

ပါမောက္ခဒေါက်တာသံစစ်
အသည်းရောင် ဘီပိုး စီပိုးနှင့်
အခြားဆောင်းပါးများ



KYAN0004

3,500.00 KS

ထုတ်ဝေသူ - ဦးစန်းဦး၊ စိတ်ကူးချိုချိုစာပေ၊ ၈၅၊ ၁၆၄လမ်း၊ တာမွေ။
 ပုံနှိပ်သူ - ဒေါ်ဝင်းမာ၊ စိတ်ကူးချိုချိုပုံနှိပ်တိုက်၊ ၁၁၇၉၊ မစိုးရိမ်လမ်း၊ ရန်ကင်း။
 အပြင်အဆင် - အမ်အက်စ်အို
 ၂၀၁၄၊ အောက်တိုဘာလ၊ ပထမအကြိမ်၊ အုပ်ရေ ၅၀၀
 ရောင်းဈေး ၃၅၀၀ ကျပ်

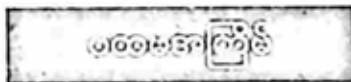


အသည်းရောင်ဘိပိုးစိပိုးနှင့်အခြားဆောင်းပါးများ
 ပါမောက္ခဒေါက်တာသံစစ် - ရန်ကင်း၊
 စိတ်ကူးချိုချိုစာပေ၊ ပထမအကြိမ်၊ ၂၀၁၄၊
 စာမျက်နှာ ၂၆၂ မျက်နှာ၊ ၁၃ ဇင်ဘီ x ၂၀.၅ ဇင်ဘီ
 (၁) အသည်းရောင်ဘိပိုးစိပိုးနှင့်အခြားဆောင်းပါးများ





အသည်းရောင် ဘီပိုး စီပိုး နှင့်
အခြားဆောင်းပါးများ
ပါမောက္ခ ဒေါက်တာသံစစ်.



mgyc.com

mgyc.com

မာတိကာ

၁။	ဘီပိုးနှင့်လူမှုရေးပြဿနာ	၁
၂။	အသည်းရောင်စီပိုးရှိ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်နဲ့ မွေးကင်းစကလေးနို့တိုက်ကျွေးမှု	၄
၃။	ဘီပိုး ကာကွယ်ဆေးနှစ်မျိုး	၈
၄။	အသည်းရောင် ဘီပိုး ဖြစ်နှုန်းအနည်းအများ	၁၂
၅။	အသည်းကင်ဆာကာကွယ်ဆေး	၁၆
၆။	အသည်းရောင်အသားဝါဘီပိုးကုရာတွင် ကြံ့ရသည့် အခက်အခဲများ	၁၉
၇။	အသည်းရောင်ဘီပိုး ပျောက်မပျောက်ခန့်မှန်းမယ်	၂၂
၈။	အသည်းရောင် “ဘီ” ရောဂါအကြောင်း သိကောင်းစရာ	၂၇
၉။	ကုမှာလားစောင့်မှာလား	၃၃
၁၀။	စီပိုးအတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်	၃၈
၁၁။	အသည်းရောင်စီပိုးကို တိုက်ကြစို့	၄၂
၁၂။	Interferon မပါသော အနာဂတ် C ပိုးကုထုံး	၄၄
၁၃။	အလျင်အမြန်အဟုန်နှင့်ပြောင်းလဲနေသော အသည်းရောင်စီပိုးကုထုံး	၄၇
၁၄။	လက်နက်ရှိ လူသူ၊ ရိက္ခာ၊ ဗျူဟာမရှိ	၅၂

၁၅။	လက်ဆေးပွဲတော်	၅၅
၁၆။	ပျားရည်မှန်	၅၈
၁၇။	ချိန်ကိုက်ပုံး အသည်းရောင်ရောဂါများ	၆၁
၁၈။	အငှားခန္ဓာမြှောင်ရတယ် စန်းခေါင်ထိမျိုး	၆၄
၁၉။	အသည်းရောင်ပိုး A,B,C,E အကျဉ်းချုပ်	၆၇
၂၀။	Hepatitis A	၈၂
၂၁။	အော်ဟစ်လိုသာ တောင်းလိုက်ချင်တယ်။	၈၅
၂၂။	တွန့်ဆုတ် တိုးဆုတ် အိမ်မက်ကြီးကြီးမက်လိုက်မယ်	၈၈
၂၃။	DR.BLUMBERG နှင့် HBs AG	၉၂
၂၄။	ကမ္ဘာ့အသည်းရောင်ရောဂါနေ့ ၂၈ ဇူလိုင်လ ၂၀၁၃	၉၆
၂၅။	ကမ္ဘာ့အသည်းရောင်ရောဂါနေ့ဖြစ်ပေါ်လာပုံအကြောင်း ခေါင်းစဉ်ဖြင့်ပြောကြားမှုမှ ကောက်နုတ်တင်ပြပါသည်။	၁၀၀
၂၆။	အသည်းရောင်ဘီပိုး၊ စီပိုးနှင့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး အကျိုးပြုပေါ်လစီ လူမှုရေးအသင်း	၁၀၃
၂၇။	ကမ္ဘာ့အသည်းရောင်နေ့နှင့် သူ့အမြင်	၁၀၆
၂၈။	စစ်ကိုင်းတစ်ခေါက်ပြန်ရောက်တယ်	၁၀၉
၂၉။	စစ်ကိုင်းမှာ မဖြေလိုက်ရသောမေးခွန်းတစ်ခု	၁၁၂
၃၀။	ဖောင်ဒေးရှင်း	၁၁၅
၃၁။	အသည်းကျစ်ခြင်း	၁၁၇
၃၂။	မစီးဆင်းတဲ့သည်းခြေရည်	၁၂၁
၃၃။	အသည်းကင်ဆာ နောင်ရှင်းဖို့အခုလုပ်	၁၂၄
၃၄။	နမူနာယူစရာ လေ့လာစရာကောင်းတယ်	၁၂၇
၃၅။	သူလိုလုပ်မယ်လား	၁၃၀
၃၆။	ဆေးမှန်မှန်၊ ဈေးမှန်မှန်	၁၃၃
၃၇။	ဆေးမသောက်ဘဲရမလား	၁၃၆
၃၈။	လွယ်မယောင်နဲ့ခက်လာရင်	၁၃၉
၃၉။	နားမှကြံ့ခိုင် ကြံ့ခိုင်မှအောင်နိုင်	၁၄၃
၄၀။	ကလေးအရုပ်ရသလို	၁၄၆

၄၁။	ဖြစ်နိုင်ခြေ အလားအလာ	၁၄၉
၄၂။	ခွဲစိတ်ခန်း	၁၅၂
၄၃။	အရက်၊ အဝလွန်ခြင်း၊ ဆီးချိုရောဂါနှင့် အသည်းအဆီဖုံးခြင်း	၁၅၅
၄၄။	ကင်ဆာဘေးကို ဝိုင်းဝန်းကူညီ	၁၅၈
၄၅။	ကော်ဖီနှင့်ကျန်းမာရေး	၁၆၁
၄၆။	လက်ဆေးတာ ဘယ်သူစမလဲ	၁၆၄
၄၇။	ရှောင်ဖယ် ရှောင်ဖယ်။	၁၆၇
၄၈။	အခမဲ့ ရေရှည်ကျန်းမာရေး	၁၇၀
၄၉။	တီဘီပြန့်နှံ့နှုန်းကာကွယ်ရေး	၁၇၃
၅၀။	SBRT အက်စ်ဘီအာတီ	၁၇၆
၅၁။	ဆေးရုံကို လက်မလွှတ်နိုင်ပါ	၁၇၉
၅၂။	အသည်းရောင်စိပိုးနဲ့ HIV	၁၈၂
၅၃။	HIV ဖွဲ့စည်းပုံ	၁၈၅
၅၄။	HIV ပိုးရှိတဲ့လူတွေကို စောစောကုသမလား	၁၈၉
၅၅။	၂၀၁၃ ခုနှစ် HIV/AIDS လမ်းညွှန်နိဒါန်း	၁၉၂
၅၆။	Soap Opera ရုပ်မြင်ဇာတ်လမ်းတွဲ	၁၉၅
၅၇။	နွားကိုသွားဖြဲကြည့်ခြင်း	၁၉၉
၅၈။	လမ်းညွှန်	၂၀၂
၅၉။	အရေးပိုင်မင်းကဘယ်သူလဲ	၂၀၅
၆၀။	ပူးတွဲလေ့ကျင့်	၂၀၈
၆၁။	ဗိုလ်ချုပ်နော်	၂၁၁
၆၂။	ဘာကိုစကားရည်လုတာလဲ	၂၁၄
၆၃။	မတ်တပ်ရပ်လိုက်ပါ	၂၁၈
၆၄။	ကမန်းကတန်း	၂၂၁
၆၅။	သုံးပွင့်ဆိုင်	၂၂၄
၆၆။	အနာဂတ်လုပ်စရာ ဘယ်သူလုပ်မှာလဲ	၂၂၇
၆၇။	လေးဆယ်နှုတ် လေးရာနဲ့စား	၂၃၁

၆၈။	လေးတဲ့ဝန်ကို ပေါ့ပါစေသော်	၂၃၄
၆၉။	တပ်မတော်ကြီးလည်း ချီလာပါပြီ	၂၃၇
၇၀။	သင်္ကြန်လက်ဆောင်	၂၄၀
၇၁။	ပြောတတ်၊ ဆိုတတ်၊ ဆွေးနွေးတတ်ဖို့ လေ့ကျင့်ကြဖို့	၂၄၃
၇၂။	စာပေလွတ်လပ်ခွင့်	၂၄၆
၇၃။	ပန်းတိုင်သိပြီး လမ်းရှိအောင် စာရင်းအင်းအခြေခံရှိရမယ်	၂၄၉
၇၄။	ဘယ်အချိန်မှာစပါမယ်	၂၅၂
၇၅။	သီးခြားတက္ကသိုလ် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဒုတိယအဓိပတိ	၂၅၇
၇၆။	အပြောကောင်းအမေးနက်တွင်းများအနီးရောက်သွားခြင်း	၂၆၀

✱



အသည်းအထူးကုဆရာဝန်ကြီး အငြိမ်းစားပါမောက္ခ ဦးသံစစ်
ကိုယ်ရေးသမိုင်းအကျဉ်း

အငြိမ်းစား မန္တလေးတိုင်းစာရင်းဦးစီးမှူး ဦးညွန့်ဖေ၊ မိခင်ဒေါ်ကြည်
ကြည်တို့မှ ၁၉၄၉ ခု၊ ဇန်နဝါရီလ (၃၁) ရက်နေ့တွင် စစ်ကိုင်းမြို့နန်းတော်
ရာနေအိမ်တွင် မွေးဖွားခဲ့ပါသည်။ စစ်ကိုင်းမြို့ အစိုးရအမှတ် (၁) မူလတန်း
ကျောင်းမှတစ်ဆင့် စစ်ကိုင်းမြို့ အမှတ် (၁) အထက်တန်းကျောင်းတွင်
တက်ရောက်သင်ကြားခဲ့ပြီး (၁၉၆၄-၆၅) တွင် တက္ကသိုလ်ဝင်တန်းအောင်
မြင်ပါသည်။ မန္တလေးဆေးတက္ကသိုလ်မှ ဆေးပညာဘွဲ့ရရှိပြီး မန္တလေးပြည်
သူ့ဆေးရုံကြီးတွင် အလုပ်သင်ဆရာဝန်အဖြစ် ထမ်းဆောင်ခဲ့ပါသည်။ ဝက်
လက်မြို့နယ် ရွှေပန်းကုံးကျေးရွာတွင် ကိုယ်ပိုင်ဆေးခန်း ခေတ္တဖွင့်ပြီး အစိုးရ
အမှုထမ်းအဖြစ် စတင်ဝင်ရောက်လုပ်ကိုင်ခဲ့ပါသည်။ ကသာမြို့ အဆုတ်
ရောဂါတိုက်ဖျက်ရေးအဖွဲ့ ခေါင်းဆောင်ဆရာဝန်အဖြစ် စတင်လုပ်ကိုင်ခဲ့ပါ
သည်။ ကသာမြို့၌ မြို့နယ်ကြက်ခြေနီအသင်း အတွင်းအရေးမှူးအဖြစ်
ဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသည်။ ကယားပြည်နယ် ဖားဆောင်းမြို့ အဆင့် (၂) မြို့
နယ်ဆရာဝန်၊ သာယာဝတီ ပြည်သူ့ဆေးရုံကြီးတွင် လက်ထောက်ဆရာ
ဝန်အဖြစ် လုပ်ကိုင်ခဲ့သည်။ ဆေးပညာ မဟာသိပ္ပံသင်တန်းကို (၁၉၈၃)
ခုနှစ်တွင် ဆေးတက္ကသိုလ် (၁) ရန်ကုန်၌ တက်ရောက်ပြီး၊ ရန်ကုန်ဆေးရုံ
ကြီးတွင် လက်တွေ့ဆည်းပူးလုပ်ကိုင်ခဲ့ပါသည်။ ၁၉၈၅ ခုနှစ်တွင် မဟာ
သိပ္ပံဆေးပညာဘွဲ့ ရရှိခဲ့ပါသည်။ ၁၉၉၄ ခုနှစ်တွင် UK နိုင်ငံ၌ ဆေးပညာ

ဆည်းပူးခဲ့ပြီး M.R.C.P (UK) ဘွဲ့ ရရှိခဲ့ပါသည်။ အင်္ဂလန်နိုင်ငံ အနောက်
 တောင်အရပ် (Barnstaple) ခရိုင်ဆေးရုံကြီး အရှေ့တောင်အရပ် (Worth
 ing) ခရိုင်ဆေးရုံကြီးများတွင် လက်ထောက်ဆရာဝန်အဖြစ် (၁) နှစ်လုပ်
 ကိုင်ခဲ့ပါသည်။ ရန်ကုန်ဆေးရုံကြီး ဆေးပညာဌာန၊ ဆေးကုသမှုဌာနများ
 တွင် အထူးကု လက်ထောက်ဆရာဝန်အဖြစ် ထမ်းဆောင်ခဲ့ပြီး၊ ကရင်ပြည်
 နယ် ဖားအံမြို့တွင် သမားတော်ကြီးအဖြစ် ရာထူးတိုးမြှင့်ထမ်းဆောင်ခဲ့ပါ
 သည်။ တစ်နှစ်ခွဲကြာသောအခါ ရန်ကုန်ဆေးတက္ကသိုလ် (၁) ဆေးပညာဌာန
 ၌ ကထိကအဖြစ် ထမ်းဆောင်ခဲ့ပါသည်။ ထို့နောက် မန္တလေးပြည်သူ့ဆေး
 ရုံကြီး၌ အသည်းအထူးကုကထိကအဖြစ် ပြောင်းရွှေ့ခန့်ထားခဲ့ပြီး အသည်း
 အထူးကုဌာနကို အောင်အောင်မြင်မြင် ထူထောင်နိုင်ခဲ့ပါသည်။ ၂၀၀၇ ခုနှစ်
 တွင် ပါမောက္ခအသည်းအထူးကုအဖြစ် တိုးမြှင့်ခန့်ထားခံရပါသည်။ ထို့နောက်
 ရန်ကုန်ပြည်သူ့ဆေးရုံကြီး အသည်းရောဂါပညာဌာနတွင် ပါမောက္ခဌာနမှူး
 အဖြစ် ပြောင်းရွှေ့ခန့်ထားပါသည်။ ၂၀၁၀ ခုနှစ်တွင် အငြိမ်းစားယူခဲ့ပါ
 သည်။ ဆေးကုသရေး၊ ဆေးပညာသင်ကြားရေး လုပ်ငန်းများအပြင် မြန်မာ
 နိုင်ငံဆရာဝန်အသင်း (မန္တလေး) တွင် အမှုဆောင်၊ အစာအိမ်အူလမ်းကြောင်း
 နှင့် အသည်းအဖွဲ့ အမှုဆောင်အဖြစ် ပါဝင်ခဲ့ပြီး၊ ဆေးပညာ တိုးတက်ရေး၊
 ပြည်တွင်းပြည်ပ ဆွေးနွေးပွဲများတွင် တက်ရောက်ခဲ့ပါသည်။ (၁၂-၁၂-၂၀၁၂)
 ခုနှစ်တွင် စတင်ဖွဲ့စည်းခဲ့ပြီး (၅-၅-၂၀၁၄) တွင် တရားဝင်မှတ်ပုံတင်ခွင့်
 ရခဲ့သော အသည်းဖောင်ဒေးရှင်း၏ ဦးစီးအဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးဖြစ်ခဲ့ပြီး၊ အသည်း
 ရောင်ရောဂါ ပပျောက်ရေးအတွက်၊ ပညာပေးနှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်း
 များကို စတင်ပါဝင်ဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသည်။ ကမ္ဘာ့အသည်းရောင်နေ့ အခမ်း
 အနားများ ကျင်းပရာတွင် ၂၀၁၉ ခုနှစ်မှစ၍ ၂၀၁၄ ခုနှစ်အထိ အစဉ်
 တစိုက်ပါဝင်ခဲ့ပါသည်။ အပတ်စဉ် ဆေးပညာစာစောင်များတွင် ပါဝင်
 ရေးသားခြင်း၊ အသံလွှင့်ဌာနများမှ အခါအားလျော်စွာ အသံလွှင့်ခြင်း၊ ရုပ်မြင်
 သံကြားများမှ အခါအားလျော်စွာ အသံလွှင့်ပညာပေးခြင်း စသောလုပ်ငန်း
 များ လုပ်ကိုင်ခဲ့ပါသည်။ ဇနီး ဒေါ်ခင်ညိုသိန်း၊ သမီး ညိုစစ်အောင်နှင့်
 နီစစ်အောင်၊ သား အောင်စစ် ဟု သားသမီးသုံးယောက်ရှိပါသည်။ မြေး
 များလည်းရှိပါသည်။ မြောက်ဒဂုံ၌ နေထိုင်လျက်ရှိပါသည်။ *

ပါမောက္ခဦးသံစစ် အမှာစာစကား

အပတ်စဉ်ထုတ် ကျန်းမာရေး ပညာပေးစာစောင်များတွင် ရေးသားခဲ့သော ဆောင်းပါးအချို့ကို စုစည်းတင်ပြထားခြင်းဖြစ်ပါသည်။ အသည်းအထူးကုဆရာဝန် ပါမောက္ခအဖြစ် နှစ်(၂၀)ကျော် ထမ်းဆောင်ခဲ့သည့် အတွက် နေ့စဉ်ဖြတ်သန်းရသော အတွေ့အကြုံများကိုအခြေခံပြီး ရေးသားထားသည့် ဆောင်းပါးများဖြစ်ပါသည်။ တချို့လူနာများအတွက် တကူးတက ဖြတ်ယူသိမ်းဆည်းထားသော ဆောင်းပါးများ ဖြစ်ကောင်းဖြစ်နိုင်ပါသည်။ အသည်းရောင် A,B,C,D,E ဆိုင်ရာ ဆောင်းပါးများ၊ တိတ်တခိုးပြန်ပွား ရောဂါဆိုးများဟု ဆိုနိုင်သော အသည်းရောင် B ပိုးနှင့် C ပိုး ဆောင်းပါးများ၊ ယင်းရောဂါများ၏ ကာကွယ်ရေး၊ ရှာဖွေရေး၊ ကုသရေးဆိုင်ရာ ဆောင်းပါးများ၊ ဤလုပ်ငန်းများတွင် လူထု၏ပရဟိတလုပ်ငန်း၊ လူမှုရေးလုပ်ငန်းအဖြစ် ပါဝင်ကူညီကြရန်၊ စိတ်ကူးစိတ်သန်းမှ တဖြည်းဖြည်း အကောင်အထည်ပေါ်လာပုံ၊ ထိုပရဟိတအသင်း၏ တစ်လှမ်းချင်းလျှောက်လှမ်းနေသော လုပ်ငန်းများဆောင်ရွက်ပုံ၊ ကမ္ဘာ့အသည်းရောင်နေ့ အခမ်းအနားနှင့် ဆက်နွယ်နေပုံတို့ကို ဆောင်းပါးတစ်ခုချင်း၌ မပေါ်လွင်သော်လည်း စုစည်းထုတ်ဝေသောအခါ ရုပ်လုံးပေါ်အောင် ဖတ်ရှုနိုင်ပါလိမ့်မည်။ ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းစနစ်နှင့် ပတ်သက်သော ကိုယ်ပိုင်အမြင်များကို တင်ပြမှုများလည်း ပါဝင်ပါသည်။ အသည်းရောင် B ပိုး၊ C ပိုးနှင့် ကူးစက်လမ်း

ကြောင်းဆင်တူသော HIV ရောဂါအကြောင်းများလည်း ပါဝင်သွားပါသည်။ အပတ်စဉ်ထုတ် စာစောင်များအား စုစည်းထုတ်ဝေခြင်းဖြစ်သဖြင့် အချိုးအချက်များမှာ အထပ်ထပ်အပြန်ပြန် ဖြစ်နေပါမည်။ အပြန်ပြန်သိစေချင်၍သာ ဖြစ်ပါသည်။

လွတ်လပ်ရေးရပြီးခါစတွင် မွေးဖွားခဲ့ပြီး ပါလီမန်ဒီမိုကရေစီခေတ်၊ အိမ်စောင့်အစိုးရခေတ်၊ စစ်အာဏာသိမ်းသောခေတ်နှင့် တပ်မတော်အုပ်ချုပ်ရေး၊ မြန်မာ့ဆိုရှယ်လစ်ပါတီအုပ်ချုပ်ရေးခေတ် ၈၈ အရေးအခင်းနှင့် တပ်မတော်အုပ်ချုပ်ရေး၊ ခေတ်သစ်စနစ်အုပ်ချုပ်ရေးတို့နှင့် ဆုံကြုံရသည်ဖြစ်ပါသည်။ ငယ်စဉ်ကာလက အုပ်ချုပ်ရေးဆိုင်ရာ အသုံးအနှုန်းများ ပါဝင်နေပါသည်။ တိုင်းတစ်ခု၏ အကြီးအကဲမှာ “တိုင်းမင်းကြီး” ဖြစ်သော်လည်း အုပ်ချုပ်မှုအာဏာကို ခရိုင်ဝန် (ခေါ်) အရေးပိုင်များက ဆောင်ရွက်ကြပါသည်။ အရေးပိုင်များသည် ရာဇဝတ်မှုများကို စီရင်ရသော ခရိုင်ရာဇဝတ်တရားသူကြီး (magistrate) ဖြစ်ပါသည်။ စက်ရှင်တရားသူကြီးများမှာ တရားမမှုကိုစီရင်သော တရားသူကြီးများဖြစ်ပြီး၊ ခရိုင်ဝန်မှခွဲဝေစီရင်စေသော ရာဇဝတ်မှုများကို စီရင်ရသည့်အတွက် တွဲဖက်ခရိုင်ရာဇဝတ် တရားသူကြီးများ (additional-magistrates) ဟု ခေါ်ပါသည်။ ခရိုင်ဝန်၏ အာဏာကို အဓိက ထောက်ပံ့ကူညီရသူများမှာ ရာဇဝတ်ဝန်ကြီး (ခေါ်) ခရိုင်ရဲဝန်၊ ရာဇဝတ်ဝန်ကလေး (ခေါ်) ရဲဝန်ထောက်စသည့် ရဲအရာရှိများဦးဆောင်သည့် ရဲတပ်ဖွဲ့များ ဖြစ်ပါသည်။ ဆေးပညာလောက၏ ကုသရေးဆိုင်ရာသာမက သင်ကြားရေးလုပ်ငန်းများတွင်ပါ နှစ်ပေါင်းများစွာ ပါဝင်ဆောင်ရွက်ခဲ့ရသဖြင့် သင်ကြားရေးဆိုင်ရာ မိမိ၏အမြင်များကိုလည်း တင်ပြထားမှုများ ပါဝင်ပါ သည်။ နိုင်ငံသားတစ်ယောက်နေနှင့် ဝန်ထမ်းဟောင်း တစ်ယောက်အနေနှင့် ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းနှင့် နိုင်ငံရေးကိုရှုမြင်သည့် ကိုယ်ပိုင်အမြင်များ ဖြစ်ပါသည်။ အဆောတလျင် အပတ်စဉ်အလျင်မီရန် တင်ပြမှုများဖြစ်သည့် အတွက် ကောင်းသည်ဟု မဆိုသာသော်လည်း ၂၀၁၀ ခုနှစ်ဝန်းကျင် လူမှုရေး၊ နိုင်ငံရေး၊ စီးပွားရေး၊ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု၊ ကျန်းမာရေးအသိတို့ကို ထင်ဟပ်မည်ဖြစ်ပါသဖြင့် ကြိုက်နှစ်သက်ကြလိမ့်မည်ဟု ထင်ပါသည်။ စိတ်ကူးတရားဆောင်းပါးများကို တကူးတက စုစည်းထုတ်ဝေပေးသော

စိတ်ကူးချိုချို စာအုပ်တိုက်အား လည်းကောင်း၊ တကူးတကကူညီပေးသော
မြတ်ရွှေရည်သင်းအား လည်းကောင်း၊ စနစ်တကျ ရေးဖတ်ပြုပြင်ပေးသော
ဒေါက်တာ အေးသန္တာအောင်နှင့် ဒေါက်တာ အိအိဖြိုးအားလည်းကောင်း
ကျေးဇူးတင်ရှိပါသည်။

✱

mgyc.com

mgyc.com

ဘီပိုးနှင့် လူမှုရေးပြဿနာ

အသည်းရောင်ဘီပိုး ရှိတာဟာ အရုံးများတဲ့ လောင်းကစားလုပ်ရ သလိုပဲ အသည်းရောင်ဘီပိုး ဝင်လိုက်ပြီဆိုတာနဲ့ ဖြစ်နိုင်ခြေတွေ အများကြီး ရှိတယ်။ အဖြစ်နည်းပေမယ့် အသည်းအသန် မကျန်းမမာဖြစ်ပြီး သေဆုံး သွားနိုင်တယ်။ တချို့ကတော့ ပြန်ကောင်းတယ်။ တချို့ကတော့ ရောဂါ လက္ခဏာမပြဘဲ နှစ်အကြာကြီးငုပ်နေပြီးတော့မှ နာတာရှည် အသည်း ရောင်၊ အသည်းခြောက်၊ အသည်းကင်ဆာအဖြစ် ပေါ်လာတယ်။ တချို့မှာ ဘီပိုး ကိုယ်ထဲရှိတဲ့အတွက် အားပြည့်မာန်ပြည့်မဟုတ်ဘူး။ နုံးယဲ့ယဲ့ဖြစ်နေ တတ်တယ်။ ကျန်းမာတယ်လို့ တစ်သက်ပတ်လုံး မခံစားရဘဲ ရှိနေနိုင် တယ်။ ကျန်းကျန်းမာမာရှိရင်လည်း မိမိချစ်သူ၊ မိမိဇနီးမယား၊ အိမ်ထောင် ဘက် ခင်ပွန်းသည်တို့ကို ကူးလေမလားလို့ စိတ်ပူပန်မှု ဖြစ်ပေါ်လာတတ် တယ်။ ပိုးဝင်ပြီး လုံးဝပျောက်သွားတဲ့လူရှိသလို၊ နာတာရှည် အသည်းရောင် ရောဂါ ကျန်ခဲ့သူတွေလည်းရှိတယ်။ ရောဂါလက္ခဏာမပြဘဲ ခန္ဓာကိုယ်ထဲမှာ ပိုးသာရှိတဲ့အတွက် Carrier လို့ခေါ်ခဲ့ကြတယ်။ ဒါပေမယ့် နောင်အခါမှာ အသည်းကင်ဆာတို့ ဖြစ်လာနိုင်တဲ့အတွက် Carrier လို့ မခေါ်ချင်တော့ ဘူး။ နာတာရှည် အသည်းရောင်ရောဂါလို့ပဲ ခေါ်ကြတယ်။ စစ်ဆေးထား ခြင်းမရှိတဲ့ သွေးသွင်းရာ၊ လိင်ဆက်ဆံရာ၊ မသန့်ရှင်းတဲ့ ဆေးထိုးအပ်၊ ဆေးပစ္စည်းသုံးရာက ကူးတတ်တယ်။ ပိုးရှိတဲ့မိခင်က မွေးကင်းစကို ကလေး

