NRTI ផ្សេងទៀត ក្រៅពី d4T	មិនត្រូវប្រើ ddI ម្ដងទៀតទេ
ABC	- ប្រតិកម្ម (Hypersensitivity Syndrome)	ត្រូវប្ដូរ ABC ទៅឱសថ ARV ផ្សេង ទៀតអាស្រ័យទៅតាមប្រវត្តិនៃការប្រើឱសថ ARV ពីមុនមក	មិនត្រូវប្រើ ddI ម្ដងទៀតទេ ព្រោះអាចមាន គ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ

NVP	- កន្ទួលស្បែកៈ មធ្យម-ធ្ងន់ធ្ងរ (eg bullae, "wet")	ត្រូវប្តូរ NVP ទៅ EFV	មិនត្រូវប្រើ NVP ម្តងទៀតទេ
	- កន្ទួលស្បែកៈ ធ្ងន់ធ្ងរដែលមានផលវិបាក [complicated (mucosal involvement or fever)]	ត្រូវប្តូរ NVP ទៅ PI រឺ ABC	មិនត្រូវប្រើ NVP រឺ EFV ម្តងទៀតទេ
	- រលាកថ្លើម	ផ្លាស់ប្តូរ NVP ទៅ EFV	មិនត្រូវប្រើ NVP ម្តងទៀតទេ
	- រលាកថ្លើមៈ ធ្ងន់ធ្ងរ គំរាមកំហែងដល់ជីវិត	ផ្លាស់ប្តូរ NVP ទៅ PI រឺ ABC	មិនត្រូវប្រើ NVP រឺ EFV ម្តងទៀតទេ
EFV	ឥទ្ធិពលលើប្រពន្ឋ័សសៃប្រសាទៈ ធ្ងន់ធ្ងរ	ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ NVP	មិនត្រូវប្រើ EFV ម្តងទៀតទេ
	-ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (ប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ)	ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ NVP	អាចប្រើ EFV ម្តងទៀតបាន ពេលដែលគ្មានផ្ទៃពោះ
PI	ផលវិបាក Metabolic complications (hyperglycaemia, hyperlipidaemia) – uncontrolled	ត្រូវប្តូរ PI ទៅ non-PI ប្រសិនបើមិនអាចគ្រប់គ្រងបាន	ជៀសវាង ការប្រើ PI ម្តងទៀត ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន
NFV	រាគ ធ្ងន់ធ្ងរ រឺ ជាប្រចាំ	ត្រូវប្តូរ NFV ទៅ non-PI ប្រសិនបើមានលទ្ធភាព (ឬ PI/r)	ជៀសវាង ការប្រើ NFV ម្តងទៀត ប្រសិនបើ អាចធ្វើបាន
IDV	គ្រួសនៅតំរងនោម - repeated	ផ្លាស់ប្តូរ IDV ទៅ PI ផ្សេងទៀត ឬ ឱសថ ARV ផ្សេងទៀត	មិនត្រូវប្រើ IDV ម្តងទៀតទេ ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន

១៤.២. ផ្លាស់ប្តូរមុខឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយសារការព្យាបាលទទួលបរាជ័យៈ

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទទួលបរាជ័យ គឺបណ្តាលមកពីកត្តាផ្សេងៗមានជាអាទិ៍ :

១៤.២.១. កត្តាគ្លីនិក (Clinical failure)

- អ្នកជំងឺអេដស៍កើតមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកថ្មី ឬជំងឺផ្សេងៗបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (ជំងឺឱកាសនិយម ឬជំងឺមហារីកស្បែក (malignancy) បន្ទាប់ពីព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានរយៈពេល ៣ខែមក (អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានផ្តល់អនុសាសន៍លើការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍តាមរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ គប្បីមាន រយៈពេលពី ៦ ទៅ ១២ខែដើម្បីដឹងពី បរាជ័យកត្តាគ្លីនិក) (សូមមើលតារាងទី ១០ ផងដែរ) ដែលបញ្ជាក់ពីការវិវត្តទៅមុខនៃសភាពជំងឺ ។

១៤.២.២. កត្តាប្រពន្ធ័ការពារសារពាង្គកាយ (Immunological failure)

- ពុំមានការកើនឡើងនូវចំនួនកោសិកា CD4 ពី 20-25 cells/mm^3 ក្នុងកំឡុង ១២ខែ ដំបូងនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
- ការធ្លាក់ចុះនូវចំនួនកោសិកា CD4 ដែលពិនិត្យឃើញមុនពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល (pre-therapy baseline) ឬមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង មុនពេលព្យាបាលដោយមិនមានជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗ ដើម្បីពន្យល់ពីការថយចុះនេះ ។
- ការថយចុះលើសពី ៥០% ធៀបនឹងចំនួន CD 4 ដែលឡើងខ្ពស់ជាងគេនៅពេលព្យាបាល ដោយគ្មានជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗ បញ្ជាក់ពីការថយចុះនេះ ។

១៤.២.៣. កត្តាវីរុសសាស្រ្ត (Virological failure)

នៅតែមានមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម បញ្ជាក់ដោយការធ្វើតេស្ត viral load ។

មូលហេតុនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទទួលបរាជ័យដូចរៀបរាប់ខាងលើ តំរូវអោយមានការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ នេះជាការសំរេចចិត្តដ៏ស្មុគស្មាញមួយ ដែលចាំបាច់ត្រូវសុំយោបល់ពីអ្នកជំនាញឯកទេសដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ សូមមើលតារាងទី ៩ និង១៣ខាងក្រោម ។

តារាងទី ៩ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលចំពោះអ្នកជំងឺដែលសង្ស័យថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រូវបរាជ័យដោយកត្តាគ្លីនិក

Scenario	រយៈពេលចាប់ផ្តើម	ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ	ការព្យាបាល
លេចចេញនូវជំងឺឱកាសនិយមដែលទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ថ្មីៗឬសារចុះសារឡើង	តិចជាង ៣ ខែ	• គ្មានការព្យាបាលបរាជ័យ • អាចបណ្តាលមកពីៈ o IRD/IRIS o ការកើតឡើងជំងឺឱកាសនិយម ដោយសារតែការថយចុះចំនួន CD4	• ត្រូវព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ • ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ anti-inflammatory ប្រសិនបើ រោគសញ្ញា ដែលបណ្តាលមកពី ជំងឺរបេងទាក់ទងនឹង IRD/IRIS. • បន្តការព្យាបាលដោយឱសថ ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនប្តូររូបមន្តព្យាបាល
លេចចេញនូវជំងឺឱកាសនិយមដែលទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ថ្មីៗឬសារចុះសារឡើង	៣-៦ខែ	• អាចបណ្តាលមកពីៈ o IRD/IRIS o ការកើតឡើងជំងឺឱកាសនិយម ដោយសារតែការថយចុះចំនួន CD4 o បរាជ័យក្នុងការព្យាបាល	• ត្រូវព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ • ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ anti-inflammatory ប្រសិនបើ រោគសញ្ញា ដែលបណ្តាលមកពី ជំងឺរបេងទាក់ទងនឹង IRD/IRIS. • បន្តការព្យាបាលដោយឱសថ ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនប្តូររូបមន្តព្យាបាល

			• ពិនិត្យសភាពគ្លីនិក និង ចំនួនកោសិកា CD4 ក្រោយពេលព្យាបាលមួយរយៈ ។ ប្រសិនបើ CD4 កើនឡើង និង សភាពគ្លីនិកប្រសើរឡើង ដូច្នេះ អាចមិនមែនបណ្តាលមកពីការព្យាបាលបរាជ័យទេ ។
ការចាត់តាមអង្គការសុខភាពពិភព លោក ដំណាក់កាល ទី២	លើសពី ៦ ខែ	• អាចបណ្តាលមកពី: o ជំងឺស្រាលៗមួយចំនួន o IRD/IRIS ជួបប្រទះដោយកំរ ក្រោយការព្យាបាលបាន ៦ ខែ o ការព្យាបាលបរាជ័យ ជាពិសេសមកពី PPE	• ត្រូវព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ • ពិនិត្យសភាពគ្លីនិក និង ចំនួនកោសិកា CD4 ក្រោយពេលព្យាបាលមួយរយៈ ។ ប្រសិនបើ CD4 កើនឡើង និង សភាពគ្លីនិកប្រសើរឡើង ដូច្នេះ អាចមិនមែនបណ្តាលមកពី ការព្យាបាលបរាជ័យទេ ។
ការចាត់ថ្នាក់តាមអង្គការសុខភាពពិភពលោក ដំណាក់កាលទី៣/៤ លើកលែងតែជំងឺរបេង	លើសពី ៦ ខែ	• បញ្ហានេះអាចកើតឡើងនៅពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជោគជ័យ ទោះបីចំនួនកោសិកា CD4 នៅទាបក៏ដោយ • អាចបណ្តាលមកពី: o ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំនៅតែចុះខ្សោយ o ការព្យាបាលបរាជ័យ IRD/IRIS ជួបប្រទះដោយកំរ ក្រោយការព្យាបាលបាន ៦ ខែ	• ត្រូវព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ • ពិនិត្យសភាពគ្លីនិក, ចំនួនកោសិកា CD4, និង តេស្ត Viral Load ក្រោយពីការព្យាបាលមួយរយៈ ។
ជំងឺរបេង នៅគ្រប់ ទំរង់	លើសពី ៦ ខែ	• ជំងឺរបេងអាចកើតមានដោយមិនទាក់ទងនឹងចំនួនកោសិកា CD4 និង មុខងាររបស់ភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយទេ អាចបណ្តាលមកពី: o ការប្រឈមមុខនឹងការ	• ត្រូវព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមទងនឹងជំងឺអេដស៍ • ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ anti-inflammatory ប្រសិនបើ រោគសញ្ញា ដែលបណ្តាលមកពី ជំងឺរបេង ទាក់ទងនឹង IRD/IRIS. • ពិនិត្យសភាពគ្លីនិក, ចំនួនកោសិកា CD4 តេស្ត Viral Load ក្រោយពីការព្យាបាលមួយរយៈ

		ឆ្លងមេរោគរបេងខ្ពស់ នៅប្រទេសកម្ពុជា o IRD/IRIS ជួបប្រទះ ដោយកំរ ក្រោយការ ព្យាបាលបាន ៦ ខែ o ការព្យាបាលបរាជ័យ	

តារាងទី ១០ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលចំពោះអ្នកជំងឺដែលសង្ស័យថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រូវបរាជ័យ ដោយកត្តាប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ

Scenario	**រយៈពេលនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍**	**ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ**	**សកម្មភាព**
កំណើន កោសិកា CD4 តិចជាង ២៥-៥០ cells/mm^3 នៅក្នុងរយៈពេល ១២ ខែតំបូង នៃការព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍	១២ ខែ	• អាចបណ្តាលមកពីៈ o ការព្យាបាលបរាជ័យ o ការឆ្លើយតបធម្មតានៅ លើមនុស្សចាស់ o កំហុសរបស់បច្ចេកទេស មន្ទីរពិសោធន៍	• ពិនិត្យសភាពគ្លីនិក, ចំនួនកោសិកា CD4 • ប្រសិនបើការឆ្លើយតបគ្លិនិកទៅនឹង ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍ តិចតួច ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral Load
ការថយចុះ កោសិកា CD4 តិចជាងចំនួន កោសិកា CD4 មុនពេលព្យាបាល	លើសពី ៦ ខែ	• អាចបណ្តាលមកពីៈ o ការព្យាបាលបរាជ័យ o មានជំងឺកើតឡើងសារចុះសារឡើង o កំហុសបច្ចេកទេស មន្ទីរពិសោធន៍	• ពិនិត្យ ចំនួនកោសិកា CD4 ប្រសិនបើ បានធ្វើតេស្ត CD4 នៅពេលពិនិត្យជំងឺលើកមុន • ក្រោយបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ពី ចំនួន CD4 ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral Load
ការថយចុះ កោសិកា CD4 ៥០% ធៀបនឹង	លើសពី ៦ ខែ	• អាចបណ្តាលមកពីៈ o ការព្យាបាលបរាជ័យ o មានជំងឺកើតឡើងសារចុះសារឡើង	• ពិនិត្យ ចំនួនកោសិកា CD4 ប្រសិនបើ បានធ្វើតេស្ត CD4 នៅពេលពិនិត្យជំងឺលើកមុន

ចំនួន កោសិកា CD4 ដែលបាន ឡើងខ្ពស់ដល់ កំពូល		o កំហុសបច្ចេកទេស មន្ទីរពិសោធន៍	• ក្រោយបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ពី ចំនួន CD4 ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral Load
ការថយចុះចំនួន CD4	លើសពី ៦ ខែ	• អាចបណ្តាលមកពីៈ o ការឆ្លើយតបធម្មតានៅ លើមនុស្សចាស់ o ការព្យាបាលបរាជ័យ o កំហុសបច្ចេកទេស មន្ទីរពិសោធន៍	• ពិនិត្យ ចំនួនកោសិកា CD4 ប្រសិនបើ បានធ្វើតេស្ត CD4 នៅពេលពិនិត្យជំងឺលើកមុន • ក្រោយបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ពី ចំនួន CD4 ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral Load

