

รายการอ้างอิง

1. The NESDB Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand: 1987-2020. Bangkok: Thai Red Cross Society Program on AIDS, 1994.
2. เกียรติ รักรักษ์รุ่งธรรม, อรุษา ทิสยากร, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วันลา กุลวิจิต, ไชยวัฒน์ อึ้งเศรษฐพันธ์, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์ และคณะ. State of the Art Review 1998 HIV/AIDS: clinical and clinical research. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้ง, 2541.
3. สาธารณสุข, กระทรวง, กองระบาดวิทยา. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 มกราคม. พ.ศ.2543. (อัดสำเนา).
4. Kunanusont C, Sirisritrak R, Satasit P. Medical service situation for AIDS in Thailand in 1995-1996. Thai AIDS Journal 1995; 6: 191-9.
5. Sirivichayakul S, Phanuphak P, Hanvanich M, Ruxrungtham K Panmoung W, Thanyanon W. Clinical correlation of immunological markers of HIV infection in individuals from Thailand. AIDS 1992; 6:393-7.
6. KitiyaPorn D, Tansuphaswasdikul S, Lohsomboon P. Survival of AIDS patients in the emerging epidemic in Bangkok, Thailand. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviral 1996; 11:77-82.
7. Lundgren JD, Barton SE, Katlama C, Ledergerber B, Anthony J, Hamer R, et al. Changes in survival over time after a first episode of *Pneumocystis carinii* pneumonia for European patients with acquired immunodeficiency syndrome multicenter study group on AIDS in Europe. Arch Intern Med 1995; 155:822-8.
8. Osmond D, Charlebois E, Lang W, Shiboski S, Moss A. Changes in AIDS survival time in two San Francisco cohort of homosexual men, 1983 to 1993. JAMA 1994; 271:1083-7.
9. Chaisson RE, Keruly J, Richman DD, Moore RD. Pneumocystis prophylaxis and survival in patients with advanced human immunodeficiency virus infection treated with zidovudine. The Zidovudine Epidemiology group. Arch Intern Med 1992; 152:2009-13.

10. Survival of patients receiving zidovudine and/or PCP-prophylaxis. Result of a retrospective multicenter study on 3180 patients observed in the FRG. German AIDS Study Group (GASG). VIII International Conference on AIDS Amsterdam, the Netherlands, 1992. (Abstract PoB 3715).
11. Prescott N, Kuanusont C, Phoolcharoen W, Rojanapitayakorn W, Perriens J, Boonyuen D. Formulating rational use of anti-retrovirus in Thailand. XI International Conference on AIDS Vancouver, Canada, 1996. (Abstract MoB533).
12. Kuanusont C, Phoolcharoen W, Rojanapitayakorn W. The preliminary report on formulating rational use of anti-retrovirus in Thailand. Thai AIDS J 1995;7:190-201.
13. สาธารณสุข, กระทรวง, กองระบาดวิทยา. นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.
14. Center for Disease Control and Prevention. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1992;41 (No.RR-17): 1-19.
15. Ministry of Public Health, Thailand. Guidelines for the clinical management of HIV infection in children/adult fifth edition 1997. Bangkok:MOPH, 1997.
16. Munoz A, Wang M M-C, Bass S, Jeremy M, Taylor G, Lawrence A, et al. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) the time after human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) seroconversion in homosexual men. Am J Epidemiol 1989; 130:530-9.
17. Bacchetti P, Moss AR, Osmond D, Krampe W, Chaisson RE, Stites D. Seropositivity for HIV and the development of AIDS or AIDS-related condition: Three years follow up of the San Francisco General Hospital Cohort. BMJ 1989;196:745-50.

18. Pauli Amornkul, Tansuphaswasdikul S, Kitiyaporn D, Young N, Mastro T, Limpakarnjanarat K, et al. Clinical and immunologic spectrum of disease among 2261 HIV-1-infected patients at a hospital in Bangkok. XII International Conference on AIDS Geneva, Switzerland, 1998. (Abstract 12144).
19. สาธารณสุข, กระทรวง. กองโรคเอดส์ เอดส์: การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2539.
20. จันทพงษ์ วสี, โกวิท พัฒนาศุภมิตร, ประเสริฐ เอื้อวรกุล, รวงผึ้ง สุทเธนทร์, วรณี กัญจกมลกุล, สุดา ลอยศิริโรจนกุล และคณะ. การประมวลและการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการวิจัยการติดเชื้อเอช ไอ วี และโรคเอดส์ ด้านชีวการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2541.
21. Bryant ML, Ratner L. Biology and molecular biology of HIV. In : Pizzo PA, Wilfert CM, editors. Pediatric AIDS. Baltimore : Williams & Wilkins, 1991:55-74.
22. Favci AS. The human immunodeficiency virus: infectivity and mechanism of pathogenesis. Science 1988; 239:617-23.
23. Perelson AS, Neuman AU, Markowitz M, Leonard JM , Ho DD. HIV-1 Dynamic in vivo: virion clearance rate, Infected cell life span, and viral generation time. Science 1996; 271:1582-6.
24. Tindall B, Barker S, Donovan B. Characterization of the acute clinical illness associated with human immunodeficiency virus infection. Arch Intern Med 1988; 148:945.
25. Pedersen C, Lindhardt BO, Jensen BL, Lauritzen E, Gerstoft J, Dickmeiss E, et al. Clinical course of primary HIV infection: Consequences for subsequent course of infection. BMJ 1989; 299:154-6.
26. Tersmette M, Lange JMA, de Goede REY, Wolf de F, Coutinho RA, Huisman JG, et al. Association between biological properties of human immunodeficiency virus variants and risk of AIDS and AIDS mortality. Lancet 1989;1:983-5.