၂

မွေးဖွားစဉ်မှာ ကူးတယ်။ နားဖောက်၊ ဆေးမင်ထိုး စတဲ့နည်းလမ်းတွေ ကလည်း ကူးနိုင်တယ်။ ဒါပေမယ့် ကမ္ဘာပေါ်မှာ လူသန်း ၄၀၀ လောက်ဖြစ် နေတဲ့ရောဂါရဲ့ အတိအကျကူးနည်းတွေဟာ မဖော်ထုတ်နိုင်ဘဲ ရှိနေဦးမှာ ပါ။ အသည်းရောင်ဘီပိုးနဲ့ အသည်းရောင်စိပိုးရဲ့ တိတ်တခိုးပျံနဲ့နေပုံကို ဆေးပညာ အသိုင်းအဝိုင်းနဲ့ သိပ္ပံပညာအသိုင်းအဝိုင်းမှာ ပြောကြ၊ ဆိုကြ ပေမယ့် လူထုကို ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့် အသိပေးလာတာကတော့ နောက်ပိုင်း နှစ်တွေမှသာ ဖြစ်တယ်။ ၁၉၈၀ ပြည့်နှစ်မှာ AIDS ပေါ်လာတော့ ကူးစက်ပုံ ကူးစက်နည်းတူတဲ့ ဘီပိုးကို သတိထားလာတယ်။ တကယ်တော့ အသည်း ရောင်ဘီပိုးဟာ AIDS ရောဂါ ကုသကာကွယ်ဖို့အတွက် အစမ်းလေ့ကျင့် မှု လွှတ်လိုက်တာလိုတောင် ဆိုနိုင်တယ်။ အသည်းရောင်ဘီပိုးကို သေသေ ချာချာ မတားဆီးနိုင်ခဲ့တဲ့အတွက် AIDS ရောဂါမှာ နည်းလမ်းဖွံ့ဖြိုးမှု နှေးခဲ့ ရတယ်။ ဒီရောဂါ ၂ ခုမှာ အတော့်ကိုဆင်တယ်။ ပိုးဝင်ခံရသူတွေမှာ နှစ် အကြာကြီး ကိုယ်ထဲမှာရှိနေပြီး အခြားသူများကို ကူးစက်နိုင်စွမ်းရှိတယ်။ နှစ်ချိပြီး ကုသရတယ်။ လွယ်လွင့်တကူ သွေးစစ်ပြီးရောဂါရှိသူကို ရှာဖွေနိုင် ပေမယ့် နောက်ဆက်တွဲ လူမှုရေး၊ စီးပွားရေး ခွဲခြားဆက်ဆံမှုတွေကြောင့် သွေးစစ်ပြီး ရောဂါမရှာဖွေဖြစ်ကြဘူး။ ရောဂါတွေ့ရင်လည်း စိတ်ဖိစီးမှုဖြစ် ကြတယ်။ သွေးသွင်းရာ၊ လိင်ဆက်ဆံရာ၊ အမေက ကလေးကိုကူးရာမှာ ဆင်တယ်။ လိင်တူဆက်ဆံသူများ၊ မူးယစ်ဆေး၊ အကြောဆေးများ သုံးသူ များမှာ ပိုဖြစ်တတ်တယ်။ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူတွေမှာလည်း ဂရုမစိုက်ရင် ကူးနိုင်တယ်။ ထိရုံ၊ တွေ့ရုံနဲ့ ကူးစက်နိုင်မှုမရှိသော်လည်း ကူးစက်နိုင်တယ်ဆိုတဲ့ သံသယ ရှိခဲ့ကြရတယ်။ တစ်ကမ္ဘာလုံးမှာ အပျံ့အနှံ့ ဖြစ်ပွားနေတယ်။

အရွယ်ရောက်တဲ့ အသည်းရောင်ဘီပိုးရှိတဲ့ လူငယ် အမျိုးသား၊ လူ ငယ် အမျိုးသမီးဟာ ထိမ်းမြားလက်ထပ်ဖို့ရန် ဆုံးဖြတ်ဖို့ အင်မတန်ခက်ခဲ တယ်။ မိမိ ထိမ်းမြားလက်ထပ်မည့် ခင်ပွန်းလောင်း၊ ဇနီးသည်လောင်းကို ဖွင့်ဟပြောဖို့ အင်မတန်ဝန်လေးကြတယ်။ တကယ်တော့ ဖွင့်ဟပြောရမယ်။ မရှိသေးတဲ့လူ ကာကွယ်ဆေး ၃ လုံး အပြည့်ထိုးရင် ထိထိမိမိကာကွယ် နိုင်တယ်လို့ ဘယ်လိုပဲပြောစေကာမူ ဖွင့်ပြောဖို့ရာ ခက်ခဲနေတတ်တယ်။

ဖွင့်လည်းဖွင့်ပြော၊ ကာကွယ်ဆေးလည်းထိုး၊ ကာကွယ်ဆေး ၃ ကြိမ်ထိုး ပြီးရင် အလွန်လုံခြုံမှုရှိအောင် အောင်/မအောင် စစ်ဆေးရမယ်။ ၂၀၀၈ ခုနှစ်က Value in Health ဆိုတဲ့ ဂျာနယ်တစ်စောင်မှာ နာတာရှည် အသည်း ရောင်ဘီပီးရောဂါရဲ့ ဘဝနေထိုင်မှုအပေါ်မှာ သက်ရောက်မှုကို လေ့လာထား တဲ့ စာတမ်းတစ်စောင်ရှိတယ်။ ရောဂါမရှိတဲ့လူ ၆၀၀ နဲ့ ရောဂါရှိတဲ့လူ ၅၃၄ ယောက်ကို အမေရိကန်၊ ယူကေ၊ ကနေဒါ၊ စပိန်၊ ဟောင်ကောင်နဲ့ တရုတ်ပြည်မကြီးတွေမှာ လေ့လာခဲ့ဖူးတယ်။ နာတာရှည် အသည်းရောင် ရောဂါနဲ့ အသည်းခြောက်ရောဂါ ဖြစ်ခါစလူတွေမှာ စိတ်ပျက်ခြင်း၊ စိတ်ကျ ခြင်း နည်းနည်းပါးပါးသာရှိတယ်။ နေထိုင်မကောင်းခြင်း နည်းနည်းပါးပါး သာရှိတယ်။ အသည်းခြောက်ရောဂါ အဆင့်ရင့်နေသူများနဲ့ အသည်းကင် ဆာရှိသူတွေမှာ ပိုပြီးဆိုးကျိုးသက်ရောက်တယ်။ တစ်နိုင်ငံနဲ့ တစ်နိုင်ငံ မတူ ညီတဲ့အချက်တွေလည်း ရှိတယ်။ နိုင်ငံအလိုက် သီးခြားလေ့လာမှုပြုလုပ်ရင် ပိုမိုအကျိုးရှိမယ်။ အသည်းရောင်ဘီပီး အဖြစ်များတဲ့ ဟောင်ကောင်နဲ့ တရုတ် ပြည်မကြီးမှာ အသည်းရောင်ဘီပီးရှိတဲ့အတွက် ပိုပြီး အလေးအနက်ခံစား ရတယ်။

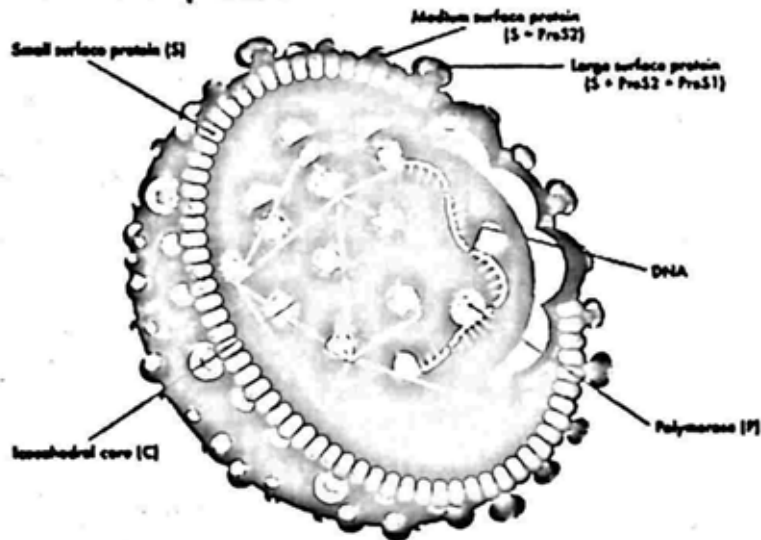


အသည်းရောင်ဘီပိုးရှိ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်နဲ့ မွေးကင်းစကလေးနို့တိုက်ကျွေးမှု

ကိုယ်ဝန်ရှိစဉ်မှာ အသည်းရောင်ဘီပိုး ဝင်ရောက်ခဲ့ရင် အထူးဂရုပြုရမည့် အချက်လေးတွေရှိတယ်။ အသည်းရောင်ဘီပိုးက မိခင်နှင့်ကလေးအပေါ်မှာ ဘယ်လိုသက်ရောက်မှုရှိသလဲ။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်းဟာ အသည်းရောင်ဘီပိုးရှိတဲ့ အမျိုးသမီးတစ်ယောက်ကို ဘယ်လိုအပြောင်းအလဲတွေ ဖြစ်စေသလဲ။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်မှာ အသည်းရောင်ဘီပိုးကို ဘယ်လိုကုသမလဲ။ မွေးကင်းစကလေးကို အသည်းရောင်ဘီပိုးမကူးအောင် ဘယ်လိုကာကွယ်မလဲ။ ဒီပြဿနာတွေနဲ့ပတ်သက်ပြီး လုံလောက်အောင် လေ့လာထားမှုတွေ မရှိဘူး။ အသည်းရောင်ဘီပိုးရှိသူ အများစုဟာ ကမ္ဘာ့အရှေ့ဖျားမှာရှိကြပြီး စနစ်တကျ လေ့လာမှုအတွက် ကန့်သတ်မှုတွေရှိနေတယ်။ မပြည့်စုံမှုတွေ ရှိနေတယ်။ တချို့ လေ့လာချက်တွေဟာ အဖိုးတန်တယ်။

ကိုယ်ဝန်ရှိစဉ် အသည်းရောင်ဘီပိုးဝင်ပြီး အသည်းရောင်ဖြစ်ပါက Acute Hepatitis B လို့ ခေါ်တယ်။ ကိုယ်ဝန်လရင့်စဉ် Acute Hepatitis B ဖြစ်ခဲ့ရင် မွေးကင်းစကို ကူးနိုင်တဲ့နှုန်းပိုများတယ်။ နာတာရှည် အသည်းရောင်ရောဂါ Chronic Hepatitis B ဟာ ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်မှာ ဆိုးဆိုးဝါးဝါးရောဂါမဖြစ်ပါ။ မွေးပြီးချိန်မှာ အနည်းငယ် ရောဂါတိုးတက်ပါတယ်။ မိခင်လောင်းမှာ ပိုးကောင်ရေများလေ-မွေးကင်းစကိုကူးဖို့ အခွင့်အလမ်းများ

Hepatitis B virus



လေဖြစ်တယ်။ ပိုးကောင်ရေသိပ်များရင် ကာကွယ်ဆေးက တစ်ခါတလေ မကာကွယ်နိုင်ဘဲ ဖြစ်နေတယ်။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်တွေကို ဘီပိုးရှိ၊ မရှိ ရှာပေးရမယ်။ အသည်းရောဂါရဲ့ အခြေအနေကို လေ့လာရမယ်။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်မှာ သုံးမယ့်ဆေးတွေဟာ မိခင်နဲ့ သန္ဓေသားလောင်းအတွက် လုံခြုံမှုရှိ၊ မရှိ ထိရောက်မှု ရှိ၊ မရှိ စမ်းစစ်ရမယ်။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်မှာ ဘီပိုးရှိ၊ မရှိ စစ်ဆေးတဲ့အတွက် အကျိုးကျေးဇူးတွေရှိတယ်။ မွေးကင်းစကို ဘယ်လို ကာကွယ်ရမယ်ဆိုတာ သိမယ်။ ပိုးရှိတဲ့မိခင်ကိုလည်း ကုသဖို့လို၊ မလို ဆုံးဖြတ်နိုင်တယ်။ ခင်ပွန်းသည်အတွက် ကာကွယ်ရန် လို၊ မလို၊ အိမ်သူအိမ်သားတွေ စစ်ဆေးပြီး ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် လို၊ မလို သိမယ်။

အသည်းရောင်ဘီပိုးရောဂါ အဖြစ်များတဲ့ နေရာတွေမှာ ၅၀ ရာခိုင်နှုန်းဟာ မိခင်ကနေ ကလေးကိုကူးတာ သို့မဟုတ် ကလေးဘဝမှ တစ်နည်းနည်းနဲ့ အကူးခံရတာလို့ ဆိုတယ်။ တိုင်းပြည်တစ်ပြည်ရဲ့ ဘီပိုးဖြစ်နှုန်းရှိသလောက် ကိုယ်ဝန်ဆောင်တွေမှာ အသည်းရောင် ဘီပိုးရှိတာပဲ။ ပျမ်းမျှအားဖြင့် တစ်ကမ္ဘာလုံးမှာ လူဦးရေရဲ့ ၅ ရာခိုင်နှုန်းမှာ အသည်းရောင်ဘီပိုးရှိကြတယ်။

အသည်းရောင်ဘီပိုး အဖြစ်နည်းတဲ့နေရာမှာ ၀.၆ ရာခိုင်နှုန်းသာရှိပြီး အာရှ၊ အာဖရိကလို အဖြစ်များတဲ့ဒေသတွေမှာ ကိုယ်ဝန်ဆောင်တွေရဲ့ ၂၀ ရာခိုင်နှုန်းကျော်ကျော်ဟာ အသည်းရောင်ဘီပိုးရှိကြတယ်။

မိခင်က မွေးကင်းစကို ကူးတာဟာ မွေးဖွားစဉ်ကာလမှာ ကူးစက်တာ များတယ်။ ရေမြွှာပေါက်ပြီး သားအိမ်ညစ်လို့ ဗိုက်နာတဲ့အခါ မိခင်ရဲ့သွေး တွေဟာ သန္ဓေသားထဲကို ရောက်သွားနိုင်တယ်။ မွေးလမ်းကြောင်းကိုဖြတ်စဉ် သန္ဓေသားရဲ့ ပွန်းပဲ့ရာတွေကနေ ပိုးရှိတဲ့ မိခင်သွေးဝင်သွားတာ များတယ်။ မွေးပြီးပြီးချင်း ၁၂ နာရီအတွင်း သွေးရည်ကြည်ကာကွယ်ဆေးနဲ့ ပုံမှန်ကာ ကွယ်ဆေး ၂ မျိုးကို သန္ဓေသားရဲ့ ပေါင်တစ်ဖက်တစ်ချက်မှာ ထိုးပေးနိုင်ရင် ၉၅ ရာခိုင်နှုန်း ကာကွယ်နိုင်သတဲ့။ ဒီလိုသာ မိခင်ကိုလည်းသွေးစစ်၊ မွေး ကင်းစကိုလည်း ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးခဲ့ရင် ၉၅ ရာခိုင်နှုန်း ကူးစက်မှုလျော့ချ နိုင်သတဲ့။ မွေးဖွားစဉ်မှာ ကူးနိုင်သလို မွေးဖွားပြီးကာလမှာလည်း ကူးစက် နိုင်တယ်။ ရေမြွှာထဲမှာ၊ အချင်းချက်ကြီးသွေးထဲမှာ၊ မိခင်ရဲ့ မွေးလမ်းကြောင်း က ထုတ်တဲ့အရည်ထဲမှာ၊ နို့ထဲမှာ၊ မွေးကင်းစရဲ့ အစာအိမ် အချဉ်ရည်ထဲမှာ အသည်းရောင်ဘီပိုး တွေ ရပါသတဲ့။

ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ် မိခင်ကကလေးကို ကူးတာကတော့ ရှားတယ်။ ဘာဖြစ်လို့လဲဆိုတော့ အသည်းရောင်ဘီပိုးကို သန္ဓေသားလောင်းထဲ မဝင် နိုင်အောင် အချင်းက တားထားလို့ပဲ။ ဒါပေမယ့် ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ် သွေး ဆင်းသူ၊ မိခင်ရဲ့သွေးထဲမှာ ပိုးကောင်ရေအလွန်များသူ၊ မိခင်ရဲ့ အချင်းထဲ မှာ ဘီပိုးရှိနေသူတွေမှာတော့ ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်မှာ ကူးနိုင်တယ်လို့ဆိုတယ်။ ဒါကြောင့် မွေးပြီးပြီးချင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးမယ့်လည်း သန္ဓေသားကို ကူးစက်မှုရှိနေတာ ဖြစ်တယ်။ မိခင်သွေးထဲမှာ ဘီပိုးကောင်ရေ သန်း ၁၀၀ ကျော်ရင် မိခင်မှ သန္ဓေသားကို ကူးစက်နိုင်တယ်။ သန်း ၁၀၀ အောက်မှာ တော့ ကူးစက်ဖို့ခဲယဉ်းတယ်။ ပိုးကောင် သန်း ၁၀၀ အထက်ရှိရင် မိခင်က ကလေးကို ကူးစက်နိုင်တဲ့နှုန်းဟာ ၈.၅ ရာခိုင်နှုန်းရှိတယ် လို့ဆိုတယ်။ အိန္ဒိယက လေ့လာချက်တွေမှာ မိခင်သွေးထဲမှာ ပိုးကောင်ရေ တစ်သိန်းခွဲ လောက်ရှိရင် အမေက ကလေးကို ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်မှာ ကူးနိုင်တယ်လို့ ဆိုလိုတယ်။ ဒါနဲ့ပဲ ကိုယ်ဝန်နောက်ဆုံး ၃ လမှာ အသည်းရောင်ဘီပိုးရှိတဲ့ မိခင်ကို အသည်းရောင် ဘီပိုးကောင်ရေ သွေးထဲမှာများခဲ့ရင် Lamivudine သို့မဟုတ် Tenofovir သို့မဟုတ် Telbivudine လိုဆေးတွေပေးပြီး ကာကွယ်ကြ တယ်။

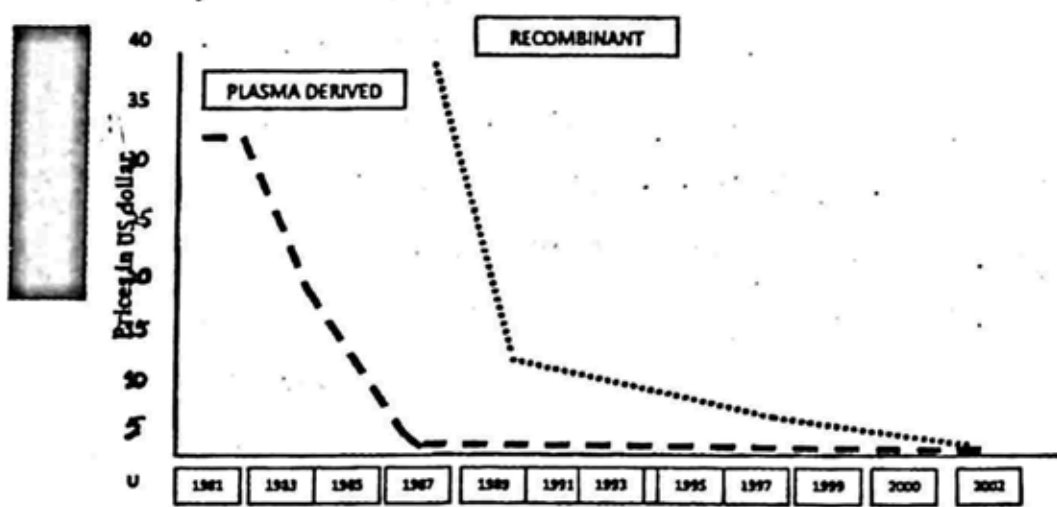
ဘီပိုးရှိတဲ့မိခင်က ကလေးကို နို့တိုက်နိုင်၊ မတိုက်နိုင် လေ့လာကြပြန်တယ်။ WHO က နို့တိုက်နိုင်တယ်လို့ သတ်မှတ်ပေးမယ့် အငြင်းပွားသူတွေကတော့ ပွားနေတာပဲ။ မိခင်နို့တိုက်တာက ကလေးမှာ အခြားရောဂါတွေကင်းတယ်။ ဉာဏ်လည်းထက်မြက်တယ်။ ဒါပေမယ့် ငွေကြေးတတ်နိုင်တဲ့ မိခင်တွေက မိခင်နို့မတိုက်ဘူး၊ နို့ဘူးပဲတိုက်ကြတယ်။ အမေရိကန်မှာ ဘီပိုးရှိတဲ့မိခင်တွေမှာ မိခင်နို့တိုက်ကျွေးသူနဲ့ နို့ဘူးတိုက်ကျွေးသူ ယှဉ်ပြီးလေ့လာတယ်။ ကူးနှုန်းအတူတူပဲ။ ဟောင်ကောင်မှာ သွေးရည်ကြည်ကာကွယ်ဆေးနဲ့ ရိုးရိုးကာကွယ်ဆေး နှစ်မျိုးထိုးထားတဲ့ ကလေးတွေကို ဘီပိုးရှိတဲ့မိခင်ရဲ့ မိခင်နို့တိုက်ကျွေးမှု၊ နို့ဘူးတိုက်ကျွေးမှု ယှဉ်ပြီးလေ့လာတယ်။ ဘာမှမထူးခြားဘူး။ အမေရိကန်မှာ ထပ်လေ့လာတယ်။ နို့ဘူးတိုက်ကျွေးမှသာ ကလေးကို ပိုးဝင်တာတွေ့ရတယ်။ အီတလီမှာ ပုံမှန်ကာကွယ်ဆေးသာထိုးပြီး မွေးကင်းစတွေကို ဘီပိုးရှိတဲ့မိခင်က မိခင်နို့တိုက်ကျွေးမှု၊ နို့ဘူးတိုက်ကျွေးမှုတွေကို ယှဉ်ပြီးလေ့လာတယ်။ ကူးစက်မှုနှုန်းက အတူတူပဲ။ မိခင်နို့ထဲမှာ ပါတဲ့ Lactoferrin ဗက်တီးရီးယားကိုလည်း သတ်နိုင်တယ်။ HIV ပိုး၊ အသည်းရောင်ဘီပိုး၊ အသည်းရောင် C ပိုးတွေကိုလည်း သတ်နိုင်တယ်လို့ ဆိုတယ်။ ဘယ်လိုဆိုဆို မယုံတစ်ဝက် ယုံတစ်ဝက်ပဲရှိကြတယ်။

အမေရိကန် ကလေးဆရာဝန်အသင်းကတော့ မွေးကင်းစကလေးကို Hepatitis B Immune Globulin HBIG နဲ့ HBV Vaccine ထိုးထားရင် ကလေးကို မိခင်နို့တိုက်ကျွေးမှုကို ငြင်းပယ်စရာအကြောင်း မရှိပါဟုဆိုတယ်။



ဘီပိုး ကာကွယ်ဆေးနှစ်မျိုး

WHO Website Biologicals ဆိုတဲ့ ကဏ္ဍမှာ အသည်းရောင် B ပိုး အကြောင်းကို အကျဉ်းချုပ်တင်ပြထားပါတယ်။ အသည်းရောင် B ပိုးဟာ Base 3200 ရှိတဲ့ DNA Virus အကောင်လေး ၁ ကောင်သာဖြစ်တယ်။ သူ့မှာ အပြင်ခွံ၊ အတွင်းခွံ အခွံနှစ်ထပ်နှင့် အသည်းမှာပွားတဲ့ Virus ဖြစ်တယ်။ လူလိုသဏ္ဍာန်တူတဲ့ ချင်ပန်စီမျောက်ကြီးတွေရဲ့ အသည်းဆဲလ်တွေထဲမှာ အတွင်းခွံ၊ အပြင်ခွံတွေကို ထုတ်လုပ်လေ့ရှိပါတယ်။ အတွင်းခွံက e-Antigen လို့ခေါ်ပြီး၊ သွေးထဲမှာ အစိုင်းအခဲအဖြစ် မတွေ့ရပါဘူး။ ပျော်ရည်တစ်ခု အဖြစ်နဲ့သာ တွေ့ရပါတယ်။ ဒါပေမယ့် အပြင်ခွံရဲ့ အစိတ်အပိုင်း HBsAg



ကို အပိုထုတ်လုပ်တဲ့အခါ သွေးထဲမှာ အလုံးလေးတွေ၊ အတောင့်လေးတွေအဖြစ် တွေ့ရပါတယ်။ အသည်းရောင် B ပိုးဟာ အစဉ်သဖြင့် သွေးလှည့်ပတ်မှုထဲမှာ မျောပါတည်ရှိနေပြီး အခြားလူတစ်ယောက်ရဲ့ အမြှေးပါး၊ အနာအပေါက်၊ ဒဏ်အပေါက်၊ အရေပြားရဲ့ အနာပေါက်၊ စုတ်ပြဲအပေါက် စတဲ့နေရာတွေကိုဖြတ်ပြီး လူနာရဲ့ အနာဒဏ်ရာတို့မှ ထွက်လာကူးစက်ပါတယ်။ သွေးဟာ အလွန်ကူးစက်တတ်ပါတယ်။ သုက်၊ သွေးရည်နဲ့ မိန်းမကိုယ် စစ်ထုတ်ရည်တွေဟာ အလွန်များပြားတဲ့ပိုးတွေပါပြီး အလွန်ကူးစက်နိုင်ပါတယ်။ အလွန်အဖြစ်များတဲ့ နေရာတွေမှာ ရောဂါပိုးရှိတဲ့ မိခင်မှ မွေးကင်းစကို ကူးစက်တတ်ပါတယ်။ ကမ္ဘာတစ်ဝန်းလုံးမှာ လူဦးရေ သန်း ၂၀၀၀ လောက်ကို B ပိုး ကူးစက်နေပြီး သန်း ၃၀၀၊ ၄၀၀ လောက်မှာ ပျောက်မသွားဘဲ နာတာရှည်ရောဂါအဖြစ်နဲ့ ကျန်ရစ်ခဲ့ပါတယ်။ B ပိုးဝင်ပြီး နာတာရှည် ဖြစ်မှု၊ မဖြစ်မှုဟာ ဝင်တဲ့အသက်အရွယ်ပေါ်မှာ မူတည်ပါတယ်။ မွေးကင်းစမှာဝင်ခဲ့လျှင် ၉၅ ရာခိုင်နှုန်း နာတာရှည်ဖြစ်ပြီး၊ အသက်ကြီးမှ ဝင်ခဲ့လျှင် ၅ ရာခိုင်နှုန်းသာ နာတာရှည်ဖြစ်ပါတယ်။ နာတာရှည် အသည်းရောင်သူတွေရဲ့ ၄ ပုံ ၁ ပုံဟာ သက်တမ်းတိုကြပါတယ်။ B ပိုးရှိ နာတာရှည် အသည်းရောင်လူနာဟာ သာမန်လူကောင်းတစ်ယောက်ထက် ၂၅ ရာခိုင်နှုန်း စောပြီး သေဆုံးနိုင်ပါတယ်။ အသည်းခြောက်၊ အသည်းကင်ဆာနဲ့ဆုံးပါတယ်။

၁၉၈၂ ခုနှစ်မှာ B ပိုးရှိသူရဲ့ သွေးမှ B ပိုးရဲ့ အခွံအစိတ်အပိုင်း HBsAg ကို သန့်စင်အောင်ပြုလုပ်ပြီး ကာကွယ်ဆေးအဖြစ် အများပြည်သူသုံးနိုင်ဖို့ ကမ္ဘာမှာ စတင်ဖြန့်ဖြူးခဲ့ပါတယ်။ သန့်စင်အောင်လုပ်ထားတဲ့ HBsAg ပရိုတင်းကို ဓာတ်တစ်ခုနဲ့တွဲဖက်ပြီး ကာကွယ်ဆေးအဖြစ် သုံးခဲ့တာပါ။ လူသန်းပေါင်းများစွာမှာ ယုံကြည်စိတ်ချစွာ၊ အောင်မြင်စွာ အသုံးပြုနိုင်ခဲ့ပါတယ်။ thiomars ကိုတော့ မပုပ်မသိုးအောင် ထည့်ပေါင်းထားခဲ့ပါတယ်။ HIV ရောဂါပေါ်လာတဲ့အခါ အခြေအမြစ်မရှိပေမယ့် ဒီသွေးရည်ကြည်ကထုတ်တဲ့ Plasma Derived ကို မသုံးလိုတော့ပါ။ တဆေး (Yeast) က ထုတ်လုပ်တဲ့ နည်းပညာသစ်ကို ထုတ်လုပ်ခဲ့ပါတယ်။ Recombinant လို့ခေါ်တဲ့ HBsAg ရဲ့ Gene ကို Yeast ထဲမှာ ပိုးထည့်ပြီး Yeast ကို ပွားစေတာဖြစ်တယ်။ ဒီနည်းနဲ့လည်း

နှစ်ပေါင်း ၂၀ ကြာအောင် ထုတ်လုပ်ခဲ့တယ်။ Plasma-derived က သဘာဝ HBsAg ဖြစ်တယ်။ Recombinant ကတော့ တည်ဆောက်ယူထားတဲ့ Synthetic ဖြစ်တယ်။ Plasma-derived ကို ၁၉၈၀ ပြည့်နှစ်မှာ ပထမဦးဆုံး WHO လမ်းညွှန်ချက်နဲ့ ထုတ်ခဲ့တယ်။ ၁၉၈၇ ခုနှစ်မှာ ပြင်ဆင်လမ်းညွှန်ချက်နဲ့ ထုတ်ခဲ့ကြတယ်။ Recombinant ထုတ်လုပ်မှုကို ၁၉၈၈ ခုနှစ်မှာ ချမှတ်ခဲ့ပြီး ၁၉၉၇ ခုနှစ်မှာ တစ်ကြိမ် ပြင်ဆင်ခဲ့ပါတယ်။ ၂၀၁၀ ပြည့်နှစ်မှာလည်း တစ်ကြိမ် ထပ်မံပြင်ဆင်ခဲ့ပါတယ်။ Plasma-derived နဲ့ ပတ်သက်တဲ့ လမ်းညွှန်ချက်တွေဟာ အတိအကျလိုက်နာရမှာဖြစ်ပြီး ထုတ်လုပ်မှု၊ လိုအပ်မှု ချုပ်သိမ်းသွားတဲ့အခါထိ လိုက်နာကျင့်သုံးရမယ့် လမ်းညွှန်တွေဖြစ်ပါတယ်။

