ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ
Kingdom of Cambodia
Nation Religion King

ក្រសួងសុខាភិបាល
Ministry of Health

សេចក្តីណែនាំថ្នាក់ជាតិ
ស្តីពី
ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ព្យាបាល
ជំងឺរបេងកុមារ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង និង ហង់សិន
ឆ្នាំ ២០០៨
National Center for Tuberculosis and Leprosy Control (CENAT)
2008

មាតិកា

ទំព័រ

អារម្ភកថា..៤

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ...៥

I. សេចក្តីផ្តើម...៧

II. អេពីដេមីសាស្ត្រ...៩

១- សារៈសំខាន់សុខភាពសារធារណៈ..៩

២- វិធីចំលងជំងឺលើកុមារ..៩

៣- គ្រោះថ្នាក់ចំពោះការឆ្លងជំងឺរបេង...៩

៤- គ្រោះថ្នាក់ ចំពោះការកើតជាជំងឺរបេងសកម្ម...១០

៥- លក្ខណៈពិសេសគ្លីនិក...១០

III. រោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺរបេងកុមារ...១១

១- សង្ខេបទិដ្ឋភាពសំខាន់ៗ...១១

២- វិធីសាស្ត្រក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ..១៣

IV. ការព្យាលបាលជំងឺរបេងកុមារ...២៤

១- គោលដៅចំបងសំរាប់ការព្យាបាលជំងឺរបេង..២៤

២- រូបមន្តព្យាបាលដែលបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍...២៤

៣- តាមដានការព្យាបាល...៣០

៤- ការគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរ និងជំងឺរបេង មីលីយែរ៍.................................៣១

V. ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង.......................................៣៤

១- សាវតា និងហេតុផល...៣៤

២- គោលដៅចំបងសំរាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង.....................៣៤

៣- គោលការណ៍សំរាប់ការវាយតំលៃ និងការគ្រប់គ្រង អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង.........៣៥

៤- ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងអ្នករស់នៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង........................៣៦

៥- ស្ថានការណ៍ពិសេស...៣៨

VI. តួនាទីចំបង និងការទទួលខុសត្រូវ លំដាប់ថ្នាក់នៃសេវា..៤១

១- តួនាទីសំខាន់ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់សហគមន៍...៤១

២- តួនាទីសំខាន់ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់មណ្ឌលសុខភាព..៤១

៣- តួនាទីសំខាន់ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ៤២

៤- តួនាទីសំខាន់ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់មន្ទីរពេទ្យជាតិ...៤២

VII. ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេសេហ្សេ (**BCG**)...៤៣

VIII. ការគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងកុមារផ្ទុកជំងឺអេដស៍...៤៥

១- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ...៤៥

២- ការព្យាបាលប្រឆាំងនឹងជំងឺអេដស៍...៤៥

៣-ការព្យាបាលបង្ការដោយប្រើថ្នាំ កូទ្រីម (**Cotrimoxazole**)..៤៦

៤- ការព្យាបាលដោយថ្នាំប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ៤៦

៥- ចង្កោមរោគសញ្ញា មានការរលាកកើតឡើង ដោយសារការកសាងឡើងវិញ ប្រព័ន្ធការពារខ្លួន........៤៧

៦- ការបង្ការជំងឺ...៤៧

៧- ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេសេហ្សេ (**BCG**)..៤៨

IX. ការកត់ត្រា និងការរាយការណ៍...៤៩

X. សេចក្តីយោង...៥០

XI. ឧបសម្ព័ន្ធ...៥១

អារម្ភកថា

កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេងកម្ពុជា បានសំរេចគោលដៅឆ្នាំ ២០០៥ ដែលបានកំណត់ ក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ សំរាប់ការ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេងឆ្នាំ ២០០១-២០០៥ ។ បច្ចុប្បន្នកម្មវិធីជាតិកំពុងដំណើរការការងារ ដោយផ្អែកទៅលើផែនការប្រាំឆ្នាំលើកទីពីររបស់ខ្លួន គឺផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេងឆ្នាំ ២០០៦-២០១០។ ជំងឺរបេងកុមារគឺជាសមាសភាពមួយក្នុងចំណោមសមាសភាពជាអទិភាពនានា ដែលត្រូវបានផ្តល់ការយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមទៀត ក្នុងអំឡុងពេលនៃផែនការនេះ ដែលស្របទៅតាមយុទ្ធសាស្ត្រនិងផែនការ បញ្ឈប់ជំងឺរបេងជាសកល ឆ្នាំ ២០០៦-២០១៥ ។

ឯកសារ "សេចក្តីណែនាំជាតិស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ " នេះត្រូវបានរៀបចំដោយ " ក្រុមការងារបច្ចេកទេស ដើម្បីពិនិត្យកែលំអ និងរៀបចំសេចក្តីណែនាំស្តីអំពី ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលរបេងកុមារ "។ ការរៀបចំឯកសារនេះ ពឹងផ្អែកជាចំបងលើ "សេចក្តីណែនាំបច្ចេកទេស ក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង ដែលបានបោះពុម្ពផ្សាយក្នុងឆ្នាំ ២០០៣ ដោយក្រសួងសុខាភិបាល ដែលជាឯកសារមានស្រាប់ និង សេចក្តីណែនាំសំរាប់កម្មវិធីជាតិ ក្នុងការគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងកុមារ" ដែលបានបោះពុម្ពផ្សាយដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក ក្នុងឆ្នាំ ២០០៦។

សេចក្តីណែនាំនេះ រៀបចំឡើងសំរាប់ការប្រើប្រាស់ដោយ មន្ទីរពេទ្យជាតិ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក មណ្ឌលសុខភាព និងអ្នកបំរើការផ្នែកសុខភាពក្នុងសហគមន៍ ពាក់ព័ន្ធទៅនឹងតួនាទីរៀងខ្លួនរបស់ពួកគេ ក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេងកុមារ ។ តួនាទីរបស់ពួកគេ ដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងឯកសារ រួមមានជាអាទិ៍ ការបង្ការជំងឺ ការតាមដានអ្នករស់នៅជិតស្និទ្ធនឹងអ្នកជំងឺ ការបញ្ជូនករណីជំងឺនិងករណីសង្ស័យ ការស្រាវជ្រាវ និងការព្យាបាលជំងឺរបេង។

ខ្ញុំមានជំនឿថា ឯកសារនេះគឺជាមូលដ្ឋាន សំរាប់កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ក្នុងការរៀបចំកម្មវិធី និងការបណ្តុះបណ្តាល ព្រមទាំងសកម្មភាពចាំបាច់ផ្សេងៗទៀត ដើម្បីបង្កើនគុណភាពការថែទាំព្យាបាល និងការការពារជំងឺរបេងកុមារ ក៏ដូចជា ចូលរួមចំណែកក្នុងការសំរេចទិសដៅ ដែលបានចែងនៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ៥ ឆ្នាំទីពីររបស់កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ២០០៦-២០១០ ដែលនឹងចូលរួមចំណែក ដើម្បីសំរេចបានគោលបំណង និងគោលដៅ នៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលជាតិទាំងមូល ឆ្នាំ ២០០៨-២០១៥ ។

បន្ថែមពីនេះទៅទៀត ខ្ញុំជឿជាក់ថាសេចក្តីណែនាំនេះក៏មានសារៈសំខាន់ផងដែរ សំរាប់ភាគីដៃគូពាក់ព័ន្ធដទៃទៀត រួមមានមន្ត្រីសុខាភិបាល និងភ្នាក់ងារផ្តល់ជំនួយ ក្នុងការស្វែងយល់ និងគាំទ្រការអនុវត្តន៍ សេចក្តីណែនាំនេះ ប្រកបដោយជោគជ័យ ។

ភ្នំពេញ,ថ្ងៃទី ០៩ ខែមករា ឆ្នាំ ២០០៨

រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល

វេជ្ជ. ម៉ម ប៊ុនហេង

សេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ

ជំនួសមុខអោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង និងហង់សិន ខ្ញុំសូមសំដែងនូវសេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ ដោយស្មោះស្ម័គ្រ ដល់គ្រប់អង្គការ និងលោក លោកស្រីទាំងអស់ ដែលបានចូលរួមក្នុងដំណើរការនៃការរៀបចំ សេចក្ដីណែនាំ ជាតិស្ដីពី ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ ។

ខ្ញុំសូមសំដែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាវជ្រៅផងដែរ ចំពោះសមាជិក សមាជិកាទាំងអស់ នៃក្រុមការងារបច្ចេកទេស សំរាប់ការពិនិត្យកែលំអ និងរៀបចំសេចក្ដីណែនាំជាតិស្ដីពី ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ ដែលដឹកនាំដោយ លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **ច ម៉េងចួ** ជាអគ្គនាយករងបច្ចេកទេសសុខាភិបាល ដែលក្នុងនោះ សមាជិក សមាជិកាទាំងអស់ បានចូលរួមចំណែកយ៉ាងធំធេង ចំពោះការរៀបចំសេចក្ដីណែនាំនេះ ។

ជាពិសេស ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងខ្លាំងក្លាដល់ អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) និងអង្គការ ចាយកា (JICA) ចំពោះការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និងបច្ចេកទេស ព្រមទាំងភាគីដៃគូដទៃទៀតទាំងក្នុង និងក្រៅរដ្ឋាភិបាល ចំពោះការឧបត្ថម្ភបច្ចេកទេស ក្នុងការរៀបចំឯកសារដ៏មានសារៈសំខាន់ សំរាប់កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ដោយសង្កត់ធ្ងន់ថា បើគ្មានការគាំទ្រយ៉ាងខ្លាំងក្លា ការចូលរួមដ៏សកម្ម និងពេញទំហឹងពី សំណាក់ភាគីដៃគូ និងសមាជិក សមាជិកាក្រុមការងារ ព្រមទាំងលោក លោកស្រី ពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតទេ ការបញ្ចប់ ឯកសារនេះ ពុំអាចកើតឡើង ប្រកបដោយជោគជ័យនោះឡើយ ។

ភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី ០៦ ខែ [illegible] ឆ្នាំ ២០០៨

នាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង និងហង់សិន

វេជ្ជ. ម៉ៅ តាន់អ៊ាង

សមាជិកក្រុមការងារបច្ចេកទេស ដើម្បីពិនិត្យកែលំអ

និងរៀបចំសេចក្តីណែនាំស្តីអំពី ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាល របេងកុមារ

១- លោកវេជ្ជ. ច ម៉េងចូ	អគ្គនាយកដ្ឋានបច្ចេកទេសសុខាភិបាល	ប្រធាន
២- លោកវេជ្ជ. ម៉ៅ តាន់អ៊ាង	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេងជាតិ និងហង់សិន (ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	អនុប្រធាន
៣- លោកសាស្ត្រាចារ្យ. យិត ស៊ុនណារ៉ា	មន្ទីរពេទ្យ គន្ធបុប្ផា	សមាជិក
៤- លោកសាស្ត្រាចារ្យ. ធា គ្រុយ	មន្ទីរពេទ្យ គន្ធបុប្ផា	សមាជិក
៥- លោកសាស្ត្រាចារ្យ. កាំង ស៊	មន្ទីរពេទ្យ មិត្តភាពកម្ពុជា-សូវៀត	សមាជិក
៦- លោកស្រីវេជ្ជ. សំ ស៊ីណែត	មន្ទីរពេទ្យ មិត្តភាពកម្ពុជា-សូវៀត	សមាជិក
៧- លោកវេជ្ជ. អ៊ាប តឹងឆេង	មន្ទីរពេទ្យ កុមារជាតិ	សមាជិក
៨- លោកវេជ្ជ. ទាម បាក់ឃីម	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក
៩- លោកវេជ្ជ. កែ សុគន្ធ	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក
១០- លោកវេជ្ជ. ទ្បេង ស៊ីវណ្ណា	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក
១១- លោកវេជ្ជ. ឃុន គីមអ៊ាម	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក
១២- លោកវេជ្ជ. សាំង សាលី	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក
១៣- លោកស្រីវេជ្ជ. ខ្លឹង ផល្លី	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក
១៤- លោកស្រីវេជ្ជ. ព្រំ ឆោមសាយឿន	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក
១៥- លោកវេជ្ជ. ពៅ សត្ថា	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក
១៦- លោកវេជ្ជ. ជា មានិត	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក
១៧- លោកវេជ្ជ. តាន់ គុណតារា	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក
១៨- លោកវេជ្ជ. ទូ ចាន់លី	(ម.ជ.រ.ប.ហ.ស)	សមាជិក

និងតំណាងអង្គការរួមមាន

១- **Dr.PILAR RAMON PARDO**	តំណាងមកពីអង្គការ **WHO**	សមាជិក
២- **Dr.TATSUO SUGIYAMA**	តំណាងមកពីអង្គការ **JICA**	សមាជិក
៣- **Dr.CHAK CHANTHA**	តំណាងមកពីអង្គការ **USAID**	សមាជិក
៤- **Mr.TOM HELLER**	តំណាងមកពីអង្គការ **US-CDC**	សមាជិក
៥- **Mr.SIEK KUNRATH**	តំណាងមកពីអង្គការ **URC**	សមាជិក

អ្នកចូលរួមក្នុងកិច្ចប្រជុំនៃក្រុមការងារផងដែរ រួមមាន :

Dr. HIROYUKI NISHIYAMA	នៃអង្គការ **JICA**
Dr.LENG CHHENG LAY	នៃអង្គការ **JICA** និង
Mr.OM CHHORVOIN	នៃអង្គការ **URC**

I. សេចក្តីផ្តើម

នៅទូទាំងពិភពលោក គេបានប៉ាន់ស្មានថា ចំនួនប្រជាជនប្រមាណ ៩ លាននាក់ មានកើតជំងឺរបេងក្នុងមួយឆ្នាំៗ ។ ក្នុងចំណោមនោះ ប្រហែលចំនួន១លាននាក់ (១១ភាគរយ) កើតឡើងចំពោះកុមារអាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំ និង ៧៥ ភាគរយ នៃករណីកុមារទាំងនេះកើតឡើង ក្នុងប្រទេសដែលមានបន្ទុកជំងឺរបេងខ្ពស់ទាំង ២២ រៀងរាល់ឆ្នាំ ។

ប្រទេសកម្ពុជា ជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេសចំនួន ២២ ដែលមានបន្ទុកជំងឺរបេងខ្ពស់ ។ ទោះបីជាគ្មានការសិក្សាតាមរបៀបវិទ្យាសាស្ត្រ អំពីទំហំនៃជំងឺរបេងកុមារក្នុងប្រទេសកម្ពុជាក៏ដោយ ក៏គេប៉ាន់ស្មានថា វាជាបន្ទុកដ៏ខ្ពស់នៅក្នុងប្រទេស ។ សមាមាត្រនៃជំងឺរបេងកុមារនៅកម្ពុជា ប្រហែលជាមិនតិចជាង ក៏រិតមធ្យមភាគលើពិភពលោកឡើយ (១១%) ។

យ៉ាងណាក៏ដោយ មានតែករណីជំងឺរបេងកុមារមួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះ ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីព្យាបាលនៃកម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ។ ម្យ៉ាងទៀតកុមារជាច្រើន បានទទួលការព្យាបាលមិនសមរម្យ ពីព្រោះពួកគេមិនត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសមស្រប ឬ ក៏ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេស្វែងរកការថែទាំព្យាបាលពីសេវាឯកជន ដែលពុំទាន់មានចំណេះដឹងសមស្រប ស្តីពីជំងឺរបេងកុមារនៅឡើយ ។

ប្រទេសកម្ពុជា បានចាប់ផ្តើមអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រដូតស៍ តាំងពីឆ្នាំ ១៩៩៤ ។ បន្ទាប់ពីពេលនោះមក ការងាររបស់កម្មវិធីជាតិកំចាត់ជំងឺរបេង មានការរីកចំរើនជាបន្តបន្ទាប់ ។ ជាពិសេស កម្មវិធីទទួលបានសមិទ្ធិផលសំខាន់ៗ គួរអោយកត់សំគាល់ ក្នុងអំឡុងពេល ៧ឆ្នាំកន្លងមក ដោយសារតែលទ្ធផលនៃការពង្រីកយុទ្ធសាស្ត្រដូតស៍ ដល់មណ្ឌល សុខភាព ដែលបានរៀបចំពីឆ្នាំ ២០០១ ដល់ ២០០៤ រួមទាំងការធ្វើអន្តរាគមន៍ពិសេសៗដូចជា ការងារដូតស៍ សហគមន៍ ការងារ របេង-អេដស៍ និងការងាររួមគ្នា រវាងសេវារដ្ឋ និងឯកជន ចំពោះការងាររបេង (PPM-DOTS) ។ ឧទាហរណ៍ ជាក់ស្តែងចំនួនករណីជំងឺរបេង ដែលចុះបញ្ជីព្យាបាលក្នុងកម្មវិធីជាតិ បានកើនឡើងប្រហែលពីរដង ក្នុងចន្លោះឆ្នាំ ២០០០ ដល់ ២០០៥ ដែលក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ មានករណីសរុបចំនួន ៣៦ ១២៣ ករណី ។ អត្រាអាំងស៊ីដង់នៃអ្នកជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា បានបង្ហាញការធ្លាក់ចុះយ៉ាងច្បាស់ ចាប់ពីប៉ុន្មានឆ្នាំថ្មីៗកន្លងមកនេះ ។

នៅឆ្នាំ២០០៣ កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង បានចេញផ្សាយនូវ " សេចក្តីណែនាំបច្ចេកទេស ក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង " ដែលបានពិនិត្យកែលំអ ។ សេចក្តីណែនាំនេះ មានផ្នែកមួយថែងអំពី ជំងឺរបេងកុមារ ។ ចាប់ពីឆ្នាំនោះមក ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ បានផ្អែកលើសេចក្តីណែនាំនេះ ។ នៅឆ្នាំ ២០០៦ អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានចេញ " សេចក្តីណែនាំ សំរាប់កម្មវិធីជាតិ ក្នុងការគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងកុមារ " គឺដោយផ្អែកលើសេចក្តីណែនាំនេះ កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង រៀបចំការពិនិត្យកែលំអ សេចក្តីណែនាំរបស់ខ្លួន (២០០៣) ដែលមានស្រាប់ ដើម្បីអោយស្របតាមការរីកចំរើន នៃផ្នែកប្រយុទ្ធជំងឺរបេងកុមារជាសកល ។

ជាទូទៅការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ មានភាពលំបាកសូម្បីតែចំពោះគ្រូពេទ្យ ដែលមានឯកទេសខាងផ្នែកជំងឺកុមារក៏ដោយ ។ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង គ្មានភាពលំបាកសំរាប់គ្រូពេទ្យទេ ពីព្រោះករណីភាគច្រើនលើមនុស្សពេញវ័យជាជំងឺរបេងសួត ។

គោលដៅចំបងរបស់ សេចក្តីណែនាំជាតិស្តីពី ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ គឺការផ្តល់ :

- យុទ្ធសាស្ត្រ និងវិធីសាស្ត្រ ច្បាស់លាស់ សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ ។
- ការណែនាំអំពីវិធី ដើម្បីគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងកុមារ សំរាប់ទាំងការផ្ទុកមេរោគរបេង (**infection**) និងជំងឺរបេងសកម្ម (**disease**) ។
- វិធីសាស្ត្រ ដើម្បីជំរុញការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងគ្រប់គ្រងអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ។

II. អេពីដេមីសាស្ត្រ

១. សារៈសំខាន់សុខភាពសាធារណៈ

ជាទូទៅ ករណីជំងឺរបេងកុមារមានពី ៥ ទៅ ២០ ភាគរយ ក្នុងចំណោម ករណីជំងឺរបេងទាំងអស់ ដែលបានចុះក្នុងបញ្ជីកម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង (NTP) ហើយដែលមានការ អាស្រ័យទៅលើកំរិត អេពីដេមីសាស្ត្រ ទ្រង់ទ្រាយអាយុ របស់ប្រជាជន ឧបករណ៍សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ការស្រាវជ្រាវតាមដានអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង។ កុមារអាចកើតមានជំងឺរបេង នៅក្នុងអាយុណាមួយ ប៉ុន្តែជាញឹកញាប់ ពីអាយុ១ឆ្នាំ ដល់អាយុ ៥ ឆ្នាំ។

គោលបំណងសំខាន់របស់ កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេងកុមារ គឺដើម្បី :