27. Vanhems P, Allard R, Cooper DA, Perrin L, Vizzard J, Hirschel B, et al. Acute Human immunodeficiency virus type 1 disease as a mononucleosis-like illness: is the diagnosis too restrictive?. *Clin Infect Dis* 1997;24:965-70.
28. Clark SJ, Saag MS, Decker WD, Hill SG, Roberson JL, Veldkamp JP, et al. High titres of cytopathic virus in plasma of patients with symptomatic primary HIV-1 infection. *N Engl J Med* 1991;324:954-60.
29. Daar ES, Moudgil T, Meyer RD and Ho DD. Transient high levels of viremia in patients with primary human immunodeficiency virus type I infection. *N Engl J Med* 1991;324:961.
30. Valles SL, Febrile pharyngitis as the primary sign of HIV infection in a cluster of cases linked by sexual contact. *Scand J Infect Dis* 1987;19:13.
31. Niu MT, Stein DS, Schnittman SM. Primary HIV-1 infection: Review of pathogenesis and early treatment intervention in human and animal retrovirus infection. *J Infect Dis* 1993; 168:1490-501.
32. Schacke T, Hughes J, Shea T, Coery L. Viral load in acute and very early HIV infection does not correlate with disease progression. Fourth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Washington DC, 1997. (Abstr. 475).
33. Ho DD, Newmann AU, Perelson AS, Neumann AU, Chen Wen, Leonard JM, et al. Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV infection. *Nature* 1995;373:123-6.
34. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, Gottlieb MS, Volberding PA, Laskin OL, et al. The efficacy of zidovudine (zidovudine) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. *N Engl J* 1987; 317:185-91.
35. Hammer SM, Katzenstrin DA, Hughes MD, Gundaker H, School RT, Haubrich RH, et al. A trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV-infected adult with CD4 cell count from 200 to 500 per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1996; 335:1081-90.

36. Saravolatz LD, Winslow DL, Collins G, Hodges JS, Pettinelli C, Stein DS, et al. Zidovudine alone or in combination with or zalcitabine in HIV-infected patient with the acquired immunodeficiency syndrome or fewer than 200 CD4 cell per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1996; 335:1099-106.
37. Fisher M, Stoehr A, Podzamczar D, Agarano G, Silleni M, Ledezine J-M. A randomized double-blind Study of d4T+ddI vs ZDV+ddI as initial treatment in subjects with CD4 count ≤ 500 cells/cu.mm. 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections Chicago, Illinois, 1998. (Abstract 661).
38. Ruxrungtham K, Cooper D, Phanophak P, Kunanusont C, Ruitenberg EJ, Hammer S, et al. A pilot randomized open study to compare the safety and biological effects of didanosine (ddI) and stavudine (d4T) monotherapy in HIV-infected subjects with CD4 cell counts of 150-350 cu.mm. *HIV-NAT* 1998. (เอกสารโรเนียว).
39. Hammer SM, Squires KE, Hughes MD, Grimes JM, Demeter LM, Currier JS, et al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in person with HIV infection and CD4 cell counts of $< 200/m^3$. *N Engl J Med* 1997; 331:752-3.
40. Conway B, Montaner JSC, Cooper D, Vella S, Reiss P, Lange J, et al. Randomized, double-blind one year study of the immunologic and virologic effects of nevirapine, didanosine and zidovudine combination among antiretroviral naïve, AIDS-free patient with CD4 200-600. *AIDS* 1996; 10 (Suppl 2):S15
41. Mathez D, Truchis de P, Gorin I, Katlama C, Pialoux G, Saimot AG, et al. Ritonavir, AZT, ddC, as a triple combination in AIDS patients In: Program an abstract of the Third Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; January 28-February 1, 1996; Washington DC. (Abstract 285).
42. Markowitz M, Saag M, Powderly WG, Hurley AM, Hsu A, Valdes JM, et al. A Preliminary study of ritonavir, an inhibitor of HIV-1 protease, to treat HIV-1 infection. *N Engl J Med* 1995; 328:1534-9.

43. World Health Organization. Drug use in HIV-related infection. Geneva:World Health Organization, 1999.
44. สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. HIV/AIDS in Thailand 1996:Adult & Pediatrics. กรุงเทพมหานคร: สวิชาการพิมพ์, 2539.
45. Chuck SL, Sande MA. Infections with *Cryptococcus neoformans* in the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1989; 321:794-9.
46. Clark RA, Greer D, Atkinson W, Valainis GT, Hyslop N. Spectrum of *Cryptococcus neoformans* infection in 68 patients infected with human immunodeficiency virus. *Rev Infect Dis* 1990; 12:768-77.
47. Dismukes WE. Cryptococcal meningitis in patients with AIDS. *J Infect Dis* 1988; 157:624-8.
48. Eng RH, Bishburg E, Smith S, Kapilla R. Cryptococcal infections in Patient with. The acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Med* 1986; 81:19-23.
49. Kovacs Ja, Kovacs AA, Polis M, Wright WC, Gill VJ, Taozon CU, et al. Cryptococcosis in the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985; 103:533-8.
50. สาธารณสุข, กระทรวง. กองโรคเอดส์. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2539.
51. Li PC, Tsui M, Ma KF. *Penicillium marneffeii*: indicator disease for AIDS in South East Asia. *AIDS* 1992; 6:240-1.
52. Supparatpinyo K, Chiewchanvit S, Hirunsri P. *Penicillium marneffeii* infection in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1992; 14:871-4.
53. Supparatpinyo K, Khamwan C, Baosoung V, KenradE Nelson, Thira Sirisanthana. Disseminated *Penicillium marneffeii* infection in South East Asia. *Lancet* 1994; 344:110-3.
54. Horsburg CR. Mycobaterium avium complex infection in the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1991;324:1332-8.