ဒါကြောင့် အသည်းရောင်အသားဝါ "B" ပိုး ကာကွယ်ဆေးမှာ သွေးရည်ကြည်မှ ထုတ်လုပ်သော Plasma-derived နှင့် recombinant (yeast-derived) ဟု နှစ်မျိုးရှိတယ်လို့ ဆိုရမယ်။ yeast မှ ထုတ်လုပ်သော ကာကွယ်ဆေးမှာ Non-glycosylated ဖြစ်ပြီး Plasma-derived (သွေးရည်ကြည်မှ ထုတ်လုပ်သော) ကာကွယ်ဆေး၏ ၇၀-၈၀ ရာခိုင်နှုန်းမှာလည်း Non-glycosylated ဖြစ်တယ်။ ထိုကာကွယ်ဆေးနှစ်မျိုး၏ အကျိုးအာနိသင်မှာလည်း အတူတူနီးပါးပင်ဖြစ်တယ်။ တစ်ခုနှင့်တစ်ခုလည်း အပြန်ပြန်အလှန် လှန်တွဲပြီး အသုံးပြုနိုင်တယ်။

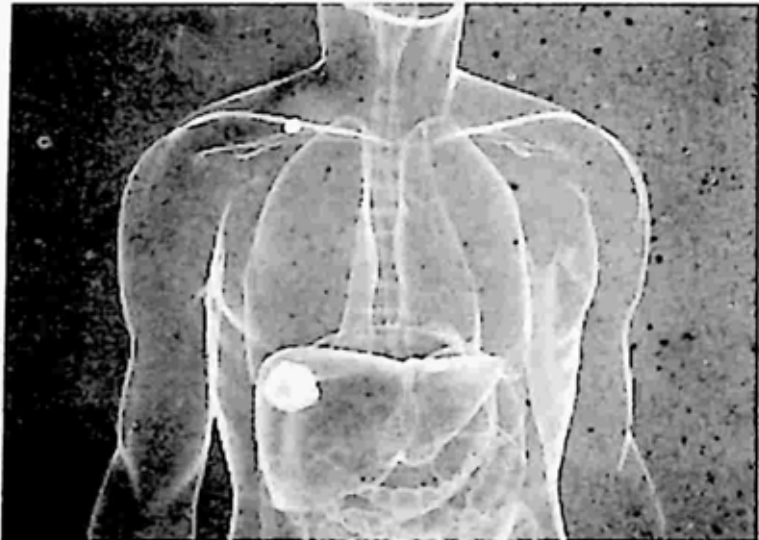
တစ်ကမ္ဘာလုံး အသုံးပြုလာသည်နှင့်အမျှ ကာကွယ်ဆေးနှစ်မျိုးစလုံးဟာ သူ့ထက်ငါ ဈေးလျော့နည်းအောင် အပြိုင်ကြိုးစားလာကြတယ်။ ၂၀၀၀ ပြည့်နှစ်မှာ Plasma-derived ရဲ့ ဈေးနှုန်းကို recombinant vaccine က အမိလျော့ချနိုင်လာတယ်။ အလွန်တင်းကြပ်တဲ့ WHO စံချိန်စံညွှန်းတွေနဲ့ ပိုးသန့်စင်အောင်လုပ်ရတဲ့ သွေးရည်ကြည် ကာကွယ်ဆေးဟာ ကရိုကထများတဲ့ အတွက် တဖြည်းဖြည်း ဈေးကွက်က ထွက်သွားတယ်။ ဆေးသုတေသနဦးစီးဌာန(အောက်မြန်မာပြည်)မှာ Plasma-derived vaccine ကို ထုတ်တယ်။ အများပြည်သူ သုံးနိုင်လောက်အောင် မထုတ်လုပ်နိုင်ပေမယ့် တချို့ငွေရေးကြေးရေး အားနည်းသူတွေအတွက် အဆင်ပြေတယ်။ Urea, Pepsin, Formaldehyde, heat စတဲ့ ဓာတ်ပစ္စည်းတွေနဲ့ ပိုးသန့်စင်တယ်။ Ultrafiltration ခေါ်တဲ့ နည်းတွေလည်း သုံးကြတယ်။ ဒီနည်းတွေဟာ ဆေးသုတေသနဦးစီးဌာန

အတွက် အလေ့အကျင့်ကောင်းတွေ ဖြစ်နေတယ်။ မြန်မာပြည်မှာ Plasma-derived ကာကွယ်ဆေးကို ဆက်လက်ထုတ်နေတဲ့အတွက် ဒီအလေ့အကျင့်ကောင်းတွေက အလိုလိုရနေတယ်။ Recombinant နည်းနဲ့ စက်ရုံတည်ဆောက် ထုတ်လုပ်နိုင်ပေမယ့် WHO က အသိအမှတ်ပြုအဆင့် လိုနေသေးလို့လား မသိဘူး။ စီမံချက်တွေမှာ မသုံးရသေးဘူး။ တကယ်တမ်း ဆက်ထုတ်လုပ်နိုင်မှု ရှိ၊ မရှိ စိစစ်ရမည်။ နည်းသစ်ထုတ်လုပ်မှု အားကောင်းလာရင် နည်းဟောင်းထုတ်လုပ်မှုက အလိုလို ပျောက်ကွယ်သွားမယ်။ ဒါပေမယ့် နည်းဟောင်းမှာသုံးတဲ့ သွေးရည်ကြည် ပိုးသန့်စင်မှုစနစ်ကိုတော့ ကွယ်ပျောက်မသွားစေချင်ဘူး။ Plasma-derived ကို ဖျက်သိမ်းပါလို့ပြောရင် Recombinant နည်းနဲ့ ကောင်းအောင်၊ လုံလောက်အောင်၊ စံချိန်မီအောင် မြန်မြန်ထုတ်တော့လို့ ပြောတာပါပဲ။ ထုတ်လုပ်မှုနည်းပညာရှိရင်လည်း နှစ်ရှည်ကြာ မစစ်ဆေးခဲ့ရင် ပြန်ပြီး စံချိန်စံညွှန်း စစ်ဆေးဖို့လိုမယ်။

✱

အသည်းရောင် ဘီပိုး ဖြစ်နှုန်းအနည်းအများ

အသည်းရောင် B ပိုးနဲ့ C ပိုးဟာ အဖြစ်များတဲ့ရောဂါဖြစ်တယ်။ အသည်းရောင် B ပိုး ကကာကွယ်လို့ရပါတယ်။ အသည်းရောင် C ပိုးကတော့ ကာကွယ်လို့မရဘူး။ အသည်းရောင် B ပိုးအတွက် ထိရောက်တဲ့ကာကွယ်ဆေးရှိပါတယ်။ လူနာတစ်ရာမှာ (၉၅%) အောင်မြင်တယ်။ ဒီလိုဆို လိုက်တဲ့အခါ (၅%)က မအောင်မြင်ဘူး။ မအောင်မြင်တဲ့အတွက် ရောဂါဝင်နိုင်တဲ့ အခြေအနေရှိသေးတယ်။ ဒါပေမဲ့ အခြားသူတွေကို ကာကွယ် ပြီးသားဖြစ်ရင် ဆေးမအောင်တဲ့သူတွေကိုလည်း အတန်အသင့် ကာကွယ် ပြီးသားဖြစ်မယ်။



အသည်းရောင် B ပိုးဟာ ဥရောပနိုင်ငံတွေမှာ အဖြစ်နည်းတယ်။ အမေရိကန်နိုင်ငံတွေမှာ အဖြစ်နည်းတယ်လို့ မဆိုနိုင်ပါဘူး။ ဘာလို့လဲ ဆိုတော့ အမေရိကန်နိုင်ငံဟာ ကြီးမားကျယ်ပြန့်ပြီး ကမ္ဘာ့အရပ်ရပ်ကလူတွေ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်တဲ့အတွက် ဖြစ်တယ်။ အသည်းရောင် B ပိုးအဖြစ်များတဲ့ အာရှပစိဖိတ်ဒေသကလူတွေ ရွှေ့ပြောင်းလာတဲ့အခါ သူတို့နဲ့အတူ အသည်းရောင် B ပိုးလည်းပါလာတယ်။

ဒီရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်တဲ့ လူတွေဟာ ခုခေတ်ကမ္ဘာရဲ့ ပြဿနာတစ်ခုဖြစ် တယ်။ ဘင်္ဂလားဒေ့ရှ်က မြန်မာနိုင်ငံကို ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတွေရှိသလို မြန်မာနိုင်ငံမှ ယိုးဒယားကို သွားလာနေထိုင်သူတွေ၊ မြန်မာနိုင်ငံနဲ့ တရုတ် နိုင်ငံကို အပြန်အလှန် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတွေ ရှိတယ်။ ကနေဒါနိုင်ငံရဲ့ လူဦးရေ (၅) သန်းဟာ ကနေဒါနိုင်ငံမှာ မွေးဖွားခဲ့သူတွေ မဟုတ်ဘူး။ ကနေဒါနိုင်ငံမှာ နှစ်စဉ်လူသစ် (၂) သိန်း (၅) သောင်းလောက် ဝင်ရောက်နေ ထိုင်ကြပါတယ်။

ခရီးသွားလာမှု ပိုမိုလျင်မြန်လွယ်ကူတာကြောင့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု တွေကြောင့် ကူးစက်ရောဂါတွေဟာ အဖြစ်များတဲ့နေရာမှာသာ တည်ရှိနေ တာမဟုတ်ဘဲ ဖြစ်ပွားနှုန်းတွေဟာ ရွှေ့လျားနေတယ်။ မြန်မာနိုင်ငံမှာ စာရင်း ဇယား အားနည်းတဲ့အတွက် ဘယ်ရွှေ့ဘယ်မျှဟာ ရောဂါပြောင်းရွှေ့နေထိုင်



သူတွေကြောင့်ဖြစ်တယ်။ ဘယ်ရွှေ့ဘယ်မျှဟာ ကိုယ့်နိုင်ငံအတွင်းမှာ ရှိရင်း စွဲဖြစ်နှုန်းရယ်လို့ မသိရဘူး။ အိန္ဒိယနယ်စပ်၊ ဘင်္ဂလားဒေ့ရှ်နယ်စပ်၊ ယိုးဒယားနယ်စပ်တွေမှာ အသည်းရောင် B ပိုး၊ C ပိုးဖြစ်နှုန်း လေ့လာထားချက်တွေတော့ ရှိတယ်။ အကြမ်းဖျင်းအားဖြင့် နယ်စပ်နေတဲ့ နိုင်ငံရဲ့ဖြစ်နှုန်းနဲ့ နယ်စပ်ဒေသမှာ ရှိတဲ့လူတွေရဲ့ အသည်းရောင် C ပိုးဖြစ်နှုန်းဟာ ဆင်နေတယ်။ ဘင်္ဂလားနယ်စပ်နဲ့ တရုတ်နယ်စပ်မှာ အသည်းရောင် B ပိုးဖြစ်နှုန်း ပိုများတယ်လို့ ထင်တယ်။ အသည်းရောင် B ပိုးက (၉၅ %) နှုန်း ကာကွယ်ထားနိုင်တယ်လို့ ထင်တယ်။ အသည်းရောင် B ပိုးက (၉၅%) နှုန်း ကာကွယ်ထားနိုင်တယ်ဆိုပေမယ့် လူထုကို တကယ်တမ်း ထိထိရောက်ရောက် ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးနိုင်မှု ရှိ/မရှိ အပေါ်မှာ မူတည်နေတယ်။ သို့လျှင်မူအခက်အခဲအချိန်မှန် ကာကွယ်ဆေးထိုးမှုအခက်အခဲ အပြည့်အဝထိုးနိုင်မှုမရှိတဲ့ အခက်အခဲတွေကြောင့် တကယ်တမ်းဆန်းစစ်ရင် (၉၅%) မအောင်မြင်ပဲ ရသင့်ရထိုက်တဲ့ အောင်မြင်မှုနှုန်းရဲ့ သုံးပုံတစ်ပုံလောက်သာရှိမယ်။

ဒီအားနည်းချက်တွေကို ပြင်ဆင်နိုင်မှ အသည်းရောင် B ပိုး ကာကွယ်မှုဟာ ထိရောက်တဲ့ ကာကွယ်မှုတစ်ခုဖြစ်တယ်။ ကိုယ့်နိုင်ငံမှာ အသည်းရောင် B ပိုးကာကွယ်ဆေးကို ထုတ်လုပ်နိုင်ပြီဆိုပေမယ့် တကယ်တမ်းပြည်သူလူထုအတွက် အသုံးချနိုင်စွမ်း ရှိ/မရှိ အသုံးချဖို့အဆင်သင့် ရှိ/မရှိ ပြန်လည်ဆန်းစစ်ဖို့လိုတယ်။ ထုတ်လုပ်မှုအောင်မြင်တယ်လို့ ကြွေးကြော်တာက တခြား၊ ထုတ်လုပ်ထားတဲ့ဆေးကို ရေရှည်ပုံမှန်အသုံးချနိုင်မှုက တခြားဖြစ်တယ်။ ရေရှည်ပုံမှန်အသုံးချနိုင်ဖို့ဆိုတာ ပုံမှန်ထုတ်လုပ်နိုင်ဖို့ စနစ်တကျ သို့လျှင်ထားတဲ့ ကာကွယ်ဆေးကို လူထုအရောက်ထိရောက်မှုရှိအောင် ထိုးပေးနိုင်မှု စတဲ့အချက်အလက်တွေ ပြည့်စုံရမယ်။ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးဌာနကလည်း မှတ်တမ်းတင် အတည်ပြုခံရဖို့လိုတယ်။ ဒါတွေကို စနစ်တကျ မဖော်ဆောင်နိုင်ရင် ရပြီးသားနည်းပညာတွေဟာ အချည်းအနှီးဖြစ်မယ်။ ဖွံ့ဖြိုးဆဲနိုင်ငံများဖြစ်တဲ့ ဘင်္ဂလားဒေ့ရှ်၊ ဗီယက်နမ်၊ ဖွံ့ဖြိုးပြီးနိုင်ငံတွေကို အမိလိုက်နိုင်တဲ့ တရုတ်၊ အိန္ဒိယ၊ ကိုရီးယားတို့မှာ အောင်အောင်မြင်မြင် ထုတ်လုပ်၊ အောင်အောင်မြင်မြင်အသုံးချနိုင်ရင် ကိုယ့်နိုင်ငံမှာလည်း အောင်အောင်မြင်မြင် အသုံးချနိုင်ရမယ်။ နည်းမေးရမယ်။

အသည်းရောင် B ပိုး C ပိုးတွေရဲ့ နောက်ဆက်တွဲဖြစ်တဲ့ အသည်း
 ခြောက်၊ အသည်းကင်ဆာရဲ့ ကုသစရိတ်ဟာ အလွန်ကြီးလေးတယ်။ ကြီး
 လေးမှန်းမသိတဲ့အတွက် အသည်းရောင် B ပိုးကာကွယ်ဆေးကို ဦးစားပေး
 ပြီးမလုပ်သေးဘဲ ဖြစ်နေသေးတယ်။ လူမှုရေးအဖွဲ့အစည်းတွေ အများကြီးက
 အသည်းရောင် B ပိုး ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးနေတာကို တွေ့ရပါတယ်။ ဒါဟာ
 ကောင်းတဲ့လက္ခဏာပဲ။ မြို့လူထုနဲ့ နယ်လူထုရဲ့ အသည်းရောင် B ပိုး ဖြစ်ပွား
 မှုနှုန်းမတူဘူး။ တချို့နိုင်ငံတွေရဲ့ မြို့ကြီးပြကြီးတွေမှာ ဖြစ်ပွားမှုနှုန်း အလွန်
 များပြီး နယ်လူထုမှာ ဖြစ်ပွားမှုနှုန်းနည်းတယ်။

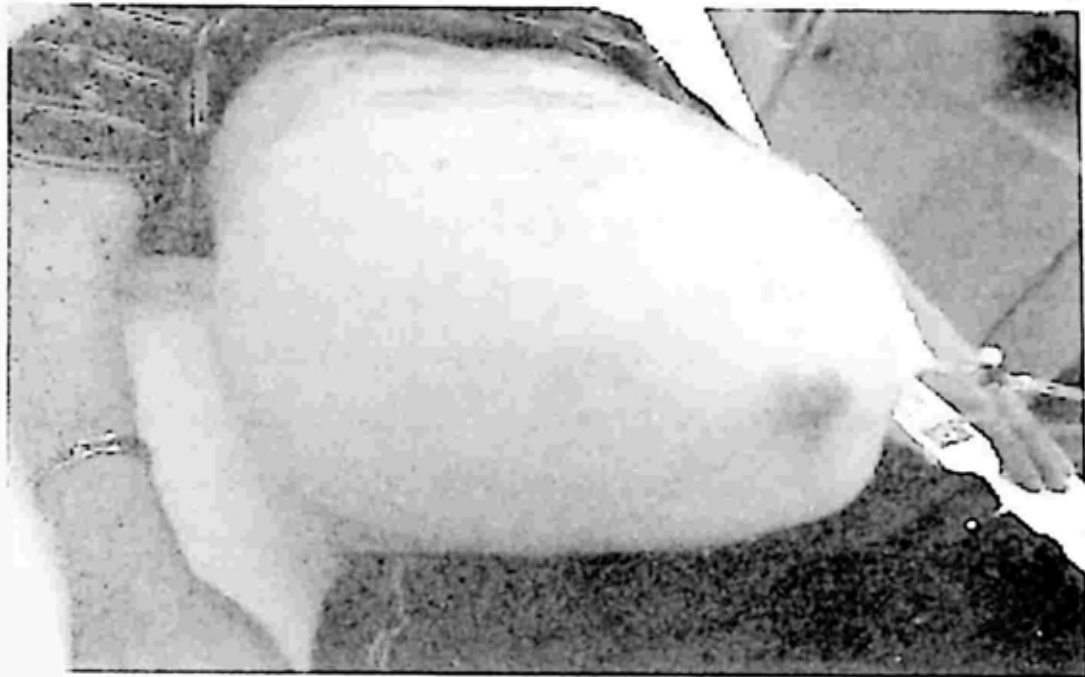
ဒီလိုသိထားတဲ့အခါ ကာကွယ်ရေးလုပ်ငန်း ဆောင်ရွက်တဲ့အခါ နည်း
 ဗျူဟာချမှတ်မှု ကွာခြားမယ်။ ဒါ့ကြောင့် ဖြစ်ပွားမှုနှုန်းတွေလည်း သိဖို့လို
 တယ်။ အာရှအာဖရိကဒေသတွေမှာ အများဆုံးဖြစ်ပွားနေတဲ့ ရောဂါဟာ
 တခြားရောဂါများနည်းတူ တစ်ကမ္ဘာလုံးရဲ့ ပြဿနာဖြစ်တယ်ဆိုတာ သိစေ
 ချင်တယ်။



အသည်းကင်ဆာ ကာကွယ်ဆေး

အသည်းကင်ဆာ ဆိုးတယ်ဆိုတာ အသည်းကင်ဆာကို တွေ့ရှိတဲ့အချိန်မှာရှိတဲ့ အသည်းကင်ဆာရဲ့ အခြေအနေပေါ်မှာ မူတည်တယ်။ ဥပမာပြောရရင် အသည်းခြောက်ရောဂါမရှိဘဲ အသည်းကင်ဆာ တစ်စင်တီမီတာခန့်သာရှိတဲ့ အသည်းကင်ဆာလုံး တစ်လုံးရှိသူဆိုရင် သုံးနှစ်အသက်ရှင်နိုင်ဖို့ ၅၀%ရှိတယ်။ ဆေးမကုဘဲ အသက်ရှင်နိုင်တဲ့အခြေအနေဟာ ၅၀% ရှိတယ်လို့ ဆိုလိုတယ်။ အသည်းကင်ဆာအလုံးတွေဟာ အသည်းရဲ့ ဘယ်အခြမ်း၊ ညာအခြမ်းမှာလည်းရှိတယ်၊ အသည်းခြောက်ရောဂါလည်း ရှိတယ်၊ အသည်းခြောက်ရောဂါကလည်း ရေဖျဉ်းစွဲ မျက်လုံးဝါဖြစ်ပြီး ဆိုးနေတယ်ဆိုရင် ကုသမှုအမျိုးမျိုးပေးတဲ့တိုင်အောင် ခြောက်လပဲ အသက်ရှင်နိုင်တယ်။

အသက်ကြီးတဲ့သူတွေ၊ အသည်းခြောက်၊ အသည်းကင်ဆာအပြင် အရက်ကြောင့် အသည်းရောဂါ ထပ်ဆောင်းရှိသူတွေမှာ ပိုဆိုးတယ်။ အမျိုးသားတွေမှာ ရောဂါက အတိုးမြန်တယ်။ ပိန်လည်းပိန်သွားတယ်။ စားသောက်လို့လည်းမကောင်းဘူးလို့ပြောရင် အခြေအနေဆိုးတာ မြန်တယ်။ မျက်လုံးဝါတယ်။ ရေဖျဉ်းစွဲတာ ပိုဆိုးသထက်ဆိုးလာတယ်။ ဂယောင်ချောက်ချားဖြစ်တယ်။ စကားပြောမှားတယ်။ နေ့ညလွဲပြီး ညမအိပ်ဘူးဆိုရင် အခြေအနေကဆိုးတယ်။ သွေးစစ်ချက်တွေမှာ အဝါဓာတ် (Bilirubin)အများကြီးတက်တယ်။ အသည်းအင်ဇိုင်း ALT,ASTတွေတက်တယ်။ သွေးထဲမှာ အသား



ဓာတ် albumin အလွန်နည်းတယ်။ သွေးထဲမှာ Sodium ဓာတ် အလွန်နည်းတယ်ဆိုရင် ရောဂါကဆိုးလွယ်တယ်။ ကျောက်ကပ်လုပ်ငန်း မကောင်းတာနဲ့ တွဲတွဲအတွက် သွေးထဲမှာ Urea တွေတက်လာရင် အခြေအနေပိုဆိုးလာတယ်။ အသည်းမှာအလုံးက တစ်လုံးမကပိုရှိတယ်။ အလုံးတိုင်းအလုံးတိုင်းကလည်း 3cm လောက်ရှိတယ်။ သွေးကြောတွေကိုလည်း အသည်းကင်ဆာက ဝင်ရောက်တယ်။ သွေးကြောအပြင်က လင့်ကျိတ်တွေမှာ အသည်းကင်ဆာရောက်တယ်။ ဦးနှောက်၊ အရိုး၊ အဆုတ် စတဲ့နေရာတွေကိုလည်း အသည်းကင်ဆာ ပျံ့နှံ့တယ်ဆိုရင် ရောဂါအခြေအနေ တော်တော်ဆိုးတယ်။ တချို့ကတော့ အသည်းကင်ဆာ အမျိုးအစားခွဲပြီး အဆိုး၊ အကောင်းပြောကြတယ်။ ဒါပေမဲ့ ဘာပဲဖြစ်ဖြစ် အသည်းကင်ဆာကို ခွဲထုတ်လို့ ရ၊ မရ၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်လှိုင်း RFA နဲ့ ဖျက်ဆီးလို့ ရ၊ မရ၊ စစ်ဆေးရတယ်။ ဒီနှစ်ခုမရရင် ပေါင်သွေးကြောကတစ်ဆင့် ကင်ဆာလုံးကို ကင်ဆာဆေးဖြန်းပြီး ရေမြှုပ်နဲ့ သွေးကြောပိတ်နည်း (TACE) လုပ်လို့ ရ၊ မရ စဉ်းစားဆုံးဖြတ်ရတယ်။ ဒီနည်းနဲ့ပဲ ကင်ဆာဆေးအစား အနုမြူကြွတဲ့ အမှုန်လေးတွေ ကင်ဆာအလုံးဆီကို ပေးပို့ဖျက်ဆီးလို့ ရ၊ မရ စုံစမ်းရတယ်။ အသည်းခြောက်ရောဂါနဲ့တွဲနေရင် အသည်းအစား ထိုးလို့ရရင် အသည်းအစားထိုးကုမယ်။

အသည်းကင်ဆာလုံး တစ်ခုဟာ နှစ်ဆကြီးဖို့ကြာချိန်ကို Doubling

Time လို့ ခေါ်တယ်။ အသည်းကင်ဆာမှာ လူတစ်ယောက်နဲ့ တစ်ယောက် Doubling Time ဟာ မတူဘူး။ အသည်းကင်ဆာက ထူးဆန်းတယ်။ Doubling Time ဟာ တချို့မှာ တစ်လပဲကြာတယ်။ တချို့က ၁၈ လပဲကြာတယ်။ ဒါ့ကြောင့် အသည်းကင်ဆာဟာ ခန့်မှန်းရခက်တယ်။ 3cm ထက်ငယ်တဲ့ အသည်းကင်ဆာ တစ်လုံးထဲဟာ ဘာကုထုံးမှမပေးဘဲနဲ့ တစ်နှစ်လောက် အသက်ရှင်နိုင်တယ်။ ၅၀% ဟာ သုံးနှစ်လောက် အသက်ရှင်နိုင်တယ်။ ၂၀% ဟာ ငါးနှစ်လောက် အသက်ရှင်နိုင်တယ်။ အခြားဆိုး တဲ့အခြေအနေနဲ့ တွဲနေရင် တစ်နှစ်လောက် အသက်ရှင်ဖို့ရာ ၃၀% သာရှိမယ်။ သုံးနှစ်လောက် အသက်ရှင်နိုင်ဖို့ဟာ ၈% ရှိတယ်။ ငါးနှစ်လောက် ရှင်နိုင်တဲ့ သူမရှိဘူး။

အကြောဆေးသွင်းတဲ့ ကုရိုးကုစဉ် ကင်ဆာကုထုံးတွေဟာ အသည်းကင်ဆာအတွက် မထိရောက်ဘူး။ တခြားကင်ဆာတွေလို အပြင်က ဓာတ်ကင် လို့မရဘူး။ သွေးကြောတွေကို မပွားအောင်တားတဲ့ Targeted Therapy ဆို တာကတော့ Side Effects သိပ်မများဘဲ အတန်အသင့်ပိုပြီး သက်တမ်းရှည် တယ်။ ပါးစပ်၊ ခြေထောက်၊ ကပ်ပယ်အိတ်တို့မှာ အနာလေးတွေ ပေါက်ရုံ လောက်သာရှိတယ်။

ခက်တာက အသည်းကင်ဆာကို အများဆုံးဖြစ်စေတဲ့ အကြောင်းမှာ အသည်းရောင် B ပိုးနဲ့ အသည်းရောင် C ပိုး ပါနေတယ်။ အသည်းကင် ဆာကလည်း အသည်းတစ်ခုလုံးမှာ နေရာအနှံ့ တစ်ခုပြီးတစ်ခုဖြစ်တယ်။ ဒါ့ကြောင့် အသည်းရောင် B ပိုးနဲ့ C ပိုးမဖြစ်ရင်တော့ ကျကျနနကုထားဖို့ လိုတယ်။ အသည်းရောင် B ပိုးမဖြစ်ရင်တော့ အကောင်းဆုံးပဲ။ ကာကွယ် ဆေးထိုးပြီး ကာကွယ်လို့ရတဲ့အတွက် လူတိုင်းကာကွယ်ဆေးထိုးရမယ်။ အသည်းရောင် B ပိုး ကာကွယ်ဆေးဟာ အသည်းကင်ဆာကာကွယ်ဆေး ပဲ။ ဒီနှစ် World Digestive Health Day ရဲ့ ဆောင်ပုဒ်က "Liver Cancer Act Today, Save Your Life Tomorrow" တဲ့။ "အသည်းကင်ဆာကို သင့် နောင်ရေး လုံခြုံဖို့အတွက် အသည်းကင်ဆာကို အခုကာကွယ်ပါ။" တဲ့။ ၂၉-၅-၂၀၁၃ ရက်နေ့မှာ World Digestive Health Day ကျရောက်ပါတယ်။

✱

အသည်းရောင်အသားဝါဘီပီးကုရာတွင် ကြုံရသည့်အခက်အခဲများ

အသည်းရောင် Bပိုးကုတဲ့ အခက်အခဲတွေကတော့ ကုသရာမှာ တုံ့ပြန်မှုအားနည်းတာ၊ ဆေးမှန်မှန်မကုသဘဲ ဆေးရပ်တာတွေ ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီပြဿနာကို ဘယ်လိုဖြေရှင်းကြမလဲ။ ၂၀၁၃ စင်္ကာပူ အသည်းရက်သတ္တပတ်ဆွေးနွေးပွဲမှာ အသည်းဆိုင်ရာရောဂါတွေအကြောင်းကို ဆွေးနွေးကြပါတယ်။ အသည်းဆရာဝန်တစ်ဦးက သမိုင်းတစ်လျှောက် အခက်အခဲကို ရင်ဆိုင်ခြင်းဆိုတဲ့ခေါင်းစဉ်နဲ့ ဘီပီးဆေးယဉ်ခြင်းအတွက် အဆင့်ဆင့်ကုထုံးတွေကို ဆွေးနွေးခဲ့ပါတယ်။ ပိုးပွားမှုတားရာမှာ အာနီသင်ကောင်းတဲ့ Entecivar Tenofovir ဆေးတွေကိုသာ ကနဦးဆေးတွေအဖြစ် သုံးသင့်ကြောင်း တင်ပြပါတယ်။ Lamivudine, Adefovir စတဲ့ စွမ်းအားမကောင်းတဲ့ ဆေးတွေကို သုံးမိလို့ ဆေးယဉ်သွားရင် ဆေးပြောင်းလဲသုံးတာ၊ ဆေးထပ်ပေါင်းတာတွေကိုလည်း တင်ပြဆွေးနွေးပါတယ်။

