ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ
Kingdom of Cambodia
Nation Religion King

ក្រសួងសុខាភិបាល
Ministry of Health

# រូបមន្តស្តង់ដារព្យាបាលជំងឺរបេង
# Tuberculosis Standard Treatment Regimens

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង និង ហង់សិន
National Center for Tuberculosis and Leprosy Control

សីហា ២០២២
August 2022

# មាតិកា


អារម្ភកថា ........................................ 4
I. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង ........................................ 5
II. រូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ........................................ 9
១. រូបមន្តប្រភេទ ទី១ក៖ 2RHZE / 4RH ........................................ 9
២. រូបមន្តប្រភេទ ទី១ខ៖ 2RHZE / 10RH ........................................ 13
III. រូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងសម្រាប់កុមារ ........................................ 15
១. រូបមន្តប្រភេទទី១ក៖ 2RHZE / 4RH ........................................ 16
២. រូបមន្តប្រភេទទី១ខ៖ 2RHZE / 10RH ........................................ 19
៣. រូបមន្តប្រភេទទី៣៖ 2RHZ / 4RH ........................................ 21
IV. និយមន័យ ........................................ 24
១. និយមន័យនៃករណី ........................................ 24
២. ចំណាត់ថ្នាក់តាមបាក់តេរីសាស្រ្ត (លក្ខណៈជំងឺរបេង) ........................................ 25
៣. ចំណាត់ថ្នាក់តាមទីកន្លែង ........................................ 25
៤. ចំណាត់ថ្នាក់ប្រភេទអ្នកជំងឺក្នុងការចុះបញ្ជីរោគវិនិច្ឆ័យផ្អែកលើ ប្រវត្តិនៃការព្យាបាលពីមុន ........................................ 26
៥. ចំណាត់ថ្នាក់ប្រភេទជំងឺដោយផ្អែកលើស្ថានភាពនៃការផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ ..... 27
៦. លទ្ធផលនៃការព្យាបាល របេងសួតវិជ្ជមានបេកា ........................................ 28
V. សេចក្តីសង្ខេបខ្លឹមសារអំពីជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ ........................................ 29
VI. ឱសថដែលត្រូវបានប្រើក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ៖ ........................................ 30
VII. រូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ ........................................ 31
VIII. តារាងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំចំបងៗនៅកម្ពុជាបច្ចុប្បន្ន ........................................ 33
១. រូបមន្តព្យាបាលដោយថ្នាំលេបទាំងអស់រយៈពេលខ្លី៖ ........................................ 33

២. របមន្តព្យាបាលស្តង់ដាររយៈពេលវែងដោយថ្នាំលេបទាំងអស់ (LO1, LO2, LO3) .... 34
៣. របមន្តព្យាបាលរយៈពេលវែង តាមបុគ្គល(ឯកត្តជន) (IR) .... 35
៤. របមន្តព្យាបាលរបេងស៊ាំថ្នាំអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត៖ 6(H)REZ-Lfx .... 37
IX. ការផ្តល់ការព្យាបាល (Treatment Delivery) .... 37
X. និយមន័យពាក្យគន្លឹះទាក់ទងនឹងការកត់ត្រា និងរបាយការណ៍អំពីរបេងស៊ាំថ្នាំ .... 42

# អារម្ភកថា

ការកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងបានសមស្រប និងការប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលត្រឹមត្រូវ និងក្នុងរយៈពេលពេញលេញ នៃការព្យាបាលជំងឺរបេង រួមទាំងការអនុវត្តន៍ វិធីសាស្ត្រ ព្យាបាលក្រោមការត្រួតពិនិត្យផ្ទាល់ ដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬអ្នកដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលហៅកាត់ថា "ដូតស៍" មានសារៈសំខាន់ណាស់ ដើម្បីឲ្យអ្នកជំងឺទទួលបានការជាសះស្បើយ។

រូបមន្តស្តង់ដារនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង នៅក្នុងកូនសៀវភៅនេះបានរៀបចំ និងកែលំអឡើងដោយផ្អែកលើរូបមន្តណែនាំដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក និងលើកូនសៀវភៅរូបមន្តស្តង់ដារព្យាបាលជំងឺរបេង របស់កម្មវិធីជាតិដែល បានចេញផ្សាយនៅខែ តុលា ២០១១។ ការកែលំអសំខាន់គឺពាក់ព័ន្ធនឹងរូបមន្តព្យាបាល ថ្នាំ កំរិតថ្នាំ និងរយៈពេលព្យាបាល ជំងឺរបេងមនុស្សពេញវ័យ និងជំងឺរបេងកុមារ។ កូនសៀវភៅនេះចែកចេញជាបួនផ្នែក៖ ផ្នែកនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ផ្នែកនៃរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងលើមនុស្សពេញវ័យ ផ្នែកនៃរូបមន្តព្យាបាលលើកុមារ និងផ្នែករូបមន្តព្យាបាលលើរបេងស៊ាំថ្នាំ ព្រមទាំងនិយមន័យជំងឺរបេង។

កូនសៀវភៅរូបមន្តស្តង់ដារព្យាបាលជំងឺរបេង ថ្មីនេះរៀបចំឡើង សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបំរើការងារប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង នៅគ្រប់លំដាប់ថ្នាក់។ សៀវភៅនេះក៏មានអត្ថប្រយោជន៍ផងដែរសម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាលផ្សេងៗទៀត និងអ្នកដទៃទៀតដែលមានការពាក់ព័ន្ធ និងចំណាប់អារម្មណ៍ក្នុងការងារប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង។

ថ្ងៃទីចន្ទ ១១កើត ខែស្រាពណ៍ ឆ្នាំខាល ចត្វាស័ក ព.ស ២៥៦៦

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី០៨ ខែសីហា ឆ្នាំ ២០២២

**ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេងនិងហង់សិន**

**វេជ្ជ. ហួត ចាន់យុដា**

# I. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង

យុទ្ធសាស្ត្រថ្មីក្នុងការស្រាវជ្រាវរកករណីជំងឺរបេងនៅកម្ពុជាគឺ ស្រាវជ្រាវរកជំងឺឲ្យទាន់ពេល និងនៅគ្រប់អ្នកសង្ស័យទាំងអស់ គ្រប់វ័យ អាយុ និងភេទ ព្រមទាំងនៅគ្រប់ទីកន្លែងទាំងអស់ស្របតាមយុទ្ធសាស្ត្របញ្ចប់ជំងឺរបេង ពិសេសខ្លឹមសារសំខាន់ដែលចែងថា ការទទួលបានសេវាជាសកល ( Universal health coverage ) ក៏ដូចជា កុំទុកអ្នកណាម្នាក់ចោល ( leave no one behind )។

ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០១៤មក ការពិនិត្យសុខភាពរកជំងឺរបេង ឬការកំណត់រកអ្នកសង្ស័យ (TB screening) ត្រូវផ្អែកលើពហុរោគសញ្ញា ដែលក្នុងនោះរាប់បញ្ចូលទាំងការ ក្អក ក្តៅខ្លួន បែកញើសពេលយប់ ស្រកទំងន់ ចាប់ពី ២សប្តាហ៍ និងការឡើងហើមកូនកណ្តុរជាដើមផងដែរ ដែលវិធីសាស្ត្រនេះខុសពីលើកមុនដែលភាគច្រើន ផ្អែកតែលើ រោគសញ្ញាក្អកមួយតែប៉ុណ្ណោះ។ បន្ថែមលើនេះ ការថតសួតដោយកាំរស្មីអ៊ិចក៏បាន និងកំពុងប្រើប្រាស់ជាឧបករណ៍ ក្នុងការកំណត់រកអ្នកសង្ស័យជំងឺរបេង ដែលកន្លងមកវាត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ បំពេញបន្ថែមមួយសំរាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង ចំពោះអ្នកដែលការពិនិត្យបាក់តេរីសាស្ត្រ មិនអាចរកឃើញមេរោគរបេង។

នៅពេលដែល គ្រប់មនុស្សទាំងអស់ (មនុស្សពេញវ័យ មនុស្សជំទង់ និងកុមារទាំងអស់) សង្ស័យថាមានជំងឺរបេងសួត ឬរបេងក្រៅសួត ត្រូវយកវត្ថុវិភាគ (specimen) ពីកន្លែងដែលសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងនោះ (suspected sites) ដើម្បីយកពិនិត្យរកមេរោគរបេងដោយមីក្រូទស្សន៍ (smear microscopy) ម៉ាស៊ីនជីនអ៊ិចស្ពើត (Xpert MTB/RIF) ឬបណ្តុះមេរោគ (culture) តាមគោលការណ៍ របស់កម្មវិធីជាតិ។ គ្រូពេទ្យអាចធ្វើការពិនិត្យអមវិជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀតក្នុងករណីចាំបាច់ ដូចជាការពិនិត្យ ទឹកស្រោមសួត (ករណីសង្ស័យរបេងស្រោមសួត)។

## ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរបេងកុមារ

មិនខុសពីដំណើរការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺទូទៅដែរ
ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារត្រូវពឹងផ្អែកលើ (ប្រព្រឹត្តទៅដូចខាងក្រោម)៖

1. ការសាកសួរប្រវត្តិជំងឺ៖ សាកសួរពី ដំណើរវិវត្តនៃជំងឺបច្ចុប្បន្ន (រោគសញ្ញាជំងឺ) រួមទាំងប្រវត្តិ នៃការរស់នៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង។

2. ការពិនិត្យរាងកាយ (physical examination) រាប់បញ្ចូលទាំង ការវាយតំលៃលើភាពលូតលាស់រាងកាយរបស់កុមារ។
3. ការធ្វើតេស្តទុយប៊ែរគុយលីន ឬ តេស្តសើស្បែករកមេរោគរបេង (Tuberculin skin testing)
4. ការអះអាងបាក់តេរីសាស្ត្រ (Bacteriological confirmation) ដោយពិនិត្យរកមេរោគរបេង ក្នុងវត្ថុវិភាគ ដែលស្រង់ពីកន្លែងសង្ស័យថាមានជំងឺរបេង (suspected sites) តាមរយៈការពិនិត្យ ដោយមីក្រូទស្សន៍ ដោយម៉ាស៊ិនជិនអ៊ិចស្ពើត ឬការបណ្តុះមេរោគ (ក្នុងករណីដែលអាចធ្វើ បាន)។
5. ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្ស័យថាមាន របេងសួត និង ក្រៅសួត៖ ការថតសួត ការថតឆ្អឹង និងការពិនិត្យអមវិជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀត។

ការសម្រេចចិត្តក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារណាមួយក៏ដោយគួរតែពិចារណាដោយយកចិត្តទុកដាក់បំផុត ហើយនៅពេលណាការព្យាបាលត្រូវបានចាប់ផ្តើម កុមារនោះត្រូវទទួលការព្យាបាលឲ្យបានចប់ចុងចប់ដើម។

ការព្យាបាលសាកល្បងដោយឱសថរបេងគឺមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតិឲ្យព្យាបាលឡើយ។ ការកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារ ត្រូវផ្អែកលើ "លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ" ទាំង៥ដូចរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះ៖

1. ប្រវត្តិរស់នៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ឬ តេស្តទុយប៊ែគុយលិន វិជ្ជមាន
2. រោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ ដែលជម្រុញឲ្យគិតដល់ជំងឺរបេង។
3. សញ្ញាគ្លីនិក ដែលជម្រុញឲ្យគិតដល់ជំងឺរបេង។
4. ការអះអាងបាក់តេរីសាស្ត្រ ដោយពិនិត្យរកមេរោគរបេង ក្នុងវត្ថុវិភាគដែលស្រង់ពីកន្លែងសង្ស័យថាមានជំងឺរបេង (suspected sites)។
5. រូបភាពវិទ្យុសាស្ត្រ ឬ លទ្ធផល នៃការពិនិត្យអមគ្លីនិក/ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជម្រុញឲ្យគិតដល់ជំងឺរបេង។

ជានិច្ចកាល ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរបេងកុមារ គេគប្បីធ្វើការអះអាងបាក់តេរីសាស្ត្រ ដោយការប្រើមន្ទីរពិសោធន៍ និង វត្ថុវិភាគ ដែលមាន។ ការអះអាងបាក់តេរីសាស្ត្រគឺជា "លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ" តែមួយគត់ ក្នុងចំណោមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចាំបាច់ទាំងឡាយ ក្នុងការកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យ "**ជំងឺរបេងវិជ្ជមានបេកា**"។

– ក្នុងករណីលទ្ធផលពិនិត្យវត្ថុវិភាគឃើញ វិជ្ជមានបេកា នោះរោគវិនិច្ឆ័យជា " **ជំងឺរបេងវិជ្ជមានបេកា** " ។

– ក្នុងករណីលទ្ធផលពិនិត្យវត្ថុវិភាគឃើញ អវិជ្ជមានបេកា ឬ ពុំបានធ្វើ (ការពិនិត្យវត្ថុវិភាគករណីមិនអាចស្រង់បាន) ការសម្រេចចិត្តធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងកុមារមានភាពត្រឹមត្រូវ អាស្រ័យទៅលើ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ៤ចំណុច ដូចខាងក្រោមនេះ៖

1. ប្រវត្តិរស់នៅជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងអ្នកជំងឺរបេង ឬ តេស្តទុយប៊ែរគុយលិនវិជ្ជមាន
2. រោគសញ្ញាគ្លីនិក ដែលជម្រុញឲ្យគិតដល់ជំងឺរបេង
3. សញ្ញាគ្លីនិក ដែលជម្រុញឲ្យគិតដល់ជំងឺរបេង
4. រូបភាពវិទ្យុសាស្ត្រ និងលទ្ធផលអមគ្លីនិក ដែលជម្រុញឲ្យគិតដល់ជំងឺរបេង

   – ប្រសិនបើ មានចំណុចលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យខាងលើ ចាប់ពី ៣ នោះរោគវិនិច្ឆ័យជា " ជំងឺរបេងគ្លីនិក "។

   – ប្រសិនបើ មាន លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យខាងលើ តិចជាង ៣ចំណុច នោះរោគវិនិច្ឆ័យ "ពុំទាន់អាចសន្និដ្ឋានថាជាជំងឺរបេងបានឡើយ" ។ ក្នុងករណីនេះ៖

   - បើកុមារមានសភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ជូនទៅសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ផ្នែកកុមារ ដើម្បីពិនិត្យព្យាបាល និង តាមដានស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ឬ ជំងឺដទៃទៀត។
   - បើកុមារមានសភាពជំងឺមិនធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវព្យាបាលកុមារតាមរោគសញ្ញាសមស្រប ឧទា. ផ្តល់ថ្នាំផ្សះ ហើយត្រូវធ្វើ ការវាយតម្លៃយ៉ាងហ្មត់ចត់ឡើងវិញក្នុងរយៈពេល ១០-១៥ ថ្ងៃ ក្រោយ។

   ចំណុចសំខាន់ៗសំរាប់ពិចារណា ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង៖