55. Ruxrungtham K, Muller O, Sirivichayakul S, Hanvanich M, Panuphak P. The clinical presentation of HIV-1 disease and AIDS at the Chulalongkorn University Hospital in Bangkok, Thailand. VII International Conference on AIDS Yokohama, Japan, 1994. (Abstract PBO032).
56. พักตร์วิมล ประเสริฐ, วิวัฒน์ พีรพัฒน์โกติน, ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ, คำนวน อึ้งชูศักดิ์, โกวิท พรรณเชษฐ์, อรพรรณ แสงวรรณลอย และคณะ. โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยในผู้ป่วยเอดส์และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ในประเทศไทย. วารสารโรคเอดส์ 2536; 5:181-7
57. Chaisson RE, Moore RD. Prevention of opportunistic infections in the era of improved antiretroviral therapy. AIDS 1997; 16(Suppl 1): S14-S22.
58. Hilmardottir I, Meynard JL, Rogeaux O, Darty A, Katlama C, Brucker G, et al. Disseminated *Penicillium marneffei* infection associated with human immunodeficiency virus: a report of two cases and a review of 35 published cases. J Acquired Immune Defic Syndr 1993; 6: 466-71.
59. Andrien JM, Eme D, Venet A, Audroin C, Tourani JM, Stern M, et al. Serum HIV antigen and anti-P24-antibodies in 200 seropositive patients : Correlation with CD4 and CD8 subsets. Clin Exp Immunol 1988; 73:1-5.
60. Polk MD, Fox R, Brookmeyer R, Kanchanaraksa S, Kaslow R, Visscher B, et al. Predictors of the acquired immuno-deficiency syndrome developing in a cohort of seropositive homosexual men. N Engl J Med 1987; 316:61-6.
61. โกวิท พัฒนปัญญาสัตย์. โพลไซโตเมทรี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วงตะวัน, 2539:110-11.
62. Taylor JMG, Fahay JL, Delels R, Giorgi JV. CD4 percentage, CD4 number, and CD4/CD8 ratio in HIV infection : Which to choose and how to use. J Acquir immun Defic Syndr 1989;2:114-24.
63. National Institute of Health. State of the art conference on azidothymidine therapy for early HIV infection. Am J Med 199;89:335-4.

64. Taylor JMG, Plaeger-Marshall S, Fahay JL. A statistical method for assessory change in immunologic parameters in a patient. *J Clin Immunol* 1986;6:249-55.
65. Volberding PA, Lagakos SW, Koeh MA, Pettinella C, Myers MW, Booth DK, et al. Zidovudine in asymptomatic human immunodeficiency virus infection : A controlled trial in persons with tever than 500 CD4 positive cells per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1990;322:941-9.
66. Editorials. Zidovudine for symptomless HIV infection. *Lancet* 1990;335:821-2.
67. Vella S, Guiliano M, Dally LG, Agresti MG, Chiesi A, Fragola V, et al. Long-term follow-up of Zidovudin therapy in asymptomation HIV infection results of a multi-center cohort study. *J Acquir Immu Defic Syndr* 1994;7:31-8.
68. สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย. An update on infectious disease. กรุงเทพมหานคร: สวิชาญการพิมพ์, 2541.
69. Pape JW, Jean SS, John LH, Hafner A, Johnson WD. Effect of isoniazid prophylaxis on incidence of active tuberculosis and progression of HIV infection. *Lancet* 1993; 342:268-72.
70. Fischl MA, Dickenson GM, Lawrence LV. Safety and efficacy of sulfamethoxazole and trimethoprimchemoprophylaxis for *Pneumocystis carinii* pneumonia in AIDS. *JAMA* 1988; 259:1185-9.
71. Nightingale SD, Cal SX, Peterson DM, Loss SD, Gramble BA, Watson DA, et al. Primary prophylaxis with fluconazole against systemic fungal infections in HIV-positive patients. *AIDS* 1992; 6:191-4.
72. Phair J, Munoz A, Detels R, Kaslow R, Rinaldo C, SaaH A, et al. The risk of *Pneumosistis carinii* pneumonia among men infected with human immunodeficiency virus type 1 Multicenter AIDS cohort Study Group. *N Engl J Med* 1990; 322:161-5.
73. Powderly WG, Finkelstein DM, Feinberg J, Frame P, Horst C, Koletar SL, et al. A randomized trial compairing fluconazole with clotrimazole troches for the prevention of fungal infection in patients with advance human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1995; 332:700-5.

74. ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. ระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
75. Klein RS, Harris CA, Small CB, Moll B, Lesser M, Friedland GH. Oral candidiasis in high-risk patients and the initial manifestation of AIDS. *N Engl J Med* 1984; 311:354-8.
76. Blum RN, Miller LA, Gaggini LC, Cohn DL. Comparative trial of dapsone versus trimethoprim/sulfamethoxazole for primary prophylaxis of *Pneumocystis carinii* pneumonia. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1992; 5:341-7.
77. Hoover DR, Saah AJ, Bacellar H, Phair J, Dertels R, Anderson R, et al. Clinical manifestation of AIDS in the era pneumocystis prophylaxis. *N Engl J Med* 1993; 329:1922-6.
78. Ray R, Lopez L, Rivero A. Preventive therapy for tuberculosis in HIV-infected patients. the fifth Conference on Retroviruses and Opportunistic infections, Chicago, 1998 (Abstract 733).
79. Carpenter CCJ, Mayer KH, Stein MD. HIV infected in North American women: experience with 200 cases and a review of the literature. *Medicine* 1991; 70: 307-25.
80. Chaisson RE, Keruly JC, Moore RD. Race, sex, drug use and progression of HIV disease. *N Engl J Med* 1995; 333:751-6.
81. Lemp SF, Hirose AM, Cohen JB. Survival for women and men with AIDS. *J Infect Dis* 1992; 166: 74-9.
82. Sabin CA, Phillips AN, Devereux M. Clinical follow up and markers of progression in a cohort of hemophilic men infected with HIV for up to 17 years. Program and abstract of the 5th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infection, Chicago 1998, (Abstract 211)