Lamivudineနဲ့ Telbivudineအသုံးပြုလို့ ဆေးယဉ်ပါးတဲ့အခါ Adefovir ကို ထပ်ပေါင်းပေးတာ ဒါမှမဟုတ် Tenofovir ကို ပြောင်းလဲအသုံးပြုတာ၊ Adefovir ကို ဆေးယဉ်ပါးတဲ့အခါ Entecavir ကို ထပ်ပေါင်းတာ ဒါမှမဟုတ် Tenofovir ကို ပြောင်းလဲအသုံးပြုတာတွေကို ဆွေးနွေးပါတယ်။ Adefovir ကို ဆေးယဉ်ပါးတဲ့အခါ Entecavir ကို ထပ်ပေါင်းတာ ဒါမှမဟုတ် Tenofovir ကို ပြောင်းသုံးနိုင်သလို Entecavir နဲ့ Tenofovir ကိုလည်း ပေါင်းစပ်အသုံး

ပြုနိုင်ပါတယ်။ Entecavirဆေးယဉ်ပါးရင် Adefovir or Tenofovir ပေါင်း ထည့်လိုက်ရင် ပိုပြီးထိရောက်မှုရှိအောင် ကူညီပေးနိုင်တယ်။ Tenofovirကို ဆေးယဉ်ပါးတဲ့အခါ Entecavirဒါမှမဟုတ် Lamivudineဒါမှမဟုတ် Emtricitabine ပေါင်းထည့်အသုံးပြုပြီး ဆေးယဉ်ပါးတာကို တားဆီးနိုင်တယ်။ ဒါပေမဲ့ ဘယ်ဆေးက ယှဉ်တွဲပိုးယဉ်မှု (Cross Resistance) ရှိ၊ မရှိ လေ့လာဖို့လိုတယ်။

Entecavir နဲ့ Tenofovir တို့ဟာ အစွမ်းထက်ဆေးတွေဖြစ်တယ်။ ဆေးယဉ်ပါးတဲ့နှုန်း နည်းတယ်လို့ ဆိုကြတယ်။ မြန်မာပြည်မှာ လက်တွေ့ကုတဲ့အခါ သူတို့ပြောတဲ့ အဆိုအမိန့်နဲ့ နည်းနည်းကွာတယ်။ ဆေးယဉ်မှုတွေကို တွေ့နေရတယ်။ အာရှပစိဖိတ်ဒေသ အသည်းလေ့လာသူများအသင်းက Dr. Pietro Lampertico က ဒီဆေးနှစ်ခု တုံ့ပြန်မှုအားနည်းပုံကို "Suboptimal Response, What's Next" ဆိုတဲ့ ခေါင်းစဉ်နဲ့ ဟောပြောဆွေးနွေးတယ်။ ဒီဆေးနှစ်ခု တုံ့ပြန်မှုမကောင်းတဲ့အခါ ကုထုံးကို ဘယ်လိုအားကောင်းအောင် လုပ်ရမလဲလို့ ဆိုတာကို တင်ပြတယ်။

နာတာရှည်အသည်းရောင် B ပိုး လူနာအုပ်စု နှစ်ခုရှိတယ်။ HBeAg(+) Ve အုပ်စုနဲ့ HBeAg(-)Ve အုပ်စုဆိုပြီး နှစ်မျိုးရှိတယ်။ ပိုးကောင်ရေ HBV DNA > 8 10⁶ IU/ml ထိများတယ်။ ဆိုလိုတာက သန်းပေါင်းရာဂဏန်းရှိတယ်။ လူနာကလည်း မှန်မှန်မသောက်ဘူးဆိုရင် ဆေးတုံ့ပြန်မှု အားနည်းတယ်။ Partial Virological Response (PVR) လို့ ခေါ်တယ်။ HBeAg(-)Ve လူနာတွေရဲ့ ၁၀ ရာခိုင်နှုန်းမှာတွေ့ရတယ်။ ဒီလိုတုံ့ပြန်မှု အားမကောင်းတဲ့ လူတွေမှာ ဆေးယဉ်ဖို့ အလားအလာသိပ်များတယ်။ ဘာကြောင့်လဲဆိုတာတော့ သေသေချာချာမသိဘူး။ Entecavir ၄၈ ပတ်ပေးကြည့်ပြီး ပိုးကောင်ရေ < 1000 IU/ml အောက်ကျတဲ့လူတွေမှာ ဆေးဆက်ပေးဖို့ ကောင်းတယ်။ ဒါပေမယ့် > 1000 IU/mL ဖြစ်ရင် မကောင်းဘူး။ Tenofovir အားကူဆေး ထည့်ရမယ်လို့ ဆိုတယ်။

Tenofovir တစ်မျိုးတည်းသုံးတဲ့လူတွေအတွက် ဆေးယဉ်တာနည်းတယ်။ ဆက်သုံးသင့်တယ်လို့ဆိုတယ်။

အသည်းခြောက်တဲ့လူတွေမှာ ဒီလိုတုံ့ပြန်မှုနည်းခဲ့ရင် အသည်းကင်ဆာ

ဖြစ်ဖို့ အလားအလာများတဲ့အတွက် စောစောစီးစီး အားကူထားတာက ကောင်းမယ်လို့ သူကပြောတယ်။ Dr. Chun Jen Liu က "Should we ever stop treatment? For whom and When?" ဆိုတဲ့ခေါင်းစဉ်နဲ့ အသည်းရောင် B ပိုးရှိတဲ့သူတွေမှာ ပိုးသတ်ဆေးမဟုတ်ဘဲ ကိုယ်ခံစွမ်းအားမြှင့်တဲ့ PEG-IFN- α ပထမဦးဆုံးသုံးရင် ကောင်းမယ်။ ကုထုံးကာလ တစ်နှစ်ပဲကြာတယ်။ တစ်နှစ်ပြီးပြီးချင်း မပျောက်ပေမယ့် နောက်ခြောက်လ၊ တစ်နှစ်ကြာတဲ့အခါ၊ ပစ်မှတ်ဖြစ်တဲ့ HBsAg ပျောက်သွားတယ်။ ဒါပေမယ့် တချို့လူတွေက PEG-IFN ကုထုံးက HBeAg ပျောက်ပြီး Anti HBe ခေါ်တဲ့ ပဋိပစ္စည်းပေါ်လာ တယ်။ ဒီလိုအခြေအနေကို HBe Seroconversion လို့ ခေါ်တယ်။ 40%-50% လူနာတွေမှာ တွေ့ရတယ်။

HBe (+) Ve လူနာတွေမှာ စားဆေးနဲ့ကုလို့ HBe Seroconversion ရခဲ့ရင် ခြောက်လ၊ တစ်နှစ်ဆက်ပေးပြီး ရပ်နိုင်တယ်။ 70%-90% မှာ ပိုးပြန်မ ပေါ်တော့ဘူး။ 10%-90% မှာ ပိုးပြန်ပေါ်တယ်။ HBe (-) Ve လူနာတွေမှာ ပြန်ဖြစ်တဲ့နှုန်းက 40%-90% ရှိတယ်။ တစ်လ တစ်လကို ၅၀၀၀၀ ကနေ ၆၀၀၀၀ ကျပ်အထိ လပေါင်းများစွာကုန်နေတော့ ရေရှည်အသုံးခက်လှတယ်။ Dr. Jansan က ရေရှည်စားဆေးဆိုပါက Quantitative HBeAg နဲ့ HBsAg ကို ပျောက်နှုန်းခန့်မှန်းရန်မှာ အသုံးပြုဖို့ အဆင့်သင့်ဖြစ်ပြီလားလို့ စကားရည် လှပွဲကျင်းပကြတယ်။

✱

အသည်းရောင် ဘီပိုး ပျောက်မပျောက်ခန့်မှန်းမယ်

အသည်းရောင်ဘီပိုး ကုထုံးနဲ့ပတ်သက်ပြီး မြန်မာ၊ ပြင်သစ်ပညာရေး နှီးနှောဖလှယ်ပွဲမှာ ဥရောပတိုက်ရဲ့ အတွေ့အကြုံလေးတွေကို ကြားရတယ်။ အသည်းရောင်ဘီပိုးမှာ အုပ်စုနှစ်ခုရှိတယ်။ HBe Antigen Positive အုပ်စု လို့ခေါ်တဲ့ wild-type နဲ့ HBs Antigen negative လို့ခေါ်တဲ့ mutant တို့ဖြစ် ကြတယ်။ အသည်းရောင်ဘီပိုးရဲ့ ဖြစ်စဉ်အဆင့် ၄ ဆင့်နဲ့ ပြောလေ့ရှိတယ်။

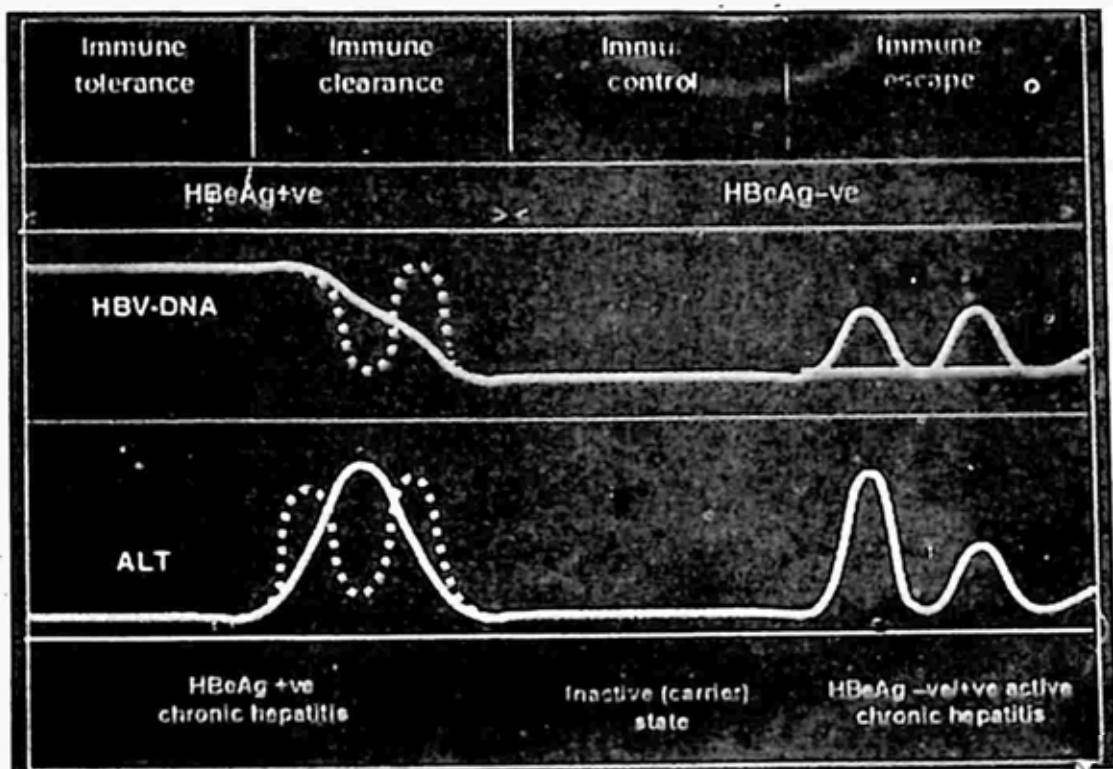
ပထမအဆင့်က Immune Tolerance Phase လို့ခေါ်တယ်။ ဒီကာလမှာ သွေးထဲမှာ virus တွေ အလွန်များတယ်။ virus ကို ကျူးကျော်ဝင်ရောက် သူလို့ ခန္ဓာကိုယ်က မသတ်မှတ်သေးဘူး။ ဗိုင်းရပ်စ်က အသည်းကိုဝင်ရောက် ပြီး အသည်းကို Virus ထုတ်လုပ်တဲ့စက်ရုံအဖြစ် အသုံးချတာကို ငုံ့ခံနေတဲ့ ကာလဖြစ်တယ်။ အသက် ၂၀ လောက်ထိ ဒီတိုင်းပဲ ခန္ဓာကိုယ်က Virus ကို ငုံ့ခံတယ်။ ALT ခေါ်တဲ့ အသည်းအင်ဇိုင်းတွေကလည်း ပုံမှန်ပဲ။ အသည်း ကလည်း မရောင်ဘူး။ အသည်းရောင်ရင်လည်း နည်းနည်းပါးပါးပဲရောင် တယ်။

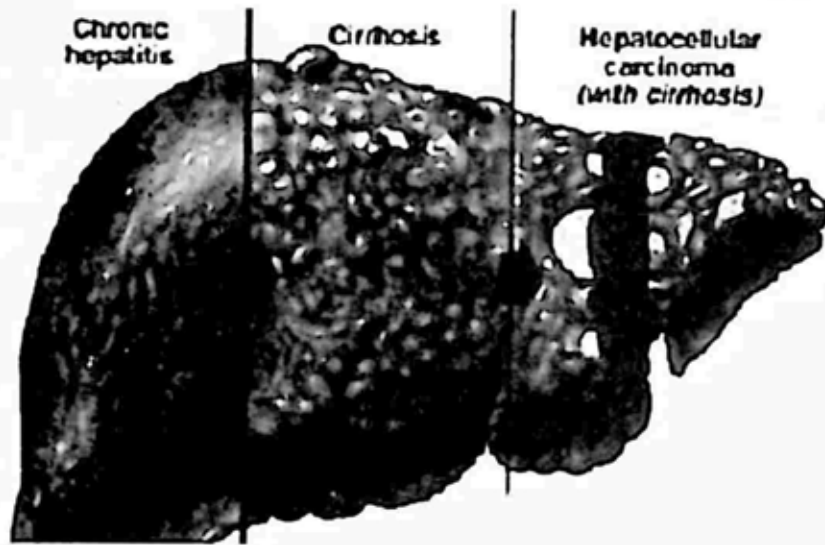
ဒုတိယအဆင့်က Immune Clearance Phase လို့ခေါ်တယ်။ ခန္ဓာကိုယ် က Virus ကို ရန်သူအဖြစ်သိသွားပြီး Virus ဝင်ရောက်နေတဲ့ အသည်းဆဲလ် တွေကိုပါ ဖျက်ဆီးပစ်တယ်။ အဲဒီတော့ virus ထုတ်လုပ်တဲ့ အသည်းစက်ရုံ ကိုလည်း အတန်အသင့် ဖျက်ဆီးရတယ်။ အသည်းရောင်ဘီပိုးကောင်ရေ

ထိုးဆင်းသွားတယ်။ အသည်းကလည်း ရောင်တယ်။ ALT ခေါ်တဲ့ အသည်းအင်ဇိုင်းတွေကလည်း တက်တယ်။ ဒီအဆင့်ထိ HBe-positive chronic hepatitis လို့ခေါ်တယ်။

တတိယအဆင့်ကတော့ Inactive phases လို့ ခေါ်တယ်။ Virus ကို ခန္ဓာကိုယ်က အတန်အသင့်ထိန်းနိုင်ပြီး HBe Ag ဆိုတာ သွေးထဲကပျောက်သွားတယ်။ Anti-HBe ဆိုတဲ့ ပဋိပစ္စည်းပေါ်လာတယ်။ အသည်းအင်ဇိုင်း ALT တွေကလည်း တစ်သမတ်တည်း ပုံမှန်ဖြစ်နေတယ်။ သွေးထဲက HBV DNA ဆိုတဲ့ ဗိုင်းရပ်စ်အစိတ်အပိုင်းကိုတိုင်းရင် HBV DNA < 2000 IU/ml အောက်မှာပဲ အမြဲရှိတယ်။ ဒီအဆင့်ဟာ အလွန်ကောင်းတယ်။ တချို့လူတွေ ဒီအဆင့်ကို နှစ်ရှည်လများ ထိန်းထားနိုင်တယ်။

စတုတ္ထအဆင့်ကတော့ Late Reactivation Phase လို့ခေါ်တယ်။ Wild-type တွေအောက်မှာ ငဲ့ခံနေရတဲ့ mutant ပိုးတွေက တစ်စခန်းထလာတာ ပါပဲ။ အသည်းအင်ဇိုင်းတွေလည်း တက်လာတယ်။ သွေးထဲမှာ HBV DNA တွေလည်း များလာတယ်။ mutant တွေရဲ့ ထူးခြားတဲ့ အရည်အသွေးကတော့ HBe Ag ကို မထုတ်နိုင်ဘူး။ Anti-HBe ပေါ်လာတာလည်း ဂရုမစိုက်ဘူး။ ဒါပေမယ့် Wild-type လိုတော့ ပိုးကောင်အများကြီးပွားတာ မရှိတော့ဘူး။





အတန်အသင့်များတဲ့ HBV DNA အရေအတွက်နဲ့ ခန္ဓာကိုယ်ထဲမှာ ဒုက္ခပေးနေတယ်။ ဒီအဆင့်ကို HBe negative chronic hepatitis လို့ခေါ်တယ်။ ဒါဟာ late Phases hepatitis ပဲ။

လူတစ်ယောက် အသည်းရောင်ဘီပိုး ရှိတယ်ဆိုရင် စသိတဲ့အချိန်ဟာ ဘယ်အဆင့်မှာရှိတယ်ဆိုတာ တစ်ခါတည်းနဲ့ မသိနိုင်ဘူး။ ဆေးစစ်သွေးစစ်လုပ်ရင်းနဲ့မှ သူ့ဟာဘယ်အဆင့်ကို ရောက်သွားတယ်ဆိုတာ သိနိုင်တယ်။ အဓိကခွဲဖို့လိုတာက တတိယအဆင့်နဲ့ စတုတ္ထအဆင့်ပဲ။ တတိယအဆင့်မှာ ဆေးကုဖို့မလိုဘူး။ အသည်းခြောက်၊ အသည်းကင်ဆာဖြစ်ဖို့ရာ အခွင့်အလမ်းကလည်း နည်းတယ်။ စတုတ္ထအဆင့်လူကတော့ အသည်းရောင်များတယ်။ အသည်းခြောက်ကို ပြောင်းလွယ်တယ်။ အသည်းကင်ဆာပိုဖြစ်တယ်။ ဒီအဆင့်မှာ ဆေးကုဖို့လိုတယ်။ HBe Ag Negative Chronic HBV တွေမှာ HBV DNA များပြီး ALT မြင့်တက်နေရင် Late Reactivation Phases လို့ခေါ်တယ်။ ဥရောပတိုက်မှာ HBe Ag Positive နဲ့ HBe Ag Negative လူနာတွေကို ကုတဲ့အခါမှာ ALT မြင့်တက်ပြီး HBV DNA < 2000 IU ထက်များရင် ကုသတယ်။ ဘီပိုးကောင်ရေ HBV DNA < 2000 IU/ml, ALT ကလည်း ပုံမှန်ဖြစ်နေရင် မကုသဘူး။ HBV DNA က ၂၀၀၀ ထက်များတယ်။ ALT က ပုံမှန်ဖြစ်နေရင် Fibroscan ဆိုတာကို လုပ်တယ်။ Fibroscan ဆိုတာက Liver Stiffness အသည်းကျစ်နှုန်းကို တိုင်းတာဖြစ်တယ်။ HBV DNA ၂၀၀၀ ထက်များပြီး အသည်းကျစ်နှုန်း 14.5 KPa ထက်များရင် ဆေး

ကုသတယ်။ အသည်းကျစ်နှုန်း 7KPaအောက်ဆိုရင် မကုဘူး။ အသည်းကျစ်နှုန်း 7 နဲ့ 14ကြားမှာ ခွဲခြားရခက်မှ အသည်းအသားစ Liver biopsy ကိုယူပြီး ဆုံးဖြတ်တယ်။ Fibroscan ပေါ်လာတဲ့အတွက် အသည်းအသားစယူတဲ့ အရေအတွက် နည်းသွားတယ်။

အသည်း ဘီပိုးကောင်ရေလိုသော ပြောတော့ HBV DNA ကလည်း ဘီပိုးကောင်ရေအစစ်တော့ မဟုတ်ဘူး။ အကောင်ကိုဖြိုခွဲပြီး တိုင်းတဲ့အစသာ ဖြစ်တယ်။ marker တစ်ခုသာဖြစ်တယ်။ အသည်းရောင်ဘီပိုးက HBs Ag ဆိုတာကို ထုတ်နိုင်တယ်။ HBs Ag ကလည်း အသည်းရောင်ဘီပိုးရဲ့ marker တစ်ခုဖြစ်တယ်။ အရင်က HBs Ag ကို တိုင်းတဲ့နေရာမှာ ကိန်းဂဏန်းတွေ အမျိုးမျိုးဖော်ပြပေမယ့် qualitative ရှိ၊ မရှိ အဖြေသာထွက်တယ်။ အခုအခါမှာ HBs Ag ကို qualitative ပမာဏနဲ့ လွယ်လွယ်ကူကူ တိုင်းလာနိုင်တယ်။ qHBs Ag လို့ခေါ်တယ်။ HBs Ag ဟာ အဆင့် ၄ ဆင့်ရဲ့ ပထမအဆင့် ၃ ဆင့်မှာ မှန်မှန်ကြီးသွေးထဲမှာ ကျဆင်းလာတယ်။ HBe Ag ပျောက်ပြီး Anti-HBe ပေါ်လာခြင်းကို HBe Seroconversion လို့ ခေါ်တယ်။ HBs Ag ဟာ တော်တော်နဲ့ မပျောက်ဘူး။ HBs Ag သွေးထဲမှာ ပျောက်တာကို HBs Ag Seroclearance လို့ခေါ်တယ်။ HBe Ag Seroconversion ရပြီး တစ်နှစ်ကြာတဲ့အခါမှာ သွေးထဲမှာ qHBs Ag <100IU/ml ရှိခဲ့ရင် HBS Ag Seroclearance ဖြစ်ဖို့ အလားအလာများတယ်။

နောက်တစ်နည်းကတော့ အချိန်တစ်ခုခုမှာ HBV DNA <2000IU/ml နဲ့ qHBs Ag <1000IU/ml ရှိခဲ့ရင် HBs Ag Seroclearance ရတာ ၅နှစ်မှာ ၁၀% တွေ့ရတယ်။ ၈ နှစ်မှာ ၂၃% တွေ့ရတယ်။ HBe Ag Negative Patient တွေမှာ HBs Ag <200IU/ml ရှိခဲ့ရင် တတိယအဆင့် Inactive Carrier State ဖြစ်တယ်။ HBs Ag >2040IU/ml ဖြစ်ခဲ့ရင်တော့ Late Reactivation Cases တွေဖြစ်ဖို့ များပါတယ်တဲ့။ စားဆေး nucleoside analogs ပေးပြီး အသည်းရောင်ဘီပိုးကို ကုတဲ့အခါမှာ ဆေးထိရောက်ရင် ဘီပိုးကောင်ရေ မှန်မှန်ကြီးကျဆင်းတယ်။ ထိုးဆေးအင်တာဖရွန်နဲ့ ကုတဲ့အခါမှာတော့ ဒီလိုပုံစံမျိုးမတွေ့ရဘူး။ HBe Ag ကသာ မှန်မှန်ကျတာတွေ့ရတယ်။ Interferon Therapy မှာ တစ်နှစ်ကြာဆေးထိုးပြီး ရပ်လိုက်ပေမယ့် ဆေးအာနိ

သင်က ဆက်ရှိနေတယ်။ ဆေးထိုးရပ်ပြီး အာနိသင်ဆက်ရှိမရှိကို qHBs Ag က ခန့်မှန်းနိုင်တယ်။ ထိုးဆေး စပြီး ၁၂ ပတ်၊ ၂၄ ပတ်အတွင်းမှာ 9HBs Ag < 1500 IU/ml အောက် မှန်မှန်ကျဆင်းခဲ့ရင် ပျောက်ဖို့များတယ်။ ကုသမှု အပြီး (၆) လကြာတဲ့အခါ HBe Ag positive ရောဂါမှာ HBe Ag Seroconversion ရဖို့ ၅၀% သေချာတယ်။ HBe Ag ကို On-therapy Monitoring လုပ်ဖို့ကြိုးစားကြတယ်။ ထိုးဆေးထိုးပြီး ၁၂ ပတ်နဲ့ ၂၄ ပတ်မှာ qHBs Ag > 20000 IU/ml ပဲရှိနေခဲ့ရင် ဆေးထိရောက်မှု သိပ်မရှိတဲ့အတွက် ၆ လမှာ ဆေးကုသမှုကို ရပ်ပစ်လိုက်ရင် ရပ်နိုင်တယ်။

HBe Ag Negative patient တွေမှာ ဆေးစထိုးပြီး ၁၂ ပတ်နဲ့ ၂၄ ပတ်မှာ HBs Ag 0.5 နဲ့ Log_{10} IU/ml ကျခဲ့ရင် ဆေးထိုးပြီးနောက် ဘီပိုးပျောက်ဖို့များတယ်။ HBs Ag ပြောင်းလဲမှုမရှိဘဲ HBV DNA ၁၂ ပတ်မှာ 2log မကျသွားဘူးဆိုရင် HBe Ag Negative CHB patient တွေမှာ ထိုးဆေးအင်တာဖရွန်ကို ၁၂ ပတ်မှာ ရပ်ပစ်လိုက်တယ်။

ဒီလိုနဲ့ Fibroscan နဲ့ quantitative HBs Ag တို့ရဲ့ အခန်းကဏ္ဍဟာ အသည်းရောင်ဘီပိုး ကုသရာမှာ ပိုပြီးပါဝင်လာကြတယ်။

✱

အသည်းရောင် “ဘီ” ရောဂါအကြောင်း သိကောင်းစရာ

အသည်းရောင် အသားဝါဘီပိုးသည် ကမ္ဘာလူဦးရေ၏ သုံးပုံတစ်ပုံ အား ကူးစက်လျက်ရှိပြီး နာတာရှည် အသည်းရောင်ရောဂါကို ခံစားနေရပါ သည်။ ဘီပိုးရှိသူပေါင်း သန်း (၄၀၀) ခန့်ရှိပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံတွင် အသည်းရောင် ဘီပိုးရှိသူ ၁၀%ခန့်ရှိပါသည်။

ရောဂါလက္ခဏာနှင့် နောက်ဆက်တွဲအန္တရာယ်

ဘီပိုးကူးစက်ခံရသူ အများစုတွင် နှစ်ပေါင်းများစွာ ရောဂါလက္ခဏာ မပြပါ။ နှစ်ကာလ ကြာသောအခါ နာတာရှည်အသည်းရောင်၊ အသည်း ခြောက်၊ အသည်းကင်ဆာ ဖြစ်လေ့ရှိပါသည်။ ။

ကူးစက်နိုင်သောနည်းလမ်းများ

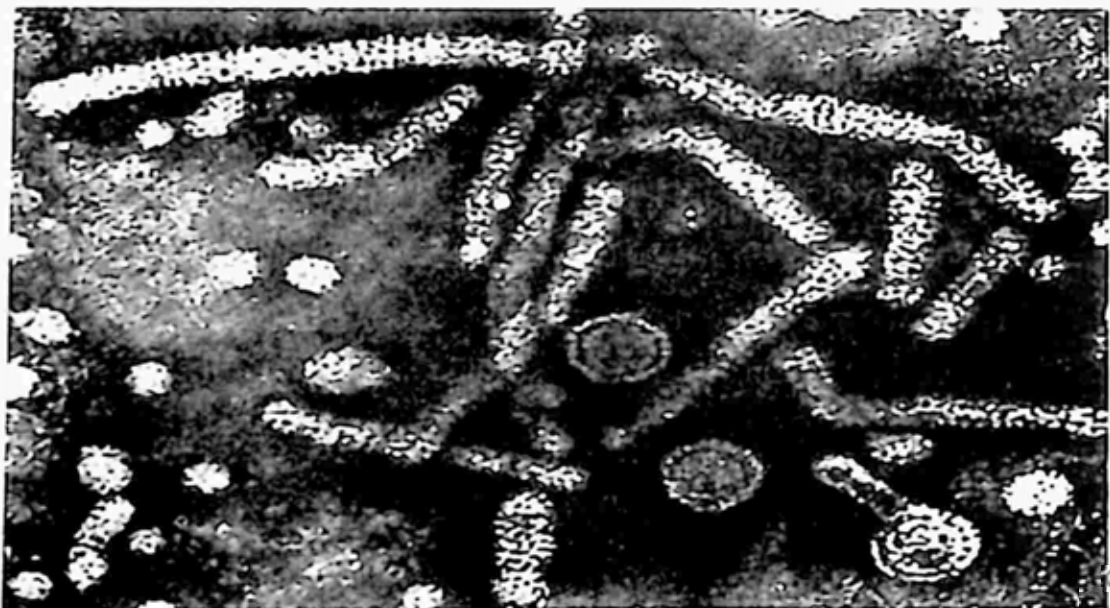
အသည်းရောင် အသားဝါဘီပိုးရောဂါသည် HIV နှင့် HCV (စီ) ပိုး ရောဂါထက် အဆများစွာ ပိုမိုကူးစက်နိုင်ပါသည်။