- កាត់បន្ថយអត្រា ឈឺ និង ស្លាប់ ព្រមទាំង
- បង្កើនភាពទុកចិត្តលើ កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ។

២.វិធីចំលងជំងឺរបេងកុមារ

ប្រភពចំលងរោគនៃជំងឺរបេងកុមារ ជាធម្មតាគឺចេញមកពីមនុស្សពេញវ័យ ដែលមានជំងឺរបេងសួត វិជ្ជមានបេកា (ជាញឹកញាប់គឺជាសមាជិកគ្រួសារ) ។ កុមារកំរមានករណីរបេងសួតវិជ្ជមានបេកាណាស់ ។ ដូច្នេះពួកគេមិនងាយនឹងចំលងជំងឺនេះ ទៅដល់ក្មេងដទៃទេ។ កុមារក៏អាចឆ្លងមេរោគមីកូបាក់តេរីយូមបូវីស (Mycobacterium bovis) តាមរយៈការបរិភោគទឹកដោះគោ ដែលមិនបានសំលាប់មេរោគ ដែលបានមកពីគោកើតជំងឺរបេងផងដែរ។

៣.គ្រោះថ្នាក់ចំពោះការឆ្លងជំងឺរបេង (Risk of infection)

គ្រោះថ្នាក់ ចំពោះការឆ្លងជំងឺ ឬ អាំងហ្វិចស្យុង អាស្រ័យលើកំរិតនៃការប្រឈមមុខរបស់កុមារ ទៅនឹងតំណក់ទឹក ដែលមានមេរោគរបេង ជាពិសេសដោយសារការក្អក ។ ទារកដែលម្តាយរបស់ពួកគេមានជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ងាយទទួលនូវគ្រោះថ្នាក់ចំពោះការឆ្លងជំងឺណាស់ គឺចាប់តាំងពីពួកគេនៅជិតនឹងម្តាយ ដែលពួកគេបានស្រូបយកយ៉ាងច្រើននូវ តំណក់ទឹកដែលមានមេរោគរបេង។ ភស្តុតាងតែមួយគត់ សំរាប់ការឆ្លងជំងឺនេះគឺភាពវិជ្ជមាននៃការធ្វើតេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន ។ បើមានការប្រឈមមុខកាន់តែខ្លាំងទៅនឹងការឆ្លងជំងឺ នោះការកើតមានជាជំងឺរបេងសកម្ម ក៏មានកាន់តែច្រើនដែរ។

៤.គ្រោះថ្នាក់ ចំពោះការកើតជាជំងឺរបេងសកម្ម (Risk of developing disease)

ភាគច្រើន នៃកុមារដែលឆ្លងជំងឺរបេង (ផ្ទុកមេរោគរបេង) ប៉ុន្តែគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គ្រោះថ្នាក់ចំពោះការកើតជាជំងឺរបេងសកម្ម កើតឡើងចំពោះពួកគេ មានលក្ខណៈប្រហែលគ្នា នឹងមនុស្សពេញវ័យដែរ (5-10%) ។

ឱកាសសំរាប់ការកើតចេញជាជំងឺរបេងសកម្ម វាកើតមានឡើងក្នុងរយះពេលដ៏ខ្លីក្រោយការចំលង បន្ទាប់មកវានឹងធ្លាក់ចុះបន្តិចម្តងៗ ទៅតាមពេលវេលា ។ កុមារមានអាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំ ប្រឈមមុខគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ ចំពោះការកើតជាជំងឺរបេងសកម្ម ច្រើនជាងកុមារអាយុច្រើនជាង ។ ស្ថានភាពនៃការចុះថយប្រព័ន្ធការពារខ្លួនមានការទាក់ទងនឹងការវិវត្តន៍ ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគ (អាំងហ្វិចស្យុង) ទៅស្ថានភាពកើតជាជំងឺរបេងសកម្ម ជាពិសេសដោយសារការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺផ្សេងៗ ដូចជា កញ្ជ្រិល ក្អកមាន់ និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ដែលក្នុងករណីទាំងនេះ ឱកាស នៃការកើតជាជំងឺរបេងសកម្ម មានច្រើនជាងករណី ដែលកុមារមានប្រព័ន្ធការពារខ្លួនធម្មតា ។

៥.លក្ខណៈពិសេសគ្លីនិក

ប្រភេទជំងឺរបេងកុមារ ដែលកើតមានជាញឹកញាប់ គឺជំងឺរបេងក្រៅសួត ជាពិសេសគឺនៅក្នុងរង្វង់ដើមទ្រូង ។ ផលធៀបនៃជំងឺរបេងសួត ទៅនឹងជំងឺរបេងក្រៅសួតលើកុមារ ជាទូទៅមានប្រហែល ១:៣ ប៉ុន្តែអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកត្តាជាច្រើន ដូចជា កត្តាអាយុ លទ្ធភាពក្នុងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវអ្នករស់នៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ និងកត្តាហ្សែន (genetic) ជាដើម ។

ទំរង់ជាញឹកញាប់នៃជំងឺរបេងក្រៅសួត លើកុមាររួមមាន :

- របេងកូនកណ្តុរ
- របេងរលាកស្រោមខួរ
- របេងស្រោមសេរីរាង្គ (ស្រោមសួត ស្រោមបេះដូង និងស្រោមពោះវៀន) និង
- របេងឆ្អឹង

បែបបទ ឬ ផ្លូវនៃការឆ្លងជំងឺ និងដំណាក់កាលនៃការឆ្លងជំងឺបឋម (primary infection) វាមានភាពស្រដៀងគ្នារវាងមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ ។ ជំងឺរបេងកុមារ ជាទូទៅគឺជាជំងឺរបេងបឋម ។ ចំពោះកុមារមួយចំនួន មេរោគរបេងដែលបានចំលង នៅសំងំក្នុងខ្លួនមនុស្ស ដោយគ្មានចេញរោគសញ្ញា ហើយក្រោយមកវាអាចជាមូលហេតុកើតមានជំងឺរបេងក្រោយបឋម បន្ទាប់ពីការងើបឡើងវិញរបស់មេរោគរបេង ជាច្រើនឆ្នាំក្រោយមក ។

ជំងឺរបេងមីលីយែរ័ស្រួចស្រាវ មាន ឬគ្មានការរលាកស្រោមខួររួមផ្សំ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺរបេងក្រោយបឋម (post-primary) ជារឿយៗ វាកើតឡើងលើកុមារ ជាពិសេសកុមារមានអាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំ ។ រហូតដល់អាយុពេញវ័យ ការសាយភាយមេរោគតាមឈាម សង្កេតឃើញជាញឹកញាប់ ដែលបង្កើតជាជំងឺរបេង មីលីយែរ ។ ហើយប្រេវ៉ាឡង់ នៃរបេងសួត លើមនុស្សជំទង់កើនឡើងបន្តិចម្តងៗ ហើយនឹងកើតមានជំងឺរបេងសួត ដូចទៅនឹងមនុស្សពេញវ័យដែរ ។

III. រោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺរបេងកុមារ

១.សង្ខេបទិដ្ឋភាពសំខាន់ៗ

ដូចបានបញ្ជាក់ខាងដើមស្រាប់ ផ្អែកលើមូលដ្ឋានបច្ចេកវិទ្យា ដែលមាននាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ មានសភាពលំបាក ។ ជាគោលការណ៍ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ អាស្រ័យទៅលើ ការវាយតំលៃយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់លើភស្តុតាង ដែលបានមកពីការសាកសួរប្រវត្តិពីមុនមក ការត្រួតពិនិត្យគ្លីនិក និងការស្រាវជ្រាវផ្សេងៗ ដែលមានការពាក់ព័ន្ធ ដូចជាការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ការថតសួត និងការពិនិត្យកំហាក ដោយមីក្រូទស្សន៍ ជាដើម ។

ប្រមាណ១/៣នៃកុមារទាំងអស់ ដែលមានជំងឺរបេង កើតមានជំងឺរបេងសួត ។ ទោះបីជា ការអះអាងបាក់តេរីសាស្ត្រ សំរាប់ជំងឺរបេង នៅតែមិនទាន់អាចធ្វើបានគ្រប់ពេលក៏ដោយ ក៏វាគួរតែត្រូវបានធ្វើក្នុងករណីដែលអាចធ្វើបាន ។ ឧទាហរណ៍ : ការពិនិត្យកំហាកដោយមីក្រូទស្សន៍ សំរាប់កុមារសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងសួត ដែលមានអាយុល្មមអាចផ្តល់កំហាកបាន ។ ការព្យាបាលពិសោធន៍ តាមរយៈការផ្តល់ឱសថរបេង មិនត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារឡើយ ។ ការសំរេចចិត្តព្យាបាលកុមារ គួរតែត្រូវបានពិចារណាយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់ ហើយបើសំរេចចិត្តព្យាបាលដល់កុមារ គេត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយ វគ្គព្យាបាលពេញលេញ ។

១.១ កត្តាគ្រោះថ្នាក់ចំពោះជំងឺរបេង

កុមារភាគច្រើន ដែលមានប្រព័ន្ធការពារខ្លួនរឹងមាំ ជំងឺរបេងស្តែងឡើងនូវរោគសញ្ញាជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ បន្ទាប់ពីពួកគេរស់នៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេងសួត វិជ្ជមានបេកា ។ កត្តាគ្រោះថ្នាក់ចំពោះជំងឺរបេង មានដូចខាងក្រោម :

- អ្នករស់ក្នុងគ្រួសារតែមួយ ជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ដែលទើបធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថ្មីៗ
- អាយុតិចជាងប្រាំឆ្នាំ
- ការផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ

១.២ វិធីសាស្ត្រ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ

- ការសាកសួរប្រវត្តិ (ប្រវិត្តិនៃការនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង និងរោគសញ្ញាជំងឺ) (សូមអានសេចក្តីលំអិតនៅទំព័រទី ១៣)
- ការពិនិត្យគ្លីនិក (រាប់បញ្ចូលទាំងការវាយតំលៃលើភាពលូតលាស់រាងកាយ) (សូមអានសេចក្តីលំអិតនៅទំព័រទី ១៤ និង ១៥)

- តេស្តទុយប៊ែរគុយលីន លើស្បែក (សូមអានសេចក្តីលំអិតនៅទំព័រទី ១៥-១៧)
- ការអះអាងបាក់តេរីសាស្ត្រ ក្នុងករណីដែលអាចធ្វើបាន(សូមអានសេចក្តីលំអិតនៅទំព័រទី១៨)
- ការពិនិតស្រាវជ្រាវពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្ស័យថាមាន របេងសួត និង ក្រៅសួត (សូមអានសេចក្តីលំអិតនៅទំព័រទី ១៨-១៩)
- ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ (សូមអានសេចក្តីលំអិតនៅទំព័រទី ២០)

១.៣ លក្ខណះសំខាន់ៗជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង

ភាគច្រើន ការឆ្លង ឬ ផ្ទុកមេរោគរបេង (**infection**) អាចត្រូវបានស្តែងចេញ តាមរយះការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន។ ចំពោះទារក ការស្តែងចេញអាចមានលក្ខណៈស្រួចស្រាវជាងនេះ ដែលអាចមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរមើលទៅដូចជាជំងឺរលាកសួតស្រួចស្រាវ ហើយត្រូវបានគេសង្ស័យ ក្រោយពេលដែលបានទទួលថ្នាំផ្សះ(antibiotics) ហើយពុំមានភាពធូរស្រាល ។ ក្នុងស្ថានភាពនេះ ជាញឹកញាប់ ករណីជាប្រភពចំលងជំងឺ ត្រូវបានគេអាចកំណត់រកឃើញ ហើយដែលជាទូទៅ គឺជាម្តាយ ។

ក្នុងករណីដែលសំណាកគំរូ (ពិសេសកំហាក) ពុំអាចយកបាន ឬការពិនិត្យរកមេរោគរបេង ផ្តល់លទ្ធផលអវិជ្ជមាន ឬ ពុំមានលទ្ធផលវត្តមានចំណុចខាងក្រោមបី ឬ ច្រើន ផ្តល់យោបល់លើការកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ :

- រោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ ដែលជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង (សូមអានសេចក្តីលំអិត នៅទំព័រ ១៤)
- រោគសញ្ញាគ្លីនិក ដែលជំរុញយ៉ាងខ្លាំងអោយគិតដល់ជំងឺរបេង (សូមអានសេចក្តីលំអិតនៅទំព័រ ១៤)
- តេស្តទុយប៊ែរគុយលីនលើស្បែកវិជ្ជមាន ឬ អ្នកនៅជិតស្និតផ្ទាល់ជាមួយ នឹងអ្នកដែលមានករណីរបេងវិជ្ជមានបេកា ទើបធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថ្មីៗ (សូមអានសេចក្តីលំអិតនៅទំព័រ ១៥-១៨)
- រូបភាពនៃការថតសួត ជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង (សូមអានសេចក្តីលំអិត នៅទំព័រ ១៨)

១.៤ ប្រភេទជំងឺរបេង

កុមារទាំងឡាយមានជំងឺរបេង ត្រូវចុះឈ្មោះក្នុងបណ្តាញ កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេងជា:

- ជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា
- ជំងឺរបេងសួតអវិជ្ជមានបេកា
- ជំងឺរបេងក្រៅសួត

ព្រមទាំងជាករណីថ្មី ឬ ករណីដែលធ្លាប់ព្យាបាលពីមុន ។

១.៥ តើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើកុមារធ្វើនៅទីណា និងអ្នកណាមានតួនាទី ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ជំងឺរបេងលើកុមារ ត្រូវបានអនុញ្ញាតិអោយធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបាន នៅតែមន្ទីពេទ្យជាតិ និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកតែប៉ុណ្ណោះ គឺតាមរយៈគ្រូពេទ្យដែលបានបណ្តុះបណ្តាល ដោយកម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ទោះបីជាការព្យាបាល អាចត្រូវអនុញ្ញាតិអោយផ្តល់ ដោយបុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព បន្ទាប់ពីបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងបានបញ្ជូនដោយមន្ទីរពេទ្យជាតិ និងមន្ទីពេទ្យបង្អែកក៏ដោយ ។

២.វិធីសាស្រ្តក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

២.១. ការសាកសួរប្រវត្តិ (ប្រវិត្តិនៃការនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង និងរោគសញ្ញាជំងឺ)

ក. អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង

អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ត្រូវបានកំណត់ថា ជាអ្នករស់ក្នុងផ្ទះតែមួយ ឬអ្នកដែលមានទំនាក់ទំនងជា ញឹកញាប់ជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា (ឧទាហរណ៍ អ្នកថែរក្សាទារក ឬកុមារ)។

ពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នកនៅជិតស្និតជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ចំនុចខាងក្រោមមានសារៈសំខាន់ណាស់ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ :

- កុមារអាយុ ពី សូន្យ ទៅ ប្រាំ ឆ្នាំ និងលើសពីប្រាំឆ្នាំ ដែលមានចេញរោគសញ្ញា ហើយដែលរស់នៅជិតស្និតផ្ទាល់ជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេងសួត វិជ្ជមានបេកា ត្រូវតែទទួលការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង។
- ពេលដែលកុមារ (អាយុតិចជាង១៥ឆ្នាំ) ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺរបេង គេត្រូវតែខិតខំព្យាយាម រកអោយឃើញករណីជាប្រភពចំលងជំងឺ (មនុស្សពេញវ័យ ដែលមានជំងឺរបេងវិជ្ជមានបេកា) និងករណី អ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយអ្នកជំងឺដ៏ទៃទៀត ដែលមិនទាន់បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។
- បើសិនជាកុមារម្នាក់មានជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា អ្នកដែលនៅជិតស្និតជាមួយកុមារនោះ ត្រូវតែទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងគឺដូចជាករណីជំងឺរបេងវិជ្ជមានបេកាដទៃទៀត ផងដែរ។ កុមារត្រូវបានគេចាត់ទុកជាអ្នកចំលងជំងឺបាន បើសិនជាពួកគេមានជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ឬជំងឺរបេង ដែលមានដំបៅខ្ទងក្នុងសួត បង្ហាញដោយការថតសួត។

ខ. រោគសញ្ញា (រ៉ាំរ៉ៃ)

ក្នុងករណីជាច្រើន កុមារមានជំងឺរបេងសួត កើតមានរោគសញ្ញាយ៉ាងរ៉ាំរ៉ៃ ដែលជាទូទៅគឺមាន:

- **ក្អករ៉ាំរ៉ៃ:** ក្អមិនឈប់ឈរ ដែលមិនធូរស្បើយ ហើយដែលកើតមានលើសពី ពីរទៅ បីសប្តាហ៍ ។
- **គ្រុនក្តៅ:** សីតុណ្ហភាពក្នុងខ្លួនលើសពី ៣៨ ^{0}C អស់រយៈពេល១៤ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីមូលហេតុរួមផ្សេងៗ ដូចជា ជំងឺគ្រុនចាញ់ និងរលាកសួត ត្រូវបានផាត់ចោល ។
- **ស្រក់ទំងន់ ឬ មិនឡើងទំងន់:** ក្រៅពីការសាកសួរ ពីការស្រក់ទំងន់ និងភាពគ្មានការលូតលាស់ គេចាំបាច់ត្រូវពិនិត្យមើលតារាងលូតលាស់របស់កុមារ ផងដែរ ។

២.២. ការពិនិត្យគ្លីនិក (រាប់បញ្ចូលទាំងការវាយតំលៃនៃការលូតលាស់រាងកាយ)

គេពុំមានលក្ខណៈពិសេសជាក់លាក់ តាមការពិនិត្យគ្លីនិក ដែលអាចអះអាងថា ជាករណីជំងឺជំងឺរបេងសួតឡើយ ។ រោគសញ្ញាមួយចំនួន គឺជារោគសញ្ញាទូទៅ (ជំងឺផ្សេងក៏មានដែរ) ដែលគេគួរតែត្រូវជំរុញការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងកុមារ ។ សញ្ញាមិនជាទូទៅផ្សេងទៀត អាចជាសញ្ញាជំរុញយ៉ាងខ្លាំង អោយគិតដល់ជំងឺរបេងក្រៅសួត (ពោលគឺ ជំងឺរបេងសេរីរាង្គក្រៅពីសួត) ។ រោគសញ្ញាគ្លីនិកសំខាន់ៗ រួមមាន :

ក. សញ្ញាគ្លីនិក ជំរុញយ៉ាងខ្លាំងអោយគិតដល់ ជំងឺរបេងក្រៅសួត

- **គមខ្នង** ជាពិសេសទើបកើតមានថ្មី (ជាលទ្ធផលនៃជំងឺរបេងឆ្អឹងខ្នង)
- **ឡើងកូនកណ្តុរត្រង់ក:** រីកធំគ្មានការឈឺចាប់ ដែលមានហូរទឹករងៃ

ខ. រោគសញ្ញាគ្លីនិក ទាមទារការស្រាវជ្រាវ ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺរបេងក្រៅសួត

ស្ថិតនៅចំពោះមុខ រោគសញ្ញាដូចខាងក្រោម គេត្រូវព្យាយាមធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្សេងៗ ដើម្បីកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យ ឬ ផាត់ចោលជំងឺរបេងក្រៅសួត ។

- ជំងឺរលាកស្រោមខួរ មិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដោយថ្នាំផ្សះ ហើយដែលកើតឡើងមានលក្ខណៈស្រួចស្រាវបង្គួរ ឬក៏ការកើនឡើងនៅសំពាធខួរក្នុងក្បាល
- រលាកស្រោមសួត
- រលាកស្រោមបេះដូង
- ពោះប៉ោងធំ ដោយមានទាចទឹក
- ឡើងកូនកណ្តុររីកធំ ដោយគ្មានការឈឺចាប់ ដោយគ្មានហូរទឹករងៃ
- ហើមសន្លាក់សាច់ ដោយគ្មានការឈឺចាប់

- សញ្ញាមានការឆ្លើយតប ទៅនឹងតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ឧទាហរណ៍ : ជំងឺរលាកភ្នែក ប្រភេទ phlyctenular conjunctivitis, ឬ ស្នាមប្រតិកម្មក្រហមលើស្បែក ប្រភេទ erythema nodosum ជាដើម ។

ការបាត់បង់ទំងន់ ឬការមិនឡើងទំងន់ ដែលមានឯកសារជាសំអាង ជាពិសេសបន្ទាប់ពីបានទទួលការព្យាបាល ដោយកម្មវិធីកែលំអអាហាររូបត្ថម្ភ គឺជាការចង្អុលបង្ហាញដ៏ល្អសំរាប់ជំងឺឆ្លងរ៉ាំរ៉ៃលើកុមារ ដែលក្នុងនោះ អាចបណ្តាលមកពីជំងឺរបេង ។

