EMERGENCY DRUGS

Adrenaline:

- *Anaphylaxis* – 0.15 ml of 1:1000 solution IM (0.3 ml for children > 6 years) (p. 109)
- *Severe croup* – nebulize with 0.5 ml/kg of 1:1000 solution (maximum dose: 5 ml) (p. 104)
- *Severe wheeze* – 0.01 ml/kg of 1:1000 solution SC (maximum dose: 0.3 ml) (p. 99)

Glucose: 5 ml/kg of 10% glucose solution rapidly by IV injection (p. 16)

Oxygen: 1–2 l/min by nasal prongs (p. 11)

Diazepam (for convulsions): Rectal: 0.5 mg/kg, IV: 0.2–0.3 mg/kg (p. 15)

INTRAVENOUS FLUIDS

Type of intravenous fluid	Composition						
	Na+ mmol/l	K+ mmol/l	Cl– mmol/l	Ca++ mmol/l	Lactate mmol/l	Glucose g/l	Calories cal/l
Ringer's lactate (Hartmann's)	130	5.4	112	1.8	27	–	–
Normal saline (0.9% NaCl)	154	–	154	–	–	–	–
5% glucose[a]	–	–	–	–	–	50	200
10% glucose	–	–	–	–	–	100	400
0.45 NaCl/5% glucose	77	–	77	–	–	50	200
Darrow's solution	121	35	103	–	53	–	–
Half-strength Darrow's with 5% glucose[b]	61	17	52	–	27	50	200
Half-strength Ringer's lactate with 5% glucose	65	2.7	56	1	14	50	200
0.18% NaCl/4% glucose[a]	31	–	31	–	–	40	160

[a] These fluids can be used mainly in the first few days of life but not in other infants or children.

[b] Half-strength Darrow's solution often comes without glucose, and glucose must be added before use.

សៀវភៅហោប៉ៅ នេះសំរាប់ឱយវេជ្ជបណ្ឌិត, គិលានុប្បដ្ឋាក/យិកា និងមន្ត្រីសុខាភិបាលផ្សេងៗទៀត ដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការថែទាំព្យាបាលកុមារតូចៗ ប្រើប្រាស់នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកកម្រិត១។ សៀវភៅបោះពុម្ពលើកទី២នេះ ផ្អែកលើភស្តុតាងបានមកពីគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកជាច្រើនដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក។ សៀវភៅនេះសំរាប់ប្រើប្រាស់ថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺខាងក្រៅ នៅមន្ទីរពេទ្យតូចៗដែលមានមន្ទីរពិសោធន៍ និងឱសថសារវ័ន្ត។ សៀវភៅនេះក៏អាចប្រើប្រាស់នៅតាមសេវាសុខាភិបាលមួយចំនួនទៀត ដែលកុមារឈឺត្រូវបានទទួលឱយសំរាកព្យាបាលផងដែរ។

សៀវភៅហោប៉ៅ គឺជាផ្នែកមួយនៃឯកសារ និងឧបករណ៍ទាំងអស់សំរាប់គាំទ្រដល់សមាហរណកម្ម ការទទួលបន្ទុកពិនិត្យ និងព្យាបាលជម្ងឺកុមារ (ស.ព.ជ.ក)។ គោលការណ៍ណែនាំនេះតំរូវឱយមន្ទីរពេទ្យមាន (១) សមត្ថភាពធ្វើការវិភាគស្រាវជ្រាវសារវ័ន្តមួយចំនួនដូចជា ឧបករណ៍មើលអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម, ការវិភាគមើលជាតិស្ករក្នុងឈាម, ការវិភាគញ្ញក់ឈាមរកប៉ារ៉ាស៊ីតជម្ងឺគ្រុនចាញ់, ការប៉ាន់ប្រមាណអេម៉ូគ្លូប៊ីន, បរិមាណកោសិកាឈាមសុទ្ធ និងតេស្តរាប់កោសិកាឈាមពេញលេញ, ការរកក្រុមឈាម និងផ្គូរផ្គង, ការវិភាគទឹកស្រោមខួរក្បាល និងទឹកឆ្អឹងខ្នង និងការវិភាគទឹកនោម ហើយនិងការបណ្តុះឈាម និងទឹកនោម, ការថតអេកូ និងការថតដោយកាំរស្មីអ៊ិច ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន, (២) ឱសថសារវ័ន្តសម្រាប់ការព្យាបាលកុមារដែលមានជម្ងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ ជម្រើសនៃការថែទាំព្យាបាលផ្សេងៗទៀតដែលមានកម្រិតខ្ពស់ និងទំនើប ដូចជាការថែទាំសង្គ្រោះជម្ងឺធ្ងន់ និងការបញ្ចូលខ្យល់ដោយម៉ាស៊ីន មិនត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុងសៀវភៅនេះទេ។

គោលការណ៍ណែនាំនេះ ផ្តោតទៅលើការគ្រប់គ្រងមូលហេតុសំខាន់ៗនៃការស្លាប់របស់កុមារនៅប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍដូចជា បញ្ហាទារកទើបនឹងកើត, ការរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ, ជំងឺគ្រុនចាញ់, ជំងឺរលាកស្រោមខួរ, ការពុលឈាម, កញ្ជ្រិល និងបញ្ហាសុខភាពផ្សេងៗទៀត, កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចធ្ងន់ធ្ងរ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬមានជំងឺអេដស៍។ សៀវភៅនេះក៏មានរៀបរាប់អំពីបញ្ហាវះកាត់ធម្មតាមួយចំនួនដែលអាចអនុវត្តបាននៅមន្ទីរពេទ្យតូចៗ។

ការរៀបរាប់លំអិតអំពីភស្តុតាងនានាដែលជាមូលដ្ឋានគ្រឹះនៃសៀវភៅនេះ មាននៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំដែលបានបោះពុម្ព និងផ្សព្វផ្សាយនៅក្នុងវែបសាយរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដូចបានផ្តល់ជូននៅបញ្ជីរាយឈ្មោះសៀវភៅ និងឯកសារដែលជាប់ទាក់ទង (Bibliography)។ គោលការណ៍ណែនាំទាំងនោះអាចប្រើប្រាស់បាននៅក្នុងតំបន់ជាច្រើនលើពិភពលោក ហើយអាចនឹងកែសំរួលសមស្របទៅនឹងស្ថានភាពពិសេសជាក់លាក់នៃប្រទេសនិមួយៗ។ ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកនៃសៀវភៅនេះ នឹងត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាប្រចាំ នៅពេលភស្តុតាងថ្មីៗត្រូវបានរកឃើញ។

For further information please contact:

Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA)
World Health Organization
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel +41-22 791 3281 • E-mail mncah@who.int
Website www.who.int/maternal_child_adolescent/en

WHO Western Pacific Region PUBLICATION

ISBN-13 978 92 9061 686 3

ការថែទាំព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់កុមារ

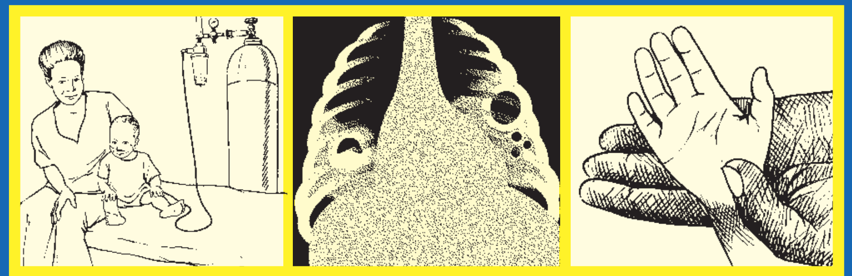
២០១៣

WHO

ឆ្នាំ ២០១៣

សៀវភៅហោប៉ៅ
ស្តីពី

ការថែទាំព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់កុមារ



គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺកុមារដែលកើតឡើងញឹកញាប់

បោះពុម្ពលើកទី២

World Health Organization
Western Pacific Region

គំនូសបំព្រួញទី១២. ការសង្គ្រោះទារកទើបនឹងកើត ៖ លំនាំការងារ

- ជូតសម្ងួតទារកភ្លាម ដោយប្រើក្រណាត់ស្អាត។
- ផ្តល់ភាពកក់ក្តៅដល់ទារកដោយដាក់ឲ្យប៉ះស្បែកនឹងស្បែកជាមួយម្តាយ និងដណ្តប់ភួយ

A

រកមើល ■ ការដកដង្ហើម ឬការយំ ■ កំលាំងកន្ត្រាក់នៃសាច់ដុំល្អ ឬមានចលនាស្វាហាប់ — *មាន* → ការថែទាំជាទូទៅ (អានផ្នែកទី៣.១)

គ្មាន ↓

- ផ្តល់រំញោចដោយរឺតខ្នងពីរបីដង។
- បឺតតែក្នុងករណីមានទឹកភ្លោះលាយអាចម៍ព្រៃ ឬទឹករំអិលពេញក្នុងមាត់ ឬច្រមុះ

ដកដង្ហើម → ការថែទាំទូទៅ ហើយតាមដានដង្ហើមយ៉ាងដិតដល់

មិនដកដង្ហើម ឬដកចង្អោរមាន់ ↓

B

- **ហៅរកជំនួយ ។**
- បញ្ជូនទៅកន្លែងសង្គ្រោះទារក។
- ភ្ជើយដាក់ក្បាល/ក ទារកបន្តិច។
- ចាប់ផ្តើមបញ្ចូលខ្យល់ដោយម៉ាស់មុខ និងសប់ខ្យល់ក្នុងរវាង ១នាទីបន្ទាប់ពីកើត a។
- ប្រាកដថាទ្រូងទារកកំពុងមានចលនា។

ដកដង្ហើមល្អ → តាមដានយ៉ាងដិតដល់ បើបន្ត ដកដង្ហើមបានល្អ

បន្ទាប់ពី៣០-៦០វិនាទី ↓

រាប់ចង្វាក់បេះដូងដោយស្តេតូ — *បើចង្វាក់បេះដូង < ៦០/នាទី* →

- សង្កត់ទ្រូង រហូតចង្វាក់បេះដូង ≥ ១០០/នាទី (*មើលរូបក្នុងទំ.៨០*)។
- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដែលមានកំរិតខ្ពស់ជាងមុន។

■ បើចង្វាក់បេះដូងនៅតែ < ៦០/នាទី ចូរពិចារណា ៖

- ការគាំទ្រដោយសប់បញ្ចូលខ្យល់។
- ឱសថ adrenaline តាមសរសៃ
- បញ្ជូន បើអាច

■ បើគ្មានចង្វាក់បេះដូងយូរជាង១០នាទី ឬនៅតែ < ៦០/នាទីប្រហែល២០នាទី, បញ្ឈប់ការសង្គ្រោះ (មើលផ្នែក ៣.២.២, ទំ. ៨២)។

បើចង្វាក់បេះដូង ≥៦០/នាទី ↓

C

■ **ចង្វាក់បេះដូង ៦០–១០០/នាទី៖**

- អនុវត្តជំហាននៃ ការសប់បញ្ចូលខ្យល់យ៉ាងត្រឹមត្រូវ។
- បន្តសប់បញ្ចូលខ្យល់ក្នុងល្បឿន៤០ដង្ហើម ក្នុង១នាទី។
- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដែលមានកំរិតខ្ពស់ជាងមុន។
- បឺតស្លេស្មបើចាំបាច់។
- វាយតម្លៃឡើងវិញរៀងរាល់១-២នាទី។

■ **ចង្វាក់បេះដូង > ១០០/នាទី៖**

- បន្តសប់បញ្ចូលខ្យល់ក្នុងល្បឿន៤០ដង្ហើម ក្នុង១នាទី។
- ១-២នាទីម្តង ចូរឈប់ដើម្បីមើលថាទារកដកដង្ហើមដោយខ្លួនឯងឬនៅ។
- ឈប់សប់បញ្ចូលខ្យល់បើចង្វាក់ដង្ហើម >៣០ដង្ហើម ក្នុង១នាទី។
- ផ្តល់ការថែទាំក្រោយពេលសង្គ្រោះ។ មើលផ្នែកទី ៣.២.១, ទំ.៨២)។

បើចង្វាក់បេះដូង >១០០/នាទី ←

[a] ចំពោះទារកដែលបាននៅក្នុងផ្ទៃ > ៣២សប្តាហ៍ គួរចាប់ផ្តើមដោយការបញ្ចូលខ្យល់សម្ពាធវិជ្ជមាន។ ចំពោះទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ គួរតែចាប់ផ្តើមដោយអុកស៊ីហ្សែន៣០% បើអាច។

A និង B គឺជាជំហានជាមូលដ្ឋាននៃការសង្គ្រោះ

សៀវភៅហោប៉ៅ
ស្តីពី

ការថែទាំព្យាបាលក្នុង
មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់កុមារ

គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការព្យាបាល
ជំងឺកុមារដែលកើតឡើងញឹកញាប់

បោះពុម្ពលើកទី២ (ឆ្នាំ២០១៣)

World Health Organization
Western Pacific Region

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses – 2nd ed.

1.Pediatrics. 2.Child care. 3.Child, Hospitalized. 4.Child health services. 5.Guideline. I.World Health Organization.
ISBN 978 92 9061 686 3 (NLM Classification: WS 29)

© World Health Organization 2014

All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on the WHO web site (www.who.int) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

Requests for permission to reproduce or translate WHO publications –whether for sale or for non-commercial distribution– should be addressed to WHO Press through the WHO web site (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).). For WHO Western Pacific Regional Publications, request for permission to reproduce should be addressed to Publications Office, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, P.O. Box 2932, 1000, Manila, Philippines, fax: +632 521 1036, e-mail: publications@wpro.who.int

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

Printed in Cambodia

មាតិកា

អារម្ភកថា xxi

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ.. xxv

ពាក្យបំព្រួម xxix

គំនូសបំព្រួមទី១. ដំណាក់កាលនានាក្នុងការគ្រប់គ្រងកុមារឈឺដែលមកសំរាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ៖ សមាសធាតុសំខាន់ៗ xxxi

១. ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងជំងឺបន្ទាន់ ១

១.១ ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ៣

១.២ សេក្តីសង្ខេបនៃជំហាន ទាំងឡាយក្នុងការវាយតម្លៃជ្រើសរើសជំងឺបន្ទាន់និងការព្យាបាល ៤

១.៣ ការវាយតម្លៃសញ្ញាបន្ទាន់ និងសញ្ញាអាទិភាព ៦

ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់កុមារដែលឈឺ ៨

របៀបជួយទារកដែលកំពុងឈ្លក់... ១៣

របៀបគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមលើកុមារដែលស្ទះដង្ហើម ១៥

របៀបផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន ១៧

របៀបដាក់ទីតាំងឲ្យកុមារដែលសន្លប់... ១៨

របៀបបញ្ចូលសេរ៉ូមឲ្យកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្លុកប៉ុន្តែមិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរស្រួចស្រាល់.. ១៩

របៀបផ្តល់សេរ៉ូមឲ្យកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្លុក និងខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ.. ២១

របៀបផ្តល់ឱសថ diazepam តាមរន្ធគូថ ២៣
របៀបផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃឈាម ២៥
របៀបព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់បន្ទាប់ពីព្យាបាលស្ហុកជំហានដំបូង ២៧
១.៤ ការព្យាបាលបន្ទាន់សម្រាប់កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ៣០
១.៥ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើកុមារដែលមានស្ថានភាពបន្ទាន់ ៣២
១.៥.១ កុមារដែលមានបញ្ហាផ្លូវដង្ហើម ឬពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំង ៣២
១.៥.២ កុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្ហុក ៣៥
១.៥.៣ កុមារដែលមានភាពល្ងិតល្ងៃ សន្លប់ ឬប្រកាច់ ៣៧
១.៦ ការពុលដែលកើតឡើងញឹកញាប់ ៤៣
១.៦.១ គោលការណ៍សម្រាប់ការពុលដោយផឹក ឬលេប ៤៤
១.៦.២ គោលការណ៍សម្រាប់ការពុលតាមរយៈការប៉ះពាល់នឹងស្បែកឬភ្នែក ៤៧
១.៦.៣ គោលការណ៍សម្រាប់ការពុលដោយហិតស្រូប ៤៧
១.៦.៤ ការពុលជាក់លាក់មួយចំនួន ៤៨
សមាសធាតុកាត់ ៤៨
សមាសធាតុប្រេងកាត ៤៨
សមាសធាតុផូស្វ័រសរីរាង្គ និងសមាសធាតុ carbamate ៤៨
ឱសថ Paracetamol ៥០
ឱសថ Aspirin និងពពួក salicylates ដទៃទៀត ៥១
ជាតិដែក ៥២
ឱសថ Morphine និងឱសថមានជាតិអាភៀន ៥៣
សារធាតុ Carbon monoxide ៥៤
១.៦.៥ ការបង្ការការពុល ៥៤

១.៧ ការលង់ទឹក ៥៤

១.៨ ការឆក់ខ្សែភ្លើង ៥៥

១.៩ មូលហេតុញឹកញាប់នៃការជ្រាបចូលជាតិពិស ៥៦

១.៩.១ ពស់ចឹក ៥៦

១.៩.២ ការទិចដោយសត្វខ្យាដំរី ៦០

១.៩.៣ ប្រភពដទៃទៀតនៃការជ្រាបចូលជាតិពិស ៦១

១.១០ ការប៉ះទង្គិច និងរបួស ៦២

១.១០.១ ការអង្កេតបឋម ឬការវាយតម្លៃដំបូង ៦២

១.១០.២ ការអង្កេតជាបន្ទាប់ ៦៤

២. មធ្យោបាយធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យចំពោះកុមារឈឺ ៦៧

២.១ ទំនាក់ទំនងជាមួយការងារ IMCI និងដំណាក់កាលនៃការថែទាំព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ៦៧

២.២ ការសួរប្រវត្តិជំងឺ ៦៨

២.៣ ការចូលជិតកុមារឈឺ និងការពិនិត្យគ្លីនិក ៦៩

២.៤ ការវិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ ៧១

២.៥ រោគវិនិច្ឆ័យញែក ៧២

៣. បញ្ហារបស់ទារកទើបនឹងកើត និងកុមារតូចៗ ៧៣

៣.១ ការថែទាំទារកជាសារវ័ន្តនៅកន្លែងសម្រាល ៧៥

៣.២ ការសង្គ្រោះទារកទើបនឹងកើត ៧៦

៣.២.១ ការថែទាំក្រោយពេលសង្គ្រោះ ៨២

៣.២.២ ការបញ្ឈប់ការសង្គ្រោះ ៨២

៣.៣ ការថែទាំទូទៅសម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត ៨២

៣.៤ ការបង្ការការបង្ករោគលើទារកទើបនឹងកើត ៨៣

៣.៥ ការគ្រប់គ្រងទារកដែលខួរក្បាលទាំងមូលខ្វះអុកស៊ីហ្សែន (HIE) ៨៤

៣.៦ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់លើទារកទើបនឹងកើត និងកុមារតូចៗ ៨៥
៣.៧ ការប្រកាច់ ៨៧
៣.៨ ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី ៨៨
៣.៩ ជំងឺរលាកស្រោមខួរ ៩០
៣.១០ ការថែទាំគាំទ្រ សម្រាប់ទារកទើបនឹងកើតដែលឈឺ.............................. ៩១
៣.១០.១ បរិយាកាសកក់ក្ដៅ Thermal environment..................... ៩១
៣.១០.២ ការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក.. ៩២
៣.១០.៣ ការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន.......................................៩៣
៣.១០.៤ គ្រុនក្ដៅខ្លាំង... ៩៤
៣.១១ ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ និងទារកមានទម្ងន់ទាបពេលកើត ៩៤
៣.១១.១ ទារកដែលមានទម្ងន់ពេលកើត ២.០–២.៥kg (អាយុគភ៌ ៣៥–៣៦សប្ដាហ៍) ៩៤
៣.១១.២ ទារកដែលមានទម្ងន់ពេលកើត < ២.០kg (អាយុគភ៌ <៣៥ សប្ដាហ៍) ៩៤
៣.១១.៣ បញ្ហាដែលកើតឡើងញឹកញាប់លើទារកដែលមានទម្ងន់ទាប ពេលកើត ៩៩
៣.១១.៤ ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងការតាមដានទារកដែល មានទម្ងន់ទាបពេលកើត.. ១០២
៣.១២ បញ្ហាញឹកញាប់ដទៃទៀតដែលកើតឡើងលើទារកទើបនឹងកើត ១០៣
៣.១២.១ ជំងឺខាន់លឿង ១០៣
៣.១២.២ ការរលាកភ្នាសភ្នែក.. ១០៦
៣.១២.៣ រូបរាងមិនធម្មតាពីកំណើត ១០៧
៣.១៣ ទារកដែលកើតពីម្ដាយដែលមានជំងឺឆ្លង ១០៨
៣.១៣.១ ជំងឺស្វាយ(កាមរោគ)ពីកំណើត ១០៨

៣.១៣.២ ទារកដែលកើតពីម្តាយដែលមានជំងឺរបេង ១០៩
៣.១៣.៣ ទារកដែលកើតពីម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍..........១០៩
៣.១៤ កម្រិតនៃឱសថដែលប្រើញឹកញាប់សម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត និងទារកមានទម្ងន់ទាបពេលកើត ១១០

៤. ក្អក ឬការពិបាកដកដង្ហើម ១១៥

៤.១ កុមារដែលមានបញ្ហាក្អក ១១៦
៤.២ ជំងឺរលាកសួត...១២៣
៤.២.១ ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ...១២៣
៤.២.២ ជំងឺរលាកសួត ១៣២
៤.៣ ផលវិបាកនៃជំងឺរលាកសួត ១៣៤
៤.៣.១ ទឹកក្នុងស្រោមសួត និងការកខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត.............. ១៣៥
៤.៣.២ អាប់សែសួត...១៣៧
៤.៣.៣ ខ្យល់ចូលក្នុងស្រោមសួត ១៣៨
៤.៤ ក្អក ឬផ្តាសាយ..១៣៩
៤.៥ ស្ថានភាពផ្សេងៗដែលកើតមានជាមួយសំឡេងដង្ហើមតឹង....................១៤១
៤.៥.១ ការរលាកទងសួតតូចៗ...១៤៥
៤.៥.២ ជំងឺហឺត...១៤៩
៤.៥.៣ សំឡេងដង្ហើមតឹង (Wheeze) រួមជាមួយការក្អក ឬផ្តាសាយ...១៥៧
៤.៦ ស្ថានភាពផ្សេងៗដែលកើតមានជាមួយសំឡេងស្រ្តាយឌ័រ (stridor).... ១៥៧
៤.៦.១ ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើដោយវីរុស ១៥៨
៤.៦.២ ជំងឺខាន់ស្លាក់ ១៦៣
៤.៦.៣ ជំងឺរលាកកន្ទើត...១៦៦
៤.៦.៤ ការប្រតិកម្មឱសថ ១៦៧

៤.៧ ស្ថានភាពផ្សេងៗដែលកើតមានជាមួយការក្អករ៉ាំរ៉ៃ ១៧០
៤.៧.១ ជំងឺក្អកមាន់ ១៧៣
៤.៧.២ ជំងឺរបេង ១៧៨
៤.៧.៣ ការឈ្លក់ដោយវត្ថុផ្សេងៗក្នុងផ្លូវដង្ហើម ១៨៥
៤.៨ ជំងឺខ្សោយបេះដូង ១៨៨
៤.៩ ជំងឺបេះដូងដោយសាររោគរលាកសន្លាក់ ១៩០

៥. ជំងឺរាក ១៩៥

៥.១ កុមារដែលមានជំងឺរាក ១៩៦
៥.២ ជំងឺរាកស្រួចស្រាល់ ១៩៩
៥.២.១ ការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ២០១
៥.២.២ ការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម ២០៥
៥.២.៣ គ្មានការខ្វះជាតិទឹក ២០៩
៥.៣ ជំងឺរាកអូសបន្លាយ ២១៣
៥.៣.១ ជំងឺរាកអូសបន្លាយធ្ងន់ធ្ងរ ២១៤
៥.៣.២ ជំងឺរាកអូសបន្លាយ (មិនធ្ងន់ធ្ងរ) ២២២
៥.៤ ជំងឺរាកមួល ២២៤

៦. គ្រុនក្តៅ ២៣១

៦.១ កុមារដែលមានគ្រុនក្តៅ ២៣២
៦.១.១ គ្រុនក្តៅដែលមានរយៈពេល៧ថ្ងៃ ឬតិចជាង ២៣២
៦.១.២ គ្រុនក្តៅដែលមានរយៈពេលយូរជាង៧ថ្ងៃ ២៣៩
៦.២ ជំងឺគ្រុនចាញ់ ២៤៤
៦.២.១ ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ ២៤៤
៦.២.២ ជំងឺគ្រុនចាញ់មិនស្មុគស្មាញ ២៥៧

៦.៣ ជំងឺរលាកស្រោមខួរ ២៦២
៦.៣.១ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី ២៦៣
៦.៣.២ ការផ្ទុះរាតត្បាតនៃបាក់តេរី Meningococcus ២៦៨
៦.៣.៣ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង ២៦៩
៦.៣.៤ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគផ្សិត cryptococcus ២៧១
៦.៤ ជំងឺកញ្ជ្រឹល ២៧៥
៦.៤.១ ជំងឺកញ្ជ្រឹលស្មុគស្មាញធ្ងន់ធ្ងរ ២៧៥
៦.៤.២ ជំងឺកញ្ជ្រឹលមិនធ្ងន់ធ្ងរ ២៨០
៦.៥ ជំងឺបាក់តេរីរាតត្បាតក្នុងឈាម (Septicaemia) ២៨១
៦.៦ ជំងឺគ្រុនពោះវៀន ២៨៤
៦.៧ ការបង្ករោគក្នុងត្រចៀក ២៨៦
៦.៧.១ ជំងឺរលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម (Mastoiditis) ២៨៦
៦.៧.២ ជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្តាលស្រួចស្រាល់ ២៨៧
៦.៧.៣ ជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្តាលរ៉ាំរ៉ៃ ២៨៩
៦.៨ ការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធទឹកនោម ២៩០
៦.៩ ជំងឺរលាកសន្លាក់ដោយបាក់តេរី ឬជំងឺរលាកឆ្អឹង និងខួរឆ្អឹង ២៩២
៦.១០ ជំងឺគ្រុនឈាម ២៩៥
៦.១០.១ ជំងឺគ្រុនឈាមធ្ងន់ធ្ងរ ២៩៦
៦.១១ ជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ (Rheumatic fever) ៣០៤

៧. កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ៣០៩

៧.១ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ៣១០
៧.២ ការវាយតម្លៃដំបូងលើកុមារដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ៣១១
៧.៣ ការរៀបចំការថែទាំ ៣១៣

៧.៤ ការព្យាបាលទូទៅ.......... ៣១៤

៧.៤.១ ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប.......... ៣១៥

៧.៤.២ សីតុណ្ហភាពចុះទាប.......... ៣១៧

៧.៤.៣ ការខ្វះជាតិទឹក.......... ៣១៩

៧.៤.៤ អតុល្យភាពអេឡិកត្រូលីត.......... ៣២៤

៧.៤.៥ ការបង្ករោគ.......... ៣២៥

៧.៤.៦ ការខ្វះមីក្រូសារធាតុចិញ្ចឹម.......... ៣២៨

៧.៤.៧ ការផ្តល់អាហារឡើងវិញក្នុងដំណាក់កាលដំបូង.......... ៣២៩

៧.៤.៨ ការផ្តល់អាហារក្នុងដំណាក់កាលធំធាត់ឡើងវិញ.......... ៣៣១

៧.៤.៩ ការភ្ញោចញាណដឹង.......... ៣៣៩

៧.៤.១០ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ លើកុមារអាយុក្រោម ៦ខែ.......... ៣៤០

៧.៥ ការព្យាបាលជំងឺផ្សេងៗទៀត.......... ៣៤២

៧.៥.១ បញ្ហាភ្នែក.......... ៣៤២

៧.៥.២ ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ.......... ៣៤២

៧.៥.៣ ជំងឺស្បែកក្នុងករណីកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ kwashiorkor.......... ៣៤៤

៧.៥.៤ ជំងឺរាកដែលបន្តជានិច្ច.......... ៣៤៤

៧.៥.៥ ជំងឺរបេង.......... ៣៤៥

៧.៦ ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងការតាមដានបន្ត.......... ៣៤៥

៧.៦.១ បញ្ជូនទៅផ្នែកថែទាំជំងឺក្រៅ.......... ៣៤៥

៧.៦.២ ការអនុញ្ញាតចេញពីផ្នែកព្យាបាលអាហារូបត្ថម្ភ.......... ៣៤៧

៧.៦.៣ ការតាមដានបន្ត.......... ៣៤៨

៧.៧ ការតាមដានគុណភាពនៃការថែទាំ.......... ៣៤៨

៧.៧.១ ការត្រួតពិនិត្យបញ្ជីមរណភាព.......... ៣៤៨

៧.៧.២ ការឡើងទម្ងន់ក្នុងអំឡុងពេលស្ការនីតិសម្បទា ៣៤៩

៨. កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ៣៥៣

៨.១ កុមារឈឺដែលសង្ស័យ ឬបញ្ជាក់ថាបានឆ្លងមេរោគអេដស៍.................. ៣៥៦

៨.១.១ រោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក.. ៣៥៦

៨.១.២ ការប្រឹក្សាអំពីមេរោគអេដស៍... ៣៥៨

៨.១.៣ ការធ្វើតេស្ត និងការវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍...................... ៣៦០

៨.១.៤ ការកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិក ៣៦២

៨.២ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) ៣៦៦

៨.២.១ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV) ៣៦៧

៨.២.២ គួរចាប់ផ្តើម ART នៅពេលណា ៣៧០

៨.២.៣ ផលរំខាន និងការតាមដាន ៣៧១

៨.២.៤ គួរផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលនៅពេលណា ៣៧៦

៨.៣ ការថែទាំបែបគាំទ្រដល់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍.........................៣៧៩

៨.៣.១ ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ (វ៉ាក់សាំង) ៣៧៩

៨.៣.២ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Co-trimoxazole............ ៣៨០

៨.៣.៣ អាហារូបត្ថម្ភ...៣៨៣

៨.៤ ការគ្រប់គ្រងស្ថានភាពផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍ ៣៨៤

៨.៤.១ ជំងឺរបេង.. ៣៨៤

៨.៤.២ ជំងឺសួត PCP (Pneumocystis jiroveci pneumonia).. ៣៨៦

៨.៤.៣ ជំងឺសួត LIP (Lymphoid interstitial pneumonia)......៣៨៧

៨.៤.៤ ការបង្ករោគដោយមេរោគផ្សិត ៣៨៨

៨.៤.៥ ជំងឺមហារីកសរសៃវ៉ែន (Kaposi Sarcoma)................. ៣៩០

៨.៥ ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន និងការផ្តល់អាហារដល់ទារក.. ៣៩០

៨.៥.១ ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន ៣៩០
៨.៥.២ ការផ្ដល់អាហារដល់ទារកដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៣៩១
៨.៦ ការតាមដានបន្ត ៣៩៤
៨.៦.១ ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ.................................. ៣៩៤
៨.៦.២ ការបញ្ជូន ៣៩៤
៨.៦.៣ ការតាមដានបន្តផ្នែកគ្លីនិក... ៣៩៥
៨.៧ ការថែទាំសម្រន់ក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត ៣៩៥
៨.៧.១ ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ ៣៩៦
៨.៧.២ ការគ្រប់គ្រងភាពមិនឃ្លានអាហារ, ចង្អោរ និងក្អួត........... ៣៩៨
៨.៧.៣ ការបង្ការ និងការព្យាបាលដំបៅដែលប៉ះសង្កត់.............. ៣៩៨
៨.៧.៤ ការថែទាំមាត់ធ្មេញ.. ៣៩៨
៨.៧.៥ ការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម ៣៩៩
៨.៧.៦ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត.. ៣៩៩

៩. បញ្ហាញឹកញាប់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការវះកាត់...................... ៤០១

៩.១ ការថែទាំមុនពេល អំឡុងពេល និងក្រោយពេលវះកាត់ ៤០៣
៩.១.១ ការថែទាំមុនពេលវះកាត់ ៤០៣
៩.១.២ ការថែទាំអំឡុងពេលវះកាត់.......................................៤០៦
៩.១.៣ ការថែទាំក្រោយពេលវះកាត់ ៤១០
៩.២ ពិការភាពពីកំណើត ៤១៥
៩.២.១ មាត់ឆែប និងក្រអូមមាត់ឆែប... ៤១៥
៩.២.២ ជំងឺស្ទះពោះវៀន.. ៤១៧
៩.២.៣ ជញ្ជាំងពោះប្រហោង ៤១៨
៩.២.៤ ខួរឆ្អឹងខ្នងលយមកក្រៅ... ៤២០
៩.២.៥ ការភ្លាត់ត្រគាកពីកំណើត ៤២០

៩.២.៦ ជើងខ្វេរ ៤២១
៩.៣ ការរងរបួស ៤២២
៩.៣.១ ការរងរបួសដោយរលាក ៤២៣
៩.៣.២ ការរងរបួសនៅក្បាល ៤២៨
៩.៣.៣ ការរងរបួសនៅដើមទ្រូង ៤៣០
៩.៣.៤ ការរងរបួសនៅពោះ ៤៣២
៩.៣.៥ ការរងរបួសបាក់បែកឆ្អឹង ៤៣៣
៩.៣.៦ គោលការណ៍នៃការថែទាំរបួស ៤៣៧
៩.៤ បញ្ហានៅពោះ ៤៤០
៩.៤.១ ការឈឺចាប់ក្នុងពោះ ៤៤០
៩.៤.២ ជំងឺរលាកខ្នែងពោះវៀន ៤៤២
៩.៤.៣ ជំងឺស្ទះពោះវៀនបន្ទាប់ពីសម្រាល ៤៤៣
៩.៤.៤ ជំងឺពោះវៀនលូនចូលគ្នា ៤៤៤
៩.៤.៥ ជំងឺក្លនលូនត្រង់ផ្ចិត ៤៤៦
៩.៤.៦ ជំងឺក្លនលូនក្នុងក្រលៀន ៤៤៧
៩.៤.៧ ជំងឺក្លនលូនកៀបជាប់ ៤៤៧
៩.៤.៨ ការរមួលពងស្វាស ៤៤៨
៩.៤.៩ ការធ្លាក់ក្រសាលគូទ ៤៤៩
៩.៥ ការបង្ករោគដែលទាមទារការវះកាត់ ៤៤៩
៩.៥.១ អាប់សែ ៤៤៩
៩.៥.២ ការរលាកឆ្អឹង និងខួរឆ្អឹង ៤៥១
៩.៥.៣ ការរលាកសន្លាក់ដោយបាក់តេរី ៤៥២
៩.៥.៤ ការរលាកសាច់ដុំមានខ្ទុះ ៤៥៣
១០. ការថែទាំគាំទ្រ ៤៥៥

១០.១ ការគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភ ៤៥៦

១០.១.១ គាំទ្រការបំបៅដោះ ៤៥៦

១០.១.២ ការគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់កុមារឈឺ ៤៦៣

១០.២ ការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក ៤៧២

១០.៣ ការគ្រប់គ្រងគ្រុនក្តៅ ៤៧៣

១០.៤ ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ ៤៧៥

១០.៥ ការគ្រប់គ្រងភាពស្លេកស្លាំង ៤៧៧

១០.៦ ការចាក់បញ្ចូលឈាម ៤៧៩

១០.៦.១ ការរក្សាទុកឈាម ៤៧៩

១០.៦.២ បញ្ហាផ្សេងៗក្នុងការចាក់បញ្ចូលឈាម ៤៧៩

១០.៦.៣ សញ្ញាចង្អុលបង្ហាញពីតម្រូវការបញ្ចូលឈាម ៤៧៩

១០.៦.៤ ការចាក់បញ្ចូលឈាម ៤៨០

១០.៦.៥ ការប្រតិកម្មនឹងឈាមបញ្ចូល ៤៨២

១០.៧ ការព្យាបាលដោយការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន ៤៨៤

១០.៨ ប្រដាប់លេង និងការព្យាបាលដោយការលេងកំសាន្ត ៤៨៨

១១. ការតាមដានភាពប្រសើរឡើងរបស់កុមារ ៤៩៣

១១.១ ទម្រង់ការនៃការតាមដាន ៤៩៣

១១.២ តារាងតាមដាន ៤៩៤

១១.៣ សវនកម្មនៃការថែទាំជំងឺកុមារ ៤៩៥

១២. ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ៤៩៧

១២.១ ពេលវេលាសមស្របសម្រាប់ការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ៤៩៨

១២.២ ការផ្តល់ប្រឹក្សា ៤៩៩

១២.៣ ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ ៥០០

១២.៤ ការព្យាបាលនៅផ្ទះ ៥០១
១២.៥ ការពិនិត្យសុខភាពម្ដាយ ៥០២
១២.៦ ការពិនិត្យស្ថានភាពនៃការផ្ដល់ថ្នាំបង្ការ ៥០៣
១២.៧ ទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលកម្រិតទីមួយ ៥០៤
១២.៨ ការថែទាំក្នុងពេលតាមដានបន្ត ៥០៦

បញ្ជីរាយឈ្មោះសៀវភៅ និងឯកសារដែលជាប់ទាក់ទង............... ៥០៩

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី១. ទម្រង់ការអនុវត្តន៍ ៥១៣
A១.១ ការចាក់ថ្នាំ.. ៥១៦
A១.១.១ការចាក់តាមសាច់ដុំ.....................................៥១៦
A១.១.២ ការចាក់ក្រោមស្បែក ៥១៦
A១.១.3 ការចាក់ក្នុងស្បែក ៥១៧
A១.២ ការផ្ដល់ជាតិទឹកតាមការចាក់បញ្ចូល ៥១៩
A១.២.១ ការចាក់កាតេទែតាមសរសៃវ៉ែនខាង .៥១៩
A១.២.២ ការចាក់តាមខួរឆ្អឹង ៥២១
A១.២.៣ ការចាក់កាតេទែតាមសរសៃវ៉ែនកណ្ដាល ៥២៤
A១.២.៤ ការវះបើករកសរសៃវ៉ែន ៥២៦
A១.២.៥ ការស៊កកាតេទែចូលសរសៃវ៉ែនតាមផ្ចិតរបស់ទារក ៥២៧
A១.៣ ការស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ.................. ៥២៨
A១.៤ ការចាក់យកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង.............................. ៥២៩
A១.៥ ការស៊កបំពង់បង្ហូរក្នុងស្រោមសួត.................... ៥៣២

A១.៦ ការបឺតទឹកនោមពីប្លោកនោម ៥៣៥

A១.៧ ការវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាម ៥៣៥

ឧបសម្ព័ន្ធទី២. កំរិតឱសថ និង របៀបរបបព្យាបាល ៥៣៩

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣. ទំហំនៃឧបករណ៍ ៥៦៥

ឧបសម្ព័ន្ធទី៤. ប្រភេទសេរ៉ូម ៥៦៧

A៤.១ ជម្រើសនៃសេរ៉ូម ៥៦៨

ឧបសម្ព័ន្ធទី៥. ការវាយតម្លៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ ៥៧១

A៥.១ ការគណនាទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុរបស់កុមារ ៥៧១

A៥.២ ការគណនាទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង ឬកម្ពស់របស់កុមារ ៥៧៩

ឧបសម្ព័ន្ធទី៦. សម្ភារៈជំនួយការងារ និងគំនូសបំព្រួម ៥៩៩

គំនូសបំព្រួម

គំនូសបំព្រួមទី១. ដំណាក់កាលនានាក្នុងការគ្រប់គ្រងកុមារឈឺដែលមកសំរាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ៖ សមាសធាតុសំខាន់ៗ xxxi

គំនូសបំព្រួមទី២. ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់កុមារដែលឈឺ ៨

គំនូសបំព្រួមទី៣. របៀបជួយទារកឬកុមារដែលកំពុងឈ្លក់........................... ១៣

គំនូសបំព្រួមទី៤. របៀបជួយគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមកុមារដែលស្ទះដង្ហើម (ឬកុមារដែលទើបបាត់ដង្ហើម).. ១៥

គំនូសបំព្រួមទី៥. របៀបផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន ១៧

គំនូសបំព្រួមទី៦. របៀបដាក់ទីតាំងឲ្យកុមារដែលសន្លប់ ១៨

គំនូសបំព្រួមទី៧. របៀបដាក់សេរ៉ូមយ៉ាងលឿនឲ្យកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្ពុក ប៉ុន្តែមិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ.............................. ១៩

គំនូសបំព្រួមទី៨. របៀបដាក់សេរ៉ូមឲ្យកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្ពុក និងខ្វះ

	អាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ២១
គំនូសបំព្រួមទី៩.	របៀបផ្តល់ឱសថ diazepam តាមរន្ធគូថ ២៣
គំនូសបំព្រួមទី១០.	របៀបផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃឈាម ២៥
គំនូសបំព្រួមទី១១.	របៀបព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់ បន្ទាប់ពីព្យាបាលស្តុកជំហានដំបូង ២៧
គំនូសបំព្រួមទី១២.	ការសង្គ្រោះទារកទើបនឹងកើត ៧៧
គំនូសបំព្រួមទី១៣.	ផែនការ C សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក ៖ ព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរយ៉ាងឆាប់រហ័ស ២០៤
គំនូសបំព្រួមទី១៤.	ផែនការ B សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក ៖ ព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យមដោយទឹកអូរ៉ាលីត ២១០
គំនូសបំព្រួមទី១៥.	ផែនការ A សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក ៖ ព្យាបាលជំងឺរាកនៅផ្ទះ ២១៥
គំនូសបំព្រួមទី១៦.	ការណែនាំអំពីការផ្តល់អាហារក្នុងអំឡុងពេលឈឺនិងពេលមានសុខភាពធម្មតា ៤៦៨

តារាង

តារាងទី១.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកលើកុមារដែលមានបញ្ហាផ្លូវដង្ហើម ឬពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ៣៤
តារាងទី២.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកលើកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្តុក ៣៦
តារាងទី៣.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកលើកុមារដែលមានភាពល្ហិតល្ហៃ សន្លប់ ឬប្រកាច់ ៣៩
តារាងទី៤.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកលើទារកតូច (អាយុក្រោម២ខែ) ដែលមានភាពល្ហិតល្ហៃ សន្លប់ ឬប្រកាច់ ៤១
តារាងទី៥.	ការពុល ៖ បរិមាណនៃការបូនសកម្មសំរាប់កំរិតប្រើនិមួយៗ ៤៥
តារាងទី៦.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់កុមារដែលមានក្អក ឬពិបាក

	ដកដង្ហើម ១១៩
តារាងទី៧.	ចំណាត់ថ្នាក់នៃភាពធ្ងន់ធ្ងររបស់ជំងឺរលាកសួត ១២៤
តារាងទី៨.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់កុមារដែលមានសំឡេងដង្ហើមតឹង ១៤៣
តារាងទី៩.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់កុមារដែលមានសំឡេងស្រ្តាយឌ័រ (stridor) ១៥៩
តារាងទី១០.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់កុមារដែលមានបញ្ហាក្អករ៉ាំរ៉ៃ ១៧១
តារាងទី១១.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់កុមារដែលមានជំងឺរាក..........១៩៨
តារាងទី១២.	ចំណាត់ថ្នាក់ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការខ្វះជាតិទឹកលើកុមារដែលមានជំងឺរាក ១៩៩
តារាងទី១៣.	ការដាក់សេរ៉ូមឲ្យកុមារដែលខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ២០២
តារាងទី១៤.	របបអាហារទី១ សម្រាប់ជំងឺរាកអូសបន្លាយ ៖ របបអាហារម្សៅដែលមានទឹកដោះតិច (ឡាក់តូសទាប) ២២០
តារាងទី១៥.	របបអាហារទី២ សម្រាប់ជំងឺរាកអូសបន្លាយ ៖ របបអាហារម្សៅទាប (cereal) ដែលគ្មានទឹកដោះ (គ្មានឡាក់តូស) ២២០
តារាងទី១៦.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់គ្រុនក្តៅដែលគ្មានសញ្ញាត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់ ២៣៥
តារាងទី១៧.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់គ្រុនក្តៅដែលមានសញ្ញាត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់..........២៣៦
តារាងទី១៨.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់គ្រុនក្តៅ រួមជាមួយស្នាមកន្ទួល..២៣៨
តារាងទី១៩.	រោគវិនិច្ឆ័យញែកបន្ថែមទៀត សម្រាប់គ្រុនក្តៅដែលមានរយៈពេលយូរជាង៧ថ្ងៃ ២៤២
តារាងទី២០.	លក្ខខណ្ឌរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកសម្រាប់ការវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ (ដោយផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌ Jones) ៣០៦

តារាងទី២១. កាលវិភាគសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ៣១៥
តារាងទី២២. បរិមាណអាហារ F-៧៥ ក្នុងមួយពេលសម្រាប់កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ (ប្រហែល ១៣០ml/kg ក្នុង១ថ្ងៃ) ៣៣២
តារាងទី២៣. ប្រព័ន្ធកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិកសម្រាប់ជំងឺអេដស៍លើកុមាររបស់អង្គការ WHO ៣៦៣
តារាងទី២៤. ក្រុមឱសថ ARV ដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់ប្រើប្រាស់លើកុមារ... ៣៦៩
តារាងទី២៥. របបឱសថព្យាបាលជម្រើសទី១ សម្រាប់កុមារ ៣៦៩
តារាងទី២៦. ផលរំខានញឹកញាប់នៃឱសថ ARV ៣៧២
តារាងទី២៧. របបឱសថព្យាបាលជម្រើសទី២ ដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមារ ៣៧៩
តារាងទី២៨. ទំហំនៃបំពង់ស៊កចូលក្នុងបំពង់ខ្យល់ ទៅតាមអាយុកុមារ.. ៤០៨
តារាងទី២៩. បរិមាណឈាមរបស់កុមារទៅតាមអាយុ........................ ៤១០
តារាងទី៣០. ចង្វាក់ជីពចរ និងសម្ពាធឈាមធម្មតារបស់កុមារ............. ៤១១
តារាងទី៣១. ឧទាហរណ៍អំពីការកែសម្រួលសេចក្ដីណែនាំស្ដីពីការផ្ដល់អាហារនៅលើបណ្ណ័របស់មាតាទៅតាមប្រទេសផ្សេងៗ ដូចជាប្រទេសBolivia, Indonesia, Nepal, South Africa និង United Republic of Tanzania ៤៧០
តារាងទី៣២. តម្រូវការជាតិទឹករក្សាលំនឹង...................................... ៤៧២
តារាងទី៣៣. កាលវិភាគនៃការផ្ដល់ថ្នាំបង្ការដំបូងដល់កុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំណែនាំដោយកម្មវិធីពង្រីកការផ្ដល់ថ្នាំបង្ការ (EPI) ៥០៤
តារាង A២.១ កំរិតឱសថទៅតាមក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ (m²) របស់កុមារ ..៥៤០
តារាង A៥.១.១ ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ ចាប់ពីពេលកើត រហូតដល់៥ឆ្នាំ ៖

	កុមារា	៥៧២
តារាង A៥.១.២	ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុចាប់ពីពេលកើតរហូតដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារី..	៥៧៤
តារាង A៥.២.១	ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង ចាប់ពីពេលកើត ដល់២ឆ្នាំ ៖ កុមារា .	៥៨០
តារាង A៥.២.២	ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង ចាប់ពីពេលកើត ដល់២ឆ្នាំ ៖ កុមារី ..	៥៨៤
តារាង A៥.២.៣	ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ចាប់ពី២ឆ្នាំ ដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារា	៥៨៩
តារាង A៥.២.៤	ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ចាប់ពី២ឆ្នាំ ដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារី	៥៩៣

អារម្ភកថា

សៀវភៅហោប៉ៅស្ដីពីការថែទាំព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់កុមារនេះ គឺជាការបោះពុម្ពលើកទី២ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក, ដែលត្រូវបានបោះពុម្ពលើកទី១ កាលពីឆ្នាំ២០០៥។ ការបោះពុម្ពលើកនេះ គឺជាការចងក្រងនូវគោលការណ៍ណែនាំថ្មីៗ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ស្ដីពីការគ្រប់គ្រងជំងឺទូទៅរបស់កុមារនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកកម្រិតទី១ នៃប្រទេសដែលមានធនធានទាប។ សៀវភៅនេះផ្ដល់ជូននូវគោល-ការណ៍ណែនាំគ្លីនិកដែលផ្អែកលើភស្ដុតាង និងត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដែលគ្រូពេទ្យអាចយកប្រើប្រាស់ក្នុងការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់ខ្លួននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដែលមានបរិក្ខាមន្ទីរពិសោធន៍ជាសារវ័ន្ត និងឱសថដែលមិនមានតម្លៃថ្លៃ។ គោលការណ៍ណែនាំទាំងនេះផ្ដោតសំខាន់លើការគ្រប់គ្រងជំងឺសម្រាកពេទ្យសំរាប់កុមារឈឺធ្ងន់ ដែលស្ថានភាពរបស់ពួកគេគឺជាមូលហេតុចម្បងនៃការស្លាប់របស់កុមារដូចជាជំងឺទារកដែលទើបនឹងកើត,ជំងឺរលាកសួត, ជំងឺរាក, គ្រុនក្ដៅ ជាពិសេស (ជំងឺគ្រុនចាញ់ រលាកស្រោមខួរ និង ជំងឺបាក់តេរីរាតត្បាតក្នុងឈាម), ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ, និងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍។ វាក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវសេចក្ដីណែនាំអំពីបញ្ហាវះកាត់ដែលកើតឡើងញឹកញាប់, ការថែទាំគាំទ្រដ៏សមស្រប, និងការតាមដានអ្នកជំងឺនៅតាមអគារ។

សៀវភៅហោប៉ៅនេះ គឺជាផ្នែកមួយនៃឧបករណ៍ជាស៊េរីសម្រាប់កែលម្អគុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់កុមារឈឺធ្ងន់ ហើយវាស្របគ្នានឹងគោលការណ៍ណែនាំរបស់ IMCI សម្រាប់ការពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺក្រៅដល់កុមារដែលឈឺ។ សៀវភៅនេះសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាកយិកាជាន់ខ្ពស់ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលជាន់ខ្ពស់ដទៃទៀតដែលទទួលខុសត្រូវលើការថែទាំកុមារតូចៗនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកកម្រិតទី១ ក្នុងបណ្ដាប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍។ សៀវភៅហោប៉ៅបោះពុម្ពលើកទី១ ត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយគណៈកម្មការអចិន្ត្រៃយ៍

សំរាប់ការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំរបស់ អង្គការសុខភាពពិភពលោក, ហើយកំណត់ថាជំពូកទាំងនោះទាមទារការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ដែលរួមមានការងារ២ផ្នែក៖

- ការកែសម្រួលឡើងវិញដើម្បីឲ្យ*សៀវភៅហោប៉ៅ* នេះមានភាពស្របគ្នាជាមួយនឹងគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដែលទើបតែបានផ្សព្វផ្សាយ; និង
- អាទិភាពនៃព័ត៌មានថ្មីៗដែលអាចរកបាន ដែលត្រូវបានប្រមូលវិភាគ និងធ្វើសំយោគមុននឹងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព។

ក្នុងការងារផ្នែកទីមួយ សេចក្តីណែនាំដែលអនុម័តដោយគណៈកម្មការត្រួតពិនិត្យគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកត្រូវបានដាក់បញ្ចូល។ ការងារផ្នែកទីពីរ ទាមទារការធ្វើសំយោគលើភស្តុតាងដែលប្រមូលបានឲ្យមានភាពស្របគ្នាជា-មួយនឹងសេចក្តីណែនាំថ្មីៗ។ ដូច្នេះហើយចំណុចកែប្រែទាំងប៉ុន្មាន គឺផ្អែកលើគោលការណ៍ និងសេចក្តីណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដែលបោះពុម្ពផ្សាយក្នុងឆ្នាំ២០១២ ដែលមានរាយនៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះសៀវភៅនៅទំព័រ ៥០៩។ លើសពីនេះទៀត ចំណុចតូចៗមួយចំនួនត្រូវបានបន្ថែម ឬដកចេញ, ចំណុចខ្លះទៀតត្រូវបានរៀបចំឡើងវិញ, ហើយអារម្ភកថាខ្លះត្រូវបានកែប្រែទៅតាមយោបល់ត្រឡប់របស់អ្នកអានសៀវភៅនេះ។ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងយោបល់ត្រឡប់របស់អ្នកអាន និងប្រជាប្រិយភាពរបស់សៀវភៅបោះពុម្ពលើកទី១ ទើបរូបរាងរបស់សៀវភៅបោះពុម្ពលើកទី២នេះ ត្រូវបានរៀបចំឲ្យមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នានឹងសៀវភៅមុន។

រាល់ការកែប្រែទាំងឡាយ ត្រូវបានត្រួតពិនិត្យដោយអ្នកជំនាញគ្លីនិកពីខាងក្រៅ និងត្រូវបានអនុម័តដោយគណៈកម្មការត្រួតពិនិត្យគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក។ ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកនៃសៀវភៅនេះ នឹងត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាប្រចាំនៅពេលភស្តុតាងថ្មីៗ និងផលវិបាកគ្លីនិកនានាត្រូវបានរកឃើញ។ សៀវភៅសន្លឹកក្រដាសនឹងត្រូវបានបោះពុម្ពរៀងរាល់៥ឆ្នាំ ប្រសិនបើមានការកែប្រែថ្មីៗជាច្រើន។ ហេតុដូច្នេះហើយ យើងសូមណែនាំអ្នកអានទាំងឡាយឲ្យបើកមើលគេហទំព័ររបស់អង្គការសុខភាព

ពិភពលោក ជាប្រចាំដើម្បីទទួលយកបច្ចុប្បន្នភាពចុងក្រោយរបស់សៀវភៅ (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/en/)។ ការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ៗក្នុងការបោះពុម្ពលើកទី២នេះ មានរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះ។

ជំពូកដែលមិនមានការកែប្រែពីការបោះពុម្ពលើកទី១ (ឆ្នាំ២០០៥) ៖

ជំពូកដែលមានការកែប្រែតែលើអារម្ភកថា ឬការរៀបចំឡើងវិញ ប៉ុន្តែមិនមានការកែប្រែចម្បងពីព័ត៌មានមុនៗទេ ៖

- ជំពូកទី១ ៖ ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងជំងឺបន្ទាន់
- ជំពូកទី២ ៖ មធ្យោបាយធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យចំពោះកុមារឈឺ
- ជំពូកទី៥ ៖ ជំងឺរាក
- ជំពូកទី៩ ៖ បញ្ហាវះកាត់ដែលកើតឡើងញឹកញាប់
- ជំពូកទី១១ ៖ ការតាមដានវឌ្ឍនភាពរបស់កុមារ
- ជំពូកទី១២ ៖ ការប្រឹក្សា និងការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ
- ឧបសម្ព័ន្ធទី១, ៣ និង ៦

ជំពូកដែលមានការកែប្រែច្រើនពីការបោះពុម្ពលើកទី១(ឆ្នាំ២០០៥) ៖

ជំពូកដែលមានការកែប្រែយ៉ាងច្រើនលើគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក ឬដែលត្រូវបានរៀបចំឡើងវិញ ៖

- ជំពូកទី៣ ៖ បញ្ហារបស់ទារកទើបនឹងកើត និងកុមារតូចៗ
- ជំពូកទី៤ ៖ ក្អក ឬការពិបាកដកដង្ហើម
- ជំពូកទី៦ ៖ គ្រុនក្តៅ
- ជំពូកទី៧ ៖ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ
- ជំពូកទី៨ ៖ កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍
- ជំពូកទី១០ ៖ ការថែទាំបែបគាំទ្រ
- ឧបសម្ព័ន្ធទី២, ៤ និង ៥

ការបន្ថែមផ្នែកតូចឬផ្នែកធំមួយចំនួនក្នុងការបោះពុម្ពលើកទី២

ផ្នែកជាច្រើននៅក្នុងជំពូកមួយចំនួនត្រូវបានបន្ថែម ឬពង្រីកយ៉ាងច្រើន ដើម្បីឆ្លើយតបចំពោះការទាមទាររបស់អ្នកអាន ៖

- ជំពូកទី១ ចំណុចទី១.១០ ៖ ការប៉ះទង្គិច និងរបួស
- ជំពូកទី៣ ចំណុចទី៣.៧ ៖ ការប្រកាច់
- ជំពូកទី៣ ចំណុចទី៣.១១.៣ ៖ ចង្កោមរោគសញ្ញានៃបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម (RDS)
- ជំពូកទី៤ ចំណុចទី៤.៦.៣ ៖ ជំងឺរលាកកន្ទើត
- ជំពូកទី៤ ចំណុចទី៤.៦.៤ ៖ ការប្រតិកម្មឱសថ
- ជំពូកទី៤ ចំណុចទី៤.៩ ៖ ជំងឺបេះដូងដោយសាររោគរលាកសន្លាក់
- ជំពូកទី៦ ចំណុចទី៦.១១ ៖ ជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់
- ជំពូកទី៨ ចំណុចទី៨.៥ ៖ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន និងការផ្តល់អាហារដល់ទារក

សៀវភៅហោប៉ៅ នេះត្រូវបានរៀបចំក្នុងទម្រង់មួយដែលងាយស្រួលកាន់ សម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាកយិកា និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលដទៃទៀត ប្រើប្រាស់ក្នុងការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់ពួកគេ និងជាជំនួយក្នុងការគ្រប់គ្រងកុមារឈឺ។ ទោះបីប្រធានបទថ្មីៗមួយចំនួនត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក៏ដោយ គួរអានសៀវភៅជំងឺកុមារបន្ថែមទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពកម្រខ្លះៗដែលមិនមានរៀបរាប់នៅក្នុង*សៀវភៅហោប៉ៅ* នេះ។ គោលការណ៍ណែនាំទាំងនេះសមស្របទៅនឹងប្រទេសជាច្រើនក្នុងពិភពលោក ប៉ុន្តែវាក៏អាចត្រូវបានកែសម្រួលទៅតាមស្ថានភាពជាក់លាក់របស់ប្រទេសខ្លះផងដែរ។

អង្គការសុខភាពពិភពលោក សូមណែនាំឲ្យប្រទេសទាំងឡាយធ្វើការកែសម្រួលកូនសៀវភៅនេះទៅតាមស្ថានភាពក្នុងប្រទេសរបស់ខ្លួន ដើម្បីដាក់បញ្ចូលប្រធានបទសំខាន់ៗដទៃទៀតដែលមិនមានក្នុងសៀវភៅ ហើយយើងជឿជាក់ថាការកែសម្រួលនេះ នឹងជួយពង្រឹងសេវាថែទាំកុមារនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ រួចឈានដល់ការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពកុមារ។

សេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ

អង្គការសុខភាពពិភពលោក សូមថ្លែងអំណរគុណដល់សមាជិកនៃក្រុមការងារដែលមានរៀបរាប់ខាងក្រោម ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដល់សៀវភៅហោប៉ៅនេះ បុគ្គលដែលបានចូលរួមចំណែកពីដំបូង, និងអ្នកត្រួតពិនិត្យ ស្ថាប័ន និងអ្នកផ្ដល់ប្រឹក្សាទាំងឡាយដែលបានរួមចំណែកក្នុងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព *សៀវភៅហោប៉ៅស្ដីពីការថែទាំព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់កុមារ* ។

ក្រុមការងារផលិតគោលការណ៍ណែនាំ

អង្គការសុខភាពពិភពលោក សូមអរគុណចំពោះសមាជិកនៃក្រុមការងារផលិតគោលការណ៍ណែនាំដែលបានត្រួតពិនិត្យលើភស្តុតាងភាគច្រើន និងបានផ្ដល់អនុសាសន៍ឲ្យធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពសៀវភៅហោប៉ៅនេះ ព្រមទាំងអ្នកដែលបានត្រួតពិនិត្យនានា ៖ Dr Fizan Abdullah, Johns Hopkins University School of Medicine, USA; Shinjini Bhatnagar, All India Institute of Medical Sciences, India; Bridget Wills, Clinical Research Unit, University of Oxford Centre for Tropical Diseases, Viet Nam; Harry Campbell, University of Edinburgh Medical School, United Kingdom; Leonila Dans, University of Philippines, Philippines; Trevor Duke, Centre for International Child Health, University of Melbourne, Australia; Michael English, University of Nairobi and Kenya Medical Research Institute, Kenya; Andy Gray, University of KwaZulu-Natal, South Africa; Sandra Grisi, São Paulo University, Brazil; Stuart Macleod, University of British Columbia, Canada; Hilda Mujuru, University of Zimbabwe, Zimbabwe; Susan Niermeyer, Univer-

sity of Colorado, USA; Jesca Nsungwa, Ministry of Health, Uganda; Vinod Paul, All India Institute of Medical Sciences, India; Haroon Saloojee, Witwatersrand University, South Africa; Mathu Santosham, Johns Hopkins School of Public Health, USA; Giorgio Tamburlini, Institute of Child Health, Italy; and Anita Zaidi, Aga Khan University, Pakistan ។ សូមអរគុណជាពិសេសដល់ Rhona MacDonald, Maternal Child Health Advocacy International, ដែលបានប្រមូលផ្តុំកំណែប្រែទាំងឡាយ រួចរៀបចំជាពង្រាងលើកដំបូង។

អ្នករួមចំណែកដំបូង និងអ្នកត្រួតពិនិត្យពីខាងក្រៅ

អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានសម្របសម្រួលឲ្យមានការរួមចំណែកជាអន្តរជាតិសម្រាប់សៀវភៅបោះពុម្ពផ្សាយឆ្នាំ២០០៥ ហើយសូមអរគុណអ្នករួមចំណែកដំបូងៗក្នុងការសរសេរជំពូកនានា ៖ Dr Ann Ashworth (United Kingdom), Dr Stephen Bickler (USA), Dr Jacqueline Deen (Philippines), Dr Trevor Duke (Papaua New Guinea and Australia), Dr Greg Hussey (South Africa), Dr Michael English (Kenya), Dr Stephen Graham (Malawi), Dr Elizabeth Molyneux (Malawi), Dr Nathaniel Pierce (USA), Dr Barbara Stoll (USA), Dr Giorgio Tamburlini (Italy), Dr Bridget Wills (Viet Nam) and Fabienne Jäger (Switzerland) ។

អង្គការសុខភាពពិភពលោក សូមអរគុណអ្នកទាំងអស់ដូចខាងក្រោមនេះដែលបានចូលរួមផ្តល់មតិយោបល់ ក្នុងដំណាក់កាលផ្សេងៗនៃការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកូនសៀវភៅនេះ ៖ Sabrina Bakeere-Kitaka, Makerere Medical School, Uganda; Zulfiqar Bhutta, Aga Khan University, Pakistan; Stephen W. Bickler, University of California-San Diego, USA; Uday Bodhankar, Commonwealth Association for Health and Disability, United Kingdom; Adegoke Falade, College of Medicine, University of Ibadan, Nigeria; Jeremy Farrar, Centre for Tropical Medicine, Ho Chi Minh City, Viet Nam; Julian Kelly, Royal Children's Hospital, Centre for

International Child Health, Melbourne, Australia; Carolyn Maclennan, Flinders University, Australia; Rhona MacDonald, David Southall and Barbara Phillips, Maternal Child Health Advocacy International; Amha Mekasha, Addis Ababa University, Ethiopia; Elizabeth Molyneux, College of Medicine, Malawi; Maria Asuncion Silvestre, University of the Philippines, Manila, Philippines, Joan Skinner, Victoria University of Wellington, New Zealand and Andrew Steer, Royal Children's Hospital, Centre for International Child Health, Melbourne, Australia។ មតិយោបល់ដ៏មានតម្លៃជាច្រើនទៀត ត្រូវបានផ្តល់ពីផ្នែកផ្សេងៗរបស់អង្គការ WHO ដូចជា ផ្នែកគ្រួសារ, សុខភាពស្ត្រីនិងកុមារ, ប្រព័ន្ធ និងសេវាសុខាភិបាល, មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍, ជំងឺរបេង, ជំងឺ Neglected Tropical Disease, ជំងឺមិនឆ្លង, និងផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ យើងក៏សូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសដល់បុគ្គលិកអង្គការសុខភាពពិភពលោកដែលបានចូលរួមជាសមាជិកក្នុងគណៈកម្មការអចិន្ត្រៃយ៍ ឬបុគ្គលិកដែលបានរួមចំណែកត្រួតពិនិត្យជំពូកនានាក្នុងដំណាក់កាលពង្រាង ៖ Desta Teshome, WHO Regional Office for Africa; Meena Cherian, Essential Health Technologies; Tarun Dua, Mental Health and Substance Abuse; Lisa Nelson, Martina Penazzato, and Sandra Gove, HIV/AIDS; Malgorzata Grzemska, Stop TB; Emmalita Manalac, WHO Regional Office for the Western Pacific; Peter Olumese, Global Malaria Programme; Madel Carmen Casanovas, Zita Weise Prinzo and Chantal Gegout, Nutrition for Health and Development; Susan Hill and Clive Ondari, Essential Medicines and Pharmaceutical Policies; Raman Velayudhan, Neglected Tropical Diseases; and Martin Weber, WHO Country Office, Indonesia ។ សូមអរគុណជាពិសេសដល់ Rami Subhi មកពីមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពកុមារអន្តរជាតិនៃប្រទេសអូស្ត្រាលី, ដែលបានជួយប្រមូលភស្តុតាងសម្រាប់ការណែនាំឲ្យធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដល់កូនសៀវភៅនេះ។ ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកូនសៀវភៅ

នេះ ត្រូវបានសម្របសម្រួលដោយ Wilson Were, ដែលគាំទ្រដោយ Rajiv Bahl, Lulu Muhe, Olivier Fontaine, Severin Ritter Von Xylander, Nigel Rollins and Shamim Qazi នៃផ្នែកសុខភាពមាតា ទារក កុមារ និងមនុស្សពេញវ័យ។

ស្ថាប័ន

យើងសូមថ្លែងអំណរគុនដល់ស្ថាប័នទាំងនេះដែលបានជួយផ្តល់មតិយោបល់ និងជួយគាំទ្រក្នុងអំឡុងពេលត្រួតពិនិត្យសៀវភៅឡើងវិញ ៖ Centre for International Child Health, University of Melbourne, Australia; University of Edinburgh, Scotland; Kenya Medical Research Institute, Kenya; Asociación Colaboración Cochrane Iberoamericana, Spain; Aga Khan University, Pakistan; Institute of Child Health Burlo Garofolo, Italy; University of Malawi, Malawi; Capital Institute of Paediatrics, China; University of Western Australia, Australia; and Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Brazil ។

អង្គការសុខភាពពិភពលោក សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះការគាំទ្រថវិកាសម្រាប់ការបោះពុម្ពលើកទី២នេះ ដែលទទួលបានពី Bill and Melinda Gates Foundation តាមរយៈគម្រោង the medicines for children project, និងពី Russian Federation តាមរយៈគម្រោង the quality of care improvement initiative ។

ពាក្យបំព្រួញ

AIDS	acquired immunodeficiency syndrome (ជំងឺអេដស៍)
ART	antiretroviral therapy (ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍)
AVPU	alert, responding to voice, responding to pain, unconscious (simple consciousness scale) ភាពរហ័សរហួន, ការឆ្លើយតបនឹងសំឡេង, ការឆ្លើយតបនឹងភាពឈឺចាប់, ការសន្លប់
BCG	bacille Calmette-Guérin
CSF	cerebrospinal fluid (ទឹកស្រោមខួរក្បាល និងឆ្អឹងខ្នង)
DPT	diphtheria, pertussis, tetanus (ជំងឺខាន់ស្លាក់, ជំងឺក្អកមាន់, ជំងឺតេតាណូស)
EVF	erythrocyte volume fraction (haematocrit) (អេម៉ាតូគ្រីត)
Hb	haemoglobin (អេម៉ូក្លូប៊ីន)
HIV	human immunodeficiency virus (មេរោគអេដស៍)
IM	intramuscular (injection), intramuscularly (ការចាក់តាមសាច់ដុំ)
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
IV	intravenous (injection), intravenously (ការចាក់តាមសរសៃឈាម)
MDR	multidrug-resistant (ភាពស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ)
NNRTI	non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (ក្រុមឱសថ NNRTI)
NRTI	nucleoside reverse transcriptase inhibitor (ក្រុមឱសថ NRTI)

NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug (ឱសថប្រឆាំងរលាកដែលគ្មានជាតិស្តេរ៉ូអ៊ីដ)
ORS	oral rehydration salt(s) (អូរ៉ាលីត)
PCP	Pneumocystis carinii pneumonia (ជំងឺសួតPCP)
ReSoMal	rehydration solution for malnutrition
SD	standard deviation
TB	tuberculosis (ជំងឺរបេង)
WHO	World Health Organization (អង្គការសុខភាពពិភពលោក)

និមិត្តសញ្ញា

- ■ រោគសញ្ញាសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ
- ▶ សេចក្តីណែនាំសម្រាប់ការព្យាបាល

គំនូសបំព្រួមទី១. ដំណាក់កាលនានាក្នុងការគ្រប់គ្រងកុមារឈឺ ដែលមកសំរាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ៖ សមាសធាតុសំខាន់ៗ

ការជ្រើសរើសជំងឺតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរ

- ពិនិត្យរកសញ្ញាបន្ទាន់ → (មាន) → ផ្តល់**ការព្យាបាលបន្ទាន់** រហូតមានស្ថានភាពនឹងនរ
  ↓ (គ្មាន)
- ពិនិត្យរកសញ្ញាឬស្ថានភាពអាទិភាព

↓

ប្រវត្តិជំងឺ និងការពិនិត្យ

(រួមទាំងការវាយតម្លៃស្ថានភាពផ្តល់ថ្នាំបង្ការ, ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ និងការផ្តល់អាហារ)

- ពិនិត្យកុមារដែលមានស្ថានភាពបន្ទាន់ និងស្ថានភាពអាទិភាពមុន ។

ការស្រាវជ្រាវនៅមន្ទីរពិសោធន៍ និងការស្រាវជ្រាវដទៃទៀត បើចាំបាច់

↓

ពិចារណាពី**រោគវិនិច្ឆ័យញែក**ទាំងឡាយ

ជ្រើសរើសរោគវិនិច្ឆ័យចម្បង (និងរោគវិនិច្ឆ័យបន្ទាប់)

↓

រៀបចំផែនការនិងចាប់ផ្តើម**ការព្យាបាលសំរាប់កុមារសម្រាកពេទ្យ** (រួមទាំងការថែទាំបែបគាំទ្រ)

រៀបចំផែនការនិងចាប់ផ្តើម**ការព្យាបាលជាជំងឺក្រៅ** ។

រៀបចំ**ការតាមដានបន្ត** បើចាំបាច់

↓

តាមដានរកមើលសញ្ញានៃ

— ភាពប្រសើរឡើង

— ផលវិបាក

— បរាជ័យនៃការព្យាបាល ។

↓

(មិនបានធូរស្រាល ឬមានបញ្ហាថ្មី)

↓

វាយតម្លៃឡើងវិញ

រកមូលហេតុនៃការព្យាបាលបរាជ័យ

↓

កែសម្រួលការព្យាបាលឡើងវិញ

(ធូរស្រាល)

↓

បន្តការព្យាបាល ។ **រៀបចំការអនុញ្ញាតចេញ** ។

↓

អនុញ្ញាតឲ្យត្រឡប់ទៅផ្ទះ ។

រៀបចំការថែទាំជាប់បន្ត ឬការតាមដានបន្ត

នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅសហគមន៍ ។

ជំពូកទី១

ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាព ធ្ងន់ធ្ងរ និង ជំងឺបន្ទាន់

១.១	ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរ	៣
១.២	សេចក្តីសង្ខេបនៃជំហានទាំងឡាយក្នុងការវាយតម្លៃជ្រើសរើសជំងឺបន្ទាន់និងការព្យាបាល	៤
១.៣	ការវាយតម្លៃសញ្ញាបន្ទាន់ និងសញ្ញាអាទិភាព	៦
	ការជ្រើសរើសទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់កុមារដែលឈឺ	៨
	របៀបជួយទារកដែលឈ្លក់	១៣
	របៀបគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមលើកុមារដែលស្ទះដង្ហើម	១៥
	របៀបផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន	១៧
	របៀបដាក់ទីតាំងឲ្យកុមារដែលសន្លប់	១៨
	របៀបផ្តល់សេរ៉ូមឲ្យកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្ទុកប៉ុន្តែមិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរស្រួចស្រាល់	១៩
	របៀបផ្តល់សេរ៉ូមឲ្យកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្ទុកនិងខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរស្រួចស្រាល់	២១
	របៀបផ្តល់ឱសថ diazepam តាមរន្ធគូថ	២៣
	របៀបផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃឈាម	២៥
	របៀបព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរនៅកន្លែងសង្គ្រោះបន្ទាន់	២៧

១.៤ ការព្យាបាលបន្ទាន់សម្រាប់កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ៣០
១.៥ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើកុមារដែលមានស្ថានភាពបន្ទាន់ ៣២
១.៥.១ កុមារដែលមានបញ្ហាផ្លូវដង្ហើម រឺ ពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំង ៣២
១.៥.២ កុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្តុក ៣៥
១.៥.៣ កុមារដែលមានភាពល្ងិតល្ងៃ សន្លប់ ឬប្រកាច់ ៣៧
១.៦ ការពុលដែលកើតឡើងញឹកញាប់ ៤៣
១.៦.១ គោលការណ៍សម្រាប់ការពុលដោយផឹក រឺ លេប ៤៤
១.៦.២ គោលការណ៍សម្រាប់ការពុលតាមរយៈការប៉ះពាល់នឹងស្បែក ឬភ្នែក ៤៧
១.៦.៣ គោលការណ៍សម្រាប់ការពុលដោយហិតស្រូប ៤៧
១.៦.៤ ការពុលជាក់លាក់មួយចំនួន ៤៨
សមាសធាតុកាត់ ៤៨
សមាសធាតុប្រេងកាត ៤៨
សមាសធាតុផូស្វ័រសរីរាង្គ និងសមាសធាតុcarbamate ៤៨
ឱសថ Paracetamol ៥០
ឱសថ Aspirin និងពពួក salicylates ដទៃទៀត ៥១
ជាតិដែក ៥២
ឱសថ Morphine និងឱសថមានជាតិអាភៀន ៥៣
សារធាតុ Carbon monoxide ៥៤
១.៦.៥ ការបង្ការការពុល ៥៤
១.៧ ការលង់ទឹក ៥៤
១.៨ ការឆក់ខ្សែភ្លើង ៥៥
១.៩ មូលហេតុញឹកញាប់នៃការជ្រាបចូលជាតិពិស ៥៦

	១.៩.១	ពស់ចឹក	៥៦
	១.៩.២	ការទិចដោយសត្វខ្យាដំរី	៦០
	១.៩.៣	ប្រភពដទៃទៀតនៃការជ្រាបចូលជាតិពិស	៦១
១.១០	ការប៉ះទង្គិច និងរបួស		៦២
	១.១០.១	ការអង្កេតបឋម ឬការវាយតម្លៃដំបូង	៦២
	១.១០.២	ការអង្កេតជាបន្ទាប់	៦៤

១.១ ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរ

ការជ្រើសរើសជំងឺ គឺជាដំណើរការពិនិត្យកុមារឈឺយ៉ាងឆាប់រហ័សបន្ទាប់ពីពួកគេមកដល់មន្ទីរពេទ្យភ្លាម ដើម្បីរកមើល ៖

- អ្នកដែលមាន**សញ្ញាបន្ទាន់** ដែលត្រូវការការព្យាបាលបន្ទាន់ភ្លាមៗ
- អ្នកដែលមាន**សញ្ញាអាទិភាព** ដែលគួរទទួលបានអាទិភាពក្នុងពេលតម្រង់ជួរ ដើម្បីឲ្យពួកគេទទួលបានការព្យាបាលដោយគ្មានការពន្យារពេល
- ករណីមិនបន្ទាន់, អ្នកដែលគ្មានសញ្ញាបន្ទាន់ ឬសញ្ញាអាទិភាព។

សញ្ញាបន្ទាន់រួមមាន ៖

- ស្ទះដង្ហើម ឬបាត់ដង្ហើម
- បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ
- សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ (central cyanosis)
- សញ្ញានៃស្តុក (ដៃត្រជាក់, ការបំពេញឈាមនៅចុងម្រាមយូរជាង៣វិនាទី, ចង្វាក់បេះដូងញាប់ និងជីពចរខ្សោយ, និងសម្ពាធឈាមទាប ឬវាស់មិនបាន)
- សន្លប់យូរ (ឬកំរិតស្មារតីថយចុះយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ)
- ប្រកាច់

- សញ្ញាខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរចំពោះកុមារដែលមានជំងឺរាក (ល្ហិតល្ហៃ, ភ្នែកខូង, ស្បែករលាវិញយ៉ាងយឺតបន្ទាប់ពីច្បិចទាញ ឬសញ្ញា២ ក្នុងចំណោមសញ្ញាទាំងនេះ)។

កុមារដែលមានសញ្ញាទាំងនេះ ត្រូវការការព្យាបាល**បន្ទាន់**ភ្លាមៗដើម្បីចៀសវាងការស្លាប់។

សញ្ញាអាទិភាព (ទំ.៨) បញ្ជាក់ថាកុមារមានការប្រឈមខ្ពស់នឹងសេចក្តីស្លាប់។

គួរ**វាយតម្លៃកុមារទាំងនេះដោយមិនពន្យារពេលឡើយ**។ ប្រសិនបើកុមារមានសញ្ញាបន្ទាន់មួយឬច្រើន សូមកុំចំណាយពេលរកមើលសញ្ញាអាទិភាពដទៃទៀត ។

១.២ សេចក្តីសង្ខេបនៃជំហានទាំងឡាយក្នុងការវាយតម្លៃជ្រើសរើសជំងឺបន្ទាន់ និងការព្យាបាល

ជំហានទាំងឡាយក្នុងការវាយតម្លៃជ្រើសរើសជំងឺបន្ទាន់ និងការព្យាបាលត្រូវបានសង្ខេបនៅក្នុងតារាងទំព័រ៨-២៨។

ដំបូង ត្រូវពិនិត្យរកមើល**សញ្ញាបន្ទាន់**តាមជំហាន៣យ៉ាង ៖

- **ជំហានទី១.** ពិនិត្យមើលថាតើមានបញ្ហាផ្លូវដង្ហើម ឬពិបាកដកដង្ហើមដែរឬទេ, ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជាបន្ទាន់ដើម្បីជួយអោយដកដង្ហើម។ គ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម និងផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន។
- **ជំហានទី២.** ពិនិត្យយ៉ាងឆាប់រហ័សថាតើកុមារស្ថិតក្នុងសភាពស្តុក ឬមានជំងឺរាកព្រមទាំងខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរដែរឬទេ។ ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន ហើយចាប់ផ្តើមដាក់សេរ៉ូម។ ចំពោះការប៉ះទង្គិច ប្រសិនបើមានឈាមហូរមកក្រៅ ចូររុំរបួសដើម្បីកុំឲ្យបាត់បង់ឈាមថែមទៀត។
- **ជំហានទី៣.** សន្និដ្ឋានយ៉ាងឆាប់រហ័សថា តើកុមារបាត់បង់ស្មារតី ឬកំពុងប្រកាច់ដែរឬទេ។ ផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃឈាម ចំពោះកុមារដែលជាតិស្ករធ្លាក់ទាប និង/ឬឱសថប្រឆាំងការប្រកាច់ចំពោះកុមារដែលកំពុងប្រកាច់។

ប្រសិនបើរកឃើញសញ្ញាបន្ទាន់ ៖

- ហៅរកជំនួយពីបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលមានបទពិសោធន៍ ប្រសិនបើមាន, ប៉ុន្តែកុំពន្យារពេលចាប់ផ្ដើមការព្យាបាល។ រក្សាស្មារតីនឹងនរ ហើយធ្វើការងារជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដទៃទៀតដែលអាចនឹងផ្ដល់ការព្យាបាល ព្រោះកុមារដែលឈឺធ្ងន់ អាចត្រូវការព្យាបាលច្រើនមុខ ក្នុងពេលតែមួយ។ បុគ្គលិកដែលមានបទពិសោធន៍ច្រើនជាងគេ គួរបន្តវាយតម្លៃកុមារ (មើលជំពូកទី២, ទំ.៦៧) ដើម្បីស្វែងរកមូលហេតុដទៃទៀត រួចរៀបចំផែនការព្យាបាល។
- ពិនិត្យអមគ្គីនិកជាបន្ទាន់ (ជាតិស្ករក្នុងឈាម, មេរោគគ្រុនចាញ់, អេម៉ូក្លូប៊ីន)។ បញ្ជូនឈាមទៅធ្វើការពិនិត្យមើលក្រុមឈាមនិងផ្គូរផ្គងឈាម(cross-matching) ប្រសិនបើកុមារស្ថិតក្នុងសភាពស្លុក, ហើយហាក់ដូចជាមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ, ឬកំពុងហូរឈាមយ៉ាងច្រើន។
- បន្ទាប់ពីផ្ដល់ការព្យាបាលបន្ទាន់រួចហើយ សូមចាប់ផ្ដើមធ្វើការវាយតម្លៃភ្លាមៗ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលបញ្ហាផ្សេងទៀតរបស់ជំងឺ។

តារាងនៃរោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់សញ្ញាបន្ទាន់មានផ្ដល់ជូនចាប់ពីទំព័រ៣៤ ទៅ។

ប្រសិនបើមិនឃើញមានសញ្ញាបន្ទាន់ទេ ចូរពិនិត្យរកសញ្ញាអាទិភាព ៖

- ទារកតូច ៖ កុមារឈឺទាំងឡាយណាដែលមានអាយុក្រោម២ខែ (Tiny infant)
- សីតុណ្ហភាព ៖ កុមារក្ដៅខ្លាំង (Temperature)
- ការប៉ះទង្គិច ឬស្ថានភាពវះកាត់បន្ទាន់ដទៃទៀត (Trauma)
- ភាពស្លេកស្លាំង(ធ្ងន់ធ្ងរ) (Pallor)
- ការពុល(ប្រវត្តិនៃការពុល) (Poisoning)
- ភាពឈឺចាប់(ធ្ងន់ធ្ងរ) (Pain)
- បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម (Respiratory distress)
- ឡេះឡះ, រញ៉ាំរញ៉ូវ ឬល្ហិតល្ហៃ (Restless)

- ការបញ្ជូន (បន្ទាន់) (Referral)
- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ៖ ស្គមស្គាំងខ្លាំង (Malnutrition)
- ហើមជើងទាំង២ (Oedema)
- រលាក(ខ្លាំង) (Burns)

អ្នកចងចាំសញ្ញាអាទិភាពខាងលើនេះ ដោយប្រើពាក្យជំនួយ **“3TPR MOB”** ។

កុមារទាំងនេះត្រូវការការវាយតម្លៃជាបន្ទាន់ (មិនតម្រង់ជួរ) ដើម្បីកំណត់ថាតើពួកគេត្រូវការការព្យាបាលបន្តទៀតអ្វីខ្លះ។ នាំកុមារដែលមានសញ្ញាអាទិភាពណាមួយទៅមុខគេក្នុងជួររង់ចាំ ដើម្បីទទួលការវាយតម្លៃបន្ទាប់។ ប្រសិនបើកុមារមានបញ្ហាប៉ះទង្គិច ឬបញ្ហាវះកាត់ដទៃទៀត ចូរស្វែងរកជំនួយផ្នែកវះកាត់។

១.៣ ការវាយតម្លៃសញ្ញាបន្ទាន់ និងសញ្ញាអាទិភាព

- **វាយតម្លៃផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម (A, B)**

តើការដកដង្ហើមរបស់កុមារ ហាក់ដូចជាមានអ្វីស្ទះដែរឬទេ? សង្កេតមើលចលនានៅប្រអប់ទ្រូង, ហើយស្តាប់សំឡេងដង្ហើម ដើម្បីបញ្ជាក់ថាតើចលនាខ្យល់មានសភាពខ្សោយដែរឬទេក្នុងពេលដកដង្ហើម។ សំឡេងស្រួយស៊ូរ (stridor) បញ្ជាក់ថាមានអ្វីស្ទះផ្លូវខ្យល់។

តើសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ (central cyanosis) ដែរឬទេ? ពិនិត្យមើលថាតើអណ្តាត និងនៅក្នុងមាត់មានពណ៌ស្វាយដែរឬទេ។

តើកុមារដកដង្ហើមឬទេ? មើល និងស្តាប់ដើម្បីសន្និដ្ឋានថាតើកុមារកំពុងដកដង្ហើមឬទេ។

តើមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរដែរឬទេ? ការដកដង្ហើមមានការប្រឹងខ្លាំង ញាប់ ឬដកចង្អោរមាន់, ប្រអប់ទ្រូងផតចូល, មានចលនាស្លាបច្រមុះ, សំឡេងដូចប្រឹង (Grunting) ឬការប្រើសាច់ដុំជំនួយដើម្បីដកដង្ហើម (ងក់ក្បាល)។ កុមារមិនអាចបរិភោគបាន ព្រោះមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមហើយអស់កម្លាំង។

- **វាយតម្លៃប្រព័ន្ធឈាមរត់ (សំរាប់ស្តុក) (C)**

កុមារស្ថិតក្នុងសភាពស្ទុកដែលត្រូវការការសង្គ្រោះ ជាតិទឹកដោយបង្ហូរលឿនភ្លាមៗ គឺមានភាពល្ហិតល្ហៃ ស្បែកត្រជាក់មានការបំពេញឈាមនៅចុងម្រាមយូរ ជីពចរខ្សោយ និងញាប់ និងសម្ពាធឈាមធ្លាក់ទាប។

ពិនិត្យមើលថាតើដៃរបស់កុមារត្រជាក់ដែរឬទេ។ បើមែន ចូររកមើលថាតើកុមារស្ថិតក្នុងសភាពស្ទុកឬទេ។

ពិនិត្យមើលថា តើរយៈពេលបំពេញឈាមនៅចុងម្រាមយូរជាង៣វិនាទីឬទេ។ ច្របាច់ក្រចកមេដៃ ឬមេជើងអោយស រយៈពេល៥វិនាទី។ កំណត់រយៈពេលរាប់ចាប់ពីពេលព្រលែងដៃ រហូតដល់ពេលដែលក្រចកមានពណ៌ផ្កាឈូកពេញលេញឡើងវិញ។

ប្រសិនបើរយៈពេលបំពេញឈាមយូរជាង៣វិនាទី ចូរពិនិត្យជីពចរ។ តើវាខ្សោយ និងញាប់ដែរឬទេ? ប្រសិនបើជីពចរនៅកដៃមានកម្លាំងខ្លាំង និងមិនសូវញាប់ នោះកុមារមិនស្ថិតក្នុងសភាពស្ទុកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្ទាបជីពចរនៅកដៃរបស់ទារក (អាយុក្រោម១ឆ្នាំ) ទេ ចូរស្ទាបជីពចរនៅគន្លាក់ដៃ ឬប្រសិនបើទារកកំពុងដេក ចូរស្ទាបជីពចរនៅក្រលៀន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្ទាបជីពចរកដៃរបស់កុមារទេ ចូរស្ទាបជីពចរនៅបំពង់ក។

គំនូសបំព្រួញទី២. ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់កុមារដែលឈឺ

សញ្ញាបន្ទាន់ ៖

ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយវិជ្ជមាន ចូរហៅរកជំនួយ, វាយតម្លៃ និងសង្គ្រោះ, ផ្ដល់ការព្យាបាល, បូមឈាមដើម្បីពិនិត្យនៅមន្ទីរពិសោធន៍បន្ទាន់ (ជាតិស្ករ, មេរោគគ្រុនចាញ់, អេម៉ូក្លូប៊ីន)។

វាយតម្លៃ

ព្យាបាល

កុំកំរើកកកុមារ បើអ្នកសង្ស័យថាកុមារមានរបួសឆ្អឹងក ប៉ុន្តែត្រូវបើកផ្លូវដង្ហើម។

ផ្លូវដង្ហើម និងការដកដង្ហើម

- ស្ទះដង្ហើម ឬ គ្មានដកដង្ហើម ឬ
- ឡើងសំបុរស្វាយ ឬ
- បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំង

→ ***មានសញ្ញាណាមួយវិជ្ជមាន***

បើមានឈ្លក់វត្ថុ (foreign body)

- ▸ របៀបជួយកុមារដែលកំពុងឈ្លក់ (គំនូសបំព្រួញទី២)

បើគ្មានឈ្លក់វត្ថុ (foreign body) ទេ

- ▸ គ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម(គំនូសបំព្រួញទី៤)
- ▸ ផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន (គំនូសបំព្រួញទី៥)
- ▸ ត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ថាកុមារមានភាពកក់ក្ដៅ

ប្រព័ន្ធឈាមរត់

ស្បែកត្រជាក់រួមនឹង

→ ***មានសញ្ញាណាមួយវិជ្ជមាន***

- ▸ បញ្ឈប់រាល់ការហូរឈាម
- ▸ ផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន (គំនូសបំព្រួញទី៥)
- ▸ ត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ថាកុមារមានភាព

■ រយៈពេលបំពេញឈាមនៅចុងម្រាមយូរជាង ៣វិនាទីនិង ■ ជីពចរ ខ្សោយ និងញាប់	*ពិនិត្យរកកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ*	កក់ក្តៅ **ប្រសិនបើមិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរទេ ៖** ▸ ចាក់ម្ជុលសេរ៉ូម ហើយចាប់ផ្តើមផ្តល់ជាតិទឹកយ៉ាងឆាប់រហ័ស (គំនូសបំព្រួញទី៧) បើសិនជាសរសៃវ៉ែនខាងពុំអាចចាក់បានទេចូរចាក់តាមឆ្អឹង ឬតាមសរសៃកខាងក្រៅ (អានទំ.៥២១-៥២៥)។ **ប្រសិនបើខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ៖** *បើសិនកុមារល្ហិតល្ហៃឬសន្លប់* ▸ ផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃឈាម (គំនូសបំព្រួញទី១០) ▸ ចាក់ម្ជុលសេរ៉ូម ហើយចាប់ផ្តើមផ្តល់ជាតិទឹក(គំនូសបំព្រួញទី៨) *បើសិនកុមារមិនល្ហិតល្ហៃ ឬមិនសន្លប់* ▸ ផ្តល់ជាតិស្ករតាមមាត់ ឬតាមបំពង់ដែលស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ។ ▸ ធ្វើការវាយតម្លៃ និងព្យាបាលអោយបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនិងឆាប់រហ័ស

គំនូសបំព្រួមទី២. ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់កុមារដែលឈឺ

សញ្ញាបន្ទាន់ ៖

ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយវិជ្ជមាន ចូរហៅរកជំនួយ, វាយតម្លៃ និងសង្គ្រោះ, ផ្ដល់ការព្យាបាល, បូមឈាមដើម្បីពិនិត្យនៅមន្ទីរពិសោធន៍បន្ទាន់(ជាតិស្ករ, មេរោគគ្រុនចាញ់, អេម៉ូក្លូប៊ីន) ។

វាយតម្លៃ

សន្លប់/ប្រកាច់

- សន្លប់
  ឬ
- កំពុងប្រកាច់

បើសន្លប់ ឬ ប្រកាច់ →

ព្យាបាល

កុំកំរើកកកុមារ បើអ្នកសង្ស័យថាកុមារមានរបួសឆ្អឹងក ប៉ុន្តែត្រូវបើកផ្លូវដង្ហើម។

- គ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម (គំនូសបំព្រួមទី៤)
- បើកំពុងប្រកាច់ ចូរផ្ដល់ឱសថ diazepam តាមរន្ធគូថ (គំនូសបំព្រួមទី៩)
- ដាក់កុមារដែលសន្លប់ក្នុងទីតាំងត្រឹមត្រូវ (បើសង្ស័យរបួសក្បាល ឬក ចូររៀបលំនឹងកជាមុនសិន) (គំនូសបំព្រួមទី៦)។
- ផ្ដល់ជាតិស្ករតាមសរសៃឈាម (គំនូសបំព្រួមទី១០)។

ការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ

(ចំពោះតែកុមារមានជំងឺរាគប៉ុណ្ណោះ)

មានជំងឺរាក រួមនឹងសញ្ញា២ ក្នុងចំណោមសញ្ញាទាំងនេះ

- ល្ហិតល្ហៃ
- ភ្នែកខូង
- រលាស្បែកយូរខ្លាំង
- មិនអាចផឹកទឹក ឬផឹកបានតិច

រាករួមនឹង

សញ្ញាវិជ្ជមានចំនួន២

ពិនិត្យរកកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ

- ត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ថាកុមារមានភាពកក់ក្តៅ។

ប្រសិនបើមិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរទេ ៖

- ចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម ហើយចាប់ផ្តើមផ្តល់ជាតិទឹកយ៉ាងឆាប់រហ័សដោយយោងតាមគំនូសបំព្រួញទី១១ និងប្លង់ C សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (គំនូសបំព្រួញទី១៣, ទំ.២០៤)។

ប្រសិនបើខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ៖

- កុំចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម។
- បន្តឈានទៅការវាយតម្លៃ និងព្យាបាលយ៉ាងពេញលេញជាបន្ទាន់ (មើលផ្នែកទី១.៤, ទំ.៣០)។

សញ្ញាអាទិភាព

កុមារទាំងនេះត្រូវការការវាយតម្លៃ និងព្យាបាលជាប្រញាប់

- ទារកតូច(អាយុក្រោម២ខែ)
- សីតុណ្ហភាពក្តៅខ្លាំង
- ប៉ះទង្គិច ឬស្ថានភាពវះកាត់បន្ទាន់ដទៃទៀត
- ភាពស្លេកស្លាំង(ធ្ងន់ធ្ងរ)
- ការពុល(ប្រវត្តិនៃការពុល)
- ឡេះឡះ, រញ៉ាំរញ៉ូវ ឬល្ហិតល្ហៃ
- ការបញ្ជូន (បន្ទាន់)
- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ៖ ស្គមស្គាំងខ្លាំង
- ហើមជើងទាំង២ ឬហើមមុខ
- រលាក(ខ្លាំង)

ចំណាំ ៖ បើកុមារមានការប៉ះទង្គិច

- ភាពឈឺចាប់(ធ្ងន់ធ្ងរ)
- បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម

ឬបញ្ហាវះកាត់ដទៃទៀត ចូរស្វែករកជំនួយផ្នែកវះកាត់ ឬអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំ សម្រាប់ការវះកាត់។

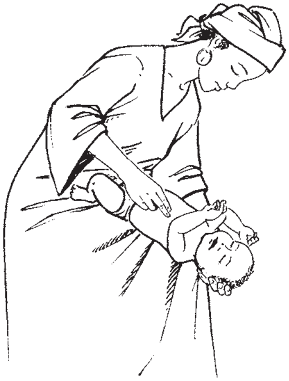
ករណីមិនបន្ទាន់

ឈានទៅការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលបន្តទៀត អាស្រ័យលើអាទិភាពរបស់កុមារ។

គំនូសបំព្រួមទី៣. របៀបជួយទារកដែលឈ្លក់

ការទះខ្នង

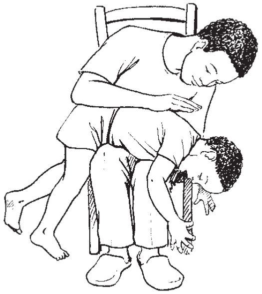
- ដាក់ទារកនៅលើដៃឬភ្លៅ ក្នុងទីតាំងក្បាលទាបជាងខ្លួន។
- ទះកណ្តាលខ្នងទារក ៥លើក ដោយប្រើកដៃ។
- ប្រសិនបើនៅតែស្ទះទៀត ចូរផ្ងារទារក រួចយកម្រាមដៃ២ សង្កត់ត្រង់ពាក់កណ្តាលផ្នែកខាងក្រោមនៃឆ្អឹងសន្ទះទ្រូងទារកចំនួន៥លើក។



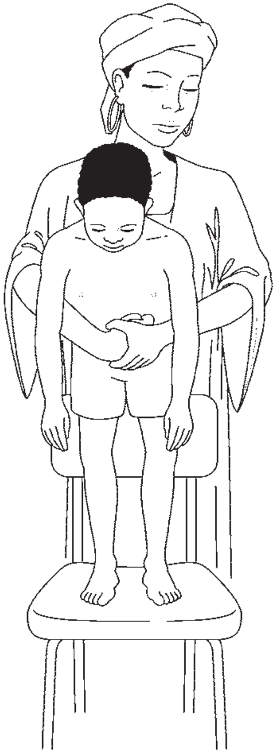
ការសង្កត់ទ្រូង

- ប្រសិនបើនៅតែស្ទះទៀត ចូរពិនិត្យមើលក្នុងមាត់របស់ទារកក្រែងមានវត្ថុអ្វីដែលអាចយកចេញបាន។
- បើចាំបាច់ ចាប់ផ្តើមធ្វើឡើងវិញ ចាប់ពីការទះខ្នងមក។

គំនូសបំព្រួមទី៣. របៀបជួយកុមារដែលឈ្លក់(អាយុលើសពី១ឆ្នាំ)



Back blows to clear airway obstruction in a choking child



Heimlich manoeuvre fora choking older child

ទះខ្នងកុមារដើម្បីទម្លាក់វត្ថុដែលស្ទះចេញពីផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារ។

- ដាក់កុមារឲ្យអង្គុយលុតជង្គង់ ឬដេកផ្កាប់ រួចទះកណ្ដាលខ្នងចំនួន៥លើក ដោយប្រើកែងបាតដៃ។
- ប្រសិនបើនៅតែស្ទះទៀតចូរឈរពីក្រោយកុមារ រួចក្រសោបដៃជុំវិញខ្លួនកុមារ, ក្ដាប់ដៃម្ខាងនៅជាប់ពីក្រោមឆ្អឹងសន្ទះទ្រូងរបស់កុមារ, ដាក់ដៃម្ខាងទៀតនៅពីលើដៃដែលក្ដាប់ រួចទាញឡើងលើទៅរកពោះ(មើលរូបភាព), ធ្វើចលនា Heimlich បែបនេះឡើងវិញចំនួន៥លើក។
- ប្រសិនបើនៅតែស្ទះទៀត ចូរពិនិត្យមើលក្នុងមាត់របស់កុមារក្រែងមានវត្ថុអ្វីដែលអាចយកចេញបាន។
- បើចាំបាច់ចាប់ផ្ដើមធ្វើចលនានេះឡើងវិញ រួមនឹងការទះខ្នង។ ឱបរឹតពីក្រោមឆ្អឹងសន្ទះទ្រូង(ចលនាHeimlich)ចំពោះកុមារធំដែលឈ្លក់

គំនូសបំព្រួមទី៤. របៀបគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមលើកុមារដែលស្ទះដង្ហើម (ឬកុមារដែលទើបបាត់ដង្ហើម)

ក. នៅពេលមិនមានសង្ស័យថាមានរបួសក

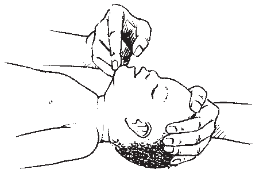
កុមារនៅមានស្មារតី

១. ពិនិត្យមើលក្នុងមាត់ បើមានវត្ថុអ្វី ចូរយកវាចេញ។

២. សម្អាតវត្ថុរាវពីបំពង់ក។

៣. ឲ្យកុមារសម្រាកក្នុងទីតាំងស្រួលបួល។

■ ទារក



ទីតាំងអព្យាក្រិតដើម្បីបើកផ្លូវដង្ហើមរបស់ទារក

កុមារសន្លប់

១. ភ្ងើយក្បាលកុមារដូចក្នុងរូប, ទប់ក្បាលរួចលើកចង្ការដើម្បីបើកផ្លូវដង្ហើម។

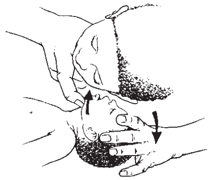
២. ពិនិត្យមើលក្នុងមាត់ បើឃើញវត្ថុអ្វី ចូរយកវាចេញ។

៣. សម្អាតវត្ថុរាវពីបំពង់ក។

៤. ពិនិត្យផ្លូវដង្ហើមដោយមើលទៅលើចលនាទ្រូង, ស្តាប់សំឡេងដង្ហើម និងស្ទាបដង្ហើម (មើលរូបភាព)។

■ កុមារធំ

ទីតាំងភ្ងើយក្បាលដើម្បីបើកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារធំ



មើល ស្តាប់ និងស្ទាបដង្ហើម

គំនូសបំព្រួមទី៤. របៀបគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមលើកុមារដែលស្ទះដង្ហើម (ឬកុមារដែលទើបបាត់ដង្ហើម)

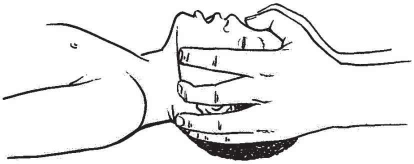
ខ. នៅពេលសង្ស័យថាកុមារមានការប៉ះទង្គិចត្រួវក ឬរបួសឆ្អឹងក៖ សង្កត់ថ្គាម (jaw thrust)

១. រៀបលំនឹងកទារកដូចបង្ហាញក្នុងគំនូសបំព្រួមទី៦ រួចបើកផ្លូវដង្ហើម។

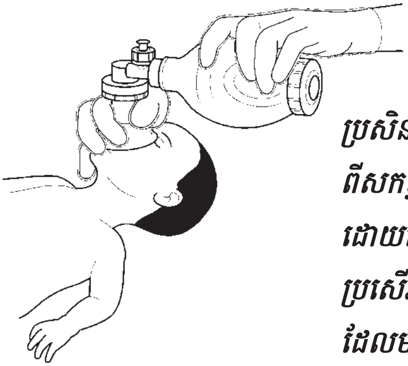
២. ពិនិត្យមើលក្នុងមាត់ បើឃើញវត្ថុអ្វី ចូរយកវាចេញ។

៣. សម្អាតវត្ថុរាវពីបំពង់ក។

៤. ពិនិត្យផ្លូវខ្យល់ដោយមើលទៅលើចលនាទ្រូង, ស្តាប់សំឡេងដង្ហើម និងស្ទាបដង្ហើម។



ធ្វើការសង្កត់ថ្គាម ប្រសិនបើផ្លូវដង្ហើមនៅតែមិនបើក។ ដាក់ម្រាមដៃទី៤ និងទី៥ ពីក្រោមថ្គាមកុមារ រួចច្បូតឡើងមកលើតាមមុំ៩០ដឺក្រេកែងនឹងដងខ្លួន។



ប្រសិនបើកុមារនៅតែមិនដកដង្ហើមក្រោយពីសកម្មភាពខាងលើ ចូរសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើឧបករណ៍សប់ខ្យល់និងម៉ាស់មុខ, ប្រសើរបំផុតគួរប្រើឧបករណ៍សប់ខ្យល់ដែលមានថង់ស្តុកខ្យល់ និងអុកស៊ីហ្សែន។

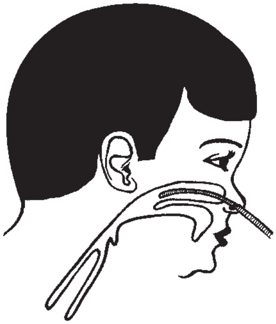
គំនូសបំព្រួមទី៨. របៀបផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន

ក. នៅពេលមិនមានសង្ស័យថាមានរបួសក

ដាក់អុកស៊ីហ្សែនតាមបំពង់ខ្សែងច្រមុះ ឬបំពង់កាតេទែច្រមុះ។

- **បំពង់ខ្សែងច្រមុះ**
  - ស៊កខ្សែងទាំង២ ចូលទៅក្នុងរន្ធច្រមុះ រួចបិតស្កុត។

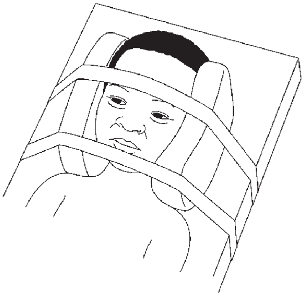
- **បំពង់កាតេទែច្រមុះ**
  - ប្រើបំពង់លេខ៨ (ខ្នាត French gauge) ។
  - យកបំពង់កាតេទែវាស់ប្រវែងពី រន្ធច្រមុះទៅដល់ចិញ្ចើមខាងក្នុង។
  - ស៊កបំពង់កាតេទែចូលដូចបង្ហាញក្នុង រូបភាព។
  - បិតស្កុត។



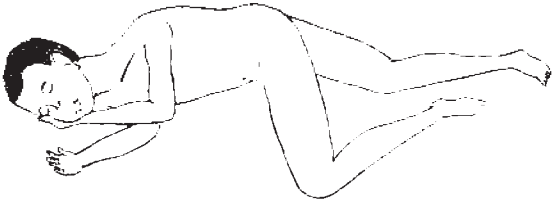
បើកអុកស៊ីហ្សែនក្នុងល្បឿន ១-២លីត្រ/នាទី ដើម្បីឲ្យបានកំហាប់អុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម> ៩០% (មើលផ្នែកទី១០.៧, ទំ.៤៨៤)។

គំនូសបំព្រួមទី៦. របៀបដាក់ទីតាំងឲ្យកុមារដែលសន្លប់

- **ប្រសិនបើសង្ស័យថាកុមារមានការប៉ះទង្គិចត្រង់ក ៖**
  - រៀបលំនឹងកកុមារ ហើយដាក់ឲ្យដេកផ្ងារ។
  - បិតស្កុតពីលើថ្ងាស និងចង្ការរបស់កុមារភ្ជាប់ទៅនឹងបន្ទះក្ដារដើម្បីឲ្យក្បាលរបស់កុមារកាន់តែមានលំនឹង។
  - បង្ការមិនឲ្យកកុមាររង្គើ ដោយដាក់របស់អ្វីមួយទប់ក្បាលទាំងសងខាង (ឧទា. ដាក់ដបសេរ៉ូមអមសងខាងក្បាលកុមារ)។
  - ប្រសិនបើកុមារក្អួត ចូរផ្អៀងខ្លួនទៅម្ខាងដោយរក្សាក្បាលឲ្យនៅស្របជាមួយដងខ្លួន។



- **ប្រសិនបើមិនសង្ស័យថាមានការប៉ះទង្គិចត្រង់កទេ ៖**
  - ផ្អៀងខ្លួនកុមារទៅម្ខាងដើម្បីកាត់បន្ថយឱកាសនៃការបឺតស្រូបឈ្លក់ចូលសួត។
  - ទាញកកុមារឲ្យត្រង់បន្តិច រួចរៀបលំនឹងកកុមារដោយដាក់ថ្ពាល់នៅលើដៃម្ខាង។
  - បត់ជើងម្ខាងដើម្បីរក្សាលំនឹងដងខ្លួន ។



គំនូសបំព្រួញទី៧. របៀបបញ្ចូលសេរ៉ូមឲ្យកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្ទុកប៉ុន្តែមិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ

- ពិនិត្យមើលថាកុមារមិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរទេ, ព្រោះបរិមាណសេរ៉ូម និងល្បឿនបង្ហូរត្រូវប្រើខុសគ្នា។ (ចំពោះស្ទុកព្រមទាំងខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី៨)។
- ចាក់ម្ជុលសេរ៉ូម (រួចបូមឈាមដើម្បីវិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍បន្ទាន់)។
- ភ្ជាប់សេរ៉ូមប្រៃ ឬសេរ៉ូមឡាក់តាត, ត្រូវប្រាកដថាសេរ៉ូមហូរចូលបានល្អ។
- បញ្ចូលចំនួន ២០ ml/kg ក្នុងល្បឿនលឿនបំផុតតាមដែលអាចទៅរួច។

អាយុ (ទម្ងន់)	បរិមាណសេរ៉ូមប្រៃ ឬសេរ៉ូមឡាក់តាត (២០ ml/kg)
២ខែ (< ៤kg)	៥០ml
២ខែ–ក្រោម៤ខែ (៤–< ៦kg)	១០០ml
៤ខែ–ក្រោម១២ខែ (៦–< ១០kg)	១៥០ml
១ឆ្នាំ–ក្រោម៣ឆ្នាំ (១០–< ១៤kg)	២៥០ml
៣ឆ្នាំ–ក្រោម៥ឆ្នាំ (១៤–១៩kg)	៣៥០ml

វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញបន្ទាប់ពីបានបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមបរិមាណសមស្រប

វាយតម្លៃឡើងវិញ បន្ទាប់ពីដាក់សេរ៉ូម លើកទី១ ៖	• បើមិនបានធូរស្រាលទេ បន្តដាក់សេរ៉ូមបន្ថែម ១០–២០ml/kg ក្នុងល្បឿនលឿនបំផុត។ • បើមានហូរឈាម ចាក់បញ្ចូលឈាមចំនួន ២០ml/kg រយៈពេល៣០នាទី, រួចសង្កេតតាមដានយ៉ាងដិតដល់។

វាយតម្លៃឡើងវិញ បន្ទាប់ពីដាក់សេរ៉ូម លើកទី២ ៖	• បើមិនបានធូរស្រាលទេ ហើយមានសញ្ញាខ្វះជាតិទឹក (ដូចក្នុងជំងឺរាកធ្ងន់ធ្ងរ ឬអាសន្នរោគ) បន្តដាក់សេរ៉ូមប្រៃឬសេរ៉ូមឡាក់តាតថែមទៀតចំនួន ២០ml/kg។ • បើមិនបានធូរស្រាលទេ ហើយសង្ស័យមានស្តុកដោយសារពួកបាក់តេរី, បន្តដាក់សេរ៉ូមថែមទៀត ចំនួន ២០ml/kg រួចពិចារណាប្រើឱសថ adrenaline ឬ dopamine បើមាន (អានឧបសម្ព័ន្ធ២, ទំ.៥៣៩)។ • បើមិនបានធូរស្រាលទេចូរអានគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការព្យាបាលជំងឺជាក់លាក់និមួយៗ។ មកដល់ពេលនេះ អ្នកគួរតែមានរោគវិនិច្ឆ័យបណ្តោះអាសន្នរួចហើយ។

បន្ទាប់ពីមានការធូរស្រាលនៅក្នុង**ដំណាក់កាលណាមួយ** (កំលាំងជីពចរកើនឡើង, ចង្វាក់បេះដូងថយចុះ, សម្ពាធឈាមកើនឡើង១០% ឬត្រលប់មកធម្មតាវិញ, រយៈពេលបំពេញឈាមនៅចុងម្រាម<២វិនាទី), ចូរមើលគំនូសបំព្រួមទី១១, ទំ.២៧។

ចំណាំ ៖ *ចំពោះកុមារដែលសង្ស័យថាមានជំងឺគ្រុនចាញ់ ឬមានភាពស្លេកស្លាំងរួមទាំងស្តុក នោះការបញ្ចូលសេរ៉ូមលឿន គួរធ្វើឡើងដោយប្រុងប្រយ័ត្ន, ឬគួរបញ្ចូលឈាមជំនួសវិញក្នុងករណីមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ។*

គំនូសបំព្រួមទី៨. របៀបផ្ដល់សេរ៉ូមឲ្យកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្លុក និងខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ

ផ្ដល់ការព្យាបាលបែបនេះ តែក្នុងករណីដែលកុមារមានសញ្ញាស្លុកប៉ុណ្ណោះ (តាមធម្មតាកុមារនឹងមានស្មារតីចុះខ្សោយ ពោលគឺល្ហិតល្ហៃ ឬសន្លប់) ៖

- ចាក់ម្ជុលសេរ៉ូម (រួចបូមឈាមដើម្បីវិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍បន្ទាន់)។
- ថ្លឹងកុមារ (ឬប៉ាន់ស្មានទម្ងន់) ដើម្បីគណនាពីបរិមាណសេរ៉ូមដែលត្រូវបញ្ចូល។
- ដាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមចំនួន ១៥ ml/kg រយៈពេល១ម៉ោង។ ប្រើសេរ៉ូមណាមួយក្នុងចំណោមសេរ៉ូមទាំងនេះ តាមដែលអាចរកបាន ៖
- សេរ៉ូមឡាក់តាត ដែលមានជាតិស្ករ ៥% (dextrose);
- សេរ៉ូមដារ៉ូ (Darrow) កម្លាំងពាក់កណ្ដាល ដែលមានជាតិស្ករ ៥% (dextrose);
- សេរ៉ូម NaCl 0.៤៥% ដែលមានជាតិស្ករ ៥% (dextrose)

ទម្ងន់	បរិមាណសេរ៉ូម រយៈពេល១ម៉ោង (១៥ml/kg)	ទម្ងន់	បរិមាណសេរ៉ូម រយៈពេល១ម៉ោង (១៥ml/kg)
៤kg	៦0ml	១២kg	១៨0ml
៦kg	៩0ml	១៤kg	២១0ml
៨kg	១២0ml	១៦kg	២៤0ml
១0kg	១៥0ml	១៨kg	២៧0ml

- ស្ទង់ចង្វាក់ជីពចរ កំលាំងជីពចរ និងចង្វាក់ដង្ហើម នៅពេលចាប់ផ្ដើម និងរៀងរាល់៥-១0នាទី។

ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃភាពធូរស្រាល (ចង្វាក់ជីពចរធ្លាក់ចុះ, កំលាំងជីពចរកើនឡើង, ឬចង្វាក់ដង្ហើមធ្លាក់ចុះ) និងគ្មានសញ្ញានៃការហើមសួតទេ ៖

- បន្តដាក់សេរ៉ូមថែមទៀតចំនួន ១៥ml/kg រយៈពេល១ម៉ោង, បន្ទាប់មក
- ប្តូរទៅបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមមាត់ឬតាមបំពង់ដែលបញ្ចូលដល់ក្រពះតាមច្រមុះ ដោយប្រើ ReSoMal ចំនួន ១០ml/kg ក្នុង១ម៉ោង រហូតដល់១០ម៉ោង (អានទំ.៣២២);
- ចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារឡើងវិញ ដោយប្រើអាហារ F-៧៥ (អានទំ.៣២៩)។

ប្រសិនបើកុមារមិនបានធូរស្រាល បន្ទាប់ពីដាក់សេរ៉ូមលឿនចំនួន ១៥ml/kg ២លើករួចហើយទេ ៖

- ចូរដាក់សេរ៉ូមបន្តតាមសរសៃឈាម (៤ml/kg ក្នុង១ម៉ោង) ខណៈពេលរង់ចាំឈាម;
- នៅពេលឈាមមកដល់ ចាក់បញ្ចូលឈាមស្រស់ទាំងស្រុង យឺតៗចំនួន ១០ml/kg រយៈពេល៣ម៉ោង (ប្រើគោលិកាឈាមសុទ្ធ(គ្មានប្លាស្មា) បើកុមារមានខ្សោយបេះដូង); បន្ទាប់មក
- ចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារឡើងវិញ ដោយប្រើអាហារ F-៧៥ (អានទំ.៣២៩);
- ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយប្រើឱសថប្រឆាំងមីក្រុបតាមសរសៃឈាម (អានទំ.៣២៥)។

ប្រសិនបើស្ថានភាពកុមារកាន់តែដុនដាប ក្នុងអំឡុងពេលបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមសរសៃឈាម (ចង្វាក់ដង្ហើមកើនឡើង៥ដង/នាទី ហើយចង្វាក់ជីពចរកើនឡើង ១៥ដង/នាទី, ថ្លើមរីក, ឮសូរសំឡេង crackles ក្នុងសួត, សម្ពាធសរសៃវ៉ែន jugular កើនឡើង, សំឡេងបេះដូងដូចជើងសេះផាយgalloping), ត្រូវបញ្ឈប់សេរ៉ូម ព្រោះវាអាចធ្វើឲ្យស្ថានភាពកុមារកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរដោយសារអាចមានហើមសួត។

គំនូសបំព្រួមទី៩. របៀបផ្ដល់ឱសថ diazepam តាមរន្ធគូថ

- ផ្ដល់ diazepam តាមរន្ធគូថ ៖
  - បូមឱសថ diazepam ពីអំពូលចូលក្នុងសីរ៉ាំង ១-ml ។ ត្រូវកំណត់កំរិតថ្នាំ diazepam ទៅតាមទម្ងន់របស់កុមារ។ បន្ទាប់មកដោះម្ជុលចេញ។
  - ស៊កសីរ៉ាំងចូលក្នុងរន្ធគូថប្រហែល ៤–៥ cm, ហើយបាញ់ diazepam បញ្ចូល។
  - ច្របាច់កំប៉េះគូថកុមារចូលគ្នាពីរបីនាទី។

អាយុ (ទម្ងន់)	Diazepam ដែលផ្ដល់តាមគូថក្នុង១អំពូលមាន ១0mg/២ml កំរិតថ្នាំ 0.១ml/kg
២សប្ដាហ៍ – ២ខែ (< ៤kg)[a]	0.៣ml
២ខែ – ក្រោម៤ខែ (៤–< ៦kg)	0.៥ml
៤ខែ – ក្រោម១២ខែ (៦–< ១0kg)	១.0ml
១ឆ្នាំ – ក្រោម៣ឆ្នាំ (១0–< ១៤kg)	១.២៥ml
៣ឆ្នាំ – ក្រោម៥ឆ្នាំ (១៤–១៩kg)	១.៥ml

[a] ប្រើ phenobarbital (១អំពូលមាន២00 mg/ml) ក្នុងកម្រិតថ្នាំ ២0 mg/kg ដើម្បីគ្រប់គ្រងការប្រកាច់ចំពោះទារកអាយុក្រោម២សប្ដាហ៍ ៖
ទម្ងន់ ២kg –កំរិតថ្នាំដំបូង 0.២ml; ៣0នាទីក្រោយមកចូរប្រើ 0.១ml } បើការប្រកាច់
ទម្ងន់ ៣kg –កំរិតថ្នាំដំបូង 0.៣ml; ៣0នាទីក្រោយមកចូរប្រើ0.១៥ml } នៅតែបន្ត

បើការប្រកាច់នៅតែបន្តក្រោយពី១0នាទី ចូរផ្ដល់កំរិតថ្នាំ diazepam **១ដងទៀត** (ឬផ្ដល់ diazepam តាមសរសៃចំនួន 0.0៥ml/kg = 0.២៥mg/kg បើកំពុងបញ្ចូលសេរ៉ូម)។

មិនត្រូវផ្ដល់ diazepam លើសពី២ដូសឡើយ។

បើការប្រកាច់នៅតែបន្ត ក្រោយពី១០នាទីទៀត ចូរសង្ស័យលើការប្រកាច់ជាប់ជានិច្ច(status epilepticus)៖

- ផ្ដល់ phenobarbital តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃឈាម ចំនួន ១៥mg/kg រយៈពេល១៥នាទី; ឬ
- ផ្ដល់ Phenytoin តាមសរសៃឈាមចំនួន ១៥–១៨mg/kg រយៈពេល៦០នាទី (ចាក់ខុសពីកន្លែងសរសៃឈាមដែលបានចាក់ diazepam)។ ត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ថាម្ជុលចូលក្នុងសរសៃឈាមបានល្អព្រោះឱសថនេះមានជាតិកាត់ និងបណ្ដាលអោយរលាកតាមកន្លែងដែលវាជ្រាបចេញទៅ។

■ **ប្រសិនបើគ្រុនក្ដៅខ្លាំង ៖**

- ដោះសម្លៀកបំពាក់កុមារដើម្បីបន្ថយកម្ដៅ។
- មិនត្រូវផ្ដល់ឱសថតាមមាត់ទេ រហូតអាចគ្រប់គ្រងការប្រកាច់របស់កុមារបាន (គ្រោះថ្នាក់នៃការឈ្លក់ចូលក្នុងសួត)។
- បន្ទាប់ពីឈប់ប្រកាច់ហើយកុមារអាចលេបឱសថបាន ចូរផ្ដល់ paracetamol ឬ ibuprofen។

ការប្រុងប្រយ័ត្ន *៖ ត្រូវត្រៀមទុកឧបករណ៍សប់បញ្ចូលខ្យល់ដែលដំណើរការ និងភ្ជាប់ម៉ាសមុខជាប់ជានិច្ច សម្រាប់ករណីកុមារឈប់ដកដង្ហើម ជាពិសេសនៅពេលផ្ដល់ឱសថ diazepam។*

គំនូសបំព្រួមទី១០. របៀបផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃឈាម

- ចាក់ម្ជុលអោយមានផ្លូវសេរ៉ូម រួចបូមឈាមដើម្បីវិភាគបន្ទាន់ក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍។
- ពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមដោយប្រើបន្ទះមើលជាតិស្ករ ។ បើជាតិស្ករទាបជាង ២.៥mmol/litre (៤៥mg/dl) ចំពោះកុមារមានអាហារូបត្ថម្ភល្អ ឬទាបជាង < ៣ mmol/litre (៥៤mg/dl) ចំពោះកុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ឬមិនអាចវាស់ជាតិស្ករបានដោយសារគ្មានបន្ទះមើលជាតិស្ករ, ត្រូវព្យាបាលដូចជាតិស្ករធ្លាក់ទាប ៖
- ចាក់បញ្ចូលយ៉ាងលឿននូវជាតិស្ករ ១០% តាមសរសៃឈាមក្នុងបរិមាណ ៥ml/kg

អាយុ (ទម្ងន់)	**បរិមាណនៃជាតិស្ករ ១០% (៥ml/kg) បង្ហូរយ៉ាងលឿន**
ក្រោម២ខែ (< ៤kg)	១៥ml
២ខែ – ក្រោម៤ខែ (៤–< ៦kg)	២៥ml
៤ខែ – ក្រោម១២ខែ (៦–< ១០kg)	៤០ml
១ឆ្នាំ – ក្រោម៣ឆ្នាំ (១០–< ១៤kg)	៦០ml
៣ឆ្នាំ – ក្រោម៥ឆ្នាំ (១៤–< ១៩kg)	៨០ml

- ពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមឡើងវិញ បន្ទាប់ពី៣០នាទី។ បើនៅតែទាប ចាក់បញ្ចូលជាតិស្ករ ១០% ក្នុងបរិមាណ ៥ ml/kg ឡើងវិញ។
- ផ្តល់អាហារភ្លាម នៅពេលកុមារដឹងខ្លួន។

ប្រសិនបើមិនអាចបរិភោគដោយគ្មានគ្រោះថ្នាក់នៃការឈ្លក់ចូលក្នុងសួតទេ, ចូរឲ្យ ៖

- ទឹកដោះគោ ឬទឹកស្ករ តាមបំពង់ដែលស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ (ដើម្បីធ្វើទឹកស្ករ ចូរលាយស្ករ ៤ស្លាបព្រាកាហ្វេ(២០g)

ជាមួយទឹកស្អាតមួយពែងចំណុះ ២០០-ml), ឬ

- សេរ៉ូមដែលមានជាតិស្ករ ៥–១០% (dextrose) (អានឧបសម្ព័ន្ធ៤, ទំ.៥៦៧)

ចំណាំ ៖ ទឹកស្ករគ្លុយកូស៥០% គឺដូចគ្នាទឹកស្ករ dextrose ៥០%ដែរ។ ប្រសិនបើមានតែទឹកស្ករគ្លុយកូស៥០% ៖ លាយទឹកស្ករគ្លុយកូស៥០% ១ភាគក្នុងទឹកស្ដេរីល ៤ភាគ, ឬលាយទឹកស្ករគ្លុយកូស៥០% ១ភាគ ក្នុងទឹកស្ករគ្លុយកូស៥% ៩ភាគ។ ឧទាហរណ៍, ទឹកស្ករ៥០% ចំណុះ១០ml លាយជាមួយទឹកស្ករ៥% ចំណុះ ៩០ml បង្កើតបានជាទឹកស្ករ១០% ចំណុះ ១០០ml។

ចំណាំ ៖ ដើម្បីប្រើឧបករណ៍បន្ទះមើលជាតិស្ករក្នុងឈាម ចូរអានសេចក្ដីណែនាំដែលភ្ជាប់ក្នុងប្រអប់។ ជាទូទៅ បន្ទះមើលជាតិស្ករត្រូវរក្សាទុកក្នុងប្រអប់ ក្នុងសីតុណ្ហភាព ២–៣°C, ចៀសវាងត្រូវពន្លឺថ្ងៃ ឬសំណើមខ្លាំង។ គួរបន្តក់ឈាមមួយតំណក់លើបន្ទះនោះ។ បន្ទាប់ពី៦០វិនាទី គួរលាងឈាមចេញថ្នមៗដោយបន្តក់ទឹកត្រជាក់ពីលើ រួចប្រៀបធៀបពណ៌នៅលើបន្ទះ ជាមួយលេខកូដនៅលើដប (របៀបប្រើអាចខុសៗគ្នាទៅតាមប្រភេទផ្សេងៗនៃបន្ទះ)។

ចំណាំ ៖ *ស្ករដាក់ក្រោមអណ្ដាត អាចជាវិធានការបន្ទាន់មួយក្នុងការគ្រប់គ្រងជាតិស្ករធ្លាក់ទាប ប្រសិនបើការចាក់តាមសរសៃឈាមមិនអាចធ្វើទៅរួច ឬត្រូវពន្យារពេល។ ដាក់ស្ករមួយស្លាបព្រាកាហ្វេ ផ្សើមជាមួយទឹកបន្តិច រួចដាក់ក្រោមអណ្ដាត រៀងរាល់១០-២០នាទីម្ដង។*

គំនូសបំព្រួមទី១១. របៀបព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់ បន្ទាប់ពីព្យាបាលស្តុកជំហានដំបូង

ចំពោះកុមារដែលខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ប៉ុន្តែមិនស្ថិតក្នុងសភាពស្តុកទេ ចូរអានផែនការ C សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក, ទំ.២០៤។

ប្រសិនបើកុមារស្ថិតក្នុងសភាពស្តុក ដំបូងចូរអនុវត្តតាមសេចក្តីណែនាំនៅក្នុងគំនូសបំព្រួមទី៧ និងទី៨ (ទំ.១៩ និង២១)។

ត្រឡប់មកគំនូសបំព្រួមខាងក្រោមវិញ នៅពេលជីពចររបស់កុមារថយចុះឬរយៈពេលបំពេញឈាមនៅចុងដៃលឿនជាងមុន។

- បញ្ចូលសេរ៉ូមឡាក់តាត (Hartmann's) ក្នុងបរិមាណ ៧0ml/kg (ឬសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា បើគ្មានឡាក់តាត)

	បរិមាណសរុបនៃសេរ៉ូម (បរិមាណក្នុង១ម៉ោង)	
ទម្ងន់	អាយុក្រោម១២ខែ ផ្តល់រយៈពេល៥ម៉ោង	អាយុ១២ខែ - ៥ឆ្នាំ ផ្តល់រយៈពេល២.៥ម៉ោង
< ៤kg	២00ml (៤0ml/h)	–
៤–៦kg	៣៥0ml (៧0ml/h)	–
៦–១0kg	៥៥0ml (១១0ml/h)	៥៥0ml (២២0ml/h)
១0–១៤kg	៨៥0ml (១៧0ml/h)	៨៥0ml (៣៤0ml/h)
១៤–១៩kg	–	១២00ml (៤៨0ml/h)

វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញរៀងរាល់១-២ម៉ោង។ ប្រសិនបើស្ថានភាពជាតិទឹកមិនបានប្រសើរទេ ចូរបង្កើនល្បឿនសេរ៉ូម។

ម្យ៉ាងទៀត ចូរផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីត(ប្រហែល ៥ml/kg ក្នុង១ម៉ោង) ដល់កុមារនៅពេលដែលគាត់អាចផឹកទឹកបាន ដែលជាទូទៅបន្ទាប់ពីរយៈពេល៣-៤ម៉ោង(ចំពោះកុមារតូចៗ) ឬ១-២ម៉ោង(ចំពោះកុមារធំ)។

ទម្ងន់	បរិមាណទឹកអូរ៉ាលីតក្នុង១ម៉ោង
< ៤kg	១៥ml
៤–៦kg	២៥ml
៦–១០kg	៤០ml
១០–១៤kg	៦០ml
១៤–១៩kg	៨៥ml

វាយតម្លៃឡើងវិញបន្ទាប់ពី៦ម៉ោង ចំពោះកុមារតូចៗ និងបន្ទាប់ពី៣ម៉ោង ចំពោះកុមារធំ។ ធ្វើចំណាត់ថ្នាក់លើភាពខ្វះជាតិទឹក។ បន្ទាប់មកជ្រើសរើសផែនការព្យាបាលសមស្របណាមួយ A, B ឬ C (ទំព័រ២១៥, ២១០, ២០៤) ដើម្បីធ្វើការព្យាបាលបន្ត។

ប្រសិនបើអាច ចូរសង្កេតមើលកុមារយ៉ាងតិច៦ម៉ោង បន្ទាប់ពីបង្គ្រប់ជាតិទឹករួច ដើម្បីធានាថាម្តាយកុមារអាចបន្តផ្តល់ជាតិទឹកបាន តាមរយៈការផឹកទឹកអូរ៉ាលីត។

ប្រសិនបើបន្ទប់ត្រជាក់ខ្លាំង គួរពឹងផ្អែកលើជីពចរដើម្បីសន្និដ្ឋានថាតើកុមារស្ថិតក្នុងសភាពស្ទុកឬអត់។

វាស់សម្ពាធឈាមស៊ីស្តូល ថាតើវាធ្លាក់ទាបដែរឬទេបើធៀបនឹងអាយុកុមារ (មើលតារាងខាងក្រោម)។ ស្ទុកអាចកើតឡើងនៅពេលមានសម្ពាធឈាមធម្មតា ប៉ុន្តែសម្ពាធឈាមចុះទាបខ្លាំង មានន័យថាកុមារស្ថិតក្នុងសភាពស្ទុក។

សម្ពាធឈាមធម្មតារបស់ទារក និងកុមារ

អាយុ	សម្ពាធឈាមស៊ីស្តូល
ទារកមិនគ្រប់ខែ	៥៥–៧៥
០–៣ខែ	៦៥–៨៥
៣–៦ខែ	៧០–៩០
៦–១២ខែ	៨០–១០០
១–៣ឆ្នាំ	៩០–១០៥
៣–៦ឆ្នាំ	៩៥–១១០

- **វាយតម្លៃការសន្លប់ ឬការប្រកាច់ ឬស្ថានភាពផ្លូវចិត្តខុសប្រក្រតីដទៃទៀត (C)**

  តើកុមារសន្លប់ឬទេ ? ពិនិត្យកម្រិតស្មារតីរបស់កុមារតាមខ្នាត 'AVPU' ៖

  ភាពរហ័សរហួន (A alert)

  ការឆ្លើយតបនឹងសំឡេង (V responds to voice)

  ការឆ្លើយតបនឹងភាពឈឺចាប់ (P responds to pain)

  សន្លប់ (U unconscious)

ប្រសិនបើកុមារមិនដឹងខ្លួន និងមិនរហ័សរហួនទេ ចូរសាកល្បងដាស់កុមារដោយការនិយាយជាមួយ ឬរលាក់ដៃ។ បើកុមារមិនរហ័សរហួនទេ ប៉ុន្តែឆ្លើយតបនឹងសំឡេង នោះគាត់មានភាពល្ងិតល្ងៃ ។ បើគ្មានការឆ្លើយតបទេ សួរម្តាយថាតើកុមារងងុយខុសធម្មតា ឬពិបាកដាស់អោយភ្ញាក់ខុសធម្មតា។ សន្និដ្ឋានថាតើកុមារឆ្លើយតបចំពោះភាពឈឺចាប់ ឬមិនឆ្លើយតបនឹងរំញោចដែលឈឺចាប់។ បើពិតមែន នោះកុមារកំពុងសន្លប់ហើយត្រូវការការព្យាបាលជាបន្ទាន់។

តើកុមារកំពុងប្រកាច់ឬទេ ? តើកុមារដែលមិនឆ្លើយតបមានចលនាកន្ត្រាក់ៗដែរឬទេ ?

■ វាយតម្លៃមើលការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ បើកុមារមានជំងឺរាក

តើកុមារមានភ្នែកខូងដែរឬទេ? សួរម្តាយថាតើកុមារមានភ្នែកខូងជាងពេលធម្មតាដែរឬទេ។

តើស្បែករលាទៅវិញយឺតៗមែនទេ (យូរជាង២វិនាទី) បន្ទាប់ពីច្បិចទាញ? ច្បិចទាញស្បែកពោះរបស់កុមារនៅត្រង់ចន្លោះកណ្តាលរវាងផ្ចិតនិងចំហៀងខ្លួន និងផ្ចិតរយៈពេល១វិនាទី បន្ទាប់មកព្រលែងវិញ រួចសង្កេតមើល។

■ វាយតម្លៃមើលសញ្ញាអាទិភាព

ខណៈពេលដែលវាយតម្លៃកុមាររកមើលសញ្ញាបន្ទាន់ អ្នកនឹងអាចសង្កេតឃើញសញ្ញាអាទិភាពមួយចំនួន ៖

តើមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម(មិនធ្ងន់ធ្ងរ)ឬទេ?

តើកុមារមានភាពល្ហិតល្ហៃ ឬរញ៉ាំរញ៉ៃជាប់ជានិច្ច ឬឡេះឡះដែរឬទេ?

ចំណុចនេះត្រូវបានសង្កេតនៅពេលអ្នកវាយតម្លៃរកមើលការសន្លប់។

សង្កេតមើលសញ្ញាអាទិភាពដទៃទៀត(អានទំ.៨)។

១.៤ ការព្យាបាលបន្ទាន់សម្រាប់កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ

ក្នុងអំឡុងពេលជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរ រាល់កុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ នឹងត្រូវបានកំណត់ថាមានសញ្ញាអាទិភាព ដែលមានន័យថាពួកគេត្រូវការការវាយតម្លៃនិង**ព្យាបាលជាប្រញាប់**។

ក្នុងពេលជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរ កុមារមួយចំនួនតូចដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ នឹងត្រូវបានរកឃើញថាមានសញ្ញាបន្ទាន់។

កុមារដែលមានសញ្ញាបន្ទាន់នៃ "ផ្លូវដង្ហើម និងការដកដង្ហើម" ឬ "សន្លប់ ឬប្រកាច់" គួរទទួលបានការព្យាបាលបន្ទាន់ (អានគំនូសបំព្រួមនៅទំ.៨-២៧)។

- កុមារដែលមានសញ្ញាខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ប៉ុន្តែមិនស្ថិតក្នុងសភាពស្ទុកទេ នោះ

មិនគួរត្រូវបានបង្គ្រប់ជាតិទឹកដោយបញ្ចូលសេរ៉ូមទេ ព្រោះការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ គឺពិបាកនឹងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យណាស់ចំពោះកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ហើយជាញឹកញាប់គឺធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុស។ ការដាក់សេរ៉ូមដល់កុមារទាំងនេះ ធ្វើឲ្យពួកគេប្រឈមនឹងការលើសជាតិទឹក និងការស្លាប់ដោយសារបញ្ហាខ្សោយបេះដូង។ ហេតុដូច្នេះ កុមារទាំងនេះគួរត្រូវបានបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមមាត់ដោយផឹកសូលុយស្យុងបង្គ្រប់ជាតិទឹកពិសេសសម្រាប់កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ (Re-SoMal)។ អានគំនូសបំព្រួមទី៧ (ទំ.៣២១)។

- ក្នុងករណីកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ សញ្ញាបន្ទាន់នៃស្ហុកអាចមានវត្តមាន សូម្បីតែមិនមានស្ហុកពិតមែនក៏ដោយ។ កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភដែលមានសញ្ញាច្រើននៃស្ហុក ៖ ល្ហិតល្ហៃ កម្រិតស្មារតីចុះខ្សោយ ស្បែកត្រជាក់ ការបំពេញឈាមយឺត និងជីពចរខ្សោយញាប់, គួរទទួលបានជាតិទឹកដទៃទៀតសម្រាប់ស្ហុក ដូចមានពន្យល់ខាងលើ។
- ការព្យាបាលស្ហុកចំពោះកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ ធ្វើឡើងខុសគ្នានឹងកុមារដែលមានអាហារូបត្ថម្ភល្អ, ដោយហេតុថាស្ហុកដោយសារការខ្វះជាតិទឹក និងស្ហុកដោយសារការរាតត្បាតមេរោគក្នុងឈាម ទំនងជាកើតឡើងរួមគ្នា ហើយគេពិបាកនឹងញែកវាឲ្យដាច់ពីគ្នាដោយពឹងផ្អែកលើភស្តុតាងផ្អែកគ្លីនិកតែមួយមុខបានទេ, និងដោយហេតុថាកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ប្រហែលជាមិនអាចទ្រាំទ្រនឹងបរិមាណជាតិទឹកនិងអំបិលយ៉ាងច្រើនបាននោះទេ។ បរិមាណនៃជាតិទឹកដែលផ្តល់ឲ្យកុមារ គឺផ្អែកទៅលើការឆ្លើយតបរបស់កុមារ។ ចៀសវាងការលើសជាតិទឹក។ តាមដានជីពចរនិងដង្ហើមរបស់កុមារនៅពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល និងរៀងរាល់៥-១០នាទីម្តង ដើម្បីមើលថាពួកគេបានប្រសើរឬអត់។ គួរកត់សម្គាល់ថា ប្រភេទនៃសេរ៉ូមគឺខុសគ្នាចំពោះកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ហើយការបញ្ចូលសេរ៉ូមមានល្បឿនយឺតជាង។

រាល់កុមារទាំងអស់ដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវការការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលជាភ្លាមៗ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរដូចជា ជាតិស្ករធ្លាក់ទាប សីតុណ្ហភាពធ្លាក់ចុះខ្លាំង ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ និងអាចឈានដល់ការខ្វាក់ភ្នែកទៀតផង។ ចំណុចសំខាន់ដូចគ្នានេះដែរ គឺការធ្វើសកម្មភាពភ្លាមៗដើម្បីបង្ការបញ្ហាទាំងនេះកុំអោយកើតឡើង ប្រសិនបើវាមិនទាន់មានពេលកុមារចូលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ។

១.៥ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើកុមារដែលមានស្ថានភាពបន្ទាន់

អត្ថបទបន្ទាប់នេះ ផ្តល់នូវការណែនាំសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងរោគវិនិច្ឆ័យញែកលើស្ថានភាពនីមួយៗរបស់កុមារដែលទើបទទួលបានការព្យាបាលបន្ទាន់រួច។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានធ្វើឲ្យស្ថានភាពកុមារមានលំនឹង និងបានផ្តល់ការព្យាបាលបន្ទាន់រួចរាល់ហើយ ចូរស្វែងរកមូលហេតុសំខាន់នៃបញ្ហា ដើម្បីអាចផ្តល់ការព្យាបាលជាក់លាក់ឲ្យជាសះស្បើយ។ តារាងខាងក្រោមនេះត្រូវបំពេញបន្ថែមជាមួយនឹងតារាងផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងជំពូកស្តីពីជំងឺនីមួយៗ។

១.៥.១ កុមារដែលមានបញ្ហាផ្លូវដង្ហើម រឺ ពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំង

ប្រវត្តិជំងឺ

- ការចាប់ផ្តើមនៃរោគសញ្ញា ៖ យឺតៗ ឬភ្លាមៗ
- ជំងឺធ្លាប់កើតមានប្រហាក់ប្រហែលកាលពីមុន
- ការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ
- ក្អក និងរយៈពេលក្អកគិតជាថ្ងៃ
- ប្រវត្តិធ្លាប់ឈ្លក់
- កើតមានតាំងពីកំណើត ឬទើបនឹងកើតឡើង
- ប្រវត្តិការចាក់ថ្នាំបង្ការ ៖ ខាន់ស្លាក់, ក្អកមាន់, តេតាណូស (DPT), កញ្ជ្រឹល
- ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែលបានដឹងច្បាស់
- ប្រវត្តិគ្រួសារកើតជំងឺហឺត

ការពិនិត្យ

- ក្អក និងគុណភាពនៃក្អក
- សំបុរឡើងស្វាយ
- បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម
- សំឡេងដូចប្រឹង (Grunting)
- សំឡេងស្រ្ដាយឌ័រ (strider) សំឡេងដង្ហើមខុសធម្មតា
- ចលនាស្លាបច្រមុះ
- ហើមក
- សំឡេងកកិតក្នុងសួត (Crepitation)
- សំឡេងវីហ្សីង (wheezing)
  - គ្រប់កន្លែង
  - មួយកន្លែង
- ចលនាខ្យល់ចូលសួតថយចុះ
  - គ្រប់កន្លែង
  - មួយកន្លែង

តារាងទី១. រោគវិនិច្ឆ័យញែកលើកុមារដែលមានបញ្ហាផ្លូវដង្ហើម ឬពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ

រោគវិនិច្ឆ័យ ឬមូលហេតុសំខាន់	គួរមានស្ថានភាពទាំងនេះ
ជំងឺរលាកសួត	– ក្អក រួមទាំងការដកដង្ហើមញាប់ និងគ្រុនក្តៅ – សំឡេងដូចប្រឹង (Grunting) ឬពិបាកដកដង្ហើម – កើតឡើងជាច្រើនថ្ងៃ និងធុនជាបទៅៗ – ឮសំឡេងកកិតពេលស្តាប់សួត – សញ្ញា consolidation ឬ effusion នៅលើរូបថតសួត
ជំងឺហឺត	– ប្រវត្តិនៃសំឡេងវីហ្សីងដែលកើតមានញឹកញាប់ – ការដកដង្ហើមចេញយូរ – សំឡេងវីហ្សីង ឬចលនាខ្យល់ចូលសួតថយចុះ – ឆ្លើយតបនឹងឱសថពង្រីកទងសួត
ការឈ្លក់វត្ថុចូលក្នុងសួត	– មានប្រវត្តិឈ្លក់ភ្លាមៗ – ការចាប់ផ្តើមមានសំឡេងស្រ្តាយឌ័រភ្លាមៗ ឬបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមភ្លាមៗ – ចលនាខ្យល់ចូលសួតថយចុះដោយកន្លែង ឬសំឡេងវីហ្សីង
អាប់សែក្រោយបំពង់ក (Retro-pharyngeal abscess)	– មានការកើតឡើងជាច្រើនថ្ងៃ, កាន់តែធុនជាប – មិនអាចលេប – គ្រុនក្តៅខ្លាំង
ជំងឺរលាកបំពង់ក (croup)	– ក្អកដូចសត្វព្រុះ – សំឡេងស្អក

តារាងទី១. ត

រោគវិនិច្ឆ័យ ឬមូលហេតុសំខាន់	គួរមានស្ថានភាពទាំងនេះ
	– ពាក់ព័ន្ធនឹងការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើមខាងលើ – សំឡេងស្រ្តាយឌ័រនៅពេលដកដង្ហើមចូល – សញ្ញានៃបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម
ជំងឺខាន់ស្លាក់	– កកុមាររីកធំ ដោយសារឡើងកូនកណ្តុរ – សញ្ញានៃការស្ទះផ្លូវដង្ហើម ដោយសំឡេងស្ត្រាយឌ័រ និងការចុះខ្សោយ – ភ្នាសនៅបំពង់ក មានពណ៌ប្រផេះ – មិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការខាន់ស្លាក់, ក្អកមាន់, តេតាណូស(DPT),

១.៥.២ កុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្ពុក

ប្រវត្តិជំងឺ

- ការកើតឡើងស្រួចស្រាវ ឬភ្លាមៗ
- ការប៉ះទង្គិច
- ការហូរឈាម
- ប្រវត្តិជំងឺបេះដូងពីកំណើត ឬដោយសាររោគរលាកសន្លាក់
- ប្រវត្តិជំងឺរាក
- ជំងឺគ្រុនក្តៅផ្សេងៗ
- ការផ្ទុះឡើងនៃជំងឺគ្រុនឈាម
- ការផ្ទុះឡើងនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ
- ក្តៅខ្លួន
- អាចបរិភោគបាន

ការពិនិត្យ

- កម្រិតស្មារតី
- កន្លែងហូរឈាម
- ត្រជាក់ ឬក្តៅចុងដៃចុងជើង
- សរសៃវ៉ែននៅក (ឡើងសម្ពាធ jugular)
- កំលាំង និងចង្វាក់ជីពចរ
- សម្ពាធឈាម
- ថ្លើមរីក
- ស្នាមជាំឈាមតូចៗ (petaechiae)
- ស្នាមជាំឈាមក្រោមស្បែកផ្សេងៗ (purpura)

តារាងទី២. រោគវិនិច្ឆ័យញែកលើកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្លុក

កុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្លុក មានភាពល្ហិតល្ហៃ ដកដង្ហើមញាប់ ស្បែកត្រជាក់ រយៈពេលបំពេញឈាមយូរ ជីពចរខ្សោយញាប់ ហើយអាចមានសម្ពាធឈាមទាបដែលជាសញ្ញាយឺតយ៉ាវ។ ដើម្បីជាជំនួយក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់រកមូលហេតុនៃស្លុក ចូររកមើលសញ្ញាខាងក្រោម។

រោគវិនិច្ឆ័យ ឬមូលហេតុសំខាន់	គួរមានស្ថានភាពទាំងនេះ
ស្លុកដោយសារហូរឈាម	– ប្រវត្តិនៃការប៉ះទង្គិច – មានកន្លែងហូរឈាម
សញ្ញាស្លុកគ្រុនឈាម	– ការផ្ទុះជំងឺគ្រុនឈាម ឬរដូវគ្រុនឈាម – មានប្រវត្តិគ្រុនក្តៅខ្លាំង – ស្នាមជាំឈាមក្រោមស្បែក

តារាងទី២. ត

រោគវិនិច្ឆ័យ ឬមូលហេតុសំខាន់	គួរមានស្ថានភាពទាំងនេះ
ស្តុកដោយសារបេះដូង	– មានប្រវត្តិជំងឺបេះដូង ឬមានសំលេងបេះដូង murmur – សរសៃវ៉ែនក និងថ្លើមរីកធំ – សំឡេងកកិត (crepitation) ក្នុងសួតទាំងសងខាង
ស្តុកដោយសារបាក់តេរីរាតត្បាតក្នុងឈាម	– មានប្រវត្តិជំងឺគ្រុនក្តៅ – កុមារឈឺធ្ងន់ – ស្បែកអាចក្តៅ ប៉ុន្តែមានសម្ពាធឈាមទាប, ឬស្បែក អាចត្រជាក់ – អាចមានស្នាមជាំឈាមក្រោមស្បែក ឬមានប្រវត្តិនៃការផ្ទុះរាតត្បាតបាក់តេរី meningococcus
ស្តុកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ	– មានប្រវត្តិជំងឺរាកខ្លាំង – ការផ្ទុះជំងឺអាសន្នរោគ

១.៥.៣ កុមារដែលមានភាពល្ហិតល្ហៃ សន្លប់ ឬប្រកាច់

ប្រវត្តិជំងឺ

- គ្រុនក្តៅ
- របួសក្បាល
- លេបឱសថលើសកំរិត ឬការលេបចូលជាតិ toxin
- ប្រកាច់ ៖ តើមានរយៈពេលប៉ុន្មាន? តើកុមារធ្លាប់ប្រកាច់ដោយសារគ្រុនក្តៅដែរឬទេ? មានជំងឺឆ្កួតជ្រូកឬទេ?

ក្នុងករណីទារកអាយុក្រោម១សប្តាហ៍ ចូរពិចារណាប្រវត្តិនៃ ៖

- ការស្ទះដង្ហើមនៅពេលកើត (asphyxia)
- របួសខួរក្បាលនៅពេលកើត (brain injury)

ការពិនិត្យ

ទូទៅ

- ជំងឺខាន់លឿង
- បាតដៃស្លេកស្លាំងខ្លាំង
- ហើមអវៈយវៈក្រោម ឬហើមមុខ (ឲ្យតម្រុយបញ្ហាខ្សោយតម្រងនោម)
- កម្រិតស្មារតី
- ស្នាមជាំឈាមតូចៗ
- សម្ពាធឈាម
- កំណត់ពិន្ទុ AVPU (អានទំ.២៩)

ក្បាល និងក

- ករឹង
- សញ្ញានៃការប៉ះទង្គិចក្បាល ឬរបួសដទៃទៀត
- ទំហំប្រស្រីភ្នែក និងការឆ្លើយតបនឹងពន្លឺ
- បង្ហើយតឹង ឬប៉ោង
- កាយវិការចម្លែក ជាពិសេសខ្នងកោង(opisthotonous)

គួរតាមដានពិន្ទុនៃការសន្លប់ (coma scale) ជាប្រចាំ។ ចំពោះទារកតូចអាយុក្រោម១សប្តាហ៍ គួរកត់ចំណាំពេលវេលាចាប់ពីពេលកើត ទៅដល់ពេលចាប់ផ្តើមសន្លប់។ នៅតំបន់ខ្លះក្នុងពិភពលោក មូលហេតុនៃភាពល្ហិតល្ហៃ សន្លប់ ឬប្រកាច់ មានដូចជា ជំងឺគ្រុនចាញ់, ជំងឺរលាកខួរក្បាល, ជំងឺគ្រុនឈាម, ជំងឺកញ្ជ្រឹល, គ្រុនពោះវៀន និង គ្រុនក្តៅលាប់។

ការវិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍

- ប្រសិនបើសង្ស័យជំងឺរលាកស្រោមខួរ ហើយកុមារគ្មានសញ្ញានៃការកើនឡើងសម្ពាធក្នុងក្បាល (ប្រស្រីភ្នែកមិនប៉ុនគ្នា, កាយវិការរឹង, ខ្វិនអវៈយវៈ ឬដងខ្លួន, ដកដង្ហើមមិនទៀងទាត់), ត្រូវធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង។
- នៅក្នុងតំបន់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ត្រូវធ្វើតេស្ដ៍រកមេរោគគ្រុនចាញ់ឆាប់រហ័ស រួចរៀបចំកញ្ចក់មើលឈាមរកមេរោគគ្រុនចាញ់។
- ប្រសិនបើកុមារសន្លប់ គួរពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម។ បើមិនអាចធ្វើទេ គួរព្យាបាលដូចជាតិស្ករធ្លាក់ទាប, បើកម្រិតស្មារតីបានប្រសើរឡើង នោះសន្មត់ថាជាតិស្ករធ្លាក់ទាបពិតមែន។
- ធ្វើការវិភាគទឹកនោមដោយមីក្រូទស្សន៍ប្រសិនបើអាច។

តារាងទី៣. រោគវិនិច្ឆ័យញែកលើកុមារដែលមានភាពល្ហិតល្ហៃ សន្លប់ ឬប្រកាច់

រោគវិនិច្ឆ័យ ឬមូលហេតុសំខាន់	គួរមានស្ថានភាពទាំងនេះ
ជំងឺរលាកស្រោមខួរ a,b	– រញ្ជាំរញ្ជួរជាខ្លាំង – ករឹង ឬបង្ហើយប៉ោង – ស្នាមជាំឈាមតូចៗ (ជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលបណ្ដាលពីmeningococcus) – ខ្នងកោង(opisthotonous)
ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរដោយមេរោគ P. falciparum (តែចំពោះកុមារដែលប្រឈមនឹងមេរោគ P. falciparum, ភាគច្រើនកើតតាមរដូវកាល)	– លទ្ធផលនៃកញ្ចក់មើលឈាម ឬតេស្ដ៍គ្រុនចាញ់ឆាប់រហ័ស បង្ហាញសញ្ញាវិជ្ជមាន – ជំងឺខាន់លឿង – ភាពស្លេកស្លាំង – ការប្រកាច់

តារាងទី៣. ត

រោគវិនិច្ឆ័យ ឬមូលហេតុសំខាន់	គួរមានស្ថានភាពទាំងនេះ
	– ជាតិស្ករធ្លាក់ទាប
ការប្រកាច់ដោយសារគ្រុនក្តៅ (មិនទំនងជាមូលហេតុនៃការសន្លប់ទេ)	– ធ្លាប់មានការប្រកាច់រយៈពេលខ្លីនៅពេលគ្រុនក្តៅ – ពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រុនក្តៅ – អាយុ៦ខែ-៥ឆ្នាំ – តេស្តកញ្ចក់មើលឈាមធម្មតា
ជាតិស្ករធ្លាក់ទាប (ត្រូវស្វែងរកមូលហេតុជានិច្ច, ឧទា. គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ រួចព្យាបាលមូលហេតុរបស់វាដើម្បីបង្ការការលាប់ឡើងវិញ)	– ជាតិស្ករក្នុងឈាមទាប (< ២.៥ mmol/litre (< ៤៥ mg/dl) ឬ < ៣.០ mmol/litre (< ៥៤ mg/dl) ចំពោះកុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ), ឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដោយជាតិស្ករ
របួសក្បាល	– សញ្ញា ឬប្រវត្តិនៃការប៉ះទង្គិចក្បាល
ការពុល	– ប្រវត្តិនៃការបរិភោគជាតិពុល ឬប្រើឱសថលើសកំរិត
ស្តុក (អាចធ្វើឲ្យល្ងិតល្ងៃ ឬសន្លប់, ប៉ុន្តែមិនទំនងជាបណ្តាលឲ្យប្រកាច់ទេ)	– ការនាំឈាមទៅសរីរាង្គ ឬជាលិកា ចុះខ្សោយ – ជីពចរខ្សោយញាប់
រលាកតម្រងនោមស្រួចស្រាល់ជាមួយនឹងការចុះខ្សោយនៃមុខងារខួរក្បាល	– សម្ពាធឈាមកើនឡើង – ហើមអវៈយវៈ ឬហើមមុខ – ឈាម និង/ឬ ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម – ទឹកនោមតិច ឬគ្មាន

តារាងទី៣. គ

រោគវិនិច្ឆ័យ ឬមូលហេតុសំខាន់	គួរមានស្ថានភាពទាំងនេះ
ជាតិ Ketones ចេញតាមទឹកនោមច្រើន (Diabetic ketoacidosis)	– ជាតិស្ករក្នុងឈាមឡើងខ្ពស់ – ប្រវត្តិនៃការផឹកទឹកច្រើន (polydipsia) និងការនោមច្រើន (polyuria) – ការដកដង្ហើមវែង និងពិបាក

a រោគវិនិច្ឆ័យញែកនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ អាចរួមបញ្ចូលនូវជំងឺរលាកខួរក្បាល, អាប់សែខួរក្បាល ឬរបេងស្រោមខួរ។ សម្រាប់ការណែនាំបន្ថែមទៀត សូមអានសៀវភៅជំងឺកុមារ។

b មិនគួរធ្វើការចោះបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងទេ ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការកើនឡើងសម្ពាធក្នុងក្បាល (អានផ្នែក ៦.៣, ទំ.២៦៣ និង A១.៤, ទំ.៥៣០)។ លទ្ធផលវិជ្ជមាននៃការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង អាចបង្ហាញថាទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមានពណ៌ស្រអាប់ពេលមើលនឹងភ្នែកធម្មតា, ឬឃើញចំនួនកោសិកាឈាមសខុសធម្មតា (ជាទូទៅបើជំងឺរលាកស្រោមខួរ គឺមានច្រើនជាង ១០០កោសិកា polymorphonuclear ក្នុង១មីលីលីត្រ)។ លទ្ធផលវិជ្ជមាន អាចត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់ដោយការមានជាតិស្ករក្នុងទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងទាប (< ១.៥ mmol/litre), ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងខ្ពស់ (> 0.៤ g/litre), មេរោគដែលរកឃើញដោយបច្ចេកទេសចាត់ថ្នាក់មេរោគ (Gram staining) ឬការបណ្តុះមេរោគវិជ្ជមាន។

តារាងទី៤. រោគវិនិច្ឆ័យញែកលើទារកតូច (អាយុក្រោម២ខែ) ដែលមានភាពល្វិតល្វៃ សន្លប់ ឬប្រកាច់

រោគវិនិច្ឆ័យ ឬមូលហេតុសំខាន់	គួរមានស្ថានភាពទាំងនេះ
ការស្ទះដង្ហើមនៅពេលកើត ខួរក្បាលខ្វះអុកស៊ីហ្សែន (HIE) ការប៉ះទង្គិចពេលកើត	– ចាប់កើតឡើងក្នុងអំឡុង៣ថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត – មានប្រវត្តិម្តាយសម្រាលកូនពិបាក
ការហូរឈាមក្នុងខួរក្បាល	– កើតឡើងក្នុងអំឡុង៣ថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត ចំពោះទារកកើតមិនគ្រប់ខែ ឬកើតមកមានទម្ងន់តិច

តារាងទី៤. ត

រោគវិនិច្ឆ័យ ឬមូលហេតុសំខាន់	គួរមានស្ថានភាពទាំងនេះ
ជំងឺបែកគ្រាប់ឈាមក្រហមទារក និង kernicterus	– កើតឡើងក្នុងអំឡុង៣ថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត – ជំងឺខាន់លឿង – ភាពស្លេកស្លាំង – ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ – មិនបានផ្តល់វីតាមីន K
តេតាណូសទារក	– កើតឡើងក្នុងអំឡុង៣-១៤ថ្ងៃ – រញ៉េរញ៉ៃ – ពិបាកបំបៅដោះ – រឹងថ្គាម – កន្ត្រាក់សាច់ដុំ – ប្រកាច់
ជំងឺរលាកស្រោមខួរ	– ភាពល្ហិតល្ហៃ – អត់ដកដង្ហើមជាញឹកញាប់ – ប្រកាច់ – យំស្រែកគ្រលួច – បង្ហើយរឹង ឬប៉ោង
បាក់តេរីរាតត្បាតក្នុងឈាម	– គ្រុនក្តៅ ឬសីតុណ្ហភាពទាបខ្លាំង – ស្ទុក (ល្ហិតល្ហៃ ដកដង្ហើមញាប់ ស្បែកត្រជាក់ រយៈពេលបំពេញឈាមយូរ ជីពចរខ្សោយញាប់ និងជួនកាលសម្ពាធឈាមទាប) – ឈឺធ្ងន់ធ្ងរដោយមិនមានមូលហេតុច្បាស់លាស់

សម្រាប់ការពុល និងការចឹកដោយសត្វពិស សូមអានដូចខាងក្រោម និងទំ.៥៦។

១.៦ ការពុលដែលកើតឡើងញឹកញាប់

គួរសង្ស័យទៅលើការពុល នៅពេលកុមារសុខភាពល្អម្នាក់ស្រាប់តែមានជំងឺដែលគ្មានមូលហេតុ។ សូមមើលសៀវភៅជំងឺកុមារសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងការពុល និងប្រឹក្សាជាមួយអ្នកជំនាញផ្នែកពុល ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រងការពុលជាដើម។ ក្នុងសៀវភៅនេះ មានផ្តល់ជូនតែគោលការណ៍គ្រប់គ្រងការពុលដែលកើតឡើងញឹកញាប់មួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះ។ គួរកត់សម្គាល់ថា ឱសថបុរាណក៏អាចជាប្រភពនៃការពុលមួយដែរ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

រោគវិនិច្ឆ័យគឺផ្អែកលើការសួរប្រវត្តិជំងឺពីអ្នកមើលថែកុមារ, ការពិនិត្យគ្លីនិក, និងលទ្ធផលវិភាគ។

- សួរព័ត៌មានលម្អិតអំពីវត្ថុពុល, បរិមាណដែលបានលេបចូល និងរយៈពេលដែលបានលេប។ ព្យាយាមរកឲ្យឃើញនូវវត្ថុពុលពិតប្រាកដ ហើយសុំមើលប្រអប់សំបកកំប៉ុងជាដើម បើមាន។ ពិនិត្យមើលថាការពុលមិនកើតឡើងលើកុមារដទៃទៀតទេ។ រោគសញ្ញាគឺផ្អែកទៅលើជាតិពុលនោះ ដូច្នេះវាមានភាពខុសគ្នាយ៉ាងច្រើន, សូមមើលខាងក្រោម។
- ពិនិត្យរកសញ្ញានៃការរលាកក្នុង ឬជុំវិញមាត់ ឬសំឡេងតៀ្រតផ្លូវដង្ហើមខាងលើ ឬបំពង់សំឡេង ដែលអាចសន្និដ្ឋានថាជាការលេបសារធាតុមានជាតិកាត់។
- ▸ អោយសំរាកពេទ្យរាល់កុមារទាំងអស់ដែលបានលេបដោយខ្លួនឯងនូវជាតិដែកថ្នាំសម្លាប់សត្វល្អិត ឱសថ paracetamol ឬ aspirin, ឱសថ narcotic ឬឱសថ antidepressant, ព្រមទាំងកុមារដែលត្រូវបំពុលដោយអ្នកដទៃ។
- ▸ ចំពោះកុមារដែលបានលេបចូលនូវសារធាតុមានជាតិកាត់ ឬផលិតផលប្រេងកាត គួរត្រូវបានតាមដានយ៉ាងតិច៦ម៉ោង មុននឹងឲ្យត្រឡប់ទៅផ្ទះ។ សារធាតុមានជាតិកាត់ អាចបណ្តាលឲ្យរលាកបំពង់អាហារ ដែលប្រហែលជាមើលមិនដឹងភ្លាមៗនោះទេ, ហើយចំពោះផលិតផលប្រេងឥន្ទនៈ ប្រសិនបើហឺតចូលអាចបណ្តាលឲ្យហើមសួត ដែលត្រូវការពេលច្រើនម៉ោងទើបបង្ហាញរោគសញ្ញា។

១.៦.១ គោលការណ៍សម្រាប់ការពុលដោយផឹក ឬលេប

រាល់កុមារទាំងអស់ដែលមានការពុល គួរត្រូវបានវាយតម្លៃភ្លាមៗរកសញ្ញាបន្ទាន់ (ផ្លូវដង្ហើម ការដកដង្ហើម ប្រព័ន្ធឈាម និងកម្រិតស្មារតី) ព្រោះជាតិពុលខ្លះធ្វើឲ្យការដកដង្ហើមចុះខ្សោយ បណ្តាលឲ្យមានស្តុក ឬការសន្លប់។ ត្រូវតែសម្អាតជាតិពុលចេញពីក្រពះ។ ការសម្អាតជាតិពុលក្នុងក្រពះ មានប្រសិទ្ធភាពបំផុតក្នុងអំឡុងពេល១ម៉ោងបន្ទាប់ពីការលេបជាតិពុល។ ក្រោយពេលនេះ ជាទូទៅមានផលប្រយោជន៍តិចតួចប៉ុណ្ណោះ លើកលែងតែជាតិពុលណាដែលពន្យារពេលបញ្ចេញអាហារពីក្រពះទៅពោះវៀនតូច ឬចំពោះអ្នកជំងឺដែលសន្លប់ឈឹង។ ការសម្រេចចិត្តធ្វើការសម្អាតជាតិពុលក្នុងក្រពះ ត្រូវតែថ្លឹងថ្លែងរវាងផលប្រយោជន៍ និងការប្រឈមគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចកើតឡើង។ ការសម្អាតជាតិពុលក្នុងក្រពះ មិនធានាថាជាតិពុលត្រូវបានសម្អាតទាំងស្រុងនោះទេ ដូច្នេះកុមារអាចស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់នៅឡើយ។

ស្ថានភាពដែលមិនត្រូវធ្វើការសម្អាតជាតិពុលក្នុងក្រពះមាន ៖

– ផ្លូវដង្ហើមដែលមិនមានការការពារ ចំពោះកុមារដែលសន្លប់បាត់, លើកលែងតែអ្នកជំនាញផ្នែកថ្នាំស្ពឹកបានការពារផ្លូវដង្ហើមរួចហើយ ដោយការស៊កបំពង់មួយចូលក្នុងបំពង់ខ្យល់រួចបំប៉ោងវាអោយជាប់

– ការលេបសារធាតុមានជាតិកាត់ ឬផលិតផលប្រេងកាត

▶ ពិនិត្យកុមាររកសញ្ញាបន្ទាន់ (អានទំ.៤) និងរកមើលជាតិស្ករធ្លាក់ទាប, ប្រសិនបើមិនអាចមើលជាតិស្ករបានទេ ហើយកុមារមានកម្រិតស្មារតីចុះខ្សោយ នោះគួរព្យាបាលដូចជាតិស្ករធ្លាក់ទាប (ទំ.២៥)។

▶ រកអោយឃើញជាតិពុលជាក់លាក់មួយ ហើយសម្អាតឬលាងវាឲ្យបានឆាប់បំផុត។ ការព្យាបាលមានប្រសិទ្ធភាពបំផុតប្រសិនបើធ្វើបានឆាប់បន្ទាប់ពីពុលល្អបំផុតគឺក្នុងអំឡុងពេល១ម៉ោង។

• ប្រសិនបើកុមារបានលេបប្រេងកាត សាំង ឬផលិតផលសាំង (គួរកត់សម្គាល់ថាថ្នាំសម្លាប់សត្វល្អិតភាគច្រើន ត្រូវបានផលិតពីសារធាតុសាំងរំលាយ) ឬបើ

មាត់ និងបំពង់ករបស់កុមារមានរលាក (ឧទាហរណ៍ ទឹកអ៊ូសាវ៉ែល ទឹកលាងបង្គន់ ឬទឹកអាគុយ), ចូរកុំធ្វើឲ្យកុមារក្អួត ប៉ុន្តែឲ្យគាត់ផឹកទឹក ឬទឹកដោះគោ បើមាន។ ហៅរកជំនួយពីអ្នកជំនាញថ្នាំស្ពឹក មកវាយតម្លៃផ្លូវដង្ហើម។

- ប្រសិនបើកុមារបានលេបជាតិពុលដទៃទៀត នោះមិនត្រូវប្រើអំបិលធ្វើជាឱសថជំរុញឲ្យក្អួតជាដាច់ខាត ព្រោះវាអាចបណ្តាលឲ្យកុមារស្លាប់។

▶ ផ្តល់ធ្យូងសកម្ម បើមាន ហើយមិនត្រូវជំរុញឲ្យក្អួតឡើយ, ឲ្យលេបតាមមាត់ ឬបំពង់បញ្ចូលក្នុងក្រពះតាមច្រមុះ ក្នុងកម្រិតដូចបង្ហាញក្នុងតារាងទី៥។ បើប្រើបំពង់បញ្ចូលក្នុងក្រពះតាមច្រមុះ ត្រូវតែប្រុងប្រយ័ត្នថាបំពង់នោះស្ថិតក្នុងក្រពះ កុំឲ្យបំពង់នោះចូលទៅក្នុងផ្លូវដង្ហើម ឬសួតឡើយ។

តារាងទី៥. ការពុល ៖ បរិមាណនៃធ្យូងសកម្មសំរាប់កំរិតប្រើនិមួយៗ

កុមារអាយុ ≤ ១ឆ្នាំ	១ g/kg
កុមារអាយុ១-១២ឆ្នាំ	២៥–៥០g
មនុស្សជំទង់ និងមនុស្សចាស់	២៥–១០០g

- លាយធ្យូងសកម្មក្នុងទឹកចំណុះ៨-១០ភាគ, ឧទា. ធ្យូងសកម្ម ៥g លាយក្នុងទឹក ៤០ml។
- ប្រសិនបើអាច គួរឲ្យកុមារផឹកមួយពេលឲ្យអស់, បើកុមារពិបាកទទួល អ្នកអាចរំលែកវាបាន។

▶ បើគ្មានធ្យូងសកម្មទេ នោះគួរជំរុញឲ្យក្អួត ប៉ុន្តែក្នុងករណីដែលកុមារមិនសន្លប់ប៉ុណ្ណោះ, ហើយប្រើឱសថធ្វើឲ្យក្អួត ដូចជា ipecacuanha សម្រាប់កុមារ (១០ ml សម្រាប់កុមារអាយុ៦ខែ-២ឆ្នាំ, និង ១៥ml សម្រាប់កុមារអាយុលើសពី២ឆ្នាំ)។ ចំណាំ ៖ ឱសថ Ipecacuanha អាចបណ្តាលឲ្យក្អួតច្រើនលើក សន្លឹម និងល្ហិតល្ហៃ ដែលទាំងនេះអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធផលនៃរោគវិនិច្ឆ័យ។ មិនត្រូវជំរុញឲ្យក្អួតជាដាច់ខាត ប្រសិនបើកុមារបានលេបជាតិពុលដែលជាសារធាតុ

មានជាតិកាត់ ឬផលិតផលប្រេងកាត។

ការលាងក្រពះ

អាចធ្វើការលាងក្រពះបាន តែក្នុងករណីបុគ្គលិកមានបទពិសោធន៍, រយៈពេលក្រោម១ម៉ោងបន្ទាប់ពីបានលេប ហើយកំពុងគំរាមកំហែងដល់ជីវិត, និងប្រសិនបើកុមារមិនបានលេបជាតិពុលដែលជាសារធាតុមានជាតិកាត់ ឬផលិតផលប្រេងកាតទេ។ ត្រូវប្រាកដថាមានឧបករណ៍សំរាប់បឺតរួចជាស្រេច ក្នុងករណីកុមារក្អួត។ ដាក់កុមារក្នុងទីតាំងផ្អៀងទៅឆ្វេង ក្បាលចុះក្រោម។ វាស់ប្រវែងបំពង់ដែលត្រូវស៊កចូល។ ស៊កបំពង់លេខ២៤-២៨ (ខ្នាត French gauge) តាមមាត់ចូលទៅក្នុងក្រពះ ព្រោះបំពង់តូចមិនអាចបឺតកំទេចធំៗដូចជាថ្នាំគ្រាប់មកបានទេ។ ប្រាកដថាបំពង់ស្ថិតនៅក្នុងក្រពះ។ អនុវត្តការលាងក្រពះ ដោយប្រើសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា(0.៩%) ចំនួន ១0ml/kg ។ បរិមាណវត្ថុរាវដែលបឺតមកក្រៅ គួរប្រហាក់ប្រហែលនឹងបរិមាណដែលបានបាញ់ចូល។ គួរលាងរហូតទាល់តែទឹកដែលបឺតមកក្រៅ លែងមានកំទេចកំទី។ គួរកត់សម្គាល់ថាអ្នកជំនាញថ្នាំស្ពឹក អាចនឹងត្រូវស៊កបំពង់ចូលបំពង់ខ្យល់ ដើម្បីកាត់បន្ថយឱកាសនៃការស្រូបចូលសួត។

- ផ្តល់ឱសថបន្សាបជាតិពុលជាក់លាក់ណាមួយ បើសិនជាមានការកំណត់អោយប្រើប្រាស់។
- ផ្តល់ការថែទាំទូទៅ ។
- តាមដានកុមាររយៈពេល៤-២៤ម៉ោង អាស្រ័យលើប្រភេទជាតិពុលដែលបានលេប ។
- ដាក់កុមារដែលសន្លប់ក្នុងទីតាំងដែលមានសុវត្ថិភាព។
- ពិចារណាបញ្ជូនកុមារទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកប្រសិនបើសមស្រប និងអាចធ្វើបានដោយសុវត្ថិភាព, បើកុមារសន្លប់ ឬកម្រិតស្មារតីកាន់តែដុនដាប, មានការរលាកនៅមាត់និងបំពង់ក, មានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ, សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ ឬមានបញ្ហាខ្សោយបេះដូង។

១.៦.២ គោលការណ៍សម្រាប់ជាតិពុលដែលប៉ះពាល់នឹងស្បែក ឬភ្នែក

ការប៉ះពាល់នឹងស្បែក

- ដោះសម្លៀកបំពាក់ និងរបស់របរចេញ រួចសម្អាតកន្លែងប៉ះពាល់ជាតិពុលដោយទឹកក្តៅឧណ្ហៗ។ ប្រើសាប៊ូ និងទឹក ចំពោះវត្ថុពុលដែលមានជាតិប្រេង។ បុគ្គលិកសង្គ្រោះ គួរការពារខ្លួនពីជាតិពុលនោះដោយពាក់ស្រោមដៃ និងអាវអៀម។ គួរដាក់សម្លៀកបំពាក់ និងរបស់របរដែលបានដោះចេញនៅក្នុងថង់ប្លាស្ទិកមួយដែលបិទជិត ដើម្បីសម្អាតជាក្រោយ ឬបោះចោល។

ការប៉ះពាល់នឹងភ្នែក

- លាងជម្រះភ្នែករយៈពេល១០-១៥នាទី ដោយទឹកបង្ហូរ ឬសេរ៉ូមប្រៃ, ដោយប្រុងប្រយ័ត្នមិនឲ្យទឹកហូរចូលភ្នែកម្ខាងទៀតទេ ប្រសិនបើដាក់កុមារឲ្យដេកផ្អៀង។ ការប្រើថ្នាំស្ពឹកបន្តក់ភ្នែក អាចជួយបន្ថយភាពរមាស់។ ពន្លាត់ត្របកភ្នែក ហើយប្រាកដថាបានលាងជម្រះសព្វផ្ទៃទាំងអស់។ នៅពេលដែលអាចគួរពិនិត្យភ្នែកយ៉ាងហ្មត់ចត់ដោយប្រើវិធីសាស្ត្របញ្ចាំងភ្លើងលើថ្នាំពណ៌ ដែលលាបលើភ្នែក (fluorescein staining) ដើម្បីរកមើលសញ្ញានៃការខូចខាតកែវភ្នែក។ ប្រសិនបើមានការខូចខាតភ្នាសភ្នែក ឬកែវភ្នែកមួយផ្នែកធំនោះ គួរឲ្យគ្រូពេទ្យភ្នែកពិនិត្យជាបន្ទាន់។

១.៦.៣ គោលការណ៍សម្រាប់ការពុលដោយហិតស្រូប

- យកកុមារចេញពីកន្លែងដែលប៉ះពាល់នឹងជាតិពុល។
- ហៅរកជំនួយជាប្រញាប់។
- ដាក់អុកស៊ីហ្សែន បើកុមារមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម ស្បែកឡើងពណ៌ស្វាយ ឬកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន ≤ ៩០%។
- ការហឺតឧស្ម័នក្រហាយ អាចបណ្តាលឲ្យហើមនិងស្ទះផ្លូវដង្ហើមខាងលើ, ការតឿតទងសួត និងការរលាកសួតដែលកើតមានជាក្រោយ។ អាចតម្រូវឲ្យ

ធ្វើការសើកបំពង់ចូលបំពង់ខ្យល់ ប្រើឱសថពង្រីកទងសួត និងសប់បញ្ចូលខ្យល់ដង្ហើមជំនួយ។

១.៦.៤ ការពុលជាក់លាក់មួយចំនួន

សមាសធាតុកាត់

ឧទាហរណ៍ ៖ sodium hydroxide, potassium hydroxide, អាស៊ីត, អូសាវ៉ែល ឬសារធាតុរម្ងាប់មេរោគ

- **មិនត្រូវ**ជំរុញឲ្យក្អួត ឬប្រើធ្យូងសកម្មឡើយ នៅពេលកុមារបានលេបសមាសធាតុកាត់ ព្រោះវាអាចបណ្ដាលឲ្យខូចខាតថែមទៀតទៅលើមាត់ បំពង់ក ផ្លូវខ្យល់ ផ្លូវរំលាយអាហារ និងសួត ។
- ឲ្យកុមារផឹកទឹកដោះគោ ឬទឹកឲ្យបានឆាប់បំផុត ដើម្បីពង្រាវសមាសធាតុកាត់។
- បន្ទាប់មកឈប់ផ្ដល់អ្វីតាមមាត់ទាំងអស់ ហើយបើធ្ងន់ធ្ងរ ចូររៀបចំធ្វើការពិនិត្យផ្នែកវះកាត់ដើម្បីពិនិត្យថាតើផ្លូវរំលាយអាហារបានខូចខាតឬធ្លាយដែរឬទេ។

សមាសធាតុប្រេងកាត

ឧទាហរណ៍ ៖ ប្រេងកាត, ប្រេងស្រល់, សាំង

- មិនត្រូវជំរុញឲ្យក្អួត ឬផ្ដល់ធ្យូងសកម្មទេ ព្រោះការហឺតចូលអាចបណ្ដាលឲ្យមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម ព្រមទាំងការខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាមដោយសារការហើមសួត និងការរលាកសួត (lipoid pneumonia)។ ការលេបសមាសធាតុសាំងអាចបណ្ដាលឲ្យមានជំងឺខួរក្បាល(encephalopathy)។
- ការព្យាបាលជាក់លាក់រួមបញ្ចូលការផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន ប្រសិនបើមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម (អានទំ.៤៨៤) ។

សមាសធាតុផូស្វ័រសរីរាង្គ និងសមាសធាតុ carbamate

ឧទាហរណ៍ ៖ សមាសធាតុផូស្វ័រសរីរាង្គ (malathion, parathion, tetra ethyl pyrophosphate, mevinphos (Phosdrin)); សមាសធាតុcarbamate (methiocarb,

carbaryl)

សមាធាតុទាំងនេះអាចជ្រាបចូលក្នុងខ្លួនតាមរយៈស្បែក ការលេប ឬហឺត។

កុមារអាចក្អួត រាក ស្រវាំងភ្នែក ឬខ្សោយ។

សញ្ញារបស់វាគឺដូចនឹងភាពសកម្មលើសលុបនៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទស្វ័យត (parasympathetic) ៖ ការបញ្ចេញវត្ថុរាវច្រើនក្នុងទងសួត, ការបញ្ចេញទឹកមាត់, បញ្ចេញញើស, បញ្ចេញទឹកភ្នែក, ជីពចរយឺត, ប្រស្រីភ្នែកតូច, ប្រកាច់, សាច់ដុំខ្សោយ ឬកន្ត្រាក់; បន្ទាប់មកខ្វិន និងមិនអាចបញ្ជាប្លោកនោម, ហើមសួត និងការដកដង្ហើមយឺត។

ការព្យាបាល

- ជម្រះជាតិពុលដោយការលាងភ្នែក បើវាចូលភ្នែក ឬលាងសម្អាតស្បែក បើវាប៉ះនឹងស្បែក។
- បើលេប ចូរផ្តល់ធ្យូងសកម្មក្នុងអំឡុងពេល៤ម៉ោងបន្ទាប់ពីបានលេប។
- មិនត្រូវជំរុញឲ្យក្អួតទេ ព្រោះថ្នាំសម្លាប់សត្វល្អិតភាគច្រើន ត្រូវបានផលិតពីសារធាតុសាំងរំលាយ។
- ក្នុងករណីការលេបមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរ, នៅពេលមិនអាចផ្តល់ធ្យូងសកម្មបាន, ចូរពិចារណាការបឺតដោយប្រើបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ (គួរការពារផ្លូវខ្យល់)។
- បើកុមារមានសញ្ញានៃភាពសកម្មលើសលុបនៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទស្វយ័ត (parasympathetic (អានផ្នែកខាងលើ), នោះការប្រឈមចម្បងបំផុតមួយគឺការបញ្ចេញវត្ថុរាវច្រើនក្នុងទងសួត។ ផ្តល់ឱសថ atropine ចំនួន ២០μg/kg (កំរិតអតិបរមា ២០០០ μg ឬ ២mg) តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃ រៀងរាល់ ៥-១០នាទីម្តង អាស្រ័យលើភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការពុល រហូតទាល់តែលែងមានសញ្ញានៃការបញ្ចេញវត្ថុរាវនៅក្នុងទ្រូង, ស្បែកឡើងក្រហមនិងស្ងួត, ប្រស្រីភ្នែករីកធំ និងបេះដូងចាប់ផ្តើមដើរញាប់។ អាចផ្តល់កំរិតថ្នាំឡើងវិញរៀងរាល់

១-៤ម៉ោង រយៈពេលយ៉ាងតិច២៤ម៉ោង ដើម្បីរក្សាប្រសិទ្ធភាពនៃឱសថ atropine។ គោលដៅសំខាន់គឺកាត់បន្ថយការបញ្ចេញវត្ថុរាវក្នុងទងសួតខណៈដែលចៀសវាងការពុលជាតិ atropine។ ស្តាប់សួត ដើម្បីរកមើលសញ្ញានៃការបញ្ចេញវត្ថុរាវក្នុងផ្លូវដង្ហើម, រួចតាមដានចង្វាក់ដង្ហើម ចង្វាក់បេះដូង និងពិន្ទុនៃការសន្លប់ (coma scale) (បើសមស្រប)។

- ពិនិត្យមើលការខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម ដោយប្រើឧបករណ៍មើលអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម ប្រសិនបើប្រើឱសថatropine, ព្រោះវាអាចបណ្តាលឲ្យចង្វាក់បេះដូងខុសប្រក្រតី (ventricular arrhythmia) ចំពោះកុមារដែលខ្វះអុកស៊ីហ្សែន។ ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន បើកំហាប់ ≤ ៩០% ។
- ប្រសិនបើសាច់ដុំចុះខ្សោយ គួរផ្តល់ឱសថ pralidoxime (cholinesterase reactivator) ចំនួន ២៥–៥០mg/kg លាយក្នុងទឹក ១៥ml ដោយចាក់តាមសរសៃរយៈពេលជាង៣០នាទី, ចាក់ឡើងវិញ១ឬ២ដង ឬចាក់បន្ថែមចំនួន ១០–២០mg/kg ក្នុង១ម៉ោង, តាមការចាំបាច់។

ឱសថ Paracetamol

ចំពោះការពុលដោយឱសថ paracetamol ៖

- ប្រសិនបើស្ថិតក្នុងពេល៤ម៉ោងបន្ទាប់ពីការលេបនៅឡើយ គួរផ្តល់ធ្យូងសកម្មបើមាន, ឬជំរុញឲ្យក្អួត លើកលែងតែត្រូវការប្រើឱសថបន្សាបជាតិពុលតាមមាត់ឬតាមសរសៃ (អានផ្នែកខាងក្រោម)។
- សម្រេចចិត្តថាតើត្រូវការប្រើឱសថបន្សាបជាតិពុលឬទេ ដើម្បីបង្ការការខូចថ្លើម ៖ ការលេបចំនួន ១៥០mg/kg ឬច្រើនជាងនេះ កំរិតពុល៤ម៉ោងរបស់ paracetamol បើអាចធ្វើបាន។ ភាគច្រើនគឺកុមារធំដែលត្រូវការប្រើថ្នាំបន្សាបជាតិពុលច្រើនជាង បន្ទាប់ពីលេបឱសថ paracetamol ដោយខ្លួនឯង ឬនៅពេលដែលឪពុកម្តាយឲ្យថ្នាំលើសដោយអចេតនា។

- ▶ ប្រសិនបើក្រោម៨ម៉ោងបន្ទាប់ពីលេបចូល, គួរផ្តល់ឱសថ methionine តាមមាត់ ឬ acetylcysteine តាមសរសៃឈាម។ អាចប្រើឱសថ Methionine ប្រសិនបើកុមារមិនសន្លប់ និងមិនក្អួត (< ៦ឆ្នាំ: ១g រៀងរាល់៤ម៉ោង ចំនួន៤ដង; ≥ ៦ឆ្នាំ: ២.៥g រៀងរាល់៤ម៉ោង ចំនួន៤ដង)។
- ▶ ឬកុមារមិនអាចលេបថ្នាំតាមមាត់, ចូរផ្តល់ឱសថ acetylcysteine តាមសរសៃឈាម។ សូមចំណាំថា បរិមាណសេរ៉ូមដែលប្រើក្នុងរបបស្តង់ដារ គឺច្រើនពេកសម្រាប់កុមារតូចៗ។
- ចំពោះកុមារទម្ងន់ < ២០kg ចូរផ្តល់កំរិតថ្នាំដំបូងចំនួន ១៥០mg/kg ក្នុងជាតិស្ករ៥% ចំនួន ៣ml/kg រយៈពេល១៥នាទី, បន្ទាប់មកផ្តល់ ៥០mg/kg ក្នុងជាតិស្ករ៥% ចំនួន ៧ml/kg រយៈពេល៤ម៉ោង, ចុងក្រោយផ្តល់ ១០០mg/kg ក្នុងជាតិស្ករ៥% ចំនួន ១៤ml/kg រយៈពេល១៦ម៉ោង។ បរិមាណជាតិស្ករអាចបង្កើនចំពោះកុមារធំៗ។ បន្តការចាក់បញ្ចូលឱសថ acetylcysteine ច្រើនជាង ២០ម៉ោង ប្រសិនបើកុមារត្រូវបានបញ្ជូនមកយឺតយ៉ាវ ឬមានភស្តុតាងនៃការពុលថ្លើម។ ប្រសិនបើអាចវាស់អង់ហ្ស៊ីមថ្លើម ហើយឃើញថាវាកើនឡើងគួរបន្តការចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃរហូតកម្រិតអង់ហ្ស៊ីមធ្លាក់ចុះ។

ឱសថ Aspirin និងពពួក salicylates ដទៃទៀត

ការលេបសមាសធាតុទាំងនេះ អាចមានគ្រោះថ្នាក់ជាខ្លាំងចំពោះកុមារតូចៗ ព្រោះវាក្លាយជាអាស៊ីតយ៉ាងឆាប់រហ័ស ហើយបន្ទាប់មកវាប៉ះពាល់ទៅលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាលដោយសារជាតិពុល។ ការប្រើឱសថ Salicylate លើសដូស អាចនឹងមានភាពស្មុគស្មាញក្នុងការព្យាបាល។

- ■ សមាសធាតុទាំងនេះបណ្តាលឲ្យដកដង្ហើមធំជួរ ក្អួត និងហ៊ឹងត្រចៀក។
- ▶ ផ្តល់ធ្យូងសកម្ម ប្រសិនបើមាន។ គួរកត់សម្គាល់ថា ថ្នាំគ្រាប់ salicylate ទំនងជាប្រមូលផ្តុំចូលគ្នានៅក្នុងក្រពះ ដែលពន្យារពេលនៃការបឺតស្រូបរបស់សរីរាង្គ

ដូច្នេះគួរតែព្យាយាមផ្តល់ធ្យូងសកម្មច្រើនដូស។ បើគ្មានធ្យូងសកម្ម ហើយកុមារបានលេបសមាសធាតុទាំងនេះយ៉ាងច្រើន គួរអនុវត្តការលាងក្រពះ ឬជំរុញឲ្យក្អួត ដូចណែនាំខាងលើ។

- ផ្តល់ឱសថ sodium bicarbonate តាមសរសៃចំនួន ១mmol/kg រយៈពេល៤ម៉ោង ដើម្បីកែតម្រូវជាតិអាស៊ីតក្នុងឈាម និងបង្កើន pH ទឹកនោមឲ្យខ្ពស់ជាង ៧.៥ ដូច្នេះការបញ្ចេញសមាសធាតុ salicylate ពីរាងកាយត្រូវបានកើនឡើង។ ផ្តល់ឱសថ potassium បន្ថែមតាមមាត់ផងដែរ (២–៥ mmol/kg ក្នុង១ថ្ងៃ ដោយបែងចែកជា៣ឬ៤ដង)។ តាមដាន pH ទឹកនោមរៀងរាល់ម៉ោង។
- ផ្តល់សេរ៉ូមក្នុងកម្រិតរក្សាលំនឹង លើកលែងតែកុមារបង្ហាញសញ្ញាខ្វះជាតិទឹក ដែលពេលនោះត្រូវផ្តល់ជាតិទឹកបន្ថែមឲ្យបានគ្រប់គ្រាន់(អានជំពូកទី៥)។
- តាមដានជាតិស្ករក្នុងឈាមរៀងរាល់៦ម៉ោង ហើយកែតម្រូវតាមចាំបាច់ (អានទំ.៥៣៥)។
- ផ្តល់វីតាមីន K ចំនួន ១0mg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃ។

ជាតិដែក

ពិនិត្យមើលលក្ខណៈគ្លីនិកនៃការពុលជាតិដែក ៖ ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ និងរាក។ ជាញឹកញាប់ កម្អួត និងលាមក មានពណ៌ប្រផេះ ឬខ្មៅ។ ក្នុងករណីពុលធ្ងន់ធ្ងរ អាចមានហូរឈាមក្នុងក្រពះពោះវៀន សម្ពាធឈាមធ្លាក់ចុះ សន្លឹម ប្រកាច់ និងលើសជាតិអាស៊ីត (metabolic acidosis)។ ជាធម្មតា រោគសញ្ញាក្រពះពោះវៀន បង្ហាញឡើងក្នុងអំឡុង៦ម៉ោងដំបូង, ហើយកុមារដែលមិនទាន់បង្ហាញរោគសញ្ញាក្នុងពេលនេះ ប្រហែលជាមិនត្រូវការឱសថបន្សាបជាតិពុលទេ។

- ធ្យូងសកម្ម មិនតោងជាមួយអំបិលជាតិដែកទេ ដូច្នេះគួរពិចារណាការលាងក្រពះ ប្រសិនបើកុមារពុលជាតិដែក។ ម្យ៉ាងទៀតវាក៏អនុញ្ញាតឲ្យឱសថ

deferoxamine (ឱសថបន្សាប) បន្តស្ថិតនៅក្នុងក្រពះ ដើម្បីប្រឆាំងនឹងជាតិដែកដែលនៅសេសសល់ផងដែរ។

- សម្រេចចិត្តថាត្រូវផ្តល់ឱសថបន្សាបជាតិពុលដែរឬទេ។ ដោយសារវាអាចផ្តល់ផលរំខាន ដូច្នេះគួរផ្តល់ឱសថបន្សាបជាតិពុលតែក្នុងករណីមានភស្តុតាងគ្លីនិកបញ្ជាក់ពីការពុលប៉ុណ្ណោះ (អានផ្នែកខាងលើ)។
- ផ្តល់ឱសថ deferoxamine, ល្អបំផុតគឺចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃឃីតៗ ៖ ដំបូងប្រើចំនួន ១៥mg/kg ក្នុង១ម៉ោង, កាត់បន្ថយបន្ទាប់ពី៤-៦ម៉ោង ដើម្បីកុំឲ្យកំរិតថ្នាំសរុបលើស ៨0mg/kg ក្នុង២៤ម៉ោង ។ កំរិតថ្នាំអតិបរមាគឺ ៦g/ថ្ងៃ ។
- ប្រសិនបើផ្តល់ឱសថ deferoxamine តាមសាច់ដុំ ៖ ៥0mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង។ កំរិតថ្នាំអតិបរមាគឺ ៦g/ថ្ងៃ ។
- ការព្យាបាលលើស២៤ម៉ោង គឺកម្រឃើញមានណាស់។ លក្ខខណ្ឌបញ្ឈប់ការចាក់ឱសថដូចជាកុមារមានស្ថានភាពគ្លីនិកនឹងនរហើយជាតិដែកក្នុងឈាម < ៦0μmol/litre។