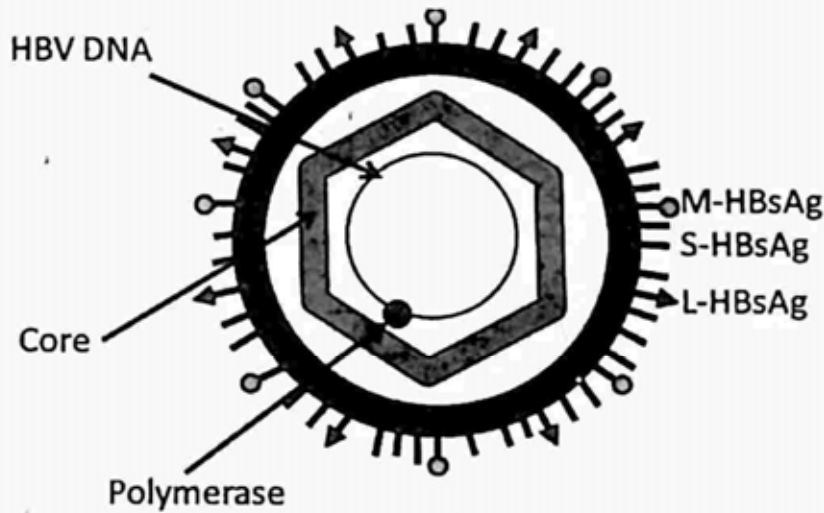
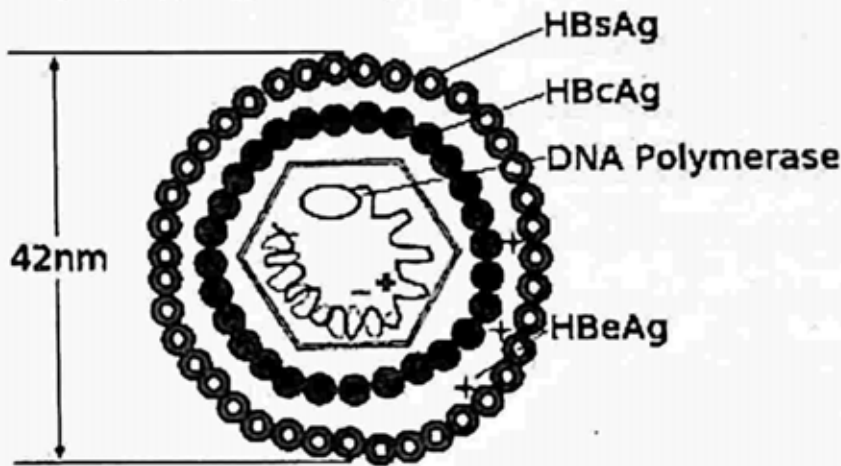
- (၁) သွေးမှတစ်ဆင့်ကူးခြင်း
 - ပေါက်သော၊ ပြသောအရေပြား၊ အမြှေးပါးနှင့် ရောဂါပိုးပါသောသွေး/ သွေးရည်ကြည်ထိမိခြင်း။
 - ဘီပိုးပါသောသွေးသွင်းမိခြင်း။

- ပိုးပါသောအပ်များဖြင့် ဆေးထိုးခြင်း၊ သွေးဖောက်ခြင်း၊ နားဖောက်ခြင်း၊ အပ်စိုက်ခြင်း၊ ဆေးမင်ကြောင်ထိုးခြင်း။
- ပိုးရှိသော ဓါးတစ်ချောင်းတည်းဖြင့် ဆက်တိုက် ခေါင်းရိတ်ခြင်း၊ မုတ်ဆိတ်ရိတ်ခြင်း။
- ပိုးရှိသောသူနှင့် သွားတိုက်တံ၊ သွားကြားထိုးတံအတူတူသုံးခြင်း။
- (၂) ရောဂါပိုးရှိသူနှင့် လိင်ဆက်ဆံခြင်း
- (၃) ပိုးရှိသောမိခင်မှ မွေးကင်းစကလေးကို ကူးစက်တတ်ပါသည်။

**အသည်းရောင် ဘီပိုးရို/မရိုနှင့်
ဆေးကုသမှုလို/မလို စမ်းသပ်စစ်ဆေးခြင်းများ**

- ၁။ **HBs Ag**
ဘီပိုးရို/မရို စစ်ဆေးခြင်း။
- ၂။ **HBe Ag**
ဘီပိုး၏ ပွားများမှု ရှိ/မရှိ စစ်ဆေးခြင်း တစ်နည်းဖြစ်သည်။ ဤနည်းအားဖြင့် HBe Ag Positive လူနာအုပ်စုနှင့် HBe Ag Negative လူနာအုပ်စုခွဲခြားရန် ဖြစ်သည်။ ဤအုပ်စုနှစ်ခုသည် ရောဂါတိုးမှု ဆုတ်ယုတ်မှုနှင့် ဆေးကုသရာတွင် တုံ့ပြန်မှုမတူသော အုပ်စုနှစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။





၃။ **Anti HBe**

ခန္ဓာကိုယ်တွင် ဘီပီ: HBe antigen ပွားများမှု ပျောက်သောအခါ ပေါ်လာသည့် ပဋိပစ္စည်းဖြစ်သည်။ သွေးထဲတွင် ပိုးအလွန်နည်းသွားသည်ကို ပြသည်။

၄။ **IgM Anti HBC**

လတ်တလော ပိုးကူးစက်ခံရချိန်တွင် ပေါ်သော ပဋိပစ္စည်းဖြစ်သည်။

၅။ **IgG Anti HBC**

ယခင်က ဘီပီ:ကူးစက်ခံရဖူးသူ/ ဘီပီ:ရှိသောသူကို ပြသည်။

၆။ **Anti HBs**

HBsAg ပျောက်ပြီး Anti HBs ပဋိပစ္စည်းပေါ်လာပါက ဘီပီ:ရောဂါ ပျောက်ပြီး (သို့မဟုတ်) ပျောက်လုနီးပါးရှိသည်ဟု ဆိုသည်။

၇။ **HBV DNA PCR**

ဆေးကုသမှုခံယူမည့်သူများတွင် HBV DNA PCR Viral Load ကို စစ်ဆေးရပါသည်။ စားဆေး၊ ထိုးဆေးနှင့် မကုမိတစ်ခါ၊ (၃)လ အကြာတွင် တစ်ခါစစ်ပါသည်။ ပိုးကောင်ရေ (၁၀) ဆကျပါက ဆေးဆက်သောက်ပြီး မကျပါက ဆေးသောက် မှန်/မမှန် စစ်ရသည်။ မှန်ပါက ဆေးမထိရောက်၍ ဆေးတစ်မျိုးပြောင်း (သို့မဟုတ်) ပေါင်းရပါသည်။ (၆) လအကြာတွင် ပိုးစစ်၍ Undetectable ဖြစ်ပါက သွေးထဲတွင် ပိုးမတွေ့ရပါ။ သွေးထဲတွင် ပိုးမရှိသော်လည်း ဆေးဆက်သောက်၍ (၆) လတစ်ခါ ပြန်စစ်ရသည်။ ပိုးပြန်တွေ့က ဆေးယဉ်နိုင်၍ ဆေးပြောင်းရမည် (သို့မဟုတ်) အသစ်ပေါင်းထည့်ရမည်။

၈။ **quant HBs Antigen (qHBsAg)**

ဤစမ်းသပ်မှုသည် HBsAg ကို IU/ml ဖြင့်ဖော်ပြပြီး အသည်းရောင်ဘီပိုးကို ထိုးဆေး Pegylated Interferon ဖြင့် ကုသသောအခါ တုံ့ပြန်မှုကိုစစ်ဆေးရန် အသုံးပြုပါသည်။

ဘီပိုးကာကွယ်ဆေး

ထိရောက်သော ကာကွယ်ဆေးရှိသည်။ ကာကွယ်ဆေးထိုးနည်း နှစ်မျိုးရှိသည်။

- (၁) သွေးရည်ကြည်မှ ထုတ်သော Plasma Derived Vaccine သည် အသုံးနည်းလာပါသည်။
- (၂) Yeast မှထုတ်သော Recombinant Vaccine အလွန်သုံးများ၍ လုံခြုံပါသည်။ ၉၅% ကာကွယ်မှုပေးသည်။

ကာကွယ်ဆေးထိုးနည်း

- ၁။ ၀၊ ၁၊ ၆ လ (၃) လုံး ကာကွယ်ဆေးထိုးနည်း။
- ၂။ ၀၊ ၁၊ ၂၊ ၁၂ လ (၄) လုံး ကာကွယ်ဆေးထိုးနည်း။
- ၃။ မွေးကင်းစကလေးများတွင် အခြားကာကွယ်ဆေးနှင့်အတူ၊ မွေးခါစ တစ်ကြိမ်၊ တစ်လခွဲအကြာတွင် ဒုတိယအကြိမ်၊ ၂ လခွဲ အကြာတွင်

တတိယအကြိမ် ထိုးရပါသည်။

၀၊ (၁၅) လ၊ (၂၅) လ ထိုးနည်း။

ဘီပိုးရှိသောမိခင်၏ မွေးကင်းစကလေးများကို မွေးပြီး ၁၂ နာရီအတွင်း HBIG(ခေါ်) ဆွေးရည်ကြည် ထိုးရပါသည်။ ဘီပိုး ကာကွယ်ဆေးနှင့် ရောစပ်၍ မထိုးရပါ။ ကလေး၏ ပေါင်တစ်ဖက်တစ်ချက် ဆေးတစ် တစ်မျိုးစီ အသားဆေး IM ထိုးရပါသည်။

ကုထုံး

အသည်းရောင်ဘီပိုးကို ကုသရန် လိုအပ်သူများတွင် စားဆေး (သို့မဟုတ်) ထိုးဆေး ကုရပါသည်။

Pegylated Interferon ကို (၁) ပတ်လျှင် တစ်ကြိမ် (၄၈) ပတ် ထိုးရပါသည်။ ပျောက်နှုန်း ၂၀ မှ ၃၀ ရာခိုင်နှုန်းရှိပါသည်။ ပျောက်ကင်းခြင်းကို ဆေးကုသစဉ်၌လည်းကောင်း၊ ဆေးကုသမှုအပြီးတွင် လည်းကောင်း၊ (၂) နှစ်၊ (၃) နှစ်အကြာတွင် လည်းကောင်း တွေ့ရပါသည်။ ဆေးကုသမှုထိရောက်မှု ရှိ၊ မရှိ HBV DNA PCR Viral Load နှင့် qHBs Ag စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုများဖြင့် သိရှိနိုင်ပါသည်။

HBeAg(+)-ve လူနာများတွင် Peg-IFN နှင့်ကုသပြီး (၁၂) ပတ်အကြာ (သို့မဟုတ်) (၂၄) ပတ်အကြာတွင် qHBs Ag 20,000 IU/ml အောက်မကျပါက ဆေးရပ်ရပါသည်။

HBe Ag(-)-ve လူနာများတွင် (၂၄)ပတ်အကြာတွင် qHBs Ag မူလထက် ၁၀%မကျဘဲ HBV DNA 2 log မကျဖြစ်နေပါက ဆေးရပ်ရပါသည်။

စားဆေးနှင့် ကုသခြင်း

စားဆေးနှင့် ပျောက်ကင်းအောင် မကုသနိုင်သော်လည်း သွေးထဲတွင် ပိုးလုံးဝမရှိအောင် တားဆီးနိုင်ပါသည်။ နေ့စဉ် (၁)လုံးကျဖြင့် နှစ်ရှည်စားရသည်။ ရေရှည်တွင် ဆေးယဉ်ပါးမှုဖြစ်တတ်သည်။ ထိရောက်မှု ရှိ/မရှိ၊ ဆေးယဉ်မှု ရှိ/မရှိ သိရန် HBV DNA ကို (၃)လ တစ်ခါ၊ (၆)လ တစ်ခါ စစ်ဆေးရပါသည်။

ဆေးကုသခြင်း၏ အကျိုးကျေးဇူးများ

ရေရှည်တွင် အသည်းခြောက်ရောဂါ၊ အသည်းကင်ဆာရောဂါ၊ မဖြစ်အောင် ကာကွယ်ပေးနိုင်ပါသည်။

လူနာများလိုက်နာရန်

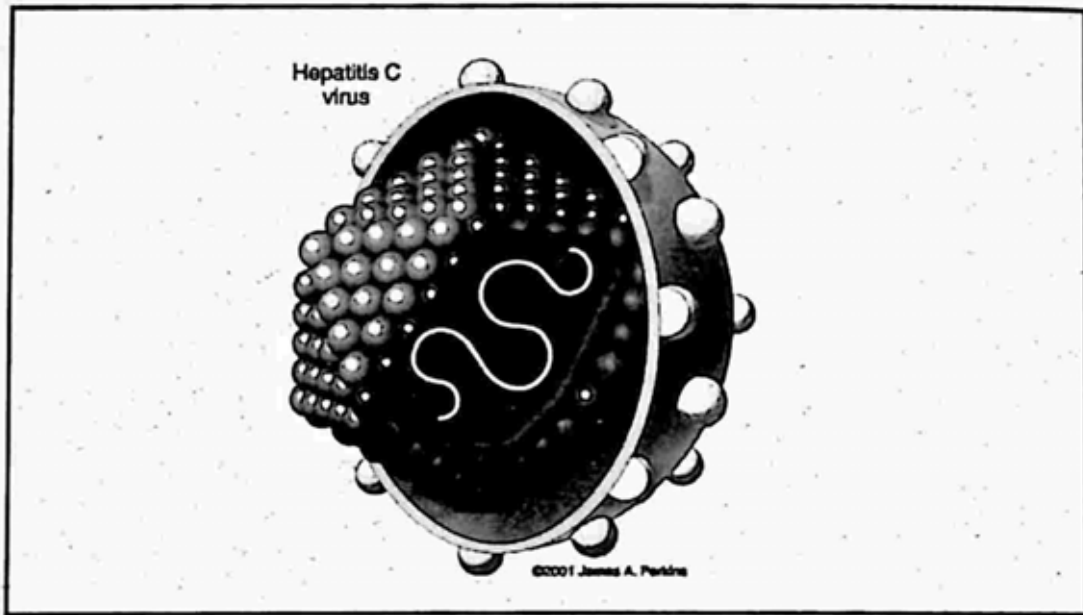
- (၁) အရက်လုံးဝမသောက်ရပါ။
- (၂) သံခါတ်ပါဝင်သော အားဆေးများ မသောက်ရပါ။
- (၃) ပရဆေးများ ရေရှည်မသုံးစွဲရပါ။
- (၄) တရားဝင်အသိအမှတ်ပြုထားသော ထိုးဆေးများနှင့်ကုသမှု လုံးဝရှောင်ကြဉ်ပါ။



ကျမှလား၊ စောင့်မှလား

ဆေးပညာအထူးပြု ဘာသာရပ်များ နှီးနှောဖလှယ်ပွဲကို ၂၀၁၃ ခုနှစ်၊ အောက်တိုဘာလထဲမှာ ဆေးတက္ကသိုလ် (၁)(ရန်ကုန်) စာသင်ခန်းမတွေမှာ ကျင်းပခဲ့တယ်။ ဆွေးနွေးပွဲခေါင်းစဉ်တစ်ခုက အသည်းရောင် C ပိုးကို အခုကုရမှလား၊ စောင့်ပြီး နောင်မှကုမှလား။ Chronic Hepatitis C Infection: Treat Now or Wait? ဆိုတဲ့ခေါင်းစဉ်ဖြစ်တယ်။ ရန်ကုန်ပြည်သူ့ဆေးရုံကြီး အသည်းရောဂါကုဌာနမှ ပါမောက္ခဆွေးနွေးတယ်။ အမေရိကန်နိုင်ငံ CME စဉ်ဆက်မပြတ် ဆေးပညာသင်ကြားရေး အစီအစဉ်တစ်ခုမှာ ဒီမေးခွန်းတွေကိုပဲ အမေးအဖြေလုပ်တာ ဖတ်ရတယ်။ မေးသူက Johns Hopkins University School of Medicine က အသည်းရောင်ရောဂါ အထူးကုစင်တာ Professor of Medicine and Medical Director of the Viral Hepatitis Center က ပါမောက္ခ Mark S. Sulkowski ဖြစ်တယ်။ ဆွေးနွေးသူက University of Chicago School of Medicine ရဲ့ အသည်းရောဂါ အထူးကုဌာနမှာ ညွှန်ကြားရေးမှူးပါမောက္ခ Donald M. Jensen ဖြစ်တယ်။ နေ့စွဲက ၉-၄-၂၀၁၂ ဖြစ်တယ်။

Mark .။ ။ အခုဆွေးနွေးမှာတွေက အသည်းရောင် C ပိုးအတွက် သုတေသနပြုဆဲဆေးတွေအကြောင်း ဖြစ်တယ်။ ကျွန်တော်တို့ပြောသမျှ ဆေးအားလုံးကို အမေရိကန်နိုင်ငံမှာ ခွင့်ပြုချက်ရသေးတာ မဟုတ်ဘူး။



အချို့ကိုသာ ခွင့်ပြုချက်ရသေးတာဖြစ်တယ်လို့ သိစေချင်တယ်။ ယခုလက်ရှိ သုံးနေတဲ့ ကုထုံးနဲ့ နောင်အနာဂတ်မှာ ကျွန်တော်တို့လူနာတွေအတွက် ရလာမယ့် ဆေးတွေအကြောင်းပြောပြီး စဖွင့်မယ်။ အသည်းရောင် Cပိုးကို ယခုကုမှာလား၊ နောင်မှဆေးသစ်တွေနဲ့ ကုမှာလားဆိုတဲ့ ပြဿနာကို စတင်ပါမယ်။ Don ကဲ လက်ရှိအခြေအနေလေးကို ပြောပြပါဦး။

Donald ; (Don)။ ။ မင်းသိတဲ့အတိုင်း လွန်ခဲ့တဲ့တစ်နှစ်ကျော်က အမေရိကန် နိုင်ငံမှာ အသည်းရောင် Cပိုးကို အရင်ကုထုံးဖြစ်တဲ့ တစ်ပတ်တစ်ခါထိုးဆေး Pegylated interferon နဲ့ နေ့စဉ်စားဆေး ribavirin နှင့်တွဲသုံးဖို့ Telaprevir နှင့် Boceprevir ဆေးနှစ်မျိုးကို ခွင့်ပြုခဲ့တယ်။ ဆေးအသစ်နှစ်မျိုးအနက် တစ်ခုခုနဲ့တွဲပြီး အသည်းရောင် Cပိုးကို ကုခွင့်ပြုခဲ့တယ်။ Triple Therapy ခေါ်တယ်။ အသည်းရောင် C ပိုး အမျိုးအစား (၁) တွေမှာ ထိရောက်မှု အလွန်ကောင်းလာတယ်။ ဒါပေမယ့် ခက်တာက ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးသိပ် များတယ်။ ကုသမှုကာလကလည်း ၂၄ ပတ် သို့မဟုတ် ၄၈ ပတ်ကြာတယ်။ လူနာတွေက သိပ်မခံနိုင်ကြဘူး။ ဒါ့ကြောင့် မကြာမီလာတော့မယ် ကုလို့ လည်းလွယ်၊ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးလည်းနည်း၊ ကုသချိန်လည်းတိုတဲ့ ကုထုံး တွေကို တို့လူနာတွေအတွက် စဉ်းစားပြီး ယခုမကုသေးဘဲ စောင့်ခိုင်းရင် ကောင်းမလားလို့ တွေးမိတယ်။

Mark။ ။ မင်းပြောတာလည်း စိတ်ဝင်စားစရာကောင်းပါတယ်။ ၁၉၉၈

ခုနှစ်ကနေ ၂၀၁၁ ခုနှစ်ထိ ၁၃ နှစ်လုံးလုံး ဆေးအသစ်တစ်ခုမှ ပေါ်မလာဘဲ Peg-interferon နဲ့ Ribavirin ကိုပဲ သုံးခဲ့ရတယ်။ ၂၀၁၁ ခုနှစ်ကျတော့ ဆေးအသစ် ၂ ခု သုံးခွင့်ပြုခဲ့တယ်။ သုံးခွင့်ပြုလို့မှ မကြာသေးဘူး။ ဆေးအသစ် ဒါဇင်ဝက်လောက်ကို စမ်းသပ်နေတယ်။ ရလဒ်တွေက သိပ်ကောင်းတယ်လို့ ပြောလာတယ်။ ဒီရလဒ်တွေကို လူနာတွေနဲ့ ဆရာဝန်တွေဆီကို သတင်းအမြန် ပို့ပေးခဲ့တဲ့အတွက် Side Effect များတဲ့ ကုထုံးကိုမကုဘဲ စောင့်နိုင်သလားလို့ လူနာတွေက မေးမေးလာကြတယ်။

Donal ; (Don) ။ ။ လွန်ခဲ့တဲ့ ၁၀ နှစ်တုန်းက လူနာတွေကို ဆေးသစ်ပေါ်တော့မယ်။ ဆေးသစ်ပေါ်တော့မယ်နဲ့ ပြောခဲ့ပြီး ၁၀ နှစ်လောက် စောင့်ခဲ့ရတယ်။ အခုသုံးနေတဲ့ ၃ ခုတွဲ ကုထုံးရဲ့ အစကလည်း မရေမရာဖြစ်နေတယ်။ အားလုံးဟာ အဆင့် (၃) စမ်းသပ်မှုပဲ ပြီးကြသေးတယ်။ အဆင့် (၄) မစမ်းခဲ့ကြသေးဘူး။ ဒါပေမယ့် အခုဖြစ်နေတာက ဆေးအသစ်တွေရဲ့ အလားအလာက သိပ်ကောင်းလွန်းအားကြီးနေတယ်။ လွန်ခဲ့တဲ့ ၁၀ နှစ်က ဆေးသစ်ပေါ်တော့မယ်၊ ဆေးအသစ်ပေါ်တော့မယ်ပြောတာနဲ့ မတူဘူး။ Mark ။ ။ မင်းပြောတာ ဟုတ်တယ်။ လူနာတစ်ယောက်နဲ့ မကြာသေးမီက ဆွေးနွေးတာကို ငါအမှတ်ရနေတယ်။ အသည်းရောင် C ပိုးကုဖို့အတွက် ကုထုံးအသစ်တွေ လာတော့မယ်။ ကုပုံကုနည်းကလည်း ပြောင်းသွားမယ်လို့ ပြောခဲ့တယ်။

လူနာက ငါ့ကို တည့်တည့်ကြည့်ပြီး “မင်း-လွန်ခဲ့တဲ့ ၅ နှစ်တုန်းကလည်း ဒီလိုပဲပြောခဲ့တာပဲ” လို့ဆိုတယ်။

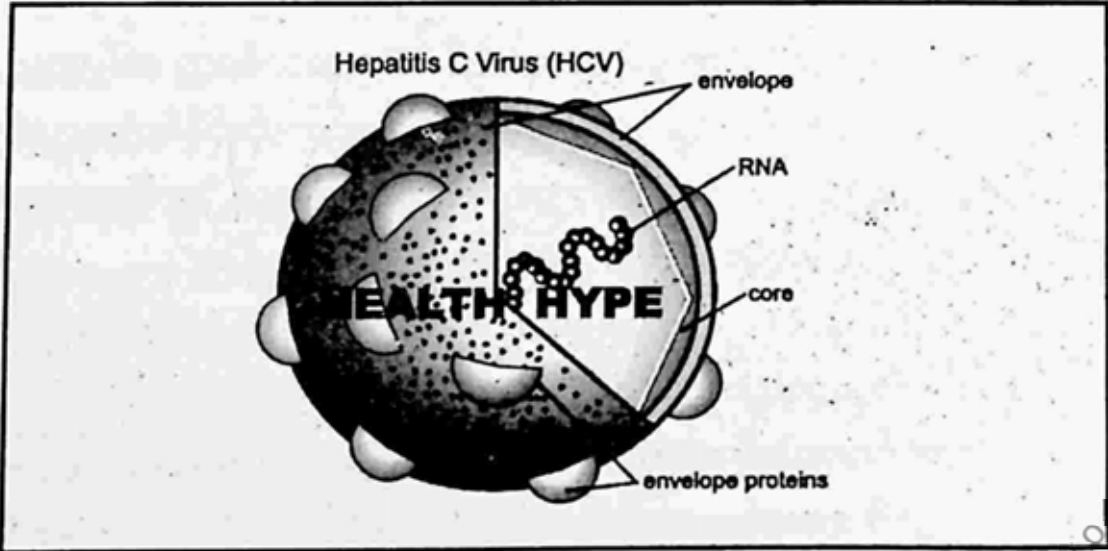
ဒီတော့ ကိုယ်ကိုယ်ကို ပြန်မေးရတယ်။ ဆေးအသစ်တွေ ပေါ်လာမှာတော့ ဟုတ်ပါတယ်။ အခုကုထုံးကလည်း ထိရောက်တယ်ဆိုနိုင်တဲ့အတွက် ဘယ်လိုလူနာမျိုးတွေကို အခုကုမှာလဲ။ ဒီလိုကုတဲ့အတွက် အကျိုးကျေးဇူးရှိတယ်၊ မရှိဘူး မင်းအတွေ့အကြုံအရ ပြောပြစမ်းပါ။

Don: ။ ။ မနှစ်တုန်းက ကုထုံးသစ်ပေါ်လာတော့ လွန်ခဲ့တဲ့ တစ်နှစ်အတွင်းက ကြည့်ခဲ့တဲ့လူနာတွေကို ပြန်လည်သုံးသပ်တယ်။ ဘယ်သူတွေကို အရင်စကုရင် ကောင်းမှာလဲလို့ ဆုံးဖြတ်တယ်။ ဘယ်သူတွေကို အရင်ကုကြည့်ပြီး ဘယ်သူတွေကို နောက်မှကုကြည့်မယ်ဆိုတာ ဆုံးဖြတ်တယ်။ မင်းသိတဲ့

အတိုင်း လူတွေအားလုံးကို တစ်ပြိုင်နက်တည်း ကုလို့မရဘူး။ မကုသေးဘဲ စောင့်ခိုင်းထားတဲ့ လူနာတွေ (Warehoused Patients) က များနေတယ်။

တချို့လူတွေက ကုကိုကုရမှာ။ မကုဘဲထားရင် ခြောက်စပြုနေတဲ့ အသည်းက ပိုဆိုးသွားမယ်။ ကုရခက်လာမယ်။ ဒါ့ကြောင့် အရင်ကုရတယ်။ တချို့က ကျောက်ကပ်အစား ထိုးတော့မယ်။ ကျောက်ကပ်အစားထိုးပြီးရင် Interferon ထိုးဆေးကို မသုံးနိုင်တော့ဘူး။ ဒါ့ကြောင့် ကျောက်ကပ်အစား မထိုးမီ မြန်မြန်ကုပေးရတယ်။ နည်းနည်းရောဂါဆိုးချင်နေတဲ့ လူတွေကို ရှေ့ဆုံးတန်းတင်ပြီး ကုတယ်။ နောက်-ဒုတိယတန်းမှာ ဒီကုထုံးနဲ့ကုလိုက်ရင် အလွန်အလားအလာကောင်းတဲ့ အချက်အလက်တွေ ရှိနေတဲ့လူတွေကို ကုတယ်။ ကုထုံးနဲ့ အဆင်မပြေနိုင်လောက်တဲ့ အချက်အလက်တွေရှိနေတဲ့ လူတွေကို နောက်ဆိုင်းထားလိုက်တယ်။ ပြဿနာက ဒီလူတွေအတွက် ပြဿနာပဲ။

Mark: ။ ။ “နေဦး၊ နေဦး၊ ရောဂါနည်းနည်းဆိုးတဲ့ လူတွေအကြောင်း စဆွေးနွေးမယ်။ အသက် ၆၀၊ ၇၀ အရွယ်နဲ့ အသည်းခြောက်တဲ့လူနာတွေကို မင်းအများကြီး ကြည့်ရတယ်မဟုတ်လား။ သူတို့ဟာ လွန်ခဲ့တဲ့နှစ်ပေါင်း ၃၀ လောက်ကစပြီး အသည်းရောင် C ပိုးရှိခဲ့ကြတယ်။ အဲဒီတုန်းက အသည်းရောင် C ပိုးအကြောင်းမသိလို့ သွေးတွေကို မစစ်ဆေးနိုင်ခဲ့တဲ့အတွက် ဝင်ခဲ့ကြတာဖြစ်တယ်။ ဒီလူတွေမှာ အသည်းမခြောက်သေးသည့်တိုင်အောင် အသည်းကျစ်နှုန်း၊ မာနှုန်း၊ Fibrosis က များနေတယ်။ ပိုးအမျိုးအစား



(Genotype-1) ရှိတဲ့ ဒီလူတွေမှာကုရင် ၇၀ ရာခိုင်နှုန်းပျောက်တယ်ဆိုတာ သိနေတယ်။ ဒါပေမယ့် သူတို့မှာ အသည်းကျစ်နှုန်းများနေရင် ဘေးထွက် ဆိုးကျိုးတွေက သိပ်ခံရမယ်။ မကုဘဲထားရင် နောင်လာမယ့် ၂ နှစ်၊ ၃နှစ်မှာ သူတို့အသည်းအခြေအနေက ဘယ်လိုရှိတယ်ဆိုတာ ထည့်စဉ်းစားရဦး မယ်နော်။ ဒါတွေကို မင်းဘယ်လို ဆုံးဖြတ်သလဲ။”