តារាងទី ១១ : លក្ខខ័ណ្ឌក្នុងការសុំធ្វើតេស្ត Viral Load

មនុស្សពេញវ័យ
•មានកើតសារចុះសារឡើង នៃការចាត់ថ្នាក់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក នៅដំណាក់កាលទី ៣ ឬ ទី ៤ រួមមានជំងឺ របេងនៅគ្រប់ទំរង់ ក្រោយពី ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍ រយៈពេល ៦ ខែ • កំណើន កោសិកា CD4 តិចជាង ២៥-៥0 Cells/mm³ នៅក្នុងរយៈពេល ១២ ខែតំបូង នៃការព្យាបាលដោយឱសថ ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (សូមមើល ឧបសម្ព័ន្ធទី ៥, រូបភាពទី ១) • ការថយចុះ កោសិកា CD4 តិចជាងចំនួន កោសិកា CD4 មុនពេលព្យាបាល ដោយគ្មានមូលហេតុ •ការថយចុះ កោសិកា CD4 ៥0% ធៀបនឹង ចំនួន កោសិកា CD4 ដែលបាន ឡើងខ្ពស់ដល់កំពូល ដោយគ្មានមូលហេតុ • ត្រូវស្នើសុំធ្វើតេស្ត viral load គ្រប់ករណីដែលបណ្តាលឱ្យ ថយចុះចំនួន CD4

តារាងទី ១២ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលចំពោះអ្នកជំងឺដែលសង្ស័យថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រូវបរាជ័យ ដោយកត្តាវីរុសសាស្ត្រ (Virological failure)

តេស្ត viral load នៅតែរកឃើញមេរោគអេដស៍	តិចជាង ៤ ខែ	• គ្មានការព្យាបាលបរាជ័យ • ការថយចុះ viral load នៅក្រោមក៏វិតដែលអាច មើលឃើញ អាចកើតមានឡើងនៅ ៤ ខែ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល	• បន្តការព្យាបាលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនផ្លាស់ប្តូរមុខឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
តេស្ត viral load នៅតែរកឃើញមេរោគអេដស៍	លើសពី ៤ ខែ	• អាចបណ្តាលមកពីៈ o ការបរាជ័យដោយកត្តាវិរុសសាស្ត្រ o If < 500 c/ml then may be a 'blip'.*	• ពិនិត្យសភាពគ្លីនិក, និង ចំនួនកោសិកា CD4 • បរាជ័យក្នុងការព្យាបាលកើតមានឡើង នៅពេលដែលមានបរាជ័យទាំងគ្លីនិក និង ប្រព័ន្ធការពារសារពាង្គកាយ • បរាជ័យវីរុសសាស្ត្រ កើតមានឡើង នៅពេលដែលសភាពគ្លីនិកបានប្រសើរឡើង និង ការកើនឡើងចំនួនកោសិកា CD 4

*A HIV viral load 'blip' is a single 'detectable' result below 500 c/ml followed by an 'undetectable' result. It is due to normal biological and statistical variation and has no clinical significance.

តារាងទី ១៣ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបញ្ជាក់ ថាការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ទទួលបរាជ័យ

ជំហានដែលត្រូវធ្វើ	សកម្មភាព
ជំហានទី ១	• ធ្វើការសំរេចចិត្តប្រសិនបើច្បាស់ថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទទួល បរាជ័យ
ជំហានទី ២	• ធ្វើការសំរេចចិត្តអំពីអ្វីដែលទំនងជាមូលហេតុនៃការព្យាបាលទទួលបរាជ័យ : o ធ្វើការវាយតំលៃអំពីការលេបឱសថ ARV ដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ : • ពិភាក្សាអំពី ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ ដោយមិនធ្វើការរំខាន • សាកសួរអំពី ការផ្តល់ប្រឹក្សា និង មិត្តគាំទ្រមិត្ត • វាយតំលៃព័ត៌មានបន្ថែម ការចូលមកពិនិត្យគ្លីនិក ការឆ្លើយតបទៅនឹងសំនួរទាក់ទងនឹងការលេបឱសថត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ ការរាប់ចំនួនចំនួនគ្រាប់ឱសថ o ធ្លាប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ o ក៏វិតដូសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាពិសេសចំពោះកុមារ

	o អន្តរកម្មឱសថ o ការស្រូបឱសថ (ឧ: រាគរុំារ៉ៃ) o ដាច់ស្តុកឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
ជំហានទី ៣	• ឆ្លើយតបទៅនឹងមូលហេតុ នៃការព្យាបាលបរាជ័យ: o ជួយគាំទ្រស្វែងរកដំណោះស្រាយរាល់ការលំបាក ពាក់ព័ន្ធនឹងការលេបឱសថឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ ឧ. ការគាំទ្រពី ក្រុមថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍ តាមផ្ទះ ប្រព័ន្ធរំលឹកការលេបឱសថ o ផ្លាស់ប្តូរឱសថ/ កំរិតដូស ដោយចៀសវាង ការប្រើដូសមិនគ្រប់ ឬ មានអន្តរកម្មឱសថ
ជំហានទី ៤	• ធ្វើការសំរេចចិត្ត អំពី ការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយពិគ្រោះយោបល់នឹងគ្រូពេទ្យជំនាញ

១៥ ~ ការផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីរូបមន្តព្យាបាលជួរទី ១ ទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី ២ វិញ

ការផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី ២ គឺជាការសំរេចចិត្តមួយដ៏សំខាន់ និងមានភាពស្មុគស្មាញដែលត្រូវធ្វើការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ ដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ដូចនេះការសំរេចចិត្តដើម្បីផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាល មិនត្រូវពឹងផ្អែកលើលទ្ធផលរបស់តេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ រោគសញ្ញាគ្លីនិកប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែត្រូវពឹងផ្អែកលើរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់រួមមាន ប្រវត្តិព្យាបាលជំងឺ, ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់, សភាពគ្លីនិក, ចំនួនកោសិកា CD4 និង ចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម (Viral Load testing) ។

នៅបណ្តាប្រទេសអភិវឌ្ឍន៍ ការធ្វើតេស្តរកចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម គឺជាមធ្យោបាយដ៏ល្អ និងសាមញ្ញបំផុតដើម្បីសំរេចអំពីការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីជួរទី១ ទៅជួរទី២ ។ មធ្យោបាយនេះក៏ជាជំរើសមួយដែរសំរាប់ប្រទេសកម្ពុជាក្នុងការអនុវត្តន៍ការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីរូបមន្តជួរទី១ ទៅជួរទី២ ។ដើម្បីធានាគុណភាពនៃការព្យាបាលតាមរូបមន្តជួរទី២ និងអោយបានទាន់ពេលវេលាផងនោះ គ្រូពេទ្យព្យាបាល OI និង ART ត្រូវសុំធ្វើតេស្ត viral load ដោយផ្ញើគំរូឈាមមកមន្ទីរពិសោធន៍នៃវិទ្យាស្ថានជាតិស្រាវជ្រាវសុខភាពសាធារណៈ ឬមន្ទីរពិសោធន៍នៃមហាវិទ្យាល័យឱសថសាស្ត្រ ។ ចំពោះមន្ទីរពេទ្យបង្អែកថ្នាក់ខេត្ត/ក្រុង ស្រុកប្រតិបត្តិ ប្រសិនបើមានការស្មុគស្មាញក្នុងការសំរេចចិត្តដើម្បីផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅជួរទី២ សូមបញ្ជូនអ្នកជំងឺមកគ្លីនិកសុខភាពសង្គមរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ។

ទិន្នន័យជាច្រើនបង្ហាញថា សភាពគ្លីនិក និង Immunological អាចរក្សានូវកំរិតមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម (viral load) ទាបជាង 10,000 copies/mL ទោះបីជាមានភាពស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ ។

តារាងទី ១៤: រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី ២ នៅប្រទេសកម្ពុជា

ស្ថានភាព	រូបមន្តព្យាបាល
រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី ២	TDF+3TC + LPV/RTV (Kaletra) ឬ DDI+3TC + LPV/RTV (Kaletra)

ឯកសារយោង

ក្រុមការងារបច្ចេកទេសដែលបានចូលរួមក្នុងការពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ បានប្រើប្រាស់នូវឯកសារមួយចំនួនដូចខាងក្រោមនេះ :

១. British HIV Association (BHIVA) guidelines for the treatment of HIV-infected adults with antiretroviral therapy. HIV Med 2001; 2:276-313.

២. Recommendations for antiretroviral therapy in HIV infected adults and adolescents - 2002/2003: Brazilian Ministry of Health, 2002.

៣. Fact sheets on antiretroviral drugs: SEARO, 2002.

៤. The use of antiretroviral therapy: a simplified approach for resource-constrained countries: SEARO, 2002.

៥. ARV protocol: Sihanouk Hospital Center of Hope, 2002

៦. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: guidelines for a public health approach: World Health Organisation, 2002.

៧. Guidelines for antiretroviral therapy in Zimbabwe: National Drug and Therapeutics Policy Advisory Committee, 2003.

៨. Yeni P, Hammer S, Carpenter C, et al. Antiretroviral treatment for adult HIV infection in 2002: updated recommendations of the International AIDS Society - USA Panel. JAMA 2002; 288:222-235.

៩. Antiretroviral Therapy for HIV Infection in adults and Adolescents in Resource-Limited-Settings: Towards Universal Access. Recommendations for a public health approach. 2006 version. Wiorld Health Organization

ឧបសម្ព័ន្ធទី១ : ការចាត់ថ្នាក់អ្នកជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យទៅតាមអនុសាសន៍នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ ២០០៦

CLINICAL STAGE 1
Asymptomatic Persistent generalized lymphadenopathy
CLINICAL STAGE 2
Unexplained moderate weight loss (<10% of presumed or measured body weight)[i] Recurrent respiratory tract infections (sinusitis, tonsillitis, otitis media and pharyngitis) Herpes zoster Angular cheilitis Recurrent oral ulceration Papular pruritic eruptions Seborrhoeic dermatitis Fungal nail infections
CLINICAL STAGE 3
Unexplained[i] severe weight loss (>10% of presumed or measured body weight) Unexplained chronic diarrhoea for longer than one month Unexplained persistent fever (above 37.5°C intermittent or constant, for longer than one month) Persistent oral candidiasis Oral hairy leukoplakia Pulmonary tuberculosis Severe bacterial infections (such as pneumonia, empyema, pyomyositis, bone or joint infection, meningitis or bacteraemia) Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis Unexplained anaemia (<8 g/dl), neutropaenia (<0.5 × 10^9 per litre) and/or chronic thrombocytopaenia (<50 × 10^9 per litre)

i Assessment of body weight in pregnant woman needs to consider the expected weight gain of pregnancy.

CLINICAL STAGE 4[ii]
HIV wasting syndrome Pneumocystis pneumonia Recurrent severe bacterial pneumonia Chronic herpes simplex infection (orolabial, genital or anorectal of more than one month's duration or visceral at any site) Oesophageal candidiasis (or candidiasis of trachea, bronchi or lungs) Extrapulmonary tuberculosis Kaposi's sarcoma Cytomegalovirus infection (retinitis or infection of other organs) Central nervous system toxoplasmosis HIV encephalopathy Extrapulmonary cryptococcosis including meningitis Disseminated non-tuberculous mycobacterial infection Progressive multifocal leukoencephalopathy Chronic cryptosporidiosis Chronic isosporiasis Disseminated mycosis (extrapulmonary histoplasmosis or coccidiomycosis) Recurrent septicaemia (including non-typhoidal *Salmonella*) Lymphoma (cerebral or B-cell non-Hodgkin) Invasive cervical carcinoma Atypical disseminated leishmaniasis Symptomatic HIV-associated nephropathy or symptomatic HIV-associated cardiomyopathy

i Unexplained refers to where the condition is not explained by other causes.

ii Some additional specific conditions can also be included in regional classifications (such as reactivation of American trypanosomiasis [meningoencephalitis and/or myocarditis]) in the WHO Region of the Americas and penicilliosis in Asia).