ឱសថ Morphine និងឱសថមានជាតិអាភៀន

ពិនិត្យរកមើលការចុះខ្សោយស្មារតី, ក្អួត ឬចង្អោរ, ដកដង្ហើមយឺត, រយៈពេលឆ្លើយតបយឺត និងប្រស្រីភ្នែកតូចខ្លាំង។ បើកសំអាតផ្លូវដង្ហើម, បើចាំបាច់ ជួយដង្ហើមដោយឧបករណ៍ច្របាច់បញ្ចូលខ្យល់ជាមួយម៉ាសមុខ និងផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន។

- ផ្តល់ឱសថបន្សាបជាតិពុលជាក់លាក់ naloxone តាមសរសៃចំនួន ១0μg/kg; បើគ្មានការឆ្លើយតបផ្តល់មួយដងទៀតចំនួន ១0μg/kg ។ អាចតម្រូវឲ្យបន្ថែមទៀត បើមុខងារដង្ហើមចុះដុនដាប។ បើមិនអាចចាក់តាមសរសៃទេ គួរចាក់តាមសាច់ដុំ ប៉ុន្តែវានឹងមានសកម្មភាពយឺតជាង។

សារធាតុ Carbon monoxide

- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន១០០% ដើម្បីបង្កើនល្បឿននៃការបញ្ចេញ carbon monoxide ចោល (ចំណាំ ៖ អ្នកជំងឺអាចមានសម្បុរផ្កាឈូក ប៉ុន្តែនៅខ្វះអុកស៊ីហ្សែននៅឡើយ) រហូតទាល់តែបាត់សញ្ញានៃការខ្វះអុកស៊ីហ្សែន។
- តាមដានដោយប្រើឧបករណ៍មើលអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម, ប៉ុន្តែត្រូវប្រយ័ត្នថាវាអាចផ្តល់ចម្លើយខុស។ បើសង្ស័យ ចូរយោងតាមវត្តមាន ឬអវត្តមាននៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃការខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម។

១.៦.៥ ការបង្ការការពុល

- ប្រាប់ឪពុកម្តាយឲ្យទុកដាក់ឱសថនិងថ្នាំពុលក្នុងប្រអប់ត្រឹមត្រូវ ហើយទុកឲ្យផុតពីដៃកុមារ ។
- ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ឪពុកម្តាយអំពីជំនួយបឋម ប្រសិនបើវាកើតឡើងម្តងទៀត។
- មិនត្រូវជំរុញឲ្យក្អួតទេ បើកុមារបានលេបប្រេងកាត សាំង ឬផលិតផលសាំង, បើមាត់ និងបំពង់កកុមារបានរលាក ឬបើកុមារសន្លឹម។ បើកុមារលេបទឹកអូសាវែល ឬសមាសធាតុកាត់ដទៃទៀត គួរឲ្យផឹកទឹកដោះគោ ឬទឹកឲ្យបានឆាប់បំផុត។
- យកកុមារទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឲ្យបានឆាប់បំផុត ជាមួយនឹងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ ដូចជា ប្រអប់ កំប៉ុង ស្លាក គំរូគ្រាប់ឱសថ។

១.៧ ការលង់ទឹក

ការវាយតម្លៃដំបូងគួររួមបញ្ចូល ការធានាថាមានការបើកផ្លូវដង្ហើមគ្រប់គ្រាន់, ការដកដង្ហើម, ប្រព័ន្ធឈាម និងកម្រិតស្មារតី (ABCs)។ ពិនិត្យមើលថាតើមានរបួសឬទេ ជាពិសេសបន្ទាប់ពីការជ្រមុជទឹក ឬការធ្លាក់ទឹកដោយចៃដន្យ។ ជាញឹកញាប់គឺមានរបួសមុខ ក្បាល និងឆ្អឹងខ្នង។

ការគ្រប់គ្រង

- ផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន ហើយធានាថាមានអុកស៊ីហ្សែនគ្រប់គ្រាន់។
- ដោះសម្លៀកបំពាក់សើមចេញទាំងអស់។
- ប្រើបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ ដើម្បីបឺតទឹក និងកំទេចកំទីចេញពីក្រពះ, ហើយបើចាំបាច់គឺធ្វើការឆ្លុះមើលទងសួត ដើម្បីយកវត្ថុផ្សេងៗ (ដូចជាកំទេចកំទីដែលបានស្រូបចូល ឬកំទេចកំទីកម្អួត) ចេញពីផ្លូវដង្ហើម។
- ផ្ដល់កម្ដៅដល់កុមារដោយគ្របភួយស្ងួត បើសីតុណ្ហភាពរាងកាយ > ៣២°C, ឬបញ្ចូលសេរ៉ូមក្ដៅឧណ្ហៗ (៣៩°C) ឬលាងក្រពះដោយប្រើសេរ៉ូមប្រៃ 0.៩% ក្ដៅឧណ្ហៗ បើសីតុណ្ហភាពរាងកាយ < ៣២°C។
- ពិនិត្យរកមើលជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប និងអេឡិកត្រូលីតខុសប្រក្រតីជាពិសេសសូដ្យូមក្នុងឈាមចុះទាប ដែលបង្កើនការប្រឈមនឹងការហើមខួរក្បាល។
- បើមានសញ្ញាសួត ចូរផ្ដល់ឱសថ antibiotic សម្រាប់ការបង្ករោគ។

១.៨ ការឆក់ខ្សែឡើង

- ផ្ដល់ការថែទាំបន្ទាន់ ដោយធានាថាផ្លូវដង្ហើមបើក មានដកដង្ហើម និងប្រព័ន្ធឈាមរត់។ ផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន ជាពិសេសចំពោះកុមារដែលខ្វះអុកស៊ីហ្សែនធ្ងន់ធ្ងរ, រលាកមុខឬមាត់, សន្លប់ ឬមិនអាចការពារផ្លូវដង្ហើម, ឬបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម។
- វាយតម្លៃរបួសដោយការប៉ះទង្គិច ដូចជាខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត, រលាកស្រោមពោះ ឬបាក់ឆ្អឹងត្រគាក។
- ចាប់ផ្ដើមដាក់សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬសេរ៉ូមឡាក់តាត, ហើយបន្ថែមឲ្យបានបរិមាណទឹកនោមយ៉ាងតិច ២ml/kg ក្នុង១ម៉ោង ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមាន

ការរលាកខ្លាំង ឬមានមីយ៉ូក្លូប៊ីនក្នុងទឹកនោម។

- ពិចារណាឱសថ furosemide ឬឱសថ mannitol ចំពោះការផលិតទឹកនោមច្រើនមានmyoglobin។
- ផ្តល់ថ្នាំបង្ការតេតាណូស តាមភាពចាំបាច់, រួចផ្តល់ការថែទាំមុខរបួស។ ការព្យាបាលអាចរួមបញ្ចូលការឆាប់វះកាត់ភ្នាសស្តើងក្រោមស្បែក (fasciotomy) នៅពេលចាំបាច់។

១.៩ មូលហេតុញឹកញាប់នៃការបញ្ចូលជាតិពិស

នៅក្នុងប្រទេសមួយចំនួន ឧបទ្ទវហេតុដែលបណ្តាលមកពីជាតិពុល និងសត្វពិសអាចជាការកើតឡើងញឹកញាប់។ ការគ្រប់គ្រងករណីទាំងនេះអាចមានភាពស្មុគស្មាញព្រោះសត្វពិសទាំងនោះមានច្រើនប្រភេទ, ធម្មជាតិនៃឧបទ្ទវហេតុទាំងនោះមានខុសៗគ្នា, ហើយផ្លូវដែលជាតិពិសចូលមានច្រើនយ៉ាង។ ជាការសំខាន់គឺត្រូវមានចំណេះដឹងខ្លះៗអំពីសត្វពិសដែលប្រទះឃើញជាញឹកញាប់, របៀបសម្គាល់ទាន់ពេលនៃការបញ្ចូលជាតិពិស ឬជាតិពុល, រោគសញ្ញា និងការព្យាបាលជាក់លាក់។

១.៩.១ ពស់ចឹក

រាល់ករណីមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬហើមអវៈយវៈ ឬជំងឺមិនដឹងមូលហេតុដែលមានហូរឈាម ឬមានសញ្ញាសរសៃប្រសាទខុសប្រក្រតី នោះគួរពិចារណាពីពស់ចឹក។ ពស់វែកខ្លះ ព្រួសពិសចូលទៅក្នុងភ្នែកជនរងគ្រោះ ដែលបណ្តាលឲ្យមានការឈឺចាប់ និងរលាក។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- សញ្ញាទូទៅរួមមាន ស្ពឹក ក្អួត និងឈឺក្បាល។ ពិនិត្យកន្លែងដែលពស់ចឹករកមើលសញ្ញាដូចជាការរលួយ ហូរឈាម ឬកូនកណ្តុរទឹករងៃហើម និងទន់។
- សញ្ញាជាក់លាក់គឺអាស្រ័យលើប្រភេទពិស និងផលប៉ះពាល់របស់វាដែលមាន

ដូចជា ៖

- ស្ដុក
- ហើមត្រង់កន្លែងពស់ចឹកហើយអាចរាលដាលបន្តិចម្ដងៗ ឡើងមកលើអវយវៈដែលពស់ចឹកនោះ
- ហូរឈាម ៖ ផ្នែកខាងក្រៅមានដូចជា ហូរឈាមពីអញ្ចាញធ្មេញ មុខរបួស ឬដំបៅ, ផ្នែកខាងក្នុង ជាពិសេសក្នុងលលាដ៏ក្បាល
- សញ្ញានៃការពុលកោសិកាសរសៃប្រសាទ ៖ ពិបាកដកដង្ហើម ឬខ្វិន, ធ្លាក់ត្របកភ្នែកលើ, ពិបាកលេប និងនិយាយ, ខ្សោយអវៈយវៈ
- សញ្ញានៃការខូចសាច់ដុំ ៖ ឈឺចាប់សាច់ដុំ និងមានទឹកនោមពណ៌ខ្មៅ

■ ពិនិត្យ Hemoglobin (នៅពេលដែលអាច គួរវាយតម្លៃពីកំណកឈាម)។

ការព្យាបាល

ជំនួយបឋម

▸ អបអវៈយវៈដើម្បីបន្ថយចលនា និងបន្ថយការបឺតស្រូបនៃជាតិពិស។ បើវាទំនងជាការចឹកដោយសត្វពស់ពិស ចូរប៉ង់ស៊ីម៉ង់ឲ្យមាំលើអវៈយវៈដែលប៉ះពាល់ គឺចាប់ពីម្រាមដៃ ឬម្រាមជើងរហូតដល់ក្បែរកន្លែងចឹក។

▸ សម្អាតមុខរបួស។

▸ ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយដូចខាងលើ គួរបញ្ជូនកុមារទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានឱសថបន្សាបជាតិពិសឲ្យបានឆាប់បំផុត។ បើបានសម្លាប់ពស់នោះ គួរយកវាទៅមន្ទីរពេទ្យជាមួយកុមារដែរ។

▸ ចៀសវាងការកាត់មុខរបួស ឬចងក្រណាត់ឃាត់ឈាម។

ការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ

ការព្យាបាលស្ដុក ឬការឈប់ដកដង្ហើម

▸ ព្យាបាលស្ដុក បើមាន (អានទំ.៦, ១៩, ២៧)។

- ការខ្វិនសាច់ដុំដង្ហើម អាចមានរយៈពេលច្រើនថ្ងៃ ដូច្នេះតម្រូវឲ្យស៊កបំពង់ចូលបំពង់ខ្យល់ និងបញ្ចូលខ្យល់ដោយម៉ាស៊ីន ឬដោយដៃ (ប្រើម៉ាស់ ឬបំពង់ស៊កចូលក្នុងបំពង់ខ្យល់ និងប្រព័ន្ធថង់ខ្យល់មានវ៉ាល់) ដោយបុគ្គលិក ឬសាច់ញាតិប្តូរវេនគ្នាធ្វើរហូតមុខងារដង្ហើមមានដំណើរការវិញ។ ជាការសំខាន់គឺត្រូវរក្សាទីតាំងនៃបំពង់ដែលស៊កចូលក្នុងបំពង់ខ្យល់ឲ្យជាប់។ មធ្យោបាយជំនួសមួយទៀត គឺត្រូវអនុវត្តការវះកាត់ស៊កបំពង់ខ្យល់ (tracheostomy)។

ឱសថបន្សាបជាតិពិស

- ប្រសិនបើមានសញ្ញាត្រង់មុខរបួសធ្ងន់ធ្ងរ ឬសញ្ញាតាមប្រព័ន្ធឈាម (ហើមជាងពាក់កណ្តាលនៃអវៈយវៈ ឬរលួយធ្ងន់ធ្ងរ) ចូរផ្តល់ឱសថបន្សាបជាតិពិសបើមាន។
- រៀបចំ adrenaline តាមសាច់ដុំចំនួន 0.១៥ml នៃ ១:១000 និង chlorphenamine តាមសរសៃ, ហើយត្រៀមលក្ខណៈព្យាបាលប្រតិកម្មអាល់ឡែស៊ី (អានផ្នែកខាងក្រោម)។
- ផ្តល់ឱសថបន្សាបជាតិពិសដែលមានវ៉ាឡង់មួយ ប្រសិនបើស្គាល់ជំពូករបស់សត្វពស់។ ផ្តល់ឱសថបន្សាបជាតិពិសដែលមានវ៉ាឡង់ច្រើន បើមិនស្គាល់ជំពូករបស់វាទេ។ អនុវត្តតាមសេចក្តីណែនាំស្តីពីការរៀបចំឱសថបន្សាបជាតិពិស។ កំរិតថ្នាំសម្រាប់កុមារ គឺដូចគ្នានឹងកំរិតថ្នាំរបស់មនុស្សធំដែរ។
- លាយឱសថបន្សាបជាតិពិស ក្នុងសេរ៉ូមប្រៃ 0.៩% ចំនួន ២-៣ភាគ រួចចាក់តាមសរសៃរយៈពេល១ម៉ោង។ មុនដំបូងចាក់យឺតៗ ហើយតាមដានការប្រតិកម្មឱសថ ឬប្រតិកម្មដទៃទៀតឲ្យបានដិតដល់។
- បើកើតមានរមាស់ ឬកន្ទួលបន្ទាលត្រអាក, ឡេះឡះ, គ្រុនក្តៅ, ក្អួត ឬពិបាកដកដង្ហើម, ចូរបញ្ឈប់ឱសថបន្សាបជាតិពិស រួចផ្តល់ adrenaline តាមសាច់ដុំចំនួន 0.១៥ml នៃ ១:១000 (អានការព្យាបាលប្រតិកម្មឱសថ, ទំ.១៧0)។ ការព្យាបាលបន្ថែមទៀតដែលអាចធ្វើបាន រួមមានឱសថពង្រីកទងសួត, ឱសថ

antihistamines (chlorphenamine ចំនួន 0.២៥mg/kg) និងឱសថ steroids។ នៅពេលកុមារមានស្ថានភាពនឹងនរ គួរចាប់ផ្តើមបញ្ចូលឱសថបន្សាបជាតិពិសឡើងវិញយឺតៗ។

- គួរផ្តល់ឱសថបន្សាបជាតិពិសបន្ថែមទៀត បន្ទាប់ពី៦ម៉ោង បើបញ្ហាកំណកឈាមលាប់ឡើងវិញ, ឬបន្ទាប់ពី១-២ម៉ោង បើអ្នកជំងឺកំពុងធ្លាក់ឈាមយ៉ាងរហ័ស ឬការពុលកោសិកាសរសៃប្រសាទកាន់តែដុនដាប ឬមានសញ្ញាបេះដូងនិងសរសៃឈាម។
- បើផ្តល់ឱសថបន្សាបជាតិពិស នោះមិនគួរចាក់បញ្ចូលឈាមទេ។ មុខងារកំណកឈាមមានភាពប្រក្រតីឡើងវិញ តែនៅពេលដែលថ្លើមផលិតកត្តាកំណកឈាមប៉ុណ្ណោះ។ ការឆ្លើយតបពីសរសៃប្រសាទទៅនឹងឱសថបន្សាបពិស គឺមានភាពខុសៗគ្នាយ៉ាងខ្លាំង ហើយវាអាស្រ័យលើប្រភេទនៃពិស ។
- ប្រសិនបើគ្មានការឆ្លើយតបទៅនឹងការចាក់បញ្ចូលឱសថបន្សាបជាតិពិសទេ នោះគួរធ្វើឡើងវិញ។
- ឱសថ Anticholinesterases អាចកែតម្រូវសញ្ញានៃសរសៃប្រសាទ ចំពោះកុមារដែលត្រូវបានចឹកដោយពស់ជំពូកខ្លះ (សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមអានសៀវភៅជំងឺកុមារបន្ថែមទៀត)។

ការព្យាបាលដទៃទៀត

- ជម្រើសវះកាត់ ៖ ពិគ្រោះពីការវះកាត់ ប្រសិនបើហើមអវៈយវៈធ្ងន់ធ្ងរ, ងាប់អវៈយវៈ ឬឈឺចាប់ ឬមានរលួយត្រង់កន្លែងចឹក។ ការវះកាត់រួមមាន៖
    - ការកាត់សាច់រលួយចេញពីមុខរបួស
    - បើចាំបាច់ គឺការវះកាត់ភ្នាសក្រោមស្បែក (fasciotomy) ដើម្បីបន្ថយសម្ពាធក្នុងអវៈយវៈ
    - ផ្សាំស្បែក ប្រសិនបើរលួយច្រើន
    - ការវះកាត់ស៊កបំពង់ខ្យល់ (tracheostomy) ឬស៊កបំពង់ចូលបំពង់

ខ្យល់ ប្រសិនបើសាច់ដុំដែលបញ្ហាការលេប ត្រូវបានខ្វិន

ការថែទាំគាំទ្រ

- ផ្តល់ជាតិទឹកតាមមាត់ ឬតាមបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ អាស្រ័យលើតម្រូវការប្រចាំថ្ងៃ (អានទំ.៤៧២)។ កត់ត្រាឲ្យបានច្បាស់លាស់ពីជាតិទឹកចូល និងចេញ។
- បន្ថយការឈឺចាប់យ៉ាងសមស្រប។
- លើកអវៈយវៈឡើង បើហើម។
- ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស។
- ការព្យាបាលដោយ Antibiotic គឺមិនចាំបាច់ទេ លើកលែងតែមានរលួសជាលិកានៅមុខរបួស។
- ចៀសវាងការចាក់តាមសាច់ដុំ។
- តាមដានអ្នកជំងឺយ៉ាងដិតដល់ភ្លាមៗបន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺចូលមន្ទីរពេទ្យ, បន្ទាប់មកតាមដានរៀងរាល់ម៉ោង យ៉ាងតិច២៤ម៉ោង, ព្រោះរបួសដោយពស់ចឹក អាចវិវត្តយ៉ាងឆាប់រហ័ស។

១.៩.២ ការទិចដោយសត្វខ្យាដំរី

ការទិចដោយសត្វខ្យាដំរី អាចមានការឈឺចាប់ជាខ្លាំងជាច្រើនថ្ងៃ។ ជាញឹកញាប់កុមារមានផលប៉ះពាល់តាមប្រព័ន្ធឈាមរត់ច្រើនជាងមនុស្សធំ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

សញ្ញានៃការទិច អាចវិវត្តតែក្នុងប៉ុន្មាននាទីប៉ុណ្ណោះ និងបណ្តាលមកពីភាពសកម្មនៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទស្វ័យត។ សញ្ញាទាំងនោះរួមមាន ៖

- ស្ពឹក
- សម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬទាប
- ជីពចរញាប់ និង/ឬមិនទៀងទាត់

- ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ
- ពិបាកដកដង្ហើម (ដោយសារខ្សោយបេះដូង) ឬបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម
- សាច់ដុំញាក់ និងកន្ត្រាក់រឹង។
- ▸ ពិនិត្យមើលសម្ពាធឈាមឡើង ឬចុះ ហើយផ្តល់ការព្យាបាលប្រសិនបើមានសញ្ញាខ្សោយបេះដូង (អានទំ.១៨៨)។

ការព្យាបាល

ជំនួយបឋម

- ▸ បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យឲ្យបានឆាប់បំផុត។

ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ

- ▸ ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការទិចយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ, គួរផ្តល់ឱសថបន្សាបពិសខ្យាដំរី ប្រសិនបើមាន (ដូចខាងលើ អំពីការចាក់បញ្ចូលឱសថបន្សាបពិសពស់)។

ការព្យាបាលដទៃទៀត

- ▸ ព្យាបាលការខ្សោយបេះដូង ប្រសិនបើកើតឡើង (អានទំ.១៨៨)។
- ▸ ពិចារណាប្រើឱសថ prazosin ប្រសិនបើមានហើមសួត (អានសៀវភៅជំងឺកុមារបន្ថែមទៀត)។

ការថែទាំគាំទ្រ

- ▸ ផ្តល់ឱសថ paracetamol តាមមាត់ ឬឱសថ morphine តាមមាត់ឬសាច់ដុំ អាស្រ័យលើភាពធ្ងន់ធ្ងររបស់វា។ ប្រសិនបើធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង គួរចាក់ថ្នាំស្ពឹក lignocaine ១% ដែលគ្មាន adrenaline។

១.៩.៣ ប្រភពដទៃទៀតនៃការបញ្ចូលជាតិពិស

- ▸ អនុវត្តតាមគោលការណ៍ព្យាបាលដូចខាងលើ។ ផ្តល់ឱសថបន្សាបជាតិពិសបើមាន, បើមានផលប៉ះពាល់ត្រង់មុខរបួសយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ឬតាមប្រព័ន្ធឈាម។

ជាទូទៅ ការទិចដោយពីងពាងពិស អាចមានការឈឺចាប់ ប៉ុន្តែកម្របណ្តាលឲ្យមានផលប៉ះពាល់ឆ្ងាយពីមុខរបួសណាស់។ ឱសថបន្សាបជាតិពិស មានសម្រាប់សត្វពីងពាងជំពូកខ្លះ ដូចជាពីងពាងចេកជាដើម។ ត្រីពិស អាចធ្វើឲ្យឈឺចាប់យ៉ាងខ្លាំងត្រង់មុខរបួស ប៉ុន្តែក៏កម្រធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ឆ្ងាយពីមុខរបួសដែរ។ ការទិចដោយត្រីពពុះសមុទ្រ (Box jellyfish) កម្របង្កឲ្យមានការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត។ ចាក់ទឹកខ្មេះដាក់សំឡី រួចលាបពីលើមុខរបួសដើម្បីរម្ងាប់ប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងស្បែក។ គួរយកព្រុយដែលនៅជាប់ចេញដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ ការច្របាច់ទ្រនិចរបស់វា អាចបញ្ចេញជាតិពិសបន្ថែមទៀត។ ឱសថបន្សាបពិសពីងពាង និងត្រីពពុះសមុទ្រ អាចរកបាន។ កំរិតថ្នាំរបស់វា គួរតែផ្អែកលើបរិមាណនៃជាតិពិសដែលចូលក្នុងខ្លួន។ ចំពោះការទិចច្រើនកន្លែង រោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ ឬការពន្យារពេលព្យាបាលយូរ តម្រូវឲ្យប្រើកំរិតថ្នាំខ្ពស់។

១.១០ ការប៉ះទង្គិច និងរបួស

របួសធ្ងន់ធ្ងរច្រើនកន្លែង ឬការប៉ះទង្គិចធ្ងន់ធ្ងរ គឺជាបញ្ហាគំរាមកំហែងដល់ជីវិតកុមារ។ សរីរាង្គនិងអវៈយវៈជាច្រើន អាចរងផលប៉ះពាល់ ហើយផលប៉ះពាល់នៃរបួសទាំងនេះ អាចធ្វើឲ្យស្ថានភាពកុមារចុះដុនដាបយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ នៅក្នុងការគ្រប់គ្រង ទាមទារឲ្យមានការសម្គាល់របួសគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ឲ្យបានឆាប់រហ័ស។ បច្ចេកទេសមូលដ្ឋាននៃការជ្រើសរើសជំងឺអាសន្ន និងការវាយតម្លៃជំងឺ គឺជាចំណុចសំខាន់បំផុតក្នុងរយៈពេល១ម៉ោងដំបូងនៅពេលកុមារមកដល់មន្ទីរពេទ្យ។ នៅពេលមានស្ថានភាពគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ច្រើនជាងមួយ, នោះការព្យាបាលរបួសព្រមគ្នា គឺជាការចាំបាច់ ហើយតម្រូវឲ្យមានការសហការជាក្រុមប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។

១.១០.១ ការអង្កេតបឋម ឬការវាយតម្លៃដំបូង

ការវាយតម្លៃឆាប់រហ័សដំបូងដែលត្រូវបានហៅថា “ការអង្កេតបឋម” ផងដែរនោះ គួរអាចសម្គាល់របួសដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ដែលមានដូចជា ៖

- ការស្ទះផ្លូវដង្ហើម

- របួសទ្រូង ដែលធ្វើឲ្យពិបាកដកដង្ហើម
- ហូរឈាមខាងក្នុង ឬខាងក្រៅធ្ងន់ធ្ងរ
- របួសក្បាល ឬឆ្អឹងខ្នង
- របួសពោះ។

ការអង្កេតបឋម គួរមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ ដូចបានរៀបរាប់ក្នុងចំណុចទី១.២។ ប្រសិនបើមានការប្រឈមនឹងរបួសក គួរព្យាយាមចៀសវាងការកម្រើកក ហើយអបកតាមចាំបាច់ (អានទំ.១៨)។

ក្នុងអំឡុងពេលអង្កេតបឋម រាល់ស្ថានភាពគ្លីនិកណាមួយដែលចុះដុនដាប ត្រូវតែគ្រប់គ្រងដោយការវាយតម្លៃឡើងវិញ ចាប់ពីដើមដំបូងនៃទម្រង់ការ, ព្រោះរបួសដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមិនឃើញពីមុន អាចនឹងបង្ហាញច្បាស់ពេលនេះ។ ដោះសម្លៀកបំពាក់ទាំងអស់ចេញ ហើយរកមើលរបួស។ ចាប់ផ្ដើមដោយការវាយតម្លៃ និងរៀបចំលំនឹងផ្លូវខ្យល់, វាយតម្លៃផ្លូវដង្ហើម, ប្រព័ន្ធឈាមរត់ និងកម្រិតស្មារតី, ហើយបញ្ឈប់ការហូរឈាមនានា។ វិធីសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ គួររួមបញ្ចូលការវាយតម្លៃនៃ ៖

- ការបើកផ្លូវដង្ហើម
- ការដកដង្ហើមគ្រប់គ្រាន់
- ប្រព័ន្ធឈាមរត់ និងគ្រប់គ្រងការហូរឈាម
- ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល (វាយតម្លៃពិន្ទុនៃការសន្លប់), អបឆ្អឹងខ្នង
- ដោះសម្លៀកបំពាក់ទាំងអស់ ហើយរកមើលរបួស។

- ក្នុងពេលវាយតម្លៃបឋម ចូរកត់ចំណាំរាល់សរីរាង្គសំខាន់ៗ និងផ្នែកផ្សេងៗនៃរាងកាយទាំងអស់ដែលបានរងរបួស រួចផ្ដល់ការព្យាបាលបន្ទាន់។
- សង្គ្រោះអ្នកជំងឺយ៉ាងសមស្រប, ផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែនដោយសប់បញ្ចូលខ្យល់ ឬម៉ាស់មុខ, បញ្ឈប់ការហូរឈាម, ផ្ដល់ជំនួយដល់ចរន្តឈាមដោយការចាក់បញ្ចូល crystalloids ឬឈាម បើចាំបាច់។ ក្នុងពេលរៀបចំចាក់ម្ជុល ចូរបូមឈាមសម្រាប់មើល Hb កំណត់ក្រុមឈាម និងផ្គូរផ្គងឈាម។

▶ កត់ត្រារាល់ទម្រង់ការទាំងឡាយដែលបានអនុវត្ត។

១.១០.២ ការអង្កេតជាបន្ទាប់

អនុវត្តការអង្កេតជាបន្ទាប់ តែក្នុងពេលដែលផ្លូវខ្យល់ ផ្លូវដង្ហើម ចរន្តឈាម និងស្មារតីរបស់អ្នកជំងឺមានស្ថិរភាពប៉ុណ្ណោះ។

▶ ធ្វើការពិនិត្យពីក្បាលដល់ចុងជើង ដោយកត់សម្គាល់ជាពិសេសលើ ៖

- *ក្បាល* ៖ ភាពខុសប្រក្រតីនៃស្បែកក្បាល, របួសត្រចៀកក្រៅ និងជាលិកា periorbital
- *ក* ៖ របួសមុត, ខ្យល់ចូលក្នុងជាលិកាក្រោមស្បែក, បំពង់ខ្យល់ខុសគន្លង, និងការមើលឃើញសរសៃវ៉ែនក
- *សរសៃប្រសាទ* ៖ មុខងារខួរក្បាល (កម្រិតស្មារតី, AVPU), សកម្មភាពចលករនៃខួរឆ្អឹងខ្នង, អារម្មណ៍ និងរេផ្លិច
- *ទ្រូង* ៖ ឆ្អឹងដងកាំបិត និងឆ្អឹងជំនីទាំងអស់, សំឡេងដកដង្ហើម និងសំឡេងបេះដូង
- *ពោះ* ៖ ការពិនិត្យរបួសនៅពោះ ត្រូវការការវះកាត់, និងការពិនិត្យរន្ធគូថនៅពេលចាំបាច់
- *ត្រគាក និងអវយវៈ* ៖ ការបាក់, ជីពចរខាងក្រៅ, ការមុត, រលាត់ និងរបួសតូចៗដទៃទៀត

ការពិនិត្យអមគ្លីនិក

បន្ទាប់ពីកុមារមានស្ថានភាពនឹងនរ ការពិនិត្យអមគ្លីនិកអាចធ្វើទៅបាន (អានលម្អិតនៅចំណុចទី៩.៣, ទំ.៤២២)។ ជាទូទៅការពិនិត្យអមគ្លីនិកខាងក្រោម អាចមានប្រយោជន៍ អាស្រ័យលើប្រភេទនៃរបួស ៖

- ការថតកាំរស្មីអិច ៖ អាស្រ័យលើរបួសដែលសង្ស័យ (អាចមានដូចជាទ្រូង, ចំហៀងក, ត្រគាក, ឆ្អឹងខ្នង, ជាមួយនឹងឆ្អឹងកងទាំង៧, ឆ្អឹងវែង និង

លលាដ៏ក្បាល)។

- ការថតអេកូ ៖ ការថតអេកូពោះ អាចមានប្រយោជន៍ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើការហូរឈាមខាងក្នុង ឬរបួសសរីរាង្គ។

ការព្យាបាល

នៅពេលកុមារមានស្ថានភាពនឹងនរភ្លាម គួរឈានចូលដល់ការគ្រប់គ្រងដោយសង្កត់ធ្ងន់លើការសម្រេចឲ្យបាននិងថែរក្សាស្ថិរភាពក្នុងរាងកាយ, ហើយបើចាំបាច់ គួររៀបចំធ្វើការបញ្ជូនទៅកាន់អគារសមស្រប ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។

- ▸ បើគ្មានរបួសក្បាលទេ គួរផ្តល់ឱសថ morphine តាមសរសៃចំនួន 0.0៥–0.១ mg/kg ដើម្បីបន្ថយភាពឈឺចាប់,បន្តដោយការបង្កើនចំនួន 0.0១–0.0២ mg/kg ដោយមានគម្លាតពីគ្នា១០នាទី រហូតទទួលបានការឆ្លើយតបសមស្រប។ ការបន្ថយភាពឈឺចាប់ និងការលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺ គួរធ្វើឡើងនៅគ្រប់ដំណាក់កាលទាំងអស់នៃការថែទាំ។
- ▸ ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃស្តុក គួរផ្តល់សេរ៉ូមប្រៃធម្មតាចំនួន ២0ml/kg, រួចវាយតម្លៃឡើងវិញ (អានទំ.១៩)។
- ▸ ប្រសិនបើត្រូវការឈាម បន្ទាប់ពីហូរឈាមច្រើន ដំបូងគួរផ្តល់ឈាមទាំងស្រុងចំនួន ២0ml/kg ឬគោលិកាឈាមក្រហមសុទ្ធចំនួន ១0ml/kg។
- ▸ គ្រប់គ្រងការធ្លាក់ចុះនៃជាតិស្ករក្នុងឈាម (អានទំ.២៥)។
- ▸ សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងរបួសជាក់លាក់ សូមអានចំណុចទី៩.៣, ទំ.៤២២។

កំណត់ចំណាំ

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី២

មធ្យោបាយធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យចំពោះកុមារឈឺ

២.១	ទំនាក់ទំនងជាមួយការងារ IMCI និងដំណាក់កាលនៃការថែទាំព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ	៦៧
២.២	ការសួរប្រវត្តិជំងឺ	៦៨
២.៣	ការចូលជិតកុមារឈឺ និងការពិនិត្យគ្លីនិក	៦៩
២.៤	ការវិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ ៧១	
២.៥	រោគវិនិច្ឆ័យញែក	៧២

២.១ ទំនាក់ទំនងជាមួយការងារ IMCI និងដំណាក់កាល នៃការថែទាំព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ

មធ្យោបាយធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៅក្នុងសៀវភៅនេះ គឺផ្អែកទៅលើរោគសញ្ញាដែលស្របតាមលំដាប់លំដោយក្នុងគោលការណ៍ណែនាំរបស់ IMCI ៖ ក្អក រាក គ្រុនក្តៅ។ រោគវិនិច្ឆ័យក៏ត្រូវគ្នានឹងចំណាត់ថ្នាក់ក្នុង IMCI ផងដែរ, លើកលែងត្រង់ថាជំនាញ និងសមត្ថភាពពិនិត្យអមគ្លីនិកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អនុញ្ញាតឲ្យការចាត់ថ្នាក់ ដូចជា “ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរជាខ្លាំង” ឬ “ជំងឺគ្រុនក្តៅធ្ងន់ធ្ងរជាខ្លាំង” ត្រូវបានឲ្យនិយមន័យកាន់តែសុក្រិតថែមទៀត ដែលអាចធ្វើឲ្យការវិនិច្ឆ័យរោគទាំងនោះក្លាយទៅជាការរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ, ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ, ការពុលឈាម និងជំងឺរលាកស្រោមខួរ ជាដើម។

ការចាត់ថ្នាក់នៃស្ថានភាពដូចជាជំងឺរលាកសួត និងការខ្សោះជាតិទឹក គឺអនុវត្តតាមគោលការណ៍ដែលដូចគ្នានឹងគោលការណ៍របស់ IMCI ដែរ។ ទារកតូច(≤២ខែ) ត្រូវបានពិចារណាដាច់ដោយឡែក (មើលជំពូកទី៣) គឺដូចគ្នានឹងមធ្យោបាយរបស់ IMCI ដែរ។ កុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ក៏ត្រូវបានពិចារណាដាច់ដោយឡែកផងដែរ (មើលជំពូកទី៧) ព្រោះពួកគេត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ និងការព្យាបាលពិសេស ប្រសិនបើយើងចង់កាត់បន្ថយការប្រឈមនឹងសេចក្ដីស្លាប់របស់ពួកគេ។

នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដំណាក់កាលនៃការគ្រប់គ្រងកុមារទាំងឡាយគឺ ៖

- ការជ្រើសរើសជំងឺអាសន្ន(ទ្រីយ៉ា)
- ការព្យាបាលបន្ទាន់ (បើត្រូវការ)
- សួរប្រវត្តិជំងឺ
- ធ្វើការពិនិត្យ
- វិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍(បើត្រូវការ)
- រោគវិនិច្ឆ័យ ឬរោគវិនិច្ឆ័យញែក
- ផ្ដល់ការព្យាបាល
- ផ្ដល់ការថែទាំបែបគាំទ្រ
- ការតាមដាន
- កំណត់ថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ
- តាមដានបន្ត

ជំពូកនេះធ្វើការសង្ខេបលើដំណាក់កាលសួរប្រវត្តិជំងឺ, ពិនិត្យកុមារ, វិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ និងរោគវិនិច្ឆ័យញែក។

២.២ ការសួរប្រវត្តិជំងឺ

ជាទូទៅ ការសួរប្រវត្តិជំងឺគឺចាប់ផ្ដើមពីការស្វែងយល់ពីសញ្ញាតំអូញ ៖ *"ហេតុអ្វីអ្នកនាំកុមារមក?"* រួចបន្តរហូតដល់ប្រវត្តិនៃជំងឺ។ ជំពូកដែលនិយាយពីរោគសញ្ញាជាក់លាក់

ផ្តល់ការណែនាំអំពីសំណួរដែលគួរសួរពាក់ព័ន្ធនឹងរោគសញ្ញា ដែលមានប្រយោជន៍ដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យញែក។ សំណួររួមមានប្រវត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ប្រវត្តិវ៉ាក់សាំង ប្រវត្តិគ្រួសារ ប្រវត្តិសង្គម និងបរិស្ថាន។ ការសាកសួរនេះអាចឈានទៅដល់សារសំខាន់ៗ ដូចជាការដេកក្នុងមុងចំពោះកុមារដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់, ការបំបៅដោះ ឬការអនាម័យជាមួយកុមារដែលមានជំងឺរាក, ឬការបន្ថយការរស់នៅក្នុងខ្យល់កខ្វក់ក្នុងផ្ទះចំពោះកុមារដែលមានជំងឺរលាកសួត។

ចំពោះទារកតូចៗ ប្រវត្តិពេលមានផ្ទៃពោះ និងពេលសម្រាលគឺជាព័ត៌មានដ៏សំខាន់។ ប្រវត្តិនៃការផ្តល់អាហារដល់ទារកនិងកុមារតូចៗ មានសារសំខាន់ណាស់ ព្រោះជាញឹកញាប់វាគឺជាពេលដែលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភបានចាប់ផ្តើម។ ចំពោះកុមារធំៗ ព័ត៌មានសំខាន់គឺប្រវត្តិនៃការលូតលាស់។ ខណៈដែលប្រវត្តិជំងឺរបស់កុមារតូចៗ ត្រូវបានសួរពីឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល, កុមារធំក៏អាចផ្តល់ព័ត៌មានដ៏សំខាន់ផងដែរ។ អ្នកត្រូវតែបង្កើនភាពជិតស្និទ្ធជាមួយឪពុកម្តាយនិងកុមារ មុននឹងចាប់ផ្តើមធ្វើការពិនិត្យ។ ជាទូទៅ កុមារអាយុចន្លោះ៨ខែ ទៅ៥ឆ្នាំ តម្រូវឲ្យប្រើមធ្យោបាយដែលមានភាពបត់បែនបំផុត។

២.៣ ការចូលជិតកុមារឈឺ និងការពិនិត្យគ្លីនិក

រាល់កុមារទាំងអស់ត្រូវតែទទួលការពិនិត្យយ៉ាងពេលលេញ ដើម្បីកុំឲ្យរំលងសញ្ញាសំខាន់ណាមួយ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ការពិនិត្យកុមារគួរត្រូវបានរៀបចំឡើងក្នុងរបៀបមួយដែលមិនធ្វើឲ្យកុមាររកាំចិត្ត, ផ្ទុយស្រឡះពីការពិនិត្យមនុស្សធំដែលធ្វើឡើងក្នុងរបៀបជាប្រព័ន្ធ។ មធ្យោបាយពិនិត្យកុមារគួរមានភាពបត់បែន។ ល្អបំផុត ការពិនិត្យដែលប៉ះកុមារខ្លាំងជាងគេ(ឧទា.ក្បាល និងក) គួរទុកធ្វើក្រោយគេ។

- កុំធ្វើឲ្យកុមាររកាំចិត្តដោយមិនចាំបាច់។
- ទុកឲ្យកុមារនៅក្នុងដៃម្តាយឬអាណាព្យាបាលរបស់គាត់។
- សង្កេតមើលសញ្ញាឲ្យបានច្រើនបំផុត មុននឹងប៉ះកុមារ ៖
  - តើកុមារនិយាយ យំ ឬបញ្ចេញសំឡេងអ្វីទេ?

- តើកុមារមានភាពរហ័សរហួន ចាប់អារម្មណ៍ និងរំពៃមើលអ្នកដែរឬទេ?
- តើកុមារហាក់ដូចជាសន្លឹមដែរឬទេ?
- តើកុមាររញ៉ាំរញ៉ូវឬទេ?
- តើកុមារកំពុងក្អួតដែរឬទេ?
- តើកុមារអាចជញ្ជក់ឬបៅដោះដែរឬទេ?
- តើកុមារមានស្បែកពណ៌ស្វាយ ឬស្លេកស្លាំងដែរឬទេ?
- តើកុមារមានបង្ហាញសញ្ញានៃបញ្ហាដំណកដង្ហើមដែរឬទេ?
- តើកុមារប្រើសាច់ដុំជំនួយក្នុងការដង្ហើមដែរឬទេ?
- តើប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមរបស់កុមារផតចូលដែរឬទេ?
- តើកុមារហាក់ដូចជាដកដង្ហើមញាប់ឬទេ?

• រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម ។

គួរកត់ចំណាំសញ្ញាទាំងនេះ រួមជាមួយសញ្ញាដទៃទៀត មុននឹងចាប់ប៉ះកុមារ។ អ្នកអាចប្រាប់ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលឲ្យជួយលើកអាវបង្ហាញទ្រូងកុមារដើម្បីមើលប្រអប់ទ្រូងផតចូល ឬរាប់ចង្វាក់ដង្ហើម។ បើកុមារយំ អ្នកអាចឈប់មួយសន្ទុះដើម្បីឲ្យឈប់យំ ឬប្រាប់ឲ្យម្តាយបំបៅដោះកុមារមុននឹងបន្តពិនិត្យមើលសញ្ញាសំខាន់ៗទៀត ដូចជាចង្វាក់ដង្ហើមជាដើម។

បន្ទាប់មក ឈានចូលដល់ការពិនិត្យដែលតម្រូវឲ្យប៉ះកុមារ ប៉ុន្តែវាជាការប៉ះពាល់តិចតួចបំផុត ដូចជាស្ទាបជីពចរ ឬស្តាប់ទ្រូង។ បើអ្នកស្តាប់ទ្រូងកុមារដែលកំពុងយំ អ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មានមានប្រយោជន៍តិចតួចទៅវិញទេ។ សញ្ញាដែលតម្រូវឲ្យប៉ះកុមារគួរទុកធ្វើក្រោយគេ ដូចជាការស្ទង់សីតុណ្ហភាព, តេស្តផ្ទត់ស្បែកពោះ, រយៈពេលបំពេញឈាម, សម្ពាធឈាម, បំពង់ក ឬត្រចៀក។ ចំពោះកុមារដែលដកដង្ហើមញាប់ ឬប្រអប់ទ្រូងផងចូល គួរវាស់កំហាប់អុកស៊ីហ្សែនដោយប្រើឧបករណ៍។

• ប្រសិនបើអាច គួរធ្វើតេស្តនៅកន្លែងគ្រែកុមារ។ តេស្តខ្លះអាចងាយស្រួលនឹងធ្វើនៅកន្លែងគ្រែកុមារ ដែលជួនកាលហៅថា តេស្តនៅចំណុចថែទាំ ៖

- តេស្ត៍ glucostix សម្រាប់មើលជាតិស្ករជាបន្ទាន់
- តេស្ត៍វិនិច្ឆ័យរហ័ស សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ឬ
- តេស្ត៍ងាយៗដទៃទៀតដែលអាចធ្វើនៅគ្រែដេករបស់កុមារ។

២.៤ ការវិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍

ការវិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ គឺយោងទៅលើព័ត៌មានដែលបានមកពីការសាកសួរប្រវត្តិជំងឺ និងការពិនិត្យកុមារ, ហើយវាជួយជម្រុះចោលនូវរោគវិនិច្ឆ័យញែកទាំងឡាយណាដែលមិនពាក់ព័ន្ធ។ ការវិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ដែលរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះ គួរអាចរកបាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យតូចៗទាំងឡាយដែលផ្តល់សេវាថែទាំជំងឺកុមារ ៖

- Hb ឬបរិមាណកោសិកាឈាមសុទ្ធ
- តេស្ត៍រាប់កោសិកាឈាមពេញលេញ
- កញ្ចក់មើលឈាមសម្រាប់ប៉ារ៉ាស៊ីតជំងឺគ្រុនចាញ់
- ជាតិស្ករក្នុងឈាម
- ការពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹងដោយអតិសុខុមទស្សន៍
- ការវិភាគទឹកនោម (រួមទាំងការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍)
- ការរកក្រុមឈាម និងផ្ទួរផ្គងឈាម
- តេស្ត៍មេរោគអេដស៍

ចំពោះការថែទាំទារកឈឺ (< ១សប្តាហ៍) ការធ្វើតេស្ត៍វាស់ទឹកប្រម៉ាត់ក្នុងឈាមក៏ជាការវិភាគដ៏សំខាន់ផងដែរ។

ការវិភាគញឹកញាប់ដទៃទៀតដែលមានសារសំខាន់ ៖

- ការវាស់អុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម
- ការថតទ្រូងដោយកាំរស្មីអិច
- ការវិភាគលាមក
- ការបណ្តុះឈាម។

ចំណុចចង្អុលបង្ហាញសម្រាប់តេស្តទាំងនេះ មានពន្យល់ត្រួសៗនៅក្នុងផ្នែកមួយចំនួន*ក្នុងសៀវភៅនេះ*។ ការវិភាគដទៃទៀតដូចជាការវាស់អុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម, ការថតទ្រូងដោយកាំរស្មីអិច, ការវិភាគលាមក, និងការបណ្ដុះឈាម មានសារប្រយោជន៍សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។

២.៥ រោគវិនិច្ឆ័យញែក

បន្ទាប់ពីបានបញ្ចប់ការវាយតម្លៃរួចហើយ គួរពិចារណាពីស្ថានភាពផ្សេងៗដែលអាចបណ្ដាលឲ្យកុមារមានជំងឺ រួចរាយឈ្មោះរោគវិនិច្ឆ័យញែកទាំងឡាយដែលគួរធ្វើ។ ធ្វើដូចនេះដើម្បីធានាថាអ្នកមិនបានធ្វើការសន្និដ្ឋានខុស, មិនជ្រើសរើសរោគវិនិច្ឆ័យខុស, ហើយបញ្ហាកម្រផ្សេងៗមិនត្រូវបានមើលរំលង។ ចូរចងចាំថា កុមារឈឺអាចនឹងមានបញ្ហាគ្លីនិកច្រើនជាងមួយដែលត្រូវធ្វើការព្យាបាល។

ចំណុចទី១.៥,តាងរាង១-៤ (ទំ.៣៥-៤៣) បង្ហាញពីរោគវិនិច្ឆ័យញែកនានាសម្រាប់ស្ថានភាពអាសន្នដែលរកឃើញក្នុងពេលជ្រើសរើសជំងឺ (ទ្រីយ៉ា)។ តារាងបន្ថែមទៀតដែលប្រាប់ពីរោគវិនិច្ឆ័យញែកដែលផ្អែកលើរោគសញ្ញាជាក់លាក់ មានផ្ដល់ជូននៅដើមដំបូងនៃជំពូកនីមួយៗ, ដោយផ្ដល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរោគសញ្ញាទាំងនោះ លទ្ធផលនៃការពិនិត្យ និងលទ្ធផលនៃការវិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ ដែលអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាជំនួយក្នុងការសន្និដ្ឋានពីរោគវិនិច្ឆ័យបឋម និងរោគវិនិច្ឆ័យបន្ទាប់បន្សំដទៃទៀត។

បន្ទាប់ពីបានសន្និដ្ឋានពីរោគវិនិច្ឆ័យបឋម និងរោគវិនិច្ឆ័យបន្ទាប់បន្សំរួចហើយ គួរចាប់ផ្ដើមធ្វើផែនការព្យាបាល រួចចាប់ផ្ដើមអនុវត្ត។ ជាថ្មីម្ដងទៀត ប្រសិនបើមានរោគវិនិច្ឆ័យ ឬបញ្ហាច្រើនជាងមួយការព្យាបាលប្រហែលជាត្រូវផ្ដល់ជូនព្រមគ្នា។ គួរពិនិត្យឡើងវិញលើបញ្ជីនៃរោគវិនិច្ឆ័យញែក បន្ទាប់ពីសង្កេតមើលការឆ្លើយតបចំពោះការព្យាបាល ឬប្រសិនបើរកឃើញបញ្ហាថ្មីៗថែមទៀត។ រោគវិនិច្ឆ័យអាចត្រូវបានកែសម្រួលឡើងវិញក្នុងដំណាក់កាលនេះ ឬអាចពិចារណាបូកបញ្ចូលរោគវិនិច្ឆ័យដែលទើបរកឃើញថ្មី។

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី៣

បញ្ហារបស់ទារកទើបនឹងកើត និងទារកតូចៗ

៣.១ ការថែទាំទារកជាសារវន្តនៅកន្លែងសម្រាល ៧៥
៣.២ ការសង្គ្រោះទារកទើបនឹងកើត ៧៦
៣.២.១ ការថែទាំក្រោយពេលសង្គ្រោះ ៨២
៣.២.២ ការបញ្ឈប់ការសង្គ្រោះ ៨២
៣.៣ ការថែទាំទូទៅសម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត ៨២
៣.៤ ការបង្ការការបង្ករោគលើទារកទើបនឹងកើត ៨៣
៣.៥ ការគ្រប់គ្រងទារកដែលខួរក្បាលទាំងមូលខ្វះអុកស៊ីហ្សែន (HIE) ៨៤
៣.៦ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់លើទារកទើបនឹងកើត និងកុមារតូចៗ ៨៥
៣.៧ ការប្រកាច់ ៨៧
៣.៨ ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី ៨៨
៣.៩ ជំងឺរលាកស្រោមខួរ ៩០
៣.១០ ការថែទាំគាំទ្រ សម្រាប់ទារកទើបនឹងកើតដែលឈឺ ៩១
៣.១០.១ បរិយាកាសកក់ក្តៅ Thermal environment ៩១
៣.១០.២ ការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក ៩២
៣.១០.៣ ការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន ៩៣
៣.១០.៤ គ្រុនក្តៅខ្លាំង ៩៤

៣.១១ ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ និងទារកមានទម្ងន់ទាបពេលកើត ៩៤

៣.១១.១ ទារកដែលមានទម្ងន់ពេលកើត ២.០–២.៥kg (អាយុគភ៌ 35–36 សប្តាហ៍) ៩៤

៣.១១.២ ទារកដែលមានទម្ងន់ពេលកើត < ២.0kg (អាយុគភ៌ < ៣៥សប្តាហ៍) ៩៤

៣.១១.៣ បញ្ហាដែលកើតឡើងញឹកញាប់លើទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត ៩៩

៣.១១.៤ ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងការតាមដានទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត ១០២

៣.១២ បញ្ហាញឹកញាប់ដទៃទៀតដែលកើតឡើងលើទារកទើបនឹងកើត ១០៣

៣.១២.១ ជំងឺខាន់លឿង ១០៣

៣.១២.២ ការរលាកភ្នាសភ្នែក ១០៦

៣.១២.៣ រូបរាងមិនធម្មតាពីកំណើត ១០៧

៣.១៣ ទារកដែលកើតពីម្តាយដែលមានជំងឺឆ្លង ១០៨

៣.១៣.១ ជំងឺស្វាយ(កាមរោគ)ពីកំណើត ១០៨

៣.១៣.២ ទារកដែលកើតពីម្តាយដែលមានជំងឺរបេង ១០៩

៣.១៣.៣ ទារកដែលកើតពីម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១០៩

៣.១៤ កម្រិតនៃឱសថដែលប្រើញឹកញាប់សម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត និងទារកមានទម្ងន់ទាបពេលកើត ១១០

ជំពូកនេះផ្តល់នូវគោលការណ៍ណែនាំអំពីការថែទាំទារកទើបកើត និងការគ្រប់គ្រងបញ្ហាដែលកើតឡើងលើទារកទើបកើត និងទារកតូចៗ ចាប់ពីកើត រហូតដល់អាយុ២ខែ។ ក្នុងនោះរួមមានការសង្គ្រោះជីវិតទារកទើបកើត, ការសម្គាល់ និងការគ្រប់គ្រងការក្លាយរោគ និងការបង្ករោគដោយបាក់តេរីដទៃទៀត, និងការគ្រប់គ្រងទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ និងទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត។ តារាងដែលបង្ហាញប្រាប់ពីកំរិតឱសថដែលប្រើញឹកញាប់សម្រាប់ទារកទើបកើត និងទារកតូចៗ មានផ្តល់ជូននៅចុងបញ្ចប់នៃជំពូកនេះ, ហើយវាក៏ប្រាប់ពីកំរិតឱសថសម្រាប់ទារកមានទម្ងន់ទាបពេលកើត និងទារកកើតមិនគ្រប់ខែផងដែរ។

៣.១ ការថែទាំទារកជាសារវ័ន្តនៅកន្លែងសម្រាល

ទារកទើបកើតភាគច្រើន ត្រូវការតែការថែទាំងាយៗក្នុងពេល និងក្រោយពេលប្រសូតប៉ុណ្ណោះ។

- ជូតសម្ងួតទារកដោយប្រើកន្សែងស្អាត។
- សង្កេតទារកខណៈដែលកំពុងជូតសម្ងួត (អានគំនូសបំព្រួមទី១២)។
- ដាក់ទារកឲ្យប៉ះស្បែកនឹងស្បែកជាមួយម្តាយ។
- ដណ្តប់ទារកដើម្បីបង្ការការបាត់បង់កម្តៅ។
- គាបនិងកាត់ទងសុកយ៉ាងតិច១នាទីបន្ទាប់ពីប្រសូត។
- លើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យចាប់ផ្តើមបំបៅដោះកូនក្នុងអំឡុង១ម៉ោងដំបូង។

ការប៉ះស្បែកនឹងស្បែក និងការឆាប់បំបៅដោះកូន គឺជាមធ្យោបាយដ៏ល្អបំផុតក្នុងការផ្តល់ភាពកក់ក្តៅដល់ទារក និងបង្ការការចុះទាបនៃជាតិស្ករ។ ទារកកើតគ្រប់ខែ និងមានទម្ងន់ទាបពេលកើត > ១២០០g ហើយមិនមានផលវិបាក ព្រមទាំងមានស្ថានភាពនឹងនរ, ក្រោយពេលបានជូតសម្ងួតសព្វកន្លែងហើយ គួរត្រូវបានដាក់ឲ្យប៉ះស្បែកនឹងស្បែកជាមួយម្តាយឲ្យបានឆាប់បំផុតដើម្បីបង្ការសីតុណ្ហភាពចុះទាប។

៣.២ ការសង្គ្រោះទារកទើបនឹងកើត

ទារកខ្លះអាចត្រូវការការសង្គ្រោះ ដូចជាទារកដែលកើតពីម្ដាយដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ម្ដាយដែលធ្លាប់មានទារកស្លាប់ក្នុងផ្ទៃ ឬកើតស្លាប់ ម្ដាយដែលមានជំងឺក្រឡាភ្លើង ម្ដាយដែលមានកូនច្រើន, ឬជាទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ ទារកដែលកើតក្នុងទម្រង់បង្ហាញខុសធម្មតា ទារកដែលមានទងសុកធ្លាក់មកមុន, ឬទារកដែលម្ដាយឈឺពោះអូសបន្លាយ ឬបែកទឹកភ្លោះយូរ ឬទឹកភ្លោះលាយអាចម៍ព្រៃ។

សម្រាប់ទារកជាច្រើន គេមិនអាចទស្សន៍ទាយដឹងមុនពីការសង្គ្រោះទេ នៅមុនពេលសម្រាល។ ហេតុដូច្នេះ ត្រូវ ៖

- ត្រៀមលក្ខណៈផ្ដល់ការសង្គ្រោះ នៅគ្រប់ពេលសម្រាលទាំងអស់
- អនុវត្តតាមជំហាននៃការវាយតម្លៃ ដែលមានរៀបរាប់ក្នុងគំនូសបំព្រួចទី១២។

គំនូសបំព្រួមទី១២. ការសង្គ្រោះទារកទើបនឹងកើត ៖ លំនាំការងារ

- ▶ ជូតសម្ងួតទារកភ្លាម ដោយប្រើក្រណាត់ស្អាត។
- ▶ ផ្តល់ភាពកក់ក្តៅដល់ទារកដោយដាក់ឲ្យប៉ះស្បែកនឹងស្បែកជាមួយម្តាយ និងដណ្តប់ភួយ

↓

A

រកមើល
- ■ ការដកដង្ហើម ឬការយំ
- ■ កំលាំងកន្ត្រាក់នៃសាច់ដុំល្អ ឬមានចលនាស្វាហាប់

មាន → ការថៃទាំជាទូទៅ (អានផ្នែកទី៣.១)

↓ *គ្មាន*

- ▶ ផ្តល់រំញោចដោយរឹតខ្នងពីរបីដង។
- ▶ បឺតតែក្នុងករណីមានទឹកភ្លោះលាយអាចម៍ព្រៃ ឬទឹករំអិលពេញក្នុងមាត់ឬច្រមុះ

ដកដង្ហើម → ការថៃទាំទូទៅ ហើយតាមដានដង្ហើមយ៉ាងដិតដល់

↓ *មិនដកដង្ហើម ឬដកចង្ការមាន់*

B

- ▶ **ហៅរកជំនួយ ។**
- ▶ បញ្ជូនទៅកន្លែងសង្គ្រោះទារក។
- ▶ ភ្ញើយដាក់ក្បាល/ក ទារកបន្តិច។
- ▶ ចាប់ផ្តើមបញ្ចូលខ្យល់ដោយម៉ាស់មុខនិងសប់ខ្យល់ក្នុងរវាង១នាទីបន្ទាប់ពីកើត a។
- ▶ ប្រាកដថាទ្រូងទារកកំពុងមានចលនា។

ដកដង្ហើមល្អ → តាមដានយ៉ាងដិតដល់ បើបន្តដកដង្ហើមបានល្អ

↓ *បន្ទាប់ពី៣០-៦០វិនាទី*

រាប់ចង្វាក់បេះដូងដោយស្តេតូ

បើចង្វាក់បេះដូង < ៦០/នាទី →
- ▶ សង្កត់ទ្រូង រហូតចង្វាក់បេះដូង ≥ ១០០/នាទី *(មើលរូបក្នុងទំ.៨០)*។
- ▶ ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដែលមានកំរិតខ្ពស់ជាងមុន។
- ■ បើចង្វាក់បេះដូងនៅតែ < ៦០/នាទី ចូរពិចារណា ៖

↓ *បើចង្វាក់បេះដូង ≥៦០/នាទី*

C

- ■ **ចង្វាក់បេះដូង ៦០–១០០/នាទី៖**
  - ▶ អនុវត្តជំហាននៃការសប់បញ្ចូលខ្យល់យ៉ាងត្រឹមត្រូវ។
- ■ **ចង្វាក់បេះដូង > ១០០/នាទី៖**
  - ▶ បន្តសប់បញ្ចូលខ្យល់ក្នុងល្បឿន៤០ដង្ហើមក្នុង១នាទី។

គំនូសបំព្រួញទី១២. គ

- បន្តសប់បញ្ចូលខ្យល់ក្នុងល្បឿន៤០ដង្ហើមក្នុង១នាទី។
- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដែលមានកំរិតខ្ពស់ជាងមុន។
- បឺតស្លេស្មបើចាំបាច់។
- វាយតម្លៃឡើងវិញរៀងរាល់១-២នាទី។

- ១-២នាទីម្តង ចូរឈប់ដើម្បីមើលថាទារកដកដង្ហើមដោយខ្លួនឯងឬនៅ ។
- ឈប់សប់ញ្ចូលខ្យល់បើចង្វាក់ដង្ហើម >៣០ដង្ហើមក្នុង១នាទី។
- ផ្តល់ការថែទាំក្រោយពេលសង្គ្រោះ។ មើលផ្នែកទី៣.២.១, ទំ.៨២)។

បើចង្វាក់បេះដូង >១០០/នាទី

- ការគាំទ្រដោយសប់បញ្ចូលខ្យល់។
- ឱសថ adrenaline តាមសរសៃ
- បញ្ជូន បើអាច
- ■ បើគ្មានចង្វាក់បេះដូងយូរជាង១០នាទី ឬនៅតែ < ៦០/នាទីប្រហែល២០នាទី, បញ្ឈប់ការសង្គ្រោះ (មើលផ្នែក ៣.២.២, ទំ. ៨២)។

[a] ចំពោះទារកដែលបាននៅក្នុងផ្ទៃ > ៣២សប្តាហ៍ គួរចាប់ផ្តើមដោយការបញ្ចូលខ្យល់សម្ពាធវិជ្ជមាន។ ចំពោះទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ គួរតែចាប់ផ្តើមដោយអុកស៊ីហ្សែន៣០% បើអាច ។

A និង B គឺជាជំហានជាមូលដ្ឋាននៃការសង្គ្រោះ

គំនូសបំព្រួមទី១២. ការសង្គ្រោះទារកទើបនឹងកើត ៖ ជំហាន និង ដំណើរការ

អ្នកមិនចាំបាច់ទះទារកទេ គ្រាន់តែរីតខ្នងពីរឬបីដង និងជូតសម្ងួតឲ្យសព្វកន្លែង គឺគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការភ្ញោចហើយ។

A. ផ្លូវដង្ហើម

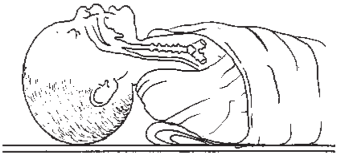
- ▶ ងើយក្បាលទារកបន្តិច ដើម្បីបើកផ្លូវដង្ហើម។
- ▶ មិនត្រូវបឺតគ្រប់ករណីទេ។ បឺតផ្លូវដង្ហើម បើមានទឹកភ្លោះលាយអាចម៍ព្រៃ **ហើយ**ទារកមិនយំ និង**មិន**កម្រើកអវៈយវៈ។ ប្រសិនបើទឹកភ្លោះថ្លា នោះគួរបឺតតែក្នុងករណីទឹកភ្លោះពេញមាត់ឬច្រមុះប៉ុណ្ណោះ។
  - បឺតមាត់ ច្រមុះ និងបំពង់ក តាមទិសដៅដែលភ្នែកមើលចំត្រង់, មិនត្រូវបឺតត្រង់ពីបំពង់កទេ ព្រោះវាអាចបណ្តាលឲ្យបាត់ដង្ហើម ឬបេះដូងដើរយឺត។

B. ការដកដង្ហើម

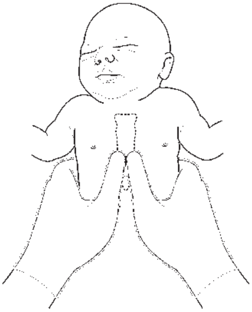
- ▶ ជ្រើសរើសម៉ាស់ដែលមានទំហំត្រូវនឹងច្រមុះ និងមាត់ទារក(មើលខាងក្រោម)៖ លេខ១ សម្រាប់ទារកមានទម្ងន់ធម្មតា, លេខ០ សម្រាប់ទារកតូច (< ២.៥ kg)
- ▶ សប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយថង់ និងម៉ាស់ ក្នុងល្បឿន ៤០–៦០ ដង្ហើម/នាទី។
- ■ ធានាថាទ្រូងទារកមានចលនានៅពេលអ្នកច្របាច់ថង់ខ្យល់, ចំពោះទារកតូច ត្រូវប្រាកដថាទ្រូងមិនមានចលនាខ្លាំងពេកទេ (អាចបណ្តាលឲ្យខ្យល់ចូលស្រោមសួត)។

C. ប្រព័ន្ធឈាមរត់

- សង្កត់ទ្រូងប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូង < ៦០/នាទីបន្ទាប់ពីការសប់បញ្ចូលខ្យល់ ៣០-៦០វិនាទីរួច ហើយមានចលនាទ្រូងគ្រប់គ្រាន់ ៖ សង្កត់ទ្រូង៩០ដង ត្រូវនឹង៣០ដង្ហើម/នាទី (សង្កត់ទ្រូង៣ដង: ១ដង្ហើម រៀងរាល់២វិនាទី)។
- ដាក់មេដៃទាំង២ លើសន្ទះទ្រូង នៅជាប់ពីក្រោមខ្សែដែលតភ្ជាប់ក្បាលដោះទាំង២ (មើលរូប)។
- សង្កត់មួយភាគបីនៃអង្កត់ផ្ចិតរបស់ទ្រូងពីមុខ-ទៅក្រោយ។



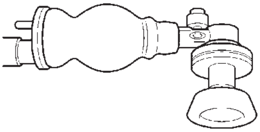
ទីតាំងក្បាលត្រឹមត្រូវដើម្បីបើកផ្លូវដង្ហើម និងសម្រាប់សប់បញ្ចូលខ្យល់។ មិនត្រូវទាញកខ្លាំងនោះទេ។



ទីតាំងដៃត្រឹមត្រូវសម្រាប់ធ្វើម៉ាស្សាបេះដូងឲ្យទារកទើបកើត។ ប្រើមេដៃសង្កត់ពីលើសន្ទះទ្រូង។

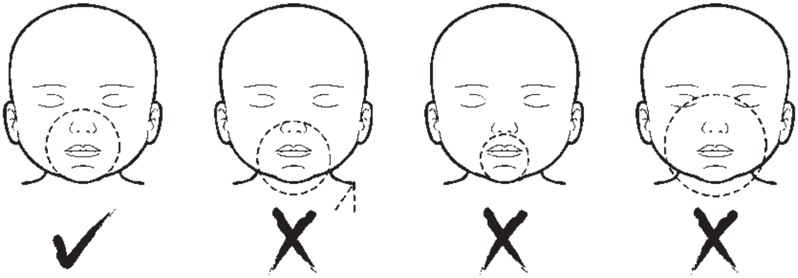
គំនូសបំព្រួមទី១២. ការសង្គ្រោះទារកទើបកើត

ថង់សប់បញ្ចូលខ្យល់ទារកដែលប៉ោងខ្លួនឯង និង ម៉ាស់រាងមូល



ការពាក់ម៉ាស់ពីលើមុខទារក ៖

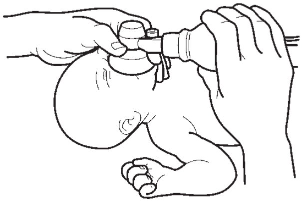
ទំហំនិងទីតាំងរបស់ម៉ាស់ត្រឹមត្រូវ	*ដាក់ម៉ាស់ក្រោមពេក*	*ម៉ាស់តូចពេក*	*ម៉ាស់ធំពេក*



ត្រូវ	*ខុស*	*ខុស*	*ខុស*

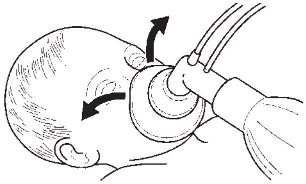
សប់បញ្ចូលខ្យល់ឲ្យទារកទើបកើតដោយថង់ខ្យល់ និងម៉ាស់ប្រើម្រាមទី៣ ទាញបើកថ្គាមទារកមកផ្ទឹបនឹងម៉ាស់។

មិនត្រូវទាញកខ្លាំងនោះទេ។



ការគ្របម៉ាស់មិនជិត

ប្រសិនបើអ្នកឮសំឡេងខ្យល់ចេញពីម៉ាស់ គួរគ្របម៉ាស់ឡើងវិញ។ កន្លែងចេញខ្យល់ដែលឃើញមានញឹកញាប់ជាងគេ គឺស្ថិតនៅចន្លោះច្រមុះ និងថ្គាល់។



៣. បញ្ហារបស់ទារក

៣.២.១ ការថែទាំក្រោយពេលសង្គ្រោះ

បន្ទាប់ពីសញ្ញាជីវិតត្រឡប់មកធម្មតាវិញហើយ ទារកដែលត្រូវបានសង្គ្រោះហើយមានការប្រឈមនឹងស្ថានភាពចុះដុនដាបឡើងវិញ។ នៅពេលបញ្ចូលខ្យល់គ្រប់គ្រាន់ហើយប្រព័ន្ធឈាមមានដំណើរការ ៖

- បញ្ឈប់ការបញ្ចូលខ្យល់។
- យកទារកទៅដាក់ឲ្យស្បែកប៉ះនឹងស្បែកជាមួយម្ដាយ ឲ្យបានឆាប់បំផុត។
- តាមដានយ៉ាងដិតដល់លើការពិបាកដកដង្ហើម សញ្ញានៃការថប់ដង្ហើម និងរង់ចាំផ្ដល់ការថែទាំចាំបាច់បន្តទៀត។

៣.២.២ ការបញ្ឈប់ការសង្គ្រោះ

វាជាការសមស្របក្នុងការពិចារណាបញ្ឈប់ការសង្គ្រោះ ប្រសិនបើ ៖

- ទារកមិនដកដង្ហើម ហើយរកចង្វាក់បេះដូងមិនឃើញមានយូរជាង១០នាទី គួរបញ្ឈប់ការសង្គ្រោះ។
- បើគ្មានការដកដង្ហើមដោយខ្លួនឯង ហើយចង្វាក់បេះដូងនៅតែ < ៦០/នាទី បន្ទាប់ពីបានផ្ដល់ការសង្គ្រោះ២០នាទីកន្លងទៅ គួរបញ្ឈប់ការសង្គ្រោះសកម្ម។

កត់ត្រាហេតុការណ៍ ហើយពន្យល់ម្ដាយ ឬឪពុកម្ដាយ ថាទារកបានស្លាប់ទៅហើយ។ ប្រគល់ទារកទៅឲ្យពួកគាត់បីបើពួកគាត់ចង់។

៣.៣ ការថែទាំទូទៅសម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត

ការថែទាំទូទៅដែលរៀបរាប់ខាងក្រោម គឺត្រូវធ្វើចំពោះទារកទើបកើតទាំងអស់ ទោះជាកើតក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬក្រៅមន្ទីរពេទ្យហើយត្រូវបាននាំមកមន្ទីរពេទ្យក្ដី។

- ដាក់ទារកលើទ្រូងម្ដាយ ឬនៅចំហៀងខ្លួនម្ដាយ ដោយឲ្យស្បែកប៉ះនឹងស្បែកក្នុងបន្ទប់មួយដែលមានភាពកក់ក្ដៅនិងគ្មានធូលី។
- ចាប់ផ្ដើមការបំបៅដោះក្នុងអំឡុង១ម៉ោងដំបូង នៅពេលទារកបង្ហាញសញ្ញាឃ្លានបៅ។

- អនុញ្ញាតឲ្យទារកបៅតាមចិត្តចង់ តាមដែលអាចជញ្ជក់បាន។
- ផ្តល់វីតាមីន K តាមសាច់ដុំ (phytomethadione) ដល់ទារកទើបកើតទាំងអស់។
  - ១អំពូល (១mg/0.៥ml ឬ ១mg/ml) តែមួយលើក។ (មិនត្រូវប្រើអំពូល ១0mg/ml ឡើយ)
  - ចំពោះទារកកើតមិនគ្រប់ខែ គួរផ្តល់ 0.៤mg/kg តាមសាច់ដុំ (ដូសអតិបរមាគឺ ១mg)។
- រក្សាទងផ្ចិតឲ្យស្អាត និងស្ងួត។
- ដាក់ទឹកបន្តក់ភ្នែកឬក្រមួនភ្នែកអង់ទីសិបទិក (ឧទា. ក្រមួនភ្នែក tetracycline) ក្នុងភ្នែកទាំង២ តែមួយលើក, ដោយយោងតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ។
- ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺស្វិតដៃជើងតាមមាត់ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងរបេង (BCG) ដោយយោងតាមគោលការណ៍ជាតិ។

៣.៤ ការបង្ការការបង្ករោគលើទារកទើបកើត

ការបង្ករោគពេលទើបកើតជាច្រើន អាចត្រូវបានបង្ការដោយ ៖

- ចៀសវាងការបំបែកទារកទើបកើតចេញពីម្តាយដោយមិនចាំបាច់ ឧទា. យកដាក់នៅអគារកុមារ
- លាងសម្អាតដៃមុនពេលធ្វើការសម្រាលកូន និងពេលប៉ះពាល់ទារក
- អនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន និងបរិស្ថាន ក្នុងពេលសម្រាលកូន (ឧទា. ប្រើក្រែម chlorhexidine រាល់ពេលពិនិត្យទ្វារមាសម្តាយ)
- ការថែទាំទងផ្ចិតយ៉ាងសមស្រប
- ការថែទាំភ្នែកយ៉ាងសមស្រប

ត្រូវផ្តល់អង់ទីប៊ីយោទិកបង្ការតែក្នុងករណីដែលទារកត្រូវបានកត់ចំណាំថាមានកត្តាគ្រោះថ្នាក់នៃការបង្ករោគតែប៉ុណ្ណោះ ៖

- បែកទឹកភ្លោះយូរជាង ១៨ម៉ោង មុនពេលប្រសូត។
- ម្តាយមានគ្រុនក្តៅ > ៣៨°C មុនពេលសម្រាល ឬពេលឈឺពោះសម្រាល។

- ទឹកភ្លោះមានក្លិនអាក្រក់ ឬមានខ្ទុះ។

▶ ផ្តល់ឱសថ ampicillin និង gentamicin តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃ យ៉ាងតិច២ថ្ងៃ រួចធ្វើការវាយតម្លៃឡើងវិញ, បន្តការព្យាបាលតែក្នុងករណីមានសញ្ញានៃការរាតត្បាតមេរោគក្នុងឈាម (ឬលទ្ធផលបណ្តុះឈាមវិជ្ជមាន) ប៉ុណ្ណោះ។

ការបង្ករោគលើទារកជាច្រើនដែលកើតមានយឺតយ៉ាវ អាចកើតឡើងក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ ការបង្ករោគទាំងនេះអាចត្រូវបានបង្ការដោយ ៖

- ការបំបៅដោយដោះម្តាយសុទ្ធ
- ទម្រង់ការតឹងរ៉ឹងសម្រាប់ការលាងសម្អាតដៃ ឬលាងដៃនឹងអាល់កុល ចំពោះបុគ្គលិកនិងក្រុមគ្រួសារទាំងអស់មុនពេលនិងក្រោយពេលប៉ះពាល់ទារក
- ប្រើមធ្យោបាយការថែទាំបែបកង់ហ្គារូ (អានទំ.៩៤) ហើយចៀសវាងការដាក់ទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែក្នុងកែវ (incubator)។ ប្រសិនបើប្រើកែវដាក់ទារក ចូរកុំប្រើទឹកសម្រាប់ធ្វើសំណើម (ព្រោះបាក់តេរី Pseudomonas នឹងមករស់នៅយ៉ាងងាយ) ហើយធានាថាសម្អាតកែវសព្វកន្លែងដោយប្រើអង់ទីសិបទិក។
- អនុវត្តរាល់ទម្រង់ការស្ទេរីលយ៉ាងតឹងរ៉ឹង
- អនុវត្តការចាក់ម្ជុលប្រកបដោយភាពស្អាត
- ដកសេរ៉ូមចេញនៅពេលឈប់ត្រូវការ

៣.៥ ការគ្រប់គ្រងទារកដែលខួរក្បាលទាំងមូលខ្វះអុកស៊ីហ្សែន (HIE)

ការខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងខួរក្បាលទាំងមូល(Hypoxic ischaemic encephalopathy) អាចបណ្តាលមកពីកង្វះអុកស៊ីហ្សែនទៅកាន់សរីរាង្គសំខាន់ៗ ក្នុងពេលសម្រាល ឬភ្លាមៗបន្ទាប់ពីសម្រាល។ ការព្យាបាលដំបូង គឺការសង្គ្រោះប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដូចរៀបរាប់ខាងលើ។

បញ្ហាដែលកើតឡើងប៉ុន្មានថ្ងៃបន្ទាប់ពីប្រសូត ៖

- *ការប្រកាច់* ៖ ព្យាបាលដោយឱសថ phenobarbital (អានទំ. ៨៧); ប្រាកដថាគ្មានជាតិស្ករចុះទាប (មើលជាតិស្ករក្នុងឈាម)។
- *ការបាត់ដង្ហើម* ៖ កើតឡើងញឹកញាប់បន្ទាប់ពីមានការថប់ដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ; ដែលជួនកាលមានពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រកាច់។ សង្គ្រោះដោយប្រើថង់ខ្យល់ និងម៉ាស់ ហើយគ្រប់គ្រងដោយផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនតាមបំពង់ខ្នែងច្រមុះ (nasal prongs)។
- *គ្មានលទ្ធភាពជញ្ជក់* ៖ ផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដែលបានច្របាច់តាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ។ ចៀសវាងការទុកឲ្យពោះនៅទទេរយូរ ដែលអាចបណ្តាលឲ្យក្អែទឹកដោះ។
- *កម្លាំងសាច់ដុំកន្ត្រាក់មិនខ្លាំង* ៖ ទន់ខ្សោយ ឬរឹងអវះយវះ (សាច់ដុំរឹង)

ជាទូទៅ *ទារកដែលមានភាពសកម្មធម្មតា* នឹងអាចជញ្ជក់ដោះបានឡើងវិញ។ បន្ទាប់ពីកើតបានមួយសប្តាហ៍ បើទារកនៅតែមានចលនាទន់ខ្សោយ ឬសាច់ដុំរឹង, ស្ពឹក និងមិនអាចជញ្ជក់, នោះទារកមានរបួសខួរក្បាលយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ហើយនឹងមិនអាចជញ្ជក់បានល្អទេ។ គួរពិភាក្សាពីបញ្ហានេះជាមួយឪពុកម្តាយក្នុងពេលដែលទារកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។

៣.៦ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់លើទារកទើបកើត និងទារកតូចៗ

ជាញឹកញាប់ ទារកទើបកើត និងទារកតូចៗ បង្ហាញសញ្ញា និងរោគសញ្ញាមិនជាក់លាក់ដែលបញ្ជាក់ប្រាប់ពីជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ សញ្ញាទាំងនេះអាចបង្ហាញឡើងក្នុងពេល ឬក្រោយពេលសម្រាល ឬក្នុងពេលនាំទារកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬកើតឡើងក្នុងពេលស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ គោលដៅនៃការគ្រប់គ្រងដំបូងលើទារកទើបកើតដែលមានសញ្ញាទាំងនេះ គឺដើម្បីធ្វើឲ្យពួកគេមានស្ថានភាពនឹងនរ និងបង្ការភាពចុះដុនដាបថែមទៀត។ សញ្ញាទាំងនោះមានដូចជា ៖

- បៅដោះមិនបានល្អ
- ប្រកាច់
- សន្លឹម ឬសន្លប់
- មានចលនាតែនៅពេលភ្ញោច ឬគ្មានចលនាទាំងស្រុង

៣. បញ្ហារបស់ទារក

- ដកដង្ហើមញាប់ (៦០ដងក្នុងមួយនាទី)
- សំឡេងដូចប្រឹង (grunting)
- ប្រអប់ទ្រូងផតចូលខ្លាំង
- សីតុណ្ហភាពកើនឡើង > ៣៨°C
- សីតុណ្ហភាពចុះទាប < ៣៥.៥°C
- សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ

ការគ្រប់គ្រងបន្ទាន់លើសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ ៖

- បើក និងរក្សាផ្លូវដង្ហើម។ ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនតាមបំពង់ខ្សែងច្រមុះ (nasal prongs) ប្រសិនបើសម្បុរទារកឡើងពណ៌ស្វាយ ឬមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ឬខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម (កំហាប់អុកស៊ីហ្សែន ≤ ៩០%)។
- សប់បញ្ចូលខ្យល់អុកស៊ីហ្សែនតាមថង់ខ្យល់និងម៉ាស់ (ទំ.៨១) (ឬខ្យល់ក្នុងបន្ទប់ បើគ្មានអុកស៊ីហ្សែន) ប្រសិនបើទារកបាត់ដង្ហើម ដកចង្អោរមាន់ ឬមានចង្វាក់ដង្ហើមយឺតពេក (< ២០)។
- ចាក់សេរ៉ូមចូលសរសៃវ៉ែន
- ផ្តល់ឱសថ ampicillin (ឬ penicillin) និង gentamicin (មើលខាងក្រោម)។
- ប្រសិនបើសន្លឹម សន្លប់ ឬប្រកាច់ ចូរពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម។ បើជាតិស្ករ < ២.២ mmol/l (< ៤០mg/១០០ml), ផ្តល់ជាតិស្ករ ១០% ចំនួន ២ml/kg តាមសរសៃ។ បន្ទាប់មកដាក់សេរ៉ូម ដោយប្រើជាតិស្ករ១០% ចំនួន ៥ml/kg ក្នុងរយៈពេល១ម៉ោង ចំនួនពីរបីថ្ងៃ។ បើអ្នកមិនអាចពិនិត្យជាតិស្ករយ៉ាងឆាប់រហ័សទេ គួរសន្មតថាជាតិស្ករទារកចុះទាប ហើយផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃតែម្តង។ បើអ្នកមិនអាចចាក់បញ្ចូលម្ជុលទេ គួរផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដែលបានច្របាច់ ឬជាតិស្ករតាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ។
- ផ្តល់ឱសថ phenobarbital បើទារកកំពុងប្រកាច់ (អានទំ.៨៧)។
- អោយកុមារសំរាកពេទ្យ។

- ផ្ដល់វីតាមីន K (បើមិនបានផ្ដល់ពីមុនមក)។
- តាមដានទារកជាញឹកញាប់ (មើលខាងក្រោម)។

៣.៧ ការប្រកាច់

មូលហេតុញឹកញាប់បំផុតនៃការប្រកាច់របស់ទារកទើបកើត រួមមាន ៖

- ការខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងខួរក្បាលទាំងមូល (HIE) (ជាលទ្ធផលនៃការថប់ដង្ហើមលើទារកទើបកើត)
- ការបង្ករោគក្នុងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល
- ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប
- កាល់ស្យូមក្នុងឈាមចុះទាប

ការព្យាបាល

ការគ្រប់គ្រងទារកទើបកើត ឬទារកតូចដែលកំពុងប្រកាច់ ៖

- គ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម និងការដកដង្ហើម។
- ធានាថាមានផ្លូវចូលទៅប្រព័ន្ធឈាមដោយចាក់សេរ៉ូមរួចជាស្រេច។
- បើជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប ផ្ដល់ជាតិស្ករតាមសរសៃ ឬតាមបំពង់ស៊ កចូលក្រពះតាមច្រមុះ (ជាតិស្ករ១០% ចំនួន ២ml/kg)។ បើមិនអាចវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាមទេ ត្រូវសន្មតផ្ដល់ការព្យាបាលដោយជាតិស្ករ។
- ព្យាបាលការប្រកាច់ដោយឱសថ phenobarbital (កំរិតថ្នាំដំបូងចំនួន ២០ mg/kg តាមសរសៃ)។ បើនៅតែប្រកាច់ ផ្ដល់បន្ថែមទៀតចំនួន ១០mg/kg អាចដល់កម្រិតអតិបរមាសរុប ៤០mg/kg។ សង្កេតមើលការបាត់ដង្ហើម។ ត្រូវត្រៀមថង់ខ្យល់និងម៉ាស់ជាប់ជានិច្ច។ បើចាំបាច់ អាចបន្តផ្ដល់ឱសថ phenobarbital ក្នុងកំរិតទប់(រក្សាលំនឹង) ចំនួន ៥mg/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ។
- បើកាល់ស្យូមក្នុងឈាមចុះទាប នោះរោគសញ្ញាអាចនឹងបាត់ទៅវិញប្រសិនបើផ្ដល់ calcium gluconate ១០% ចំនួន ២ml/kg តាមសរសៃយឺតៗ ហើយបន្ត

ដោយផ្តល់បន្ថែមតាមមាត់។

- រកមើលការបង្ករោគក្នុងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល។ ផ្តល់ការព្យាបាលប្រសិនបើមានការបង្ករោគ (មើលខាងក្រោម)។

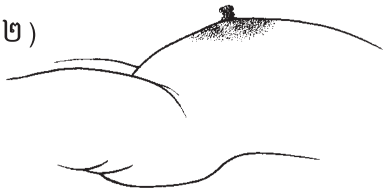
៣.៨ ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី

ទារកទើបកើតដែលមានកំណត់ត្រាអំពីកត្តាគ្រោះថ្នាក់ (អានទំ.៨៣) គឺងាយនឹងមានការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី។ រាល់**សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់**ដែលរៀបរាប់ក្នុងផ្នែកទី ៣.៦ គឺជាសញ្ញានៃការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី ប៉ុន្តែក៏មានសញ្ញាដទៃខ្លះទៀតដែរ ៖

- កើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរ
- ការហើមពោះធ្ងន់ធ្ងរ

សញ្ញានៃការបង្ករោគតាមកន្លែងមានដូចជា ៖

- សញ្ញានៃជំងឺរលាកសួត (អានផ្នែកទី ៤.២)
- ពងខ្ទុះជាច្រើនលើស្បែក
- ទងផ្ចិតនិងស្បែកជុំវិញទងផ្ចិតឡើងពណ៌ក្រហម
- ហូរខ្ទុះតាមទងផ្ចិត
- បង្ហើយប៉ោង (មើលខាងក្រោម)
- ឈឺសន្លាក់ ហើមសន្លាក់ មិនសូវមានចលនា និងរញ៉ាំរញ៉ូវប្រសិនបើប៉ះសារពាង្គកាយទាំងនេះ



ការក្លាយរោគនៅទងផ្ចិត ដែលធ្វើឲ្យស្បែកជុំវិញទងផ្ចិតឡើងពណ៌ក្រហម។ ការរលាករាលដាលផុតពីទងផ្ចិតទៅដល់ជញ្ជាំងពោះ។

ការព្យាបាល

ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក

គួរផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ដល់កុមារដែលសង្ស័យថាមានការក្លាយរោគ។

- អោយសំរាកពេទ្យ។

- នៅពេលដែលអាច ត្រូវធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ហើយធ្វើការបណ្ដុះមេរោគ មុននឹងចាប់ផ្ដើមប្រើអង់ទីប៊ីយោទិក។
- ចំពោះទារកទើបកើតដែលមានសញ្ញានៃការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី ឬការក្លាយរោគ គួរផ្ដល់ឱសថ ampicillin (ឬ penicillin) និង gentamicin ជាការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកជំហានដំបូង (ចំពោះកំរិតថ្នាំ សូមអានទំ. ១១០–១១៣)
- ប្រសិនបើមានការប្រឈមខ្ពស់នឹងការបង្ករោគដោយបាក់តេរី staphylococcus (ពងខ្ទុះជាច្រើនលើស្បែក, អាប់សែ ឬការបង្ករោគនៅទងផ្ចិត រួមទាំងសញ្ញានៃការក្លាយរោគ), គួរផ្ដល់ឱសថ cloxacillin និង gentamicin តាមសរសៃ។
- គួរព្យាបាលការបង្ករោគដោយបាក់តេរីដែលធ្ងន់ធ្ងរបំផុត ដោយឱសថអង់ទីប៊ី-យោទិក រយៈពេលយ៉ាងតិច៧-១០ថ្ងៃ។
- ប្រសិនបើទារកមិនបានធូរស្រាលក្នុងរយៈពេលពីរបីថ្ងៃទេគួរប្ដូរអង់ទីប៊ីយោទិក ឬបញ្ជូនទារកទៅកន្លែងព្យាបាលបន្តទៀត។

ការព្យាបាលដទៃទៀត

- ប្រសិនបើទារកសន្លឹម ឬសន្លប់ ត្រូវប្រាកដថាគ្មានការចុះទាបនៃជាតិស្ករទេ (អានទំ. ៨៧), ប្រសិនបើមាន គួរផ្ដល់ជាតិស្ករ១០% តាមសរសៃចំនួន ២ml/kg។
- ព្យាបាលការប្រកាច់ដោយឱសថ phenobarbital (អានទំ. ៨៧)។
- ចំពោះការព្យាបាលការហូរខ្ទុះតាមភ្នែក សូមអានទំ. ១០៦។
- ប្រសិនបើកុមារត្រូវបានបញ្ជូនមកពីតំបន់គ្រុនចាញ់ ហើយមានគ្រុនក្ដៅ គួរធ្វើតេស្ដឈាមរកមេរោគគ្រុនចាញ់។ ជំងឺគ្រុនចាញ់លើទារកទើបកើត គឺជាករណីកម្រខ្លាំងណាស់។ បើកើតពិតមែន គួរព្យាបាលដោយឱសថ artesunate ឬ quinine (អានទំ. ២៤៧)។
- សម្រាប់ការថែទាំគាំទ្រ សូមអានទំ. ៩១។

៣.៩ ជំងឺរលាកស្រោមខួរ

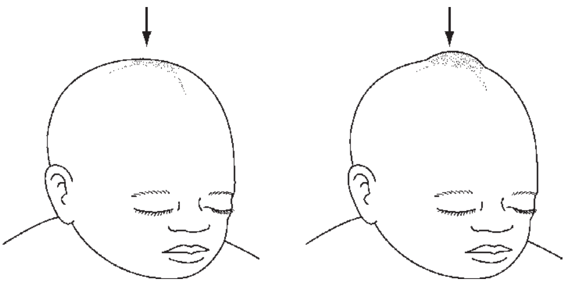
សញ្ញាគ្លីនិក

គួរសង្ស័យជំងឺរលាកស្រោមខួរ ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី (អានផ្នែកទី៣.៨) ជាពិសេសបើមានសញ្ញាណាមួយដូចខាងក្រោម ៖

ទារក ៖

- សន្លឹម ល្ងិតល្ងៃ ឬសន្លប់
- ប្រកាច់
- មានបង្ហើយប៉ោង
- រញ្ជួំរញ្ជៀវ
- យំយ៉ាងគ្រលួចៗ

ជាការសំខាន់ត្រូវព្យាយាមធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង នៅពេលកុមារមានស្ថានភាពនឹងនរត្លាម, ល្អបំផុតគឺក្នុងអំឡុង២ម៉ោងនៃការព្យាបាលជំហានដំបូងដោយអង់ទីប៊ីយោ-ទិក ព្រោះវាអាចបញ្ជាក់បន្ថែមលើរោគវិនិច្ឆ័យ។



បង្ហើយប៉ោង – សញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរលើទារកតូចៗ

ការព្យាបាល

- អង់ទីប៊ីយោទិកជម្រើសទី១គឺ ampicillin និង gentamicin រយៈពេល៣សប្តាហ៍(អានទំ. ១១០–១១៣)។
- ម្យ៉ាងទៀត អ្នកអាចផ្តល់ពពួកឱសថ cephalosporin ជំនាន់ទី៣ ដូចជា

ceftriaxone (៥0mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោង បើអាយុក្រោម៧ថ្ងៃ, និង ៧៥mg/kg បើអាយុលើស១សប្តាហ៍) ឬ cefotaxime (៥0 mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោង បើអាយុក្រោម៧ថ្ងៃ ឬរៀងរាល់៦-៨ម៉ោង បើអាយុលើស៧ថ្ងៃ), និង gentamicin រយៈពេល៣សប្តាហ៍។

- បើមានសញ្ញានៃការខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន (អានទំ. ៩៣)។
- បើទារកសន្លឹម ឬសន្លប់ ត្រូវប្រាកដថាមិនមានការចុះទាបនៃជាតិស្ករ (អានទំ. ៨៧), បើមានពិត ផ្តល់ជាតិស្ករ១0% តាមសរសៃចំនួន ២ml/kg។
- ព្យាបាលការប្រកាច់ (នៅពេលប្រាកដថាវាមិនបណ្តាលមកពីជាតិស្ករចុះទាប ឬខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម) ដោយឱសថ phenobarbital (អានទំ. ៨៧)។
- ពិនិត្យកម្រិតជាតិស្ករជាប្រចាំ។

៣.១0 ការថែទាំគាំទ្រ សម្រាប់ទារកទើបកើតដែលឈឺ

៣.១0.១ បរិយាកាសកក់ក្តៅ

- រក្សាភាពស្ងួតដល់ទារក និងរុំក្រណាត់ឲ្យល្អ។
- ថែទាំក្នុងបន្ទប់កក់ក្តៅ (តិចបំផុត ២៥°C)។ ការដាក់ទារកឲ្យប៉ះស្បែកនឹងស្បែកជាមួយម្តាយ (ការថែទាំបែបកង់ហ្គារូ, ទំ.៩៥) ពេញ២៤ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ គឺជាមធ្យោបាយដ៏មានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការផ្តល់កម្តៅដល់ទារក។ អាចត្រូវការប្រើម៉ាស៊ីនកម្តៅ នៅពេលម្តាយងងុយដេក ឬឈឺធ្ងន់។
- ព្យាយាមកុំធ្វើឲ្យទារករងារ ក្នុងពេលធ្វើការពិនិត្យ ឬពិនិត្យអមគ្លីនិក។
- ពិនិត្យសីតុណ្ហភាពទារកជាប្រចាំ ដើម្បីប្រាកដថាវាស្ថិតក្នុងចន្លោះ ៣៦.៥–៣៧.៥°C (៩៧.៧–៩៩.៥°F) វាស់នៅរន្ធគូថ ឬចន្លោះ ៣៦.0–៣៧.0°C (៩៦.៨–៩៨.៦°F) វាស់នៅក្លៀក។ ប្រើទែម៉ូម៉ែត្រដែលវាស់សីតុណ្ហភាពទាបដើម្បីធានាថាវាអាចរកឃើញការចុះទាបនៃសីតុណ្ហភាពរបស់ទារក។

៣.១០.២ ការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក

លើកទឹកចិត្តឲ្យម្តាយបំបៅដោះកូនឲ្យបានញឹកញាប់ ដើម្បីបង្ការជាតិស្ករចុះទាប។ បើទារកមិនអាចបៅដោះ គួរផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដែលបានច្របាច់តាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។

- បញ្ឈប់ការបំបៅ ប្រសិនបើមានការស្ទះពោះវៀន, រលាករលួយពោះវៀនតូច-ធំ, ឬមិនអាចទទួលអាហារបានដែលបញ្ជាក់ដោយការហើមពោះ ឬក្អួតអ្វីគ្រប់យ៉ាង។
- បញ្ឈប់ការបំបៅក្នុងដំណាក់កាលស្រួចស្រាល់ ចំពោះទារកដែលល្ហិតល្ហៃសន្លប់ ឬប្រកាច់ញឹកញាប់។

ប្រសិនបើដាក់សេរ៉ូម គួរបន្ថយល្បឿនរបស់វានៅពេលបរិមាណនៃទឹកដោះដែលផ្តល់តាមមាត់កើនឡើង។ គួរផ្តល់ជាតិទឹកដោយប្រើប៊ុយរ៉ែត ដើម្បីធានាថាបរិមាណរបស់វាត្រឹមត្រូវ។

បង្កើនបរិមាណជាតិទឹកដែលផ្តល់ក្នុង៣-៥ថ្ងៃដំបូង (បរិមាណសរុប គឺតាមមាត់ បូកនឹងតាមសរសៃ) ។

ថ្ងៃទី១	៦0ml/kg ក្នុង១ថ្ងៃ
ថ្ងៃទី២	៩0ml/kg ក្នុង១ថ្ងៃ
ថ្ងៃទី៣	១២0ml/kg ក្នុង១ថ្ងៃ
បន្ទាប់មកបង្កើនដល់	១៥0ml/kg ក្នុង១ថ្ងៃ

នៅពេលទារកអាចទទួលយកជាតិទឹកតាមមាត់ហើយ អ្នកអាចបង្កើនជាតិទឹកដល់ ១៨0ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេលប៉ុន្មានថ្ងៃ។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលផ្តល់ជាតិទឹកតាមសរសៃឈាម ព្រោះវាអាចធ្វើឲ្យកុមារលើសជាតិទឹកយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ មិនត្រូវបញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃឈាមលើសពី ១00ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃទេ លើកលែងតែកុមារខ្វះជាតិទឹក ឬស្ថិតក្នុងការព្យាបាលដោយពន្លឺ ឬម៉ាស៊ីនបំភាយកម្តៅ។ បរិមាណនេះគឺជាបរិមាណជាតិទឹក**សរុប**ដែលទារកម្នាក់ទទួល ដូច្នេះត្រូវគិតទាំងជាតិទឹកដែលចូលតាម

មាត់ នៅពេលគណនាពីល្បឿននៃសេរ៉ូម។

- ផ្តល់ជាតិទឹកបន្ថែម ប្រសិនបើទារកស្ថិតក្នុងការព្យាបាលដោយម៉ាស៊ីនបំភាយកម្តៅ (បង្កើន១.២–១.៥ ដង)។
- ក្នុងអំឡុង២ថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត គួរផ្តល់ជាតិស្ករ១០% តាមសរសៃ។ បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី២ គួរកុំប្រើជាតិស្ករដែលគ្មានសូដ្យូម។ ជាតិទឹកសមស្របដែលអាចជំនួសបាន បន្ទាប់ពី២ថ្ងៃដំបូង គឺ dextrose ៥% ក្នុងសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាពាក់កណ្តាល។

តាមដានការចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន (ល្អបំផុតគឺតាមរយៈប៊ុយរ៉ែត)។

- ប្រើតារាងតាមដាន។
- គណនាល្បឿនសេរ៉ូម។
- ពិនិត្យល្បឿននិងបរិមាណសេរ៉ូមរៀងរាល់ម៉ោង។
- ថ្លឹងទម្ងន់ទារករាល់ថ្ងៃ។
- សង្កេតមើលការហើមមុខ ៖ បើកើតឡើង បន្ថយសេរ៉ូមឲ្យដល់កម្រិតអប្បរមា ឬដោះខ្សែសេរ៉ូមចេញ។ ចាប់ផ្តើមការបំបៅដោះភ្លាម ឬការផ្តល់ទឹកដោះតាមបំពង់ចូលក្រពះតាមមាត់ ឬបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ នៅពេលអាចធ្វើបានដោយសុវត្ថិភាព។

៣.១០.៣ ការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន

▸ ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដល់ទារកទើបកើត ឬទារកតូចៗដែលមាន ៖

- សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ ឬដកចង្ការមាន់
- សំឡេងដូចប្រឹង (grunting) រាល់ពេលដកដង្ហើមនិមួយៗ
- ពិបាកក្នុងការបំបៅ ដោយសារបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម
- ប្រអប់ទ្រូងផតចូលខ្លាំង
- ងក់ក្បាល (ងក់ក្បាលស្របពេលជាមួយនឹងការដកដង្ហើម ហើយបញ្ជាក់ពីបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ)

ប្រើឧបករណ៍មើលអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម ក្នុងពេលព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន។ គួរផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន បើកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន ≤៩0%, ហើយលំហូរអុកស៊ីហ្សែនគួរមានភាពស្ថិរ ដើម្បីរក្សាកំហាប់អុកស៊ីហ្សែនឲ្យនៅ > ៩0%។ អ្នកអាចបញ្ឈប់ការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនបាននៅពេលដែលទារកអាចរក្សាកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន > ៩0% ស្ថិតក្នុងខ្យល់បន្ទប់។

សម្រាប់ទារកដែលស្ថិតក្នុងក្រុមអាយុនេះ បំពង់ខ្នែងច្រមុះ(Nasal prongs) គឺជាមធ្យោបាយដែលល្អជាងគេក្នុងការបញ្ចូលអុកស៊ីហ្សែន ដោយប្រើល្បឿន 0.៥–១ litre/នាទី, ដោយបង្កើនដល់ ២litres/នាទី ចំពោះទារកដែលមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ដើម្បីទទួលបានកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន >៩0% ។ គួរបឺតស្លេសឲ្យទារក បើស្លេសស្ទះផ្លូវដង្ហើម ហើយទារកគ្មានកម្លាំងលេបវាចូល។ គួរបញ្ឈប់ការបញ្ចូលអុកស៊ីហ្សែន នៅពេលស្ថានភាពទូទៅរបស់ទារកបានប្រសើរ ហើយលែងមានសញ្ញាខាងលើ។

៣.១0.៤ គ្រុនក្តៅខ្លាំង

មិនត្រូវប្រើឱសថបញ្ចុះកម្តៅ ដូចជា paracetamol ដើម្បីគ្រប់គ្រងគ្រុនក្តៅលើទារកតូចនោះទេ, គួរគ្រប់គ្រងបរិស្ថានជំនួសវិញ។ បើចាំបាច់ ដោះសម្លៀកបំពាក់កុមារ។

៣.១១ ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ និងទារកមានទម្ងន់ទាបពេលកើត

៣.១១.១ ទារកដែលមានទម្ងន់ពេលកើត ២.0–២.៥kg (អាយុគភ៌ ៣៥–៣៦ សប្តាហ៍)

ជាទូទៅ ទារកទាំងនេះមានកម្លាំងរឹងមាំ ល្មមអាចបៅដោះដោយខ្លួនឯង និងរក្សាសីតុណ្ហភាពក្នុងខ្លួន។ ចាប់ផ្តើមបំបៅដោះក្នុងអំឡុង១ម៉ោងដំបូងបន្ទាប់ពីកើត។ តាមធម្មតា ម្តាយរបស់ពួកគេត្រូវការការគាំទ្របន្ថែមដើម្បីផ្តល់ការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ។ គួររក្សាភាពកក់ក្តៅដល់ពួកគេគ្រប់ពេល។ រាល់ទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើតមានការប្រឈមនឹងការបង្ករោគ ដូច្នេះគួរតាមដានទារកទាំងនេះយ៉ាងដិតដល់។

៣.១១.២ ទារកដែលមានទម្ងន់ពេលកើត < ២.0kg (អាយុគភ៌ < ៣៥សប្តាហ៍)

រាល់ទារកដែលស្ថិតនៅក្នុងផ្ទៃ < ៣៥សប្តាហ៍ ឬមានទម្ងន់ពេលកើត < ២.0kg គួរ

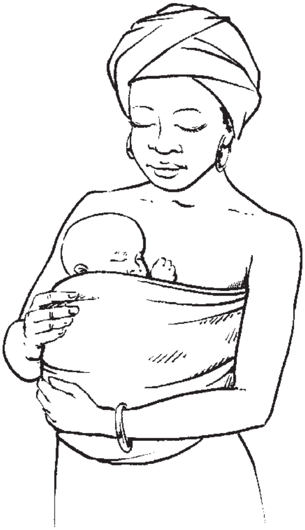
ត្រូវបានបញ្ជូនទៅអគារថែទាំពិសេស។ ទារកទាំងនេះប្រឈមនឹងការចុះទាបនៃសីតុណ្ហភាព បញ្ហាក្នុងការបំបៅ បាត់ដង្ហើម ជំងឺស្លួតស្រួចស្រាល់(RDS) និងរលាកពោះវៀនតូចធំ ។ ទារកកាន់តែតូច ការប្រឈមមានកាន់តែខ្ពស់។

ការប្រឈមគ្រោះថ្នាក់នៃការរក្សាទុកកុមារនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (ឧទា. ការឆ្លងរោគនៅមន្ទីរពេទ្យ) គួរត្រូវបានថ្លឹងថ្លែងជាមួយនឹងផលប្រយោជន៍នៃការថែទាំល្អប្រសើរ។ វាយតម្លៃទារកយ៉ាងតិច២លើកក្នុងមួយថ្ងៃ ដើម្បីមើលលទ្ធភាពបៅដោះ បរិមាណជាតិទឹកចូល ឬសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយ (ទំ.៨៥) ឬសញ្ញានៃការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី (ទំ.៨៨)។ ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយកើតឡើង គួរតាមដានយ៉ាងដិតដល់។ ការគ្រប់គ្រងបញ្ហាដែលកើតឡើងញឹកញាប់មានរៀបរាប់ខាងក្រោម។

ការបង្ការសីតុណ្ហភាពចុះទាប

ទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត (ទម្ងន់ <២000g)ដែលមានស្ថានភាពគ្លីនិកនឹងនរគួរទទួលបានការថែទាំបែបកង់ហ្គារូ ដោយចាប់ផ្តើមឲ្យបានឆាប់បំផុតបន្ទាប់ពីកើតភ្លាម ហើយប្រាកដថាធ្វើបែបនេះគ្រប់ពេល ទាំងថ្ងៃទាំងយប់។ ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំបែបកង់ហ្គារូ ៖

- ស្លៀកតែខោទឹកនោម មួក និងស្រោមជើងឲ្យទារកប៉ុណ្ណោះ។
- ដាក់ទារកឲ្យស្បែកប៉ះស្បែកជាមួយនឹងទ្រូងម្តាយនៅចន្លោះដោះរបស់គាត់ហើយក្បាលទារកងាកទៅម្ខាង។
- យកក្រណាត់ចងភ្ជាប់ទារកផ្អឹបជាមួយម្តាយ។
- ម្តាយស្លៀកសម្លៀកបំពាក់គ្របពីលើទាំងទារក និងខ្លួនគាត់។



ស្ថានភាពនៃការថែទាំទារកតូចបែបកង់ហ្គារូ។ *ចំណាំ ៖ បន្ទាប់ពីរុំទារកហើយ ពាក់មួកឲ្យទារកដើម្បីបង្ការការបាត់បង់កម្តៅ។*

- លើកទឹកចិត្តម្ដាយឲ្យបំបៅដោះកូនញឹកញាប់។

កំណត់គោលដៅនៃសីតុណ្ហភាពរាងកាយ ៣៦–៣៧°C ដោយជើងមានកម្ដៅ និងមានពណ៌ផ្កាឈូក។

ប្រសិនបើម្ដាយមិនអាចផ្ដល់ការថែទាំបែបកង់ហ្គារូទេ នោះគេអាចប្រើគ្រែវចិញ្ចឹមទារកដែលស្អាត។ គួរលាងសម្អាងគ្រែវដាក់ទារក ដោយសារធាតុរម្ងាប់មេរោគនៅចន្លោះពេលទារកមួយទៅទារកមួយទៀត ហើយគ្រែវចិញ្ចឹមទារក គួរមានលក្ខណៈសាមញ្ញដែលបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធណាម្នាក់ក៏អាចប្រើបានយ៉ាងងាយដែរ។

ស្ថានភាពនៃការថែទាំទារកតូចបែបកង់ហ្គារូ។ ចំណាំ ៖ បន្ទាប់ពីរុំទារកហើយ ពាក់មួកឲ្យទារកដើម្បីបង្ការការបាត់បង់កម្ដៅ។

ការផ្ដល់ទឹកដោះ

ទារកមានទម្ងន់ទាបពេលកើត ជាច្រើន នឹងអាចជញ្ជក់ដោះរបស់ម្ដាយបាន។ ទារកណាដែលអាចជញ្ជក់បាន គួរឲ្យបៅដោះម្ដាយ។ រីឯទារកដែលមិនអាចបៅដោះ គួរច្របាច់ទឹកដោះដាក់ក្នុងពែង ហើយបញ្ចុកទារកតាមស្លាបព្រា។ នៅពេលទារកជញ្ជក់ដោះបានល្អ ហើយឡើងទម្ងន់ នោះគួរកាត់បន្ថយការបញ្ចុកតាមស្លាបព្រា។ ចំពោះទារកដែលមិនអាចបញ្ចុកតាមពែងនិងស្លាបព្រា គួរផ្ដល់ទឹកដោះតាមបំពង់ស៊ីកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។

ផ្ដល់ទឹកដោះឲ្យទារក តែទឹកដោះរបស់ម្ដាយផ្ទាល់ខ្លួនម្នាក់ៗប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើមិនអាច គួរផ្ដល់ទឹកដោះដែលត្រូវបានបរិច្ចាគដោយស្ត្រីដទៃទៀត បើមន្ទីរពេទ្យមានកន្លែងរក្សាទុកទឹកដោះប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។ គួរផ្ដល់ទឹកដោះគោម្សៅ តែប្រសិនបើករណីទាំង២ខាងលើមិនអាចទៅរួចប៉ុណ្ណោះ។

ការពិចារណាពិសេសសម្រាប់ការផ្ដល់អាហារដល់ទារកដែលមានទម្ងន់ពេលកើត < ១.៥kg

ទារកទាំងនេះមានការប្រឈមខ្ពស់បំផុតនៃបញ្ហាក្នុងការបំបៅ និងការរលាកពោះវៀនតូច-ធំ ។ ទារកកាន់តែតូច ការប្រឈមកាន់តែខ្ពស់។

- ចាប់ពីថ្ងៃទី១ ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ចំនួន ១0ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ, ហើយតម្រូវការជាតិទឹកដែលនៅសេសសល់ គឺត្រូវដាក់សេរ៉ូមបង្គ្រប់ចំនួន ៥0ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ។ បើទារកមានសុខភាពធម្មតា និងសកម្ម ហើយមិនទទួលសេរ៉ូម, គួរផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ចំនួន ២–៤ml រៀងរាល់២ម៉ោងម្តង ដោយប្រើបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ អាស្រ័យលើទម្ងន់របស់ទារក (អានទំ.៥៧)។
- បើទារកមិនអាចទទួលទឹកដោះបានទេ គួរផ្តល់សេរ៉ូមចំនួន ៦0ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ សម្រាប់ថ្ងៃដំបូង។ ល្អបំផុតគួរប្រើបំពង់ប៊ុយរ៉ែតសម្រាប់កុមារ (១00ml), ៦0តំណក់ = ១ml ដូច្នេះមួយតំណក់ក្នុងមួយនាទី = ១ml/ម៉ោង។
- ពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមរៀងរាល់៦ម៉ោង រហូតទារកអាចទទួលទឹកដោះបាន ជាពិសេសប្រសិនបើទារកបាត់ដង្ហើម ល្ងិតល្ងៃ ឬប្រកាច់។ ទារកដែលមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងពេលកើត ប្រហែលជាត្រូវការសេរ៉ូមផ្អែម១0%។ លាយជាតិស្ករ៥0% ចំនួន ១0ml ក្នុងជាតិស្ករ៤.៣% + សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា0.១៨% ចំនួន ៩0ml, ឬប្រើសេរ៉ូមផ្អែម១0%។
- ចាប់ផ្តើមផ្តល់ទឹកដោះ នៅពេលស្ថានភាពរបស់ទារកមានលំនឹង ហើយគ្មានហើមពោះ, មានសំឡេងពោះវៀន, ជុះអាចម៍ព្រៃ និងគ្មានការបាត់ដង្ហើម។
- គណនាបរិមាណនៃទឹកដោះ និងរយៈពេលនៃការផ្តល់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ។
- ប្រើតារាងវេជ្ជបញ្ជា ។
- បង្កើនបរិមាណរៀងរាល់ថ្ងៃ បើទារកទទួលយកទឹកដោះបានល្អ។
- នៅពេលចាប់ផ្តើមផ្តល់ទឹកដោះ គួរចាប់ផ្តើមចំនួន ២–៤ml រៀងរាល់១-២ម៉ោង ដោយប្រើបំពង់ចូលក្រពះតាមមាត់ ឬតាមច្រមុះ។ ទារកមួយចំនួនដែលមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងពេលកើត និងមានភាពសកម្ម អាចទទួលការបញ្ចុកតាមពែង និងស្លាបព្រា ឬតាមបំពង់បន្តក់ដែលត្រូវតែធ្វើស្តេរីលមុននឹងផ្តល់ទឹកដោះម្តងៗ។ បើអាច គួរប្រើតែទឹកដោះច្របាច់ប៉ុណ្ណោះ។ បើទារកអាចទទួលចំនួន ២–៤ml ដោយមិនក្អួត មិនហើមពោះ ឬការបឺតទឹកដោះសល់ក្នុងក្រពះមិន

ច្រើនជាងពាក់កណ្ដាលទេ នោះអ្នកអាចបន្ថែម ១–២ml ក្នុងមួយពេល ជារៀងរាល់ថ្ងៃ។ បន្ថយឬបញ្ឈប់ការផ្ដល់ទឹកដោះ ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការពិបាកទទួល។ ព្យាយាមធ្វើឲ្យទារកអាចបៅដោះបានក្នុងអំឡុង៥-៧ថ្ងៃដំបូង ដើម្បីអាចដកសេរ៉ូមចេញដោយចៀសវាងការបង្ករោគ។

- អ្នកអាចបង្កើនបរិមាណទឹកដោះក្នុងអំឡុង២សប្ដាហ៍ដំបូងនៃជីវិត រហូតដល់ ១៥០–១៨០ml/kgក្នុងមួយថ្ងៃ(ទារកទម្ងន់១kgផ្ដល់១៩–២៣mlរាល់៣ម៉ោង, ទារកទម្ងន់ ១.៥kg ផ្ដល់ ២៨–៣៤ml រៀងរាល់៣ម៉ោង)។ នៅពេលទារកលូតលាស់ គួរគណនាបរិមាណទឹកដោះឡើងវិញ ដោយផ្អែកលើទម្ងន់ថ្មី។

▶ ផ្ដល់សារជាតិបន្ថែមនៅពេលទារកអាចទទួលទឹកដោះពេញលេញ ៖

- វីតាមីន D ចំនួន ៤០០ IU
- កាល់ស្យូម ចំនួន ១២០–១៤០mg/kg
- ផូស្វ័រ ចំនួន ៦០–៩០mg/kg។

▶ ផ្ដល់ជាតិដែកបន្ថែមនៅពេលអាយុបាន២សប្ដាហ៍ ក្នុងកំរិត ២–៤mg/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតអាយុ៦ខែ។

បង្ការការបាត់ដង្ហើម

- ផ្ដល់ឱសថ caffeine citrate និង aminophylline ដើម្បីបង្ការការបាត់ដង្ហើមចំពោះទារកកើតមិនគ្រប់ខែ។ គួរប្រើឱសថ caffeine បើមាន។

▶ កំរិតប្រើដំបូងនៃឱសថ caffeine citrate គឺ ២០mg/kg តាមមាត់ ឬតាមសរសៃ (ផ្ដល់យឺតៗ រយៈពេល៣០នាទី)។ បន្ទាប់ពី២៤ម៉ោង គួរប្រើកំរិតថ្នាំរក្សាលំនឹង ចំនួន ៥mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ, ហើយអាចបង្កើនចំនួន ៥mg/kg ថែមទៀតរៀងរាល់២៤ម៉ោង រហូតដល់កំរិតអតិបរមាគឺ ២០mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ, លើកលែងតែមានផលរំខាន។ បន្តចំនួន៤-៥ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីលែងមានការបាត់ដង្ហើម (អានទំ.១១០)។

- ប្រសិនបើគ្មានឱសថ caffeine ទេ គួរផ្តល់ឱសថ aminophylline តាមសរសៃ ក្នុងកម្រិតដំបូងចំនួន ៦mg/kg រយៈពេល២០នាទី, បន្តដោយកំរិតរក្សាលំនឹង ចំនួន ២.៥mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោង (អានទំ.១១០)។
- ប្រសិនបើមានឧបករណ៍តាមដានការបាត់ដង្ហើម គួរប្រើវា។
- ប្រសិនបើគ្មានឧបករណ៍តាមដានការបាត់ដង្ហើមទេ អ្នកអាចប្រើឧបករណ៍ មើលអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម ដោយបើកសំឡេងរោទិ៍នៅពេលមានការខ្វះ អុកស៊ីហ្សែន។ វាអាចជួយអ្នកក្នុងការតាមដានការបាត់ដង្ហើម ប្រសិនបើទារក ដកដង្ហើមដោយប្រើខ្យល់ក្នុងបន្ទប់។

៣.១១.៣ បញ្ហាដែលកើតឡើងញឹកញាប់លើទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត បណ្តុំរោគសញ្ញាវិបត្តិដង្ហើម (RDS)

ទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ មានការប្រឈមនឹងបណ្តុំរោគសញ្ញាវិបត្តិដង្ហើម (RDS) ដោយសារកង្វះសារធាតុ Surfactant។ ការប្រឈមនេះអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ប្រសិនបើម្តាយ (នៅពេលមានផ្ទៃពោះ) ដែលប្រឈមនឹងការសម្រាលកូនមុនគ្រប់ខែ(ឧទា. ការកន្ត្រាក់មុនគ្រប់ខែ ឬការបែកទឹកភ្លោះមុនគ្រប់ខែ) បានទទួលឱសថ dexameth-asone ចំនួន២ដូស ដែលក្នុងមួយដូសៗចំនួន ១២mg និងឃ្លាតពីគ្នា២៤ម៉ោង។ ជាទូទៅ បណ្តុំរោគសញ្ញាវិបត្តិដង្ហើម (RDS) កើតឡើងលើទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ ក្នុងអំឡុង៣ថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត។ វាគឺជាស្ថានភាពដែលនឹងបានធូរស្រាលដោយខ្លួនឯង ពីព្រោះការសម្រាលកូន បណ្តាលឲ្យមានការកើនឡើងនៃការផលិតសារធាតុ Surfactant ក្នុងសួត។ កិច្ចការសំខាន់គឺការគាំទ្រទារកក្នុងរយៈពេលពីរបីថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត រហូតដល់ពេលមានសារធាតុ surfactant គ្រប់គ្រាន់ឡើងវិញ។

ជាទូទៅ លក្ខណៈគ្លីនិកសំខាន់ៗនឹងបង្ហាញកាន់តែច្បាស់ក្នុងអំឡុង៤ម៉ោងបន្ទាប់ពី សម្រាល ហើយវារួមមាន៖

- ការដកដង្ហើមញាប់
- មានសំឡេងដូចប្រឹង (grunt) ពេលដកដង្ហើមចេញ

- ការផតទ្រូងនៅចន្លោះឆ្អឹងជំនី និង/ឬ ការផតទ្រូងនៅជាប់ពីក្រោមឆ្អឹងជំងឺ, និង
- សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ។

ការព្យាបាល

គោលការណ៍នៃការព្យាបាលគឺ ៖

- កាត់បន្ថយការប៉ះពាល់ទារក
- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនបើចាំបាច់ ដើម្បីរក្សាកំហាប់អុកស៊ីហ្សែនឲ្យនៅ > ៩០% ប៉ុន្តែ < ៩៥% ដើម្បីចៀសវាងការខូចខាតភ្នែក
- ដំបូងគឺមិនផ្តល់ទឹកដោះតាមមាត់ទេ
- ដាក់សេរ៉ូម (មើលខាងលើ)
- រក្សាកម្រិតសីតុណ្ហភាពធម្មតា
- ផ្តល់អង់ទីប៊ីយោទិកតាមសរសៃ សម្រាប់ការរាតត្បាតមេរោគក្នុងឈាមលើទារកទើបកើត ព្រោះយើងពិបាកនឹងលុបចោលជំងឺរលាកសួតចេញពីមូល-ហេតុនៃបញ្ហាវិបត្តិដង្ហើម

ប្រើសម្ពាធខ្យល់វិជ្ជមានបន្តរហូត ទោះបីក្នុងពេលដកដង្ហើមចេញ ដើម្បីបង្ការភាពទ្រោមស្វិតនៃផ្លូវដង្ហើម (airway collapse), កែលម្អកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន, និងកាត់បន្ថយភាពអស់កម្លាំងក្នុងការដកដង្ហើម។ អានផ្នែកទី ១០.៧ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

បើបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម ឬខ្វះអុកស៊ីហ្សែន នៅតែកើតឡើង គួរថតទ្រូងដោយកាំរស្មីអិច ដើម្បីរកមើលខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត។

ការរលាកពោះវៀនតូច-ធំ

ការរលាកពោះវៀនតូច-ធំ អាចកើតឡើងលើទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត ជាពិសេសបន្ទាប់ពីបានចាប់ផ្តើមផ្តល់ទឹកដោះ។ ស្ថានភាពនេះកើតឡើងកាន់តែញឹកញាប់លើទារកដែលបៅទឹកដោះម្សៅ ប៉ុន្តែវាក៏អាចកើតលើទារកដែលបៅដោះម្តាយផងដែរ។

សញ្ញាញឹកញាប់នៃការរលាកពោះវៀនតូច-ធំ គឺ ៖

- ហើមពោះ
- មិនអាចទ្រាំទ្រទឹកដោះបាន
- ក្អួតលាយទឹកប្រមាត់ ឬទឹកប្រមាត់ច្រាល់ឡើងមកតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ
- ឈាមក្នុងលាមក

សញ្ញាទូទៅនៃជំងឺដែលប៉ះពាល់ដល់សរីរាង្គច្រើន (systemic illness) ៖

- បាត់ដង្ហើម
- សន្លឹម ឬសន្លប់
- គ្រុនក្តៅ ឬសីតុណ្ហភាពធ្លាក់ទាប

ការព្យាបាល

- បញ្ឈប់ការផ្តល់ទឹកដោះ។
- ដាក់បំពង់ដែលស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ រួចទុកចោលអោយហូរចេញតាមដំណើរ។
- ចាប់ផ្តើមចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមផ្អែម ប្រៃ តាមសរសៃ (អានទំ.៩៧ សម្រាប់ល្បឿននៃការបញ្ចូល)។
- ចាប់ផ្តើមអង់ទីប៊ីយោទិក ៖ ផ្តល់ឱសថ ampicillin (ឬ penicillin) រួមទាំង gentamicin រួមទាំង metronidazole រយៈពេល១០ថ្ងៃ។

ប្រសិនបើទារកបាត់ដង្ហើម ឬសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដទៃទៀត គួរផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនតាមកាតេទែរច្រមុះ។ បើនៅតែបាត់ដង្ហើម ផ្តល់ឱសថ aminophylline ឬ caffeine តាមសរសៃ (អានទំ.៩៨)។

ប្រសិនបើទារកមានភាពស្លេកស្លាំង គួរពិនិត្យអេម៉ូក្លូប៊ីន (Hb) ហើយបញ្ជូនបើ Hb < ១០g/dl។

ថតកាំរស្មីអិចចំពីលើពោះ និងចំហៀងពោះ។ បើមានឧស្ម័ននៅក្នុងប្រអប់ពោះ ខាងក្រៅពោះវៀន, នោះប្រហែលជាមានការធ្លាយពោះវៀន។ សុំឲ្យគ្រូពេទ្យវះកាត់ ពិនិត្យមើលទារកជាបន្ទាន់។

ពិនិត្យទារកយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្នរៀងរាល់ថ្ងៃ។ ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ឡើងវិញតាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ នៅពេលពោះទារកលែងហើម, ទារកបន្ទោរបង់លាមកធម្មតាគ្មានឈាម, និងមិនក្អួតលាយទឹកប្រមាត់។ ចាប់ផ្តើមផ្តល់ទឹកដោះយឺតៗ ហើយបង្កើនចំនួន ១–២ml ក្នុងមួយពេលរៀងរាល់ថ្ងៃ។

៣.១១.៤ ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងការតាមដានទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត

ទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត អាចត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យនៅពេលដែល ៖

- ពួកគេគ្មាន**សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់** ឬសញ្ញានៃការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ
- ពួកគេឡើងទម្ងន់ដោយពឹងផ្អែកលើទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខ
- ពួកគេអាចរក្សាសីតុណ្ហភាពរបស់ខ្លួនក្នុងកម្រិតធម្មតា (៣៦–៣៧°C)
- ម្តាយមានភាពជឿជាក់ខ្លួនឯង និងអាចផ្តល់ការថែទាំដល់ទារក។

ទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើតគួរទទួលបានវ៉ាក់សាំងគ្រប់ចំនួន ដែលត្រូវផ្តល់ឲ្យក្នុងពេលសម្រាល ព្រមទាំងដូសទី២ ដែលត្រូវផ្តល់ឲ្យក្នុងពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

ការប្រឹក្សាក្នុងពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

មុននឹងអនុញ្ញាតឲ្យចេញ គួរផ្តល់ប្រឹក្សាដល់ឪពុកម្តាយទារកអំពី ៖

- ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ
- ផ្តល់ភាពកក់ក្តៅឲ្យទារក
- សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដែលត្រូវស្វែងរកការថែទាំ

ទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត គួរត្រូវបានតាមដានរៀងរាល់សប្តាហ៍ ដើម្បីថ្លឹងទម្ងន់ និងវាយតម្លៃលើការបំបៅដោះ និងសុខភាពទូទៅ រហូតពួកគេមានទម្ងន់ ៣kg ។

៣.១២ បញ្ហាញឹកញាប់ដទៃទៀតដែលកើតឡើងលើទារកទើបកើត

៣.១២.១ កើតលឿង

ជាង៥០% នៃទារកកើតគ្រប់ខែ និង៨០% នៃទារកកើតមិនគ្រប់ខែ មានកើតលឿងខ្លះៗ។ កើតលឿងអាចមានលក្ខណៈធម្មតា ឬខុសធម្មតា ៖

លក្ខណៈធម្មតា

- ភ្នែកនិងស្បែកពណ៌លឿង ប៉ុន្តែគ្មានសញ្ញានៃការកើតលឿងខុសធម្មតាដូចខាងក្រោមទេ។

លក្ខណៈខុសធម្មតា

- កើតឡើងក្នុងថ្ងៃទី១នៃជីវិត
- កើតឡើងយូរជាង១៤ថ្ងៃ ចំពោះទារកដែលកើតគ្រប់ខែ, និងយូរជាង២១ថ្ងៃ ចំពោះទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ
- មានគ្រុនក្តៅ
- ឡើងលឿងខ្លាំង ៖ បាតដៃនិងបាតជើង មានពណ៌លឿងខ្លាំង

កើតលឿងខុសធម្មតា អាចបណ្តាលមកពី ៖

- ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី
- ជំងឺបែកគ្រាប់ឈាមក្រហម ដោយសារក្រុមឈាមមិនត្រូវគ្នា ឬកង្វះ G៦PD
- រោគស្វាយពីកំណើត (ទំ. ១០៨) ឬការបង្ករោគក្នុងស្បូនដទៃទៀត
- ជំងឺថ្លើម ដូចជា ជំងឺរលាកថ្លើម ឬការស្ទះផ្លូវទឹកប្រមាត់ (ធ្វើឲ្យមានលាមកពណ៌ស ឬទឹកនោមក្រម៉ៅ)
- ខ្សោយក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត

ការពិនិត្យអមគ្លីនិកសម្រាប់ការកើតលឿងខុសធម្មតា

រាល់ទារកទើបកើតទាំងអស់ គួរត្រូវបានតាមដានពីការកើតលឿង ដែលអាចបញ្ជាក់ច្បាស់ដោយការវាស់ bilirubin។ នៅពេលដែលអាច គួរវាស់ bilirubin នៅលើ ៖

- ទារកទាំងអស់ ប្រសិនបើកើតលឿងក្នុងថ្ងៃទី១
- ទារកកើតមិនគ្រប់ខែទាំងអស់ (គភ៌ < ៣៥សប្តាហ៍) បើកើតលឿងក្នុងថ្ងៃទី២
- ទារកទាំងអស់ បើបាតដៃនិងបាតជើងរបស់ពួកគេមានពណ៌លឿង ទោះជាមានអាយុប៉ុន្មានក៏ដោយ។

ការពិនិត្យអមគ្លីនិកគឺអាស្រ័យលើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងអាស្រ័យលើតេស្តដែលមាន ប៉ុន្តែអាចរួមបញ្ចូល ៖

- អេម៉ូក្លូប៊ីន ឬបរិមាណកោសិកាឈាមក្រហមសុទ្ធ
- ការរាប់គ្រាប់ឈាមពេញលេញ ដើម្បីកំណត់សញ្ញានៃការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី (កោសិកា neutrophil ចុះទាប ឬឡើងខ្ពស់ និង band form > ២០%) និងសញ្ញានៃការបែកគ្រាប់ឈាម
- ប្រភេទឈាមរបស់ទារក និងម្តាយ, និងការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខ (Coombs test)
- ការវិភាគឈាមរកមេរោគស្វាយ ដូចជាតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍វិភាគជំងឺកាមរោគ
- ការពិនិត្យមើលកង្វះ G៦PD, តេស្តមុខងារក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត, ថតអេកូថ្លើម

ការព្យាបាល

- ព្យាបាលដោយពន្លឺ ប្រសិនបើ
  - កើតលឿងនៅថ្ងៃទី១
  - កើតលឿងខ្លាំងនៅបាតដៃនិងបាតជើង
  - កើតមិនគ្រប់ខែ និងមានកើតលឿង
  - កើតលឿងដោយសារបែកគ្រាប់ឈាម

ការព្យាបាលកើតលឿង ដោយផ្អែកលើកម្រិត bilirubin ក្នុងឈាម

អាយុ	ការព្យាបាលដោយពន្លឺ		ការព្យាបាលដោយប្តូរឈាម[a]	
	ទារកធម្មតា គភ៌ ≥ ៣៥សប្តាហ៍	ទារកមិនគ្រប់ខែ គភ៌ < ៣៥សប្តាហ៍ ឬមានកត្តាគ្រោះ-ថ្នាក់ណាមួយ[b]	ទារកធម្មតា គភ៌ ≥ ៣៥សប្តាហ៍	ទារកមិនគ្រប់ខែ គភ៌ <៣៥ សប្តាហ៍ ឬមានកត្តាគ្រោះ-ថ្នាក់ណាមួយ
ថ្ងៃទី១	កើតលឿងដែលអាចមើលឃើញ[c]		២៦០μmol/l (១៥mg/dl)	២២០μmol/l (១០mg/dl)
ថ្ងៃទី២	២៦០μmol/l (១៥mg/dl)	១៧០μmol/l (១០mg/dl)	៤២៥μmol/l (២៥mg/dl)	២៦០μmol/l (១៥mg/dl)
ថ្ងៃទី៣	៣១០μmol/l (១៨mg/dl)	២៥០μmol/l (១៥mg/dl)	៤២៥μmol/l (២៥mg/dl)	៣៤០μmol/l (២០mg/dl)

a ការព្យាបាលដោយប្តូរឈាម គឺមិនមានរៀបរាប់នៅក្នុងសៀវភៅនេះទេ។ កម្រិត bilirubin ក្នុងឈាមត្រូវបានដាក់បញ្ចូល ក្នុងករណីអាចធ្វើការព្យាបាលដោយប្តូរឈាមបាន ឬប្រសិនបើអាចបញ្ជូនទារកយ៉ាងឆាប់រហ័សនិងប្រកបដោយសុវត្ថិភាពទៅកាន់មូលដ្ឋានព្យាបាល និងថៃទាំដទៃទៀតដែលមានការព្យាបាលដោយប្តូរឈាម។

b កត្តាគ្រោះថ្នាក់រួមមាន ទារកតូច (ទម្ងន់ពេលកើត < ២.៥kg ឬកើតមុនពេលគភ៌អាយុបាន៣៧សប្តាហ៍), ការបែកគ្រាប់ឈាម និងមេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម។

c មើលឃើញស្បែកពណ៌លឿងនៅផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយក្នុងថ្ងៃទី១។

បន្តការព្យាបាលដោយពន្លឺ រហូតកម្រិត bilirubin ក្នុងឈាម ចុះទាបជាងកម្រិតធម្មតា ឬរហូតទារកបានធូរស្រាល ហើយគ្មានពណ៌លឿងនៅបាតដៃ និងបាតជើង។

ប្រសិនបើកម្រិត bilirubin ឡើងខ្ពស់ខ្លាំង (មើលតារាង) ហើយអ្នកអាចធ្វើការប្តូរឈាមបានដោយសុវត្ថិភាព នោះគួរពិចារណាធ្វើបែបនេះ។

ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក

- ប្រសិនបើសង្ស័យមានការបង្ករោគ ឬរោគស្វាយ គួរព្យាបាលការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី (ទំ. ៨៨, ១០៨)។

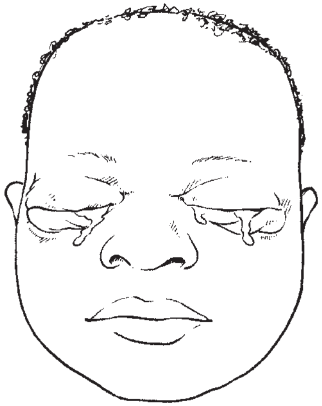
ឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់

- ប្រសិនបើមានគ្រុនក្តៅ ហើយទារកមកពីតំបន់គ្រុនចាញ់ គួរពិនិត្យឈាមដើម្បីរកប៉ារ៉ាស៊ីតជំងឺគ្រុនចាញ់ ហើយផ្តល់ឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ បើមានលទ្ធផលវិជ្ជមាន។
- លើកទឹកចិត្តឲ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។

៣.១២.២ ការរលាកភ្នាសភ្នែក

ភ្នែកស្អិត និងការរលាកភ្នាសភ្នែកកម្រិតស្រាល

- ព្យាបាលដូចជំងឺក្រៅ បើកុមារគ្មានបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរដទៃទៀតទេ។
- បង្ហាញម្តាយពីរបៀបលាងសម្អាតភ្នែកទារកដោយទឹក ឬទឹកដោះ និងពីរបៀបដាក់ក្រមួនភ្នែកឲ្យទារក។ ម្តាយត្រូវលាងសម្អាតដៃមុនពេល និងក្រោយពេលលាងភ្នែកទារក។
- ប្រាប់ម្តាយឲ្យលាងសម្អាតភ្នែកទារក ហើយដាក់ក្រមួនភ្នែកមួយថ្ងៃ៤ដង រយៈពេល៥ថ្ងៃ។
- ផ្តល់ក្រមួនភ្នែក tetracycline ឬ chloramphenicol មួយបំពង់ដល់ម្តាយសម្រាប់ទុកដាក់ឲ្យកុមារ។



ការរលាកភ្នែកធ្ងន់ធ្ងរ ៖ ត្របកភ្នែករហើម ក្រហម និងមានហូរខ្ទុះ

បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាល៤៨ម៉ោង ប្រសិនបើទារកមិនបានធូរស្រាលទេ គួរពិនិត្យមើលឡើង

វិញ។ ជាញឹកញាប់ ការរលាកភ្នាសភ្នែកធ្ងន់ធ្ងរ (មានខ្ទុះច្រើន និង/ឬ ហើមត្របកភ្នែក) គឺបណ្ដាលមកពីការបង្ករោគដោយមេរោគ gonococcus។ ឲ្យទារកសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ព្រោះមានការប្រឈមនឹងការខ្វាក់ភ្នែក ហើយត្រូវធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញមួយថ្ងៃ២ដង។

- លាងសម្អាតខ្ទុះឲ្យបានច្រើនបំផុតតាមដែលអាច។
- ផ្ដល់ឱសថ ceftriaxone តាមសាច់ដុំតែមួយលើក(៥០mg/kg អាចដល់កម្រិតសរុបអតិបរមា ១៥០mg) ឬ kanamycin តាមសាច់ដុំតែមួយលើក (២៥ mg/kg អាចដល់កម្រិតសរុបអតិបរមា ៧៥mg), អាស្រ័យលើគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ។

ម្យ៉ាងទៀត ចូរប្រើដូចរៀបរាប់ខាងលើ ៖

- ក្រមួនភ្នែក tetracycline ឬ
- ក្រមួនភ្នែក chloramphenicol

គួរព្យាបាលជំងឺកាមរោគដល់ឪពុកម្ដាយរបស់ទារក ៖ ឱសថ amoxicillin, spectinomycin ឬ ciprofloxacin សម្រាប់ជំងឺប្រមេះទឹកបាយ និងឱសថ tetracycline សម្រាប់ជំងឺប្រមេះទឹកថ្លា, អាស្រ័យលើលំនាំនៃមេរោគស៊ាំនឹងឱសថនៅក្នុងប្រទេស។ សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំអំពីការគ្រប់គ្រងជំងឺកាមរោគ។

៣.១២.៣ ទម្រង់មិនធម្មតាពីកំណើត

អានផ្នែកទី ៩.២ (ទំ. ៤១៥) អំពី ៖

- បបូរមាត់និងក្រអូមមាត់ឆែប
- ការស្ទះពោះវៀន
- ជញ្ជាំងពោះប្រហោង
- ខួរឆ្អឹងខ្នងលយមកក្រៅ (myelomeningocoele)
- ការភ្លាត់ត្រគាកពីកំណើត
- ជើងខ្វេរ

៣.១៣ ទារកដែលកើតពីម្ដាយដែលមានជំងឺឆ្លង

៣.១៣.១ ជំងឺស្វាយ (កាមរោគ) ពីកំណើត

សញ្ញាគ្លីនិក

- ជាញឹកញាប់មានទម្ងន់ទាបពេលកើត
- បាតដៃ និងបាតជើង ៖ កន្ទួលក្រហម, សន្លាកពណ៌ប្រផេះ, ពងបែក ឬរបកស្បែក
- ដកដង្ហើមឮសូរខ្លាំង ៖ ជំងឺរលាកច្រមុះដែលឆ្លងយ៉ាងខ្លាំង ដោយមានការស្ទះក្នុងច្រមុះ
- ហើមពោះដោយសារវីកថ្លើម និងផាល
- កើតលឿង
- ភាពស្លេកស្លាំង

ទារកទម្ងន់ទាបខ្លាំងពេលកើតមួយចំនួនដែលមានជំងឺស្វាយ មានសញ្ញានៃការរាត-ត្បាតរបស់មេរោគក្នុងឈាមធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា ល្ហិតល្ហៃ បញ្ហាពិបាកក ស្នាមជាំឈាមតូចៗលើស្បែក ឬការហូរឈាម។ ប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យទារកមានជំងឺស្វាយ ចូរធ្វើតេស្ត VDRL បើអាច។

ការព្យាបាល

- ទារកដែលមិនបង្ហាញរោគសញ្ញា ហើយដែលកើតពីម្ដាយដែលមានតេស្ត VDRL ឬតេស្ត RPR វិជ្ជមាន គួរទទួលបានឱសថ benzathine benzylpenicillin តាមសាច់ដុំចំនួន ៣៧.៥mg/kg (៥០.០០០U/kg) តែមួយដង។
- ទារកដែលបង្ហាញរោគសញ្ញា គួរត្រូវបានព្យាបាលដោយ ៖
  - ឱសថ procaine benzylpenicillin ចាក់សាច់ដុំជ្រៅចំនួន ៥០mg/kg តែមួយដង រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ

  ឬ

  - ឱសថ benzylpenicillin តាមសរសៃចំនួន ៣០mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោង

៣. បញ្ហារបស់ទារក

រយៈពេល៧ថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត បន្ទាប់មកចំនួន ៣0mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោង រយៈពេល៣ថ្ងៃទៀត។

- ព្យាបាលជំងឺស្វាយដល់ឪពុកម្ដាយទារក ព្រមទាំងពិនិត្យរកជំងឺកាមរោគដទៃទៀត។

៣.១៣.២ ទារកដែលកើតពីម្ដាយដែលមានជំងឺរបេង

ប្រសិនបើម្ដាយមានជំងឺរបេងសួតសកម្ម ហើយត្រូវបានព្យាបាលតិចជាង២ខែមុនពេលសម្រាលកូន, ឬបើជំងឺរបេងត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន ៖

- ធានាអះអាងប្រាប់ម្ដាយថាគាត់អាចបំបៅដោះកូនដោយសុវត្ថិភាព។
- មិនត្រូវផ្ដល់ថ្នាំបង្ការជំងឺរបេង(BCG) នៅពេលសម្រាលទេ។
- ផ្ដល់ឱសថ prophylactic isoniazid តាមមាត់ចំនួន ១0mg/kg មួយថ្ងៃម្ដង។
- វាយតម្លៃទារកឡើងវិញនៅពេលអាយុបាន៦សប្ដាហ៍ ដោយកត់ត្រាការឡើងទម្ងន់ ហើយថតទ្រូងដោយកាំរស្មីអិច បើអាច។
- ប្រសិនបើមានតម្រុយនៃជំងឺរបេងសកម្ម គួរចាប់ផ្ដើមព្យាបាលជំងឺរបេងយ៉ាងពេញលេញ ដោយយោងទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ (អានទំ. ១៧៨)។
- ប្រសិនបើទារកលូតលាស់យ៉ាងល្អ ហើយតេស្ដ៍ផ្ដល់លទ្ធផលអវិជ្ជមានគួរបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ prophylactic isoniazid រហូតចប់ការព្យាបាលរយៈពេល៦ខែ។
- ពន្យារពេលផ្ដល់ ថ្នាំបង្ការBCG រហូតបញ្ចប់ការព្យាបាលបាន២សប្ដាហ៍។ ប្រសិនបើបានផ្ដល់ BCG រួចហើយ គួរផ្ដល់ឡើងវិញបន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការព្យាបាលដោយ isoniazid បាន២សប្ដាហ៍។

៣.១៣.៣ ទារកដែលកើតពីម្ដាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

អានជំពូកទី៨ សម្រាប់ការណែនាំ។

៣.១៤ កម្រិតដូសនៃឱសថដែលប្រើញឹកញាប់សម្រាប់ទារកទើបកើតនិងទារកមានទម្ងន់ទាបពេលកើត

ឱសថ	ដូស	ទម្រង់	ទម្ងន់ទារកគិតជា kg						
			១-< ១.៥	១.៥-< ២	២-២.៥	២.៥-< ៣	៣-៣.៥	៣.៥-< ៤	៤-< ៤.៥
Aminophyl-line ដើម្បីបង្ការការបាត់ដង្ហើម	គណនាដូសរក្សាលំនឹង/ទប់ ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ								
	ដូសដំបូង ៖ ៦mg/kg តាមមាត់ឬតាមសរសៃ រយៈពេលជាង៣០នាទី, បន្ទាប់មក	ជាថ្នាំដបចំណុះ ២៥០mg/ ១០ml។ លាយដូសដំបូង ចំនួន ៥ml ជាមួយទឹកស្ទេរីល, ផ្តល់យឺតៗជាង ១៥-៣០នាទី	0.៦ml	0.៨ml	១.0ml	ជាទូទៅ គេមិនប្រើ Aminophylline លើទារកដែលកើតគ្រប់ខែទេ។			
	ដូសរក្សាលំនឹង ៖ ១សប្តាហ៍ដំបូងនៃជីវិត ៖ តាមមាត់ ២.៥ mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោងអាយុ		0.១- 0.១៥ml	0.១៥- 0.២0ml	0.២០- 0.២៥ml				
	២-៤សប្តាហ៍ ៖ តាមមាត់ ៤mg/ kg រៀងរាល់១២ម៉ោង		0.១៥- 0.២ml	0.២៥- 0.៣ml	0.៣០- 0.៤ml				
Ampicillin	តាមសាច់ដុំ/សរសៃ ៖ ៥0mg/ kg ១សប្តាហ៍ដំបូង ៖ រៀងរាល់ ១២ម៉ោងអាយុ២-៤សប្តាហ៍ ៖ រៀងរាល់៨ម៉ោង	ជាថ្នាំដបចំណុះ ២៥០mg លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ១.៣ml ដើម្បីបាន ២៥០mg/១.៥ml	0.៣-0.៦ ml	0.៦-0.៩ ml	0.៩-១.២ ml	១.២-១.៥ ml	១.៥-២.0 ml	២.0-២.៥ ml	២.៥-៣.0 ml
Caffeine citrate	គណនាដូសរក្សាលំនឹងឲ្យបានត្រឹមត្រូវ								
	ដូសដំបូង ៖ តាមមាត់ ៖ ២០ mg/kg (ឬតាមសរសៃ រយៈពេលជាង៣០នាទី)		២០-៣០ mg	៣០-៤០ mg	៤០-៥០ mg	៥០-៦០ mg	៦០-៧០ mg	៧០-៨០ mg	៨០-៩០ mg

ឱសថ	ដូស	ទម្រង់	ទម្ងន់ទារកគិតជា kg						
			១-< ១.៥	១.៥-< ២	២-២.៥	២.៥-< ៣	៣-៣.៥	៣.៥-< ៤	៤-< ៤.៥
	ដូសរក្សាលំនឹង ៖ ៥mg/kg តាមមាត់រៀងរាល់ថ្ងៃ (ឬតាមសរសៃជាង៣០នាទី)		៥-៧.៥ mg	៧.៥-១០ mg	១០-១២.៥mg	១២.៥-១៥mg	១៥-១៧.៥mg	១៧.៥-២០mg	២០-២២.៥mg
Cefotaxime	តាមសរសៃ ៖ ៥០mg/kg ទារកមិនគ្រប់ខែ ៖ រៀងរាល់១២ម៉ោង១សប្តាហ៍ដំបូង ៖ រៀងរាល់៨ម៉ោង២-៤សប្តាហ៍ ៖ រៀងរាល់៦ម៉ោង	ជាថ្នាំដបចំណុះ ៥០០mg លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ២ml ដើម្បីបាន ២៥០ mg/ml	០.៣ml	០.៤ml	០.៥ml	០.៦ml	០.៧ml	០.៨ml	០.៩ml
Ceftriaxone សម្រាប់ជំងឺរលាកស្រោមខួរ	តាមសរសៃ ៖ ៥០mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោង	ជាថ្នាំដបចំណុះ ១-g លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៩.៦ ml ដើម្បីបាន ១g/១០ml	០.៥-០.៧៥ml	០.៧៥-១ml	១-១.២៥ml	១.២៥-១.៥ml	១.៥-១.៧៥ml	១.៧៥-២ml	២-២.៥ ml
	តាមសាច់ដុំ/សរសៃ ៖ ១០០ mg/kg មួយថ្ងៃម្តង		១-១.៥ ml	១.៥-២ ml	២-២.៥ ml	២.៥-៣ ml	៣-៣.៥ ml	៣.៥-៤ ml	៤-៤.៥ ml
សម្រាប់ការហូរខ្ទុះពីភ្នែក	តាមសាច់ដុំ ៥០mg/kg តែមួយដង (អតិបរមា ១២៥mg)								
Cloxacillin	២៥-៥០mg/kg ក្នុង១ដូស ១សប្តាហ៍ដំបូង ៖ រៀងរាល់១២ម៉ោង	ជាថ្នាំដបចំណុះ ២៥-mg លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ១.៣ml ដើម្បីបាន ២៥០ mg/១.៥ml	**២៥mg/kg:** ០.១៥-០.៣ml **៥០mg/kg:**	០.៣-០.៥ml	០.៥-០.៦ml	០.៦-០.៧៥ml	០.៧៥-១.០ml	១.០-១.២៥ml	១.២៥-១.៥ml

ឱសថ	ដូស	ទម្រង់	ទម្ងន់ទារកគិតជា kg						
			១-< ១.៥	១.៥-< ២	២-២.៥	២.៥-< ៣	៣-៣.៥	៣.៥-< ៤	៤-< ៤.៥
	២-៤សប្តាហ៍ ៖ រៀងរាល់ ៨ម៉ោង		០.៣-០.៦ml	០.៦-០.៩ml	០.៩-១.២ml	១.២-១.៥ml	១.៥-២.0ml	២-២.៥ml	២.៥-៣.0ml
Gentamicin	គណនាដូសឲ្យបានត្រឹមត្រូវដោយផ្អែកលើទម្ងន់របស់ទារក								
	១សប្តាហ៍ដំបូង ៖ ទារកទម្ងន់ទាបពេលកើត ៖ សាច់ដុំ/សរសៃ ៖ ៣mg/kg មួយថ្ងៃម្តង ទារកទម្ងន់ធម្មតាពេលកើត ៖ សាច់ដុំ/សរសៃ ៖ ៥mg/kg ក្នុង១ដូស មួយថ្ងៃម្តង	ជាថ្នាំដបចំណុះ ២0mg/២ml និងថ្នាំដបចំណុះ ៨0 mg/២ml លាយទៅជា ៨ ml ជាមួយទឹកស្ទេរីល ដើម្បីឲ្យបាន ១0mg/ml	០.៣-០.៥ml	០.៥-០.៦ml	០.៦-០.៧៥ml	១.២៥-១.៥ml	១.៥-១.៧៥ml	១.៧៥-២ml	២-២.២៥ml
	២-៤សប្តាហ៍ ៖សាច់ដុំ/សរសៃ ៖ ៧.៥mg/kg មួយថ្ងៃម្តង		០.៧៥-១.១ml	១.១-១.៥ml	១.៥-១.៨ml	១.៨-២.២ml	២.២-២.៦ml	២.៦-៣.0ml	៣.0-៣.៣ml
ចំណាំ ៖ *ដើម្បីប្រើដបថ្នាំចំណុះ ៨0mg/២ml, ចូរលាយទៅជា ៨ml ជាមួយទឹកស្ទេរីល ដើម្បីឲ្យបាន ១0mg/ml, បន្ទាប់មកប្រើក្នុងកម្រិតដូសដូចគ្នានឹងក្នុងតារាងខាងលើដែរ។*									
Kanamycin	សាច់ដុំ/សរសៃ ៖ ២0mg/ kg (មួយដូសសម្រាប់ការហូរខ្ទុះពីភ្នែក)	ជាថ្នាំដបចំណុះ ២-ml ដើម្បីលាយទៅជា ១២៥ mg/ml	០.២-០.៣ml	០.៣-០.៤ml	០.៤-០.៥ml	០.៥-០.៦ml	០.៦-០.៧ml	០.៧-០.៨ml	០.៨-១.0ml
Naloxone	0.១mg/kg	ជាថ្នាំដបចំណុះ 0.៤ mg/ml	0.២៥ml	0.២៥ml	0.៥ml	0.៥ml	0.៧៥ml	0.៧៥ml	១ml
PENICILLIN									

ឱសថ	ដូស	ទម្រង់	ទម្ងន់ទារកគិតជា kg						
			១-< ១.៥	១.៥-< ២	២-២.៥	២.៥-< ៣	៣-៣.៥	៣.៥-< ៤	៤-< ៤.៥
Benzylpeni-cillin	៥០.០០០U/kg ក្នុង១ដូស **១សប្តាហ៍ដំបូង ៖** រៀងរាល់ ១២ម៉ោង**២-៤សប្តាហ៍ និង លើសពីនេះ ៖** រៀងរាល់៦ម៉ោង	ជាថ្នាំដបចំណុះ ៦០០mg (១.០០០.០០០U)លាយជាមួយទឹកស្ទេរីលទៅជា ៥០.០០០U/ml	0.២ml	0.២ml	0.៣ml	0.៥ml	0.៥ml	0.៦ml	0.៧ml
Benzathine benzylpeni-cillin	៥០.០០០U/kg មួយថ្ងៃម្តង	តាមសាច់ដុំ ៖ ថ្នាំដបចំណុះ ១.២០០.០០០U លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៤ml	0.២ml	0.៣ml	0.៤ml	0.៥ml	0.៦ml	0.៧ml	0.៨ml
Procaine benzylpeni-cillin	**តាមសាច់ដុំ ៖** ៥០.០០០U/kg មួយថ្ងៃម្តង	ជាថ្នាំដបចំណុះ ៣-g (៣.០០០.០០០U)លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៤ml	0.១ml	0.១៥ml	0.២ml	0.២៥ml	0.៣ml	0.៣ml	0.៣៥ml
Phenobar-bital	**ដូសដំបូង ៖** តាមសាច់ដុំ សរសៃ ឬតាមមាត់ ៖ ២០mg/kg	ជាថ្នាំដបចំណុះ ២០០mg/ml លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៤ml	គណនាកម្រិតដូសឲ្យបានត្រឹមត្រូវ						
		ជាថ្នាំគ្រាប់ ៣០-mg	½	¾	១	១¼	១½	1¾	២
	ដូសរក្សាលំនឹង ៖ តាមមាត់ ៖ ៥mg/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ	ជាថ្នាំគ្រាប់ ៣០-mg	¼	¼	½	½	½	¾	¾

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី៤

ក្អក ឬការពិបាកដកដង្ហើម

៤.១	កុមារដែលមានបញ្ហាក្អក	១១៦
៤.២	ជំងឺរលាកសួត	១២៣
	៤.២.១ ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ	១២៣
	៤.២.២ ជំងឺរលាកសួត	១៣២
៤.៣	ផលវិបាកនៃជំងឺរលាកសួត	១៣៤
	៤.៣.១ ទឹកក្នុងស្រោមសួត និងការកខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត	១៣៥
	៤.៣.២ អាប់សែសួត	១៣៧
	៤.៣.៣ ខ្យល់ចូលក្នុងស្រោមសួត	១៣៨
៤.៤	ក្អក ឬផ្ដាសាយ	១៣៩
៤.៥	ស្ថានភាពផ្សេងៗដែលកើតមានជាមួយសំឡេងដង្ហើមតឹង	១៤១
	៤.៥.១ ការរលាកទងសួតតូចៗ	១៤៥
	៤.៥.២ ជំងឺហឺត	១៤៩
	៤.៥.៣ សំឡេងដង្ហើមតឹង (Wheeze) រួមជាមួយការក្អក ឬផ្ដាសាយ	១៥៧
៤.៦	ស្ថានភាពផ្សេងៗដែលកើតមានជាមួយសំឡេងស្ត្រាយឌ័រ (stridor)	១៥៧
	៤.៦.១ ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើដោយវីរុស	១៥៨
	៤.៦.២ ជំងឺខាន់ស្លាក់	១៦៣
	៤.៦.៣ ជំងឺរលាកកន្ទើត	១៦៦
	៤.៦.៤ ការប្រតិកម្មឱសថ	១៦៧

៤.៧	ស្ថានភាពផ្សេងៗដែលកើតមានជាមួយការក្អករ៉ាំរ៉ៃ	១៧០
	៤.៧.១ ជំងឺក្អកមាន់	១៧៣
	៤.៧.២ ជំងឺរបេង	១៧៨
	៤.៧.៣ ការឈ្លក់ដោយវត្ថុផ្សេងៗក្នុងផ្លូវដង្ហើម	១៨៥
៤.៨	ជំងឺខ្សោយបេះដូង	១៨៨
៤.៩	ជំងឺបេះដូងដោយសាររោគរលាកសន្លាក់	១៩០

ក្អក និងការពិបាកដកដង្ហើម គឺជាបញ្ហាញឹកញាប់ដែលកើតឡើងលើកុមារតូចៗ។ មូលហេតុរបស់វាមានចាប់តាំងពីជំងឺស្រាល រហូតដល់ជំងឺគំរាមកំហែងដល់ជីវិត។ ជំពូកនេះ ផ្តល់ជូននូវគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងស្ថានភាពសំខាន់បំផុតដែលបណ្តាលឲ្យកុមារអាយុពី២ខែ ដល់៥ឆ្នាំ ក្អក ពិបាកដកដង្ហើម ឬទាំងពីរ។ រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់ស្ថានភាពទាំងនេះ មានរៀបរាប់នៅក្នុងជំពូកទី២។ ការគ្រប់គ្រងបញ្ហាទាំងនេះសម្រាប់ទារកអាយុក្រោម២ខែ មានរៀបរាប់នៅក្នុងជំពូកទី៣ ហើយការគ្រប់គ្រងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរលើកុមារ មានរៀបរាប់នៅក្នុងជំពូកទី៧។

ភាគច្រើន ក្អកគឺបណ្តាលមកពីជំងឺផ្តាសាយធម្មតា ដែលកុមារទាំងនោះកើតមានជាច្រើនដងក្នុងមួយឆ្នាំៗ។ ជំងឺញឹកញាប់បំផុតដែលបណ្តាលឲ្យកុមារស្លាប់ដោយសារក្អក និងពិបាកដកដង្ហើមនោះ គឺជំងឺរលាកសួត ដែលគួរត្រូវបានពិចារណាមុនគេបង្អស់ក្នុងពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យញែកម្តងៗ (តារាងទី៦, ទំ.១១៩)។

៤.១ កុមារដែលមានបញ្ហាក្អក

ប្រវត្តិជំងឺ

យកចិត្តទុកដាក់ពិសេសលើ ៖

- ការក្អក

- រយៈពេលប៉ុន្មានថ្ងៃ
- ក្អកខ្លាំង រួមទាំងមានសំឡេងខ្លាំងឬក្អួត ឬសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ

- ការនៅក្បែរនរណាម្នាក់ដែលមានជំងឺរបេង (ឬក្អករ៉ាំរ៉ៃ)
- មានប្រវត្តិឈ្លក់ ឬមានរោគសញ្ញាកើតឡើងភ្លាមៗ
- មានឆ្លងមេរោគអេដស៍ឬអាចឆ្លងមេរោគអេដស៍
- ប្រវត្តិថ្នាំបង្ការ ៖ របេងBCG; ជំងឺខាន់ស្លាក់, ជំងឺក្អកមាន់, តេតាណូស(DPT); ជំងឺកញ្ជ្រឹល; បាក់តេរី Haemophilus influenzae ប្រភេទបេ និង បាក់តេរីជំងឺរលាកសួត pneumococcus
- មានប្រវត្តិផ្ទាល់ខ្លួនឬសមាជិកគ្រួសារ កើតជំងឺហឺត

ការពិនិត្យ

រោគសញ្ញាដែលរៀបរាប់ខាងក្រោម គឺជាការណែនាំសម្រាប់គ្រូពេទ្យក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ មិនមែនគ្រប់កុមារទាំងអស់សុទ្ធតែមានរោគសញ្ញាទាំងនេះនោះទេ។

ទូទៅ

- សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ
- បាត់ដង្ហើម, ដកចង្កាមាន់, សំឡេងដូចប្រឹង(grunting), ចលនាស្លាបច្រមុះ, ដកដង្ហើមតឹង (wheeze), សំឡេងស្រ្គាយឌ៉ុរ (stridor)
- ងក់ក្បាល (ងក់ក្បាលស្របពេលជាមួយនឹងការដកដង្ហើមចូល គឺបញ្ជាក់ពីវិបត្តិផ្លូវដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ)
- បេះដូងដើរញាប់
- ភាពស្លេកស្លាំងនៅបាតដៃបាតជើងធ្ងន់ធ្ងរ

ទ្រូង

- ចង្វាក់ដង្ហើម (រាប់ក្នុងពេល១នាទី នៅពេលកុមារនៅស្ងៀម)
- ដកដង្ហើមញាប់ ៖ ក្រោម២ខែ ≥ ៦០ ដង្ហើម

២-១១ខែ ≥ ៥០ ដង្ហើម

១-៥ឆ្នាំ ≥ ៤០ ដង្ហើម

- ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល
- ទ្រូងឡើងប៉ោងខ្លាំង
- ស្នូរនៅកំពូលបេះដូង (apex beat) ឮខុសកន្លែង ឬបំពង់ខ្យល់ងាកចេញពីខ្សែកណ្ដាល
- សម្ពាធនៃសរសៃវ៉ែនពីក្បាលទៅបេះដូង កើនឡើង
- តាមការស្ដាប់សួត មានសំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ(coarse crackles) គ្មានសំឡេងខ្យល់ចូលក្នុងសួត ឬសំឡេងដង្ហើមតឹង(wheeze)
- ចង្វាក់បេះដូងខុសធម្មតា ពេលស្ដាប់បេះដូង
- ការគោះសួតបង្ហាញសញ្ញានៃទឹកក្នុងស្រោមសួត(រាងណែនstony dullness) ឬខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត (ខ្ទរខ្លាំង)

ចំណាំ *៖ ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល គឺនៅពេលដែលកុមារដកដង្ហើមចូល ធ្វើឲ្យផ្នែកខាងក្រោមនៃទ្រូងផតចូលក្នុង។ បើពេលកុមារដកដង្ហើម មានតែជាលិកានៅចន្លោះឆ្អឹងជំនី ឬនៅខាងលើឆ្អឹងដងកាំបិតផតចូលក្នុង នោះគេមិនហៅថា ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូលទេ។*

ពោះ

- ដុំសាច់នៅពោះ (ឧទា. មានកូនកណ្ដុរ lymphadenopathy)
- ថ្លើមនិងអណ្ដើករីក

ការស្រាវជ្រាវ

- មើលអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម ដើម្បីរកកង្វះអុកស៊ីហ្សែន និងដើម្បីកំណត់ពេលចាប់ផ្ដើម ឬពេលបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន
- រាប់គ្រាប់ឈាមពេញលេញ

- ថតសួតដោយកាំរស្មី X ចំពោះតែកុមារដែលមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរប៉ុណ្ណោះ ឬជំងឺរលាកសួតដែលមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាល, ផលវិបាក ឬរោគវិនិច្ឆ័យមិនច្បាស់លាស់ ឬមានពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍។

តារាងទី៦. រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់កុមារដែលមានក្អក ឬពិបាកដកដង្ហើម

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ជំងឺរលាកសួត	– ក្អក រួមទាំងការដកដង្ហើមញាប់ – ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល – គ្រុនក្តៅ – សំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ (coarse crackles) ឬសំឡេងមិនធម្មតានៃទងសួត ឬពេលគោះសួតមានសភាពរាងណែន (dullness) – សំឡេងដូចប្រឹង (grunting)
ទឹកក្នុងស្រោមសួត ឬ ខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត	– ការថយចុះចលនារបស់ផ្នែកនៃទ្រូងដែលរងការប៉ះពាល់ – មានសភាពណែន នៅពេលគោះសួត (មានទឹកចូល) – គ្មានសំឡេងខ្យល់ចូល (មានទឹកចូល)
ជំងឺហឺត ឬ សំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze)	– ពិបាកដកដង្ហើម ឬសំឡេងដង្ហើមតឹងញឹកញាប់ – ក្អកពេលយប់ ឬក្អកនិងសំឡេងដង្ហើមតឹងនៅពេលហាត់ប្រាណ – ឆ្លើយតបនឹងឱសថពង្រីកទងសួត – ដឹងឬមានប្រវត្តិគ្រួសារមានអាល់ឡែស៊ី ឬជំងឺហឺត
ការរលាកទងសួតតូចៗ	– ក្អក – សំឡេងដង្ហើមតឹង និងសំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ (crackles) – ជាទូទៅអាយុក្រោម១ឆ្នាំ

តារាងទី៦. ត

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ជំងឺគ្រុនចាញ់	– ដកដង្ហើមញាប់ចំពោះកុមារគ្រុនក្តៅ – កញ្ចក់មើលឈាម ឬតេស្តជំងឺគ្រុនចាញ់ឆាប់រហ័ស បញ្ជាក់ថាមានប៉ារ៉ាស៊ីតក្នុងឈាម – ភាពស្លេកស្លាំង ឬភាពស្លេកស្លាំងនៅបាតដៃបាតជើង – រស់នៅ ឬធ្លាប់ធ្វើដំណើរទៅតំបន់គ្រុនចាញ់ – បើជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ មានការដកដង្ហើមវែង និងពិបាក ឬប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល – សំឡេងធម្មតា ពេលស្តាប់សួត
ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ	– ហត់ពិបាកដកដង្ហើមនៅពេលប្រឹង – ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរនៅបាតដៃបាតជើង – Hb < ៦g/dl
ខ្សោយបេះដូង	– សម្ពាធសសៃវ៉ែន jugular កើនឡើង ចំពោះកុមារធំៗ – ស្នូរនៅកំពូលបេះដូង (Apex beat) ឮខុសកន្លែងទៅខាងឆ្វេង – សំឡេង murmur ពេលស្តាប់បេះដូង (ក្នុងករណីខ្លះ) – សំឡេងដូចជើងសេះផាយ (Gallop rhythm) – សំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ (Fine crackles) នៅផ្នែកខាងក្រោមនៃសួត – ថ្លើមរីកដែលអាចស្ទាបបាន
ជំងឺបេះដូងពីកំណើត (ឡើងសំបុរស្វាយ)	– សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ – ចុងម្រាមដៃកោង (Finger clubbing) – សំឡេង murmur ពេលស្តាប់បេះដូង – សញ្ញាខ្សោយបេះដូង

តារាងទី៦. ត

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ជំងឺបេះដូងពីកំណើត (មិនឡើងសំបុរស្វាយ)	– ពិបាកផ្តល់អាហារ ឬពិបាកបំបៅដោះ – បែកញើសច្រាស – ញ័រចុងដង្ហើម (Heaving precordium) – សំឡេង murmur ពេលស្តាប់បេះដូង (ក្នុងករណីខ្លះ) – សញ្ញាខ្សោយបេះដូង
ជំងឺរបេង	– ក្អករ៉ាំរ៉ៃ (លើស១៤ថ្ងៃ) – ប្រវត្តិប៉ះពាល់ជាមួយអ្នកជំងឺរបេង – មានការលូតលាស់មិនល្អ, ស្គមស្គាំង ឬស្រកទម្ងន់ – តេស្ត Mantoux វិជ្ជមាន – ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថតសួតដោយកាំរស្មី X អាចបង្ហាញពីជំងឺរបេងបឋម ឬរបេងមីលីយែរ – កំហាកវិជ្ជមានចំពោះកុមារធំ
ជំងឺក្អកមាន់	– ក្អកញាប់ខ្លាំង បញ្ចប់ដោយសំឡេង whoop, ក្អួត, សម្បុរស្វាយ, ឬបាត់ដង្ហើម – គ្មានរោគសញ្ញាចន្លោះពេលក្អកម្តងៗ – គ្មានគ្រុនក្តៅ – គ្មានប្រវត្តិចាក់ថ្នាំបង្ការ DPT
ការហឺតចូលផ្លូវដង្ហើមនូវវត្ថុផ្សេងៗ	– មានប្រវត្តិឈ្លក់ភ្លាមៗ – មានស្រ្កាយឌ័រ ឬបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមភ្លាមៗ – ឮសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze) ដោយកន្លែង ឬសំឡេងដង្ហើមចេញចូលថយចុះ

តារាងទី៦. ត

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត	– កើតឡើងភ្លាមៗ, ជាទូទៅបន្ទាប់ពីការប៉ះទង្គិចទ្រូងខ្លាំង – សំឡេងខ្ទរខ្លាំងនៅពេលគោះលើទ្រូងម្ខាងដែលប៉ះពាល់ – mediastinum ផ្លាស់ទីទៅម្ខាងទៀត
ជំងឺរលាកសួតដែលបណ្តាលមកពីប៉ារ៉ាស៊ីត Pneumocystis carinii	– កុមារអាយុ២-៦ខែ ដែលមានសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ – ទ្រូងរីកធំ – ដកដង្ហើមញាប់ – ចុងម្រាមដៃកោង – ការថតសួតដោយកាំរស្មី X ប្រែប្រួល,ប៉ុន្តែឮសំឡេងធម្មតាពេលស្តាប់សួត – តេស្តមេរោគអេដស៍វិជ្ជមានលើម្តាយ ឬកុមារ
ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើ (croup)	– សំឡេងស្រ្តាយឌ័រពេលដកដង្ហើមចូល – ជំងឺកញ្រ្ជឹលកំពុងកើតឡើង – ក្អកស្ងួតដូចឆ្កែព្រុស – សំឡេងស្អក
ជំងឺខាន់ស្លាក់	– គ្មានប្រវត្តិចាក់ថ្នាំបង្ការ DPT – សំឡេងស្រ្តាយឌ័រពេលដកដង្ហើមចូល – ភ្នាសក្រោយបំពង់កពណ៌ប្រផេះ – ការកន្រ្តាក់សាច់ដុំបេះដូងខុសចង្វាក់ (Cardiac arrhythmia)

៤.២ ជំងឺរលាកសួត

ជំងឺរលាកសួតបណ្តាលមកពីវីរុស ឬបាក់តេរី។ ជាទូទៅ គេមិនអាចសន្និដ្ឋានពីមូលហេតុជាក់លាក់នៃជំងឺរលាកសួត ដោយលក្ខណៈគ្លីនិក ឬការថតសួតដោយកាំរស្មី X បានទេ។ ជំងឺរលាកសួត ត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជាជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ឬមិនធ្ងន់ធ្ងរ អាស្រ័យលើលក្ខណៈគ្លីនិករបស់វា, ហើយការព្យាបាលគឺផ្អែកលើចំណាត់ថ្នាក់របស់វា។ គួរផ្តល់ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក ចំពោះករណីភាគច្រើននៃជំងឺរលាកសួត និងរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ។ ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ អាចត្រូវការការថែទាំគាំទ្របន្ថែមទៀតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដូចជាការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនជាដើម។

៤.២.១ ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ

រោគវិនិច្ឆ័យ

ក្អក ឬពិបាកដកដង្ហើម រួមទាំងចំណុចណាមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម ៖

- សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ ឬកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន < ៩០%
- បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទា. សំឡេងដូចប្រឹង (grunting), ប្រអប់ទ្រូងផតចូលខ្លាំង)
- សញ្ញានៃជំងឺរលាកសួត រួមជាមួយសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទូទៅចំនួនមួយ ៖
  - គ្មានលទ្ធភាពបៅដោះ ឬផឹកទឹក
  - ល្ហិតល្ហៃ ឬសន្លប់
  - ប្រកាច់។
- បន្ថែមពីនេះទៀត សញ្ញាដទៃខ្លះ ឬទាំងអស់នៃជំងឺរលាកសួត អាចមានផងដែរ ដូចជា ៖
  - សញ្ញានៃជំងឺរលាកសួត
    - ដកដង្ហើមញាប់ ៖ អាយុ២-១១ខែ ≥ ៥០/នាទី
អាយុ១-៥ឆ្នាំ ≥ ៤០/នាទី
  - ប្រអប់ទ្រូងផតចូល ៖ ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល (បានសេចក្តីថាផ្នែក

ខាងក្រោមនៃទ្រូងផតចូលពេលកុមារដកដង្ហើមចូល)

- សញ្ញាពេលស្តាប់សួត ៖
  - សំឡេងដង្ហើមថយចុះ
  - ឮសំឡេងដង្ហើមក្នុងទងសួត
  - ឮសំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ(crackles)
  - សំឡេងខ្ទរខុសធម្មតា (ឮតិចពេលមានទឹកក្នុងស្រោមសួត ឬខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត, ឮខ្លាំងពេលមានជំងឺរលាកសាច់សួត)
  - សំឡេងត្រដុសស្រោមសួត (pleural rub)

តារាងទី៧. ចំណាត់ថ្នាក់ពីភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺរលាកសួត

រោគសញ្ញា	ចំណាត់ថ្នាក់	ការព្យាបាល
ក្អក ឬពិបាកដកដង្ហើមរួមជាមួយ ៖ ■ កំហាប់អុកស៊ីហ្សែន < ៩០% ឬសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ ■ បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទា. សំឡេងដូចប្រឹង (grunting), ប្រអប់ទ្រូងផតចូលខ្លាំង) ■ សញ្ញានៃជំងឺរលាកសួតជាមួយនឹងសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទូទៅមួយ (គ្មានលទ្ធភាពបៅដោះ ឬផឹកទឹក, ល្ហិតល្ហៃ ឬកម្រិតស្មារតីចុះខ្សោយ, ប្រកាច់)	**ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ**	– អោយសំរាកពេទ្យ – ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន បើកំហាប់ < ៩០% – គ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមយ៉ាងសមស្រប – ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកតាមការណែនាំ – ព្យាបាលគ្រុនក្តៅខ្លាំង បើមាន។

តារាងទី៧. គ

រោគសញ្ញា	ចំណាត់ថ្នាក់	ការព្យាបាល
■ ដកដង្ហើមញាប់ ៖ – ≥ ៥០ដង្ហើម/នាទី ចំពោះកុមារអាយុ២-១១ខែ – ≥ ៤០ដង្ហើម/នាទី ចំពោះកុមារអាយុ១-៥ឆ្នាំ ■ ប្រអប់ទ្រូងផតចូល	**ជំងឺរលាកសួត**	– ថែទាំនៅផ្ទះ – ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកយ៉ាងសមស្រប – ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយពីពេលដែលត្រូវនាំកុមារត្រឡប់មកវិញជាបន្ទាន់ បើមានរោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ – តាមដានបន្តបន្ទាប់ពី៣ថ្ងៃ
■ គ្មានសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួត ឬរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ	**គ្មានជំងឺរលាកសួត៖ ក្អក ឬផ្តាសាយ**	– ថែទាំនៅផ្ទះ – បំបាត់ការឈឺចាប់ក្នុងបំពង់ក និងបន្ថយការក្អកដោយថ្នាំដែលមានសុវត្ថិភាព – ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយពីពេលដែលត្រូវត្រឡប់មកវិញ – តាមដានបន្តបន្ទាប់ក្រោយ៥ថ្ងៃ បើមិនបានប្រសើរ – បើក្អកយូរជាង១៤ថ្ងៃ សូមមើលផ្នែកក្អករ៉ាំរ៉ៃ (អានទំ. ១៧០)

ការស្រាវជ្រាវ

- វាស់កំហាប់អុកស៊ីហ្សែនរាល់កុមារទាំងអស់ដែលសង្ស័យមានជំងឺរលាកសួត។
- បើអាច គួរថតសួតដោយកាំរស្មី X ដើម្បីរកមើលបញ្ហាទឹកក្នុងស្រោមសួត, ការកខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត, ខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត, ខ្យល់ក្នុងប្រហោងសួត, ជំងឺរលាកសួតចន្លោះកោសិកា (interstitial pneumonia) ឬទឹកក្នុងស្រោមបេះដូង។

ការព្យាបាល

- អោយកុមារសំរាកពេទ្យ។

ការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន

ធានាថាមានអុកស៊ីហ្សែនគ្រប់ពេលជានិច្ច អាចជាធុងស៊ីឡាំងអុកស៊ីហ្សែន ឬម៉ាស៊ីនផលិតអុកស៊ីហ្សែន។

- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដល់កុមារទាំងអស់ដែលមានកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន < ៩០%
- បើអាច គួរប្រើបំពង់ខ្សែងច្រមុះ (nasal prong) ដើម្បីផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនឲ្យទារកតូចៗ, បើគ្មានទេ អាចប្រើកាតេទែច្រមុះ។ មធ្យោបាយផ្សេងៗសម្រាប់ការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន និងគំនូសបំព្រួមបង្ហាញពីការប្រើប្រាស់របស់វាមានផ្តល់ជូននៅក្នុងផ្នែកទី១០.៧, ទំ.៤៨៤ ។
- ប្រើឧបករណ៍មើលអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម ជាជំនួយក្នុងការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន (ដើម្បីរក្សាកំហាប់ឲ្យនៅ > ៩០%) ។ បើគ្មានឧបករណ៍នេះទេ គួរបន្តផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនរហូតទាល់តែសញ្ញានៃការខ្វះអុកស៊ីហ្សែន(ដូចជាគ្មានលទ្ធភាពបៅដោះ ឬចង្វាក់ដង្ហើម ≥៧០/នាទី)បានបាត់អស់ ។
- គួរសាកល្បងដកអុកស៊ីហ្សែនចេញមួយរយៈចំពោះកុមារដែលមានស្ថានភាពនឹងនរ ខណៈដែលនៅតែបន្តប្រើឧបករណ៍វាស់អុកស៊ីហ្សែន។ បញ្ឈប់អុកស៊ីហ្សែន ប្រសិនបើកុមារមានកំហាប់ > ៩០% ស្ថិរជាប់ជានិច្ច (យ៉ាងតិច១៥នាទីក្នុងខ្យល់បន្ទប់ធម្មតា)។

គិលានុបដ្ឋាក គួរពិនិត្យមើលរៀងរាល់៣ម៉ោង ដើម្បីប្រាកដថាគ្មានសំបោរស្ទះបំពង់ខ្មែងច្រមុះ, បំពង់ស្ថិតក្នុងទីតាំងត្រឹមត្រូវ, ហើយកន្លែងតភ្ជាប់ទាំងអស់ស្ថិតនៅជាប់ល្អ។

ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក

- ផ្តល់ឱសថ ampicillin (ឬ benzylpenicillin) និង gentamicin តាមសរសៃ។
  - ផ្តល់ឱសថ Ampicillin ៥0mg/kg ឬ benzylpenicillin ៥0.000U/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង យ៉ាងតិច៥ថ្ងៃ។
  - ផ្តល់ឱសថ Gentamicin ៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ មួយថ្ងៃម្តង យ៉ាងតិច៥ថ្ងៃ។
- ប្រសិនបើកុមារមិនមានសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើងក្នុងអំឡុង៤៨ម៉ោងទេ ហើយសង្ស័យថាមាន ជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរី staphylococcus, នោះគួរប្តូរទៅប្រើឱសថ gentamicin ៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ មួយថ្ងៃម្តង និងឱសថ cloxacillin ៥0mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង (ទំ.៨៣)។
- ប្រើឱសថ ceftriaxone (៨0mg/kg តាមសាច់ដុំឬសរសៃ មួយថ្ងៃម្តង) ក្នុងករណីការព្យាបាលដំបូងមិនបានជោគជ័យ។

ការថែទាំគាំទ្រ

- បូមស្លេស្ម៍ថ្នមៗពីច្រមុះ ឬបំពង់ក បើកុមារមិនអាចសម្អាតចេញបានដោយខ្លួនឯង។
- ប្រសិនបើកុមារមានគ្រុនក្តៅ (≥៣៩°C ឬ ≥១0២.២°F) ដែលហាក់ដូចជាបណ្តាលឲ្យពិបាកក្នុងខ្លួន នោះគួរផ្តល់ឱសថ paracetamol។
- បើកុមារមានសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze), ផ្តល់ឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស (អានទំ. ១៥១), ហើយចាប់ផ្តើមផ្តល់ឱសថ steroids នៅពេលសមស្រប។

- ធានាថាកុមារទទួលបានជាតិទឹកយ៉ាងសមស្រប រៀងរាល់ថ្ងៃតាមអាយុរបស់កុមារ (អានផ្នែកទី១០.២, ទំ.៤៧២)។
  - លើកទឹកចិត្តឲ្យម្ដាយបំបៅដោះកូន ឬផ្ដល់ជាតិទឹកតាមមាត់។
  - បើកុមារមិនអាចផឹកទឹកទេ គួរប្រើបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ រួចផ្ដល់ជាតិទឹករក្សាលំនឹងម្ដងបន្តិចៗ ឲ្យបានញឹកញាប់។ បើកុមារអាចផឹកទឹកល្មមគ្រប់គ្រាន់ហើយ នោះកុំផ្ដល់ទឹកតាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះថែមទៀត ព្រោះវាបង្កើនឱកាសនៃការកើតជំងឺរលាកសួតដោយសារឈ្លក់ និងរាំងស្ទះផ្លូវខ្យល់តាមច្រមុះ។ បើអុកស៊ីហ្សែនត្រូវបានផ្ដល់តាមកាតេទែច្រមុះ ក្នុងពេលជាមួយគ្នានឹងជាតិទឹកតាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ នោះគួរស៊កបំពង់ទាំង២ចូលក្នុងរន្ធច្រមុះតែមួយ។
- លើកទឹកចិត្តឲ្យកុមារហូបអាហារភ្លាម នៅពេលគាត់អាចបរិភោគបាន។

ការតាមដាន

គិលានុបដ្ឋាកគួរពិនិត្យមើលកុមារយ៉ាងតិច៣ម៉ោងម្ដង ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរពិនិត្យមើលយ៉ាងតិច២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ។ បើគ្មានផលវិបាកទេ នោះក្នុងអំឡុង២ថ្ងៃ គួរតែមានសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើង (ដកដង្ហើមយឺតជាងមុន ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមមិនស្រូវផតចូល គ្រុនក្ដៅថយចុះ, អាចបរិភោគនិងផឹកច្រើនជាងមុន, កំហាប់អុកស៊ីហ្សែនល្អជាងមុន)។

រោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលដទៃទៀត

- ប្រសិនបើកុមារមិនបានប្រសើរបន្ទាប់ពី២ថ្ងៃទេ ឬស្ថានភាពកុមារកាន់តែធុនធាប នោះគួររកមើលផលវិបាក (អានផ្នែកទី៤.៣) ឬរោគវិនិច្ឆ័យដទៃទៀត។ បើអាច គួរថតសួតដោយកាំរស្មី X ។ រោគវិនិច្ឆ័យដទៃទៀតដែលជួបប្រទះញឹកញាប់បំផុតគឺ ៖

ជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរី staphylococcus ។ វាត្រូវបានសង្ស័យ ប្រសិនបើមានការចុះធុនធាបយ៉ាងឆាប់រហ័ស ទោះបីមានការព្យាបាលក៏ដោយ ដោយការថត

សួតដោយកាំរស្មី X បង្ហាញពីខ្យល់ក្នុងប្រហោងសួត ឬខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត រួមជាមួយការចូលទឹក, ការវិភាគកំហាក បង្ហាញបាក់តេរី coccus យ៉ាងច្រើន ពេលពិនិត្យកំហាក ឬបង្ហាញបាក់តេរី S. aureus លូតលាស់យ៉ាងច្រើនពេលបណ្ដុះកំហាក ឬបណ្ដុះខ្ទុះស្រោមសួត។ វត្តមាននៃពងខ្ទុះលើស្បែក គាំទ្រដល់រោគវិនិច្ឆ័យនេះ។

- ព្យាបាលដោយឱសថ cloxacillin (៥0mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង) និងឱសថ gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃមួយថ្ងៃម្ដង)។ នៅពេលកុមារបានប្រសើរ (បន្ទាប់ពីផ្ដល់អង់ទីប៊ីយោទិកតាមសរសៃឬសាច់ដុំ យ៉ាងតិច៧ថ្ងៃ) គួរបន្តផ្ដល់ឱសថ cloxacillin តាមមាត់ មួយថ្ងៃ៤ដង រយៈពេល៣សប្ដាហ៍។ គួរកត់សម្គាល់ថា ឱសថ cloxacillin អាចត្រូវបានជំនួសដោយអង់ទីប៊ីយោទិកប្រឆាំងនឹង staphylococcus ដទៃទៀត ដូចជា oxacillin, flucloxacillin ឬ dicloxacillin។

ជំងឺរបេង ៖ កុមារដែលមានក្អក និងគ្រុនក្ដៅរ៉ូសបន្លាយយូរជាង២សប្ដាហ៍ និងមានសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួតបន្ទាប់ពីការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក, គួរត្រូវបានវាយតម្លៃរកជំងឺរបេង។ បើរកមិនឃើញមូលហេតុដទៃនៃគ្រុនក្ដៅទេ នោះគួរពិចារណាពីជំងឺរបេង ជាពិសេសចំពោះកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ។ អាចចាប់ផ្ដើមពិនិត្យ និងព្យាបាលជំងឺរបេងដោយអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ រួចវាយតម្លៃការព្យាបាលប្រឆាំងនឹងរបេង (អានផ្នែកទី៤.៧.២, ទំ.១៧៨)។ គួរបញ្ជាក់ឲ្យច្បាស់ពីស្ថានភាពអាចមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់កុមារដែលសង្ស័យថាមានជំងឺរបេង។

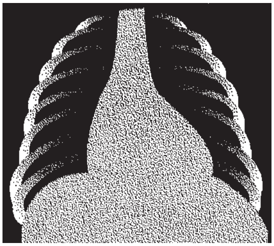
ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬការប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍។ ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកសម្រាប់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកុមារសង្ស័យឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺមានភាពខុសគ្នាត្រង់ចំណុចខ្លះ។ ទោះបីជំងឺរលាកសួតរបស់កុមារទាំងនេះ មានមូលហេតុបង្កដូចគ្នានឹងកុមារដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ, ជំងឺ Pneumocystis pneumonia (PCP) ដែលកើតឡើងញឹកញាប់លើកុមារអាយុ៤-៦ខែ (អានផ្នែកទី៨.៤, ទំ.៣៨៦) គឺជាមូលហេតុដ៏សំខាន់ដែលត្រូវសង្ស័យនិងព្យាបាល។

- ព្យាបាលដូចជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរខាងលើ, ផ្តល់ឱសថ ampicillin រួមនឹង gentamicin តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ។
- បើកុមារមិនបានប្រសើរក្នុងអំឡុង៤៨ម៉ោងទេ គួរប្តូរទៅប្រើឱសថ ceftriaxone តាមសរសៃ ចំនួន ៨០mg/kg រយៈពេល៣០នាទី មួយថ្ងៃម្តង។ បើគ្មានឱសថ ceftriaxone ទេ គួរផ្តល់ឱសថ gentamicin រួមនិង cloxacillin ដូចខាងលើ។
- ចំពោះកុមារអាយុក្រោម១២ខែ គួរផ្តល់ឱសថ co-trimoxazole កំរិតថ្នាំខ្ពស់ (trimethoprim ៨mg/kg និង sulfamethoxazole ៤០mg/kg តាមសរសៃ រៀងរាល់៨ម៉ោង ឬតាមមាត់មួយថ្ងៃ៣ដង) ផងដែរ រយៈពេល៣សប្តាហ៍។ ចំពោះកុមារអាយុ ១២-៥៩ខែ អាចផ្តល់ការព្យាបាលនេះតែប្រសិនបើមានសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺ PCP (Pneumocystis pneumonia) ប៉ុណ្ណោះ (ដូចជាការថតសួតដោយកាំរស្មី X រកឃើញជំងឺរលាកសួតចន្លោះកោសិកា (interstitial pneumonia)។
- សម្រាប់ការព្យាបាលបន្ថែមទៀត រួមទាំងការបង្ការជំងឺ PCP សូមមើលជំពូកទី៨, ទំ.៣៥៣)។

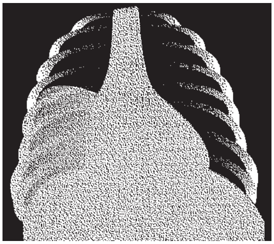
ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

កុមារដែលមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ អាចត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យនៅពេលដែល ៖

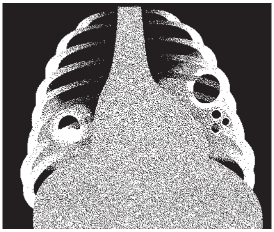
- បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមបានធូរស្រាល
- លែងខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម (កំហាប់អុកស៊ីហ្សែន > ៩០%)
- កុមារបរិភោគបានច្រើន
- កុមារអាចលេបថ្នាំបាន ឬបានបញ្ចប់ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកចាក់
- ឪពុកម្តាយយល់ដឹងពីសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួត កត្តាគ្រោះថ្នាក់ និងពេលដែលត្រូវត្រឡប់មកវិញ



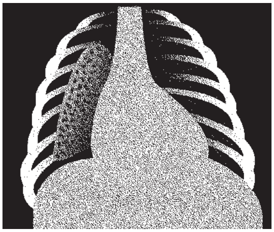
រូបភាពសួតធម្មតា



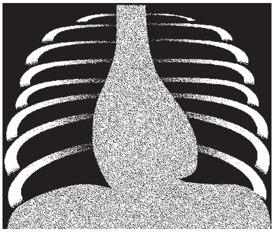
ជំងឺរលាកថ្លែបសួត (Lobar pneumonia) នៅផ្នែកខាងក្រោមខាងស្តាំ ដែលបញ្ជាក់ដោយភាពហាប់នៃសាច់សួត (consolidation) (X-ray)



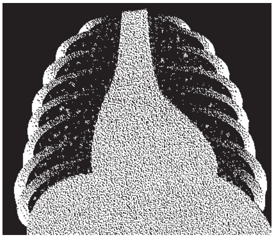
ជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរី staphylococcus*។ *លក្ខណៈធម្មតារួមមានខ្យល់ក្នុងប្រហោងសួត (pneumatocoeles) (ស្តាំ), និងអាប់សែ រួមជាមួយ air-fluid level (ឆ្វេង) (X-ray).



ខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត*។ *សួតខាងស្តាំ (ខាងឆ្វេងនៅលើរូប) ទ្រោមស្រុតទៅលើទងសួត, បង្កើតជាគំនូសព្រំមួយដែលមានសភាពថ្លានិងគ្មានរចនាសម្ព័ន្ធសួត។ សួតខាងស្តាំ គឺធម្មតា (X-ray)។



ទ្រូងឡើងប៉ោងខ្លាំង (Hyperinflated chest)*។ *លក្ខណៈរបស់វាមានដូចជា អង្កត់ផ្ចិតនៃទ្រូងរីកវែង, ឆ្អឹងជំនីស្ទើរតែស្របស្មើ, គំនូសព្រំបេះដូងតូច, និងសន្ទះទ្រូងសំប៉ែត (X-ray) ។



រូបរាងនៃជំងឺរបេងមីលីយែរ :* *បំណាសតូចៗពាសពេញសួតទាំងពីរ ៖ “រាងដូចព្រិលធ្លាក់” (X-ray) ។

ការតាមដានបន្ត

កុមារដែលមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ អាចក្អកច្រើនសប្តាហ៍។ ដោយសារពួកគេមានជំងឺធ្ងន់ នោះជាញឹកញាប់ពួកគេមានអាហារូបត្ថម្ភមិនល្អទេ។ ផ្តល់ថ្នាំបង្ការណាដែលត្រូវដល់ពេលទទួល, ហើយបើអាចគួររៀបចំកាលវិភាគតាមដានបន្ត២សប្តាហ៍ក្រោយពីចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីពិនិត្យស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ។ម្យ៉ាងទៀត គួរផ្តល់ដំបូន្មានអំពីកត្តាគ្រោះថ្នាក់ ដូចជាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ការបំពុលខ្យល់ក្នុងផ្ទះ និងឪពុកម្តាយជក់បារី។

៤.២.២ ជំងឺរលាកសួត

រោគវិនិច្ឆ័យ

ក្អក ឬពិបាកដកដង្ហើម រួមទាំងសញ្ញាមួយយ៉ាងតិចក្នុងចំណោមសញ្ញាខាងក្រោម ៖

- ដកដង្ហើមញាប់ ៖ អាយុ២-១១ខែ ≥ ៥០/នាទី
អាយុ១-៥ឆ្នាំ ≥ ៤០/នាទី
- ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល

បន្ថែមលើនេះទៀត អាចមានសំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ (crackles) ឬសំឡេងត្រដុសស្រោមសួតនៅពេលស្តាប់សួត។

ពិនិត្យមើលថាគ្មានសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា ៖

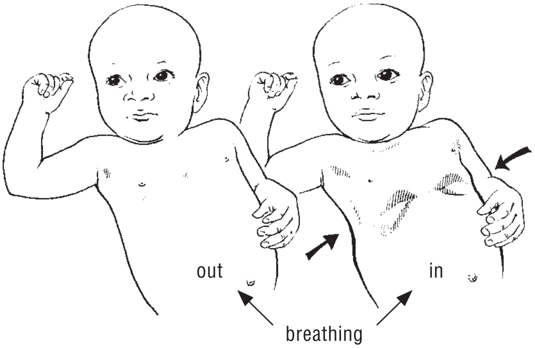
- កំហាប់អុកស៊ីហ្សែន < ៩០% ឬសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ
- បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទា. សំឡេងដូចប្រឹង(grunting), ប្រអប់ទ្រូងផតចូលខ្លាំង)
- គ្មានលទ្ធភាពបៅដោះ ឬផឹកទឹក ឬក្អួតអ្វីៗចេញទាំងអស់
- ប្រកាច់ សន្លឹម ឬកម្រិតស្មារតីចុះខ្សោយ
- ការស្តាប់សួត ឮសំឡេងដង្ហើមថយចុះ ឬមានសំឡេងទងសួត ឬសញ្ញានៃទឹកក្នុងស្រោមសួត ឬការកខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត។

ការព្យាបាល

- ព្យាបាលកុមារដោយមិនចាំបាច់សំរាកពេទ្យទេ។
- ផ្តល់ដំបូន្មានដល់អាណាព្យាបាលឲ្យផ្តល់ជាតិទឹកក្នុងកម្រិតធម្មតា រួមទាំងទឹកដោះ ឬទឹកបន្ថែម បើមានគ្រុនក្តៅ។ តាមធម្មតា កុមារអាចផឹកម្តងបន្តិចៗ ជាច្រើនដងដោយមិនក្អួតទេ។

ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក

- ផ្តល់កំរិតថ្នាំទី១ នៅឯគ្លីនិក រួចបង្រៀនម្តាយពីរបៀបផ្តល់កំរិតថ្នាំផ្សេងទៀតនៅផ្ទះដោយខ្លួនឯង។
- ផ្តល់ឱសថ amoxicillin តាមមាត់ ៖
  - ក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់, គួរផ្តល់ឱសថ amoxicillin តាមមាត់ យ៉ាងតិច ៤0mg/kg ក្នុង១ដង មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេល៥ថ្ងៃ។
  - ក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាប គួរផ្តល់ឱសថ amoxicillin យ៉ាងតិច ៤0mg/kg ក្នុង១ដង មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេល៣ថ្ងៃ។



ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល ពេលដកដង្ហើមចូល។

- ចៀសវាងការផ្តល់ឱសថគ្រោះថ្នាក់ដែលមិនចាំបាច់ ដូចជាឱសថដែលមានជាតិ atropine, មានជាតិ ដែលបំឡែងចេញពី codeine ឬអាល់កុល។

ការតាមដានបន្ត

លើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះ។ ផ្តល់ដំបូន្មានឲ្យគាត់នាំកុមារត្រឡប់មកវិញ បន្ទាប់ពី៣ថ្ងៃ, ឬឆាប់ជាងនេះ បើកុមារឈឺកាន់តែធ្ងន់ ឬមិនអាចផឹកទឹក ឬបៅដោះបាន។ នៅពេលកុមារត្រឡប់មកវិញ គួរពិនិត្យមើល ៖

- ថាតើការដកដង្ហើមបានប្រសើរ(យឺតជាងមុន) ឬទេ, គ្មានប្រអប់ទ្រូងផតចូលក្នុង,គ្រុនក្តៅថមថយ, ហើយកុមារបរិភោគបានច្រើនជាងមុន។ ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិករហូតដល់ចប់។
- បើចង្វាក់បេះដូង និង/ឬប្រអប់ទ្រូងផតចូល ឬគ្រុនក្តៅ និង/ឬការបរិភោគ មិនបានប្រសើរទេ, គួរពិនិត្យអោយច្បាស់ថាគ្មានសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze)។ បើគ្មានសំឡេងដង្ហើមតឹងទេ ត្រូវអោយកុមារសំរាកពេទ្យដើម្បី ធ្វើការវិភាគផ្សេងៗក្នុងគោលដៅលុបចោលផលវិបាកឬរករោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងៗទៀត។
- បើមានសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរទេ ត្រូវអោយកុមារសំរាកពេទ្យហើយព្យាបាលដូចខាងលើ។
- ផ្តល់ដំបូន្មានអំពីកត្តាគ្រោះថ្នាក់ ដូចជាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ការបំពុលខ្យល់ក្នុងផ្ទះ និងការជក់បារីរបស់ឪពុកម្តាយ។

ជំងឺរលាកសួតលើកុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍

- ▶ អោយកុមារសំរាកពេទ្យ រួចព្យាបាលដូចជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ (អានផ្នែកទី ៤.២.១, ទំ.១២៣)។
- ▶ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការព្យាបាលកុមារទាំងនេះ រួមទាំងការបង្ការជំងឺ PCP, សូមអានជំពូកទី៨, ទំ.៣៥៣)។

៤.៣ ផលវិបាកនៃជំងឺរលាកសួត

ការរាតត្បាតមេរោគក្នុងឈាម (Septicaemia) គឺជាផលវិបាកញឹកញាប់បំផុតនៃជំងឺរលាកសួត ហើយវាកើតឡើងនៅពេលបាក់តេរីបង្កជំងឺរលាកសួត រាលដាលទៅក្នុង

ចរន្តឈាម (អានផ្នែកទី៦.៥, ទំ.២៨១)។ ការរាលដាលនៃបាក់តេរី អាចបណ្តាលឲ្យមានស្នូកដោយមេរោគ ឬការបង្ករោគរាលដាលជាបន្តបន្ទាប់ (metastatic secondary infection) ដូចជាជំងឺរលាកស្រោមខួរ ជាពិសេសចំពោះកុមារតូចៗ, ជំងឺរលាកស្រោមពោះ(peritonitis), និងជំងឺរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង (endocarditis) ជាពិសេសចំពោះអ្នកដែលមានជំងឺប្រឹសបេះដូង (vulvar heart disease) ឬការរលាកសន្លាក់ដោយការមេរោគ (septic arthritis)។ ផលវិបាកញឹកញាប់ដទៃទៀត រួមមាន ទឹកក្នុងស្រោមសួត, ខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត និងអាប់សែសួត។

៤.៣.១ ទឹកក្នុងស្រោមសួត និងខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត

រោគវិនិច្ឆ័យ

កុមារដែលមានជំងឺរលាកសួត អាចមានទឹកក្នុងស្រោមសួត ឬខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត។

- នៅពេលពិនិត្យ ទ្រូងមិនសូវមានសំឡេងខួរទេពេលគោះ, ហើយមិនសូវឮ ឬគ្មានសំឡេងដង្ហើមក្នុងកន្លែងដែលរងការប៉ះពាល់។
- អាចឮសំឡេងត្រដុសស្រោមសួត (pleural rubbing) នៅក្នុងដំណាក់កាលដំបូង មុនពេលដែលការចូលទឹកកើតឡើងទាំងស្រុង។
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X ឃើញមានទឹកនៅក្នុងទ្រូងម្ខាង ឬទាំងសងខាង។
- នៅពេលមានខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត, នោះគ្រុនក្តៅមានជាប់ជានិច្ច ទោះបីមានការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកក៏ដោយ, ហើយទឹកក្នុងស្រោមសួតមានពណ៌ស្រអាប់ ឬអាចជាខ្ទុះ។

ការព្យាបាល

ការបង្ហូរ

- គួរបង្ហូរទឹកក្នុងស្រោមសួតចេញ លើកលែងតែវាមានចំនួនតិចបំផុត។ បើទឹកចូលសួតទាំងពីរ ត្រូវបង្ហូរទាំងពីរ។ អាចត្រូវបង្ហូរពីរ ឬបីដង បើទឹកនៅតែមានឡើងវិញ។ សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ A១.៥, ទំ.៥៣២, អំពីការណែនាំស្តីពីការបង្ហូរ

ទឹកចេញពីសួត។

ការព្យាបាលបន្តបន្ទាប់ទៀត គឺអាស្រ័យលើលក្ខណៈរបស់ជាតិទឹកដែលត្រូវបានបង្ហូរចេញ។ នៅពេលដែលអាច គួរវិភាគទឹកក្នុងស្រោមសួតនោះ រកមើលសារធាតុប្រូតេអ៊ីន និងជាតិស្ករ, តេស្តរាប់កោសិកា និងតេស្តរាប់កោសិកាឈាមពេញលេញ, ព្រមទាំងពិនិត្យមើលបន្ទាប់ពីអនុវត្តបច្ចេកទេសចាត់ថ្នាក់មេរោគ (Gram and Ziehl-Neelsen staining) និងការបណ្តុះរកបាក់តេរី និងMycobacterium tuberculosis រួចហើយ។

ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក

- ផ្តល់ឱសថ ampicillin ឬ cloxacillin ឬ flucloxacillin (៥0mg/kg តាមសាច់ដុំឬតាមសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង) និងឱសថ gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំឬតាមសរសៃ មួយថ្ងៃម្តង)។ នៅពេលកុមារបានប្រសើរ (បន្ទាប់ពីផ្តល់អង់ទីប៊ីយោទិកតាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃ យ៉ាងតិច៧ថ្ងៃ), គួរបន្តផ្តល់ឱសថ cloxacillin តាមមាត់ មួយថ្ងៃ៤ដង រយៈពេល៣សប្តាហ៍។

ចំណាំ *៖ គួរប្រើឱសថ Cloxacillin ប្រសិនបើសង្ស័យមានការបង្ករោគដោយបាក់-តេរី staphylococcus។ អាចជំនួសដោយឱសថប្រឆាំងបាក់តេរី staphylococcus ដទៃទៀតដូចជា ឱសថ oxacillin, flucloxacillin ឬ dicloxacillin ។ វាទំនងជាការបង្ករោគដោយបាក់តេរី S. aureus ប្រសិនបើមានខ្យល់ក្នុងប្រហោងសួត។*

ស្ថានភាពមិនបានប្រសើរ

បើនៅតែមានគ្រុនក្តៅ និងមានសញ្ញាដទៃទៀត ទោះបីជាបានធ្វើការបង្ហូរទឹក និងផ្តល់ការព្យាបាលប្រឆាំងមីក្រុបហើយក៏ដោយ, នោះគួរធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំងវាយតម្លៃរកជំងឺរបេង។

- ការសាកល្បងផ្តល់ការព្យាបាលប្រឆាំងជំងឺរបេង អាចជាការចាំបាច់ (អានផ្នែកទី ៤.៧.២, ទំ.១៧៨)។

៤.៣.២ អាប់សែសួត

អាប់សែសួត គឺជាប្រហោងនៅក្នុងសួតដែលមានជញ្ជាំងក្រាស់ ដែលផ្ទុកទៅដោយជាតិខ្ទុះដែលបណ្តាលមកពីការបង្កខ្ទុះ និងការរលួយនៃជាលិកាទន់ៗរបស់សួត។ ជាញឹកញាប់ វាកើតឡើងនៅក្នុងផ្នែកនៃសួតដែលរលាកហើយមិនអាចជាវិញដោយខ្លួនឯង។ វាអាចបណ្តាលមកពីការឈ្លក់ចូលសួត, ការចុះខ្សោយនៃការសម្អាតស្លេស្មពីក្នុងសួត, ការស្ទះសរសៃឈាមដោយសារខ្យល់, ឬបាក់តេរីដែលរាលដាលតាមឈាម។

រោគវិនិច្ឆ័យ

រោគសញ្ញាញឹកញាប់មាន ៖

- គ្រុនក្តៅ
- ឈឺទ្រូងដោយសាររលាកស្រោមសួត
- ការខាកស្ពោះមានកំហាក ឬការក្អកធ្លាក់ឈាម
- ស្រកទម្ងន់
- ក្នុងពេលពិនិត្យ ៖ មិនសូវមានចលនាទ្រូង, មិនសូវឮសំឡេងដង្ហើម, មិនសូវឮសំឡេងខ្សូរពេលគោះទ្រូង, សំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ (crackles) និងសំឡេងដង្ហើមនៃទងសួត។
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X ៖ មានប្រហោងក្នុងសួតដែលមានជញ្ជាំងក្រាស់ដោយមានឬគ្មាន air-fluid level។
- ការថត ultrasound និង CT scan ៖ ដើម្បីរកអោយឃើញកន្លែងដែលមាន lesionនិងជួយដល់ការស៊កបំពង់បូម ឬចាក់ម្ជុលបូម។

ការព្យាបាល

ជាទូទៅ ជម្រើសនៃអង់ទីប៊ីយោទិកគឺរើសយកអង់ទីប៊ីយោទិកដែលមានសកម្មភាពទូលំទូលាយ ហើយផ្អែកលើស្ថានភាពដើមចមរបស់អ្នកជំងឺ និងភ្នាក់ងារបង្ករោគដែលត្រូវបានសន្មត់។

- ផ្តល់ឱសថ ampicillin ឬ cloxacillin ឬ flucloxacillin (៥0mg/kg តាមសាច់ដុំឬតាមសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង) និងឱសថ gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃមួយថ្ងៃម្តង)។ បន្តការព្យាបាលដូចជាខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត (អានផ្នែកទី ៤.៣.១) រហូតដល់រយៈពេល៣សប្តាហ៍។
- គួរពិចារណាពីការព្យាបាលដោយវះកាត់ ក្នុងករណីមានអាប់សែសួតយ៉ាងធំជាពិសេសនៅពេលដែលមានពាក់ព័ន្ធនឹងការក្អកធ្លាក់ឈាម ឬស្ថានភាពចុះដុនដាបទោះបីបានព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកយ៉ាងសមស្រប ហើយក៏ដោយ។ ជាទូទៅ ការបង្ហូរគឺធ្វើឡើងតាមរយៈបំពង់បង្ហូរដែលស៊កចូលតាមស្បែក (percutaneous tube drainage) ឬការចាក់ម្ជុលបូមដោយមាន ultrasound ជំនួយ (ultrasound guided needle aspiration)។

៤.៣.៣ ខ្យល់ចូលក្នុងស្រោមសួត

ជាទូទៅ ខ្យល់ចូលក្នុងស្រោមសួត គឺបណ្តាលមកពីការប្រមូលផ្តុំនៃខ្យល់ដែលបានមកពីការរហែកថង់សួត ឬពីការបង្ករោគដោយមេរោគម្យ៉ាងដែលបញ្ចេញឧស្ម័ន។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- រោគសញ្ញាអាចមានភាពខុសៗគ្នា អាស្រ័យលើទំហំនៃការបាក់ស្រុតរបស់សួត, កម្រិតនៃសម្ពាធក្នុងស្រោមសួត, និងភាពឆាប់រហ័សនៃការធ្វើទុក្ខ។
- ក្នុងពេលពិនិត្យ ៖ ទ្រូងប៉ោងនៅម្ខាងដែលមានខ្យល់ចូល, ចលនាចង្វាក់បេះដូងឃ្លាតចេញពីកន្លែងដែលមានខ្យល់ចូលស្រោមសួត, សំឡេងដង្ហើមក្នុងសួតថយចុះ, សំឡេងដូចប្រឹង (grunting), បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ហើយសម្បុរឡើងស្វាយអាចកើតឡើងពេលក្រោយ។
- រោគវិនិច្ឆ័យញែក រួមមានដុំសាច់ក្នុងសួត, ខ្យល់ចូលក្នុងក្លែបសួត, ពងបែកធំៗ, ជំងឺក្លនលូនឆ្លងកាត់សន្ទះទ្រូង (diaphragmatic hernia)
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X គឺជាការសំខាន់ដើម្បីបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យឲ្យកាន់តែច្បាស់។

ការព្យាបាល

▸ ស៊ិកម្សុលដើម្បីបន្ថយសម្ពាធជាបន្ទាន់, មុននឹងស៊ិកបំពង់បង្ហូរចន្លោះឆ្អឹងជំនី។ មើលឧបសម្ព័ន្ធ A១.៥, ទំ.៥៣២ អំពីគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការចោះបង្ហូរតាមទ្រូង។

៤.៤ ក្អក ឬផ្តាសាយ

នេះជាការបង្ករោគដោយវីរុសដែលជាវិញដោយខ្លួនឯង ហើយជាបញ្ហាសាមញ្ញ ដែលទាមទារតែការថែទាំគាំទ្រប៉ុណ្ណោះ។ មិនគួរផ្តល់អង់ទីប៊ីយោទិកទេ។ សំឡេងដង្ហើមតឹង (Wheeze) ឬស្រ្តាយឌ័រ (stridor) អាចកើតឡើងលើកុមារមួយចំនួន ជាពិសេសកុមារតូចៗ។ ភាគច្រើនវាបាត់ទៅវិញក្នុងអំឡុង១៤ថ្ងៃ។ ក្អកដែលមានរយៈពេល១៤ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះ គឺអាចបណ្តាលមកពីជំងឺរបេង, ជំងឺហឺត, ជំងឺក្អកមាន់ ឬអាចជាការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (អានជំពូកទី៨, ទំ.៣៥៣)។

រោគវិនិច្ឆ័យ

លក្ខណៈទូទៅ ៖

- ក្អក
- ហូរសំបោរ
- ដកដង្ហើមតាមមាត់
- គ្រុនក្តៅ

ចំណុចទាំងនេះ គឺ**មិនមាន**ទេ ៖

- សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទូទៅ
- សញ្ញានៃជំងឺរលាកសួត ឬរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ
- សំឡេងស្រ្តាយឌ័រ (stridor) នៅពេលកុមារនៅស្ងៀម

សំឡេងដង្ហើមតឹង (Wheezing) អាចកើតមានលើកុមារតូចៗ (មើលខាងក្រោម)។

ការព្យាបាល

- ព្យាបាលកុមារដោយពុំបាច់អោយសំរាកពេទ្យទេ។
- បន្ធូរការឈឺចាប់ក្នុងបំពង់ក និងបន្ថយការក្អកដោយប្រើឱសថធម្មជាតិ ដូចជាទឹកស្ករក្តៅឧណ្ហៗ។
- បញ្ចុះកម្តៅបើក្តៅខ្លាំង (≥៣០°C ឬ ≥១០២.២°F) ដោយប្រើឱសថ paracetamol បើកម្តៅធ្វើឲ្យកុមារពិបាកក្នុងខ្លួន។
- មុននឹងផ្តល់អាហារដល់កុមារ គួរសម្អាតសំបោរចេញពីច្រមុះ ដោយយកក្រណាត់ជ្រលក់ទឹក រួចរមូរវាឲ្យមានចុងស្រួច។

ផ្តល់ជាតិទឹកក្នុងកម្រិតធម្មតា រួមទាំងទឹកដោះឬទឹកបន្ថែម បើមានគ្រុនក្តៅ។ តាមធម្មតា កុមារអាចផឹកម្តងបន្តិចៗ ជាច្រើនដងដោយមិនក្អួតទេ។

- **មិន**ត្រូវផ្តល់របស់ទាំងនេះទេ ៖
  - ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក (វាគ្មានប្រសិទ្ធភាព និងមិនបង្ការជំងឺរលាកសួតទេ)
  - ឱសថដែលមានជាតិ atropine, codeine ឬដែលបំឡែងពី codeine, ឬអាល់កុល(វាអាចមានគ្រោះថ្នាក់) ឬ mucolytics
  - ទឹកបាញ់ច្រមុះដែលមានជាតិឱសថ។

ការតាមដានបន្ត

ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយឲ្យ ៖

- ផ្តល់អាហារដល់កុមារ
- សង្កេតមើលក្រែងមានការដកដង្ហើមពិបាក ឬញាប់ និងត្រូវត្រឡប់មកវិញបើមានសញ្ញាទាំងនេះណាមួយ
- ត្រឡប់មកវិញបើស្ថានភាពកុមារកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ឬមិនអាចផឹកទឹក ឬបៅដោះ។

៤.៥ ស្ថានភាពផ្សេងៗដែលកើតមានជាមួយសំឡេងដង្ហើមតឹង

សំឡេងដង្ហើមតឹង (Wheeze) គឺជាសំឡេងដូចហួចយ៉ាងគ្រលួច នៅពេលដកដង្ហើមចេញ។ វាបណ្តាលមកពីការរួមតូចនៃផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងចុង។ ដើម្បីស្តាប់សំឡេងដង្ហើមតឹង, ទោះបីក្នុងករណីស្រាលក៏ដោយ, ចូរដាក់ត្រចៀករបស់អ្នកនៅក្បែរមាត់កុមារ និងស្តាប់សំឡេងដង្ហើមក្នុងពេលដែលកុមារនៅស្ងៀម ឬប្រើស្តែតូ។

ក្នុងអំឡុង២ឆ្នាំដំបូងនៃជីវិត សំឡេងដង្ហើមតឹង (wheezing) គឺភាគច្រើនបណ្តាលមកពីការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើមស្រួចស្រាល់ដោយវីរុស ដូចជាការរលាកទងសួតតូចៗ ឬក្អក និងផ្តាសាយ។ បន្ទាប់ពីអាយុ២ឆ្នាំ ភាគច្រើនសំឡេងដង្ហើមតឹង គឺបណ្តាលមកពីជំងឺហឺត (តារាងទី៨, ទំ.១៤៣)។ កុមារខ្លះដែលមានជំងឺរលាកសួត មានសំឡេងដង្ហើមតឹងដែរ។ ជាការសំខាន់គឺត្រូវពិចារណាពីការព្យាបាលដូចជំងឺរលាកសួត ជាពិសេសបើកុមារមានអាយុក្រោម២ឆ្នាំ។ កុមារដែលមានសំឡេងដង្ហើមតឹង ប៉ុន្តែគ្មានគ្រុនក្តៅ, គ្មានប្រអប់ទ្រូងផតចូល, ឬសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទេ នោះមិនទំនងជាមានជំងឺរលាកសួតឡើយ, ដូច្នេះមិនគួរផ្តល់អង់ទីប៊ីយោទិកឲ្យកុមារទាំងនេះទេ។

ប្រវត្តិជំងឺ

- ធ្លាប់កើតមានសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze)
- ពិបាកដកដង្ហើមពេលយប់ ឬពេលព្រលឹម, ក្អក ឬមានសំឡេងដង្ហើមតឹង
- ឆ្លើយតបនឹងឱសថពង្រីកទងសួត
- ធ្លាប់បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺហឺត ឬការព្យាបាលជំងឺហឺតយូរអង្វែង
- ប្រវត្តិគ្រួសារមានអាល់ឡែស៊ី ឬជំងឺហឺត

ការពិនិត្យ

- សំឡេងដង្ហើមតឹងពេលដកដង្ហើមចេញ
- ដកដង្ហើមចេញយូរ
- ឮសំឡេងខ្វះច្បាស់នៅពេលគោះទ្រូង

ជំ.៦

- ប្រអប់ទ្រូងឡើងប៉ោងខ្លាំង
- សំឡេង rhonchi ពេលស្តាប់សួត
- ពិបាកដកដង្ហើមពេលសម្រាក ឬពេលប្រឹងខ្លាំង
- ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល បើធ្ងន់ធ្ងរ

ការឆ្លើយតបនឹងឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស

- បើមិនដឹងមូលហេតុច្បាស់លាស់នៃសំឡេងដង្ហើមតឹង, ឬបើកុមារមានដង្ហើមញាប់ ឬប្រអប់ទ្រូងផតចូល រួមជាមួយសំឡេងដង្ហើមតឹង, នោះគួរផ្តល់ឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស រួចវាយតម្លៃបន្ទាប់ពី១៥នាទី។ ការឆ្លើយតបនឹងឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស អាចជួយអ្នកក្នុងការសន្និដ្ឋានពីរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាល។
- ផ្តល់ឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស តាមមធ្យោបាយណាមួយដូចខាងក្រោម ៖
  - salbutamol តាមម៉ាស៊ីនផ្លុង
  - salbutamol តាមmetered-dose inhaler និងបំពង់សំរាប់ហិតស្រូប
  - បើគ្មានមធ្យោបាយទាំង២ខាងលើទេ គួរចាក់ឱសថ adrenaline តាមក្រោមស្បែក។

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការប្រើឱសថខាងលើ សូមអានទំ.១៥១-១៥៣។

- វាយតម្លៃលើការឆ្លើយតបនឹងឱសថ បន្ទាប់ពី១៥នាទី។ សញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើងមាន ៖
  - បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមបានធូរស្រាល (ដកដង្ហើមស្រួលជាងមុន)

តារាងទី៨. រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់កុមារដែលមានសំឡេងដង្ហើមតឹង

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ជំងឺហឺត	– មានប្រវត្តិឧស្សាហ៍សំឡេងដង្ហើមតឹង, តឹងទ្រូង, ដែលខ្លះមិនពាក់ព័ន្ធនឹងក្អក និងផ្តាសាយ ឬកើតឡើងនៅពេលហាត់ប្រាណ – ទ្រូងឡើងប៉ោងខ្លាំង – ដកដង្ហើមចេញយូរ – ខ្យល់ចូលសួតថយចុះ (បើធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង មានស្ទះផ្លូវដង្ហើម) – ឆ្លើយតបយ៉ាងល្អនឹងឱសថពង្រីកទងសួត, លើកលែងតែករណីដែលធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង
ការរលាកទងសួតតូចៗ	– កើតមានសំឡេងដង្ហើមតឹងលើកទី១ ចំពោះកុមារអាយុក្រោម ២ឆ្នាំ – កើតមានសំឡេងដង្ហើមតឹង ក្នុងពេលរលាកទងសួតតូចៗ – ទ្រូងឡើងប៉ោងខ្លាំង – ដកដង្ហើមចេញយូរ – ខ្យល់ចូលសួតថយចុះ (បើធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង មានស្ទះផ្លូវខ្យល់) – គ្មានការឆ្លើយតបនឹងឱសថពង្រីកទងសួត ឬឆ្លើយតបតិចតួច – បាត់ដង្ហើមចំពោះទារកតូចៗ ជាពិសេសបើកើតមិនគ្រប់ខែ
សំឡេងដង្ហើមតឹង (Wheeze) ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងក្អក ឬផ្តាសាយ	– សំឡេងដង្ហើមតឹងតែងតែមានពាក់ព័ន្ធជាមួយក្អក និងផ្តាសាយ – គ្មានប្រវត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ឬប្រវត្តិគ្រួសារកើតជំងឺហឺត, ជំងឺ eczema, រលាកច្រមុះដោយ allergy – ដកដង្ហើមចេញយូរ – ខ្យល់ចូលសួតថយចុះ (បើធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង មានស្ទះផ្លូវខ្យល់)

តារាងទី៨. ត

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
	– ឆ្លើយតបល្អនឹងឱសថពង្រីកទងសួត – ច្រើនតែមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរដូចសំឡេងដង្ហើមតឹងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺហឺតទេ
ការហឺតចូលនូវវត្ថុផ្សេងៗ	– មានប្រវត្តិឈ្លក់ឬសំឡេងដង្ហើមតឹងភ្លាមៗ – អាចមានសំឡេងដង្ហើមតឹងតែក្នុងសួតម្ខាង – មានសញ្ញាស្ទះខ្យល់ក្នុងសួត រួមទាំងមានសំឡេងខ្ទរខ្លាំង និងការងាកចេញនៃ mediastinum – សញ្ញានៃការរួមចូលនៃសាច់សួត ៖ ខ្យល់ចូលសួតថយចុះ និងវិបត្តិដកដង្ហើម – គ្មានការឆ្លើយតបនឹងឱសថពង្រីកទងសួត
ជំងឺរលាកសួត	– គ្រុនក្តៅ – សំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ(Coarse crackles) – សំឡេងដូចប្រឹង (grunting)

- ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមមិនសូវផតចូល
- ខ្យល់ចូលសួតបានប្រសើរ

▸ ប្រសិនបើកុមារនៅតែមានសញ្ញាខ្វះអុកស៊ីហ្សែន (សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ, កំហាប់អុកស៊ីហ្សែនទាប ≤៩០%, មិនអាចផឹកទឹកដោយសារបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម, ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូលខ្លាំង) ឬមានដង្ហើមញាប់ នោះគួរផ្តល់ឱសថពង្រីកទងសួត លើកទី២ រួចអោយកុមារសំរាកពេទ្យដើម្បីផ្តល់ការព្យាបាលបន្តទៀត។

៤.៥.១ ជំងឺរលាកទងសួតតូចៗ

ជំងឺរលាកទងសួតតូចៗ គឺជាការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងក្រោមដោយវីរុស ដែលជាធម្មតាមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរបំផុតចំពោះទារកតូចៗ, កើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលផ្ទុះជំងឺប្រចាំឆ្នាំ ហើយត្រូវបានសម្គាល់ដោយការស្ទះផ្លូវខ្យល់ និងសំឡេងដង្ហើមតឹង(wheezing)។ មូលហេតុញឹកញាប់បំផុតរបស់វា គឺវីរុស respiratory syncytial។ ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី អាចកើតឡើងជាបន្ទាប់។ ហេតុដូច្នេះ ការព្យាបាលជំងឺរលាកទងសួតតូចៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការដកដង្ហើមញាប់ ឬសញ្ញាដទៃទៀតនៃបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម គឺស្រដៀងគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺរលាកសួតដែរ។ សំឡេងដង្ហើមតឹង(wheeze) អាចបន្តកើតមានជាច្រើនខែបន្ទាប់ពីមានការរលាកទងសួតតូចៗ ប៉ុន្តែវានឹងបាត់ទៅវិញ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ក្នុងពេលពិនិត្យ លក្ខណៈធម្មតានៃជំងឺរលាកទងសួតតូចៗ រួមមាន ៖

- សំឡេងដង្ហើមតឹង (wheezing) ដែលមិនមានភាពធូរស្រាលសោះ បន្ទាប់ពីបានផ្តល់ឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស ចំនួន៣លើករួចមក
- ទ្រូងឡើងប៉ោងខ្លាំង ដែលធ្វើឲ្យមានសំឡេងខ្ទរច្បាស់ពេលគោះទ្រូង
- ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល
- មានសំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ(fine crackles) និងសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze) នៅពេលស្តាប់សួត
- ពិបាកដកដង្ហើម បៅដោះ ឬផឹកទឹក ដោយសារបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម
- ហូរសំបោរ ដែលអាចបណ្តាលឲ្យស្ទះច្រមុះយ៉ាងខ្លាំង។

ការព្យាបាល

ចំពោះកុមារភាគច្រើន គឺអាចព្យាបាលនៅផ្ទះបាន ប៉ុន្តែចំពោះកុមារដែលមានសញ្ញារលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរដូចខាងក្រោមនេះ(អានផ្នែកទី៤.២.១)គួរត្រូវបានព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ៖

- កំហាប់អុកស៊ីហ្សែន < ៩០% ឬសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ

- បាត់ដង្ហើម ឬមានប្រវត្តិបាត់ដង្ហើម
- មិនអាចបៅដោះ ឬផឹកទឹក, ឬក្អួតអ្វីៗទាំងអស់
- ប្រកាច់ ល្ហិតល្ហៃ ឬសន្លប់
- ដកចង្កាមរមាន់ និងសំឡេងដូចប្រឹង (grunting) (ជាពិសេសចំពោះទារកតូចៗ)។

ការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន

- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដល់កុមារទាំងអស់ដែលមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ឬកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន ≤៩០% (អានផ្នែកទី ៤.២.១។ មធ្យោបាយផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដែលណែនាំ គឺការផ្តល់តាមបំពង់ខ្នែងច្រមុះ (nasal prongs) ឬកាតេទែច្រមុះ(nasal catheter) (អានទំ.៤៨៤)។
- គិលានុបដ្ឋាក គួរពិនិត្យមើលរៀងរាល់៣ម៉ោង ដើម្បីប្រាកដថាគ្មានសំបោរស្ទះបំពង់ខ្នែងច្រមុះ, បំពង់ស្ថិតក្នុងទីតាំងត្រឹមត្រូវ, ហើយកន្លែងតភ្ជាប់ទាំងអស់ស្ថិតនៅជាប់ល្អ។

ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក

- ប្រសិនបើព្យាបាលទារកនៅផ្ទះ គួរផ្តល់ឱសថ amoxicillin (៤0mg/kg មួយថ្ងៃ២ដង) តាមមាត់ រយៈពេល៥ថ្ងៃ តែក្នុងករណីកុមារមានសញ្ញារលាកសួតប៉ុណ្ណោះ(ដកដង្ហើមញាប់ និងប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល)។
- ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវផ្តល់ឱសថ ampicillin ចំនួន ៥0mg/kg ឬឱសថ benzylpenicillin ចំនួន ៥0 000U/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង រយៈពេលយ៉ាងតិច៥ថ្ងៃ និងឱសថ gentamicin ៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំឬតាមសរសៃ មួយថ្ងៃម្តង យ៉ាងតិច៥ថ្ងៃ (អានទំ.១២៧)។

ការថែទាំគាំទ្រ

- បើកុមារមានគ្រុនក្តៅ (≥៣៩°C ឬ ≥១០២.២ °F) ដែលហាក់ដូចជាធ្វើឲ្យកុមារពិបាកក្នុងខ្លួន នោះគួរផ្តល់ឱសថ paracetamol។
- ធានាថាកុមារដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ទទួលបានជាតិទឹកសមស្របតាមអាយុរបស់គាត់ (អានផ្នែកទី១០.២, ទំ.៤៧២), ប៉ុន្តែត្រូវចៀសវាងការលើសជាតិទឹក។ លើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះ និងផ្តល់ជាតិទឹកតាមមាត់។
- លើកទឹកចិត្តឲ្យកុមារបរិភោគ នៅពេលដែលអាចបរិភោគអាហារបាន។ គួរពិចារណាពីការផ្តល់អាហារតាមបំពង់ស៊ើកចូលក្រពះតាមច្រមុះ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនអាចទទួលជាតិទឹកតាមមាត់ (ល្អបំផុតគឺទឹកដោះច្របាច់)។
- គួរបូមស្លេស្មតាមច្រមុះថ្នមៗ ចំពោះទារកដែលហាក់ដូចជាមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមដោយសារស្លេស្មស្ទះក្នុងច្រមុះ។

ការតាមដាន

គិលានុបដ្ឋាកគួរវាយតម្លៃកុមាររៀងរាល់៦ម៉ោង (ឬរៀងរាល់៣ម៉ោង បើមានសញ្ញានៃជំងឺធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង) ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរវាយតម្លៃយ៉ាងតិចមួយថ្ងៃម្តង។ តាមដានការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន ដូចមានរៀបរាប់ក្នុងទំ.៤៨៧។ សង្កេតមើលសញ្ញានៃការខ្សោយផ្លូវដង្ហើម ដូចជាកង្វះអុកស៊ីហ្សែនកាន់តែខ្លាំង និងបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមដែលឈានទៅរកការឈប់ដកដង្ហើម។

ផលវិបាក

ប្រសិនបើកុមារមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែនទេ ឬស្ថានភាពកុមារចុះដុនដាបយ៉ាងឆាប់រហ័ស, ត្រូវថតសួតដោយកាំរស្មី X ដើម្បីរកមើលភស្តុតាងនៃខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត។ ខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត ដែលឡើងតឹងខ្លាំងហើយបណ្តាលអោយមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ និងបេះដូងងាកចេញពីទីតាំង នោះទាមទារការបន្ធូរជាបន្ទាន់

ដោយការស៊កម្ជុលដើម្បីឲ្យសម្ពាធខ្យល់ចេញមកក្រៅ (needle thoracocentesis)។ បន្ទាប់មក គួរធានាថាមានខ្យល់ចេញជាបន្តបន្ទាប់ដោយការស៊កបំពង់ក្នុងទ្រូង (chest tube) ដោយមានបំពង់បង្ហូរទៅក្នុងទឹក រហូតដល់កន្លែងដែលខ្យល់ធ្លាយចូលបិទជិតដោយខ្លួនឯងហើយសួតប៉ោងមកវិញ (អានឧបសម្ព័ន្ធ A១.៥, ទំ.៥៣២)។ ប្រសិនបើមានខ្សោយផ្លូវដង្ហើម នោះការប្រើសម្ពាធខ្យល់វិជ្ជមានជាប់បន្តអាចមានប្រយោជន៍។

ការបង្ការការចម្លងរោគ

ជំងឺរលាកទងសួតតូចៗ គឺជាជំងឺឆ្លងយ៉ាងខ្លាំង ហើយមានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះកុមារតូចៗដទៃទៀតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ យុទ្ធសាស្ត្រទាំងនេះ អាចកាត់បន្ថយឱកាសនៃការឆ្លងរោគទៅវិញទៅមក ៖

- បុគ្គលិកលាងសម្អាតដៃរាល់ពេលពិនិត្យអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ
- ញែកកុមារយ៉ាងសមស្រប ប៉ុន្តែរក្សាការតាមដានយ៉ាងដិតដល់
- ក្នុងអំឡុងពេលផ្ទុះជំងឺរាតត្បាត គួរដាក់កម្រិតការមកសួរសុខទុក្ខកុមារពីសំណាក់ឪពុកម្តាយនិងបងប្អូនរបស់កុមារដែលមានរោគសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ។

ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

ទារកដែលមានជំងឺរលាកទងសួតតូចៗ អាចត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យនៅពេលដែលបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម និងកង្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម ត្រូវបានធូរស្រាលនៅពេលដែលលែងបាត់ដង្ហើម ហើយទារកបៅបានច្រើន។ ទារកប្រឈមនឹងការលាប់រលាកទងសួតតូចៗឡើងវិញ ប្រសិនបើកុមាររស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមានអ្នកជក់បារី ឬបើកុមារមិនបានបៅទឹកដោះម្តាយទេ។ ហេតុដូច្នេះហើយ គួរផ្តល់ដំបូន្មានដល់ឪពុកម្តាយពីគ្រោះថ្នាក់នៃផ្សែងបារី។

ការតាមដានបន្ត

ទារកដែលរលាកទងសួតតូចៗ អាចមានក្អក និងសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze)

រហូតដល់៣សប្តាហ៍។ ដរាបណាទារកមានស្ថានភាពធម្មតា ដោយគ្មានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម គ្រុនក្តៅ ឬបាត់ដង្ហើមទេ ព្រមទាំងបៅដោះបានច្រើន នោះពួកគេមិនត្រូវការឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកទេ។

៤.៥.២ ជំងឺហឺត

ជំងឺហឺត គឺជាការរលាករ៉ាំរ៉ៃ ជាមួយនឹងការស្ទះផ្លូវខ្យល់ដែលអាចត្រឡប់មកស្ថានភាពធម្មតាវិញបាន។ គេអាចសម្គាល់វាបានដោយការលាប់ឡើងវិញនៃសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheezing) ហើយជាញឹកញាប់គឺរួមជាមួយការក្អកដែលឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថពង្រីកទងសួត និងឱសថប្រឆាំងការរលាក។ គួរផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក តែក្នុងករណីមានសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួតប៉ុណ្ណោះ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ប្រវត្តិនៃការលាប់សំឡេងដង្ហើមតឹង (wheezing), ជាញឹកញាប់រួមជាមួយការក្អក, ពិបាកដកដង្ហើម និងតឹងទ្រូង, ជាពិសេសប្រសិនបើវាកើតឡើងញឹកញាប់និងលាប់ឡើងវិញ ឬធ្ងន់ធ្ងរពេលយប់និងពេលព្រលឹម។ ការរកឃើញនៅពេលពិនិត្យអាចរួមមាន ៖

- ចង្វាក់ដង្ហើមញាប់
- ទ្រូងឡើងប៉ោងខ្លាំង
- កង្វះអុកស៊ីហ្សែន (កំហាប់ ≤ ៩០%)
- ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល
- ការប្រើសាច់ដុំជំនួយសម្រាប់ដកដង្ហើម (ល្អបំផុតគួរសម្គាល់ដោយការស្ទាបសាច់ដុំក)
- ដកដង្ហើមចេញយូរ រួមជាមួយសំឡេងដង្ហើមតឹងដែលអាចស្តាប់ឮ
- គ្មានខ្យល់ចូលសួត ឬមានចូលតិចនៅពេលដែលការស្ទះដង្ហើមនោះជាការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត
- គ្មានគ្រុនក្តៅ

- ឆ្លើយតបល្អទៅនឹងឱសថពង្រីកទងសួត។

បើរោគវិនិច្ឆ័យគ្មានភាពច្បាស់លាស់ទេ គួរផ្តល់ឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័សមួយដង (អានឱសថ salbutamol, ទំ.១៥១)។ ជាញឹកញាប់ កុមារដែលមានជំងឺហឺតនឹងមានស្ថានភាពប្រសើរយ៉ាងឆាប់រហ័ស នៅពេលផ្តល់ឱសថនេះ ដោយបង្ហាញអោយឃើញថាចង្វាក់ដង្ហើមថយចុះ, ប្រអប់ទ្រូងមិនស្រូវផតចូល, និងមិនសូវមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម។ កុមារដែលមានជំងឺហឺតធ្ងន់ធ្ងរ អាចត្រូវការច្រើនកំរិតថ្នាំច្រើនដង ក្នុងពេលបន្តបន្ទាប់គ្នា ទើបឃើញមានការឆ្លើយតប (មើលខាងក្រោម)។

ការព្យាបាល

- ជាទូទៅ កុមារដែលទើបតែមានសំឡេងដង្ហើមតឹងលើកទី១ និងគ្មានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមទេ អាចព្យាបាលនៅផ្ទះបាន រួមជាមួយការថែទាំគាំទ្រ។ ឱសថពង្រីកទងសួតមិនចាំបាច់ទេ។
- បើកុមារមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម (ជំងឺហឺតធ្ងន់ធ្ងរស្រួចស្រាវ) ឬសំឡេងដង្ហើមតឹងកើតមានញឹកញាប់ ត្រូវផ្តល់ឱសថ salbutamol តាម metered-dose inhaler និងបំពង់សំរាប់ហិតស្រូប (spacer device), ឬបើគ្មានទេ គួរប្រើម៉ាស៊ីនផ្លុង (nebulizer) (អានព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម)។ បើគ្មាន salbutamol ទេ គួរផ្តល់ឱសថ adrenaline ដោយចាក់ក្រោមស្បែក។
- វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញបន្ទាប់ពី១៥នាទី ដើម្បីកំណត់ការព្យាបាលបន្តបន្ទាប់ទៀត ៖
  - បើលែងមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម ហើយកុមារមិនមានដង្ហើមញាប់ទេ នោះគួរផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយអំពីការថែទាំនៅផ្ទះ រួមទាំងរបៀបផ្តល់ឱសថ salbutamol តាម metered-dose inhaler និងបំពង់ហិតស្រូប (ដែលអាចធ្វើបានដោយខ្លួនឯង ដោយប្រើដបប្លាស្ទិក)។
  - បើនៅតែមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម ត្រូវអោយកុមារសំរាកពេទ្យ រួចព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន, ឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស និង

ឱសថដទៃទៀត ដូចមានរៀបរាប់ខាងក្រោម។

ជំងឺហឺតធ្ងន់ធ្ងរដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត

- បើកុមារមានជំងឺហឺតស្រួចស្រាល់គំរាមកំហែងដល់ជីវិត, មានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ដោយមានសម្បុរពណ៌ស្វាយ ឬកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន ≤៩០%, មានខ្យល់ចូលតិច (ទ្រូងស្ងាត់), មិនអាចផឹកទឹកឬនិយាយ ឬអស់កម្លាំងខ្លាំង និងវង្វេង, ត្រូវអោយកុមារសំរាកពេទ្យ ហើយព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន, ឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស និងឱសថដទៃទៀត ដូចរៀបរាប់ខាងក្រោម។
- ចំពោះកុមារដែលសំរាកពេទ្យ ត្រូវផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនជាបន្ទាន់, ផ្តល់ឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស និងឱសថ steroids លើកទីមួយ។

ការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន

- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដើម្បីរក្សាកំហាប់អុកស៊ីហ្សែនឲ្យនៅ > ៩៥% ចំពោះកុមារទាំងឡាយដែលមានជំងឺហឺត និងមានសម្បុរពណ៌ស្វាយ (កំហាប់អុកស៊ីហ្សែន ≤៩០%) ឬពិបាកដកដង្ហើមដែលប៉ះពាល់ដល់ការនិយាយ បរិភោគ ឬបៅដោះ។

ឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស

- ផ្តល់ឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័សដល់កុមារ ដូចជា salbutamol តាមម៉ាស៊ីនផ្លុង ឬ salbutamol តាម metered-dose inhaler និងបំពង់ហិតស្រូប។ បើគ្មាន salbutamol ទេ គួរផ្តល់ឱសថ adrenaline ដោយចាក់ក្រោមស្បែក ដូចមានរៀបរាប់ខាងក្រោម។

ឱសថ salbutamol តាមម៉ាស៊ីនផ្លុង

ប្រភពកំលាំងសម្រាប់ដំណើរការម៉ាស៊ីនផ្លុង ត្រូវតែអាចផ្តល់យ៉ាងតិច ៦-៩លីត្រ/នាទី។ មធ្យោបាយដែលណែនាំអោយប្រើគឺម៉ាស៊ីនសម្ពាធខ្យល់, ultrasonic nebu-

lizer, ឬធុងស៊ីឡាំងអុកស៊ីហ្សែន, ប៉ុន្តែក្នុងករណីជំងឺហឺតធ្ងន់ធ្ងរ ឬគំរាមកំហែងជីវិតនោះ ត្រូវតែផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន។ បើទាំងអស់នេះគ្មានទេ គួរប្រើmetered-dose inhaler និង បំពង់ហិតស្រូប។ អាចប្រើស្នប់ជើងបានដែរ ប៉ុន្តែវាមិនសូវមានប្រសិទ្ធភាពទេ។

- ចាក់សូលុយស្យុងឱសថពង្រីកទងសួត ចូលក្នុងថតរបស់ម៉ាស៊ីនផ្លុង, បន្ថែម សេរ៉ូមប្រៃ ២–៤ml រួចផ្លុងច្រមុះកុមាររហូតទឹកថ្នាំហួតជិតអស់។ ដូសរបស់ salbutamol គឺ ២.៥mg (ពោលគឺ 0.៥ml នៃសូលុយស្យុងផ្លុង ៥mg/ml)។
- ប្រសិនបើកុមារមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលបានល្អទេ គួរផ្ដល់ salbutamol ឲ្យកាន់តែញឹកញាប់ថែមទៀត។
- ក្នុងករណីជំងឺហឺតធ្ងន់ធ្ងរ ឬគំរាមកំហែងដល់ជីវិត, នៅពេលកុមារមិនអាច និយាយបាន, ខ្វះអុកស៊ីហ្សែន ឬអស់កម្លាំង និងកម្រិតស្មារតីចុះខ្សោយ, នោះ គួរផ្ដល់ឱសថផ្លុង ជាបន្តបន្ទាប់ឥតដាច់ រហូតកុមារបានប្រសើរឡើង, ខណៈ ដែលរៀបចំចាក់សេរ៉ូមដើម្បីអោយមានផ្លូវតាមសរសៃឈាម។ នៅពេលជំងឺ ហឺតបានប្រសើរ នោះអាចផ្ដល់ឱសថផ្លុង រៀងរាល់៤ម៉ោង, បន្ទាប់មករៀង រាល់៦-៨ម៉ោង។

ការផ្ដល់ឱសថ salbutamol តាម metered-dose inhaler និងបំពង់ហិតស្រូប

បំពង់ហិតស្រូបចំណុះ ៧៥0ml មានដាក់លក់តាមទីផ្សារ។

- ច្របាច់ថ្នាំ២ដង (២ឈឺត) (២00µg) ទៅក្នុងបំពង់ហិតស្រូប។ បន្ទាប់មក ដាក់មាត់កុមារឲ្យស្រូបចំហាយពីក្នុងបំពង់ហិតស្រូប ដោយការដកដង្ហើមធម្មតា ៣-៥ដង្ហើម។ អាចធ្វើបែបនេះឡើងវិញរហូតច្របាច់បញ្ចេញឱសថ បាន៦ដង (៦ឈឺត) សម្រាប់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ, ១២ដង សម្រាប់កុមារអាយុលើស ៥ឆ្នាំ។ បន្ទាប់ពីច្របាច់ចំនួន៦ ឬ១២ដងរួចមក ចូរវាយតម្លៃការឆ្លើយតប របស់កុមារ ហើយច្របាច់បន្ថែមទៀតជាប្រចាំ រហូតស្ថានភាពកុមារបាន ប្រសើរឡើង។ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ អាចច្របាច់៦ ឬ១២ដង ជាច្រើនសារ រយៈពេល១ម៉ោង។

ការប្រើម៉ាស់ភ្ជាប់ទៅនឹងបំពង់ហិតស្រូប ដើម្បីផ្ដល់ការព្យាបាលដោយឱសថពង្រីកទងសួត។ អ្នកអាចច្នៃធ្វើបំពង់តហិតស្រូប ពីដបប្លាស្ទិកដោយខ្លួនឯង។

ទារក និងកុមារខ្លះ អាចស្រូបចំហាយឱសថបានល្អ ដោយប្រើម៉ាស់ភ្ជាប់នឹងបំពង់ហិតស្រូប ជាជាងការស្រូបដោយផ្ទាល់ពីបំពង់ដែលស្រូបតាមមាត់។

បើគ្មានលក់នៅទីផ្សារទេ អ្នកអាចច្នៃធ្វើបំពង់ហិតស្រូបពីពែងប្លាស្ទិក ឬដបប្លាស្ទិកចំណុះ១លីត្រ ដោយខ្លួនឯង។ វាអាចផ្ដល់ចំហាយ salbutamol ពីការច្របាច់៣-៤ដង, ហើយកុមារគួរស្រូបប្រហែល៣០វិនាទី។

ការចាក់ឱសថ adrenaline ក្រោមស្បែក

- ប្រសិនបើគ្មានមធ្យោបាយទាំង២ ខាងលើសម្រាប់ផ្ដល់ salbutamol ទេ, នោះគួរផ្ដល់ឱសថ adrenaline ដោយចាក់ក្រោមស្បែក ចំនួន 0.0១ml/kg នៃសូលុយស្យុង ១:១០០០ (អាចរហូតដល់បរិមាណអតិបរមា 0.៣ml), ប្រើសឺរ៉ាំង ១-ml វាស់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ (សម្រាប់បច្ចេកទេសក្នុងការចាក់, សូមអាន ទំ.៣៣៦)។ បើគ្មានភាពប្រសើរឡើងបន្ទាប់ពី១៥នាទីទេ ចូរផ្ដល់មួយដងទៀត។

ឱសថ Steroids

- ប្រសិនបើកុមារមានវិបត្តិជំងឺហឺតធ្ងន់ធ្ងរឬគំរាមកំហែងដល់ជីវិត, ត្រូវផ្ដល់ឱសថ prednisolone តាមមាត់ចំនួន ១mg/kg រយៈពេល៣-៥ថ្ងៃ (អតិបរមា ៦០ mg) ឬ២០mg សម្រាប់កុមារអាយុ២-៥ឆ្នាំ។ បើកុមារនៅតែឈឺធ្ងន់ គួរបន្តការព្យាបាលរហូតទាល់តែមានភាពប្រសើរឡើង។

ផ្តល់ prednisolone ឡើងវិញ១ដងទៀតចំពោះកុមារដែលក្អួត រួចពិចារណាពីការចាក់ឱសថ steroids តាមសរសៃ បើកុមារមិនអាចទទួលឱសថតាមមាត់ទេ។ ជាធម្មតាការព្យាបាលក្នុងអំឡុង៣ថ្ងៃ គឺគ្រប់គ្រាន់ ប៉ុន្តែគួរលៃលកទៅតាមស្ថានភាពជាក់ស្តែងរហូតកុមារបានធូរស្រាល។ ការកាត់បន្ថយកំរិតឱសថ steroids បន្តិចម្តងៗ (៧-១៤ ថ្ងៃ) គឺមិនចាំបាច់ទេ។ ការផ្តល់ឱសថ hydrocortisone តាមសរសៃ (៤mg/kg រៀងរាល់៤ម៉ោង) គឺគ្មានប្រយោជន៍ទេ ហើយគួរពិចារណាប្រើវាតែក្នុងករណីកុមារមិនអាចទទួលឱសថតាមមាត់ប៉ុណ្ណោះ។

ឱសថ Magnesium sulfate

ការផ្តល់ឱសថ magnesium sulfate តាមសរសៃ អាចផ្តល់ប្រយោជន៍បន្ថែមចំពោះកុមារដែលមានជំងឺហឺតធ្ងន់ធ្ងរហើយត្រូវបានព្យាបាលដោយឱសថពង្រីកទងសួត និង corticosteroids ។ ឱសថ Magnesium sulfate មានសុវត្ថិភាពជាងឱសថ aminophylline ក្នុងការគ្រប់គ្រងជំងឺហឺតធ្ងន់ធ្ងរស្រួចស្រាវ។ ដោយសារឱសថនេះងាយស្រួលរក គេអាចប្រើវាចំពោះកុមារដែលមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដែលបានរៀបរាប់ខាងលើបាន។

- ផ្តល់ magnesium sulfate ៥០% ជា bolus ចំនួន 0.១ml/kg (៥0mg/kg) តាមសរសៃរយៈពេល២០នាទី។

ឱសថ Aminophylline

ឱសថ Aminophylline គឺមិនត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមារដែលមានជំងឺហឺតស្រួចស្រាវកម្រិតស្រាលទៅមធ្យមទេ។ វាត្រូវបានបម្រុងទុកសម្រាប់ប្រើនៅពេលដែលកុមារមិនមានភាពធូរស្រាលបន្ទាប់ពីប្រើឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័សជាច្រើនដងក្នុងរយៈពេលខ្លី រួមទាំងឱសថ prednisolone តាមមាត់រួចមក។ បើមានស្ថានភាពបែបនេះ ៖

- អោយកុមារសំរាកអគារថែទាំកម្រិតខ្ពស់ឬផ្នែកជំងឺធ្ងន់ (ICU) បើមាន, ដើម្បី

ធ្វើការតាមដានជាប់ជានិច្ច។

- ▶ ចាក់ថ្លឹងកុមារដោយប្រុងប្រយ័ត្ន បន្ទាប់មកផ្តល់ឱសថ aminophylline តាមសរសៃ ក្នុងកម្រិតថ្នាំដំបូង ៥–៦mg/kg (អាចរហូតដល់កម្រិតអតិបរមា ៣០០mg) រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់២០នាទី ប៉ុន្តែល្អបំផុត១ម៉ោង, បន្តដោយកំរិតថ្នាំរក្សាលំនឹងចំនួន ៥mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង។

ការផ្តល់ឱសថ aminophylline តាមសរសៃ អាចមានគ្រោះថ្នាក់នៅពេលលើសកម្រិតថ្នាំ ឬនៅពេលបាញ់ថ្នាំលឿនពេក។

- រំលងកម្រិតថ្នាំដំបូងចោល ប្រសិនបើកុមារបានទទួលឱសថ aminophylline ឬ caffeine រួចហើយក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោងមុន។
- បញ្ឈប់ឱសថ aminophylline ភ្លាម បើកុមារចាប់ផ្តើមក្អួត, មានចង្វាក់ជីពចរ > ១៨០/នាទី, ឈឺក្បាល ឬប្រកាច់។

ឱសថពង្រីកទងសួតដែលផ្តល់តាមមាត់

ការប្រើប្រាស់ឱសថ salbutamol តាមមាត់ (ស៊ីរ៉ូ ឬថ្នាំគ្រាប់) គឺ**មិន**ត្រូវបានណែនាំក្នុងការព្យាបាលសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze) ធ្ងន់ធ្ងរ ឬអូសបន្លាយទេ។ គួរប្រើវាតែនៅពេលដែលគ្មាន salbutamol ទម្រង់សំរាប់ហិតស្រូប ហើយសំរាប់កុមារដែលបានធូរស្រាលគ្រប់គ្រាន់អាចនឹងចេញពីមន្ទីរពេទ្យប៉ុណ្ណោះ។

កម្រិតថ្នាំ ៖

- អាយុ១ខែ-២ឆ្នាំ ៖ ១០០μg/kg (អតិបរមា ២mg) អាចរហូតដល់៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ
- អាយុ២-៦ឆ្នាំ ៖ ១–២mg អាចរហូតដល់៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ

ឱសថ Antibiotics

- ▶ មិនគួរប្រើឱសថ Antibiotics ជាប្រចាំសម្រាប់ជំងឺហឺត ឬមិនគួរប្រើចំពោះកុមារហឺតដែលមានដង្ហើមញាប់ និងគ្មានគ្រុនក្តៅនោះទេ។ ប៉ុន្តែ អាចផ្តល់ការ

ព្យាបាលប្រឆាំងមីក្រុប នៅពេលដែលមានគ្រុនក្តៅអូសបន្លាយ និងសញ្ញាដទៃទៀតនៃជំងឺរលាកសួត (អានផ្នែក ៤.២, ទំ. ១២៣)។

ការថែទាំគាំទ្រ

- ធានាថាកុមារទទួលបានតម្រូវការជាតិទឹកប្រចាំថ្ងៃសមស្របតាមអាយុរបស់ខ្លួន (អានទំ.៤៧២)។ លើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យបំបៅដោះកូន និងផ្តល់ជាតិទឹកតាមមាត់។ លើកទឹកចិត្តឲ្យម្តាយផ្តល់អាហារបន្ថែមឲ្យបានគ្រប់គ្រាន់ បើកុមារអាចបរិភោគបាន។

ការតាមដាន

គិលានុបដ្ឋាកគួរវាយតម្លៃកុមារដែលសំរាកពេទ្យរៀងរាល់៣ម៉ោង ឬរៀងរាល់ ៦ ម៉ោង ក្នុងពេលដែលកុមារបង្ហាញសញ្ញាធូរស្រាល (ពោលគឺ ចង្វាក់ដង្ហើមយឺតជាងមុន, ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមមិនសូវផតចូល, និងមិនសូវមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម) ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរវាយតម្លៃកុមារយ៉ាងហោចមួយថ្ងៃម្តង។ កត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើម ហើយសង្កេតមើលសញ្ញាខ្សោយដង្ហើម ដូចជាកង្វះអុកស៊ីហ្សែនកាន់តែខ្លាំង និងបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមដែលធ្វើឲ្យកុមារឈប់ដកដង្ហើម។ តាមដានការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន ដូចរៀបរាប់ក្នុងទំ.៤៨៧។

ផលវិបាក

- ប្រសិនបើកុមារមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលខាងលើទេ, ឬស្ថានភាពរបស់កុមារចុះដុនដាបយ៉ាងឆាប់រហ័ស, ត្រូវថតទ្រូងដោយកាំរស្មី X ដើម្បីរកមើលភស្តុតាងនៃខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនេះ ព្រោះការប៉ោងទ្រូងនៅក្នុងជំងឺហឺត ស្រដៀងគ្នានឹងខ្យល់ក្នុងស្រោមសួតដែរ នៅពេលថតកាំរស្មី X ។ ព្យាបាលដូចរៀបរាប់នៅទំ.១៣៩។

ការថែទាំបន្ត

ជំងឺហឺត គឺជាស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃ និងកើតមានឡើងវិញញឹកញាប់។

- នៅពេលកុមារបានធូរស្រាលគ្រប់គ្រាន់ ដែលអាចចេញពីមន្ទីរពេទ្យបានហើយ គួរចេញវេជ្ជបញ្ជាឲ្យម្តាយរកទិញ salbutamol ទម្រង់ metered-dose inhaler រួមជាមួយបំពង់ហិតស្រូបសមរម្យមួយសំរាប់អាយុកុមារ (អាចធ្វើខ្លួនឯងបាន) ហើយបង្រៀនគាត់ពីរបៀបប្រើប្រាស់។
- គួរធ្វើផែនការព្យាបាលយូរអង្វែង ដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាននៃភាពញឹកញាប់ និងភាពធ្ងន់ធ្ងររបស់រោគសញ្ញា។ ផែនការទាំងនេះអាចរួមមាន ការព្យាបាលលស់ពេល ឬជាប្រចាំដោយប្រើឱសថពង្រីកទងសួត, ការព្យាបាលជាប្រចាំដោយប្រើឱសថsteroidsទម្រង់ហិតស្រូប ឬការព្យាបាលតាមវគ្គដោយប្រើឱសថ steroids តាមមាត់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម គួរមើលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ឬថ្នាក់សកល។

៤.៥.៣ សំឡេងដង្ហើមតឹង (Wheeze) រួមជាមួយការក្អក ឬផ្តាសាយ

ការមានសំឡេងដង្ហើមតឹងលើកទី១ ចំពោះកុមារអាយុក្រោម២ឆ្នាំ ភាគច្រើនគឺពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺផ្តាសាយ និងក្អក។ កុមារទាំងនេះមិនទំនងជាមានប្រវត្តិគ្រួសារកើតអាល់ឡែស៊ីភ្លាមៗ (atopy) ទេ (ឧទា. hay-fever, ជំងឺeczema, អាល់ឡែស៊ីរលាកច្រមុះ) ហើយការមានសំឡេងដង្ហើមតឹង នឹងមិនសូវកើតឡើងទេនៅពេលពួកគេមានអាយុច្រើនបន្តិច។ បើសំឡេងដង្ហើមតឹងធ្វើឲ្យកុមារពិបាក នោះអាចព្យាបាលដោយឱសថ salbutamol ទម្រង់ហិតស្រូបនៅផ្ទះបាន។

៤.៦ ស្ថានភាពផ្សេងៗដែលកើតមានជាមួយសំឡេងស្រ្តាយឌ័រ (stridor)

សញ្ញាបង្ហាញ គឺជាស្រ្តាយឌ័រ

ស្រ្តាយឌ័រ (stridor) គឺជាសំឡេងមិនធម្មតា នៅពេលដកដង្ហើមចូលដែលបណ្តាលមកពីការរួមចង្អៀតនៃផ្លូវខ្យល់នៅក្នុងបំពង់ក, ប្រអប់សំឡេងផ្នែកខាងក្រោម (subglottis),

ឬបំពង់ខ្យល់។ បើការស្ទះកើតឡើងនៅខាងក្រោមប្រអប់សំឡេង (larynx) នោះស្រ្តាយឌ័រក៏អាចកើតឡើងនៅពេលដកដង្ហើមចេញផងដែរ។

មូលហេតុចម្បងនៃសំឡេងស្រ្តាយឌ័រធ្ងន់ធ្ងរគឺ ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើដោយវីរុស (viral croup) (ដែលជាញឹកញាប់បណ្តាលមកពីជំងឺកញ្រ្ជឹល ឬវីរុសដទៃទៀត), ការឈ្លក់ចូលនូវវត្ថុផ្សេងៗ, អាប់សែលើជាលិកាក្រោយបំពង់ក(retropharyngeal abscess), ជំងឺខាន់ស្លាក់ និងការប៉ះទង្គិចប្រអប់សំឡេង (តារាងទី៩)។ វាក៏អាចកើតឡើងចំពោះទារកតូចៗផងដែរ ដោយសារទម្រង់មិនធម្មតាពីកំណើត។

ប្រវត្តិជំងឺ

- សំឡេងស្រ្តាយឌ័រលើកទី១ ឬកើតឡើងញឹកញាប់
- មានប្រវត្តិឈ្លក់
- មានសំឡេងស្រ្តាយឌ័រ ក្រោយពេលទើបនឹងកើតភ្លាម

៤.៦.១ ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើដោយវីរុស

ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើបង្កជាការស្ទះផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ ដែលអាចគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ប្រសិនបើវាធ្ងន់ធ្ងរ។ ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើធ្ងន់ធ្ងរ ភាគច្រើនកើតឡើងលើកុមារអាយុ២ឆ្នាំចុះក្រោម។ នៅក្នុងផ្នែកនេះ យើងពិភាក្សាពីជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើដែលបណ្តាលមកពីវីរុសផ្លូវដង្ហើមមួយចំនួន។ ចំពោះជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺកញ្រ្ជឹល សូមអានទំ.២៧៥។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើកម្រិតស្រាល មានលក្ខណៈសម្គាល់ដូចជា ៖

- គ្រុនក្តៅ
- សំឡេងស្អក
- ក្អកដូចសំឡេងព្រុស (barking cough) ឬក្អកស្ងួត (hacking cough)
- សំឡេងស្រ្តាយឌ័រនៅពេលកុមារទ្រេះទ្រោះ។

៤. ក្អក

ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើធ្ងន់ធ្ងរ មានលក្ខណៈសម្គាល់បន្ថែម ដូចជា ៖

- សំឡេងស្រោយឌ័រ សូម្បីតែនៅពេលកុមារនៅស្ងៀម
- ដកដង្ហើមញាប់ និងប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល
- សម្បុរពណ៌ស្វាយ ឬកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន ≤៩០%។

ការព្យាបាល

ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើកម្រិតស្រាល អាចត្រូវបានព្យាបាលនៅផ្ទះ ដូចជាផឹកទឹកឲ្យច្រើន បំបៅដោះ ឬបរិភោគអាហារអោយសមស្រប។

តារាងទី៩. រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់កុមារដែលមានសំឡេងស្រោយឌ័រ (stridor)

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើដោយវីរុស	– ក្អកដូចសំឡេងព្រុស (Barking cough) – បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម – សំឡេងស្អក – បើកើតដោយសារជំងឺកញ្រ្ជឹល, មានសញ្ញានៃជំងឺកញ្រ្ជឹល (អានទំ.២៧៥)
អាប់សែលើជាលិកាក្រោយបំពង់ក(Retro pharyngeal abscess)	– ហើមជាលិកាទន់ៗនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃបំពង់ក – ពិបាកលេប – គ្រុនក្តៅ
ការឈ្លក់ចូលនូវវត្ថុផ្សេងៗ	– ប្រវត្តិឈ្លក់ភ្លាមៗ – បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម
ជំងឺខាន់ស្លាក់	– ករីកធំដោយសារហើមកូនកណ្តុរនៅក – បំពង់កពណ៌ក្រហម – ភ្នាសជាលិកាក្រោយបំពង់ក ពណ៌ប្រផេះ

តារាងទី៩. ត

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
រលាកកន្លើត	– សំបោរលាយឈាម – គ្មានភស្តុតាងថាបានចាក់ថ្នាំបង្ការ DPT – សំឡេងស្រ្គាយឪរស្រទន់ (Soft stridor) – កុមារមានអាការៈមានការរាតត្បាតដោយមេរោគ – ក្អកតិចតួច ឬគ្មាន – ហៀរទឹកមាត់ – មិនអាចផឹកទឹក
ទម្រង់មិនធម្មតាពីកំណើត (Congenital genitalanomaly)	– មានសំឡេងស្រ្គាយឪរតាំងពីពេលកើត
ការប្រតិកម្មឱសថ	– មានប្រវត្តិប៉ះពាល់នឹងសារធាតុធ្វើឲ្យអាល់ឡែស៊ី – សំឡេងដង្ហើមតឹង (Wheeze) – ស្អុក – បន្ទាលត្រអាក និងហើមបបូរមាត់ និងមុខ
រលាក	– ហើមបបូរមាត់ – ការហើតផ្សៀងចូល

ត្រូវអោយកុមារដែលមាន**ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម**ខាងលើធ្ងន់ធ្ងរ សំរាកពេទ្យ។ ព្យាយាមចៀសវាងទម្រង់ការដែលមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរ លើកលែងតែធ្វើឡើងដោយមានវត្តមានពីអ្នកជំនាញផ្នែកថ្នាំស្ពឹក ព្រោះវាអាចបណ្តាលឲ្យស្ទះផ្លូវដង្ហើមទាំងស្រុងភ្លាមៗ។

- **ការព្យាបាលដោយពពួកឱសថ Steroid ។** ផ្តល់ឱសថ dexamethasone តាមមាត់មួយដង (0.៦mg/kg) ឬកម្រិតថ្នាំប្រហែលគ្នានឹងឱសថ steroid ដទៃ

ទៀត ៖ dexamethasone (អានទំ.៥៤៨) ឬ prednisolone (ទំ.៥៥៦)។ បើមាន គួរប្រើឱសថផ្លុង budesonide ចំនួន ២mg។ ចាប់ផ្តើម steroids ឲ្យបានឆាប់បំផុត។ ចំពោះកុមារដែលមិនអាចលេបគ្រាប់ថ្នាំបាន គួរកិនវាលាយក្នុងទឹកមួយស្លាបព្រា រួចបញ្ចុក។ ផ្តល់កម្រិតថ្នាំ steroid ឡើងវិញសម្រាប់កុមារដែលក្អួត។

- **ឱសថ Adrenaline។** ក្នុងការសាកល្បងដំបូង គួរផ្តល់ឱសថផ្លុង adrenaline (២ml នៃសូលុយស្យុង ១:១០០០) ដល់កុមារ។ បើវាមានប្រសិទ្ធភាព នោះគួរផ្តល់ឡើងវិញរៀងរាល់១ម៉ោង ហើយតាមដានយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន។ ខណៈដែលការព្យាបាលបែបនេះ អាចធ្វើឲ្យកុមារមួយចំនួនបានប្រសើរឡើងក្នុងអំឡុង៣០នាទី, ជាញឹកញាប់វាគ្រាន់តែកើតឡើងបណ្តោះអាសន្ន ហើយអាចមានរយៈពេលតែ២ម៉ោងប៉ុណ្ណោះ។
- **ឱសថ Antibiotics។** ឱសថទាំងនេះគ្មានប្រសិទ្ធភាពទេ ដូច្នេះមិនគួរផ្តល់ឲ្យកុមារឡើយ។
- តាមដានកុមារយ៉ាងជិតដល់ ហើយធានាថា បើចាំបាច់ គឺអាចធ្វើការស៊កបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើមជាបន្ទាន់ និង/ឬធ្វើការវះកាត់ស៊កបំពង់បានភ្លាមៗ ព្រោះការស្ទះផ្លូវខ្យល់អាចកើតឡើងមួយរំពេច។

ចំពោះកុមារដែលមានជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើធ្ងន់ធ្ងរ ហើយស្ថានភាពកំពុងចុះដុនដាប គួរពិចារណាពីចំណុចខាងក្រោម ៖

- **ការស៊កបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម និង/ឬ ការវះកាត់ស៊កបំពង់ ៖** ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការចាប់ផ្តើមស្ទះផ្លូវខ្យល់ទាំងស្រុងភ្លាម ដូចជាប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូលខ្លាំង និងទ្បេះទ្បះ, នោះត្រូវស៊កបំពង់ភ្លាម។
- បើមិនអាចធ្វើបានទេ ចូរបញ្ជូនកុមារជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យដែលអាចធ្វើការស៊កបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម ឬវះកាត់ស៊កបំពង់ភ្លាមៗ។ ការវះកាត់ស៊កបំពង់ គួរធ្វើឡើងដោយបុគ្គលិកដែលមានបទពិសោធន៍ប៉ុណ្ណោះ។

- ចៀសវាងការប្រើអុកស៊ីហ្សែន លើកលែងតែគ្មានការស្ទះផ្លូវដង្ហើម។ សញ្ញា ដូចជា ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូលខ្លាំង និងទ្បេះទ្បះ គឺទំនងជាបញ្ជាក់ប្រាប់ពីតម្រូវការធ្វើការស៊កបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម ឬវះកាត់ស៊កបំពង់ ជាជាងការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន។ បំពង់ខ្នែងច្រមុះ (Nasal prongs) ឬកាតេទែច្រមុះ អាចរំខានដល់កុមារ ហើយធ្វើឲ្យការស្ទះផ្លូវខ្យល់កាន់តែងាយកើតឡើង។
- ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី គួរផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន ប្រសិនបើមានបញ្ហាស្ទះផ្លូវដង្ហើម ហើយការស៊កបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម ឬវះកាត់ស៊កបំពង់ តាមការចាំបាច់ត្រូវបានធ្វើ។ **ហៅរកជំនួយ** ពីអ្នកជំនាញផ្នែកថ្នាំស្ពឹក និងគ្រូពេទ្យវះកាត់ ដើម្បីធ្វើការស៊កបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម ឬវះកាត់ស៊កបំពង់។

ការថែទាំគាំទ្រ

- ឲ្យទារកនៅស្ងប់ស្ងៀម និងចៀសវាងការរំខាន បើមិនចាំបាច់។
- បើកុមារមានគ្រុនក្តៅ (≥៣៩°C ឬ ≥១០២.២°F) ដែលហាក់ដូចជាពិបាកក្នុងខ្លួន នោះគួរផ្តល់ឱសថ paracetamol។
- លើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យបំបៅដោះកូន និងផ្តល់ជាតិទឹកតាមមាត់។ ចៀសវាងការផ្តល់ជាតិទឹកខុសពីមាត់ ព្រោះវាតម្រូវឲ្យចាក់ម្ជុលកាតេទែ ដែលធ្វើឲ្យកុមារឈឺ នោះការស្ទះផ្លូវដង្ហើមទាំងស្រុងកាន់តែងាយកើតឡើង។
- លើកទឹកចិត្តឲ្យកុមារបរិភោគភ្លាម នៅពេលអាចទទួលអាហារបាន។

ចៀសវាងការប្រើតង់ផ្តល់សំណើម (mist tent) ព្រោះវាគ្មានប្រសិទ្ធភាព, ធ្វើឲ្យកុមារបែកពីឪពុកម្តាយ, និងធ្វើឲ្យពិបាកតាមដានស្ថានភាពកុមារ។ មិនត្រូវផ្តល់ឱសថងងុយដេក ឬឱសថបន្ថយក្អកទេ។

ការតាមដាន

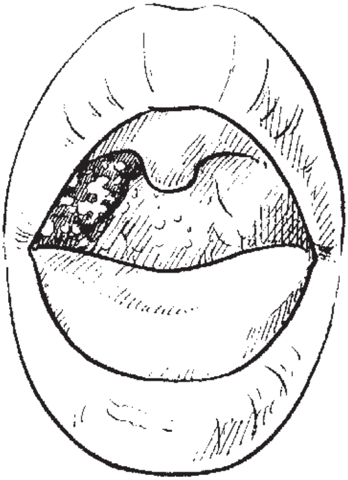
គិលានុបដ្ឋាកគួរវាយតម្លៃស្ថានភាពកុមារ ជាពិសេសស្ថានភាពដង្ហើម រៀងរាល់៣ម៉ោង, ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរវាយតម្លៃមួយថ្ងៃ២ដង។ កុមារគួរសម្រាកនៅលើគ្រែមួយដែល

៤. ក្អក

ស្ថិតនៅក្បែរបន្ទប់គិលានុបដ្ឋាក ដូច្នេះគេអាចរកឃើញទាន់ពេល បើមានសញ្ញាណាមួយនៃការស្ទះផ្លូវដង្ហើមទាំងស្រុងកើតឡើងភ្លាម។

៤.៦.២ ជំងឺខាន់ស្លាក់

ជំងឺខាន់ស្លាក់ គឺជាការបង្ករោគដោយបាក់តេរី ដែលអាចបង្ការបានដោយការចាក់ថ្នាំបង្ការ។ ការបង្ករោគក្នុងផ្លូវដង្ហើមខាងលើ ឬក្នុងច្រមុះបំពង់ក បានបង្កើតជាភ្នាសពណ៌ប្រផេះ ដែលអាចបណ្តាលឲ្យមានសំឡេងស្អាយឪរ ឬស្ទះផ្លូវខ្យល់ បើវាមាននៅក្នុងប្រអប់សំឡេង (larynx) ឬបំពង់ខ្យល់។ បើវាប៉ះពាល់ដល់ច្រមុះ នោះវាធ្វើឲ្យមានឈាមក្នុងសំបោរ។ ជាតិពុលពីជំងឺខាន់ស្លាក់ ធ្វើឲ្យខូចសាច់ដុំ និងរលាកសាច់ដុំបេះដូង ដែលទាំងនេះពាក់ព័ន្ធនឹងការស្លាប់។



ភ្នាសនៅបំពង់កនៃជំងឺខាន់ស្លាក់។ ចំណាំ ៖ ភ្នាសលាតសន្ធឹងហួសក្រពេញអាមីដាល់ ហើយលប់ពីលើតំបន់ដែលនៅជាប់នឹងជញ្ជាំងក្រោយបំពង់ក។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ពិនិត្យច្រមុះ និងបំពង់កកុមារយ៉ាងហ្មត់ចត់ ហើយរកមើលភ្នាសស្អិតពណ៌ប្រផេះ។ ត្រូវមានការប្រុងប្រយ័ត្នខ្ពស់នៅពេលពិនិត្យបំពង់កកុមារ ព្រោះវាអាចជំរុញឲ្យមានការស្ទះផ្លូវដង្ហើមទាំងស្រុង។ កុមារដែលមានជំងឺខាន់ស្លាក់នៅបំពង់ក អាចហើមកដែលយើងមើលឃើញយ៉ាងច្បាស់។

ការព្យាបាល

ឱសថប្រឆាំងជាតិពុល (Antitoxin)

- ផ្តល់ឱសថ antitoxin សម្រាប់ជំងឺខាន់ស្លាក់ ចំនួន ៤០.០០០U (តាមសាច់ដុំឬតាមសរសៃ) ភ្លាមៗ ព្រោះការពន្យារពេលអាចបង្កើនការប្រឈមនឹងការស្លាប់។ ដោយសារមានការប្រឈមបន្តិចបន្តួចនឹងប្រតិកម្មអាល់ឡែស៊ីធ្ងន់ធ្ងរជាមួយសេរ៉ូមសេះដែលមាននៅក្នុង antitoxin, នោះគួរធ្វើតេស្តក្នុងស្បែកដើម្បីរកមើលភាពឆាប់ប្រតិកម្មខ្ពស់ ដូចមានរៀបរាប់ក្នុងសេចក្តីណែនាំ, ហើយការព្យាបាលការប្រតិកម្មឱសថ គួរមានត្រៀមរួចជាស្រេច (អានទំ.១៦៧)។

ឱសថ Antibiotics

- រាល់កុមារដែលសង្ស័យមានជំងឺខាន់ស្លាក់ គួរទទួលបានឱសថ procaine benzylpenicillin តាមការចាក់សាច់ដុំជ្រៅ ចំនួន ៥០mg/kg (អតិបរមា ១.២g) រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ។ មិនគួរផ្តល់ឱសថនេះ តាមសរសៃទេ។

ការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន

- ចៀសវាងការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន លើកលែងតែពុំមានការស្ទះផ្លូវដង្ហើម។
- សញ្ញាដូចជា ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូលខ្លាំង និងឡេះឡះ គឺទំនងជាបញ្ជាក់ប្រាប់ពីតម្រូវការធ្វើការស៊កបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម ឬវះកាត់ស៊កបំពង់ជាជាងការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន។ ម្យ៉ាងទៀត បំពង់ខ្សែងច្រមុះ (Nasal prongs) ឬកាតេទែច្រមុះ អាចរំខានដល់កុមារ ហើយធ្វើឲ្យការស្ទះផ្លូវខ្យល់កាន់តែងាយកើតឡើង។
- ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី គួរផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន ប្រសិនបើមានបញ្ហាស្ទះផ្លូវដង្ហើម ហើយការស៊កបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម ឬវះកាត់ស៊កបំពង់ តាមការចាំបាច់ត្រូវបានធ្វើ។

ការវះកាត់ស៊ិកបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម / ការស៊ិកបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម

- ការវះកាត់ស៊ិកបំពង់ គួរធ្វើឡើងដោយបុគ្គលិកដែលមានបទពិសោធន៍ប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការចាប់ផ្ដើមស្ទះផ្លូវខ្យល់ទាំងស្រុង ដូចជាប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូលខ្លាំង និងឡេះឡះ។ បើការស្ទះកើតឡើង គួរធ្វើការវះកាត់ស៊ិកបំពង់ជាបន្ទាន់។ ការស៊ិកបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើមកុមារ គឺជាមធ្យោបាយដែលអាចជំនួសបាន ប៉ុន្តែវាអាចធ្វើឲ្យរបូតភ្នាស ហើយមិនអាចជួយដល់ការស្ទះបានទេ។

ការហើមបំពង់ក ៖ ជាសញ្ញានៃជំងឺខាន់ស្លាក់ដោយសារការរីកកូនកណ្ដុរក្នុងបំពង់ក

ការថែទាំគាំទ្រ

- បើកុមារមានគ្រុនក្ដៅ (≥៣៩°C ឬ ≥១០២.២°F) ដែលហាក់ដូចជាពិបាកក្នុងខ្លួន នោះគួរផ្ដល់ឱសថ paracetamol។
- លើកទឹកចិត្តកុមារឲ្យបរិភោគ និងផឹកទឹក។ បើកុមារពិបាកលេប នោះអាចតម្រូវឲ្យផ្ដល់អាហារតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។ ការស៊ិកបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ គួរធ្វើឡើងឲ្យគ្រូពេទ្យដែលមានបទពិសោធន៍ ឬអ្នកជំនាញផ្នែកថ្នាំស្ពឹក (អានទំ.៥២៨)។

ចៀសវាងការពិនិត្យញឹកញាប់ និងទម្រង់ការធ្ងន់ធ្ងរ ឬការរំខានកុមារដោយមិនចាំបាច់។

ការតាមដាន

គិលានុបដ្ឋាកគួរវាយតម្លៃស្ថានភាពកុមារ ជាពិសេសស្ថានភាពដង្ហើម រៀងរាល់ ៣ម៉ោង, ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរវាយតម្លៃមួយថ្ងៃ២ដង។ កុមារគួរសម្រាកនៅលើគ្រែមួយ

ដែលស្ថិតនៅក្បែរបន្ទប់គិលានុបដ្ឋាក, ដូច្នេះគេអាចរកឃើញទាន់ពេល បើមានសញ្ញាណាមួយនៃការស្ទះផ្លូវខ្យល់ទាំងស្រុងកើតឡើងភ្លាម។

ផលវិបាក

ការរលាកសាច់ដុំបេះដូង (myocarditis) និងការខ្ទិនសាច់ដុំ អាចកើតឡើងក្នុងអំឡុង២-៧សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមមានជំងឺនេះ។

- សញ្ញានៃការរលាកសាច់ដុំបេះដូង រួមមាន ជីពចរខ្សោយនិងមិនទៀងទាត់ និងភស្តុតាងនៃការខ្សោយបេះដូង។ សូមមើលសៀវភៅជំងឺកុមារបន្ថែមទៀតពីរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលការរលាកសាច់ដុំបេះដូង។

វិធានការសុខភាពសាធារណៈ

- កុមារគួរត្រូវបានព្យាបាលនៅក្នុងបន្ទប់ដាច់ដោយឡែកមួយ ដែលបុគ្គលិកបានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺខាន់ស្លាក់ចប់សព្វគ្រប់។
- ផ្តល់ថ្នាំបង្ការការពារជំងឺខាន់ស្លាក់បន្ថែម (Td) ដល់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធ្លាប់ចាក់ថ្នាំបង្ការនេះរួចហើយ។
- ចំពោះសមាជិកគ្រួសារដែលមិនទាន់បានចាក់ថ្នាំបង្ការនេះទេ គួរផ្តល់ឱសថ benzathine penicillin មួយដូស (៦០០.០០០U សម្រាប់កុមារអាយុ៥ឆ្នាំចុះក្រោម, ១.២០០.០០០U សម្រាប់អ្នកមានអាយុលើ៥ឆ្នាំ) ដល់ពួកគេ។ បន្ទាប់មក ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺខាន់ស្លាក់ដល់ពួកគេ ហើយពិនិត្យរកសញ្ញានៃជំងឺខាន់ស្លាក់ រៀងរាល់ថ្ងៃរយៈពេល៥ថ្ងៃ។

៤.៦.៣ ជំងឺរលាកកន្លើត

ជំងឺរលាកកន្លើត អាចបណ្តាលឲ្យស្លាប់ បើមិនព្យាបាលឆាប់រហ័សទេ។ ជាញឹកញាប់ វាបណ្តាលមកពីបាក់តេរី H. influenzae ប្រភេទ b ប៉ុន្តែវាក៏អាចបណ្តាលមកពីបាក់-តេរីដទៃទៀត ឬវីរុសដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការរលាកផ្លូវដង្ហើមលើផងដែរ។ ជាទូទៅ ជំងឺរលាកកន្លើតចាប់ផ្តើមពីការរលាក និងហើមនៅតំបន់ចន្លោះបាតអណ្តាត និងកន្លើត។ ការហើម

នេះអាចអោយស្ទះដល់ផ្លូវដង្ហើម។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ឈឺបំពង់ក និងពិបាកនិយាយ
- ពិបាកដកដង្ហើម
- សំឡេងស្រួយឱរស្រទន់
- គ្រុនក្តៅ
- ហៀរទឹកមាត់
- ពិបាកលេប ឬពិបាកផឹកទឹក។

ការព្យាបាល

ការព្យាបាលជំងឺរលាកកន្ទើត គឺធ្វើឡើងដើម្បីបន្ថយការស្ទះក្នុងផ្លូវដង្ហើម និងលុបបំបាត់ភ្នាក់ងារចម្លងរោគ។

- ឲ្យកុមារនៅស្ងប់ស្ងៀម និងផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនសើម ដោយតាមដានយ៉ាងដិតដល់។
- ចៀសវាងការពិនិត្យបំពង់ក ប្រសិនបើសញ្ញាមានលក្ខណៈច្បាស់លាស់ ដើម្បីចៀសវាងការធ្វើឲ្យស្ទះផ្លូវដង្ហើម។
- ហៅរកជំនួយ និងការពារផ្លូវដង្ហើមជាបន្ទាន់ ព្រោះវាមានគ្រោះថ្នាក់នៃការស្ទះផ្លូវដង្ហើមភ្លាមៗ។ ការស៊កបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម អាចការព្យាបាលដ៏ប្រសើរបំផុត បើមានការស្ទះផ្លូវដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ប៉ុន្តែអាចពិបាកជាខ្លាំង, គួរពិចារណាពីអន្តរាគមន៍វះកាត់វិញ ដើម្បីធានាថាផ្លូវដង្ហើមមិនស្ទះ។
- ផ្តល់ antibiotics តាមសរសៃនៅពេលផ្លូវដង្ហើមមានសុវត្ថិភាព ៖ ឱសថ ceftriaxone ចំនួន ៨0mg/kg មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៥ថ្ងៃ។

៤.៦.៤ ការប្រតិកម្មឱសថ

ការប្រតិកម្មឱសថ គឺជាប្រតិកម្មអាល់ឡែស៊ីដ៏ធ្ងន់ធ្ងរ ដែលអាចបណ្តាលឲ្យស្ទះផ្លូវដង្ហើមខាងលើ រួមជាមួយសំឡេងស្រួយឱរ, ស្ទះផ្លូវខ្យល់ខាងក្រោម រួមជាមួយសំឡេង

ដង្ហើមតឹង (wheezing), ឬស្អក, ឬទាំង៣តែម្តង។ មូលហេតុញឹកញាប់របស់វាគឺប្រតិកម្មអាល់ឡែស៊ីជាមួយឱសថ antibiotics, ជាមួយថ្នាំបង្ការ, ជាមួយការចាក់បញ្ចូលឈាម និងជាមួយអាហារមួយចំនួន ជាពិសេសគ្រាប់ធញ្ញជាតិ។

ពិចារណារោគវិនិច្ឆ័យ បើមានរោគសញ្ញាណាមួយកើតឡើង និងមានប្រវត្តិប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ ឬការវិវត្តយ៉ាងឆាប់រហ័ស, ប្រវត្តិជំងឺហឺត, ជំងឺ eczema ឬអាល់ឡែស៊ី (atopy)។

ភាពធ្ងន់ធ្ងរ	រោគសញ្ញា	សញ្ញា
ស្រាល	– រមាស់មាត់ – ចង្អោរ	– បន្ទាលត្រអាក – ហើមមុខ – ជំងឺរលាកភ្នាសភ្នែក – បំពង់កពណ៌ក្រហម
មធ្យម	– ក្អក ឬសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze) – រាក – បែកញើស	– សំឡេងដង្ហើមតឹង – បេះដូងដើរញាប់ – ភាពស្លេកស្លាំង
ធ្ងន់ធ្ងរ	– ពិបាកដកដង្ហើម – សន្លប់ – ក្អួត	– សំឡេងដង្ហើមតឹងធ្ងន់ធ្ងរ និងខ្យល់ចូលតិចតួច – ហើមប្រអប់សំឡេង (larynx) – ស្អក – ការឈប់ដកដង្ហើម – បេះដូងឈប់ដំណើរការ

ស្ថានភាពនេះអាចគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ហើយអាចបណ្តាលឲ្យកម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល, សន្លប់, ឬឈប់ដកដង្ហើម ឬបេះដូងឈប់ដំណើរការ។

▸ វាយតម្លៃផ្លូវដង្ហើម ការដកដង្ហើម និងប្រព័ន្ធឈាមរត់

- បើកុមារមិនដកដង្ហើមទេ គួរផ្តល់ដង្ហើមសង្គ្រោះ៥ដង ដោយម៉ាស់ថង់ខ្យល់

និងអុកស៊ីហ្សែន១០០% រួចវាយតម្លៃប្រព័ន្ធឈាមរត់។
- បើគ្មានជីពចរទេ គួរចាប់ផ្តើមការសង្គ្រោះជីវិត។

ការព្យាបាល

- ▶ យកសារធាតុធ្វើឲ្យអាល់ឡែស៊ីចេញ។
- ▶ ចំពោះករណីស្រាល (គ្រាន់តែកន្ទួល និងរមាស់) ផ្តល់ឱសថ antihistamine និង prednisolone តាមមាត់ ចំនួន ១mg/kg។
- ▶ ចំពោះករណីមធ្យម ដែលមានសំឡេងស្រ្កាយឌ័រ និងស្ទះផ្លូវដង្ហើម ឬសំឡេងដង្ហើមតឹង ៖
  - ផ្តល់ឱសថ adrenaline ចំនួន 0.១៥ml នៃ ១:១000 តាមសាច់ដុំភ្លៅ (ឬក្រោមស្បែក); អាចផ្តល់ឡើងវិញរៀងរាល់៥-១៥នាទី។
- ▶ ចំពោះស្តុកប្រតិកម្មឱសថធ្ងន់ធ្ងរ ៖
  - ផ្តល់ឱសថ adrenaline តាមសរសៃ ចំនួន 0.១៥ml នៃ ១:១000 ហើយផ្តល់ឡើងវិញរៀងរាល់៥-១៥នាទី។
  - ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន១00%។
  - ធានាថាផ្លូវខ្យល់ ការដកដង្ហើម និងប្រព័ន្ធឈាមរត់ មានលំនឹង ហើយបិតម្ជុលចាក់តាមសរសៃឈាមឲ្យជាប់ល្អ។
  - បើការស្ទះផ្លូវដង្ហើមមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ គួរពិចារណាពីការស៊កបំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម ឬហៅអ្នកជំនាញផ្នែកថ្នាំស្ពឹក និងគ្រូពេទ្យវះកាត់ ដើម្បីធ្វើការវះកាត់ស៊កបំពង់។
  - ផ្តល់សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា0.៩% ឬសេរ៉ូមឡាក់តាត ចំនួន ២0ml/kg តាមសរសៃក្នុងល្បឿនលឿនបំផុត។ បើមិនអាចរកសរសៃបានទេ គួរចាក់តាមខួរឆ្អឹង។

៤.៧ ស្ថានភាពផ្សេងៗដែលកើតមានជាមួយការក្អករ៉ាំរ៉ៃ

ការក្អករ៉ាំរ៉ៃ គឺមានរយៈពេលចាប់ពី១៤ថ្ងៃទៅ។ មានស្ថានភាពជាច្រើនដែលកើតឡើងជាមួយការក្អករ៉ាំរ៉ៃ ដូចជាជំងឺរបេង, ជំងឺក្អកមាន់, ការឈ្លក់ចូលនូវវត្ថុផ្សេងៗ, ឬជំងឺហឺត (អានតារាងទី១០)។

ប្រវត្តិជំងឺ

- រយៈពេលនៃការក្អក
- ក្អកពេលយប់
- ក្អកញាប់ខ្លាំង ឬមានរយៈពេលយូរ ដែលចុងក្រោយគឺក្អួត ឬក្អកមាន់
- ស្រកទម្ងន់ ឬមិនលូតលាស់ (ពិនិត្យតារាងលូតលាស់ បើមាន)
- បែកញើសពេលយប់
- គ្រុនក្តៅរ៉ូសបន្លាយ
- នៅជិតអ្នកជំងឺរបេងដែលកំហាកមានមេរោគរបេងវិជ្ជមាន ឬជំងឺក្អកមាន់
- ធ្លាប់មានសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze) និងប្រវត្តិគ្រួសារមានអាល់ឡែស៊ី ឬជំងឺហឺត
- មានប្រវត្តិឈ្លក់ ឬហឺតសារធាតុចម្លែកចូល
- សង្ស័យឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ការព្យាបាល និងលទ្ធផលនៃការព្យាបាល។

តារាងទី១០. រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់កុមារដែលមានបញ្ហាក្អករ៉ាំរ៉ៃ

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ជំងឺរបេង	– ស្រកទម្ងន់ ឬមិនលូតលាស់ – មិនឃ្លានអាហារ – បែកញើសពេលយប់ – រីកថ្លើម និងអណ្ដើក – គ្រុនក្តៅរ៉ាំរ៉ៃ ឬលស់ពេល – មានប្រវត្តិប្រឈមនឹងការឆ្លងជំងឺរបេង – ការថតសួតដោយកាំរស្មី X បង្ហាញលទ្ធផលមិនធម្មតា
ជំងឺហឺត	– មានប្រវត្តិមានសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze) ញឹកញាប់ – ទ្រូងឡើងប៉ោងខ្លាំង – ដកដង្ហើមចេញយូរ – ខ្យល់ចូលសួតថយចុះ(ក្នុងករណីស្ទះផ្លូវដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ) – ឆ្លើយតបយ៉ាងល្អទៅនឹងឱសថពង្រីកទងសួត
ការឈ្លក់ចូលនូវវត្ថុផ្សេងៗ	– ឈ្លក់ឬសំឡេងស្រោយខ្ញុំរភ្លាមៗ – សញ្ញាក្នុងទ្រូងតែម្ខាង (ឧទា. សំឡេងដង្ហើមតឹង ឬប៉ោងទ្រូង) – ជំងឺរលាកស្លែបសួតដែលកើតមានញឹកញាប់ – ឆ្លើយតបមិនល្អទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ
ជំងឺក្អកមាន់	– ក្អកញាប់ខ្លាំង បញ្ចប់ដោយសំឡេង whoop ក្អួត ឡើងស្វាយ ឬបាត់ដង្ហើម – ហូរឈាមក្រោមភ្នាសភ្នែក – គ្មានប្រវត្តិនៃការថ្នាំបង្ការ DPT – គ្មានគ្រុនក្តៅ

តារាងទី១០. គ

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
មេរោគអេដស៍	– ម្តាយ ឬបងប្អូនបង្កើតមាន ឬសង្ស័យមានមេរោគអេដស៍ – មិនលូតលាស់ – ជ្រាំងមាត់ ឬបំពង់អាហារ – រលាកក្រពេញ parotide រ៉ាំរ៉ៃ – ជំងឺរើម (ពីមុន ឬបច្ចុប្បន្ន) – ឡើងកូនកណ្តុរទូទៅ – គ្រុនក្តៅរ៉ាំរ៉ៃ – រាគរូសបន្លាយ – ចុងម្រាមដៃកោង
ការស្ទះចុងទងសួត (Bronchiectasis)	– មានប្រវត្តិជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ, រមេង ឬឈ្លក់វត្ថុផ្សេងៗចូល – មិនសូវឡើងទម្ងន់ – កំហាកមានខ្ទុះ, ក្លិនអាក្រក់ – ចុងម្រាមដៃកោង – មានសញ្ញានៅកន្លែងដែលប៉ះពាល់សួតនៅពេលថតកាំរស្មី X
អាប់សែសួត	– មិនសូវឮសំឡេងដង្ហើមនៅកន្លែងអាប់សែ – កុមារមិនសូវឡើងទម្ងន់ ឬឈឺរ៉ាំរ៉ៃ – មានដុំសាច់ឬមានប្រហោងពេលថតកាំរស្មី X

ការពិនិត្យ

- គ្រុនក្តៅ
- កូនកណ្តុរ (មានជាទូទៅឬនៅជិតកន្លែងដែលប៉ះពាល់, ឧទា. ក្នុងបំពង់ក)
- ស្គមកំព្រឹង

- សំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze) ឬដកដង្ហើមចេញយូរ
- ចុងម្រាមដៃកោង
- មានបាត់ដង្ហើម (ជំងឺក្អកមាន់)
- ហូរឈាមក្រោមភ្នាសភ្នែក
- សញ្ញាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការឈ្លក់វត្ថុផ្សេងៗចូល ៖
  - សំឡេងដង្ហើមតឹងក្នុងទ្រូងម្ខាង
  - តំបន់ដែលមិនសូវឮសំឡេងដង្ហើម មានសំឡេងខ្វះតិច ឬខ្លាំងនៅពេលគោះ
  - បំពង់ខ្យល់ខុសគន្លង ឬស្នូរនៅកំពូលបេះដូង (apex beat) ឮខុសកន្លែង
- សញ្ញាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (អានទំ.៣៥៣)។

គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការព្យាបាលមូលហេតុញឹកញាប់បំផុតនៃការក្អករ៉ាំរ៉ៃមានបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម៖

- ជំងឺហឺត (ទំ.១៤៩)
- ជំងឺក្អកមាន់ (ទំ.១៧៣)
- ជំងឺរបេង (ទំ.១៧៨)
- ការឈ្លក់ចូលនូវវត្ថុផ្សេងៗ (ទំ.១៨៥)
- មេរោគអេដស៍ (ទំ.១២៩-៣៨៤)

៤.៧.១ ជំងឺក្អកមាន់

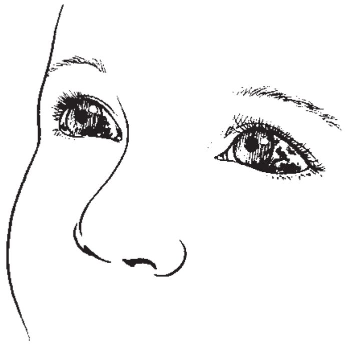
ជំងឺក្អកមាន់ មានស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរបំផុតចំពោះទារកតូចៗដែលមិនទាន់បានចាក់ថ្នាំបង្ការ។ បន្ទាប់ពីរយៈពេលបង្ករោគចំនួន៧-១០ថ្ងៃមក កុមារមានគ្រុនក្តៅ ដែលជាទូទៅរួមជាមួយក្អក និងហៀរសំបោរ ដែលមិនអាចញែកដាច់ពីផ្តាសាយនិងក្អកធម្មតា។ ក្នុងសប្តាហ៍ទី២ មានការក្អកញាប់ខ្លាំង ដែលអាចសម្គាល់ថា ជំងឺក្អកមាន់។ រយៈពេលក្អកអាចបន្តកើតឡើងប្រហែល៣ខែ ឬយូរជាងនេះ។ កុមារអាចចម្លងរោគរាលដាលក្នុងរយៈពេល៣សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីកើតមានក្អកមាន់។

រោគវិនិច្ឆ័យ

គួរសង្ស័យលើជំងឺក្អកមាន់ បើកុមារមានការក្អកធ្ងន់ធ្ងរយូរជាង២សប្តាហ៍ ជាពិសេស បើគេដឹងថាជំងឺនេះកំពុងរាតត្បាតក្នុងតំបន់។ សញ្ញារោគវិនិច្ឆ័យដែលសំខាន់បំផុតគឺ ៖

- ការក្អកញាប់ខ្លាំង បន្តដោយសំឡេង whoop នៅពេលដកដង្ហើមចូល, ជាញឹកញាប់គឺមានក្អួត
- ហូរឈាមក្រោមភ្នាសភ្នែក
- កុមារមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺក្អកមាន់
- ទារកតូចៗ ប្រហែលជាគ្មានសំឡេង whoop ទេ; ប៉ុន្តែអាចបាត់ដង្ហើមមួយរយៈ ឬឡើងស្វាយ, ឬបាត់ដង្ហើមដោយមិនមានក្អក។

ម្យ៉ាងទៀត គួរពិនិត្យកុមាររកសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួតផងដែរ ហើយសួរអំពីការប្រកាច់។



ការហូរឈាមក្រោមភ្នាសភ្នែក មើលឃើញច្បាស់នៅលើផ្នែកពណ៌សនៃភ្នែក

ការព្យាបាល

ចំពោះកុមារអាយុចាប់ពី៦ខែ ហើយជាករណីស្រាល គួរព្យាបាលនៅផ្ទះដោយការថែទាំគាំទ្រ(មើលខាងក្រោម)។ អោយទារកអាយុក្រោម៦ខែ សំរាកពេទ្យ, ម្យ៉ាងទៀតត្រូវអោយសំរាកពេទ្យរាល់កុមារទាំងឡាយណាដែលមានជំងឺរលាកសួត ប្រកាច់ ខ្វះជាតិទឹក ខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ឬបាត់ដង្ហើមយូរ ឬសម្បុរឡើងស្វាយបន្ទាប់ពីក្អក។

ឱសថ Antibiotics

- ផ្តល់ឱសថ erythromycin តាមមាត់ (១២.៥mg/kg មួយថ្ងៃ៤ដង) រយៈពេល ១០ថ្ងៃ ។ ឱសថនេះមិនបន្ថយជំងឺទេ ប៉ុន្តែវាកាត់បន្ថយរយៈពេលចម្លងជំងឺ។
- ម្យ៉ាងទៀតអាចផ្តល់ឱសថ azithromycin ជំនួសបាន បើមាន។ ផ្តល់ឱសថ

azithromycin ចំនួន ១០mg/kg (អតិបរមា ៥០០mg) នៅថ្ងៃទី១, បន្ទាប់មក ៥mg/kg (អតិបរមា ២៥០mg) មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៤ថ្ងៃ។

- បើមានគ្រុនក្តៅ, បើគ្មានឱសថ erythromycin ឬ azithromycin, ឬបើមានសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួត, គួរព្យាបាលដោយឱសថ amoxicillin ដូចជំងឺរលាកសួត។ អនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំដទៃទៀតសម្រាប់ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ (អានផ្នែក ៤.២.១, ទំ.១២៣) ។

ការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន

- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដល់កុមារដែលបាត់ដង្ហើមមួយរយៈ ឬសម្បុរឡើងស្វាយ, ក្អកញាប់ខ្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ឬកំហាប់អុកស៊ីហ្សែន ≤៩០%។

ប្រើបំពង់ខ្មែងច្រមុះ (nasal prongs), មិនមែនកាតេទែច្រមុះបំពង់ក ឬកាតេទែច្រមុះទេ, ព្រោះវាអាចជំរុញឲ្យក្អក។ ដាក់ខ្មែងបំពង់ចូលក្នុងរន្ធច្រមុះ ល្មមតែចូលបន្តិច ហើយបិតស្កុតពីលើបបូរមាត់លើ។ គួរសម្អាតសំបោរចេញពីរន្ធច្រមុះ ព្រោះវាអាចរាំងស្ទះលំហូរអុកស៊ីហ្សែន។ ដាក់ល្បឿនបង្ហូរត្រឹម ១-២លីត្រ/នាទី (០.៥លីត្រ/នាទី សម្រាប់ទារកតូច)។ ការផ្តល់សំណើម គឺមិនចាំបាច់ទេសម្រាប់បំពង់ខ្មែងច្រមុះ (nasal prongs)។

- បន្តការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន រហូតលែងមានសញ្ញាខាងលើ, បន្ទាប់ពីនេះទៅ ការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនលែងមានប្រយោជន៍ហើយ។
- គិលានុបដ្ឋាក គួរពិនិត្យមើលរៀងរាល់៣ម៉ោង ដើម្បីប្រាកដថាគ្មានសំបោរស្ទះបំពង់ខ្មែងច្រមុះ, បំពង់ស្ថិតក្នុងទីតាំងត្រឹមត្រូវ, ហើយកន្លែងតភ្ជាប់ទាំងអស់ស្ថិតនៅជាប់ល្អ។ មើលទំ.៤៨៦ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

ការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម

- ក្នុងពេលក្អកញាប់ខ្លាំង គួរដាក់កុមារក្នុងទីតាំងសុវត្ថិភាព ដើម្បីបង្ការការស្រូបកម្អួតចូលវិញ និងដើម្បីជួយដល់ការបញ្ចេញកំហាក។
  - បើកុមារមានសម្បុរពណ៌ស្វាយ គួរសម្អាតកំហាកចេញពីច្រមុះ និងបំពង់ក

ដោយការបូមថ្នមៗតែមួយភ្លែត។

- បើទារកបាត់ដង្ហើម គួរសម្អាតផ្លូវដង្ហើមជាបន្ទាន់ ដោយការបូមថ្នមៗ, សប់ដង្ហើមដល់ទារកដោយប្រើម៉ាស់ថង់ខ្យល់, ល្អបំផុតគឺជាមួយនឹងថង់ខ្យល់បម្រុង ហើយតភ្ជាប់ទៅនឹងអុកស៊ីហ្សែនដែលហូរខ្លាំង

ការថែទាំគាំទ្រ

- ចៀសវាងទម្រង់ការណាដែលបណ្ដាលឲ្យក្អក ដូចជាការបូម ការពិនិត្យបំពង់ក ឬការប្រើបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ (លើកលែងតែកុមារមិនអាចផឹកទឹក)។
- កុំផ្ដល់ឱសថបន្ថយការក្អក, ឱសថងងុយដេក, ឱសថរំលាយកំហាក ឬឱសថ antihistamines។
- ▶ បើកុមារមានគ្រុនក្ដៅ (≥៣៩°C, ≥១០២.២°F) ដែលធ្វើឲ្យកុមារពិបាកក្នុងខ្លួន គួរផ្ដល់ឱសថ paracetamol។
- ▶ លើកទឹកចិត្តឲ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ ឬផ្ដល់ជាតិទឹកតាមមាត់។ បើកុមារមិនអាចផឹកទេ គួរស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ ហើយផ្ដល់ជាតិទឹកយ៉ាងញឹកញាប់ ម្ដងបន្តិចៗ (ល្អបំផុតគឺទឹកដោះប្រចាំ) ដើម្បីបំពេញតម្រូវការជាតិទឹករបស់កុមារ (អានទំ.៤៧២)។ បើមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ហើយមិនអាចផ្ដល់ជាតិទឹកតាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះដោយសារការក្អកអួសបន្ទាយ, នោះគួរដាក់សេរ៉ូមដើម្បីចៀសវាងការប្រឈមនឹងការឈ្លក់ចូលសួត និងចៀសវាងការធ្វើឲ្យក្អក។

ធានាថាកុមារទទួលបានអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ ដោយផ្ដល់ជាតិទឹក/ទឹកដោះញឹកញាប់ ម្ដងបន្តិចៗ។ បើកុមារនៅតែបន្តស្រកទម្ងន់ ទោះបីផ្ដល់វិធានការទាំងនេះក៏ដោយ នោះគួរផ្ដល់ជាតិទឹកតាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ។

ការតាមដាន

គិលានុបដ្ឋាកគួរវាយតម្លៃកុមាររៀងរាល់៣ម៉ោង ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរវាយតម្លៃមួយ

ថ្ងៃម្តង។ ដើម្បីសម្រួលដល់ការឆាប់រកឃើញនិងព្យាបាលការបាត់ដង្ហើម ឬសម្បុរស្វាយ ឬការក្អកធ្ងន់ធ្ងរ, គួរឲ្យកុមារសម្រាកព្យាបាលនៅគ្រែមួយដែលស្ថិតនៅក្បែរបន្ទប់គិលា-នុបដ្ឋាក ដែលមានអុកស៊ីហ្សែន និងសម្ភារៈបញ្ចូលខ្យល់គ្រប់គ្រាន់។ ម៉្យាងទៀត គួរបង្រៀនម្តាយពីរបៀបសម្គាល់ការបាត់ដង្ហើម និងការផ្តល់សញ្ញាដល់គិលានុបដ្ឋាក បើវាកើតឡើង។

ផលវិបាក

ជំងឺរលាកសួត ៖ វាគឺជាផលវិបាកញឹកញាប់បំផុតនៃជំងឺក្អកមាន់ ហើយបង្កឡើងដោយការបង្ករោគក្នុងពេលឬក្រោយពេលការព្យាបាល (secondary infection) ឬការស្រូបកម្អួតចូលវិញ។

- សញ្ញាបង្ហាញប្រាប់ពីជំងឺរលាកសួតមានដូចជា ដកដង្ហើមញាប់នៅចន្លោះពេលក្អកម្តងៗ គ្រុនក្តៅ និងការកើតឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម។
- ព្យាបាលជំងឺរលាកសួត ដល់កុមារដែលមានជំងឺក្អកមាន់ ដូចខាងក្រោមនេះ ៖
  - ផ្តល់ឱសថ ampicillin (ឬ benzylpenicillin) និងឱសថ gentamicin ដោយចាក់ រយៈពេល៥ថ្ងៃ, ឬម៉្យាងទៀតអាច ផ្តល់ឱសថ azithromycin រយៈពេល៥ថ្ងៃ។
  - ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន ដូចមានរៀបរាប់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ (អានផ្នែក ៤.២.១ និង ១០.៧, ទំ. ១២៣ និង ៤៨៤)។

ការប្រកាច់។ វាអាចបណ្តាលមកពីការខ្វះអុកស៊ីហ្សែនធ្ងន់ធ្ងរ (anoxia) ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការបាត់ដង្ហើម ឬសម្បុរឡើងស្វាយ ឬជំងឺខួរក្បាលដោយសារជាតិពុល។

- បើការប្រកាច់មិនឈប់ក្នុងរយៈពេល២នាទីទេ គួរផ្តល់ឱសថ diazepam ដោយអនុវត្តតាមសេចក្តីណែនាំនៅក្នុងជំពូកទី១ (គំនូសបំព្រួញទី៩, ទំ.២៣)។

កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។ កុមារដែលមានជំងឺក្អកមាន់ អាចក្លាយជាខ្វះអាហារូបត្ថម្ភដោយសារបរិភោគមិនសូវបាន និងការក្អួតញឹកញាប់។

- បង្ការការខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ ដោយធានាថាមានការផ្តល់អាហារគ្រប់គ្រាន់ ដូច

រៀបរាប់ខាងលើក្នុងចំណុច “ការថែទាំគាំទ្រ”។

ការហូរឈាម និងជំងឺក្លនលូន

- ការហូរឈាមក្រោមភ្នាសភ្នែក និងហូរឈាមច្រមុះ គឺជាបញ្ហាញឹកញាប់ក្នុងជំងឺក្អកមាន់។
- មិនត្រូវការការព្យាបាលជាក់លាក់ទេ។
- ជំងឺក្លនលូនត្រង់ផ្ចិត ឬក្លនលូនក្នុងក្រលៀន អាចបណ្ដាលមកពីការក្អកខ្លាំងៗ។
- កុំព្យាបាលវា លុះត្រាតែមានសញ្ញានៃការស្ទះពោះវៀនប៉ុណ្ណោះ ប៉ុន្តែគួរបញ្ជូនកុមារទៅផ្នែកវះកាត់ដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃ។

វិធានការសុខភាពសាធារណៈ

- ចាក់ថ្នាំបង្ការ DPT ដល់កុមារដែលស្ថិតក្នុងគ្រួសារដែលមិនបានទទួលថ្នាំបង្ការចប់សព្វគ្រប់ និងកុមារដែលមានជំងឺក្អកមាន់។
- ចាក់ថ្នាំបង្ការ DPT រំលឹកមួយលើកទៀត ចំពោះកុមារដែលធ្លាប់ចាក់រួចហើយ។
- ផ្ដល់ឱសថ erythromycin estolate (១២.៥mg/kg មួយថ្ងៃ៤ដង) រយៈពេល ១០ថ្ងៃ ដល់រាល់ទារកនៅក្នុងគ្រួសារដែលអាយុក្រោម៦ខែ និងមានគ្រុនក្ដៅ ឬសញ្ញាដទៃទៀតនៃការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើម។

៤.៧.២ ជំងឺរបេង

កុមារភាគច្រើនដែលឆ្លងមេរោគ M. tuberculosis គឺមិនកើតជំងឺរបេងទេ។ ភស្តុតាងតែមួយគត់នៃការឆ្លងរោគនេះ គឺការធ្វើតេស្ដ៍ស្បែកវិជ្ជមាន។ ការកើតជំងឺរបេងគឺអាស្រ័យលើសមត្ថភាពរបស់ប្រព័ន្ធការពារខ្លួន ទប់ទល់នឹងការបំបែកខ្លួននៃមេរោគ M. tuberculosis។ សមត្ថភាពនេះប្រែប្រួលទៅតាមអាយុកុមារ ដែលអាយុកាន់តែតិច ប្រព័ន្ធការពារខ្លួនកាន់តែខ្សោយ។ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ កាត់បន្ថយសមត្ថភាពនៃប្រព័ន្ធការពារខ្លួន, ហើយជំងឺកញ្ជ្រឹល និងក្អកមាន់ ធ្វើឲ្យប្រព័ន្ធការពារខ្លួនចុះខ្សោយជាបណ្ដោះអាសន្ន។ ដូច្នេះបើមានស្ថានភាពណាមួយទាំងនេះកើតឡើង នោះ

ជំងឺរបេងអាចកើតឡើងកាន់តែងាយស្រួល។

ជាញឹកញាប់ ជំងឺរបេងមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ នៅពេលដែលវាស្ថិតនៅក្នុងសួត ស្រោមខួរ ឬតម្រងនោម។ វាក៏អាចប៉ះពាល់ដល់កូនកណ្ដុរក្នុងក, ឆ្អឹង, សន្លាក់, ពោះ, ត្រចៀក, ភ្នែក និងស្បែកផងដែរ។ កុមារខ្លះគ្រាន់តែបង្ហាញសញ្ញានៃការមិនលូតលាស់, ស្រកទម្ងន់, ឬគ្រុនក្តៅអូសបន្លាយ។ ការក្អកយូរជាង១៤ថ្ងៃ ក៏អាចជាសញ្ញារបស់វាផងដែរ; ប៉ុន្តែចំពោះកុមារ ជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមានកម្រត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យណាស់។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ការប្រឈមនឹងជំងឺរបេង កើនឡើងនៅពេលមានអ្នកជំងឺរបេងសកម្ម (ជំងឺរបេងសួតវិជ្ជមាន) នៅក្នុងផ្ទះជាមួយគ្នា ឬនៅពេលដែលកុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ, មានមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ឬមានជំងឺកញ្ជ្រឹលក្នុងប៉ុន្មានខែមុន។ គួរពិចារណាពីជំងឺរបេង ចំពោះកុមារទាំងឡាយណាដែលមាន ៖

ប្រវត្តិនៃ ៖

- ការស្រកទម្ងន់ដែលគ្មានមូលហេតុ ឬមិនលូតលាស់ដូចធម្មតា
- គ្រុនក្តៅដែលគ្មានមូលហេតុ ជាពិសេសនៅពេលវាបន្តយូរជាង២សប្តាហ៍
- ការក្អករ៉ាំរ៉ៃ (ពោលគឺក្អកយូរជាង ១៤ថ្ងៃ មាន ឬគ្មានសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze))
- ការនៅក្បែរមនុស្សធំដែលអាចឬមានជំងឺរបេងសួត។

ក្នុងពេលពិនិត្យ ៖

- ជាតិទឹកនៅក្នុងទ្រូងម្ខាង (ខ្យល់ចូលតិច, មិនសូវឮសំឡេងខួរនៅពេលគោះ)
- រីកកូនកណ្ដុរ ឬអាប់សែកូនកណ្ដុរជាពិសេសនៅក្នុងក
- សញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ ជាពិសេសនៅពេលដែលវាកើតឡើងច្រើនថ្ងៃ ហើយនៅក្នុងទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងភាគច្រើនមានតែ lymphocytes និងប្រូតេអ៊ីន
- ហើមពោះ ដោយមានឬគ្មានដុំដែលស្ទាបបាន
- ហើមរាលដាល ឬការខូចទ្រង់ទ្រាយនៅក្នុងឆ្អឹង ឬសន្លាក់ រួមទាំងឆ្អឹងខ្នង

ការស្រាវជ្រាវ

- ព្យាយាមយកវត្ថុវិភាគ ដើម្បីពិនិត្យ acid-fast bacilli (Ziehl-Neelsen stain) ក្រោមមីក្រូទស្សន៍ និងដើម្បីបណ្ដុះបាក់តេរី tubercle bacilli។ វត្ថុវិភាគអាចមាន វត្ថុក្នុងក្រពះ (gastric content) ពេលព្រឹកមិនទាន់ហូបអាហារ ដោយធ្វើចំនួន៣ថ្ងៃជាប់គ្នា, CSF (បើមានការបញ្ជាក់ផ្នែកគ្លីនិក) និងទឹកស្រោមសួត និងទឹកក្នុងពោះ(បើមាន)។ ដោយសារតែអត្រារកឃើញដោយប្រើមធ្យោបាយទាំងនេះ មានកម្រិតទាប នោះការមានលទ្ធផលវិជ្ជមានតែមួយលើក អាចបញ្ជាក់ពីជំងឺរបេងបាន, ប៉ុន្តែបើលទ្ធផលអវិជ្ជមានមួយលើក មិនអាចបញ្ជាក់ថាគ្មានជំងឺរបេងបានទេ។
- តេស្ដរោគវិនិច្ឆ័យរហ័ស(rapid diagnostic tests)ថ្មី មានសុក្រិតភាពជាង ហើយនៅថ្ងៃមុខអាចមានប្រើប្រាស់ច្រើន។
- ថតសួតដោយកាំរស្មី X ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង ត្រូវបានគាំទ្រនៅពេលដែលការថតកាំរស្មី X បង្ហាញពីmiliary pattern ឬ infiltrates ឬ consolidation ជាញឹកញាប់គឺមានទឹកក្នុងស្រោមសួត ឬ ជំងឺរបេងបឋម។
- ធ្វើតេស្ដស្បែក PPD (purified protein derivative) ឬ mantoux test ។ ជាទូទៅតេស្ដនេះតែងមានលទ្ធផលវិជ្ជមាន ចំពោះកុមារដែលមានជំងឺរបេងសួត (ប្រតិកម្ម > ១០mm ប្រាប់ពីជំងឺរបេង; < ១០mm ចំពោះកុមារដែលធ្លាប់ចាក់ថ្នាំបង្ការ BCG)។ តេស្ដ PPD អាចមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន ចំពោះកុមាររបេងដែលមានមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍, ជំងឺមីលីយែរ(miliary disease), កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ឬជំងឺកញ្ជ្រឹលថ្មីៗ។
- ក្នុងការធ្វើតេស្ដរោគវិនិច្ឆ័យដំបូង គួរអនុវត្តតេស្ដ Xpert MTB/RIF ចំពោះកុមារដែលសង្ស័យមានជំងឺរបេងស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ (MDR-TB) ឬជំងឺរបេងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍។
- ការធ្វើតេស្ដមេរោគអេដស៍ទូទៅ គួរធ្វើឡើងចំពោះកុមារទាំងអស់ដែលសង្ស័យ

មានជំងឺរបេង។

ការព្យាបាល

- ផ្តល់ការព្យាបាលពេញលេញ ដល់កុមារទាំងអស់ដែលមានការបញ្ជាក់ច្បាស់ ឬសង្ស័យខ្ពស់។
- នៅពេលមិនច្បាស់, ឧទា. កុមារដែលសង្ស័យខ្ពស់មានជំងឺរបេង ឬកុមារដែលមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលជំងឺដទៃទៀត, នោះគួរផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺរបេង។

បរាជ័យក្នុងការព្យាបាលដទៃទៀត មានដូចជាការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកសម្រាប់ការសង្ស័យជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរី (នៅពេលកុមារមានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងសួត), ការសង្ស័យជំងឺរលាកស្រោមខួរ (នៅពេលកុមារមានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងសរសៃប្រសាទ), ឬសម្រាប់ព្រូន ឬ giardia (នៅពេលកុមារមិនលូតលាស់ ឬរាក ឬមានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងពោះ)។

- ការសង្ស័យឬការបញ្ជាក់ច្បាស់នៃជំងឺរបេងកុមារ គួរត្រូវបានព្យាបាលដោយការផ្សំឱសថប្រឆាំងរបេង អាស្រ័យលើភាពធ្ងន់ធ្ងររបស់ជំងឺ, ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍, និងកម្រិតនៃភាពស៊ាំនឹងឱសថ isoniazid។
- សម្រាប់អនុសាសន៍ក្នុងការព្យាបាល គួរអនុវត្តតាមគោលការណ៍ជាតិនៃកម្មវិធីជំងឺរបេង។
- ដើម្បីកាត់បន្ថយឱកាសនៃការខូចខាតថ្លើមដោយសារឱសថ គួរអនុវត្តតាមកម្រិតថ្នាំដែលបានណែនាំ ៖
  - Isoniazid (H): ១០mg/kg (ចន្លោះ ១០–១៥mg/kg); កម្រិតថ្នាំអតិបរមា ៣០០mg/ថ្ងៃ
  - Rifampicin (R): ១៥mg/kg (ចន្លោះ ១០–២០mg/kg); កម្រិតថ្នាំអតិបរមា ៦០០mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ

- Pyrazinamide (Z): ៣៥mg/kg (ចន្លោះ ៣០–៤០mg/kg)
- Ethambutol (E): ២០mg/kg (ចន្លោះ ១៥–២៥mg/kg).

របបឱសថព្យាបាល

ប្រសិនបើគ្មានគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិទេ គួរអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក អាស្រ័យលើរបបឱសថដែលបានផ្តល់ជូនខាងក្រោម៖

- *របបឱសថ៤មុខ* ៖ HRZE រយៈពេល២ខែ បន្តដោយរបបឱសថ២មុខ (HR) រយៈពេល៤ខែ សម្រាប់កុមារទាំងអស់ដែលមានសង្ស័យឬបញ្ជាក់ច្បាស់ពីជំងឺរបេងសួត ឬជំងឺរលាកកូនកណ្តុរខាងក្រៅ (peripheral lymphadenitis) ដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ ឬតំបន់ដែលស៊ាំនឹងឱសថ H ខ្ពស់, ឬកុមារដែលមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ ដែលរស់នៅក្នុងតំបន់មានអត្រាមេរោគអេដស៍ទាប ឬតំបន់ដែលស៊ាំនឹងឱសថ H ទាប។
- *របបឱសថ៣មុខ* ៖ HRZ រយៈពេល២ខែ បន្តដោយរបបឱសថ២មុខ (HR) រយៈពេល៤ខែ សម្រាប់កុមារដែលមានសង្ស័យ ឬបញ្ជាក់ច្បាស់ពីជំងឺរបេងសួត ឬរបេងកូនកណ្តុរដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាមេរោគអេដស៍ទាប ឬស៊ាំនឹងឱសថ H ទាប ឬតំបន់មេរោគអេដស៍អវិជ្ជមានទាប។
- ក្នុងករណីសង្ស័យ ឬបញ្ជាក់ច្បាស់ពីរបេងស្រោមខួរ, របេងខួរឆ្អឹង រួមជាមួយសញ្ញាទាក់ទងនឹងសរសៃប្រសាទ, ឬរបេងសន្លាក់ឆ្អឹង, គួរព្យាបាលរយៈពេល១២ខែ ដោយរបបឱសថ៤មុខ (HRZE) រយៈពេល២ខែ បន្តដោយរបបឱសថ២មុខ(HR) រយៈពេល១០ខែ។
- ចំពោះទារក (អាយុ០-៣ខែ) ដែលមានសង្ស័យឬបញ្ជាក់ច្បាស់ពីជំងឺរបេងសួត ឬរបេងកូនកណ្តុរ គួរព្យាបាលជាបន្ទាន់ដោយរបបឱសថស្តង់ដារដែលរៀបរាប់ខាងលើ ដោយកែប្រែកម្រិតថ្នាំដើម្បីឲ្យត្រូវនឹងអាយុទារក និងចៀសវាងការពុលថ្លើម។

របបឱសថលស់ពេល ៖ ក្នុងតំបន់ដែលផ្តល់ការព្យាបាលដោយមានការតាមដាន

៤. ក្អក

ដោយផ្ទាល់ នោះគួរពិចារណាពីរបបឱសថ៣ដងក្នុង១សប្តាហ៍ សម្រាប់កុមារដែលមាន HIV-negative។ មិនគួរប្រើរបបឱសថនេះនៅក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ទេ ព្រោះវាមានការប្រឈមខ្ពស់នឹងការព្យាបាលបរាជ័យ និងភាពស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ។

ប្រុងប្រយ័ត្នជាមុន ៖ មិនគួរប្រើឱសថ Streptomycin ជាផ្នែកមួយនៃការព្យាបាលជម្រើសដំបូង សម្រាប់កុមារដែលមានជំងឺរបេងសួត ឬរបេងកូនកណ្តុរទេ។ គួរបម្រុងឱសថនេះសម្រាប់ប្រើក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេងដែលស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ លើកុមារដែលមានមេរោគត្រូវនឹងឱសថនេះប៉ុណ្ណោះ។

ជំងឺរបេងដែលស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ (MDR TB)

- ក្នុងករណីជំងឺរបេងស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ (MDR TB) គួរព្យាបាលកុមារដែលសង្ស័យឬបញ្ជាក់ច្បាស់ពីជំងឺរបេងសួត ឬរបេងស្រោមខួរ ដោយឱសថ fluoroquinolone ឬឱសថរបេងជម្រើសទី២ដទៃទៀត។ សម្រាប់របបឱសថព្យាបាល MDR TB គួរអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធីគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងដែលស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ។ ការសម្រេចចិត្តព្យាបាល គួរធ្វើឡើងដោយគ្រូពេទ្យដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ។

ការតាមដាន

ប្រាកដថាកុមារបានប្រើឱសថត្រឹមត្រូវដូចការណែនាំ តាមរយៈការសង្កេតមើលដោយផ្ទាល់លើកម្រិតថ្នាំដែលផ្តល់អោយកុមារនិមួយៗ។ តាមដានការឡើងទម្ងន់របស់កុមាររៀងរាល់ថ្ងៃ ហើយវាស់សីតុណ្ហភាពមួយថ្ងៃ២ដង ដើម្បីពិនិត្យមើលភាពធូរស្រាលនៃគ្រុនក្តៅ។ វាជាសញ្ញានៃការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាល។ នៅពេលផ្តល់ការព្យាបាលសម្រាប់ការសង្ស័យជំងឺរបេង នោះភាពធូរស្រាលគួរបង្ហាញឲ្យឃើញក្នុងអំឡុង១ខែ។ បើមិនធូរស្រាលទេ ត្រូវពិនិត្យអ្នកជំងឺឡើងវិញ, ត្រួតពិនិត្យថាតើការព្យាបាលត្រូវបានធ្វើដូចការការណែនាំឬទេ, ស្រាវជ្រាវឡើងវិញ, រួចពិចាណារោគវិនិច្ឆ័យឡើងវិញ។

វិធានការសុខភាពសាធារណៈ

- ផ្តល់ដំណឹងពីករណីជំងឺទៅបុគ្គលិកសុខាភិបាលស្រុក។ ធានាថាការព្យាបាលត្រូវបានតាមដានដូចការណែនាំរបស់កម្មវិធីជាតិកម្ចាត់ជំងឺរបេង។ ពិនិត្យសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ (ហើយបើចាំបាច់ គឺអ្នកពាក់ព័ន្ធនៅសាលារៀន) ក្រែងមានជំងឺរបេងដែលមិនបានរកឃើញពីមុន ហើយរៀបចំការព្យាបាលដល់ពួកគេបើរកឃើញ។
- ចំពោះកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ ដែលជាសមាជិកគ្រួសារ ឬអ្នកប៉ះពាល់ជិតស្និទ្ធជាមួយអ្នកជំងឺរបេង ហើយត្រូវបានវាយតម្លៃគ្លីនិកថាមិនមានជំងឺរបេងសកម្មទេ នោះគួរទទួលបានការព្យាបាលបែបបង្ការ ដោយឱសថ isoniazid (១០mg/kg/ថ្ងៃ, ចន្លោះ ៧–១៥mg/kg, កម្រិតថ្នាំអតិបរមា ៣០០mg/ថ្ងៃ) រយៈពេល៦ខែ។

ការតាមដានបន្ត

កម្មវិធី ការតាមដានបន្ត "យ៉ាងសកម្ម" ដែលបុគ្គលិកសុខាភិបាលចុះជួបជាមួយកុមារ និងក្រុមគ្រួសារដល់ផ្ទះ អាចកាត់បន្ថយឱកាសដែលអ្នកជំងឺមិនគោរពទៅតាមការព្យាបាលជំងឺរបេង។ ក្នុងអំឡុងពេលតាមដានបន្តនៅផ្ទះ ឬនៅមន្ទីរពេទ្យ បុគ្គលិកសុខាភិបាលអាច ៖

- ពិនិត្យមើលថាតើកុមារលេបថ្នាំជាប្រចាំដែរឬទេ។
- រំឭកក្រុមគ្រួសារពីសារសំខាន់នៃការលេបថ្នាំជាប្រចាំ រហូតគ្រប់ចំនួន បើទោះជាកុមារបានធូរស្រាលក៏ដោយ។
- វាយតម្លៃការប៉ះពាល់ជាមួយសមាជិកគ្រួសារ រួមទាំងកុមារដទៃទៀតក្នុងគ្រួសារ ដោយសួរពួកគេអំពីការក្អក រួចចាប់ផ្តើមផ្តល់ការព្យាបាលបែបបង្ការដោយឱសថ isoniazid ដល់កុមារទាំងនេះ។
- ផ្តល់ដំបូន្មានពីការកែលម្អបរិស្ថាននៅក្នុងផ្ទះ ដើម្បីឲ្យកុមារមានសុខភាពកាន់តែប្រសើរ ដូចជា ការលុបបំបាត់ការជក់បារីនៅក្នុងផ្ទះ, រៀបចំឲ្យមានខ្យល់ចេញចូលល្អ, និងការលាងសម្អាតដៃ។

- ពិភាក្សាជាមួយឪពុកម្ដាយអំពីសារសំខាន់នៃអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារក្នុងអំឡុងពេលបានធូរស្រាលពីជំងឺរបេង ព្រមទាំងបញ្ហាផ្សេងៗក្នុងការផ្ដល់អាហារូបត្ថម្ភល្អៗដល់កូនៗរបស់គាត់។
- ពិនិត្យមើលការលូតលាស់របស់កុមារ, ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ, និងសញ្ញានៃជំងឺរបេង ព្រមទាំងស្ថានភាពដទៃទៀតដែលអាចព្យាបាលបាន។ បើរកឃើញបញ្ហាណាមួយ បុគ្គលិកសុខាភិបាលគួរណែនាំពីរបៀបដោះស្រាយ ឬណែនាំឲ្យពួកគេទៅជួបជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេសជំងឺកុមារ។
- ពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់កុមារ ហើយប្រាប់ឪពុកម្ដាយពីពេលវេលា និងទីកន្លែងដែលពួកគាត់គួរនាំកុមារទៅទទួលថ្នាំបង្ការ។
- សួរពួកគាត់ថាតើមានសំណួរ ឬការបារម្ភអ្វីខ្លះ, រួចឆ្លើយបំភ្លឺចម្ងល់របស់ពួកគាត់ ឬណែនាំពួកគាត់ឲ្យទៅជួបជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេសជំងឺកុមារ។
- កត់ត្រាព័ត៌មានទៅក្នុងប័ណ្ណព្យាបាលជំងឺរបេង។

៤.៧.៣ ការឈ្លក់ចូលនូវវត្ថុផ្សេងៗក្នុងផ្លូវដង្ហើម

គ្រាប់ធញ្ញជាតិ ឬវត្ថុតូចៗដទៃទៀត អាចត្រូវបានឈ្លក់ចូលទៅក្នុងសួត ជាពិសេសកុមារដែលមានអាយុក្រោម៤ឆ្នាំ។ តាមធម្មតា វត្ថុផ្សេងៗដែលស្ទះនៅក្នុងទងសួត (ភាគច្រើននៅខាងស្ដាំ) ហើយអាចបណ្ដាលឲ្យសាច់សួតរួមតូច ឬធ្វើឲ្យសាច់សួតឡើងរឹងចាប់ពីចំណុចចុងម្ខាងនៃសួត មកដល់ចំណុចស្ទះ។ ជាញឹកញាប់ ការឈ្លក់គឺជារោគសញ្ញាដំបូង។ បន្ទាប់មក អាចនឹងគ្មានរោគសញ្ញាអ្វីឡើយរយៈពេលច្រើនថ្ងៃ ឬច្រើនសប្ដាហ៍ មុននឹងកុមារកើតមានសំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze) អូសបន្លាយ, ក្អករ៉ាំរ៉ៃ ឬជំងឺរលាកសួត, ដែលមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលទេ។ វត្ថុមុតតូចៗ អាចជាប់ស្ទះនៅក្នុងប្រអប់សំឡេង (larynx) ហើយបណ្ដាលឲ្យមានសំឡេងស្រួយឌ៉ រ (stridor) ឬសំឡេងដង្ហើមតឹង។ ក្នុងករណីកម្រ មានវត្ថុធំស្ទះនៅក្នុងប្រអប់សំឡេង រួចបណ្ដាលឲ្យស្លាប់មួយរំពេចដោយសារការថប់ដង្ហើម លុះត្រាតែអាចធ្វើឲ្យវត្ថុនោះចេញបានយ៉ាងឆាប់រហ័ស ឬអាចធ្វើការវះកាត់ស៊កបំពង់ខ្យល់បានភ្លាមៗ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

គួរពិចារណាពីការឈ្លក់ចូលនូវវត្ថុផ្សេងៗ នៅពេលដែលកុមារមានសញ្ញាទាំងនេះ ៖

- ការឈ្លក់ ក្អក ឬសំឡេងដង្ហើមតឹងភ្លាមៗ, ឬ
- ជំងឺរលាកសួត (segmental or lobar pneumonia) ដែលមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក។

ពិនិត្យកុមាររក ៖

- សំឡេងដង្ហើមតឹងតែម្ខាង
- តំបន់ដែលមានសំឡេងដង្ហើមតិច ដែលមានសំឡេងខ្ទរតិច ឬខ្លាំងនៅពេលគោះ
- បំពង់ខ្យល់ខុសគន្លង ឬស្នូរនៅកំពូលបេះដូង (apex beat) ឮខុសកន្លែង។

ថតទ្រូងដោយកាំរស្មី X នៅពេលដកដង្ហើមចេញ ដើម្បីរកមើលតំបន់ដែលប៉ោងខ្លាំង ឬរួមតូច, ការងាកចេញនៃ mediastinum (ចេញពីកន្លែងប៉ះពាល់) ឬរកមើលវត្ថុចម្លែក បើការថតគឺជា radio-opaque។

ការព្យាបាល

ផ្តល់ការសង្គ្រោះបឋមជាបន្ទាន់ដល់កុមារដែលកំពុងឈ្លក់ (អានទំ.១៣) ៖ ព្យាយាមបញ្ចេញវត្ថុដែលឈ្លក់ចូល។ ការគ្រប់គ្រងគឺអាស្រ័យលើអាយុរបស់កុមារ។

សម្រាប់ទារក ៖

- ដាក់ទារកក្នុងទីតាំងក្បាលទាបជាងខ្លួន នៅលើដៃ ឬភ្លៅម្ខាងរបស់អ្នក។
- យកកែងដៃរបស់អ្នកទះចំកណ្តាលខ្នងទារក៥ដង។
- ប្រសិនបើនៅតែស្ទះ ចូរផ្ងារទារក រួចយកម្រាមដៃ២ សង្កត់ត្រង់ឆ្អឹងសន្ទះទ្រូងផ្នែកខាងក្រោម ចំនួន៥លើក។
- ប្រសិនបើនៅតែស្ទះ ពិនិត្យមើលក្នុងមាត់របស់ទារកក្រែងមានវត្ថុអ្វីដែលអាចយកចេញបាន។
- បើចាំបាច់ ចាប់ផ្តើមធ្វើឡើងវិញចាប់ពីការទះខ្នងមក។

សម្រាប់កុមារធំ ៖

- ដាក់កុមារឲ្យអង្គុយ លុតជង្គង់ ឬដេកផ្កាប់ រួចទះកណ្តាលខ្នងចំនួន៥លើក ដោយប្រើកែងកដៃ។
- ប្រសិនបើនៅតែស្ទះ ចូរឈរពីក្រោយកុមារ រួចក្រសោបដៃជុំវិញកុមារ, ក្តាប់ដៃម្ខាងនៅជាប់ពីក្រោមឆ្អឹងសន្ទះទ្រូងរបស់កុមារ, ដាក់ដៃម្ខាងទៀតនៅពីលើដៃដែលក្តាប់ រួចទាញឡើងលើទៅរកពោះ, ធ្វើបែបនេះឡើងវិញចំនួន៥លើក។
- បន្ទាប់មក ពិនិត្យមើលក្នុងមាត់របស់កុមារក្រែងមានវត្ថុអ្វីដែលអាចយកចេញបាន។
- បើចាំបាច់ ចាប់ផ្តើមធ្វើឡើងវិញចាប់ពីការទះខ្នងមក។

នៅពេលបញ្ចេញវត្ថុចម្លែករួចហើយ ការសំខាន់គឺត្រូវពិនិត្យមើលការបើករបស់ផ្លូវដង្ហើមដោយការ៖

- សង្កេតមើលចលនាទ្រូង
- ស្តាប់សំឡេងដង្ហើម និង
- ស្ទាបដង្ហើម។

ប្រសិនបើត្រូវការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមបន្ថែមទៀត បន្ទាប់ពីយកវត្ថុចម្លែកចេញរួច, គំនូសបំព្រួមទី៤ ទំ.១៥-១៦ រៀបរាប់ពីសកម្មភាពនានាដែលរក្សាផ្លូវដង្ហើមកុមារឲ្យនៅបើកចំហរ និងបង្ការការធ្លាក់អណ្តាតទៅក្រោយធ្វើឲ្យស្ទះក្នុងបំពង់ក (pharynx) ខណៈដែលកុមារកំពុងធូរស្បើយ។

- ការព្យាបាលក្រោយមកទៀត សម្រាប់ការសង្ស័យឈ្លក់វត្ថុចម្លែកចូល។ បើសង្ស័យកុមារឈ្លក់វត្ថុចម្លែកចូល គួរបញ្ជូនកុមារទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងអាចយកវត្ថុនោះចេញបន្ទាប់ពីឆ្លុះទងសួត។ ប្រសិនបើមានភស្តុតាងនៃជំងឺរលាកសួត គួរចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថ ampicillin (ឬ benzylpenicillin) និងឱសថ gentamicin ដូចជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ (អានទំ.១២៦), មុននឹងព្យាយាមយកវត្ថុនោះចេញ។

៤.៨ ជំងឺខ្សោយបេះដូង

ជំងឺខ្សោយបេះដូង ធ្វើឲ្យដកដង្ហើមញាប់ និងមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម។ មូលហេតុសំខាន់របស់វារួមមានជំងឺបេះដូងពីកំណើត (ជាទូទៅក្នុងមួយខែដំបូងនៃជីវិត), គ្រុនក្តៅដោយរលាកសន្លាក់ (acute rheumatic fever), ការកន្ត្រាក់សាច់ដុំបេះដូងខុសប្រក្រតី (cardiac arrhythmia), ការរលាកសាច់ដុំបេះដូង (myocarditis), ការរលាកស្រោមបេះដូងដោយមានកខ្ទុះ (suppurative pericarditis), ការរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង (endocarditis), ការរលាកតម្រងនោមស្រួចស្រាល់ (acute glomerulonephritis), ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ, ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ។ ការលើសជាតិទឹកអាចបង្កឲ្យមានជំងឺខ្សោយបេះដូង ឬធ្វើឲ្យជំងឺកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ជាពិសេសនៅពេលអ្នកជំងឺត្រូវបានផ្តល់សេរ៉ូមយ៉ាងច្រើន។

រោគវិនិច្ឆ័យ

សញ្ញាញឹកញាប់បំផុតនៃជំងឺខ្សោយបេះដូង ដែលឃើញក្នុងពេលពិនិត្យ មានដូចជា ៖

- បេះដូងដើរញាប់ (ចង្វាក់បេះដូង > ១៦០នាទី ចំពោះកុមារអាយុក្រោម ១២ខែ, > ១២០/នាទីចំពោះកុមារអាយុ១២ខែ-៥ឆ្នាំ)
- សំឡេងបេះដូងដូចជើងសេះផាយ (gallop rhythm) និងសំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ (crackle) នៅពេលស្តាប់សួត
- ថ្លើមរឹង និងរីក
- ចំពោះទារក គឺមានដង្ហើមញាប់ (ឬបើកញើស) ជាពិសេសនៅពេលបៅដោះ (អានផ្នែកទី ៤.១, ទំ.១១៧, សម្រាប់និយមន័យនៃការដកដង្ហើមញាប់); ចំពោះកុមារធំ គឺមានហើមជើង ដៃ ឬមុខ

សម្ពាធនៃសរសៃវ៉ែន jugular កើនឡើង – សញ្ញានៃជំងឺខ្សោយបេះដូង

ឬហើមសរសៃវ៉ែននៅក (សម្ពាធនៃសរសៃវ៉ែន jugular កើនឡើង)

អាចមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរនៅបាតដៃបាតជើង បើភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ គឺជាមូលហេតុនៃជំងឺខ្សោយបេះដូង។

ចំពោះជំងឺបេះដូងដោយសាររលាកសន្លាក់ (rheumatic heart disease), ជំងឺបេះដូងពីកំណើត ឬជំងឺរលាកសាច់ដុំបេះដូង (endocarditis) នោះអាចមានសំឡេងរំញ័របេះដូង (Heart murmur)។

បើរោគវិនិច្ឆ័យគ្មានភាពច្បាស់លាស់, នោះការថតស្កូតដោយកាំរស្មី X អាចបង្ហាញរូបបេះដូងរីកធំ ឬមានទ្រង់ទ្រាយខុសធម្មតា។

វាស់សម្ពាធឈាម បើអាច។ បើសម្ពាធឈាមឡើង គួរពិចារណាពីការរលាកតម្រងនោមស្រួចស្រាល់ (glomerulonephritis) (សម្រាប់ការព្យាបាល សូមមើលសៀវភៅជំងឺកុមារបន្ថែមទៀត)។

ការព្យាបាល

ការព្យាបាលគឺអាស្រ័យលើមូលហេតុនៃជំងឺបេះដូង (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ឬសកល)។ វិធានការចម្បងសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺខ្សោយបេះដូងលើកុមារដែលមិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរគឺ ៖

- *អុកស៊ីហ្សែន*។ ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន បើកុមារមានចង្វាក់ដង្ហើម ≥៧០/នាទី, មានសញ្ញានៃបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម, ឬមានសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ ឬកំហាប់អុកស៊ីហ្សែនទាប។ ព្យាយាមរក្សាកំហាប់អុកស៊ីហ្សែនឲ្យនៅ > ៩០%។ អានទំ.៤៨៦។
- *ឱសថបញ្ចុះទឹកនោម*។ ផ្តល់ឱសថ furosemide ៖ មួយដងចំនួន ១mg/kg ដែលអាចបង្កើនបរិមាណទឹកនោមក្នុងអំឡុង២ម៉ោង។ សម្រាប់សកម្មភាពរហ័សជាងនេះ គួរចាក់តាមសរសៃ។ បើកម្រិតថ្នាំដំបូងគ្មានប្រសិទ្ធភាពទេ គួរផ្តល់ចំនួន ២mg/kg, ហើយផ្តល់ឡើងវិញនៅ១២ម៉ោងក្រោយ បើចាំបាច់។ ជាទូទៅ កម្រិតថ្នាំ ១–២mg/kg តាមមាត់ មួយថ្ងៃម្តង គឺគ្រប់គ្រាន់។

ជំពូក ៦

- *ឱសថ Digoxin។* ពិចារណាផ្តល់ឱសថ digoxin (អានឧបសម្ព័ន្ធទី២, ទំ.៥៤៩)។
- *ឱសថ potassium បន្ថែម។* ឱសថ potassium បន្ថែម គឺមិនចាំបាច់ទេ នៅពេលដែលបានផ្តល់ឱសថ furosemide តែមួយមុខ សម្រាប់ការព្យាបាល រយៈពេលតែពីរបីថ្ងៃ។ នៅពេលបានផ្តល់ឱសថ digoxin និង furosemide, ឬបើបានផ្តល់ឱសថ furosemide ច្រើនជាង៥ថ្ងៃ នោះគួរផ្តល់ឱសថ potassium តាមមាត់ ចំនួន ៣–៥mmol/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ។

ការថែទាំគាំទ្រ

- ចៀសវាងការដាក់សេរ៉ូម បើអាច។
- ដាក់កុមារក្នុងទីតាំងពាក់កណ្តាលអង្គុយ ដោយក្បាលនិងស្មាឡើងខ្ពស់។
- បញ្ចុះកម្តៅដោយឱសថ paracetamol ដើម្បីកាត់បន្ថយចំនួនការងាររបស់បេះដូង។
- ពិចារណាចាក់បញ្ចូលឈាម បើមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ។

ការតាមដាន

គិលានុបដ្ឋាកគួរពិនិត្យកុមាររៀងរាល់៦ម៉ោង (រៀងរាល់៣ម៉ោង បើព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន) ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរពិនិត្យមួយថ្ងៃម្តង។ តាមដានចង្វាក់ដង្ហើម និងចង្វាក់ជីពចរ, ទំហំថ្លើម និងទម្ងន់ខ្លួន ដើម្បីវាយតម្លៃការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាល។ បន្តការព្យាបាលរហូតចង្វាក់ដង្ហើម និងចង្វាក់បេះដូងត្រឡប់មកភាពប្រក្រតី ហើយថ្លើមលែងរីក។

៤.៩ ជំងឺបេះដូងដោយសាររលាកសន្លាក់

ជំងឺបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃដោយសាររលាកសន្លាក់ (rheumatic heart disease) គឺជាផលវិបាកនៃគ្រុនក្តៅស្រួចស្រាវដោយសាររលាកសន្លាក់ (acute rheumatic fever), ដែលធ្វើឲ្យខូចខាតជាអចិន្ត្រៃយ៍ដល់ប្រឹសបេះដូង (អានទំ.៣០៤)។ ចំពោះកុមារខ្លះ អង្គបដិបក្ខដែលត្រូវបានផលិតដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងបាក់តេរី β-haemolytic streptococci

ក្រុម A, បណ្ដាលឲ្យមានជំងឺរលាកបេះដូងទាំងមូល (pancarditis) និងប្រឹសបេះដូងចុះខ្សោយក្នុងដំណាក់កាលស្រួចស្រាល់។

ការប្រឈមនឹងជំងឺបេះដូងដោយសាររលាកសន្លាក់មានកាន់តែខ្ពស់ នៅពេលកុមារមានគ្រុនក្ដៅស្រួចស្រាល់ដោយសាររលាកសន្លាក់ (acute rheumatic fever) ជាច្រើនលើកច្រើនសារ។ វាបណ្ដាលឲ្យមានប្រឹសបេះដូងចង្អៀត(valve stenosis) រួមជាមួយ regurgitation ក្នុងកំរិតខុសៗគ្នា, ការរីកថតបេះដូងខាងលើ (atrial dilatation), ចង្វាក់បេះដូងដើរមិនទៀង (arrhythmia) និងមុខងារច្របាច់របស់ថតបេះដូងក្រោមខុសប្រក្រតី (ventricular dysfunction)។ ជំងឺបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃដោយសាររលាកសន្លាក់ គឺជាមូលហេតុចម្បងនៃភាពរួមស្វិតនៃប្រឹសបេះដូងខាងឆ្វេង (mitral valve stenosis) លើកុមារ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

គួរសង្ស័យលើជំងឺបេះដូងដោយសាររលាកសន្លាក់ ចំពោះកុមារដែលធ្លាប់មានគ្រុនក្ដៅដោយសាររលាកហើយមានសញ្ញាបង្ហាញនៃជំងឺខ្សោយបេះដូង ឬត្រូវបានរកឃើញថាមានសំឡេងរំញ័របេះដូង (heart murmur)។ រោគវិនិច្ឆ័យមានសារសំខាន់ណាស់ ព្រោះឱសថ penicillin prophylaxis អាចបង្ការគ្រុនក្ដៅដោយសាររលាកសន្លាក់ និងបញ្ចៀសការខូចខាតធ្ងន់ធ្ងរដល់ប្រឹសបេះដូង។

រោគសញ្ញា គឺអាស្រ័យលើភាពធ្ងន់ធ្ងររបស់វា។ ជំងឺស្រាល អាចមានរោគសញ្ញាពីរបី លើកលែងតែសំឡេងរំញ័របេះដូងលើកុមារធម្មតាដែលកម្រនឹងរកឃើញ។ ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរអាចមានរោគសញ្ញាដែលអាស្រ័យលើទំហំខូចខាតរបស់បេះដូង ឬវត្តមាននៃការរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង។

ប្រវត្តិជំងឺ

- ឈឺទ្រូង
- ការញ័រដើមទ្រូង

- រោគសញ្ញានៃជំងឺខ្សោយបេះដូង (រួមមានការហត់នៅពេលអង្គុយ, ហត់ខ្លាំងពេលយប់ និងហើម)
- គ្រុនក្តៅ ឬការស្ទះសរសៃឈាមខួរក្បាល ដែលជាទូទៅពាក់ព័ន្ធនឹងការបង្ករោគនៃប្រឹសបេះដូងដែលបានខូចខាត
- ហត់ពេលប្រឹងខ្លាំង ឬពេលហាត់ប្រាណ
- សន្លប់ (ខ្យល់គរ)

ការពិនិត្យ

- សញ្ញានៃជំងឺខ្សោយបេះដូង
- បេះដូងរីក រួមជាមួយសំឡេងរំញ័របេះដូង
- សញ្ញានៃការរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង (ឧទា. ការហូរឈាមក្នុងភ្នាសភ្នែក ឬបាតភ្នែក, ការស្លាប់មួយចំហៀងខ្លួន, Osler nodes, Roth spots និងអណ្តើករីក)

ការស្រាវជ្រាវ

- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X ៖ បេះដូងរីក រួមជាមួយសួតរីកធំ (congested lungs)
- ការធ្វើ echocardiogram, បើមាន, មានសារប្រយោជន៍ក្នុងការបញ្ជាក់ពីជំងឺបេះដូងដោយសាររលាកសន្លាក់, ទំហំនៃការខូចខាតប្រឹសបេះដូង, និងភស្តុតាងនៃការរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង។
- រាប់កោសិកាឈាមពេញលេញ
- ការបណ្តុះឈាមរកមេរោគ

ការគ្រប់គ្រង

- អោយកុមារសំរាកពេទ្យបើកុមារមានជំងឺខ្សោយបេះដូង ឬមានសង្ស័យកើតជំងឺរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង

៥. ក្អក

- ការព្យាបាលគឺអាស្រ័យលើប្រភេទ និងទំហំនៃការខូចខាតប្រឹសបេះដូង។
- ព្យាបាលការខ្សោយបេះដូង បើកើតមាន (អានទំ.១៨៩)។
- ▸ ផ្តល់ឱសថបញ្ចុះទឹកនោម ដើម្បីបន្ធូររោគសញ្ញានៃការហើមសួត (pulmonary congestion) និងឱសថបើកសរសៃឈាម នៅពេលចាំបាច់។
- ▸ ផ្តល់ឱសថ penicillin ឬ ampicillin ឬ ceftriaxone រួមជាមួយឱសថ gentamicin តាមសរសៃឬសាច់ដុំ រយៈពេល៤-៦សប្តាហ៍ សម្រាប់ការរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង។
- ▸ បញ្ជូនទៅធ្វើការវាយតម្លៃដោយ echocardiography និងការសម្រេចចិត្តពីការគ្រប់គ្រងយូរអង្វែង។ អាចតម្រូវឲ្យធ្វើការគ្រប់គ្រងដោយការវះកាត់ក្នុងករណីមានប្រឹសបេះដូងចង្អៀត (valvular stenosis) ឬ regurgitation។

ការថែទាំបន្ត

- គ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលមានជំងឺបេះដូងដោយសារសន្លាក់ គួរទទួលបានការព្យាបាលបង្ការដោយអង់ទីប៊ីយោទិក។
- ▸ ផ្តល់ឱសថ benzathine benzylpenicillin ចំនួន ៦០០.០០០U តាមសាច់ដុំរៀងរាល់៣-៤សប្តាហ៍
- ធានាថាធ្វើការព្យាបាលបង្ការដោយអង់ទីប៊ីយោទិក សម្រាប់ការរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង មុននឹងអនុវត្តទម្រង់ការវះកាត់ ឬធ្វើធ្មេញ។
- ធានាថាកុមារបានទទួលថ្នាំបង្ការតាមកាលកំណត់។
- ពិនិត្យឡើងវិញរៀងរាល់៣-៦ខែ អាស្រ័យលើភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការខូចខាតប្រឹសបេះដូង។

ផលវិបាក

ជំងឺរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង ឃើញកើតមានញឹកញាប់ជាង។ វាបង្ហាញឡើងដោយមានគ្រុនក្តៅ និងសំឡេងរំញ័របេះដូង លើកុមារដែលឈឺធ្ងន់។ ត្រូវព្យាបាល

ដោយឱសថ ampicillin និង gentamicin រយៈពេល៦សប្តាហ៍។ ការកន្ត្រាក់ថតបេះដូងលើមិនទៀងទាត់ (Atrial fibrillation) ឬការស្ទះសរសៃឈាមដោយសារកំណកឈាម (thromboembolism) អាចកើតឡើង ជាពិសេសប្រសិនបើមានភាពរួមស្ទិតនៃប្រឹសបេះដូងខាងឆ្វេង (mitral stenosis)។

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី៥

ជំងឺរាក

៥.១	កុមារដែលមានជំងឺរាក	១៩៦
៥.២	ជំងឺរាកស្រួចស្រាវ	១៩៩
	៥.២.១ ការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ	២០១
	៥.២.២ ការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម	២០៥
	៥.២.៣ គ្មានការខ្វះជាតិទឹក	២០៩
៥.៣	ជំងឺរាកអូសបន្លាយ	២១៣
	៥.៣.១ ជំងឺរាកអូសបន្លាយធ្ងន់ធ្ងរ	២១៤
	៥.៣.២ ជំងឺរាកអូសបន្លាយ (មិនធ្ងន់ធ្ងរ)	២២២
៥.៤	ជំងឺរាកមូល	២២៤

ជំពូកនេះ ផ្តល់នូវគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាកស្រួចស្រាវ (រួមជាមួយការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ, ការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម, ឬមិនខ្វះជាតិទឹក), ជំងឺរាកអូសបន្លាយ, និងជំងឺរាកមូល លើកុមារអាយុ១សប្តាហ៍ ដល់៥ឆ្នាំ។ ការវាយតម្លៃកុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ មានរៀបរាប់នៅក្នុងផ្នែកទី ៧.២ និង ៧.៤.៣ (ទំ. ៣១១ និង ៣១៩)។ សមាសធាតុសំខាន់ៗ៣យ៉ាងនៅក្នុងការគ្រប់គ្រងកុមារដែលមានជំងឺរាក គឺ **ការព្យាបាលបង្គ្រប់ជាតិទឹក, ការផ្តល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែម,** និងការប្រឹក្សាអំពីការ**បន្តបំបៅដោះកូន និងការបង្ការជំងឺ។**

នៅពេលមានជំងឺរាក កុមារបាត់បង់ជាតិទឹក, អេឡិកត្រូលីត (សូដ្យូម, ប៉ូតាស្យូម

និងប៊ីកាបូណាត) និងជាតិស័ង្កសីយ៉ាងច្រើនតាមរយៈលាមកដែលរាក។ ការខ្វះជាតិទឹកកើតឡើងនៅពេលដែលការបាត់បង់ទាំងនេះ មិនត្រូវបានបំពេញជំនួសវិញគ្រប់គ្រាន់ ហើយក៏មានការខ្វះជាតិទឹក និងអេឡិកត្រូលីត។ កម្រិតនៃការខ្វះជាតិទឹក ត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ទៅតាមរោគសញ្ញាដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពីបរិមាណជាតិទឹកដែលបានបាត់បង់, សូមអានផ្នែកទី ២.៣ (ទំ. ៧១) និង ៥.២ (ទំ. ១៩៨)។ របៀបបង្គ្រប់ជាតិទឹក ត្រូវបានជ្រើសរើសទៅតាមកម្រិតនៃការខ្វះជាតិទឹក។ រាល់កុមារទាំងអស់ដែលមានជំងឺរាក គួរទទួលបានជាតិស័ង្កសីបន្ថែម។

ក្នុងអំឡុងពេលមានជំងឺរាក មានការថយចុះនៃការបរិភោគអាហារ និងការថយចុះការស្រូបយកសារធាតុចិញ្ចឹម, និងការកើនឡើងនៃតម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភ ដែលច្រើនតែរួមគ្នាបង្កឲ្យមានការស្រកទម្ងន់ និងមិនលូតលាស់។ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ អាចធ្វើឲ្យជំងឺរាកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ, កាន់តែអូសបន្លាយ និងកាន់តែញឹកញាប់ ជាងកុមារដែលមានអាហារូបត្ថម្ភល្អ។ វដ្តដ៏កាចសាហាវនេះ អាចត្រូវបានបំបែកដោយការផ្តល់អាហារដែលសម្បូរអាហារូបត្ថម្ភ ក្នុងពេលនិងក្រោយពេលមានជំងឺរាក។

មិនគួរប្រើឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកទេ លុះត្រាតែកុមាររាកលាយឈាម (អាចជាជំងឺស៊ីហ្សែលឡូស៊ីស), សង្ស័យជំងឺអាសន្នរោគ រួមជាមួយការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ, និងការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរក្រៅពោះវៀនដទៃទៀត ដូចជាជំងឺរលាកសួត និងការបង្ករោគនៅផ្លូវទឹកនោម។ កម្រមានការណែនាំឲ្យប្រើឱសថប្រឆាំងប្រូតូសូអ៊ែណាស់។ មិនគួរផ្តល់ឱសថប្រឆាំងជំងឺរាក និងឱសថមិនអោយក្អួតចង្អោរ ដល់កុមារតូចដែលមានជំងឺរាកស្រួចស្រាវ ឬអូសបន្លាយ ឬរាកមួលទេ ៖ វាមិនបង្ការការខ្វះជាតិទឹក ឬជួយកែលម្អស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភឡើយ, ហើយឱសថខ្លះថែមទាំងមានផលរំខានដ៏គ្រោះថ្នាក់ ដែលជួនកាលរហូតដល់បាត់បង់ជីវិតទៀតផង។

៥.១ កុមារដែលមានជំងឺរាក

ប្រវត្តិជំងឺ

ការសួរប្រវត្តិជំងឺទាក់ទងនឹងការផ្តល់អាហារ មានសារសំខាន់ក្នុងការគ្រប់គ្រងកុមារ

ដែលមានជំងឺរាក។ គួរសួរអំពីចំណុចទាំងនេះផងដែរ ៖

- ចំនួនដងនៃការរាក
- ចំនួនថ្ងៃដែលកើតជំងឺរាក
- ឈាមក្នុងលាមក
- ព័ត៌មានអំពីការផ្ទុះជំងឺអាសន្នរោគក្នុងតំបន់
- ការព្យាបាលដោយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ឬឱសថដទៃទៀត ក្នុងពេលថ្មីៗកន្លងទៅ
- កុមារយំខ្លាំងៗ និងមានភាពស្លេកស្លាំង។

ការពិនិត្យ

រកមើល ៖

- សញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម ឬធ្ងន់ធ្ងរ ៖
  - ទ្បេះទ្បះ ឬរញ៉ាំរញ៉ូវ
  - ល្ហិតល្ហៃ ឬកម្រិតស្មារតីចុះខ្សោយ
  - ភ្នែកខូង
  - ការទាញស្បែករលាទៅវិញយឺតៗ ឬយឺតជាខ្លាំង
  - ស្រេកទឹក ឬផឹកទឹកយ៉ាងរញ៉ីរញ៉ូវ, ឬផឹកទឹកបានតិច ឬមិនអាចផឹកទឹកបាន
- ឈាមក្នុងលាមក
- សញ្ញានៃការខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ
- មានដុំក្នុងពោះ
- ប៉ោងពោះ។

ចំពោះកុមារដែលគ្មានឈាមក្នុងលាមក នោះមិនចាំបាច់ធ្វើការវិភាគលាមក ឬបណ្ដុះលាមកទេ។

តារាងទី១១. រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់កុមារដែលមានជំងឺរាក

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ជំងឺរាកស្រួចស្រាវ (ដូចទឹក)	– រាកដូចទឹកលើសពី៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ – គ្មានឈាមក្នុងលាមក
ជំងឺអាសន្នរោគ	– រាកដូចទឹកយ៉ាងច្រើន រួមជាមួយការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ក្នុងអំឡុងពេលផ្ទុះជំងឺអាសន្នរោគ – លទ្ធផលបណ្តុះលាមកវិជ្ជមាន សម្រាប់មេរោគ Vibrio cholerae O១ ឬ O១៣៩
ជំងឺរាកមួល	– ឈាមក្នុងលាមក (ឃើញ ឬមានគេប្រាប់)
ជំងឺរាករ៉ាំរ៉ៃ	– ជំងឺរាកចាប់ពី១៤ថ្ងៃទៅ
ជំងឺរាករួមជាមួយកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ	– ជំងឺរាកណាមួយ រួមជាមួយសញ្ញានៃការខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ (អានផ្នែកទី ៧.៤, ទំ. ៣១៤)
ជំងឺរាកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើប្រាស់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកក្នុងពេលថ្មីៗ	– ការព្យាបាលដោយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកដែលមានសកម្មភាពទូលំទូលាយក្នុងពេលថ្មីៗ
ការរអិលពោះវៀនចូលគ្នា (Intussus-ception)	– ឈាម និងសំបោរក្នុងលាមក – ដុំក្នុងពោះ – ទារក ឬកុមារតូចយំខ្លាំងៗ រួមជាមួយភាពស្លេកស្លាំង

៥.២ ជំងឺរាកស្រួចស្រាវ

ការវាយតម្លៃការខ្វះជាតិទឹក

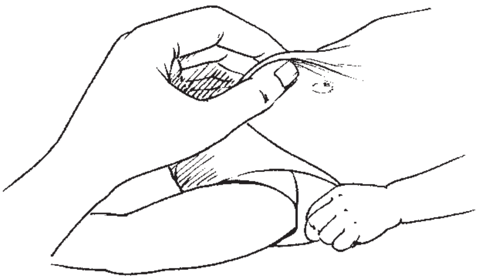
សម្រាប់កុមារទាំងអស់ដែលមានជំងឺរាក គួរចាត់ថ្នាក់ស្ថានភាពជាតិទឹករបស់ពួកគេជា ការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម ឬមិនខ្វះជាតិទឹក (តារាងទី១២) រួចផ្តល់ការព្យាបាលសមស្រប។ គួរវាយតម្លៃស្ថានភាពទូទៅ, រកមើលភ្នែកខូង, ទាញស្បែក, រួចផ្តល់ទឹកឲ្យកុមារផឹកដើម្បីមើលថាតើគាត់ស្រេកទឹក ឬផឹកទឹកបានតិច។

តារាងទី១២. ចំណាត់ថ្នាក់ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការខ្វះជាតិទឹក លើកុមារដែលមានជំងឺរាក

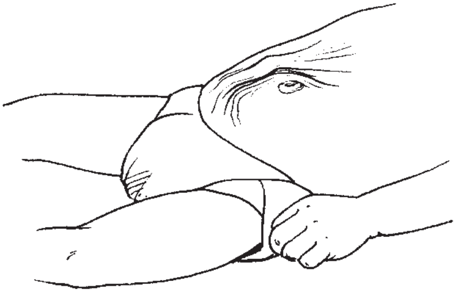
ចំណាត់ថ្នាក់	រោគសញ្ញា	ការព្យាបាល
ខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ	សញ្ញាពីរ ឬច្រើនក្នុងចំណោមនេះ ៖ ■ ល្ហិតល្ហៃ ឬសន្លប់ ■ ភ្នែកខូង ■ មិនអាចផឹកទឹក ឬផឹកបានតិច ■ ស្បែកទាញរួចរលាវិញយឺតជាខ្លាំង(≥២s)	▶ ផ្តល់ជាតិទឹកចំពោះការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ (អានផែនការ C សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ, ទំ. ២០៤)
ខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម	សញ្ញាពីរឬច្រើនក្នុងចំណោមនេះ ៖ ■ ទ្បេះទ្បះ, រញ៉ាំរញ៉ូវ ■ ភ្នែកខូង	▶ ផ្តល់ជាតិទឹក និងអាហារ ចំពោះការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម (អានផែនការ B សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក, ទំ. ២១០)

តារាងទី១២. គ

ចំណាត់ថ្នាក់	រោគសញ្ញា	ការព្យាបាល
	■ ផឹកទឹកយ៉ាងរញ៉េរញ៉ៃ, ស្រេកទឹក ■ ស្បែកទាញរួចរលាវិញយឺតៗ	▸ បន្ទាប់ពីបង្គ្រប់ជាតិទឹករួច, ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយអំពីការព្យាបាលនៅផ្ទះ និងពេលដែលត្រូវត្រឡប់មកវិញជាបន្ទាន់ (អានទំ.២០៧–៨) ▸ តាមដានបន្តក្នុងរយៈពេល៥ថ្ងៃ បើមិនបានធូរស្រាល។
មិនខ្វះជាតិទឹក	គ្មានសញ្ញាគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ថាជាការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម ឬធ្ងន់ធ្ងរ	▸ ផ្តល់ជាតិទឹក និងអាហារដើម្បីព្យាបាលជំងឺរាកនៅផ្ទះ(អានផែនការ A សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក, ទំ. ២១៥) ▸ ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយពីពេលដែលត្រូវនាំកូនត្រឡប់មកវិញជាបន្ទាន់ (អានទំ. ២០៧) ▸ តាមដានបន្តក្នុងរយៈពេល៥ថ្ងៃ បើមិនបានធូរស្រាល។



ទាញស្បែកពោះកុមារ ដើម្បីធ្វើតេស្តការរលានៃស្បែកពោះ



ការរលាស្បែកវិញយឺតៗចំពោះ ការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ

៥.២.១ ការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ

កុមារដែលខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ទាមទារការដាក់សេរ៉ូមបង្គ្រប់ជាតិទឹកក្នុងល្បឿនលឿន ស្ថិតក្រោមការតាមដានយ៉ាងដិតដល់, ហើយបន្តដោយការបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមមាត់ និងជាតិស័ង្កសីបន្ថែមនៅពេលកុមារចាប់ផ្តើមធូរស្រាលគ្រប់គ្រាន់។ ក្នុងតំបន់ដែលមានផ្ទុះជំងឺអាសន្នរោគ គួរផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកដែលមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការប្រឆាំងនឹងជំងឺអាសន្នរោគ (ទំ. ២០២)។

រោគវិនិច្ឆ័យ

គួរធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើកុមារដែលមានជំងឺរាក មានរោគសញ្ញា ២ ក្នុងចំណោមរោគសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ (អានតារាងទី១២)។

ការព្យាបាល

កុមារដែលខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ គួរទទួលបានការដាក់សេរ៉ូមបង្គ្រប់ជាតិទឹកក្នុងល្បឿនលឿន បន្តដោយការព្យាបាលបង្គ្រប់ជាតិទឹកដោយមាត់។

- ចាប់ផ្តើមដាក់សេរ៉ូមជាបន្ទាន់។ ក្នុងពេលរៀបចំសេរ៉ូម បើកុមារអាចផឹកទឹកបាន គួរផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីតឲ្យគាត់ផឹក។

ចំណាំ ៖ *សូលុយស្យុងបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមសរសៃដែលល្អបំផុតគឺ សូលុយស្យុង isotonic ៖ សេរ៉ូមឡាក់តាត (សូលុយស្យុង Hartmann) និងសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា (NaCl 0.៩%)។ សូមកុំប្រើសេរ៉ូមផ្អែម៥% (dextrose) ឬសេរ៉ូមប្រៃ0.១៨% លាយជាមួយ*

សេរ៉ូមផ្អែម dextrose ៥%, ព្រោះវាបង្កើនការប្រឈមនឹងការធ្លាក់ចុះនៃសូដ្យូមក្នុងឈាម (hyponatraemia) ដែលអាចបណ្តាលឲ្យហើមខួរក្បាល (cerebral oedema)។

- ផ្តល់សូលុយស្យុងដែលបានជ្រើសរើសចំនួន ១០០ml/kg ដោយបែងចែកដូចបង្ហាញក្នុងតារាងទី១៣។

តារាងទី១៣. ការដាក់សេរ៉ូមឲ្យកុមារដែលខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ

អាយុ (ខែ)	ដំបូង ផ្តល់ចំនួន ៣០ml/kg រយៈពេល	បន្ទាប់មក ផ្តល់ចំនួន ៧០ ml/kg រយៈពេល
< ១២	១h[a]	៥h
≥១២	៣០min[a]	២.៥h

[a] ដាក់សេរ៉ូមបន្ថែមម្តងទៀត បើជីពចរនៅតែខ្សោយ ឬមិនអាចចាប់បាន។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលផែនការ C សម្រាប់ការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ, ទំ.២០៤ ដែលរួមបញ្ចូលគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីត តាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ ឬតាមមាត់ នៅពេលដែលមិនអាចដាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃបាន។

ជំងឺអាសន្នរោគ

- ប្រសិនបើមានជំងឺអាសន្នរោគកើតឡើងក្នុងតំបន់ គួរសង្ស័យថាកុមារមានជំងឺអាសន្នរោគ នៅពេលដែលកុមារអាយុលើ២ឆ្នាំមានជំងឺរាកស្រួចស្រាល់សុទ្ធតែទឹក និងសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ពុក។
  - វាយតម្លៃ និងព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹក ដូចជំងឺរាកស្រួចស្រាល់ដទៃទៀត។
  - ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកតាមមាត់ ដែលមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងនឹងបាក់តេរី V. cholerae នៅក្នុងតំបន់។ ជម្រើសអាចមាន ៖ ឱសថ erythromycin, ciprofloxacin និង cotrimoxazole (សម្រាប់កម្រិតថ្នាំ សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី២, ទំ.៥៣៩)។

- ▸ ផ្តល់វេជ្ជបញ្ជាឲ្យប្រើជាតិស័ង្កសីបន្ថែម នៅពេលកុមារលែងក្អួតភ្លាម (ទំ. ២០៧-៨)។

ការតាមដាន

វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញរៀងរាល់ ១៥-៣០នាទី រហូតមានជីពចរនៅកដៃខ្លាំងឡើងវិញ។ បន្ទាប់ពីនេះមក វាយតម្លៃកុមារដោយពិនិត្យមើលការរលានៃស្បែក, កម្រិតស្មារតី, និងសមត្ថភាពក្នុងការផឹកទឹកយ៉ាងតិច១ម៉ោងម្តង, ដើម្បីបញ្ជាក់ថាជាតិទឹកកំពុងបានប្រសើរឡើងវិញហើយ។ ភ្នែកដែលខូង មានភាពប្រសើរឡើងយឺតជាងសញ្ញាដទៃទៀត ដូច្នេះការតាមដានភ្នែកខូង មិនសូវជាមានប្រយោជន៍ទេ។ នៅពេលបានផ្តល់សេរ៉ូមក្នុងបរិមាណគ្រប់គ្រាន់ហើយ គួរវាយតម្លៃស្ថានភាពជាតិទឹករបស់កុមារអោយបានសព្វគ្រប់ដោយប្រើគំនូសបំប្រួមទី៧ (ទំ.១៩)។

- *បើនៅតែមានសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ* នោះគួរបន្ថែមសេរ៉ូមម្តងទៀតដូចរៀបរាប់ខាងលើ។ វាជាករណីកម្រ ប្រសិនបើបានផ្តល់ការបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមសរសៃហើយ កុមារនៅតែខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរទៀត។ ជាធម្មតា វាកើតឡើងតែលើកុមារដែលរាកច្រើនញឹកញាប់ ក្នុងអំឡុងពេលបង្គ្រប់ជាតិទឹកប៉ុណ្ណោះ។
- *បើកុមារបានប្រសើរ ប៉ុន្តែនៅមានសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម* គួរបញ្ឈប់ការដាក់សេរ៉ូម រួចផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីតរយៈពេល៤ម៉ោង (អានផ្នែកទី ៥.២.២ និងផែនការ B, ទំ. ២១០)។ បើកុមារបៅដោះម្តាយ គួរលើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យបំបៅដោះកូនឲ្យបានញឹកញាប់។
- *បើគ្មានសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកទេ* គួរអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំនៅក្នុងផ្នែកទី ៥.១.៣ និងផែនការ A, ទំ. ២១៥។ នៅពេលសមស្រប លើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យបន្តបំបៅដោះកូនឲ្យបានញឹកញាប់។ សង្កេតមើលកុមារយ៉ាងតិច ៦ម៉ោង មុននឹងអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាម្តាយអាចរក្សាជាតិទឹករបស់កុមារ តាមរយៈការផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីត។

គំនូសបំព្រួមទី១៣. ផែនការ C សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក ៖ ព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរយ៉ាងឆាប់រហ័ស

→ មើលតាមសញ្ញាព្រួញ។ បើចម្លើយ **បាទ/ចាំ**, មើលទៅខាងស្តាំ។ បើ **ទេ**, មើលចុះក្រោម។

ចាប់ផ្តើមទីនេះ

តើអ្នកអាចដាក់សេរ៉ូមជាបន្ទាន់ដែរឬទេ ?

បាទ/ចាំ →

▶ ចាប់ផ្តើមដាក់សេរ៉ូមជាបន្ទាន់។ បើកុមារអាចផឹកទឹក ផ្តល់ទឹកអូ-រ៉ាលីតក្នុងពេលកំពុងរៀបចំសេរ៉ូម។ ផ្តល់សេរ៉ូមឡាក់តាតចំនួន ១០០ml/kg (ឬបើគ្មានទេ ផ្តល់សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា) ដោយបែងចែកដូចខាងក្រោម ៖

អាយុ	ដំបូង ផ្តល់ចំនួន ៣០ ml/kg រយៈពេល	បន្ទាប់មកផ្តល់ចំនួន ៧០ml/kg រយៈពេល
ទារក (< ១២ខែ)	១h[a]	៥h
កុមារ (១២ខែ - ៥ឆ្នាំ)	៣០min[a]	២.៥h

[a] ដាក់សេរ៉ូមបន្ថែមម្តងទៀត បើជីពចរនៅកដៃនៅតែខ្សោយ ឬមិនអាចចាប់បាន។

■ វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញរៀងរាល់១៥-៣០នាទី។ បើស្ថានភាពជាតិទឹកមិនបានប្រសើរទេ បង្កើនល្បឿនសេរ៉ូម។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នការលើសជាតិទឹកផងដែរ។

▶ ផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីត (ប្រហែល ៥ml/kg ក្នុង១ម៉ោង) នៅពេលកុមារអាចផឹកទឹកបានភ្លាម ៖ តាមធម្មតាបន្ទាប់ពី៣-៤ម៉ោង (ទារក) និង១-២ម៉ោង (កុមារ)។

■ វាយតម្លៃទារកបន្ទាប់ពី៦ម៉ោង, កុមារបន្ទាប់ពី៣ម៉ោង។ ធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ការខ្វះជាតិទឹក។ បន្ទាប់មកជ្រើសរើសផែនការសមស្របមួយ (A, B ឬ C) ដើម្បីបន្តការព្យាបាល។

ទេ ↓

តើមានកន្លែងដែលអាចផ្តល់ជាតិតាមសរសៃដោយប្រើពេលតែ៣០នាទីឬទេ ?

បាទ/ចាំ →

▶ បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ**ជាបន្ទាន់** ដើម្បីទទួលការព្យាបាលតាមសរសៃ។

▶ បើកុមារអាចផឹកទឹក ឲ្យទឹកអូរ៉ាលីតទៅម្តាយ ហើយបង្ហាញគាត់ពីរបៀបឲ្យកុមារផឹកមួយចឹបៗក្នុងពេលធ្វើដំណើរ។

តើអ្នកធ្លាប់ហ្វឹកហាត់ការបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះឬទេ?

បាទ/ចាស →

- ▶ ចាប់ផ្តើមការបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមបំពង់ស៊ិកតាមចូលក្រពះតាមច្រមុះ (ឬមាត់) ដោយទឹកអូរ៉ាលីត ៖ ផ្តល់ចំនួន ២០ml/kg ក្នុង ១ម៉ោង រយៈពេល៦ម៉ោង (សរុប១២០ml/kg)។
- ■ វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញរៀងរាល់១-២ម៉ោង ៖
  - បើក្អួតជាបន្តបន្ទាប់ ឬកាន់តែហើមពោះ នោះគួរបន្ថយបរិមាណជាតិទឹក។
  - បើស្ថានភាពជាតិទឹកមិនបានប្រសើរបន្ទាប់ពី៣ម៉ោងទេ បញ្ជូនកុមារទៅកាន់កន្លែងដែលអាចផ្តល់ការព្យាបាលតាមសរសៃ
- ■ បន្ទាប់ពី៦ម៉ោង វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញ រួចចាត់ថ្នាក់ការខ្វះជាតិទឹក។ បន្ទាប់មកជ្រើសរើសផែនការសមស្របមួយ(A, B ឬ C) ដើម្បីបន្តការព្យាបាល។

↓

តើកុមារអាចផឹកទឹកឬទេ?