Don: - “မင်းမေးခွန်းတွေက တည့်တည့်ကြီးကို ထိတာပဲကွာ၊ ဆုံးဖြတ်ရတာ အလွန်ခက်ပါတယ်။ အသည်းခြောက်ရောဂါရှိနေတဲ့ လူကလည်း အဆင့် အမျိုးမျိုးရှိတယ်။ တချို့က ခြောက်ကာစ ကုလို့ကောင်းတယ်။ တချို့က အသည်းခြောက်ရောဂါ နည်းနည်းဆိုးနေတယ်။ အတင်းကုစေချင်ကြတယ်။ ဒါပေမယ့် စောင့်လို့ ၂ နှစ်၊ ၃ နှစ်မှာ သူတို့က ပိုဆိုးသွားရင် ဘယ်နှယ် လုပ်မလဲ။ ရုတ်တရက် အခြေအနေဆိုးသွားလောက်တဲ့ အခြေအနေဆိုရင် ကုဖို့စဉ်းစားတယ်။ အသည်းခြောက်ပြီး ရေဖျဉ်းများ၊ မျက်လုံးဝါတဲ့ အဆင့် မရောက်ခင်၊ အသည်းကင်ဆာမဖြစ်ခင် ကုရင်ကောင်းမယ်လို့ ထင်တယ်။ ကိုယ့်ကိုယ်ကို လူနာရဲ့နေရာမှာ ထားကြည့်လိုက်တယ်။ ပြီးတော့ ရောဂါတိုး နိုင်တဲ့ အချက်အလက်တွေ စဉ်းစားတယ်။ ပြီးတော့ ကုမယ်၊ မကုမယ် ဆုံးဖြတ်တယ်။”



စီပိုးအတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်

အမေရိကန်နိုင်ငံမှာ ဆေးဝါးနှင့် အစားအစာကွပ်ကဲရေးဌာန FDA က အသည်းရောင်စီပိုးရောဂါအတွက် ဆေးအသစ်ကို အတည်ပြုပေးလိုက် တဲ့အတွက် စီပိုးကုသရာမှာ ခေတ်သစ်တစ်ရပ် ပေါ်လာတယ်။ အတည်ပြု လိုက်တဲ့ ဆေးတွေက Direct-acting antivirals လို့ခေါ်တဲ့ DAA ဆေးတွေ ပဲ။ ဒီလို အတည်ပြုလိုက်ပေမယ့် အမေရိကန်မှာ လက်ရှိသုံးစွဲနေတဲ့ စီပိုး ကုထုံးလမ်းညွှန်ချက်ကို ချက်ချင်းရေးဆွဲပြင်ဆင် ချက်ချင်းထုတ်ဝေ မလုပ် နိုင်သေးပါဘူး။ လွယ်လွယ်နဲ့ လုပ်လို့ရတဲ့ အရာတွေမဟုတ်ပါဘူး။ သုံး ကြည့်ရမယ်။ အချက်အလက်တွေ စုဆောင်းရမယ်။ ပြီးမှ လမ်းညွှန်ရေး ဆွဲရတဲ့အတွက် ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီအတွက် သမားတော်အများစုမှာ ဘယ်လို ဘယ်အချိန် သုံးရမယ်ဆိုတာကို ရှင်းရှင်းလင်းလင်း မသိသေးဘဲ ဖြစ်နေပါ တယ်။ အလျင်အမြန်ဝင်လာတဲ့ ဆေးသစ်တွေကို စနစ်တကျသုံးစွဲနိုင်ဖို့အတွက် အမေရိကန် အသည်းလေ့လာသူများအသင်း American Association for the Study of Liver Diseases-AASLD နဲ့ အမေရိကန်နိုင်ငံ ကူးစက်ရောဂါ အသင်း Infectious Diseases Society of America (IDSA) နဲ့ International Antiviral Society - USA (IAS-USA) အမေရိကန် အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာ ဗိုင်းရပ်စ်အတွက်သုံးသော ပိုးသတ်ဆေးများဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းသုံးခုဟာ လမ်းညွှန်သစ်ထုတ်ပြန်ဖို့ ကြိုးပမ်းကြပါတယ်။ ရှိကကို တက္ကသိုလ်ဆေး

ပညာဌာနရဲ့ အသည်းရောင်ဂါ ညွှန်ကြားရေးမှူး ပါမောက္ခ Donald M-Jensen ကို IDSA က ၂၀၁၂ ခုနှစ်မှာ တွေ့ဆုံပြီး လမ်းညွှန်အမြန်ထုတ်ဖို့ လိုတဲ့အကြောင်းကို ဆွေးနွေးခဲ့ပါတယ်။

ပါမောက္ခ Jensen ပြောပြတာက IDSA က အသည်းရောင်စိပိုး အတွက်ကုထုံးဟာ အမြန်ပြောင်းနေတဲ့အတွက် လမ်းညွှန်ကိုလည်း မြန်မြန် ရေးဆွဲဖို့လိုတယ်။ ၁၉ ရာစုနှစ် အကုန်ပိုင်းမှာ IDSA ဟာ HIV နှင့် ပတ်သက်ပြီး ဒီလိုအတွေ့အကြုံမျိုးရှိခဲ့တယ်။ ဆေးအသစ်တွေက တစ်ခုပြီး တစ်ခု ဈေးကွက်မှာ ဝင်လာနေတယ်။ ဒါ့ကြောင့် ကုသသူရော၊ ဆေးဖိုးအကုန် အကျခံတဲ့ အဖွဲ့အစည်းလူနာတွေရော၊ သဘောပေါက်နားလည်လွယ်တဲ့ လမ်းညွှန်တစ်ရပ် ရေးဆွဲဖို့လိုတယ်လို့ IDSA က ဆိုလာတယ်။ အဲဒီအချိန် တုန်းက IDSA ဟာ အမေရိကန်နိုင်ငံ ကျန်းမာရေးနှင့် ကျန်းမာရေး လူ့စွမ်း အင်ဌာနနဲ့ ပူးပေါင်းပြီး Internet ကို အခြေခံတဲ့ Web-based လမ်းညွှန် ချက်ကို HIV လူနာများအတွက် ရေးဆွဲပေးခဲ့တယ်။

IDSA က အသည်းရောင်စိပိုးအတွက် ဒီလိုဆောင်ရွက်ချင်နေတယ်။ ဒါပေမယ့် အသည်းရောင်စိပိုးအတွက် အားထားလောက်တဲ့ ပြည့်စုံကောင်း မွန်တဲ့ လမ်းညွှန်ဟာ AASLD ရဲ့ လမ်းညွှန်သာဖြစ်တယ်လို့ သူတို့သိလာ တယ်။

IDSA ရဲ့ အသည်းရောင်တိုက်ဖျက်ရေးဥက္ကဋ္ဌ Hepatitis Task Force Chair David L-Thomas ဟာ Johns Hopkins University ရဲ့ ကူးစက်ရော ဂါဌာန ညွှန်ကြားရေးမှူးလည်းဖြစ်တယ်။ သူက AASLD ဟာ အသည်း ရောင်ကုထုံး လမ်းညွှန်အတွက် AASLD နဲ့ IDSA ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်နိုင် မလားလို့ ဆွေးနွေးတယ်။

ပါမောက္ခ Jensen က ဒီအခြေအနေဟာ အလွန်ကောင်းတယ်။ IDSA ဟာ Web-based လမ်းညွှန်ကို ဖန်တီးနိုင်တယ်။ အတွေ့အကြုံရှိတယ်။ မြန်မြန်ဆန်ဆန်လည်း ပြင်ဆင်လို့ရတယ်။ ကျွန်တော်တို့ (AASLD) က စိပိုးနဲ့ပတ်သက်တဲ့ ကုထုံးအတွေ့အကြုံတွေရှိတယ်။ ဒါ့ကြောင့် ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်ဖို့ စတင်ပြင်ဆင်တယ်။ AASLD ရဲ့ Hepatology ဆေးဂျာနယ် IDSA ရဲ့ Clinical Infectious Diseases ဂျာနယ်တွေမှာ ထည့်သွင်းဖော်ပြ

မယ်။ နှစ်စဉ်လည်း ပြန်လည်သုံးသပ်ပြုပြင်မယ်။

ပုံနှိပ်ထုတ်ဝေတဲ့အခါ လွန်ခဲ့တဲ့ ၁၂ လပိုင်းရဲ့ အတွေ့အကြုံသစ်တွေကို သုံးသပ်ထည့်သွင်းပြုပြင်မယ်။ Web-based လမ်းညွှန်ဟာ လွယ်ကူရှင်းလင်းနားလည်လွယ်ရမယ်။ ဆေးအသစ်တစ်ခု ခွင့်ပြုသည်ဖြစ်စေ၊ ကုထုံးပြောင်းလဲလိုသည်ဖြစ်စေ ၄ ပတ်ကနေ ၈ ပတ်အတွင်း စိစစ်ပြီး AASLD နဲ့ IDSA က အတည်ပြု ပြင်ဆင်နိုင်လိမ့်မယ်။ ၂၀၁၂ ခုနှစ်က AASLD ရဲ့ စီပိုးလမ်းညွှန် ပြင်ဆင်ချက်ဟာ ၆ လကြာတယ်။ ဒါအကျဉ်းချုံး ပြင်ဆင်ချက်ဖြစ်တယ်။ ပထမလမ်းညွှန်ရေးဆွဲစဉ်က ၁၈ လတောင်ကြာခဲ့တယ်။ ၄ ပတ်နဲ့ ၈ ပတ်အတွင်းမှာ ပြင်ဆင်ရမယ်ဆိုရင် ပုံစံအသစ်နဲ့ ဖြစ်ရတော့မယ်။

ဒီလို လုပ်ဆောင်ဖို့အတွက် ဦးစီးဦးကိုင်လုပ်နိုင်မယ့် ပုဂ္ဂိုလ် ၁၀ ယောက်စီကို AASLD နဲ့ IDSA က အဆိုပြုတယ်။ ဒီလူ ၂၀ ဟာ သုံးနှစ်ကာလတာဝန်ထမ်းဆောင်ရမယ်။ ၄ ယောက်တစ်တွဲ ၅ ယောက်တစ်တွဲ ဘာသာရပ်အုပ်စုဖွဲ့ပြီး ဆောင်ရွက်ရမယ်။

ဒါပေမယ့် အသင်းနှစ်ခုမှာ ဒီလိုမြန်မြန်ဆန်ဆန် ပြင်ဆင်နိုင်လောက်အောင် ဝန်ထမ်းအင်အား မရှိဘူး။ နေ့စဉ် ဆောင်ရွက်နေရမယ့် ကိစ္စဖြစ်နေတယ်။ ဒီလို နေ့စဉ်လည်းဆောင်ရွက်နိုင်တဲ့ ထပ်ဆောင်း အကြံပေးကောင်းတွေလည်း ပေးနိုင်တဲ့ IAS-USA နဲ့ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်တယ်။ IAS-USA ဟာ HIV နယ်ပယ်မှာ နှစ်ရှည်လများ ဒီလိုဆောင်ရွက်ခဲ့တဲ့ သဘာရှိတယ်။ IAS-USA ရဲ့ အမှုဆောင်ညွှန်ကြားရေးမှူး Donna Jacobsen ဟာ ဒီအလုပ်တွေကို ကျွမ်းကျင်တယ်။ လက်တွေ့ကုထုံးလမ်းညွှန်ကိုလည်း ထုတ်ခဲ့တယ်။ AASLD-IDSA ပူးတွဲဥက္ကဋ္ဌတွေနဲ့ စာတမ်းပြုစုမယ့် ပုဂ္ဂိုလ်တွေနဲ့ IAS-USA အမှုထမ်းတွေနဲ့ ၂၀၁၃ ခုနှစ်အောက်တိုဘာလဆန်းမှာ တွေ့တယ်။

အသည်းရောင်စီပိုး ကုထုံးစမ်းသပ်ခြင်းနဲ့ နောက်ဆက်တွဲ ပြုစုစောင့်ရှောက်ခြင်း၊ အသည်းရောင်စီပိုး မကုဖူးသေးတဲ့သူတွေမှာ (previously Untreated) နဲ့ ပြန်လည်ကုသတဲ့ လူနာတွေအတွက် ကုထုံးတွေရေးဆွဲဖို့ အဖွဲ့သုံးဖွဲ့ ရေးဆွဲတယ်။ အဖွဲ့တစ်ခုစီဟာ ပဏာမ လမ်းညွှန်ချက်ရေးဆွဲနိုင်ဖို့ သုတေသနစာတမ်းတွေ၊ အခြေခံအချက်အလက်တွေကို ရှာဖွေနေကြ

တယ်။ ၂၀၁၃ ခုနှစ် ဒီဇင်ဘာလလယ်မှာ စတင်နိုင်မယ်လို့ Prof: Jensen ကပြောတယ်။ FDAက ဒီဇင်ဘာလဆန်းမှာ ဆေးအသစ်နှစ်ခုခွင့်ပြုမယ်ဆိုရင် ကျွန်တော်တို့က ဒီဇင်ဘာလလယ်မှာ လမ်းညွှန်ထဲမှာထည့်နိုင်မယ်။ ၄ ပတ်အတွင်း ဆေးသစ်တွေနဲ့ ပတ်သက်ပြီး မြန်မြန်လေ့လာရမယ်။ ၄ ပတ်အတွင်းမှာ သုံးသပ်ပြီးဖြစ်ရမယ်။

ဦးဆောင်အဖွဲ့က ရေးသားထားတဲ့ မူကြမ်းကို သုံးသပ်အတည်ပြုပြီး ၂၀၁၄ ခုနှစ် နှစ်ဆန်းမှာ လမ်းညွှန်ထွက်နိုင်မယ်လို့ဆိုတယ်။ အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုစီဟာ လမ်းညွှန်ရေးဆွဲနိုင်တဲ့ စွမ်းရည်ရှိပေမယ့် မပူးပေါင်းမဆောင်ရွက်ဘဲ မြန်မြန်ဆန်ဆန် မလုပ်ဆောင်နိုင်လောက်ဘူးဟု ဆိုတယ်။



အသည်းရောင်စီပိုးကို တိုက်ကြဖို့

အခြေခံလူတန်းစားနဲ့ သာမန်လူတန်းစားတွေနဲ့ ဖွဲ့စည်းထားတဲ့ လူမှုရေးအဖွဲ့အစည်း ဒါဇင်ပေါင်းများစွာဟာ ကမ္ဘာတစ်လွှားမှာ ကွန်ရက်ဆက်ပြီး ကျန်းမာရေးဆောင်ရွက်သူတွေကို အသည်းရောင်ဘီပိုး၊ စီပိုးရှိသူတွေ ဂရုစိုက်ကြဖို့ တောင်းဆိုကြတယ်။ အသည်းရောင်ဘီပိုးမှာ ကာကွယ်ဆေးရှိတယ်။ ကာကွယ်ဆေးကို စနစ်တကျမိမိရရ ထိုးပေးဖို့လိုတယ်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူတွေနဲ့ ကုမ္ပဏီတွေက တုံ့ပြန်မှုတစ်ခုပေးတဲ့အထိ တိုက်တွန်းကြတယ်။ လွန်ခဲ့တဲ့ ၂၀၁၂ ခုနှစ် ကမ္ဘာ့အသည်းရောင်နေ့ကို တွန်းအားပေးခဲ့ခြင်းအဖြစ် အသုံးပြုပြီး တိုက်တွန်းလာကြတယ်။ ယူကရိန်းကနေ အိန္ဒိယ၊ ဂျော်ဂျီယာကနေ အီဂျစ်စတဲ့ Eurasian ဥရောပ အာရှစပ်တဲ့ တိုင်းပြည်တွေမှာ Harm-Reduction Network ဆောင်ရွက်ရာကနေ WHO နဲ့ Pegylated interferon ထုတ်တဲ့ Roche ကုမ္ပဏီ Merck ကုမ္ပဏီတို့ကို hepatitis C ကုဖို့စောင့်နေရတဲ့ စာရင်းတစ်ခု ပို့ပေးတယ်။ အသနားခံစာ လည်းပို့တယ်။ အဆင့်မြင့်မြင့် အရည်အသွေးရှိရှိ၊ ခြေနိုင်လက်နိုင် အသည်းရောင်ကုထုံးကို ပေးပါလို့ တောင်းကြတယ်။

၂၀၁၂ ခုနှစ် ကမ္ဘာ့အသည်းရောင်နေ့ မကျင်းပမီ အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာ AIDS Conference ကိုကျင်းပတယ်။ Roche ကပြုလုပ်နေတဲ့ ပညာရပ်အစည်းအဝေးတစ်ခုကို ပုပ်နေတဲ့ အသည်းတစ်ပန်းကန်ပို့လိုက်တယ်။ HIV နဲ့ HCV

တွဲနေရင် ရောဂါရှိမှန်းလည်းသိရော မကုနိုင်ရင်သေရောလို့ အဓိပ္ပာယ်ရတဲ့ HIV/HVC Slience = Death ဆိုတဲ့ စာတမ်းတံခွန်ကို ကိုင်လွှင့်ကြတယ်။ ငါတို့အသည်းကို မစားပါနဲ့တော့လို့လည်းပြောတယ်။ တကယ်တော့ တစ်စိတ်စာလွန်သွားတယ်။ စားနေတာက အသည်းရောင်ဘီပိုး၊ ဝီပိုးတွေပါပဲ။ စားနေတဲ့ပိုးတွေကို သတ်တဲ့ဆေးတွေကို ဈေးချိုချိုနဲ့ပေးပါလို့ပဲ ပြောရမယ်။

ယူကရိန်း၊ အိန္ဒိယ၊ ထိုင်းအစရှိတဲ့ ကမ္ဘာတစ်ဝန်းက အသည်းရောင် ဝီပိုးရှိသူတွေဟာ မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲတဲ့အတွက် ဖြစ်ရတယ်။ ဒီ People with drug use တွေမှာ ဆေးထိုးအပ်၊ ဆေးထိုးပြွန်နဲ့ မူးယစ်ဆေးဝါးအစား၊ ထိုးဆေးတွေပိုပေးလိုက်တဲ့အခါ အလွန်ထိရောက်အောင်မြင်တယ်။ အသည်းရောင်ဝီပိုးကုထုံးဆေးတွေ ဈေးချိုလာတာနဲ့ လူအများပိုကုလာနိုင်မယ်။ မြန်မာပြည်မှာ ဘယ်ပုံဘယ်နည်းက အဓိကကူးစက်တယ်ဆိုတာ မသိသေးတဲ့အတွက် Harm Reduction ဟာ အသုံးဝင်မဝင်မသိဘူး။ အသည်းရောင် ဝီပိုး ရှိသူတွေကို ဆေးကုသရာမှာကူညီခဲ့ရင် လူနာရော၊ ပတ်ဝန်းကျင်လူထု ပါ အကျိုးကျေးဇူးခံစားရမယ်။ လူနာမရှိရင် လူနာသစ်မရှိဘူး။ ထိုးဆေးမပါတဲ့ အသည်းရောင်ဝီပိုးကုထုံးကို ဟိုအဝေးမှာ လှမ်းမြင်နေပြီ။ အချိန်တိုတိုနဲ့ ပိုပြီးပျောက်အောင် ကုနိုင်တယ်။ စွယ်ပွားအန္တရာယ်လည်း နည်းတယ်ဆိုတဲ့ ခေတ်သစ်တစ်ခု ပေါ်လာတော့မယ်။ မပေါ်ခင် ယခုရှိနေတဲ့ကုထုံးကို အများ လက်လှမ်းမီနိုင်အောင် ကြံဆောင်ရလိမ့်မယ်။

Global fund က အသည်းရောင်ဝီပိုး စမ်းသပ်မှုတွေ၊ ကုထုံးတွေကို ကူညီတယ်။ စမ်းသပ်မှုစရိတ်စကနဲ့ ကုထုံးစရိတ်စကကို ကျအောင်လုပ်တယ်။ ဒီလိုကူညီလိုက်တဲ့အခါ ဝီပိုးကုသမှုအတွက် ရှိနေတဲ့အတားအဆီးဟာ လျော့သွားတယ်။ အသည်းရောင်ဝီပိုး ချိန်ကိုက်ဗုံးရဲ့ စနက်တံတွေကို မပေါက်ကွဲအောင် ဖြုတ်ပစ်ကြရမယ်။ ဒီလိုဖြုတ်ပစ်တဲ့နေရာမှာ ကုထုံးအသစ်တွေက ကူညီလိမ့်မယ်။ စုပေါင်းမလုပ်ဆောင်ဘဲ မတောင်းဆိုဘဲမသိဘူး။ မရဘူး၊ မအောင်မြင်နိုင်ဘူး။ လက်ဖျားလေးတစ်ချက်ဖောက်ပြီး လွယ်လင့်တကူ စမ်းသပ်တဲ့နည်းတွေ ပေါ်လာရင်တော့ နှစ်ဆင့်လည်း မစမ်းရတော့ဘူး။ အသည်းရောင်ဝီပိုးရှိမရှိ အသိလည်းမြန်သွားမယ်။ အသည်းရောင်ဝီပိုးကို တိုက်ပွဲဝင်ရတဲ့နေရာမှာလည်း လွယ်ကူသွားလိမ့်မယ်။ *

7
y

Interferon မပါသော အနာဂတ် စီပိုး ကုထုံး

အသည်းရောင် C ပိုး ကုသရာမှာ Pegylated Interferon ခေါ်တဲ့ တစ်ပတ်တစ်ခါထိုးဆေးကိုအခြေခံပြီး နေ့စဉ်စားဆေး Ribavirin နဲ့တွဲပြီး ကုရတယ်။ ပိုးအမျိုးအစား နှစ်နဲ့သုံးဆိုင်ရင် ခြောက်လ ဒါမှမဟုတ် ကိုးလ ကုရတယ်။ အသည်းရောင် C ပိုး အမျိုးအစား ၁၊ ၄၊ ၅၊ ၆ ဆိုင်ရင် တစ်နှစ် ဒါမှမဟုတ် တစ်နှစ်ကျော်ကျော် ကုရတယ်။ ပျမ်းမျှပျောက်နှုန်းအားဖြင့် ၅၀-၇၀ ရာခိုင်နှုန်းရှိတယ်။ Interferon ရဲ့ side-effects တွေ များတယ်။ ကိုယ်လက်ကိုက်ခဲတယ်၊ စိတ်တိုတယ်၊ စိတ်ဆတ်တယ်။ သွေးဖြူည၊ သွေးနီည၊ သွေးမွှားညကျတယ်။ ဒါ့ကြောင့် တချို့ကမခံနိုင်ဘူး။ မခံနိုင်တဲ့အတွက် Interferon မပါတဲ့ ကုထုံးအသစ်တွေကို ရှာကြတယ်။ နယူးဇီလန်က Dr. Edward Game နဲ့ စာစောင်တစ်ခုက ဆွေးနွေးခန်းကို စင်ကာပူ အသည်းဆွေးနွေးပွဲမှာဖတ်ရတယ်။

မေး- Interferon မပါတဲ့ ကုထုံးရဲ့ အားသာချက်ကဘာလဲ။ စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုတွေရဲ့ အဖြေက ကောင်းပါသလား။

ဖြေ- Interferon ပါတဲ့ ကုထုံးကိုကုရင် Interferon ရဲ့ Side Effect က ပြေးလွတ်တဲ့လူရယ်လို့ အင်မတန်ရှားတယ်။ အသည်းခြောက်နေရင်၊ ရောဂါဆိုးနေရင်၊ နှလုံးရောဂါရှိရင်၊ အဆုတ်ရောဂါရှိရင်၊ ကျောက်ကပ်အစားထိုးရင် Interferon မသုံးရဘူး။ စိတ်ရောဂါရှိတဲ့သူတွေမှာလည်း မသုံးရဘူး။

ခဏခဏဆေးထိုးရတော့ အပ်ကြောက်သူတွေအတွက် အဆင်မပြေဘူး။

Interferon-free ကုထုံးက Side-effects တွေ နည်းတယ်။ ပျောက်နှုန်း ကလည်း ပိုတယ်၊ သာတယ်။ ၁၂ ပတ်၊ ၁၄ ပတ် စသဖြင့် ရက်တိုပဲကုရတယ်။ ၄၈ ပတ်၊ ၇၂ ပတ် စသဖြင့် ကုစရာမလိုဘူး။

မေး - Pegylated Interferon နဲ့ Ribavirin ပေါင်းပြီးကုတာ တချို့က လက်စတန်းလန်း လူနာတွေမှာ အဆင်ပြေတယ်။ ဒီလူတွေကို ကုထုံး ရပ်ပြီး အခုနည်းသစ်ကို ကုဖို့လိုမလား။ အားလုံးကို နည်းသစ်နဲ့ ရမလား။

ဖြေ - နည်းသစ်လာဖို့ရာက နည်းနည်းအချိန်လိုသေးတယ်။ စောင့်နိုင်သလား၊ မစောင့်နိုင်သလားဆိုတာ မူတည်တယ်။ ဒီအာရှဒေသမှာ C ပိုး အမျိုးအစား ၁ နဲ့ ၃ မှာ ၁ က ကုရခက်တယ်လို့ ပြောပေမယ့် ဒီဒေသမှာ ပျောက်နှုန်းက ၈၀ ရာခိုင်နှုန်းလောက်ရှိတယ်။ IL28BC/C အမျိုးအစား လူနာတွေများ မယ်လို့ ထင်တယ်။ အောင်မြင်မှုရာခိုင်နှုန်းများတဲ့အတွက် နည်းသစ်ကို မစောင့်ဘဲ ကုချင်သူတွေများတယ်။ တချို့ကတော့ ရောဂါတဖြည်းဖြည်း ရင့်လာတယ်။ ဒါ့ကြောင့် ရောဂါနုတုန်း ကုချင်ကြတယ်။ တချို့ကတော့ အသည်းခြောက်ရောဂါ ရင့်လွန်းအားကြီးတဲ့အတွက် interferon နဲ့ ကုလို့မရ ဘူး။ နည်းသစ်ကိုပဲ စောင့်ရမယ်။

မေး - ဘယ်လိုနာတာရှည် C ပိုး အမျိုးအစားလူနာတွေက Interferon free ကုထုံးနဲ့ ပိုသင့်တော်သလဲ။

ဖြေ - Interferon free ကုထုံး စတဲ့အခါ Genotype 1b တွေက 1a တွေထက် ပိုပြီးတော့ တုံ့ပြန်မှုကောင်းတယ်လို့ ပြောကြတယ်။ ဒါပေမဲ့ နောက်ဆေးသစ် တွေ ဆေးသစ်တွေပေါ်လာတော့ ဒါတွေလည်း မဟုတ်ပြန်ဘူး။ ဆေးသစ် တွေအားလုံးကလည်း ခုထက်ထိ တရားဝင်မသုံးသေးဘူး။ အဆင့်(၂)၊ အဆင့်(၃) စမ်းသပ်မှုတွေပေါ်မှာသာ မူတည်ပြီး ပြောနေကြတာဖြစ်တယ်။

Sofosbuvir ပါတဲ့ ကုထုံးတွေမှာ Genotype 1a, 1b ခွဲစရာမလိုဘူး။ တုံ့ပြန်မှုအတူတူပဲ။ Genotype 2, 3 ကို ကုတဲ့အခါမှာလည်း Sofosbuvir ပါတဲ့ ကုထုံးတွေကသာ ပိုထိရောက်တယ်။ ဒီကုထုံးသစ်တွေမှာလည်း Geno- type 3 မှာထက် 2 မှာက ပိုပြီး တုံ့ပြန်မှုကောင်းတယ်။

မေး - ဒါဆို Sofosbuvir အကြောင်း နည်းနည်းပြောပြပါလား။ Fission တို့၊ Neutrino လို့ခေါ်တဲ့ သုတေသနရဲ့ တွေ့ရှိချက်ပေါ်မူတည်ပြီး နည်းနည်းပြောပြပါလား။

ဖြေ - Genotype 2 မှာ Sofosbuvir နဲ့ Ribavirin တွဲတာက Peg IFN + Ribavirin (SOC) တွဲတာထက် ပိုကောင်းတယ်။ Genotype 3 မှာ Sofosbuvir နဲ့ Ribavirin စားဆေးအတွဲဟာ (SOC) (Peg IFN+Ribavirin) အတွဲနဲ့ အတူတူပဲ။ ဒီလိုသာပြောတာ စားဆေးနဲ့ချည်း ကုရတာကို ပိုပြီးခံနိုင်ကြတယ်။ ကုသချိန်ကလည်း ပိုတိုတယ်။ Interferon မပါရင် စိတ်ကျရောဂါအဖြစ် နည်းတယ်။ Side effects တွေကလည်း ပိုနည်းတယ်။ Sofosbuvir ဟာ Geno-types အားလုံးမှာ သုံးနိုင်တဲ့ဆေးဖြစ်တယ်။