83. Chaiyos Kunanusont. HIV infection and HIV-1 subtypes among heterosexual couple in Thailand. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy, University of Washington, 1993.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

ประกอบด้วย

- การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาล บำราศนราดรุ
- การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาล ชลบุรี
- การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราขันธ์
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ที่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์

ภาคผนวก ข

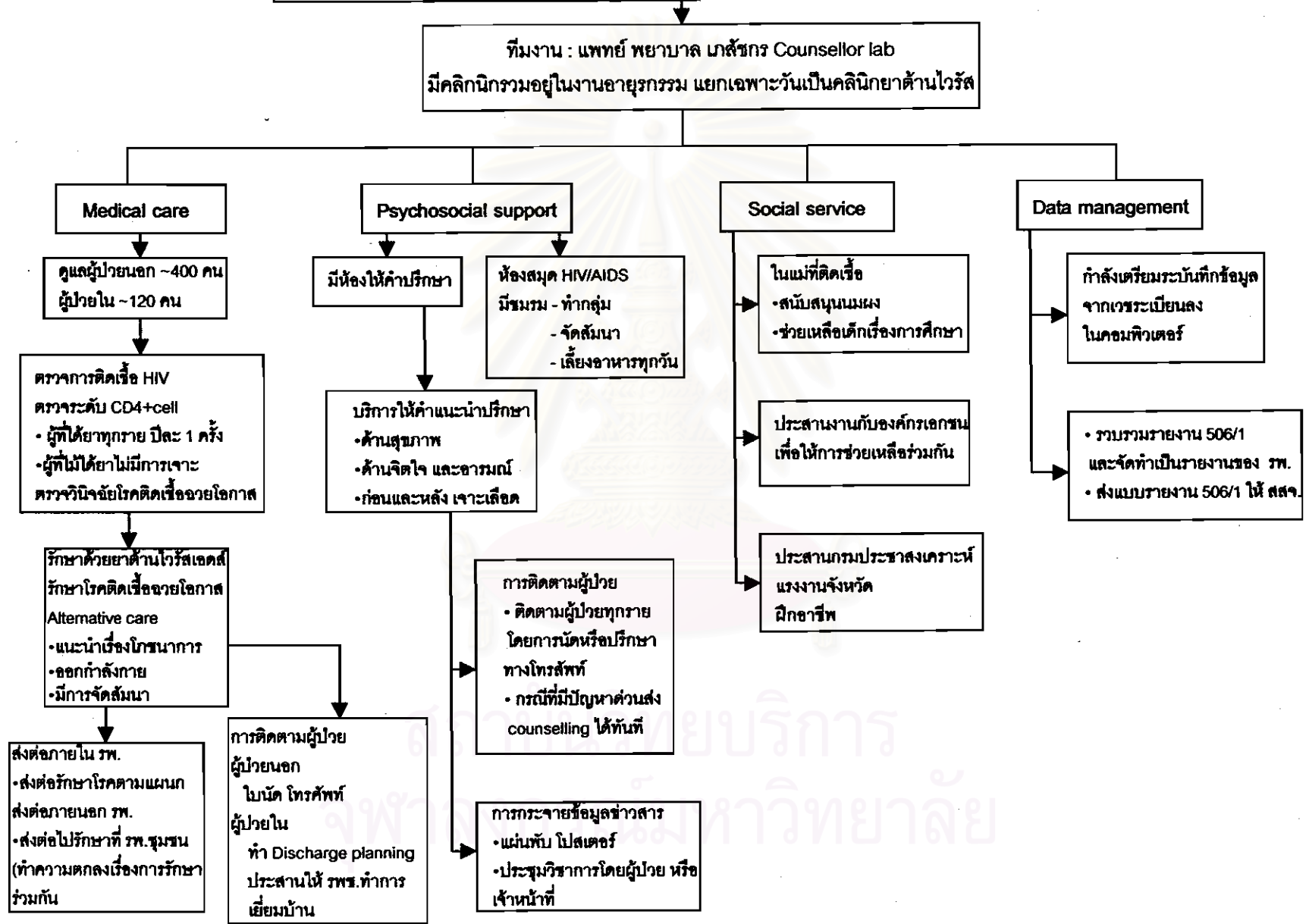
ประกอบด้วย

- แบบสอบถาม รายละเอียดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์
- แบบบันทึกข้อมูล การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง

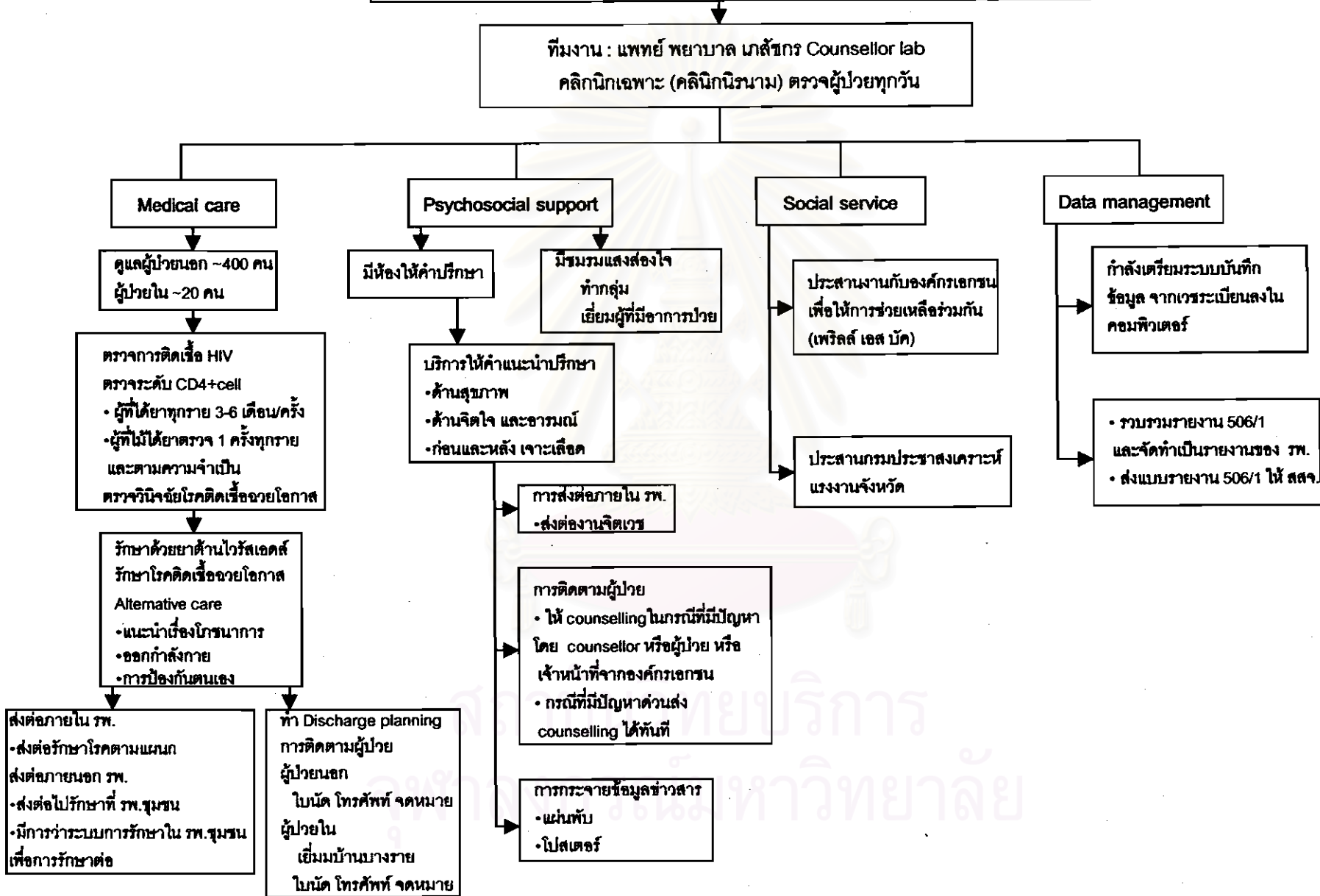
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