ក្នុងករណីដែលជំងឺរបេង ត្រូវបានផាត់ចោល ជាលក្ខណៈប្រព័ន្ធ គេត្រូវផ្តល់ការថែទាំ ពាក់ព័ន្ធ នឹងបញ្ហាសុខភាពរបស់កុមារ ឧទារណ៍ ដូចជា ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ពាក់ព័ន្ធដ៏ទៃទៀត ឬ ការបញ្ជូនទៅសេវា ឬមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ពាក់ព័ន្ធ ។

២.៣. ការធ្វើតេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន

តេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន បានមកពីការធ្វើបន្សុតមេរោគរបេង ។ ដូចនេះ គេអាចហៅឈ្មោះកាត់វាម្យ៉ាងទៀតថា PPD (Purified Protein Derivative) ។ តេស្តទុយប៊ែរគុយលីន វិជ្ជមាន កើតឡើងនៅពេលដែលមនុស្សម្នាក់បានឆ្លងជំងឺរបេង (ឬផ្ទុកមេរោគរបេង : infection) ប៉ុន្តែ មិនបញ្ជាក់អំពីជំងឺរបេងសកម្មទេ (disease) ។ យ៉ាងណាក៏ដោយ តេស្តទុយប៊ែរគុយលីនក៏អាចប្រើផងដែរ សំរាប់ជាសមាសភាគរួមគ្នា ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង លើកុមារដែលមានរោគសញ្ញាសង្ស័យថាមានជំងឺរបេង ហើយវាត្រូវប្រើសំរាប់ភ្ជាប់ជាមួយ នឹងការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យដទៃទៀត ។ មានតេស្តទុយប៊ែរគុយលីនជាច្រើនប្រភេទ ប៉ុន្តែប្រភេទតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ Mantoux ជាប្រភេទតេស្ត ដែលត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ អោយប្រើប្រាស់ ។

ក. ការប្រើប្រាស់តេស្ត

បន្ទាប់ពីមានការឆ្លងជំងឺដោយមេរោគរបេង (មីកូបាក់តេរីយ៉ូម ទុយប៊ែរគុយឡូស៊ីស ឬហៅកាត់ថា បេកា) មនុស្សបានបង្កើតភាពឆ្លើយតប (hypersensitivity) ទៅនឹងតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ។ តេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន ដែលចាក់បញ្ចូលទៅក្នុងស្បែក នៃអ្នកដែលមានការឆ្លងជំងឺ (អាំងហ្វិចស្យុង) បង្កើតបានប្រតិកម្មលើស្បែកនឹងកន្លែង បន្ទាប់ពីរយៈពេលពី ២៤-៤៨ម៉ោង ។ ការវាស់វែងប្រតិកម្មនេះ ត្រូវបានទទួលដោយការវាស់វិជ្ជមាត្រ នៃកន្ទួលលើស្បែកនៅចំកន្លែងប្រតិកម្មបន្ទាប់ពី ៧២ ម៉ោងក្រោយមក ។ ប៉ុន្តែក្នុងករណី ដែលគេមិនអាចវាស់បាន នៅ ៧២ម៉ោងក្រោយ ការវាស់វែងនៅពេល ៩៦ ម៉ោង នៅតែអាចគួរអោយទុកចិត្តបាន ផងដែរ ។ ស្ថានភាពផ្សេងៗ អាចធ្វើអោយគ្មានប្រតិកម្មនេះ ។ ប្រតិកម្មលើស្បែកនេះ គ្រាន់តែអាចបង្ហាញថា បុគ្គលនោះបានឆ្លងមេរោគ (មីកូបាក់តេរីយ៉ូម) ប៉ុន្តែ វាមិនបានបញ្ជាក់ពីពេលវេលា នៃការឆ្លងមេរោគនេះឡើយ ។

តេស្តទុយប៊ែរគុយលីនវិជ្ជមាន មិនអាចបង្ហាញពីវត្តមាន ឬក៏រិតជំងឺរបេងទេ : វាគ្រាន់តែបង្ហាញពីការឆ្លង (ផ្ទុកមេរោគរបេង ឬអាំងហ្វិចស្យុង) ។

តេស្តទុយប៊ែរគុយលីន គួរតែមានលក្ខណៈស្តង់ដារ ចំពោះប្រទេសនីមួយៗដោយប្រើប្រាស់ ឯកតាតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ណាមួយៈ ចំនួន ៥ឯកតានៃ PPD-S (5 units) ឬ ចំនួន ២ឯកតា នៃ PPD RT23 (2 units) ព្រោះថាតេស្តទាំងនេះផ្តល់នូវ ប្រតិកម្មប្រហែលគ្នាលើកុមារដែលឆ្លងមេរោគរបេង។ បុគ្គលិកសុខាភិបាល ពាក់ព័ន្ធ ត្រូវទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ក្នុងការចាក់ និង អាន (ឬ បកប្រែ) តេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ។

តេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ត្រូវបានចាត់ទុកថាវិជ្ជមាន ក្នុងករណីដូចខាងក្រោម :

- ចំពោះកុមារប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ (រាប់ទាំងកុមារឆ្លងជំងឺអេដស៍ និងកុមារ ដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ឧទាហរណ៍ៈ មានសញ្ញាគ្លីនិកច្បាស់លាស់ថាមាន កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភប្រភេទ Marasmus or Kwashiorkor): ប្រតិកម្មកន្ទួលលើស្បែក មានវិជ្ជមាត្រ **ស្មើ ឬ ធំជាង ៥ មីលីម៉ែត្រ** ។

- គ្រប់កុមារដទៃទៀត (ពួកគេបានទទួលថ្នាំបង្ការ BCG ឬ គ្មាន) ប្រតិកម្មកន្ទួលលើស្បែក វិជ្ជមាត្រ **ស្មើ ឬ ធំជាង ១០ មីលីម៉ែត្រ** ។

ខ. តំលៃនៃតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន

ការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីនលើស្បែក អាចប្រើប្រាស់សំរាប់ពិនិត្យស្រាវជ្រាវ (Screen) កុមារ ដែលប្រឈមមុខនឹងជំងឺរបេង (ដូចជាអ្នករស់នៅជិតស្និទ្ធផ្ទាល់នឹងអ្នកជំងឺរបេង) ទោះបីជាកុមារក៏នៅអាចទទួលការប្រើថ្នាំបង្ការជំងឺរបេង (**chemoprophylaxis**) ប្រសិនបើពុំមានការធ្វើ តេស្តទុយប៊ែគុយលីន លើស្បែកក៏ដោយ ។

ការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីនលើស្បែក មានប្រយោជន៍លើកុមារ ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដើម្បីកំណត់រកកុមារដែលមានផ្ទុកមេរោគទាំងពីរ របេងនិងអេដស៍ ដើម្បីជាជំនួយ ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មានតែកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តទុយប៊ែរគុយលីនលើស្បែកវិជ្ជមាន ព្រោះថា មានតែប្រព័ន្ធការពារខ្លួនធម្មតាប៉ុណ្ណោះ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន ចំណែកឯកុមារផ្ទុកជំងឺអេដស៍ភាគច្រើន មានប្រព័ន្ធការពារខ្លួនចុះអន់ថយយ៉ាងខ្លាំង ។

ការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីនលើស្បែក អាចមានលទ្ធផលជាកំហុសវិជ្ជមាន និងកំហុសអវិជ្ជមាន។ មូលហេតុដែលអាចកើតមានចំពោះលទ្ធផលនេះ បង្ហាញនៅក្នុងតារាងទី១ នៅទំព័រទី ១៧។ ជួនកាលវាមានប្រយោជន៍ ក្នុងការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន លើស្បែកម្តងទៀត នៅពេលដែលស្ថានភាពកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ត្រូវបានកែលំអ ឬក៏ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ (ជំងឺរបេង) ត្រូវបានដោះស្រាយ ព្រោះថា ពេលដំបូងពួកគេអាចមាន តេស្តទុយប៊ែរគុយលីនលើស្បែកជាអវិជ្ជមាន ប៉ុន្តែលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន នឹងកើតឡើង បន្ទាប់ពីការព្យាបាលបាន ពីរ បីខែ ក្រោយមក ។
អវិជ្ជមាន តេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន លើស្បែក មិនមែនមានន័យថា កុមារពុំមានជំងឺរបេងនោះឡើយ។

តារាងទី១: មូលហេតុនៃការធ្វើតេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន លើស្បែក មានលទ្ធផលវិជ្ជមានមិនពិត និងអវិជ្ជមានមិនពិត

មូលហេតុនៃការធ្វើតេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន លើស្បែក វិជ្ជមានមិនពិត	មូលហេតុនៃការធ្វើតេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន លើស្បែកអវិជ្ជមានមិនពិត
-ការចាក់ និងការបកប្រែតេស្តមិនត្រឹមត្រូវ -ការផ្ទុកមេរោគអេសដី -ការរក្សាទុក តេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន មិនសមស្រប -ការឆ្លងមេរោគ វីរុសផ្សេងៗ (ឧទាហរណ៍: កញ្ជ្រិល និង Varicella) -ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ដោយថ្នាំបង្ការមានមេរោគវីរុស នៅរស់ (ក្នុង៦ សប្តាហ៍) : កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ -ការឆ្លងមេរោគបាក់តេរី (ឧទាហរណ៍:គ្រុនពោះវៀន ឃ្លង់ និង pertussis) -ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ដែលអាចធ្វើអោយប្រព័ន្ធការពារខ្លួនចុះថយ (ឧទាហរណ៍ : corticosteroids) -អ្នកជំងឺជាទារក -ប្រព័ន្ធការពារខ្លួនខ្សោយបឋម (ពីដំបូង) -ជំងឺជាលិកា lymphoid (ឧទាហរណ៍ : ជំងឺ Hodgkin . lymphoma, leukaemia, sarcoidosis) - ស្ថានភាពក៏រិត ប្រូតេអ៊ីន ទាប - ជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ	- ការបកប្រែតេស្តខុស - ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ.សេ.ហ្សេ (BCG) - ការឆ្លងជំងឺ nontuberculous myobacteria

២.៤.ការអះអាងបាក់តេរីសាស្ត្រ ក្នុងករណីដែលអាចធ្វើបាន

ជានិច្ចជាកាល គេគប្បីធ្វើការអះអាងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ ដោយការប្រើមន្ទីរពិសោធន៍ និងសំណាកគំរូ (វត្ថុវិភាគ) ដែលមាន។ សំណាកគំរូដ៏សមស្រប ពីកន្លែង ដែលសង្ស័យថា អាចមានការពាក់ព័ន្ធ ត្រូវតែបានទទួលការពិនិត្យមីក្រូទស្សន៍ និងចំពោះកន្លែងដែលមានលទ្ធភាព គេគប្បីធ្វើការបណ្តុះមេរោគ និងការពិនិត្យជាលិការោគសាស្ត្រ។ សំណាកគំរូសមស្របរួមមាន: កំហាក ,ទឹកលាងក្រពះ និងវត្ថុវិភាគផ្សេងទៀត ឧទាហរណ៍: ជាលិកាកូនកណ្តុរ និង កន្លែងផ្សេងទៀតដែលបានច្រិបយកមកវិភាគ ។ ការបូមដោយម្ជុលតូចឆ្មារ នៃកូនកណ្តុរដែលរីកធំ ដើម្បីធ្វើការបំពាក់ពណ៌ រកមេរោគរបេង នឹងពិនិត្យជាលិកាសាស្ត្រ ត្រូវបានរកឃើញថា ជាមធ្យោបាយស្រាវជ្រាវមានប្រយោជន៍ ដែលផ្តល់លទ្ធផល បាក់តេរីសាស្ត្រ ខ្ពស់ ។

ក្នុងចំណោមកុមារជាច្រើន ជាពិសេសកុមារមានអាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំ ការយកកំហាកមានការពិបាក ហើយភាគច្រើននៃកុមារទាំងនោះ គឺមានអវិជ្ជមានបេកា ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏កុមារដែលអាចផ្តល់នូវសំណាកគំរូមួយបាន គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ សំរាប់បញ្ជូនវត្ថុវិភាគនេះ ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យមីក្រូទស្សន៍ ហើយនិងធ្វើការបណ្តុះមេរោគ បើមានលទ្ធភាព ។

២.៥.ការស្រាវជ្រាវ ពាក់ព័ន្ធនឹងករណីសង្ស័យជំងឺរបេងសួត និងក្រៅសួត

ក. ករណីសង្ស័យជំងឺរបេងសួត

ការថតសួត មានសារៈប្រយោជន៍ដល់ ការវិភាគរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ ។ ដើម្បីអោយការវាយតំលៃបានសមស្រប ការថតសួតត្រូវមានគុណភាព ហើយត្រូវអានដោយអ្នកបច្ចេកទេសវិទ្យុសាស្ត្រ ឬបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅក្នុងការអាន (ឬបកប្រែ)។ ករណីភាគច្រើននៃកុមារមានជំងឺរបេងសួត មានរូបភាពថតសួតបង្ហាញភាពប្រែប្រួល ជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង។ រូបភាពសង្កេតឃើញជាញឹកញាប់ គឺស្នាមស្រអាប់ (**Opacification**) លើសួត រួមជាមួយនឹងការរីកសណ្តង់សួត ។ បែបផែនរូបភាពស្រអាប់ បែបរបេងមីលីយែរ (សុះពេញសួត) លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង ។ ហើយអ្នកជំងឺរបេងដែលមានរូបភាពស្រអាប់សួត ដែលមិនបានធូរស្រាល បន្ទាប់ពីបានប្រើប្រាស់ថ្នាំផ្សះ អង់ទីប៊ីយ៉ូតិច)ត្រូវតែស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង។ អ្នកជំងឺរីយពេញជំទង់ មានភាពប្រែប្រួលនៃរូបភាពថតសួត ស្រដៀងទៅនឹងអ្នកជំងឺពេញវ័យដែរ ដែលមានដូចជា រូបភាពទឹកក្នុងស្រោមសួត និងស្នាមជ្រៀបស្រអាប់ (**infiltrates**) នៅកំពូលសួត ដែលជាគំរូ ដែលសង្កេតឃើញមានជាញឹកញាប់ ។ ដូចនេះ ការបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកសុខាភិបាលពាក់ព័ន្ធ ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ ស្តីពីការបកប្រែរូបភាពវិទ្យុសាស្ត្រ មានសារៈសំខាន់បំផុត ។

ខ. ករណីសង្ស័យរបេងក្រៅសួត

តារាងទី២ បង្ហាញនូវការស្រាវជ្រាវដែលជាទូទៅអនុវត្ត ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួត ។ ភាគច្រើននៃករណីទាំងនេះ ជំងឺរបេងត្រូវបានសង្ស័យ ដោយការពិនិត្យគ្លីនិក និងអះអាងដោយជាលិកាសាស្ត្រ និងការស្រាវជ្រាវ ពិសេសផ្សេងទៀត ។

តារាងទី ២ : ជំងឺរបេងក្រៅសួត ដែលជួបប្រទះជាញឹកញាប់លើកុមារ

កន្លែង	វិធីសាស្ត្រជាក់ស្តែង សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ
កូនកណ្តុរ (ពិសេសត្រង់ក)	ការច្រិបជាលិកាកូនកណ្តុរ ឬ ការចោះបឺតដោយម្ជុលតូច
ជំងឺរបេង មីលីយែរ (ឧទាហរណ៍ : ជំងឺរបេងសាយភាយគ្រប់កន្លែង)	ការថតសួត និង បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង (ដើម្បីកំណត់រកជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាល) CXR and Lumbar Puncture
ជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរក្បាល	បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង (និងស្កាន័រ បើមាន) Lumbar Puncture (and computerized tomography where available)
រលាកស្រោមសួត (ក្មេងធំល្មម និង ពេញជំទង់)	ការថតសួត , បូមទឹកស្រោមសួត សំរាប់ការវិភាគ គីមីសាស្ត្រ (ប្រូតេអ៊ីន និងជាតិស្ករ) ការរាប់កោសិកាឈាម និងបណ្តុះមេរោគ
របេងក្នុងពោះ (ឧទាហរណ៍ : ស្រោមពោះវៀន)	អេកូសាស្ត្រ ពោះ និងបូមទឹកស្រោមពោះ abdominal ultrasound and ascitic tap
របេងឆ្អឹង	ថតសួត បូមទឹកសន្លាក់ ឬ ច្រិបជាលិកាសន្លាក់ CXR, Joint tap or synovial biopsy
របេងស្រោមបេះដូង	អេកូសាស្ត្រ នឹងបូមទឹកស្រោមបេះដូង Ultraound and pericardial tap

គ. តេស្តផ្សេងៗ

ការធ្វើតេស្តវិភាគបែបសេរ៉ូសាស្ត្រ និងអាស៊ីតនុយក្លេអ៊ិច (ឧទាហរណ៍:polymerase chain reaction) មិនត្រូវបានផ្តល់ ជាអនុសាសន៍ សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារឡើយ ព្រោះថា តេស្តទាំងនោះ ត្រូវបានគេសិក្សាពុំទាន់បានគ្រប់គ្រាន់លើកុមារ ហើយចំពោះការសិក្សា ដែលបានធ្វើថ្មីៗនេះ តេស្តទាំងនោះផ្តល់លទ្ធផលពុំល្អប្រសើរឡើយ ។ យ៉ាងណាក៏ដោយ នេះគឺជាផ្នែកមួយ ដែលទាមទារការសិក្សាស្រាវជ្រាវ (research) ថែមទៀត ដែលអាចថាតេស្តផ្សេងៗនេះអាចផ្តល់ប្រយោជន៍នៅពេលអនាគត ។ ការធ្វើតេស្តឯកទេសផ្សេងទៀត ដូចជា ស្កាន័រទ្រូង ឬ សួត (computerized chest tomography) និងការឆ្លុះទងសួត (bronchoscopy) មិនត្រូវបានគេផ្តល់ជាអនុសាសន៍ សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារទេ ។

២.៦.តេស្តរកមេរោគអេដស៍

នៅក្នុងតំបន់ ដែលមានប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺអេដស៍ខ្ពស់ នៅក្នុងចំណោមប្រជាជនទាំងអស់ ដែលជាកន្លែងភាគច្រើន មានការឆ្លងរោគរបេងនិងអេដស៍កើតឡើងរួមគ្នា ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ គប្បីត្រូវធ្វើលើគ្រប់អ្នកជំងឺរបេងទាំងអស់ ដែលជាផ្នែកមួយសំរាប់ការគ្រប់គ្រងជំងឺជាប្រចាំ ។ កម្ពុជា អាចត្រូវនៅចាត់ថ្នាក់ចូលក្នុងប្រភេទខាងលើនេះ ពោលគឺ គ្រប់កុមារសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងត្រូវផ្តល់អនុសាសន៍ ក្នុងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។ ចំណែកតំបន់ដែលមានប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺអេដស៍ទាប ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ លើអ្នកជំងឺរបេង គប្បីត្រូវធ្វើចំពោះអ្នកជំងឺរបេងណា ដែលមានរោគសញ្ញាឬសញ្ញា ដែលមានលក្ខណៈពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ព្រមទាំងអ្នកជំងឺរបេង ដែលមានប្រវត្តិបង្ហាញពីគ្រោះថ្នាក់ប្រឈមមុខ នឹងជំងឺអេសដ៏ ។

ពត៌មានស្តីពីស្ថានភាព នៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារកំពុងទទួលការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ រកជំងឺរបេងមានសារៈសំខាន់ណាស់ ព្រោះថា វាពុំគ្រាន់តែមានប្រយោជន៍ សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងនោះទេ (ជាកត្តាគ្រោះថ្នាក់ ចំពោះការកើតជំងឺ) វាក៏សំខាន់ផងដែរ សំរាប់ការថែទាំព្យាបាល ទាក់ទងទៅនឹងការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជំងឺ អេដស៍ ដែលរាប់បញ្ចូលទាំង ការប្រើថ្នាំបង្ការ ដោយ កូទ្រីម (CPT) និងថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