မေး - တခြား Interferon မပါတဲ့ DAA အကြောင်းတွေ ပြောပြပါ။

ဖြေ - တချို့ဆေးတွေကတော့ စမ်းသပ်မှုအဆင့် ၂ ပြီးဆုံးပြီး အဆင့် ၃ စမ်းသပ်မှုတွေကို လုပ်ဆောင်နေတာပဲ ဖြစ်ပါတယ်။ အဆင့် ၂ စမ်းသပ်မှုတွေ အရ တချို့ဆေးတွေဟာ Genotypes အားလုံးမှာ ထိရောက်မှုမရှိဘဲ Genotype 1 မှာသာ ထိရောက်မှုရှိတဲ့ဆေးတွေဖြစ်တယ်။ ဒီစမ်းသပ်မှုတွေမှာ သုံးထားတဲ့စားဆေးတွေက နှစ်မျိုး၊ သုံးမျိုး တွဲထားတာဖြစ်တယ်။ DAA နဲ့ Ribavirin ပါတာလည်း ရှိတယ်။ မပါတာလည်း ရှိတယ်။ လူတွေကကုထုံးကို ခံနိုင်ကြတယ်။ ကောင်းတာက ၁၂ ပတ်ပဲ ကုဖို့လိုတယ်။ ဒါပေမဲ့ တခြားဆေးတွေနဲ့ တွဲသုံးရင် ဆိုးကျိုးတွေရနိုင်တယ်။ ဒါ့ကြောင့် ဘယ်ဆေးတွေကို ဘယ်ရောဂါအတွက် သုံးနေတာလဲ။ C ပိုး ကုထုံးသုံးစဉ်မှာ ဒီဆေးတွေနဲ့ တွဲသုံးလို့ ရ၊ မရ သိဖို့လိုတယ်။ ၁၂ ပတ် ကာလကုစဉ်မှာ တချို့ဆေးတွေကို ရပ်ထားရကောင်း ရပ်ထားဖို့လိုမယ်။

တချို့ဆေးနာမည်တွေကို ပြောရရင် Protease Inhibitor တွေ Boceprevir, Telaprevir, simeprevir တို့ဖြစ်တယ်။ Polymerase Inhibitor တွေက Mericitabine, Sofosbuvir တို့ဖြစ်ပြီး Daclatasvir က N85A Inhibitor ဖြစ်တယ်။ Non-Nucleoside Analogue လို့ ခေါ်တဲ့ NNI တွေကတော့ ABT-333, ABT-072, BMS 791325 တို့ဖြစ်တယ်။

✱

အလျင်အမြန်အဟုန်နှင့် ပြောင်းလဲနေသော အသည်းရောင်စီပိုးကုထုံး

အမေရိကန်လေ့လာသူများအသင်း AASLD နှင့် အမေရိကန်ကူးစက် ရောဂါများအသင်း IDSA အသင်းနှစ်သင်းပူးပေါင်းပြီး အသည်းရောင်စီ ပိုးစမ်းသပ်ခြင်းနှင့် ကုသခြင်း Web based guideline ဝက်ဆိုက်လမ်းညွှန် တစ်ခုကို ၂၀၁၄ ခုနှစ်မှာ စတင်ခဲ့ပါတယ်။ အကြောင်းကတော့ အသည်း ရောင်စီပိုးကုထုံးဟာ အလွန်လျင်မြန်စွာ ပြောင်းလဲနေသောကြောင့် ဖြစ်ပါ တယ်။ ၂၀၁၁ ခုနှစ်မှာ အလွန်ထိရောက်တဲ့ HCV protease inhibitor ဆေးတွေ စတင်ပေါ်ပေါက်လာတဲ့ အချိန်မှစပြီး အသည်းရောင်စီပိုးကုထုံးတွေ ဟာ အရှိန်အဟုန်နဲ့ ပြောင်းလဲနေပါတော့တယ်။ မကြာမီနှစ်များအတွင်းမှာ အသည်းရောင်စီပိုးအတွက် အာနိသင်မျိုးစုံနဲ့ ဆေးမျိုးစုံ ပေါ်လာတော့မယ်။ ဒီလိုအချိန်မှာ အသည်းရောင်စီပိုး ကုသသူတွေအတွက် ကုထုံးသစ်များခိုင်လုံ သော စမ်းသပ်တွေ ရှိချက်အသစ်များ ဆရာဝန်များထံ အချိန်မီရောက်နိုင် ရေးအတွက် AASLD ဟာ ယခင်ကလို guideline နှစ်နှစ်တစ်ခါ သုံးနှစ် တစ်ခါပြောင်းလဲတဲ့ လမ်းညွှန်မျိုးမဟုတ်တော့ဘဲ အချိန်အခါအလိုက် ပြောင်း သွားနိုင်တဲ့ Web Based guideline ကို IDSA နှင့် ပူးပေါင်းပြီး စတင်ထုတ် ဝေတာ ဖြစ်ပါတယ်။

အသည်းရောင်စီပိုး ကုရမည့်လူနာ ယခုအချိန်မှာ နှစ်မျိုးရှိပါတယ်။ တစ်ခါမှ မကုဖူးသေးသောလူနာ Treatment naive နှင့် ယခင်ကုထုံး

PEG/RBV ထိုးဆေး၊ စားဆေးအတွဲနှင့်ကုပြီး ကုစဉ်မှာ သွေးထဲမှာ ပိုးကောင်မရှိလောက်အောင် ကောင်းမွန်သော်လည်း ၆ လကြာ သွေးပြန်စစ်သောအခါ သွေးထဲမှာပိုးပြန်တွေ့တဲ့ပြန်ဖြစ် Relapser တို့ဖြစ်ပါတယ်။ ယခုကုထုံးသစ်မှာ အသစ်စကုသူ Treatment naive နဲ့ ပြန်ဖြစ်ပြန်ကုသူ နှစ်မျိုးစလုံးအတွက် ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီ guideline ကို ရေရှည်ဆောင်ရွက်နိုင်ဖို့အတွက် အမေရိကန်နိုင်ငံရှိ နိုင်ငံတကာဆိုင်ရာ Virus ပိုးသတ်ဆေးများအသင်း The International Antiviral Society-USA က ပုံစံနဲ့ အကူအညီကို ထောက်ပံ့ပေးပါတယ်။

AASLD/IDSA ၏ အသည်းရောင် C ပိုးလမ်းညွှန်ဟာ စမ်းသပ်စစ်ဆေးခြင်းမှစပြီး ပြုစုစောင့်ရှောက် ကုသသည်အထိ ပါဝင်ပါတယ်။ အသည်းရောင် C ပိုးရှိတဲ့ လူနာများအတွက် ရလဒ်ကောင်းရဖို့ ပထမဦးဆုံး အရေးကြီးတဲ့ခြေလှမ်းတွေကို ဖော်ပြထားပါတယ်။ လူနာတစ်ဦးခြင်း၏ အခြေအနေအလိုက် အကောင်းဆုံးကုထုံးတွေကိုလည်း ဖော်ပြထားပါတယ်။ ဒီလမ်းညွှန်ချက်ကို 2014 ခု March လ 12 ရက်နေ့မှာ အသစ်ထပ်မံပြုပြင်ခဲ့တာဖြစ်တယ်။ ယခုလက်ရှိလုပ်ကိုင်နေကြတဲ့ ပညာရှင်များရဲ့ Peer Reviewed Evidence ခေါ် ခိုင်လုံတဲ့ အထောက်အထားရလျှင် ရခြင်း၊ မြန်မြန်ဆန်ဆန် ပြောင်းလဲနိုင်အောင် ဆောင်ရွက်ထားတာ ဖြစ်တယ်။ ဆေးဝါး ထုတ်လုပ်တဲ့ ကုမ္ပဏီများက အထောက်အပံ့ပေးတာမဟုတ်ဘဲ လူထုအသင်းအဖွဲ့များက ထောက်ပံ့တာဖြစ်တယ်။ စီးပွားရေးအကွက် ဖော်ဆောင်ဖို့ လုပ်ထားတဲ့ လမ်းညွှန်မဟုတ်ဘူး။ AASLD နဲ့ IDSA ဦးစီးလမ်းညွှန်အဖွဲ့ဝင်များက ဥက္ကဋ္ဌ (၅) ဦးဖြင့် ကျွမ်းကျင်သူ ပညာရှင်အဖွဲ့များဖွဲ့ပြီး ဆောင်ရွက်တာ ဖြစ်ပါတယ်။ ဒီလမ်းညွှန်ချက်ဟာ Living document ဆက်လက်ရှင်သန်နေတဲ့ လမ်းညွှန်ချက်ဖြစ်ပြီး ထင်ရှားတဲ့သာဓကရှိတဲ့ အသစ်တွေ့ရှိချက်များကို အမြဲထပ်ဖြည့်စွက်သွားမည်။ သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲသင့်သည်များကို ပြောင်းလဲသွားမည်ဖြစ်တယ်။ အမေရိကန်နိုင်ငံ အစားအစာနှင့် ဆေးဝါးကွပ်ကဲရေးဌာန FDA က ခွင့်ပြုတဲ့ကုထုံးများသာ ဖြစ်တယ်။ တစ်ခါတစ်ရံ FDA က ခွင့်မပြုသော်လည်း ကုမ္ပဏီတံဆိပ်မပါတဲ့ ဆေးများရဲ့ အသုံးပြုနိုင်ပုံကိုလည်း လမ်းညွှန်မှာဖြစ်တယ်။ ကုထုံးကို အခြားလမ်းညွှန် ချက်များနဲ့

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ဖို့လိုတယ်။ ကုသမှုအကျဉ်းချုပ်ကို ဇယားလေးကို အောက်တွင်တွေ့နိုင်ပါတယ်။

ဤကုထုံးတွင် အသည်းရောင် C ပိုးအမျိုးအစား 1 နှင့် 4 ဌာ IFN eligible သုံးရန်သင့်သူနှင့် IFN ineligible သုံးရန်မသင့်တော်သူ အသည်းရောင် C ပိုးအမျိုးအစား 1 နှင့် 4 တွင် နှစ်မျိုးခွဲထားပါတယ်။

IFNA ineligible (Interferon သုံးရန်မသင့်သူများမှာ)

IFN ကို ဆေးမတည့်သူများ၊ Pegylation ကို ဆေးမတည့်သူများ၊ အသည်းရောဂါဆိုးနေသူများ၊ စိတ်ကျရောဂါအားကြီးသူများ၊ Auto Immune Disease ခေါ် မိမိကိုယ်ခံစွမ်းအားက မိမိကိုတိုက်သော ရောဂါရှိသူများ၊ သွေးဖြူဥ <1500 μ l သို့မဟုတ် Hb <10 g/dl၊ နှလုံးရောဂါရှိသူများ IFN နဲ့ မကုရပါ။

အကျဉ်းချုပ်ဇယားတွင် အောက်ပါအတိုကောက်များကို အသုံးပြုထားပါတယ်။

Abbreviation	Expansion or Notes
BOC	boceprevir ခေါ်သောစားဆေး
DAA	direct-acting agent ခေါ်သော စားဆေးသစ်များ
IFN	Interferon ခေါ်သောထိုးဆေး
PEG-IFN	peginterferon alfa ခေါ်ထိုးဆေး
RBV	ribavirin ခေါ်စားဆေး
RGT	response-guided therapy ဆေးတုံ့ပြန်မှုကိုအခြေခံသောကုထုံး
RVR	rapid virologic response တုံ့ပြန်မှုအလွန်ကောင်းသူ
SMV	Simeprevir ခေါ်သောစားဆေး, used for the treatment of those with genotype 1 of hepatitis C virus (HCV) who have compensated liver disease, including chirrhosis
SOF	Sofosbuvir ခေါ်သောစားဆေး, a nucleoside analog used in combination with other drugs for the treatment of hepatitis C virus (HCV) infection အခြားဆေးနှင့် တွဲသုံးရမည်။

အသည်းရောင်စိမ့်ကုထုံး အကျဉ်းချုပ်ဇယားမှာ အောက်ပါအတိုင်းဖြစ်ပါသည်။

Genotype ပိုးအမျိုးအစား	Recommended လမ်းညွှန်ကုထုံး	Alternative လမ်းညွှန်ကုထုံး နောက်တစ်နည်း	NOT Recommended နှစ်အနည်းငယ်တွင် လမ်းညွှန် တော့မည်မဟုတ်သော ကုထုံးများ
1	IFN သင့်တော်သော IFN eligible; SOF+PEG/RBV × 12 ပတ် IFN မသင့်တော်သော IFN ineligible; SOF+SMV±RBV ၃ မျိုးတွဲ × 12 ပတ်	IFN သင့်တော်သော IFN eligible; SMV × 12 ပတ် + PEG/RBV ၂ မျိုးတွဲ × 24 ပတ် IFN မသင့်တော်သော IFN ineligible; SOF+RBV ၂ မျိုးတွဲ × 24 ပတ်	TVR+PEG×RBV ၃ မျိုးတွဲ×24 or 48 ပတ် (RGT) BOC+PEG×RBV ၃ မျိုးတွဲ× 28 or 48 ပတ် (RGT) PEG/RBV ၂ မျိုးတွဲ × 48 ပတ် Monotherapy with PEG, RBV or a DAA DO not treat decompensated cirrhosis with PEG or SMV
2	SOF+RBV ၂ မျိုးတွဲ 12 ပတ်	None	PEG/RBV ၂ မျိုးတွဲ × 24 ပတ် Monotherapy with PEG, RBV or a DAA Angry regimen with TVR, BOC or SMV
3	SOF+RBV ၂ မျိုးတွဲ × 24 ပတ်	SOF+PEG/RBV ၃ မျိုးတွဲ × 12 ပတ်	PEG/RBV ၂ မျိုးတွဲ × 24-48 ပတ် Monotherapy with PEG, RBV or a DAA Any regimen with TVR, BOC, or SMV
4	IFN eligible IFN; သင့်တော်သော SOF+PEG/RBV ၂ မျိုးတွဲ×12 ပတ် IFN ineligible; IFN မသင့်တော်သော SOF+RBV×24 ပတ်	SMV+ 12 ပတ်+PEG/ RBV ၂ မျိုးတွဲ ×12 ပတ်	PEG/RBV ၂ မျိုးတွဲ× 48 ပတ် Monotherapy with PEG, RBV, or a DAA Any regimen with TVR or BOC
5 or 6	SOF+PEG/RBV ၃ မျိုးတွဲ× 12 ပတ်	PEG/RBV ၂ မျိုးတွဲ × 48 ပတ်	Monotherapy with PEG, RBV, or a DAA Any regimen with TVR or BOC.

mgcye.com အသွယ်ထောင် ဘီပီ၊ ဖီပီ နှင့် အခြားဆောင်းပါးများ

၅၁

Genotype Ia တွင် baseline resistance Q80K ကို စမ်းသပ်ရမည်။
ရှိပါက alternative ကို သုံးပါ။

ဤအကျဉ်းချုပ်မှာ ၂၀၁၄ ခု၊ မတ်လ ၁၂ ရက်နေ့တွင် ပြုပြင်ထားခြင်း
ဖြစ်သည်။

*

လက်နက်ရှိလျက် လူသူ၊ ရိက္ခာ၊ ဗျူဟာမရှိ

စစ်ပွဲတစ်ပွဲကို နိုင်အောင်တိုက်ဖို့ရာအတွက် လက်နက်ကောင်းတွေ ရှိတယ်။ ဒါပေမယ့် တိုက်မယ့်သူ၊ တိုက်သူအတွက် ရိက္ခာ၊ လက်နက်ရိက္ခာ ပို့ဆောင်ရေး၊ လက်နက်ရိက္ခာသိုလှောင်ရေး၊ ထိုးစစ်၊ တိုက်စစ်၊ ခံစစ် စီမံချက် ဗျူဟာတွေမရှိဘူးဆိုရင် တိုက်ပွဲနိုင်ဖို့မဆိုထားနဲ့ စစ်ပွဲကိုစလို့တောင်မရဘူး။ အသည်းရောင် B ပိုးနဲ့ C ပိုးဟာ ကမ္ဘာ့လူဦးရေ သန်း ၅၀၀၊ ၆၀၀ မှာ ၀င် ရောက်တွယ်ကပ်နေတယ်။ အသည်းရောင် B ပိုးနဲ့ C ပိုး ပပျောက်အောင် လုပ်ဖို့ဆိုရင် ကောင်းမွန်တဲ့လက်နက်တွေရှိသလားလို့ ပြန်လည်ဆန်းစစ် ကြည့်ရင် အသည်းရောင် B ပိုးအတွက် ထိရောက်တဲ့ ကာကွယ်ဆေးရှိတယ်။ အသည်းရောင် C ပိုးအတွက် ထိရောက်တဲ့ကုထုံးရှိတယ်။ ဒီလက်နက်တွေ ကို စနစ်တကျသုံးပြီး အစွမ်းကုန်ထိရောက်အောင် ဆောင်ရွက်မယ်ဆိုရင် မပပျောက်တောင်မှ အလွန်ကောင်းမွန်တဲ့ အတိုင်းအတာတစ်ခုထိ ရောဂါဖြစ် နှုန်းကို လျော့ချနိုင်တယ်။ Universal Hepatitis B Vaccine For Infants မွေးကင်းစ ကလေးအားလုံးအတွက် ကာကွယ်ဆေးထိုး အစီအစဉ်ဟာ နိုင်ငံ ပေါင်း ၁၈၀ မှာရှိတယ်။ ထိထိရောက်ရောက် ကာကွယ်ဆေးထိုးနိုင်တာက တစ်ကမ္ဘာလုံးမှာ ၇၅ ရာခိုင်နှုန်းသာရှိတယ်လို့ ခန့်မှန်းရတယ်။ ပစိဖိတ် အနောက်ဘက်ကမ်းခြေတွေမှာ ၉၁ ရာခိုင်နှုန်းလောက် လွှမ်းခြုံနိုင်ပေမယ့် အရှေ့တောင်အာရှမှာ ၅၆ ရာခိုင်နှုန်းလောက်သာ ကာကွယ်ဆေးလွှမ်းခြုံ ထားနိုင်တယ်။ တစ်ကမ္ဘာလုံးအသည်းရောင် B ပိုးဖြစ်နှုန်းရဲ့ ၇၅ ရာခိုင်နှုန်း

ဟာ အာရှ၊ အာဖရိကဒေသတွေမှာ ရှိတယ်။ ဒီဒေသတွေမှာ ကာကွယ်ဆေး လွှမ်းခြုံမှုက အားနည်းတယ်။ လူတစ်ရာထိုးရင် ၉၅ ရာခိုင်နှုန်းအောင်မြင်တဲ့ ကာကွယ်ဆေးဆိုင်ပေမယ့် သိုလှောင်မှု၊ ဖြန့်ဝေမှုတွေကို ထည့်သွင်းတွက်ချက် ရမယ်။ မြန်မာပြည်စစ်တမ်းတစ်ခုမှာ ၃၀-၄၀ ရာခိုင်နှုန်းလောက်သာ ကာကွယ်ဆေးအောင်တယ်လို့ မှတ်သားလိုက်မိတယ်။ ဒါတွေကို အားကောင်း အောင်လုပ်ရမယ်။

သွေးလှူတဲ့လူတွေမှာ အသည်းရောင် B ပိုး၊ C ပိုး ရှိ၊ မရှိ စစ်ဆေးပြီး မှ လှူဒါန်းရတယ်။ တစ်ကမ္ဘာလုံးရဲ့ ၉၀ ရာခိုင်နှုန်းသော တိုင်းပြည်တွေ မှာ ဒီလိုစစ်ဆေးပြီးမှ သွေးလှူလေ့၊ သွေးသွင်းလေ့ရှိပါတယ်။ ဒါပေမယ့် လှူဒါန်းထားတဲ့သွေးမှာ အသည်းရောင် B ပိုး၊ C ပိုး ရှိ၊ မရှိ၊ လှူဒါန်းသူမှာ အသည်းရောင် B ပိုး၊ C ပိုး ရှိ၊ မရှိ စစ်ဆေးမှုတွေဟာ သာမန်ကာလျှံကာမျှ မဟုတ်ဘဲ အဆင့်အတန်းမြင့်သည်ထက်မြင့်အောင် ကြိုးစားဖို့လိုတယ်။ လိင်ဆက်ဆံတဲ့အခါ ကွန်ဒုံးသုံးဖို့ကို ပိုမိုပြီး အသိပညာပေးဖို့လိုတယ်။ အခကြေးငွေဖြင့်လုပ်ဆောင်ရတဲ့ လိင်လုပ်သားတွေဟာ အသည်းရောင် B ပိုး၊ C ပိုး ရှိ၊ မရှိ စစ်ဆေးဖို့အတွက် ဥပဒေတွေရဲ့အကူအညီ၊ လူမှုရေး အကူအညီတွေ အများကြီးလိုတယ်။ မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲသူတွေအတွက် တစ်ခါသုံးအပ်တွေ အခမဲ့ပေးဝေမယ်ဆိုတာတောင် ဥပဒေအထောက်အကူ မရှိရင် ဒီလုပ်ငန်းကို မလုပ်နိုင်ဘူး။ မလိုအပ်ဘဲ ဆေးထိုးအပ်သုံးသူ (People Who Inject Drugs - PWID) အများစုမှာ HIV နဲ့ အသည်းရောင် B ပိုး၊ C ပိုးရှိကြတယ်။ PWID လူဦးရေဟာ ၁၀ သန်း၊ သန်း ၂၀ ထက်မနည်း အသည်းရောင် B ပိုး၊ C ပိုးတွေရှိကြတယ်။ အသည်းရောင် C ပိုးကို ကုမယ် ဆိုရင် ၇၀၊ ၈၀ ရာခိုင်နှုန်းမှာ ပျောက်ကင်းအောင် ကုနိုင်တယ်။ ဒါပေမယ့် စရိတ်စကကြီးလွန်းတယ်။ ဒီစရိတ်စကကို ကူညီမယ့် လူမှုရေးအသင်းအဖွဲ့ တွေပေါ်လာရင် လူအများစုမှာ ကုနိုင်မယ်။ လူအနည်းစုကုတဲ့ ဆေး တန်ဖိုး ဟာ ကြီးမြင့်နေပေမယ့် လူအများစုကို သုံးနိုင်တဲ့အခါ စရိတ်စက အလိုလို ကျဆင်းလာတယ်။ စရိတ်စက ကျဆင်းလေလေ ကူညီနိုင်လေလေဖြစ်တယ်။ အခက်ဆုံးကတော့ အသည်းရောင် B ပိုး၊ C ပိုးဟာ ရှိလို့ရှိမှန်း မသိတာပါပဲ။ သွေးစစ်၊ ဆေးစစ်တဲ့အခါမှာမှ ပေါ်လာတယ်။ သွေးစစ်ဆေး စစ်နိုင်အောင်။

စရိတ်ကျဉ်းကျဉ်းနဲ့ လူအများ လက်လှမ်းမီအောင် စီမံချက်ရှိ ရှာဖွေတွေ့ရှိမယ်။ ကူးစက်နှုန်းကို တားနိုင်မယ်။ Screening အ နဲ့တော့ ရောဂါပိုးရှာဖွေတွေ့ရှိမှုဟာ အားနည်းနေမှာပါပဲ။ ခန့်ရာမှာ စစ်ဆေးရုံသာမက ကိုယ်ဝန်ဆောင်များအားလုံးကို စ တဲ့ အစီအစဉ်ရှိဖို့လိုတယ်။

အသည်းရောင် B ပိုး၊ C ပိုး ရှိလို့ ဆေးကုသတဲ့အခါ ဆေးထိရောက်မှု ရှိ၊ မရှိ ရောဂါပိုးကောင်ပမာဏ Viral Load က ဈေးကြီးတယ်။ မြို့ကြီးပြကြီးတွေမှာသာ ရှိတယ်။ ဥပ ရန်ကုန်တွေမှာပဲရှိတယ်။ ဒါတွေကို လက်လှမ်းကမ်းမီအောင် အသည်းရောင် C ပိုး ကုတာဟာ ၆ လ ၊ တစ်နှစ် ကြာတယ်။ အလွန်များတဲ့ တစ်ပတ်တစ်ခါထိုးဆေးကို ပင်မပြုပြီး စားဆေး အခုအခါမှာ ထိုးဆေးမပါ စားဆေးသက်သက်နဲ့ လေး၊ ငါး၊ ကြာမယ့် ကုထုံးတွေက လာတော့မယ်။ ဆေးတန်ဖိုးလက်က ကောင်ရေစစ်တာ လူအများ လက်လှမ်းမီဖို့ အရေးကြီးတယ်။

သူကိုယ်တိုင် အသည်းရောင် C ပိုး ဖြစ်ခဲ့ပြီး ကုထုံးကြ တွေကို ခံစားခဲ့ရတဲ့ UK က Mr. Charles Gore ဟာ အသည်း C ပိုးရှိသူတွေကို ကူညီဖို့ ရှေ့ဆောင်ပရမတ်စိုက်ခဲ့တယ်။ World Alliance (WHA) ဆိုတဲ့ ကမ္ဘာ့အသည်းရောင် မဟာမိတ်အသ လာတယ်။ ဒီအသင်းရဲ့ ပထမဆုံး ဥက္ကဋ္ဌဖြစ်တယ်။ WHO ဆောင်ရွက်ဖို့ တောင်းဆိုခဲ့ရာမှာ ၂၀၁၀ ပြည့်နှစ်မှာ စတင်သော WHO က Global Hepatitis Programme ဆိုတာလုပ်တယ်။ ခြေလှမ်းအနေနဲ့ Global Hepatitis Network ဆိုတာကိုလုပ်တ ပစ်ဖိတ်ဒေသမှာ အသည်းရောင်ရောဂါ ပပျောက်ရေး ပူးပေါင်း မှု Coalition for the Eradication of Viral Hepatitis in (CEVHAP) စတင်ကြောင်းကို ၂၀၁၃ ခုနှစ် အာရှ-ပစိဖိတ်စ လေ့လာသူများအသင်း (APASL) နှစ်ပတ်လည်အစည်းအဝ စဉ်မှာ ကြေညာခဲ့ပါတယ်။ APASL, WHO, WHA တို့ဟာ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ကြမယ်တဲ့။ *

လက်ဆေးပွဲတော်

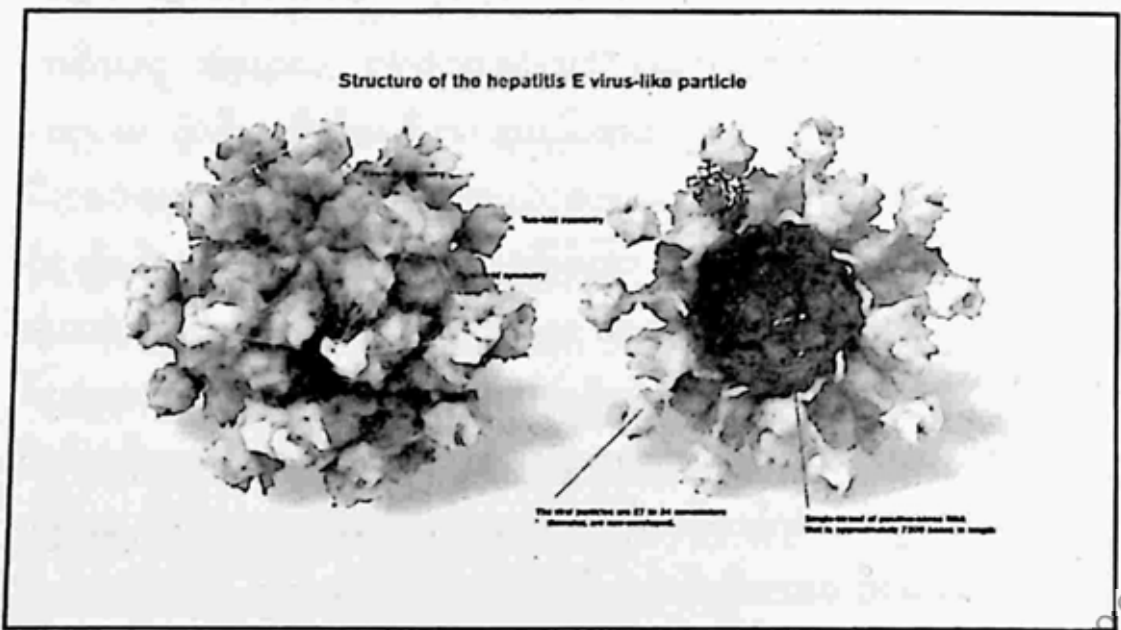
သုံးဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအတွက် လက်သန့်စင်အောင်ဆေးတဲ့
 နံရိုးတိုဘာလ ၁၅ ရက်နေ့တိုင်း ကျင်းပကြပါတယ်။ မူလက
 များနဲ့ ကျောင်းသားသူငယ်များအတွက် ရည်ရွယ်ခဲ့ပေမယ့် စိတ်
 ငင်း ဆပ်ပြာနဲ့လက်ဆေးပွဲကို ပါဝင်ဆင်နွှဲကြပါတယ်။ ကမ္ဘာတစ်ဝှမ်း
 တွဲ နိုင်ငံပေါင်းတစ်ရာကျော်က လူပေါင်းသန်း ၂၀၀ ကျော်ဟာ
 ပွဲတွေမှာ ပါဝင်ကြတယ်။

ကို ဆပ်ပြာနဲ့ဆေးတာဟာ ရောဂါတွေကို ကာကွယ်တဲ့ ကာကွယ်
 ကြောင့်လဲဆိုတော့ လူ့မစင်ဟာ ဝမ်းလျှောရောဂါတွေရဲ့ အဓိက
 ဘေးအရင်း ဖြစ်တယ်။ Shigella, typhoid၊ ကာလဝမ်း၊ ဝမ်းကိုက်
 လှန်အောက်လျှော ရောဂါတွေဟာ ဒီမစင်ကိုစားမိတဲ့ အတွက်
 တုပ်ကွေး၊ နမိုးနီးယား စတဲ့ရောဂါတွေဟာလည်း မစင်စား
 က်လှန်အောက်လျှောဖြစ်ပြီး နောက်ပိုင်းမှာ ဖြစ်တယ်လို့ ခေ
 မစင် 1၅ဟာ virus ၁၀ သန်းပါပြီး ဘက်တီးရီးယား တစ်သိန်း
 ဆိုတယ်။ ရောဂါရှိတဲ့လူတစ်ယောက်ကနေ အခြားလူတစ်
 ကူးတဲ့အခါမှာ နည်းအမျိုးမျိုးနဲ့ ကူးနိုင်ပေမယ့် ထွက်ပေါက်
 နဲ့ထွက်ပေါက်တစ်ခုပဲရှိတယ်။ မစင်နဲ့ထိတွေ့တဲ့လက်ကို ဆပ်ပြာ
 အောင် ဆေးလိုက်မယ်ဆိုရင် virus, bacteria နဲ့ ကပ်ပါးကူး