បាទ/ចាស →

↓

បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យជាបន្ទាន់ ដើម្បីទទួលការព្យាបាលតាមសរសៃ ឬតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ

ចំណាំ *៖ បើអាច សង្កេតមើលកុមារយ៉ាងតិច៦ម៉ោងបន្ទាប់ពីការបង្គ្រប់ជាតិទឹក ដើម្បីធានាថាម្តាយអាចរក្សាជាតិទឹករបស់កុមារតាមរយៈការផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីតតាមមាត់។*

រាល់កុមារទាំងអស់គួរទទួលបានទឹកអូរ៉ាលីតតាមពែងខ្លះៗ (ប្រហែល ៥ml/kg ក្នុង ១ម៉ោង) នៅពេលកុមារអាចផឹកទឹកបានដោយមិនពិបាក (ជាទូទៅ ក្នុងរយៈពេល៣-៤ម៉ោងសម្រាប់ទារក និង១-២ម៉ោងសម្រាប់កុមារធំ)។ ទឹកអូរ៉ាលីត ផ្តល់នូវបាស និងប៉ូតាស្យូមបន្ថែម ដែលប្រហែលជាមិនមានគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងសេរ៉ូម។ នៅពេលបានកែតម្រូវការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងររួច គួរចេញវេជ្ជបញ្ជាឲ្យប្រើជាតិស័ង្កសី (ទំ.២០៧-៨)។

៥.២.២ ការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម

ជាទូទៅ ខណៈដែលកំពុងត្រូវបានតាមដាននៅឯគ្លីនិក កុមារដែលខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម គួរទទួលបានទឹកអូរ៉ាលីតរយៈពេល៤ម៉ោង ហើយម្តាយគួរត្រូវបានបង្រៀនពីរបៀបលាយ និងផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីត។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ប្រសិនបើកុមារមានសញ្ញាខាងក្រោមចាប់ពី២ឡើងទៅ នោះកុមារមានការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម ៖

- ទ្បេះទ្បះ ឬរញ៉ាំរញ៉ូវ
- ស្រេកទឹក និងផឹកទឹកយ៉ាងរញ៉េរញ៉ៃ
- ភ្នែកខូង
- ស្បែកទាញរួចរលាទៅវិញយឺតៗ។

គួរកត់ចំណាំថា បើកុមារមានសញ្ញាតែមួយក្នុងចំណោមសញ្ញាខាងលើនេះ រួមជាមួយសញ្ញាមួយនៃការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទា. ទ្បេះទ្បះ ឬរញ៉ាំរញ៉ូវ និងផឹកទឹកបានតិច) នោះកុមារក៏ខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យមដែរ។

ការព្យាបាល

- ក្នុងរយៈពេល៤ម៉ោងដំបូង ផ្តល់ទឹកអូ៉រ៉ាលីតឲ្យកុមារទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន (ឬតាមអាយុ បើមិនដឹងទម្ងន់) ដូចបង្ហាញក្នុងគំនូសបំព្រួមទី១៤ ។ បើកុមារចង់ផឹកទឹកទៀត គួរឲ្យកុមារផឹកតាមចិត្តចង់។
- បង្ហាញម្តាយពីរបៀបផ្តល់ទឹកអូ៉រ៉ាលីតឲ្យកុមារ ៖ មួយស្លាបព្រាកាហ្វេរៀងរាល់ ១-២នាទី បើកុមារអាយុក្រោម២ឆ្នាំ, សម្រាប់កុមារធំ គួរឲ្យផឹកមួយចឹបៗពីពែងជាញឹកញាប់។
- ពិនិត្យមើលជាប្រចាំ ក្រែងមានបញ្ហាអ្វីមួយកើតឡើង។
    - បើកុមារក្អួត រង់ចាំ១០នាទី បន្ទាប់មក បន្តបញ្ចុកទឹកអូ៉រ៉ាលីតយឺតជាងមុន (ឧទា. មួយស្លាបព្រាកាហ្វេរៀងរាល់២-៣នាទី)។
    - បើកុមារហើមត្របកភ្នែក ត្រូវបញ្ឈប់ទឹកអូ៉រ៉ាលីត បន្តយជាតិទឹក ហើយបន្តដោយទឹកដោះម្តាយ។ ថ្លឹងទម្ងន់កុមារ និងតាមដានបរិមាណទឹកនោម។
- ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ស្ត្រីដែលបំបៅកូន ឲ្យបន្តបំបៅដោះកូនរាល់ពេលដែលកុមារចង់បៅ។

- ▶ បើអាច គួរពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម ឬអេឡិកត្រូលីត ចំពោះកុមារដែលទ្រេះទ្រោះ ឬរញ៉ាំរញ៉ូវ និងប្រកាច់ ព្រែងមានជាតិស្ករក្នុងឈាមធ្លាក់ទាប ឬសូដ្យូមឡើងខ្ពស់ (hypernatraemia)។ ព្យាបាលកុមារទៅតាមលទ្ធផលដែលបានរកឃើញ,បើមិនអាចវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាមបានទេ គួរផ្ដល់ជាតិស្ករតាមសរសៃ ឬតាមមាត់។
- ▶ បើម្ដាយមិនអាចស្នាក់នៅរយៈពេល៤ម៉ោង ចូរបង្ហាញគាត់ពីរបៀបលាយទឹកអូ៉រាលីត និងផ្ដល់កញ្ចប់ម្សៅអូ៉រាលីតគ្រប់គ្រាន់ឲ្យគាត់ ដើម្បីផ្ដល់ការបង្គ្រប់ជាតិទឹកនៅផ្ទះ រួចផ្ដល់សម្រាប់រយៈពេល២ថ្ងៃក្រោយទៀត។
- ▶ វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញបន្ទាប់ពី៤ម៉ោង ដោយពិនិត្យមើលសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកដែលមានរៀបរាប់ខាងលើ។

ចំណាំ *៖ វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញមុនរយៈពេល៤ម៉ោង បើគាត់មិនផឹកទឹកអូ៉រាលីត ឬហាក់ដូចជាកាន់តែដុនដាប។*

- *ប្រសិនបើគ្មានការខ្វះជាតិទឹកទេ,* បង្រៀនម្ដាយពីវិធី៤យ៉ាង សម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះ ៖

  (i) ផ្ដល់ជាតិទឹកបន្ថែម។

  (ii) ផ្ដល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែមរយៈពេល១០-១៤ថ្ងៃ។

  (iii) បន្តការផ្ដល់អាហារ (អានជំពូកទី១០, ទំ.៤៥៦)។

  (iv) នាំកុមារត្រឡប់មកវិញ បើមានសញ្ញាណាមួយដូចខាងក្រោម ៖
    - ផឹកទឹកបានតិច ឬមិនអាចផឹកទឹក ឬមិនអាចបៅដោះ
    - មានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទូទៅ
    - កាន់តែឈឺធ្ងន់ធ្ងរ
    - មានគ្រុនក្ដៅ
    - មានឈាមក្នុងលាមក ឬមានឈាមច្រើនជាងពីរបីតំណក់នៅក្រៅលាមក
- *បើកុមារនៅតែខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម,* ផ្ដល់ការព្យាបាលឡើងវិញដោយទឹក

អូ៊ាលីតរយៈពេល៤ម៉ោងទៀត ដូចខាងលើ ហើយចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារ ទឹកដោះគោ ឬទឹកផ្លែឈើ និងទឹកដោះម្តាយ ឲ្យបានញឹកញាប់។

- *បើមានសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ*, សូមអានផ្នែកទី ៥.២.១ (ទំ. ២០១) សម្រាប់ការព្យាបាល។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលផែនការ A និង B នៅទំ.២១០ និង២១៥។

ផ្តល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែម

ជាតិស័ង្កសីគឺជាសារធាតុចិញ្ចឹមដ៏សំខាន់សម្រាប់សុខភាពទូទៅ និងការលូតលាស់របស់កុមារ ប៉ុន្តែវាត្រូវបានបាត់បង់យ៉ាងច្រើនក្នុងពេលមានជំងឺរាក។ ការជំនួសជាតិស័ង្កសីឡើងវិញ ជួយឲ្យកុមារបានធូរស្រាល, កាត់បន្ថយរយៈពេល និងភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺរាក, និងកាត់បន្ថយឱកាសនៃការកើតជំងឺរាកឡើងវិញក្នុងអំឡុងពេល២-៣ខែបន្ទាប់ទៀត។

- ផ្តល់ជាតិស័ង្កសីឲ្យម្តាយ ហើយផ្តល់ដំបូន្មានឲ្យគាត់ពីបរិមាណដែលត្រូវផ្តល់ឲ្យកុមារ ៖

  ≤ ៦ខែ ៖ កន្លះគ្រាប់ (១0mg) ក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល១០-១៤ថ្ងៃ

  ≥ ៦ខែ ៖ មួយគ្រាប់ (២0mg) ក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល១០-១៤ថ្ងៃ

ការផ្តល់អាហារ

ការបន្តផ្តល់អាហារដែលសម្បូរសារធាតុចិញ្ចឹម គឺជាសមាសធាតុដ៏សំខាន់មួយក្នុងការព្យាបាលជំងឺរាក។

- ក្នុងអំឡុងពេលបង្គ្រប់ជាតិទឹក៤ម៉ោងដំបូង មិនត្រូវផ្តល់អាហារអ្វីឡើយ លើកលែងតែទឹកដោះម្តាយ។ កុមារដែលបៅដោះម្តាយ គួរបន្តបៅដោះឲ្យបានញឹកញាប់ក្នុងអំឡុងពេលមានជំងឺរាក។ បើកុមារមិនអាចជញ្ជក់ដោះទេ គួរពិចារណាផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ តាមពែង ឬតាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។
- បន្ទាប់ពី៤ម៉ោង បើកុមារនៅតែខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម ហើយបន្តទទួលទឹក

អូ៉រ៉ាលីត នោះគួរផ្តល់អាហាររៀងរាល់៣-៤ម៉ោង។

- រាល់កុមារអាយុលើស៦ខែ គួរបរិភោគអាហារបានខ្លះ មុននឹងត្រឡប់ទៅផ្ទះវិញ។

បើកុមារឈប់បៅដោះ នោះគួរពិចារណាពីលទ្ធភាពនៃ**ការបំបៅដោះកូនឡើងវិញ** (អានទំ.៤៦០) ឬផលិតផលជំនួសទឹកដោះ ដូចធម្មតា។ បើកុមារមានអាយុចាប់ពី៦ខែ ឬបានបរិភោគអាហាររឹងរួចហើយ, គួរផ្តល់អាហារដែលទើបចម្អិនរួចថ្មីៗ។ ខាងក្រោមនេះ គឺជាការណែនាំ ៖

- អាហារធញ្ញជាតិ (cereal) ឬអាហារម្សៅលាយជាមួយធញ្ញជាតិ បន្លែ និងសាច់, បើអាចគួរបន្ថែមប្រេងបន្លែ១-២ស្លាបព្រាកាហ្វេក្នុងអាហារមួយពេលៗ
- អាហារបន្ថែមក្នុងតំបន់ដែលត្រូវបានណែនាំដោយ IMCI (អានផ្នែកទី ១០.១.២, ទំ. ៤៦៣)
- ទឹកផ្លែឈើស្រស់ ឬចេកកិន ដើម្បីផ្តល់ជាតិប៉ូតាស្យូម។

- ជំរុញឲ្យកុមារបរិភោគ ដោយផ្តល់អាហារយ៉ាងតិច៦ពេលក្នុងមួយថ្ងៃ។ ផ្តល់អាហារដដែលបន្ទាប់ពីលែងមានជំងឺរាក ព្រមទាំងបន្ថែមអាហារមួយពេលក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល២សប្តាហ៍។

៥.២.៣ គ្មានការខ្វះជាតិទឹក

កុមារដែលមានជំងឺរាក ប៉ុន្តែមិនខ្វះជាតិទឹក គួរទទួលបានជាតិទឹកបន្ថែមនៅផ្ទះ ដើម្បីបង្ការការខ្វះជាតិទឹក។ កុមារគួរបន្តទទួលបានរបបអាហារសមស្របតាមអាយុរបស់ខ្លួន រួមទាំងការបន្តបំបៅដោះផងដែរ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

គួរធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរាកដែលមិនខ្វះជាតិទឹក បើកុមារមិនមានសញ្ញាពីរ ឬច្រើនជាងនេះក្នុងចំណោមសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ឬការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម ដូចរៀបរាប់ខាងលើ (មើលតារាងទី១២ ទំ.១៩៩)។

គំនូសបំព្រួញទី១៤. ផែនការ B សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក ៖ ព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យមដោយទឹកអូរ៉ាលីត

ផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីតនៅក្នុងគ្លីនិករយៈពេល៤ម៉ោង ក្នុងបរិមាណដែលបានណែនាំ

- **កំណត់បរិមាណនៃទឹកអូរ៉ាលីតសម្រាប់ផ្តល់ឲ្យកុមារក្នុងអំឡុង៤ម៉ោងដំបូង ៖**

អាយុ[a]	≤ ៤ខែ	៤ខែ ទៅ ≤ ១២ខែ	១២ខែ ទៅ ≤ ២ឆ្នាំ	២ឆ្នាំ ទៅ ≤ ៥ឆ្នាំ
ទម្ងន់	< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–< ១២kg	១២–១៩kg
	២០០–៤០០ml	៤០០–៧០០ml	៧០០–៩០០ml	៩០០–១៤០០ml

[a] គណនាតាមអាយុ តែក្នុងករណីមិនដឹងពីទម្ងន់របស់កុមារប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកអាចគណនារកបរិមាណទឹកអូរ៉ាលីតដែលត្រូវការ (គិតជា ml) ដោយយកទម្ងន់ខ្លួនរបស់កុមារ (គិតជា kg) គុណនឹង ៧៥។

បើកុមារចង់ផឹកទឹកអូរ៉ាលីតលើសពីបរិមាណក្នុងតារាងខាងលើ គួរផ្តល់ឲ្យកុមារផឹកបន្ថែម។

- **បង្ហាញម្តាយពីរបៀបផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីតដល់កុមារ។**
  - ឲ្យកុមារផឹកតាមពែង មួយចឹបៗ យ៉ាងញឹកញាប់។
  - បើកុមារក្អួត ត្រូវរង់ចាំ១០នាទី បន្ទាប់មកបញ្ចុកឡើងវិញយឺតជាងមុន។
  - បន្តបំបៅដោះរាល់ពេលដែលកុមារចង់បៅ។
- **បន្ទាប់ពី៤ម៉ោង ៖**
  - វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញ រួចចាត់ថ្នាក់ការខ្វះជាតិទឹករបស់កុមារ។
  - ជ្រើសរើសផែនការសមស្របមួយដើម្បីបន្តការព្យាបាល។
  - ចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារឲ្យកុមារនៅឯគ្លីនិក។

- **បើម្ដាយមានធុរៈត្រូវត្រឡប់ទៅផ្ទះមុននឹងបញ្ចប់ការព្យាបាល ៖**
  - បង្ហាញគាត់ពីរបៀបលាយទឹកអូរ៉ាលីតនៅផ្ទះ។
  - បង្ហាញគាត់ពីបរិមាណទឹកអូរ៉ាលីតដែលត្រូវផ្ដល់ឲ្យកុមារជាបន្តនៅផ្ទះ ដើម្បីបង្គ្រប់ការព្យាបាលរយៈពេល៤ម៉ោង។
  - ផ្ដល់កញ្ចប់ម្សៅអូរ៉ាលីតគ្រប់គ្រាន់ឲ្យគាត់ ដើម្បីផ្ដល់ការបង្គ្រប់ជាតិទឹកចប់សព្វគ្រប់។ ម្យ៉ាងទៀត ផ្ដល់ម្សៅអូរ៉ាលីតឲ្យគាត់២កញ្ចប់ទៀត ដូចបានណែនាំក្នុងផែនការ A។
  - ពន្យល់ពីវិធី៤យ៉ាងសម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះ ៖

១. ផ្ដល់ជាតិទឹកបន្ថែម។ **២. ផ្ដល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែម។** **៣. បន្តការផ្ដល់អាហារ។** **៤. ដឹងពីពេលដែលត្រូវត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញ។**	មើលផែនការ A សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក (ទំ.២១៥) និងប័ណ្ណរបស់ម្ដាយ(ទំ.៤៩៩)

ការព្យាបាល

- ព្យាបាលកុមារដោយពុំចាំបាច់ឲ្យសំរាកពេទ្យទេ។
- ផ្ដល់ប្រឹក្សាដល់ម្ដាយអំពីវិធី៤យ៉ាងសម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះ ៖
  - ផ្ដល់ជាតិទឹកបន្ថែម។
  - ផ្ដល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែម។
  - បន្តការផ្ដល់អាហារ។
  - ដឹងពីពេលដែលត្រូវត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញ។

មើលផែនការ A សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក (គំនូសបំព្រួមទី១៥ នៅទំ.២១៥)។

- ▶ ផ្តល់ជាតិទឹកបន្ថែមដូចខាងក្រោម ៖
  - – បើកុមារនៅបៅដោះ គួរផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយឲ្យបំបៅដោះកូនឲ្យបាន ញឹកញាប់ និងបំបៅកាន់តែយូរក្នុងមួយលើកៗ។ បើកុមារបៅដោះម្តាយសុទ្ធ គួរផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីតឬទឹកស្អាតបន្ថែមពីលើទឹកដោះម្តាយ។ បន្ទាប់ពីលែងមានជំងឺរាកហើយ គួរបន្តការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធវិញ សមស្របតាមអាយុរបស់កុមារ។
  - – ចំពោះកុមារដែលមិនបៅដោះម្តាយសុទ្ធ គួរផ្តល់បន្ថែមនូវចំណុចណាមួយដូចខាងក្រោម ៖
    - ទឹកអូរ៉ាលីត
    - អាហារដែលមានជាតិទឹក (ដូចជាទឹកសម្ល ទឹកបាយ និងទឹកយ៉ាអួ)
    - ទឹកស្អាត។

ដើម្បីបង្ការការខ្វះជាតិទឹក គួរផ្តល់ដំបូន្មានឲ្យម្តាយផ្តល់ជាតិទឹកបន្ថែមឲ្យបានច្រើនបំផុតតាមដែលកុមារអាចទទួលយកបាន ៖

- សម្រាប់កុមារអាយុ < ២ឆ្នាំ, ប្រហែល ៥០–១០០ml បន្ទាប់ពីពេលបន្ទោរបង់លាមកម្តងៗ
- សម្រាប់កុមារអាយុ ≥ ២ឆ្នាំ, ប្រហែល ១០០–២០០ml បន្ទាប់ពីពេលបន្ទោរបង់លាមកម្តងៗ ប្រាប់ម្តាយឲ្យបញ្ចុកកុមារតាមពែង ម្តងមួយចឹបៗ។ បើកុមារក្អួត ត្រូវរង់ចាំ១០នាទី បន្ទាប់មកបញ្ចុកឡើងវិញយឺតជាងមុន។ គាត់គួរបន្តផ្តល់ជាតិទឹកបន្ថែម រហូតលែងមានជំងឺរាក។

បង្រៀនម្តាយពីរបៀបលាយ និងផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីត រួចផ្តល់ម្សៅអូរ៉ាលីតឲ្យគាត់២កញ្ចប់យកទៅផ្ទះ។

- ▶ ផ្តល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែម ៖
- \- ប្រាប់ម្តាយពីបរិមាណជាតិស័ង្កសីដែលត្រូវផ្តល់ឲ្យ ៖
  - អាយុ ≤ ៦ខែ ៖ កន្លះគ្រាប់(១០mg) ក្នុងមួយថ្ងៃ

  - អាយុ ≥ ៦ខែ ៖ មួយគ្រាប់ (២០mg) ក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល១០-១៤ថ្ងៃ
- បង្ហាញម្តាយពីរបៀបផ្តល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែម ៖
  - សម្រាប់ទារក កិនថ្នាំលាយជាមួយទឹកស្អាត ទឹកដោះច្របាច់ ឬទឹកអូរ៉ាលីត ក្នុងពែងតូច ឬស្លាបព្រា។
  - សម្រាប់កុមារធំ អាចទំពារថ្នាំ ឬផឹកថ្នាំដែលកិនលាយទឹក។
- រំឭកម្តាយឲ្យផ្តល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែមគ្រប់ចំនួន១០-១៤ថ្ងៃ។

▶ បន្តការផ្តល់អាហារ ៖ សូមមើលការប្រឹក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ នៅក្នុងជំពូកទី១០ (ទំ.៤៥៥) និងជំពូកទី១២ (ទំ.៥០០)។

▶ ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយពីពេលដែលត្រូវនាំកុមារត្រឡប់មកវិញ (មើលខាងក្រោម)។

ការតាមដានបន្ត

▶ ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយឲ្យនាំកុមារត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញជាបន្ទាន់ បើកុមារឈឺកាន់តែធ្ងន់, មិនអាចផឹកទឹក ឬបៅដោះ, ផឹកទឹកបានតិច, មានគ្រុនក្តៅ ឬមានឈាមក្នុងលាមក។ បើគ្មានសញ្ញាទាំងនេះកើតឡើងទេ ប៉ុន្តែកុមារមិនបានធូរស្រាល នោះគាត់គួរត្រឡប់មកតាមដានវិញបន្ទាប់ពីរយៈពេល៥ថ្ងៃ។

ម្យ៉ាងទៀត គួរពន្យល់ម្តាយថា ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដដែលនេះ បើកុមារមានជំងឺរាកទៀតនៅថ្ងៃក្រោយ។ សូមមើលផែនការ A សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក (គំនូសបំព្រួមទី១៥, ទំ.២១៥)។

៥.៣ ជំងឺរាកអូសបន្លាយ

ជំងឺរាកអូសបន្លាយគឺជាជំងឺរាកដែលមាន ឬគ្មានលាយឈាម ដែលចាប់ផ្តើមឡើងយ៉ាងស្រួចស្រាល់ ហើយមានរយៈពេល ≥ ១៤ថ្ងៃ។ នៅពេលមានការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ឬកម្រិតមធ្យម ជំងឺរាកអូសបន្លាយត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជាជំងឺ “ធ្ងន់ធ្ងរ”។

គោលការណ៍ណែនាំបន្ទាប់នេះ គឺសម្រាប់កុមារដែលមានជំងឺរាកអូសបន្លាយ ប៉ុន្តែ

មិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរទេ។ កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ដែលមានជំងឺរាករ៉ូសបន្លាយ ទាមទារការព្យាបាលជាក់លាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ដូចមានរៀបរាប់ក្នុងជំពូកទី៧ (ផ្នែកទី ៧.៥.៤, ទំ. ៣៨៤)។

ក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ គួរសង្ស័យលើការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាកគ្លីនិក, រួចវាយតម្លៃកុមាររកមើលការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍សមស្រប (អានជំពូកទី៨ ទំ.៣៥៣)។ វិភាគលាមកដោយមីក្រូទស្សន៍ ដើម្បីរកប៉ារ៉ាស៊ីតដូចជា Isospora និង Cryptosporidium។

៥.៣.១ ជំងឺរាករ៉ូសបន្លាយធ្ងន់ធ្ងរ

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ទារកឬកុមារដែលរាកចាប់ពី១៤ថ្ងៃ រួមជាមួយសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹក (មើលតារាងទី១២, ទំ.២០០) មានជំងឺរាករ៉ូសបន្លាយធ្ងន់ធ្ងរ ហើយទាមទារការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។
- វាយតម្លៃកុមាររកមើលសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹក។

ការព្យាបាល

- ផ្តល់ជាតិទឹកទៅតាមផែនការព្យាបាល B ឬ C តាមសមស្រប (អានទំ.២១០ និង២០៤)។

គំនូសបំព្រួមទី១៥. ផែនការ A សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាក ៖ ព្យាបាលជំងឺរាកនៅផ្ទះ

ផ្តល់ប្រឹក្សាដល់ម្តាយអំពីវិធីបួនយ៉ាងសម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះ ៖ ផ្តល់ជាតិទឹកបន្ថែម។ ផ្តល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែម។ បន្តការផ្តល់អាហារ។ ដឹងពីពេលដែលត្រូវត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញ។

១. ផ្តល់ជាតិទឹកបន្ថែមឲ្យបានច្រើនបំផុតតាមដែលកុមារអាចទទួលយកបាន។

- ប្រាប់ម្តាយឲ្យ ៖
  - បំបៅដោះកូនឲ្យបានញឹកញាប់ និងបំបៅយ៉ាងយូរក្នុងមួយពេលៗ
  - បើកុមារបៅដោះម្តាយសុទ្ធ ចូរផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីត ឬទឹកស្អាត បន្ថែមពីលើទឹកដោះម្តាយ
  - បើកុមារមិនបៅដោះម្តាយសុទ្ធទេ ផ្តល់ជាតិទឹកមួយឬច្រើនមុខក្នុងចំណោមនេះ ៖ ទឹកអូរ៉ាលីត, ទឹកអាហារ(ដូចជាសម្ល ទឹកបាយ និងទឹកយ៉ាអួ) ឬទឹកស្អាត។

វាជាការសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីតនៅផ្ទះ នៅពេលដែល ៖

- កុមារត្រូវបានព្យាបាលទៅតាមផែនការ B ឬផែនការ C ក្នុងអំឡុងពេលនៅមន្ទីរពេទ្យ។
- កុមារមិនអាចត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញបាន ប្រសិនបើជំងឺរាកមានសភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។

- បង្រៀនម្តាយពីរបៀបលាយ និងផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីត។ ផ្តល់ម្សៅអូរ៉ាលីត២កញ្ចប់យកទៅផ្ទះ។
- បង្ហាញម្តាយពីបរិមាណដែលត្រូវផ្តល់ឲ្យ បន្ថែមពីលើជាតិទឹកធម្មតា ៖

  អាយុ ≤ ២ឆ្នាំ ៖ ៥០–១០០ml បន្ទាប់ពីរាកម្តងៗ

  អាយុ ≥ ២ឆ្នាំ ៖ ១០០–២០០ml បន្ទាប់ពីរាកម្តងៗ

ប្រាប់ម្ដាយឲ្យ ៖

– ផ្ដល់ជាតិទឹកតាមពែង ម្ដងមួយចឹបៗ។
– បើកុមារក្អួត ត្រូវរង់ចាំ១០នាទី។ បន្ទាប់មក បញ្ចុកឡើងវិញយឺតជាងមុន។
– បន្តផ្ដល់ជាតិទឹកបន្ថែម រហូតលែងមានជំងឺរាក។

២. ផ្ដល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែម។

- **ប្រាប់ម្ដាយពីបរិមាណជាតិស័ង្កសីដែលត្រូវផ្ដល់ឲ្យកុមារ ៖**
  អាយុ ≤ ៦ខែ ៖ កន្លះគ្រាប់ (១០mg) ក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល១០-១៤ថ្ងៃ
  អាយុ ≥ ៦ខែ ៖ មួយគ្រាប់ (២០mg) ក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល១០-១៤ថ្ងៃ
- **បង្ហាញម្ដាយពីរបៀបផ្ដល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែម ៖**
  – សម្រាប់ទារក កិនថ្នាំលាយជាមួយទឹកស្អាត ទឹកដោះច្របាច់ ឬទឹកអូរ៉ាលីត ក្នុងពែងតូច ឬស្លាបព្រា។
  – សម្រាប់កុមារធំ អាចទំពារថ្នាំ ឬផឹកថ្នាំដែលកិនលាយទឹក ក្នុងពែងតូច ឬស្លាបព្រា។
- រំឭកម្ដាយឲ្យផ្ដល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែមគ្រប់ចំនួន១០-១៤ថ្ងៃ ។

៣. បន្តការផ្ដល់អាហារ។
៤. ដឹងពីពេលដែលត្រូវត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញ។
} មើលប័ណ្ណរបស់ម្ដាយ (ទំ.៤៩៩)

ទឹកអូរ៉ាលីតមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់កុមារភាគច្រើនដែលមានជំងឺរាករូសបន្ទាយ។ ប៉ុន្តែសម្រាប់កុមារមួយចំនួនតូច ការស្រូបយកជាតិស្ករបស់ពួកគេ មិនដំណើរការល្អទេ ដូច្នេះទឹកអូរ៉ាលីតអាចនឹងគ្មានប្រសិទ្ធភាពដូចកុមារធម្មតា។ នៅពេលទារកទាំងនេះត្រូវបានផ្ដល់ទឹកអូរ៉ាលីត បរិមាណលាមករបស់ពួកគេកើនឡើង, ស្រេកទឹកជាងធម្មតា, សញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកកើតឡើង ឬធ្វើឲ្យសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ, ហើយលាមកមានជាតិស្ករ

យ៉ាងច្រើនដែលរាងកាយមិនបានស្រូបយក។ កុមារទាំងនេះទាមទារការបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមសរសៃ រហូតទាល់តែអាចផឹកទឹកអូ៉រ៉ាលីតបានដោយមិនធ្វើឲ្យជំងឺរាគកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។

ការព្យាបាលជាប្រចាំដោយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក សម្រាប់ជំងឺរាគរូសបន្លាយ គឺគ្មានប្រសិទ្ធភាពទេ ដូច្នេះមិនគួរផ្តល់ឲ្យកុមារឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី កុមារមួយចំនួនមានការបង្ករោគក្រៅ ឬក្នុងពោះវៀនដែលទាមទារការព្យាបាលជាក់លាក់ដោយអង់ទីប៊ី-យោទិក។

- *ពិនិត្យកុមារទាំងឡាយដែលមានជំងឺរាគរូសបន្លាយ រកមើលការបង្ករោគក្រៅពោះវៀន* ដូចជាជំងឺរលាកសួត, ការរាតត្បាតមេរោគក្នុងឈាម (sepsis), ការបង្ករោគនៅផ្លូវទឹកនោម, ជ្រាំងក្នុងមាត់, និងអំបៅអំបែក, រួចព្យាបាលយ៉ាងសមស្រប។
- ផ្តល់សារធាតុចិញ្ចឹម និងវីតាមីន ដូចមានបង្ហាញក្នុងប្រអប់នៅទំ.២២០។
- ព្យាបាលជំងឺរាគរូសបន្លាយដែលមានឈាមក្នុងលាមក ដោយឱសថអង់ទី-ប៊ីយោទិកតាមមាត់ដែលមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងនឹងបាក់តេរី Shigella ដូចមានរៀបរាប់ក្នុងផ្នែកទី ៥.៤, ទំ.២២៤។
- ផ្តល់ឱសថ metronidazole តាមមាត់ ចំនួន ១០mg/kg មួយថ្ងៃ៣ដងរយៈពេល៥ថ្ងៃ តែក្នុងករណីដែល ៖
  - ការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍លើលាមកថ្មី ឃើញមានប៉ារ៉ាស៊ីត Entamoeba histolytica នៅក្នុងគោលិកាឈាមក្រហម, **ឬ**
  - មានប៉ារ៉ាស៊ីតក្នុងដំណាក់កាលលូតលាស់ ឬពង giardia នៅក្នុងលាមក, **ឬ**
  - បានផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ២មុខផ្សេងគ្នា ដែលជាធម្មតាមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងនឹងបាក់តេរី shigella មិនមានភាពធូរស្រាល។
  - មិនអាចធ្វើការវិភាគលាមក នៅពេលដែលជំងឺរាគរូសបន្លាយយូរជាង ១ខែ។

ការផ្ដល់អាហារ

ការយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងការផ្ដល់អាហារ មានសារសំខាន់ចំពោះកុមារទាំងឡាយដែលមានជំងឺរាករូសបន្ទាយ។ គួរបន្តបំបៅកុមារដោយទឹកដោះម្ដាយ ឲ្យបានញឹកញាប់ និងឲ្យបានយូរតាមដែលកុមារចង់បៅ។ គួរផ្អាកអាហារដទៃទៀតរយៈពេល៤-៦ម៉ោងប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់កុមារដែលខ្វះជាតិទឹកហើយកំពុងព្យាបាលបង្គ្រប់ជាតិទឹកទៅតាមផែនការព្យាបាល B ឬ C។

របបអាហារនៅមន្ទីរពេទ្យ

កុមារដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ត្រូវការរបបអាហារពិសេស រហូតទាល់តែជំងឺរាកបានធូរស្រាល ហើយពួកគេឡើងទម្ងន់។ គោលដៅនៃរបបអាហារគឺផ្ដល់ថាមពលអាហារយ៉ាងតិច ១១០កាល់ឡូរី/គក្រ. ក្នុងមួយថ្ងៃ។

ទារកអាយុក្រោម៦ខែ

- លើកទឹកចិត្តឲ្យបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយ។ ជួយគាំទ្រម្ដាយឲ្យបំដៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធ។
- បើកុមារមិនបៅទឹកដោះម្ដាយទេ ផ្ដល់ផលិតផលជំនួសទឹកដោះដែលមានជាតិឡាក់តូសទាប ដូចជា យ៉ាអួ ឬទឹកដោះម្សៅដែលគ្មានជាតិឡាក់តូស។ ប្រើស្លាបព្រា ឬពែង, កុំប្រើដបទឹកដោះគោ។ នៅពេលកុមារបានប្រសើរឡើង គួរជួយគាំទ្រម្ដាយឲ្យបំបៅដោះកូនវិញ។
- បើម្ដាយមិនបំបៅកូនដោយសារតែគាត់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរផ្ដល់ប្រឹក្សាសមស្របអំពីការប្រើផលិតផលជំនួសទឹកដោះយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។

កុមារអាយុចាប់ពី៦ខែ

ចាប់ផ្ដើមផ្ដល់អាហារឡើងវិញនៅពេលកុមារអាចហូបបាន។ គួរផ្ដល់អាហារមួយថ្ងៃ៦ពេល ដើម្បីទទួលបានថាមពលអាហារសរុបក្នុងមួយថ្ងៃយ៉ាងតិច ១១០កាល់ឡូរី/គ.ក្រ។ កុមារជាច្រើននឹងអាចហូបបានតិចតួចប៉ុណ្ណោះ លុះត្រាតែបានព្យាបាលការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ

ណាមួយរយៈពេល២៤-៤៨ម៉ោង។ មុនដំបូងកុមារទាំងនេះប្រហែលជាត្រូវការការផ្តល់អាហារតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។

របបអាហារ២យ៉ាងដែលមានការណែនាំ

តារាងទី១៤ និង១៥ បង្ហាញពីរបបអាហារ២យ៉ាងដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមារ និងទារកអាយុលើស៦ខែ ដែលមានជំងឺរាកអូសបន្លាយធ្ងន់ធ្ងរ។ ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃរបបអាហារបរាជ័យ (មើលខាងក្រោម) ឬបើកុមារមិនបានប្រសើរឡើងបន្ទាប់ពីការព្យាបាលចំនួន៧ថ្ងៃ, គួរបញ្ឈប់របបអាហារទី១ ហើយផ្តល់របបអាហារទី២រយៈពេល៧ថ្ងៃ។

ការព្យាបាលយ៉ាងជោគជ័យ ដោយរបបអាហារណាមួយ អាចសម្គាល់បានដោយ ៖

- ការបរិភោគអាហារគ្រប់គ្រាន់
- ឡើងទម្ងន់
- លាមករាកថយចុះ
- មិនមានគ្រុនក្តៅ។

លក្ខខណ្ឌសំខាន់បំផុតគឺ ការឡើងទម្ងន់។ អាចសន្មតថាកុមារឡើងទម្ងន់បាន លុះត្រាតែទម្ងន់របស់ពួកគេកើនឡើងយ៉ាងតិច៣ថ្ងៃបន្តបន្ទាប់គ្នា។

ផ្តល់ផ្លែឈើស្រស់បន្ថែម និងបន្លែឆ្អិន ដល់កុមារដែលអាចបរិភោគបានយ៉ាងល្អ។ បន្ទាប់ពីការព្យាបាលរយៈពេល៧ថ្ងៃ ដោយរបបអាហារដែលមានប្រសិទ្ធភាព, ពួកគេគួរចាប់ផ្តើមទទួលរបបអាហារធម្មតាដែលសមស្របតាមអាយុរបស់ខ្លួន, រួមទាំងទឹកដោះគោ, ដែលផ្តល់ថាមពលអាហារយ៉ាងតិច ១១០កាល់ឡូរី/គក្រ. ក្នុងមួយថ្ងៃ។ បន្ទាប់មកកុមារអាចត្រឡប់ទៅផ្ទះវិញបាន ប៉ុន្តែត្រូវតែតាមដានបន្តជាប្រចាំដើម្បីធានាថាពួកគេឡើងទម្ងន់ជាបន្ត និងស្របតាមដំបូន្មានផ្តល់អាហាររបស់គ្រូពេទ្យ។

របបអាហារបរាជ័យ ត្រូវបានសម្គាល់ដោយ ៖

- រាកកាន់តែញឹញាប់ (ជាធម្មតា > ១០ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) ហើយជារឿយៗ គឺរួមជាមួយសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹក (ជាទូទៅគឺក្រោយពេលចាប់ផ្តើមរបបអាហារថ្មី), ឬ

- មិនអាចឡើងទម្ងន់រាល់ថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេល៧ថ្ងៃ។

តារាងទី១៤. របបអាហារទី១ សម្រាប់ជំងឺរាកអូសបន្លាយ ៖ របបអាហារម្សៅដែលមាន ទឹកដោះតិច (ឡាក់តូសទាប)

របបអាហារនេះគួរមានថាមពលអាហារយ៉ាងតិច ៧០កាល់ឡូរី/១០០ក្រ., មានទឹកដោះ ឬយ៉ាអួជាប្រភពនៃប្រូតេអ៊ីនសត្វ, ប៉ុន្តែមិនឲ្យឡាក់តូសលើស ៣.៧ក្រ./គក្រ. ក្នុងមួយថ្ងៃទេ, ហើយគួរមានកាល់ឡូរីយ៉ាងតិច១០% គឺជាប្រូតេអ៊ីន។ ឧទាហរណ៍នៃរបបអាហារខាងក្រោមនេះ មានថាមពលអាហារចំនួន ៨៣កាល់ឡូរី/១០០ក្រ., ឡាក់តូស ៣.៧ក្រ./គក្រ. ក្នុងមួយថ្ងៃ និងមានកាល់ឡូរី១១% ជាប្រូតេអ៊ីន ៖

- ទឹកដោះម្សៅចំនួន ១១g (ឬទឹកដោះរាវ ៨៥ml) ដែលមានជាតិខ្លាញ់ពេញ
- បាយ ១៥g
- ប្រេងបន្លែ ៣.៥g
- ស្ករអំពៅ ៣.0g
- ទឹកដើម្បីឲ្យបាន ២00ml

តារាងទី១៥. របបអាហារទី២ សម្រាប់ជំងឺរាកអូសបន្លាយ ៖ របបអាហារម្សៅទាប (cereal) ដែលគ្មានទឹកដោះ (គ្មានឡាក់តូស)

របបអាហារនេះមានថាមពលអាហារយ៉ាងតិច ៧០កាល់ឡូរី/១០០ក្រ. ហើយមានកាល់ឡូរីយ៉ាងតិច១០% ជាប្រូតេអ៊ីន (ស៊ុត ឬសាច់មាន់)។ ឧទាហរណ៍នៃរបបអាហារខាងក្រោម មានថាមពលអាហារចំនួន ៧៥កាល់ឡូរី/១០០ក្រ. ៖

- ស៊ុតទាំងមូល ៦៤g
- បាយ ៣g
- ប្រេងបន្លែ ៤g
- ជាតិស្ករ ៣g
- ទឹកដើម្បីឲ្យបាន ២00ml

សាច់មាន់កិន (១២g) អាចត្រូវបានប្រើជំនួសស៊ុត, ដែលផ្ដល់ថាមពលអាហារចំនួន ៧០កាល់ឡូរី/១០០ក្រ.។

វីតាមីនចម្រុះនិងជាតិរ៉ែបន្ថែម

ផ្ដល់វីតាមីនចម្រុះនិងជាតិរ៉ែបន្ថែម រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល២សប្ដាហ៍ ដល់កុមារទាំងអស់ដែលមានជំងឺរាកអូសបន្លាយ។ សារធាតុទាំងនេះគួរផ្ដល់វីតាមីននិងជាតិរ៉ែជាច្រើនមុខ រួមទាំងសារធាតុយ៉ាងតិច២មុខក្នុងចំណោមអាស៊ីតហ្វូលិក, វីតាមីនអា, ជាតិស័ង្កសី, ម៉ាញេស្យូម និងជាតិទង់ដែង។

ជាគោលការណ៍ណែនាំ បរិមាណសម្រាប់មួយថ្ងៃ សម្រាប់ទារកអាយុ១ឆ្នាំ គឺ ៖

- អាស៊ីតហ្វូលិក ៥០μg
- ជាតិស័ង្កសី ១០mg
- វីតាមីនអា ៤០០μg
- ជាតិដែក ១០mg
- ជាតិទង់ដែង ១mg
- ម៉ាញេស្យូម ៨០mg

ការតាមដាន

គិលានុបដ្ឋាកគួរពិនិត្យចំណុចទាំងនេះរៀងរាល់ថ្ងៃ ៖

- ទម្ងន់ខ្លួន
- សីតុណ្ហភាព
- អាហារដែលបានបរិភោគ
- ចំនួនដងនៃការរាក។

៥.៣.២ ជំងឺរាករូសបន្លាយ (មិនធ្ងន់ធ្ងរ)

កុមារដែលមានជំងឺរាករូសបន្លាយមិនធ្ងន់ធ្ងរ មិនទាមទារការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យទេ ប៉ុន្តែត្រូវការផ្តល់អាហារពិសេស និងជាតិទឹកបន្ថែមនៅផ្ទះ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

កុមារដែលរាកចាប់ពី១៤ថ្ងៃ ប៉ុន្តែគ្មានសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹក ឬកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ។

ការព្យាបាល

- ព្យាបាលកុមារដោយពុំចាំបាច់អោយសំរាកពេទ្យទេ។
- ផ្តល់វីតាមីនចម្រុះ និងជាតិរ៉ែបន្ថែម ដូចមានបង្ហាញក្នុងប្រអប់នៅទំ.២២០។

បង្ការការខ្វះជាតិទឹក

- ទឹកអូរ៉ាលីតមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់កុមារភាគច្រើន ដែលមានជំងឺរាករូសបន្លាយ។ ប៉ុន្តែសម្រាប់កុមារមួយចំនួនតូច ការស្រូបយកជាតិស្ករបស់ពួកគេមិនល្អទេ ដូច្នេះទឹកអូរ៉ាលីតអាចនឹងគ្មានប្រសិទ្ធភាពដូចកុមារធម្មតា។ នៅពេលទារកទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីត បរិមាណលាមករបស់ពួកគេកើនឡើង, ស្រេកទឹកជាងធម្មតា, សញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹកកើតឡើង ឬធ្វើឲ្យសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ, ហើយលាមកមានជាតិស្ករយ៉ាងច្រើនដែលរាងកាយមិនបានស្រូបយក។ កុមារទាំងនេះត្រូវការការបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមសរសៃ រហូតទាល់តែអាចផឹកទឹកអូរ៉ាលីតបានដោយមិនធ្វើឲ្យជំងឺរាកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។

ការពិនិត្យរក និងព្យាបាលការបង្ករោគជាក់លាក់

- មិនត្រូវព្យាបាលជាប្រចាំដោយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកទេ ព្រោះវាគ្មានប្រសិទ្ធ-ភាព, ប៉ុន្តែត្រូវផ្តល់អង់ទីប៊ីយោទិកដល់កុមារដែលមានការបង្ករោគជាក់លាក់នៅក្រៅ ឬនៅក្នុងពោះវៀន។ លុះត្រាតែអាចព្យាបាលការបង្ករោគទាំងនេះយ៉ាង

ត្រឹមត្រូវទើបកុមារបានធូរស្រាល។

- *ការបង្ករោគក្រៅពោះវៀន* ៖ ពិនិត្យកុមារទាំងឡាយដែលមានជំងឺរាកអូសបន្លាយ រកមើលការបង្ករោគក្រៅពោះវៀន ដូចជាជំងឺរលាកសួត, ការក្លាយរោគ (sepsis), ការបង្ករោគនៅផ្លូវទឹកនោម, ជ្រាំងក្នុងមាត់, និងអំបៅអំបែក, រួចព្យាបាលយ៉ាងសមស្រប។
- *ព្យាបាលជំងឺរាក* អូសបន្លាយដែលមានឈាមក្នុងលាមក ដោយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកតាមមាត់ដែលមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងនឹងបាក់តេរី Shigella ដូចមានរៀបរាប់ក្នុងផ្នែកទី ៥.៣.១។

ការផ្តល់អាហារ

ការយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងការផ្តល់អាហារ មានសារសំខាន់សម្រាប់កុមារទាំងឡាយដែលមានជំងឺរាកអូសបន្លាយ។ កុមារទាំងនេះអាចមានភាពលំបាកក្នុងការរំលាយទឹកដោះសត្វ ជាងទឹកដោះម្តាយ។

- ផ្តល់ដំបូន្មានឲ្យម្តាយកាត់បន្ថយបរិមាណទឹកដោះសត្វពីរបបអាហារកុមារជាបណ្តោះអាសន្ន។
- បន្តការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយ និងផ្តល់អាហារបន្ថែមសមស្រប ៖
  - បើកុមារមិនទាន់ផ្តាច់ដោះ គួរឲ្យបៅកាន់តែញឹកញាប់ និងកាន់តែយូរទាំងថ្ងៃ និងយប់។
  - បើកុមារបរិភោគទឹកដោះសត្វ គួរពិចារណាប្តូរទឹកដោះសត្វ មកប្រើផលិតផលទឹកដោះផ្សេង (ឧទា. យ៉ាអួ) ដែលមានជាតិឡាក់តូសទាប ហើយពោះវៀនងាយទទួលយកជាង។
  - បើមិនអាចប្តូរទឹកដោះសត្វទេ គួរកាត់បន្ថយឲ្យនៅសល់ ៥0ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ។ លាយទឹកដោះសត្វបន្តិចជាមួយអាហារធញ្ញជាតិ (cereal) របស់កុមារ តែមិនត្រូវធ្វើអោយរាវទេ។
  - ផ្តល់អាហារដទៃទៀតដែលសមស្របតាមអាយុរបស់កុមារ ដើម្បីធានាថា

កុមារទទួលបានកាល់ឡូរីគ្រប់គ្រាន់។ ទារកអាយុលើស៤ខែ ដែលផឹកតែទឹកដោះសត្វ គួរចាប់ផ្ដើមបរិភោគអាហាររឹង។

- ផ្ដល់អាហារម្ដងបន្តិចៗ ជាញឹកញាប់ យ៉ាងតិច៦ពេលក្នុងមួយថ្ងៃ។

សារធាតុចិញ្ចឹមបន្ថែម រួមទាំងជាតិស័ង្កសី

មើលប្រអប់ក្នុងទំ.២២០។

ការតាមដានបន្ត

- ប្រាប់ម្ដាយឲ្យនាំកុមារត្រឡប់មកវិញបន្ទាប់ពី៥ថ្ងៃ ដើម្បីវាយតម្លៃឡើងវិញ ឬមកឆាប់ជាងនេះ បើជំងឺរាកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ឬមានបញ្ហាដទៃទៀតកើតឡើង។
- វាយតម្លៃទាំងស្រុងឡើងវិញលើកុមារដែលមិនបានឡើងទម្ងន់ ឬដែលជំងឺរាកមិនបានធូរស្រាល ដើម្បីស្វែងរកមូលហេតុរបស់វា ដូចជាការខ្វះជាតិទឹក ឬការបង្ករោគ ដែលទាមទារការយកចិត្តទុកដាក់ពិសេស ឬអោយសំរាកពេទ្យ។

កុមារដែលបានឡើងទម្ងន់ និងកុមារដែលរាកចំនួន៣ដង ឬតិចជាងនេះក្នុងមួយថ្ងៃ គួរចាប់ផ្ដើមទទួលរបបអាហារធម្មតាឡើងវិញដែលសមស្របតាមអាយុរបស់ខ្លួន។

៥.៤ ជំងឺរាកមួល

ជំងឺរាកមួល គឺជាការបន្ទោរបង់លាមករាវញឹកញាប់ដែលមានលាយឈាម (មិនមែនគ្រាន់តែសំបោរតិចតួចនៅស្រទាប់ក្រៅទេ)។ ករណីភាគច្រើន គឺបណ្ដាលមកពីបាក់តេរី *Shigella*, ហើយស្ទើរតែទាំងអស់ទាមទារការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក។ ជំងឺស៊ីហ្សែលឡូស៊ីស (Shigellosis) អាចបណ្ដាលឲ្យមានផលវិបាកដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ដូចជា ការធ្លាយពោះវៀន, ការហើមពោះវៀនធំស្រួចស្រាល់ និងជំងឺ HUS (haemolytic uraemic syndrome) ជាដើម។

រោគវិនិច្ឆ័យ

សញ្ញានៃជំងឺរាកមួលគឺការបន្ទោរបង់លាមករាវញឹកញាប់ ដែលមានលាយឈាម

មើលឃើញច្បាស់។ លទ្ធផលដទៃទៀតនៅក្នុងការពិនិត្យ អាចមាន ៖

- ឈឺពោះ
- គ្រុនក្តៅ
- ប្រកាច់
- ល្ហិតល្ហៃ
- ការខ្វះជាតិទឹក (អានផ្នែកទី ៥.២, ទំ.១៩៩)
- ការធ្លាក់ក្រសាលគូថ។

ការព្យាបាល

កុមារភាគច្រើនអាចព្យាបាលនៅផ្ទះបាន។

- ត្រូវអោយសំរាកពេទ្យ ៖
  - ទារកតូច (អាយុក្រោម២ខែ)
  - កុមារឈឺធ្ងន់ធ្ងរដែលមើលទៅល្ហិតល្ហៃ ហើម និងតឹងពោះ ឬប្រកាច់
  - មានស្ថានភាពណាមួយដែលទាមទារការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។
- ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកតាមមាត់ (ចំនួន៥ថ្ងៃ) ដែលមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងនឹងបាក់តេរី Shigella។
  - ផ្តល់ឱសថ ciprofloxacin ចំនួន ១៥mg/kg មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេល៣ថ្ងៃ បើមិនដឹងថាឱសថណាមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងនឹងបាក់តេរី។ បើដឹងពីប្រសិទ្ធភាពរបស់វា ចូរអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំក្នុងតំបន់។
  - ផ្តល់ឱសថ ceftriaxone តាមសរសៃ ឬតាមសាច់ដុំ ដល់កុមារដែលឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ចំនួន ៥០–៨០mg/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល៣ថ្ងៃ ឬប្រើជាការព្យាបាលជម្រើសទី២។
- ផ្តល់ជាតិស័ង្កសីបន្ថែមដូចកុមារដែលមានជំងឺរាកសុទ្ធតែទឹក។

ចំណាំ ៖ *បាក់តេរី shigella ស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ ដូចជា ampicillin, co-trimoxazole,chloramphenicol, nalidixic acid, tetracycline, gentamicin និង*

ឱសថcephalosporin ជំនាន់ទី១ និងទី២, ដែលលែងមានប្រសិទ្ធភាពទៀតហើយ ។ ក៏មានរបាយការណ៍ពីការស៊ាំនឹងឱសថ ciprofloxacin ក្នុងប្រទេសខ្លះផងដែរ។

ការតាមដានបន្ត

តាមដានកុមារជាបន្ត បន្ទាប់ពី២ថ្ងៃ ហើយរកមើលសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើង ដូចជាគ្មានគ្រុនក្តៅ បរិមាណលាមកថយចុះនិងមានឈាមតិចតួច, បរិភោគអាហារបានច្រើនជាងមុន។

- ប្រសិនបើគ្មានភាពប្រសើរឡើងបន្ទាប់ពីការព្យាបាលរយៈពេល២ថ្ងៃ ៖
    - ▶ រកមើលបញ្ហាដទៃទៀត (មើលជំពូកទី២)
    - ▶ បញ្ឈប់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកជម្រើសទី១ ហើយផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកជម្រើសទី២ ឬឱសថដែលដឹងថាមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងនឹងបាក់តេរី Shigella នៅក្នុងតំបន់(សម្រាប់កម្រិតថ្នាំសូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី២)។
- ប្រសិនបើឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក២មុខ ដែលជាធម្មតាមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងនឹងបាក់តេរី Shigella នៅក្នុងតំបន់ ត្រូវបានផ្តល់ឲ្យកុមារចំនួន២ថ្ងៃ ហើយគ្មានសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើងទេ, គួរពិនិត្យរកបញ្ហាដទៃទៀត (មើលសៀវភៅជំងឺកុមារបន្ថែមទៀត)។
    - ប្រសិនជាអាចមានការបង្ករោគដោយអាមីប ចូរផ្តល់ឱសថ metronidazole ចំនួន ១០mg/kg មួយថ្ងៃ៣ដង រយៈពេល៥ថ្ងៃ។
- ▶ អោយកុមារសំរាកពេទ្យ ប្រសិនបើមានសញ្ញាទាមទារត្រូវព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

ទារក និងកុមារតូច

ពិចារណាពីមូលហេតុទាក់ទងនឹងការវះកាត់ ដែលបណ្តាលឲ្យមានឈាមក្នុងលាមក (ឧទាហរណ៍ ការរអិលពោះវៀនចូលគ្នា, អានផ្នែកទី ៩.៤ ទំ. ៤៤០), រួចបញ្ជូនទៅកាន់គ្រូពេទ្យវះកាត់តាមសមស្រប។ ជំងឺរាកមួលលើទារកទើបកើត និងទារកតូច គឺជាករណីកម្រ ដូច្នេះគួរពិចារណាពីការរាតត្បាតដោយបាក់តេរីក្នុងឈាមដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត។

- បើសង្ស័យការរាតត្បាតដោយបាក់តេរីក្នុងឈាម គួរផ្តល់ឱសថ ceftriaxone តាមសរសៃ ឬតាមសាច់ដុំ ចំនួន ១០០mg/kg មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៥ថ្ងៃ។

កុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ

មើលជំពូកទី៧ សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងទូទៅលើកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ។

- បើមិនអាចធ្វើការវិភាគក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ទេ គួរព្យាបាលតាមលក្ខណៈគ្លីនិក ដោយដំបូងព្យាបាលបាក់តេរី Shigella បន្ទាប់មកព្យាបាលការបង្ករោគដោយអាមីប។
- បើអាចវិភាគលាមកដោយមីក្រូទស្សន៍នៅក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ដែលអាចទុកចិត្តបាន គួរពិនិត្យរកប៉ារ៉ាស៊ីតប្រូតូសូអ៊ែ Entamoeba histolytica ក្នុងគោលិកាឈាមក្រហម រួចព្យាបាលការបង្ករោគដោយអាមីប បើរកឃើញ។ ម្យ៉ាងទៀត គួរពិនិត្យលាមករកប៉ារ៉ាស៊ីតប្រូតូសូអ៊ែ Giardia lamblia រួចផ្តល់ការព្យាបាល បើរកឃើញ។

ការថែទាំគាំទ្រ

ការថែទាំគាំទ្រ រួមមានការបង្ការ ឬការកែតម្រូវការខ្វះជាតិទឹក និងការបន្តផ្តល់អាហារ។ សម្រាប់គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការថែទាំកុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរដែលរាកលាយឈាម, សូមមើលជំពូកទី៧ ថែមទៀត (ទំ.៣០៩)។

មិនត្រូវផ្តល់ឱសថដើម្បីបន្ធូររោគសញ្ញានៃការឈឺពោះឬការឈឺចាប់ចុងពោះវៀនធំឡើយ ព្រោះឱសថទាំងនេះអាចធ្វើឲ្យជំងឺកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។

ការព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹក

- វាយតម្លៃកុមាររកសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹក រួចផ្តល់ជាតិទឹកទៅតាមផែនការ A, B ឬ C (ទំ.២១៥, ២១០, ២០៤) តាមសមស្រប។

ការគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភ

ការធានាឲ្យមានរបបអាហារល្អ គឺជាការសំខាន់ ព្រោះជំងឺរាកមួលមានផលប៉ះពាល់ខ្លាំងដល់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ។ ជាញឹកញាប់ ការផ្តល់អាហារធ្វើឡើងយ៉ាងលំបាក ព្រោះកុមារមិនឃ្លានអាហារ។ ការដែលកុមារឃ្លានអាហារឡើងវិញ គឺជាសញ្ញាដ៏សំខាន់មួយបញ្ជាក់ពីភាពធូរស្រាល។

- ការបន្តការបំបៅដោះកូនក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺ ដោយបំបៅឲ្យកាន់តែញឹកញាប់ជាងធម្មតា, តាមដែលអាចធ្វើបាន, ព្រោះទារកប្រហែលជាមិនបៅបានច្រើនដូចធម្មតាទេ។
- កុមារអាយុចាប់ពី៦ខែ គួរទទួលអាហារធម្មតារបស់ខ្លួន។ លើកទឹកចិត្តឲ្យកុមារហូបអាហារ ហើយអនុញ្ញាតឲ្យកុមារជ្រើសរើសអាហារដែលខ្លួនពេញចិត្ត។

ផលវិបាក

- *ការខ្វះជាតិទឹក។* ការខ្វះជាតិទឹក គឺជាផលវិបាកញឹកញាប់បំផុតនៃជំងឺរាកមួល, ហើយកុមារគួរត្រូវបានវាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងការខ្វះជាតិទឹក ដោយមិនគិតពីផលវិបាកដទៃទៀតឡើយ។ ផ្តល់ជាតិទឹកទៅតាមផែនការ A, B ឬ C តាមសមស្រប។
- *ការបាត់បង់ជាតិប៉ូតាស្យូម។* ការបាត់បង់ជាតិប៉ូតាស្យូម អាចត្រូវបានបង្ការដោយការផ្តល់ទឹកអូរ៉ាលីត (នៅពេលដែលចាំបាច់) ឬអាហារដែលសម្បូរជាតិប៉ូតាស្យូម ដូចជាចេក, ទឹកដូង, ឬបន្លែស្លឹកបៃតងចាស់។
- *គ្រុនក្តៅខ្លាំង។* បើកុមារមានគ្រុនក្តៅខ្លាំង (≥៣៩°C ឬ ≥១០២.២°F) ដែលហាក់ដូចជាពិបាកក្នុងខ្លួន គួរផ្តល់ឱសថ paracetamol ហើយពិចារណាពីការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី។
- *ការធ្លាក់ក្រសាលគូថ។* រុញក្រសាលគូថចូលទៅក្នុងវិញថ្នមៗ ដោយប្រើស្រោមដៃវះកាត់ ឬក្រណាត់សើម។ ឬម្យ៉ាងទៀត លាយ magnesium sulfate ក្នុងទឹកក្តៅឧណ្ហៗ រួចជ្រលក់ក្រណាត់ស្អំពីលើ ដើម្បីកាត់បន្ថយការហៀនមក

ក្រៅតាមរយៈការបន្ថយភាពហើម។

- *ការប្រកាច់។* ការប្រកាច់តែមួយលើក កើតឡើងញឹកញាប់បំផុត។ បើការប្រកាច់មានរយៈពេលយូរ និងកើតឡើងជាច្រើនដង ចូរផ្តល់ឱសថ diazepam (អានគំនូសបំព្រួមទី៩, ទំ.២៣)។ ចៀសវាងការផ្តល់ឱសថ diazepam តាមរន្ធគូថ។ ត្រូវពិនិត្យរកការធ្លាក់ចុះនៃជាតិស្ករក្នុងឈាមជានិច្ច។
- *ជំងឺ HUS (Haemolytic uraemic syndrome)។* នៅពេលមិនអាចធ្វើតេស្តក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ទេ គួរសង្ស័យលើជំងឺ HUS ចំពោះអ្នកជំងឺដែលងាយមានស្នាមជាំ, ស្លេកស្លាំង, កម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល និងទឹកនោមតិច ឬគ្មានទឹកនោម។
- *ពោះវៀនធំរីកធំហើយពុល។* ជាទូទៅ មានសញ្ញាដូចជាគ្រុនក្តៅ, ហើមពោះ ឈឺពោះ និងតឹងពោះ, រួមជាមួយការបាត់សំឡេងចលនាពោះវៀន, បេះដូងដើរញាប់ (tachycardia) និងការខ្វះជាតិទឹក។ ដាក់សេរ៉ូមដើម្បីព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹក, ដាក់បំពង់ស៊ក់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ, រួចចាប់ផ្តើមផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក។

សូមអានសៀវភៅជំងឺកុមារបន្ថែមទៀត សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការព្យា-បាល។

កំណត់ចំណាំ

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី៦

គ្រុនក្តៅ

៦.១	កុមារដែលមានគ្រុនក្តៅ	២៣២
	៦.១.១ គ្រុនក្តៅដែលមានរយៈពេល៧ថ្ងៃ ឬតិចជាង	២៣២
	៦.១.២ គ្រុនក្តៅដែលមានរយៈពេលយូរជាង៧ថ្ងៃ	២៣៩
៦.២	ជំងឺគ្រុនចាញ់	២៤៤
	៦.២.១ ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ	២៤៤
	៦.២.២ ជំងឺគ្រុនចាញ់មិនស្មុគស្មាញ	២៥៧
៦.៣	ជំងឺរលាកស្រោមខួរ	២៦២
	៦.៣.១ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី	២៦៣
	៦.៣.២ ការផ្ទុះរាតត្បាតនៃបាក់តេរី Meningococcus	២៦៨
	៦.៣.៣ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគរបេង	២៦៩
	៦.៣.៤ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគផ្សិត cryptococcus	២៧១
៦.៤	ជំងឺកញ្រ្ជឹល	២៧៥
	៦.៤.១ ជំងឺកញ្រ្ជឹលស្មុគស្មាញធ្ងន់ធ្ងរ	២៧៥
	៦.៤.២ ជំងឺកញ្រ្ជឹលមិនធ្ងន់ធ្ងរ	២៨០
៦.៥	ជំងឺបាក់តេរីរាតត្បាតក្នុងឈាម (Septicaemia)	២៨១
៦.៦	ជំងឺគ្រុនពោះវៀន	២៨៤
៦.៧	ការបង្ករោគក្នុងត្រចៀក	២៨៦
	៦.៧.១ ជំងឺរលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម (Mastoiditis)	២៨៦

	៦.៧.២	ជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្ដាលស្រួចស្រាវ	២៨៧
	៦.៧.៣	ជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្ដាលរ៉ាំរ៉ៃ	២៨៩
៦.៨	ការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធទឹកនោម		២៩០
៦.៩	ជំងឺរលាកសន្លាក់ដោយបាក់តេរី ឬ ជំងឺរលាកឆ្អឹង និងខួរឆ្អឹង		២៩២
៦.១០	ជំងឺគ្រុនឈាម		២៩៥
	៦.១០.១	ជំងឺគ្រុនឈាមធ្ងន់ធ្ងរ	២៩៦
៦.១១	ជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ (Rheumatic fever)		៣០៤

ជំពូកនេះផ្តល់ជូនគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងស្ថានភាពដ៏សំខាន់បំផុតនៃគ្រុនក្តៅ ដែលកើតឡើងលើកុមារអាយុចន្លោះ ២ខែ ទៅ៥ឆ្នាំ។ ការគ្រប់គ្រងជំងឺដែលបណ្តាលមកពីគ្រុនក្តៅលើទារកតូច (អាយុក្រោម២ខែ) មានរៀបរាប់នៅជំពូកទី៣ ទំ.៧៣ ។

៦.១ កុមារដែលមានគ្រុនក្តៅ

៦.១.១ គ្រុនក្តៅដែលមានរយៈពេល៧ថ្ងៃ ឬតិចជាង

គួរយកចិត្តទុកដាក់ពិសេសលើកុមារដែលមានគ្រុនក្តៅ។ គោលដៅចម្បងគឺដើម្បីញែកឲ្យដាច់ពីគ្នារវាងការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដែលអាចព្យាបាលបាន និងជំងឺស្រាលដែលគ្រុនក្តៅនឹងបាត់ទៅវិញដោយខ្លួនឯង។

ប្រវត្តិជំងឺ

- រយៈពេលនៃគ្រុនក្តៅ
- រស់នៅ ឬធ្វើដំណើរទៅតំបន់គ្រុនចាញ់ក្នុងពេលថ្មីៗ
- ប៉ះពាល់ជាមួយមនុស្សដែលមានជំងឺឆ្លងក្នុងពេលថ្មីៗ
- ប្រវត្តិនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ

- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក
- រឹងក ឬឈឺក
- ឈឺក្បាល
- ប្រកាច់
- ឈឺចាប់ពេលផុះនោម
- ឈឺចាប់ក្នុងត្រចៀក។

ការពិនិត្យ

សម្រាប់ការរៀបរាប់លម្អិត សូមមើលតារាងទី១៦-១៩។

- *ទូទៅ* ៖ សន្លឹម ឬកម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល, ភាពស្លេកស្លាំង ឬសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ, ឬឡើងកូនកណ្ដុរ
- ក្បាល និងក ៖ បង្អើយប៉ោង, ករឹង, ហូរខ្ទុះពីត្រចៀក ឬឡើងក្រហម, ក្រដាសត្រចៀកគ្មានចលនានៅពេលផ្លុះត្រចៀក, ហើម ឬរឹងនៅតំបន់គល់ថ្គាម
- ទ្រូង ៖ ដកដង្ហើមញាប់ (ជំងឺរលាកសួត, មេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម(septicaemia), ឬជំងឺគ្រុនចាញ់)
- ពោះ ៖ អណ្ដើករីក(ជំងឺគ្រុនចាញ់) ឬថ្លើមរីក
- អវៈយវៈ ៖ ពិបាកធ្វើចលនាត្រង់សន្លាក់ឬអវៈយវៈ (អាប់សែ, ការរលាកសន្លាក់ដោយការបង្ករោគ (septic arthritis), ជំងឺរលាកឆ្អឹង (Osteomyelitis), ជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់(rheumatic fever))
- ស្នាមលើស្បែក
  - ពងខ្ទុះ ឬសញ្ញានៃការបង្ករោគ ៖ ក្រហម ក្ដៅ ហើម រឹង (ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី staphylococcus)
  - ស្នាមជាំឈាម ៖ ស្នាមជាំអុចៗក្រហមតូចធំ (ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី meningococcus, ជំងឺគ្រុនឈាម)

- ស្នាមក្រហមរាបស្មើ (Maculopapular rash) (ជំងឺកញ្រ្ជឹល, ការបង្ករោគដោយវីរុសដទៃទៀត)

ការស្រាវជ្រាវក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍

- កំហាប់អុកស៊ីហ្សែន
- តេស្ដ៍កញ្ចក់ឈាមរកមេរោគគ្រុនចាញ់
- ការពិនិត្យទឹកនោមដោយមីក្រូទស្សន៍ និងការបណ្ដុះទឹកនោម
- តេស្ដ៍រាប់កោសិកាឈាមពេញលេញ
- ការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង បើមានសញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ
- ការបណ្ដុះឈាម

រោគវិនិច្ឆ័យញែក

ចំណាត់ថ្នាក់៤យ៉ាងសំខាន់ៗ នៃគ្រុនក្ដៅលើកុមារគឺ ៖

- ដោយសារការបង្ករោគ និងគ្មានសញ្ញាត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់ (តារាងទី១៦)
- ដោយសារការបង្ករោគ និងមានសញ្ញាត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់ (តារាងទី១៧ ទំ.២៣៦)
- ដោយមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (តារាងទី១៨ ទំ .២៣៨)
- មានរយៈពេលយូរជាង៧ថ្ងៃ។

តារាងទី១៦. រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់គ្រុនក្ដៅដែលគ្មានសញ្ញាត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ជំងឺគ្រុនចាញ់ (ក្នុងតំបន់រាតត្បាត)	– កញ្ចក់មើលឈាម ឬតេស្ដជំងឺគ្រុនចាញ់ឆាប់រហ័ស បញ្ជាក់ថាមានប៉ារ៉ាស៊ីតក្នុងឈាម – ភាពស្លេកស្លាំង – អណ្ដើករីក
មេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម (septicae-mia)	– ឈឺធ្ងន់ ដោយគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់ – ស្នាមជាំឈាមតូចធំ – ស្ទុក – សីតុណ្ហភាពចុះទាបចំពោះទារកតូច ឬកុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ
ជំងឺគ្រុនពោះវៀន	– ឈឺធ្ងន់ ដោយគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់ – រឹងពោះ – ស្ទុក – វង្វេងវង្វាន់
ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម	– ឈឺពោះ – ភាពរឹងនៅតំបន់ប្រដាប់ភេទ ឬខាងលើឆ្អឹងថ្ងាស – យំនៅពេលនោម – នោមញឹកញាប់ជាងធម្មតា – មិនអាចទប់ទឹកនោមដែលកាលពីមុនអាច – គោលិកាឈាមស និង/ឬបាក់តេរីក្នុងទឹកនោមតាមការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍, ឬតេស្ដឌីបស្ទីក (dipstick) វិជ្ជមាន
គ្រុនក្ដៅពាក់ព័ន្ធនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍	– សញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (មើលជំពូកទី៨ ទំ.៣៥៣)

តារាងទី១៧. រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់គ្រុនក្ដៅដែលមានសញ្ញាត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ជំងឺរលាកស្រោមខួរ	– ការប្រកាច់ច្រើនដង – កម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល – តេស្ដបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង វិជ្ជមាន – ករឹង – បង្ហើយប៉ោងចំពោះទារក – ស្នាមជាំឈាមតូចធំដោយសារបាក់តេរី meningococcus
រលាកត្រចៀកកណ្ដាល	– ក្រដាសត្រចៀកគ្មានចលនា និងឡើងក្រហម នៅពេលឆ្លុះត្រចៀក – ហូរខ្ទុះចេញពីត្រចៀក – ឈឺត្រចៀក
ការរលាកឆ្អឹងថ្គាម (Mastoiditis)	– ហើមរឹងនៅខាងក្រោយត្រចៀក
ជំងឺរលាកឆ្អឹង (Osteomyelitis)	– រឹងក្នុងតំបន់ប៉ះពាល់ – មិនចង់កម្រើកអវៈយវៈដែលរងការប៉ះពាល់ – បដិសេធមិនសង្កត់ទំងន់លើជើងដែលរងការប៉ះពាល់
ការរលាកសន្លាក់ដោយការបង្ករោគ (Septic arthritis)	– ហើម រឹង និងក្ដៅសន្លាក់
ជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ស្រួចស្រាល់ (Acute rheumatic fever)	– ឈឺចាប់ពីសន្លាក់មួយទៅសន្លាក់មួយ – សំឡេងរំញ័របេះដូង

ការបង្ករោគលើស្បែក និងជាលិកាទន់	– ជំងឺរលាកកោសិកា – បូសលើស្បែក – ពងខ្ទុះ – ការរលាកសាច់ដុំ (Pyomyositis)
ជំងឺរលាកសួត(អានផ្នែកទី៤.២ និង៤.៣, ទំ. ១២៣-១៣៤ សម្រាប់លក្ខណៈគ្លីនិកដទៃទៀត)	– ក្អក និងដកដង្ហើមញាប់ – ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល – សំឡេងដូចប្រឹង (Grunting) – ចលនាស្លាបច្រមុះ (Nasal flaring) – សំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ (coarse crackles), សាច់សួតហាប់, ទឹកចូលស្រោមសួត
ការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើមលើដោយវីរុស	– រោគសញ្ញានៃការក្អក ឬផ្តាសាយ – គ្មានសញ្ញាតាមប្រព័ន្ធឈាម
អាប់សែលើជាលិកាក្រោយបំពង់ក (Retropharyngeal abscess)	– ឈឺកចំពោះកុមារធំ – ពិបាកលេប, ហៀរទឹកមាត់ – រឹងកូនកណ្តុរនៅក
ជំងឺរលាក Sinus	– ឈឺមុខនៅពេលគោះលើ Sinus ដែលប៉ះពាល់ – ហូរសំបោរក្លិនអាក្រក់
ជំងឺរលាកថ្លើម	– មិនឃ្លានអាហារ – ឈឺពោះ – កើតលឿង ដោយមានទឹកនោមក្រម៉ៅ

តារាងទី១៨. រោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់គ្រុនក្តៅ រួមជាមួយស្នាមកន្ទួល

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
ជំងឺកញ្ជ្រឹល	– ស្នាមកន្ទួលមានលក្ខណៈសំគាល់ជាក់លាក់ (អានទំ.១៧៤) – ក្អក ហូរសំបោរ ភ្នែកក្រហម – ដំបៅមាត់ – កែវភ្នែកឡើងស្រអាប់ – មានការប្រឈមនឹងករណីជំងឺកញ្ជ្រឹលក្នុងពេលថ្មីៗ – គ្មានឯកសារបង្ហាញពីការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជ្រឹល
ការបង្ករោគ ដោយវីរុស	–ក្អក ឬផ្តាសាយ – មានសញ្ញាប៉ះពាល់តាមប្រព័ន្ធឈាមតិចតួច – ស្នាមកន្ទួលមិនជាក់លាក់រយៈពេលខ្លី
គ្រុនក្តៅលាប់	– ស្នាមជាំឈាមតូចៗ, ការចេញឈាមក្រោមស្បែក – កើតលឿង – ថ្លើម និងអណ្តើករីក និងរឹង – ប្រវត្តិមានគ្រុនក្តៅលាប់ពីមុន – តេស្តកញ្ចក់មើលឈាមរកបាក់តេរី Borrelia បង្ហាញលទ្ធផលវិជ្ជមាន
ជំងឺទីហ្វូស (Typhus)[a]	– ការរាតត្បាតនៃជំងឺទីហ្វូសក្នុងភូមិភាគ – ស្នាមក្រហមរាបស្មើ (macular rash) – ឈឺចាប់សាច់ដុំ
ជំងឺគ្រុនឈាម[b]	– ហូរឈាមតាមច្រមុះ ឬអញ្ចាញធ្មេញ ឬឈាមក្នុងកម្អួត – ឈាមក្នុងលាមក ឬលាមកខ្មៅ – ស្នាមជាំឈាមតូចធំលើស្បែក

– ថ្លើម និងអណ្ដើករីក
– ស្ពុក
– ឈឺពោះ

a ក្នុងភូមិភាគខ្លះ ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី rickettsias ដទៃទៀត កើតមានជាញឹកញាប់។
b ក្នុងភូមិភាគខ្លះ រោគសញ្ញានៃគ្រុនឈាមដោយវីរុសផ្សេងៗ គឺប្រហាក់ប្រហែលនឹងជំងឺគ្រុនឈាមដោយវីរុសដាំងដែរ។

ចំណាត់ថ្នាក់ទាំងនេះ មានផ្នែកខ្លះដូចគ្នា។ មូលហេតុខ្លះនៃគ្រុនក្ដៅ គឺមានឃើញតែនៅក្នុងភូមិភាគជាក់លាក់មួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ (ឧទា. ជំងឺគ្រុនចាញ់, គ្រុនឈាម, គ្រុនក្ដៅលាប់)។ គ្រុនក្ដៅដទៃទៀតអាចកើតឡើងតាមរដូវកាល (ឧទា. ជំងឺគ្រុនចាញ់, រលាកស្រោមខួរក្បាលដោយបាក់តេរី meningococcus) ឬកើតឡើងពេលផ្ទុះរាតត្បាតជំងឺ (ជំងឺកញ្ជ្រឹល, គ្រុនឈាម, រលាកស្រោមខួរក្បាលដោយបាក់តេរី meningococcus, ជំងឺទីហ្វូស)។

៦.១.២ គ្រុនក្ដៅដែលមានរយៈពេលយូរជាង៧ថ្ងៃ

ដោយសារមូលហេតុនៃគ្រុនក្ដៅអូសបន្លាយ មានច្រើនយ៉ាង ដូច្នេះការសំខាន់គឺត្រូវដឹងពីមូលហេតុញឹកញាប់ជាងគេនៅក្នុងតំបន់នោះ។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចធ្វើការស្រាវជ្រាវដើម្បីឈានទៅដល់ការសន្និដ្ឋានពីមូលហេតុដែលទំនងជាគេបំផុត រួចសម្រេចចិត្តលើការព្យាបាល។ ជួនកាល អ្នកចាំបាច់ត្រូវតែ "ធ្វើការព្យាបាលសាកល្បង", ឧទា. អ្នកសង្ស័យជាខ្លាំងលើជំងឺរបេង ឬការបង្ករោគដោយបាក់តេរី Salmonella, ភាពធូរស្រាលពីជំងឺ ផ្ដល់ការបញ្ជាក់លើរោគវិនិច្ឆ័យដែលស្ថិតក្នុងការសង្ស័យរបស់អ្នក។

ប្រវត្តិជំងឺ

សួរប្រវត្តិជំងឺទាក់ទងនឹងគ្រុនក្ដៅ (អានទំ.២៣២)។ ម៉្យាងទៀត គួរពិចារណាពីលទ្ធភាពនៃការកើតជំងឺអេដស៍, ជំងឺរបេង ឬមហារីក ដែលអាចបណ្ដាលឲ្យមានគ្រុនក្ដៅអូសបន្លាយ។

ការពិនិត្យ

ដោះសម្លៀកបំពាក់កុមារចេញទាំងអស់ រួចពិនិត្យរាងកាយទាំងមូលរកមើលសញ្ញាខាងក្រោម ៖

- ការដកដង្ហើមញាប់ ឬប្រអប់ទ្រូងផតចូល (ជំងឺរលាកសួត ឬរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ)
- ករឹង ឬបង្ហើយប៉ោង (ជំងឺរលាកស្រោមខួរ)
- សន្លាក់រឹងឡើងក្រហម (ជំងឺរលាកសន្លាក់ដោយការបង្ករោគ (septic arthritis) ឬជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់(rheumatic fever))
- ស្នាមជាំឈាមតូចធំ (ជំងឺដោយបាក់តេរី meningococcus ឬគ្រុនឈាម)
- ស្នាមក្រហមរាបស្មើ (maculopapular rash) (ការបង្ករោគដោយវីរុស ឬការប្រតិកម្មឱសថ)
- រលាកបំពង់ក និងភ្នាស (ការបង្ករោគក្នុងបំពង់ក)
- ត្រចៀកឈឺ និងឡើងក្រហម រួមជាមួយក្រដាសត្រចៀកគ្មានចលនា (ជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្ដាល)
- កើតលឿង ឬភាពស្លេកស្លាំង (ជំងឺគ្រុនចាញ់, ជំងឺរលាកថ្លើម, ជំងឺ leptospirosis ឬមេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម)
- ឈឺឆ្អឹងខ្នង ចង្កេះ ឬសន្លាក់ផ្សេងៗទៀត (ការរលាកសន្លាក់ដោយការបង្ករោគ)
- ឈឺពោះ (នៅតំបន់ប្រដាប់ភេទ ឬខាងលើឆ្អឹងថ្ងាស) (ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម)

មូលហេតុខ្លះនៃគ្រុនក្ដៅអូសបន្លាយ អាចនឹងគ្មានសញ្ញានៅត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់ទេ ដូចជា មេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម, ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី *Salmonella,* ជំងឺរបេងមីលីយែរ, ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម។

ការស្រាវជ្រាវនៅមន្ទីរពិសោធន៍

នៅពេលដែលអាច គួរអនុវត្តតាមចំណុចខាងក្រោម ៖

- ធ្វើតេស្តកញ្ចក់ឈាម ឬតេស្តវិនិច្ឆ័យរោគរហ័ស រកប៉ារ៉ាស៊ីតជំងឺគ្រុនចាញ់ (លទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាននៅក្នុងតំបន់រាតត្បាត មិនអាចច្រានចោលមូលហេតុដទៃទៀតដែលអាចកើតឡើងព្រមគ្នានោះទេ)
- តេស្តរាប់កោសិកាឈាមពេញលេញ រួមទាំងការរាប់ប្លាកែត, និងការពិនិត្យកញ្ចក់ស្តើងដើម្បីសិក្សាពីរូបសាស្ត្ររបស់កោសិកា
- វិភាគទឹកនោម រួមទាំងការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍

តេស្ត Mantoux (***ចំណាំ ៖*** *ច្រើនតែបង្ហាញលទ្ធផលអវិជ្ជមានលើកុមារដែលមានជំងឺរបេងមីលីយែរ, កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ, ឬផ្ទុកមេរោគអេដស៍*)

- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X
- ការបណ្តុះឈាម
- ការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ (បើគ្រុនក្តៅមានរយៈពេលយូរជាង៣០ថ្ងៃ និងមានមូលហេតុដែលធ្វើឲ្យសង្ស័យការឆ្លងមេរោគអេដស៍)
- ការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង (ដើម្បីច្រានចោលជំងឺរលាកស្រោមខួរ បើមានរោគសញ្ញាសង្ស័យ)។

រោគវិនិច្ឆ័យញែក

ពិនិត្យមើលឡើងវិញលើស្ថានភាពទាំងអស់ដែលរៀបរាប់ក្នុងតារាងទី ១៦ - ១៨ (ទំ.២៣៥-២៣៨)។ លើសពីនេះទៀត គួរពិចារណាពីមូលហេតុរបស់គ្រុនក្តៅដែលយូរជាង៧ថ្ងៃ នៅក្នុងតារាងទី១៩ ថែមទៀត។

តារាងទី១៩. រោគវិនិច្ឆ័យញែកបន្ថែមទៀត សម្រាប់គ្រុនក្ដៅដែលមានរយៈពេលយូរជាង ៧ថ្ងៃ

រោគវិនិច្ឆ័យ	កត្តាគាំទ្ររោគវិនិច្ឆ័យ
អាប់សែ	– គ្រុនក្ដៅដែលគ្មានចំណុចបង្ករោគច្បាស់លាស់ (អាប់សែជ្រៅ) – ដុំសាច់ដែលរឹង ឬទន់ – ភាពរឹង ឬឈឺចាប់នៅក្បែរតំបន់ប៉ះពាល់ – សញ្ញាជាក់លាក់ទៅតាមតំបន់ប៉ះពាល់, ឧទា. ខាងក្រោមសន្ទះទ្រូង, តំបន់ចំហៀងពោះ (psoas), ខាងក្រោយស្រោមពោះ (retroperitoneal), សួត, តម្រងនោម
ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី Salmonella (non-typhoidal)	– កុមារដែលមានជំងឺ sickle-cell – ជំងឺរលាកឆ្អឹង ឬរលាកសន្លាក់លើទារក
ជំងឺរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង (Infective Endocarditis)	– ស្រកទម្ងន់ – អណ្ដើករីក – ភាពស្លេកស្លាំង – សំឡេងរំញ័របេះដូង ឬជំងឺបេះដូងផ្សេងទៀត – ស្នាមជាំឈាមតូចៗ – ស្នាមឈាមក្រោមក្រចក – ឈាមក្នុងទឹកនោម នៅពេលពិនិត្យមីក្រូទស្សន៍ – ចុងម្រាមដៃកោង

ជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ (Rheumatic fever)	– សំឡេងរំញ័របេះដូង ដែលអាចប្រែប្រួលតាមពេលវេលា – ការរលាកសន្លាក់ ឬឈឺចាប់ក្នុងសន្លាក់ – បេះដូងផ្ដល់ឈាមមិនគ្រប់ – ចង្វាក់ជីពចរញាប់រយៈពេលយូរ – សំឡេងត្រដុសក្នុងស្រោមបេះដូង (Pericardial friction rub) – ចលនាញ័រដោយឯកឯង (Chorea) – ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី Streptococcus ក្នុងពេលថ្មីៗ
ជំងឺរបេងមីលីយែរ (Miliary TB)	– ស្រកទម្ងន់ – មិនឃ្លានអាហារ, បែកញើសពេលយប់ – ថ្លើម និង/ឬអណ្ដើករីក – ក្អក – លទ្ធផលតេស្ដ Tuberculin អវិជ្ជមាន – ប្រវត្តិគ្រួសារមានជំងឺរបេង – ឃើញមានសណ្ឋាននៃមេរោគរបេងមីលីយែរ(Fine miliary pattern)នៅពេលថតស្ទួតដោយកាំរស្មី X (មើលទំ.១៣១)
ជំងឺ Brucellosis (ការយល់ដឹងពីប្រេវ៉ាឡង់គឺជាកត្តាសំខាន់)	– គ្រុនក្ដៅលាប់ៗរ៉ាំរ៉ៃ ឬអូសបន្លាយ – ភាពពិបាកក្នុងខ្លួន – ឈឺចាប់សាច់ដុំនិងឆ្អឹង – ឈឺខ្នងផ្នែកខាងក្រោម ឬចង្កេះ – អណ្ដើករីក – ភាពស្លេកស្លាំង – ធ្លាប់ផឹកទឹកដោះមិនចម្អិន

ជំងឺ Borreliosis (គ្រុនក្ដៅលាប់) (ការយល់ដឹងពីប្រេវ៉ាឡង់គឺជាកត្តាសំខាន់)	– ឈឺចាប់សាច់ដុំ និងសន្លាក់ – ភ្នែកក្រហម – ថ្លើមនិងអណ្ដើករីក – កើតលឿង – ស្នាមជាំឈាមតូចៗ – កម្រិតស្មារតីចុះទាប – ឃើញបាក់តេរី spirochaete នៅពេលពិនិត្យដោយកញ្ចក់មើលឈាម

៦.២ ជំងឺគ្រុនចាញ់

៦.២.១ ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ

ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ ដែលជាទូទៅបង្កឡើងដោយ plasmodium falciparum គឺជាស្ថានភាពដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត។ ជំងឺនេះចាប់ផ្ដើមឡើងដោយមានគ្រុនក្ដៅ និងជាញឹកញាប់គឺមានក្អួតដែរ។ កុមារអាចមានស្ថានភាពចុះដុនដាបយ៉ាងឆាប់រហ័សក្នុងរយៈពេល១-២ថ្ងៃ, ដោយកើតមានផលវិបាកផ្សេងៗ ដែលឃើញញឹកញាប់បំផុតគឺការសន្លប់យូរ (ជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាល) ឬកម្រិតស្មារតីធ្លាក់ចុះ, មិនអាចក្រោកអង្គុយ ឬផឹកទឹក (ភាពខ្សោះកម្លាំង), ប្រកាច់, ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ, បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម (ដោយសារការលើសជាតិអាស៊ីដ) និងជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ប្រវត្តិជំងឺ ៖ កុមារដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ បង្ហាញឡើងដោយលក្ខណៈគ្លីនិកមួយចំនួនដែលរៀបរាប់នៅក្នុងចំណុចខាងក្រោម។ តាមធម្មតា ការប្រែប្រួលឥរិយាបទ, ភាពវង្វេងវង្វាន់, សន្លឹម, កម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល, និងភាពខ្សោយទូទៅ គឺជាសញ្ញាបញ្ជាក់ប្រាប់ពីជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាល (cerebral malaria)។

ការពិនិត្យ ៖ ធ្វើការវាយតម្លៃបែបគ្លីនិកយ៉ាងឆាប់រហ័ស, ដោយយកចិត្តទុកដាក់

ពិសេសលើកម្រិតស្មារតី, សម្ពាធឈាម, ចង្វាក់ដង្ហើម និងភាពស្លេកស្លាំង។ វាយតម្លៃភាពរឹងនៃក និងពិនិត្យរកមើលស្នាមកន្ទួល ដើម្បីច្រានចោលរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងៗទៀតដែលស្រដៀងគ្នា។

លក្ខណៈសំខាន់ៗនៃជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរគឺ ៖

- ការប្រកាច់ទូទាំងខ្លួនច្រើនដង ៖ ច្រើនជាង២ដង ក្នុង២៤ម៉ោង
- វិបត្តិកម្រិតស្មារតី រួមទាំងការសន្លប់យូរដែលមិនអាចដាស់ឲ្យដឹងខ្លួនបាន
- ភាពខ្សោះកម្លាំងជាទូទៅ ឬភាពល្ហិតល្ហៃ, ពោលគឺកុមារមិនអាចដើរ ឬក្រោកអង្គុយដោយខ្លួនឯងបានទេ
- ដកដង្ហើមវែងៗពិបាក និងវិបត្តិដង្ហើម (ការដកដង្ហើម acidosis)
- ហើមសួត (ឬរកឃើញដោយថតសួត)
- ការចេញឈាមខុសធម្មតា
- កើតលឿង និងរួមមានមុខងារខុសប្រក្រតីនៃសរីរាង្គសំខាន់ៗដទៃទៀត
- ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ
- វិបត្តិប្រព័ន្ធឈាមរត់ ឬស្លុកដោយមានសម្ពាធឈាមស៊ីស្តូល < ៥0mm Hg
- អេម៉ូក្លូប៊ីនក្នុងទឹកនោម (ទឹកនោមក្រម៉ៅ)

លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ ៖ កុមារដែលមានលទ្ធផលដូចខាងក្រោម មានជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ ៖

- ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប (ជាតិស្ករក្នុងឈាម < ២.៥mmol/litre ឬ < ៤៥mg/dl)។ ពិនិត្យជាតិស្កររបស់កុមារទាំងអស់ដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ។
- ចំនួនប៉ារ៉ាស៊ីតឡើងខ្ពស់ (តេស្តកញ្ចក់មើលឈាមក្រាស់ និងកញ្ចក់មើលឈាមស្តើង បើត្រូវការមើលមេរោគគ្រុនចាញ់)។ ចំនួនប៉ារ៉ាស៊ីតឡើងខ្ពស់ > ១០០០០០/μl (២.៥%) ក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាឆ្លងទាប ឬ ២០% ក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាឆ្លងខ្ពស់។ នៅពេលគ្មានមីក្រូទស្សន៍ ឬត្រូវពន្យារពេល នោះការផ្តល់លទ្ធផល

វិជ្ជមាននៃតេស្តវិនិច្ឆ័យរោគរហ័សអាចយកជាការបាន។

- ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ (អេម៉ាតូគ្រីត < ១៥%, Hb < ៥g/dl)
- អាស៊ីតឡាក់តាតក្នុងឈាមឡើងខ្ពស់ (> ៥mmol/litre)
- serum creatinine ឡើងខ្ពស់ (វិបត្តិតម្រងនោម, creatinine >២៦៥umol/l)
- ការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង ដើម្បីច្រានចោលជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរីលើកុមារដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ និងកម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល, ឬលើកុមារដែលសន្លប់យូរ។ គួរធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង ប្រសិនបើគ្មានលក្ខខណ្ឌជំទាស់ (contraindications) ទេ (អានទំ.៥២៩)។ ប្រសិនបើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងត្រូវពន្យារពេល និងមិនអាចច្រានចោលជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរីទេ នោះគួរផ្តល់ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក បន្ថែមពីលើការព្យាបាលប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ (អានទំ.២៦៥)។

ប្រសិនបើសង្ស័យជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ ហើយតេស្តកញ្ចក់មើលឈាមដំបូងមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន, នោះគួរធ្វើតេស្តវិនិច្ឆ័យរោគរហ័ស ប្រសិនបើមាន។ បើតេស្តវិនិច្ឆ័យរោគរហ័សមានលទ្ធផលវិជ្ជមាន ចូរព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ ប៉ុន្តែគួរបន្តរកមើលមូលហេតុដទៃទៀតនៃជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ (រួមទាំងការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី)។ បើតេស្តវិនិច្ឆ័យរោគរហ័សមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន នោះជំងឺគ្រុនចាញ់មិនទំនងជាមូលហេតុនៃជំងឺទេ, គួរស្វែងរករោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងៗទៀត។

ការព្យាបាល

វិធានការបន្ទាន់, ត្រូវធ្វើឡើងក្នុងអំឡុង១ម៉ោងដំបូង

- បើកុមារសន្លប់ ត្រូវកាត់បន្ថយឱកាសនៃការកើតជំងឺរលាកសួតដោយការឈ្លក់តាមរយៈការស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ និងការបឺតអាហារពីក្នុងក្រពះ។ រក្សាផ្លូវដង្ហើមឲ្យនៅបើកចំហរ ហើយដាក់កុមារក្នុងស្ថានភាពមានសុវត្ថិភាព។
- រកមើលជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប រួចកែតម្រូវវា ប្រសិនបើមាន(អានទំ.២៥៣)។

ប្រសិនបើមិនអាចវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាម ហើយសង្ស័យថាមានជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប នោះគួរផ្តល់ជាតិស្ករឲ្យកុមារ។

- ព្យាបាលការប្រកាច់ដោយឱសថ diazepam តាមរន្ធគូថ ឬតាមសរសៃ (អានគំនូសបំព្រួញទី៩, ទំ.២៣)។ មិនត្រូវផ្តល់ឱសថប្រឆាំងការប្រកាច់សម្រាប់បង្ការទេ។
- ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលមានប្រសិទ្ធភាព (មើលខាងក្រោម)។
- បើមានគ្រុនក្តៅខ្លាំង (hyperpyrexia) គួរផ្តល់ឱសថ paracetamol ឬ ibuprofen ដើម្បីបន្ថយសីតុណ្ហភាពឲ្យនៅក្រោម៣៩°C។
- រកមើលការខ្វះជាតិទឹកដែលពាក់ព័ន្ធ រួចព្យាបាលយ៉ាងសមស្រប ប្រសិនបើមាន (មើលអតុល្យភាពជាតិទឹក, ទំ.២៤៩)។
- ព្យាបាលភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ (អានទំ.២៥២)។
- ចាប់ផ្តើមការតាមដានជាប្រចាំលើសញ្ញាជីវិត និងសញ្ញាសរសៃប្រសាទ។

ការព្យាបាលប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់

ប្រសិនបើការបញ្ជាក់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ដោយលទ្ធផលនៃតេស្តវិនិច្ឆ័យរោគឆាប់រហ័ស ឬតេស្តកញ្ចក់មើលឈាម ត្រូវការពេលវេលាយូរជាង១ម៉ោង, គួរចាប់ផ្តើមការព្យាបាលប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ មុននឹងមានការបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យ។

ឱសថ artesunate ប្រភេទថ្នាំចាក់គឺជាជម្រើសល្អបំផុតក្នុងការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទ *P. falciparum* ធ្ងន់ធ្ងរ។ ប្រសិនបើមិនអាចរកបាន គួរប្រើឱសថ artemether ឬ quinine ប្រភេទថ្នាំចាក់។ ផ្តល់ឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទថ្នាំចាក់រហូតកុមារអាចលេបថ្នាំបាន ឬសម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងតិច២៤ម៉ោង បើទោះជាកុមារនោះអាចលេបថ្នាំតាមមាត់ មុន២៤ម៉ោងក៏ដោយ។

- **ឱសថ Artesunate ៖** ផ្តល់ឱសថ artesunate ចំនួន ២.៤mg/kg តាមសាច់ដុំ

ឬតាមសរសៃ នៅពេលកុមារចូលសំរាកពេទ្យភ្លាម, បន្ទាប់មកនៅ១២ម៉ោង និង២៤ម៉ោងក្រោយមកទៀត, រួចរៀងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់កុមារអាចលេប ឬ ផឹកថ្នាំតាមមាត់ ប៉ុន្តែរយៈពេលយ៉ាងតិច២៤ម៉ោង បើទោះជាកុមារអាចលេប ឬផឹកថ្នាំមុននេះក៏ដោយ ។

- **ឱសថ Quinine** ៖ ផ្តល់ quinine dihydrochloride ក្នុងកម្រិតថ្នាំវាយសំរុកដំបូងចំនួន ២0mg/kg ដោយចាក់បញ្ចូលលាយក្នុងសេរ៉ូម ១0ml/kg តាមសរសៃរយៈពេល ២-៤ម៉ោង។ នៅ៨ម៉ោងបន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមកម្រិតថ្នាំដំបូង, ផ្តល់ quinine ចំនួន ១0mg/kg ទៅក្នុងសេរ៉ូម រយៈពេល២ម៉ោង, ហើយធ្វើឡើងវិញរៀងរាល់៨ម៉ោង រហូតកុមារអាចលេប ឬផឹកថ្នាំបាន។ ល្បឿនចាក់បញ្ចូលគឺមិនគួរឲ្យលើសពីបរិមាណ quinine dihydrochloride សរុប ៥mg/kg ក្នុង១ម៉ោងទេ។

មិនត្រូវផ្តល់ឱសថ quinine តាមការចាក់បញ្ចូលយ៉ាងលឿននោះទេ ប៉ុន្តែត្រូវដាក់ចូលក្នុងសេរ៉ូមយឺតៗរយៈពេល២-៤ម៉ោង ក្រោមការសង្កេតមើលយ៉ាងដិតដល់។ បើមិនអាចផ្តល់ quinine តាមសេរ៉ូមទេ, អាចផ្តល់ quinine dihydrochloride ដោយការពង្រាវនិងបែងចែកជាច្រើនដង រួចចាក់តាមសាច់ដុំ។ បែងចែកកម្រិតថ្នាំដំបូងនៃ quinine ជាពីរផ្នែករួចចាក់ទៅក្នុងសាច់ដុំភ្លៅខាងមុខទាំងសងខាង, ម្ខាងចំនួន ១0mg/kg។ បន្ទាប់មក ធ្វើឡើងវិញចំនួន ១0mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោង រហូតកុមារអាចលេប ឬផឹកថ្នាំបាន។ សូលុយស្យុងពង្រាវប្រភេទចាក់ គឺងាយស្រូបយកជាង និងមិនសូវឈឺចាប់។

- **ឱសថ Artemether**: ផ្តល់ឱសថ artemether ចំនួន ៣.២mg/kg តាមសាច់ដុំនៅពេលកុមារចូលសំរាកពេទ្យភ្លាម, បន្ទាប់មកផ្តល់ ១.៦mg/kg រៀងរាល់ថ្ងៃរហូតកុមារអាចលេប ឬផឹកថ្នាំបាន។ ប្រើសឺរ៉ាំង tuberculin ១-ml ដើម្បីចាក់បញ្ចូលឱសថក្នុងបរិមាណតិច។ ដោយសារការបឺតស្រូបនៃឱសថ artemether អាចមានភាពប្រែប្រួល នោះគួរប្រើវាតែនៅពេលដែលគ្មាន artesunate ឬ quinine ប៉ុណ្ណោះ។

ផ្តល់ឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទចាក់ សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ រយៈពេលយ៉ាងតិច២៤ម៉ោង, បន្ទាប់មក បញ្ចប់ការព្យាបាលដោយឱសថរួមផ្សំដែលមានជាតិ artemisinin ដូចជា ៖

- artemether–lumefantrine
- artesunate រួមជាមួយ amodiaquine
- artesunate រួមជាមួយ sulfadoxine–pyrimethamine,
- dihydroartemisinin រួមជាមួយ piperaquine។

ការថែទាំគាំទ្រ

- ធានាថាគិលានុបដ្ឋាកតាមដានយ៉ាងដិតដល់ ជាពិសេសអ្នកជំងឺដែលសន្លប់។
- ធានាថាកុមារទទួលបានតម្រូវការជាតិទឹកប្រចាំថ្ងៃ និងតាមដានស្ថានភាពជាតិទឹកយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន ដោយកត់ត្រាយ៉ាងច្បាស់លាស់ពីជាតិទឹកចូល និងចេញ។
- ផ្តល់អាហារដល់កុមារដែលមិនអាចហូបបាន តាមរយៈបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ រយៈពេលយូរជាង១-២ថ្ងៃ, ដែលវិធីនេះល្អជាងការដាក់សេរ៉ូមយូរអង្វែង។
- ចៀសវាងការផ្តល់ឱសថគ្រោះថ្នាក់ ដូចជា corticosteroids, ឱសថdextran ដែលមានម៉ាសម៉ូលេគុលទាប និងឱសថប្រឆាំងរលាកដទៃទៀត។

ការខ្វះជាតិទឹក

ពិនិត្យជាញឹកញាប់ រកមើលសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹក (អានទំ.១៩៥) ឬការលើសជាតិទឹក រួចព្យាបាលយ៉ាងសមស្រប។ សញ្ញាដែលទុកចិត្តបំផុតនៃការលើសជាតិទឹក គឺការរីកថ្លើម។ សញ្ញាបន្ថែមទៀតមានដូចជា សំឡេងបេះដូងដូចជើងសេះផាយ(gallop - rhythm), សំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ (Fine crackles) នៅបាតសួត និងភាពតឹងនៃសរសៃវ៉ែនកនៅពេលឈរ។ ការហើមត្របកភ្នែក គឺជាសញ្ញាដ៏មានប្រយោជន៍សម្រាប់ការលើសជាតិទឹក។

បន្ទាប់ពីការបង្គ្រប់ជាតិទឹកយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន បើបរិមាណទឹកនោមក្នុង២៤ម៉ោងនៅតែតិចជាង ៤ml/kg, ចូរផ្តល់ឱសថ furosemide តាមសរសៃ ដោយផ្តល់ដំបូងចំនួន ២mg/kg។ បើគ្មានការឆ្លើយតបទេ ចូរបង្កើនកម្រិតថ្នាំទ្វេរដង ដោយមានគម្លាតពីគ្នា ១ម៉ោង អាចរហូតដល់កម្រិតអតិបរមា ៨mg/kg (ចាក់បញ្ចូលរយៈពេល១៥នាទី)។ គួរផ្តល់កម្រិតថ្នាំធំបំផុតតែ១លើកប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីចៀសវាងការពុលថ្លើម។

សម្រាប់កុមារដែលសន្លប់ ៖

- រក្សាផ្លូវដង្ហើមឲ្យនៅបើកចំហរ។
- ដាក់កុមារក្នុងស្ថានភាពមានសុវត្ថិភាព ឬពាក់កណ្តាលអង្គុយ ដើម្បីចៀសវាងការឈ្លក់ជាតិទឹកចូលសួត។
- ស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះដើម្បីផ្តល់អាហារ និងដើម្បីកាត់បន្ថយឱកាសនៃការឈ្លក់ចូលសួត។
- ត្រឡប់អ្នកជំងឺរៀងរាល់២ម៉ោង។
- មិនត្រូវឲ្យកុមារដេកលើគ្រែសើមទេ។
- យកចិត្តទុកដាក់លើចំណុចដែលសង្កត់ខ្លាំងលើគ្រែ។

ផលវិបាក

ការសន្លប់(ជំងឺគ្រុនចាញ់ប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាល)

ជាទូទៅ រោគសញ្ញាដំបូងបង្អស់នៃជំងឺគ្រុនចាញ់ប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាល គឺគ្រុនក្តៅមួយរយៈខ្លី (១-២ថ្ងៃ), បន្ទាប់មកអ្នកជំងឺមិនអាចផឹកទឹកឬហូបអាហារ, រួចក៏មានការប្រែប្រួលឥរិយាបថ ឬកម្រិតស្មារតី។ ចំពោះកុមារដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់ប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាល ៖

- វាយតម្លៃ តាមដាន និងកត់ត្រាកម្រិតស្មារតីដោយផ្អែកលើប្រព័ន្ធខ្នាត AVPU ឬខ្នាតដទៃទៀតដែលប្រើក្នុងតំបន់សម្រាប់វាយតម្លៃកុមារដែលសន្លប់ (អាន ទំ.២៩)។

- ច្រានចោលមូលហេតុដទៃទៀតនៃការសន្លប់ (ឧទា. ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប, ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី)។ ជានិច្ចកាល ត្រូវច្រានចោលជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប តាមរយៈការពិនិត្យជាតិស្ករ, បើមិនអាចធ្វើបានទេ ចូរព្យាបាលជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប (អានទំ.២៥៣)។ អនុវត្តការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង ប្រសិនបើគ្មានលក្ខខណ្ឌជំទាស់ទេ (contraindications)។ បើអ្នកមិនអាចធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង ដើម្បីច្រានចោលជំងឺរលាកស្រោមខួរទេ នោះគួរផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី (អានផ្នែកទី៦.៣, ទំ.២៦៣)។
- តាមដានរាល់សញ្ញាជីវិតដទៃទៀត (សីតុណ្ហភាព ចង្វាក់ដង្ហើម ចង្វាក់បេះដូង សម្ពាធឈាម និងបរិមាណទឹកនោម)។
- គ្រប់គ្រងការប្រកាច់ ប្រសិនបើកើតឡើង។

ការប្រកាច់

ការប្រកាច់គឺជាបញ្ហាញឹកញាប់ដែលកើតឡើងមុនពេល និងក្រោយពេលសន្លប់។ វាអាចមានលក្ខណៈស្មុគស្មាញជាខ្លាំង ដូចជាភ្នែកក្រឡាប់ចាក់ដែលកើតឡើងលស់ពេល, កន្ត្រាក់អវៈយវៈ ម្រាមដៃ ឬមាត់, ឬលំនាំដង្ហើមមិនទៀងទាត់។

- ▶ ផ្តល់ការព្យាបាលប្រឆាំងការប្រកាច់ដោយប្រើឱសថ diazepam តាមរន្ធគូថ ឬតាមការចាក់បញ្ចូលសរសៃយឺតៗ (អានគំនូសបំព្រួមទី៩, ទំ.២៣)។
- ពិនិត្យជាតិស្ករដើម្បីច្រានចោលជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប, ហើយប្រសិនបើវាកើតឡើង ព្យាបាលដោយផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃ, បើមិនអាចវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាមទេ គួរព្យាបាលជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប (អានទំ.២៥៣) តែម្តង។
- ▶ ប្រសិនបើមានការប្រកាច់ច្រើនលើកច្រើនសារ ចូរផ្តល់ឱសថ phenobarbital (អានគំនូសបំព្រួមទី៩, ទំ.២៣)។
- ▶ ផ្តល់ឱសថ paracetamol មួយដង បើសីតុណ្ហភាព ≥៣៩°C។

ស្តុក

កុមារមួយចំនួនប្រហែលជាស្ថិតក្នុងសភាពស្តុករួចស្រេចទៅហើយ, ដោយមានត្រជាក់ចុងដៃចុងជើង, ជីពចរញាប់ខ្សោយ, រយៈពេលបំពេញឈាមយូរជាង៣វិនាទី, និងសម្ពាធឈាមទាប។ លក្ខណៈទាំងនេះអាចបញ្ជាក់ពីមេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម (septi-caemia), ទោះជាការខ្វះជាតិទឹកអាចជាកត្តានាំឲ្យមានសម្ពាធឈាមចុះទាបផងក៏ដោយ។

- កែតម្រូវការថយចុះនៃចំណុះឈាម តាមសមស្រប។
- យកឈាមដើម្បីបណ្តុះរកមេរោគ
- វិភាគទឹកនោម។
- ▸ ផ្តល់ឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ និងឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក សម្រាប់មេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម (អានផ្នែក៦.៥, ទំ.២៨១)។

ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ

ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ អាចត្រូវបានគូសបញ្ជាក់ដោយភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរនៅបាតដៃបាតជើង ហើយជាញឹកញាប់ រួមជាមួយចង្វាក់ជីពចរញាប់ ពិបាកដកដង្ហើម, វង្វេងវង្វាន់ ឬឡេះឡះ។ សញ្ញានៃការខ្សោយបេះដូងក៏អាចបង្ហាញផងដែរ ដូចជា សំឡេងដូចជើងសេះផាយ (galloprhythm), ថ្លើមរីក, និងការហើមសួត (កម្រ) (ដកដង្ហើមញាប់, សំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ (Fine crackles) នៅពេលស្តាប់សួត)។

- ▸ ផ្តល់ការបញ្ចូលឈាមឲ្យបានឆាប់បំផុត (អានទំ.៤៧៩) ដល់ ៖
  - កុមារទាំងឡាយដែលមាន អេម៉ាតូគ្រីត ≤ ១២% ឬ Hb ≤ ៤g/dl ។
  - កុមារដែលមានភាពស្លេកស្លាំងមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ (អេម៉ាតូគ្រីត > ១២–១៥%, Hb 4–5 g/dl) រួមជាមួយសញ្ញាណាមួយខាងក្រោម ៖
    - ស្តុក ឬការខ្វះជាតិទឹកដែលអាចពិនិត្យឃើញ
    - វិបត្តិកម្រិតស្មារតី
    - ការលើសជាតិអាស៊ីដ respiratory acidosis (ដកដង្ហើមវែង និងពិបាក)

- ខ្សោយបេះដូង
- មានប៉ារ៉ាស៊ីតច្រើនក្នុងឈាម (លើសពី២០% ជាគោលិកាឈាមក្រហមមានផ្ទុកប៉ារ៉ាស៊ីត)។

▸ ផ្តល់គោលិកាឈាមក្រហមសុទ្ធ ចំនួន ១០ml/kg ឬឈាមទាំងមូលចំនួន ២០ ml/kg រយៈពេល៣-៤ម៉ោង។

- ជាទូទៅ មិនមានការកំណត់ឲ្យប្រើប្រាស់ឱសថបញ្ចុះទឹកនោមទេ ព្រោះកុមារទាំងនេះភាគច្រើនមានចំណុះឈាមចុះទាប។
- ពិនិត្យចង្វាក់ដង្ហើម និងចង្វាក់ជីពចររៀងរាល់១៥នាទី។ បើមានសញ្ញាមួយណាកើនឡើង ចូរបន្ថយល្បឿននៃការចាក់បញ្ចូល។ បើមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការលើសជាតិទឹកដោយសារការចាក់បញ្ចូលឈាម, ចូរផ្តល់ឱសថ furosemide តាមសរសៃ (១–២mg/kg) អាចរហូតដល់បរិមាណសរុបអតិបរមា ២០mg។
- បន្ទាប់ពីការចាក់បញ្ចូលឈាម បើ Hb នៅតែចុះទាប, បញ្ចូលឈាមម្តងទៀត។
- ចំពោះកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ, ការលើសជាតិទឹកគឺជាផលវិបាកញឹកញាប់ និងធ្ងន់ធ្ងរ។ ផ្តល់ឈាមទាំងមូល (១០ml/kg ប្រសើរជាង ២០ml/kg) តែមួយដងគត់ និងមិនត្រូវផ្តល់ឡើងវិញទេ។

▸ ផ្តល់ឱសថគ្រាប់ ជាតិដែក-folate ឬស៊ីរ៉ូ ជាតិដែក រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ (អានទំ.៥៥២)។

ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប

ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប (ជាតិស្ករ < ២.៥mmol/litre ឬ < ៤៥mg/dl) ជាលក្ខណៈញឹកញាប់លើកុមារអាយុក្រោម៣ឆ្នាំ, ជាពិសេសកុមារដែលមានការប្រកាច់ ឬមានចំនួនប៉ារ៉ាស៊ីតឡើងខ្ពស់ និងកុមារដែលសន្លប់។ វាងាយនឹងត្រូវបានមើលរំលង

ណាស់ ព្រោះសញ្ញាគ្លីនិករបស់វាដូចគ្នានឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាល។ ត្រូវព្យាបាលជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប ប្រសិនបើជាតិស្ករ < ៣mmol/l (៥៤mg/dl)។

- ផ្តល់សេរ៉ូមផ្អែម (dextrose) ១០% ចំនួន ៥ml/kg តាមសរសៃ ក្នុងល្បឿនលឿន (មើលគំនូសបំព្រួមទី១០, ទំ.២៥)។ ប្រសិនបើមិនអាចចាក់តាមសរសៃ គួរចាក់តាមខួរឆ្អឹង (អានទំ.៥២១) ឬផ្តល់សូលុយស្យុងជាតិស្ករក្រោមអណ្តាត។ ពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមឡើងវិញ បន្ទាប់ពី៣០នាទីក្រោយ, ហើយផ្តល់ សេរ៉ូមផ្អែមdextrose (៥ml/kg) ឡើងវិញបើជាតិស្ករមានកម្រិតទាប (< ៣.0mmol/l; < ៥៤mg/dl)។

ត្រូវបង្ការការធ្លាក់ចុះនៃជាតិស្ករថែមទៀត ចំពោះកុមារដែលសន្លប់ ដោយផ្តល់សេរ៉ូម dextrose ១០% ក្នុងសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬក្នុងសេរ៉ូមឡាក់តាត ក្នុងកម្រិតរក្សាលំនឹង (លាយគ្លុយកូស៥០% ចំនួន ២០ml ទៅក្នុងសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា០.៩% ឬសេរ៉ូមឡាក់-តាត ចំនួន ៨០ml)។ មិនត្រូវផ្តល់លើសពីតម្រូវការជាតិទឹក (ទៅតាមទម្ងន់កុមារ) រក្សាលំនឹងទេ (អានផ្នែកទី១០.២, ទំ.៤៧២)។

តាមដានជាតិស្ករក្នុងឈាម និងសញ្ញានៃការលើសជាតិទឹក។ បើកុមារលើសជាតិទឹក និងជាតិស្ករក្នុងឈាមនៅតែទាប ត្រូវបញ្ឈប់សេរ៉ូម, ផ្តល់ជាតិស្ករ១០% ម្តងទៀត (៥ml/kg), បន្ទាប់មកផ្តល់អាហារសមស្របតាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។

នៅពេលកុមារអាចបរិភោគអាហារបាន ចូរបញ្ឈប់ការចាក់តាមសរសៃ រួចផ្តល់អាហារតាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។ បំបៅដោះរៀងរាល់៣ម៉ោង ប្រសិនបើអាចឬផ្តល់អាហារទឹកដោះចំនួន ១៥ml/kg បើកុមារអាចលេបបាន។ ប្រសិនបើកុមារមិនអាចទទួលអាហារដោយគ្មានការប្រឈមនឹងការឈ្លក់ចូលសួតទេ, ជាពិសេសបើនៅតែគ្មានរេផ្លិចអោយក្អួត (gag reflex), នោះគួរផ្តល់ទឹកស្ករ ឬអាហារតិចតួចតាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ (អានគំនូសបំព្រួមទី១០, ទំ.២៥)។ បន្តការតាមដានជាតិស្ករក្នុងឈាម, ប្រសិនបើវា < ២.៥mmol/litre ឬ < ៤៥mg/dl, ព្យាបាលតាមជាក់ស្តែង (មើល

ខាងលើ)។

បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម (ការលើសជាតិអាស៊ីដ)

បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមអាចបង្ហាញដោយការដកដង្ហើមវែង និងពិបាក, ខណៈដែលទ្រូងមិនមានឮសូរចម្លែកអ្វីទេនៅពេលស្ដាប់សួត, ហើយភាគច្រើនគឺកុមារមានប្រអប់ទ្រូងផតចូល។ ជាញឹកញាប់វាបណ្ដាលមកពីការមានជាតិអាស៊ីដច្រើនជាងបាស (metabolic acidosis) (ភាគច្រើនគឺការលើសជាតិអាស៊ីដឡាក់តាត)។ វាអាចកើតឡើងលើកុមារដែលមានស្មារតីល្អ ប៉ុន្តែជាញឹកញាប់វាកើតឡើងលើកុមារដែលមានកម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល, ខ្សោះកម្លាំង, ជំងឺគ្រុនចាញ់ប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាល, ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ឬជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប។ ត្រូវញែកឲ្យដាច់ពីគ្នារវាងបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមដោយសារលើសជាតិអាស៊ីដ និងបញ្ហាដែលបណ្ដាលមកពីជំងឺរលាកសួត (រួមទាំងប្រវត្តិនៃការឈ្លក់ចូលសួត) ឬការហើមសួតដោយសារលើសជាតិទឹក។ ប្រសិនបើមានការលើសជាតិអាស៊ីដ៖

- ផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន។
- កែតម្រូវមូលហេតុនៃការលើសជាតិអាស៊ីដ ជាពិសេសការខ្វះជាតិទឹក និងភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ៖
    - បើ Hb ≥ ៥g/dl, ផ្ដល់សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬសេរ៉ូមឡាក់តាត (Hartmann's solution) ចំនួន ២០ml/kg តាមសរសៃ រយៈពេល៣០នាទី។
    - បើ Hb < ៥g/dl, ផ្ដល់ឈាមទាំងមូល (១០ml/kg) រយៈពេល៣០នាទី និង ១០ml/kg បន្ថែមទៀតរយៈពេល១-២ម៉ោង ដោយមិនប្រើឱសថបញ្ចុះទឹកនោម។ ពិនិត្យចង្វាក់ដង្ហើម និងចង្វាក់ជីពចររៀងរាល់១៥នាទី។ បើមានមួយណាកើនឡើង ចូរបន្ថយល្បឿននៃការចាក់បញ្ចូល ដើម្បីចៀសវាងការហើមសួត (អានគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការចាក់បញ្ចូលឈាម នៅផ្នែកទី១០.៦, ទំ.៤៧៩)។

▶ តាមដានការឆ្លើយតបជាប់ជានិច្ច (កំហាប់អុកស៊ីហ្សែន, Hb, បរិមាណគោលិកា

ឈាមក្រហមសុទ្ធ, ជាតិស្ករក្នុងឈាម, និងតុល្យភាពអាស៊ីដ-បាស បើមាន)

ជំងឺរលាកសួតដោយសារឈ្លក់(Aspiration pneumonia)

ព្យាបាលការរលាកសួតដោយសារឈ្លក់ជាបន្ទាន់ ព្រោះវាអាចគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត។

- ដាក់កុមារឲ្យដេកផ្អៀង ឬក្នុងទីតាំងពាក់កណ្ដាលអង្គុយ។
- ផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែនបើកំហាប់ ≲៩០% ឬបើអ្នកមិនអាចវាស់កំហាប់អុកស៊ីហ្សែន, បើមានសម្បុរទ្បើងពណ៌ស្វាយ, ប្រអប់ទ្រូងផតចូលខ្លាំង ឬមានចង្វាក់ដង្ហើម ≳ ៧០/នាទី។
- ផ្ដល់ឱសថ ampicillin និង gentamicin តាមសរសៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ។

ការតាមដាន

គិលានុបដ្ឋាកគួរពិនិត្យកុមារយ៉ាងតិចរៀងរាល់៣ម៉ោង ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរពិនិត្យយ៉ាងតិចមួយថ្ងៃ២ដង។ គួរពិនិត្យល្បឿនសេរ៉ូមរៀងរាល់ម៉ោង។ កុមារដែលត្រជាក់ចុងដៃចុងជើង, ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប ពេលចូលមន្ទីរពេទ្យ, បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម និង/ឬសន្លប់, គឺសុទ្ធតែប្រឈមខ្ពស់បំផុតនឹងសេចក្ដីស្លាប់ ហើយត្រូវតែតាមដានកុមារទាំងនោះយ៉ាងដិតដល់បំផុត។

- តាមដាន និងរាយការណ៍ជាបន្ទាន់ ប្រសិនបើមានការប្រែប្រួលកម្រិតស្មារតី, ការសន្លប់ ឬឥរិយាបថរបស់កុមារ។
- តាមដានសីតុណ្ហភាព ចង្វាក់ជីពចរ ចង្វាក់ដង្ហើម (និងសម្ពាធឈាម បើអាច) រៀងរាល់៦ម៉ោង រយៈពេលយ៉ាងតិច៤៨ម៉ោងដំបូង។
- តាមដានកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម រៀងរាល់៣ម៉ោង រហូតកុមារមានស្មារតីធម្មតាឡើងវិញ។
- ពិនិត្យល្បឿនសេរ៉ូមរៀងរាល់ម៉ោង។ បើមាន គួរប្រើបំពង់ burette ចំណុះ ១០០-១៥០ml។ ចៀសវាងការចាក់បញ្ចូលជាតិទឹកលើសដោយសារប្រើដប ចំណុះ ៥០០ml ឬ ១លីត្រ, ជាពិសេសប្រសិនបើគ្មានការតាមដានកុមារគ្រប់

ពេលវេលាទេ។ ចាក់ចោលសេរ៉ូមខ្លះពីដបមុននឹងចាប់ផ្ដើមបញ្ចូលសេរ៉ូម។ ប្រសិនបើមិនអាចធានាថាគ្មានការផ្ដល់ជាតិទឹកលើសទេ នោះដើម្បីសុវត្ថិភាពគួរតែបង្គ្រប់ជាតិទឹក ឬផ្ដល់អាហារតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះវិញ។

- កត់ត្រាឲ្យបានច្បាស់លាស់ពីជាតិទឹកចូល(រួមទាំងសេរ៉ូម) និងជាតិទឹកចេញ។

៦.២.២ ជំងឺគ្រុនចាញ់មិនស្មុគស្មាញ

ទម្រង់បង្ហាញនៃជំងឺគ្រុនចាញ់មិនស្មុគស្មាញ មានភាពប្រែប្រួលជាខ្លាំង ហើយអាចមានលក្ខណៈដូចគ្នានឹងមូលហេតុដទៃទៀតនៃគ្រុនក្ដៅ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

កុមារមាន ៖

- គ្រុនក្ដៅ (សីតុណ្ហភាព ≥ ៣៧.៥°C ឬ ≥ ៩៩.៥°F) ឬមានប្រវត្តិគ្រុនក្ដៅ
- តេស្ដ៍កញ្ចក់មើលឈាម ឬតេស្ដ៍វិនិច្ឆ័យរោគរហ័សរកមេរោគគ្រុនចាញ់មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន
- គ្មានសញ្ញានៃជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ ៖
  - កម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល
  - ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ (អេម៉ាតូគ្រីត < ១៥% ឬ Hb < ៥g/dl)
  - ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប (ជាតិស្ករក្នុងឈាម < ២.៥mmol/litre ឬ < ៤៥mg/dl)
  - បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម
  - កើតលឿង

ចំណាំ *៖ បើកុមារដែលរស់នៅក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់ មានគ្រុនក្ដៅ ដោយគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់, ហើយអ្នកមិនអាចធ្វើការបញ្ជាក់ពីមេរោគគ្រុនចាញ់ដោយតេស្ដ៍កញ្ចក់មើលឈាម ឬតេស្ដ៍វិនិច្ឆ័យរោគរហ័សទេ នោះគួរព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ឲ្យកុមារ។*

ការព្យាបាល

ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ជម្រើសទី១ ដូចក្នុងគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិដោយប្រើរបបឱសថណាមួយដូចខាងក្រោម ៖

ជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទ falciparum មិនស្មុគស្មាញ ៖ ព្យាបាលរយៈពេល៣ថ្ងៃ ដោយប្រើឱសថរួមផ្សំដែលមានជាតិ artemisinin ណាមួយខាងក្រោម ៖

- **Artemether–lumefantrine ៖** ឱសថគ្រាប់រួមផ្សំ ដែលមាន artemether ចំនួន ២0mg និង lumefantrine ចំនួន ១២0mg ៖

កម្រិតថ្នាំសម្រាប់ឱសថគ្រាប់រួមផ្សំ ៖

  - កុមារទម្ងន់ ៥ – < ១៥kg:ម្តង១គ្រាប់ មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេល៣ថ្ងៃ
  - កុមារទម្ងន់ ១៥–២៤kg: ម្តង២គ្រាប់ មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេល៣ថ្ងៃ
  - កុមារទម្ងន់ > ២៥kg: ម្តង៣គ្រាប់ មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេល៣ថ្ងៃ

- **Artesunate រួមជាមួយ amodiaquine:** ឱសថគ្រាប់ដែលមានកម្រិតថ្នាំកំណត់ស្រាប់ ដែលមានជាតិ artesunate/amodiaquine ចំនួន ២៥/៦៧.៥ mg, ៥0/១៣៥mg ឬ ១00/២៧0mg។

  កម្រិតថ្នាំសម្រាប់ឱសថគ្រាប់រួមផ្សំ ៖

  - កំណត់កម្រិតថ្នាំគោលដៅ នៃ artesunate ចំនួន ៤mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ និង amodiaquine ចំនួន ១0mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ, មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៣ថ្ងៃ។
  - កុមារទម្ងន់ ៣ – < ១0kg: ម្តង១គ្រាប់ (២៥mg/៦៧.៥mg) មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេល៣ថ្ងៃ
  - កុមារទម្ងន់ ១0–១៨kg: ម្តង១គ្រាប់ (៥0mg/១៣៥mg) មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេល៣ថ្ងៃ។

- Artesunate រួមជាមួយ sulfadoxine–pyrimethamine។ ឱសថគ្រាប់ដាច់

គ្នានៃ artesunate ៥០mg និង sulfadoxine ៥០០mg–pyrimethamine ២៥mg ៖

កម្រិតថ្នាំ ៖

- កំណត់កម្រិតថ្នាំគោលដៅនៃ artesunate ចំនួន ៤mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ, មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៣ថ្ងៃ; និង sulfadoxine ២៥mg/kg – pyrimethamine ១.២៥mg/kg នៅថ្ងៃទីមួយ។

Artesunate:

- កុមារទម្ងន់ ៣ – < ១០kg: ម្តងកន្លះគ្រាប់ មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៣ថ្ងៃ
- កុមារទម្ងន់ ≥១០kg: ម្តង១គ្រាប់ មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៣ថ្ងៃ

Sulfadoxine–pyrimethamine:

- កុមារទម្ងន់ ៣– < ១០kg: ម្តងកន្លះគ្រាប់ មួយថ្ងៃម្តង ផ្តល់តែថ្ងៃទី១
- កុមារទម្ងន់ ≥១០kg: ម្តង១គ្រាប់ មួយថ្ងៃម្តង ផ្តល់តែថ្ងៃទី១

▸ **Artesunate រួមជាមួយ mefloquine។** ឱសថគ្រាប់ដាច់ពីគ្នានៃ artesunate ៥០mg និង mefloquine ២៥០mg ៖

កម្រិតថ្នាំ ៖

កំណត់កម្រិតថ្នាំគោលដៅនៃ artesunate ចំនួន ៤mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ, មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៣ថ្ងៃ; និង mefloquine ចំនួន ២៥mg/kg ដែលបែងចែកជា២ ឬ៣ដង។

▸ **Dihydroartemisinin រួមជាមួយ piperaquine។** ឱសថគ្រាប់ដែលមានកម្រិតថ្នាំកំណត់ស្រាប់ ដែលមាន dihydroartemisinin ៤០mg និង piperaquine ៣២០mg។

កម្រិតថ្នាំ ៖

កំណត់កម្រិតថ្នាំគោលដៅនៃ dihydroartemisinin ចំនួន ៤mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ,

និង piperaquine ចំនួន ១៨mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ; មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៣ថ្ងៃ។

កម្រិតថ្នាំនៃឱសថគ្រាប់រួមផ្សំ ៖

- កុមារទម្ងន់ ៥ – < ៧kg: ម្តងកន្លះគ្រាប់ (២0mg/១៦0mg) មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៣ថ្ងៃ
- កុមារទម្ងន់ ៧– < ១៣kg: ម្តង១គ្រាប់ (២0mg/១៦0mg) មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៣ថ្ងៃ
- កុមារទម្ងន់ ១៣– < ២៤kg: ម្តង១គ្រាប់ (៣២0mg/៤0mg) មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៣ថ្ងៃ

កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៖ ផ្តល់ការព្យាបាលប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ជាបន្ទាន់ ដូចណែនាំខាងលើ។ ប៉ុន្តែ បើអ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើឱសថ zidovudine ឬ efavirenz គួរចៀសវាងការព្យាបាលដោយឱសថរួមផ្សំពី artemisinin ដែលមានជាតិ amodiaquine, ហើយអ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើឱសថបង្ការ co-trimoxazole (trimethoprim រួមជាមួយ sulfamethoxazole) គួរចៀសវាងការប្រើឱសថ sulfadoxine–pyrimethamine។

ជំងឺគ្រុនចាញ់មិនស្មុគស្មាញដោយប៉ារ៉ាស៊ីត P. vivax, ovale និង malariae ៖ ជំងឺគ្រុនចាញ់ដោយសារមេរោគទាំងនេះ នៅតែអាចព្យាបាលបានដោយឱសថ chloroquine រយៈពេល៣ថ្ងៃ, បន្តដោយឱសថ primaquine រយៈពេល១៤ថ្ងៃទៀត។ ចំពោះប៉ារ៉ាស៊ីត P. vivax, ការព្យាបាលដោយឱសថរួមផ្សំពី artemisinin ក៏ត្រូវបានណែនាំផងដែរ។

- ចំពោះប៉ារ៉ាស៊ីត P. vivax, ផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថរួមផ្សំពី artemisinin ដូចការប្រើចំពោះប៉ារ៉ាស៊ីត P. falciparum ដែរ(លើកលែងតែឱសថ artesunate រួមជាមួយ sulfadoxine–pyrimethamine) រយៈពេល៣ថ្ងៃ, រួមជាមួយឱសថ primaquine ចំនួន 0.២៥mg base/kg, លេបពេលហូបអាហារមួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល១៤ថ្ងៃ។

- ផ្តល់ឱសថ chloroquine តាមមាត់ កម្រិតថ្នាំសរុប ២៥mg base/kg, រួមជាមួយឱសថ primaquine។

  កម្រិតថ្នាំ ៖

  - ឱសថ Chloroquine ក្នុងកម្រិតថ្នាំដំបូង ១0mg base/kg, នៅថ្ងៃទី២ផ្តល់ចំនួន ១0mg/kg, និងថ្ងៃទី៣ចំនួន ៥mg/kg។
  - ឱសថ Primaquine ចំនួន 0.២៥mg base/kg, លេបពេលហូបអាហារ មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល១៤ថ្ងៃ។

- គួរព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទ vivax ដែលស៊ាំនឹង Chloroquine ដោយឱសថ amodiaquine, mefloquine ឬ dihydroartemisinin រួមជាមួយ piperaquine។

ផលវិបាក

ភាពស្លេកស្លាំង

ចំពោះកុមារដែលមានភាពស្លេកស្លាំងនៅបាតដៃ ត្រូវសន្និដ្ឋានពី Hb ឬ អេម៉ាតូគ្រីត។ បើ Hb មានកម្រិត ៥–៩.៣g/dl (ប្រហាក់ប្រហែល ១៥–២៧%) បញ្ជាក់ថាជាភាពស្លេកស្លាំងកម្រិតមធ្យម។ ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយជាតិដែក និងហ្វូឡាត ជាបន្ទាន់ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការព្យាបាលប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ ឬនៅពេលអនុញ្ញាតចេញពីពេទ្យ(កុំផ្តល់ជាតិដែកឲ្យកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរលុះត្រាតែបានកែតម្រូវស្ថានភាពនេះ)។

ភាពស្លេកស្លាំងនៅបាតដៃ ៖ សញ្ញានៃភាពស្លេកស្លាំង

- ផ្តល់ឱសថគ្រាប់ជាតិដែក – folate ឬស៊ីរ៉ូជាតិដែក រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ, (អានទំ. ៥៥២)។
- ប្រាប់ម្តាយឲ្យនាំកូនត្រឡប់មកវិញបន្ទាប់ពី១៤ថ្ងៃ។ ព្យាបាលរយៈពេល៣ខែ ព្រោះការកែតម្រូវ

ភាពស្លេកស្លាំង ត្រូវការពេល២-៤សប្តាហ៍, ហើយការស្តុកទុកជាតិដែកក្នុងខ្លួន ត្រូវការពេល១-៣ខែ។

- ប្រសិនបើកុមារមានអាយុលើស១ឆ្នាំ និងមិនទាន់ទទួលឱសថ mebendazole ក្នុងអំឡុង៦ខែចុងក្រោយ គួរផ្តល់ឱសថ mebendazole (៥០0mg) មួយដង ដើម្បីទម្លាក់ព្រូន(អានទំ.៥៥៣)។
- ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយអំពីបច្ចេកទេសល្អៗក្នុងការផ្តល់អាហារ។

ការតាមដានបន្ត

ប្រសិនបើកុមារត្រូវបានព្យាបាលដោយពុំចាំបាច់សំរាកពេទ្យទេ ចូរប្រាប់ម្តាយឲ្យនាំកូនត្រឡប់មកវិញ បើបន្ទាប់ពីការព្យាបាលរយៈពេល៣ថ្ងៃ គ្រុនក្តៅនៅតែមិនបាត់, ឬមកមុនពេលនេះ បើស្ថានភាពកុមារកាន់តែធុនធាប។ បើកុមារត្រឡប់មកវិញ គួរពិនិត្យមើលថាតើគាត់ពិតជាបានទទួលការព្យាបាលពេញលេញមែនឬទេ, រួចធ្វើតេស្តកញ្ចក់មើលឈាមឡើងវិញ។ បើកុមារមិនបានទទួលការព្យាបាលទេ ចូរផ្តល់ការព្យាបាលឡើងវិញ។ បើបានទទួល ប៉ុន្តែតេស្តកញ្ចក់មើលឈាម នៅតែមានលទ្ធផលវិជ្ជមាន ចូរព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ជម្រើសទី២។ វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញ ដើម្បីច្រានចោលមូលហេតុដទៃទៀតដែលបណ្តាលឲ្យមានគ្រុនក្តៅ (អានផ្នែកទី៦.១, ទំ. ២៣២-២៤៤)។

បើបន្ទាប់ពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ជម្រើសទី២ កុមារនៅតែមានគ្រុនក្តៅ, ប្រាប់ម្តាយឲ្យនាំកូនត្រឡប់មកវិញ រួចវាយតម្លៃកុមាររកមូលហេតុដទៃទៀតដែលបណ្តាលឲ្យមានគ្រុនក្តៅ។

៦.៣ ជំងឺរលាកស្រោមខួរ

ការធាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ មានសារសំខាន់សម្រាប់ការព្យាបាលប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ ផ្នែកនេះសំដៅលើកុមារនិងទារកអាយុលើស២ខែ។ សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរលើទារកតូច សូមអានផ្នែកទី៣.៩, ទំ.៩០។

៦.៣.១ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី

ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី គឺជាជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដែលបណ្ដាលឲ្យកុមារឈឺ និងស្លាប់ជាច្រើន។ គ្មានលក្ខណៈគ្លីនិកណាមួយដែលអាចឲ្យយើងញែកវាដាច់ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឲ្យបានច្បាស់លាស់នោះទេ ប៉ុន្តែ លក្ខណៈញឹកញាប់របស់វាមានប្រវត្តិគ្រុនក្ដៅ និងប្រកាច់ ដោយមានសញ្ញាពាក់ព័ន្ធនឹងស្រោមខួរ និងកម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល។ នៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យញែក ត្រូវពិចារណាពីជំងឺរលាកខួរក្បាលដោយវីរុស ឬជំងឺរបេងស្រោមខួរ ចំពោះកុមារដែលបង្ហាញសញ្ញាពាក់ព័ន្ធនឹងស្រោមខួរ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

រកមើលប្រវត្តិនៃ ៖

- ប្រកាច់
- ក្អួត
- មិនអាចផឹកទឹក ឬបៅដោះ
- ឈឺក្បាល ឬឈឺខាងក្រោយក
- រញ៉ាំរញ៉ូវ
- របួសក្បាលថ្មីៗ

នៅពេលពិនិត្យ រកមើល ៖

- កម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល
- ភាពរឹងនៃក
- ការប្រកាច់ច្រើនលើកច្រើនសារ
- បង្ហើយប៉ោងលើទារក
- ស្នាមជាំឈាមតូចធំ
- ល្ហិតល្ហៃ
- រញ៉ាំរញ៉ូវ
- ភស្តុតាងនៃរបួសក្បាលដែលបញ្ជាក់ថាអាចមានការបែកលលាដ៏ក្បាល។

ការរកមើល និងស្ទាបមើលភាពរឹងនៃក

ប្រស្រីភ្នែកមានទំហំខុសគ្នា ៖ សញ្ញានៃការឡើងសម្ពាធក្នុងលលាដ៍ក្បាល

ដងខ្លួនកោងទៅក្រោយ និងកាយវិការរឹងឆ្អឹត ៖ សញ្ញានៃការប៉ះពាល់ស្រោមខួរ និងការឡើងសម្ពាធក្នុងលលាដ៍ក្បាល

ម្យ៉ាងទៀត គួររកមើលសញ្ញាណាមួយខាងក្រោមនៃការឡើងសម្ពាធក្នុងលលាដ៍ក្បាល ៖

- កម្រិតស្មារតីចុះខ្សោយ
- ប្រស្រីភ្នែកមានទំហំខុសគ្នា
- កាយវិការរឹងៗ
- ការខ្វិនអវៈយវៈណាមួយ
- ការដកដង្ហើមមិនទៀងទាត់

ការស្រាវជ្រាវក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍

- ធ្វើការបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យ ដោយការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង និងការពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹង (CSF)។ ប្រសិនបើ CSF ស្រអាប់, គួរសន្មតថាជាជំងឺរលាកស្រោមខួរ

រួចចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ខណៈពេលរង់ចាំការបញ្ជាក់ពីមន្ទីរពិសោធន៍។

- ការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍ គួរបង្ហាញប្រាប់ពីជំងឺរលាកស្រោមខួរក្នុងករណីភាគច្រើន ដោយចំនួនគោលិកាឈាមស (polymorph) < ១០០/mm³។ អាចធ្វើការបញ្ជាក់ដោយការពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងទឹកខួរឆ្អឹង (ទាប ៖ < ១.៥mmol/litre ឬផលធៀបនៃជាតិស្ករក្នុង CSF និង serum glucose មាន ≤ 0.៤), ពិនិត្យប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកខួរឆ្អឹង (ខ្ពស់ ៖ > 0.៤g/litre), បច្ចេកទេសចាត់ថ្នាក់មេរោគ (Gram staining) និងការបណ្តុះទឹកខួរឆ្អឹង។
- ធ្វើការបណ្តុះឈាម ប្រសិនបើមាន។

ការប្រុងប្រយ័ត្នជាមុន ៖ ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការឡើងសម្ពាធក្នុងលលាដ៍ក្បាល, គួរថ្លឹងថ្លែងយ៉ាងហ្មត់ចត់រវាងលទ្ធផលនៃការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង និងគ្រោះថ្នាក់ក្នុងការអនុវត្តទម្រង់ការនោះ។ ប្រសិនបើមិនច្បាស់ គួរចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរដែលសង្ស័យ ហើយពន្យារការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង (អានទំ.៥២៩)។

ការព្យាបាល

ប្រសិនបើមានលក្ខណៈគ្លីនិកដែលធ្វើឲ្យសង្ស័យជំងឺរលាកស្រោមខួរ ឬទឹកស្រោមខួរមានភាពស្រអាប់ នោះគួរចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកជាបន្ទាន់ មុនពេលទទួលបានលទ្ធផលនៃការពិនិត្យទឹកស្រោមខួរក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍។ បើកុមារមានសញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ ហើយមិនអាចធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងបាន, គួរព្យាបាលជាបន្ទាន់។

ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក

- ផ្តល់ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកឲ្យបានឆាប់បំផុត។ ជ្រើសរើសរបបឱសថណាមួយដូចខាងក្រោម ៖

  ១. ឱសថ Ceftriaxone: ៥0mg/kg ក្នុងមួយដង តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃរៀងរាល់១២ម៉ោង, ឬចំនួន ១00mg/kg មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៧-១0

ថ្ងៃ ដោយចាក់តាមសាច់ដុំជ្រៅ ឬចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃយឺតៗ រយៈពេល៣០-៦០នាទី។

ឬ

២. ឱសថ Cefotaxime: ៥០mg/kg មួយដង តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង រយៈពេល៧-១០ថ្ងៃ។

ឬ

៣. នៅពេលគ្មានរបាយការណ៍ពីបាក់តេរីជំងឺរលាកស្រោមខួរស៊ាំខ្លាំងនឹងឱសថ chloramphenicol និង β-lactam ទេ, គួរអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ឬជ្រើសរើសរបបឱសថណាមួយដូចខាងក្រោម ៖

- ឱសថ Chloramphenicol: ២៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង រួមជាមួយឱសថ ampicillin: ៥០mg/kg តាមសាច់ដុំឬសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង រយៈពេល១០ថ្ងៃ

ឬ

- ឱសថ Chloramphenicol: ២៥mg/kg តាមសាច់ដុំឬសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង រួមជាមួយឱសថ benzylpenicillin: ៦០mg/kg (១០០.០០០U/kg) តាមសាច់ដុំឬសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង រយៈពេល១០ថ្ងៃ។

▸ ត្រួតពិនិត្យការព្យាបាលឡើងវិញ នៅពេលទទួលបានលទ្ធផលវិភាគទឹកខួរឆ្អឹង។

ប្រសិនបើរោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានបញ្ជាក់, បន្តការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកដូចខាងលើរហូតបញ្ចប់របបឱសថ។ នៅពេលកុមារបានធូរស្រាល, បន្តដោយការចាក់ពពួកឱសថ cephalosporins ជំនាន់ទី៣ រៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីបញ្ចប់ការព្យាបាល, ឬប្រសិនបើកំពុងប្រើឱសថ chloramphenicol, ត្រូវផ្តល់តាមមាត់ លើកលែងតែមានការបារម្ភអំពីការប្រើថ្នាំលេបតាមមាត់ពុំសូវស្រូបបានល្អ (ឧទា. លើកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ឬកុមារដែលមានជំងឺរាក) ដែលក្នុងករណីនេះ គួរផ្តល់ការព្យាបាលមួយចប់ដោយប្រើ

ប្រភេទថ្នាំចាក់ ។

ប្រសិនបើការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាល មានកម្រិតមិនល្អ៖

- ពិចារណាពីវត្តមាននៃផលវិបាកញឹកញាប់ ដូចជាទឹកក្នុងស្រោមខួរ (គ្រុនក្ដៅអូសបន្លាយ រួមជាមួយសញ្ញាសរសៃប្រសាទត្រង់ចំណុចប៉ះពាល់ ឬកម្រិតស្មារតីចុះខ្សោយ) ឬអាប់សែខួរក្បាល។ បើសង្ស័យលើផលវិបាកទាំងនេះ គួរបញ្ជូនកុមារទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានផ្នែកជំនាញព្យាបាលបញ្ហានេះ (មើលសៀវភៅជំងឺកុមារ សម្រាប់ការព្យាបាលលម្អិត)។
- រកមើលការបង្ករោគនៅកន្លែងផ្សេងៗទៀត ដែលអាចជាមូលហេតុនៃគ្រុនក្ដៅ ដូចជា ការរលាកកោសិកាត្រង់កន្លែងចាក់ថ្នាំ, ការរលាកសន្លាក់, ឬការរលាកឆ្អឹង។

ធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងឡើងវិញ បន្ទាប់ពី៣-៥ថ្ងៃ បើនៅតែមានគ្រុនក្ដៅ ហើយស្ថានភាពទូទៅរបស់កុមារមិនមានភាពប្រសើរឡើង, រួចរកមើលសញ្ញានៃភាពធូរស្រាល (ឧទា. ចំនួន leukocyte ធ្លាក់ចុះ, កម្រិតជាតិស្ករកើនឡើង)។

ការព្យាបាលដោយឱសថស្តេរ៉ូអ៊ីដ

ឱសថស្តេរ៉ូអ៊ីដ ផ្ដល់ផលប្រយោជន៍ក្នុងករណីជាក់លាក់ខ្លះនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី (*H. influenza, tuberculous និង pneumococcal*) តាមរយៈការបន្ថយកម្រិតនៃការរលាក និងកែលម្អលទ្ធផលព្យាបាល។ កម្រិតថ្នាំ dexamethasone ដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី គឺ ០.១៥mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង រយៈពេល២-៤ថ្ងៃ។ ត្រូវផ្ដល់ឱសថស្តេរ៉ូអ៊ីដ ១០-២០នាទី មុនពេល ឬក្នុងពេលផ្ដល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក។ មិនមានភស្តុតាងគ្រប់គ្រាន់ដែលអាចណែនាំឲ្យប្រើឱសថស្តេរ៉ូអ៊ីដជាទូទៅលើកុមារទាំងអស់ដែលមានជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី នៅក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ទេ លើកលែងតែជំងឺរបេងស្រោមខួរ។

មិនត្រូវប្រើឱសថស្តេរ៉ូអ៊ីដលើ ៖

- ទារកទើបនឹងកើត
- ការសង្ស័យជំងឺគ្រុនចាញ់ប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាល
- ការសង្ស័យជំងឺរលាកខួរក្បាលដោយវីរុស

ការព្យាបាលប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់

បើកុមាររស់នៅក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់ គួរធ្វើតេស្តកញ្ចក់មើលឈាម ឬតេស្តរិនិច្ឆ័យរោគរហ័ស ដើម្បីរកមើលជំងឺគ្រុនចាញ់, ព្រោះជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរគួរត្រូវបានពិចារណាជារោគវិនិច្ឆ័យញែក ឬស្ថានភាពដែលកើតឡើងព្រមគ្នា។

- ▸ ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់សមស្រប បើជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ ប្រសិនបើមិនអាចធ្វើតេស្តកញ្ចក់មើលឈាម ដោយសារហេតុផលណាមួយ គួរព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ដោយការសន្មត់។

៦.៣.២ ការផ្ទុះរាតត្បាតនៃបាក់តេរី Meningococcus

ក្នុងអំឡុងពេលផ្ទុះរាតត្បាតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី meningococcus, ចាំបាច់ត្រូវអនុវត្តការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង ចំពោះកុមារទាំងឡាយណាដែលមានស្នាមជាំឈាមតូចធំដែលជាលក្ខណៈសម្គាល់នៃការបង្ករោគដោយបាក់តេរី meningococcus។

- សម្រាប់កុមារអាយុ ០-២៣ខែ គួរកែសម្រួលការព្យាបាលទៅតាមអាយុរបស់កុមារ ហើយខិតខំរកភស្តុតាងដែលអាចច្រានចោលមូលហេតុដទៃទៀតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ។
- សម្រាប់កុមារអាយុ ≥ ២-៥ឆ្នាំ, Neisseria meningitidis គឺជាមេរោគដែលទំនងជាងគេបំផុត ហើយការព្យាបាលដោយបែបសន្មត គឺអាចទទួលយកបាន។
- ▸ ផ្តល់ឱសថ ceftriaxone ចំនួន ១០០mg/kg/១ថ្ងៃ តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៥ថ្ងៃ ដល់កុមារអាយុ២ខែ-៥ឆ្នាំ, ឬយ៉ាងតិច៧ថ្ងៃ ដល់កុមារអាយុ០-២ខែ។

ឬ

- ផ្តល់ឱសថ oily chloramphenicol (១០០mg/kg តាមសាច់ដុំ តែមួយដង អាចបង្កើនរហូតដល់កម្រិតអតិបរមា ៣g)។ បើគ្មានភាពប្រសើរឡើងបន្ទាប់ពី ២៤ម៉ោងទេ ផ្តល់កម្រិតថ្នាំទី២ (១០០mg/kg)ម្តងទៀត, ឬប្តូរទៅប្រើឱសថ ceftriaxone ដូចខាងលើ។ ឱសថ oily chloramphenicol ជាឱសថទឹកខាប់ៗ, អាចធ្វើឲ្យពិបាកក្នុងការសង្កត់បាញ់បញ្ចូល។ បើមានបញ្ហានេះ អាចបែងចែកកម្រិតថ្នាំជាពីរភាគ រួចចាក់ទៅក្នុងកំប៉េះគូថទាំងសងខាងរបស់កុមារ។

៦.៣.៣ ជំងឺរបេងស្រោមខួរ

ជំងឺរបេងស្រោមខួរ អាចមានលក្ខណៈបង្ហាញស្រួចស្រាល់ ឬរ៉ាំរ៉ៃ ហើយរយៈពេលដែលរោគសញ្ញាបង្ហាញឡើង មានភាពប្រែប្រួលជាខ្លាំង ចាប់ពី១ថ្ងៃ ដល់៩ខែ។ វាអាចបង្ហាញឡើងជាមួយការខូចសរសៃប្រសាទក្នុងលលាដ៏ក្បាល, ឬការឈឺចាប់បន្តិចបន្តួចនៅក្នុងក្បាល, meningismus និងស្ថានភាពផ្លូវចិត្តប្រែប្រួល។ ជាទូទៅ រោគសញ្ញាដំបូងរបស់វា គ្មានភាពជាក់លាក់ទេ ដែលមានដូចជាឈឺក្បាល ក្អួត ការខ្លាចពន្លឺ និងគ្រុនក្តៅ។ សូមអានគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ និងអន្តរជាតិ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមបើសង្ស័យជំងឺរបេងស្រោមខួរ។ ពិចារណាពីជំងឺរបេងស្រោមខួរ បើមានចំណុចណាមួយខាងក្រោម ៖

- គ្រុនក្តៅមានរយៈពេល១៤ថ្ងៃ។
- គ្រុនក្តៅមានរយៈពេល > ៧ថ្ងៃ ហើយសមាជិកគ្រួសារម្នាក់មានជំងឺរបេង។
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X បង្ហាញប្រាប់ពីជំងឺរបេង។
- អ្នកជំងឺសន្លប់ ហើយនៅតែមិនដឹងខ្លួនទោះបីជាបានផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី។
- ដឹងថាអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬបានប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍។
- នៅក្នុងទឹកខួរឆ្អឹង មានចំនួនគោលិកាឈាមសខ្ពស់មធ្យម (ធម្មតា < ៥០០ គោលិកា/ml, ដែលភាគច្រើនគឺជា lymphocytes), ប្រូតេអ៊ីនកើនឡើង

(០.៨–៤g/l) និងជាតិស្ករចុះទាប (< ១.៥mmol/litre), ឬលំនាំមួយនេះនៅតែកើតមាន ទោះបីបានផ្តល់ការព្យាបាលគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី។

ក្នុងករណីកម្រ នៅពេលរោគវិនិច្ឆ័យគ្មានភាពច្បាស់លាស់, ការព្យាបាលសាកល្បងសម្រាប់ជំងឺរបេងស្រោមខួរ ត្រូវបានបន្ថែមជាមួយការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី។ សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិនៃកម្មវិធីជំងឺរបេង។

ការព្យាបាល ៖ របបឱសថព្យាបាលរួមមាន ៖

- របបឱសថ៤មុខ (HRZE) រយៈពេល២ខែ, បន្តដោយរបបឱសថ២មុខ (HR) រយៈពេល១០ខែ, ដែលរយៈពេលសរុបនៃការព្យាបាលគឺ១២ខែ។
  - Isoniazid (H): ១០mg/kg (ចន្លោះ ១០–១៥mg/kg); កម្រិតថ្នាំអតិបរមា ៣០០mg/ថ្ងៃ
  - Rifampicin (R): ១៥mg/kg (ចន្លោះ ១០–២០mg/kg); កម្រិតថ្នាំអតិបរមា ៦០០mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ
  - Pyrazinamide (Z): ៣៥mg/kg (ចន្លោះ ៣០–៤០mg/kg)
  - Ethambutol (E): ២០mg/kg (ចន្លោះ ១៥–២៥mg/kg)
- គួរផ្តល់ឱសថ Dexamethasone (០.៦mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ២-៣សប្តាហ៍, បន្ថយកម្រិតថ្នាំរយៈពេល២-៣សប្តាហ៍ទៀត) ក្នុងករណីទាំងអស់នៃជំងឺរបេងស្រោមខួរ។
- កុមារដែលមានជំងឺរបេងស្រោមខួរជាក់ច្បាស់ឬសង្ស័យ ដែលបង្កឡើងដោយបាក់តេរីស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ MDR bacilli, អាចត្រូវបានព្យាបាលដោយឱសថ fluoroquinolone និងឱសថជម្រើសទី២ដទៃទៀត ដូចរៀបរាប់ក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងជំងឺរបេងដែលស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខ និងដែលស្ថិតក្នុងរបបឱសថសមស្រប។ ការសម្រេចចិត្តព្យាបាល គួរធ្វើឡើងដោយគ្រូពេទ្យដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ។

ចំណាំ ៖ *ឱសថ Streptomycin មិនត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមារទេ ព្រោះវាអាចបណ្តាលឲ្យខូចខាតត្រចៀក និងពុលថ្លើម, ហើយការចាក់ឱសថនេះ មានភាពឈឺចាប់ជាខ្លាំង។*

៦.៣.៤ ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគផ្សិត cryptococcus

ពិចារណាពីជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគផ្សិត cryptococcus លើកុមារធំដែលដឹងថាឬសង្ស័យផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងប្រព័ន្ធការពាររាងកាយចុះខ្សោយ។ កុមារនឹងបង្ហាញសញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ រួមជាមួយស្ថានភាពផ្លូវចិត្តប្រែប្រួល។

- អនុវត្តការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង។ សម្ពាធ CSF អាចកើនឡើង, ប៉ុន្តែចំនួនកោសិកាជាតិស្ករ និងប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកខួរឆ្អឹងអាចមានលក្ខណៈធម្មតា។
- វិភាគទឹកខួរឆ្អឹង ដោយប្រើទឹកខ្មៅឥណ្ឌា (India ink preparation), ឬបើមានគួរធ្វើតេស្ត rapid CSF cryptococcal antigen latex agglutination ឬ lateral flow assay។

ការព្យាបាល ៖ ឱសថរួមផ្សំរវាង amphotericin និង fluconazole (អានទំ.៣៨៩)។

ការថែទាំគាំទ្រ

ពិនិត្យកុមារទាំងឡាយដែលប្រកាច់ រកមើលគ្រុនក្តៅខ្លាំង (hyperpyrexia) និងវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាម។ គ្រប់គ្រងគ្រុនក្តៅ បើវាខ្ពស់ខ្លាំង (≥ ៣៩°C ឬ ≥ ១០២.២°F) ដោយប្រើឱសថ paracetamol, ហើយព្យាបាលការចុះទាបនៃជាតិស្ករក្នុងឈាម។

- ***ការប្រកាច់ ៖*** បើមានការប្រកាច់កើតឡើង ផ្តល់ការព្យាបាលប្រឆាំងការប្រកាច់ដោយឱសថ diazepam តាមសរសៃ ឬតាមរន្ធគូថ (មើលគំនូសបំព្រួញទី៩, ទំ.២៣)។ ព្យាបាលការប្រកាច់ច្រើនលើកច្រើនសារ ដោយឱសថបង្ការការប្រកាច់ ដូចជាឱសថ phenytoin ឬ phenobarbitone។
- ***ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប:*** តាមដានជាតិស្ករក្នុងឈាមជាប្រចាំ ជាពិសេសចំពោះកុមារដែលប្រកាច់ ឬដែលហូបអាហារមិនស្ទូវបាន។

- ប្រសិនបើមានជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប, ផ្តល់សេរ៉ូមផ្អែម ១០% (dextrose) ចំនួន ៥ml/kg ចាក់តាមសរសៃ ឬចាក់តាមខួរឆ្អឹងយ៉ាងលឿន (អានគំនូស បំព្រួមទី១០, ទំ.២៥)។ វាស់កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមឡើងវិញ បន្ទាប់ពី ៣០នាទី។ បើកម្រិតជាតិស្ករទាប (<២.៥mmol/litre ឬ < ៤៥mg/dl), ផ្តល់សេរ៉ូមផ្អែមម្តងទៀត (៥ml/kg)។ បើមិនអាចវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាម បានទេ គួរព្យាបាលការចុះទាបនៃជាតិស្ករក្នុងឈាម ដល់កុមារដែល កំពុងប្រកាច់ ឬដែលមានកម្រិតស្មារតីចុះខ្សោយ។
- បង្ការជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាបថែមទៀត ដោយការផ្តល់អាហារតាមមាត់ (មើលខាងលើ)។ បើកុមារមិនហូបអាហារ គួរបង្ការជាតិស្ករក្នុងឈាម ចុះទាប ដោយបន្ថែមគ្លុយកូស ៥០% ចំនួន ១០ml ទៅក្នុងសេរ៉ូមឡាក់ តាត ឬសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ៩០ml។ មិនត្រូវផ្តល់ឲ្យលើសពីតម្រូវការជាតិ ទឹករក្សាលំនឹង ដែលសមស្របតាមទម្ងន់របស់កុមារឡើយ (អានផ្នែក ទី ១០.២, ទំ.៤៧២)។ បើកុមារមានសញ្ញានៃការលើសជាតិទឹក ចូរបញ្ឈប់ ការចាក់សេរ៉ូម រួចផ្តល់អាហារតាមបំពង់សិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។

▸ ***កុមារដែលសន្លប់*** ៖ ចំពោះកុមារដែលសន្លប់ ត្រូវធានាថាផ្លូវដង្ហើមបើកចំហរ គ្រប់ពេល ហើយអ្នកជំងឺដកដង្ហើមយ៉ាងគ្រប់គ្រាន់។

- រក្សាផ្លូវដង្ហើមឲ្យនៅបើកចំហរគ្រប់ពេល។
- ដាក់កុមារក្នុងស្ថានភាពសុវត្ថិភាពដើម្បីចៀសវាងការឈ្លក់ជាតិទឹកចូលសួត។
- ត្រឡប់អ្នកជំងឺរៀងរាល់២ម៉ោងម្តង។
- មិនត្រូវឲ្យកុមារដេកលើគ្រែសើមទេ។
- សង្កេតមើលតាមចំណុចនៃដងខ្លួនដែលសង្កត់ខ្លាំង។

▸ ***ការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន*** ៖ ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន បើកុមារមានការប្រកាច់ ឬជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ រួមជាមួយការខ្វះអុកស៊ីហ្សែន (កំហាប់ ≤៩០%), ឬបើ កុមារមានសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ ប្រអប់ទ្រូងផតចូល ចង្វាក់ដង្ហើម > ៧០/

នាទី។ ព្យាយាមរក្សាកំហាប់អុកស៊ីហ្សែនឲ្យបាន > ៩០% (អានផ្នែកទី១០.៧, ទំ.៤៨៤)។

- ***ការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក និងអាហារូបត្ថម្ភ ៖*** ទោះបីជាកុមារដែលមានជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី ប្រឈមនឹងការហើមខួរក្បាលដោយសារការបញ្ចេញអ័រម៉ូន antidiuretic លើសលប់ (SIADH) ឬការលើសជាតិទឹកក៏ដោយ, ការខ្វះជាតិទឹកក៏អាចបណ្តាលឲ្យឈាមទៅកាន់ខួរក្បាលចុះទាបផងដែរ។ ត្រូវកែតម្រូវការខ្វះជាតិទឹក ប្រសិនបើមាន។ កុមារមួយចំនួនដែលមានជំងឺរលាកស្រោមខួរ ត្រូវការជាតិទឹកប្រចាំថ្ងៃតែ៥០-៧៥%នៃតំរូវការជាតិទឹកសរុប ក្នុង ២ថ្ងៃដំបូង ដើម្បីរក្សាលំនឹងជាតិទឹកធម្មតា, ការផ្តល់ជាតិទឹកលើសពីនេះនឹងបណ្តាលឲ្យមានភាពហើម (អានទំ.៤៧២)។ ចៀសវាងការលើសជាតិទឹក, ធានាថាមានការកត់ត្រាច្បាស់លាស់ពីបរិមាណជាតិទឹកចូល និងជាតិទឹកចេញ ព្រមទាំងពិនិត្យជាញឹកញាប់រកសញ្ញានៃការលើសជាតិទឹក (ការហើមត្របកភ្នែក, ថ្លើមរីក, សំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះ (crackles) នៅបាតសួត, ឬការតឹងសរសៃវ៉ែននៅក)។

ផ្តល់ការយកចិត្តទុកដាក់លើការគាំទ្រផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ និងការស្តារនីតិសម្បទា (អានទំ.៤៥៦)។ ផ្តល់អាហារឲ្យកុមារភ្លាមនៅពេលមានសុវត្ថិភាព។ បំបៅដោះរៀងរាល់៣ម៉ោង បើអាច, ឬផ្តល់អាហារទឹកដោះចំនួន ១៥ml/kg បើកុមារអាចលេបបាន។ ប្រសិនបើកុមារប្រឈមនឹងការឈ្លក់ចូលសួត, គួរបន្តការផ្តល់សេរ៉ូមតទៅទៀត, បើគ្មានការប្រឈមទេ ផ្តល់អាហារតាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ (មើលគំនូសបំព្រួមទី១០, ទំ.២៥)។ បន្តការតាមដានជាតិស្ករក្នុងឈាម រួចផ្តល់ការព្យាបាលតាមជាក់ស្តែង (ដូចខាងលើ) ប្រសិនបើវា < ២.៥mmol/litre ឬ < ៤៥mg/dl។

ការតាមដាន

គិលានុបដ្ឋាកគួរតាមដានកម្រិតស្មារតី និងសញ្ញាជីវិត (ចង្វាក់ដង្ហើម ចង្វាក់បេះដូង

និងទំហំប្រស្រីភ្នែក) របស់កុមារ រៀងរាល់៣ម៉ោង ក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោងដំបូង (បន្ទាប់មកតាមដានរៀងរាល់៦ម៉ោង), ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរតាមដានកុមារយ៉ាងតិច២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ នៅពេលអនុញ្ញាតអោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យ គួរវាយតម្លៃកុមារទាំងអស់រកមើលបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹងសរសៃប្រសាទ ជាពិសេសការចុះខ្សោយ ឬបាត់បង់ការឮ។ វាស់ និងកត់ត្រាទំហំជុំវិញក្បាលទារក។ បើមានការខូចខាតសរសៃប្រសាទ គួរបញ្ជូនកុមារទៅទទួលការព្យាបាល physiotherapy រួចផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយអំពីការជួយធ្វើចលនាសាច់ដុំដល់កុមារ។

ផលវិបាក

ផលវិបាកអាចកើតឡើងក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលស្រួចស្រាល់នៃជំងឺ, ឬវាអាចជាផលវិបាកផ្នែកសរសៃប្រសាទយូរអង្វែង ៖

- *ផលវិបាកក្នុងដំណាក់កាលស្រួចស្រាល់ ៖* ជាញឹកញាប់ គឺមានការប្រកាច់ ហើយការកន្ត្រាក់ទៅកន្លែងប៉ះពាល់ច្រើនតែពាក់ព័ន្ធនឹងផលវិបាកផ្នែកសរសៃប្រសាទ។ ផលវិបាកស្រួចស្រាល់ដទៃទៀតអាចមានដូចជា ស្តុក (អានផ្នែកទី១.៥.២, ទំ.៣៥), ស្ងួតរួមក្នុងឈាមចុះទាប, និងទឹកក្នុងស្រោមខួរ ដែលអាចបណ្តាលឲ្យមានគ្រុនក្តៅអូសបន្លាយ។
- *ផលវិបាកយូរអង្វែង ៖* កុមារមួយចំនួនមានការឮចុះខ្សោយ, បញ្ហានៃសរសៃប្រសាទធ្វើចលនា ឬបញ្ហាមិនលូតលាស់, និងជំងឺឆ្កួតជ្រូក។

ការតាមដានបន្ត

ការថ្លង់កើតឡើងជាញឹកញាប់បន្ទាប់ពីជំងឺរលាកស្រោមខួរ។ រៀបចំការវាយតម្លៃសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ បន្ទាប់ពីកុមារចេញពីមន្ទីរពេទ្យមួយខែ។

វិធានការសុខភាពសាធារណៈ

ក្នុងពេលផ្ទុះរាតត្បាតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី meningococcus, ចូរផ្តល់ដំបូន្មានដល់ក្រុមគ្រួសារអំពីការឆ្លងរោគនៅតាមផ្ទះ ដើម្បីឲ្យពួកគេអាចរាយការណ៍

ទាន់ពេលវេលា។ គួរពិចារណាពីវិធីបង្ការជំងឺដោយប្រើថ្នាំ (Chemoprophylaxis) តែក្នុងករណីដែលមានការប្រាស្រ័យទាក់ទងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយអ្នកដែលមានការបង្ករោគដោយបាក់តេរី meningococcus ប៉ុណ្ណោះ។

៦.៤ ជំងឺកញ្ជ្រឹល

កញ្ជ្រឹល គឺជាជំងឺដែលបង្កឡើងដោយវីរុស ហើយមានការចម្លងរោគយ៉ាងខ្លាំង រួមជាមួយផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ (ដូចជាការខ្វាក់ភ្នែកលើកុមារដែលខ្វះវីតាមីនA) និងអត្រាមរណភាពខ្ពស់។ ជំងឺនេះមិនសូវកើតឡើងលើទារកអាយុក្រោម៣ខែទេ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺកញ្ជ្រឹល បើកុមារមាន ៖

- គ្រុនក្តៅ (ជួនកាលមានការប្រកាច់ដោយសារគ្រុនក្តៅ) និង
- ស្នាមក្រហមរាបស្មើ (maculopapular) និង
- បញ្ហាមួយក្នុងចំណោម ៖ ក្អក, ហៀរសំបោរ ឬក្រហមភ្នែក។

ភាពស្រអាប់នៃកែវភ្នែក ៖ សញ្ញានៃជំងឺ xerophthalamia លើកុមារដែលខ្វះវីតាមីន A (ឆ្វេង), ធៀបនឹងភ្នែកធម្មតា (ស្តាំ)

សម្រាប់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ សញ្ញាទាំងនេះមួយចំនួនអាចនឹងមិនបង្ហាញឡើងទេ ដូច្នេះការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺកញ្ជ្រឹល អាចមានភាពលំបាក។

៦.៤.១ ជំងឺកញ្ជ្រឹលស្មុគស្មាញធ្ងន់ធ្ងរ

រោគវិនិច្ឆ័យ

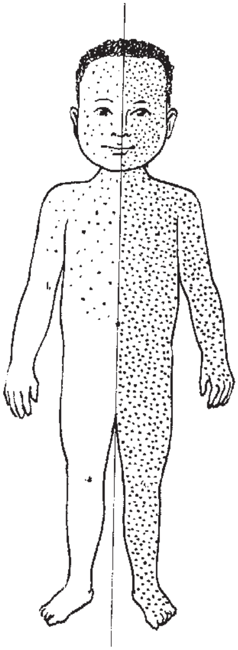
ចំពោះកុមារដែលមានភស្តុតាងនៃជំងឺកញ្ជ្រឹល (ដូចរៀបរាប់ខាងលើ), បើមានរោគ

សញ្ញាណាមួយខាងក្រោម នោះបញ្ជាក់ថាជាជំងឺកញ្ជ្រឹលស្មុគស្មាញធ្ងន់ធ្ងរ ៖

- មិនអាចផឹកទឹក ឬបៅដោះ
- ក្អួតអ្វីៗទាំងអស់
- ប្រកាច់

ក្នុងពេលពិនិត្យ រកមើលសញ្ញានៃផលវិបាកផ្សេងៗ ដូចជា ៖

- ភាពល្ងិតល្ងៃ ឬសន្លប់
- ភាពស្រអាប់នៃកែវភ្នែក
- ដំបៅមាត់យ៉ាងជ្រៅ ឬយ៉ាងធំ
- ជំងឺរលាកសួត (អានផ្នែកទី ៤.២, ទំ. ១២៣)
- ការខ្វះជាតិទឹកដោយសារជំងឺរាក (អានផ្នែកទី ៥.២, ទំ. ១៩៩)
- សំឡេងស្រ្តាយឌ័រ(stridor) ដោយសារជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺកញ្ជ្រឹល
- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ



សណ្ឋាននៃស្នាមកន្ទួលក្នុងជំងឺកញ្ជ្រឹល។ រូបខាងឆ្វេងបង្ហាញពីស្នាមកន្ទួលពេលដំបូងៗ ដែលកើតឡើងលើក្បាល និងដងខ្លួនខាងលើ។ រូបខាងស្តាំបង្ហាញពីស្នាមកន្ទួលពេលក្រោយមកទៀត ដែលកើតឡើងលើរាងកាយទាំងមូល។

ការព្យាបាល

កុមារដែលមានជំងឺកញ្ជ្រឹលស្មុគស្មាញធ្ងន់ធ្ងរ តម្រូវឲ្យសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

- *ការព្យាបាលដោយវីតាមីន A* ។ ផ្តល់វីតាមីន A តាមមាត់ ដល់កុមារទាំងអស់ដែលមានជំងឺកញ្ជ្រឹល, លុះត្រាតែកុមារបានទទួលការព្យាបាលដោយវីតាមីន A គ្រប់គ្រាន់កាលពីមកពិគ្រោះជំងឺ។ ផ្តល់វីតាមីន A តាមមាត់ ចំនួន ៥០.០០០IU (សម្រាប់កុមារអាយុក្រោម៦ខែ),១០០.០០០IU(អាយុ៦-១១ខែ)ឬ២០០.០០០IU(អាយុ ១-៥ឆ្នាំ)។ អានព័ត៌មានលម្អិតនៅទំ.៣៦៩។ បើកុមារមានសញ្ញាណាមួយ

នៃការខ្វះវីតាមីន A, ចូរផ្តល់កម្រិតថ្នាំលើកទី៣ នៅ២-៤សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីបានផ្តល់កម្រិតថ្នាំលើកទី២ក្នុងពេលតាមដានបន្ត។

ការថែទាំគាំទ្រ

គ្រុនក្តៅ

- ឱសថ paracetamol បើសីតុណ្ហភាពកុមារ ≥ ៣៩°C (≥១០២.២°F) និងកំពុងពិបាកក្នុងខ្លួន។

ការគាំទ្រផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ

វាយតម្លៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ ដោយការថ្លឹងកុមារ រួចគូសដៅនៅលើតារាងលូតលាស់ (បង្គ្រប់ជាតិទឹក មុននឹងថ្លឹង)។ លើកទឹកចិត្តឲ្យបន្តការបំបៅដោះ។ ជំរុញឲ្យកុមារហូបម្ហូបបន្តិចៗ ជាញឹកញាប់។ រកមើលដំបៅមាត់ រួចព្យាបាល បើមាន(មើលខាងក្រោម)។ អនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំអំពីការព្យាបាលអាហារូបត្ថម្ភ ដែលមានរៀបរាប់នៅក្នុងជំពូកទី១០ (ទំ.៤៥៦)។

ផលវិបាក

អនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំដែលមាននៅក្នុងផ្នែកផ្សេងៗទៀតក្នុងសៀវភៅនេះ សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងផលវិបាកខាងក្រោម ៖

- *ជំងឺរលាកសួត ៖* ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរលាកសួត ដល់កុមារទាំងឡាយដែលមានជំងឺកញ្រ្ជឹល និងសញ្ញានៃជំងឺរលាកសួត, ព្រោះជាង៥០% នៃករណីជំងឺរលាកសួតក្នុងជំងឺកញ្រ្ជឹល មានការបង្ករោគដោយបាក់តេរីក្នុងពេលឬក្រោយពេលព្យាបាល (secondary bacterial infection) (អានផ្នែកទី ៤.២, ទំ. ១២៣)។
- *រលាកត្រចៀកកណ្តាល* (ទំ. ២៨៧–២៨៩)។
- *ជំងឺរាក ៖* ព្យាបាលការខ្វះជាតិទឹក, ជំងឺរាករលាយឈាម ឬជំងឺរាករ៉ាំរ៉ៃ (អានជំពូកទី៥, ទំ.១៩៥)។

- *ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម*ខាងលើដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺកញ្ជ្រឹល (អានផ្នែកទី ៤.៦.១, ទំ. ១៥៨) ៖ ផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រ។ មិនត្រូវផ្តល់ឱសថស្តេរ៉ូអ៊ីដទេ។
- *បញ្ហាភ្នែក* ៖ ជំងឺរលាកភ្នាសភ្នែក និងការខូចខាតកែវភ្នែក និងបាតភ្នែកអាចកើតឡើងដោយសារការបង្ករោគ, កង្វះវីតាមីន A, ឬឱសថបុរាណដែលគ្រោះថ្នាក់។ បន្ថែមពីលើវីតាមីន A (ដូចខាងលើ), ចូរព្យាបាលការបង្ករោគណាមួយដែលកើតមាន។ ប្រសិនបើមានហូរទឹកភ្នែកធម្មតា នោះមិនចាំបាច់ព្យាបាលទេ។ បើមានហូរខ្ទុះ ចូរសម្អាតភ្នែកដោយសំឡីដែលស្ងោរទឹកពុះ ឬក្រណាត់ស្អាតជ្រលក់ទឹកស្អាត។ ដាក់ក្រមួនភ្នែក tetracycline មួយថ្ងៃ៣ដង រយៈពេល៧ថ្ងៃ។ មិនត្រូវប្រើក្រមួនស្តេរ៉ូអ៊ីដឡើយ។ ប្រើទ្រនាប់ការពារភ្នែកដើម្បីបង្ការការឆ្លងរោគដទៃទៀត។ បើគ្មានភាពប្រសើរឡើងទេ គួរបញ្ជូនកុមារទៅគ្រូពេទ្យភ្នែកដែលមានជំនាញ។
- *ដំបៅមាត់* ៖ បើកុមារអាចផឹកទឹក និងហូបអាហារ គួរសម្អាតមាត់ដោយទឹកអំបិលស្អាត (អំបិលមួយចឹបលាយក្នុងទឹកមួយពែង) យ៉ាងតិច៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ។
  - បន្ទាប់ពីសម្អាតរួច ចូរលាបថ្នាំស្វាយ gentian violet 0.២៥% លើដំបៅក្នុងមាត់ ។
  - បើដំបៅមាត់មានភាពធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬមានក្លិនអាក្រក់, ផ្តល់ឱសថ benzyl-penicillin តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ (៥0.000U/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង) និង metronidazole (៧.៥mg/kg មួយថ្ងៃ៣ដង) តាមមាត់ រយៈពេល៥ថ្ងៃ។
  - បើដំបៅមាត់ធ្វើឲ្យកុមារហូបអាហារឬផឹកទឹកមិនសូវបាន, នោះកុមារអាចត្រូវការការផ្តល់អាហារតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។
- *ផលវិបាកពាក់ព័ន្ធនឹងសរសៃប្រសាទ* ៖ ការប្រកាច់, ភាពងងុយដេកជ្រុល, សន្លឹម, ឬការសន្លប់អាចជារោគសញ្ញានៃជំងឺរលាកខួរក្បាល ឬការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ។ វាយតម្លៃកុមាររកភាពខ្វះជាតិទឹក រួចព្យាបាលតាមជាក់ស្តែង (អាន

ផ្នែកទី ៥.២, ទំ. ១៩៩)។ មើលគំនូសបំព្រួមទី៩, ទំ.២៣ អំពីការព្យាបាលការប្រកាច់ និងការថែទាំកុមារដែលសន្លប់។

- *កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ* ៖ អានគោលការណ៍ណែនាំក្នុងជំពូកទី៧, ទំ.៣១០។

ការតាមដាន

វាស់សីតុណ្ហភាពកុមារមួយថ្ងៃ២ដង ហើយពិនិត្យរកផលវិបាកខាងលើរៀងរាល់ថ្ងៃ។

ការតាមដានបន្ត

ជាញឹកញាប់ ការជាសះស្បើយពីជំងឺកញ្ជ្រឹលស្រួចស្រាល់ គឺត្រូវបានពន្យារពេលជាច្រើនសប្តាហ៍ ឬច្រើនខែ ជាពិសេសប្រសិនបើកុមារនោះខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ។ ប្រសិនបើមិនទាន់បានទទួលវីតាមីន A លើកទី៣ របស់ខ្លួនទេ គួរចាត់ចែងដើម្បីឲ្យកុមារបានទទួលមុននឹងអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

វិធានការសុខភាពសាធារណៈ

បើអាច គួរដាក់កុមារដែលចូលមកមន្ទីរពេទ្យដោយសារជំងឺកញ្ជ្រឹល ឲ្យនៅដោយឡែក យ៉ាងតិច៤ថ្ងៃបន្ទាប់ពីចេញកន្ទួល។ ល្អបំផុត គួរដាក់ពួកគេក្នុងអគារដាច់ដោយឡែកមួយពីកុមារដទៃ។ ចំពោះកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងមានប្រព័ន្ធការពាររាងកាយចុះខ្សោយ, គួរដាក់ពួកគេដាច់ដោយឡែក រហូតជាសះស្បើយទាំងស្រុង។

នៅពេលមានករណីជំងឺកញ្ជ្រឹលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ គួរផ្តល់ថ្នាំបង្ការដល់កុមារដទៃទៀតទាំងអស់ដែលមានអាយុលើស៦ខែ (រួមទាំងកុមារដែលមកពិគ្រោះជំងឺក្រៅ, កុមារដែលចូលមកមន្ទីរពេទ្យក្រោយពេលកុមារកើតកញ្ជ្រឹលចូលមកបានមួយសប្តាហ៍, និងកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍)។ បើទារកអាយុ៦-៩ខែ បានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជ្រឹលរួច ជាការសំខាន់គឺផ្តល់ថ្នាំបង្ការទី២ ឲ្យបានឆាប់បំផុតក្រោយពីអាយុបាន៩ខែ។

ពិនិត្យស្ថានភាពថ្នាំបង្ការរបស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ រួចផ្តល់ថ្នាំបង្ការឲ្យបើចាំបាច់។

៦.៤.២ ជំងឺកញ្ជ្រឹលមិនធ្ងន់ធ្ងរ

រោគវិនិច្ឆ័យ

ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺកញ្ជ្រឹលមិនធ្ងន់ធ្ងរលើកុមារដែលម្តាយបានរៀបរាប់យ៉ាងច្បាស់ថាកុមារមានស្នាមកន្ទួល ឬបើកុមារមាន ៖

- គ្រុនក្តៅ និង
- ស្នាមកន្ទួលទូទៅ និង
- ចំណុចណាមួយ ៖ ក្អក ហូរសំបោរ ឬភ្នែកក្រហម, ប៉ុន្តែ
- គ្មានលក្ខណៈណាមួយនៃជំងឺកញ្ជ្រឹលធ្ងន់ធ្ងរទេ (អានផ្នែកទី ៦.៤.១, ទំ. ២៧៥)។

ការព្យាបាល

- ព្យាបាលដោយពុំចាំបាច់អោយសំរាកពេទ្យទេ។
- *ការព្យាបាលដោយវីតាមីន A ។* ពិនិត្យមើលថាតើកុមារបានទទួលវីតាមីន A គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំងឺហើយឬនៅ។ បើនៅទេ ចូរផ្តល់ ៥០.០០០IU (បើអាយុក្រោម៦ខែ), ១០០.០០០IU (អាយុ៦-១១ខែ) ឬ ២០០.០០០IU (អាយុ ១-៥ឆ្នាំ)។ មើលព័ត៌មានលម្អិតនៅទំ. ៥៥៨។

ការថែទាំគាំទ្រ

- *គ្រុនក្តៅ ៖* បើសីតុណ្ហភាពកុមារ ≥ ៣៩°C (≥១០២.២°F) ហើយមានភាពពិបាកក្នុងខ្លួន ចូរផ្តល់ឱសថ paracetamol។
- *ការគាំទ្រអាហារូបត្ថម្ភ ៖* វាយតម្លៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ ដោយវាស់ទំហំរង្វង់ដើមដៃ។ លើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យបន្តការបំបៅដោះ និងផ្តល់អាហារម្តងបន្តិចៗ ជាច្រើនដង។ ពិនិត្យរកដំបៅមាត់ ហើយផ្តល់ការព្យាបាល បើមាន (មើលខាងលើ)។
- *ការថែទាំភ្នែក ៖* ចំពោះជំងឺរលាកភ្នាសភ្នែកកម្រិតស្រាល ដែលមានហូរតែទឹកភ្នែកធម្មតា នោះមិនចាំបាច់ព្យាបាលទេ។ បើមានហូរខ្ទុះ ចូរសម្អាតភ្នែកដោយ

សំឡីដែលសោ្ងរទឹកពុះ ឬក្រណាត់ស្អាតជ្រលក់ទឹកស្អាត។ ដាក់ក្រមួនភ្នែក tetracycline មួយថ្ងៃ៣ដង រយៈពេល៧ថ្ងៃ។ មិនត្រូវប្រើក្រមួនស្តេរ៉ូអ៊ីដឡើយ។

- *ការថែទាំមាត់* ៖ បើកុមារមានដំបៅមាត់ ប្រាប់ម្តាយឲ្យលាងសម្អាតមាត់កុមារដោយទឹកអំបិលស្អាត (អំបិលមួយចឹបលាយក្នុងទឹកមួយពែង) យ៉ាងតិច៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ។ ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយឲ្យចៀសវាងការផ្តល់អាហារប្រៃ ហឹរ ឬក្តៅឲ្យកុមារ។

ការតាមដានបន្ត

ប្រាប់ម្តាយឲ្យនាំកុមារត្រឡប់មកវិញនៅ២ថ្ងៃក្រោយ ដើម្បីមើលថាតើមាត់ ឬភ្នែកបានធូរស្រាលឬទេ, ដើម្បីច្រានចោលផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរផ្សេងៗ និងដើម្បីតាមដានអាហារូបត្ថម្ភ និងការលូតលាស់របស់កុមារ។

៦.៥ មេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម (Septicaemia)

គួរពិចារណាពីមេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម (Septicaemia) បើកុមារមានគ្រុនក្តៅស្រួចស្រាវ ឈឺជាទម្ងន់ និងរកមូលហេតុដទៃមិនឃើញ។ មេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាមក៏អាចកើតឡើងជាផលវិបាកនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ, ជំងឺរលាកសួត, ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម ឬការបង្ករោគដោយបាក់តេរីដទៃទៀតផងដែរ។ មូលហេតុញឹកញាប់នៃ Septicaemia មានដូចជាបាក់តេរី Streptococcus, Haemophilus influenza, Staphylococcus aureus និងពពួកបាក់តេរីក្នុងពោះវៀន Gram-negative bacilli (ដែលកើតមានញឹកញាប់ក្នុងករណីកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ) ដូចជា Escherichia coli និង Klebsiella។ ប្រភេទបាក់តេរី Salmonella ដែលមិនបង្កជំងឺគ្រុនពោះវៀន, គឺជាមូលហេតុញឹកញាប់នៅក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់។ នៅតំបន់ដែលសំបូរបាក់តេរី meningococcus, អាចវិនិច្ឆ័យផ្អែកគ្លីនិកលើ Septicaemia ដោយបាក់តេរី meningococcus បានប្រសិនបើមានស្នាមជាំឈាមតូចធំ (ស្នាមឈាមក្រោមស្បែក)។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ប្រវត្តិជំងឺរបស់កុមារ អាចជួយក្នុងការសន្និដ្ឋានពីប្រភពនៃមេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម។ ដោះសម្លៀកបំពាក់កុមារទាំងអស់ រួចពិនិត្យយ៉ាងហ្មត់ចត់រកសញ្ញានៃការបង្ករោគត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់ (local infection), មុននឹងសម្រេចថាគ្មានមូលហេតុដទៃទៀត។

ក្នុងពេលពិនិត្យ គួររកមើល ៖

- គ្រុនក្តៅដែលគ្មានចំណុចបង្ករោគច្បាស់លាស់
- តេស្តកញ្ចក់ឈាមមើលជំងឺគ្រុនចាញ់ មានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន
- គ្មានរឹងក ឬសញ្ញាជាក់លាក់ដទៃទៀតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ, ឬការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងពិនិត្យរកជំងឺរលាកស្រោមខួរ មានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន
- ប្រកាច់ ឬល្ហិតល្ហៃ
- សញ្ញានៃការប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរពីចំណុចបង្ក (ឧទា. មិនអាចផឹកទឹកឬបៅដោះ, ប្រកាច់, ល្ហិតល្ហៃ ឬក្អួតអ្វីទាំងអស់, ការដកដង្ហើមញាប់)
- អាចមានស្នាមជាំឈាមធំៗ (Purpura)។

ការស្រាវជ្រាវ

ការស្រាវជ្រាវ គួរធ្វើឡើងទៅតាមរោគសញ្ញានៃជំងឺ ប៉ុន្តែអាចរួមបញ្ចូល ៖

- តេស្តរាប់កោសិកាឈាមពេញលេញ
- ការវិភាគទឹកនោម (រួមទាំងការបណ្តុះទឹកនោម)
- ការបណ្តុះឈាម
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X។

ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរមួយចំនួន កុមារអាចមានសញ្ញានៃស្តុកសិបទិក (septic shock)៖ ដៃត្រជាក់ រួមជាមួយការនាំឈាមទៅសរីរាង្គចុះខ្សោយ និងរយៈពេលបំពេញឈាមកើនឡើង (> ៣s), សំឡេងជីពចរខ្សោយញាប់, សម្ពាធឈាមចុះទាប និងស្ថានភាពផ្លូវចិត្តចុះខ្សោយ។

ការព្យាបាល

ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក ជាបន្ទាន់ ។

- ផ្តល់ឱសថ ampicillin តាមសរសៃចំនួន ៥0mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង រួមជាមួយឱសថ gentamicin តាមសរសៃចំនួន ៧.៥mg/kg មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៧-១០ថ្ងៃ, ឬម្យ៉ាងទៀត ចាក់បញ្ចូលឱសថ ceftriaxone ចំនួន ៨០–១០០mg/kg តាមសរសៃរយៈពេល៣០-៦០នាទី រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៧-១០ថ្ងៃ។
- នៅពេលសង្ស័យជាខ្លាំងលើការបង្ករោគដោយបាក់តេរី staphylococcus, ផ្តល់ឱសថ flucloxacillin ចំនួន ៥0mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង តាមសរសៃ រួមជាមួយឱសថ gentamicin តាមសរសៃចំនួន ៧.៥mg/kg មួយថ្ងៃម្តង។
- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន បើកុមារមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម ឬស្ថិតក្នុងសភាពស្តុក។
- ព្យាបាលស្តុកសិបទិក (septic shock) ដោយការបញ្ចូលសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬសេរ៉ូមឡាក់តាតចំនួន ២0ml/kg ក្នុងល្បឿនលឿន។ វាយតម្លៃឡើងវិញ។ បើកុមារនៅតែស្ថិតក្នុងសភាពស្តុក ចូរផ្តល់សេរ៉ូមឡើងវិញចំនួន ២0ml/kg អាចរហូតដល់បរិមាណសរុប ៦0ml/kg។ បើកុមារនៅតែស្ថិតក្នុងសភាពស្តុក (ស្តុកសិបទិកដែលមិនឆ្លើយតបនឹងជាតិទឹក), ចាប់ផ្តើមផ្តល់ឱសថ adrenaline ឬ dopamine បើមាន។

ការថែទាំគាំទ្រ

- បើកុមារមានគ្រុនក្តៅខ្លាំង(≥៣៩°Cឬ១០២.២°F)ដែលធ្វើឲ្យមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម ឬពិបាកក្នុងខ្លួន, គួរផ្តល់ឱសថ paracetamol ឬ ibuprofen។
- តាមដាន Hb ឬ អេម៉ាតូគ្រីត, ហើយបើចាំបាច់ ចូរចាក់បញ្ចូលឈាមទាំងមូលចំនួន ២0ml/kg ឬគោលិកាឈាមក្រហមសុទ្ធចំនួន ១0ml/kg, ល្បឿននៃការបញ្ចូលគឺអាស្រ័យលើស្ថានភាពប្រព័ន្ធឈាមរត់របស់កុមារ។

ការតាមដាន

- គិលានុបដ្ឋាកគួរពិនិត្យកុមារយ៉ាងតិច៣ម៉ោងម្តង ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរពិនិត្យយ៉ាងតិច២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ។ ពិនិត្យរកវត្តមាននៃផលវិបាកថ្មីៗ ដូចជាស្លុកសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ ទឹកនោមថយចុះ សញ្ញានៃការចេញឈាម (ស្នាមជាំឈាមតូចធំ, ចេញឈាមពីកន្លែងមុខម្ទុល) ឬដំបៅលើស្បែក។
- តាមដាន Hb ឬអេម៉ាតូគ្រីត។ បើវាធ្លាក់ទាប គួរថ្លឹងថ្លែងរវាងផលប្រយោជន៍នៃការចាក់បញ្ចូលឈាម និងឱកាសនៃការឆ្លងរោគតាមឈាម (អានផ្នែកទី ១០.៦, ទំ. ៤៧៩)។

៦.៦ ជំងឺគ្រុនពោះវៀន

ពិចារណាពីជំងឺគ្រុនពោះវៀន បើកុមារមានគ្រុនក្តៅ និងសញ្ញាទាំងនេះណាមួយ ៖ ទល់លាមក, ក្អួត, ឈឺពោះ, ឈឺក្បាល, ក្អក, ស្នាមកន្ទួលរយៈពេលខ្លី, ជាពិសេសបើគ្រុនក្តៅអូសបន្លាយ ≥ ៧ថ្ងៃ ហើយជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវបានច្រានចោល។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ក្នុងពេលពិនិត្យ លក្ខណៈរោគវិនិច្ឆ័យចម្បងរបស់ជំងឺគ្រុនពោះវៀនគឺ ៖

- គ្រុនក្តៅដែលគ្មានចំណុចបង្ករោគច្បាស់លាស់
- គ្មានរឹងក ឬសញ្ញាជាក់លាក់ដទៃទៀតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ, ឬការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងដើម្បីរកជំងឺរលាកស្រោមខួរ មានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន (ចំណាំ ៖ ម្តងម្កាល ជំងឺគ្រុនពោះវៀនក៏អាចធ្វើឲ្យមានរឹងកផងដែរ)
- សញ្ញានៃការប៉ះពាល់ឆ្ងាយពីចំណុចបង្ក, ឧទា. មិនអាចផឹកទឹក ឬបៅដោះ, ប្រកាច់, ល្ងិតល្ងៃ, វង្វេងវង្វាន់, ឬក្អួតអ្វីគ្រប់យ៉ាង
- អាចឃើញមានស្នាមអុចៗពណ៌ផ្កាឈូកនៅលើពោះ ចំពោះកុមារដែលមានស្បែកស្បើង។
- រីកថ្លើមនិងអណ្តើក, រឹង ឬហើមពោះ

ជំងឺគ្រុនពោះវៀនអាចបង្ហាញឡើងយ៉ាងចម្លែកលើទារកតូច ដែលមានលក្ខណៈជាជំងឺគ្រុនក្ដៅស្រួចស្រាល់ រួមជាមួយស្ទុក និងសីតុណ្ហភាពចុះទាប។ ក្នុងតំបន់ដែលសំបូរជំងឺទីហ្វូស (Typhus), ការញែកឲ្យដាច់រវាង ជំងឺគ្រុនពោះវៀន និងជំងឺទីហ្វូស ដោយផ្អែកលើការពិនិត្យបែបគ្លីនិកតែមួយមុខ គឺជាការលំបាក (សម្រាប់ការវិនិច្ឆ័យជំងឺទីហ្វូស សូមមើលសៀវភៅជំងឺកុមារ)។

ការព្យាបាល

- ព្យាបាលដោយឱសថ ciprofloxacin តាមមាត់ចំនួន ១៥mg/kg មួយថ្ងៃ២ដង, ឬពពួកឱសថ fluoroquinolone ដទៃទៀត (gatifloxacin, ofloxacin, perfloxacin), រយៈពេល៧-១០ថ្ងៃ ជាការព្យាបាលជម្រើសទីមួយ។
- បើការឆ្លើយតបបន្ទាប់ពី៤៨ម៉ោង មានកម្រិតទាប, គួរពិចារណាពីជំងឺគ្រុនពោះវៀនដែលស៊ាំនឹងឱសថ, រួចព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកជម្រើសទី២។ ផ្ដល់ឱសថ ceftriaxone តាមសរសៃ ចំនួន ៨០mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ, ឬឱសថ azithromycin តាមមាត់ ចំនួន ២០mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ ឬពពួកឱសថ cephalosporin ជំនាន់ទី៣ដទៃទៀត, រយៈពេល៥-៧ថ្ងៃ។
- នៅពេលដឹងថាមានភាពស៊ាំនឹងអង់ទីប៊ីយោទិក ក្នុងចំណោមបាក់តេរី Salmonella, សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ពីឱសថដែលមានប្រសិទ្ធភាព។

ការថែទាំគាំទ្រ

- ផ្ដល់ឱសថ paracetamol បើកុមារមានគ្រុនក្ដៅខ្លាំង (≥៣៩°C ឬ ≥១០២.២°F) ដែលធ្វើឲ្យមានបញ្ហា ពិបាកដកដង្ហើម ឬពិបាកក្នុងខ្លួន។

ការតាមដាន

គិលានុបដ្ឋាកគួរពិនិត្យកុមាររៀងរាល់៣ម៉ោង ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរពិនិត្យយ៉ាងតិច២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ។

ផលវិបាក

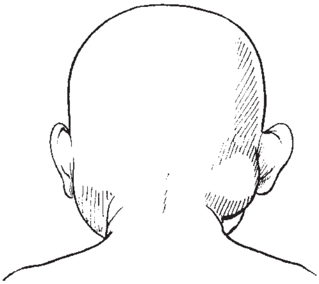
ផលវិបាកនៃជំងឺគ្រុនពោះវៀន រួមមានការប្រកាច់ ឬសន្លប់, រាក, ខ្វះជាតិទឹក, ស្លុក, បេះដូងផ្តល់ឈាមមិនគ្រប់, ជំងឺរលាកសួត, ជំងឺរលាកឆ្អឹង និងភាពស្លេកស្លាំង។ ចំពោះទារកតូច អាចមានស្លុក និងសីតុណ្ហភាពចុះទាប។

អាចមានការធ្លាយក្រពះពោះវៀនយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ រួមជាមួយការចេញឈាម និងការរលាកស្រោមពោះ, ដែលជាទូទៅបង្ហាញជាការឈឺចាប់ក្នុងពោះធ្ងន់ធ្ងរ, ក្អួត, រឹងពោះនៅពេលស្ទាប, ភាពស្លេកស្លាំងនៅបាតដៃ និងស្លុក។ ការពិនិត្យពោះ អាចបង្ហាញពីដុំក្នុងពោះដោយសារអាប់សែ និងរីកថ្លើម និង/ឬអណ្តើក។ ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការធ្លាយក្រពះពោះវៀន គួរចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃ និងស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ, ចាប់ផ្តើមផ្តល់ជាតិទឹកសមស្រប រួចស្វែងរកការពិនិត្យបន្ទាន់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញវះកាត់។

៦.៧ ការបង្ករោគក្នុងត្រចៀក

៦.៧.១ ជំងឺរលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម (Mastoiditis)

ជំងឺរលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម គឺជាការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើឆ្អឹងគល់ថ្គាម ដែលនៅខាងក្រោយត្រចៀក។ បើគ្មានការព្យាបាលទេ វាអាចបណ្តាលឲ្យមានជំងឺរលាកស្រោមខួរ និងអាប់សែខួរក្បាល។



ការរលាកឆ្អឹងគល់ថ្គាម ៖ ហើមរឹងនៅខាងក្រោយត្រចៀក ដែលរុញត្រចៀកចេញមកក្រៅ

រោគវិនិច្ឆ័យ

លក្ខណៈរោគវិនិច្ឆ័យសំខាន់ៗគឺ ៖

- គ្រុនក្តៅខ្លាំង
- ហើមរឹងនៅខាងក្រោយត្រចៀក។

ការព្យាបាល

- ផ្តល់ឱសថ cloxacillin ឬ flucloxacillin តាមសរសៃ ឬសាច់ដុំ ចំនួន ៥0mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង, ឬឱសថ ceftriaxone រហូតកុមារបានធូរស្រាល, រយៈពេលសរុប១០ថ្ងៃ។

- បើគ្មានការឆ្លើយតបក្នុងអំឡុង៤៨ម៉ោងទេ ឬស្ថានភាពកុមារកាន់តែធុនធ្ងរ, បញ្ជូនកុមារទៅគ្រូពេទ្យជំនាញវះកាត់ ដើម្បីពិចារណាពីការចោះបង្ហូរអាប់សែនៅគល់ថ្គាម ឬការវះកាត់យកកោសិកានៅគល់ថ្គាមចេញ (mastoidectomy)។
- បើមានសញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ ឬអាប់សែខួរក្បាល, ផ្ដល់ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក ដូចរៀបរាប់ក្នុងផ្នែកទី ៦.៣ (ទំ. ២៦២), ហើយបើអាចបញ្ជូនកុមារទៅមន្ទីរពេទ្យឯកទេសជាបន្ទាន់។

ការថែទាំបែបគាំទ្រ

- ផ្ដល់ឱសថ paracetamol បើកុមារមានគ្រុនក្ដៅខ្លាំង (≥៣៩°C ឬ ≥១០២.២°F) ដែលធ្វើឲ្យមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម ឬពិបាកក្នុងខ្លួន។

ការតាមដាន

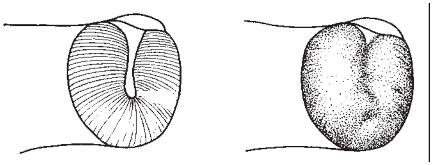
គិលានុបដ្ឋាកគួរពិនិត្យកុមាររៀងរាល់៦ម៉ោងយ៉ាងតិច ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរពិនិត្យមួយថ្ងៃម្ដងយ៉ាងតិច។ បើការឆ្លើយតបមានកម្រិតទាប ដូចជាកម្រិតស្មារតីធ្លាក់ចុះ, ប្រកាច់, ឬសញ្ញាពាក់ព័ន្ធនឹងសរសៃប្រសាទនៅក្បែរចំណុចប៉ះពាល់, គួរពិចារណាពីជំងឺរលាកស្រោមខួរ ឬអាប់សែខួរក្បាល (អានផ្នែកទី ៦.៣, ទំ ២៦៣)។

៦.៧.២ ជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្ដាលស្រួចស្រាល់

រោគវិនិច្ឆ័យ

ជំងឺនេះផ្អែកលើប្រវត្តិនៃការឈឺចាប់ក្នុងត្រចៀក ឬហូរខ្ទុះពីក្នុងត្រចៀក (ក្រោម២សប្ដាហ៍)។ ត្រូវឆ្លុះមើលត្រចៀកដើម្បីបញ្ជាក់ពីជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្ដាលស្រួចស្រាល់។ ក្រដាសត្រចៀកនឹងមានពណ៌ក្រហម, រលាក, ប៉ោងនិងស្រអាប់, ឬហូរខ្ទុះ។

ជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្ដាលស្រួចស្រាល់ ៖ ក្រដាសត្រចៀកប៉ោង ឡើងពណ៌ក្រហម(ស្ដាំ) និងក្រដាសត្រចៀកធម្មតា(ឆ្វេង)



ការព្យាបាល

ព្យាបាលកុមារដោយពុំចាំបាច់អោយសំរាកពេទ្យទេ។

- ផ្ដល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកតាម ដោយរបបឱសថណាមួយខាងក្រោម ៖
  - ជម្រើសទី១ ៖ ឱសថ amoxicillin តាមមាត់ ចំនួន ៤០mg/kg មួយថ្ងៃ ២ដង រយៈពេលយ៉ាងតិច៥ថ្ងៃ
  - ឬម៉្យាងទៀត នៅពេលដឹងថាមេរោគបង្កជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្ដាលស្រួចស្រាវ ត្រូវនឹងឱសថ co-trimoxazole, ចូរផ្ដល់ co-trimoxazole (trimethoprim ៤mg/kg និង sulfamethoxozole ២០mg/kg) មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេលយ៉ាងតិច៥ថ្ងៃ។
- បើមានហូរខ្ទុះពីក្នុងត្រចៀក បង្ហាញម្ដាយពីរបៀបត្បារសម្ងួតក្នុងត្រចៀកកុមារ។ប្រាប់ម្ដាយឲ្យត្បារត្រចៀកកុមារ មួយថ្ងៃ៣ដង រហូតលែងមានហូរខ្ទុះ។
- ប្រាប់ម្ដាយកុំឲ្យដាក់វត្ថុអ្វីមួយទៅក្នុងត្រចៀក នៅពេលត្បាររួច។ កុំឲ្យកុមារហែលទឹក ឬកុំឲ្យទឹកចូលក្នុងត្រចៀក។
- ផ្ដល់ឱសថ paracetamol បើកុមារមានការឈឺចាប់ក្នុងត្រចៀក ឬគ្រុនក្ដៅខ្លាំង (≥៣៩°C ឬ ≥១០២.២°F) ដែលធ្វើឲ្យពិបាកក្នុងខ្លួន។

ត្បារសម្ងួតក្នុងត្រចៀកកុមារ

ការតាមដានបន្ត

ប្រាប់ម្ដាយឲ្យនាំកុមារត្រឡប់មកវិញ បន្ទាប់ពី៥ថ្ងៃ។

- បើនៅតែមានការឈឺចាប់ ឬហូរខ្ទុះក្នុងត្រចៀក, ព្យាបាលរយៈពេល៥ថ្ងៃទៀត ដោយប្រើឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកដដែល និងបន្តត្បារសម្ងួតត្រចៀក។ តាមដានបន្តបន្ទាប់ពី៥ថ្ងៃទៀត។

៦.៧.៣ ជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្ដាលរ៉ាំរ៉ៃ

បើមានខ្ទុះហូរចេញពីក្នុងត្រចៀកចាប់ពី២សប្ដាហ៍ នោះកុមារមានជំងឺរលាកត្រចៀករ៉ាំរ៉ៃ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគឺផ្អែកលើប្រវត្តិនៃការហូរខ្ទុះពីក្នុងត្រចៀកយូរជាង២សប្ដាហ៍។ ត្រូវឆ្លុះមើលត្រចៀកដើម្បីបញ្ជាក់ពីការរលាកត្រចៀកកណ្ដាលរ៉ាំរ៉ៃ។

ការព្យាបាល

ព្យាបាលកុមារដោយពុំចាំបាច់អោយសំរាកពេទ្យទេ។

- រក្សាត្រចៀកកុមារឲ្យស្ងួតជានិច្ច ដោយការត្បារសម្ងួត (មើលខាងលើ)។
- បន្តក់ឱសថទឹកអង់ទីប៊ីយោទិកដែលមានជាតិ quinolones និងមាន ឬគ្មានជាតិស្ទេរ៉ូអ៊ីដ (ដូចជា ciprofloxacin, norfloxacin, ofloxacin) មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេល២សប្ដាហ៍។ ឱសថបន្តក់ដែលមានជាតិ quinolones មានប្រសិទ្ធភាពជាងឱសថបន្តក់ដទៃទៀត។ ផលិតផលអង់ទីសិបទិក គ្មានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការព្យាបាលជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្ដាលរ៉ាំរ៉ៃលើកុមារទេ។

ការតាមដានបន្ត

ប្រាប់ម្ដាយឲ្យនាំកូនត្រឡប់មកវិញបន្ទាប់ពី៥ថ្ងៃ។

បើនៅតែមានហូរខ្ទុះពីត្រចៀក ៖

- ពិនិត្យមើលថា តើម្ដាយបន្តត្បារសម្ងួតត្រចៀកឬទេ។ មិនត្រូវផ្ដល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកតាមមាត់ឡើងវិញច្រើនសារនោះទេ។
- ពិចារណាពីមូលហេតុបង្កផ្សេងៗទៀត ដូចជា បាក់តេរី Pseudomonas ឬការឆ្លងមេរោគរបេង។ លើកទឹកចិត្តម្ដាយឲ្យបន្តការត្បារសម្ងួតត្រចៀក រួចផ្ដល់អង់ទីប៊ីយោទិកប្រភេទចាក់ ដែលមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងបាក់តេរី Pseudomonas (ដូចជាឱសថ gentamicin, azlocillin និង ceftazidine) ឬផ្ដល់

ការព្យាបាលជំងឺរបេង បើមានការបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់។

៦.៨ ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម

ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម កើតឡើងញឹកញាប់លើកុមារតូចៗ ដោយសារតែប្រឹងបង្ហូរនោមក្រោយ (posterior urethral valves), វាអាចកើតឡើងលើកុមារីតូច និងក្មេងស្រីដែលមានអាយុច្រើន។ នៅពេលមិនអាចធ្វើការបណ្តុះបាក់តេរីទេ រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវផ្អែកលើសញ្ញាគ្លីនិក និងការពិនិត្យទឹកនោមដោយមីក្រូទស្សន៍រកមើលបាក់តេរី និងកោសិកាឈាមស (មើលខាងក្រោម)។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ចំពោះកុមារតូចៗ ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោមច្រើនតែបង្ហាញសញ្ញាដែលមិនជាក់លាក់។ ពិចារណារោគវិនិច្ឆ័យការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម ចំពោះទារក និងកុមារទាំងឡាយដែលមាន៖

- គ្រុនក្តៅ ≥៣៨°C រយៈពេលយ៉ាងតិច២៤ម៉ោង ដោយគ្មានមូលហេតុបង្កច្បាស់លាស់
- ក្អួត ឬហូបអាហារមិនសូវបាន
- រញ៉ាំរញ៉ូវ, ល្ហិតល្ហៃ មិនលូតលាស់ ឈឺពោះ កើតលឿង(ទារកទើបនឹងកើត)
- រោគសញ្ញាជាក់លាក់ដូចជា ឈឺចាប់ពេលនោម, ឈឺពោះ (ខាងលើឆ្អឹងថ្ងាស) ឬនោមញឹកញាប់ ជាពិសេសកុមារធំ

ប្រហែលពាក់កណ្តាលនៃទារកទាំងឡាយដែលមានការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម មានគ្រុនក្តៅ និងគ្មានរោគសញ្ញាដទៃទៀតទេ, ដូច្នេះមធ្យោបាយតែមួយគត់ក្នុងការវិនិច្ឆ័យរោគ គឺត្រូវពិនិត្យទឹកនោម។

ការស្រាវជ្រាវ

- ពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍នូវទឹកនោមថ្មីដែលមិនទាន់ត្រូវបានបំបែកធាតុ។ ជាទូទៅ ក្នុងករណីនៃការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម តែងមានកោសិកាឈាមសច្រើនជាង៥ ក្នុងមួយក្រឡាផ្ទៃ HPF (high-power field), ឬតេស្តឌីសស្ទីក (dipstick)

បង្ហាញលទ្ធផលវិជ្ជមានសម្រាប់កោសិកា leukocytes។ បើការពិនិត្យដោយមីក្រូទស្សន៍ មិនឃើញមានបាក់តេរីក្នុងទឹកនោម និងគ្មានខ្ទុះទេ ឬតេស្តឺឌីបស្ទីកមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន នោះគួរច្រានចោលការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម។

- បើអាច គួរយកគំរូទឹកនោមដែល "ស្អាត" ដើម្បីធ្វើការបណ្តុះ។ ចំពោះទារកដែលឈឺអាចតម្រូវឲ្យយកគំរូទឹកនោមតាមបំពង់សុងទឹកនោមចេញ-ចូល (in–out urinary catheter) ឬ ការចោះបូមទឹកនោមពីប្លោកនោម(មើលទំ.៥៣៥)។

ការព្យាបាល

- ព្យាបាលកុមារដោយពុំចាំបាច់អោយសំរាកពេទ្យទេ។ ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោ-ទិកតាមមាត់ រយៈពេល៧-១០ថ្ងៃ, លើកលែងតែ៖
    - នៅពេលមានគ្រុនក្តៅខ្លាំង និងមានការប៉ះពាល់ឆ្ងាយពីចំណុចបង្ក (ដូចជា ក្អួត ឬមិនអាចផឹកទឹក ឬបៅដោះ)
    - នៅពេលមានសញ្ញានៃការរលាកតម្រងនោម(pyelonephritis)
    - អ្នកជំងឺជាទារក
- ផ្តល់ឱសថ co-trimoxazole តាមមាត់ (trimethoprim ១០mg/kg និង sulfamethoxazole ៤០mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោង) រយៈពេល៥ថ្ងៃ។ ឱសថជំនួសរួមមាន ampicillin, amoxicillin និង cefalexin, អាស្រ័យលើប្រសិទ្ធភាពនៃឱសថក្នុងតំបន់ក្នុងការប្រឆាំងនឹងបាក់តេរី E. coli និង Gram-negative bacilli ដទៃទៀតដែលបង្កការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម និងអាស្រ័យលើប្រភេទអង់ទីប៊ីយោទិកដែលមាន (អានទំ.៣៥៣ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតពីកម្រិតថ្នាំក្នុងរបបឱសថ)។
- បើការឆ្លើយតបនឹងអង់ទីប៊ីយោទិកជម្រើសទី១ មានកម្រិតទាប ឬស្ថានភាពទារកកាន់តែដុនដាប ឬមានផលវិបាក ចូរផ្តល់ឱសថ gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ មួយថ្ងៃម្តង) រួមជាមួយឱសថ ampicillin (៥០mg/kg តាមសាច់ដុំឬសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង) ឬឱសថ cephalosporin ប្រភេទចាក់

(អានទំ. ៥៤៤)។ ពិចារណាពីផលវិបាកផ្សេងៗ ដូចជាការរលាកតម្រងនោម (pyelonephritis) (ភាពរឹង ត្រង់ចន្លោះតម្រងនោម និងឆ្អឹងខ្នង (costo-vertebral angle) និងគ្រុនក្តៅខ្លាំង) ឬ septicaemia។

- ▶ ព្យាបាលទារកតូចអាយុក្រោម២ខែ ដោយឱសថ gentamicin ចំនួន ៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំឬសរសៃ មួយថ្ងៃម្តង ទាល់តែបានធូរស្រាលពីគ្រុនក្តៅ, បន្ទាប់មកត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ រកសញ្ញានៃការបង្ករោគឆ្ងាយពីចំណុចបង្ក, ហើយបើមិនឃើញទេ បន្តការព្យាបាលតាមមាត់ ដូចរៀបរាប់ខាងលើ។

ការថែទាំគាំទ្រ

- គួរលើកទឹកចិត្តកុមារឲ្យផឹកទឹកឬបៅដោះជាប្រចាំ ដើម្បីរក្សាលំនឹងជាតិទឹក ដែលនឹងជួយដល់ការសម្អាតមេរោគឆ្លង និងបង្ការការខ្វះជាតិទឹក។
- ផ្តល់ឱសថ paracetamol បើកុមារមានការឈឺចាប់, ចៀសវាងប្រើឱសថប្រឆាំងរលាកគ្មានជាតិស្តេរ៉ូអ៊ីដ (NSAIDs)។

ការតាមដានបន្ត

ស្រាវជ្រាវរាល់ករណីនៃការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម ដើម្បីរកមូលហេតុពាក់ព័ន្ធ។ វាប្រហែលជាតម្រូវឲ្យបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យលំដាប់ខ្ពស់ដែលមានបរិក្ខាគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ធ្វើការស្រាវជ្រាវផ្នែកអេកូសាស្ត្រ។

៦.៩ ជំងឺរលាកសន្លាក់ដោយការបង្ករោគ ឬជំងឺរលាកឆ្អឹង និងខួរឆ្អឹង

ការបង្ករោគស្រួចស្រាវលើឆ្អឹង ឬសន្លាក់ ជាទូទៅគឺបណ្តាលមកពីការរាលដាលនៃបាក់តេរីតាមឈាម។ ប៉ុន្តែ ក៏មានការបង្ករោគលើឆ្អឹង/សន្លាក់មួយចំនួន ដែលបណ្តាលមកពីការប៉ះពាល់បន្តពីចំណុចបង្ករោគ ឬរបួសដែលប៉ះដល់ឆ្អឹង។ ក្នុងករណីកម្រ វាប៉ះពាល់ដល់ឆ្អឹងឬសន្លាក់យ៉ាងច្រើន។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ក្នុងករណីស្រួចស្រាល់នៃការបង្ករោគលើឆ្អឹងឬសន្លាក់,កុមារមានសភាពឈឺធ្ងន់មានគ្រុនក្ដៅ ហើយជាទូទៅគឺមិនចង់កម្រើកអវៈយវៈ ឬសន្លាក់ដែលរងការប៉ះពាល់ ឬមិនចង់ទ្រទម្ងន់លើជើងដែលរងការប៉ះពាល់នោះទេ។ ជាធម្មតា ចំពោះជំងឺរលាកឆ្អឹងស្រួចស្រាល់ វាតែងតែមានការហើមនិងឈឺនៅលើឆ្អឹង។ ជំងឺរលាកសន្លាក់ដោយការបង្ករោគបង្ហាញឡើងដោយមានការហើម រឹង និងក្ដៅ នៅសន្លាក់ ហើយកុមារមិនសូវកម្រើកអវៈយវៈដែលរងការប៉ះពាល់ទេ។

ជួនកាល ការបង្ករោគទាំងនេះ បង្ហាញឡើងជាជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ, សភាពកុមារដូចជាមិនសូវឈឺធ្ងន់ មិនសូវមានសញ្ញាសម្គាល់ត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់, និងគ្មានគ្រុនក្ដៅ។ គួរពិចារណាពីជំងឺរលាកឆ្អឹងដោយមេរោគរបេង នៅពេលដែលជំងឺកុមារមានលក្ខណៈរ៉ាំរ៉ៃ, មានសំបោរហូរចេញពី sinus ឬកុមារមានសញ្ញាដទៃទៀតនៃជំងឺរបេង។

ការស្រាវជ្រាវនៅមន្ទីរពិសោធន៍

ការថតដោយកាំរស្មី X មិនមានប្រយោជន៍ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទេ នៅពេលជំងឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលដំបូង។ ប្រសិនបើសង្ស័យយ៉ាងខ្លាំងលើជំងឺរលាកសន្លាក់ដោយការបង្ករោគ ចូរចាក់ម្ជុលទៅក្នុងសន្លាក់ដែលរងការប៉ះពាល់រួចបូមវា។ វត្ថុរាវប្រហែលជាមានសភាពស្រអាប់។ បើមានខ្ទុះក្នុងសន្លាក់ គួរប្រើម្ជុលធំ (បន្ទាប់ពីដាក់ថ្នាំស្ពឹកដោយ lignocaine ១%) ដើម្បីបូមយកគំរូវត្ថុវិភាគ និងបូមខ្ទុះចេញឲ្យបានច្រើនបំផុតតាមដែលអាច។ ពិនិត្យវត្ថុរាវនោះរកមើលកោសិកាឈាមស រួចធ្វើការបណ្ដុះ បើអាច។

បាក់តេរី Staphylococcus aureus គឺជាមូលហេតុញឹកញាប់លើកុមារអាយុ > ៣ឆ្នាំ។ ចំពោះកុមារអាយុតិចជាងនេះ មូលហេតុញឹកញាប់បំផុតនោះគឺបាក់តេរី *H. influenzae* ប្រភេទ b, *Streptococcus pneumonia* ឬ *S. pyogenes* ក្រុមA។ បាក់តេរី Salmonella គឺជាមូលហេតុញឹកញាប់លើកុមារតូចៗដែលមានជំងឺ sickle-cell ហើយរស់នៅក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់។

ការព្យាបាល

ជម្រើសនៃអង់ទីប៊ីយោទិក គឺអាស្រ័យលើប្រភេទនៃបាក់តេរីដែលបង្ក, ដោយផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលទៅតាមលទ្ធផលនៃតេស្ត Gram staining និងការបណ្តុះ។ បើអាចធ្វើការបណ្តុះបាន ចូរព្យាបាលទៅតាមប្រភេទនៃបាក់តេរីបង្ក និងលទ្ធផលនៃតេស្តមើលប្រសិទ្ធភាពរបស់អង់ទីប៊ីយោទិក។ បើមិនអាចធ្វើការបណ្តុះទេ ៖

- ព្យាបាលដោយឱសថ cloxacillin ឬ flucloxacillin តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ (៥0mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង) សម្រាប់កុមារអាយុ > ៣ឆ្នាំ។ បើគ្មានទេ គួរប្រើឱសថ chloramphenicol។
- អាចផ្តល់ឱសថ Clindamycin ឬឱសថ cephalosporins ជំនាន់ទី២ ឬទី៣។
- នៅពេលសីតុណ្ហភាពរបស់កុមារត្រឡប់មកធម្មតាវិញភ្លាម គួរប្រើឱសថតាមមាត់វិញ ដោយប្រើឱសថដដែល ក្នុងបរិមាណដូចគ្នា, ហើយបន្តរយៈពេលសរុប៣សប្តាហ៍សម្រាប់ជំងឺរលាកសន្លាក់ដោយការបង្ករោគ និង៥សប្តាហ៍សម្រាប់ជំងឺរលាកឆ្អឹង។
- ក្នុងករណីជំងឺរលាកសន្លាក់ដោយការបង្ករោគ គួរបូមយកខ្ទុះនៅសន្លាក់ចេញ។ បើការហើមកើតឡើងវិញច្រើនលើកច្រើនសារបន្ទាប់ពីការបូមខ្ទុះ, ឬបើការបង្ករោគឆ្លើយតបមិនល្អទៅនឹងការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិករយៈពេល ៣សប្តាហ៍, នោះគ្រូពេទ្យវះកាត់ គួរវះបង្ហូរខ្ទុះចេញ និងកាត់ឆ្អឹងដែលងាប់ចោល។ ក្នុងករណីជំងឺរលាកសន្លាក់ដោយការបង្ករោគ អាចតម្រូវឲ្យធ្វើការវះបើកបង្ហូរខ្ទុះ។ ក្នុងស្ថានភាពនេះ ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកគួរត្រូវបានបន្តរហូតដល់៦សប្តាហ៍។
- ជំងឺរលាកឆ្អឹងដោយរោគរបេង (Tuberculous osteomyelitis) អាចគួសបញ្ជាក់ដោយប្រវត្តិនៃការចាប់ផ្តើមហើមយឺតៗ និងរ៉ាំរ៉ៃ ដែលមិនឆ្លើយតបល្អទៅនឹងការព្យាបាលខាងលើទេ។ ព្យាបាលទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធីគ្រប់គ្រងជំងឺរបេង។ ការព្យាបាលដោយវះកាត់ គឺកម្រនឹងត្រូវការណាស់

ព្រោះអាប់សែនឹងបានធូរស្រាលដោយការព្យាបាលប្រឆាំងជំងឺរបេង។

ការថែទាំគាំទ្រ

ព្យាយាមកុំកម្រើកអវៈយវៈ ឬសន្លាក់ដែលរងការប៉ះពាល់។ បើវាកើតលើជើង មិនគួរឲ្យកុមារប្រឹងទ្រទម្ងន់លើជើងនោះទេ រហូតទាល់តែអាចធ្វើចលនាដោយមិនឈឺចាប់។ ព្យាបាលការឈឺចាប់ ឬគ្រុនក្ដៅខ្លាំង (បើវាធ្វើឲ្យកុមារពិបាកក្នុងខ្លួន) ដោយឱសថ paracetamol។

៦.១០ ជំងឺគ្រុនឈាម

ជំងឺគ្រុនឈាម បង្កឡើងដោយវីរុស (arbovirus) ដែលត្រូវបានចម្លងដោយមូសខ្លា។ វាកើតឡើងតាមរដូវកាលនៅក្នុងប្រទេសជាច្រើនក្នុងទ្វីបអាស៊ី និងអាមេរិកខាងត្បូង ហើយកើតឡើងយ៉ាងច្រើនក្នុងទ្វីបអាហ្វ្រិក។ ជាធម្មតា ជំងឺគ្រុនឈាមចាប់ផ្ដើមដោយមានគ្រុនក្ដៅខ្លាំងភ្លាមៗ, ការឈឺចាប់នៅខាងក្រោយភ្នែក, និងសីតុណ្ហភាពខ្ពស់បន្តរយៈពេល២-៧ថ្ងៃ។ កុមារភាគច្រើនបានធូរស្បើយឡើងវិញ ប៉ុន្តែមួយចំនួនតូចកើតមានជាជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ ជាញឹកញាប់ ក្នុងអំឡុងធូរស្បើយឡើងវិញ កុមារតែងមានស្នាមកន្ទួលក្រហមលើស្បែក។

រោគវិនិច្ឆ័យ

គួរសង្ស័យជំងឺគ្រុនឈាម នៅពេលកុមារមានគ្រុនក្ដៅយូរជាង២ថ្ងៃ ហើយរស់នៅក្នុងតំបន់ដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនឈាម។

- ឈឺក្បាល, ឈឺចាប់ក្រោយភ្នែក, ឈឺចាប់តាមសន្លាក់និងសាច់ដុំ, ឈឺពោះ, ក្អួត និង/ឬស្នាមអុចៗក្រហមអាចកើតឡើង ប៉ុន្តែមិនមែនកើតឡើងជានិច្ចនោះទេ។ ការញែកជំងឺគ្រុនឈាមចេញពីជំងឺដទៃដែលកើតឡើងញឹកញាប់លើកុមារអាចជាការពិបាក។

ការព្យាបាល

កុមារភាគច្រើន អាចត្រូវបានព្យាបាលនៅផ្ទះ ប្រសិនបើកុមារនៅមិនឆ្ងាយពីមន្ទីរពេទ្យ។

- ប្រាប់ឪពុកម្តាយរបស់កុមារឲ្យនាំកូនត្រឡប់មកវិញដើម្បីតាមដានបន្តរៀងរាល់ថ្ងៃ និងត្រូវត្រឡប់មកវិញជាបន្ទាន់ បើមានសញ្ញាណាមួយកើតឡើង ៖ ឈឺពោះជាខ្លាំង, ក្អួតជាប់រហូត, ចុងដៃចុងជើងត្រជាក់ស្អិត, ល្ហិតល្ហៃ ឬឡេះឡះ, ចេញឈាម ឧទា. លាមកខ្មៅ ឬកម្អួតដូចកាកកាហ្វេ។
- លើកទឹកចិត្តឲ្យកុមារផឹកទឹកស្អាត ឬទឹកអូរ៉ាលីត ដើម្បីជំនួសជាតិទឹកដែលបាត់បង់ក្នុងពេលគ្រុនក្តៅនិងក្អួត។
- ផ្តល់ឱសថ paracetamol បើកុមារមានគ្រុនក្តៅខ្លាំងដែលពិបាកក្នុងខ្លួន។ មិនត្រូវផ្តល់ឱសថ aspirin ឬឱសថប្រឆាំងរលាកដែលគ្មានជាតិស្តេរ៉ូអ៊ីដ(NSA IDs) ដូចជា ibuprofen ទេ, ព្រោះឱសថទាំងនេះអាចធ្វើឲ្យចេញឈាមកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។
- តាមដានកុមាររៀងរាល់ថ្ងៃ រហូតសីតុណ្ហភាពត្រឡប់មកធម្មតា។ ពិនិត្យអេម៉ាតូគ្រីត រៀងរាល់ថ្ងៃ បើអាច។ ពិនិត្យរកសញ្ញានៃជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។
- អោយសំរាកពេទ្យ ចំពោះកុមារណាដែលមានសញ្ញានៃជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ (ចេញឈាមតាមស្បែក, ស្ទុក, ស្ថានភាពផ្លូវចិត្តប្រែប្រួល, ប្រកាច់ ឬកើតលឿង) ឬមានអេម៉ាតូគ្រីតកើនឡើងរហ័ស។

៦.១០.១ ជំងឺគ្រុនឈាមធ្ងន់ធ្ងរ

អាចកំណត់ជាជំងឺគ្រុនឈាមធ្ងន់ធ្ងរ បើមានលក្ខខណ្ឌខាងក្រោមយ៉ាងតិចមួយ ៖

- ការជ្រាបចេញប្លាស្មាដែលអាចបណ្តាលទៅជាស្ទុក (dengue shock) និងការប្រមូលផ្តុំជាតិទឹកនៅក្រៅសរសៃឈាម
- ការចេញឈាមធ្ងន់ធ្ងរ
- ការខូចសរីរាង្គយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ។

ការជ្រាបចេញផ្លាស្មា ដែលជួនកាលអាចបណ្តាលទៅជាស្ហុក គឺជាផលវិបាកដ៏គ្រោះថ្នាក់បំផុតនៃជំងឺគ្រុនឈាមលើកុមារ។ អ្នកជំងឺត្រូវបានចាត់ទុកថាស្ថិតក្នុងសភាពស្ហុក បើគម្លាតលេខសម្ពាធឈាម (pulse pressure) (ភាពខុសគ្នារវាងសម្ពាធឈាមស៊ីស្តូល និងសម្ពាធឈាមដ្យាស្តូល) ≤ ២០mm Hg ឬមានសញ្ញានៃការនាំឈាមទៅសរីរាង្គមិនល្អ (ត្រជាក់ចុងដៃចុងជើង, ការបំពេញឈាមយឺត, ឬចង្វាក់ជីពចរខ្សោយញាប់)។ ជាទូទៅ សម្ពាធឈាមស៊ីស្តូលចុះទាប គឺជាសញ្ញាដែលកើតឡើងចុងក្រោយ។ ស្ហុកច្រើនតែកើតឡើងនៅថ្ងៃទី៤-៥ នៃជំងឺ។ ការឆាប់មានស្ថានភាពស្ហុក (ថ្ងៃទី២ ឬទី៣ នៃជំងឺ), គម្លាតលេខសម្ពាធឈាមកៀកគ្នា (≤១០mm Hg) ឬជីពចរ និងសម្ពាធឈាមចាប់មិនបានបញ្ជាក់ថាជាជំងឺធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង។

ផលវិបាកដទៃទៀតនៃជំងឺគ្រុនឈាម រួមមានការចេញឈាមតាមស្បែកឬតាមភ្នាស និងម្តងម្កាលមានជំងឺរលាកថ្លើម និងជំងឺខួរក្បាល (encephalopathy)។ ករណីស្លាប់ភាគច្រើនកើតលើកុមារដែលមានស្ហុកធ្ងន់ធ្ងរ ជាពិសេសបើមានលើសជាតិទឹក (មើលខាងក្រោម)

រោគវិនិច្ឆ័យ

គួរសង្ស័យជំងឺគ្រុនឈាមធ្ងន់ធ្ងរ បើកុមាររស់នៅក្នុងតំបន់ប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនឈាម និងមានគ្រុនក្តៅយូរជាង២ថ្ងៃ, រួមទាំងលក្ខណៈណាមួយដូចខាងក្រោម ៖

- ភស្តុតាងនៃការជ្រាបចេញផ្លាស្មា
  - អេម៉ាតូគ្រីត ឡើងខ្ពស់
  - ទឹកក្នុងស្រោមសួត ឬទាចទឹក
- វិបត្តិកម្លាំងចរន្តឈាម ឬស្ហុក
  - ចុងដៃចុងជើងត្រជាក់ស្អិត
  - រយៈពេលបំពេញឈាមយូរ (> ៣s)
  - ជីពចរខ្សោយ (អាចគ្មានជីពចរញាប់ទេ សូម្បីតែនៅពេលជ្រាបចេញផ្លាស្មាយ៉ាងច្រើន)

- គម្លាតលេខសម្ពាធឈាមកៀកគ្នា (narrow pulse pressure) (មើលខាងលើ)

■ ការហូរឈាមដោយឯកឯង
- ចេញពីច្រមុះ ឬអញ្ចាញធ្មេញ
- លាមកខ្មៅ ឬកម្អួតដូចកាកកាហ្វេ
- ស្នាមជាំលើស្បែក ឬស្នាមជាំឈាមជាចំណុចតូចៗពេញខ្លួន

■ កម្រិតស្មារតីប្រែប្រួល
- ល្ងិតល្ងៃ ឬទ្បេះទ្បះ
- សន្លប់
- ប្រកាច់

■ បញ្ហាក្រពះពោះវៀនធ្ងន់ធ្ងរ
- ក្អួតជាប់រហូត
- ឈឺចាប់ក្នុងពោះ ដោយមានភាពរឹងនៅខាងលើផ្នែកខាងស្តាំ
- កើតលឿង

ការព្យាបាល

▸ អោយអ្នកជំងឺដែលមានគ្រុនឈាមធ្ងន់ធ្ងរ សំរាកពេទ្យដែលមានបរិក្ខារគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយសេរ៉ូមជាបន្ទាន់ និងការតាមដានសម្ពាធឈាម និងអេម៉ាតូគ្រីត។

ការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក ៖ អ្នកជំងឺគ្មានស្តុក (គម្លាតលេខសម្ពាធឈាម(pulse pressure) > ២0mm Hg)

▸ ផ្តល់សេរ៉ូមសម្រាប់ការក្អួតជាបន្តបន្ទាប់ ឬ អេម៉ាតូគ្រីតឡើងខ្ពស់។

▸ ផ្តល់តែសេរ៉ូមអ៊ីសូតូនិក ដូចជាសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា និងសេរ៉ូមទ្បាក់តាត ឬសេរ៉ូម

ផ្អែម ៥% ក្នុងសេរ៉ូមឡាក់តាត។

- ចាប់ផ្តើមដំបូងចំនួន ៦ml/kg ក្នុងមួយម៉ោង រយៈពេល២ម៉ោង, បន្ទាប់មកបន្ថយនៅ ២–៣ml/kg ក្នុងមួយម៉ោង អាស្រ័យលើការឆ្លើយតបរបស់អ្នកជំងឺ។

ផ្តល់សេរ៉ូមក្នុងបរិមាណអប្បរមាដើម្បីរក្សាលំនឹងជាតិទឹក ឬបរិមាណទឹកនោម។ តាមធម្មតា អ្នកជំងឺត្រូវការដាក់សេរ៉ូមតែរយៈពេល២៤-៤៨ម៉ោងប៉ុណ្ណោះ ព្រោះចាប់ពីរយៈពេលនេះទៅ ការជ្រាបជាតិទឹកចេញពីសរសៃឈាម (capillary leak) នឹងត្រឡប់ទៅសភាពធម្មតាវិញដោយខ្លួនឯង។

ការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក ៖ អ្នកជំងឺមានស្តុក (គម្លាតលេខសម្ពាធឈាម(pulse pressure) ≤២0mm Hg)

- ព្យាបាលជាបន្ទាន់។ ផ្តល់សេរ៉ូម isotonic crystalloid solution ដូចជាសេរ៉ូមឡាក់តាត ឬសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ចំនួន ១០–២០ml/kg រយៈពេល១ម៉ោង។
  - បើកុមារឆ្លើយតប (ការបំពេញឈាម និងការដឹកនាំជាតិទឹក ចាប់ផ្តើមមានភាពល្អប្រសើរ, គម្លាតលេខសម្ពាធឈាម(pulse pressure) បើកឆ្ងាយពីគ្នា), គួរបន្ថយសេរ៉ូមនៅ ១០ml/kg រយៈពេល១ម៉ោង ហើយជាបន្តបន្ទាប់បន្ថយមកដល់ ២–៣ml/kg ក្នុងមួយម៉ោង រយៈពេល៦-៨ម៉ោងទៀត។
  - បើកុមារមិនឆ្លើយតប (បន្តមានសញ្ញានៃស្តុក) គួរផ្តល់សេរ៉ូម crystalloid solution ចំនួន ២០ml/kg រយៈពេល១ម៉ោងទៀត, ឬពិចារណាផ្តល់សេរ៉ូម colloid solution ចំនួន ១០ml/kg ដូចជាសេរ៉ូម ៦% dextran ៧០ ឬសេរ៉ូម hetastarch ៦% (ម៉ាសម៉ូលេគុល ២០០.០០០) រយៈពេល១ម៉ោង។ ត្រឡប់ទៅប្រើសេរ៉ូម crystalloid ដូចរៀបរាប់ខាងលើវិញ ឲ្យបានឆាប់បំផុត។
- ក្នុងអំឡុង ២៤-៤៨ ម៉ោងបន្ទាប់ អាចត្រូវការផ្តល់ជាតិទឹកបន្ថែមក្នុងល្បឿនលឿនបរិមាណតិច (៥–១០ml/kg រយៈពេល១ម៉ោង)

- សម្រេចចិត្តលើការព្យាបាលដោយជាតិទឹក ដោយផ្អែកលើការឆ្លើយតបរបស់អ្នកជំងឺ, ពោលគឺពិនិត្យសញ្ញាជីវិតរៀងរាល់ម៉ោង, អេម៉ាតូគ្រីត និងតាមដានបរិមាណទឹកនោមយ៉ាងដិតដល់។ ការប្រែប្រួលនៃអេម៉ាតូគ្រីត អាចជាចំណុចណែនាំដ៏មានប្រយោជន៍សម្រាប់ការព្យាបាល ប៉ុន្តែត្រូវតែផ្ទៀងផ្ទាត់អេម៉ាតូគ្រីតនោះជាមួយនឹងការឆ្លើយតបនៃរោគសញ្ញារបស់អ្នកជំងឺ។ ឧទាហរណ៍ ការកើនឡើងនៃអេម៉ាតូគ្រីត រួមជាមួយសញ្ញាជីវិតមិននឹងនរ (ជាពិសេសគម្លាតលេខសម្ពាធឈាមកៀកគ្នា (narrow pulse pressure)) បញ្ជាក់ប្រាប់ពីតម្រូវការជាតិទឹកបន្ថែម, ប៉ុន្តែ អ្នកជំងឺមិនត្រូវការជាតិទឹកបន្ថែមទេ ប្រសិនបើសញ្ញាជីវិតមានភាពនឹងនរ បើទោះជាមានអេម៉ាតូគ្រីត ខ្ពស់ខ្លាំងក៏ដោយ(៥០–៥៥%)។ ក្នុងករណីនេះ ចូរបន្តការតាមដានជាញឹកញាប់។ អេម៉ាតូគ្រីត ទំនងជាចាប់ផ្តើមធ្លាក់ចុះក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោងបន្ទាប់ នៅពេលដំណាក់កាលបឺតស្រូបឡើងវិញ(reabsorptive phase) ចាប់ផ្តើម។
- ក្នុងករណីភាគច្រើន គេអាចបញ្ឈប់សេរ៉ូមបន្ទាប់ពី៣៦-៤៨ម៉ោង។ ចូរចងចាំថា ការផ្តល់ជាតិទឹកច្រើនពេក អាចបណ្តាលឲ្យស្លាប់ ដោយសារការលើសជាតិទឹក។

ការព្យាបាលផលវិបាកនៃការចេញឈាម

- ការចេញឈាមតាមភ្នាស អាចកើតឡើងលើអ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលមានគ្រុនឈាម ប៉ុន្តែជាទូទៅវាមានលក្ខណៈស្រាល។ នេះដោយសារចំនួនផ្លាកែតទាប ហើយជាទូទៅវាមានភាពប្រសើរឡើងវិញយ៉ាងឆាប់រហ័សក្នុងអំឡុងសប្តាហ៍ទី២នៃជំងឺ។
- បើមានការហូរឈាមច្រើន ជាធម្មតាវាស្ថិតក្នុងផ្លូវក្រពះពោះវៀន ជាពិសេសចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានស្តុកធ្ងន់ធ្ងរ ឬអូសបន្លាយ។ ការហូរឈាមនៅខាងក្នុងអាចត្រូវមើលមិនដឹងជាច្រើនម៉ោង រហូតទាល់តែកុមារបន្ទោរបង់លាមកមានពណ៌ខ្មៅ។ ពិចារណាពីចំណុចនេះ បើស្តុកមិនបានប្រសើរផ្អែកគ្លីនិកបន្ទាប់ពី

ការព្យាបាលដោយជាតិទឹក ជាពិសេសបើកុមារមានភាពស្លេកស្លាំងខ្លាំង, បើអេម៉ាតូគ្រីតកំពុងធ្លាក់ចុះ, ឬបើពោះកុមារឡើងតឹង និងរឹង។

- ចំពោះកុមារដែលមានប្លាកែតធ្លាក់ចុះខ្លាំង (< ២០.០០០platelets/mm៣) ត្រូវឲ្យកុមារសម្រាកលើគ្រែឲ្យបានច្រើន និងការពារពីរបួសដើម្បីបន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃការហូរឈាម។ មិនត្រូវផ្តល់ឱសថដោយចាក់តាមសាច់ដុំទេ។
- តាមដានស្ថានភាពគ្លីនិក, អេម៉ាតូគ្រីត, បើអាច ចំនួនប្លាកែត។
- ការចាក់បញ្ចូលឈាម កម្រជាការចាំបាច់ណាស់។ នៅពេលមានការចាំបាច់គួរផ្តល់ឈាមដោយប្រុងប្រយ័ត្នជាទីបំផុត ព្រោះបញ្ហាលើសជាតិទឹក។ បើសង្ស័យថាមានការបាត់បង់ឈាមយ៉ាងច្រើន គួរផ្តល់ឈាមទាំងមូលថ្មីចំនួន ៥–១០ml/kg ឬគោលិកាឈាមក្រហមសុទ្ធចំនួន ១០ml/kg យឺតៗរយៈពេល ២-៤ម៉ោង រួចសង្កេតមើលការឆ្លើយតបគ្លីនិក។ ពិចារណាផ្តល់ឈាមឡើងវិញបើមានការឆ្លើយតបគ្លីនិក ល្អ និងមានការបញ្ជាក់ពីការបាត់បង់ឈាមយ៉ាងច្រើន។
- គួរផ្តល់កំហាប់ផ្លាកែត (បើមាន) តែក្នុងករណីហូរឈាមធ្ងន់ធ្ងរប៉ុណ្ណោះ។ បើគ្មានហូរឈាមទេ ការព្យាបាលការធ្លាក់ចុះនៃចំនួនប្លាកែត (thrombocytopenia) គឺគ្មានប្រយោជន៍ទេ ហើយវាអាចមានគ្រោះថ្នាក់ថែមទៀត។

ការព្យាបាលការលើសជាតិទឹក

ការលើសជាតិទឹក គឺជាផលវិបាកដ៏គ្រោះថ្នាក់នៅពេលព្យាបាលស្ទុក។ វាអាចកើតឡើងដោយសារ ៖

- ការដាក់សេរ៉ូមលើសលប់ ឬប្រើល្បឿនបង្ហូរសេរ៉ូមលឿនពេក
- នៅពេលដែលគួរតែប្រើសេរ៉ូម isotonic crystalloid បែរជាប្រើសេរ៉ូម hypotonic ទៅវិញ
- ការបន្តផ្តល់សេរ៉ូមរយៈពេលយូរជ្រុល (នៅពេលការជ្រាបចេញប្លាស្មាបានកែតម្រូវរួចហើយ)

– ការផ្តល់សេរ៉ូមក្នុងបរិមាណយ៉ាងច្រើន លើកុមារដែលមានការជ្រាបជាតិទឹកចេញសរសៃឈាម (capillary leakage) ធ្ងន់ធ្ងរ

■ សញ្ញាដំបូងៗ ៖

– ដកដង្ហើមញាប់
– ប្រអប់ទ្រូងផតចូល
– ទឹកក្នុងស្រោមសួតច្រើន
– ទាចទឹក
– ការហើមជុំវិញភ្នែក ឬជាលិកាទន់ៗ

■ សញ្ញាក្រោយៗ ៖

– ការហើមសួត
– សម្បុរឡើងស្វាយ
– ស្តុកដែលមិនអាចកែប្រែបាន (ច្រើនតែជាការរួមគ្នារវាងការថយចុះនៃចំណុះឈាម និងខ្សោយបេះដូង)

ការគ្រប់គ្រងការលើសជាតិទឹក ប្រែប្រួលទៅតាមលក្ខខណ្ឌដែលថាតើកុមារស្ថិតក្នុងសភាពស្តុកឬអត់ ៖

• កុមារដែលនៅតែស្ថិតក្នុងសភាពស្តុក និងបង្ហាញសញ្ញានៃការលើសជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ គឺពិបាកបំផុតក្នុងការព្យាបាល ហើយអត្រាមរណភាពមានកម្រិតខ្ពស់។

▸ ការផ្តល់ colloid solution ជាល្បឿនលឿនក្នុងបរិមាណតិចៗ ប្រហែលជាជួយបាន, ដោយមានឱសថកែប្រែកម្លាំងកន្ត្រាក់របស់បេះដូង (inotropic agents) ជួយគាំទ្រដល់ប្រព័ន្ធឈាមរត់ (មើលសៀវភៅជំងឺកុមារ)។

▸ ចៀសវាងឱសថបញ្ចុះទឹកនោម ព្រោះវានឹងធ្វើឲ្យបាត់បង់ជាតិទឹកកាន់តែច្រើនពីសរសៃឈាម។

▸ ការបូមទឹកក្នុងស្រោមសួត ឬទាចទឹក អាចជាការចាំបាច់ដើម្បីបន្ធូរបញ្ហាដង្ហើម

ប៉ុន្តែវាមានការប្រឈមនឹងការហូរឈាមក្នុងពេលអនុវត្តទម្រង់ការបូមនោះ ។

- បើអាច គួរពិចារណាពីការបញ្ចូលសម្ពាធខ្យល់វិជ្ជមានដោយម៉ាស៊ីន (PPV) ឲ្យបានឆាប់ មុននឹងកើតមានការហើមសួត។
- បើស្ទុកលែងកើតមាន ប៉ុន្តែកុមារមានដង្ហើមញាប់ឬពិបាកដកដង្ហើម និងមានការចូលទឹកយ៉ាងច្រើន នោះគួរផ្តល់ឱសថ furosemide តាមមាត់ ឬតាមសរសៃ ចំនួន ១mg/kg មួយថ្ងៃ១ឬ២ដង រយៈពេល២៤ម៉ោង និងផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន (អានទំ.៤៨៤)។
- បើស្ទុកលែងកើតមាន ហើយកុមារមានស្ថានភាពនឹងនរ ចូរបញ្ឈប់សេរ៉ូម និងឲ្យកុមារសម្រាកលើគ្រែឲ្យបានច្រើន រយៈពេល២៤-៤៨ម៉ោង។ ជាតិទឹកដែលលើស នឹងត្រូវបានស្រូបយកឡើងវិញ ហើយបាត់បង់តាមរយៈការកើនឡើងនៃបរិមាណទឹកនោម។

ការថែទាំគាំទ្រ

- ផ្តល់ឱសថ paracetamol បើកុមារមានគ្រុនក្តៅខ្លាំង និងពិបាកក្នុងខ្លួន។ មិនត្រូវផ្តល់ឱសថ aspirin ឬឱសថប្រឆាំងរលាកដែលគ្មានជាតិស្តេរ៉ូអ៊ីដ (NSAID) ដូចជា ibuprofen ទេ ព្រោះវាធ្វើឲ្យការហូរឈាមកាន់តែមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ។
- មិនត្រូវផ្តល់ឱសថស្តេរ៉ូអ៊ីដទេ។
- មិនសូវឃើញកើតមានការប្រកាច់លើកុមារដែលមានជំងឺគ្រុនឈាមធ្ងន់ធ្ងរទេ។ បើវាកើតឡើង ចូរព្យាបាលដូចរៀបរាប់ក្នុងគំនូសបំព្រួមទី៩ ទំ.២៣។
- ប្រសិនបើកុមារសន្លប់ ចូរអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំនៅក្នុងផ្នែកទី ១.៥.៣, ទំ. ៣៧។
- គួរផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដល់កុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្ទុក ឬមានបញ្ហាពិបាកដកដំណកដង្ហើម, ហើយបើអាច គួរផ្តល់សម្ពាធខ្យល់វិជ្ជមានតាមច្រមុះ (មើលខាងលើ)។
- ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប (ជាតិស្ករ < ២.៥mmol/litre ឬ < ៤៥mg/dl)

គឺជាស្ថានភាពមិនធម្មតា។ បើកើតឡើងមែន គួរផ្តល់សេរ៉ូមផ្អែមតាមសរសៃ ដូចរៀបរាប់នៅក្នុងគំនូសបំព្រួមទី១០ ទំ.២៥។

- បើកុមារមានបញ្ហាជំងឺថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំដែលមានក្នុងសៀវភៅជំងឺកុមារ។

ការតាមដាន

- ចំពោះកុមារដែលស្ថិតក្នុងសភាពស្លុក ចូរតាមដានសញ្ញាជីវិតរៀងរាល់ម៉ោង (ជាពិសេស គម្លាតលេខសម្ពាធឈាម (pulse pressure) បើអាច) រហូតមានស្ថានភាពនឹងនរ, ព្រមទាំងពិនិត្យ អេម៉ាតូគ្រីត ៣ឬ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ។ វេជ្ជបណ្ឌិតគួរពិនិត្យអ្នកជំងឺយ៉ាងតិចមួយថ្ងៃ៤ដង និងចេញវេជ្ជបញ្ជាឲ្យប្រើសេរ៉ូមក្នុងមួយពេលត្រឹម៦ម៉ោងយ៉ាងយូរ។
- ចំពោះកុមារដែលមិនស្ថិតក្នុងសភាពស្លុកទេ គិលានុបដ្ឋាកគួរពិនិត្យមើលសញ្ញាជីវិត (សីតុណ្ហភាព ជីពចរ និងសម្ពាធឈាម) យ៉ាងតិច៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ និងពិនិត្យអេម៉ាតូគ្រីត មួយថ្ងៃម្តង, ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតគួរពិនិត្យអ្នកជំងឺយ៉ាងតិចមួយថ្ងៃម្តង។
- នៅក្នុងដំណាក់កាលស្រួចស្រាល់ គួរត្រួតពិនិត្យចំនួនប្លាកែតរៀងរាល់ថ្ងៃ បើអាច។
- កត់ត្រាពីបរិមាណជាតិទឹកចូលនិងចេញទាំងអស់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ។

៦.១១ ជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ (Rheumatic fever)

ជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ ច្រើនតែកើតឡើងបន្ទាប់ពីមានការបង្ករោគដោយបាក់តេរី S. pyogenes ក្នុងបំពង់ក ឬលើស្បែក។ កុមារមួយចំនួនមានគ្រុនក្តៅ និងឈឺចាប់នៅក្នុងសន្លាក់ធំៗ ដែលអាចប្តូរទីតាំងពីសន្លាក់មួយទៅសន្លាក់មួយទៀត។ ការបង្ករោគអាចធ្វើឲ្យខូចខាតដល់ប្រឹសបេះដូង (heart valves) (ជាពិសេសប្រឹសបេះដូងខាងឆ្វេង (mitral valve) និងប្រឹសអាទែ (aortic valves)), ដែលនាំឲ្យមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម

និងការខ្សោយបេះដូង។ កុមារដែលមានជំងឺស្រាល អាចគ្រាន់តែមានសំឡេងរំញ័របេះដូង (heart murmur) ប៉ុណ្ណោះ។ ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរអាចបង្ហាញជាគ្រុនក្តៅ ការដកដង្ហើមពិបាកឬញាប់ និងភាពល្ហិតល្ហៃ។ កុមារអាចមានការឈឺចាប់ក្នុងទ្រូង ឬសន្លប់។ ជាទូទៅកុមារដែលមានជំងឺនេះ ច្រើនតែមានអាយុលើស៥ឆ្នាំ។ ការខ្សោយបេះដូងអាចស្តែងឡើងតាមរយៈចង្វាក់បេះដូងញាប់, បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម និងថ្លើមរីក។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់គឺជាការសំខាន់ព្រោះការបង្ការដោយឱសថ penicillin អាចបង្ការការកើតមានជំងឺនេះនៅពេលក្រោយទៀត និងចៀសវាងការខូចខាតកាន់តែធ្ងន់ទៅលើប្រឹសបេះដូង។ ជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ស្រួចស្រាល់ ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិកទៅតាមលក្ខខណ្ឌរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកដែលផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌ Jones (Jones criteria) (តារាងទី២០)។ រោគវិនិច្ឆ័យគឺផ្អែកលើរោគសញ្ញាធំ២, ឬរោគសញ្ញាធំ១ រួមជាមួយរោគសញ្ញាតូច២, រួមនិងភស្តុតាងនៃការបង្ករោគពីមុនមកដោយបាក់តេរី Streptococcus ក្រុមA។

ការស្រាវជ្រាវ

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ ទាមទារភស្តុតាងនៃការបង្ករោគពីមុនមកដោយបាក់តេរី Streptococcus។

- តេស្តអង់ទីគ័រ Streptococcal serum (តេស្ត antistreptolysin-O (ASLO) និងតេស្ត antideoxyribonclease B)
- ប្រតិករក្នុងដំណាក់កាលស្រួចស្រាល់ (ESR, CRP(C-reactive protein))
- តេស្តរាប់កោសិកាឈាមពេញលេញ

តារាងទី២០. លក្ខខណ្ឌរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ (ដោយផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌ Jones)

ចំណាត់ថ្នាក់រោគវិនិច្ឆ័យ	លក្ខខណ្ឌ
ការកើតឡើងជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់លើកដំបូង **ឬ** ការលាប់នៃជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ដោយគ្មានជំងឺបេះដូងដោយសាររោគរលាកសន្លាក់(rheumatic heart disease)	រោគសញ្ញាធំ[a] ២ ឬរោគសញ្ញាធំ១ និងរោគសញ្ញាតូច[b] ២ **រួមទាំង**ភស្តុតាងនៃការបង្ករោគពីមុនដោយបាក់តេរី Strepto-coccus ក្រុមA[c]
ការលាប់នៃជំងឺគ្រុនរលាកសន្លាក់ដោយមានជំងឺបេះដូងដោយសាររោគរលាកសន្លាក់	រោគសញ្ញាតូច២ **រួមទាំង**ភស្តុតាងនៃការបង្ករោគពីមុនដោយបាក់តេរី Streptococ-cus ក្រុមA[d]
ជំងឺញាក់មុខដៃជើងដោយសាររោគរលាកសន្លាក់ (Rheumatic chorea) **ឬ** ការរលាកបេះដូងដែលកើតឡើងស្ងាត់ៗដោយសាររោគរលាកសន្លាក់	រោគសញ្ញាធំដទៃទៀត ឬភស្តុតាងនៃការបង្ករោគដោយបាក់តេរី Streptococcus ក្រុម A មិនទាមទារទេ

[a] រោគសញ្ញាធំ
- រលាកបេះដូង (carditis)
- ការរលាកសន្លាក់ច្រើន (polyarthritis)
- ការកន្ត្រាក់ដោយឯកឯង
- erythema marginatum
- nodules ក្រោមស្បែក (subcutaneous nodules)

[b] រោគសញ្ញាតូច
- គ្លីនិក ៖ គ្រុនក្តៅ, ការឈឺចាប់ក្នុងសន្លាក់ច្រើន (polyarthralgia)

– មន្ទីរពិសោធន៍ ៖ ការកើនឡើងក្នុងដំណាក់កាលស្រួចស្រាល់នៃ VS (erythrocyte sedimentation rate) ឬគ្រាប់ឈាមស (leukocyte)

[c] ភស្តុតាងនៃការបង្ករោគពីមុនដោយបាក់តេរី Streptococcus ក្នុងអំឡុង៤៥ថ្ងៃមុន

– Electrocardiogram ៖ រយៈពេលចន្លោះP–R យូរ
– antistreptolysin-O ឬអង់ទីគ័រប្រឆាំងនឹង Streptococcus ដទៃទៀត កើនឡើង, ឬ
– តេស្តនៃការបណ្តុះបាក់តេរីក្នុងបំពង់ក មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន, ឬ
– តេស្តអង់ទីហ្សែនសម្រាប់បាក់តេរី Streptococcus ក្រុម A មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន, ឬ
– ជំងឺអុតក្តាម (scarlet fever) ក្នុងពេលថ្មីៗ

[d] អ្នកជំងឺខ្លះដែលមានជំងឺនេះលាប់ អាចមិនមានលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ។

- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X
- Echocardiography រួមជាមួយការពិនិត្យ Doppler បើមាន។

ការព្យាបាល

អោយសំរាកពេទ្យ

- ផ្តល់ឱសថ aspirin ចំនួន ២០mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង រហូតការឈឺចាប់ក្នុងសន្លាក់បានប្រសើរ(១-២សប្តាហ៍),បន្ទាប់មកបន្ថយកម្រិតថ្នាំមកត្រឹម១៥mg/kg រយៈពេល៣-៦សប្តាហ៍ទៀត។

បើមានជំងឺខ្សោយបេះដូង ៖

- សម្រាកលើគ្រែ និងតមរបបអាហារដែលមានជាតិសូដ្យូម
- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន
- ឱសថ furosemide ចំនួន ១mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង
- ឱសថ prednisolone តាមមាត់ចំនួន ១mg/kg រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១សប្តាហ៍ សម្រាប់ជំងឺខ្សោយបេះដូងធ្ងន់ធ្ងរ
- បញ្ចូលឈាម បើ Hb < ៨mg/dl
- ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកដើម្បីកម្ចាត់ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី Streptococcus ក្នុងបំពង់ក

ការថែទាំគាំទ្រ

កុមារទាំងអស់នឹងត្រូវបង្ការដោយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក។

- ផ្ដល់ឱសថ benzathine benzylpenicillin តាមសាច់ដុំចំនួន ៦០០.០០០U រៀងរាល់៣-៤សប្ដាហ៍ ឬឱសថ penicillin V តាមមាត់ចំនួន ២៥០mg មួយថ្ងៃ២ដង។
- ធានាថាកុមារបានទទួលថ្នាំបង្ការតាមកាលវិភាគ។
- ពិនិត្យឡើងវិញរៀងរាល់៣-៦ខែ។

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី៧

កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ

៧.១ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ៣១០

៧.២ ការវាយតម្លៃដំបូងលើកុមារដែលមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ៣១១

៧.៣ ការរៀបចំការថែទាំ ៣១៣

៧.៤ ការព្យាបាលទូទៅ ៣១៤

- ៧.៤.១ ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប ៣១៥
- ៧.៤.២ សីតុណ្ហភាពចុះទាប ៣១៧
- ៧.៤.៣ ការខ្វះជាតិទឹក ៣១៩
- ៧.៤.៤ អតុល្យភាពអេឡិកត្រូលីត ៣២៤
- ៧.៤.៥ ការបង្ករោគ ៣២៥
- ៧.៤.៦ ការខ្វះមីក្រូសារធាតុចិញ្ចឹម ៣២៨
- ៧.៤.៧ ការផ្តល់អាហារឡើងវិញក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ៣២៩
- ៧.៤.៨ ការផ្តល់អាហារក្នុងដំណាក់កាលធំធាត់ឡើងវិញ ៣៣១
- ៧.៤.៩ ការភ្ញោចញាណដឹង ៣៣៩
- ៧.៤.១០ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរី កុមារអាយុក្រោម៦ខែ ៣៤០

៧.៥ ការព្យាបាលជំងឺផ្សេងៗទៀត ៣៤២

- ៧.៥.១ បញ្ហាភ្នែក ៣៤២
- ៧.៥.២ ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ៣៤២

	៧.៥.៣	ជំងឺស្បែកក្នុងករណីកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ kwashiorkor	៣៤៤
	៧.៥.៤	ជំងឺរាកដែលបន្តជានិច្ច	៣៤៤
	៧.៥.៥	ជំងឺរបេង	៣៤៥
៧.៦	ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងការតាមដានបន្ត		៣៤៥
	៧.៦.១	បញ្ជូនទៅផ្នែកថែទាំជំងឺក្រៅ	៣៤៥
	៧.៦.២	ការអនុញ្ញាតចេញពីផ្នែកព្យាបាលអាហារូបត្ថម្ភ	៣៤៧
	៧.៦.៣	ការតាមដានបន្ត	៣៤៨
៧.៧	ការតាមដានគុណភាពនៃការថែទាំ		៣៤៨
	៧.៧.១	ការត្រួតពិនិត្យបញ្ជីមរណភាព	៣៤៨
	៧.៧.២	ការឡើងទម្ងន់ក្នុងអំឡុងពេលស្តារនីតិសម្បទា	៣៤៩

៧.១ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ

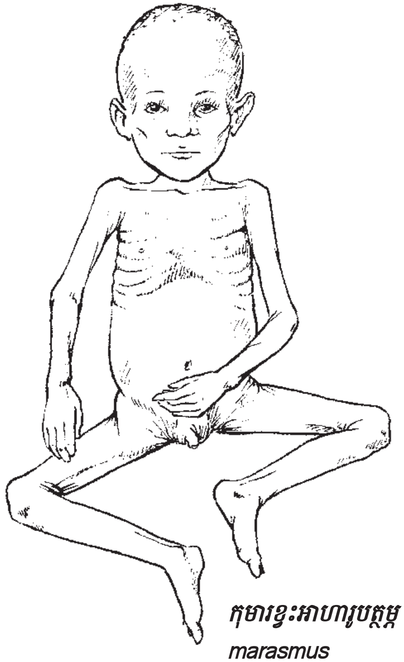
កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបានឲ្យនិយមន័យនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំទាំងនេះថា វត្តមាននៃការហើមនៅជើងទាំងពីរ ឬភាពស្គមស្គាំងធ្ងន់ធ្ងរ (ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់/ប្រវែង <-៣SD ឬប្រវែងរង្វង់ដើមដៃ < ១១៥mm)។ គ្មានការបែងចែករវាងលក្ខណៈគ្លីនិកនៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ kwashiorkor និងភាពស្គមស្គាំងធ្ងន់ធ្ងរទេ ព្រោះការព្យាបាលរបស់វាទាំង២ មានភាពស្រដៀងគ្នា។ កុមារដែលមានទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ <-៣SD អាចមានរាងកាយតឿ ប៉ុន្តែមិនស្គមស្គាំងធ្ងន់ធ្ងរទេ។ កុមារតឿដែលមិនស្គមស្គាំងធ្ងន់ធ្ងរ មិនទាមទារការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យទេ លុះត្រាតែមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

លក្ខណៈរោគវិនិច្ឆ័យសំខាន់ៗគឺ ៖

- ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង/កម្ពស់ < -៣SD (ស្គមស្គាំង) (មើលទំ.៥៧៩) ឬ

- ប្រវែងរង្វង់ដើមដៃ < ១១៥mm ឬ
- ហើមជើងទាំង២ (កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ kwashiorkor ដោយមាន ឬគ្មានភាពស្គមស្គាំងធ្ងន់ធ្ងរ)។



កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ marasmus

កុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ គួរត្រូវបានវាយតម្លៃតាមរយៈការពិនិត្យគ្លីនិកចប់សព្វគ្រប់ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាតើពួកគេមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទូទៅ, ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ, និងឃ្លានអាហារដែរឬទេ។

កុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ រួមជាមួយការបាត់បង់ចំណង់អាហារ ឬមានផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ, មាន ***កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរស្មុគស្មាញ*** ហើយ គួរសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ កុមារដែលមានចំណង់បរិភោគអាហារធម្មតា និង គ្មានផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រ អាចត្រូវបានព្យាបាលជាអ្នកជំងឺក្រៅ។

៧.២ ការវាយតម្លៃដំបូង

វាយតម្លៃរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទូទៅ ឬសញ្ញាបន្ទាន់ រួចសួរប្រវត្តិដែលទាក់ទងនឹង ៖

- ការបរិភោគអាហារ និងទឹកក្នុងពេលថ្មីៗ
- របបអាហារធម្មតាមុននឹងមានជំងឺនេះ
- ការបំបៅដោះ
- រយៈពេល និងចំនួនដងនៃការរាក និងការក្អួត
- ប្រភេទជំងឺរាក (រាវដូចទឹក/លាយឈាម)
- បាត់បង់ចំណង់បរិភោគអាហារ

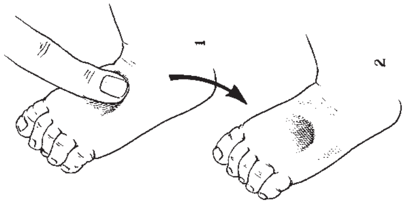
ការវាយតម្លៃដំបូង

- ស្ថានភាពគ្រួសារ
- ក្អកយូរជាង២សប្ដាហ៍
- ការប៉ះពាល់ជាមួយអ្នកជំងឺរបេង
- ការប៉ះពាល់ជាមួយអ្នកជំងឺកញ្ជ្រឹល
- ដឹងច្បាស់ ឬសង្ស័យពីការឆ្លង ឬប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍។

កុមារហើមដោយសារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ

ក្នុងពេលពិនិត្យ ត្រូវរកមើល ៖

- ស្លក ៖ ល្ហិតល្ហៃ ឬសន្លប់; ដៃត្រជាក់, ការបំពេញឈាមនៅចុងម្រាម (> ៣ s), ជីពចរញាប់ ឬខ្សោយ, និងសម្ពាធឈាមទាប
- សញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹក
- ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរនៅបាតដៃ បាតជើង
- ហើមទ្រុតលើជើងទាំង២
- សញ្ញានៃការខ្វះវីតាមីនA ៖
  - ភ្នាសភ្នែក ឬកែវភ្នែកស្ងួត, ស្នាមពពុះតូចៗពណ៌ប្រផេះ(Bitot spots)
  - ការរលាកកែវភ្នែក (corneal ulceration)
  - ជំងឺ keratomalacia (កែវភ្នែកទន់ ស្ងួត និងរលាក)



ការហើមទ្រុតនៅលើខ្នងជើង។ នៅពេលសង្កត់ពីរបីវិនាទី រួចដកម្រាមដៃចេញ ខ្នងជើងនៅតែទ្រុត។

កុមារហើមដោយសារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ការហើមទ្រុតនៅលើខ្នងជើង។ នៅពេលសង្កត់ពីរបីវិនាទី រួចដកម្រាមដៃចេញ ខ្នងជើងនៅតែទ្រុត។

កុមារដែលខ្វះវីតាមីន A ទំនងជាខ្លាចពន្លឺ ហើយនឹងបិទភ្នែកជានិច្ច។ ការសំខាន់គឺត្រូវពិនិត្យភ្នែករបស់កុមារយ៉ាងថ្នមបំផុត ដើម្បីបង្ការការរហែកកែវភ្នែក។

- សញ្ញានៃការបង្ករោគ, រួមទាំងការបង្ករោគនៅក្នុងត្រចៀក និងបំពង់ក, ការបង្ករោគលើស្បែក ឬជំងឺរលាកសួត
- សញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (អានជំពូកទី៨, ទំ.៣៥៣)
- គ្រុនក្តៅ (សីតុណ្ហភាព ≥៣៧.៥°C ឬ ≥ ៩៩.៥°F) ឬសីតុណ្ហភាពធ្លាក់ទាប (កម្តៅនៅរន្ធគូថ < ៣៥.៥°C ឬ < ៩៥.៩°F)
- ដំបៅមាត់
- ការប្រែប្រួលស្បែកនៅពេលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ kwashiorkor ៖
  - ស្បែកឡើងពណ៌ស្រអាប់ ឬស្លេក
  - ការរបកស្បែក (desquamation)
  - ដំបៅ (រាលដាលតាមអវៈយវៈ, ភ្លៅ, ប្រដាប់ភេទ, ក្រលៀន និងខាងក្រោយត្រចៀក)
  - exudative lesions (ដូចការរលាកធ្ងន់ធ្ងរ) ច្រើនតែរួមជាមួយការបង្ករោគក្នុង ឬក្រោយពេលព្យាបាល (រួមទាំងមេរោគផ្សិត Candida)។
- ធ្វើតេស្តចំណង់ហូបអាហារ ៖
  - ពិនិត្យមើលថាតើកុមារមានចំណង់ហូបអាហារដែរឬទេ ដោយផ្តល់អាហារព្យាបាលដែលហូបបានភ្លាម។

គួរធ្វើការស្រាវជ្រាវក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ ពិនិត្យមើល Hb ឬអេម៉ាតូគ្រីត, ជាពិសេសប្រសិនបើមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរនៅបាតដៃបាតជើង។

៧.៣ ការរៀបចំការថែទាំ

កុមារដែលមានចំណង់អាហារ (ជាប់តេស្តចំណង់ហូបអាហារ), មានស្ថានភាពគ្លីនិកធម្មតា និងរហ័សរហួន គួរត្រូវបានព្យាបាលជាអ្នកជំងឺក្រៅ សម្រាប់ការខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរមិនស្មុគស្មាញ។ កុមារដែលមានការហើមធ្ងន់ធ្ងរ +++ ឬគ្មានចំណង់អាហារ (ធ្លាក់តេស្តចំណង់អាហារ) ឬមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទូទៅមួយឬច្រើន ឬស្ថានភាព

វេជ្ជសាស្ត្រដែលទាមទារការសំរាកពេទ្យ, គួរសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

- នៅពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ កុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរស្មុគស្មាញ គួរត្រូវបានដាក់ដោយឡែកពីកុមារដែលមានជំងឺឆ្លង និងឲ្យស្នាក់នៅកន្លែងក្តៅ (២៥–៣០°C, មិនត្រូវចរន្តខ្យល់) ឬក្នុងអគារអាហារូបត្ថម្ភពិសេស បើមាន, ហើយត្រូវបានតាមដានជាប់ជានិច្ច។

គួរមានបុគ្គលិកគ្រប់គ្រាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីធានាថាអាហារព្យាបាល ត្រូវបានរៀបចំត្រឹមត្រូវ និងអាចផ្តល់អាហារដល់កុមារយ៉ាងទៀងទាត់ ទាំងថ្ងៃ និងយប់។ ចាំបាច់ត្រូវមានជញ្ជីងថ្លឹងទម្ងន់ដែលសុក្រិត ឬខ្សែរុំដើមដៃមើលអាហារូបត្ថម្ភ (MUAC tape), ហើយត្រូវកត់ត្រាអំពីអាហារដែលបានផ្តល់ឲ្យកុមារ ទម្ងន់ ឬការវាស់វែងរាងកាយ (anthropometric measurements) ដើម្បីអាចតាមដានភាពរីកចម្រើនរបស់កុមារ។

៧.៤ ការគ្រប់គ្រងទូទៅ

ការត្រៀមលក្ខណៈសម្រាប់ការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យ

សម្រាប់ការជ្រើសរើសជំងឺតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរ នៃកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ និងការគ្រប់គ្រងស្តុក, សូមអានជំពូកទី១ ទំ.៣, ជំពូក១៤ និង១៩។ នៅពេលមានការរលាកកែវភ្នែក (corneal ulceration) ចូរផ្តល់វីតាមីន A, បន្តក់ chlor-amphenicol ឬ tetracycline និង atropine ទៅក្នុងភ្នែក, គ្របភ្នែកដោយទ្រនាប់ដែលជ្រលក់សេរ៉ូមប្រៃ, រួចរុំបង់ (អានផ្នែកទី ៧.៥.១, ទំ. ៣៤២)។ ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ (ប្រសិនបើមាន) ទាមទារការព្យាបាលជាបន្ទាន់ (អានផ្នែកទី ៧.៥.២, ទំ. ៣៤២)។

ការព្យាបាលទូទៅរួមមាន១០ចំណុច ចែកចេញជា២ដំណាក់កាល ៖ ដំណាក់កាលធ្វើឲ្យមានស្ថិរភាពដំបូង និងដំណាក់កាលស្តារនិតីសម្បទា (មើលតារាងទី២១)។

តារាងទី២១. កាលវិភាគសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរស្មុគស្មាញ

		ដំណាក់កាលធ្វើឲ្យមានស្ថិរភាព		ដំណាក់កាលស្តារនីតិសម្បទា
		ថ្ងៃទី១-២	ថ្ងៃទី៣-៧	សប្តាហ៍ទី២-៦
១	ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប	⟶		
២	សីតុណ្ហភាពធ្លាក់ទាប	⟶		
៣	ការខ្វះជាតិទឹក	⟶		
៤	អេឡិកត្រូលីត	⟶	⟶	⟶
៥	ការបង្ករោគ	⟶	⟶	
៦	មីក្រូសារធាតុចិញ្ចឹម	គ្មានជាតិដែក ⟶	⟶	មានជាតិដែក ⟶
៧	ការចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារ	⟶	⟶	
៨	ការផ្តល់អាហារដើម្បីធំធាត់ដូចដើម			⟶
៩	ការភ្ញោចញាណដឹង		⟶	⟶
១០	ត្រៀមសម្រាប់ការតាមដានបន្ត			⟶

៧.៤.១ ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប

រាល់កុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ មានការប្រឈមនឹងជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប ហើយនៅពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យភ្លាម គួរត្រូវបានផ្តល់អាហារ ឬសេរ៉ូមផ្អែម ១០% ឬ sucrose (មើលខាងក្រោម)។ ការផ្តល់អាហារញឹកញាប់រៀងរាល់២ម៉ោង គឺជាការសំខាន់។

រោគវិនិច្ឆ័យ

ប្រសិនបើសង្ស័យជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប និងនៅពេលដែលអាចវាស់ជាតិស្ករយ៉ាងឆាប់រហ័ស (ឧទា. ដោយប្រើឧបករណ៍ Dextrostix®) នោះគួរធ្វើជាបន្ទាន់។

ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប

បើជាតិស្ករក្នុងឈាម < ៣mmol/litre (< ៥៤mg/ dl) នោះគេកំណត់ថាជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប។ បើមិនអាចវាស់ជាតិស្ករបានទេ គួរសន្មតថារាល់កុមារទាំងឡាយដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ គឺសុទ្ធតែខ្វះជាតិស្ករ រួចផ្តល់ការព្យាបាល។

ការព្យាបាល

- ផ្តល់សេរ៉ូមផ្អែម ១០% ឬទឹកស្ករ sucrose ចំនួន ៥០ml (ស្ករមួយស្លាបព្រាកាហ្វេ លាយជាមួយទឹក៣ស្លាបព្រាកាហ្វេ) តាមមាត់ ឬតាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ, បន្តដោយការផ្តល់អាហារលើកទីមួយអោយបានឆាប់រហ័សតាមតែអាចធ្វើបាន។
- បើអាចរកបានភ្លាមៗគួរផ្តល់អាហារលើកដំបូងដោយប្រើអាហារF-៧៥,បន្ទាប់មកបន្តផ្តល់អាហាររៀងរាល់២ម៉ោងម្តង រយៈពេល២៤ម៉ោង, បន្ទាប់មកបន្តផ្តល់អាហាររៀងរាល់២ឬ៣ម៉ោង ទាំងថ្ងៃនិងយប់។
- ប្រសិនបើកុមារសន្លប់ គួរព្យាបាលដោយសេរ៉ូមផ្អែម ១០% តាមសរសៃ ចំនួន ៥ml/kg ឬបើមិនអាចរកសរសៃបានភ្លាមៗទេ គួរផ្តល់សេរ៉ូមផ្អែម ១០% ឬទឹកស្ករ sucrose តាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ (អានទំ. ៥២៨)។ បើគ្មានសេរ៉ូមផ្អែម សម្រាប់ផ្តល់តាមសរសៃទេ គួរយកស្ករមួយស្លាបព្រាកាហ្វេផ្សើមជាមួយទឹកមួយ ឬពីរតំណក់ រួចដាក់ក្រោមអណ្តាត រៀងរាល់២០នាទីដើម្បីបង្ការជាតិស្ករធ្លាក់ទាបវិញទៀត។ គួរតាមដានកុមារក្រែងគាត់ឆាប់លេបស្ករពេក ដែលនាំឲ្យការបឺតស្រូបជាតិស្ករត្រូវបានពន្យារពេល, ហើយបើមានករណីនេះ គួរផ្តល់ជាតិស្ករមួយដងទៀត។ បន្តផ្តល់តាមមាត់ ឬតាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ រយៈពេល២ម៉ោង ដើម្បីបង្ការជាតិស្ករធ្លាក់ទាបវិញទៀត។
- ចាប់ផ្តើមផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកសមស្រប តាមសរសៃ ឬតាមសាច់ដុំ (អានទំ.៣២៥)។

ការតាមដាន

បើជាតិស្ករក្នុងឈាមពីដំបូងចុះទាប ចូរធ្វើការវាស់ឡើងវិញ (ដោយប្រើឈាមម្រាមដៃឬកែងជើង និងវាស់ដោយឧបករណ៍ Dextrostix®) បន្ទាប់ពី៣០នាទី។

- បើជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាបជាង < ៣mmol/litre (< ៥៤mg/dl), ផ្តល់សេរ៉ូមផ្អែម១០% ឬទឹកស្ករតាមមាត់ឡើងវិញ។
- បើសីតុណ្ហភាពនៅរន្ធគូថចុះទាបជាង < ៣៥.៥°C ឬបើកម្រិតស្មារតីចុះខ្សោយ, ចូរវាស់ដោយឧបករណ៍ Dextrostix® ឡើងវិញ រួចព្យាបាលទៅតាមលទ្ធផលដែលឃើញ។

ការបង្ការ

- ផ្តល់អាហាររៀងរាល់២ម៉ោង ដោយចាប់ផ្តើមភ្លាមៗ (អានការផ្តល់អាហារឡើងវិញលើកដំបូង, ទំ.៣២៩) ឬបើខ្វះជាតិទឹក ត្រូវបង្គ្រប់ជាតិទឹកជាមុន។ បន្តការផ្តល់អាហារពេញមួយយប់។
- លើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យសង្កេតមើលក្រែងមានស្ថានភាពចុះដុនដាបណាមួយ, ជួយផ្តល់អាហារ និងរក្សាកម្តៅឲ្យកុមារ។
- រកមើលការតឹងពោះ។

៧.៤.២ សីតុណ្ហភាពចុះទាប

សីតុណ្ហភាពចុះទាប គឺជាបញ្ហាញឹកញាប់លើកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ ហើយជាញឹកញាប់វាប្រាប់ពីជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប ឬការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ ដែលកើតឡើងព្រមគ្នា។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- បើសីតុណ្ហភាពនៅក្លៀក < ៣៥°C (< ៩៥°F) ឬបើមិនមានកត់ត្រាដោយទែម៉ូម៉ែត្រធម្មតា, គួរសន្និដ្ឋានថាកុមារមានសីតុណ្ហភាពចុះទាប។ នៅពេលមានទែម៉ូម៉ែត្រដែលអាចវាស់សីតុណ្ហភាពទាប នោះត្រូវវាស់សីតុណ្ហភាពនៅរន្ធគូថ

(< ៣៥.៥°C ឬ < ៩៥.៩°F) ដើម្បីបញ្ជាក់ថាកុមារមានសីតុណ្ហភាពចុះទាប។

ការព្យាបាល

រាល់កុមារដែលមានសីតុណ្ហភាពចុះទាប គួរត្រូវបានព្យាបាលជាប្រចាំ សម្រាប់ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប និងការបង្ករោគ។

- ផ្តល់អាហារដល់កុមារជាបន្ទាន់ បន្ទាប់មកផ្តល់រៀងរាល់២ម៉ោង លើកលែងតែកុមារតឹងពោះ, បើកុមារខ្វះជាតិទឹក ត្រូវបង្គ្រប់ជាតិទឹកជាមុន។
- ផ្តល់កម្តៅឲ្យកុមារឡើងវិញ ៖ ប្រាកដថាកុមារមានសម្លៀកបំពាក់(ជាពិសេសក្បាល), គ្រប់ភួយក្រាស់។ ដាក់ម៉ាស៊ីនកម្តៅ(មិនបាញ់ចំកុមារ) ឬអំពូលភ្លើងនៅក្បែរកុមារ ឬដាក់កុមារនៅលើទ្រូង ឬពោះម្តាយ (ស្បែកទល់ស្បែក) រួចដណ្តប់ភួយឲ្យពួកគេទាំង២។
- កុំដាក់កុមារអោយត្រូវចរន្តខ្យល់។
- ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកសមស្រប តាមសរសៃ ឬសាច់ដុំ (អានទំ.៣២៥)។

ការតាមដាន

- វាស់សីតុណ្ហភាពនៅរន្ធគូថកុមាររៀងរាល់២ម៉ោងរហូតវាកើនឡើង > ៣៦.៥°C។ វាស់រៀងរាល់៣០នាទី បើប្រើម៉ាស៊ីនកម្តៅ។
- ធានាថាកុមារត្រូវបានគ្របដណ្តប់គ្រប់ពេលទាំងអស់ ជាពិសេសនៅពេលយប់។ គ្របក្បាលទារកជាប់ជានិច្ច ដើម្បីបន្ថយការបាត់បង់កម្តៅ។
- ពិនិត្យរកជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប នៅពេលណាដែលមានសីតុណ្ហភាពចុះទាប។

ការបង្ការ

- ផ្តល់អាហារភ្លាមៗ បន្ទាប់មកផ្តល់រៀងរាល់២-៣ម៉ោង ទាំងថ្ងៃ និងយប់។
- ដាក់គ្រែរបស់កុមារក្នុងបន្ទប់កក់ក្តៅ ដែលមិនចំចរន្តខ្យល់ក្នុងបន្ទប់ ហើយដណ្តប់កុមារជានិច្ច។

- ចំពោះទារក គួរប្រើបច្ចេកទេសថែទាំបែបកង់ហ្គារូ (អានទំ.៩៥), ដណ្ដប់ភួយ ហើយឲ្យម្ដាយ និងកូនដេកជាមួយគ្នាដើម្បីផ្ដល់កម្ដៅដល់កូន។
- ចៀសវាងការដាក់កុមារឲ្យត្រូវខ្យល់ត្រជាក់ (ឧទា. បន្ទាប់ពីងូតទឹក ឬក្នុងពេលពិនិត្យកុមារ)។
- ប្ដូរខោទឹកនោម សម្លៀកបំពាក់ និងសម្ភារៈដេកទាំងឡាយដែលទទឹក ដើម្បីឲ្យកុមារ និងគ្រែស្ងួតជានិច្ច។ ជូតសម្ងួតឲ្យសព្វបន្ទាប់ពីងូតទឹក ប៉ុន្តែបើឈឺធ្ងន់ មិនត្រូវងូតទឹកឲ្យកុមារទេ។
- ប្រើម៉ាស៊ីនកម្ដៅ ឬអំពូលភ្លើងដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- មិនត្រូវប្រើដបទឹកក្ដៅ ឬអំពូលណេអុងទេ (fluorescent)។

៧.៤.៣ ការខ្វះជាតិទឹក

រោគវិនិច្ឆ័យ

ជាញឹកញាប់ ការខ្វះជាតិទឹកត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើស (តាមពិតមិនមាន) ហើយភាពធ្ងន់ធ្ងររបស់វាត្រូវបានវាយតម្លៃជ្រុលហួសពេកក្នុងករណីកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ព្រោះការសន្និដ្ឋានពីការខ្វះជាតិទឹកឲ្យសុក្រិតដោយផ្អែកតែលើសញ្ញាគ្លីនិកតែឯងគឺជាការពិបាក។ គួរសន្មតថារាល់កុមារដែលមានជំងឺរាកដូចទឹក ឬមានទឹកនោមតិច គឺសុទ្ធតែមានការខ្វះជាតិទឹកកម្រិតមធ្យម។ គួរកត់សម្គាល់ថា ប្រព័ន្ធឈាមរត់មិនល្អ ឬការនាំទឹកទៅសរីរាង្គមិនល្អ អាចកើតឡើងព្រមគ្នាជាមួយនឹងការហើម។

ការព្យាបាល

មិនត្រូវធ្វើការបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមសរសៃទេ លើកលែងតែករណីមានស្តុក (អានទំ.២១)។ បង្គ្រប់ជាតិទឹកយឺតៗ តាមមាត់ ឬតាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ ដោយប្រើទឹកអូ៉រ៉ាលីតសម្រាប់កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ (៥–១០ml/kg ក្នុង១ម៉ោង អាចរហូតដល់ ១២ម៉ោង)។ ទឹកអូ៉រ៉ាលីតស្តង់ដាររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ទូទៅ គឺមានជាតិសូដ្យូមខ្ពស់ និងប៉ូតាស្យូមទាប ដែលមិនសមស្របសម្រាប់កុមារ

ខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរឡើយ។ គួរផ្ដល់ ReSoMal (សូលុយស្យុងបង្គ្រប់ជាតិទឹកពិសេសសម្រាប់កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ) ជំនួសវិញ។

- ផ្ដល់ទឹក *ReSoMal តាមមាត់* ឬតាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ, ផ្ដល់យឺតជាងពេលផ្ដល់ឲ្យកុមារដែលមានអាហារូបត្ថម្ភល្អ ៖
  - ផ្ដល់ ReSoMal ចំនួន ៥ml/kg រៀងរាល់៣០នាទី សម្រាប់រយៈពេល២ម៉ោងដំបូង។
  - បន្ទាប់មកផ្ដល់ចំនួន ៥–១០ml/kg រៀងរាល់ម៉ោង រយៈពេល៤-១០ម៉ោង ដោយឆ្លាស់ម៉ោងគ្នាជាមួយនឹងអាហារ F-៧៥។ បរិមាណពិតប្រាកដនៃអាហារ F-៧៥ គឺអាស្រ័យលើការចង់បរិភោគរបស់កុមារ, បរិមាណលាមកដែលបានបាត់បង់ និងថាតើកុមារក្អួតឬអត់។
- បើគ្មាន ReSoMal ទេ គួរផ្ដល់ទឹកអូរ៉ាលីតស្តង់ដាររបស់ WHO *កំរិតពាក់កណ្ដាល* ដោយបន្ថែមប៉ូតាស្យូម និងគ្លុយកូសក្នុងបរិមាណដូចរូបមន្តផ្សំនៃ ReSoMal ខាងក្រោម, លើកលែងតែកុមារមានជំងឺអាសន្នរោគ ឬជំងឺរាកដូចទឹក។
- បន្ទាប់ពី១០ម៉ោង បើកុមារនៅតែត្រូវការការបង្គ្រប់ជាតិទឹក, គួរផ្ដល់អាហារ F-៧៥ (អានរូបមន្តនៅទំ.៣៣៤-៣៣៥) ជំនួស ReSoMal, ក្នុងពេលជាមួយគ្នា។ ប្រើបរិមាណអាហារ F-៧៥ ចាប់ផ្ដើមដំបូងដូចគ្នានឹង ReSoMal។
- ប្រសិនបើកុមារស្ថិតក្នុងសភាពស្ហុក ឬការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ប៉ុន្តែមិនអាចបង្គ្រប់ជាតិទឹកតាមមាត់ ឬតាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះទេ, នោះគួរដាក់សេរ៉ូម ដោយប្រើសេរ៉ូមឡាក់តាត ជាមួយ dextrose ៥% ឬសេរ៉ូម Darrow កំរិតពាក់កណ្ដាល ជាមួយ dextrose ៥%។ បើគ្មានសេរ៉ូមទាំង២នេះទេ គួរប្រើសេរ៉ូមប្រៃ០.៤៥% ជាមួយ dextrose ៥% (មើលគំនូសបំព្រួញទី៨, ទំ.២១)។

ការតាមដាន

ក្នុងអំឡុងពេលបង្គ្រប់ជាតិទឹក ចង្វាក់ដង្ហើម និងជីពចរ គួរតែធ្លាក់ចុះ ហើយចាប់ផ្ដើមនោម។ ការមានទឹកភ្នែកឡើងវិញ សើមមាត់ ភ្នែក និងបង្ហើយមិនស្ងួតខូង និងការរលាឆាប់នៃផ្ទត់ស្បែកពោះ ក៏ជាសញ្ញាបញ្ជាក់ថាការបង្គ្រប់ជាតិទឹក កំពុងដំណើរការល្អ, ប៉ុន្តែកុមារជាច្រើនដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ នឹងមិនបង្ហាញសញ្ញាទាំងនេះទេ ទោះបីត្រូវបានបង្គ្រប់ជាតិទឹកពេញលេញហើយក៏ដោយ។ តាមដានការឡើងទម្ងន់។

តាមដានការប្រព្រឹត្តទៅនៃដំណើរការបង្គ្រប់ជាតិទឹក រៀងរាល់៣០នាទី ក្នុងរយៈពេល ២ម៉ោង, បន្ទាប់មកតាមដានរៀងរាល់ម៉ោង ក្នុងរយៈពេល៤-១០ម៉ោងទៀត។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នសញ្ញានៃការលើសជាតិទឹក ដែលមានគ្រោះថ្នាក់ជាខ្លាំង ហើយអាចបណ្ដាលឲ្យខ្សោយបេះដូង។ រកមើល ៖

- ការឡើងទម្ងន់ដើម្បីធានាថាវាមិនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័ស និងឡើងខ្លាំងពេក។
- ការកើនឡើងនៃចង្វាក់ដង្ហើម
- ការកើនឡើងនៃចង្វាក់ជីពចរ
- ចំនួនដងនៃការនោម (តើកុមារបាននោមឬនៅ ចាប់ពីពេលពិនិត្យចុងក្រោយ?)
- ថ្លើមរីកនៅពេលស្ទាប
- ចំនួនដងនៃការរាក និងក្អួត។

ប្រសិនបើអ្នករកឃើញសញ្ញានៃការលើសជាតិទឹក (សញ្ញាដំបូងៗមានចង្វាក់ដង្ហើមកើនឡើងចំនួន ៥ដង/នាទី ហើយចង្វាក់ជីពចរកើនឡើងចំនួន ២៥ដង/នាទី) ត្រូវបញ្ឈប់ ReSoMal ជាបន្ទាន់ រួចវាយតម្លៃឡើងវិញនៅមួយម៉ោងក្រោយ។

រូបមន្តរបស់ ReSoMal ដោយប្រើម្សៅអូរ៉ាលីតស្តង់ដាររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

សមាសធាតុផ្សំ	បរិមាណ
ទឹក	២លីត្រ
ម្សៅអូរ៉ាលីតរបស់ WHO	មួយកញ្ចប់សម្រាប់ទឹក១លីត្រ[a]
ស្ករsucrose	៥0g
សូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ[b]	៤0ml

[a] សូដ្យូមក្លរីដ ២.៦g, ទ្រីសូដ្យូមស៊ីត្រាតឌីអ៊ីដរ៉ាត ២.៩g, ប៉ូតាស្យូមក្លរីដ ១.៥g, គ្លុយកូស ១៣.៥g

[b] សម្រាប់រូបមន្តសូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ សូមមើលខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើម្សៅអេឡិកត្រូលីត និងជាតិរ៉ែ ដែលលាយរួចស្រេច គួរអនុវត្តតាមសេចក្តីណែនាំលើកញ្ចប់ម្សៅ។ បើមិនអាចផ្សំវាបានទេ គួរប្រើសូលុយស្យុងប៉ូតាស្យូមក្លរីដ ៤៥ml (ប៉ូតាស្យូមក្លរីដ ១00g ក្នុងទឹកមួយលីត្រ) ជំនួស។

ក្នុង ReSoMal មួយលីត្រមានសូដ្យូម ៤៥mmol, ប៉ូតាស្យូម ៤0mmol និងម៉ាញេស្យូម ៣mmol។

រូបមន្តសម្រាប់កំហាប់សូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ

សូលុយស្យុងនេះត្រូវបានប្រើនៅក្នុងរូបមន្តនៃអាហារ F-៧៥, F-១00 និង ReSoMal។ ម្សៅអេឡិកត្រូលីត និងជាតិរ៉ែ មានផលិតដោយសហគ្រាសមួយចំនួន។ ប្រសិនបើគ្មាន ឬបើវាថ្លៃពេក គួរផ្សំវា (២៥00ml) ដោយប្រើសមាសធាតុផ្សំដូចខាងក្រោម៖

សមាសធាតុផ្សំ	**g**	**mol/២0ml**
ប៉ូតាស្យូមក្លរីដ (KCl)	២២៤	២៤mmol
ទ្រីប៉ូតាស្យូមស៊ីត្រាត	៨១	២mmol

ម៉ាញេស្យូមក្លរីដ (MgCl២.៦H២0)	៧៦	៣mmol
ស័ង្កសីអាសេតាត (Zn acetate.២H២0)	៨.២	៣00µmol
ស្ពាន់ធ័រស៊ុលហ្វាត (CuSO៤.៥H២0)	១.៤	៤៥µmol
ទឹកដើម្បីឲ្យបាន	២៥00ml	

បើមានសេឡេញ៉ូម (selenium) គួរបន្ថែមវា (សូដ្យូមសេឡេណាត (sodium selenate) 0.0២៨g, NaSeO៤.១0H២0) និងអ៊ីយ៉ូដ (ប៉ូតាស្យូមអ៊ីយ៉ូដ 0.0១២g, KI) ក្នុង 2500 ml។

- កូរសមាសធាតុទាំងនេះក្នុងទឹកឆ្អិនត្រជាក់ឲ្យរលាយសព្វ។
- រក្សាទុកសូលុយស្យុងនេះក្នុងដបស្ទេរីល នៅក្នុងទូរទឹកកក ដើម្បីកុំឲ្យវាខូច។ បោះចោល ប្រសិនបើវាឡើងពណ៌ស្រអាប់។ លាយសូលុយស្យុងថ្មីរៀងរាល់ខែ។
- លាយកំហាប់សូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ ចំនួន ២0ml ក្នុងអាហារទឹកដោះ ១000ml ។ ប្រសិនបើមិនអាចរៀបចំសូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ នេះបាន និងមិនអាចរកកញ្ចប់សូលុយស្យុងដែលលាយស្រេចបាន, គួរផ្តល់ប៉ូតាស្យូម ម៉ាញេស្យូម និងជាតិស័ង្កសីដាច់ដោយឡែក។ លាយសូលុយស្យុងស្តុក ប៉ូតាស្យូមក្លរីដ ១0% (១00g ក្នុងទឹក១លីត្រ) និងសូលុយស្យុងស្តុក ស័ង្កសី អាសេតាត ១.៥% (១៥g ក្នុងទឹក១លីត្រ)។

សម្រាប់សូលុយស្យុងបង្គ្រប់ជាតិទឹក ReSoMal គួរប្រើសូលុយស្យុងស្តុក ប៉ូតា-ស្យូមក្លរីដ ចំនួន៤៥ml ជំនួសសូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ ៤0ml។

សម្រាប់អាហារ F-៧៥ និង F-១00 គួរលាយសូលុយស្យុងស្តុក ប៉ូតាស្យូមក្លរីដ ចំនួន ២២.៥ml, ជំនួសសូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែចំនួន២0ml, ទៅក្នុងអាហារទឹកដោះ ១000ml។ ផ្តល់សូលុយស្យុងស័ង្កសីអាសេតាត១.៥% តាមមាត់ ចំនួន ១ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ផ្តល់សូលុយស្យុងម៉ាញេស្យូមស៊ុលហ្វាត ៥0% តាមសាច់ដុំ មួយដង ចំនួន0.៣ml/kg អាចរហូតដល់២ml។

ការបង្ការ

វិធានការបង្ការការខ្វះជាតិទឹកដោយសារជំងឺរាកដូចទឹក គឺស្រដៀងគ្នានឹងវិធានការសម្រាប់កុមារដែលមានអាហារូបត្ថម្ភល្អដែរ (អានផែនការព្យាបាល A ទំ.២១៥), លើកលែងត្រង់ថាជាតិទឹក ReSoMal ត្រូវបានប្រើជំនួសទឹកអូរ៉ាលីតស្តង់ដារវិញ។

- បើកុមារមិនទាន់ផ្តាច់ដោះ ចូរបន្តការបំបៅដោះ។
- ចាប់ផ្តើមការផ្តល់អាហារឡើងវិញដោយអាហារ F-៧៥។
- ផ្តល់ ReSoMal ចន្លោះពេលផ្តល់អាហារនីមួយៗ ដើម្បីជំនួសជាតិទឹកដែលបាត់បង់តាមលាមក។ ជាការណែនាំ គួរផ្តល់ចំនួន ៥០-១០០ml បន្ទាប់ពីការរាកដូចទឹកម្តងៗ។

៧.៤.៤ អតុល្យភាពអេឡិកត្រូលីត

រាល់កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរទាំងអស់ សុទ្ធតែខ្វះជាតិប៉ូតាស្យូម និងម៉ាញេស្យូម ដែលអាចត្រូវការពេល២សប្តាហ៍ក្នុងការកែតម្រូវ។ ការហើម គឺជាលទ្ធផលមួយផ្នែកនៃការខ្វះជាតិប៉ូតាស្យូម និងការសល់ជាតិសូដ្យូមច្រើន។ មិនត្រូវព្យាបាលការហើមដោយឱសថបញ្ចុះទឹកនោមទេ។ ការលើសជាតិសូដ្យូមក្នុងខ្លួន កើតឡើងសូម្បីតែក្នុងពេលដែលសូដ្យូមក្នុងប្លាស្មាចុះទាប។ ការផ្តល់ជាតិសូដ្យូមខ្ពស់អាចធ្វើឲ្យកុមារស្លាប់បាន។

ការព្យាបាល

- ផ្តល់ជាតិប៉ូតាស្យូមបន្ថែម (៣-៤ mmol/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ)។
- ផ្តល់ជាតិម៉ាញេស្យូមបន្ថែម (០.៤-០.៦ mmol/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ)។

គួរលាយជាតិប៉ូតាស្យូម និងម៉ាញេស្យូមបន្ថែម ទៅក្នុងអាហារក្នុងពេលរៀបចំ បើវាមិនមែនលាយស្រាប់ទេ។ មើលទំ.៣២២ សម្រាប់រូបមន្តរួមផ្សំនៃសូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ។ លាយសូលុយស្យុងនេះចំនួន ២០ml ទៅក្នុងអាហារទឹកដោះ ១លីត្រ ដើម្បីបំពេញនូវតម្រូវការជាតិប៉ូតាស្យូម និងម៉ាញេស្យូមបន្ថែម។ ឬម្យ៉ាងទៀត អ្នកអាច

ប្រើកញ្ចប់លាយស្រាប់ដែលមានលក់នៅទីផ្សារ (រូបមន្តពិសេសសម្រាប់កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ)។

- នៅពេលបង្គ្រប់ជាតិទឹក គួរផ្ដល់ជាតិទឹកដែលមានសូដ្យូមទាប (ReSoMal) (អានរូបមន្តនៅទំ.៣២២)។
- រៀបចំអាហារដោយមិនដាក់អំបិលបន្ថែម។

៧.៤.៥ ការបង្ករោគ

នៅក្នុងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ សញ្ញាធម្មតានៃការបង្ករោគដោយបាក់តេរី ដូចជាគ្រុនក្ដៅ ច្រើនតែគ្មានវត្តមាន, ប៉ុន្តែការបង្ករោគច្រើនមុខ កើតឡើងជាញឹកញាប់។ ហេតុដូច្នេះ គួរសន្មត់ថា រាល់កុមារទាំងអស់ដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ សុទ្ធតែមានការបង្ករោគ, រួចផ្ដល់ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកជាបន្ទាន់។ ជាញឹកញាប់ ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប និងសីតុណ្ហភាពចុះទាប គឺជាសញ្ញានៃការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ។

ការព្យាបាល

សម្រាប់កុមារទាំងឡាយដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ គួរផ្ដល់ ៖

- ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកដែលមានសកម្មភាពទូលំទូលាយ
- ថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជ្រិល បើកុមារអាយុ ≥ ៦ខែ និងមិនទាន់បានទទួលថ្នាំបង្ការ ឬបានទទួលមុនពេលមានអាយុ៩ខែ។ ពន្យារការផ្ដល់ថ្នាំបង្ការ បើកុមារស្ថិតក្នុងសភាពស្លុក។

ជម្រើសនៃឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកដែលមានសកម្មភាពទូលំទូលាយ

- បើកុមារមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរមិនស្មុគស្មាញ គួរផ្ដល់ឱសថ amoxicillin (សម្រាប់កម្រិតថ្នាំ អានទំ.៥៤២) តាមមាត់ រយៈពេល៥ថ្ងៃ។
- ប្រសិនបើមានផលវិបាក (ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប, សីតុណ្ហភាពចុះទាប ឬកុមារមានភាពល្ហិតល្ហៃ ឬដូចជាឈឺធ្ងន់) ឬផលវិបាកដទៃទៀត គួរផ្ដល់

ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកប្រភេទចាក់ ៖

– ឱសថ benzyl penicillin (៥០.០០០U/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង) ឬ ឱសថ ampicillin (៥០mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃ រៀងរាល់៦ម៉ោង) រយៈពេល២ថ្ងៃ, បន្ទាប់មកផ្តល់ឱសថ amoxicillin តាមមាត់ (២៥–៤០mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោង រយៈពេល ៥ថ្ងៃ)

រួមទាំង

– ឱសថ gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសរសៃ) មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល៧ថ្ងៃ។

របបឱសថទាំងនេះ គួរត្រូវបានកែសម្រួលទៅតាមលំនាំនៃភាពស៊ាំនឹងឱសថក្នុងតំបន់។

ចំណាំ *៖ បន្ថែមពីលើអង់ទីប៊ីយោទិកដែលមានសកម្មភាពទូលំទូលាយ អ្នកអាចផ្តល់ឱសថ Metronidazole ចំនួន ៧.៥mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោង រយៈពេល៧ថ្ងៃ, ប៉ុន្តែប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលបែបនេះ មិនទាន់មានការអះអាងក្នុងការសាកល្បងផ្នែកគ្លីនិកនៅឡើយទេ។*

▸ ព្យាបាលការបង្ករោគដទៃទៀតតាមសមស្រប ៖

– ប្រសិនបើសង្ស័យជំងឺរលាកស្រោមខួរ គួរធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង ដើម្បីបញ្ជាក់ច្បាស់, រួចព្យាបាលដោយរបបឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក (អានផ្នែកទី៦.៣.១ ទំ.២៦៣)។

– បើអ្នកសន្និដ្ឋានឃើញការបង្ករោគជាក់លាក់ដទៃទៀត (ដូចជាជំងឺរលាកសួត ជំងឺរាកមួល ការបង្ករោគលើស្បែក ឬជាលិកាទន់) ចូរផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកតាមសមស្រប។

– បន្ថែមការព្យាបាលប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប្រសិនបើតេស្តកញ្ចក់មើលឈាមរកប៉ារ៉ាស៊ីតជំងឺគ្រុនចាញ់ មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន ឬតេស្តវិនិច្ឆ័យ

រហ័សលើជំងឺគ្រុនចាញ់ មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន។

– ជំងឺរបេងកើតឡើងជាញឹកញាប់ ប៉ុន្តែគួរផ្តល់ការព្យាបាលប្រឆាំងជំងឺរបេង ក្នុងករណីដែលជំងឺរបេងត្រូវបានវិនិច្ឆ័យ ឬសង្ស័យជាខ្លាំងតែប៉ុណ្ណោះ (អានផ្នែកទី៧.៥.៥ ទំ.៣៤៥)។
– សម្រាប់កុមារដែលប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ សូមអានជំពូកទី៨។

ការព្យាបាលពពួកព្រូនប៉ារ៉ាស៊ីត

ប្រសិនបើមានភស្តុតាងនៃការឆ្លងប៉ារ៉ាស៊ីត គួរពន្យារការព្យាបាលរហូតដល់ដំណាក់កាលស្តារនីតិសម្បទា។ ផ្តល់ឱសថ albendazole តែមួយដង ឬឱសថ mebendazole ១00mg តាមមាត់ មួយថ្ងៃ២ដង រយៈពេល៣ថ្ងៃ។ ក្នុងប្រទេសដែលមានអត្រាឆ្លងប៉ារ៉ា-ស៊ីតខ្ពស់, កុមារដែលគ្មានភស្តុតាងនៃការឆ្លងប៉ារ៉ាស៊ីត គួរទទួលបានឱសថ mebenda-zole ផងដែរ បន្ទាប់ពីចូលមន្ទីរពេទ្យបាន៧ថ្ងៃ។

ការឆ្លងមេរោគអេដស៍

ក្នុងតំបន់ដែលមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍ញឹកញាប់, កុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ គួរត្រូវបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាតើពួកគេត្រូវការព្យាបាលដោយ ART ឬទេ ។ ប្រសិនបើកុមារបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ គួរចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយ ART ឲ្យបានឆាប់បំផុត បន្ទាប់ពីធ្វើឲ្យមានស្ថិរភាពនូវផលវិបាកមេតាបូលីក និងការរាតត្បាតដោយមេរោគក្នុងឈាមរួចហើយ។ គួរតាមដានកុមារយ៉ាងជិតដល់ (ជំងឺសម្រាកពេទ្យ និងជំងឺក្រៅ) ក្នុងអំឡុង៦-៨សប្តាហ៍ដំបូងបន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ART, ដើម្បីឆាប់រកឃើញផលវិបាកមេតាបូលីក និងជំងឺឱកាសនិយមដទៃទៀត (អានជំពូកទី៨)។

ការតាមដាន

បើកុមារនៅតែមិនឃ្លានអាហារ បន្ទាប់ពីការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក៧ថ្ងៃ គួរបន្តការព្យាបាលឲ្យគ្រប់១០ថ្ងៃ។ បើនៅតែមិនឃ្លានអាហារទៀត ចូរវាយតម្លៃកុមារឡើងវិញទាំងស្រុង។

៧.៤.៦ ការខ្វះមីក្រូសារធាតុចិញ្ចឹម

រាល់កុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ សុទ្ធតែខ្វះវីតាមីន A និងជាតិរ៉ែ។ ទោះបីភាពស្លេកស្លាំង កើតមានញឹកញាប់ក៏ដោយ ក៏មិនត្រូវផ្តល់ជាតិដែកដែរ, ត្រូវរង់ចាំទាល់តែកុមារឃ្លានអាហារ និងចាប់ផ្តើមឡើងទម្ងន់វិញ (ជាទូទៅ ក្នុងសប្តាហ៍ទី២) ព្រោះជាតិដែកអាចធ្វើឲ្យការបង្ករោគមានសភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។

នៅក្នុងអាហារ F-៧៥, F-១០០ និងអាហារកញ្ចប់ព្យាបាលដែលហូបបានភ្លាម គឺសុទ្ធតែមានវីតាមីនចម្រុះស្រាប់ហើយ ដូចជា វីតាមីន A និងអាស៊ីដហ្វូលិក, ជាតិស័ង្កសី និងស្ពាន់ធ័រ។ នៅពេលប្រើកញ្ចប់ដែលលាយរួចជាស្រេច នោះមិនចាំបាច់បន្ថែមកម្រិតមីក្រូសារធាតុទេ។

ម៉្យាងទៀត ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញានៃបញ្ហាភ្នែក ឬប្រវត្តិជំងឺកញ្ជ្រឹលទេ នោះមិនត្រូវផ្តល់វីតាមីន A ក្នុងកម្រិតខ្ពស់ទេ ព្រោះបរិមាណដែលមាននៅក្នុងអាហារព្យាបាល គឺគ្រប់គ្រាន់ហើយ។

ការព្យាបាល

- ផ្តល់វីតាមីន A នៅថ្ងៃទី១, ថ្ងៃទី២ និងទី១៤ តែក្នុងករណីដែលកុមារមានសញ្ញានៃការខ្វះវីតាមីន A ដូចជាការរលាកកែវភ្នែក ឬប្រវត្តិជំងឺកញ្ជ្រឹល (អានផ្នែកទី៧.៥.១ ទំ.២១៧) ប៉ុណ្ណោះ ៖
  - < ៦ខែ, ៥0 000U
  - ៦-១២ខែ, ១00 000U
  - > ១២ខែ, ២00 000U
- បន្ទាប់ពីបានផ្តល់អាហារទឹកដោះ F-១០០ បាន២ថ្ងៃ គួរចាប់ផ្តើមផ្តល់ជាតិដែក ចំនួន ៣mg/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ។ មិនត្រូវផ្តល់ជាតិដែកក្នុងដំណាក់កាលធ្វើឲ្យមានស្ថិរភាពទេ, និងមិនត្រូវផ្តល់ជាតិដែកទេ បើកុមារកំពុងទទួល***អាហារព្យាបាលដែលហូបបានភ្លាម (អាហារRUTF)***។

បើកុមារមិនមែនកំពុងទទួលអាហារព្យាបាលដែលលាយស្រេចណាមួយទេ គួរផ្តល់សារធាតុចិញ្ចឹមរៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេលយ៉ាងតិច២សប្តាហ៍ ៖

- អាស៊ីដហ្វូលិក ចំនួន ៥mg ក្នុងថ្ងៃទី១, បន្ទាប់មកចំនួន ១mg រៀងរាល់ថ្ងៃ
- ទឹកស៊ីរ៉ូវីតាមីនចម្រុះ ចំនួន ៥ml
- ជាតិស័ង្កសី ចំនួន ២mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ
- ជាតិស្ពាន់ធ័រ ចំនួន ០.៣mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ

៧.៤.៧ ការផ្តល់អាហារឡើងវិញក្នុងដំណាក់កាលដំបូង

ក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ការផ្តល់អាហារឡើងវិញ គួរធ្វើឡើងដោយសន្សឹមៗ។

ការព្យាបាល

លក្ខណៈសំខាន់ៗនៃការផ្តល់អាហារក្នុងដំណាក់កាលដំបូង រួមមាន ៖

- អាហារដែលមានកំហាប់ទាប និងជាតិឡាក់តូសទាប ម្តងបន្តិចៗញឹកញាប់តាមមាត់ រៀងរាល់២-៣ម៉ោង
- ផ្តល់អាហារតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ បើកុមារហូបបាន ≤៨០% នៃអាហារដែលផ្តល់ឲ្យ ២ពេលជាប់គ្នា
- កាល់ឡូរីចំនួន ១០០kcal/kg ក្នុង១ថ្ងៃ
- ប្រូតេអ៊ីនចំនួន ១–១.៥g/kg ក្នុង១ថ្ងៃ
- ជាតិទឹកចំនួន ១៣០ml/kg ក្នុង១ថ្ងៃ, ឬចំនួន ១០០ml/kg ក្នុង១ថ្ងៃ បើកុមារមានការហើមខ្លាំង
- បន្ថែមពីនេះទៀត បើកុមារនៅបៅដោះ គួរលើកទឹកចិត្តឲ្យម្តាយបន្តបំបៅដោះកូន ប៉ុន្តែត្រូវប្រាកដថា បានផ្តល់អាហារក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ដូចខាងក្រោម ៖

ចំនួនថ្ងៃ	រៀងរាល់	បរិមាណក្នុង ១kg សម្រាប់អាហារមួយពេល	បរិមាណក្នុង ១kg សម្រាប់អាហារមួយថ្ងៃ
១–២	២h	១១ml	១៣០ml
៣–៥	៣h	១៦ml	១៣០ml
≥៦	៤h	២២ml	១៣០ml

ការផ្តល់អាហារឡើងវិញក្នុងដំណាក់កាលដំបូង

អាហារទឹកដោះចាប់ផ្តើមដែលណែនាំអោយប្រើ និងកាលវិភាគនៃការផ្តល់អាហារដែលមានរៀបរាប់ខាងក្រោម គឺត្រូវបានរៀបចំដើម្បីបំពេញតាមគោលដៅក្នុងតារាងខាងលើនេះ។ អាហារទឹកដោះ ដូចជា F-៧៥ (៧៥kcal និងប្រូតេអ៊ីន 0.៩g/១00ml) គឺល្មមគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កុមារភាគច្រើន (អានរូបមន្តនៅទំ.៣៣៤)។ រីឯអាហារធញ្ញជាតិ F-៧៥ វិញ វាជំនួសជាតិស្ករមួយផ្នែកដោយម្សៅធញ្ញជាតិ ដូច្នេះវាមានគុណសម្បត្តិត្រង់ថាមានកំហាប់ទាប ដែលអាចមានប្រយោជន៍ដល់កុមារដែលមានជំងឺរាករូសបន្ទាយ, ប៉ុន្តែត្រូវចម្អិនវាឲ្យឆ្អិន។

ផ្តល់អាហារតាមពែង ឬកូនចាន។ ប្រើស្លាបព្រា បំពង់បន្តក់, ឬសឺរ៉ាំង បើកុមារខ្សោយជាខ្លាំង។

តារាងទី២២ ទំ.៣៣២ ណែនាំពីកាលវិភាគផ្តល់អាហារដែលបង្កើនបរិមាណអាហារម្តងបន្តិចៗ និងបន្ថយចំនួនពេលផ្តល់ជាបន្តបន្ទាប់។ សម្រាប់កុមារដែលមានចំណង់អាហារធម្មតា និងគ្មានការហើម គួរអាចបញ្ចប់កាលវិភាគនេះក្នុងរយៈពេល២-៣ថ្ងៃ។

ចំណាំ *៖ ប្រសិនបើមានបុគ្គលិកតិច គួរផ្តល់អាទិភាពដល់ការផ្តល់អាហាររៀងរាល់ ២ម៉ោង សម្រាប់តែកុមារដែលឈឺធ្ងន់ធ្ងរបំផុតប៉ុណ្ណោះ, និងកំណត់គោលដៅឲ្យបានយ៉ាងតិច៣ម៉ោងម្តង នៅពេលចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារដំណាក់កាលដំបូង។ សុំម្តាយ និងអាណាព្យាបាលដទៃទៀតឲ្យជួយក្នុងការផ្តល់អាហារ។ បង្ហាញគាត់ពីរបៀបធ្វើ រួចពិនិត្យមើលគាត់។ ការផ្តល់អាហារពេលយប់ គឺជាការសំខាន់ ដូច្នេះអាចតម្រូវឲ្យកែសម្រួលបញ្ជីវេនបុគ្គលិក។ បើទោះជាបានប្រឹងប្រែងអស់ហើយ នៅតែមិនអាចផ្តល់អាហារពេលយប់គ្រប់ចំនួន, គួរបែងចែកពេលវេលាផ្តល់អាហារមួយលើកៗក្នុងពេលយប់ឲ្យស្មើគ្នា ដើម្បីចៀសវាងការអត់អាហាររយៈពេលយូរ (ដែលធ្វើឲ្យមានការប្រឈមនឹងជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប និងសេចក្តីស្លាប់)។*

បើការបរិភោគរបស់កុមារ (បន្ទាប់ពីការក្អួត) មិនឡើងដល់ចំនួន ៨0kcal/kg ក្នុងមួយថ្ងៃទេ, ទោះបីផ្តល់អាហារជាញឹកញាប់ និងលួងលោមយ៉ាងណាក៏ដោយ, នោះគួរ

ផ្ដល់អាហារដែលនៅសល់ តាមបំពង់ស៊ុកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។ នៅក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនេះ មិនត្រូវផ្ដល់ឲ្យលើស ១០០kcal/kg ក្នុងមួយថ្ងៃទេ។ ក្នុងតំបន់ដែលមានអាកាសធាតុក្ដៅ កុមារអាចត្រូវការទឹកបន្ថែម ព្រោះអាហារទាំងនេះប្រហែលជាគ្មានជាតិទឹកគ្រប់គ្រាន់ទេប្រសិនបើកុមារបែកញើស។

ការតាមដាន

តាមដាន និងកត់ត្រា ៖

- បរិមាណអាហារដែលកុមារបានទទួល និងបរិមាណនៅសល់
- ការក្អួត
- ចំនួនដងនៃការរាក
- ទម្ងន់ខ្លួនប្រចាំថ្ងៃ

៧.៤.៨ ការផ្ដល់អាហារក្នុងដំណាក់កាលធំធាត់ឡើងវិញ

កុមារក្នុងដំណាក់កាលធំធាត់ឡើងវិញ គួរត្រូវបានព្យាបាលជាអ្នកជំងឺក្រៅ។ សញ្ញាដែលបង្ហាញថា កុមារបានឈានដល់ដំណាក់កាលស្ដារនីតិសម្បទាសម្រាប់ការធំធាត់ឡើងវិញ មាន ៖

- ការមានចំណង់ហូបអាហារឡើងវិញ
- លែងមានជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប (ស្ថិរភាពនៃការបំឡែងអាហារទៅជាថាមពល)
- ការហើមត្រូវបានថយចុះ ឬបាត់ទាំងស្រុង

តារាងទី២២. បរិមាណអាហារ F-៧៥ ក្នុងមួយពេលសម្រាប់កុមារខ្វះអាហាររូបត្ថម្ភ (ប្រហែល ១៣០ml/kg ក្នុង១ថ្ងៃ)

ទម្ងន់កុមារ (kg)	រៀងរាល់២ម៉ោង (ml/មួយពេល)	រៀងរាល់៣ម៉ោង (ml/មួយពេល)	រៀងរាល់៤ម៉ោង (ml/មួយពេល)
២.០	២០	៣០	៤៥
២.២	២៥	៣៥	៥០
២.៤	២៥	៤០	៥៥
២.៦	៣០	៤៥	៥៥
២.៨	៣០	៤៥	៦០
៣.០	៣៥	៥០	៦៥
៣.២	៣៥	៥៥	៧០
៣.៤	៣៥	៥៥	៧៥
៣.៦	៤០	៦០	៨០
៣.៨	៤០	៦០	៨៥
៤.០	៤៥	៦៥	៩០
៤.២	៤៥	៧០	៩០
៤.៤	៥០	៧០	៩៥
៤.៦	៥០	៧៥	១០០
៤.៨	៥៥	៨០	១០៥
៥.០	៥៥	៨០	១១០
៥.២	៥៥	៨៥	១១៥
៥.៤	៦០	៩០	១២០
៥.៦	៦០	៩០	១២៥
៥.៨	៦៥	៩៥	១៣០

ទម្ងន់កុមារ (kg)	រៀងរាល់២ម៉ោង (ml/មួយពេល)	រៀងរាល់៣ម៉ោង (ml/មួយពេល)	រៀងរាល់៤ម៉ោង (ml/មួយពេល)
៦.០	៦៥	១០០	១៣០
៦.២	៧០	១០០	១៣៥
៦.៤	៧០	១០៥	១៤០
៦.៦	៧៥	១១០	១៤៥
៦.៨	៧៥	១១០	១៥០
៧.០	៧៥	១១៥	១៥៥
៧.២	៨០	១២០	១៦០
៧.៤	៨០	១២០	១៦០
៧.៦	៨៥	១២៥	១៦៥
៧.៨	៨៥	១៣០	១៧០
៨.០	៩០	១៣០	១៧៥
៨.២	៩០	១៣៥	១៨០
៨.៤	៩០	១៤០	១៨៥
៨.៦	៩៥	១៤០	១៩០
៨.៨	៩៥	១៤៥	១៩៥
៩.០	១០០	១៤៥	២០០
៩.២	១០០	១៥០	២០០
៩.៤	១០៥	១៥៥	២០៥
៩.៦	១០៥	១៥៥	២១០
៩.៨	១១០	១៦០	២១៥
១០.០	១១០	១៦០	២២០

រូបមន្តសម្រាប់អាហារ F-75 និង F-100

	F-៧៥[a] (ដំណាក់កាលដំបូង ៖ ធ្វើពីធញ្ញជាតិ)	F-១០០[b] (ដំណាក់កាលធំធាត់)
ម្សៅទឹកដោះគ្មានជាតិក្រែម (g)	២៥	៨០
ស្ករ (g)	៧០	៥០
ម្សៅធញ្ញជាតិ (g)	៣៥	—
ប្រេងបន្លែ (g)	២៧	៦០
សូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ (ml)	២០	២០
ទឹក ៖ ដើម្បីឲ្យបាន (ml)	១០០០	១០០០
ធាតុផ្សំក្នុង ១០០ml		
ថាមពល (kcal)	៧៥	១០០
ប្រូតេអ៊ីន (g)	១.១	២.៩
ឡាក់តូស (g)	១.៣	៤.២
ប៉ូតាស្យូម (mmol)	៤.២	៦.៣
សូដ្យូម (mmol)	០.៦	១.៩
ម៉ាញេស្យូម (mmol)	០.៤៦	០.៧៣
ស័ង្កសី (mg)	២.០	២.៣
ស្ពាន់ធ័រ (mg)	០.២៥	០.២៥
% នៃថាមពលពីប្រូតេអ៊ីន	៦	១២

រូបមន្តសម្រាប់អាហារ F-75 និង F-100		
% នៃថាមពលពីខ្លាញ់	៣២	៥៣
អូស្មូស (mOsm/litre)	៣៣៤	៤១៩

[a] ចម្អិន៤នាទី រួចបន្ថែមម្សៅជាតិរ៉ែ/វីតាមីន បន្ទាប់ពីឆ្អិន។ វាអាចមានប្រយោជន៍សម្រាប់កុមារដែលមានជំងឺរាកមួល ឬជំងឺរាកអូសបន្លាយ។

[b] អាចរៀបចំធ្វើអាហារដំណាក់កាលធំធាត់ដោយខ្លួនឯងដោយប្រើទឹកដោះម្សៅចំនួន១១០g, ស្ករ ៥0g, ប្រេង ៣0g, សូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ ២0ml, និងទឹកដើម្បីឲ្យបាន ១000ml។ ប្រសិនបើប្រើទឹកដោះគោស្រស់ ចូរលាយទឹកដោះគោ ៨៨0ml, ស្ករ ៧៥g, ប្រេង ២0ml, សូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ ២0ml, និងទឹកដើម្បីឲ្យបាន ១000ml។

មធ្យោបាយជំនួស សម្រាប់អាហារ F-៧៥ ប្រសិនបើគ្មានទឹកដោះ:

ប្រើម្សៅកិនពីពោត-សណ្តែកសៀង ឬម្សៅកិនពីស្រូវ-សណ្តែកសៀង

- ម្សៅកិនពីពោត-សណ្តែកសៀង ឬស្រូវ-សណ្តែកសៀង ចំនួន ៥0g
- ស្ករ ៨៥g
- ប្រេង ២៥g
- សូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ ២0ml
- ទឹកឆ្អិនដើម្បីបាន ១000ml

មធ្យោបាយជំនួស សម្រាប់អាហារ F-១00 ប្រសិនបើគ្មានទឹកដោះ:

ប្រើម្សៅកិនពីពោត-សណ្តែកសៀង ឬម្សៅកិនពីស្រូវ-សណ្តែកសៀង

- ម្សៅកិនពីពោត-សណ្តែកសៀង ឬស្រូវ-សណ្តែកសៀង ១៥0g
- ស្ករ ២៥g
- ប្រេង ៤0g
- សូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ ២0ml
- ទឹកឆ្អិនដើម្បីបាន ១000ml

ការព្យាបាល

ចូរផ្លាស់ប្តូរពីអាហារដំណាក់កាលដំបូង F-៧៥ ទៅអាហារដំណាក់កាលធំធាត់ F-១០០ ឬអាហារ RUTF ក្នុងរយៈពេល២-៣ថ្ងៃ (អាស្រ័យលើការទទួលយករបស់កុមារ)។

- ប្តូរពីអាហារ F-៧៥ ទៅប្រើអាហារ F-១០០ ដោយរក្សាបរិមាណដដែលរយៈពេល២ថ្ងៃ។ ផ្តល់អាហារទឹកដោះ ដូចជា F-១០០ ដែលមានកាល់ឡូរី ១០០ kcal/១០០ml និងប្រូតេអ៊ីន ២.៩g ក្នុងចំណុះ ១០០ml (មើលរូបមន្ត ទំ.២១២) ឬអាហារ RUTF (មើលខាងក្រោម)។
- នៅថ្ងៃទី៣, ប្រសិនបើប្រើអាហារ F-១០០, ចូរបង្កើនអាហារមួយពេលៗចំនួន ១០ml រហូតកុមារហូបនៅសល់ខ្លះ។ នៅពេលដែលមានអាហារនៅសល់នោះ កុមារទំនងជាទទួលបានអាហារចំនួន ២០០ml/kg ក្នុង១ថ្ងៃ ។

បន្ទាប់ពីរយៈកាលផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងសន្សឹមៗ ចូរផ្តល់ ៖

- អាហារឲ្យបានញឹកញាប់ ដោយមិនគិតពីបរិមាណក្នុងមួយពេល
- កាល់ឡូរី ១៥០–២២០kcal/kg ក្នុង១ថ្ងៃ
- ប្រូតេអ៊ីន ៤–៦g /kg ក្នុង១ថ្ងៃ ។

- ប្រសិនបើប្រើអាហារព្យាបាលដែលហូបបានភ្លាម (អាហារ RUTF)៖
  - ចាប់ផ្តើមដោយផ្តល់អាហារ RUTF ម្តងបន្តិចៗ ប៉ុន្តែជាប្រចាំ, ហើយលើកទឹកចិត្តកុមារឲ្យហូបញឹកញាប់ (ដំបូងឲ្យ៨ពេលក្នុង១ថ្ងៃ, បន្ទាប់មក ៥-៦ពេលក្នុង១ថ្ងៃ)។ នៅក្នុងរយៈកាលផ្លាស់ប្តូរ ប្រសិនបើកុមារមិនអាចហូបអាហារ RUTF មួយពេលអស់ទាំងស្រុងទេ, ចូរបន្ថែមអាហារ F-៧៥ ដើម្បីបង្គ្រប់, រហូតទាល់តែអាចហូបអាហារ RUTF មួយពេលអស់ទាំងស្រុង។
  - ក្នុងរយៈពេល១២ម៉ោង ប្រសិនបើកុមារមិនអាចហូបបានពាក់កណ្តាលនៃបរិមាណដែលបានណែនាំទេ ត្រូវបញ្ឈប់អាហារ RUTF រួចផ្តល់

អាហារ F-៧៥ ឡើងវិញ។ ព្យាយាមផ្លាស់ប្តូរទៅអាហារ RUTF ម្តងទៀតនៅ១-២ថ្ងៃបន្ទាប់ រហូតកុមារអាចហូប អាហារ RUTF បានគ្រប់ចំនួន។

– បើកុមារមិនទាន់ផ្តាច់ដោះទេ គួរឲ្យបៅដោះម្តាយសិន មុននឹងផ្តល់អាហារ RUTF មួយលើកៗ។

- បន្ទាប់ពីដំណាក់កាលផ្លាស់ប្តូរ ចូរបញ្ជូនកុមារទៅកន្លែងថែទាំជំងឺក្រៅដំណាក់កាលស្តារនីតិសម្បទា ឬទៅកម្មវិធីផ្តល់អាហារក្នុងសហគមន៍។

ការណែនាំអំពីបរិមាណក្នុងមួយថ្ងៃ សម្រាប់អាហារ RUTF ដែលមានថាមពល ៥០០kcal

	រយៈកាលផ្លាស់ប្តូរ ១៥០kcal/kg/ថ្ងៃ	ដំណាក់កាលស្តារនីតិសម្បទា ២០០ kcal/kg/ថ្ងៃ
ទម្ងន់កុមារ (kg)	ចំនួនកញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃ (កញ្ចប់ចំណុះ ៩២g ដែលមានថាមពល ៥០០kcal)	ចំនួនកញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃ (កញ្ចប់ចំណុះ ៩២g ដែលមានថាមពល ៥០០kcal)
៤.០–៤.៩	១.៥	២.០
៥.០–៦.៩	២.១	២.៥
៧.០–៨.៤	២.៥	៣.០
៨.៥–៩.៤	២.៨	៣.៥
៩.៥–១០.៤	៣.១	៤.០
១០.៥–១១.៩	៣.៦	៤.៥
≥១២.០	៤.០	៥.០

- លាងសម្អាតដៃមុននឹងផ្តល់អាហារឲ្យកុមារ។

– ដាក់កុមារឲ្យអង្គុយលើភ្លៅ ហើយបញ្ចុកអាហារថ្នមៗ។

– លើកទឹកចិត្តកុមារឲ្យហូបអាហារ RUTF ដោយមិនបង្ខំ។
– នៅពេលកុមារហូបអាហារ RUTF គួរឲ្យកុមារផឹកទឹកស្អាតឲ្យបានច្រើនដោយប្រើពែង។

ការតាមដាន

ចៀសវាងការបណ្តាលឲ្យខ្សោយបេះដូង។ តាមដានសញ្ញានៃជំងឺខ្សោយបេះដូងដោយសារស្ទះសរសៃឈាម (ជីពចរញាប់ ដកដង្ហើមញាប់, សំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះនៅបាតសួត (basal lung crepitations), ថ្លើមរីក, សំឡេងបេះដូងដូចជើងសេះផាយ, សម្ពាធសរសៃវ៉ែនពីក្បាលទៅបេះដូងឡើងខ្ពស់)។ បើចង្វាក់ជីពចរ និងចង្វាក់ដង្ហើមកើនឡើងទាំង២ (ដង្ហើមកើនឡើងចំនួន ៥ដង/នាទី, ជីពចរកើនឡើងចំនួន ២៥ដង/នាទី), ហើយវានៅតែកើនឡើងនៅពេលវាស់៤ម៉ោងបន្ទាប់ទៀត, នោះ ៖

- បន្ថយបរិមាណអាហារមកត្រឹម ១០០ml/kg ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល២៤ម៉ោង។
- បន្ទាប់មក បង្កើនបរិមាណអាហារវិញសន្សឹមៗដូចខាងក្រោម ៖
  – នៅ២៤ម៉ោងបន្ទាប់ បង្កើនដល់ ១១៥ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ
  – នៅ៤៨ម៉ោងបន្ទាប់ បង្កើនដល់ ១៣០ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ
- ចាប់ពីនេះទៅ បង្កើនបរិមាណអាហារក្នុងមួយពេលៗចំនួន ១០ml ដូចរៀបរាប់ខាងដើម។

វាយតម្លៃភាពរីកចម្រើន។ បន្ទាប់ពីរយៈកាលផ្លាស់ប្តូររួច តាមដានភាពរីកចម្រើនដោយមើលទៅលើអត្រានៃទម្ងន់ដែលបានកើនឡើង ៖

- ថ្លឹងទម្ងន់កុមាររៀងរាល់ព្រឹក មុនហូបអាហារ រួចគូសចំណុចទម្ងន់។
- គណនា និងកត់ត្រាទម្ងន់ដែលបានកើនឡើង រៀងរាល់៣ថ្ងៃ គិតជា g/kg ក្នុង១ថ្ងៃ (មើលប្រអប់ខាងក្រោម).

ការគណនាការឡើងទម្ងន់

ឧទាហរណ៍ គឺសម្រាប់ការឡើងទម្ងន់រយៈពេល៣ថ្ងៃ។

- ទម្ងន់បច្ចុប្បន្នគិតជាក្រាម = ៦៣០០g
- ទម្ងន់ពេលថ្លឹង៣ថ្ងៃមុន គិតជាក្រាម = ៦០០០g

ជំហានទី១. គណនាការឡើងទម្ងន់គិតជាក្រាម ៖ ៦៣០០–៦០០០ = ៣០០g

ជំហានទី២. គណនាទម្ងន់ជាមធ្យមដែលកើនក្នុងមួយថ្ងៃ ៖ ៣០០g ÷ ៣ថ្ងៃ = ១០០g/ថ្ងៃ

ជំហានទី៣. ចែកនឹងទម្ងន់មធ្យមរបស់កុមារគិតជា kg ៖ ១០០g/ថ្ងៃ ÷ ៦.១៥kg = ១៦.៣g/kg ក្នុង១ថ្ងៃ

ប្រសិនបើទម្ងន់ដែលបានកើនឡើង មានកម្រិត ៖

- ទាប (< ៥g/kg ក្នុង១ថ្ងៃ), កុមារត្រូវការការវាយតម្លៃឡើងវិញទាំងស្រុង
- មធ្យម(៥–១០g/kgក្នុង១ថ្ងៃ),ពិនិត្យមើលថាតើអាហារដែលបានផ្តល់ឲ្យកុមារបានឈានដល់ចំណុចគោលដៅ ឬថាតើមានការបង្ករោគណាមួយដែលត្រូវបានមើលរំលងដែរឬទេ
- ខ្ពស់ (>១០g/kg ក្នុង១ថ្ងៃ)។

៧.៤.៩ ការភ្ញោចញាណដឹង

ផ្តល់ ៖

- ការថែទាំប្រកបដោយក្តីស្រឡាញ់ និងថ្នាក់ថ្នម
- បរិយាកាសដាស់អារម្មណ៍ដ៏គួរឲ្យរីករាយ
- ការលេងសប្បាយ រយៈពេល១៥-៣០នាទី/ថ្ងៃ
- ការបញ្ចេញសកម្មភាពរាងកាយ នៅពេលកុមារបានធូរស្បើយគ្រប់គ្រាន់
- ការគាំទ្រដោយមានការចូលរួមពីម្តាយឲ្យបានច្រើនបំផុត (ឧទា. ការលួងលោម, ផ្តល់អាហារ, ងូតទឹក, លេងកំសាន្ត)។

ផ្តល់ប្រដាប់លេងសមរម្យ និងសកម្មភាពលេងកំសាន្តផ្សេងៗដល់កុមារ (មើលទំ.៤៨៨)។

៧.៤.១០ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ លើទារកអាយុក្រោម៦ខែ

កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរលើទារកអាយុក្រោម៦ខែ គឺមិនសូវឃើញមានញឹកញាប់ដូចលើកុមារធំទេ។ បើទារកពិតជាខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ ឬមិនលូតលាស់ គួរពិចារណាទៅលើមូលហេតុដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសរីរាង្គវិញ រួចព្យាបាលតាមសមស្រប។ ទារកអាយុក្រោម៦ខែដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ រួមជាមួយកត្តាផលវិបាកណាមួយខាងក្រោម គួរត្រូវបានបញ្ជូនទៅទទួលការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ៖

- សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទូទៅ ឬស្ថានភាពគ្លីនិកធ្ងន់ធ្ងរ ដូចបានពន្យល់ត្រួសៗសម្រាប់ទារកអាយុ៦ខែ ឬច្រើនជាងនេះ។
- ការស្រកទម្ងន់ ឬមិនឡើងទម្ងន់ក្នុងពេលថ្មីៗ។
- ការបំបៅដោះគ្មានប្រសិទ្ធភាព (ការដាក់ទារកផ្ទឹបនឹងម្ដាយ, ទីតាំងទារក, ឬការបឺតជញ្ជក់) ដែលត្រូវបានសង្កេតមើលដោយផ្ទាល់រយៈពេល១៥-២០នាទី, ល្អបំផុតគឺក្នុងកន្លែងដាច់ដោយឡែក។
- ការហើមទ្រុឌនៅជើងទាំង២។
- បញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលទាមទារការវាយតម្លៃកាន់តែលម្អិត។
- បញ្ហាសង្គមណាមួយដែលទាមទារការវាយតម្លៃលម្អិត ឬការគាំទ្រយ៉ាងខ្លាំងក្លា (ឧទា. អាណាព្យាបាលមានពិការភាព ឬការធ្លាក់ទឹកចិត្ត, ឬស្ថានភាពសង្គមផ្សេងៗ)។

ការព្យាបាល

- បញ្ជូនទារកដែលមានកត្តាផលវិបាកខាងលើណាមួយ។
- ផ្ដល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកប្រភេទចាក់ ដើម្បីព្យាបាលការបង្ករោគដែលអាចកើតមាន, និងការព្យាបាលសមស្របសម្រាប់ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត។
- បង្រៀនម្ដាយ ឬអាណាព្យាបាលឡើងវិញ ពីការបំបៅដោះសុទ្ធប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ បើមិនអាចទេ គួរផ្ដល់ទឹកដោះគោម្សៅជំនួស ដោយផ្ដល់ដំបូន្មានពីរបៀបឆុង និងបញ្ចុកទឹកដោះគោម្សៅដោយសុវត្ថិភាព។

- សម្រាប់ទារកដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ និងមានការហើម គួរផ្តល់ទឹកដោះគំប៉ុងសម្រាប់ទារក ឬអាហារ F-៧៥ ឬ F-១០០ (លាយទឹក (ទំ.៣៣៤) ឲ្យបាន១.៥លីត្រ ជាជាង១លីត្រ) បន្ថែមពីលើទឹកដោះម្តាយ។
- សម្រាប់ទារកដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ និងគ្មានការហើមទេ គួរផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដែលបានច្របាច់, ហើយបើមិនអាចទេ គួរផ្តល់ម្សៅទឹកដោះគោ ឬ F-៧៥ ឬ F-១០០។

ក្នុងអំឡុងពេលស្តារអាហារូបត្ថម្ភ ត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍ជាមូលដ្ឋានសម្រាប់កុមារធំ។ ប៉ុន្តែ ទារកតូចៗមិនសូវមានលទ្ធភាពបញ្ចេញអំបិល និងអ៊ុយរ៉េ តាមទឹកនោមដូចកុមារធំទេ ជាពិសេសក្នុងអាកាសធាតុក្តៅ។ ហេតុដូច្នេះហើយ របបអាហារដែលល្អនៅក្នុងដំណាក់កាលធ្វើឲ្យមានស្ថិរភាព គឺ ៖

- ទឹកដោះម្តាយ (បើមានគ្រប់គ្រាន់)
- ម្សៅទឹកដោះគោសម្រាប់ទារក

គួរលើកកម្ពស់ការវាយតម្លៃសុខភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្តរបស់ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល រួចផ្តល់ការព្យាបាល ឬការគាំទ្រសមស្រប។

ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

ទារកអាយុក្រោម៦ខែដែលត្រូវបានបញ្ជូនមកសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អាចត្រូវបញ្ជូនទៅផ្នែកជំងឺក្រៅបាន ប្រសិនបើ ៖

- ស្ថានភាពគ្លីនិក ឬផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រនានា រួមទាំងការហើម ត្រូវបានព្យាបាលរួច ឬកុមារបានធូរស្បើយ និងមានភាពរហ័សរហួន
- កុមារកំពុងបៅដោះម្តាយប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ឬបៅទឹកដោះជំនួសបានល្អ
- ទម្ងន់ដែលឡើង អាចទទួលយកបាន, ឧទា. លើមធ្យមភាគនៃស្តង់ដារលូតលាស់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក, ឬច្រើនជាង ៥gm/kg ក្នុង១ថ្ងៃ យ៉ាងតិច៣ថ្ងៃបន្តបន្ទាប់គ្នា។

មុននឹងអនុញ្ញាតឲ្យចេញ គួរពិនិត្យនិងផ្តល់ជូនយ៉ាងសមស្របនូវស្ថានភាពចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់ទារក និងអន្តរាគមន៍ទូទៅដទៃទៀត។ បន្ទាប់មកគួរណែនាំម្តាយឬ អាណាព្យាបាលឲ្យធ្វើការតាមដានបន្ត ឬទទួលការគាំទ្រក្នុងសហគមន៍ ។ អាចអនុញ្ញាតឲ្យកុមារចេញពីការថែទាំផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភបានលុះត្រាតែកុមារ ៖

- កំពុងបៅដោះម្តាយប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ឬបៅទឹកដោះជំនួសបានល្អ, និង
- មានការឡើងទម្ងន់គ្រប់គ្រាន់, និង
- មានពិន្ទុហ្សិដ (z score) នៃទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង ធំជាងឬស្មើ -២ (មើលទំ.៥៧៩)។

៧.៥ ការព្យាបាលស្ថានភាពពាក់ព័ន្ធនានា

៧.៥.១ បញ្ហាភ្នែក

ប្រសិនបើកុមារមានសញ្ញាភ្នែកណាមួយនៃការខ្វះវីតាមីនA (មើលទំ.៣១២) ៖

- ផ្តល់វីតាមីន A តាមមាត់ នៅថ្ងៃទី១, ២ និង១៤ (អាយុក្រោម៦ខែ ចំនួន ៥០.០០០IU,អាយុ៦-១២ខែចំនួន១០០.០០០IU,កុមារធំចំនួន២០០.០០០ IU)។ ប្រសិនបើកម្រិតថ្នាំទី១ ត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបង្អែករួចហើយ នោះត្រូវផ្តល់តែសម្រាប់ថ្ងៃទី១ និងទី១៤ ប៉ុណ្ណោះ។

បើភ្នែកកុមារបង្ហាញសញ្ញានៃការស្រអាប់ ឬរលាកកញ្ចក់ភ្នែក, គួរផ្តល់ការថែទាំបន្ថែមដូចខាងក្រោម ដើម្បីបង្ការការរហែកកញ្ចក់ភ្នែក និងការលៀនចេញនៃកែវភ្នែក ៖

- បន្តក់ chloramphenicol ឬ tetracycline មួយថ្ងៃ៤ដង រយៈពេល៧-១០ថ្ងៃ។
- បន្តក់ atropine មួយតំណក់ មួយថ្ងៃ៣ដង រយៈពេល៣-៥ថ្ងៃ។
- គ្របភ្នែកដោយក្រណាត់ជ្រលក់សេរ៉ូមប្រៃ។
- រុំបង់ភ្នែក។

៧.៥.២ ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ

ការចាក់បញ្ចូលឈាមគួរធ្វើឡើងក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោងដំបូង លុះត្រាតែ ៖

- Hb < ៤g/dl
- Hb = ៤–៦g/dl ហើយកុមារមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម ។

ចំពោះកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ, ការចាក់បញ្ចូលឈាមត្រូវតែធ្វើឡើងយឺតៗ និងក្នុងបរិមាណតិចជាងការបញ្ចូលឲ្យកុមារដែលមានអាហារូបត្ថម្ភល្អ។ ផ្តល់ ៖

- ឈាមទាំងមូល ចំនួន ១០ml/kg យឺតៗ រយៈពេល៣ម៉ោង
- ឱសថ furosemide តាមសរសៃចំនួន ១mg/kg នៅពេលចាប់ផ្តើមការបញ្ចូលឈាម។

ប្រសិនបើកុមារមានសញ្ញានៃការខ្សោយបេះដូង គួរផ្តល់គោលិកាឈាមក្រហមសុទ្ធ (គ្មានប្លាស្មា) ចំនួន ១០ml/kg ព្រោះឈាមទាំងមូលងាយនឹងធ្វើឲ្យស្ថានភាពកាន់តែដុនដាប។ កុមារដែលខ្វះអាហាររូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ រួមជាមួយការហើម អាចមានការស្រូបជាតិទឹកមកវិញដែលបណ្តាលឲ្យ Hb ហាក់ដូចជាចុះទាប, ហើយមិនទាមទារការចាក់បញ្ចូលឈាមទេ។

ការតាមដាន

រៀងរាល់១៥នាទី ក្នុងអំឡុងពេលបញ្ចូលឈាម គួរតាមដានចង្វាក់ជីពចរ និងចង្វាក់ដង្ហើម, ស្តាប់ថតសួត, ពិនិត្យពោះរកមើលទំហំថ្លើម, និងពិនិត្យសម្ពាធសរសៃវ៉ែននៅក។

– បើក្នុងចំណោមចង្វាក់ដង្ហើម ឬចង្វាក់បេះដូង មានមួយណាកើនឡើង (ដង្ហើមកើនឡើងចំនួន ៥ដង/នាទី, ឬជីពចរកើនឡើងចំណយន ២៥ដង/នាទី) នោះត្រូវបន្ថយល្បឿនបញ្ចូលឈាម។

– ប្រសិនបើមានសំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះនៅបាតសួត (basal lung crepitations) ឬថ្លើមរីក ត្រូវបញ្ឈប់ការបញ្ចូលឈាម រួចផ្តល់ឱសថ furosemide តាមសរសៃចំនួន ១mg/kg ។

ចំណាំ *៖ មិនត្រូវបញ្ចូលឈាមថែមទៀតទេ ទោះបី Hb នៅតែចុះទាប, ឬបើមិនទាន់បាន៤ថ្ងៃ រាប់ពីពេលបញ្ចូលឈាមចុងក្រោយ។*

៧.៥.៣ ដំបៅលើស្បែកក្នុងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ kwashiorkor

កង្វះជាតិស័ង្កសី គឺជាបញ្ហាទូទៅចំពោះកុមារដែលមានកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ kwashiorkor, ហើយស្បែករបស់ពួកគេនឹងបានប្រសើរឡើងវិញយ៉ាងឆាប់រហ័ស នៅពេលទទួលបានជាតិស័ង្កសីបន្ថែម។ បន្ថែមពីនេះទៀត គួរ ៖

- យកសូលុយស្យុងប៉ូតាស្យូមពែម៉ង់ហ្គាណាត (potassium permanganate) 0.0១% ងូត ឬត្រាំនៅកន្លែងដំបៅទាំងឡាយ រយៈពេល១០នាទីក្នុងមួយថ្ងៃ។
- លាបក្រែមការពារ (ក្រមួនប្រេង zinc និង castor, vaseline ឬបង់បិតពេលរលាកភ្លើង tulle gras) លើស្បែកដែលមិនបានប៉ះពាល់, និងក្រែម gentian violet ឬ nystatin លើស្បែកដែលរងការប៉ះពាល់។
- ចៀសវាងប្រើខោទឹកនោម ដើម្បីទុកឲ្យផ្នែកជិតប្រដាប់ភេទនៅស្ងួត។

៧.៥.៤ ជំងឺរាកដែលបន្តជានិច្ច

ការព្យាបាល

ការបង្ករោគដោយ Giardia

នៅពេលដែលអាច គួរពិនិត្យលាមកដោយមីក្រូទស្សន៍។

- ប្រសិនបើឃើញមានគីស ឬ Giardia lamblia ដែលកំពុងលូតលាស់ គួរផ្តល់ឱសថ metronidazole (៧.៥mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោង រយៈពេល៧ថ្ងៃ)។ គួរព្យាបាលដោយឱសថ metronidazole ដែរ ប្រសិនបើមិនអាចពិនិត្យលាមកដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬគ្រាន់តែសង្ស័យការបង្ករោគដោយ Giardia។

ភាពមិនអាចទ្រាំទ្រជាតិឡាក់តូស

ជំងឺរាកដោយសារភាពមិនអាចទ្រាំទ្រជាតិឡាក់តូស គឺជាករណីកម្រ។ គួរវិនិច្ឆ័យភាពមិនអាចទទួលយកជាតិឡាក់តូស តែប្រសិនបើកុមាររាកដូចទឹកយ៉ាងច្រើនបន្ទាប់ពីផ្តល់អាហារទឹកដោះភ្លាម និងប្រសិនបើជំងឺរាកបានធូរស្រាលយ៉ាងច្បាស់នៅពេលកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់អាហារទឹកដោះប៉ុណ្ណោះ។ អាហារ F-៧៥ មានជាតិឡាក់តូសទាប។

ក្នុងករណីពិសេស ចូរ ៖

- ▸ ជំនួសអាហារទឹកដោះ ដោយយ៉ាវអួ ឬទឹកដោះកំប៉ុងដែលគ្មានជាតិឡាក់តូស
- ▸ ផ្តល់ទឹកដោះឡើងវិញយ៉ាងសន្សឹមៗនៅក្នុងដំណាក់កាលស្តារនីតិសម្បទា។

ជំងឺរាកដោយសារអូស្មូស

គួរសង្ស័យលើជំងឺរាកដោយសារអូស្មូស ប្រសិនបើជំងឺរាកចុះដុនដាបខ្លាំងនៅពេលប្រើអាហារ F-៧៥ ដែលមានជាតិអូស្មូសខ្ពស់ និងឈប់រាកនៅពេលដែលជាតិស្ករ និងជាតិអូស្មូសត្រូវបានកាត់បន្ថយ។ ក្នុងករណីទាំងនេះ ៖

- ▸ គួរប្រើអាហារ F-៧៥ ដែលធ្វើពីធញ្ញជាតិ (អានរូបមន្តនៅទំ.៣៣៤) ឬបើចាំបាច់ អាចប្រើអាហារអ៊ីសូតូនិក F-៧៥ ដែលមានលក់នៅទីផ្សារ។
- ▸ ប្តូរទៅប្រើអាហារ F-១០០ ឬអាហារ RUTF សន្សឹមៗ។

៧.៥.៥ ជំងឺរបេង

ប្រសិនបើសង្ស័យជំងឺរបេងជាខ្លាំង ៖

- ធ្វើតេស្ត Mantoux (ចំណាំ ៖ ផ្តល់លទ្ធផលអវិជ្ជមានមិនត្រឹមត្រូវ ជាញឹកញាប់)។
- ថតសួតដោយកាំរស្មី X, បើអាច។

ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន ឬបើសង្ស័យជំងឺរបេងជាខ្លាំង, គួរព្យាបាលទៅតាមគោលការណ៍ជាតិកម្ចាត់ជំងឺរបេង (អានផ្នែកទី៤.៧.២, ទំ.១៧៨)។

៧.៦ ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងការតាមដានបន្ត

៧.៦.១ បញ្ជូនទៅផ្នែកថែទាំជំងឺក្រៅ

ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលស្តារនីតិសម្បទា កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរស្មុគស្មាញ អាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅផ្នែកថែទាំជំងឺក្រៅ។ គួរពិចារណាពីកត្តាសង្គមផងដែរ ដូចជាការបាត់បង់ប្រាក់ចំណូលរបស់ម្តាយ និងការថែទាំកូនៗដទៃទៀត, ព្រមទាំងការ

ពិតដែលថាកុមារដែលគ្មានផលវិបាកទេ អាចត្រូវបានព្យាបាលជាអ្នកជំងឺក្រៅ ឬនៅក្នុងសហគមន៍។ វាយតម្លៃកុមារ និងការគាំទ្រក្នុងសហគមន៍យ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន។ កុមារនឹងត្រូវការការថែទាំជាប់បន្ត ជាអ្នកជំងឺក្រៅ ដើម្បីបញ្ចប់ដំណាក់កាលស្តារនីតិសម្បទា និងបង្ការការលាប់ឡើងវិញ។

ការសម្រេចចិត្តបញ្ជូនកុមារទៅផ្នែកថែទាំជំងឺក្រៅ គឺមិនគួរផ្អែកទៅលើការវាស់វែងរាងកាយ ឬទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់/ប្រវែងទេ។ គួរអនុញ្ញាតចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ទៅផ្នែកជំងឺក្រៅ ឬកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភ នៅពេលដែល ៖

- កុមារបានបញ្ចប់ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក, និងមានភាពធូរស្បើយហើយរហ័សរហួន
- ផលវិបាកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានព្យាបាលរួច
- កុមារមានចំណង់ហូបអាហារឡើងវិញ និងកំពុងហូបបានយ៉ាងល្អ
- ការហើមបានស្រកចុះ ឬបាត់ទាំងស្រុង ។

ជាការសំខាន់គឺត្រូវផ្តល់ដំបូន្មានដល់ឪពុកម្តាយអំពីការព្យាបាលជំងឺក្រៅ ឬកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភក្នុងសហគមន៍, ប្រសិនបើមាន។ ប្រាប់អាណាព្យាបាលឲ្យនាំកុមារត្រឡប់មកវិញដើម្បីទទួលអាហារព្យាបាលប្រចាំសប្តាហ៍ និងប្រាកដថាកុមារបានទទួលថ្នាំបង្ការ និងវីតាមីន A បន្ថែម យ៉ាងសមស្រប។

ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលគួរ ៖

- មានពេលវេលាសម្រាប់ការថែទាំកុមារ
- បានទទួលការប្រឹក្សាជាក់លាក់អំពីការផ្តល់អាហារសមស្របដល់កុមារ (ប្រភេទអាហារ, បរិមាណ, ចំនួនដង)
- មានធនធានក្នុងការផ្តល់អាហារដល់កុមារ។ បើមិនមានទេ គួរផ្តល់ដំបូន្មានដល់គាត់អំពីការគាំទ្រនានាដែលអាចរកបាន។

៧.៦.២ ការអនុញ្ញាតចេញពីផ្នែកព្យាបាលអាហារូបត្ថម្ភ

គួរអនុញ្ញាតឲ្យកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ចេញពីកម្មវិធីព្យាបាលអាហារូបត្ថម្ភតែនៅពេលដែល ៖

- មានពិន្ទុហ្សិដ(z score) នៃទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់/ប្រវែង យ៉ាងតិច ≥ -២ ហើយពួកគេគ្មានការហើមយ៉ាងតិច២សប្តាហ៍, ឬ
- មានទំហំដើមដៃ ≥១២៥mm ហើយពួកគេគ្មានការហើមយ៉ាងតិច២សប្តាហ៍។

ការសម្រេចចិត្តគួរផ្អែកលើសូចនាករនៃការវាស់វែងរាងកាយដែលត្រូវបានប្រើក្នុងពេលបញ្ជូនមក។ ដូច្នេះ ប្រសិនបើទំហំដើមដៃត្រូវបានប្រើនៅពេលបញ្ជូនមក នោះគួរប្រើសូចនាករទំហំដើមដៃដដែល ក្នុងការវាយតម្លៃនិងបញ្ជាក់ពីភាពល្អប្រសើរផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ, ហើយវាស្រដៀងគ្នានឹងសូចនាករទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់/ប្រវែង ដែរ។ ចំពោះកុមារដែលបញ្ជូនមកដោយមានការហើមជើងទាំង២តែមួយមុខ នោះគួរត្រូវបានអនុញ្ញាតចេញដោយផ្អែកលើសូចនាករទំហំដើមដៃ ឬទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់/ប្រវែង អាស្រ័យលើសូចនាករដែលត្រូវបានប្រើជាទូទៅនៅក្នុងកម្មវិធីជាតិអាហារូបត្ថម្ភ។ មិនគួរប្រើប្រាស់ភាគរយនៃការឡើងទម្ងន់ ធ្វើជាសូចនាករក្នុងការអនុញ្ញាតចេញទេ។

គួរផ្តល់អាហារដល់កុមារយ៉ាងតិច៥ពេលក្នុងមួយថ្ងៃ ដោយក្នុងអាហារ ១០០g គួរមានថាមពល ១០០kcal និងប្រូតេអ៊ីន ២–៣g ។ ជាការសំខាន់គឺត្រូវផ្តល់អាហារញឹកញាប់ដែលមានថាមពលនិងប្រូតេអ៊ីនខ្ពស់។ គួរប្រឹក្សាជាមួយម្តាយអំពី ៖

- ការផ្តល់អាហារសមស្រប (ក្នុងបរិមាណត្រឹមត្រូវ) យ៉ាងតិច៥ពេលក្នុងមួយថ្ងៃ។
- ការផ្តល់អាហារសម្រន់ដែលមានថាមពលខ្ពស់ ចន្លោះពេលអាហារចម្បងនីមួយៗ (ឧទា. ទឹកដោះគោ ចេក នំប៉័ង ឬនំប្រអប់)។
- ជួយលួងកុមារឲ្យហូបអាហារមួយពេលៗឲ្យអស់។
- ផ្តល់អាហារដាច់ដោយឡែក ដើម្បីអាចត្រួតពិនិត្យការហូបរបស់កុមារ។
- បំបៅដោះកូនគ្រប់ពេលដែលកុមារចង់បៅ។

៧.៦.៣ ការតាមដានបន្ត

នៅពេលអនុញ្ញាតឲ្យចេញទៅផ្នែកជំងឺក្រៅ គួរធ្វើផែនការសម្រាប់តាមដានកុមារបន្តរហូតកុមារជាសះស្បើយទាំងស្រុង, និងទាក់ទងជាមួយផ្នែកជំងឺក្រៅ, មជ្ឈមណ្ឌលស្តារអាហារូបត្ថម្ភ, គ្លីនិកក្នុងតំបន់, ឬបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលទទួលខុសត្រូវលើការតាមដានកុមារជាបន្ត។ ជារួម កុមារគួរត្រូវបានថ្លឹងទម្ងន់រៀងរាល់សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីអនុញ្ញាតចេញ។

បើកុមារមិនបានឡើងទម្ងន់ក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ ឬស្រកទម្ងន់ចន្លោះពេលវាស់វែងពីរលើក ឬបាត់ចំណង់ហូបអាហារ ឬមានការហើម, នោះគួរបញ្ជូនកុមារត្រឡប់មកមន្ទីរពេទ្យវិញដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃបន្ថែមទៀត។ នៅពេលអនុញ្ញាតចេញពីការព្យាបាលផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ គួរតាមដានកុមារជារឿយៗ ដើម្បីចៀសវាងការលាប់ឡើងវិញ។

៧.៧ ការតាមដានគុណភាពនៃការថែទាំ

៧.៧.១ ការត្រួតពិនិត្យបញ្ជីមរណភាព

គួររក្សាទុកឲ្យបានត្រឹមត្រូវនូវបញ្ជីចុះឈ្មោះពេលទទួលជំងឺ, ពេលអនុញ្ញាតចេញ, និងពេលស្លាប់។ ក្នុងបញ្ជីនេះគួរកត់ត្រាអំពីព័ត៌មានរបស់កុមារ (ដូចជា ទម្ងន់ អាយុ និងភេទ), រយៈពេលសម្រាកពេទ្យ, កាលបរិច្ឆេទចេញ, ឬកាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលានៃការស្លាប់។

ដើម្បីសន្និដ្ឋានពីកត្តាដែលអាចកែប្រែបាន ដើម្បីកែលម្អគុណភាពនៃការថែទាំ, សន្និដ្ឋានថាតើករណីស្លាប់ភាគច្រើនកើតឡើង ៖

- ក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោង ៖ ពិចារណាលើការមិនព្យាបាល ឬពន្យារពេលព្យាបាលជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប, សីតុណ្ហភាពចុះទាប, មេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម ឬភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ, ការប្រើជាតិទឹក ឬបរិមាណជាតិទឹកមិនត្រឹមត្រូវក្នុងការបង្គ្រប់ជាតិទឹក, ឬការផ្តល់សេរ៉ូមលើសកម្រិត។
- ក្នុងអំឡុង៧២ម៉ោង ៖ ពិនិត្យមើលថាតើបរិមាណនៃអាហារដែលផ្តល់ក្នុងអំឡុង

ពេលផ្តល់អាហារឡើងវិញ មានច្រើនពេកដែរទេ, ឬការគណនារូបមន្តមិនត្រឹមត្រូវ ។ តើមានផ្តល់ប៉ូតាស្យូម និងអង់ទីប៊ីយោទិកដែរឬទេ?

- ក្រោយ៧២ម៉ោង ៖ ពិចារណាលើការឆ្លងរោគនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ, ការប្រែប្រួលនៃអេឡិកត្រូលីតនិងជាតិទឹក (re-feeding syndrome), ខ្សោយបេះដូង និងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- ក្នុងពេលយប់ ៖ ពិចារណាលើសីតុណ្ហភាពចុះទាប ដោយសារការគ្របដណ្តប់មិនគ្រប់គ្រាន់ ឬមិនផ្តល់អាហារពេលយប់។
- នៅពេលចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារ F-១០០ ឬអាហារ RUTF ៖ ពិចារណាលើការផ្លាស់ប្តូរឆាប់រហ័សពេក ពីអាហារដំបូងទៅប្រើអាហារធំធាត់។

៧.៧.២ ការឡើងទម្ងន់ក្នុងអំឡុងពេលស្តារនីតិសម្បទា

ការថ្លឹងទម្ងន់ដែលមានលក្ខណៈស្តង់ដារនៅក្នុងអគារមន្ទីរពេទ្យ។ ពិនិត្យមើលភាពត្រឹមត្រូវនៃទ្រនិចជញ្ជីងរៀងរាល់ថ្ងៃ។ ថ្លឹងទម្ងន់កុមារបន្ទាប់ពីដោះសម្លៀកបំពាក់ (ប៉ុន្តែត្រូវចៀសវាង សីតុណ្ហភាពចុះទាប) រៀងរាល់ថ្ងៃ ក្នុងម៉ោងដដែល (ឧទា. រៀងរាល់ព្រឹក)។

ការឡើងទម្ងន់ត្រូវបានកំណត់ដូចតទៅនេះ ៖

- មិនល្អ ៖ < ៥g/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ
- ធម្មតា ៖ ៥–១០g/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ
- ល្អ ៖ > ១០g/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ។

ប្រសិនបើការឡើងទម្ងន់ < ៥g/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ, សន្និដ្ឋានមើលថាតើវាកើតឡើង ៖

- ចំពោះកុមារទាំងអស់ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលឬទេ (បើពិតមែន ត្រូវធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញលើរបៀបគ្រប់គ្រងជំងឺ)
- តែក្នុងករណីជាក់លាក់ខ្លះៗ (វាយតម្លៃកុមារទាំងនេះឡើងវិញ ដូចទើបចូលសំរាកពេទ្យ)។

ត្រូវពិនិត្យគ្រប់ទិដ្ឋភាពទូទៅដូចរៀបរាប់ខាងក្រោម ប្រសិនបើការឡើងទម្ងន់មិនល្អ។

ការផ្តល់អាហារមិនគ្រប់គ្រាន់

ពិនិត្យមើលថា ៖

- បានផ្តល់អាហារពេលយប់
- ទទួលបានគោលដៅនៃថាមពលអាហារ និងប្រូតេអ៊ីន។ តើបានកត់ត្រាពីបរិមាណអាហារត្រឹមត្រូវឬទេ (ពោលគឺ បរិមាណដែលផ្តល់ឲ្យកុមារ ដកនឹងបរិមាណដែលនៅសល់)? តើបរិមាណអាហារត្រូវបានគណនាឡើងវិញឬទេ បន្ទាប់ពីកុមារឡើងទម្ងន់ថ្មី? តើកុមារក្អួត ឬបៀមអាហារឬទេ?
- បច្ចេកទេសផ្តល់អាហារ ៖ តើបានផ្តល់អាហារឲ្យកុមារយ៉ាងញឹកញាប់ក្នុងបរិមាណមិនកំណត់ឬទេ?
- គុណភាពនៃការថែទាំ ៖ តើបុគ្គលិកមានចិត្តចង់ធ្វើការ ទន់ភ្លន់ ស្រឡាញ់ និងអត់ធ្មត់ឬទេ?
- គ្រប់ទិដ្ឋភាពនៃការរៀបចំអាហារ ៖ ជញ្ជីង, ការកំណត់បរិមាណនៃសមាសធាតុផ្សំ, ការលាយ, រសជាតិ, ការទុកដាក់ប្រកបដោយអនាម័យ, កូរសព្វឬទេ
- តើអាហារបន្ថែមដែលផ្តល់ឲ្យកុមារ មានថាមពលគ្រប់គ្រាន់ឬទេ
- សមាសធាតុផ្សំនៃវីតាមីនចម្រុះ គ្រប់គ្រាន់ឬទេ និងអាយុកាលប្រើប្រាស់របស់វា
- ការរៀបចំសូលុយស្យុងជាតិរ៉ែ និងថាតើជ្រើសរើសសមាសធាតុផ្សំ និងរៀបចំបានត្រឹមត្រូវឬទេ។ បើអ្នកធ្វើការក្នុងតំបន់ដែលមានជំងឺពកក គួរពិនិត្យមើលថាតើបានបន្ថែមអំបិលអ៊ីយ៉ូដ ក្នុងសូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ (១២ mg/២៥០០ml), ឬផ្តល់ឱសថទឹក Lugol iodine (៥-១០តំណក់ក្នុង១ថ្ងៃ) ឲ្យកុមារគ្រប់គ្នាដែរឬទេ។
- ប្រសិនបើផ្តល់អាហារបន្ថែម ពិនិត្យមើលថាតើវាមានសូលុយស្យុងអេឡិកត្រូលីត/ជាតិរ៉ែ ឬទេ។

ការបង្ករោគដែលមិនត្រូវបានព្យាបាល

ប្រសិនបើការផ្តល់អាហារ មានចំនួនគ្រប់គ្រាន់ ហើយការបឺតស្រូបមានដំណើរការល្អ នោះគួរសង្ស័យលើការបង្ករោគណាមួយដែលបង្កប់ បើសិនជាមានការកើតឡើងវិញនៃការហើម ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប ឬសីតុណ្ហភាពចុះទាប។ ចំណុចខាងក្រោមនេះគឺងាយនឹងមើលរំលងណាស់ ៖ ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម ជំងឺអំបៅអំបែក ជំងឺរបេង និងការបង្ករោគដោយ giardia។ ក្នុងករណីទាំងនេះ ចូរ ៖

- ពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន
- វិភាគទឹកនោមដោយមីក្រូទស្សន៍ឡើងវិញ រកគោលិកាឈាមស
- វិភាគលាមក
- ថតសួតដោយកាំរស្មី X, បើអាច។

ពិចារណាផ្តល់ការព្យាបាលក្នុងករណីដែលរោគវិនិច្ឆ័យពុំអាចបញ្ជាក់ច្បាស់។

មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍

កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ អាចបានធូរស្បើយពីកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ប៉ុន្តែប្រហែលជាត្រូវការពេលវេលាយូរជាងធម្មតា, ហើយបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល កើតមានជាញឹកញាប់។ ការព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរលើកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ គួរមានលក្ខណៈដូចគ្នានឹងកុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្ត៍ HIV អវិជ្ជមានដែរ។ សូមមើលជំពូកទី៨ អំពីស្ថានភាពដទៃទៀតដែលទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍។

បញ្ហាផ្លូវចិត្ត

ពិនិត្យមើលអាកប្បកិរិយាខុសពីធម្មតា ដូចជាការធ្វើចលនាដោយឯកឯង (យោលខ្លួន), សញ្ជប់សញ្ជឹង, និងការទាញចំណាប់អារម្មណ៍ពីអ្នកដទៃ។ ត្រូវព្យាបាលដោយការផ្តល់ក្តីស្រឡាញ់និងការយកចិត្តទុកដាក់ពិសេសដល់កុមារ។ ចំពោះកុមារដែលសញ្ជប់សញ្ជឹង ភាពរឹងមាំ និងក្តីស្រឡាញ់ អាចជួយបាន។ លើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យចំណាយពេលវេលាលេងសប្បាយជាមួយកូន (អានទំ.៤៨៨)។

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី៨

កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍

៨.១	កុមារឈឺដែលសង្ស័យឬបញ្ជាក់ថាបានឆ្លងមេរោគអេដស៍	៣៥៦
៨.១.១	រោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក	៣៥៦
៨.១.២	ការប្រឹក្សាអំពីមេរោគអេដស៍	៣៥៨
៨.១.៣	ការធ្វើតេស្ត និងការវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍	៣៦០
៨.១.៤	ការកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិក	៣៦២
៨.២	ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART)	៣៦៦
៨.២.១	ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV)	៣៦៧
៨.២.២	គួរចាប់ផ្ដើម ART នៅពេលណា	៣៧០
៨.២.៣	ផលរំខាន និងការតាមដាន	៣៧១
៨.២.៤	គួរផ្លាស់ប្ដូរការព្យាបាលនៅពេលណា	៣៧៦
៨.៣	ការថែទាំបែបគាំទ្រដល់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍	៣៧៩
៨.៣.១	ការផ្ដល់ថ្នាំបង្ការ (វ៉ាក់សាំង)	៣៧៩
៨.៣.២	ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Co-trimoxazole	៣៨០
៨.៣.៣	អាហារូបត្ថម្ភ	៣៨៣
៨.៤	ការគ្រប់គ្រងស្ថានភាពផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍	៣៨៤
៨.៤.១	ជំងឺរបេង	៣៨៤

	៨.៤.២	ជំងឺសួត PCP (Pneumocystis jiroveci pneumonia)	៣៨៦
	៨.៤.៣	ជំងឺសួត LIP (Lymphoid interstitial pneumonia)	៣៨៧
	៨.៤.៤	ការបង្ករោគដោយមេរោគផ្សិត	៣៨៨
	៨.៤.៥	ជំងឺមហារីកសរសៃវ៉ែន (Kaposi Sarcoma)	៣៩០
៨.៥	ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន និងការផ្ដល់អាហារដល់ទារក		៣៩០
	៨.៥.១	ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន	៣៩០
	៨.៥.២	ការផ្ដល់អាហារដល់ទារកដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍	៣៩១
៨.៦	ការតាមដានបន្ត		៣៩៤
	៨.៦.១	ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ	៣៩៤
	៨.៦.២	ការបញ្ជូន	៣៩៤
	៨.៦.៣	ការតាមដានបន្តផ្នែកគ្លីនិក	៣៩៥
៨.៧	ការថែទាំសម្រន់ក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត		៣៩៥
	៨.៧.១	ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់	៣៩៦
	៨.៧.២	ការគ្រប់គ្រងភាពមិនឃ្លានអាហារ, ចង្អោរ និងក្អួត	៣៩៨
	៨.៧.៣	ការបង្ការនិងការព្យាបាលដំបៅដែលប៉ះសង្កត់	៣៩៨
	៨.៧.៤	ការថែទាំមាត់ធ្មេញ	៣៩៨
	៨.៧.៥	ការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម	៣៩៩
	៨.៧.៦	ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត	៣៩៩

ជាទូទៅ ការគ្រប់គ្រងស្ថានភាពជាក់លាក់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺស្រដៀងគ្នានឹងការគ្រប់គ្រងកុមារដទៃទៀតដែរ (អានជំពូកទី៣-៧)។ ការបង្ករោគភាគច្រើនលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍គឺបណ្ដាលមកពីមេរោគដូចគ្នានឹងកុមារមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ, ទោះបីវាអាចកើតឡើងញឹកញាប់ជាង ធ្ងន់ធ្ងរជាង និងលាប់ឡើងវិញជាញឹកញាប់ក៏ដោយ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្ដី ការបង្ករោគមួយចំនួនបណ្ដាលមកពីមេរោគខុសធម្មតា។

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាច្រើននាក់ ស្លាប់ដោយសារជំងឺទូទៅដែលកើតលើកុមារ, ហើយករណីស្លាប់មួយចំនួនក្នុងចំណោមនោះ គឺអាចបង្ការបាន តាមរយៈការឆាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ, ឬតាមរយៈការផ្ដល់ថ្នាំបង្ការទូទៅតាមកាលវិភាគ និងការកែលម្អអាហារូបត្ថម្ភ។ កុមារទាំងនេះ មានការប្រឈមខ្ពស់បំផុតនឹងការបង្ករោគដោយបាក់តេរី staphylococcus និងបាក់តេរី pneumococcus, និងជំងឺរបេង។ ការសង្គ្រោះជីវិតកុមារ គឺអាស្រ័យលើការឆាប់រកឃើញ, ការព្យាបាលជាបន្ទាន់ដោយ ART និងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ co-trimoxazole សម្រាប់កុមារដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍។

រាល់ទារក និងកុមារទាំងអស់ គួរត្រូវបានវាយតម្លៃពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ឲ្យបានច្បាស់ ក្នុងពេលទទួលសេវាថែទាំសុខភាពលើកដំបូង, ដែលល្អបំផុតគឺនៅពេលកើត ឬពេលឆាប់ៗបំផុតបន្ទាប់ពីកើត។ ដើម្បីសម្រេចការងារនេះបាន គ្រប់មន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ដែលផ្ដល់សេវាសុខភាពមាតា ទារក និងកុមារ គួរផ្ដល់សេវាធ្វើតេស្ដ៍រកមេរោគអេដស៍ដល់ម្ដាយ និងកូនៗរបស់គាត់។

ជំពូកនេះរៀបរាប់សំខាន់តែពីការគ្រប់គ្រងកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍, ការផ្ដល់ប្រឹក្សា និងការធ្វើតេស្ដ៍, ដំណាក់កាលគ្លីនិក, ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART), ការគ្រប់គ្រងស្ថានភាពនានាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍, ការថែទាំគាំទ្រ, ការបំបៅដោះកូន, ការរៀបចំអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជំងឺចេញពីមន្ទីរពេទ្យ, ការតាមដានបន្ត, និងការថែទាំសម្រន់សម្រាប់កុមារក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

៨.១ កុមារឈឺដែលសង្ស័យ ឬបញ្ជាក់ថាបានឆ្លងមេរោគអេដស៍

៨.១.១ រោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក

លក្ខណៈគ្លីនិករបស់កុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ មានភាពប្រែប្រួលជាខ្លាំង។ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាច្រើន បង្ហាញរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងឆ្នាំដំបូងនៃជីវិត, ឯកុមារដទៃទៀត មិនបង្ហាញរោគសញ្ញា ឬបង្ហាញរោគសញ្ញាកម្រិតស្រាលយូរជាងមួយឆ្នាំ និងអាចរស់រានជាច្រើនឆ្នាំទៀត។

បទពិសោធន៍គ្លីនិកបង្ហាញថា កុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយមិនទទួល ART, ត្រូវបានបែងចែកជា៣ក្រុម ៖

- កុមារដែលស្ថានភាពជំងឺវិវត្តយ៉ាងឆាប់រហ័ស (២៥-៣០%) ដែលភាគច្រើនស្លាប់មុនថ្ងៃខួបកំណើតទីមួយរបស់ខ្លួន។ គេជឿថាកុមារទាំងនេះឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេលស្ថិតនៅក្នុងស្បូន ឬក្រោយពេលកើតភ្លាមៗ។
- កុមារដែលឆាប់បង្ហាញរោគសញ្ញា បន្ទាប់មកស្ថានភាពក៏ចុះដុនដាប ហើយស្លាប់នៅអាយុ៣-៥ឆ្នាំ (៥០-៦០%)។
- កុមារដែលរស់រានយូរអង្វែង, ដែលរស់បានយូរជាង៨ឆ្នាំ (៥-២៥%)។ ពួកគេច្រើនតែមានជំងឺសួត LIP (lymphoid interstitial pneumonitis) និងស្គមស្គាំង, រួមជាមួយទម្ងន់និងកម្ពស់ទាប។

គួរសង្ស័យលើមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើកុមារមានសញ្ញាដូចខាងក្រោម ដែលសញ្ញាទាំងនេះមិនសូវឃើញកើតមានលើកុមារដែលមានលទ្ធផលតេស្តមេរោគអេដស៍អវិជ្ជមានទេ ៖

សញ្ញាដែលអាចបញ្ជាក់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- *ការបង្ករោគកើតមានញឹកញាប់* ៖ ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី ចំនួន៣លើក ឬច្រើនជាងនេះ (ដូចជាជំងឺរលាកសួត ជំងឺរលាកស្រោមខួរ មេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម ជំងឺរលាកកោសិកា) ក្នុងអំឡុង១២ខែចុងក្រោយ។

- *ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ ៖* ស្រទាប់ផ្សិតពណ៌ស-ត្នោតខ្ចី និងក្រហម នៅលើក្រអូមមាត់ អញ្ចាញធ្មេញ និងភ្នាសមាត់។ ការមានផ្សិតក្នុងមាត់បន្ទាប់ពីរយៈពេល ២៨ថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត គឺបង្ហាញកាន់តែច្បាស់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍, នៅពេលដែលវាកើតឡើងយូរជាង៣០ថ្ងៃ ទោះបីមានការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកក៏ដោយ, វាលាប់ឡើងវិញ និងរាលដាលផុតពីអណ្តាត ឬបង្ហាញក្នុងទម្រង់ជាជំងឺផ្សិតក្នុងបំពង់អាហារ។
- *ជំងឺរលាកក្រពេញទឹកមាត់រ៉ាំរ៉ៃ (chronic parotitis):* ហើមក្រពេញទឹកមាត់តែម្ខាង ឬទាំងសងខាង (នៅខាងមុខត្រចៀក) រយៈពេល ≥ ១៤ថ្ងៃ ដោយមាន ឬគ្មានភាពឈឺចាប់ ឬគ្រុនក្តៅអមជាមួយ។
- *ការឡើងកូនកណ្តុរពាសពេញខ្លួន (generalized lymphadenopathy):* កូនកណ្តុរទឹករងៃរីកធំនៅក្នុងតំបន់ក្រៅក្រលៀន ២ឬច្រើន ដោយគ្មានបង្ហាញមូលហេតុច្បាស់លាស់។
- *ការរីកថ្លើម (hepatomegaly) ដោយគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់ ៖* ដោយគ្មានការបង្ករោគលាប់ឡើងវិញដោយវីរុស ដូចជា cytomegalovirus។
- *គ្រុនក្តៅអូសបន្លាយ និង/ឬ លាប់ឡើងវិញ ៖* គ្រុនក្តៅ (> ៣៨°C) ដែលមានរយៈពេល ≥ ៧ថ្ងៃ ឬកើតឡើងច្រើនជាងមួយដងក្នុងរយៈពេល៧ថ្ងៃ។
- *ដំណើរការសរសៃប្រសាទខុសប្រក្រតី ៖* ការខូតខាតជាបន្តបន្ទាប់លើផ្នែកសរសៃប្រសាទ, ក្បាលតូចខុសធម្មតា, ការលូតលាស់ផ្នែកបញ្ញាមានភាពយឺតយ៉ាវ, កម្លាំងកន្ត្រាក់នៃសាច់ដុំឡើងខ្ពស់ (hypertonia) ឬការវង្វេងវង្វាន់ ។
- *ជំងឺរើម (herpes zoster) ៖* ស្នាមកន្ទួលដែលឈឺចាប់ រួមទាំងពងបែកដែលកើតឡើងក្នុងរង្វង់ស្នាមក្រហម។
- *ជំងឺរលាកស្បែកដោយមេរោគអេដស៍ (HIV dermatitis):* ស្នាមកន្ទួលក្រហមៗលើស្បែក។ ស្នាមកន្ទួលធម្មតា មានដូចជា ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយមេរោគ

ផ្សិតនៅលើស្បែក ក្រចក និងស្បែកក្បាល, និងជំងឺ molluscum contagiosum ធ្ងន់ធ្ងរ។

- ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃដែលមានខ្ទុះ (CSLD)

សញ្ញា និងស្ថានភាពជាក់លាក់លើកុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍

គួរសង្ស័យជាខ្លាំងលើការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើមានចំណុចដូចខាងក្រោម ៖

- ជំងឺសួត PCP (Pneumocystis pneumonia)
- ជំងឺកង់ឌីដានៅក្នុងបំពង់អាហារ (oesophageal candidiasis)
- ជំងឺសួត LIP (Lymphoid interstitial pneumonia)
- ជំងឺមហារីកសរសៃវ៉ែន (Kaposi Sarcoma)
- acquired recto-vaginal fistula (លើស្ត្រី)

សញ្ញាដែលកើតឡើងញឹកញាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែក៏អាចកើតឡើងលើកុមារដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផងដែរ ៖

- ជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្តាលរ៉ាំរ៉ៃ ៖ ហូរខ្ទុះពីត្រចៀករយៈពេល ≥ ១៤ថ្ងៃ
- ជំងឺរាកអូសបន្លាយ ៖ ជំងឺរាកដែលមានរយៈពេល ≥ ១៤ថ្ងៃ
- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់កម្រិតមធ្យម ឬធ្ងន់ធ្ងរ ៖ ស្រកទម្ងន់ ឬមិនឡើងទម្ងន់ដូចការរំពឹងទុកក្នុងប័ណ្ណលូតលាស់។ គួរសង្ស័យលើមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើទារកអាយុក្រោម៦ខែដែលបៅដោះម្តាយមិនធំលូតលាស់។

៨.១.២ ការប្រឹក្សាអំពីមេរោគអេដស៍

នៅក្នុងប្រទេសដែលមានការរាតត្បាតនៃមេរោគអេដស៍ (អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ធំជាង ១% ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ) គួរផ្តល់ការប្រឹក្សាអំពីមេរោគអេដស៍ ដល់កុមារទាំងអស់ដែលទទួលសេវាគ្លីនិក។ ប្រសិនបើមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់កុមារទេ គួរផ្តល់ប្រឹក្សាដល់ក្រុមគ្រួសារ និងផ្តល់ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដល់ពួកគេ។

ដោយសារកុមារភាគច្រើនឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈម្ដាយ នោះម្ដាយ និងឪពុកក៏អាចផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែមិនដឹងខ្លួន។ សូម្បីតែនៅក្នុងប្រទេសដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងរោគអេដស៍ខ្ពស់ក៏ដោយ ក៏ការផ្ទុកមេរោគអេដស៍នេះនៅតែជាក្ដីអាម៉ាស់ជាខ្លាំង ហើយឪពុកម្ដាយអាចមានការស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការធ្វើតេស្ត។

ក្នុងពេលផ្ដល់ប្រឹក្សាអំពីមេរោគអេដស៍ គួររួមបញ្ចូលកុមារផងដែរ តាមរយៈការយកចិត្តទុកដាក់លើផលវិបាកផ្លូវចិត្តរបស់កុមារ ម្ដាយ ឪពុក និងសមាជិកគ្រួសារ។ អ្នកផ្ដល់ប្រឹក្សាគួរគូសបញ្ជាក់ថា ទោះបីគ្មានការព្យាបាលឲ្យជាសះស្បើយក៏ដោយ ការឆាប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) និងការថែទាំគាំទ្រ អាចកែលម្អគុណភាពជីវិត និងភាពរស់រានរបស់កុមារនិងឪពុកម្ដាយបានយ៉ាងច្រើន។

ការប្រឹក្សាទាមទារពេលវេលា និងត្រូវធ្វើឡើងដោយបុគ្គលិកដែលមានការបណ្ដុះ-បណ្ដាលត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើគ្មានបុគ្គលិកដែលបានទទួលការបណ្ដុះបណ្ដាលទេ គួរស្វែងរកជំនួយបច្ចេកទេសពីអង្គការក្នុងស្រុកដែលធ្វើការងារលើជំងឺអេដស៍។ ការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ គួរធ្វើឡើងដោយការស្ម័គ្រចិត្ត គ្មានការបង្ខិតបង្ខំ និងគួរធ្វើលិខិតអនុញ្ញាតត្រឹមត្រូវមុននឹងចាប់ផ្ដើមធ្វើតេស្ត។

ការចង្អុលបង្ហាញពីតម្រូវការផ្ដល់ការប្រឹក្សា និងតេស្ដមេរោគអេដស៍

សម្រាប់ទារក និងកុមារទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងប្រទេសមានប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ខ្ពស់ ហើយអ្នកមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ នោះគួរផ្ដល់ការប្រឹក្សានិងតេស្ដមេរោគអេដស៍ដល់ពួកគេ។ ក្នុងករណី ភាគច្រើន អ្នកអាចស្វែងយល់ពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់កុមារ តាមរយៈការសាកសួរពីតេស្ដមេរោគអេដស៍របស់ម្ដាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល ឬក្រោយពេលសម្រាល, និងតាមការពិនិត្យមើលប័ណ្ណសុខភាពរបស់កុមារ ឬម្ដាយ។ ប្រសិនបើមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់កុមារទេ គួរផ្ដល់ប្រឹក្សា និងតេស្ដមេរោគអេដស៍ដល់ ៖

- ទារក និងកុមារទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ដែលមានការរាតត្បាតនៃមេរោគ

អេដស៍ (អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ធំជាង១% ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ)។

- ទារកទាំងអស់ដែលប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ក្នុងពេលសម្រាល ឬពេលផ្សេងទៀតបន្ទាប់ពីសម្រាល។
- ទារក ឬកុមារទាំងឡាយដែលមានរោគសញ្ញា ឬស្ថានភាពដែលអាចគួរសបញ្ជាក់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ និងដៃគូរបស់គាត់ ដែលរស់នៅក្នុងតំបន់រាតត្បាតនៃមេរោគអេដស៍។

៨.១.៣ ការធ្វើតេស្ត និងការវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍

ការវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍លើទារក និងកុមារតូចអាយុក្រោម១៨ខែ គឺមានភាពលំបាកខ្លាំង ព្រោះអង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលបានទទួលពីម្តាយ អាចស្ថិតនៅក្នុងឈាមកុមារនៅឡើយ។ ក៏មានភាពលំបាកដទៃទៀតផងដែរ ប្រសិនបើកុមារនៅបៅដោះម្តាយ ឬធ្លាប់បៅដោះ។ ទោះបីកុមារជាច្រើននឹងបាត់បង់អង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅអាយុចន្លោះ៩ខែ និង១៨ខែ ក៏ដោយ, មានតែតេស្តរកមេរោគអេដស៍មួយគត់ដែលជាមធ្យោបាយទុកចិត្តបានក្នុងការសន្និដ្ឋានពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍លើកុមារអាយុក្រោម១៨ខែ។

នៅពេលតេស្តរកអង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងសេរ៉ូមឈាម (serological HIV test) របស់ម្តាយឬកុមារ មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន, ហើយកុមារមានរោគសញ្ញាជាក់លាក់ដែលបញ្ជាក់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែមិនអាចធ្វើតេស្តរកមេរោគបាន, នោះគួរសន្មត់រោគវិនិច្ឆ័យថាកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី គួរធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ឲ្យបានឆាប់បំផុត ដើម្បីបញ្ជាក់ការផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

រាល់តេស្តវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ដែលធ្វើឡើងចំពោះកុមារ ត្រូវតែមានភាពសម្ងាត់, រួចបន្តដោយការប្រឹក្សាដែលធ្វើឡើងដោយមានការអនុញ្ញាតត្រឹមត្រូវពីឪពុកម្តាយទើបហៅថាការធ្វើតេស្តដោយស្ម័គ្រចិត្ត។

តេស្តរកអង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (តេស្ត ELISA ឬតេស្តរហ័ស)

តេស្តរហ័ស អាចរកបានយ៉ាងទូលំទូលាយ, មានប្រសិទ្ធភាព និងអាចទុកចិត្តបាន ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍លើកុមារអាយុលើស១៨ខែ។ សម្រាប់កុមារអាយុក្រោម១៨ខែ, តេស្តរកអង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មានប្រសិទ្ធភាពនិងអាចទុកចិត្តបាន ក្នុងការរកការប្រឈម និងការច្រានចោលការផ្ទុកមេរោគអេដស៍លើកុមារដែលមិនបៅដោះម្ដាយ។

តេស្តមេរោគអេដស៍រហ័ស អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីច្រានចោលការផ្ទុកមេរោគអេដស៍លើកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ, ឬកុមារដែលមានជំងឺរបេង ឬជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដទៃទៀត ដែលរស់នៅក្នុងតំបន់អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ខ្ពស់។ ចំពោះកុមារអាយុក្រោម១៨ខែ គួរធ្វើការបញ្ជាក់លើរាល់លទ្ធផលនៃតេស្តរកអង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍វិជ្ជមានទាំងអស់, ដោយការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ឲ្យបានឆាប់បំផុត (មើលខាងក្រោម)។ នៅពេលមិនអាច គួរធ្វើរតេស្តរកអង់ទីគ័រឡើងវិញ នៅអាយុ១៨ខែ។

តេស្តរកមេរោគ

តេស្តរកមេរោគ RNA ឬ DNA គឺជាមធ្យោបាយដ៏គួរឲ្យទុកចិត្តបំផុតសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍លើកុមារអាយុក្រោម១៨ខែ។ វាអាចតម្រូវឲ្យបញ្ជូនសំណាកឈាមទៅមន្ទីរពិសោធន៍ជំនាញដែលអាចអនុវត្តតេស្តនេះបាន, ទោះបីតេស្តនេះមានកាន់តែច្រើននៅតាមប្រទេសនានាក៏ដោយ។ តេស្តនេះមានតម្លៃថោកគួរសម ងាយស្រួលប្រើ និងអាចប្រើជាមួយសំណាកឈាមស្ងួតបាន។ តេស្តខាងក្រោមនេះ (និងប្រភេទវត្ថុវិភាគរបស់វា) ប្រហែលជាអាចរកបាន ៖

- តេស្ត HIV DNA ដោយប្រើសំណាកឈាមសុទ្ធ ឬសំណាកឈាមស្ងួត
- តេស្ត HIV RNA ដោយប្រើប្លាស្មា ឬសំណាកឈាមស្ងួត
- តេស្តរកអង់ទីហ្សែន ultrasensitive p២៤ ដោយប្រើប្លាស្មា ឬសំណាកឈាមស្ងួត

លទ្ធផលវិជ្ជមានមួយនៃតេស្តរកមេរោគ លើទារកអាយុ ៤-៨សប្តាហ៍ គឺគ្រប់គ្រាន់អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាជាការឆ្លងរោគអេដស៍លើទារកតូច។ គួរចាប់ផ្តើមការព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) ជាបន្ទាន់, ហើយក្នុងពេលជាមួយគ្នា គួរយកសំណាកឈាមលើកទី២ ដើម្បីធ្វើការបញ្ជាក់លើលទ្ធផលវិជ្ជមាននៃតេស្តរកមេរោគអេដស៍។

បើទារកនៅបៅដោះម្តាយ ហើយតេស្តរកមេរោគមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន នោះគួរធ្វើតេស្តឡើងវិញបន្ទាប់ពីផ្តាច់ដោះទាំងស្រុងបាន៦សប្តាហ៍ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាកុមារមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ។

លទ្ធផលនៃតេស្តរកមេរោគអេដស៍របស់ទារក គួរបញ្ជូនត្រឡប់មកគ្លីនិក និងកុមារម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលឲ្យបានឆាប់បំផុត ហើយយ៉ាងយូរក្នុងរវាង៤អាទិត្យក្រោយពីបូមឈាម។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍លើទារកដែលបៅដោះម្តាយ

ទារកដែលបៅដោះម្តាយ ប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយក្នុងអំឡុងពេលបំបៅដោះនេះ។ មិនគួរបញ្ឈប់ការបំបៅ ដើម្បីធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នោះទេ។ លទ្ធផលវិជ្ជមាន អាចចាត់ទុកថាកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ចំណែកលទ្ធផលអវិជ្ជមាន អាចជាការពិបាក ព្រោះវាទាមទាររយៈពេល៦សប្តាហ៍ទៀតបន្ទាប់ពីផ្តាច់ដោះទាំងស្រុង ទើបលទ្ធ-ផលអវិជ្ជមានអាចបញ្ជាក់ថាកុមារមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍បាន។

៨.១.៤ ការកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិក

សម្រាប់កុមារដែលត្រូវបានបញ្ជាក់ ឬសង្ស័យខ្លាំងថាឆ្លងមេរោគអេដស៍ ប្រព័ន្ធកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិក អាចជួយសន្និដ្ឋានពីកម្រិតនៃភាពខូចខាតដល់ប្រព័ន្ធការពាររាងកាយ និងដើម្បីធ្វើផែនការព្យាបាល និងថែទាំ។

ដំណាក់កាលគ្លីនិក បង្ហាញពីភាពខូចខាតចាប់ពីកម្រិតមិនធ្ងន់ធ្ងរដល់កម្រិតធ្ងន់ធ្ងរបំផុត, ដែលដំណាក់កាលគ្លីនិកកាន់តែខ្ពស់ ការទស្សន៍ទាយពីមូលហេតុជំងឺកាន់តែមិន

ច្បាស់លាស់។ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) អាចជួយដល់ការទស្សន៍ទាយពីមូលហេតុជំងឺ។ ការកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិក អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីសន្និដ្ឋានពីការឆ្លើយតបចំពោះ ART ប្រសិនបើមិនអាចធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនមេរោគ ឬតេស្តរបស់កោសិកា CD៤ បានងាយស្រួលទេ។

តារាងទី២៣. ប្រព័ន្ធកំណត់ដំណាក់កាលគ្លីនិកសម្រាប់មេរោគអេដស៍ របស់អង្គការ WHO

សម្រាប់ប្រើជាមួយកុមារអាយុក្រោម១៣ឆ្នាំ ដែលមានភស្តុតាងពីមន្ទីរពិសោធន៍បញ្ជាក់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (តេស្តរកអង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារអាយុលើ១៨ខែ, តេស្តរកមេរោគអេដស៍ សម្រាប់កុមារអាយុក្រោម១៨ខែ)

ដំណាក់កាលទី១

- មិនបង្ហាញរោគសញ្ញា
- ការឡើងកូនកណ្តុរពាសពេញខ្លួនជាប់រហូត

ដំណាក់កាលទី២

- ការរីកថ្លើម និងអណ្តើក
- ការចេញកន្ទួលរមាស់
- ជំងឺ Seborrheic Dermatitis
- ការបង្ករោគដោយមេរោគផ្សិតក្នុងក្រចក
- ការរលាកគែមបបូរមាត់ (Angular cheilitis)
- ជំងឺ Linear gingival erythema (LGE)
- ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយ papillomavirus ឬការបង្ករោគដោយ molluscum (ច្រើនជាង ៥% នៃផ្ទៃរាងកាយ)
- ដំបៅមាត់កើតឡើងញឹកញាប់(កើតឡើងចាប់ពី២ដងក្នុងរយៈពេល៦ខែ)
- ការរីកក្រពេញ parotid

- ជំងឺរើម
- ការបង្ករោគក្នុងផ្លូវដង្ហើមលើ ដែលកើតមានញឹកញាប់ឬរ៉ាំរ៉ៃ (រលាកត្រចៀកកណ្ដាល, ការហូរខ្ទុះពីត្រចៀកក្រៅ, រលាករន្ធច្រមុះ; កើតឡើងចាប់ពី២ដងក្នុងរយៈពេល៦ខែ)

ដំណាក់កាលទី៣

- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភកម្រិតមធ្យមដែលគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់ ដែលមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលទូទៅ
- ជំងឺរាកអូសបន្លាយដែលគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់ (យូរជាង១៤ថ្ងៃ)
- គ្រុនក្ដៅអូសបន្លាយដែលគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់ (លស់ពេល ឬជាប់ជានិច្ច, យូរជាង១ខែ)
- ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ (អាយុលើ២៨ថ្ងៃ)
- ជំងឺ Oral hairy leukoplakia (OHL)
- ជំងឺរបេងសួត[a]
- លាប់ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរី (កើតឡើងចាប់ពី២ដងក្នុងរយៈពេល៦ខែ)
- ជំងឺរលាកអញ្ចាញធ្មេញធ្ងន់ធ្ងរ ឬ ជំងឺរលាកជាលិកាជុំវិញធ្មេញ
- ជំងឺសួត LIP (Lymphoid interstitial pneumonia)
- ភាពស្លេកស្លាំង (< ៨g/dl), កោសិកា neutrophil ចុះទាប (< ៥០០/mm³) ឬ ចំនួនប្លាកែតចុះទាប (<៣០.០០០/mm³) ដែលគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់, កើតឡើងយូរជាង១ខែ
- ជំងឺសាច់ដុំបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ (cardiomyopathy) ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍
- ជំងឺជំងឺតម្រងនោម (nephropathy) ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍

ដំណាក់កាលទី៤

- ស្គមស្គាំងធ្ងន់ធ្ងរ ឬខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ដែលគ្មានមូលហេតុច្បាស់លាស់

ហើយមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលទូទៅ

- ជំងឺសួត PCP
- ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរដោយបាក់តេរីកើតញឹកញាប់ (កើតឡើងចាប់ពី២ដងក្នុងមួយឆ្នាំ, ឧទា. ការកខ្ទុះក្នុងស្រោមសួត, ការរលាកសាច់ដុំ, ការបង្ករោគក្នុងឆ្អឹង ឬសន្លាក់, ជំងឺរលាកស្រោមខួរ, ដោយមិនរាប់បញ្ចូលជំងឺរលាកសួត)
- ជំងឺ herpes simplex រ៉ាំរ៉ៃនៅលើមាត់ ឬលើស្បែក (យូរជាង១ខែ)
- ជំងឺរបេងក្រៅសួត
- ជំងឺមហារីកសរសៃវ៉ែន (Kaposi Sarcoma)
- ជំងឺផ្សិតក្នុងបំពង់អាហារ
- ទារកអាយុក្រោម១៨ខែ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តរកអង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន ដែលមានបញ្ហាពីរឬច្រើនក្នុងចំណោមនេះ ៖ ផ្សិតក្នុងមាត់, ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ, មិនធំលូតលាស់, មេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាមធ្ងន់ធ្ងរ b
- ការរលាកបាតភ្នែកដោយមេរោគ Cytomegalovirus
- ជំងឺ toxoplasmosis លើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល
- ជំងឺរលាករាលដាលបង្កដោយមេរោគផ្សិត, រួមទាំងជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគផ្សិត cryptococcus (ឧទា. extrapulmonary cryptococcosis, histoplasmosis, coccidiomycosis, penicilliosis)
- ជំងឺ Cryptosporidiosis ឬជំងឺ isosporiasis (ដោយមានរាកយូរជាង១ខែ)
- ការបង្ករោគដោយ Cytomegalovirus (កើតឡើងលើកុមារអាយុលើ១ខែ, លើសរីរាង្គក្រៅពីថ្លើម អណ្តើក ឬកូនកណ្តុរទឹករងៃ
- ការបង្ករោគរាលដាលដោយបាក់តេរី mycobacteria ដែលមិនមែនជាមេរោគរបេង
- មេរោគផ្សិតកង់ឌីដានៅក្នុងបំពង់ខ្យល់ ទងសួត ឬសួត
- rectovesical fistula ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍

– ជំងឺមហារីកទឹករងៃក្នុងខួរក្បាល ឬ B cell ដែលមិនមែនជាជំងឺ Hodgkin
– ជំងឺ Progressive multifocal leukoencephalopathy
– ជំងឺសរសៃប្រសាទពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍ (HIV encephalopathy)

a ជំងឺរបេងអាចកើតឡើង ទោះជាមានចំនួនកោសិកា CD៤ ប៉ុន្មានក៏ដោយ។ គួរពិចារណាពីភាគរយនៃកោសិកាCD៤ នៅពេលដែលអាច។

b ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបែបសន្មតលើកុមារអាយុក្រោម១៨ខែ ដែលមានអង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទី៤នៃជំងឺ, ទាមទារការបញ្ជាក់ពីតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ឬតេស្តរកអង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់ពីមានអាយុ១៨ខែ។

៨.២ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART)

រាល់កុមារអាយុក្រោម៦០ខែ ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ គួរទទួលបាន ART ជាបន្ទាន់ នៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពគ្លីនិក ឬប្រព័ន្ធការពាររាងកាយរបស់កុមារឡើយ។ ទោះបីឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV) មិនអាចព្យាបាលមេរោគអេដស៍ឲ្យជាសះស្បើយក៏ដោយ, វាអាចកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់និងជំងឺបានយ៉ាងច្រើន ព្រមទាំងកែលម្អគុណភាពជីវិតរបស់កុមារទៀតផង។

ការព្យាបាលស្តង់ដារជម្រើសទី១សម្រាប់ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺការប្រើឱសថ ARV ៣មុខ ដើម្បីបង្ក្រាបការបំបែកកោសិការបស់មេរោគឲ្យបានច្រើនបំផុត ហើយឈានដល់ការបញ្ឈប់ការរីករាលដាលរបស់ជំងឺអេដស៍។ បច្ចុប្បន្ន ឱសថរួមផ្សំដែលមានកម្រិតថ្នាំកំណត់ស្រាប់ អាចរកបានយ៉ាងទូលំទូលាយ ហើយវាត្រូវបានប្រើច្រើនជាងឱសថស៊ីរ៉ូ ឬឱសថដាច់ៗពីគ្នា ព្រោះវាជំរុញឲ្យអ្នកជំងឺគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាល និងកាត់បន្ថយការចំណាយ។

គ្រូពេទ្យគួរយល់ដឹងច្បាស់លាស់ពីគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិសម្រាប់ការព្យាបាលកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ គោលការណ៍នានាក្នុងការព្យាបាល ART និងការជ្រើសរើសឱសថសម្រាប់កុមារ, មានលក្ខណៈដូចគ្នាយ៉ាងច្រើននឹង ART សម្រាប់មនុស្សធំដែរ។

រូបមន្តសមរម្យសម្រាប់ឱសថ ARV មួយចំនួន ប្រហែលជាមិនអាចរកបានទេសម្រាប់ទារក (ជាពិសេស ក្រុមឱសថ protease inhibitors)។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ការសំខាន់គឺត្រូវពិចារណាពី ៖

- ភាពអាចរកបាននៃរូបមន្តសមរម្យដែលអាចប្រើតាមកម្រិតថ្នាំសមស្រប
- ភាពងាយស្រួលនៃកាលវិភាគកម្រិតថ្នាំ
- រសជាតិដែលអាចអោយកុមារតូចៗផឹកបាន។

ចំណុចសំខាន់មួយទៀត គឺការធានាថាឪពុកម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍នោះបានទទួលការព្យាបាល, ហើយការព្យាបាលដោយឱសថ ARV គួរមានផ្តល់ជូនសមាជិកគ្រួសារដទៃទៀតផងដែរ។

៨.២.១ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV)

ឱសថ ARV ត្រូវបានបែងចែកជា៣ក្រុមធំៗ ៖

- ក្រុមឱសថ NRTI (nucleoside reverse transcriptase inhibitors),
- ក្រុមឱសថ NNRTI (non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors), និង
- ក្រុមឱសថ protease inhibitors (មើលតារាងទី២៤)។

ការព្យាបាលដោយឱសថ៣មុខ គឺជាស្តង់ដារនៃការថែទាំ ហើយរបបឱសថជម្រើសទី១ គួរតែផ្អែកលើក្រុមឱសថ NRTI ចំនួន២ រួមនឹងក្រុមឱសថ NNRTI ឬក្រុមឱសថ protease inhibitors ចំនួន ១។

រាល់ទារក និងកុមារអាយុក្រោម៣ឆ្នាំ គួរចាប់ផ្តើមដោយឱសថ Lopinavir/ritonavir (LPV/r) រួមនឹងក្រុមឱសថ NRTI ចំនួន២, ទោះជាបានឬមិនបានប្រើឱសថ nevirapine (NVP) ដើម្បីបង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូនក៏ដោយ។ នៅពេលអាចធ្វើការតាមដានចំនួនមេរោគបាន អាចពិចារណាពីការផ្លាស់ប្តូរឱសថ LPV/r ទៅឱសថ NNRTI ជំនួស បន្ទាប់ពីការអស់មេរោគពីក្នុងឈាមមានស្ថិរភាព។

សម្រាប់កុមារអាយុចាប់ពី៣ឆ្នាំ, ឱសថ efavirenz (EFV) គឺជាក្រុមឱសថ NNRTI ដែលត្រូវបានប្រើក្នុងការព្យាបាលជម្រើសទី១ ជាពិសេសការព្យាបាលដោយលេបតែមួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ, ទោះបីជាពេលខ្លះគេអាចប្រើឱសថ NVP ជំនួសវាក៏ដោយ ជាពិសេសសម្រាប់កុមារដែលទទួលការព្យាបាលដោយលេប២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ។ ឱសថ Efavirenz ក៏ជាជម្រើសផងដែរ សម្រាប់កុមារដែលកំពុងប្រើឱសថ rifampicin, ប្រសិនបើកុមារត្រូវតែចាប់ផ្តើមការព្យាបាលARTមុនពេលដែលការព្យាបាលជំងឺរបេងមិនទាន់បញ្ចប់។

សម្រាប់កម្រិតថ្នាំ និងរបបឱសថ សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី២, ទំ.៥៥៩-៥៦៤។

ការគណនាពីកម្រិតថ្នាំ

ជាទូទៅ រាងកាយកុមារធ្វើការបំបែ្លង ក្រុមឱសថ protease inhibitor និង NNRTI ឆាប់រហ័សជាងមនុស្សធំ, ដូច្នេះកុមារត្រូវការកម្រិតថ្នាំខ្ពស់ជាងមនុស្សធំ ដើម្បីទទួលបានកម្រិតឱសថប្រហាក់ប្រហែលគ្នា។ ត្រូវតែបង្កើនកម្រិតថ្នាំ នៅពេលកុមារធំលូតលាស់, បើមិនដូច្នោះទេ ពួកគេប្រឈមនឹងការទទួលឱសថមិនគ្រប់កម្រិត និងមានភាពស៊ាំ។

កម្រិតថ្នាំមានផ្តល់ជូននៅទំ.៥៥៩-៥៦៤, ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួនក្នុង១គីឡូក្រាម សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន, និងតាមក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ សម្រាប់ឱសថខ្លះទៀត។ ឧបសម្ព័ន្ធទី២ (ទំ.៥៤០) មានផ្តល់ជូនតារាងនៃទម្ងន់ខ្លួនកុមារដែលត្រូវនឹងក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ ដើម្បីជាជំនួយក្នុងការគណនាពីកម្រិតថ្នាំ។ ការកំណត់កម្រិតថ្នាំ សម្រាប់កុមារ ទៅតាមចន្លោះទម្ងន់របស់ពួកគេ ក៏ធ្វើឲ្យរបបឱសថព្យាបាលមានភាពងាយស្រួលផងដែរ។

រូបមន្ត

ជាទូទៅ ការកំណត់កម្រិតថ្នាំ សម្រាប់កុមារ ពឹងផ្អែកលើក្រឡាផ្ទៃនៃរាងកាយ **ឬទម្ងន់ខ្លួន, ឬកាន់តែងាយស្រួលទៅទៀត គឺផ្អែកលើចន្លោះទម្ងន់របស់កុមារ។** ដោយសារទម្ងន់ខ្លួនកុមារ ប្រែប្រួលនៅពេលពួកគេធំលូតលាស់ នោះកម្រិតថ្នាំ ក៏ត្រូវតែកែតម្រូវទៅតាមនោះដែរ ដើម្បីចៀសវាងការទទួលកម្រិតថ្នាំមិនគ្រប់។

តារាងទី២៤. ក្រុមឱសថ ARV ដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់ប្រើប្រាស់លើកុមារ

ក្រុមឱសថ NRTI (Nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors)	
Zidovudine	ZDV (AZT)
Lamivudine	៣TC
Abacavir	ABC
Emtricitabine	FTC
Tenofovir	TDF
ក្រុមឱសថ NNRTI (Non-nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors)	
Nevirapine	NVP
Efavirenz	EFV
ក្រុមឱសថ Protease inhibitors	
Lopinavir/ritonavir	LPV/RTV
Atazanavir	ATZ

តារាងទី២៥. របបឱសថព្យាបាលជម្រើសទី១ សម្រាប់កុមារ

សេចក្តីណែនាំរបស់ WHO អំពីរបបឱសថARV ជម្រើសទី១ សម្រាប់ទារកនិងកុមារ	
របបឱសថជម្រើសទី១ សម្រាប់កុមារអាយុក្រោម៣ឆ្នាំ	**របបឱសថជម្រើសទី១ សម្រាប់កុមារ អាយុចាប់ពី៣ឆ្នាំ ដល់១២ឆ្នាំ**
Abacavir (ABC)[a] ឬ zidovudine (ZDV) *រួមជាមួយ* Lamivudine (៣TC) *រួមជាមួយ* Lopinavir/ritonavir (LPV/RTV)[a]	Abacavir (ABC)[b] ឬ zidovudine (ZDV) *រួមជាមួយ* Lamivudine (៣TC) *រួមជាមួយ* Efavirenz (EFV)[b] ឬ nevirapine (NVP)
Abacavir (ABC) ឬ zidovudine (ZDV) *រួមជាមួយ* Lamivudine (៣TC) *រួមជាមួយ* Nevirapine (NVP)	Tenofovir (TDF) *រួមជាមួយ* Emtricitabine (FTC) ឬ Lamivudine (៣TC) *រួមជាមួយ* Efavirenz (EFV) ឬ nevirapine (NVP)

a ជារបបឱសថដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមារអាយុក្រោម ៣៦ខែ ទោះជាបានឬមិនបានប្រឈមនឹងឱសថ nevirapine ឬឱសថដទៃទៀតក្នុងក្រុម NNRTI ដោយផ្ទាល់ ឬដោយប្រយោលតាមរយៈការព្យាបាលលើម្ដាយដើម្បីបង្ការការចម្លងពីម្ដាយទៅកូនក៏ដោយ។

b ABC+3TC+EFV គឺជារបបឱសថដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមារអាយុពី៣ឆ្នាំ ដល់ ១២ឆ្នាំ។

៨.២.២ គួរចាប់ផ្ដើម ART នៅពេលណា

រាល់ទារក និងកុមារអាយុក្រោម ៦០ខែ ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរចាប់ផ្ដើមការព្យាបាល ART ជាបន្ទាន់, ទោះជាមានស្ថានភាពគ្លីនិក ឬប្រព័ន្ធរាងកាយបែបណាក៏ដោយ។

ទារកនិងកុមារអាយុក្រោម ៦០ខែ

- រាល់កុមារអាយុក្រោម៦០ខែ ដែលត្រូវបានបញ្ជាក់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គួរចាប់ផ្ដើម ART, ទោះជាមានស្ថានភាពគ្លីនិក ឬប្រព័ន្ធការពាររាងកាយបែបណាក៏ដោយ។
- នៅពេលមិនអាចធ្វើតេស្ដ៍រកមេរោគអេដស៍បាន, ទារកអាយុក្រោម១៨ខែ ដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិកបែបសន្មត់ថាបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ, គួរចាប់ផ្ដើម ART។ គួរធ្វើការបញ្ជាក់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ឲ្យបានឆាប់បំផុត។

កុមារអាយុចាប់ពី ៦០ខែ

ចំពោះកុមារអាយុលើ ៦០ខែ ចូរចាប់ផ្ដើម ART សម្រាប់កុមារដែលមាន ៖

- ចំនួនកោសិកា CD៤ < ៥០០ cells/mm³ ទោះជាមានដំណាក់កាលគ្លីនិក WHO បែបណាក៏ដោយ ។
- ចំនួនកោសិកា CD៤ ≤ ៣៥០cells/mm³ ដែលគួរចាត់ទុកជាអាទិភាព ដូចមនុស្សធំដែរ។

ក្នុងការសម្រេចចិត្តពីពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្ដើម ART គួរពិចារណាផងដែរពីបរិយាកាសសង្គមដែលកុមាររស់នៅ រួមទាំងការជ្រើសរើសអាណាព្យាបាលម្នាក់ដែល

យល់ដឹងពីជោគវាសនានៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងតម្រូវការនៃ ART។ ជូនកាលការព្យាបាល ART ត្រូវពន្យារពេលរហូតទាល់តែកុមារមានស្ថានភាពនឹងនរក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលការបង្ករោគស្រួចស្រាល់។

ក្នុងករណីមានការបញ្ជាក់ ឬសន្មត់ជំងឺរបេង, ការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលជំងឺរបេង គឺជាអាទិភាព។ កុមារដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម គួរចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលជំងឺរបេងជាបន្ទាន់ រួចចាប់ផ្ដើម ART ឲ្យបានឆាប់បំផុតនៅពេលដែលកុមារអាចទទួលយកបាន ប៉ុន្តែត្រូវស្ថិតក្នុងអំឡុង៨សប្ដាហ៍ដំបូងនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង។

ចំពោះកុមារដែលកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង ៖

- កុមារអាយុលើស៣ឆ្នាំ និងមានទម្ងន់យ៉ាងតិច ១0kg, គួរប្រើរបបឱសថដែលមានឱសថ EFV ។
- កុមារអាយុក្រោម៣ឆ្នាំ, បើកុមារកំពុងប្រើរបបឱសថដែលមាន LPV/r, គួរពិចារណាបន្ថែម RTV ក្នុងផលធៀប ១:១ នៃ LPV:RTV ដើម្បីទទួលបាន LPV ក្នុងកម្រិតថ្នាំពេញលេញ។
- របបឱសថដែលមានក្រុម NNRTI ៣មុខ អាចត្រូវបានប្រើជំនួស។

៨.២.៣ ផលរំខាន និងការតាមដាន

គួរតាមដានការឆ្លើយតបចំពោះ ART និងផលរំខាននៃ ART លើកុមារទាំងឡាយដែលទទួលការព្យាបាល ART។ ការឆ្លើយតបចំពោះការព្យាបាល (ពោលគឺ ការវាយតម្លៃឡើងវិញពីស្ថានភាព និងដំណាក់កាលគ្លីនិក, ការវិភាគរបស់មន្ទីរពិសោធន៍ និងរោគសញ្ញានៃផលរំខាន ឬការពុល) គួរធ្វើឡើងជាប្រចាំ។ ផលរំខានញឹកញាប់ ត្រូវបានសង្ខេបនៅក្នុងតារាងទី២៦ ទំ.៣៧២។

តារាងទី២៦. ផលរំខានញឹកញាប់នៃឱសថ ARV

ឱសថ	អក្សរកាត់	ផលរំខាន[a]	យោបល់
ក្រុមឱសថ NRTI (Nucleoside reverse transcriptase inhibitors)			
Lamivudine	៣TC	ឈឺក្បាល ឈឺពោះ រលាកលំពែង	អាចទទួលយកបានល្អ
Stavudine[b]	d៤T	ឈឺក្បាល ឈឺពោះ ឈឺសរសៃប្រសាទ	ថ្នាំទឹកខាប់មានបរិមាណច្រើនគ្រាប់ Capsule អាចបើកបាន
Zidovudine	ZDV (AZT)	ឈឺក្បាល ភាពស្លេកស្លាំង កោសិកា neutrophil ចុះទាប	កុំប្រើជាមួយ d៤T (មានសកម្មភាពប្រឆាំងគ្នា)
Abacavir	ABC	ឆាប់ប្រតិកម្ម, គ្រុនក្តៅ, ចេញកន្ទួលតាមក្អាស។ បើកើតឡើង ចូរបញ្ឈប់ឱសថនេះ។	ថ្នាំគ្រាប់ដែលអាចកិនបាន
Emtricitabine	FTC	ឈឺក្បាល រាក ចង្អោរ និងកន្ទួល។ អាចបណ្តាលឲ្យពុលថ្លើម ឬការលើសជាតិអាស៊ីដឡាក់តាត។	
Tenofovir	TDF	ខ្សោយតម្រងនោម, ដង់ស៊ីតេនៃជាតិរ៉ែក្នុងឆ្អឹងធ្លាក់ចុះ	

តារាងទី២៦. គ

ឱសថ	អក្សរកាត់	ផលរំខាន[a]	យោបល់
ក្រុមឱសថ NNRTI (Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors)			
Efavirenz	EFV	យល់សប្តិចម្លែក, ងងុយដេក, កន្ទួល	លេបពេលយប់, ចៀសវាងលាបជាមួយអាហារខ្លាញ់
Nevirapine	NVP	កន្ទួល, ពុលថ្លើម	នៅពេលប្រើជាមួយឱសថ rifampicin, ចូរបង្កើនដូស nevirapine ប្រហែល៣០% ឬចៀសវាងប្រើរួមគ្នា។ ប្រតិកម្មឱសថរួមគ្នា
ក្រុមឱសថ Protease inhibitors			
Lopinavir/ ritonavir[a]	LPV/RTV	រាក ចង្អោរ	លេបជាមួយអាហារ, រសជាតិល្វីង
Atazanavir		ATZ	កើតលឿង, រយៈពេលចន្លោះ P-R យូរ, គ្រួសក្នុងតម្រងនោម

[a] ផលរំខានយូរអង្វែងនៃ ART រួមទាំងជំងឺ lipodystrophy។

[b] ទាមទារការរក្សាទុក និងដឹកជញ្ជូនក្នុងសីតុណ្ហភាពត្រជាក់

ចង្កោមរោគសញ្ញារលាកបណ្តាលមកពីការស្តារឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធការពាររាងកាយ (Immune reconstitution inflammatory syndrome: IRIS)

IRIS គឺជាចង្កោមរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងភាពប្រសើរឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធការពាររាងកាយ ហើយវាកើតឡើងដោយសារការឆ្លើយតបចំពោះ ART ។ ទោះបីកុមារ

ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន ទទួលបានផលប្រយោជន៍យ៉ាងឆាប់រហ័សពី ART ក្តី, កុមារមួយចំនួនមានស្ថានភាពគ្លីនិកកាន់តែដុនដាប។ វាអាចបណ្តាលមកពីជំងឺសំងំ ឬការលាប់ឡើងវិញនៃជំងឺពីមុន(ឆ្លង ឬមិនឆ្លង)។

ជាទូទៅ IRIS កើតឡើងក្នុងអំឡុងប៉ុន្មានសប្តាហ៍ឬខែដំបូង បន្ទាប់ពីបានចាប់ផ្តើម ART, ហើយឃើញកើតមានញឹកញាប់បំផុតលើកុមារដែលបានចាប់ផ្តើម ART ដោយមានកម្រិតកោសិកា CD៤+ ទាបយ៉ាងខ្លាំង (<១៥%)។ ជំងឺឱកាសនិយមពាក់ព័ន្ធនឹង IRIS ដែលកើតឡើងញឹកញាប់បំផុតលើកុមារ រួមមាន ៖

- ជំងឺរបេង ដែលកើតឡើងញឹកញាប់ជាងគេ
- ជំងឺស្ទួត PCP ឬ cryptosporidiosis
- ជំងឺ herpes simplex virus (HSV)
- ការបង្ករោគដោយមេរោគផ្សិត, ប៉ារ៉ាស៊ីត ឬមេរោគដទៃទៀត។

IRIS ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងថ្នាំបង្ការ BCG (ត្រង់កន្លែងចាក់ និងតាមប្រព័ន្ធឈាម) ត្រូវបានសង្កេតឃើញជាញឹកញាប់ ក្នុងតំបន់ដែលមានផ្តល់ថ្នាំបង្ការ BCG ដល់ទារក និងកុមារជាប្រចាំ។

ករណីភាគច្រើននៃ paradoxical IRIS គឺបាត់ទៅវិញដោយខ្លួនឯង, ឬអាចគ្រប់គ្រងបានដោយប្រើឱសថប្រឆាំងរលាកដែលគ្មានជាតិស្តេរ៉ូអ៊ីដទោះបីករណីខ្លះមានភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងអាចបណ្តាលឲ្យស្លាប់ក៏ដោយ។

- ផ្តល់ការព្យាបាលជាក់លាក់សម្រាប់ជំងឺឱកាសនិយម
- ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលប្រឆាំងរលាក។

ក្នុងករណីកម្រ, IRIS មានសភាពធ្ងន់ធ្ងរជាបន្ទបន្ទាន់ ហើយអាចតម្រូវឲ្យផ្តល់ការព្យាបាលរយៈពេលខ្លីដោយឱសថ corticosteroids ព្រមទាំង(កម្រ)ផ្អាក ART។ គួរចាប់ផ្តើមរបបឱសថ ARV ដដែល នៅពេលដែល IRIS មានភាពប្រសើរឡើងភ្លាម។

ការតាមដាន

បន្ថែមពីលើការពិនិត្យរកផលរំខាននៃ ART, គួរវាយតម្លៃគ្លីនិកផងដែរ ថាតើម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលបានគោរពទៅតាមគោលការណ៍ព្យាបាលដែរឬទេ និងថាតើពួកគេត្រូវការការគាំទ្របន្ថែមឬអត់។ ភាពញឹកញាប់នៃការតាមដានគ្លីនិក គឺអាស្រ័យលើការឆ្លើយតបចំពោះART។ ក្នុងកម្រិតអប្បបរមា បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ART គួរធ្វើការតាមដានបន្ត ៖

- ចំពោះទារកអាយុក្រោម១២ខែ, នៅសប្តាហ៍ទី២ ទី៤ និង ទី៨ បន្ទាប់មករៀងរាល់៤សប្តាហ៍ រយៈពេល១ឆ្នាំដំបូង
- ចំពោះកុមារអាយុលើស១២ខែ, នៅសប្តាហ៍ទី២ ទី៤ និង ទី៨ បន្ទាប់មករៀងរាល់២-៣ខែនៅពេលកុមារមានស្ថានភាពនឹងនរជាមួយ ART
- នៅពេលណាដែលមានការព្រួយបារម្ភពីអាណាព្យាបាល ឬជំងឺបន្ថែម។

សញ្ញាសំខាន់ៗបញ្ជាក់ពីការឆ្លើយតបរបស់ទារកនិងកុមារ ទៅនឹង ART រួមមាន ៖

- ការធំលូតលាស់ ចំពោះកុមារដែលមិនបានលូតលាស់កន្លងមក
- ភាពប្រសើរឡើងនៃរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ និងការលូតលាស់បញ្ញាចំពោះកុមារដែលមានមុខងារខួរក្បាលចុះខ្សោយ ឬកុមារដែលមិនបានលូតលាស់បញ្ញាកន្លងមក
- ការបង្ករោគកើតឡើងមិនសូវញឹកញាប់ដូចមុន (ការបង្ករោគដោយបាក់តេរី, ផ្សិតក្នុងមាត់, និងជំងឺឱកាសនិយមដទៃទៀត)

ការតាមដានបន្តរយៈពេលយូរ

- គ្រូពេទ្យគួរជួបកុមារយ៉ាងតិចរាល់៣ខែម្តង។
- បុគ្គលិកដែលមិនមែនជាគ្រូពេទ្យ (អ្នកផ្តល់ ART, ឱសថការី) គួរវាយតម្លៃ និងផ្តល់ប្រឹក្សាពីការគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាល។
- កុមារដែលមានស្ថានភាពគ្លីនិកមិននឹងនរ គួរត្រូវបានពិនិត្យតាមដានជាញឹកញាប់, ល្អបំផុតគឺពីគ្រូពេទ្យ។

ការរៀបចំធ្វើការតាមដានបន្ត គឺអាស្រ័យលើអ្នកជំនាញក្នុងតំបន់ ហើយគួរប្រគល់សិទ្ធិឲ្យបានច្រើនបំផុតទៅថ្នាក់ក្រោម។

ការតាមដានការឆ្លើយតប ក្នុងពេលពិនិត្យតាមដានម្តងៗ ៖

- ទម្ងន់ និងកម្ពស់
- ការលូតលាស់ផ្នែកសរសៃប្រសាទ
- ការគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាល
- តេស្តរាប់កោសិកា CD4 (%), បើមាន (រៀងរាល់៦ខែ)
- ចំណុចចាប់ផ្តើម(baseline) នៃ Hb ឬ អេម៉ាតូគ្រីត (បើកំពុងប្រើឱសថ ZDV/AZT) និង alanine aminotransferase, បើមាន
- តេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ដែលផ្អែកលើរោគសញ្ញា ៖ Hb, អេម៉ាតូគ្រីត ឬ, អេម៉ូក្រាម (full blood count) សកម្មភាព alanine aminotransferase

៨.២.៤ គួរផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលនៅពេលណា

គួរជំនួសឱសថនៅពេលណា

ប្រសិនបើមានផលរំខានដល់សរីរាង្គ ពីឱសថណាមួយក្នុងរបបឱសថព្យាបាល, អាចជំនួសវាដោយឱសថមួយទៀតក្នុងក្រុមតែមួយ ប៉ុន្តែមិនមានផលរំខានដូចគ្នា។ ដោយសារឱសថ ARV មានតែបន្តិចបន្តួច នោះការជំនួសឱសថនេះគួរធ្វើឡើងតែក្នុងករណីមាន ៖

- ផលរំខានធ្ងន់ធ្ងរ ឬដែលប៉ះពាល់ដល់ជីវិត មានដូចជា ៖
  - ចង្កោមរោគសញ្ញា Stevens Johnson
  - ការពុលថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ
  - ផលប៉ះពាល់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ
- ការប្រតិកម្មឱសថ (ឧទា. ការព្យាបាលជំងឺរបេងដោយឱសថ rifampicin មានប្រតិកម្មជាមួយឱសថ nevirapine ឬក្រុមឱសថ protease inhibitor)។

- ការមិនគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាល ដោយសារអ្នកជំងឺមិនអាចទ្រាំទ្រនឹងឱសថបាន។

គួរផ្លាស់ប្តូរនៅពេលណា

បរាជ័យនៃ ART អាចបណ្តាលមកពី ៖

- ការមិនគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាល
- កម្រិតឱសថមិនគ្រប់គ្រាន់
- មានភាពស៊ាំនឹងឱសថមុនពេល ឬក្នុងពេលព្យាបាល
- កម្លាំងឱសថមិនគ្រប់គ្រាន់

គួរសាកល្បងការព្យាបាលមួយរយៈសិន មុននឹងសន្និដ្ឋានដោយផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌគ្លីនិកតែមួយមុខថា ART បានបរាជ័យ ៖

- កុមារគួរទទួលបានរបបឱសថយ៉ាងតិច២៤សប្តាហ៍។
- ការគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាលគួរមានភាពតឹងរ៉ឹង។
- ជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗត្រូវបានព្យាបាលរួច។
- IRIS ត្រូវបានច្រានចោល។
- កុមារកំពុងទទួលអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់។

បរាជ័យនៃART ត្រូវបានសន្និដ្ឋានតាមរយៈ ៖

- បរាជ័យផ្អែកគ្លីនិក (លក្ខខណ្ឌគ្លីនិក) ៖ ការបង្ហាញ ឬបង្ហាញឡើងវិញនូវដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ART យ៉ាងតិច២៤សប្តាហ៍ និងមានការគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាលត្រឹមត្រូវ
- បរាជ័យប្រព័ន្ធការពាររាងកាយ (លក្ខខណ្ឌកោសិកាCD៤) ៖ CD៤<២០០ cells/mm៣ ឬ CD៤ <១០% សម្រាប់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ, និង CD៤ <១០០cells/mm៣ ជាប់ជានិច្ច ចំពោះកុមារអាយុលើស៥ឆ្នាំ
- បរាជ័យចំនួនមេរោគ (លក្ខខណ្ឌចំនួនមេរោគ): ចំនួនមេរោគ > ១០០០RNA

copies/ml បន្ទាប់ពីទទួល ART យ៉ាងតិច២៤សប្តាហ៍, និងផ្អែកលើការវាស់ចំនួន២ដងជាប់គ្នាក្នុងអំឡុង ៣ខែ ដោយមានការគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាលត្រឹមត្រូវ។

នៅពេលមានការបញ្ជាក់ពីបរាជ័យនៃការព្យាបាល ការផ្លាស់ប្តូរទៅរបបឱសថជម្រើសទី២ គឺជាការចាំបាច់។

របបឱសថព្យាបាលជម្រើសទី២

ក្នុងករណីការព្យាបាលបរាជ័យ គួរផ្លាស់ប្តូររបបឱសថជម្រើសទី១ទាំងស្រុង មករបបឱសថជម្រើសទី២។ របបឱសថជម្រើសទី២ គួររួមបញ្ចូលឱសថថ្មីយ៉ាងតិច ៣មុខ, ដែលក្នុងនោះយ៉ាងតិច១មុខ មកពីក្រុមឱសថថ្មីមួយ។ ការណែនាំអំពីកម្លាំង និងប្រសិទ្ធភាពនៃរបបឱសថជម្រើសទី២ សម្រាប់ទារក និងកុមារ គឺពិបាកខ្លាំងណាស់ ព្រោះបទពិសោធន៍នៃការប្រើរបបឱសថនេះលើកុមារ មានតិចតួច ហើយរូបមន្តសមស្របសម្រាប់កុមារ ក៏មានចំនួនតិចផងដែរ។

បន្ទាប់ពីរបបឱសថជម្រើសទី១ដែលប្រើ NNRTI ទទួលបរាជ័យ, គួរប្រើរបបឱសថដែលមានក្រុម protease inhibitor រួមជាមួយក្រុមឱសថ NRTI ២មុខ, ជាការព្យាបាលជម្រើសទី២។ ក្រុមឱសថ protease inhibitor ដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់ការព្យាបាលជម្រើសទី២ គឺឱសថ LPV/RTV, បន្ទាប់ពីបរាជ័យនៃរបបឱសថជម្រើសទី១ដែលប្រើ NNRTI។

តារាងទី២៧. របបឱសថព្យាបាលជម្រើសទី២ ដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមារ

របបឱសថជម្រើសទី១		របបឱសថជម្រើសទី២ ដែលត្រូវបានណែនាំ	
		កុមារអាយុក្រោម៣ឆ្នាំ	កុមារអាយុចាប់ពី ៣ឆ្នាំ ដល់១២ឆ្នាំ
របបឱសថជម្រើសទី១ដែលប្រើ LPV/r	ABC + ៣TC + LPV/r	មិនផ្លាស់ប្តូរ[a]	ZDV + ៣TC + EFV
	ZDV + ៣TC + LPV/r	មិនផ្លាស់ប្តូរ[a]	ABC ឬ TDF + ៣TC + EFV
របបឱសថជម្រើសទី១ដែលប្រើ NNRTI	ABC + ៣TC + EFV (ឬ NVP)	ZDV + ៣TC + LPV/r	ZDV + ៣TC + LPV/r
	TDF + XTC[b] + EFV (ឬ NVP)	–	ZDV + ៣TC + LPV/r
	ZDV+ ៣TC + EFV (ឬ NVP)	ABC + ៣TC + LPV/r	ABC ឬ TDF + ៣TC + LPV/r

[a] អាចប្តូរទៅរបបឱសថដែលប្រើ NVP, ប្រសិនបើមូលហេតុនៃបរាជ័យរបបឱសថជម្រើសទី១ គឺមកពី LPV/r មានរសជាតិពិបាកលេប

[b] Lamivudine (៣TC) ឬ emtricitabine (FTC)

៨.៣ ការថែទាំគាំទ្រដល់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍

៨.៣.១ ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ

ទារកនិងកុមារដែលប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ គួរទទួលបានថ្នាំបង្ការទាំងអស់ដែលមាននៅក្នុងកម្មវិធីពង្រីកការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ, រួមទាំងថ្នាំបង្ការ H. influenzae ប្រភេទ B និងថ្នាំបង្ការ pneumococcus, ដោយផ្អែកលើគោលការណ៍ថ្នាក់ជាតិ។ កម្មវិធីពង្រីកការផ្តល់ថ្នាំបង្ការអាចត្រូវកែសម្រួលសម្រាប់ទារក និងកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៖

- *ថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជ្រឹល ៖* ដោយសារពួកគេមានការប្រឈមខ្ពស់នឹងជំងឺកញ្ជ្រឹលធ្ងន់ធ្ងរ នោះទារកដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរទទួលបានថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជ្រឹលស្តង់ដារ មួយដងនៅពេលមានអាយុ៦ខែ, និងលើកទី២នៅពេលអាយុបាន ៩ខែភ្លាម លើកលែងតែប្រសិនបើពួកគេមានប្រព័ន្ធការពាររាងកាយចុះខ្សោយខ្លាំងនៅពេលនោះ។
- *ថ្នាំបង្ការ Pneumococcus ៖* គួរផ្តល់ថ្នាំបង្ការ PCV (Pneumococcal conjugate vaccine) ដល់កុមារទាំងអស់, ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានពន្យារពេល ប្រសិនបើពួកគេមានប្រព័ន្ធការពាររាងកាយចុះខ្សោយខ្លាំង។
- *ថ្នាំបង្ការ Haemophilus influenza ៖* គួរផ្តល់ថ្នាំបង្ការ Hib (H. influenzae type B conjugate vaccine) ដល់កុមារទាំងអស់, ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានពន្យារពេល ប្រសិនបើពួកគេមានប្រព័ន្ធការពាររាងកាយចុះខ្សោយខ្លាំង។
- *ថ្នាំបង្ការ BCG ៖* ការសិក្សាថ្មីបង្ហាញថា ទារកដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានការប្រឈមខ្ពស់នឹងជំងឺ BCG ដែលរាលដាលពេញខ្លួន។ ហេតុដូច្នេះ មិនគួរផ្តល់ថ្នាំបង្ការ BCG ដល់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ។ ដោយសារគេមិនអាចសន្និដ្ឋានគ្រប់ពេលថា ទារកទើបកើតម្នាក់មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬក៏អត់ នោះគួរផ្តល់ថ្នាំបង្ការ BCG ដល់ទារកទាំងអស់នៅពេលកើត នៅតំបន់ដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេង និងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់, លើកលែងតែកុមារដែលដឹងច្បាស់ថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- *ជំងឺគ្រុនលឿង (Yellow fever) ៖* មិនគួរផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺគ្រុនលឿង ដល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបង្ហាញរោគសញ្ញាទេ។

៨.៣.២ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Co-trimoxazole

ឱសថ Co-trimoxazole បង្ការជំងឺសួត PCP លើទារក និងកាត់បន្ថយជំងឺ និងការស្លាប់ក្នុងចំណោមទារក និងកុមារដែលផ្ទុក ឬប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍។ ឱសថ Co-tri-

moxazole ក៏ការពារពីការបង្ករោគញឹកញាប់ដោយបាក់តេរី, ជំងឺ toxoplasmosis និង ជំងឺគ្រុនចាញ់ផងដែរ។

តើនរណាគួរទទួលឱសថ co-trimoxazole ?

- រាល់ទារកទាំងអស់ដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរទទួលបានឱសថ co-trimoxazole នៅពេលមានអាយុ៤-៦សប្តាហ៍ ឬនៅពេលមកទទួលសេវាថែទាំសុខភាពលើកដំបូង។ ពួកគេគួរបន្តប្រើឱសថនេះរហូតទាល់តែមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានច្រានចោល, ហើយពួកគេលែងមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីទឹកដោះម្តាយតទៅទៀត។
- រាល់កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ គួរបន្តប្រើឱសថ co-trimoxazole ទោះបីកំពុងទទួល ART ក៏ដោយ។

តើគួរផ្តល់ឱសថ co-trimoxazole រយៈពេលប៉ុន្មាន ?

នៅពេលចាប់ផ្តើមប្រើឱសថនេះ គួរពិភាក្សាពីការគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាល ហើយត្រូវតាមដាននៅពេលមកពិនិត្យលើកក្រោយ។ ត្រូវផ្តល់ឱសថ Cotrimoxazole ដូចខាងក្រោម ៖

- កុមារដែលប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ៖ ប្រើរយៈពេលមួយឆ្នាំដំបូង ឬរហូតទាល់តែមេរោគអេដស៍ត្រូវបានច្រានចោលទាំងស្រុង ហើយម្តាយឈប់បំបៅដោះឲ្យកូន
- នៅពេលប្រើជាមួយ ART ៖ អាចបញ្ឈប់ឱសថ Co-trimoxazole នៅពេលដែលសញ្ញាគ្លីនិក ឬសញ្ញាប្រព័ន្ធការពាររាងកាយ បញ្ជាក់ពីភាពប្រសើរឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធការពាររាងកាយក្នុងរយៈពេលយ៉ាងតិច៦ខែ (មើលខាងក្រោម)។ មិនមានការសិក្សាបង្ហាញថាតើឱសថ co-trimoxazole បន្តផ្តល់ការការពារបន្ទាប់ពីប្រព័ន្ធការពាររាងកាយត្រូវបានស្តារឡើងវិញ ដែរឬអត់នោះទេ។
- កុមារដែលធ្លាប់មានជំងឺសួត PCP ៖ បន្តប្រើជានិច្ច។

តើក្នុងស្ថានភាពអ្វីដែលគួរបញ្ឈប់ឱសថ co-trimoxazole ?

- ប្រសិនបើកុមារមានប្រតិកម្មស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជាចង្កោមរោគសញ្ញា Stevens Johnson, តម្រងនោមឬថ្លើមដំណើរការមិនល្អ, ឬការពុលឈាមធ្ងន់ធ្ងរ
- បន្ទាប់ពីច្រានចោលការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយភាពជឿជាក់ លើកុមារដែលប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ ៖
  - លើកុមារអាយុក្រោម១៨ខែ ដែលមិនបៅដោះម្ដាយ តាមរយៈលទ្ធផលអវិជ្ជមាននៃតេស្ដរកមេរោគអេដស៍
  - លើកុមារអាយុក្រោម១៨ខែ ដែលបៅដោះម្ដាយ តាមរយៈលទ្ធផលអវិជ្ជមាននៃតេស្ដរកមេរោគអេដស៍ ដែលធ្វើឡើង៦សប្ដាហ៍បន្ទាប់ពីផ្ដាច់ដោះ
  - លើកុមារអាយុលើ១៨ខែ ដែលបៅដោះម្ដាយ តាមរយៈលទ្ធផលអវិជ្ជមាននៃតេស្ដរកអង់ទីគ័រប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលធ្វើឡើង៦សប្ដាហ៍បន្ទាប់ពីផ្ដាច់ដោះ
- ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរបន្តប្រើឱសថ co-trimoxazole រហូតពួកគេមានអាយុ៥ឆ្នាំ ហើយកំពុងទទួល ART ដោយមានចំនួនកោសិកា CD៤ ច្រើនជាង២៥% ជាប់ជានិច្ច។
- មិនគួរបញ្ឈប់ឱសថ Co-trimoxazole ទេ ប្រសិនបើកុមារមិនទទួល ART។

តើគួរប្រើឱសថ co-trimoxazole ក្នុងកម្រិតប៉ុន្មាន ?

- ▶ កម្រិតថ្នាំដែលត្រូវបានណែនាំគឺ trimethoprim ចំនួន ៦–៨mg/kg មួយថ្ងៃម្ដង។
  - កុមារអាយុក្រោម៦ខែ, ផ្ដល់គ្រាប់សម្រាប់កុមារចំនួន ១គ្រាប់ (ឬ១ភាគ៤នៃគ្រាប់សម្រាប់មនុស្សធំ, trimethoprim ២០mg – sulfamethoxazole ១០០mg);
  - កុមារអាយុពី៦ខែ ដល់៥ឆ្នាំ, ផ្ដល់គ្រាប់សម្រាប់កុមារចំនួន ២គ្រាប់ ឬ

គ្រាប់សម្រាប់មនុស្សធំ ១/២គ្រាប់ (trimethoprim ៤0mg – sulfamethoxazole ២00mg); និង

– កុមារអាយុលើស៥ឆ្នាំ, ផ្តល់គ្រាប់សម្រាប់មនុស្សធំចំនួន ១គ្រាប់។

- ▸ បើកុមារមានប្រតិកម្មអាល់ឡែស៊ីជាមួយឱសថ co-trimoxazole, ឱសថ dapsone គឺជាជម្រើសជំនួសដ៏ល្អបំផុត។

អាចផ្តល់ឱសថនេះឲ្យកុមារនៅពេលមានអាយុ៤សប្តាហ៍, ចំនួន ២mg/kg ក្នុងមួយថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ។

តើតម្រូវឲ្យមានការតាមដានបន្តអ្វីខ្លះ?

- ការវាយតម្លៃពីភាពអាចទ្រាំទ្រនឹងឱសថ និងការគោរពតាមគោលការណ៍ព្យាបាល ៖ គួរផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Co-trimoxazole ជាប្រចាំធ្វើជាផ្នែកមួយក្នុងការថែទាំកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍, ហើយគួរវាយតម្លៃឡើងវិញនៅរាល់ពេលពិនិត្យគ្លីនិកដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬសមាជិកដទៃទៀតក្នុងក្រុមការងារថែទាំ។ ការតាមដានបន្តផ្នែកគ្លីនិក គួរធ្វើឡើងរៀងរាល់ខែ, បន្ទាប់មករាល់៣ខែម្តង នៅពេលដែលកុមារអាចទ្រាំទ្រនឹងឱសថ co-trimoxazole បានធម្មតា។

៨.៣.៣ អាហារូបត្ថម្ភ

គួរលើកទឹកចិត្តម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឲ្យបំបៅដោះសុទ្ធដល់កូនដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរនោះរយៈពេល៦ខែ និងបន្តបំបៅដោះរហូតដល់កុមារមានអាយុ១ឆ្នាំ។ កុមារធំគួរបរិភោគអាហារចម្រុះដែលសម្បូរថាមពល ដើម្បីឲ្យមានកម្លាំង និងធានាថាពួកគេទទួលបានសារធាតុចិញ្ចឹមគ្រប់គ្រាន់។

គួរវាយតម្លៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារជាប្រចាំ រួមទាំងការថ្លឹងទម្ងន់ និងវាស់កម្ពស់។ ប្រសិនបើពួកគេស្រកទម្ងន់ ឬមិនសូវលូតលាស់ នោះគួរបង្កើនថាមពលក្នុងអាហាររបស់ពួកគេឲ្យបាន២៥-៣០% ថែមទៀត។

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ គួរត្រូវបានព្យាបាលទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់កុមារដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ និងបង្កើនអាហារថាមពល ៥០-១០០% បន្ថែមទៀត (អានជំពូកទី៧, ទំ.៣០៩)។

៨.៤ ការគ្រប់គ្រងស្ថានភាពផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍

ការព្យាបាលការបង្ករោគភាគច្រើន (ជំងឺរលាកសួត, រាក, និងជំងឺរលាកស្រោមខួរ) លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺដូចគ្នានឹងការព្យាបាលសម្រាប់កុមារមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ។ ក្នុងករណីការព្យាបាលបរាជ័យ គួរពិចារណាពីឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកជម្រើសទី២។ ការព្យាបាលការបង្ករោគដែលកើតមានញឹកញាប់ គឺនៅតែដូចគ្នា ទោះជាកើតប៉ុន្មានដងក៏ដោយ។

ស្ថានភាពមួយចំនួនពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលទាមទារការព្យាបាលជាក់លាក់ មានរៀបរាប់ដូចតទៅនេះ។

៨.៤.១ ជំងឺរបេង

ចំពោះកុមារដែលសង្ស័យ ឬដឹងច្បាស់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍, គួរពិចារណាពីរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងគ្រប់ពេល ទោះជាវាពិបាកធ្វើការបញ្ជាក់ក៏ដោយ។ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូងៗ, នៅពេលដែលប្រព័ន្ធការពាររាងកាយមិនទាន់ចុះខ្សោយ, សញ្ញានៃជំងឺរបេង គឺស្រដៀងគ្នានឹងសញ្ញាលើកុមារមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ។ របេងសួត នៅតែជាប្រភេទជំងឺរបេងដែលកើតឡើងញឹកញាប់បំផុតដដែល ទោះបីកុមារនោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ។ ដោយសារមេរោគអេដស៍រាលដាល ហើយប្រព័ន្ធរាងកាយចុះខ្សោយ, នោះការរាតត្បាតនៃជំងឺរបេងមានកាន់តែញឹកញាប់, ហើយជំងឺរបេងស្រោមខួរ របេងមីលីយែរ និងរបេងកូនកណ្ដុរ ក៏កើតឡើងផងដែរ។

ទារកនិងកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយមានជំងឺរបេងសកម្ម គួរចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលជំងឺរបេងជាបន្ទាន់។ បើកុមារមិនទាន់ចាប់ផ្ដើម ART ទេ គួរចាប់ផ្ដើមវាឲ្យបានឆាប់នៅពេលអាចទទួលយកឱសថបាន, ដែលជាទូទៅក្នុងអំឡុង៨សប្ដាហ៍ដំបូងនៃការ

ព្យាបាលជំងឺរបេង, ទោះជាមានចំនួនកោសិកា CD៤ និងដំណាក់កាលគ្លីនិកបែបណាក៏ដោយ (អានផ្នែកទី ៨.២.២, ទំ. ៣៧០)។

- ព្យាបាលជំងឺរបេងលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើរបបឱសថដូចគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺរបេងលើកុមារមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ។ (សូមអានគោល-ការណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីពីជំងឺរបេង ឬអានផ្នែកទី ៤.៧.២, ទំ. ១៧៨)។

ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid

គួរពិនិត្យរកជំងឺរបេងលើទារក និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ព្រោះពួកគេមានការប្រឈមខ្ពស់។ បើកុមារមានក្អក គ្រុនក្តៅ ឬស្រកទម្ងន់ ចូរពិនិត្យរកជំងឺរបេង។ បើកុមារគ្មានជំងឺរបេងទេ ចូរផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ isoniazid រៀងរាល់ថ្ងៃរយៈពេល៦ខែ។

- ផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ isoniazid ដល់ ៖
    - ទារក និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ដែលប្រឈមនឹងជំងឺរបេងពីសមាជិកគ្រួសារ ប៉ុន្តែគ្មានភស្តុតាងនៃជំងឺរបេងសកម្មទេ, ដែលមានសុខភាពធម្មតា និងកំពុងលូតលាស់។
    - កុមារអាយុលើស១២ខែ ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមទាំងកុមារដែលធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង, កុមារដែលមិនទំនងជាមានជំងឺរបេងសកម្ម, និងកុមារដែលយើងមិនដឹងច្បាស់ថាប្រឈមនឹងជំងឺរបេងឬអត់។
- ផ្តល់ឱសថ isoniazid ចំនួន១០mg/kg រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេលយ៉ាងតិច៦ខែ។ ពិនិត្យកុមាររៀងរាល់ខែ និងផ្តល់ឱសថ isoniazid សម្រាប់មួយខែ នៅពេលពិនិត្យម្តងៗ។

ចំណាំ ៖ *ទារកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមិនទំនងជាមានរបេងសកម្ម និងមិនដឹងច្បាស់ថាប្រឈមនឹងជំងឺរបេងឬអត់, មិនគួរទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ isoniazid ជាផ្នែកមួយនៃការថែទាំមេរោគអេដស៍ទេ។*

៨.៤.២ ជំងឺសួត PCP (Pneumocystis jiroveci pneumonia)

គួរសង្ស័យលើជំងឺសួត PCP លើទារកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងឡាយដែលមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ។ ប្រសិនបើជំងឺសួត PCP មិនត្រូវបានព្យាបាលទេ អត្រាស្លាប់ដោយ-សារជំងឺនេះមានកម្រិតខ្ពស់ជាខ្លាំង។ ដូច្នេះវាជាការចាំបាច់ណាស់ដែលត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលឲ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបាន។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- កើតឡើងភាគច្រើនបំផុតលើកុមារអាយុក្រោម១២ខែ (អាយុសំបូរជាងគេ ៤-៦ខែ),
- ការកើតឡើងភ្លាមៗនៃក្អកគ្មានស្លេស្ម និងពិបាកដកដង្ហើម,
- គ្រុនក្តៅតិចតួច ឬគ្មាន,
- សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ ឬកង្វះអុកស៊ីហ្សែនអូសបន្លាយ,
- ឆ្លើយតបមិនល្អចំពោះការព្យាបាលជម្រើសទី១ ដល់ជំងឺរលាកសួតដោយអង់ទីប៊ីយោទិក រយៈពេល៤៨ម៉ោង, និង
- កម្រិតអង់ស៊ីម LDH (lactate dehydrogenase) កើនឡើង។

ទោះបីសញ្ញាគ្លីនិក និងវិទ្យុសាស្រ្ត មិនត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យក៏ដោយ, វត្តមាននៃបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ (ការដកដង្ហើមញាប់, ប្រអប់ទ្រូងផតចូល និងសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ) រួមជាមួយរូបភាពសួតស្អាតមិនស្មើគ្នា (disproportionate clear chest) ឬសញ្ញាពាសពេញពេលស្តាប់សួត និងកម្រិតអុកស៊ីហ្សែនទាប គឺជាសញ្ញាទូទៅនៃជំងឺសួត PCP។

- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X បង្ហាញលទ្ធផលអវិជ្ជមានមិនពិត ប្រហែល១០-២០% នៃករណីជំងឺសួត PCP ដែលមានការបញ្ជាក់, ប៉ុន្តែជាទូទៅវាបង្ហាញលំនាំដូចកញ្ចក់ស្រអាប់នៅលើសួតទាំងសងខាង ដោយគ្មានកូនកណ្តុរនៅទងសួត ឬការចូលទឹកទេ។ ជំងឺសួត PCP ក៏អាចបង្ហាញជាមួយខ្យល់ចូលក្នុងស្រោមសួតផងដែរ។

តេស្តធ្វើឲ្យក្អកបញ្ចេញកំហាក (Induced sputum) និងការបូមយកកំហាកពីបំពង់ក (nasopharyngeal aspiration) មានសារប្រយោជន៍ក្នុងការយកកំហាកមកពិនិត្យ។

ការព្យាបាល

- ផ្តល់ឱសថ co-trimoxazole ក្នុងកម្រិតថ្នាំខ្ពស់ តាមមាត់ ឬយកល្អតាមសរសៃ (trimethoprim ៨mg/kg – sulfamethoxazole ៤០mg/kg) មួយថ្ងៃ៣ដង រយៈពេល៣សប្តាហ៍។
- ប្រសិនបើកុមារមានការប្រតិកម្មឱសថយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ចូរប្តូរទៅប្រើឱសថ pentamidine តាមសរសៃ (៤mg/kg មួយថ្ងៃម្តង) រយៈពេល៣សប្តាហ៍។ សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកុមារដែលមានជំងឺរលាកសួតក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ខ្ពស់ សូមអានទំ.៨៤។
- ប្រសិនបើខ្វះអុកស៊ីហ្សែនធ្ងន់ធ្ងរ ឬបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ, ការប្រើឱសថ Prednisolone ចំនួន ១–២mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១សប្តាហ៍ អាចមានប្រយោជន៍ក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃជំងឺ។
- បន្តការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ co-trimoxazole ក្នុងអំឡុងពេលធូរស្បើយ, ហើយធានាថា ART ត្រូវបានផ្តល់ឲ្យកុមារ។

៨.៤.៣ ជំងឺសួត LIP (Lymphoid interstitial pneumonia)

រោគវិនិច្ឆ័យ

កុមារប្រហែលជាមិនបង្ហាញរោគសញ្ញាទេនៅដំណាក់កាលដំបូងៗ ប៉ុន្តែក្រោយមកអាចមាន ៖

- ការក្អកអូសបន្លាយ ដោយមាន ឬគ្មានការដកដង្ហើមពិបាក,
- ការហើមក្រពេញទឹកមាត់ទាំងសងខាង,
- ការឡើងកូនកណ្តុរពាសពេញខ្លួន,
- ការរីកថ្លើមខុសធម្មតា និងសញ្ញាដទៃទៀតនៃការខ្សោយបេះដូង, និង

- ចុងម្រាមដៃកោង។
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X ៖ ចូរសង្ស័យជំងឺសួត LIP បើការថតសួតបង្ហាញលំនាំដុំតូចៗដូចសំណាញ់ (reticulonodular interstitial pattern) ទាំងសងខាង, ដែលគួរតែអាចញែកគ្នាដាច់ពីជំងឺរបេងសួត និងការរីកក្រពេញទឹករងៃនៅទងសួតទាំងសងខាង (មើលរូបភាពនៅទំ.៣៩០)។

ការព្យាបាល

- ផ្តល់ការព្យាបាលសាកល្បងដោយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក សម្រាប់ជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរី (មើលចំនួនទី៤.២, ទំ.១២៧) មុននឹងចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថ prednisolone។
- ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថស្តេរ៉ូអ៊ីដ តែក្នុងករណីដែលការថតសួតបង្ហាញជំងឺសួត LIP រួមជាមួយសញ្ញាណាមួយខាងក្រោម ៖
  - ដកដង្ហើមញាប់ ឬពិបាក
  - សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ
  - កំហាប់អុកស៊ីហ្សែន ≤៩០%។
- ផ្តល់ឱសថ prednisolone តាមមាត់ ចំនួន ១–២mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ២សប្តាហ៍។ បន្ទាប់មក បន្ថយដូសរយៈពេល២-៤សប្តាហ៍ទៀត អាស្រ័យលើការឆ្លើយតបចំពោះការព្យាបាល។ សូមប្រយ័ត្នការលាប់ជំងឺរបេងឡើងវិញ។
- ចាប់ផ្តើម ART បើមិនទាន់ចាប់ផ្តើមទេ។

៨.៤.៤ ការបង្ករោគដោយមេរោគផ្សិត

ជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់និងបំពង់អាហារ

- ព្យាបាលផ្សិតក្នុងមាត់ដោយឱសថទឹក nystatin (១០០.០០០U/ml)។ ឲ្យកុមារលេបចំនួន ១–២ml មួយថ្ងៃ៤ដង រយៈពេល៧ថ្ងៃ។ បើគ្មានឱសថនេះទេ គួរលាបថ្នាំស្វាយ (gentian violet solution) ១%។ បើគ្មានប្រសិទ្ធភាពទេ

គួរផ្តល់ឱសថខាប់ miconazole ២% ចំនួន ៥ml មួយថ្ងៃ២ដង។

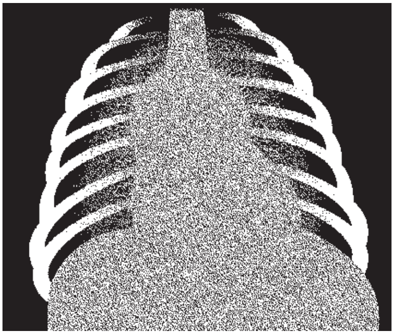
គួរសង្ស័យលើជំងឺផ្សិតក្នុងបំពង់អាហារ បើកុមារមានភាពលំបាក ឬឈឺចាប់ពេលក្លួត ឬលេប, មិនចង់ហូបអាហារ, ហៀរទឹកមាត់ច្រើន, ឬយំពេលហូបអាហារ។ ស្ថានភាពនេះអាចកើតឡើងដោយមាន ឬគ្មានភស្តុតាងនៃផ្សិតក្នុងមាត់។ បើរកមិនឃើញផ្សិតក្នុងមាត់ទេ ចូរផ្តល់ការព្យាបាលសាកល្បងដោយឱសថ fluconazole។ បើអាចគួរច្រានចោលមូលហេតុដទៃទៀតនៃភាពឈឺចាប់ក្នុងពេលលេប (ដូចជា មេរោគ cytomegalovirus, herpes simplex, lymphoma និង Kaposi sarcoma(កម្រ)), តាមរយៈការបញ្ជូនកុមារទៅមន្ទីរពេទ្យកម្រិតខ្ពស់ដែលមានឧបករណ៍ធ្វើតេស្តគ្រប់គ្រាន់។

- ផ្តល់ឱសថ fluconazole តាមមាត់ (៣–៦mg/kg មួយថ្ងៃម្តង) រយៈពេល ៧ថ្ងៃ, លើកលែងតែកុមារមានជំងឺថ្លើមសកម្ម។
- ផ្តល់ឱសថ amphotericin B តាមសរសៃ (0.៥mg/kg មួយថ្ងៃម្តង) រយៈពេល១០-១៤ថ្ងៃ ដល់កុមារដែលមិនឆ្លើយតបចំពោះការផ្តល់ឱសថតាមមាត់ ឬមិនអាចទទួលយកឱសថតាមមាត់ ឬប្រឈមនឹងជំងឺផ្សិតរាលដាល (ឧទា. កុមារដែលមានចំនួនគោលិកាឈាមសថយចុះ)។

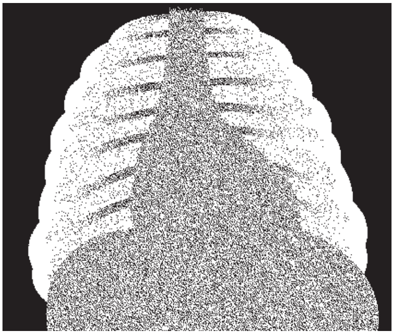
ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគផ្សិត cryptococcus

គួរសង្ស័យលើមេរោគ cryptococcus លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានសញ្ញានៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ។ រោគសញ្ញាមានលក្ខណៈមិនសូវស្រួចស្រាល់ រួមជាមួយការឈឺក្បាលរ៉ាំរ៉ៃ ឬគ្រាន់តែប្រែប្រួលស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត។ ការធ្វើតេស្តទឹកស្រោមខួរដោយសំណាកទឹកខ្មៅឥណ្ឌា (India ink stain) អាចបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យបាន។

- ព្យាបាលដោយឱសថ amphotericin ចំនួន 0.៥–១.៥mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១៤សប្តាហ៍, បន្ទាប់មកប្រើឱសថ fluconazole ៦–១២mg/kg (អតិបរមា ៨00mg) រយៈពេល៨សប្តាហ៍។
- ចាប់ផ្តើមការបង្ការដោយឱសថ fluconazole ៦mg/kg រៀងរាល់ថ្ងៃ (អតិបរមា ២00mg) បន្ទាប់ពីការព្យាបាល។



ជំងឺសួត LIP ៖ ការរីកក្រពេញទឹករងៃនៅទងសួត និងការជ្រាបចូលដែលមានរូបរាងដូចខ្សែស្បែកជើង



ជំងឺសួត PCP ៖ រូបរាងដូចកញ្ចក់ស្រអាប់

៨.៤.៥ ជំងឺKaposi Sarcoma

គួរពិចារណាពីជំងឺមហារីកសរសៃវ៉ែន លើកុមារដែលមានដំបៅដុំៗលើស្បែក, ការឡើងកូនកណ្ដុរពាសពេញ ឬដំបៅក្នុងក្រអូមមាត់, និងរលាកភ្នាសភ្នែក ដោយមានហើមជាំជុំវិញភ្នែក។ ជាទូទៅ រោគវិនិច្ឆ័យមានលក្ខណៈគ្លីនិក ប៉ុន្តែអាចបញ្ជាក់បានដោយការពិនិត្យជាលិកាដោយការចាក់ម្ជុល (needle biopsy) ទៅក្នុងដុំដំបៅលើស្បែក ឬកូនកណ្ដុរ។ គួរសង្ស័យលើជំងឺKaposi Sarcoma ផងដែរ លើកុមារដែលរាកអូសបន្លាយ, ស្រកទម្ងន់, ស្ទះពោះវៀន, ឈឺពោះ, ឬទឹកក្នុងស្រោមសួតច្រើន។ គួរពិចារណាបញ្ជូនកុមារទៅមន្ទីរពេទ្យធំដើម្បីព្យាបាលជំងឺនេះ។

៨.៥ ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន និងការផ្ដល់អាហារដល់ទារក

៨.៥.១ ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន

មេរោគអេដស៍អាចត្រូវបានចម្លងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ, ពេលឈឺពោះសម្រាល, ពេលសម្រាល, ឬពេលបំបៅដោះ។ មធ្យោបាយបង្ការដ៏ល្អបំផុត គឺការបង្ការការចម្លង

រោគអេដស៍ជាទូទៅ ជាពិសេសស្ត្រី មានផ្ទៃពោះ និងការបង្ការការមានផ្ទៃពោះដោយថៃជន្យលើស្ត្រីដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ប្រសិនបើស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានផ្ទៃពោះ គាត់គួរទទួលបាន ART, ការថែទាំសម្ភពប្រកបដោយសុវត្ថិភាព, និងការប្រឹក្សាគាំទ្រអំពីការផ្តល់អាហារដល់ទារក។

ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរទទួលបាន ART ដើម្បីជាប្រយោជន៍ដល់សុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គាត់ ព្រមទាំងបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅទារកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនិងពេលបំបៅដោះកូន។

- ចាប់ផ្តើម ART ពេញមួយជីវិត សម្រាប់ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ទោះជាមានរោគសញ្ញាបែបណាក៏ដោយ។
- ដើម្បីបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទៅទារក មានជម្រើសសំខាន់២ ដែលគួរតែចាប់ផ្តើមពេលមានផ្ទៃពោះដំបូងៗ នៅសប្តាហ៍ទី១៤ ឬឆាប់បំផុតនៅក្រោយពីពេលនេះ។ ជម្រើសទាំងនេះ កាត់បន្ថយឱកាសចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន បានយ៉ាងច្រើន ៖
- *ជម្រើស B ៖* របបឱសថបង្ការ ៣មុខ សម្រាប់ឲ្យម្តាយលេបក្នុងអំឡុងពេលផ្ទៃពោះនិងអំឡុងពេលបំបៅដោះ, ក៏ដូចជារបបឱសថបង្ការរយៈពេល៦សប្តាហ៍សម្រាប់ទារកចាប់ពីពេលកើត ទោះជាគាត់បៅឬមិនបៅដោះម្តាយក៏ដោយ។
- *ជម្រើស B+ ៖* របបឱសថ ARV ៣មុខ សម្រាប់ម្តាយក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងបន្តពេញមួយជីវិត, ក៏ដូចជារបបឱសថបង្ការរយៈពេល៦សប្តាហ៍សម្រាប់ទារកចាប់ពីពេលកើត ទោះជាគាត់បៅឬមិនបៅដោះម្តាយក៏ដោយ។

បច្ចុប្បន្ន ជម្រើស B+ ត្រូវបានណែនាំយ៉ាងច្រើន។

៨.៥.២ ការផ្តល់អាហារដល់ទារកដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ប្រសិនបើគ្មានអន្តរាគមន៍ណាមួយទេ ឱកាសនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារកក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬពេលសម្រាល មានពី១៥-២៥%, ហើយបើកូនបៅដោះ

ម្តាយទៀត នោះឱកាសនេះនឹងកើនឡើងពី ៥-២០% បន្ថែមទៀត។ ទោះបីការមិនបំបៅដោះកូន អាចកាត់បន្ថយឱកាសនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅទារកតាមរយៈទឹកដោះក៏ដោយ, ការផ្តល់ទឹកដោះជំនួសមានពាក់ព័ន្ធនឹងការកើនឡើងនៃអត្រាស្លាប់ និងជំងឺរបស់ទារកដែរ។

ការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានខែដំបូង មានការប្រឈមតិចជាងការបំបៅទឹកដោះលាយគ្នា, ហើយការបំបៅដោះសុទ្ធផ្តល់ការការពារយ៉ាងច្រើនពីជំងឺឆ្លងដទៃទៀត រួមទាំងផលប្រយោជន៍ផ្សេងៗទៀតផងដែរ។

ការព្យាបាលដោយ ARV កាត់បន្ថយយ៉ាងច្រើននូវឱកាសចម្លងមេរោគអេដស៍ ហើយក្នុងពេលជាមួយគ្នា ផ្តល់ការថែទាំសមស្របដល់ម្តាយដើម្បីពង្រឹងសុខភាពរបស់គាត់។ ប្រសិនបើម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បំបៅដោះកូនក្នុងពេលប្រើ ART ព្រមទាំងផ្តល់ ART ដល់កូនរបស់គាត់រៀងរាល់ថ្ងៃ, នោះឱកាសនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅកូន ត្រូវបានកាត់បន្ថយមកត្រឹម២% បើបំបៅរយៈពេល៦ខែ និង៤% បើបំបៅ រយៈពេល១២ខែ។ ការសំខាន់គឺ ៖

- ផ្តល់ការគាំទ្រដល់ម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឲ្យគាត់ជឿជាក់ថាកូនរបស់គាត់នឹងរស់រានដោយមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ ខណៈដែលគាត់គិតពីសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គាត់ដែរ។
- ថ្លឹងថ្លែងរវាងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ជាមួយនឹងតម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភ និងការការពារទារកពីការស្លាប់ និងជំងឺដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍។
- ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍គួរទទួល ART ពេញមួយជីវិតដើម្បីពង្រឹងសុខភាពរបស់ខ្លួន, ហើយទារកគួរទទួល ART ក្នុងអំឡុងពេលបៅដោះម្តាយ។

ដំបូន្មានអំពីការផ្តល់អាហារដល់ទារក

ការផ្តល់អាហារដល់ទារកដែលប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ គួរធ្វើឡើងទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ៖ ការបំបៅដោះកូនខណៈពេលទទួល ART (ម្តាយ ឬទារក) ឬ

ការមិនបំបៅដោះតែម្ដង។

- នៅពេលដែលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិចែងថាម្ដាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍គួរបំបៅដោះឲ្យកុមារ និងទទួល ART ដើម្បីបង្ការការចម្លងទៅកូន, នោះម្ដាយគួរបំបៅដោះកូនសុទ្ធរយៈពេល៦ខែដំបូងនៃជីវិត, ផ្ដល់អាហារបន្ថែមសមស្របចាប់ពីអាយុ៦ខែ, និងបន្តបំបៅដោះរហូតអាយុបាន១២ខែ។
- នៅពេលសម្រេចចិត្តថាបន្តបំបៅដោះកូន ដោយសារទារកបានឆ្លងមេរោគអេដស៍រួចទៅហើយ, នោះគួរពិភាក្សាអំពី ART និងជម្រើសនៃការផ្ដល់អាហារសម្រាប់ផ្ទៃពោះលើកក្រោយទៀត។
- បើម្ដាយត្រូវបានដឹងថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយទារកមិនដឹង, នោះគួរផ្ដល់ប្រឹក្សាដល់ម្ដាយពីផលប្រយោជន៍នៃការបំបៅដោះកូន ក៏ដូចជាឱកាសនៃការចម្លងរោគទៅកូន, ហើយកុមារគួរត្រូវបានធ្វើតេស្ដបញ្ជាក់មេរោគអេដស៍។ ប្រសិនបើការផ្ដល់ទឹកដោះជំនួស អាចទទួលយកបាន, អាចធ្វើទៅបាន, អាចចំណាយបាន, អាចបន្តបានជានិច្ច, និងមានសុវត្ថិភាព, នោះគួរចៀសវាងការបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយ។ បើមិនដូច្នេះទេ គួរបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធរយៈពេល៦ខែ, បន្តបំបៅដោះរហូតអាយុ១២ខែ និងផ្ដល់អាហារបន្ថែមសមស្រប។

ដើម្បីឲ្យការផ្ដល់អាហារដល់ទារកប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ ការផ្ដល់ប្រឹក្សា និងការគាំទ្រដល់ម្ដាយគួរបន្តធ្វើឡើងជាប់ជានិច្ច។ ការប្រឹក្សាគួរធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្ដល់ប្រឹក្សាមានបទពិសោធន៍ដែលទទួលការបណ្ដុះបណ្ដាលត្រឹមត្រូវ។ គួរពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្ដល់ប្រឹក្សាក្នុងតំបន់ ដើម្បីឲ្យដំបូន្មានដែលផ្ដល់ឲ្យស្ត្រី មានលក្ខណៈដូចគ្នា។ បើស្ត្រីផ្ដល់ទឹកដោះជំនួសដល់កូនរបស់គាត់ នោះគួរប្រឹក្សាពីរបៀបប្រើប្រាស់ និងរៀបចំទឹកដោះនោះយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។

៨.៦ ការតាមដានបន្ត

៨.៦.១ ការអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រហែលជាឆ្លើយតបចំពោះការព្យាបាលយ៉ាងយឺតៗ ឬមិនពេញលេញ។ ពួកគេអាចមានគ្រុនក្តៅអូសបន្លាយ, រាកអូសបន្លាយ, និងក្អករ៉ាំរ៉ៃ។ បើស្ថានភាពទូទៅរបស់កុមារទាំងនេះ មានលក្ខណៈល្អធម្មតា នោះពួកគេមិនចាំបាច់ស្នាក់នៅព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ, ប៉ុន្តែគួរធ្វើជាអ្នកជំងឺក្រៅ ដែលមកពិនិត្យតាមដានជាប្រចាំ។

៨.៦.២ ការបញ្ជូន

ប្រសិនបើគ្មានផ្នែកជំនាញចាំបាច់ទេ គួរពិចារណាបញ្ជូនកុមារដែលសង្ស័យ ឬដឹងច្បាស់ថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍៖

- ទៅទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ដោយមានការផ្តល់ប្រឹក្សាមុន និងក្រោយពេលធ្វើតេស្ត
- ទៅមជ្ឈមណ្ឌល ឬមន្ទីរពេទ្យដទៃទៀតដើម្បីធ្វើការស្រាវជ្រាវបន្ថែម ឬការព្យាបាលជម្រើសទី២ ប្រសិនបើគ្មានឬមានការឆ្លើយតបតិចតួច
- ទៅជួបជាមួយអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាដែលមានការបណ្តុះបណ្តាលអំពីមេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់អាហារដល់ទារក, ប្រសិនបើបុគ្គលិកសុខាភិបាលក្នុងតំបន់មិនអាចធ្វើបាន
- ទៅកម្មវិធីថែទាំតាមផ្ទះ ឬក្នុងសហគមន៍, អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាស្ម័គ្រចិត្តក្នុងសហគមន៍, និងមជ្ឈមណ្ឌលធ្វើតេស្ត ឬកម្មវិធីគាំពារសង្គម ដើម្បីទទួលការប្រឹក្សា និងគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គមបន្តទៀត។

ត្រូវបញ្ជូនកុមារកំព្រាឲ្យទទួលសេវាចាំបាច់ផ្សេងៗ រួមទាំងការអប់រំសុខភាព និងការចុះឈ្មោះជាដើម។

៨.៦.៣ ការតាមដានបន្តផ្នែកគ្លីនិក

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅពេលមិនឈឺ គួរទៅពិនិត្យនៅគ្លីនិកកុមារដូចកុមារដទៃទៀតដែរ។ ម៉្យាងទៀត ពួកគេត្រូវការការពិនិត្យគ្លីនិកជាប្រចាំនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលកម្រិតបឋម ដើម្បីតាមដាន ៖

- ស្ថានភាពគ្លីនិក
- ការលូតលាស់
- អាហារូបត្ថម្ភ
- ស្ថានភាពថ្នាំបង្ការ

កុមារទាំងនោះក៏គួរតែទទួលបានការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គមពីកម្មវិធីគាំទ្រក្នុងសង្គមផងដែរ។

៨.៧ ការថែទាំសម្រន់ក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត

កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានប្រព័ន្ធការពាររាងកាយចុះខ្សោយ ជាញឹកញាប់មានភាពលំបាកក្នុងខ្លួន ដូច្នេះការថែទាំសម្រន់ គឺជាភាពចាំបាច់។ រាល់ការសម្រេចចិត្តទាំងឡាយគឺធ្វើឡើងរួមគ្នាជាមួយឪពុកម្ដាយ ឬអាណាព្យាបាល ហើយការសម្រេចចិត្តនានាគួរតែដឹងឮដោយបុគ្គលិកដទៃទៀត (រួមទាំងបុគ្គលិកវេនយប់)។ គួរពិចារណាពីការថែទាំសម្រន់នៅផ្ទះ ជំនួសការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ការព្យាបាលគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ និងការបន្ធូរបន្ថយអការៈលំបាក (ដូចជាជំងឺផ្សិតក្នុងបំពង់អាហារ ឬការប្រកាច់) អាចពង្រឹងគុណភាពជីវិតរបស់កុមារបានយ៉ាងច្រើន។

ផ្ដល់ការថែទាំក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត ប្រសិនបើ ៖

- ជំងឺកុមារចុះដុនដាបជាបន្តបន្ទាប់
- មធ្យោបាយគ្រប់យ៉ាងដើម្បីជួយកុមារ ត្រូវបានធ្វើរួចអស់ហើយ។

ការធានាឲ្យបាន ថាក្រុមគ្រួសារបានទទួលការគាំទ្រសមស្របក្នុងការទទួលយកសេចក្ដីស្លាប់របស់កុមារ គឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់នៅក្នុងការថែទាំក្នុងដំណាក់កាលចុង

ក្រោយនៃមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍។ គួរគាំទ្រដល់ឪពុកម្ដាយក្នុងការប្រឹងប្រែងផ្ដល់ការថែទាំសម្រន់នៅផ្ទះ ដើម្បីចៀសវាងការទុកកុមារនៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនចាំបាច់។

៨.៧.១ ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់

ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់លើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺធ្វើឡើងដូចគ្នានឹងជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដទៃទៀតដែរ ដូចជាជំងឺមហារីក និងជំងឺ sickle-cell ជាដើម។ គួរយកចិត្តទុកដាក់ពិសេសដើម្បីធានាថាការថែទាំនោះសមស្របទៅតាមវប្បធម៌ក្នុងសង្គម។

- ផ្ដល់ឱសថបំបាត់ភាពឈឺចាប់ ជាពីរជំហាន អាស្រ័យលើថាតើភាពឈឺចាប់មានកម្រិតស្រាល ឬមធ្យមទៅធ្ងន់ធ្ងរ។
- ផ្ដល់ឱសថបំបាត់ភាពឈឺចាប់យ៉ាងទៀងទាត់ (ទៀងម៉ោង) ដើម្បីកុំឲ្យកុមារមានភាពឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរកើតមានញឹកញាប់។
- នៅពេលដែលអាច គួរផ្ដល់ឱសថតាមមាត់ (ការចាក់តាមសាច់ដុំ អាចមានភាពឈឺចាប់)។
- កែសម្រួលកម្រិតថ្នាំទៅតាមកុមារម្នាក់ៗ ព្រោះពួកគេមានតម្រូវការកម្រិតថ្នាំខុសៗគ្នាដើម្បីអោយបានផលដូចគ្នា, ហើយបន្តិចម្ដងៗជ្រើសរើសកម្រិតថ្នាំដែលអាចធានាបំបាត់ភាពឈឺចាប់បានគ្រប់គ្រាន់។

គួរប្រើឱសថដូចតទៅនេះ សម្រាប់គ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ៖

ភាពឈឺចាប់កម្រិតស្រាល ៖ ដូចជាឈឺក្បាល

- ផ្ដល់ឱសថ paracetamol ឬ ibuprofen ដល់កុមារអាយុលើស៣ខែ ដែលអាចទទួលឱសថតាមមាត់។ ចំពោះកុមារអាយុក្រោម៣ខែ ចូរប្រើតែឱសថ paracetamol ប៉ុណ្ណោះ។
  - paracetamol ចំនួន ១០–១៥mg/kg រៀងរាល់៤-៦ម៉ោង
  - ibuprofen ចំនួន ៥–១០mg/kg រៀងរាល់៦-៨ម៉ោង

ភាពឈឺចាប់កម្រិតមធ្យមទៅធ្ងន់ធ្ងរ និងភាពឈឺចាប់ដែលមិនឆ្លើយតបនឹងការ

ព្យាបាលខាងលើ ៖ អាភៀនកម្រិតខ្លាំង

- ផ្តល់ឱសថ morphine តាមមាត់ ឬតាមសរសៃ រៀងរាល់៤-៦ម៉ោង ឬចាក់តាមសេរ៉ូមជាបន្ត
- បើឱសថ morphine មិនអាចបន្ធូរភាពឈឺចាប់បានគ្រប់គ្រាន់ទេ នោះគួរប្តូរទៅប្រភេទអាភៀនដទៃទៀត ដូចជា fentanyl ឬ hydromorphone។

ចំណាំ *៖ ចូរតាមដានយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្នពីការចុះខ្សោយផ្លូវដង្ហើម។ បើមានភាពស៊ាំកើតឡើង គួរបង្កើនកម្រិតថ្នាំដើម្បីរក្សាកម្រិតនៃការបន្ធូរភាពឈឺចាប់។*

ឱសថជំនួយ ៖ មិនមានភស្តុតាងគ្រប់គ្រាន់បញ្ជាក់ថាឱសថជំនួយ អាចបន្ធូរភាពឈឺចាប់អូសបន្លាយ ឬភាពឈឺចាប់ជាក់លាក់ ដូចជាភាពឈឺចាប់ដោយសារការខូចខាតប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ,ភាពឈឺចាប់ឆ្អឹង,ភាពឈឺចាប់ដែលពាក់ព័ន្ធការកន្ត្រាក់សាច់ដុំទេ។ ឱសថដែលត្រូវបានប្រើញឹកញាប់រួមមាន ឱសថ diazepam សម្រាប់ការកន្ត្រាក់សាច់ដុំ, ឱសថ carbamazepine សម្រាប់ភាពឈឺចាប់ដោយសារសរសៃប្រសាទ និងពពួកឱសថ corticosteroids (ដូចជា dexamethasone) សម្រាប់ភាពឈឺចាប់ដោយសារការហើមរលាកដែលសង្កត់លើសរសៃប្រសាទមួយ។

ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ដើម្បីអនុវត្តទម្រង់ការ និងដុំឈឺចាប់លើស្បែកឬស្រទាប់ស្បែកស្តើង

ថ្នាំស្ពឹក ៖ ក្នុងទម្រង់ការដែលធ្វើឲ្យឈឺចាប់ គួរប្រើឱសថ lidocaine ចំនួន ១–២%។ សម្រាប់ដុំឈឺចាប់លើស្បែក ឬស្រទាប់ស្បែកស្តើង ៖

- ឱសថ lidocaine ៖ បន្តក់លើទ្រនាប់កុំប្រេស ជូត (ប្រើស្រោមដៃ) លើដំបៅមាត់ដែលឈឺចាប់ មុននឹងផ្តល់អាហារ; ចាប់មានសកម្មភាពក្នុងពេល២-៥នាទី
- ឱសថ tetracaine, adrenaline និង cocaine ៖ បន្តក់លើទ្រនាប់កុំប្រេសរួចបិទពីលើមុខរបួសបើកចំហរ; មានប្រយោជន៍ពិសេសសម្រាប់ពេលដេរ

៨.៧.២ ការគ្រប់គ្រងភាពមិនឃ្លានអាហារ, ចង្អោរ និងក្អួត

ការបាត់ចំណង់ហូបអាហារ ក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ គឺជាស្ថានភាពដែលពិបាកគ្រប់គ្រង។ លើកទឹកចិត្តអាណាព្យាបាលឲ្យបន្តផ្តល់អាហារ និងព្យាយាម ៖

- ផ្តល់អាហារម្តងបន្តិចៗ ជាញឹកញាប់, ជាពិសេសនៅពេលព្រឹក ដែលកុមារឃ្លានជាងពេលដទៃ
- ផ្តល់អាហារត្រជាក់ ជាជាងអាហារក្តៅ
- ចៀសវាងអាហារប្រៃ ឬហឹរ
- ផ្តល់ឱសថ metoclopramide តាមមាត់ (១–២mg/kg) រៀងរាល់២-៤ម៉ោង, បើកុមារមានភាពឈឺចាប់ក្នុងការក្អួត និងចង្អោរ។

៨.៧.៣ ការបង្ការ និងការព្យាបាលដំបៅដែលប៉ះសង្កត់

ប្រាប់អាណាព្យាបាលឲ្យប្រែកុមារយ៉ាងតិច២ម៉ោងម្តង។ បើមានដំបៅដោយសារការសង្កត់ ចូរសម្អាតខ្លួនពួកគេឲ្យស្អាត និងស្ងួត។ ប្រើថ្នាំស្ពឹកដូចជា tetracaine, adrenaline និង cocaine ដើម្បីបន្ធូរភាពឈឺចាប់។

៨.៧.៤ ការថែទាំមាត់ធ្មេញ

បង្រៀនអាណាព្យាបាលពីការសម្អាតមាត់ឲ្យកុមារនៅរាល់ពេលហូបអាហាររួច។ បើមានដំបៅមាត់កើតឡើង គួរសម្អាតមាត់យ៉ាងតិច៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ដោយទឹកស្អាត ឬទឹកអំបិល, និងជូតដោយក្រណាត់ស្អាត។ លាបថ្នាំស្វាយ(gentian violet) 0.២៥% ឬ 0.៥% ដល់ដំបៅទាំងឡាយ។ ផ្តល់ឱសថ paracetamol បើកុមារមានគ្រុនក្តៅខ្លាំង ឬរញ៉ាំរញ៉ូវ ឬឈឺចាប់។ កិនទឹកកកខ្ចប់ក្នុងកំប្រេស រួចឲ្យកុមារជញ្ជក់អាចបន្ធូរភាពឈឺចាប់ខ្លះ។ បើកុមារបៅទឹកដោះគោម្សៅតាមដបជ័រ គួរផ្តល់ដំបូន្មានឲ្យអាណាព្យាបាលប្រើស្លាបព្រានិងពែងវិញ។ បើនៅបន្តប្រើដបជ័រ ផ្តល់ដំបូន្មានឲ្យគាត់សម្អាតក្បាលដោះជាមួយទឹកមុនពេលបញ្ចុកកុមារម្តងៗ។

បើកើតផ្សិតក្នុងមាត់ គួរលាប miconazole gel លើកន្លែងប៉ះពាល់យ៉ាងតិច៣ដង

ក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ, ឬផ្តល់ឱសថទឹក nystatin ១ml មួយថ្ងៃ៤ដង រយៈពេល៧ថ្ងៃ ដោយបន្តក់វាយឺតៗនៅគែមមាត់ដើម្បីឲ្យវាហូរទៅលើកន្លែងប៉ះពាល់។

ប្រសិនបើមានខ្ទុះដោយសារការបង្ករោគក្នុងពេលព្យាបាល (secondary bacterial infection), គួរលាបក្រមួន tetracycline ឬ chloramphenicol។ បើធុំក្លិនអាក្រក់ក្នុងមាត់ គួរផ្តល់ឱសថ benzylpenicillin តាមសាច់ដុំ (៥០.០០០U/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង) រួមជាមួយឱសថទឹក metronidazole តាមមាត់ (៧.៥mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោង) រយៈពេល៧ថ្ងៃ។

៨.៧.៥ ការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម

ផ្តល់អាទិភាពដល់ការធ្វើឲ្យកុមារមានភាពស្រណុកក្នុងខ្លួន ជាជាងការព្យាយាមពន្យារជីវិត។

៨.៧.៦ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត

ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តដល់ឪពុកម្តាយ និងបងប្អូនរបស់កុមារក្នុងដង្ហើមចុងក្រោយគឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់នៅក្នុងការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃមេរោគអេដស៍។ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត អាស្រ័យលើថាតើវាធ្វើឡើងនៅផ្ទះ ក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងថែទាំជំងឺចុងក្រោយ។ នៅផ្ទះ ការគាំទ្រភាគច្រើនគឺតាមរយៈសមាជិកគ្រួសារ សាច់ញាតិ និងមិត្តភក្តិ។

រក្សាទំនាក់ទំនងជាមួយកម្មវិធីថែទាំក្នុងសហគមន៍ និងក្រុមផ្តល់ប្រឹក្សាពីមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍។ គួរស្វែងយល់ថាតើអាណាព្យាបាលទទួលបានការគាំទ្រពីក្រុមផ្តល់ប្រឹក្សាទាំងនោះឬទេ។ បើអត់ទេ គួរស្វែងយល់ពីអាកប្បកិរិយារបស់ក្រុមគ្រួសារទៅកាន់ក្រុមទាំងនោះ, ព្រមទាំងលទ្ធភាពផ្សារភ្ជាប់ក្រុមគ្រួសារទៅនឹងក្រុមផ្តល់ប្រឹក្សា។

កំណត់ចំណាំ

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី៩

បញ្ហាញើកញ្ញាប់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការវះកាត់

៩.១	ការថែទាំមុនពេល អំឡុងពេល និងក្រោយពេលវះកាត់	៤០៣
៩.១.១	ការថែទាំមុនពេលវះកាត់	៤០៣
៩.១.២	ការថែទាំអំឡុងពេលវះកាត់	៤០៦
៩.១.៣	ការថែទាំក្រោយពេលវះកាត់	៤១០
៩.២	រូបរាងមិនធម្មតាពីកំណើត	៤១៥
៩.២.១	មាត់ឆែប និងក្រអូមមាត់ឆែប	៤១៥
៩.២.២	ជំងឺស្ទះពោះវៀន	៤១៧
៩.២.៣	ជញ្ជាំងពោះប្រហោង	៤១៨
៩.២.៤	ខួរឆ្អឹងខ្នងលយមកក្រៅ	៤២០
៩.២.៥	ការភ្ជាត់ត្រគាកពីកំណើត	៤២០
៩.២.៦	ជើងខ្វេរ	៤២១
៩.៣	ការរងរបួស	៤២២
៩.៣.១	ការរងរបួសដោយរលាក	៤២៣
៩.៣.២	ការរងរបួសនៅក្បាល	៤២៨
៩.៣.៣	ការរងរបួសនៅដើមទ្រូង	៤៣០
៩.៣.៤	ការរងរបួសនៅពោះ	៤៣២
៩.៣.៥	ការរងរបួសបាក់បែកឆ្អឹង	៤៣៣

	៩.៣.៦	គោលការណ៍នៃការថែទាំរបួស	៤៣៧
៩.៤	បញ្ហានៅពោះ		៤៤០
	៩.៤.១	ការឈឺចាប់ក្នុងពោះ	៤៤០
	៩.៤.២	ជំងឺរលាកខ្នែងពោះវៀន	៤៤២
	៩.៤.៣	ជំងឺស្ទះពោះវៀនបន្ទាប់ពីសម្រាល	៤៤៣
	៩.៤.៤	ជំងឺពោះវៀនលូនចូលគ្នា	៤៤៤
	៩.៤.៥	ជំងឺក្លូនលូនត្រង់ផ្ចិត	៤៤៦
	៩.៤.៦	ជំងឺក្លូនលូនក្នុងក្រលៀន	៤៤៧
	៩.៤.៧	ជំងឺក្លូនលូនកៀបជាប់	៤៤៧
	៩.៤.៨	ការរមួលពងស្វាស	៤៤៨
	៩.៤.៩	ការធ្លាក់ក្រសាលគូទ	៤៤៩
៩.៥	ការបង្ករោគដែលទាមទារការវះកាត់		៤៤៩
	៩.៥.១	អាប់សែ	៤៤៩
	៩.៥.២	ការរលាកឆ្អឹង និងខួរឆ្អឹង	៤៥១
	៩.៥.៣	ការរលាកសន្លាក់ដោយបាក់តេរី	៤៥២
	៩.៥.៤	ការរលាកសាច់ដុំមានខ្ទុះ	៤៥៣

ទារក និងកុមារមានជំងឺខុសៗគ្នា ដែលត្រូវការការវះកាត់ និងការថែទាំជាពិសេសក្នុងអំឡុងពេលវះកាត់។ ជំពូកនេះផ្តល់ជូននូវគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការថែទាំកុមារដែលមានបញ្ហាត្រូវវះកាត់ និងបរិយាយសង្ខេបអំពីការគ្រប់គ្រងបញ្ហាញឹកញាប់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការវះកាត់។ សេចក្តីណែនាំលម្អិតអំពីការវះកាត់ និងការប្រើថ្នាំសណ្តំមាននៅក្នុងកូនសៀវភៅណែនាំរបស់អង្គការ WHO ចំណងជើង “Surgical care in the district

hospital[១]" ឬក៏សំណុំឧបករណ៍សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងស្ថានភាពបន្ទាន់ និងការថែទាំផ្នែកវះកាត់ជាសារវ័ន្ត។

៩.១ ការថែទាំមុនពេល អំឡុងពេល និងក្រោយពេលវះកាត់

ការថែទាំផ្នែកវះកាត់ដែលល្អមិនមែនចាប់ផ្តើម ឬបញ្ចប់ត្រឹមតែការធ្វើទម្រង់ការវះ-កាត់នោះទេ។ នៅក្នុងករណីជាច្រើន ការរៀបចំសំរាប់ការវះកាត់ ការថែទាំផ្នែកសណ្តំ និងការថែទាំក្រោយពេលវះកាត់នោះទេ ដែលធានាឲ្យមានការវះកាត់ប្រកបដោយជោគជ័យមួយ។

៩.១.១ ការថែទាំមុនពេលវះកាត់

ទាំងកុមារ និងឪពុកម្តាយកុមារ គួរតែត្រៀមខ្លួនរួចរាល់សំរាប់ការវះកាត់ និងផ្តល់ការយល់ព្រម។

- ពន្យល់ពីមូលហេតុនៃការវះកាត់ លទ្ធផលដែលអាចកើតឡើង និងហេតុការណ៍គ្រោះថ្នាក់ជាយថាហេតុ និងផលប្រយោជន៍អំពីការវះកាត់នេះ។
- ពិនិត្យថាកុមារមានសុខភាពល្អគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ធ្វើការវះកាត់ ៖
  - កែតម្រូវការខ្វះជាតិទឹក និងសង្គ្រោះជីវិតសមស្រប មុនពេលអនុវត្តទម្រង់ការបន្ទាន់ (បង្ហូរតាមសរសៃឈាមដោយល្បឿនលឿននូវសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាគឺ ១០-២០ml/kg ផ្តល់ឡើងវិញ បើចាំបាច់)។ ការមានបរិមាណទឹកនោមគ្រប់មកវិញបញ្ជាក់ថាបរិមាណសេរ៉ូមដែលផ្តល់បានគ្រប់គ្រាន់។
  - កែតម្រូវភាពស្លេកស្លាំង។ ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ អាចប៉ះពាល់ដល់ការដឹកជញ្ជូនអុកស៊ីហ្សែន។ ជាលទ្ធផល បេះដូងនឹងច្របាច់ឈាមច្រើនជាងមុន។ ការវះកាត់អាចធ្វើឲ្យមានការបាត់បង់ឈាម ហើយការសណ្តំអាចប៉ះពាល់ដល់ការដឹកជញ្ជូនអុកស៊ីហ្សែនតាមឈាម។ ដូច្នេះ ត្រូវតែពិនិត្យ

[១] World Health Organization. Surgical care at the district hospital. Geneva, ២០០៣. http://www.who.int/surgery/publications/en/.

កម្រិត Hb របស់កុមារ មុនពេលវះកាត់ ថាតើវាស្ថិតក្នុងកម្រិតធម្មតាឬអត់។

- បម្រុងឈាមទុកសម្រាប់បញ្ចូលនៅក្នុងស្ថានការដែលភាពស្លេកស្លាំងត្រូវការព្យាបាលភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍ ៖ ការវះកាត់ជាបន្ទាន់។
- កុមារដែលស្ថិតក្នុងការវះកាត់តាមកម្មវិធី អាចត្រូវបានកែតម្រូវភាពស្លេកស្លាំង ដោយប្រើឱសថតាមមាត់ (ទំ. ៥៥២)។
- កុមារដែលមានជំងឺគ្រាប់ឈាម (HbSS, HbAS, HbSC និង Thalas-saemias) ដែលត្រូវវះកាត់ និងសណ្តំ ត្រូវការការថែទាំជាពិសេស។ សូមអានសៀវភៅជំងឺកុមារបន្ថែម។

– ពិនិត្យមើលថាតើកុមារមានស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភល្អឬទេ។ ការផ្តល់អាហារគ្រប់គ្រាន់គឺជាការចាំបាច់ក្នុងការជាសះស្បើយពីមុខកាំបិតក្រោយវះកាត់។

- ពិនិត្យថាក្រពះកុមារពិតជាទទេមុនការដាក់ថ្នាំសណ្តំ។
  - ទារកអាយុតិចជាង ១២ខែ មិនត្រូវហូបអាហាររឹងមុនការវះកាត់ ៨ម៉ោង មិនត្រូវបៅទឹកដោះគោមុនការវះកាត់ ៦ម៉ោង មិនត្រូវហូបទឹកឬបៅដោះម្តាយមុនការវះកាត់ ៤ម៉ោង។
  - បើការអត់អាហារមានរយៈពេលយូរ (លើសពី ៦ម៉ោង) ត្រូវបញ្ចូលសេរ៉ូមផ្អែម។
- ការពិនិត្យជាទូទៅផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍មុនពេលវះកាត់ មិនជាចាំបាច់នោះទេ តែប្រសិនបើអាច សូមពិនិត្យដូចខាងក្រោម ៖
  - ទារកអាយុតិចជាង ៦ខែ ពិនិត្យមើល Hb ឬអេម៉ាតូគ្រីត
  - កុមារពី ៦ ខែទៅ ១២ ឆ្នាំ ៖
    - ការវះកាត់តូច (ឧទាហរណ៍៖ ការវះកាត់ក្លន) មិនចាំបាច់ពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍
    - ការវះកាត់ធំ ៖ ពិនិត្យមើល Hb ឬអេម៉ាតូគ្រីត និងរកមើលក្រុម

ឈាមក្នុងករណីត្រូវបញ្ចូលឈាម។
– ការពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ផ្សេងទៀត អាចធ្វើឡើងបើសិនជាចាំបាច់ក្រោយពីការពិនិត្យគ្លីនិកពេញលេញទៅលើកុមារ។

- គួរផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកមុនពេលវះកាត់សម្រាប់ ៖
– ករណីមានជំងឺឆ្លង (ឧទាហរណ៍៖ ករណីវះកាត់ពោះវៀន ឬប្រព័ន្ធទឹកនោម)
  - ▸ ពោះវៀន ៖ ផ្តល់ Ampicillin (២៥-៥០mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសសៃឈាម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ), Gentamincin (៧.៥ mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសសៃឈាម ១ដងក្នុងមួយថ្ងៃ), និង Metronidazole (១០mg/kg ៣ដងក្នុងថ្ងៃ) មុនវះកាត់ និង រយៈពេល៣ ទៅ ៥ ថ្ងៃក្រោយការវះកាត់។
  - ▸ ប្រព័ន្ធទឹកនោម ៖ ផ្តល់ Ampicillin (៥០mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសសៃឈាម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) និង Gentamincin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬតាមសសៃឈាម ១ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) មុនវះកាត់ និងរយៈពេល ៣ ទៅ ៥ ថ្ងៃក្រោយការវះកាត់។
– កុមារដែលប្រឈមនឹងជំងឺរលាកស្រទាប់ក្នុងនៃបេះដូង (កុមារដែលមានជំងឺបេះដូងពីកំណើត ឬជំងឺប្រឹសបេះដូង) ដែលត្រូវអនុវត្តទម្រង់ការនៅធ្មេញ មាត់ ផ្លូវដង្ហើម ឬបំពង់អាហារ ៖
  - ▸ ត្រូវផ្តល់ Amoxicillin ៥០mg/kg តាមមាត់មុនពេលវះកាត់ ឬបើកុមារមិនអាចលេបថ្នាំបានទេ ចាក់ Ampicillin ៥០mg/kg តាមសសៃឈាម ក្នុងរយៈពេល ៣០នាទីដំបូងនៃការវះកាត់។

- សម្រាប់ការវះកាត់ធំ គួរផ្តល់ឱសថរំងាប់អារម្មណ៍ជាមុន ដើម្បីបន្ធូរបន្ថយភាពច្រាសប្រាលផ្លូវចិត្ត។

៩.១.២ ការថែទាំអំឡុងពេលវះកាត់

ទម្រង់ការវះកាត់ជោគជ័យ ត្រូវការការសហការ ក៏ដូចជាការរៀបចំផែនការយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន។ បុគ្គលិកនៅបន្ទប់វះកាត់ គួរតែធ្វើការងារជាក្រុម រួមទាំងគ្រូពេទ្យវះកាត់ បុគ្គលិកផ្នែកសណ្តំ គិលានុបដ្ឋាក អ្នកអនាម័យ និងអ្នកដទៃទៀត។ ត្រូវធានាថាឧបករណ៍ចាំបាច់ត្រូវបានរៀបចំទុករួចស្រេច មុនពេលវះកាត់។

ការសណ្តំ

ទារកអាយុក្រោម ១ឆ្នាំ និងកុមារ អាចទទួលភាពឈឺចាប់ដូចគ្នានឹងមនុស្សធំដែរ គ្រាន់តែសម្តែងនូវភាពឈឺចាប់នោះខុសគ្នាពីមនុស្សធំ។

- កាត់បន្ថយភាពឈឺចាប់ឲ្យបានច្រើនបំផុតតាមដែលអាចធ្វើបាន។
- ▶ ក្នុងការវះកាត់តូចដែលកុមារយល់ព្រមសហការ ចូរចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅនឹងកន្លែងដែលត្រូវវះ ៖
  - – Lidocaine ៣mg/kg (0.៣ml/kg នៃសូលុយស្យុង ១%, 0.១៥ml/kg នៃសូលុយស្យុង ២%, ដូសអតិបរមា 200mg), មិនត្រូវផ្តល់ឲ្យថែមទៀតក្នុងអំឡុង២ម៉ោងទេ។
  - – Bupivacaine 0.៥ ទៅ ២.៥mg/kg ឬក៏ 0.២៥% ឬ 0.៥% នៃសូលុយស្យុង, កំរិតថ្នាំអតិបរមា ១ml/kg នៃសូលុយស្យុង 0.២៥%, 0.៥ml/kg នៃសូលុយស្យុង 0.៥% (២.៥mg/kg)។
- ▶ ក្នុងការវះកាត់ធំ ចូរដាក់ថ្នាំសណ្តំទូទៅ។ Ketamine ជាថ្នាំសណ្តំល្អបំផុតដែលមិនចាំបាច់ឲ្យមានការសម្រាកនៃសាច់ដុំ។
  - – ចាក់កាតេទែតាមសសៃឈាម។ គួររង់ចាំការចាក់កាតេទែនេះទាល់តែការចាក់ Ketamine តាមសាច់ដុំបានរួចរាល់សិន។
- ផ្តល់ និងរក្សាការសណ្តំ (ការវះកាត់រយៈពេលខ្លី) និងថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សម្រាប់ការវះកាត់ដែលមានការឈឺចាប់រយៈពេលខ្លី ៖
- ▶ ចាក់ Ketamine ៥-៨mg តាមសាច់ដុំ ឬ ១-២mg/kg តាមសសៃឈាម

រយៈពេល ៦០វិនាទី សម្រាប់ការសណ្តំវះកាត់។ កែសម្រួលបរិមាណទៅតាមសភាពជាក់ស្តែង។ ថ្នាំនឹងមានឥទ្ធិពលចាប់ពី ២-៣នាទី ប្រសិនបើចាក់តាមសសៃឈាម ឬចាប់ព ៣-៥នាទី បើចាក់តាមសាច់ដុំ។

- ចាក់បន្ថែម Ketamine ១-២mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬ 0.៥-១mg/kg តាមសសៃឈាម បើកុមារមានរំញោចតបនឹងភាពឈឺចាប់។

- ដាក់និងរក្សាការសណ្តំ (ការវះកាត់រយៈពេលយូរ) ដោយបញ្ចូលតាមសេរ៉ូមជាបន្ត ៖
  - ទារកទើបកើត ៖ ផ្តល់កម្រិតថ្នាំខ្ពស់ដំបូង 0.៥-២mg/kg, បន្តដោយការបញ្ចូលតាមសេរ៉ូមជាប្រចាំ បរិមាណ ៥00µg/kg ក្នុង១ម៉ោង, កែសម្រួលបរិមាណទៅតាមសភាពជាក់ស្តែង។ អាចបង្កើនកម្រិតថ្នាំរហូតដល់ ២mg/kg ក្នុង១ម៉ោង ដើម្បីសណ្តំរយៈពេលយូរ។
  - ទារក ឬកុមារ ៖ ផ្តល់កម្រិតថ្នាំខ្ពស់ដំបូង 0.៥-២mg/kg, បន្តដោយការបញ្ចូលតាមសេរ៉ូមជាប្រចាំ ក្នុងបរិមាណ 0.៥-២.៥mg/kg ក្នុង១ម៉ោង, កែសម្រួលបរិមាណទៅតាមសភាពជាក់ស្តែង។

- ក្រោយការវះកាត់បានបញ្ចប់ ដាក់កុមារឲ្យដេកផ្អៀង ហើយតាមដានការដឹងខ្លួនឡើងវិញយ៉ាងដិតដល់នៅកន្លែងស្ងាត់។

ការពិចារណាពិសេស

ផ្លូវដង្ហើម

- ផ្លូវដង្ហើមដែលមានវិជ្ជមាត្រតូច អាចធ្វើឲ្យកុមារងាយស្ទះផ្លូវដង្ហើម ដូច្នេះជាញឹកញាប់ពួកគេត្រូវការការស៊កបំពង់ដើម្បីការពារផ្លូវដង្ហើមរបស់ពួកគេ អំឡុងពេលវះកាត់។
- កុមារតូចៗ មានបញ្ហាលំបាកក្នុងការស្រូបយកខ្យល់ច្រើន ដូច្នេះម៉ាស៊ីនបញ្ចេញចំហាយឱសថសម្រាប់មនុស្សធំមិនសមស្របនោះទេ។
- ទំហំនៃបំពង់ស៊កចូលក្នុងបំពង់ខ្យល់សម្រាប់កុមារ មានបង្ហាញនៅក្នុងតារាងទី ២៨។

តារាងទី ២៨. ទំហំបំពង់ស៊កចូលក្នុងបំពង់ខ្យល់ តាមអាយុកុមារ

អាយុ	ទំហំបំពង់ (mm)
ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ	២.៥ – ៣.០
ទារកទើបកើត	៣.៥
១ឆ្នាំ	៤.០
២ឆ្នាំ	៤.៥
២ ទៅ ៤ឆ្នាំ	៥.០
៥ឆ្នាំ	៥.៥
៦ឆ្នាំ	៦
៦ ទៅ ៨ឆ្នាំ	៦.៥
៨ឆ្នាំ	៥.៥ (បំពង់មានបំប៉ោងខ្យល់)
១០ឆ្នាំ	៦.០ (បំពង់មានបំប៉ោងខ្យល់)

ម្យ៉ាងវិញទៀត សម្រាប់កុមារដែលលូតលាស់ធម្មតា ដែលមានអាយុលើស២ឆ្នាំ អាចប្រើរូបមន្តខាងក្រោម ៖

$$\text{វិជ្ឈមាត្រខាងក្នុងនៃបំពង់ (មីលីម៉ែត្រ)} = \frac{\text{អាយុ (ឆ្នាំ)}}{៤} + ៤$$

វិធីប៉ាន់ស្មានទំហំបំពង់មួយទៀតសម្រាប់កុមារ គឺការវាស់ប៉ុនទំហំកូនដៃរបស់កុមារ។ ត្រូវបម្រុងបំពង់ទំហំធំមួយខ្នាត និងតូចមួយខ្នាត។ បំពង់គ្មានបំប៉ោងខ្យល់ តែងមានចន្លោះជ្រាបខ្យល់ចេញបន្តិច។ ស្តាប់សួតដោយប្រើស្តេតូស្កុប បន្ទាប់ពីស៊កបំពង់រួចហើយ ដើម្បីធានាថាសំឡេងខ្យល់ ឮស្មើគ្នាក្នុងសួតទាំងសងខាង។

សីតុណ្ហភាពចុះទាប

ទារកតូចៗ បាត់កម្តៅលឿនជាងមនុស្សធំ ពីព្រោះស្បែករបស់កុមារមានផ្ទៃក្រឡាធំ និងទប់កម្តៅមិនបានល្អដូចមនុស្សធំទេ។ វាជាការសំខាន់ ព្រោះការធ្លាក់ចុះសីតុណ្ហភាព

អាចប៉ះពាល់ដល់ការបំឡែងថ្នាំ ការសណ្ដំ និងកំណកឈាម។

- បង្ការការធ្លាក់ចុះនៃសីតុណ្ហភាពនៅក្នុងបន្ទប់វះកាត់ដោយកំណត់សីតុណ្ហភាព > ២៨°C ជាប់ជានិច្ច នៅពេលវះកាត់ទារក ឬកុមារតូច, ហើយគ្របដណ្ដប់រាងកាយរបស់ពួកគេ។
- ប្រើទឹកក្ដៅឧណ្ហៗ (កុំឲ្យក្ដៅពេក)។
- ជៀសវាងទម្រង់ការរយៈពេលយូរ (លើសពី ១ម៉ោង) លើកលែងតែអាចផ្ដល់កម្ដៅដល់កុមារបាន។
- តាមដានសីតុណ្ហភាពរបស់កុមារឲ្យបានញឹកញាប់ និងនៅពេលបញ្ចប់ការវះ-កាត់។ គួរប្រើទែម៉ូម៉ែត្រដែលអាចវាស់សីតុណ្ហភាពទាបបាន។

ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប

ទារក និងកុមារប្រឈមនឹងបញ្ហាជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប ដោយសារពួកគេមិនសូវមានសមត្ថភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ខ្លាញ់ និងប្រូតេអ៊ីនដើម្បីសំយោគជាតិស្ករទេ។

- ចាក់បញ្ចូលជាតិស្ករនៅអំឡុងពេលសណ្ដំ ដើម្បីរក្សាកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម។ ចំពោះការវះកាត់កុមារភាគច្រើន គួរផ្ដល់សេរ៉ូមឡាក់តាត ឬក៏សេរ៉ូមប្រៃធម្មតាដែលមានជាតិស្ករ ៥% ក្នុងល្បឿន ៥ml/kg ក្នុង១ម៉ោង បន្ថែមពីលើការជំនួសជាតិទឹកដែលបាត់បង់។
- ពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមជាប្រចាំ ដោយសាររោគសញ្ញានៃបញ្ហាជាតិស្ករក្នុងឈាមធ្លាក់ទាបអាចមើលមិនដឹងដោយសារការសណ្ដំ។

ការបាត់បង់ឈាម

កុមារមានចំណុះឈាមតិចជាងមនុស្សធំ ដូច្នេះទោះបីជាបាត់បង់ឈាមចំនួនតិចក្ដី ក៏វាអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិតបានដែរ ជាពិសេសចំពោះកុមារដែលមានភាពស្លេកស្លាំងរួចហើយ។

- វាស់ឈាមដែលបានបាត់បង់ក្នុងអំឡុងពេលវះកាត់ ឲ្យបានច្បាស់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបាន។

- ពិចារណាពីការបញ្ចូលឈាម ប្រសិនបើឈាមបាត់បង់លើសពី ១០% នៃចំណុះឈាម (មើលតារាងទី ២៩)។
- បម្រុងឈាមទុកជាស្រេចក្នុងបន្ទប់វះកាត់ បើមានការបាត់បង់ឈាម។

តារាងទី ២៩. ចំណុះឈាម តាមអាយុកុមារ

	ទម្ងន់ខ្លួនគិតជា ml/kg
ទារកទើបកើត	៨៥ – ៩០
កុមារ	៨០
មនុស្សធំ	៧០

៩.១.៣ ការថែទាំក្រោយពេលវះកាត់

និយាយប្រាប់ក្រុមគ្រួសារកុមារអំពីលទ្ធផលនៃការវះកាត់ បញ្ហាផ្សេងៗដែលជួបប្រទះអំឡុងទម្រង់ការវះកាត់ និងអ្វីដែលនឹងកើតឡើងក្រោយពេលវះកាត់។

ក្រោយពេលវះកាត់ភ្លាមៗ

ធានាថាកុមាដឹងខ្លួនដោយសុវត្ថិភាពពីការសណ្តំ។ គួរឲ្យអ្នកជំងឺសម្រាកនៅកន្លែងសមស្របមួយដែលងាយស្រួលសម្រាប់ការពិនិត្យ ៖

- តាមដានផ្លូវដង្ហើម ការដកដង្ហើម និងប្រព័ន្ធឈាមរត់។
- សង្កេតសញ្ញាជីវិត ៖ សីតុណ្ហភាព, ជីពចរ (មើលតារាងទី ៣០), ចង្វាក់ដង្ហើម និងសម្ពាធឈាម (មើលតារាងទី ៣០)។ គួរធ្វើការសង្កេតកាន់តែញឹកញាប់ ប្រសិនបើមានការប្រែប្រួលពីភាពធម្មតា ទៅភាពមិនធម្មតា។
- ពិនិត្យកំហាប់អុកស៊ីសែ្សន (ធម្មតា >៩៤%) បន្ទាប់ពីការសណ្តំទូទៅរួច។ ផ្តល់អុកស៊ីសែ្សនប្រសិនបើចាំបាច់។
- សង្កេតអ្នកជំងឺយ៉ាងជិតដល់ រហូតទាល់តែឥទ្ធិពលនៃថ្នាំសណ្តំសាបអស់។

តារាងទី ៣០. ចង្វាក់ជីពចរ និងសម្ពាធឈាមធម្មតា របស់កុមារ

អាយុ	ចង្វាក់ជីពចរ	សម្ពាធឈាមស៊ីស្តូល
០ – ១	១០០ – ១៦០	>៦០
១ – ៣	៩០ – ១៥០	>៧០
៣ – ៦	៨០ – ១៤០	>៧៥

ចំណាំ ៖ *ចង្វាក់ជីពចរធម្មតាសម្រាប់កុមារដែលកំពុងតែដេកលក់គឺយឺតជាងធម្មតា ១០%។ សម្រាប់ទារក និងកុមារ, វត្តមាន ឬអវត្តមាននៃជីពចរកណ្តាលខ្លាំង គឺមានប្រយោជន៍ក្នុងការបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពស្ទុក ជាជាងការវាស់សម្ពាធឈាម។*

ការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក

ក្រោយការវះកាត់ កុមារត្រូវការជាតិទឹកច្រើនជាងធម្មតា។ កុមារដែលទទួលបានការវះកាត់ពោះ ជាទូទៅត្រូវការ ១៥០% នៃតម្រូវជាតិទឹកធម្មតា (ទំ. ៤៧២) ហើយរឹតតែត្រូវការខ្ពស់ជាងនេះទៀត ប្រសិនបើមាន ការរលាកស្រោមពោះ។ ជាតិទឹកដែលគេចូលចិត្តបញ្ចូលនោះ គឺសេរ៉ូមឡាក់តាតជាមួយជាតិស្ករ ៥%, សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា (កម្រិតសូដ្យូមពេញ) ជាមួយជាតិស្ករ ៥% ឬសេរ៉ូមប្រៃ (កម្រិតសូដ្យូមពាក់កណ្តាល) ជាមួយជាតិស្ករ ៥%។ ចំណាំថា សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា និងសេរ៉ូមឡាក់តាតមិនមានផ្ទុកជាតិស្ករនោះទេ ដូច្នេះបញ្ហាជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប អាចកើតមានឡើង។ ភាគច្រើននៃជាតិស្ករ ៥% គឺគ្មានផ្ទុកជាតិសូដ្យូមនោះទេ ដូច្នេះវាអាចបង្កឲ្យមានបញ្ហាសូដ្យូមក្នុងឈាមចុះទាប និងការហើមខួរក្បាល (មើលឧបសម្ព័ន្ធទី៤, ទំ. ៥៦៧)។ តាមដានការផ្តល់ជាតិទឹកឲ្យបានដិតដល់។

- កត់ត្រាបរិមាណជាតិទឹកចេញនិងចូល (ការបញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃ, ការសុងតាមច្រមុះ, ការក្អួត, ការសុងនោម) រៀងរាល់ ៤-៦ម៉ោងម្តង។

បរិមាណទឹកនោមចេញ គឺជាការចង្អុលបង្ហាញដ៏គួរឲ្យទុកចិត្តបំផុតអំពីស្ថានភាពជាតិទឹករបស់កុមារ ៖

- បរិមាណទឹកនោមធម្មតា ៖ ទារកអាយុតិចជាង ១ឆ្នាំ ១ – ២ml/kg ក្នុង ១ម៉ោង, កុមារ ១ml/kg ក្នុង១ម៉ោង។

ប្រសិនបើសង្ស័យថាមានការស្ទះនោម ចូលស៊ែកបំពង់កាតេទែរទៅក្នុងរន្ធនោម។ ការធ្វើនេះអនុញ្ញាតឲ្យមានការវាស់ស្ទង់បរិមាណទឹកនោមក្នុងមួយម៉ោងៗ ដែលមានតម្លៃណាស់ចំពោះកុមារដែលឈឺធ្ងន់។ សង្ស័យថាមានការស្ទះនោមប្រសិនបើអាចស្ទាបប៉ះប្លោកនោម ឬកុមារមិនអាចនោមចេញ។

ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់

ត្រូវមានផែនការសម្រាប់គ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ក្រោយវះកាត់ ៖

- ភាពឈឺចាប់តិចតួច
  - ផ្តល់ឱសថ Paracetamol (១០-១៥mg/kg រៀងរាល់ ៤-៦ម៉ោង) តាមមាត់ ឬតាមរន្ធគូថ។ អាចលេបឱសថ Paracemol ប៉ុន្មានម៉ោងមុនវះកាត់ ឬអាចសុលក្រោយការវះកាត់រួចរាល់។
- ភាពឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ
  - ចាក់ថ្នាំបំបាត់ភាពឈឺចាប់ជាតិណាកូទីកតាមសរសៃឈាម (ការចាក់តាមសាច់ដុំអាចចុកខ្លាំង)។
    - ចាក់ Morphine sulfate, 0.0៥–0.១mg/kg រៀងរាល់ ២–៤ ម៉ោងម្តង។

អាហារូបត្ថម្ភ

ស្ថានភាពវះកាត់ជាច្រើន ធ្វើឲ្យកុមារត្រូវការបរិមាណកាឡូរីច្រើនជាងមុន ឬក៏រារាំងមិនឲ្យកុមារទទួលបានអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់។ កុមារជាច្រើនដែលមានបញ្ហាពីការវះកាត់ ស្ថិតក្នុងសភាពដូចមានរបួស។ អាហារូបត្ថម្ភមិនគ្រប់គ្រាន់ ធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ការឆ្លើយតបចំពោះរបួស និងពន្យារពេលនៃការសះមុខរបួស។

- ផ្តល់អាហារដល់កុមារឲ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបានក្រោយការវះកាត់។

- ផ្ដល់របបអាហារដែលមានជាតិកាឡូរីខ្ពស់ រួមទាំងជាតិប្រូតេអ៊ីន និងវីតាមីនផ្សេងៗ។
- ពិចារណាពីការផ្ដល់អាហារតាមបំពង់ស៊ើកចូលក្រពះតាមច្រមុះ ចំពោះកុមារដែលមិនអាចទទួលអាហារបានតាមមាត់។
- ពិនិត្យទម្ងន់របស់កុមារ។

ការបង្ការផលវិបាកផ្សេងៗ

- ជំរុញឲ្យធ្វើចលនាឲ្យបានឆាប់ ៖
  - ដកដង្ហើមវែងៗ និងក្អក។
  - ធ្វើលំហាត់ប្រាណប្រចាំថ្ងៃ។
- ព្យាយាមជួយធ្វើចលនាសន្លាក់អោយកុមារ ៖
  - ពង្រឹងកម្លាំងសាច់ដុំ។
  - ផ្ដល់វត្ថុជំនួយដល់ការដើរ ដូចជា ឈើច្រត់ ជាដើម។
- បង្ការកុំឲ្យមានដំបៅលើស្បែក ៖
  - ត្រឡប់អ្នកជំងឺចុះឡើងជាញឹកញាប់។
  - សម្អាតលាមក និងទឹកនោមដែលជាប់ស្បែកកុមារ។

បញ្ហាញឹកញាប់ដែលកើតឡើងក្រោយពេលវះកាត់

- បេះដូងដើរញាប់ (ចង្វាក់ជីពចរកើន, អានតារាងទី ៣០, ទំ.៤១១) បណ្ដាលមកពីភាពឈឺចាប់, កង្វះឈាម, ភាពស្លេកស្លាំង, គ្រុនក្ដៅ, ជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប ឬជំងឺឆ្លង។
  - ពិនិត្យកុមារ
  - ត្រួតពិនិត្យឡើងវិញអំពីការថែទាំមុនពេល និងក្នុងពេលវះកាត់
  - តាមដានការឆ្លើយតបចំពោះឱសថបំបាត់ភាពឈឺចាប់, ការបញ្ចូលសេរ៉ូម, និងការបញ្ចូលឈាមនៅពេលសមស្រប។

គួរចាត់ទុកស្ថានភាពបេះដូងដើរយឺត ជាសញ្ញានៃកង្វះអុកស៊ីសែ្សន លុះត្រាតែមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថាមិនមែន។

- គ្រុនក្តៅ ៖ អាចបណ្តាលមកពីរបួសជាលិកា, មុខរបួសឆ្លងរោគ, ការរលាកសួត, អាប់សែខាងក្នុង, ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម (ដោយសារបំពង់នៅក្នុងផ្លូវនោម), ការរលាកសសៃវ៉ែន (កន្លែងដោតកាតេទែរសសៃឈាម) ឬក៏ការបង្ករោគផ្សេងៗទៀត (ឧ. គ្រុនចាញ់)។
  - អានផ្នែក ៩.៣.៦, ទំ. ៤៣៧ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលមុខរបួសឆ្លងរោគ។
- បរិមាណទឹកនោមតិច អាចបណ្តាលមកពីកង្វះឈាម, ការស្ទះនោម ឬការខូចតម្រងនោម, ដែលជាទូទៅបណ្តាលមកពីការបង្គ្រប់ជាតិទឹកមិនគ្រប់គ្រាន់។
  - ពិនិត្យកុមារ
  - ពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវកំណត់ត្រាអំពីបរិមាណជាតិទឹករបស់កុមារ
  - ប្រសិនបើសង្ស័យថាមានកង្វះឈាម, ចូរផ្តល់សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា (១០-២០ml/kg) និងអាចបន្ថែមបានម្តងទៀត ប្រសិនបើចាំបាច់ (កម្រិតសុវត្ថិភាពត្រឹម ៤០ml/kg, ពិនិត្យឲ្យជិតដល់ក្រោយពីចាក់សេរ៉ូមទីមួយព្រោះអាចមានការលើសជាតិទឹក)។
  - ប្រសិនបើសង្ស័យថាមានស្ទះនោម (កុមារនៅមិនស្ងៀម ហើយស្ទាបប៉ះប្លោកនោមពេញ) ត្រូវសុងទឹកនោម។
- របួសអាប់សែ
  - ប្រសិនបើមានខ្ទុះ ឬជាតិទឹក ត្រូវចោះបង្ហូរវាចេញ។ កាត់ស្បែកដែលក្លាយ ឬថ្នេរក្រោមស្បែកចេញ និងកាត់ស្បែកដែលងាប់ចោល តែកុំកាត់ថ្នេរជេសដែលដេរស្រទាប់ខាងក្នុង។
  - ប្រសិនបើអាប់សែនេះមិនមានការរលាកកោសិកានោះទេ មិនចាំបាច់ប្រើឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកនោះទេ។

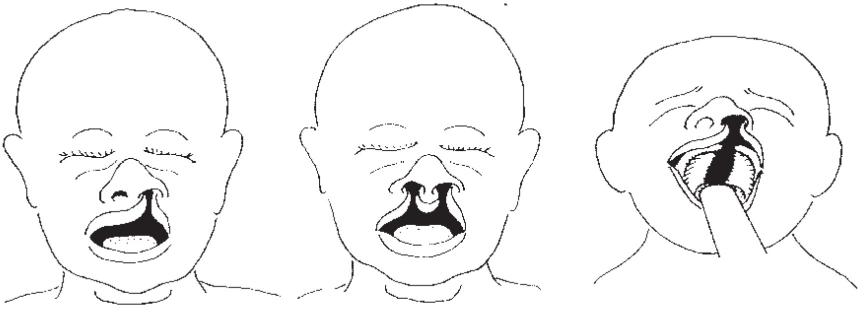
- ដាក់បង់ដែលជ្រលក់សេរ៉ូមប្រៃលើមុខរបួស ហើយផ្លាស់ប្តូរបង់នេះរៀងរាល់២៤ម៉ោង។
- ប្រសិនបើការបង្ករោគកើតឡើងនៅសើៗលើស្បែក មិនបានឆ្លងដល់ជាលិកាក្រោមស្បែកនោះទេ ចូរតាមដានការវិវត្តរបស់អាប់សែ ហើយផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ៖
- ផ្តល់ Ampicillin (២៥-៥0mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃឈាម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) និង Metronidazole (១0mg/kg ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) មុនវះកាត់, និងរយៈពេល៣-៥ថ្ងៃក្រោយពេលវះកាត់។
- ប្រសិនបើមេរោគឆ្លងទៅជ្រៅក្រោមស្បែក ឆ្លងដល់សាច់ដុំ ហើយបង្កឲ្យមានរលួយ នោះត្រូវផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ទាល់តែជាលិការលួយនោះត្រូវបានកាត់ចេញ ហើយអ្នកជំងឺលែងមានគ្រុនរយៈពេល ៤៨ម៉ោង។
- ផ្តល់ Ampicillin (២៥-៥0mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃឈាម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) រួមទាំង Gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃឈាមមួយថ្ងៃម្តង) និង Metronidazole (១0mg/kg ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ)។

៩.២ រូបរាងមិនធម្មតាពីកំណើត

រូបរាងមិនធម្មតាពីកំណើត មានច្រើនសណ្ឋាន ប៉ុន្តែមានតែមួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះដែលឃើញកើតមានញឹកញាប់។ ស្ថានភាពខ្លះត្រូវការការវះកាត់បន្ទាន់ ហើយខ្លះទៀតអាចទុកបានរហូតដល់កុមារធំបន្តិច។ ការឆាប់រកឃើញរូបរាងមិនធម្មតាពីកំណើត អាចជួយឲ្យលទ្ធផលវះកាត់បានប្រសើរដែរ ហើយក៏អាចផ្តល់ឱកាសឲ្យឪពុកម្តាយស្វែងយល់ពីជម្រើសព្យាបាលផងដែរ។

៩.២.១ មាត់ឆែប និងក្រអូមមាត់ឆែប

រូបរាងមិនធម្មតានេះអាចកើតឡើងទាំងពីរ ឬក៏តែមួយ (មើលរូប)។ ប្រាប់ឪពុកម្តាយកុមារថាបញ្ហានេះអាចដោះស្រាយបាន ពីព្រោះពួកគេបារម្ភអំពីរូបរាងមិនសមរបស់កូនគាត់។



តែមួយចំហៀង *ទាំងសងខាង* *មាត់ឆែប និង*

មានក្រអូមមាត់ឆែប *ក្រអូមមាត់ឆែប*

ការព្យាបាល

ទារកដែលមានមាត់ឆែប អាចហូបអាហារបានធម្មតា ប៉ុន្តែប្រសិនបើមានក្រអូមមាត់ឆែបដែរនោះ អាចមានការលំបាក។ កុមារនេះអាចលេបអាហារបានធម្មតា ប៉ុន្តែមិនអាចបៅបានគ្រប់គ្រាន់នោះទេ, ទឹកដោះអាចចូលទៅតាមច្រមុះហើយឈ្លក់ចូលទៅក្នុងសួត។ ប្រសិនបើមានជំងឺ Pierre Robin (ឆ្អឹងថ្គាមខាងក្រោមតូច និងឆ្អឹងថ្គាមហាក់ខិតទៅក្រោយ) កុមារអាចមានបញ្ហាស្ទះផ្លូវដង្ហើមនៅពេលដេក។

- ច្របាច់ទឹកដោះដាក់ក្នុងពែង ហើយចាប់ផ្តើមបញ្ចុកដោយស្លាបព្រា ប្រសិនបើអាច គួរសម្លាប់មេរោគជាមុនសិន។ បច្ចេកទេសបញ្ចុកនោះ គឺបញ្ជូនទឹកដោះឲ្យទៅដល់ផ្នែកខាងក្រោយអណ្តាត ឲ្យដល់បំពង់អាហារដោយប្រើស្លាបព្រា ប្រដាប់បឺតឬរបស់ផ្សេងៗទៀត។ កុមារនឹងអាចលេបបានដោយធម្មតា។

ការស្ទះផ្លូវដង្ហើមដោយសារការដេក អាចបណ្តាលឲ្យខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម និងប៉ះពាល់ដល់ការលូតលាស់ ដែលត្រូវការការព្យាបាលពីវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសរោគកុមារ។

- ពិនិត្យយ៉ាងជិតដល់លើការផ្តល់អាហារ និងការលូតលាត់របស់កុមារ។
- ការវះកាត់ភ្ជិតមាត់ឆែបអាចធ្វើឡើងនៅអាយុ៦ខែនិងក្រអូមមាត់ឆែមនៅអាយុ

១ឆ្នាំ។ មាត់អាចវះកាត់ភ្ជិត មុនរយៈពេលកំណត់ ប្រសិនបើមានសុវត្ថិភាពក្នុងការសណ្តំ ហើយទម្រង់ការនេះអាចធ្វើទៅរួចតាមបច្ចេកទេស។

- តាមដានបន្តក្រោយពេលវះកាត់ ដើម្បីតាមដានការឮ (ការបង្ករោគនៅត្រចៀកកណ្តាលកើតឡើងញឹកញាប់) និងការនិយាយ។

៩.២.២ ជំងឺស្ទះពោះវៀន

ជំងឺស្ទះពោះវៀនចំពោះទារកទើបកើត អាចបណ្តាលមកពីការរីករបស់ pylore ដែលនាំអោយរួមចង្អៀតទំហំរបស់វា (hypertrophic pyloric stenosis) ជំងឺតឿងពោះវៀន (bowel atresia), ពោះវៀនបត់មិនត្រឹមត្រូវ (malrotation with volvulus), ជំងឺស្ទះអាចម៍ព្រៃ (meconium plug syndrome), ជំងឺ Hirschsprung (ពោះវៀនធំគ្មានសសៃប្រសាទ) ឬមិនមានរន្ធគូទ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ទីតាំងនៃការស្ទះ បញ្ជាក់ដោយរោគសញ្ញាគ្លីនិក។ ការស្ទះផ្នែកខាងលើបង្ហាញដោយការក្អួត និងមានការតឹងពោះបន្តិចបន្តួច ចំណែកការស្ទះផ្នែកខាងក្រោមបង្ហាញដោយការតឹងពោះ និងក្អួតដែលកើតមានយឺតយ៉ាវ។
- ជាទូទៅកំអួតមានពណ៌បៃតង (ទឹកប្រម៉ាត់) ចំពោះទារក គឺមកពីជំងឺស្ទះពោះវៀន រហូតទាល់តែរកឃើញថាពុំមែនទេ ហើយវាត្រូវការការវះកាត់ជាបន្ទាន់។
- ជំងឺ hypertrophic pyloric stenosis បង្ហាញដោយការក្អួតបាញ់ខ្លាំងៗពុំមានទឹកប្រម៉ាត់, ជាពិសេសនៅអាយុ ៣ នៅ ៦សប្តាហ៍។
  - ការខ្វះជាតិទឹក និងភាពមិនធម្មតានៃអេឡិចត្រូលីត កើតឡើងញឹកញាប់។
  - ដុំសាច់ប៉ុនផ្លែ olive មួយ (pylore ដែលរីកធំ) អាចនឹងស្ទាបប៉ះនៅពោះផ្នែកខាងលើ។

ពិចារណាពីមូលហេតុផ្សេងទៀតនៃការតឹងពោះ ដូចជាការតឹងពោះដោយសារការមេរោគរាតត្បាតក្នុងឈាម, ជំងឺរលួយពោះវៀន, រោគស្វាយពីកំណើត និងទាចទឹក។

ការព្យាបាល

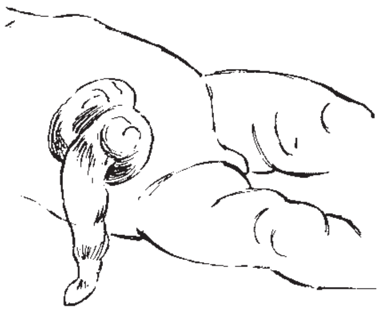
- ផ្តល់ការសង្គ្រោះជាបន្ទាន់ និង**ការពិនិត្យភ្លាមៗ**ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។
- កុំឲ្យអ្វីតាមមាត់ទាំងអស់។ ស៊កបំពង់ចុលក្រពះតាមច្រមុះ ប្រសិនបើមានក្អួត ឬតឹងពោះ។
- ដាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃ ៖ ប្រើសេរ៉ូម Darrow ដែលមានកម្លាំងពាក់កណ្តាល ឬក៏សេរ៉ូមប្រៃធម្មតាជាមួយនិងជាតិស្ករ ៥% (Dextrose) ៖
  - ព្យាបាលស្អុក ប្រសិនបើមាន, ដោយប្រើសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬសេរ៉ូមឡាក់តាត ២0ml/kg ចាក់ឲ្យលឿនតាមសរសៃ។
  - ប្រសិនបើគ្មានស្អុក តែមានការខ្វះជាតិទឹក, ចូរប្រើសេរ៉ូម Darrow ដែលមានកម្លាំងពាក់កណ្តាល ឬសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាជាមួយនឹងជាតិស្ករ ៥% ចំនួន ១0-២0ml/kg រយៈពេល២0នាទី។
  - បន្ទាប់មក ផ្តល់ជាតិទឹករក្សាលំនឹង (ទំ. ៤៧២) រួមទាំងផ្តល់បន្ថែមតាមបរិមាណដែលបានចេញតាម បំពង់ស៊កចូលក្រពះច្រមុះ និងតាមបរិមាណដែលក្អួត។
- ផ្តល់ Ampicillin (២៥-៥0mg/kg តាមសរសៃ ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) រួមទាំង Gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសរសៃ មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ) រួមទាំង Metronidazole (កម្រិតថ្នាំខ្លាំងដំបូង ១៥mg/kg, បន្ទាប់មកចំនួន ៧.៥mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោង ដោយចាប់ផ្តើមនៅ២៤ម៉ោងក្រោយកម្រិតថ្នាំដំបូង)។

៩.២.៣ ជញ្ជាំងពោះប្រហោង

ជញ្ជាំងពោះមិនបានលូតលាស់ពេញលេញ ហើយនៅចំហរ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- វាអាចមានជាការបង្ហាញពោះវៀនមកខាងក្រៅ (gastroschisis) ឬមានស្រទាប់ស្តើងដែលគ្របពីលើពោះវៀន (omphalocele) (មើលរូប)។



ទារកទើបកើតដែលមាន omphalocele

ការព្យាបាល

- ▶ គ្របដោយបង់ស្ទេរីល ហើយរុំដោយថង់ប្លាសស្ទិក (ដើម្បីកុំឲ្យបាត់បង់ជាតិទឹក។ ពោះវៀនដែលលៀនចេញក្រៅអាចបណ្តាលឲ្យមានការបាត់បង់ទឹកយ៉ាងរហ័ស និងសីតុណ្ហភាពធ្លាក់ចុះ។
- ▶ កុំផ្តល់អ្វីទាំងអស់តាមមាត់។ ស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះដើម្បីបង្ហូរ។
- ▶ បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ ៖ សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ជាមួយនឹងជាតិស្ករ ៥% (Dextrose) ឬប្រើសេរ៉ូម Darrow ដែលមានកម្លាំងពាក់កណ្តាល។
  - – ព្យាបាលស្តុក ប្រសិនបើមាន ដោយប្រើសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬសេរ៉ូម Hartmann ២០ml/kg ចាក់ឲ្យលឿនតាមសរសៃ។
  - – ប្រសិនបើគ្មានស្តុក តែមានការខ្វះជាតិទឹក ចូរប្រើសេរ៉ូម Darrow ដែលមានកម្លាំងពាក់កណ្តាល ឬសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាជាមួយនឹងជាតិស្ករ ៥% ចំនួន ១០-២០ml/kg រយៈពេល ២០នាទី។
  - – បន្ទាប់មក ផ្តល់ជាតិទឹករក្សាលំនឹង (ទំ. ៤៧២) រួមទាំងផ្តល់បន្ថែមតាមបរិមាណដែលបានចេញតាម បំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ។
- ▶ ផ្តល់ Ampicillin (២៥-៥០mg/kg តាមសរសៃ ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) រួមទាំង Gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសរសៃ មួយដងក្នុងមួយថ្ងៃ) រួមទាំង Metronidazole (កម្រិតថ្នាំខ្លាំងដំបូង ១៥mg/kg, បន្ទាប់មកចំនួន ៧.៥mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោង ដោយចាប់ផ្តើមនៅ២៤ម៉ោងក្រោយកម្រិតថ្នាំដំបូង)។

ត្រូវការការពិនិត្យជាបន្ទាន់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។

៩.២.៤ ខួរឆ្អឹងខ្នងលយមកក្រៅ

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ថង់តូចមួយដែលលយចេញមកក្រៅ ដោយសារមានការខូចខាតឆ្អឹងនៅក្នុងលលាដ៏ក្បាល ឬឆ្អឹងខ្នង។ កន្លែងដែលកើតមានច្រើនបំផុត គឺតំបន់ឆ្អឹងខ្នងផ្នែកចង្កេះ។
- អាចមានពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាប្រព័ន្ធប្រសាទ (ពោះវៀន, ប្លោកនោម និងខូចសរសៃប្រសាទចលនានៅអវយវៈខាងក្រោម) និងការដក់ទឹកនៅក្នុងខួរក្បាល ។

ការព្យាបាល

- គ្របដោយបង់ស្ទេរីល
- ប្រសិនបើមានការបែកធ្លាយ,ផ្តល់ Benzylpenicllin (១០០-១៥០mg/kg ក្នុង ១ថ្ងៃដោយបែងចែកជាពីរដង) ឬ Ampicillin (២៥-៥០mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) រួមទាំង Gentamicin (៧.៥mg/kg មួយថ្ងៃម្តង) រយៈពេល ៥ថ្ងៃ។

ត្រូវការការពិនិត្យជាបន្ទាន់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។

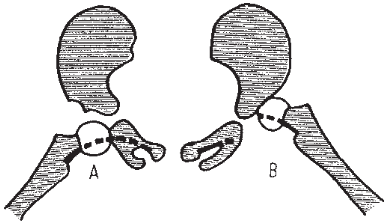
៩.២.៥ ការភ្លាត់ត្រគាកពីកំណើត

រោគវិនិច្ឆ័យ

- គួរអាចរកឃើញពីករណីធ្ងន់ធ្ងរ ក្នុងពេលពិនិត្យរាងកាយទូទៅក្រោយពេលកើត។
- នៅពេលដែលវាកើតតែមួយចំហៀង អវយវៈនោះខ្លី, ការធ្វើ abduction មានកម្រិត នៅពេលបត់ត្រគាក, ហើយស្បែកដែលរមូលចូលនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃត្រគាក មើលទៅមិនស្របគ្នា។ នៅពេលត្រគាកដែលបត់នោះធ្វើ abduction

នោះសំឡេងក្លឹកអាចលេចឡើងដោយសារក្បាលឆ្អឹងភ្លៅដែលភ្លាត់នោះ ចូលទៅក្នុងប្រហោងឆ្អឹងត្រគាក (សញ្ញា Ortolani)។

- ការវិនិច្ឆ័យរោគ ទាមទាមការថតកាំរស្មី X និង/ឬការថតអេកូដោយអ្នកឯកទេស (មើលសៀវភៅជំងឺកុមារ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។



ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យការភ្លាត់ត្រគាកពីកំណើតដោយវិទ្យុសាស្ត្រ

ការព្យាបាល

- ក្នុងករណីស្រាល រក្សាត្រគាកក្នុងស្ថានភាព flexion និង abduction ហើយរុំវាដោយកន្ទបពីរជាន់ ឬក៏បង់រុំ រយៈពេល ២-៣ខែ។ វិធីបុរាណនៅក្នុងវប្បធម៌ជាច្រើន គឺស្ពាយកុមារនៅនឹងខ្នង ដោយដាក់ត្រគាកក្នុងស្ថានភាព flexion និងabduction, វាទទួលបានលទ្ធផលដូចវិធីទំនើបដែរ។
- ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ រក្សាត្រគាកក្នុងស្ថានភាព flexion និង abduction ដោយប្រើបន្ទះអប។
- ត្រូវការការពិនិត្យដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។

៩.២.៦ ជើងខ្វេរ

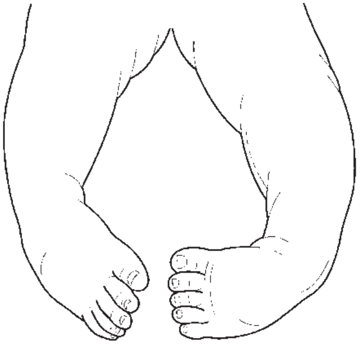
រោគវិនិច្ឆ័យ

- ជើងមិនអាចដាក់ក្នុងស្ថានភាពធម្មតាបាន។
- ទម្រង់ជើងខ្វេរដែលគេជួបច្រើនបំផុតមាន ៣ ៖ បាតជើងច្បត់(plantar flexion), កែងជើងខ្វេរ, ប្រអប់ជើងខ្វេរ។

ការព្យាបាល

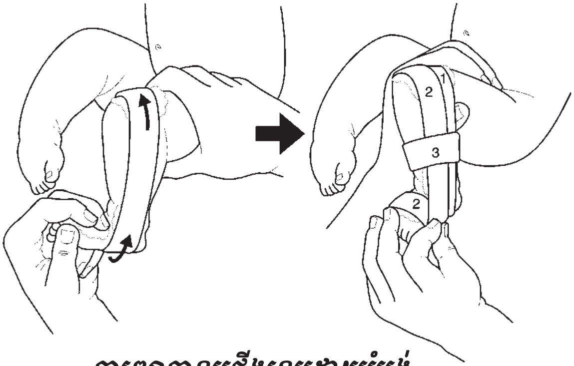
- ការខូចទ្រង់ទ្រាយជើងកម្រិតស្រាល (ជើងអាចកែប្រែបាន) ៖ ព្យាយាមទាញតម្រង់ជើងក្រោយពេលកើតភ្លាម។

៩. ការវះកាត់



ជើងខ្វេរ

- ការខូចទ្រង់ទ្រាយជើងកម្រិតមធ្យម ៖ ការកែប្រែជាបន្តបន្ទាប់ ធ្វើឡើងក្រោយពេលកើតមកភ្លាម។
  - រក្សាស្ថានភាពជើងដោយរុំបង់ ឬក៏រុំម្នាងសិលាអបឆ្អឹង។ ធ្វើតាមលំដាប់លំដោយ ១, ២, ៣ដូចរូបភាពខាងក្រោម។
  - ការកែប្រែ គួរធ្វើឡើងរៀងរាល់ ២សប្តាហ៍ម្តង ទាល់តែជើងមានទ្រង់ទ្រាយល្អវិញ។
  - កុមារគួរតែពាក់រណបពិសេស ទាល់តែចាប់ចេះដើរ។
- ការខូចខាតជើងកម្រិតធ្ងន់ ឬក៏ការដឹងរោគសញ្ញាយឺត ត្រូវការការវះកាត់ដើម្បីកែលម្អឡើងវិញ។



ការព្យាបាលជើងខ្វេរដោយរុំបង់

៩.៣ ការរងរបួស

របួសគឺជាបញ្ហាញឹកញាប់បំផុតដែលកើតឡើងលើកុមារ។ ការព្យាបាលត្រឹមត្រូវអាចបង្ការការស្លាប់ ក៏ដូចជាការពិការមួយជីវិត។ ប្រសិនបើអាច ព្យាយាមបង្ការកុំឲ្យកើតមានរបួសចំពោះកុមារ។

- អានជំពូកទី១, ផ្នែក ១.១០, ទំ.៦២ អំពីសេចក្តីណែនាំសម្រាប់ការវាយតម្លៃកុមារដែលមានរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ សេចក្តីណែនាំលម្អិតអំពីការវះកាត់ មាននៅក្នុងសៀវភៅរបស់អង្គការ WHO : Surgical Care in the district hospital។

៩.៣.១ ការរលាក

ការរលាកបណ្តាលឲ្យមានអត្រាមរណភាពខ្ពស់ ក្នុងចំណោមកុមារ។ របួសផ្សេងៗក៏អាចកើតមានផងដែរ អាស្រ័យលើប្រភេទនៃការរលាក ដូចជាការស្រូបចូលឧស្ម័នក្តៅ។ កុមារដែលរស់រានក្រោយពេលរលាក អាចទទួលភាពឈឺចាប់ពីការខូចខាតរូបរាងដើម ក៏ដូចជាការប៉ះទង្គិចផ្លូវចិត្ត ដោយសារការសម្រាករយៈពេលយូរនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងប្រកបដោយភាពឈឺចាប់។

ការវាយតម្លៃ

ការរលាកអាចមានសភាពជ្រៅ ឬរាក់។ ការរលាកជ្រៅ គឺបំផ្លាញស្រទាប់ស្បែកទាំងស្រុង ហើយស្បែកនោះនឹងមិនអាចត្រឡប់មកដូចដើមវិញឡើយ។ សួរសំណួរ ២ ៖

តើរបួសនេះមានកម្រិតជ្រៅប៉ុណ្ណា?

- រលាកជ្រៅអាចមានពណ៌ខ្មៅ ឬ ស, ជាទូទៅស្ងួត មិនមានអារម្មណ៍ឈឺចាប់ ឬមិនប្រែទៅជាពណ៌សនៅពេលសង្កត់។
- រលាករាក់ អាចមានពណ៌ផ្កាឈូក ឬក្រហម, មានពងបែក ឬហើមនិងឈឺ។

តើរាងកាយប៉ុន្មានភាគរយដែលត្រូវបានរលាក?

- ប្រើគំនូសបំព្រួមផ្ទៃរាងកាយដែលផ្តល់ជូនខាងក្រោមទៅតាមអាយុរបស់កុមារ។
- ម្យ៉ាងវិញទៀត អាចប្រើបាតដៃកុមារដើម្បីប៉ាន់ស្មានផ្ទៃរលាក។ មួយបាតដៃកុមារគឺប្រហែលនឹង ១%នៃផ្ទៃរាងកាយសរុប។

ការព្យាបាល

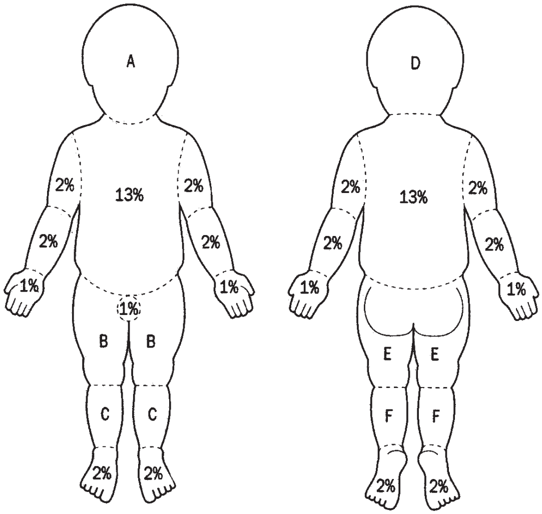
- ▶ បញ្ជូនកុមារដែលមានការរលាករាងកាយ > ១០% ទៅមន្ទីរពេទ្យ ដូចជារលាកផ្ទៃមុខ, ដៃ, ជើង, និងសន្លាក់, ប្រដាប់ភេទ និងសន្លាក់, ការរលាកដែលព័ទ្ធជុំវិញ

និងការរលាកដែលមិនអាចព្យាបាលនៅក្រៅមន្ទីរពេទ្យបាន។

- ដំបូងឡើយ ការរលាក គឺមានភាពស្ទេរីល។ ផ្តោតការព្យាបាលឲ្យបានសះស្បើយ និងការពារកុំឲ្យក្លាយរោគ។
- ពិចារណាថាតើកុមារមានរបួសផ្លូវដង្ហើមដោយសារការស្រូបផ្សែងឬទេ។
  - ប្រសិនបើមានសញ្ញាបង្ហាញថា មានភាពលំបាកក្នុងការដកដង្ហើម គួរផ្តល់អុកស៊ីសែនបន្ថែម (ទំ. ៤៨៤) ហើយធានាថាផ្លូវដង្ហើមកុមារមានសុវត្ថិភាព និងនៅតែមានសុវត្ថិភាពដោយការសង្កេតជាប្រចាំ។ ផ្តល់ដំណឹងទៅគ្រូពេទ្យផ្នែកសណ្តំ បើអ្នកគិតថាអាចមានការស្ទះផ្លូវដង្ហើម។

គំនូសបំព្រួមសម្រាប់ធ្វើការប៉ាន់ស្មានពីភាគរយនៃផ្ទៃរាងកាយដែលរងការរលាក

ប៉ាន់ស្មានពីផ្ទៃរលាកសរុប ដោយការបូកចូលគ្នានូវភាគរយនៃផ្ទៃតូចៗទាំងឡាយដែលរងការរលាកដូច ដូចមានបង្ហាញក្នុងរូបខាងក្រោម។ មើលតារាងខាងក្រោមចំពោះតំបន់ (A–F) ដែលប្រែប្រួលទៅតាមអាយុកុមារ។



តំបន់	អាយុគិតជាឆ្នាំ			
	០	១	៥	១០
ក្បាល (A/D)	១០%	៩%	៧%	៦%
ភ្លៅ (B/E)	៣%	៣%	៤%	៥%
ជើង (C/F)	២%	៣%	៣%	៣%

– រលាកផ្ទៃមុខធ្ងន់ធ្ងរ និងរបួសដោយការស្រូបផ្សែង អាចតម្រូវឲ្យស៊ក បំពង់ចូលផ្លូវដង្ហើម ឬការចោះបំពង់ខ្យល់ដើម្បីបង្ការ ឬព្យាបាលការស្ទះផ្លូវដង្ហើម។

▸ ត្រូវការផ្តល់ការសង្គ្រោះដោយជាតិទឹក នៅពេលដែលផ្ទៃរលាកមាន >១០% នៃផ្ទៃរាងកាយទាំងមូល។ ប្រើសេរ៉ូមឡាក់តាត ឬសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាជាមួយនឹងជាតិស្ករ ៥%។ សម្រាប់ជាតិទឹករក្សាលំនឹង សូមប្រើសេរ៉ូមឡាក់តាត ឬសេរ៉ូមប្រៃ (កម្រិតសូដ្យូមពាក់កណ្ដាល) ជាមួយនឹងជាតិស្ករ ៥%។

– ២៤ ម៉ោងដំបូង ៖ គណនាតម្រូវការជាតិទឹក ដោយការបូកតម្រូវការជាតិទឹករក្សាលំនឹង (ទំ. ៤៧២) ជាមួយនឹងតម្រូវការជាតិទឹកបន្ថែមក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់(១%នៃផ្ទៃរលាក គឺស្មើនឹងជាតិទឹក ៤ml/kg)។

▸ បញ្ចូលជាតិទឹកពាក់កណ្ដាល ក្នុង8ម៉ោងដំបូង, ហើយជាតិទឹកពាក់កណ្ដាលក្នុង១៦ម៉ោងបន្ទាប់។

ឧទាហរណ៍ ៖ កុមារទំងន់ ២០kg ដែលមានផ្ទៃរលាក ២៥% ៖

បរិមាណជាតិទឹកសរុបក្នុង២៤ម៉ោងដំបូង=(៦០ml/hx២៤ម៉ោង)+៤mlx ២០kg x ២៥% = ១៤៤០ml + ២០០០ml = ៣៤៤៤០ml (១៧២០ml ក្នុង៨ម៉ោងដំបូង)

- ថ្ងៃទី២ ៖ ផ្តល់បរិមាណជាតិទឹក ១/២ ឬ ៣/៤ នៃបរិមាណជាតិទឹកដែលត្រូវការនៅថ្ងៃទីមួយ។
- តាមដានកុមារឲ្យបានជិតដល់នៅពេលផ្តល់ជាតិទឹកក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់ (ជីពចរ, ចង្វាក់ដង្ហើម, សម្ពាធឈាម និងបរិមាណទឹកនោម), ត្រូវប្រយ័ត្នចៀសវាងការលើសជាតិទឹក។
- អាចត្រូវបញ្ចូលឈាមដើម្បីកែតម្រូវភាពស្លេកស្លាំង ឬសម្រាប់ការរលាកជ្រៅដើម្បីជំនួសការបាត់បង់ឈាម។

▶ ក្នុងករណីទាំងអស់ ត្រូវចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូស។

▶ បង្ការការឆ្លងរោគ ៖

- ប្រសិនបើស្បែកមិនរហែកទេ លាងវាដោយសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគថ្នមៗ កុំឲ្យរហែកស្បែក។
- ប្រសិនបើស្បែករហែក ចូរកាត់សាច់រលាកចេញដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ លើកលែងតែសាច់រលាកតូច ចូរចោះពងបែកតូចៗ និងកាត់ជាលិកាដែលងាប់ចោល នៅពីរបីថ្ងៃដំបូង។
- ផ្តល់អង់ទីប៊ីយោទិក ឬអង់ទីសិបទិក (ជម្រើសគឺអាស្រ័យលើធនធានដែលមាន; វាមានដូចជា ប្រាក់នីត្រាត, ប្រាក់ស៊ុលហ្វាដ្យ៉ាហ្ស៊ីន (silver sulfadiazine), gentian violet, បេតាឌីន និង សូម្បីតែល្ហុងកិន)។ លាងសម្អាតនិងរុំរបួសរាល់ថ្ងៃ។
- ផ្ទៃរលាកតូចៗ និងតំបន់ដែលពិបាករុំ អាចទុកចំហរចោលឲ្យត្រូវខ្យល់ ហើយរក្សាភាពស្អាត និងស្ងួត។

▶ ព្យាបាលការបង្ករោគដែលកើតមានជាបន្ទាប់ (secondary infection) ប្រសិនបើមាន។

- បើមានភស្តុតាងនៃការបង្ករោគណាមួយ (មានខ្ទុះ, ក្លិនស្អុយ ឬការរលាកកោសិកា) ចូរព្យាបាលដោយឱសថ Amoxicillin (១៥mg/kg តាមមាត់

៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) រួមទាំង Cloxacillin (២៥mg/kg តាមមាត់ ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ)។ ប្រសិនបើសង្ស័យ septicaemia ចូរប្រើ Gentamincin (៧.៥mg/kgតាមសាច់ដុំឬសរសៃមួយថ្ងៃម្តង)រួមទាំងCloxacillin(២៥-៥0mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ)។ បើសង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្រោមក្រម៉ចូរយកក្រម៉នោះចេញ។

- ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ ៖ ធានាមានឱសថបន្ថយភាពឈឺចាប់ គ្រប់គ្រាន់ដូចជាមុនពេលផ្លាស់ប្តូរបង់រុំរបួស ៖
  - ផ្តល់Paracetamol(១0-១៥mg/kgរៀងរាល់៦ម៉ោង)តាមមាត់ឬក៏ចាក់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ជាតិណាកូទីកតាមសរសៃ (ការចាក់តាមសាច់ដុំអាចបណ្តាលឲ្យឈឺចាប់ខ្លាំង) ដូចជា Morphine Sulfate (0.0៥-0.១ mg/kg តាមសរសៃ រៀងរាល់ ៤ម៉ោង) ប្រសិនបើឈឺចាប់ខ្លាំង។
- ពិនិត្យស្ថានភាពថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស
  - បើកុមារមិនធ្លាប់ទទួលថ្នាំបង្ការនេះទេ ចូរផ្តល់ tetanus immune globulin។
  - បើកុមារបានចាក់ថ្នាំបង្ការនេះរួចរាល់ហើយ ចូរចាក់រំលឹក ប្រសិនបើដល់ពេលកំណត់។
- អាហារូបត្ថម្ភ
  - ចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារឲ្យបានឆាប់បំផុតនៅ ២៤ម៉ោងដំបូង។
  - កុមារគួរទទួលបានរបបអាហារដែលមានកាឡូរីខ្ពស់ និងមានប្រូតេអ៊ីនគ្រប់គ្រាន់, ព្រមទាំងវីតាមីន និងជាតិដែកបន្ថែម។ (ក្នុងករណីខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ចូរដកជាតិដែកចេញក្នុងពេលដំបូង)។
  - កុមារដែលរងការរលាកធ្ងន់ ត្រូវការបរិមាណកាឡូរីលើសពីធម្មតា ១.៥ដង និងបរិមាណប្រូតេអ៊ីន ២-៣ដងលើសពីធម្មតា។

• ការរលាកកន្ត្រាក់រួញ ៖ ស្នាមនៃការរលាកលើកន្លែងបត់សាច់ដុំ អាចកន្ត្រាក់

រួញជាប់គ្នា។ បញ្ហានេះអាចកើតឡើង បើទោះជាមានការព្យាបាលល្អយ៉ាងណាក្តី (ហើយស្ទើរតែកើតឡើងរាល់ពេល ប្រសិនបើការព្យាបាលធ្វើមិនបានល្អ។

- ការពារកុំឲ្យកន្ត្រាក់រួញជាប់គ្នា ដោយធ្វើចលនាអោយតំបន់ដែលប៉ះពាល់នោះ ហើយរុំអបពីក្រៅដើម្បីធ្វើឲ្យវាសន្ទឹង។ ការអបអាចធ្វើពីម្នាងសិលា។ គួរពាក់រណបតែពេលយប់។

• ការព្យាបាលដោយចលនា និងការស្តារនិតិសម្បទារ

- គួរចាប់ផ្តើមឲ្យបានឆាប់ ហើយបន្តពេញអំឡុងពេលថៃទាំរបួសរលាក
- ប្រសិនបើកុមារត្រូវបានបញ្ជូនចូលសម្រាកក្នុងរយៈពេលយូរ ត្រូវប្រាកដថាគាត់មានរបស់លេង និងជំរុញឲ្យលេងរបស់ទាំងនោះ។

៩.៣.២ ការរងរបួសនៅក្បាល

ការរងរបួសនៅក្បាល គឺជាមូលហេតុចម្បងនៃការស្លាប់បណ្តាលមកពីការប៉ះទង្គិចចំពោះកុមារ។ គោលដៅនៃការព្យាបាល គឺការពារកុំឲ្យមានខូចខាតខួរក្បាលដោយសារកង្វះអុកស៊ីសែ្សន, ការធ្លាក់ចុះសម្ពាធឈាម ឬជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប។ អាចមានការបែកឆ្អឹងលលាដ៍ក្បាល (បិត, បើក, ឬសង្កត់) ឬក៏របួសខួរក្បាល។ របួសខួរក្បាលចែកចេញជាបីកម្រិត ៖

• កម្រិតទី១ (concussion) ៖ របួសស្រាល, ខួរក្បាលមិនដំណើរការមួយរយៈខ្លី។
• កម្រិតទី២ (contusion) ៖ មានជាំខួរក្បាល, ខួរក្បាលមិនដំណើរការរយៈពេលយូរ ជាច្រើនម៉ោង រហូតដល់ថ្ងៃ ឬក៏សប្តាហ៍។
• កម្រិតទី៣ (compression) ៖ បណ្តាលមកពីការហើម ឬរីកធំនៃដុំឈាម (ដុំឈាមកកនៅក្រោមលលាដ៍ក្បាល)។ បើបញ្ហានេះបណ្តាលមកពីដុំឈាមនោះអាចតម្រូវឲ្យធ្វើការវះកាត់ជាបន្ទាន់។

បន្ទាប់ពីមានរបួសក្បាលធ្ងន់ធ្ងរ កុមារច្រើនតែមានការហើមខួរក្បាលស្រួចស្រាល់។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ប្រវត្តិរបួសក្បាលពីមុនមក
- រកមើលការរហែក, ការហូរឈាម និងការជាំ ហើយស្ទាបរកមើលស្នាមបាក់ ឬកន្លែងខូចទ្រង់ទ្រាយ
- រកមើលរោគសញ្ញាបែកឆ្អឹងលលាដ៏ក្បាល ៖ ជាំថ្ពាស, ឈាមនៅក្រោយក្រដាសត្រចៀក, មានហៀរទឹកខួរឆ្អឹង ឬក៏ហូរឈាមពីច្រមុះ ឬត្រចៀក។
- ពិនិត្យតាមកាំរស្មីអ៊ិច ប្រសិនបើមាន។

ការព្យាបាល

វាយតម្លៃ ABC និងសង្គ្រោះតាមចាំបាច់។ វិធីល្អបំផុតដែលអាចឲ្យខួរក្បាលនៅដំណើរការក្រោយពីរងរបួស គឺការធានាថាផ្លូវដង្ហើមនៅតែបើកចំហរ និងមានការដកដង្ហើមគ្រប់គ្រាន់, ការកែតម្រូវស្ហុក និងបង្ការកុំឲ្យមានការធ្លាក់ចុះសម្ពាធឈាម។ ប្រសិនបើកុមារមិនឆ្លើយតបនឹងភាពឈឺចាប់ ឬក៏សន្លប់ (P ឬ U នៅក្នុងខ្នាត AVPU) ត្រូវរកជំនួយជាបន្ទាន់ពីគ្រូពេទ្យផ្នែកថ្នាំសណ្តំ ដែលអាចការពារផ្លូវដង្ហើមបាន។ ចំពោះកុមារតូចៗ គួរពិនិត្យរកបញ្ហាជាតិស្ករក្នុងឈាមចុះទាប ហើយកែតម្រូវវាយ៉ាងសមស្រប (ទំ.២៥)។

- ▸ កុំឲ្យអ្វីទាំងអស់តាមមាត់ រួចស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមមាត់ (កុំស៊កតាមច្រមុះ) ប្រសិនបើផ្នែកខាងក្រោមនៃលលាដ៏ក្បាលអាចបែក (មើលខាងលើ)។
- ▸ ត្រូវកម្រិតបរិមាណជាតិទឹកដែលបញ្ចូល (ត្រឹមកម្រិត ២/៣នៃតម្រូវការជាតិទឹករក្សាលំនឹង, មើលខាងលើអំពីជាតិទឹកដែលត្រូវបានណែនាំ និងទំ.៤៧២ អំពីបរិមាណជាតិទឹក)។
- ▸ បង្ហើបក្បាលពីគ្រែឲ្យបានមុំ ៣០° ប៉ុន្តែរក្សាកុមារក្នុងស្ថានភាពដែលមានសុវត្ថិភាព បើកម្រិតស្មារតីធ្លាក់ចុះ។
- ▸ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលរបួសដទៃទៀត។

ត្រូវការការពិនិត្យជាបន្ទាន់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។

៩.៣.៣ ការរងរបួសនៅដើមទ្រូង

ការរងរបួសនៅដើមទ្រូង អាចបណ្ដាលឲ្យបាត់បង់ជីវិត។ វាអាចបណ្ដាលមកពីរបួសគ្រាំ ឬរបួសមុតចូល។ ដោយសារតែឆ្អឹងទ្រូងរបស់កុមារ មានភាពយឺតជាងឆ្អឹងរបស់មនុស្សធំ នោះអាចមានរបួសធំលើដើមទ្រូងដោយមិនមានការបាក់ឆ្អឹងជំនី។ របួសដើមទ្រូងរួមមាន ការបាក់ឆ្អឹងជំនី, ការជាំសួត, ខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត និងឈាមក្នុងស្រោមសួត។ រាល់ការសង្ស័យពីរបួសនៅដើមទ្រូង **ត្រូវត្រួតពិនិត្យបន្ទាន់**ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។

ខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត

ខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត កើតឡើងនៅពេលដែលខ្យល់ចូលទៅក្នុងស្រោមសួត ហើយមិនអាចចេញមកវិញបាន។ កុមារនឹងពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ, សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ (ខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម), ចលនាដើមទ្រូងថយចុះ និងគ្មានខ្យល់ចូលនៅចំហៀងនៃស្រោមសួតនោះទេ តែមានសំឡេងខ្វរខ្លាំងនៅពេលគោះ (ទំ. ១៣៨)។

- ចាក់ម្ជុលជាបន្ទាប់ដើម្បីបន្ថយសម្ពាធ មុនពេលស៊កបំពង់បង្ហូរតាមចន្លោះឆ្អឹងជំនី (ទំ. ៥៣៤)។
- ផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែនឲ្យបានដល់ ១០០% (ម៉ាស់ដែលមានថង់សំរាប់ស្តុកអុក-ស៊ីហ្សែន)
- ស៊កបំពង់បង្ហូរតាមទ្រូង។
- ស្វែងរកជំនួយបន្ទាន់ពីការវះកាត់បន្ទាន់

ឈាមក្នុងស្រោមសួត

ឈាមក្នុងស្រោមសួត ឃើញមានច្រើននៅក្នុងករណីរបួសមុតចូល ជាងរបួសមិនមុត ដោយសារតែឈាមបានហូរចូលទៅក្នុងស្រោមសួត។ បើការហូរឈាមមានភាពធ្ងន់ធ្ងរ, ស្តុកដោយការបាត់បង់ឈាម នឹងកើតឡើង ក៏ដូចជាភាពលំបាកដកដង្ហើមដោយសារមានសម្ពាធទៅលើសួត។ កុមារដែលពិបាកដកដង្ហើម អាចប្រែសម្បុរទៅជា

ពណ៌ស្វាយ, មានការថយចុះនៃចលនាទ្រូងនិងការថយចុះខ្យល់ដែលចូលនៅចំហៀងនៃស្រោមសួតនោះទេ តែមានសំឡេងហាប់ណែននៅពេលគោះ។

- សិកបំពង់ធំទៅដើមទ្រូងដើម្បីបង្ហូរឈាមចេញ (ទំ. ៥៣២)។
- ស្វែងរកជំបូន្មានពីការវះកាត់បន្ទាន់ ព្រោះការបន្តហូរឈាម អាចតម្រូវឲ្យមានការវះដើមទ្រូង។
- ផ្តល់ជាតិទឹកតាមសរសៃចំនួន១០-២០ml/kgដោយដំបូងប្រើសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា, បន្ទាប់មកបញ្ចូលឈាម ២០ml/kg ឲ្យបានឆាប់បំផុត។
- ព្យាយាមផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនឲ្យដល់ ១០០% (ម៉ាស់ដែលមានថង់សំរាប់ស្តុកអុកស៊ីហ្សែន)

ការជាំសួត

ការជាំសួតអាចកើតមានជាញឹញាប់បន្ទាប់ពីការប៉ះទង្គិចទៅលើដើមទ្រូង។ វាជាស្ថានភាពមួយដែលអាចបណ្តាលឲ្យបាត់បង់ជីវិត។ រោគសញ្ញារបស់វាអាចចាប់ផ្តើមឡើងយឺត និងអាចវិវត្តនៅ២៤ម៉ោងក្រោយការរងរបួស។ រោគសញ្ញាទាំងនោះអាចមានការថប់ដង្ហើម, ការខ្វះអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម និងការបាក់ឆ្អឹងជំនី។

- ព្យាយាមផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនឲ្យបានដល់១០០%(ម៉ាស់ដែលមានថង់សំរាប់ស្តុកអុកស៊ីហ្សែន)
- ស្វែងរកជំបូន្មានពីការវះកាត់បន្ទាន់។

ការបាក់ឆ្អឹងជំនី

ការបាក់ឆ្អឹងជំនីអាចកើតឡើងនៅចំណុចដែលប៉ះទង្គិច និងការខូចខាតដល់សួតដែលអាចបណ្តាលឲ្យមានការជាំ ឬធ្លាយសួត។ ជាទូទៅ ឆ្អឹងជំនីអាចចាប់ផ្តើមល្អមកវិញពី ១០ថ្ងៃទៅ ២សប្តាហ៍ ហើយការសះស្បើយល្អ ដោយឆ្អឹងភ្ជាប់គ្នាវិញ អាចកើតមានឡើងក្រោយ ៤-៦សប្តាហ៍សម្រាប់កុមារ។

៩.៣.៤ ការរងរបួសនៅពោះ

ជាញឹកញាប់ ពោះរងរបួសក្នុងករណីមានការប៉ះទង្គិចច្រើនកន្លែង។ ការប៉ះទង្គិចគ្រាំ និងមុតចូលនៅក្នុងពោះ អាចប៉ះពាល់សរីរាង្គផ្សេងៗ។ របួសអណ្ដើកដោយសារការគ្រាំ និងរបួសថ្លើមដោយការមុតចូល ជាករណីដែលគេប្រទះឃើញញឹកញាប់។ កុមារដែលមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ គួរពិចារណារកមើលរបួសនៅពោះរហូតទាល់តែបញ្ជាក់ច្បាស់ថាគ្មានទេ។ របួសនៅពោះធ្ងន់ធ្ងរ អាចបណ្ដាលឲ្យបាត់បង់ជីវិត ពីព្រោះវាអាចធ្វើឲ្យមានការហូរឈាមខាងក្នុងធ្ងន់ធ្ងរ។

- សន្មតថារបួសដែលមុតស្រោមពោះ គឺបានចូលប្រហោងពោះ ហើយបានប៉ះពាល់ដល់សរីរាង្គនៅក្នុងពោះជាច្រើន។ ការមុតដល់ពោះវៀននឹងបណ្ដាលឲ្យកើតជាការរលាកស្រោមពោះនៅមួយ ឬពីរថ្ងៃក្រោយ ហើយត្រូវការការវះកាត់ជាដាច់ខាត។
- ប្រុងប្រយ័ត្នជាពិសេសចំពោះរបួសនៅម្ដុំរន្ធគូថ ដោយសាររបួសមុតនៅរន្ធគូថតែងតែត្រូវគេមើលរំលង។
- រកមើលសញ្ញាជាំ និងការប៉ះទង្គិចដែលមុតចូល, ស្ដាប់សំឡេងពោះវៀន, ពិនិត្យស្ថានភាពតម្រងនោម និងពិនិត្យទឹកនោមរកមើលឈាម។ ការពិនិត្យដោយអេកូ មានប្រយោជន៍ប្រសិនបើមាន ដើម្បីពិនិត្យរកមើលការហូរឈាមនៃសរីរាង្គក្នុងពោះ និងរបួសទៅសរីរាង្គខាងក្នុង។
- ▸ វាយតម្លៃអ្នកជំងឺពីផ្លូវដង្ហើម ការដកដង្ហើម, ផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន, ពិនិត្យមើលចរន្តឈាម, ចាក់សេរ៉ូមដើម្បីអោយមានផ្លូវសំរាប់សរសៃឈាម, យកឈាមទៅពិនិត្យមើលអេម៉ូក្លូប៊ីន, ពិនិត្យមើលប្រភេទឈាម និងសកម្មភាពអាមីឡាស៍ (Amylase) ប្រសិនបើមាន។
- ▸ បញ្ចូលឈាមតាមចាំបាច់។
- ▸ ស្វែងរកជំនួយបន្ទាន់ពីការវះកាត់បន្ទាន់។

៩.៣.៥ ការបាក់ឆ្អឹង

កុមារជាសះស្បើយពីការបាក់ឆ្អឹងយ៉ាងល្អ ប្រសិនបើឆ្អឹងត្រូវបានគេតភ្ជាប់គ្នាវិញយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

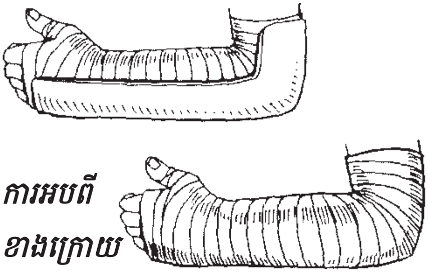
- ភាពឈឺចាប់, ការហើម, ការខូចខាតរូបរាង, ការឮសូរដោយសារមុខឆ្អឹងបាក់ទង្គិចគ្នា , ចលនាមិនធម្មតា និងការបាត់បង់ដំណើរការ។
- ការបាក់ឆ្អឹងអាចបិទ (ស្បែកមិនមានរងរបួស) ឬបើក (ស្បែកមានរបួស)។ ការបាក់ឆ្អឹងបើក អាចបណ្តាលឲ្យមានការបង្ករោគក្នុងឆ្អឹងធ្ងន់ធ្ងរ។ សង្ស័យលើការបាក់ឆ្អឹងបើក ប្រសិនបើមានរបួសរួមផ្សំ។

ការព្យាបាល

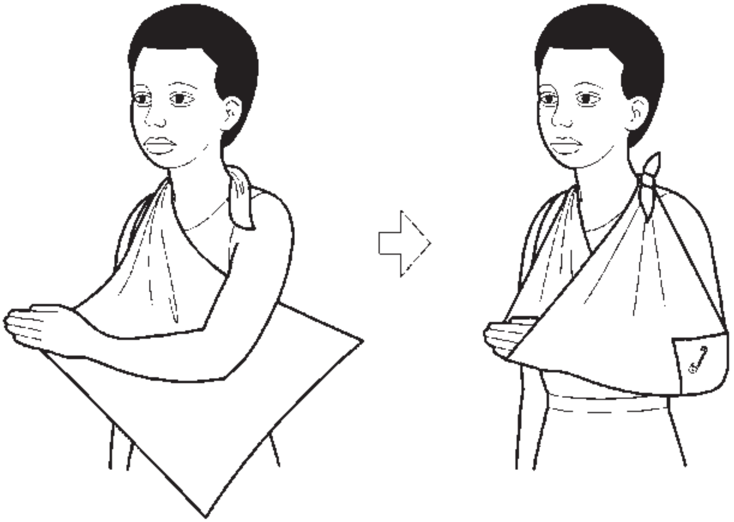
- សួរសំណួរពីរ ៖
  - តើមានការបាក់ឆ្អឹងឬទេ?
  - តើឆ្អឹងមួយណាដែលបានបាក់? (ការពិនិត្យបែបគ្លីនិក ឬថតកាំរស្មីអ៊ិច)
- ពិចារណាបញ្ជូនសម្រាប់**ការពិនិត្យ**ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍ចំពោះការបាក់ឆ្អឹងដែលស្មុគស្មាញ ដូចជាឆ្អឹងបាក់នោះភ្លាត់ចេញ ឬប៉ះពាល់លើក្បាលឆ្អឹងដែលកំពុងលូតលាស់ និងការបាក់ឆ្អឹងបើក។
- ការបាក់ឆ្អឹងបើក តម្រូវឲ្យប្រើឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ៖ Cloxacillin (២៥-៥0mg/kg តាមសរសៃ ឬតាមមាត់ ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) និង Gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ មួយថ្ងៃម្តង) និងការលាងរបួសយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្នដើម្បីកុំឲ្យកើតមានការរលាកឆ្អឹង (អានផ្នែក ៩.៣.៦, ទំ. ៤៣៧ អំពីគោលការណ៍នៃការថែទាំរបួស)។
- រូបភាពខាងក្រោមបង្ហាញពីវិធីសាមញ្ញក្នុងការព្យាបាលការបាក់ឆ្អឹងដែលកើតមានជាញឹកញាក់លើកុមារ។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការគ្រប់គ្រងការបាក់

ឆ្អឹងនេះ សូមមើលកូនសៀវភៅរបស់អង្គការ WHO ដែលមានចំណងជើង “Surgical care at the district hospital” ឬក៏សៀវភៅតាមបទដ្ឋានអំពីការវះកាត់ជំងឺកុមារ។

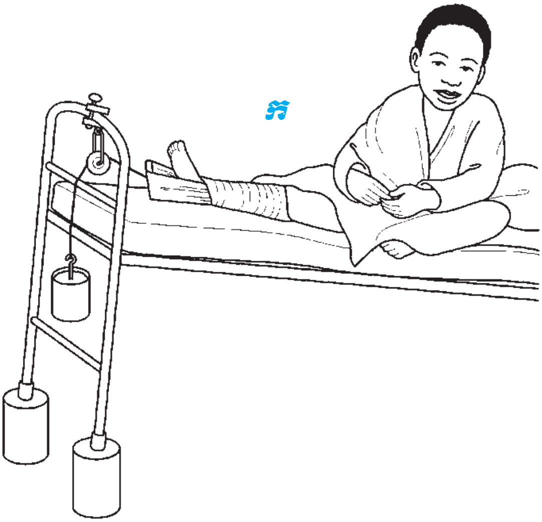
អាចប្រើការអបពីខាងក្រោយបានទាំងរបួសនៅអវយវៈខាងលើ និងអវៈយវៈខាងក្រោម។ ដំបូងចូររុំដោយក្រណាត់ទន់ ឬសំឡី បន្ទាប់មករុំដោយម្នាងសិលា ដោយឲ្យអវៈយវៈ ស្ថិតនៅទីតាំងកណ្តាល (neutral position)។ បន្ទាប់មកការអបពីខាងក្រោយត្រូវបានបិទជាប់ដោយបង់យឺត។ ពិនិត្យមើលការបំពេញឈាម និងសីតុណ្ហភាពម្រាមដៃ ដើម្បីធានាថាការអបនោះមិនតឹងជ្រុលពេកនោះទេ។



ការអបពី ខាងក្រោយ

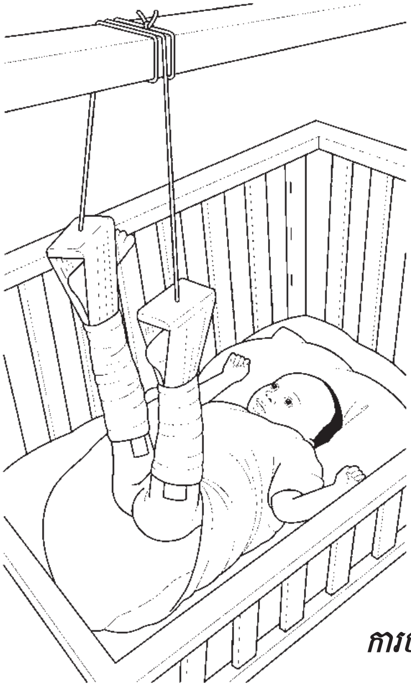


ខ្សែសម្រាប់យោងដៃដែលរបួស

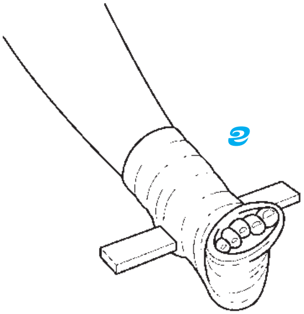


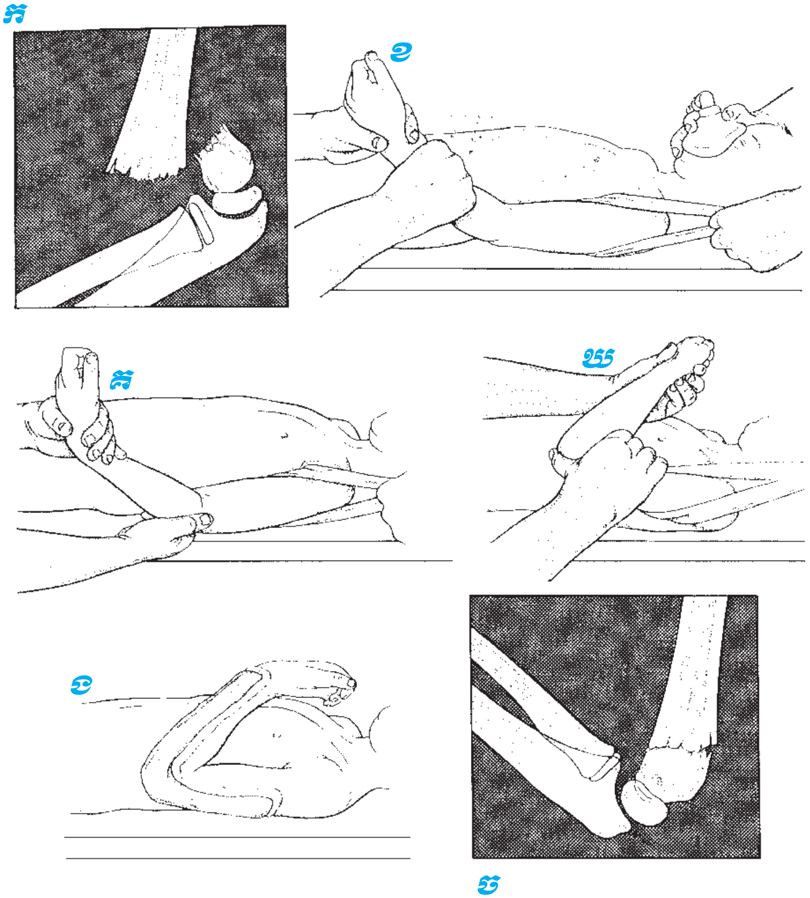
ក ៖ ការទាញឆ្អឹងអវយវៈខាងក្រោមដោយប្រើកូនទម្ងន់

ខ ៖ ការការពារកុំឲ្យមានការវិលខុសពីធម្មតាដោយបន្ថែមទម្ងន់ទៅលើបង់រុំណបជើង



ការចងព្យួរ





ការព្យាបាលរបួសបាក់ឆ្អឹងត្រង់កំភួនដៃ

ក. ការថតកាំរស្មីអ៊ិចបង្ហាញពីកន្លែងបាក់

ខ. ទាញតាមរូបបង្ហាញ ដើម្បីបង្ការការខុសទីតាំងនៃឆ្អឹងដែលបាក់

គ. បត់កែងដៃដោយប្រយ័ត្ន, រក្សាការទាញឲ្យជាប់

ឃ. ទប់កែងដៃដែលបត់ ហើយទប់ឆ្អឹងដែលបាក់ក្នុងស្ថានភាពដែលបង្ហាញក្នុងរូប

ង. ដាក់រណបកល់ពីក្រោយ

ច. ពិនិត្យមើលស្ថានភាពឆ្អឹងបាក់ម្តងទៀតដោយកាំរស្មីអ៊ិច

ការព្យាបាលការបាក់ឆ្អឹងត្រង់កំភួនដៃនេះ មានបង្ហាញនៅទំព័រមុន។ បញ្ហាលំបាកចំបងនៃការបាក់ឆ្អឹងនេះគឺការរឹតត្បិតទៅលើសរសៃអាទែរនៅកែងដៃ ដែលអាចបណ្ដាលឲ្យជាប់គាំង។ ពិនិត្យមើលចរន្តឈាមនៅនឹងដៃ។ ប្រសិនបើមានស្ទះសរសៃអាទែរ, ដៃនឹងចុះត្រជាក់, ការបំពេញឈាមមានរយៈពេលយឺត ហើយជីពចរនៅកដៃនឹងបាត់។ ប្រសិនបើស្ទះសសៃអាទែរ ត្រូវតែបន្ធូរជាបន្ទាន់។

ការបាក់ឆ្អឹងភ្លៅចំពាក់កណ្ដាល ចំពោះកុមារអាយុក្រោម ៣ឆ្នាំ ត្រូវព្យាបាលដោយការចងព្យួរ (មើលរូបនៅទំ. ៤៣៥)។ រៀងរាល់ពីរបីម៉ោង អ្នកកំដរគួរពិនិត្យមើលចរន្តឈាមនៅជើង ថាល្អឬទេ ហើយស្រាមជើងក្ដៅឬអត់។ ការព្យាបាលការបាក់ឆ្អឹងភ្លៅចំពាក់កណ្ដាលចំពោះកុមារធំៗគឺការទាញដោយប្រើកូនទម្ងន់(មើលរូបក.នៅទំ.៤៣៥)។ វិធីសាមញ្ញ និងមានប្រសិទ្ធភាពនេះសម្រាប់ព្យាបាលកុមារបាក់ឆ្អឹងភ្លៅពីអាយុ ៣ឆ្នាំ ដល់ ១៥ឆ្នាំ។ ប្រសិនបើកុមារអាចលើកជើងចេញពីគ្រែបាន នោះឆ្អឹងបាក់បានសះជាប់គ្នាវិញហើយ ហើយកុមារអាចចាប់ផ្ដើមដើរដោយឈើច្រត់បាន (ជាទូទៅប្រហែលជា ៣សប្ដាហ៍)។

៩.៣.៦ គោលការណ៍នៃការថែទាំរបួស

របួសគឺជាបញ្ហាវះកាត់ដែលកើតញឹកញាប់លើកុមារ។ គោលបំណងនៃការថែទាំរបួស គឺបញ្ឈប់ការហូរឈាម, បង្ការការឆ្លងរោគ, វាយតម្លៃពីការខូចខាតដល់សរីរាង្គដែលនៅជាប់នោះ និងជំរុញភាពសះស្បើយ។ ព័ត៌មានលម្អិតស្ដីពីការណែនាំអំពីការវះកាត់មាននៅក្នុងកូនសៀវភៅរបស់អង្គការ WHO ដែលមានចំណងជើង *"Surgical care in the district hospital"*។

- បញ្ឈប់ការហូរឈាម
  - សង្កត់ទៅលើមុខរបួសនឹងអាចបញ្ឈប់រាល់ការហូរឈាម (មើលរូបទំ. ៤៣៨)
  - ការហូរឈាមពីអវៈយវៈ អាចគ្រប់គ្រងបានមិនយូរជាង ១០នាទីដោយរឹតបង់ក្រណាត់សម្រាប់វាស់ឈាមហើយសប់ឲ្យតឹងលើសពីសម្ពាធឈាមក្នុងអាកទែ។

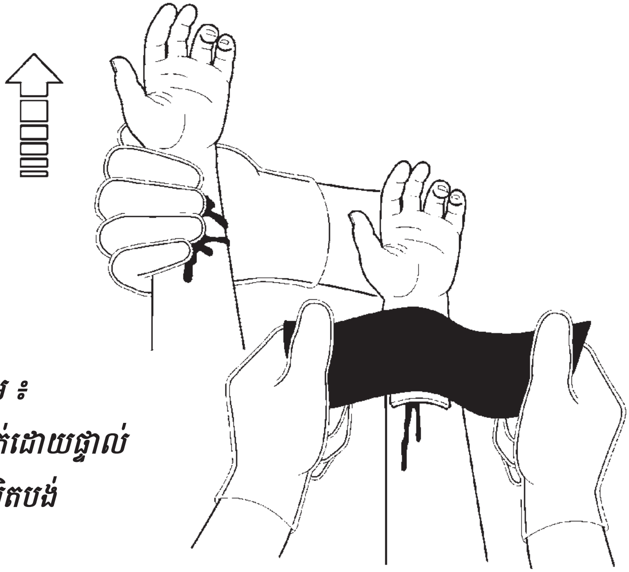
– ការរឹតចងរយៈពេលយូរ (លើសពី ១០នាទី) ដោយខ្សែយឺត អាចធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់អវៈយវៈ។ កុំរឹតចងមុខរបួសចំពោះកុមារដែលមានភាពស្លេកស្លាំងដោយសារជំងឺ sickle cell។

- បង្ការការឆ្លងរោគ

– ការលាងរបួស គឺជាវិធីដ៏សំខាន់បំផុតដើម្បីបង្ការកុំឲ្យមានការឆ្លងរោគ។ របួសភាគច្រើនសុទ្ធតែអាចឆ្លងរោគ នៅពេលដែលឃើញដំបូង។ វាអាចមានដុំឈាម, ដី, ជាលិកាងាប់ ឬក៏វត្ថុធាតុផ្សេងៗទៀត។

– លាងស្បែកនៅជុំវិញរបួសដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ដោយសាប៊ូ និងទឹក ឬក៏ថ្នាំសម្លាប់មេរោគ ។ ចាក់ទឹក និងថ្នាំសម្លាប់មេរោគទៅលើរបួស។

– បន្ទាប់ពីដាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅមុខរបួស ដូចជា Lidocaine (≤ ៣mg/kg) ឬ Bupivacaine 0.២៥% (≤១ml/kg) ដោយបញ្ចូលតាមមុខរបួស, ចូររកមើលវត្ថុធាតុផ្សេងៗ, និងកាត់ជាលិកាដែលងាប់ចេញ។ សន្និដ្ឋានថាតើមានការខូចខាតកម្រិតណា។ របួសធំ ត្រូវការការប្រើថ្នាំស្ពឹកទូទៅ។



ការគ្រប់គ្រងការហូរឈាម ៖ លើកអវៈយវៈឡើង សង្កត់ដោយផ្ទាល់លើមុខរបួស, បន្ទាប់មកបិតបង់

៩. ការវះកាត់

- ជាទូទៅ ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក គឺមិនចាំបាច់ទេ នៅពេលរបួសបានលាងស្អាតហើយ, ប៉ុន្តែរបួសខ្លះគួរតែព្យាបាលដោយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ៖
  - របួសយូរជាង ១២ម៉ោង (អាចឆ្លងរោគរួចហើយ)
  - របួសមុតជ្រៅទៅក្នុងជាលិកា (ឧ. ឈើប្រឡាក់, របួសមុខកាំបិត ឬដោយសត្វខាំ)

▸ ការបង្ការជំងឺតេតាណូស

- ប្រសិនបើកុមារមិនធ្លាប់ទទួលថ្នាំបង្ការនេះទេ ចូរផ្តល់សេរ៉ូមប្រឆាំងតេតា-ណូស ប្រសិនបើមាន, ហើយចាប់ផ្តើមចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺតេតាណូស។
- ប្រសិនបើកុមារបានចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូសពីមុនរួចរាល់ហើយ ចូរចាក់រំលឹកបន្ថែមបើសិនជាការចាក់ថ្នាំបង្ការនោះពុំមែនក្នុងពេលថ្មីៗនេះទេ។

▸ ការបិទមុខរបួស

- ប្រសិនបើរបួសមានរយៈពេលតិចជាង ១ថ្ងៃ ហើយត្រូវបានលាងស្អាតល្អ វាអាចត្រូវបានបិទ (ការបិទបឋម)
- កុំបិទមុខរបួស ប្រសិនបើវាយូរជាង ២៤ម៉ោង, មានដី និងវត្ថុផ្សេងៗជាច្រើន, ឬក៏ដោយសារសត្វខាំ
- របួសដែលមិនបានព្យាបាលដោយការបិតបឋមទេ គួរតែត្រូវបិតដោយកំប្រេសស្ទេរីលសើមៗ ហើយរុំស្តើងៗ ជុំវិញ។ ប្រសិនបើរបួសត្រូវបានលាង នៅ៤៨ម៉ោងក្រោយមក, វាអាចត្រូវបានបិទ (ការបិទបឋមដោយពន្យារពេល)
- ប្រសិនបើរបួសនោះឆ្លងរោគ រុំរបួសស្តើង ហើយឲ្យវាសះដោយខ្លួនឯង។

▸ របួសដែលឆ្លងរោគ

- រោគសញ្ញាគ្លីនិក ៖ ឈឺចាប់, ហើម, ឡើងក្រហម, ក្តៅ និងហៀរខ្ទុះ
- ការព្យាបាល ៖
  - បើករបួសប្រសិនបើសង្ស័យថាមានខ្ទុះ

- លាងរបួសដោយថ្នាំសម្លាប់មេរោគ
- បិតរបួសដោយកំប្រេសស្ទេរីលសើមៗ ហើយរុំស្តើងៗ ជុំវិញ។ ផ្លាស់ប្តូរកំប្រេសរាល់ថ្ងៃ ហើយច្រើនដងជាងនេះប្រសិនបើចាំបាច់
- ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ទាល់តែកោសិកាជុំវិញមុខរបួសឈប់រលាក (ជាទូទៅ ៥ថ្ងៃ)

- ផ្តល់ Cloxacillin (២៥-៥0mg/kg តាមមាត់ បួនដងក្នុងមួយថ្ងៃ) ចំពោះមុខរបួសភាគច្រើន ដើម្បីព្យាបាលការឆ្លងដោយមេរោគ S. aureus ។
- ផ្តល់ Ampicillin (២៥-៥0mg/kg តាមមាត់ បួនដងក្នុងមួយថ្ងៃ), Gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសសៃឈាមមួយថ្ងៃម្តង) រួមទាំង Metronidazole (៧.៥mg/kg ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) ប្រសិនបើសង្ស័យថាមានការបង្ករោគដោយពពួកមេរោគតាមពោះវៀន។

៩.៤ បញ្ហានៅពោះ

៩.៤.១ ការឈឺចាប់ក្នុងពោះ

មិនមែនរាល់ការឈឺពោះសុទ្ធតែបណ្តាលមកពីមេរោគនៅក្រពះពោះវៀននោះទេ។ ការឈឺពោះដែលយូរជាង ៤ម៉ោង គួរតែចាត់ទុកថាជាបញ្ហាក្នុងពោះជាបន្ទាន់។

ការវាយតម្លៃ

- សួរ ៣សំណួរ ៖
  - តើមានរោគសញ្ញាពាក់ព័ន្ធឬទេ? ដូចជាចង្អោរ, ការក្អួត, រាក, , គ្រុនក្តៅ, ក្អក, ឈឺក្បាល, ឈឺបំពង់ក, ពិបាកនោម (នោមឈឺ) អាចជួយសន្និដ្ឋានពីភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃបញ្ហា និងសម្រួលដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។
  - តើឈឺនៅកន្លែងណា? សួរឲ្យកុមារចង្អុលកន្លែងដែលឈឺបំផុត។ វាក៏អាចសម្រួលដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផងដែរ។ ការឈឺជុំវិញផ្ចិត គឺមិនមានលក្ខណៈឈឺអ្វីជាក់លាក់នោះទេ។

– តើកុមារមានរលោកស្រោមពោះទេ? នេះជាសំណួរសំខាន់បំផុតដោយសារករណីរលាកស្រោមពោះ ត្រូវការវះកាត់។

■ រោគសញ្ញានៃការរលោកស្រោមពោះរួមមាន រឹងនៅពេលស្ទាប, ឈឺពោះជាពិសេសពេលមានចលនា និងការកន្ត្រាក់សាច់ដុំពោះនៅពេលស្ទាប។ ពោះដែលនៅនឹងថ្កល់ដែលមិនធ្វើចលនាតាមចលនាដង្ហើមក៏ជារោគសញ្ញាមួយទៀតនៃការរលោកស្រោមពោះ។ ប្រសិនបើមិនមានឮសំឡេងពោះវៀនពេលស្តាប់ដោយស្តេតូស្កុប គឺជាសញ្ញាបញ្ជាក់ច្បាស់។

ការព្យាបាល

- កុំឲ្យអ្វីទាំងអស់តាមមាត់។
- បើកុមារក្អួត ហើយតឹងពោះ ចូរស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ។
- ផ្តល់ជាតិទឹកតាមសរសៃ។ ព្យាបាលស្លុក ប្រសិនបើមាន ដោយប្រើសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ២០ml/kg ឬសេរ៉ូម Hartmann ឲ្យលឿនតាមសរសៃ (អានគំនូសបំព្រួមទី ៧, ទំ. ១៩)។ ប្រសិនបើស្លុកនៅតែបន្ត អាចចាក់បន្ថែមម្តងទៀត ២០ml/kg ប៉ុន្តែត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នក្រែងលើសជាតិទឹក។ បើគ្មានស្លុក ប៉ុន្តែកុមារបាត់បង់ជាតិទឹក ចូរផ្តល់សេរ៉ូម Darrow កម្លាំងពាក់កណ្តាលចំនួន ១០-២០ ml/kg ឬសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាជាមួយនឹងជាតិស្ករ ៥% រយៈពេល២០នាទី ហើយផ្តល់ជាតិទឹករក្សាលំនឹង ១៥០% (ទំ. ៤៧២)។
- ផ្តល់ឱសថបំបាត់ភាពឈឺចាប់ ប្រសិនបើឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ (វាមិនរារាំងដល់បញ្ហាក្នុងពោះទេ ហើយអាចសម្រួលដល់ការពិនិត្យកុមារ)។
- ពិនិត្យកុមារម្តងទៀត បើមិនទាន់មានរោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់។
- ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញារលាកស្រោមពោះ។ ដើម្បីសម្លាប់មេរោគក្នុងពោះវៀន (បាក់តេរី Gram-negative rods, បាក់តេរី enterococci, និងមេរោគ anaerobes) ចូរផ្តល់ Ampicillin (២៥-៥០mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃឈាម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ), Gentamicin (៧.៥mg/kg

តាមសាច់ដុំ ឬសសៃឈាមមួយថ្ងៃម្តង) និង Metronidazole (១0mg/kg ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ)។

ត្រូវការ**ការពិនិត្យជាបន្ទាន់**ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។

៩.៤.២ ជំងឺរលាកខ្នែងពោះវៀន

ជំងឺរលាកខ្នែងពោះវៀនបណ្តាលមកពីការស្ទះនៅខ្នែងពោះវៀន។ ដុំលាមក, ការរីកនៃកោសិកា lymphoid និង Parasite នៅក្រពះពោះវៀន អាចបណ្តាលឲ្យមានការស្ទះពោះវៀន។ ប្រសិនបើការរលាក ខ្នែងពោះវៀនមិនត្រូវបានរកឃើញទេ វានឹងធ្លាយដែលបណ្តាលទៅជារលាកស្រោមពោះ និងអាប់សែ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

វាមានភាពលំបាកជាខ្លាំង ជាពិសេសចំពោះកុមារតូចៗ ៖

- គ្រុនក្តៅ, មិនឃ្លានអាហារ, និងក្អួត (មានច្រើនបែប)
- អាចចាប់ផ្តើមពីការឈឺពេញពោះ ប៉ុន្តែរោគសញ្ញាគ្លីនិកសំខាន់បំផុតគឺ ការឈឺជាប់រហូត និងរឹងនៅពោះខាងស្តាំផ្នែកខាងក្រោម។
- អាចច្រឡំជាមួយការបង្ករោគនៅផ្លូវនោម, គ្រួសក្នុងតម្រងនោម, បញ្ហាអូវែ, រលាកស្រោមពោះវៀន (mesenteric adenitis), និងរលាក ileum។

ការកើនឡើងនៃគោលិកាឈាមស ក៏មានប្រយោជន៍ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផងដែរ។ ការពិនិត្យអេកូ ដោយអ្នកជំនាញ ក៏មានប្រយោជន៍ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនេះដែរ។

ការព្យាបាល

- កុំឲ្យអ្វីទាំងអស់តាមមាត់។
- ផ្តល់ជាតិទឹកតាមសរសៃ។
  - ព្យាបាលស្តុក ប្រសិនបើមាន ដោយសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬសូលុយស្យុង Hartmann ២0ml/kg ឲ្យលឿនតាមដែលអាចធ្វើបាន (អានទំ. ១៩)។

ប្រសិនបើស្តុកនៅតែបន្ត អាចចាក់បន្ថែមម្តងទៀត ២0ml/kg ប៉ុន្តែត្រូវពិនិត្យឲ្យប្រុងប្រយ័ត្នក្រែងមានការលើសជាតិទឹក។ ប្រសិនបើគ្មានស្តុក ប៉ុន្តែកុមារបាត់បង់ជាតិទឹក ចូរផ្តល់សេរ៉ូម Darrow កម្លាំងពាក់កណ្តាល ចំនួន ១0-២0ml/kg ឬក៏សេរ៉ូមប្រៃធម្មតាជាមួយនឹងជាតិស្ករ ៥% រយៈពេល២០នាទី។

- ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកនៅពេលសន្និដ្ឋានរោគវិនិច្ឆ័យភ្លាម ៖ ឱសថ Ampicillin (២៥-៥0mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ), Gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ) និង Metronidazole (១0mg/kg ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ)។
- ត្រូវអោយ**ពិនិត្យជាបន្ទាន់** ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។ ការវះកាត់ខ្នែងពោះវៀន គួរធ្វើឡើងឲ្យបានឆាប់បំផុត ដើម្បីជៀសវាងការធ្លាយបែកខ្នែងពោះវៀន, ការរលាកស្រោមពោះ និងអាប់សែ។ ការវះកាត់ខ្នែងពោះវៀន ដោយធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុស គឺប្រសើរជាងការពន្យាពេលរហូតដល់រលាកស្រោមពោះ។

៩.៤.៣ ជំងឺស្ទះពោះវៀនក្រោយអាយុ១ខែ

ការស្ទះពោះវៀនអាចបណ្តាលមកពីជំងឺក្លូនលូនកៀបជាប់ ការស្អិតពោះវៀន (ស្លាកស្នាមពីការវះកាត់មុន), ការបង្ករោគដោយ Ascaris ឬការរអិលពោះវៀនចូលគ្នា (អានផ្នែក ៩.៤.៤)។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- រោគសញ្ញាគ្លីនិក ត្រូវបានសន្និដ្ឋានតាមទីតាំងនៃការស្ទះ។ ការស្ទះផ្នែកខាងលើស្តែងឡើងដោយការក្អួត និងមានការតឹងពោះបន្តិចបន្តួច។ ការស្ទះផ្នែកខាងក្រោមស្តែងឡើងដោយការតឹងពោះ និងក្អួតដែលកើតមានយឺតយ៉ាវ។
- ជាទូទៅ មានការឈឺរមួលនៅពោះ, តឹងពោះ, និងគ្មានហើមពោះដោយសារខ្យល់ទេ។

- ជួនកាល ចលនារបស់ពោះវៀនអាចមើលឃើញតាមរយៈស្រទាប់ពោះ។
- ការថតកាំរស្មីអ៊ិចនៅពោះ បង្ហាញពីពោះវៀនដែលតឹង រួមជាមួយកម្រិតទឹកដែលមានខ្យល់ពីលើ។

ការព្យាបាល

- កុំឲ្យអ្វីទាំងអស់តាមមាត់។
- ផ្តល់ការសង្គ្រោះជាតិទឹក។ កុមារភាគច្រើនដែលស្ទះពោះវៀន បានក្អួត និងខ្វះជាតិទឹក។
- ព្យាបាលស្តុក ប្រសិនបើមាន ដោយសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬសូលុយស្យុង Hartmann ២០ml/kg ឲ្យលឿនតាមដែលអាចធ្វើបាន (អានទំ.១៩)។ ប្រសិនបើស្តុកនៅតែបន្ត អាចចាក់បន្ថែមម្តងទៀត ២០ml/kg ប៉ុន្តែត្រូវពិនិត្យឲ្យប្រុងប្រយ័ត្នក្រែងមានការលើសជាតិទឹក។ ប្រសិនបើគ្មានស្តុក ប៉ុន្តែកុមារបាត់បង់ជាតិទឹក ផ្តល់សេរ៉ូម Darrow កម្លាំងពាក់កណ្តាល ចំនួន ១០-២០ ml/kg ឬក៏សេរ៉ូមប្រៃធម្មតាជាមួយនឹងជាតិស្ករ ៥% រយៈពេល២០នាទី។
- ស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះដើម្បីសម្រួលការចង្អោរ និងក្អួត និងបង្ការកុំឲ្យធ្លាយពោះវៀន ដោយកាត់បន្ថយសម្ពាធនៅពោះវៀន។
- ត្រូវអោយពិនិត្យជាបន្ទាន់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។

៩.៤.៤ ការលូនពោះវៀនចូលគ្នា

ការលូនពោះវៀនចូលគ្នា គឺជាទម្រង់មួយនៃការស្ទះពោះវៀន ដែលកំណាត់មួយនៃពោះវៀន លិចចូលទៅក្នុងកំណាត់ពោះវៀនដែលជិតគ្នានោះ។ វាជាទូទៅកើតឡើងនៅកន្លែងជួបគ្នារវាង ileum (ពោះវៀនតូច) និង caecum (ពោះវៀនធំ)។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ជាទូទៅកើតលើកុមារអាយុតិចជាង ២ឆ្នាំ តែអាចមានកើតលើកុមារអាយុច្រើនជាងនេះដែរ។
- រោគសញ្ញាគ្លីនិក ៖
  - ដំបូង ៖ ឈឺចុកពោះដោយមានក្អួត។ កុមារយំដោយទ្រាំមិនបានត្រឡប់ចុះឡើង ហើយលើកជើងឡើងលើ។
  - ក្រោយមក ៖ ស្លេកស្លាំង, តឹងពោះ, រឹងពោះ, រាកលាយឈាម និងខ្វះជាតិទឹក។
- ស្ទាបប៉ះដុំនៅពោះ (ចាប់ផ្តើមនៅពោះផ្នែកខាងក្រោមខាងស្តាំ និងអាចបន្តតាមខ្សែពោះវៀនធំ)។

ការព្យាបាល

- រៀបចំ**ការពិនិត្យជាបន្ទាន់**ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទ-ពិសោធន៍។ ដំណើរការវះកាត់ប្រសិនបើខ្យល់ ឬការបង្ហូរ បារ្យ៉ូម(Barium) ចូលមិនអាចព្យាបាលការលូនចូលនេះបាន។ ប្រសិនបើពោះវៀនមិនបានទទួលឈាម ឬងាប់ ត្រូវតម្រូវឲ្យកាត់ពោះវៀនមួយកំណាត់នោះចោល។

បញ្ជូនអ្នកជំងឺ ប្រសិនបើគ្មាននរណាមានបទពិសោធន៍ក្នុងការព្យាបាលដោយប្រើខ្យល់ ឬការបង្ហូរបារ្យ៉ូមចូល ឬក៏មិនមានម៉ាស៊ីនថតកាំរស្មីអ៊ិច។

ដើម្បីព្យាបាលការលូនចូលនេះ ត្រូវប្រើសុង Foley ៣៥ml មិនលាបប្រេងរំអិលស៊កតាមរន្ធគូទ បំប៉ោងថង់ខ្យល់ និងបិទកំប៉េះគូទឲ្យជាប់គ្នា។ សូលុយស្យុងបារ្យ៉ូមក្តៅឧណ្ហៗ នៅក្នុងសេរ៉ូមប្រៃត្រូវឲ្យហូរពីកម្ពស់ ១ម៉ែត្រមកក្រោម ហើយការហូរចូលក្នុងពោះវៀនធំនេះត្រូវពិនិត្យដោយថតកាំរស្មីអ៊ិចនៅពោះ។ រោគវិនិច្ឆ័យត្រឹមត្រូវនៅពេលដែលបារ្យ៉ូមចេញជារាងអឌ្ឍចន្ទ (concave meniscus)។ សម្ពាធនៅលើដុំបារ្យ៉ូមនឹងរំដោះការលូនចូលនេះបន្តិចម្តងៗ ការរំដោះនេះរួចរាល់នៅពេលដែលផ្ទត់នៃពោះវៀនជាច្រើនត្រូវពិនិត្យឃើញថាមានបារ្យ៉ូម ។

- ស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ។
- ធ្វើការសង្គ្រោះជាតិទឹក។ ព្យាបាលស្ពុក ប្រសិនបើមាន ដោយសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬសូលុយស្យុង Hartmann ២០ml/kg ឲ្យលឿនតាមដែលអាចធ្វើបាន (អាន ទំ. ១៩)។ ប្រសិនបើស្ពុកនៅតែបន្ត អាចចាក់បន្ថែមម្តងទៀត ២០ml/kg ប៉ុន្តែ ត្រូវពិនិត្យឲ្យប្រុងប្រយ័ត្នក្រែងមានការលើសជាតិទឹក។ ប្រសិនបើគ្មានស្ពុក ប៉ុន្តែកុមារបាត់បង់ជាតិទឹក ផ្តល់សេរ៉ូម Darrow កម្លាំងពាក់កណ្តាល ចំនួន ១០-២០ml/kg ឬក៏សេរ៉ូមប្រៃធម្មតាជាមួយនឹងជាតិស្ករ ២% ប្រហែល ២០នាទី។
- ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ (គ្រុនក្តៅ, រលាក ស្រោមពោះ) ៖ ឱសថ Ampicillin (២៥-៥០mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃ ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ), Gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសសៃឈាមម្តង ក្នុងមួយថ្ងៃ) និង Metronidazole (១០mg/kg ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ)។ រយៈ ពេលនៃការប្រើឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកក្រោយពេលវះកាត់ គឺអាស្រ័យលើភាព ធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺ ៖ នៅក្នុងករណីស្រាលដែលអាចរំដោះការលូនចូលដោយប្រើ ខ្យល់ ផ្តល់ថ្នាំអង់ទីប៊ីយោទិកក្នុងរយៈពេល ២៤ទៅ ៤៨ម៉ោង, ចំពោះករណី ដែលមានធ្លាយពោះវៀនហើយកាត់ចេញ បន្តផ្តល់ថ្នាំផ្សះក្នុងរយៈពេល ៧ទៅ ១៤ថ្ងៃ អាស្រ័យលើការឆ្លើយតប។

៩.៤.៥ ជំងឺក្លូនលូនត្រង់ផ្ចិត

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ការហើមដែលទន់ និងអាចរុញចូលវិញបាននៅត្រង់ផ្ចិត

ការព្យាបាល

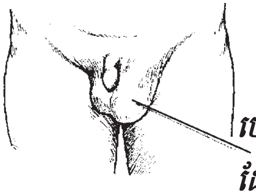
ភាគច្រើនបិទដោយឯកឯង។

- ប្រសិនបើវាមិនបិទនៅអាយុ ៦ឆ្នាំ ឬធ្លាប់មានប្រវត្តិជំងឺក្លូនលូនហើយពិបាក រុញចេញវិញ នោះត្រូវធ្វើការវះកាត់ ។

៩.៤.៦ ជំងឺក្លនលូនក្នុងក្រលៀន

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ការហើមដែលអាចរុញចេញចូលបាន នៅក្រលៀននៅពេលដែលកុមារយំ ឬប្រឹង។
- កើតឡើងនៅទីកន្លែងដែលបំពង់ស្ពែមចាកចេញពីក្នុងពោះ (canal inguinal)
- ញែកឲ្យដាច់ពីទឹកដក់ក្នុងពងស្វាស (ទឹកដែលមាននៅជុំវិញពងស្វាសបណ្តាលមកពី patent processus vaginalis)។ ទឹកដក់នៅក្នុងពងស្វាសអាចមើលឃើញថ្លាៗ ពេលបញ្ចាំងពិល ហើយមិនឡើងទៅ canal inguinal នោះទេ)។
- កម្រកើតចំពោះក្មេងស្រី។



ហើមនៅពេលដែលកុមារក្អក

ការព្យាបាល

- ក្លនលូនក្នុងក្រលៀនដែលមិនស្មុគស្មាញ ៖ ការវះកាត់តាមកម្មវិធីដើម្បីការពារកុំឲ្យមានក្លនលូនកៀបជាប់។
- ទឹកដក់ក្នុងពងស្វាស ៖ វះកាត់ប្រសិនបើស្ថានភាពមិនជាឯងនៅអាយុមួយឆ្នាំ។ ទឹកដក់ក្នុងពងស្វាសដែលមិនត្រូវបានព្យាបាលនិងអាចទៅជាជំងឺក្លនលូនចូលក្នុងក្រលៀន។

៩.៤.៧ ជំងឺក្លនលូនកៀបជាប់

វាកើតមានឡើងនៅពេលដែលពោះវៀន ឬសរីរាង្គក្នុងពោះផ្សេងទៀតកៀបជាប់នៅក្នុងក្លននោះ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ការហើម ដែលឈឺតែមិនអាចរុញចេញបាននៅក្រលៀន និងកម្រកើតមានចំពោះក្លនលូនក្នុងផ្ចិត។

- អាចមានរោគសញ្ញាស្ទះពោះវៀន (ក្អួត និងតឹងពោះ) ប្រសិនបើពោះវៀនជាប់នៅក្នុងក្លូន។

ការព្យាបាល

- ត្រូវអោយ**ពិនិត្យជាបន្ទាន់**ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។
- ព្យាយាមសម្រួលក្លូនដោយការសង្កត់ជាប់ ប្រសិនបើគ្មានអាការៈបង្ហាញថាក្លូននោះរមួលជាប់ ឬធ្លាយទេ។ ប្រសិនបើក្លូនមិនរុញចេញមកទេ នោះតម្រូវឲ្យវះកាត់។
- កុំឲ្យកុមារលេបអ្វីទាំងអស់។
- ផ្តល់ជាតិទឹកតាមសសៃឈាម។
- ស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ ប្រសិនបើមានក្អួត ឬតឹងពោះ។
- ផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកប្រសិនបើសង្ស័យថាពោះវៀនខូច ៖ ឱសថ Ampicillin (២៥-៥0mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសសៃឈាម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ), Gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសសៃឈាមម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ) និង Metronidazole (១0mg/kg ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ)។

៩.៤.៨ ការរមួលពងស្វាស

ការរមួលពងស្វាសបណ្តាលឲ្យមានការហើមយ៉ាងស្រួចស្រាល់នៅម្ខាងណាមួយនៃស្បែកពងស្វាស។ ការឈឺចាប់មានកម្រិតធ្ងន់ ហើយពងស្វាសនោះឈឺចាប់ខ្លាំងនៅពេលប៉ះពាល់។

ដើម្បីរក្សាការពារពងស្វាសនោះ ការព្យាបាលដោយវះកាត់បន្ទាន់ត្រូវតែធ្វើ (ប្រសិនបើរួចរាល់ក្នុងពេល ៦ម៉ោង អត្រាជោគជ័យមានដល់ ៩0%)។

រោគវិនិច្ឆ័យញែកផ្សេងៗ ទៀតមានដូចជា ក្លូនលូនគៀបជាប់ (ដែលលាតសន្ធឹងចូល canal inguinal ហើយព្រំដែនខាងលើរបស់វាពុំអាចប៉ាន់ស្មានបាន) និងការរលាកពងស្វាស epididymo-orchitis (ដែលកម្រកើតឡើងចំពោះក្មេងតូច)។

៩.៤.៩ ការធ្លាក់ចុងពោះវៀន (rectal prolapsus)

Rectal prolapsus បណ្តាលមកពីការប្រឹងខ្លាំងនៅពេលឈឺពោះបន្ទោបង់លាមក ឬក៏មានការពាក់ព័ន្ធពីការរាករ៉ាំរ៉ៃ និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។ កត្តាបង្កផ្សេងៗ មានប៉ារ៉ាស៊ីតនៅក្រពះពោះវៀន (ដូចជា Trichuris) និងជំងឺcystic fibrosis។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- Rectal prolapsus កើតឡើងនៅពេលបន្ទោបង់លាមក។ នៅពេលដំបូង ផ្នែកដែលធ្លាក់អាចលឹបចូលទៅវិញដោយឯកឯង តែក្រោយមកត្រូវប្រើដៃរុញចូលទៅវិញ។
- អាចមានផលលំបាកច្រើនដូចជាមានហូរឈាម ឬរមួលដោយមានដំបៅរលួយ។

ការព្យាបាល

- ប្រសិនបើ Rectal prolapsus ដែលធ្លាក់នេះ មិនទាន់ងាប់ (មានពណ៌ផ្កាឈូក ឬក្រហមហើយមានហូរឈាម) រុញទៅវិញដោយការសង្កត់ជាប់។
- បិទកំប៉េះគូទឲ្យនៅជិតគ្នាដើម្បីរក្សាការរុញនេះ ។
- ព្យាបាលមូលហេតុនៃការរាក និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ។
- ព្យាបាលព្រូន (ដូចជា Mebendazole ១០០mg លេប ២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ក្នុងរយៈពេល ៣ថ្ងៃ ឬ លេបតែម្តង ៥០០mg)
- ត្រូវពិនិត្យជាបន្ទាន់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។ ការធ្លាក់ម្តងហើយម្តងទៀតតម្រូវឲ្យការដេររបៀប Thiersch។

៩.៥ ជំងឺឆ្លងដែលត្រូវការវះកាត់

៩.៥.១ អាប់សែ

មេរោគឆ្លងអាចបណ្តាលឲ្យមានបណ្តុំខ្ទុះនៅស្ទើរគ្រប់កន្លែងនៃរាងកាយ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- គ្រុនក្តៅ, ហើម, ឈឺ និងដុំទន់ៗ(fluctuant mass)។

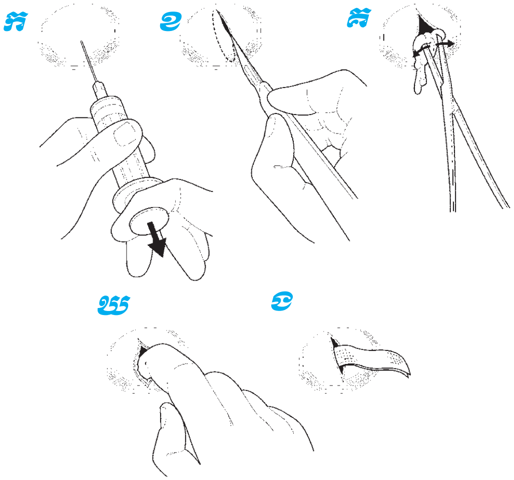
■ កំណត់មូលហេតុនៃអាប់សែ (ឧ. ការចាក់ថ្នាំ, វត្ថុផ្សេងៗ, ការបង្ករោគក្នុងឆ្អឹង)។ អាប់សែដោយសារការចាក់ថ្នាំចេញរូបរាង ២ទៅ៣ សប្តាហ៍ក្រោយពីការចាក់ថ្នាំ។

ការព្យាបាល

▸ វះបើកមុខ និងបូមខ្ទុះ (មើលរូបទំ. ៤៥០)

• ការវះបើកមុខ និងបូមខ្ទុះអាប់សែធំគួរចាក់ថ្នាំសន្លប់

▸ ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក ៖ Cloxacillin (២៥-៥០mg/kg ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) សម្រាប់រយៈពេល ៥ថ្ងៃ ឬទាល់តែកោសិកាដែលរលាកជុំវិញចាប់ផ្តើមធូរស្រាល។ ប្រសិនបើសង្ស័យថាមេរោគក្នុងពោះវៀនជាអ្នកបង្ករ (ឧ. អាប់សែនៅរន្ធគូទ) ឲ្យ Ampicillin (២៥-៥០mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃឈាម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ), Gentamicin (៧.៥mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសរសៃឈាមម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ) និង Metronidazole (១០mg/kg ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ)។



ការវះបើកមុខ និងបូមខ្ទុះអាប់សែ ក. បឺតខ្ទុះដើម្បីកំណត់ទីតាំងខ្ទុះ (យកខ្ទុះទៅមន្ទីរពិសោធន៍ ប្រសិនបើអាច និងធ្វើការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ និងធ្វើការបណ្តុះរកមេរោគរបេង) ខ. បើកមុខជារាងពងក្រពើ គ-ឃ. ហែកមុខ ង. ញ៉ុកកំប្រេសចូល

៩.៥.២ ការរលាកឆ្អឹង

មេរោគឆ្លងទៅឆ្អឹងបណ្តាលមកពីការរាលដាលតាមឈាម (អានទំ.២៩២)។ វាអាច កើតឡើងនៅពេលមានការបាក់ឆ្អឹងបើក។ មេរោគបង្កដែលមានឃើញច្រើនជាងគេគឺ S. aureus, Salmonella (នៅក្នុងជំងឺ sickle cell) និង *Mycobacterium tuberculosis*។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- រលាកឆ្អឹងស្រួចស្រាវ
  - ឈឺចាប់ និងឡើងរឹងនៅជុំវិញឆ្អឹងដែលប៉ះពាល់
  - មានគ្រុនបាត់ៗញ័រញាប់
  - បដិសេធមិនធ្វើចលនាអវយវៈឈឺ
  - បដិសេធមិនទ្រទម្ងន់ ប្រសិនបើកើតនៅជើង

នៅដំណាក់ដំបូងនៃការរលាកឆ្អឹង, ការថតកាំរស្មីអ៊ិចបង្ហាញថាធម្មតា, វាត្រូវការ ពេលវេលាជាទូទៅពី ១២ ទៅ ១៤ថ្ងៃដើម្បីមើលឃើញការប្រែប្រួល។

- រលាកឆ្អឹងរ៉ាំរ៉ៃ
  - មានការហៀររ៉ាំរ៉ៃតាមរន្ធនៅជុំវិញឆ្អឹង
  - ការថតកាំរស្មីអ៊ិចបង្ហាញ elevated periosteum and sequestrum (ឆ្អឹងដែលងាប់)។

ការព្យាបាល

- ត្រូវ**ពិនិត្យជាបន្ទាន់**ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍។
- នៅក្នុងការរលាកឆ្អឹងដំបូងអាចមានគ្រុនក្តៅ និងមានជាតិពុលក្នុងឈាម ឲ្យ Chloramphenicol (២៥mg/kg ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) សម្រាប់កុមារអាយុតិចជាង 3ឆ្នាំ ដែលមានជំងឺគ្រាប់ឈាមក្រហមរាងកណ្តៀវ ឬក៏ Cloxacillin (៥0mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសសៃឈាម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) សម្រាប់កុមារអាយុលើសពី ៣ ឆ្នាំក្នុងរយៈពេលយ៉ាងតិច ៥សប្តាហ៍។ ឲ្យថ្នាំផ្សះប្រភេទចាក់ទាល់តែកុមារបាន ប្រសើរឡើង ទើបចាប់ផ្តើមឲ្យលេបថ្នាំផ្សះរហូតដល់គ្រប់។

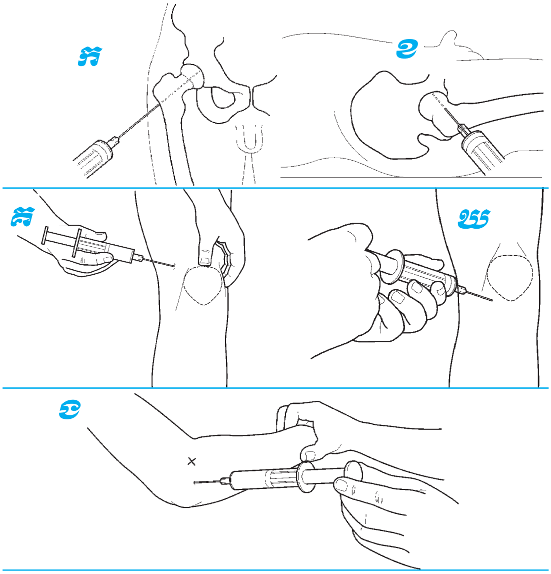
▶ នៅក្នុងការរលាកឆ្អឹងរ៉ាំរ៉ៃ ចាំបាច់ត្រូវវះកាត់កំទេចឆ្អឹងដែលងាប់ចេញ ហើយប្រើថ្នាំផ្សះដូចខាងលើ។

៩.៥.៣ ការរលាកសន្លាក់ដោយមេរោគ

ស្ថានភាពនេះដូចគ្នាទៅនឹងការរលាកឆ្អឹងដែរ តែកើតមាននៅត្រង់សន្លាក់ (អានទំ. ២៩២)

រោគវិនិច្ឆ័យ

- ឈឺ និងហើមនៅសន្លាក់ ។
- ជាទូទៅ គ្រុនបាត់ៗ
- ពិនិត្យមើលសន្លាក់ឃើញមានសញ្ញាសំខាន់ពីរ ៖
  - ហើម ហើយរឹងនៅលើសន្លាក់
  - កាត់បន្ថយចលនា



របៀបបូមនៅសន្លាក់ត្រគាក (ក,ខ), សន្លាក់ជង្គង់ (គ,ឃ) និង សន្លាក់កែងដៃ (ង)

៩. ការវះកាត់

ការព្យាបាល

- បូមនៅសន្លាក់ដើម្បីបញ្ជាក់ពីរោគវិនិច្ឆ័យ (មើលរូបខាងលើ)។ មេរោគបង្កដែលមានឃើញច្រើនជាងគេគឺ S. aureus ។ ការបូមគួរធ្វើឡើងក្នុងស្ថានភាពស្ទេរីល។
- ត្រូវពិនិត្យជាបន្ទាន់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់រោគកុមារដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងករណីលាងសន្លាក់។ ខ្ទុះដែលនៅក្រោមសម្ពាធអាចបំផ្លាញសន្លាក់បាន។
- ឲ្យ Chloramphenicol (២៥mg/kg ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) សម្រាប់កុមារអាយុតិចជាង ៣ឆ្នាំ ដែលមានជំងឺគ្រាប់ឈាមក្រហមរាងកណ្ដៀវ ឬក៏ Cloxacillin (៥0mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសសៃឈាម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) សម្រាប់កុមារអាយុលើសពី ៣ឆ្នាំក្នុងរយៈពេលយ៉ាងតិច ៣សប្ដាហ៍។ ឲ្យថ្នាំផ្សះប្រភេទថ្នាំចាក់ទាល់តែកុមារបានប្រសើរឡើង ទើបចាប់ផ្ដើមឲ្យលេបថ្នាំផ្សះរហូតគ្រប់។

៩.៥.៤ ការរលាកសាច់ដុំមានខ្ទុះ

នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ មានខ្ទុះនៅក្នុងសាច់ដុំ។

រោគវិនិច្ឆ័យ

- គ្រុនក្ដៅ, រឹង ហើយហើម។ ដុំទន់ៗ អាចមិនឃើញ ប្រសិនបើការរលាកស្ថិតនៅជ្រៅក្នុងសាច់ដុំ។
- ជាញឹកញាប់កើតនៅភ្លៅ។

ការព្យាបាល

- វះបើកមុខ និងបូមខ្ទុះ (ជាទូទៅត្រូវការថ្នាំសន្លប់)
- ដាក់បំពង់បង្ហូរនៅកន្លែងអាប់សែនេះ ២ទៅ ៣ថ្ងៃ។
- ថតកាំរស្មីអ៊ិចដើម្បីរកមើលការរលាកឆ្អឹងផ្សេងទៀត
- ឲ្យ Cloxacillin (៥0mg/kg តាមសាច់ដុំ ឬសសៃឈាម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ) សម្រាប់រយៈពេល ៥ទៅ ១0ថ្ងៃ ដោយសារមេរោគបង្កដែលមានឃើញច្រើនជាងគេគឺ S. aureus។

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី១០

ការថែទាំគាំទ្រ

១០.១ ការគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភ ៤៥៦

១០.១.១ គាំទ្រការបំបៅដោះ ៤៥៦

១០.១.២ ការគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់កុមារឈឺ ៤៦៣

១០.២ ការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក ៤៧២

១០.៣ ការគ្រប់គ្រងគ្រុនក្ដៅ ៤៧៣

១០.៤ ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ ៤៧៥

១០.៥ ការគ្រប់គ្រងភាពស្លេកស្លាំង ៤៧៧

១០.៦ ការចាក់បញ្ចូលឈាម ៤៧៩

១០.៦.១ ការរក្សាទុកឈាម ៤៧៩

១០.៦.២ បញ្ហាផ្សេងៗក្នុងការចាក់បញ្ចូលឈាម ៤៧៩

១០.៦.៣ សញ្ញាចង្អុលបង្ហាញពីតម្រូវការបញ្ចូលឈាម ៤៧៩

១០.៦.៤ ការចាក់បញ្ចូលឈាម ៤៨០

១០.៦.៥ ការប្រតិកម្មនឹងឈាមបញ្ចូល ៤៨២

១០.៧ ការព្យាបាលដោយការផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន ៤៨៤

១០.៨ ប្រដាប់លេង និងការព្យាបាលដោយការលេងកំសាន្ដ ៤៨៨

ដើម្បីផ្ដល់ការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យឲ្យបានល្អ គោលនយោបាយរបស់មន្ទីរពេទ្យ និងការអនុវត្តការងារ គួរលើកកម្ពស់គោលការណ៍ជាមូលដ្ឋាននៃការថែទាំកុមារ ដែល

មានដូចជា ៖

- របៀបប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយឪពុកម្ដាយ
- ការរៀបចំអគារជំងឺកុមារ ដើម្បីឲ្យកុមារដែលឈឺធ្ងន់ ទទួលបានការយកចិត្តទុកដាក់ច្រើនជាងគេ និងស្ថិតនៅក្បែរការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន និងការព្យាបាលបន្ទាន់ដទៃទៀត
- រៀបចំឲ្យកុមារសម្រាកឲ្យបានស្រួលបំផុត និងផ្ដល់ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ដល់កុមារ ជាពិសេសនៅពេលអនុវត្តទម្រង់ការដែលមានភាពឈឺចាប់
- បង្ការការឆ្លងមេរោគនៅមន្ទីរពេទ្យ តាមរយៈការលើកទឹកចិត្តបុគ្គលិកឲ្យលាងសម្អាតដៃជាប្រចាំ និងអនុវត្តវិធានការផ្សេងៗទៀត
- រក្សាសីតុណ្ហភាពក្នុងបន្ទប់ឲ្យមានកម្ដៅល្មម សម្រាប់ទារកឬកុមារ ជាពិសេសកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ សម្រាកព្យាបាលក្នុងនោះ ដើម្បីបង្ការផលវិបាកផ្សេងៗដូចជា សីតុណ្ហភាពចុះទាបជាដើម។

១០.១ ការគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភ

បុគ្គលិកសុខាភិបាលគួរអនុវត្តតាមដំបូន្មានអំពីការផ្ដល់ប្រឹក្សាដែលមាននៅក្នុងផ្នែកទី ១២.៣ និង ១២.៤ (ទំ. ៥០០–៥០២)។ ប័ណ្ណសុខភាពមាតាដែលមានរូបភាពអមជាមួយ អាចធ្វើឲ្យម្ដាយងាយស្រួលចងចាំ (អានឧបសម្ព័ន្ធទី៦, ទំ. ៥៩៩)។

១០.១.១ គាំទ្រការបំបៅដោះ

ការបំបៅដោះ គឺជាកត្តាសំខាន់បំផុតក្នុងការការពារទារកពីជំងឺផ្សេងៗ និងសម្រាប់ភាពធូរស្បើយឡើងវិញពីជំងឺ។

- គួរផ្ដល់ការបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធ ចាប់ពីពេលកើត រហូតដល់អាយុ៦ខែ។
- ផ្ដល់អាហារបន្ថែមនៅពេលកុមារមានអាយុ៦ខែ និងបន្តបំបៅដោះរហូតយ៉ាងតិចអាយុបាន២ឆ្នាំ។

បុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលព្យាបាលកុមារតូចៗ ទទួលខុសត្រូវលើការលើកទឹកចិត្តម្ដាយឲ្យបំបៅដោះកូន និងជួយពួកគាត់ក្នុងការជម្នះភាពលំបាកផ្សេងៗ។

វាយតម្លៃការបំបៅដោះ

វាយតម្លៃការបំបៅដោះ តាមរយៈការសាកសួរពីការបៅរបស់ទារក និងឥរិយាបថរបស់ពួកគេ។ សង្កេតមើលការបំបៅដោះរបស់ម្តាយ ដើម្បីសន្និដ្ឋានថាតើគាត់ត្រូវការជំនួយគាំទ្រឬទេ។ សង្កេតមើល ៖

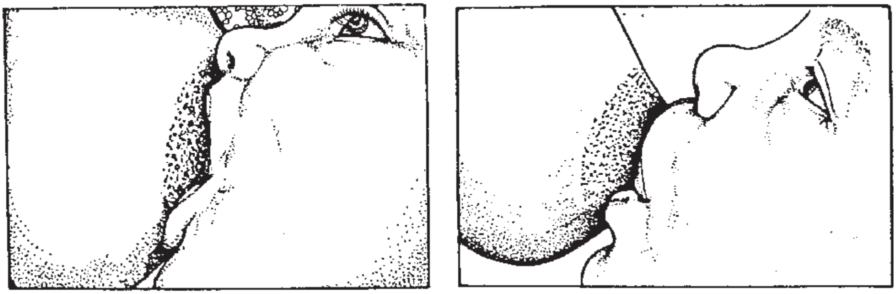
- របៀបដែលម្តាយដាក់ទារកផ្ទឹបនឹងដោះរបស់គាត់ (មើលទំព័របន្ទាប់)។ សញ្ញានៃការដាក់ផ្ទឹបនឹងដោះបានល្អមាន ៖
  - មើលឃើញតំបន់ខ្មៅជុំវិញក្បាលដោះ ពីលើមាត់ទារក
  - ទារកហាមាត់ធំ
  - បបូរមាត់ក្រោម លៀនមកក្រៅ
  - ចង្ការទារកប៉ះដោះម្តាយ
- របៀបដែលម្តាយបីត្រកងទារក (មើលទំព័របន្ទាប់)
  - គួរបីទារកក្បែរខ្លួនម្តាយ
  - ទារកគួរស្ថិតនៅចំពីមុខដោះ
  - ដងខ្លួនទារកគួរមានភាពស្របគ្នាជាមួយក្បាល
  - គួរកាន់ទ្រដងខ្លួនទាំងមូល
- របៀបដែលម្តាយកាន់ទ្រដោះរបស់គាត់

ការជម្នះភាពលំបាកផ្សេងៗ

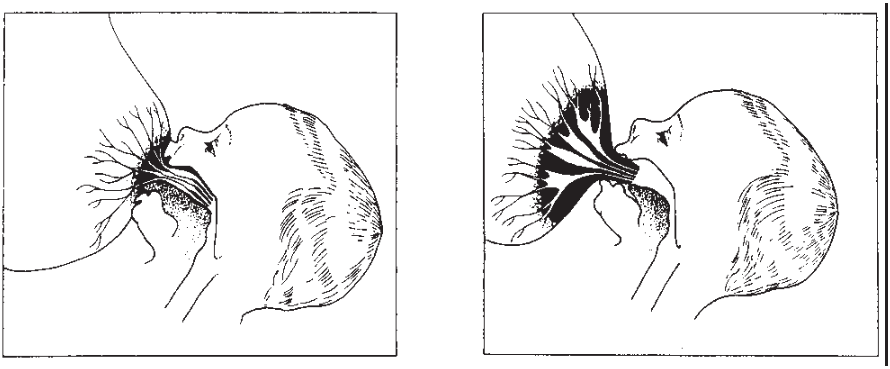
១. "គ្មានទឹកដោះគ្រប់គ្រាន់"

ម្តាយស្ទើរតែគ្រប់រូប អាចផលិតទឹកដោះបានគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទារកម្នាក់ ឬពីរនាក់ទៀតផង, ក៏ប៉ុន្តែ ជួនកាលទារកមិនបានទទួលទឹកដោះគ្រប់គ្រាន់ទេ។ សញ្ញានៃការមិនទទួលបានទឹកដោះគ្រប់គ្រាន់ មានដូចជា ៖

- ឡើងទម្ងន់មិនបានល្អ (< ៥០០g/ខែ ឬ < ១២៥g/សប្តាហ៍ ឬទម្ងន់នៅពេលអាយុ២សប្តាហ៍ ទាបជាងទម្ងន់នៅពេលកើត)
- មានទឹកនោមបន្តិចបន្តួច (តិចជាង៦ដងក្នុង១ថ្ងៃ, ពណ៌លឿង និងមានក្លិនខ្លាំង)



ការដាក់ទារកផ្ទឹបនឹងដោះម្ដាយបានល្អ (ឆ្វេង) និងមិនល្អ (ស្ដាំ)



ការដាក់ទារកផ្ទឹបនឹងដោះបានល្អ (ឆ្វេង) និងមិនល្អ (ស្ដាំ) ៖ រូបភាពកាត់ពីចំហៀងនៃដោះនិងទារក

ការដាក់ទីតាំងទារកបានល្អ (ឆ្វេង) និងមិនល្អ (ស្ដាំ)

មូលហេតុញឹកញាប់ដែលទារកអាចមិនបានទទួលទឹកដោះគ្រប់គ្រាន់ មានដូចជា ៖

- បច្ចេកទេសបំបៅដោះមិនល្អ ៖ ការដាក់ផ្ទឹបនឹងដោះមិនបានត្រឹមត្រូវ (មូលហេតុញឹកញាប់បំផុត), ការពន្យារពេលក្នុងការចាប់ផ្តើមបំបៅដោះកូន, ការបំបៅដោះទៀងពេល, មិនបំបៅដោះពេលយប់, បំបៅដោះឆាប់ពេក, ការប្រើដប, ក្បាលដោះជ័រ, អាហារ និងជាតិទឹកផ្សេងទៀត
- កត្តាផ្លូវចិត្តរបស់ម្តាយ ៖ ខ្វះភាពជឿជាក់, ព្រួយបារម្ភ, ភាពតានតឹង, ថប់បារម្ភ, មិនចូលចិត្តបំបៅដោះកូន, មិនចូលចិត្តកូន, អស់កម្លាំង
- ស្ថានភាពរាងកាយរបស់ម្តាយ ៖ ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ឧទា. ជំងឺរបេង, ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ, ឬជំងឺបេះដូងដោយសាររលាកសន្លាក់), ឱសថពន្យារកំណើត, ឱសថបញ្ចុះទឹកនោម, កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ, ផឹកស្រា, ជក់បារី, សំណល់សុកក្នុងស្បូន(កម្រ)
- ស្ថានភាពរបស់ទារក ៖ ជំងឺ ឬរូបរាងមិនធម្មតាពីកំណើត (ដូចជាក្រអូមមាត់ឆែប, ឬជំងឺបេះដូងពីកំណើត) ដែលរំខានដល់ការបៅដោះម្តាយ។

ម្តាយដែលបរិមាណទឹកដោះធ្លាក់ចុះ ត្រូវតែបង្កើនវាឡើងវិញ, ឯម្តាយដែលបានផ្តាច់ដោះកូន អាចត្រូវបំបៅដោះកូនឡើងវិញដែរ។

ជួយម្តាយឲ្យបំបៅដោះកូនឡើងវិញដោយ ៖

- ដាក់ទារកនៅជិតម្តាយជានិច្ច ហើយមិនឲ្យទារកទៅអាណាព្យាបាលដទៃមើលទេ
- ធានាថាមានការប៉ះស្បែកនឹងស្បែករវាងម្តាយ និងទារកគ្រប់ពេល
- ដាក់ដោះឲ្យទារកបៅរាល់ពេលដែលទារកចង់ជញ្ជក់
- ជួយទារកឲ្យទទួលបានទឹកដោះ តាមរយៈការច្របាច់ទឹកដោះចូលទៅក្នុងមាត់ទារក, និងដាក់ទីតាំង យ៉ាងណាឲ្យទារកអាចបៅដោះបានយ៉ាងងាយស្រួល
- ចៀសវាងការប្រើដប និងក្បាលដោះជ័រ។ បើចាំបាច់ ចូរច្របាច់ទឹកដោះ រួចបញ្ចុកតាមពែង។ បើមិនអាចធ្វើបានទេ អាចត្រូវការប្រើទឹកដោះជំនួសរហូតម្តាយមានទឹកដោះគ្រប់គ្រាន់ឡើងវិញ។

២. របៀបបង្កើនបរិមាណទឹកដោះ

មធ្យោបាយចម្បងដើម្បីបង្កើនបរិមាណទឹកដោះ ឬចាប់ផ្តើមបំបៅដោះឡើងវិញ គឺការឲ្យទារកជញ្ជក់ដោះម្តាយយ៉ាងញឹកញាប់ ដើម្បីភ្ញោចដោះ។

- ផ្តល់ទឹកដោះជំនួសតាមពែង ខណៈពេលរង់ចាំឲ្យទឹកដោះម្តាយផលិតឡើងវិញ។ ចូរកុំប្រើដប ឬក្បាលដោះ។ បន្ថយទឹកដោះជំនួសមួយថ្ងៃ ៣០–៦០ml នៅពេលទឹកដោះម្តាយចាប់ផ្តើមកើនឡើង។ តាមដានការឡើងទម្ងន់របស់ទារក។

៣. ទារកមិនព្រម ឬមិនចង់បៅដោះ

មូលហេតុចម្បងដែលទារកមិនព្រមបៅដោះ មានដូចជា ៖

- ទារកមានជំងឺ, មានភាពឈឺចាប់, ឬងងុយ។
  - បើកុមារអាចជញ្ជក់បាន គួរលើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យបំបៅដោះជាញឹកញាប់។ បើទារកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ម្តាយអាចច្របាច់ទឹកដោះ រួចបញ្ចុកតាមពែង ឬតាមបំពង់ចូលក្រពះ រហូតទារកអាចបៅដោះឡើងវិញបាន។
  - បើទារកកំពុងស្ថិតក្នុងមន្ទីរពេទ្យ គួររៀបចំឲ្យម្តាយបាននៅជាមួយទារក ដើម្បីបំបៅដោះកូន។
  - ជួយគាំទ្រម្តាយក្នុងការរិះរករបៀបបីទ្រកូនដើម្បីកុំឲ្យប៉ះចំកន្លែងឈឺរបស់ទារក។
  - ពន្យល់ម្តាយពីរបៀបសម្អាតសំបោរក្នុងច្រមុះកូន។ ណែនាំឲ្យបំបៅដោះខ្លីៗ និងញឹកញាប់ជាងធម្មតា ពីរបីថ្ងៃ។
  - ការឈឺក្នុងមាត់អាចបណ្តាលមកពីការបង្ករោគដោយផ្សិត (ជ្រាំង) ឬការដុះធ្មេញ។ ព្យាបាលការបង្ករោគដោយឱសថទឹកខាប់ nystatin (១០០.០០០U/ml)។ បន្តក់ ១–២ml ទៅក្នុងមាត់ទារកចំនួន ៤ដង ក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ។ បើគ្មានទេ ចូរលាបទឹកស្វាយ(gentian violet) ១%។ បើកុមារកំពុងដុះធ្មេញ គួរលើកទឹកចិត្តម្តាយឲ្យមានភាព

អត់ធ្មត់ និងបន្តការបំបៅដោះ។
- បើម្ដាយកំពុងប្រើឱសថងងុយដេកជាប្រចាំ, គួរបន្ថយកម្រិតឱសថ ឬសាកល្បងប្រើឱសថជំនួសដែលមិនសូវងងុយ។
- មានភាពលំបាកក្នុងបច្ចេកទេសបំបៅដោះ
  - ជួយគាំទ្រក្នុងបច្ចេកទេសបំបៅដោះ ៖ ធានាថាទារកត្រូវបានដាក់ក្នុងទីតាំងត្រឹមត្រូវ និងផ្អឹបទៅដោះបានល្អ ដោយមិនសង្កត់ក្បាលទារក ឬអង្រួនដោះឡើយ។
  - ផ្ដល់ដំបូន្មានដល់គាត់កុំឲ្យប្រើដប ឬក្បាលដោះជ័រ ៖ បើចាំបាច់ ប្រើពែង។
  - ព្យាបាលការឡើងដោះ ដោយច្របាច់ទឹកដោះចោលខ្លះ, បើមិនដូច្នោះទេ វាអាចបណ្ដាលឲ្យរលាកដោះ ឬអាប់សែ។ បើទារកមិនអាចជញ្ជក់ទេ គួរជួយម្ដាយពីរបៀបច្របាច់ទឹកដោះ។
  - ជួយបន្ថយការបំបៅដោះច្រើនពេក។ បើទារកត្រូវបានដាក់ផ្អឹបមិនល្អ ហើយជញ្ជក់គ្មានប្រសិទ្ធភាពទេ ទារកអាចបៅដោះកាន់តែញឹកញាប់ ឬកាន់តែយូរ, ដែលភ្ញោចដោះឲ្យផលិតទឹកដោះលើសពីតម្រូវការ។ ការផលិតទឹកដោះលើស ក៏អាចកើតឡើងផងដែរបើម្ដាយព្យាយាមឲ្យកូនបៅដោះទាំងសងខាងពេលបំបៅម្ដងៗ ដែលវាមិនចាំបាច់ទេ។
- ការផ្លាស់ប្ដូរធ្វើឲ្យទារកទាស់ចិត្ត

ការផ្លាស់ប្ដូរដូចជាការបំបែកពីម្ដាយ, អ្នកថែទាំថ្មី, ម្ដាយមានជំងឺ, ការផ្លាស់ប្ដូរសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃក្នុងគ្រួសារ, ឬការប្រែប្រួលក្លិនម្ដាយ (ដោយសារប្ដូរសាប៊ូ, អាហារ, ឬមករដូវ) អាចធ្វើឲ្យទារកទាស់ចិត្ត រួចធ្វើឲ្យទារកមិនព្រមបៅដោះ។

ទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត និងទារកឈឺ

ទារកដែលមានទម្ងន់ពេលកើត <២.៥kg ត្រូវការទឹកដោះច្រើនជាងទារកធំៗទៅទៀត, ប៉ុន្តែជាញឹកញាប់ ពួកគេមិនអាចបៅដោះបានភ្លាមបន្ទាប់ពីកើតទេ ជាពិសេសបើពួកគេមានរូបរាងតូចជាខ្លាំង។

ក្នុងរយៈពេលពីរបីថ្ងៃដំបូង ទារកប្រហែលជាមិនអាចទទួលយកទឹកដោះតាមមាត់បានទេ ហើយអាចត្រូវការផ្តល់អាហារតាមសរសៃ។ ចាប់ផ្តើមការផ្តល់អាហារឲ្យបានឆាប់ក្នុងថ្ងៃទី១ ទោះបីតែបន្តិចបន្តួចក៏ដោយ ឬចាប់ផ្តើមឲ្យបានឆាប់នៅពេលដែលទារកអាចទទួលយកទឹកដោះតាមមាត់បាន។

ទារកដែលមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងពេលកើត (<១.៥kg) អាចត្រូវបានផ្តល់ទឹកដោះតាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមមាត់ឬតាមច្រមុះ ក្នុងអំឡុងពីរបីថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត។ ល្អបំផុតគួរផ្តល់ទឹកដោះដែលច្របាច់ពីដោះម្តាយ។ ម្តាយអាចឲ្យទារកជញ្ជក់ម្រាមដៃរបស់គាត់ដែលបានលាងស្អាត ខណៈកំពុងផ្តល់ទឹកដោះតាមបំពង់ចូលមាត់។ ធ្វើបែបនេះអាចភ្ញោចផ្លូវរំលាយអាហាររបស់ទារក និងជួយឲ្យឡើងទម្ងន់។

ទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត ហើយមានអាយុក្នុងផ្ទៃ ≥ ៣២សប្តាហ៍, អាចចាប់ផ្តើមជញ្ជក់ដោះ។ ឲ្យម្តាយដាក់ទារកលើទ្រូងរបស់គាត់ឲ្យបានឆាប់ នៅពេលដែលទារកមានសុខភាពធម្មតា។ បន្តផ្តល់ទឹកដោះដែលបានច្របាច់ តាមពែង ឬបំពង់ ដើម្បីប្រាកដថាទារកទទួលបានអាហារូបត្ថម្ភចាំបាច់គ្រប់យ៉ាង។

ទារកដែលមានអាយុក្នុងផ្ទៃ ≥ ៣៤–៣៦សប្តាហ៍ ជាទូទៅត្រូវការបៅដោះម្តាយតែមួយមុខដោយមិនមានជំនួយ។

ទារកដែលមិនអាចបៅដោះ

ទារកដែលមិនបៅដោះម្តាយ គួរទទួលបាន ៖

- ទឹកដោះដែលច្របាច់ (ល្អបំផុតពីម្តាយរបស់ទារកផ្ទាល់) ឬទឹកដោះស្ត្រីដទៃដែលមានសុវត្ថិភាព, ឬ
- ម្សៅទឹកដោះគោដែលឆុងជាមួយទឹកស្អាត ឬបើអាច ទឹកដោះដែលរៀបចំស្រាប់
- បើគ្មានទាំង២នេះទេ គួរពិចារណាពីទឹកដោះ

ការបញ្ចុកទឹកដោះច្របាច់តាមពែង

របស់សត្វ។ លាយទឹក ៥0ml ទៅក្នុងទឹកដោះសត្វគោ ១00ml, បន្ទាប់មកបន្ថែមស្ករ ១0g, រួមជាមួយសារធាតុបំប៉នដែលអនុញ្ញាតត្រូវប្រើ។ បើអាចគួរកុំប្រើជាមួយទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ។

ទឹកដោះម្តាយដែលច្របាច់ គឺជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុត, ដោយផ្តល់ទៅតាមបរិមាណដូចខាងក្រោម ៖

- *ទារក ≥ ២.0kg:* ផ្តល់ ១៥0ml/kg រៀងរាល់ថ្ងៃ, ដោយបែងចែកជា ៨ពេលដែលមានចន្លោះពីគ្នា ៣ម៉ោង។
- *ទារក < ២.0kg:* មើលទំ. ៩៦ អំពីសេចក្តីណែនាំលម្អិតសម្រាប់ទារកដែលមានទម្ងន់ទាបពេលកើត។
- បើកុមារខ្សោយជាខ្លាំង មិនអាចជញ្ជក់បាន ប៉ុន្តែអាចលេបបាន, គួរផ្តល់ទឹកដោះតាមពែង។ គួរផ្តល់តាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមមាត់ ឬតាមច្រមុះ បើកុមារមានភាពល្ហិតល្ហៃ ឬបាត់ចំណង់អាហារ ឬមិនអាចលេបបាន។

១០.១.២ ការគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់កុមារឈឺ

គោលការណ៍សម្រាប់ការផ្តល់អាហារដល់ទារក និងកុមារតូចៗដែលឈឺ មាន ៖

- ការបន្តបំបៅដោះ។
- កុំផ្អាកអាហារ។
- ផ្តល់អាហារម្តងបន្តិចៗ ជាញឹកញាប់ រៀងរាល់២-៣ម៉ោង។
- លួងលោម, លើកទឹកចិត្ត និងមានភាពអត់ធ្មត់។
- ផ្តល់អាហារតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ បើកុមារបាត់ចំណង់អាហារធ្ងន់ធ្ងរ។
- លើកកម្ពស់ការធំលូតលាស់ឡើងវិញ បន្ទាប់ពីមានចំណង់អាហារឡើងវិញ។

អាហារដែលផ្តល់ឲ្យកុមារ គួរតែ ៖

- មានរសជាតិល្អ (សម្រាប់កុមារ)

- ងាយបរិភោគ (ទន់ ឬរាវ)
- ងាយរំលាយ
- សម្បូរអាហារូបត្ថម្ភ ៖ សម្បូរថាមពល និងសារធាតុប៉ូវប៉ន។

គោលការណ៍ជាមូលដ្ឋាននៃការគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភ គឺដើម្បីផ្តល់ជូនរបបអាហារមួយដែលមានថាមពលគ្រប់គ្រាន់ និងប្រូតេអ៊ីនខ្ពស់។ អាហារដែលសម្បូរខ្លាញ់ ឬប្រេងត្រូវបានណែនាំ, ជាតិខ្លាញ់អាចមានចំនួនដល់ ៣០–៤០% នៃកាល់ឡូរីសរុប។ ម្យ៉ាងទៀតការផ្តល់អាហារញឹកញាប់ គឺជាការចាំបាច់ដើម្បីទទួលបានថាមពលខ្ពស់។ សម្រាប់កុមារឈឺ គួរផ្តល់វីតាមីនចម្រុះ និងជាតិរ៉ែបន្ថែម។

កុមារគួរត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឲ្យបរិភោគម្តងបន្តិចៗ យ៉ាងញឹកញាប់។ បើទុកឲ្យកុមារតូចៗហូបខ្លួនឯង ឬដណ្តើមគ្នាហូបជាមួយបងៗ នោះពួកគេអាចនឹងទទួលអាហារមិនបានគ្រប់គ្រាន់ទេ។

ការស្ទះច្រមុះ ដោយសំបោរស្ងួត ឬក្រាស់ អាចរំខានដល់ការផ្តល់អាហារ។ បន្តក់សេរ៉ូមប្រៃចូលច្រមុះ និងត្បាររន្ធច្រមុះដោយចុងក្រណាត់សើម អាចជួយធ្វើឲ្យសំបោរក្លាយជារាវ។

កុមារភាគតិចដែលមិនអាចបរិភោគច្រើនថ្ងៃ (ឧទា. ដោយសារកម្រិតស្មារតីមិនល្អក្នុងជំងឺរលាកស្រោមខួរ ឬបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមក្នុងជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ) អាចតម្រូវឲ្យផ្តល់អាហារតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។ ឱកាសនៃការឈ្លក់ចូលសួត អាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ប្រសិនបើផ្តល់ម្តងបន្តិចៗ ជាញឹកញាប់, និងធានាថាបំពង់ត្រូវបានស៊ិកចូលទៅដល់ក្រពះ មុននឹងផ្តល់អាហារម្តងៗ។

ដើម្បីជាជំនួយដល់ការគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភដល់កុមារនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ, គួរបង្កើនការផ្តល់អាហារក្នុងអំឡុងពេលសះស្បើយ ដើម្បីទទួលបានមកវិញនូវទម្ងន់ដែលបានស្រក។ ជាការសំខាន់គឺម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលត្រូវផ្តល់អាហារដល់កុមារ កាន់តែញឹកញាប់ជាងធម្មតា (យ៉ាងហោចបន្ថែមអាហារមួយពេលក្នុងមួយថ្ងៃ) បន្ទាប់ពីកុមារមានចំណង់ហូបអាហារឡើងវិញ។

អាហារក្នុងដំណាក់កាលធំធាត់

រូបមន្តផ្សំដែលផ្តល់កាល់ឡូរី ១00kcal និងប្រូតេអ៊ីន ៣g/១00ml។ អាហារមួយពេលមានកាល់ឡូរីប្រហែល ២00kcal និងប្រូតេអ៊ីន ៦g។ កុមារគួរបរិភោគអាហារ៧ពេល ក្នុង២៤ម៉ោង។

រូបមន្តផ្សំទី១ (បបរដោយគ្មានទឹកដោះ)

គ្រឿងផ្សំ	ដើម្បីផ្សំឲ្យបាន១លីត្រ	សម្រាប់មួយពេល
សម្រាប់មួយពេល	១00g	២0g
សណ្តែកដី ឬម្សៅស្អិតកូរពីគ្រាប់ធញ្ញជាតិប្រេង	១00g	២0g
ស្ករ	៥0g	១0g

ធ្វើបបរខាប់ បន្ទាប់មកកូរជាមួយម្សៅស្អិត និងស្ករ។ ធ្វើឲ្យបាន១លីត្រ។

រូបមន្តផ្សំទី២ (បបរជាមួយទឹកដោះ ឬបាយកិន)

គ្រឿងផ្សំ	ដើម្បីផ្សំឲ្យបាន១លីត្រ	សម្រាប់មួយពេល
ម្សៅធញ្ញជាតិ	១២៥g	២៥g
ទឹកដោះ (ស្រស់ ឬទឹកដោះទាំងមូល)	៦00ml	១២0ml
ស្ករ	៧៥g	១៥g
ប្រេង ឬ ប៊ឺធ្វើពីប្រេងរុក្ខជាតិ	២៥g	៥g

ធ្វើបបរខាប់ជាមួយទឹកដោះ និងទឹកបន្តិចប៉ុណ្ណោះ (ឬប្រើម្សៅទឹកដោះទាំងមូលចំនួន ៧៥g ជំនួសឲ្យទឹកដោះរាវ ៦00ml), បន្ទាប់មកបន្ថែមស្ករ និងប្រេង។ ធ្វើឲ្យបាន១លីត្រ។

សម្រាប់បាយកិន, ចូរជំនួសម្សៅធញ្ញជាតិ ដោយអង្ករក្នុងបរិមាណដូចគ្នា។

រូបមន្តផ្សំជូរបមន្តផ្សំទាំងនេះ អាចត្រូវបានបន្ថែមដោយវីតាមីនចម្រុះ និងជាតិរ៉ែ។

រូបមន្តផ្សំទី៣ (អាហារប្រើអង្ករ)

គ្រឿងផ្សំ	ដើម្បីធ្វើចំនួន ៦០០g	សម្រាប់១ពេល
អង្ករ	៧៥g	២៥
សណ្តែក	៥០g	២០g
ល្ពៅ	៧៥g	២៥g
ស្លឹកបន្លែបៃតង	៧៥g	២៥g
ប្រេង ឬប៊ឺធ្វើពីប្រេងរុក្ខជាតិ	២៥g	១០g
ទឹក	៨០០ml	

ដាក់អង្ករ សណ្តែក ល្ពៅ ប្រេង គ្រឿងទេស និងទឹកទៅក្នុងឆ្នាំង រួចចម្អិនវាដោយបិទគម្របៗ បន្ថែមស្លឹកបន្លែចិញ្ច្រាំ នៅពេលវាជិតពុះ។ ចម្អិនឲ្យពុះពីរបីនាទី។

រូបមន្តផ្សំទី៤ (អាហារធ្វើពីអង្ករ ជាមួយអាហារគ្រួសារ)

គ្រឿងផ្សំ	បរិមាណសម្រាប់១ពេល
បាយ	៩០g (៤.៥ស្លាបព្រាធំ)[a]
សណ្តែកកិនឆ្អិន	៣០g (១.៥ស្លាបព្រាធំ)
ល្ពៅកិនឆ្អិន	៣០g (១.៥ស្លាបព្រាធំ)
ប៊ឺធ្វើពីប្រេងរុក្ខជាតិ ឬប្រេង	១០g (២ស្លាបព្រាកាហ្វេ)[b]

ពង្រាវអាហារកិនដោយប្រើប្រេង ឬប៊ឺធ្វើពីប្រេងរុក្ខជាតិ

រូបមន្តផ្សំទី៩ (អាហារធ្វើពីពោត ជាមួយអាហារគ្រួសារ)

គ្រឿងផ្សំ	បរិមាណសម្រាប់១ពេល
បបរពោតខាប់	១៤0g (៦ស្លាបព្រាធំ)[a]
ម្សៅស្អិតកូរសណ្តែកដី	១៥g (៣ស្លាបព្រាកាហ្វេ)[b]
ស៊ុត	៣0g (ស៊ុត១)
ស្លឹកបន្លែបៃតង	២0g (១ក្បង់ដៃ)

លាយម្សៅសណ្តែកដី និងស៊ុកឆៅ ទៅក្នុងបបរពោត។ ចម្អិនពីរបីនាទី។ បំពង់ខ្ទឹម និងប៉េងប៉ោះដើម្បីបន្ថែមរសជាតិ រួចដាក់ស្លឹកបន្លែ។ ចូកទៅដាក់ក្នុងបបរ ឬហូបដោយឡែក ។

a ស្លាបព្រាធំ = ស្លាបព្រា ១0ml
b ស្លាបព្រាកាហ្វេ = ៥ ml

គំនូសបំព្រួមទី១៦. អនុសាសន៍សម្រាប់ការផ្ដល់អាហារ ក្នុងពេលឈឺ និងជា[a]

អាយុ៦ខែចុះក្រោម

- បំបៅដោះឲ្យបានញឹកញាប់តាមដែលកូនចង់បៅ ទាំងថ្ងៃ និងយប់, យ៉ាងតិច៨ដង ក្នុង២៤ម៉ោង។ ការបំបៅដោះញឹកញាប់ ធ្វើឲ្យរាងកាយផលិតទឹកដោះកាន់តែច្រើន។
- បើកុមារអាយុ <១សប្ដាហ៍ និងមានទម្ងន់ទាបពេលកើត, ចូរផ្ដល់អាហារយ៉ាងតិចរៀងរាល់២-៣ម៉ោង។ ដាស់ទារកឲ្យងើបបៅដោះ បន្ទាប់ពី៣ម៉ោង។
- សូមកុំផ្ដល់អាហារឬជាតិទឹកដទៃទៀតឡើយ។
- បើកុមារមានអាយុ > ៤ខែ, មើលទៅហាក់ដូចជានៅតែឃ្លានបន្ទាប់ពីបៅដោះ និងមិនឡើងទម្ងន់គ្រប់គ្រាន់ សូម ៖
  - ផ្ដល់អាហារបន្ថែម (មើលខាងក្រោម)។
  - ផ្ដល់អាហារបន្ថែម ២-៣ ស្លាបព្រាបាយបន្ទាប់ពីបៅដោះ, ១ឬ២ ដងក្នុងមួយថ្ងៃ។

អាយុ ៦-១២ខែ

- បំបៅដោះឲ្យបានញឹកញាប់តាមដែលកុមារចង់បៅ ទាំងថ្ងៃ និងយប់, យ៉ាងតិច ៨ដងក្នុង២៤ម៉ោង។
- ផ្ដល់អាហារសមស្របដែលសម្បូរសារធាតុចិញ្ចឹម ដែលកិន ឬចិញ្ច្រាំមត់, ឲ្យបានគ្រប់គ្រាន់ដល់កុមារ, រួចបង្កើនបរិមាណបន្តិចម្ដងៗជាប្រចាំ (សម្រាប់ឧទាហរណ៍ សូមមើលតារាងទី៣១) ៖
  - ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ បើនៅបៅដោះ
  - ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ បើឈប់បៅដោះ, រួមទាំងទឹកដោះគោ ១-២ពែង

គំនូសបំព្រួមទី១៦. ត

អាយុ ១២ខែ ដល់ ២ឆ្នាំ

- បំបៅដោះឲ្យបានញឹកញាប់ តាមដែលកុមារចង់បៅ។
- ផ្ដល់អាហារចម្រុះដែលសម្បូរសារធាតុចិញ្ចឹម,ឲ្យបានគ្រប់គ្រាន់ដល់កុមារ (សម្រាប់ឧទាហរណ៍ សូមមើលតារាងទី៣១) ឬអាហារគ្រួសារ ៥ដងក្នុង១ថ្ងៃ។
- ផ្ដល់អាហារសម្រន់ ១ ឬ ២ដង នៅចន្លោះពេលអាហារចម្បង និងបន្តផ្ដល់អាហារយ៉ាងអត់ធ្មត់។

អាយុ ≥២ឆ្នាំ

- ផ្ដល់អាហារគ្រួសារ ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ម្យ៉ាងទៀត ផ្ដល់អាហារសម្បូរសារធាតុចិញ្ចឹម ២ដងចន្លោះពេលអាហារចម្បង (សម្រាប់ឧទាហរណ៍ សូមមើលតារាងទី៣១)។
- និយាយជាមួយកុមារក្នុងពេលផ្ដល់អាហារហើយសំឡឹងអោយចំភ្នែកកុមារ។

[a] របបអាហារប្រចាំថ្ងៃដែលល្អ គួរមានបរិមាណគ្រប់គ្រាន់ និងសម្បូរថាមពល (ឧទាហរណ៍ ម្សៅធញ្ញជាតិខាប់លាយជាមួយប្រេង), សាច់, ត្រី, ស៊ុត ឬសណ្ដែក, ផ្លែឈើ និងបន្លែ។

តារាងទី៣១. ឧទាហរណ៍អំពីការកែសម្រួលសេចក្តីណែនាំស្តីពីការផ្តល់អាហារ ទៅតាមប្រទេសផ្សេងៗ ដូចជាប្រទេស Bolivia, Indonesia, Nepal, South Africa និង United Republic of Tanzania

ប្រទេស	អាយុ ៦–១២ ខែ	អាយុ ១–២ ឆ្នាំ	អាយុ ≥ ២ ឆ្នាំ
Bolivia	បបររាវពីធញ្ញជាតិ, បន្លែកិន,សាច់ចិញ្ច្រាំ ឬស៊ុតក្រហម, ផ្លែឈើ ចាប់ពីអាយុ៩ខែ ៖, ស៊ុតទាំងមូល	អាហារគ្រួសារ រួមជាមួយផ្លែឈើ, បង្អែមទឹកដោះគោ, យ៉ាវអ៊្លួរ, ប៊ឺ, ទឹកដោះគោមួយថ្ងៃ២ដង	
Indonesia	បបរជាមួយស៊ុត, សាច់មាន់, ត្រី, សាច់, ការ៉ុត, ស្ពៃ, សណ្តែកខៀវ, ប្រេង, ប្រេងដូងៗ ម្យ៉ាងទៀត មានអាហារសម្រន់២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ចន្លោះអាហារចម្បង, ដូចជាបង្អែមសណ្តែកខៀវ, បបរ, ចេក, នំប្រអប់, នំចំហុយ		អាហារគ្រួសារ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ដែលមានបាយ, អាហារក្រៅពេល, បន្លែ និងផ្លែឈើៗ ម្យ៉ាងទៀត អាហារបន្ថែម២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ដូចជាសណ្តែកខៀវ, បបរ, ចេក, នំប្រអប់, នំចំហុយ
Nepal	អាហារកិន ដូចជាបាយ, សណ្តែក, នំប៉័ង, នំប្រអប់, ទឹកដោះគោ, យ៉ាវអ៊្លួរ, ផ្លែឈើ (ចេក, ត្របែក, ស្វាយ), បន្លែ(ដំឡូង ការ៉ុត បន្លែស្លឹកបៃតង សណ្តែក), សាច់, ត្រី, និងស៊ុត		
South Africa	បបរដែលមានបន្ថែមប្រេង, ប៊ឺ-សណ្តែក ឬសណ្តែកដី, ប៊ឺធ្វើពីប្រេងរុក្ខជាតិ និងសាច់មាន់,	បបរដែលមានបន្ថែមប្រេង, ប៊ឺ-សណ្តែក ឬសណ្តែកដី, ប៊ឺធ្វើពីប្រេងរុក្ខជាតិ និងសាច់មាន់,	នំប៉័ង និងប៊ឺសណ្តែកដី, ផ្លែឈើស្រស់ ឬខ្លាញ់ទឹកដោះ

តារាងទី៣១. ឧទាហរណ៍អំពីការកែសម្រួលសេចក្តីណែនាំស្តីពីការផ្តល់អាហារ ទៅតាមប្រទេសផ្សេងៗ ដូចជាប្រទេស Bolivia, Indonesia, Nepal, South Africa និង United Republic of Tanzania

ប្រទេស	អាយុ ៦–១២ ខែ	អាយុ ១–២ ឆ្នាំ	អាយុ ≥ ២ ឆ្នាំ
South Africa	សណ្តែក, ទឹកដោះគោ, ផ្លែឈើ និងបន្លែ, អារ៉ូកាដូកិន, ឬអាហារគ្រួសារ	ទឹកដោះគោ, ផ្លែឈើ និងបន្លែ, អារ៉ូកាដូឬចេកកិន, ត្រីខ, ឬអាហារគ្រួសារ	
United Republic of Tanzania	បបរ, អាហារលាយដែលមានទឹកដោះគោ, អាហារកិន (បាយ, ដំឡូង, ម្សៅ)។ បន្ថែមសណ្តែកផ្សេងៗ, សាច់, ត្រី។ បន្ថែមបន្លែបៃតង ឬផ្លែឈើ ដូចជាល្ហុង ស្វាយ ចេក ឬអារ៉ូកាដូ។ បន្ថែមប្រេងមួយស្លាបព្រាទៅក្នុងអាហារ។		អាហារសម្រន់សម្បូរសារធាតុចិញ្ចឹម ដូចជាទឹកដោះគោ ផ្លែឈើ២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ។

១០.២ ការគ្រប់គ្រងជាតិទឹក

តម្រូវការជាតិទឹកសរុបប្រចាំថ្ងៃសម្រាប់កុមារម្នាក់ ត្រូវបានគណនាតាមរូបមន្តនេះ ៖ ១០០ml/kg សម្រាប់ទម្ងន់ ១០kg ដំបូង, បន្ទាប់មក ៥០ml/kg សម្រាប់ ១០kg ទៀត, ចុងក្រោយគឺ ២៥ml/kg សម្រាប់ទម្ងន់១គីឡូបន្តបន្ទាប់ទៀត ។ ឧទាហរណ៍, ទារកទម្ងន់ ៨kg ទទួលបានជាតិទឹក ៨ x ១០០ml = ៨០០ml ក្នុងមួយថ្ងៃ, កុមារទម្ងន់ ១៥kg (១០ x ១០០) + (៥ x ៥០) = ១២៥០ml ក្នុងមួយថ្ងៃ។

តារាងទី៣២. តម្រូវការជាតិទឹកសម្រាប់រក្សាលំនឹង

ទម្ងន់ខ្លួនរបស់កុមារ (គិតជា kg)	ជាតិទឹក (ml/ថ្ងៃ)
២	២០០
៤	៤០០
៦	៦០០
៨	៨០០
១០	១០០០
១២	១១០០
១៤	១២០០
១៦	១៣០០
១៨	១៤០០
២០	១៥០០
២២	១៥៥០
២៤	១៦០០
២៦	១៦៥០

ផ្តល់ជាតិទឹកដល់កុមារឈឺ ច្រើនជាងក្នុងតារាងនេះ បើកុមារមានគ្រុនក្តៅ (បង្កើន ១០% សម្រាប់ការឡើងកម្តៅ ១°C)។

ការតាមដានបរិមាណជាតិទឹកចូល

យកចិត្តទុកដាក់ពិសេសក្នុងការរក្សាលំនឹងជាតិទឹកដល់កុមារដែលឈឺធ្ងន់ ដែលប្រហែលជាមិនបានទទួលជាតិទឹកតាមមាត់មួយរយៈ។ ***ល្អបំផុត គួរផ្តល់ជាតិទឹកតាមមាត់ (តាមបំពង់ស៊ើកចូលក្រពះតាមមាត់ ឬច្រមុះ)។***

ប្រសិនបើត្រូវតែផ្តល់ជាតិទឹកតាមសរសៃ នោះការសំខាន់គឺត្រូវតាមដានការបញ្ចូលជាតិទឹកយ៉ាងដិតដល់ ព្រោះកុមារប្រឈមនឹងការលើសជាតិទឹក ដែលអាចបណ្តាលឲ្យខ្សោយបេះដូង ឬហើមខួរក្បាល។

ប្រសិនបើមិនអាចតាមដានការបញ្ចូលជាតិទឹកយ៉ាងដិតដល់ទេ គួរផ្តល់ជាតិទឹកតាមសរសៃតែសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ, ស្តុកសិបទិក, ការផ្តល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកតាមសរសៃ, និងសម្រាប់កុមារដែលមិនអាចទទួលជាតិទឹកតាមមាត់បាន (ដូចជាការធ្លាយពោះវៀន ឬបញ្ហាវះកាត់ពោះផ្សេងៗទៀត)។ ជាតិទឹករក្សាលំនឹងតាមសរសៃអាចជាសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាពាក់កណ្តាល រួមជាមួយគ្លុយកូស ៥% ឬ១០%។ ចូរកុំផ្តល់សេរ៉ូមផ្អែម ៥% តែឯង ព្រោះវាអាចបណ្តាលឲ្យសូដ្យូមក្នុងឈាមចុះទាប។ អានឧបសម្ព័ន្ធទី៤ ទំ.៣៧៧ អំពីសមាសភាគរបស់សេរ៉ូម។

១០.៣ ការគ្រប់គ្រងគ្រុនក្តៅ

សីតុណ្ហភាពដែលផ្តល់ជូនក្នុងគោលការណ៍ណែនាំទាំងនេះ គឺជា**សីតុណ្ហភាពរន្ធគូថ** បើខុសពីនេះ នឹងមានបញ្ជាក់ប្រាប់។ សីតុណ្ហភាពក្នុងមាត់មានកម្រិតទាបជាងប្រហែល ០.៥°C និងក្លៀក មានកម្រិតទាបជាងប្រហែល ០.៨°C។

គ្រុនក្តៅមិនមែនជាការចង្អុលបង្ហាញឲ្យផ្តល់ការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិកនោះទេ ហើយវាអាចជួយប្រព័ន្ធការពាររាងកាយក្នុងការប្រឆាំងនឹងមេរោគ។ គ្រុនក្តៅខ្លាំង (>៣៩°C ឬ > ១០២.២°F) អាចមានផលប៉ះពាល់គ្រោះថ្នាក់ ដូចជា ៖

- បន្ថយចំណង់ហូបអាហារ
- ធ្វើឲ្យកុមាររញ៉ាំរញ៉ូវ

- ការបណ្ដាលឲ្យប្រកាច់ចំពោះកុមារខ្លះអាយុពី៦ខែ ដល់៥ឆ្នាំ
- បង្កើនការប្រើប្រាស់អុកស៊ីហ្សែន (ឧទា. លើកុមារដែលមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង, ខ្សោយបេះដូង ឬរលាកស្រោមខួរ)។

គួរពិនិត្យរោគសញ្ញារបស់កុមារទាំងឡាយដែលមានគ្រុនក្ដៅ ដើម្បីរកមើលមូលហេតុពិតប្រាកដរបស់គ្រុនក្ដៅ ហើយផ្ដល់ការព្យាបាលសមស្រប (មើលជំពូកទី៦, ទំ.២៣១)។

ការព្យាបាលដោយឱសថបញ្ចុះកម្ដៅ

ឱសថ Paracetamol

គួរផ្ដល់ការព្យាបាលដោយឱសថ paracetamol តាមមាត់ តែសម្រាប់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី២ខែ ដែលមានគ្រុនក្ដៅ ≥៣៩°C (≥១០២.២°F) និងមិនស្រណុកក្នុងខ្លួនដោយសារក្ដៅខ្លាំង។ កុមារដែលនៅរហ័សរហួន និងលេងធម្មតា មិនទំនងជាទទួលប្រយោជន៍ពីឱសថ paracetamol ឡើយ ។

- ► កម្រិតថ្នាំរបស់ឱសថ Paracetamol គឺ ១៥mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង

ឱសថ Ibuprofen

ឱសថ ibuprofen និងឱសថ acetaminophen មានប្រសិទ្ធភាព និងសុវត្ថិភាពប្រហាក់ប្រហែលគ្នា, ប៉ុន្តែ ibuprofen, ក៏ដូចជាពពួកឱសថ NSAID ដទៃទៀតដែរ, គឺអាចបណ្ដាលឲ្យរលាកស្រទាប់ក្រពះ និងមានតម្លៃខ្ពស់ជាងបន្តិច។

- ► កម្រិតថ្នាំរបស់ឱសថ Ibuprofen គឺ ១០mg/kg រៀងរាល់៦-៨ម៉ោង

ឱសថដទៃទៀត

Aspirin មិនត្រូវបានណែនាំជាឱសថបញ្ចុះកម្ដៅជម្រើសទី១ទេ ព្រោះវាមានការពាក់ព័ន្ធនឹងចង្កោមរោគសញ្ញា Reye ដែលជាស្ថានភាពកម្រមួយ ប៉ុន្តែធ្ងន់ធ្ងរ ដែលប៉ះពាល់ដល់ថ្លើម និងខួរក្បាល។ ចៀសវាងការផ្ដល់ឱសថ aspirin ដល់កុមារដែលមានជំងឺអុតស្វាយ គ្រុនឈាម និងជំងឺចេញឈាមដទៃទៀត។

ឱសថដទៃទៀតមិនត្រូវបានណែនាំទេ ដោយសារវាបង្កឲ្យមានភាពពុល និងគ្មានប្រសិទ្ធភាព (ឱសថ dipyrone, phenylbutazone)។

ការថែទាំគាំទ្រ

គួរស្លៀកពាក់ស្តើងៗឲ្យកុមារដែលមានគ្រុនក្តៅ, ឲ្យកុមារនៅក្នុងបន្ទប់ដែលមានកម្តៅល្មម និងមានខ្យល់ចេញចូល, ហើយជំរុញឲ្យផឹកទឹកឲ្យបានច្រើន។

១០.៤ ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់

ការប្រើប្រាស់ឱសថបន្ថយភាពឈឺចាប់បានត្រឹមត្រូវ នឹងធ្វើឲ្យកុមារភាគច្រើនបានធូរស្រាលពីភាពឈឺចាប់ដោយសារជំងឺ នៅពេលដែលឱសថត្រូវបានផ្តល់តាមរបៀបខាងក្រោម ៖

- ផ្តល់ឱសថបន្ថយភាពឈឺចាប់ ជា២ជំហាន អាស្រ័យថាតើវាមានកម្រិតស្រាល ឬមធ្យមទៅខ្លាំង។
- ផ្តល់ឱសថបន្ថយភាពឈឺចាប់ យ៉ាងទៀងទាត់(ទៀងម៉ោង) ដើម្បីកុំឲ្យកុមារកើតមានភាពឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរឡើងវិញ ហើយទាមទារឱសថមួយដងទៀត។
- ផ្តល់ឱសថតាមផ្លូវសមស្របបំផុត ដែលងាយស្រួល មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ និងឈឺចាប់តិចជាងគេ, បើអាច គួរផ្តល់តាមមាត់ (ការផ្តល់តាមសាច់ដុំ អាចធ្វើឲ្យឈឺចាប់, ហើយបើមានស្តុក នោះវាអាចពន្យារប្រសិទ្ធភាពរបស់ឱសថ)។
- កែសម្រួលកម្រិតថ្នាំទៅតាមកុមារម្នាក់ៗ ព្រោះកុមារទាមទារកម្រិតថ្នាំខុសៗគ្នាដើម្បីទទួលបានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាមួយ, ហើយកត់ចំណាំកម្រិតថ្នាំដែលបានផ្តល់ឲ្យ ដើម្បីដឹងថាវាមានប្រសិទ្ធភាពកម្រិតណា។

គួរប្រើប្រាស់ឱសថខាងក្រោមនេះ ដើម្បីគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ៖

ភាពឈឺចាប់កម្រិតស្រាល ៖ ដូចជាឈឺក្បាល, ភាពឈឺចាប់ក្រោយពេលប៉ះទង្គិច, និងភាពឈឺចាប់ដោយសារសាច់ដុំរឹង។

- ផ្ដល់ឱសថ paracetamol ឬ ibuprofen ដល់កុមារអាយុលើស៣ខែ ដែលអាចទទួលឱសថតាមមាត់។ ចំពោះកុមារអាយុក្រោម៣ខែ ចូរប្រើតែឱសថ paracetamol ប៉ុណ្ណោះ។
  - paracetamol ចំនួន១០–១៥mg/kg រៀងរាល់៤-៦ម៉ោង
  - ibuprofen ចំនួន ៥–១០mg/kg រៀងរាល់៦-៨ម៉ោង

ភាពឈឺចាប់កម្រិតមធ្យមទៅធ្ងន់ធ្ងរ និងភាពឈឺចាប់ដែលមិនឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលខាងលើ ៖ ឱសថអាភៀនកម្រិតខ្លាំង៖

- ផ្ដល់ឱសថ morphine តាមមាត់ ឬតាមសរសៃ រៀងរាល់៤-៦ម៉ោង ឬតាមការចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមជាបន្តបន្ទាប់
- បើឱសថ morphine មិនអាចបន្ធូរភាពឈឺចាប់បានគ្រប់គ្រាន់ទេ នោះគួរប្ដូរទៅប្រភេទអាភៀនដទៃទៀត ដូចជា fentanyl ឬ hydromorphone។

ចំណាំ *៖ ចូរតាមដានយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្នពីការចុះខ្សោយផ្លូវដង្ហើម។ បើមានភាពស៊ាំកើតឡើង គួរបង្កើនកម្រិតថ្នាំដើម្បីរក្សាកម្រិតនៃការបន្ធូរភាពឈឺចាប់។*

ឱសថជំនួយ ៖ មិនមានភស្តុតាងគ្រប់គ្រាន់បញ្ជាក់ថាឱសថជំនួយ អាចបន្ធូរភាពឈឺចាប់អូសបន្លាយ ឬភាពឈឺចាប់ជាក់លាក់ ដូចជាភាពឈឺចាប់ដោយសារការខូចខាតប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ, ភាពឈឺចាប់ឆ្អឹង, ភាពឈឺចាប់ដែលពាក់ព័ន្ធការកន្ត្រាក់សាច់ដុំទេ។ ឱសថដែលត្រូវបានប្រើញឹកញាប់រួមមាន ឱសថ diazepam សម្រាប់ការកន្ត្រាក់សាច់ដុំ, ឱសថ carbamazepine សម្រាប់ភាពឈឺចាប់ដោយសារសរសៃប្រសាទ និងពពួកឱសថ corticosteroids (ដូចជា dexamethasone) សម្រាប់ភាពឈឺចាប់ដោយសារការហើមរលាកដែលសង្កត់លើសរសៃប្រសាទមួយ។

ការគ្រប់គ្រងភាពឈឺចាប់ដើម្បីអនុវត្តទម្រង់ការ

ថ្នាំស្ពឹក ៖ សម្រាប់ការឈឺចាប់លើស្បែកឬស្រទាប់ស្បែកស្ដើង ឬក្នុងពេលអនុវត្តទម្រង់ការដែលឈឺចាប់ (lidocaine ចំនួន១–២%)

- ឱសថ lidocaine ៖ បន្តក់លើទ្រនាប់កុំប្រេស ជូត(ប្រើស្រោមដៃ) លើដំបៅមាត់ដែលឈឺចាប់ មុននឹងផ្តល់អាហារ; ចាប់មានសកម្មភាពក្នុងពេល២-៥នាទី
- ឱសថ tetracaine, adrenaline និង cocaine ៖ បន្តក់លើទ្រនាប់កុំប្រេស រួចបិទពីលើមុខរបួសបើកចំហរ; មានប្រយោជន៍ពិសេសសម្រាប់ពេលដេរ។

១០.៥ ការគ្រប់គ្រងភាពស្លេកស្លាំង

ភាពស្លេកស្លាំងមិនធ្ងន់ធ្ងរ

កុមារតូចៗ (អាយុ < ៦ឆ្នាំ) ត្រូវបានចាត់ទុកថាមានភាពស្លេកស្លាំង បើ Hb របស់ពួកគេ < ៩.៣g/dl (ឬ អេម៉ាតូគ្រីត <២៧%)។ ប្រសិនបើមានភាពស្លេកស្លាំង ចូរចាប់ផ្តើមការព្យាបាល លើកលែងតែកុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ដែលក្នុងករណីនេះ សូមមើលទំ. ២១៨។

- ផ្តល់ជាតិដែកសម្រាប់ព្យាបាលនៅផ្ទះ (ឱសថគ្រាប់ជាតិដែក-ហ្វូឡាត ឬ កម្រិតថ្នាំជាស៊ីរ៉ូជាតិដែក រៀងរាល់ថ្ងៃ) រយៈពេល១៤ថ្ងៃ។
- ប្រាប់ម្តាយឲ្យនាំកូនត្រឡប់មកវិញបន្ទាប់ពី១៤ថ្ងៃ។ ព្យាបាលរយៈពេល៣ខែ ព្រោះការកែតម្រូវភាពស្លេកស្លាំង ត្រូវការពេល២-៤សប្តាហ៍, ហើយការស្តាបនាបន្ទុកជាតិដែកក្នុងខ្លួន ត្រូវការពេល១-៣ខែ។
- ប្រសិនបើកុមារមានអាយុលើស១ឆ្នាំ និងមិនទាន់ទទួលឱសថ mebendazole ក្នុងអំឡុង៦ខែចុងក្រោយ គួរផ្តល់ឱសថ mebendazole (៥00mg) មួយដង ដើម្បីទម្លាក់ព្រូនទំពក់ ឬព្រូនរំពាត់សេះ។
- ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយអំពីបច្ចេកទេសល្អៗក្នុងការផ្តល់អាហារ។

ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ

- ផ្តល់ការបញ្ចូលឈាមឲ្យបានឆាប់បំផុត (មើលខាងក្រោម) ដល់ ៖
  - កុមារទាំងឡាយដែលមាន អេម៉ាតូគ្រីត ≤ ១២% ឬ Hb ≤ ៤g/dl ។
  - កុមារដែលមានភាពស្លេកស្លាំងមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ (អេម៉ាតូគ្រីត >១២–១៥%,

Hb ៤–៥g/dl) រួមជាមួយសញ្ញាណាមួយខាងក្រោម ៖

- ស្តុក ឬការខ្វះជាតិទឹកដែលអាចសន្និដ្ឋានបែបគ្លីនិកបាន
- វិបត្តិកម្រិតស្មារតី
- ការលើសជាតិអាស៊ីតដោយសារខ្វះខ្យល់ក្នុងសួត (respiratory acidosis) (ដកដង្ហើមវែង និងពិបាក)
- ខ្សោយបេះដូង
- មានប៉ារ៉ាស៊ីតគ្រុនចាញ់ច្រើនក្នុងឈាម (គោលិកាឈាមក្រហមដែលផ្ទុកប៉ារ៉ាស៊ីតមានចំនួនលើសពី១០%)។

- បើមានគោលិកាឈាមក្រហមសុទ្ធ ចូរផ្តល់ចំនួន ១០ml/kg រយៈពេល៣-៤ម៉ោង។ បើគ្មានទេ ចូរផ្តល់ឈាមទាំងមូលចំនួន ២០ml/kg រយៈពេល ៣-៤ម៉ោង។
- ពិនិត្យចង្វាក់ដង្ហើម និងចង្វាក់ជីពចររៀងរាល់១៥នាទី។ បើមានមួយណាកើនឡើង ឬបើមានភស្តុតាងនៃការខ្សោយបេះដូង ដូចជា សំឡេងដូចអំបិលផ្ទុះនៅបាតសួត (basal lung crepitations), ថ្លើមរីក ឬសម្ពាធសរសៃវ៉ែននៅកកើនឡើង, ចូរបន្ថយល្បឿននៃការចាក់បញ្ចូល។ បើមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការលើសជាតិទឹកដោយសារការចាក់បញ្ចូលឈាម, ចូរផ្តល់ឱសថ furosemide តាមសរសៃ (១–២mg/kg) អាចរហូតដល់បរិមាណសរុបអតិបរមា ២០ mg ។
- បន្ទាប់ពីការចាក់បញ្ចូលឈាម បើ Hb នៅតែចុះទាប, បញ្ចូលឈាមម្តងទៀត។
- ចំពោះកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ, ការលើសជាតិទឹកគឺជាផលវិបាកញឹកញាប់ និងធ្ងន់ធ្ងរ។ ផ្តល់គោលិកាឈាមក្រហមសុទ្ធ បើមាន, ឬឈាមទាំងមូលចំនួន ១០ml/kg (ប្រសើរជាង ២០ml/kg), និងមិនត្រូវផ្តល់ឡើងវិញទេ ទោះជាមានកម្រិត Hb ប៉ុន្មានក៏ដោយ ឬក្នុងអំឡុង៤ថ្ងៃនៃការចាក់បញ្ចូល (មើលទំ.២១៨)។

១០.៦ ការចាក់បញ្ចូលឈាម

១០.៦.១ ការរក្សាទុកឈាម

ប្រើប្រាស់ឈាមដែលត្រូវបានពិនិត្យត្រឹមត្រូវ និងមិនឃើញមានមេរោគឆ្លង។ ចូរកុំប្រើឈាមដែលហួសកាលបរិច្ឆេទ ឬដែលចេញពីទូរទឹកកកលើស២ម៉ោង។

ការបញ្ចូលឈាមច្រើន ក្នុងល្បឿនលឿន >១៥ml/kg ក្នុង១ម៉ោង ដែលឈាមត្រូវបានរក្សាទុកក្នុងកម្រិត ៤°C អាចបណ្តាលឲ្យសីតុណ្ហភាពក្នុងខ្លួនចុះទាប ជាពិសេសចំពោះទារកតូចៗ។

១០.៦.២ បញ្ហាផ្សេងៗក្នុងការចាក់បញ្ចូលឈាម

ឈាមអាចជាយានចម្លងមេរោគ (ឧទា. ជំងឺគ្រុនចាញ់, ជំងឺស្វាយ, ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB និង C, មេរោគអេដស៍)។ ហេតុដូច្នេះ ចូរពិនិត្យអ្នកបរិច្ចាគឈាម រកជំងឺទាំងនេះឲ្យបានច្រើនមុខបំផុត។ ដើម្បីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គួរផ្តល់ឈាមតែក្នុងករណីចាំបាច់ប៉ុណ្ណោះ។

១០.៦.៣ សញ្ញាចង្អុលបង្ហាញពីតម្រូវការបញ្ចូលឈាម

មានសញ្ញាចង្អុលបង្ហាញទូទៅចំនួន៥ ពីតម្រូវការនៃការបញ្ចូលឈាម ៖

- ការបាត់បង់ឈាមស្រួចស្រាវ ដែលមានចំនួន២០-៣០% នៃបរិមាណឈាមសរុប ហើយការហូរឈាមនៅតែបន្ត
- ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ
- ស្កុកសិបទិក (បើសេរ៉ូមមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការរក្សាលំនឹងប្រព័ន្ធឈាមរត់ទេ, ត្រូវផ្តល់ការបញ្ចូលឈាម រួមជាមួយការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក)
- ត្រូវការប្រើឈាមទាំងមូល ដើម្បីផ្តល់ប្លាស្មា និងផ្លាកែតសម្រាប់កត្តាកំណកឈាម, បើមិនមានសមាសភាគជាក់លាក់របស់ឈាម
- ការប្តូរឈាមចំពោះទារកទើបកើតដែលកើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរ។

១០.៦.៤ ការចាក់បញ្ចូលឈាម

មុននឹងបញ្ចូលឈាម គួរពិនិត្យមើលថា ៖

- វាមានក្រុមឈាមត្រឹមត្រូវ, ហើយឈ្មោះអ្នកជំងឺ និងលេខសម្គាល់ មានសរសេរនៅលើស្លាក និងលិខិតសម្គាល់ (ក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់ គួរកាត់បន្ថយឱកាសនៃភាពមិនត្រូវគ្នារបស់ឈាម ឬការប្រតិកម្មនឹងឈាមបញ្ចូល តាមរយៈការផ្ទៀងផ្ទាត់ក្រុមឈាមជាក់លាក់ ឬការផ្តល់ឈាមអូអវិជ្ជមាន បើមាន)
- ថង់ឈាមមិនធ្លាយ
- កញ្ចប់ឈាមត្រូវបានយកចេញពីទូរទឹកកកមិនទាន់លើស២ម៉ោង, ប្លាស្មាមិនឡើងពណ៌ផ្កាឈូក ឬមានកំណកធំៗ, ហើយកោសិកាឈាមក្រហមមិនឡើងពណ៌ស្វាយ ឬខ្មៅ
- កុមារគ្មានសញ្ញានៃការខ្សោយបេះដូងទេ។ បើមាន ចូរផ្តល់ឱសថ furosemide តាមសរសៃចំនួន ១mg/kg ដល់កុមារដែលបរិមាណឈាមរត់មានភាពប្រក្រតី, នៅមុនពេលចាប់ផ្តើមចាក់បញ្ចូលឈាម។ មិនត្រូវចាក់បញ្ចូលក្នុងកញ្ចប់ឈាមទេ។

កត់ត្រាសីតុណ្ហភាព ចង្វាក់ដង្ហើម និងចង្វាក់ជីពចររបស់កុមារ នៅមុនពេលចាក់បញ្ចូលឈាម។

បរិមាណនៃឈាមទាំងមូលដែលត្រូវបញ្ចូល ដំបូងឡើងគួរមានចំនួន ២០ml/kg, ដោយផ្តល់រយៈពេល៣-៤ម៉ោង។

អំឡុងពេលបញ្ចូលឈាម ៖

- បើមាន គួរប្រើឧបករណ៍បញ្ចូលឈាម ដើម្បីគ្រប់គ្រងល្បឿននៃការបញ្ចូល។
- ពិនិត្យមើលថាឈាមកំពុងហូរក្នុងល្បឿនត្រឹមត្រូវ។
- រកមើលសញ្ញានៃការប្រតិកម្មនឹងឈាមបញ្ចូល (មើលខាងក្រោម), ជាពិសេសក្នុងរយៈពេល១៥នាទីដំបូង។

ការបញ្ចូលឈាម ។
ចំណាំ ៖ ប៊ុយរ៉ែតត្រូវបានប្រើសម្រាប់វាស់បរិមាណឈាម, ហើយឈើអបដៃ គឺដើម្បីបង្ការការបត់កែងដៃ។

- កត់ត្រាពីស្ថានភាពទូទៅ សីតុណ្ហភាព ជីពចរ និងចង្វាក់ដង្ហើមរបស់កុមាររៀងរាល់៣០នាទី។
- កត់ត្រាពីពេលវេលាចាប់ផ្តើម និងពេលបញ្ចប់នៃការចាក់បញ្ចូលឈាម, បរិមាណនៃឈាមដែលបានបញ្ចូល, និងប្រតិកម្មណាមួយ។

បន្ទាប់ពីការចាក់បញ្ចូលឈាម ៖

- វាយតម្លៃកុមារឡើងវិញ។ បើត្រូវការឈាមបន្ថែមទៀត គួរបញ្ចូលក្នុងបរិមាណប្រហែលមុន ព្រមទាំងផ្តល់ឱសថ furosemide (បើបានផ្តល់ពីមុន) ជាមុនផងដែរ។

១០.៦.៥ ការប្រតិកម្មនឹងឈាមបញ្ចូល

ប្រសិនបើមានការប្រតិកម្មនឹងឈាម កើតឡើង, ដំបូងត្រូវពិនិត្យមើលស្លាកបិទនៅលើកញ្ចប់ឈាម និងលិខិតសម្គាល់របស់អ្នកជំងឺ។ បើមានភាពខុសគ្នាណាមួយ ត្រូវបញ្ឈប់ការបញ្ចូលឈាមជាបន្ទាន់ រួចផ្តល់ដំណឹងដល់ឃ្លាំងឈាម។

ប្រតិកម្មកម្រិតស្រាល (ដោយសារភាពងាយប្រតិកម្មកម្រិតស្រាល)

រោគសញ្ញា ៖

- ស្នាមកន្ទួលរមាស់

ការគ្រប់គ្រង

- បន្ថយល្បឿននៃការបញ្ចូលឈាម។
- ផ្តល់ឱសថ chlorphenamine តាមសាច់ដុំ ចំនួន 0.១mg/kg បើមាន។
- បន្តការបញ្ចូលឈាមក្នុងល្បឿនធម្មតា ប្រសិនបើរោគសញ្ញាមិនកើនឡើងធ្ងន់ធ្ងរក្នុងរយៈពេល៣០នាទី។
- បើនៅតែមានរោគសញ្ញា ចូរចាត់ទុកជាការប្រតិកម្មកម្រិតមធ្យម (មើលខាងក្រោម)។

ប្រតិកម្មកម្រិតមធ្យម (ដោយសារភាពងាយប្រតិកម្មកម្រិតមធ្យម, ប្រតិកម្ម non-haemolytic, សារធាតុ pyrogens ឬមានបាក់តេរី)

រោគសញ្ញា ៖

- ស្នាមកន្ទួលរមាស់ធ្ងន់ធ្ងរ (បន្ទាលត្រអាក)
- ក្តៅមុខ
- គ្រុនក្តៅ > ៣៨°C (>១០០.៤°F) (***ចំណាំ ៖*** *គ្រុនក្តៅអាចនឹងកើតឡើងតាំងពីមុនការបញ្ចូលឈាម*)។
- រាងកាយរឹង
- ឡេះឡះ

- ចង្វាក់បេះដូងកើនឡើង

ការគ្រប់គ្រង

- បញ្ឈប់ការបញ្ចូលឈាម, ដោះខ្សែសេរ៉ូមចេញប៉ុន្តែមិនដកម្ជុលទេ។ រៀបចំការបញ្ចូលសេរ៉ូមជាថ្មីដោយប្រើសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា។
- ផ្តល់ឱសថ hydrocortisone តាមសរសៃចំនួន ២០០mg ឬ chlorphenamine តាមសាច់ដុំចំនួន 0.២៥mg/kg, បើមាន។
- ផ្តល់ឱសថពង្រីកទងសួត បើមានវីហ្សីង (wheezing) (អានទំ.១៦០–១៦១)។
- បញ្ជូនរបស់ទាំងនេះទៅឃ្លាំងឈាម ៖ ឈាម និងបរិក្ខារផ្តល់ឈាមដែលបានប្រើប្រាស់, ឈាមពីកន្លែងចាក់ផ្សេងទៀត, ទឹកនោមដែលយកក្នុង២៤ម៉ោង។
- បើមានភាពប្រសើរឡើង ចូរចាប់ផ្តើមការបញ្ចូលឈាមឡើងវិញយឺតៗដោយប្រើឈាមថ្មី ហើយសង្កេតមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- បើគ្មានភាពប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេល១៥នាទីទេ, ចាត់ទុកជាការប្រតិកម្មគំរាមកំហែងជីវិត (មើលខាងក្រោម), ហើយរាយការណ៍ទៅវេជ្ជបណ្ឌិតទទួលបន្ទុក និងឃ្លាំងឈាម។

ប្រតិកម្មគំរាមកំហែងជីវិត (ដោយសារការបែកគ្រាប់ឈាម, ការមានបាក់តេរី និងស្ពុកសិបទិក, លើសជាតិទឹក ឬការប្រតិកម្មឱសថ)

រោគសញ្ញា

- គ្រុនក្តៅ >៣៨°C (>១០០.៤°F) (***ចំណាំ ៖*** *គ្រុនក្តៅអាចនឹងកើតឡើងតាំងពីមុនការបញ្ចូលឈាម*)។
- រាងកាយរឹង
- ឡេះឡះ
- ចង្វាក់បេះដូងកើនឡើង
- ការដកដង្ហើមញាប់

- ទឹកនោមពណ៌ខ្មៅ ឬក្រហមក្រមៅ (អេម៉ូក្លូប៊ីនក្នុងទឹកនោម)
- ចេញឈាមគ្មានមូលហេតុ
- វង្វេងវង្វាន់
- សន្លប់

គួរកត់ចំណាំថា ចំពោះកុមារដែលសន្លប់ ការហូរឈាមមិនអាចគ្រប់គ្រងបាន ឬស្លុក អាចជាសញ្ញាតែ២មុខគត់នៃការប្រតិកម្មគំរាមកំហែងជីវិត។

ការគ្រប់គ្រង

- បញ្ឈប់ការបញ្ចូលឈាម, ដោះខ្សែសេរ៉ូមចេញប៉ុន្តែមិនដកម្ជុលទេ។ រៀបចំការបញ្ចូលសេរ៉ូមជាថ្មីដោយប្រើសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា។
- រក្សាផ្លូវដង្ហើមឲ្យបើកជានិច្ច រួចផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន (អានទំ.១៧)។
- ផ្ដល់ឱសថ adrenaline តាមសាច់ដុំចំនួន 0.១៥ ml នៃសូលុយស្យុង ១:១០០០។
- ព្យាបាលស្លុក (អានទំ. ១៩)។
- ផ្ដល់ឱសថ hydrocortisone តាមសរសៃចំនួន ២០០ mg ឬ chlorphenamine តាមសាច់ដុំចំនួន 0.១ mg/kg, បើមាន។
- ផ្ដល់ឱសថពង្រីកទងសួត បើមានវីហ្សីង (wheezing) (អានទំ.១៥១–១៥៣) ។
- រាយការណ៍ទៅវេជ្ជបណ្ឌិតទទួលបន្ទុកនិងមន្ទីរពិសោធន៍ឈាមឲ្យបានឆាប់បំផុត។
- រក្សាលំហូរឈាមទៅកាន់តម្រងនោម ដោយប្រើឱសថ furosemide តាមសរសៃចំនួន ១mg/kg។
- ផ្ដល់ឱសថអង់ទីប៊ីយោទីកសម្រាប់ septicaemia (អានទំ. ២៨១)។

១០.៧ ការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន

សញ្ញាចង្អុលប្រាប់

គួរប្រើមធ្យោបាយតាមដានអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម (អានទំ.៤៨៧) ជាជំនួយក្នុងការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន។ ផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែនដល់កុមារដែលមានកម្រិតអុកស៊ីហ្សែន

១០. ការថែទាំគាំទ្រ

< ៩០%។ នៅពេលគ្មានឧបករណ៍វាស់អុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាមទេ នោះគួរផ្អែកលើសញ្ញាគ្លីនិក ទោះបីវាមិនសូវមានភាពជឿជាក់ខ្ពស់ក៏ដោយ។ គួរផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនដល់កុមារដែលមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ, រលាកទងសួតធ្ងន់ធ្ងរ ឬជំងឺហឺត ដែល ៖

- មានសម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ
- មិនអាចផឹកទឹក (កើតឡើងដោយសារបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម)
- ប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូលខ្លាំង
- ចង្វាក់ដង្ហើម ≥៧០/នាទី
- សំឡេងដូចប្រឹង (grunting) គ្រប់ដង្ហើម (ទារកតូចៗ)
- ស្ថានភាពផ្លូវចិត្តអន់ថយ។

ប្រភព

គួរមានអុកស៊ីហ្សែនគ្រប់ពេលទាំងអស់។ ប្រភពសំខាន់២នៃអុកស៊ីហ្សែន គឺធុងស៊ីឡាំងអុកស៊ីហ្សែន និងម៉ាស៊ីនផលិតអុកស៊ីហ្សែន។ ការសំខាន់គឺត្រូវពិនិត្យមើលថាឧបករណ៍ទាំងអស់អាចដំណើរការបានល្អត្រឹមត្រូវ។

ធុងស៊ីឡាំង និងម៉ាស៊ីនផលិតអុកស៊ីហ្សែន

សូមអានព័ត៌មានអំពីឧបករណ៍នានាសម្រាប់ប្រើជាមួយធុងស៊ីឡាំង និងម៉ាស៊ីនផលិតអុកស៊ីហ្សែន និងសេចក្តីណែនាំពីរបៀបប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ទាំងនោះ នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំរបស់អង្គការ WHO ស្តីពីការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន និងប្រព័ន្ធអុកស៊ីហ្សែន។

ការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន

ក្នុងស្ថានភាពភាគច្រើន បំពង់ខ្មែងស៊កច្រមុះ (Nasal prongs) គឺជាមធ្យោបាយល្អជាងគេនៅក្នុងការផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន ព្រោះវាមានសុវត្ថិភាព និងមិនផ្តល់ភាពឈឺចាប់, អាចជឿជាក់បាន និងមិនអោយស្ទះដល់ផ្លូវខ្យល់ក្នុងច្រមុះឡើយ។ អាចប្រើកាតេទែស៊កច្រមុះ (Nasal catheter) ឬកាតេទែស៊កទៅក្រោយច្រមុះ (nasopharyngeal

catheter) តែក្នុងករណីគ្មានបំពង់ខ្នែងស៊កច្រមុះប៉ុណ្ណោះ។ ការប្រើប្រអប់ប្លាស្ទិក (headbox) គឺមិនត្រូវបានណែនាំឡើយ។ ម៉ាស់មុខភ្ជាប់ជាមួយថង់អុកស៊ីហ្សែន ដើម្បីផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន ១០០% អាចប្រើសម្រាប់ការសង្គ្រោះជីវិត។

ការព្យាបាលដោយអុកស៊ីហ្សែន ៖ បំពង់ខ្នែងស៊កច្រមុះ ត្រូវបានដាក់ត្រឹមត្រូវ និងបិទណែនល្អ

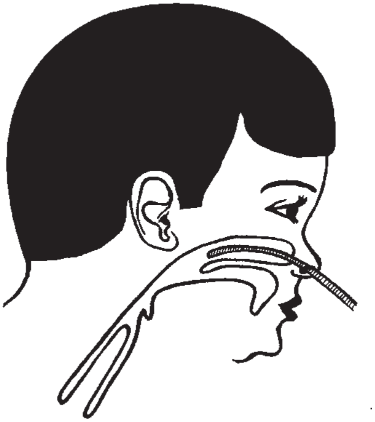
បំពង់ខ្នែងស៊កច្រមុះ ។ វាជាបំពង់ខ្លីៗដែលស៊កចូលក្នុងរន្ធច្រមុះ។ ស៊កវាល្មមតែចូលក្នុងរន្ធច្រមុះបន្តិច, ហើយបិតស្កុតឲ្យជាប់នៅលើថ្ពាល់ក្បែរច្រមុះ (មើលរូប)។ ពិនិត្យមើលថាគ្មានសំបោរក្នុងរន្ធច្រមុះ ដែលអាចបង្ខាំងលំហូរអុកស៊ីហ្សែន។

- កំណត់ល្បឿនត្រឹម ១–២ លីត្រ/នាទី (០.៥ លីត្រ/នាទី សម្រាប់ទារកតូចៗ) ដើម្បីផ្តល់កំហាប់អុកស៊ីហ្សែនរហូតដល់ ៤០%។ ការបន្សើម គឺមិនចាំបាច់ទេ នៅពេលប្រើបំពង់ខ្នែងស៊កច្រមុះ។

កាតេទែស៊កច្រមុះ។ កាតេទែលេខ ៦ ឬលេខ ៨ (ខ្នាត French gauge) ដែលត្រូវបានស៊កទៅក្នុងរន្ធច្រមុះ។ ស៊កកាតេទែចូលក្នុងចម្ងាយពីស្មើនឹងចម្ងាយពីចំហៀងរន្ធច្រមុះ ទៅដល់ចិញ្ចើមខាងក្នុង។

- កំណត់ល្បឿនបង្ហូរត្រឹម ១–២លីត្រ/នាទី។ មិនចាំបាច់បន្សើមទេ។

កាតេទែស៊កទៅក្រោយច្រមុះ។ កាតេទែលេខ ៦ ឬលេខ ៨ (ខ្នាត French gauge) ដែលត្រូវបានស៊កទៅក្នុងតំបន់ក្រោយច្រមុះ ក្រោមកន្លើតបន្តិច។ ស៊កកាតេទែចូលក្នុងចម្ងាយពីស្មើនឹងចម្ងាយពីចំហៀងរន្ធច្រមុះទៅដល់ផ្នែកខាង



មុខនៃត្រចៀក (មើលរូប)។ ប្រសិនបើស៊កជ្រៅពេក អាចធ្វើឲ្យក្អួត និងប៉ោងក្រពះ(កម្រ)។

- ▸ កំណត់ល្បឿនបង្ហូរត្រឹម ១–២លីត្រ/នាទី ដើម្បីចៀសវាងការប៉ោងក្រពះ។ ចាំបាច់ផ្តល់ការបនៀ្សម។

ការតាមដាន

បង្ហឹកគិលានុបដ្ឋាកពីរបៀបដាក់និងបិតបំពង់ខ្មែងច្រមុះយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។ ត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំ ដើម្បីប្រាកដថាឧបករណ៍មានដំណើរការធម្មតា ហើយដោះលាងសម្អាតបំពង់ខ្មែងយ៉ាងតិច២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ។

តាមដានកុមារយ៉ាងតិច៣ម៉ោងម្តង ដើម្បីរកមើលនិងកែតម្រូវបញ្ហាផ្សេងៗ, ដែលរួមមាន ៖

- កម្រិតអុកស៊ីហ្សែន ដោយប្រើឧបករណ៍វាស់អុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម
- ទីតាំងនៃបំពង់ខ្មែងស៊កច្រមុះ
- ការធ្លាយអុកស៊ីហ្សែនក្នុងប្រព័ន្ធផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន
- ល្បឿនបង្ហូរត្រឹមត្រូវ
- ការស្ទះផ្លូវខ្យល់ដោយសារសំបោរ (សម្អាតច្រមុះដោយចុងក្រណាត់សើម ឬបូមថ្នមៗ)

មធ្យោបាយតាមដានអុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម

កម្រិតអុកស៊ីហ្សែនធម្មតា (នៅកម្ពស់ទឹកសមុទ្រ) សម្រាប់កុមារគឺ ៩៥–១០០%;កុមារដែលមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ តែងតែមានកម្រិតទាបជាងនេះ។ គួរផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនបើកម្រិតធ្លាក់ <៩០% (វាស់ក្នុងខ្យល់បន្ទប់)។ កម្រិតទាបរបស់អុកស៊ីហ្សែននេះអាចកំណត់យកតម្លៃផ្សេងខុសគ្នាទៅតាមកម្រិតកម្ពស់ ឬបើខ្វះខាតអុកស៊ីហ្សែន។ គេអាចប្រើឧបករណ៍វាស់អុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម ដើម្បីពិនិត្យមើលការឆ្លើយតបចំពោះការព្យាបាល, ព្រោះកម្រិតគួរតែកើនឡើង បើកុមារមានជំងឺសួត (បើមានជំងឺបេះដូងខ្វះអុកស៊ីហ្សែន នោះកម្រិតអុកស៊ីហ្សែនមិនប្រែប្រួលទេ នៅពេលផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន)។ លំហូរអុកស៊ីហ្សែន

អាចត្រូវបានបន្ថយ ដើម្បីរក្សាលំនឹងកម្រិតអុកស៊ីហ្សែនឲ្យនៅ >៩០% ដោយមិនខ្ជះខ្ជាយអុកស៊ីហ្សែនច្រើនពេក។

រយៈពេលផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន

បន្តផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែនជាប់ជានិច្ច រហូតកុមារអាចរក្សាលំនឹងកម្រិតអុកស៊ីហ្សែន > ៩០% ក្នុងខ្យល់បន្ទប់។ នៅពេលកុមារមានស្ថានភាពនឹងនរ និងកំពុងមានភាពប្រសើរឡើង, ចូរដកអុកស៊ីហ្សែនពីរបីនាទី។ បើកម្រិតនៅតែមាន >៩០%, ចូរបញ្ឈប់អុកស៊ីហ្សែន ប៉ុន្តែត្រូវពិនិត្យឡើងវិញនៅកន្លះម៉ោងក្រោយ, និងរៀងរាល់៣ម៉ោងម្ដងបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី១ក្រោយពេលបញ្ឈប់ ដើម្បីធានាថាកុមារមានស្ថានភាពនឹងនរពិតប្រាកដ។ បើគ្មានឧបករណ៍វាស់អុកស៊ីហ្សែនទេ គួរកំណត់រយៈពេលនៃការផ្ដល់អុកស៊ីហ្សែន ដោយផ្អែកលើសញ្ញាគ្លីនិក (មើលទំ. ៤៨៥) ដែលមិនសូវមានភាពជឿជាក់ខ្ពស់ទេ។

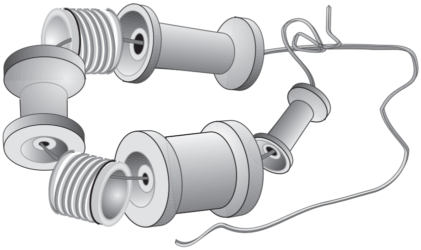
១០.៨ ប្រដាប់លេង និងការព្យាបាលដោយការលេងកំសាន្ត

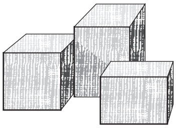
ក្នុងវគ្គលេងកំសាន្តនីមួយៗ គួររួមបញ្ចូលសកម្មភាពប្រើប្រាស់ភាសា និងសរសៃប្រសាទចលករ។ បង្រៀនកុមារឲ្យច្រៀងចម្រៀង។ ធ្វើឲ្យកុមារសើច និយាយ និងរៀបរាប់ពីអ្វីដែលកុមារកំពុងធ្វើ។ ត្រូវជំរុញឲ្យកុមារធ្វើសកម្មភាពសរសៃប្រសាទចលករដោយខ្លួនឯង។

សកម្មភាពលេងកំសាន្ត

កណ្ដឹងចងខ្សែ (ចាប់ពីអាយុ៦ខែ)

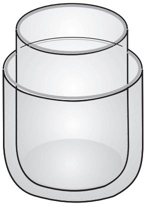
ស្រាក់ដុំអំបោះ និងវត្ថុតូចៗផ្សេងៗ (ឧទា. កាត់មាត់ដបប្លាស្ទិក) ចូលខ្សែមួយ។ ចងចុងខ្សែទាំងពីរចូលគ្នាជារង្វង់ ហើយទុកចន្លោះសម្រាប់ព្យួរ។





ដុំឈើ (ចាប់ពីអាយុ៩ខែ)

ដុសខាត់ផ្ទៃឈើឲ្យរលោងដោយប្រើក្រដាសខាត់, រួចលាបពណ៌ស្រស់ៗ បើអាច។

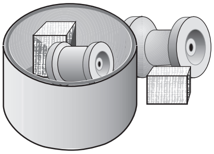


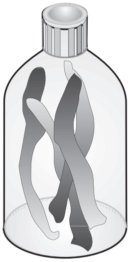
ប្រដាប់លេងគ្របបន្តុបគ្នា (ចាប់ពីអាយុ៩ខែ)

កាត់គូថដបមួយចំនួនដែលមានទំហំខុសគ្នា ហើយដាក់ដបតូចៗក្នុងដបធំ ។

ប្រដាប់លេងដាក់ចូលគ្នា (ចាប់ពីអាយុ៩ខែ)

ប្រអប់ប្លាស្ទិកឬឡាំងក្រដាស និងវត្ថុតូចៗ (មិនត្រូវឲ្យតូចពេកដែលកុមារអាចលេបចូលនោះទេ) ។





ប្រដាប់ក្រឡុកលេង (ចាប់ពីអាយុ១២ខែ)

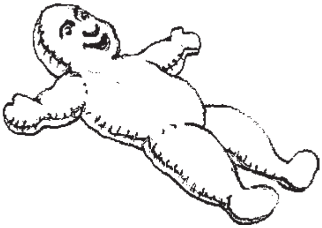
កាត់ជ្រៀកជ័រវែងៗ ពីដបប្លាស្ទិកដែលមានពណ៌ផ្សេងៗ។ ដាក់វាចូលក្នុងដបប្លាស្ទិកថ្លាមួយ ហើយបិទគម្របឲ្យជិត។

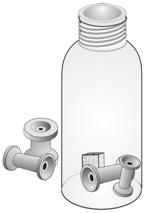
ស្គរ (ចាប់ពីអាយុ១២ខែ)

កំប៉ុងដែលមានគំរបណែនល្អ។

តុក្កតា (ចាប់ពីអាយុ១២ខែ)

កាត់ក្រណាត់រាងតុក្កតាចំនួន២ផ្ទាំង រួចដេរតាមគែមៗដោយចំហរមួយកន្លែង។ ពន្លាត់តុក្កតាត្រឡប់សាច់ក្នុងចេញមកក្រៅ រួចញាត់កំទេចក្រណាត់ចូល។ ដេរបិទភ្ជិតទាំងស្រុង រួចគូររូបមុខឲ្យតុក្កតា។

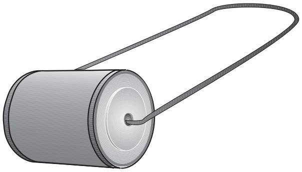




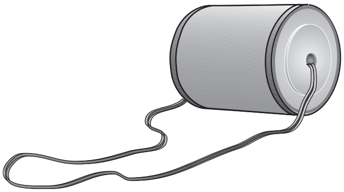
ដបបញ្ឈរ (ចាប់ពីអាយុ១២ខែ)

រកដបប្លាស្ទិកវែងមួយ ដែលមានកតូច រួចយកវត្ថុតូចៗវែងៗ មកដាក់ក្នុងដបនោះ (មិនត្រូវឲ្យតូចពេកដែលកុមារអាចលេបចូលនោះទេ)។

ប្រដាប់រុញលេង (ចាប់ពីអាយុ១២ខែ



ចោះរន្ធនៅបាតនិងគម្របកំប៉ុងស៊ីឡាំងមួយ។ស៊ក លួស (ប្រវែងប្រហែល៦០ស.ម) ទៅក្នុងរន្ធនីមួយៗ។ ដាក់គម្របកំប៉ុងដែកខ្លះទៅក្នុងស៊ីឡាំង។

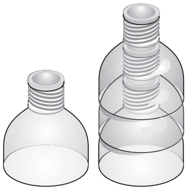


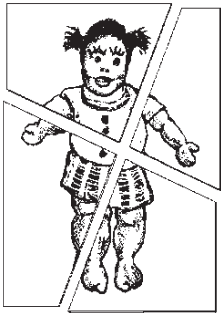
ប្រដាប់ទាញលេង (ចាប់ពីអាយុ១២ខែ)

ធ្វើដូចខាងលើ គ្រាន់តែប្តូរពីលួសមកប្រើខ្សែ។

ក្បាលដបបន្តុបលើគ្នា (ចាប់ពីអាយុ១២ខែ)

កាត់ដបប្លាស្ទិកប៉ុនៗ គ្នា យ៉ាងតិច៣ យ៉ាងមួយកំណាត់ លើ រួចបន្តុបលើគ្នា។





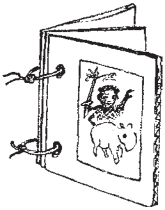
កញ្ចក់ (ចាប់ពីអាយុ១៨ខែ)

គម្របកំប៉ុងដែកដែលគ្មានគែមមុតស្រួចទេ។

រូបផ្គុំ (ចាប់ពីអាយុ១៨ខែ)

គូររូប (ឧទា.តុក្កតា) នៅលើផ្ទាំងក្រដាសធំមួយ រួច កាត់វាជាបួនជ្រុងតូចៗ។

សៀវភៅ (ចាប់ពីអាយុ១៨ខែ)



កាត់ផ្ទាំងក្រដាសបីសន្លឹកប៉ុនគ្នា។ គូររូបលើសន្លឹកក្រដាសទាំងនោះ។ ចោះរន្ធ២ លើសន្លឹកនីមួយៗ រួចចងវាជាសៀវភៅ។

កំណត់ចំណាំ

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី១១

ការតាមដានភាពប្រសើរឡើងរបស់កុមារ

១១.១	ទម្រង់ការនៃការតាមដាន	៤៩៣
១១.២	តារាងតាមដាន	៤៩៤
១១.៣	សវនកម្មការថែទាំជំងឺកុមារ	៤៩៥

១១.១ ការតាមដានទម្រង់ការ

ដើម្បីធ្វើឲ្យការតាមដានមានប្រសិទ្ធិភាព បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវតែស្គាល់ពី ៖

- ដំណើរការត្រឹមត្រូវនៃការព្យាបាល
- ភាពប្រសើរឡើងដែលត្រូវបានរំពឹងទុក
- លទ្ធផលមិនល្អដែលអាចកើតមានពីការព្យាបាល
- ផលវិបាកដែលអាចកើតឡើង និងរបៀបសម្គាល់ផលវិបាកទាំងនេះ
- រោគវិនិច្ឆ័យដទៃទៀតដែលអាចកើតឡើងលើកុមារដែលមិនឆ្លើយតបចំពោះការព្យាបាល។

កុមារដែលទទួលការព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យគួរតែត្រូវបានពិនិត្យឲ្យទៀងទាត់, ដូច្នេះការធ្លាក់ចុះនៃស្ថានភាពសុខភាព ឬផលវិបាកនានា, លទ្ធផលមិនល្អនៃការព្យាបាល ឬកំហុសនៃដំណើរការព្យាបាលអាចត្រូវបានរកឃើញទាន់ពេល។ ភាពញឹកញាប់នៃការតាមដាន គឺអាស្រ័យលើភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងធម្មជាតិនៃជំងឺ (អានចំណុចដែលទាក់ទងនៅក្នុងជំពូកទី ៣ ដល់ ៨)។

១១. ការតាមដាន

សេចក្ដីលំអិតនៃស្ថានភាពសុខភាព និងភាពប្រសើរឡើងរបស់កុមារ គួរតែត្រូវបានកត់ទុក ដើម្បីឲ្យបុគ្គលិកដទៃអាចតាមដានភាពប្រសើរឡើងនេះបានផងដែរ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលជាន់ខ្ពស់ដែលទទួលខុសត្រូវខាងថែទាំកុមារ និងមានសិទ្ធិផ្លាស់ប្ដូរការព្យាបាល គួរតាមដានកំណត់ហេតុ និងពិនិត្យដំណើរជំងឺនៃកុមារឲ្យទៀងទាត់។

វេជ្ជបណ្ឌិត (ឬបុគ្គលិកសុខាភិបាលជាន់ខ្ពស់ដទៃទៀត) គួរតែពិនិត្យកុមារដែលឈឺធ្ងន់ភ្លាម ក្រោយពីបញ្ជូនចូលមន្ទីរពេទ្យ។ ការពិនិត្យនេះអាចជាឱកាសសម្រាប់បង្កើនទំនាក់ទំនងរវាងគ្រួសារអ្នកជំងឺ និងបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។

១១.២ តារាងតាមដាន

តារាងតាមដានគួរតែមានចំណុចដូចខាងក្រោម ៖

- ព័ត៌មានលំអិតអំពីអ្នកជំងឺ
- រោគសញ្ញាចម្បង (បញ្ជាក់ដោយ ចង្វាក់ជីពចរ, ចង្វាក់ផ្លូវដង្ហើម និងវត្តមាននៃប្រអប់ទ្រូងខាងក្រោមផតចូល, ពិន្ទុកូម៉ា ឬកម្រិតនៃភាពដឹងខ្លួន [AVPU], សីតុណ្ហភាព និងទម្ងន់ខ្លួន)
- តុល្យភាពជាតិទឹក (បរិមាណទឹកនោម, កំអួត, លាមក)
- ការបង្ហាញនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក, ផលវិបាកនានា និងការរកឃើញជាវិជ្ជមាននៃការសង្កេតរករោគសញ្ញា។ នៅរាល់ពេលតាមដានកុមារ ចូរកត់ត្រារាល់សញ្ញាដែលនៅតែមាន និងសញ្ញា ឬផលវិបាកថ្មីៗ។
- ការព្យាបាលដែលបានផ្ដល់ឲ្យ។
- ការផ្ដល់អាហារ និងជីវជាតិបំប៉ន។ កត់ត្រាទម្ងន់កុមារនៅពេលចូលពេទ្យ និងនៅចម្លោះពេលសមស្របមួយក្នុងអំឡុងពេលពេលព្យាបាល។ គួរតែមានកំណត់ត្រាប្រចាំថ្ងៃអំពីការផឹកទឹករបស់កុមារ, ការបំបៅដោះ និងការហូបអាហារ។ កត់ត្រាបរិមាណអាហារ និងព័ត៌មានលំអិតអំពីបញ្ហាផ្ដល់អាហារ។

សូមអាន ឧបសម្ព័ន្ធទី ៦ (ទំ. ៥៩៩) សម្រាប់ឯកសារយោងអំពីឧទាហរណ៍នៃតារាងតាមដាន និងការថែទាំសុខភាពយ៉ាងដិតដល់។

១១.៣ សវនកម្មការថែទាំជំងឺកុមារ

គុណភាពនៃការថែទាំដែលផ្តល់ឲ្យកុមារឈឺសម្រាកមន្ទីរពេទ្យ អាចមានភាពប្រសើរឡើង ប្រសិនបើមានប្រព័ន្ធមួយសម្រាប់តាមដានលទ្ធផលរបស់កុមារនីមួយៗ។ តិចបំផុតប្រព័ន្ធនេះគួរតែរក្សាទុករាល់កំណត់ត្រាអំពីកុមារទាំងឡាយដែលបានស្លាប់នៅមន្ទីរពេទ្យ។ អត្រាមរណភាពក្នុងពេលជាក់លាក់មួយៗ អាចយកទៅប្រៀបធៀបគ្នា ហើយការព្យាបាលដែលបានផ្តល់ឲ្យកុមារដែលឈឺទាំងនោះ អាចត្រូវបានយកទៅពិភាក្សាដោយបុគ្គលិកទាំងអស់ក្នុងគោលបំណងស្វែងរកបញ្ហា និងដំណោះស្រាយ។ ការជួបប្រជុំអំពីករណីឈឺស្ទើរស្លាប់ ឬស្លាប់, ជាពិសេសកុមារដែលទទួលបានការព្យាបាលមិនត្រឹមត្រូវ, ក៏អាចមានសារប្រយោជន៍ផងដែរ។ គោលបំណងនេះ គឺដើម្បីធ្វើកែលម្អការថែទាំជំងឺ និងការដោះស្រាយបញ្ហា មិនមែនដើម្បីស្តីបន្ទោសឲ្យគ្នាទៅវិញទៅមកនោះទេ។ សវនកម្មនៅផ្នែកជំងឺកុមារ អាចធ្វើឡើងដោយការប្រៀបធៀបគុណភាពនៃការថែទាំដែលបានផ្តល់ឲ្យជាមួយនឹងបទដ្ឋានដែលគេទទួលស្គាល់ ដូចជាការណែនាំរបស់អង្គការ WHO នៅក្នុងកូនសៀវភៅនេះ។ សវនកម្មដែលជោគជ័យ គឺត្រូវការការចូលរួមយ៉ាងពេញទំហឹង និងគំនិតចង់កែប្រែពីបុគ្គលិកវេជ្ជសាស្ត្រ និងបុគ្គលិកថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់គ្នា។ សវនកម្មនេះគួរតែធ្វើឡើងដោយសាមញ្ញ ដោយកុំឲ្យស៊ីពេលដែលត្រូវព្យាបាលកុមារដែលមានជំងឺ។ មានសំណើរមួយ គឺការសួរដោយត្រង់ទៅកាន់បុគ្គលិកវេជ្ជសាស្ត្រ និងបុគ្គលិកថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រអំពីការយល់ឃើញរបស់ពួកគេលើការពង្រឹងគុណភាពនៃការថែទាំជំងឺ និងការផ្តល់អាទិភាពដល់ស្ថានភាព ឬបញ្ហាដែលពួកគេបានសង្កេតឃើញ។

កំណត់ចំណាំ

១១. ការតាមដាន

កំណត់ចំណាំ

ជំពូកទី១២

ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

១២.១	ពេលវេលាសមស្របសម្រាប់ការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ	៤៩៨
១២.២	ការផ្តល់ប្រឹក្សា	៤៩៩
១២.៣	ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ	៥០០
១២.៤	ការព្យាបាលនៅផ្ទះ	៥០១
១២.៥	ការពិនិត្យសុខភាពម្តាយ	៥០២
១២.៦	ការពិនិត្យស្ថានភាពនៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ	៥០៣
១២.៧	ទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលកម្រិតទីមួយ	៥០៤
១២.៨	ការថែទាំក្នុងពេលតាមដានបន្ត	៥០៦

ដំណើរការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់កុមារទាំងអស់ គួររួមមាន ៖

- ពេលវេលាសមស្របក្នុងការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។
- ការប្រឹក្សាជាមួយម្តាយកុមារអំពីការព្យាបាល និងការផ្តល់អាហារបន្តនៅផ្ទះ។
- ធានាថាស្ថានភាពថ្នាំបង្ការ និងប័ណ្ណជំងឺរបស់កុមារ គឺត្រឹមត្រូវតាមពេលវេលា។
- ទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបញ្ជូនកុមារមកមន្ទីរពេទ្យ ឬដែលត្រូវទទួលខុសត្រូវលើការថែទាំបន្ត។

- ផ្ដល់ដំបូន្មានអំពីពេលវេលាដែលត្រូវនាំកុមារត្រឡប់មកមន្ទីរពេទ្យវិញដើម្បីតាមដាន និងអំពីរោគសញ្ញាដែលបញ្ជាក់ថាត្រូវនាំកុមារត្រឡប់មកវិញជាបន្ទាន់។
- ផ្ដល់ការគាំទ្រពិសេសដល់ក្រុមគ្រួសារកុមារ, ឧទា. ផ្ដល់ឧបករណ៍ដល់កុមារដែលពិការ ឬក៏ទំនាក់ទំនងជាមួយអង្គការក្នុងសហគមន៍ដែលធ្វើការងារលើមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍។

១២.១ ពេលវេលាសមស្របសម្រាប់ការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

ជាទូទៅ នៅក្នុងការគ្រប់គ្រងជំងឺធ្ងន់ស្រួចស្រាល់ កុមារអាចចាត់ទុកថាមានសុខភាពល្អ និងអាចចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យបាន នៅពេលដែលស្ថានភាពគ្លីនិកបានប្រសើរឡើងគួរឲ្យកត់សម្គាល់ (គ្មានគ្រុនក្ដៅ, ដឹងខ្លួន, ហូប និងគេងធម្មតា) ហើយការព្យាបាលដោយការលេបថ្នាំបានចាប់ផ្ដើម។ ការសម្រេចចិត្តថាពេលណាដែលគួរចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ គួរផ្អែកលើស្ថានភាពមូលដ្ឋានរបស់កុមារនីមួយៗ ហើយបូករួមជាមួយកត្តាចម្បងមួយចំនួន ៖

- ស្ថានភាពនៅផ្ទះរបស់កុមារ និងថាតើការថែទាំនៅផ្ទះនោះមានកម្រិតប៉ុណ្ណា។
- ការសម្រេចរបស់បុគ្គលិកអំពីលទ្ធភាពនៃការព្យាបាលនៅផ្ទះ ប្រកបដោយជោគជ័យ។
- ការសម្រេចរបស់បុគ្គលិកអំពីលទ្ធភាពដែលក្រុមគ្រួសារអាចត្រឡប់មកមន្ទីរពេទ្យទាន់ពេល ប្រសិនបើស្ថានភាពកុមារធ្លាក់ដុនដាប។

ពេលវេលាចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់កុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរគឺសំខាន់ណាស់ ហើយត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងជំពូក ៧ (ទំ. ៣៤៥)។ នៅក្នុងករណីនីមួយៗ ក្រុមគ្រួសារកុមារគួរតែត្រូវបានដាស់តឿនជាច្រើនដងអំពីការបរិច្ឆេទចាកចេញដើម្បីឲ្យពួកគេរៀបចំការព្យាបាលនៅផ្ទះបន្តទៀត។

ប្រសិនបើក្រុមគ្រួសារបាននាំកុមារចេញពីមន្ទីរពេទ្យមុនកាលកំណត់របស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ ត្រូវប្រឹក្សាជាមួយម្ដាយកុមារថាតើការព្យាបាលនៅផ្ទះគួរបន្តយ៉ាងដូចម្ដេច និង

ការជំរុញឲ្យគាត់នាំកុមារមកតាមដាន ១-២ ថ្ងៃបន្ទាប់ និងទាក់ទងជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលមូលដ្ឋានដើម្បីជួយថែទាំតាមដាន។

១២.២ ការផ្ដល់ប្រឹក្សា

ប័ណ្ណមាតា

ប័ណ្ណសាមញ្ញជាលក្ខណៈរូបភាព សម្រាប់រំលឹកម្ដាយអំពីការថែទាំនៅផ្ទះ ពេលវេលាត្រឡប់មកតាមដានជំងឺ និងរោគសញ្ញាបញ្ជាក់ថាត្រូវត្រឡប់មកមន្ទីរពេទ្យជាបន្ទាន់។ ប័ណ្ណនេះអាចជួយដល់ម្ដាយកុមារឲ្យចងចាំអំពីអាហារ និងទឹកសមស្រប និងពេលវេលាត្រឡប់ទៅជួបបុគ្គលិកសុខាភិបាលវិញ។

ប័ណ្ណនេះ គួរតែអាចរកបាននៅក្នុងសៀវភៅណែនាំថ្នាក់ជាតិ IMCI ។ ប្រសិនបើមាន សូមប្រើវា, បើគ្មានទេ សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី ៦ ជាឯកសារយោង។ នៅពេលពិនិត្យប័ណ្ណនេះ ៖

- បង្ហាញប័ណ្ណនេះឲ្យម្ដាយកុមារ ដើម្បីឲ្យគាត់អាចឃើញរូបបានច្បាស់។
- និយាយដោយចង្អុលទៅលើរូបភាព ហើយពន្យល់រូបភាពនីមួយៗ, វាអាចជួយគាត់ឲ្យចងចាំថារូបភាពនីមួយៗ មានអត្ថន័យដូចម្ដេច។
- កត់ត្រាព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធនឹងម្ដាយកុមារ។ ឧទាហរណ៍ ៖ គូសរង្វង់នៅលើចំណុចផ្ដល់អាហារទៅតាមអាយុកុមារ និងនៅលើចំណុចរោគសញ្ញាបន្ទាន់។ ប្រសិនបើកុមារមានជំងឺរាក ចូរគូសធីកលើប្រភេទទឹកសមស្របដែលផ្ដល់ឲ្យកុមារវិញ។ កត់ត្រាកាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការលើកក្រោយ។
- ត្រួតពិនិត្យទឹកមុខម្ដាយកុមារថាតើគាត់ព្រួយបារម្ភ ឬមានចម្ងល់អ្វីដែរ។ ប្រសិនបើមាន ព្យាយាមសាកសួរគាត់។
- សាកសួរឲ្យម្ដាយកុមារនិយាយដោយផ្ទាល់អំពីអ្វីដែលគាត់គួរតែធ្វើនៅផ្ទះ។ ព្យាយាមជំរុញឲ្យគាត់ប្រើប័ណ្ណនេះដើម្បីជាជំនួយការចងចាំ។
- ផ្ដល់ប័ណ្ណទៅឲ្យគាត់។ ប្រាប់គាត់ឲ្យបង្ហាញប័ណ្ណនេះទៅសមាជិកគ្រួសារដទៃ

ទៀត។ (ប្រសិនបើអ្នកគ្មានប័ណ្ណនេះច្រើនទេ គួរទុកប័ណ្ណនេះមួយចំនួនសម្រាប់បង្ហាត់បង្ហាញ។)

- ផ្តល់ការបកប្រែប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព ប្រសិនបើមានបញ្ហាភាសា។

១២.៣ ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ

សម្រាប់ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីមេរោគអេដស៍ សូមមើល ទំ. ៣៨៣។

សន្និដ្ឋានពីបញ្ហាក្នុងការផ្តល់អាហារ

ដំបូងឡើយ គួរសន្និដ្ឋានពីបញ្ហាក្នុងការផ្តល់អាហារណាដែលមិនទាន់ត្រូវបានដោះស្រាយ។

សាកសួរសំណួរខាងក្រោម ៖

- ***តើមានបំបៅដោះកូនទេ ?***
  - តើបំបៅដោះប៉ុន្មានដងនៅពេលថ្ងៃ ?
  - តើមានបំបៅដោះនៅពេលយប់ទេ ?
- ***តើកុមារមានញ៉ាំអាហារ ឬផឹកអ្វីផ្សេងទេ ?***
  - អាហារ ឬទឹកអ្វី ?
  - ចំនួនប៉ុន្មានដងក្នុងមួយថ្ងៃ ?
  - តើអ្នកប្រើអ្វីដើម្បីផ្តល់អាហារដល់កូនរបស់អ្នក ?
  - តើអាហារមានបរិមាណប៉ុណ្ណា ?
  - តើកុមារហូបអាហារខ្លួនឯងឬអត់ ?
  - តើនរណាជាអ្នកផ្តល់អាហារឲ្យកុមារ តាមវិធីណា ?

ប្រៀបធៀបការផ្តល់អាហារជាក់ស្តែង ជាមួយការណែនាំពីការផ្តល់អាហារ (មើលចំណុច១០.១.២,ទំ.៤៦៣)។សន្និដ្ឋានរកបញ្ហាពិបាកផ្សេងៗហើយកត់ត្រាវាទុកជាបញ្ហាក្នុងការផ្តល់អាហារ។

ជាបន្ថែម គួរពិចារណាលើ ៖

- ***បញ្ហាពិបាកក្នុងការបំបៅដោះ។***
- ***ការផ្តល់អាហារមិនមានភាពសកម្ម។***
- ***ការផ្តល់អាហារមិនល្អនៅពេលឈឺ។***

ផ្តល់យោបល់ឲ្យម្តាយពីរបៀបគ្រប់គ្រងបញ្ហា និងរបៀបផ្តល់អាហារដល់កូនរបស់គាត់។ ចូលអានការណែនាំអំពីការផ្តល់អាហារជាមូលដ្ឋានសម្រាប់កុមារដែលមានអាយុផ្សេងៗគ្នា។ ការណែនាំទាំងនេះគួររួមបញ្ចូលព័ត៌មានលំអិតអំពីអាហារដែលសម្បូរថាមពល និងសម្បូរសារធាតុចិញ្ចឹមដែលសមស្រប។

បើទោះជាមិនអាចរកឃើញបញ្ហាជាក់លាក់អំពីបញ្ហានៃការផ្តល់អាហារក៏ដោយ ចូរលើកទឹកចិត្តគាត់។ ផ្តល់យោបល់ឲ្យគាត់អំពីចំណុចខាងក្រោម ៖

- ការបំបៅដោះ។
- ការអនុវត្តក្នុងការផ្តល់អាហារបានប្រសើរឡើង ជាមួយនឹងអាហារដែលសម្បូរថាមពល និងសម្បូរសារធាតុចិញ្ចឹម។
- ផ្តល់អាហារសម្រន់ដែលសម្បូរសារធាតុចិញ្ចឹមដល់កុមារអាយុចាប់ពី២ឆ្នាំ។

ឧទាហរណ៍ពីរបបអាហារដែលមានអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ (មើលគំនូសបំព្រួមទី១៥, ទំ. ១០៦ នៅក្នុងសៀវភៅ *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition របស់អង្គការ WHO*) ដែលអាចឃើញមាននៅលើខ្នងប័ណ្ណមាតា។

១២.៤ ការព្យាបាលនៅផ្ទះ

- ប្រើប្រាស់ពាក្យសាមញ្ញដែលម្តាយកុមារអាចយល់បាន។
- ប្រើវត្ថុជំនួយក្នុងការបង្ហាត់បង្ហាញដែលងាយចាប់យល់ (ឧទាហរណ៍ ៖ ធុងលាយទឹកអូ៉រ៉ាលីត)។
- ឲ្យម្តាយអនុវត្តនូវអ្វីដែលគាត់ត្រូវធ្វើនៅផ្ទះ, ឧទា. ការលាយទឹកអូ៉រ៉ាលីត ឬក៏ការផ្តល់ឱសថតាមមាត់ និងលើកទឹកចិត្តគាត់ឲ្យសួរសំណួរ។

- ផ្តល់យោបល់ក្នុងអាកប្បកិរិយាវិជ្ជមាន ស្តាបនា និងសរសើរដល់ម្តាយដែលឆ្លើយចម្លើយត្រូវ ឬអនុវត្តបានល្អ។
- ការបង្រៀននេះ មិនមែនគ្រាន់តែជាការប្រាប់ប៉ុណ្ណោះទេ, វាគួរតែមាន ៖
  – ***ផ្តល់ព័ត៌មាន ៖*** ពន្យល់ពីរបៀបផ្តល់ការព្យាបាល, ឧទា. ការលាយទឹកអូ៉រ៉ាលីត, ផ្តល់ថ្នាំតាមមាត់ ឬការដាក់ក្រមួនភ្នែក។
  – ***បង្ហាញឧទាហរណ៍ ៖*** បង្ហាញគាត់ពីរបៀបផ្តល់ការព្យាបាល។
  – ***ឲ្យគាត់អនុវត្ត ៖*** ពិនិត្យមើលគាត់ នៅពេលដែលអ្នកស្នើឲ្យគាត់រៀបចំឱសថ ឬផ្តល់ការព្យាបាល។ ជួយកែប្រែ បើមើលឃើញគាត់ធ្វើខុស។
  – ***ពិនិត្យការយល់ដឹងរបស់គាត់ ៖*** សាកសួរគាត់ឲ្យរៀបរាប់ដំបូន្មានទាំងប៉ុន្មានឡើងវិញដោយតាមការយល់ឃើញរបស់គាត់ ឬក៏សាកសួរសំណួរផ្សេងៗ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាគាត់ពិតជាយល់ប្រាកដមែន។

១២.៥ ការពិនិត្យសុខភាពម្តាយ

ប្រសិនបើម្តាយឈឺ ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលឲ្យគាត់ ហើយជួយរៀបចំការតាមដានជំងឺនៅគ្លីនិកកម្រិតទីមួយ នៅក្បែរផ្ទះគាត់។ ពិនិត្យស្ថានភាពអាហាររូបត្ថម្ភរបស់គាត់ ហើយផ្តល់ការប្រឹក្សាដ៏សមស្របមួយ។ ពិនិត្យស្ថានភាពប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់គាត់ បើចាំបាច់ ចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺតេតាណូស។ ត្រូវប្រាកដថាម្តាយកុមារបានទទួលព័ត៌មានពីផែនការគ្រួសារ និងការពន្យាកំណើត ហើយនិងការប្រឹក្សាដើម្បីបង្ការជំងឺកាមរោគ និងមេរោគអេដស៍។ ប្រសិនបើកុមារកើតជំងឺរបេង ម្តាយរបស់គេនិងសមាជិកនៅក្នុងផ្ទះទាំងអស់គួរតែថតសួតដោយកាំរស្មីអ៊ិច និងធ្វើតេស្តរកមេរោគរបេង។ ត្រូវប្រាកដថាម្តាយកុមារដឹងថាអាចស្វែងរករបស់ទាំងនេះនៅទីណា ហើយហេតុអ្វីបានជាត្រូវការរបស់ទាំងនេះ។

១២.៦ ការពិនិត្យស្ថានភាពថ្នាំបង្ការ

សាកសួររកប័ណ្ណផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ហើយសន្និដ្ឋានថាតើថ្នាំបង្ការទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ឲ្យកុមារតាមអាយុរបស់គាត់ហើយឬនៅ។ កត់ឈ្មោះថ្នាំបង្ការណាដែលមិនទាន់បានចាក់ ហើយពន្យល់ទៅម្តាយកុមារ។ ចាក់ថ្នាំបង្ការមុនពេលកុមារចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ហើយកត់ត្រាក្នុងប័ណ្ណនោះ។

កាលវិភាគនៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ

តារាងទី៣៣ ខាងក្រោមមានចុះអំពីសេចក្តីណែនាំរបស់អង្គការ WHO ។ ចំពោះជំងឺក្នុងតំបន់ សូមអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ។

ករណីហាមប្រាម

វាជាការសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវផ្តល់ថ្នាំបង្ការឲ្យកុមារទាំងអស់ ទាំងកុមារដែលឈឺ និងកុមារដែលខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ លើកលែងតែក្នុងករណីហាមប្រាម។ មាន**ករណីហាមប្រាម ៣** ចំពោះការផ្តល់វ៉ាក់សាំង ៖

- មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំបង្ការ BCG ឬថ្នាំបង្ការជំងឺគ្រុនលឿង ដល់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍បង្ហាញ**រោគសញ្ញា** ឬមានជំងឺអេដស៍ទេ, ប៉ុន្តែត្រូវផ្តល់ថ្នាំបង្ការដទៃទៀត។
- មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំបង្ការ DPT-២ ឬ DPT-៣ ដល់កុមារដែលមានប្រកាច់ ឬស្តុកក្នុងអំឡុង៣ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលឱសថចុងក្រោយទេ។
- មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំបង្ការ DPT ដល់កុមារដែលប្រកាច់ញឹកញាប់ ឬកំពុងមានជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាលទេ។

កុមារមានជំងឺរាកដែលត្រូវដល់ពេលទទួលថ្នាំបង្ការគ្រុនស្វិតដៃជើង គួរតែផ្តល់ឲ្យមួយដូសសិន ប៉ុន្តែដូសនោះមិនត្រូវរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកាលវិភាគទេ។ កត់ត្រាលើប័ណ្ណថ្នាំបង្ការរបស់កុមារថា វាស្របពេលជាមួយពេលដែលកុមាររាក ដូច្នេះបុគ្គលិកសុខាភិបាលអាចផ្តល់ដូសបន្ថែមឲ្យកុមារ។

១២.៧ ការទំនាក់ទំនងជាបុគ្គលិកសុខាភិបាលកម្រិតទីមួយ

បុគ្គលិកសុខាភិបាលកម្រិតទីមួយ ដែលបញ្ជូនកុមារទៅមន្ទីរពេទ្យ គួរតែទទួលបានព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលកុមារនៅមន្ទីរពេទ្យ ដែលក្នុងនោះរួមមាន ៖

- រោគវិនិច្ឆ័យមួយ ឬច្រើន។
- ការព្យាបាលអំឡុងពេលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ។
- ការឆ្លើយតបរបស់កុមារទៅនឹងការព្យាបាល។
- សេចក្តីណែនាំដែលបានផ្តល់ឲ្យម្តាយកុមារអំពីការព្យាបាលបន្ត ឬការថែទាំដទៃទៀតនៅផ្ទះ។
- បញ្ហាផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវតាមដាន (ឧទា. ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ)។

ប្រសិនបើកុមារមានប័ណ្ណសុខភាព ព័ត៌មានខាងលើអាចត្រូវបានកត់បញ្ចូលរួចជាស្រេច ហើយបុគ្គលិកសុខាភិបាលគួរសួររកប័ណ្ណនេះពីម្តាយកុមារ។ ប្រសិនបើគ្មានប័ណ្ណទេ គួរកត់ត្រាព័ត៌មានទាំងនេះលើក្រដាសមួយសន្លឹក។

តារាងទី ៣៣. កាលវិភាគការផ្តល់ថ្នាំបង្ការកុមារអាយុក្រោមមួយឆ្នាំណែនាំដោយកម្មវិធីពង្រីកការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ

ថ្នាំបង្ការ		អាយុ				
		ពេលកើត	៦ សប្តាហ៍	១០ សប្តាហ៍	១៤ សប្តាហ៍	៩ ខែ
BCG		X				
ជំងឺស្វិតដៃជើង	ថ្នាំបង្ការជំងឺស្វិតដៃជើងតាមមាត់	X[a]	X	X	X	
	ថ្នាំបង្ការជំងឺស្វិតដៃជើងអសកម្ម		៨ សប្តាហ៍		X	៩ខែ

តារាងទី ៣៣. ត

ថ្នាំបង្ការ		អាយុ				
		ពេលកើត	៦ សប្តាហ៍	១០ សប្តាហ៍	១៤ សប្តាហ៍	៩ ខែ
DPT			X	X	X	
ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB	ជម្រើសទី១[b]	X	X		X	
	ជម្រើសទី២[b]	X	X	X	X	
ថ្នាំបង្ការ Hib		X	X	X		
Pneumococcal	ជម្រើសទី១		X	X	X	
	ជម្រើសទី២		X		X	X
Rotavirus	Rotarix		X	X		
	Rota Teq		X	X	X	
ជំងឺគ្រុនលឿង						X[c]
ជំងឺកញ្ជ្រិល						X[d]
Rubella						X

[a] នៅប្រទេសដែលរាលដាលដោយជំងឺគ្រុនស្វិតដៃជើង

[b] ជម្រើសទី ១ ត្រូវបានណែនាំនៅតំបន់ដែលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឆ្លងពីម្តាយទៅទារកក្នុងផ្ទៃ មានចំនួនខ្ពស់ (ឧទាហរណ៍ ៖ តំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍)។ ជម្រើសទី ២ ត្រូវបានណែនាំនៅតំបន់ដែលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឆ្លងពីម្តាយទៅទារកក្នុងផ្ទៃ មានចំនួនទាប (ឧទាហរណ៍ ៖ តំបន់សាហារ៉ា អាហ្វ្រិក)

[c] នៅប្រទេសដែលជំងឺគ្រុនលឿង ជះឥទ្ធិពលអាក្រក់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ

[d] នៅក្នុងករណីលើកលែង នៅកន្លែងដែលអត្រាជំងឺ និងអត្រាមរណភាពពីជំងឺកញ្ជ្រិលលើកុមារអាយុក្រោម ៩ខែ មានច្រើនជាង ១៥% នៃករណីជំងឺនិងការស្លាប់សរុប, ត្រូវផ្តល់ដូសថ្នាំបង្ការកញ្ជ្រិលបន្ថែមដល់កុមារនៅពេលមានអាយុ ៦ខែ។ ដូសនេះក៏គួរផ្តល់ឲ្យកុមារឲ្យបានឆាប់បំផុតនៅពេលមានអាយុ ៩ ខែ។ ដូសថ្នាំបង្ការកញ្ជ្រិលបន្ថែមនេះ ត្រូវបានណែនាំសម្រាប់ក្រុមដែលប្រឈមខ្ពស់នឹងការស្លាប់ពីជំងឺកញ្ជ្រិល ដូចជាកុមារនៅក្នុងជំរុំភៀសខ្លួន, កុមារដែលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ, កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកុមារដែលរងគ្រោះពីគ្រោះមហន្តរាយ និងអំឡុងពេលរាតត្បាតនៃជំងឺកញ្ជ្រិល។ ថ្នាំបង្ការជំងឺកញ្ជ្រិលលើកទី២ គួរត្រូវបានផ្តល់ឲ្យកុមារគ្រប់រូប។ វាអាចធ្វើទៅបានក្នុងលក្ខណៈជាផ្នែកមួយនៃកាលវិភាគផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ឬក៏នៅក្នុងយុទ្ធនាការផ្តល់ថ្នាំបង្ការណាមួយ។

១២.៨ ការថែទាំក្នុងពេលតាមដានបន្ត

ផ្ដល់ដំបូន្មានដល់ម្ដាយគ្រប់រូបអំពីពេលវេលាដែលត្រូវទៅជួបបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដើម្បីធ្វើការតាមដានបន្ត។ ម្ដាយកុមារគួរត្រឡប់មកមន្ទីរពេទ្យវិញ ៖

- ដើម្បីទទួលការតាមដានបន្តក្នុងរយៈពេលកំណត់ជាក់លាក់ណាមួយ (ឧទាហរណ៍ ៖ នៅពេលដែលត្រូវពិនិត្យពីភាពប្រសើរឡើង ឬការឆ្លើយតបនឹងឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក)។
- ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាបង្ហាញថាជំងឺ ឬរបួស (ឧទាហរណ៍ ៖ របួសក្បាល) កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។
- ដើម្បីទទួលថ្នាំបង្ការបន្ទាប់។

វាពិតជាសំខាន់ណាស់ក្នុងការបង្រៀនម្ដាយអំពីរោគសញ្ញាដែលបង្ហាញថាពួកគាត់ត្រូវនាំកូនត្រឡប់មកមន្ទីរពេទ្យវិញជាបន្ទាន់។ គោលការណ៍ណែនាំអំពីការតាមដានស្ថានភាពគ្លីនិកជាក់លាក់ មាននៅក្នុងជំពូកពាក់ព័ន្ធនានាក្នុង*សៀវភៅនេះ*។

ការតាមដានលើបញ្ហាផ្ដល់អាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភ

- ប្រសិនបើកុមារមានបញ្ហាមិនហូបអាហារ គួរណែនាំឲ្យផ្លាស់ប្ដូរអាហារ ហើយតាមដានក្នុងរយៈពេល ៥ថ្ងៃបន្ទាប់ ដើម្បីរកមើលថាមានអ្វីបានផ្លាស់ប្ដូរ ឬឥត, ផ្ដល់ការប្រឹក្សាបន្ថែមបើចាំបាច់។
- ប្រសិនបើកុមារស្លេកស្លាំងដោយខ្វះឈាម, តាមដានរយៈពេល ១៤ថ្ងៃ ដោយផ្ដល់ឱសថជាតិដែកតាមមាត់។
- ប្រសិនបើកុមារមានទំងន់ស្រាលខុសពីធម្មតា ត្រូវតាមដានរយៈពេល ៣០ថ្ងៃ ដោយរួមមានការថ្លឹងទំងន់ជាប្រចាំ ការវាយតម្លៃឡើងវិញលើការផ្ដល់អាហារ និងផ្ដល់ប្រឹក្សាជាបន្តបន្ទាប់អំពីអាហារូបត្ថម្ភ។

ពេលណាគួរត្រឡប់មកមន្ទីរពេទ្យវិញជាបន្ទាន់

ផ្ដល់ដំបូន្មានដល់ម្ដាយឲ្យនាំកូនរបស់ខ្លួនមកមន្ទីរពេទ្យវិញជាបន្ទាន់ ប្រសិនបើឃើញ

មានរោគសញ្ញាដូចខាងក្រោម ៖

- មិនផឹកទឹក ឬបៅដោះ
- ឈឺកាន់តែធ្ងន់
- កើតមានគ្រុនក្ដៅ
- រោគសញ្ញាជំងឺចាស់លាប់ឡើងវិញបន្ទាប់ពីព្យាបាលបានសះស្បើយនៅមន្ទីរពេទ្យម្ដងហើយ
- មានក្អក ឬខ្លួនចុះត្រជាក់ ៖ ដកដង្ហើមញាប់ ឬពិបាក
- រាក ៖ រាកមានឈាម ឬផឹកទឹកតិច

ការមកជួបលើកក្រោយ

រំលឹកម្ដាយអំពីការមកជួបលើកក្រោយដើម្បីទទួលថ្នាំបង្ការ ហើយកត់ថ្ងៃកំណត់នោះលើប័ណ្ណមាតា ឬប័ណ្ណថ្នាំបង្ការរបស់កុមារ។

កំណត់ចំណាំ

កំណត់ចំណាំ

បញ្ជីរាយឈ្មោះសៀវភៅ និងឯកសារដែលជាប់ទាក់ទង (Bibliography)

សៀវភៅហោប៉ៅ នេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទៅតាមមូលដ្ឋានអនុសាសន៍ និងគោលការណ៍ណែនាំសំរាប់ការបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយ ដែលត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាទៀងទាត់ដោយគណៈកម្មាការសំរាប់ពិនិត្យឡើងវិញ នូវគោលការណ៍ណែនាំ (Guidelines Review Committee)។ ឯកសារដែលជាប់ទាក់ទងទាំងនេះអាចរកបាននៅក្នុងវែបសាយរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO website) **http://www.who.int/maternal_child_adolescent/en/**។ សៀវភៅហោប៉ៅបោះពុម្ពលើកទី២នេះ ត្រូវបានកែសំរួលឡើងវិញសមស្របទៅនឹងគោលការណ៍ណែនាំ និងអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក នៅខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១២។

WHO (2012). *Recommendations for management of common childhood conditions: Evidence for technical update of pocket book recommendations.* Geneva. ISBN: 978 92 4 150282 5.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/management_childhood_conditions/en/index.html.

WHO (2012). *Guidelines on basic newborn resuscitation.* Geneva.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/basic_newborn_resuscitation/en/index.html.

WHO (2012). *Technical note: Supplementary foods for the management of moderate acute malnutrition in infants and children 6–59 months of age.* Geneva.
http://www.who.int/nutrition/publications/moderate_malnutrition/9789241504423/en/index.html.

WHO (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses.* Geneva.

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_perspainchild/en/index.html.

WHO (2012). *Care for child development: improving the care for young children.* Geneva.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/index.html.

WHO (2012). *HIV and infant feeding 2010: an updated framework for priority action.* Geneva.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590777/en/index.html.

WHO (2012). *Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care (IMEESC) tool kit.* Geneva.
http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html.

WHO (2011). *Manual on paediatric HIV care and treatment for district hospitals.* Geneva.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241501026/en/index.html.

WHO (2011). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.* Geneva.
http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.html.

WHO (2011). *Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in lowand middle-income countries.* Geneva.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding_low_bw/en/index.html.

WHO (2011). *Priority medicines for mothers and children 2011.* Geneva (WHO/EMP/MAR/2011.1).
http://www.who.int/medicines/publications/emp_mar2011.1/en/index.html.

WHO (2011). *Third model list of essential medicines for children.* Geneva.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95054_eng.pdf.

WHO (2010). *Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence.* Geneva.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/index.html.

WHO (2010). *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: Towards universal access.* Geneva.
http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/en/index.html.

WHO (2010). *WHO recommendations on the management of diarrhoea and pneumonia in HIV-infected infants and children.* Geneva.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548083/en/index.html.

WHO (2010). *Guidelines for the treatment of malaria, 2nd ed.* Geneva.
http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241547925/en/index.html.

WHO (2010). *Rapid advice: treatment of tuberculosis in children.* Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500449_eng.pdf.

WHO (2010). *Guidelines for treatment of tuberculosis, 4th ed.* Geneva.
http://www.who.int/tb/publications/2010/9789241547833/en/index.html.

WHO (2010). *Essential newborn care course.* Geneva.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborncare_course/en/index.html.

WHO (2009). *Training course on the management of severe malnutrition, update 2009.* Geneva.
http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/training_inpatient_MSM/en/index.html.

WHO (2009). *WHO child growth standards and the identifi cation of severe acute malnutrition in infants and children.* Geneva.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241598163/en/index.html.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2009). *WHO child growth standards: growth velocity based on weight, length and head circumference: methods and development.* Geneva.
http://www.who.int/childgrowth/en/index.html.

WHO, World Food Programme and UNICEF (2007). *Community-based management of severe acute malnutrition. A joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund.* Geneva.
http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789280641479/en/index.html.

WHO (2007). *Report of the WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines.* Geneva.
http://www.who.int/medicines/services/expertcommittees/essentialmedicines/15_MAY_TRSreport.pdf.

WHO (2005). *The treatment of diarrhoea: A manual for physicians and other senior health workers.* Geneva.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593180/en/index.html.

WHO (2003). *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives.* Geneva.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241546220/en/index.html.

WHO (2003). *Surgical care at the district hospital.* Geneva.
http://www.who.int/surgery/publications/en/.

WHO (2003). *Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO expert consultation.* Geneva.
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/trs923/en/.

WHO (2001). *Clinical use of blood.* Geneva.
http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/index.html.

ឧបសម្ព័ន្ធទី១

ទម្រង់ការអនុវត្ត

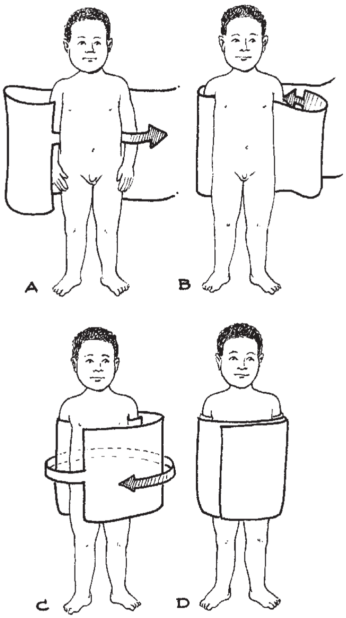
A១.១	ការចាក់ថ្នាំ	៥១៦
A១.១.១	ការចាក់តាមសាច់ដុំ	៥១៦
A១.១.២	ការចាក់ក្រោមស្បែក	៥១៦
A១.១.៣	ការចាក់ក្នុងស្បែក	៥១៧
A១.២	ការផ្តល់ជាតិទឹកតាមការចាក់បញ្ចូល	៥១៩
A១.២.១	ការចាក់កាតេទែតាមសរសៃវ៉ែនខាង	៥១៩
A១.២.២	ការចាក់តាមខួរឆ្អឹង	៥២១
A១.២.៣	ការចាក់កាតេទែតាមសរសៃវ៉ែនកណ្តាល	៥២៤
A១.២.៤	ការវះបើករកសរសៃវ៉ែន	៥២៦
A១.២.៥	ការស៊កកាតេទែចូលសរសៃវ៉ែនតាមផ្ចិតរបស់ទារក	៥២៧
A១.៣	ការស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ	៥២៨
A១.៤	ការចាក់យកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង	៥៣២
A១.៥	ការស៊កបំពង់បង្ហូរក្នុងស្រោមសួត	៥៣៥
A១.៦	ការបឺតទឹកនោមពីប្លោកនោម	៥៣៥
A១.៧	ការវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាម	៥៣៩

គួរពន្យល់ពីទម្រង់ការអនុវត្តដល់ឪពុកម្ដាយរបស់កុមារជាមុន ឬដល់កុមារផ្ទាល់ បើគាត់អាចស្ដាប់ការពន្យល់បាន។ ម៉្យាងទៀត គួរពិភាក្សាពីការប្រឈមផ្សេងៗ និងសុំការអនុញ្ញាតជាផ្លូវការ។ ទម្រង់ការលើទារកតូចៗ គួរធ្វើឡើងក្នុងបន្ទប់ដែលមានកម្ដៅល្មម ដើម្បីចៀសវាងសីតុណ្ហភាពកុមារចុះទាប។ ប្រភពពន្លឺល្អ គឺជាការសំខាន់។ គួរប្រាប់កុមារធំៗ ពីអ្វីដែលនឹងកើតឡើង។ ថ្នាំបំបាត់ភាពឈឺចាប់គួរត្រូវប្រើ បើសិនជាចាំបាច់។

ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ និងថ្នាំសណ្ដំ សម្រាប់ទម្រង់ការ

សម្រាប់ទម្រង់ការមួយចំនួន (ឧទា. ការស៊កបំពង់ចូលក្នុងទ្រូង ឬការស៊កកាតេទែចូលសរសៃវ៉ែនfemoral) គួរពិចារណាពីការរំងាប់អារម្មណ៍ដោយឱសថ diazepam ឬការប្រើថ្នាំស្ពឹកកម្រិតស្រាល ដោយឱសថ ketamine (អានផ្នែកទី ៩.១.២, ទំ. ៤០៦)។

សម្រាប់ថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍ diazepam ចូរផ្ដល់តាមសរសៃចំនួន 0.១-0.២mg/kg។ រីឯ ketamine ត្រូវផ្ដល់តាមសាច់ដុំចំនួន ២-៤mg/kg IM ។ វាត្រូវការពេល ៥-១០នាទីទើបបញ្ចេញសកម្មភាព ហើយមានរយៈពេល២០នាទី។



ទម្រង់ការអនុវត្ត

ការរុំខ្លួនកុមារឲ្យជាប់ក្នុងពេលអនុវត្តទម្រង់ការ

គួរស៊កចុងម្ខាងនៃក្រណាត់ចូលពីក្រោមដៃទាំងពីររបស់កុមារ ទៅពីក្រោយខ្នង (រូបA និង B)។ បន្ទាប់មក ទាញចុងម្ខាងទៀតព័ទ្ធមកខាងមុខកុមារ (រូបC និងD)។

ការចាប់កុមារដើម្បីពិនិត្យមើល ភ្នែក ត្រចៀក ឬមាត់

នៅពេលប្រើថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍ ឬថ្នាំស្ពឹកកម្រិតស្រាល ចូរគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារ ដោយប្រយ័ត្នកុមារឈប់ដកដង្ហើម, ហើយនៅពេលដែលអាច គួរតាមដានកម្រិតអុកស៊ីហ្សែនដោយប្រើឱបករណ៍វាស់អុកស៊ីហ្សែនក្នុងឈាម (pulse oximeter)។ **ត្រូវប្រាកដថា** អ្នកមានឧបករណ៍សម្រាប់សប់បញ្ចូលខ្យល់ (resuscitation bag) សម្រាប់សង្គ្រោះជីវិត ហើយបើអាច គួរមានអុកស៊ីហ្សែនបម្រុងទុក។

A១.១ ការចាក់ថ្នាំ

ដំបូង ត្រូវស្វែងយល់ថាតើកុមារធ្លាប់មានប្រតិកម្មនឹងឱសថដែរឬទេ។ លាងសម្អាតដៃឲ្យបានសព្វ។ ប្រើម្ជុល និងសឺរ៉ាំងដែលសម្រាប់ប្រើតែមួយលើក។ សម្អាតកន្លែងចាក់ដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក។ ពិនិត្យកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់ រួចបូមចូលក្នុងសឺរ៉ាំងក្នុងបរិមាណត្រឹមត្រូវ។ ច្របាច់បញ្ចេញខ្យល់ពីសឺរ៉ាំងមុននឹងចាក់។ ត្រូវកត់ត្រាឈ្មោះ និងបរិមាណរបស់ឱសថដែលបានផ្តល់ឲ្យកុមារ។ ចោលសឺរ៉ាំងទៅក្នុងធុងសុវត្ថិភាព។

A១.១.១ ការចាក់តាមសាច់ដុំ

ការចាក់ថ្នាំទៅក្នុងសាច់ដុំភ្លៅ

សម្រាប់កុមារអាយុ > ២ឆ្នាំ ចូរចាក់ថ្នាំទៅក្នុងសាច់ដុំភ្លៅខាងក្រៅ, ឬកំប៉េះ-គូថផ្នែកខាងក្រៅ និងខាងលើដោយស្ថិតនៅឆ្ងាយពីសរសៃ sciatic nerve។ សម្រាប់កុមារតូចៗ ឬខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ, ចូរចាក់នៅចំហៀងភ្លៅ ខាងក្រៅចន្លោះពាក់កណ្តាលត្រគាក និងជង្គង់ ឬនៅសាច់ដុំ deltoid។ ចាក់ម្ជុល(លេខ២៣-២៥, ខ្នាត French gauge) ទៅក្នុងសាច់ដុំតាមមុំ ៩០ដឺក្រេ (៤៥ដឺក្រេទៅក្នុងភ្លៅ)។ ទាញផ្នុកសឺរ៉ាំងដើម្បីប្រាកដថាគ្មានឈាម (បើមានឈាម ត្រូវដកម្ជុលបន្តិច ហើយសាកល្បងម្តងទៀត)។ ផ្តល់ឱសថដោយច្របាច់រុញផ្នុកសឺរ៉ាំងយឺតៗ រហូតដល់គល់។ ដកម្ជុលចេញ រួចយកសំឡីសង្កត់កន្លែងមុខម្ជុល។

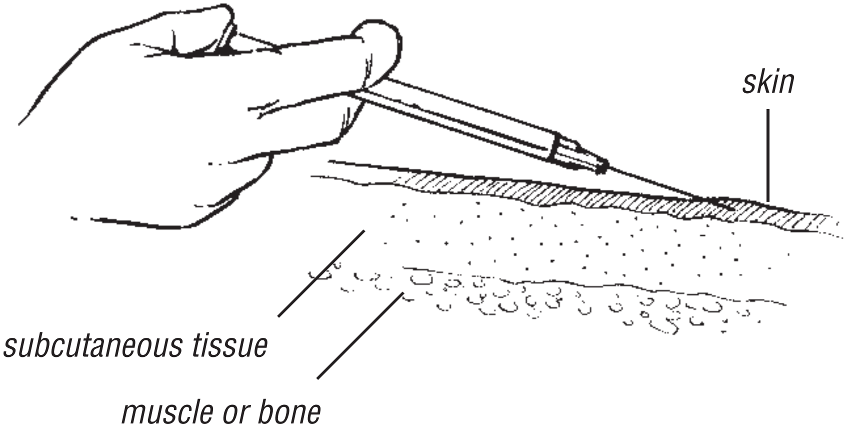
A១.១.២ ការចាក់ក្រោមស្បែក (Subcutaneous)

ជ្រើសរើសកន្លែងចាក់ដូចរៀបរាប់ក្នុងចំណុចចាក់តាមសាច់ដុំ។ រុញម្ជុល (លេខ

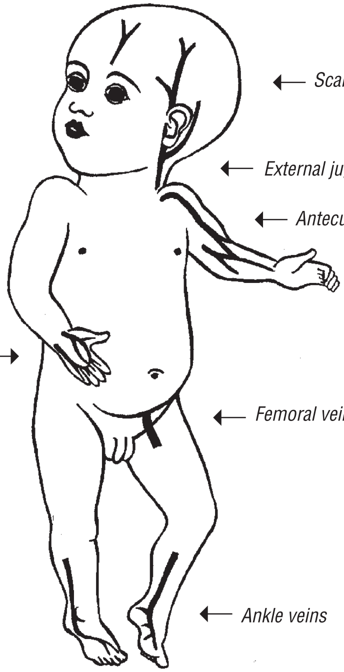
២៣-២៥) ទៅក្រោមស្បែកតាមមុំ៤៥ដឺក្រេ ទៅក្នុងជាលិកាខ្លាញ់ក្រោមស្បែក។ កុំរុញម្ជុលទៅដល់ស្រទាប់សាច់ដុំពីខាងក្រោម។ ទាញផ្នុកសឺរ៉ាំងដើម្បីមើលថាគ្មានឈាម (បើមានឈាម ចូរដកម្ជុលបន្តិច ហើយសាកល្បងម្តងទៀត)។ ផ្តល់ឱសថដោយច្របាច់រុញផ្នុកសឺរ៉ាំងយឺតៗ រហូតដល់គល់។ ដកម្ជុលចេញ រួចយកសំឡីសង្កត់កន្លែងមុខម្ជុល។

A១.១.៣ ការចាក់ក្នុងស្បែក (Intradermal)

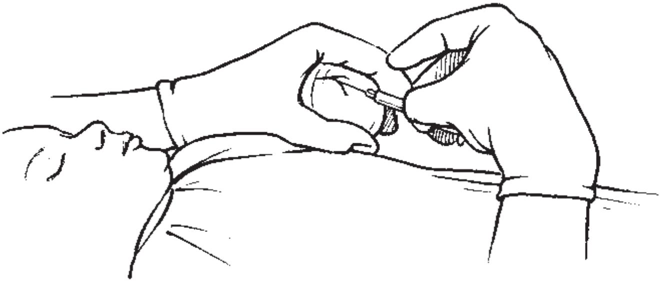
ចំពោះការចាក់ក្នុងស្បែក ចូរជ្រើសរើសកន្លែងលើស្បែកដែលមិនដាច់រលាត់ និងមិនមានការបង្ករោគ (ឧទា. នៅលើសាច់ដុំ deltoid)។ ទាញសន្ទឹងស្បែកដោយមេដៃនិងម្រាមចង្អុលដៃ នៃដៃម្ខាង, ហើយដៃម្ខាងទៀតចាក់ម្ជុល(លេខ២៥) ទៅក្នុងស្បែកប្រហែល ២mm ដែលស្ទើរតែស្មើនឹងផ្ទៃស្បែកខាងលើ។ នៅពេលចាក់ក្នុងស្បែក នឹងមានកម្លាំងរុញច្រានមកវិញខ្លះៗ។ ការឡើងពពុះសដែលបង្ហាញឲ្យឃើញរន្ធរោម គឺជាសញ្ញាបញ្ជាក់ថាការចាក់ក្នុងស្បែកគឺបានធ្វើត្រឹមត្រូវ។



ការចាក់ក្រោមស្បែក (ឧទាហរណ៍ ក្នុងតេស្ត Mantoux)



កន្លែងចាក់សរសៃសម្រាប់ទារក និងកុមារតូច



ការស៊កម្ជុលទៅក្នុងសរសៃវ៉ែនលើខ្នងដៃ។ ដៃត្រូវបានបត់កោង ដើម្បីបង្ខាំងលំហូរឈាមត្រឡប់ទៅបេះដូង និងធ្វើឲ្យមើលឃើញសរសៃវ៉ែនច្បាស់។

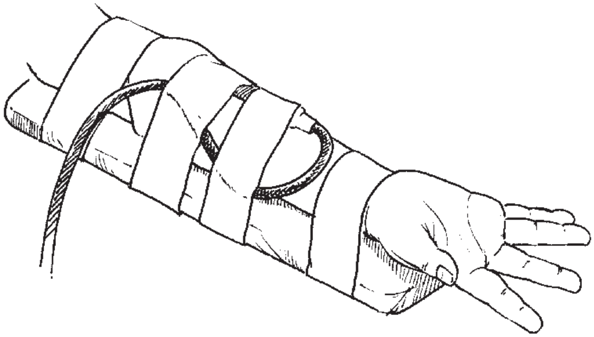
A១.២ ការផ្តល់ជាតិទឹកតាមសរសៃឈាម

A១.២.១ ការចាក់កាតេទែចូលក្នុងសរសៃវ៉ែនខាងក្រៅ

ជ្រើសរើសសរសៃវ៉ែនសមស្របដើម្បីចាក់កាតេទែ ឬប្រើម្ជុលមេអំបៅលេខ២១ ឬ ២៣។

សរសៃវ៉ែនខាងក្រៅ (Peripheral vein)

- រកសរសៃវ៉ែនខាងក្រៅមួយដែលអាចចាក់បាន។ ចំពោះកុមារតូចៗអាយុ >២ខែ, ជាទូទៅវាស្ថិតនៅលើដៃ (cephalic vein) ក្នុងតំបន់ផ្នត់កែងដៃ (antecubital fossa) ឬសរសៃវ៉ែនចន្លោះម្រាម ដៃទី៤ នៅលើខ្នងដៃកុមារ។
- ជំនួយការគ្រូពេទ្យគួរទប់អវៈយវៈឲ្យនៅនឹងមួយកន្លែង និងបង្ខាំងកុំឲ្យលំហូរឈាមត្រឡប់ទៅបេះដូងវិញដោយយកដៃចាប់ជុំវិញអវៈយវៈកុមារ។
- សម្អាតស្បែកជុំវិញកន្លែងមុខម្ជុល ដោយប្រើសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ (ដូចជា spirit, iodine, isopropyl alcohol ឬ ទឹកអាល់កុល៧០%), បន្ទាប់មកចាក់កាតេទែទៅក្នុងសរសៃវ៉ែនទៅតាមប្រវែងរបស់កាតេទែ។ បិតស្កុតពីលើកាតេទែឲ្យជាប់ល្អ។ ដាក់ឈើអបអវៈយវៈក្នុងទីតាំងសមស្រប (ឧទា. ផុតកែងដៃ, កដៃបត់បន្តិច)។



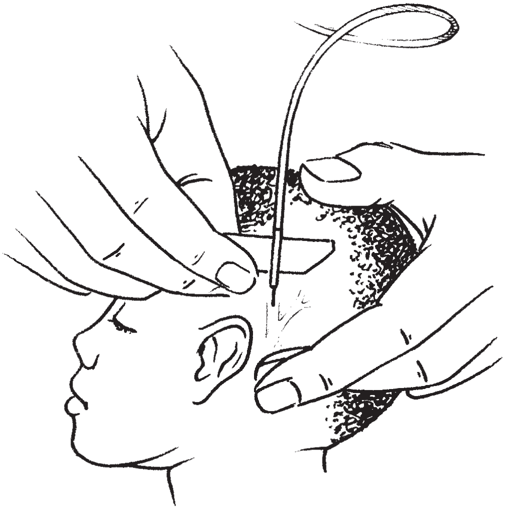
ការអបដៃ ដើម្បីបង្ការការបត់កែងដៃ

សរសៃវ៉ែនក្នុងស្បែកក្បាល (Scalp vein)

សរសៃវ៉ែននេះច្រើនឃើញប្រើញឹកញាប់ចំពោះកុមារអាយុ < ២ឆ្នាំ ប៉ុន្តែវាសមស្រប បំផុតសម្រាប់ទារកតូចៗ។

- រកសរសៃវ៉ែនសមស្របមួយនៅក្នុងស្បែកក្បាល (ជាទូទៅនៅចំកណ្ដាលថ្ងាស, តំបន់សៀតផ្កា, ឬខាងលើ ឬខាងក្រោយត្រចៀក)។
- បើចាំបាច់ អាចកោរសក់នៅកន្លែងមុខម្ជុល, រួចសម្អាតស្បែកដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក។ ជំនួយការគ្រូពេទ្យគួរខ្ទប់សរសៃវ៉ែនដែលនៅក្បែរកន្លែងមុខម្ជុល។ បូមសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាទៅក្នុងសឺរ៉ាំង ហើយបាញ់បញ្ចេញតាមម្ជុលមេអំបៅ។ ផ្ដាច់សឺរ៉ាំងចេញ រួចទុកឲ្យបំពង់នៅចំហរ។ ភ្ជាប់ម្ជុលមេអំបៅដូចរៀបរាប់ខាងលើ។ ឈាមហូរច្រាល់មកវិញយឺតៗតាមបំពង់ បញ្ជាក់ថាម្ជុលស្ថិតនៅក្នុងសរសៃវ៉ែន។
- គួរប្រុងប្រយ័ត្នកុំឲ្យចាក់ចំសរសៃអាទែ ដែលអាចសម្គាល់បានដោយការស្ទាប។ បើមានការបាញ់ឈាមចេញ ចូរដកម្ជុលចេញ រួចសង្កត់ទាល់តែឈាមឈប់ហូរ, បន្ទាប់មករកមើលសរសៃវ៉ែន។

ការស៊កម្ជុលមេអំបៅទៅក្នុងសរសៃវ៉ែនក្នុងស្បែកក្បាល ដើម្បីរៀបចំការបញ្ចូលសេរ៉ូមឲ្យទារកតូចៗ



ការថែទាំកាតេទែ

បិតស្កុតពីលើកាតេទែឲ្យជាប់ណែនល្អ។ អាចតម្រូវឲ្យដាក់ឈើអបត្រង់សន្លាក់ ដើម្បីកុំឲ្យរង្គើដល់កាតេទែ។ រក្សាស្រទាប់ស្បែកខាងលើឲ្យនៅស្អាតនិងស្ងួតជានិច្ច។ បាញ់សេរ៉ូមប្រៃចូលក្នុងកាតេទែភ្លាមបន្ទាប់ពីស៊កទ្រូសចូល និងបាញ់សេរ៉ូមប្រៃបន្ទាប់ពីចាក់បញ្ចូលថ្នាំម្តងៗ។

ផលវិបាកញឹកញាប់

ការបង្ករោគនៅក្រោមស្បែក នៅកន្លែងមុខម្ជុល គឺជាផលវិបាកញឹកញាប់បំផុត។ វាអាចបណ្តាលឲ្យរលាកសរសៃវ៉ែន ដែលធ្វើឲ្យស្ទះសរសៃវ៉ែន ហើយនាំឲ្យមានគ្រុនក្តៅ។ ស្បែកជុំវិញមានពណ៌ក្រហម និងតឹង។ ដកកាតេទែចេញដើម្បីកាត់បន្ថយឱកាសនៃការរាលដាលមេរោគ។ ស្អំដោយកុំប្រេសសើមក្តៅឧណ្ឌៗ ពីលើកន្លែងបង្ករោគរយៈពេល ៣០នាទី រៀងរាល់៦ម៉ោងម្តង។ បើគ្រុនក្តៅនៅតែមានលើស២៤ម៉ោង គួរព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក (ដែលមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងនឹងបាក់តេរី S. aureus)។

ការផ្តល់ឱសថទៅក្នុងសរសៃ តាមរយៈកាតេទែ

ភ្ជាប់សឺរ៉ាំងដែលមានឱសថ ទៅបំពង់កាតេទែ រួចបាញ់បញ្ចូលឱសថ។ នៅពេលផ្តល់ឱសថទាំងអស់រួចរាល់ហើយ ចូរបាញ់សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា រហូតអស់ឈាមពីកាតេទែ ហើយមានតែសេរ៉ូមក្នុងនោះ។ បើការផ្តល់សេរ៉ូមតាមសរសៃវ៉ែនខាងក្រៅ ឬតាមសរសៃវ៉ែនក្នុងស្បែកក្បាល មិនអាចធ្វើទៅរួច, ហើយអ្នកត្រូវតែផ្តល់សេរ៉ូមដើម្បីសង្គ្រោះជីវិតកុមារតាម ៖

- រៀបចំការចាក់បញ្ចូលតាមខួរឆ្អឹង
- ឬប្រើសរសៃវ៉ែនកណ្តាល
- ឬអនុវត្តទម្រង់ការវះបើករកសរសៃវ៉ែន។

A១.២.២ ការចាក់តាមខួរឆ្អឹង

នៅពេលមិនអាចចាក់តាមសរសៃវ៉ែនបាន, ការចាក់តាមខួរឆ្អឹងគឺជាមធ្យោបាយ

សុវត្ថិភាព ងាយស្រួល អាចជឿជាក់បានសម្រាប់ការផ្ដល់ជាតិទឹក និងឱសថ ក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់។

ជម្រើសទី១សម្រាប់ការចាក់ គឺនៅឆ្អឹងស្មងជើងធំ (proximal tibia)។ កន្លែងចាក់ម្ជុលគឺនៅចំកណ្ដាលនៃផ្ទៃខាងមុខរបស់ឆ្អឹងស្មងជើង, នៅមួយភាគបីផ្នែកខាងលើ ដើម្បីចៀសវាងការខូចខាតដល់ក្បាលឆ្អឹង (epiphyseal plate) (ដែលស្ថិតនៅផ្នែកខាងលើនៃឆ្អឹងស្មងជើង) ឬយ៉ាងតិច ១-២cm ពីក្រោមដុំលយរបស់ឆ្អឹងស្មងជើង (tibial tuberosity)។ កន្លែងមួយទៀតដែលអាចចាក់បាន គឺឆ្អឹងភ្លៅខាងចុង(ខាងក្រោម), នៅពីលើចំហៀងគន្លាក់ឆ្អឹង (lateral condyle) ប្រហែល ២cm។

- រៀបចំឧបករណ៍ចាំបាច់, ពោលគឺ ៖
    - ម្ជុលបូមខួរឆ្អឹង ឬម្ជុលចាក់តាមខួរឆ្អឹង (លេខ១៥-១៨ ឬលេខ២១ បើមាន)។ បើគ្មានទេ អាចប្រើម្ជុលចាក់ខួរឆ្អឹង ឬសឺរ៉ាំង hypodermic មុខធំ ឬម្ជុលមេអំបោសម្រាប់កុមារតូចៗ
    - សូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក និងកុំប្រេសស្ទេរីលដើម្បីសម្អាតកន្លែងចាក់
    - សឺរ៉ាំង ៥ml ស្ទេរីលដែលមានសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាពេញ
    - សឺរ៉ាំង ៥ml ស្ទេរីលទី២
    - ឧបករណ៍សំរាប់ដាក់សេរ៉ូម
    - ស្រោមដៃស្ទេរីល។

ការចាក់តាមខួរឆ្អឹង។ ម្ជុលត្រូវបានស៊កចូលនៅក្នុងផ្ទៃខាងមុខ ត្រង់១ភាគ៣ខាងលើនៃឆ្អឹងស្មងជើង។

- ដាក់ទ្រនាប់ពីក្រោមជង្គង់របស់កុមារ ដើម្បីឲ្យវាបត់៣០ដឺក្រេ, ហើយកែងជើងដាក់នៅលើតុ។
- ជ្រើសរើសទីតាំងត្រឹមត្រូវ (ដូចរៀបរាប់ខាងលើ និងបង្ហាញក្បែរនេះ)។

- លាងសម្អាតដៃ រួចពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល។
- សម្អាតស្បែកត្រង់កន្លែងចាក់ និងស្បែកជុំវិញ ដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក។
- ចាប់ភ្លៅ និងជង្គង់ដោយដៃឆ្វេង (ឥឡូវនេះវាលែងស្តេរីលទៀតហើយ) ដើម្បីទប់ស្មងជើងឲ្យនៅនឹង, ដោយម្រាមដៃ និងមេដៃព័ទ្ធជុំវិញជង្គង់ ប៉ុន្តែមិនស្ថិតនៅចំពីក្រោយកន្លែងចាក់ទេ។
- ស្ទាបកន្លែងត្រូវចាក់ម្តងទៀតដោយស្រោមដៃស្តេរីល (ដៃស្តាំ)។
- ស៊កម្ជុលចូលតាមមុំ ៩០ដឺក្រេ ដោយមុខម្ជុលបញ្ឆិតទៅរកប្រអប់ជើង។ រុញម្ជុលចូលយឺតៗ ក្នុងចលនាបង្វិល ឬខួង។
- ឈប់រុញម្ជុលចូល នៅពេលអ្នកមានអារម្មណ៍ថាលែងមានកម្លាំងរុញច្រានត្រឡប់ ឬនៅពេលអ្នកអាចបូមឈាមបាន។ ពេលនេះ ម្ជុលគួរស្ថិតនៅជាប់ក្នុងឆ្អឹងហើយ។
- ដកបណ្តូលស៊កក្នុងបំពង់ (stylet) ចេញ។
- បូមខួរឆ្អឹងប្រហែល ១ml (ពណ៌ដូចឈាម) ដោយប្រើសឺរ៉ាំង ៥ml ដើម្បីបញ្ជាក់ថាម្ជុលកំពុងស្ថិតនៅក្នុងប្រហោងខួរឆ្អឹង។
- ភ្ជាប់សឺរ៉ាំង ៥ml ទី២ដែលមានសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាពេញ។ ទប់ម្ជុលឲ្យនឹង រួចចាក់បញ្ចូលយឺតៗចំនួន ៣ml ដោយស្ទាបកន្លែងចាក់ ក្រែងមានជ្រាបក្រោមស្បែក។ បើមិនឃើញមានការជ្រាបទេ ចូរចាប់ផ្តើមការចាក់បញ្ចូល។
- រុំបង់ និងបិទម្ជុលឲ្យជាប់ណែនល្អ។
- ***ចំណាំ ៖*** *បរាជ័យក្នុងការបូមខួរឆ្អឹង មិនមែនមានន័យថាម្ជុលមិនត្រូវបានស៊កចូលកន្លែងត្រឹមត្រូវនោះទេ។*
- តាមដានការចាក់បញ្ចូល ដោយសង្កេតមើលលំហូរជាតិទឹកថាតើវាហូរយ៉ាងងាយស្រួលឬទេ និងសង្កេតមើលការឆ្លើយតបគ្លីនិកពីអ្នកជំងឺ។
- ពិនិត្យមើលថាកំភួនជើងមិនហើមក្នុងពេលបញ្ចូលសេរ៉ូមទេ។
- នៅពេលអាចប្រើសរសៃវ៉ែនវិញបាន ចូរបញ្ឈប់ការចាក់តាមខួរឆ្អឹង ហើយដក

ម្ទុលចេញ។ ទោះជាក្នុងករណីអ្វីក៏ដោយ មិនគួរចាក់តាមខួរឆ្អឹងយូរជាង ៨ម៉ោងនោះទេ។

ផលវិបាករួមមាន ៖

- ការចាក់ទម្លុះសំបកឆ្អឹងមិនពេញលេញ
  សញ្ញា ៖ ម្ទុលមិនស្ថិតជាប់ល្អ, កើតមានការជ្រាបនៅក្រោមស្បែក។
- ការចាក់ទម្លុះសំបកឆ្អឹងខាងក្រោយ (កើតមានញឹកញាប់ជាងគេ)
  សញ្ញា ៖ មានការជ្រាបកើតឡើង, កំភួនជើងឡើងតឹង។
- ការបង្ករោគ
  សញ្ញា ៖ ការរលាកកោសិកានៅកន្លែងចាក់ម្ទុល។

A១.២.៣ ការចាក់កាតេទែក្នុងសរសៃវ៉ែនកណ្តាល

មិនគួរប្រើវិធីនេះជាប្រចាំនោះទេ, គឺប្រើនៅពេលត្រូវការប្រើផ្លូវសរសៃវ៉ែនជាបន្ទាន់តែប៉ុណ្ណោះ។ ដកបំពង់កាតេទែចេញពីសរសៃវ៉ែនកណ្តាល ឲ្យបានឆាប់បំផុត (ពោលគឺនៅពេលសេរ៉ូមលែងមានភាពចាំបាច់ ឬនៅពេលដែលអាចចាក់កាតេទែចូលសរសៃវ៉ែនខាងក្រៅវិញ ដោយជោគជ័យ)។

សរសៃវ៉ែនកផ្នែកខាងក្រៅ (External jugular vein)

- កាន់កុមារឲ្យជាប់ ដោយឲ្យក្បាលបែរទៅម្ខាងចេញពីកន្លែងចាក់ ហើយទាបជាងខ្លួនបន្តិច (ទីតាំងក្បាលចុះក្រោម ១៥-៣០ដឺក្រេ)។ ព្យាយាមកាន់កុមារឲ្យស្ថិតក្នុងទីតាំងនេះឲ្យបានយូរបំផុត។
- បន្ទាប់ពីសម្អាតស្បែកដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិករួចមក ចូររកសរសៃវ៉ែនកផ្នែកខាងក្រៅ ដែលវានៅពីលើសាច់ដុំក្រោមគល់ថ្គាមចន្លោះឆ្អឹងដងកាំបិត (sternocleidomastoid muscle) និងនៅត្រង់១ភាគ៣នៃផ្នែកខាងក្រោម។ ជំនួយការគ្រូពេទ្យគួរខ្ទប់សរសៃវ៉ែននេះ ដើម្បីឲ្យវាប៉ោង និងឲ្យវានៅនឹងមួយកន្លែង ដោយការសង្កត់នៅខាងចុងផ្នែកខាងក្រោមចំពីលើឆ្អឹងដងកាំបិត។

ចោះទម្លុះស្បែកពីលើសរសៃវ៉ែនតម្រង់ទៅឆ្អឹងដងកាំបិត។ការបុកចូលតែបន្តិច នឹងរុញម្ជុលទៅដល់ក្នុងសរសៃវ៉ែន។ បន្តការដាក់បំពង់កាតេទែទៅក្នុងសសៃវ៉ែនដូចរៀបរាប់ខាងលើ ដូចសរសៃវ៉ែនខាងក្រៅដែរ។

សរសៃវ៉ែននៅក្រលៀន

- គួរឲ្យកុមារដេកផ្ងារ ដោយមានក្រណាត់រមូរទ្រាប់ពីក្រោមគូថ ឲ្យហើបប្រហែល ៥cm ដើម្បីឲ្យត្រគាកកុមារសន្ធឹងឡើងបន្តិច។ ទាញចេញ និងបង្វិលសន្លាក់ត្រគាក រួចបត់ជង្គង់។ ជំនួយការគួរកាន់ទប់ជើងកុមារក្នុងទីតាំងនេះ ហើយកុំឲ្យជើងម្ខាងទៀតមកចូលជិត។ បើកុមារនៅដឹងខ្លួន ចូរចាក់ថ្នាំស្ពឹក lignocaine ១%។
- សម្អាតស្បែកដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក ដើម្បីធានាថាទម្រង់ការនេះគ្មានមេរោគ។ ស្ទាបសរសៃអាទែនៅក្រលៀន (នៅខាងក្រោមសរសៃពួរសន្ធឹងលើថ្ងាសក្រោម (inguinal ligament) ចំកណ្ដាលតំបន់ត្រីកោណក្នុងក្រលៀន (femoral triangle))។ សរសៃវ៉ែននៅក្រលៀន រត់ជាប់ក្បែរនឹងសរសៃអាកទែក្រលៀនដែរ។
- សម្អាតស្បែកដោយអង់ទីសិបទិក។ ចាក់ម្ជុលចូលតាមមុំ ១០-២០ ដឺក្រេ, ឆ្ងាយពី inguinal ligament ប្រមាណ ១-២cm, នៅក្បែរសរសៃអាទែគ្រលៀនប្រមាណ ០.៥-១cm។
- ឈាមនឹងហូរចូលក្នុងសឺរ៉ាំងនៅពេលដែលម្ជុលស្ថិតក្នុងសរសៃវ៉ែននៅគ្រលៀន។
- បន្តដោយការដាក់បំពង់កានីលទៅក្នុងសរសៃវ៉ែន ដោយការរុញបំពង់កានីលតាមមុំ១០ដឺក្រេពីស្បែក។
- រៀបចំទប់កានីលឲ្យនៅមួយកន្លែង, រួចបិតបង់នៅលើស្បែកដើម្បីរាំងខ្ទប់ឈាម ពីក្រោមកានីល, និងបិតបង់មួយផ្ទាំងទៀតពីលើកានីល។ បិតស្អិតដើម្បីឲ្យវាជាប់ណែននៅមួយកន្លែង។ អ្នកប្រហែលជាត្រូវរអបជើងកុមារដើម្បីបង្ការកុំឲ្យកម្រើកត្រគាក។

- តាមដានមុខម្ហូលយ៉ាងជិតដល់ ដរាបណាបំពង់កានីលស្ថិតក្នុងសរសៃវ៉ែន។ ប្រយ័ត្នកុំឲ្យកុមារកម្រើកជើងក្នុងអំឡុងពេលចាក់បញ្ចូល។ បើមានការថែទាំត្រឹមត្រូវ ការចាក់តាមសរសៃនៅក្រលៀន អាចទុកបានរហូតដល់៥ថ្ងៃ។
- ដកបំពង់កានីលចេញ បន្ទាប់ពីផ្តល់សេរ៉ូម, រួចសង្កត់លើកន្លែងចាក់ម្ជុល ២-៣នាទី។

A១.២.៤ ការវះបើករកសរសៃវ៉ែន

មធ្យោបាយនេះមិនសូវជាសមស្របទេ ប្រសិនបើត្រូវការពេលរហ័ស។

- រៀបចំដាក់ជើងកុមារឲ្យនៅស្ងៀម រួចសម្អាតស្បែក ដូចរៀបរាប់ខាងលើ។ រកសរសៃវ៉ែនធំនៅជើង ដែលស្ថិតនៅប្រវែងពាក់កណ្តាលម្រាមដៃ (ទារក) ឬមួយម្រាមដៃ(កុមារធំ) ពីលើ និងពីមុខភ្នែកគោរ។
- ចាក់ថ្នាំស្ពឹក lignocaine ១%, រួចវះពីលើស្បែក កែងនឹងផ្លូវសរសៃវ៉ែន។ កាត់ជាលិកាក្រោមស្បែក ដោយប្រើដង្កៀប haemostat។
- បើកឲ្យឃើញសរសៃវ៉ែនប្រវែង ១-២cm។ ស៊កខ្សែចេស នៅខាងដើម និងខាងចុង។
- ចងភ្ជិតនៅខាងចុងសរសៃវ៉ែន ដោយប្រើចំណងចេសវែងបំផុត។
- ចោះរន្ធតូចមួយនៅផ្នែកខាងលើនៃសរសៃវ៉ែនដែលកំពុងតែមើលឃើញ រួចស៊កបំពង់កានីលចូល, ក្នុងពេលជាមួយគ្នា កាន់ខ្សែចេសដែលនៅខាងចុងដើម្បីកុំឲ្យសរសៃវ៉ែនរង្គើ។
- ចងបំពង់កានីលឲ្យនៅមួយកន្លែង ដោយប្រើខ្សែចេសនៅខាងលើ។
- ភ្ជាប់សឺរ៉ាំងដែលមានសេរ៉ូមប្រៃធម្មតាពេញ ហើយធានាថាសេរ៉ូមហូរចូលសរសៃវ៉ែនយ៉ាងងាយស្រួល។ បើមិនដូច្នោះទេ ចូរពិនិត្យមើលថាតើបំពង់កានីលស្ថិតនៅក្នុងសរសៃវ៉ែនឬទេ ឬសាកល្បងទាញវាចេញបន្តិចដើម្បីឲ្យសេរ៉ូមហូរចូលងាយស្រួល។

- យកចំណងចេសដែលចងនៅខាងចុងសរសៃវ៉ែន មកចងជុំវិញកាតេទែ, បន្ទាប់មកដេរបិទស្បែកចូលគ្នាវិញ។ បិតបំពង់កានីលទៅនឹងស្បែក រួចគ្របបង់ស្ទេរីលពីលើ។

A១.២.៥ ការស៊កកាតេទែចូលសរសៃវ៉ែនក្នុងទងផ្ចិត

ទម្រង់ការនេះអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់ការសង្គ្រោះ ឬការប្តូរឈាម ហើយជាទូទៅវាអាចធ្វើលើទារកទើបកើតក្នុងរយៈពេលពីរបីថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត។ ក្នុងស្ថានភាពខ្លះ វាអាចធ្វើឡើងចំពោះទារកអាយុរហូតដល់៥ថ្ងៃ។

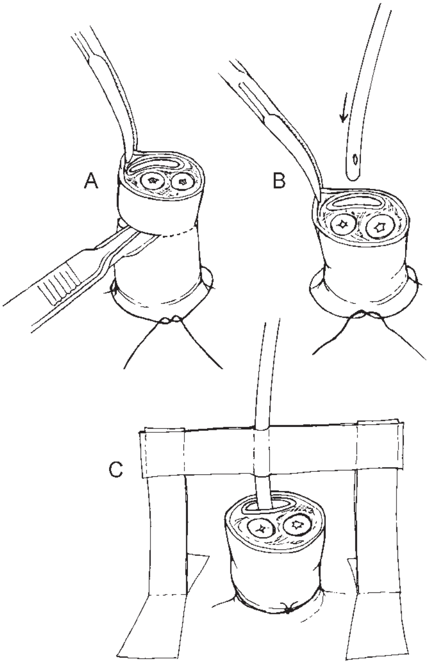
- ភ្ជាប់បំពង់មុខ៣ (three-way tap) ស្តេរីល និងសឺរ៉ាំង ទៅនឹងកាតេទែស្ទេរីលលេខ៥ រួចបញ្ចូលសេរ៉ូមប្រៃ ០,៩%, បន្ទាប់មកបិទបំពង់មុខ៣ដើម្បីបង្ការកុំឲ្យខ្យល់ចូល (ដែលអាចបណ្តាលឲ្យមានដុំខ្យល់)។

ការស៊កកាតេទែចូលសរសៃវ៉ែនក្នុងទងផ្ចិត

១. រៀបចំទងផ្ចិត

២. ស៊កកាតេទែចូលក្នុងសរសៃវ៉ែនទងផ្ចិត។ វាជាសរសៃធំជាងគេ, មានសាច់ជញ្ជាំងស្តើង, និងមានទិសទៅ ក្បាលកុមារ ។ គួរសម្គាល់មើលសរសៃអាកទែ២ ដែលមានសាច់ជញ្ជាំងក្រាស់ និងមានទិសដៅទៅជើងកុមារ។

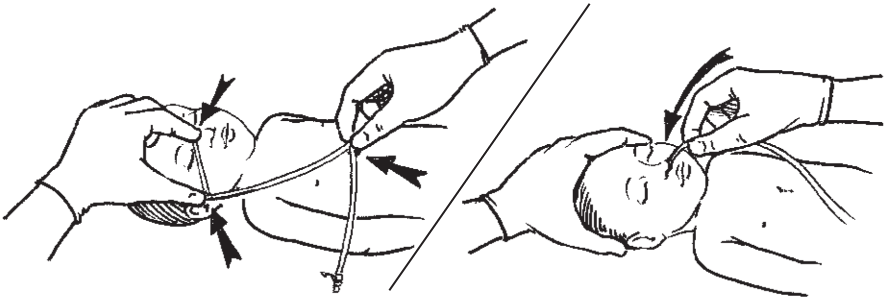
៣. បិតកាតេទែឲ្យជាប់ណែនមួយកន្លែង, ដើម្បីបង្ការការរួញចូលគ្នា។



- សម្អាតទងផ្ចិត និងស្បែកជុំវិញដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក បន្ទាប់មកចងចេសជុំវិញគល់នៃទងផ្ចិត។
- កាត់ទងផ្ចិតប្រវែង ១-២cm ពីគល់ ដោយប្រើកាំបិតវះកាត់ដែលស្ទេរីល។ សន្និដ្ឋានថាមួយណាជាសរសៃវ៉ែនក្នុងទងផ្ចិត (សរសៃដែលមានប្រហោងធំ) និងសរសៃអាកទែក្នុងទងផ្ចិត (សរសៃដែលមានសាច់ជញ្ជាំងក្រាស់ ចំនួន២ ដែលនៅក្បែរសរសៃវ៉ែន)។ ប្រើដង្កៀបស្ទេរីល ចាប់ទងផ្ចិត (ចាប់ក្បែរសរសៃវ៉ែន)។
- ប្រើដង្កៀបស្ទេរីលមួយទៀត ចាប់កាតេទែស៊ើកចូលទៅក្នុងសរសៃវ៉ែន (វាគួរតែចូលទៅដោយស្រួល) ប្រវែង ៤-៦cm។
- ពិនិត្យមើលថាកាតេទែមិនរួញ ហើយឈាមហូរត្រឡប់ចូលកាតេទែយ៉ាងងាយស្រួល។ ប្រសិនបើមានការរាំងស្ទះ, ចូរទាញទងផ្ចិតថ្នមៗ ទាញកាតេទែចេញក្រៅបន្តិច រួចស៊ើកចូលវិញ។
- ចងរឹតវាដោយចេស២ខ្សែ ដែលដេរចូលក្នុងទងផ្ចិត និងទុកប្រវែង ៥cm ពីចុងថ្នេរ ។ បិតចេសនិងកាតេទែ (មើលរូបភាព)។
- បន្ទាប់ពីដកកាតេទែចេញ ចូរសង្កត់លើគល់នៃទងផ្ចិតប្រមាណ ៥-១០នាទី។

A១.៣ ការស៊ើកបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ (nasogastric tube)

- កាន់ចុងបំពង់ ដាក់លើច្រមុះកុមារ, វាស់ចម្ងាយពីច្រមុះ ទៅកាន់ទងត្រចៀក, បន្ទាប់មក ទៅកាន់ចុងដង្ហើម(លើពោះ)។ គូសចំណាំលើបំពង់ត្រង់ចំណុចនេះ។
- កាន់កុមារឲ្យជាប់។ ជ្រលក់ចុងបំពង់ទៅក្នុងទឹក រួចស៊ើកចូលទៅក្នុងរន្ធច្រមុះយឺតៗ។ វាគួរតែចូលទៅដល់ក្រពះយ៉ាងស្រួល ដោយមិនមានកម្លាំងរុញច្រានត្រឡប់ឡើយ។ នៅពេលដល់ត្រង់ចំណុចគំនូសលើបំពង់ហើយ ត្រូវបញ្ឈប់វា រួចបិតស្កុតលើបំពង់ឲ្យជាប់ណែនល្អ។
- បូមវត្ថុក្នុងក្រពះបន្តិចតាមសឺរ៉ាំង ដើម្បីបញ្ជាក់ថាបំពង់កំពុងស្ថិតក្នុងទីតាំងត្រឹមត្រូវ (ពិនិត្យថាវាប្តូរពណ៌របស់បន្ទះតេស្តជាតិអាស៊ីតទៅជាពណ៌ផ្កាឈូក)។



ការស៊កបំពង់ចូលក្រពះតាមច្រមុះ។ ចម្ងាយត្រូវបានវាស់ពីច្រមុះ ទៅទងត្រចៀក រួចទៅចុងដង្ហើម, បន្ទាប់មកស៊កបំពង់ទៅតាមប្រវែងដែលបានវាស់នេះ។

បើមិនឃើញមានវត្ថុក្នុងក្រពះទេ ចូរបាញ់ខ្យល់ចូលតាមបំពង់ រួចស្តាប់ពីលើពោះដោយប្រើស្តេតូ។

- ប្រសិនបើមិនច្បាស់ ពីទីតាំងរបស់បំពង់ គួរដកវាចេញ រួចស៊កឡើងវិញ។
- នៅពេលបំពង់ស្ថិតក្នុងកន្លែងត្រឹមត្រូវហើយ ចូរភ្ជាប់សឺរ៉ាំង ២0ml (គ្មានផ្ទុក) ទៅនឹងចុងបំពង់, រួចចាក់អាហារ ឬជាតិទឹកទៅក្នុងសឺរ៉ាំង ដោយទុកឲ្យវាហូរចូលដោយខ្លួនឯង។

ប្រសិនជាត្រូវផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនតាមកាតេទែចូលទៅខាងក្រោយច្រមុះ (nasopharyngeal catheter) ក្នុងពេលជាមួយគ្នា, ចូរស៊កបំពង់ទាំង២ចូលតាមរន្ធច្រមុះតែមួយ ហើយព្យាយាមសម្អាតរន្ធច្រមុះម្ខាងទៀតដោយការជូតសំបោរទឹក និងសំបោរក្រៀមចេញឲ្យស្អាត, ឬម៉្យាងទៀតអាចស៊កបំពង់ផ្តល់អាហារ ចូលតាមមាត់វិញ។

A១.៤ ការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង

ចំណុចទាំងនេះគឺជា*លក្ខខណ្ឌជំទាស់*៖

- សញ្ញាឡើងសម្ពាធនៅក្នុងលលាដ៍ក្បាល (ទំហំប្រស្រីភ្នែកខុសគ្នា, កាយវិការរឹង ឬខ្វិនអវៈយវៈណាមួយ, ដង្ហើមមិនទៀងទាត់)

- ការបង្ករោគលើស្បែក ត្រង់កន្លែងដែលត្រូវចាក់ម្ជុលបូម

ប្រសិនបើមានលក្ខខណ្ឌជំទាស់ទាំងនេះ គួរថ្លឹងថ្លែងឲ្យបានហ្មត់ចត់ រវាងព័ត៌មានដែលទទួលបានពីទម្រង់ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងជាមួយនឹងគ្រោះថ្នាក់របស់វា។ ប្រសិនបើមិនច្បាស់ទេ គួរចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរដែលសង្ស័យជាមុន ហើយពន្យារទម្រង់ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង។

ការដាក់ទីតាំងកុមារ

មានទីតាំង២ ដែលអាចធ្វើបាន ៖

- ដេកផ្អៀងនៅលើតុ (ជាពិសេសចំពោះទារកតូចៗ)
- ទីតាំងអង្គុយ (ជាពិសេសចំពោះកុមារធំៗ)

ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង នៅពេលកុមារដេកនៅលើតុ

- គួរប្រើតុដែលមានផ្ទៃរឹងមាំ។ ដាក់កុមារឲ្យដេកផ្អៀង ដើម្បីឲ្យឆ្អឹងខ្នងស្របនឹងផ្ទៃតុ, ហើយអ័ក្សកាត់ទទឹងខ្លួនទៅជាបញ្ឈរ (មើលរូបនៅទំព័របន្ទាប់)។
- ជំនួយការគួរជួយបង្កោងខ្លួនរបស់កុមារ ដោយរុញជង្គង់ផ្អឹបទៅនឹងទ្រូង និងកាន់ខ្នងកុមារនៅផ្នែកខាងលើ, ដូច្នេះដងខ្លួនរបស់កុមារនឹងកោងមកក្រៅ។ កាន់កុមារក្នុងទីតាំងនេះឲ្យជាប់។ ប្រាកដថាមិនមានការរាំងស្ទះផ្លូវដង្ហើមទេ ហើយកុមារអាចដកដង្ហើមធម្មតា។ ប្រយ័ត្នប្រយែងក្នុងការចាប់ទារកតូចៗ។ ជំនួយការមិនគួរចាប់កុមារត្រង់ក ឬបត់ក ដើម្បីចៀសវាងការស្ទះផ្លូវដង្ហើម។

ពិនិត្យរកទីតាំងដែលត្រូវបូម

រកចន្លោះឆ្អឹងកងចង្កេះទី៣ និងទី៤, ឬចន្លោះឆ្អឹងកងចង្កេះទី៤ និងទី៥។ (ឆ្អឹងកងចង្កេះទី៣ ស្ថិតនៅចំចំណុចប្រសព្វនៃវាងចុងកំពូលនៃឆ្អឹងត្រគាក និងឆ្អឹងខ្នង)។

រៀបចំកន្លែងបូម

- ប្រើបច្ចេកទេសដែលគ្មានមេរោគ។ ដុសសម្អាតដៃ និងពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល។

- សម្អាតស្បែកដែលនៅជុំវិញកន្លែងចាក់ដោយប្រើសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក។
- អាចត្រូវប្រើកន្សែងស្ទេរីល។
- ចំពោះកុមារធំៗដលែមិនស្ងប់នៅស្ងៀម គួរចាក់ថ្នាំស្ពឹក lignocaine ១% នៅលើកន្លែងត្រូវចាក់។

ការចាប់កុមារធំ ក្នុងទីតាំងអង្គុយ ដើម្បីអនុវត្តទម្រង់ការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹង

អនុវត្តទម្រង់ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង

- ប្រើម្ជុលបូមខួរឆ្អឹងដែលមានបណ្តូលស៊កក្នុងបំពង់ (stylet) (លេខ២២ សម្រាប់ទារកតូច, លេខ២០ សម្រាប់ទារកធំ ឬកុមារ; បើគ្មានទេ អាចប្រើម្ជុល hypodermic)។ ស៊កម្ជុលទៅក្នុងចន្លោះឆ្អឹងកងចង្កេះ ហើយតម្រង់ម្ជុលទៅកាន់ផ្ចិត។
- រុញម្ជុលចូលយឺតៗ។ ម្ជុលនឹងរុលចូលយ៉ាងងាយ រហូតទាល់តែវាប៉ះនឹងសរសៃពួរចន្លោះឆ្អឹងខ្នង។ ត្រូវបង្កើនកម្លាំងរុញថែមទៀត ដើម្បីទម្លុះសរសៃពួរនេះ, កម្លាំងរុញត្រឡប់ នឹងចុះខ្សោយនៅពេលដែលម្ជុលបានទម្លុះស្រទាប់ក្រៅបំផុតនៃស្រោមខួរឆ្អឹង (dura)។ ចំពោះទារកតូចៗ ការចុះខ្សោយនៃកម្លាំងរុញត្រឡប់នេះ មិនមែនតែងតែកើតឡើងនោះទេ ដូច្នេះត្រូវរុញម្ជុលដោយប្រុងប្រយ័ត្នបំផុត។
- ដកបណ្តូលស៊កក្នុងបំពង់ (stylet) ចេញ ហើយទឹកខួរឆ្អឹងនឹងហូរចេញមកក្នុងម្ជុល។ បើគ្មានទឹកខួរឆ្អឹងហូរមកទេ អាចស៊កបណ្តូលចូលក្នុងម្ជុលវិញ

ហើយរុញទៅមុខបន្តិចទៀត។

- បូមយកគំរូទឹកខួរឆ្អឹងប្រមាណ 0.៥-១ml, រួចដាក់ក្នុងបំពង់ស្ទេរីល។
- ដកម្ជុលនិងបណ្តូលសិក ចេញមកក្រៅទាំងស្រុង រួចសង្កត់នៅលើកន្លែងមុខម្ជុលពីរបីវិនាទី។ បិតបង់ស្ទេរីលពីលើកន្លែងមុខម្ជុល។
- បើម្ជុលត្រូវបានសិកចូលជ្រៅពេក នោះវាអាចចាក់ដល់សរសៃវ៉ែនឆ្អឹងខ្នង។ វានឹងបណ្តាលឲ្យមានការហូរឈាមខាងក្នុង, ហើយទឹកខួរឆ្អឹងនឹងមានលាយឈាម។ គួរដកម្ជុលចេញ ហើយអនុវត្តទម្រង់ការឡើងវិញនៅចំណុចផ្សេងមួយទៀត។

A១.៥ ការសិកបំពង់ចូលក្នុងទ្រូង

ទឹកក្នុងស្រោមសួត គួរត្រូវបានបង្ហូរ លើកលែងតែវាមានបរិមាណតិចតួចប៉ុណ្ណោះ។ ជួនកាល អ្នកចាំបាច់ត្រូវបង្ហូរទឹកចេញពីសួតទាំង២។ អ្នកប្រហែលជាត្រូវចោះបង្ហូរ ២ ឬ៣ដង បើជាតិទឹកនៅតែត្រឡប់មកវិញ។

ទម្រង់ការវិនិច្ឆ័យរោគ

- ពិចារណាពីការប្រើថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍ ឬថ្នាំស្ពឹកកម្រិតស្រាល ដោយឱសថ ketamine។
- លាងសម្អាតដៃ រួចពាក់ស្រោមដៃស្ទេរីល។
- ដាក់កុមារឲ្យដេកផ្ងារ។
- សម្អាតស្បែកនៅលើទ្រូងដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក (ឧទា. អាល់កុល ៧0%)។
- ជ្រើសរើសចំណុចមួយនៅលើខ្សែបណ្តោយក្រោមក្លៀក (midaxillary line) (នៅចំហៀងទ្រូង), ស្ថិតក្រោមកម្ពស់ក្បាលដោះបន្តិច (ចន្លោះឆ្អឹងជំនីទី៥, មើលរូបនៅទំ.៥៣៤)។
- ចាក់ lignocaine ១% ចំនួន ១ml ទៅក្នុងស្បែក និងជាលិកាក្រោមស្បែក ត្រង់ចំណុចជ្រើសរើស។

- ស៊កម្ជុលឬកាតេទែចូលទៅក្នុងស្បែក និងស្រោមសួត រួចបូម ដើម្បីបញ្ជាក់ពីវត្តមាននៃជាតិទឹកក្នុងស្រោមសួត។ បូមគំរូជាតិទឹកសម្រាប់ធ្វើតេស្តមីក្រូទស្សន៍ និងតេស្តផ្សេងៗទៀត, រួចដាក់ក្នុងបំពង់ស្ទេរីល។

បើជាតិទឹកមានសភាពថ្លា (ពណ៌ដូចចំបើង ឬពណ៌ត្នោត), ចូរដកម្ជុល ឬកាតេទែចេញ បន្ទាប់ពីបូមជាតិទឹកសមល្មមអាចបន្ធូរភាពលំបាករបស់កុមារ, រួចរុំបង់ពីលើកន្លែងមុខម្ជុល។ គួរពិចារណាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យញែកសម្រាប់ជំងឺរបេង (អានផ្នែកទី ៤.៧.២, ទំ.១៧៨)។ បើជាតិទឹកមានខ្ទុះតិចៗ ឬសភាពស្រអាប់ (ដូចទឹកដោះ), ចូរទុកកាតេទែនៅក្នុងនោះ ដើម្បីអាចបូមខ្ទុះចេញជាច្រើនដងក្នុងមួយថ្ងៃ។ ត្រូវប្រាកដថាអ្នកបិទកាតេទែជិតល្អមិនឲ្យមានខ្យល់ចូលរួច។

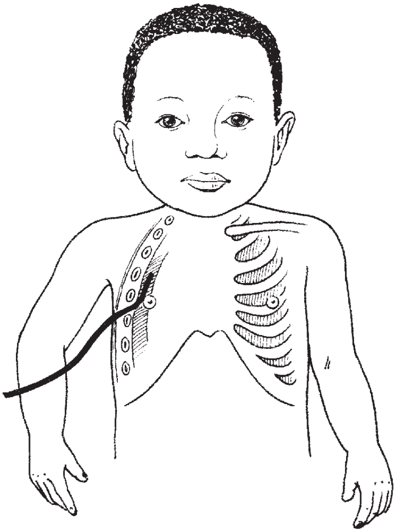
បើជាតិទឹកមានខ្ទុះច្រើន, ដែលពិបាកឆ្លងកាត់ម្ជុលឬកាតេទែ, ចូរស៊កបំពង់ចូលក្នុងទ្រូង (មើលរូបភាព)។

ការស៊កបំពង់ចូលក្នុងទ្រូង

ជ្រើសរើស និងរៀបចំកន្លែងចាក់ ដូចរៀបរាប់ខាងលើ។

- វះលើស្បែកប្រហែល ២-៣cm ស្របជាមួយចន្លោះឆ្អឹងជំនី, នៅជាប់ខាងលើឆ្អឹងជំនី (ដើម្បីចៀសវាងការខូចខាតដល់សរសៃឈាមដែលស្ថិតនៅក្រោមឆ្អឹងជំនីនីមួយៗ)។
- ប្រើដង្កៀបស្ទេរីលរុញទម្លុះជាលិកាក្រោមស្បែក ដែលនៅជាប់ខាងលើគែមឆ្អឹងជំនី, រួចទម្លុះស្រោមសួត។
- ស៊កម្រាមដៃមួយដែលមានពាក់ស្រោម ទៅក្នុងកន្លែងវះ ហើយបង្កើតផ្លូវទៅកាន់ស្រោមសួត។ (មិនអាចធ្វើបែបនេះ ចំពោះទារកទេ)។
- ប្រើដង្កៀបតៀបបំពង់កាតេទែបង្ហូរ (លេខ១៦) ហើយស៊កវាចូលទៅក្នុងទ្រូងប៉ុន្មានសង់ទីម៉ែត្រ, ដោយរុញក្នុងទិសដៅឡើងលើ។ ធានាថាគ្រប់រន្ធបង្ហូរទាំងអស់របស់កាតេទែសុទ្ធតែស្ថិតនៅក្នុងទ្រូង។

- ភ្ជាប់កាតេទែទៅនឹងដបបង្ហូរវត្ថុរាវ (underwater seal drain)។
- ដេរបំពង់កាតេទែឲ្យនៅជាប់មួយកន្លែង, បិតស្កុត, និងបិតបង់កុំប្រេស។



ការស៊កបំពង់ចូលក្នុងទ្រូង ៖ កន្លែងស៊កត្រូវបានជ្រើសរើសនៅលើខ្សែបណ្ដោយក្រោមក្លៀក (mid-axillary line) នៅចន្លោះឆ្អឹងជំនីទី៥ (នៅកម្ពស់ស្មើនឹងក្បាលដោះ) ។

ការបូមទឹកចេញពីទ្រូង ដោយប្រើម្ជុល (thoracocentesis)

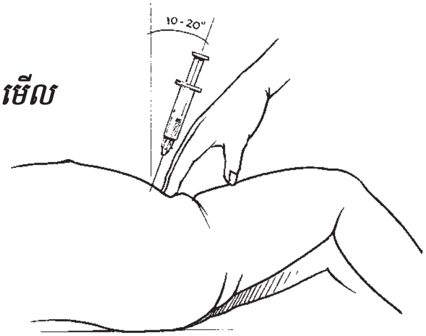
ទម្រង់ការនេះគឺសម្រាប់ប្រើជាមួយអ្នកជំងឺដែលមានស្ថានភាពចុះដុនដាបយ៉ាងឆាប់រហ័សដែលមានខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត (អានផ្នែកទី ៤.៣.៣, ទំ.១៣៨) ដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត។ ក្នុងករណីនេះ ការបញ្ចូលបំពង់បង្ហូរខ្យល់ជាបន្ទាប់មកទៀតជាការចាំបាច់អ្នក។

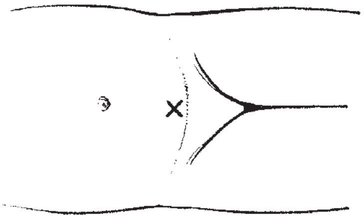
- រកចន្លោះឆ្អឹងជំនីទី២ នៅលើខ្សែបណ្ដោយក្រោមឆ្អឹងដងកំបិត (mid-clavicular line) នៅចំហៀងនៃសួតដែលមានខ្យល់ចូលស្រោមសួត (នៅទិសដៅផ្ទុយគ្នានឹង tracheal deviation និងទិសដៅដូចគ្នានឹង hyper-resonance)។
- សម្អាតទ្រូងដោយអង់ទីសិបទិក ឬសំឡីជ្រលក់អាល់កុល។
- ភ្ជាប់សឺរ៉ាំងទៅកាតេទែ។
- ស៊កកាតេទែទៅក្នុងទ្រូង នៅជាប់ពីលើឆ្អឹងជំនីខាងក្រោម ហើយបូមគ្រប់ពេល។
- បើខ្យល់ត្រូវបានបូមចេញ ចូរដកម្ជុល ហើយទុកបំពង់ជ័ររបស់កាតេទែនៅកន្លែងដដែល។
- បិទបំពង់ជ័រ រួចបន្តដោយការចាក់បំពង់បង្ហូរចូលក្នុងទ្រូងឲ្យបានឆាប់បំផុត។

A១.៦ ការចោះបូមទឹកនោមពីប្លោកនោម

បូមក្នុងជម្រៅ ៣ស.ម នៅត្រង់ចំណុចកណ្ដាលនៃចង្កេះ, នៅពីលើឆ្អឹងថ្ងាស, ដោយប្រើម្ជុលលេខ២៣ ក្នុងស្ថានភាពស្ទេរីល។ ធ្វើការចោះបូមតែចំពោះកុមារដែលមានទឹកនោមពេញប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចដឹងបានតាមការគោះ។ មិនត្រូវប្រើថង់ទឹកនោមដើម្បីដាក់ទឹកនោមទេ ព្រោះវាអាចមានភាពកខ្វក់។ ត្រូវប្រើកន្ទោរស្អាត ដើម្បីត្រៀមក្រែងកុមារជុះនោមក្នុងពេលអនុវត្តទម្រង់ការ។

ទីតាំងនៃការចោះបូមទឹកនោម – មើលពីចំហៀង។ សូមសង្កេតមើលមុំនៃម្ជុលដែលចោះបញ្ចូល ។





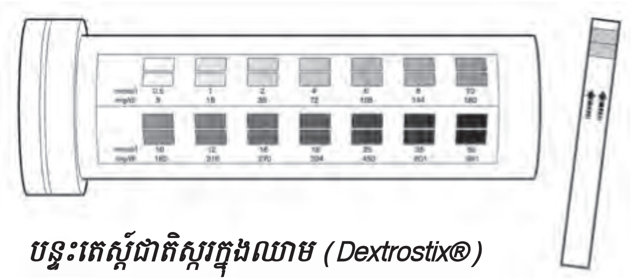
ការជ្រើសរើសកន្លែងចោះបូមទឹកនោម។ ប្លោកនោមត្រូវបានចោះនៅត្រង់ចំណុចកណ្ដាលនៅពីលើឆ្អឹងថ្ងាសបន្តិច។

A១.៧ ការវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាម

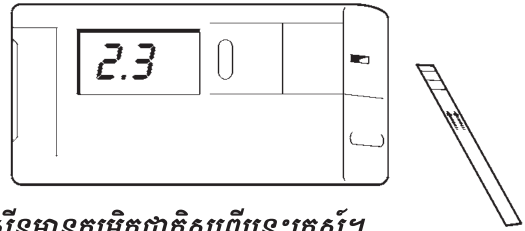
ការវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាម អាចធ្វើឡើងតាមរយៈតេស្ដ៍វិនិច្ឆ័យរោគរហ័ស (ឧទា. Dextrostix®) ក្នុងពេលកុមារសម្រាកលើគ្រែ ដែលផ្ដល់ការប៉ាន់ប្រមាណនៃជាតិស្ករក្នុងឈាម ក្នុងពេលពីរបីនាទី។ តេស្ដ៍នេះមានដាក់លក់យ៉ាងច្រើននៅក្នុងទីផ្សារ ដែលការប្រើប្រាស់របស់វាមានភាពខុសៗគ្នាបន្តិចបន្តួច។ ហេតុដូច្នេះ ត្រូវអានសេចក្ដីណែនាំនៅលើប្រអប់ និងខិត្តប័ណ្ណក្នុងប្រអប់មុននឹងប្រើប្រាស់វា។

ជាទូទៅ គេដាក់ឈាមមួយដំណក់នៅលើបន្ទះតេស្ត ហើយទុកវា៣០វិនាទី ទៅ ១នាទី។ បន្ទាប់មកជូតសម្អាតឈាមចេញ, ហើយក្រោយពីពេលមួយរយៈទៀត (ឧទា. ១នាទីទៀត) ពណ៌របស់បន្ទះតេស្តនឹងប្រែប្រួល ហើយគេយកវាទៅប្រៀបធៀបនឹងគំនូសពណ៌ដែលមាននៅលើប្រអប់។ វាប្រាប់ពីកម្រិតជាតិស្ករក្នុងចន្លោះមួយ, ឧទា. ចន្លោះ ២និង៥ mmol/l, ប៉ុន្តែមិនអាចប្រាប់ពីកម្រិតជាតិស្ករពិតប្រាកដនោះទេ។

បន្ទះតេស្តខ្លះប្រើម៉ាស៊ីនអេឡិចត្រូនិកដើម្បីអានកម្រិតជាតិស្ករ ដែលវាដំណើរការដោយថ្មពិល។ បន្ទាប់ពីជូតសម្អាតឈាមរួច បន្ទះតេស្តត្រូវបានស៊កចូលក្នុងម៉ាស៊ីនអានរួចវានឹងប្រាប់ពីកម្រិតជាតិស្ករមួយដែលមានភាពសុក្រិតជាងការផ្ទៀងពណ៌។ ដោយសារសារធាតុនៅលើបន្ទះតេស្ត នឹងចុះខ្សោយនៅពេលប៉ះជាមួយសំណើមក្នុងបរិយាកាស នោះយើងត្រូវទុកវាក្នុងប្រអប់បិទជិតជានិច្ច។



បន្ទះតេស្តជាតិស្ករក្នុងឈាម (Dextrostix®)
ដោយមានគំនូសពណ៌នៅពីលើប្រអប់ ។



គំរូនៃម៉ាស៊ីនអានកម្រិតជាតិស្ករពីបន្ទះតេស្ត។
បន្ទះតេស្តត្រូវបានស៊កទៅក្នុងម៉ាស៊ីន
នៅផ្នែកខាងស្តាំ។

កំណត់ចំណាំ

កំណត់ចំណាំ

ឧបសម្ព័ន្ធទី២

កម្រិតឱសថ និងរបបឱសថ

នៅក្នុងផ្នែកនេះមានផ្ដល់ជូននូវកម្រិតឱសថដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំដែលសមស្របសម្រាប់ទារក និងកុមារ។ ដើម្បីឲ្យងាយស្រួលប្រើ និងចៀសវាងការគណនាស្មុគស្មាញ, កម្រិតថ្នាំត្រូវបានផ្ដល់ជូនទៅតាមទម្ងន់ខ្លួនរបស់កុមារ។ ដោយសារកំហុសនៃការគណនាកម្រិតឱសថ កើតឡើងជាញឹកញាប់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យទូទាំងពិភពលោក នោះគួរចៀសវាងការគណនាទាំងនេះនៅពេលដែលអាច។ កម្រិតថ្នាំទាំងអស់ ត្រូវបានផ្ដល់ជូនក្នុងចន្លោះទម្ងន់ពី ៣-២៩kg។ តារាងកម្រិតឱសថសម្រាប់ទារកទើបកើតក្នុងអាយុ២ខែដំបូង ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងជំពូកទី៣, ទំ.១១០-១១៣។

ទោះជាយ៉ាងនេះក៏ដោយ សម្រាប់ឱសថខ្លះ (ឧទា. ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍) គួរតែគណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបាន**ច្បាស់លាស់**ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួនរបស់កុមារ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវការការគណនាកម្រិតថ្នាំយ៉ាងសុក្រិតដើម្បីធានាថាការព្យាបាលមានប្រសិទ្ធភាព ឬដើម្បីចៀសវាងការពុលថ្លើម, ឧទា. ឱសថ digoxin, ឱសថ chloramphenicol, ឱសថ aminophylline និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV)។

សម្រាប់ឱសថ ARV មួយចំនួន កម្រិតថ្នាំច្រើនតែមានផ្ដល់ជូនទៅតាមក្រឡាផ្ទៃនៃរាងកាយកុមារ។ ដើម្បីជួយសម្រួលក្នុងការគណនា សៀវភៅនេះមានផ្ដល់ជូនតារាងមួយដែលប្រាប់ពីក្រឡាផ្ទៃប្រហាក់ប្រហែលនៃរាងកាយរបស់កុមារ ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួនរបស់ពួកគេ។ បន្ទាប់មក គេយកកម្រិតថ្នាំនោះ ទៅផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយនឹងការគណនាកម្រិតថ្នាំ ថាតើវាត្រឹមត្រូវដែរឬទេ (និងដើម្បីត្រួតពិនិត្យថាមិនបានគណនាកម្រិតថ្នាំខុសឡើយ)។

$$\text{ក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ គិតជាម៉ែត្រការេ} = \frac{\sqrt{(\{\text{កម្ពស់ (cm) x ទម្ងន់ (kg)}\})}}{\text{៣៦០០}}$$

ដូច្នេះ បើកុមារម្នាក់មានទម្ងន់ ១០kg និងកម្ពស់ ៧២cm កុមារនោះមានក្រឡាផ្ទៃរាងកាយចំនួន √(១០ x ៧២/៣៦០០) = 0.៤៥m^2

តារាង A២.១ កម្រិតឱសថទៅតាមក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ គិតជា(m^2)សម្រាប់កុមារ

អាយុ ឬទម្ងន់របស់កុមារ	ក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ (m^2)
ទារកទើបកើត (អាយុ < ១ខែ)	0.២–0.២៥
ទារកតូច (អាយុ ១–< ៣ខែ)	0.២៥–0.៣៥
កុមារទម្ងន់ ៥–៩kg	0.៣–0.៤៥
កុមារទម្ងន់ ១០–១៤kg	0.៤៥–0.៦
កុមារទម្ងន់ ១៥–១៩kg	0.៦–0.៨
កុមារទម្ងន់ ២០–២៤kg	0.៨–0.៩
កុមារទម្ងន់ ២៥–២៩kg	0.៩–១.១
កុមារទម្ងន់ ៣០–៣៩kg	១.១–១.៣

ឧទាហរណ៍ ៖ ប្រសិនបើកម្រិតថ្នាំដែលត្រូវបានណែនាំគឺ ៤00mg/m២ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ, នោះសម្រាប់កុមារដែលមានទម្ងន់ចន្លោះ ១៥–១៩kg, កម្រិតថ្នាំនោះត្រូវជា ៖ (0.៦–0.៨) x ៤00 = ២៤៤–៣១៦mg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Adrenaline							
សម្រាប់សំឡេងដង្ហើមតឹង (wheeze)	0.0១ml/kg (អាចដល់អតិបរមា 0.៣ ml) នៃឱសថទឹក ១:១.000 (ឬ 0.១ml/kg នៃឱសថទឹក ១:១0.000) ចាក់ក្រោមស្បែកដោយប្រើសឺរ៉ាំង១-ml		គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបាន**ច្បាស់លាស់** ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន (ពេលប្រើជាឱសថពង្រីកទងសួតដែលមានសកម្មភាពរហ័ស)				
ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើធ្ងន់ធ្ងរដោយវីរុស	0.៥ml/kg នៃឱសថទឹក ១:១.000 (កម្រិតថ្នាំអតិបរមា ៥ml)		–	៣ml	៥ml	៥ml	៥ml
សម្រាប់ការប្រតិកម្មឱសថ	0.១៥ml នៃឱសថទឹក ១:១.000 ចាក់តាមសាច់ដុំ (0.៣ml សម្រាប់កុមារអាយុ > ៦ឆ្នាំ)						

***ចំណាំ ៖** រៀបចំឱសថទឹក ១:១0.000ដោយលាយឱសថទឹក ១:១.000ចំនួន ១ml ទៅក្នុងសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬសេរ៉ូមផ្អែម៥% ចំនួន ៩ml*

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Aminophylline							
សម្រាប់ជំងឺហឺត	តាមមាត់: ៦mg/kg	ឱសថគ្រាប់: ១00mg	¼	½	¾	១	១½
		ឱសថគ្រាប់: ២00mg	–	¼	½	½	¾
	តាមសរសៃ: នៅពេលដែលអាច គួរគណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន, អាចប្រើតាមកម្រិតថ្នាំខាងក្រោម តែនៅពេលមិនអាចគណនាដោយខ្លួនឯងប៉ុណ្ណោះ។						
	កម្រិតថ្នាំដំបូង: តាមសរសៃ: ៥–៦mg/kg (អតិបរមា ៣00mg) យឺតៗរយៈពេល ២០–៦០ នាទី	ឱសថដប ២៥0g/១0-ml	១ml	១.៥ml	២.៥ml	៣.៥ml	៥ml

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
	កម្រិតថ្នាំរក្សាលំនឹង: តាមសរសៃ: ៥mg/kg អាចឡើងដល់ ៦ម៉ោងម្តង		១ml	១.៥ml	២.៥ml	៣.៥ml	៥ml
	ឬតាមការចាក់បញ្ចូលយឺតៗចំនួន ០.៩ mg/kg ក្នុង១ម៉ោង		គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់				
ផ្តល់កម្រិតថ្នាំដំបូងតាមសរសៃ តែប្រសិនបើកុមារមិនទាន់ទទួលបានឱសថ aminophylline ឬ theophylline ក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោងប៉ុណ្ណោះ។ ចំពោះកម្រិតថ្នាំនិងរយៈពេលចន្លោះកម្រិតថ្នាំ សម្រាប់ការបាត់ដង្ហើមលើទារកទើបកើតនិងទារកកើតមិនគ្រប់ខែ, សូមមើលទំ. ១១០។							
Amoxicillin	២៥mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ ២៥០mg (ទំពារ ឬកិនបាន)	½	១	១½	២	២½
		ស៊ីរ៉ូ (២៥០mg/៥ml)	២.៥ml	៥ml	៧.៥ml	១០ml	–
សម្រាប់ជំងឺរលាកសួត	៤០mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ		១	១½	២	៣	៤
			២.៥ml	៧.៥ml	១០ml	–	–
Amphotericin B សម្រាប់ជំងឺកង់ឌីដាក្នុងបំពង់អាហារ (oesophageal candidiasis)	ពី ០.២៥mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ ទៅ ១mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ, តាមដែលកុមារអាចទ្រាំទ្របាន, ដោយចាក់រយៈពេល ៦ម៉ោង/ថ្ងៃ ពី១០–១៤ថ្ងៃ	ឱសថដប ៥០mg	–	២–៨mg	៣–១២mg	៤.៥–១៨mg	៦–២៤mg
Ampicillin	តាមសាច់ដុំ/សរសៃ: ៥០mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង	ឱសថដប ៥០០mg លាយទឹកស្ទេរីល ២.១ml ទៅជា ៥០០mg/២.៥ml	១ml	២ml	៣ml	៥ml	៦ml

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
ចំណាំ ៖ កម្រិតថ្នាំតាមមាត់គឺសម្រាប់ជំងឺស្រាល។ ប្រសិនបើត្រូវប្រើឱសថ ampicillin តាមមាត់ បន្ទាប់ពីការចាក់ ampicillin សម្រាប់ជំងឺធ្ងន់ធ្ងររួច, កម្រិតថ្នាំតាមមាត់ត្រូវតែមានចំនួនខ្ពស់ជាងកម្រិតថ្នាំដែលប្រាប់ក្នុងនេះ ២ទៅ៤ដង។ ចំពោះកម្រិតថ្នាំ និងរយៈពេលចន្លោះកម្រិតថ្នាំ សម្រាប់ការបាត់ដង្ហើមលើទារកទើបកើតនិងទារកកើតមិនគ្រប់ខែ, សូមមើលទំ. ១១០។							
ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកប្រឆាំងមេរោគរបេង (មើលទំ. ៥៥៩)							
Artemether សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ	កម្រិតថ្នាំដំបូង: តាមសាច់ដុំ: ៣.២mg/kg	អំពូល ៤០mg/១-ml	0.៤ml	0.៨ml	១.២ml	១.៦ml	២.៤ml
		អំពូល ៨០mg/១-ml	0.២ml	0.៤ml	0.៦ml	0.៨ml	១.២ml
	កម្រិតថ្នាំរក្សាលំនឹង: តាមសាច់ដុំ: ១.៦mg/kg	អំពូល ៤០mg/១-ml	0.២ml	0.៤ml	0.៦ml	0.៨ml	១.២ml
		អំពូល ៨០mg/១-ml	0.១ml	0.២ml	0.៣ml	0.៤ml	0.៦ml
ផ្តល់កម្រិតថ្នាំរក្សាលំនឹងរៀងរាល់ថ្ងៃ យ៉ាងតិច២៤ម៉ោង រហូតកុមារអាចទទួលយកការព្យាបាលតាមមាត់ដោយឱសថរួមផ្សំដែលមាន artemisinin។							
Artemether/ lume-fantrine	តាមមាត់: artemether ២mg/kg – lumefantrine ១២mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់: artemether ២០mg – lumefantrine ១២០mg	១	១	១	២	២
Artesunate សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ	តាមសរសៃ ឬសាច់ដុំ: ២.៤mg/kg	artesunic acid ៦០mg (រំលាយរួចស្រេចក្នុងសេរ៉ូមប្រៃនិងសូដ្យូមប៊ីកាបូណាតចំនួន 0.៦ml) ក្នុងសេរ៉ូមប្រៃផ្អែមចំនួន ៣.៤ml	0.៨ml	១.៤ml	២.៤ml	៣.0ml	៥.0ml

គួររៀបចំសូលុយស្យុងតាមសរសៃ នៅជិតដល់ពេលប្រើ។ លាយ artesunic acid ៦០mg (ដែលរំលាយរួចស្រេចក្នុងសូដ្យូមប៊ីកាបូណាតចំនួន ៥% ចំនួន 0.៦ ml) ក្នុងគ្លុយកូស៥% ចំនួន ៣.៤ml ។ ផ្តល់មួយថ្នាំនៅម៉ោង 0, ១២ និង ២៤ បន្ទាប់មកផ្តល់ឲ្យរៀងរាល់ថ្ងៃ រហូតកុមារអាចទទួលឱសថតាមមាត់។ បើអ្នកជំងឺអាចលេបបាន គួរផ្តល់ឱសថរួមផ្សំដែលមាន artemisinin មួយដូសពេញ។

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Artesunate – mefloquine	តាមមាត់: Artesunate ៤mg/kg – mefloquine ៨.៣mg/kg ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់: Artesunate ២៥mg – mefloquine ៥៥mg	–	១	២	២	៣
មិនត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមារអាយុ <៥ខែ ដោយសារគ្មានព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់។							
Aspirin	តាមមាត់: ១០–២០mg/kg រៀងរាល់ ៤–៦ម៉ោង	ឱសថគ្រាប់ ៣០០mg	–	¼	½	¾	១
ចំណាំ ៖ បើអាច គួរចៀសវាងប្រើលើកុមារតូចៗ ព្រោះមានការប្រឈមនឹងចង្កោមរោគសញ្ញា Reye។							
Benzathine penicillin – សូមមើល Penicillin							
Cefotaxime	តាមសរសៃ: ៥០mg/kg រៀងរាល់ ៦ម៉ោង	ឱសថដប ៥០០mgលាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ២ml, ឬឱសថដប ១g លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៤ml, ឬឱសថដប ២g លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៨ml	០.៨ml	១.៥ml	២.៥ml	៣.៥ml	៥ml
ចំពោះកម្រិតថ្នាំ និងរយៈពេលចន្លោះកម្រិតថ្នាំ សម្រាប់ទារកទើបកើតនិងទារកកើតមិនគ្រប់ខែ, សូមមើលទំ. ១១១។							
Ceftriaxone	តាមសរសៃ: ៨០mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ តែមួយដង ចាក់តាមសេរ៉ូមរយៈពេល ៣០នាទី ឬចាក់សរសៃ ៣នាទី	ឱសថដប ១g លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៩.៦ ml ទៅជា ១g/១០ml ឬឱសថដប ២g លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ១៩ml ទៅជា ២g/២០ml	៣ml	៦ml	១០ml	១៤ml	២០ml

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
សម្រាប់ជំងឺរលាកស្រោមខួរ	តាមសាច់ដុំ/សរសៃ: ៥០mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង (អតិបរមា ៤g)		២ml	៤ml	៦ml	៩ml	១២.៥ml
	ឬ តាមសាច់ដុំ/សរសៃ: ១០០mg/kg		៤ml	៨ml	១២ml	១៨ml	២៥ml
ចំពោះកម្រិតថ្នាំ និងរយៈពេលចន្លោះកម្រិតថ្នាំ សម្រាប់ទារកទើបកើតនិងទារកកើតមិនគ្រប់ខែ, សូមមើលទំ. ១១១។							
Cefalexin	១២.៥mg/kg ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ ២៥០mg	¼	½	¾	១	១¼
Chloramphenicol	*គណនាកម្រិតថ្នាំ ឲ្យបានច្បាស់លាស់តាមទម្ងន់ខ្លួន។ ប្រើកម្រិតថ្នាំ ដែលផ្តល់ឲ្យទីនេះ តែក្នុងករណីមិនអាចគណនាបានតែប៉ុណ្ណោះ។*						
សម្រាប់ជំងឺរលាកស្រោមខួរ	តាមសរសៃ: ២៥mg/kg រៀងរាល់ ៦ម៉ោង (អតិបរមា ១g ក្នុង១ដង)	ឱសថដប ១g លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល៩.២ml ទៅជា ១g/១០ml	០.៧៥–១.២៥ml	១.៥–២.២៥ ml	២.៥–៣.៥ ml	៣.៧៥–៤.៧៥ml	៥–៧.២៥ml
សម្រាប់ជំងឺអាសន្នរោគ	តាមសាច់ដុំ: ២០mg/kg រៀងរាល់ ៦ម៉ោង រយៈពេល៣ថ្ងៃ	ឱសថដប ១g លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៣.២ ml ទៅជា ១g/៤ml	០.៣–០.៥ ml	០.៦–០.៩ml	១–១.៤ml	១.៥–១.៩ml	២–២.៩ml
សម្រាប់ស្ថានភាពដទៃទៀត	តាមមាត់: ២៥mg/kg រៀងរាល់ ៨ ម៉ោង (អតិបរមា ១g ក្នុង១ដង)	ឱសថទឹកខាប់ៗ ១២៥mg/៥ml (palmitate)	៣–៥ml	៦–៩ml	១០–១៤ml	១៥–១៩ml	–
		ឱសថគ្រាប់ទ្រវែង ២៥០ mg	–	–	១	១½	២
Phenobarbital បន្ថយ ហើយ phenytoin បង្កើន កម្រិត chloramphenicol នៅពេលផ្តល់រួមគ្នា។							

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Chloramphenicol, **ប្រេង** (សម្រាប់ព្យាបាល ជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាល ដោយបាក់តេរី meningococcus អំឡុងពេលរាតត្បាត)	១០០mg/kg តែ១ដង; អតិបរមា ៣g	តាមសាច់ដុំ: ឱសថដប 0.៥g ក្នុង ២ml	១.២–២ml	២.៤–៣.៦ ml	៤–៥.៦ml	៦–៧.៦ml	៨–១១.៦ml
Chlorphenamine	តាមសាច់ដុំ/សរសៃ ឬក្រោមស្បែក: 0.២៥mg/kg តែ១ដង(អាចចាក់ឡើងវិញដល់៤ដង ក្នុង២៤ម៉ោង)	១0mg ក្នុងសូលុយស្យុង ចាក់សរសៃ ១ml	0.១ml	0.២ml	0.៣ml	0.៥ml	0.៦ml
	តាមមាត់: ២ឬ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់: ៤mg	–	–	–	–	½
Ciprofloxacin	តាមមាត់: ១០-២០mg/kg ក្នុង១ដង ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ (អតិ. ៥០០mg ក្នុង១ដង)	ឱសថគ្រាប់ ១០០mg ឱសថគ្រាប់ ២៥០mg	½ ¼	១ ½	១½ ½	២ ១	៣ ១½
Cloxacillin **ឬ** flucloxacillin **ឬ** oxacillin	តាមសរសៃ: ២៥–៥០mg/kg រៀងរាល់ ៦ម៉ោង	ឱសថដប ៥០០mg លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៨-ml ទៅជា៥០០mg/១០ml	២–(៤) ml	៤–(៨) ml	៦–(១២) ml	៨–(១៦) ml	១២–(២៤) ml
	តាមសាច់ដុំ: ២៥–៥០mg/kg រៀងរាល់ ៦ម៉ោង	ឱសថដប ២៥០mg លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ១.៣ml ទៅជា ២៥០ mg/១.៥ml	0.៦ (១.២) ml	១ (២) ml	១.៨ (៣.៦) ml	២.៥ (៥) ml	៣.៧៥ (៧.៥) ml

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
		ឱសថគ្រាប់ទ្រវែង ២៥0mg	កន្លះ(១)	១(២)	១(២)	២(៣)	២(៤)
សម្រាប់ព្យាបាលអាប់សែ	១៥mg/kg រៀងរាល់ ៦ម៉ោង	ឱសថគ្រាប់ទ្រវែង ២៥០-mg	¼	½	១	១½	២½
ចំពោះកម្រិតថ្នាំ និងរយៈពេលចន្លោះកម្រិតថ្នាំ សម្រាប់ទារកទើបកើត និងទារកកើតមិនគ្រប់ខែ, សូមមើលទំ. ១១១ ។							
Co-trimoxazole (trimethoprimsulfamethoxazole)	trimethoprim ៤mg/kg និង sulfamethoxazole ២០mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	តាមមាត់: គ្រាប់សម្រាប់មនុស្សធំ (trimethoprim ៨០mg + sulfamethoxazole ៤០០mg)	¼	½	១	១	១
		តាមមាត់: គ្រាប់សម្រាប់កុមារ (trimethoprim ២០mg + sulfamethoxazole ១០០mg)	១	២	៣	៣	៤
		តាមមាត់: ស៊ីរ៉ូ (trimethoprim ៤០mg + sulfamethoxazole ២០០mg ក្នុង ៥ml)	២ml	៣.៥ml	៦ml	៨.៥ml	—

ចំណាំ *៖ សម្រាប់ជំងឺរលាកសួតចន្លោះកោសិកា (interstitial pneumonia) លើកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍, ចូរផ្តល់ trimethoprim ៨mg/kg និង sulfamethoxazole ៤០mg/kg ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល២១ថ្ងៃ ។*

សម្រាប់ទារកអាយុ < ១ខែ, ផ្តល់ឱសថ co-trimoxazole (កន្លះគ្រាប់សម្រាប់កុមារ ឬស៊ីរ៉ូ ១.២៥ml) ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ។ ចៀសវាងការប្រើឱសថ co-trimoxazole លើទារកទើបកើតដែលកើតមុនគ្រប់ខែ ឬកើតលឿង។

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Deferoxamine សម្រាប់ការពុលជាតិដែក	ចាក់តាមសរសៃចំនួន ១៥mg/kg ក្នុង១ម៉ោង អាចដល់អតិបរមា ៨០mg/kg ក្នុង២៤ម៉ោង, ឬចាក់តាមសាច់ដុំ: ៥០mg/kg រៀងរាល់៦ម៉ោង។ កម្រិតថ្នាំអតិបរមា ៦g ក្នុង១ថ្ងៃ	អំពូល ៥០០-mg	២	២	២	២	២
Dexamethasone សម្រាប់ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមខាងលើធ្ងន់ធ្ងរដោយវីរុស	តាមមាត់: ០.៦mg/kg តែ១ដង	ឱសថគ្រាប់ ០.៥-mg					
		តាមសាច់ដុំ: ៥mg/ml	០.៥ml	០.៩ml	១.៤ml	៣ml	៣ml
សម្រាប់ជំងឺរលាកស្រោមខួរ	តាមសរសៃ: ០.១៥mg/kg/១ដង រៀងរាល់ ៦ម៉ោង ក្នុងរយៈពេល ២–៤ ថ្ងៃដំបូង						
Diazepam							
សម្រាប់ការប្រកាច់	តាមរន្ធគូថ: ០.៥mg/kg	ឱសថទឹក ១០mg/២ml	០.៤ml	០.៧៥ml	១.២ml	១.៧ml	២.៥ml
	តាមសរសៃ: ០.២–០.៣mg/kg		០.២៥ml	០.៤ml	០.៦ml	០.៧៥ml	១.២៥ml
ថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍មុននឹងអនុវត្តទម្រង់ការ	០.១–០.២mg/kg តាមសរសៃ						

សម្រាប់ទារកទើបកើត ចូរផ្តល់ឱសថ phenobarbital (២០mg/kg តាមសរសៃ ឬសាច់ដុំ) ជំនួស diazepam ។ បើការប្រកាច់នៅតែបន្ត, ផ្តល់ចំនួន ១០mg/kg តាមសរសៃ ឬសាច់ដុំ បន្ទាប់ពី៣០នាទី។ កម្រិតថ្នាំរក្សាលំនឹងសម្រាប់ឱសថ phenobarbital តាមមាត់គឺ ២.៥–៥mg/kg ។

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Digoxin	កម្រិតថ្នាំទាំងនេះគឺសម្រាប់ digoxin តាមមាត់។ ផ្តល់កម្រិតថ្នាំដំបូង១លើក, ៦ម៉ោងក្រោយ ចាប់ផ្តើមផ្តល់កម្រិតថ្នាំរក្សាលំនឹង ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ៖						
	កម្រិតថ្នាំដំបូង: ១៥µg/kg តែ១ដងគត់	ឱសថគ្រាប់ ៦២.៥-µg	¾–១	១½–២	២½–៣½	៣½–៤½	–
		ឱសថគ្រាប់ ១២៥-µg	–	–	១-១½	១¾–២	២½–៣
	កម្រិតថ្នាំរក្សាលំនឹង: (ចាប់ផ្តើម៦ម៉ោងក្រោយកម្រិតថ្នាំដំបូង) ៥µg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង (អតិ. ២៥០µg ក្នុង១ដង)	ឱសថគ្រាប់ ៦២.៥-µg	¼–½	½–¾	¾–១	១¼–១½	១½–២¼
Dobutamine សម្រាប់ការព្យាបាលស្កុកដែលមិនឆ្លើយតបនឹងជាតិទឹក	២–២០µg/kg ក្នុង១នាទី	អំពូល ២៥០mg/២០ml, លាយជា ២៥០mg ក្នុង ២៥០ml នៃសូដ្យូមក្លរីដ 0.៩% ជាមួយគ្លុយកូស ៥% ជា ១០០០µg/ml	គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់ ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន និងល្បឿនចាក់បញ្ចូល។				
អាចរក្សាទុកឱសថទឹកដែលលាយរួច បានយូរបំផុត ២៤ម៉ោង។							
Dopamine សម្រាប់ការព្យាបាលស្កុកដែលមិនឆ្លើយតបនឹងជាតិទឹក	២–២០µg/kg ក្នុង១នាទី	អំពូល ២០០mg/៥ml, លាយជា ២៥០mg ក្នុង ២៥០ml នៃសូដ្យូមក្លរីដ 0.៩% ជាមួយគ្លុយកូស ៥% ជា ១០០០µg/ml	គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់ ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន និងល្បឿនចាក់បញ្ចូល។				
Efavirenz (មើលតារាងដាច់ដោយឡែកមួយសម្រាប់ឱសថ ARV នៅទំ. ៥៦១–៥៦៣)							

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Erythromycin (estolate)	តាមមាត់: ១២.៥mg/kg ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៣ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ ២៥០-mg	¼	½	១	១	១½
មិនត្រូវផ្តល់ជាមួយឱសថ theophylline (aminophylline) ទេ ព្រោះអាចមានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ។							
Fentanyl	ចាក់សរសៃ: ១-៤µg/kg រៀងរាល់ ២–៤ម៉ោង	ឱសថចាក់: ៥០µg/ml	–	គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់ ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន, ហើយកែសម្រួលកម្រិតថ្នាំដើម្បីបន្ថយភាពឈឺចាប់។			
	ចាក់តាមសេរ៉ូម: កម្រិតថ្នាំដំបូង ១–២µg/kg, បន្ទាប់មក ០.៥–១µg/kg ក្នុង១ម៉ោង		–	គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់ ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន និងល្បឿនចាក់បញ្ចូល។			
Fluconazole	៣–៦mg/kg ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថទឹកខាប់តាមមាត់ ៥០mg/៥ml	–	–	៥ml	៧.៥ml	១២.៥ml
ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយសារមេរោគផ្សិត Cryptococcus	៦–១២mg/kg ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ទ្រវែង ៥០-mg	–	–	១	១–២	២–៣
Flucloxacillin (មើល Cloxacillin)							
Furazolidone	១.២៥mg/kg ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៣ថ្ងៃ	តាមមាត់: ឱសថគ្រាប់ ១០០mg	–	–	¼	¼	¼
Furosemide (frusemide)	តាមមាត់ឬតាមសរសៃ: ១–២mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង	ឱសថគ្រាប់ ២០mg ចាក់តាមសរសៃ ១០mg/ml	¼–½	½–១	½–១	១–២	១¼–២½
សម្រាប់ខ្សោយបេះដូង			០.៤–០.៨ml	០.៨–១.៦ml	១.២–២.៤ ml	១.៧–៣.៤ ml	២.៥–៥ml

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Gentamicin	*គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់តាមទម្ងន់ខ្លួន។ ប្រើកម្រិតថ្នាំដែលផ្ដល់ឲ្យទីនេះ តែក្នុងករណីមិនអាចគណនាបានតែប៉ុណ្ណោះ។*						
	៧.៥mg/kg ម្ដងក្នុង១ថ្ងៃ	តាមសាច់ដុំ/តាមសរសៃ: ដប ២០mg (២ml នៃ ១០ mg/ml) មិនលាយទឹក	២.២៥–៣.៧៥ml	៤.៥–៦.៧៥ ml	៧.៥–១០.៥ ml	–	–
		តាមសាច់ដុំ/តាមសរសៃ: ដប ៨០mg (២ml នៃ ៤០mg/ml) លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៦ml	២.២៥–៣.៧៥ml	៤.៥–៦.៧៥ ml	៧.៥–១០.៥ ml	–	–
		តាមសាច់ដុំ/តាមសរសៃ: ដប ៨០mg (២ml នៃ ៤០ mg/ml) មិនលាយទឹក	០.៥–០.៩ml	១.១–១.៧ml	១.៩–២.៦ml	២.៨–៣.៥ ml	៣.៧៥–៥.៤ ml

អាចមានផលប៉ះពាល់នៅពេលប្រើជាមួយឱសថ theophylline ។ នៅពេលប្រើឱសថ aminoglycoside (gentamicin, kanamycin),
ល្អបំផុតគួរចៀសវាងការប្រើ gentamicin ៤០mg/ml មិនលាយទឹក។
ចំពោះកម្រិតថ្នាំ និងរយៈពេលចន្លោះកម្រិតថ្នាំ សម្រាប់ទារកទើបកើតនិងទារកកើតមិនគ្រប់ខែ, សូមមើលទំ. ១១២ ។

Gentian violet: លាបលើស្បែកត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់

Hydromorphone	០.១–០.២mg/kg រៀងរាល់ ៤ម៉ោង ចំនួន២ ឬ៣ដង, បន្ទាន់មករៀងរាល់ ៦–១២ម៉ោង	ឱសថគ្រាប់: ២ ឬ ៤mg	–	គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបាន**ច្បាស់លាស់** ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន, ហើយកែសម្រួលកម្រិតថ្នាំដើម្បីបន្ថយភាពឈឺចាប់។			
		ទឹកតាមមាត់: ១mg/ml	–				

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
	0.០១៥–0.0២mg/kg រៀងរាល់ ៣–៦ម៉ោង	តាមសរសៃ: ១ ឬ ២ ឬ ៤ mg/ml	–	គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបាន**ច្បាស់លាស់** ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន និងល្បឿនដែលត្រូវបញ្ចូល។			
Ibuprofen	៥–១0mg/kg តាមមាត់រៀងរាល់ ៦–៨ម៉ោង ដល់កម្រិតអតិបរមាក្នុង ១ថ្ងៃ ៤0mg/kg	ឱសថគ្រាប់ ២00-mg ឱសថគ្រាប់ ៤00-mg	– –	¼ –	¼ –	½ ¼	¾ ½
Iron	ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ជាតិដែក–ហ្វូឡាត (ferrous sulfate ២00 mg + folate ២៥0µg = ជាតិដែកចម្បង ៦0mg)	–	–	½	½	១
		ស៊ីរ៉ូជាតិដែក (ferrous fumarate, ១00mg ក្នុង ៥ml = ជាតិដែកចម្បង ២0mg/ml)	១ml	១.២៥ml	២ml	២.៥ml	៤ml
Kanamycin	*គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់តាមទម្ងន់ខ្លួន។ ប្រើកម្រិតថ្នាំដែលផ្តល់ឲ្យទីនេះ តែក្នុងករណីមិនអាចគណនាបានតែប៉ុណ្ណោះ។*						
	តាមសាច់ដុំ/តាមសរសៃ: ២0mg/kg ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	ដបឱសថ ២៥0mg (២ ml នៃ ១២៥mg/ml)	0.៥–0.៨ml	១–១.៥ml	១.៦–២.២ ml	២.៤–៣.0 ml	៣.២–៤.៦ ml

ចំពោះកម្រិតថ្នាំ និងរយៈពេលចន្លោះកម្រិតថ្នាំ សម្រាប់ទារកទើបកើត និងទារកកើតមិនគ្រប់ខែ, សូមមើលទំ. ១១២។

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Ketamine	*គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់តាមទម្ងន់ខ្លួន។*						
សម្រាប់ថ្នាំស្ពឹកមុននឹងអនុវត្តទម្រង់ការធំៗ	តាមសាច់ដុំ: កម្រិតថ្នាំដំបូង: ៥–៨mg/kg		២០–៣៥mg	៤០–៦០mg	៦០–១០០ mg	៨០–១៤០mg	១២៥–២០០ mg
	តាមសាច់ដុំ: កម្រិតថ្នាំបន្ត: ១–២mg/kg (បើត្រូវការ)		៥–១០mg	៨–១៥mg	១២–២៥mg	១៥–៣៥mg	២៥–៥០mg
	តាមសរសៃ: កម្រិតថ្នាំដំបូង: ១–២mg/kg		៥–១០mg	៨–១៥mg	១២–២៥mg	១៥–៣៥mg	២៥–៥០mg
	តាមសរសៃ: កម្រិតថ្នាំបន្ត: 0.៥–១mg/kg (បើត្រូវការ)		២.៥–៥mg	៤–៨mg	៦–១២mg	៨–១៥mg	១២–២៥mg
សម្រាប់ថ្នាំស្ពឹកស្រាល មុនទម្រង់ការតូចៗ	តាមសាច់ដុំ: ២–៤mg/kg តាមសរសៃ: 0.៥–១mg/kg						
ព័ត៌មានលម្អិតពីកម្រិតថ្នាំ និងរបៀបចាក់ មានផ្តល់ជូននៅទំ. ៤០៦។							
Lamivudine (មើលតារាងដាច់ដោយឡែកមួយសម្រាប់ឱសថ ARV នៅទំ. ៥៦១–៥៦៣)							
Lidocaine	ប្រើលើកន្លែងប៉ះពាល់ (មើលទំ. ៣០៧) ចាក់ត្រង់កន្លែងប៉ះពាល់: ៤–៥mg/kg ក្នុង១ដង ជាថ្នាំស្ពឹក						
Mebendazole	១០០mg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ ១០០mg	–	–	១	១	១
	៥០០mg តែម្តងគត់	ឱសថគ្រាប់ ៥០០mg	–	–	១	១	១
មិនត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមារអាយុ < ៥ខែ ដោយសារគ្មានព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់។							

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Metoclopramide							
សម្រាប់ការក្អួត និងចង្អោរ	0.១–0.២mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោងតាមត្រូវការ (អតិបរមា: ១0mg)	ឱសថគ្រាប់ ១0mg	–	–	¼	¼	½
		ឱសថចាក់ ៥mg/ml	–	–	0.៥ml	0.៧ml	១ml
Metronidazole	តាមមាត់: ៧.៥mg/kg ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ ២00mg	–	¼	½	½	១
		ឱសថគ្រាប់ ៤00mg	–	–	¼	¼	½
សម្រាប់ការព្យាបាលការបង្ករោគដោយ giardia និងសម្រាប់ការបង្ករោគដោយអាមីប, ចូរប្រើចំនួន ១0mg/kg ។							
Morphine	គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់តាមទម្ងន់ខ្លួន។ តាមមាត់: 0.២–0.៤mg/kg រៀងរាល់ ៤–៦ម៉ោង; បង្កើនតាមចាំបាច់ សម្រាប់ភាពឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ តាមសាច់ដុំ: 0.១–0.២mg/kg រៀងរាល់ ៤–៦ម៉ោង តាមសរសៃ: 0.0៥–0.១mg/kg រៀងរាល់ ៤–៦ម៉ោង, ឬចាក់បង្ហូរ 0.00៥–0.0១mg/kg ក្នុង១ម៉ោង						
Nevirapine (មើលតារាងដាច់ដោយឡែកមួយសម្រាប់ឱសថARV នៅទំ. ៣៧៣)							
Nystatin	តាមមាត់: ១00.000–២00.000U ទៅក្នុងមាត់	ឱសថខាប់តាមមាត់ ១00.000units/ml	១–២ml	១–២ml	១–២ml	១–២ml	១–២ml
Oxacillin (មើល Cloxacillin)							
Paracetamol	១0–១៥mg/kg, អាចដល់៦ដង ក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ ១00mg	–	១	១	២	៣
		ឱសថគ្រាប់ ៥00mg	–	¼	¼	½	½

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
PENICILLIN							
Benzathine benzylpenicillin	៥០.០០០U/kg ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	តាមសាច់ដុំ: ដប ១.២០០.០០០U លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៤ml	០.៥ml	១ml	២ml	៣ml	៤ml
Benzylpenicillin (penicillin G) កម្រិតថ្នាំទូទៅ	តាមសរសៃ: ៥០.០០០U/kg រៀងរាល់ ៦ម៉ោងតាមសាច់ដុំ:						
		ដប ៦០០mg លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល៩.៦ml ទៅជា១.០០០.០០០U/ ១០ml	២ml	៣.៧៥ml	៦ml	៨.៥ml	១២.៥ml
		ដប ៦០០mg (១.០០០.០០០U) លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ១.៦ml ទៅជា ១.០០០.០០០U/២ml	០.៤ml	០.៧៥ml	១.២ml	១.៧ml	២.៥ml
សម្រាប់ជំងឺរលាកស្រោមខួរ	១០០.០០០U/kg រៀងរាល់ ៦ម៉ោង	តាមសរសៃ	៤ml	៧.៥ml	១២ml	១៧ml	២៥ml
		តាមសាច់ដុំ	០.៨ml	១.៥ml	២.៥ml	៣.៥ml	៥m
ចំពោះកម្រិតថ្នាំ និងរយៈពេលចន្លោះកម្រិតថ្នាំ សម្រាប់ទារកទើបកើត និងទារកកើតមិនគ្រប់ខែ, សូមមើលទំ. ១១២							
Procaine benzylpenicillin	តាមសាច់ដុំ: ៥០.០០០U/kg ម្តងក្នុង ១ថ្ងៃ	ដប ៣g (៣.០០០.០០០U)លាយជាមួយទឹកស្ទេរីល ៤ml	០.២៥ml	០.៥ml	០.៨ml	១.២ml	១.៧ml

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Phenobarbital	តាមសាច់ដុំ: កម្រិតថ្នាំដំបូង: ១៥mg/kg	ឱសថទឹក ២០០mg/ml	0.៤ml	0.៦ml	១.0ml	១.៥ml	២.0ml
	តាមមាត់ ឬតាមសាច់ដុំ: កម្រិតថ្នាំរក្សាលំនឹង: ២.៥–៥mg/kg		0.១ml	0.១៥ml	0.២៥ml	0.៣៥ml	0.៥ml
សម្រាប់ទារកទើបកើត ចូរផ្ដល់ឱសថ phenobarbital (២0mg/kg តាមសរសៃ ឬសាច់ដុំ) ជំនួស diazepam ។ បើការប្រកាច់នៅតែបន្ត, ផ្ដល់ចំនួន ១0mg/kg តាមសរសៃឬសាច់ដុំ បន្ទាប់ពី៣0នាទី។							
Potassium Chloride	២–៤mmol/kg ក្នុង១ថ្ងៃ		គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់				
Prednisolone	តាមមាត់: ១mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៣ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ ៥mg	១	១	២	៣	៥
Prednisolone ១mg ស្មើនឹង hydrocortisone ៥mg ឬ dexamethasone 0.១៥mg។							
Quinine (mg/kg ប្រើជា mg នៃអំបិលគីនីន អ៊ីដ្រូក្លរីដ)	តាមសរសៃ: កម្រិតថ្នាំដំបូង: ២០ mgអំបិល/kg ផ្ដល់យឺតៗជាង ២–៤ ម៉ោងបន្ទាប់ពីលាយជាមួយសេរ៉ូម ១០ml/kg		កម្រិតថ្នាំដំបូង ស្មើនឹង២ដងនៃកម្រិតថ្នាំរក្សាលំនឹងដែលផ្ដល់ជូនខាងក្រោម។ ល្បឿនចាក់បញ្ចូលមិនគួរឲ្យលើសចំនួនសរុបនៃអំបិលគីនីន ៥mg/kg ក្នុង១ម៉ោងទេ។				
	តាមសរសៃ: កម្រិតថ្នាំរក្សាលំនឹង:១០ mg អំបិល/kg ផ្ដល់យឺតៗរយៈពេល ២ម៉ោងបន្ទាប់ពីលាយជាមួយសេរ៉ូម ១០ml/kg	តាមសរសៃ(មិនលាយទឹក): ថ្នាំចាក់គីនីន អ៊ីដ្រូក្លរីដ ១៥០ mg/ml (អំពូល ២ml)	0.៣ml	0.៦ml	១ml	១.២ml	២ml
		តាមសរសៃ(មិនលាយទឹក): ថ្នាំចាក់គីនីន	0.២ml	0.៣ml	0.៥ml	0.៦ml	១ml

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
		អ៊ីដ្រូក្លរីដ ៣០០mg/ml (អំពូល ២ml)					
	បើមិនអាចចាក់តាមសេរ៉ូមទេ, អាចផ្តល់គីនីនអ៊ីដ្រូក្លរីដ តាមការចាក់សាច់ដុំក្នុងកម្រិតថ្នាំដដែល	គីនីនអ៊ីដ្រូក្លរីដ ចាក់សាច់ដុំ(លាយទឹក): ក្នុងសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ទៅជាកំហាប់ ៦០mg salt/ml	១ml	១.៥ml	២.៥ml	៣ml	៥ml
		តាមមាត់: ឱសថគ្រាប់ quinine sulfate ២០០ mg	¼	½	¾	១	១½
		តាមមាត់: ឱសថគ្រាប់ quinine sulfate ៣០០mg	–	–	½	½	១

ចំណាំ ៖ *បន្ទាប់ពីបានចាប់ផ្តើមកម្រិតថ្នាំដំបូង ៨ម៉ោងរួចមក, ចូរផ្តល់កម្រិតថ្នាំរក្សាលំនឹងដែលផ្តល់ជូនទីនេះ រយៈពេល២ម៉ោង ។ ផ្តល់ឡើងវិញរៀងរាល់៨ម៉ោង។ ផ្តល់ការព្យាបាលតាមមាត់ដោយឱសថរួមផ្សំដែលមាន artemisinin មួយដូសពេញ នៅពេលដែលកុមារអាចទទួលឱសថតាមមាត់ ដើម្បីបង្គ្រប់ការព្យាបាល។*

Ritonavir (មើល Lopinavir/ritonavir នៅក្នុងតារាងដាច់ដោយឡែកសម្រាប់ឱសថARV, ទំ. ៥៦៣–៥៦៤)							
Salbutamol	ប្រដាប់បាញ់ ជាមួយបំពង់ហិតស្រូប: ២ដូសដែលមាន ២០០µg	ប្រដាប់បាញ់ដែលមាន ២០០ដូស					
	ម៉ាស៊ីនផ្លុង: ២.៥mg/ដូស	ឱសថទឹក ៥mg/ml, ២.៥mg ក្នុង ២.៥ml ឯកតាមួយដូស					

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន				
			៣–< ៦kg	៦–< ១០kg	១០–<១៥kg	១៥–<២០kg	២០–២៩kg
Silver sulfadiazine: លាបលើកន្លែងប៉ះពាល់							
Spectinomycin សម្រាប់ជំងឺរលាកភ្នែកធ្ងន់ធ្ងរ (ophthalmia) លើទារក	តាមសាច់ដុំ: ២៥mg/kg ១ដង (អតិ. ៧៥mg)	ដប ២g ក្នុងទឹកលាយ ៥ml	0.២៥ml	–	–	–	–
Tetracaine, adrenaline, cocaine: លាបលើកន្លែងប៉ះពាល់មុននឹងអនុវត្តទម្រង់ការឈឺចាប់។							
Tetracycline	១២.៥mg/kg ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៣ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ ២៥០mg	–	½	½	១	១
ផ្តល់ឲ្យកុមារសម្រាប់តែការព្យាបាលជំងឺអាសន្នរោគប៉ុណ្ណោះ ព្រោះវាធ្វើឲ្យធ្មេញជាប់ពណ៌ជាអចិន្ត្រៃយ៍។							
Vitamin A	ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល២ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់ទ្រវែង ២០០.០០០IU	–	½	១	១	១
		ឱសថគ្រាប់ទ្រវែង ១០០.០០០IU	½	១	២	២	២
		ឱសថគ្រាប់ទ្រវែង ៥០.០០០IU	១	២	៤	៤	៤
Zidovudine (មើលតារាងដាច់ដោយឡែកសម្រាប់ឱសថ ARV, ទំ. ៥៥៩)							

ឱសថអង់ទីប៊ីយោទិកប្រឆាំងមេរោគរបេង

គណនាកម្រិតថ្នាំឲ្យបានច្បាស់លាស់ទៅតាមទម្ងន់ខ្លួន

ឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេងសំខាន់ៗ (អក្សរកាត់)	ប្រភេទសកម្មភាព	កម្រិតថ្នាំប្រចាំថ្ងៃ: mg/kg (ចន្លោះ)
Isoniazid (H)	សម្លាប់បាក់តេរី	១០ (១០–១៥)
Rifampicin (R)	សម្លាប់បាក់តេរី	១៥ (១០–២០)
Pyrazinamide (Z)	សម្លាប់បាក់តេរី	៣៥ (៣០–៤០)
Ethambutol (E)	សម្លាប់បាក់តេរី	២០ (១៥–២៥)
Streptomycin (S): ប្រើសម្រាប់តែការព្យាបាលជំងឺរបេងដែលស៊ាំនឹងឱសថច្រើនមុខប៉ុណ្ណោះ	សម្លាប់បាក់តេរី	១៥ (១២–១៨)

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV)

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ ឬទម្ងន់ខ្លួន (ព្រឹក និងល្ងាច) ៣–៥.៩kg	៦–៩.៩kg	១០–១៣.៩kg	១៤–១៩.៩kg	២០–២៤.៩kg	២៥–៣៤.៩.kg
ឱសថរួមផ្សំដែលមានកម្រិតថ្នាំកំណត់ស្រាប់								
Zidovudine/ Lamivudine (AZT/3TC)	AZT: ១៨០–២៤០mg/m² ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ 3TC: ៤mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	AZT ៦០mg + 3TC ៣០mg	១	១.៥	២	២.៥	៣	–
		AZT ៣០០mg + 3TC ១៥០mg	–	–	–	–	–	១
Zidovudine/ lamivudine /nevirapine	AZT: ១៨០–២៤០mg/m² ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ 3TC: ៤mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	AZT ៦០mg + 3TC ៣០mg + NVP ៥០mg	១	១.៥	២	២.៥	៣	–

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ ឬទម្ងន់ខ្លួន (ព្រឹក និងល្ងាច)					
			៣–៥.៩kg	៦–៩.៩kg	១០–១៣.៩kg	១៤–១៩.៩kg	២០–២៤.៩kg	២៥–៣៤៩.kg
ឱសថរួមផ្សំដែលមានកម្រិតថ្នាំកំណត់ស្រាប់								
Zidovudine/ Lamivudine (AZT/៣TC)	AZT: ១៨០–២៤០mg/m² ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ៣TC: ៤mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	AZT ៦០mg + ៣TC ៣០mg	១	១.៥	២	២.៥	៣	–
		AZT ៣០០mg + ៣TC ១៥០mg	–	–	–	–	–	១
(AZT/៣TC/NVP)	NVP: ១៦០–២០០mg/m²	AZT ៣០០mg + ៣TC ១៥០mg + NVP ២០០mg	–	–	–	–	–	១
Abacavir/ zidovudine / lamivudine (ABC/AZT/៣TC)	ABC: ៨mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ AZT: ១៨០–២៤០mg/m² ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ៣TC: ៤mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	ABC ៦០mg + AZT ៦០mg + ៣TC ៣០mg	១	១.៥	២	២.៥	៣	–
		ABC ៣០០mg + AZT ៣០០mg + ៣TC ១៥០mg	–	–	–	–	–	1
Abacavir/ lamivudine (ABC/៣TC)	Abacavir: ៨mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ Lamivudine: ៤mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	Paediatric: ABC ៦០mg + ៣TC ៣០mg	១	១.៥	២	២.៥	៣	–
		Adult: ABC ៦០០ mg + ៣TC ៣០០ mg	–	–	–	–	–	½

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ ឬទម្ងន់ខ្លួន (ព្រឹក និងល្ងាច)					
			៣–៥.៩kg	៦–៩.៩kg	១០–១៣.៩kg	១៤–១៩.៩kg	២០–២៤.៩kg	២៥–៣៤៩.kg
ឱសថគ្រាប់រួមផ្សំ ABC/3TC សម្រាប់មនុស្សធំ គឺមិនមានគំនូសកាត់ពាក់កណ្ដាលទេ, ដូច្នេះត្រូវប្រើប្រដាប់កាត់ថ្នាំដើម្បីបែងចែកឱសថទាំងនេះ ។ ពិចារណាប្រើមួយគ្រាប់រៀងរាល់ថ្ងៃ។								
Stavudine/ Lamivudine (d៤T/៣TC)	d៤T: ១mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ៣TC: ៤mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	d៤T ៦mg + ៣TC ៣0mg	១	១.៥	២	២.៥	៣	–
		ឬ d៤T ៣0mg + ៣TC ១៥0mg	–	–	–	–	–	១
Stavudine/ lamivudine/ nevirapine (d៤T/៣TC/NVP)	d4T: ១mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ 3TC: ៤mg/kg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ NVP: ១៦០–២០០mg/m²	d៤T ៦mg + ៣TC ៣0mg + NVP ៥0mg	១	១.៥	២	២.៥	៣	–
		ឬ d៤T ៣0mg + ៣TC ១៥0mg + NVP ២00mg	–	–	–	–	–	១
NVP, កម្រិតថ្នាំអតិបរមា ២00mg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ								
Lopinavir/ritonavir (LPV/RTV) (មើលក្រុមឱសថ protease inhibitors, ទំ. ៥៦៣)								
ក្រុមឱសថ NRTI (Nucleoside reverse transcriptase Inhibitors)								
Abacavir (ABC)	៨mg/kg ក្នុង១ដង ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថទឹក: ២0mg/ml	៣ml	៤ml	៦ml	–	–	–
		ឱសថគ្រាប់: ៦0mg	១	១½	២	២½	៣	–

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ ឬទម្ងន់ខ្លួន (ព្រឹក និងល្ងាច)					
			៣–៥.៩kg	៦–៩.៩kg	១០–១៣.៩kg	១៤–១៩.៩kg	២០–២៤.៩kg	២៥–៣៤៩.kg
		ឱសថគ្រាប់: ៣០០ mg	–	–	–	½	១	១
Lamivudine (៣TC)	២ mg/kg ក្នុង១ដង ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថទឹក: ១០mg/ml	៣ml	4 ml	៦ml	–	–	–
		ឱសថគ្រាប់: ១៥០mg	–	–	–	½	១	១
Tenofovir (TDF)	៨mg/kg ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ (អតិបរមា ៣០០mg)	ស្លាបព្រាវាល់ម្សៅ	–	–	២.៥	៣.៥	៤.៥	៦.០
		ឱសថគ្រាប់: ១៥០ mg	–	–	–	១	–	–
		ឱសថគ្រាប់: ២០០mg	–	–	–	–	១	–
		ឱសថគ្រាប់: ២៥០ mg	–	–	–	–	–	១
Zidovudine (AZT ឬ ZDV)	តាមមាត់: ១៨០–២៤០mg/m² ក្នុង១ដង ផ្តល់២ដងក្នុង១ថ្ងៃ (កម្រិតថ្នាំសរុបប្រចាំថ្ងៃ ៣៦០–៤៨០mg/m²)	ឱសថទឹក: ១០mg/ml	៦ml	៩ml	–	–	–	–
		ឱសថគ្រាប់: ៦០ mg	១	១½	២	២½	៣	–

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ ឬទម្ងន់ខ្លួន (ព្រឹក និងល្ងាច)					
			៣–៥.៩kg	៦–៩.៩kg	១០–១៣.៩kg	១៤–១៩.៩kg	២០–២៤.៩kg	២៥–៣៤៩.kg
ក្រុមឱសថ NNRTI (Non-nucleoside reverse transcriptase Inhibitors)								
Efavirenz	១៥mg/kg ក្នុង១ថ្ងៃ ផ្តល់ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថគ្រាប់: ២០០ mg	គ្មានព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់អំពីកម្រិតថ្នាំសម្រាប់កុមារអាយុ <៣ឆ្នាំ ឬទម្ងន់ <១០kg		មួយថ្ងៃ ១គ្រាប់	មួយថ្ងៃ ១.៥គ្រាប់	មួយថ្ងៃ ១.៥គ្រាប់	មួយថ្ងៃ ២គ្រាប់
អាចតម្រូវឲ្យប្រើ LPV/RTV ក្នុងដូសខ្ពស់ជាងនេះ នៅពេលដែលប្រើជាមួយឱសថជំរុញអង់ហ្ស៊ីម ដូចជា nevirapine, efavirenz, fos-amprenavir និង rifampicin ។								
Nevirapine	១៦០–២០០mg/m² ដល់អតិបរមា ២០០mg, ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថទឹក: ១០ mg/ml	៥ml	៨ml	១០ml	–	–	–
		ឱសថគ្រាប់: ៥០mg	១	១½	២	២½	៣	
		ឱសថគ្រាប់: ២០០ mg	–	–	–	½	១ & ½	១
បែងចែកទៅជាកម្រិតថ្នាំមិនស្មើគ្នា, ផ្តល់មួយដងពេលព្រឹក និងមួយដងទៀតពេលល្ងាច។								
ក្រុមឱសថ Protease inhibitors								
Lopinavir/ ritonavir (LPV/ RTV)	២៣០–៣៥០mg/m² ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ	ឱសថទឹក: (LPV ៨០mg + RTV ២០ mg)/ml	១ ឬ ១.៥ml	១.៥ml	២ml	២.៥ml	៣ml	–
		ឱសថគ្រាប់សម្រាប់កុមារ:	–	–	២	២	២	៣

ឱសថ	កម្រិតថ្នាំ	ទម្រង់	កម្រិតថ្នាំទៅតាមក្រឡាផ្ទៃរាងកាយ ឬទម្ងន់ខ្លួន (ព្រឹក និងល្ងាច)					
			៣–៥.៩kg	៦–៩.៩kg	១០–១៣.៩kg	១៤–១៩.៩kg	២០–២៤.៩kg	២៥–៣៤៩.kg
		LPV ១០០mg/ RTV ២៥mg						
		ឱសថគ្រាប់សម្រាប់មនុស្សធំ: LPV ២០០ mg/RTV ៥០mg	–	–	១	១	១	១½

អាចតម្រូវឲ្យប្រើ LPV/RTV ក្នុងដូសខ្ពស់ជាងនេះ នៅពេលដែលប្រើជាមួយឱសថជំរុញអង់ហ្ស៊ីម ដូចជា nevirapine, efavirenz, fos-amprenavir និង rifampicin ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣

ទំហំនៃឧបករណ៍

ទំហំសមស្របនៃឧបករណ៍សម្រាប់កុមារ ទៅតាមអាយុ(ទម្ងន់)

ឧបករណ៍	០–៥ខែ (៣–៦kg)	៦–១២ខែ (៤–៩kg)	១–៣ឆ្នាំ (១០–១៥kg)	៤–៧ឆ្នាំ (១៦–២០kg)
ផ្លូវដង្ហើម និងការដកដង្ហើម				
ឧបករណ៍ឆ្លុះបំពង់ខ្យល់ (Laryngoscope)	Straight Blade	Straight Blade	Child Macintosh	Child Macintosh
បំពង់ស៊កចូលបំពង់ខ្យល់ដែលគ្មានបំប៉ោងខ្យល់ (Uncuffed tracheal tube)	២.៥–៣.៥	៣.៥–៤.០	៤.០–៥.០	៥.០–៦.០
បណ្តូលស៊កក្នុងបំពង់ (Stylet)	តូច	តូច	តូច/មធ្យម	មធ្យម
សុងសំរាប់បូម (Suction catheter) (ខ្នាត French gauge)	៦	៨	១០/១២	
ប្រព័ន្ធឈាមរត់				
កាតេទែចាក់សរសៃវ៉ែនខាងក្រៅ(IV cannula)	២៤/២២	២២	២២/១៨	២០/១៦

ទំហំនៃឧបករណ៍

កាតេទែចាក់សរសៃវ៉ែនកណ្ដាល (Central venous cannula)	២០	២០	១៨	១៨
ឧបករណ៍ដទៃទៀត				
បំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ (Nasogastric tube[a])	៨	១០	១០–១២	១២
សុងទឹកនោម (Urinary catheter[a])	បំពង់ផ្ដល់អាហារលេខ៥	បំពង់ផ្ដល់អាហារលេខ ៥/F៨	Foley ៨	Foley ១០

[a] ទំហំគិតតាមខ្នាត French gauge ឬ Charrière, ដែលមានតម្លៃស្មើគ្នា និងបញ្ជាក់ពីទំហំបំពង់ជាមីលីម៉ែត្រ។

កំណត់ចំណាំ

ឧបសម្ព័ន្ធទី៤

ប្រភេទសេរ៉ូម

តារាងខាងក្រោមផ្តល់ជូននូវសមាសភាគផ្សេងៗ ក្នុងសេរ៉ូមដែលមានដាក់លក់តាមទីផ្សារ ហើយត្រូវបានប្រើញឹកញាប់សម្រាប់ទារកទើបកើត ទារកតូចៗ និងកុមារ។ ចំពោះការជ្រើសរើសប្រភេទសេរ៉ូមណាមួយសម្រាប់ប្រើ សូមមើលជំពូកជំងឺជាក់លាក់, ឧទា. សម្រាប់ស្តុក (ទំ.១៩-២១), សម្រាប់ទារកទើបកើត (ទំ.៩២), សម្រាប់កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ (ទំ.៣១៩), សម្រាប់ទម្រង់ការវះកាត់ (ទំ.៤១១), និងសម្រាប់ការព្យាបាលទូទៅគាំទ្រ (ទំ.៤៧២)។ គួរកត់សម្គាល់ថា គ្មានសេរ៉ូមណាមួយដែលមានថាមពល (កាល់ឡូរី) គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គាំទ្រអាហារូបត្ថម្ភយូរអង្វែងដល់កុមារទេ, ប៉ុន្តែសេរ៉ូមខ្លះមានថាមពលតិចជាងសេរ៉ូមខ្លះទៀត។ នៅពេលអាចផ្តល់អាហារ និងជាតិទឹកតាមមាត់ ឬតាមបំពង់ស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ, នោះវាគឺជាផ្លូវដែលមានសុវត្ថិភាពបំផុត និងល្អបំផុត។

ប្រភេទសេរ៉ូម	សមាសភាគ						
	Na+	K+	Cl–	Ca++	Lactate	Glucose	Calories
	mmol/l	mmol/l	mmol/l	mmol/l	mmol/l	g/l	cal/l
សេរ៉ូមឡាក់តាត (Hartmann's)	១៣០	៥.៤	១១២	១.៨	២៧	–	–
សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា (NaCl 0.៩%)	១៥៤	–	១៥៤	–	–	–	–
សេរ៉ូមផ្អែម ១0%	–	–	–	–	–	១00	៤00

NaCl 0.៤៥/ គ្លុយកូស ៥%	៧៧	–	៧៧	–	–	៥0	២00
សេរ៉ូមដារ៉ូ (Darrow's solution)	១២១	៣៥	១0៣	–	៥៣	–	–
សេរ៉ូមដារ៉ូកម្លាំងពាក់កណ្តាលជាមួយគ្លុយកូស ៥%[a]	៦១	១៧	៥២	–	២៧	៥0	២00
សេរ៉ូមឡាក់តាតកម្លាំងពាក់កណ្តាល ជាមួយគ្លុយកូស ៥%	៦៥	២.៧	៥៦	១	១៤	៥0	២00
NaCl 0.១៨%/ គ្លុយកូស ៤%	៣១	–	៣១	–	–	៤0	១៦0
សេរ៉ូមផ្អែម ៥%[b]	–	–	–	–	–	៥0	២00

a សេរ៉ូមដារ៉ូកម្លាំងពាក់កណ្តាល ច្រើនតែគ្មានគ្លុយកូស, ដូច្នេះត្រូវបន្ថែមគ្លុយកូសមុននឹងប្រើ។

b សេរ៉ូមទាំងនេះអាចប្រើលើទារកដែលទើបមានអាយុពីរបីថ្ងៃដំបូង, ប៉ុន្តែមិនប្រើលើទារកឬកុមារដទៃទៀតទេ។

A៤.១ ការជ្រើសរើសសេរ៉ូម

ឱកាសនៃសូដ្យូមក្នុងឈាមចុះទាប អាចនឹងត្រូវកើនឡើងនៅពេលប្រើសេរ៉ូមដែលមានសូដ្យូមទាបខ្លាំង បើធៀបនឹងសេរ៉ូមដែលមានសូដ្យូម ៧៥–១៥0mmol/litre។ មិនគួរប្រើសេរ៉ូមដែលមានសូដ្យូមទាប ដូចជា sodium chloride 0.១៨% ជាមួយគ្លុយកូស ៤%, ឬសេរ៉ូមផ្អែម៥% ដើម្បីបង្គ្រប់ជាតិទឹក ឬរក្សាលំនឹងជាតិទឹកនោះទេ។ សេរ៉ូមរក្សាលំនឹងជាតិទឹកដែលមានសូដ្យូម គួរតែមានគ្លុយកូសផងដែរ ដើម្បីចៀសវាងជាតិស្ករក្នុងឈាម

ចុះទាប និងជាតិកេតូនកើនឡើងដោយការអត់អាហារ លើកុមារដែលមិនអាចទទួលអាហារតាមមាត់ ឬតាមបំពង់ស៊ិកចូលក្រពះតាមច្រមុះ។

- **ការសង្គ្រោះ ៖** កុមារដែលខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ឬមានសញ្ញាស្តុក គួរត្រូវបានសង្គ្រោះដោយសេរ៉ូមអ៊ីសូតូនិក (សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា 0.៩% ឬសេរ៉ូមឡាក់តាត)។
- **សេរ៉ូមរក្សាលំនឹងជាតិទឹក ៖** កុមារដែលទាមទារសេរ៉ូមរក្សាលំនឹងជាតិទឹក គួរទទួលសេរ៉ូមឡាក់តាត ជាមួយ dextrose ៥%, ឬសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា 0.៩% ជាមួយគ្លុយកូស ៥%, ឬពាក់កណ្តាលសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា(sodium chloride 0.៤៥%) ជាមួយគ្លុយកូស ៥%។

កំណត់ចំណាំ

កំណត់ចំណាំ

ឧបសម្ព័ន្ធទី៥

ការវាយតម្លៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ

A៥.១ ការគណនាទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុរបស់កុមារ

ដើម្បីគណនាទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ របស់កុមារ ចូរប្រើតារាងខាងក្រោម ឬគំនូសបំព្រួមក្នុងទំ.៥៧៧-៥៧៨។

នៅក្នុងតារាង ៖

- ជ្រើសរើសតារាងសម្រាប់កុមារា ឬកុមារី ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ។
- កំណត់ក្នុងជួរខាងឆ្វេងត្រង់លេខដែលត្រូវនឹងអាយុរបស់កុមារ។
- រួចអូសរំកិលទៅខាងស្តាំដៃ រហូតដល់លេខដែលត្រូវនឹងទម្ងន់របស់កុមារ។
- រួចមើលថាតើអ្នកកំពុងចង្អុលក្នុងជួរឈរទីប៉ុន្មាន(ពី -៣SD ដល់ ៣SD), ដែលនេះគឺជាលេខនៃទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុរបស់កុមារ។

ឧទាហរណ៍ទី១ ៖ កុមារា អាយុ៥ខែ មានទម្ងន់ ៥.៣kg។ ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុរបស់គាត់គឺ –៣SD។

ឧទាហរណ៍ទី២ ៖ កុមារី អាយុ២៧ខែ ទម្ងន់៦.៥ kg។ ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ របស់គាត់គឺ < –៣SD។

ខ្សែកោងនៅក្នុងតារាងលូតលាស់ក្នុងទំ.៣៨៤-៥ ត្រូវនឹងលេខ –២ (ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ ទាប) និង –៣SD (ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ ទាបខ្លាំង)។ សូមចំណាំថា អ្នកគួរប្រើប្រាស់តារាង A៥.២, ទំ. ៣៨៦–៤០២ សម្រាប់ការគណនាទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ដើម្បីសន្និដ្ឋានថាតើកុមារមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរឬទេ។

តារាង A៥.១.១ ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ ចាប់ពីពេលកើត រហូតដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារា

អាយុ គិតជាខែ	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
០	២.១	២.៥	២.៩	៣.៣	៣.៩	៤.៤	៥.០
១	២.៩	៣.៤	៣.៩	៤.៥	៥.១	៥.៨	៦.៦
២	៣.៨	៤.៣	៤.៩	៥.៦	៦.៣	៧.១	៨.០
៣	៤.៤	៥.០	៥.៧	៦.៤	៧.២	៨.០	៩.០
៤	៤.៩	៥.៦	៦.២	៧.០	៧.៨	៨.៧	៩.៧
៥	៥.៣	៦.០	៦.៧	៧.៥	៨.៤	៩.៣	១០.៤
៦	៥.៧	៦.៤	៧.១	៧.៩	៨.៨	៩.៨	១០.៩
៧	៥.៩	៦.៧	៧.៤	៨.៣	៩.២	១០.៣	១១.៤
៨	៦.២	៦.៩	៧.៧	៨.៦	៩.៦	១០.៧	១១.៩
៩	៦.៤	៧.១	៨.០	៨.៩	៩.៩	១១.០	១២.៣
១០	៦.៦	៧.៤	៨.២	៩.២	១០.២	១១.៤	១២.៧
១១	៦.៨	៧.៦	៨.៤	៩.៤	១០.៥	១១.៧	១៣.០
១២	៦.៩	៧.៧	៨.៦	៩.៦	១០.៨	១២.០	១៣.៣
១៣	៧.១	៧.៩	៨.៨	៩.៩	១១.០	១២.៣	១៣.៧
១៤	៧.២	៨.១	៩.០	១០.១	១១.៣	១២.៦	១៤.០
១៥	៧.៤	៨.៣	៩.២	១០.៣	១១.៥	១២.៨	១៤.៣
១៦	៧.៥	៨.៤	៩.៤	១០.៥	១១.៧	១៣.១	១៤.៦
១៧	៧.៧	៨.៦	៩.៦	១០.៧	១២.០	១៣.៤	១៤.៩
១៨	៧.៨	៨.៨	៩.៨	១០.៩	១២.២	១៣.៧	១៥.៣
១៩	៨.០	៨.៩	១០.០	១១.១	១២.៥	១៣.៩	១៥.៦
២០	៨.១	៩.១	១០.១	១១.៣	១២.៧	១៤.២	១៥.៩
២១	៨.២	៩.២	១០.៣	១១.៥	១២.៩	១៤.៥	១៦.២
២២	៨.៤	៩.៤	១០.៥	១១.៨	១៣.២	១៤.៧	១៦.៥
២៣	៨.៥	៩.៥	១០.៧	១២.០	១៣.៤	១៥.០	១៦.៨
២៤	៨.៦	៩.៧	១០.៨	១២.២	១៣.៦	១៥.៣	១៧.១
២៥	៨.៨	៩.៨	១១.០	១២.៤	១៣.៩	១៥.៥	១៧.៥

អាយុ គិតជាខែ	–៣SD	–២D	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
២៦	៨.៩	១០.០	១១.២	១២.៥	១៤.១	១៥.៨	១៧.៨
២៧	៩.០	១០.១	១១.៣	១២.៧	១៤.៣	១៦.១	១៨.១
២៨	៩.១	១០.២	១១.៥	១២.៩	១៤.៥	១៦.៣	១៨.៤
២៩	៩.២	១០.៤	១១.៧	១៣.១	១៤.៨	១៦.៦	១៨.៧
៣០	៩.៤	១០.៥	១១.៨	១៣.៣	១៥.០	១៦.៩	១៩.០
៣១	៩.៥	១០.៧	១២.០	១៣.៥	១៥.២	១៧.១	១៩.៣
៣២	៩.៦	១០.៨	១២.១	១៣.៧	១៥.៤	១៧.៤	១៩.៦
៣៣	៩.៧	១០.៩	១២.៣	១៣.៨	១៥.៦	១៧.៦	១៩.៩
៣៤	៩.៨	១១.០	១២.៤	១៤.០	១៥.៨	១៧.៨	២០.២
៣៥	៩.៩	១១.២	១២.៦	១៤.២	១៦.០	១៨.១	២០.៤
៣៦	១០.០	១១.៣	១២.៧	១៤.៣	១៦.២	១៨.៣	២០.៧
៣៧	១០.១	១១.៤	១២.៩	១៤.៥	១៦.៤	១៨.៦	២១.០
៣៨	១០.២	១១.៥	១៣.០	១៤.៧	១៦.៦	១៨.៨	២១.៣
៣៩	១០.៣	១១.៦	១៣.១	១៤.៨	១៦.៨	១៩.០	២១.៦
៤០	១០.៤	១១.៨	១៣.៣	១៥.០	១៧.០	១៩.៣	២១.៩
៤១	១០.៥	១១.៩	១៣.៤	១៥.២	១៧.២	១៩.៥	២២.១
៤២	១០.៦	១២.០	១៣.៦	១៥.៣	១៧.៤	១៩.៧	២២.៤
៤៣	១០.៧	១២.១	១៣.៧	១៥.៥	១៧.៦	២០.០	២២.៧
៤៤	១០.៨	១២.២	១៣.៨	១៥.៧	១៧.៨	២០.២	២៣.០
៤៥	១០.៩	១២.៤	១៤.០	១៥.៨	១៨.០	២០.៥	២៣.៣
៤៦	១១.០	១២.៥	១៤.១	១៦.០	១៨.២	២០.៧	២៣.៦
៤៧	១១.១	១២.៦	១៤.៣	១៦.២	១៨.៤	២០.៩	២៣.៩
៤៨	១១.២	១២.៧	១៤.៤	១៦.៣	១៨.៦	២១.២	២៤.២
៤៩	១១.៣	១២.៨	១៤.៥	១៦.៥	១៨.៨	២១.៤	២៤.៥
៥០	១១.៤	១២.៩	១៤.៧	១៦.៧	១៩.០	២១.៧	២៤.៨
៥១	១១.៥	១៣.១	១៤.៨	១៦.៨	១៩.២	២១.៩	២៥.១
៥២	១១.៦	១៣.២	១៥.០	១៧.០	១៩.៤	២២.២	២៥.៤
៥៣	១១.៧	១៣.៣	១៥.១	១៧.២	១៩.៦	២២.៤	២៥.៧
៥៤	១១.៨	១៣.៤	១៥.២	១៧.៣	១៩.៨	២២.៧	២៦.០

អាយុ គិតជាខែ	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៥៥	១១.៩	១៣.៥	១៥.៤	១៧.៥	២០.០	២២.៩	២៦.៣
៥៦	១២.០	១៣.៦	១៥.៥	១៧.៧	២០.២	២៣.២	២៦.៦
៥៧	១២.១	១៣.៧	១៥.៦	១៧.៨	២០.៤	២៣.៤	២៦.៩
៥៨	១២.២	១៣.៨	១៥.៨	១៨.០	២០.៦	២៣.៧	២៧.២
៥៩	១២.៣	១៤.០	១៥.៩	១៨.២	២០.៨	២៣.៩	២៧.៦
៦០	១២.៤	១៤.១	១៦.០	១៨.៣	២១.០	២៤.២	២៧.៩

តារាង A៥.១.២ ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ ចាប់ពីពេលកើត រហូតដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារី

អាយុ គិតជាខែ	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
០	២.០	២.៤	២.៨	៣.២	៣.៧	៤.២	៤.៨
១	២.៧	៣.២	៣.៦	៤.២	៤.៨	៥.៥	៦.២
២	៣.៤	៣.៩	៤.៥	៥.១	៥.៨	៦.៦	៧.៥
៣	៤.០	៤.៥	៥.២	៥.៨	៦.៦	៧.៥	៨.៥
៤	៤.៤	៥.០	៥.៧	៦.៤	៧.៣	៨.២	៩.៣
៥	៤.៨	៥.៤	៦.១	៦.៩	៧.៨	៨.៨	១០.០
៦	៥.១	៥.៧	៦.៥	៧.៣	៨.២	៩.៣	១០.៦
៧	៥.៣	៦.០	៦.៨	៧.៦	៨.៦	៩.៨	១១.១
៨	៥.៦	៦.៣	៧.០	៧.៩	៩.០	១០.២	១១.៦
៩	៥.៨	៦.៥	៧.៣	៨.២	៩.៣	១០.៥	១២.០
១០	៥.៩	៦.៧	៧.៥	៨.៥	៩.៦	១០.៩	១២.៤
១១	៦.១	៦.៩	៧.៧	៨.៧	៩.៩	១១.២	១២.៨
១២	៦.៣	៧.០	៧.៩	៨.៩	១០.១	១១.៥	១៣.១
១៣	៦.៤	៧.២	៨.១	៩.២	១០.៤	១១.៨	១៣.៥
១៤	៦.៦	៧.៤	៨.៣	៩.៤	១០.៦	១២.១	១៣.៨
១៥	៦.៧	៧.៦	៨.៥	៩.៦	១០.៩	១២.៤	១៤.១
១៦	៦.៩	៧.៧	៨.៧	៩.៨	១១.១	១២.៦	១៤.៥
១៧	៧.០	៧.៩	៨.៩	១០.០	១១.៤	១២.៩	១៤.៨

អាយុ គិតជាខែ	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
១៨	៧.២	៨.១	៩.១	១០.២	១១.៦	១៣.២	១៥.១
១៩	៧.៣	៨.២	៩.២	១០.៤	១១.៨	១៣.៥	១៥.៤
២០	៧.៥	៨.៤	៩.៤	១០.៦	១២.១	១៣.៧	១៥.៧
២១	៧.៦	៨.៦	៩.៦	១០.៩	១២.៣	១៤.០	១៦.០
២២	៧.៨	៨.៧	៩.៨	១១.១	១២.៥	១៤.៣	១៦.៤
២៣	៧.៩	៨.៩	១០.០	១១.៣	១២.៨	១៤.៦	១៦.៧
២៤	៨.១	៩.០	១០.២	១១.៥	១៣.០	១៤.៨	១៧.០
២៥	៨.២	៩.២	១០.៣	១១.៧	១៣.៣	១៥.១	១៧.៣
២៦	៨.៤	៩.៤	១០.៥	១១.៩	១៣.៥	១៥.៤	១៧.៧
២៧	៨.៥	៩.៥	១០.៧	១២.១	១៣.៧	១៥.៧	១៨.០
២៨	៨.៦	៩.៧	១០.៩	១២.៣	១៤.០	១៦.០	១៨.៣
២៩	៨.៨	៩.៨	១១.១	១២.៥	១៤.២	១៦.២	១៨.៧
៣០	៨.៩	១០.០	១១.២	១២.៧	១៤.៤	១៦.៥	១៩.០
៣១	៩.០	១០.១	១១.៤	១២.៩	១៤.៧	១៦.៨	១៩.៣
៣២	៩.១	១០.៣	១១.៦	១៣.១	១៤.៩	១៧.១	១៩.៦
៣៣	៩.៣	១០.៤	១១.៧	១៣.៣	១៥.១	១៧.៣	២០.០
៣៤	៩.៤	១០.៥	១១.៩	១៣.៥	១៥.៤	១៧.៦	២០.៣
៣៥	៩.៥	១០.៧	១២.០	១៣.៧	១៥.៦	១៧.៩	២០.៦
៣៦	៩.៦	១០.៨	១២.២	១៣.៩	១៥.៨	១៨.១	២០.៩
៣៧	៩.៧	១០.៩	១២.៤	១៤.០	១៦.០	១៨.៤	២១.៣
៣៨	៩.៨	១១.១	១២.៥	១៤.២	១៦.៣	១៨.៧	២១.៦
៣៩	៩.៩	១១.២	១២.៧	១៤.៤	១៦.៥	១៩.០	២២.០
៤០	១០.១	១១.៣	១២.៨	១៤.៦	១៦.៧	១៩.២	២២.៣
៤១	១០.២	១១.៥	១៣.០	១៤.៨	១៦.៩	១៩.៥	២២.៧
៤២	១០.៣	១១.៦	១៣.១	១៥.០	១៧.២	១៩.៨	២៣.០
៤៣	១០.៤	១១.៧	១៣.៣	១៥.២	១៧.៤	២០.១	២៣.៤
៤៤	១០.៥	១១.៨	១៣.៤	១៥.៣	១៧.៦	២០.៤	២៣.៧
៤៥	១០.៦	១២.០	១៣.៦	១៥.៥	១៧.៨	២០.៧	២៤.១
៤៦	10.7	12.1	13.7	១៥.៧	១៨.១	២០.៩	២៤.៥

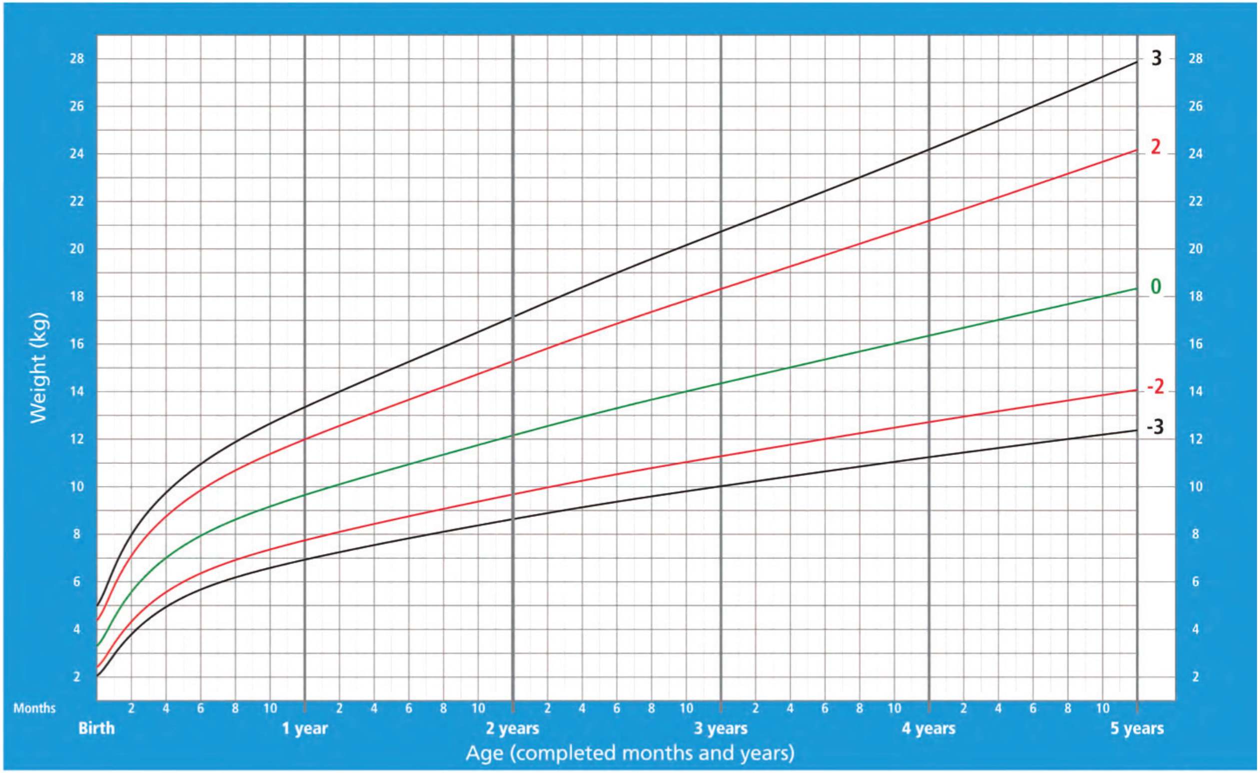
ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ ចាប់ពីពេលកើត រហូតដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារី

អាយុ គិតជាខែ	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៤៧	១០.៨	១២.២	១៣.៩	១៥.៩	១៨.៣	២១.២	២៤.៨
៤៨	១០.៩	១២.៣	១៤.០	១៦.១	១៨.៥	២១.៥	២៥.២
៤៩	១១.០	១២.៤	១៤.២	១៦.៣	១៨.៨	២១.៨	២៥.៥
៥០	១១.១	១២.៦	១៤.៣	១៦.៤	១៩.០	២២.១	២៥.៩
៥១	១១.២	១២.៧	១៤.៥	១៦.៦	១៩.២	២២.៤	២៦.៣
៥២	១១.៣	១២.៨	១៤.៦	១៦.៨	១៩.៤	២២.៦	២៦.៦
៥៣	១១.៤	១២.៩	១៤.៨	១៧.០	១៩.៧	២២.៩	២៧.០
៥៤	១១.៥	១៣.០	១៤.៩	១៧.២	១៩.៩	២៣.២	២៧.៤
៥៥	១១.៦	១៣.២	១៥.១	១៧.៣	២០.១	២៣.៥	២៧.៧
៥៦	១១.៧	១៣.៣	១៥.២	១៧.៥	២០.៣	២៣.៨	២៨.១
៥៧	១១.៨	១៣.៤	១៥.៣	១៧.៧	២០.៦	២៤.១	២៨.៥
៥៨	១១.៩	១៣.៥	១៥.៥	១៧.៩	២០.៨	២៤.៤	២៨.៨
៥៩	១២.០	១៣.៦	១៥.៦	១៨.០	២១.០	២៤.៦	២៩.២
៦០	១២.១	១៣.៧	១៥.៨	១៨.២	២១.២	២៤.៩	២៩.៥

ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ សម្រាប់កុមារា

Birth to 5 years (z-scores)

World Health Organization

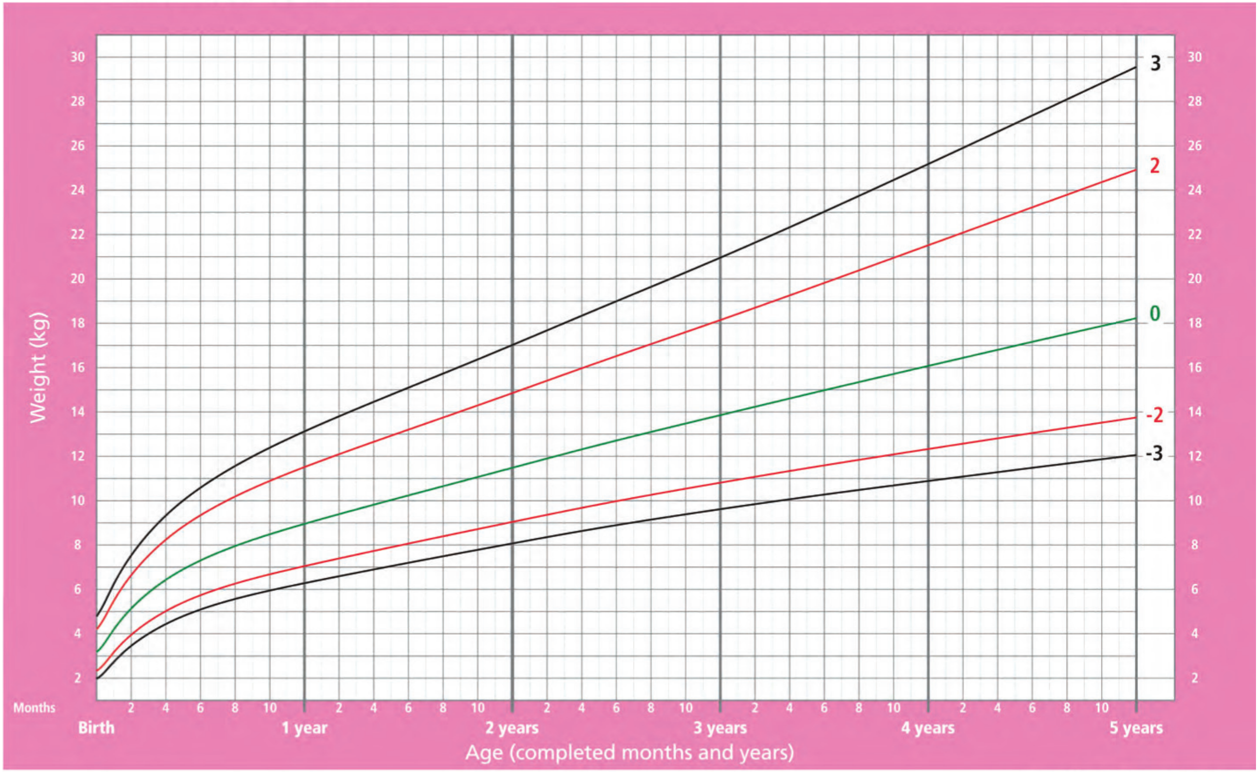


WHO Child Growth Standards

ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ ចាប់ពីពេលកើត រហូតដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារី

ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ សម្រាប់កុមារី

Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

A៥.២ ការគណនាទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង/កម្ពស់ របស់កុមារ

តារាង A៥.២.១ និង A៥.២.២ ក្នុងទំ. ៥៨០, ៥៨៤ ផ្ដល់ជូនសេចក្ដីយោងសម្រាប់ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង (៤៥–១១០cm) របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក, ហើយតារាង A៥.២.៣ និង A៥.២.៤ ក្នុងទំ. ៥៨៩–៥៩៣ ផ្ដល់ជូនសេចក្ដីយោងសម្រាប់ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ (៦៥–១២០cm)។

អត្ថន័យនៃភាគរយរបស់មធ្យមភាគ ប្រែប្រួលទៅតាមអាយុ និងកម្ពស់, ហើយជាទូទៅតម្លៃទាំង២នេះ គឺមិនអាចប្រៀបធៀបគ្នាបានទេ។ ភាគរយសមស្របសម្រាប់មធ្យមភាគ –១ SD និង –២ SD គឺ ៩០% និង ៨០% នៃមធ្យមភាគ[៩]។

ជាទូទៅ គេវាស់ “ប្រវែង” សម្រាប់កុមារដែល < ៨៥ cm, និងវាស់ “កម្ពស់” សម្រាប់កុមារ ≥៨៥ cm ។ ជាទូទៅ ការវាស់ប្រវែងពេលដេក មានប្រវែងវែងជាងការវាស់កម្ពស់ពេលឈរ ប្រហែល ០.៥cm, ប៉ុន្តែភាពខុសគ្នាបន្តិចបន្តួចនេះមិនសំខាន់ទេ។ បើមិនអាចវាស់កម្ពស់កុមារពេលឈរបានទេ ហើយការវាស់ប្រវែងពេលដេក មានប្រវែងធំជាង > ៨៤.៩cm នោះគេអាចដកវា ០.៥cm ចេញ។

នៅក្នុងតារាង ៖

- ជ្រើសរើសតារាងសម្រាប់កុមារា ឬកុមារី ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ។
- ក្នុងជួរឈរដំបូងគេខាងឆ្វេង ចង្អុលត្រង់លេខដែលត្រូវនឹងប្រវែងរបស់កុមារ។
- រួចអូសរំកិលទៅខាងស្ដាំដៃ រហូតដល់លេខដែលត្រូវនឹងទម្ងន់របស់កុមារ។
- រួចមើលថាតើអ្នកកំពុងចង្អុលក្នុងជួរឈរទីប៉ុន្មាន (ពី -៣SD ដល់ ៣SD), ដែលនេះគឺជាលេខនៃទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែងរបស់កុមារ។

ឧទាហរណ៍១ ៖ កុមារាម្នាក់មានប្រវែង ៦១cm ទម្ងន់ ៥.៣kg។ ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែងរបស់គាត់គឺ -២SD។

---

៩ Gorstein J et al. Issues in the assessment of nutritional status using anthropometry. Bulletin of the World Health Organization, 1994, 72:273–283.

ឧទាហរណ៍២ ៖ កុមារីម្នាក់មានប្រវែង ៦៧cm ទម្ងន់ ៤.៣kg។ ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែងរបស់គាត់គឺ < -៣SD។

តារាង A៥.២.១ ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង ចាប់ពីពេលកើត ដល់២ឆ្នាំ ៖ កុមារា

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៤៥.០	១.៩	២.០	២.២	២.៤	២.៧	៣.០	៣.៣
៤៥.០	១.៩	២.១	២.៣	២.៥	២.៨	៣.១	៣.៤
៤៦.០	២.០	២.២	២.៤	២.៦	២.៩	៣.១	៣.៥
៤៦.៥	២.១	២.៣	២.៥	២.៧	៣.០	៣.២	៣.៦
៤៧.០	២.១	២.៣	២.៥	២.៨	៣.០	៣.៣	៣.៧
៤៧.៥	២.២	២.៤	២.៦	២.៩	៣.១	៣.៤	៣.៨
៤៨.០	២.៣	២.៥	២.៧	២.៩	៣.២	៣.៦	៣.៩
៤៨.៥	២.៣	២.៦	២.៨	៣.០	៣.៣	៣.៧	៤.០
៤៩.០	២.៤	២.៦	២.៩	៣.១	៣.៤	៣.៨	៤.២
៤៩.៥	២.៥	២.៧	៣.០	៣.២	៣.៥	៣.៩	៤.៣
៥០.០	២.៦	២.៨	៣.០	៣.៣	៣.៦	៤.០	៤.៤
៥០.៥	២.៧	២.៩	៣.១	៣.៤	៣.៨	៤.១	៤.៥
៥១.០	២.៧	៣.០	៣.២	៣.៥	៣.៩	៤.២	៤.៧
៥១.៥	២.៨	៣.១	៣.៣	៣.៦	៤.០	៤.៤	៤.៨
៥២.០	២.៩	៣.២	៣.៥	៣.៨	៤.១	៤.៥	៥.០
៥២.៥	៣.០	៣.៣	៣.៦	៣.៩	៤.២	៤.៦	៥.១
៥៣.០	៣.១	៣.៤	៣.៧	៤.០	៤.៤	៤.៨	៥.៣
៥៣.៥	៣.២	៣.៥	៣.៨	៤.១	៤.៥	៤.៩	៥.៤
៥៤.០	៣.៣	៣.៦	៣.៩	៤.៣	៤.៧	៥.១	៥.៦
៥៤.៥	៣.៤	៣.៧	៤.០	៤.៤	៤.៨	៥.៣	៥.៨
៥៥.០	៣.៦	៣.៨	៤.២	៤.៥	៥.០	៥.៤	៦.០
៥៥.៥	៣.៧	៤.០	៤.៣	៤.៧	៥.១	៥.៦	៦.១
៥៦.០	៣.៨	៤.១	៤.៤	៤.៨	៥.៣	៥.៨	៦.៣
៥៦.៥	៣.៩	៤.២	៤.៦	៥.០	៥.៤	៥.៩	៦.៥
៥៧.០	៤.០	៤.៣	៤.៧	៥.១	៥.៦	៦.១	៦.៧

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៥៧.៥	៤.១	៤.៥	៤.៩	៥.៣	៥.៧	៦.៣	៦.៩
៥៨.០	៤.៣	៤.៦	៥.០	៥.៤	៥.៩	៦.៤	៧.១
៥៨.៥	៤.៤	៤.៧	៥.១	៥.៦	៦.១	៦.៦	៧.២
៥៩.០	៤.៥	៤.៨	៥.៣	៥.៧	៦.២	៦.៨	៧.៤
៥៩.៥	៤.៦	៥.០	៥.៤	៥.៩	៦.៤	៧.០	៧.៦
៦០.០	៤.៧	៥.១	៥.៥	៦.០	៦.៥	៧.១	៧.៨
៦០.៥	៤.៨	៥.២	៥.៦	៦.១	៦.៧	៧.៣	៨.០
៦១.០	៤.៩	៥.៣	៥.៨	៦.៣	៦.៨	៧.៤	៨.១
៦១.៥	៥.០	៥.៤	៥.៩	៦.៤	៧.០	៧.៦	៨.៣
៦២.០	៥.១	៥.៦	៦.០	៦.៥	៧.១	៧.៧	៨.៥
៦២.៥	៥.២	៥.៧	៦.១	៦.៧	៧.២	៧.៩	៨.៦
៦៣.០	៥.៣	៥.៨	៦.២	៦.៨	៧.៤	៨.០	៨.៨
៦៣.៥	៥.៤	៥.៩	៦.៤	៦.៩	៧.៥	៨.២	៨.៩
៦៤.០	៥.៥	៦.០	៦.៥	៧.០	៧.៦	៨.៣	៩.១
៦៤.៥	៥.៦	៦.១	៦.៦	៧.១	៧.៨	៨.៥	៩.៣
៦៥.០	៥.៧	៦.២	៦.៧	៧.៣	៧.៩	៨.៦	៩.៤
៦៥.៥	៥.៨	៦.៣	៦.៨	៧.៤	៨.០	៨.៧	៩.៦
៦៦.០	៥.៩	៦.៤	៦.៩	៧.៥	៨.២	៨.៩	៩.៧
៦៦.៥	៦.០	៦.៥	៧.០	៧.៦	៨.៣	៩.០	៩.៩
៦៧.០	៦.១	៦.៦	៧.១	៧.៧	៨.៤	៩.២	១០.០
៦៧.៥	៦.២	៦.៧	៧.២	៧.៩	៨.៥	៩.៣	១០.២
៦៨.០	៦.៣	៦.៨	៧.៣	៨.០	៨.៧	៩.៤	១០.៣
៦៨.៥	៦.៤	៦.៩	៧.៥	៨.១	៨.៨	៩.៦	១០.៥
៦៩.០	៦.៥	៧.០	៧.៦	៨.២	៨.៩	៩.៧	១០.៦
៦៩.៥	៦.៦	៧.១	៧.៧	៨.៣	៩.០	៩.៨	១០.៨
៧០.០	៦.៦	៧.២	៧.៨	៨.៤	៩.២	១០.០	១០.៩
៧០.៥	៦.៧	៧.៣	៧.៩	៨.៥	៩.៣	១០.១	១១.១
៧១.០	៦.៨	៧.៤	៨.០	៨.៦	៩.៤	១០.២	១១.២
៧១.៥	៦.៩	៧.៥	៨.១	៨.៨	៩.៥	១០.៤	១១.៣
៧២.០	៧.០	៧.៦	៨.២	៨.៩	៩.៦	១០.៥	១១.៥

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៧២.៥	៧.១	៧.៦	៨.៣	៩.០	៩.៨	១០.៦	១១.៦
៧៣.០	៧.២	៧.៧	៨.៤	៩.១	៩.៩	១០.៨	១១.៨
៧៣.៥	៧.៣	៧.៨	៨.៥	៩.២	១០.០	១០.៩	១១.៩
៧៤.០	៧.៣	៧.៩	៨.៦	៩.៣	១០.១	១១.០	១២.១
៧៤.៥	៧.៤	៨.០	៨.៧	៩.៤	១០.២	១១.២	១២.២
៧៥.០	៧.៥	៨.១	៨.៨	៩.៥	១០.៣	១១.៣	១២.៣
៧៥.៥	៧.៦	៨.២	៨.៨	៩.៦	១០.៤	១១.៤	១២.៥
៧៦.០	៧.៦	៨.៣	៨.៩	៩.៧	១០.៦	១១.៥	១២.៦
៧៦.៥	៧.៧	៨.៣	៩.០	៩.៨	១០.៧	១១.៦	១២.៧
៧៧.០	៧.៨	៨.៤	៩.១	៩.៩	១០.៨	១១.៧	១២.៨
៧៧.៥	៧.៩	៨.៥	៩.២	១០.០	១០.៩	១១.៩	១៣.០
៧៨.០	៧.៩	៨.៦	៩.៣	១០.១	១១.០	១២.០	១៣.១
៧៨.៥	៨.០	៨.៧	៩.៤	១០.២	១១.១	១២.១	១៣.២
៧៩.០	៨.១	៨.៧	៩.៥	១០.៣	១១.២	១២.២	១៣.៣
៧៩.៥	៨.២	៨.៨	៩.៥	១០.៤	១១.៣	១២.៣	១៣.៤
៨០.០	៨.២	៨.៩	៩.៦	១០.៤	១១.៤	១២.៤	១៣.៦
៨០.៥	៨.៣	៩.០	៩.៧	១០.៥	១១.៥	១២.៥	១៣.៧
៨១.០	៨.៤	៩.១	៩.៨	១០.៦	១១.៦	១២.៦	១៣.៨
៨១.៥	៨.៥	៩.១	៩.៩	១០.៧	១១.៧	១២.៧	១៣.៩
៨២.០	៨.៥	៩.២	១០.០	១០.៨	១១.៨	១២.៨	១៤.០
៨២.៥	៨.៦	៩.៣	១០.១	១០.៩	១១.៩	១៣.០	១៤.២
៨៣.០	៨.៧	៩.៤	១០.២	១១.០	១២.០	១៣.១	១៤.៣
៨៣.៥	៨.៨	៩.៥	១០.៣	១១.២	១២.១	១៣.២	១៤.៤
៨៤.០	៨.៩	៩.៦	១០.៤	១១.៣	១២.២	១៣.៣	១៤.៦
៨៤.៥	៩.០	៩.៧	១០.៥	១១.៤	១២.៤	១៣.៥	១៤.៧
៨៥.០	៩.១	៩.៨	១០.៦	១១.៥	១២.៥	១៣.៦	១៤.៩
៨៥.៥	៩.២	៩.៩	១០.៧	១១.៦	១២.៦	១៣.៧	១៥.០
៨៦.០	៩.៣	១០.០	១០.៨	១១.៧	១២.៨	១៣.៩	១៥.២
៨៦.៥	៩.៤	១០.១	១១.០	១១.៩	១២.៩	១៤.០	១៥.៣
៨៧.០	៩.៥	១០.២	១១.១	១២.០	១៣.០	១៤.២	១៥.៥

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៨៧.៥	៩.៦	១០.៤	១១.២	១២.១	១៣.២	១៤.៣	១៥.៦
៨៨.០	៩.៧	១០.៥	១១.៣	១២.២	១៣.៣	១៤.៥	១៥.៨
៨៨.៥	៩.៨	១០.៦	១១.៤	១២.៤	១៣.៤	១៤.៦	១៥.៩
៨៩.០	៩.៩	១០.៧	១១.៥	១២.៥	១៣.៥	១៤.៧	១៦.១
៨៩.៥	១០.០	១០.៨	១១.៦	១២.៦	១៣.៧	១៤.៩	១៦.២
៩០.០	១០.១	១០.៩	១១.៨	១២.៧	១៣.៨	១៥.០	១៦.៤
៩០.៥	១០.២	១១.០	១១.៩	១២.៨	១៣.៩	១៥.១	១៦.៥
៩១.០	១០.៣	១១.១	១២.០	១៣.០	១៤.១	១៥.៣	១៦.៧
៩១.៥	១០.៤	១១.២	១២.១	១៣.១	១៤.២	១៥.៤	១៦.៨
៩២.០	១០.៥	១១.៣	១២.២	១៣.២	១៤.៣	១៥.៦	១៧.០
៩២.៥	១០.៦	១១.៤	១២.៣	១៣.៣	១៤.៤	១៥.៧	១៧.១
៩៣.០	១០.៧	១១.៥	១២.៤	១៣.៤	១៤.៦	១៥.៨	១៧.៣
៩៣.៥	១០.៧	១១.៦	១២.៥	១៣.៥	១៤.៧	១៦.០	១៧.៤
៩៤.០	១០.៨	១១.៧	១២.៦	១៣.៧	១៤.៨	១៦.១	១៧.៦
៩៤.៥	១០.៩	១១.៨	១២.៧	១៣.៨	១៤.៩	១៦.៣	១៧.៧
៩៥.០	១១.០	១១.៩	១២.៨	១៣.៩	១៥.១	១៦.៤	១៧.៩
៩៥.៥	១១.១	១២.០	១២.៩	១៤.០	១៥.២	១៦.៥	១៨.០
៩៦.០	១១.២	១២.១	១៣.១	១៤.១	១៥.៣	១៦.៧	១៨.២
៩៦.៥	១១.៣	១២.២	១៣.២	១៤.៣	១៥.៥	១៦.៨	១៨.៤
៩៧.០	១១.៤	១២.៣	១៣.៣	១៤.៤	១៥.៦	១៧.០	១៨.៥
៩៧.៥	១១.៥	១២.៤	១៣.៤	១៤.៥	១៥.៧	១៧.១	១៨.៧
៩៨.០	១១.៦	១២.៥	១៣.៥	១៤.៦	១៥.៩	១៧.៣	១៨.៩
៩៨.៥	១១.៧	១២.៦	១៣.៦	១៤.៨	១៦.០	១៧.៥	១៩.១
៩៩.០	១១.៨	១២.៧	១៣.៧	១៤.៩	១៦.២	១៧.៦	១៩.២
៩៩.៥	១១.៩	១២.៨	១៣.៩	១៥.០	១៦.៣	១៧.៨	១៩.៤
១០០.០	១២.០	១២.៩	១៤.០	១៥.២	១៦.៥	១៨.០	១៩.៦
១០០.៥	១២.១	១៣.០	១៤.១	១៥.៣	១៦.៦	១៨.១	១៩.៨
១០១.០	១២.២	១៣.២	១៤.២	១៥.៤	១៦.៨	១៨.៣	២០.០
១០១.៥	១២.៣	១៣.៣	១៤.៤	១៥.៦	១៦.៩	១៨.៥	២០.២
១០២.០	១២.៤	១៣.៤	១៤.៥	១៥.៧	១៧.១	១៨.៧	២០.៤

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
១០២.៥	១២.៥	១៣.៥	១៤.៦	១៥.៩	១៧.៣	១៨.៨	២០.៦
១០៣.០	១២.៦	១៣.៦	១៤.៨	១៦.០	១៧.៤	១៩.០	២០.៨
១០៣.៥	១២.៧	១៣.៧	១៤.៩	១៦.២	១៧.៦	១៩.២	២១.០
១០៤.០	១២.៨	១៣.៩	១៥.០	១៦.៣	១៧.៨	១៩.៤	២១.២
១០៤.៥	១២.៩	១៤.០	១៥.២	១៦.៥	១៧.៩	១៩.៦	២១.៥
១០៥.០	១៣.០	១៤.១	១៥.៣	១៦.៦	១៨.១	១៩.៨	២១.៧
១០៥.៥	១៣.២	១៤.២	១៥.៤	១៦.៨	១៨.៣	២០.០	២១.៩
១០៦.០	១៣.៣	១៤.៤	១៥.៦	១៦.៩	១៨.៥	២០.២	២២.១
១០៦.៥	១៣.៤	១៤.៥	១៥.៧	១៧.១	១៨.៦	២០.៤	២២.៤
១០៧.០	១៣.៥	១៤.៦	១៥.៩	១៧.៣	១៨.៨	២០.៦	២២.៦
១០៧.៥	១៣.៦	១៤.៧	១៦.០	១៧.៤	១៩.០	២០.៨	២២.៨
១០៨.០	១៣.៧	១៤.៩	១៦.២	១៧.៦	១៩.២	២១.០	២៣.១
១០៨.៥	១៣.៨	១៥.០	១៦.៣	១៧.៨	១៩.៤	២១.២	២៣.៣
១០៩.០	១៤.០	១៥.១	១៦.៥	១៧.៩	១៩.៦	២១.៤	២៣.៦
១០៩.៥	១៤.១	១៥.៣	១៦.៦	១៨.១	១៩.៨	២១.៧	២៣.៨
១១០.០	១៤.២	១៥.៤	១៦.៨	១៨.៣	២០.០	២១.៩	២៤.១

តារាង A៥.២.២ ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង ចាប់ពីពេលកើត ដល់២ឆ្នាំ ៖ កុមារី

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៤៥.០	១.៩	២.១	២.៣	២.៥	២.៧	៣.០	៣.៣
៤៥.៥	២.០	២.១	២.៣	២.៥	២.៨	៣.១	៣.៤
៤៦.០	២.០	២.២	២.៤	២.៦	២.៩	៣.២	៣.៥
៤៦.៥	២.១	២.៣	២.៥	២.៧	៣.០	៣.៣	៣.៦
៤៧.០	២.២	២.៤	២.៦	២.៨	៣.១	៣.៤	៣.៧
៤៧.៥	២.២	២.៤	២.៦	២.៩	៣.២	៣.៥	៣.៨
៤៨.០	២.៣	២.៥	២.៧	៣.០	៣.៣	៣.៦	៤.០
៤៨.៥	២.៤	២.៦	២.៨	៣.១	៣.៤	៣.៧	៤.១
៤៩.០	២.៤	២.៦	២.៩	៣.២	៣.៥	៣.៨	៤.២

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៤៩.៥	២.៥	២.៧	៣.០	៣.៣	៣.៦	៣.៩	៤.៣
៥០.០	២.៦	២.៨	៣.១	៣.៤	៣.៧	៤.០	៤.៥
៥០.៥	២.៧	២.៩	៣.២	៣.៥	៣.៨	៤.២	៤.៦
៥១.០	២.៨	៣.០	៣.៣	៣.៦	៣.៩	៤.៣	៤.៨
៥១.៥	២.៨	៣.១	៣.៤	៣.៧	៤.០	៤.៤	៤.៩
៥២.០	២.៩	៣.២	៣.៥	៣.៨	៤.២	៤.៦	៥.១
៥២.៥	៣.០	៣.៣	៣.៦	៣.៩	៤.៣	៤.៧	៥.២
៥៣.០	៣.១	៣.៤	៣.៧	៤.០	៤.៤	៤.៩	៥.៤
៥៣.៥	៣.២	៣.៥	៣.៨	៤.២	៤.៦	៥.០	៥.៥
៥៤.០	៣.៣	៣.៦	៣.៩	៤.៣	៤.៧	៥.២	៥.៧
៥៤.៥	៣.៤	៣.៧	៤.០	៤.៤	៤.៨	៥.៣	៥.៩
៥៥.០	៣.៥	៣.៨	៤.២	៤.៥	៥.០	៥.៥	៦.១
៥៥.៥	៣.៦	៣.៩	៤.៣	៤.៧	៥.១	៥.៧	៦.៣
៥៦.០	៣.៧	៤.០	៤.៤	៤.៨	៥.៣	៥.៨	៦.៤
៥៧.៥	៣.៨	៤.១	៤.៥	៥.០	៥.៤	៦.០	៦.៦
៥៧.០	៣.៩	៤.៣	៤.៦	៥.១	៥.៦	៦.១	៦.៨
៥៧.៥	៤.០	៤.៤	៤.៨	៥.២	៥.៧	៦.៣	៧.០
៥៨.០	៤.១	៤.៥	៤.៩	៥.៤	៥.៩	៦.៥	៧.១
៥៨.៥	៤.២	៤.៦	៥.០	៥.៥	៦.០	៦.៦	៧.៣
៥៩.០	៤.៣	៤.៧	៥.១	៥.៦	៦.២	៦.៨	៧.៥
៥៩.៥	៤.៤	៤.៨	៥.៣	៥.៧	៦.៣	៦.៩	៧.៧
៦០.០	៤.៥	៤.៩	៥.៤	៥.៩	៦.៤	៧.១	៧.៨
៦០.៥	៤.៦	៥.០	៥.៥	៦.០	៦.៦	៧.៣	៨.០
៦១.០	៤.៧	៥.១	៥.៦	៦.១	៦.៧	៧.៤	៨.២
៦១.៥	៤.៨	៥.២	៥.៧	៦.៣	៦.៩	៧.៦	៨.៤
៦២.០	៤.៩	៥.៣	៥.៨	៦.៤	៧.០	៧.៧	៨.៥
៦២.៥	៥.០	៥.៤	៥.៩	៦.៥	៧.១	៧.៨	៨.៧
៦៣.០	៥.១	៥.៥	៦.០	៦.៦	៧.៣	៨.០	៨.៨
៦៣.៥	៥.២	៥.៦	៦.២	៦.៧	៧.៤	៨.១	៩.០
៦៤.០	៥.៣	៥.៧	៦.៣	៦.៩	៧.៥	៨.៣	៩.១

ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង ចាប់ពីពេលកើត ដល់២ឆ្នាំ ៖ កុមារី

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៦៤.៥	៥.៤	៥.៨	៦.4	៧.០	៧.៦	៨.៤	៩.៣
៦៥.០	៥.៥	៥.៩	៦.៥	៧.១	៧.៨	៨.៦	៩.៥
៦៥.៥	៥.៥	៦.០	៦.៦	៧.២	៧.៩	៨.៧	៩.៦
៦៦.០	៥.៦	៦.១	៦.៧	៧.៣	៨.០	៨.៨	៩.៨
៦៦.៥	៥.៧	៦.២	៦.៨	៧.៤	៨.១	៩.០	៩.៩
៦៧.០	៥.៨	៦.៣	៦.៩	៧.៥	៨.៣	៩.១	១០.០
៦៧.៥	៥.៩	៦.៤	៧.០	៧.៦	៨.៤	៩.២	១០.២
៦៨.០	៦.០	៦.៥	៧.១	៧.៧	៨.៥	៩.៤	១០.៣
៦៨.៥	៦.១	៦.៦	៧.២	៧.៩	៨.៦	៩.៥	១០.៥
៦៩.០	៦.១	៦.៧	៧.៣	៨.០	៨.៧	៩.៦	១០.៦
៦៩.៥	៦.២	៦.៨	៧.៤	៨.១	៨.៨	៩.៧	១០.៧
៧០.០	៦.៣	៦.៩	៧.៥	៨.២	៩.០	៩.៩	១០.៩
៧០.៥	៦.៤	៦.៩	៧.៦	៨.៣	៩.១	១០.០	១១.០
៧១.០	៦.៥	៧.០	៧.៧	៨.៤	៩.២	១០.១	១១.១
៧១.៥	៦.៥	៧.១	៧.៧	៨.៥	៩.៣	១០.២	១១.៣
៧២.០	៦.៦	៧.២	៧.៨	៨.៦	៩.៤	១០.៣	១១.៤
៧២.៥	៦.៧	៧.៣	៧.៩	៨.៧	៩.៥	១០.៥	១១.៥
៧៣.០	៦.៨	៧.៤	៨.០	៨.៨	៩.៦	១០.៦	១១.៧
៧៣.៥	៦.៩	៧.៤	៨.១	៨.៩	៩.៧	១០.៧	១១.៨
៧៤.០	៦.៩	៧.៥	៨.២	៩.០	៩.៨	១០.៨	១១.៩
៧៤.៥	៧.០	៧.៦	៨.៣	៩.១	៩.៩	១០.៩	១២.០
៧៥.០	៧.១	៧.៧	៨.៤	៩.១	១០.០	១១.០	១២.២
៧៥.៥	៧.១	៧.៨	៨.៥	៩.២	១០.១	១១.១	១២.៣
៧៦.០	៧.២	៧.៨	៨.៥	៩.៣	១០.២	១១.២	១២.៤
៧៦.៥	៧.៣	៧.៩	៨.៦	៩.៤	១០.៣	១១.៤	១២.៥
៧៧.០	៧.៤	៨.០	៨.៧	៩.៥	១០.៤	១១.៥	១២.៦
៧៧.៥	៧.៤	៨.១	៨.៨	៩.៦	១០.៥	១១.៦	១២.៨
៧៨.០	៧.៥	៨.២	៨.៩	៩.៧	១០.៦	១១.៧	១២.៩
៧៨.៥	៧.៦	៨.២	៩.០	៩.៨	១០.៧	១១.៨	១៣.០
៧៩.០	៧.៧	៨.៣	៩.១	៩.៩	១០.៨	១១.៩	១៣.១

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៧៩.៥	៧.៧	៨.៤	៩.១	១០.០	១០.៩	១២.០	១៣.៣
៨០.០	៧.៨	៨.៥	៩.២	១០.១	១១.០	១២.១	១៣.៤
៨០.៥	៧.៩	៨.៦	៩.៣	១០.២	១១.២	១២.៣	១៣.៥
៨១.០	៨.០	៨.៧	៩.៤	១០.៣	១១.៣	១២.៤	១៣.៧
៨១.៥	៨.១	៨.៨	៩.៥	១០.៤	១១.៤	១២.៥	១៣.៨
៨២.០	៨.១	៨.៨	៩.៦	១០.៥	១១.៥	១២.៦	១៣.៩
៨២.៥	៨.២	៨.៩	៩.៧	១០.៦	១១.៦	១២.៨	១៤.១
៨៣.០	៨.៣	៩.០	៩.៨	១០.៧	១១.៨	១២.៩	១៤.២
៨៣.៥	៨.៤	៩.១	៩.៩	១០.៩	១១.៩	១៣.១	១៤.៤
៨៤.០	៨.៥	៩.២	១០.១	១១.០	១២.០	១៣.២	១៤.៥
៨៤.៥	៨.៦	៩.៣	១០.២	១១.១	១២.១	១៣.៣	១៤.៧
៨៥.០	៨.៧	៩.៤	១០.៣	១១.២	១២.៣	១៣.៥	១៤.៩
៨៥.៥	៨.៨	៩.៥	១០.៤	១១.៣	១២.៤	១៣.៦	១៥.០
៨៦.០	៨.៩	៩.៧	១០.៥	១១.៥	១២.៦	១៣.៨	១៥.២
៨៦.៥	៩.០	៩.៨	១០.៦	១១.៦	១២.៧	១៣.៩	១៥.៤
៨៧.០	៩.១	៩.៩	១០.៧	១១.៧	១២.៨	១៤.១	១៥.៥
៨៧.៥	៩.២	១០.០	១០.៩	១១.៨	១៣.០	១៤.២	១៥.៧
៨៨.០	៩.៣	១០.១	១១.០	១២.០	១៣.១	១៤.៤	១៥.៩
៨៨.៥	៩.៤	១០.២	១១.១	១២.១	១៣.២	១៤.៥	១៦.០
៨៩.០	៩.៥	១០.៣	១១.២	១២.២	១៣.៤	១៤.៧	១៦.២
៨៩.៥	៩.៦	១០.៤	១១.៣	១២.៣	១៣.៥	១៤.៨	១៦.៤
៩០.០	៩.៧	១០.៥	១១.៤	១២.៥	១៣.៧	១៥.០	១៦.៥
៩០.៥	៩.៨	១០.៦	១១.៥	១២.៦	១៣.៨	១៥.១	១៦.៧
៩១.០	៩.៩	១០.៧	១១.៧	១២.៧	១៣.៩	១៥.៣	១៦.៩
៩១.៥	១០.០	១០.៨	១១.៨	១២.៨	១៤.១	១៥.៥	១៧.០
៩២.០	១០.១	១០.៩	១១.៩	១៣.០	១៤.២	១៥.៦	១៧.២
៩២.៥	១០.១	១១.០	១២.០	១២.១	១៤.៣	១៥.៨	១៧.៤
៩៣.០	១០.២	១១.១	១២.១	១៣.២	១៤.៥	១៥.៩	១៧.៥
៩៣.៥	១០.៣	១១.២	១២.២	១៣.៣	១៤.៦	១៦.១	១៧.៧
៩៤.០	១០.៤	១១.៣	១២.៣	១៣.៥	១៤.៧	១៦.២	១៧.៩

ទម្ងន់ធៀបនឹងប្រវែង ចាប់ពីពេលកើត ដល់២ឆ្នាំ ៖ កុមារី

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១D	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៨៤.៥	១០.៥	១១.៤	១២.៤	១៣.៦	១៤.៩	១៦.៤	១៨.០
៨៥.០	១០.៦	១១.៥	១២.៦	១៣.៧	១៥.០	១៦.៥	១៨.២
៨៥.៥	១០.៧	១១.៦	១២.៧	១៣.៨	១៥.២	១៦.៧	១៨.៤
៨៦.០	១០.៨	១១.៧	១២.៨	១៤.០	១៥.៣	១៦.៨	១៨.៦
៨៦.៥	១០.៩	១១.៨	១២.៩	១៤.១	១៥.៤	១៧.០	១៨.៧
៨៧.០	១១.០	១២.០	១៣.០	១៤.២	១៥.៦	១៧.១	១៨.៩
៨៧.៥	១១.១	១២.១	១៣.១	១៤.៤	១៥.៧	១៧.៣	១៩.១
៨៨.០	១១.២	១២.២	១៣.៣	១៤.៥	១៥.៩	១៧.៥	១៩.៣
៨៨.៥	១១.៣	១២.៣	១៣.៤	១៤.៦	១៦.០	១៧.៦	១៩.៥
៨៩.០	១១.៤	១២.៤	១៣.៥	១៤.៨	១៦.២	១៧.៨	១៩.៦
៨៩.៥	១១.៥	១២.៥	១៣.៦	១៤.៩	១៦.៣	១៨.០	១៩.៨
១០០.០	១១.៦	១២.៦	១៣.៧	១៥.០	១៦.៥	១៨.១	២០.០
១០០.៥	១១.៧	១២.៧	១៣.៩	១៥.២	១៦.៦	១៨.៣	២០.២
១០១.០	១១.៨	១២.៨	១៤.០	១៥.៣	១៦.៨	១៨.៥	២០.៤
១០១.៥	១១.៩	១៣.០	១៤.១	១៥.៥	១៧.០	១៨.៧	២០.៦
១០២.០	១២.០	១៣.១	១៤.៣	១៥.៦	១៧.១	១៨.៩	២០.៨
១០២.៥	១២.១	១៣.២	១៤.៤	១៥.៨	១៧.៣	១៩.០	២១.០
១០៣.០	១២.៣	១៣.៣	១៤.៥	១៥.៩	១៧.៥	១៩.២	២១.៣
១០៣.៥	១២.៤	១៣.៥	១៤.៧	១៦.១	១៧.៦	១៩.៤	២១.៥
១០៤.០	១២.៥	១៣.៦	១៤.៨	១៦.២	១៧.៨	១៩.៦	២១.៧
១០៤.៥	១២.៦	១៣.៧	១៥.០	១៦.៤	១៨.០	១៩.៨	២១.៩
១០៥.០	១២.៧	១៣.៨	១៥.១	១៦.៥	១៨.២	២០.០	២២.២
១០៥.៥	១២.៨	១៤.០	១៥.៣	១៦.៧	១៨.៤	២០.២	២២.៤
១០៦.០	១៣.០	១៤.១	១៥.៤	១៦.៩	១៨.៥	២០.៥	២២.៦
១០៦.៥	១៣.១	១៤.៣	១៥.៦	១៧.១	១៨.៧	២០.៧	២២.៩
១០៧.០	១៣.២	១៤.៤	១៥.៧	១៧.២	១៨.៩	២០.៩	២៣.១
១០៧.៥	១៣.៣	១៤.៥	១៥.៩	១៧.៤	១៩.១	២១.១	២៣.៤
១០៨.០	១៣.៥	១៤.៧	១៦.០	១៧.៦	១៩.៣	២១.៣	២៣.៦
១០៨.៥	១៣.៦	១៤.៨	១៦.២	១៧.៨	១៩.៥	២១.៦	២៣.៩
១០៩.០	១៣.៧	១៥.០	១៦.៤	១៨.០	១៩.៧	២១.៨	២៤.២

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១D	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
១០៩.៥	១៣.៩	១៥.១	១៦.៥	១៨.១	២០.០	២២.០	២៤.៤
១១០.០	១៤.០	១៥.៣	១៦.៧	១៨.៣	២០.២	២២.៣	២៤.៧

តារាង A៥.២.៣ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ចាប់ពី២ឆ្នាំ ដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារា

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៦៥.០	៥.៩	៦.៣	៦.៩	៧.៤	៨.១	៨.៨	៩.៦
៦៥.៥	៦.០	៦.៤	៧.០	៧.៦	៨.២	៨.៩	៩.៨
៦៦.០	៦.១	៦.៥	៧.១	៧.៧	៨.៣	៩.១	៩.៩
៦៦.៥	៦.១	៦.៦	៧.២	៧.៨	៨.៥	៩.២	១០.១
៦៧.០	៦.២	៦.៧	៧.៣	៧.៩	៨.៦	៩.៤	១០.២
៦៧.៥	៦.៣	៦.៨	៧.៤	៨.០	៨.៧	៩.៥	១០.៤
៦៨.០	៦.៤	៦.៩	៧.៥	៨.១	៨.៨	៩.៦	១០.៥
៦៨.៥	៦.៥	៧.០	៧.៦	៨.២	៩.០	៩.៨	១០.៧
៦៩.០	៦.៦	៧.១	៧.៧	៨.៤	៩.១	៩.៩	១០.៨
៦៩.៥	៦.៧	៧.២	៧.៨	៨.៥	៩.២	១០.០	១១.០
៧០.០	៦.៨	៧.៣	៧.៩	៨.៦	៩.៣	១០.២	១១.១
៧០.៥	៦.៩	៧.៤	៨.០	៨.៧	៩.៥	១០.៣	១១.៣
៧១.០	៦.៩	៧.៥	៨.១	៨.៨	៩.៦	១០.៤	១១.៤
៧១.៥	៧.០	៧.៦	៨.២	៨.៩	៩.៧	១០.៦	១១.៦
៧២.០	៧.១	៧.៧	៨.៣	៩.០	៩.៨	១០.៧	១១.៧
៧២.៥	៧.២	៧.៨	៨.៤	៩.១	៩.៩	១០.៨	១១.៨
៧៣.០	៧.៣	៧.៩	៨.៥	៩.២	១០.០	១១.០	១២.០
៧៣.៥	៧.៤	៧.៩	៨.៦	៩.៣	១០.២	១១.១	១២.១
៧៤.០	៧.៤	៨.០	៨.៧	៩.៤	១០.៣	១១.២	១២.២

ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ចាប់ពី២ឆ្នាំ ដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារា

ប្រវែង (cm)	−៣SD	−២SD	−១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៧៤.៥	៧.៥	៨.១	៨.៨	៩.៥	១០.៤	១១.៣	១២.៤
៧៥.០	៧.៦	៨.២	៨.៩	៩.៦	១០.៥	១១.៤	១២.៥
៧៥.៥	៧.៧	៨.៣	៩.០	៩.៧	១០.៦	១១.៦	១២.៦
៧៦.០	៧.៧	៨.៤	៩.១	៩.៨	១០.៧	១១.៧	១២.៨
៧៦.៥	៧.៨	៨.៥	៩.២	៩.៩	១០.៨	១១.៨	១២.៩
៧៧.០	៧.៩	៨.៥	៩.២	១០.០	១០.៩	១១.៩	១៣.០
៧៧.៥	៨.០	៨.៦	៩.៣	១០.១	១១.០	១២.០	១៣.១
៧៨.០	៨.០	៨.៧	៩.៤	១០.២	១១.១	១២.១	១៣.៣
៧៨.៥	៨.១	៨.៨	៩.៥	១០.៣	១១.២	១២.២	១៣.៤
៧៩.០	៨.២	៨.៨	៩.៦	១០.៤	១១.៣	១២.៣	១៣.៥
៧៩.៥	៨.៣	៨.៩	៩.៧	១០.៥	១១.៤	១២.៤	១៣.៦
៨០.០	៨.៣	៩.០	៩.៧	១០.៦	១១.៥	១២.៦	១៣.៧
៨០.៥	៨.៤	៩.១	៩.៨	១០.៧	១១.៦	១២.៧	១៣.៨
៨១.០	៨.៥	៩.២	៩.៩	១០.៨	១១.៧	១២.៨	១៤.០
៨១.៥	៨.៦	៩.៣	១០.០	១០.៩	១១.៨	១២.៩	១៤.១
៨២.០	៨.៧	៩.៣	១០.១	១១.០	១១.៩	១៣.០	១៤.២
៨២.៥	៨.៧	៩.៤	១០.២	១១.១	១២.១	១៣.១	១៤.៤
៨៣.០	៨.៨	៩.៥	១០.៣	១១.២	១២.២	១៣.៣	១៤.៥
៨៣.៥	៨.៩	៩.៦	១០.៤	១១.៣	១២.៣	១៣.៤	១៤.៦
៨៤.០	៩.០	៩.៧	១០.៥	១១.៤	១២.៤	១៣.៥	១៤.៨
៨៤.៥	៩.១	៩.៩	១០.៧	១១.៥	១២.៥	១៣.៧	១៤.៩
៨៥.០	៩.២	១០.០	១០.៨	១១.៧	១២.៧	១៣.៨	១៥.១
៨៥.៥	៩.៣	១០.១	១០.៩	១១.៨	១២.៨	១៣.៩	១៥.២
៨៦.០	៩.៤	១០.២	១១.០	១១.៩	១២.៩	១៤.១	១៥.៤
៨៦.៥	៩.៥	១០.៣	១១.១	១២.០	១៣.១	១៤.២	១៥.៥
៨៧.០	៩.៦	១០.៤	១១.២	១២.២	១៣.២	១៤.៤	១៥.៧
៨៧.៥	៩.៧	១០.៥	១១.៣	១២.៣	១៣.៣	១៤.៥	១៥.៨
៨៨.០	៩.៨	១០.៦	១១.៥	១២.៤	១៣.៥	១៤.៧	១៦.០

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៨៨.៥	៩.៩	១០.៧	១១.៦	១២.៥	១៣.៦	១៤.៨	១៦.១
៨៩.០	១០.០	១០.៨	១១.៧	១២.៦	១៣.៧	១៤.៩	១៦.៣
៨៩.៥	១០.១	១០.៩	១១.៨	១២.៨	១៣.៩	១៥.១	១៦.៤
៩០.០	១០.២	១១.០	១១.៩	១២.៩	១៤.០	១៥.២	១៦.៦
៩០.៥	១០.៣	១១.១	១២.០	១៣.០	១៤.១	១៥.៣	១៦.៧
៩១.០	១០.៤	១១.២	១២.១	១៣.១	១៤.២	១៥.៥	១៦.៩
៩១.៥	១០.៥	១១.៣	១២.២	១៣.២	១៤.៤	១៥.៦	១៧.០
៩២.០	១០.៦	១១.៤	១២.៣	១៣.៤	១៤.៥	១៥.៨	១៧.២
៩២.៥	១០.៧	១១.៥	១២.៤	១៣.៥	១៤.៦	១៥.៩	១៧.៣
៩៣.០	១០.៨	១១.៦	១២.៦	១៣.៦	១៤.៧	១៦.០	១៧.៥
៩៣.៥	១០.៩	១១.៧	១២.៧	១៣.៧	១៤.៩	១៦.២	១៧.៦
៩៤.០	១១.០	១១.៨	១២.៨	១៣.៨	១៥.០	១៦.៣	១៧.៨
៩៤.៥	១១.១	១១.៩	១២.៩	១៣.៩	១៥.១	១៦.៥	១៧.៩
៩៥.០	១១.១	១២.០	១៣.០	១៤.១	១៥.៣	១៦.៦	១៨.១
៩៥.៥	១១.២	១២.១	១៣.១	១៤.២	១៥.៤	១៦.៧	១៨.៣
៩៦.០	១១.៣	១២.២	១៣.២	១៤.៣	១៥.៥	១៦.៩	១៨.៤
៩៦.៥	១១.៤	១២.៣	១៣.៣	១៤.៤	១៥.៧	១៧.០	១៨.៦
៩៧.០	១១.៥	១២.៤	១៣.៤	១៤.៦	១៥.៨	១៧.២	១៨.៨
៩៧.៥	១១.៦	១២.៥	១៣.៦	១៤.៧	១៥.៩	១៧.៤	១៨.៩
៩៨.០	១១.៧	១២.៦	១៣.៧	១៤.៨	១៦.១	១៧.៥	១៩.១
៩៨.៥	១១.៨	១២.៨	១៣.៨	១៤.៩	១៦.២	១៧.៧	១៩.៣
៩៩.០	១១.៩	១២.៩	១៣.៩	១៥.១	១៦.៤	១៧.៩	១៩.៥
៩៩.៥	១២.០	១៣.០	១៤.០	១៥.២	១៦.៥	១៨.០	១៩.៧
១០០.០	១២.១	១៣.១	១៤.២	១៥.៤	១៦.៧	១៨.២	១៩.៩
១០០.៥	១២.២	១៣.២	១៤.៣	១៥.៥	១៦.៩	១៨.៤	២០.១
១០១.០	១២.៣	១៣.៣	១៤.៤	១៥.៦	១៧.០	១៨.៥	២០.៣
១០១.៥	១២.៤	១៣.៤	១៤.៥	១៥.៨	១៧.២	១៨.៧	២០.៥
១០២.០	១២.៥	១៣.៦	១៤.៧	១៥.៩	១៧.៣	១៨.៩	២០.៧
១០២.៥	១២.៦	១៣.៧	១៤.៨	១៦.១	១៧.៥	១៩.១	២០.៩

ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ចាប់ពី២ឆ្នាំ ដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារា

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
១០៣.០	១២.៨	១៣.៨	១៤.៩	១៦.២	១៧.៧	១៩.៣	២១.១
១០៣.៥	១២.៩	១៣.៩	១៥.១	១៦.៤	១៧.៨	១៩.៥	២១.៣
១០៤.០	១៣.០	១៤.០	១៥.២	១៦.៥	១៨.០	១៩.៧	២១.៦
១០៤.៥	១៣.១	១៤.២	១៥.៤	១៦.៧	១៨.២	១៩.៩	២១.៨
១០៥.០	១៣.២	១៤.៣	១៥.៥	១៦.៨	១៨.៤	២០.១	២២.០
១០៥.៥	១៣.៣	១៤.៤	១៥.៦	១៧.០	១៨.៥	២០.៣	២២.២
១០៦.០	១៣.៤	១៤.៥	១៥.៨	១៧.២	១៨.៧	២០.៥	២២.៥
១០៦.៥	១៣.៥	១៤.៧	១៥.៩	១៧.៣	១៨.៩	២០.៧	២២.៧
១០៧.០	១៣.៧	១៤.៨	១៦.១	១៧.៥	១៩.១	២០.៩	២២.៩
១០៧.៥	១៣.៨	១៤.៩	១៦.២	១៧.៧	១៩.៣	២១.១	២៣.២
១០៨.០	១៣.៩	១៥.១	១៦.៤	១៧.៨	១៩.៥	២១.៣	២៣.៤
១០៨.៥	១៤.០	១៥.២	១៦.៥	១៨.០	១៩.៧	២១.៥	២៣.៧
១០៩.០	១៤.១	១៥.៣	១៦.៧	១៨.២	១៩.៨	២១.៨	២៣.៩
១០៩.៥	១៤.៣	១៥.៥	១៦.៨	១៨.៣	២០.០	២២.០	២៤.២
១១០.០	១៤.៤	១៥.៦	១៧.០	១៨.៥	២០.២	២២.២	២៤.៤
១១០.៥	១៤.៥	១៥.៨	១៧.១	១៨.៧	២០.៤	២២.៤	២៤.៧
១១១.០	១៤.៦	១៥.៩	១៧.៣	១៨.៩	២០.៧	២២.៧	២៥.០
១១១.៥	១៤.៨	១៦.០	១៧.៥	១៩.១	២០.៩	២២.៩	២៥.២
១១២.០	១៤.៩	១៦.២	១៧.៦	១៩.២	២១.១	២៣.១	២៥.៥
១១២.៥	១៥.០	១៦.៣	១៧.៨	១៩.៤	២១.៣	២៣.៤	២៥.៨
១១៣.០	១៥.២	១៦.៥	១៨.០	១៩.៦	២១.៥	២៣.៦	២៦.០
១១៣.៥	១៥.៣	១៦.៦	១៨.១	១៩.៨	២១.៧	២៣.៩	២៦.៣
១១៤.០	១៥.៤	១៦.៨	១៨.៣	២០.០	២១.៩	២៤.១	២៦.៦
១១៤.៥	១៥.៦	១៦.៩	១៨.៥	២០.២	២២.១	២៤.៤	២៦.៩
១១៥.០	១៥.៧	១៧.១	១៨.៦	២០.៤	២២.៤	២៤.៦	២៧.២
១១៥.៥	១៥.៨	១៧.២	១៨.៨	២០.៦	២២.៦	២៤.៩	២៧.៥
១១៦.០	១៦.០	១៧.៤	១៩.០	២០.៨	២២.៨	២៥.១	២៧.៨
១១៦.៥	១៦.១	១៧.៥	១៩.២	២១.០	២៣.០	២៥.៤	២៨.០
១១៧.០	១៦.២	១៧.៧	១៩.៣	២១.២	២៣.៣	២៥.៦	២៨.៣
១១៧.៥	១៦.៤	17.9	១៩.៥	២១.៤	២៣.៥	២៥.៩	២៨.៦

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
១១៨.០	១៦.៥	១៨.០	១៩.៧	២១.៦	២៣.៧	២៦.១	២៨.៩
១១៨.៥	១៦.៧	១៨.២	១៩.៩	២១.៨	២៣.៩	២៦.៤	២៩.២
១១៩.០	១៦.៨	១៨.៣	២០.០	២២.០	២៤.១	២៦.៦	២៩.៥
១១៩.៥	១៦.៩	១៨.៥	២០.២	២២.២	២៤.៤	២៦.៩	២៩.៨
១២០.០	១៧.១	១៨.៦	២០.៤	២២.៤	២៤.៦	២៧.២	៣០.១

តារាង A៥.២.៤ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ចាប់ពី២ឆ្នាំ ដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារី

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៦៥.០	៥.៦	៦.១	៦.៦	៧.២	៧.៩	៨.៧	៩.៧
៦៥.៥	៥.៧	៦.២	៦.៧	៧.៤	៨.១	៨.៩	៩.៨
៦៦.០	៥.៨	៦.៣	៦.៨	៧.៥	៨.២	៩.០	១០.០
៦៦.៥	៥.៨	៦.៤	៦.៩	៧.៦	៨.៣	៩.១	១០.១
៦៧.០	៥.៩	៦.៤	៧.០	៧.៧	៨.៤	៩.៣	១០.២
៦៧.៥	៦.០	៦.៥	៧.១	៧.៨	៨.៥	៩.៤	១០.៤
៦៨.០	៦.១	៦.៦	៧.២	៧.៩	៨.៧	៩.៥	១០.៥
៦៨.៥	៦.២	៦.៧	៧.៣	៨.០	៨.៨	៩.៧	១០.៧
៦៩.០	៦.៣	៦.៨	៧.៤	៨.១	៨.៩	៩.៨	១០.៨
៦៩.៥	៦.៣	៦.៩	៧.៥	៨.២	៩.០	៩.៩	១០.៩
៧០.០	៦.៤	៧.០	៧.៦	៨.៣	៩.១	១០.០	១១.១
៧០.៥	៦.៥	៧.១	៧.៧	៨.៤	៩.២	១០.១	១១.២
៧១.០	៦.៦	៧.១	៧.៨	៨.៥	៩.៣	១០.៣	១១.៣
៧១.៥	៦.៧	៧.២	៧.៩	៨.៦	៩.៤	១០.៤	១១.៥
៧២.០	៦.៧	៧.៣	៨.០	៨.៧	៩.៥	១០.៥	១១.៦
៧២.៥	៦.៨	៧.៤	៨.១	៨.៨	៩.៧	១០.៦	១១.៧
៧៣.០	៦.៩	៧.៥	៨.១	៨.៩	៩.៨	១០.៧	១១.៨
៧៣.៥	៧.០	៧.៦	៨.២	៩.០	៩.៩	១០.៨	១២.០
៧៤.០	៧.០	៧.៦	៨.៣	៩.១	១០.០	១១.០	១២.១
៧៤.៥	៧.១	៧.៧	៨.៤	៩.២	១០.១	១១.១	១២.២

ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ចាប់ពី២ឆ្នាំ ដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារី

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៧៥.០	៧.២	៧.៨	៨.៥	៩.៣	១០.២	១១.២	១២.៣
៧៥.៥	៧.២	៧.៩	៨.៦	៩.៤	១០.៣	១១.៣	១២.៥
៧៦.០	៧.៣	៨.០	៨.៧	៩.៥	១០.៤	១១.៤	១២.៦
៧៦.៥	៧.៤	៨.០	៨.៧	៩.៦	១០.៥	១១.៥	១២.៧
៧៧.០	៧.៥	៨.១	៨.៨	៩.៦	១០.៦	១១.៦	១២.៨
៧៧.៥	៧.៥	៨.២	៨.៩	៩.៧	១០.៧	១១.៧	១២.៩
៧៨.០	៧.៦	៨.៣	៩.០	៩.៨	១០.៨	១១.៨	១៣.១
៧៨.៥	៧.៧	៨.៤	៩.១	៩.៩	១០.៩	១២.០	១៣.២
៧៩.០	៧.៨	៨.៤	៩.២	១០.០	១១.០	១២.១	១៣.៣
៧៩.៥	៧.៨	៨.៥	៩.៣	១០.១	១១.១	១២.២	១៣.៤
៨០.០	៧.៩	៨.៦	៩.៤	១០.២	១១.២	១២.៣	១៣.៦
៨០.៥	៨.០	៨.៧	៩.៥	១០.៣	១១.៣	១២.៤	១៣.៧
៨១.០	៨.១	៨.៨	៩.៦	១០.៤	១១.៤	១២.៦	១៣.៩
៨១.៥	៨.២	៨.៩	៩.៧	១០.៦	១១.៦	១២.៧	១៤.០
៨២.០	៨.៣	៩.០	៩.៨	១០.៧	១១.៧	១២.៨	១៤.១
៨២.៥	៨.៤	៩.១	៩.៩	១០.៨	១១.៨	១៣.០	១៤.៣
៨៣.០	៨.៥	៩.២	១០.០	១០.៩	១១.៩	១៣.១	១៤.៥
៨៣.៥	៨.៥	៩.៣	១០.១	១១.០	១២.១	១៣.៣	១៤.៦
៨៤.០	៨.៦	៩.៤	១០.២	១១.១	១២.២	១៣.៤	១៤.៨
៨៤.៥	៨.៧	៩.៥	១០.៣	១១.៣	១២.៣	១៣.៥	១៤.៩
៨៥.០	៨.៨	៩.៦	១០.៤	១១.៤	១២.៥	១៣.៧	១៥.១
៨៥.៥	៨.៩	៩.៧	១០.៦	១១.៥	១២.៦	១៣.៨	១៥.៣
៨៦.០	៩.០	៩.៨	១០.៧	១១.៦	១២.៧	១៤.០	១៥.៤
៨៦.៥	៩.១	៩.៩	១០.៨	១១.៨	១២.៩	១៤.២	១៥.៦
៨៧.០	៩.២	១០.០	១០.៩	១១.៩	១២.០	១៤.៣	១៥.៨
៨៧.៥	៩.៣	១០.១	១១.០	១២.០	១២.២	១៤.៥	១៥.៩
៨៨.០	៩.៤	១០.២	១១.១	១២.១	១២.៣	១៤.៦	១៦.១
៨៨.៥	៩.៥	១០.៣	១១.២	១២.៣	១៣.៤	១៤.៨	១៦.៣
៨៩.០	៩.៦	១០.៤	១១.៤	១២.៤	១៣.៦	១៤.៩	១៦.៤

ប្រវែង (cm)	−៣SD	−២SD	−១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
៨៩.៥	៩.៧	១០.៥	១១.៥	១២.៥	១៣.៧	១៥.១	១៦.៦
៩០.០	៩.៨	១០.៦	១១.៦	១២.៦	១៣.៨	១៥.២	១៦.៨
៩០.៥	៩.៩	១០.៧	១១.៧	១២.៨	១៤.០	១៥.៤	១៦.៩
៩១.០	១០.០	១០.៩	១១.៨	១២.៩	១៤.១	១៥.៥	១៧.១
៩១.៥	១០.១	១១.០	១១.៩	១៣.០	១៤.៣	១៥.៧	១៧.៣
៩២.០	១០.២	១១.១	១២.០	១៣.១	១៤.៤	១៥.៨	១៧.៤
៩២.៥	១០.៣	១១.២	១២.១	១៣.៣	១៤.៥	១៦.០	១៧.៦
៩៣.០	១០.៤	១១.៣	១២.៣	១៣.៤	១៤.៧	១៦.១	១៧.៨
៩៣.៥	១០.៥	១១.៤	១២.៤	១៣.៥	១៤.៨	១៦.៣	១៧.៩
៩៤.០	១០.៦	១១.៥	១២.៥	១៣.៦	១៤.៩	១៦.៤	១៨.១
៩៤.៥	១០.៧	១១.៦	១២.៦	១៣.៨	១៥.១	១៦.៦	១៨.៣
៩៥.០	១០.៨	១១.៧	១២.៧	១៣.៩	១៥.២	១៦.៧	១៨.៥
៩៥.៥	១០.៨	១១.៨	១២.៨	១៤.០	១៥.៤	១៦.៩	១៨.៦
៩៦.០	១០.៩	១១.៩	១២.៩	១៤.១	១៥.៥	១៧.០	១៨.៨
៩៦.៥	១១.០	១២.០	១៣.១	១៤.៣	១៥.៦	១៧.២	១៩.០
៩៧.០	១១.១	១២.១	១៣.២	១៤.៤	១៥.៨	១៧.៤	១៩.២
៩៧.៥	១១.២	១២.២	១៣.៣	១៤.៥	១៥.៩	១៧.៥	១៩.៣
៩៨.០	១១.៣	១២.៣	១៣.៤	១៤.៧	១៦.១	១៧.៧	១៩.៥
៩៨.៥	១១.៤	១២.៤	១៣.៥	១៤.៨	១៦.២	១៧.៩	១៩.៧
៩៩.០	១១.៥	១២.៥	១៣.7	១៤.៩	១៦.៤	១៨.០	១៩.៩
៩៩.៥	១១.៦	១២.៧	១៣.៨	១៥.១	១៦.៥	១៨.២	២០.១
១០០.០	១១.៧	១២.៨	១៣.៩	១៥.២	១៦.៧	១៨.៤	២០.៣
១០០.៥	១១.៩	១២.៩	១៤.១	១៥.៤	១៦.៩	១៨.៦	២០.៥
១០១.០	១២.០	១៣.០	១៤.២	១៥.៥	១៧.០	១៨.៧	២០.៧
១០១.៥	១២.១	១៣.១	១៤.៣	១៥.៧	១៧.២	១៨.៩	២០.៩
១០២.០	១២.២	១៣.៣	១៤.៥	១៥.៨	១៧.៤	១៩.១	២១.១
១០២.៥	១២.៣	១៣.៤	១៤.៦	១៦.០	១៧.៥	១៩.៣	២១.៤
១០៣.០	១២.៤	១៣.៥	១៤.៧	១៦.១	១៧.៧	១៩.៥	២១.៦
១០៣.៥	១២.៥	១៣.៦	១៤.៩	១៦.៣	១៧.៩	១៩.៧	២១.៨

ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ចាប់ពី២ឆ្នាំ ដល់៥ឆ្នាំ ៖ កុមារី

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
១០៤.០	១២.៦	១៣.៨	១៥.០	១៦.៤	១៨.១	១៩.៩	២២.០
១០៤.៥	១២.៨	១៣.៩	១៥.២	១៦.៦	១៨.២	២០.១	២២.៣
១០៥.០	១២.៩	១៤.០	១៥.៣	១៦.៨	១៨.៤	២០.២	២២.៥
១០៥.៥	១៣.០	១៤.២	១៥.៥	១៦.៩	១៨.៦	២០.៥	២២.៧
១០៦.០	១៣.១	១៤.៣	១៥.៦	១៧.១	១៨.៨	២០.៨	២៣.០
១០៦.៥	១៣.៣	១៤.៥	១៥.៨	១៧.៣	១៩.០	២១.០	២៣.២
១០៧.០	១៣.៤	១៤.៦	១៥.៩	១៧.៥	១៩.២	២១.២	២៣.៥
១០៧.៥	១៣.៥	១៤.៧	១៦.១	១៧.៧	១៩.៤	២១.៤	២៣.៧
១០៨.០	១៣.៧	១៤.៩	១៦.៣	១៧.៨	១៩.៦	២១.៧	២៤.០
១០៨.៥	១៣.៨	១៥.០	១៦.៤	១៨.០	១៩.៨	២១.៩	២៤.៣
១០៩.០	១៣.៩	១៥.២	១៦.៦	១៨.២	២០.០	២២.១	២៤.៥
១០៩.៥	១៤.១	១៥.៤	១៦.៨	១៨.៤	២០.៣	២២.៤	២៤.៨
១១០.០	១៤.២	១៥.៥	១៧.០	១៨.៦	២០.៥	២២.៦	២៥.១
១១០.៥	១៤.៤	១៥.៧	១៧.១	១៨.៨	២០.៧	២២.៩	២៥.៤
១១១.០	១៤.៥	១៥.៨	១៧.៣	១៩.០	២០.៩	២៣.១	២៥.៧
១១១.៥	១៤.៧	១៦.០	១៧.៥	១៩.២	២១.២	២៣.៤	២៦.០
១១២.០	១៤.៨	១៦.២	១៧.៧	១៩.៤	២១.៤	២៣.៦	២៦.២
១១២.៥	១៥.០	១៦.៣	១៧.៩	១៩.៦	២១.៦	២៣.៩	២៦.៥
១១៣.០	១៥.១	១៦.៥	១៨.០	១៩.៨	២១.៨	២៤.២	២៦.៨
១១៣.៥	១៥.៣	១៦.៧	១៨.២	២០.០	២២.១	២៤.៤	២៧.១
១១៤.០	១៥.៤	១៦.៨	១៨.៤	២០.២	២២.៣	២៤.៧	២៧.៤
១១៤.៥	១៥.៦	១៧.០	១៨.៦	២០.៥	២២.៦	២៥.០	២៧.៨
១១៥.០	១៥.៧	១៧.២	១៨.៨	២០.៧	២២.៨	២៥.២	២៨.១
១១៥.៥	១៥.៩	១៧.៣	១៩.០	២០.៩	២៣.០	២៥.៥	២៨.៤
១១៦.០	១៦.០	១៧.៥	១៩.២	២១.១	២៣.៣	២៥.៨	២៨.៧
១១៦.៥	១៦.២	១៧.៧	១៩.៤	២១.៣	២៣.៥	២៦.១	២៩.០
១១៧.០	១៦.៣	១៧.៨	១៩.៦	២១.៥	២៣.៨	២៦.៣	២៩.៣
១១៧.៥	១៦.៥	១៨.០	១៩.៨	២១.៧	២៤.០	២៦.៦	២៩.៦
១១៨.០	១៦.៦	១៨.២	១៩.៩	២២.០	២៤.២	២៦.៩	២៩.៩

ប្រវែង (cm)	–៣SD	–២SD	–១SD	មធ្យមភាគ	១SD	២SD	៣SD
១១៨.៥	១៦.៨	១៨.៤	២០.១	២២.២	២៤.៥	២៧.២	៣០.៣
១១៩.០	១៦.៩	១៨.៥	២០.៣	២២.៤	២៤.៧	២៧.៤	៣០.៦
១១៩.៥	១៧.១	១៨.៧	២០.៥	២២.៦	២៥.០	២៧.៧	៣០.៩
១២០.០	១៧.៣	១៨.៩	២០.៧	២២.៨	២៥.២	២៨.០	៣១.២

កំណត់ចំណាំ

កំណត់ចំណាំ

ឧបសម្ព័ន្ធទី៦

សម្ភារៈជំនួយការងារ និងគំនូសបំព្រួញ

កូនសៀវភៅនេះ មិនអាចដាក់បញ្ចូលសម្ភារៈជំនួយការងារដែលមានទំហំធំ ដូចមានបិទតាមបន្ទប់ការងាររបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលនោះទេ។ មានសម្ភារៈជំនួយការងារមួយចំនួនដែលអ្នកអាចរកមើលបាននៅក្នុងសៀវភៅ Management of the child with a serious infection or severe malnutrition (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_1/en/)។ ម្យ៉ាងទៀត អ្នកអាចទាញយកតារាងដែលរៀបរាប់ខាងក្រោមបាន ជាទម្រង់ PDF ពីគេហទំព័ររបស់ Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Development នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/en/):

- តារាងតាមដាន
- ប័ណ្ណសុខភាពមាតា
- តារាងលូតលាស់
- តារាងនៃការបរិភោគអាហារសម្រាប់ពេល២៤ម៉ោង
- តារាងផ្តល់អាហារប្រចាំថ្ងៃតាមអគារ

កំណត់ចំណាំ

កំណត់ចំណាំ

ការជ្រើសរើសជំងឺទៅតាមសភាពធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់កុមារដែលឈឺ

សញ្ញាបន្ទាន់ ៖

ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយវិជ្ជមាន ចូរហៅរកជំនួយ, វាយតម្លៃ និងសង្គ្រោះ, ផ្តល់ការព្យាបាល, បូមឈាមដើម្បីពិនិត្យនៅមន្ទីរពិសោធន៍បន្ទាន់ (ជាតិស្ករ, មេរោគគ្រុនចាញ់, អេម៉ូក្លូប៊ីន)។

វាយតម្លៃ		ព្យាបាល
		កុំកំរើកកកុមារ បើអ្នកសង្ស័យថាកុមារមានរបួសឆ្អឹងក ប៉ុន្តែត្រូវបើកផ្លូវដង្ហើម។
ផ្លូវដង្ហើម និងការដកដង្ហើម ■ ស្ទះដង្ហើម ឬគ្មានដកដង្ហើម *ឬ* ■ ឡើងសំបុរស្វាយ *ឬ* ■ បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំង	*មានសញ្ញាណាមួយវិជ្ជមាន*	**បើមានឈ្លក់វត្ថុ (foreign body)** ▶ របៀបជួយកុមារដែលកំពុងឈ្លក់ (គំនូសបំព្រួមទី២) **បើគ្មានឈ្លក់វត្ថុ (foreign body) ទេ** ▶ គ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម (គំនូសបំព្រួមទី៤) ▶ ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន (គំនូសបំព្រួមទី៥) ▶ ត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ថាកុមារមានភាពកក់ក្តៅ
ប្រព័ន្ធឈាមរត់ ស្បែកត្រជាក់រួមនឹង ■ រយៈពេលបំពេញឈាមនៅចុងម្រាមយូរជាង ៣វិនាទី និង ■ ជីពចរ ខ្សោយ និងញាប់	*មានសញ្ញាណាមួយវិជ្ជមាន* *ពិនិត្យរកកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ*	▶ បញ្ឈប់រាល់ការហូរឈាម ▶ ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន (គំនូសបំព្រួមទី៥) ▶ ត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ថាកុមារមានភាពកក់ក្តៅ **ប្រសិនបើមិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរទេ ៖** ▶ ចាក់ម្ជុលសេរ៉ូម ហើយចាប់ផ្តើមផ្តល់ជាតិទឹកយ៉ាងឆាប់រហ័ស (គំនូសបំព្រួមទី៧) បើសិនជាសរសៃវ៉ែនខាងពុំអាចចាក់បានទេចូរចាក់តាមឆ្អឹងឬតាមសរសៃកខាងក្រៅ (អានទំ.៥២១-៥២៥)។ **ប្រសិនបើខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ៖** *បើសិនកុមារល្ហិតល្ហៃឬសន្លប់* ▶ ផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃឈាម (គំនូសបំព្រួមទី១០) ▶ ចាក់ម្ជុលសេរ៉ូម ហើយចាប់ផ្តើមផ្តល់ជាតិទឹក (គំនូសបំព្រួមទី៨) *បើសិនកុមារមិនល្ហិតល្ហៃឬមិនសន្លប់* ▶ ផ្តល់ជាតិស្ករតាមមាត់ឬតាមបំពង់ដែលស៊កចូលក្រពះតាមច្រមុះ។ ▶ ធ្វើការវាយតម្លៃនិងព្យាបាលអោយបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនិងឆាប់រហ័ស

សញ្ញាបន្ទាន់ ៖

ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយវិជ្ជមាន ចូរហៅរកជំនួយ, វាយតម្លៃ និងសង្គ្រោះ, ផ្តល់ការព្យាបាល, បូមឈាមដើម្បីពិនិត្យនៅមន្ទីរពិសោធន៍បន្ទាន់ (ជាតិស្ករ, មេរោគគ្រុនចាញ់, អេម៉ូក្លូប៊ីន)។

វាយតម្លៃ		ព្យាបាល
		កុំកំរើកកកុមារ បើអ្នកសង្ស័យថាកុមារមានរបួសឆ្អឹងក ប៉ុន្តែត្រូវបើកផ្លូវដង្ហើម។
សន្លប់/ប្រកាច់ ■ សន្លប់ *ឬ* ■ កំពុងប្រកាច់	*បើសន្លប់ ឬប្រកាច់*	▶ គ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម (គំនូសបំព្រួមទី៤) ▶ បើកំពុងប្រកាច់ ចូរផ្តល់ឱសថ diazepam តាមរន្ធគូថ (គំនូសបំព្រួមទី៩) ▶ ដាក់កុមារដែលសន្លប់ក្នុងទីតាំងត្រឹមត្រូវ (បើសង្ស័យរបួសក្បាលឬក ចូររៀបលំនឹងកជាមុនសិន) (គំនូសបំព្រួមទី៦)។ ▶ ផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃឈាម (គំនូសបំព្រួមទី១០)។
ការខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ *(ចំពោះតែកុមារមានជំងឺរាក ប៉ុណ្ណោះ)* មានជំងឺរាក រួមនឹងសញ្ញា២ ក្នុងចំណោមសញ្ញាទាំងនេះ: ■ ល្ហិតល្ហៃ ■ ភ្នែកខូង ■ រលាស្បែកយូរខ្លាំង ■ មិនអាចផឹកទឹក ឬផឹកបានតិច	*រាគរួមនឹង* ***សញ្ញាវិជ្ជមានចំនួន២*** *ពិនិត្យរកកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ*	▶ ត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ថាកុមារមានភាពកក់ក្តៅ។ **ប្រសិនបើមិនខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរទេ ៖** ▶ ចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម ហើយចាប់ផ្តើមផ្តល់ជាតិទឹកយ៉ាងឆាប់រហ័សដោយយោងតាមគំនូសបំព្រួមទី១១ និងប្លង់ C សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (គំនូសបំព្រួមទី១៣, ទំ.២០៤)។ **ប្រសិនបើខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ៖** ▶ កុំចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម។ ▶ បន្តឈានទៅការវាយតម្លៃ និងព្យាបាលយ៉ាងពេញលេញជាបន្ទាន់ (មើលផ្នែកទី១.៤, ទំ.៣០)។

សញ្ញាអាទិភាព

កុមារទាំងនេះត្រូវការការវាយតម្លៃ និងព្យាបាលជាប្រញាប់

- ទារកតូច (អាយុក្រោម២ខែ)
- សីតុណ្ហភាពក្តៅខ្លាំង
- ប៉ះទង្គិច ឬស្ថានភាពវះកាត់បន្ទាន់ដទៃទៀត
- ភាពស្លេកស្លាំង (ធ្ងន់ធ្ងរ)
- ការពុល (ប្រវត្តិនៃការពុល)
- ភាពឈឺចាប់ (ធ្ងន់ធ្ងរ)
- បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម
- ឡេះឡះ, រញ៉ាំរញ៉ូវ ឬល្ហិតល្ហៃ
- ការបញ្ជូន (បន្ទាន់)
- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ៖ ស្គមស្គាំងខ្លាំង
- ហើមជើងទាំង២ ឬហើមមុខ
- រលាក (ខ្លាំង)

ចំណាំ ៖ បើកុមារមានការប៉ះទង្គិច ឬបញ្ហាវះកាត់ដទៃទៀត ចូរស្វែករកជំនួយផ្នែកវះកាត់ ឬអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំ សម្រាប់ការវះកាត់។

ករណីមិនបន្ទាន់

ឈានទៅការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលបន្តទៀត អាស្រ័យលើអាទិភាពរបស់កុមារ។

ឱសថប្រឆាំងមីក្រុបសម្រាប់ជំងឺដែលកើតមានញឹកញាប់

សូមបំពេញក្នុងចន្លោះនូវគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលចុងក្រោយបំផុតដែលប្រើក្នុងប្រទេសរបស់អ្នក។
លេខទំព័រគឺសំដៅលើកន្លែងដែលអ្នកអាចរកមើលសេចក្តីណែនាំពីឈ្មោះឱសថដែលមាននៅក្នុងសៀវភៅហោប៉ៅនេះ។

ជំងឺ	ឱសថ	កំរិតថ្នាំ
ជំងឺរាកមូល (ទំ.២២៤)		
ការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ (ទំ.៣៦៦)		
ឱសថទី២		
ឱសថទី៣		
ជំងឺគ្រុនចាញ់មិនធ្ងន់ធ្ងរ (ទំ.២៥៧-២៥៨)		
ឱសថទី២		
ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ (ទំ.២៤៤)		
ជំងឺរលាកឆ្អឹងម៉ាសតូអ៊ីត (ទំ.២៨៦)		
ឱសថទី២		
ជំងឺរលាកស្រោមខួរ (ទំ.២៦២)		
ឱសថទី២		
ជំងឺរលាកឆ្អឹង និងខួរឆ្អឹង (ទំ.២៩២)		
ឱសថទី២		
ជំងឺរលាកត្រចៀកកណ្តាលស្រួចស្រាល់ (ទំ.២៨៧)		
ជំងឺរលាកសួតមិនធ្ងន់ធ្ងរ (ទំ.១៣២)		
ជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរ (ទំ.១២៣)		
ឱសថទី២		
ជំងឺបាក់តេរីរាតត្បាតក្នុងឈាមនៅលើទារកទើបនឹងកើត (ទំ.៨៨)		
ឱសថទី២		
ជំងឺបាក់តេរីរាតត្បាតក្នុងឈាមលើកុមារធំ (ទំ.២៨១)		
ឱសថទី២		
ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ		
មិនស្មុគស្មាញ (ទំ.៣១០)		
ស្មុគស្មាញ (ទំ.៣១០)		
ឱសថទី២		
ឱសថទី៣		
ជំងឺរបេង (ទំ.១៧៨-១៧៩)		
ឱសថទី២		
ឱសថទី៣		
ឱសថទី៤		
ជំងឺគ្រុនពោះវៀន (ទំ.២៨៤)		
ឱសថទី២		
ការបង្ករោគតាមប្រព័ន្ធទឹកនោម (ទំ. ២៩០)		
ឱសថទី២		

DAILY MONITORING CHART

Date:		Hospital Record number:			
1. Child's name:		**Mother's name:**			
Age:		Weight on admission:			
2. Diagnoses:		**Main problems:**			
1)					
2)					
3)					
4)					
3. Vital signs		**DAY 1**	**DAY 2**	**DAY 3**	**DAY 4**
• Consciousness level (AVPU)					
• Temperature					
• Respiratory rate					
• Pulse rate					
4. Fluid balance (record volumes and times)					
IV					
By nasogastric tube					
Oral					
Fluid output					
5. Treatments given (sign on chart when given)					
Name of treatment:	Dose:				
1)					
2)					
3)					
4)					
6. Feeding/Nutrition					
Child breastfed					
Drink taken					
Food taken					
Feeding problems (give details)					
Weight					

7. Outcome (circle one of the following): Discharged well / Absconded / Transferred / Died