២.៧.និយមន័យ ស្តង់ដារ សំរាប់ជំងឺរបេងកុមារ

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង សំដៅទៅលើការកំណត់រកករណីជំងឺសកម្ម ពោលគឺ អ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញា (ដោយសារមេរោគ បេកា) ។ ក្រៅពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង ប្រភេទនៃករណីជំងឺរបេង ក៏ត្រូវតែកំណត់ផងដែរ ដើម្បីជួយអោយការព្យាបាលអនុវត្តបានសមស្រប និងលទ្ធផលនៃការព្យាបាល ទទួលបានការវាយតំលៃសមស្រប ។

និយមន័យនៃករណី ត្រូវបានកំណត់ដោយផ្អែកលើៈ ទី១ៈ កន្លែង ឬសរីរាង្គដែលមានជំងឺ ទី២ៈ លទ្ធផលតេស្តបាក់តេរីសាស្ត្រ ទី៣ៈ ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃ ជំងឺរបេង និងទី៤ៈ ប្រវត្តិនៃការព្យាលបាលជំងឺរបេងពីមុន ។ កុមារទាំងអស់ដែលមានជំងឺរបេង ត្រូវតែបានចុះឈ្មោះចូលក្នុង បញ្ជីបណ្តាញកម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ជាជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេការបេងសួតអវិជ្ជមានបេកា និងរបេងក្រៅសួត ព្រមទាំង ជាករណីជំងឺថ្មី ឬ ករណីជំងឺដែលបានព្យាលបាលពីមុនមក ។

និយមន័យ ស្តង់ដារមានដូចខាងក្រោម:

របេងសួតវិជ្ជមានបេកា

លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគឺ :

- ការពិនិត្យកំហាកវិជ្ជមានបេកា យ៉ាងតិច២ដង ឬ
- ការពិនិត្យកំហាកវិជ្ជមានបេកាម្តង និងបូកបន្ថែមភាពមិនប្រក្រតី នៃរូបភាពថតសួត បង្ហាញលំនាំរបេងសួតសកម្ម ដែលបានកំណត់ដោយគ្រូពេទ្យ ឬ
- ការពិនិត្យលើកំហាកវិជ្ជមាន បេកា ម្តង និងបូកបន្ថែមការបណ្តុះមេរោគវិជ្ជមាន ។

មនុស្សពេញជំទង់ ឬកុមារក្នុងអាយុណាមួយ ដែលមានជំងឺ ដែលមានផលវិបាកទាក់ទិននឹងសរីរាង្គក្នុងទ្រូង (Complicated intra-thoracic disease) ជាទូទៅមានជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមាន បេកា ។

របេងសួតអវិជ្ជមានបេកា

ករណីរបេងសួតដែលពុំមានលក្ខណៈ ដូចក្នុងនិយមន័យខាងលើ ត្រូវចាត់ទុកជារបេងសួតអវិជ្ជមានបេកា។ គឺជាករណីទាំងឡាយ ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងករណី ដែលពុំមានលទ្ធផលពីការពិនិត្យកំហាក ដែលជាករណីកំរមានលើ មនុស្សពេញវ័យ ប៉ុន្តែជាញឹកញាប់បង្គួរ សង្កេតឃើញមាននៅលើកុមារ។

ដើម្បីរក្សាការអនុវត្តន៍ផ្នែកសុខភាពសាធារណៈ និងគ្លីនិកដ៏ល្អប្រសើរ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសួតអវិជ្ជមានបេកា ត្រូវរាប់បញ្ចូលចំណុចខាងក្រោម :

- យ៉ាងហោចណាស់ ការពិនិត្យកំហាកអវិជ្ជមាន បេកា ៣ដង **និង**
- ភាពមិនប្រក្រតីនៃរូបភាពថតសួត បង្ហាញលំនាំរបេងសួតសកម្ម **និង**
- គ្មានការឆ្លើយតបទៅនឹង ការព្យាបាលដោយថ្នាំផ្សះ ១វគ្គ **និង**
- ការសំរេចចិត្តពីគ្រូពេទ្យ ដើម្បីព្យាលបាលដោយឱសថរបេង ពេញមួយវគ្គ ។

របេងក្រៅសួត

កុមារណាដែលមានតែជំងឺរបេងក្រៅសួត ត្រូវបានចាត់ចូលចំណាត់ថ្នាក់នេះ ។ កុមារដែលមានទាំងពីរជំងឺរបេងសួត និងរបេងក្រៅសួតផង ត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជាករណីជំងឺរបេងសួត ។

របេងសុាំនឹងថ្នាំ

កុមារទាំងឡាយងាយនឹងទទួលរងនូវ ជំងឺសុាំនឹងថ្នាំ ដូចជា ការងាយទទួលរងនូវនឹងជំងឺរបេង មិនសុាំនឹងថ្នាំផងដែរ ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសុាំថ្នាំ គឺវាផ្អែកលើវិធីសាស្ត្រ មន្ទីរពិសោធន៍ ។

គេត្រូវសង្ស័យថា ជាករណីជំងឺរបេងសុាំនឹងថ្នាំ បើសិនជាមានលក្ខណៈណាមួយ ដូចខាងក្រោមៈ

១. លក្ខណៈរបស់ករណីជាប្រភពចំលង ដែលនាំអោយគិតដល់ករណីរបេងសុាំនឹងថ្នាំ

- អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹង ករណីជំងឺរបេងសុាំនឹងថ្នាំ ដែលបានដឹងហើយ
- ភាពនៅតែវិជ្ជមានបេកា បន្ទាប់ពីការព្យាលបាលអស់រយៈពេល ៣ ខែហើយ
- ប្រវត្តិមានការព្យាបាលជំងឺរបេង ពីមុន
- ប្រវត្តិនៃការព្យាបាលពុំចប់សព្វគ្រប់

២. លក្ខណៈរបស់កុមារដែលសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងសុាំនឹងថ្នាំ

- អ្នកនៅជិតស្និតជាមួយ នឹងអ្នកដែលមានករណីជំងឺរបេងសុាំនឹងថ្នាំ ដែលបានដឹងហើយ
- គ្មានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថរបេង
- ការកើតឡើងជំងឺរបេងឡើងវិញ បន្ទាប់ពីបានប្រកាន់ភ្ជាប់ការព្យាបាល

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបេងសុាំនឹងថ្នាំលើកុមារ មានភាពស្មុគស្មាញណាស់ ហើយគួរត្រូវបានអនុវត្តនៅមន្ទីរពេទ្យ ដែលជ្រើសរើសដោយកម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ។ នាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ នៅកម្ពុជា មានតែមន្ទីរពេទ្យតែមួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះ ដែលមានបំពាក់សមត្ថភាព ដែលអាចគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងសុាំនឹងថ្នាំបាន។ កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេងមានផែនការ ដើម្បីពង្រីកបន្ថែមសេវានេះ ក្នុងពេលអនាគតដ៏ឆាប់ ។

សង្ខេប : ធ្វើយ៉ាងដូចម្តេច ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ?

វិធីសាស្រ្ត សំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ

- ការសាកសួរប្រវត្តិ (រាប់បញ្ចូលទាំង ប្រវត្តិនៃការនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង និងរោគសញ្ញាជំងឺ)
- ការពិនិត្យគ្លីនិក (រាប់បញ្ចូលទាំងការវាយតំលៃលើភាពលូតលាស់រាងកាយ)
- តេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន លើស្បែក
- ការអះអាង បាក់តេរីសាស្រ្ត ក្នុងករណីដែលអាចធ្វើបាន
- ការស្រាវជ្រាវពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្ស័យថា មានរបេងសួត និង ក្រៅសួត
- តេស្តរកមេរោគអេដស៍

ក្នុងករណីសំណាកគំរូ (ពិសេសកំហាក) ពុំអាចយកបាន ឬលទ្ធផលពិនិត្យរកមេរោគរបេង អវិជ្ជមាន ឬ ពុំមានលទ្ធផលវត្តមានចំណុចខាងក្រោមបី ឬ ច្រើន ផ្តល់យោបល់លើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារៈ

- រោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ ដែលជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង
- រោគសញ្ញាគ្លីនិក ដែលជំរុញយ៉ាងខ្លាំងអោយគិតដល់ជំងឺរបេង
- តេស្តទុយប៊ែរគុយលីន លើស្បែកវិជ្ជមាន ឬ អ្នកនៅជិតស្និតជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង វិជ្ជមាន បេកា ទើបធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថ្មីៗ
- រូបភាពនៃការថតសួត ជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង

IV. ការព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ

១. គោលដៅចំបងសំរាប់ការព្យាបាលជំងឺរបេង

ជំពូកនេះ ចែងសំខាន់តែការព្យាបាល និងរូបមន្តព្យាបាលសំរាប់ជំងឺរបេងសកម្ម ។ ការព្យាបាលនៃ អាំងហ្វិចស្យុង មានចែងនៅ ជំពូក V ក្នុងទំព័រទី ៣៤ ។

គោលដៅចំបង សំរាប់ការព្យាបាលដោយឱសថរបេងគឺៈ

- ព្យាបាលជំងឺរបេងអោយជាសះស្បើយ(ដោយលុបបំបាត់មេរោគរបេង ដោយឆាប់រហ័ស)
- ទប់ស្កាត់ការស្លាប់ពីជំងឺរបេងសកម្ម ឬផលវិបាកក្រោយទៀត
- ទប់ស្កាត់ការលាប់ជំងឺរបេង (តាមរយៈការលប់បំបាត់មេរោគរបេងដែលសម្ងំស្ងៀមនៅក្នុងខ្លួន)
- ទប់ស្កាត់ការកើតមាននៃភាពស៊ាំនឹងថ្នាំ (តាមរយៈការប្រើប្រាស់ការគួបផ្សំថ្នាំច្រើនមុខ)
- កាត់បន្ថយការឆ្លងជំងឺរបេងទៅអ្នកដទៃទៀត

២. រូបមន្តព្យាបាល

ការព្យាបាលដោយឱសថរបេង ចែកចេញជាពីរដំណាក់កាលគឺ ដំណាក់កាលដំបូង និងដំណាក់កាលបន្ត ។ ដំណាក់កាលដំបូងគឺដំណាក់កាលមួយ សំរាប់លុបបំបាត់មេរោគអោយអស់ច្រើន ដើម្បីបង្ការការលេចចេញនៃភាពស៊ាំទៅនឹងថ្នាំ។ ដំណាក់កាលនេះត្រូវប្រើ ចំនួនថ្នាំច្រើនជាង ដំណាក់កាលបន្ត ។ គោលបំណងនៃដំណាក់កាលបន្ត គឺការបំបាត់មេរោគ ដែលសម្ងំនៅស្ងៀមនៅក្នុងខ្លួន។ ថ្នាំចំនួនតិចជាងត្រូវបានប្រើ នៅក្នុងតំណាក់កាលនេះ ពីព្រោះតែភាពគ្រោះថ្នាក់ ចំពោះការស៊ាំនឹងថ្នាំធ្លាក់ចុះ ដោយហេតុថាមេរោគភាគច្រើន ត្រូវបានកំចាត់ចោលរួចរាល់ហើយ ។ តារាងទី ៣ បង្ហាញអំពីឱសថរបេងជួរទី១ និងកំរិតប្រើប្រាស់ ។

តារាងទី ៣ : កំរិតប្រើប្រាស់ឱសថរបេងជួរទី១ សំរាប់មនុស្សចាស់ និងកុមារ

ថ្នាំ	កំរិតថ្នាំ	
	កំរិតប្រចាំថ្ងៃ និងការប្រែប្រួល	អតិបរិមា
	(ម.ក្រ/គ.ក្រ ទំងន់)	ម.ក្រ
អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ **Isoniazid**	៥ (៤-៦)	៣០០
រីហ្វាំពីស៊ីន **Rifampicin**	១០ (៨-១២)	៦០០
ពីរ៉ាស៊ីណាមីដ **Pyrazinamide**	២៥ (២០-៣០)	
អេតំប៊ុយតុល **Ethambutol**	កុមារ : ២០(១៥-២៥) មនុស្សចាស់ : ១៥(១៥-២០)	
ស្ត្រិបតូមីស៊ីន **Streptomycin**	១៥ (១២-១៨)	

រូបមន្តព្យាបាលដែលបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ សំរាប់ប្រភេទរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងនីមួយៗ ជាទូទៅមានលក្ខណៈដូចគ្នា ចំពោះកុមារនឹងមនុស្សចាស់ ។

រូបមន្តប្រភេទទី ១: ប្រើសំរាប់: - របេងសួតវិជ្ជមានបេកាថ្មី

- របេងសួតអវិជ្ជមានបេកាថ្មីដែលមានដំបៅសួតធ្ងន់ធ្ងរ
- របេងក្រៅសួតសណ្ឋានធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទាហរណ៍:រោគរបេងក្នុងពោះ ឬ ឆ្អឹង/សន្លាក់)
- ជំងឺរបេង-អេដស៍

រូបមន្តប្រភេទទី១: 2RHZE / 4RH

ទំងន់មុនពេលព្យាបាល (គ.ក្រ)	ដំណាក់ការដំបូង (០២ ខែ)		ដំណាក់ការបន្ត (០៤ ខែ)
	RHZ (60 ម.ក្រ +30 ម.ក្រ +150 ម.ក្រ)	E (400 ម.ក្រ)	RH (60 ម.ក្រ +30 ម.ក្រ)
≤7	1 (គ្រាប់)	140 ម.ក្រ (1/3 គ្រាប់ ឬ 3.5 ម.ល)	1 (គ្រាប់)
8-9	1.5 (គ្រាប់)	170 ម.ក្រ (2/5 គ្រាប់ ឬ 4.5 ម.ល)	1.5 (គ្រាប់)
10-14	2 (គ្រាប់)	240 ម.ក្រ (3/5 គ្រាប់ ឬ 6 ម.ល)	2 (គ្រាប់)
15-19	3 (គ្រាប់)	350 ម.ក្រ (4/5 គ្រាប់ ឬ 8.5 ម.ល)	3 (គ្រាប់)
20-24	4 (គ្រាប់)	400 ម.ក្រ (1 គ្រាប់ ឬ ១០ ម.ល)	4 (គ្រាប់)
24-29	5 (គ្រាប់)	500 ម.ក្រ (1+1/4 គ្រាប់ ឬ ១២.៥ ម.ល)	5 (គ្រាប់)
កំរិតជាតិថ្នាំក្នុង ១ថ្ងៃ ម.ក្រ/គ.ក្រ	R : 10 ម.ក្រ , H: 5 ម.ក្រ Z : 25 ម.ក្រ	20 ម.ក្រ	R :10 ម.ក្រ H : 5 ម.ក្រ

ជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរ និងជំងឺរបេង មីលីយែរទាមទារនូវរូបមន្តព្យាបាលជាពិសេស (សូមអានលំអិតនៅផ្នែកទី ៤ ក្នុងទំព័រ ៣១ និងឧបសម្ព័ន្ធនៅទំព័រទី៥១)

រូបមន្តប្រភេទទី១ (របេងរលាកស្រោមខួរ ឬ ជំងឺរបេង មីលីយែរ): 2RHZS / 4RH

ទំងន់មុនពេលព្យាបាល (គ.ក្រ)	ដំណាក់ការដំបូង (០២ ខែ)		ដំណាក់ការបន្ត (០៤ ខែ)
	RHZ (60 ម.ក្រ +30 ម.ក្រ +150 ម.ក្រ)	S (1000 ម.ក្រ)	RH (60 ម.ក្រ +30 ម.ក្រ)
≤7	1 (គ្រាប់)	100 ម.ក្រ	1 (គ្រាប់)
8-9	1.5 (គ្រាប់)	120 ម.ក្រ	1.5 (គ្រាប់)
10-14	2 (គ្រាប់)	180 ម.ក្រ	2 (គ្រាប់)
15-19	3 (គ្រាប់)	250 ម.ក្រ	3 (គ្រាប់)
20-24	4 (គ្រាប់)	330 ម.ក្រ	4 (គ្រាប់)
24-29	5 (គ្រាប់)	400 ម.ក្រ	5 (គ្រាប់)
កំរិតជាតិថ្នាំក្នុង ១ថ្ងៃ ម.ក្រ/គ.ក្រ	R : 10 ម.ក្រ , H: 5 ម.ក្រ Z : 25 ម.ក្រ	15 ម.ក្រ	R :10mg H : 5mg

រូបមន្តប្រភេទទី ២ : ជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ដែលបានព្យាបាលពីមុនៈ

- ករណីរបេងលាប់
- ករណីរបេងត្រឡប់មកវិញ ក្រោយការលះបង់
- ករណីរបេងបរាជ័យ

រូបមន្តប្រភេទទី២ : 2RHZES / 1RHZE/ 5 RHE

ទំងន់មុនពេលព្យាបាល (គ.ក្រ)	ដំណាក់ការដំបូង (០៣ ខែ)					ដំណាក់ការបន្ត (០៥ ខែ)	
	០១ ខែ ទៅ ០២ ខែ			០៣ ខែ		ខែទី ០៤ ទៅ ខែ ០៨	
	RHZ (60ម.ក្រ+ 30 ម.ក្រ + 150 ម.ក្រ)	E (400ម.ក្រ)	S (1000 ម.ក្រ)	RHZ (60 ម.ក្រ + 30 ម.ក្រ + 150 ម.ក្រ)	E (400 ម.ក្រ)	RH (60 ម.ក្រ + 30 ម.ក្រ)	E (400ម.ក្រ)
≤7	1(គ្រាប់)	140 ម.ក្រ (1/3 គ្រាប់ ឬ 3.5ម.ល)	100 ម.ក្រ	1(គ្រាប់)	140 ម.ក្រ (1/3 គ្រាប់ ឬ 3.5ម.ល)	1(គ្រាប់)	140 ម.ក្រ (1/3 គ្រាប់ ឬ 3.5ម.ល)
8-9	1.5(គ្រាប់)	170 ម.ក្រ (2/5 គ្រាប់ ឬ 4.5ម.ល)	120 ម.ក្រ	1.5(គ្រាប់)	170 ម.ក្រ (2/5 គ្រាប់ ឬ 4.5ម.ល)	1.5(គ្រាប់)	170 ម.ក្រ (2/5 គ្រាប់ ឬ 4.5ម.ល)
10-14	2(គ្រាប់)	240 ម.ក្រ (3/5 គ្រាប់ ឬ 6ម.ល)	180 ម.ក្រ	2(គ្រាប់)	240 ម.ក្រ (3/5 គ្រាប់ ឬ 6ម.ល)	2(គ្រាប់)	240 ម.ក្រ (3/5 គ្រាប់ ឬ 6ម.ល)
15-19	3(គ្រាប់)	350 ម.ក្រ (4/5 គ្រាប់ ឬ 8.5ម.ល)	250 ម.ក្រ	3(គ្រាប់)	350 ម.ក្រ (4/5 គ្រាប់ ឬ 8.5ម.ល)	3(គ្រាប់)	350 ម.ក្រ (4/5 គ្រាប់ ឬ 8.5ម.ល)
20-24	4(គ្រាប់)	400 ម.ក្រ (1 គ្រាប់ ឬ ១០ ម.ល)	330 ម.ក្រ	4(គ្រាប់)	400 ម.ក្រ (1 គ្រាប់ ឬ ១០ ម.ល)	4(គ្រាប់)	400 ម.ក្រ (1 គ្រាប់ ឬ ១០ ម.ល)
24-29	5(គ្រាប់)	500 ម.ក្រ (1+1/4 គ្រាប់ ឬ ១២.៥ ម.ល)	400 ម.ក្រ	5(គ្រាប់)	500 ម.ក្រ (1+1/4 គ្រាប់ ឬ ១២.៥ ម.ល)	5(គ្រាប់)	500 ម.ក្រ (1+1/4 គ្រាប់ ឬ ១២.៥ ម.ល)
កំរិតជាតិថ្នាំក្នុង ១ថ្ងៃ ម.ក្រ/គ.ក្រ	R:10ម.ក្រ H: 5 ម.ក្រ Z:25ម.ក្រ	20 ម.ក្រ	15 ម.ក្រ	R:10ម.ក្រ H: 5 ម.ក្រ Z:25ម.ក្រ	20 ម.ក្រ	R:10 ម.ក្រ H : 5 ម.ក្រ	20 ម.ក្រ

រូបមន្តប្រភេទទី៣:សំរាប់: - ករណីរបេងសួតអវិជ្ជមានបេកាថ្មី ក្រៅពីករណីនៅក្នុងប្រភេទទី១