တွေ အစာအိမ်အူလမ်းကြောင်းက ဝင်တာကို ကာကွယ်နိုင်မယ်။ ကိုယ် ကိုယ်တိုင် သန့်စင်ခန်းဝင်သည်ဖြစ်စေ ကလေးကို နောက်ဖေးနောက်မှီ သုတ် သင်ပေးသည်ဖြစ်စေ လက်ဆေးရပါမယ်။

ရောဂါပိုးကင်းစင်တဲ့ရေကို လိုအပ်တာလည်း အမှန်ပါပဲ။ အစာပေါ်မှာ မစင်သယ်ဆောင်လာတဲ့ ယင်ကောင်တွေကို ထိန်းချုပ်ရမှာလည်း အမှန်ပါပဲ။ အစားအသောက်ကိုင်တွယ်တဲ့လူတွေ လက်အသေအချာဆေးရမှာလည်း အမှန်ပါပဲ။ ဒါပေမယ့် အစာစားသူကိုယ်၌ကလည်း သန့်စင်ခန်းဝင်ပြီးတိုင်း အစာစားခါနီးတိုင်း ဆပ်ပြာနဲ့ သေသေချာချာလက်ဆေးရပါမယ်။ ဒီလို လက်ဆေးလိုက်တဲ့အတွက် တစ်အိမ်လုံးအနံ့ လက်ကိုင်တိုင်း မပျံ့သွား တော့ပါဘူး။

ဝမ်းလျှောရောဂါမှ မဟုတ်ပါဘူး။ အသက်ရှူလမ်းကြောင်းရောဂါ၊ အရေပြားရောဂါ၊ မျက်စိကျိန်းရောဂါများကိုလည်း ကာကွယ်နိုင်ပါတယ်။ လေ့လာချက်တွေအရ ဆပ်ပြာနဲ့လက်ဆေးတဲ့အိမ်က ကလေးတွေထက် အိမ် နီးနားချင်း ကလေးတွေကပိုပြီး နှစ်ဆ ဝမ်းလျှောရောဂါရတယ်။ ဘယ်ကာ ကွယ်ဆေးထက်မဆို ပိုသာတယ်။ ဒါ့ကြောင့် လက်ဆေးတဲ့အကျင့်ကို လုပ်ရ မယ်။ H1N1 တုပ်ကွေးရောဂါ၊ SARS၊ အသက်ရှူလမ်းကြောင်းရောဂါ ကူးတာဟာ မသန့်ရှင်းတဲ့လက်ဟာ တစ်ပိုင်းပါဝင်တယ်လို့ ဆိုတယ်။ ရောဂါ ကူးတဲ့နေရာမှာ 4Fဟာ အရေးကြီးတယ်။



Hepatitis A Virus Infection Worldwide



တစ်- Flyခေါ်တဲ့ ယင်ကောင် (သူတို့က ရောဂါသယ်ကြတယ်)
 နှစ် - Finger(မသန့်ရှင်းတဲ့လက်ချောင်းကလည်း ရောဂါပိုးကို သယ်
 ကြတယ်။ လက်ဆေးရမယ်။ ဆပ်ပြာနဲ့ သေသေချာချာ ဆေးရမယ်)

သုံး - Fluidခေါ်တဲ့ရေ (မသန့်စင်တဲ့ရေဟာ ရောဂါပိုးပါတယ်။ ရေကို
 ကျိုသောက်ရမယ်။ ဒါဟာ အလွန်အရေးကြီးတယ်။ ရေတွင်းရေကန်တွေ
 မှာ ကျန်းမာရေးပိုးသတ်ဆေးခပ်ဖို့လိုရင် ခပ်ကြရလိမ့်မယ်။

လေး - fieldခေါ်တဲ့ ဘယ်မျက်နှာပြင်ပဲဖြစ်ဖြစ် ပိုးက ကပ်နေနိုင်တယ်။
 ခွက်၊ စားပွဲအားလုံးသော မျက်နှာပြင်ရှိတဲ့အရာတွေဟာ ပိုးကပ်ရောက်နိုင်
 ပြီး ကူးနိုင်တယ်။ ဒါ့ကြောင့် လက်ဆေးဖို့လိုမယ်။

အသည်းရောင် A ပိုးနဲ့ E ပိုးဟာ မသန့်ရှင်းတဲ့အစာရေစာက ကူး
 တယ်။ ၂ မျိုးစလုံးအတွက် ကာကွယ်ဆေးရှိတယ်။ ဒါပေမယ့် အားလုံးလက်
 ဆေးကြမယ်ဆိုရင် အသည်းရောင် A ပိုး၊ E ပိုးဖြစ်နှုန်းဟာ အလွန်အလွန်
 ကျဆင်းသွားမယ့်ရောဂါဖြစ်တယ်။ ဒါ့ကြောင့် 'လက်ဆေးကြပါစို့။'

*

ပျားရည်မှန်

ဗုဒ္ဓတရားတွေဟာ ပျားရည်မှန်ဆုပ်လေးလိုပဲ ဘယ်သူစားစား ချိုမြိန်ပါသတဲ့။ ဆရာမြို့မငြိမ်းက ငြိမ်းချမ်းရေးသည် ပျားရည်ကဲ့သို့ အစဉ် မန်ကျည်းပင်၊ တမာပင် ဘယ်ပင်စွဲစွဲ ချို့ပါသတဲ့။ ငြိမ်းချမ်းရေးမရှိတဲ့အတွက် နှစ်ဖက်ရန်သူကို ပြားပြားဝပ်ကြောက်ရ၊ နှစ်ဖက်အခွန်ဆောင်ရ၊ ကျီးလန့်စာစားနေရတဲ့ဘဝကို ပြည်သူတွေက ကြားချင်မှာမဟုတ်တော့ပါဘူး။ မြင်ချင်မှာမဟုတ်တော့ပါဘူး။ ပြောချင်မှာမဟုတ်တော့ပါဘူး။ ငြိမ်းချမ်းရေးမရှိတဲ့အတွက် အားကောင်းလာတဲ့ မူးယစ်မှောင်ခိုဂိုဏ်းသမားတွေရဲ့ အတင်းအကြပ်အဖွဲ့ဝင်တွေ ထွက်လာရတယ်။ မရုန်းကန်နိုင်၊ မထွက်နိုင်ဖြစ်ရတယ်။ ဘိန်းထုတ်လုပ်မှုဒေသနဲ့ ပတ်ဝန်းကျင်တိုင်းပြည်ဒေသတွေဟာ ဘိန်းစားလည်း ဘိန်းစား၊ ကြီးပွားလည်း ကြီးပွားဖြစ်ရတယ်။ ကျောက်မျက်ရတနာ၊ ကျောက်စိမ်းကိုလည်း မှောင်ခိုတူးရင်း မကျန်းမာကြတဲ့အတွက် HIV စွဲရ၊ ငှက်ဖျားဖြစ်ရနဲ့ သေကြရရှာတယ်။ ကျောက်ကုန်သည်ဂိုဏ်းတွေရဲ့ တပည့်ကောင်းတွေ ဖြစ်ရပြန်တယ်။ ဒီလိုနဲ့ အမျိုးသားရေးအော်ဟစ်ပြီး နှစ်ဖက်တိုက်ပွဲဝင်လိုက်တာ အမျိုးသားတွေရဲ့ စီးပွားရေး၊ ကျန်းမာရေး၊ ပညာရေး၊ ယဉ်ကျေးမှု ပြုတ်ပြုတ်ပြုန်းလုနီးပါး ဖြစ်နေပြီ။ နည်းလမ်းရှိလျက် ပြည်သူတွေလည်း ဆင်းရဲခံရတဲ့အဖြစ်ပဲ။

အသည်းရောင်ပိုးတွေဟာ ကမ္ဘာ့အနှံ့ သန်း ၅၀၀-၆၀၀ စတဲ့ လူတွေကို

အသည်းရောင်၊ အသည်းခြောက်၊ အသည်းကင်ဆာ ဖြစ်စေတယ်။ အရင် တုန်းက သူတို့လုပ်သမျှ လည်စင်းခံရတယ်။ သူတို့အကြောင်းကို မသိဘူး။ ခုသူတို့အကြောင်းကိုသိတယ်။ သူတို့ကို ကင်းနေအောင်၊ ဝေးနေအောင် တိုက်နိုင်တယ်ဆိုတာ သိတယ်။ မိတ်ဆွေတစ်ယောက်ကို ပို့စကတ်လေး ပို့လိုက်တယ်။ အသည်းရောင်အသားဝါအကြောင်းတွေကို သိပါ၊ ရင်ဆိုင်ပါ၊ ကာကွယ်ပါ။ နာရီက တစ်ချက်ချက် တစ်ရံမလပ် ဆက်သွားနေတယ်။ မျိုးဆက်သစ်တွေအတွက် အသည်းရောင်ပိုးကင်းစင်တဲ့ ပတ်ဝန်းကျင်ကို ဖန်တီးပေးဖို့ မေ့မနေနဲ့တဲ့။

ဟုတ်တယ်။ အမှတ် (၁) က အစာရေစာ မသန့်ရှင်းတဲ့နည်းနဲ့ ကူးတဲ့ အသည်းရောင် Aနဲ့ Eအကြောင်းပဲ။ သန့်ရှင်းတဲ့ သောက်ရေ၊ သန့်ရှင်းတဲ့ အစာ၊ ယင်မအုံတဲ့အစာ၊ ယင်လုံတဲ့အိမ်သာသန့်သန့်၊ သန့်စင်ခန်းသွားပြီး စနစ်တကျ လက်ဆေးစရာနေရာ၊ စနစ်တကျ လက်ဆေးစရာနေရာ၊ စနစ် တကျ လက်ဆေးတတ်တဲ့အကျင့် အစာမစားမီ စနစ်တကျ လက်ဆေးတတ် တဲ့အကျင့်တွေကိုလုပ်ရင် ဒီအသည်းရောင်နှစ်မျိုး ပြုတ်တယ်။ သူတို့က နာတာရှည်ဒုက္ခမပေးပေမယ့် စာမေးပွဲဖြေချိန်၊ အလုပ်လျှောက်ချိန်၊ ကျူရှင် တက်ချိန် တစ်လနှစ်လမှာ မလှုပ်နိုင်အောင် ဒုက္ခပေးတယ်။ အရေးကြီးချိန် မှာ ဝင်ဝင်ဆော်တတ်တယ်။

အသည်းရောင် Eပိုးက ကိုယ်ဝန်ဆောင်ချိန်မှာ ဝင်တွယ်ရင် ပိုဆိုးတယ်။ အသည်းရောင် Aပိုးအတွက် ခြောက်လခြား နှစ်ကြိမ်ထိုးရုံနဲ့ ကာကွယ်နိုင်တဲ့ ကာကွယ်ဆေးရှိတယ်။ ရပ်ကွက်လူကြီးတွေနဲ့ တိုင်ပင်ပြီး စရမလား၊ ကျောင်း သင်တန်းခန်းမတွေက စရမလား၊ ဘယ်ကစရမလဲ၊ ဈေးတွေက စရမလား၊ ဘယ်ကစရမလဲ။ အသည်းရောင် Aပိုးကာကွယ်ဆေးက ဈေးသိပ်ကြီးနေ သေးတယ်။ လူအများ လက်လှမ်းမမီသေးဘူး။ ကာကွယ်ဆေးထိုးဖို့ မသိတဲ့ နိုင်ငံကလာတဲ့ ဆောလုံးကစားသမားဟာ မြန်မာပြည်မှာ ဆောလုံးမကစားရ တဲ ဆေးရုံထဲမှာပဲ နားနေရတယ်။

အသည်းရောင် Bပိုးနဲ့ အသည်းရောင် Cပိုးက နာတာရှည်အသည်း ရောင်၊ အသည်းခြောက်၊ အသည်းကင်ဆာ ဖြစ်စေတယ်။ မသန့်ရှင်းတဲ့သွေး ကိုသွင်းမိရင် ကူးတယ်။ သွေးတွေကိုတော့ ပိုး ရှိ၊ မရှိ စစ်ဆေးပြီး သွင်းနေ

တာပဲ။ သွေးကို သန့်စင်မှု ရှိ၊ မရှိ စစ်တဲ့စနစ်တွေ တစ်ပြည်လုံးမှာ၊ တစ်ကမ္ဘာလုံးမှာ ဖြန့်ကျက်ရှိနေပြီလား။ အဖြစ်သဘော ရှိ၊ မရှိ စစ်တာလား။ Quality ကောင်းကောင်းနဲ့ စစ်တာလား၊ ဆေးရုံသုံးကိရိယာ၊ ခွဲစိတ်ကိရိယာ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာ ကိရိယာတွေကို သေသေချာချာ ပေါင်းကြ၊ ပြုတ်ကြရဲ့လား။ ဒီလိုလုပ်ဆောင်မှု ရှိ၊ မရှိ စစ်ဆေးပြီး အားဖြည့်ကြရဲ့လား။ အသည်းရောင် B ပိုး ကာကွယ်ဆေးက သုံးလုံးအချိန်နဲ့ထိုးရင် မိမိရရ ကာကွယ်တယ်။ မွေးကင်းစတိုင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးတဲ့ အစီအစဉ် အောင်မြင်ပြီလား၊ ဆေးသိုလှောင်မှုတွေ ကောင်းရဲ့လား၊ ဖြန့်ဝေစနစ်နဲ့ အသုံးပြုမှု လုံလုံခြုံခြုံရှိရဲ့လား။

ကလေးတွေနဲ့ လူငယ်တွေရော အသည်းရောင် B ပိုး ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးပြီလား။ မိသားစုတွေ စစ်ပြီးကြပြီလား။ ရောဂါရှိရင်ရော B ပိုးကောင်ရေမပွားအောင် တားတဲ့ဆေးတွေရှိတယ်။ သုံးဖို့လိုနေပြီလား။

လူ ၁၀၀ မှာ ကုရင် ၇၀၊ ၈၀ ရာ ခိုင်နှုန်းလောက်သာ ပျောက်တဲ့ C ပိုးကုထုံးက ဈေးကြီးသေးတယ်။ လူတိုင်းလက်လှမ်းမီအောင် ကျွန်တော်တို့ ကြိုးစားနေပြီလား။ ပိုးကောင်ရေစစ်တဲ့ Molecular assays တွေက ဈေးကြီးတယ်။ လူတိုင်း လက်လှမ်းမီနိုင်အောင် ကျွန်တော်တို့ ကြိုးစားနေပြီလား။ လူမှုရေးအသင်းအဖွဲ့တွေ စနစ်တကျဖွဲ့စည်းပြီး ကူညီနေပြီလား။ တိုင်းပြည်၊ မြို့ရွာမှာ ဖြစ်နှုန်းသိမှ ရောဂါကင်းစင်တဲ့ အခြေအနေကိုသိမယ်။ ကျွန်တော်တို့ ဖြစ်နှုန်းစာရင်းဇယားတွေ သိနေပြီလား။ လိင်ဆက်ဆံတာက ကူးတာ၊ နားဖောက်တာက ကူးတာလို့ လူငယ်တွေကို ပြောပြီးပြီလား။

ချိုမြိန်တဲ့မုန့်လေးနဲ့တူတဲ့ တရားကလည်း နာလည်းနာ၊ ကျင့်လည်းကျင့်ကြံမှ ပျားအုံပျားရည်ကိုလည်း အခက်အခဲနဲ့ယူတတ်မှ၊ အသည်းရောင်ကင်းစင် အခြေအနေကိုလည်း တစ်ဦးစီ၊ တစ်ဦးစီ မြို့အလိုက်၊ ရွာအလိုက်၊ တိုင်းပြည်အလိုက် ရယူမှရနိုင်တာ။ အသည်းရောင်ပိုးတွေ အကြောင်းကတော့ လူနာပဲသိသိ၊ လူနာရှင်ပဲသိသိ၊ မိတ်ဆွေပဲသိသိ၊ ပြည်သူတွေပဲသိသိ၊ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်သူတွေပဲသိသိ၊ သိရင် ချိုမြိန်အောင် လုပ်နိုင်တဲ့မုန့်လုံးပဲ။

✽

ချိန်ကိုက်ပုံ အသည်းရောင်ရောဂါများ

WHO ၏ အလိုအရ Viral Hepatitis အသည်းရောင်ရောဂါများသည် ချိန်ကိုက်ပုံနှင့်တူ၍ ဤချိန်ကိုက်ပုံကို စနက်တံဖြုတ်ချရန် အရေးကြီးပါသည်။ တစ်ကမ္ဘာလုံးတွင် အသည်းရောင်စီပိုးဖြစ်သူ သန်း ၁၈၀ ရှိပြီး နှစ်စဉ် မူးယစ်ဆေးဝါး အကြောဆေးသုံးသူ People who inject drugs (PWID) ၁၆ သန်းတွင် အများစုမှာ အသည်းရောင်စီပိုးအသစ် ဝင်ရောက်ကူးစက်ခဲ့ရပါတယ်။ ၁၀ သန်းတွင် အသည်းရောင်စီပိုးရှိပါတယ်။ မူးယစ်ဆေးဝါးသုံးစွဲသူများမှာ ဆေးထိုးအပ်၊ ဆေးထိုးပြွန်နှင့် မူးယစ်ဆေးဝါး အစားထိုးကုသမှု Opioid Substitution Therapy (OST) မရရှိကြပါ။ Harm Reduction Service ၏ ၁၀ ရာခိုင်နှုန်းသာ အကျိုးကျေးဇူး ရခဲ့ကြပါသည်။ အသည်းရောင်စီပိုးကုထုံးမှာ စရိတ်စက ကြီးလေးလှ၍ တစ်ကမ္ဘာလုံး လှုပ်ရှားမှုအနေဖြင့် အသည်းရောင်စီပိုးကုထုံးကို လက်လှမ်းမီအောင် ကြိုးစားလာကြပါသည်။ ဝင်ငွေနည်းပါးသော အလယ်အလတ်ဝင်ငွေရှိသော လူအများစု (Low and Middle Income Countries (LMICs)) များတွင် HIV တိုက်ဖျက်ရေးမှာ အတွေ့အကြုံများစွာ ရှိသည်။ ရောဂါကုထုံးနှင့် ရောဂါစစ်ဆေးမှု စရိတ်စက ကျဆင်းအောင် နည်းလမ်းရှာဖွေခြင်း၊ ရှိရင်းစွဲ ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းများတွင် အံဝင်ခွင်ကျဖြစ်အောင် လုပ်ဆောင်ခြင်း၊ လွယ်ကူရှင်းလင်းသော ကုထုံးဖြစ်အောင် ကြိုးစားခြင်း စသည့် ကြိုးစားချက်များကို အခြေခံ၍ အသည်း

ရောင်စီပိုး ကုသရာတွင်လည်း အောင်မြင်ပေါက်ရောက်အောင် ကြိုးစားရန် စဉ်းစားလာကြပါသည်။ ယူကရိန်းမှာသည် အိန္ဒိယ၊ ဂျော်ဂျီယာမှာသည် အီဂျစ် စသည့် LMICs များ ကြိုးစားခဲ့ကြသည်။ ရောဂါစစ်ဆေးရာတွင်၊ ကုသရာ တွင် စရိတ်စက ကြီးလေးနေသည်။

ယခုလက်ရှိ ရောဂါကုထုံးရှာဖွေမှုများကို လက်လှမ်းမီအောင် ပြုလုပ် ရမည့်အပြင် အနာဂတ်ကာလတွင် ပေါ်ပေါက်လာမည့် လွယ်ကူသော၊ ကာလတိုသော၊ ပျောက်နှုန်းကောင်းသော၊ ပိုမိုထိရောက်သော ကုထုံးများကို လက်လှမ်းမီအောင် ပြုလုပ်ရန် ကြိုးစားရပါမည်။ တရားဥပဒေ အဟန့်အတား ကြောင့် မြန်မာပြည်တွင် PWID မည်မျှရှိသည်ကိုသိရန် ခက်ခဲသကဲ့သို့ သူတို့အတွင်း မည်ရွေ့မည်မျှရှိသည်ကိုလည်း မသိရသေးပါ။ မြေနေရာနှင့် အဆောက်အအုံများ ဈေးကြီး၍ Low Cost ဓာတ်ခွဲခန်း မဖော်ဆောင်နိုင် သေးပါ။ အစိုးရဓာတ်ခွဲခန်းများတွင် အများပြည်သူသုံးရန် မလုပ်ဆောင်ပေး နိုင်သေးပါ။ မြို့ကြီးပြကြီး၊ မြို့ငယ်ရွာကြီး၊ ရွာငယ်နယ်စပ် စသည်တို့တွင် အသည်းရောင်ဘီပိုး မည်မျှ၊ အသည်းရောင်စီပိုး မည်မျှရာခိုင်နှုန်းရှိသည်ကို စနစ်တကျ ပြန်လည်ဆန်းစစ် စာရင်းကောက်ယူနိုင်မှသာ လျော့ချရမည့် ရည်မှန်းချက် ထားနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ဈေးချိုသော Biosimilar များအတွက် အရည်အသွေး၊ အန္တရာယ်ကင်းမှု၊ ထိရောက်မှု ရှိ၊ မရှိ၊ စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှု များမှာ ရှင်းလင်းသေချာစွာ မရှိသေးပါ။ ရွေးကောက်ပွဲအတွက် သန်းခေါင် စာရင်းကောက်ယူခြင်း၊ အရှေ့တောင်အာရှ အားကစားပွဲအတွက် ပြင်ဆင် ခြင်း စသည်ဖြင့် ပြင်ဆင်နေချိန်တွင် မိမိနိုင်သမျှ NGO များမှ ဆေးသုတေ သနဌာနများနှင့် ပူးပေါင်းအကောင်အထည်ဖော်လိုစိတ် ရှိပါသည်။ ဆေး ကုမ္ပဏီများနှင့် ညှိနှိုင်းရမည်။ ဘေးကုမ္ပဏီများမှ ဆေးပညာအတွက် အသုံး ပြုမှုအပြင် အပိုခမ်းခမ်းနားနား သုံးစွဲမှုနည်းပါးနိုင်သမျှ နည်းပါးအောင် ဆောင်ရွက်ရန်လိုသည်။ လူမှုရေးအသင်းအဖွဲ့များအား ကောင်းနိုင်သမျှ အားကောင်းအောင် ပြုလုပ်မှသာ အခြေခံစာရင်းဇယားများ ကောက်ယူထား နိုင်မှသာ ၂၀၁၅ ခုနှစ် အလွန်ခိုင်မာသော ဖွံ့ဖြိုးမှု၌ ပါဝင်နိုင်မည်ဖြစ်ပါ သည်။ မြန်မာနိုင်ငံ၏ ဦးစားပေးရောဂါများတွင် မပါဝင်သော်လည်း အရှိန် အဟုန်နှင့် စတင်နိုင်ရန်၊ အထူးပြုလေ့လာနိုင်ရန် အသည်းဌာနလေးခု တည်

အသည်းရောင် ဘီပီ၊ ဗီပီ နှင့် အခြားဆောင်းပါးများ

ဆောက်ပြီး အသည်းဆရာဝန် ကိုးယောက်ရှိပါသည်။ အသည်းပညာလေ့လာ
နေသူ လေးယောက်ရှိပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံ အသည်းလေ့လာနေသူများအသင်း
(MASLD) ဟုလည်း ဖွဲ့စည်းထားကာ ဆောင်ရွက်လျက် ရှိနေပါသည်။

*

အငှားခန္ဓာမြှောင်ရတယ် စန်းခေါင်ထိမျိုး

မြန်မာနှစ်သစ်ကူးမရောက်မီ တစ်ပတ်အလိုမှာ မြန်မာနိုင်ငံဆရာဝန် အသင်း အစာအိမ်၊ အူလမ်းကြောင်းနှင့် အသည်းအသင်းက အသည်းရောင် ပိုးမျိုးစုံ Viral hepatitis (A-E)ကို ဟောပြောတဲ့ ပါမောက္ခ ဦးခင်မောင်ဝင်းက အသည်းရောင်ပိုး D အကြောင်းကို ဟောပြောတယ်။ အသည်းရောင် D ပိုးကတကယ်တော့ virus ပိုးစစ်စစ်မဟုတ်ဘူး။ သူက အသည်းထဲကို ဝင်နိုင်တဲ့ RNA အပိုင်းတစ်ခုသာဖြစ်တယ်။ Circular RNA သာဖြစ်တယ်။ သူ့မှာ အခွံမပါ အကူ Enzyme မပါ။ လက်ဗလာကိုယ်တုံးလုံးဖြစ်တယ်။ သူကအသည်းရောင်ဘီပိုးရဲ့ Surface Antigen ကို သူ့ရဲ့အခွံအဝတ်အဖြစ်နဲ့ သုံးတယ်။ ပြီးတော့ လူရဲ့ Polymerase Enzyme ကို သူ့ပွားဖို့အတွက် ယူသုံးတယ်။ အဝတ်မပါ လက်ဗလာပေမယ့် လူ့ရဲ့အသည်းထဲက EnZyme တွေနဲ့ အသည်းရောင်ဘီပိုးရဲ့ အခွံတွေကိုယူသုံးပြီး တွင်တွင်ကျယ်ကျယ် ကြီးပွားနေတယ်။ ဟောပြောတဲ့သူက အသည်းရောင်ဒီပိုးက ဝင်ကစွပ် ကောင်နဲ့တူတယ်။ ခရုခွံရဲ့အခွံမာထဲမှာဝင်ပြီး ရှင်သန်နေတယ်။ ကဗျာဆရာ ကြီးဦးကြင်ဥက ထူးဆန်းတဲ့အတွက် 'အငှားခန္ဓာမြှောင်ရတယ် စန်းခေါင်ထိ မျိုး' လို့ စပ်ဆိုခဲ့တယ်။ အသည်းရောင် D ပိုးကလည်း ဆန်းတာပဲ။ အသည်း ရောင်ဘီပိုးနဲ့တွဲဝင်တယ်။ သို့မဟုတ် အသည်းရောင် ဘီပိုးရှိနှင့်ပြီး သူ့မှာတွဲ ဝင်တယ်။ ဒီလိုအငှားအကူတွေနဲ့ ရှင်သန်ပွားများရပေမယ့် အသည်းရောဂါ

ဖြစ်စေတဲ့အခါကျတော့ ဆိုးတယ်။ အသည်းရောင် ဘီပိုးရှိတဲ့လူတစ်ယောက် ရုတ်တရက် ရောဂါသည်းလာလျှင် သူဝင်လာလို့ပဲ မှတ်ရမယ်။

အသည်းရောင် D ပိုး (HDV) က Protein တစ်မျိုးထုတ်နိုင်တယ်။ HDAg လို့ခေါ်တယ်။ ပုံသဏ္ဍာန်နှစ်မျိုးနဲ့ထုတ်တယ်။ Large-HDAg (HDAg-L) နဲ့ Small-HDAg (HDAg-S) နှစ်မျိုးထုတ်တယ်။ ဒါပေမဲ့ တစ်ခုနဲ့တစ်ခု ၉၀% နှုန်းတူတယ်။ ပိုးဝင်ခါစမှာ အသည်း Cells ရဲ့ Nucleus ထဲကိုဝင်တဲ့နေရာမှာ ပွားတဲ့နေရာမှာ HDAg-S က ကူတယ်။ ဝင်ပြီးအချိန်ကြာလာတဲ့အခါ virus ပွားမှုကို HDAg-L က တားရတယ်။ ဒါမှပွားတာရပ်ပြီး အလိုရှိရာကိုသုံးကာ virus တစ်ကောင်အဖြစ် ဖွဲ့စည်း နိုင်တယ်။ အသည်းရောင်ဘီပိုးလို့ပဲ သွေးသွင်းရာ၊ ဆေးထိုးရာ၊ လိင်ဆက်ဆံ ရာကကူးနိုင်တယ်။ Genotype သုံးမျိုးရှိတယ်။ ကမ္ဘာအနှံ့ရှိတာက Genotype (1)၊ ဂျပန်၊ ထိုင်ဝမ်နဲ့ အာရှမြောက်ပိုင်းမှာရှိတာက Genotype (2) တောင်အမေရိကမှာရှိတာက Genotype (3) တို့ ဖြစ်တယ်။ အခြား Genotype တွေလည်း ရှိသေးတယ်။ Anti-HDV Anti body နဲ့ ရှိမရှိစမ်းနိုင် တယ်။ ရောဂါပျောက်ကင်းသွားတယ်ဆိုရင် Anti HDV IgM ရော Anti HDV IgG ပါသွေးထဲက ပျောက်သွားတယ်။

နာတာရှည်ရောဂါ ဖြစ်ပြီဆိုရင် Anti HDV IgM Anti-HDV IgG