   - គ្រប់អ្នកក្អក មាន ឬ គ្មានកំហាក ដែលមិនអាចពន្យល់បាន (មិនដឹងមូលហេតុ ច្បាស់លាស់) ចាប់ពី ២សប្តាហ៍ឡើងទៅ ត្រូវស្រង់កំហាកដើម្បីពិនិត្យរកមេរោគរបេង។
   - គ្រប់អ្នកសង្ស័យមានជំងឺរបេងសួត (មនុស្សពេញវ័យ មនុស្សជំទង់ និងកុមារទាំងអស់ដែលអាចខាកកំហាកបាន) ត្រូវពិនិត្យកំហាក ដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬ ដោយម៉ាស៊ីនជិនអ៊ិចស្ពើត ឬដោយឧបករណ៍ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀតដែលផ្តល់អនុសាសន៍ដោយ អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធីជាតិ។

- គ្រប់មនុស្សទាំងអស់ (មនុស្សពេញវ័យ មនុស្សជំទង់ និង កុមារទាំងអស់) ដែលសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងក្រៅសួត ត្រូវស្រង់វត្ថុវិភាគ ពីកន្លែងដែលសង្ស័យថាឈឺនោះ ទៅពិនិត្យនឹងមីក្រូទស្សន៍ ឬដោយម៉ាស៊ិនជិនអ៊ិចស្ពើត ឬការបណ្ដុះមេរោគ និងធ្វើការ ពិនិត្យអមវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀត ។
- គ្រប់អ្នកជំងឺដែលបានថតសួតដោយកាំរស្មីអ៊ិច ហើយមានរោគសញ្ញាសង្ស័យរបេង ត្រូវតែស្រង់កំហាក ដើម្បីពិនិត្យរកមេរោគរបេង។
- រាល់ករណីរបេងសង្ស័យ ដែលធ្លាប់ព្យាបាលរបេងពីមុនត្រូវស្រង់វត្ថុវិភាគ ដើម្បីពិនិត្យ នឹងម៉ាស៊ិនជិនអ៊ិចស្ពើត (បន្ថែមលើក្រុមប្រឈមមុខនឹងជំងឺរបេង)។
- រាល់អ្នកជំងឺរបេងសង្ស័យទាំងអស់ ដែលមកពិនិត្យនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលមានម៉ាស៊ិនជិនអ៊ិចស្ពើតត្រូវធ្វើតេស្តវត្ថុវិភាគដោយម៉ាស៊ិនជិនអ៊ិចស្ពើត រកជំងឺ របេង។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសួត គ្លីនិក/អវិជ្ជមានបេកា ជាទូទៅត្រូវផ្អែកលើគោលការណ៍ ៣គឺ៖

  (១) យ៉ាងហោចណាស់ពិនិត្យកំហាកអវិជ្ជមាន

  (២) លទ្ធផលថតសួត ដោយកាំរស្មីអ៊ិចបង្ហាញថា សង្ស័យថាមានរបេងសួត និង

  (៣) ព្យាបាលថ្នាំ អង់ទីប៊ីយ៉ូទីកដែលមានសកម្មភាពទូលាយ មិនធូរស្រាល។

## II. របបព្យាបាលជំងឺរបេងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ

រូបមន្តស្តង់ដារព្យាបាលជំងឺរបេងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាមានប្រភេទទី១ក និងប្រភេទទី១ខ ។ រូបមន្តប្រភេទទី១ក មានរយៈពេលព្យាបាលសរុប ៦ខែ និង រូបមន្តប្រភេទទី១ខ មានរយៈពេលព្យាបាលសរុប ១២ខែ ។ រូបមន្តព្យាបាលទាំងពីរ ចែកចេញជាពីរដំណាក់កាល គឺដំណាក់ព្យាបាលដំបូង ( ដំណាក់កាលដំបូង ឬ ព្យាបាលសំរុក ឬ វគ្គដំបូង) និង ដំណាក់កាលព្យាបាលបន្ត (វគ្គបន្ត)។

**វីតាមីនបេ៦៖** -ការផ្តល់វីតាមីនបេ៦ ដល់អ្នកជំងឺរបេងក្នុងគោលបំណងបង្ការ កុំឲ្យមានរលាកសសៃប្រសាទក្រៅ ហើយត្រូវផ្តល់វីតាមីនបេ៦ (១០ម.ក្រ) ១គ្រាប់ លេបក្នុង១ថ្ងៃ ជាមួយនឹងឱសថរបេង ក្នុងរយៈពេលព្យាបាលរបេង។

សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ កំរិតថ្នាំនិមួយៗដែលប្រើប្រាស់ត្រូវបានរៀបរាប់ក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ៖

| **ឈ្មោះថ្នាំរបេង** | **កំរិតថ្នាំ (គិតជា ម.ក្រ/គ.ក្រ នៃ ទំងន់)** | | |
|---|---|---|---|
| | **កំរិតថ្នាំប្រចាំថ្ងៃ** | **ចន្លោះប្រែប្រួល** | **អតិបរិមា** |
| អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ិត ( H ) | 5 ម.ក្រ/គ.ក្រ | 4 – 6 ម.ក្រ/គ.ក្រ | ៣០០ ម.ក្រ |
| រីហ្វាំពីស៊ិន ( R ) | 10 ម.ក្រ/គ.ក្រ | 8 – 12 ម.ក្រ/គ.ក្រ | ៦០០ ម.ក្រ |
| ពីរ៉ាស៊ីណាមិត ( Z ) | 25 ម.ក្រ/គ.ក្រ | 20 – 30 ម.ក្រ/គ.ក្រ | |
| អេតំប៊ុយតុល ( E ) | 15 ម.ក្រ/គ.ក្រ | 15 – 20 ម.ក្រ/គ.ក្រ | |

### ១. រូបមន្តប្រភេទ ទី១ក៖ 2RHZE / 4RH

រូបមន្តប្រភេទទី១កនេះ សំរាប់ព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យ ដែលមានជំងឺរបេងដូចខាងក្រោមនេះ៖

- ករណីថ្មី នៃជំងឺរបេងសួត ឬ ជំងឺរបេងក្រៅសួត (លើកលែង របេងស្រោមខួរ និង របេងឆ្អឹង/ សន្លាក់ឆ្អឹង) វិជ្ជមានបេកា បញ្ជាក់ដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬ បញ្ជាក់ដោយ ជិនអ៊ិចស្ពើត ឃើញលទ្ធផល T ឬ TI
- ករណីថ្មី នៃ ជំងឺរបេងសួតគ្លីនិក ឬ ជំងឺរបេងក្រៅសួត គ្លីនិក (លើកលែងរបេងស្រោមខួរ និង របេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង)

- ករណីចាស់ នៃ ជំងឺរបេងសួត ឬ ជំងឺរបេងក្រៅសួត (លើកលែង របេងស្រោមខួរ និង របេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង) វិជ្ជមានបេកា បញ្ជាក់ដោយជិនអ៊ិចស្ពើត ឃើញលទ្ធផល T ឬ TI
- ករណីចាស់ នៃ ជំងឺរបេងសួតគ្លីនិក ឬ ជំងឺរបេងក្រៅសួតគ្លីនិក (លើកលែង របេងស្រោមខួរ និង របេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង) ដែលលទ្ធផលពិនិត្យវត្ថុវិភាគដោយជិនអ៊ិចស្ពើត បញ្ជាក់ឃើញ N
- ជំងឺរបេង HIV (+) TB patient.

***ដំណាក់កាលព្យាបាលដំបូង (ឬ វគ្គដំបូង)៖** មានរយៈពេល ២ខែ

នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកជំងឺត្រូវលេបថ្នាំ៤មុខ ក្នុងរយៈពេល២ខែ ជារៀងរាល់ព្រឹក នៅចំពោះមុខបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬចំពោះមុខអ្នកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល/អ្នកសង្កេតដូតស៍សហគមន៍ (ហៅថាវិធីសាស្ត្រព្យាបាលដោយដូតស៍ DOT)។ ថ្នាំទាំង៤មុខនោះគឺ រីហ្វំពីស៊ីន (R) អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) ពីរ៉ាហ្ស៊ីណាមីត (Z) និង អេតាំប៊ុយតុល (E) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់)។

*<u>កំណត់សំគាល់៖</u> នៅចុងខែទី២ នៃការព្យាបាលវគ្គដំបូង ក្នុងករណីដែលការពិនិត្យកំហាកកុងត្រូលដោយមីក្រូទស្សន៍ ឃើញថានៅតែវិជ្ជមានបេកានោះ ត្រូវស្រង់កំហាកមួយកំប៉ុងសម្រាប់ពិនិត្យមើលនឹងជីនអ៊ិចស្ពើត ដើម្បីស្រាវជ្រាវរក ភាពស៊ាំនឹងថ្នាំ Rifampicin។ ករណីនេះ អ្នកជំងឺត្រូវចាប់ផ្តើម ការព្យាបាលវគ្គបន្ត (ដោយពុំមានបន្ថែម វគ្គដំបូង១ ខែទៀតនោះទេ)។ ករណីលទ្ធផលនៃការពិនិត្យជិនអ៊ិចស្ពើតឃើញដូចខាងក្រោម៖*

*o ប្រសិនបើលទ្ធផល ជិនអ៊ិចស្ពើតឃើញ RR ព្យាបាលរបេងស៊ាំថ្នាំ។ រួចចុះលទ្ធផលព្យាបាល ត្រង់ខ្ទង់ បរាជ័យ។*

*o ប្រសិនបើ ជិនអ៊ិចស្ពើតឃើញលទ្ធផល N ឬ T ឬ TI បន្តការព្យាបាលវគ្គបន្ត និង កុងត្រូលកំហាកនៅខែទី៥ (C5) (ក្នុងករណីនេះ ការកុងត្រូលកំហាកខែទី៣ដោយមីក្រូទស្សន៍គឺមិនចាំបាច់ធ្វើ)។*

*o ករណីមិនបានស្រង់កំហាកដើម្បីពិនិត្យនឹងជិនអ៊ិចស្ពើត នៅខែទី២ទេ ត្រូវកុងត្រូលកំហាក ដោយមីក្រូទស្សន៍ នៅចុងខែទី ៣ ទៀត (C3)។ ប្រសិនបើ លទ្ធផលកុងត្រូលកំហាកដោយមីក្រូទស្សន៍ខែទី៣ (C3)នេះ ឃើញ វិជ្ជមានបេកា ត្រូវស្រង់*

*កំហាកមួយកំប៉ុងទៀតយកទៅពិនិត្យនឹងជិនអ៊ិចស្ពើត ដើម្បីស្រាវជ្រាវរកភាពស៊ាំនឹងថ្នាំ Rifampicin។*

*** ដំណាក់កាលព្យាបាលបន្ត (ឬ វគ្គបន្ត)៖** មានរយៈពេល ៤ខែ

នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកជំងឺត្រូវលេបថ្នាំ២មុខ ជារៀងរាល់ព្រឹករយៈពេល៤ខែ នៅចំពោះមុខបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬចំពោះមុខអ្នកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល/អ្នកសង្កេតដូតស៍សហគមន៍។ ថ្នាំទាំង២មុខនោះគឺ រីហ្វាំពីស៊ីន (R) និង អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់)។

ចំពោះកំរិតថ្នាំ ឬចំនួនគ្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវប្រើ សូមអានតារាងនៅទំព័របន្ទាប់

# រូបមន្តប្រភេទទី១ក៖ 2RHZE / 4 RH

| វគ្គដំបូង៖ រយៈពេល២ខែ<br>លេបរាល់ថ្ងៃក្រោមការត្រួតពិនិត្យផ្ទាល់(ដូតស៍) | | វគ្គបន្ត៖ រយៈពេល៤ខែ<br>លេបរាល់ថ្ងៃ |
|---|---|---|
| ទំងន់មុនពេលព្យាបាល | RHZE<br>150/75/400/275 ម.ក្រ | RH<br>150/75 ម.ក្រ |
| 30-39 គ.ក្រ | 2 (គ្រាប់) | 2 (គ្រាប់) |
| 40-54 គ.ក្រ | 3 (គ្រាប់) | 3 (គ្រាប់) |
| 55-70 គ.ក្រ | 4 (គ្រាប់) | 4 (គ្រាប់) |
| > 70 គ.ក្រ | 5 (គ្រាប់) | 5 (គ្រាប់) |
| កំរិតថ្នាំគ.ក្រ/ថ្ងៃ | R= 10 ម.ក្រ, H = 5 ម.ក្រ, Z = 25 ម.ក្រ, E = 15 ម.ក្រ | |

RHZE: រីហ្វំពីស៊ីន + អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ + ពីរ៉ាស៊ីណាមីដ + អេតំប៊ុយតុល   RH: រីហ្វំពីស៊ីន+ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ

ម.ក្រ៖ មីលីក្រាម, គ.ក្រ៖ គីឡូក្រាម

## ២. រូបមន្តប្រភេទ ទី១ខ៖ 2RHZE / 10RH

(រូបមន្តព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យ មានរបេងស្រោមខួរ របេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង)

រូបមន្តប្រភេទទី១ខនេះ សំរាប់ព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យ ដែលមាន ជំងឺរបេងស្រោមខួរ ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង ដូចខាងក្រោមនេះ៖

- ករណីថ្មី នៃ ជំងឺរបេងស្រោមខួរ ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង វិជ្ជមានបេកា បញ្ជាក់ដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬ បញ្ជាក់ដោយជិនអ៊ិចស្ពើត ឃើញលទ្ធផល T ឬ TI
- ករណីថ្មី នៃ ជំងឺរបេងស្រោមខួរ គ្លីនិក ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង គ្លីនិក
- ករណីចាស់ នៃ ជំងឺរបេងស្រោមខួរ ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង វិជ្ជមានបេកា ដោយជិនអ៊ិចស្ពើត បញ្ជាក់ឃើញលទ្ធផល T ឬ TI
- ករណីចាស់ នៃ ជំងឺរបេងស្រោមខួរ ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង គ្លីនិក ដែលលទ្ធផលពិនិត្យវត្ថុវិភាគ ដោយជិនអ៊ិចស្ពើត បញ្ជាក់ឃើញ N

* **ដំណាក់កាលព្យាបាលដំបូង (ឬ វគ្គដំបូង)៖** មានរយៈពេល ២ខែ

នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកជំងឺត្រូវលេបថ្នាំ៤មុខ ជារៀងរាល់ព្រឹក រយៈពេល២ខែ នៅចំពោះមុខបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬចំពោះមុខអ្នកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល ឬអ្នកសង្កេតដូតស៍សហគមន៍។ ថ្នាំទាំងបួនមុខនោះគឺ រីហ្វំពីស៊ីន (R) អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) ពីរ៉ាស៊ីណាមីត (Z) និង អេតាំប៊ុយតុល (E) ជាថ្នាំផ្សំ បញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់)។

* **ដំណាក់កាលព្យាបាលបន្ត (ឬ វគ្គបន្ត)៖** មានរយៈពេល ១០ខែ

នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកជំងឺត្រូវលេបថ្នាំ២មុខ ជារៀងរាល់ព្រឹក រយៈពេល១០ខែ នៅចំពោះមុខបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬចំពោះមុខអ្នកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល/អ្នកសង្កេតដូតស៍សហគមន៍ (ហៅថា ដូតស៍)។ ថ្នាំទាំង២ មុខនោះគឺ រីហ្វំពីស៊ីន (R) និង អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់)។

ចំពោះកំរិតថ្នាំ ឬចំនួនគ្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវប្រើ សូមអានតារាងនៅទំព័របន្ទាប់។