แผนภูมิที่ 4 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลบำราศนราดูร

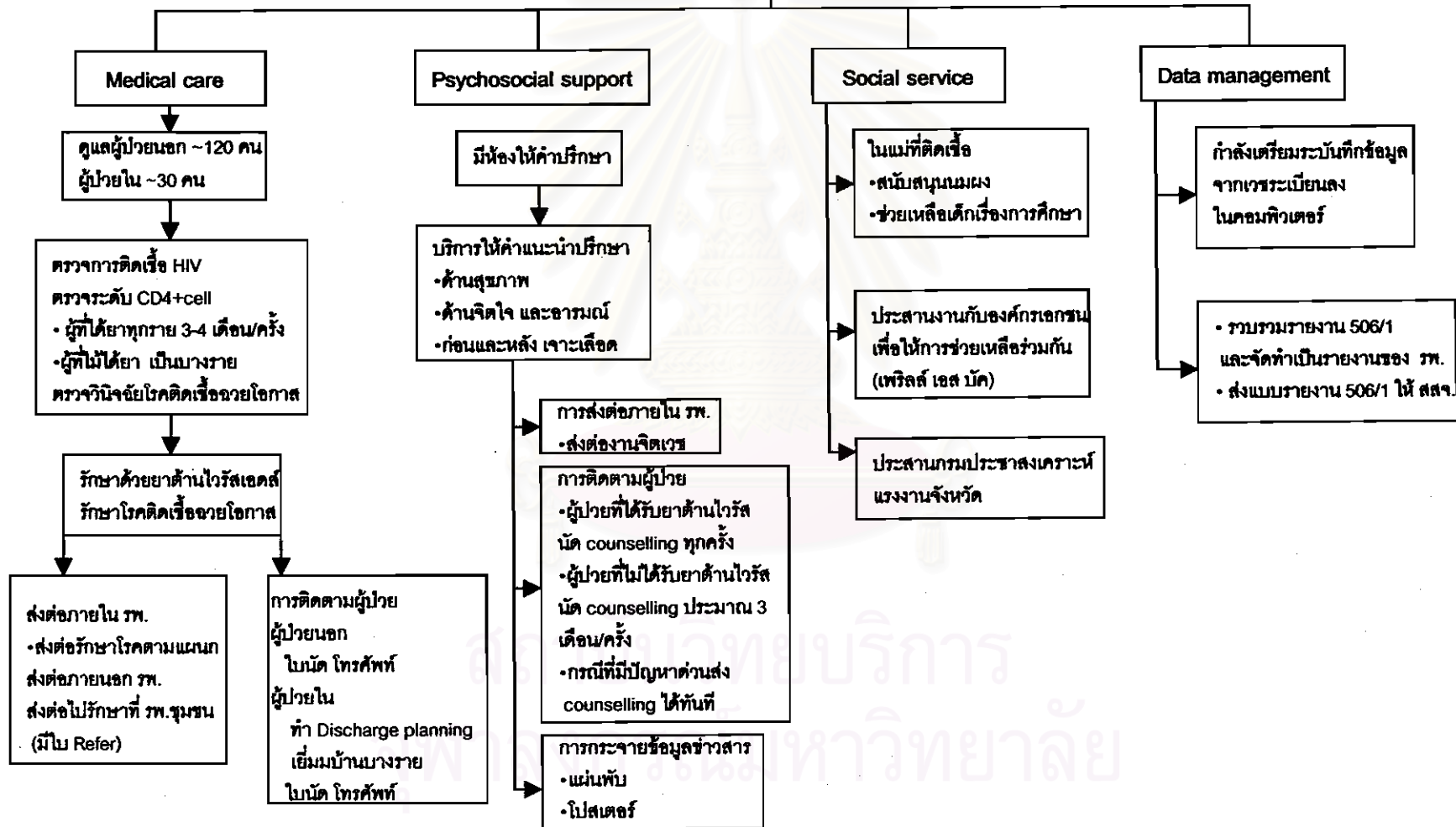


แผนภูมิที่ 5 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลชลบุรี

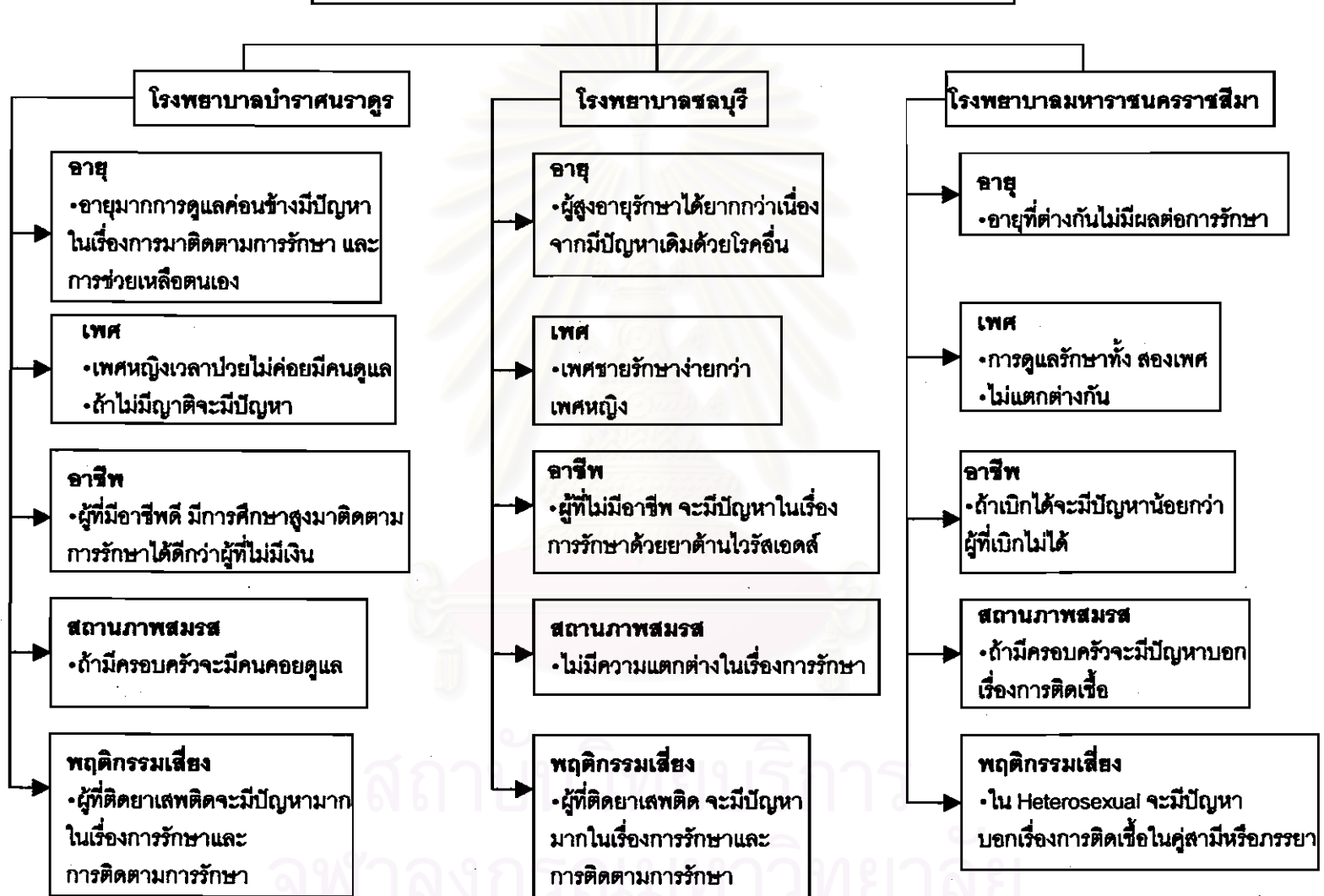


แผนภูมิที่ 6 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ทีมงาน : แพทย์ พยาบาล เภสัชกร Counsellor lab
มีคลินิกรวมอยู่ในงานอายุรกรรม ตรวจเฉพาะวันอังคาร



แผนภูมิที่ 7 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร
ที่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์



ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการวินิจฉัย

พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infections) ดังต่อไปนี้ในผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ในหน่วยงานของท่าน

1. Candidiasis ในปาก หลอดอาหาร และหลอดลม

1.1 (...) มี (...) ไม่มี

1.2 การวินิจฉัย พิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

2. Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจาย ของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด หรือ ต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือ ขั้วปอด