- របេងក្រៅសួត សណ្ឋានស្រាល រាប់បញ្ចូលទាំងករណីរបេង ក្នុងរង្វង់ទ្រូងគ្មានផលវិបាក។

រូបមន្តប្រភេទទី៣ : 2RHZ / 2RH

ទំងន់មុនពេលព្យាបាល (គ.ក្រ)	ដំណាក់ការដំបូង (០២ ខែ)	ដំណាក់ការបន្ត (០៤ ខែ)
	RHZ(60 ម.ក្រ +30 ម.ក្រ +150 ម.ក្រ)	RH(60 ម.ក្រ +30 ម.ក្រ)
≤7	1(គ្រាប់)	1(គ្រាប់)
8-9	1.5(គ្រាប់)	1.5(គ្រាប់)
10-14	2(គ្រាប់)	2(គ្រាប់)
15-19	3(គ្រាប់)	3(គ្រាប់)
20-24	4(គ្រាប់)	4(គ្រាប់)
24-29	5(គ្រាប់)	5(គ្រាប់)
កំរិតជាតិថ្នាំក្នុង ១ថ្ងៃ ម.ក្រ/គ.ក្រ	R : 10 ម.ក្រ , H: 5 ម.ក្រ, Z : 25 ម.ក្រ	R :10 ម.ក្រ , H : 5 ម.ក្រ

រូបមន្តប្រភេទទី៤ : សំរាប់ករណីជំងឺរបេងរ៉ាំរ៉ៃ ឬរបេងស៊ាំនឹងថ្នាំ ដែលទាមទារជាពិសេសរូបមន្តព្យាបាលលក្ខណ:ស្តង់ដារ ឬ បុគ្គល ។

កំណត់សំគាល់ :

- ចំពោះកុមារដែលមានទំងន់លើសពី ៣០គ.ក្រ កំរិតថ្នាំត្រូវគណនា ដោយផ្អែកតាមកំរិតឱសថជាមធ្យមក្នុង១គ.ក្រ និងតាមទំងន់របស់ពួកគេ ។
- ចំពោះថ្នាំ អេតំប៊ុយតុល : គេអាចលាយគ្រាប់ថ្នាំ ៤០០ម.ក្រ ជាមួយនឹងទឹក ១០ មីលីលីត្រ (ម.ល) រួចវាស់តាមបរិមាណដែលត្រូវផ្តល់អោយកុមារ ឧ.កុមារទំងន់ ៧គ.ក្រ គេត្រូវយកប្រមាណ ៣.៥០ម.ល នៃ ១០ម.ល។ ម្យ៉ាងទៀតគេអាចកាច់គ្រាប់ថ្នាំជា បំណែក ឬកិនអោយហ្មត់ និងចែកជាភាគចំណែក តាមកំរិតដែលមានចែងក្នុងតារាងរូបមន្តព្យាបាលតាមប្រភេទ និងក្រុមអាយុ ។

សង្ខេបសំរាប់រូបមន្តព្យាបាល ដែលបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ ចំពោះគ្រប់ប្រភេទទាំងអស់ នៃជំងឺរបេងកុមារ

ប្រភេទរោគវិនិច្ឆ័យ រោគរបេង	ករណីរោគរបេង	រូបមន្តព្យាបាល ដំណាក់កាលដំបូង	រូបមន្តព្យាបាល ដំណាក់ការបន្ត
III	- របេងសួតអវិជ្ជមានបេកាថ្មី (ករណីផ្សេងក្រៅពីប្រភេទទី ១) - របេងក្រៅសួត សណ្ឋានស្រាល	2HRZ	4HR
I	- របេងសួតវិជ្ជមានបេកាថ្មី - របេងសួតអវិជ្ជមានបេកាថ្មី ដែលមានដំបៅសួតធ្ងន់ធ្ងរ - របេងក្រៅសួត សណ្ឋានធ្ងន់ធ្ងរ - ជំងឺរបេង-អេដស៍	2HRZE	4HR
I	របេងរលាកស្រោមខួរ	2HRZS	4HR
II	របេងសួតវិជ្ជមានបេកា ដែលបានព្យាបាលពីមុន : - របេងលាប់ជំងឺ - ករណីត្រឡប់មកវិញក្រោយលះបង់ - របេងបរាជ័យ	2HRZS/1HRZE	5HRE
IV	របេងស៊ាំនឹងថ្នាំ ឬ រ៉ាំរ៉ៃ	រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដារ ឬ តាមបុគ្គល	

ថ្នាំប្រភេទ ក័រទីកូអ៊ីដ (Corticosteroids)

ថ្នាំប្រភេទ ក័រទីកូអ៊ីដ (Corticosteroids) អាចត្រូវបានប្រើសំរាប់ព្យាបាលសណ្ឋានសុគ្រស្មាញខ្លះ នៃជំងឺរបេង។ ឧទាហរណ៍ : ជំងឺរបេង រលាកស្រោមខួរ ឬ ផលវិបាកនៃការរាំងស្ទះផ្លូវដកដង្ហើម ដោយរបេងកូនកណ្តុរ និងរបេងរលាកស្រោមបេះដូង ។ក្នុងករណីជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរធ្ងន់ធ្ងរ Corticosteroids ត្រូវបានបង្ហាញថា មានប្រសិទ្ធិភាពអាចបន្ថយអត្រាស្លាប់ ហើយវាអាចត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍សំរាប់ប្រើ រាល់ករណីជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរក្បាល ។ ជារឿយៗ ថ្នាំដែលបានប្រើប្រាស់ភាគច្រើនគឺថ្នាំប្រភេទ predisone ក្នុងកំរិត ២ ម.ក្រ/គ.ក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ ។ហើយដែលអាចកើនឡើងដល់ ៤ ម.ក្រ/គ.ក្រ ក្នុងករណីកុមារមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរបំផុត ។

ការផ្តល់ និងធានាភាពជាប់លាប់ ក្នុងការព្យាបាល

កុមារ ឪពុក ម្តាយ សមាជិកក្នុងគ្រួសារ និងអ្នកថែរក្សាកុមារដទៃទៀត ត្រូវទទួលការអប់រំអំពីជំងឺរបេង និងសារៈសំខាន់ ក្នុងការព្យាបាលពេញលេញ ។ ការគាំទ្រពីសំណាក់ឪពុកម្តាយ និងសមាជិកនៃគ្រួសាររបស់កុមារ មានសារៈប្រយោជន៍ណាស់ ដើម្បីធានាបាននូវលទ្ធផលនៃការព្យាបាលជាទីពេញចិត្ត ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាល អាចសង្កេត ឬផ្តល់ការព្យាបាល តាមរយៈការផ្តល់ថ្នាំតាមវិធីសាស្រ្តដូតស៍ សំរាកពេទ្យ ឬចល័ត។ ក្នុងករណីជាច្រើន បើសិនវិធីបែបនេះមិនអាចធ្វើបាន សមាជិករបស់សហគមន៍ ដែលបានបណ្តុះបណ្តាលអាចទទួលរ៉ាប់រង ដោយការផ្តល់ថ្នាំតាមវិធីសាស្រ្តដូតស៍នៅតាមសហគមន៍ ។ ដូចករណីមនុស្សពេញវ័យផងដែរ ប័ណ្ណព្យាបាលសំរាប់កុមារ ត្រូវរៀបចំសំរាប់កត់ត្រាភាពជាប់លាប់ ក្នុងការព្យាបាល (ដែលទុកជាឯកសារ) និងក្នុងគោលបំណងផ្សេងទៀត ។

កុមារដែលមានជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ គួរត្រូវដាក់អោយព្យាបាលនៅមន្ទីពេទ្យ ។ស្ថានភាពដែលទាមទារអោយមានការសំរាកព្យាបាល នៅមន្ទីរពេទ្យរួមមាន :

- របេងរលាកស្រោមខួរ ឬ របេង មីលីយ៉ែរ
- ភាពខ្សោយប្រព័ន្ធដកដង្ហើម
- របេងឆ្អឹង
- ផលរំខាននៃថ្នាំធ្ងន់ធ្ងរដូចជា សញ្ញាគ្លីនិកនៃការពុលថ្លើម (hepatotoxicity) (ជំងឺខាន់លឿង) ។

ក្នុងករណីខ្លះទៀត បើសិនជាភាពជាប់លាប់នៃការព្យាបាល ឬក៏ការអនុវត្តន៍ ដូតស៍ចល័ត មិនអាចធ្វើបាននោះ ក៏ទាមទារអោយមានការព្យាបាល ដោយសំរាកពេទ្យផងដែរ គឺដោយមានមូលហេតុធនធាន ឬ សង្គម ឧទាហរណ៍ :កុមារមានទីលំនៅ នៅឆ្ងាយពីមណ្ឌលសុខភាព ឬ មន្ទីរពេទ្យ ។

៣. តាមដានការព្យាបាល

៣.១ គោលការណ៍

កុមារនីមួយៗគួរត្រូវបានវាយតំលៃយ៉ាងហោចណាស់ ក្នុងចន្លោះពេលដូចខាងក្រោម :

- ២ សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមព្យាបាល
- នៅចុងដំណាក់កាលដំបូង (ចុងខែទី ២) និង
- ជារៀងរាល់ ២ ខែម្តង រហូតដល់ការព្យាបាលបានចប់ពេលលេញ ។

ការវាយតំលៃគួរតែរួមមានជាអតិប្បរមាៈ

- ការពិនិត្យកុងត្រូលកំហាក (សំរាប់របេងសួតវិជ្ជមានបេកាតែមួយគត់)
- ការវាយតំលៃរោគសញ្ញា
- ការវាយតំលៃលើភាពជាប់លាប់ នៃការព្យាបាល
- ការសាកសួរអំពីផលរំខាននៃថ្នាំ និង
- ការថ្លឹងទំងន់ ។

ការពិនិត្យឡើងវិញនូវប័ណ្ណព្យាបាល ត្រូវវាយតំលៃពីភាពជាប់លាប់ ក្នុងការព្យាបាល ។ កំរិតថ្នាំគួរត្រូវគណនាកែសំរួលតាមការកើនឡើងនៃទំងន់ ។ ការពិនិត្យកុងត្រូលកំហាកនៅចុងខែទី២ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមព្យាបាល ត្រូវតែអនុវត្ត ចំពោះកុមារណាដែលមានវិជ្ជមានបេកា ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ។ ការតាមដាន ដោយថតឆ្លុះមិនត្រូវបានទាមទាមជាប្រចាំលើកុមារទេ ។ កុមារម្នាក់ដែលមិនមានការឆ្លើយតបទៅនឹង ការព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវបញ្ជូនដើម្បីធ្វើការវាយតំលៃ និងការគ្រប់គ្រងបន្ថែម។ កុមារទាំងនេះ អាចមានជំងឺរបេងស៊ាំនឹងថ្នាំ ដែលជាផលវិបាកមិនប្រក្រតីនៃជំងឺរបេងសួត ឬ ដោយសារមូលហេតុផ្សេងៗ ដែលបណ្តាលមកពីជំងឺសួត ឬ បញ្ហាពាក់ព័ន្ធជាមួយ នឹងភាពមិនជាប់លាប់ក្នុងការព្យាបាល ។

៣.២.ការកសាងឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធការពារខ្លួន (**Immune Reconstitution**)

ភាពចុះខ្សោយគ្លីនិកបណ្តោះអាសន្ន ដែលពេលខ្លះត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាប្រតិកម្មចំរូងចំរាស់ (paradoxal reaction) (ដោយមានរោគសញ្ញាថ្មី និងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ សញ្ញា ឬ រូបភាព វិទ្យុសាស្ត្រ) ជួនកាលកើតឡើង បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថរបេង ដោយសារតែការកែលំអបង្កើនសមត្ថភាព ក្នុងការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធការពារខ្លួន ។ បាតុភូតរបស់វា មានលក្ខណៈប្រហាក់ប្រហែលនឹងជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ដែលមានគ្រុនក្តៅ កូនកណ្តុររីកធំ ឬ ទុយប៊ែរគុយឡូម៉ា (Tuberculoma)។

ការកសាងឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធការពារខ្លួន អាចកើតឡើងនៅពេលដែលស្ថានភាពអាហាររូបត្ថម្ភ មានការប្រសើរឡើង ឬដោយសារការព្យាបាលដោយឱសថរបេងខ្លួនឯងផ្ទាល់ ។ ចំពោះអ្នកជំងឺរបេង ដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍រួមផង ភាពចុះខ្សោយគ្លីនិក ដោយសារការកសាងឡើងវិញ នៃប្រព័ន្ធការពារខ្លួន អាចកើតឡើងបន្ទាប់ពីការ

ចាប់ផ្ដើមការព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាចង្កោមរោគសញ្ញា នៃការកសាងឡើងវិញរបស់ប្រព័ន្ធការពារខ្លួន (Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome)។ ក្នុងគ្រប់ករណីទាំងអស់ ការព្យាបាលដោយឱសថរបេង គួរត្រូវបានអនុវត្តបន្ត។ នៅក្នុងករណីមួយចំនួន ការបន្ថែម Corticosteroids អាចមានប្រយោជន៍។ ក្នុងករណីសង្ស័យ កុមារត្រូវបញ្ជូនទៅសេវាថ្នាក់លើ (ឧ.ថ្នាក់ជាតិ)។

៣.៣.ផលរំខាននៃថ្នាំ

ចំពោះកុមារ ផលរំខានបណ្ដាលមកពីថ្នាំរបេង កើតមានតិច ជាងមនុស្សពេញវ័យ ។ ផលរំខាន សំខាន់គឺជាការពុលថ្លើម ដែលអាចបណ្ដាលមកពីថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ , រីហ្វាំពីស៊ីន ឬ ពីរ៉ាហ្ស៊ីណាមីដ ។ កំរិតនៃសេរ៉ូម អង់ស៊ីមថ្លើមមិនគួរត្រូវបានគេត្រួតពិនិត្យជារឿយៗទេ ព្រោះថា ការឡើងបន្តិចបន្តួចនៃអង់ស៊ីមថ្លើមនេះ ដោយគ្មានរោគសញ្ញា (តិចជាងប្រាំដងនៃតំលៃធម្មតា) មិនមែនជាការចង្អុលបង្ហាញដើម្បីបញ្ឈប់ការ ព្យាបាលទេ ។ យ៉ាងណាក៏ដោយ ការកើតឡើងនៃរោគសញ្ញាថ្លើមដូចជា ថ្លើមរីកធំ (hepatomegaly) ឬ ជំងឺខាន់លឿង គួរត្រូវនាំទៅដល់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវកំរិតសេរ៉ូមអង់ស៊ីមថ្លើម និងការបញ្ឈប់ជាបន្ទាន់ រាល់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ដែលអាចអោយពុលថ្លើម (hepatotoxic)។ អ្នកជំងឺត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ សំរាប់មូលហេតុរលាកថ្លើមដទៃទៀត ហើយគេមិនត្រូវប្រើថ្នាំឡើងវិញ មុនពេលដែលមុខងារថ្លើមប្រែក្លាយជាធម្មតាឡើយ ។

៤. ការគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរ និងជំងឺរបេង មីលីយ៉ែរ

ជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរ និងជំងឺរបេង មីលីយែរ ជាទូទៅច្រើនកើតលើកុមារតូចៗ និងបណ្ដាលអោយមានអត្រាស្លាប់និងពិការខ្ពស់ ជាពិសេសនៅពេលដែលការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ មានការយឺតយ៉ាវ ។ ហេតុដូចនេះ វាមានភាពសំខាន់ណាស់ ក្នុងការគិតគូរធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺនេះ លើកុមារតូចៗ (ក្មេង) អោយឆាប់រហ័សតាមតែអាចធ្វើបាន ជាពិសេសលើកុមារមានប្រវត្តិនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងមនុស្សពេញវ័យ ដែលមានជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ។

៤.១.ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ជំងឺរបេង មីលីយែរ ឬ សាយភាយតាមឈាមមានគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ (៦០-៧០ភាគរយ) ក្នុងការមានផលវិបាកពាក់ព័ន្ធការរលាកស្រោមខួរ ហើយដូច្នេះគួរតែទទួលការព្យាបាលប្រហែលគ្នា នឹងជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរដែរ ។ដោយហេតុផលនេះ អ្នកជំនាញឯកទេស ផ្ដល់ជាអនុសាសន៍ថា គ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលកើតជំងឺរបេង មីលីយ៉ែរ (ឬក៏សង្ស័យមានជំងឺរបេងនេះ) គួរតែទទួលការបូមទឹកឆ្អឹងខ្នង ដើម្បីធ្វើតេស្តរកជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរ។ ជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរ គឺជាសណ្ឋានធ្ងន់ធ្ងរ នៃជំងឺរបេងកុមារ។ ប្រភេទជំងឺនេះ ជាទូទៅច្រើនកើតឡើងលើកុមារអាយុមុនពេលអាចចូលរៀន ។ ជានិច្ចជាកាល វាគឺជាលទ្ធផល នៃការរាលដាលនៃមេរោគរបេង តាមរយៈឈាម មកពីជំងឺរបេងបឋមផ្សេងៗ។

៤.២.រោគសញ្ញា

ដំណាក់កាលដំបូង: រោគសញ្ញាមិនច្បាស់ដូចជា ងងុយដេក គ្រុនស្រៀវស្រាវ ការប្រកាច់ ក្អួតនិងឈឺក្បាល។

ដំណាក់កាលសកម្ម: ក្នុងតំណាក់កាលនេះ រោគសញ្ញានៃការរលាកស្រោមខួរ លេចឡើង និងមានការឡើងសំពាធឈាមខួរក្បាល (intracranial hypertension)។

ដំណាក់ការចុងក្រោយ : ជាដំណាក់កាលនៃការខ្វិន (paralysis) និងសន្លប់ ។

៤.៣.ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការបូមទឹកឆ្អឹងខ្នង: សំពាធទឹកឆ្អឹងខ្នងពេលបូមឡើងខ្ពស់ ។ លក្ខណៈនៃទឹកឆ្អឹងខ្នងអាចនៅមានភាពថ្លា ។ ការរាប់កោសិកាឈាម ជាធម្មតាមានប្រមាណ ៥០០ក្នុង១ម.ម^3 ដែលភាគច្រើនជា កោសិកាឡាំហ្វូស៊ីត ។ ក៏រិតជាតិប្រូតេអ៊ីនមានក៏រិតខ្ពស់ ប៉ុន្តែជាតិស្ករ និង ក្លរីត (chloride) មានក៏រិតទាប ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ត្រូវបានពឹងផ្អែកលើវត្តមាននៃមេរោគរបេង នៅក្នុងទឹកឆ្អឹងខ្នង។

៤.៤.ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺផ្សេងៗ (ផាត់ចោល)

- រលាកស្រោមខួរក្បាល ដោយ វីរុស
- ដុំសាច់ក្នុងខួរក្បាល
- រលាកស្រោមខួរក្បាល ដោយ មេរោគបាក់តេរី
- ជំងឺស្ពន់ (ឆ្កួតជ្រូក)
- ទុយប៊ែរគុយឡូម៉ា (Tuberculoma)
- រលាកស្រោមខួរក្បាល ដោយមេរោគ អាមីប

៤.៥.ការព្យាបាល

កុមារដែលមានជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរក្បាល ឬជំងឺរបេង មីលីយែរ គួរត្រូវបានទទួលការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យយ៉ាងហោចណាស់អោយបាន ពីរខែដំបូង ។ ចំពោះរូបមន្តព្យាបាល សូមអានសេចក្តីលំអិតបន្ថែមនៅជំពូក **IV** នៅទំព័រ ២៤ និង ឧបសម្ព័ន្ធ ក្នុងទំព័រ៥១។

ថ្នាំស្ត្រិបតូមីស៊ីន (Streptomycin) ឬអេចូណាម៊ីដ (ឬ Ethionamide) គួរតែប្រើជំនួសថ្នាំ អេតំប៊ុយតុល (Ethambutol) ពីព្រោះអេតំប៊ុយតុល មិនអាចឆ្លងកាត់របាំងឈាមស្រោមខួរក្បាលឡើយ ចំពោះកុមារកើតជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរក្បាល ។