# រូបមន្តប្រភេទទី១ខ៖ 2RHZE / 10 RH

## រូបមន្តព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យ មានរបេងស្រោមខួរ របេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង

| វគ្គដំបូង៖ រយៈពេល២ខែ<br>លេបរាល់ថ្ងៃក្រោមការត្រួតពិនិត្យផ្ទាល់(ដូតស៍) | | វគ្គបន្ត៖ រយៈពេល១០ខែ<br>លេបរាល់ថ្ងៃ |
|---|---|---|
| ទំងន់មុនពេលព្យាបាល | RHZE<br>150/75/400/275 ម.ក្រ | RH<br>150/75 ម.ក្រ |
| 30-39 គ.ក្រ | 2 (គ្រាប់) | 2 (គ្រាប់) |
| 40-54 គ.ក្ | 3 (គ្រាប់) | 3 (គ្រាប់) |
| 55-70 គ.ក្រ | 4 (គ្រាប់) | 4 (គ្រាប់) |
| > 70 គ.ក្រ | 5 (គ្រាប់) | 5 (គ្រាប់) |
| កំរិតថ្នាំគ.ក្រ/ថ្ងៃ | R= 10 ម.ក្រ, H = 5 ម.ក្រ, Z = 25 ម.ក្រ, E = 15 ម.ក្រ | |

RHZE: រីហ្វំពីស៊ីន + អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ + ពីរ៉ាស៊ីណាមីដ + អេតំប៊ុយតុល   RH: រីហ្វំពីស៊ីន+ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីដ

ម.ក្រ៖ មីលីក្រាម, គ.ក្រ៖ គីឡូក្រាម

# III. របបព្យាបាលជំងឺរបេងសម្រាប់កុមារ

របបមន្តស្តង់ដារព្យាបាលជំងឺរបេងកុមារ ក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាមានចំនួន៣ គឺ ប្រភេទទី១ក ប្រភេទទី១ខ និង របបមន្តទី៣ ។ របបមន្តប្រភេទទី១ក មានរយៈពេលព្យាបាលសរុប ៦ខែ របបមន្តប្រភេទទី១ខ មានរយៈពេលព្យាបាលសរុប ១២ខែ និងរបបមន្តទី៣ មានរយៈពេលព្យាបាលសរុប ៦ខែ ដូចមនុស្សពេញវ័យដែរ។ របបមន្តព្យាបាលទាំង៣ ចែកចេញជាពីរដំណាក់កាល គឺដំណាក់ព្យាបាលដំបូង (វគ្គដំបូង) និង ដំណាក់កាលព្យាបាលបន្ត (វគ្គបន្ត)។

**វីតាមីនបេ៦៖** -ការផ្តល់វីតាមីនបេ៦ ដល់អ្នកជំងឺរបេងក្នុងគោលបំណងបង្ការ កុំឲ្យមានរលាកសសៃប្រសាទក្រៅ ហើយត្រូវផ្តល់វីតាមីនបេ៦ (១០ម.ក្រ) ១គ្រាប់ លេបក្នុង១ថ្ងៃ ជាមួយនឹងឱសថរបេង ក្នុងរយៈពេលព្យាបាលរបេង។

សម្រាប់កុមារមានទម្ងន់តិចជាង ឬស្មើនឹង ២៥ គ.ក្រ កំរិតថ្នាំនិមួយៗដែលប្រើប្រាស់ត្រូវបានរៀបរាប់ក្នុង តារាងខាងក្រោមនេះ៖

| **ឈ្មោះថ្នាំរបេង** | **កំរិតថ្នាំ (គិតជា ម.ក្រ/គ.ក្រ នៃ ទំងន់)** | | |
|---|---|---|---|
| | **កំរិតថ្នាំប្រចាំថ្ងៃ** | **ចន្លោះប្រែប្រួល** | **អតិបរិមា** |
| អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ិត ( H ) | 10 ម.ក្រ/គ.ក្រ | 7 – 15 ម.ក្រ/គ.ក្រ | ៣00 ម.ក្រ |
| រីហ្វាំពីស៊ិន ( R ) | 15 ម.ក្រ/គ.ក្រ | 10 – 20 ម.ក្រ/គ.ក្រ | ៦00 ម.ក្រ |
| ពីរ៉ាស៊ីណាមិុត ( Z ) | 35 ម.ក្រ/គ.ក្រ | 30 – 40 ម.ក្រ/គ.ក្រ | |
| អេតំប៊ុយតុល ( E ) | 20 ម.ក្រ/គ.ក្រ | 15 – 25 ម.ក្រ/គ.ក្រ | |

សម្រាប់កុមារមានទម្ងន់លើស ២៥ គ.ក្រ ត្រូវប្រើឱសថរបេងមនុស្សពេញវ័យនិង កម្រិតថ្នាំមនុស្ស ពេញវ័យ ដែលមានថ្នាំរីហ្វាំពីស៊ីន (R) អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) ពីរ៉ាស៊ីណាមីត (Z) និង អេតាំប៊ុយតុល (E) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់) ។

## ១. របមន្តប្រភេទទី១ក៖ 2RHZE / 4RH

របមន្តប្រភេទទី១ក នេះ សំរាប់ព្យាបាលកុមារ ដែលមានជំងឺរបេងដូចខាងក្រោម៖

- ករណីថ្មី នៃ ជំងឺរបេងសួត ឬ ជំងឺរបេងក្រៅសួត (លើកលែង របេងស្រោមខួរ និង របេងឆ្អឹង/ សន្លាក់ឆ្អឹង) វិជ្ជមានបេកា បញ្ជាក់ដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬ បញ្ជាក់ដោយ ជិនអ៊ិចស្ពើត ឃើញលទ្ធផល T ឬ TI
- ករណីថ្មី នៃ ជំងឺរបេងសួតគ្លីនិក សណ្ឋានធ្ងន់ធ្ងរ (មានដំបៅសួតរាលដាល)
- ករណីថ្មី នៃជំងឺរបេងក្រៅសួត គ្លីនិក (លើកលែងរបេងស្រោមខួរ និង របេងឆ្អឹង /សន្លាក់ឆ្អឹង)
- ករណីចាស់ នៃ ជំងឺរបេងសួត ឬ ជំងឺរបេងក្រៅសួត (លើកលែង របេងស្រោមខួរ និង របេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង) វិជ្ជមានបេកា បញ្ជាក់ដោយជិនអ៊ិចស្ពើត ឃើញលទ្ធផល T ឬ TI
- ករណីចាស់ នៃ ជំងឺរបេងសួតគ្លីនិក ឬ ជំងឺរបេងក្រៅសួតគ្លីនិក (លើកលែង របេងស្រោមខួរ និង របេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង) ដែលលទ្ធផលពិនិត្យវត្ថុវិភាគដោយជិនអ៊ិចស្ពើត បញ្ជាក់ឃើញ N

* **ដំណាក់កាលព្យាបាលដំបូង (ឬ វគ្គដំបូង)៖** មានរយៈពេល ២ខែ (១)

នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកជំងឺត្រូវលេបថ្នាំ៤មុខ ជារៀងរាល់ព្រឹក រយៈពេល២ខែ នៅចំពោះមុខបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬចំពោះមុខអ្នកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល ឬអ្នកសង្កេតដូតស៍សហគមន៍។ ថ្នាំទាំងបួនមុខនោះគឺ រីហ្វាំពីស៊ីន (R) អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) និងពីរ៉ាស៊ីណាមីត (Z) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់) និង អេតាំប៊ុយតុល (E)។

*(១) <u>កំណត់សំគាល់៖</u> នៅចុងខែទី២ នៃការព្យាបាលវគ្គដំបូង ក្នុងករណីដែលការពិនិត្យកំហាកកុងត្រូលដោយមីក្រូទស្សន៍ ឃើញថានៅតែវិជ្ជមានបេកានោះ ត្រូវស្រង់កំហាកមួយកំប៉ុងសម្រាប់ពិនិត្យមើលនឹងជីនអ៊ិចស្ពើត ដើម្បីស្រាវជ្រាវរករបេងស៊ាំថ្នាំ។ ករណីនេះអ្នកជំងឺត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលវគ្គបន្ត (ដោយពុំមានបន្ថែមវគ្គដំបូង១ខែទៀតនោះទេ)។ ករណីលទ្ធផលនៃការពិនិត្យជិនអ៊ិចស្ពើតឃើញដូចខាងក្រោម៖*

*o ប្រសិនបើលទ្ធផល ជិនអ៊ិចស្ពើតឃើញ RR ព្យាបាលរបេងស៊ាំថ្នាំ។ រួចចុះលទ្ធផលព្យាបាល ត្រង់ខ្ទង់ បរាជ័យ។*

*o ប្រសិនបើ ជិនអ៊ិចស្ពើតឃើញលទ្ធផល N ឬ T ឬ TI បន្តការព្យាបាលវគ្គបន្ត និងកុងត្រូលកំហាកនៅខែទី៥ (C5) (ក្នុងករណីនេះ ការកុងត្រូលកំហាកខែទី៣ដោយមីក្រូទស្សន៍គឺមិនចាំបាច់ធ្វើ)។*

*o ករណីមិនបានស្រង់កំហាកដើម្បីពិនិត្យនឹងជិនអ៊ិចស្ពើត នៅខែទី២ទេ ត្រូវកុងត្រូលកំហាកខែទី៣ ដោយមីក្រូទស្សន៍ នៅខែទី ៣ម្តងទៀត ។ ប្រសិនបើលទ្ធផលកុងត្រូលកំហាកដោយមីក្រូទស្សន៍ខែទី៣ (C3) នេះឃើញវិជ្ជមានបេកា ត្រូវស្រង់កំហាកមួយកំប៉ុងទៀតយកទៅពិនិត្យនឹងជិនអ៊ិចស្ពើត ដើម្បីរកភាពស៊ាំនឹងថ្នាំ Rifampicin។*

* **ដំណាក់កាលព្យាបាលបន្ត (ឬ វគ្គបន្ត)៖** មានរយៈពេល ៤ខែ

នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកជំងឺត្រូវលេបថ្នាំ២មុខ ជារៀងរាល់ព្រឹក រយៈពេល៤ខែ នៅចំពោះមុខបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬចំពោះមុខអ្នកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល/អ្នកសង្កេត ដូតស៍សហគមន៍។ថ្នាំទាំង២មុខនោះគឺ រីហ្វាំពីស៊ីន (R) និងអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់)។

ចំពោះកំរិតថ្នាំ ឬ ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវប្រើ សូមអានតារាងនៅទំព័របន្ទាប់

## រូបមន្តប្រភេទទី១ក៖ 2RHZE / 4RH (ចំពោះកុមារអាយុក្រោម១៥ឆ្នាំ) Done

| ប្រើឱសថរបេងកុមារ និង កំរិតជាតិថ្នាំសម្រាប់កុមារ ដែលមានទម្ងន់ តិចជាង ឬស្មើ ២៥គ.ក្រ (≤ 25Kg) | | | |
|---|---|---|---|
| ទម្ងន់មុនពេលព្យាបាល (គ.ក្រ) | **វគ្គដំបូង៖** រយៈពេល ២ខែ | | **វគ្គបន្ត៖** រយៈពេល ៤ខែ |
| | RHZ (75/50/150mg) | E 100mg | RH (75/50mg) |
| < 4 គ.ក្រ | សូមមើលតារាងបង្ហាញពី របៀបរៀបចំឱសថ និងកំរិតប្រើប្រាស់សម្រាប់កុមារទម្ងន់តិចជាង ៤គ.ក្រ (ទំព័រ ១៨) | | |
| 4 – 7 គ.ក្រ | 1 គ្រាប់ | 1 គ្រាប់ | 1 គ្រាប់ |
| 8 – 11 គ.ក្រ | 2 គ្រាប់ | 2 គ្រាប់ | 2 គ្រាប់ |
| 12 – 15 គ.ក្រ | 3 គ្រាប់ | 3 គ្រាប់ | 3 គ្រាប់ |
| 16 – 25 គ.ក្រ | 4 គ្រាប់ | 4 គ្រាប់ | 4 គ្រាប់ |
| កំរិតជាតិថ្នាំ: គ.ក្រ/ថ្ងៃ | R=15mg (10-20), H=10mg (7-15), Z=35mg (30-40), E=20mg (15-25) | | |

| ប្រើឱសថរបេងមនុស្សពេញវ័យ និង កម្រិតថ្នាំមនុស្សពេញវ័យ ចំពោះកុមារទម្ងន់លើសពី ២៥គ.ក្រ | | |
|---|---|---|
| ទម្ងន់មុនពេលព្យាបាល (គ.ក្រ) | **វគ្គដំបូង៖** រយៈពេល ២ខែ | **វគ្គបន្ត៖** រយៈពេល ៤ខែ |
| | RHZE (150/75/400/275 mg) | RH (150/75 mg) |
| 26 – 29 គ.ក្រ | 2 គ្រាប់ | 2 គ្រាប់ |
| កំរិតជាតិថ្នាំ: គ.ក្រ/ថ្ងៃ | R=10mg, H=5mg, Z=25mg, E=15mg | |

## ២. រូបមន្តប្រភេទទី១ខ៖ 2RHZE / 10RH

រូបមន្តប្រភេទទី១ខនេះ សំរាប់ព្យាបាលកុមារដែលមានជំងឺរបេងដូចខាងក្រោម៖

- ករណីថ្មី នៃ ជំងឺរបេងស្រោមខួរ ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង រិជ្ជមានបេកា បញ្ជាក់ដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬ បញ្ជាក់ដោយជិនអ៊ិចស្ពើត ឃើញលទ្ធផល T ឬ TI
- ករណីថ្មី នៃ ជំងឺរបេងស្រោមខួរ គ្លីនិក ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង គ្លីនិក
- ករណីចាស់ នៃ ជំងឺរបេងស្រោមខួរ ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង រិជ្ជមានបេកា បញ្ជាក់ដោយជិនអ៊ិចស្ពើត ឃើញលទ្ធផល T ឬ TI
- ករណីចាស់ នៃ ជំងឺរបេងស្រោមខួរ ឬ ជំងឺរបេងឆ្អឹង/សន្លាក់ឆ្អឹង ដែលលទ្ធផលពិនិត្យវត្ថុវិភាគដោយជិនអ៊ិចស្ពើត បញ្ជាក់ឃើញ N
- ជំងឺរបេង HIV ( + ) TB patient.