ឧបសម្ព័ន្ធទី២ : មុខឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងផលប៉ះពាល់របស់វា

- ត្រូវស្វែងយល់ដឹងពី ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍និមួយៗ ជាពិសេស អំពី ផលប៉ះពាល់វា និង ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ទាំងនោះ
- សូមពិនិត្យមើលតារាងទាំងពីរ : តារាងទី ១៥ ដែលបានសង្ខេបពី រូបសណ្ឋានឱសថនិមួយៗ និង តារាងទី ១៦ ដែលបានសង្ខេបពី ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍និមួយៗ ។ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលមាននៅក្នុងតារាង និង មានរៀបរាប់ពិភាក្សាពីផលប៉ះពាល់របស់វា ផងដែរ ។
- ចូលអានផងដែរ អំពី គោលការណ៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍-ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ ។ តារាងទី៦ រៀបរាប់អំពី ការគ្រប់គ្រងលើក្រុមពិសេស និង ការផ្លាស់ប្តូរមុខឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

តារាងទី ១៥ : កំរិតប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍-រូបមន្តព្យាបាល-ល័ក្ខខ័ណ្ឌ និង ការប្រើលើក្រុម អ្នកជំងឺមួយចំនួន

ឱសថ និង ចំណាត់ថ្នាក់	កំរិតដូស	ប្រភេទឱសថ	តំរូវអោយមានការរក្សាទុកនៅទីកន្លែងត្រជាក់សំរាប់រយៈពេលយូរអង្វែង	ការជះឥទ្ធិពលរបស់ចំណីអាហារ	ការប៉ះពាល់ដល់តំរងនោមនិងថ្លើម	ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (មើល ទំព័រ៣៤)	ការឆ្លងមេរោគព្រមគ្នារបេង និងអេដស៍ (មើល ទំព័រ ៣៥)
NRTIs							
Zidovudine (ZDV or AZT)	៣00mg (១គ្រាប់) លេប ១ ថ្ងៃ ២ ដង	-ប្រភេទគ្រាប់ : (១00mg, ២៥0mg, ៣00mg) -ប្រភេទថ្នាំចាក់ : ១0mg/ml (១ដបមាន ២0ml) -ប្រភេទទឹក : ១0mg/ml	មិនបាច់ទេ	គ្មាន	ទេ	និយមប្រើ	និយមប្រើ
Stavudine (d4T)	-៣0mg (១គ្រាប់) លេប ១ថ្ងៃ ២ ដង	-ប្រភេទគ្រាប់ ១៥ mg, ២0 mg, ៣0mg, -ប្រភេទទឹក : ១ mg/ml	ចំពោះតែប្រភេទដំណក់ដែលលាយទឹកផឹកតែប៉ុណ្ណោះ	គ្មាន	CrCl 10-50ml/min: halve each dose	ប្រើបាន (តែមិនត្រូវរួមផ្សំ ជាមួយ ddI ទេ)	អាចទទួលយកបាន តែបង្កើនគ្រោះថ្នាក់នៃជំងឺសសៃប្រសាទ (neuropathy)
Lamivudine (3TC)	១៥0mg (១គ្រាប់) មួយថ្ងៃ ២ ដង	-ប្រភេទគ្រាប់ : ១៥0mg, -ប្រភេទទឹក : ១0mg/ml	ទេ	គ្មាន	CrCl 10-50ml/min: 150mg ក្នុងមួយថ្ងៃ	និយមប្រើ	និយមប្រើ

Didanosine (ddI)	-ទំងន់លើសពី ៦០ kg: ៤00mg (one EC capsule) លេប១គ្រាប់/ថ្ងៃ -ទំងន់តិចជាង ៦០ kg: ១២៥mg (២គ្រាប់) ឬ ឬ ២៥0mg (one EC capsule) លេប ១គ្រាប់/១ថ្ងៃ	-ប្រភេទគ្រាប់ : ២៥ mg, ៥0mg ១00mg ១៥0mg ២00mg -ប្រភេទទឹក : : ១0 mg/ml, -ប្រភេទ capsule : ១២៥mg, ២00mg, ២៥0mg, ៤00mg	ទេ	លេប ៣0 នាទី មុនបាយ ឬ ២ ម៉ោងក្រោយបាយ	CrCl 10-50ml/min: កំរិតឱសថធម្មតា ប៉ុន្តែ លេបបាន តែ ១ដង/១ថ្ងៃ	ប្រើបាន(ប៉ុន្តែ មិនត្រូវប្រើរួម ជាមួយ d4T	ប្រើបាន តែបង្កើន គ្រោះថ្នាក់នៃជំងឺ សសៃប្រសាទ (neuropathy)
Abacavir (ABC)	៣00mg (១គ្រាប់) លេប ១ថ្ងៃ ២ ដង	-ប្រភេទគ្រាប់ : ៣00 mg, -ប្រភេទទឹក : ២0mg/ml	ទេ	គ្មាន	ទេ	ទេ	ប្រើបាន ប៉ុន្តែ ប្រហែលជា ពិបាក វិនិច្ឆ័យ ទៅលើ hypersensitivity របស់ ABC
NtRT							
Tenofovir (TFV or TDF)	៣00mg (១គ្រាប់) លេប ១ថ្ងៃ ១ ដង	-ប្រភេទគ្រាប់ : ៣00mg	ទេ	លេបពេលបាយ	មិនត្រូវប្រើលើ អ្នកជំងឺខូចតំរងនោម (CrCl <50ml/min)	ទេ	ទេ
NNRTI							
Nevirapine (NVP)	២00mg (១គ្រាប់) លេបមួយថ្ងៃម្តង រយៈ	-ប្រភេទគ្រាប់ ២00mg , -ប្រភេទម្សៅ : 10mg/ml	ទេ	គ្មាន	តំរងនោម : ទេ ថ្លើម: ចៀសវាង	និយមប្រើ	ចៀសវាង ប្រសិន បើមិនអាចដឹងពីកំរិត

	ពេល ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់ មក ២00mg(១គ្រាប់) មួយថ្ងៃ ២ ដង ។						ជាតិពុល និង កំរិតដូស
Efavirenz (EFV)	៦00mg (១គ្រាប់) លេបមួយថ្ងៃម្តង	-ប្រភេទគ្រាប់ : ៥0mg, ១00mg, ២00mg, ៦00 mg, -ប្រភេទទឹកស៊ីរ៉ូ : ៣0 mg/ml	ទេ	ចៀសវាងអាហារ ដែលមានជាតិ ខ្លាញ់ច្រើន	តំរងនោម : ទេ ថ្លើម: ចៀសវាង	ទេ	និយមប្រើ
PIs							
Nelfinavir (NFV)	លេបម្តង ៥គ្រាប់ = ១២៥0 mg (១គ្រាប់/២៥0mg) ២ដង ក្នុងមួយថ្ងៃ	-ប្រភេទគ្រាប់ : ២៥0mg, ប្រភេទម្សៅ : ៥0mg/g	ទេ	លេបពេលបាយ ឬ យ៉ាងហោច ណាស់ពេលបរិភោគ ចំណី បន្តិចបន្តួច	គ្មានព័តិមាន	និយមប្រើ	ទេ

Indinavir + Ritonivir (IDV/r)	១គ្រាប់/៤00mg/១00 mg លេបម្តង ២ គ្រាប់ ២ដង ក្នុងមួយថ្ងៃ	-ប្រភេទគ្រាប់ : IDV ១ គ្រាប់ ១00mg, ២00mg, ៣៣៣mg, ៤00 mg -ប្រភេទ RTV : ១គ្រាប់ ១00 mg; -ប្រភេទទឹក : 80 mg/ml	មានតែ RTV គ្រាប់ទេ ដែលអាច ទុកបាន ៣0 ថ្ងៃ នៅបន្ទប់សីតុណ្ហភាព ធម្មតា	គ្មាន	តំរងនោម: ចៀសវាង ថ្លើម: ចៀសវាង	ប្រើបាន	ទេ
Lopinavir + Ritonavir	១គ្រាប់/៤00mg/១00	-ប្រភេទគ្រាប់សំប៉ែត :	អាចទុកបាន ២ខែ	លេបពេល	តំរងនោម:	ទេ	ទេ

(LPV/r)	mg (3 capsules) លេប ២ដង ក្នុងមួយថ្ងៃ (គ្រាប់ថ្នាំបញ្ចូលគ្នា)	២០០mg + ៥០mg -ប្រភេទគ្រាប់ : ១៣៣.៣mg +៣៣.៣mg, -ប្រភេទទឹក : 80 mg/ml+ 20mg/ml	នៅបន្ទប់សីតុណ្ហភាពធម្មតា	បាយ	គ្មានទិន្នន័យ ថ្លើម: ចៀសវាង		
Saquinavir + Ritonavir (SQV/r)	១០០០mg/១០០mg (៦ គ្រាប់) ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	- ប្រភេទគ្រាប់ : SQV ១ គ្រាប់ ២០០ mg, RTV ១គ្រាប់ ១០០ mg; -ប្រភេទទឹក: 80 mg/ml	មានតែ SQV, SGC (ទុកបាន ៣ខែ) និងគ្រាប់ RTV គ្រាប់ (ទុកបាន ៣០ ថ្ងៃ) នៅបន្ទប់សីតុណ្ហភាពធម្មតា	គ្មាន	តំរងនោម: គ្មានទិន្នន័យ ថ្លើម: ចៀសវាង	បាទ	បាទ

ការប្រើរួមគ្នា							
Zidovudine + Lamivudine (AZT + 3TC)	៣០០mg/១៥០mg (១គ្រាប់) មួយថ្ងៃ ២ ដង		ទេ	គ្មាន	ប្រើរូបមន្ត ដោយឡែកចំពោះឱសថនិមួយៗ ប្រសិនបើ CrCl <50ml/min	និយមប្រើ	និយមប្រើ
Stavudine + Lamivudine (d4T + 3TC)	៣០mg/១៥០mg) លេប ២ ដង ក្នុង១ថ្ងៃ		ទេ	គ្មាន	ប្រើរូបមន្តដោយឡែក ចំពោះឱសថ ARV និមួយៗ ប្រសិន បើ CrCl <50ml/min	បាទ	អាចប្រើបានតែបង្កើនគ្រោះថ្នាក់ដល់ជំងឺសសៃប្រសាទ (neuropathy)
Stavudine +	បន្ទាប់លេបបាន ២សប្តាហ៍		ទេ	គ្មាន	តំរងនោម: ប្រើ	បាទ	ចៀសវាង ដោយមាន

Lamivudine + Nevirapine (d4T + 3TC + NVP)	៣0mg/ ១៥0 mg/ ២00 mg (១គ្រាប់) ២ ដង ក្នុង ១ថ្ងៃ				រូបមន្តដោយឡែកចំពោះមុខឱសថនិមួយៗ ប្រសិនបើ CrCl <50ml/min ថ្លើម: ចៀសវាង		ជាតិពុល ត្រួតគ្នា បង្កើនជាតិពុល និង មានគ្រោះថ្នាក់ ជំងឺសសៃប្រសាទ (neuropathy) និង កំរិតដូសឱសថ មិនច្បាស់លាស់

Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine (AZT + 3TC+NVP)	បន្ទាប់ពីលេបបាន ២ សប្តាហ៍ ៣00mg/១៥0 mg/២00mg (១គ្រាប់) ២ ដង ក្នុង ១ ថ្ងៃ		ទេ	គ្មាន	តំរងនោម: ប្រើ រូបមន្តដោយឡែក ចំពោះមុខឱសថ និមួយៗ ប្រសិនបើ CrCl <50ml/min ថ្លើម: ចៀសវាង	និយមប្រើ	ចៀសវាង បើអាច ដោយមានជាតិពុល ត្រួតគ្នា និង កំរិតដូស ឱសថមិនច្បាស់ លាស់
Zidovudine + Lamivudine + Abacavir (AZT + 3TC+ABC)	៣00mg/១៥0 mg/៣00 mg (១គ្រាប់) លេប២ដង ក្នុង១ ថ្ងៃ		ទេ	គ្មាន	ប្រើរូបមន្ត ដោយ ឡែកចំពោះមុខ ឱសថនិមួយៗ ប្រសិនបើ CrCl <50ml/min	ទេ	ប្រើបាន ប៉ុន្តែ ប្រហែលជាពិបាកធ្វើ រោគវិនិច្ឆ័យ ទៅលើ hypersensitivity របស់ ABC

តារាងទី ១៦ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់ចំបងៗរបស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ផលប៉ះពាល់	មូលហេតុចំបងដែលបណ្តាលមកពីឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	ការបង្ហាញចេញជារោគសញ្ញា	ការបង្ការ	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល
ឈឺពោះ	រលាកថ្លើម: d4T, NVP, EFV,RTV រលាកលំពែង: ddI, d4T	ឈឺពោះ	ពិនិត្យ ALT និង hepatitis serology មុនពេល ចាប់ផ្តើមប្រើ ។ ចៀសវាង ប្រសិនបើ រលាកថ្លើម ឬ រលាកលំពែង	ពិនិត្យ Amylase and ALT. ពិនិត្យអេកូពោះ ។ សូមអានពី រលាកថ្លើម ឬ លំពែង ឬ lactic acidosis
ស្លេកស្លាំង	AZT	ខ្សោយ ភាពស្លឹក វិលមុខ	ពិនិត្យគ្រាប់ឈាម (CBC) មុនពេល ចាប់ផ្តើមប្រើ ។ ចៀសវាងប្រើ AZT ប្រសិនបើ Hb<100g/l	Hb<80g/l: ពិនិត្យ Hb ម្តងទៀតក្នុង ២-៤ សប្តាហ៍ ក្រោយ បើ Hb<80g/l: ឈប់ AZT
ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល	EFV	រោគសញ្ញាលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល	ប្រើប្រាស់ ARV ផ្សេងទៀត ប្រសិន បើមានជំងឺខួរក្បាល ឬ ប្រើសារជាតិគ្រោះថ្នាក់	មានសញ្ញាតិចតួច បន្តប្រើ EFV តាម ដាន ប្រើ EFV ពេលយប់ ។ បើមាន សញ្ញា ធ្ងន់ធ្ងរ ឈប់ប្រើ EFV
រាគរូស	ddI, NFV, RTV	រាគ	គ្មាន	ពិនិត្យរកមូលហេតុផ្សេងៗ ព្យាបាលតាមរោគសញ្ញា ។ ឈប់ប្រើ ប្រសិនបើធ្ងន់ធ្ងរ
ឈឺក្បាល	AZT, EFV	ឈឺក្បាល	គ្មាន	ពិនិត្យរកមូលហេតុផ្សេងៗ ។ ឈប់ប្រើប្រសិនបើធ្ងន់ធ្ងរ