ថ្នាំ ប្រភេទ ក័រទីកូអ៊ីដ (Corticosteroids) (ជាទូទៅ **predisone)** ត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ សំរាប់កុមារកើតជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរទាំងអស់ ក្នុងក៏រិត ២ ម.ក្រ/គ.ក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ រយះពេល ៤ សប្តាហ៏ ។ ក៏រិតថ្នាំត្រូវបានកាត់បន្ថយ (tapered) ពី១-២ សប្តាហ៏ មុនពេលបញ្ឈប់ទាំងស្រុង ។ ក៏រិតថ្នាំ Prednisone អាចឡើងដល់ ៤ ម.ក្រ/គ.ក្រ (៦0 ម.ក្រ / ថ្ងៃ) ក្នុងករណីកុមារមានជំងឺធ្ងន់ ពីព្រោះថ្នាំ រីហ្វំពីស៊ីន នឹងបន្ថយកំហាប់ថ្នាំ ក័រទីកូអ៊ីដ (Corticosteroid) ប៉ុន្តែការប្រើក៏រិតច្រើនពេក អាចធ្វើមានការប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធការពារខ្លួន។ កុមារដែលសង្ស័យ ឬអាះអាងថាមានជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរក្បាល គួរត្រូវដាក់អោយសំរាកព្យាលបាលនៅមន្ទីពេទ្យ រហូតដល់ស្ថានភាពគ្លីនិក របស់ពួកគេមានសភាពធម្មតាវិញ។ កុមារកើតជំងឺរបេងរលាកស្រោមខួរក្បាល មានគ្រោះថ្នាក់ប្រឈមមុខ ចំពោះភាពពិការក្នុងរយះពេលវែង ហេតុដូច្នេះ ការទទួលថែទាំព្យាបាលពីអ្នកឯកទេស មានសារៈប្រយោជន៏ពិសេស ចំពោះកន្លែងដែលមានអ្នកឯកទេស ។

V. ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងគ្រប់គ្រងអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង

១. សារៈតា និងហេតុផល

ការសិក្សាជាច្រើនបានរកឃើញថា ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ "អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង " គឺជាមធ្យោបាយដ៏មានតំលៃ សំរាប់ការកំណត់រកករណីជំងឺរបេងថ្មី ។ គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ ដល់កម្មវិធីជាតិរោគរបេង ដើម្បីពិនិត្យស្រាវជ្រាវអ្នកនៅផ្ទះក្នុងដំបូលតែមួយជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ ដើម្បីរករោគសញ្ញានៃជំងឺរបេង និងផ្តល់នូវការព្យាបាលបង្ការដោយថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ (Isoniazid) (រាល់ថ្ងៃក្នុងរយៈពេល៩ខែ) ដល់កុមារមានអាយុតិចជាង៥ឆ្នាំ និងគ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលជាអ្នករស់នៅផ្ទះក្នុងដំបូលតែមួយ ជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ ។

កុមារតូចៗ នៅជិតស្និទ្ធផ្ទាល់ជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា មានគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ ចំពោះការឆ្លងជំងឺរបេង និងកើតជំងឺផងដែរ ។ គ្រោះថ្នាក់ចំពោះការឆ្លងជំងឺមានកាន់តែខ្លាំង ប្រសិនបើភាពនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺមានរយៈពេលយូរ ដូចជា ទារក ឬ កុមារតូចៗ (ពុំទាន់ចេះដើរស្ទាត់) នៅជាមួយ នឹងម្តាយ ឬអ្នកថែរក្សា ។ គ្រោះថ្នាក់នៃការកើតជំងឺរបេងច្រើនកើតលើ ទារក និងកុមារ អាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំ ជាងកុមារមានអាយុលើសពី៥ឆ្នាំ ។ បើជំងឺរបេងកើតឡើង ជាទូទៅគឺស្ថិតក្នុងកំឡុង រយៈពេល២ឆ្នាំបន្ទាប់ពីការឆ្លង ។ ប៉ុន្តែចំពោះទារក ជំងឺអាចកើតក្នុងរយៈពេលពី ២ទៅ ៣ សប្តាហ៍ក្រោយការឆ្លង ។ ការព្យាបាលបង្ការដោយប្រើថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ ដល់កុមារដែលឆ្លងជំងឺរបេង ដែលមិនទាន់កើតចេញជាជំងឺ វានឹងកាត់បន្ថយ ការកើតជំងឺរបេងបានយ៉ាងច្រើនក្នុងវ័យកុមារភាព ។

ការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីនលើស្បែក គឺជាមធ្យោបាយដ៏ប្រសើរ ដើម្បីរកអោយឃើញនូវ ការឆ្លងជំងឺរបេង ចំណែកការថតសួត គឺជាវិធីសាស្ត្រដ៏ល្អសំរាប់ស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ។ បើសិនជាគ្មានវត្តមាន នៃការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីនលើស្បែក និងការថតសួត គេក៏មិនត្រូវប្រានចោលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងគ្រប់គ្រងអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេងឡើយ ព្រោះថាការងារនេះ អាចអនុវត្តបានដោយប្រើមូលដ្ឋានគ្រឹះ សំរាប់ការវាយតំលៃគ្លីនិកធម្មតា (ដោយពុំបាច់មានតេស្តទាំងនោះទេ) ។

២. គោលដៅចំបងនៃការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង

គោលដៅចំបងនៃការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកកើតជំងឺរបេងគឺ :

- កំណត់រកកុមារដែលមានរោគសញ្ញា ពោលគឺ កុមារដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម (ឧទាហរណ៍: កុមារក្នុងអាយុណាមួយ ដែលមិនទាន់បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង) និងផ្តល់ការព្យាបាល ។
- ផ្តល់ការព្យាលបាលបង្ការចំពោះបុគ្គលដែលងាយនឹងទទួលរងជំងឺ (ឧទាហរណ៍: កុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ ពុំមានរោគសញ្ញា ហើយជាអ្នកនៅជិតស្និទ្ធ ផ្ទាល់ជាមួយនឹងករណីរបេងសួតវិជ្ជមាបេកា) ។

និយមន័យ ប្រើប្រាស់សំរាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង	
ករណីប្រភព ជំងឺ (Source Case)	: ករណីរបេងសួត(វិជ្ជមានបេកា) ដែលបង្កការឆ្លង និងកើតជំងឺ ក្នុងចំណោមអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង
អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង សំរាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ	: គ្រប់កុមារមានអាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំ (ឈឺឬមិនឈឺ)និង មានអាយុប្រាំឆ្នាំនិងអាយុលើសមានចេញរោគសញ្ញា ដែល ជាអ្នកនៅជិតស្និទ្ធផ្ទាល់នឹង ករណីប្រភពជំងឺ (ខាងលើ)
អ្នកនៅជិតស្និទ្ធផ្ទាល់ជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង (Close Contact)	: អ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយគ្នានឹងករណីប្រភពជំងឺ (ឧទាហរណ៍ : អ្នកថែទាំកុមារ) ឬ អ្នកដែលមានការប្រាស្រ័យទាក់ទងញឹក ញាប់ ជាមួយករណីប្រភពជំងឺ

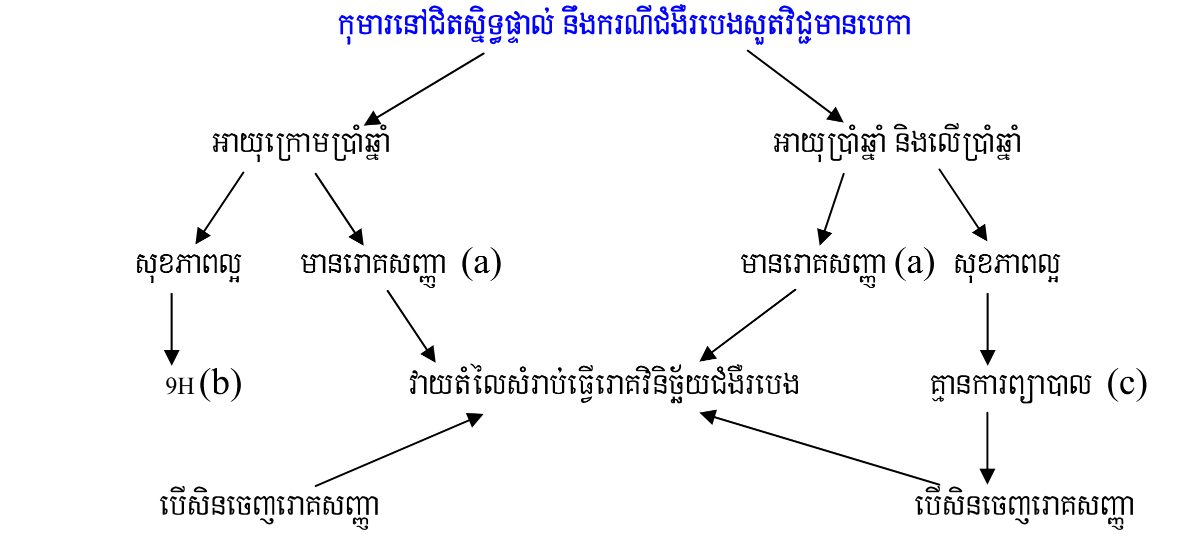
៣. គោលការណ៍សំរាប់ការវាយតំលៃ និងការគ្រប់គ្រង អ្នកនៅជិតស្និតជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង

ការវាយតំលៃគ្លីនិកតែមួយមុខមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបញ្ជាក់ថា អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ មានសុខភាពល្អ ឬ មានរោគសញ្ញា។ ការវាយតំលៃជាប្រចាំ នៃអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ មិនទាមទារអោយ មានការថតសួត និងធ្វើតេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន នោះទេ (រូបភាពទី១) ។ វិធីសាស្ត្រនេះ ប្រើសំរាប់អនុវត្ត ចំពោះ អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងករណីរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ។ ប៉ុន្តែការពិនិត្យស្រាវជ្រាវគួរតែមានផងដែរ សំរាប់អ្នកនៅ ជិតស្និទ្ធ នឹងករណីរបេងសួត អវិជ្ជមានបេកា ។

ដោយមិនគិតអំពីអាយុ បើសិនអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយ នឹងករណីរបេងសួតអវិជ្ជមានបេកា មានចេញរោគ សញ្ញា ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរកជំងឺរបេងចាំបាច់ ត្រូវអនុវត្តដូចករណីខាងលើផងដែរ ។ ការព្យាបាលជាអនុសាសន៍ សំរាប់អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ ដែលមានអាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំ គឺការផ្តល់ថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ (Isoniazid) ៥ ម.ក្រ/គ.ក្រ ប្រចាំថ្ងៃរយៈពេលប្រាំបួនខែ ។ ការតាមដានត្រូវអនុវត្តយ៉ាងហោចណាស់ ជារៀងរាល់ពីរខែរហូត ដល់ការព្យាលត្រូវបានបញ្ចប់ ។

ប្រសិនបើករណីជំងឺរបេងត្រូវបានគេសង្ស័យ នៅពេលធ្វើការវាយតំលៃលើកដំបូង ឬនៅពេលធ្វើការតាម ដានជាបន្តបន្ទាប់ គឺគេចាំបាច់ត្រូវបញ្ជូនកុមារ ទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក (ឬមន្ទីរពេទ្យជាតិ) សំរាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ។

រូបភាពទី១: វិធីសាស្ត្រដើម្បីគ្រប់គ្រងអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង នៅពេលដែលការថតសួត និងការធ្វើតេស្ត ទុយប៊ែរគុយលីន មិនទាន់មាននៅឡើយ ។



a. បើសិនជំងឺរបេងត្រូវបានសង្ស័យ ត្រូវផ្អែកលើជំពូកទី **III** (ទំព័រ ១១)

b. ផ្តល់ថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ ៥ ម.ក្រ/ គ.ក្រ ប្រចាំថ្ងៃរយះពេលប្រាំបួនខែ

c. លើកលែងត្រាតែកុមារផ្ទុកជំងឺអេដស៍ (ដែលត្រូវផ្តល់ថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ ៥ ម.ក្រ/ គ.ក្រ ប្រចាំថ្ងៃរយះពេលប្រាំបួនខែ)

៤. ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រង អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង

ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងអ្នកនៅជិតស្និតផ្ទាល់នឹងអ្នកជំងឺ គឺជាកិច្ចការដ៏មានសារះសំខាន់ក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលបំរើការងាររបេង ត្រូវទទួលការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៏ នៃការពិនិត្យស្រាវជ្រាវអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ព្រមទាំងការគ្រប់គ្រងផងដែរ ។ ការបែងចែកយ៉ាងតិចជាក្រុមអាយុពីរ (០ឆ្នាំ ដល់ ៤ឆ្នាំ និង ៥ឆ្នាំ ដល់១៤ឆ្នាំ) មានប្រយោជន៏សំរាប់ការត្រួតពិនិត្យលទ្ធផល និងសំរាប់ការស្នើសុំថ្នាំ ។

គ្មានការចំបាច់ណាដើម្បីបង្កើតរចនាសម្ព័ន្ធ ដាច់ដោយឡែកសំរាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេងឡើយ ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលបំរើការងាររបេង នៅមណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ត្រូវទទួលបន្ទុកក្នុងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងគ្រប់គ្រងអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ។ ដូចនេះពួកគេក៏មានតួនាទី ក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ ដោយផ្តល់ថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ និងការព្យាបាលជំងឺរបេងដល់កុមារផងដែរ ។

ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង អាចត្រូវបានរៀបចំនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (ពិសេសគឺនៅមណ្ឌលសុខភាព) និងនៅក្នុងសមាគមន៏ ។ពាក់ព័ន្ធនឹងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ (អ្នករស់នៅជិតស្និតជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ) នៅនឹងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក) គេត្រូវផ្តល់ពត៌មាន និងពេលវេលាសំរាប់ការវាយតំលៃគ្លីនិក ដល់អ្នកជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល និងក្រុមគ្រួសាររបស់

ពួកគេ ។ ជាការប្រសើរ ការពិនិត្យវាយតំលៃនេះ ត្រូវធ្វើរួមបញ្ចូលគ្នាជាមួយការពិនិត្យជំងឺក្រៅទូទៅ នៅមណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។

ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ (អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង) នៅថ្នាក់សហគមន៍ អាចអនុវត្តដោយបុគ្គលិកបំរើការងាររបេង និងអ្នកធ្វើការដោយស្ម័គ្រចិត្ត នៅក្នុងសហគមន៍ ដូចជា អ្នកសង្កេតដូតស៍ ពិសេសក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ ។

សកម្មភាពពិនិត្យស្រាវជ្រាវអាចធ្វើដាច់ដោយឡែក ឬ នៅក្នុងអំឡុងពេលចុះសួរសុខទុកអ្នកជំងឺរបេង ឬ សកម្មភាពចុះមូលដ្ឋានផ្សេងទៀត ដែលបុគ្គលិកសុខាភិបាល អាចបំពេញការងារមួយចំនួន ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការពិនិត្យតាមដាន អ្នកដែលនៅជិតស្និតជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ ដែល រួមមានដូចខាងក្រោម :

- កំណត់រករោគសញ្ញាសង្ស័យ របស់អ្នកនៅជិតស្និតជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង
- ផ្តល់យោបល់ដល់អ្នកជំងឺរបេង និងសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត ដើម្បីបញ្ជូនអ្នកនៅជិតស្និតជាមួយអ្នកជំងឺ មកទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ។
- ផ្តល់ការអប់រំខាងផ្នែកសុខភាព ស្តីពីការតាមដានអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ ។
  ឧទាហរណ៏: បើសិនអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ជួបប្រទះនូវសុខភាពមិនធម្មតា រួមមានក្អក ការមិនឡើងទំងន់ មនុស្សទាំងនេះគួរត្រូវបញ្ជូនទៅ ទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ។

អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសហគមន៍ ក៏អាចជួយក្នុងការងារពិនិត្យតាមដាន អ្នកនៅជិតស្និតជាមួយអ្នកជំងឺរបេង ប្រហាក់ប្រហែលគ្នានឹង បុគ្គលិកសុខាភិបាល ផងដែរ គឺ :

- ជួយកំណត់រករោគសញ្ញាសង្ស័យ របស់អ្នកនៅជិតស្និតជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង
- ជួយផ្តល់យោបល់ដល់អ្នកជំងឺរបេង និងសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត ក្នុងការបញ្ជូនអ្នកនៅជិតស្និតជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ ទៅទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ។

កុមារនីមួយៗ (ការព្យាបាលអ្វីក៏ដោយ: បង្ការ និងព្យាបាលជំងឺ) ត្រូវមានប័ណ្ណសំគាល់របស់ពួកគេ ដែលក្នុងនោះត្រូវមានផងដែរ ពត៌មានលំអិតអំពីករណីប្រភពជំងឺ ។ ពត៌មានអាចត្រូវរក្សាទុកនៅឯថ្នាក់មូលដ្ឋាន ។ វាជាការចាំបាច់ត្រូវមានសៀវភៅចុះឈ្មោះសំរាប់កុមារ ក្នុងការព្យាបាលបង្ការ ដោយផ្តល់ថ្នាំអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ (Isoniazid) ។ ការធ្វើការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវិភាគទិន្នន័យលទ្ធផល មានសារៈសំខាន់ណាស់ ទាំងលើការងារគ្រប់គ្រងអ្នកជំងឺ និងទាំងដើម្បីស្វែងរកកង្វះខាត ដែលអាចមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធ ដើម្បីធ្វើការកែសំរួល។ ពត៌មានសំខាន់អាចត្រូវបានប្រមូលនៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន (ឧទាហរណ៏:មណ្ឌលសុខភាព) បន្ទាប់មកបញ្ជូនទៅថ្នាក់ស្រុកសំរាប់ការវិភាគដូចជា:

- ចំនួនកុមារដែលបានពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងបែងចែកតាមប្រភេទក្រុម អាយុ
- ចំនួនកុមារ ដែលបានទទួលការព្យាបាលជំងឺ និងលទ្ធផល
- ចំនួនកុមារដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ និងលទ្ធផល រួមទាំងការបញ្ចប់ការព្យាបាល និង
- ពត៌មានស្តីពីផលរំខាននៃថ្នាំ ។

វិធីសាស្ត្រជាជំហានៗគឺជាជំរើសមួយ ដើម្បីចាប់ផ្តើមបានល្អប្រសើរ នូវការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងគ្រប់គ្រងអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ។ គេអាចចាប់ផ្តើមដំបូង នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមួយចំនួនតូច បន្ទាប់មកទើបពង្រីកជាបណ្តើរៗ ។ ប្រភពធនធានមសំរាប់អនុវត្តន៍ការងារនេះ មានសារៈសំខាន់បំផុត ។

៥. ស្ថានការណ៍ពិសេស

ក. កុមារជាអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ត្រូវបានដឹងថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

បើសិនជាកុមារអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ត្រូវបានដឹងថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងគ្មានរោគសញ្ញា ការផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ ដោយថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ គួរត្រូវបានពិចារណា ចំពោះកុមារគ្រប់ក្រុមអាយុទាំងអស់ រួមទាំងអាយុប្រាំឆ្នាំ និងអាយុលើសនេះ ។ កុមារមានផ្ទុកជំងឺអេដស៍ មានចេញរោគសញ្ញាគួរត្រូវទទួលការវាយតំលៃយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់រកជំងឺរបេង។ ហើយបើជំងឺរបេងត្រូវបានរកឃើញ គេត្រូវដាក់អោយព្យាបាល ។

ខ. ករណីប្រភពជំងឺ និងអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង សង្ស័យថាមានផ្ទុកជំងឺអេដស៍

នៅក្នុងបណ្តាប្រទេស ដែលមានប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺអេដស៍ខ្ពស់ក្នុងចំណោម ករណីជំងឺរបេងស្ងួតវិជ្ជមានបេកាប្រសិនបើករណីប្រភពជំងឺ គឺជាឪពុក ម្តាយ កូនរបស់ពួកគេអាចមានគ្រោះថ្នាក់ប្រឈមមុខនឹងជំងឺទាំងពីរ របេង និងអេដស៍ ។ វាមានសារៈសំខាន់ ក្នុងការសាកសួរពីស្ថានភាពជំងឺអេដស៍ របស់ករណីប្រភពជំងឺ (អ្នកជំងឺរបេង) និងកុមារអ្នកនៅជិតស្និតជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ ព្រមទាំងពិចារណាក្នុងការធ្វើតេស្ត និងផ្តល់ប្រឹក្សាស្តីពីជំងឺអេដស៍។ ក្នុងតំបន់មានប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺអេដស៍ខ្ពស់ ពោលគឺ មានអេពីដេមីសាស្ត្រ ជំងឺអេដស៍ទូទៅ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង អាចជាឱកាសដ៏សំខាន់ សំរាប់ការស្វែងរកករណីជំងឺទាំងពីរ អេដស៍ និងរបេង ។ នៅក្នុងបណ្តាប្រទេស ដែលមានអេពីដេមីសាស្ត្រជំងឺអេដស៍ទូទៅ កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង អាចពិចារណាលើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរួមគ្នា អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង និងអេដស៍ ។