*** ដំណាក់កាលព្យាបាលដំបូង (ឬ វគ្គដំបូង)៖** មានរយៈពេល ២ខែ (១)

នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកជំងឺត្រូវលេបថ្នាំ៤មុខ ជារៀងរាល់ព្រឹក រយៈពេល២ខែ នៅចំពោះមុខបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬចំពោះមុខអ្នកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល ឬអ្នកសង្កេតដូតស៍សហគមន៍។ ថ្នាំទាំងបួនមុខនោះគឺ រីហ្វំពីស៊ីន (R) អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) និង ពីរ៉ាស៊ីណាមីត (Z) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់) និង អេតាំប៊ុយតុល (E) ។

សម្រាប់កុមារមានទម្ងន់លើស ២៥ គ.ក្រ ត្រូវប្រើឱសថរបេងមនុស្សពេញវ័យនិង កម្រិតថ្នាំមនុស្សពេញវ័យ ដែលមានថ្នាំរីហ្វំពីស៊ីន (R) អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) ពីរ៉ាស៊ីណាមីត (Z) និង អេតាំប៊ុយតុល (E) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់) ។

*** ដំណាក់កាលព្យាបាលបន្ត (ឬ វគ្គបន្ត)៖** មានរយៈពេល ១០ខែ

នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកជំងឺត្រូវលេបថ្នាំ២មុខ ជារៀងរាល់ព្រឹក រយៈពេល១០ខែ នៅចំពោះមុខបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬចំពោះមុខអ្នកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល/អ្នកសង្កេតដូតស៍សហគមន៍។ ថ្នាំទាំង២មុខនោះគឺ រីហ្វំពីស៊ីន (R) និង អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់)។

ចំពោះកំរិតថ្នាំ ឬ ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវប្រើ សូមអានតារាងនៅទំព័របន្ទាប់

# រូបមន្តប្រភេទទី១ខ៖ 2RHZE / 10RH (ចំពោះកុមារអាយុក្រោម១៥ឆ្នាំ) done

| ប្រើឱសថរបេងកុមារ និងកំរិតជាតិថ្នាំសម្រាប់កុមារ ដែលមានទម្ងន់ តិចជាង ឬស្មើ ២៥គ.ក្រ(≤ 25Kg) | | | |
|---|---|---|---|
| ទម្ងន់មុនពេលព្យាបាល (គ.ក្រ) | **វគ្គដំបូង៖** រយៈពេល ២ខែ | | **វគ្គបន្ត៖** រយៈពេល ១០ខែ |
| | RHZ (75/50/150mg) | E 100mg | RH (75/50mg) |
| < 4 គ.ក្រ | សូមមើលតារាងបង្ហាញពី របៀបរៀបចំឱសថ និងកំរិតប្រើប្រាស់សម្រាប់កុមារទម្ងន់តិចជាង ៤គ.ក្រ (ទំព័រ ១៨) | | |
| 4 – 7 គ.ក្រ | 1 គ្រាប់ | 1 គ្រាប់ | 1 គ្រាប់ |
| 8 – 11 គ.ក្រ | 2 គ្រាប់ | 2 គ្រាប់ | 2 គ្រាប់ |
| 12 –15 គ.ក្រ | 3 គ្រាប់ | 3 គ្រាប់ | 3 គ្រាប់ |
| 16 – 25 គ.ក្រ | 4 គ្រាប់ | 4 គ្រាប់ | 4 គ្រាប់ |
| កំរិតជាតិថ្នាំ: គ.ក្រ/ថ្ងៃ | R=15mg (10-20), H=10mg (7-15), Z=35mg (30-40), E=20mg (15-25) | | |
| ប្រើឱសថរបេងមនុស្សពេញវ័យ និង កម្រិតថ្នាំមនុស្សពេញវ័យ ចំពោះកុមារទម្ងន់លើសពី ២៥គ.ក្រ | | | |
| ទម្ងន់មុនពេលព្យាបាល (គ.ក្រ) | **វគ្គដំបូង៖** រយៈពេល ២ខែ | | **វគ្គបន្ត៖** រយៈពេល ១០ខែ |
| | RHZE (150/75/400/275 mg) | | RH (150/75 mg) |
| 26 – 29 គ.ក្រ | 2 គ្រាប់ | | 2 គ្រាប់ |
| កំរិតជាតិថ្នាំ: គ.ក្រ/ថ្ងៃ | R=10mg, H=5mg, Z=25mg, E=15mg | | |

## ៣. រូបមន្តប្រភេទទី៣៖ 2RHZ / 4RH

រូបមន្តប្រភេទទី៣នេះ សំរាប់ព្យាបាលកុមារ ដែលមានជំងឺរបេង ដូចខាងក្រោម៖

- ករណីថ្មី នៃ ជំងឺរបេងសួត គ្លីនិក សណ្ឋានមិនធ្ងន់ធ្ងរ (មិនមានដំបៅសួតរាលដាល)
- ករណីថ្មី នៃ ជំងឺរបេងក្រៅសួត សណ្ឋានមិនធ្ងន់ធ្ងរ (កូនកណ្តុរ - ស្រោមសួតតែម្ខាង...)

* **ដំណាក់កាលព្យាបាលដំបូង (ឬ វគ្គដំបូង)៖** មានរយៈពេល ២ខែ

នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកជំងឺត្រូវលេបថ្នាំ៣មុខ ជារៀងរាល់ព្រឹករយៈពេល២ខែ នៅចំពោះមុខបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬចំពោះមុខអ្នកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល ឬអ្នកសង្កេតដូតស៍សហគមន៍។ ថ្នាំទាំងបីមុខនោះគឺ រីហ្វាំពីស៊ីន (R) អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) និង ពីរ៉ាស៊ីណាមីត (Z) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់)។

សម្រាប់កុមារមានទម្ងន់លើស ២៥ គ.ក្រ ត្រូវប្រើឱសថរបេងមនុស្សពេញវ័យ និងកម្រិតថ្នាំ មនុស្សពេញវ័យ ដែលមានពីរមុខ គឺ ថ្នាំរីហ្វាំពីស៊ីន (R) និង អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់) និង ពីរ៉ាស៊ីណាមីត (Z) ។

* **ដំណាក់កាលព្យាបាលបន្ត (ឬ វគ្គបន្ត)៖** មានរយៈពេល ៤ខែ

នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកជំងឺត្រូវលេបថ្នាំ២មុខ ជារៀងរាល់ព្រឹក រយៈពេល៤ខែ នៅចំពោះមុខបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬចំពោះមុខអ្នកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល/អ្នកសង្កេតដូតស៍សហគមន៍។ថ្នាំទាំង២មុខនោះគឺ រីហ្វាំពីស៊ីន (R) និង អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) ជាថ្នាំផ្សំបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (ផ្សំចូលគ្នាជាថ្នាំមួយគ្រាប់)។

ចំពោះកំរិតថ្នាំ ឬ ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវប្រើ សូមអានតារាងនៅទំព័របន្ទាប់

## **រូបមន្តប្រភេទទី៣៖ 2RHZ / 4RH** (ចំពោះកុមារអាយុក្រោម១៥ឆ្នាំ) done

<table>
<tr><td colspan="4">ប្រើឱសថរបេងកុមារ និងកំរិតជាតិថ្នាំសម្រាប់កុមារ ដែលមានទម្ងន់ តិចជាង ឬស្មើ ២៥គ.ក្រ(≤ 25Kg)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ទម្ងន់មុនពេលព្យាបាល (គ.ក្រ)</td><td colspan="2">វគ្គដំបូង៖ រយៈពេល ២ខែ</td><td>វគ្គបន្ត៖ រយៈពេល ៤ខែ</td></tr>
<tr><td colspan="2">RHZ (75/50/150mg)</td><td>RH (75/50mg)</td></tr>
<tr><td>< 4 គ.ក្រ</td><td colspan="3">សូមមើលតារាងបង្ហាញពី របៀបរៀបចំឱសថ និងកំរិតប្រើប្រាស់សម្រាប់កុមារទម្ងន់តិចជាង ៤គ.ក្រ (ទំព័រ ១៨)</td></tr>
<tr><td>4 – 7 គ.ក្រ</td><td colspan="2">1 គ្រាប់</td><td>1 គ្រាប់</td></tr>
<tr><td>8 – 11 គ.ក្រ</td><td colspan="2">2 គ្រាប់</td><td>2 គ្រាប់</td></tr>
<tr><td>12 – 15 គ.ក្រ</td><td colspan="2">3 គ្រាប់</td><td>3 គ្រាប់</td></tr>
<tr><td>16 – 25 គ.ក្រ</td><td colspan="2">4 គ្រាប់</td><td>4 គ្រាប់</td></tr>
<tr><td>កំរិតជាតិថ្នាំ: គ.ក្រ/ថ្ងៃ</td><td colspan="3">R=15mg (10-20), H=10mg (7-15), Z=35mg (30-40), E=20mg (15-25)</td></tr>
<tr><td colspan="4">ប្រើឱសថរបេងមនុស្សពេញវ័យ និង កម្រិតថ្នាំមនុស្សពេញវ័យ ចំពោះកុមារទម្ងន់លើសពី ២៥គ.ក្រ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ទម្ងន់មុនពេលព្យាបាល (គ.ក្រ)</td><td colspan="2">វគ្គដំបូង៖ រយៈពេល ២ខែ</td><td>វគ្គបន្ត៖ រយៈពេល ៤ខែ</td></tr>
<tr><td>RH (150/75 mg)</td><td>Z (400mg)</td><td>RH (150/75 mg)</td></tr>
<tr><td>26 – 29 គ.ក្រ</td><td>2 គ្រាប់</td><td>2 គ្រាប់</td><td>2 គ្រាប់</td></tr>
<tr><td>កំរិតជាតិថ្នាំ: គ.ក្រ/ថ្ងៃ</td><td colspan="3">R=10mg, H=5mg, Z=25mg, E=15mg</td></tr>
</table>

## តារាងបង្ហាញរបៀបរៀបចំឱសថ និង កម្រិតប្រើប្រាស់សម្រាប់កុមារ ទម្ងន់តិចជាង ៤គ.ក្រ

<table>
<tr><th rowspan="4">ទំងន់<br>(គ.ក្រ)</th><th colspan="5">របៀបរៀបចំឱសថសំរាប់ផ្តល់ដល់កុមារទំងន់ក្រោម ៤ គ.ក្រ</th></tr>
<tr><th colspan="3">វគ្គដំបូង</th><th colspan="2">វគ្គបន្ត</th></tr>
<tr><td colspan="3">ដាក់ថ្នាំ RHZ (75/50/150mg) ចំនួន ១គ្រាប់ ចូលទៅក្នុងទឹកស្អាតចំណុះ ២០ម.ល។ នៅពេលថ្នាំរលាយអស់បន្ថែមថ្នាំ E 100mg ចំនួន១គ្រាប់ ដែលបានកិនរួចជាស្រេច ចូលបន្ថែម (សំរាប់រូបមន្តទី១ក និង ១ខ)។</td><td colspan="2">ដាក់ថ្នាំ RH (75/50mg) ចំនួន១គ្រាប់ ចូលទៅក្នុងទឹកស្អាតចំណុះ ២០ម.ល។ រួចរង់ចាំរហូតដល់ថ្នាំរលាយអស់។</td></tr>
<tr><td>RHZ<br>75/50/150mg</td><td>E<br>100mg</td><td>បរិមាណថ្នាំត្រូវផ្តល់<br>(ប្រើសេរ៉ាំងវាស់)</td><td>RH<br>75/50mg</td><td>បរិមាណថ្នាំត្រូវផ្តល់<br>(ប្រើសេរ៉ាំងវាស់)</td></tr>
<tr><td>< 2 គ.ក្រ</td><td>1/4 គ្រាប់</td><td>1/4 គ្រាប់</td><td>5 ម.ល</td><td>1/4 គ្រាប់</td><td>5 ម.ល</td></tr>
<tr><td>2-2.9 គ.ក្រ</td><td>1/2 គ្រាប់</td><td>1/2 គ្រាប់</td><td>10 ម.ល</td><td>1/2 គ្រាប់</td><td>10 ម.ល</td></tr>
<tr><td>3-3.9 គ.ក្រ</td><td>3/4 គ្រាប់</td><td>3/4 គ្រាប់</td><td>15 ម.ល</td><td>3/4 គ្រាប់</td><td>15 ម.ល</td></tr>
</table>

# IV. និយមន័យ

## ១. និយមន័យនៃករណី

**១.១. របេង៖** គឺជាជំងឺឆ្លង ដែលបណ្តាលមកពី មេរោគរបេង ដែលហៅថា " មីកូបាក់តេរីយ៉ូមទុយប៊ែគុយឡូសីស "(Mycobacterium Tuberculosis) ឬ បាស៊ីដឺកុក (Bacille de Koch) ឬ ហៅកាត់ថា បេកា (BK)។ លក្ខណៈរបស់វា គឺការកើតមានដំបៅនៅក្នុងជាលិកាដែលភាគច្រើននៅក្នុងសួត ឯសរីរាង្គផ្សេងៗទៀតក៏អាចកើតមានដែរ។

**១.២. របេងសង្ស័យ ៖** គឺ (១) ជនដែលមានរោគសញ្ញាមួយ ឬ លើស ក្នុងចំណោមរោគសញ្ញា ក្អក - ក្តៅខ្លួន - ស្រកទំងន់ - បែកញើសស្អិតៗពេលយប់ ចាប់ពី ២សប្តាហ៍ឡើងទៅ (២) ឬក៏ជនដែលរូបថតសួតមានសញ្ញានាំអោយគិតដល់រោគរបេង។

**១.៣. ការស្រាវជ្រាវរកករណី៖** បណ្តាសកម្មភាពដើម្បីកំណត់រកករណីរបេងក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារដែលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺក្រៅ ឬសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ នៅសហគមន៍ និងកន្លែងផ្សេងៗទៀត (ពន្ធនាគារ....)។

វិធីសាស្រ្តក្នុងការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង (Mode of Screening) មានដូចខាងក្រោម៖

- o ការស្រាវជ្រាវតាមបែបអកម្ម Passive case finding (PCF)៖ គឺជាការស្រាវជ្រាវរកករណីជំងឺរបេងជាប្រចាំ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ពេលដែលអ្នកជំងឺទូទៅ ឬអ្នកសង្ស័យរបេងមកពិនិត្យសុខភាព ឬ ស្នាក់នៅសម្រាកព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងនោះ។
- o ការស្រាវជ្រាវតាមបែបសកម្ម Active case finding (ACF)៖ គឺជាការស្រាវជ្រាវរកករណីជំងឺរបេងដែលក្រុមស្រាវជ្រាវ (បុគ្គលិកសុខាភិបាល) ត្រូវចុះទៅកាន់ទីកន្លែងស្រាវជ្រាវ ដែលស្ថិតនៅក្រៅ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ហើយក្រុមនេះត្រូវបានបំពាក់ដោយសំភារៈគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងម៉ាស៊ិនថតសួត ម៉ាស៊ិនជិនអិចស្ពើត មីក្រូទស្សន៍ ជាដើម។
- o ការបង្កើនការស្រាវជ្រាវ Intensified case finding (ICF)៖ គឺជាការស្រាវជ្រាវរកករណីរបេង នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដោយប្រើវិធីសាស្រ្តកំណត់រកអ្នកសង្ស័យជំងឺរបេងជាប្រព័ន្ធ តាមរយៈការសាកសួរពហុរោគសញ្ញាសង្ស័យជំងឺរបេង ឬក៏ការថតសួតលើរាល់អ្នកជំងឺដែលមកមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។

- o ការស្រាវជ្រាវពាក់កណ្តាលសកម្ម Semi Active Case Finding/Enhanced case finding (ECF)៖ គឺជាការស្រាវជ្រាវរកករណីរបេង តាមសហគមន៍ តាមភូមិ ឬ ពីផ្ទះមួយ ទៅផ្ទះមួយ ដោយសាកសួរពហុរោគសញ្ញាសង្ស័យជំងឺរបេង រួចស្រង់វត្ថុវិភាគពីអ្នកសង្ស័យជំងឺរបេង រួចបញ្ជូនមកវត្ថុវិភាគនោះ ទៅមន្ទីរពិសោធន៍របេង ឬក៏បញ្ជូនអ្នកសង្ស័យជំងឺរបេងនោះទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដើម្បី ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរកជំងឺរបេង (ករណីមិនអាចស្រង់វត្ថុវិភាគបាន)។