រលាកថ្លើម	d4T, NVP, EFV, RTV	ភាពស្លឹក ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ ចេញលឿង	ពិនិត្យ ALT (± មេរោគរលាកថ្លើម) មុនពេលចាប់ផ្តើមប្រើ ។ ចៀសវាង ប្រសិនបើ បណ្តាលអោយរលាកថ្លើម ។	ALT/AST<5xULN ពិនិត្យ ALT/AST ម្តង ទៀតក្នុង ២-៤សប្តាហ៍ ក្រោយ ALT/AST>5x ULN ឈប់ប្រើឱសថ
Hyperbilirubinaemia	IDV	គ្មាន	គ្មាន	មិនចាំបាច់
លើសជាតិស្ករក្នុងឈាម/ទឹកនោមផ្អែម	All PIs	ភាពស្លឹក ហូបច្រើន នោមច្រើន ផឹកទឹកច្រើន	ចៀសវាងប្រើ ប្រសិនបើ ទឹកនោមផ្អែម	ប្រសិនបើ ទឹកនោមផ្អែម ត្រូវប្រើ metformin ។ បើគ្មានប្រសិទ្ធភាព ឈប់ PI
លើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (Hyperlipideamia)	All PIs, especially RTV	គ្មាន	ចៀសវាង ប្រសិនបើ លើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាមកើនឡើង	បន្ត PI ហើយ បន្ថែមឱសថបញ្ចុះជាតិខ្លាញ់ ។ បើគ្មានប្រសិទ្ធភាព ឈប់ប្រើ PI
Hypersensitivity syndrome	ABC, NVP	កន្ទួលស្បែក (ពិសេស NVP), គ្រុនក្តៅ, រលាកថ្លើម, eosinophilia	គ្មាន	ឈប់ប្រើឱសថ និង មិនត្រូវប្រើឡើងវិញទៀតទេ ដែលអាចបណ្តាលអោយស្លាប់បាន
គ្រួសក្នុងតំរងនោម	IDV	ឈឺចាប់នៅតំបន់ផ្នែកខាងក្រោមពោះ , នោមឈាម	- បំពេញជាតិទឹក - ផឹកទឹកលើសពី ១.៥លក្នុង ១ ថ្ងៃ	ឈប់ប្រើ IDV បំពេញជាតិទឹក និងឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ប្រើ IDV ឡើងវិញ ក្នុងករណីលែងមានផលប៉ះពាល់កើតឡើងវិញផ្ទួនៗ

Lactic acidosis	AZT, d4T, ddI	ភាពស្ពឹក ចង្អោរ ក្អួត រាគ និង ពិកបាកដកដង្ហើម	ចៀសវាង d4T + ddI (ពិសេស ពេលមានផ្ទៃពោះ)	មើលតារាងទី ១១
ការផ្លាស់ប្តូរជាតិខ្លាញ់ Lipody-strophy	គ្រប់ (ពិសេស AZT, d4T and ddI នាំអោយផ្លាស់ប្តូរជាតិខ្លាញ់ និង PIs ដែលមានការប្រមូលផ្តុំជាតិខ្លាញ់)	ការបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់នៅតំបន់ peripheral ធាត់ប្រមូលផ្តុំជាតិខ្លាញ់នៅក្នុងសរីរាង្គ " Buffalo hump" និងឡើងដោះ	ថ្លឹងថ្លែង ក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថផ្សេងទៀតក្រៅពី d4T និង PIs	ឈប់ប្រើ d4T ឬ AZT
ជំងឺសាច់ដុំ (Myopathy)	AZT	ស្ពឹតសាច់ដុំ និង ចុះខ្សោយ	គ្មាន	ឈប់ប្រើ AZT
ចង្អោរ/ក្អួត	AZT, ddI, RTV, LPV/r	ចង្អោរ ក្អួត	គ្មាន	-ពិនិត្យមើលមូលហេតុផ្សេង ព្យាបាលតាមរោគសញ្ញា ។ ឈប់ប្រើប្រសិនបើធ្ងន់ធ្ងរ
ការថយចុះគ្រាប់ឈាមស	AZT	គ្មាន	ពិនិត្យគ្រាប់ឈាម (CBC) មុនពេលចាប់ផ្តើមប្រើ ។ ចៀសវាង AZT ប្រសិនបើគ្រាប់ឈាមស $1x10^6$/ល ពិនិត្យគ្រាប់ឈាម (CBC) នៅសប្តាហ៍ទី ៤ ម្តងទៀត	គ្រាប់ឈាមស > $1x10^6$/l ពិនិត្យគ្រាប់ឈាម (CBC) នៅអាទិត្យទី ២ - ៤ ម្តងទៀត គ្រាប់ឈាមស < $1x10^6$/l ឈប់ AZT
រលាកលំពែង	d4T, ddI	ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ	ចៀសវាង ddI, d4T ប្រសិនបើ បណ្តាលអោយរលាកលំពែង	ពិនិត្យ Amylase. ឈប់ប្រើប្រសិនបើ Amylase > 500 ឬ ធ្ងន់ធ្ងរ

Peripheral neuropathy	d4T, ddI	ស្ពឹកនៅតំបន់ជុំវិញ (Peripheral numbness) ស្ទើបឈឺ ឬ ខ្សោយ	ថ្លឹងថ្លែង ប្រើប្រាស់ឱសថដទៃទៀត ក្រៅពី d4T និង ddI	ឈប់ប្រើ រហូតដល់ធូរស្រាល
កន្ទួលស្បែក (Rash)	ABC, NVP	ផ្ទាំងស្បែកក្រហម ពងទឹក ដំបៅនៅលើ mucosal	ចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំ NVP កំរិតទាប រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ដំបូង	ABC: ឈប់ប្រើឱសថ និងមិនត្រូវប្រើឡើងវិញទៀតទេ NVP: ឈប់ប្រើឱសថ ប្រសិនបើធ្ងន់ធ្ងរ ពងទឹក ដំបៅនៅតាម mucosal ឬមានគ្រុនក្តៅ
កូនកើតមិនធម្មតា Teratogenicity	EFV	Congenital defects (ការប៉ះពាល់លើកំណើតកូន)	ចៀសវាង EFV ប្រសិនបើមានផ្ទៃពោះ	ឈប់ប្រើ EFV

ឧបសម្ព័ន្ធទី ២.១ ~ ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងររបស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ប្រភេទ NRTIs

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថ: lactic acidosis/hepatic toxicity

- ការកើនឡើងដោយគ្មានរោគសញ្ញានូវជាតិ lactate ក្នុងឈាមកើតឡើងញឹកញាប់នៅលើអ្នកដែលប្រើជំពូកឱសថ NRTIs ។ ប៉ុន្តែ មិនមែនជាកត្តាកំណត់អោយមាន lactic acidosis នោះទេ ។
- ការកើនឡើងដោយមានរោគសញ្ញានូវជាតិ lactate ក្នុងឈាមមិនសូវមានទេ។ ប៉ុន្តែបើកើតមាន ជាទូទៅគឺអាចបណ្តាលឱ្យស្លាប់បាន (មើលតារាងទី ១១ ខាងក្រោម) ។
- កត្តាគ្រោះថ្នាក់ ចំពោះ lactic acidosis ដោយការប្រើប្រាស់ឱសថជំពូក NRTIs ពិសេស គឺ d4T និង ddI ។ កត្តាគ្រោះ ថ្នាក់ផ្សេងទៀតគឺ ស្ត្រីធាត់ (high body mass index) ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង បណ្តាលអោយកង្វះពពួកវីតាមីន riboflavin និង thiamin ។ រោគសញ្ញាទាំងនោះរួមមាន ចុះខ្សោយ ស្ពឹក ចង្អោរ ក្អួត រាគ និង ពិបាកដកដង្ហើម ។ លទ្ធផលនៃការពិនិត្យមន្ទីរពិសោធន៍ បានបង្ហាញឱ្យឃើញថា កើនឡើង anion gap និងសារជាតិ AST/ALT, Creatinine, Kinase, Lactate Dehydrogenase and Amylase ។ ប្រសិនបើការវាស់វែងរបស់ lactate មិនអាចធ្វើកើត ផ្អែកលើរោគសញ្ញាខាងលើ ជាមួយការកើនឡើង Anion Gap Acidosis និង កើតឡើងតេស្តមុខងារថ្លើមមិនធម្មតា (AST/ALT] គឺអាចសន្និដ្ឋាន បានថាជា Lactic Acidosis ហើយ ។
- ឈប់ប្រើប្រាស់ជំពូកឱសថ NRTIs ជាបន្ទាន់ក្នុងករណីសង្ស័យ ។ ការព្យាបាលតាមរោគសញ្ញា ដោយបំពេញជាតិទឹក ជាតិបីការបូណាត និង ជំនួយក្នុងការដកដង្ហើម ។
- ចាប់ផ្តើមប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ម្តងទៀតដោយមិនប្រើ d4T និង ddI ហើយក៏មិនគួរប្រើ AZT ឬ 3TC ព្រោះវាអាចមានការគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ឧទាហរណ៍: ការប្រើបញ្ចូល ABC និង TDF ជាមួយ NRTI និង PI ។
- ការកើនឡើងនៃ ALT ឬ AST មាន ៥-១៥% នៅលើអ្នកដែលប្រើប្រាស់ជំពូកឱសថ NRTIs ប៉ុន្តែ ការលេចចេញរោគសញ្ញាមានតិចជាង ១% ។

តារាងទី ១៧: លក្ខណៈពិសេស និងការគ្រប់គ្រងនៃ hyperlactacmia

កំរិត	Lactate (mmol/l)	Frequency (%)	ការគ្រប់គ្រង		អត្រាស្លាប់ (%)
			គ្មានរោគសញ្ញា	មានរោគសញ្ញា	
ធ្ងន់	> ១០	០.១	បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	80
មធ្យម	៥ — ១០	១	សង្កេត	ស្វែងរកមូលហេតុផ្សេងទៀត និងបញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	0
ស្រាល	២ — ៥	៥	សង្កេត និង រកមើលផលវិបាក metabolic ផ្សេងៗ	ស្វែងរកមូលហេតុផ្សេងទៀត និងពិចារណាបញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	0

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍: ការបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ (Lypoatrophy)

- Lipoatrophy គឺ ជាផ្នែកមួយរបស់ចង្កោមរោគសញ្ញាបាត់ជាតិខ្លាញ់ ។ រោគសញ្ញានេះហាក់ដូចជាមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងការប្រើ NRTIs ពិសេស d4T និង AZT ។ វានាំអោយមានការថយចុះជាតិខ្លាញ់នៅតំបន់ជុំវិញ (Peripheral) ពិសេសនៅលើផ្ទៃមុខ ដៃ ជើង និងសាច់កំប៉េះគូថ ដែលបង្ហាញចេញនៅឆ្អឹងថ្ពាល់មុខ និងសសៃឈាមខ្មៅនៅចុងដៃ ចុងជើង ។
- Lipoatrophy កើតមានញឹកញាប់ហើយជាទូទៅលេចចេញច្បាស់បន្ទាប់ពីព្យាបាលបាន មួយ ឬពីរឆ្នាំ ។ ការសិក្សាអង្កេត លើ ការផ្លាស់ប្តូរឱសថដើម្បីព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិជុំខ្លាញ់ ជាទូទៅមិនទាន់បានលទ្ធផលដូចបំណងឡើយ ។ ការផ្លាស់ប្តូរ d4T ឬ AZT ទៅ ABC បានបង្ហាញការវិលត្រឡប់ទៅរកភាពដើម peripheral lipoatrophy មានភាពយឺតយ៉ាវ ។ បច្ចុប្បន្នឱសថដែលប្រើនៅក្នុងការព្យាបាល គឺកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សានៅឡើយ ។

Zidovudine (AZT)

- ជំងឺស្លេកស្លាំង និងជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាមស (neutropenia) គឺជាផលប៉ះពាល់ចំបងបំផុត ។ អត្រានៃផលប៉ះពាល់នេះ មានពី ៥ - ១០% ប៉ុន្តែវាមានអត្រាខ្ពស់នៅលើអ្នកដែលមានជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ ។ ការព្យាបាលផលប៉ះពាល់នេះ គឺបន្ថយ កំរិតថ្នាំប្រើប្រាស់ (ប្រសិនបើមិនធ្ងន់ធ្ងរ) ដោយការបញ្ចូលឈាម និង ការផ្អាកប្រើប្រាស់ឱសថ ។
- ឈឺក្បាល ចង្អោរ និង អស់កំលាំង ដែលកើតមានប្រហែល ៥ - ១០% ប៉ុន្តែ វានឹងបាត់ទៅវិញ ក្នុងរយៈពេល ពីរ ឬ បីសប្តាហ៍ ។
- ជំងឺសាច់ដុំជាមួយការឈឺសាច់ដុំចុះខ្សោយ និងស្វិតដែលអាចកើតមានឡើង ហើយជាទូទៅ និងវិលត្រឡប់ទៅរកសភាពដើមនៅពេលឈប់ប្រើ AZT ។

Stavudine (d4T)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗ នៃ d4T គឺ peripheral neutropathy ។ ផលប៉ះពាល់នេះមានញឹកញាប់ និងធ្ងន់ធ្ងរនៅពេលដែលប្រើឱសថនេះក្នុងកំរិតខ្ពស់ និងរយៈពេលយូរ ជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងររួមផ្សំជាមួយជាតិឱសថដទៃទៀតដែលពុលដល់សសៃប្រសាទ (neurotoxic drug) ពិសេសគឺ ddI ។ រោគសញ្ញានេះ អាចបាត់ទៅវិញជាបន្តបន្ទាប់ក្នុងរយៈពេល ពីរ ឬបីសប្តាហ៍បន្ទាប់ពីឈប់ប្រើ d4T ។
- d4T ប្រហែលជាផ្តល់ផលប៉ះពាល់ដែលជំពូក NRTI ជាងថ្នាក់ដទៃទៀតក្នុងក្រុមនេះ ដែលអាចបណ្តាលឱ្យមាន lactic acidosis ពុលថ្លើម និង បាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ ។
- d4T ក៏អាចបណ្តាលអោយរលាកលំពែង និងជាញឹកញាប់ នៅពេលប្រើជាមួយ ddI ។
- ចង្កោមរោគសញ្ញា Guillam-Barre កើតឡើងដោយសារការប្រើ d4T ។ ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយជាប់ជាប្រចាំ ឧទាហរណ៍ សាច់ដុំចុះខ្សោយ គួរតែ ឈប់ប្រើ d4T ។

Lamivudine (3TC)

- 3TC និង FDC ងាយស្រួលប្រើ ហើយមាន ផលប៉ះពាល់តិចតួចបំផុត ។
- ផលប៉ះពាល់មានដោយកំរ ប៉ុន្តែអាចបណ្តាលអោយមានឈឺក្បាល វិលមុខ ចង្អោរ ក្អួត រាគ រលាកលំពែង peripheral neutropathy ជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាមស (neuropenia) និង ពុលថ្លើម (hepatic toxicity) ។

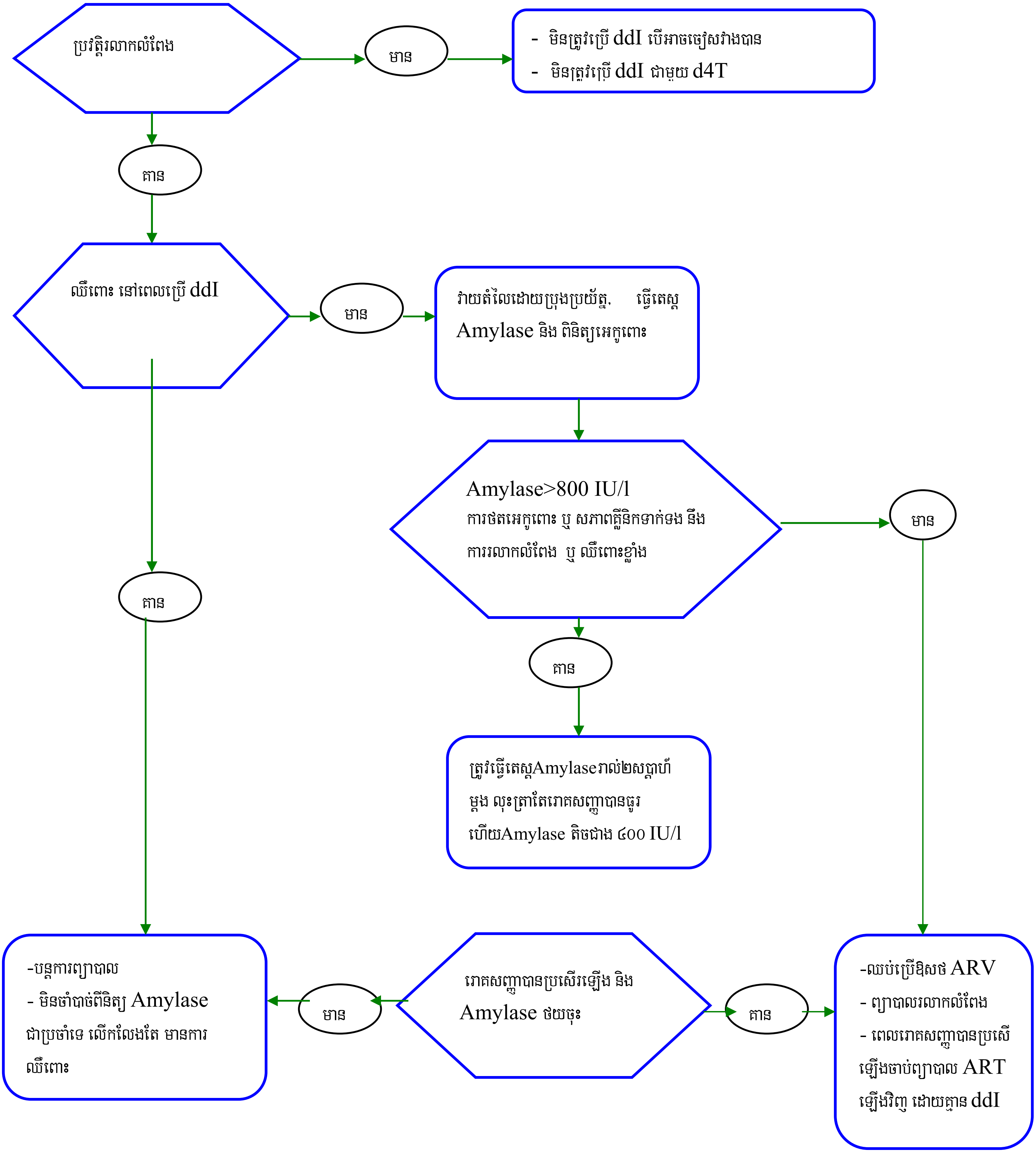
Didanosine (ddI)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃ ddI គឺ peripheral neutropathy និងរលាកលំពែង ។ Peripheral neutropathy កើតមានប្រហែល ៦-១៥% នៃអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថនេះ ។ ផលប៉ះពាល់កើនឡើងប្រសិនបើប្រើពេលជាមួយគ្នា d4T ។ ប៉ុន្តែរោគសញ្ញានេះ និងបាត់ទៅវិញ ក្នុងរយៈពេល ពីរ ឬ បីសប្តាហ៍ក្រោយពេលឈប់ប្រើឱសថនេះ ជួយកាលផលប៉ះពាល់អាចស្ថិតនៅយូរអង្វែង និង ចុះសួម ។
- ការរលាកលំពែង កើតមានពី ១ - ៧% នៃអ្នកប្រើប្រាស់ និងបណ្តាលអោយស្លាប់ ១% ។ កត្តាគ្រោះថ្នាក់កើតឡើងនៅពេលប្រើកំរិតឱសថខ្ពស់, អ្នកផឹកជាតិស្រវឹងច្រើន អ្នកដែលមានលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម គ្រួសក្នុងថង់ទឹកប្រមាត់ និងការប្រើប្រាស់ឱសថដទៃទៀតដែលបណ្តាលអោយរលាកលំពែង ដូចជា d4T ។ ត្រូវតែឈប់ប្រើ ddI ប្រសិនជាបើមានរលាកលំពែង។
- ddI ក៏អាចបណ្តាលអោយ រាគ ចង្អោរ ក្អួត ឬ ឈឺពោះ ក្នុងចំណោម ៥ - ១៨ % នៃអ្នកប្រើប្រាស់ ។

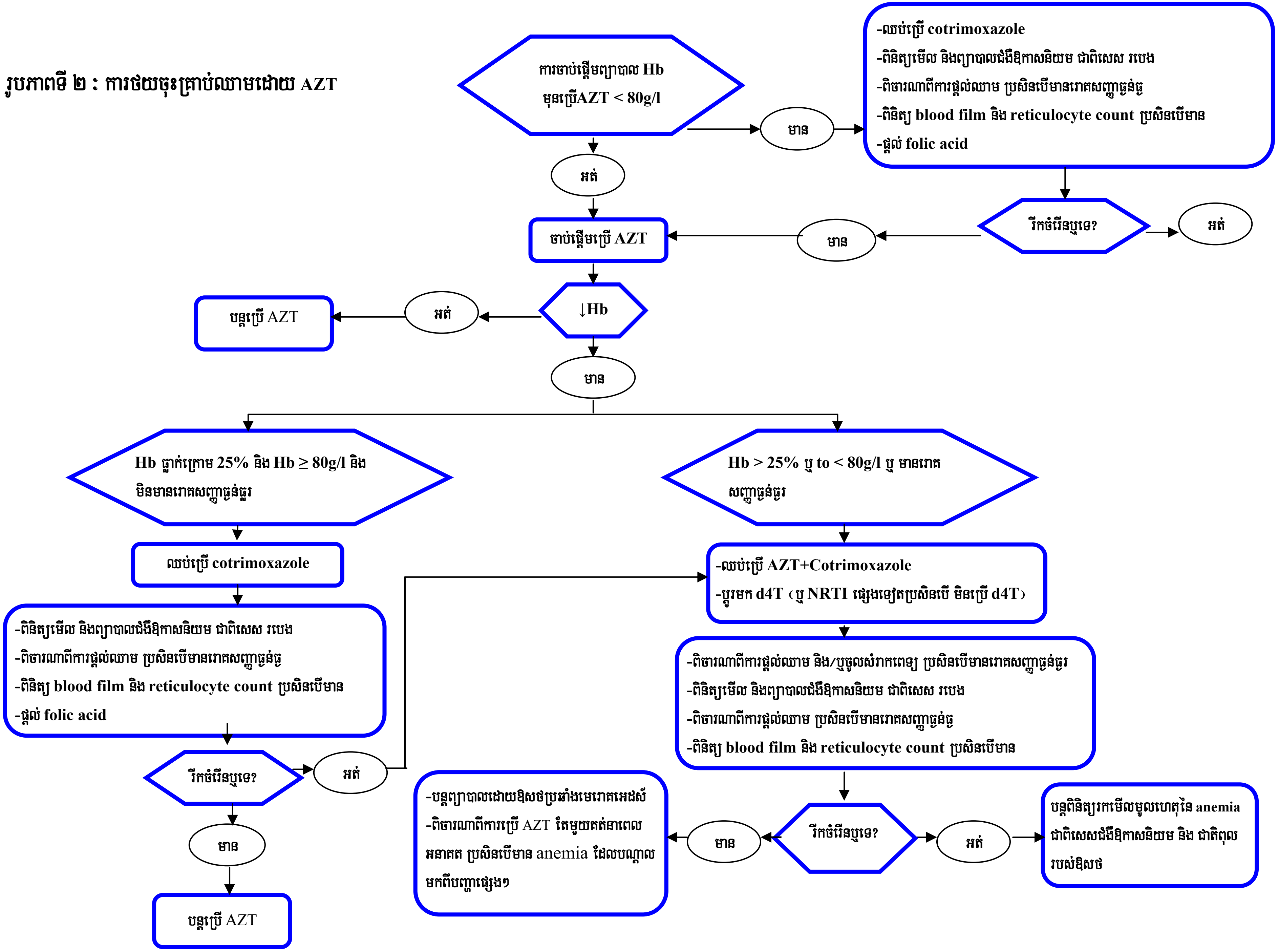
Abacavir (ABC)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗ នៃ ABC គឺ hypersensitivity syndrome ដែលកើតមានឡើង ៣-៥% នៃអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថនេះ និង អាចបណ្តាលអោយស្លាប់ ។ រយៈពេលជាមធ្យមរហូតដល់លេចចេញជារោគសញ្ញា មានរយៈពេលមួយសប្តាហ៍ក្រោយពីពេលប្រើ ABC និង ជាង ៩០% នៃករណី ដែលកើតមាននៅ ៦ សប្តាហ៍តំបូង ប៉ុន្តែ វាក៏អាចកើតមានគ្រប់ពេលនៃការព្យាបាលផងដែរ ។
- រោគសញ្ញាដែលកើតមានៈ
    - គ្រុនក្តៅ កើតមានជាញឹកញាប់
    - Rash កើតមានញឹកញាប់
    - ប្រព័ន្ធរំលាយអាហារៈ ចង្អោរ ក្អួត រាគ និង ឈឺពោះ
    - ប្រព័ន្ធដកដង្ហើមៈ រលាកបំពងក ក្អក ថប់ដង្ហើម
    - ឈឺសន្លាក់ទូទៅ ឈឺសាច់ដុំ ឈឺក្បាល មិនស្រួលខ្លួន
- ការពិនិត្យបង្ហាញអោយឃើញថា មានគ្រុនក្តៅ ស្នាមកន្ទួលសើស្បែក ឡើងកូនកណ្តុរ និង ដំបៅ mucosal។ ការពិនិត្យអមគ្លីនិក បានបង្ហាញថាមានការកើនឡើង Enzyme ថ្លើម creatinie kinase, creatinine and thrombocytopenia ។
- ដើម្បីញែកពីជំងឺដទៃទៀត គឺមានការលំបាកណាស់ ។ លក្ខណៈជាច្រើន របស់ ABC hypersensitivity រួមមានៈ
    - ការពាក់ព័ន្ធ ជាមួយសរីរាង្គជាច្រើន ឧទាហរណ៍ រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ និង ប្រព័ន្ធដកដង្ហើម
    - ការកើតឡើងភ្លាមៗនៃចង្កោមរោគសញ្ញា
    - រោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ នៅពេលដែលកំរិតឱសថ ABC ត្រូវបានប្រើប្រាស់បន្តទៀត ។
- អ្នកដែលប្រើឱសថ ABC ត្រូវតែពិគ្រោះយោបល់ ចំពោះរោគសញ្ញា hypersensitivity ហើយនិងផ្តល់យោបល់ដើម្បីប្រាប់ពីរោគសញ្ញាណាមួយដែលកើតមានភ្លាមៗ ។ ប្រសិនបើ hypersensitivity ត្រូវបានសង្ស័យដោយមន្ត្រីសុខាភិបាលឱសថត្រូវឈប់ប្រើ ABC ហើយ និងមិនត្រូវប្រើឡើងវិញទេ ពីព្រោះវាអាចបណ្តាលអោយស្លាប់ដោយប្រតិកម្មឱសថនេះ ។ ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់នេះ គឺការព្យាបាលតាមរោគសញ្ញាហើយគ្មានហេតុផលណាដែលត្រូវប្រើ steroids នោះទេ ។

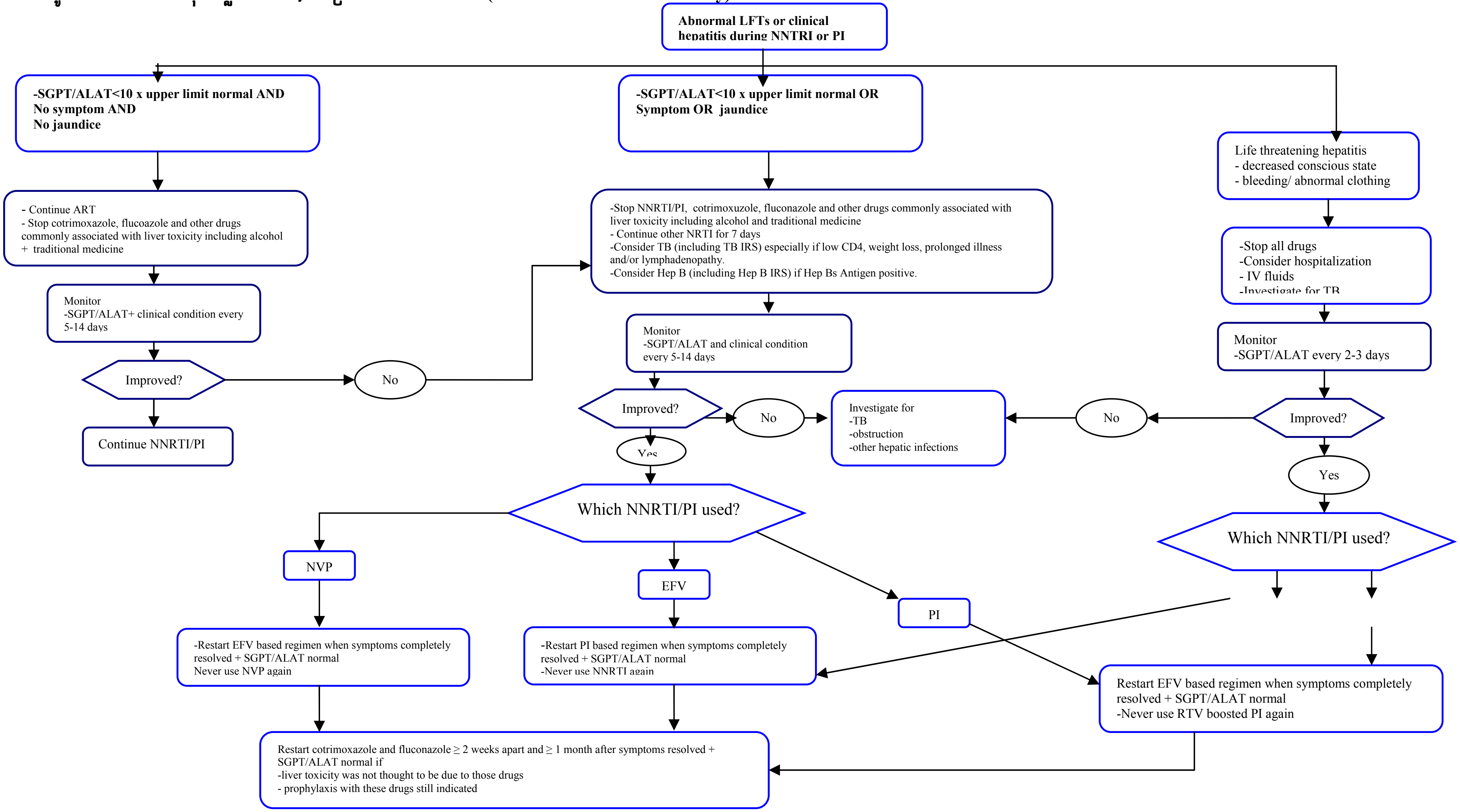
រូបភាពទី ១ : ទំនាក់ទំនង ddI និង ការរលាកលំពែង:



រូបភាពទី ២ : ការថយចុះគ្រាប់ឈាមដោយ AZT



រូបភាពទី ៣ : ការពុលថ្លើមដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART-associated liver toxicity)



ឧបសម្ព័ន្ធទី ២.២. ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងររបស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ប្រភេទ NtRTIs Tenofovir (TDF)

- TDF ងាយស្រួលប្រើ និង មានផលប៉ះពាល់តិចតួច ។ រោគសញ្ញានៃផលប៉ះពាល់របស់ **TDF** អាចមានៈ ចង្អោរ ក្អួត និង រាគ ប៉ុន្តែ មិនធ្ងន់ធ្ងរទេ ។ មានករណី Fanconi Syndrome និង ខូចតំរងនោមផងដែរ ប៉ុន្តែ មូលហេតុច្បាស់លាស់ មិនទាន់អាចកំណត់បានទេ ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី ២.៣. ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងររបស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ប្រភេទ Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs)

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (Rash) និង រលាកថ្លើម

- Rash អាចកើតមានឡើងដោយការប្រើរួមគ្នា NVP និង EFV ប៉ុន្តែ ស្នាមកន្ទួលស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ រួមមាន Stevens-Johnson Syndrome អាចកើតមានចំពោះ តែការប្រើ NVP ទេ ។
- មិនមានប្រតិកម្មខ្វែងគ្នា ដែលបណ្តាលឱ្យមាន Rash រវាង NVP និង EFV ទេ។ ដូច្នេះអាចប្រើ EFV បាន ប្រសិនបើ Rash កើតឡើងដោយការប្រើ NVP និងផ្ទុយមកវិញ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើ Rash ដោយសារការប្រើ NVP មានភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬ រួមផ្សំជាមួយការប៉ះពាល់ដល់ mucosal, ក្នុងករណីនេះ មិនគួរប្រើ EFV ទេ ។
- ជំងឺរលាកថ្លើមអាចកើតមានឡើងដោយសារប្រើ NVP និង EFV ប៉ុន្តែ ជាញឹកញាប់កើតឡើងដោយសារការប្រើ NVP (មើលតារាង ១១) ។ ដើម្បីអោយមានសុវត្ថិភាពត្រូវប្រើប្រាស់ឱសថផ្សេងទៀត បើជំងឺរលាកថ្លើមកើតមាន ឡើងដោយសារការប្រើ NVP ឬ EFV លើកលែងតែជំងឺរលាកថ្លើមមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬ គំរាមគំហែងដល់អាយុជីវិត ។

តារាងទី ១៨ :ផលប៉ះពាល់របស់ NNRTI (Grade3/4) ក្នុងការសិក្សា 2NN

ភាគរយ	**NVP 400mg ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ**	**NVP 200mg ២ ដងក្នុងមួយថ្ងៃ**	**EFV 600mg ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ**
ចេញរោគសញ្ញាគ្លីនីកនៃពុលថ្លើម	១.៤	២.១	០.៣
ចេញរោគសញ្ញាមន្ទីរពិសោធន៍នៃការពុលថ្លើម	១៣.២	៧.៨	៤.៥
ពុលដល់ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល	១.៨	៤.៩	៦.៥
ឈប់ប្រើប្រាស់ដោយសារជាតិពុល	២៤.១	២១.២	១៥.៥

Nevirapine (NVP)

- ផលប៉ះពាល់ចំបងៗ នៃ NVP គឺ Rash និង ជំងឺរលាកថ្លើម ។
- Rash កើតមាន ១៧% នៃអ្នកប្រើប្រាស់ ហើយមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរបណ្តាលអោយឈប់ប្រើប្រាស់ឱសថមានពី ៦-៨% ហើយ Stevens-Johnson syndrome ឬ ពុលស្បែករលួយ (toxic epidermal necrosis) កើតមាន ០.៣% ។
- Rash ជាញឹកញាប់កើតមានឡើងក្នុងរយៈពេល ២-៤សប្តាហ៍ដំបូងនៃការប្រើប្រាស់ ។ ជាធម្មតា ផ្ទាំងស្បែកក្រហម ពងទឹក នៅលើផ្ទៃ និង លើដងខ្លួន និងដៃ ។ គ្រុនក្តៅ ឈឺសាច់ដុំ រលាកថ្លើម និង eosinophilia កើតមានឡើងដែរ ។
- ប្រសិនបើ ស្នាមកន្ទួលស្បែកតិចតួច (mild to moderate) ដោយគ្មានរោគសញ្ញាផ្សេងទៀត ឬគ្មានការដាច់ដោចដល់ mucosal ទេ NVP អាចប្រើបន្តដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ។ នៅពេលដែលកើតមាន rash ត្រូវប្រើ NVP ដោយកំរិតដូសទាប

ក្នុងរយៈ២ សប្តាហ៍ដំបូង ហើយត្រូវឈប់ប្រើគ្រប់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ និងចាប់ផ្តើម ART ឡើងវិញ រួមទាំង NVP ។ ដោយការប្រើឆ្លាស់គ្នា NVP អាចប្រើបន្តប៉ុន្តែមិនត្រូវអោយកំរិតដូសពេញលេញទេ រហូតដល់បាត់ rash ។ Steroids មិនមានប្រយោជន៍ទេ ។

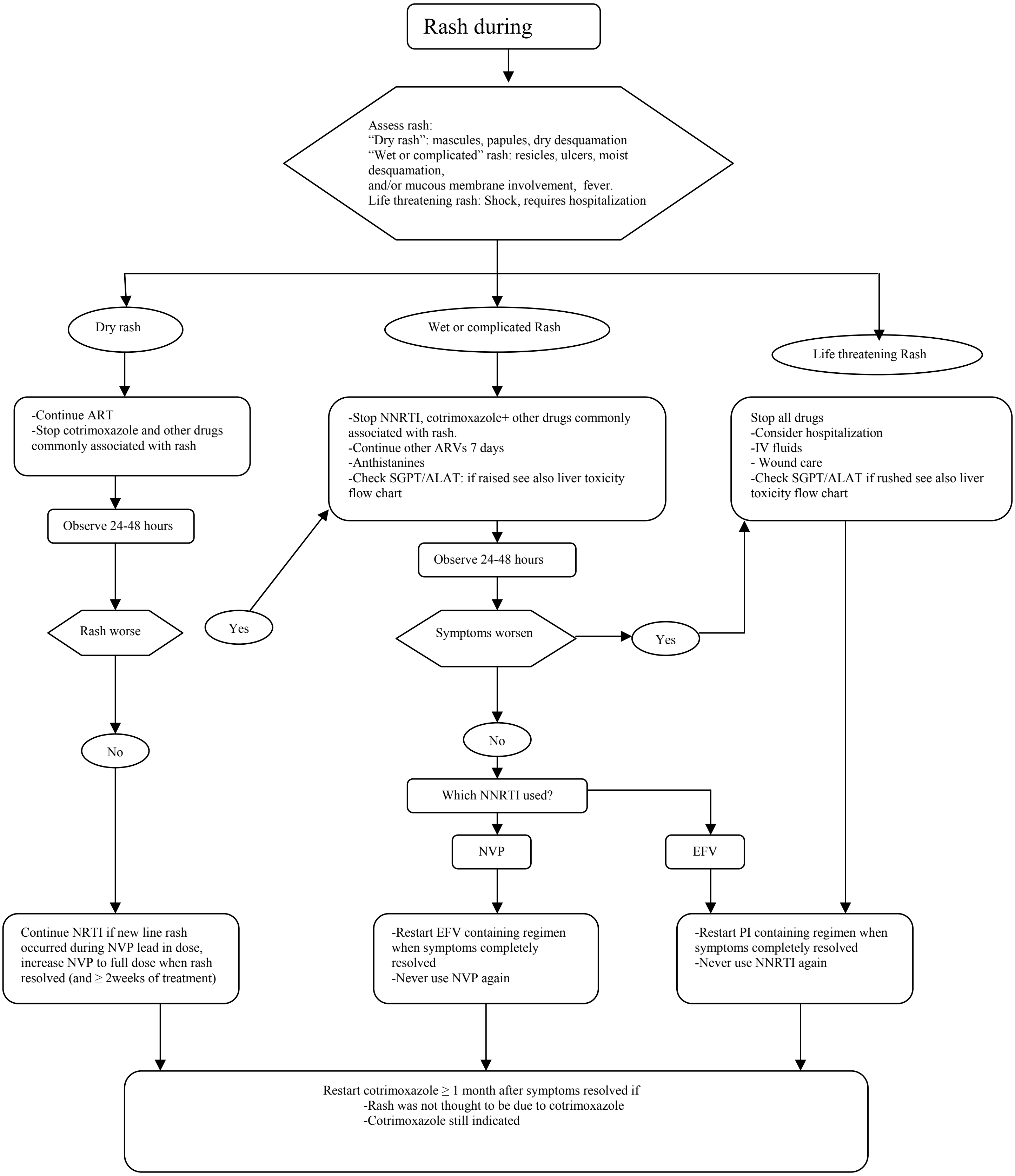
- ❖ ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយដែលបង្ហាញឡើងដូចខាងក្រោមនេះ ត្រូវបញ្ឈប់ការប្រើ NVP ជាស្ថាពរ ហើយទាំង EFV មិនត្រូវប្រើនៅថ្ងៃអនាគតទៀតទេ:
  - ♦ ជំងឺស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ (severe rash)
  - ♦ Rash ជាមួយ ពងទឹកធំៗ ឬ ដាច់ស្បែក
  - ♦ មានការដាច់ដោចដល់ mucosal
  - ♦ Hypersensitivity គ្រុនក្តៅ ឈឺសាច់ដុំ រលាកថ្លើម និង eosinophilia
- ❖ ការរលាកថ្លើមអាចកើតឡើងតែឯកឯង ឬ ជាមួយ rash ឬ hypersensitivity syndrome ។ ភាពមិនធម្មតានៃការធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើម កើតមាន ១៥% និងសញ្ញាគ្លីនិករលាកថ្លើមមានពី ១-៥% ។ ភាពខ្សោយថ្លើម និង ស្លាប់ អាចកើតឡើងដោយកំរ ។ ២ ភាគ ៣នៃ ករណីនេះ កើតឡើងនៅ ៣ខែដំបូងនៃការប្រើប្រាស់ NVP ហើយក៏អាចឡើងគ្រប់ពេលផងដែរ ។
- ❖ កត្តាគ្រោះថ្នាក់របស់ NVP រួមជាមួយការរលាកថ្លើម និង មានភាពមិនធម្មតានៃមុខងាររបស់ថ្លើម នៅពេលចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ, អ្នកដែលផឹកជាតិស្រវឹងច្រើន, មានអាយុច្រើន, ស្ត្រីភេទ, មានរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C និង មានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ ។
- ❖ រោគសញ្ញាជាទូទៅមិនច្បាស់លាស់: មិនស្រួលខ្លួន ធុំបាយ ចង្អោរ និង ក្អួត ។ គួរកត់សំគាល់ថាឈឺពោះ និងចេញលឿង មិនកើតមាននៅគ្រប់ករណីទេ ។ ដូចការបកស្រាយខាងលើ ជំងឺរលាកថ្លើមកើតមានដែលជាផ្នែកមួយនៃ hypersensi - tivity syndrome ជាមួយ rash គ្រុនក្តៅមិនស្រួលខ្លួន និង eosinophilia ។
- ❖ ប្រសិនបើ រលាកថ្លើមកើតមានដោយការប្រើ NVP នោះត្រូវបញ្ឈប់ជាស្ថាពរ ។ EFV អាចប្រើប្រសិនបើ រលាកថ្លើមមិនធ្ងន់ធ្ងរ ឬគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ។

Efavirenz (EFV)

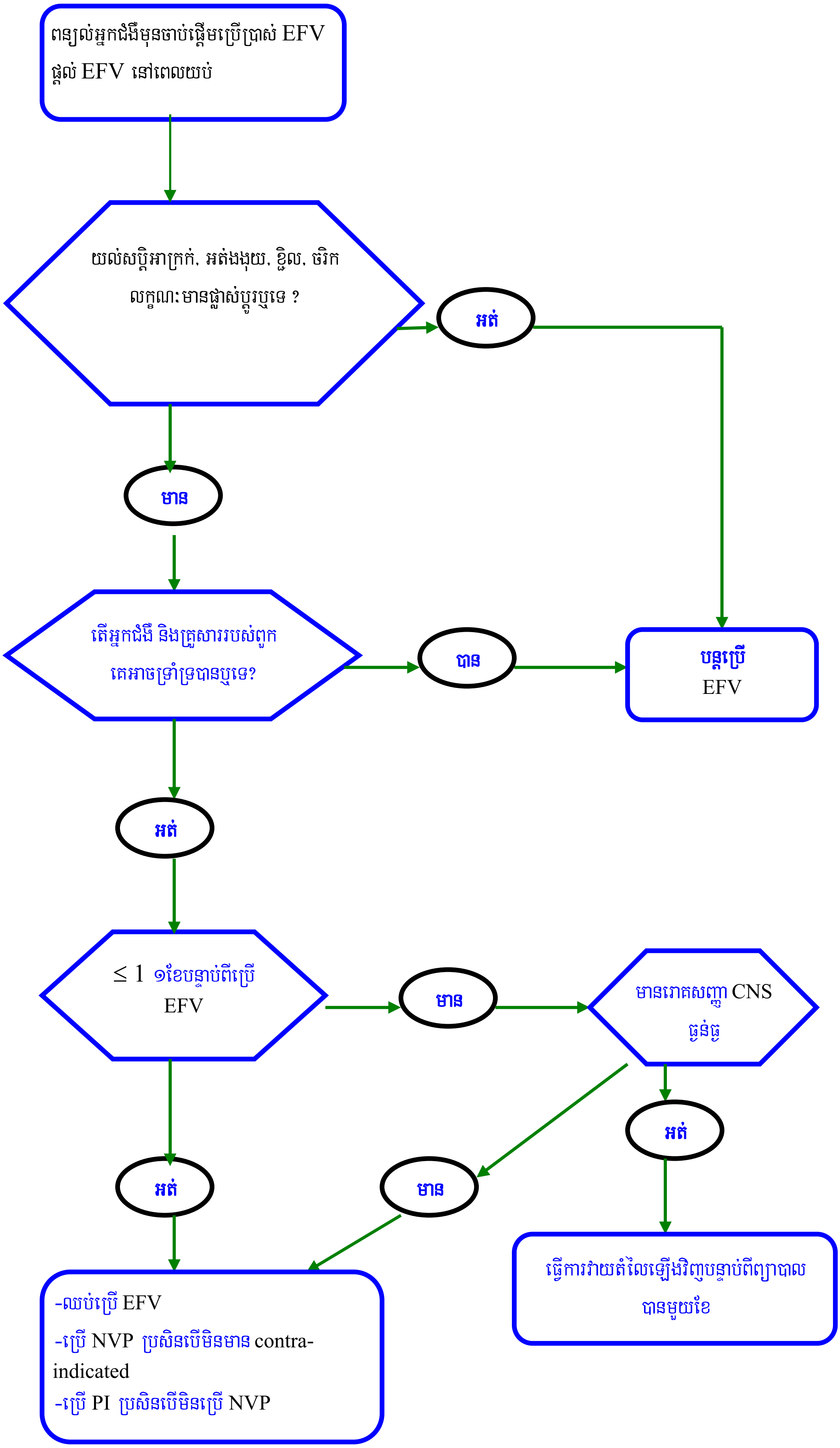
- ❖ ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗ នៃ EFV គឺ ប៉ះពាល់លើ ប្រព័ន្ធសសៃប្រសាទកណ្តាល ។
- ❖ ផលប៉ះពាល់នេះមាន ៣០-៥០% នៃអ្នកប្រើប្រាស់ និងមានវិលមុខ ឈឺក្បាល ដេកមិនលក់ អស់សង្ឃឹម រវើរវាយ សុបិនអាក្រក់ និងងងុយដេក ហើយរោគសញ្ញាទាំងនេះ អាចកើតមានឡើងក្រោយពេលប្រើប្រាស់ **EFV** ២-៣ សប្តាហ៍ ។ តិចជាង២% នៃអ្នកប្រើឱសថនេះអាចកើតមានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជាការអស់កំលាំងចិត្តទាំងស្រុង មានគំនិតចង់សំលាប់ខ្លួន ឆ្កួត និងវង្វេងវង្វាន់ ។ សញ្ញាទាំងនេះអាចកើតមានឡើងចំពោះអ្នកដែលមានប្រវត្តិ ជំងឺខួរក្បាលពីមុនមក ឬ ប្រើប្រាស់ឱសថមួយ ។
- ❖ ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាតិចតួច EFV អាចប្រើបន្តបាន និងអោយលេបនៅពេលយប់ ដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់របស់វា ។ ប្រសិនបើផលប៉ះពាល់មានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ EFV ត្រូវឈប់ប្រើជាអចិន្ត្រៃ ។

- ផលប៉ះពាល់ផ្សេងៗទៀត របស់ EFV គឺ rash និង រលាកថ្លើម (មើលចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: rash និង រលាកថ្លើម ទំព័រ ៥៤) ។ វាក៏អាចបណ្ដាលអោយមានកើតទារកមិនធម្មតា (teratogenic) ដែរដូចនេះមិនត្រូវប្រើប្រាស់ឱសថនេះចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទេ ពិសេសក្នុងត្រីមាសដំបូង ។

រូបភាពទី ៤ : NNRTI-associated rash



រូបភាពទី ៥ : EFV-associated CNS symptoms



ឧបសម្ព័ន្ធទី ២,៤ ~ ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ប្រភេទ

Protease Inhibitors (PIs)

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់លើ metabolic

- គ្រប់ឱសថ PIs ទាំងអស់ អាចបណ្តាលអោយមានផលប៉ះពាល់ដល់ metabolic របស់រាងកាយ ដែលរួមមានវិបត្តិជាតិខ្លាញ់ (lipodystrophy) ភាពស៊ាំជាមួយ Insulin និង ទឹកនោមផ្អែម និង លើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (lipodystrophy)

- ចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងនេះរួមមាន ការបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ក្រោមស្បែក (Peripheral lipoatrophy) ដែលកើតមានដោយការប្រើក្រុមឱសថ NRTIs ពិសេស d4T និង ការប្រមូលផ្តុំជាតិខ្លាញ់នៅពោះ (ធាត់ "central obesity" ការប្រមូលផ្តុំជាតិខ្លាញ់នៅកញ្ចឹងក "buffalo hump" និង ឡើងដោះដែលកើតឡើងដោយការប្រើក្រុមជំពូក PIs។ ផលវិបាករបស់ការព្យាបាល ដោយក្រុមជំពូក PIs ជាញឹកញាប់ រួមផ្សំជាមួយផលវិបាក metabolic ផ្សេងៗទៀត ។
- ការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (lipodystrophy) កើតមានមួយភាគធំនៅលើអ្នកជំងឺដែលប្រើរួមគ្នា NRTIs និង PIs។ ជាទូទៅកើតមានក្រោយពីការព្យាបាលបាន ១ ឬ ២ ឆ្នាំ ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវពីការផ្លាស់ប្តូរឱសថ នៅក្នុងការគ្រប់គ្រង lipodystrophy ជាទូទៅពុំបានលទ្ធផលអ្វីទេ ។ ការប្តូរពី PIs ទៅ Non-PIs មិនបានបង្ហាញផលចំណេញធំដុំឡើយ ។ ការផ្លាស់ប្តូរ d4T ឬ AZT ទៅ ABC បានបង្ហាញការវិលត្រឡប់ទៅរកភាពដើមយ៉ាងយឺតយ៉ាវនៃ peripheral lipoatrophy ។ បច្ចុប្បន្ន ឱសថដែលអាចយកប្រើ ដើម្បីព្យាបាល វិបត្តិជាតិខ្លាញ់ គឺ ស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សានៅឡើយ ។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ភាពស៊ាំរបស់ Insulin និង ជំងឺទឹកនោមផ្អែម

- ភាពស៊ាំជាមួយ Insulin កើតមានរហូតដល់ ៤០% នៃអ្នកប្រើប្រាស់ក្រុមឱសថ PIs , លើសជាតិស្ករក្នុងឈាម មានពី ៣-១៧% និង ជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក មាន ១%។ វាអាចចាប់ផ្តើមកើតមានឡើង ជាទូទៅ ២ ឬ ៣ខែ ក្រោយការព្យាល ។
- រោគសញ្ញាកើតមានឡើង គឺជារោគសញ្ញាទឹកនោមផ្អែម : ស្លឹក ស្រេកទឹក នោមច្រើន និង ហូបច្រើន ។
- PIs អាចប្រើបន្តជាមួយឱសថព្យាបាលទឹកនោមផ្អែម ។ ការសិក្សាបន្ត បានបង្ហាញថា metformin ប្រហែលជាឱសថជួរមុខ ក្នុងការព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម ។ ប្រសិនមានភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងពិបាកគ្រប់គ្រង PIs ត្រូវឈប់ប្រើ ។ ការលើសជាតិស្ករ ក្នុងឈាម ជាធម្មតាបាត់វិញបន្ទាប់ពីឈប់ប្រើឱសថ ប៉ុន្តែមិនគ្រប់ករណីទាំងអស់ទេ ។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ការឡើងនៃជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម

- ក្រុមឱសថ PIs ទាំងអស់អាចបណ្តាលអោយជាតិខ្លាញ់កើនឡើង (triglycerides and choesterole) ប៉ុន្តែ RTV ធ្វើអោយកើនឡើងជាតិខ្លាញ់គួរអោយកត់សំគាល់ ទោះជាការកើនឡើងនៃជាតិខ្លាញ់បានបង្កើនអោយមានគ្រោះថ្នាក់នៃជំងឺបេះដូង គឺមិនទាន់ច្បាស់នៅឡើយ ។
- ត្រូវបានចាប់ផ្តើម ព្យាបាលជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់នៅក្នុងឈាមដោយឱសថ :

- **ការកើនឡើង LDL Cholesterol** តែងងត្រូវព្យាបាលដោយប្រើឱសថ statin, pravastatin ព្រោះថា ឱសថនេះមិនសូវមានអន្តរកម្មជាមួយ PIs ។ ចាប់ផ្តើមដោយកំរិតថ្នាំទាបនិងប្រុងប្រយ័ត្នពីការវិវត្តន៍ទៅរកជំងឺសាច់ដុំបេះដូង (Myopathy) ។
- **ការកើនឡើង triglycerides** តែងងត្រូវ ព្យាបាលជាមួយ fibrates ឧទាហរណ៍ gemfibrozil or fenofibrate ។ ការកើនឡើងនៃ LDL Cholesterol and triglycerides អាចព្យាបាលដោយ statin ឬ fibrate ។ លទ្ធផលនៃសិក្សាបានបង្ហាញថា ការព្យាបាលនេះពុំមានប្រសិទ្ធិភាពនៅក្នុងការបន្ថយជាតិខ្លាញ់អោយទាបដល់កំរិតធម្មតាបាន (LDL Cholesterol or triglycerides) ទេ ។ ការព្យាបាលដោយបញ្ចូលរួមគ្នារវាង statin និង fibrates ប្រហែលជាមានប្រសិទ្ធិភាពខ្ពស់ ប៉ុន្តែបង្កើនគ្រោះថ្នាក់ ជំងឺសាច់ដុំបេះដូង ។ ប្រសិនបើមានការកើនឡើងជាតិខ្លាញ់ខ្លាំង គឺផ្លាស់ប្តូរពី PIs ទៅចំណាត់ថ្នាក់ឱសថជំពូកផ្សេងទៀត ប៉ុន្តែទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការប្រែប្រួលជាតិខ្លាញ់មិនធម្មតាអាចស្ថិតនៅជាប់ជាប្រចាំដែរ ។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: រលាកថ្លើម

- ជំពូកឱសថ PIs ពិសេស RTV អាចបណ្តាលអោយមានការកើនឡើង Enzymeរបស់ថ្លើម និងមានសញ្ញាគ្លីនិកនៃការរលាកថ្លើមនៅពេលណាមួយ ក្នុងកំឡុងពេលព្យាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថ PIs ក៏ប៉ុន្តែយន្តកម្មរបស់វានៅមិនទាន់បានដឹងច្បាស់នៅឡើយទេ ។
- កត្តាគ្រោះថ្នាក់រួមមាន ការកើនឡើងនៃមុខងាររបស់ថ្លើមនៅមុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល, អ្នកផឹកជាតិស្រវឹងច្រើន, រលាកថ្លើមប្រភេទ B និង/ឬ C និង ការប្រើប្រាស់ប្រភេទថ្នាំដែលបណ្តាលឱ្យពុលដល់ថ្លើម ដូចជា d4T ។
- ការកើនឡើងតិចតួចនៃ Enzyme របស់ថ្លើម ដែលអាចកើតមានឡើង និង អាចបន្តការប្រើប្រាស់ PIs បាន ។ នៅក្នុងករណីដែលមានការកើនឡើងខ្លាំង ឬ មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរលាកថ្លើម ត្រូវបញ្ឈប់ ការប្រើប្រាស់ PIs ត្រូវឈប់ជាអចិន្ត្រៃ ។

ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ការផ្លាស់ប្រែប្រួលនៃឆ្អឹង (bone disorders)

- រូបមន្តនៃការព្យាបាល (Regimens) ដែលមានជំពូកឱសថ PIs ហាក់បីដូចជាមានការកើនឡើងនៅគ្រោះថ្នាក់ ដូចជា Osteopenia ពុកឆ្អឹង (osteoporosis) និង avascular necrosis ។

Nelfinavir (NFV)

- NFV មានភាពងាយស្រួលប្រើប្រាស់ ហើយផលប៉ះពាល់របស់វាអាចកើតឡើងតែនៅលើប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ ។ ការរាគរូសមានជាញឹកញាប់ ដែលកើតមានឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សបន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមប្រើ NFV ហើយជាធម្មតាវានឹងបាត់ទៅវិញ រយៈពេល ២ ឬ ៣ សប្តាហ៍ និង ការឈឺពោះ និង flatulence ក៏អាចកើតមានដែរ ។

Indinavir/ritonavir (IDV/r)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗរបស់ IDV គឺ គ្រួសក្នុងតំរងនោមដែលកើតមាន ១០% នៃអ្នកប្រើប្រាស់ ហើយអាចមានរោគសញ្ញាដូចជា ឈឺចាប់នៅចង្កេះ និងនោមឈាម ។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលតាមរោគសញ្ញាដោយប្រើជាតិទឹក (hydration) និងឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ។ IDV ត្រូវផ្អាក ២ ឬ ៣ថ្ងៃ រហូតដល់បាត់រោគសញ្ញាបានធូរស្បើយ ។ លើកលែងតែករណី

រោគសញ្ញាកើតមានសារចុះសារឡើង IDV អាចចាប់ផ្តើមម្តងទៀតដោយប្រុងប្រយ័ត្នដោយបំពេញជាតិទឹក ។ អ្នកជំងឺដែលលេបឱសថនេះត្រូវផ្តល់ដំបូន្មានអោយផឹកទឹកយ៉ាងតិច ១,៥ លីត្រក្នុងមួយថ្ងៃ ។

- Hyperbilirubinaemia ដោយមិនមានរោគសញ្ញាកើតមាន ១០% នៃអ្នកប្រើប្រាស់ ហើយជាធម្មតាកើតមាននៅ ២-៣ សប្តាហ៍ដំបូងនៃការព្យាបាល ។ រោគសញ្ញាគ្លីនិក គឺ កើតលឿង ឬកើនឡើង Enzyme របស់ថ្លើម មានដោយកំរ ហើយជាធម្មតាមិនតំរូវអោយមានការព្យាបាលពិសេសណាមួយឡើយ ។
- IDV អាចបណ្តាលអោយមានប៉ះពាល់ដល់ភ្នែក (retinoid-like side effect) និង មានការជ្រុះសក់ ស្បែកស្ងួត បបូរមាត់ស្ងួត និង *ដុះក្រចក (ingrown nails)* ។
- ប្រហែល ៣% នៃអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថនេះ កើតមានរោគសញ្ញាភឺ (oesophageal reflux) ។
- សមាសភាគ Ritonavir អាចបណ្តាអោយមាន peri-oral and peripheral parasthesia ។ ផលប៉ះពាល់នេះមិនមានគ្រោះថ្នាក់ទេ ប៉ុន្តែបើធ្ងន់ធ្ងរត្រូវមានការប្តូរឱសថ ។

Lopinivir/ritonavir (LPV/r)

- ផលប៉ះពាល់ដ៏ចំបងដែលកើតឡើងដោយសារការប្រើឱសថនេះរួមគ្នា អាចបណ្តាលមកពី សមាសភាព RTV ដូចជា រាគ និង លើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ។ រលាកលំពែងក៏អាចកើតមានឡើងដែរ ប្រហែលជាបន្ទាប់ពីមាន ការកើនឡើងជាតិស្ករនៅក្នុងឈាម (hypertriglyceride) ហើយ រោគស្ពឹក (parasthesis) ក៏អាចកើតមានដែរ ។

Saquinavir/ritonavir (SQV/r)

- ផលប៉ះពាល់ដ៏ចំបងដែលកើតឡើងដោយសារការប្រើឱសថនេះរួមគ្នា ទំនងជាបណ្តាលពីសមាសភាព RTV ដូចជា ចង្អោរ រាគ ឈឺពោះ ឈឺក្បាល រោគស្ពឹក (parasthesis) និងពុលថ្លើម ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៧: អន្តរកម្មសំខាន់ៗរបស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (Important ARV drug interactions)

- មានអន្តរកម្ម (interactions) ជាច្រើនកើតមានឡើងរវាង ជំពូកឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង ជំពូកថ្នាំដទៃទៀត ។
- តារាងទី ១៩ សង្ខេបពីអន្តរកម្មរបស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សំខាន់ៗ ។ ប៉ុន្តែនៅមានអន្តរកម្ម (interactions) ជាច្រើនទៀតដូចនេះជានិច្ចកាលត្រូវពិនិត្យមើល ឯកសារយោង មុនពេលចេញវេជ្ជបញ្ជាអោយប្រើឱសថថ្មី ។

តារាងទី ១៩: អន្តរកម្មសំខាន់ៗរបស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថដែលមានអន្តរកម្ម	NVP	EFV	NFV	IDV/r	LPV/r	SQV/r
Ketokonazole	X	?	OK			
Rifampicin	ប្រើដោយប្រុងប្រយ័ត្ន	EFV ៨០០ mg ក្នុង មួយ ថ្ងៃ	X	X	X	កំរិតឱសថ ពេញលេញ សំរាប់ ឱសថ ទាំងពីរ មុខនេះ
Rifabutin	OK	RBT 450- 600 mg /១ថ្ងៃ	RBT 150mg/d NFV 1000 mg q tds			RBT 250mg 2-3/week
Caritromycin	OK	X	?		?	
Oral contraceptive	X	X	X	X	X	X
Methadone	បង្កើន Methadone	បង្កើន Methadone	បង្កើន Methadone	បង្កើន Methadone	បង្កើន Methadone	បង្កើន Methadone
'Statins'	?	?	X		X	X
ជំពូកឱសថដទៃទៀត ដែលមិនត្រូវប្រើជាមួយគ្នា	បន្ថែមខ្ទឹមស	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Triazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic supplements	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Triazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic supplements	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic supplements Flecanide Pimozide	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic supplements Flecanide Pimozide	Astemizole Terfenadine Cisapride Midazolam Ergotamine Dihydro-ergotamine Garlic supplements Flecanide Pimozide
ផ្សេងៗ	អាចបន្ថយកំរិត Steroid អោយទាប	តាមដាន wafarin ប្រសិនបើប្រើជាមួយគ្នា				

បន្ថែម ឬ វិធីសាស្ត្រឆ្លាស់គ្នារបស់ឱសថពន្យាកំណើត ត្រូវបានប្រើប្រាស់ ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៤ : ការដាក់ពិន្ទុ ទៅតាមកាណូហ្វស្គី (Karnofsky Performance Scale)

តារាងទី ២០: Karnofsky Performance Scale

កំរិតមុខងារ	ពិន្ទុ	អធិប្បាយ
មានលទ្ធភាព ធ្វើការងារធម្មតា មិនចាំបាច់អោយមានការថែទាំពិសេសទេ	១០០	ធម្មតា មិនមានការត្អូញត្អែរ មិនមានជំងឺជាក់ស្តែង
	៩០	មានលទ្ធភាពអនុវត្តសកម្មភាពធម្មតាមានរោគសញ្ញាតិចតួចរបស់ជំងឺ
	៨០	អាចធ្វើសកម្មភាពធម្មតាបានដោយខំប្រឹង មានរោគសញ្ញាខ្លះរបស់ជំងឺ
មិនមានលទ្ធភាពធ្វើការងារអាចស្នាក់នៅផ្ទះ និងថែរក្សាខ្លួន មានការប្រែប្រួល តំរូវការអោយមានជំនួយបន្ថែម	៧០	ថែរក្សាខ្លួនឯងបាន មិនមានលទ្ធភាពអនុវត្តសកម្មភាពធម្មតា ឬ ធ្វើការងារ
	៦០	តំរូវការអោយមានជំនួយខ្លះៗពីអ្នកដទៃ ប៉ុន្តែមានលទ្ធភាពថែរក្សានូវតំរូវការរបស់ខ្លួនមួយចំនួនធំ
	៥០	តំរូវការអោយមានជំនួយច្រើនពីអ្នកដទៃ និងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រញឹកញាប់
មិនមានលទ្ធភាពថែរក្សាខ្លួនឯង តំរូវអោយមានការថែរក្សាពីស្ថាប័ន ឬមន្ទីរពេទ្យ ជំងឺ នឹងវិវត្តន៍ទៅមុខយ៉ាងឆាប់បំផុត	៤០	គ្មានសមត្ថភាព តំរូវការថែរក្សាពិសេស និងជំនួយពីអ្នកដទៃ
	៣០	គ្មានសមត្ថភាពទាំងស្រុង តំរូវការអោយសំរាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ទោះបីជាមិនទាន់ស្លាប់ក៏ដោយ
	២០	ឈឺធ្ងន់ សំរាកនៅមន្ទីរពេទ្យជាការចំបាច់ និងការព្យាបាលតាមរោគសញ្ញាជាការចាំបាច់
	១០	សេចក្តីស្លាប់ជិតមកដល់ និងដំណើរការនៃសេចក្តីស្លាប់បន្តយ៉ាងឆាប់
	០	ស្លាប់

បោះពុម្ពលើកទី២

DFID