តារាង ៤ ចំណាត់ថ្នាក់ អេពីដេមីសាស្ត្រ នៃជំងឺអេដស៍

ប្រភេទ	ប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺអេដស៍
ទូទៅ	> ១%ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ
ប្រមូលផ្តុំ	> ៥%យ៉ាងហោច ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនណាមួយជាក់លាក់ (ឧទាហរណ៍: ក្រុមអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ និងបុរសរួមភេទជាមួយនិងបុរសដូចគ្នា)
កំរិតទាប	< ៥%យ៉ាងហោច ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនណាមួយជាក់លាក់

ដោយផ្អែកទៅលើតារាងបែងចែក ចំណាត់ថ្នាក់ខាងលើ ប្រទេសកម្ពុជា អាចត្រូវនៅបានចាត់ចូលទៅក្នុង ប្រទេស ដែលមានអេពីដេមីសាស្ត្រ ជំងឺអេដស៍ទូទៅ ។

គ.កុមារនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងករណីជំងឺរបេង សុាំនឹងថ្នាំ

ការប្រើថ្នាំបង្ការ ដែលត្រូវបានគេសិក្សាតែមួយគត់ គឺការផ្តល់ថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ រឺឯការផ្តល់ថ្នាំ រីហ្វំពីស៊ីន ការសិក្សានៅមានកំរិត ។ ដោយសារនិយមន័យនៃជំងឺរបេង សុាំនឹងថ្នាំ គឺសុាំទៅនឹងថ្នាំទាំងពីរនេះ នោះការប្រើថ្នាំទាំងនេះ ដើម្បីព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងសកម្ម ដែលមិនទាន់មានរោគសញ្ញា ដែលបណ្តាលមកពីពូជមេរោគរបេង សុាំនឹងថ្នាំ ពុំអាចបង្ការជំងឺរបេងបានឡើយ ។

អ្នកនៅជិតស្និទ្ធផ្ទាល់ជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង សុាំនឹងថ្នាំ (MDR) គួរទទួលការតាមដានគ្លីនិកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ក្នុងអំឡុងពេលពីរឆ្នាំយ៉ាងតិច ។ ប្រសិនបើមានកើតជាជំងឺរបេងសកម្មនោះ ការព្យាបាលយ៉ាងឆាប់រហ័ស ដោយរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេង សុាំនឹងថ្នាំ (MDR-TB) ត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ ។ នាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ផ្អែកលើ អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) ថ្នាំជួរទី ២ សំរាប់ការព្យាបាលបង្ការ មិនត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ឡើយ ។

ឃ.ការបង្ការជំងឺរបេង លើទារកទើបនិងកើតពីម្តាយ ដែលមានជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ពេលដែលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមានជំងឺរបេង ត្រូវបានទទួលការព្យាបាលអស់រយៈពេល ២-៣សប្តាហ៍យ៉ាងតិចជាទូទៅ ពុំអាចឆ្លងជំងឺបានទៀតឡើយ ។កាលណាស្ត្រីត្រូវបានរកឃើញថាមានជំងឺរបេងសួត ក្នុងរយៈពេលខ្លីមុនពេលសំរាលកូន គេត្រូវពិនិត្យស្រាវជ្រាវលើទារក ឬ (បើអាចធ្វើបាន) សុកស្បូន រកការឆ្លងជំងឺរបេងពីកំណើត ហើយបើសិនជា ឃើញមានទារកត្រូវទទួលការព្យាបាល ។

កុមារកំពុងបៅដោះមានគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់បំផុត ចំពោះការឆ្លងជំងឺរបេងពីម្តាយ ដែលមានជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ព្រមទាំងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ ចំពោះការកើតជំងឺរបេង ផងដែរ ។ កុមារគួរទទួលការព្យាបាលបង្ការ ដោយប្រើថ្នាំអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ រយៈពេល ៩ខែ និងក្រោយមកត្រូវទទួលថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ (BCG) ។ ការបំបៅដោះអាចបន្តដោយសុវត្ថិភាព ក្នុងអំឡុងពេលនេះ ។

VI. តួនាទីចំបង និង ការទទួលខុសត្រូវលំដាប់ថ្នាក់នៃសេវា ពាក់ព័ន្ធនឹង ជំងឺរបេងកុមារ

ទោះបីជាមនុស្សពេញវ័យកើតជំងឺរបេង ភាគច្រើនអាចទទួលការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ដោយការពិនិត្យកំហាកដោយមីក្រូទស្សន៍ និងព្យាបាលនៅមណ្ឌលសុខភាពក៏ដោយ ចំពោះកុមារគឺមានភាពខុសគ្នាព្រោះថា ចំពោះកុមារការថតសួត ការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីនលើស្បែក ឬការធ្វើតេស្តផ្សេងទៀត គឺត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍អោយធ្វើប្រសិនបើមានវត្តមាន នៃមធ្យោបាយទាំងនេះ ។ ដើម្បីថែទាំព្យាបាលកុមារ ដែលត្រូវបានគេសង្ស័យថាមាន ឬ ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺរបេងអោយបានល្អបំផុត វាជាការចាំបាច់ ដើម្បីយល់អោយច្បាស់លាស់ពីតួនាទី និងការទទួលខុសរបស់លំដាប់ថ្នាក់នៃសេវាសុខាភិបាល និងអ្នកដែលទាក់ទង ក្នុងការថែទាំព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ ។

១.តួនាទីសំខាន់ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់សហគមន៍

<u>បុគ្គលិកៈ</u>គឺជាអ្នកស្ម័គ្រចិត្តរបស់សហគមន៍ (ក្រុមគាំទ្រសុខភាពភូមិ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តផ្សេងទៀត) ដែលបានបណ្តុះបណ្តាល អំពីចំណេះដឹងស្តីពីការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង។

<u>ការទទួលខុសត្រូវៈ</u>

- ជួយក្នុងការពិនិត្យតាមដាន អ្នកដែលនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង និងការស្រាវជ្រាវរកករណី ។
- ជួយក្នុងការសង្កេតមើលការលេបថ្នាំ និងការតាមដានការព្យាបាល និងការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ ។
- ការចុះបញ្ជីៈក្នុងសៀវភៅកត់ត្រាអ្នកជំងឺរបេង (ពុំទាមទារអោយមានសៀវភៅដាច់ដោយឡែកឡើយ) និងសៀវភៅកត់ត្រាការព្យាបាលបង្ការដោយថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ របស់មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។

២.តួនាទីសំខាន់ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់មណ្ឌលសុខភាព

<u>បុគ្គលិកៈ</u> គឺជាអ្នកបំរើការងារជំងឺរបេង ដែលក្នុងនោះភាគច្រើន គឺជាគិលានុប្បដ្ឋាក ឬឆ្មប (បុគ្គលិកបំរើការងារច្រើនមុខជំនាញ) ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលចំណេះដឹង លើការគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងកុមារដោយកម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ។

<u>ការទទួលខុសត្រូវ</u>

- កំណត់រកកុមារដែលមានចេញរោគសញ្ញា និងសញ្ញាជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង និងបញ្ជូនពួកគេទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ឬមន្ទីរពេទ្យជាតិ ដែលស្ថិតក្នុងបណ្តាញកម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។
- តាមដានអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ដោយជា ឧទាហរណ៍ៈ អប់រំអ្នកជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ពីរបៀបគ្រប់គ្រងអ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយអ្នកជំងឺរបេង ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងការបញ្ជូនមកពិនិត្យ ស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ជាដើម ។

- ផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ ចំពោះកុមារឆ្លងជំងឺរបេង និងផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម តាមវិធីសាស្ត្រ ដូតស៍ នៅពេលទទួលបានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ឬមន្ទីរពេទ្យជាតិ ។
- តាមដានការព្យាបាល និងគ្រប់គ្រងផលរំខាននៃថ្នាំរបេង ។
- ការចុះបញ្ជី : ក្នុងសៀវភៅកត់ត្រាជំងឺរបេង និងសៀវភៅកត់ត្រាការព្យាបាលបង្ការដោយថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ ។

៣.តួនាទីសំខាន់ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក

បុគ្គលិក វេជ្ជបណ្ឌិត-គ្រូពេទ្យ -គិលានុប្បដ្ឋាក-គិលានុប្បដ្ឋាកយិកា និងបុគ្គលិកមន្ទីរពិសោធន៍ ធ្វើការក្នុងផ្នែករបេង ឬ ជំងឺឆ្លង ផ្នែកជំងឺកុមារ ផ្នែកជំងឺទូទៅ ផ្នែកវិទ្យុសាស្ត្រ ផ្នែកពិនិត្យជំងឺក្រៅ ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីចំណេះដឹងលើការគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងកុមារ ដោយកម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ។

ការទទួលខុសត្រូវ

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ : ការសាកសួរប្រវត្តិ ការពិនិត្យគ្លីនិក ការពិនិត្យកំហាកដោយមីក្រូទស្សន៍ ការថតសួត ការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ការបូមទឹកឆ្អឹងខ្នង ការបូមទឹកក្នុងស្រោមសួត ការធ្វើតេស្តជំងឺអេដស៍ ។
- ផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ ដល់កុមារឆ្លងជំងឺរបេង និងការព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម តាមវិធីសាស្ត្រ ដូតស៍ ។
- គ្រប់គ្រងផលរំខាននៃថ្នាំរបេង និងករណីជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ។
- បញ្ជូនកុមារត្រឡប់ទៅថ្នាក់បឋម (មណ្ឌលសុខភាព) ដើម្បីទទួលការព្យាបាល និងតាមដាន ។
- បញ្ជូនកុមារទៅថ្នាក់លើនៃការថែទាំ (ឧ.មន្ទីរពេទ្យជាតិ) ក្នុងករណីជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ និងស្មុគស្មាញ ។
- ការចុះឈ្មោះ : ក្នុងសៀវភៅកត់ត្រាអ្នកជំងឺរបេង និងសៀវភៅកត់ត្រាការព្យាបាលបង្ការដោយថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ នៃផ្នែកជំងឺរបេង ។

៤.តួនាទីសំខាន់ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់មន្ទីរពេទ្យជាតិ

បុគ្គលិក : វេជ្ជបណ្ឌិត-គ្រូពេទ្យ គិលានុប្បដ្ឋាក-គិលានុប្បដ្ឋាកយិកា និងបុគ្គលិកមន្ទីរពិសោធន៍ និងវិទ្យុសាស្ត្រ ដែលមានជំនាញ ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងគ្រប់គ្រងជំងឺរបេង រាប់ទាំងជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ ។

សកម្មភាព និងការទទួលខុសត្រូវ

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ:ការសាកសួរ ប្រវត្តិការពិនិត្យគ្លីនិក ការពិនិត្យកំហាកដោយមីក្រូទស្សន៍ ការថតសួត ការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ការបូមទឹកឆ្អឹងខ្នង និងទឹកស្រោមសួត ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ។
- ផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ ដល់កុមារឆ្លងជំងឺរបេង និងការព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម តាមវិធីសាស្ត្រ ដូតស៍ ។
- គ្រប់គ្រងផលរំខាននៃថ្នាំ និងករណីជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ រួមទាំងរបេងរលាកស្រោមខួរ និងរបេង មីលីយ៉ែរ ។
- បញ្ជូនកុមារទៅថ្នាក់បឋម (ឧ.មណ្ឌលសុខភាព) សំរាប់ការព្យាបាលបន្ត និងតាមដាន ។
- ការចុះឈ្មោះ : ក្នុងសៀវភៅកត់ត្រាអ្នកជំងឺរបេង និងសៀវភៅកត់ត្រាការព្យាបាលបង្ការដោយថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ នៃផ្នែកជំងឺរបេង ។

VII. ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ

ចំពោះប្រទេសដែលមានប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេងខ្ពស់ កម្មវិធីពង្រីកការចាក់ថ្នាំបង្ការ របស់អង្គសុខភាពពិភពលោក ផ្តល់ជាអនុសាសន៍ អោយផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ យ៉ាងឆាប់ តាមដែលអាចធ្វើបានបន្ទាប់ពីទារកកើត។

ចំពោះគ្រប់ប្រទេស គេពុំត្រូវផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ (BCG) ដល់កុមារដែលត្រូវបានគេស្គាល់ថា មានប្រព័ន្ធការពារខ្លួនទន់ខ្សោយជាបឋម (ឧទាហរណ៍ៈមានមកពីកំណើត)ឡើយ។ ទោះបីជាថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ត្រូវបានគេផ្តល់ដល់កុមារ តាំងពីទសវត្សឆ្នាំ ១៩២០ ក៏ដោយ ក៏ភាពចំរូងចំរាស់ពីប្រសិទ្ធភាពរបស់វា ក្នុងការការពារជំងឺរបេង ក្នុងចំណោមមនុស្សនៅមាននៅឡើយ។ ក្នុងការសិក្សាពីតំបន់មួយចំនួននៃពិភពលោក ដែលបានចេញផ្សាយប្រសិទ្ធិភាពរបស់វាមានការប្រែប្រួល ពី ០ភាគរយ ទៅ ៨០ភាគរយ។ មូលហេតុនៃការប្រែប្រួលនេះ អាចមានច្រើន ដែលរួមមានប្រភេទថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ផ្សេងគ្នា ប្រើនៅតំបន់ផ្សេងគ្នា ភាពខុសគ្នានៃពូជរបស់មេរោគរបេង តំបន់ផ្សេងគ្នា ក៏វិតខុសគ្នានៃការប្រឈមមុខ និងភាពមានលទ្ធភាពការពារខ្លួន (immunity) ទៅនឹងមេរោគមីកូបារីយ៉ូម ព្រមទាំងភាពផ្សេងគ្នា ក្នុងការអនុវត្តន៍ការចាក់ថ្នាំបង្ការ។

យ៉ាងណាក៏ដោយ គេបានទទួលយកជាទូទៅថា បន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព គឺមានប្រសិទ្ធិភាពការពារប្រឆាំង ប្រភេទជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរជាច្រើន ដូចជា របេងមីលីយែរ និងរបេងរលាកស្រោមខួរ ដែលភាគច្រើនកើតចំពោះកុមារតូចៗ។

ការរាតត្បាតទូទាំងពិភពលោកនៃជំងឺអេដស៍ មានការពាក់ព័ន្ធនឹងការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ។ ប្រព័ន្ធការពារខ្លួនឆ្លើយតបនៅនឹង ការប្រើថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ អាចត្រូវថយចុះ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយការឆ្លើយតបចំពោះតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ជាវិជ្ជមានបន្ទាប់ពីទទួលថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ មានតិចលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ ទោះបីជាមានការរាយការណ៍មួយចំនួន អំពីជំងឺដែលបង្កឡើងដោយការប្រើថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ ក៏ការប្រើថ្នាំ បេ សេ ហ្សេ ជាទូទៅផ្តល់នូវសុវត្ថិភាព ចំពោះករណីភាគច្រើនបំផុត ។

គេបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ថា គោលនយោបាយសំរាប់ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ គួរតែពឹងផ្អែកលើ ប្រេវ៉ាឡង់ នៃជំងឺរបេងរបស់ប្រទេសនីមួយៗ ។ នៅក្នុងប្រទេសមានប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេងខ្ពស់ ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការមានផលប្រយោជន៍ជាងផលវិបាក ។ នៅក្នុងប្រទេសទាំងនេះ អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានផ្តល់ជាអនុសាសន៍នូវគោលនយោបាយ សំរាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ដល់គ្រប់ទារក ។ ប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានចាត់ជាចំណាត់ថ្នាក់ជាប្រភេទនេះដែរ ។ កុមារពុំទាន់បានទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ និងមានចេញរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ផង ពុំគួរត្រូវទទួលការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ទេ ពីព្រោះអាចមានគ្រោះថ្នាក់កើតជំងឺ ដោយការប្រើប្រាស់ថ្នាំ បេ សេ ហ្សេ។

ពុំមានភ័ស្តុតាង ដែលថាការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ម្តងទៀត ផ្តល់នូវការការពារបន្ថែមឡើយ ដូច្នេះ ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការម្តងទៀត មិនត្រូវបានគេផ្តល់ជាអនុសាសន៍ទេ។

កុមារមួយចំនួនតូច (១-២ភាគរយ) កើតមានផលវិបាក បន្ទាប់ពីការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ។ ផលវិបាកភាគច្រើនរួមមាន ការករខុះអាប់សែនៅនឹងកន្លែង ការឆ្លងមេរោគលើកទី២ ការរលាកកូនកណ្តុរ មានករខុះ និងការករកើតដុំជាតិ Keloid នៅនឹងកន្លែង ។ ប្រតិកម្មភាគច្រើន នឹងមានការធូរស្រាលក្នុងរយៈពេល ២ ទៅ ៣ខែ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏កុមារកើតជំងឺ ដោយសារការចាក់ថ្នាំ បេ សេ ហ្សេ ត្រូវតែទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវលើប្រព័ន្ធការពារខ្លួន និងព្យាបាលជំងឺរបេងដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទីមួយ (លើកលែងតែថ្នាំ ពីរ៉ាស៊ីណាម៉ីដ ដែលមេរោគប្រភេទ Mycobacterium Bovis មានភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថនេះ)។ កុមារមួយចំនួនមានប្រតិកម្ម នៅនឹងកន្លែងនៅយូរ មិនជាសះស្បើយ ដែលអាចទាមទារការវះកាត់ ។ ការគ្រប់គ្រងសំរាប់ប្រតិកម្ម មិនល្អលើកុមារផ្ទុកជំងឺអេដស៍ ឬ កុមារមានប្រព័ន្ធការពារខ្លួនទន់ខ្សោយដ៏ទៃទៀត មានលក្ខណៈស្មុគស្មាញ ហើយអាចទាមទាមការបញ្ជូនទៅសេវាឯកទេស។

VIII. ការគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងកុមារផ្ទុកជំងឺអេដស៍

១. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

កុមារមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះការកើតជំងឺរបេង ។ យ៉ាងណាក៏ដោយ កុមារទាំងនោះជារឿយៗ មានជំងឺសួតផ្សេងទៀតទាក់ទងនឹងការផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ ដែលរួមបញ្ចូលទាំង ជំងឺរលាកសួត ប្រភេទ Pneumocystic jiroveci ជំងឺរលាកសួតប្រភេទ lymphoid interstitial , និងជំងឺរលាកសួតដោយវីរុស និងបាក់តេរីផ្សេងៗ ។ ជំងឺរបេងអាចកើតឡើងដំណាលគ្នាជាមួយនឹងជំងឺរលាកសួត lymphoid interstitial, និងជំងឺរលាកទងសួត និងការជំងឺសួតផ្សេងទៀត។ ដូច្នេះ មានភាពគ្រោះថ្នាក់ពីរយ៉ាង:ឬមួយដែលថាជំងឺរបេង នឹងត្រូវបាន ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើកុមារច្រើនលើសលុប (ដែលពួកគេមិនចាំបាច់ត្រូវទទួលការព្យាបាល) ឬមួយក៏ ជំងឺរបេងពុំត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ហើយដូច្នេះដែលអាចបាត់បង់ឱកាស ក្នុងការព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកុមារផ្ទុកជំងឺអេដស៍ (ដែលជំងឺអាចព្យាបាលជាបាន តែត្រូវខកខានការព្យាបាល) ។វិធីសាស្ត្រ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍វាមានលក្ខណៈជាសំខាន់ ដូចកុមារគ្មានផ្ទុកជំងឺអេដស៍ដែរ។ ពោលគឺ : វត្តមានបី ឬ ច្រើន នៃចំណុចខាងក្រោម ផ្តល់យោបល់ដល់រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ :

- រោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ ដែលជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង
- សញ្ញាគ្លីនិក ដែលជំរុញយ៉ាងខ្លាំងអោយគិតដល់ជំងឺរបេង
- តេស្តទុយប៊ែរគុយលីន លើស្បែកវិជ្ជមាន (វិជ្ជមាត្រស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធំជាង ៥ មីលីម៉ែត្រ ជាកុមារផ្ទុកជំងឺអេដស៍) ឬ អ្នកនៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ នឹងករណីវិជ្ជមានបេកា ទើបធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថ្មី ។
- រូបភាពនៃការថតសួតជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង

កុមារជាច្រើនដែលមានចេញរោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ ដែលជំរុញអោយគិតដល់ជំងឺរបេង អាចពុំត្រូវបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ទេ ។ នៅក្នុងតំបន់មានប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺអេដស៍ខ្ពស់ (នៅគ្រប់ពេលដែលកុមារត្រូវបានគេសង្ស័យថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍) កុមារ និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ គួរត្រូវបានផ្តល់ដំបូន្មាន ព្រមទាំងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។

២.ការព្យាបាលដោយឱសថរបេង

ជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវទទួលការព្យាបាលតាមរូបមន្ត ក្នុងរយៈពេល៦ខែ ដូចកុមារគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផងដែរ ។ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរត្រូវព្យាបាលបានដោយផ្តល់ថ្នាំ រីហ្វាំពីស៊ីន សំរាប់អំឡុងពេលការព្យាបាលទាំងស្រុងបើអាចធ្វើទៅបាន។ កុមារកើតជំងឺរបេងភាគច្រើន រួមទាំងកុមារដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផង មានការឆ្លើយតបដ៏ល្អ ចំពោះរូបមន្តព្យាបាលក្នុងរយៈពេល ៦ខែ ។

មូលហេតុដែលអាចមានសំរាប់ការបរាជ័យ ក្នុងការព្យាបាលរួមមាន: ភាពមិនអនុវត្តបានខ្ជាប់ខ្ជួន តាមវិធីព្យាលបាល ជំងឺ ការស្រូបចូល (តាមបំពង់អាហារ) យកជាតិថ្នាំតិចតួច និងភាពស៊ាំនឹងថ្នាំ ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត គួរត្រូវបានពិនិត្យស្រាវជ្រាវលើកុមារ ដែលគ្មានលទ្ធផលល្អ ទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថរបេង ។

ដូចគ្នានឹងកុមារគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែរការព្យាបាលពិសោធន៍ ដោយឱសថរបេង មិនត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឡើយ ។ ការសំរេចព្យាបាលកុមារណាមួយ គួរត្រូវបានពិចារណាយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់ ហើយបើសំរេចព្យាបាល កុមារត្រូវទទួលការព្យាបាលពេញមួយវគ្គ ។

៣. ការព្យាបាលបង្ការដោយប្រើថ្នាំ កូទ្រីម (Cotrimoxazole)

ការព្យាបាលបង្ការដោយប្រើថ្នាំបង្ការ កូទ្រីម (Cotrimoxazole) ប្រចាំថ្ងៃ :ក៏រិត២០ mg trimethoprim (TMP) + ១០០ mg sulfamethoxazole (SMX) ចំពោះកុមារអាយុក្រោម ០៦ ខែ និងក៏រិត ៤០ mg TMP + ២០០ mg SMX បើសិនមានអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ និងក៏រិត ៨០ mg TMP + ៤០០ mg SMX ចំពោះកុមារអាយុ ៥ឆ្នាំ និងលើស ជួយពន្យាអាយុកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកាត់បន្ថយការកើតឡើងជំងឺរលាកផ្លូវដកដង្ហើម និងបន្ថយការសំរាកពេទ្យ ។ គ្មានការសិក្សាណា ដែលបានធ្វើលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកើតជំងឺរបេងទេ ប៉ុន្តែការសិក្សាជាច្រើន ស្តីពីការបង្ការជំងឺដោយប្រើថ្នាំកូទ្រីម លើមនុស្សពេញវ័យ មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងកើតជំងឺ របេងបានបង្ហាញថា មានប្រយោជន៍យ៉ាងច្បាស់លាស់ និងមានលទ្ធផលស្របគ្នា ។

នាពេលថ្មីៗនេះ អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានពិនិត្យមើលឡើងវិញ នូវការផ្តល់អនុសាសន៍ ជាបណ្តោះអាសន្ន ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ គ្រប់កុមារមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានប្រព័ន្ធការពារចុះថយខ្លាំង គួរត្រូវបានចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ថ្នាំកូទ្រីម (Cotrimoxazole) ។ គេពុំទាន់មានការឯកភាពគ្នាពេញលេញនៅឡើយទេ ដែលថាកុមារកំពុងទទួលការព្យាបាលថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយដែលមានចេញ "ចង្កោមរោគ សញ្ញាមានការរលាកកើតឡើង ដោយការកសាងឡើងវិញប្រព័ន្ធការពារខ្លួន" អាចបញ្ឈប់ដោយសុវត្ថិភាព នូវការលេបថ្នាំបង្ការដោយ កូទ្រីម (Cotrimoxazole) នោះឡើយ ។

៤. ការព្យាបាល ដោយថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (Antiretroviral Therapy)

អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានផ្តល់អនុសាសន៍ស្តង់ដារ សំរាប់ការប្រើថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើទារកផ្ទុកមេរោគអេសដ៍ និងកុមារកើតជំងឺរបេង ។ ការព្យាបាលដោយថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក៏ដោយ ក៏ចំពោះកុមារមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយដែលត្រូវគេប៉ាន់ស្មានឬអះអាងថាកើតជំងឺរបេង ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង គឺជាអាទិភាព ។ ការព្យាបាលជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ កំពុងទទួលការព្យាបាល ដោយថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) ឬកុមារដែលមានផែនការចាប់ផ្តើម ប្រើ ART ត្រូវពិចារណាដោយយកចិត្តទុកដាក់ ដោយសារតែការមានអន្តរកម្មឱសថ ដែលចេញជាសញ្ញាគ្លីនិកធ្ងន់ធ្ងរ ។

ថ្នាំ Rifampicin កាត់បន្ថយការប្រមូលផ្តុំសេរ៉ូមនៃថ្នាំប្រភេទ Protease Inibitors រហូតដល់ ៨០ ភាគរយ ឬលើស ហើយនិងប្រភេទ non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors ចន្លោះ ២០ភាគរយ ទៅ ៦០ភាគរយ ។ ជាងនេះថែមទៀត ផលរំខាននៃថ្នាំរបេង និងថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មានភាពស្រដៀងគ្នា និងអាចអោយមានការភ័ន្តច្រឡំមិនដឹងថា តើត្រូវបញ្ឈប់ថ្នាំប្រភេទណាមួយឡើយ ។

ទោះបីជា ពេលវេលាសមស្រប សំរាប់ចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង មិនត្រូវបានគេដឹងក៏ដោយ ការសំរេចចាប់ផ្តើម គួរតែយកមកពិចារណា ពាក់ព័ន្ធនឹងកំរិតនៃប្រព័ន្ធការពារខ្លួន និងការរីកចំរើនក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាល ជំងឺរបេងលើកុមារ ។

បើអាចបាន ការចាប់ផ្តើមថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គួរត្រូវបានពន្យាពេលយ៉ាងហោចណាស់ ២-៨ សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយថ្នាំរបេងលើកុមារ ដែលមិនទាន់ចាប់ផ្តើម ART នៅឡើយ ។ ការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់ នូវអន្តរកម្មថ្នាំដែលអាចមាន រវាងការប្រើថ្នាំ ART និងឱសថរបេង គួរត្រូវបានអនុវត្ត ហើយការកែប្រែមួយចំនួន គួរត្រូវបានកំណត់តាមការណែនាំ របស់អ្នកឯកទេសខាងព្យាបាលជំងឺរបេង និងអេដស៍ ។

៥. ចង្កោមរោគសញ្ញា មានការរលាកកើតឡើង ដោយសារការកសាងឡើងវិញ ប្រព័ន្ធការពារខ្លួន (Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome)

"ចង្កោមរោគសញ្ញាមានការរលាកកើតឡើង ដោយការកសាងឡើងវិញ ប្រព័ន្ធការពារខ្លួន " ស្តែងចេញ ដោយការចុះខ្សោយគ្លីនិក បន្ទាប់ពីការគ្រាន់បើឡើង ដំបូងដែលត្រូវបានគេសង្កេតឃើញ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថរបេងហើយ ដែលទើបចាប់ផ្តើមប្រើ ART ។ ប្រតិកម្មនេះអាចកើត ឡើងក្នុងអំឡុងពេល ៣-៦ខែដំបូងនៃការប្រើ ART ហើយជាទូទៅមានរយៈពេលពី ១០-៤០ថ្ងៃ ។ ជួនកាលកុមារកំពុងប្រើ ART អាចកើតជំងឺរបេង ។ ការពិចារណាលើពេលវេលា នៃការលេចចេញជំងឺរបេង បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមប្រើ ART មានសារៈសំខាន់ក្នុងការកំណត់មូលហេតុនៃជំងឺរបេង ។ ជំងឺរបេងដែលមានឡើងក្នុង ៦ខែដំបូង នៃការប្រើ ART អាចមួយផ្នែកទាក់ទងនឹង " ចង្កោមរោគសញ្ញាមានរលាកកើតឡើង ដោយការកសាងឡើងវិញ ប្រព័ន្ធការពារខ្លួន " ។ ជំងឺរបេងដែលកើតមានឡើងក្នុង ៦ខែ ក្រោយចាប់ផ្តើម ART អាចជាសញ្ញាពីភាពបរាជ័យ របស់រូបមន្តការព្យាលបាលនៃ ART ។ ការដែលជំងឺរបេងកើតឡើងពេលណា ក្នុងពេលប្រើ ART គឺអាចទាក់ទងទៅនឹងការចំលងជំងឺរបេងថ្មី ដែលវាអាស្រ័យលើការប្រឈមមុខ ។ ការព្យាបាលជំងឺរបេង គួរចាប់ផ្តើមដោយគ្មានការពន្យាពេល ។ ការរាប់កោសិកាប្រភេទ CD4 (CD4 cell count) ឬកំរិតភាគរយមានអត្ថប្រយោជន៍ សំរាប់ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក ។

៦. ការបង្ការជំងឺ

ការប្រឹងប្រែងជាសកល ដើម្បីប្រយុទ្ធនឹងការរាតត្បាត រួមគ្នានៃជំងឺអេដស៍ និង ជំងឺរបេងនឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់កុមារ ។ ការប្រឹងប្រែងទាំងឡាយ រាប់បញ្ចូលទាំងការពង្រីកកម្មវិធី ដើម្បីទប់ស្កាត់ការចំលងជំងឺអេដស៍ ពីម្តាយទៅកូន ដែលនឹងជួយកាត់បន្ថយចំនួនកុមារឆ្លងជំងឺអេដស៍ថ្មី និងការពង្រីកយុទ្ធសាស្រ្តបញ្ឈប់ជំងឺរបេង (Stop TB Strategy) ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី គេត្រូវតែមានយុទ្ធសាស្រ្តជាក់លាក់បន្ថែមទៀត ។ ជាអតិប្បមា គ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរត្រូវបានពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងកុមារកើតជំងឺរបេងទាំងអស់ គួរត្រូវផ្តល់ការប្រឹក្សា និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងតំបន់មានប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺអេដស៍ខ្ពស់ ។ ដោយមិនគិតពីអាយុ គ្រប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលជាអ្នករស់នៅជិតនឹងករណីអ្នកជំងឺរបេងសួត គួរត្រូវបានវាយតំលៃរកជំងឺរបេង និងព្យាបាល ឬផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ។

៧. ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ

អេពីដេមីសាស្រ្តពាសពេញពិភពលោក នៃជំងឺអេដស៍ មានផលប៉ះពាល់សំរាប់ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ (BCG) ។ ទោះជាមានការបាយការណ៍មួយចំនួន អំពីជំងឺរបេងសាយភាយ បន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ ក៏ការសិក្សាប្រៀបធៀបការចាក់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ លើទារកមាន និងមិនមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានបង្ហាញថា គ្រោះថ្នាក់ជាផលវិបាក ពុំមានភាពខុសគ្នាឡើយ ។

គេបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ថា គោលនយោបាយផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ គួរតែពឹងផ្អែកលើប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេងក្នុងប្រទេសមួយៗ ។ ក្នុងប្រទេសមានកំរិតប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេងខ្ពស់ អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ មានច្រើនជាងគ្រោះថ្នាក់ ហើយអង្គការសុខភាពពិភពលោក បានផ្តល់អនុសាសន៍ជាគោលនយោបាយ សំរាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ទូទៅសំរាប់គ្រប់ទារក ។ ប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានគេចាត់ថ្នាក់ក្នុងប្រភេទនេះដែរ ។ កុមារដែលពុំទាន់បានទទួល ការចាក់ថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ហើយមានចេញរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ មិនត្រូវទទួលថ្នាំបង្ការ បេ សេ ហ្សេ ទេ គឺដោយសារ ការមានគ្រោះថ្នាក់កើតជាជំងឺរបេង សាយភាយដោយការប្រើប្រាស់ថ្នាំ បេ សេ ហ្សេ ។

IX. ការកត់ត្រា និងរាយការណ៍

ស្ថិតិស្តីពី កុមារកើតជំងឺរបេង គួរត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងប្រព័ន្ធកត់ត្រា និងរាយការណ៍ របស់កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង។ វាជាការចាំបាច់គឺ ត្រូវចុះបញ្ជីពួកគេសំរាប់ការព្យាបាល និងកត់ត្រាលទ្ធផលការព្យាបាល ព្រមទាំងរាយការណ៍ ដល់កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង នូវគ្រប់ករណីជំងឺរបេងកុមារ ដែលបានរកឃើញ។ ការកត់ត្រា និងការរាយការណ៍ករណីជំងឺរបេងសំរាប់ទាំងពីរក្រុម អាយុរបស់កុមារ (០-៤ ឆ្នាំ និង ៥-១៤ឆ្នាំ) មានប្រយោជន៍ដើម្បីរៀបចំការស្នើសុំឱសថរបេង និងតាមដាននិន្នាការនៃករណីស្រាវជ្រាវ និងលទ្ធផលនៃការព្យាបាល។

ប័ណ្ណព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ ត្រូវប្រើរួមគ្នាជាមួយប័ណ្ណព្យាបាលជំងឺរបេងទូទៅ ដែលមានបីប្រភេទ: សំរាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល (ប័ណ្ណស) សំរាប់អ្នកជំងឺ (ប័ណ្ណក្រហម) និងសំរាប់អ្នកសង្កេតដូតស៏ (ប័ណ្ណលឿង) ។

មានលំនាំដូចគ្នាផងដែរ ចំពោះសៀវភៅ និងបញ្ជីដទៃទៀត គឺត្រូវប្រើរួមគ្នា លើកលែងតែការព្យាបាលបង្ការ ដោយថ្នាំ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ ដែលទាមទារអោយមានឯកសារដោយឡែក ។

ដោយឡែកចំពោះមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ពត៌មានស្តីពីការស្រាវជ្រាវ និងព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ ត្រូវកត់ត្រាក្នុងសៀវភៅកត់ត្រាអ្នកជំងឺរបេង នៃផ្នែកជំងឺរបេងរបស់មន្ទីរពេទ្យ ទោះបីជាការព្យាបាលអាចផ្តល់ ដោយផ្នែកដទៃទៀត (ឧ. ផ្នែកជំងឺកុមារ) ក៏ដោយ ។

ការវិភាគក្រុមករណីជំងឺដែលបានដាក់អោយព្យាបាល (cohort) គឺជាឧបករណ៏គ្រប់គ្រងយ៉ាងសំខាន់ ដើម្បីវាយតំលៃប្រសិទ្ធិភាព របស់កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង ។ ការវាយតំលៃលទ្ធផលនៃការព្យាបាលដោយការវិភាគក្រុមករណីជំងឺដែលបានដាក់អោយព្យាបាលនេះ គឺជាសុច្ចនាករ (អាំងឌីកាទ័) ដ៏មានតំលៃពាក់ព័ន្ធនឹងគុណភាពនៃកម្មវិធីទាក់ទិនជំងឺរបេងកុមារ ។

កម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង មានភារកិច្ចទទួលខុសត្រូវក្នុងការធានាការកត់ត្រា និង រាយការណ៏សំរាប់ករណីជំងឺ និងលទ្ធផលរបស់ពួកគេ ។ ការទំនាក់ទំនងល្អគឺជាការចាំបាច់ រវាងកម្មវិធីជាតិកំចាត់រោគរបេង និងក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ដែលព្យាបាលកុមារកើតជំងឺរបេង ។

X. សេចក្តីយោង

១. ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា ។ សេចក្តីណែនាំបច្ចេកទេស សំរាប់ការត្រួតពិនិត្យជំងឺរបេង ។ កម្មវិធីជាតិកំចាត់ រោគរបេង ខែ មីនា ឆ្នាំ ២០០៣ ។

២. WHO. Guidance for National Tuberculosis Programmes on the Management of Tuberculosis and Children, WHO 2006.

៣. WHO. Treatment of Tuberculosis Guidlines of National Programmes, WHO 2003.

XI. ឧបសម្ព័ន្ធ

កុមារមានជំងឺ របេងរលាកស្រោមខួរ និងរបេងមីលីយែរ គួរត្រូវដាក់អោយសំរាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ យ៉ាងតិចពីរខែ ។ តារាងខាងក្រោម សង្ខេបនូវរូបមន្តព្យាបាលដែលត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ សំរាប់ព្យាបាលជំងឺ របេងរលាកស្រោមខួរ និងរបេងមីលីយែរ លើកុមារ ។

យោងនៅតាមភាពខុសគ្នា នៃការជ្រាបចូលនៃថ្នាំ នៅក្នុងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ អ្នកឯកទេសមួយចំនួន បានផ្តល់អនុសាសន៍អោយកែប្រែរូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដារ សំរាប់ព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ (សូមអានរូបមន្តព្យាបាលនៅទំព័រទី ២៥) ។ ចំពោះសណ្ឋានដទៃទៀតនៃជំងឺរបេងក្រៅសួត និងជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានបេកា ថ្នាំអេតាំប៊ុយតុល ត្រូវបានណែនាំអោយប្រើប្រាស់ជាថ្នាំប្រភេទទី៤ ។ ប៉ុន្តែ អេតាំប៊ុយតុល មានការជ្រៀបចូលយ៉ាងតិចតួច ចូលក្នុងប្រព័ន្ធទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងស្រោមខួរ លើកលែងតែក្នុងករណីដែលមានការរលាកស្រោមខួរនិងឆ្អឹងខ្នង (meninges) ។ ថ្នាំស្ត្រិបតូមីស៊ីន ក៏ជ្រៀបចូលតិចតួចផងដែរ ចូលក្នុងប្រព័ន្ធទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងស្រោមខួរ ទោះបីជាមានការរលាកស្រោមខួរនិងឆ្អឹងខ្នងក៏ដោយ គឺហេតុដូចនេះហើយ វាអាចមានតួនាទីសំខាន់តែក្នុងរយៈពេលព្យាបាលពីរខែដំបូងប៉ុណ្ណោះ ។ អ្នកឯកទេសខ្លះបានផ្តល់អនុសាសន៍ អោយប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រភេទ Ethionamide ជាថ្នាំប្រភេទទី៤ ព្រោះថាវាអាចជ្រៀបចូលបានទាំងស្រោមខួរនិងឆ្អឹងខ្នងធម្មតា និងរលាក ។ លើសនេះថែមទៀត ដោយសារថា រីហ្វាំពីស៊ីន មិនជ្រៀបចូលក្នុងស្រោមខួរនិងឆ្អឹងខ្នងធម្មតាបានល្អ ប៉ុន្តែថ្នាំ ពីរ៉ាស៊ីណាមីត អាចជ្រៀបចូលបាន ។ អ្នកឯកទេសខ្លះ ផ្តល់អនុសាសន៍អោយបន្តប្រើថ្នាំ ពីរ៉ាស៊ីណាមីត គ្រប់៦ខែ នៃការព្យាបាល ។ ម្យ៉ាងទៀត អ្នកឯកទេសខ្លះ ផ្តល់អនុសាសន៍អោយមានវគ្គព្យាបាលបន្តវែងជាង៤ខែ ។

ជំរើសរូបមន្តព្យាបាលមួយចំនួន សំរាប់ការព្យាបាលរបេងរលាកស្រោមខួរលើកុមារ		
វគ្គព្យាបាលដំបូង	វគ្គព្យាបាលបន្ត	ប្រភពពត៌មាន
2 RHZS	4 RH	Treatment of tuberculosis. Guidlines for national programmes, 3rd ed.
2 RHZ (S ឬ Eth)	7-10 RH	Tuberculosis. In: *Red book:2003 report of the Committee on Infectious Diseases,* 26th ed.
6 RHZEth		Donald et al.