2.1 (...) มี (...) ไม่มี

2.2 การวินิจฉัย พิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

3. Cryptococcal meningitis

3.1 (...) มี (...) ไม่มี

3.2 การวินิจฉัย พิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

4. โรคติดเชื้อ cytomegalovirus retinitis

4.1 (...) มี (...) ไม่มี

4.2 การวินิจฉัย พิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

5. Herpes zoster

5.1 (...) มี (...) ไม่มี

5.2 การวินิจฉัย พิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

6. Herpes simplex

6.1 (...) มี (...) ไม่มี

6.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

7. Histoplasmosis

7.1 (...) มี (...) ไม่มี

7.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

8. Isosporiasis

8.1 (...) มี (...) ไม่มี

8.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

9. Kaposi's sarcoma

9.1 (...) มี (...) ไม่มี

9.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

10. Mycobacterium avium complex

10.1 (...) มี (...) ไม่มี

10.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

11. Mycobacterium tuberculosis, pulmonary or extrapulmonary

11.1 (...) มี (...) ไม่มี

11.2 การวินิจฉัย

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

12. Recurrent (Bacteria) pneumonia (มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี)

12.1 (...) มี (...) ไม่มี

12.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

13. โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii*

13.1 (...) มี (...) ไม่มี

13.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

14. ติดเชื้อ *Penicillium marneffeii*

14.1 (...) มี (...) ไม่มี

14.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

15. Salmonella septicemia ซ้ำ ๆ

15.1 (...) มี (...) ไม่มี

15.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

16. Toxoplasmosis ในสมอง

16.1 (...) มี (...) ไม่มี

16.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

17. Rhodococcosis

17.1 (...) มี (...) ไม่มี

17.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

18. Oral thrush

18.1 (...) มี (...) ไม่มี

18.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

19. Pruritic papular eruption (PPE)

19.1 (...) มี (...) ไม่มี

19.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

20. TB lymph node

20.1 (...) มี (...) ไม่มี

20.2 การวินิจฉัยพิจารณาจาก

อาการ คือ.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ.....

ลงชื่อ.....

(ผู้กรอกข้อมูล)

สรุปรายละเอียดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการวินิจฉัย ในโรงพยาบาลชลบุรี มหาวิทยาลัยราชสีมา และบำราศนราดูร

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	โรงพยาบาลชลบุรี				โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีมา				โรงพยาบาลบำราศนราดูร			
	มี	ไม่มี	อาการ	LAB	มี	ไม่มี	อาการ	LAB	มี	ไม่มี	อาการ	LAB
1. Candidiasis ในปาก หลอด อาหารและหลอดลม	/	-	oral thrush	KOH	/	-	severe dysphagia	KOH endoscope	/	-	มีฝ้าในปาก	KOH
2. Coccidioidomycosis	-	/	-	-	-	/	-	-	-	/	-	-
3. Cryptococcal meningitis	/	-	ไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง	LP CSF India ink C/S crypto AG	/	-	-ไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน	CSF India ink C/S crypto AG	/	-	ปวดศีรษะ อาเจียน	CSF India ink C/S
4. Cytomeglovirus retinitis	/	-	ตามัว	lesion ที่ตา	/	-	ตามัว มองไม่ชัด	-	/	-	ตามัว	-
5. Herpes zoster	/	-	ตุ่มน้ำใส	-	/	-	ตุ่มน้ำตามผิวหนัง	-	/	-	ตุ่มน้ำตามผิวหนัง	-
6. Herpes simplex	/	-	ตุ่มน้ำตามผิวหนัง	Ztank smear	/	-	recurrent perioral, perirecta, genital ulcer	Ztank smear	/	-	แผลในช่องปาก อวัยวะเพศ	Ztank smear
7. Histoplasmosis	/	-	ไข้ ไอ มีเนื้อที่ผิว หนัง ตับโต	KOH culture	/	-	ไข้ ตับโต LN โต	KOH	/	-	ไข้	culture
8. Isosporiasis	/	-	ท้องเสียเรื้อรัง	stool modified AFB	/	-	ท้องเสียเรื้อรัง	stool exam	/	-	ท้องเสียเรื้อรัง	stool exam พบ oocyst

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	โรงพยาบาลชลบุรี				โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา				โรงพยาบาลนราศนราศนราศ			
	มี	ไม่มี	อาการ	LAB	มี	ไม่มี	อาการ	LAB	มี	ไม่มี	อาการ	LAB
9. Karposi' sarcoma	-	/	- มีผื่นแดง บน ฝ่ามือ ในช่องปาก	skin biopsy	/	-	ไข้ lymphadenopathy	biopsy	/	-	ผื่นตามตัว	biopsy
10. <i>Mycobacterium avium</i> complex	/	-	ไข้ ไข้ ไอ ตับโต	C/S for MAC	-	/	ไข้ น.ต	C/S	/	-	ไข้ น้ำหนักลด ไข้	เพาะเชื้อจากเลือด
11. Tuberculosis	/	-	ไข้ ไอ ต่อมาน้ำ เหลืองโต	sputum AFB LN aspiration AFB	/	-	ไข้ น.ต	CXR sputum AFB LN aspiration			ไข้ น้ำหนักลด ไอ	Hemo C/S sputum AFB
12. Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี	/	-	ไข้ ไอ หอบ	CXR sputum, Hemo C/S	/	-	ไข้ ไอ	CXR sputum, Hemo C/S	/	-	ไอ มีเสมหะ	C/S
13. <i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia	/	-	ไข้ ไอ หอบ	CXR sputum C/S	/	-	ไข้ ไอ หอบ	CXR	/	-	ไข้ ไอ หอบ	CXR
14. <i>Penicillium marneffei</i> infection	/		ไข้ ตับโต LN โต skin lesion	CXR Gums'a stain Hemo C/S	/	-	ไข้ ตับโต LN โต skin lesion	C/S Tonch smear	/	-	ไข้ ตุ่มพอง	Hemo C/S
15. Salmonellosis	/	-	ไข้สูง ท้องเสีย เรื้อรัง	Hemo C/S	/	-	ไข้ ตับโต	Hemo C/S	/	-	ไข้	Hemo C/S