## ២. ចំណាត់ថ្នាក់តាមបាក់តេរីសាស្រ្ត (លក្ខណៈជំងឺរបេង)

**២.១. របេងវិជ្ជមានបេកា ឬ របេងបេកាបូក [BK(+)]៖** គឺជាអ្នកជំងឺរបេងសួត ឬ អ្នកជំងឺរបេងក្រៅសួត ដែលមានវិជ្ជមានបេកាយ៉ាងតិច១នៃសំណាកវិភាគ តាមរយៈការពិនិត្យវត្ថុវិភាគ ដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬដោយម៉ាស៊ីនជីនអ៊ិចស្ពើត (XpertMTB/RIF) ឬ ដោយការបណ្តុះមេរោគ (Culture) ឬ ដោយឧបករណ៍ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត ដែលផ្តល់អនុសាសន៍ដោយ អង្គការសុខភាពពិភពលោក។

**២.២. របេងគ្លីនីក ឬ របេងបេកាដក [BK(-)]៖** គឺជាអ្នកជំងឺរបេងសួត ឬ អ្នកជំងឺរបេងក្រៅសួត ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ថាមានរបេងសកម្ម ហើយគ្រូពេទ្យសម្រេចព្យាបាលរបេង ប៉ុន្តែមិនបំពេញបានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យបានថាជា **របេងវិជ្ជមានបេកា**។ ករណីរបេងគ្លីនីកនេះរាប់បញ្ចូលករណីរបេងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ដោយផ្អែកលើ រូបថតដោយថតកាំរស្មីអ៊ិច ឬ ការពិនិត្យជាលិកា ការពិនិត្យគីមីជីវសាស្ត្រ ការពិនិត្យអង់ស៊ីមជាដើម ព្រមទាំងករណីរបេងដែលគ្មានការបញ្ជាក់ពីមន្ទីរពិសោធន៍។ ចំពោះករណីរបេងគ្លីនីកណា (មុន ឬ ក្រោយ ចាប់ផ្តើមព្យាបាល) ដែលក្រោយមករកឃើញ ឬដឹងថាមានវត្តមានមេរោគបេកា ត្រូវធ្វើការកែតម្រូវចំណាត់ថ្នាក់នៃការចុះបញ្ជី ឲ្យទៅជារបេងបេកាបូក BK(+) វិញ។

## ៣. ចំណាត់ថ្នាក់តាមទីកន្លែង

**៣.១. របេងសួត ៖** គឺជាករណីជំងឺរបេងវិជ្ជមានបេកា ឬក៏របេងអវិជ្ជមានបេកា ដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានរបេងសកម្មនៅសាច់សួត ឬ នៅទងសួត ឬមែកទងសួត។ របេងមីលីយែរ ត្រូវបានចាត់ទុកថាជារបេងសួត ព្រោះថាមានការប៉ះពាល់ដល់សាច់សួត។ របេងកូនកណ្តុរក្នុងទ្រូង (កូនកណ្តុរមេដ្យាស្តាំង កូនកណ្តុរសណ្តង់សួត) ឬ ក៏របេង ស្រោមសួត ត្រូវចាត់ទុកថាជា

របេងក្រៅសួត ប្រសិនបើរូបថតសួត បង្ហាញថាសាច់សួត ពុំមានការប៉ះពាល់។ អ្នកជំងឺម្នាក់ដែលមានជំងឺរបេងសួតផង និងរបេងក្រៅសួតផង ត្រូវចាត់ទុកថាជារបេងសួត។

**៣.២. របេងក្រៅសួត ៖** គឺជា អ្នកជំងឺរបេងវិជ្ជមានបេកា ឬក៏ របេងអវិជ្ជមានបេកា ដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមាន របេងសកម្ម នៅសរីរាង្គដទៃទៀតក្រៅពីសួត ដូចជា៖ ស្រោមសួត, កូនកណ្តុរ (នៅអ៊ិល នៅត្រង់ក...), ក្នុងពោះ ស្រោមខួរក្បាល ឆ្អឹង សន្លាក់ ស្បែក សរីរាង្គប្រព័ន្ធទឹកនោម សរីរាង្គបន្តពូជ ។ល។

## ៤. ចំណាត់ថ្នាក់ប្រភេទអ្នកជំងឺក្នុងការចុះបញ្ជីរោគវិនិច្ឆ័យផ្អែកលើប្រវត្តិនៃការព្យាបាលពីមុន

និយមន័យ នៃប្រភេទអ្នកជំងឺ ក្នុងការចុះបញ្ជីដែលផ្អែកទៅលើប្រវត្តិព្យាបាលជំងឺរបេងពីមុនមក គឺមានភាពខុសគ្នាបន្តិច ពីនិយមន័យលើកមុន។ ពេលនេះវាត្រូវបានផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើ ប្រវត្តិព្យាបាលជំងឺរបេង ពីមុនតែប៉ុណ្ណោះ ហើយវាមិនអាស្រ័យទៅលើ **<u>លទ្ធផលពិនិត្យរកមេរោគរបេង</u>** និង **<u>ទីកន្លែងកើតជំងឺរបេង</u>** នោះឡើយ។

**៤.១. ករណីថ្មី៖** គឺអ្នកជំងឺរបេង មិនដែលព្យាបាលរបេងពីមុនមកសោះ ឬ ក៏បានព្យាបាលរបេងដែរ តែតិចជាង១ខែ។ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង មិនចាត់ទុកជា ការព្យាបាលលើកមុននោះទេ។

**៤.២. ករណីធ្លាប់ព្យាបាលពីមុន ឬករណីចាស់៖** គឺអ្នកជំងឺ ដែលធ្លាប់ព្យាបាលរបេង យ៉ាងតិច ១ខែ ហើយឥឡូវនេះ គាត់ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺរបេងឡើងវិញ។

ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការព្យាបាលពីមុន (ការព្យាបាលចុងក្រោយគេ) អ្នកជំងឺចាស់ទាំងនេះត្រូវបែងចែក ដូចខាងក្រោម ៖

- **ករណីលាប់៖** គឺជាអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់បានព្យាបាលរបេងពីមុនមក ហើយត្រូវបានចាត់ទុកថាជាសះស្បើយ ឬបញ្ចប់ការព្យាបាល ប៉ុន្តែឥឡូវនេះ គាត់ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺរបេងឡើងវិញ (ករណីនេះអាច ជាករណីលាប់ពិតប្រាកដ ឬជាករណីជំងឺកើតថ្មីបង្កដោយការឆ្លងមេរោគថ្មីចូលបន្ថែម)។

- **ករណីបរាជ័យ:** គឺជាអ្នកជំងឺរបេង ដែលធ្លាប់ព្យាបាលរបេងពីមុន (ការព្យាបាលចុងក្រោយគេ) ហើយលទ្ធផលព្យាបាលរបស់គាត់បរាជ័យ(គឺលទ្ធផលមានវិជ្ជមានបេកា នៅខែទី៥ ឬនៅពេលណាមួយ ចន្លោះខែទី៥ ទៅដល់ពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល)។
- **ករណីព្យាបាលក្រោយខកខានការតាមដានព្យាបាលលើកមុន៖** គឺជាអ្នកជំងឺដែលបានព្យាបាលរបេង យ៉ាងតិច១ខែ និងត្រូវបានបញ្ជាក់ថា ខកខានបានទទួលការព្យាបាលយ៉ាងតិចពីរខែជាប់គ្នា (ការព្យាបាលចុងក្រោយ) ហើយពេលនេះ គាត់ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ថាមានជំងឺរបេង (ឡើងវិញ) ។
- **ករណីចាស់ផ្សេងៗ៖** គឺជាអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់ព្យាបាលរបេងយ៉ាងតិច១ខែ ប៉ុន្តែពុំដឹងលទ្ធផលព្យាបាល ឬក៏ពុំមានឯកសារកត់ត្រា បញ្ជាក់ពីលទ្ធផលនៃការព្យាបាលពីមុនមកហើយ ពេលនេះគាត់ត្រូវបាន ធ្វើរោគ វិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺរបេង (ឡើងវិញ)។

**៤.៣. ករណីមិនដឹងប្រវត្តិព្យាបាលរបេងពីមុន៖** គ្រប់ករណីដែលមិនមានចែងក្នុងប្រភេទករណីទាំងឡាយខាងលើ។

## ៥. ចំណាត់ថ្នាក់ប្រភេទជំងឺដោយផ្អែកលើស្ថានភាពនៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍

អ្នកជំងឺរបេងមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬអ្នកជំងឺរបេង-អេដស៍ គឺជាអ្នកជំងឺរបេងបេកាបូក ឬមិនមានបេកា (របេងបេកាដក) ឬ របេងក្លីនិក ដែលមានលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ បញ្ជាក់ថាមានមេរោគអេដស៍នៅ ក្នុងអំឡុងពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬក្នុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ឬមាន ឯកសារណាមួយបញ្ជាក់ថា អ្នកជំងឺកំពុងស្ថិតនៅក្រោមការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

អ្នកជំងឺរបេងពុំមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាអ្នកជំងឺរបេងបេកាបូក ឬមិនមានបេកា (របេងបេកាដក) ឬ របេងក្លីនិក ដែលលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ បញ្ជាក់ថាពុំមានមេរោគអេដស៍នៅក្នុងអំឡុងពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬក្នុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ។

អ្នកជំងឺរបេងពុំដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាអ្នកជំងឺរបេងបេកាបូក ឬមិនមានបេកា (របេងបេកាដក) ឬ របេងក្លីនិក ដែលពុំបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ឬមិនមានលទ្ធផលពីមន្ទីរពិសោធន៍ស្តីពីការធ្វើតេស្ត ឬពុំមានឯកសារណាមួយបញ្ជាក់ថា អ្នកជំងឺកំពុងស្ថិតនៅក្រោមការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

## ៦. លទ្ធផលនៃការព្យាបាល របេងស្ងួតវិជ្ជមានបេកា

**៦.១. ជាសះស្បើយ៖** គឺជាអ្នកជំងឺ **របេងស្ងួត**វិជ្ជមានបេកា ដែលកំហាករបស់គាត់ប្រែក្លាយទៅជាអវិជ្ជមានបេកាតាមរយៈការពិនិត្យកំហាកដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬការបណ្តុះមេរោគ នៅ**ខែចុងក្រោយ** នៃការព្យាបាល និងខែមុនៗណាមួយ (ដោយរាប់ខែទី២ឬទី៣ផងដែរ "C2 or C3")។

**៦.២. បញ្ចប់ការព្យាបាល៖** គឺជាអ្នកជំងឺ ដែលបានលេបថ្នាំគ្រប់រយៈពេលកំណត់នៃការព្យាបាល ប៉ុន្តែពុំមានការកត់ត្រាលទ្ធផលកុងត្រូល/តាមដាន នៅខែចុងក្រោយនៃការព្យាបាល និងខែមុនៗណាមួយ នៃការពិនិត្យកំហាកដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬការបណ្តុះមេរោគ ដោយមូលហេតុថា តេស្តកុងត្រូល (ពិនិត្យកំហាក ឬបណ្តុះមេរោគ) ពុំបានធ្វើ ឬក៏ពុំមានលទ្ធផល។

**៦.៣. បរាជ័យ៖** គឺជាអ្នកជំងឺរបេង ដែលមានកំហាកវិជ្ជមានបេកានៅខែទី៥ ឬនៅពេលណាមួយចន្លោះខែទី៥ ទៅដល់ពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល។ បរាជ័យគឺ អ្នកជំងឺរបេងដែលមានកំហាកវិជ្ជមានបេកានៅខែទី៥ ឬនៅពេលណាមួយចន្លោះខែទី៥ ទៅដល់ពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬក៏ពេលដែលការព្យាបាលរបេងកបថ្នាំត្រូវបានបញ្ចប់ដោយសារលទ្ធផលពិនិត្យវត្ថុវិភាគ បញ្ជាក់ឃើញថាមានភាពស៊ាំនឹងថ្នាំ (ឧទា. លទ្ធផល ពិនិត្យដោយជិនអ៊ិចស្ពើតបញ្ជាក់ថាមាន RR នៅខែទី២)។ Should be deleted.

**៦.៤. ស្លាប់៖** គឺជាអ្នកជំងឺរបេង ដែលស្លាប់ដោយសារមូលហេតុណាក៏ដោយ ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ឬ មុនចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺរបេង។

**៦.៥. បោះបង់៖** គឺជាអ្នកជំងឺ ដែលមិនបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលរបេង ឬក៏ខកខានទទួលការព្យាបាលរយៈ ពេលយ៉ាងតិចពីរខែជាប់គ្នា មុនពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល។

**៦.៦. មិនបានវាយតម្លៃ៖** គឺជាអ្នកជំងឺដែលលទ្ធផលព្យាបាលពុំបានកត់ត្រា ឬពុំបានដឹង។ លទ្ធផលនេះរួមបញ្ចូលទាំង "ករណីបញ្ជូនចេញ" ទៅមណ្ឌលព្យាបាលនៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិមួយទៀត ហើយដែលគេពុំបានដឹង លទ្ធផលនៃការព្យាបាលរបស់គាត់ ព្រមទាំងអ្នកជំងឺរបេងដែលលទ្ធផលព្យាបាលរបស់គាត់មិនបានដឹង ដល់ស្រុកប្រតិបត្តិដែលត្រូវវាយការណ៍។

# V. សេចក្តីសង្ខេបខ្លឹមសារអំពីជំងឺរបេងសុាំថ្នាំ

ភាពស៊ាំថ្នាំរបស់ជំងឺរបេង គឺជាឧបសគ្គមួយក្នុងការថែទាំ និងបង្ការជំងឺរបេងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព នៅទូទាំងពិភពលោក ក៏ដូចជានៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ ជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ (DR-TB) មានការពិបាកក្នុងការព្យាបាលខ្លាំងជាងជំងឺរបេងកបនឹងថ្នាំ ហើយជាការគំរាមកំហែងមួយចំពោះវឌ្ឍនភាពជាសកលដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅលុបបំបាត់ជំងឺរបេង។ អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) បានចេញផ្សាយឯកសារណែនាំដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមួយចំនួនជាបន្តបន្ទាប់ អំពីការថែទាំព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ ដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍ផ្អែកតាមភស្តុតាងមូលដ្ឋានថ្មីៗបំផុត។ ជាការឆ្លើយតបនឹងគោលការណ៍ណែនាំថ្មីៗរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង និងហង់សិន បានកែសម្រួលគោលការណ៍ណែនាំស្របតាមបរិបទរបស់ប្រទេសយើងសម្រាប់កម្មវិធីរបេងស៊ាំថ្នាំ និងស្របតាមអនុសាសន៍ថ្មីបំផុតរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក។ គោលការណ៍ណែនាំនេះនឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់ក្រុមអ្នកជំនាញសុខាភិបាលរបស់ខ្លួនដែលកំពុងអនុវត្តកម្មវិធីរបេងស៊ាំថ្នាំ ក៏ដូចជាដៃគូបច្ចេកទេសក្នុងការផ្តល់ជំនួយសំដៅធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការថែទាំអ្នកជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ។

## ការស្វែងរកករណីរបេងស៊ាំថ្នាំ

ក) ក្រុមអ្នកជំងឺសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ (រាល់ករណីរបេងសួតព្យាបាលឡើងវិញទាំងអស់ដូចជាករណីបរាជ័យ ករណីលាប់ឡើងវិញ ករណីខកខានការព្យាបាល និងករណីផ្សេងទៀត ករណីនៅវិជ្ជមានខែទី ១ និងខែ២ អ្នករស់នៅជិតស្និទ្ធជាមួយអ្នកជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំច្រើនមុខ និងក្រុមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ខ) ក្រុមផ្សេងទៀត រាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកសង្ស័យថាមានជំងឺរបេង (អ្នកដែលមានរោគសញ្ញាដូចតទៅៈ ក្អកចាប់ពី២សប្តាហ៍ គ្រុនក្តៅរ៉ាំរ៉ៃមិនដឹងមូលហេតុ បែកញើសពេលយប់ ស្រកទម្ងន់) លើអ្នកដែលមានអត្តសញ្ញាណដូចតទៅៈ i) មនុស្សចាស់ (អាយុចាប់ពី៥៥ឆ្នាំ) ii) កុមារ (អាយុក្រោម១៥ឆ្នាំ) ដែលមានរលាកកូនកណ្តុររីកធំ និងមិនឡើងទម្ងន់ iii) អ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម iv) អ្នកជាប់ពន្ធនាគារ v) អ្នករស់នៅជិតស្និទ្ធអ្នកជំងឺរបេង vi) អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀនចាក់ vii) អ្នកមានវិជ្ជមានភ្នាសកំហាកថ្មី និង viii) អ្នកសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងដែលស្វែងរកការព្យាបាលនៅតាមមន្ទីរពេទ្យ។

## VI. ឱសថដែលត្រូវបានប្រើក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ៖

ប្រភេទថ្នាំជួរទី១ (FLDs) និងថ្នាំជួរទី២ (SLD) ដែលត្រូវបានប្រើក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺ RR-MDR-TB រយៈពេលវែង បច្ចុប្បន្នត្រូវបានគេបែងចែកជា ក្រុមA, ក្រុមB និងក្រុមC ដូចបានបង្ហាញក្នុងតារាងខាងក្រោម។ ចំណាត់ថ្នាក់ថ្មីនេះ គឺផ្អែកតាមថ្នាក់របស់ឱសថភ័ស្តុតាងនៃប្រសិទ្ធភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់វា(តុល្យភាព នៃអត្ថប្រយោជន៍ចំពោះហានិភ័យនៃគ្រោះថ្នាក់) និងបទពិសោធន៍ក្នុងការប្រើប្រាស់រួមគ្នារបស់ថ្នាំទាំងនោះ។ ទិន្នន័យដែលបានវិភាគភាគច្រើនទាក់ទងនឹងអ្នកជំងឺពេញវ័យ ដែលបានទទួលការព្យាបាលក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំថ្មីៗនេះ។

តារាង. ក្រុមឱសថបានណែនាំឲ្យប្រើប្រាស់ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំរយៈពេលវែង

| ក្រុម និងជំហានប្រកាន់យក | ឈ្មោះឱសថ | អក្សរកាត់ឱសថ |
|---|---|---|
| **ក្រុម A:**<br>បញ្ចូលឱសថទាំង៣មុខ | Levofloxacine ឬ Moxifloxacin | Lfx; Mfx |
| | Bedaquiline | Bdq |
| | Linezolid | Lzd |
| **ក្រុម B:**<br>ថែមឱសថ១ ឬទាំង២មុខ | Clofazimine | Cfz |
| | Cycloserine ឬ Terizidone | Cs; Trd |
| **ក្រុម C:**<br>ថែមឱសថដើម្បីបង្គ្រប់ក្នុងរូបមន្តពេលដែលថែមឱសថមកពីក្រុម A និង ក្រុម B ដែលមិនអាច ប្រើបាន | Ethambutol | E |
| | Delamanid | Dlm |
| | Pyrazinamide | Z |
| | Imipenem-cilastatin ឬ Meropenem | Ipm-Cln; Mpm |
| | Amikacin ( ឬ Streptomycin) | Am (S) |
| | Ethionamide ឬ Prothionamide | Eto; Pto |
| | p-aminosalicylic acid | PAS |

# VII. រូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង និងហង់សិន បានរៀបចំរូបមន្តជាក់លាក់ចំបងៗ សម្រាប់ ព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំរីហ្វំពីស៊ីន/របេងស៊ាំថ្នាំច្រើនមុខ ឬរបេងស៊ាំផ្សេងៗ រួមមាន ដូចខាងក្រោម៖

១) រូបមន្តព្យាបាលដោយថ្នាំលេបសុទ្ធសាធរយៈរយៈពេលខ្លី (រយៈពេល៩ទៅ១២ខែ)

២) រូបមន្តព្យាបាលដោយថ្នាំលេបសុទ្ធសាធរយៈពេលវែង (LO1, LO2 និង LO3) (រយៈពេល ១៨ទៅ២០ខែ)

៣) រូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលវែងសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗ (IR) (រយៈពេល១៨ទៅ២០ខែ)

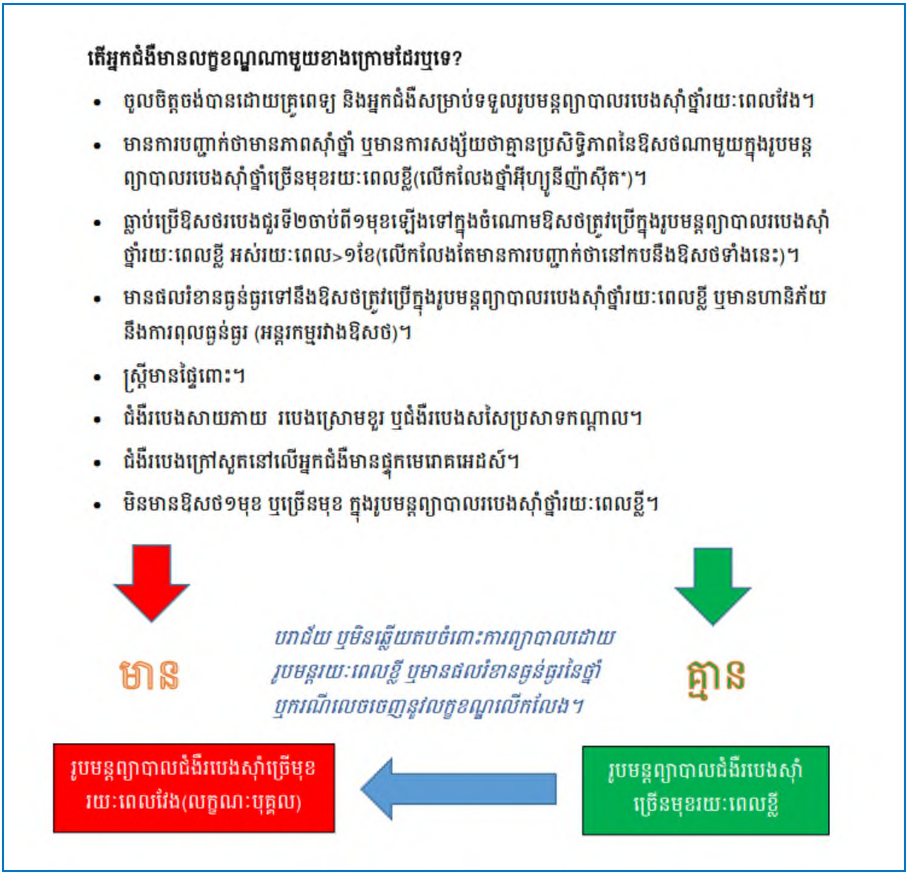
៤) រូបមន្តព្យាបាលរបេងស៊ាំថ្នាំអ៊ីហ្សូនីញ៉ាស៊ីត (រយៈពេល៦ខែ)។

យោងតាមគោលការណ៍ណែនាំរួមឆ្នាំ២០២០របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ការ ព្យាបាលជាអាទិភាព សម្រាប់អ្នកជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំរីហ្វំពីស៊ីន/របេងស៊ាំថ្នាំច្រើនមុខ គឺរូបមន្ត ព្យាបាលដោយថ្នាំលេបសុទ្ធសាធរយៈពេលវែង (LO) ដែលសំដៅទៅលើរូបមន្តព្យាបាល LO1, LO2 នៅក្នុងផែនការកម្ពុជា ប្រសិនបើនៅកបនឹងថ្នាំហ្លួយរ៉ូគីណូឡូន( FQ) និង LO3 ប្រសិនបើមានស៊ាំនឹងថ្នាំFQ។ ចំណែករូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលខ្លី ពី៩-១២ខែដោយមានថ្នាំ ចាក់អាមីកាស៊ីន(SI) ក៏បានឈប់ប្រើប្រាស់ទាំងស្រុងចាប់ពីពាក់កណ្ដាលខែមិថុនា ឆ្នាំ២០២១ មកម្លេះ ដោយប្រើថ្នាំបេដាគីលីនជំនួសថ្នាំចាក់វិញ។

ព័ត៌មានពីការព្យាបាលត្រូវផ្តល់ឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ដល់អ្នកជំងឺស៊ាំថ្នាំរីហ្វំពីស៊ីន/របេង ស៊ាំថ្នាំ ច្រើនមុខ ដើម្បីពួកគេអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបានត្រឹមត្រូវ ព្រោះការព្យាបាលនីមួយៗ តម្រូវឱ្យ មានការយល់ដឹងអំពីផលប៉ះពាល់នៃជម្រើសព្យាបាលនីមួយៗ ដែលរួមមានហានិភ័យ និងគុណ ប្រយោជន៍ជាសក្តានុពល នីតិវិធីដែលចាំបាច់ និងកិច្ចសន្យាដែលតម្រូវជាចាំបាច់ក្នុងការ ទទួល យកការព្យាបាល។ ជាចុងក្រោយគួរមានការសម្រេចចិត្តរួមគ្នារវាងគ្រូពេទ្យ និងអ្នកជំងឺនៅពេល ធ្វើការជ្រើសរើសរវាងរូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលខ្លី ឬវែង។

គួរកត់សម្គាល់ថា វាជាការសំខាន់ដែលអ្នកជំងឺម្នាក់ប្រើរូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលខ្លី អាចប្តូរ ទៅជារូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលវែងវិញបាននៅពេលក្រោយ ផ្អែកតាមករណីចាំបាច់ដែលកើត មាន។ ក៏ប៉ុន្តែនៅពេលដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានដាក់ឱ្យនៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលវែងណា មួយក្នុងរយៈពេលលើសពី៤សប្តាហ៍ ជាធម្មតាគាត់មិនអាចប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលខ្លី វិញបានទេ។

## លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីសំរេចថាតើពេលណាថ្នាំព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំរយៈពេលខ្លីអាចត្រូវផ្តល់ជូនបាន៖



## VIII. តារាងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំចំបងៗនៅកម្ពុជាបច្ចុប្បន្ន

| រូបមន្តព្យាបាល | រយៈពេលព្យាបាល | ឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាល |
|---|---|---|
| ១. រូបមន្តព្យាបាលដោយថ្នាំលេបទាំងអស់ រយៈពេលខ្លី | ៩ -១២ខែ | 4-6 Bdq(6m)-Mfx or Lfx-Cfz-E-Z-Hh-Eto/ 5 Mfx/Lfx-Cfz-E-Z |
| ២. រូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលវែងដោយថ្នាំលេបទាំងអស់ (LO) ៖ ១៨-២០ខែ | | |
| LO-1 (FQ នៅកប.១) | ១៨-២០ខែ | 6 Bdq-Lfx-Lzd-Cfz/ 12-14 Lfx-Lzd-Cfz |
| LO-2 (FQ នៅកប.២) | | 6 Bdq-Lfx-Lzd-Cfz/ 12-14 Lfx-Lzd-Cs |
| LO-3 (FQ ស៊ាំ) | | 6 Bdq-Lzd-Cfz-Cs-Dlm/ 12-14 Lzd-Cfz-Cs |
| ៣. រូបមន្តព្យាបាលលក្ខណៈបុគ្គល (IR) ៖ ១៨-២០ខែ | | |
| ៤. រូបមន្តព្យាបាលរបេងស៊ាំថ្នាំអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត៖ ៦(H)REZ-Lfx | | |

### ១. រូបមន្តព្យាបាលដោយថ្នាំលេបទាំងអស់រយៈពេលខ្លី៖

4-6 Bdq(6 m)-Lfx/Mfx-Cfz-Z-E-Hh-Eto / 5 Lfx/Mfx-Cfz-Z-E

- វគ្គដំបូង មានរយៈពេល ៤-៦ខែ៖ មានថ្នាំ៧មុខ(បេដាគីលីន(Bdq) ឡេវ៉ូផ្លុកសាស៊ីន(Lfx) ឬម៉ុកស៊ីផ្លុកស៊ីន(Mfx) ខ្លូហ្វាស៊ីមីន(Cfz) ពីរ៉ាស៊ីណាមីត(Z) អេតំប៊ុយតុល(E) អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (H) និង អេជោណាមីត(Eto) [ **Bdq(6 m)-Lfx/Mfx-Cfz-Z-E-Hh-Eto]** ។
- វគ្គបន្តមានរយៈពេល៥ខែ៖ មានថ្នាំ៤មុខ(ឡេវ៉ូផ្លុកសាស៊ីន(Lfx) ឬម៉ុកស៊ីផ្លុកស៊ីន(Mfx) ខ្លូហ្វាស៊ីមីន(Cfz) ពីរ៉ាស៊ីណាមីត(Z) និង អេតំប៊ុយតុល(E) **[Lfx/Mfx-Cfz-Z-E]**។

- *សម្រាប់រយៈពេលដំបូង បើតេស្តមីក្រូទស្សន៍ភ្នាសកំហាក ឬការបណ្តុះមេរោគនៅតែវិជ្ជមាននៅខែទី៤ គេអាចបន្តវគ្គនេះរហូតដល់មានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន។ប៉ុន្តែគេមិនអាចពន្យារយៈពេលនេះលើសពី៦ខែឡើយ សម្រាប់វគ្គដំបូងអតិបរិមាសរុប។*
- *សម្រាប់ថ្នាំ bedaqulin គឺត្រូវប្រើរយៈពេល៦ខែគត់(ទោះបីលទ្ធផល តេស្តមីក្រូទស្សន៍ភ្នាសកំហាក ឬការបណ្តុះមេរោគអវិជ្ជមាននៅខែទី៤ ហើយដែលថ្នាំ Eto និងថ្នាំ H ត្រូវបញ្ឈប់មុនក្តី)។*
- *ថ្នាំ Mfx អាចប្រើជំនួសថ្នាំ Lfx បាន។*

## ២. រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដាររយៈពេលវែងដោយថ្នាំលេបទាំងអស់

(LO1, LO2, LO3)

សម្រាប់អ្នកជំងឺRR-/MDR-TB ដែលនៅកបនឹងថ្នាំផ្លុយអរ្ញ៉ូគីណូឡូន(FQ) តាមរយៈលទ្ធផលតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍អិលភីអេស ឬXpert-XDR 10 Colorrs រូបមន្តព្យាបាល LO1 គឺជាជំរើសទី១ ដែលរួមមានភ្នាក់ងារក្រុម A ទាំងអស់(Bdq, Lfx និងLzd) បូកជាមួយភ្នាក់ងារ ១ ទៀតនៃក្រុម B (Cfz) ។

| LO1: 6 Bdq-Lfx-Lzd-Cfz/ 12 Lfx-Lzd-Cfz |
|---|

- វគ្គដំបូង មានរយៈពេល៦ខែ៖ មានថ្នាំ៤មុខ(បេដាគីលីន(Bdq) ឡេវ៉ូផ្លុកសាស៊ីន(Lfx) លីណេហ្សូលីត (Lzd) និង ខ្លូហ្វាស៊ីមីន(Cfz) [ **Bdq-Lfx_Lzd-Cfz ]** ។
- វគ្គបន្តមានរយៈពេល១២ខែ៖ មានថ្នាំ៣មុខ(ឡេវ៉ូផ្លុកសាស៊ីន(Lfx) លីណេហ្សូលីត (Lzd) និង ខ្លូហ្វាស៊ីមីន(Cfz) **[Lfx-Lzd-Cfz]**។

ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដាក់ការព្យាបាលដោយរូបមន្ត LO1 មានបទពិសោធន៍ដោយការពុលជាមួយថ្នាំលីណេហ្សូលីត(Lzd) នោះរូបមន្តព្យាបាល LO2 អាចត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ម៉្លោះហើយថ្នាំសាយក្លូស៊ីរីន(Cs) ត្រូវប្រើជំនួសថ្នាំលីណេហ្សូលីត (Lzd) ។

| LO2: 6 Bdq-Lfx-Lzd-Cfz/ 12 Lfx-Cfz-Cs |
|---|

ចំពោះអ្នកជំងឺ RR-/MDR-TB ដែលស៊ាំនឹងថ្នាំផ្លុយអរ្ញ៉ូគីណូឡូន(FQ) តាមរយៈតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍អិលភីអេស ឬ Xpert-XDR 10 Colorrs រូបមន្តព្យាបាល LO3 គឺជាជម្រើសដែលមានឱសថក្នុងក្រុមA (Bdq និង Lzd) និងឱសថ២នៃក្រុមB (Cfz និង Cs) ហើយត្រូវបូកបន្ថែមឱសថក្នុងក្រុម C (Dlm) នៅដំណាក់កាលដំបូង។ នៅដំណាក់កាលទីពីរ ថ្នាំ Lzd និងឱសថក្នុងក្រុម B ទាំងពីរត្រូវបានរក្សាទុកបន្ត។

**LO3: 6 Bdq-Lzd-Cfz-Cs-Dlm/ 12 Lzd-Cfz-Cs**

- វគ្គដំបូង មានរយៈពេល៦ខែ៖ មានថ្នាំ៥មុខ(បេដាគីលីន(Bdq) លីណេហ្សូលីត(Lzd) ខ្លូហ្វាស៊ីមីន(Cfz) សាយក្លូស៊ីរីន(Cs) និងឌីឡាម៉ានីត(Dlm) [Bdq-Lzd-Cfz-Cs-Dlm] ។
- វគ្គបន្តមានរយៈពេល១២ខែ៖ មានថ្នាំ៣មុខ(លីណេហ្សូលីត (Lzd) ខ្លូហ្វាស៊ីមីន(Cfz) និងសាយក្លូស៊ីរីន(Cs) [Lzd-Cfz-Cs]។

## ៣. រូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលវែង តាមបុគ្គល(ឯកត្តជន) (IR)

ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនអាចព្យាបាលបានតាមរូបមន្តស្តង់ដារ LO ដោយសារតែមានភាពស៊ាំការពុល ឬកត្តាដទៃទៀតនោះ រូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលវែងតាមបុគ្គល(ឯកត្តជន) នឹងត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយពិចារណាលើគោលការណ៍ដែលគ្រប់គ្រងលើសមាសធាតុនៃរូបមន្តរយៈពេលវែង និងឋានានុក្រមនៃឱសថនៅក្នុងតារាងចំណាត់ថ្នាក់។ ភាពបត់បែននៃរូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលវែង ដើម្បីពិចារណាដោយឡែកលើឱសថដែលសមស្របបំផុតសម្រាប់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗ គឺមានមូលដ្ឋានខុសគ្នាខ្លាំងបំផុតជាមួយនឹងរូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលខ្លីស្តង់ដារ ដែលកម្រិតលើការផ្លាស់ប្តូរ។

រូបមន្តព្យាបាលតាមបុគ្គល(ឯកត្តជន) IR ត្រូវបានរៀបចំឡើងតាមវិធីសាស្រ្តជាជំហានៗ។ ប្រសិនបើរូបមន្តនេះមិនអាចផ្សំជាមួយឱសថមកពីក្រុម A និងក្រុម B បានដោយហេតុផលណាមួយនោះ ឱសថក្រុមC នៅក្នុងតារាង នឹងត្រូវផ្តល់បំពេញបន្ថែមឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់។ ពេលខ្លះ ភ្នាក់ងារបន្ថែមចាំបាច់ត្រូវបន្ថែមរហូតដល់កម្រិតអប្បបរមាដែលបានណែនាំ ជាពិសេសនៅពេលដែលមានការជឿជាក់តិចតួចលើកម្រិតប្រសិទ្ធភាពនៃសមាសធាតុនៃរូបមន្តព្យាបាលនេះ។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីសេណារីយ៉ូ ដែលផ្តល់ការណែនាំបន្ថែមក្នុងការរៀបចំផែនការ IRs។ កត្តាដែលជះឥទ្ធិពលសំខាន់ គឺការហាមប្រើឱសថមួយចំនួនដោយសារតែភាពស៊ាំ ការមិនអាចប្រើថ្នាំបាន ឬ ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកជំងឺ ឬអាទិភាពរបស់កម្មវិធីជាដើម។ល។ ការរចនានៃរូបមន្តព្យាបាលខាងលើនេះ អនុវត្តតាមគោលការណ៍ជាមូលដ្ឋានដោយផ្អែកលើភ័ស្តុតាងដែលអាចរកបានល្អបំផុតនៅក្នុងការណែនាំចុងក្រោយរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក។

គោលការណ៍ទាំងនេះក៏ត្រូវអនុវត្តតាមផងដែរនៅពេលរៀបចំរូបមន្តព្យាបាលរយៈពេលវែងដែលមានលក្ខណៈបុគ្គល ដូចមានពិភាក្សានៅផ្នែកខាងក្រោម។

## តារាង ឧទាហរណ៍នៃការរៀបចំផែនការ IRs យោងតាមសេណារីយ៉ូនៃការហាមប្រើថ្នាំមួយចំនួន

| សេណារីយ៉ូ<br>ឱសថដែល**មិនអាច**ប្រើបាន | | *ពិចារណាអំពីឱសថបន្ថែមដែលអាច<br>ឬបញ្ជាក់ថាមានប្រសិទ្ធភាព* | | | *គំរូរូបមន្តព្យាបាល* |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ក្រុម A | ក្រុម B | ក្រុម C | |
| ១ | មិនមានឱសថក្នុងក្រុម A និងក្រុម ខ ត្រូវបានប្រើ | ឱសថទាំង៣មុខ | ឱសថមួយមុខ | ជាធម្មតាមិនចាំបាច់ | Lfx-Bdq-Lzd-Cfz |
| ២ | ឱសថ១មុខក្នុងក្រុម A | ឱសថ២មុខ ដែលនៅសល់ | ឱសថ ទាំង២មុខ | អាចចាំបាច់ | Bdq-Lzd-Cs-Cfz-(Z) |
| ៣ | ឱសថ២មុខក្នុងក្រុម A | ឱសថដែលនៅសល់ | ឱសថ ទាំង២មុខ | យ៉ាងហោចណាស់ ឱសថ១មុខ | Lzd-Cs-Cfz-Dlm-(E) |
| ៤ | ឱសថ១មុខក្នុងក្រុម B | ឱសថទាំង៣មុខ | ឱសថដែល នៅសល់ | អាចមិនចាំបាច់ | Lfx-Bdq-Lzd-Cs-(E) |
| ៥ | ឱសថទាំង២មុខក្នុងក្រុម B | ឱសថទាំង៣មុខ | គ្មាន | យ៉ាងហោចណាស់ ឱសថ១មុខ | Lfx-Bdq-Lzd-E-(Z) |
| ៦ | ឱសថ១មុខក្នុងក្រុម A និងឱសថទាំង២ក្នុងក្រុម B | ឱសថ២មុខ ដែលនៅសល់ | គ្មាន | យ៉ាងហោចណាស់ ឱសថ៣មុខ | Mfx-Lzd-E-Z-Dlm-(Am) |
| ៧ | ឱសថទាំងអស់ក្នុងក្រុម A | គ្មាន | ទាំង២ | ឱសថចាប់ពី៣មុខ | Cfz-Cs-Dlm-Mpm-Amx/Clv-PAS |

អនុសាសន៍ផ្អែកលើភស្តុតាងមូលដ្ឋានចំនួន ៣ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងគោលការណ៍ណែនាំរួមស្តីពីការព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំ ដើម្បីណែនាំពីរយៈពេលនៃការព្យាបាលជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំច្រើនមុខដែលមានរយៈពេលវែង៖

- រយៈពេលស្មើឡើងសម្រាប់ការព្យាបាលគួរមានរយៈពេលសរុបពី **១៨ ទៅ ២០ ខែ** សម្រាប់អ្នកជំងឺភាគច្រើន ហើយរយៈពេលអាចមានការប្រែប្រួលផ្អែកតាមកម្រិតឆ្លើយតបរបស់អ្នកជំងឺចំពោះការព្យាបាល។

- រយៈពេលដែលស្មើឡើងសម្រាប់ការព្យាបាលគួរមានរយៈពេលសរុបពី **១៥-១៧ ខែ** បន្ទាប់ពីលទ្ធផលបណ្តុះមេរោគអវិជ្ជមាន សម្រាប់អ្នកជំងឺភាគច្រើន ហើយរយៈពេលអាចមានការ ប្រែប្រួលផ្អែកតាមកម្រិតឆ្លើយតបរបស់អ្នកជំងឺចំពោះការព្យាបាល។
- ចំពោះអ្នកជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំរីហ្វាំពីស៊ីន/របេងស៊ាំថ្នាំច្រើនមុខ ដែលព្យាបាលតាមរបបរយៈពេលវែងដោយប្រើ ឱសថAm ឬ S នោះរយៈពេលដែលស្មើឡើងសម្រាប់វគ្គសម្រុកគឺពី **៦-៧ខែ** សម្រាប់អ្នកជំងឺភាគច្រើន ហើយរយៈពេលនេះអាចមានការប្រែប្រួលផ្អែកតាមកម្រិតឆ្លើយតបរបស់អ្នកជំងឺចំពោះការព្យាបាល។

### ៤. **រូបមន្តព្យាបាលរបេងស៊ាំថ្នាំអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត៖** 6 (H)REZ-Lfx

ថ្នាំទាំងអស់ប្រើរយៈពេល៦ខែ។ គេអាចប្រើគ្រាប់ថ្នាំបញ្ចូលគ្នា RHEZ បាន ទោះបីជាថ្នាំអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីតមិនមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការព្យាបាលនេះក្តី។

## IX. **ការផ្តល់ការព្យាបាល** (Treatment Delivery)

នៅមន្ទីរពេទ្យ គឺមិនចាំបាច់ទេសម្រាប់អ្នកជំងឺរបេងស៊ាំថ្នាំរីហ្វាំពីស៊ីន / របេងស៊ាំថ្នាំច្រើនមុខទាំងអស់។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរួមមានដូចខាងក្រោម៖ អ្នកជំងឺ

ក) ឈឺធ្ងន់ធ្ងរ និងមិនមានកាយសម្បទាគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការថែទាំនៅផ្ទះ។

ខ) មានជំងឺរួមផ្សំធ្ងន់ធ្ងរដែលត្រូវពិនិត្យតាមដានឱ្យបានដិតដល់ (ជំងឺបេះដូងមិនទៀងទាត់ ជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមិនអាចគ្រប់គ្រងបាន ជំងឺស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរជំងឺខួច តម្រងនោម។ល។)

គ) មានផលរំខានធ្ងន់ធ្ងរ។

ឃ) មានបញ្ហាក្នុងការព្យាបាលឲ្យបានខ្ជាប់ខ្ជួន។

ចំពោះកុមារ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ/ការបញ្ជូន ដែលស្នើឡើង រួមមានដូចតទៅ៖

ក) ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមិនទាន់ច្បាស់លាស់ ដែលទាមទារឱ្យមានការអង្កេតស្រាវជ្រាវបន្ថែម។

ខ) មានជំងឺរបេងសួត ឬរបេងក្រៅសួតធ្ងន់ធ្ងរ។

គ) មានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ។

ឃ) មានសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកស្បួតធ្ងន់ធ្ងរ ឬវិបត្តិផ្លូវដង្ហើម។

ង) មានជំងឺរួមផ្សំផ្សេងទៀត ឧ. ជំងឺ ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ។

ច) ជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងទើបចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើជាអ្នកជំងឺមានលក្ខណៈស្មុគស្មាញ។

កម្មវិធីរបេងសុំថ្នាំ ណែនាំឱ្យបញ្ចេញអ្នកជំងឺរបេងសុំថ្នាំរីហ្វំពីស៊ីន/របេងសុំថ្នាំច្រើនមុខ ពីមន្ទីរពេទ្យឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ជាទូទៅលក្ខខណ្ឌនៃការអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យរួមមាន៖

ក) មិនមានស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬគម្រាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ដូចជាជំងឺរួមផ្សំធ្ងន់ធ្ងរផ្សេងៗ។

ខ) អាចទ្រាំទ្រទៅនឹងរូបមន្តព្យាបាលបច្ចុប្បន្នបាន។

គ) មានការព្រមព្រៀងបន្តការព្យាបាលនៅតាមសហគមន៍ឱ្យបានខ្ជាប់ខ្ជួនល្អ។

មុនពេលអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអភិបាលដូតស៍នឹងចុះពិនិត្យដល់ផ្ទះអ្នកជំងឺជាលើកដំបូងដើម្បីបានដឹងពីអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកជំងឺ និងដើម្បីធានាឱ្យមានវិធានការគ្រប់គ្រងការឆ្លងរោគនៅកន្លែង ព្រមទាំងជ្រើសរើសអ្នកឃ្លាំមើលដូតស៍ (DOT Watcher) រួចបណ្តុះបណ្តាលដល់ពួកគេ និងផ្តល់ការអប់រំសុខភាពដល់អ្នកជំងឺ ក៏ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ និងធ្វើការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងចំណោមអ្នករស់នៅផ្ទាល់ជាមួយអ្នកជំងឺ។

## ការតាមដានបន្តប្រចាំខែ

អំឡុងពេលកំពុងថែព្យាបាលនៅនឹងកន្លែង (ព្យាបាលនៅផ្ទះ) អ្នកជំងឺត្រូវទៅមណ្ឌលព្យាបាលជំងឺរបេង សុំថ្នាំជារៀងរាល់ខែរហូតទាល់តែការព្យាបាលបានចប់សព្វគ្រប់ និងនៅពេលចាំបាច់ (ad hoc) ចំពោះអ្នកមានប្រតិកម្មថ្នាំធ្ងន់ធ្ងរ និងរាល់ពេលមានការផ្លាស់ប្តូរ

រូបមន្តព្យាបាល ឬប្តូរកម្រិតដូសថ្នាំជាដើម។ ប្រសិនបើចាំបាច់ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅរកអ្នកជំនាញ ឬទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដើម្បីថែទាំរកបញ្ហាកើតមានស្រួចស្រាវ ឬរ៉ាំរ៉ៃ (ឧ. ជំងឺរលាកសួត ឬទឹក នោមផ្អែម) អ្នកឃ្លាំមើលដូតស៍ ត្រូវធានាថាអ្នកជំងឺនៅតែបន្តការព្យាបាលជំងឺរបេងសុំាថ្នាំខណៈ ពេលកំពុងទទួលការថែទាំជាពិសេសនៅមន្ទីរពេទ្យទាំងនោះ និងរំលឹកដល់អ្នកជំងឺឱ្យបន្តការព្យាបាលជំងឺរបេងសុំាថ្នាំ បន្ទាប់ពីចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

ក្នុងករណីមានការផ្អាកឈប់ព្យាបាល នោះត្រូវមានយន្តការតាមរកក្នុងរយៈ ពេល២៤ ម៉ោង តាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទ ហើយប្រសិនបើមិនបានជោគជ័យទេ គឺត្រូវតាមរកដោយចុះទៅដល់ផ្ទះគាត់។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយបានចេញពីមន្ទីរពេទ្យ មិនឲ្យដំណឹងក្នុងពេលកំពុងព្យាបាលក្រុមការងារផ្នែករបេងសុំាថ្នាំ ទទួលខុសត្រូវក្នុងការស្វែងរកអ្នកជំងឺ។ បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ ទាក់ទងជាមួយគិលានុបដ្ឋាក-យិកានៅសហគមន៍ និងបុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព ហើយក៏អាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការងាររបេងថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិដើម្បីសុំជំនួយ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបាត់ខ្លួននៅក្នុងសហគមន៍ អ្នកឃ្លាំមើលដូតស៍ទទួលបន្ទុកត្រូវទាក់ទងទៅអ្នកអភិបាលដូតស៍ ដើម្បីសុំជំនួយគាំទ្រ និងជូនដំណឹងដល់បុគ្គលិកមណ្ឌលព្យាបាលជំងឺរបេងសុំាថ្នាំ។

# តារាងដូសថ្នាំសម្រាប់របបព្យាបាលរបេងសាំថ្នាំ តាមកម្រិតទម្ងន់ មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ

(Ref. WHO operational handbook on TB, Module: Dug-resistant tuberculosis treatment, 2020)

| Group | Medicine | Weight-based daily dose | Formulation | Weight bands for patients 15 years or older | | | | | Usual Upper Daily Dose |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 30-35 kg | 36-45kg | 46-55kg | 56-70kg | >70kg | |
| A | Levofloxacin (Lfx) | | 250 mg tab<br>500 mg tab | 3<br>1.5 | 3<br>1.5 | 4<br>2 | 4<br>2 | 4<br>2 | 1.5 g |
| | Moxifloxacin (Mfx) | Standard dose<br>High dose | 400 mg tab<br>400 mg tab | 1<br>1 or 1.5 | 1<br>1.5 | 1<br>1.5 or 2 | 1<br>2 | 1<br>2 | 400 mg<br>800 mg |
| | Bedaquiline (Bdq) | | 100 mg tab | 4 tabs od for 2 weeks; then 2 tabs od M/W/F for 22 weeks | | | | | 400 mg |
| | Linezolid (Lzd) | | 600 mg tab | 0.5 | 0.75 | 1 | 1 | 1 | 1.2 g |
| B | Clofazimine (Cfz) | | 50 mg cap or tab<br>100 mg cap or tab | 2<br>1 | 2<br>1 | 2<br>1 | 2<br>1 | 2<br>1 | 100 mg<br>100 mg |
| | Cycloserine (Cs) or Terizidone (Trd) | 10-15 mg/kg | 250 mg cap | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 g |
| C | Ethambutol (E) | 15-25 mg/kg | 400 mg tab | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | |
| | Delamanid (Dlm) | | 50 mg tab | 2 bd | 2 bd | 2 bd | 2 bd | 2 bd | 200 mg |
| | Pyrazinamide (Z) | 20-30 mg/kg | 400 mg tab | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | |
| | Imipinem-Cilastatin (Ipm-Clm) | | 0.5 g + 0.5 g vial | 2 vials (1g + 1g) bd | | | | | |
| | Meropenem (Mpm) | | 1g vial (20ml) | 1 vials 3x/day or 2 vials bd | | | | | |
| | Amikacin (Am) | 15-20 mg/kg | 500 mg/2ml vial | 2.5 ml | 3 ml | 3-4 ml | 4 ml | 4 ml | 1 g |
| | Streptomycin (S) | 12-18 mg/kg | 1 gm vial | Calculate according to the dilution used | | | | | 1 g |
| | Ethionamide (Eto) or Prothionamide (Pto) | 15-20 mg/kg | 250 mg tab | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 1 g |
| | p-aminosalicylic acid (PAS) | 8-12 g/day in 2 to 3 divided doses | PAS Acid (4gm) sachet | 1 bd | 1 bd | 1 bd | 1 bd | 1 to 1.5 bd | 12 g |
| Other medicines | Isoniazid (H) | Standard dose:<br>4-6 mg/kg<br>High dose:<br>10-15 mg/kg | 300 mg tab<br>300 mg tab | 2/3<br>1.5 | 1<br>1.5 | 1<br>2 | 1<br>2 | 1<br>2 | |
| | Clavulanic acid | | 125 mg tab | 1 bd | 1 bd | 1 bd | 1 bd | 1 bd | Only to be used with carbapenems |
| | Pretomanid (Pa) | | 200mg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 200 mg |
| | Gatifloxacin (Gfx) | | 400mg | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 800 mg |

# តារាងដូសថ្នាំក្នុងរបបព្យាបាលរបេងសាំថ្នាំ សម្រាប់កុមារ តាមកម្រិតទម្ងន់( ៤៦គ.ក្រ)

## (Ref. WHO operational handbook on TB, Module: Dug-resistant tuberculosis treatment, 2022)

| Group | Medicine | Weight-based daily dose | Formulation | 3 to<5kg | 5 to<7kg | 7 to <10kg | 10 -<16 kg | 16-<24 kg | 24-<30 kg | 30-<36 kg | 36-<456g | Upper daily dose |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | Levofloxacin (Lfx) | 15-20 mg/kg | 100 mg dt<br>250 mg tab | 0.5<br>2mL ( off 10mL) | 1<br>0.5 (5mL) | 1.5<br>0.5 (5mL) | 2<br>1 | 3<br>1.5 | -<br>2 | -<br>3 | -<br>3 | 1.5g |
| | Moxifloxacin (Mfx) | 10-15 mg/kg | 100 mg dt<br>400 mg tab<br>*High dose* | 4 mL<br>1 mL<br>- | 8 mL<br>2 mL<br>- | 1.5<br>3 mL<br>- | 2<br>5 mL or (0.5)<br>- | 3<br>7.5mL or 0.75<br>- | 4<br>1<br>- | 4<br>1<br>*1 or 1.5* | 4<br>1<br>*1.5* | 400 mg |
| | Bedaquiline (Bdq) | - | 20 mg dt | <3M: 1.5 for 2 wks then 0.5 M/W/F for 22wks<br>≥3M: 3 od for 2 wk, then 1 M/W/F | | 3-6M: 3 then 1<br>≥6M: 4 then 2 | <6M: 3 then 1<br>≥6M: 6 then 3 | 10 dts for 2 wks; then 5 dts od M/W/F for 22 wks | | 20 dts for 2 wks; then 10 dts od M/W/F for 22 wks | | Daily loading dose for first 2 weeks, |
| | | | *100 mg tab* | *≥3M: 6mL for 2 wks, then 2mL*<br>- | | *≥6M: 8mL; 4mL* | *≥6M: 12mL; 6mL* | *2 tab od for 2wks; 1 tab M/W/F* | | *4 tabs o for 2wks, 2 tabs M/W/F* | | |
| | Linezolid (Lzd) | 15mg/kg (<15kg) od<br>10-12mg/kg (≥15kg) od | 20 mg/mL susp<br>150 mg dt<br>600 mg tab | 2 mL<br>2.5mL | 4 mL<br>0.5 (5mL)<br>0.25(1.25mL) | 6 mL<br>1<br>0.25 (2.5mL) | 8 mL<br>1<br>0.25(2.5mL) | 11 mL<br>2<br>0.5(5mL) | 14 mL<br>2<br>0.5(5mL) | 15 mL<br>2<br>0.5(5mL) | 20 mL<br>3<br>0.75(7.5mL) | 600 mg |
| B | Clofazimine (Cfz) | 2-5 mg/kg | 50 mg cap or tab<br>100 mg cap or tab | 1 M/F<br>- | 1 M/W/F<br>1 M/F | 1 M/W/F<br>1 M/F | 1<br>1 M/W/F | 1<br>1 M/W/F | 2<br>1 | 2<br>1 | 2<br>1 | <24kg, use 50mg tab |
| | Cycloserine (Cs) or Terizidone (Trd) | 10-15 mg/kg | 125 mg mini-cap<br>250 mg cap | 2mL<br>1 mL | 4mL<br>2 mL | 1<br>5 mL | 2<br>1 | 3<br>2 | 4<br>2 | 4<br>2 | 4<br>2 | 1g |
| C | Ethambutol (E) | 15-25 mg/kg | 100 mg dt<br>400 mg tab | 0.5(5mL)<br>1.5mL | 1<br>3 mL | 2<br>4 mL | 3<br>6 mL | 4<br>1 | -<br>1- 1.5 | -<br>2 | -<br>2 | |
| | Delamanid (Dlm) | - | 25 mg dt<br>50 mg tab<br>(in10mL) | 1 od<br>0.5(5mL) od | <3M: 1 od, ≥3M: 1 bd<br><3M: 5mL od, ≥3M: 5mL bd | | 1 bd<br>0.5(5 mL) bd | 2 morning, 1 evening<br>1 morning, 0.5(5mL) evening | | 2 bd<br>1 bd | 2 bd<br>1 bd | |
| | Pyrazinamide (Z) | 20-30 mg/kg | 150 mg dt<br>400 mg tab | 5 mL<br>2.5mL | 1<br>0.5(5mL) | 2<br>0.75(7.5mL) | 3<br>1 | 5<br>2 | -<br>2.5 | -<br>3 | -<br>4 | |
| | Meropenem (Mpm) | 20-40 mg/kg iv | 1 g vial (20ml) | 1 mL | 2 mL | 4 mL | 6 mL | 8-9 mL | 11 mL | 1 vial 3 times/day or 2 vial bd | | Only used with clavulanic acid |
| | Amikacin (Am) | 15-20 mg/kg | 500 mg/2ml vial | Not recommended by WHO in children and adolescents below 18 years of age, but if used as salvage therapy, calculate according to diluted used *(Streptomycin is the same as Am's recommendation)* | | | | | | | | |
| | Ethionamide (Eto) or Prothionamide (Pto) | 15-20 mg/kg | 125 mg dt<br>250 mg tab | 3 mL<br>- | 7 mL<br>3 mL | 1<br>0.5(5mL) | 2<br>1 | 3<br>2 | 4<br>2 | 4<br>2 | 4<br>2 | 1g |
| | P-aminosalicylic acid (PAS) | 200-300 mg in 2 divided doses | PAS Sodium (4gm) sachet | 0.3 g bd | 0.75 g bd | 1 g bd | 2 g bd | 3 g bd | 3.5 g bd | 4 g bd | 4 g bd | |
| Other medicines | Isoniazid (H) | High dose:<br>15-20 mg/kg | 50mg/5mL solu.<br>100 md dt | 5 mL<br>0.5(5mL) | 9 mL<br>1 | 15 mL<br>1.5 | 20 mL<br>2 | -<br>3 | -<br>4 | -<br>4 | -<br>4.5 | |
| | Clavulanic acid | - | 62.5 mg Cl.acid 125/62.5 mg powder for oral solution, 5 mL. | 1.5 mL bd | 2 mL bd | 3 mL bd | 5 mL bd | 8 mL bd | 10 mL bd | 10 mL bd | 10 mL bd | Only used with Carbapenems |

## X. និយមន័យពាក្យគន្លឹះទាក់ទងនឹងការកត់ត្រា និង របាយការណ៍អំពីរបេងស៊ាំថ្នាំ

- **របេងស៊ាំថ្នាំមួយមុខ(Mono-resistance):** ស៊ាំទៅនឹងថ្នាំណាមួយនៃថ្នាំរបេងជួរទី១។
- **របេងស៊ាំថ្នាំអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (Hr-TB):** ស៊ាំទៅនឹងថ្នាំអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត តែនៅកបនឹងថ្នាំរីហ្វាំពីស៊ីន។
- **របេងពហុស៊ាំថ្នាំ(Poly-resistant):** ស៊ាំទៅនឹងថ្នាំច្រើនជាង១មុខនៃថ្នាំរបេងជួរទី១ ដែលមិនមែនជាថ្នាំទាំងពីរមុខ គឺ រីហ្វាំពីស៊ីន និងអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត។
- **របេងស៊ាំថ្នាំច្រើនមុខ(MDR-TB):** មេរោគរបេងដែលយ៉ាងហោចស៊ាំនឹងថ្នាំរីហ្វាំពីស៊ីន និងអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីតទាំងពីរមុខរួមគ្នា។
- **របេងស៊ាំថ្នាំរីហ្វាំពីស៊ីន(RR-TB):** មេរោគរបេងស៊ាំនឹងថ្នាំរីហ្វាំពីស៊ីន ដែលរកឃើញតាមវិធីតេស្តផេណូទីប ឬហ្សេណូទីប ដែលទោះជាមាន ឬគ្មានស៊ាំទៅនឹងថ្នាំរបេងផ្សេងទៀតក៏ដោយ។ របេងស៊ាំថ្នាំរីហ្វាំពីស៊ីន (RR-TB) អាចនៅកបជាមួយថ្នាំអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត ឬស៊ាំថ្នាំអ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត (ជា MDR-TB) ឬក៏អាចមានស៊ាំជាមួយថ្នាំរបេងជួរទី១ ឬថ្នាំជួរទី២ដទៃទៀតដែរ។
- **របេងស៊ាំថ្នាំត្រៀមកម្រិតខ្ពស់(Pre-XDR(FQ):** បន្ថែមពីលើរបេងស៊ាំថ្នាំច្រើនមុខនៃនិយមន័យ MDR/RR-TB ហើយមានស៊ាំថែមទៅនឹង ថ្នាំគីណូឡូនណាមួយទៀត។
- **របេងស៊ាំថ្នាំកម្រិតខ្ពស់(XDR-TB):** បន្ថែមពីលើរបេងស៊ាំថ្នាំច្រើនមុខនៃនិយមន័យ \ MDR/RR-TB ហើយមានស៊ាំថែមទៅនឹង ថ្នាំគីណូឡូនណាមួយ និងថ្នាំរបេងចាក់ជួរទី២ណាមួយទៀត។ យោងតាមនិយមន័យថ្មីឆ្នាំ២០២២ របស់អង្គការសុខភាព ពិភពលោក របេងស៊ាំ ថ្នាំកម្រិតខ្ពស់(XDR-TB) គឺករណី MDR/RR-TB ហើយមានស៊ាំថែមទៅនឹងថ្នាំគីណូឡូន ណាមួយ និងថ្នាំរបេងណាមួយក្នុងក្រុម A នៃថ្នាំរបេង (គឺថ្នាំ បេដាគីលីន ឬ ថ្នាំលីណេហ្សូលីត)។

ឧបត្ថម្ភដោយ អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO)

World Health Organization