โรคติดเชื้อจวดยโรคาส	โรงพยาบาลชลบุรี				โรงพยาบาลมหาสารคามราชสิมา				โรงพยาบาลบำราศนราดูล			
	มี	ไม่มี	อาการ	LAB	มี	ไม่มี	อาการ	LAB	มี	ไม่มี	อาการ	LAB
16. Toxoplasmosis	/	-	ไข้ ปวดศีรษะ แขน ขา อ่อน แรง	CT brain scan toxoplasms titer	/	-	แขน ขา อ่อนแรง confusion	CT brain scan	/	-	ปวดศีรษะ รีด	CT brain scan
17. Rhodococcosis	-	/	-	-	-	/	-	-	-	/	-	-
18. Oral thrush	/	-	ลิ้นเป็นฝ้าขาว	KOH	/	-	ลิ้นเป็นฝ้าขาว	KOH	/	-	ลิ้นเป็นฝ้าขาว gxHoxnhocf	KOH
19. Pruritic papular eruption (PPE)	/	-	ตุ่มแดงตาม แขนขา คัน	-	/	-	Folliculitis	-	/	-	ตุ่มแดงตามแขนขา	-
20. TB lymph node	/	-	ต่อมน้ำเหลืองโต	AFB biopsy	/	-	ต่อมน้ำเหลืองโต	AFB biopsy	/	-	ต่อมน้ำเหลืองโต	AFB biopsy

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Study number C1-3

Record form for Treatment of HIV/AIDS

แบบบันทึกข้อมูล การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง
--

ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด..... C4HN

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไป
------------------	---------------------

- 1.1 เพศ (1) หญิง (2) ชาย (9) ไม่ทราบ C5
- 1.2 ศาสนา (1) พุทธ (2) คริสต์ (3) อิสลาม (9) ไม่ทราบ C6
- 1.3 อายุ ปี C7-8
 วัน เดือน ปี พ.ศ.เกิด C9-14
- 1.4 สถานภาพสมรส (1) โสด (2) คู่ (3) แยกกันอยู่ (4) หม้าย (5) หย่าร้าง (9) ไม่ตอบ/ไม่ทราบ C15
- 1.5 อาชีพ (1) รับราชการ (2) รับจ้าง (3) ค้าขาย (4) ไม่มีอาชีพ (8) อื่น ๆ..... C16
- 1.6 ที่อยู่.....
- 1.7 การมีสิทธิในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
 (1) บัตรผู้มีรายได้น้อย (2) บัตรประกันสุขภาพ (3) ประกันสังคม
 (4) สวัสดิการข้าราชการ (5) ประกันชีวิต (6) จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
 (8) อื่น ๆ..... C17

ส่วนที่ 2	ข้อมูลการเจ็บป่วย
------------------	--------------------------

- 2.1 วันที่มารับการรักษาครั้งแรก C18-23
- 2.2 พฤติกรรมเสี่ยง
 (1) Heterosexual (2) Homosexual
 (3) Blood transfusion (4) Expose (wound) blood and secretion of HIV
 (5) Intravenous drug use (IDUs) (9) Unknown C24

2.3 การที่ผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษาและไม่มารักษาตามนัด

- | | |
|-----------------------------------|---|
| (1) เสียชีวิต | (2) ผู้ป่วยหยุดการรักษาเอง |
| (3) แพทย์เห็นสมควรให้หยุดการรักษา | (4) ขาดการรักษาติดต่อกันนานกว่า 2 เดือน |
| (5) ไปทำงานที่อื่น | (6) ย้ายไปอยู่ที่อื่น |
| (7) ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา | (8) อื่น ๆ..... |
| (9) ไม่มีข้อมูล | <input type="checkbox"/> C25 |

2.4 ทราบข้อมูลว่าผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่จากหรือเสียชีวิตแล้วจาก

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| (1) เวชระเบียนของผู้ป่วย | (2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล |
| (3)ญาติ | (4) เพื่อน |
| (5) ทะเบียนราษฎร์ | (9) ไม่มีข้อมูล |
| | <input type="checkbox"/> C26 |

2.5 ทราบข้อมูลว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วจาก

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| (1) เวชระเบียนของผู้ป่วย | (2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล |
| (3)ญาติ | (4) เพื่อน |
| (5) ทะเบียนราษฎร์ | (9) ไม่มีข้อมูล |
| | <input type="checkbox"/> C27 |

Record form for Treatment of HIV/AIDS

แบบบันทึกข้อมูล การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง

บันทึก
ข้อมูล

การ
รักษา

แบบเก็บข้อมูลส่วนนี้ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการมาติดตามการรักษาทุกครั้ง

FU	Date	Weight (kgs)	Diagnosis Stage/OI	Medications			CD4/Lymphocytes				Remark
				Anti-retrovirals	Anti-OI	OI-Prophylaxis	CD4	CD4%	L	L %	
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											

FU	Date	Weight (kgs)	Diagnosis Stage/OI	Medications			CD4/Lymphocytes				Remark
				Anti-retrovirals	Anti-OI	OI-Prophylaxis	CD4	CD4%	L	L %	
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
17.											
18.											

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวพิมใจ ศาสลสิทธิ์ เกิดเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ.2500 ณ จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม) ปี พ.ศ.2523 สำเร็จคอนกรีตศาสตร์บัณฑิต สาขา โขนนาการชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปี พ.ศ.2528 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ.2541 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. กลุ่มงานวิจัยการให้บริการทางการแพทย์ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย