ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់

សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក

កែសម្រួលលើកទី ៣

មិថុនា ឆ្នាំ២០២០

\

អារម្ភកថា

ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់ជាមគ្គុទេសក៏គ្លីនិក សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាលផ្តល់ការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលផ្ទៃពោះ ពេលឈឺពោះសម្រាល ពេលសម្រាល ពេលក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើត

ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកនេះ រៀបចំឡើងស្របទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំនៃសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់ និងសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា យុទ្ធសាស្រ្តជាតិសុខាភិបាលនិងយុទ្ធសាស្រ្ត ឬគោលការណ៍ណែនាំជាតិនានាទាក់ទងទៅនឹង សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ មាតាទារក និង អាហារូបត្ថម្ភ ។

ដោយមានការវិវឌ្ឍថ្មីនៃគោលនយោបាយជាតិដូចជា   សេចក្តីណែនាំសម្រាប់ការអនុវត្តកញ្ចប់សេវាថែទាំពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងក្រោយសម្រាល គោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃកម្មវិធីនានាដែលពាក់ព័ន្ធរួមនិងអនុសាសន៍ថ្មីៗ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក   បានរៀបចំធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពពិធីសារជាតិមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលចេញផ្សាយក្នុងឆ្នាំ ២០១៣ និងសម្រេចបាននូវកំណែថ្មីដែលដាក់ឱ្យប្រើនៅឆ្នាំ២០២០។

បច្ចុប្បន្នភាពពិធីសារជាតិនេះ មានការចូលរួមផ្តល់យោបល់បច្ចេកទេសពីសំណាក់   តំណាងនាយកដ្ឋាន កម្មវិធីជាតិពាក់ព័ន្ធ មន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិ សមាគមឆ្មបកម្ពុជា សមាគមសម្ភពនិងរោគស្រ្តីវិទ្យាកម្ពុជា មន្ត្រីសុខាភិបាលពីរាជធានីនិងថ្នាក់ខេត្ត អង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍សុខាភិបាលនានា។

ក្រសួងសុខាភិបាលសង្ឃឹមយ៉ាងមុតមាំថា ពិធីសារជាតិដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព្រមទាំងបានបោះពុម្ពក្នុងឆ្នាំ២០២០នេះនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាប្រយោជន៍ដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាលទាំងអស់ជាពិសេស បុគ្គលិកសុខាភិបាល នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ក្នុងការអនុវត្តតាមយ៉ាងខ្ជាប់ខ្ជួននូវគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកនេះ ដើម្បីធានានូវការផ្តល់នូវ   សេវាថែទាំសុខភាពមាតានិងទារកទើបកើតប្រកបដោយគុណភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

ថ្ងៃអង្គារ ៣កើត ខែអាសាឍ ឆ្នាំជូត ទោស័ក ព.ស ២៥៦៤

រាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី២៣ ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០២០

សាស្ត្រាចារ្យ **អេង ហួត**

រដ្ឋលេខាធិការ

1

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមថ្លែងអំណរគុណដល់គ្រប់ភាគីពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ដែលបានរួមចំណែកក្នុងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពពិធីសារជាតិមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកឆ្នាំ២០២០នេះ ដែលមានមន្ត្រីមកពីកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ កម្មវិធីជាតិអាហារូបត្ថម្ភ កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន កម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ផ្នែកបណ្តុះបណ្តាល មន្ទីរពេទ្យសម្ភពនិងរោគស្ត្រីនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក មន្ទីរពេទ្យព្រះអង្គឌួង មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពកម្ពុជា-ចិន ព្រះកុសុមៈ នាយកដ្ឋានប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លងនៃក្រសួងសុខាភិបាល មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍សើរស្បែក និងកាមរោគមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រនាយកដ្ឋានការពារសុខភាព សមាគមឆ្មបកម្ពុជា សមាគមសម្ភពនិងរោគស្ត្រីវិទ្យាកម្ពុជា មន្ត្រីសុខាភិបាលពីរាជធានីនិងថ្នាក់ខេត្ត និង អង្គការដៃគូពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតរួមមាន WHO, PSI, UNFPA, JICA, SPF, URC, USAID, RACHA, RHAC, GIZ, MSIC, CARE, Save the Children ដែលបានចូលរួម ពិនិត្យ ពិភាក្សានិងផ្តល់មតិកែសម្រួលលើពិធីសារនេះ។

សូមអរគុណដល់ក្រុមការងារបច្ចេកទេសពិនិត្យបញ្ចប់ចុងក្រោយដែលដឹកនាំដោយលោកសាស្ត្រាចារ្យ ជំនួយ ប៊ិច សុធី អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក លោកសាស្ត្រាចារ្យ គុំ កាណាល់ប្រធានសមាគមសម្ភពនិងរោគស្ត្រីវិទ្យាកម្ពុជា និងលោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត ឡាំ ភីរុណ ប្រធានកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ។ ជាពិសេសសូមថ្លែងអំណរគុណដល់លោកស្រីសាស្ត្រាចារ្យ ទុង រដ្ឋាវី ប្រធានមជ្ឈ មណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ដែលបានផ្តល់ការគាំទ្រដល់ដំណើរការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពពិធីសារជាតិនេះ។

ជាចុងក្រោយសូមថ្លែងអំណរគុណដ៏ជ្រាលជ្រៅដល់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO)ដែលបានផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេស និងឧបត្ថម្ភថវិកាគាំទ្រដល់ការរៀបចំពិនិត្យឡើងវិញនូវពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិក មាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់ប្រកបដោយគុណភាព ព្រមទាំងការបោះពុម្ពពិធីសារជាតិនេះផងដែរ។

ក្រុមការងារបច្ចេកទេសពិនិត្យបញ្ចប់ពន្រោងពិធីសារជាតិ

1. លោកសាស្ត្រាចារ្យជំនួយ ប៉ិច សុធី	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក
2. លោកសាស្ត្រាចារ្យ គុំ កាណាល់	ប្រធានសមាគមសម្ភពនិងរោគស្ត្រីវិទ្យាកម្ពុជា
3. លោកសាស្ត្រាចារ្យរង សោម វណ្ណឫទ្ធី	ប្រធានការិយាល័យបច្ចេកទេសនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក
4. លោកសាស្ត្រាចារ្យ កេត លីសុត្ថា	អនុប្រធានសមាគមគ្រូពេទ្យទារកកម្ពុជា
5. លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត ឡាំ ភីរុណ	ប្រធានកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក
6. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត សាំង សូណា	អនុប្រធានផ្នែកបណ្តុះបណ្តាលនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក
7. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត អ៊ុយ គីណា	ប្រធានផ្នែករោគស្ត្រីនៃមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត
8. លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត ហេង រិទ្ធិសុបញ្ញា	ប្រធានផ្នែកសម្ភពរោគស្ត្រីនៃមន្ទីរពេទ្យព្រះអង្គឌួង
9. លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត ឈុន សមសោភា	ប្រធានផ្នែកសម្ភពនៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត
10. លោកស្រីសាស្ត្រាចារ្យជំនួយ គី ស៊ីវ៉ាន់ថា	អតីតនាយអគារសម្ភពរោគស្ត្រីនៃមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាព កម្ពុជា-ចិន ព្រះកុសុមៈ
11. លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត ជាង កន្និដ្ឋា	មន្ត្រីបច្ចេកទេសនៃអង្គការ WHO
12. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត ផល សាណូ	មន្ត្រីបច្ចេកទេសនៃអង្គការ WHO
13. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត មួង សុផា	មន្ត្រីបច្ចេកទេសនៃអង្គការ UNFPA

មាតិកា

អារម្ភកថា 0

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ 2

ពាក្យបំព្រួញ 13

សេចក្តីផ្តើម 16

ការប្រាស្រ័យទាក់ទង 19

ការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ 22

ការពិនិត្យរហ័ស 28

ការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលរហ័ស 29

ជំពូក១ ៖ ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល 35

១-១ ការវាយតម្លៃសភាពនៃផ្ទៃពោះ) សុខភាពទាំងម្តាយទាំងទារកក្នុងផ្ទៃ(..... 35

១-២ ការពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកផ្សេងៗ 43

១-២-១ បម្រុងក្រឡាភ្លើង បម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ក្រឡាភ្លើង 43

១-២-២ ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាល 49

១-២-៣ ពិនិត្យរកមេរោគស្វាយនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាល 51

១-២-៤ ពិនិត្យរកស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងជំងឺអេដស៍ 52

១-២-៥ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្នុងពេលគភ៌នៅតូច 55

១-២-៦ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលគភ៌អាយុច្រើននិងពេលឈឺពោះសម្រាល 59

១-២-៧ គ្រុនក្តៅអំឡុងពេលមានគភ៌និងពេលឈឺពោះសម្រាល 63

១-២-៨ ការគ្រប់គ្រងបញ្ហាទារកក្នុងផ្ទៃគ្មានចលនា 65

១-២-៩ ការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសម្រាលមុនគភ៌គ្រប់ខែ ... 66

១-២-១០ ការគ្រប់គ្រងការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាល ... 69

១-២-១១ ឆ្លើយតបទៅនឹងរោគសញ្ញាឬបញ្ហាដែលបានរកឃើញ ... 72

ក .ក្អួតមិនបាត់ ... 72

ខ .ធ្លាក់សតាមទ្វារមាស ... 73

គ .ជំងឺរបេង ... 74

១-៣ ការផ្តល់ទទានការការពារ ... 74

១-៤ ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការផ្តល់ដំបូន្មាន ... 76

១-៤-១ អាហារូបត្ថម្ភនិងការថែទាំខ្លួន ... 76

១-៤-២ ផែនការត្រៀមជុំវិញកំណើតនិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ... 77

១-៤-៣ សញ្ញាឈឺពោះសម្រាលនិងសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ ... 78

១-៤-៤ ការថែទាំទារកទើបកើត ... 78

១-៤-៥ មធ្យោបាយពន្យារកំណើត ... 80

១-៤-៦ ណែនាំស្ត្រីឱ្យមកពិនិត្យជាប្រចាំនិងតាមដានបន្ត ... 82

ជំពូក២ ៖ ការថែទាំពេលឈឺពោះនិងសម្រាល ... 84

២-១ ការវាយតម្លៃ និង ថែទាំអំឡុងពេលឈឺពោះនិងសម្រាល ... 84

២- ២ កំណត់ដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល ... 85

២- ៣ ការឆ្លើយតបទៅនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព ... 86

២-៤ ផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រនៅពេលឈឺពោះសម្រាល ... 88

២-៥ ដំណាក់កាលទី១នៃការឈឺពោះសម្រាល ... 90

២-៥-១ រយៈយឺត) មានរយៈពេល៨ម៉ោងយ៉ាងយូរ(... 90

២-៥-២ រយៈសកម្ម (មានរយៈពេល៧ម៉ោងយ៉ាងយូរ(....... 91

២-៦ ដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល-ការច្រឹបពន្លេញកូននិង 100

ផ្តល់ការថែទាំភ្លាមៗដល់ទារកទើបកើត 100

ការសង្គ្រោះទារកទើបកើតនិងការថែទាំក្រោយសង្គ្រោះ 105

២-៧ ដំណាក់កាលទី៣នៃការឈឺពោះសម្រាល-ការទម្លាក់សុក 109

២-៨ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាពេលឈឺពោះ និង សម្រាល 112

២-៨-១ ការវិវត្តន៍មិនល្អប្រសើរនៃការឈឺពោះសម្រាល 112

២-៨-២ គ្រុនក្តៅ សីតុណ្ហភាពលើសពី ៣៨ °C 114

២-៨-៣ ការបង្ហាញមិនធម្មតា បង្ហាញមុខនិងថ្ងាសនិងទម្រង់បង្ហាញមិនធម្មតា 116

២-៨-៤ ទារកខ្សោយនៅពេលឈឺពោះសម្រាល 119

២-៨-៥ ការធ្លាក់ទងសុក 121

២-៨-៦ ការសម្រាលជាប់ស្មា 122

២-៨-៧ ការសម្រាលកូនភ្លោះឬកូនច្រើន 123

២-៩ ការតាមដាននិងសកម្មភាពចាំបាច់សម្រាប់ម្តាយនិងទារកក្រោយសម្រាល) ដំណាក់កាលទី៤ នៃការឈឺពោះសម្រាល(....... 125

២-១០ វាយតម្លៃម្តាយក្រោយសម្រាលភ្លាម 130

២-១១ ឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាកើតឡើងក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ 132

២-១១-១ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយពេលសម្រាល 132

២-១១-២ សម្ពាធឈាមអប្បបរមាឡើងខ្ពស់ 137

២-១១-៣ គ្រុនក្តៅក្រោយសម្រាលរួច 139

២-១១-៤ ភាពស្លេកស្លាំងក្រោយសម្រាលរួច 142

២-១២ ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះសម្រាល 144

ជំពូក៣ ៖ ការថែទាំក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើត 147

៣-១ វាយតម្លៃនិងការថែទាំក្រោយសម្រាលរហូតដល់កុមារអាយុ២ឆ្នាំ 148

៣-២ ឆ្លើយតបទៅនឹងសញ្ញានិងបញ្ហាដែលកើតមានដោយឯកឯង 166

៣-២-១ សម្ពាធឈាមអប្បរមាឡើងខ្ពស់ 166

៣-២-២ ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ 167

៣-២-៣ ហូរទឹកនោមដោយឯកឯង 168

៣-២-៤ ខ្ទុះឬឈឺប៉េរីណេ 169

៣-២ -៥ អារម្មណ៍មិនល្អឬងាយយំ 169

៣-២-៦ ធ្លាក់សតាមទ្វារមាសក្រោយសម្រាល 170

៣- ៣ វិធានការការពារ 171

៣-៣-១ អនាម័យនិងអាហារូបត្ថម្ភ 172

៣-៣-២ ការពន្យារកំណើត 172

៣-៣-៣ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងការត្រៀមនៅពេលមានបញ្ហាសង្គ្រោះបន្ទាន់ 173

៣-៣-៤ ការត្រឡប់មកពិនិត្យនិងតាមដានជាប្រចាំ 174

៣-៤ ការវាយតម្លៃ និង ការថែទាំទារកទើបកេត 174

៣-៤-១ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់ទារកមុនពេលចេញទៅផ្ទះ 174

៣-៤-២ ការថែទាំទារកទូទៅមុនពេលចេញទៅផ្ទះ 175

៣-៤-៣ កំណត់រកបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស 178

៣-៤-៤ ផ្តល់ការថែទាំបន្ថែមដល់ទារកទើបកើតដែលមានទម្ងន់ទាប) <2500g) ឬសម្រាលមុន 180

៣-៤-៥ ការផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយពីការថែទាំទារកក្រោយពេលចេញទៅផ្ទះ 183

៣-៥ ការគ្រប់គ្រងបញ្ហានានារបស់ទារកទើបកេីត 185
៣-៥-១ ដកដង្ហើមពិបាក 185
៣-៥-២ កម្តៅខ្លួនចុះទាប (<36.5◦c) ឬកម្តៅខ្លួនខ្ពស់ (>37.5◦c) 188
៣-៥-៣ ការប្រកាច់ឬកន្ត្រាក់ជាប់ (Convulsions or spasms) 190
៣-៥-៤ តេតាណុស 195
៣-៥-៥ ការបង្ករោគក្នុងឈាម 196
៣-៥-៦ ទារកថប់ដង្ហើមឬភាពចុះខ្សោយនៃទារក 203
៣-៥-៧. រលាកស្រោមខួរ 206
៣-៥-៨ ជំងឺស្វាយ 206
៣-៥-៩ ទារកមានសញ្ញាច្រើនព្រមគ្នា 208
៣-៥-១០ ការថែទាំទារកដែលម្តាយឈឺឬត្រូវបានបញ្ជូន 208
៣-៥-១១ ភ្នែកក្រហម ហើមនិងហូរខ្ទុះ 208
៣-៥-១២ ការបង្ករោគនៅផ្ចិត 211
៣-៥-១៣ កើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរ 212
៣-៥-១៤ ការបង្ករោគនៅស្បែក 213
៣-៥-១៥ ព្យាបាលរបួសនិងលក្ខណៈមិនធម្មតាពីកំណើត 216
៣-៥-១៦ ជំងឺរាក 217
៣-៥-១៧ កម្រិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមទាប 217
ជំពូកទី៤៖ ការថែទាំការរំលូត/រលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព 219
៤-១ វាយតម្លៃគ្លីនិក ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងជម្រើសក្នុងការគ្រប់គ្រង 219
៤-២ ជម្រើសនៃការគ្រប់គ្រង 221

៤-៣ ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការយល់ព្រម 222

៤-៤ ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ 222

៤-៥ ការសម្អាតស្បូន 223

៤-៦ ការធូរស្បើយនិងការថែទាំបន្ត 224

៤-៧ ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនិងសេវា 225

ជំពូក៥ ៖ ការថែទាំចំពោះម្តាយនិងទារកដែលមានជំងឺ 226

៥-១ ការថែទាំចំពោះម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 226

៥-២ ការថែទាំចំពោះម្តាយដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម 228

៥-៣ ការថែទាំចំពោះម្តាយដែលមានជំងឺបេះដូង 230

៥-៤ ការថែទាំម្តាយដែលមានជំងឺបេះដូង 231

៥-៥ ការថែទាំចំពោះម្តាយដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់ 231

៥-៦ ការថែទាំចំពោះម្តាយមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬស្វាយ 234

៥-៧ ការថែទាំចំពោះម្តាយដែលមានផ្ទុក វីរុស COVID-19 235

ជំពូក៦ ៖ ការវាយតម្លៃនិងកែលម្អការថែទាំផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើតនៅមន្ទីរពេទ្យ 238

៦-១ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើត 238

៦-២ ការកែលំអគុណភាពសេវា 239

ជំពូកទី៧ ៖ ទម្រង់ការនៃការអនុវត្តន៍ចំពោះម្តាយ 241

៧-១ ការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម 241

៧ - ២ ការគ្រប់គ្រងស្នូក 242

៧-៣ ការបង្ក និងការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល ... 246

៧-៤ ការកាត់ទ្វារមាសនិងការដេរឡើងវិញ ... 255

៧-៥ ការពិនិត្យមាត់ស្បូននិងទ្វារមាស ... 258

៧-៦ ការដេរទ្វារមាសឬប៉េរីណេរហែក ... 258

៧-៧ ការដេរមាត់ស្បូនរហែក ... 263

៧-៨ ការសម្រាលទម្រង់ហុចគូទ ... 264

៧-៩ ការសម្រាលដោយឧបករណ៍បូម ... 270

៧-១០ ការសម្រាលដោយវះយកកូន ... 275

៧.១១ មធ្យោបាយបញ្ឈប់កំណើតក្រោយពេលសម្រាល ... 281

៧-១២ ការលូកច្បារទម្លាក់សុកដោយដៃ ... 283

៧-១៣ ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ពីខាងក្រៅ ... 285

៧-១៤ ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរពីខាងក្នុង ... 286

៧-១៥ ការសង្កត់លើសរសៃអាទែរអាអ័ក ... 286

៧.១៦ ការប្រើខោបន្ថយស្តុក ... 288

៧-១៧ ការបូមសម្អាតដោយឧបករណ៍បូមដោយដៃ ... 292

៧-១៨ តេស្តកំណកឈាម) Bedside clotting test) ... 296

៧-១៩ កែសម្រួលករណីស្បូនពន្លាត់ ... 296

៧-២០ ការចងសរសៃអាទែរស្បូន-អូវែរ (Uterine and utero-ovarian artery ligation) ... 298

៧-២១ ការកាត់ស្បូនមួយផ្នែកនិងកាត់ស្បូនទាំងមូល (Subtotal and Total Hysterectomy) . 300

ជំពូក៨ ៖ ទម្រង់ការចំពោះទារក ... 305

៨-១ ការច្រិចយកទឹកដោះ 305

៨-២ ការបញ្ចុកទឹកដោះម្តាយដល់ទារកដោយពែងឬកូនស្លាបព្រា 307

៨-៣ ការច្រិចទឹកដោះម្តាយបញ្ចូលក្នុងមាត់ទារក 308

៨-៤ ការបញ្ចូលទុយោក្រពះ 309

៨-៥ ការស្ទង់កំដៅខ្លួន 311

៨-៦ ការយកសំណាកឈាមចំពោះទារក 313

៨-៧ ការវាស់កម្រិតជាតស្ករក្នុងឈាម 316

៨-៨ ការផ្តល់ឱសថ Antibiotic សមស្របដល់ទារក 317

៨-៩ ការចាក់ថ្នាំ 320

៨-១០ ការបង្កើតផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែន 324

៨-១១ ការបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម 326

៨-១២ ការបញ្ចូលឈាម 330

៨-១៣ ការចាក់បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង 331

ជំពូក៩ ៖ ការពិនិត្យកាយសម្បទាទារកនិងកុមារ 335

៩.១.ការពិនិត្យកាយសម្បទាសម្រាប់ទារកទើបកេត (អាយុ ០ដល់២៨ថ្ងៃ) 335

៩.២ .ការពិនិត្យកាយសម្បទាសម្រាប់កុមារ អាយុ ចាប់ពី១ខែដល់ ៥ឆ្នាំ 336

ឧបសម្ព័ន្ធ 343

១ -បរិក្ខារនិងសម្ភារសម្រាប់ការថៃទាំផ្ទៃពោះ ការសម្រាល ក្រោយសម្រាល និងការថៃទាំទារកទើបកើត 343

២-ឱសថសម្រាប់ការថៃទាំផ្ទៃពោះ ការសម្រាលកូន ក្រោយសម្រាលនិងការថៃទាំទារកទើបកើត 347

3- សម្ភារសម្រាប់ការវះកាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់ សល្យសាស្រ្តនិងបញ្ចូលឈាម 348

ឯកសារយោង...351

ពាក្យបំព្រួញ

AB	Antibiotic
AIDS	Acute Immune Defficiency Syndrome
ANC	Antenatal Care
ARM	Artificial Rupture of Membrane
ART	Antiretroviral Therapy
ARV	Anti Retro Viral
BCG	Bacille Calmette–Guérin
BF	Breastfeeding
BP	Blood Pressure
CBO	Community Based Organization
COC	Combined Oral Contraceptives
CoC	Continuum of Care
CPA	Complementary Package of Activities
CS	Ceasarienne Section
CSF	Cerebro-spinal Fluid
D&C	Dilation and Evacuation
DNA PCR test	Deoxyribonucleic Acid Polymerase Chain Reaction test
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus toxoid
EVA	Electric Vacuum Aspiration
FP	Family Planning
g	Gram
HAART	Highly Active Anti Retroviral Therapy
HC	Health Center
Hep B	Hepatitis B
Hib	Haemophilus Influenzae type B
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HR	Heart rate

HSSP	Health Sector Support Project
ICT	Infection Control Team
IM	Intramuscular
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
IMPAC	InteIntegrated Management of Pregnancy&Childbirth
IUD	Intra Uterine Device
IV	Intravenous
J.E	Japanese Encephalitis
JICA	Japan International Cooperatiion Agency
KMC	Kangaroo Mother Care
L	Litre
LAM	Lactation Amenorrhea Method
LMP	Last Menstruation Period
mg	Milligram
MgSO4	Magnesium Sulphate
ml	Millilitre
MNH	Maternal and Newborn Health
MOH	Ministry of Health
MVA	Manual Vacuum Aspiration
NCHADS	National Center for HIV/AIDS and STD
NCU	Neonatal Care Unit
OD	Operational District
OI	Opportunistic Infection
OPD	Out-patient Department
OPV	Oral Polio Vaccine
PHD	Provincial Health Department
PMTCT	Prevention from Mother to Child Transmission
POP	Progestin-only Pills
PPH	Post Partum Hemorrhage

RACHA	Reproductive and Child Health Alliance
RAM	Rapid Assessment and Management
RDT	Rapid Diagnosis Test
RHAC	Reproductive Health Association of Cambodia
RPR	Rapid Plasma Reagent
STI/RTI	Sexually Transmitted Infection/Reproductive Track Infections
TBA	Traditional Birth Attendant
TT	Tetanus toxoid
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
URC	University Research Cooperation
WBC	White Blood Cell
WHO	World Health Organization

សេចក្តីផ្តើម

ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់នេះគ្របដណ្តប់លើការថែទាំ និងការគ្រប់គ្រង ព្យាបាលចំពោះម្តាយនិងទារកនៅថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ ឯកសារនេះរៀបចំដោយក្រុមការងារបច្ចេកទេស និងយោងទៅតាមសៀវភៅមគ្គុទ្ទេសក៍ របស់ WHO-IMPAC និងផ្អែកលើពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាពដែលបានបោះពុម្ពផ្សាយដោយក្រសួងសុខាភិបាលក្នុងឆ្នាំ២០១៦ដើម្បីធានានូវការបំពេញឱ្យគ្នាទៅវិញទៅមករវាងថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ ពិធីសារជាតិនេះមិនត្រូវបានប្រើជាឯកសារមេរៀនទេ ហើយតម្រូវឱ្យអ្នកប្រើអាននូវពិធីសារជាតិដទៃទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៅលើប្រធានបទពិសេសណាមួយ (ឧ៖ របេង គ្រុនចាញ់ ការរំលូតកូន មេរោគអេដស៍និងជំងឺអេដស៍ ការបង្ការការចម្លងរោគ) ។

ដើម្បីផ្តល់សេវាប្រកបដោយគុណភាព អ្នកផ្តល់សេវា (ឧ ៖ វេជ្ជបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យ ឆ្មបនិងគិលានុបដ្ឋាក-យិកា) ត្រូវមានចំណេះដឹងនិងជំនាញច្បាស់លាស់អំពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកទាំងឡាយដែលមាននៅក្នុងពិធី សារជាតិនេះ។ មន្ទីរពេទ្យត្រូវមានឱសថសម្ភារនិងបរិក្ខារគ្រប់គ្រាន់ចាំបាច់សម្រាប់ផ្តល់ការថែទាំព្យាបាល ដែលឆ្លើយតបបានតាមតម្រូវការជាក់ស្តែង។ប្រព័ន្ធបញ្ជូនជំងឺត្រូវតែមានដំណើរការដើម្បីជួយសម្រួលឱ្យការបញ្ជូនម្តាយនិងទារកប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនិងទាន់ពេលវេលាក្នុងករណីចាំបាច់ ឧ.ការបញ្ជូនពីមណ្ឌលសុខភាពទៅមន្ទីរពេទ្យណាមួយ ឬរវាងមន្ទីរពេទ្យដែលមានកំរិតខ្ពស់ជាង គឺជាការចាំបាច់ដើម្បីឱ្យម្តាយនិងទារកអាចទទួលបាននូវការថែទាំព្យាបាលតាមការ ណែនាំដែលមាននៅក្នុងពិធីសារនេះ។

ពិធីសារនេះគឺជាប្រភពព័ត៌មានចំបងអំពីការថែទាំម្តាយនិងទារកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាហើយត្រូវបានប្រើដោយអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកគ្រប់គ្រងសេវាសុខាភិបាល ភ្នាក់ងារ ឬអង្គការដទៃទៀតដែលចូលរួមក្នុងការលើកកម្ពស់ថែទាំសុខភាពមាតាទារកនិងកុមារ និងការបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដើម្បីធានាថាកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលអំពីការថែទាំម្តាយនិងទារកនេះ ឆ្លើយតបទៅនឹងបច្ចេកទេសគ្លីនិកដែលចែងនៅក្នុងពិធីសារនេះ ។

សេចក្តីផ្តើមនៃឯកសារនេះរួមមាន៖ការប្រាស្រ័យទាក់ទងទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដទៃទៀត ការបញ្ជូននិងការផ្ទេរម្តាយនិងទារក ការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ ការពិនិត្យរបួស ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរបួស។

ជំពូកទី ១

បរិយាយអំពីការវាយតម្លៃ និងការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលរួមមានចំនួនដងនៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះ ការវាយតម្លៃពីសភាពផ្ទៃពោះ ពិនិត្យរកបញ្ហាផ្សេងៗដែលកើតមានជាញឹកញាប់ ឆ្លើយតបទៅនឹងសញ្ញាផ្សេងៗផ្តល់ការណែនាំ វិធានការការពារនិងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភនិងការថែទាំខ្លួន ការត្រៀមជុំវិញកំណើតនិងសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ ណែនាំនិងពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើត ណែនាំស្ត្រីឱ្យមកពិនិត្យជាប្រចាំនិងតាមដានបន្ត។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាពេលមានផ្ទៃពោះ ដូចជា ភាពស្លេកស្លាំង គ្រុនក្តៅ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលមាន

គភ៌ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងជំងឺក្រឡាភ្លើង ទារកក្នុងផ្ទៃបាត់ចលនានិងការជ្រាប បែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាល។

ជំពូកទី ២

បរិយាយអំពីការថៃទាំពេលឈឺពោះសម្រាលនិងពេលសម្រាលរួមមានៈការវាយតម្លៃស្ត្រីនិងការគាំទ្រក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ការគ្រប់គ្រងដំណាក់កាលទី១ ទី២ ទី៣និងទី៤ នៃការឈឺពោះសម្រាល ការថៃទាំម្តាយនិងទារកទើបកើតនិងការវាយតម្លៃម្តាយក្រោយសម្រាល។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាដែលមានដូចជាការវិវឌ្ឍទៅមុខមិនល្អនៃការឈឺពោះសម្រាលការបង្ហាញមិនធម្មតា និងទម្រង់បង្ហាញមិនធម្មតារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃរួមទាំងទម្រង់ហុចគូថ ការជាប់ស្មា ទារកក្នុងផ្ទៃចុះខ្សោយ ពេលកំពុងឈឺពោះសម្រាល ការធ្លាក់ទងសុក ការសម្រាលកូនភ្លោះនិងទារកទើបកើតថប់ដង្ហើម។

ជំពូកទី ៣

បរិយាយអំពីការថៃទាំក្រោយសម្រាល និងការថៃទាំទារកទើបកើតរួមមាន ៖ ការពិនិត្យស្ត្រីក្រោយ ពេលសម្រាលនិងទារកទើបកើត វិធានការការពារ ការណែនាំនិងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីការថៃទាំក្រោយសម្រាលនិងការថៃទាំទារកទើបកើតដែលមាន ទម្ងន់ធម្មតា ទម្ងន់ទាប និងកើតមិនគ្រប់ខែ ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការដល់ទារកទើបកើត ការថៃទាំទារករួមទាំងតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ ការពិនិត្យជាប្រចាំនិងការមកពិនិត្យបន្តសម្រាប់ម្តាយនិងទារក។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាដែលមានដូចជាការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយសម្រាល គ្រុនក្តៅក្រោយពេលសម្រាលពិបាកដកដង្ហើម ជំងឺខាន់លឿង ការបង្ករោគនៅកន្លែងណា មួយ (ពងខ្ទុះនៅស្បែក មានការបង្ករោគនៅផ្ចិត រោគផ្សិតនៅក្នុងមាត់ឬភ្នែកមានការបង្ករោគ) និងជំងឺរាករូស។

ជំពូកទី ៤

បរិយាយអំពីការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកក្រោយរលូត/រំលូត រួមមានការវាយតម្លៃគ្លីនិក ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងជម្រើសនៃការព្យាបាល ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងកិច្ចព្រមព្រៀងព្យាបាល ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ វិធីសម្អាតស្បូន ការថៃទាំ និង ការតាមដានក្រោយទម្រង់ការ ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការផ្តល់សេវាពន្យារកំណើត ។

ជំពូកទី ៥

សង្ខេបអំពីតម្រូវការថៃទាំពិសេសសម្រាប់ម្តាយនិងទារកនៅពេលដែលម្តាយមានល័ក្ខខ័ណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដូចជា HIV/AIDS ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺរបេង ជំងឺបេះដូងនិងជំងឺគ្រុនចាញ់ និងការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យជំទង់។

ជំពូកទី ៦

បរិយាយអំពីនិយមន័យនៃពាក្យការថែទាំផ្នែកសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំទារកទើបកើតជាមូលដ្ឋាន (BEmONC) និងការថែទាំផ្នែកសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំទារកទើបកើតបង្គ្រប់(CEmONC) និងផ្ដល់នូវសេចក្ដីណែនាំសង្ខេបអំពីការកែលម្អគុណភាពសេវារួមមានការប្រជុំពិភាក្សា ការវិភាគករណីស្លាប់ ការហ្វឹកហាត់អនុវត្ត ជំនាញ នៅពេលមានករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ដើម្បីកែលម្អការគ្រប់គ្រងសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងទារក។

ជំពូកទី ៧

ជំពូកនេះបរិយាយអំពីទម្រង់ការអនុវត្តមួយចំនួនរួមមាន៖ ការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម ការផ្ដល់សេរ៉ូមតាមសរសៃ ការចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ការផ្ដល់អង់ទីប៊ីយូទិកសមស្រប ការកាត់និងដេរទ្វារមាសឡើងវិញ ការពិនិត្យមាត់ស្បូន និងទ្វារមាស ការដេរទ្វារមាស ឬ ប៉េរីណេរហែក ការដេរមាត់ស្បូនរហែក ការសម្រាលទម្រង់ហុចគូថ ការសម្រាលដោយបូម ការលូកបារទម្លាក់សុកដោយដៃ ការសង្កត់លើសរសៃអាកទែរអាអ័រពោះ ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ពីខាងក្រៅនិងពីខាងក្នុង ការប្រើប្រាស់ខោបន្ថយស្ពុក ការបូមសម្អាតស្បូនដោយសឺរ៉ាំងដៃ ការ
សង្គ្រោះទារកទើបកើត។

ជំពូកទី ៨

ជំពូកនេះបរិយាយអំពីទម្រង់ការអនុវត្តចំពោះទារកមួយចំនួនរួមមាន ការច្របាច់យកទឹកដោះ ការបញ្ចុកទឹកដោះ ការវាស់កម្ដៅទារក របៀបដាក់សុងក្រពះ របៀបយកសំណាកឈាម និងរកមើលបរិមាណ ជាតិស្ករក្នុងឈាមព្រមទាំងធ្វើការតាមដាននិងព្យាបាល។ ការបញ្ចូលឈាមនិងការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង។ ជំពូកនេះក៏មានបរិយាយផងដែរនូវការផ្ដល់ឱសថផ្សះមួយចំនួនក្នុងការព្យាបាលទារកសមស្រប។ របៀបពិនិត្យកាយសម្បទាទារកទើបកើតដល់២៨ថ្ងៃ និងរបៀបពិនិត្យកាយសម្បទាដល់កុមារពីអាយុ១ខែដល់៥ឆ្នាំតាំងពីក្បាលដល់ចុងជើង។ ជំពូកនេះបានភ្ជាប់ជាមួយនូវទម្រង់សម្រាប់ពិនិត្យកាយសម្បទា។

ជំពូកទី ៩

ជំពូកនេះបរិយាយអំពីការពិនិត្យកាយសម្បទាសម្រាប់ទារកទើបកើត (អាយុ០ដល់២៨ថ្ងៃ) និងសម្រាប់កុមារអាយុ ចាប់ពី១ខែដល់ ៥ឆ្នាំ ដើម្បីរកមើលសញ្ញានៃជំងឺឬពិការភាពនិង កំណត់តម្រូវការជាក់លាក់ណាមួយសម្រាប់ សេវាអន្តរាគមន៍និងបញ្ជូនដើម្បីទទួលការពិនិត្យបន្ថែមដោយគ្រូពេទ្យជំនាញបើចាំបាច់។

ជំពូកចុងក្រោយគឺឧបសម្ព័ន្ធដែលរួមមានបញ្ជីឱសថ សម្ភារ និងបរិក្ខារ ចាំបាច់សម្រាប់ប្រតិបត្តិនូវការថែទាំព្យាបាល ដូចដែលមានរៀបរាប់ក្នុងពិធីសារជាតិនេះ។

ការប្រាស្រ័យទាក់ទង

ព័ត៌មានបន្តបន្ទាប់នេះនឹងពិព័ណ៌នាអំពីថាតើអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលគ្រប់រូបត្រូវមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងណាជាមួយស្ត្រីនិងក្រុមគ្រួសាររបស់គាត់រាល់ពេលដែលជួបទាក់ទងគ្នា ៖

ការប្រាស្រ័យទាក់ទងគ្នាជាមួយស្ត្រី (ដៃគូ/ញាតិមិត្ត) រាល់ពេលដែលជួបទាក់ទងគ្នា៖

- ធ្វើឱ្យស្ត្រី (និងដៃគូ/ញាតិមិត្ត) មានអារម្មណ៍ស្វាគមន៍ រួសរាយរាក់ទាក់ កក់ក្តៅ
- បង្ហាញពីការគួរសម មិនសំដែងអាកប្បកិរិយារើសអើង
- ប្រើពាក្យសំដីបែបសាមញ្ញនិងច្បាស់លាស់ដែលងាយស្តាប់និងងាយយល់
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីដើម្បីឱ្យគាត់ធ្វើការសាកសួរបន្ថែម
- ផ្តល់ព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងតម្រូវការចង់ដឹងរបស់ស្ត្រី
- ជួយស្ត្រីឱ្យយល់អំពីជម្រើសដែលគាត់ត្រូវប្រកាន់យកនិងការសម្រេចចិត្ត
- ស្នើសុំការអនុញ្ញាតពីស្ត្រីមុននឹងធ្វើការពិនិត្យឬអនុវត្តទម្រង់ការផ្សេងៗហើយក៏ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មាន ជូនស្ត្រីផងដែរអំពីអ្វីដែលមាននិងបានធ្វើក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យឬអនុវត្តនូវទម្រង់ការនោះ
- ធ្វើការសង្ខេបនូវព័ត៌មានសំខាន់ៗ រាល់លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តនិងរៀបរាប់ដោយលម្អិតអំពី ការព្យាបាល
- បញ្ជាក់និងផ្ទៀងផ្ទាត់ឡើងវិញថាស្ត្រីបានយល់ដឹងអំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ វិធីព្យាបាលនិងពេលណាឬទីណាដែលគាត់ត្រូវត្រឡប់ទៅធ្វើការថែទាំព្យាបាលបន្ត។

ការរក្សាភាពជាឯកជននិងលាក់ការសម្ងាត់ ៖

- ប្រាកដថាមានបន្ទប់ដាច់ដោយឡែកសម្រាប់ការពិនិត្យនិងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សា
- ប្រាកដថារាល់ការពិភាក្សាជាពិសេសលើប្រធានបទដែលជាបញ្ហារសើបនឹងមិនត្រូវបានបែកខ្ញរខ្ញាយ
- ប្រាកដថាស្ត្រីបានទទួលការព្រមព្រៀងជាមុនៗនឹងមកធ្វើការពិភាក្សាបញ្ហានេះជាមួយដៃគូ និង ក្រុមគ្រួសារ
- មិនត្រូវពិភាក្សាព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជនជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតឬនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- រៀបចំកន្លែងសម្រាប់ពិនិត្យដែលមានការបិទបាំងនៅពេលកំពុងពិនិត្យ (ដោយវាំងនន របាំង ឬ ជញ្ជាំង)
- ប្រាកដថាគ្រប់ការកត់ត្រាទាំងអស់ត្រូវរក្សារការសម្ងាត់និងត្រូវបានថែរក្សាទុកប្រកបដោយ សុវត្ថិភាព
- កំណត់សិទ្ធិនៃការប្រើប្រាស់ឯកសារនិងបញ្ជីកត់ត្រាដែលសម្រាប់តែអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលប៉ុណ្ណោះ។

វេជ្ជបញ្ជានិងអនុសាសន៍សម្រាប់ព្យាបាលនិងវិធានការការពារសម្រាប់ស្ត្រីនិងទារកនៅពេលចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្តល់អនុសាសន៍អំពីការព្យាបាលនិងវិធានការការពារត្រូវ ៖

- ពន្យល់ដល់ស្ត្រីអំពីវិធីព្យាបាល ហេតុអ្វីទើបមានការចាំបាច់ដើម្បីព្យាបាល ការព្យាបាលនេះនឹងមិនបង្កឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ខ្លួនគាត់និងទារក
- ផ្តល់នូវការណែនាំឱ្យបានច្បាស់លាស់ថាតើត្រូវធ្វើយ៉ាងណាដើម្បីប្រើប្រាស់ឱសថឱ្យបានត្រឹមត្រូវ
- ពន្យល់អំពីផលរំខានបន្ទាប់បន្សំនៃការប្រើប្រាស់ឱសថនិងការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដល់ស្ត្រី
- អនុវត្តបង្ហាញពីទម្រង់ការឬការព្យាបាលដែលស្ត្រីត្រូវអនុវត្តនៅផ្ទះហើយឱ្យគាត់ធ្វើបង្ហាញឡើង វិញ
- ណែនាំស្ត្រីឱ្យត្រឡប់មកមូលដ្ឋានសុខាភិបាលវិញប្រសិនបើមានបញ្ហា ឬមានកង្វល់ផ្សេងៗទាក់ទងនឹងទម្រង់ការអនុវត្តន៍ ឬ ការព្យាបាល

- សម្រាប់ម្តាយឬទារកដែលកំពុងព្យាបាលផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវប្រាកដថាស្ថានភាពរបស់គេត្រូវបានពន្យល់យ៉ាងក្បោះក្បាយដល់ស្ត្រីនិងក្រុមគ្រួសារនិងប្រាកដថាបានគោរពតាមជម្រើសរបស់ស្ត្រីអំពីការព្យាបាល បើចាំបាច់ត្រូវមានកិច្ចព្រមព្រៀងព្យាបាល
- ចំពោះការតាមដានបញ្ហាដោយឡែកណាមួយ ត្រូវប្រាប់ស្ត្រីឱ្យបានច្បាស់ពីពេលវេលានិងទីកន្លែងដែលត្រូវត្រឡប់មកជួបលើកក្រោយ
- រកមើលឧបស័គ្គដែលស្ត្រីឬក្រុមគ្រួសារអាចនឹងមានចំពោះការព្យាបាលពិសេសណាមួយនិងជួយស្ត្រីដើម្បីដោះស្រាយ។

ការបង្កើនទំនាក់ទំនងជាមួយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដទៃទៀត

ធ្វើការយ៉ាងទូលំទូលាយដើម្បីបង្កើននូវអន្តរកម្មជាមួយនឹងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដទៃនិងគ្រប់មណ្ឌលសុខភាពក្នុងតំបន់គ្របដណ្តប់របស់ខេត្ត ។ ការងារនេះត្រូវធ្វើរួមគ្នាជាមួយផ្នែកគាំពារមាតាទារកខេត្តនិងស្រុកប្រតិបត្តិ (និងដៃគូបើមាន) ដែលក្នុងនោះមាន ៖

- ការប្រជុំទៀងទាត់ក្រុមសម្របសម្រួលសម្ព័ន្ធឆ្មប(MCAT Meeting) រវាងឆ្មបមណ្ឌលសុខភាព វេជ្ជបណ្ឌិតនិងឆ្មបមន្ទីរពេទ្យ ដែលសម្របសម្រួលដោយផ្នែកគាំពារមាតានិងទារកថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិថ្នាក់ខេត្ត ដើម្បីបង្កើនការចូលរួមពិភាក្សា ផ្លាស់ប្តូរបទពិសោធន៍ ការគ្រប់គ្រងផល វិបាក ផ្តល់ព័ត៌មាន ត្រឡប់និងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការបញ្ជូន ព្រមទាំងការពង្រឹងចំណេះដឹងនិងជំនាញ
- ជំរុញការអភិបាលបែបគាំទ្រដោយវេជ្ជបណ្ឌិតនិងឆ្មបនៅមន្ទីរពេទ្យទៅមណ្ឌលសុខភាព
- ត្រូវធ្វើឱ្យប្រាកដថាបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅមណ្ឌលសុខភាពអាចទាក់ទងមកផ្នែកសម្ភពនៅ មន្ទីរពេទ្យតាមទូរស័ព្ទ ហើយមន្ទីរពេទ្យអាចឆ្លើយនូវរាល់ចម្ងល់ផ្សេងៗទាក់ទងទៅនឹងផលវិបាកហើយត្រៀមចាំជាស្រេចដើម្បីទទួលករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលនឹងបញ្ជូនមកដល់និងផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ទៅបុគ្គលិក មណ្ឌលសុខភាពវិញអំពីលទ្ធផលសុខភាពរបស់ស្ត្រីដែលត្រូវបានបញ្ជូន
- មន្ទីរពេទ្យដែលមានផ្ទះរង់ចាំ មន្ត្រីសុខាភិបាលមានភារកិច្ចផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមកពីតំបន់ដាច់ស្រយ៉ាល
- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងជាប្រព័ន្ធនូវប្រព័ន្ធបញ្ជូនដោយផ្តោតទៅលើការទាក់ទង (ទូរស័ព្ទ វិទ្យុទាក់ទង លិខិតបញ្ជូន ការផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ ។ល។) មធ្យោបាយបញ្ជូន (រថយន្តគិលានសង្គ្រោះ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនឯកជនដែលមានកិច្ចសន្យានៅក្នុងសហគមន៍។ល។)ថវិកាសម្រាប់ការបញ្ជូននិងការថែទាំ (មូលនិធិសមធម៌ ហិរញ្ញប្បទាន មូលនិធិសង្គ្រោះបន្ទាន់ ។ល។) ការកត់ត្រានិងព័ត៌មានត្រឡប់រវាងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលគ្រប់កំរិត (MCAT Meeting សម្រាប់ព័ត៌មានត្រឡប់ ប្រចាំត្រីមាសនិងការប្រជុំផ្សេងៗ ទៀតសម្រាប់ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ជាប្រចាំ)
- ត្រូវប្រាកដថាមានទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាបង្ការ និងថែទាំរបស់កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគ អេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។

ការបញ្ជូននិងការផ្ទេរម្តាយនិងទារកទើបកើត

ពេលម្តាយឬទារកទើបកើតមានបញ្ហា ហើយត្រូវការសេវាប្រសើរជាងសេវាដែលមាននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលត្រូវតែពិនិត្យមើលភាពគ្រោះថ្នាក់និងគុណប្រយោជន៍ដែលបានមកពីការបញ្ជូន/ការផ្ទេរម្តាយនិងទារកទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសមត្ថភាពនិងធនធានគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ឧទាហរណ៍បញ្ជូនពី ៖

- CPA1 ឬ CPA2 ទៅ CPA3
- BEmONC ទៅ CEmONC

ដើម្បីទទួលបានការថែទាំសមស្រប គឺត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំខាងក្រោមនេះ ៖

គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការបញ្ជូន/ការផ្ទេរម្តាយនិងទារក
រាល់ពេលបញ្ជូន/ផ្ទេរត្រូវតែ ៖ • ធ្វើឱ្យស្ថានភាពម្តាយ/ទារកមានលំនឹងសិនមុននឹងបញ្ជូន/ផ្ទេរ • ពន្យល់ស្ត្រីជាម្តាយ និង/ឬក្រុមគ្រួសារពីមូលហេតុនៃការបញ្ជូន/ផ្ទេរ • រៀបចំមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនឱ្យបានលឿន និងថវិកាសម្រាប់ជួយបើអាច(Refer to guideline) • ជូនដំណឹង(ទូរស័ព្ទ)ដល់មន្ទីរពេទ្យជាមុននូវស្ថានភាព និងការព្យាបាលដែលបានផ្តល់ដល់ម្តាយនិងទារកនិងម៉ោងពេលដែលនឹងអាចទៅដល់ • នៅមុនពេលបញ្ជូនអ្នកជំងឺចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបំពេញលិខិតបញ្ជូនហើយត្រូវភ្ជាប់ទៅជាមួយនូវរាល់ឯកសារកំណត់ត្រាទៅដល់ផ្នែកជំនាញនៅមន្ទីរពេទ្យដែលនឹងត្រូវបញ្ជូន • ប្រសិនបើម្តាយកំពុងឈឺពោះសម្រាលត្រូវប្រាកដថាមានសម្ភារចាំបាច់សម្រាប់ការសម្រាលស្អាតនិងសុវត្ថិភាពក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន • ធានាឱ្យមានឱសថសមស្របតាមតម្រូវការក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន • ផ្តល់Oxygen ក្នុងករណីម្តាយឬទារកមានការពិបាកដកដង្ហើមឬប្រសិនបើម្តាយស្ថិតនៅក្នុងសភាពស្លុកឬមានបញ្ហាផ្សេងទៀតដែលតម្រូវឱ្យប្រើប្រាស់Oxygen • ត្រូវមានអ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលទៅជាមួយម្តាយ/ទារកក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន • ត្រូវតាមដាន និងកត់ត្រាស្ថានភាព និងលទ្ធផលរបស់ម្តាយ/ទារក (ឧ.សញ្ញាជីវិត ការបញ្ចូល និងការបញ្ចេញជាតិទឹក) ទាំងមុននិងក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន ។ **សម្រាប់ម្តាយត្រូវ ៖** • ដណ្តប់ស្ត្រីដើម្បីការពារការបាត់បង់កំដៅប៉ុន្តែត្រូវប្រាកដថាមិនក្តៅខ្លាំងទេ • អនុញ្ញាតឱ្យសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ (បន្ថែមលើអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល) តាមទៅជាមួយម្តាយឬទារក

សម្រាប់ទារកត្រូវ ៖

- ប្រាកដថាទារកនោះបានរក្សាភាពកក់ក្តៅមុននិងក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន រក្សាភាពកក់ក្តៅនេះដោយដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះនឹងស្បែកម្តាយឬក្រុមគ្រួសារនិងគ្របដណ្តប់ទាំងម្តាយទាំងកូន ហើយប្រាកដថាទារកត្រូវបានពាក់មួកផងដែរ
- ការពារទារកមិនឱ្យប៉ះផ្ទាល់នឹងពន្លឺព្រះអាទិត្យ
- ប្រសិនបើអាចធ្វើបានសូមលើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយក្នុងអំឡុងពេលធ្វើដំណើរ។

ការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ

ដើម្បីការពារម្តាយនិងទារកនិងអ្នកផ្តល់សេវាពីការឆ្លងរោគដោយពពួកមេរោគគ្រប់ប្រភេទរួមទាំងមេរោគអេដស៍ផង អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលត្រូវមានវិធានការការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លង ដែលឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រុងប្រយ័ត្នជាស្តង់ដារ (Standard Precaution) និង ការប្រុងប្រយ័ត្នផ្អែកលើរបៀបចម្លង (Transmission-base Precaution ដែលអាចបង្ការបាននូវគ្រោះហានិភ័យនៃការឆ្លងរោគនៅពេលផ្តល់ការព្យាបាលនិងថែទាំសុខភាព។

ការប្រុងប្រយ័ត្នជាស្តង់ដារ ៖

- **អនាម័យដៃ ៖**
  - អនាម័យដៃគឺជាមធ្យោបាយសំខាន់បំផុតក្នុងការបង្ការ និងកាត់បន្ថយការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគនៅក្នុងបរិស្ថាននៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ ជំងឺឆ្លងដែលជាញឹកញាប់តែងឆ្លងតាមរយៈការប៉ះពាល់ដៃនិងដៃ រួមមានជំងឺផ្តាសាយធម្មតានិងជំងឺធ្ងន់ធ្ងរជាងនេះដូចជា ជំងឺរលាកស្រោមខួរ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទអា និងប្រភេទភាគច្រើននៃជំងឺរាក។
  - ការលាងសម្អាតដៃជាមួយសាប៊ូនិងទឹកឬអាល់កុលហើយសម្ងួតដោយជូតនឹងក្រដាស់ឬកន្សែងស្អាតគឺជាប្រភេទនៃអនាម័យដៃដែលបុគ្គលិកសុខាបាលត្រូវតែអនុវត្តន៍ជាចាំបាច់ក្នុងការផ្តល់សេវាព្យាបាលនិងថែទាំសុខភាព។
  - ទម្រង់ការអនុវត្តបច្ចេកទេស៦ជំហាននៃការលាងដៃក្នុងពេលវេលាសំខាន់ៗទាំងប្រាំគួរត្រូវផ្សព្វផ្សាយទូលំទូលាយតាមរយៈការបិតរូបភាពទម្រង់ការអនុវត្តន៍នៅតាមទីកន្លែងលាងដៃ

  ពេលវេលាទាំងប្រាំសម្រាប់អនាម័យដៃមាន៖

  - មុនការប៉ះពាល់ ថែទាំម្តាយនិង/ឬទារក
  - មុននិងក្រោយការអនុវត្តន៍ទម្រង់ការព្យាបាលផ្សេងៗ
  - ក្រោយពេលមានការប៉ះពាល់ឈាមនិងសារធាតុសរីរាង្គផ្សេងៗ
  - ក្រោយពេលប៉ះពាល់និងអ្វីៗនៅជុំវិញអ្នកជំងឺ
  - ក្រោយពេលដោះស្រោមដៃចេញឬក្រោយការប៉ះពាល់ថែទាំម្តាយនិង/ឬទារក។

- **ការប្រើឧបករណ៍ការពារខ្លួន ៖**
  - បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវមានជំនាញគ្រប់គ្រាន់ស្ដីពីការប្រើឧបករណ៍ការពារខ្លួននិងត្រូវចេះជ្រើសរើសឧបករណ៍ការពារខ្លួនមកប្រើដោយផ្អែកលើការប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ ។ ជាអនុសាសន៍ទូទៅ អ្នកផ្ដល់សេវាសុខភាពគប្បីត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃការប្រឈមនិងរបៀបឆ្លងជាមុនសិនទើបអាចជ្រើសរើសឧបករណ៍ ការពារខ្លួនមកពាក់បានត្រឹមត្រូវ ដោយផ្អែកទៅតាម ៖
    - ប្រភេទលក្ខណៈនៃទម្រង់ការ
    - ការប្រឈមនឹងការប៉ះពាល់ឈាម ឬ វត្ថុរាវរាងកាយ ។
    - ការប្រឈមនឹងការប៉ះជាមួយមេរោគ ។
    - ការប្រឈមនឹងប្រឡាក់ជាមួយមេរោគ។
- **ការប្រើឧបករណ៍ការពារខ្លួននៅផ្នែកសម្ភព ៖**

ការពាក់ស្រោមដៃ ៖

- ពាក់ស្រោមដៃស្ដេរីលពេល ៖ សម្រាលកូន និងកាត់ទងសុក ដេរទ្វារមាសដែលរហែក
- ពាក់ស្រោមដៃស្ដេរីលវែង សម្រាប់ ៖ ការលូកបារសុកដោយដៃ
- ពាក់ស្រោមដៃសម្រាប់ពិនិត្យនៅពេល ៖ បូមឈាម ធ្វើតេស្ដទឹកនោម ប៉ះជាមួយនឹងសារធាតុសរីរាង្គ ឬនៅពេលម្ដាយ ឬទារកមានជំងឺ ដែលឆ្លងដោយការប៉ះពាល់ ដូចជារបួសក្លាយ រលាកកោសិកាជាដើម
- ពាក់ស្រោមដៃក្រាស់នៅពេល ៖ កាន់និងសម្អាតឧបករណ៍ពេទ្យ ប៉ះពាល់សំណល់ឆ្លងរោគ សម្អាតឈាមនិងសារធាតុរាវសរីរាង្គដែលកំពប់។

- **ការចាត់ចែងឱ្យបានសមស្របនូវឧបករណ៍ថែទាំអ្នកជំងឺនិងកម្រាលដែលប្រឡាក់**

គ្រប់ឧបករណ៍បរិក្ខារពេទ្យទាំងអស់អាចជាប្រភេទប្រើតែម្ដងហើយបោះចោលឬអាចប្រើឡើងវិញបាន។ ឧបករណ៍ដែលសម្រាប់ប្រើតែម្ដងមិនត្រូវប្រើវិញឡើយ ហើយត្រូវបោះចោលឱ្យបានត្រឹមត្រូវបន្ទាប់ពីប្រើរួច។ រាល់ឧបករណ៍ដែលអាចប្រើឡើងវិញទាំងអស់ត្រូវឆ្លងកាត់ការស្ដេរីលឬសម្លាប់មេរោគយ៉ាងត្រឹមត្រូវនៅចន្លោះការប្រើនីមួយៗនិងមុនពេលប្រើជាមួយអ្នកជំងឺថ្មីទៀត ។

ជាអនុសាសន៍ទូទៅ ត្រូវអនុវត្តឱ្យបានត្រឹមត្រូវ នូវគោលការណ៍សម្រាប់ដំណើរការស្ដេរីលទាំង៦ ឡើងវិញឱ្យមានប្រសិទ្ធភាពនូវ ឧបករណ៍ និងសម្ភារបរិក្ខារពេទ្យ ៖ ១.ការត្រាំ ២. ការលាងសម្អាត ៣.ការសម្ងួត ៤.ការវេចខ្ចប់ ៥.ការដាក់ស្ដេរីល និង ៦.ការក្សាទុកព្រមទាំងគោរពឱ្យបាននូវ គោលការណ៍ ៣ សំខាន់ក្នុងការស្ដេរីលដោយប្រើឆ្នាំងសម្ពាធ ឬ អូតូក្លាវ គឺ ៖

- សម្ពាធត្រឹមត្រូវ ១០៦ គីឡូប៉ាស្កាល់ (KP)
- សីតុណ្ហភាពត្រឹមត្រូវ ១២១ អង្សាសេ (C)
- រយៈពេលត្រឹមត្រូវ ៣០ នាទី (mn)

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមអានសៀវភៅណែនាំស្ដីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគសម្រាប់មូលដ្ឋានព្យាបាលនិងថែទាំសុខភាព។

- **ដំណើរការស្ដេរីលឧបករណ៍បរិក្ខារពេទ្យ ៖**
  - ***ការដាក់ត្រាំ ៖***

- ដាក់ត្រាំសម្ភារៈនិងឧបករណ៍ដែលប្រើរួចទៅក្នុងទឹក ឬទឹកសាប៊ូភ្លាមក្រោយប្រើរួច
- ដាក់ត្រាំក្នុងរយៈពេល១០នាទី

- ***ការលាងសម្អាត ៖***
  - ប្រើច្រាសទន់ឬច្រាសដុសធ្មេញថ្មីដើម្បីដុសនិងជម្រះចេញឱ្យអស់នូវឈាម សារធាតុសេរីរាង្គ ជាលិកា និងវត្ថុផ្សេងៗ
  - លាងជម្រះសាប៊ូជាមួយនឹងទឹកស្អាត
- ***ការធ្វើឱ្យស្ងួត ៖***
  - ទុកឱ្យស្ងួត ដាក់ឱ្យឆ្ងាយពីបរិក្ខារមិនស្អាត នៅលើធ្មើស្អាត។ គេអាចជូតសម្ងួតដោយក្រដាសទន់ឬកន្សែងស្អាត។
- ***ការវេចខ្ចប់ ៖***
  - ខ្ចប់សម្ភារៈដែលសម្អាតរួចជាមួយក្រណាត់សម្រាប់ខ្ចប់ចំនួនពីរជាន់បិតស្ទីកឃ័រ(Sterilization Tape) នៅខាងក្រៅនិងខាងក្នុងកញ្ចប់
- ***ការធ្វើស្តេរីល ៖***
  - ផ្តល់សម្ពាធខ្ពស់សម្រាប់រម្ងាប់មេរោគ (អូតូក្លាវឬឆ្នាំងចំហុយដែលប្រើសម្ពាធ)
  - រៀបកញ្ចប់និងប្រអប់សម្រាប់ដាក់ស្បែ សំឡី (Drums) ចូលក្នុងធុងអូតូក្លាវឬឆ្នាំងចំហុយដែលមានសម្ពាធធ្វើយ៉ាងណាឱ្យចំហាយជ្រៀតចូលបាន
  - ត្រូវប្រាកដថារយៈពេល សម្ពាធ សីតុណ្ហភាពក្នុងការធ្វើស្តេរីល អនុវត្តបានត្រឹមត្រូវ
- ***ការទុកដាក់ ៖***
  - ដាក់កញ្ចប់ដែលបានស្តេរីលរួចក្នុងទូបិទជិត។ កញ្ចប់នេះអាចទុកបានរយៈពេល១សប្តាហ៍ លើកលែងកញ្ចប់នេះទទឹក ឬប្រឡាក់ដែលត្រូវធ្វើការស្តេរីលឡើងវិញ។
- ***ការរម្ងាប់មេរោគកម្រិតខ្ពស់ ៖***

  ចំពោះសម្ភារដែលមិនអាចស្តេរីលបាន (ដូចជា បំពង់ជ័របឺតស្លេស ស៊ីរ៉ាំងបូមកូនដោយដៃ...) ត្រូវធ្វើការរម្ងាប់មេរោគកម្រិតខ្ពស់
  - ការដាក់ស្ងោររយៈពេល២០នាទី
  - ការដាក់ត្រាំក្នុងសូលុយស្យុងគីមី ៖ - អាស៊ីតប៉េរ៉ាសេទិក 0.2% រយៈពេល១០នាទី
    - ក្លុយតារ៉ាដេអ៊ីត 2% រយៈពេល៤៥នាទី

ចំណាំ ៖ ឧបករណ៍ សម្ភារដែលបានរម្ងាប់មេរោគកម្រិតខ្ពស់រួចអាចរក្សាទុកនៅក្នុងប្រអប់ស្តេរីលបានតែរយៈពេល២៤ម៉ោងប៉ុណ្ណោះ ។

- **ការគ្រប់គ្រងការបោកគក់សម្ភារថែទាំសុខភាព ៖**
  - ពាក់ស្រោមដៃដើម្បីប្រមូលនូវសំលៀកបំពាក់ ក្រណាត់រ:កាត់ដែលចម្លងរោគ
  - មិនត្រូវប៉ះពាល់សំលៀកបំពាក់ឬក្រណាត់រ:កាត់ដែលចម្លងរោគដោយមិនមានពាក់ស្រោមដៃទាំងសងខាង

នោះទេ។

- ទុកដាក់សំលៀកបំពាក់ឬក្រណាត់វះកាត់ដែលប្រឡាក់ឈាម ឬសារធាតុសរីរាង្គដាច់ដាយទ្បែកពីសំលៀកបំពាក់ ឬក្រណាត់វះកាត់ដទៃទៀត
- លាងជម្រះឈាម ឬសារធាតុសរីរាង្គដែលប្រឡាក់សំលៀកបំពាក់ឬក្រណាត់វះកាត់ចេញសិនមុននឹងធ្វើការបោកសម្អាតជាមួយនឹងសាប៊ូ (មើលគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគក្នុងមូលដ្ឋានព្យាបាលនិងថែទាំសុខភាព) ។

- **ការសម្អាតបរិស្ថាន ៖**
  - គោលការណ៍ក្នុងការសម្អាតបរិស្ថាន ៖
    - ការសម្អាតគឺជាមធ្យោបាយមូលដ្ឋានសំខាន់បំផុតក្នុងការថែរក្សាអនាម័យឱ្យបានល្អក្នុងបរិវេណរបស់បន្ទប់សម្រាល។
    - អនុវត្តការលាងដៃ/អនាម័យដៃនិងពាក់ឧបករណ៍ការពារខ្លួនឱ្យបានសមស្រប (យ៉ាងហោចណាស់ស្រោមដៃកៅស៊ូ ស្បែកជើងកវែងកៅស៊ូ ឯកសណ្ឋានឬអៀម)។ នៅពេលមានហានិភ័យនៃការខ្ទាតប្រឡាក់ឈាមដាក់មុខត្រូវពាក់ម៉ាសវះកាត់ និងឧបករណ៍ការពារភ្នែក
    - នៅបន្ទប់សម្រាលគឺជាផ្នែកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ដែលគេគិតថាមានភាពកខ្វក់ខ្លាំងនិងភាពកខ្វក់ពីបុគ្គលិកសុខាភិបាលនិងអ្នកជំងឺ ផ្ទៃទាំងឡាយត្រូវសម្អាតជាមួយទឹកសាប៊ូ លាងជម្រះនិងសម្ងួតមុនពេលសម្លាប់មេរោគ ឧ. សូលុយស្យុងសូដ្យូម ហៃប៉ូក្លរីត (ក្លរីន) 0.05%
    - ការលាងសម្អាតដែលធ្វេសប្រហែសឬលាងសើរៗ មិនត្រឹមតែគ្មានប្រសិទ្ធភាពទេហើយថែមទាំងផ្តល់ផលអវិជ្ជមានថែមទៀតដោយវាធ្វើឱ្យអតិសុខុមប្រាណទាំងនោះបែកខ្ញែករាយប៉ាយ ពាសពេញផ្ទៃវត្ថុហើយបង្កើនឱកាសចម្លងរោគទៅវត្ថុផ្សេងៗទៀត។ ហេតុនេះការលាងសម្អាតដាច់ខាតត្រូវប្រព្រឹត្តធ្វើឱ្យបានត្រឹមត្រូវតាមស្តង់ដារច្បាស់លាស់។
  - រៀងរាល់ព្រឹក ៖
    - ជូតតុ បញ្ជរ រទេះរុញនិងកម្រាលឥដ្ឋដោយទឹកសាប៊ូដើម្បីសម្អាតធូលីនិងកំទេចកំទីដែលបានជាប់កាលពីយប់ នៅចន្លោះពេលថែទាំអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ
    - ជូតសម្អាតភ្លាមៗនូវកន្លែងនានាដែលប្រលាក់ឈាម ដោយប្រើក្រដាសឬកន្សែងក្រណាត់បន្ទាប់មកប្រើសូលុយស្យុងក្លរីន 0.05% យកចេញនូវកម្រាលឬក្រណាត់ដែលរួចលាងជាមួយសាប៊ូនិងទឹក
    - ជូតសម្អាតផ្ទៃដែលប៉ះពាល់នឹងអ្នកជំងឺ (តុពិនិត្យ គ្រែសម្រាល ជើងទម្រសេរ៉ូម ឬកម្រាលឥដ្ឋ ។ល។) ជាមួយ សូលុយស្យុងក្លរីន 0.05%
    - សម្អាតកន្លែងដែលមើលឃើញមានប្រឡាក់នៅលើកម្រាលឥដ្ឋដោយប្រើក្រណាត់ជូតមានដង ជ្រលក់សូលុយស្យុងក្លរីន 0.05% និងបន្ទាប់មកជាមួយនឹងទឹកសាប៊ូនៅចុងបញ្ចប់នៃថ្ងៃនីមួយៗ
    - ត្រូវយកចេញនូវសំណល់ឆ្លងរោគ និងបោះចោលឱ្យបានឆាប់បើអាចធ្វើបានដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រឈមនឹងការចម្លងរោគ

- ជូតផ្ទៃដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំអ្នកជំងឺទាំងអស់ពីលើចុះក្រោម រួមមានជើងទម្រសេរ៉ូម តុក្បែរ គ្រែ កន្លែងលាងដៃ។ល។ជាមួយក្រណាត់ជ្រលក់សូលុយស្យុងក្លរីន0.05%
- យកចិត្តទុកដាក់ពិសេសទៅលើគ្រែសម្រាល ដោយសម្អាតនៅផ្នែកចំហៀង បាត និងជើងរបស់វាឱ្យបានសព្វដោយប្រើសូលុយស្យុងក្លរីន 0.05%
- ជូតសម្អាតកន្លែងដែលមើលឃើញមានប្រឡាក់ នៅលើកម្រាលឥដ្ឋដោយប្រើក្រណាត់ជូតមានដងជ្រលក់សូលុយស្យុង ក្លរីន 0.05% និងបន្ទាប់មកជាមួយនឹងទឹកសាប៊ូ។

- **ការបង្ការរបួសដោយមុតម្ជុលឬវត្ថុមុតស្រួច**
  - កាន់និងបោះចោលសម្ភារដែលមុតស្រួចដោយសុវត្ថិភាព ៖
    - ត្រូវមានប្រអប់សុវត្ថិភាពដាក់នៅក្បែរឬក្នុងបន្ទប់ព្យាបាល
    - ត្រូវប្រើប្រាស់ម្ជុលនិងស៊ីរ៉ាំងដែលប្រើតែម្តងហើយបោះចោល
    - មិនចាំបាច់ផ្តាច់ម្ជុលពីស៊ីរ៉ាំង
    - មិនត្រូវគ្រប ពត់ឬកាច់ម្ជុលក្រោយពីប្រើរួច
    - បោះចោលម្ជុលស៊ីរ៉ាំងប្លាស្ទិកនិងផ្លែកាំបិតដែលបានប្រើរួចភ្លាមៗទៅក្នុងប្រអប់សុវត្ថិភាព
    - ត្រូវដុតរំលាយចោលប្រអប់សុវត្ថិភាពនោះ នៅពេលដែលផ្ទុកបានចំណុះប្រហែល ៣/៤។
  - ព័ត៌មានលម្អិតសូមអានបន្ថែមនូវគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការ និងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគក្នុងមូលដ្ឋានព្យាបាលនិងថែទាំសុខភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

- **ការគ្រប់គ្រងសំណល់ពីសេវាថែទាំសុខភាព**
  - **បោះចោលដោយសុវត្ថិភាពនូវសំណល់ពីការថែទាំសុខភាព ៖** សំណល់ត្រូវធ្វើការបែងចែកតាមប្រភេទនីមួយៗឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ៖
    - **ការបោះចោលសំណល់ទូទៅ** (សំណល់ផ្ទះបាយ និងសំណល់ដែលមិនបង្ករោគ) ត្រូវដាក់ក្នុងធុងពណ៌បៃតងនិងបោះចោលក្នុងទីលានចាក់សំរាម។ ការលាងសម្អាតប្រអប់ឬធុងដាក់សម្ភារ ស្រោមដៃក្រាស់និងលាងដៃក្រោយពេលបោះចោលសំណល់ដែលចម្លងរោគ
    - **ការគ្រប់គ្រងសំណល់វេជ្ជសាស្ត្រ ៖**
      - ត្រូវបោះវត្ថុដែលប្រឡាក់ឈាមឬសារធាតុសរីរាង្គផ្សេងៗទៅក្នុងថង់ឬធុងពណ៌លឿង ដែលមិនលេចធ្លាយឬជ្រាបទឹកហើយមានបិតស្លាក សំណល់ចម្លងរោគ (មើលគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ)
      - ត្រូវដុតចោលកាកសំណល់រឹងដែលចម្លងរោគ (មើលគោលការណែនាំស្តីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ)
      - ចាក់ចោលភ្លាមៗនូវសំណល់រាវតាមទបង្ហូរទឹកឬបង្គន់អនាម័យ
      - បោះចោលសុកទៅក្នុងរណ្តៅកប់សុក

- ព័ត៌មានលម្អិតសូមអានបន្ថែមនូវគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគក្នុងមូលដ្ឋានព្យាបាលនិងថែទាំសុខភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ។

- **ការការពារការចម្លងតាមផ្លូវដង្ហើម**

អនាម័យប្រព័ន្ធដកដង្ហើមនិងឥរិយាបថល្អក្នុងការក្អកគឺជាការប្រុងប្រយ័ត្នជាស្តង់ដារដែលត្រូវអនុវត្តគ្រប់អ្នកជំងឺ ភ្ញៀវ និងបុគ្គលិកមូលដ្ឋានព្យាបាលនិងថែទាំសុខភាព ដើម្បីរក្សាទឹករំអិលនៃប្រព័ន្ធដកដង្ហើម (ឧ. នៅពេលក្អក កណ្តាស់...) ចៀសវាងការចម្លងរោគនៃប្រព័ន្ធដកដង្ហើម។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវអនុវត្ត អនាម័យផ្លូវដង្ហើមរួមមាន៖

- គ្របច្រមុះ និងមាត់ពេលក្អក កណ្តាស់ ដោយក្រដាស ឬម៉ាស់
- ចោលក្រដាស និងម៉ាស់ប្រើរួចក្នុងធុងសម្រាម
- កុំ "ខាកស្តោះ" ក្នុងបរិស្ថាន (ប្រើក្រដាសជំនួស)
- បង្ហាញរបៀបសម្អាតដៃក្រោយប៉ះពាល់ទឹករម្អិលនៃប្រព័ន្ធដកដង្ហើម
- ចៀសវាងចាប់ដៃគ្នានៅពេលឈឺ ប្រើវិធី "ស្វាគមន៍ជាលក្ខណៈប្រពៃណី"។

ការប្រុងប្រយ័ត្នផ្អែកលើរបៀបចម្លង ៖

- ការចម្លងតាមការប៉ះពាល់

ការពាក់ស្រោមដៃ ៖

  - ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលពេល ៖ សម្រាលកូន និងកាត់ទងសុក ដេរទ្វារមាសដែលរហែក
  - ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលវែង សម្រាប់ ៖ ការលូកបារសុកដោយដៃ
  - ពាក់ស្រោមដៃសម្រាប់ពិនិត្យនៅពេល ៖ បូមឈាម ធ្វើតេស្តទឹកនោម ប៉ះជាមួយនឹងសារធាតុ សរីរាង្គ ឬនៅពេលម្តាយ ឬទារកមានជំងឺ ដែលឆ្លងដោយការប៉ះពាល់ ដូចជារបួសក្លាយ រលាកកោសិកាជាដើម
  - ពាក់ស្រោមដៃក្រាស់នៅពេល ៖ កាន់និងសម្អាតឧបករណ៍ពេទ្យ ប៉ះពាល់សំណល់ឆ្លងរោគ សម្អាតឈាម និងសារធាតុរាវសរីរាង្គដែលកំពប់។

- ការការពារការប្រឡាក់ឈាមនិងសារធាតុសរីរាង្គផ្សេងៗក្នុងអំឡុងពេលសម្រាលកូន សម្រាប់រាល់ការសម្រាលត្រូវ ៖

  - ដោះគ្រឿងអលង្ការ នាឡិកាដៃចេញ ហើយមិនត្រូវឬលាបថ្នាំក្រចកឡើយ
  - ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល
  - រុំស្នាមមុតរលាត់ឬស្បែកដែលដាច់របួសជាមួយនឹងបង់សម្រាប់រុំរបួសដែលមិនជ្រាបទឹក
  - កាន់សម្ភារដែលមុតស្រួចដោយប្រុងប្រយ័ត្ន
  - បោះចោលសម្ភារដែលមុតស្រួច ដោយសុវត្ថិភាព
  - ពាក់អាវអៀមនិងពាក់អាវវែង (gown) ដែលមិនជ្រាបទឹកនិងពាក់ម្ជូក
  - ពាក់ស្បែកជើងកវែងដែលមិនជ្រាបទឹក ហើយបិទជិត

- ពាក់វ៉ែនតាសម្រាប់ការពារភ្នែកឬរបាំងការពារមុខ បើមាន។
• ការចម្លងតាមតំណក់តូចៗ ផ្លូវដង្ហើម(> 5μm) វិធានការនេះត្រូវអនុវត្តចំពោះអ្នកជំងឺផ្លូវ ដង្ហើម ... ព័ត៌មានលម្អិតសូមអានបន្ថែមនូវគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគក្នុងមូលដ្ឋានព្យាបាលនិងថែទាំសុខភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។
• ការចម្លងតាមតំណក់តូចល្អិតអណ្តែតក្នុងខ្យល់ (< 5μm) វិធានការនេះត្រូវអនុវត្តចំពោះអ្នកជំងឺរបេង... ព័ត៌មានលម្អិតសូមអានបន្ថែមនូវគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការ និងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគក្នុងមូលដ្ឋានព្យាបាលនិងថែទាំសុខភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

ការពិនិត្យរហ័ស

បុគ្គលិកដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការពិនិត្យលើកដំបូងចំពោះស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជនិងទារកដែលមកទទួលសេវាការថែទាំនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ត្រូវធ្វើការពិនិត្យឱ្យបានរហ័សដោយសាកសួរនិងសង្កេតមើលដូចខាងក្រោម ៖

ការសាកសួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ការពិនិត្យ ការស្តាប់ ការស្ទាប
សាកសួរស្ត្រីពីមូលហេតុដែលនាំឱ្យគាត់មកមន្ទីរពេទ្យ	ស្ត្រីត្រូវបានបី គ្រាឬដាក់លើរទេះរុញចូលមក ដោយសារឬមានបញ្ហាណាមួយដូចខាងក្រោម ៖ • ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស • ប្រកាច់ • មានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ • សន្លប់ • ឈឺចាប់ខ្លាំង • ឈឺពោះសម្រាល • ជិតសម្រាល ពិនិត្យមើលប្រសិនបើទារកនោះមាន ៖ • តូចពេក • ប្រកាច់ • ពិបាកដកដង្ហើម។

សកម្មភាពអន្តរាគមន៍ ៖

- ប្រសិនបើមានសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់បញ្ជូនស្ត្រីទៅកាន់បន្ទប់ព្យាបាលដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលរហ័ស ៖
    - ប្រសិនបើជិតសម្រាល ហៅអ្នកជំនួយជាបន្ទាន់
    - ប្រសិនបើឈឺពោះសម្រាល បញ្ជូនទៅកាន់ផ្នែកសម្រាល
    - ប្រសិនបើពុំមានសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ស្ត្រីអាចនៅរង់ចាំដើម្បីជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា
    - ប្រសិនបើទារកមានសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ត្រូវផ្ទេរទៅកាន់បន្ទប់ព្យាបាលនិងធ្វើការពិនិត្យជា បន្ទាន់
    - ប្រសិនបើពុំមានសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ទារកនោះអាចនៅរង់ចាំជាមួយនឹងម្តាយដើម្បីជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល។

ចំណាំ ៖ ការពិនិត្យរហ័សត្រូវតែអនុវត្តឡើងវិញតាមកំណត់និងទៀងទាត់ប្រសិនបើការរង់ចាំជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលរបស់ស្ត្រីនោះមានរយៈពេលយូរ។

ការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលរហ័ស

ការវាយតម្លៃរហ័សនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ដោយឆ្មបឬវេជ្ជបណ្ឌិតដែលទាក់ទងនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់មានដូចខាងក្រោម ៖

សញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់	**វិធានការណ៍**	**ព្យាបាល**
ផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម ៖ • ពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំងឬ • ឡើងស្វាយ		• ថែរក្សានិងព្យាបាលផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម
ចរន្តឈាមរត់និងស្លុក ៖ • ស្បែកឡើងត្រជាក់និងសើមឬ • ជីពចរខ្សោយនិងញាប់	• វាស់សម្ពាធឈាម • រាប់ចំនួនជីពចរ	ប្រសិនបើសម្ពាធឈាម Systolic < 90mmHg ឬជីពចរលើសពី១១០ក្នុងមួយនាទី ៖ • ឱ្យស្ត្រីសម្រាកក្នុងឥរិយាបថផ្អៀងខាងឆ្វេងនិងជើងទាំងពីរខ្ពស់ជាងដើមទ្រូង • បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមដោយម្ជុល Catheter លេខ 16 G ឬ 18 G • ផ្តល់សេរ៉ូមដោយល្បឿនលឿន Ringer's lactate or normal saline • ប្រសិនបើមិនអាចបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមបានទេ ត្រូវប្រើមធ្យោបាយផ្សេងទៀត(បើស្ត្រីអាចផឹកបានត្រូវផ្តល់ជាតិទឹកតាមមាត់)

		• រក្សាស្ត្រីក្នុងសភាពកក់ក្តៅ (ដោយដណ្តប់) ។ *(សេចក្តីលំអិតស្តីពីការគ្រប់គ្រងស្តុកសូមមើលផ្នែក ៧.២)*
ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលគភ៌នៅតូច ៖ • កម្ពស់ស្បូនមិនស្ថិតនៅលើផ្ចិត • ធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ ៖ - សំឡីអនាម័យឬក្រណាត់ទ្រាប់សើមជោគ ក្នុងរយៈពេលតិចជាង ៥នាទី	សញ្ញាជីវិត	**ការធ្លាក់ឈាមខ្លាំងប្រហែលបណ្តាលមកពីការរលូតកូន ៖** • បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមដោយប្រើ Catheter លេខ 16G ឬ 18G • ផ្តល់សេរ៉ូម Ringer's lactate or normal saline ដោយល្បឿនលឿន • បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យដោយការពិនិត្យទ្វារមាស (ដោយប្រើដៃឬចំពុះទា) • ធ្វើការសម្អាតស្បូនដោយប្រើស៊ីរ៉ាំងបូមដៃ (MVA) • ផ្តល់ថ្នាំ Oxytocin 10 IU ឬ Ergometrine 0.2 mg ចាក់សាច់ដុំ • ផ្តល់ថ្នាំ Oxytocin 10 IU ឬ Ergometrine 0.2 mg ចាក់សាច់ដុំម្តងទៀតក្នុងរយៈ១៥នាទីក្រោយ ប្រសិនបើការធ្លាក់ឈាមនៅតែ បន្តទៀត • ប្រសិនបើសង្ស័យថាមានផលវិបាកនៃការរំលូត រលូត ត្រូវផ្តល់ Antibiotic សមស្រប (IM / IV)។
• ធ្លាក់ឈាមតិចតួច		• ពិនិត្យស្ត្រីដោយប្រើអេកូសាស្ត្រប្រសិនបើអាចធ្វើបាន • បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យ ៖ កូនក្រៅស្បូន កូនរលូតដោយឯកឯង គំរាមរលូត • ផ្តល់ការព្យាបាលសមស្រប ប្រសិនបើទំនងជាមិនមានគភ៌សូមមើលគោលការណ៍ ណែនាំគ្លីនិកផ្សេងទៀត។
ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលគភ៌មានអាយុច្រើន ៖ • កំពូលស្បូនស្ថិតនៅលើផ្ចិត (រាល់ការធ្លាក់ឈាមគឺមានគ្រោះថ្នាក់)	យកសញ្ញាជីវិតញឹកញាប់	***មិនត្រូវពិនិត្យដោយលូកទ្វារមាស ៖*** • បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមដោយប្រើ Catheter លេខ16G ឬ 18 G

		• ផ្តល់សេរ៉ូម Plasma Expander Ringer's lactate ឬ normal saline ដោយល្បឿនលឿន ប្រសិនបើធ្លាក់ឈាមខ្លាំងឬស្លុក (ទំព័រ 242)។ • ធ្វើការពិនិត្យទ្វារមាសក្រោយពេលអេកូសាស្ត្រ បញ្ជាក់ថាគ្មានសុកពាំងមាត់ស្បូន • ប្រសិនបើសុកពាំងមាត់ស្បូនត្រូវបានបញ្ជាក់នោះត្រូវធ្វើការព្យាបាល (ទំព័រ 62)។
ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលឈឺពោះសម្រាល ៖ • ធ្លាក់ឈាមច្រើនជាង 100 ml ពីពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល	យកសញ្ញាជីវិត	***មិនត្រូវលូកពិនិត្យទ្វារមាស*** • បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមដោយប្រើ Catheter លេខ 16G ឬ18G • ផ្តល់សេរ៉ូមដោយល្បឿនលឿន បើមានធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរឬស្លុក ។
ធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល ៖ • ធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ ៖ - សំឡីអនាម័យឬក្រណាត់ទ្រាប់សើមជោគក្នុងរយៈពេលតិចជាង ៥នាទី - ឈាមនៅតែមានហូរតិចៗជាប់ជានិច្ច - ឈាមធ្លាក់មានចំណុះលើសពី 250ml និងនៅតែមានការធ្លាក់ឈាមបន្ត	- យកសញ្ញាជីវិតឱ្យបានញឹកញាប់ - ពិនិត្យបរិមាណ ឈាមដែលបាត់បង់	• ហៅរកជំនួយជាបន្ទាន់ • ឈ្លីស្បូនរហូតទាល់តែឡើងរឹងនិងផ្តល់ Oxytocin 10 IU ចាក់សាច់ដុំ • បញ្ចូលសេរ៉ូម (1L) តាមសរសៃឈាម ដោយលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU ក្នុងល្បឿន ៦០ដំណក់ក្នុង ១នាទី • បូមទឹកនោមឱ្យអស់និងដាក់សុងទឹកនោម បើចាំបាច់ • វាស់សម្ពាធឈាមនិងរាប់ជីពចររាល់១៥នាទីម្តងនិងកត់ត្រាទុក។

ពិនិត្យនិងសួរប្រសិនបើសុករបេះធ្លាក់ ៖

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

១. **<u>សុកមិនរបេះធ្លាក់</u>** ៖

ពេលដែលស្បូនឡើងរឹងត្រូវធ្វើការទម្លាក់សុកដោយត្រួតពិនិត្យការទាញទងសុក (ទំព័រ109)

- ប្រសិនបើមិនបានជោគជ័យត្រូវធ្វើការទម្លាក់សុកដោយដៃ (ទំព័រ283)
- ផ្តល់ Antibiotic សមស្របដោយ IM / IV
- ក្រោយការទំលាក់សុកដោយដៃបន្តការផ្តល់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU / 1L ដោយល្បឿន៣០ ដំណក់ក្នុង១នាទី
- ប្រសិនបើមិនអាចទម្លាក់សុកដោយដៃបានទេត្រូវធ្វើការវះកាត់ស្បូន។

២. **<u>សុករបេះធ្លាក់</u>** ៖

ប្រសិនបើសុករបេះធ្លាក់អស់ត្រូវ ៖

- ឈ្លីស្បូនដើម្បីឱ្យកំណាកឈាមធ្លាក់ចេញ
- ប្រសិនបើស្បូននៅទន់ ផ្តល់ Oxytocin 10 IU ឬ Ergometrine 0.2mg IM
- មិនត្រូវផ្តល់ Ergometrine ដល់ស្ត្រីដែលមានជំងឺក្រឡាភ្លើង ឬបំរុងក្រឡាភ្លើងឬមានជំងឺលើសឈាមទេ
- បន្តផ្តល់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU / 1L ដោយល្បឿន៣០ដំណក់ក្នុង១នាទី
- បន្តការឈ្លីពីលើស្បូនរហូតទាល់តែឡើងរឹង។

ប្រសិនបើសុករបេះធ្លាក់មិនអស់ ៖

- យកចេញនូវកំទេចសុកដែលនៅសល់
- ផ្តល់ Antibiotic សមស្របដោយ IM / IV
- បន្តផ្តល់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU / 1L ដោយល្បឿន៣០ដំណក់ក្នុង១នាទី
- ប្រសិនបើមិនអាចទម្លាក់សុកដោយដៃបានទេត្រូវធ្វើការវះកាត់។

ពិនិត្យការរហែកប៉េរីណេនិងទ្វារមាស ៖

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- សង្កត់លើកន្លែងរហែក
- ដេរកន្លែងរហែក

១. **<u>ប្រសិនបើធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ</u>** ៖

- បន្តផ្តល់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU / 1L ដោយល្បឿន៣០ដំណក់ក្នុង១នាទី ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមនៅដៃម្ខាងទៀត
- ផ្តល់ Ergometrine 0.2mg IM
- ធ្វើការសង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរ (ទំព័រ 285) ឬ

- ធ្វើការសង្កត់លើសរសៃអាអ័ត (Aorta) (ទំព័រ 286) - ផ្តល់ Antibiotic សមស្រប IM / IV - ធ្វើការវះកាត់ស្បូន។ **២. <u>ត្រួតពិនិត្យការធ្លាក់ឈាម</u> ៖** - បន្តផ្តល់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU /1L ដោយល្បឿន២០ដំណក់ក្នុង១ នាទីសម្រាប់ រយៈពេល១ម៉ោងយ៉ាងតិចក្រោយពេលឈប់ធ្លាក់ឈាម - ពិនិត្យរៀងរាល់៣០នាទីម្តង រយៈពេល៤ម៉ោង ទុកស្ត្រីនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលយ៉ាងតិច ២៤ម៉ោង។		
ប្រកាច់ឬសន្លប់ (ភាគច្រើនក្រឡាភ្លើង) ៖ • ប្រកាច់នៅពេលនេះឬថ្មីៗ • សន្លប់	• យកសញ្ញាជីវិត • វាយតម្លៃពីសភាពនៃគភ៌	• ការពារស្ត្រីពីការដួលធ្លាក់ឬមានរបួស • រកជំនួយ • គ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម (ទំព័រ 241) - បើស្ត្រីមិនដកដង្ហើមត្រូវជួយដល់ការដកដង្ហើម ដោយប្រើ Ambu bag និង mask - បើស្ត្រីដកដង្ហើមត្រូវផ្តល់Oxygen 4-6 L ក្នុងមួយនាទីដោយ mask ឬកានុលច្រមុះបើអាចធ្វើបាន • ក្រោយពីប្រកាច់បានបញ្ចប់ត្រូវដាក់ស្ត្រីឱ្យដេកផ្អៀងមកខាងឆ្វេង • បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមយឺតៗក្នុងល្បឿន៣០ ដំណក់ក្នុង១នាទី) • ផ្តល់ $MgSO_4$ (ទំព័រ 46) • ប្រសិនបើសម្ពាធឈាម អប្បរមា >110 mmHg សូមឱ្យថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាម ក្រោយពីផ្តល់ $MgSO_4$ (ទំព័រ 48) • ប្រសិនបើសីតុណ្ហភាពលើសពី 38°c ឬធ្លាប់មានប្រវត្តិគ្រុនក្តៅត្រូវព្យាបាលដូចគ្នានឹងការព្យាបាលគ្រុនក្តៅដែលមានគ្រោះថ្នាក់។
ការឈឺចាប់ក្នុងពោះខ្លាំង ៖ • មិនមែនជាការឈឺពោះសម្រាលធម្មតា	យកសញ្ញាជីវិត	• បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម • ប្រសិនបើសីតុណ្ហភាពលើសពី 38° C ផ្តល់ Antibiotic ដូសដំបូង សមស្របដោយ IM / IV។
គ្រុនក្តៅខ្លាំង ៖	• យកសញ្ញាជីវិត	• បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃយឺតៗ • ផ្តល់ Antibiotic ដូសដំបូងសមស្រប

• សីតុណ្ហភាពលើសពី38 ºC • ដង្ហើមញាប់ខ្លាំង • រឹងក • សន្លឹម • ទន់ខ្សោយខ្លាំង/មិនអាចឈរបាន	• ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរកជំងឺគ្រុនចាញ់(ដោយតេស្តរហ័សឬមីក្រូទស្សន៍) បើសិនជាអ្នកជំងឺរស់នៅតំបន់គ្រុនចាញ់ ឬ ធ្លាប់ស្នាក់នៅតំបន់មានការចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់១ខែមុន។	• ផ្តល់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់តាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ។

ជំពូក១ ៖ ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល

ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលត្រូវតែធ្វើតាមតម្រូវការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនិងចិត្តសាស្ត្រ សង្គមរបស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅក្នុងបរិបទនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនិងទំនៀមទម្លាប់ដែលស្ត្រីរស់នៅ។ ការទៅពិនិត្យផ្ទៃពោះដោយពេទ្យជំនាញតាមការណាត់ជួបជាការចាំបាច់នៅអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពីព្រោះស្ត្រីនឹងទទួលបាន ៖

- ការវាយតម្លៃសភាពធម្មតានៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (សុខភាពទាំងម្តាយទាំងទារកក្នុងផ្ទៃ)
- ការពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកផ្សេងៗទាន់ពេលវេលា
- ការគាំទ្រ ទំនាក់ទំនងរវាងស្ត្រីនិងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព
- ការរៀបចំផែនការជាក់លាក់ពីការសម្រាលកូននិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ការត្រៀមជុំវិញកំណើត) ដោយមានជំនួយពីអ្នកផ្តល់សេវា
- ការផ្តល់វិធានការការពារ
- ការផ្តល់ដំបូន្មាននិងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សា ស្តីពីអាហារូបត្ថម្ភ ពន្យារកំណើត សញ្ញាឈឺពោះសម្រាល សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងធ្វើការណាត់ជួបបន្ត
- ទទួលបានឱសថបង្ការការចម្លងមេរោគពីម្តាយទៅកូន (ART ...) ប្រសិនបើម្តាយមានផ្ទុកមេរោគ
- ទទួលបានរាល់ព័ត៌មានដែលបានរកឃើញ ផែនការសម្រាលការព្យាបាលដែលបានផ្តល់និងពេលណាត់ជួប។

គ្រប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះគប្បីទទួលការពិនិត្យឱ្យបានយ៉ាងតិច៤ដង (ប្រសិនបើបាន៨ដងជាការល្អ) ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ ស្ត្រីត្រូវមកពិនិត្យផ្ទៃពោះឱ្យបានឆាប់នៅពេលដែលដឹងថាបាត់រដូវ ភ្លាម។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវប្រាប់ស្ត្រីឱ្យត្រឡប់មកពិនិត្យវិញមិនឱ្យលើសពី២សប្តាហ៍ធៀបទៅនឹងថ្ងៃសម្រាលរំពឹងទុក ប្រសិនបើគាត់នៅតែមិនទាន់សម្រាលកូន។

ពេលវេលាកំណត់ដែលស្ត្រីត្រូវមកពិនិត្យផ្ទៃពោះគឺ ៖

១) ការពិនិត្យលើកទី១ ៖ គភ៌មានអាយុ តិចជាង១២សប្តាហ៍

២) ការពិនិត្យលើកទី២ ៖ គភ៌មានអាយុ ២០ទៅ២៤សប្តាហ៍

៣) ការពិនិត្យលើកទី៣ ៖ គភ៌មានអាយុ ៣០ទៅ៣២សប្តាហ៍

៤) ការពិនិត្យលើកទី៤ ៖ គភ៌មានអាយុ ៣៦ទៅ៣៨សប្តាហ៍

ក្នុងករណីចាំបាច់ដែលស្ត្រីនិងទារកក្នុងផ្ទៃប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ ស្ត្រីត្រូវមកពិនិត្យឱ្យបានញឹកញាប់មុនពេលកំណត់។ ត្រូវត្រឡប់មកពិគ្រោះនិងសម្រាលនៅសប្តាហ៍ទី៤១ បើកូនមិនទាន់កើត។

១-១ ការវាយតម្លៃសភាពនៃផ្ទៃពោះ *(សុខភាពទាំងម្តាយទាំងទារកក្នុងផ្ទៃ)*

បុគ្គលិកដែលទទួលស្ត្រីពីដំបូងនៅមន្ទីរពេទ្យត្រូវតែធ្វើការពិនិត្យរហ័សអំពីស្ថានភាពស្ត្រី ដូចក្នុងទំព័រ 28 បើចាំបាច់ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងរហ័សដូចក្នុងទំព័រ 29 ។

ពេលស្រ្តីមកពិនិត្យលើកទី១ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវពិភាក្សានិងរៀបចំផែនការជាក់លាក់ពីការសម្រាលកូននិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ការត្រៀមជុំវិញកំណើត)ជាមួយស្រ្តី ហើយផែនការនោះត្រូវតែពិនិត្យនិងធ្វើការកែសម្រួលនៅពេលមកពិនិត្យលើកក្រោយប្រសិនបើចាំបាច់។

១. ការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១ (គភ៌មានអាយុ តិចជាង១២សប្តាហ៍):

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• សួររកសៀវភៅសុខភាពមាតានិងពិនិត្យកំណត់ត្រាពីមុន ប្រសិនបើគ្មានសៀវភៅសុខភាពមាតាត្រូវបំពេញ និងផ្តល់ជូនស្រ្តី ក្នុងករណីស្រ្តីធ្លាប់មានកូន បើមានសៀវភៅសុខភាពមាតា ពិនិត្យកំណត់ត្រាពីមុនៈ - អាយុស្រ្តី - ទម្ងន់ស្រ្តីមុនពេលមានផ្ទៃពោះ? - រដូវចុងក្រោយនៅថ្ងៃ ខែ ណា? - អ្នកមានផ្ទៃពោះប៉ុន្មានខែ? - តើអ្នកគិតថាត្រូវសម្រាលកូននៅពេលណា? - ចំនួនផ្ទៃពោះ/ចំនួនសម្រាល/ចំនួនរលូត-រំលូត - ចំនួនវះកាត់យកកូន បូមយកកូន - ធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរកំពុង/ក្រោយសម្រាល - ប្រកាច់ - ស្លាប់កើត ឬកើតស្លាប់នៅថ្ងៃទី១ នៃ កំណើត - ធ្លាប់មានកូនកើតមិនគ្រប់ខែឬទេ? - សួររកជំងឺផ្សេងទៀតដូចជា ទឹកនោមផ្អែម លើសឈាម ជំងឺតម្រងនោម... • តើអ្នកបានកំណត់អំពីទីកន្លែងដែលត្រូវទៅសម្រាលកូនហើយឬនៅ? • សួរពីការទទួលវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺតេតាណូស ពិនិត្យប័ណ្ណផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស និងកំណត់ត្រា • តើមានកង្វល់ វិបត្តិ ឬបញ្ហាអ្វីទេតើអ្នកហូបបានដែរឬទេ? • តើអ្នកមានជក់បារី ផឹកស្រា និងប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនឬទេ? តើអ្នករស់នៅជិតអ្នកជក់បារីឬទេ?	• ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្ពស់ • ប្រសិនជាអាច គណនាសន្ទស្សន៍ម៉ាស់រាងកាយ (BMI) • $BMI = \frac{\text{ទម្ងន់(គិតជាគ.ក)}}{\text{កំពស់ X កំពស់(គិតជា ម)}}$ • យកសញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម ជីពចរ កម្តៅ ចង្វាក់ដង្ហើម) • ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំង • ពិនិត្យរកមើលហើម ដុំពកនៅក ដោះ • ធ្វើតេស្តទឹកនោម បញ្ជាក់ពីការមានផ្ទៃពោះក្នុងករណីដែលការពិនិត្យគ្លីនិកមិនទាន់បញ្ជាក់ច្បាស់ • វាស់កម្ពស់ស្បូន (ប្រសិនបើមិនអាចវាស់បាន ធ្វើការលូកទ្វារមាស ឬពិនិត្យអេកូសាស្រ្ត) • គណនារកថ្ងៃ ខែ សម្រាលរំពឹងទុក • មើលស្នាមវះយកកូននិងស្នាមវះពោះដទៃទៀត ពីមុនមក • ធ្វើតេស្តឈាមរក ៖ ក្រុមឈាម រ៉េស៊ីស(Rh) អេម៉ូក្លូប៊ីន/អេម៉ាតូគ្រីត កម្រិតជាតិស្ករ មេរោគដែលអាចចម្លងពីម្តាយទៅកូន(អេដស៍-ស្វាយ) គ្រុនចាញ់ក្នុងករណីចាំបាច់ • ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសបើសិនជាស្រ្តីមិនធ្លាប់ទទួលបានថ្នាំបង្ការនេះទេ ឬផ្តល់ថ្នាំបង្ការបន្តទៅតាមកំណត់ត្រាក្នុងប័ណ្ណផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • ប្រសិនជាចាំបាច់ ធ្វើតេស្តឈាមពេញលេញ (Full blood count testing) ដើម្បីបញ្ជាក់ចំនួនគោលិកាឈាម

	• ធ្វើតេស្តទឹកនោមរកប្រូតេអ៊ីន គ្លុយកូស • ផ្តល់ប្រឹក្សាឱ្យបរិភោគអាហារមានសុខភាពល្អ ធ្វើសកម្មភាពធម្មតា ដើម្បីកុំឱ្យឡើងទម្ងន់ហួសកំណត់ • ពិនិត្យរកសញ្ញារងគ្រោះដោយអំពើហិង្សាដែលអាចបណ្តាលឱ្យផលវិបាកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងពេលសម្រាល ដើម្បីសង្គ្រោះផ្តល់ប្រឹក្សានិងកត់ត្រាជាឯកសារ។ • ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី២ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវ សៀវភៅសុខភាពមាតា ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស។

កំណត់សម្គាល់

ក- ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំង និងគ្រប់គ្រងព្យាបាល ៖

- ពិនិត្យត្របកភ្នែកខាងក្រោម ផ្ទៃកខាងក្នុង និងពិនិត្យបាតដៃ បើមានស្លាំងបញ្ជាក់ថាមានស្លេកស្លាំងស្រាល និងមធ្យម ឬពិនិត្យឈាមដោយប្រើម៉ាស៊ីនអេម៉ូឃ្យូ (ឬមន្ទីរពិសោធន៍) មានកម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីនក្រោម១១,០-៧ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ បញ្ជាក់ថាមានស្លេកស្លាំងស្រាល និងមធ្យម ត្រូវផ្តល់ថ្នាំគ្រាប់ជាតិដែកហ្វូលីកអាស៊ីត១គ្រាប់ ២ថ្ងៃរយៈពេល៣ខែដោយណាត់ជួបតាមដានរាល់១៤ថ្ងៃម្តង។
- ពិនិត្យត្របកភ្នែកខាងក្រោម ផ្ទៃកខាងក្នុង និងពិនិត្យបាតដៃ ឬពិនិត្យឈាម បើកម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីន ឃើញក្រោម ៧ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ ឬឃើញត្របកភ្នែកខាងក្រោម ផ្ទៃកខាងក្នុង និងបាតដៃស្លាំងខ្លាំង បញ្ជាក់ថាមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ។
- បើមិនមានភាពស្លេកស្លាំងទេ ផ្តល់ថ្នាំគ្រាប់ជាតិដែកអាស៊ីតហ្វូលីកចំនួន៦០គ្រាប់លើកទី១(ព័ត៌មានលម្អិតសូមមើលគោលនយោបាយ និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីមីក្រូសារជាតិ)។
- សាកសួរទម្ងន់មុនពេលមានគភ៌ដើម្បីគណនាសន្ទស្សន៍ម៉ាស់រាងកាយ(BMI)បើបង្ហាញ៖
  - សន្ទស្សន៍ម៉ាស់រាងកាយ (BMI) <18.5 បញ្ជាក់ថាទម្ងន់ទាប ដូចនេះពេលមានផ្ទៃពោះត្រូវកើនទម្ងន់ពី 12.5-18 kg
  - សន្ទស្សន៍ម៉ាស់រាងកាយ(BMI)ពី 18.6- 24.9 បញ្ជាក់ថាទម្ងន់ធម្មតា ដូចនេះពេលមានផ្ទៃពោះត្រូវកើនទម្ងន់ពី 11.5-16 kg
  - សន្ទស្សន៍ម៉ាស់រាងកាយ(BMI)ពី 25.0- 29.9 បញ្ជាក់ថា លើសទម្ងន់ ដូចនេះ ពេលមានផ្ទៃពោះត្រូវកើនទម្ងន់ពី 7-11.5 kg
  - សន្ទស្សន៍ម៉ាស់រាងកាយ(BMI) ≥30.0 បញ្ជាក់ថាធាត់ខ្លាំង ដូចនេះពេលមានផ្ទៃពោះត្រូវកើនទម្ងន់ពី 4.5-9.0kg (ព័ត៌មានលម្អិតសូមមើលសៀវភៅស្តីពីកញ្ចប់អាហារល្អទំព័រទី៦៤)។

ខ- ពិនិត្យរកសញ្ញាខ្វាក់មាន់របស់ស្ត្រី ដោយសាកសួរពីគំហើញនៅពេលពន្លឺថយចុះ(ព្រះអាទិត្យលិច)

- ប្រសិនបើមើលមិនឃើញត្រូវគ្រប់គ្រងព្យាបាលដោយផ្តល់មុលទីវីតាមីន២គ្រាប់/១ថ្ងៃ រយៈពេល៣០ថ្ងៃ

គ- ផ្តល់ប្រឹក្សា និងអប់រំអំពីៈ

- សារៈប្រយោជន៍ និងពេលវេលាដែលត្រូវមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ
- សារៈប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍-ស្វាយ និងតេស្តទឹកនោម
- អាហារូបត្ថម្ភស្ត្រី (បរិភោគអាហារ៣ក្រុម ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ អំបិលអ៊ីយ៉ូដ លេបថ្នាំជាតិដែក៩០គ្រាប់អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងយល់ដឹងអំពីផលរំខានបន្ទាប់បន្សំនៃថ្នាំជាតិដែក)
- ការថែទាំខ្លួនប្រាណ (អនាម័យខ្លួនប្រាណ សម្រាកឱ្យបានច្រើន ជៀសវាងការលើកឬយួររបស់ធ្ងន់ គេងក្នុងមុង កាត់បន្ថយការងារធ្ងន់ៗប្រចាំថ្ងៃ)
- សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ (ធ្លាក់ឈាម ប្រកាច់ ឈឺក្បាលខ្លាំង ក្តៅខ្លួន ឈឺក្នុងពោះខ្លាំង ហត់ ឬពិបាកដកដង្ហើម)
- សារៈប្រយោជន៍នៃការទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសគ្រប់ចំនួន ដើម្បីទទួលបានភាពស៊ាំទាំងម្តាយទាំងកូន
- ត្រៀមជុំវិញកំណើត និងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ទីកន្លែងសម្រាល អ្នកកំដរ អ្នកជួយការងារផ្ទះ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ សម្ភារ សន្សំថវិកា)

ឃ- កត់ត្រាព័ត៌មាន និងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រា និងសៀវភៅសុខភាពមាតា

ង- មណ្ឌលសុខភាពត្រូវធ្វើការបញ្ជូនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានផលវិបាក ទៅមន្ទីរពេទ្យដើម្បីធ្វើការសង្គ្រោះជាបន្ទាន់

ច- កញ្ចប់សេវាត្រូវផ្តល់ជូនជាបន្តបន្ទាប់ដោយយោងទៅតាមកំណត់ត្រានៃការពិនិត្យម្តងៗ។

២. ការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី២ (គភ៌មានអាយុ២០ ទៅ២៤សប្តាហ៍):

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	**មើល ស្តាប់ ស្ទាប**
• ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតាដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ពីការទទួលសេវាលើកទី១ • សួរស្ត្រីៈ - តើអ្នកដឹងថាត្រូវសម្រាលកូននៅពេលណា? - តើអ្នកបានកំណត់អំពីទីកន្លែងដែលត្រូវទៅសម្រាលកូនហើយឬនៅ? - សួរ និងពិនិត្យរកការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសតាំងពីពិនិត្យលើកមុនមក - តើកូនកំរើក(បម្រះ) ឬទេ? - ពិនិត្យកំណត់ត្រារកមើលផលវិបាក និងការព្យាបាលដែលបានទទួលនៅពេលពិនិត្យលើកមុន	• ថ្លឹងទម្ងន់ ធ្វើការប្រៀបធៀបទៅនឹងទម្ងន់ថ្លឹងលើកទី១ ដើម្បីវាយតម្លៃរកបញ្ហាអាហារូបត្ថម្ភ • យកសញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម ជីពចរ កម្តៅ ចង្វាក់ដង្ហើម) និងធៀបជាមួយកំណត់ត្រាលើកមុន • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងគ្រប់គ្រងផលវិបាក • ពិនិត្យវាយតម្លៃភាពស្លេកស្លាំង បើនៅមានស្លេកស្លាំងព្យាបាលបន្តឬបញ្ជូន(អានចំណុចសម្គាល់"ក"ក្នុងកញ្ចប់ សេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១) • ផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន១ដូស • ពិនិត្យរកមើលហើម ដុំពកនៅក ដោះ • វាស់កម្ពស់ស្បូន ពិនិត្យរកមើលទម្រង់ ចលនាកូនក្នុងផ្ទៃ ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូន

- ពិនិត្យរកបញ្ហាប្រតិកម្មជាមួយឱសថដែលធ្លាប់ប្រើពីមុនមក • សួរពីការទទួលវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺតេតាណូស ពិនិត្យប័ណ្ណផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស និងកំណត់ត្រា • តើមានកង្វល់ វិបត្តិ ឬបញ្ហាអ្វីទេ? តើអ្នកហូបបានដែរឬទេ? • តើអ្នកមានជក់បារី ផឹកស្រា និងប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនឬទេ? តើអ្នករស់នៅជិតអ្នកជក់បារីឬទេ?	• ពិនិត្យអេកូសាស្រ្ត ដើម្បីកំណត់អាយុគភ៌ ចំនួនកូននិងភាពមិនប្រក្រតីនៃផ្ទៃពោះ(ប្រសិនជាមាន) • ធ្វើតេស្តឈាមរក ក្រុមឈាម រ៉េស៊ីស(Rh) (បើមិនទាន់បានធ្វើ)កម្រិតជាតិស្ករ អេម៉ូក្លូប៊ីន/អេម៉ាតូគ្រីត • ពិនិត្យរកស្ថានភាពមេរោគ អេដស៍-ស្វាយ ប្រសិនមិនបានពិនិត្យលើកទី១ • ពិនិត្យរកមេរោគគ្រុនចាញ់ក្នុងករណីចាំបាច់ • ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសបន្តបើចាំបាច់ • ប្រសិនជាចាំបាច់ ធ្វើតេស្តឈាមពេញលេញ (Full blood count testing) ដើម្បីបញ្ជាក់ចំនួនគោលិកាឈាម • ធ្វើតេស្តទឹកនោមរកប្រូតេអ៊ីន គ្លុយកូស (បើសិនចាំបាច់) • ពិនិត្យរកសញ្ញារងគ្រោះដោយអំពើហិង្សាដែលអាចបណ្តាលឱ្យផលវិបាកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនិងពេលសម្រាល ដើម្បីសង្គ្រោះ ផ្តល់ប្រឹក្សានិងកត់ត្រាជាឯកសារ។ • ផ្តល់ប្រឹក្សាឱ្យបរិភោគអាហារមានសុខភាពល្អធ្វើសកម្មភាពធម្មតា ដើម្បីកុំឱ្យឡើងទម្ងន់ហួសកំណត់ • ប្រសិនបើRh (-)ផ្តល់ប្រឹក្សាពីអនាគតគភ៌លើកក្រោយ • ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការពន្យារកំណើត រំលឹកអំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ គ្រឿងស្រវឹង គ្រឿងញៀន ឱសថបុរាណ • ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី៣ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវ សៀវភៅសុខភាពមាតា ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស។

៣. ការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី៣ (គភ៌មានអាយុ៣០ ទៅ៣២សប្តាហ៍):

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតាដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ពីការទទួលសេវាលើកទី២ • សួរស្រ្តី៖	• ថ្លឹងទម្ងន់ ធ្វើការប្រៀបធៀបទៅនឹងទម្ងន់ថ្លឹងលើកទី២ ដើម្បីវាយតម្លៃរកបញ្ហាអាហារូបត្ថម្ភ

- តើអ្នកដឹងថាត្រូវសម្រាលកូននៅពេលណា? នៅកន្លែងណា? - សួរ និងពិនិត្យរកការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស តាំងពីពិនិត្យលើកមុនមក - តើកូនកំរើក(បម្រះ) ឬទេ? - ពិនិត្យកំណត់ត្រារកមើលផលវិបាក និងការព្យាបាលដែលបានទទួលនៅពេលពិនិត្យលើកមុន - ពិនិត្យរកបញ្ហាប្រតិកម្មជាមួយឱសថដែលធ្លាប់ប្រើពីមុនមក • សួរពីការទទួលវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺតេតាណូស ពិនិត្យប័ណ្ណផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសនិងកំណត់ត្រា • តើមានកង្វល់ វិបត្តិ ឬបញ្ហាអ្វីទេ? តើអ្នកហូបបានដែរឬទេ? • តើអ្នកមានជក់បារី ផឹកស្រា និងប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនឬទេ? តើអ្នករស់នៅជិតអ្នកជក់បារីឬទេ?	• យកសញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម ជីពចរ កម្តៅ ចង្វាក់ដង្ហើម)ធៀបជាមួយកំណត់ត្រាលើកមុន • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងគ្រប់គ្រងផលវិបាក • ពិនិត្យវាយតម្លៃភាពស្លេកស្លាំង បើនៅមានស្លេកស្លាំងត្រូវបញ្ជូន (អានចំណុចសម្គាល់"ក"ក្នុងកញ្ចប់សេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១) • ពិនិត្យរកមើលហើម ដុំពកនៅក ដោះ • វាស់កម្ពស់ស្បូន ស្ទាបផ្ទៃពោះក្រែងមានកូនភ្លោះ ឬកូនច្រើន • ស្ទាបផ្ទៃពោះក្រែងកូននៅទទឹងពោះ ឬទម្រង់មិនធម្មតា ចលនាកូនក្នុងផ្ទៃ • ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូន • ពិនិត្យអេកូសាស្រ្តក្នុងករណីជាចាំបាច់ • ធ្វើតេស្តឈាមរក ក្រុមឈាម រ៉េស៊ីស(Rh) កម្រិតជាតិស្ករ អេម៉ូក្លូប៊ីន/អេម៉ាតូគ្រីត(បើមិនទាន់បានធ្វើ) • ពិនិត្យរកស្ថានភាពមេរោគ អេដស៍-ស្វាយ លើកទី២ ប្រសិនបើ ស្រ្តីមានការប្រឈមខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍-ស្វាយ • ពិនិត្យរកមេរោគគ្រុនចាញ់ក្នុងករណីចាំបាច់ • ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសបន្តបើចាំបាច់ • ប្រសិនជាចាំបាច់ ធ្វើតេស្តឈាមពេញលេញ (Full blood count testing) ដើម្បីបញ្ជាក់ចំនួនគោលិកាឈាម • ធ្វើតេស្តទឹកនោមរកប្រូតេអ៊ីន គ្លុយកូស (បើសិនចាំបាច់) • ផ្តល់ប្រឹក្សាដូចមាននៅក្នុងកំណត់សម្គាល់ខាងក្រោម • ពិនិត្យរកសញ្ញារងគ្រោះដោយអំពើហិង្សាដែលអាចបណ្តាលឱ្យផលវិបាកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនិងពេលសម្រាលដើម្បីសង្គ្រោះ ផ្តល់ប្រឹក្សានិងកត់ត្រាជាឯកសារ។

	• ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី៤ និងរំលឹកម្ដាយឱ្យយកមកជាមួយនូវ សៀវភៅសុខភាពមាតា ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស។

កំណត់សម្គាល់

- ផ្ដល់ប្រឹក្សាអំពីការគាំទ្រ និងស្ថានភាពក្នុងពេលឈឺពោះសម្រាល(ការលើកទឹកចិត្តពីអ្នកថែទាំ ដៃគូ ឬសាច់ញាត្តិការសំអាតខ្លួនប្រាណ ការធ្វើចលនា ជ្រើសរើសស្ថានភាពសមស្រប លើកទឹកចិត្តឱ្យនោមរៀងរាល់២ម៉ោងម្ដង លើកទឹកចិត្តឱ្យហូប និងផឹកតាមចំណង់ ពន្យល់អំពីបច្ចេកទេសក្នុងការដកដង្ហើម ឥរិយាបថនិងចលនាកាត់បន្ថយការឈឺចាប់)
- ផ្ដល់ប្រឹក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់ស្ត្រីក្រោយសម្រាល ការដាក់កូនលើទ្រូងម្ដាយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកនិងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយក្នុងម៉ោងដំបូង ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធ ការថែទាំកូន
- ហាមប្រើប្រាស់ ចែកចាយ និងផ្សព្វផ្សាយលក់ផលិតផលសម្រាប់ចិញ្ចឹមទារក និងកុមារគ្រប់រូបភាពនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (អនុវត្តឱ្យបានខ្ជាប់ខ្ជួនអនុក្រិត្យលេខ១៣៣)
- ផ្ដល់ប្រឹក្សាអំពីការពន្យារកំណើត។

៤. ការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី៤ (គភ៌មានអាយុ៣៦ ទៅ៣៨សប្ដាហ៍):

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្ដាប់ ស្ទាប
• ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតាដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ពីការទទួលសេវាលើកទី៣ • សួរស្ត្រី៖ - តើអ្នកដឹងថាត្រូវសម្រាលកូននៅពេលណា? នៅកន្លែងណា? - សួរ និងពិនិត្យរកការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសតាំងពីពិនិត្យលើកមុនមក - តើកូនកំរើក(បម្រះ) ឬទេ? - ពិនិត្យកំណត់ត្រារកមើលផលវិបាក និងការព្យាបាលដែលបានទទួលនៅពេលពិនិត្យលើកមុន - ពិនិត្យរកបញ្ហាប្រតិកម្មជាមួយឱសថដែលធ្លាប់ប្រើពីមុនមក	• ថ្លឹងទម្ងន់ ធ្វើការប្រៀបធៀបទៅនឹងទម្ងន់ថ្លឹងលើកទី៣ ដើម្បីវាយតម្លៃរកបញ្ហាអាហារូបត្ថម្ភ • យកសញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម ជីពចរ កម្ដៅ ចង្វាក់ដង្ហើម) ធៀបជាមួយកំណត់ត្រាលើកមុន • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងគ្រប់គ្រងផលវិបាក • ពិនិត្យវាយតម្លៃភាពស្លេកស្លាំង បើនៅមានស្លេកស្លាំងត្រូវបញ្ជូន (អានចំណុចសម្គាល់ ″ក″ ក្នុងកញ្ចប់សេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១) • ពិនិត្យរកមើលហើម ដុំពកនៅក ដោះ • វាស់កម្ពស់ស្បូន ស្ទាបផ្ទៃពោះក្រែងមានកូនភ្លោះ ឬកូនច្រើន • ស្ទាបផ្ទៃពោះក្រែងកូនទទឹងពោះ ឬ ទម្រង់មិនធម្មតា ចលនាកូនក្នុងផ្ទៃ

• សួរពីការទទួលវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺតេតាណូស ពិនិត្យប័ណ្ណផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស និង កំណត់ត្រា • តើមានកង្វល់ វិបត្តិ ឬបញ្ហាអ្វីទេ? តើអ្នកហូបបាន ដែរឬទេ? • តើអ្នកមានជក់បារី ផឹកស្រា និងប្រើប្រាស់គ្រឿង ញៀនឬទេ? តើអ្នករស់នៅជិតអ្នកជក់បារីឬទេ? • ការពិនិត្យលើកមុនតើអ្នកបានទទួលការពិគ្រោះ ពិភាក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតឬទេ?	• ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូន • ពិនិត្យអេកូសាស្ត្រក្នុងករណីជាចាំបាច់ • ធ្វើតេស្តឈាមរក ក្រុមឈាម រ៉េស៊ីស(Rh) (បើមិនទាន់បានធ្វើ)កម្រិតជាតិស្ករ អេម៉ូក្លូប៊ីន/អេម៉ាតូគ្រីត • រំលឹកស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឱ្យមកសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានសេវាថែទាំព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ • ពិនិត្យរកមេរោគគ្រុនចាញ់ក្នុងករណីចាំបាច់ • ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសបន្តបើចាំបាច់ • ប្រសិនជាចាំបាច់ ធ្វើតេស្តឈាមពេញលេញ (Full blood count testing) ដើម្បីបញ្ជាក់ចំនួនគោលិកាឈាម • ធ្វើតេស្តទឹកនោមរកប្រូតេអ៊ីន គ្លុយកូស (បើសិនចាំបាច់) • ផ្តល់ប្រឹក្សាដូចមាននៅក្នុងកំណត់សម្គាល់ខាងក្រោម • ពិនិត្យរកសញ្ញារងគ្រោះដោយអំពើហិង្សាដែលអាចបណ្តាលឱ្យផលវិបាកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនិងពេលសម្រាលដើម្បីសង្គ្រោះ ផ្តល់ប្រឹក្សានិងកត់ត្រាជាឯកសារ។ • រំលឹកម្តាយនៅពេលមកសម្រាលកូន ឱ្យយកមកជាមួយនូវសៀវភៅសុខភាពមាតា ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស ។

កំណត់សម្គាល់

- ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីសញ្ញានៃការឈឺពោះសម្រាល (មានធ្លាក់រំអិលលាយឈាមតិចៗតាមទ្វារមាស ឬឈឺពោះ/ឈឺចង្កេះរៀងរាល់២០នាទីម្តង ឬបែកទឹកភ្លោះ) រំលឹកអំពីស្ថានភាពក្នុងពេលឈឺពោះសម្រាល(ការលើកទឹកចិត្តពីអ្នកថែទាំ ដៃគូ ឬសាច់ញាត្តិការសំអាតខ្លួនប្រាណ ការធ្វើចលនា ជ្រើសរើសស្ថានភាពសមស្រប លើកទឹកចិត្តឱ្យនោមរៀងរាល់២ម៉ោងម្តង លើកទឹកចិត្តឱ្យហូប និងផឹកតាមចំណង់ ពន្យល់អំពីបច្ចេកទេសក្នុងការដកដង្ហើមឥរិយាបទនិងចលនាកាត់បន្ថយការឈឺចាប់)
- ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការមិនតមអាហារ មិនផឹកថ្នាំបុរាណ/ស្រាថ្នាំ និងរំលឹកអំពីអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់ស្ត្រីក្រោយសម្រាល ការដាក់កូនលើទ្រូងម្តាយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែក ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយក្នុងម៉ោងដំបូង ការ

បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ មិនផ្តល់សារធាតុរាវក្រៅពីទឹកដោះម្តាយ ដូចជា ទឹក និងភេសជ្ជៈផ្សេងៗ និងឈើអែម។

- ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការអនុវត្តប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ ដែលត្រូវជៀសវាងដូចជា ឆ្លងមិនត្រឹមត្រូវ ការអាំងភ្លើង ការសង្កត់ពោះដោយដុំថ្មក្តៅ/ដុំទឹកកក ដាក់សារធាតុផ្សេងៗលើបង្ហើយកូន/លើផ្ចិតកូន
- នៅតាមតំបន់ដាច់ស្រយាល សហគមន៍ជនជាតិភាគតិច ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាឱ្យជៀសវាងនូវជំនឿខុសឆ្គងមួយចំនួនដូចជា ការវាយស្ត្រីដើម្បីបណ្តេញខ្មោចព្រាយ យកស្ត្រីឱ្យទៅសម្រាលនៅក្នុងទីកន្លែងដែលមិនសមរម្យគ្មានអនាម័យ។

ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើត កាត់បន្ថយការមានកូនញឹក និងការជ្រើសរើសមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបតាមតម្រូវការ។

១-២ ការពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកផ្សេងៗ

១-២-១ បម្រុងក្រឡាភ្លើង បម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ក្រឡាភ្លើង

ពិនិត្យរកសញ្ញាបម្រុងក្រឡាភ្លើងគ្រប់ស្ត្រីដែលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះដូចខាងក្រោម ៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
ពិនិត្យមើលសម្ពាធឈាម ពិសេសសម្ពាធអប្បបរមា ពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកមុន	• វាស់សម្ពាធឈាម – បើអប្បបរមា(Diastolic) ≥ 90mmHg ត្រូវសម្រាករយៈពេលយ៉ាងហោច ១៥នាទី រួចវាស់ម្តងទៀត – បើអប្បបរមា(Diastolic) នៅតែ ≥ 90mmHg សួរស្ត្រីថា ៖ ○ បានប្រើថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាមឬទេ ○ ឈឺក្បាលខ្លាំងទេ ○ ព្រិលភ្នែក ឬស្រវាំងភ្នែក ចុកចុងដង្ហើម • ធ្វើតេស្តរកកម្រិតប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរនិងជំងឺក្រឡាភ្លើង ត្រូវព្យាបាលប្រហែលគ្នាលើកលែងតែការសម្រាលត្រូវកើតមានឡើងក្នុងរយៈពេល១២ម៉ោងនៃការចាប់ផ្តើមប្រកាច់ក្នុងជំងឺក្រឡាភ្លើង។ គ្រប់ករណីទាំងអស់នៃជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរត្រូវតែធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានសកម្ម។

ការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង បម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរឬក្រឡាភ្លើងដូចខាងក្រោម ៖

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទូទៅ ៖ – បើស្ត្រីសន្លប់ ឬកំពុងប្រកាច់ ស្រែកហៅគ្នាជួយនិងហៅរកបុគ្គលិកដែលនៅជិត

- ○ វាយតម្លៃស្ថានភាពស្ត្រីឱ្យបានរហ័សដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសញ្ញាជីវិត
- បើស្ត្រីមិនដកដង្ហើម ឬដកដង្ហើមតិចៗ ពិនិត្យផ្លូវដង្ហើមនិងគ្រប់គ្រងតាមការចាំបាច់ (ទំព័រ 241)
- ប្រសិនបើស្ត្រីមិនដកដង្ហើម ត្រូវដាក់ប្រដាប់ជួយសម្រួលផ្លូវដង្ហើមដោយប្រើម៉ាស់និងបាឡុង សប់ខ្យល់ ឬផ្តល់ Oxygen 4-6L /1mn តាមការស៊កទុយោចូលក្នុងបំពង់ខ្យល់ (Endotracheal Tube)។
- ប្រសិនបើដកដង្ហើម ផ្តល់Oxygen 4-6L /1mn តាមម៉ាស់ឬទុយោស៊កច្រមុះ
- បើស្ត្រីសន្លប់ ៖
  - ○ ពិនិត្យផ្លូវដង្ហើមនិងរក្សាផ្លូវដង្ហើមចំហ បើចាំបាច់ដាក់កានុលក្នុងមាត់និងបូមសម្អាតផ្លូវដង្ហើម ប្រសិនបើមានស្លេស្មស្ទះផ្លូវដង្ហើម
  - ○ ដាក់ដេកផ្អៀងឆ្វេង
  - ○ ពិនិត្យការរឹងនែក
  - ○ ការពារកុំឱ្យមានរបួសពីការប៉ះទង្គិច
- បើស្ត្រីប្រកាច់ ៖
  - ○ បើអាចដាក់ឬទប់ឱ្យស្ត្រីដេកផ្អៀងឆ្វេងឬកាត់បន្ថយការឈ្លក់ស្លេស្ម កំអួត
  - ○ បូមសម្អាតស្លេស្មផ្លូវដង្ហើមនិងដាក់កានុលក្នុងមាត់ដើម្បីផ្លូវដង្ហើមចំហ ឬអាចការពារខាំអណ្តាត បើស្ត្រីប្រកាច់ក្រឡាភ្លើង
  - ○ ការពារកុំឱ្យមានរបួសពីការប៉ះទង្គិច ដូចជាការធ្លាក់ពីលើគ្រែ
  - ○ ធ្វើការតាមដានជាប្រចាំ
- បើស្ត្រីមានរោគវិនិច្ឆ័យប្រកាច់ដោយក្រឡាភ្លើង ត្រូវផ្តល់ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត(MgSO4) ដូចក្នុងតារាងខាងក្រោម
- បើមូលហេតុនៃការប្រកាច់មិនបានបញ្ជាក់គ្រប់គ្រងដូចជំងឺក្រឡាភ្លើងនិងបន្តការសាកសួររកមូលហេតុផ្សេងទៀត ។

ការវាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	**ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប**
សម្ពាធឈាមខ្ពស់ ៖ សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (Diastolic) ពិនិត្យ ២ ដង (ចន្លោះ១៥នាទីម្តង) ឃើញ ≥ 90mmHg ដដែល។	**សម្ពាធឈាមខ្ពស់ ៖** • ណែនាំឱ្យស្ត្រីសម្រាក និងកាត់បន្ថយការងារធ្ងន់ • ណែនាំស្ត្រីពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់(ឈឺក្បាលខ្លាំង ស្រវាំងភ្នែក វិលមុខ ចុកចុងដង្ហើម) • វាយតម្លៃម្តងទៀតនៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកក្រោយ(មួយសប្តាហ៍ក្រោយ)ប្រសិនគភ៌លើសពី៨ខែ • បើការពិនិត្យលើកបន្ទាប់សម្ពាធឈាមនៅតែខ្ពស់ ត្រូវមើលការគ្រប់គ្រងព្យាបាលដូចខាងក្រោម។
បម្រុងក្រឡាភ្លើង ៖	**បម្រុងក្រឡាភ្លើង ៖**

• សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (Diastolic) ពិនិត្យ ២ដង (ចន្លោះ១៥នាទីម្តង) ឃើញនៅ ចន្លោះ ពី 90-110mmHg ដដែលនិង មាន ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម ++	• តាមដានសម្ពាធឈាម ទឹកនោម(ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម) រេផ្លិច និងស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃ • ពិគ្រោះពិភាក្សាជាមួយស្ត្រី និងក្រុមគ្រួសារអំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់នៃជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងក្រឡាភ្លើង • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យសម្រាកឱ្យបានច្រើន • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យហូបដូចធម្មតាមិនត្រូវតមប្រៃទេ • មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំប្រឆាំងការប្រកាច់ ថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាម ថ្នាំងងុយគេងនិងថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍ទេ • បើសភាពស្ត្រីប្រសើរឡើង ត្រូវតាមដានដូចករណី ពិនិត្យជំងឺក្រៅ បើសញ្ញាមិនប្រែប្រួលត្រូវឱ្យស្ត្រីសម្រាកពេទ្យ។ • បើស្ត្រីសម្រាកពេទ្យ ៖ – លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យហូបដូចធម្មតា (មិនត្រូវតមប្រៃទេ) – តាមដានសម្ពាធឈាម(២ដង/១ថ្ងៃ)និងប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (រាល់ថ្ងៃ) – មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំប្រឆាំងនឹងការប្រកាច់ ថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាម ថ្នាំងងុយគេង ថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍ និងថ្នាំបញ្ចុះទឹកនោមទេ។
បម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ៖ • សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (Diastolic) 110mmHg ឬ លើស ហើយប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម +++ • ឬ សម្ពាធឈាមអប្បបរមា 90 mmHg ឬ លើសនៅពេលពិនិត្យ២ដង ហើយ ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម ++ រួមនិងសញ្ញាណាមួយ ៖ – ឈឺក្បាលខ្លាំង – ស្រវាំងភ្នែក – ចុកចុងដង្ហើម	**បម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ៖** • ចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូម (Normal saline or Ringer′s lactate) តាមសរសៃ (បរិមាណសេរ៉ូមដែលត្រូវបញ្ចូលយោងទៅ តាមតម្រូវការជាក់ស្តែង) • ផ្តល់ MgSO4) • តាមដានសញ្ញាជីវិត និងរេផ្លិចក្បាលជង្គង់ បើសម្ពាធឈាមអប្បបរមា(Diastolic) ស្ថិតនៅ 110mmHg ដដែល ផ្តល់ថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាម ក្រោយពីបានផ្តល់ MgSO4 (ទំព័រ 48) • ដាក់សុងទឹកនោមដើម្បីតាមដានចំណុះទឹកនោមនិង ប្រូតេអ៊ីន • កត់ត្រាដោយហ្មត់ចត់នូវចំណុះទឹកចេញចូល • ធ្វើការសម្រាលទារកក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោង ការសម្រាលធ្វើទៅតាមស្ថានភាពរបស់ម្តាយនិង ទារកហើយត្រូវគ្រប់គ្រងតាមការជាក់ស្តែង បើមាត់ស្បូនទន់ ស្តើងនិងបើកបានខ្លះ ត្រូវធ្វើការបង្កឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាល (ផ្នែក៧.៣)។

	• បើការសម្រាលមិនអាចកើតមាននៅក្នុងអំឡុង២៤ ម៉ោងត្រូវសម្រាលដោយការវះយកកូន។ • ករណីផ្ទៃពោះមិនគ្រប់ខែ ត្រូវផ្តល់ corticosteroid ដើម្បីចៀសវាងបញ្ហាស្លាប់របស់ទារកមិនគ្រប់ខែ។
ក្រឡាភ្លើង ៖ • ប្រកាច់ • សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (Diastolic) 90mmHg ឬលើស • ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម ++ឬលើស	**ក្រឡាភ្លើង ៖** • អនុវត្តដូចខាងលើទាំងអស់រួមនឹង • ករណីការប្រកាច់កើតមាន ត្រូវមានសម្ភារ (ប្រដាប់បូមស្លេស្ម ម៉ាស និងបាឡុងសប់ខ្យល់ និង Oxygen និងផ្តល់Oxygen 4-6 L / mn • ការពារស្ត្រីមិនឱ្យមានរបួស • សម្រាលទារកក្នុងអំឡុងពេល១២ម៉ោងក្រោយប្រកាច់។ បើមាត់ស្បូនទន់ ស្តើងនិងបើកបានខ្លះ ចាប់ផ្តើមបង្កធ្វើ ឱ្យឈឺពោះសម្រាល(ផ្នែក៧.៣)។ បើការសម្រាលមិនអាចកើតមាននៅក្នុងអំឡុង១២ម៉ោងត្រូវសម្រាលដោយការវះយកកូន។

ការផ្តល់ម៉ាញ៉េស្យូមសុលហ្វាត(MgSO4) ៖

ក. ដូសដំបូង ៖

MgSO4 គឺជាថ្នាំដ៏មានប្រសិទ្ធភាពបំផុតដែលត្រូវផ្តល់ចំពោះស្ត្រីបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរនិងជំងឺក្រឡាភ្លើង ដើម្បីបង្ការការប្រកាច់និងចំពោះស្ត្រីដែលប្រកាច់ វាធ្វើឱ្យចរន្តឈាមក្នុងខួរក្បាលរត់បានប្រសើរឡើងនិងបង្ការការកើតមានប្រកាច់ជាថ្មី។

ប្រើ MgSO4 50% (១អំពូល10ml = 5g) ៖

- ➢ ផ្តល់ MgSO4 5g (10ml) លាយជាមួយ នឹងទឹកសេរ៉ូម 20ml (សរុប30ml) ក្នុងស៊ីរ៉ាំង10cc ចំនួន៣ ចាក់តាមសរសៃឈាមយឺតៗក្នុងយៈពេល 15-20mn ដោយប្រើ scalpvein 25G ចូលតាមបំពង់កៅស៊ូនៃសេរ៉ូម (វិធីនេះបានពង្រាវថ្នាំដែលចូលក្នុងខ្លួនស្ត្រីមានប្រសិទ្ធភាពល្អ)។
- ➢ ផ្តល់ MgSO4 5g (10ml) ក្នុងស៊ីរ៉ាំង10 cc ដោយចាក់សាច់ដុំត្រគាកស្តាំជ្រៅ របស់ស្ត្រីដោយម្ជុលវែង (6 cm)។
- ➢ ផ្តល់ MgSO4 5g (10ml) ក្នុងស៊ីរ៉ាំង10 cc ដោយចាក់សាច់ដុំត្រគាកឆ្វេងជ្រៅ របស់ស្ត្រីដោយម្ជុលវែង (6 cm)។

ចំណាំ ៖ ដូសដំបូងនៃ MgSO4 គឺ15g (5g តាមសរសៃឈាមយឺតៗ+ 5g ចាក់សាច់ដុំត្រគាកស្តាំជ្រៅ + 5g ចាក់សាច់ដុំត្រគាកឆ្វេងជ្រៅ)

បើស្ត្រីនៅមានប្រកាច់ទៀតក្រោយពីបានផ្តល់តាមកម្រិតខាងលើ ត្រូវផ្តល់ 2g MgSO4 (4ml នៃថ្នាំលាយជាមួយនឹងសូលុយស្យុងសម្រាប់ចាក់ 6ml) តាមសរសៃយឺតៗ (តាម scalp vein 25G) 5-10mn ម្តងទៀត។ កត់ត្រាពេលវេលានិងកម្រិតថ្នាំដែលបានផ្តល់។

ខ. ដូសបន្ត ៖

ផ្តល់ MgSO4 5 g ចាក់សាច់ដុំជ្រៅ រៀងរាល់៥ម៉ោងម្តង ចាក់ប្តូរត្រគាកម្តងឆ្វេង ម្តងស្តាំ រហូត ២៤ ម៉ោងក្រោយសម្រាល (ឬ២៤ម៉ោងក្រោយការប្រកាច់ចុងក្រោយប្រសិនបើជាជំងឺក្រឡាភ្លើងកើតមានក្រោយសម្រាល)។

- **តាមដានការប្រើMgSO4លើសកម្រិតដោយពិនិត្យ** រេផ្លិចសាច់ដុំជង្គង់ បរិមាណទឹកនោម(ធម្មតាលើសពី 25ml ក្នុង១ម៉ោង) និងចង្វាក់ដង្ហើម(ធម្មតាលើសពី១២ដងក្នុង១នាទី) ឱ្យបានជាប់លាប់មុននឹងផ្តល់ដូសបន្ទាប់។
- **ផ្អាកការផ្តល់MgSO4បន្ទាប់ ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយដូចខាងក្រោម ៖**
  - រេផ្លិចសាច់ដុំ(ជង្គង់)ថយចុះ
  - បរិមាណទឹកនោមតិចជាង100ml ក្នុង៤ម៉ោង
  - ចង្វាក់ដង្ហើមតិចជាង១២ដងក្នុង១នាទី
- **ពេលដែលចង្វាក់ដង្ហើមតិចជាង១០ដង/១នាទី ត្រូវ**បញ្ឈប់ MgSO4 ហើយផ្តល់ Calcium Gluconate 10% 1g (១អំពូល=10ml) (អង់ទីដូត របស់ MgSO4) ចាក់តាមសរសៃយឺតក្នុងរយះពេលលើសពី៣នាទី។
- **បើស្ត្រីឈប់ដកដង្ហើម** សប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាឡុងនិងម៉ាស់ បញ្ឈប់ MgSO4 ហើយផ្តល់ Calcium gluconate 1g (10ml) ចាក់សរសៃយឺតៗក្នុងអំឡុងពេលលើសពី៣នាទី។

(ប្រតិកម្មថ្នាំរបស់MgSO4 ក្នុងកម្រិតប្រើខាងលើកម្រកើតមានណាស់ហើយក្នុងមួយជីវិតនៃអាជីពរបស់អ្នកជំនាញរោគស្ត្រីភាគច្រើនមិនដែលជួបករណីនេះទេ)។

- **ចំណុចដែលត្រូវពិចារណា នៅពេលផ្តល់ការថែទាំដល់ស្ត្រីដែលបម្រុងក្រឡាភ្លើងឬក្រឡាភ្លើង ៖**
  - កុំឱ្យស្ត្រីនៅតែម្នាក់ឯង
  - ឱ្យស្ត្រីសម្រាកផ្អៀង និងការពារកុំឱ្យដួល ឬរបួស
  - ការពារការខាំអណ្តាត និង ការពារការដកដង្ហើមដោយដាក់កានុលមាត់ (កុំព្យាយាមស៊កកានុលនៅពេលស្ត្រីកំពុងប្រកាច់ខ្លាំងឬខាំធ្មេញជាប់)
  - មិនត្រូវចាក់ថ្នាំ MgSO4 លឿនទេព្រោះអាចបណ្តាលឱ្យគាំងដង្ហើម និងស្លាប់
    - បើដង្ហើមយឺត (ចង្វាក់ដង្ហើមតិចជាង១២ដង/នាទី)កើតឡើងក្រោយពីចាក់ MgSO4 ត្រូវផ្អាកការផ្តល់ MgSO4 ដូសបន្ទាប់ទៀត
  - កុំផ្តល់ MgSO4 ៥០% តាមសរសៃ ដោយមិនបានលាយជាល្បាយរាវ

- បើការសម្រាលកើតមាន គ្រប់គ្រងដូចការសម្រាលធម្មតាហើយបន្តផ្តល់ MgSO4 ២៤ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាល (ទំព័រ 100)
- រក្សាស្ត្រីឱ្យដេកផ្អៀងខាងឆ្វេង

កំណត់សម្គាល់ ៖ បន្ទាប់ពីទទួលថ្នាំ MgSO4 ស្ត្រីអាចមានអារម្មណ៍ក្តៅអន្ទះអន្ទែង ស្រេកទឹក ឈឺក្បាល ក្អួតឬចង្អោរ

របៀបលាយសូលុយស្យុងម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត (MgSO4)

		សូលុយស្យុង MgSO4 50% ៖ អំពូលចំណុះ10ml មានកម្រិតថ្នាំ5g
ចាក់សរសៃ	5g	លាយជាមួយសូលុយស្យុងសម្រាប់ចាក់ឱ្យបានគ្រប់ 30ml (10ml នៃថ្នាំ+20ml នៃសូលុយស្យុង)
ចាក់សាច់ដុំ	10g	ចាក់សាច់ដុំ (ត្រគាក)ម្ខាង 5g ឱ្យបានជ្រៅ ដោយមិនបាច់លាយសូលុយស្យុង
ករណីមានប្រកាច់ម្តងទៀត	2g	MgSO4 2g លាយជាមួយនឹងសូលុយស្យុង ឱ្យបាន10ml ចាក់តាមសរសៃយឺតៗ។

ការផ្តល់ថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាមសមស្របក្រោយពីបានផ្តល់ MgSO4 ៖
បើសម្ពាធឈាមអប្បបរមា (Diastolic) **>100 mmHg :** • ចាក់សរសៃ hydralazine10mg = 1ml លាយទឹកសូលុយស្យុង 9ml យឺតៗ (៣-៤នាទី)។ បើមិនអាចចាក់សរសៃបានត្រូវចាក់សាច់ដុំ • បើក្រោយ៣០នាទីសម្ពាធឈាមអប្បបរមានៅតែ >90 mmHg ត្រូវផ្តល់ថ្នាំដូចខាងលើម្តងទៀតរហូតសម្ពាធឈាមចុះមកត្រឹម 90mmHg សរុប 20mg ជាកំរិតដូសដំបូង • កត់ត្រាពេលវេលានិងកម្រិតថ្នាំដែលបានផ្តល់ • សម្រាប់កម្រិតប្រើបន្ត សូមមើលរបៀបគ្រប់គ្រងក្រឡាភ្លើងខាងលើ។

ជម្រើសឱសថនិងកំរិតដូស សម្រាប់ប្រឆាំងនឹងសម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ខ្លាំង (severe hypertension)

ជម្រើសឱសថ	កំរិតដូស
Nifedipine immediate release	ការព្យាបាលដោយថ្នាំគ្រាប់ • ផ្តល់ 5-10 mg តាមមាត់ • បើសម្ពាធឈាមមិនចុះផ្តល់បន្ថែមម្តងទៀតក្រោយ៣០នាទី និងរហូតដល់សម្ពាធឈាមបានចុះដល់កម្រិតដែលចង់បាន • កំរិតខ្ពស់បំផុតសរុប 30mg ចំពោះ ព្យាបាលសំរុក (acute treatment setting)
Alpha methyldopa	ការព្យាបាលដោយថ្នាំគ្រាប់

	• ផ្តល់តាមមាត់ 750mg • ផ្តល់បន្ថែមរៀងរាល់3ម៉ោងរហូតសម្ពាធឈាមចុះដល់កំរិតដែលចង់បាន • កំរិតដូសខ្ពស់បំផុត 3g ក្នុង 24 ម៉ោង

ជម្រើសឱសថផ្តល់តាមមាត់និងកំរិតដូស សម្រាប់ប្រឆាំងនឹងសម្ពាធឈាមខ្ពស់ (non-severe hypertension)

ជម្រើសឱសថ	កំរិតដូស
Alpha methyldopa	• ផ្តល់តាមមាត់ 250mg រៀងរាល់ ៦ទៅ៨ម៉ោង • កំរិតដូសខ្ពស់បំផុត 2,000mg ក្នុង 24 ម៉ោង
Nifedipine (modifier release)	• ផ្តល់ 1 គ្រាប់(២០mg) ២ឬ៣ដងតាមមាត់ • កំរិតខ្ពស់បំផុតសរុប 160mg ក្នុង 24 ម៉ោង

១-២-២ ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាល

ការសិក្សាថ្មីៗបានបង្ហាញថា មិនមែនទាល់តែភាពស្លេកស្លាំងខ្លាំងទើបអាចធ្វើឱ្យស្ត្រីប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់នោះទេ ប៉ុន្តែគ្រប់កម្រិតទាំងអស់នៃភាពស្លេកស្លាំងគឺសុទ្ធតែធ្វើឱ្យស្ត្រីប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត។ ភាពស្លេកស្លាំងចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ បានកាត់បន្ថយលទ្ធភាពរស់រាននៅពេលដែលស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមក្នុងអំឡុងពេលសម្រាល និងក្រោយសម្រាល។

ចំពោះទារកអាចបណ្តាលអោយកើតមិនគ្រប់ខែឬមានទម្ងន់តិច ហើយប្រឈមនឹងការស្លាប់។ នៅលើសកលលោកមាន២២% នៃមរណភាពមាតា មានទំនាក់ទំនងទៅនឹងភាពស្លេកស្លាំង។ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលត្រូវបានបញ្ជូនមកពីមន្ទីរពេទ្យត្រូវពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំង។

សួរ ពិនិត្យ កំណត់ត្រា	ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប
• តើអ្នកធ្លាប់អស់កំលាំងដែរឬទេ? • តើអ្នកឆាប់ហត់(ថប់ៗ)ពេលធ្វើការងារផ្ទះធម្មតាឬទេ?	• តើ Hemoglobine ប៉ុន្មាន? • មើលភាពស្លេកស្លាំងនៅបាតដៃនិងភ្នាសត្របកភ្នែក (ស្លេកស្លាំងឬល្អម) • រាប់ចំនួនចង្វាក់ដង្ហើមក្នុង១នាទី។

ការវាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពស្លេកស្លាំង

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ៖ • វាស់កម្រិត Hemoglobine

• មើលភាពស្លេកស្លាំងនៅភ្នាសត្របកភ្នែកនិងបាតដៃ • ពិនិត្យមើលបើចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៣០ដងក្នុង១នាទី • ផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីតហ្វូលិកដល់ស្ត្រីទាំងអស់ដែលមិនមានភាពស្លេកស្លាំង៩០គ្រាប់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ (៦០គ្រាប់ក្នុងពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១និង៣០គ្រាប់នៅពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះបន្ទាប់)។ ផ្តល់ការថែទាំបន្ថែមដូចខាងក្រោមក្នុងករណីស្លេកស្លាំងល្មមនិងស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ។

វាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	***ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រម***
ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ • Hemoglobine < 7gនិងឬ • ស្លេកស្លាំងខ្លាំងនៅក្នុងភ្នាសត្របកភ្នែក និងបាតដៃ • សញ្ញាណាមួយនៃ ៖ ចង្វាក់ដង្ហើម លើសពី៣០ដងក្នុងមួយនាទី - ស្ត្រីងាយអស់កំលាំង - នៅស្ងៀមក៏ហត់	***ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ*** • ផ្តល់ថ្នាំ ជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលិក 60mg ២គ្រាប់ ក្នុង១ថ្ងៃ(១គ្រាប់ពេលបាយព្រឹកនិង១គ្រាប់ទៀតពេលបាយល្ងាច) រយៈពេល៣ខែ • បើសិនជាមានជំងឺគ្រុនចាញ់ សូមអនុវត្តន៍តាមមគ្គុទ្ទេសក៍ជាតិសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នៅកម្ពុជា • ផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យលេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា • បើគភ៌មានអាយុ<៣៦សប្តាហ៍ និងស្ត្រីក្រោយសម្រាល ឱ្យថ្នាំជាតិដែក-អាស៊ីដហ្វូលិក (60mg-400 micrograms) លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃក្នុងរយៈពេល៣ខែដោយ ស្នើឱ្យស្ត្រីត្រឡប់មកធ្វើការតាមដានបន្តនៅរយៈពេលក្រោយព្យាបាលបាន១៤ថ្ងៃ បន្ទាប់មកត្រូវតាមដានរាល់៤សប្តាហ៍ម្តងនិងបន្តព្យាបាលឱ្យបាន៣ខែ។ • ប្រសិនបើគភ៌មានអាយុ≥៣៦សប្តាហ៍ត្រូវតែសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរហូតដល់ទាល់តែដល់ថ្ងៃសម្រាលកូន (មើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការផ្តល់ថ្នាំជាតិដែកនិងអាស៊ីដហ្វូលិកការពារនិងព្យាបាលភាពស្លេកស្លាំងចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងស្ត្រីក្រោយសម្រាល) • ស្ត្រីមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរចាំបាច់ត្រូវបានបញ្ជូលឈាម។
ភាពស្លេកស្លាំងតិចទៅមធ្យម • Hemoglobine 7-11g/ml ឬ Hematocrite នៅចន្លោះ21% ទៅ30%	***ភាពស្លេកស្លាំងតិចទៅមធ្យម*** • ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែកនិងអាស៊ីដហ្វូលិក 60mg ២គ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃ (១គ្រាប់ពេលបាយព្រឹកនិង១គ្រាប់ទៀតពេលបាយល្ងាច) រយៈពេល៣០ថ្ងៃ ហើយត្រលប់មកជួបវិញ២សប្តាហ៍ក្រោយ។

• ស្លេកស្លាំងល្មមនៅភ្នាសត្របកភ្នែក និងបាតដៃ	• ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែកនិងអាស៊ីដហ្វូលិក 60mg ដូចខាងលើម្តងទៀតរយៈពេល៣ខែប្រសិនបើភាពស្លេកស្លាំងនៅមាន • បើសិនជាមានជំងឺគ្រុនចាញ់សូមអនុវត្តន៍តាមមគ្គុទ្ទេសក៍ជាតិសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នៅកម្ពុជា • ផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យលេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។

១-២-៣ ពិនិត្យរកមេរោគស្វាយនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាល

ធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគស្វាយគ្រប់ស្ត្រីមកពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១ និងពិនិត្យស្ថានភាពស្ត្រីរាល់ពេលមកពិនិត្យ។ ប្រសិនបើស្ត្រីនោះមិនបានធ្វើតេស្តក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះទេ ស្ត្រីត្រូវធ្វើតេស្តនេះនៅពេលឈឺពោះសម្រាល។ ផ្តល់ព័ត៌មានពីសារប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយ។

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	**ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប**
• តើអ្នកបានធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយក្នុងពេល មានផ្ទៃពោះនេះឬទេ ? • តើអ្នកឬដៃគូរបស់អ្នកធ្លាប់បានព្យាបាលរោគស្វាយដែរឬទេ ? • តើអ្នកធ្លាប់ប្រតិកម្មជាមួយថ្នាំ Penicilline ឬទេ?	• បើមិនធ្លាប់ធ្វើតេស្តត្រូវធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគស្វាយ (បើគ្មានត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែង ដែលមានធ្វើតេស្តនិងទទួលការព្យាបាល) ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺស្វាយ

- ផ្តល់ព័ត៌មានពីសារប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយ
- ពិនិត្យរកមើលដំបៅ ឬពងបែកលើប្រដាប់បន្តពូជ
  - បើមានដំបៅ ឬពងបែកត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងថែទាំព្យាបាលការបង្ករោគតាមការរួមភេទនិងប្រដាប់បន្តពូជ
  - បើគ្មានដំបៅ ឬពងបែកត្រូវធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគស្វាយ
- ជោះឈាមពីចុងម្រាមដៃ ដើម្បីធ្វើតេស្តរកមេរាគស្វាយ ដោយប្រើតេស្ត Treponema-specific rapid diagnosis test (RDT) "Bioline" ឬ Duo តេស្ត (អាចមើលឃើញលទ្ធផលពីរ ស្វាយនិងអេដស៍)
  - ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថាស្ត្រីនោះគ្មានមេរោគស្វាយទេ
  - បើតេស្តរហ័ស ប្រតិកម្ម ត្រូវធ្វើតេស្ត RPR (qualitative) ដើម្បីបញ្ជាក់ឱ្យដឹងថាជាជំងឺស្វាយដែលទើបនឹងឆ្លងថ្មីៗ ដោយបូមឈាម 5ml រួចបញ្ជូនទៅមន្ទីរពិសោធន៍
  - ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្ត (qualitative) អវិជ្ជមាន នោះអាចបញ្ជាក់បានថាជំងឺស្វាយដែលបានរកឃើញជាជំងឺស្វាយដែលកើតមានពីមុនមក និងបានទទួលការព្យាបាលរួចហើយ

- ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន RPR (qualitative) បញ្ជាក់ថាជំងឺស្វាយនោះទើបតែឆ្លងថ្មីៗ ហើយអាចមិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលនៅឡើយ ដូច្នេះត្រូវព្យាបាលភ្លាមៗ ជាពិសេសការព្យាបាលនេះគប្បីផ្តល់ដោយមន្ត្រីសុខាភិបាលនៅផ្នែកពិនិត្យផ្ទៃពោះ (ANC Service)។

ចាក់សាច់ដុំ Benzathine Benzyl Penicillin 2.4million unit តែម្តងគត់ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃ ពោះទាំងអស់ដែលគ្មានរោគសញ្ញា ប៉ុន្តែមានលទ្ធផលតេស្ត RPR វិជ្ជមាន។ ចំពោះស្ត្រីដែល មានជំងឺ ស្វាយដំណាក់កាលដំបូង (មានដំបៅលើប្រដាប់បន្តពូជ) និងជំងឺស្វាយដំណាក់កាលទី ២ត្រូវព្យាបាលតាមរូបមន្តដូចគ្នានេះដែរ។ ករណីប្រតិកម្មជាមួយពួក Penicillinត្រូវប្រើថ្នាំ Erytromycin 500mg លេប៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ (សម្រាប់ព័ត៌មានលំអិតនិងការ ពិនិត្យតាមដាន សូមមើលនិយាមបែបបទសម្រាប់ធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយចំពោះស្ត្រី មានផ្ទៃពោះនៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាលខែកក្កដា ឆ្នាំ២០០៨)។

- ណែនាំស្ត្រីឱ្យនាំដៃគូមកធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយនិងទទួលការព្យាបាល អប់រំឱ្យប្រើស្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវនូវរាល់ពេលរួមភេទ ដើម្បីការពារនូវការឆ្លងរោគសារជាថ្មី។ ចំពោះមន្ទីរពេទ្យដែលមិនទាន់មានសេវាត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅទទួលការព្យាបាលនៅកន្លែងដែលមានសេវា។

១-២-៤ ពិនិត្យរកស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងជំងឺអេដស៍

សេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT) ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងសេវាថែទាំសុខភាពមាតានិងទារក ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ស្ត្រីអាចមកទទួលបាននូវសេវាសុខភាព និងដើម្បីកាត់បន្ថយភាពមាក់ងាយនិងរើសអើង។ គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ដែលទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះ គួរតែទទួលបាននូវការពិគ្រោះពិភាក្សាស្តីពីការធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍និងរក្សាការសម្ងាត់ដែលជាផ្នែកមួយនៃសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះហើយគួរតែធ្វើនៅពេលពិនិត្យលើកដំបូង ។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាគួរលើកទឹកចិត្តដល់ដៃគូរបស់ស្ត្រីផងដែរ (ជាពិសេសស្ត្រីដែលរកឃើញមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ស្ត្រីដែលមានជំងឺកាមរោគ និងស្ត្រីឬដៃគូដែលធ្លាប់មានឥរិយាបថប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់) ដើម្បីចូលរួមពិគ្រោះពិភាក្សានិងធ្វើតេស្តរហ័ស។

ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមិនដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅពេលសម្រាល គួរបានទទួលការប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តរហ័សក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល។ គ្រប់ស្ត្រីត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះប៉ុន្តែស្ត្រីក៏អាចបដិសេធការធ្វើតេស្តនេះបានដែរ។

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា
ក. <u>ព័ត៌មានទូទៅ</u> • សួរពីចំណេះដឹងរបស់ស្ត្រីអំពីមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍និងរបៀបចម្លង • ផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ និងផលប្រយោជន៍នៃការដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ស្ត្រី បន្ទាប់មកសួរ ៖ តើអ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ឬទេ ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះលើកនេះ?

បើមិនធ្លាប់ទេ ៖ ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដល់ស្ត្រីពីផលប្រយោជន៍នៃការដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ និងលើកទឹកចិត្តនាងឱ្យធ្វើតេស្ត។

បើធ្លាប់ធ្វើ ៖ ពិនិត្យលទ្ធផលតេស្ត (ពន្យល់ស្ត្រីថា ស្ត្រីមានសិទ្ធិមិនបង្ហាញលទ្ធផល) បើលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមានត្រូវសួរ ៖ តើអ្នកមានប្រើឱសថ ARV ឬទេ? បើមានប្រើត្រូវពិនិត្យពីការព្យាបាលដោយARV ហើយសួរស្ត្រីថាតើដៃគូរបស់អ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តដែរឬទេ? តើអ្នកមានបញ្ហាផ្សេងទៀតឬទេ?

ខ. ការផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាមុនធ្វើតេស្ត

ប្រធានបទដែលត្រូវពិគ្រោះពិភាក្សាមាន ៖

- ព័ត៌មានជាមូលដ្ឋានអំពី HIV/AIDS រួមមានការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍
- ផលប្រយោជន៍នៃការពិគ្រោះពិភាក្សានិងតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍
- ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍និងជម្រើសនៃការកាត់បន្ថយការចម្លង
- ការឆ្លងពីម្តាយទៅកូននិងរបៀបបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនរួមទាំងផែនការនៃការចិញ្ចឹមកូនក្រោយសម្រាល
- ការធ្វើតេស្តរហ័សដោយរក្សាការសម្ងាត់ ៖ លទ្ធផលតេស្តគឺត្រូវបានរក្សាជាការសម្ងាត់និងមិនត្រូវបានចែករំលែកឱ្យនរណាម្នាក់ដឹងក្រៅពីបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលពាក់ព័ន្ធផ្ទាល់ក្នុងការផ្តល់សេវាជាមួយនឹងអ្នកជំងឺឡើយ។
- ទាក់ទងនឹងលទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមានត្រូវពន្យល់ពីរយៈពេលចំហរ (Window peroid)
- ទាក់ទងនឹងលទ្ធផលតេស្តប្រតិកម្ម ត្រូវបញ្ជូនទៅធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានសេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (Pre-ART/ART)
- សារៈសំខាន់នៃការលាតត្រដាងលទ្ធផលតេស្ត
- កន្លែងដែលមានសេវាព្យាបាលនិងគាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ចំណាំ ៖ បុគ្គលម្នាក់ៗអាចបដិសេធមិនធ្វើតេស្តបាន។

គ. ការផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាក្រោយធ្វើតេស្ត

- **តេស្ត HIV អវិជ្ជមាន ៖**
  - ប្រាកដថាស្ត្រីយល់ច្បាស់អំពីរយៈពេលចំហរនិងផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យធ្វើតេស្តម្តងទៀត៣ខែ ក្រោយបើស្ត្រីទើបមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងខ្ពស់
  - ពិនិត្យឡើងវិញនូវវិធានការបង្ការរបស់ស្ត្រីក្នុងការកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍នាពេល អនាគត
  - សួរពីការយល់ឃើញរបស់ស្ត្រីអំពីឥរិយាបថរបស់ប្តីឬដៃគូនិងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ បើស្ត្រីយល់ថាប្តី ឬដៃគូអាចឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬមានឥរិយាបថប្រឈមមុខខ្ពស់ត្រូវផ្តល់ ដំបូន្មានឱ្យប្តី ឬដៃគូធ្វើតេស្តឈាម
  - ពន្យល់អំពីការប្រឈមមុខខ្ពស់ក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទៅកូន បើម្តាយមានផ្ទុកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះឬពេលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនិងវិធីកាត់បន្ថយការប្រឈមនិងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- ប្រាប់ស្ត្រីថា ការពិគ្រោះពិភាក្សាអាចផ្តល់បន្ថែមទៀតបើចាំបាច់។

តេស្តរកមេរោគអេដស៍ប្រតិកម្ម ៖

ក្នុងករណីប្រតិកម្មដោយតេស្តរហ័សអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាមិនត្រូវផ្តល់លទ្ធផលតេស្តដល់ស្ត្រីនោះទេ ប៉ុន្តែត្រូវប្រឹក្សាឱ្យស្ត្រីទៅធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នៅ VCCT នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានសេវាព្យាបាល ជំងឺឱកាសនិយម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (Pre-ART/ART) ដែលនៅជិតនោះ។

តេស្ត HIV វិជ្ជមាន ៖

- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សានៅ VCCT បញ្ជូនស្ត្រីទៅចុះឈ្មោះនៅសេវាPre-ART/ART ដើម្បីទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍(Option B+) ឱសថ៣មុខបញ្ចូលគ្នា
- ស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបន្តការតាមដាន និងពិនិត្យផ្ទៃពោះដូចស្ត្រីដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ
- ពន្យល់ពីសារៈសំខាន់នៃការសម្រាលប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងជួយអតិថិជនឱ្យរៀបចំផែនការសម្រាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលនៅទីនោះមានការព្យាបាល និងសម្ភារចាំបាច់សម្រាប់ការជួយសង្គ្រោះ
- ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព
- ពិភាក្សាអំពីផលប្រយោជន៍និងការប្រឈមមុខក្នុងការលាតត្រដាងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគ អេដស៍និងលើកទឹកចិត្តដៃគូនិងកូនរបស់ស្ត្រីទៅទទួលការពិគ្រោះពិភាក្សានិងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍
- ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីរបៀបរស់នៅជាមួយនឹងមេរោគអេដស៍ (ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត)
- រំលឹកឡើងវិញពីការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍
- ពន្យល់អំពីជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមកូននិងសេវាដែលត្រូវមកតាមដានបន្ត។

☆ *ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនិងការអប់រំ*

- ពិនិត្យរកសញ្ញានិងរោគសញ្ញានៃជំងឺកាមរោគនិងជំងឺអេដស៍។ បើអាចធ្វើតេស្តបានត្រូវធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍បើមិនទាន់បានធ្វើក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះនេះ។

ប្រសិនបើស្ត្រីមានសញ្ញាឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម ៖

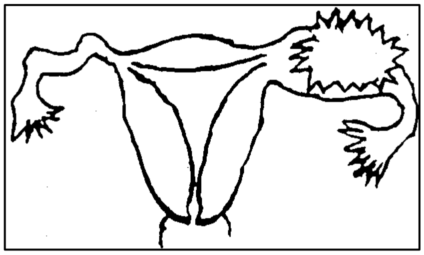
សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប
• តើអ្នកស្រកទម្ងន់ ឬទេ? • តើអ្នកមានក្តៅខ្លួនឬទេ? បើក្តៅ តើក្តៅប៉ុន្មានថ្ងៃហើយ? • តើអ្នកមានរាកឬទេ? (រាករហូតឬរាកបាត់ៗ) • តើរាកប៉ុន្មានថ្ងៃហើយ? • តើអ្នកមានក្អកឬទេ? បើមានតើក្អកប៉ុន្មានថ្ងៃហើយ?	• ពិនិត្យលើការចុះស្គមខ្លាំង • ពិនិត្យរកដំបៅនិងផ្សិតសៗក្នុងមាត់ • ពិនិត្យស្បែក ៖ - មានកន្ទួល - ពងបែកតាមបណ្តោយឆ្អឹងជំនីមួយចំហៀងខ្លួន (រើម)

- ស្ត្រីទំនងជាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (បើមានរោគសញ្ញាពីរក្នុងចំណោមសញ្ញាទាំងនេះ ស្រកទម្ងន់ គ្រុនក្តៅនិងរាក លើសពី១ខែ)
    - ណែនាំអំពីការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សា
    - ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមមានការប្រើស្រោម
    - ធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍ ក្នុងករណីដែលស្ត្រីមិនបានធ្វើតេស្តនៅពេលមានផ្ទៃពោះលើកនេះ។

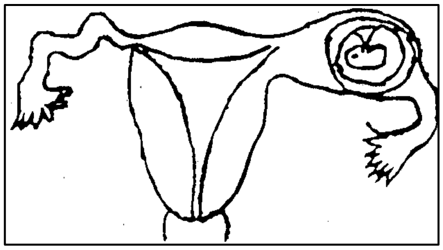
១-២-៥ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្នុងពេលគភ៌នៅតូច

ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្នុងពេលគភ៌នៅតូចគឺជាការធ្លាក់ឈាមដែលកើតឡើងនៅក្នុងអំឡុងពេលមុន ២៦សប្តាហ៍នៃគភ៌។

ក. <u>គភ៌ក្រៅស្បូន</u> គឺជាការតាំងនៅនៃពងដែលបង្កកំណើតនៅខាងក្រៅស្បូន ដែលភាគច្រើនកើតមាននៅដៃស្បូន។ នៅពេលដែលរកមូលហេតុនៃការធ្លាក់ឈាមចំពោះស្ត្រីគភ៌នៅតូច ពេលដែលមានភាពស្លេកស្លាំង ជំងឺរលាកអាងត្រគាក គំរាមរលូតនិងឈឺពោះមិនធម្មតា ត្រូវគិតដល់ គភ៌ក្រៅស្បូន។



គភ៌ក្រៅស្បូនធ្លាយ/បែក



គភ៌ក្រៅស្បូនមិនទាន់ធ្លាយ/បែក

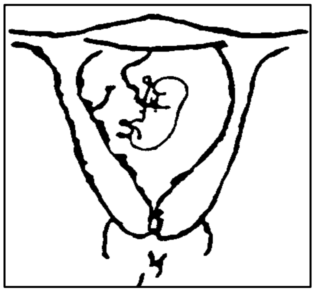
ខ. <u>ការរលូតកូន</u> ត្រូវគិតទៅដល់ការរលូតកូនចំពោះស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលបាត់រដូវ (រយៈពេលឈាមរដូវលើសពី ១ខែគិតចាប់ពីឈាមរដូវលើកមុន) ហើយមានសញ្ញាយ៉ាងតិចមួយដូចជា ធ្លាក់ឈាម ឈឺពោះ ធ្លាក់បំណែកខ្លះនៃគភ៌ មាត់ស្បូនបើក ទំហំស្បូនតូចជាងអាយុគភ៌។

- **ការរលូតដោយឯកឯង** ជាការបាត់បង់គភ៌មុនពេលដែលទារកក្នុងផ្ទៃមានអាយុអាចបន្តជីវិតបាន(២៦ សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌)។

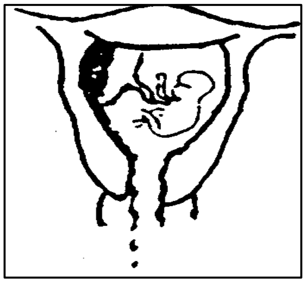
  ដំណាក់កាលនៃការរលូតដោយឯកឯងមានដូចតទៅ ៖

    - គំរាមរលូតតែគភ៌អាចនៅបន្តវិវត្តន៍បាន
    - គំរាមរលូតដែលមិនអាចចៀសវាងបាន (គភ៌មិនអាចនៅបន្តទៀតបានហើយនឹងមានការរលូតមិនពេញលេញ/ពេញលេញ)
    - ការរលូតមិនពេញលេញ (ធ្លាក់ចេញបំណែកនៃគភ៌មិនអស់)
    - ការរលូតពេញលេញ (ធ្លាក់ចេញទាំងស្រុងនៃគភ៌)

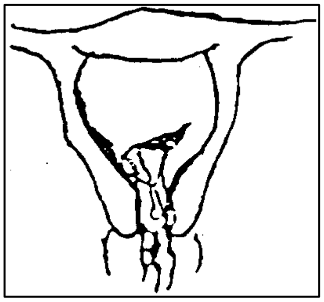
- **ការរលូតដែលមិនបានដឹង** (missed abortion) ៖ មិនមានចង្វាក់បេះដូង ទំហំស្បូនតូចធៀបទៅនឹងអាយុកូន ស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមតិចតួចឬគ្មានធ្លាក់ឈាម មាត់ស្បូនបិទជិត។
- **ការរំលូត** គឺជាការបញ្ចប់គភ៌តាមវិធីវេជ្ជសាស្ត្រឬតាមវិធីណាមួយនៅមុនពេលដែលទារកមានអាយុអាចបន្តជីវិតបាន(២៦សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌)។
- **ការរំលូតគ្មានសុវត្ថិភាព** គឺជាទម្រង់ការដែលធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់សេវាគ្មានជំនាញ ឬក្នុងបរិយាកាសមួយដែលមិនសមស្របតាមស្តង់ដារវេជ្ជសាស្ត្រ។
- **ការក្លាយរោគ** គឺជាផលវិបាកនៃការរលូត/ រំលូត ដែលកើតឡើងដោយការបង្ករោគ។ ការក្លាយរោគក្នុងឈាមនេះ អាចបណ្តាលពីការឆ្លងរោគតាមផ្លូវបន្តពូជផ្នែកខាងក្រោមដែលកើតមាន ក្រោយពីការរលូតឯកឯង ឬការរំលូតដោយគ្មានសុវត្ថិភាព។ ការក្លាយរោគនេះ មានឡើងភាគ ច្រើនពេលដែលមានសល់បំណែកនៃគភ៌នៅខាងក្នុងស្បូនហើយយឺតយ៉ាវក្នុងការយកចេញ។ការក្លាយរោគនេះជាផលវិបាកញឹកញាប់នៃការរំលូតមិនមានសុវត្ថិភាពដោយសារការប្រើសម្ភារមិនស្អាត។



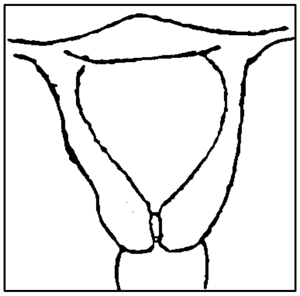
ការគំរាមរលូត



ការរលូតមិនអាចចៀសវាងបាន



ការរលូតមិនពេញលេញ



ការរលូតពេញលេញ

- **កូនពង** កើតឡើងដោយការវិវឌ្ឍន៍មិនធម្មតានៃ Chorionic villi.។ ត្រូវវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រង ព្យាបាលស្ត្រីដែលមានធ្លាក់ឈាមនៅពេលគភ៌នៅតូចឬធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាពហើយបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប។

ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសនៃគភ៌ដំណាក់កាលដំបូង

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ (គ្រប់ករណី) • វាយតម្លៃស្ថានភាពទូទៅរបស់ស្ត្រីភ្លាមៗ • បើសង្ស័យថាមានស្តុក(shock)ត្រូវធ្វើការព្យាបាលភ្លាមៗ (ដូចក្នុងផ្នែក៧.២) • ប្រសិនបើស្ត្រីស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពស្តុកត្រូវគិតដល់ការបែកដៃស្បូននៃគភ៌ក្រៅស្បូន • វាយតម្លៃប្រសិនបើស្ត្រីត្រូវបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃត្រូវចាប់ផ្តើមបញ្ចូលសេរ៉ូម • វាយតម្លៃតាមរយៈការពិនិត្យអេកូសាស្ត្របើចាំបាច់ • ពិចារណាពីការប្រើ Antibiotic បើចាំបាច់ទៅតាមស្ថានភាពរបស់ស្ត្រី។	
វាយតម្លៃ/សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	**ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប**
គំរាមរលូត ៖ • ធ្លាក់ឈាមតិចៗ • មាត់ស្បូនបិទ • ស្បូនមានទំហំសមស្របទៅនឹងអាយុគភ៌។	**គំរាមរលូត ៖** • ការព្យាបាលតាមវេជ្ជសាស្ត្រមិនជាការចាំបាច់ • អប់រំស្ត្រីចៀសវាងធ្វើការងារធ្ងន់និងការរួមភេទ ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់សម្រាកស្ងៀមទេ • បើឈប់ធ្លាក់ឈាមត្រូវវាយតម្លៃថាតើទារកក្នុងផ្ទៃនៅមានជីវិតឬទេ(អេកូសាស្ត្រ) ៖ - បើនៅមានជីវិត ត្រូវសម្រាកដើម្បីតាមដាន - បើទារកស្លាប់ ត្រូវធ្វើការសម្អាតស្បូន(ជំពូក៤)
ការរលូតមិនអាចចៀសវាងបាន ៖ • ធ្លាក់ឈាមច្រើន • មាត់ស្បូនបើក • ស្បូនមានទំហំសមស្របទៅនឹងអាយុគភ៌។	**ការរលូតមិនអាចចៀសវាងបាន ៖** • បើអាយុផ្ទៃពោះតិចជាង១២សប្តាហ៍សម្អាតស្បូន ដោយប្រើស៊ីរ៉ាំងបូមដោយដៃ (MVA) • បើអាយុគភ៌លើសពី១២-១៨សប្តាហ៍ ត្រូវធ្វើការសម្អាតស្បូនដោយប្រើសម្ភារ (instrument evacuation) • បើអាយុគភ៌លើសពី១៨សប្តាហ៍ត្រូវរងចាំការធ្លាក់ចេញមកក្រៅដោយឯកឯង (មើលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីពីការថែទាំក្រោយរលូត/រំលូត) • តាមដានស្ត្រីក្រោយទម្រង់ការនិងការព្យាបាល។
ការរលូតមិនពេញលេញ ៖ • ធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ • មាត់ស្បូនចំហ • ទំហំស្បូនតូចជាងអាយុគភ៌។	**ការរលូតមិនពេញលេញ ៖** • ប្រើស៊ីរ៉ាំងបូមដោយដៃ(MVA) ដើម្បីសម្អាតស្បូន (មើលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីពីការថែទាំក្រោយរលូត/រំលូត) • តាមដានស្ត្រីក្រោយការព្យាបាល។
ការរលូតពេញលេញ ៖	**ការរលូតពេញលេញ ៖**

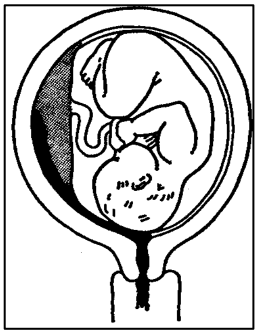
• ធ្លាក់ឈាមតិចៗ • មាត់ស្បូនបិទជិត • ទំហំស្បូនតូចជាងអាយុនៃគភ៌ • ស្បូនទន់ជាងធម្មតា។	• ការសម្អាតស្បូនមិនសុទ្ធតែចាំបាច់ធ្វើទេ • ត្រូវសង្កេតរកការធ្លាក់ឈាមខ្លាំង • តាមដានស្រ្តីក្រោយការព្យាបាល។
ការរលូតដែលមិនបានដឹង (missed abortion) ៖ • មិនមានឬមានធ្លាក់កករឃ្លោកតិចៗ (ពណ៌ឈាមជ្រូក) • គ្មានការឈឺចាប់ • មាត់ស្បូនបិទជិត • ស្បូនតូចធៀបនឹងអាយុនៃគភ៌។	**ការរលូតដែលមិនបានដឹង** (missed abortion) ៖ • ផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកស្មារតី • ពិគ្រោះពិភាក្សាជាមួយស្ត្រីពីតម្រូវការនៃការសម្អាតស្បូន • ប្រសិនបើរោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់តាមរយៈការធ្វើអេកូសាស្រ្តត្រូវពិចារណាពីការសម្អាតស្បូនដោយការបើកមាត់ស្បូន និងសម្អាត Dilatation & Evacuation(D&E) • តាមដានស្រ្តីក្រោយការព្យាបាល។
គភ៌ក្រៅស្បូន ៖ • ធ្លាក់ឈាមតិចៗ • ឈឺពោះ • មាត់ស្បូនបិទ • ស្បូនធំជាងធម្មតាបន្តិច • ស្បូនទន់ជាងធម្មតា • ពោះឡើងតឹង • ឈឺពោះពេលដកដៃចេ (Rebound tendernes s) • ស្លុក (គភ៌ក្រៅស្បូនបែក)	**គភ៌ក្រៅស្បូន** ៖ • ត្រូវធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព • ធ្វើCross match • ត្រៀមយកអ្នកផ្តល់ឈាមទៅជាមួយ • រៀបចំធ្វើការវះកាត់ជាបន្ទាន់ដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំឈាម។
កូនពង ៖ • ក្អួតខ្លាំង • ធ្លាក់ឈាមល្មមឬខ្លាំង • មាត់ស្បូនបិទឬបើក • ទំហំស្បូនធំជាងអាយុនៃគភ៌ • ស្បូនទន់ជាងធម្មតា	**កូនពង** ៖ • ត្រូវធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាពនិងបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យដែលអាចធ្វើការវះកាត់បន្ទាន់បាន • ត្រៀមផ្តល់ឈាមនិងមានអ្នកផ្តល់ឈាម • បើរោគវិនិច្ឆ័យ ច្បាស់លាស់បញ្ជាក់ដោយអេកូសាស្រ្តថាជាកូនពងត្រូវធ្វើ ៖ - វង្វាស់ BetaHCG - ថតសួត និង

• មានធ្លាក់ចេញបំណែកខ្លះនៃជាលិកាកូនពង (ដូចជាផ្លែទំពាំងបាយជូរ)។	• បញ្ចប់គភ៌ដោយប្រើស៊ីរ៉ាំងបូមដោយដៃឬស៊ីរ៉ាំងElectric (ផ្នែក ៧-១៦)។ ការបារសម្អាតស្បូនដោយប្រើ Curette មិនគប្បីធ្វើឡើយ ដោយសារគ្រោះថ្នាយស្បូនមានច្រើន។ពេលធ្វើការបូមសម្អាតគប្បីរៀបចំសីរ៉ាំង២ឬ៣សម្រាប់បូមឱ្យបានរហ័ស • ផ្តល់ Oxytocin 20 IU ក្នុងសេរ៉ូម១លីត្រ Normal Saline or Ringer Lactate ក្នុងល្បឿន ៦០ដំណក់ក្នុង១នាទី ដើម្បីការពារការធ្លាក់ឈាមក្នុងពេលកំពុងធ្វើការសម្អាត។ *ការគ្រប់គ្រងក្រោយការបូមសម្អាត៖* • បញ្ជាក់ថាគ្មានសល់កំទេចកូនពងក្នុងផ្ទៃមុននឹងឱ្យស្ត្រីទៅផ្ទះ • ណែនាំឱ្យស្ត្រីប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដោយប្រើថ្នាំយ៉ាងហោច១ឆ្នាំដើម្បីបង្ការការមានផ្ទៃពោះ។ ការចងដៃស្បូនអាចនឹងផ្តល់ដល់ស្ត្រីដែលមានកូនគ្រប់ចំនួនតាមបំណង • តាមដានស្ត្រីរៀងរាល់សប្តាហ៍នៅខែដំបូងក្រោយពេលទំលាក់ ដោយធ្វើតេស្ត BetaHCG រួចរៀងរាល់ខែនៅ៣ខែបន្ទាប់រួចបន្ទាប់មក៣ខែម្តងនៅឆ្នាំដំបូងនិង៦ខែម្តងនៅឆ្នាំទី២ • ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តនៅមានបរិមាណថេរឬឡើងក្នុងខែទី១ ឬត្រឡប់មកវិជ្ជមានវិញក្នុងអំឡុងឆ្នាំទី១ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យកម្រិត៣ឬមន្ទីរពេទ្យជាតិ ដើម្បីតាមដានបន្ត និងគ្រប់គ្រង Choriocarcinoma។

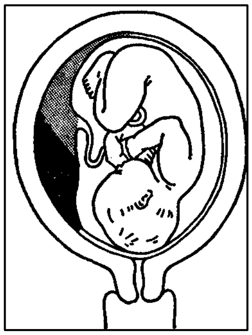
១-២-៦ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលគភ៌អាយុច្រើននិងពេលឈឺពោះសម្រាល

ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលគភ៌មានអាយុច្រើន គឺជាការធ្លាក់ឈាមដែលកើតមានឡើងក្រោយ២៦សប្តាហ៍។ មូលហេតុអាចមកពីការរបើកសុកមុនសម្រាល រហែកស្បូននិងសុកពាំងមាត់ស្បូន មូលហេតុទាំងបីយ៉ាងនេះអាចមានករណីស្មុកមកជាមួយ។

ក. <u>សុករបើកមុនសម្រាល</u> គឺជាការរបើកពីទីតាំងធម្មតារបស់សុកចេញពីស្បូនមុនសម្រាលដែលសម្គាល់ដោយការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយ២៦សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌និងមានការឈឺពោះម្តងៗឬឈឺជាប់រហូត។



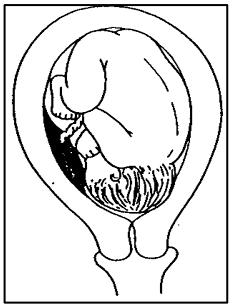
ការរបើកសុកមានឈាមធ្លាក់ចេញមកក្រៅ



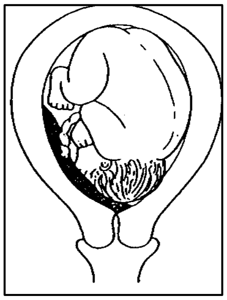
ការរបើកសុកមានឈាមដក់នៅក្នុង

ខ. ***រហែកស្បូន*** គឺសម្គាល់បានដោយមានការហូរឈាមដក់ក្នុងពោះ និង/ឬ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសនិងមានការឈឺពោះខ្លាំង ហើយអាចថយចុះនៅក្រោយពេលរហែក។

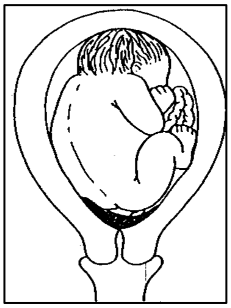
គ. ***សុកពាំងមាត់ស្បូន*** គឺជាការតាំងនៅរបស់សុកនៅនឹងមាត់ស្បូនឬ ក្បែរមាត់ស្បូនហើយសម្គាល់ដោយការធ្លាក់ឈាមក្រោយ ២៦សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌។



សុកពាំងក្បែរមាត់ស្បូន



សុកពាំងផ្នែកខ្លះនៃមាត់ស្បូន



សុកពាំងនៅចំមាត់ស្បូន

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសនៅពេលគភ៌មានអាយុច្រើន (លើសពី២៦សប្តាហ៍) និងពេលសម្រាលដូចតទៅ ៖

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖ • ហៅរកជំនួយជាបន្ទាន់ពីបុគ្គលិកដែលនៅជិត • វាយតម្លៃយ៉ាងរហ័សនូវសភាពទូទៅរបស់ស្ត្រី រួមទាំងសញ្ញាជីវិត (ជីពចរ សម្ពាធឈាម ចង្វាក់ដង្ហើម និងសីតុណ្ហភាព) • ***មិនត្រូវធ្វើការលុកពិនិត្យទ្វារមាស*** (ព្រោះអាចនាំឱ្យធ្លាក់ឈាមកាន់តែខ្លាំងថែមទៀត) នៅទីតាំងដែលមិនមានលទ្ធភាពវះកាត់បន្ទាន់បាន • បើសង្ស័យថាមានស្តុក ចាប់ផ្តើមធ្វើការព្យាបាលភ្លាម .ដូចក្នុងផ្នែក៧២ • ចាប់ផ្តើមចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ • វាយតម្លៃតាមរយៈការពិនិត្យអេកូសាស្ត្រ។	
ការវាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប

<table>
<tr><td>

ការរបើកសុក ៖

- ធ្លាក់ឈាមក្រោយ២៦សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌ (ឈាមអាច នៅក្នុងស្បូន)
- ឈឺពោះម្តងៗ ឬឈឺជាប់
- ស្តុក
- ស្បូនរឹងជាប់
- ចលនាទារកចុះខ្សោយឬគ្មាន
- កូនខ្សោយឬមិនឮចង្វាក់បេះដូង

</td><td>

ការរបើកសុក ៖

- ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព
- វាយតម្លៃស្ថានភាពកំណកឈាមដោយធ្វើ Bedside clotting test (ទំព័រ 296)ក្រោយពី៧នាទីឈាមមិនកកឬកំណកឈាមទន់ងាយនឹងបែកបានន័យថាស្ត្រីមានបញ្ហាកំណកឈាម (Coagulo pathy)
- រៀបចំអ្នកផ្តល់ឈាម
- បញ្ចូលឈាមបើចាំបាច់ (ល្អបំផុតឈាម ស្រស់)
- បើធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ (ធ្លាក់ចេញក្រៅឬនៅក្នុងពោះ) ត្រូវពិចារណាពីការសម្រាលកូនឱ្យបានឆាប់បំផុតដែល អាចធ្វើទៅបាន ៖
  - បើមាត់ស្បូនបើកអស់សម្រាលដោយការបូម
  - បើការសម្រាលតាមទ្វារមាសមិនទាន់កើត ត្រូវសម្រាលដោយវះកាត់
- បើការធ្លាក់ឈាមមានតិចតួចឬល្មម (ស្ត្រីមិនស្ថិតនៅក្នុងសភាពគ្រោះថ្នាក់ភ្លាមៗទេ) ការធ្វើអន្តរាគមន៍ ត្រូវផ្អែកទៅលើចង្វាក់បេះដូងទារក ៖
  - ចង្វាក់បេះដូងទារកធម្មតាឬគ្មានចង្វាក់បេះដូង (សុករបើកតិចតួច)ត្រូវបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះដោយទំពក់ឬKocher៖
    - បើការកន្ត្រាក់ស្បូនមានតិចតួចត្រូវបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយ Oxytocin
    - បើមាត់ស្បូនមិនអំណោយផល (រឹង ក្រាស់ បិទជិត) ត្រូវធ្វើការវះយកកូន (ទោះបីជាទារកស្លាប់ក៏ដោយ)
  - បើចង្វាក់បេះដូងទារកមិនធម្មតាតិចជាង១១០ឬ ច្រើនជាង១៦០ក្នុង១នាទី ៖
    - ធ្វើការសម្រាលតាមទ្វារមាសឱ្យបានរហ័ស
    - បើការសម្រាលតាមទ្វារមាសមិនអាចធ្វើទៅបាន ត្រូវសម្រាលដោយវះយកកូន។

</td></tr>
<tr><td>

ស្បូនរហែក ៖

- ហូរឈាម (ដក់ក្នុងពោះ និង ឬធ្លាក់ ឈាមតាមទ្វារមាស)

</td><td>

ស្បូនរហែក ៖

- ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព
- ត្រៀមអ្នកផ្តល់ឈាម

</td></tr>
</table>

• ឈឺពោះខ្លាំង (អាចថយចុះនៅក្រោយ ពេលរហែក) • ស្លុក • ពោះប៉ោងតឹង • ទ្រង់ទ្រាយស្បូនមិនធម្មតា • ស្ទាបប៉ះកូននៅក្រោមស្បែកពោះម្តាយ • ទារកគ្មានចលនានិងចង្វាក់បេះដូង • ម្តាយមានជីពចរញាប់។	• បង្គ្រប់បរិមាណឈាមដោយបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ មុនវះកាត់ (Normal saline or Ringer lactate) • នៅពេលដែលស្ថានភាពស្ត្រីមានលំនឹងត្រូវវះបើកពោះយកកូន និងសុកចេញជាបន្ទាន់ • ដេរជួសជុលស្បូន ប្រសិនបើស្បូនមិនរហែកច្រើន បំណែកនិងការរហែកស្បូនមានរយៈពេលតិចជាង៦ ម៉ោង • បើស្បូនមិនអាចដេរជួសជុលបានត្រូវកាត់ស្បូនដើម្បីបញ្ឈប់ឈាម (Hemostasis Hysterectomy)។

សុកពាំងមាត់ស្បូន ៖
• ធ្លាក់ឈាមក្រោយ២៦សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌
• ស្លុក
• អាចធ្លាក់ក្រោយការរួមភេទ
• ស្បូនមិនកន្ត្រាក់
• ភាពបង្ហាញនៃទារកមិនឃើញមាននៅក្នុងឆ្អឹង អាងត្រគាក/ផ្នែកខាងក្រោមនៃស្បូនទទេ
• កូនមានសភាពធម្មតា។
	សុកពាំងមាត់ស្បូន ៖
	• មិនត្រូវលូកពិនិត្យទ្វារមាសទេនៅទីតាំងដែលមិនអាចវះកាត់បន្ទាន់បាន
	• ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព ត្រៀមអ្នកផ្តល់ឈាម
	• Corticosteroid ត្រូវបានផ្តល់ដល់ម្តាយដើម្បីឱ្យសួតរបស់ទារកមានភាពចំណាស់(maturity) ប្រសិនបើទារកអាយុតិចជាង៣៤សប្តាហ៍ពេញ
	• បង្គ្រប់បរិមាណឈាមដោយចាក់សេរ៉ូម
	• វាយតម្លៃបរិមាណឈាមដែលធ្លាក់ ៖
	  - បើការធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរនិងបន្តរៀបចំវះយកកូន ដោយមិនគិតពីអាយុទារកគ្រប់ខែ ឬមិនគ្រប់ខែ
	  - បើការធ្លាក់ឈាមតិចតួច ទារកនៅរស់ហើយគ្រប់ខែ (ចាប់ពីសប្តាហ៍ទី៣៧) ត្រូវធ្វើការបញ្ចប់គភ៌តាមល័ក្ខខ័ណ្ឌផ្នែកសម្ភព
	  - បើការធ្លាក់ឈាមតិចតួច ហើយទារកនៅរស់ប៉ុន្តែ មិនទាន់គ្រប់ខែ ត្រូវពិចារណាពីការថែទាំគភ៌រហូត ដល់គ្រប់ខែឬបើមានធ្លាក់ឈាមខ្លាំង
	• ឱ្យស្ត្រីសម្រាកពេទ្យរហូតដល់សម្រាលកូន (តាមសភាពរបស់ស្ត្រី)
	• ព្យាបាលភាពស្លេកស្លាំងដោយថ្នាំគ្រាប់ជាតិដែក/អាស៊ីតហ្វូលិក លេបរាល់ថ្ងៃរយៈពេល៦ខែ
	• ត្រូវប្រាកដថាមានឈាមត្រៀមទុកនៅពេលដែលត្រូវការ
	• ប្រសិនបើមានធ្លាក់ឈាមទៀតត្រូវសម្រេចអំពីការគ្រប់គ្រងដែលត្រូវធ្វើដោយថ្លឹងថ្លែងអំពីផលប្រយោជន៍និងការប្រឈម

	មុខរវាងម្តាយនិងទារកក្នុងផ្ទៃអំពីការថែទាំគភ៌រហូតដល់គ្រប់ខែ និងការសម្រាលភ្លាមៗ។

១-២-៧ គ្រុនក្តៅអំឡុងពេលមានគភ៌និងពេលឈឺពោះសម្រាល

គ្រុនក្តៅ (សីតុណ្ហភាព38°Cឬលើស) អំឡុងពេលមានគភ៌ ពេលឈឺពោះសម្រាលគឺជាសញ្ញានៃការក្លាយរោគនិងត្រូវការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប។

<table>
<tr><td colspan="2">ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖
• លើកទឹកចិត្តឱ្យបន្ថែមការផឹកទឹក
• លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យសម្រាកលើគ្រែ
• ប្រើកង្ហារឬកន្សែងសើមដើម្បីជួយបញ្ចុះកម្តៅ
• ចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃបើចាំបាច់</td></tr>
<tr><td>វាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា</td><td>ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប</td></tr>
<tr><td>ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាង ក្រោម ៖
នោមឈឺ</td><td>ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងក្រោម ៖
• ផ្តល់ Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់ រយៈពេល៥ថ្ងៃឬ Sulfamethoxazole Trimethoprim 480mg លេបម្តងដង២គ្រាប់ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃ
• លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យផឹកទឹកឱ្យបានកាន់តែច្រើន
• អនុវត្តការរស់នៅប្រកបដោយអនាម័យ។</td></tr>
<tr><td>រលាកប្លោកនោម (Cystitis)</td><td>រលាកប្លោកនោម (Cystitis) ៖
• ផ្តល់ Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃ ឬ Sulfamethoxazole Trimethoprim 480mg លេបម្តង២គ្រាប់ លេប២ដងក្នុង១ថ្ងៃសម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃ
• ប្រសិនបើការព្យាបាលមិនជោគជ័យ ត្រូវបណ្តុះមេរោគ ក្នុងទឹកនោមដើម្បីព្យាបាលដោយ antibiotic ដែលសមស្រប។</td></tr>
<tr><td>ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងលើ ៖
• គ្រុនក្តៅលើសពី ៣៨ °c និងមាន សញ្ញាណាមួយដូចខាងក្រោម៖
- នោមពិបាក (Dysuria)</td><td>ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងលើ ៖
• បើមានឬសង្ស័យថាមានស្ពុកត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជាបន្ទាន់ (មើលផ្នែកគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ពុក(ទំព័រ 242)
• ចាក់បញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃ 150ml ក្នុង១ម៉ោង
• បណ្តុះទឹកនោមបើអាចធ្វើបានហើយព្យាបាលដោយ antibiotic សមស្រប</td></tr>
</table>

- ក្តៅ¼ ញាក់ (Spiking Fever/Chills) នោមញឹកនិងទប់មិនបាន ឈឺពោះ	• បើមិនអាចបណ្តុះទឹកនោមបានត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic ដូចខាងក្រោម រហូតបាត់ក្តៅ៤៨ម៉ោង ៖ - ដំបូងផ្តល់ Ampicillin 2g IV បន្ទាប់មក 1g ៨ម៉ោងម្តង - រួមជាមួយ Gentamicin 80mg IV រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង • នៅពេលបាត់ក្តៅ៤៨ម៉ោងផ្តល់Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃដើម្បីបង្គ្រប់រយៈពេល៧ថ្ងៃនៃការព្យាបាល • បើមិនអាចផ្តល់ antibiotic ចាក់តាមសរសៃទេត្រូវចាក់សាច់ដុំ។
រលាកសួត (Pneumonia) ៖ • ក្តៅខ្លួន • ពិបាកដកដង្ហើម • ក្អកមានស្លេស្ម • ឈឺទ្រូង	**រលាកសួត (Pneumonia) ៖** • ផ្តល់ Ampicillin 2g IV បន្ទាប់មក 1g ៨ម៉ោងម្តង • រួមជាមួយGentamicin 80mg IV រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង • នៅពេលបាត់ក្តៅ៤៨ម៉ោងផ្តល់Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃដើម្បីបង្គ្រប់រយៈពេល៧ថ្ងៃនៃការ ព្យាបាល • បើមិនអាចផ្តល់ antibiotic ចាក់តាមសរសៃបានទេ ត្រូវចាក់សាច់ដុំ។
គ្រុនចាញ់កម្រិតស្រាល ៖ • ក្តៅខ្លួន • ញាក់ • បែកញើស • ឈឺក្បាល សាច់ដុំ/ឈឺសន្លាក់	គ្រុនចាញ់កម្រិតស្រាល ៖ សូមអនុវត្តន៍តាមមគ្គុទ្ទេសក៍ជាតិសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នៅកម្ពុជា។
គ្រុនចាញ់កម្រិតធ្ងន់ ៖ • មានសញ្ញាគ្រុនចាញ់ កម្រិតស្រាល និងបន្ថែមសញ្ញាណាមួយឬច្រើនក្នុងចំណោមសញ្ញា ដូចខាងក្រោម ៖ - ស្លេកស្លាំង លឿង - អស់កម្លាំងខ្លាំង - វិបត្តិស្មារតី - ពិបាកដកដង្ហើម - ប្រកាច់ច្រើនដង - សម្ពាធឈាមធ្លាក់ចុះ - ការហូរឈាមខុសធម្មតា	**គ្រុនចាញ់កម្រិតធ្ងន់ ៖** សូមអនុវត្តន៍តាមមគ្គុទ្ទេសក៍ជាតិសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នៅកម្ពុជា។

- នោមតិច ក្អួតញឹកញាប់។	

១-២-៨ ការគ្រប់គ្រងបញ្ហាទារកក្នុងផ្ទៃគ្មានចលនា

ប្រសិនបើស្ត្រីប្រាប់ថាទារកក្នុងផ្ទៃគ្មានចលនាត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃដើម្បីធ្វើការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលសមស្រប។

<table>
<tr><td colspan="2">ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖
ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានទំនុកចិត្ត</td></tr>
<tr><td>វាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា</td><td>ការគ្រប់គ្រងសមស្រប</td></tr>
<tr><td>ទារកក្នុងផ្ទៃប្រហែលជាស្លាប់ ៖
• ស្ទាបពោះ ៖ គ្មានចលនាទារកក្នុងផ្ទៃ
• ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក (ចាប់ពីផ្ទៃពោះ ៦ខែ)៖ បើមិនឮចង្វាក់បេះដូងទារកទេត្រូវស្តាប់ម្តងទៀត១ម៉ោងក្រោយបើនៅតែមិនឮទារកប្រហែលជាស្លាប់។</td><td>ទារកក្នុងផ្ទៃប្រហែលជាស្លាប់ ៖
• ប្រាប់ស្ត្រីនិងក្រុមគ្រួសារថាទារកប្រហែលជាស្លាប់ក្នុងផ្ទៃ
• បញ្ជាក់ការស្លាប់របស់ទារកដោយអេកូសាស្ត្រ
• ក្រោយពីរោគវិនិច្ឆ័យបានច្បាស់លាស់ ផ្តល់ការគាំទ្រនិងលើកទឹកចិត្តនិងពន្យល់ស្ត្រីនិងក្រុមគ្រួសារពីហេតុផលនិងផលវិបាកដែលអាចកើតមានបាន
• ពិភាក្សាជាមួយស្ត្រីនិងក្រុមគ្រួសារអំពីជម្រើសអន្តរាគមន៍ឬការគ្រប់គ្រងផ្សេងៗដែលនឹងត្រូវធ្វើ
• រៀបចំធ្វើឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាល ៖
- ប្រសិនបើមាត់ស្បូនអំណោយផល (Score Bishop ≥6) ធ្វើឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើ PIV Oxytocin ការវាសផ្នែកក្រោមនៃស្រោមទឹកភ្លោះអាចបង្កើនឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាល
- ប្រសិនបើមាត់ស្បូនមិនអំណោយផល(ScoreBishop <6) អាចរង់ចាំការឈឺពោះសម្រាលដោយឯកឯងដែលអាចកើតមានឡើងនៅក្នុងអំឡុង៤សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីទារកស្លាប់ឬបន្ទុំមាត់ស្បូនដោយប្រើ Prostaglandine
- ក្រោយ៤សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីទារកស្លាប់ ការឈឺពោះសម្រាលអាចទទួលរងនូវគ្រោះថ្នាក់ដោយការធ្លាក់ឈាមនិងក្លាយរោគដែលទាមទារឱ្យមានការគ្រប់គ្រងសកម្មសមស្រប (តាមដានចំនួន Plaquette និង Fibrinogen)។
ចំណាំ ៖</td></tr>
</table>

	• មិនត្រូវធ្វើការបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះព្រោះងាយជួបនឹងគ្រោះថ្នាក់ក្លាយរោគ • ការវាសផ្នែកក្រោមនៃស្រោមទឹកភ្លោះតែមួយមុខអាចសម្រួលឱ្យមានការចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល (២៤ ទៅ ៤៨ម៉ោង) ក្នុងករណីមិនបន្ទាន់ • គប្បីធ្វើការព្យាបាលមូលហេតុនៃការស្លាប់របស់ទារកក្នុងផ្ទៃ។
ទារកនៅរស់ ៖ ទារកក្នុងផ្ទៃគ្មានចលនាតែមានចង្វាក់បេះដូង	**ទារកនៅរស់ ៖** ប្រាប់ស្ត្រីថាទារកមិនមានបញ្ហាអ្វីទេប៉ុន្តែបើទារកនៅតែគ្មានចលនាត្រូវត្រលប់មកវិញ។

១-២-៩ ការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសម្រាលមុនគភ៌គ្រប់ខែ

ការសម្រាលមុនគភ៌គ្រប់ខែមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងការឈឺនិងស្លាប់ជុំវិញកំណើតរបស់ទារក។ ការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសម្រាលមុនគភ៌គ្រប់ខែរួមមាន ព្យាយាមបញ្ឈប់ការកន្ត្រាក់ស្បូនដោយធ្វើ Tocolysis ឬទុកឱ្យការឈឺពោះវិវត្តន៍ទៅមុខ។ ត្រូវព្យាយាមបញ្ជាក់អាយុនៃគភ៌។

ក. Tocolysis

អន្តរាគមន៍នេះដោយផ្តល់ថ្នាំ Tocolytic (ឧ.Nifedipine)គឺមានគោលបំណងពន្យារការសម្រាលរហូតដល់ Corticosteroid មានប្រសិទ្ធភាព(មើលខាងក្រោម)។ Corticosteroid ត្រូវបានផ្តល់ដល់ម្តាយដើម្បីឱ្យសួតរបស់ទារកមានភាពចំណាស់ (maturity) ប្រសិនបើទារកអាយុតិចជាង៣៦សប្តាហ៍។

ការព្យាបាលជំហានទី១គឺ Nifedipine ជាពពួកថ្នាំប្រឆាំងជាមួយកាល់ស្យូម (Calcium Channel Antagonist) ហើយមានផលរំខានតិចតួច។

ប្រើ Tocolysis ប្រសិនបើ៖

- អាយុផ្ទៃពោះតិចជាង៣៦សប្តាហ៍
- មាត់ស្បូនបើកបានតិចជាង៣ស.ម
- ទឹកភ្លោះគ្មានការបង្ករោគ គ្មានបំរុងក្រឡាភ្លើងឬគ្មានធ្លាក់ឈាម
- ទារកមិនចុះខ្សោយ

• បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យការឈឺពោះសម្រាលមុនគភ៌គ្រប់ខែតាមរយៈកំណត់ត្រាអំពីការរលប់នៃមាត់ស្បូន ឬការបើកនៃមាត់ស្បូនដែលកើតមានលើសរយៈពេលលើសពី២ម៉ោង

• បើអាយុគភ៌តិចជាង៣៦សប្តាហ៍ ត្រូវផ្តល់ Corticosteroids ដល់ម្តាយដើម្បីធ្វើឱ្យសួតរបស់ទារក មានភាពចំណាស់និងដើម្បីមានលទ្ធភាពក្នុងការរស់រាន ៖

  - Betamethasone 12 mg ចាក់សាច់ដុំ ២ដូស ចន្លោះគ្នា២៤ម៉ោង
  - ឬ Dexamethasone 12 mg ចាក់សាច់ដុំ ២ដូស ចន្លោះគ្នា១២ម៉ោង

ចំណាំ ៖ មិនគួរប្រើ Corticosteroids ទេបើច្បាស់ថាមានការបង្ករោគ។

- ផ្តល់ Tocolytic (មើលខាងក្រោម) និងតាមដានស្ថានភាពមាតានិងទារក (ជីពចរ សម្ពាធឈាម សញ្ញាដែលបញ្ជាក់ថាមានបញ្ហាផ្លូវដង្ហើម ការកន្ត្រាក់ស្បូន ការបាត់បង់ទឹកភ្លោះឬឈាម ចង្វាក់បេះដូងទារក តុល្យភាពជាតិទឹក កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម ។ល។

ចំណាំ ៖

- មិនត្រូវផ្តល់ Tocolytic លើសពី៤៨ម៉ោងទេ។ ប្រសិនបើជាការឈឺពោះ ពេលគភ៌មិនគ្រប់ខែនៅតែបន្តទោះបីបានប្រើ Tocolytic ត្រូវរៀបចំដើម្បីឱ្យទារកទទួលការថែទាំនៅកន្លែងមានសេវាថែទាំទារកសមស្រប។ ប្រសិនបើអាចត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីឱ្យបានមុនសម្រាល។

- មិនត្រូវប្រើ Tocolytic ច្រើនមុខចូលគ្នា
- មិនត្រូវប្រើ Tocolytic ក្នុងករណីដូចខាងក្រោម ៖
    - ជំងឺបេះដូង
    - បែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាលមិនគ្រប់ខែ
    - រលាកស្រោមទឹកភ្លោះ
    - របើកសុកមុនសម្រាល។

ខ. ឱ្យការឈឺពោះវិវត្តន៍ទៅមុខ

- ទុកឱ្យការឈឺពោះវិវត្តន៍ទៅមុខ ប្រសិនបើ ៖
    - អាយុគភ៌លើសពី ៣៦ សប្តាហ៍
    - មាត់ស្បូនបើកលើសពី 3 cm
    - កំពុងមានការធ្លាក់ឈាម
    - ទារកខ្សោយឬស្លាប់ឬមានភាពប្រឆាំងមិនធម្មតាជាមួយម្តាយបើទារកមានជីវិត
    - ទឹកភ្លោះមានការបង្ករោគឬបំរុងក្រឡាភ្លើង
- តាមដានការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើប៉ាតូក្រាហ្វ
- បើការឈឺពោះសម្រាលនៅតែបន្តហើយអាយុគភ៌តិចជាង៣៧សប្តាហ៍ ត្រូវផ្តល់ Antibiotics បង្ការ ដើម្បីជួយកាត់បន្ថយការបង្ករោគចំពោះទារក ៖
    - Penicillin G 2 million units ចាក់សរសៃរៀងរាល់៦ម៉ោងរហូតដល់សម្រាលឬ
    - Ampicillin 2 g IV រៀងរាល់ ៦ម៉ោងរហូតដល់សម្រាល។

កំណត់សម្គាល់ ៖

- ប្រសិនបើការឈឺពោះនៅតែបន្តនិងគភ៌តិចជាង៣៦សប្តាហ៍ត្រូវតាមដានការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើប៉ាតូក្រាហ្វ។

- ការវះកាត់យកកូនជាទម្លាប់ដើម្បីឱ្យទារកមិនគ្រប់ខែមានស្ថានភាពល្អទោះជាក្នុងទម្រង់ហុចក្បាលឬហុចគូទ ក៏ដោយពុំត្រូវបានគេសំណូមពរឱ្យធ្វើទេ
- ចៀសវាងការសម្រាលដោយបូម ពីព្រោះវាប្រឈមនឹងការហូរឈាមក្នុងខួរក្បាលមានអត្រាខ្ពស់ចំពោះទារកកើតមិនគ្រប់ខែ ។

• ត្រូវរៀបចំការគ្រប់គ្រងចំពោះទារកកើតមិនគ្រប់ខែ ឬទារកមានទម្ងន់ទាប និងត្រូវត្រៀមជាមុនតម្រូវការសង្គ្រោះដោយបាឡុងនិងម៉ាស់ (ទំព័រ 105)។

Nifedipine

ហាមប្រើ Nifedipine	
ចំពោះម្តាយ	ចំពោះទារក
• សម្ពាធឈាមទាប(Systolic< 90 mmHg) • មានប្រតិកម្មនឹង Nifedipine • ជំងឺបេះដូង(Congestive cardiac failure, aortic stenosis) • ជំងឺថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ - ប្រើជាមួយ Magnesium sulphate ត្រូវធ្វើការតាមដានឱ្យបានដិតដល់។	• មានសញ្ញាបង្ហាញថាមានការបង្ករោគក្នុងស្បូន • ទារកដែលចាំបាច់ត្រូវតែសម្រាល • សុករបើកពីជញ្ជាំងស្បូន • ទារកមានមិនមានការលូតលាស់ធ្ងន់ធ្ងរ • ទារកមានរូបរាងមិនធម្មតាដែលមិនអាចរស់បាន • ទារកស្លាប់ក្នុងផ្ទៃ • មានធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសច្រើនដោយមិនដឹងមូលហេតុ

កម្រិតប្រើ Nifedipine

ដោយសារផលរំខានរបស់ Nifedipine ធ្វើឱ្យចុះសម្ពាធឈាម ដូច្នេះត្រូវចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូម Sodium chloride 0.9% មុននឹងផ្តល់ Nifedipine ហើយស្ត្រីត្រូវសម្រាកក្នុងស្ថានភាពដេក។ កម្រិតដូសអតិបរិមានៃ Nifedipine គឺ160mg ក្នុង១ថ្ងៃ។

ការព្យាបាលដំបូង	ផ្តល់ Nifedipine (immediate release សកម្មភាពរហ័ស) 10mg ដាក់ក្រោមអណ្តាត	ពេលគិតចាប់ពីបានផ្តល់ថ្នាំ ៖ 0នាទី
	បើស្បូននៅតែកន្ត្រាក់ ៖ ផ្តល់ Nifedipine (immediate Release សកម្មភាពរហ័ស) 10mg ដាក់ក្រោមអណ្តាត ម្តងទៀត	ពេលគិតចាប់ពីបានផ្តល់ថ្នាំ ៖ ២០ នាទី
កម្រិតប្រើអតិបរមា៖ ផ្តល់ Nifedipine ដូសដំបូងមិនឱ្យលើសពី 40mg ក្នុងម៉ោងដំបូង		

កម្រិតដូសបន្ត	ចាប់ផ្តើមផ្តល់Nifedipine 20mg (Sustained Release សកម្មភាពសន្សឹមៗនៅ២ម៉ោងក្រោយបន្ទាប់ពីផ្តល់ដូសដំបូង) លេបរៀងរាល់៦ម៉ោងម្តង ហើយប្រើជាអតិបរមា៤៨ម៉ោង។

ការសង្កេតក្នុងអំឡុងពេលប្រើ Tocolytic

- បន្តតាមដានជាប់ Cardiotocography (CTG) ក្នុងអំឡុងពេលសម្រាលកូន
- សម្ពាធឈាមនិងជីពចរ រៀងរាល់៣០នាទី រយៈពេល៣ម៉ោង រួចរៀងរាល់ម៉ោង
- សីតុណ្ហភាពរៀងរាល់៤ម៉ោង (while awake).

ផលរំខានរបស់ Nifedipine

- សម្ពាធឈាមចុះទាប ។ ចំពោះស្ត្រីដែលមានសម្ពាធឈាមធម្មតា ផលរំខាននេះធ្វើឱ្យមានផលប៉ះពាល់តែតិចតួច។ ប៉ុន្តែចំពោះស្ត្រីដែលមានសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ផលប៉ះពាល់អាចគួរឱ្យកត់សម្គាល់។
- បេះដូងដើរញាប់ ញ័រទ្រូង មានអារម្មណ៍ក្តៅភាយៗ ឈឺក្បាល វិលមុខ ចង្អោរនិងហើមចុងដៃ ចុងជើង

បញ្ឈប់ Nifedipine និងជូនដំណឹងដល់គ្រូពេទ្យ ប្រសិនបើ ៖

- ចង្វាក់បេះដូង >120ដង /mn
- សម្ពាធឈាម < 90/60 mmHg
- ស្ត្រីញ័រដើមទ្រូង ចុកទ្រូងឬពិបាកដកដង្ហើម។

MAGNESIUM SULFATE

ប្រសិនបើអាយុនៃគភ៌តិចជាង៣២សប្តាហ៍ ការផ្តល់ $MgSO_4$ ដល់ម្តាយតាមសាច់ដុំគឺដើម្បីបង្ការការឈឺពោះដែលប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាលទារក (Cerebral Palsy)។

- កម្រិតប្រើដោយចាក់សាច់ដុំ ៖
  - ដូសដំបូង ៖ 5g ចាក់សាច់ដុំជ្រៅ
  - ដូសបន្ត ៖ 5g ចាក់សាច់ដុំជ្រៅ រៀងរាល់៤ម៉ោងម្តង ក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោង
- តាមដានសញ្ញាលើសដូសនៃ $MgSO_4$ ៖បរិមាណទឹកនោម,រេផ្លិចនិងចង្វាក់ដង្ហើមម្តាយ។

១-២-១០ ការគ្រប់គ្រងការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាល

ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនឈឺពោះសម្រាល គឺជាការរហែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនមានការចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល។ ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនសម្រាលអាចកើតឡើងទាំងពេលគភ៌មិនទាន់គ្រប់ខែ (មុន៣៧សប្តាហ៍) ឬគភ៌គ្រប់ខែ។

ជាការសំខាន់ដែលអាយុគភ៌ត្រូវបានវាយតម្លៃបានត្រឹមត្រូវ (បើអាចបញ្ជាក់ដោយអេកូសាស្ត្រចំពោះគភ៌នៅតូច)និងការបែកភ្លោះត្រូវបានបញ្ជាក់ដើម្បីចៀសវាងការផ្តល់ corticosteroid និង antibiotic មិនសមស្រប។

ការគ្រប់គ្រងបន្ទាន់ ៖

ត្រូវអនុវត្តនូវគោលការណ៍មូលដ្ឋានក្នុងការផ្តល់សេវា នៅពេលគ្រប់គ្រងបញ្ហារបស់ស្ត្រី

- បញ្ជាក់ភាពត្រឹមត្រូវនៃការគណនាអាយុគភ៌បើអាច
- កត់ត្រាពេលវេលានិងប្រវត្តិនៃការធ្លាក់ទឹករំអិលដែលស្ត្រីបានប្រាប់
- យកនិងកត់ត្រាសីតុណ្ហភាពស្ត្រី ជីពចរនិងសម្ពាធឈាម ចង្វាក់ដង្ហើមនិងកំហាប់Oxygen
- ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកនិងបញ្ជាក់ពីចលនាទារក
    - បើចង្វាក់បេះដូងទារកមិនធម្មតា (តិចជាង១០០ឬលើសពី១៨០ក្នុង១នាទី) សង្ស័យទារកខ្សោយ (fetal detress)
    - បើស្តាប់មិនឮចង្វាក់បេះដូងទារក សុំឱ្យអ្នកដទៃ២ឬ៣នាក់ជួយស្តាប់ឬប្រើ Doppler បើមាន
- អនុវត្តការកត់សម្គាល់តាមរយៈការស្ទាបពោះ៖ កម្ពស់ស្បូនធៀបនឹងSymphysis ទម្រង់ទារក(បើអាចធ្វើបានអាស្រ័យលើអាយុគភ៌) ទម្រង់បង្ហាញ (បើអាចធ្វើបានអាស្រ័យលើអាយុគភ៌) សភាពនៃស្បូន tenderness/irritability និងការកន្ត្រាក់ស្បូន។

បើស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមក្នុងពេលគភ៌មានអាយុច្រើន(ក្រោយ២២សប្តាហ៍) មិនត្រូវពិនិត្យដោយការលូកទ្វារមាសទេ។

បញ្ជាក់ពីរោគវិនិច្ឆ័យ ៖

- មិនត្រូវធ្វើការពិនិត្យដោយលូកទ្វារទេ ព្រោះវាមិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងអាចក្លាយរោគ
- ក្លិននៃទឹកភ្លោះបញ្ជាក់ពីរោគវិនិច្ឆ័យ។ ប្រសិនបើការបែកស្រោមទឹកភ្លោះបានកើតឡើងយូរហើយឬមានការជ្រាបជាប្រចាំ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអាចមានការលំបាក ៖

➢ ត្រូវប្រើចំពុះទាស្តេរីលដើម្បីពិនិត្យ ៖

- អាចឃើញទឹកភ្លោះចេញពីមាត់ស្បូន ឬដក់នៅក្នុងទ្វារមាសផ្នែកខាងក្រោយ
- ឱ្យស្ត្រីក្អកព្រោះអាចធ្វើឱ្យហូរទឹកភ្លោះចេញមក
- កំណត់ពីមាត់ស្បូនបើក

➢ ទ្រាប់សំឡីអនាម័យរួចធ្វើការពិនិត្យមួយម៉ោងក្រោយមក(អាចមើលឃើញនិងដឹងដោយក្លិន)

វាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនឈឺពោះសម្រាល ឬធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព ហើយត្រូវធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្របដូចខាងក្រោម ៖

<table>
<tr><td colspan="2">ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖
ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានទំនុកចិត្ត</td></tr>
<tr><td>វាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា</td><td>ការគ្រប់គ្រងសមស្រប</td></tr>
<tr><td>ស្រោមទឹកភ្លោះបែកមុនពេលឈឺពោះសម្រាល ៖
• មើលសំឡីទ្រាប់ឬខោក្នុងដើម្បីរកសញ្ញានិងបរិមាណនៃទឹកភ្លោះដែលហូរចេញនិងការធ្លាក់សដែលមានក្លិនមិនល្អ
• បើពិនិត្យមិនឃើញមានអ្វីទេត្រូវពិនិត្យម្តងទៀតមួយម៉ោងក្រោយ។</td><td>ស្រោមទឹកភ្លោះបែកមុនពេលឈឺពោះសម្រាល៖
• បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យនិងអាយុនៃគភ៌ឱ្យបានច្បាស់
• ប្រសិនបើការបែកស្រោមទឹកភ្លោះលើសពី១៨ម៉ោងឬមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ត្រូវផ្តល់ Antibiotic ៖
- Ampicillin 1g IV or IM ៨ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ
- Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង
• ប្រសិនបើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគបញ្ឈប់ Antibiotic
• ប្រសិនបើការបែកស្រោមទឹកភ្លោះនៅពេលដែលគភ៌ចាប់ពី៣៧សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌ ត្រូវគ្រប់គ្រងដូចការសម្រាលធម្មតា
• ប្រសិនបើការបែកស្រោមទឹកភ្លោះតិចជាង៣៧សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌ ត្រូវព្យាយាមរក្សាគភ៌ឱ្យវិវត្តន៍ទៅមុខកាន់តែយូរកាន់តែប្រសើរពោលគឺចង់ឱ្យគភ៌វិវត្តន៍ដល់គ្រប់ខែ តែត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នការបង្ករោគនិងកូនខ្សោយ
• បើអាយុគភ៌តិចជាង៣៦សប្តាហ៍ត្រូវផ្តល់ Dexamethasone 12mg IM ២ដូស ឃ្លាតគ្នា១២ម៉ោងឬ Betamethasone 12 mg IM ២ដូស ឃ្លាតគ្នា២៤ម៉ោង ដើម្បីឱ្យសួតទារកចាស់(mature)ល្អ
• ត្រូវបង្កឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាលនៅពេលដែលគភ៌ មានអាយុចាប់ពី៣៧សប្តាហ៍ដោយប្រើ Oxytocin ប្រសិនបើមានល័ក្ខខ័ណ្ឌសមស្របនៃការសម្រាលតាមទ្វារមាស។</td></tr>
</table>

ស្រោមទឹកភ្លោះបែកមុនពេលឈឺពោះសម្រាលដែលមានការបង្ករោគ ៖	ស្រោមទឹកភ្លោះបែកមុនពេលឈឺពោះសម្រាលដែលមានការបង្ករោគ ៖
• ធ្លាក់ទឹកតាមទ្វារមាសមានក្លិនស្អុយក្រោយគភ៌អាយុ២៦សប្តាហ៍ • គ្រុនក្តៅ ញាក់ ឈឺក្នុងពោះ	• ផ្តល់ Antibiotic រួមបញ្ចូលគ្នារហូតដល់ស្ត្រីបាត់ក្តៅខ្លួនបាន៤៨ម៉ោង • ដំបូងផ្តល់ Ampicilline 2g IM/IV បន្ទាប់មក 1g រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង • រួមជាមួយGentamicin 80 mg IM/IV (5mg/kg) រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង • រួមជាមួយ Metronidazole 500mg PIV រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង • ប្រសិនបើមាត់ស្បូនអំណោយផលឱ្យការសម្រាលបានផ្តល់ PIV Oxytocin ដើម្បីបង្កឱ្យឈឺពោះសម្រាល។ កំណត់សម្គាល់៖ ពេលធ្វើការថែទាំនិងសង្គ្រោះទារក (ទំព័រ 105) ត្រូវគោរពគោលការណ៍នៃការបង្ការនិងត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ។

១-២-១១ ឆ្លើយតបទៅនឹងរោគសញ្ញាឬបញ្ហាដែលបានរកឃើញ

ក. ក្អួតមិនបាត់

បើស្ត្រីក្អួតមិនបាត់ត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម ៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប
• តើក្អួតប៉ុន្មានដង ? • តើក្អួតម្តងៗច្រើន ឬតិច	• ពិនិត្យពីការខ្វះជាតិទឹកមើល ៖ - ភ្នែក ស្បែក - មាត់ - ជីពចរ - សម្ពាធឈាម

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនិងដំបូន្មាន

- ការក្អួតដោយមិនមានខ្វះជាតិទឹក (ក្អួតញឹកញាប់) ៖
  - ត្រូវប្រាប់ស្ត្រីកុំឱ្យបារម្ភពេក
  - ណែនាំឱ្យសម្រាក
  - ណែនាំឱ្យហូបអាហារនិងជាតិទឹក តិចៗ តែឱ្យបានញឹកញាប់ ដូចជាទឹកខ្ទិះជាដើម
  - ប្រាប់ស្ត្រីថាសញ្ញានៃការក្អួត ចង្អោរជាទូទៅបាត់ទៅវិញនៅពាក់កណ្តាលអាយុគភ៌
- ការក្អួតមិនបាត់បណ្តាលឱ្យខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ ក្អួតញឹកញាប់ ជាមួយសញ្ញាខ្វះជាតិទឹក ៖

- ព្យាបាលកង្វះជាតិទឹកដោយបញ្ចូលសេរ៉ូម
- ផ្តល់ថ្នាំកុំឱ្យក្អួត (Metoclopramide)
- ពេលផ្តល់ជាតិទឹករួច ផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យស្ត្រីហូបអាហារនិងជាតិទឹកតិចៗតែឱ្យបានញឹកញាប់។

- គប្បីរកមូលហេតុគភ៌មិនធម្មតា និងវិបត្តិផ្លូវរំលាយអាហារដែលអាចបង្កឱ្យមានការក្អួតខ្លាំងក្លា។

ខ. ធ្លាក់សតាមទ្វារមាស

បើស្ត្រីមានធ្លាក់សតាមទ្វារមាស ត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម ៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប

• តើអ្នកបានសម្គាល់ឃើញមានធ្លាក់សតាមទ្វារមាសឬទេ ?
• តើអ្នកមានរមាស់ ឈឺចាប់ ក្តៅក្រហាយឬធុំក្លិននៅទ្វារមាសឬទេ?
• តើដៃគូរបស់អ្នកមានបញ្ហានៅពេលនោមឬទេ?
• បើដៃគូបានមកគ្លីនិកជាមួយ សួរស្ត្រី ៖ តើអាចសួរដៃគូរបស់គាត់នូវសំណួរដូចគ្នាឬទេ? បើអាចសូមសួរដៃគូគាត់ ៖
  - នោមមានខ្ទុះទេ?
  - ឈឺផ្សាពេលកំពុងនោម
• បើដៃគូមិនបានមកជាមួយទេត្រូវពន្យល់ពីសារៈសំខាន់នៃការវាយតម្លៃនិងការព្យាបាលដើម្បីបង្ការការឆ្លងរោគជាថ្មី
• ធ្វើការណាត់ជួបស្ត្រីនិងដៃគូរបស់គាត់ (បើអាចធ្វើបាន)។
	• ពិនិត្យមើលការធ្លាក់សខុសពីធម្មតា (ដោយប្រើដៃញែកបបេរ) ៖
	  - បរិមាណ
	  - ពណ៌
	  - ក្លិន
	• បើមិនឃើញមានធ្លាក់ស ពិនិត្យទ្វារមាសដោយប្រើចំពុះទានិងលាងសម្អាត។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនិងដំបូន្មាន

- បើជា Gonorrhoea ឬ Chlamydia (ប្រមេះទឹកបាយ ឬក្លាមីឌីយ៉ា) ៖ ធ្លាក់សមិនធម្មតាពិសេសចេញពីមាត់ស្បូន ដៃគូមានហូរខ្ទុះតាមបង្ហូរនោមឬនោមឈឺ
  - ផ្តល់ការព្យាបាលដោយ Antibiotic សមស្រប តាមគោលការណ៍ថ្នាក់ជាតិស្តីពីការ គ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI
  - ផ្តល់ការព្យាបាលដៃគូដោយ Antibiotic សមស្របតាមគោលការណ៍ថ្នាក់ជាតិស្តីពីការ គ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI
  - ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើស្រោម
- បើជាផ្សិតកង់ឌីដា (ធ្លាក់សខាប់ដូចទឹកដោះគោ រមាស់ទ្វារមាសខ្លាំង)
  - ត្រូវព្យាបាលទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិអំពីជំងឺកាមរោគ STI/RTI
  - ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពផងរួមទាំងការប្រើស្រោមជាប់លាប់។
- បើជាការបង្ករោគដោយបាក់តេរីនិងទ្រីកូម៉ូណាស់ (មានធ្លាក់សមិនធម្មតា ពពុះៗនិងមានក្លិនស្អុយ)

- ព្យាបាលតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI
- ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើស្រោម។

គ. ជំងឺរបេង

ប្រសិនបើស្ត្រីមានសញ្ញាជំងឺរបេងត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម ៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា
• តើអ្នកបានលេបថ្នាំរបេង ឬទេ? បើមាន ៖ តើលេបចាប់ពីពេលណាមក? • តើមានព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំចាក់ឬទេ?

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនិងដំបូន្មាន

- បើមានក្អកលើសពី២ សប្តាហ៍ ឬមានសញ្ញាសង្ស័យរួមមានក្អក ក្អកធ្លាក់ឈាម ស្រកទម្ងន់ ក្តៅខ្លួនឬបែកញើសពេលយប់ ហើយស្ត្រីមិនដែលធ្វើតេស្ត ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគរបេងដោយពិនិត្យកំហាក។
- ស្ត្រីមានជំងឺរបេង (កំពុងប្រើថ្នាំព្យាបាលជំងឺរបេង)
- បើស្ត្រីកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយមានចាក់ថ្នាំ Streptomycin ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងឯកទេសព្យាបាលជំងឺរបេងដើម្បីប្តូរការព្យាបាល (ពីព្រោះ Streptomycin អាចប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ)
- បើស្ត្រីកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយថ្នាំផ្សេងក្រៅពី Streptomycin ត្រូវប្រាប់ស្ត្រីថាថ្នាំនេះមិនប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃទេ
- ណែនាំស្ត្រីឱ្យបន្តការប្រើថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា បើស្ត្រីជក់បារីត្រូវណែនាំឱ្យឈប់ជក់។

១-៣ ការផ្តល់ឧបាយការការពារ

ណែនាំនិងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាគ្រប់ស្ត្រីដែលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះអំពីវិធានការការពារដូចតទៅ ៖

វាយតម្លៃ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	អន្តរាគមន៍
• ពិនិត្យមើលការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស - តើចាក់លើកទីប៉ុន្មាន? - តើការចាក់ថ្នាំចុងក្រោយនៅពេលណា? - លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យយកសៀវភៅសុខភាពមាតា ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការនូវរាល់ពេលទៅពិនិត្យសុខភាព	• ផ្តល់ថ្នាំការពារជំងឺតេតាណូសបើដល់ពេល កំណត់ • ប្រសិនបើមិនដឹងច្បាស់ថាបានចាក់ឬមិនទាន់បានចាក់ ត្រូវចាក់ TT1 • ប្រសិនបើបានចាក់ TT1 នៅពេលពិនិត្យលើកទី១ រួចធ្វើការណាត់នៅពេលពិនិត្យលើកក្រោយដើម្បីចាក់ TT2 • ប្រាប់ស្ត្រីឱ្យទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការគ្រប់ចំនួន៥ដង
• ពិនិត្យអំពីការទទួលថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីតហ្វូលិក	• ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក /អាស៊ីតហ្វូលិក៦០គ្រាប់ ពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១និងផ្តល់ថ្នាំ៣០គ្រាប់ ពេលមកពិនិត្យលើកទី២ (ថ្នាំ១គ្រាប់មានជាតិដែក 60mg និង

	អាស៊ីតហ្វូលិក400µg) សរុបទាំងអស់៩០គ្រាប់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះម្តង • ប្រាប់ពីរបៀបប្រើថ្នាំនិងទុកដាក់នៅកន្លែងដែល មានសុវត្ថិភាព
• ការផ្តល់ថ្នាំ Mebendazole	• ផ្តល់ Mebendazole 500mg ម្តងនៅត្រីមាស ទី២ ឬទី៣នៃផ្ទៃពោះ • **មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំ** Mebendazole នៅត្រីមាសទី១នៃផ្ទៃពោះឡើយ
• សួរស្ត្រីថា តើគាត់បានដេកនៅក្នុងមុងជ្រលក់ថ្នាំឬទេ?	• លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យដេកក្នុងមុងជ្រលក់ថ្នាំ។

ប្រតិទិនសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស(TT) ដល់ស្ត្រី ៖

ដូស	ពេលត្រូវផ្តល់ឱ្យ	រយៈពេលការពារបាន
TT1	ចាក់ថ្នាំការពារជំងឺតេតាណូសឱ្យស្ត្រីនៅក្នុងវ័យបន្តពូជឬចាក់ថ្នាំឱ្យស្ត្រីមានផ្ទៃពោះពេលមកពិនិត្យលើកទី១	គ្មានប្រសិទ្ធភាព
TT2	យ៉ាងតិច១ខែក្រោយពេលចាក់លើកទី១	ការពារបាន ៣ឆ្នាំ
TT3	យ៉ាងតិច ៦ខែក្រោយពេលចាក់លើកទី២	ការពារបាន ៥ឆ្នាំ
TT4	យ៉ាងតិច១ឆ្នាំក្រោយពេលចាក់លើកទី៣	ការពារបាន ១០ឆ្នាំ
TT5	យ៉ាងតិច១ឆ្នាំក្រោយពេលចាក់លើកទី៤	ការពារបានមួយជីវិត

ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលិក (១គ្រាប់ មានជាតិដែក 60mg និងអាស៊ីដហ្វូលិក 400µg)		
	ស្ត្រីមិនមានភាពស្លេកស្លាំង	**ស្ត្រីមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ឬតិចតួច**
ពេលមានផ្ទៃពោះ	ត្រូវលេប១គ្រាប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃឱ្យបាន៩០គ្រាប់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ	លេប២គ្រាប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃក្នុង អំឡុងពេល៣ខែបើ

		នៅតែស្លេក ស្លាំងបន្តការលេប៣ខែ*ទៀត
ក្រោយសម្រាលនិងក្រោយរំលូត	ត្រូវលេប១គ្រាប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ក្នុងអំឡុងពេល៤២ថ្ងៃ	ត្រូវលេប២គ្រាប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ក្នុងអំឡុងពេល៣ខែប្រសិនបើនៅតែស្លេកស្លាំងបន្តការលេប៣ខែ* ទៀត។

❖ ស្ត្រីទាំងអស់ត្រូវបានវាយតម្លៃឡើងវិញនិងទទួលបានការព្យាបាលសមស្របប្រសិនបើស្ថានភាពមិនមានភាពប្រសើរឡើង។

១-៤ ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការផ្តល់ដំបូន្មាន

១-៤-១ អាហារូបត្ថម្ភនិងការថែទាំខ្លួន

ណែនាំនិងពិគ្រោះពិភាក្សាដល់ស្ត្រីរាល់ពេលមកពិនិត្យ ផ្ទៃពោះនូវប្រធានបទដូចតទៅ ៖

អាហារូបត្ថម្ភ	**ការថែទាំខ្លួន**
• ណែនាំស្ត្រីឱ្យហូបអាហារគ្រប់ប្រភេទបានច្រើនដងក្នុងមួយថ្ងៃ អំឡុងពេលមានគភ៌និងគួរហូបអាហារដែលអាចរកបាននៅតាមកន្លែងរបស់គាត់៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃដូចជា ត្រីសាច់ ប្រេង គ្រាប់ធញ្ញជាតិ បន្លែពណ៌បៃតងចាស់ និងផ្លែឈើពណ៌លឿងទុំដែលធ្វើឱ្យម្តាយនិងទារកមានសុខភាពមាំមួន • ណែនាំស្ត្រីឱ្យប្រើអំបិលអ៊ីយ៉ូដពេលចំអិនអាហារដោយចំនួនតិចតួច • ពិគ្រោះពិភាក្សាឱ្យបានច្រើនអំពីអាហារូបត្ថម្ភដល់ស្ត្រីដែលស្គមនិងស្ត្រីវ័យជំទង់ • សួរស្ត្រីអំពីទម្លាប់តមអាហារមួយចំនួនដែលមាននៅក្នុងសហគមន៍របស់គាត់ ហើយដែលអាហារទាំងនោះមានប្រយោជន៍ចំពោះសុខភាពស្ត្រី ណែនាំស្ត្រីឱ្យចៀសវាងការតមអាហារទាំងនោះ • ណែនាំស្ត្រីថាគួរឡើងទម្ងន់យ៉ាងតិច1kg ក្នុង១ខែនៅអំឡុងត្រីមាសទី២និងទី៣នៃផ្ទៃពោះ។	ណែនាំស្ត្រីឱ្យ៖ • ប្រើថ្នាំជាតិដែកឱ្យបានត្រឹមត្រូវ - លេបពេលចូលដេកឬលេបពេលហូបអាហារបើមានផលរំខាន - កុំបារម្ភអំពីលាមកពណ៌ខ្មៅ(ធម្មតា) - បើទល់លាមកត្រូវផឹកទឹកឱ្យច្រើន • សម្រាកឱ្យបានច្រើននិងចៀសវាងការលើក ឬយួររបស់ធ្ងន់ • គេងដាក់ជើងឱ្យខ្ពស់ជាងក្បាលដើម្បីសម្រួលដល់ចរន្តឈាមរត់ • ធ្វើលំហាត់ប្រាណឱ្យបានទៀងទាត់ • ដេកក្នុងមុងជ្រលក់ថ្នាំ • អនុវត្តការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាព(ប្រើស្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវជាប្រចាំនិងត្រូវរក្សាភាពស្មោះត្រង់មួយទល់និងជាមួយដៃគូដែលមិនមានឥរិយាបថប្រឈមមុខ)

	• កុំផឹកស្រា និងជក់បារីហើយកាត់បន្ថយការផឹកកាហ្វេដើម្បីកាត់បន្ថយភាពប្រឈមនឹងរលូតកូនឬទារកមានទម្ងន់ទាប • ចៀសវាងការប្រើថ្នាំដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា។

១-៤-២ ផែនការត្រៀមជុំវិញកំណើតនិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់

ធ្វើផែនការត្រៀមជុំវិញកំណើតនិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ជាមួយស្ត្រីពេលដែលស្ត្រីមកពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី ១ បន្ទាប់មកពិនិត្យផែនការនេះឡើងវិញ និងធ្វើការកែសម្រួល ប្រសិនបើចាំបាច់រាល់ពេលដែលស្ត្រីមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ។ ដើម្បីជួយស្ត្រីធ្វើផែនការត្រៀមជុំវិញកំណើត និងពេលសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវធ្វើការពិភាក្សាដូចតទៅ ៖

ការសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
• ពន្យល់ពីភាពចាំបាច់ដែលតម្រូវឱ្យស្ត្រីត្រូវសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ៖ - ផលវិបាកក្នុងពេលមានគភ៌អាចកើតឡើងដោយមិនអាចដឹងជាមុនបាន - មានបុគ្គលិក ឱសថ សម្ភារ បរិក្ខារ ឧបករណ៍ពេទ្យនិងប្រព័ន្ធបញ្ជូនជំងឺ - ប្រសិនបើស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍នឹងត្រូវការថ្នាំ ARV ដើម្បីព្យាបាលខ្លួនស្ត្រីនិងទារក ម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងទារកទើបនឹងកើតអាចប្រឈមមុខនឹងផលវិបាកកាន់តែច្រើន។
• ណែនាំពីការរៀបចំទុកជាមុន ៖ - ប្រាប់ស្ត្រីពីការត្រៀមមធ្យោបាយនិងថវិកាសម្រាប់ធ្វើដំណើរ - ប្រាប់ស្ត្រីពីការត្រៀមថវិកាសម្រាប់បង់ថ្លៃសេវាសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល - ត្រៀមអ្នកដែលទៅជាមួយដើម្បីធ្វើការគាំទ្រស្ត្រីក្នុងពេលឈឺពោះនិងសម្រាល - ត្រៀមអ្នកដែលជួយការងារផ្ទះពេលស្ត្រីទៅសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល - កំណត់និងសរសេរនៅក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតានូវលេខទូរស័ព្ទ ៖ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន ឆ្មបនិងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលស្ត្រីមានគម្រោងទៅសម្រាល។
• ណែនាំពីពេលដែលត្រូវទៅសម្រាលកូន ៖ - ប្រសិនបើមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅជិតផ្ទះ ត្រូវទៅនៅពេលចាប់ផ្តើមមានសញ្ញាឈឺពោះសម្រាល - ប្រសិនបើមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅឆ្ងាយ ត្រូវទៅមុនថ្ងៃសម្រាលរំពឹងទុកឬស្នាក់នៅជិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាល បើមានលទ្ធភាព ឬផ្ទះរង់ចាំ (ប្រសិនបើមាន) ស្នើសុំជំនួយពីសហគមន៍បើចាំបាច់ ។
• ណែនាំអំពីសម្ភារដែលត្រូវយកទៅជាមួយ ៖ - សៀវភៅសុខភាពមាតា - បណ្ណក្រីក្រ បណ្ណ ប ស ស ប្រសិនបើមាន

- ក្រណាត់ដែលបោកគក់ស្អាតងាយជ្រាបទឹកសម្រាប់ជូតសម្ងួតនិងរុំទារកចំនួន៤ផ្ទាំង (ក្រណាត់មួយផ្ទាំងៗមានផ្ទៃក្រឡា១ម៉ែត្រការ៉េ) គឺ២ផ្ទាំងសម្រាប់ក្រាលកន្លែងសង្គ្រោះទារក ១ផ្ទាំងសម្រាប់ជូត សម្ងួតនិង១ផ្ទាំងទៀតសម្រាប់ដណ្តប់ទារក ៖
    - ក្រណាត់ស្អាតនិងសំឡីអនាម័យប្រើក្រោយពេលសម្រាលរួច
    - សម្លៀកបំពាក់ម្តាយនិងទារក ជាពិសេសមួកទារក ចំណីអាហារនិងទឹកសម្រាប់ម្តាយនិងអ្នកកំដរ។

១-៤-៣ សញ្ញាឈឺពោះសម្រាលនិងសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់

- *ណែនាំស្ត្រីឱ្យទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬទាក់ទងឆ្មបជំនាញពេលឃើញសញ្ញាដូចតទៅ ៖*
    - មានធ្លាក់រំអិលលាយឈាមតិចៗតាមទ្វារមាស
    - ឈឺពោះ (ស្បូនកន្ត្រាក់) រៀងរាល់២០នាទីម្តង ឬតិចជាងនេះ
    - បែកទឹកភ្លោះ
- *ណែនាំស្ត្រីឱ្យមកមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**ភ្លាមជាបន្ទាន់ទោះបីយប់ឬថ្ងៃក៏ដោយ មិនត្រូវពន្យារពេល** បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងក្រោម ៖*
    - ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស
    - ប្រកាច់
    - ឈឺក្បាលខ្លាំងជាមួយស្រវាំងភ្នែក
    - ក្តៅខ្លួនអស់កម្លាំង ក្រោកពីគ្រែមិនរួច
    - ឈឺក្នុងពោះខ្លាំង
    - ហត់ ឬពិបាកដកដង្ហើម
- *ណែនាំស្ត្រីឱ្យមកមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**ជាបន្ទាន់តាមដែលអាចធ្វើបាន** ពេលឃើញមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងក្រោម ៖*
    - គ្រុនក្តៅ
    - ឈឺពោះ
    - មិនស្រួលខ្លួន
    - ហើមមុខ ដៃ ជើង។

១-៤-៤ ការថែទាំទារកទើបកើត

ដើម្បីជួយម្តាយក្នុងការរៀបចំត្រៀមសម្រាប់កំណើតទារក ត្រូវផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយអំពីការថែទាំទារកដូចតទៅ ៖

ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធភ្លាមក្រោយសម្រាល
ពន្យល់ស្ត្រីថាត្រូវតែបំបៅកូនដោយទឹកម្តាយក្នុងអំឡុងពេល១ម៉ោងក្រោយសម្រាល ៖

- ទឹកដោះដំបូងត្រូវបានបង្កើតក្នុងអំឡុងពេល២-៣ថ្ងៃក្រោយសម្រាល។ វាខាប់និងមានពណ៌ លឿង ឬថ្លា មានប្រូតេអ៊ីនច្រើននិងមានវីតាមីនអានិងការពារការឆ្លងរោគ។ ទារកមាន ក្រពះតូច ទំហំ ប៉ុនក្រចកមេដៃ។ ដោយទឹកដោះដំបូងមានសភាពខាប់ដែលធ្វើឱ្យទារកអាច ទទួលបាននូវកាឡូរីគ្រប់គ្រាន់ជាមួយនឹងបរិមាណតិចនៃទឹកដោះដំបូង
- ទឹកដោះម្ដាយរួមទាំងទឹកដោះដំបូង គឺមានសារជាតិចិញ្ចឹមដែលទារកត្រូវការ ៖
  - ងាយស្រួលក្នុងការរំលាយអាហារនិងមានប្រសិទ្ធភាព
  - ការពារទារកទប់ទល់នឹងការឆ្លងរោគ
- កូនរបស់នាងគួរតែត្រូវបានបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធសម្រាប់រយៈពេល៦ខែដំបូងការផ្ដល់ចំណីអាហារដទៃទៀតក្រៅពីទឹកដោះម្ដាយ គឺជាការមិនចាំបាច់និងនាំឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ (ទឹកដោះគោ ទឹកបបរ)

* ទារកដែលចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះគោប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់៦ដងច្រើនជាងទារកដែលចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះម្ដាយ ហើយមានគ្រោះថ្នាក់២-៣ដងច្រើនជាងអ្នកប្រើថ្នាំជក់។

ភាពកក់ក្ដៅ

ពន្យល់ស្ត្រីថាការរក្សាកូនក្នុងភាពកក់ក្ដៅគឺមានសារៈសំខាន់ដើម្បីធ្វើឱ្យកូនមានសុខភាពល្អ ៖

- ទារកទើបកើតត្រូវដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកម្ដាយ ដណ្ដប់ដោយក្រណាត់ទន់ ស្ងួតទាំងពីរនាក់ ពាក់មួកនៅថ្ងៃ ២-៣ក្រោយសម្រាល ។

ការថែទាំទងផ្ចិត

- មិនត្រូវដាក់ ឬលាបអ្វីនៅលើទងផ្ចិតទេ។

ការអនុវត្តន៍ដែលនាំមកនូវគ្រោះថ្នាក់

- ការអាំងភ្លើងអាចមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ម្ដាយនិងទារក
- ស្រា (ស្រាថ្នាំ)មិនត្រូវបានណែនាំឱ្យប្រើក្រោយសម្រាលកូនទេ
- មិនត្រូវផ្ដល់ថ្នាំចាក់ដែលធ្វើឱ្យមានកម្ដៅឬថ្នាំកម្លាំងដល់ម្ដាយទេ
- ស្ត្រីក្រោយសម្រាលមិនត្រូវស្ដំទឹកកកឬសង្កត់ថ្មលើពោះ។

អនាម័យ

- លាងដៃឱ្យបានទៀងទាត់
- ត្រូវប្រកាន់ខ្ជាប់នូវការអនុវត្តន៍ប្រកបដោយអនាម័យ (សម្រាប់ម្ដាយ)។

សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់

ផ្ដល់ដំបូន្មានឱ្យយកទាកទៅមន្ទីរពេទ្យជាបន្ទាន់ មិនថាយប់ឬថ្ងៃដោយមិនពន្យារពេល បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងក្រោម ៖

- បៅដោះបានតិចតួច
- ទារកមិនមានចលនាទោះបីពេលរំញោច

- ក្តៅខ្លួន
- គ្រុនជាក់ខ្លួន
- ដង្ហើមញាប់
- ពិបាកដង្ហើម
- ប្រកាច់
- ហូរឈាមចេញពីទងផ្ចិត
- មានក្រហម ហើម ខ្ទុះក្លិនស្អុយនៅជុំវិញផ្ចិត
- មានសញ្ញានៃការហូរឈាមណាមួយ (រួមមានឈាមក្នុងលាមក)។

១-៤-៥ មធ្យោបាយពន្យារកំណើត

ស្ត្រីគួរតែទទួលបានការពិគ្រោះពិភាក្សានៅត្រីមាសទី៣នៃផ្ទៃពោះអំពីសារៈសំខាន់នៃការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតសម្រាប់ស្ត្រីដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនិងស្ត្រីដែលមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។ ដូចនេះអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវ ៖ពន្យល់ស្ត្រីថាការបំបៅកូនដោយទឹកដោះតែមួយមុខគត់អាចការពារការមានផ្ទៃពោះ។ ក្នុងករណីដែលស្ត្រីមិនបំបៅដោះកូនដោយទឹកដោះតែមួយមុខគត់ ហើយបានរួមភេទស្ត្រីអាចមានផ្ទៃពោះទៀតយ៉ាងឆាប់នៅ៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាលកូន។ ក្នុងករណីនេះស្ត្រីត្រូវចាប់ផ្តើមគិតជាមុនពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលត្រូវប្រើ សួរពីផែនការទាក់ទងទៅនឹងចំនួនកូនដែលចង់បានប្រាកដថាស្ត្រីបានទទួលការពិគ្រោះពិភាក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលមាននិងបានធ្វើកិច្ចព្រមព្រៀងមុនពេលឈឺពោះនិងសម្រាលកូន ប្រសិនបើស្ត្រីជ្រើសរើសមធ្យោបាយចោះចងដៃស្បូន។

មធ្យោបាយពន្យារកំណើតនិងពេលវេលាដែលត្រូវប្រើក្រោយសម្រាល ៖

មធ្យោបាយពន្យារកំណើត	ពេលវេលាដែលត្រូវប្រើ
មធ្យោបាយបំបៅកូនដោយដោះម្តាយ (LAM)	អាចប្រើបានភ្លាមៗក្រោយសម្រាលរហូតដល់៦ខែ។ មធ្យោបាយនេះមានប្រសិទ្ធភាពបានលុះត្រាតែគោរពតាម លក្ខខ័ណ្ឌ៣យ៉ាង ៖ ១. ម្តាយមិនទាន់មានឈាមរដូវក្រោយពេលសម្រាលកូនរួច ២. ទារកមានអាយុតិចជាង៦ខែ ៣. ម្តាយបំបៅកូនដោយទឹកដោះខ្លួនឯងតែមួយគត់ (គ្មានបន្ថែមអាហារអ្វីក្រៅពីទឹកដោះម្តាយឱ្យបានញឹកញាប់ទាំងយប់ទាំងថ្ងៃយ៉ាងតិច៨ដងក្នុង១ថ្ងៃ)។

មធ្យោបាយប្រតិទិន	ស្ត្រីត្រូវកត់ចំណាំថ្ងៃទី១នៃវដ្តឈាមរដូវរបស់ខ្លួនលើប្រតិទិន។ ការរួមភេទរបស់គាត់មិនអាចមានកូន គឺពីថ្ងៃទី១ទៅដល់ថ្ងៃទី៩ (គិតទាំងថ្ងៃទី១និងថ្ងៃទី៩) និងថ្ងៃទី២០ដល់ថ្ងៃទី ២៨នៃវដ្តឈាមរដូវរបស់គាត់ បន្ទាប់ពីនោះគាត់និងដៃគូរបស់គាត់ត្រូវតែមការរួមភេទរយៈពេល១០ថ្ងៃ ពីថ្ងៃទី១០ដល់ថ្ងៃទី១៩នៃវដ្តឈាមរដូវរបស់គាត់។ មធ្យោបាយនេះមានប្រសិទ្ធភាពបានលុះត្រាតែស្ត្រីគោរពតាមល័ក្ខខ័ណ្ឌទាំង៣ខាងក្រោម ៖ ១. ស្ត្រីមានវដ្តឈាមរដូវទៀងទាត់ចំនួន២៨ថ្ងៃ ២. ស្ត្រីយល់ដឹងថា តើថ្ងៃណាក្នុងខែនីមួយៗដែលគាត់អាចមានកូន ៣. ត្រូវចៀសវាងការរួមភេទក្នុងរយៈពេលមានកូនប្រសិនបើគាត់ត្រូវការរួមភេទ ដៃគូរបស់គាត់ត្រូវប្រើស្រោមអនាម័យ។
ថ្នាំគ្រាប់ (POP)	• ស្ត្រីមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ៖ - តិចជាង៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាលស្ត្រីអាចចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំនេះនៅពេលណាក៏បាន - លើសពី៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល ហើយស្ត្រីមិនទាន់មានរដូវស្ត្រីអាចចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំបានភ្លាម (ប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានផ្ទៃពោះ) ហើយត្រូវប្រើស្រោមរយៈពេល៧ថ្ងៃបើមានការរួមភេទ • ស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ៖ - ចាប់ផ្តើមប្រើពី៦សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាលហើយប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានផ្ទៃពោះនិងលើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យបន្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។
ថ្នាំគ្រាប់ (COC)	• ស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយពេញលេញ (ចាប់ពី៦ខែក្រោយសម្រាល) ៖ ចាប់ផ្តើមប្រើនៅពេលដែលកូនមានអាយុចាប់ពី៦ខែឡើងទៅ ហើយប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានផ្ទៃពោះ (ថ្នាំនេះអាចបន្ថយបរិមាណទឹកដោះម្តាយ) ហើយត្រូវប្រើស្រោមរយៈពេល៧ថ្ងៃបើមានការរួមភេទ។ • ស្ត្រីមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ (តិចជាង៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល) ៖ អាចចាប់ផ្តើមប្រើបានក្នុងអំឡុងពីថ្ងៃទី២១ដល់ ថ្ងៃទី ២៨ ក្រោយសម្រាលកូន។ ក្នុងករណីស្ត្រីក្រោយសម្រាលលើសពីថ្ងៃទី ២៨ អាចផ្តល់ថ្នាំជូនបានប៉ុន្តែត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានផ្ទៃពោះហើយត្រូវប្រើស្រោមរយៈពេល៧ថ្ងៃបើមានការរួមភេទ។
ថ្នាំចាក់	• ស្ត្រីមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ៖

	- តិចជាង៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាលស្រ្តីអាចចាប់ផ្តើមចាក់បានពេលណាក៏បាន - លើសពី៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល ស្រ្តីមិនទាន់មានរដូវ និងប្រាកដថាគ្មានផ្ទៃពោះ អាចចាប់ផ្តើមចាក់បានភ្លាមហើយ ត្រូវប្រើស្រោមរយៈពេល៧ថ្ងៃ ប្រសិនបើមានការរួមភេទ • ស្រ្តីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ៖ ចាប់ផ្តើមចាក់បានពី៦សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល ដោយប្រាកដថាស្រ្តីគ្មានផ្ទៃពោះ។
កងដាក់ក្រោមស្បែក (Implanon NXT)	• ស្រ្តីមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ៖ អាចដាក់ កងបានពីថ្ងៃទី២១ ដល់ថ្ងៃទី២៨បន្ទាប់ពីសម្រាល ។ ប្រសិនបើការដាក់កងនេះ ក្រោយថ្ងៃទី២៨ ត្រូវប្រាកដថាស្រ្តីគ្មានផ្ទៃពោះហើយត្រូវប្រើស្រោមរយៈពេល៧ថ្ងៃដំបូងបន្ទាប់ពីការដាក់កងបើមានការរួមភេទ • ស្រ្តីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ៖ អាចដាក់កងបានបន្ទាប់ពី៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាលត្រូវប្រាកដថាស្រ្តីគ្មានផ្ទៃពោះហើយត្រូវប្រើស្រោមរយៈពេល៧ថ្ងៃដំបូងបន្ទាប់ពីការដាក់កងបើមានការរួមភេទ។
ស្រោមសម្រាប់បុរស	អាចចាប់ផ្តើមភ្លាមក្រោយសម្រាល ប្រសិនបើមានការរួមភេទ។
កងដាក់ក្នុងស្បូន	• អាចដាក់បានភ្លាមក្នុងអំឡុង៤៨ម៉ោងក្រោយសម្រាល (អ្នកផ្តល់សេវាតម្រូវឱ្យមានការបណ្តុះបណ្តាលពិសេសស្តីពីការដាក់កងក្រោយ សម្រាលដោយគោរពតាមល័ក្ខខ័ណ្ឌក្នុងពិធីសារជាតិស្តីពីការពន្យារកំណើត)ប្រសិនបើលើសពី៤៨ម៉ោងត្រូវពន្យារពេលដាក់កងរហូតដល់សប្តាហ៍ទី៤ឬលើស • អាចដាក់កងបានបន្ទាប់ពី៦ខែក្រោយសម្រាលដោយការវះកាត់ហើយប្រាកដថាស្រ្តីពិតជាគ្មានផ្ទៃពោះ។
ចោះចងដៃស្បូន	• អាចធ្វើការចោះចងបានភ្លាមឬក្នុងអំឡុងពេល៧ថ្ងៃក្រោយសម្រាល • ចាប់ពី៦សប្តាហ៍ឡើងទៅហើយត្រូវប្រាកដថាស្រ្តីគ្មានផ្ទៃពោះ។

១-៤-៦ ណែនាំស្រ្តីឱ្យមកពិនិត្យជាប្រចាំនិងតាមដានបន្ត

លើកទឹកចិត្តស្រ្តី ពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះឱ្យនាំប្តីឬសមាជិកគ្រួសារម្នាក់មកជាមួយគាត់យ៉ាងហោចឱ្យបានម្តង។

ការពិនិត្យផ្ទៃពោះជាប្រចាំ	**ការពិនិត្យតាមដានបន្ត**

• ការពិនិត្យលើកទី១ ៖ គភ៌មានអាយុ តិចជាង ១២សប្តាហ៍ • ការពិនិត្យលើកទី២ ៖ គភ៌មានអាយុ ២០ទៅ ២៤សប្តាហ៍ • ការពិនិត្យលើកទី៣ ៖ គភ៌មានអាយុ ៣០ទៅ ៣២សប្តាហ៍ • ការពិនិត្យលើកទី៤ ៖ គភ៌មានអាយុ ៣៦ ទៅ ៣៨សប្តាហ៍ • ស្ត្រីអាចត្រឡប់មកពិនិត្យតាមដានបន្តបន្ទាប់ទៀត តាមការណាត់ជួបរបស់ឆ្មបប្រសិនបើមិនទាន់សម្រាល • ស្ត្រីត្រូវត្រឡប់មកវិញនៅសប្តាហ៍ទី៤១ប្រសិនបើ មិនទាន់សម្រាល។	• បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះលើសពី៣២សប្តាហ៍ ហើយ លើសឈាម ត្រូវត្រឡប់មកតាមដានវិញ១ សប្តាហ៍ក្រោយ។ • បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះតិចជាង៣២សប្តាហ៍ ហើយ ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរត្រូវត្រឡប់មកតាមដានវិញ២ សប្តាហ៍ក្រោយ • បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះលើសពី៣៦សប្តាហ៍ ហើយ ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរត្រូវឱ្យគាត់សម្រាកពេទ្យរហូត ដល់សម្រាល • បើស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវមកតាមតាមដាន បន្ត២សប្តាហ៍ក្រោយតេស្ត • ស្ត្រីត្រូវត្រឡប់មកជួបវិញគ្រប់ពេលមានបញ្ហា ដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំដល់ថ្ងៃណាត់ជួប។

ជំពូក២ ៖ ការថែទាំពេលឈឺពោះនិងសម្រាល

២-១ ការវាយតម្លៃ និង ថែទាំអំឡុងពេលឈឺពោះនិងសម្រាល

បុគ្គលិកដែលទទួលស្ត្រីមុនគេនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (មន្ទីរពេទ្យបង្អែក) ត្រូវតែធ្វើការពិនិត្យវាយតម្លៃរហ័សដូចក្នុង(ទំព័រ 28)និងធ្វើការគ្រប់គ្រងរហ័ស (ទំព័រ 29)។

វាយតម្លៃស្ត្រីអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ឬ ពេលបែកស្រោមទឹកភ្លោះ	
សាកសួរ ពិនិត្យ កំណត់ត្រា	**មើល ស្ទាប ស្តាប់**
ប្រវត្តិនៃការឈឺពោះសម្រាល ៖ • តើចាប់ផ្តើមឈឺពោះពីពេលណា? • តើឈឺពោះញឹកញាប់ទេ? • តើឈឺពោះខ្លាំងទេ? • តើមានបែកស្រោមទឹកភ្លោះទេ? ប្រសិនបើមានពេលណា? ទឹកភ្លោះច្រើនឬតិច? មានពណ៌អ្វី? មានក្លិនមិនល្អឬទេ? • តើមានធ្លាក់ឈាមឬទេ? បើមាន ពេលណា? ច្រើនឬតិច? • តើទារកក្នុងផ្ទៃមានចលនាឬទេ? • តើអ្នកមានការបារម្ភអំពីអ្វីផ្សេងទៀតឬទេ? **ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតានិងកំណត់ត្រាផ្សេងៗ ឬបើគ្មានកំណត់ត្រាត្រូវសួរ ៖** • ថ្ងៃសម្រាលរំពឹងទុក • កំណត់ថាសម្រាលគ្រប់ខែឬមិនគ្រប់ខែ • ពិនិត្យឡើងវិញពីគំរោងត្រៀមជុំវិញកំណើត **បើធ្លាប់មានផ្ទៃពោះពីមុន សួរអំពី ៖** • ចំនួនគភ៌/ចំនួនសម្រាល/ចំនួនរលូត/រំលូត? • ការសម្រាលដោយវះកាត់យកកូន បូមយកកូន ឬ ផលវិបាកផ្សេងៗដូចជាធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល សម្ពាធឈាមខ្ពស់ ប្រកាច់?	• សង្កេតសភាពរបស់ស្ត្រីពេលឈឺពោះ ៖ - អាចទ្រាំបានឬមានព្រួយបារម្ភ - ប្រឹងខ្លាំងឬស្រែកថ្ងូរ • មើលពោះដើម្បីរក ៖ - ស្នាមវះយកកូនពីមុនៗ - ផ្នត់ពោះផ្នែកខាងក្រោម (ដោយសារមានទឹកនោមពេញប្លោកនោម ត្រូវបូមចេញរួចតាមដានបន្ត) • ស្ទាបពោះដើម្បីរក ៖ - ចំនួននៃការកន្ត្រាក់ស្បូន រយៈពេលនិងការកន្ត្រាក់ជាប់នៃស្បូន - ទីតាំងទារក(បណ្តោយឬទទឹងពោះ) - ការបង្ហាញរបស់ទារក(ក្បាល គូទ) - ការចុះចូលនៃក្បាលកូនក្នុងអាងត្រគាក (engagement) - កម្រិតនៃការចុះនៃក្បាលកូន(descent) - ទារកមួយឬច្រើន? - ចលនាទារក? • ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក ៖ - រាប់ចំនួនចង្វាក់បេះដូងក្នុងមួយនាទី - ប្រសិនបើ <110 ឬ >160 ដង/នាទី ឱ្យស្ត្រីដេកផ្អៀងទៅឆ្វេងរួចរាប់ម្តងទៀត។

• ការរហែកទ្វារមាសកម្រិតទី៣? **អំពីផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន ៖** • ស្ថានភាពនៃជំងឺស្វាយបើមិនធ្លាប់ធ្វើតេស្តត្រូវធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវនិងព្យាបាលជំងឺស្វាយដូចគ្នានឹងដំណើរការនៅសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ។ • លទ្ធផលតេស្ត Hemoglobin • ពិនិត្យក្រុមឈាមនិងកំណកឈាម • ពិនិត្យអេកូសាស្ត្រផ្ទៃកសម្ពព • ការចាក់ថាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • ស្ថានភាពនៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ***ចំណាំ*** ៖ បើស្ត្រីមានផ្ទុក ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ARVសម្រាប់បង្ការនៅពេលឈឺពោះសម្រាលតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន • ផែនការនៃការចិញ្ចឹមទារក • ថ្នាំដែលបានទទួល។	• យកសញ្ញាជីវិត ៖ រាប់ជីពចរវាស់សម្ពាធឈាម វាស់កំដៅ និងរាប់ចង្វាក់ដង្ហើម • ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំង ៖ វាស់កម្រិតHemoglobin ឬត្រូវពិនិត្យមើលភាពស្លេកស្លាំងនៅបាតដៃនិងភ្នាសត្របកភ្នែកខាងក្រោម • ពិនិត្យមើលការខ្វះជាតិទឹក ៖ ភ្នែកខូង ស្ងួតបបូរមាត់ និងច្បិចស្បែកដើមដៃ តើវារលាមកវិញភ្លាមៗ ឬទេ? ពិនិត្យរកប្រូតេអ៊ីន ជាតិស្ករ និង PH នៅក្នុងទឹកនោម។

២- ២ កំណត់ដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល

លូកពិនិត្យទ្វារមាសដើម្បីកំណត់ដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាលដូចតទៅ ៖

សួរ ពិនិត្យ កំណត់ត្រា	**មើល ស្តាប់ ស្ទាប**
• ប្រាប់ស្ត្រីថានឹងធ្វើការពិនិត្យទ្វារមាសនិងសុំការអនុញ្ញាតពីស្ត្រី។	• មើលសភាពប៉េរីណេ ៖ - ប៉េរីណេឡើងប៉ោងមានឡើងសរសៃវ៉ែនរីកធំឬទេ? • មើលទ្វារមាស ៖ - ឃើញផ្នែកខ្លះរបស់ទារក - ការហូរឈាមតាមទ្វារមាស - ជ្រាបឬបែកស្រោមទឹកភ្លោះចេញ ប្រសិនបើមាន តើលាយឈាម លាមកព្រៃឬទេ? ក្លិនមិនល្អ? - ស្នាមថ្មេរក្រិននៃសាច់ដុំឬស្នាមថ្មេររំខានដល់ការសម្រាល

	• ត្រូវលាងសម្អាតទ្វារមាសមុនពេលលូកពិនិត្យ(យ៉ាងតិចសំឡីៗដុំតាមបច្ចេកទេស) • មិនត្រូវលូកទ្វារមាសប្រសិនបើ មានធ្លាក់ឈាមនៅពេលនេះឬនៅពេលណាមួយដែលគភ៌មានអាយុលើស៧ខែ • មិនត្រូវលូកទ្វារមាសប្រសិនបើមានបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនឈឺពោះសម្រាលនិងមិនមានសញ្ញាឈឺពោះសម្រាល • ផ្ទុយទៅវិញត្រូវធ្វើការលូកពិនិត្យទ្វារមាស (មិនត្រូវពិនិត្យពេល ស្បូនកន្ត្រាក់ទេ) ដើម្បី ៖ - កំណត់ពីការបើកនៃមាត់ស្បូនគិតជា ស.ម - ដឹងពីទម្រង់បង្ហាញ ៖ តើ មូល រឹង (ក្បាល) ទន់ (គូទ) បើមិនដូច្នោះទេ ត្រូវកំណត់ថាវាជាផ្នែកបង្ហាញណាមួយផ្សេងទៀតរបស់ទារក - ដឹងថាស្រោមទឹកភ្លោះបែកឬនៅ? - ដឹងថាមានទងសុកធ្លាក់ឬទេ? ជីពចរទងសុកលោតឬទេ? បើឃើញដូច្នេះត្រូវធ្វើអន្តរាគមន៍ជាបន្ទាន់ ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

រយៈយឺត ៖ មាត់ស្បូនរួញ ខើចរលប់ និងបើកបន្តិចម្ដងៗ ពី 0-3 cm។ ការកន្ត្រាក់ខ្សោយ និងតិចជាង២ដង ឬ២ដងក្នុង១០នាទីនិងម្តងៗតិចជាង២០វិនាទី

- កត់ត្រានៅលើប៉ាតូក្រាហ្វផ្នែកខាងមុខ

រយៈសកម្ម ៖ មាត់ស្បូនរលប់អស់និងបើកចាប់ពី 3cm ឡើងទៅនិងការកន្ត្រាក់ស្បូនទៀងទាត់។ ការកន្ត្រាក់ខ្លាំងឡើងៗចាប់ពី៣ដងឡើងទៅក្នុង១០នាទីនិងម្តងៗពី២០ទៅ៤០វិនាទីឬលើស៤០វិនាទី។

- ការគ្រប់គ្រងដូចដំណាក់កាលទី១ នៃការឈឺពោះសម្រាល (ទំព័រ 90)
- កត់ត្រានៅលើប៉ាតូក្រាហ្វផ្នែកខាងមុខ

ទារកជិតសម្រាល ៖ មាត់ស្បូនបើកអស់ ប៉េរីណេប៉ោងស្ទើង រន្ធទ្វារមាសចំហនិងឃើញក្បាលកូន

- គ្រប់គ្រងដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល (ទំព័រ 100)
- កត់ត្រាលើប៉ាតូក្រាហ្វនៅផ្នែកខាងក្រោយ។

២- ៣ ការឆ្លើយតបទៅនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព

សញ្ញា	ការព្យាបាលនិងការណែនាំ

ការសម្រាលដែលមានឧបសគ្គ ៖ • ទារកទទឹងពោះ • ស្បូនកន្ត្រាក់ជាប់រហូត (ឈឺពោះជាប់នៅចន្លោះពេលស្បូនកន្ត្រាក់) • ឈឺពោះខ្លាំងភ្លាមៗ • មានផ្នត់ផ្តេកនៅផ្នែកខាងក្រោមផ្ចិត (លើថ្ងាស)ចែកពោះជា២ (សញ្ញាជិតរហែក ស្បូន) • ឈឺពោះសម្រាលលើសពី១៥ម៉ោង	ការសម្រាលដែលមានឧបសគ្គ ៖ • ត្រូវបញ្ជូលសេរ៉ូម(ដើម្បីត្រៀមសង្គ្រោះ)ប្រសិនបើឈឺពោះលើស១៥ម៉ោង ហើយមានសញ្ញានៃការបង្ករោគត្រូវ ៖ - ដំបូងផ្តល់ Ampicillin 2g IV ឬ IMបន្ទាប់មក 1g ៨ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ - Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ ម៉ោងម្តង • នៅពេលកម្តៅថយចុះ៤៨ម៉ោងបន្តផ្តល់ Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃនៃការផ្តល់ Antibioticដើម្បីបង្គ្រប់ព្យាបាល • បើមិនអាចផ្តល់ Antibiotic តាមសរសៃ ទេត្រូវចាក់សាច់ដុំ • ធ្វើការសម្រេចចិត្តនិងធ្វើអន្តរាគមន៍ឱ្យបានសមស្របៗ
ការឆ្លងរោគដល់ស្បូននិងទារកក្នុងផ្ទៃ ៖ • ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ហើយមានសញ្ញាណាមួយខាងក្រោមទៀត ៖ - គ្រុនក្តៅលើស ៣៨ °C - ទឹកភ្លោះមានក្លិនមិនល្អ	ការឆ្លងរោគដល់ស្បូននិងទារកក្នុងផ្ទៃ ៖ • ផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិករួមបញ្ជូលគ្នារហូតដល់ស្ត្រីបាត់ក្តៅខ្លួនបាន៤៨ម៉ោង - ដំបូងផ្តល់ Ampicilline 2g IM / IV បន្ទាប់មក 1g រៀងរាល់ ៨ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ - Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់ ១២ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ - Metronidazole 500mg IV រៀងរាល់៨ម៉ោង • ប្រសិនបើការឈឺពោះជិតឈានដល់ដំណាក់កាលទី២ត្រូវធ្វើការសម្រាល • ប្រសិនបើការឈឺពោះក្នុងរយៈយឺតនៃការឈឺពោះសម្រាលត្រូវធ្វើការសម្រេចចិត្តនិងធ្វើអន្តរាគមន៍ឱ្យបានសមស្រប
ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរោគដល់ស្បូននិងទារកក្នុងផ្ទៃ ៖ • ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនគភ៌មានអាយុ ៣៧សប្តាហ៍(26 - 36សប្តាហ៍)	ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរោគដល់ស្បូននិងទារកក្នុងផ្ទៃ ៖ • ផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិករួមបញ្ជូលគ្នារហូតដល់ ស្ត្រីបាត់ក្តៅខ្លួនបាន៤៨ម៉ោង - ដំបូងផ្តល់ Ampicilline 2g IM/IV បន្ទាប់មក1g រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ

	- Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ - Metronidazole 500mg IV រៀងរាល់ ៨ម៉ោង - ចាក់សាច់ដុំ Dexamethasone 12mg ហើយ១២ ម៉ោងក្រោយចាក់សាច់ដុំ Dexamethasone 12mg ម្តងទៀត។ • ប្រសិនបើការឈឺពោះជិតឈានដល់ដំណាក់កាលទី២ត្រូវធ្វើការសម្រាល។ • មិនត្រូវបន្តផ្តល់ Antibiotic ដល់ម្តាយ ក្រោយសម្រាលទេ បើគ្មានសញ្ញានៃការក្លាយរោគ។ រៀបចំព្យាបាលដល់ទារកទើបកើត • ប្រសិនបើការឈឺពោះស្ថិតក្នុងរយៈយឺតត្រូវធ្វើការសម្រេចចិត្តនិងធ្វើអន្តរាគមន៍ឱ្យបានសមស្រប។
បំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ៖ • សម្ពាធឈាមឌីយ៉ាស្តូលិក >110mmHg រួមនិងមានប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម ≥+++ ឬ • សម្ពាធឈាមឌីយ៉ាស្តូលិក > 90mmHg រួមនិង • មានប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (++) រួមនិងមានសញ្ញារួមផ្សំ	បំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ៖ • វាយតម្លៃបន្តទៀតនិងគ្រប់គ្រងដូចក្នុង (ទំព័រ 43)។
ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ៖ • ស្លេកស្លាំងបាតដៃនិងឬភ្នាសត្របកភ្នែក និង/ឬ Hemoglobin < 7g/dl	ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ៖ • ប្រសិនបើស្ត្រីកំពុងឈឺពោះសម្រាល - ត្រូវតាមដានឱ្យបានហ្មត់ចត់ - កាត់បន្ថយការបាត់បង់ឈាមជាអប្បបរមា • បញ្ចូលឈាមបើចាំបាច់។

២-៤ ផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រនៅពេលឈឺពោះសម្រាល

ផ្តល់ការគាំទ្រលើកទឹកចិត្តធ្វើឱ្យមានបរិយាកាសល្អដល់ស្ត្រីអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលដូចខាងក្រោម ៖

ទំនាក់ទំនង
• ពន្យល់អំពីទម្រង់ការទាំងអស់ សុំការអនុញ្ញាតនិងធ្វើការពិភាក្សាអ្វីដែលរកឃើញជាមួយស្ត្រី

- លើកទឹកចិត្តដល់ដៃគូឬសាច់ញាតិឱ្យនៅជាមួយនៅពេលឈឺពោះសម្រាល
- បន្តផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាល
- សរសើរ លើកទឹកចិត្តដល់ស្ត្រី និងបញ្ជាក់ថាអ្វីៗដំណើរការធម្មតា
- ធានានិងគោរពភាពឯកជនពេលធ្វើការពិនិត្យនិងពិភាក្សា

ភាពស្អាត

- លើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីបន្ទោរបង់ ងូតទឹក សម្អាតខ្លួននិងទ្វារមាសពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល
- សម្អាតយោនី និង ប៉េរីណេ រៀងរាល់មុនពេលពិនិត្យម្តងៗ
- លាងដៃជាមួយសាប៊ូមុននិងក្រោយពេលពិនិត្យម្តងៗ
- ពាក់ស្រោមដៃស្អាត រាល់ពេលធ្វើការលូកពិនិត្យទ្វារមាសម្តងៗ
- ធានាថាកន្លែងសម្រាលមានអនាម័យល្អ
- ត្រូវសម្អាតភ្លាមៗអ្វីដែលកំពប់ឬប្រឡាក់។

ការធ្វើចលនា

- លើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីដើរនៅពេលកំពុងឈឺពោះសម្រាល
- គាំទ្រស្ត្រីក្នុងការជ្រើសរើសស្ថានភាពសមស្របនៅរាល់ដំណាក់កាលឈឺពោះសម្រាល។

ការនោម

- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យនោមឱ្យអស់ពីប្លោកនោមរៀងរាល់២ម៉ោងម្តង។

ការបរិភោគនិងការផឹក

- លើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីហូបនិងផឹកតាមចំណង់ ក្នុងពេលឈឺពោះសម្រាល
- ផ្តល់ភេសជ្ជៈដែលមានសារជាតិបំប៉នគឺជាការសំខាន់ណាស់ ទោះជាការឈឺពោះសម្រាលនៅដំណាក់កាលចុងក្រោយក៏ដោយ។

បច្ចេកទេសក្នុងការដកដង្ហើម

- បង្រៀនស្ត្រីពីការដកដង្ហើមធម្មតា
- លើកទឹកចិត្តដល់ស្ត្រីក្នុងការដកដង្ហើមចេញវែងៗ និងសម្រាកចន្លោះការដកដង្ហើម
- នៅចុងបញ្ចប់ក្នុងដំណាក់កាលទី១ កុំឱ្យស្ត្រីប្រឹងបញ្ចេញកូន បង្រៀនស្ត្រីឱ្យដកដង្ហើមខ្លាំងៗ ដោយបើកមាត់ស្រូបខ្យល់ចូលខ្លី និងបញ្ចេញខ្យល់ចេញឱ្យវែង
- ពេលក្បាលកំពុងលូនចេញមកក្រៅទ្វារមាស ប្រាប់ស្ត្រីកុំឱ្យប្រឹងតែត្រូវដកដង្ហើមតាមសម្រួល

ការឈឺចាប់ និង គ្មានផាសុកភាព

- ផ្តល់យោបល់ឱ្យស្ត្រីប្តូរស្ថានភាព
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យធ្វើចលនា
- លើកទឹកចិត្តអ្នកកំដរឱ្យជួយអង្អែលខ្នងស្ត្រី ប្រសិនបើទង្វើនេះធ្វើឱ្យស្ត្រីមានអារម្មណ៍បានធូរស្រាល កាន់ដៃស្ត្រី ហើយជូតមុខឱ្យនាងនៅចន្លោះពេលស្បូនកន្ត្រាក់
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យធ្វើតាមបច្ចេកទេសនៃការដកដង្ហើម

• លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យងូតទឹកក្តៅឧណ្ណៗ ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន។
អ្នកកំដរ • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យជ្រើសរើសអ្នកកំដរក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល • ប្រាប់អ្នកកំដរ អំពីអ្វីដែលគាត់ត្រូវធ្វើ ៖ - ត្រូវនៅក្បែរស្ត្រីរហូត - ជួយលើកទឹកចិត្តស្ត្រី - ជួយឱ្យនាងដកដង្ហើម និងសម្រាក - អង្អែលខ្នង ជូតសម្អាតនាងនឹងកន្សែងសើម - ផ្តល់ការគាំទ្រដល់ស្ត្រីឱ្យធ្វើទៅតាមជំនឿនិងទម្លាប់ ដែលមិនរំខានដល់ការឈឺពោះសម្រាលនិងការសម្រាល - លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យដើរចុះឡើងដោយសេរីនិងជ្រើសរើសស្ថានភាពសមស្របដល់គាត់ - លើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីផឹកទឹកនិងហូបអាហារតាមតម្រូវការ - ជូនស្ត្រីទៅបន្ទប់ទឹកពេលស្ត្រីត្រូវការ។ • ប្រាប់អ្នកកំដរឱ្យហៅឆ្មបប្រសិនបើ ៖ - ស្ត្រីឈឺពោះចង់សម្រាល - ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស - ស្ត្រីឈឺពោះខ្លាំងភ្លាមៗ - បាត់បង់ស្មារតី ឬប្រកាច់ - មានបញ្ហាផ្សេងៗ។ • ប្រាប់អ្នកកំដរមិនត្រូវ ៖ - លើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីប្រឹងបញ្ចេញកូន - ផ្តល់ដំបូន្មានអ្វីដែលក្រៅពីបុគ្គលិកសុខាភិបាលបានប្រាប់ - ឱ្យស្ត្រីគេងនៅតែលើគ្រែ។

២-៥ ដំណាក់កាលទី១នៃការឈឺពោះសម្រាល

២-៥-១ រយៈយឺត (មានរយៈពេល៨ម៉ោងយ៉ាងយូរ)

មាត់ស្បូន រួញ ខើច រលប់ និងបើកបន្តិចម្តងៗពី 0-3 cm។ ការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្សោយ និង ≤ ២ដងក្នុង១០នាទី និងម្តងៗតិចជាង២០វិនាទី ស្ត្រីគួរត្រូវបានតាមដានដូចតទៅ ៖

តាមដានរាល់ម៉ោង	តាមដានរាល់៤ម៉ោង
• រកសញ្ញាដែលត្រូវសង្គ្រោះបន្ទាន់ • ចំនួនដងនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនក្នុង១០នាទីនិងរយៈពេលនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនម្តងៗ • ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារករៀងរាល់៣០នាទីម្តង • អារម្មណ៍និងអាកប្បកិរិយា (ធុញថប់ ភ័យខ្លាច) • កត់ត្រាលើប៉ាតូក្រាហ្វ • ផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រដោយយកចិត្តទុកដាក់	• ការបើកនៃមាត់ស្បូន ៖មិនត្រូវធ្វើការលូកទ្វារមាសញឹកញាប់មុន៤ម៉ោងម្តងទេ លើកលែងតែមានការចាំបាច់ • ចាប់ផ្តើមកត់ត្រាលើប៉ាតូក្រាហ្វ • វាស់កំដៅ • យកជីពចរ • វាស់សម្ពាធឈាមរៀងរាល់២ម៉ោងម្តងឬញឹកញាប់ជាងនេះប្រសិនបើចាំបាច់។
វាយតម្លៃការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាល	ព្យាបាលនិងផ្តល់ដំបូន្មាន
ក្រោយ៨ម៉ោងប្រសិនបើ ៖ • ស្បូនកន្ត្រាក់ខ្លាំង ញឹកញាប់ មាត់ស្បូនមិនបើក ហើយមិនមានការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ	• មើលការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល ផ្នែក 2-8។
ក្រោយ៨ម៉ោងប្រសិនបើ ៖ • គ្មានការកន្ត្រាក់ស្បូនកើនឡើងនិងគ្មានរំអិលលាយឈាមតិចៗ - ស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែកនិង - ការឈឺពោះសម្រាលមិនវិវឌ្ឍន៍ទៅមុខ	• ឱ្យស្ត្រីវិលទៅផ្ទះសិននិងផ្តល់ដំបូន្មានដល់ស្ត្រីឱ្យត្រឡប់មកវិញប្រសិនបើ ៖ - ការឈឺពោះកើនឡើងមិនអាចទ្រាំបាន - មានធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស - បែកស្រោមទឹកភ្លោះ។
• មាត់ស្បូនបើកបាន 3cm ឬលើស	• បន្តកត់ត្រាលើប៉ាតូក្រាហ្វនិងគ្រប់គ្រងស្ត្រីដូចក្នុងរយៈសកម្ម។

២-៥-២ រយៈសកម្ម (មានរយៈពេល៧ម៉ោងយ៉ាងយូរ)

មាត់ស្បូនរលប់អស់និង បើកចាប់ពី 3cm ឡើងទៅនិងការកន្ត្រាក់ស្បូនទៀងទាត់ត្រូវបន្តកត់ត្រាការវិវត្តនៃការឈឺពោះលើប៉ាតូក្រាហ្វ។

ការតាមដានការសម្រាល (ដំណាក់កាលទី១)

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ ៖ ត្រូវបំពេញឈ្មោះ ចំនួនគភ៌ ចំនួនដងនៃការសម្រាល លេខរៀងចូលថ្ងៃខែឆ្នាំនិងម៉ោងចូលសម្រាក និងម៉ោងបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំនិងម៉ោងបំពេញប៉ាតូក្រាហ្វ និងឈ្មោះអ្នកបំពេញប៉ាតូក្រាហ្វ

ចង្វាក់បេះដូងទារក ៖ ត្រូវកត់ត្រារៀងរាល់កន្លះម៉ោងម្តង។ ចង្វាក់បេះដូងរបស់ទារកធម្មតាគឺនៅចន្លោះ ១១០-១៦០ដង/១នាទី។ ចង្វាក់បេះដូងទារកត្រូវស្តាប់ក្រោយពីការកន្ត្រាក់នៃស្បូនភ្លាម ហើយស្តាប់ពេញក្នុង១នាទីនិងត្រូវស្ទាបជីពចរម្តាយដើម្បីបញ្ជាក់ថាពិតជាចង្វាក់បេះដូង

ទារកមែន។

ទឹកភ្លោះ ៖ មានកំណត់សង្កេត៥បែប ដែលត្រូវកត់ត្រានៅលើប័ណ្ណក្រាហ្វិកតាមដានរៀងរាល់ពេល។

ពិនិត្យទ្វារមាស ៖

សរសេរអក្សរ I ៖ ប្រសិនបើស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក

សរសេរអក្សរ C ៖ ប្រសិនបើស្រោមទឹកភ្លោះបែកហើយទឹកភ្លោះថ្លា

សរសេរអក្សរ M ៖ ប្រសិនបើទឹកភ្លោះមានពណ៌អាចម៍ព្រៃ

សរសេរអក្សរ A ៖ ប្រសិនបើគ្មានទឹកភ្លោះ

សរសេរអក្សរ B ៖ ប្រសិនបើទឹកភ្លោះមានលាយឈាម

ការប្រែប្រួលនៃឆ្អឹងលលាដ៍ក្បាលទារក (ការគងលើគ្នា/ភាពជ្រួសគ្នា) ៖ កម្រិតប្រែប្រួលគឺជាកត្តាសំខាន់មួយ ដើម្បីដឹងថាឆ្អឹងអាងត្រគាកមានទំហំប៉ុណ្ណា ដើម្បីអាចឱ្យក្បាលទារកឆ្លងកាត់បាន។ កម្រិតប្រែប្រួលដែលចេះតែកើនឡើង ហើយប្រសិនបើក្បាលនៅតែខ្ពស់ពុំចុះក្នុងឆ្អឹងអាងត្រគាកនោះ គឺជាសញ្ញាដែលគួរឱ្យព្រួយបារម្ភ ត្រូវគិតដល់វិសមមាត្ររវាងក្បាលនិងអាងត្រគាក។ កម្រិតប្រែប្រួលនៃឆ្អឹងលលាដ៍ក្បាលទារកត្រូវកត់ត្រាពីក្រោមលក្ខណៈនៃទឹកភ្លោះ។ កំណត់ត្រាមានដូចតទៅ ៖

- គូស o = ថ្នេរឆ្អឹងក្បាលនៅឃ្លាតពីគ្នា ហើយស្ទាបប៉ះយ៉ាងស្រួល
- គូស + = ថ្នេរឆ្អឹងក្បាលគ្រាន់តែប៉ះគ្នាប៉ុណ្ណោះ
- គូស ++ = ថ្នេរឆ្អឹងក្បាលគង/ជ្រួសលើគ្នាបន្តិច
- គូស +++ = ថ្នេរឆ្អឹងក្បាលគង/ជ្រួសលើគ្នាខ្លាំង

ការស្ទាបថ្នេរឆ្អឹងក្បាលទារកត្រូវធ្វើឡើងរៀងរាល់ពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាសនិងកត់ត្រាពីក្រោមលក្ខណៈនៃទឹកភ្លោះ ។

ចំណាំ ៖ ប្រសិនបើទារកបង្ហាញគូទការកំណត់សង្កេតថ្នេរឆ្អឹងក្បាលមិនបាច់កត់ត្រាទេ។

ការបើកមាត់ស្បូន ៖ គូសសញ្ញា(X) តំណាងឱ្យការបើកមាត់ស្បូន។ ត្រូវគូសនៅផ្នែកខាងឆ្វេងក្រាហ្វិក បន្ទាត់បួនជ្រុងដែលដាក់លេខពី ០-១០ រៀងរាល់ពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស។ ការលូកពិនិត្យទ្វារមាស ត្រូវធ្វើរាល់៤ម៉ោងម្តងនៅរយៈពេលយឺតនិងញឹកញាប់នៅរយៈសកម្មទៅតាមសភាពស្ត្រី។ ចំពោះស្ត្រីដែលមានកូនច្រើនដងការលូកពិនិត្យទ្វារមាសអាចធ្វើញឹកញាប់ជាងនេះ ព្រមជាមួយនឹងការស្ទាបមើលការចុះនៃក្បាលទារក។

បន្ទាត់ប្រកាសអាសន្ន ៖ ចាប់ផ្តើមពេលមាត់ស្បូនបើក 3cm ទៅដល់ចំណុចដែលរំពឹងថានឹងបើកអស់ពេញលេញ (10cm) ដែលធម្មតាការបើកមាត់ស្បូនបានយ៉ាងហោច 1cm ក្នុង១ម៉ោងឬលឿនជាងនេះ។ បើគំនូសលើប៉ាតូក្រាហ្វឆ្លងមកខាងស្តាំនៃបន្ទាត់ប្រកាសអាសន្នត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃស្ត្រីម្តងទៀតនិងធ្វើ អន្តរាគមន៍ដូចក្នុងតារាងខាងក្រោម ។

បន្ទាត់សកម្មភាព ៖ ជាបន្ទាត់ស្របនៅខាងស្តាំហើយឃ្លាត៤ម៉ោងពីបន្ទាត់ប្រកាសអាសន្ន។

ការចុះនៃក្បាលទារក៖ ការចុះនៃក្បាលជានិច្ចកាលត្រូវបានវាយតម្លៃដោយការស្ទាបពោះសិនមុននឹងធ្វើការលូកពិនិត្យទ្វារមាស។ អាចវាយតម្លៃបានដោយការស្ទាបពោះធៀបក្បាលទារកទៅនឹងឆ្អឹងថ្ងាស (Pubis) ដែលមាន៥កម្រិតនិងត្រូវកត់ត្រា (O) រៀងរាល់ពេលពិនិត្យ។

ម៉ោង ៖ គិតពីពេលចាប់ផ្តើមរយៈយឺតនៃការឈឺពោះសម្រាល។

ពេល ៖ កត់ត្រាម៉ោងពិនិត្យជាក់ស្តែង។

ការកន្ត្រាក់ស្បូន ៖ ការស្ទាបមើលការកន្ត្រាក់ស្បូនត្រូវធ្វើរាល់៣០នាទីម្តងក្នុងរយៈយឺតនិងក្នុងរយៈសកម្ម-រាប់ចំនួនដងនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនក្នុងរយៈពេល ១០ នាទី និងរយៈពេលនៃការកន្ត្រាក់ម្តងៗគិតជាវិនាទី។

តិចជាង ២០វិនាទី	
ចាប់ពី២០-៤០វិនាទី	
លើសពី៤០វិនាទី	

Oxytocin ៖ កត់ត្រាចំនួនដំណក់/នាទី ប្រសិនបើបានផ្តល់ Oxytocin ក្នុងសេរ៉ូមដើម្បីជួយដល់ការកន្ត្រាក់ស្បូន។ ការប្រើ Oxytocin នៅក្នុងសេរ៉ូមត្រូវបានកំណត់ដូចតទៅ ៖

- សេរ៉ូម Dextrose 5% ដោយកំណត់៥តំណក់ក្នុង១នាទីជាមុន រួចលាយ Oxytocin 5 IU
- តាមដានការកន្ត្រាក់របស់ស្បូនដោយបង្កើនចំនួន៥ដំណក់រៀងរាល់៣០នាទីម្តងរហូតដល់ការកន្ត្រាក់ស្បូនកើនឡើងដល់៣ឬ៤ដងក្នុង១០នាទីហើយម្តងៗមានរយៈពេល៤០-៥០វិនាទី។ គេអាចរក្សាកម្រិតនេះនៅដំណាក់កាលទី២និងទី៣នៃការឈឺពោះសម្រាល។
- បញ្ឈប់ការបញ្ចូលសេរ៉ូមដែលមាន Oxytocin ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការកន្ត្រាក់ស្បូនហួសកំណត់(ទាំងចំនួនដងនិងរយៈពេល) និងឬទារកចុះខ្សោយ (ទំព័រ 119)។
- ការផ្តល់ Oxytocin ក្នុងសេរ៉ូមដើម្បីជួយដល់ការកន្ត្រាក់ស្បូនគឺត្រូវធ្វើឡើងដោយវេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យនិងធ្វើនៅកន្លែងដែលមានការវះកាត់តែប៉ុណ្ណោះ។

ឱសថនិងសេរ៉ូម ៖ កត់ត្រាឱសថនិងសេរ៉ូមដែលបានផ្តល់

ជីពចរ ៖ កត់ត្រារៀងរាល់២ម៉ោងម្តង ហើយកត់ចំណាំដោយដៅជាចំណុច (•) ហើយតភ្ជាប់ពីចំណុចមួយទៅចំណុចមួយទៀតរៀងរាល់ការពិនិត្យ

សម្ពាធឈាម ៖ កត់ត្រារៀងរាល់២ម៉ោងម្តង ហើយកត់ចំណាំជាសញ្ញាព្រួញ (↕) (បើចាំបាច់ត្រូវវាស់ញឹកញាប់ជាងនេះហើយកត់ត្រា)

កម្តៅ ៖ កត់ត្រាជាចំនួនលេខរៀងរាល់២ម៉ោងម្តង

ទឹកនោម ៖ កត់ត្រាប្រូតេអ៊ីន(បញ្ជាក់ពីសញ្ញាបំរុងក្រឡាភ្លើង)

ជាតិស្ករ (បញ្ជាក់ពីសញ្ញាទឹកនោមផ្អែម)និង

អាសេតូន (បញ្ជាក់ពីសញ្ញាកង្វះជាតិទឹក) ក្នុងទឹកនោមម្តងពេលស្ត្រីទើបមកដល់និងបន្តកត់ត្រាបរិមាណទឹកនោមនៅរាល់ពេលគាត់នោម។

ការកត់ត្រាផ្នែកខាងក្រោយនៃប៉ាតូក្រាហ្វ

ការតាមដានការសម្រាល (ដំណាក់កាលទី ២)

ក្នុងតារាង ៖ កត់ត្រាម៉ោង ចង្វាក់បេះដូងទារក ជីពចរម្តាយ សម្ពាធឈាមម្តាយរៀងរាល់៥នាទីម្តង។ ក្នុងតារាងកំណត់សម្គាល់ត្រូវកត់ត្រាពេលវេលាមាត់ស្បូនបើកអស់ កម្រិតចុះនៃក្បាលទារក ការកន្ត្រាក់ស្បូន ពណ៌ទឹកភ្លោះនិងបញ្ហាផ្សេងៗទៀត។

កើតនៅថ្ងៃទី..ខែ..ឆ្នាំ...ម៉ោង...នាទី..វិនាទី...៖ កត់ត្រាថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ ម៉ោង នាទី និងវិនាទីនៃការសម្រាល

បញ្ហាផ្សេងៗ ៖ កត់ត្រាបញ្ហាផ្សេងៗដែលកើតមាននៅពេលសម្រាល ឧ. ប្រឹងរយៈពេលយូរ។ល។

ប្រភេទនៃការសម្រាល ៖ គូសសញ្ញា(√)នៅក្នុងប្រអប់នៃប្រភេទនៃការសម្រាលណាមួយធម្មតា ប្រើឧបករណ៍ជំនួយ ឬ វះកាត់

សម្រាលដោយ ៖ កត់ត្រាឈ្មោះនិងតួនាទី អ្នកដែលបានជួយសម្រាលទារក

គូសសញ្ញា (√)**នៅក្នុងប្រអប់ដែលបានធ្វើ** ៖

- ជូតសម្ងួតទារកភ្លាម
- ទារកដកដង្ហើមក្នុងនាទីមាស(ឬសប់បញ្ចូលខ្យល់)
- ដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយរហូតបានបៅរួច
- ពន្យារការគាបទងសុករហូតដល់ជីពចរទងសុកឈប់លោត(ពី១-៣នាទី)។

ពិន្ទុអាប់ហ្គារ ៖ ពី០-២ពិន្ទុ

កត់ត្រាពិន្ទុអាប់ហ្គារក្នុងនាទីទី១នាទីទី៥ និងនាទីទី១០ (ពិន្ទុអាប់ហ្គារធម្មតាចន្លោះពី ៧-១០) នៅតាមជួរពណ៌សម្បុរ ចង្វាក់បេះដូងទារក រេផ្លិច កម្លាំងសាច់ដុំ ការដកដង្ហើម និងសរុបពិន្ទុនៅផ្នែកខាងក្រោមព្រមទាំងកត់ត្រាពីយោបល់ផ្សេងៗពីស្ថានភាពរបស់ទារក។

- គូសសញ្ញា (√) នៅប្រអប់ភេទទារកប្រុសឬស្រី និងសរសេរអាយុគភ៌គិតជាសប្តាហ៍
- សញ្ញាបង្ករោគណាមួយ៖គូសសញ្ញា (√)ក្នុងប្រអប់មានឬទេម្តាយមានកម្តៅ >35.5 °c បែកស្រោមទឹកភ្លោះយូរ >១៨ម៉ោង ទឹកភ្លោះលាយខ្ទុះ/ធុំក្លិនស្អុយ។

ការទម្លាក់សុក(ដំណាក់កាលទី៣)

- ចាក់ Oxytocin នៅម៉ោង...នាទី..កម្រិត៖កត់ត្រាម៉ោង នាទី និងកម្រិតនៃការចាក់អុកស៊ីតូស៊ីននៅនាទីដំបូងនៃការសម្រាល។

- ការទម្លាក់សុក៖ គូសសញ្ញា (√)នៅក្នុងប្រអប់ខាងក្រោមដែលបានធ្វើទម្លាក់ដោយត្រួតពិនិត្យសន្ទឹងទងសុក ដោយត្រួតពិនិត្យ ឈ្លីស្បូន ឬទម្លាក់ដោយបែបធម្មជាតិឬបារទម្លាក់សុកដោយដៃ
- ម៉ោងទម្លាក់សុក ៖ សរសេរម៉ោងនិងនាទី
- គូសសញ្ញា (√)ផ្នែកខាងម្តាយ (Duncan) ៖ បើសុកធ្លាក់ផ្នែកខាងម្តាយមកមុន (សុកពន្លាត់)
- គូសសញ្ញា (√) ផ្នែកខាងកូន (Beaudelauque) ៖ បើសុកធ្លាក់ផ្នែកខាងទងសុកមកមុន
- បារសម្អាតស្បូន ៖
  - គូសសញ្ញា (√) ក្នុងប្រអប់មាន ប្រសិនបើធ្វើការសម្អាតកំទេចកំទីសុកដែលនៅសល់ក្នុងស្បូនដោយដៃឬ ដោយស៊ីរាំងបូម។ល។
  - គូសសញ្ញា (√) ក្នុងប្រអប់ទេប្រសិនបើមិនមានបារសម្អាតស្បូន
- **ប៉េរីណេ** ៖

  - គូសសញ្ញា(√) ក្នុងប្រអប់មិនរហែកប្រសិនបើមិនមានរហែក

  - គូសសញ្ញា (√) ក្នុងប្រអប់ រហែក ប្រសិនបើមានរហែកនិងគូសតាមកំរិតនីមួយៗ

  - គូសសញ្ញា (√) ក្នុងប្រអប់ កាត់ទ្វារមាសប្រសិនបើបានកាត់

- ទម្ងន់សុក ៖ ក្រោយពីទម្លាក់សុកត្រូវថ្លឹងសុក រួចកត់ត្រាជាក្រាម ឧ. 350g
- បរិមាណនៃការធ្លាក់ឈាម ៖
  - គូសសញ្ញា (√)ក្នុងប្រអប់ច្រើន (>500ml)ប្រសិនបើ មានធ្លាក់ឈាមច្រើនជាង 500ml
  - គូសសញ្ញា (√)ក្នុងប្រអប់មធ្យម (300-500ml) ប្រសិនបើមាន ធ្លាក់ឈាមពី 300-500ml
  - គូសសញ្ញា (√)ក្នុងប្រអប់តិចតួច (<300ml) ប្រសិនបើមានធ្លាក់ឈាមតិចជាង 300ml
- ស្បូនកន្ត្រាក់ ៖ គូសសញ្ញា (√)នៅប្រអប់ល្អ ប្រសិនបើស្បូនកន្ត្រាក់ល្អ ឬក្នុងប្រអប់ មិនល្អប្រសិន បើស្បូន កន្ត្រាក់មិនល្អ។

តាមដានពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល (ដំណាក់កាលទី៤)

- ផ្នែកម្តាយ ៖ ពិនិត្យម្តាយរៀងរាល់១៥នាទីម្តង១ម៉ោងដំបូងនិងរាល់៣០នាទីម្តងនៅម៉ោងទី២
  - កត់ត្រា ម៉ោង ជីពចរសម្ពាធឈាម និងកម្តៅ
  - គូសសញ្ញា (√)ប្រសិនបើបាន ឈ្លីស្បូននិងពិនិត្យមើលការធ្លាក់ឈាម កត់ត្រាយោបល់ផ្សេងៗប្រសិនបើមាន
- មុនបញ្ជូនទៅបន្ទប់ថែទាំក្រោយសម្រាល ៖ ពិនិត្យស្បូនម្តងទៀតដើម្បីមើលការកន្ត្រាក់ស្បូននិងការធ្លាក់ ឈាម

  - ស្បូនកន្ត្រាក់ ៖ គូសសញ្ញា (√)ក្នុងប្រអប់ល្អ ប្រសិនបើស្បូនកន្ត្រាក់ល្អ ឬក្នុងប្រអប់ មិនល្អប្រសិនបើស្បូន កន្ត្រាក់មិនល្អ
  - បរិមាណឈាម ៖ គូសសញ្ញា (√)ក្នុងប្រអប់ច្រើនប្រសិនបើឈាមធ្លាក់ជោគសំឡី២ដុំក្នុង១ម៉ោង

ឬគូសសញ្ញា (√)ក្នុងប្រអប់តិចប្រសិនបើឈាមធ្លាក់តិចមិនជោគសំឡី១ដុំក្នុង១ម៉ោង

- ផ្នែកទារក ៖ ពិនិត្យទារករៀងរាល់១៥នាទីម្តង១ម៉ោងដំបូងនិងរាល់៣០នាទីម្តងនៅម៉ោងទី២
  - កត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើម ម៉ោង ចង្វាក់បេះដូង កម្តៅ
  - គូសសញ្ញា (√) ប្រសិនបើបានពិនិត្យរាងកាយ
    កត់ត្រាយោបល់ផ្សេងៗប្រសិនបើមាន
- បំបៅដោះ ៖
  - គូសសញ្ញា (√)ក្នុងប្រអប់មួយម៉ោងដំបូង បើទារកបានបៅក្នុងអំឡុងមួយម៉ោងដំបូង
  - ឬគូសសញ្ញា (√)ក្នុងប្រអប់ពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល បើទារកបានបៅក្នុងអំឡុងពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល។
- កត់ត្រា ទម្ងន់ទារកគិតជាក្រាម ប្រវែង បរិមាត្រក្បាល បរិមាត្រដើមទ្រូង ដោយប្រើខ្សែម៉ែត្រ និងគិតជាសង់ទីម៉ែត្រ
- ចាក់វីតាមីនK1ចាក់សាច់ដុំ1mg ៖កត់ត្រាថ្ងៃខែចាក់និងម៉ោង
- ដាក់ថ្នាំភ្នែក ៖កត់ត្រាថ្ងៃខែដាក់និងម៉ោង។

វាយតម្លៃការវិវឌ្ឍន៍ពេលឈឺពោះសម្រាល	**ព្យាបាល និង ផ្តល់ដំបូន្មាន**
• គំនូសលើប៉ាតូក្រាហ្វឆ្លងទៅផ្នែកខាងស្តាំនៃ បន្ទាត់ប្រកាសអាសន្ន	• វាយតម្លៃសភាពស្រ្តីម្តងទៀត (ប្រវត្តិស្ថានភាព) ជម្រាបគ្រូពេទ្យដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការសម្រេច អំពីការធ្វើអន្តរាគមន៍និងបើចាំបាច់ត្រូវត្រៀមមធ្យោ បាយសម្រាប់ការបញ្ជូន • ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃដំណាក់កាលសកម្មសារជាថ្មី • លើកទឹកចិត្តស្រ្តីឱ្យនោមឱ្យអស់ពីប្លោកនោម • ត្រូវបំពេញជាតិទឹកប៉ុន្តែត្រូវជៀសវាងអាហាររឹង • លើកទឹកចិត្តស្រ្តីឱ្យឈរឬដើរ បើស្រ្តីចង់ • ពិចារណាពីការចោះបំបែកទឹកភ្លោះ • ពិចារណាពីការផ្តល់ Oxytocin តាមសេរ៉ូមដើម្បីបង្កើន ការឈឺពោះសម្រាល។ តាមដានដិតដល់និងវាយតម្លៃឡើងវិញក្នុងរយៈពេល ២ម៉ោងម្តង ប្រសិនបើមិនមានការវិឌ្ឍទៅមុខ មិនត្រូវ រង់ចាំរហូតដល់គំនូសលើប៉ាតូក្រាហ្វឆ្លងកាត់ទៅផ្នែក ខាងស្តាំនៃបន្ទាត់សកម្មភាពទេ ត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្ត និងធ្វើ អន្តរាគមន៍សមស្រប។

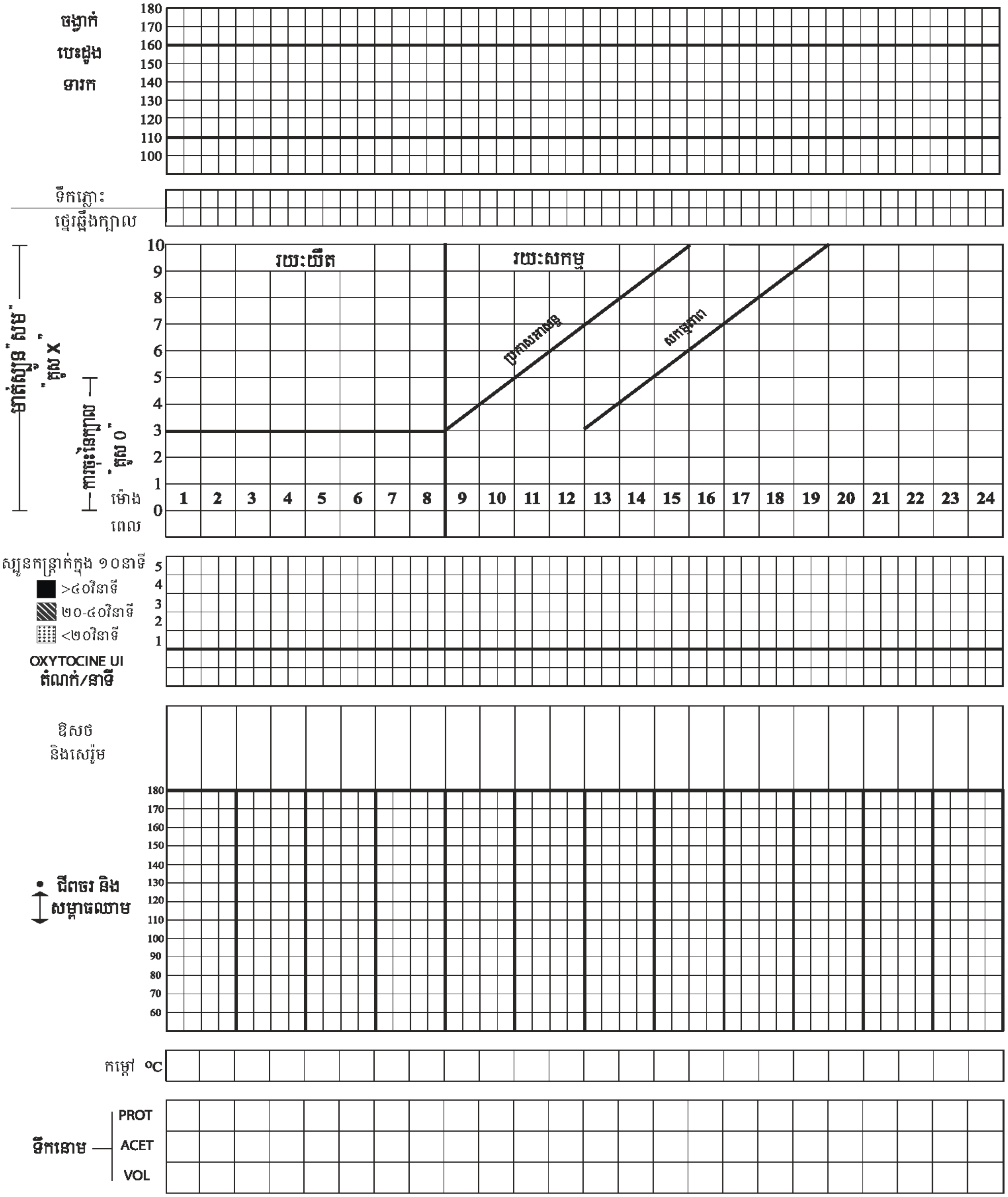
• បើស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែកត្រូវបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះនៅពេលមាត់ស្បូនបើកជិតអស់(ទំព័រ 253) • មាត់ស្បូនបើក10cm ឬបើរីណៅប៉ោង។	• គ្រប់គ្រងដូចក្នុងដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល។

ការតាមដានការសម្រាល (ដំណាក់កាលទី១)

ឈ្មោះ:.. ចំនួនគភ៌:.................. ចំនួនសម្រាល:.......................... លេខរៀងចូល:..................................

ថ្ងៃខែឆ្នាំចូលសម្រាក:.......................... ម៉ោង:....................... ស្រោមទឹកភ្លោះ: ☐ មិនទាន់បែក ☐ បែកម៉ោង:........... ថ្ងៃខែឆ្នាំ:................

ថ្ងៃខែឆ្នាំបំពេញប៉ាតូក្រាហ្វ:.................... ម៉ោង:....................... ឈ្មោះអ្នកបំពេញប៉ាតូក្រាហ្វ:..



ការតាមដានការសម្រាល(ដំណាក់កាលទី២)

ម៉ោង	ចង្វាក់បេះដូងកូន	ជីពចរម្ដាយ	សម្ពាធឈាមម្ដាយ	កំណត់សម្គាល់

កើតនៅថ្ងៃទី.......... ខែ............ ឆ្នាំ............. ម៉ោង........ នាទី........ វិនាទី........ បញ្ហាផ្សេងៗ:...

ប្រភេទនៃការសម្រាល: ☐ ធម្មតា ☐ ប្រើឧបករណ៍ជំនួយ ☐ វះកាត់ សម្រាលដោយ:...

☐ ជូតសម្ងួតទារកភ្លាម
☐ ទារកដកដង្ហើមក្នុងនាទីមាស (☐ សប់បញ្ចូលខ្យល់)
☐ ដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែកម្ដាយរហូតបានបៅរួច
☐ ពន្យារការគាបទងសុករហូតដល់ជីពចរទងសុក ឈប់លោត(១-៣នាទី)

ពិន្ទុអាប់ហ្គារ				
កត្តាទំនាក់ទំនង	នាទីទី១	នាទីទី៥	នាទីទី១០	យោបល់ផ្សេងៗ
ពណ៌សម្បុរ				
ចង្វាក់បេះដូងទារក				
រង្លឹច(reflex)				
កម្លាំងសាច់ដុំ				
ការដកដង្ហើម				
ពិន្ទុសរុប				

ភេទទារក: ☐ ប្រុស ☐ ស្រី អាយុគភ៌:...............សប្ដាហ៍

សញ្ញាបង្ករោគណាមួយ៖

ម្ដាយមានកម្ដៅ > ៣៨,៥°C ☐ មាន ☐ ទេ
បែកស្រោមទឹកភ្លោះយូរ > ១៨ម៉ោង ☐ មាន ☐ ទេ
ទឹកភ្លោះលាយខ្ទុះ/ធុំក្លិនស្អុយ ☐ មាន ☐ ទេ

ការទម្លាក់សុក(ដំណាក់កាលទី៣)

ចាក់ Oxytocin នៅម៉ោង........... នាទី........... កម្រិត:.............

ការទម្លាក់សុក: ☐ ទម្លាក់ដោយត្រួតពិនិត្យ (ចាក់ Oxytocin IM)
☐ សន្ទឹងទងសុកដោយត្រួតពិនិត្យ
☐ ឈ្លីស្បូន
☐ ទម្លាក់ដោយបែបធម្មជាតិ
☐ បារទម្លាក់ដោយដៃ

ម៉ោងទម្លាក់សុក:...

ស្បូនកន្ត្រាក់: ☐ ល្អ ☐ មិនល្អ

☐ ផ្នែកខាងកូន (បែប Beaudelauque) ☐ ផ្នែកខាងម្ដាយ (បែប DUNCAN)

បារសម្អាតស្បូន: ☐ មាន ☐ ទេ

ប៉េរីណេ: ☐ មិនរហែក
☐ រហែក - ☐ កម្រិត១ ☐ កម្រិត២ ☐ កម្រិត៣ ☐ កម្រិត៤
☐ កាត់

ទម្ងន់សុក:..........................ក្រាម

បរិមាណនៃការធ្លាក់ឈាម: ☐ ច្រើន (>៥០០មល)
☐ មធ្យម (៣០០-៥០០មល)
☐ តិច(<៣០០មល)

ការតាមដានពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល (ដំណាក់កាលទី៤)

ម្ដាយ							
	១ម៉ោងដំបូង រាល់១៥នាទី				ម៉ោងទី២ រាល់៣០នាទី*		យោបល់ផ្សេងៗ
ម៉ោង							
ជីពចរ/នាទី							
សម្ពាធឈាម /មមបារ៉ត							
កម្ដៅ(°c)							
ឈ្លីស្បូន							
ពិនិត្យមើលការធ្លាក់ឈាម							

* គូសសញ្ញា(✓) បើបានឈ្លីស្បូន និងពិនិត្យមើលការធ្លាក់ឈាម

មុនបញ្ជូនទៅបន្ទប់ថែទាំក្រោយសម្រាល:

ស្បូនកន្ត្រាក់: ☐ ល្អ ☐ មិនល្អ
បរិមាណឈាម: ☐ ច្រើន ☐ តិច

ទារក							
	១ម៉ោងដំបូង រាល់១៥នាទី				ម៉ោងទី២ រាល់៣០នាទី*		យោបល់ផ្សេងៗ
ម៉ោង							
ចង្វាក់ដង្ហើម/នាទី							
ចង្វាក់បេះដូង/នាទី							
កម្ដៅ(°c)							
ពិនិត្យរាងកាយ							

* គូសសញ្ញា(✓) បើបានពិនិត្យរាងកាយទារក

បំបៅដោះ: ☐ ក្នុងមួយម៉ោងដំបូង ☐ ក្នុងពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល

ទម្ងន់:...................ក្រាម ប្រវែង:...............ស.ម

បរិមាត្រក្បាល:.............ស.ម បរិមាត្រដើមទ្រូង:.............ស.ម

ចាក់វីតាមីន K1 តាមសាច់ដុំ ១ម.ក្រ: ថ្ងៃខែចាក់:.................. ម៉ោង:...........

ដាក់ថ្នាំភ្នែក: ថ្ងៃខែ:........................ ម៉ោង:...........

២-៦ ដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល-ការប្រឹងបញ្ចេញកូននិងផ្តល់ការថែទាំភ្លាមៗដល់ទារកទើបកើត

នៅពេលមាត់ស្បូនបើក10cm ប៉េរីណេប៉ោងនិងមើលឃើញក្បាលទារក ស្ត្រីត្រូវទទួលបានការតាមដាននិងគ្រប់គ្រងដូចខាងក្រោម ៖

<table>
<tr><td colspan="2">

ពិនិត្យរាល់៥នាទី ៖

- រកសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ទំព័រ 86)
- រាប់ចំនួនដង កំលាំងនិងរយៈពេលនៃការកន្ត្រាក់ស្បូន
- រាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក
- ពិនិត្យមើលប៉េរីណេឡើងប៉ោងស្តើង
- មើលឃើញការចុះនៃក្បាលកូន
- សង្កេតមើលអារម្មណ៍និងអាកប្បកិរិយារបស់ស្ត្រី (ធុញថប់ ភ័យខ្លាច)
- កត់ត្រាពីលើប៉ាតូក្រាហ្វ
- ផ្តល់ការថែទាំនិងគាំទ្រដល់ស្ត្រី
- មិនត្រូវទុកឱ្យស្ត្រីនៅតែឯង
- ឱ្យស្ត្រីប្រឹងបញ្ចេញកូននៅពេលដែលស្បូនកន្ត្រាក់។

</td></tr>
<tr><td>ការបញ្ចេញកូន</td><td>ការព្យាបាលនិងជំបូន្មាន</td></tr>
<tr><td>

ការរៀបចំរាល់ពេលសម្រាលកូន ៖

- ត្រូវមាននាឡិកាព្យួរជញ្ជាំង (មានទ្រនិចវិនាទី)នៅក្នុងបន្ទប់សម្រាល
- ត្រូវប្រាកដថាបន្ទប់មានសីតុណ្ហភាពលើសពី 25 ◦c បិទទ្វារ បង្អួចទាំងអស់ បិទកង្ហារ ដើម្បីឱ្យច្បាស់ថាគ្មានខ្យល់បក់នៅក្នុងបន្ទប់។ ប្រសិនបើមានម៉ាស៊ីនត្រជាក់ត្រូវប្រាកដថាបន្ទប់មានសីតុណ្ហភាពលើសពី 25 ◦c
- ត្រូវប្រាកដថាមានសម្ភារការពារខ្លួន សម្ភារសម្រាលនិងឧបករណ៍សព្វគ្រប់ សម្រាប់ការសម្រាលដែល រៀបតាមលំដាប់លំដោយនិងងាយស្រួលយកប្រើ ៖ ស្រោមដៃស្តេរីល៣គូ ស្រោមដៃស្អាត៥គូ ស្បៃ បេតាឌីន ក្រណាត់៤ផ្ទាំង Oxytocin ដង្កៀបជ័រគាបទងសុក១ឬខ្សែចងផ្ចិត ប្រដាប់បឺតស្លេស្ម ម្ជុលនិងសឺរ៉ាំង ដង្កៀបរាងបេះដូង១ សុងទឹកនោមដែក១ កន្ត្រៃ៣ (២ សម្រាប់កាត់ទងផ្ចិត និង កាត់ទ្វារមាស១) ដង្កៀបគាប

</td><td></td></tr>
</table>

ផ្ចិត២ ដង្កៀបសម្រាប់ចាប់សាច់ដេរ ២(មានធ្មេញ១ និងគ្មានធ្មេញ១) ដង្កៀបចាប់ម្ទូល ១និងកូនពែង១។ ក្រណាត់១ផ្ទាំងត្រូវដាក់លើស្បែកពោះម្តាយ សម្រាប់ជូតសម្ងួតទារក ហើយត្រូវដកក្រណាត់សើមចេញដើម្បីឱ្យស្បែកទារកប៉ះស្បែកម្តាយ រួចយកក្រណាត់១ផ្ទាំងទៀតគ្របពីលើទារកនិងម្តាយហើយពាក់មួកឱ្យ ទារក។ • ត្រូវប្រាកដថាមានទីកន្លែងនិងសម្ភារនិងក្រណាត់ ២ផ្ទាំងទៀតសម្រាប់ថែទាំនិងសង្គ្រោះទារក។ ប្រសិនបើមានអំពូលកម្តៅត្រូវបើកទុកជាមុន (សម្រាប់ការជួយសង្គ្រោះ)។ ផ្ទាំងក្រណាត់១ផ្ទាំងទៀតត្រូវដាក់លើផ្ទៃរឹងសម្រាប់សង្គ្រោះទារកជាមួយនឹង ប្រដាប់សប់បញ្ចូលខ្យល់និងម៉ាស ស្តេតូស្កុបនិងនាឡិកាងាយស្រួលមើលឃើញ។ ក្រណាត់ផ្ទាំងទី២ គួរបត់ជាផ្នត់តូចៗដាក់នៅគែមខាងលើក្រណាត់ដែល ក្រាលលើផ្ទៃរឹងសម្រាប់ទាញគ្របទារកភ្លាមមុនពេលសប់បញ្ចូលខ្យល់ដល់ទារក។ ត្រូវធ្វើតេស្តឧបករណ៍ទាំងអស់មុនពេលធ្វើការសម្រាល។ * នៅពេលសម្រាលកូនត្រូវពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលពីរជាន់ ហើយដោះមួយជាន់ដែលប្រឡាក់ចេញមុននឹងប៉ះជាមួយទងសុក។ * ប្រសិនបើគ្មានដង្កៀបជ័រគាបទងសុកទេ ត្រូវប្រើខ្សែចងដែលបានរម្ងាប់មេរោគរួច។	
• ត្រូវប្រាកដថា ប្លោកនោមគ្មានទឹកនោម • ជួយរៀបស្ថានភាពស្ត្រីឱ្យបានស្រួលទៅតាមការពេញចិត្តរបស់គាត់ ឧ. អង្គុយត្រង់ខ្លួន លុតជង្គង់ច្រត់ដៃពីរ (Squatting) ដេកចំហៀង អនុញ្ញាតឱ្យមានអ្នកកំដរនៅជាមួយស្ត្រីនិងផ្តល់ការគាំទ្រទាំងផ្លូវចិត្តនិងផ្លូវកាយ	• ប្រសិនបើស្ត្រីមិនអាចនោមបាន ហើយទឹកនោមពេញប្លោកដាក់សុងដែកបង្ហូរទឹកនោមចេញ • មិនត្រូវឱ្យស្ត្រីដេករាបស្មើ • ប្រសិនបើស្ត្រីធុញថប់ក្នុងចិត្តលើកទឹកចិត្តដើម្បីបន្ថយការឈឺចាប់និងភាពគ្មានផាសុកភាព (ទំព័រ 89)
• អនុញ្ញាតឱ្យស្ត្រីប្រឹងក្នុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់	មិនត្រូវឱ្យស្ត្រីប្រឹងទេ ៖

	• បើក្រោយ៦០នាទី(សម្រាប់កូនដំបូង)ឬ ក្រោយ ៣០នាទី(សម្រាប់កូនលើសពី២ដង)នៃការប្រឹងបញ្ចេញកូនដោយឯកឯងៗ ប៉េរីណេមិនទាន់ស្តើងហើយតឹងនៅពេលស្បូនកន្ត្រាក់ត្រូវលូកពិនិត្យទ្វារមាសដើម្បីបញ្ជាក់ថាមាត់ស្បូនបានបើកអស់ហើយឬនៅ? • បើមាត់ស្បូនមិនទាន់បើកអស់ រង់ចាំដំណាក់កាលទី២ • ដាក់ស្ត្រីដេកផ្អៀងឆ្វេងនិងមិនឱ្យស្ត្រីប្រឹងទេ លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យដកដង្ហើមតាមបច្ចេកទេស។
• រង់ចាំរហូតឃើញក្បាលទារកនិងប៉េរីណេប៉ោងតឹង	• ប្រសិនបើដំណាក់កាលទី២មានរយៈពេលដល់១ម៉ោងសម្រាប់កូនដំបូងនិងកន្លះម៉ោងសម្រាប់កូនច្រើន ហើយពុំមានការ ចេញក្បាល រៀបចំការសម្រាលដោយបូម • បើសម្គាល់ឃើញមានបញ្ហាដែលអាចរារាំងដល់ការបញ្ចេញក្បាល (ឬស សាច់ក្រិន ស្នាមរហែកទ្វារមាសកម្រិត៣ពីមុន) ត្រូវធ្វើការកាត់ទ្វារមាសឱ្យបានទូលាយ • បើទម្រង់បង្ហាញគូទឬការបង្ហាញមិនធម្មតា (ទំព័រ 116) ។
គ្រប់គ្រងត្រួតពិនិត្យការសម្រាលក្បាល ៖ • ដាក់ដៃមួយទប់ថ្នមៗពីលើក្បាលទារកនៅពេលដែលក្បាលកំពុងលូនចេញមកតាមកម្លាំងកន្ត្រាក់នៃស្បូន • ដៃម្ខាងទៀតជួយទប់ប៉េរីណេដោយប្រើស្បៃរម្ងាប់មេរោគគ្របពីលើទ្វារលាមក • ទុកប៉េរីណេឱ្យនៅចំហដើម្បីងាយស្រួលមើលឃើញ • ឱ្យស្ត្រីដកដង្ហើមវែងៗនិងកុំប្រឹងនៅពេលក្បាលកំពុងលូនចេញមក • លើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីហាមាត់ដកដង្ហើម។	• ប្រសិនបើកំលាំងប្រឹងបញ្ចេញអាចធ្វើឱ្យ រហែកត្រូវបន្ថែមកំលាំងទប់លើប៉េរីណេ • មិនត្រូវកាត់ទ្វារមាសទេចំពោះគ្រប់ការសម្រាលធម្មតាទាំងអស់ លើកលែងតែមានបញ្ហាដែលអាចរារាំងដល់ការបញ្ចេញកូន។
• ស្ទាបថ្នមៗជុំវិញកទារកដើម្បីរកទងសុក ***ចំណាំ ៖ នៅពេលក្បាលចេញមិនត្រូវប្រើប្រដាប់បឺតស្លេស្មឬប្រើស្បៃជូតមុខទារកទេ***	• ប្រសិនបើទងសុកដែលរុំកទារកនោះធូរ ត្រូវសម្រាលទារកតាមចន្លោះរង្វង់ទងសុកឬដោះទងសុកចេញពីក្បាលទារក

	• ប្រសិនបើទងសុកដែលរុំកទារកនោះតឹងត្រូវគាប វាដោយដង្កៀប២ដែលឃ្លាតពីគ្នា 3cm ហើយ កាត់ទងសុកនៅចន្លោះដង្កៀបទាំងពីរនោះ។
• រង់ចាំការបង្ខិលស្មាដោយឯកឯងរួចធ្វើការសម្រាល (អំឡុង ១-២នាទី) • បញ្ចេញស្មាលើដោយទាញក្បាលទារកចុះក្រោមថ្នមៗ • បន្ទាប់មកលើកទារកឡើងលើសំដៅទៅរកពោះម្ដាយ ដើម្បីបញ្ចេញស្មាក្រោម • ប្រាប់និងកត់ត្រាម៉ោងដែលទារកកើត (កត់ត្រាទាំង វិនាទី) • ពេលកូនចេញផុតដាក់ទារកលើក្រណាត់ស្ងួតលើ ស្បែក ពោះម្ដាយសម្រាប់ជូតសម្ងួតទារកដើម្បីឱ្យ ស្បែកទារក ប៉ះស្បែកម្ដាយនៅពេលដកកន្សែងសើមចេញ • ចាប់ផ្ដើមជូតសម្ងួតទារកភ្លាម(ក្នុងអំឡុង៥វិនាទី ក្រោយ កើត) ដោយជូតភ្នែក មុខ ក្បាល ថ្ងាស ខ្លួន ដៃជើង និង ខ្នង ការជូតបានសព្វកន្លែង ប្រើរយៈពេលប្រហែល៣០ វិនាទី • វាយតម្លៃការដកដង្ហើមរបស់ទារកនៅពេលជូតសម្ងួត • ដកក្រណាត់សើមចេញ ដើម្បីឱ្យស្បែកទារកប៉ះ ស្បែក ពោះម្ដាយ។ យកក្រណាត់ស្ងួតមកដណ្ដប់/គ្របទាំង ម្ដាយនិងទារក តែមិនរុំទារកទេដើម្បីឱ្យស្បែកទារកប៉ះ ស្បែកម្ដាយ។ ពាក់មួកឱ្យទារក។ • ត្រូវរក្សាភាពកក់ក្ដៅ ពិនិត្យមើល ការដកដង្ហើម របស់ ទារក ដាក់ទារកឱ្យនៅលើពោះម្ដាយស្បែក ប៉ះស្បែក រហូតដល់ទារកបានបៅដោះម្ដាយជាលើកដំបូង (យ៉ាង តិចរយៈពេល៦០នាទីចាប់ពីពេលទារកកើត)។	• បើការសម្រាលស្មាយឺត ៖ - ត្រូវហៅរកជំនួយ - គ្រប់គ្រងការសម្រាលតាមរបៀបការសម្រាល ជាប់ស្មា (ទំព័រ 122) ***ចំណាំ ៖ គ្រប់ទារកទាំងអស់ លើកលែងតែកូនស្លាប់ ក្នុងពោះ ត្រូវតែទទួលការថែទាំជាប្រចាំនិងធ្វើ ការសង្គ្រោះបើចាំបាច់។*** 1. ប្រសិនបើទារកយំ ត្រូវធ្វើការថែទាំដូច ធម្មតា 2. ប្រសិនបើទារកមិនយំ ត្រូវវាយតម្លៃទៅ លើ ការដកដង្ហើម។ ប្រសិនបើការដក ដង្ហើមល្អ ត្រូវធ្វើការថែទាំជាធម្មតា 3. ប្រសិនបើទារកដង្ហក់ឬមិនដកដង្ហើម បន្ទាប់ពី ការជូតសម្ងួត ពិនិត្យមើលប្រសិនបើមានស្ទះ ផ្លូវដង្ហើម ត្រូវបូមស្លេស្មតែក្នុងករណីដែល មានស្ទះផ្លូវដង្ហើម 4. ប្រសិនបើទារកដង្ហក់ឬមិនដកដង្ហើម ត្រូវ ស្រែករកជំនួយ។ ត្រូវគាបនិងកាត់ទងសុកជា បន្ទាន់ហើយធ្វើការរំញោចដោយត្រដុសខ្នង នៅពេលបីទារកទៅកន្លែង សង្គ្រោះនិងចាប់ ផ្ដើមសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាល់ឡុងនិង ម៉ាស់នៅក្នុងនាទីមាស (ទំព័រ 105) ***ចំណាំ ៖ មិនត្រូវបឺតស្លេស្មលើកលែងតែមានស្ទះ ផ្លូវដង្ហើមប៉ុណ្ណោះ***
• ស្ទាបពោះម្ដាយដើម្បីឱ្យប្រាកដថាគ្មានទារកនៅ ក្នុង ស្បូនទៀតទេ • ចាក់ Oxytocin 10 IU IM ដល់ម្ដាយនៅនាទី ដំបូង	• ប្រសិនបើមានទារកទៀតនៅក្នុងស្បូន មិនត្រូវ ចាក់ Oxytocin នៅពេលនេះទេ • រកជំនួយ • ធ្វើការសម្រាលទារកទី២

• ដោះស្រោមដៃមួយជាន់ចេញ ស្ទាបជីពចរទងសុក បន្ទាប់ពីជីពចរឈប់លោត (ជាទូទៅក្នុងអំឡុងពេល១-៣នាទី) គាបឬចងទងសុកនៅ 2cm និង 5cm ពីគល់ផ្ចិតទារក • កាត់ទងសុកចន្លោះការគាបឬចងនៅពេលដែលទារកនៅលើពោះម្តាយ ***ចំណាំ* ៖ ធ្វើបែបនេះគឺយើងមិនចាំបាច់កាត់តម្រឹមជាលើកទីពីរទេ។**	• មិនត្រូវច្បូតបញ្ចូលឈាមពីទងសុកទៅ ទារកទេ • មិនត្រូវលាបសារធាតុអ្វីលើទងផ្ចិតទេ • មិនត្រូវរុំទងផ្ចិតទេ។
• រក្សាទារកលើទ្រូងម្តាយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែក រយៈពេលយ៉ាងតិច៦០នាទីបន្ទាប់ពីកើតភ្លាមដោយដាក់ក្បាលកូនងាកទៅម្ខាងម្តាយនៅក្នុងទម្រង់ពាក់កណ្តាលអង្គុយឬសម្រាកផ្អៀងបន្តិច • ប្រាប់ម្តាយអំពីសញ្ញាដែលបង្ហាញថាទារករកបៅ (ហៀរទឹកមាត់ ហារមាត់ លៀនអណ្តាត លិតមាត់ ក្បាលងាករកដោះ ជញ្ជក់ដៃ) ជាធម្មតាកើតមានពី២០-៦០នាទី។ នៅពេលដែលឃើញសញ្ញាទាំងនេះត្រូវលើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យចាប់ផ្តើមបំបៅ ដោះកូន • ផ្តល់ការគាំទ្រការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយដោយធានាថាស្ថានភាពដាក់បំបៅបានផ្អិបល្អ • នៅពេលដែលកូនអាចបៅបានត្រូវផ្តល់យោបល់ដល់ម្តាយថា៖ - ឱ្យច្បាស់ថាកូនមិនកាច់បត់ឬរមួលឡើយ - ឱ្យច្បាស់ថាកូននៅទល់មុខនឹងដោះដោយឱ្យច្រមុះទល់នឹងដោះហើយចង្កាប៉ះដោះ - ទ្រខ្លួនកូនឱ្យមកនៅជិតខ្លួនមិនមែនទ្រត្រឹមតែកនិងស្មាកូនទេ - រង់ចាំទាល់តែកូនបើកមាត់ធំ - បង្វែរកូនមករកដោះដោយដាក់បបូរមាត់ក្រោមជាប់ជាមួយក្បាលដោះ	• មិនត្រូវដាក់កូនដោយឡែកពីម្តាយលើកលែងតែការសង្គ្រោះបន្ទាន់ • មិនត្រូវបង្ខំបញ្ចូលក្បាលដោះទៅក្នុងមាត់ទារកឬដាក់មាត់កូនលើក្បាលដោះម្តាយឬសាកល្បងឱ្យកូនបៅទេរហូតដល់មានសញ្ញាថាទារករកបៅ (ជាធម្មតានៅចន្លោះពី២០ទៅ៦០នាទី) • មិនត្រូវដាក់ទឹកកកនៅលើពោះម្តាយ • មិនត្រូវងូតទឹកឱ្យទារកទោះបីជាមើលឃើញកខ្វក់ក៏ដោយ។ ការងូតទឹកឱ្យទារកអាចធ្វើបានក្រោយពីសម្រាល២៤ម៉ោង។ ***ចំណាំ* ៖** ការបំបៅដោះគឺជាការរៀនឥរិយាបថរបស់ម្តាយនិងទារក។ កូននឹងសាកល្បងបៅមុននឹងបានទទួលជោគជ័យ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវចៀសវាងធ្វើអន្តរាគមន៍ក្នុងយន្តការនេះ(ឧ. ចាប់តម្រង់ក្បាលទារកឱ្យបៅ)។

• រកមើលសញ្ញាបៅផ្ចិតបល្អនិងជញ្ជក់ល្អរួមមាន ៖ – មាត់បើកធំ – បបូរមាត់ក្រោមពន្លាត់ចេញក្រៅ – ចង្កាកូនជាប់នឹងដោះ • កូនជញ្ជក់យឺតហើយវែងនិងមានពេលសម្រាកខ្លះ • ទម្លាក់សុក (ទំព័រ 109)។	

ការសង្គ្រោះទារកទើបកើតនិងការថែទាំក្រោយសង្គ្រោះ

ក. ការសង្គ្រោះទារកទើបកើត

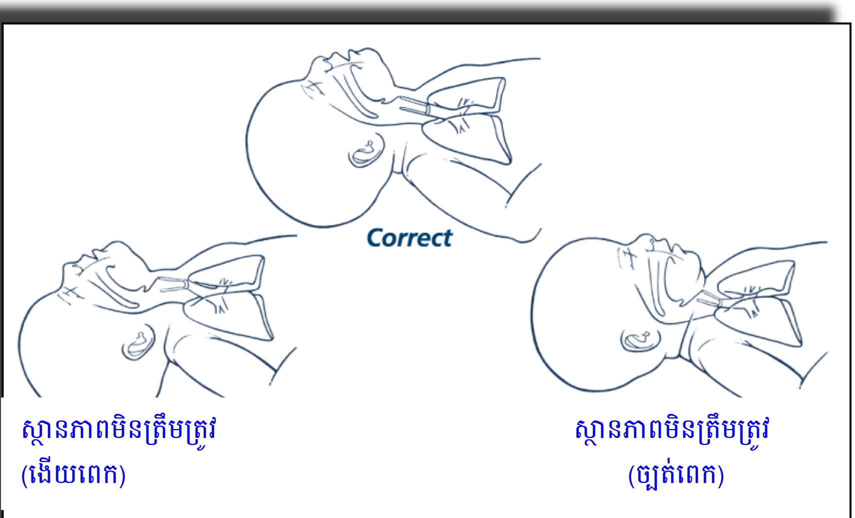
មុនការសម្រាលទាំងអស់ត្រូវប្រាកដថាកន្លែងនិងសម្ភារសម្រាប់សម្រាលត្រូវបានរៀបចំរួចស្រេច។ ប្រសិនបើមានអំពូលកំដៅត្រូវបើកទុកជាមុន (ទោះបីប្រើឬមិនប្រើសម្រាប់សង្គ្រោះទារក)។ ត្រូវក្រាលក្រណាត់មួយផ្ទាំងលើផ្ទៃរឹងសម្រាប់ធ្វើការសង្គ្រោះទារក ត្រៀមព័របឺតស្លេស្ម បាល់ឡុងសប់ខ្យល់និងម៉ាស់ ស្តេតូស្កុប មួកនិងនាឡិកាឱ្យងាយស្រួលយកប្រើ ឧបករណ៍ទាំងនេះត្រូវបានធ្វើតេស្តមុនពេលយកទៅប្រើ។

ចំណាំ ៖ ការសប់បាល់ឡុងនិងម៉ាស់ដោយប្រើខ្យល់ក្នុងបន្ទប់ជាការសមស្រប។ ការប្រើ Oxygen 100% ក្នុងពេលសង្គ្រោះទារកអាចធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ ដូច្នេះមិនត្រូវប្រើទេ។ ក្រោយពេលទារកកើត មានជំហានជាច្រើនដែលត្រូវធ្វើភ្លាមៗ ដើម្បីប្រាកដថាទារកដែលត្រូវការសង្គ្រោះដោយសប់បញ្ចូលខ្យល់ ត្រូវបានទទួលក្នុង១នាទី(នាទីមាស)បន្ទាប់ពីសម្រាល។

ទម្រង់ការ ៖

- ចាប់ផ្តើមជូតសម្ងួតទារកភ្លាម (ក្នុងអំឡុង៥វិនាទីក្រោយកើត) និងឱ្យបានសព្វកន្លែងដោយជូតភ្នែក មុខ ក្បាល ថ្ងាស ខ្លួន ដៃនិងជើង។ ការជូតសម្ងួតនេះរយៈពេលយ៉ាងតិច៣០វិនាទី
- វាយតម្លៃការដកដង្ហើមទារកក្នុងពេលជូតសម្ងួត
- យកក្រណាត់សើមចេញនិងដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកនិងគ្របខ្លួននិងក្បាលទារកដោយក្រណាត់ស្ងួត
- បើទារកដង្ហក់ឬមិនដកដង្ហើមក្រោយពេលជូតសម្ងួតត្រូវធ្វើការពិនិត្យរកមើលការស្ទះផ្លូវដង្ហើមដោយ ស្លេស្ម
- លើកលែងតែករណីស្ទះផ្លូវដង្ហើមត្រូវស៊ីកទុយោបឺតស្លេស្មឬព័របឺតស្លេស្មទៅក្នុងមាត់ទារកនិងរន្ធច្រមុះ បឺតស្លេស្មទន្ទឹមនឹងការដកទុយោចេញ
- បើទឹកភ្លោះមានលាមក៍ព្រៃ ការបូមស្លេស្មពីមាត់និងច្រមុះពេលដែលក្បាលសម្រាលចេញមកមិនគប្បីធ្វើនោះទេ។
- ប្រសិនបើទារកមិនដកដង្ហើម ស្រែករកជំនួយរួចគាបនិងកាត់ទងសុក រំញោចយ៉ាងរហ័សដោយត្រដុស ខ្នងពីលើក្រណាត់រុំទារកនៅពេលកំពុងលើកទារកទៅកន្លែងជួយសង្គ្រោះ។ ប្រាប់ម្តាយថាអ្នកកំពុងជួយ ធ្វើឱ្យទារកដកដង្ហើម

- គ្របទារកដោយក្រណាត់ស្ងួតនិងទុកទ្រូងឱ្យចំហនិងពាក់មួកឱ្យទារក
- ស្ថានភាពក្បាលទារកងើយបន្តិចនិងចង្ការហុចមកមុខ ដើម្បីបើកផ្លូវដង្ហើម (ពេលខ្លះទារកចាប់ផ្ដើមដកដង្ហើមក្រោយពេលធ្វើជំហានទាំងនេះ)
- ***ចំណាំ៖*** មិនត្រូវងើយក្បាលខ្លាំងឬប្រើកំណល់ពីក្រោមកឬស្មាដែលធ្វើឱ្យផ្លូវដង្ហើមចង្អៀត



Correct and incorrect head positions for resuscitation

- ប្រសិនបើទារកនៅតែមិនដកដង្ហើមត្រូវចាប់ផ្ដើមសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាល់ឡុងនិងម៉ាស់ (ក្នុងអំឡុងនាទីមាស)
- ដាក់ម៉ាស់គ្របពីលើចង្ការ មាត់និងច្រមុះរបស់ទារក ហើយមិនត្រូវគ្របលើភ្នែកឡើយ

ការដាក់ម៉ាស់និងត្រួតពិនិត្យរង្វង់កៅស៊ូរបស់ម៉ាស់

- ទារកកើតគ្រប់ខែឬមិនគ្រប់ខែ(លើសពី២សប្តាហ៍នៃគភ៌) ត្រូវសប់ដោយសម្ពាធវិជ្ជមានការសប់គួរចាប់ផ្តើមឡើងដោយប្រើខ្យល់បរិយាកាស
- ដាក់រង្វង់កៅស៊ូរបស់ម៉ាសផ្ទិបនឹងមុខទារក ដោយដាក់មេដៃ ចង្អុលដៃនិងម្រាមដៃកណ្តាលកាន់ទ្រចង្ការឡើងលើ និងម្រាមនាងដៃនិងកូនដៃមិនឱ្យប៉ះបំពង់កនិងម៉ាសដូចរូបខាងលើ (ប្រើម៉ាស់លេខ ១ សម្រាប់ទារកមានទម្ងន់ធម្មតានិងលេខ 0 សម្រាប់ទារកដែលមានទម្ងន់តិច)
- ច្របាច់បាល់ឡុងនិងសង្កេតមើលការប៉ោងឡើងនៃទ្រូង ប្រសិនបើទ្រូងមិនឡើងប៉ោងនៅពេលដែលច្របាច់ ត្រូវធ្វើការកែសម្រួលដើម្បីធ្វើឱ្យការសប់បានល្អ ៖
    - រៀបចំស្ថានភាពក្បាលទារកឡើងវិញ កុំឱ្យក្បាលងើយពេកឬឲ្យត់ពេក
    - ត្រូវច្បាស់ថាចង្ការហុចហើបឡើងនិងហុចមកមុខ មាត់បើកបន្តិច
    - ពិនិត្យមើលការផ្ទិបរវាងមុខទារកនិងម៉ាស ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាមិនមានខ្យល់លេចចេញតាមរង្វង់កៅស៊ូរបស់ម៉ាស់
    - ច្របាច់បាឡុងឱ្យខ្លាំងជាងមុនដោយម្រាមដៃទាំងអស់
- ច្របាច់បាល់ឡុង៣០-៥០ដងក្នុង១នាទី (ជាមធ្យម៤០ដង) តាមចង្វាក់ សប់-២-៣
- ទារកខ្លះអាចប្រសើរឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនិងចាប់ផ្តើមដកដង្ហើមក្រោយពីសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាល់ឡុងនិងម៉ាស់។

<u>វាយតម្លៃការដកដង្ហើមក្នុងពេលសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាល់ឡុងនិងម៉ាស់</u>

- នៅគ្រប់ពេល ប្រសិនបើទារកចាប់ផ្តើមដកដង្ហើមឬស្រែកយំត្រូវបញ្ឈប់ការសប់បញ្ចូលខ្យល់និងសង្កេតមើលហើយប្រាកដថាទារកបន្តដកដង្ហើមបានល្អ ស្តាប់ការស្រែករបស់ទារកនិងសង្កេតមើលភាពផតទ្រូងនៅពេកដកដង្ហើមចូល
- ប្រសិនបើទារកដង្ហក់ឬដកដង្ហើមមិនបានល្អ បន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់១នាទីដោយបាល់ឡុងនិងម៉ាស់ បន្ទាប់មកវាយតម្លៃចង្វាក់បេះដូងដោយស្ទាបការលោតនៃជីពចរទងសុកឬការប្រើស្តេតូស្កុបស្តាប់ឱ្យបានយូរដើម្បីរាប់ចង្វាក់បេះដូងក្នុង១នាទី
- ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូង <១០០ដង/នាទីបានន័យថាយឺត ត្រូវបន្តការសប់ក្នុងចង្វាក់ ៣០-៥០ដងក្នុង ១ នាទី
- ធ្វើការវាយតម្លៃចង្វាក់បេះដូងនៅ៣នាទី ៥នាទីនិង១០នាទី ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូង <១០០ដង/នាទីហើយទារកនៅតែដកដង្ហើមមិនបានល្អ ត្រូវបន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាឡុងនិងម៉ាស់រួចបញ្ជូន ទៅកន្លែងឯកទេសថែទាំ។ ក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន ត្រូវបន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាឡុងនិង ម៉ាស់និងផ្តល់Oxygen ប្រសិនបើចាំបាច់។ ត្រូវរក្សាកំដៅនិងមានបុគ្គលិកសុខាភិបាលនិងអ្នកថែទាំទៅជាមួយផង។
- ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូង >100 bpm ជាការធម្មតា ប៉ុន្តែត្រូវបន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាឡុង និងម៉ាស់រហូតដល់ទារកដកដង្ហើមបានល្អ សង្កេតមើលការខំប្រឹងដកដង្ហើមនិងភាពប្រសើរឡើងវិញនៃ សម្បុរ ហើយបញ្ឈប់ការសប់បញ្ចូលខ្យល់ពេលទារកដកដង្ហើម សម្បុរផ្កាឈូកនិងចង្វាក់បេះដូងនៅតែ រក្សា >១០០ដងក្នុង១នាទី។

- ចំពោះទារកដែលមានចង្វាក់បេះដូងធម្មតា (>100 bpm) សម្បុរប្រសើរឡើងវិញ ប៉ុន្តែមិនដកដង្ហើមត្រូវបន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាឡុងនិងម៉ាស់
- បញ្ឈប់ការសប់បញ្ចូលខ្យល់ពេលទារកដកដង្ហើមបានល្អ
- ប្រសិនបើបានសប់បញ្ចូលខ្យល់ចូលទៅក្នុងទ្រូងទារកប៉ោងបានល្អអស់រយៈពេលលើសពី១០នាទីហើយ ប៉ុន្តែទារកនៅតែមិនដកដង្ហើមនិងគ្មានចង្វាក់បេះដូង ត្រូវបញ្ឈប់ការសប់បញ្ចូល។ ពន្យល់ប្រាប់ទៅម្តាយថា កូនរបស់គាត់បានបាត់បង់ជីវិតទៅហើយនិងផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តដល់គាត់។ បើទារកនៅមានសង្វាក់បេះដូងដែរ ប៉ុន្តែតិចជាង៦០ដងក្នុង១នាទី ហើយទារកនៅតែមិនអាចដកដង្ហើមដោយខ្លួនឯងបានក្រោយពីជួយសង្គ្រោះដោយសប់បញ្ចូលខ្យល់អស់រយៈពេលលើសពី២០នាទីហើយ គួរតែបញ្ឈប់ការជួយសង្គ្រោះនេះ។

ខ. ការថែទាំក្រោយពេលសង្គ្រោះទារក

- ចំពោះទារកដកដង្ហើមបានល្អ ៣០-៦០ដងក្នុង១នាទី គ្មានភាពផតទ្រូងខ្លាំងឬសម្រែកឬឡើងស្វាយ៖
  - ដាក់ទារកលើទ្រូងម្តាយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកនិងផ្តល់ការថែទាំទារកជាធម្មតារួមនឹងការសង្កេតសញ្ញាដែលបង្ហាញថាទារករកបៅ
  - លួងលោមម្តាយ
- ទារកដែលត្រូវបានបន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់លើសពី៥នាទីត្រូវធ្វើការតាមដានរៀងរាល់១៥នាទី សម្រាប់រយៈពេល២ម៉ោង ៖
  - មើលភាពផតនៃទ្រូង
  - មើលសញ្ញាជីវិត ៖ ចង្វាក់បេះដូង ចង្វាក់ដង្ហើមនិងកំដៅ
  - ស្តាប់សំលេងថ្ងូរ
  - សង្កេតមើលសភាពស្វាយរបស់ទារក
- ទារកដែលមានចង្វាក់ដង្ហើម >៦០ ឬ <៣០ ដង្ហើមក្នុង១នាទី ឬមានការផតទ្រូងខ្លាំង ឬថ្ងូរឬឡើងពណ៌ស្វាយ ការផ្តល់ Oxygen បន្ថែមអាចជួយដល់ទារក។ រៀបចំបញ្ជូនទៅកន្លែងសេវាឯកទេសដោយមានឆ្មបជំនាញទៅជាមួយ ៖
  - ដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយដើម្បីឱ្យទារកមានភាពកក់ក្តៅ
  - បន្តការផ្តល់ Oxygen តាមច្រមុះដោយប្រើ Cannula ឬម៉ាស់រហូតដល់ចង្វាក់ដង្ហើម៣០-៦០ដងក្នុង១នាទី ហើយភាពផតទ្រូងមិនខ្លាំង តាមដានកម្រិត Oxygen ក្នុងឈាមប្រសិនបើមានឧបករណ៍វាស់
  - គ្រប់ពេលចង្វាក់ដង្ហើមមកធម្មតាវិញ (៣០-៦០ដងក្នុង១នាទី) ហើយមិនមានទ្រូងផត ថ្ងូរ ឬបាត់ភាពស្វាយ ត្រូវបន្ថយ Oxygen បន្ទាប់មកបញ្ឈប់ការផ្តល់នោះ
  - ការដកដង្ហើមរបស់ទារក <២០ដង្ហើមក្នុង១នាទី ត្រូវសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាល់ឡុងនិងម៉ាស់
- ពន្យល់ម្តាយពីការថែទាំដែលបានផ្តល់និងមូលហេតុ
- គ្រប់គ្រងទារកដែលមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម (ទំព័រ 185)។

២-៧ ដំណាក់កាលទី៣នៃការឈឺពោះសម្រាល-ការទម្លាក់សុក

ត្រូវទម្លាក់សុកដោយប្រើការគ្រប់គ្រងសកម្មដូចខាងក្រោម ៖

ការទម្លាក់សុក	ការព្យាបាលនិងដំបូន្មាន
• ត្រូវប្រាកដថាបានចាក់ Oxytocin 10 IU ដល់ ម្តាយនៅនាទីដំបូង • អនុវត្តការទាញទងសុកដោយត្រួតពិនិត្យដូចខាងក្រោម ៖ - គាបទងសុកឱ្យកៀកនឹងប៉េរីណេ។ កាន់ទងសុកនិងដង្កៀបដោយដៃម្ខាង - ដាក់ដៃម្ខាងទៀតនៅខាងលើឆ្អឹងថ្ងាស (Pubis) បន្តិចដោយបែរបាតដៃទៅរកផ្ចិតម្តាយដើម្បីទប់សង្កត់ទៅលើស្បូន (ការទប់សង្កត់នេះបង្កើតជាកម្លាំងទប់ស្បូនពេលធ្វើការទាញទងសុក) - ពេលដែលស្បូនកន្ត្រាក់ (ស្បូនឡើងមូលត្រឹមផ្ចិតនិងទងសុកធ្លាក់វែង) • អនុវត្តការទាញសន្ទឹងទងសុកចុះដោយថ្នមៗដោយត្រួតពិនិត្យតាមគន្លងនៃផ្លូវសម្រាលដើម្បីធ្វើការទម្លាក់សុក ៖ - ដំបូងទាញថ្នមៗតាមទិសដៅចុះក្រោម - បន្ទាប់មកទាញថ្នមៗតាមទិសដៅរាបស្មើ(ត្រង់) - ចុងបញ្ចប់នៅពេលឃើញសុកមកដល់មាត់ទ្វារមាសហើយចូរទាញសុកថ្នមៗឡើងទៅលើវិញ • បើសុកមិនធ្លាក់រយៈពេល៣០-៤០វិនាទី ដោយការទាញទងសុកថ្នមៗដោយត្រួតពិនិត្យទេ ត្រូវ បញ្ឈប់ការទាញទងសុកនិងការទប់ស្បូន រួចរង់ចាំការកន្ត្រាក់ស្បូនម្តងទៀត ហើយធ្វើការ ទម្លាក់សុកសារជាថ្មីដូចខាងលើ • ពេលសុកធ្លាក់ចេញ ចាប់ទ្រដោយដៃទាំងពីរ រួចបង្វិលសុកដើម្បីឱ្យស្រោមទឹកភ្លោះរមួលជាខ្សែពួរ ហើយលើកឡើងចុះដើម្បីសម្រួលដល់ការចេញនិងបង្ការការដាច់រហែកស្រោមទឹកភ្លោះ	• បើក្រោយ៣០នាទីនៃការចាក់ Oxytocin សុកមិនទាន់ធ្លាក់និងស្ត្រីមិនមានធ្លាក់ឈាមត្រូវ ៖ - បញ្ចេញទឹកនោមឱ្យអស់ពីប្លោកនោម - ទាញទងសុកថ្នមៗដោយត្រួតពិនិត្យសារជាថ្មីម្តងទៀត។ បើសុកនៅតែមិនធ្លាក់និងគ្មានធ្លាក់ឈាមត្រូវសង្ស័យថាជាប់សុក។ • ប្រសិនបើស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមហើយសុកនៅតែមិនធ្លាក់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទីទៀត (សរុប១ម៉ោងក្រោយសម្រាល) ៖ - លូកបារទម្លាក់សុក (ទំព័រ 283) - ដំបូងផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិកមុនពេលលូកបារ Ampicilline 2g IM បន្ទាប់មក - ប្រើ Oxytocin 10 IU ចាក់សាច់ដុំនិងអាចប្រើថែមទៀតបើស្បូនមិនកន្ត្រាក់ល្អ - បើស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមត្រូវធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរហ័ស ។ • ប្រសិនបើសុកនៅតែមិនធ្លាក់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទីទៀត (សរុប១ម៉ោងក្រោយសម្រាល) ហើយមិនមានធ្លាក់ឈាម វាអាចជាសញ្ញាសុកចាក់ឫស (Placenta Acreta) ដែលត្រូវបញ្ជូនទៅប្លុកដើម្បីធ្វើការវះកាត់ស្បូន (Total or subtotal hysterectomy)។

• មិនត្រូវទាញទងសុកខ្លាំងពេកទេ • មិនត្រូវច្របាច់ឬរុញស្បូនដើម្បីធ្វើការទម្លាក់សុកទេ	
• ត្រួតពិនិត្យសុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះថាបានធ្លាក់ចេញមកអស់ឬនៅ • មិនត្រូវលូកបារសម្អាតស្បូននៅគ្រប់ការសម្រាលទេ លើកលែងតែក្រោយការពិនិត្យសុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះដែលបញ្ជាក់ថាមានសល់កំទេចសុក។	• ប្រសិនបើសុកមិនធ្លាក់អស់ ៖ - លូកបារយកកំទេចសុកដោយដៃ - ផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិក ដំបូងផ្តល់ Ampicilline 2g IM មុនពេលលូកបារ - បន្ទាប់មកប្រើ Oxytocin 10 IU IM និងអាចប្រើថែមទៀតបើស្បូនមិនកន្ត្រាក់ល្អ។
• ត្រួតពិនិត្យការកន្ត្រាក់ស្បូនបានល្អហើយគ្មានការធ្លាក់ឈាមខ្លាំង • ប្រសិនបើការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនបានល្អត្រូវធ្វើការឈ្លីស្បូន ៖ - ឈ្លីកំពូលស្បូនជាបន្ទាន់រហូតដល់ស្បូនកន្ត្រាក់រឹងល្អ - អនុវត្តការឈ្លីស្បូននេះរៀងរាល់១៥នាទី ក្នុងម៉ោងដំបូងនិងរៀងរាល់៣០នាទីម្តងក្នុងម៉ោងទី២ - ត្រូវប្រាកដថាស្បូនមិនប្រែជាទន់វិញទេ បន្ទាប់ពីឈប់ឈ្លី	• បើមានធ្លាក់ឈាមខ្លាំង ៖ - រកជំនួយ - ឈ្លីស្បូនដើម្បីបញ្ចេញកំណកឈាមរហូតដល់ស្បូនឡើងរឹង - ផ្តល់ Oxytocin 10 IU ចាក់សាច់ដុំ - បញ្ចូលសេរ៉ូម NSS ឬ Lactate Ringer 1000ml តាមសរសៃហើយបន្ថែម Oxytocin 20 IU ក្នុងល្បឿន៦០ដំណក់ក្នុងមួយនាទី - បង្ការការបាត់បង់ឈាមដោយបញ្ចូលសេរ៉ូម NSS ឬ Lactate Ringer 1000ml មួយខ្សែទៀតដោយប្រើ កាតេទែរលេខ 18G បង្ហូរឱ្យលឿន - បូមទឹកនោមឱ្យអស់ពីប្លោកនោម • បើនៅតែធ្លាក់ឈាមហើយស្បូនទន់ ៖ - បន្តការឈ្លីរហូតស្បូនឡើងរឹង - ទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃ២ឬសង្កត់លើសរសៃឈាមអារ៉ែក(ទំព័រ286-287) - បន្តបញ្ចូល Oxytocin 20 IU ក្នុងសេរ៉ូមប្រៃ1000ml ឱ្យ៣០ដំណក់/១នាទី - ប្រសិនបើនៅតែបន្តធ្លាក់ឈាមទោះបីធ្វើការទប់សង្កត់ស្បូនក៏ដោយ ហើយមានសញ្ញា ស្តុកណាមួយត្រូវប្រើខោបន្តយស្តុករួចធ្វើការបញ្ជូនទៅធ្វើការវះកាត់ជាបន្ទាន់។

ពិនិត្យប៉េរីណេនិងទ្វារមាសផ្នែកខាងក្នុងនិងក្រៅ ដើម្បីរកការរហែក។	• បើរហែកកម្រិតទី៣និងទី៤ ត្រូវដេរជួសជុលការរហែក (ទំព័រ 258) • បើរហែកមិនហូរឈាមខ្លាំងត្រូវដាក់ស្បៃស្តេរីលពីលើស្នាមរហែកហើយដាក់ជើងស្ត្រីទាំងពីរស្របគ្នា។ ពិនិត្យក្រោយ៥នាទី បើនៅតែមានហូរឈាមត្រូវដេរកន្លែងរហែក។
• ប្រមូល វាយតម្លៃនិងកត់ត្រាពីបរិមាណឈាមដែលបាត់បង់ក្នុងដំណាក់កាលទី៣និងក្នុងអំឡុងពេលភ្លាមៗក្រោយមក	• បើឈាមបាត់បង់ប្រហែល 250ml តែឈាម ឈប់ធ្លាក់ ៖ - ត្រូវឱ្យស្ត្រីសំរាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដើម្បីតាមដាននិងថែទាំឱ្យបានយ៉ាងតិច២៤ម៉ោង - តាមដានឱ្យដិតដល់ក្នុងរយៈពេល២ម៉ោងក្រោយសម្រាល (រៀងរាល់១៥នាទីម្តងក្នុង១ម៉ោងដំបូងនិង៣០នាទីម្តងក្នុងម៉ោងទី២) ៖ ◦ មើលសម្ពាធឈាម ជីពចរ ◦ ពិនិត្យមើលការហូរឈាមតាមទ្វារមាស ◦ ស្ទាបស្បូនដើម្បីបញ្ជាក់ថាស្បូនកន្ត្រាក់ល្អ • ជួយស្ត្រីពេលដែលគាត់ងើបដើរលើកដំបូង ក្រោយសម្រាល។
• សម្អាតស្ត្រីនិងកន្លែងក្រោមគូថស្ត្រី • ទ្រាប់សំឡីអនាម័យក្រោមគូថស្ត្រី ដើម្បីវាយតម្លៃពីការធ្លាក់ឈាម • ជួយប្តូរសំលៀកបំពាក់ឱ្យស្ត្រីបើចាំបាច់។	
• ថែទាំម្តាយនិងទារកក្នុងបន្ទប់សម្រាលយ៉ាងតិច២ម៉ោងក្រោយពីទម្លាក់សុករួចដោយដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែក។	
• បោះចោលសុកឱ្យត្រឹមត្រូវទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។	• ពាក់ស្រោមដៃពេលកាន់សុក

២-៨ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាពេលឈឺពោះ និង សម្រាល

២-៨-១ ការវិវត្តន៍មិនល្អប្រសើរនៃការឈឺពោះសម្រាល

ជាការអូសបន្លាយរយៈយឺតគិតពីចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាលបាន៨ម៉ោង ដែលមានស្បូនកន្ត្រាក់ទៀងទាត់ ហើយមាត់ស្បូនបើកមិនបានលើសពី 3cm និងឬមាត់ស្បូនមិនរលប់។ រោគវិនិច្ឆ័យនៃការអូសបន្លាយ រយៈសកម្ម កំណត់បាននៅពេលដែលការបើកមាត់ស្បូនរំកិលទៅខាងស្តាំដៃ នៃបន្ទាត់ប្រកាសអាសន្ននៅលើប៉ាតូក្រាហ្វ។ នេះអាចបណ្តាលមកពីស្បូនកន្ត្រាក់មិនសមស្របឬវិសមាមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងឆ្អឹង អាងត្រគាកម្តាយ។

វិសមាមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយ ៖ អាចកំណត់បាននៅពេលដែលមាត់ស្បូនឈប់បន្តបើកនិងមិនមានការចុះនៃផ្នែកបង្ហាញរបស់ទារក ទោះបីជាមានការកន្ត្រាក់ស្បូនបានល្អក៏ដោយ។ វិសមមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយកើតមានព្រោះទារកធំពេកឬក្បាលជ្រមុជមិនល្អឬអាងត្រគាកម្តាយចង្អៀតពេក។ ប្រសិនបើការឈឺពោះសម្រាលនៅតែបន្ត វិសមមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយអាចធ្វើឱ្យការឈឺពោះសម្រាលនៅនឹងឬជាប់គាំង។ សញ្ញានៃភាពរាំងស្ទះរួមមានការឈប់បន្តបើកមាត់ស្បូន និងមិនមានការបន្តចុះនៃផ្នែកបង្ហាញរបស់ទារក ឆ្អឹងលលាដ៍ក្បាលធំ ឆ្អឹងលលាដ៍ក្បាលជ្រួសគ្នាខ្លាំង (កម្រិត៣) មាត់ស្បូនហើមហើយមិនក្តោបជាប់នឹងផ្នែកបង្ហាញរបស់ទារកហើយអង្កត់ក្រោមនៃស្បូនចាប់ផ្តើមរីកប៉ោងធំ ហើយបង្កើតជារង្វង់កងរឹតទទឹងតួស្បូន (សញ្ញាជិតរហែកស្បូន) និងកូនខ្សោយ។

ចំណាំ ៖ ប៉ាតូក្រាហ្វត្រូវតែប្រើចំពោះគ្រប់ស្ត្រីឈឺពោះសម្រាល ដើម្បីឆាប់រកឃើញនិងគ្រប់គ្រងការវិវត្តន៍មិនល្អនៃការឈឺពោះសម្រាល។

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានប្រវត្តិការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាលមិនល្អដូចខាងក្រោម ៖

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖ • វាយតម្លៃរហ័សនូវស្ថានភាពម្តាយនិងទារកហើយផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រ • ពិនិត្យមើលប៉ាតូក្រាហ្វឡើងវិញ លិខិតបញ្ជូននិងសៀវភៅសុខភាពមាតា	
វាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងសមស្រប
រយៈយឺតអូសបន្លាយ ៖ • មាត់ស្បូនមិនបើកលើសពី 3cm បន្ទាប់ពី៨ម៉ោងនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនទៀងទាត់ (គិតតាំងពីចាប់ផ្តើមឈឺពោះ)	**រយៈយឺតអូសបន្លាយ ៖** • វាយតម្លៃមាត់ស្បូន • ប្រសិនបើគ្មានការផ្លាស់ប្តូរនៃមាត់ស្បូន (ការរួញឬការបើក) ហើយទារកមិនមានសញ្ញាចុះខ្សោយ ស្ត្រីប្រហែលជាមិនទាន់ឈឺពោះសម្រាលទេ • ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរនៃការរលប់ឬការបើកមាត់ស្បូន ការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំងនិងទៀងទាត់ ហើយរយៈសកម្មត្រូវបានបញ្ជាក់ បំបែកស្រោមទឹកភ្លោះដោយដង្កៀប Kocher និង បង្កឱ្យមានការឈឺពោះដោយប្រើ Oxytocin

	- វាយតម្លៃរៀងរាល់៤ម៉ោងម្តង - ប្រសិនបើស្ត្រីមិនស្ថិតនៅក្នុងរយៈសកម្មក្រោយពីផ្តល់ Oxytocin បាន៨ម៉ោងនោះត្រូវធ្វើការសម្រាលដោយវះកាត់ • ប្រសិនបើស្ត្រីមានសញ្ញានៃការក្លាយរោគ ត្រូវបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយ Oxytocin និងផ្តល់ Antibiotic រួមបញ្ចូលគ្នាចាក់តាមសរសៃ រហូតដល់បាត់គ្រុនក្តៅបាន៤៨ម៉ោងនិងបន្តថ្នាំគ្រាប់ឱ្យគ្រប់ដូស។
រយៈសកម្មអូសបន្លាយ ៖ • ការបើកមាត់ស្បូនរំកិលទៅផ្នែកស្តាំនៃបន្ទាត់ប្រកាសអាសន្នក្នុងប៉ាតូក្រាហ្វ	**រយៈសកម្មអូសបន្លាយ ៖** • ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញាវិសមាមាត្ររវាងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយឬសញ្ញារាំងស្ទះ ហើយស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែកត្រូវធ្វើការបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ (ទំព័រ 253) • ផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រ - វាយតម្លៃការកន្ត្រាក់ស្បូនប្រសិនបើការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនមានប្រសិទ្ធភាព (កន្ត្រាក់តិចជាង៣ដងក្នុង១០នាទី ម្តងៗមានរយៈពេលតិចជាង៤០វិនាទី) ត្រូវសង្ស័យថាការកន្ត្រាក់របស់ស្បូនមិនគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើការកន្ត្រាក់ស្បូនមានប្រសិទ្ធភាព (កន្ត្រាក់៣ដងឬលើសក្នុង១០នាទី ម្តងៗមានរយៈពេលលើសពី៤០វិនាទី) ត្រូវសង្ស័យថាមាន វិសមាមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកការសម្រាលមានឧបសគ្គ ទម្រង់ទារកមិនធម្មតានិងការបង្ហាញមិនធម្មតា • ប្រសិនបើឃើញថាមានវិសមាមាត្ររវាងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកត្រូវធ្វើការសម្រាលដោយវះកាត់។ ប្រសិនបើទារកក្នុងផ្ទៃស្លាប់ត្រូវធ្វើ Craniotomy • ប្រសិនបើការឈឺពោះសម្រាលត្រូវបានរាំងស្ទះ ទារកនៅមានជីវិតហើយល័ក្ខខ័ណ្ឌអំណោយផល ត្រូវសម្រាលដោយបូមឬបើមិនអាចត្រូវធ្វើការវះកាត់ • ប្រសិនបើការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនគ្រប់គ្រាន់ហើយគ្មានសញ្ញាវិសមាមាត្ររវាងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយនិងគ្មានសញ្ញារាំងស្ទះទេ ត្រូវបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះនិងបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើ Oxytocin មិនត្រូវទុកស្ត្រីឱ្យនៅតែឯងក្នុងពេលបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលរយៈពេល២ម៉ោងក្រោយការកន្ត្រាក់ស្បូនគ្រប់

	គ្រាន់ ត្រូវវាយតម្លៃការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាលសារជាថ្មី ដោយលូកពិនិត្យទ្វារមាស ហើយបើមិនមានការវិវឌ្ឍន៍ទៅមុខទេ ត្រូវធ្វើការវះកាត់។
រយៈពេលប្រឹងបញ្ចេញកូនអូសបន្លាយ ៖ • មាត់ស្បូនបើកអស់និងស្ត្រីបានប្រឹងបញ្ចេញកូនប៉ុន្តែទារកមិនចុះ (ដំណាក់កាលទី២ជាមធ្យមមានរយៈពេល១ម៉ោងសម្រាប់កូនដំបូងនិងកន្លះម៉ោងសម្រាប់កូនច្រើនដង)	**រយៈពេលប្រឹងបញ្ចេញកូនអូសបន្លាយ ៖** • បើទំរង់បង្ហាញមិនធម្មតានិងគ្មានសញ្ញារាំងស្ទះត្រូវបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើ Oxytocin • បើមិនមានការចុះនៃផ្នែកបង្ហាញបន្ទាប់ពីបានបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល ត្រូវសម្រាលដោយបូមឬដោយវះកាត់។

២-៨-២ គ្រុនក្តៅ សីតុណ្ហភាពលើសពី ៣៨ °C

ស្ត្រីមានគ្រុនក្តៅ (សីតុណ្ហភាព ៣៨ °Cឬលើស) អំឡុងពេលមានគភ៌ឬពេលឈឺពោះសម្រាលគឺជាសញ្ញាប្រឈមនឹងការបង្ករោគនៅក្នុងស្បូនឬទារកក្លាយរោគដែលត្រូវការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប។ ស្ត្រីដែលមានគ្រុនក្តៅក្នុងអំឡុងពេលមានគភ៌និងពេលឈឺពោះសម្រាលត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងដូចតទៅ ៖

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលគ្រុនក្តៅអំឡុងពេលមានគភ៌និងពេលឈឺពោះសម្រាល	
ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖ • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យផឹកទឹកឱ្យបានច្រើន • ប្រើកង្ហារ ឬ កន្សែងសើមដើម្បីជួយបញ្ចុះកំដៅ • ចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃបើចាំបាច់	
វាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	**ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប**
ជំងឺរលាកតម្រងនោម (Acute Pyelonephriitis) • ពិបាកនោម • គ្រុនរងារញាក់ • នោមច្រើនដងនិងរាន់នោម • ឈឺពោះ	ជំងឺរលាកតម្រងនោម (AcutePyelonephriitis) • ចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃក្នុងចំណុះ150ml/1ម៉ោង • បណ្តុះមេរោគក្នុងទឹកនោម (បើអាចធ្វើបាន) ដើម្បីជ្រើសរើស Antibiotic សមស្រប • បើពុំអាចធ្វើការបណ្តុះមេរោគក្នុងទឹកនោមបានព្យាបាលជាមួយ Antibiotic ដូចខាងក្រោម រហូតដល់បាត់គ្រុនក្តៅរយៈពេល៤៨ម៉ោង ៖ - Ampicilline 2g ចាក់សរសៃ/សាច់ដុំ បន្ទាប់មក 1g រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ

<table>
<tr><td></td><td>- Gentamycine 80mg ចាក់សាច់ដុំរៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង
• បើគ្មានក្តៅខ្លួនរយៈពេល៤៨ម៉ោង ផ្តល់ Amoxicilline 500mg លេប៣ដង/១ថ្ងៃ (ការព្យាបាលសរុបទាំងចាក់និងលេបឱ្យបាន៧ថ្ងៃ)។</td></tr>
<tr><td>រលាកសួត ៖
• ក្តៅខ្លួន
• ពិបាកដកដង្ហើម
• ក្អកមានស្លេស្ម
• ឈឺទ្រូង</td><td>រលាកសួត ៖
• ផ្តល់ Antibiotic ដូចខាងលើ។</td></tr>
<tr><td>គ្រុនចាញ់ស្រាល ៖
• ក្តៅខ្លួន
• ញាក់
• បែកញើស
• ឈឺក្បាល សាច់ដុំ/ឈឺសន្លាក់</td><td>គ្រុនចាញ់ស្រាល ៖
• សូមអនុវត្តន៍តាមមគ្គុទ្ទេសក៍ជាតិសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នៅកម្ពុជា។</td></tr>
<tr><td>គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ ៖
• មានសញ្ញាគ្រុនចាញ់ កម្រិតស្រាលនិងបន្ថែមសញ្ញាណាមួយឬច្រើនក្នុងចំណោមសញ្ញាដូចខាងក្រោម ៖
- ស្លេកស្លាំង លឿង
- អស់កម្លាំងខ្លាំង
- វិបត្តិស្មារតី
- ពិបាកដកដង្ហើម
- ប្រកាច់ច្រើនដង
- សម្ពាធឈាមធ្លាក់ចុះ
- ការហូរឈាមខុសធម្មតា
- នោមតិច ក្អួតញឹកញាប់</td><td>គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ ៖
• សូមអនុវត្តន៍តាមមគ្គុទ្ទេសក៍ជាតិសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នៅកម្ពុជា។</td></tr>
</table>

២-៨-៣ ការបង្ហាញមិនធម្មតា បង្ហាញមុខនិងថ្ងាសនិងទម្រង់បង្ហាញមិនធម្មតា

ការបង្ហាញមិនធម្មតា (malposistion)៖ ជាភាពមិនធម្មតានៃទីតាំងកំពូលក្បាលទារក (អុកស៊ីពុតជាចំណុចតាង) គិតទៅនឹងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្ដាយ។

ទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារកមិនធម្មតា (malpresentation)៖ ជាការបង្ហាញទម្រង់ទារកដែលមិនមែនជាទម្រង់ហុចកំពូលក្បាល។

ការបង្ហាញអុកស៊ីពុតនៅក្រោយ (Occiput posterior position)៖ ពេលដែលអុកស៊ីពុតរបស់ទារកស្ថិតនៅខាងក្រោយធៀបនឹងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្ដាយ។

ការបង្ហាញអុកស៊ីពុតនៅទទឹង (Occiput transverse position)៖ ពេលដែលអុកស៊ីពុតរបស់ទារកឋិតនៅទទឹងនៃឆ្អឹងអាងត្រគាកម្ដាយ។ ប្រសិនបើអុកស៊ីពុតស្ថិតនៅទទឹងរហូតដល់ពេលចុងក្រោយនៃដំណាក់កាលទី១នៃការឈឺពោះសម្រាល គួរតែគ្រប់គ្រងដូចករណីអុកស៊ីពុតនៅក្រោយ។

ការបង្ហាញថ្ងាស ៖ កើតឡើងដោយការភ្ញើយក្បាលទារកបន្តិចដែលឋិតក្នុងស្ថានភាពអុកស៊ីពុតខ្ពស់ជាងសាំងស៊ីពុត (Sinciput)។ ក្នុងទម្រង់ថ្ងាស ការចុះចូលក្នុងអាងត្រគាកម្ដាយជាធម្មតាមិនអាចប្រព្រឹត្តទៅបានហើយមិនអាចធ្វើការសម្រាលតាមទ្វារមាសបានទេ។

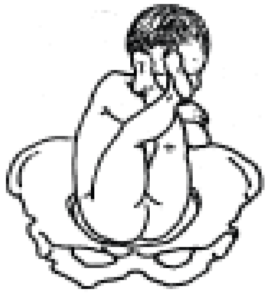
ទម្រង់ហុចមុខ ៖ កើតឡើងដោយការភ្ញើយក្បាលទារកខ្លាំង ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពដែលគេពុំអាចស្ទាបប៉ះអុកស៊ីពុត និងសាំងស៊ីពុតបានពេលគេលូកទ្វារមាស។ ចង្កាជាចំណុចសំអាងសម្រាប់ពណ៌នាពីស្ថានភាពក្បាល។

ទម្រង់ផ្គុំគ្នា ៖ កើតឡើងពេលដែលដៃទារកធ្លាក់ចុះមកជាមួយផ្នែកបង្ហាញនៃទារក។ ទាំងដៃនិងក្បាលបង្ហាញជាមួយគ្នានៅក្នុងអាងត្រគាកម្ដាយ។

ទម្រង់ហុចគូថ ៖ កើតឡើងពេលដែលគូថនិងឬប្រអប់ជើងគឺជាផ្នែកបង្ហាញ។

- ទម្រង់ហុចគូថពេញលេញ (Complete flexed)កើតឡើងពេលដែល ភ្លៅទាំងពីរច្បត់ជាប់ចង្កេះនិងកំភួនជើងច្បត់ជាប់នឹងភ្លៅ។

- ទម្រង់ហុចគូថមិនពេញលេញ (Frank extended) កើតឡើងពេលដែលភ្លៅទាំងពីរច្បត់ជាប់ចង្កេះ តែកំភួនជើងត្រង់ឡើងលើ។



- ទម្រង់ហុចគូថធ្លាក់ជើងម្ខាង (Footling) កើតឡើងពេលដែលជើងនោះលាតសន្ធឹងត្រង់ត្រគាកនិងក្បាលជង្គង់។

ទម្រង់ទទឹងនិងទម្រង់ហុចស្មា៖ កើតឡើងពេលដែលបណ្តោយខ្លួនទារកនៅទទឹងអ័ក្សរបស់ស្បូន។ស្មាទារកគឺជាចំនុច សំអាងនៃការបង្ហាញនេះ។

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងស្រ្តីដែលមានទម្រង់និងការបង្ហាញភាពមិនធម្មតារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃដូចខាងក្រោម ៖

<table>
<tr><td colspan="2">ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងលើទម្រង់និងការបង្ហាញមិនធម្មតារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ</td></tr>
<tr><td colspan="2">ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖
• វាយតម្លៃភ្លាមៗអំពីស្ថានភាពម្តាយ
• វាយតម្លៃពីស្ថានភាពទារក
• ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងការថែទាំគាំទ្រ</td></tr>
<tr><td>វាយតម្លៃ សញ្ញានិងចង្កោមរោគសញ្ញា</td><td>ការគ្រប់គ្រងសមស្រប</td></tr>
</table>

ស្ថានភាពអុកស៊ីពុតនៅក្រោយ ៖ • នៅពេលពិនិត្យដោយស្ទាបពោះម្តាយផ្នែកក្រោមនៃពោះមានសភាពរាបស្មើប៉ុន្តែនៅពីលើឆ្អឹងថ្ងាសរាងប៉ោងបន្តិច អវៈយវៈរបស់ទារក អាចស្ទាបប៉ះនៅផ្នែកខាងមុខហើយបេះដូងទារកអាចស្តាប់ឮនៅកណ្តៀតក្អមម្តាយ • នៅពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស បង្ហើយក្រោយស្ថិតនៅនឹងឆ្អឹង Sacrum ហើយបង្ហើយមុខអាចងាយស្រួលស្ទាបប៉ះប្រសិនបើក្បាលទារកងើយបន្តិច។	**ស្ថានភាពអុកស៊ីពុតនៅក្រោយ ៖** • ប្រសិនបើមានសញ្ញារាំងស្ទះឬចង្វាក់បេះដូងទារកមិនធម្មតាធ្វើការវះកាត់យកកូន • បំបែកស្រោមទឹកភ្លោះនិងបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយដាក់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin • ធ្វើការសម្រាលដោយបូមយកកូន(ទំព័រ 270) ឬសម្រាលដោយវះកាត់ អាស្រ័យទៅលើការបើកនៃមាត់ស្បូននិងការចុះនៃក្បាលទារក។
ការបង្ហាញថ្ងាស ៖ • តាមការពិនិត្យដោយស្ទាបពោះជាងពាក់ កណ្តាលនៃក្បាលទារក ស្ថិតនៅខាងលើឆ្អឹង ពុយប៊ីស ហើយអុកស៊ីពុតស្ទាបប៉ះនៅខាងលើ បើប្រៀបនឹងសាំងស៊ីពុត (Sinciput) • ការពិនិត្យដោយលូកទ្វារមាស ស្ទាបប៉ះបង្ហើយមុខនិងគល់ខ្ទង់ច្រមុះព្រមទាំងរង្វង់ភ្នែកអាចពិបាក ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូន	**ការបង្ហាញថ្ងាស ៖** • សម្រាលដោយវះកាត់បើទារកនៅរស់។
ទម្រង់ហុចមុខ ៖ • តាមការពិនិត្យដោយស្ទាបពោះម្តាយអាចដឹងថាមានចង្អូរស្ថិតនៅចន្លោះអុកស៊ីពុតនិងខ្នងទារក • ការលូកពិនិត្យទ្វារមាសអាចស្ទាបប៉ះមុខទារក ម្រាមដៃអ្នកពិនិត្យងាយស្រួលលូកចូលក្នុងមាត់ទារក ហើយឆ្អឹងថ្គាមក៏ស្ទាបប៉ះដែរ	**ទម្រង់ហុចមុខ ៖** • ប្រសិនបើចង្កានៅខាងមុខ ហើយមាត់ស្បូន បើកអស់ ត្រូវធ្វើការសម្រាលធម្មតា • ប្រសិនបើមាត់ស្បូនមិនទាន់បើកអស់ហើយ មិនមានសញ្ញាជាឧបសគ្គ បង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើ Oxytocin • ប្រសិនបើចង្កានៅក្រោយនៃឆ្អឹងអាងត្រគាក ត្រូវសម្រាលដោយវះកាត់យកកូន • ប្រសិនមាត់ស្បូនមិនទាន់បើកអស់តាមដានការចុះការបង្វិលនិងការវិវត្តន៍នៃក្បាលកូន • ប្រសិនបើមានសញ្ញាជាឧបសគ្គត្រូវធ្វើការវះកាត់យកកូន។
ទម្រង់ផ្គុំគ្នា ៖ • ដៃធ្លាក់មកជាមួយនិងផ្នែកនៃការបង្ហាញ	**ទម្រង់ផ្គុំគ្នា ៖** • ជួយស្ត្រីឱ្យនៅក្នុងស្ថានភាពច្បត់ជង្គង់លើទ្រូង ហើយរុញដៃទារកដែលធ្លាក់ទៅខាងក្នុងអាង

	ត្រគាក ហើយរក្សាដៃដែលរុញនោះឱ្យនៅនឹងកន្លែងរហូតដល់មានការកន្ត្រាក់ស្បូនដែលជំរុញក្បាលកូនឱ្យចូលទៅក្នុងអាងត្រគាកទើបដកដៃចេញបាន • ប្រសិនបើប្រើទម្រង់ការនេះមិនបានជោគជ័យឬធ្លាក់ទងសុក (ហើយកូននៅរស់) ត្រូវវះកាត់យកកូន។
ទម្រង់ហុចគូថ ៖ • ការស្ទាបពិនិត្យពោះប៉ះក្បាលនៅផ្នែកខាងលើនិងគូថនៅផ្នែកក្រោមនៃអាងត្រគាកម្ដាយ • ការស្ដាប់ឮសម្លេងបេះដូងទារកមានទីតាំងនៅខ្ពស់ជាងករណីការបង្ហាញកំពូលក្បាល • ការលូកពិនិត្យទ្វារមាសពេលឈឺពោះសម្រាល អាចស្ទាបប៉ះកំប៉េះគូថឬនិងប្រអប់ជើងទារកការ ប្រទេះឃើញលាមកព្រៃជាលក្ខណៈធម្មតា	**ទម្រង់ហុចគូថ ៖** • ប្រសិនបើម្ដាយចាប់ផ្ដើមឈឺពោះ អាយុគភ៌ អំឡុង៣៧សប្ដាហ៍ឬលើស ស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក ហើយការសម្រាលតាមទ្វារមាសអាចប្រព្រឹត្តទៅបាននិងគ្មានផលវិបាកត្រូវសាកល្បងសម្រាល • ប្រសិនមិនអាចសម្រាលតាមទ្វារមាសបានត្រូវសម្រាលដោយការវះកាត់។ (សេចក្ដីលំអិតសូមមើលផ្នែក៧.៨)
ទម្រង់ទទឹងនិងទម្រង់ហុចស្មា ៖ • ការស្ទាបពិនិត្យពោះពុំមានប៉ះក្បាលឬកំប៉េះគូថ នៅខាងលើឆ្អឹងថ្ងាស (Pubis) ទេក្បាលជាធម្មតាស្ទាបប៉ះនៅម្ខាងណាមួយនៃពោះ។ • លូកពិនិត្យទ្វារមាសពេលខ្លះអាចប៉ះស្មាម្ខាង ដៃម្ខាងអាចធ្លាក់ចុះ ហើយកែងដៃឬប្រអប់ដៃអាចស្ទាបប៉ះនៅក្នុងទ្វារមាស ។	**ទម្រង់ទទឹងនិងទម្រង់ហុចស្មា ៖** • សម្រាលដោយវះកាត់។

២-៨-៤ ទារកខ្សោយនៅពេលឈឺពោះសម្រាល

ទារកខ្សោយ ៖ ទារកខ្សោយនៅពេលឈឺពោះសម្រាលអាចដឹងបានដោយសារចង្វាក់បេះដូងមិនធម្មតា (តិចជាង ១១០ឬលើស១៦០ដងក្នុង១នាទី) ហើយទឹកភ្លោះខាប់លាយលាមកព្រៃ។

ចង្វាក់បេះដូងធម្មតា ៖ ចង្វាក់បេះដូងរបស់ទារកអាចថយចុះនៅអំឡុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់ ប៉ុន្តែជាទូទៅវាវិលទៅភាពធម្មតាវិញភ្លាមនៅពេលដែលស្បូនឈប់កន្ត្រាក់។ គួរគិតទៅដល់ទារកខ្សោយ បើចង្វាក់បេះដូងទារកយឺតខ្លាំង នៅពេលដែលពុំមានការកន្ត្រាក់ស្បូនឬចង្វាក់បេះដូងនៅតែ យឺតខ្លាំងដដែល ទោះបីជាក្រោយការកន្ត្រាក់ស្បូន។

ចង្វាក់បេះដូងទារកញាប់ ៖ អាចមកពីម្ដាយមានគ្រុនក្ដៅ ការប្រើឱសថដែលនាំឱ្យចង្វាក់បេះដូងម្ដាយដើរញាប់ (ឧ. tocolytic drugs) សម្ពាធឈាមម្ដាយខ្ពស់ឬរលាកស្រោមទឹកភ្លោះ។ ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងម្ដាយ

ដើរមិនញាប់ទេ ហើយចង្វាក់បេះដូងទារកបែរជាញាប់វិញនោះជាសញ្ញានៃទារកខ្សោយ។

<u>ទឹកភ្លោះលាយលាមកព្រៃ ៖</u>

- ទឹកភ្លោះលាយលាមកព្រៃខាប់ឬរាវមិនតម្រូវឱ្យមានការបឺតស្លេស្មទេ។ ការបឺតស្លេស្មចេញពីមាត់និង ច្រមុះទារកត្រូវធ្វើនៅពេលណាដែលមានស្ទះផ្លូវដង្ហើម។
- ចំពោះទម្រង់ហុចគូទ លាមកព្រៃលេចចេញក្រៅព្រោះមានការសង្កត់លើពោះទារកក្នុងអំឡុងពេល សម្រាល។ នេះមិនមែនជាសញ្ញានៃទារកខ្សោយទេលើកលែងតែលាមកព្រៃកើតមានក្នុងពេលដំបូងនៃការឈឺពោះសម្រាល
- លាមកព្រៃបានលេចចេញចូលទៅក្នុងស្បូននៅមុនពេលគ្រប់ខែជាសញ្ញានៃការបង្ករោគហើយត្រូវការព្យាបាលជាមួយអង់ទីប៊ីយូទិកចំពោះម្តាយមុនពេលកើត (ផ្តល់ភ្លាម)និងក្រោយកើតចំពោះទារក។

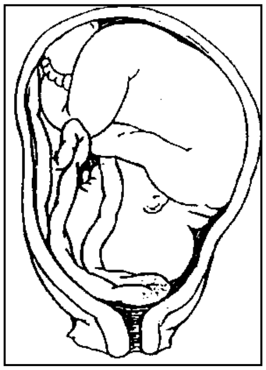
វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានទារកក្នុងផ្ទៃខ្សោយពេលឈឺពោះសម្រាលដូចខាងក្រោម ៖

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងករណីកូនខ្សោយក្នុងផ្ទៃពេលឈឺពោះសម្រាល	
ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖ • ជួយទ្រម្តាយឬដាក់ឱ្យដេកផ្អៀងទៅខាងឆ្វេង • បញ្ឈប់ការផ្តល់អុកស៊ីតូស៊ីន (បើកំពុងផ្តល់) • បើស្រោមទឹកភ្លោះបែក លូកពិនិត្យទ្វារមាសស្វាបរកការធ្លាក់នៃទងសុក • មើលក្រែងទឹកភ្លោះមានលាយលាមកព្រៃ • រាប់ចង្វាក់បេះដូងកូនម្តងទៀត១៥នាទីក្រោយ	
វាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងសមស្រប
ការធ្លាក់ទងសុក ៖ ឃើញមានទងសុកនៅទ្វារមាស	**ការធ្លាក់ទងសុក ៖** • គ្រប់គ្រងជាបន្ទាន់ការធ្លាក់ទងសុក (ទំព័រ 121)
សភាពទារកមិនល្អ ៖ ចង្វាក់បេះដូងទារកនៅតិចជាង១១០ឬលើស ពី ១៦០ក្នុង១នាទីក្រោយការតាមដានរយៈពេល ៣០នាទី	**សភាពទារកមិនល្អ ៖** • ប្រសិនបើរកឃើញមូលហេតុមកពីម្តាយគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានសមស្រប • ប្រសិនបើរកមិនឃើញមូលហេតុមកពីម្តាយ ហើយ ចង្វាក់បេះដូងទារកនៅតែមិនធម្មតា ក្រោយការកន្ត្រាក់ស្បូន៣ដងយ៉ាងតិច ត្រូវធ្វើការលូកពិនិត្យទ្វារមាសដើម្បីរកមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យទារកខ្សោយ • ប្រសិនបើមានការហូរឈាមជាមួយនឹងការឈឺម្តងៗឬឈឺជាប់ សង្ស័យថាអាចរបើកសុកមុនពេលសម្រាល (ទំព័រ 61) • ប្រសិនបើមានសញ្ញាបង្ករោគ ត្រូវផ្តល់ Antibiotic

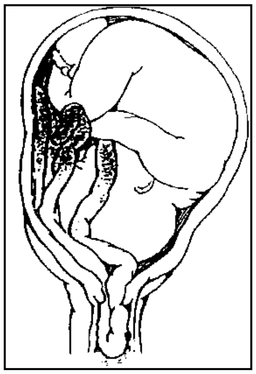
	• ប្រសិនបើទងសុកធ្លាក់មកមុនទម្រង់បង្ហាញឬធ្លាក់ក្នុងទ្វារមាស គ្រប់គ្រងដូចក្នុងករណីធ្លាក់ទងសុក (ទំព័រ 121) • ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងទារកនៅតែមិនធម្មតាឬមានសញ្ញាបន្ថែមសម្គាល់ថាទារកខ្សោយ (ទឹកភ្លោះលាយលាមកព្រៃខាប់) ត្រូវសម្រាលដោយការបូមយកទារកឬវះកាត់យកកូនជាបន្ទាន់។ រៀបចំការសង្គ្រោះទារក (ទំព័រ 105)
ទារកមានសភាពធម្មតា ៖ • ចង្វាក់បេះដូងទារកត្រលប់មកធម្មតាវិញ	**ទារកមានសភាពធម្មតា ៖** • ត្រូវតាមដានចង្វាក់បេះដូងទារករៀងរាល់១៥នាទី។

២-៨-៥ ការធ្លាក់ទងសុក

គេអាចមើលឃើញទងសុកធ្លាក់ចេញមកខាងក្រៅទ្វារមាសឬអាចស្ទាបប៉ះនៅក្នុងទ្វារមាសខាងក្រោមទម្រង់បង្ហាញបន្ទាប់ពីស្រោមទឹកភ្លោះបែក។



ការធ្លាក់ទងសុកនៅមុខក្បាលទារក



ការធ្លាក់ទងសុកចូលមកទ្វារមាស

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងស្ត្រីដែលមានបញ្ហាធ្លាក់ទងសុកពេលឈឺពោះសម្រាលដូចខាងក្រោម ៖

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងការធ្លាក់ទងសុក	
ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖ • ផ្តល់ Oxygen ៤-៦ លីត្រក្នុង១នាទីតាមម៉ាស់ឬតាមបំពង់ច្រមុះ (ប្រសិនបើមាន) • ហៅរកគេជួយ	
វាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងសមស្រប

• មើលនិងស្ទាបទងសុកថ្មមៗដើម្បីរកការលោតជីពចរ • ស្ទាបមើលទម្រង់ទារក • ពិនិត្យទ្វារមាសដើម្បីកំណត់ពីដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល	• ប្រសិនបើម្តាយស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃការឈឺពោះសម្រាល ៖ - ដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពលុតជង្គង់ កំប៉េះគូទឡើងលើ - ក្នុងគ្រប់ករណីពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលលូកដៃមួយចូលក្នុងទ្វារមាសហើយរុញផ្នែកបង្ហាញទៅលើដើម្បីបន្ថយការសង្កត់លើទងសុកនិងរំកិលផ្នែកបង្ហាញចេញពីអាងត្រគាក។ ដៃម្ខាងទៀតដាក់លើពោះពីលើថ្ងាសដើម្បីរក្សាផ្នែកបង្ហាញឱ្យនៅក្រៅអាងត្រគាក។ នៅពេលដែលផ្នែកបង្ហាញស្ថិតនៅនឹងពីលើអាងត្រគាកហើយត្រូវដកដៃដែលដាក់ចូលក្នុងទ្វារមាសចេញ។ រក្សាដៃដែលទប់នៅលើពោះរហូតដល់ពេលធ្វើការវះកាត់យកកូន។ - ប្រសិនបើមានផ្តល់ Salbutamol 0.5mg ចាក់សរសៃ យឺតៗក្នុងរយៈ២នាទីដើម្បីបន្ថយការកន្ត្រាក់ស្បូន - ធ្វើការវះកាត់យកកូនជាបន្ទាន់ • ប្រសិនបើម្តាយស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃការឈឺពោះសម្រាល ៖ - ឱ្យស្ត្រីស្ថិតក្នុងស្ថានភាពសមស្របដើម្បីជួយដល់ការវិវឌ្ឍន៍នៃការឈឺពោះ - ធ្វើការសម្រាលឱ្យបានឆាប់ដោយលើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យប្រឹងនៅពេលស្បូនកន្ត្រាក់ - ជម្រុញការសម្រាលដោយកាត់ទ្វារមាស (ទំព័រ 255) និងការបូមយកកូន (ទំព័រ 270) - ប្រសិនបើទម្រង់ហុចគូទត្រូវធ្វើការសម្រាលតាមទម្រង់ហុចគូទ (ទំព័រ 264) - រៀបចំការសង្គ្រោះទារក (ទំព័រ 105)។

២-៨-៦ ការសម្រាលជាប់ស្មា

ការជាប់ស្មាកើតឡើងពេលដែលក្បាលទារកបានចេញផុតពីទ្វារមាសប៉ុន្តែស្មានៅជាប់មិនអាចបញ្ចេញបាន នេះជាស្ថានភាពមួយដែលមិនអាចស្មានទុកបាន (ភាគច្រើនកូនថ្លោស)។

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងស្ត្រីក្នុងអំឡុងពេលសម្រាលដូចខាងក្រោម ៖

<table>
<tr><td colspan="2">វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងការសម្រាលជាប់ស្មា</td></tr>
<tr><td colspan="2">ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖
• ត្រូវបានត្រៀមទុកអំពីករណីជាប់ស្មា នៅរាល់ការសម្រាលពិសេសចំពោះការសម្រាលកូនធំ
• មានអ្នកជំនួយទាន់ពេល</td></tr>
<tr><td>វាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា</td><td>ការគ្រប់គ្រងសមស្រប</td></tr>
<tr><td>• ក្បាលទារកចេញរួច ប៉ុន្តែស្មាជាប់និងមិនអាចចេញរួច
• សង្កត់ចង្កានិងទាញប៉េរីណេចូលក្នុង
• ការទាញក្បាលមិនអាចធ្វើឱ្យស្មាដែលជាប់ខាងក្រោយឆ្អឹងពុយប៊ីសសម្រាលបានទេ</td><td>• ស្រែករកជំនួយ
• រៀបចំសង្គ្រោះទារក
• ពន្យល់អ្វីដែលនឹងកើតឡើងដល់ស្ត្រីនិងគ្រួសារ
• ដាក់ស្ត្រីដេកផ្ងារដោយឱ្យបញ្ឈរជង្គង់ទាំងពីររួចរុញជង្គង់ឱ្យទៅកៀកនឹងដើមទ្រូងឱ្យបានខ្លាំងបំផុត
• ឱ្យអ្នកជំនួយជួយទប់ជើងដើម្បីរក្សាស្ថានភាពនេះ
• ធ្វើការកាត់ទ្វារមាសសមស្រប (ទំព័រ 255)
• ឱ្យអ្នកជំនួយការបន្តសង្កត់ដោយបាតដៃដាក់ត្រង់ផ្នែកខាងលើឆ្អឹងពុយប៊ីស ខណៈពេលដែលអ្នកបន្តទាញក្បាលទារកចុះក្រោម ដើម្បីបញ្ចេញស្មាមុខដែលនៅក្រោមឆ្អឹងពុយប៊ីស
• ប្រសិនបើស្មានៅតែបញ្ចេញមិនបានដាក់ស្ត្រីឱ្យនៅស្ថានភាពលុតជង្គង់និងច្រត់ដៃទាំងពីរទៅមុខ
• ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលស៊កដៃស្តាំចូលក្នុងទ្វារមាសតាមបណ្តោយឆ្អឹងកញ្ចុញគូថ Sacrum
• សង្កត់ទាញស្មាក្រោយឬដៃទារកចុះក្រោមនិងមកខាងមុខតាមទ្វារមាស
• បញ្ចប់ការសម្រាលដូចធម្មតា
• មិនត្រូវទាញក្បាលទារកខ្លាំងហួសហេតុនៅរាល់ ពេលដែលព្យាយាមបញ្ចេញស្មា។</td></tr>
</table>

២-៨-៧ ការសម្រាលកូនភ្លោះឬកូនច្រើន

ពេលស្ទាបពិនិត្យពោះ បើប៉ះប៉ូលនិងផ្នែកជាច្រើនទៀតនៃទារកត្រូវសង្ស័យថាជាកូនភ្លោះឬច្រើន។ សញ្ញាផ្សេងៗទៀតរួមមាន ៖ ក្បាលទារកតូចបើធៀបទៅនឹងទំហំស្បូន ហើយស្បូនមានទំហំធំជាងអាយុគភ៌ហើយសំលេងបេះដូងច្រើនជាងមួយតាមរយៈការស្តាប់ដោយប្រដាប់ស្តាប់បេះដូងកូន។

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងស្ត្រីដែលមានកូនភ្លោះឬកូនច្រើនដូចខាងក្រោម ៖

ការគ្រប់គ្រងការសម្រាលកូនភ្លោះឬកូនច្រើន	
ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖ • រៀបចំស្ថានភាពម្ដាយឱ្យមានជាសុកភាព • រៀបចំបន្ទប់និងសម្ភារសម្រាប់ការសម្រាលកូន២ឬលើស • រៀបចំឱ្យមានអ្នកជួយនៅពេលសម្រាលនិងថែទាំទារក • ពិនិត្យមើលទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារកដោយអេកូសាស្ត្រ (ប្រសិនបើអាច)	
ការវាយតម្លៃ	ការគ្រប់គ្រងសមស្រប
• ដំណាក់កាលទី១នៃការឈឺពោះសម្រាល	គ្រប់គ្រងដូចការឈឺពោះនិងការសម្រាលធម្មតា(ទំព័រ 84)
• ដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល	• ធ្វើការសម្រាលកូនទី១តាមទម្រង់ការធម្មតា សង្គ្រោះទារកបើចាំបាច់ និងផ្ដល់ភាពកក់ក្ដៅដល់ទារក • ស្នើអ្នកជំនួយការជួយថែទាំកូនទី១ • ស្ទាបស្បូនជាបន្ទាន់ ដើម្បីកំណត់អំពីទម្រង់កូនទី២ ៖ - ប្រសិនបើទម្រង់ក្បាល ស្ដាប់ចង្វាក់បេះដូងទារករង់ចាំការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំងឡើងវិញរួចធ្វើការបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះរបស់កូនទី២ ដែលជាទូទៅកើតមាននៅក្នុងអំឡុងពេល១ម៉ោងក្រោយការសម្រាលកូនទី១ - ប្រសិនបើទម្រង់ទទឹងឬបញ្ឆិតត្រូវបំបែកទឹកភ្លោះរួចធ្វើការបង្វិលទារកក្នុងស្បូនឱ្យទៅជាទម្រង់ហុចគូទរួចបន្តធ្វើការសម្រាលដូចទម្រង់ហុចគូទ។ • ត្រូវនៅជាមួយហើយបន្តការតាមដានម្ដាយនិងចង្វាក់បេះដូង ទារកឱ្យបានហ្មត់ចត់ • ប្ដូរក្រណាត់សើមនៅខាងក្រោមម្ដាយចេញនិងដណ្ដប់ភួយ ប្រសិនបើម្ដាយមានអារម្មណ៍ថារងារ • ក្រោយស្រោមទឹកភ្លោះបែក លូកពិនិត្យទ្វារមាសក្រែងទងសុកធ្លាក់ចុះ(ទំព័រ121) • ពេលដែលការកន្ត្រាក់ស្បូនកើតមានឡើងវិញប្រាប់ស្ត្រីឱ្យប្រឹងបញ្ចេញចុះក្រោម • សម្រាលទារកទី២ សង្គ្រោះទារកនិងពាក់ផ្លាកឱ្យទារកទី២ • ស្នើអ្នកជំនួយការជួយថែទាំទារកទី២ • ស្ទាបស្បូនដើម្បីរកកូនទី៣បើមានធ្វើដូចរៀបរាប់ខាងលើ

	កុំព្យាយាមទម្លាក់សុកពេលសម្រាលទារកមិនទាន់អស់ហាមផ្តល់ Oxytocin ដល់ស្ត្រីមុនពេលសម្រាលទារកអស់។
• ដំណាក់កាលទី៣នៃការឈឺ ពោះសម្រាល	• សូមមើលដំណាក់កាលទី៣នៃការឈឺពោះសម្រាលកូនធម្មតា • ផ្តល់ Oxytocin 10 IU ចាក់សាច់ដុំក្រោយពីប្រាកដថាគ្មានទារកនៅក្នុងស្បូនទៀតទេ • ពេលដែលស្បូនកន្ត្រាក់ល្អធ្វើការទម្លាក់សុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះដោយទាញទងសុកទាំងអស់រួមគ្នាដោយថ្នមៗរហូតដល់សុកចេញផុត • បន្ទាប់ពីទម្លាក់សុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះរួចសង្កេតឱ្យបានហ្មត់ចត់រកមើលការហូរឈាមតាមទ្វារមាស • ពិនិត្យសុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះដើម្បីបញ្ជាក់ថាគ្មានសល់បំណែកសុកក្នុងស្បូន • ការឈ្លីស្បូន៖ - ឈ្លីកំពូលស្បូនជាបន្ទាន់រហូតដល់ស្បូនកន្ត្រាក់រឹងល្អ - អនុវត្តការឈ្លីស្បូននេះរៀងរាល់១៥នាទីក្នុងរយៈពេល២ម៉ោងដំបូង - ត្រូវប្រាកដថាស្បូនមិនប្រែជាទន់វិញទេបន្ទាប់ពីឈប់ឈ្លី។
• ក្រោយការសម្រាលភ្លាមៗ	• តាមដានយ៉ាងហ្មត់ចត់ចៀសវាងគ្រោះថ្នាក់ដោយសារការធ្លាក់ឈាមកើនឡើង • ផ្តល់ការថែទាំក្រោយសម្រាលភ្លាម (មើលខាងក្រោម) • រក្សាម្តាយនៅបន្ទប់សម្រាលដើម្បីបន្តការតាមដាន • រៀបចំការពិនិត្យកម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីនក្រោយសម្រាលប្រសិនបើអាចធ្វើបាន • ផ្តល់ការគាំទ្រពិសេសដើម្បីថែទាំនិងការចិញ្ចឹមទារកភ្លោះ។

២-៩ ការតាមដាននិងសកម្មភាពចាំបាច់សម្រាប់ម្តាយនិងទារកក្រោយសម្រាល (*ដំណាក់កាលទី៤ នៃការឈឺពោះសម្រាល*)

ប្រាកដថាបន្ទប់មានសីតុណ្ហភាពលើសពី 25°c ហើយគ្មានខ្យល់បក់នៅក្នុងបន្ទប់ទេ។ តាមដានម្តាយរៀងរាល់ ១៥នាទីម្តងរយៈពេល ១ម៉ោងដំបូងក្រោយទម្លាក់សុកនិងរៀងរាល់៣០នាទីម្តងនៅម៉ោងទី២និងរៀងរាល់ម៉ោងក្នុងម៉ោងទី៣ និងទី៤ រួចរៀងរាល់៤ម៉ោងរហូតដល់ចេញទៅផ្ទះ។

❖ ចំពោះម្តាយ ៖

- រកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់
- ស្ទាបស្បូនដើម្បីដឹងថាស្បូនរឹងនិងមូល ប្រសិនបើស្បូនទន់ត្រូវឈ្លីស្បូន
- វាយតម្លៃបរិមាណនៃការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស ៖

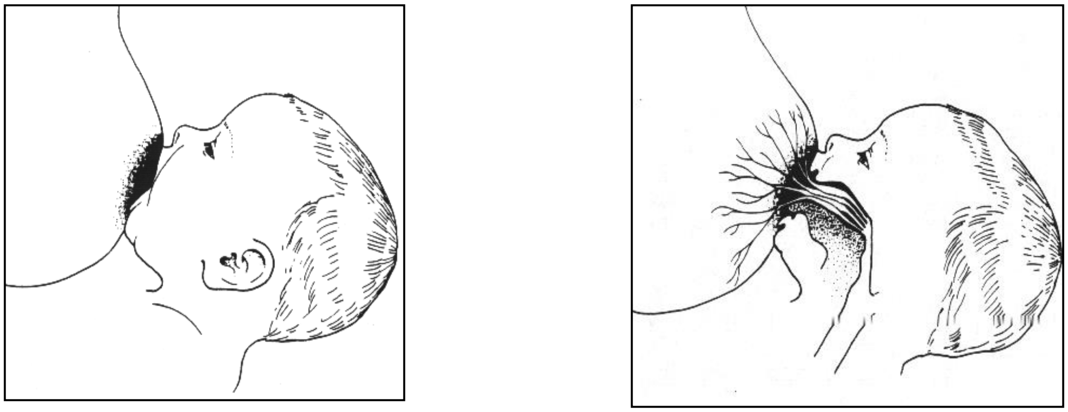
  – ប្រសិនបើសំឡីទ្រាប់ជោគតិចជាង៥នាទី ឬហូរឈាមតក់ៗត្រូវធ្វើការគ្រប់គ្រងដូចករណីធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល (ទំព័រ 132)

  – ប្រសិនបើធ្លាក់ឈាមបណ្តាលមកពីរហែកប៉េរីណេ ត្រូវធ្វើការដេរបើចាំបាច់?
- កត់ត្រាការពិនិត្យឃើញ ការព្យាបាលនិងទម្រង់ការក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា
- រក្សាឱ្យម្តាយនិងទារកនៅជាប់ជាមួយគ្នា មិនត្រូវបំបែកម្តាយនិងទារកឱ្យនៅដាច់ពីគ្នាទេ លើកលែងតែករណីដែលត្រូវធ្វើការសង្គ្រោះ
- ប្រសិនបើអាចធ្វើបានភ្លាម ត្រូវប្តូរម្តាយពីគ្រែសម្រាលទៅគ្រែសម្រាកក្នុងបន្ទប់តាមដាន ប្រសិនបើមិនអាចត្រូវជួយម្តាយនិងទារកឱ្យស្ថិតក្នុងស្ថានភាពស្បែកប៉ះស្បែក
- បញ្ជូនម្តាយនិងទារកទៅបន្ទប់សម្រាកនៅពេលដែលម្តាយនិងទារកមានស្ថានភាពល្អ (ក្រោយការពិនិត្យម៉ោង) ។ ដោយបន្តរក្សាការដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែក
- ប្រាកដថាមានការគាំទ្រដល់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយដំបូង នៅក្នុងបន្ទប់សម្រាក
- លើកទឹកចិត្តឱ្យម្តាយបរិភោគអាហារ ភេសជ្ជៈនិងធ្វើចលនាដោយសេរី
- លើកទឹកចិត្តឱ្យម្តាយព្យាយាមបត់ជើងតូច
- សុំឱ្យអ្នកកំដរនៅជាមួយស្ត្រី។

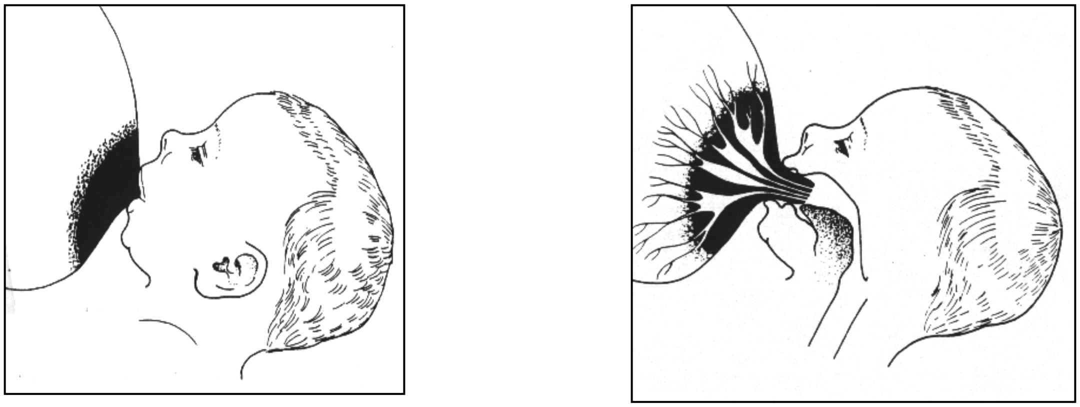
❖ ចំពោះទារក ៖

- អ្នកផ្តល់សេវាមិនត្រូវយកកូនចេញពីម្តាយឬប៉ះឬកាន់ទារកទេ លើកលែងតែមានតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់និងក្រោយពីបានលាងដៃ ឬសម្អាតនឹងអាល់កុលយ៉ាងម៉ត់ចត់
- ក្រោយពេលកើតត្រូវដាក់ទារកលើទ្រូងម្តាយដោយស្បែកប៉ះស្បែក ហើយរក្សាឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកនៅរយៈពេលយ៉ាងតិច៦០នាទីដំបូង។ មិនត្រូវយកកូនចេញពីស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយប្រសិនបើមិនចាំបាច់ទេនោះ។ រក្សាស្បែកប៉ះស្បែក នៅក្នុងអំឡុងពេលសម្រាកក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- វាយតម្លៃការដកដង្ហើម ៖ មើល/ស្តាប់ចង្វាក់ដង្ហើម ញាប់ ទ្រូងផត សំលេងថ្ងូរនិងភាពស្វាយ (ប្រសិនបើមាន) ទោះជានៅពេលដែលកូននៅក្នុងករណីស្បែកប៉ះស្បែកក៏ដោយ
- រក្សាទារកឱ្យមានភាពកក់ក្តៅជានិច្ច ៖ ពិនិត្យដោយស្ទាបក្រែងទារកត្រជាក់ចុងជើង

- លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនៅពេលដែលទារកមានសញ្ញាចង់បៅ ៖ ហៀរទឹកមាត់ បើកមាត់ លៀនអណ្តាតលិតមាត់ ជញ្ជក់ដៃ។ សញ្ញាទាំងនេះកើតមានចន្លោះពី២០-៦០នាទីក្រោយកើត។ មិនត្រូវបង្ខំឱ្យកូនបៅដោះនៅពេលដែលកូនមិនទាន់មានសញ្ញាចង់បៅ។
- ពិនិត្យមើលការដាក់ស្ថានភាពក្នុងការបំបៅទារកបានត្រឹមត្រូវ ៖
  - ប្រាកដថា ក្បាលនិងខ្លួនទារកស្ថិតក្នុងបន្ទាត់ត្រង់តែមួយ
  - ប្រាកដថាមុខ ទារកបែរទៅរកដោះដោយច្រមុះទល់នឹងក្បាលដោះម្តាយ
  - ម្តាយត្រូវបីទារកឱ្យផ្ទិបជាមួយខ្លួនគាត់
  - ជួយម្តាយក្នុងការបីទ្រគូទទារក មិនមែនបីតែកនិងស្មាទេ។
- ពិនិត្យមើលការបៅបានផ្ទិបល្អ ៖
  - មាត់ទារកបើកធំល្អ
  - បបូរមាត់ខាងក្រោមពន្លាត់ចេញក្រៅ
  - ចង្ការរបស់ទារកប៉ះនឹងដោះម្តាយ
  - រង្វង់ខ្មៅជុំវិញក្បាលដោះផ្នែកខាងលើមើលឃើញច្រើនជាងខាងក្រោមដោយទារកបឺតមួយៗហើយខ្លាំងពេលខ្លះសម្រាកបន្តិច
- **សញ្ញាបង្ហាញពីការបៅមិនបានផ្ទិបល្អ ៖**
  - មាត់ទារកបើកតូច បួញទៅមុខ
  - បបូរមាត់ខាងក្រោមមិនពន្លាត់ចេញក្រៅ
  - ចង្ការរបស់ទារកមិនប៉ះទៅនឹងដោះម្តាយ
  - រង្វង់ខ្មៅជុំវិញក្បាលដោះម្តាយផ្នែកខាងក្រោមសល់ច្រើនជាងខាងលើ។



បៅផ្ដឹបបានល្អ



បៅផ្ដឹបមិនបានល្អ

- ម្តាយអាចជួយឱ្យបៅបានផ្តិបល្អដោយ ៖
    - ដាក់ក្បាលដោះម្តាយប៉ះបបូរមាត់របស់ទារក
    - រង់ចាំរហូតដល់មាត់ទារកបើកធំ
    - ទាញទារកបញ្ចូលដោះម្តាយដោយបបូរមាត់ក្រោមស្ថិតនៅពីក្រោមក្បាលដោះបានល្អ។
    - សាកល្បងផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពបំបៅដូចជា ដើបអង្គុយឬដេកផ្អៀងបំបៅ
- ទុកឱ្យទារកផ្តាច់ចេញពីដោះដោយខ្លួនឯង រួចឱ្យបៅដោះម្ខាងទៀត។
    - បើទារកមិនបៅក្នុងអំឡុងពេលមួយម៉ោងដំបូងហើយទារកមានសុខភាពល្អធម្មតា ត្រូវរក្សាទារកឱ្យស្ថិតនៅស្បែកប៉ះស្បែកជាមួយម្តាយដើម្បីឱ្យទារកបានបៅនៅពេលដែលទារកចង់បៅ។
    - ជួយទារកឱ្យបានបៅទឹកដោះម្តាយសុទ្ធទាំងថ្ងៃនិងយប់ ម្តងៗឱ្យបានយូរតាមចំណង់ទារក

ចំណាំ **៖** ប្រសិនបើទារកដេកយូរត្រូវលើកទារកដាក់ឱ្យបៅ មិនគួរដាស់ទារកដើម្បីបំបៅដោះទេ។ នៅពេលដែលទារកភ្ញាក់ត្រូវបំបៅទារក។

- ណែនាំម្ដាយនិងអ្នកកំដរអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ ៖
    - ពន្យល់ពីសារៈសំខាន់នៃការបៅទឹកដោះដំបូង
    - ពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខគត់។

ចំណាំ ៖

- មិនត្រូវប៉ះទារកបើមិនចាំបាច់
- មិនត្រូវផ្ដល់អ្វីមុនពេលចាប់ផ្ដើមបំបៅទារកដោយទឹកដោះម្ដាយទេ (គ្មាន ៖ ក្បាលដោះសិប្បនិម្មិត ទឹក ទឹកស្ករ ទឹកដោះគោផ្សំតាមរូបមន្ត ទឹក ឈើអែម ទឹកបបរ...។ល។)
- មិនត្រូវច្របាច់ទឹកដោះដំបូងចោលឡើយ
- នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមិនត្រូវអនុញ្ញាតិឱ្យមានដបទឹកដោះគោ ទឹកដោះគោ ក្បាលដោះសិប្បនិម្មិត (លើកលែង តែករណីចាំបាច់ដោយសារមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ) នេះគឺជាផ្នែកមួយនៃការផ្ដួចផ្ដើមមន្ទីរពេទ្យស្រឡាញ់ទារក
- ប្រសិនបើម្ដាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវមានវិធានការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន ផ្ដល់ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងធ្វើការព្យាបាល។

- សម្រាប់ទារកទម្ងន់ទាប ៖ ធ្វើដូចខាងលើ ប៉ុន្តែត្រូវចាប់ផ្ដើមការថែទាំទារកតាមរបៀបម្ដាយកង់ហ្គូរូភ្លាម (ទំព័រ 180) ដណ្ដប់ទាំងម្ដាយនិងកូនដោយភួយមួយជាន់ទៀត។

ត្រូវអនុវត្តដូចខាងក្រោមនេះក្រោយពីទារកបានបៅឆ្អែត (ជាទូទៅនៅចន្លោះនាទីទី៩០ទៅ១ម៉ោង)៖

- ជូតសម្អាតភ្នែកដោយដុំសំឡីឬក្រណាត់ស្អាត
- ដាក់ថ្នាំ Tetracycline1% (មិនត្រូវជូតថ្នាំភ្នែកចេញទេ)
- មិនត្រូវជូត Vernix ឬងូតទឹកឱ្យទារកទេ
- ការថ្លឹងទារកនិងកត់ត្រា ៖ ថ្លឹងទារក កត់ត្រាម៉ោងដែលទារកចាប់ផ្ដើមបៅដោះម្ដាយជាលើកដំបូងនិងព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតនៅលើសៀវភៅសុខភាពមាតានិងប័ណ្ណសុខភាពកុមារ។
- ចាក់ Vitamine K1 1mg IM Hepatitis B និង BCG ក្រោយពីបានជូតសម្អាតនៅកន្លែងចាក់ដោយទឹកស្អាត
- អនុវត្តការពិនិត្យកាយសម្បទាតាមរបៀបគឺតាំងពីក្បាលរហូតដល់ម្រាមជើង។ រកមើលសញ្ញានៃជំងឺឬពិការពីកំណើត(Birth defects) ប្រើការសង្កេតមើលធម្មតានិងស្ទាប។ ពិនិត្យតាមលំដាប់លំដោយនៃតំបន់ខ្លួនដូចជា ក្បាល ភ្នែក មាត់ ត្រចៀក ក ទ្រូង ពោះ រន្ធគូថ ប្រដាប់បន្តពូជ ត្រគាក អវយវៈនិងឆ្អឹងខ្នង (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ ឧបករណ៍ពិនិត្យសារពាង្គកាយសម្រាប់ទារកទើបកើត)។
- ក្នុងករណីរកឃើញមានពិការភាពឬល័ក្ខខ័ណ្ឌណាមួយតាមរយៈការពិនិត្យគឺទារកគួរត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាល។

ត្រូវតាមដាននិងវាយតម្លៃទារកនៅពេលជាមួយគ្នានិងការតាមដានម្ដាយក្នុងដំណាក់កាលទី៤និងពេលបន្ទាប់៖

- **ការថែទាំភ្នែក**

- លាងសម្អាតដៃអ្នក
- ពន្យល់ទៅម្ដាយថាយើងនិងដាក់ថ្នាំភ្នែកឱ្យកូនដើម្បីបង្ការការបង្ករោគ
- ជូតសម្អាតភ្នែកដោយដុំសំឡីឬក្រណាត់ស្អាត
- ដាក់ប៉ូម៉ាតតេត្រាស៊ីក្លីន១%លើភ្នែកទាំងពីរ។ដាក់ពីផ្នែកខាងក្នុងនៃភ្នែកចេញមកក្រៅ(មិនត្រូវជូតសម្អាតប៉ូម៉ាតភ្នែកនេះចោលទេ)។

ផ្តល់សេវាបន្ថែមសម្រាប់ទារកមានទម្ងន់ទាប (កូនភ្លោះ)

- **សម្រាប់ទារកទម្ងន់ទាប ៖** ពិធីសារដូចខាងលើត្រូវបានអនុវត្តជាមួយនោះត្រូវ ៖
  - ចាប់ផ្ដើមការថែទាំទារកតាមរបៀបម្ដាយកង់ហ្គូរូភ្លាម (ទំព័រ180)
  - ដណ្ដប់ទាំងម្ដាយនិងកូនដោយភួយមួយជាន់ទៀត
  - កុំងូតទឹកកូន
  - ធានាពីអនាម័យដោយប្រើសម្លៀកបំពាក់ស្អាតក្រោយពីកើតបាន១ថ្ងៃ
  - ផ្ដល់ការថែទាំបន្ថែមក្នុងការបំបៅ (ទំព័រ182)
- ប្រសិនបើម្ដាយមិនអាចដាក់កូនឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកបានដោយសារស្ត្រីមានផលវិបាកត្រូវរុំកូននិងក្រណាត់ស្អាតឱ្យកក់ក្ដៅ រួចដាក់ទារកក្នុងគ្រែដោយគ្របនឹងក្រណាត់ក្រាស់និងលើកទឹកចិត្តឱ្យក្រុមគ្រួសារយកទារកទៅដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកឬក៏ដាក់ក្នុងគ្រែកំដៅប្រសិនបើបន្ទប់មានសីតុណ្ហភាពទាបជាង 28 °C ។

ចំណាំ ៖ មិនត្រូវយកទារកចេញពីម្ដាយដើម្បីចាក់ថ្នាំទេ ការចាក់ថ្នាំទាំងអស់ខាងលើត្រូវតែធ្វើនៅផ្នែកសម្ភពជារៀងរាល់ថ្ងៃរួមទាំងថ្ងៃចុងសប្ដាហ៍និងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ ប្រសិនបើម្ដាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវប្រាកដថានាងបានទទួលការព្យាបាលបន្តនិងទារកបានទទួលការព្យាបាលដំបូងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បង្ការនិងធ្វើតេស្ត HIVDNA PCR ចំពោះទារកទើបនឹងកើតគួរធ្វើនៅផ្នែកសម្ភព (មើលលម្អិតគោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃការថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ, NCHADS, និងមើលគោលការណ៍ណែនាំរបស់ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនឆ្នាំ) និងចាប់ផ្ដើមការចិញ្ចឹមទារកតាមវិធីសមស្រប។

២-១០ វាយតម្លៃម្ដាយក្រោយសម្រាលភ្លាម

វាយតម្លៃម្ដាយក្នុងអំឡុងពេល២ម៉ោងក្រោយសម្រាលឬយូរជាងនេះនិងមុនពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ (តែមិនឱ្យមុនរយៈពេល២៤ម៉ោង) ដូចខាងក្រោម ៖

ការសាកសួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ការពិនិត្យ ការស្ដាប់ ការស្ទាប
ពិនិត្យកំណត់ត្រា ៖ • ហូរឈាមច្រើនជាង 250ml • សុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះធ្លាក់ចេញអស់ • មានផលវិបាកអំឡុងពេលសម្រាលនិងក្រោយសម្រាល	• វាស់សម្ពាធឈាម • វាស់កំដៅ • រាប់ជីពចរ • ស្ទាបមើលថាតើស្បូនមានសភាពរឹងនិងមូលឬទេ? • ពិនិត្យមើលក្រែងមានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស

• តម្រូវការព្យាបាលពិសេស • តម្រូវការវះចងដៃស្បូនឬដាក់កងក្នុងស្បូន **សាកសួរម្តាយអំពី ៖** • អារម្មណ៍ • ការឈឺចាប់ • កង្វល់ • ទារក • បញ្ហាដោះ	• ពិនិត្យមើលប៉េរីណេ ៖ - តើមានរហែកដាច់ឬទេ? - តើវាមានពណ៌ក្រហម ហើមឬទេ? • ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងនៅត្របកភ្នែកនិងបាតដៃ។

ព្យាបាលនិងផ្តល់ដំបូន្មាន

សភាពម្តាយដែលល្អ (ស្បូនរឹង មានឈាមហូរតិចៗ) គ្មានបញ្ហានៅប៉េរីណេ គ្មានគ្រុនក្តៅ គ្មានភាពស្លេកស្លាំង សម្ពាធឈាមនិងជីពចរធម្មតា។ ម្តាយនិងទារកត្រូវសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យយ៉ាងហោចរយៈពេល៤៨ម៉ោងក្រោយសម្រាល។ វាយតម្លៃម្តាយនិងទារកមុនពេលចេញទៅផ្ទះ ៖

- ប្រាកដថាបានផ្តល់នូវវិធានការបង្ការផ្សេងៗ រួមមានថ្នាំជាតិដែក៤២គ្រាប់ និងមេបង់ដាហ្សុល(ទំព័រ 171)
- ផ្តល់ថ្នាំតេតាណូសបើចាំបាច់
- ពិនិត្យមើលការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងវាយតម្លៃស្ថានភាពនៃការបំបៅកូន។ បង្រៀនម្តាយពីការបំបៅកូនឱ្យបានត្រឹមត្រូវ (ទំព័រ 127)
- ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីការបំបៅទឹកដោះដំបូងដល់កូន ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់
- ណែនាំអំពីការថែទាំនិងអនាម័យក្រោយសម្រាល (ទំព័រ 172)
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ (ទំព័រ 172)
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើត (ទំព័រ 172)
  - ប្រសិនបើមានបំណងចងដៃស្បូន ត្រូវធ្វើការចងដៃស្បូនក្នុងអំឡុងពេល៧ថ្ងៃក្រោយសម្រាល
  - ប្រសិនបើមានបំណងប្រើកងដាក់ក្នុងស្បូនត្រូវណែនាំទៅកាន់ផ្នែកសេវាពន្យារកំណើតនៅ៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល
- ណែនាំអំពីពេលដែលត្រូវស្វែងរកការថែទាំនិងពិនិត្យក្រោយសម្រាលជាប្រចាំ (ទំព័រ 147)
- វាយតម្លៃឡើងវិញមុនអនុញ្ញាតឱ្យគាត់ទៅផ្ទះៈប្រសិនបើរកឃើញបញ្ហាត្រូវឱ្យម្តាយនិងទារកនៅសម្រាកពេទ្យបន្ត
- បន្តនូវការព្យាបាលដែលបានធ្វើពីខាងដើម
- ប្រសិនបើស្ត្រីឬកូនមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយ សូមប្រញាប់ត្រឡប់មកវិញ
- រាល់ពេលត្រឡប់មកវិញ ត្រូវយកសៀវភៅសុខភាពមាតានិងប័ណ្ណលឿងមកជាមួយផង។

២-១១ ឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាកើតឡើងក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ

២-១១-១ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយពេលសម្រាល

ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលគឺជាការបាត់បង់ឈាមមានចំណុះលើសពី 500ml ក្រោយសម្រាល ឬលើសពី 1000ml ក្រោយការវះកាត់យកកូន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏មានបញ្ហាខ្លះៗជាមួយនឹងការប៉ាន់ប្រមាណពីបរិមាណឈាមដែលបាត់បង់ ភាគច្រើនមានចំនួនតិចជាងជាក់ស្តែង ជាញឹកញាប់បានតែពាក់កណ្តាលនៃបរិមាណឈាមដែលបាត់បង់។ ពេលខ្លះឈាមបានហូរលាយជាមួយទឹកភ្លោះ ជួនកាលលាយជា មួយនឹងទឹកនោម ជាញឹកញាប់ឈាមបានដាមជាប់ជាមួយនឹងក្រណាត់ឬសារ៉ុងឬហូរចូលក្នុងធុងឬហូរនៅលើកម្រាលអិដ្ឋ។

ចំណុចសំខាន់នៃការផ្តល់បរិមាណឈាមជំនួសឈាមដែលបានបាត់បង់អាស្រ័យទៅតាមកម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីនរបស់ម្តាយ។ ម្តាយដែលមានកម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីនធម្មតាអាចធន់នឹងបរិមាណឈាមដែលបាត់បង់តែវាអាចគ្រោះថ្នាក់ដល់ស្លាប់ចំពោះម្តាយដែលមានភាពស្លេកស្លាំងស្រាប់។

ទោះជាស្ត្រីមានសុខភាពល្អមិនស្លេកស្លាំង ក៏គាត់អាចជួបនឹងគ្រោះថ្នាក់ដោយសារការបាត់បង់ឈាមដែរ។

ការហូរឈាមអាចមានតិចៗតែរយៈពេលច្រើនម៉ោង ដោយមិនមានការចាប់អារម្មណ៍រហូតទាល់តែម្តាយធ្លាក់ចូលក្នុងសភាពស្លុកទើបដឹង។

ការគ្រប់គ្រងសកម្មដំណាក់កាលទី៣នៃការសម្រាល(ទម្លាក់សុកដោយត្រួតពិនិត្យ) ត្រូវតែអនុវត្តរាល់ការសម្រាលទាំងអស់ ពីព្រោះវាអាចកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃការធ្លាក់ឈាមដែលកើតឡើងដោយសារស្បូនខ្សោយមិនកន្ត្រាក់ក្រោយសម្រាល។

ការតាមដានយ៉ាងដិតដល់ក្រោយសម្រាលដោយពិនិត្យសភាពស្បូន(ស្បូនកន្ត្រាក់ល្អ) ការហូរឈាមតាមទ្វារ ជីពចរ និងសម្ពាធឈាមនៅរាល់ស្ត្រីក្រោយសម្រាល ដើម្បីធានាការកំណត់បញ្ហាធ្លាក់ឈាមបានឆាប់និងឆ្លើយតបទាន់ពេលវេលាករណីស្បូន ការធ្លាក់ឈាមច្រើន និងការប្រែប្រួលស្ថានភាពទូទៅរបស់ស្ត្រី។

- ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ (Primary PPH) គឺជាការកើនឡើងនៃការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោងដំបូងបន្ទាប់ពីកូនកើតរួច។

- ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលពន្យារអូសបន្លាយ (Secondary PPH) គឺជាការកើនឡើងនៃការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយ២៤ម៉ោងដំបូងបន្ទាប់ពីកូនកើតរួច។

ការបន្តធ្លាក់ឈាមតិចៗឬការធ្លាក់ឈាមខ្លាំងភ្លាមៗជាបញ្ហាសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលត្រូវធ្វើអន្តរាគមន៍ឱ្យបានឆាប់និងខ្លាំងក្លាបំផុត។

ត្រូវវាយតម្លៃនិងធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយសម្រាល ដូចខាងក្រោម ៖

កំណត់មូលហេតុផ្សេងៗនៃការធ្លាក់ឈាមក្រោយពេលសម្រាល

<table>
<tr><td colspan="2">ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយសម្រាល</td></tr>
<tr><td colspan="2">ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖
• ស្រែករកជំនួយជាបន្ទាន់ពីគ្រប់បុគ្គលិកទាំងអស់ដែលអាចជួយបាន
• វាយតម្លៃឱ្យបានរហ័សពីស្ថានភាពទូទៅរបស់ម្តាយ
• បើសង្ស័យថានឹងអាចមានស្ហុក ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលស្ហុកភ្លាម(សូមមើលផ្នែក ៧.២)ទោះជាគ្មានសញ្ញាថាមានស្ហុកក៏ដោយឈ្លីស្បូនដើម្បីបង្កើនការកន្ត្រាក់បញ្ចេញកំណកឈាមនិងផ្តល់ Oxytocin 10 IU ចាក់សាច់ដុំ (ឬចាក់តាមសរសៃប្រសិនបើមានដាក់សេរ៉ូមរួចស្រេចហើយ)
• ចាប់ផ្តើមចាក់សរសៃវ៉ែនដើម្បីបញ្ចូលសេរ៉ូម Normal saline or Ringer´lactate
• ដាក់សុងទឹកនោមដើម្បីបញ្ចេញទឹកនោមឱ្យអស់ពីប្លោកនោម
• ពិនិត្យមើល តើសុកធ្លាក់ហើយឬនៅនិងពិនិត្យមើលតើកម្ទេចសុកធ្លាក់អស់ឬទេ?
• ពិនិត្យមើលមាត់ស្បូន ទ្វារមាសនិងប៉េរីណេក្រែងមានរហែក។
កំណត់សម្គាល់៖ ផ្ញើសំណាកឈាមដើម្បីពិនិត្យក្រុមឈាម កំរិតអេម៉ូក្លូប៊ីនឬអេម៉ាតូគ្រីតនិងធ្វើការស្នើសុំឈាមដើម្បីបញ្ចូលបើចាំបាច់មុននឹងធ្វើការបញ្ចូលសេរ៉ូម។</td></tr>
<tr><td>ការវាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា</td><td>ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជាក់លាក់</td></tr>
<tr><td>ក. <u>ធ្លាក់ឈាមមានក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាល</u> ៖
១. ស្បូនមិនកន្ត្រាក់ ៖
• មានធ្លាក់ឈាមច្រើនក្រោយពីកើតភ្លាមៗ
• ស្បូនទន់និងគ្មានកន្ត្រាក់</td><td><u>ធ្លាក់ឈាមមានក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាល</u> ៖

ស្បូនមិនកន្ត្រាក់ ៖
• បន្តការឈ្លីស្បូន
• ផ្តល់ Uterotonic អាចផ្តល់រួមគ្នាឬឆ្លាស់គ្នា (សូមមើលតារាងខាងក្រោម)
• ត្រូវត្រៀមឈាមទុកជាមុននិងធ្វើការបញ្ចូលបើចាំបាច់
• បើឈាមនៅតែធ្លាក់ ពិនិត្យសុកម្តងទៀត បើមានសញ្ញានៃការសល់កំទេចសុកត្រូវយកចេញ។
• បើការធ្លាក់ឈាមនៅបន្តទោះបីជាធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលតាមការណែនាំដូចខាងលើ ត្រូវធ្វើការសង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរ (ទំព័រ285)ឬធ្វើការសង្កត់លើសរសៃអាក់ទែរអាអ័ក(ទំព័រ286)
• បើឈាមនៅតែធ្លាក់ទោះបីជាធ្វើទប់សង្កត់ស្បូនក៏ដោយត្រូវ រៀបចំធ្វើការវះកាត់ (ចងអាកទែរ Uterineនិង Utero-ovarian និង/ឬ Subtotal hysterectomy) (ទំព័រ 298 និង 300)។</td></tr>
</table>

២. រហែក ៖ **២.១. រហែកមាត់ស្បូន ទ្វារមាសឬប៉េរីណេ ៖** • ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ **២.២. រហែកស្បូន ៖**	**រហែកមាត់ស្បូន ទ្វារមាសឬប៉េរីណេ ៖** ពិនិត្យនិងកំណត់នូវកម្រិតនៃការរហែក បើជាការរហែកកម្រិតទី៣ (រហែកដល់ចុងពោះវៀនធំនិងរន្ធគូថ) ដេរជួសជុលស្នាមរហែក (ទំព័រ 258) សម្រាប់ការរហែកផ្សេងទៀតសង្កត់ពីលើស្នាមរហែកដោយស្បៃស្ទេរីលហើយដាក់ជើងជិតគ្នា។ ពិនិត្យ៥នាទីក្រោយ បើនៅតែធ្លាក់ឈាម ដេរជួសជុលស្នាមរហែក។ **រហែកស្បូន ៖** សង្គ្រោះនិងធ្វើការវះកាត់។
៣. សុកមិនធ្លាក់ ៖ **៣.១.សុកមិនធ្លាក់ក្នុងរយៈពេល១ ម៉ោងក្រោយពីសម្រាល** ***កំណត់សម្គាល់៖*** ក្នុងករណីខ្លះការសល់សុកមិនបង្កឱ្យមានការធ្លាក់ឈាមទេ	**សុកមិនធ្លាក់ ៖** **សុកមិនធ្លាក់ក្នុងរយៈពេល១ ម៉ោងក្រោយពីសម្រាល ៖** • បើក្រោយ៣០នាទីនៃការទម្លាក់សុកមិនទាន់ធ្លាក់និងស្ត្រីមិនមានធ្លាក់ឈាមត្រូវ ៖ - បញ្ចេញទឹកនោមឱ្យអស់ពីប្លោកនោម - ទាញទងសុកថ្នមៗដោយត្រួតពិនិត្យសារជាថ្មីម្តងទៀត - បើសុកនៅតែមិនធ្លាក់និងគ្មានធ្លាក់ឈាមត្រូវសង្ស័យថាជាប់សុក។ • ប្រសិនបើស្ត្រី**មានធ្លាក់ឈាម**ហើយសុកនៅតែមិនធ្លាក់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទីទៀត (សរុប១ម៉ោងក្រោយសម្រាល) ៖ - លូកបារទម្លាក់សុក (ទំព័រ 283) - ផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិកAmpicilline2g IM មុនពេលលូកបារ - បន្ទាប់មកប្រើ Oxytocin10 IU ចាក់សាច់ដុំនិងអាចប្រើថែមទៀតបើស្បូនមិនកន្ត្រាក់ល្អ - បើស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមក្រោយទម្លាក់សុកត្រូវធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរហ័ស។ • ប្រសិនបើស្ត្រីមិនមានធ្លាក់ឈាមហើយសុកនៅតែមិនធ្លាក់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទីទៀត(សរុប១ម៉ោងក្រោយសម្រាល) វាអាចជាសញ្ញាសុកចាក់ឫស (Placenta Acreta) ដែលត្រូវបញ្ជូនទៅបន្ទប់វះកាត់ដើម្បីព្យាយាមបារទម្លាក់សុកដោយដៃ ឬធ្វើការវះកាត់បើពុំអាចបារទម្លាក់សុកបានទេ។
៣.២. សល់បំណែកសុក ៖	**សល់បំណែកសុក ៖**

• បើបំណែកខ្លះនៃសុកនៅសល់វាធ្វើឱ្យស្បូនកន្ត្រាក់មិនបានល្អ។ *កំណត់សម្គាល់៖* ក្នុងករណីខ្លះការសល់បំណែកសុកមិនបង្កឱ្យមានការធ្លាក់ឈាមទេ	• ក្នុងករណីអាចលូកដៃបានត្រូវលូករកបំណែកនៃសុកដែលសល់នៅក្នុងស្បូន ទម្រង់ការនេះធ្វើដូចការលូកបារទំលាក់សុក • ក្នុងករណីមិនអាចលូកដៃបានត្រូវយកបំណែកនៃសុកចេញដោយប្រើដង្កៀបមុខមូល (Ovum forceps) ឬដោយស្លាបព្រាកោសធំទាល (Blunt Wide Curette) **ចំណាំ ៖** ការព្យាយាមទាញទម្លាក់បំណែកនៃសុកដែលមិនងាយនឹងរបើកជាមូលហេតុនាំឱ្យធ្លាក់ឈាមខ្លាំងឬធ្លុះស្បូនជាទូទៅតម្រូវធ្វើការវះកាត់ស្បូន។
៣.៣. ស្បូនពន្លាត់ ៖ • ស្ទាបពោះមិនប៉ះកំពូលស្បូន • ឈឺតិចៗឬឈឺខ្លាំង • ឃើញសាច់ស្បូនធ្លាក់តាមទ្វារមាសមកក្រៅ	**ស្បូនពន្លាត់ ៖** • ត្រូវកែសម្រួលការពន្លាត់ស្បូនជាបន្ទាន់ (ទំព័រ 296)
៤. វិបត្តិកំណកឈាម ៖ អាចសង្កេតឃើញក្នុងករណី៖ក្រឡាភ្លើង សុករបើកមុនសម្រាល ទារកស្លាប់ក្នុងផ្ទៃយូរ embolie amniotic និងមូលហេតុដទៃទៀត	**វិបត្តិកំណកឈាម ៖** • ផ្តល់ការព្យាបាលតាមមូលហេតុជំងឺ • ផ្តល់ឈាមស្រស់ថ្មី(fresh whole blood) ប្រសិនបើមិនមានផ្តល់ fresh frozen Plasma (15ml/kg) ឬ packed red cells ឬ platelet concentrates (បើការធ្លាក់ឈាមនៅតែបន្តហើយ platelet តិចជាង 20,000) យោងតាមលទ្ធផលដែលបានពីមន្ទីរពិសោធន៍។
៥. <u>ធ្លាក់ឈាមមានក្រោយ២៤ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាល</u> ៖ ស្បូនទន់ធំជាងអ្វីដែលយើងរំពឹងទុក ដែលអាចបណ្តាលមកពីការបង្ករោគក្នុងស្បូនឬសល់កំទេចសុក	**<u>ធ្លាក់ឈាមមានក្រោយ២៤ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាល</u> ៖** • ប្រសិនបើធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរធ្វើការគ្រប់គ្រងដូចការគ្រប់គ្រងជាទូទៅ • ប្រសិនបើមានសញ្ញាបង្ករោគ (គ្រុនក្តៅ ធ្លាក់ឈាមស្អុយ) ផ្តល់ថ្នាំផ្សះដូចករណីការបង្ករោគក្នុងស្បូនក្រោយសម្រាល • ផ្តល់Oxytocin 10 IU IM • ប្រសិនបើមាត់ស្បូននៅបើកចំហ លូកបារកំណកឈាមនិងសំណល់កំទេចសុក • ប្រសិនបើមាត់ស្បូនមិនចំហធ្វើការទម្លាក់ កំទេចសុកដោយប្រើស្លាបព្រាកោសធំទាល (Blunt Wide Curette)

	• កម្រណាស់ដែលឈាមនៅតែបន្តធ្លាក់ដែលទាមទាររហូតដល់ការវះកាត់បញ្ឈប់ការធ្លាក់ឈាម • គប្បីយកសំណាកសាច់ទៅធ្វើការវិភាគជាលិកាវិទ្យាដើម្បីផាត់ចោលពី Trophoblastic tumour • ការថែទាំក្រោយការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល ៖ ត្រូវធ្វើការតាមដានឱ្យបានដិតដល់និងផ្តល់ការអប់រំពីការថែទាំខ្លួននិងការប្រឈមនឹងការបង្ករោគ។

របៀបប្រើអុកស៊ីតុកស៊ីក ៖

	កម្រិតថ្នាំនិងផ្លូវបញ្ចូល	កម្រិតថ្នាំផ្តល់បន្ត	កម្រិតថ្នាំអតិបរិមា	ការប្រុងប្រយ័ត្ន និង ការហាមប្រើ
Oxytocin	IV: ផ្តល់ 20 IU ក្នុងសេរ៉ូម 1L ក្នុងល្បឿនលឿនបំផុតដែលអាចធ្វើបាន IM: 10 IU	IV: ផ្តល់ 20 IU ក្នុងសេរ៉ូម 1L ក្នុងល្បឿន ៤០ដំណក់/នាទី	មិនត្រូវផ្តល់សេរ៉ូមដែលមានលាយ oxytocin លើសពី 3L	មិនត្រូវចាក់oxytocin សុទ្ធតាមសរសៃក្នុងល្បឿនលឿនទេ
Ergometrine/ Methyl-ergometrine	IM ឬ IV(យឺតៗ) 0.2 mg	ផ្តល់ម្តងទៀត 0.2mg IM 15 នាទីក្រោយ។ បើចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ 0.2mg IM ឬ IV (យឺតៗ) រៀងរាល់៤ម៉ោងម្តង	៥ ដូស (សរុប 1mg)	សម្ពាធឈាមខ្ពស់ បម្រុងក្រឡាភ្លើង ជំងឺបេះដូងនិងសល់សុក
Misoprostol PGE1	បៀមក្រោមអណ្តាត 800 mcg	ផ្តល់ម្តងទៀត 200-800 mcg	មិនឱ្យលើស 1600 mcg	
15-Methyl Prostaglandin F2 alpha	IM: 0.25 mg	0.25mg រៀងរាល់១៥នាទី	៨ដូស (មិនលើសពី2mg)	ករណីស្ត្រីមានហឺតមិនត្រូវផ្តល់ដោយចាក់តាមសរសៃព្រោះអាចមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ស្លាប់។

Tranexamic Acid	IV (slowly) 1 g	ផ្តល់ម្តងទៀត 30 នាទីក្រោយ ប្រសិនបើនៅតែធ្លាក់ឈាម	មិនឱ្យលើសពី 10mg/kg/dose 3-4 ដងក្នុង១ថ្ងៃ	មានប្រវត្តិជំងឺកំណកឈាមឬកំពុងមានកំណកឈាមក្នុងសរសៃឬប្រកាច់ ។

២-១១-២ សម្ពាធឈាមអប្បបរមាឡើងខ្ពស់

ជាការសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវបន្តតាមដានសម្ពាធឈាមនិងប្រុងប្រយ័ត្នចំពោះសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់នៃបំរុងក្រឡាភ្លើងដែលទើបនឹងបង្ហាញចេញឬ បំរុងក្រឡាភ្លើងដែលមានស្រាប់ហើយកាន់តែវិវត្តធ្ងន់ធ្ងរក្នុងអំឡុងពេលក្រោយសម្រាលពីព្រោះ៖

- នៅពេលដែលមានស្ត្រីភាគច្រើនដែលមានបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងក្រឡាភ្លើងបានជាសះស្បើយក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោងក្រោយសម្រាល ក៏មានស្ត្រីមួយចំនួនតូចមានស្ថានភាពមិននឹងនឬកាន់តែដុនដាប
- មានស្ត្រីខ្លះទើបតែមានចេញបញ្ហាបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងក្រឡាភ្លើងនៅក្នុងរយៈពេលក្រោយសម្រាល។

ប្រសិនបើស្ត្រីមានសម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ក្រោយសម្រាល វាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ ៖

មើល សួរ ស្តាប់ ស្ទាប	សញ្ញា	ព្យាបាល និង ណែនាំ
• ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥ 90mmHg ចូរវាស់ម្តងទៀតបន្ទាប់ពីសម្រាក ១៥នាទីក្រោយ • ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមអប្បបរមា នៅតែ ≥ 90mmHg សួរស្ត្រីតើមាន៖ - ឈឺក្បាលខ្លាំង - ស្រវាំងភ្នែក - ចុកចុងដង្ហើមនិង - ពិនិត្យរកប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម	**បម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ៖** • សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥ 110mmHg ឬ • សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥ 90mmHg និងប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម ++ និងសញ្ញាណាមួយដូចខាងក្រោម ៖ - ឈឺក្បាលខ្លាំង - ស្រវាំងភ្នែក - ចុកចុងដង្ហើម	**បម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ៖** ផ្តល់ MgSo4 (សូមមើលផ្នែក១.២.១)
	ក្រឡាភ្លើង ៖ • ស្ត្រីប្រកាច់ឬសន្លប់ក្រោយប្រកាច់ • សម្ពាធឈាមអប្បបរមានៅ តែ ≥ 90-110mmHg ស្ទង់ឃើញ២ដង • ប្រូតេអ៊ីន ++ (ពេលស្ត្រីចូល	**ក្រឡាភ្លើង ៖** ផ្តល់ MgSo4 (សូមមើលផ្នែក១.២.១)

	សម្រាកពេទ្យ)	
	សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ខ្លាំងភ្លាមៗ ៖ • សម្ពាធឈាមអប្បបរមានៅ តែ ≥ 110mmHg ពិនិត្យ ២ដង	**សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ខ្លាំងភ្លាមៗ ៖** - បើចាក់ MgSo4 រួចសម្ពាធឈាមអប្បបរមា នៅតែ >100 mmHg នៅពេលវាស់ ២ដង ចន្លោះ១៥ នាទីម្តង ផ្តល់Hydralazine 10mg ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣ទៅ៤នាទី) បើមិនអាចចាក់សរសៃមិនបាន ត្រូវចាក់សាច់ដុំ - តាមដានសម្ពាធឈាម បើ៣០នាទីក្រោយសម្ពាធឈាមអប្បរមានៅតែ > 90mmHg ត្រូវផ្តល់Hydralazine 10mg ចាក់សរសៃយឺតៗម្តងទៀតរហូតសម្ពាធឈាមអប្បបរមាចុះត្រឹម 90 mmHg ដូសកំរិតដំបូង 20mg និងប្រើបន្តបើចាំចាច់ - មិនត្រូវឱ្យ Ergometrine បន្ទាប់ពីសម្រាលទេ - ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមនៅតែខ្ពស់បន្ទាប់ពីសម្រាលត្រូវបន្តការព្យាបាល MgSo4 ២៤ម៉ោងទៀត។

ការបង្ការបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងក្រឡាភ្លើងសម្រាប់ផ្ទៃពោះបន្ទាប់

- នៅតំបន់ដែលមានកាល់ស្យូមក្នុងរបបអាហារប្រចាំថ្ងៃទាប ការផ្តល់កាល់ស្យូមបន្ថែម (កំរិតដូស 1.5-2.0g elemental calcium/ថ្ងៃ) ត្រូវបានណែនាំអោយផ្តល់ ដើម្បីបង្ការបំរុងក្រឡាភ្លើងដល់គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ជាពិសេសចំពោះស្ត្រីដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងមានបំរុងក្រឡាភ្លើង។
- គួរចាប់ផ្តើមផ្តល់ acetylsalicylic acid (aspirin, 75mg) កំរិតទាប នៅមុនអាយុគភ៌ ២០សប្តាហ៍ (ចាប់ពី ១២សប្តាហ៍ បើអាចធ្វើទៅបាន) ចំពោះស្ត្រីដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងបំរុងក្រឡាភ្លើងបើស្ត្រីទាំងនោះមានកត្តាប្រឈមមុខដូចខាងក្រោមមួយឬច្រើន៖ មានបំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរពីមុន ទឹកនោមផ្អែម លើសសម្ពាធឈាមរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺជាត់ ជំងឺតម្រងនោម ជំងឺ autoimmune disease និងកំពុងមានផ្ទៃពោះកូនភ្លោះ ។ល។

២-១១-៣ គ្រុនក្តៅក្រោយសម្រាលរួច

គ្រុនក្តៅ (កម្តៅ៣៨ ^{0}C ឬ ច្រើនជាងនេះ) ដែលកើតមានលើសពី២៤ម៉ោងក្រោយសម្រាលគឺជាសញ្ញានៃការក្លាយរោគ។ មូលហេតុចំបងនៃការក្តៅខ្លួនក្រោយសម្រាលមានការរលាកស្បូន អាប់សែនៅអាងត្រគាកនិងរលាកដោះ។

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានគ្រុនក្តៅបន្ទាប់ពីសម្រាលកូនរួច ដូចខាងក្រោម ៖

<table>
<tr><td colspan="2">វាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលគ្រុនក្តៅក្រោយសម្រាល</td></tr>
<tr><td colspan="2">ការគ្រប់គ្រងទូទៅ ៖
• ជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យសម្រាកលើគ្រែ
• ត្រូវបំពេញជាតិទឹកឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់តាមមាត់ឬតាមការចាក់សរសៃ
• ប្រើកង្ហារឬកន្សែងសើមដើម្បីជួយបន្ថយកំដៅ
• បើសង្ស័យថាមានស្លក ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជាបន្ទាន់។</td></tr>
<tr><td>ការវាយតម្លៃ សញ្ញានិងរោគសញ្ញា</td><td>ការព្យាបាលសមស្រប</td></tr>
<tr><td>រលាកស្បូន (Metritis) ៖
• គ្រុនក្តៅ ញាក់
• ឈឺពោះផ្នែកខាងក្រោម
• កករឈ្លោកមានខ្ទុះ ធំក្លិនស្អុយ
• ឈឺស្បូន</td><td>រលាកស្បូន (Metritis) ៖
• ផ្តល់ Antibiotic បញ្ចូលគ្នាដូចខាងក្រោមរហូតបាត់ក្តៅរយៈពេល ៤៨ម៉ោង
- Ampicilin 2g IV រៀងរាល់៨ម៉ោង
- Gentamycin 80mg IV រាល់១២ម៉ោង
- Methronidazole 500 mg PIV រាល់៨ម៉ោង
• យកកំទេចសុកដែលនៅសល់ចេញ ប្រសិនមានការសង្ស័យដោយដៃឬដោយស្លាបព្រាធំទាល
• ធ្វើការកាត់តួស្បូន (Subtotal) បើស្បូនមានសភាពរលួយឬ មានក្លាយរោគ
• បញ្ចូលឈាមបើមានការចាំបាច់។</td></tr>
<tr><td>អាប់សែអាងត្រគាក ៖
• ពោះឡើងតឹង ហើយឈឺនៅផ្នែកខាងក្រោម
• មានគ្រុនក្តៅជាប់/ញាក់
• ស្បូនប៉ះឈឺ (tender)</td><td>អាប់សែអាងត្រគាក ៖
• ផ្តល់ Antibiotic បញ្ចូលគ្នា ដូចខាងលើ
• ចោះបង្ហូរខ្ទុះចេញតាម Cul-de-sac Douglas បើអាប់សែនោះមានសភាពទន់
• វះបើកពោះ និងធ្វើការបង្ហូរខ្ទុះប្រសិនបើគ្រុនក្តៅនៅតែបន្ត។</td></tr>
<tr><td>រលាកស្រោមពោះ ៖</td><td>រលាកស្រោមពោះ ៖</td></tr>
</table>

• គ្រុនក្តៅ/ញាក់ • ឈឺពោះផ្នែកខាងក្រោម • គ្មានសំឡេងចលនាពោះវៀន	• បង្ហូរទឹកក្រពះចេញតាមសុង Nasogastric • ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ • ផ្តល់ Antibiotic បញ្ចូលគ្នាដូចខាងលើរហូតបាត់ក្តៅ៤៨ម៉ោង • វះបើកពោះ ដើម្បីលាងសម្អាតស្រោមពោះ និងធ្វើ drainage។ • ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដទៃទៀតដោយថតកាំរស្មីឬអេកូសាស្ត្រដើម្បីរកមូលហេតុផ្សេងៗទៀត។

លាសដោះ ៖
• ដោះឡើងតឹង ឈឺ និងក្រហម
• កើតមាន៣-៥ថ្ងៃក្រោយ សម្រាល លាសដោះគឺជាការស្ទះនៃសរសៃ Lymphatic និងសរសៃVeine ដែលកើតឡើងមុនពេលទឹកដោះ ចេញ។ វាមិនមែនកើតឡើងដោយសារតែមានទឹកដោះច្រើនហួសនោះទេ។
	លាសដោះ ៖
	ក. បើស្ត្រីបំបៅ កូនដោយទឹកដោះម្តាយ
	• បើទារកអាចជញ្ជក់បាន ៖
	- សង្កេតមើលការបំបៅដោះទារក
	- បង្ហាញម្តាយពីរបៀបបីកូននិងការបៅបានផ្អិបល្អ
	- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យបំបៅដោះកូនឱ្យបានញឹកញាប់ដោយដោះទាំងពីររាល់ពេលបំបៅម្តងៗ។ត្រូវបំបៅទារក៨ដងឬលើសពីនេះក្នុង២៤ម៉ោង
	- របៀបបន្ធូរដោះបន្តិចមុននឹងបំបៅ ៖
	  ◦ ឈ្លីកញ្ចឹងកនិងខ្នងស្ត្រីធ្វើឱ្យក្តៅមុនបៅដើម្បីជួយពញ្ញាក់រ៉េផ្លិច
	  ◦ ឱ្យស្ត្រីច្របាច់ទឹកដោះចេញបន្តិចមុនបំបៅនិងផ្សើមក្បាលដោះ ដើម្បីជួយឱ្យទារកបៅផ្អិបបានល្អនិងងាយស្រួល
	  ◦ ម៉ាស្សាដោះ
	- របៀបបន្ធូរដោះក្រោយពីការបំបៅ ៖
	  ◦ ដាក់កន្សែងត្រជាក់លើដោះទាំងពីរនៅចន្លោះការបំបៅនីមួយៗដើម្បីបន្ថយការហើមនិងការឈឺចាប់។
	  ◦ ផ្តល់ថ្នាំ Paracetamol គ្រាប់បើចាំបាច់។
	  ◦ តាមដាន៣ថ្ងៃក្រោយ
	• បើទារកមិនអាចជញ្ជក់បានល្អ ជួយម្តាយឱ្យដាក់ទារកបានត្រឹមត្រូវនិងបានផ្អិបល្អ
	- បើក្រោយពីបានព្យាយាមដាក់ឱ្យទារកបៅតែទារកនៅតែមិនជញ្ជក់បានល្អ ៖
	  ◦ បង្រៀនម្តាយឱ្យច្របាច់ទឹកដោះបញ្ចូលក្នុងមាត់ទារក
	  ◦ បង្រៀនម្តាយឱ្យច្របាច់ទឹកដោះនិងបញ្ចុកទារកដោយពែងរហូតការជញ្ជក់បានប្រសើរឡើង

	◦ វាយតម្លៃពីលទ្ធភាពជញ្ជក់របស់ទារកម្តងក្នុង១ថ្ងៃដោយឱ្យម្តាយដាក់ឱ្យកូនបៅ ◦ បន្តការបំបៅតាមពែងរហូតទារកអាចជញ្ជក់បានល្អ ◦ នៅពេលដែលទារកអាចជញ្ជក់បានល្អភ្លាមត្រូវបញ្ឈប់ការបំបៅតាមពែងនិងបន្តការបំបៅពីដោះផ្ទាល់ **ខ. បើស្ត្រីមិនបំបៅដោះកូនដោយសារមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ មួយចំនួន (លក្ខខ័ណ្ឌមួយចំនួន (ទំព័រ176)** • អប់រំម្តាយឱ្យ ៖ - ដាក់កន្សែងត្រជាក់លើដោះទាំងពីរដើម្បីបន្ថយការហើមនិងការឈឺចាប់ - កុំឈ្លីឬដាក់អ្វីដែលក្តៅលើដោះ - កុំភ្លេចក្បាលដោះ - ផ្តល់ថ្នាំ Paracetamol បើចាំបាច់ - តាមដាន៣ថ្ងៃក្រោយ។
ឈឺឬប្រេះក្បាលដោះ ៖ ទារកបៅមិនបានផ្ចិបល្អ	**ឈឺឬប្រេះក្បាលដោះ ៖** • វាយតម្លៃថាកូនមានស្ថានភាពនិងបៅផ្ចិបល្អ • លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបន្តបំបៅកូន • បង្រៀននិងជួយម្តាយឱ្យដាក់ទារកបៅឱ្យបានត្រឹមត្រូវនិងបានផ្ចិបល្អ • វាយតម្លៃម្តងទៀតក្រោយពីបៅបាន២ដង បើនៅតែមិនប្រសើរ បង្រៀនម្តាយពីរបៀបច្របាច់ទឹកដោះពីដោះដែលឈឺនិងបំបៅដោយពែងនិងបន្តបំបៅទារកពីដោះដែលមិនឈឺ។
រលាកដោះ • ដោះឡើងតឹងនិងឈឺ • ក្រហមនៅផ្នែកណាមួយនៃដោះ • ក្តៅ > 38 ◦ c • កើតមាន ៣-៤ សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល	**រលាកដោះ** • ផ្តល់ Antibiotic ៖ - Cloxacillin 500mg លេប ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល១០ថ្ងៃ - ឬ Erytrhomycine 250mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល ១០ថ្ងៃ • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យ បន្តបំបៅដោះនិងដាក់កន្សែងត្រជាក់លើដោះទាំងពីរនៅចន្លោះការបំបៅដោះ • ផ្តល់ថ្នាំ Ibuprofen 200-400mg លេប រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តងឬ Paracetamol 500-1000mg លេប រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង

	• បើម្ដាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឱ្យម្ដាយបំបៅទារកពីដោះដែលមិនឈឺ។ ប្របាច់ទឹកដោះពីដោះដែលឈឺចោលរហូតដល់បាត់ ក្ដៅខ្លួន • មុនពេលចេញទៅផ្ទះត្រូវតាមដានរាល់ពេលបំបៅ • តាមដាន៣ថ្ងៃក្រោយ។
បូសដោះ - ដោះឡើងរឹង ក្រហម និងឈឺ	**បូសដោះ** • ផ្ដល់ Antibiotic ៖ Cloxacilllin 500mg លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃឬ Erythromycine 250mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ • បង្ហូរខ្ទុះចេញពីបូស ៖ - ជាទូទៅតម្រូវឱ្យដាក់ថ្នាំសណ្ដំ - វះចោះឱ្យបានទូលាយចាប់ពីរង្វង់ខ្មៅនៃក្បាលដោះទៅគែមដោះដោយចៀសវាងការប៉ះពាល់ដល់ផ្លូវបង្ហូរទឹកដោះ - ដោយពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល ប្រើចង្អុលដៃឬដង្កៀបដើម្បីបំបែកថង់ខ្ទុះ - ញាត់ស្បៃចូលតែកុំឱ្យណែនពេក - យកស្បៃចេញវិញក្រោយ២៤ម៉ោងហើយញាត់ស្បៃតូចជាងមុនចូល • បើនៅតែមានខ្ទុះ ៖ ដាក់ស្បៃតូចជាងមុនចូលដោយឱ្យជាយស្បៃចេញផុតពីដំបៅដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការហូរចេញខ្ទុះដែលនៅសល់។ • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យ ៖ - បន្តបំបៅដោះទោះបីជានៅមានការកខ្ទុះនៅឡើយ - រុំទ្រដោះ - ដាក់កន្សែងត្រជាក់នៅលើដោះទាំងពីរនៅចន្លោះការបំបៅដើម្បីបន្ថយការហើមនិងការឈឺចាប់ • ផ្ដល់ Paracetamol 500mg លេប • តាមដានរយៈពេល៣ថ្ងៃក្រោយ។

២-១១-៤ ភាពស្លេកស្លាំងក្រោយសម្រាលរួច

ប្រសិនបើស្ត្រីស្លេកស្លាំង ត្រូវពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងដូចតទៅ ៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្ដាប់ ស្ទាប

• ពិនិត្យកំណត់ត្រារកការធ្លាក់ឈាមពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាលនិងក្រោយពេលសម្រាល • តើអ្នកមានធ្លាក់ឈាមច្រើនទេ ចាប់តាំងពីពេលសម្រាលកូនមក? • តើអ្នកឆាប់អស់កំលាំងឬទេ ? • តើអ្នកហត់ឬទេ (ដង្ហើមខ្លីៗ) ក្នុងពេលធ្វើការផ្ទះធម្មតា?	• វាស់កម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីនបើមានប្រវត្តិធ្លាក់ឈាម • រកមើលភាពស្លេកស្លាំងនៃត្របកភ្នែកខាងក្រោម • រកមើលភាពស្លេកស្លាំងលើបាតដៃឬចុងម្រាមដៃ ៖ - តើធ្ងន់ធ្ងរទេ? - ស្លេកស្លាំងតិចតួច? • រាប់ចំនួនចង្វាក់ដង្ហើមក្នុង១នាទី។

ការព្យាបាលនិងណែនាំ

ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ៖ • Hemoglobine < 7g/dl និង ឬ • ស្លេកស្លាំងខ្លាំងនៅភ្នាសត្របកភ្នែកក្រោមនិងឬបាតដៃ • សញ្ញាណាមួយនៃ ៖ - ហត់ (ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៣០ដងក្នុងមួយនាទី) - ស្ត្រីងាយអស់កំលាំង - ពិបាកដកដង្ហើមនៅពេលសម្រាក។	**ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ៖** • ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលីក 60mg ២គ្រាប់ក្នុង1ថ្ងៃ (1គ្រាប់ពេលបាយព្រឹកនិង១គ្រាប់ទៀតពេលបាយល្ងាច) រយៈពេល3ខែ • បើពិនិត្យឃើញមានជំងឺគ្រុនចាញ់ ត្រូវផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានសមស្រប តាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ • ផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យលេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា • ប្រសិនបើគភ៌មានអាយុ <36 សប្តាហ៍ត្រូវត្រឡប់មកតាមដានវិញរយៈពេលក្រោយព្យាបាលបាន2សប្តាហ៍បន្ទាប់មកត្រូវតាមដាន 4 សប្តាហ៍ម្តង បន្តព្យាបាលឱ្យបាន 3ខែ • ប្រសិនបើគភ៌មានអាយុ ≥36 សប្តាហ៍ត្រូវតែសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរហូតទាល់តែដល់ថ្ងៃសម្រាលកូន (មើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការផ្តល់ថ្នាំជាតិដែកនិងអាស៊ីដហ្វូលីកការពារនិងព្យាបាលភាពស្លេកស្លាំងចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងស្ត្រីក្រោយសម្រាល) • ស្ត្រីមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរចាំបាច់ត្រូវបានបញ្ជូលឈាម។
ភាពស្លេកស្លាំងតិចទៅមធ្យម ៖ • Hemoglobine 7-11g/dl ឬក៏Hematocrite នៅចន្លោះ 21 % ទៅ < 33 %	ភាពស្លេកស្លាំងតិចទៅមធ្យម ៖ • ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលីក 60mg ២គ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃ (១គ្រាប់ពេល ព្រឹកនិង១គ្រាប់ទៀតពេលល្ងាចក្រោយអាហារ) រយៈពេល១៤ថ្ងៃហើយត្រលប់មកជួបវិញ២សប្តាហ៍ក្រោយដើម្បីតាមដាន

• ស្លេកស្លាំងមធ្យមនៅភ្នាសត្របក ភ្នែកក្រោមនិងបាតដៃ	• ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលីក 60mg ដូចខាងលើម្តងទៀត រយៈពេល៣ខែ ប្រសិនបើភាពស្លេកស្លាំងនៅមាន • បើពិនិត្យឃើញមានជំងឺគ្រុនចាញ់ ត្រូវផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានសមស្រប តាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ • ផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យលេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។

២-១២ ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះសម្រាល

មានស្ត្រីខ្លះមកសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ពេលឈឺពោះសម្រាលដោយមិនបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឬបានធ្វើតេស្តនៅពេលមានផ្ទៃពោះលើកមុន។ បើសិនជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយមិនបាន ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់គាត់ នៅពេលគាត់មកសម្រាល នោះទាំងម្តាយ និងទារកនឹងត្រូវបាត់បង់ឱកាសក្នុងការទទួលបាននូវឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍និងសេវាបង្ការការចម្លងរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនដទៃទៀត (PMTCT) ដើម្បីកាត់បន្ថយនូវការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។

ដូច្នេះព័ត៌មានស្តីពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍គួរតែកត់ត្រានៅក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា ដើម្បីដឹងពីស្ថានភាពរបស់ស្ត្រី។ នៅមន្ទីរពេទ្យឬមណ្ឌលសុខភាពដែលមានការសម្រាលច្រើននិងមានសេវា PMTCT និងកន្លែងដែលមានសេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលនៅជិតគួរតែផ្តល់ ការធ្វើតេស្តឈាមនៅពេលឈឺពោះសម្រាលសម្រាប់ស្ត្រីដែលមិនទាន់ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុក។

ដូច្នេះនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលគួរ ៖

- មានបុគ្គលិកនៅផ្នែកសម្ភពដែលបានបណ្តុះបណ្តាលពីសេវា PMTCT និងការធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍
- មានសេវាដែលនៅជិត ដើម្បីធ្វើតេស្តបញ្ជាក់រកមេរោគអេដស៍ ដែលសេវានេះគួរមានផ្តល់នៅពេល យប់ឬនៅចុងសប្តាហ៍ផងដែរ។
- ផ្នែកសម្ភពនៃមន្ទីរពេទ្យដែលមានសេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមដែលនៅជិតឬអាចទៅទទួលបានដោយងាយស្រួលត្រូវមានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រៀមបម្រុង ដើម្បីព្យាបាលបង្ការទាំងម្តាយនិងទារកហើយអាច ៖
  - ផ្តល់ឱសថដល់ម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមិនទាន់បានទទួលថ្នាំក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ (OptionB+) និងណែនាំស្ត្រីឱ្យទៅទទួលសេវាបន្តនៅ Pre-ART/ART
  - ផ្តល់ឱសថបង្ការដល់ទារកដែលប្រឈម។

ការសម្រាលកូនដោយសុវត្ថិភាពសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

គ្រប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់គួរតែមកសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដើម្បីទទួលយកនូវឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវនៅក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលនិងក្រោយសម្រាលទាំងម្តាយនិងទារក ដែលជាទូទៅសេវានេះមាននៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានសណ្ឋានសកម្មភាពបង្គ្រប់ និងមន្ទីរពេទ្យដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម/ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ អង្គការដែលផ្តល់សេវាថែទាំនៅសហគមន៍គួរតែផ្តល់ការគាំទ្រដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដើម្បីទៅសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយរំលឹកស្ត្រីឱ្យយកសៀវភៅសុខភាពមាតា និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៅជាមួយផង ជាពិសេសនៅពេលដែលពួកគាត់រំពឹងថាជិតដល់ថ្ងៃសម្រាល។ គួរតែគាំទ្រស្ត្រីឱ្យប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវនិងទៀងទាត់ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលនិងក្រោយសម្រាល ។

ការបង្ការជាសកល ៖

> បុគ្គលិកសុខាភិបាលទាំងអស់ (រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកសម្អាត) គួរតែអនុវត្តនូវការបង្ការជាសកលដល់គ្រប់ស្ត្រីនៅពេលឈឺពោះសម្រាលដោយមិនគិតពីស្ថានភាពផ្ទុកឬមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឡើយ។
>
> និយាមនៃការអនុវត្តន៍ការបង្ការជាសកលដូចខាងក្រោមៈ
>
> - លាងដៃជាមួយសាប៊ូ និងទឹកស្អាតបន្ទាប់ពីបានប៉ះពាល់ជាមួយឈាមនិងសារធាតុសរីរាង្គ
> - កំចាត់មេរោគឬស្តេរីលសម្ភារដែលបានប្រើរួចទាំងអស់បន្ទាប់ពីធ្វើការងារ
> - ជៀសវាងគ្របមុខម្ជុលដើម្បីកាត់បន្ថយការមុត
> - ប្រើម្ជុល ស៊ីរ៉ាំង តែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺម្នាក់
> - បោះចោលម្ជុលឱ្យត្រឹមត្រូវនៅក្នុងប្រអប់សុវត្ថិភាព
> - ពាក់ស្រោមដៃនៅពេលប៉ះពាល់ជាមួយសារធាតុសរីរាង្គ ស្បែក និងភ្នាស
> - បិតឬគ្របស្នាមដាច់រលាត់នៅលើស្បែកឬរបួសដែលមានមុខចំហដោយបង់បិតរបួសមិនជ្រាបទឹក
> - ពាក់អាវអៀមដែលមិនជ្រាបទឹក ស្បែកជើងកវែង និងវ៉ែនតានៅពេលកំពុងធ្វើការវះកាត់និងសម្រាល
> - លាងសម្អាតឱ្យបានឆាប់និងប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលដែលមានប្រឡាក់ឈាម ឬសារធាតុសរីរាង្គដទៃទៀត
> - ប្រមូលនិងបោះចោលសម្រាមទៅតាមប្រព័ន្ធសុវត្ថិភាពឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។
>
> *Adapted from:*
>
> *WHO/CDC. 2008. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Generic Training package*

ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់និងវិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀតដើម្បីឱ្យការសម្រាលមានសុវត្ថិភាព សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ការជ្រើសរើសការសម្រាលដោយវះកាត់អាចកាត់បន្ថយនូវការប្រឈមនឹងការឆ្លង មេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនបើប្រៀបធៀបនិងការសម្រាលធម្មតា ប៉ុន្តែការសម្រាលដោយវះកាត់អាចប្រឈមនឹងផលវិបាកនៅពេលវះកាត់ដូចជា ការក្លាយរោគជាដើម។ ដូច្នេះការសម្រាលដោយវះកាត់មិនត្រូវបានណែនាំឱ្យអនុវត្តជាប្រចាំទេ លើកលែងតែក្នុងករណីដែលមានលក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្នែកសម្ភពណាមួយ។

ទម្រង់ការផ្នែកសម្ភពខ្លះអាចបង្កើនការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះ ត្រូវតែជៀសវាងនូវករណីទាំងនេះបើអាចធ្វើបាន (មើលប្រអប់ខាងក្រោម)

វិធានការណ៍សម្រាប់កាត់បន្ថយការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលសម្រាលមាន ៖

- ចៀសវាងការចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ លើកលែងតែពេលចាំបាច់
- ចៀសវាងការកាត់ទ្វារមាសដែលមិនចាំបាច់
- កាត់បន្ថយការសម្រាលដោយប្រើដង្កៀបឬបូម
- បន្ថយគ្រោះធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលឱ្យនៅតិចបំផុត
- អនុវត្តការបង្ការជាសកល។

Adapted from:WHO/CDC. 2008. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Generic Training package

ជំពូក៣ ៖ ការថែទាំក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើត

ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងជំពូកទី២ ផ្នែក២.៩ ក្រោយសម្រាលភ្លាមស្ត្រីត្រូវបានតាមដាន៖

- រាល់១៥នាទីម្តងរយៈពេល១ម៉ោងដំបូងក្រោយទម្លាក់សុក
- រៀងរាល់៣០នាទីម្តងនៅម៉ោងទី២
- រៀងរាល់ម៉ោងក្នុងម៉ោងទី៣ និងម៉ោងទី៤
- រៀងរាល់៤ម៉ោងក្នុងថ្ងៃដំបូង
- ការពិនិត្យត្រូវធ្វើរៀងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ថ្ងៃទី២-ទី៣ក្រោយសម្រាល ឬមុនចាកចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ចាត់ទុកជាការពិនិត្យក្រោយសម្រាលមុនពេលចាកចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល(PNC0)។

បន្ទាប់ពីចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលត្រូវធ្វើក្នុងគោលបំណងផ្តល់នូវកញ្ចប់សេវាថែទាំសុខភាពទាំងមាតានិងទារកតាមពេលវេលាកំណត់ចំនួន៣ដង និងបន្តពិនិត្យថែទាំទារក៧ដងទៀត។ ពេលវេលានៃការពិនិត្យទាំង១០ដង មានដូចតទៅ៖

១. ការពិនិត្យលើកទី១ ថ្ងៃទី៧ក្រោយសម្រាល (ពិនិត្យទាំងម្តាយទាំងកូន)
២. ការពិនិត្យលើកទី២ ថ្ងៃទី១៤ក្រោយសម្រាល (ពិនិត្យទាំងម្តាយទាំងកូន)
៣. ការពិនិត្យលើកទី៣ កូនមានអាយុ១ខែកន្លះ (ពិនិត្យទាំងម្តាយទាំងកូន)
៤. ការពិនិត្យលើកទី៤ កូនមានអាយុ២ខែកន្លះ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)
៥. ការពិនិត្យលើកទី៥ កូនមានអាយុ៣ខែកន្លះ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)
៦. ការពិនិត្យលើកទី៦ កូនមានអាយុ៦ខែ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)
៧. ការពិនិត្យលើកទី៧ កូនមានអាយុ៩ខែ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)
៨. ការពិនិត្យលើកទី៨ កូនមានអាយុ១២ខែ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)
៩. ការពិនិត្យលើកទី៩ កូនមានអាយុ១៨ខែ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)
១០. ការពិនិត្យលើកទី១០ កូនមានអាយុ២៤ខែ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)

ការពិនិត្យចាំបាច់ដទៃទៀតអាចធ្វើបានគ្រប់ពេលមានបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពម្តាយនិងទារក។

កំណត់សម្គាល់ ៖ កញ្ចប់សេវាថែទាំស្ត្រីនិងទារកដោយប្រើមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលសម្រាប់ស្ត្រីក្រីក្រក្នុងឱកាស ១០០០ថ្ងៃដំបូងនៃជីវិតរួមមាន ៖ ថែទាំផ្ទៃពោះយ៉ាងហោច៤ដង រួមជាមួយការថែទាំក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារករហូតដល់អាយុ២៤ខែឱ្យបាន១០លើក។

ការសម្រាលកូនធម្មតា រួមទាំងការថែទាំក្រោយសម្រាលមុនពេលចេញទៅផ្ទះ ត្រូវអនុវត្តនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឱ្យបាន៣ថ្ងៃ ដើម្បីធានានូវសុវត្ថិភាពទាំងម្តាយទាំងកូន។ ក្រោយពីចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិ បាល ម្តាយនិងកូនត្រូវទទួលការថែទាំលើកទី១លើកទី២និងទី៣ ហើយបន្តការពិនិត្យតាមដានការលូតលាស់របស់កុមាររហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (មណ្ឌលសុខភាពឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក)ទៅតាមកាលវិភាគដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។

៣-១ វាយតម្លៃនិងការថែទាំក្រោយសម្រាលរហូតដល់កុមារអាយុ២ឆ្នាំ

វាយតម្លៃម្តាយនិងកុមារក្រោយពេលចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឬក្រោយពេលសម្រាលនៅតាមផ្ទះដូចតទៅ ៖

ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី១ ថ្ងៃទី៧ក្រោយសម្រាល(ពិនិត្យទាំងម្តាយទាំងកូន) ៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• តើអ្នកសម្រាលកូននេះតាំងពីពេលណា ហើយនៅកន្លែងណា? • តើអ្នកមានការឈឺចាប់ឬគ្រុនក្តៅឬទេ? • តើអ្នកមានធ្លាក់ឈាម ក្រោយពីសម្រាលរួចឬទេ? • តើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកនោមឬទេ? • តើដោះអ្នកមានសភាពដូចម្តេច? • តើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភអ្វីឬទេ? • ពិនិត្យកំណត់ត្រា៖ - ផលវិបាកផ្សេងៗក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះនិងពេលសម្រាល? - កំពុងទទួលការព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយឬទេ? - ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍-ស្វាយប្រសិនបើបានដឹងមុន? • សាកសួរម្តាយពីការហូបអាហារនិងការចិញ្ចឹមថែទាំកូន • សាកសួរម្តាយពីការលេបថ្នាំជាតិដែកនិងថ្នាំទំលាក់ព្រូន • សាកសួរពីសុខភាពកូន • សាកសួរម្តាយរកប័ណ្ណថ្នាំបង្ការនិងតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស	• យកសញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម ជីពចរ កម្តៅ ចង្វាក់ដង្ហើម) • ពិនិត្យដោះនិងក្បាលដោះរកមើល ការលាសដោះ ប្រេះក្បាលដោះ ក្រហមនៅផ្នែកណាមួយ • ស្ទាបស្បូន តើមានសភាពមូលនិងរឹងឬទេ? ប្រៀបធៀបកំពូលស្បូនទៅនឹងឆ្អឹងថ្ងាស (Pubis) តើស្បូនរួមតូចសមស្របឬទេ? (ប្រាកដថាគ្មានទឹកនោមក្នុងប្លោកនោម) • មើលយោនីនិងប៉េរីណេដើម្បីរកការរហែក ហើម ខ្ទុះឬការហូរទឹកនោមដោយឯកឯង • មើលក្រណាត់ទ្រាប់គូថឬសំឡីអនាម័យ ដើម្បីមើលការធ្លាក់ឈាមនិងឈាមកករឃ្លោក (ក្លិននិងបរិមាណ) • បញ្ជូនម្តាយទៅចុះឈ្មោះនៅសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART site) ដើម្បីទទួលបានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ក្នុងករណីគាត់មិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលសោះ) និងបញ្ជូនកូនដែលប្រឈមទៅចុះឈ្មោះនៅសេវាពិនិត្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ (PAC) • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន(ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្តៅ ចាប់ជីពចរ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម) ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ជួយ ម្តាយដាក់ទីតាំងបីបំបៅ និងបៅផ្អឹបជាប់នឹងដោះ • ពិនិត្យកាយសម្បទាកូន រកមើលសញ្ញានៃជំងឺ ឬពិការភាពពីកំណើតដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ពិនិត្យតាមដានពីកើត០ដល់២៨ថ្ងៃ • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា សន្លឹម ប្រកាច់ សភាពកូនខ្សោយ ដង្ហើមញាប់ឬយឺត ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល ភាពត្រជាក់ខ្លួនខ្លាំង (កម្តៅតិចជាង៣៥អង្សា

	សេ) ក្តៅខ្លួន (កម្តៅ៣៨អង្សាសេឡើងទៅ) ភ្នែកមានហូរទឹកភ្នែកឬខ្ទុះ ស្បែកប្តូរពណ៌ខុសពីធម្មតាឬមានពងទឹកលើសពី១០ ប៉ោងឬផតបង្ហើយ ពោះប៉ោងតឹង បៅតិចតួចឬមិនបៅ ផ្ចិតមានហូរឈាមឬខ្ទុះ បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយត្រូវបញ្ជូនជាបន្ទាន់។ • ផ្តល់ប្រឹក្សា/អប់រំអំពី អនាម័យខ្លួនប្រាណ ការលាងដៃមុនពេលហូបអាហារ/បំបៅកូន/ប៉ះពាល់កូន អាហារូបត្ថម្ភម្តាយ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ការថែទាំផ្ចិត សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ក្រោយពេលសម្រាលទាំងម្តាយ/កូន ការពន្យារកំណើត • ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី២ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវសៀវភៅសុខភាពមាតា ប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • កត់ត្រាព័ត៌មាននិងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រា និងសៀវភៅសុខភាពមាតា។

ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី២ ថ្ងៃទី១៤ក្រោយសម្រាល (ពិនិត្យសុខភាពទាំងម្តាយទាំងកូន)៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	**មើល ស្តាប់ ស្ទាប**
• តើអ្នកសម្រាលកូននេះតាំងពីពេលណា ហើយនៅកន្លែងណា? • តើអ្នកមានការឈឺចាប់ឬគ្រុនក្តៅឬទេ? • តើអ្នកមានធ្លាក់ឈាមក្រោយពីសម្រាលរួចឬទេ? • តើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកនោមឬទេ? • តើដោះអ្នកមានសភាពដូចម្តេច? • តើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភអ្វីឬទេ? • ពិនិត្យកំណត់ត្រា៖ - ផលវិបាកផ្សេងៗក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះនិងពេលសម្រាល?	• យកសញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម ជីពចរ កម្តៅ ចង្វាក់ដង្ហើម) • វាយតម្លៃភាពស្លេកស្លាំងឡើងវិញ/ការលេបថ្នាំជាតិដែក • ប្រសិនបើស្ត្រីមិនបានមកទទួលការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី១ ត្រូវបញ្ជូនម្តាយទៅចុះឈ្មោះនៅសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART site) ដើម្បីទទួលបានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍(ក្នុងករណីគាត់មិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលសោះ) និងបញ្ជូនកូនដែលប្រឈមទៅចុះឈ្មោះនៅសេវាពិនិត្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ(PAC) • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន (ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្តៅ ចាប់ជីពចរ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម) ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះ

- កំពុងទទួលការព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយឬទេ? - ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍-ស្វាយប្រសិនបើបានដឹងមុន? • សាកសួរម្តាយពីការហូបអាហារ និងការចិញ្ចឹមថៃទាំកូន • សាកសួរម្តាយពីការលេបថ្នាំជាតិដែក និងថ្នាំទំលាក់ព្រូន • សាកសួរពីសុខភាពកូន • សាកសួរម្តាយរកប័ណ្ណថ្នាំបង្ការនិងតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស	ម្តាយសុទ្ធ ជួយ ម្តាយដាក់ទីតាំងបីបំបៅ បៅផ្ទឹបជាប់នឹងដោះ បង្រៀនម្តាយពីរបៀបច្របាច់ទឹកដោះ និងការថែរក្សាទុកបញ្ចុក • ពិនិត្យកាយសម្បទាកូន រកមើលសញ្ញានៃជំងឺ ឬពិការភាពពីកំណើតដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ពិនិត្យតាមដានពីកើត០ដល់២៨ថ្ងៃ • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា សន្លឹម ប្រកាច់ សភាពកូនខ្សោយ ដង្ហើមញាប់ឬយឺត ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល ភាពត្រជាក់ខ្លួនខ្លាំង (កម្តៅតិចជាង៣៥អង្សាសេ) ក្តៅខ្លួន(កម្តៅ៣៨អង្សាសេឡើងទៅ) ភ្នែកមានហូរទឹកភ្នែកឬខ្ទុះ ស្បែកប្តូរពណ៌ខុសពីធម្មតាឬមានពងទឹកលើសពី១០ ប៉ោងឬផតបង្ហើយ ពោះប៉ោងតឹង បៅតិចតួចឬមិនបៅ ផ្ចិតមានហូរឈាមឬខ្ទុះ បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយត្រូវបញ្ជូនជាបន្ទាន់ • ផ្តល់ប្រឹក្សា/អប់រំអំពី អនាម័យខ្លួនប្រាណ ការលាងដៃមុនពេលហូបអាហារ/បំបៅកូន/ប៉ះពាល់កូន អាហារូបត្ថម្ភម្តាយ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ក្រោយពេលសម្រាលទាំងម្តាយ/កូន ការពន្យារកំណើត • ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី៣ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវសៀវភៅសុខភាពមាតា ប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • កត់ត្រាព័ត៌មាននិងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រានិងសៀវភៅសុខភាពមាតា។

ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី៣ កូនមានអាយុ១ខែកន្លះ (ពិនិត្យសុខភាពទាំងម្តាយទាំងកូន)៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• តើអ្នកសម្រាលកូននេះតាំងពីពេលណា ហើយនៅកន្លែងណា? • តើអ្នកមានការឈឺចាប់ឬគ្រុនក្តៅឬទេ? • តើអ្នកមានឈាមរដូវហើយឬនៅ?	• យកសញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម ជីពចរ កម្តៅ ចង្វាក់ដង្ហើម) • វាយតម្លៃភាពស្លេកស្លាំងឡើងវិញ/ការលេបថ្នាំជាតិដែក • ប្រសិនបើស្ត្រីមិនបានមកទទួលការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី២ ត្រូវបញ្ជូនម្តាយទៅចុះឈ្មោះនៅសេវាព្យាបាល

• តើដោះអ្នកមានសភាពដូចម្តេច? • តើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភអ្វីឬទេ? • ពិនិត្យកំណត់ត្រា៖ - ផលវិបាកផ្សេងៗក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះនិងពេលសម្រាល? - កំពុងទទួលការព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយឬទេ? - ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍-ស្វាយប្រសិនបើបាន ដឹងមុន? • សាកសួរម្តាយពីការហូបអាហារនិងការចិញ្ចឹមថែទាំកូន • សាកសួរម្តាយពីការលេបថ្នាំជាតិដែក • សាកសួរពីសុខភាពកូន • សាកសួរម្តាយរកប័ណ្ណថ្នាំបង្ការនិងតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺ តេតាណូស • សាកសួរប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ដើម្បីពិនិត្យតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការ និងតាមដានការលូតលាស់	ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART site)ដើម្បីទទួលបានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍(ក្នុងករណីគាត់មិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលសោះ) និងបញ្ជូនកូនដែលប្រឈមទៅទទួលថ្នាំកូទ្រីម៉ុកហ្សាសុល និងការធ្វើតេស្ត DNA-PCR លើកទី១ នៅសេវាពិនិត្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ (PAC) • ផ្តល់ថ្នាំបង្ការ DPT-HepB-Hib1, OPV1, PCV1 ដល់កូន និង ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសដល់ម្តាយ(ប្រសិនដល់ពេលផ្តល់) • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន (ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្តៅ ចាប់ជីពចរ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម) ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ជួយម្តាយដាក់ទីតាំងបីបំបៅ បៅផ្ទឹបជាប់នឹងដោះ បង្រៀនម្តាយពីរបៀបច្របាច់ទឹកដោះ និងការថែរក្សាទុកបញ្ចុក • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា សន្លឹម ប្រកាច់ សភាពកូនខ្សោយ ដង្ហើមញាប់ឬយឺត ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល ភាពត្រជាក់ខ្លួនខ្លាំង (កម្តៅតិចជាង៣៥អង្សាសេ) ក្តៅខ្លួន (កម្តៅ៣៨អង្សាសេឡើងទៅ) ភ្នែកមានហូរទឹកភ្នែកឬខ្ទុះ ស្បែកប្តូរពណ៌ខុសពីធម្មតាឬមានពងទឹកលើសពី១០ ប៉ោងឬផតបង្ហើយ ពោះប៉ោងតឹង បៅតិចតួច ពិបាកបៅ ឬមិនបៅ កូនមានរូបរាងស្គមស្គាំង ឬហើមប្រអប់ជើងទាំងពីរ បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងលើត្រូវបញ្ជូនជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យ • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន ថ្លឹងទម្ងន់តាមដានការលូតលាស់របស់កូននៅក្នុងតារាងលូតលាស់ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុក្នុងប័ណ្ណសុខភាពកូនបានបង្ហាញ៖ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌បៃតង បញ្ជាក់ថាកូនមានសុខភាពល្អ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ទឹកក្រូច បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបធៀបនឹងអាយុ(កូនមិនកើនទម្ងន់) ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង)

	- ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ក្រហម បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងធៀបនឹងអាយុ(ទម្ងន់ធ្លាក់ចុះ) ដូច្នេះត្រូវបន្តយកកូនទៅវាស់កម្ពស់ដើម្បីវាយតម្លៃ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់(ប្រើតារាងពិន្ទុ ស្តង់ដារSD)៖ ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារSD ចន្លោះពី <-២ ទៅ -៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម (បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង) និងការតាមដានបន្តរកជំងឺផ្សេងៗ ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារ SD <-៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ជូនកូនទៅរកកន្លែងមានសេវាថៃទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាវធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យឬមណ្ឌលសុខភាព) • ផ្តល់ប្រឹក្សា/អប់រំអំពី អនាម័យខ្លួនប្រាណ ការលាងដៃមុនពេលហូបអាហារ/បំបៅកូន/ប៉ះពាល់កូន អាហារូបត្ថម្ភម្តាយ (គ្មានការតមអាហារ គ្មានការប្រើស្រាថ្នាំ) ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ក្រោយពេលសម្រាលទាំងម្តាយទាំងកូន • ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបសមស្របនិងតាមតម្រូវការ • ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី ៤ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវ ប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • កត់ត្រាព័ត៌មាននិងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រានិងសៀវភៅសុខភាពមាតា។

ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី៤ កូនមានអាយុ២ខែកន្លះ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• សាកសួរម្តាយពីការហូបអាហារនិងការចិញ្ចឹមថៃទាំកូន	• ផ្តល់ថ្នាំបង្ការ DPT-HepB-Hib2, OPV2, PCV2 ដល់កូន និង ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសដល់ម្តាយ (ប្រសិនដល់ពេលផ្តល់)

• សាកសួរម្ដាយរកប័ណ្ណថ្នាំបង្ការនិងតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • សាកសួរប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ដើម្បីពិនិត្យតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការនិងតាមដានការលូតលាស់	• ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន (ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្ដៅ ចាប់ជីពចរ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម) ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធតែមួយមុខគត់ដល់អាយុ៦ខែ និងរំលឹកបន្ថែមពីរបៀបប្របាច់យកទឹកដោះ ការថែរក្សាទុកនិងការបញ្ចុកកូន • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា សន្លឹម ប្រកាច់ សភាពកូនខ្សោយ ដង្ហើមញាប់ឬយឺត ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល ភាពត្រជាក់ខ្លួនខ្លាំង (កម្ដៅតិចជាង៣៥អង្សាសេ) ក្ដៅខ្លួន (កម្ដៅ៣៨អង្សាសេឡើងទៅ) ភ្នែកមានហូរទឹកភ្នែកឬខ្ទុះ ស្បែកប្តូរពណ៌ខុសពីធម្មតាឬមានពងទឹកលើសពី១០ ប៉ោងឬផតបង្ហើយ ពោះប៉ោងតឹង បៅតិចតួច ពិបាកបៅឬមិនបៅ កូនមានរូបរាងស្គមស្គាំង ឬហើមប្រអប់ជើងទាំងពីរ បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងលើត្រូវបញ្ជូនជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យ • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន ថ្លឹងទម្ងន់តាមដានការលូតលាស់របស់កូននៅក្នុងតារាងលូតលាស់ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុក្នុងប័ណ្ណសុខភាពកូនបានបង្ហាញ៖ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌បៃតង បញ្ជាក់ថាកូនមានសុខភាពល្អ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ទឹកក្រូច បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបធៀបនឹងអាយុ(កូនមិនកើនទម្ងន់) ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង) - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ក្រហម បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងធៀបនឹងអាយុ(ទម្ងន់ធ្លាក់ចុះ) ដូច្នេះត្រូវបន្តយកកូនទៅវាស់កម្ពស់ដើម្បីវាយតម្លៃ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ (ប្រើតារាងពិន្ទុស្តង់ដារSD)៖ ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារSD ចន្លោះពី <-២ ទៅ -៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង) និងការតាមដានបន្តរកជំងឺផ្សេងៗ

	✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារ SD <-៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ជូនកូនទៅរកកន្លែងមានសេវាថែទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យឬមណ្ឌលសុខភាព) • ផ្តល់ប្រឹក្សា/អប់រំអំពី ការលាងដៃមុនពេលហូបអាហារ/បំបៅកូន/ប៉ះពាល់កូន អាហារូបត្ថម្ភម្តាយ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់កូននិងការបង្ការជំងឺផ្សេងៗ • រំលឹកម្តាយការពន្យារកំណើត • ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី៥ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវ ប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី • កត់ត្រាព័ត៌មាននិងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រានិងសៀវភៅសុខភាពមាតា។

ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី៥ កូនមានអាយុ៣ខែកន្លះ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	**មើល ស្តាប់ ស្ទាប**
• សាកសួរម្តាយពីការហូបអាហារ និងការចិញ្ចឹមថែទាំកូន • សាកសួរម្តាយរកប័ណ្ណថ្នាំបង្ការនិងតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • សាកសួររកប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ដើម្បីពិនិត្យតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការនិងតាមដានការលូតលាស់	• ផ្តល់ថ្នាំបង្ការ DPT-HepB-Hib3, OPV3, PCV3, IPV ដល់កូន និងផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសដល់ម្តាយ (ប្រសិនដល់ពេល ផ្តល់) • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន (ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្តៅ ចាប់ជីពចរ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម) ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធតែមួយមុខគត់ដល់អាយុ៦ខែ និងរំលឹកបន្ថែមពីរបៀបប្រចាច់យកទឹកដោះ ការថែរក្សាទុក និងការបញ្ចុកកូន • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា សន្លឹម ប្រកាច់ សភាពកូនខ្សោយ ដង្ហើមញាប់ឬយឺត ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល ភាពត្រជាក់ខ្លួនខ្លាំង (កម្តៅតិចជាង៣៥អង្សាសេ) ក្តៅខ្លួន (កម្តៅ៣៨អង្សាសេឡើងទៅ) ភ្នែកមានហូរទឹកភ្នែកឬខ្ទុះ ស្បែកប្តូរពណ៌ខុសពីធម្មតាឬមានពងទឹកលើសពី១០ ប៉ោងឬផតបង្ហើយ ពោះប៉ោងតឹង បៅតិចតួច ពិបាកបៅឬមិនបៅ កូនមានរូបរាងស្គមស្គាំង ឬហើមប្រអប់ជើងទាំងពីរ

	បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងលើត្រូវបញ្ជូនជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យ • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន ថ្លឹងទម្ងន់តាមដានការលូតលាស់របស់កូននៅក្នុងតារាងលូតលាស់ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុក្នុងប័ណ្ណសុខភាពកូនបានបង្ហាញ៖ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌បៃតង បញ្ជាក់ថាកូនមានសុខភាពល្អ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ទឹកក្រូច បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបធៀបនឹងអាយុ(កូនមិនកើនទម្ងន់) ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង) - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ក្រហម បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងធៀបនឹងអាយុ(ទម្ងន់ធ្លាក់ចុះ) ដូច្នេះត្រូវបន្តយកកូនទៅវាស់កម្ពស់ដើម្បីវាយតម្លៃ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់(ប្រើតារាងពិន្ទុស្តង់ដារSD)៖ ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារSD ចន្លោះពី <-២ ទៅ -៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង) និងការតាមដានបន្តរកជំងឺផ្សេងៗ ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារSD <-៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរត្រូវបញ្ជូនកូនទៅរកកន្លែងមានសេវាថៃទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួច ស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យឬមណ្ឌលសុខភាព) • ពិនិត្យកាយសម្បទាកូនរកមើលសញ្ញានៃជំងឺ ឬពិការភាពពីកំណើតដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ពិនិត្យតាមដាន១ខែទៅ៥ឆ្នាំ • ផ្តល់ប្រឹក្សា/អប់រំអំពី ការលាងដៃមុនពេលហូបអាហារ/បំបៅកូន/ប៉ះពាល់កូន អាហារូបត្ថម្ភម្តាយ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់រហូតដល់៦ខែ និងបន្តបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ រហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំឬលើស សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់កូន និងការបង្ការជំងឺផ្សេងៗ • រំលឹកម្តាយស្តីពីការពន្យារកំណើត

	• ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី ៦ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវ ប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី • កត់ត្រាព័ត៌មាននិងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រា និងសៀវភៅសុខភាពមាតា។

ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី៦ កូនមានអាយុ៦ខែ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• សាកសួរម្តាយពីការហូបអាហារ និងការចិញ្ចឹមថែទាំកូន • សាកសួរម្តាយរកប័ណ្ណថ្នាំបង្ការនិងតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • សាកសួរប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ដើម្បីពិនិត្យតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការ និងតាមដានការលូតលាស់	• ផ្តល់ថ្នាំបង្ការកញ្ជ្រឹលស្អូច MR0 • ផ្តល់វីតាមីនអា១០០,០០០UI(២ដង/១ឆ្នាំ)ដល់កូននិងផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសដល់ម្តាយ(ប្រសិនដល់ពេលផ្តល់) • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន(ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្តៅ ចាប់ជីពចរ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម) បន្តបំបៅ/បញ្ចុកកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំ និងផ្តល់អាហារបន្ថែម(បបរខាប់គ្រប់គ្រឿង) • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា សន្លឹម ប្រកាច់ សភាពកូនខ្សោយ ដង្ហើមញាប់ឬយឺត ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល ភាពត្រជាក់ខ្លួនខ្លាំង (កម្តៅតិចជាង៣៥អង្សាសេ) ក្តៅខ្លួន (កម្តៅ៣៨អង្សាសេឡើងទៅ) ភ្នែកមានហូរទឹកភ្នែកឬខ្ទុះ ស្បែកប្តូរពណ៌ខុសពីធម្មតាឬមានពងទឹកលើសពី១០ ប៉ោងឬផតបង្ហើយ ពោះប៉ោងតឹង បៅតិចតួច ពិបាកបៅឬមិនបៅ កូនមានរូបរាងស្គមស្គាំង ឬហើមប្រអប់ជើងទាំងពីរ បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងលើត្រូវបញ្ជូនជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យ។ • ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងរបស់កូននៅបាតដៃ/ត្របកភ្នែកក្រោមផ្នែកខាងក្នុង បើមានស្លាំងបញ្ជាក់ថាមានភាពស្លេកស្លាំងមធ្យមត្រូវព្យាបាលដោយគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកអាស៊ីតហ្វូលីក ១/៤នៃគ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល២ខែ ដោយណាត់ជួបរាល់២សប្តាហ៍ម្តង។ • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន ថ្លឹងទម្ងន់តាមដានការលូតលាស់របស់កូននៅក្នុងតារាងលូតលាស់ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុក្នុងប័ណ្ណសុខភាពកូនបានបង្ហាញ៖

	- ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌បៃតង បញ្ជាក់ថាកូនមានសុខភាពល្អ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ទឹកក្រូច បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបធៀបនឹងអាយុ (កូនមិនកើនទម្ងន់) ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម (បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង) - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ក្រហម បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងធៀបនឹងអាយុ(ទម្ងន់ធ្លាក់ចុះ) ដូច្នេះត្រូវបន្តយកកូនទៅវាស់កម្ពស់ដើម្បីវាយតម្លៃ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់(ប្រើតារាងពិន្ទុស្តង់ដារSD)៖ ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារSD ចន្លោះពី <-២ ទៅ -៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង) និងការតាមដានបន្តរកជំងឺផ្សេងៗ បន្តយកកូនវាស់ វិជ្ឈមាត្រជុំវិញពាក់កណ្តាលដើមដៃ(MUAC)ដើម្បីរកបញ្ហា កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ៖ - បើ MUAC ≥ ១១.៥សម កង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យមដដែលត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម - បើ MUAC ≤ ១១.៥សម បញ្ជូនកូន/កុមារទៅរកកន្លែងមានសេវាថែទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាព) ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារSD <-៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរត្រូវបញ្ជូនកូនទៅរកកន្លែងមានសេវាថែទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាព) • ពិនិត្យកាយសម្បទាកូនរកមើលសញ្ញានៃជំងឺ ឬពិការភាពពីកំណើតដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ពិនិត្យតាមដាន១ខែទៅ៥ឆ្នាំ • ផ្តល់ប្រឹក្សា/អប់រំអំពី៖ ការលាងដៃមុនពេលហូបអាហារ/បំបៅកូន/ប៉ះពាល់កូន បន្តបំបៅ/បញ្ចុកកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំ និងផ្តល់អាហារបន្ថែម(បបរខាប់

	គ្រប់គ្រឿង) សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់កូន និងការបង្ការជំងឺផ្សេងៗ • រំលឹកម្តាយស្តីពីការពន្យារកំណើត • ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី៧ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវ ប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី • កត់ត្រាព័ត៌មាននិងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រានិងសៀវភៅសុខភាពមាតា។

ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី៧ កូនមានអាយុ៩ខែ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• សាកសួរម្តាយពីការហូបអាហារ និងការចិញ្ចឹមថៃទាំកូន • សាកសួរម្តាយរកប័ណ្ណថ្នាំបង្ការនិងតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • សាកសួរប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ដើម្បីពិនិត្យតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការ និងតាមដានការលូតលាស់	• ផ្តល់ថ្នាំបង្ការកញ្រ្ជឹលស្អូចទី១(MR1), និងផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកខួរក្បាលជេអ៊ី (JE) • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន(ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្តៅ ចាប់ជីពចរ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម) បន្តបំបៅ/បញ្ចុកកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំ និងផ្តល់អាហារបន្ថែម(បបរខាប់គ្រប់គ្រឿង) និងអាហារក្រៅពេល/អាហារសម្រន់ • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា សន្លឹម ប្រកាច់ សភាពកូនខ្សោយ ដង្ហើមញាប់ឬយឺត ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល ភាពត្រជាក់ខ្លួនខ្លាំង (កម្តៅតិចជាង៣៥អង្សាសេ) ក្តៅខ្លួន (កម្តៅ៣៨អង្សាសេឡើងទៅ) ភ្នែកមានហូរទឹកភ្នែកឬខ្ទុះ ស្បែកប្តូរពណ៌ខុសពីធម្មតាឬមានពងទឹកលើសពី១០ ប៉ោងឬផតបង្ហើយ ពោះប៉ោងតឹង បៅតិចតួច ពិបាកបៅឬមិនបៅ ហើមប្រអប់ជើងទាំងពីរ បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងលើត្រូវបញ្ជូនជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យ • ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងរបស់កូននៅបាតដៃ/ត្របកភ្នែកក្រោមផ្នែកខាងក្នុង បើមានស្លាំងបញ្ជាក់ថាមានភាពស្លេកស្លាំងមធ្យមត្រូវព្យាបាលដោយគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកអាស៊ីតហ្វូលីក ១/៤នៃគ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល២ខែ ដោយណាត់ជួបរាល់២សប្តាហ៍ម្តង • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន ថ្លឹងទម្ងន់តាមដានការលូតលាស់របស់កូននៅក្នុងតារាងលូតលាស់ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុក្នុងប័ណ្ណសុខភាពកូនបានបង្ហាញ៖

	- ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌បៃតង បញ្ជាក់ថាកូនមានសុខភាពល្អ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ទឹកក្រូច បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបធៀបនឹងអាយុ(កូនមិនកើនទម្ងន់) ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៦ដង) - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ក្រហម បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងធៀបនឹងអាយុ(ទម្ងន់ធ្លាក់ចុះ) ដូច្នេះត្រូវបន្តយកកូនទៅវាស់កម្ពស់ដើម្បីវាយតម្លៃ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់(ប្រើតារាងពិន្ទុស្តង់ដារSD)៖ ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារ SD ចន្លោះពី <-២ ទៅ -៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង)និងការតាមដានបន្តរកជំងឺផ្សេងៗ បន្តយកកូនវាស់ វិជ្ឈមាត្រជុំវិញពាក់កណ្តាលដើមដៃ (MUAC)ដើម្បីរកបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ៖ - បើ MUAC≥11.5cm កង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យមដដែលត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម - បើ MUAC ≤11.5cm បញ្ជូនកូន/កុមារទៅរកកន្លែងមានសេវាថៃទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាព) ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារSD <-៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ជូនកូនទៅរកកន្លែងមានសេវាថៃទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាព) • ផ្តល់ប្រឹក្សា/អប់រំអំពី៖ ការលាងដៃមុនពេលហូបអាហារ/បំបៅកូន/ប៉ះពាល់កូន បន្តបំបៅ/បញ្ចុកកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំ និងផ្តល់អាហារបន្ថែម(បបរខាប់គ្រប់គ្រឿង)សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់កូននិងការបង្ការជំងឺផ្សេងៗ • រំលឹកម្តាយស្តីពីការពន្យារកំណើត

	• ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី ៨ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវ ប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី • កត់ត្រាព័ត៌មាននិងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រា និងសៀវភៅសុខភាពមាតា។

ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី៨ កូនមានអាយុ១២ខែ (**ពិនិត្យសុខភាពកូន**)៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• សាកសួរម្តាយពីការហូបអាហារ និងការចិញ្ចឹមថែទាំកូន • សាកសួរម្តាយរកប័ណ្ណថ្នាំបង្ការនិងតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • សាកសួរប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ដើម្បីពិនិត្យតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការ និងតាមដានការលូតលាស់	• ពិនិត្យពីការផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កូន និងការទទួលជីវជាតិអាសម្រាប់ការពារ ២០០,០០០ IU និងថ្នាំទម្លាក់ព្រូន១ដូស(២ដង/១ឆ្នាំ) • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន(ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្តៅ ចាប់ជីពចរ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម) បន្តបំបៅ/បញ្ចុកកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំ និងផ្តល់អាហារបន្ថែម(បបរខាប់គ្រប់គ្រឿង)និងអាហារក្រៅពេល/អាហារសម្រន់ • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា សន្លឹម ប្រកាច់ សភាពកូនខ្សោយ ដង្ហើមញាប់ឬយឺត ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល ភាពត្រជាក់ខ្លួនខ្លាំង (កម្តៅតិចជាង៣៥អង្សាសេ) ក្តៅខ្លួន(កម្តៅ៣៨អង្សាសេឡើងទៅ) ពោះប៉ោងតឹង ហើមប្រអប់ជើងទាំងពីរ បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងលើត្រូវបញ្ជូនជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យ • ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងរបស់កូននៅបាតដៃ/ត្របកភ្នែកក្រោមផ្នែកខាងក្នុង បើមានស្លាំងបញ្ជាក់ថាមានភាពស្លេកស្លាំងមធ្យមត្រូវព្យាបាលដោយគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកអាស៊ីតហ្វូលីក ១/២នៃគ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល២ខែ ដោយណាត់ជួបរាល់២សប្តាហ៍ម្តង • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន ថ្លឹងទម្ងន់តាមដានការលូតលាស់របស់កូននៅក្នុងតារាងលូតលាស់ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុក្នុងប័ណ្ណសុខភាពកូនបានបង្ហាញ៖ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌បៃតង បញ្ជាក់ថាកូនមានសុខភាពល្អ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ទឹកក្រូច បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបធៀបនឹងអាយុ(កូនមិនកើនទម្ងន់) ត្រូវអប់រំពី

	ការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៣ដង) - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ក្រហម បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងធៀបនឹងអាយុ(ទម្ងន់ធ្លាក់ចុះ) ដូច្នេះត្រូវបន្តយកកូនទៅវាស់កម្ពស់ដើម្បីវាយតម្លៃ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់(ប្រើតារាងពិន្ទុស្តង់ដារSD)៖ ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារSD ចន្លោះពី <-២ ទៅ -៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង) និងការតាមដានបន្តរកជំងឺផ្សេងៗ បន្តយកកូនវាស់ វិជ្ឈមាត្រជុំវិញពាក់កណ្ដាលដើមដៃ (MUAC)ដើម្បីរកបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ៖ - បើ MUAC≥១១.៥សម កង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យមដដែលត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម - បើ MUAC≤១១.៥សម បញ្ជូនកូន/កុមារទៅរកកន្លែងមានសេវាថែទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាព) ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារSD <-៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ជូនកូនទៅរកកន្លែងមានសេវាថែទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាព) • ពិនិត្យកាយសម្បទាកូនរកមើលសញ្ញានៃជំងឺ ឬពិការភាពពីកំណើតដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ពិនិត្យតាមដាន១ខែទៅ៥ឆ្នាំ • ផ្ដល់ប្រឹក្សា/អប់រំអំពី៖ ការលាងដៃមុនពេលហូបអាហារ/បំបៅកូន/ប៉ះពាល់កូន បន្តបំបៅ/បញ្ចុកកូនដោយទឹកដោះម្ដាយរហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំ និងផ្ដល់អាហារបន្ថែម(បបរខាប់គ្រប់គ្រឿង) សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់កូន និងការបង្ការជំងឺផ្សេងៗ • រំលឹកម្ដាយស្ដីពីការពន្យារកំណើត

	• ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី ៩ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវ ប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី • កត់ត្រាព័ត៌មាននិងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រា និងសៀវភៅសុខភាពមាតា។

ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី៩ កូនមានអាយុ១៨ខែ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• សាកសួរម្តាយពីការហូបអាហារនិងការចិញ្ចឹមថែទាំកូន • សាកសួរម្តាយរកប័ណ្ណថ្នាំបង្ការនិងតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • សាកសួរប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ដើម្បីពិនិត្យតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការ និងតាមដានការលូតលាស់	• ផ្តល់ថ្នាំបង្ការកញ្ជ្រឹលស្អូចទី២ (MR2) • ពិនិត្យពីការផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កូន និងការទទួលជីវជាតិអាសម្រាប់ការពារ ២០០,០០០UI និងថ្នាំទម្លាក់ព្រូន ១ដូស(២ដង/១ឆ្នាំ) • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន(ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្តៅ ចាប់ជីពចរ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម) បន្តបំបៅ/បញ្ចុកកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំ និងផ្តល់អាហារបន្ថែម(បបរខាប់គ្រប់គ្រឿង/អាហារគ្រួសារ) និងអាហារក្រៅពេល/អាហារសម្រន់ • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា សន្លឹម ប្រកាច់ សភាពកូនខ្សោយ ដង្ហើមញាប់ឬយឺត ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល ភាពត្រជាក់ខ្លួនខ្លាំង (កម្តៅតិចជាង៣៥អង្សាសេ) ក្តៅខ្លួន (កម្តៅ៣៨អង្សាសេឡើងទៅ) ពោះប៉ោងតឹង ហើមប្រអប់ជើងទាំងពីរ បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងលើត្រូវបញ្ជូនជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យ • ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងរបស់កូននៅបាតដៃ/ត្របកភ្នែកក្រោមផ្នែកខាងក្នុង បើមានស្លាំងបញ្ជាក់ថាមានភាពស្លេកស្លាំងមធ្យមត្រូវព្យាបាលដោយគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកអាស៊ីតហ្វូលីក ១/២នៃគ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល២ខែ ដោយណាត់ជួបរាល់២សប្តាហ៍ម្តង • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន ថ្លឹងទម្ងន់តាមដានការលូតលាស់របស់កូននៅក្នុងតារាងលូតលាស់ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុក្នុងប័ណ្ណសុខភាពកូនបានបង្ហាញ៖ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌បៃតង បញ្ជាក់ថាកូនមានសុខភាពល្អ

	- ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ទឹកក្រូច បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបធៀបនឹងអាយុ(កូនមិនកើនទម្ងន់) ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៣ដង) - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ក្រហម បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងធៀបនឹងអាយុ(ទម្ងន់ធ្លាក់ចុះ) ដូច្នេះត្រូវបន្តយកកូនទៅវាស់កម្ពស់ដើម្បីវាយតម្លៃ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់(ប្រើតារាងពិន្ទុស្តង់ដារSD)៖ ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារ SD ចន្លោះពី <-២ ទៅ -៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង) និងការតាមដានបន្តរកជំងឺផ្សេងៗ បន្តយកកូនវាស់វិជ្ឈមាត្រជុំវិញពាក់កណ្តាលដើមដៃ (MUAC)ដើម្បីរកបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ៖ - បើ MUAC≥១១.៥សម កង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ដដែលត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម - បើ MUAC≤១១.៥សម បញ្ជូនកូនកុមារទៅរកន្លែង/មានសេវាថែទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាព) ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារSD <-៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរត្រូវបញ្ជូនកូនទៅរកកន្លែងមានសេវាថែទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាព) • ពិនិត្យកាយសម្បទាកូនរកមើលសញ្ញានៃជំងឺ ឬពិការភាពពីកំណើតដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ពិនិត្យតាមដាន១ខែទៅ៥ឆ្នាំ • ផ្តល់ប្រឹក្សា/អប់រំអំពី៖ ការលាងដៃមុនពេលហូបអាហារ/បំបៅកូន/ប៉ះពាល់កូន បន្តបំបៅ/បញ្ចុកកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំ និងផ្តល់អាហារបន្ថែម(បបរខាប់គ្រប់គ្រឿង) សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់កូន និងការបង្ការជំងឺផ្សេងៗ • រំលឹកម្តាយស្តីពីការពន្យារកំណើត

	• ធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី ១០ និងរំលឹកម្តាយឱ្យយកមកជាមួយនូវ ប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី • កត់ត្រាព័ត៌មាននិងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រា និងសៀវភៅសុខភាពមាតា។

ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី១០ កូនមានអាយុ២៤ខែ (ពិនិត្យសុខភាពកូន)៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• សាកសួរម្តាយពីការហូបអាហារ និងការចិញ្ចឹមថែទាំកូន • សាកសួរម្តាយរកប័ណ្ណថ្នាំបង្ការនិងតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • សាកសួរប័ណ្ណសុខភាពកុមារា/កុមារី ដើម្បីពិនិត្យតាមដានស្ថានភាពទទួលថ្នាំបង្ការ និងតាមដានការលូតលាស់	• ពិនិត្យពីការផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កូន និងការទទួលជីវជាតិអាសម្រាប់ការពារ ២០០,០០០U| និងថ្នាំទម្លាក់ព្រូន ១ដូស(២ដង/១ឆ្នាំ) • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន(ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់កម្តៅ ចាប់ជីពចរ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម) • ពិនិត្យរបបអាហារកូន(អាហារពេល និងអាហារក្រៅពេល/អាហារសម្រន់) • ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា សន្លឹម ប្រកាច់ សភាពកូនខ្សោយ ដង្ហើមញាប់ឬយឺត ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល ភាពត្រជាក់ខ្លួនខ្លាំង (កម្តៅតិចជាង35^{0}C) ក្តៅខ្លួន (កម្តៅ 38^{0}C ឡើងទៅ) ពោះប៉ោងតឹង ហើមប្រអប់ជើងទាំងពីរ បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងលើត្រូវបញ្ជូនជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យ • ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងរបស់កូននៅបាតដៃ/ត្របកភ្នែកក្រោមផ្នែកខាងក្នុង បើមានស្លាំងបញ្ជាក់ថាមានភាពស្លេកស្លាំងមធ្យមត្រូវព្យាបាលដោយគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកអាស៊ីតហ្វូលីក ១/២នៃគ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល២ខែ ដោយណាត់ជួបរាល់២សប្តាហ៍ម្តង • ពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពកូន ថ្លឹងទម្ងន់តាមដានការលូតលាស់របស់កូននៅក្នុងតារាងលូតលាស់ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុក្នុងប័ណ្ណសុខភាពកូនបានបង្ហាញ៖ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌បៃតង បញ្ជាក់ថាកូនមានសុខភាពល្អ - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ទឹកក្រូច បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបធៀបនឹងអាយុ(កូនមិនកើនទម្ងន់) ត្រូវអប់រំពី

	ការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៣ដង) - ចំណុចដៅទម្ងន់នៅពណ៌ក្រហម បញ្ជាក់ថាកូនមានទម្ងន់ទាបខ្លាំងធៀបនឹងអាយុ(ទម្ងន់ធ្លាក់ចុះ) ដូច្នេះត្រូវបន្តយកកូនទៅវាស់កម្ពស់ដើម្បីវាយតម្លៃ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់(ប្រើតារាងពិន្ទុស្តង់ដារSD)៖ ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារ SD ចន្លោះពី <-២ ទៅ -៣ បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម(បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ញឹកញាប់យ៉ាងតិច៨ដង) និងការតាមដានបន្តរកជំងឺផ្សេងៗ បន្តយកកូនវាស់ វិជ្ឈមាត្រជុំវិញពាក់កណ្តាលដើមដៃ (MUAC)ដើម្បីរកបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ៖ - បើ MUAC ≥11.5cm កង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម ដដែលត្រូវអប់រំពីការចិញ្ចឹម - បើ MUAC ≤11.5cm បញ្ជូនកូន/កុមារទៅរកកន្លែងមានសេវាថែទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាព) ✓ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ពិន្ទុស្តង់ដារ SD <-3 បញ្ជាក់ថាកូនមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរត្រូវបញ្ជូនកូនទៅរកកន្លែងមានសេវាថែទាំព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភស្រួចស្រាល់ធ្ងន់ធ្ងរ (មន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាព) • ធ្វើតេស្តរហ័សបញ្ជាក់ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ដល់កូន/កុមារប្រឈម បើលទ្ធផល តេស្តអវិជ្ជមានត្រូវបញ្ឈប់ការប្រើ Cotrimoxazol • ពិនិត្យកាយសម្បទាកូនរកមើលសញ្ញានៃជំងឺ ឬពិការភាពពីកំណើតដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ពិនិត្យតាមដាន១ខែទៅ៥ឆ្នាំ • ផ្តល់ប្រឹក្សា/អប់រំអំពី៖ ការលាងដៃមុនពេលហូបអាហារ/បំបៅកូន/ប៉ះពាល់កូន បន្តបំបៅ/បញ្ចុកកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់អាយុ២ឆ្នាំ និងផ្តល់អាហារបន្ថែម(បបរខាប់គ្រប់គ្រឿង) សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់កូន និងការបង្ការជំងឺផ្សេងៗ

	• រំលឹកម្តាយស្តីពីការពន្យារកំណើត • កត់ត្រាព័ត៌មាននិងសេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ទៅក្នុងបញ្ជីកត់ត្រានិងសៀវភៅសុខភាពមាតា។

ក្រោយសម្រាលធម្មតា ម្តាយមានសុខភាពល្អគ្មានបញ្ហាណាមួយគួរឱ្យកត់សម្គាល់ ៖

- ប្រាកដថាស្ត្រីនិងគ្រួសារដឹងពីអ្វីដែលត្រូវត្រៀមនិងពេលវេលាត្រូវស្វែងរកការថែទាំ (ទំព័រ 173)
- លើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើមុងជ្រលក់ថ្នាំសម្រាប់ម្តាយនិងកូន(ប្រសិនបើរស់នៅក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់)
- កំណត់ពេលវេលាណាត់ជួបដើម្បីតាមដានជាប្រចាំនិងណែនាំម្តាយឱ្យយកកូនទៅចុះអត្រានុកូលដ្ឋាននៅសាលាឃុំ-សង្កាត់។

ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តជំងឺស្វាយវិជ្ជមាន ៖

- សម្រាប់ម្តាយ(សូមមើលការព្យាបាលដូចនៅសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ)
- សម្រាប់កូន ៖ ចាក់ Benzathine Penicillin G 50,000 units /Kg ចាក់សាច់ដុំតែម្តងគត់ចំពោះទារកដែលទើបនឹងកើតចេញពីម្តាយដែលមានតេស្តមេរោគស្វាយវិជ្ជមាន ទោះបីជា ម្តាយបានទទួលឬមិនបានទទួលការព្យាបាលជំងឺស្វាយនៅក្នុងអំឡុងពេលដែលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះឬទារកដែលទើបនឹងកើតនោះគ្មានលេចចេញរោគសញ្ញាជំងឺស្វាយពីកំណើតក៏ដោយ។ ត្រូវធ្វើតេស្ត RPR quatitative (RPR titre) ឱ្យទារកដែលទើបនឹងកើតនោះដើម្បីរក្សាទុកលទ្ធផលតេស្តលើកដំបូង (baseline test) ប្រៀបធៀបជាមួយលទ្ធផលតេស្តបន្ទាប់ (follow up test) ដែលត្រូវធ្វើនៅខែទី៣ទី៦និងទី៩ (ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តនៅខែទី៦ នៅវិជ្ជមាននៅឡើយ) ដើម្បីបញ្ជាក់ពីប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលជំងឺស្វាយពីកំណើតចំពោះទារក។ ត្រូវធ្វើការពិនិត្យតាមដានកុមារជាបន្ត
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យនាំដៃគូមកធ្វើការព្យាបាល
- ផ្តល់ដំបូន្មានពីការប្រើស្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវនិងជាប្រចាំដើម្បីបង្កាការឆ្លងមេរោគជាថ្មីម្តងទៀត។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតនៃកញ្ចប់សេវាថែទាំក្រោយសម្រាលសូមមើលទំព័រ 148។

៣-២ ឆ្លើយតបទៅនឹងសញ្ញានិងបញ្ហាដែលកើតមានដោយឯកឯង

៣-២-១ សម្ពាធឈាមអប្បរមាឡើងខ្ពស់

ប្រសិនបើស្ត្រីមានសម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់វាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ ៖

ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប	សញ្ញា	ព្យាបាលនិងណែនាំ
- ប្រវត្តិមានបំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ឬ ក្រឡាភ្លើងក្នុងអំឡុងពេលផ្ទៃ	• សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (Diastolic) ≥110mmHg	**សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ខ្លាំង ៖**

ពោះ សម្រាលឬក្រោយសម្រាល?		• ឱ្យថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាមឱ្យបានសមស្រប (ទំព័រ 48)
-ប្រសិនបើសម្ពាធឈាម អប្បបរមា ≥ 90mmHg ចូរ វាស់ម្តងទៀតបន្ទាប់ពី សម្រាក១៥នាទីក្រោយ	• សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (Diastolic) ≥90 mmHg ក្រោយពីវាស់ឃើញពីរដង	សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់មធ្យម ៖ • វាស់សម្ពាធឈាមឡើងវិញនៅមួយសប្តាហ៍ក្រោយ • បើសម្ពាធឈាមនៅតែឡើងខ្ពស់ត្រូវព្យាបាលបន្ត និងផ្តល់ដំបូន្មានផ្សេងៗ ក្នុងករណីចាំបាច់

កំណត់សម្គាល់ ៖ ណែនាំឱ្យស្ត្រីទៅពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យផ្នែកជំងឺទូទៅបើចាំបាច់

៣-២-២ ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍

ប្រសិនបើស្ត្រីពុំទាន់បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ពីមុនមក ត្រូវផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សានិងធ្វើការថៃទាំដូចតទៅ ៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• ផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់ៗស្តីពីមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍តើវាជាអ្វី? តើវាឆ្លងដោយ របៀបណា? និងផលប្រយោជន៍នៃការដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ • ពន្យល់ពីការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយមានការផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាព្រមទាំងរក្សាការសម្ងាត់ពីលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត • សួរស្ត្រី ៖ - តើអ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ? -ប្រសិនបើមិនធ្លាប់ប្រាប់នាងថានាងនឹងត្រូវបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍លើកលែងតែនាងបដិសេធ - ប្រសិនបើធ្លាប់ធ្វើតេស្ត ចូរពិនិត្យមើលលទ្ធផល (ពន្យល់ដល់ស្ត្រី ថានាងមានសិទ្ធិមិនបង្ហាញលទ្ធផល)បើលទ្ធផលវិជ្ជមានសួរថា ៖ ○ តើអ្នកកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ឬទេ? ○ ពិនិត្យមើលគម្រោងព្យាបាល ○ តើដៃគូរបស់អ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ?	• ប្រសិនបើស្ត្រីយល់ព្រម ត្រូវធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍ជូន គាត់។

ព្យាបាលនិងណែនាំ

<u>មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍</u>

- បញ្ជូនស្ត្រីនិងកូនរបស់ស្ត្រីទៅរកសេវាព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (Pre-ART/ART) និងសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ(មើលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីអំពីការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន)ឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើបាន(ក្នុងអំឡុង៦សប្តាហ៍)។ ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើត។

<u>គ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍</u>

- ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីសារៈសំខាន់នៃការរក្សាខ្លួនកុំឱ្យឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយអនុវត្តនូវការរួមភេទដែលមានសុវត្ថិភាពជាង រួមទាំងការប្រើស្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវ
- ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដល់ដៃគូរបស់ស្ត្រី មិនដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ស្ត្រីបដិសេធមិនធ្វើតេស្ត ឬ មិនចង់បង្ហាញលទ្ធផល)
- ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីសុវត្ថិភាពនៃការរួមភេទរួមទាំងការប្រើស្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវ
- ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដល់ដៃគូរបស់ស្ត្រី។

៣-២-៣ ហូរទឹកនោមដោយឯកឯង

ប្រសិនបើស្ត្រីមានទឹកនោមហូរឬជ្រាបទឹកនោមដោយឯកឯង ផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ ៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• បញ្ហាកើតឡើងចាប់ផ្តើមពីពេលណា? • សួរប្រវត្តិពីការសម្រាល ៖ - រយៈពេលឈឺពោះសម្រាល - សម្រាលដោយអន្តរាគមន៍ - រយៈពេលប្រឹងបញ្ចេញកូន	• ពិនិត្យពីការហូរទឹកនោម ឬជ្រាបទឹកនោម • ពិនិត្យរកមើលការប៉ះទង្គិចនៅផ្លូវទ្វារមាសដែលអាចកើតមានក្នុងអំឡុងពេលប្រឹងបញ្ចេញកូន • ការធ្លាយពីប្លោកនោមមកផ្លូវទ្វារមាសជារោគវិនិច្ឆ័យមួយគួរពិចារណា • ពិនិត្យរកមើលពីការឆ្លងរោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងក្រោម។

ការព្យាបាល និង ណែនាំ

ហូរទឹកនោមដោយឯកឯង ៖ ត្រូវព្យាបាលដោយ Antibiotic

- Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃឬ Trimethoprim/ Sulfamethoxazole ១គ្រាប់ (80/400mg) លេបម្តង ២គ្រាប់ លេប២ដង ប្រសិនបើស្ត្រីនៅតែហូរទឹកនោមដោយឯកឯង លើសពី១សប្តាហ៍ ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅផ្នែកឯកទេស ។

៣-២-៤ ខ្ទុះឬឈឺប៉េរីណេ

ប្រសិនបើស្រ្តីឈឺប៉េរីណេ ត្រូវផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ ៖

សួរ ពិនិត្យ កំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប	ព្យាបាលនិងណែនាំ
- សួរស្រ្តីថា តើវាកើតឡើងពីពេលណា?	- ពិនិត្យមើលការហើម យោនី ឬប៉េរីណេ	ការប៉ះទង្គិចប៉េរីណេ (យោនីឬប៉េរីណេហើមខ្លាំង) បើមានការបង្ករោគសូមមើលការគ្រប់គ្រងដូចខាងក្រោម
	- ពិនិត្យមើលការហើម ប៉េរីណេ - មានខ្ទុះដែរឬទេ? - មានឈឺដែរឬទេ?	ការឆ្លងរោគឬការឈឺចាប់នៅប៉េរីណេ (មានខ្ទុះនិងឈឺនៅប៉េរីណេ) • កាត់ចេសដេរចេញប្រសិនបើមាន • សម្អាតរបួស ត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic ៖ • Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃឬTrimethoprim/ Sulfamethoxazole ១គ្រាប់ (80/400mg) លេបម្តង២គ្រាប់ លេប២ដង • ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការថែទាំនិងអនាម័យ • ផ្តល់ Paracetamol បំបាត់ការឈឺចាប់និងតាមដានក្នុងអំឡុង២ថ្ងៃ។

៣-២- ៥ អារម្មណ៍មិនល្អឬងាយយំ

ប្រសិនបើស្រ្តីមានអារម្មណ៍មិនល្អ ឬងាយយំ វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងដូចតទៅ ៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ព្យាបាលនិងណែនាំ
• តើអ្នកមានអារម្មណ៍ដូចម្តេចដែរថ្មីៗនេះ? • តើអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍អស់សង្ឃឹម ? • តើអ្នកនៅតែអាចរីករាយជាមួយអ្វីដែលអ្នកធ្លាប់រីករាយពីមុនមកឬទេ? • តើអ្នកមានកម្លាំងធម្មតាឬមានអារម្មណ៍ថាអស់កម្លាំងឬទេ? • តើអ្នកសម្រាន្តបានឬទេ?	• ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តក្រោយសម្រាល(ជាទូទៅក្រោយសប្តាហ៍ទី១) មានសញ្ញា២ឬច្រើនក្នុងអំឡុងពេល២សប្តាហ៍៖ មានអារម្មណ៍ស្តីបន្ទោសឬអវិជ្ជមានចំពោះខ្លួនឯង ងាយយំមិនចាប់អារម្មណ៍នឹងអ្វីៗ មិនរីករាយ មានអារម្មណ៍នឿយណាយឡេះឡះគ្រប់ពេល ដេកមិនលក់ ថយចុះនូវការគិតមិនឃ្លានអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវ ៖ - ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត - បញ្ជូនស្រ្តីទៅកន្លែងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត • ស្រងូតស្រងាត់ ក្រោយសម្រាល ៖ (ជាទូទៅនៅសប្តាហ៍ទី១) មានសញ្ញាណាមួយនៃសញ្ញាខាងលើក្នុងរយៈពេលតិចជាង២សប្តាហ៍។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវ៖

• តើអ្នកអាចប្រមូលអារម្មណ៍បានទេ? (ឧ.ពេលស្តាប់កម្មវិធីវិទ្យុ អានកាសែត)	- ប្រាប់ស្ត្រីថាបញ្ហានេះអាចកើតមានជាទូទៅ - ស្តាប់ពីកង្វល់របស់ស្ត្រី - ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត - ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាដល់ដៃគូនិងគ្រួសារ ដើម្បីផ្តល់នូវការគាំទ្រដល់ស្ត្រី - តាមដានក្នុងអំឡុងពេល២សប្តាហ៍។ បើមិនធូរស្រាលបញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត។

៣-២-៦ ធ្លាក់សតាមទ្វារមាសក្រោយសម្រាល

បើស្ត្រីមានធ្លាក់សតាមទ្វារមាស ត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម ៖

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	**មើល ស្តាប់ ស្ទាប**
សួរ ៖ • តើអ្នកសម្គាល់ឃើញមានធ្លាក់សតាមទ្វារមាសឬទេ ? • តើអ្នកមានរមាស់នៅទ្វារមាសឬទេ? • តើអ្នកមានបញ្ហានៅពេលនោមឬទេ? - នោមមានខ្ទុះ - នោមមានឈឺផ្សា • បើដៃគូបានមកគ្លីនិកជាមួយ ត្រូវសួរថាតើមានហូរខ្ទុះតាមបង្ហួរនោមឬឈឺក្រហាយពេលនោមឬទេ? • បើដៃគូមិនបានមកជាមួយទេត្រូវពន្យល់ពីសារៈសំខាន់ នៃការវាយតម្លៃនិងការព្យាបាលដើម្បីបង្ការការឆ្លងរោគជាថ្មី • ធ្វើការណាត់ជួបស្ត្រីនិងដៃគូរបស់គាត់ (បើអាចធ្វើបាន)។	ពិនិត្យមើលការធ្លាក់ស ខុសពីធម្មតា ៖ - បរិមាណ - ពណ៌ - ក្លិន • ប្រើចំពុះទាដើម្បីពិនិត្យមើលសភាពនៃសដែលដក់នៅខាងក្នុងនិងធ្វើការលាងសម្អាតដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក ។

❖ **ព្យាបាលនិងផ្តល់ដំបូន្មាន**

ធ្លាក់សតាមទ្វារមាសអាចបណ្តាលមកពី ៖

- **ហ្គូណូកូក (ប្រមេះទឹកបាយ) ឬ ក្លាមីឌីយ៉ា** (ធ្លាក់សមិនធម្មតា ពិសេសចេញពីមាត់ស្បូន ដៃគូមានហូរខ្ទុះតាមបង្ហួរនោម ឬនោមឈឺ)
  - ផ្តល់ការព្យាបាលដល់ស្ត្រី និងដៃគូដោយ Antibiotic សមស្របតាមគោលការណ៍ថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រង ព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI
  - ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើស្រោមបានត្រឹមត្រូវជាប្រចាំ
- **ផ្សិតកង់ឌីដា (ធ្លាក់សខាប់ដូចទឹកដោះគោ រមាស់ទ្វារមាសខ្លាំង)**

- ត្រូវផ្តល់ Clotrimazole ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីពីជំងឺកាមរោគ STI/RTI
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើ ស្រោមបានត្រឹមត្រូវជាប្រចាំ

ការបង្ករោគ ដោយបាក់តេរី និង ទ្រីកូម៉ូណាស់ (មានធ្លាក់ស មិនធម្មតា ពពុះៗ មានក្លិនស្អុយ)

- ព្យាបាលតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ស្តីអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើស្រោមបានត្រឹមត្រូវជាប្រចាំ។

៣- ៣ វិធានការការពារ

ណែនាំនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាដល់ស្ត្រីពីវិធានការការពារដូចតទៅ ៖

វាយតម្លៃ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	**អន្តរាគមន៍**
• ពិនិត្យការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស	• ចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺតេតាណូសបើដល់ពេលត្រូវចាក់
	• ផ្តល់ថ្នាំ Mebandazol១គ្រាប់ (500mg)
• ពិនិត្យពីការផ្តល់ថ្នាំជាតិដែកនិងអាស៊ីដហ្វូលីក	• ផ្តល់ជាតិដែកនិងអាស៊ីដហ្វូលីក៤២ថ្ងៃនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការប្រើ
• ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សានិងណែនាំគ្រប់ស្ត្រី ទាំងអស់	• លើកទឹកចិត្តឱ្យសម្រាន្តក្នុងមុងជ្រលក់ថ្នាំ • ណែនាំពីការថែទាំក្រោយសម្រាល • ពិគ្រោះពិភាក្សាពីអាហារូបត្ថម្ភ (ទំព័រ 172) • ពិគ្រោះពិភាក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើត(ទំព័រ 172) • ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ (ទំព័រ 175) • ពិគ្រោះពិភាក្សាពីសុវត្ថិភាពនៃការរួមភេទរួមទាំងការ ប្រើស្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវ • ណែនាំឱ្យមកតាមដានជាប្រចាំ(ទំព័រ 148) • ណែនាំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ (ទំព័រ 173) • ណែនាំពីការត្រៀមសម្រាប់ករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រោយសម្រាល (ទំព័រ 173)
• ពិនិត្យស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ក្នុង សៀវភៅសុខភាពមាតា	***បើស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៖*** • បញ្ជូនស្ត្រីនិងកូនទៅផ្នែកពិនិត្យជំងឺក្រៅដើម្បីទទួលសេវា OI / ART ដើម្បីព្យាបាលបន្ត
• កត់ត្រាព័ត៌មានទាំងអស់ក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា។	

៣-៣-១ អនាម័យនិងអាហារូបត្ថម្ភ

ណែនាំនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាគ្រប់ស្ត្រីសម្រាលកូនរួចដូចតទៅ ៖

ថែទាំក្រោយសម្រាលនិងអនាម័យ	**អាហារូបត្ថម្ភ**
ណែនាំនិងពន្យល់ដល់ស្ត្រី ៖ • ត្រូវមាននរណាម្នាក់នៅជាមួយនាងជាប់ជានិច្ច ក្នុងអំឡុងពេល២៤ម៉ោងដំបូងក្រោយសម្រាល • មិនត្រូវដាក់អ្វីចូលទៅក្នុងទ្វារមាសស្ត្រី • សម្រាកនិងសម្រាន្តឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ • សម្អាតខ្លួន ដើម្បីជៀសវាងការឆ្លងរោគដល់ម្តាយនិងទារកប៉ុន្តែមិនត្រូវ ងូតទឹកកូន មុន២៤ម៉ោង ៖ - លាងដៃមុននឹងប៉ះពាល់ទារក - លាងប៉េរីណេរាល់ថ្ងៃនិងក្រោយពីបន្ទោរបង់ និងត្រូវផ្ចិតឱ្យស្ងួត - ប្តូរក្រណាត់ទ្រាប់ប៉េរីណេរៀងរាល់៤ម៉ោងទៅ៦ម៉ោងឬញឹកជាងនេះ - ប្រើសំឡីអនាម័យទ្រាប់ហើយបោះចោលឱ្យបានត្រឹមត្រូវ - ងូតទឹកសម្អាតខ្លួនរៀងរាល់ថ្ងៃ • ជៀសវាងការរួមភេទរហូតដល់របួសប៉េរីណេជាសះស្បើយបានល្អសិន។	• ណែនាំស្ត្រីឱ្យញុំាអាហារឱ្យបានច្រើនដងក្នុងមួយថ្ងៃ (យ៉ាងតិច៤ដង) និងញុំាឱ្យបានច្រើនក្នុងម្តងៗ ហើយឱ្យបានគ្រប់មុខ(អាហារបីក្រុម)ដូចជា សាច់ ត្រី ប្រេង គ្រាប់ធញ្ញជាតិ សណ្តែក បន្លែ ដើម្បីជួយ ឱ្យស្ត្រីមានសុខភាពល្អនិងរឹងមាំ ជាពិសេសអាហារដែលសំបូរជាតិកាល់ស្យូម • បញ្ជាក់ប្រាប់ស្ត្រីថានាងអាចបរិភោគអាហារអ្វីក៏បានតាមធម្មតាអាហារទាំងនោះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការបំបៅដោះកូនទេ • ចំណាយពេលបន្ថែម ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សា ពីអាហារូបត្ថម្ភដល់ស្ត្រីដែលស្គមនិងស្ត្រីវ័យក្មេង • សួរពីអាហារដែលស្ត្រីតមបើជាចំណីអាហារផ្តល់ការចិញ្ចឹមល្អដល់សុខភាពណែនាំស្ត្រីកុំឱ្យតម អាហារនោះ • ណែនាំសមាជិកគ្រួសារឱ្យលើកទឹកចិត្តនិងជួយស្ត្រីឱ្យហូបបានគ្រប់គ្រាន់និងជៀសវាងការងារធ្ងន់ធ្ងរ។

៣-៣-២ ការពន្យារកំណើត

សម្រាប់ព័ត៌មានទូទៅស្តីពីការផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើតសូមមើល(ទំព័រ 80) ។ ព័ត៌មានដូចតទៅនឹងរៀបរាប់អំពីវិធីការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះ ដោយបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធក្នុងអំឡុងពេលមិនទាន់មានរដូវ ។

បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធក្នុងអំឡុងពេលមិនទាន់មានរដូវ (LAM Lactation Amenorrhea Method)
មធ្យោបាយនេះមានប្រសិទ្ធភាពបានលុះត្រាតែមានល័ក្ខខ័ណ្ឌ៣យ៉ាង ៖ ១. ម្តាយមិនទាន់មានឈាមរដូវក្រោយពេលសម្រាលកូនរួច ២. ទារកមានអាយុតិចជាង៦ខែ

៣. ម្ដាយបំបៅកូនដោយទឹកដោះខ្លួនឯងតែមួយមុខគត់ (គ្មានបន្ថែមអាហារអ្វីក្រៅពីទឹកដោះម្ដាយ) ឱ្យបានញឹកញាប់ទាំងយប់ទាំងថ្ងៃយ៉ាងតិច៨ដងក្នុង១ថ្ងៃ។

- ស្ត្រីដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះសុទ្ធក៏អាចជ្រើសរើសមធ្យោបាយពន្យារកំណើតមួយផ្សេងទៀតដោយប្រើតែមួយមុខឬប្រើរួមជាមួយនឹងវិធី LAM។

៣-៣-៣ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងការត្រៀមនៅពេលមានបញ្ហាសង្គ្រោះបន្ទាន់

ណែនាំស្ត្រីឱ្យស្គាល់ពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងការត្រៀមនៅពេលមានបញ្ហាសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រោយសម្រាលដូចតទៅ ៖

សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់	**ការត្រៀមពេលមានអាសន្ន**
ណែនាំឱ្យស្ត្រីទៅមណ្ឌលសុខភាពឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែកជាបន្ទាន់ទោះថ្ងៃឬយប់ ដោយមិនត្រូវពន្យារពេលបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចខាងក្រោម ៖ • ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស ៖ - ក្រណាត់ទ្រាប់ប៉េរីណេសើមជោគលើសពី២ដុំក្នុងរយៈពេល២០-៣០នាទីក្រោយសម្រាល -ធ្លាក់ឈាមកាន់តែច្រើនឡើងៗក្រោយសម្រាលដែលធម្មតាការធ្លាក់ឈាមនេះត្រូវថយចុះ • ប្រកាច់ • ដង្ហើមញាប់ ឬ ពិបាកដកដង្ហើម • គ្រុនក្ដៅឬខ្សោយមិនអាចងើបពីគ្រែរួច • ឈឺក្នុងពោះយ៉ាងខ្លាំង **ណែនាំឱ្យទៅមណ្ឌលសុខភាពឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ឱ្យឆាប់តាមដែលអាចទៅបានបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចខាងក្រោម ៖** - គ្រុនក្ដៅ - ឈឺពោះ - មានអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួន - ដោះឡើងហើម ក្រហម ឡើងតឹងឬឈឺក្បាលដោះ - មានហូរទឹកនោម ឬ ឈឺចាប់ពេលនោម - ឈឺចាប់នៅប៉េរីណេ ឬ មានហូរខ្ទុះ - កករឈ្លោកមានក្លិនស្អុយ។	ពិភាក្សាពីការត្រៀមជាបន្ទាន់ជាមួយស្ត្រីនិងដៃគូគាត់/គ្រួសារ • ណែនាំឱ្យមាននរណាម្នាក់នៅក្បែរជានិច្ចក្នុងអំឡុងពេល២៤ម៉ោងដំបូងក្រោយ សម្រាល • ពិភាក្សា - តើត្រូវទៅកន្លែងណាបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់? - តើទៅទីនោះដោយរបៀបណា? - តើថ្លៃចំណាយអស់ប៉ុន្មាន? - ការគាំទ្ររបស់ក្រុមគ្រួសារ សហគមន៍ និងសុំជំនួយពីសហគមន៍បើចាំបាច់ • ណែនាំស្ត្រីឱ្យយកសៀវភៅសុខភាពមាតាទៅជាមួយផង។

៣-៣-៤ ការត្រឡប់មកពិនិត្យនិងតាមដានជាប្រចាំ

ត្រូវលើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីនាំដៃគូគាត់ ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់មកជាមួយពេលពិនិត្យក្រោយសម្រាលយ៉ាងហោចណាស់ម្តង។

ការណាត់ជួបក្រោយការព្យាបាលពេលមានបញ្ហាក្រោយសម្រាល៖

បញ្ហាដែលជួបប្រទះ	**រយៈពេលត្រូវត្រឡប់មកជួប**
គ្រុនក្តៅ	២ថ្ងៃ
ការឆ្លងរោគផ្លូវនោម	២ ថ្ងៃ
ការឆ្លងរោគនៅប៉េរីណេឬឈឺចាប់	២ ថ្ងៃ
សម្ពាធឈាមឡើង	១ សប្តាហ៍
មានហូរទឹកនោមដោយឯកឯង	១សប្តាហ៍
ជងឺស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ	២សប្តាហ៍
ជំងឺស្លេកស្លាំងមធ្យម	៤សប្តាហ៍
ទឹកមុខស្រងូតស្រងាត់ក្រោយសម្រាល	២សប្តាហ៍
មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍	២សប្តាហ៍

៣-៤ ការវាយតម្លៃ និង ការថែទាំទារកទើបកើត

៣-៤-១ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់ទារកមុនពេលចេញទៅផ្ទះ

បើទារកមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយកើតមាននៅពេលណាមួយក្រោយពីកើត ឬនៅមុនចេញទៅផ្ទះ ទារកត្រូវទទួលការព្យាបាលជាបន្ទាន់ (មើលផ្នែក៣-៥)

សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់មុនពេលចេញទៅផ្ទះ ៖

- ចង្វាក់ដង្ហើមរបស់ទារកតិចជាង៣០ ឬលើសពី៦០ដងក្នុងមួយនាទី
- ផតទ្រូងខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល
- ដង្ហក់
- ប្រកាច់
- ខ្លួនទារកទន់ឬរឹង
- ក្តៅខ្លួន > 38.0 ^{o}C សីតុណ្ហភាពនៅក្លៀក
- ត្រជាក់ខ្លួន < 35.0^{o}C សីតុណ្ហភាពនៅក្លៀក ឬសីតុណ្ហភាពមិនកើនឡើងក្រោយពីបានផ្តល់កម្តៅដល់ទារក
- មិនបៅដោះសោះឬពិបាកបៅខ្លាំង
- ហូរខ្ទុះពីផ្ចិត ឬផ្ចិតឡើងក្រហមនិងហើមដល់ស្បែកជុំវិញ
- ហូរឈាមពីទងផ្ចិត

- នៅស្បែកមានពងទឹកលើសពី ១០ឬ bullae ឬហើម ក្រហម ស្បែកឡើងរឹង
- ស្លេកស្លាំង
- ខាន់លឿង (ស្បែកលឿង) ចំពោះទារកអាយុ <24 ម៉ោង ឬលឿងលើបាតដៃនិងបាតជើង។

៣-៤-២ ការថែទាំទារកទូទៅមុនពេលចេញទៅផ្ទះ

៣-៤-២-១ គោលការណ៍ណែនាំទូទៅ ៖

អនាម័យដៃ ៖

ការប្រឈមមុខធំបំផុតរបស់ទារកដែលកើតនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលគឺជាការចម្លងរោគដោយបុគ្គលិកពេទ្យ។ ការប៉ះឬកាន់ទារកដែលមិនចាំបាច់អាចនឹងចម្លងរោគដ៏ងាយបំផុត។ បុគ្គលិកពេទ្យគួរប៉ះពាល់ទារកតែពេលណាចាំបាច់ដែលជាតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ។ បើបុគ្គលិកពេទ្យចាំបាច់ត្រូវតែប៉ះឬកាន់ទារក ត្រូវលាងសម្អាតដៃទៅតាមពេលវេលាដែលតម្រូវទាំង៥ ៖

1- មុនពេលប៉ះទារក
2- ក្រោយពេលប៉ះទារក
3- មុនពេលអនុវត្តដែលត្រូវការប្រើឧបករណ៍ឬសម្ភារដែលត្រូវប្រើលើទារកឬម្តាយ
4- ក្រោយពេលដែលអាចប៉ះពាល់នឹងសារធាតុរាវរបស់សរីរាង្គ
5- ក្រោយពីប៉ះពាល់ជាមួយកន្លែងដែលនៅជុំវិញម្តាយឬទារក

បុគ្គលិកពេទ្យត្រូវដោះចិញ្ចៀននិងគ្រឿងអលង្ការហើយលាងសម្អាតដៃនៅពេលមកដល់កន្លែងធ្វើការ មុនពេលនិងក្រោយពេលពាក់ស្រោមដៃ ក្រោយពេលប្រើបង្គន់ឬមុនពេលចេញទៅផ្ទះ។ អ្វីៗដែលបុគ្គលិកពេទ្យប៉ះគឺអាចជាប្រភពនៃការចម្លងរោគ ឧ. ផ្នែករាប ស្តេតូស្កុប សម្ភារ ឧបករណ៍ពេទ្យ ឯកសារ ប៊ិច និងទូរស័ព្ទដៃ។

ការរក្សាកម្តៅ ៖ ប្រាកដថាបន្ទប់មានភាពកក់ក្តៅ (25-28 ^{0}C) និងមិនមានខ្យល់ចេញចូល។ ពន្យល់ម្តាយពីសារៈប្រយោជន៍នៃការរក្សាកម្តៅកូនដើម្បីឱ្យកូនមានសុខភាពល្អ។ ដាក់ទារកនៅក្នុងបន្ទប់ជាមួយម្តាយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកដោយមិនផ្តាច់ចេញយ៉ាងហោច៦០នាទីក្រោយសម្រាលឬរហូតដល់ទារកបៅរួចនិងពេលបន្ទាប់មកទៀតឱ្យបានច្រើនតាមដែលអាចធ្វើទៅបានដោយដាក់នៅលើគ្រែជាមួយម្តាយ (ក្នុងមុង)។ បើទារកមិនបានដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយ ត្រូវពិនិត្យមើលថាតើមកពីមូលហេតុអ្វី ឧទាហរណ៍ ទារកឬម្តាយត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ដែលត្រូវតែនៅដោយឡែកពីគ្នា។ បើមានមូលហេតុសមស្រប ត្រូវប្រាកដថាទារកបានស្លៀកពាក់ ឬរុំ គ្របដណ្តប់ ពាក់មួកបានត្រឹមត្រូវឬដាក់ឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកជាមួយគ្រួសារឬសាច់ញាតិ ឧទាហរណ៍ឪពុក។

បង្រៀនម្តាយ ៖ ដើម្បីឱ្យស្ត្រីកំណត់បាននិងដឹងពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់ទារកនិងគាំទ្រការឱ្យកូនបៅដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ ដោយមិនកំណត់ ទាំងថ្ងៃទាំងយប់ ៨ដងឬលើសក្នុង២៤ម៉ោង។

៣-៤-២-២ វាយតម្លៃពីការបំបៅកូនដោយដោះម្តាយនិងពិគ្រោះពិភាក្សា

សម្គាល់ ៖ សម្រាប់ការបំបៅដោះក្នុងម៉ោងដំបូងសូមមើល(ទំព័រ 127)

វាយតម្លៃពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយដូចតទៅ ៖

សួរម្តាយ ៖

- តើការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយយ៉ាងដូចម្តេចដែរ?
- តើមានការលំបាកណាមួយចំពោះម្តាយឬចំពោះកូនឬទេ?
- តើទារកពេញចិត្តក្នុងការបៅឬទេ?
- តើត្រូវបំបៅដោះម្ខាងឬទាំងសងខាង?
- តើអ្នកបានឱ្យអាហារឬទឹកឬទឹកដោះសិប្បនិមិត្តដល់កូនរបស់អ្នកឬទេ?
- តើដោះអ្នកមានសភាពដូចម្តេចដែរមុននិងក្រោយបំបៅ? តើមានឈឺដោះឬក្បាលដោះឬទេ?
- តើមានកង្វល់អ្វីអំពីការបំបៅដោះកូនឬទេ?
- បើទារកមានអាយុលើសពី១ថ្ងៃតើអ្នកឱ្យកូនបៅប៉ុន្មានដងក្នុង២៤ម៉ោង? តើចន្លោះពីការបៅម្តងៗ មានរយៈពេលប៉ុន្មាន?ឱ្យម្តាយប្រាប់អ្នកនៅពេលដែលទារកបម្រុងបៅ។ សង្កេតមើលការបៅរយៈពេល៥នាទី
- តើការដាក់ទារកឱ្យបៅ ការបៅបានផ្អិបល្អបានត្រឹមត្រូវ ការជញ្ជក់មានប្រសិទ្ធភាពឬទេ? (ទំព័រ 127)

បៅបានល្អ (ជញ្ជក់មានប្រសិទ្ធិភាពដាក់កូនក្នុងស្ថានភាពល្អនិងដាក់ផ្អិបបានត្រឹមត្រូវ បៅដោះ ≥៨ដង/២៤ម៉ោងតាមចិត្តចង់ថ្ងៃនិងយប់) ៖

- សរសើរម្តាយដែលបានបំបៅកូនបានត្រឹមត្រូវ
- លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅដោះតែមួយមុខគត់តាមចំណង់របស់ទារក នេះជារបៀបចិញ្ចឹមមួយដែលអាចការពារជំងឺធ្ងន់ធ្ងរបាន។

ពិបាកក្នុងការបំបៅ (ពុំទាន់បានបំបៅដោះ ការដាក់ស្ថានភាពនិងការដាក់ផ្អិបមាត់ទៅនឹងដោះពុំបានល្អ ជញ្ជក់ពុំទាន់មានប្រសិទ្ធភាព បំបៅដោះតិចជាង៨ដងក្នុង២៤ម៉ោងចំពោះទារកអាយុលើសពី១ថ្ងៃឬទទួលអាហារឬភេសជ្ជៈផ្សេងទៀត) ៖

- អះអាងប្រាប់ម្តាយថានាងនឹងមានទឹកដោះគ្រប់គ្រាន់ប្រសិនបើនាងបំបៅបានញឹកញាប់ និងមានប្រសិទ្ធភាព
- បង្រៀនពីការដាក់ស្ថានភាពទារកឱ្យបៅត្រឹមត្រូវផ្អិបមាត់ទៅនឹងដោះត្រឹមត្រូវ
- ប្រសិនបើស្ត្រីមានលាសដោះត្រូវគ្រប់គ្រងដូចក្នុងទំព័រ 140
- ណែនាំឱ្យបំបៅញឹកញាប់ទាំង ពេលថ្ងៃនិងពេលយប់ ៨ដងឬច្រើនជាងនេះក្នុង២៤ម៉ោង
- បើទារកបានទទួលអាហារឬភេសជ្ជៈផ្សេងទៀតរួមទាំងទឹកដោះគោត្រូវប្រាប់ម្តាយឱ្យបញ្ឈប់ព្រោះវាអាចឱ្យកូនមិនស្រួល។ ងាកទៅបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធវិញ
- រកមើលក្រែងមានឡើងជ្រាំងសក្នុងមាត់
- វាយតម្លៃម្តងទៀតនៅពេលបំបៅលើកក្រោយ ឬតាមដានក្នុងរយៈពេល២ថ្ងៃ។

មានហេតុផលតិចតួចណាស់ដែលតម្រូវឱ្យស្ត្រីមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ(តារាងខាងក្រោម)

• ម្តាយមានដំបៅនៅលើដោះ Herpes simplex virus type 1 (មើលតារាងបំព្រួញ STI)   • ម្តាយមិនអាចបំបៅបានដោយសារទទួលការព្យាបាលពិសេស ៖

- ម្ដាយប្រើថ្នាំរម្ងាប់អារម្មណ៍ ជំងឺសរសៃប្រសាទ
- មហារីកគ្រាប់ឈាម
- ជំងឺពក ក ដែលកំពុងប្រើថ្នាំប្រឆាំងនឹងសារធាតុទីរ៉ូអ៊ីត។

ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធដូចតទៅ ៖

- ពន្យល់ម្ដាយពីសារៈសំខាន់នៃការ រក្សាឱ្យស្បែកម្ដាយប៉ះស្បែកទារកឱ្យបានយូរដែលអាចធ្វើទៅបានទោះបីជាក្រោយពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យក៏ដោយ។
- ពន្យល់ម្ដាយអំពីសារៈសំខាន់នៃការបំបៅដោយទឹកដោះដំបូង ៖
  - លើកទឹកចិត្តការបំបៅកូនតាមចំណង់ទារកទាំងថ្ងៃទាំងយប់និងឱ្យបានយូរតាមតែកូនចង់ ។ ក្រោយពី ២៤ម៉ោងនៃកំណើតត្រូវបំបៅទារក៨ដងឬលើសក្នុង១ថ្ងៃ។
  - ទឹកដោះដែលមាននៅក្នុង២ទៅ៣ថ្ងៃដំបូងក្រោយសម្រាលហៅថាទឹកដោះដំបូង។វាខាប់និងពណ៌លឿង
  - ទឹកដោះដំបូងមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់ទារកពីព្រោះវាមានជាតិប្រូតេអ៊ីននិងកាឡូរីច្រើនជាងទឹកដោះធម្មតានិងមានវីតាមីនអាដែលអាចការពារការឆ្លងរោគបានយ៉ាងប្រសើរជាង។
  - ក្រពះកូនទើបនឹងកើតមានចំណុះតិចណាស់ ដូច្នេះបរិមាណតិចតួចនៃទឹកដោះដំបូងអាចបំពេញក្រពះទារកតូចបាននិងផ្ដល់ដល់ទារកនូវរាល់ផលចំណេញនៃទឹកដោះដំបូង
  - បើម្ដាយបន្តការបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធ នោះទឹកដោះកាន់តែមានច្រើននៅក្នុងអំឡុង២-៣ថ្ងៃ
- **ពន្យល់ម្ដាយអំពីការអនុវត្តការបំបៅសមស្រប ៖**
  - ទារកគួរត្រូវបានបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធរយៈពេល៦ខែដំបូងនៃជីវិត។ ការបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធមានន័យថាផ្ដល់តែទឹកដោះសុទ្ធ (រួមទាំងទឹកដោះច្របាច់)។ មិនត្រូវផ្ដល់សារធាតុរាវផ្សេងៗ (ទឹកដោះគោ ទឹក ទឹកស្ករ ទឹកដោះគោខាប់ បបរ)និងអាហារផ្សេងៗ ដែលធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ទារកទេ។ ទឹកដោះម្ដាយមានសារធាតុចិញ្ចឹមនិងជាតិទឹកដែលទារកត្រូវការនៅក្នុង៦ខែដំបូងនៃជីវិត ដូច្នេះមិនចាំបាច់ផ្ដល់អាហារនិងជាតិទឹកបន្ថែមទេ។
  - ទឹកដោះម្ដាយជួយការពារទារកពីការឆ្លងរោគ
  - ជាធម្មតាក្មេងតែងតែមានយំនៅពេលខ្លះៗ ដូច្នេះមិនមានន័យថាទារកឃ្លានទេ។ ស្ត្រីអាចឱ្យកូនបៅ ប៉ុន្តែមិន ត្រូវផ្ដល់អាហារផ្សេងៗទេ។ ប្រសិនបើកូនយំ មិនមែនដោយសារឃ្លានត្រូវរកមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យកូនយំ ដូចជា៖ សើម ឈឺ ភ្ញាក់ដោយសម្លេងពញ្ញាក់ឬមិនសប្បាយចិត្ត។
  - បំបៅដោះម្ខាងឱ្យអស់សិនទើបប្ដូរទៅបំបៅដោះម្ខាងទៀត
  - ក្រោយការបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខគត់បាន៦ខែ ការផ្ដល់អាហារបន្ថែមត្រូវចាប់ផ្ដើមបន្តិចម្ដងៗរួមជាមួយនិងការបំបៅយ៉ាងតិចឱ្យបាន២ឆ្នាំ។

ទារកប្រឈមទាំងអស់ត្រូវបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធរហូតដល់អាយុ៦ខែនិងបន្តការបំបៅរហូតដល់១២ខែរួមជាមួយនិងអាហារបន្ថែម។ ការចិញ្ចឹមទារកក្រៅពីទឹកដោះម្ដាយ (ឧ.ទឹកដោះគោ) បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់

របស់ទារក។ ការចិញ្ចឹមដោយអាហារចម្រុះ (ទឹកដោះម្ដាយរួមនឹងទឹកដោះគោ)បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ចំពោះទារកដែលកើតពីម្ដាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍(មើលការណែនាំការផ្ដល់ប្រឹក្សាពីការចិញ្ចឹមទារកនិងកុមារតូច)។

៣-៤-៣ កំណត់រកបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស

គួរវាយតម្លៃទារកពេលកើតនិងអំឡុង១ម៉ោងក្រោយសម្រាលនិងរៀងរាល់ថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេលសម្រាកនិងមុនពេលចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ សួរម្ដាយអំពីប្រវត្តិជំងឺនិងពិនិត្យរាងកាយទារកដោយសួរម្ដាយ ពិនិត្យកំណត់ត្រា មើល ស្ដាប់និងស្ទាប។ បើរកឃើញបញ្ហាណាមួយសូមមើលសកម្មភាពអន្តរាគមន៍ដូចខាងក្រោម។

ប្រវត្តិជំងឺនិងការពិនិត្យរាងកាយ ចំណាត់ថ្នាក់និងសកម្មភាពដែលត្រូវធ្វើ ៖

ប្រវត្តិជំងឺនិងការពិនិត្យរាងកាយ	**ចំណាត់ថ្នាក់**	**សកម្មភាពអន្តរាគមន៍ សូមមើលផ្នែក**
អាយុគភ៌ (គ្រប់ខែ 37 – 42 សប្ដាហ៍) - 32-36 សប្ដាហ៍ - < 32 សប្ដាហ៍	- ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ - ទារកកើតមិនគ្រប់ខែខ្លាំង	3-4-4
ទម្ងន់ទារក (ធម្មតា 2500 – 4000 g) - > 4000 g - 1500 - < 2500 g - <1500 g	- ទម្ងន់លើសធម្មតា - ទម្ងន់ទាប - ទម្ងន់ទាបខ្លាំង	3-4-4
សម្រាលពិបាក ៖ - ទារកកើតទម្រង់ហុចគូថ - ទារកថប់ដង្ហើម - ទារកប្រកាច់	សម្រាលពិបាក	2-8-3 3-5-6 3-5-3
ម្ដាយឈឺធ្ងន់ឬត្រូវបញ្ជូន	វិធីថៃទាំទារក	3-5-10
ការដកដង្ហើម ៖ ពិនិត្យមើលចង្វាក់ដង្ហើម (ធម្មតា៣០-៦០) - ចង្វាក់ដង្ហើម: <៣០ដងនាទីឬ >៦០ដង/នាទី - ដង្ហក់ - ផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូល	ពិបាកដកដង្ហើម	3-5-1

សីតុណ្ហភាព - > 37.5◦C - < 36.5 ◦C	កម្តៅខ្លួនខ្ពស់ កម្តៅខ្លួនទាប	3-5-2
ភ្នែកក្រហម ហើម ឬហូរខ្ទុះ	អាចមានការបង្ករោគនៅភ្នែក	3-5-11
ទងផ្ចិត ៖ សង្កេតមើលភាពក្រហម ហូរខ្ទុះ និងស្បែករឹងក្រហមនៅជុំវិញផ្ចិត ស្បែកជុំវិញផ្ចិតក្រហមនិងហើម ៖ - តិចជាង 1cm ជុំវិញផ្ចិត - ធំជាង1cm លើទងផ្ចិត ស្បែកនៅជុំវិញផ្ចិតក្រហម រឹង ហើម ហូរខ្ទុះ ឬមានក្លិនស្អុយ ហើមពោះ	ទារកអាច ៖ - មានការបង្ករោគនៅផ្ចិត - មានការបង្ករោគខ្លាំងនៅផ្ចិត	3-5-12
ស្បែក ៖ សង្កេតរកខាន់លឿង(សង្កេតមើលនៅកន្លែងដែលមានពន្លឺថ្ងៃគ្រប់គ្រាន់ ខាន់លឿងនឹងមើលទៅឃើញកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ បើមើលនៅក្រោមពន្លឺភ្លើងអំពូលអាចនឹងមើលមិនដឹងថាមានខាន់លឿងប្រសិនបើពន្លឺនោះមិនគ្រប់គ្រាន់) ៖ មុខទារកលឿង ចំពោះទារកអាយុតិចជាង ២៤ម៉ោងឬលឿងនៅបាតដៃ ឬបាតជើង ចំពោះទារកនៅពេលណាមួយ។	ខាន់លឿងធ្ងន់ធ្ងរ	3-5-13
ពងទឹកនៅស្បែក ៖ មើលនៅជុំវិញក ក្លៀកនិងក្រលៀន ចំនួនតិចជាង ១០ ចំនួនច្រើនជាង ១០	បង្ករោគនៅស្បែក អាចមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ	3-5-14
ផ្សិតនៅមាត់និងស្បែក	ផ្សិត	
មុតឬរលាត់	របួសលើស្បែក	
ពិនិត្យក្បាល ដងខ្លួន និងអវៈយវៈរបស់ ទារក ៖ - ស្នាមជាំ ហើមនៅគូទ ក្បាលហើម ពកម្ខាង ឬទាំងសងខាង	មានការប៉ះទង្គិចនៅពេលកើត	3-5-15

- ស្ថានភាពជើងទារក ខុសធម្មតា (ក្រោយពីសម្រាលទម្រង់គូទ) - ដៃមិនមានចលនាឬមានចលនាមិនស៊ីមេទ្រីគ្នា		
ពិនិត្យកាយសម្បទាពីក្បាលដល់ចុងជើង ៖ ក្បាល មាត់ឬក្រអូម(ឆែប) ទ្រូង ពោះនិងខ្នង (ខ្នងមិនមានស្បែកគ្រប) ជើងកែក Club foot (talipes)	រូបរាងខុសធម្មតាពីកំណើត	3-5-15
រាក		3-5-16
កំណត់រកកត្តាប្រឈមមុខរបស់ម្តាយដែលមាន ក្នុងអំឡុង៤៨ម៉ោងក្រោយសម្រាល ៖ - ក្តៅខ្លួន >38 °c - មានការបង្ករោគដែលត្រូវបានព្យាបាលដោយ antibiotics - បែកស្រោមទឹកភ្លោះ >១៨ម៉ោង	ប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី	3-5-5
ម្តាយដែលមានតេស្តស្វាយវិជ្ជមាន	ប្រឈមមុខនឹងឆ្លងមេរោគស្វាយពីកំណើត	3-5-8

៣-៤-៤ ផ្តល់ការថែទាំបន្ថែមដល់ទារកទើបកើតដែលមានទម្ងន់ទាប (<2500g) ឬសម្រាលមុនកំណត់ (<37សប្តាហ៍) រួមទាំងការថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ

ទារកទើបកើតមានទម្ងន់ទាបឬមិនគ្រប់ខែអាចប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់បណ្តាលឱ្យឈឺនិងស្លាប់ច្រើនជាងទារកទើបកើតមានទម្ងន់ធម្មតាឬគ្រប់ខែ។ ទារកទើបកើតមានទម្ងន់ទាបច្រើនតែមានការលំបាកក្នុងការបំបៅ កម្តៅខ្លួនទាបជាងធម្មតា ពិបាកក្នុងការដកដង្ហើម និងមានបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរផ្សេងៗទៀតដូចជាការបង្ករោគក្នុងឈាម។ដូច្នេះតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាទាំងនេះ។

សម្គាល់ ៖ ការរក្សាអនាម័យដៃនិងសម្ភារជាការចាំបាច់បំផុត។

ធានាភាពកក់ក្តៅដល់ទារក ៖

- ប្រាកដថាបន្ទប់មានកម្តៅលើសពី 25°c និងបានបិទបង្អួចនិងទ្វារដើម្បីកុំឱ្យមានខ្យល់បក់ចេញចូល
- បង្រៀនម្តាយឱ្យចេះរក្សាកម្តៅដល់ទារកតូចដោយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ
- ត្រូវប្រាកដថាទារកពាក់មួកនិងស្រោមជើងជាប់ជានិច្ចតែមិនមានពាក់ស្រោមដៃ

- ធានាថាទារកត្រូវដាក់ក្នុងក្រណាត់ទ្រទារកក្នុងចន្លោះទ្រូងម្ដាយ(ដោះទាំងពីរ) ហើយម្ដាយត្រូវពាក់អាវ ចំហរទ្រូង ដណ្ដប់ភួយឱ្យម្ដាយនិងទារកបន្ថែមទៀត
- បង្រៀនម្ដាយពីរបៀបអនុវត្តការថែទាំទារកតាមរបៀបម្ដាយកង់ហ្គូរូ ច្របាច់យកទឹកដោះ បំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយនិងអនាម័យ ឬពេលវេលា និងអ្នកដែលអាចជួយជំនួសបាន។ ផ្លាស់ប្ដូរក្រណាត់ទ្រាប់ឱ្យបានញឹកញាប់ ដូច្នេះទារកនឹងមិនប៉ះជាមួយក្រណាត់សើមឬកខ្វក់។

ចំណាំ ៖ មិនត្រូវងូតទឹកឱ្យទារកតូច ហើយត្រូវជូតសម្អាតកន្លែងដែលកខ្វក់។

ការថែទាំទារកតាមរបៀបម្ដាយកង់ហ្គូរូ ៖ ជួយដល់ការរក្សាទារកឱ្យមានភាពកក់ក្ដៅ ដកដង្ហើមបានល្អ បំបៅដោះតាមចំណង់ ទារកកើនទម្ងន់ មានភាពជិតស្និទ្ធជាមួយម្ដាយ ទារកស៊ាំជាមួយបាក់តេរីដែលមាន ប្រយោជន៍របស់គ្រួសារ។ តាមរយៈវិធីនេះសម្គាល់ឃើញថាទារកមិនសូវយំ ដេកច្រើននិងមានបញ្ហាដង្ហើមតិចតួចជាងទារកដែលមិនបានធ្វើតាមវិធីនេះ។ ការដាក់ទារកតាមរបៀបម្ដាយកង់ហ្គូរូបានកាន់តែច្រើនម៉ោង ទារកនឹងទទួលបានផលប្រយោជន៍កាន់តែច្រើន។

- ប្រាប់ម្ដាយនិងសមាជិកគ្រួសារអំពីផលប្រយោជន៍នៃការថែទាំទារកតាមរបៀបម្ដាយកង់ហ្គូរូ
- ដោះខោអាវទារកលើកលែងតែក្រណាត់ទ្រាប់ មួកនិងស្រោមជើង
- ដាក់ទារកក្នុងស្ថានភាពបញ្ឈរ ដោយស្បែកប៉ះស្បែកនៅចន្លោះដោះម្ដាយ
- ត្រូវប្រាកដថាជើងនិងកែងដៃច្បត់ហើយទ្រោបលើម្ដាយដូចស្ថានភាពកង្កែប ហើយក្បាលនិងទ្រូង ទារកស្ថិតនៅលើទ្រូងរបស់ម្ដាយ ពោះរបស់កូនត្រូវនៅជិតកម្ពស់ក្រពះរបស់ម្ដាយ។ ក្បាលទារកត្រូវងើយបន្តិចនិងងាកទៅខាងបន្តិច។
- រក្សាស្ថានភាពរបស់ទារកឱ្យបានល្អ ដោយយកក្រណាត់ឬប្រើក្រមាឬសារ៉ុងមករុំជុំវិញខ្លួនម្ដាយនិងទារក ផ្នែកខាងលើនៃក្រណាត់ត្រូវនៅក្រោមស្លឹកត្រចៀកកូន។ ម្ដាយពាក់អាវចំហរទ្រូងពីក្រៅ និងដាក់ទារកក្នុង ក្រណាត់ទ្រទារក
- ត្រូវប្រាកដថាបានចងឱ្យតឹងល្មមដែលអាចការពារទារក កុំឱ្យរអិលធ្លាក់ចុះនៅពេលម្ដាយឈរ ដេកឬ ទម្រេត លើគ្រែ ឬអង្គុយលើកៅអីបត់ ប៉ុន្តែមិនត្រូវតឹងពេកដែលមិនអាចឱ្យទារកធ្វើចលនាបានឬដកដង្ហើមបានស្រួល
- ពន្យល់ម្ដាយឬក្រុមគ្រួសារថាគាត់អាចដាក់ទារកក្នុងស្ថានភាពបែបនេះទាំងថ្ងៃទាំងយប់កាន់តែប្រសើរ ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន ហើយអាចបំពេញការងារបាន តែមិនត្រូវផ្លាស់ប្ដូរញឹកញាប់
- ប្រាប់ម្ដាយថា ការធ្វើរយៈពេលខ្លីក៏មានផលប្រយោជន៍ដែរ ប៉ុន្តែបើធ្វើបានយូរកាន់តែប្រសើរ
- ម្ដាយត្រូវព្យាយាមបំបៅកូនដោយទឹកដោះ នៅពេលដែលទារកចង់បៅ
- បើទារកជញ្ជក់មិនសូវមានប្រសិទ្ធភាព ត្រូវធ្វើបង្ហាញឬប្រាប់ម្ដាយពីស្ថានភាពត្រឹមត្រូវនិងការបៅបានផ្ដិបល្អ (មិនត្រូវប៉ះទារកឬម្ដាយទេ) ។

សកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់ម្ដាយ

បញ្ជាក់ប្រាប់ម្ដាយ ៖

- ត្រូវលាងដៃឱ្យបានញឹកញាប់ជាពិសេសក្រោយបន្ទោរបង់និងមុនពេលហូបអាហារនិងថែរក្សាទារកឱ្យស្អាត

ស្ងួតជានិច្ច
- ផ្តល់តែទឹកដោះមួយមុខគត់ ចំណីនិងជាតិទឹកផ្សេងទៀតបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ទារក
- មិនត្រូវគ្របឬលាបអ្វីលើផ្ចិតទារកឡើយ ហើយត្រូវរក្សាទារកឆ្ងាយពីក្មេងនិងមនុស្សចាស់ដែលឈឺ
- អាចធ្វើអ្វីៗដែលគាត់ចង់ធ្វើដូចជា ឈរ ដើរ អង្គុយ ឬដេកដែលងាយស្រួលនៅពេលប្រើវិធីថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ
- ត្រូវលើកទឹកចិត្តសមាជិកក្នុងគ្រួសាររាប់ទាំងឪពុកក៏អាចធ្វើវិធីថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូបានដែរ ។

ការចិញ្ចឹមទារក

- ផ្តល់ការគាំទ្រពិសេសក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ៖
  - លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅកូនតាមចំណង់។ ចំណាំថាក្រោយពេលកើតទារកទាំងអស់នឹងស្រកទម្ងន់។ ទម្ងន់កូននឹងមកដូចពេលកើតនៅថ្ងៃទី៧ទៅថ្ងៃទី១០។
  - វាយតម្លៃការបំបៅដោះជារៀងរាល់ថ្ងៃ ៖ ស្ថានភាពត្រឹមត្រូវ ការបៅបានផ្ចិប ការជញ្ជក់ រយៈពេលនិងចំនួនដងនៃការបៅ ការពេញចិត្តរបស់ទារកក្នុងការបៅ។ កត់ត្រាពេលវេលានិងរយៈពេលនៃការបៅម្តងៗ។
  - ថ្លឹងទារករាល់ថ្ងៃនិងវាយតម្លៃ
- បើទារកជញ្ជក់មិនសូវមានប្រសិទ្ធភាព ត្រូវធ្វើបង្ហាញឬប្រាប់ម្តាយពីស្ថានភាពត្រឹមត្រូវនិងការបៅបានផ្ចិបល្អ (មិនត្រូវប៉ះទារកឬម្តាយទេ)
- ពិនិត្យមើលរៀងរាល់ពេលបំបៅដោះនិងផ្តល់យោបល់កែលម្អ បើចាំបាច់
- បើក្រោយពីការប្រឹងប្រែងរបស់ម្តាយនិងបុគ្គលិកពេទ្យ ទារកនៅតែជញ្ជក់មិនមានប្រសិទ្ធភាព ៖
  - បង្រៀនម្តាយឱ្យច្របាច់ទឹកដោះនិងបញ្ចុកដោយពែងឬស្លាបព្រាឬសឺរ៉ាំងឬទុយោក្រពះ (ជំពូកទី៨) និងកត់ត្រាបរិមាណដែលផ្តល់។ បន្តការផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់រហូតទារកអាចជញ្ជក់បានល្អ
  - ដោយសារកូនតូចចេះតែមាំទាំយើងអាចបំបៅទឹកដោះច្របាច់ពីម្តាយដោយផ្លាស់ប្តូរការប្រើពែង ស្លាបព្រាសឺរ៉ាំងឬទុយោក្រពះ
  - នៅពេលដែលទារកអាចជញ្ជក់បានល្អបង្កើនចំនួនពេលរហូតដល់កូនអាចបៅដោះបានពេញលេញ
  - នៅពេលកំពុងផ្តល់ទឹកដោះតាមទុយោក្រពះ ក៏ត្រូវព្យាយាមដាក់ដោះឱ្យទារកបៅ លើកលែងតែស្ថានភាពទារកមិនទាន់មានលំនឹង។

ការតាមដាន ៖ វាយតម្លៃនិងកត់ត្រាការរកឃើញផ្សេងៗ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ

- វាយតម្លៃការដកដង្ហើម (ទារកគួរតែនៅស្ងៀមនិងមិនយំ)
  - រាប់ចង្វាក់ដង្ហើមក្នុងមួយនាទី។ រាប់ម្តងទៀតបើចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៦០ឬតិចជាង៣០ដងក្នុងមួយនាទី
  - ស្តាប់រកសូរថ្ងូរ ដង្ហក់
  - មើលរកភាពផតនៃទ្រូង
  - សួរពីប្រវត្តិនៃការបាត់ដង្ហើម(ឈប់ដកដង្ហើមលើសពី២០វិនាទី)

  ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយខាងលើ បញ្ជាក់ថាទារកពិបាកដកដង្ហើម (ទំព័រ 185)

- ស្ទង់កម្ដៅ
- ជុំរុញឱ្យកូនពាក់មួកនិងឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកដើម្បីរក្សាកម្ដៅឱ្យស្ថិតក្នុងកម្រិតធម្មតា (36.5-37.5◦C)
- បើមានការពិបាករក្សាកម្ដៅខ្លួនរបស់ទារកនៅក្នុងកម្រិតធម្មតា(សូមមើលផ្នែក 3-5-2)
- ពិនិត្យរកខាន់លឿងបើមាន(ផ្នែក 3-5-13)

ការថែទាំចំពោះទារកដែលមានផលវិបាក ៖

ប្រសិនបើក្រោយពីការព្យាយាមធ្វើដូចខាងលើទារកនៅតែបៅមិនបានល្អឬទារកមានសុខភាពមិនល្អឬមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ បញ្ជូនទារកនិងម្ដាយទៅផ្នែកដែលមានសមត្ថភាពថែទាំ ទារកមានទម្ងន់តិចឬកើតមិនគ្រប់ខែ។ រក្សាការដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្ដាយដោយផ្ទាល់មានពាក់មួកនិងស្រោមជើងមុននិងក្នុងពេលបញ្ជូន។

ល័ក្ខខ័ណ្ឌដែលអាចឱ្យចេញទៅផ្ទះ

ឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះនៅពេលដែល ៖

- ការបំបៅដោយដោះតែមួយមុខគត់ល្អ
- កើនទម្ងន់យ៉ាងហោច15g ក្នុងមួយថ្ងៃឱ្យបាន៣ថ្ងៃជាប់គ្នា
- ម្ដាយមានទំនុកចិត្តនិងអាចថែទាំទារកបាន
- ម្ដាយមិនមានបារម្ភពីសុខភាពរបស់ទារក
- ប្រសិនបើម្ដាយនិងទារកមិនអាចសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបាន ត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីទទួលបានការពិនិត្យជារៀងរាល់ថ្ងៃ
- បង្រៀនម្ដាយឱ្យស្គាល់ពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជា៖ ទ្រូងផតខ្លាំងនៅពេលដកដង្ហើមចូល ដង្ហើមញាប់ (លើសពី ៦០ដងក្នុង១នាទី) ដង្ហើមយឺត(តិចជាង៣០ដងក្នុង១នាទី) ថយចុះចលនា ប្រកាច់ ពិបាកបៅ ទារកត្រជាក់ខ្លួនពេកឬក្ដៅពេក ឬមានឈាមខ្ទុះ ឬឡើងក្រហមជុំវិញគល់ផ្ចិត បើផ្ចិតមិនទាន់ជ្រុះ
- ប្រាកដថាម្ដាយមានទំនុកចិត្តនឹងបន្តការថែទាំទារកតាមរបៀបម្ដាយកង់ហ្គូរូនៅផ្ទះ។

ការតាមដានបន្ត ៖

- ប្រាប់ម្ដាយឱ្យត្រឡប់មកមន្ទីរពេទ្យវិញភ្លាម បើទារកបៅមិនបានល្អ ឬបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយ (ទំព័រ 174)
- ជួបជាមួយម្ដាយ(នៅផ្ទះឬនៅមន្ទីរពេទ្យ) ពីរដងក្នុង១សប្ដាហ៍រហូត ទារកទម្ងន់បាន 2.5 kg
- ផ្ដល់ដំបូន្មានពីការថែទាំទារកមុនចេញទៅផ្ទះ។

៣-៤-៥ ការផ្ដល់ដំបូន្មានដល់ម្ដាយពីការថែទាំទារកក្រោយពេលចេញទៅផ្ទះ

ផ្ដល់ភាពកក់ក្ដៅ ៖

ពន្យល់ទៅម្ដាយថាការរក្សាភាពកក់ក្ដៅដល់ទារកគឺជាការចាំបាច់ដើម្បីឱ្យទារកមានសុខភាពល្អ ទារកទើបកើតត្រូវការសំលៀកបំពាក់/ក្រណាត់រុំមួយជាន់ទៀតលើសពីក្មេងធំឬមនុស្សចាស់ ៖

- ការដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកអាចធ្វើបានទៅតាមចិត្តចង់ហើយវាជួយដល់ម្ដាយនិងទារក។ ជាការចាំបាច់ ក្នុងការផ្ដល់ភាពកក់ក្ដៅដល់ទារកដែលមានខ្លួនត្រជាក់ពេលម្ដាយស្វាប។ ការដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកអាចធ្វើដោយក្រុម

គ្រួសារ បានបើសិនជាម្ដាយមិននៅ។ ប្រសិនបើមិនអាចដាក់ ស្បែកប៉ះស្បែកផ្ទាល់ត្រូវស្លៀកពាក់ឬរុំទារកដោយក្រណាត់ស្ងួត។ គ្រប់ទារកទាំងអស់ត្រូវពាក់មួករយៈពេល ២-៣អាទិត្យក្រោយកើតជាពិសេសចំពោះទារកតូច។

- ត្រូវរក្សាទារកឱ្យនៅជាមួយម្ដាយទាំងយប់ទាំងថ្ងៃ។ ប្រសិនជាម្ដាយនិងទារកត្រូវតែបំបែកពីគ្នា (ឧទាហរណ៍ម្ដាយឈឺ) អាចដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែកផ្ទាល់ជាមួយសមាជិកគ្រួសារឬប្រាកដថាទារក ត្រូវបានស្លៀកពាក់ឬរុំឱ្យជិតល្អនិងដណ្ដប់ភួយ។
- រក្សាកម្ដៅនៅក្នុងបន្ទប់និងមិនឱ្យមានខ្យល់បក់
- មិនត្រូវដាក់ទារកនៅលើកន្លែងត្រជាក់និងនៅលើផ្ទៃ/ក្រណាត់សើម
- នៅពេលដែលមិនបានដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកមិនត្រូវរុំទារកតឹងពេក ដែលធ្វើឱ្យទារកត្រជាក់ទៅវិញ
- មិនត្រូវដាក់ទារកឱ្យប៉ះផ្ទាល់នឹងពន្លឺព្រះអាទិត្យទេ។

ការថែទាំផ្ចិតទារក ៖

- មិនត្រូវប៉ះពាល់ រុំជុំវិញទងផ្ចិតនិងពោះឬដាក់ឬលាបអ្វីនៅលើទងផ្ចិត
- គ្របទងផ្ចិតទារកដោយក្រណាត់ស្អាតហើយស្ងួត
- បើទងផ្ចិតមានប្រឡាក់ត្រូវលាងជាមួយទឹកស្អាតនិងសាប៊ូហើយជូតសម្ងួតជាមួយក្រណាត់ស្អាត
- បើផ្ចិតមានហូរឈាម ឡើងពណ៌ក្រហម មានហូរខ្ទុះ យកទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។

ការដេក ៖

- ដាក់មុងទាំងពេលថ្ងៃនិងពេលយប់នៅពេលទារកដេកប្រសិនបើទារកមិនដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកម្ដាយ
- ដាក់ទារកឱ្យដេកផ្ងារឬដេកផ្អៀង
- រក្សាទារកឱ្យនៅឆ្ងាយពីផ្សែងឬឱ្យឆ្ងាយពីអ្នកជក់បារី
- រក្សាទារកឱ្យឆ្ងាយពីក្មេងនិងមនុស្សចាស់ដែលមានជំងឺ។

អនាម័យ ៖

- មិនត្រូវងូតទឹកឱ្យទារកក្នុង២៤ម៉ោងនៃកំណើត
- ប្រសិនបើត្រូវលាងសម្អាតត្រូវប្រើទឹកក្ដៅឧណ្ហៗដើម្បីសម្អាតមុខ ក ក្រោមក្លៀក ជាប្រចាំ
- ជូតសម្ងួតទារកនិងដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកដោយផ្ទាល់ជាមួយម្ដាយឬស្លៀកពាក់ឱ្យទារក។

សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ ៖

ផ្ដល់ដំបូន្មានដល់ម្ដាយឱ្យនាំទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាបន្ទាន់ ទោះបីថ្ងៃឬយប់ដោយមិនត្រូវពន្យារពេល បើឃើញមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទាំងឡាយដូចខាងក្រោម ៖

- ពិបាកបៅឬបៅតិចជាង៨ដងក្នុង១ថ្ងៃក្នុងសប្ដាហ៍ដំបូង
- ទារកមិនមានចលនាដោយឯកឯង
- កម្ដៅខ្លួន < 36.5◦C
- កម្ដៅខ្លួន > 37.5◦C

• ចង្វាក់ដង្ហើមលើសឬស្មើ៦០ដងក្នុង១នាទី • ចង្វាក់ដង្ហើមតិចជាងឬស្មើ៣០ដងក្នុង១នាទី • ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល • ដកដង្ហើមលឺសម្លេងខ្លាំងឬថ្ងូរ • ប្រកាច់ • មានខ្ទុះចេញពីភ្នែក • មានពងទឹកនៅស្បែក • ទងផ្ចិតមានហូរឈាម ឡើងក្រហម ឬហូរខ្ទុះ។ • កើតលឿងក្នុង២៤ម៉ោងដំបូងក្រោយកើត ឬបាតដៃបាតជើងឡើងលឿងនៅពេលណាមួយ
ការត្រឡប់មកពិនិត្យជាប្រចាំ ៖ ម្តាយត្រូវយកកូនមកទទួលការពិនិត្យជាប្រចាំក្រោយកើតដើម្បីទទួលនូវថ្នាំបង្ការ ៖ រលាកថ្លើមប្រភេទ បេ របេង គ្រុនស្វិតដៃជើង ខាន់ស្លាក់ ក្អកមាន់ តេតាណូស រលាកស្រោមខួរក្បាល កញ្ជ្រិលនិងរលាកខួរក្បាលបើមាន។ ក្រៅពីនេះទារកទទួលបាននូវការតាមដាននិងវាយតម្លៃពីការវិវត្តន៍របស់ ទារក។

៣-៥ ការគ្រប់គ្រងបញ្ហានានារបស់ទារកទើបកើត

៣-៥-១ ដកដង្ហើមពិបាក

ទារកដែលពិបាកដកដង្ហើមមានសញ្ញាមួយឬច្រើនដូចតទៅ ៖ ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៦០ឬតិចជាង ៣០ដងក្នុង១ នាទី ទ្រូងផតពេលដកដង្ហើមចូល ស្រែកថ្ងូរ ឬបាត់ដង្ហើម(មិនដកដង្ហើមលើសពី២០វិនាទី)។

ចំណាត់ថ្នាក់នៃការពិបាកដកដង្ហើម		
ចង្វាក់ដង្ហើម (ការដកដង្ហើមក្នុង១នាទី)	**ថ្ងូរឬទ្រូងផតចូល**	**ចំណាត់ថ្នាក់**
លើសពី៩០ដង	មាន	ធ្ងន់ធ្ងរ
លើសពី៩០ដង	គ្មាន	មធ្យម
៦០ទៅ៩០ដង	មាន	មធ្យម
៦០ទៅ៩០ដង	គ្មាន	ស្រាល

វាយតម្លៃនិងព្យាបាលទារកដែលមានការពិបាកដកដង្ហើមដូចខាងក្រោម បើមិនមានលទ្ធភាព ព្យាបាលទេ ត្រូវព្យាយាមផ្តល់ការព្យាបាលទូទៅរួចបញ្ជូនទារកភ្លាមៗទៅផ្នែកដែលអាចផ្តល់ការព្យាបាលសមស្រប។

ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការពិបាកដកដង្ហើម
ការព្យាបាលទូទៅ ៖

- ផ្តល់ Oxygen ក្នុងកម្រិតមធ្យម (0.5-1L/1mn)ហើយត្រូវវាស់កម្រិត Oxygen នៅក្នុងឈាមដោយប្រើប្រដាប់វាស់កម្រិត (Oximeter)។ រក្សាកម្រិត Oxygen ក្នុងឈាម 88% ទៅ 92% ចំពោះទារកទម្ងន់ទាបនិង 95-97% ចំពោះទារកគ្រប់ខែ។
- បើចង្វាក់ដង្ហើមរបស់ទារកមានចំនួនតិចជាង 30ដងក្នុង១នាទី ត្រូវតាមដានយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន
- បើចង្វាក់ដង្ហើមរបស់ទារកមានចំនួនតិចជាង 20ដងក្នុង១នាទីត្រូវសង្គ្រោះដោយប្រើបាល់ឡុងនិងម៉ាស់ (ទំព័រ 105)
- បើទារកបាត់ដង្ហើម ត្រូវរំញោចឱ្យដកដង្ហើមដោយត្រដុសខ្នងទារករយៈពេល10 វិនាទី
- បើទារកនៅតែមិនដកដង្ហើម ត្រូវសង្គ្រោះទារកដោយប្រើបាល់ឡុងនិងម៉ាស់
- បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកមានលើសពី 60ដងក្នុង១នាទី ហើយទារកនៅមានសភាពស្វាយ (ទោះបីជាបានទទួល Oxygen ក្នុងកម្រិតខ្លាំងហើយក៏ដោយ)ត្រូវសង្ស័យថាមានជំងឺបេះដូងពីកំណើត
- កំណត់រកសញ្ញាផ្សេងៗទៀតដែលបង្ហាញថាទារកមានបញ្ហា(ឧទាហរណ៍ ទារកតូចថប់ដង្ហើម ក្លាយរោគក្នុងឈាម...)។

ពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ៖

- ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី 90ដងក្នុង១នាទីនិង
- ថ្ងូរឬទ្រូងផតពេលដកដង្ហើមចូល។

ការគ្រប់គ្រង ៖

- ស៊កទុយោក្រពះដើម្បីឱ្យបង្ហូរខ្យល់និងទឹកចេញឱ្យអស់ដោយទុកចុងទុយោចំហដើម្បីសម្រួលដល់ការបង្ហូរចេញ
- ព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម ៖
  - ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃដើម្បីរក្សាជាតិទឹកដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់នៃទារក (ទំព័រ 326)
  - បូមយកឈាមដើម្បីបណ្តុះមេរោគ
  - បើទារកមានប្រកាច់ Opisthotonos ឬប៉ោងបង្ហើយមុខត្រូវសង្ស័យថារលាកស្រោមខួរ។
  - ព្យាបាលការប្រកាច់ បើមាន(ទំព័រ 190)
  - បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងនិងចាប់ផ្តើមព្យាបាលរលាកស្រោមខួរទន្ទឹមនឹងការរងចាំលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍
  - ផ្តល់ Ampicillin និង Gentamicin តាមសរសៃដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់របស់ទារក
  - Ampicillin ចាក់សរសៃឬសាច់ដុំ កម្រិតប្រើ100mg/kg ដោយបន្ថែមទឹកស្ទេរីល 2.5ml រៀងរាល់១២ម៉ោង
  - Gentamicin ចាក់សរសៃឬសាច់ដុំ កម្រិតប្រើ 5mg/kg បើទារកគ្រប់ខែ 4mg/kg បើទារកមិនគ្រប់ខែ រៀងរាល់២៤ម៉ោង។
- តាមដាននិងកត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើមនិងកម្រិត Oxygen នៅក្នុងឈាមរៀងរាល់ម៉ោងរហូតដល់ទារក លែងត្រូវការ Oxygen និងបន្តតាមដានបន្ថែម២៤ម៉ោងទៀត។ សង្កេតរកសញ្ញា ៖
  - ភាពផតនៃទ្រូងឬសម្លេងថ្ងូរ

- ការបាត់ដង្ហើម

- តាមដានការឆ្លើយតបរបស់ទារកទៅនឹងការផ្តល់ Oxygen (ដូចជាដកដង្ហើមនិងកម្រិត Oxygen ក្នុងឈាមបានប្រសើរឡើង)
- នៅពេលដែលទារកចាប់ផ្តើមប្រសើរឡើងសូមមើលការថែទាំចំពោះការពិបាកដកដង្ហើមមធ្យម
- បើដកដង្ហើមពិបាកកាន់តែខ្លាំង ឬទារកឡើងស្វាយ ៖
  - ផ្តល់ Oxygen ក្នុងកម្រិតខ្លាំងជាងមុន
  - បើនៅតែមិនប្រសើរត្រូវបញ្ជូនទៅរកការថែទាំពិសេស។

ពិបាកដកដង្ហើមមធ្យម ៖

- ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី 90ដងក្នុង១នាទីនិងមិនមានសម្លេងថ្ងូរ ឬទ្រូងផតចូល
- ចង្វាក់ដង្ហើម60-90 ដងក្នុង១នាទីនិងមានសម្លេងថ្ងូរ ឬទ្រូងផតចូល។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ៖

- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃដើម្បីរក្សាជាតិទឹកដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់នៃទារក
- តាមដាននិងកត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើមនិងកម្រិត Oxygen នៅក្នុងឈាមរៀងរាល់ម៉ោងរហូតដល់ទារក លែងត្រូវការ Oxygen និងបន្ថែម២៤ម៉ោងទៀត។ សង្កេតរកសញ្ញា ៖
  - ផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូលឬសម្លេងថ្ងូរ
  - បាត់ដង្ហើម
- បើការដកដង្ហើមពិបាកមិនប្រសើរ ឬកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរក្រោយរយៈពេល២ម៉ោងត្រូវគ្រប់គ្រង ដូចករណីពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ
- តាមដានការឆ្លើយតបរបស់ទារកទៅនឹងការផ្តល់ Oxygen (ដូចជាការដកដង្ហើមនិងកម្រិត Oxygen ក្នុងឈាមបានប្រសើរឡើង)
- នៅពេលដែលទារកចាប់ផ្តើមប្រសើរឡើងសូមមើលការថែទាំចំពោះការពិបាកដកដង្ហើមស្រាល

ចំណាំ ៖ ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការពិបាកដកដង្ហើម (Respiratory Distress Syndrome RDS) ដែលមានចំពោះទារកមានទម្ងន់ទាប ត្រូវគ្រប់គ្រងដូចខាងលើ។ ប៉ុន្តែជាទូទៅ RDS កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរនៅ២ថ្ងៃដំបូង រួចចាប់ផ្តើមប្រសើរឡើង។ បើការពិបាកដកដង្ហើមនៅតែមិនទាន់ប្រសើរក្រោយពី២ថ្ងៃត្រូវគ្រប់គ្រងដូចការពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ។

ការពិបាកដកដង្ហើមស្រាល ៖

- ចង្វាក់ដង្ហើមពី 60-90 ដងក្នុង១នាទីនិង
- មិនមានសម្លេងថ្ងូរឬទ្រូងផតចូល

ការគ្រប់គ្រងព្យបាល ៖

- ផ្តល់ទឹកដោះប្រឋាប់តាមទុយោក្រពះ
- តាមដាននិងកត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើមនិងកម្រិត Oxygen នៅក្នុងឈាមរៀងរាល់ម៉ោង រហូតដល់ទារក លែងត្រូវការ Oxygen និងបន្តតាមដានបន្ថែម២៤ម៉ោងទៀត។ សង្កេតរកសញ្ញា ៖
  - ភាពផតនៃទ្រូងឬសម្លេងថ្ងូរ

- ការបាត់ដង្ហើម

- តាមដានការឆ្លើយតបរបស់ទារកទៅនឹងការផ្តល់ Oxygen (ដូចជាដកដង្ហើមនិងកម្រិត Oxygen ក្នុងឈាមបានប្រសើរឡើង)
- នៅពេលដែលមិនត្រូវការផ្តល់ Oxygen លើកទឹកចិត្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ បើទារកមិនអាចបៅបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ (ទំព័រ 305)
- បើក្រោយពីការបញ្ឈប់ផ្តល់ Oxygen អណ្តាតនិងបបូរមាត់ទារកនៅរក្សាពណ៌ផ្កាឈូកយ៉ាងតិចរយៈពេល២ថ្ងៃ មិនមានពិបាកដកដង្ហើម ទារកបៅបានល្អនិងមិនមានបញ្ហាអ្វីផ្សេងទៀតទេឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ។

៣-៥-២ កម្តៅខ្លួនចុះទាប (<36.5◦c) ឬកម្តៅខ្លួនខ្ពស់ (>37.5◦c)

ទារកដែលមានកម្តៅខ្លួនទាបទាំងអស់ ត្រូវនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យយ៉ាងតិច២៤ម៉ោងទាំងម្តាយនិងទារក។

កម្តៅខ្លួនទាបកម្រិតស្រាល (35-36.4◦c)

- ត្រូវយកកន្សែងត្រជាក់ឬសើមចេញបើមាន
- ម្តាយជាបុគ្គលល្អបំផុតក្នុងការផ្តល់កម្តៅឱ្យកូនដោយដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកដោយផ្ទាល់។ កម្តៅខ្លួនរបស់កូននឹងឡើងជាស្វ័យប្រវត្តិទៅតាមកម្តៅខ្លួនរបស់ម្តាយ។ ប្រសិនបើម្តាយមិននៅឪពុក ឬសមាជិកគ្រួសារអាចជំនួសម្តាយបានក្នុងការដាក់ស្បែកប៉ះស្បែក។ ជំរើសមួយទៀតទារកត្រូវស្លៀកពាក់ឱ្យបានកក់ក្តៅព្រមទាំងពាក់មួកនិងដណ្តប់ភួយ
- លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយឱ្យបានញឹកញាប់ជាងមុន។ បើទារកពិបាកបៅត្រូវជួយទារក (ទំព័រ 176)
- បើកម្តៅខ្លួនមិនឡើងក្រោយ២ម៉ោងនៃការវាយតម្លៃនោះទារកចូលក្នុងករណីកម្តៅខ្លួនទាបកម្រិតមធ្យម។

កម្តៅខ្លួនទាបកម្រិតមធ្យម (32-34.9 ◦c)

ព្យាបាលដូចករណីកម្តៅខ្លួនទាបកម្រិតស្រាល ប៉ុន្តែបន្ថែម ៖

- ស្ទង់កម្តៅទារករៀងរាល់ម៉ោងរយៈពេល៣ម៉ោងដំបូង។ បើកម្តៅទារកកើនឡើងយ៉ាងតិច 0.5◦c ក្នុង១ម៉ោងក្នុងរយៈពេល៣ម៉ោងចុងក្រោយ បានន័យថាការផ្តល់ភាពកក់ក្តៅបានជោគជ័យ បន្តស្ទង់កម្តៅទារករៀងរាល់២ម៉ោងម្តង ។ បើកម្តៅខ្លួនមិនឡើងឬឡើងយឺតជាង 0.5◦c ក្នុង១ម៉ោងត្រូវរកមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមដូចជា៖ បៅតិចតួច ក្អួត ពិបាកដកដង្ហើម។ បន្ថែមពីលើនេះទៀតត្រូវគិតអំពីការផ្តល់ភាពកក់ក្តៅដល់ទារកដោយប្រើគ្រែកម្តៅបើមាន
- នៅពេលដែលកម្តៅទារកធម្មតាត្រូវស្ទង់មើលរៀងរាល់៣ម៉ោងម្តងរយៈពេល១២ម៉ោង។ បើកម្តៅ នៅតែស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតធម្មតាបញ្ឈប់ការស្ទង់កម្តៅបើកម្តៅខ្លួនទារកធ្លាក់ចុះមកតិចជាង 32◦c ត្រូវគ្រប់គ្រងតាមករណីកម្តៅខ្លួនទាបកម្រិតខ្លាំង។

កម្តៅខ្លួនទាបកម្រិតខ្លាំង (< 32◦c)

ត្រូវអនុវត្តវិធានការណ៍ដែលបានរៀបរាប់ដូចករណីកម្តៅខ្លួនទាបកម្រិតមធ្យម ប៉ុន្តែបន្ថែម ៖

- បើមានត្រូវផ្តល់កម្តៅដល់ទារកភ្លាមដោយប្រើគ្រែកម្តៅដែលបានបើកទុកហើយ (pre-warmed radiant warmer)
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ 196)
- សង្កេតរកសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់(ដូចជា ចង្វាក់ដង្ហើមតិចជាង២០ដងក្នុង១នាទី ដង្ហក់ មិនដកដង្ហើមឬស្លក)។ បើមានសញ្ញាណាមួយត្រូវចាប់ផ្តើមធ្វើការសង្គ្រោះ។ បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកលើស ពី60ដង ក្នុង១នាទី ឬទារកមានទ្រូងផតពេលដកដង្ហើមចូល ឬថ្ងូរពេលដកដង្ហើមចេញត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាល ការដកដង្ហើមពិបាក (ទំព័រ 185)
- បញ្ជូនទារកជាបន្ទាន់ទៅកន្លែងថែទាំពិសេស។

កម្តៅខ្លួនក្តៅ (>37.5◦c)

មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំបញ្ចុះកម្តៅដើម្បីបញ្ចុះកម្តៅខ្លួនទារកទេ

- បើកម្តៅខ្លួនក្តៅដោយសារទារកស្ថិតនៅក្នុងបរិយាកាសដែលក្តៅ ឬប៉ះនឹងពន្លឺថ្ងៃ៖
  - ត្រូវដាក់ទារកនៅក្នុងបរិយាកាសសីតុណ្ហភាពធម្មតា (25-28°C)
  - ត្រូវដោះសម្លៀកបំពាក់ទារកចេញទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះរយៈពេល១០នាទី រួចស្លៀកពាក់និងគ្របឱ្យទារកវិញ
- បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកលើសពី៦០ដងក្នុង១នាទីឬមានទ្រូងផតពេលដកដង្ហើមចូលឬសម្លេងថ្ងូរពេល ដកដង្ហើមចេញត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលការដកដង្ហើមពិបាក (ទំព័រ 185)
- បើកម្តៅខ្លួនក្តៅដោយសារការផ្តល់កម្តៅជ្រុលដោយប្រើគ្រែកម្តៅឬកែវចិញ្ចឹម ៖
  - ត្រូវបន្ថយកម្តៅ។ បើទារកនៅក្នុងកែវចិញ្ចឹមបន្ថយកម្តៅខ្យល់ក្នុងកែវចិញ្ចឹមរហូតដល់កម្តៅខ្លួនទារកស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតធម្មតា
  - ដោះសម្លៀកបំពាក់ទារកចេញទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះរយៈពេល១០នាទីរួចស្លៀកពាក់និងគ្របឱ្យទារកវិញ
- សង្កេតរកមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមដូចជា៖ ពៅតិចតួច ក្អួត ពិបាកដកដង្ហើម។ រួចសង្កេតមើលម្តងទៀតនៅពេលដែលកម្តៅខ្លួនទារកស្ថិតក្នុងកម្រិតធម្មតា
- ស្ទង់កម្តៅនៅក្នុងកែវចិញ្ចឹម ឬនៅក្នុងគ្រែកម្តៅរាល់ម៉ោងនិងកែតម្រូវកម្តៅឱ្យបានសមស្រប
- ពិនិត្យមើលការថែទាំដើម្បីប្រាកដថាមិនមានបញ្ហាណាមួយកើតទៀតទេ
- ផ្តល់ការគ្រប់គ្រងបន្តករណីកម្តៅខ្លួនក្តៅ
- បើកម្តៅខ្លួនទារកលើសពី39◦c ៖
  - ជូត ឬងូតទឹកឱ្យទារករយៈពេល10-15នាទីនៅក្នុងទឹកដែលមានសីតុណ្ហភាព 4◦c ទាបជាងកម្តៅខ្លួនទារក
  - មិនត្រូវប្រើទឹកត្រជាក់ឬទឹកដែលមានសីតុណ្ហភាពទាបជាងកម្តៅខ្លួនកូនលើសពី 4◦c
  - ស្ទង់កម្តៅខ្លួនទារករៀងរាល់ម៉ោង

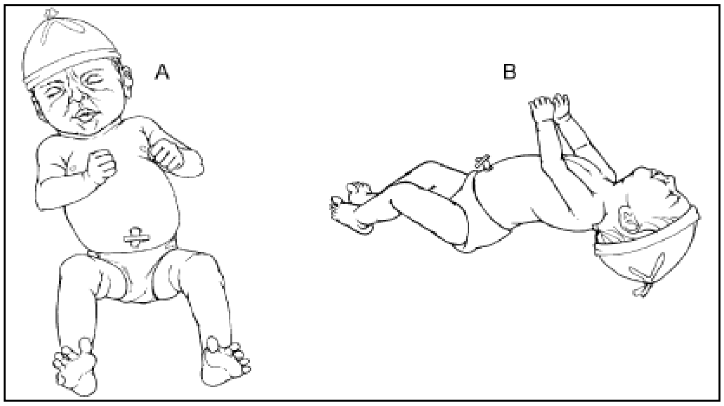
បើកម្តៅខ្លួនទារកនៅតែមិនធម្មតាក្រោយរយៈពេល២ម៉ោងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាមនិងបញ្ជូនទារកជាបន្ទាន់ទៅកន្លែងព្យាបាលពិសេស។

៣-៥-៣ ការប្រកាច់ឬកន្ត្រាក់ជាប់ (Convulsions or spasms)

បើទារកកំពុងប្រកាច់/កន្ត្រាក់ជាប់ ត្រូវពិនិត្យមើលដើម្បីបែងចែកឱ្យច្បាស់

ការបែងចែករវាងការប្រកាច់និងការកន្ត្រាក់ជាប់

បញ្ហា	**ការពិនិត្យឃើញ**
ការប្រកាច់ខ្លួនទាំងមូល	• ចលនាញាក់ៗនៃអវៈយវៈឬមុខ • ដៃនិងជើងបត់ឬលាតសន្ធឹង ដំណាលគ្នាទាំងសងខាង ឬមិនដំណាលគ្នា • បាត់ដង្ហើម (ដង្ហើមឈប់ដកលើសពី 20វិនាទី) • ទារកអាចមិនដឹងខ្លួនឬដឹងខ្លួនមិនឆ្លើយតប
ការប្រកាច់ដោយផ្អែក (Subtle convulsion)	• ភ្នែកព្រិចៗ ប្រទាញ ឬបញ្ឈរ (Repetitive blinking, eye deviation, or staring.) • ចលនាដដែលៗរបស់មាត់និងអណ្តាត • ចលនាដោយអចេតនារបស់អវៈយវៈ ដូចធាក់កង់ឬហែលទឹក • បាត់ដង្ហើម (Apnoea) • ទារកអាចដឹងខ្លួន
កន្ត្រាក់ជាប់ (Spasm)	• សាច់ដុំកន្ត្រាក់ដោយឯកឯងមានរយៈពេល 2-3 វិនាទីរហូតដល់ 2-3 នាទី។ • ដៃក្តាប់យ៉ាងណែន • រឹងថ្គាម (Trismus) (រឹងថ្គាម មាត់ទារកមិនអាចបើកនិងបបូរមាត់ទារក ឡើងក្រហូច (ដូចមាត់ត្រី) • Opisthotonos (ដងខ្លួនអែនខ្លាំង ក្បាលនិងកែងជើងបត់ទៅក្រោយ) • ការប៉ះពន្លឺ និងសំលេងធ្វើឱ្យការកន្ត្រាក់កើតមាន • ទារកដឹងខ្លួននៅពេលកំពុងកន្ត្រាក់ ហើយស្រែកយំដោយសារការឈឺចាប់



រូប A ទារកកន្ត្រាក់ជាប់នៅមុខនិងអវៈយវៈ និង រូប B opisthotonos

សម្គាល់ ៖ ត្រូវប្រាកដថាទារកប្រកាច់ឬកន្ត្រាក់ជាប់និងមិនមែនទារកញាក់ខ្លួនទេ (Jittery)

- ស្រដៀងនឹងការប្រកាច់ ញាក់ខ្លួន សម្គាល់បានដោយចលនាភ្លាមៗនិងដដែលៗ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណា ទារកដែលមានញាក់ខ្លួន ចលនាទាំងនោះមានកំលាំងដូចគ្នានិងមានទិសដៅដូចគ្នា។
- ស្រដៀងនឹងការកន្ត្រាក់ជាប់ ញាក់ខ្លួនអាចកើតមានជាប់ៗគ្នាដោយការប៉ះពាល់ឬលើកទារកឬដោយ សំលេង ប៉ុន្តែជាទូទៅវាឈប់នៅពេលដែលអោបទារកជាប់នឹងទ្រូង បំបៅ ឬបត់អវៈយវៈទារក (flexing the baby's limb)។

- បើពេលនេះទារកមិនមានប្រកាច់/កន្ត្រាក់ជាប់ ត្រូវសួរអ្នកថែទាំ ៖
    - តើអ្នកអាចពិពណ៌នាពីចលនាមិនធម្មតាដែលទារកមាន?
    - តើចលនាទាំងនោះកើតមាន ដោយសារសំលេងឬការប៉ះពាល់? (សូមមើលតារាងខាងលើដើម្បីញែកភាពខុសគ្នារវាង ការប្រកាច់និងការន្ត្រាក់ជាប់)
    - តើស្ថានភាពទារកបានចុះខ្សោយភ្លាមៗឬទេ?
    - តើមានការប្រែប្រួលលទ្ធភាពបៅរបស់ទារក (មិនអាចជញ្ជក់បាន)?
    - តើទារកប្រែជាស្លេកភ្លាមៗឬទេ?
    - តើម្តាយបានចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូសឬទេ? បើមាន តើបានចាក់ប៉ុន្មានដង? តើចាក់ចុង ក្រោយនៅពេលណា?
    - តើបានដាក់ឬលាបអ្វីនៅលើទងផ្ចិតទារក? ដាក់អ្វី?
    - តើទារកមានខាន់លឿងនៅថ្ងៃទី១នៃកំណើតឬទេ? បើមានតើបានព្យាបាលឬទេ?
- វាស់កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម។បើកម្រិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមតិចជាង 45mg/dl (2.6mmol/l) ព្យាបាលការចុះទាបនៃជាតិស្ករ (ទំព័រ 217)
- កំណត់រោគវិនិច្ឆ័យដែលប្រហាក់ប្រហែល ៖

រោគវិនិច្ឆ័យខុសគ្នារវាងការប្រកាច់ឬការកន្ត្រាក់ជាប់

ប្រវត្តិជំងឺ	ការពិនិត្យ	ការអង្កេតឬការវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត	រោគវិនិច្ឆ័យប្រហាក់ប្រហែល
• កើតមាននៅថ្ងៃទី១ទៅ ទី៣ • ម្តាយមានប្រវត្តិជំងឺទឹក នោមផ្អែម • មិនបៅសោះឬបៅតិចតួច	• ប្រកាច់ញាក់ (jitteriness)សន្លឹមឬសន្លប់	• ជាតិស្ករចុះតិចជាង 45 mg/dl (2.6 mmol/l)	កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមទាប (3-5-17)

	• ទារកតូច(កើតមក តិចជាង 2.5kg ឬកើត មុន 37សប្តាហ៍) • ទារកធំ (កើតមកលើសពី 4 kg)		
• ម្តាយមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូស • មិនបៅឬបៅតិចតួច • កើតមាននៅថ្ងៃទី៣ទៅ ថ្ងៃ ទី ១៤ • ការសម្រាលមិនស្អាត • ដាក់ឬលាបលើទងផ្ចិត (ឧ. លាមកសត្វ)	• កន្ត្រាក់ជាប់	• ការបង្ករោគនៅទងផ្ចិត	តេតាណូស 3-5-4
• កើតមាននៅពេលណាក៏បាន	• ប្រកាច់ឬសន្លប់ • បង្ហើយមុខប៉ោង • សន្លឹម	• ការបង្ករោគក្នុងឈាម	អាចរលាកស្រោមខួរ ត្រូវព្យាបាលការប្រកាច់ (3-5-3) និងរលាកស្រោមខួរ (3-5-7)
• សម្រាលពិបាកឬមាន ផលវិបាក (ទារកថប់ ដង្ហើម) • ទារកកើតមកមិនអាចដកដង្ហើមបាន • ទារកត្រូវបានជួយ សង្គ្រោះកើតមានក្នុង ២៤ម៉ោងនៃកំណើត	• ប្រកាច់ឬសន្លប់ • ដកង្ហើមពិបាក • សីតុណ្ហភាពខ្លួនមិនធម្មតា • សន្លឹម (Drowsiness) ឬមិនសូវមានចលនាទន់ខ្លួន មួរម៉ៅ	ថប់ដង្ហើម	ថប់ដង្ហើម (Asphyxia) ឬរបួសនៅខួរក្បាល ព្យាបាលការប្រកាច់ (3-5-13) និងការថប់ដង្ហើម (3-5-6)
• កើតមាននៅថ្ងៃទី ១ ទៅថ្ងៃទី ៧ • ស្ថានភាពទារកថយចុះភ្លាមៗ • ទារកស្លេកភ្លាមៗ	• ប្រកាច់ឬសន្លប់ • ទារកតូច (កើតមកតិចជាង 2.5 kg ឬ កើតមុន 37 សប្តាហ៍) • ដកដង្ហើមពិបាកខ្លាំង	ហូរឈាមក្នុង Ventricle របស់ខួរក្បាល	ការហូរឈាមនៅក្នុង Ventricle របស់ខួរក្បាល (Intraventricular bleeding)

ជំងឺប៉ះពាល់ខួរក្បាល encephalopathy កើតមាននៅថ្ងៃទី ៣ទៅថ្ងៃទី ៧ ចេញលឿងខ្លាំង មិនបានទទួលការព្យាបាលឬទទួល ការព្យាបាលខាន់លឿងយឺតពេល	ប្រកាច់ ការកន្ទ្រាក់កោងខ្នង (Opisthotonos) ជៅតិចតួច ឬមិនជៅ សន្លឹមឬទន់ខ្លួន) (Lethargy or floppiness	តេស្ត Coombs វិជ្ជមាន (Positive Coombs test)	ជំងឺប៉ះពាល់ខួរក្បាល ដោយ Bilirubin (Bilirubin encephalopathy (kernicterus) ព្យាបាលការប្រកាច់ (3-5-3) និង bilirubin encephalopathy

គ្រប់គ្រងការប្រកាច់

- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ ដោយត្រូវរក្សាបរិមាណជាតិទឹកក្នុង១២ម៉ោងដំបូងទៅតាមអាយុនិង ទម្ងន់ទារក (ទំព័រ 326) បើការប្រកាច់បណ្តាលមកពីការថប់ដង្ហើម (asphyxia) សូមមើលគោលការណ៍ ណែនាំ ដូចក្នុងផ្នែក 3-5-6
- បើកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមរបស់ទារកតិចជាង 45 mg/dl (2.6 mmol/l) ត្រូវប្រាកដថាទារកបានទទួល ការព្យាបាលកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមទាប ដើម្បីទាត់ចោលមូលហេតុប្រកាច់ដែលបណ្តាលមកពីកម្រិតជាតិស្ករទាបនៅក្នុងឈាម (3-5-17)
- បើទារកកំពុងប្រកាច់ឬមានប្រកាច់ក្នុងអំឡុង១ម៉ោងចុងក្រោយត្រូវផ្តល់ Phenobarbital 20mg/kg នៃទម្ងន់ទារកតាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី ៖
  - បើមិនទាន់មានផ្លូវចាក់តាមសរសៃត្រូវចាក់ Phenobarbital 20 mg/kg នៃទម្ងន់ទារកតាម សាច់ដុំ
  - បើការប្រកាច់មិនបាត់ក្នុងអំឡុងពេល៣០នាទីត្រូវផ្តល់ Phenobarbital 10mg/kg នៃទម្ងន់ទារកមួយដូសទៀតដោយចាក់សរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី(ឬចាក់សាច់ដុំបើមិនមានផ្លូវចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃ)។ ផ្តល់ម្តងទៀត៣០នាទីក្រោយបើចាំបាច់។
  - បើការប្រកាច់នៅតែបន្តឬកើតមានឡើងវិញក្នុងអំឡុងពេល៦ម៉ោងត្រូវផ្តល់តាមសរសៃ phenytoin 20 mg/kg នៃទម្ងន់ទារក ដោយកត់សម្គាល់ដូចតទៅ ៖
    - ផ្តល់តែ phenytoin តាមសរសៃមួយមុខគត់
    - លាយបរិមាណ phenytoin ទាំងអស់ដែលត្រូវផ្តល់ក្នុង normal saline 15ml និងផ្តល់ក្នុង កម្រិត 0.5ml ក្នុងមួយនាទី ផ្តល់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទី។ ប្រើតែ normal saline មួយមុខគត់ដើម្បី ចាក់បញ្ចូល phenytoin ពីព្រោះប្រភេទសេរ៉ូមដទៃទៀតធ្វើឱ្យ phenytoin កករ។

> **ប្រយ័ត្ន** កុំប្រើ diazepam ដើម្បីគ្រប់គ្រងការប្រកាច់។ ការផ្តល់ diazepam បន្ថែមលើ Phenobarbital នឹង បង្កើនការប្រឈមនឹងការឈប់នៃចរន្តឈាមរត់និងការដកដង្ហើម។

- បើទារកឡើងស្វាយ (central cyanosis) (អណ្តាតនិងបបូរមាត់ឡើងស្វាយ) ឬមានសញ្ញាផ្សេងៗទៀតឬពិបាកដកដង្ហើម ត្រូវផ្តល់ oxygen ក្នុងកម្រិតល្មម និងព្យាបាលដូចករណីពិបាកដកដង្ហើម (ផ្នែក 3-5-1)។

ការព្យាបាលបន្តចំពោះទារកដែលមានប្រកាច់ ៖

- សង្កេតរកមើលការកើតមានការប្រកាច់ម្តងទៀត ជាពិសេសរក subtle convulsions
- បើការប្រកាច់កើតមានទៀតក្នុងអំឡុង២ថ្ងៃ ផ្តល់ Phenobarbital 5 mg/kg នៃទម្ងន់ទារក ផ្តល់តាម មាត់ ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ទារកលែងមានប្រកាច់ក្នុងអំឡុង៧ថ្ងៃ
- បើការប្រកាច់កើតមានម្តងទៀតក្រោយពីរយៈពេល២ថ្ងៃដែលគ្មានប្រកាច់សោះ ត្រូវព្យាបាលដោយផ្តល់ Phenobarbital ឡើងវិញដូចបានពិពណ៌នានៅក្នុងការគ្រប់គ្រងការប្រកាច់និងផ្តល់ Phenobarbital 5 mg/kg នៃទម្ងន់ទារកទៀតតាមមាត់រហូតទារកមិនមានការប្រកាច់ក្នុងអំឡុង៧ថ្ងៃ
- បើទារកបានទទួល Phenobarbital រាល់ថ្ងៃ ៖
  - បន្តផ្តល់ Phenobarbital រយៈពេល៧ថ្ងៃរាប់ចាប់ពីការប្រកាច់ចុងក្រោយបង្អស់
  - នៅពេលបញ្ឈប់ការផ្តល់ Phenobarbital ត្រូវសង្កេតមើលទារកក្នុងរយៈពេល៣ថ្ងៃបន្ថែមទៀត។
  - បន្តការចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមដោយរក្សានូវបរិមាណផ្តល់តាមអាយុនិងទម្ងន់ទារក(ទំព័រ 326) បើការប្រកាច់បណ្តាលមកពីការថប់ដង្ហើមសូមមើលការណែនាំអំពីការកំណត់កម្រិតជាតិទឹកដែលត្រូវផ្តល់ដូចខាងក្រោម
- បើស្ថានភាពទារកនឹងនត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យទារកបៅដោះ បើទារកមិនអាចបៅដោះបានត្រូវប្រើជម្រើស ផ្សេងទៀតក្នុងការបំបៅ ដូចជាការច្របាច់ទឹកដោះ ការបញ្ចុកទារកដោយពែង ទុយោ និងស្លាបព្រា។ (សូមមើលផ្នែក 8-1 និង8-2) ។
- ផ្តល់ការថែទាំទូទៅដល់ទារក ៖
  - លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបីកូន ប៉ុន្តែត្រូវចៀសវាងការរំញោចខ្លាំងដោយសំលេង និងការប៉ះពាល់ទារក ច្រើនពេក
  - កាន់និងលើកទារកថ្នមៗដើម្បីបង្ការរបួសនៅពេលដែលសាច់ដុំទារកខ្សោយ។ ទ្រខ្លួនទារកទាំងមូលជាពិសេសក្បាល
  - ពន្យល់ម្តាយថាឱសថ Phenobarbital នឹងធ្វើឱ្យទារកដេករហូតដល់ ២-៣ ថ្ងៃ
  - ពន្យល់ម្តាយថាបើការប្រកាច់លែងមាន ហើយទារកអាចបៅបានល្អនៅថ្ងៃទី៧នៃកំណើត ការជាសះស្បើយទាំងស្រុងអាចនឹងកើតមានចំពោះទារក។

បើស្ថានភាពទារកមិនប្រសើរឡើងទេ (ឧ. នៅបន្តសន្លឹម ប្រកាច់ ឬមិនបៅឬបៅបានតិចតួច) ត្រូវបញ្ជូនទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានកម្រិតថែទាំខ្ពស់ជាង។

បើទារកមិនមានប្រកាច់រយៈពេល៣ថ្ងៃក្រោយពីបញ្ឈប់ Phenobarbital ហើយម្តាយអាចបំបៅដោះកូនបាន និងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យនៅសំរាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ៖

- ពិភាក្សាជាមួយម្តាយអំពីការវិវត្តន៍របស់ជំងឺនិងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះនៅពេលទារកមានបញ្ហាណាមួយនៅផ្ទះ

- តាមដាន១សប្ដាហ៍ក្រោយ ឬអាចមុននេះបើម្ដាយសម្គាល់ឃើញមានបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរណាមួយ (ឧ. ពិបាកបៅ ឬប្រកាច់)
- ជួយម្ដាយរើសយកជំរើសដ៍ប្រសើរបំផុតដើម្បីចិញ្ចឹមកូនបើទារកបៅមិនបានល្អ ។ បើទារកបៅយឺតៗ ត្រូវឱ្យម្ដាយបំបៅឱ្យបានញឹកញាប់ជាងមុន។

៣-៥-៤ តេតាណុស

ការគ្រប់គ្រង ៖

- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមនឹងរក្សាបរិមាណជាតិទឹកដោយផ្ដល់ទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់ទារក
- ផ្ដល់ diazepam 1 mg/kg នៃទម្ងន់ទារក ចាក់តាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៣នាទី ៖
  - បើមិនមានផ្លូវចាក់តាមសរសៃទេ ត្រូវបញ្ចូលទុយោក្រពះនិងផ្ដល់ diazepam តាមទុយោនោះ
  - បើកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់ (spasms) មិនបាត់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទីត្រូវផ្ដល់ diazepam 1mg/kg នៃទម្ងន់ទារកតាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៣នាទីមួយដូសទៀត។ផ្ដល់ម្ដងទៀត៣០នាទីក្រោយ បើចាំបាច់
  - បើការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់នៅតែបន្តឬកើតឡើងវិញ ត្រូវផ្ដល់បន្ថែម diazepam 1 mg/kg នៃទម្ងន់ ទារកចាក់តាមសរសៃយឺតៗ (ឬតាមទុយោក្រពះបើមិនមានផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃ) រៀងរាល់៦ម៉ោង។ បើក្រោយពីបានផ្ដល់ដូចខាងលើហើយការកន្ត្រាក់នៅតែបន្ត ត្រូវបញ្ជូនទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលមានកម្រិតខ្ពស់ជាង។

បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកតិចជាង ៣០ដងក្នុងមួយនាទី បញ្ឈប់ការផ្ដល់ diazepam ទោះបីការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់នៅបន្ត ក៏ដោយ

បើទារកមាន central cyanosis (អណ្ដាតនិងបបូរមាត់ឡើងស្វាយ) ក្រោយពីការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់ ត្រូវផ្ដល់oxygenក្នុងកម្រិតល្មម។ ដើម្បីផ្ដល់ oxygen ត្រូវប្រើប្រអប់សម្រាប់ដាក់ក្បាលបើមាន ឬផ្ដល់ oxygen ផ្ទាល់ទៅក្នុងកៃវចិញ្ចឹម។

កំណត់សម្គាល់ ៖ ការបញ្ចូល oxygen តាមម៉ាសឬទុយោច្រមុះ (nasal prongs) អាចបណ្ដាលឱ្យមានការ កន្ត្រាក់ជាប់នៃសាច់ដុំ។

- ផ្ដល់ឱ្យទារកនូវ ៖
  - Antitetanus immunoglobulin (human) 500 units ចាក់សាច់ដុំបើមានឬផ្ដល់ equine tetanus antitoxin 5000 units IM
  - Benzylpenicillin IV ឬ IM រយៈពេល៧ថ្ងៃ (ទំព័រ 318)
- ចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺ tetanus (tetanus toxoid) 0.5 ml ដល់ម្ដាយ(ដើម្បីការពារម្ដាយនិងទារកក្នុងផ្ទៃ បើនាងមានផ្ទៃពោះលើកក្រោយ) និងសុំឱ្យស្ត្រីមកទទួលដូសទី២ទៀតនៅមួយខែក្រោយ

- បើទងផ្ចិតទារកក្រហមហើយហើមមានហូរខ្ទុះឬមានធុំក្លិនស្អុយ ព្យាបាលការបង្ករោគនៅទងផ្ចិត (ទំព័រ 211)

ការថែទាំទូទៅចំពោះទារកមានជំងឺតេតាណូស ៖

- ដាក់ទារកនៅក្នុងបន្ទប់ស្ងាត់និងងងឹតដើម្បីកាត់បន្ថយការរំញោចដែលមិនចាំបាច់ ប៉ុន្តែត្រូវប្រាកដថាទារក មិនត្រូវបានដាក់នៅតែឯងឬមិនអើពើ
- បន្តការរក្សាកម្រិតជាតិទឹកដោយផ្តល់ទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់ទារក (ទំព័រ 326)
- ផ្តល់ទឹកដោះប្រចាច់តាមទុយោក្រពះនៅចន្លោះការកន្ត្រាក់សាច់ដុំ។ ចាប់ផ្តើមដោយផ្តល់ជាតិទឹកពាក់ កណ្តាលនៃបរិមាណដែលត្រូវផ្តល់ដោយគិតទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់បន្ថយ បន្តិចម្តងៗស្របពេលនឹងការ បង្កើនបរិមាណទឹកដោះផ្តល់តាមមាត់ក្នុងរយៈពេល២ថ្ងៃ
- បើទារកមិនមានការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់រយៈពេល២ថ្ងៃហើយទារកបានទទួលដូស benzylpenicillinគ្រប់ ដូសរួមនឹងបៅបានល្អ និងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ។

៣-៥-៥ ការបង្ករោគក្នុងឈាម

រោគវិនិច្ឆ័យការបង្ករោគក្នុងឈាមរបស់ទារកមានការលំបាកដោយសារការវិភាគជំនួយដល់រោគ វិនិច្ឆ័យនានាមិនទទួលបានទាន់ពេល ហើយការពន្យារការព្យាបាលអាចបណ្តាលឱ្យមានសភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរឬស្លាប់។

៣-៥-៥-១ ទារកមានសភាពល្អ តែសង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម

- ក្រុមទារកប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគក្នុងឈាមដែលតម្រូវឱ្យរកមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគនិងប្រើantibiotic រហូតដល់ការបង្ករោគត្រូវបានទាត់ចោល។ សញ្ញានៃការបង្ករោគទាំងនោះមាន ៖
  - ម្តាយគ្រុនក្តៅ >38.5° C
  - បែកស្រោមទឹកភ្លោះយូរ > ១៨ម៉ោងឬ
  - ទឹកភ្លោះដូចខ្ទុះនិងមានក្លិនស្អុយ
- អនុវត្តការថែទាំស្តង់ដារចំពោះទារកទើបកើតគ្រប់ទារកទាំងអស់ (ឧ.ការជូតសម្ងួតឱ្យបានសព្វ ការដាក់ឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកភ្លាម ពន្យារការគាបនិងកាត់ទងផ្ចិត រក្សាទារកឱ្យនៅជាប់ជាមួយម្តាយ យ៉ាងហោចណាស់ឱ្យបាន១ម៉ោងក្រោយសម្រាល សង្កេតរកមើលសញ្ញាទារកចង់បៅ)
- ទារកដែលមានសភាពល្អតែស្ថិតក្នុងក្រុមប្រឈមមុខនេះ គួររក្សានៅក្នុងបន្ទប់សម្រាលជាមួយម្តាយដែល ក្នុងពេលនោះអាចមានការយកសំណាកសម្រាប់មន្ទីរពិសោធន៍ (សូមមើលតារាងខាងក្រោម)។ ហើយទាំងម្តាយនិងកូនគួរត្រូវបញ្ជូនទៅបន្ទប់សម្រាកនៅពេលសមស្រប
- ទារកដែលមានសភាពល្អតែស្ថិតក្នុងក្រុមប្រឈមមុខនេះ គួររក្សានៅក្នុងបន្ទប់សម្រាកជាមួយម្តាយបន្ត ការដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកឱ្យបានច្រើនម៉ោងតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន និងបន្តបំបៅដោះទៅតាមទារក ត្រូវការបៅ។ ទារកដែលមានសភាភល្អ មិនត្រូវបញ្ជូនឱ្យសម្រាកនៅក្នុងកន្លែងថែទាំទារក (NCU)។

- ការតាមដានផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ចំពោះទារកដែលស្ថិតនៅក្នុងក្រុមប្រឈមមុខខាងលើដែលមានសភាពល្អនិងមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមគួរធ្វើឡើងក្នុង១-៣ម៉ោងនៃជីវិត។ ដោយយោងទៅតាម ពិធីសារមន្ទីរពិសោធន៍និងទៅតាមសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍ ។ សូមមើលតារាងខាងក្រោមសម្រាប់ការយកសំណាកមន្ទីរពិសោធន៍ ៖

សំណាកឈាម	ពេលដែលត្រូវបូមឈាម			បរិមាណឈាម
	១-៣ ម៉ោង	២៤ម៉ោង	៤៨ម៉ោង	
ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម និង sensitivity	x			1ml
C-reactive protein (CRP)		X	x	1ml
រាប់គ្រាប់ឈាមសនិងភាពខុសគ្នា (White blood cell count and differential)	x	X		

កំណត់សម្គាល់ ៖ សមត្ថភាពធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ត្រូវអនុវត្តទៅតាមកម្រិតរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដូចមានចែងនៅក្នុងគោលការណ៍សំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ (CPA). Antibiotic ដែលត្រូវផ្តល់ភ្លាម សម្រាប់ទារកទើបកើតទាំងអស់ក្រោយពីបូមយកសំណាកឈាម ៖

- Ampicillin IM/IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនិង
- Gentamicin IM/IV ៖
  - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3 mg/kg ប្រើម្តងក្នុង ១ថ្ងៃ
  - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg/kg ប្រើម្តងក្នុង ១ថ្ងៃ

ការបកស្រាយលទ្ធផល ៖

សំណាកឈាម	**លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍**	
	វិជ្ជមាន	**អវិជ្ជមាន**
ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម និង sensitivity	ដុះនៅ៤៨ម៉ោងក្រោយ incubation	មិនដុះនៅ៤៨ម៉ោងក្រោយ incubation
C-reactive protein (CRP)	> 10 mg/L	≤ 10 mg/L

រាប់គ្រាប់ឈាមសនិងភាពខុសគ្នា (White blood cell count and differential)	< 6000 > 30,000	6000 – 30,000
Immature: Total (I:T) WBC ratio	≥ 0.2	<0.2

សកម្មភាព ៖

- បើគ្រប់លទ្ធផលទាំងអស់អវិជ្ជមាន (ការបណ្ដុះរកមេរោគក្នុងឈាម ដែលបានធ្វើចន្លោះពីម៉ោង ទី១ ទៅម៉ោងទី៣ និង C-reactive protein នៅ២៤ម៉ោងនិង៤៨ម៉ោង និង White blood cell count/I:T ធ្វើចន្លោះពីម៉ោង ទី១ ទៅម៉ោងទី៣និង២៤ម៉ោង) បញ្ឈប់ការផ្ដល់ Antibiotic ៤៨ម៉ោងក្រោយពីបានផ្ដល់ ដូសដំបូង
- បើមានលទ្ធផលណាមួយវិជ្ជមាននៅពេលណាមួយ: បន្ត Antibiotic ឱ្យគ្រប់១០ថ្ងៃ (តែ៧ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះសម្រាប់ Gentamycin)។ ប្តូរ Antibiotic បើលទ្ធផលបណ្ដុះមេរោគបង្ហាញថាស៊ាំ នឹង Ampicillin ឬ Gentamycin
- បើការបណ្ដុះមេរោគបញ្ជាក់ថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងឈាមគួរធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង
- បើមន្ទីរពិសោធន៍មិនអាចធ្វើតេស្តបានប៉ុន្តែទារកមានសភាពល្អ បន្ត Antibiotic ឱ្យគ្រប់១០ ថ្ងៃ (តែ៧ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ Gentamycin)។

សម្គាល់ ៖ បើមានសញ្ញាបង្ករោគលេចឡើងនៅពេលណាមួយ ទារកត្រូវទទួលការព្យាបាលដូចខាងក្រោម

៣-៥-៥-២ ទារកដែលសង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម

ក- សញ្ញាសង្ស័យនៃការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម

សញ្ញានៃការបង្ករោគនៅក្នុងឈាមដើម្បីវាយតម្លៃគ្រប់ទារកទាំងអស់
ទារក (ពីកើត-២៨ថ្ងៃ) នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនៅឡើយ (មិនធ្លាប់ចេញពីមន្ទីរពេទ្យសោះ)
a. ចង្វាក់ដង្ហើម ≥ 60 ដង (រាប់ក្នុង១នាទីពេញ)
b. ផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូល
c. ថ្ងូរមិនបាត់ក្រោយពីបានដាក់ឱ្យសម្រាកនិងស្បែកប៉ះស្បែកមួយរយៈ
d. កម្តៅខ្លួនចុះទាប <35.0 °C (កម្តៅនៅក្លៀក) ដែលមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការផ្ដល់កម្តៅ
e. កម្តៅខ្លួនឡើងខ្ពស់ >38.0 °C (កម្តៅនៅក្លៀក)
f. កម្តៅខ្លួនប្រែប្រួល (កម្តៅនៅក្លៀកប្រែប្រួលទោះបីទារកស្ថិតនៅក្នុងបរិយាកាសដែលមាន សីតុណ្ហភាពមិនប្រែប្រួល)

g. បាត់ដង្ហើមម្ដងៗ (ឈប់ដកដង្ហើម >20 វិនាទី)
h. ចង្វាក់បេះដូងយឺត (<100)
i. ទារកមានពណស្វាយម្ដងៗ ឬស្លេកខ្លាំង (ពណ៌ ស)ឬរពណ៌ស្បែក
j. ប្រកាច់
k. ប៉ោងបង្ហើយ
l. ទន់សាច់ដុំ (ទន់ខ្លួនល្វាក floppy)
m. កើតលឿង (ស្បែកលឿង) កើតមាន <24 ម៉ោងក្រោយកើតឬលឿងនៅបាតដៃបាតជើង
n. មានឈាមក្នុងកម្អួត ក្នុងបំពង់ទុយោក្រពះ ឬ លាមក
o. ពោះឡើងតឹង
p. មានខ្ទុះនៅគល់ទងសុក
q. បៅបានតិចតួចឬមិនបៅសោះដែលធ្វើឱ្យខ្វះជាតិកម្រិតល្មម(ស្ងួតភ្នាសការបំពេញឡើងវិញនៃសរសៃ capillary លើសពី៣វិនាទី ខូងភ្នែកឬបង្ហើយឬបាត់បង់ភាពយឺតនៃស្បែក)
r. ទារកតូច ≤ 34សប្តាហ៍ហើយកើតមកមានទឹកភ្លោះខាប់(អាចបង្ករោគដោយមេរោគ Listeria monocytogenes)
ទារក(ពីកើត-២៨ថ្ងៃ) បញ្ជូនពីសហគមន៍មកកាន់មន្ទីរពេទ្យ
a. មានប្រវត្តិពិបាកដកដង្ហើម
b. ធ្វើចលនាតែពេលរំញោច
c. កម្ដៅខ្លួន < 35.5 °C (កម្ដៅនៅក្លៀក)
d. កម្ដៅខ្លួន > 37.5 °C (កម្ដៅនៅក្លៀក)
e. ចង្វាក់ដង្ហើម ≥ 60
f. ផតទ្រូងខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល
g. មានប្រវត្តិប្រកាច់

ខ- ការអង្កេតគ្លីនិក

១- កម្រិតនៃការថែទាំ ៖ ការអង្កេតគ្លីនិកគួរធ្វើនៅកន្លែងដែលមានសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីធ្វើតេស្តទារក។ បើមិនដូច្នេះត្រូវស្វែងការព្យាបាលដូចខាងក្រោមភ្លាម។

កំណត់សម្គាល់ ៖ សមត្ថភាពធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ត្រូវអនុវត្តទៅតាមគោលការណ៍សំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ (CPA) ។

២-សេចក្តីណែនាំ ៖ ត្រូវធ្វើការអង្កេតគ្លីនិកចំពោះទារកដែលមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម ដូចខាងលើនៅ ពេលណាមួយ។ ដោយយោងទៅតាមពិធីសារមន្ទីរពិសោធន៍និងទៅតាមសមត្ថភាព មន្ទីរពិសោធន៍ សូមមើលតារាងខាងក្រោមសម្រាប់ការយកសំណាកមន្ទីរពិសោធន៍។

សំណាកឈាម	**ពេលដែលត្រូវបូមឈាម**		**បរិមាណឈាម**
	ក្នុងអំឡុង ១ ម៉ោងនៃការចេញសញ្ញា	២៤ម៉ោង	
ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម និង sensitivity	X		1ml
C-reactive protein (CRP)	X	X	1ml
រាប់គ្រាប់ឈាមសនិងភាពខុសគ្នា (White blood cell count and differential)	X	X	
បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង*ដើម្បីបណ្តុះ មេរោគនិងរាប់គ្រាប់ឈាម ស មើលជាតិស្ករនិងប្រូតេអ៊ីន*	X		1ml(0.5ml/tube)

- បូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នងតែក្នុងករណីសង្ស័យថារលាកស្រោមខួរ(ឧ.គ្រប់ទារកដែលក្តៅខ្លួន ឬប៉ោងបង្ហើយ ប្រកាច់ ឬក្មេងដែលមានសញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ) ឬការបង្ករោគបានបញ្ជាក់ដោយការបណ្តុះរកមេរោគ ក្នុងឈាមវិជ្ជមាន។ ការបូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នងមិនត្រូវធ្វើក្នុងករណីទារកសន្លប់ ការចុះខ្សោយផ្នែកស្មារតីយ៉ាងឆាប់រហ័ស parpilloedema សញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ (focal neurological signs) ប្រកាច់បន្តបន្ទាប់ compromised cardio-respiratory status មានការហូរឈាម ឬមានការបង្ករោគនៅកន្លែងដែលត្រូវចាក់ឆ្អឹងខ្នង។

គ. ការព្យាបាល

ក្រោយពីបានបូមយកសំណាកឈាម ត្រូវផ្តល់ Antibiotic ភ្លាម ឱ្យគ្រប់ទារកទាំងអស់ដោយផ្តល់ទៅតាមអាយុទារក និងភាពធ្ងន់ធ្ងរ/កន្លែងបង្ករោគ។

	អាយុ១ សប្តាហ៍ដំបូង	**អាយុ២-៤ សប្តាហ៍**
ការព្យាបាលជំហានដំបូង (1st line AB)	Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ ម៉ោង Gentamicin IV យឺតៗ (៣០នាទី) ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3mg /kg ប្រើតែម្តង ក្នុង១ថ្ងៃ	Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ៨ ម៉ោង Gentamicin IV យឺតៗ (៣០នាទី) ឬ IM 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក)។

	ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg /kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ។	
គួរប្តូរទៅការព្យាបាលជំហានទី២ បើទារកកំពុងបានព្យាបាលជំហានដំបូង ហើយសញ្ញាគ្លីនិកមិនបានប្រសើរឡើងក្រោយ៤៨ម៉ោងនៃការព្យាបាលឬដែលការបណ្តុះមេរោគបង្ហាញថាមានភាពស៊ាំនឹង Ampicillin ឬ Gentamicin។		
ការព្យាបាលជំហានទី២ (2nd line AB)	បន្ថែម: Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់២៤ម៉ោង	
ក្នុងករណីមានការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរចំពោះទារកដោយមានប៉ះពាល់ដល់សរីរាង្គច្រើន(ឧ.វិបត្តិផ្លូវដង្ហើមបាត់ដង្ហើម បញ្ហាចរន្ត ឈាមរត់ប្រកាច់ ប៉ោងបង្ហើយ)	Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង Ampicillin IV 100 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង Gentamicin IVយឺតៗ(៣០នាទី)ឬIM ៖ - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ។	Ceftriaxone IV 50mg/kg every 12 hours រួមនឹង Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ៨ ម៉ោង រួមនឹង Gentamicin IV យឺតៗ(៣០នាទី) 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង ១ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ ទារក) ។
រលាកស្រោមខួរ	Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង Ampicillin IV 100 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង Gentamicin IVយឺតៗ(៣០នាទី)ឬIM ៖ - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ។	Ceftriaxone IV 50 mg/ kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោងរួមនឹង Ampicillin IV 50 mg/ kg រៀងរាល់ ៨ ម៉ោង រួមនឹង Gentamicin IV យឺតៗ (៣០នាទី) 7.5 mg/ kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក) រយៈពេលព្យាលគួរបន្តឱ្យបាន៣សប្តាហ៍ ។

បើស្បែកមានពងទឹក>10	Cloxacillin ចាក់សរសៃ រយៈពេល ១០ ថ្ងៃ ៖ 50 mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង Gentamycin ៖ ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg : 3 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg : 5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ។	Cloxacillin ចាក់សរសៃ រយៈពេល ១០ ថ្ងៃ ៖ 50 mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង Gentamicin ចាក់សាច់ដុំ/ចាក់សរសៃ 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក)
Necrotizing Enterocolitis	Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ ម៉ោង Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០ នាទី) ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3 mg/kg ប្រើតែម្តង ក្នុង១ថ្ងៃ ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ Metronidazole 7.5mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោង ចាក់សរសៃ។	Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ៨ ម៉ោង Gentamicin ចាក់សរសៃ យឺតៗ (៣០នាទី) ឬចាក់សាច់ដុំ 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ ថ្ងៃ ដោយមិនគិតពី) (ទម្ងន់ទារក Metronidazole7.5 mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោង ចាក់សរសៃ។

➢ ការបកស្រាយលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ ៖

សំណាកឈាម	លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍	
	វិជ្ជមាន	អវិជ្ជមាន
ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម និង sensitivity	ដុះនៅ៤៨ម៉ោងនៃ incubation	មិនដុះនៅ៤៨ម៉ោងនៃ incubation
C-reactive protein (CRP)	> 10 mg/L	≤ 10 mg/L
រាប់គ្រាប់ឈាមស (WBC)	< 6000 > 30,000	6000 – 30,000
Immature:Total (I:T) WBC ratio	≥ 0.2	< 0.2

បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង* (១ម.ល) ដើម្បីបណ្តុះមេរោគ ឬ Gram Stain	វិជ្ជមាន	អវិជ្ជមាន
រាប់គ្រាប់ឈាមស (WBCs) ទារកអាយុ <7 ថ្ងៃ	≥ 20/mm	< 20/mm
ទារកអាយុ ≥7 ថ្ងៃ	≥ 10/mm	< 10/mm
ប្រូតេអ៊ីន គ្លុយកូស	> 0.4 g/L < 1.5 mmol/L	≤ 0.4 g/L ≥ 1.5 mmol/L

ការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាល ៖

- សង្កេតមើលទារករកសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមផ្សេងៗទៀត វាយតម្លៃទារកឡើងវិញរៀងរាល់ ២ម៉ោងម្តងឱ្យបាន១២ម៉ោង បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមណាមួយបន្ថែមទៀតលេចឡើងនៅពេលណាមួយក្នុងអំឡុងពេលសង្កេតតាមដានព្យាបាលសញ្ញានោះទៅតាមពិធីសារជាក់លាក់របស់សញ្ញាទាំងនោះ។
- បើសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមដែលមានពីដំបូងបានប្រសើរឡើងក្នុងអំឡុងពេលសង្កេតតាមដានត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃទារករៀងរាល់៤ម៉ោងម្តងឱ្យបាន២៤ម៉ោងបន្ថែមទៀត។ ក្រោយពី១២ម៉ោងនៃការព្យាបាលដោយ Antibiotic ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពទារកចាប់ផ្តើមប្រសើរឡើង ត្រូវឱ្យទារកបៅដោះម្តាយ។ បើទារកមិនអាចបៅដោះម្តាយបាន ត្រូវជ្រើសរើសវិធីផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដែលបានច្របាច់រួចដូចក្នុងជំពូក ៨។
- បើគ្រប់លទ្ធផលទាំងអស់អវិជ្ជមាន (ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម C-reactive protein White blood cell count/I:T) ហើយលែងមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមទាំងអស់ បញ្ឈប់ការផ្តល់ Antibiotic ភ្លាម
- បើមានលទ្ធផលណាមួយវិជ្ជមាននៅពេលណាមួយ ឬសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមនៅមាន (ដោយមិនគិតពីលទ្ធផលតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍) ឬមិនបានធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ត្រូវបន្ត Antibiotic ឱ្យគ្រប់១០ថ្ងៃ ។ ប្តូរ Antibioticដោយប្រើ Ceftriaxone បើលទ្ធផលបណ្តុះ មេរោគបង្ហាញថាស៊ាំនឹង Ampicillin ឬ Gentamycin និងប្រើឱ្យបាន១០ថ្ងៃ។
- ព្យាបាលសញ្ញាទាំងអស់នៃការបង្ករោគក្នុងឈាមទៅតាមពិធីសារជាក់លាក់នីមួយៗ។

៣-៥-៦ ទារកថប់ដង្ហើមឬភាពចុះខ្សោយនៃទារក

សង្ស័យថាទារកថប់ដង្ហើមបើ ៖

- ប៉ាតូក្រាហ្វបង្ហាញថាទារកក្នុងផ្ទៃថប់ដង្ហើម
- ការឈឺពោះនិងឬការសម្រាលយូរ មានផលវិបាកនិងការសម្រាលពិបាក
- ស្ថានភាពទារកពេលកើតមិនល្អ ពណ៌មិនល្អ (ស្វាយ ស្លេកឬ ពណ៌ស)
- ចង្វាក់បេះដូងយឺត (ចង្វាក់បេះដូង <100ដង/នាទី)
- បាត់ដង្ហើមម្តងៗ (>២០វិនាទី)

- កំលាំងសាច់ដុំថយចុះ ទន់ខ្លួន សន្លឹម
- ដកដង្ហើមពិបាក ថ្ងូរ និងផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូល (< ៣០ ឬ >៦០)
- មិនដកដង្ហើមឬដង្ហក់
- មិនជញ្ជក់ឬការជញ្ជក់ខ្សោយ
- មិនមានរំញោច (នៅពេលឈ្លក់ gag reflex) ឬរំញោចខ្សោយ
- មិនមានការឆ្លើយតបជាធម្មតាទៅនឹងការប៉ះ (ឧ.មិនមានការឆ្លើយតបឬការឆ្លើយតបមិនធម្មតា irritable response)
- កំលាំងសាច់ដុំខ្លាំង ការកើននៃការឆ្លើយតប ភ្ញាក់ៗ ការញាក់សាច់ (Hypertonic, hyper-alert, startled look, jittery)
- ប្រកាច់

គ្រប់គ្រងការថប់ដង្ហើម ៖

- បើការប្រកាច់កើតមានត្រូវព្យាបាលភ្លាមដោយឱសថប្រឆាំងការប្រកាច់និងព្យាបាលករណី សង្ស័យថាមានរលាកស្រោមខួរ (ទំព័រ 206) ដើម្បីបង្ការស្ថានភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ
- ព្យាបាលការពិបាកដកដង្ហើមបើមាន ដោយប្រើ Oxygen ដូចបានណែនាំនៅក្នុង saturation monitior (ទំព័រ 185)

ចំណាត់ថ្នាក់ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការថប់ដង្ហើម ៖

- ក្នុងករណីថប់ដង្ហើមស្រាល ទារកអាចមាន jittery ឬ hyperalert រួមនឹងការកើនឡើងកំលាំងសាច់ដុំ បៅតិចតួចនិងចង្វាក់ដង្ហើមធម្មតាឬញាប់។ ជាទូទៅសញ្ញានេះស្ថិតនៅរយៈពេល២៤ ទៅ ៤៨ម៉ោងមុនពេលដែលវាបាត់ទៅវិញដោយឯកឯង
- ចំពោះករណីថប់ដង្ហើមល្មមទារកអាចសន្លឹមនិងពិបាកដកដង្ហើម ។ ទារកអាចបាត់ដង្ហើមម្តងៗ ឬមានប្រកាច់រយៈពេល២-៣ថ្ងៃ។ បញ្ហានេះបាត់ទៅវិញក្នុងអំឡុងពេល១សប្តាហ៍ ប៉ុន្តែអាចមាន បញ្ហាទាក់ទងនឹងការវិវត្តន៍នៃសរសៃប្រសាទទៅថ្ងៃក្រោយ
- ករណីធ្ងន់ធ្ងរ ទារកទន់ខ្លួនឬមិនដឹងខ្លួនហើយមិនបៅ។ ជាទូទៅការប្រកាច់អាចកើតមានរយៈពេល២ ទៅ៣ថ្ងៃ និងមានការបាត់ដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរនិងញឹកញាប់។ ទារកអាចប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេល២-៣ សប្តាហ៍ ឬមិនប្រសើរទាល់តែសោះហើយបើទារកអាចនៅរស់ជាទូទៅខួរក្បាលទារកនឹងខូចខាតរហូតដល់មិនអាចកែប្រែបាន។

បើទារកថប់ដង្ហើមស្រាល ៖

- បើទារកមិនដាក់ Oxygen ត្រូវជួយម្តាយឱ្យបំបៅដោះកូន
- បើទារកកំពុងទទួល Oxygen ឬមិនអាចបំបៅបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះប្រូបាច់ (ទំព័រ 307) និងត្រូវមាន Oxygen saturation monitoring ដើម្បីកំណត់ពីបរិមាណ Oxygen ដែលត្រូវការ
- ផ្តល់ការថែទាំបន្តដូចខាងក្រោម។

បើករណីថប់ដង្ហើមល្មមឬធ្ងន់ធ្ងរ

- ចាក់សរសៃ (ទំព័រ 324) និងផ្តល់ជាតិទឹកសម្រាប់តែ១២ម៉ោង ៖
  - កំណត់កម្រិតជាតិទឹកត្រឹមតែ 60ml/kg នៃទម្ងន់ទារកនៅថ្ងៃទី១និងតាមដានបរិមាណទឹកនោម (យ៉ាងហោចណាស់ 1ml/Kg/h)
- បើទារកនោមតិចជាង៦ដង/ក្នុងមួយថ្ងៃ ឬមិនមានទឹកនោមសោះ ៖
  - មិនត្រូវដំឡើងបរិមាណទឹកនៅថ្ងៃបន្ទាប់ទេ
  - នៅពេលដែលបរិមាណទឹកនោមចាប់ផ្តើមកើនឡើង បង្កើនបរិមាណទឹកតាមសរសៃរាល់ថ្ងៃទៅ តាមតារាងបរិមាណជាតិទឹកដែលត្រូវបង្កើនប្រចាំថ្ងៃ(ទំព័រ 326) ដោយមិនគិតពីអាយុទារក។ កម្រិតអតិបរិមានៃការបង្កើនគឺ 20 ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ការបង្កើននេះកើនដល់ 160 ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃចំពោះទារកទម្ងន់ធម្មតានិង180 ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃទារកទម្ងន់តិច។
- នៅពេលដែលគ្រប់គ្រងបានការប្រកាច់ហើយទារកបង្ហាញនូវសញ្ញាប្រសើរឡើងនៃការឆ្លើយតប ត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យទារកបៅ។ បើទារកមិនអាចបៅដោះបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់។
- ផ្តល់ការថែទាំបន្តដូចខាងក្រោម។

ការថែទាំបន្តចំពោះទារកដែលថប់ដង្ហើម

- ព្យាបាលការប្រកាច់ (ទំព័រ 190) ឬ ការដកដង្ហើមពិបាក (ទំព័រ 185) បើចាំបាច់ ៖
  - វាយតម្លៃទារករៀងរាល់២ម៉ោងម្តង : បើកម្តៅខ្លួនទារកតិចជាង 36.5°C ឬលើសពី 37.5°C ត្រូវព្យាបាលដូចករណីកម្តៅខ្លួនទារកមិនធម្មតា (ទំព័រ 188)
  - ព្យាបាលដូចករណីប្រកាច់ (ទំព័រ 190) ឬពិបាកដកដង្ហើម (ទំព័រ 185) បើចាំបាច់
- លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបីនិងអោបថ្នាក់ថ្នមកូន
- បើទារកសន្លឹមឬទន់ខ្លួន ត្រូវលើកឬរំកិលទារកថ្នមៗដើម្បីបង្ការរបួសស្នាម។ ត្រូវទ្រខ្លួនទារកទាំងមូលពិសេសក្បាល
- បើស្ថានភាពមិនប្រសើរក្រោយ៣ថ្ងៃ វាយតម្លៃសញ្ញាបង្ករោគក្នុងឈាមម្តងទៀត(ទំព័រ 196)
- បើស្ថានភាពទារកមិនប្រសើរ (នៅតែសន្លឹម ប្រកាច់ ឬបៅតិចតួចឬមិនបៅ)បញ្ជូនទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានកម្រិតខ្ពស់ជាង
- បើទារកមិនមានប្រកាច់ក្នុងអំឡុងពេល៣ថ្ងៃក្រោយបញ្ឈប់ Phenobarbital ហើយម្តាយអាចបំបៅកូនបាននិងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកនៅពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ
- ពិភាក្សាជាមួយម្តាយពីការវិវត្តន៍នៃជំងឺនិងត្រូវធ្វើដូចម្តេចទៅពេលទារកមានបញ្ហាណាមួយនៅផ្ទះ
- តាមដានមួយសប្តាហ៍ក្រោយឬមុនមួយសប្តាហ៍ បើម្តាយសម្គាល់ថាមានបញ្ហាណាមួយធ្ងន់ធ្ងរ (ឧ. ពិបាកដកដង្ហើម ប្រកាច់)

- បើទារកបៅមិនបានល្អ ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយឱ្យជ្រើសរើសវិធីផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដល់កូនដូចជាការបញ្ចុកទឹកដោះម្តាយប្រើពែងឬស្លាបព្រា។ បើទារកបៅយឺតៗត្រូវផ្តល់ទឹកដោះឱ្យបានញឹកញាប់
- មុននឹងឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះត្រូវវាយតម្លៃពីស្ថានភាពសរសៃប្រសាទរបស់ទារកដើម្បីដឹងពីតម្រូវការព្យាបាល ដោយចលនា។

៣-៥-៧. រលាកស្រោមខួរ

- បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (ទំព័រ 331) បើមិនទាន់បានធ្វើ
- ផ្តល់ ampicillin និង gentamicin ចាក់សរសៃ ដោយគិតតាមអាយុនិងទម្ងន់ទារក (ទំព័រ 317) សម្គាល់ថាដើម្បីព្យាបាលរលាកស្រោមខួរ ត្រូវផ្តល់ ampicillin ពីរដងនៃការព្យាបាលការបង្ករោគ
- បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យនៃការលាកស្រោមខួរបើ ៖
  - កោសិកាឈាមសនៅក្នុងទឹក (CSF) មាន ≥20/mm3 បើទារកអាយុ < 7 ថ្ងៃ ឬ ≥10/mm3 បើទារកអាយុ ≥7 ថ្ងៃ ឬ
  - ការបណ្តុះរកមេរោគ របស់ CSF ឬ Gram stain វិជ្ជមាន
  - បើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ច្បាស់ថាជាការរលាកស្រោមខួរត្រូវបញ្ជូនទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាថៃទាំពិសេស។

៣-៥-៨ ជំងឺស្វាយ

៣-៥-៨-១ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយពីកំណើតចំពោះទារកដែលទើបកើតនៅសេវាសម្រាលកូន

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយពីកំណើតមានការលំបាកស្មុកស្មាញណាស់ដោយសារតែការផ្ទេរអង្គបដិបក្ខប្រាណពីម្តាយមកទារកតាមរយៈសុក (transplacental transfer of maternal antibodies to the fetus)។ ការផ្ទេរអង្គបដិបក្ខប្រាណពីម្តាយទៅកូននេះ ធ្វើឱ្យមានការលំបាកក្នុងការបកស្រាយ លទ្ធផលតេស្តសេរ៉ូសាស្រ្តចំពោះជំងឺស្វាយលើទារកដែលទើបកើត។ យើងក៏មិនត្រូវយកឈាមពី ទងសុកទារកទៅធ្វើតេស្តដែរ ដោយសារឈាមនោះអាចនឹងមានឆ្លងមេរោគស្វាយពីឈាមរបស់ ម្តាយ។ ដូច្នេះគ្មានតេស្តណាមួយសម្រាប់ប្រើស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយពីកំណើត ចំពោះទារក នៅឡើយទេ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺនេះពឹងផ្អែកទៅលើការពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិកនិងប្រវត្តិជំងឺ និងការព្យាបាលរបស់ម្តាយ។
- ត្រូវពិនិត្យឱ្យបានហ្មត់ចត់ចំពោះទារកដែលទើបកើតដើម្បីរករោគសញ្ញាដែលអាចសង្ស័យថាជាជំងឺស្វាយពីកំណើត
- ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាណាមួយខាងក្រោមនេះ សូមបញ្ជូនទារកទៅសេវាឯកទេសថៃទាំព្យាបាលកុមារឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែកណាមួយ
- ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ ឬទារកកើតមកមានទម្ងន់តិចជាងធម្មតា

- មានហូរសំបោរ ឬទឹករងៃពីច្រមុះរ៉ាំរ៉ៃ
- សម្បុរលឿង (ភ្នាសសើមនៅភ្នែកលឿង)
- ថ្លើម, អណ្តើក ឬកូនកណ្តុររីកធំ
- កន្ទួលរមាស់ស្បែក ជួនកាលស្បែកស្ងួតឬមានពងទឹកតូចៗ ឬបែកស្រកា ឬសើមៗ ជាពិសេសនៅដៃជើងឬនៅបរិវេណជុំវិញមាត់ ឬរន្ធគូថ
- ទ្រង់ទ្រាយឆ្អឹងនៅច្រមុះឬជើងមានលក្ខណៈមិនធម្មតា-វៀច
- បើទោះបីជាទារកដែលទើបនឹងកើតគ្មានរោគសញ្ញាណាមួយខាងលើនេះក៏ដោយប៉ុន្តែទារកនោះ កើតចេញពីម្តាយដែលមានតេស្តស្វាយវិជ្ជមានយើងត្រូវតែព្យាបាលជំងឺស្វាយចំពោះទារកដោយឱសថ Benzathine-Penicillin ចាក់សាច់ដុំតែម្តងគត់។
- បន្ទាប់មកត្រូវបញ្ជូនទារកទៅសេវាចាក់ថ្នាំបង្ការ និងធ្វើតេស្ត DNA-PCR រកមេរោគអេដស៍។

៣-៥-៨-២ ការព្យាបាលជំងឺស្វាយចំពោះទារកដែលទើបកើត

- ត្រូវព្យាបាលជំងឺស្វាយដោយឱសថ Benzathine-Penicillin G 50,000 units/Kg ចាក់សាច់ដុំតែម្តងគត់ចំពោះទារកដែលទើបនឹងកើតចេញពីម្តាយដែលមានតេស្តមេរោគស្វាយវិជ្ជមាន បើទោះបី ជាទារកដែលទើបនឹងកើតនោះគ្មានរោគសញ្ញាជំងឺស្វាយពីកំណើតក៏ដោយ ។

៣-៥-៨-៣ ការពិនិត្យតាមដានកុមារ

- ទោះបីជាទារកឆ្លងមេរោគស្វាយពីម្តាយហើយគ្មានរោគសញ្ញានៅពេលទើបនឹងកើតក៏ដោយ ក៏រោគសញ្ញា គ្លីនិកនៃជំងឺស្វាយពីកំណើតអាចនឹងលេចចេញនៅពេលក្រោយមកទៀត។
- ដូច្នេះរាល់ពេលដែលម្តាយនាំកុមារមកទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ (សប្តាហ៍ទី៦ ទី១០ ទី១៤ និងនៅ ខែទី៩) គ្រូពេទ្យត្រូវពិនិត្យកុមាររករោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺស្វាយពីកំណើតដូចជា ៖ មានហូរសំបោរ ឬទឹករងៃពីច្រមុះរ៉ាំរ៉ៃ សម្បុរលឿង (ភ្នាសសើមនៅភ្នែកលឿង) ថ្លើម អណ្តើក ឬកូនកណ្តុររីកធំ កន្ទួលរមាស់ស្បែក ជួនកាលស្បែកស្ងួតឬមានពងទឹកតូចៗ ឬបែកស្រកាឬសើមៗ ជាពិសេសនៅ ដៃ ជើង ឬនៅបរិវេណជុំវិញ មាត់ ឬរន្ធគូថ។ ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាណាមួយត្រូវបញ្ជូនកុមារ ទៅសេវាឯកទេសថែទាំព្យាបាលកុមារ ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលនៅជិតបំផុតដើម្បីធ្វើការវាយតំលៃរោគវិនិច្ឆ័យជាបន្ទាន់និងទទួលការព្យាបាលភ្លាមៗ។

៣-៥-៩ ទារកមានសញ្ញាច្រើនព្រមគ្នា

ត្រូវចងចាំទុកដូចខាងក្រោម បើទារកមានសញ្ញាច្រើនព្រមគ្នា ៖

- ទារកដែលមានបញ្ហាមួយអាចបង្ហាញចេញនូវសញ្ញាជាច្រើន (ឧ ទារកដែលថប់ដង្ហើមអាចមាន ប្រកាច់ បៅបានតិចតួច និងពិបាកដកដង្ហើម) ផ្ទុយទៅវិញសញ្ញាមួយអាចបណ្តាលមកពីបញ្ហាច្រើន (ឧ. បៅតិចតួចអាចមកពីការបង្ករោគក្នុងឈាម ការថប់ដង្ហើមឬទារកតូច)
- ទោះបីសញ្ញាច្រើនរួមគ្នាអាចបណ្តាលមកពីបញ្ហាតែមួយក៏ដោយ ក៏សញ្ញាទាំងនោះត្រូវតែព្យាបាល ដូច្នេះជាការចាំបាច់ត្រូវអានសេចក្តីណែនាំពីការគ្រប់គ្រងតាមសញ្ញានិមួយៗដែលទារកមាន ឧ.មិនថាទារកមានថប់ដង្ហើមឬមានការបង្ករោគក្នុងឈាមទេ ទារកតែងតែមានសញ្ញាពិបាកដកដង្ហើមនិង ប្រកាច់ ដូច្នេះត្រូវប្រាកដថាទារកទទួលការព្យាបាលបញ្ហាទាំង២ ការថប់ដង្ហើមនិងការបង្ករោគក្នុង ឈាម។

ជំងឺដែលតែងតែស្តែងចេញនូវសញ្ញាច្រើនរួមគ្នាមាន ការថប់ដង្ហើម ការបង្ករោគក្នុងឈាមនិងទារកតូច (ទម្ងន់តិចជាង 2.5 kg នៅពេលកើតឬកើតមុន 37 សប្តាហ៍) ជំងឺស្វាយពីកំណើតដែលជាប្រភេទ ពិសេសមួយនៃការបង្ករោគក្នុងឈាម អាចស្តែងចេញនូវសញ្ញាជាច្រើនដូចខាងលើ។

សូមចងចាំថាការថប់ដង្ហើមនិងការបង្ករោគក្នុងឈាមស្តែងចេញនូវរោគសញ្ញាដូចគ្នាជាច្រើន ដូច្នេះសំខាន់ត្រូវចែកឱ្យដាច់រវាងបញ្ហាទាំងពីរនេះដើម្បីព្យាបាលឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។

៣-៥-១០ ការថែទាំទារកដែលម្តាយឈឺឬត្រូវបានបញ្ជូន

- ជួយម្តាយឱ្យច្របាច់ទឹកដោះ ត្រូវពិចារណាពីជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមទារករហូតដល់ម្តាយជាសះស្បើយ (ផ្នែក 8-1 និង 8-2)
- ផ្តល់ការថែទាំទារក ធានាភាពកក់ក្តៅដល់ទារក
- ត្រូវប្រាកដថាម្តាយអាចឃើញទារកទៀងទាត់
- បើអាចបាន ត្រូវឱ្យទារកទៅជាមួយម្តាយនៅពេលបញ្ជូន
- ត្រូវប្រាកដថា អ្នកថែទាំទារកនៅផ្ទះបានទទួលការអប់រំនិងដំបូន្មានអំពីការថែទាំ។

៣-៥-១១ ភ្នែកក្រហម ហើមនិងហូរខ្ទុះ

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ

- ពាក់ស្រោមដៃស្អាតសម្រាប់ពិនិត្យ ៖
  - សំអាតត្របកភ្នែកប្រើសេរ៉ូមប្រៃ (sterile normal saline) ឬទឹកស្អាត (ដាំពុះទុកឱ្យត្រជាក់)និងដុំសំឡីដោយជូតពីចុងភ្នែកខាងក្នុងចេញមកក្រៅនិងបោះចោលក្រោយពីប្រើម្តងៗ
  - ឱ្យម្តាយជាអ្នកជូតសំអាតបើអាចធ្វើទៅបាន
  - ជូត ៤ ដងក្នុងមួយថ្ងៃរហូតភ្នែកលែងមានបញ្ហា
  - ឱ្យម្តាយជូតមុខទារករាល់ថ្ងៃដោយប្រើទឹកស្អាត និងសំងួតដោយកន្សែងស្អាត។

បើបញ្ហានេះកើតមាននៅពេលដែលទារកកំពុងសំរាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមានទារកលើសពីម្នាក់ដែលនៅ ក្នុងអគារតែមួយមានបញ្ហាភ្នែកក្នុងអំឡុងពេល២ថ្ងៃ ត្រូវសង្ស័យថាមានការឆ្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (nosocomial infection)។ត្រូវជូនដំណឹងបន្ទាន់ដល់ក្រុមការងារបង្ការការចម្លងរោគ (ICT)ដើម្បីចុះអង្កេត។

- **ភ្នែកហូរខ្ទុះ (conjunctivitis)**
  - យកសំណាកខ្ទុះ បើធ្វើទៅបាន ដោយប្រើដុំសំឡីស្ទេរីល (ប្រយ័ត្នកុំឱ្យប៉ះនឹងភ្នែកទារក) រួចបញ្ជូនសំណាកខ្ទុះទៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីបណ្ដុះនិងកំណត់មេរោគ (Gram stain, culture) (រួមទាំង gonococcus) និងធ្វើ sensitivity
  - កំណត់រោគវិនិច្ឆ័យប្រហាក់ប្រហែល សូមមើលតារាងខាងក្រោម
- **ភ្នែកក្រហមនិងត្របកភ្នែកស្អិតប៉ុន្តែមិនមានខ្ទុះហូរចេញពីភ្នែក**
  - បើបញ្ហាភ្នែកនៅតែមានលើសពី៤ថ្ងៃ(ទោះបីជាបានគ្រប់គ្រងដូចខាងលើ) ប៉ុន្តែមិនមានខ្ទុះហូរចេញពីភ្នែក ៖
    - ផ្ដល់ erythromycin តាមមាត់ (ទំព័រ 318) រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ
    - ដាក់ 1% tetracycline ointment នៅភ្នែកដែលឈឺ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតភ្នែកលែងក្រហម ហើម ឬស្អិត។
  - បើចាប់ផ្ដើមមានហូរខ្ទុះពីភ្នែក សូមមើលភ្នែកមានហូរខ្ទុះខាងលើ
  - បើមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលមិនតម្រូវឱ្យសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ក្រោយពីបានផ្ដល់ ដំបូន្មានអំពីការថែទាំទារកនិងឱ្យម្ដាយបន្តការថែទាំកូននៅផ្ទះ។

រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកការរលាកភ្នែក (conjunctivitis)

សញ្ញា			រោគវិនិច្ឆ័យប្រហាក់ប្រហែល
ប្រវត្តិ	ការពិនិត្យ	លទ្ធផលការបណ្ដុះនិងកំណត់មេរោគ	
• កើតមាននៅថ្ងៃទី៣នៃកំណើតឬក្រោយពីនេះ	• កើតមាននៅភ្នែកម្ខាង • មានខ្ទុះច្រើនល្មម	• មាន Gram-positive cocci • ការបណ្ដុះ: staphylococcus វិជ្ជមាន	រលាកភ្នែកដោយសារ Staphylococcus aureus, សូមមើលខាងក្រោម
• ម្ដាយមានជំងឺកាមរោគ • មិនបានផ្ដល់ថ្នាំភ្នែកបង្ការ ឬផ្ដល់ក្រោយ ពី១ម៉ោងនៃកំណើត	• ឈឺភ្នែកទាំងសងខាង • មានហូរខ្ទុះច្រើន	• Gram-negative diplococcic • ការបណ្ដុះ: gonococcus វិជ្ជមាន	ការរលាក ភ្នែកដោយសារ gonorrhea សូមមើលខាងក្រោម

• ចាប់ផ្តើមចេញសញ្ញា នៅក្នុងថ្ងៃទីមួយឬ ក្រោយពីនះ			
• ដំបូងហៀរទឹកភ្នែក ក្រោយមកហូរខ្ទុះ • ម្តាយមានជំងឺកាមរោគ • ចាប់ផ្តើមមានសញ្ញា ថ្ងៃទី៥ឬក្រោយនេះ	ឈឺភ្នែកទាំងសងខាង ហូរខ្ទុះតិចឬ ច្រើនល្មម	• Gram stain មិនមានមេរោគ • លទ្ធផលបណ្តុះអវិជ្ជមាន	រលាក Conjunctivitis ដោយសារ Chlamydia
• បានបន្តក់ភ្នែក Silver nitrate នៅពេលកើត • ចាប់ផ្តើមចេញសញ្ញា នៅថ្ងៃ ទី១ឬទី ២	• ភ្នែកទាំងសងខាងឈឺ • ភ្នែកក្រហមនិង ហើម • មានខ្ទុះតិច	• Gram stain មិនមានមេរោគ • លទ្ធផលបណ្តុះមេរោគអវិជ្ជមាន	រលាកដោយសារ ធាតុគីមីមិនចាំបាច់ព្យាបាលទេ

មិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបាន មិនមានសញ្ញាដែលសរសេរជាអក្សរដិតខាងលើ។ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយក៏វត្តមាននៃសញ្ញាទាំងនេះមិនអាចឱ្យរោគវិនិច្ឆ័យប្រាកដបានដែរ។ អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យប្រាកដបាន បើមាន សញ្ញាណាមួយខាងលើដែលសរសេរជាអក្សរផ្តេក។ សញ្ញាផ្សេងៗទៀតខាងលើជួយបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យ ប៉ុន្តែបើអវត្តមានសញ្ញាទាំងនេះក៏មិនអាចទាត់ចោលរោគវិនិច្ឆ័យបានដែរ។

សម្គាល់ ៖ ហាមប្រើ Silver nitrate ដើម្បីដាក់ភ្នែកទារក ការដាក់ថ្នាំនេះបណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់

ការគ្រប់គ្រងការរលាកភ្នែកបណ្តាលមកពី s. Aureus (conjunctivitis due to s.Aureus)

- ដាក់ 1% tetracycline ointment ក្នុងភ្នែកដែលឈឺ៤ដង/ថ្ងៃរយៈពេល ៥ថ្ងៃ។ មិនចាំបាច់ឱ្យ antibiotics ចំពោះការឈឺភ្នែកទេ។
- បន្តសំអាតភ្នែកនិងលប់មុខដូចបានពិពណ៌នាក្នុងការគ្រប់គ្រងទូទៅខាងលើ
- បើម្តាយនិងទារកអាចស្នាក់នៅក្បែរមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ទារកមិនចាំបាច់សំរាកពេទ្យដើម្បីទទួលការព្យាបាលទេ។

- ***រលាកភ្នែកដោយសារ gonorrhoea***
  - ផ្តល់ ceftriaxone 50mg/kg មួយដូសគត់ ចាក់សាច់ដុំ (កម្រិតអតិបរមាគឺ 125mg)
  - មិនចាំបាច់ប្រើ antibiotic សំរាប់ដាក់ភ្នែកទេ
  - បន្តសំអាតភ្នែកនិងលប់មុខដូចបានពិពណ៌នាក្នុងការគ្រប់គ្រងទូទៅ
  - បើម្តាយនិងទារកអាចស្នាក់នៅក្បែរមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ទារកមិនចាំបាច់សំរាកពេទ្យដើម្បីទទួលការព្យាបាលទេ។

- ព្យាបាល gonorrhoea ម្តាយនិងដៃគូបើមិនទាន់បានធ្វើទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI ។

- **ការរលាកភ្នែកដោយសារ chlamydia**
  - ផ្តល់ erythromycin syrup តាមមាត់ 25mg/kg ៤ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ
  - ក្រោយពីបានសំអាតភ្នែក ដាក់ថ្នាំភ្នែក 1% tetracycline ក្នុងភ្នែកទាំងសងខាង ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ភ្នែកបាត់ក្រហម ហើម ស្អិតឬមានហូរខ្ទុះ
  - បើម្តាយនិងទារកអាចស្នាក់នៅក្បែរមូលដ្ឋានសុខាភិបាល មិនចាំបាច់ឱ្យទារកសំរាកពេទ្យដើម្បីទទួលការព្យាបាលទេ
  - ព្យាបាល chlamydia ដល់ម្តាយនិងដៃគូ បើពួកគេមិនទាន់ទទួលការព្យាបាលត្រូវផ្តល់ តាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI ។

សម្គាល់ ៖ បើមិនមានមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីកំណត់ការបង្ករោគដោយ Gonococcus និង Chlamydia ត្រូវផ្តល់ការថែទាំ និងព្យាបាលតាមចង្កោមរោគសញ្ញា ដូចគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI ។

៣-៥-១២ ការបង្ករោគនៅផ្ចិត

ហើមទងផ្ចិតឬស្បែកជុំវិញឡើងក្រហម ហូរខ្ទុះ ឬធុំក្លិន ការបង្ករោគនៅទងផ្ចិត

- **ពាក់ស្រោមដៃស្អាតសំរាប់ពិនិត្យ**
  - លាងទងផ្ចិតដោយប្រើសូលុយស្យុង antiseptic ដូចខាងក្រោមនិងប្រើស្បៃស្អាត ។
  - សំអាតទងផ្ចិតនិងស្បែកជុំវិញដោយប្រើ 0.5% gentian violet ៤ដង/ថ្ងៃ រហូតទាល់តែគ្មានខ្ទុះហូរចេញមក ឱ្យម្តាយជាអ្នកធ្វើរបៀបនេះបើអាច។
- បើស្បែកហើមនិងក្រហមរាលដាលធំជាង 1cm ពីទងផ្ចិត ត្រូវព្យាបាលទៅតាមការបង្ករោគនៅ ទងផ្ចិតដូចខាងក្រោម
- បើការបង្ករោគត្រូវបានព្យាបាលជាហើយទារកបៅបានល្អ ហើយមិនមានបញ្ហាដទៃទៀតដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះក្រោយពីបានផ្តល់ដំបូន្មានអំពីការថែទាំទារក។

ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរនៃទងផ្ចិត

- បើការបង្ករោគបានកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលទារកសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យឬ មានទារកច្រើនជាងម្នាក់នៅក្នុងអគារតែមួយមានការបង្ករោគនៅផ្ចិតកើតមានក្នុងអំឡុងពេល២ថ្ងៃត្រូវសង្ស័យថាមានការឆ្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ។ ត្រូវជូនដំណឹងបន្ទាន់ដល់ក្រុមការងារបង្ការការចម្លងរោគ(ICT)ដើម្បីចុះអង្កេត។
- ព្យាបាលដូចករណីការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ 196) ។

៣-៥-១៣ កើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរ

ទារកចេញលឿងកើតមាន< 24ម៉ោងនៃអាយុទារកឬកើតលឿងនៅបាតដៃនិងបាតជើងនៅពេលណាមួយ។ ត្រូវញែកឱ្យដាច់ពីការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ 196)

សម្គាល់៖ កើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរតម្រូវឱ្យមានការអង្កេតល្អិតល្អន់ និងមានការថែទាំពិសេស។ ការព្យាបាលដោយពន្លឺមិនគួរធ្វើនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមិនមានសមត្ថភាពពេញលេញក្នុងការព្យាបាលរបៀបនេះ ក្នុងករណីនេះត្រូវបញ្ជូនទារកជាបន្ទាន់ ។

សេចក្តីលំអិតនៃការគ្រប់គ្រងកើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរសូមមើលមគ្គុទេសក៍ជាតិសម្រាប់អនុវត្តក្នុងការព្យាបាល។ លើកទឹកចិត្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនៅក្នុងពេលបញ្ជូន ហើយបើទារកពិបាកបៅត្រូវបញ្ចុកទឹកដោះម្តាយដោយប្រើពែងឬស្លាបព្រា។ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលអាចផ្តល់ការព្យាបាលដោយពន្លឺ ៖

1. វាស់កម្រិត bilirubin បើវាស់ដោយវិធី non-invasive ត្រូវក្រិតឱ្យបានត្រឹមត្រូវទៅតាមសេចក្តី ណែនាំពីរបៀបប្រើមុននឹងប្រើ។
2. កត់ត្រាលទ្ធផលនៅលើតារាង (jaundice chart)
3. ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយពន្លឺ បើលទ្ធផលស្ថិតនៅក្នុងផ្នែកដែលត្រូវព្យាបាលដោយពន្លឺនៅក្នុងតារាង
4. ត្រូវប្រាកដថាបានគ្របភ្នែកដោយក្រណាត់ស្អាត
5. ទារកគួរស្ថិតនៅក្នុងកន្លែងផ្តល់កម្តៅ ឧ. ក្នុងកែវចិញ្ចឹមឬគ្រែដែលមានអំពូលកម្តៅ ដោយធ្វើយ៉ាងណាឱ្យស្បែកទារកប៉ះនឹងកម្តៅឱ្យបានច្រើនបំផុត។
6. វាស់កម្រិត bilirubin ប្រចាំថ្ងៃ កត់ត្រាលទ្ធផលនៅក្នុងតារាង ហើយត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល បើកម្រិតវាស្ថិតនៅក្រោមតំបន់ដែលត្រូវព្យាបាលដោយពន្លឺ។
7. វាយតម្លៃស្ថានភាពបាត់បង់ជាតិទឹកនិងកម្តៅខ្លួនរៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង។
8. លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅដោះកូនតាមចំណង់ទារក។ យកម៉ាស់បិតភ្នែកទារកចេញនៅពេលបំបៅ ដោះទារក។ មិនត្រូវផ្អាកការបំបៅដោយសារតែទារកត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយពន្លឺទេ។
9. វាស់កម្រិត bilirubin នៅ២៤ម៉ោងក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយពន្លឺ។ ចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ឡើងវិញបើកម្រិត bilirubin នៅក្នុងតំបន់ដែលត្រូវព្យាបាលនៃតារាងតាមដាន។

សម្គាល់ ៖ ការបន្តព្យាបាលដោយពន្លឺនៅពេលដែលកម្រិត bilirubin មិនស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ដែលត្រូវព្យាបាល ទោះបីស្បែកនៅមានពណ៌លឿងក៏ដោយមិនបានផ្តល់ប្រយោជន៍អ្វីទេផ្ទុយទៅវិញហាក់ដូចជាធ្វើឱ្យទារក ប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់។

Bilirubin នៅក្នុងស្បែកនឹងបាត់ទៅវិញយ៉ាងឆាប់រហ័សក្រោមការព្យាបាលដោយពន្លឺ។ ពណ៌នៃស្បែកមិន អាចប្រើជាការចង្អុលបង្ហាញអំពីកម្រិត bilirubin នៅក្នុងឈាមនៅអំឡុងពេលដែលទារកទទួលការព្យាបាល ដោយពន្លឺនិងក្នុង ២៤ម៉ោងក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយពន្លឺ។

មិនត្រូវប្រើពន្លឺព្រះអាទិត្យ (ទោះប៉ះដោយពន្លឺផ្ទាល់ឬដោយប្រយោល) ដើម្បីព្យាបាលទារកកើតលឿងទេ។ ទារកនឹងប្រឈមមុខនឹងការខ្សោះជាតិទឹកនិងខ្លោចស្បែកដោយពន្លឺថ្ងៃ។

៣-៥-១៤ ការបង្ករោគនៅស្បែក

- បើការបង្ករោគកើតមានក្នុងអំឡុងពេលដែលទារកសម្រាកកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យឬមានទារកច្រើនជាងម្នាក់ នៅក្នុងអគារតែមួយមានការបង្ករោគក្នុងអំឡុងពេល២ថ្ងៃ ត្រូវសង្ស័យថាមានការឆ្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ ត្រូវជូនដំណឹងបន្ទាន់ដល់ក្រុមការងារបង្ការការចម្លងរោគ (ICT) ដើម្បីចុះអង្កេត។
- លាងដៃជាមួយទឹកស្អាតនិងសាប៊ូ ។ ពាក់ស្រោមដៃស្អាតសម្រាប់ពិនិត្យ៖
  - ត្រូវសំអាតខ្ទុះនិងក្រម៉ដោយថ្នមៗ ដោយទឹកដាំពុះទុកឱ្យត្រជាក់និងប្រើសំឡីនិងសាប៊ូ
  - ជូតសំអាតដោយក្រណាត់ស្អាត
  - លាប Gentian violet 0.5%
- សង្កេតមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម (ឧ.បៅមិនបានល្អ ក្អួត ដកដង្ហើមពិបាក កម្តៅខ្លួន >37.5 ឬ <36.5 °C) និងត្រូវព្យាបាលសមស្រប (ទំព័រ 196)
- រាប់ចំនួនពងទឹកត្រូវកំណត់ថាវាគ្របដណ្តប់តិចជាងឬច្រើនជាងពាក់កណ្តាលនៃខ្លួនទារកនិងត្រូវ ព្យាបាលដូចបានពណ៌នាខាងក្រោម។

ពងទឹកតិចជាង១០ ឬគ្របដណ្តប់តិចជាងពាក់កណ្តាលនៃដងខ្លួនដោយមិនមានសញ្ញាបង្ករោគក្នុងឈាម ៖

- សង្កេតមើលទារករយៈពេល៥ថ្ងៃ
  - បើពងទឹកបាត់ទៅវិញក្នុងអំឡុង៥ថ្ងៃនិងមិនមានបញ្ហាដែលតម្រូវឱ្យទារកសម្រាកពេទ្យត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ។
  - បើពងទឹកភាគច្រើននៅតែមានក្រោយរយៈពេល៥ថ្ងៃប៉ុន្តែទារកមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមផ្តល់ Cloxacillin តាមមាត់ទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់ទារករយៈពេល៥ថ្ងៃ (ទំព័រ 317)

មានពងទឹកចំនួន១០ឬលើសពីនេះ ឬគ្រប់ដណ្តប់លើសពីពាក់កណ្តាលនៃខ្លួនទារកនិងទារកមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម

- ប្រើម្ជុលជួសឈាមស្តេរីល(Lancet) ដើម្បីជួសឱ្យចំចំនុចសកណ្តាលរបស់ពងទឹក។ យកសំណាកខ្ទុះដោយប្រើដុំសំឡីស្តេរីល និងបញ្ជូនទៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីបណ្តុះមេរោគ។
- ផ្តល់ Cloxacillin ចាក់សាច់ដុំដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់ទារក (ទំព័រ 317)
- វាយតម្លៃស្ថានភាពទារកយ៉ាងតិចឱ្យបានម្តងក្នុងថ្ងៃដើម្បីរកមើលសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើង (ពងទឹកមិនរីកសាយហើយស្ងួតនិងជាបណ្តើរៗ) ៖
  - បើពងទឹកបានប្រសើរឡើងក្រោយពីព្យាបាលដោយ antibioticsបាន៣ថ្ងៃ ផ្តល់ Cloxacillin បន្តដើម្បីបង្គ្រប់ឱ្យបាន៥ថ្ងៃនៃការព្យាបាល
  - បើពងទឹកមិនបានប្រសើរឡើងក្រោយពី៣ថ្ងៃនៃការព្យាបាលដោយ antibiotics
    - បើការបណ្តុះមេរោគវិជ្ជមាន ត្រូវប្តូរ antibiotic ទៅតាមលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍និងផ្តល់ antibiotic ឱ្យគ្រប់៥ថ្ងៃ។

    - បើការបណ្ដុះមេរោគមិនអាចធ្វើទៅបានឬមិនអាចកំណត់មេរោគបានត្រូវបន្តឱ្យ cloxacillin និងឱ្យ gentamicin ទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់ទារកឱ្យបាន៧ថ្ងៃ(ទំព័រ 317)
- សង្កេតមើលទារករយៈពេល ២៤ម៉ោងក្រោយពីបានបញ្ឈប់ antibiotics។ បើពងទឹកបានជាទារក បៅបានល្អនិងមិនមានបញ្ហាអ្វីបន្ថែមដែលតម្រូវឱ្យទារកសម្រាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ។
- ពងទឹកលើស្បែកដោយមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម ព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ 196)

រលាកកោសិកា/អាប់សែ

- បើសាច់ហើមទន់ ត្រូវចោះនិងបង្ហូរខ្ទុះ ៖
    - ប្រើសឺរ៉ាំង 10 ml ដែលភ្ជាប់ជាមួយម្ជុលលេខ២២រួចបូមសេរ៉ូមបំពេញសឺរ៉ាំង រួចដោះម្ជុលចេញ។
    - គ្របស្បែកជុំវិញអាប់សែដោយទុកប្រឡោះតែកន្លែងអាប់សែ
    - ចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅជុំវិញកន្លែងអាប់សែ ៖
        1. បូមថ្នាំស្ពឹកក្នុងសឺរ៉ាំងដែលមានចំណុះ 3ml និងភ្ជាប់ជាមួយម្ជុលលេខ 25
        2. ចាក់ថ្នាំស្ពឹកក្រោមស្បែក (intra dermally) ឱ្យស្បែកប៉ោងឡើង
        3. មួយនាទីក្រោយមកភ្ជាប់ជាមួយម្ជុលលេខ 22 រួចចាក់ចំកន្លែងប៉ោងនៃ ស្បែកនិងជ្រៀតចូលកន្លែងចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅជុំវិញអាប់សែ។
    - ក្រោយពីរងចាំរយៈពេល ២នាទី ដើម្បីឱ្យថ្នាំស្ពឹកមានប្រសិទ្ធភាព រួចចោះនៅកន្លែងដែលទន់ៗរបស់អាប់សែ
    - ប្រើដុំសំឡីស្តេរីលដើម្បីយកសំណាកខ្ទុះនិងបញ្ជូនទៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីបណ្ដុះមេរោគ
    - ប្រើកន្ត្រៃស្តេរីលដើម្បីបំបែកថង់ខ្ទុះ
    - បាញ់លាងអាប់សែដោយទឹកសេរ៉ូម ហើយទុកឱ្យមុខដំបៅចំហ ។
- ផ្ដល់ cloxacillin ចាក់តាមសាច់ដុំដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់ទារក (ទំព័រ 317)
- វាយតម្លៃស្ថានភាពទារកយ៉ាងហោចឱ្យបានម្ដងក្នុងមួយថ្ងៃដើម្បីមើលពីសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើង ៖
    - បើរលាកកោសិកា/អាប់សែបានប្រសើរឡើងក្រោយពី៥ថ្ងៃនៃការព្យាបាលដោយ antibiotic បន្តដោយ cloxacillin ដើម្បីបង្គ្រប់ឱ្យបាន១០ថ្ងៃនៃការព្យាបាល
    - បើការរលាកកោសិកា/អាប់សែមិនប្រសើរឡើងក្រោយ៥ថ្ងៃនៃការព្យាបាលដោយ antibiotic
        - បើលទ្ធផលនៃការបណ្ដុះមេរោគវិជ្ជមាន ប្ដូរ antibiotic ទៅតាមលទ្ធផលនៃការបណ្ដុះនិងត្រូវឱ្យ antibiotic ឱ្យបាន១០ថ្ងៃ។
        - បើការបណ្ដុះមេរោគមិនអាចធ្វើទៅបានឬមិនអាចកំណត់ប្រភេទមេរោគបាន បន្តការផ្ដល់ cloxacillin និងត្រូវផ្ដល់ gentamicin ទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់ទារកឱ្យបាន១០ថ្ងៃ (ទំព័រ 317) សង្កេតមើលទារកឱ្យបាន២៤ម៉ោងក្រោយពីបញ្ឈប់ antibiotics។

បើការរលាកកោសិកា/អាប់សែបានជាហើយទារកបៅបានល្អនិងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យទារកសម្រាកនៅពេទ្យទេ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ។

ផ្សិតនៅតំបន់កំប៉េះគូទ

- ប្រើ Nystatin cream លាបលើដំបៅ រួមជាមួយនឹង 0.5% gentian នៅរាល់ពេលប្តូរកន្ទបឱ្យទារកនិង នៅតែបន្តប្រើរហូតដល់៣ថ្ងៃក្រោយដំបៅបានជា
- ត្រូវប្រាកដថាបានផ្លាស់ប្តូរកន្ទបឱ្យទារកនៅពេលណាដែលវាសើមឬកខ្វក់។

ផ្សិតនៅមាត់

- ជូតសំអាតផ្សិតក្នុងមាត់ទារកដោយសូលុយស្យុង Nystatin oral ឬ 0.5% gentian violet ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ និងបន្តរហូតរយៈពេល២ថ្ងៃក្រោយពេលដែលបានជា។
- ឱ្យម្តាយលាប Nystatin cream ឬ 0.5% gentian violet នៅលើដោះក្រោយពីបំបៅដោះរហូតទាល់តែទារកបានព្យាបាលជា។

ការមុត/ដាច់សាច់

- សំអាតកន្លែងមុតដោយសំឡីដែលបានជ្រលក់នឹង សូលុស្យុង Antiseptic (2.5% polyvidone iodine គួរសម្គាល់ថាសូលុយស្យុង antiseptic ដទៃទៀតអាចធ្វើឱ្យរលាក)
- បើមុខរបួសចំហ ត្រូវបិតភ្ជិតមុខដោយប្រើបង់ស្អិតដែលកាត់ជារាងមេអំបៅ
- គ្របកន្លែងរបួសដោយបង់ធម្មតាដើម្បីឱ្យមុខរបួសស្អាតនិងស្ងួត
- បើមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ
- ពន្យល់ម្តាយអំពីសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅមុខរបួស (ឧ. ក្រហម ក្តៅ និងហើមនៅកន្លែងជុំវិញរបួស) ៖
  - ឱ្យម្តាយយកទារកមកជួបវិញបើឃើញមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅមុខរបួស
  - បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែងត្រូវយកបង់រុំ/បង់ស្អិតចេញ ហើយព្យាបាលដោយ antibiotic លាបនៅនឹងកន្លែង៣ដង/ថ្ងៃរយៈពេល៥ថ្ងៃ មិនត្រូវគ្របមុខរបួសទេ
- ត្រូវឱ្យម្តាយយកកូនមកជួបវិញមួយសប្តាហ៍ក្រោយដើម្បីយកបង់រុំ/បង់ស្អិតចេញបើចាំបាច់។ បើមិនមានការបង្ករោគមិនចាំបាច់តាមដានបន្តទេ។

ការរលាត់ស្បែក

- សំអាតកន្លែងរលាត់ដោយប្រើដុំសំឡីដែលបានជ្រលក់សូលុយស្យុង antiseptic (2.5% polyvidone iodine) សម្គាល់ថា សូលុយស្យុង antiseptic ដទៃទៀតអាចធ្វើឱ្យរលាក).
- រក្សារបួសឱ្យបានស្អាតនិងស្ងួតនិងណែនាំម្តាយឱ្យចេះរបៀបថែទាំ
- បើមិនមានបញ្ហាណាមួយតម្រូវឱ្យសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ
- ពន្យល់ម្តាយអំពីសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែង (ឧ. ក្រហម ក្តៅនឹងហើមស្បែកជុំវិញ) ៖
  - ឱ្យម្តាយយកទារកមកជួបវិញបើឃើញមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែង

- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែង ត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic ointment លាបនៅនឹងកន្លែង ៣ ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ មិនចាំបាច់គ្របកន្លែងរលាត់ទេ។

- ឱ្យម្ដាយយកទារកមកជួបវិញមួយសប្ដាហ៍ក្រោយ បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគទេមិនចាំបាច់តាម ដានបន្តទេ។

៣-៥-១៥ ព្យាបាលរបួសនិងលក្ខណៈមិនធម្មតាពីកំណើត

ប្រសិនបើទារកមានរបួស ឬមានលក្ខណៈមិនធម្មតាពីកំណើតផ្ដល់ការព្យាបាលនិងណែនាំដូចតទៅ ៖

សញ្ញា	**ព្យាបាលនិងណែនាំ**
របួសនៅពេលសម្រាល ៖ • មានដាំ ហើម នៅកំប៉េះគូទ • ក្បាលហើម ពក១ចំហៀងឬទាំងសងខាង • ជើងមានស្ថានភាពមិនធម្មតា (ក្រោយពីសម្រាលទម្រង់គូទ) • ចលនាដៃមិនស្របគ្នា ដៃគ្មានចលនា	របួសនៅពេលសម្រាល ៖ • ពន្យល់ដល់ឪពុកម្ដាយថារបួសនេះមិនធ្វើឱ្យទារកឈឺចាប់ទេ ជាទូទៅវានឹងបាត់ទៅវិញក្នុងរយៈពេល១ទៅ២សប្ដាហ៍ ហើយមិនចាំបាច់ព្យាបាលពិសេសទេ • កុំបង្ខំទាញជើងទារកទៅរកស្ថានភាពផ្សេងទៀត(ក្នុងទម្រង់គូទ) • កាន់អវៈយវៈដែលគ្មានចលនាដោយថ្នមៗ ហាមទាញ • បើសង្ស័យថាមានបាក់ឆ្អឹង ត្រូវផ្ដល់និងត្រូវថតនិងអបឆ្អឹងបើចាំបាច់។
លក្ខណៈមិនធម្មតា ៖ • ប្រអប់ជើងខ្វេរ • ឆែបមាត់ ឆែបក្រអូមមាត់ • ភ្នែកស្រលៀង រូបរាងមិនធម្មតា • ចំហរជាលិកា នៅលើក្បាល ពោះ ខ្នង	• បញ្ជូនទៅរកការព្យាបាលពិសេស បើមាន • ជួយម្ដាយក្នុងការបំបៅដោះកូន ប្រសិនបើមិនអាច បំបៅបាន ត្រូវបង្រៀនពីវិធីបំបៅផ្សេងទៀត ដូចជា ការបំបៅដោយពែងឬស្លាបព្រានិងធ្វើការតាមដាន បន្ត • ណែនាំឱ្យធ្វើការវះកាត់កែតម្រូវ ប្រសិនបើមាន • បញ្ជូនទៅរកការវាយតម្លៃពិសេស បើអាចគ្រប ដោយស្បៃស្អាតដែល ជ្រលក់ទឹកសេរ៉ូមប្រៃ • បញ្ជូនទៅរកការព្យាបាលពិសេសបើអាចធ្វើបាន ។
លក្ខណៈមិនធម្មតា ធ្ងន់ធ្ងរ ៖ • រូបរាងមិនធម្មតាដទៃទៀត	លក្ខណៈមិនធម្មតា ធ្ងន់ធ្ងរ ៖ • បញ្ជូនទៅរកការព្យាបាលពិសេសបើអាចធ្វើបាន

សម្រាប់ព័ត៌មានលំអិតអំពីការពិនិត្យកាយសម្បទាកុមារសូមមើលជំពូកទី៩។

៣-៥-១៦ ជំងឺរាក

ជំងឺរាកអាចបណ្តាលមកពីមូលហេតុមិនបង្ករោគ (non-infectious) ប៉ុន្តែការក្លាយរោគក្នុងឈាមជា មូលហេតុចំបងក្នុងអំឡុងពេលទារកទើបកើត។ ការអនុវត្តន៍ការបង្ការការចម្លងរោគយ៉ាងហ្មត់ចត់ ត្រូវតែធ្វើនៅគ្រប់ពេលដែលផ្តល់ការថៃទាំទារកមានជំងឺរាកដើម្បីការពារការឆ្លងរាលដាល។

វាយតម្លៃនិងព្យាបាលទារកដែលមានជំងឺរាកដូចតទៅ ៖

ការព្យាបាលទូទៅ ៖ បន្តឱ្យទារកបៅដោះម្តាយ បើទារកមិនអាចបៅដោះបាន ផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដែលច្របាច់ដល់ទារក បើម្តាយឱ្យទារកនូវអាហារផ្សេងៗ ឬជាតិទឹកដទៃមិនមែនទឹកដោះម្តាយត្រូវប្រាប់គាត់ឱ្យបញ្ឈប់ ឱ្យម្តាយបំបៅដោះកូនឱ្យបានញឹកញាប់ បើទារកមានបង្ហាញនូវសញ្ញាខ្វះជាតិទឹក ឧទាហរណ៍ ភ្នែករូងខូង បាត់បង់ភាពយឺតរបស់ស្បែក ឬអណ្តាតស្ងួត ស្ងួត) ត្រូវផ្តល់ជាតិទឹក (ឧទាហរណ៍ មិនបៅ ក្អួត ដកដង្ហើមពិបាក) រឺមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម (ភ្នាស ស្លេស (Lactate Ringer ឬ Normal Saline) ហើយត្រូវឱ្យទារកបន្តបៅដោះម្តាយ ។ បើមានសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹក ត្រូវបង្កើនបរិមាណជាតិទឹក 10% នៃទម្ងន់ខ្លួនរបស់ទារកនៅថ្ងៃទី ១ នៅពេលដែលឃើញមានសញ្ញានៃការខ្សោះជាតិ ទឹក។ ពិនិត្យទារករាល់១២ម៉ោង - បើទារកនៅតែរាក ត្រូវបន្តការបង្កើនបរិមាណទឹកតាមសរសៃវ៉ែន២៤ម៉ោងបន្ថែមទៀត - បើទារកមិនមានរាកទៀតទេ ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់១២ម៉ោង បន្ថែមបរិមាណទឹកតាម តម្រូវការប្រចាំថ្ងៃដោយគិតតាមអាយុរបស់ទារក ។ កំណត់សម្គាល់ ៖ ការវាយតម្លៃសញ្ញា រោគសញ្ញានិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរាក សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំអំពីសមាហរណកម្មទទួលបន្ទុកពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺកុមារ (IMCI)។

៣-៥-១៧ កម្រិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមទាប

កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមទារកមានតិចជាង 25mg/dl (1.1 mmol/l) ។ កត្តាប្រឈមមុខ ៖

- ទារកមិនគ្រប់ខែ
- ទារកទម្ងន់ទាប
- ម្តាយមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- បៅតិចតួចឬមិនបៅ
- មានការបង្ករោគ (សង្ស័យឬបញ្ជាក់ច្បាស់)
- ការថប់ដង្ហើម

- កម្តៅខ្លួនចុះទាប

សញ្ញានៃការចុះទាបកម្រិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមតិចជាង 45mg/dl (2.6mmol/l)

- ញ័រ
- សន្លឹម

កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមតិចជាង 25mg/dl (1.1 mmol/l)

- រៀបចំផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃបើមិនទាន់មាន។ ផ្តល់ glucose នៃទម្ងន់ទារកតាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី
- បើការចាក់តាមសរសៃមិនអាចធ្វើទៅបានភ្លាមៗផ្តល់ glucose10% ចំនួន 2 ml/kgនៃទម្ងន់ទារកតាមទុយោ ក្រពះ
- ផ្តល់ glucose 10% ដើម្បីរក្សាកម្រិតជាតិស្ករប្រចាំថ្ងៃ ដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់ទារក។
- វាស់កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម៣០នាទីក្រោយពីការចាក់ bolus នៃ glucose ៖
  - បើកម្រិតជាតិស្ករតិចជាង 25 mg/dl ត្រូវផ្តល់ bolus នៃ glucose ដូចខាងលើនិងបន្តការផ្តល់តាមសរសៃ (infusion) និងវាស់ម្តងទៀតនៅ៣០នាទីក្រោយ
  - បើកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមតិចជាង 45 mg/dl ប៉ុន្តែយ៉ាងតិចមាន 25 mg/dl វាស់នៅពេលណា មួយបន្ត ការផ្តល់តាមសេរ៉ូម និងវាស់កម្រិតជាតិស្កររៀងរាល់ ៣ម៉ោងម្តងរហូតកម្រិតជាតិស្ករ មាន 45 mg/dl ឬ លើសពីនេះ ឬវាស់ឃើញ២ដងបន្តបន្ទាប់គ្នាត្រូវត្រលប់មកតាមដានតាម ធម្មតាវិញ ។
- លើកទឹកចិត្តការបំបៅដោះកូនដោយទឹកដោះម្តាយ បើទារកមិនអាចបៅបានត្រូវឱ្យទឹកដោះ ប្រូបាច់។
- នៅពេលដែលទារកកាន់តែអាចបៅបាន ត្រូវបន្ថយបន្តិចម្តងៗ(ក្នុងអំឡុងពេល៣ថ្ងៃ)នូវបរិមាណ របស់ជាតិស្ករដែលផ្តល់តាមសរសៃ ស្របគ្នានឹងការបង្កើនការផ្តល់តាមមាត់។ មិនត្រូវបញ្ឈប់ការផ្តល់ ជាតិស្ករតាមសរសៃភ្លាមៗទេ ។

កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមតិចជាង 45mg/dl ប៉ុន្តែយ៉ាងតិចមាន 25 mg/dl

- លើកទឹកចិត្តការបំបៅដោះកូន បើទារកមិនអាចបៅបាន ត្រូវផ្តល់ទឹកដោះប្រូបាច់ ។
- វាស់កម្រិតជាតិស្ករមួយម៉ោងក្រោយ ៖
  - បើជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមតិចជាង 25 mg/dl ត្រូវព្យាបាលដូចរៀបរាប់ខាងលើ
  - បើកម្រិតជាតិស្ករនៅតែតិចជាង 45 mg/dl ប៉ុន្តែយ៉ាងហោចមាន 25 mg/dl ត្រូវបំបៅដោះឱ្យបានញឹកញាប់ ឬបង្កើនបរិមាណទឹកដោះប្រូបាច់ឱ្យបានច្រើន។
  - បើកម្រិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមមាន 45 mg/dl ឬលើសពីនេះ ពិនិត្យឃើញ២ដងបន្តបន្ទាប់គ្នា
  - ត្រូវតាមដានទៅតាមធម្មតាវិញ។

ជំពូកទី៤៖ ការថែទាំការរំលូត/រលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

សេចក្តីលំអិតនៃជំពូកនេះ មានចែងនៅក្នុងពិធីសារជាតិស្តីពីការរំលូតកូនប្រកបដោយ សុវត្ថិភាព (ត្រីមាសទី១) និងពិធីសារជាតិស្តីពីការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាពសម្រាប់គភ៌ លើសពី១២ ដល់ ២៤សប្តាហ៍។

៤-១ វាយតម្លៃគ្លីនិក ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងជម្រើសក្នុងការគ្រប់គ្រង

មុននឹងធ្វើការរំលូតកូន ឬគ្រប់គ្រងផលវិបាកក្រោយរំលូត/រលូត ជាការសំខាន់ត្រូវវាយតម្លៃគ្លីនិកស្ត្រីដើម្បីកំណត់បាននូវប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រនិងស្ថានភាពនៃគភ៌។ ការវាយតម្លៃគ្លីនិកស្ត្រីរួមមាន៖

- ការសាកសួរប្រវត្តិ
- ការពិនិត្យរាងកាយនិង
- ការពិនិត្យអមវេជ្ជសាស្ត្រធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ផ្សេងៗ។

ការធ្វើបែបនេះគឺអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបានត្រឹមត្រូវពីស្ថានភាពរបស់ស្ត្រីហើយនឹង ជួយស្ត្រីដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តជ្រើសរើសយកនូវជម្រើសដ៏ប្រសើរដែលសមស្របនឹងស្ថានភាពរបស់ គាត់។

ការថែទាំការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព(CAC)	ការថែទាំក្រោយរំលូត/រលូត(PAC)
ប្រវត្តិអតិថិជន ៖ • ថ្ងៃទី១នៃរដូវចុងក្រោយ • សញ្ញានៃការមានគភ៌ • ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសមិនប្រក្រតី • ប្រវត្តិផ្ទៃពោះ (ឧទាហរណ៍ គភ៌ក្រៅស្បូន ការ រលូតកូន កូនកើតរស់ កូនស្លាប់ក្នុងពោះ) • ប្រវត្តិទាក់ទងនឹងការរួមភេទ • ការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើត	**ប្រវត្តិអតិថិជន ៖** • ថ្ងៃទី១នៃរដូវចុងក្រោយ • ការធ្លាក់ឈាម (រយៈពេល មានក្លិនស្អុយ និង បរិមាណជាលិកាគភ៌ធ្លាក់) • ការឈឺចាប់ (រយៈពេល ភាពធ្ងន់ធ្ងរ និង កន្លែងដែលឈឺពោះឬឈឺចាក់ទៅស្មា ត្រូវគិតដល់គភ៌ក្រៅស្បូន) • ការរលូត/រំលូតកូនដែលកើតមានថ្មីៗ (រយៈពេលប៉ុន្មានថ្ងៃហើយ) • កំពុងប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើត • ប្រវត្តិក្តៅខ្លួន ញាក់ ឬរោគសញ្ញាដូចជាគ្រុនផ្តាសាយ • ចង្អោរ /ក្អួត។

ស្ថានភាពសុខភាពទូទៅ ៖

- លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ស្ត្រី(ធ្លាក់ឈាម ទឹកនោមផ្អែម/ប្រៃ ហឺត លើសសម្ពាធឈាម ជំងឺបេះដូង)
- ប្រវត្តិឈាមក្រកក
- ប្រវត្តិជំងឺទាក់ទងនឹងការវះកាត់ (ធ្លាប់វះស្បូនឬវះយកកូន វះកាត់នៅពោះឬអាងត្រគាក)
- ប្រវត្តិ ឬកំពុងមានជំងឺកាមរោគ/អេដស៍
- ថ្នាំដែលបាននិងកំពុងប្រើជាប្រចាំ
- ប្រតិកម្មជាមួយនឹងឱសថផ្សេងៗ
- ការផឹកស្រា ថ្នាំជក់ រួមទាំងការជក់បារី។

ស្ថានភាពចិត្តសាស្ត្រ/សង្គម ៖

- ដឹងនិងយល់ពីបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ
- បរិយាកាសគ្រួសារ ការគាំទ្រពីសង្គម (រៀបការ ការងារ សមាជិកគ្រួសារមកជាមួយ)
- វាយតម្លៃពីការប្រឈមមុខនឹងអំពើហឹង្សា
- ពិការភាពផ្នែករាងកាយ និងស្មារតី រួមទាំងជំងឺផ្លូវចិត្ត។

ការពិនិត្យរាងកាយ ៖

- សុខភាពទូទៅ (កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ស្លេកស្លាំង សុខភាពទ្រូឌទ្រោម) និងសញ្ញាជីវិត
- ពិនិត្យរកមើលរបួសស្នាមនៃអំពើហិង្សា
- ស្តាប់សួត ចង្វាក់បេះដូង និងស្ទាបពោះ
- ការពិនិត្យអាងត្រគាក ៖

  - ពិនិត្យសរីរាង្គបន្តពូជខាងក្រៅ
  - ពិនិត្យដោយប្រើ Speculum ដើម្បី ៖
    - មើលមាត់ស្បូន
    - កត់សម្គាល់នូវអ្វីដែលធ្លាក់ចេញមកមិនធម្មតា
    - រកសញ្ញាផ្សេងៗនៃការឆ្លងរោគនៅមាត់ស្បូន ឬជំងឺកាមរោគ

  -ពិនិត្យដោយលូកនិងស្ទាបប្រើដៃទាំងពីរដើម្បី ៖
    - វាយតម្លៃអាយុនៃគភ៌
    - វាយតម្លៃទីតាំងនិងស្ថានភាពនៃស្បូន

ការពិនិត្យរាងកាយ ៖

- សុខភាពទូទៅ (កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ស្លេកស្លាំង សុខភាពទ្រូឌទ្រោម)និង សញ្ញាជីវិត
- ស្តាប់សួត ចង្វាក់បេះដូង
- ពិនិត្យចុងដៃចុងជើង
- ពិនិត្យពោះដោយស្តាប់សំលេងពោះវៀន ស្ទាបរកមើលហើមពោះ ឬ ពោះឡើងរឹង និងដុំក្នុងពោះ។ ពិនិត្យដុំ សង្កត់ថ្នមៗ តើដុំនោះ ឈឺឬទេ ខ្លាំងឬតិចនៅកន្លែងណានិងពិនិត្យ មើលភាពតឹងនៃសាច់ដុំពោះរកមើលការឈឺ នៅពេលដកដៃចេញ (Rebound tenderness)
- ការពិនិត្យអាងត្រគាក ៖

- ពិនិត្យសរីរាង្គបន្តពូជ ផ្នែកខាងក្រៅ និងកត់ត្រាសញ្ញានៃជំងឺកាមរោគ ដែលមាន
- ពិនិត្យដោយប្រើ Speculum ដើម្បីរក ៖

○ ពិនិត្យរកគភ៌ក្រៅស្បូន ដុំស្បូន ដុំដៃស្បូនឬភាពខុសប្រក្រតីនៃស្បូន	○ វត្ថុមាននៃវត្ថុផ្សេងៗជាលិកាឬបំណែកនៃគភ៌ (ក្នុងទ្វារមាសឬមាត់ស្បូន) ○ ធ្លាក់ឈាមឬសធំក្លិនស្អុយ ○ បរិមាណឈាមធ្លាក់ ○ ការបើកនៃមាត់ស្បូន ○ ការរហែកមាត់ស្បូន ឬទ្វារមាស - ពិនិត្យដោយលូកនិងស្ទាបប្រើដៃទាំងពីរ ដោយប្រុងប្រយ័ត្ននិងកត់សម្គាល់៖ ○ ទំហំស្បូន ○ វត្ថុមានដុំខុសធម្មតានៅក្នុងអាងត្រគាក ○ ការឈឺចាប់ ៖ កត់សម្គាល់ភាពធ្ងន់ធ្ងរ កន្លែង និងមូលហេតុដែលនាំឱ្យឈឺចាប់ (ពេលសំរាក ពេលប៉ះឬសង្កត់ ពេលធ្វើចលនាមាត់ស្បូន)
ពិនិត្យអមវេជ្ជសាស្ត្រ • តេស្តទឹកនោមដើម្បីបញ្ជាក់ពីការមានគភ៌ (មានប្រយោជន៍ក្នុងករណីដែលសញ្ញានៃការ មានផ្ទៃពោះមិនច្បាស់លាស់ឬមិនប្រាកដ) • អេម៉ូក្លូប៊ីនឬអេម៉ាតូគ្រីត(ប្រសិនបើមានភាពស្លេកស្លាំង) • ពិនិត្យអេកូសាស្ត្រ។	ពិនិត្យអមវេជ្ជសាស្ត្រ • អេម៉ូក្លូប៊ីន/ អេម៉ាតូគ្រីត • រាប់គ្រាប់ឈាម (CBC= complete blood count) • ពិនិត្យអេកូសាស្ត្រ។

៤-២ ជម្រើសនៃការគ្រប់គ្រង

ជម្រើសនៃការគ្រប់គ្រងដែលសមស្របត្រូវផ្អែកលើការវាយតម្លៃគ្លីនិក តម្រូវការ ការយល់ព្រមពីស្ត្រីនិងសមស្របតាមច្បាប់រំលូតកូននៃប្រទេសកម្ពុជា ៖

- បន្តការមានគភ៌ ៖ ចំពោះស្ត្រីដែលចង់មករំលូតកូនប៉ុន្តែត្រូវបានប្តូរចិត្តបន្តទុកគភ៌ ត្រូវបញ្ជូនទៅសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះនិងសេវាផ្សេងទៀត។
- ការរំលូតកូន ៖ ការបូមដោយឧបករណ៍បូមដោយដៃ ការបូមដោយចរន្តអគ្គីសនី ឬការរំលូតកូនដោយប្រើឱសថ (សម្រាប់ គភ៌អាយុតិចជាង ៩សប្តាហ៍) សម្រាប់ការរំលូតកូនត្រីមាសទី១ និងការប្រើឱសថ ឬ ការពង្រីកមាត់ស្បូននិងការទាញចេញសម្រាប់
- គភ៌នៅលើសពី១២ដល់២៤សប្តាហ៍ ។ ត្រូវពន្យល់ស្ត្រីអំពីទម្រង់ការដែលនឹងអនុវត្ត ដើម្បីឱ្យស្ត្រីបានដឹងពីអ្វីដែលនឹងកើតមាន និងយល់ព្រមចំពោះទម្រង់ការនោះ។

៤-៣ ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការយល់ព្រម

គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ជូននូវការពិគ្រោះពិភាក្សាយ៉ាងហ្មត់ចត់អំពីការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ឬការថែទាំក្រោយរលូត/រំលូតដែលក្នុងនោះរួមមាន ៖

- ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការសំរេចចិត្តទាក់ទងទៅនឹងជម្រើសនៃការបន្ត ការមានគភ៌(សម្រាប់ស្ត្រីដែលចង់រំលូតកូន)
- ផលប្រយោជន៍ ផលវិបាកនិងការប្រឈមមុខនៃទម្រង់ការរំលូតកូន ឬថៃទាំក្រោយរលូត/រំលូតនិងជម្រើសការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់
- ការពិគ្រោះពិភាក្សាមុនអនុវត្តទំរង់ការអំពីជម្រើសនៃទម្រង់ការសម្អាតស្បូននិងការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់
- ការយល់ព្រមដោយមានកិច្ចព្រមព្រៀងផ្តិតស្នាមមេដៃ បន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ
- ភាពសះស្បើយក្រោយរំលូត/រលូត និងការតាមដានបន្ត
- ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយរំលូត/រលូត
- កង្វល់ផ្សេងៗទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់ស្ត្រី

ការពិគ្រោះពិភាក្សាគួរតែរួមបញ្ចូលនូវចំណុចសំខាន់ៗដូចតទៅ ៖

- ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវស្តីពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ស្ត្រី លទ្ធផលនៃការ ពិនិត្យអមវេជ្ជសាស្ត្រ ជម្រើសបន្តការមានគភ៌ ទម្រង់ការរំលូតកូនឬថៃទាំក្រោយរលូត/រំលូត និងជម្រើសការគ្រប់គ្រង ការឈឺចាប់
- ពិនិត្យឡើងវិញដើម្បីធានាថាស្ត្រីបានយល់ច្បាស់អំពីរោគវិនិច្ឆ័យ ទម្រង់ការនិងការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ដែលនឹងត្រូវផ្តល់ និងតម្រូវការតាមដានបន្តដែលចាំបាច់។
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តចំពោះជម្រើសបន្តការមានគភ៌ ឬបញ្ចប់គភ៌ និងសុខភាពផ្លូវភេទទៅអនាគត។

៤-៤ ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់

គោលបំណងនៃការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់គឺដើម្បីកាត់បន្ថយនូវការព្រួយបារម្ភនិងភាពឈឺចាប់មកនៅត្រឹមកំរិតអប្បរមា ដើម្បីធានាថាការប្រឈមគ្រោះថ្នាក់ នឹងមានតិចតួចចំពោះសុខភាពស្ត្រី។ ជាការសំខាន់ណាស់ត្រូវវាយតម្លៃអំពីតម្រូវការចាំបាច់របស់ស្ត្រីម្នាក់ៗនៅពេលកំណត់យកនូវវិធីសាស្ត្រនៃការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់។ស្ត្រីត្រូវបានទទួលឱសថគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់គ្រប់ពេលវេលាឬទទួលការព្យាបាលសមស្រប។ស្ទើរតែគ្រប់ករណីទាំងអស់នៃការសម្អាតស្បូន ការឈឺចុកចាប់តែងតែមាននៅពេលការពង្រីកមាត់ស្បូន ការបូមសម្អាតនិងក្រោយទម្រង់ការ។ ចំពោះការរំលូតកូនដោយប្រើឱសថ ការឈឺចាប់តែងតែកើតមានពេលប្រើឱសថដែលធ្វើអោយស្បូនកន្ត្រាក់ និងធូរស្រាលវិញក្រោយពីជាលិកាគភ៌ខ្លាក់ចេញអស់ ។ ក្រុមឱសថទាំង៣ប្រភេទសម្រាប់គ្រប់គ្រងការឈឺចាប់មានដូចខាងក្រោម ៖

- ពពួកឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ (analgesia) ដែលអាចផ្តល់ជាវិធានការណ៍ស្តង់ដារសម្រាប់គ្រប់គ្រងការឈឺចាប់មុននិងក្រោយទម្រង់ការ។
- ពពួកឱសថ anaesthetics : ធ្វើឱ្យស្ពឹកនៅនឹងកន្លែងដោយចាក់ថ្នាំស្ពឹកជុំវិញមាត់ស្បូន (Paracervical block) ឬធ្វើឱ្យសន្លប់

- ពពួកឱសថសម្រួលអារម្មណ៍/ងងុយគេង(anxiolitics/sedatives)ធ្វើឱ្យមុខងារនៃប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាលចុះខ្សោយ និងប្រើសម្រាប់ធ្វើឱ្យមានភាពស្ងប់ បន្ធូរសាច់ដុំនិងធ្វើឱ្យដេកលក់។

៤-៥ ការសម្អាតស្បូន

ការសម្អាតស្បូនគឺជាការយកចេញនូវជាលិកាគភ៌ពីក្នុងស្បូន។ ជាទូទៅវិធីដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់ការសម្អាតស្បូនមាន ៖

- ការប្រើឱសថ
- ការបូម(ដោយឧបករណ៍បូមដោយដៃឬអគ្គីសនី)
- ការពង្រីកមាត់ស្បូននិងការទាញចេញ(D&E)សម្រាប់គភ៌លើសពី១២ដល់២៤សប្តាហ៍។

៤-៥-១ ការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាពត្រីមាសទីមួយ

ការបូមនិងការប្រើឱសថរំលូតកូនត្រូវបាននិយមប្រើសម្រាប់ត្រីមាសទី១នៃគភ៌។

- ការបូមសម្អាតស្បូនដោយឧបករណ៍បូមដោយដៃ (ទំព័រ 292)
- ការប្រើឱសថរំលូតកូនត្រូវបានធ្វើនៅក្នុងត្រីមាសទី១នៃគភ៌(តិចជាង៩សប្តាហ៍)ដោយដំបូងផ្តល់ Mifepristone 200mg លេប និង២៤ម៉ោងក្រោយផ្តល់ Misoprostol 800mcg សុលតាមទ្វារមាស ។ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាឱសថរំលូត រួមបញ្ចូលគ្នានេះឈ្មោះ Medabon/Mifeso។

៤-៥-២ ការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាពសម្រាប់គភ៌លើសពី១២ដល់២៤សប្តាហ៍ វិធីសាស្ត្រដែលនិយមប្រើគឺការប្រើឱសថ ឬ ការពង្រីកមាត់ស្បូននិងការទាញចេញ(D&E) (សេចក្តីណែនាំលំអិតមើលក្នុងពិធីសារជាតិស្តីពីការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាពសម្រាប់គភ៌លើសពី១២ដល់២៤សប្តាហ៍)។

សម្រាប់ការរំលូតកូន ដោយការពង្រីកមាត់ស្បូននិងការទាញចេញ ត្រូវបានអនុញ្ញាត្តិអោយធ្វើទម្រង់ការចំពោះគភ៌មានអាយុដល់ត្រឹម១៦សប្តាហ៍ ដែលត្រូវធ្វើដោយអ្នកផ្តល់សេវាមានសមត្ថភាពជំនាញនិងមានការសម្រេចពីគ្រូពេទ្យ២នាក់ឡើងទៅ (បានបណ្តុះបណ្តាលការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាពសម្រាប់គភ៌លើសពី១២ដល់២៤សប្តាហ៍)។ ការធ្វើទម្រង់ការនេះត្រូវប្រុងប្រយ័ត្ននូវផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរដែលអាចឈានទៅរកការវះកាត់ឬបាត់បង់ជីវិត។

សម្រាប់ការរំលូតដោយប្រើឱសថ ធ្វើឡើងដោយប្រើមីហ្វេព្រីស្តូនជាមួយមីសូប្រូស្តូល ឬប្រើមីសូប្រូស្តូលតែមួយមុខ។ ខាងក្រោមនេះគឺតារាងសង្ខេបនៃរបបឱសថសម្រាប់ការរំលូតកូនគភ៌អាយុលើសពី១២រហូតដល់២៤ សប្តាហ៍៖

Mifepristone + Misoprostol	Misoprostol តែមួយមុខ
• លេបតាមមាត់ Mifeprestone 200mg បន្ទាប់ពី២៤ ទៅ ៤៨ម៉ោងក្រោយត្រូវប្រើ • Misoprostol 400mcg សុលតាមទ្វារមាស ឬ បៀមគល់ថ្គាម ឬបៀមក្រោមគល់អណ្តាតរៀងរាល់៣ម៉ោងម្តង រហូតដល់កូននិងសុកខ្វាក់ ចេញ។	Misoprostol 400mcg សុលតាមទ្វារមាស ឬ បៀមគល់ថ្គាម ឬបៀមក្រោមគល់អណ្តាតរៀងរាល់៣ម៉ោងម្តងរហូតដល់កូននិងសុកខ្វាក់ចេញ
កំណត់សម្គាល់ ៖ ប្រសិនបើកូនមិនខ្វាក់ចេញ ត្រូវវាយតំលៃគ្លីនិកឡើងវិញនៅជួសទី៥។	

លក្ខខណ្ឌពិសេស ៖

- ការរំលូតកូនសម្រាប់គភ៌លើសពី១២ដល់២៤សប្តាហ៍ ដោយឱសថលើស្បូនធ្លាប់មានស្នាមវះកាត់ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នលើទីតាំងរបស់គភ៌ និងការតោងរបស់សុកនៅកន្លែងស្នាមវះកាត់ ឬផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ ដែលអាចឈានទៅរកការវះកាត់ ឬ បាត់បង់ជីវិត។ ចំពោះគភ៌ដែលធ្លាប់មានស្នាមវះកាត់លើស្បូនត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានសមត្ថភាពគ្រប់គ្រងលើករណីនេះ។
- ការបញ្ចប់គភ៌ លើសពី២៤ ដល់២៦សប្តាហ៍ត្រូវបានអនុញ្ញត្តនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានធនធាន និងសមត្ថភាពគ្រប់គ្រងលើការវះកាត់បន្ទាន់ ព្រមទាំងមានលទ្ធភាពបញ្ចូលឈាមបើចាំបាច់។

៤-៦ ការចុះសៀវយនិងការថែទាំបន្ត

ការសង្កេត ៖ ស្ត្រីត្រូវបានតាមដានសញ្ញាជីវិតរហូតមានស្ថេរភាព អាចដើរបានអាចទទួលទាន អាហារឬទឹកដោយមិនមានក្អួត។ ត្រូវតាមដានសញ្ញាជីវិតរបស់ស្ត្រីភ្លាមក្រោយបញ្ចប់ទម្រង់ការ និងតាមដានម្តងទៀតនៅ៣០នាទីមុនចេញទៅផ្ទះ។

ព័ត៌មានសម្រាប់ការថែទាំមុននឹងចេញទៅផ្ទះ ៖

- ជាការធម្មតាស្ត្រីនឹងមានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសតិចតួចក្នុងរយៈពេល ២-៣សប្តាហ៍
- ជាការធម្មតាស្ត្រីនៅមានការឈឺចាប់តិចតួច
- ស្ត្រីត្រូវត្រឡប់មកតាមដានបន្តតាមការណាត់ (១-២ សប្តាហ៍ក្រោយទម្រង់ការ)
- ស្ត្រីអាចមានគភ៌ឡើងវិញក្នុងរយៈពេល១០ថ្ងៃក្រោយរំលូត/រលូត
- មធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលអាចជួយបង្ការការមានគភ៌មិនតាមប្រាថ្នា
- ពន្យល់ស្ត្រីអំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដែលត្រូវត្រឡប់មកមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាបន្ទាន់ ៖
    - មានគ្រុនក្តៅ និង ញាក់
    - ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសធ្ងន់ធ្ងរ
    - កករឃ្លោកធំក្លិនស្អុយ

- ឈឺខ្លាំងក្នុងពោះ
- មិនអាចហូបឬផឹកបាន : ក្អួត ឬចង្អោរ។

៤-៧ ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនិងសេវា

ការពិគ្រោះពិភាក្សាស្តីពីការពន្យារកំណើតគឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់ត្រូវតែផ្តល់នៅក្រោយសេវា រំលូត/រលូត។ ស្ត្រីត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតភ្លាមក្រោយ រំលូត/រលូតស្អាត ទោះបីស្ត្រីចង់បានកូនទៀតត្រូវរង់ចាំយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល៦ខែសិនមុននឹងចាប់ផ្តើមមានផ្ទៃពោះម្តងទៀត។ ប្រសិនបើស្ត្រីជ្រើសរើសកងដាក់ក្នុងស្បូន គួរត្រូវបានដាក់នៅក្នុងពេលជាមួយគ្នានិងការបូមសម្អាតដោយ ដៃដោយប្រាកដថាគ្មានសល់ជាលិកាគភ៌នៅក្នុងស្បូនឬគ្មានការបង្ករោគ។

គោលបំណងនៃការពិគ្រោះពិភាក្សាពីការពន្យារកំណើតចំពោះស្ត្រីដែលទទួលសេវារំលូត/រលូតគឺដើម្បីជួយស្ត្រីនិងដៃគូឱ្យ ៖

- យល់ដឹងអំពីកត្តាដែលនាំឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ពេលមានផ្ទៃពោះមិនតាមប្រាថ្នា
- យល់ដឹងថាគាត់អាចនឹងមានផ្ទៃពោះទៀត ភ្លាមៗក្រោយរំលូត/រលូត
- យល់ដឹងថាគាត់អាចពន្យារ ឬការពារការមានផ្ទៃពោះទៀតដោយការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើត
- យល់ដឹងថាមានមធ្យោបាយពន្យារកំណើតផ្សេងៗច្រើនទៀតដែលអាចរកបាន
- ជ្រើសរើសយកមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលសមស្រប
- ទទួលបាននូវមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលសមស្របនិងប្រើប្រាស់ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព
- យល់ដឹងថាមានមធ្យោបាយការពារកំណើតបន្ទាន់ដែលប្រើក្នុងអំឡុងពេល៧២ម៉ោងនៃការរួមភេទ ដែលមិនបានការពារ។

- ទម្រង់ការនៃការអនុវត្តចំពោះម្តាយ
- សេចក្តីណែនាំលំអិតមើលក្នុងពិធីសារជាតិស្តីពីការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។

ជំពូក៥ ៖ ការថែទាំចំពោះម្តាយនិងទារកដែលមានជំងឺ

ជំពូកនេះសង្ខេបការថែទាំម្តាយនិងទារកនៅពេលដែលម្តាយមានលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ពិសេសណាមួយ។

៥-១ ការថែទាំចំពោះម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

__មុនពេលមានគភ៌__ ៖ ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងដៃគូរបស់គាត់គួរទទួលការពិគ្រោះពិភាក្សា នៅសេវា Pre-ART/ART អំពីការការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះក្នុងនោះមានទាំងការប្រើស្រោមអនាម័យ ដើម្បីកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគផងដែរ។ បន្ទាប់ពីបានទទួលការប្រឹក្សាពួកគេគួរទទួលបាននូវមធ្យោ បាយការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះតាមការជ្រើសរើសរបស់ពួកគាត់។

ប្រសិនបើពួកគាត់មានសំណួរអំពីការមានផ្ទៃពោះនៅពេលខាងមុខពួកគាត់គួរទទួលបានការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីភាពពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ម្តាយនិងទារក ជាពិសេសទាក់ទងទៅនឹងការមានផ្ទៃពោះនិងការប្រឈមមុខនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។ រាល់ការមានផ្ទៃពោះគួររៀបចំផែនការឱ្យបានត្រឹមត្រូវដើម្បីទទួលបានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ឱ្យនៅត្រឹមកម្រិតតិចបំផុត។

__ពេលមានគភ៌__ ៖ នៅរយៈពេលដំបូងនៃគភ៌ស្ត្រីដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍គួរទទួលការពិគ្រោះពិភាក្សាទាក់ទងនឹងស្ថានភាពសុខភាពស្ត្រីនិងទារកប្រសិនបើស្ត្រីសម្រេចចិត្តបន្តការមានគភ៌នោះស្ត្រី គួរទទួលបាននូវការគាំទ្រនិងតាមដានពីសេវា Pre-ART/ART ក៏ដូចជាសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលផងដែរ។ ប្រសិនបើស្ត្រីមិនបានចាប់ផ្តើមប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីមុនទេ ស្ត្រីត្រូវទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។

ដើម្បីកាត់បន្ថយក្នុងករណីដែលមេរោគអេដស៍ត្រូវបានរកឃើញក្នុងពេលមានគភ៌ ទម្រង់ការដូចគ្នាដែលរួមមានការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីភាពពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ម្តាយនិងទារក ការពិភាក្សាអំពីការបន្តមានគភ៌និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT) នឹងត្រូវបានអនុវត្ត។ នៅក្នុងពេលថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ម្តាយនឹងបានទទួលព័ត៌មានអំពីជម្រើសនានានៃការចិញ្ចឹមទារកនិងជម្រើសនៃការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដើម្បីការពារការមានផ្ទៃពោះក្រោយពេលសម្រាលរួច រួមទាំងមធ្យោបាយបញ្ឈប់កំណើត។

__ពេលសម្រាល__ ៖ ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍នឹងទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ យោងទៅតាមពិធីសារដែលមាន។ ជាការសំខាន់ការសម្រាលកូនតាមទ្វារមាសគួរកាត់បន្ថយនូវអន្តរាគមន៍នានាឱ្យបានទាបបំផុត ព្រោះអាចបង្កការប៉ះទង្គិចខ្លាំងដូចជាការសម្រាលដោយបូម ។

__ក្រោយសម្រាល__ ៖ ដូចជាក្នុងពេលមានគភ៌ដែរ ស្ត្រីក្រោយសម្រាលត្រូវការការគាំទ្រផ្លូវចិត្តពីសេវា PMTCT ជាបន្តនិងការគាំទ្រសម្រាប់ការចិញ្ចឹមទារក។ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់គឺជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់ស្ត្រី ព្រោះការចិញ្ចឹមទារកដោយវិធីលាយចម្រុះគ្នាបង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។

ទារកនឹងត្រូវធ្វើការតាមដានជាពិសេសដើម្បីកំណត់រកពីស្ថានភាពដែលទាក់ទងទៅនឹងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានច្បាស់។ ម្តាយត្រូវការការពិគ្រោះពិភាក្សាពីសេវាផែនការគ្រួសារនិងទទួលបានការគាំទ្រជាបន្តសម្រាប់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នឹងអ្វីដែលគាត់ត្រូវការ។

ការថែទាំទារកដែលម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ខាងក្រោមនេះគឺជាព័ត៌មានសង្ខេបពីការថែទាំនិងគាំទ្រម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (សេចក្តីលំអិតសូមមើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន)។ គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរទទួលបាននូវការថែទាំក្រោយសម្រាលសមស្របនិងការអប់រំសុខភាពសម្រាប់ស្ត្រីនិងទារកដោយរួមទាំងការផ្តល់ព័ត៌មានអំពីអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់ម្តាយនិងការចិញ្ចឹមទារក ការអប់រំសុខភាពទូទៅ សញ្ញានិងរោគសញ្ញានៃការបង្ករោគក្រោយសម្រាល និងសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដទៃទៀតរបស់ម្តាយនិងទារក ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការនិងការពន្យារកំណើត។ បន្ថែមលើនេះ ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវទទួលបាននូវឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់បង្ការការឆ្លងពីម្តាយទៅទារក ការគាំទ្រអាចទទួលបាននូវការតាមដានទារកនិងការព្យាបាលបន្តនិងគាំទ្រទាំងម្តាយនិងទារកព្រមទាំងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។

ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ៖

- ពីពេលកើតរហូតដល់ទារកអាយុបាន៦ខែ
  - ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ត្រូវទទួលបានការលើកទឹកចិត្តឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយរយៈពេល៦ខែដំបូងនៃជីវិត។ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធតែមួយមុខគត់មានន័យថាផ្តល់ឱ្យទារកតែទឹកដោះម្តាយមួយមុខគត់ប៉ុណ្ណោះ សូម្បីតែទឹកក៏មិនចាំបាច់ឱ្យដែរ។ ការបំបៅលាយនឹងបង្កើនការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍និងបន្ថយផលចំណេញក្នុងការពន្យារកំណើតរបស់ម្តាយនិងផលចំណេញផ្នែកសុខភាពចំពោះកូន។
  - ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ហើយកំពុងប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រូវបន្តប្រើរហូតអស់មួយជីវិតដើម្បីសុខភាពរបស់ពួកគេ។
- បន្ទាប់ពីទារកអាយុ៦ខែ
  - ម្តាយដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងម្តាយដែលមិនដឹងអំពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួនត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កូននិងត្រូវបន្តបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់រយៈពេល២៤ខែឬយូរជាងនេះ។
  - ម្តាយផ្ទុកមេរោគដែលកូនមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍(លទ្ធផលតេស្តHIV-DNA PCR អវិជ្ជមាន) ឬដែលកូនមិនទាន់ដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កូន និងត្រូវបន្តបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់រយៈពេល២៤ខែឬយូរជាងនេះរួមជាមួយការបន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពេញមួយជីវិតរបស់ម្តាយជាមួយនឹងការគាំទ្រនូវការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានជាប់លាប់

- **ម្ដាយ**ផ្ទុកមេរោគដែលកូនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍(លទ្ធផលតេស្តHIV-DNA PCR វិជ្ជមាន) ត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កូននិងត្រូវបន្តបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់២៤ខែឬយូរជាងនេះដូចគ្នាទៅនឹងអនុសាសន៍ដែលផ្តល់ជូនចំពោះប្រជាជនទូទៅដែរ។

- ការជំនួសការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ៖

ម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ហើយ ជ្រើសរើសមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ បើមាន លក្ខខ័ណ្ឌសមស្របគួរផ្តល់ឱ្យទារកដែលមិនមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឬមិនដឹងស្ថានភាពគួរតែផ្តល់ទឹកដោះគោផ្សំតាមរូបមន្តដែលមានលក្ខណៈស្តង់ដារអន្តរជាតិដើម្បីជំនួសទឹកដោះម្តាយ។ មិនត្រូវផ្តល់ដល់ទារកនូវទឹកដោះគោឆៅ ទឹកសណ្តែក ឬទឹកដោះគោខាប់ទេ។ ការតាមដានបន្តនៅសហគមន៍គួរបញ្ចូលនូវការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការគាំទ្រម្តាយដើម្បីបន្តការចិញ្ចឹមទារកតាមជម្រើសនិងចៀសវាងការចិញ្ចឹមទារកតាមវិធីចម្រុះ។ ការរំលឹកនិងការគាំទ្រក្នុងការបញ្ជូនម្តាយនិងទារកដើម្បីឱ្យមកទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាលនៅសប្តាហ៍ទី៦តាមការណាត់ជួបដើម្បីទទួលថ្នាំបង្ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឱ្យបានឆាប់ ពិនិត្យពីលក្ខណៈសមស្របដើម្បីទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ការវាយតម្លៃពីអាហារូបត្ថម្ភ និងការពិគ្រោះពិភាក្សា។

- ការពន្យារកំណើត ៖

ដើម្បីចៀសវាងការមានផ្ទៃពោះដោយចៃដន្យក្នុងចំណោមស្ត្រីទាំងអស់រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍គួរចាប់ផ្តើមប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅសប្តាហ៍ទី៦ក្រោយសម្រាល។ ព័ត៌មានស្តីពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនិងការបញ្ជូនទៅរកសេវាដែលសមស្របគួរផ្តល់ឱ្យស្ត្រីជាអ្នកជ្រើសរើសជាពិសេសស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ហើយពួកគេអាចរកបាននូវមធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលខ្លីនៅសេវា Pre-ART/ARTផងដែរ (មើលពិធីសារជាតិស្តីពីការពន្យារកំណើតសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍)។ ទំនាក់ទំនងជាមួយអង្គការថែទាំសុខភាពនៅសហគមន៍ត្រូវធ្វើឡើងភ្លាមៗដើម្បីជួយដល់ពួកគាត់ឱ្យឆាប់ទទួលបានការតាមដានបន្ត។

៥-២ ការថែទាំចំពោះម្តាយដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម

មុនពេលមានគភ៌ ៖ សម្រាប់ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជាការសំខាន់ដែលស្ត្រីត្រូវទទួលការពិភាក្សាអំពីការមានគភ៌នៅពេលអនាគត។ ស្ថានភាពសុខភាពគភ៌នាពេលអនាគតអាស្រ័យយ៉ាងខ្លាំងទៅលើស្ថានភាពជារួមរបស់ស្ត្រី ជាពិសេសទៅលើ ថាតើស្ត្រីមានផលវិបាកផ្នែកសរសៃឈាមនៃជំងឺទឹកនោមផ្អែមឬទេ។ ស្ត្រីដែលមានបញ្ហាខូចតម្រងនោមនិងមានលើសប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោមច្រើនខូចរេទីនភ្នែកនិងសម្ពាធឈាមខ្ពស់ប្រឈមមុខនឹងផលវិបាកក្នុងពេលមានគភ៌ដូចជាបំរុងក្រឡាភ្លើងទារកស្លាប់នៅពេលកើតជាងស្ត្រីដែលមានប្រវត្តិការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមបានល្អ។

ទោះជាការមានផ្ទៃពោះដោយមានគម្រោងឬនៅពេលដែលបានដឹងថាមានផ្ទៃពោះភ្លាម ស្ត្រីត្រូវតែទទួល ការព្យាបាលដោយ insulin ហើយត្រូវផ្អាកគ្រប់ថ្នាំព្យាបាលទឹកនោមផ្អែមដទៃទៀត។

ពេលមានគភ៌ ៖ ប្រសិនបើស្ត្រីដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមសម្រេចចិត្តបន្តការមានគភ៌ គួរគ្រប់គ្រងដោយប្រុងប្រយ័ត្នដោយសហការជាមួយអ្នកជំនាញខាងជំងឺទឹកនោមផ្អែមនិងគ្រូពេទ្យផ្នែករោគស្ត្រី។ នេះគឺដោយសារតែតម្រូវការ insulin របស់ស្ត្រីនឹងកើនឡើងបន្តិចម្តងៗក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ហើយការប្រឈមផ្នែកសម្ពាធដូចជាបម្រុងក្រឡាភ្លើង ទារកលូតលាស់ធំពេកផលវិបាកផ្នែកសរសៃឈាមនិងបញ្ហាភ្នែកក៏នឹងកើនឡើងផងដែរ។

ក្នុងពេលមានគភ៌ម្តាយដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមគួរទទួលការពិភាក្សាអំពីផែនការគ្រួសាររួមទាំងមធ្យោបាយបញ្ឈប់កំណើតផងដែរ ។ ប្រសិនបើជំងឺទឹកនោមផ្អែមទើបតែរកឃើញក្នុងពេលមានគភ៌ដែលគេហៅថាជំងឺទឹកនោមផ្អែមក្នុងពេលមានគភ៌ស្ត្រីអាចមិនចាំបាច់ប្រើឱសថទេគ្រាន់តែតមអាហារតែប៉ុណ្ណោះ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តីគេគួរតាមដានស្ត្រីដូចបានណែនាំខាងលើ។

ពេលសម្រាល ៖ ជាធម្មតាការសម្រាលតាមទ្វារមាសត្រូវបានណែនាំហើយការសម្រាលដោយវះកាត់អាចធ្វើឡើងតាមល័ក្ខខ័ណ្ឌចាំបាច់ប៉ុណ្ណោះ។ ក្នុងថ្ងៃសម្រាលតម្រូវការ insulin របស់ស្ត្រីធ្លាក់ចុះយ៉ាងខ្លាំង ដូច្នេះ Glucose ក្នុងឈាមរបស់ស្ត្រីគួរត្រូវធ្វើការតាមដាននិងគ្រប់គ្រងឱ្យបានដិតដល់។ ទារកអាចប្រឈមមុខនឹងកង្វះជាតិស្ករក្នុងឈាមកាន់តែច្រើនក្នុងរយៈពីរបីថ្ងៃដំបូង ជាពិសេសប្រសិនបើម្តាយមានកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ពស់ពេកក្នុងពេលមានគភ៌។ ទារកគួរត្រូវបានតាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្ននៅផ្នែកថែទាំទារកទើបកើត។

ក្រោយពេលសម្រាល ៖ ម្តាយនិងទារកគួរស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរហូតដល់កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមមានលក្ខណៈថេរ ។ ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីផែនការគ្រួសារនិងមធ្យោបាយបញ្ឈប់កំណើតមានសារៈសំខាន់ណាស់នៅពេលក្រោយសម្រាល។

ការថែទាំទារកដែលម្តាយមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម

ទារកដែលម្តាយមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ក្នុងការមានកម្រិតជាតិស្ករទាបក្នុងអំឡុងពេល៣ថ្ងៃនៃកំណើត ទោះបីជាទារកទាំងនោះបៅបានគ្រប់គ្រាន់ក៏ដោយ។

- លើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រការឆាប់ដាក់ឱ្យបៅដោះនិងបានញឹកញាប់៨ដងឬលើសពីនេះជារៀងរាល់ថ្ងៃទាំងយប់និងថ្ងៃ ។
- បើទារកមានអាយុតិចជាង៣ថ្ងៃ សង្កេតមើលទារករហូតដល់ថ្ងៃទី៣ ៖
    - វាស់កម្រិតជាតិស្ករតាមពេលវេលាដូចតទៅនេះ ៖
        - ៣ម៉ោងក្រោយកើតឬនៅពេលទទួលចូលសម្រាកពេទ្យ
        - ៣ម៉ោងក្រោយពីការវាស់លើកទី១ បន្ទាប់មករៀងរាល់ ៦ម៉ោងសម្រាប់រយៈពេល២៤ម៉ោង ឬរហូតកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមមានកម្រិតធម្មតានៅពេលវាស់ឃើញ២ដង បន្តបន្ទាប់គ្នា។
    - បើកម្រិតជាតិស្ករតិចជាង 45mg/dl (2.6mmol/l) ព្យាបាលកម្រិតជាតិស្ករទាប (ទំព័រ 217)
    - បើកម្រិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមធម្មតារយៈពេល៣ថ្ងៃ ទារកបៅបានល្អ និងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវសម្រាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ។

- បើទារកមានអាយុ៣ថ្ងៃឬលើសពីនេះនិងមិនមានសញ្ញាបង្ហាញថាកម្រិតជាតិស្ករចុះទាប (សន្លឹមឬ ញាក់ៗ (jitteriness) សង្កេតតាមដានមិនចាំបាច់។ បើទារកបៅបានល្អនិងមិនមានបញ្ហាណាផ្សេងទៀតដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកពេទ្យទេ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ។

៥-៣ ការថែទាំចំពោះម្តាយដែលមានជំងឺរបេង

__មុនពេលមានគភ៌__ ៖ គួរតែបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងចំពោះស្ត្រីកំពុងមានជំងឺរបេង ឱ្យបានពេញលេញ មុនពេលចាប់ផ្តើមមានគភ៌ (បើអាចធ្វើបាន)។ ដូច្នេះបុគ្គលិកផ្នែកជំងឺរបេងចាំបាច់ត្រូវធានាថា ស្ត្រីស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជទទួលបានការប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារ និងមធ្យោបាយការពារទាំងឡាយដើម្បីកុំឱ្យមានគភ៌។

__ពេលមានគភ៌__ ៖ ម្តាយដែលសម្រាលកូន នៅខណៈពេលដែលកំពុងមានជំងឺរបេងសួតដែលអាចចម្លងជំងឺរបេងបានគឺប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគរបេងទៅដល់ទារកទើបកើត។ ការមានជំងឺរបេងដែលមិនបានព្យាបាល គឺជាបន្ទុកមួយសម្រាប់ស្ត្រីដែលទាក់ទងទៅនឹងអាហារូបត្ថម្ភ ការលូតលាស់របស់ទារក ការស្លាប់របស់ទារក និងថែមទាំងទាក់ទងនឹងមរណភាពមាតាផងដែរ ។ ដូច្នេះវាមានសារៈសំខាន់ណាស់ ដែលត្រូវតែសាកសួរស្ត្រីដែលស្គមខ្លាំង ថាតើគាត់មានក្អក ក្តៅខ្លួន បែកញើសស្អិតពេលយប់ដែលមានរយៈពេលចាប់ពី២សប្តាហ៍ដែរឬទេ។ ពួកគេគួរតែទទួលបានការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសួតឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន តាមរយៈការពិនិត្យកំហាក ដោយមីក្រូទស្សន៍ ឬជីនអ៊ិចស្ពើត(Genexpert)។ ប្រសិនបើរកឃើញថាវិជ្ជមានបេកា គួរចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺរបេងជាបន្ទាន់។ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេងតែមួយគត់ដែលមិនគួរប្រើក្នុងពេលមានគភ៌ គឺស្ត្រិបតូមីស៊ីន(streptomycin)។ ពីរសប្តាហ៍បន្ទាប់ពីបានចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺរបេង ស្ត្រីលែងមានចម្លងមេរោគរបេងទៀតហើយ ដូច្នេះស្ត្រីលែងមានការគំរាមកំហែងចម្លងមេរោគរបេងដល់ទារកទើបកើតទៀតហើយ។ ស្ត្រីគួរបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងឱ្យបានពេញលេញ និងធ្វើការត្រួតពិនិត្យតាមដានឡើងវិញផងដែរ។

ការថែទាំទារកដែលម្តាយមានជំងឺរបេង

- បើម្តាយមានជំងឺរបេងសួត និងបានទទួលការព្យាបាលរយៈពេលតិចជាង២ខែមុនពេលសម្រាលឬបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺរបេងក្រោយកើត៖
  - មិនត្រូវផ្តល់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរបេងនៅពេលកើតដល់ទារកទេ (BCG) (សូមមើលការបង្ហាញដែលភ្ជាប់ជាមួយ) តែការផ្តល់វ៉ាក់សាំងនេះអាចធ្វើទៅបាន នៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការដោយអ៊ីសូនីញ៉ាហ្សីត។
  - ត្រូវផ្តល់អ៊ីសូនីញ៉ាហ្សីតក្នុងកម្រិតដូស 10mg ក្នុង១គីឡូក្រាម (isoniazid 10 mg/kg) សម្រាប់បង្ការដោយឱ្យទៅតាមទម្ងន់ទារកលេបម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ។
  - ត្រូវតាមដានរោគសញ្ញាដល់ទារកក្រែងមានរោគសញ្ញាសង្ស័យរបេង បើសិនជាសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការ ហើយត្រូវពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង។
  - នៅពេលទារកអាយុបាន៦សប្តាហ៍ ត្រូវវាយតម្លៃម្តងទៀត ដោយសំគាល់មើលពីការឡើងទម្ងន់និងថតសួតបើអាចធ្វើបាន។ បើរកឃើញថាមានជំងឺដែលកំពុងសកម្ម ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលពេញលេញជំងឺរបេង។

- ○ បើទារកមានសុខភាពល្អហើយតេស្តអវិជ្ជមាន ត្រូវបន្តផ្តល់ isoniazid បង្ការដើម្បីបង្គ្រប់ឱ្យ បាន ៦ខែ។
- ○ ការពន្យារពេលក្នុងការផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺរបេងរហូតដល់២សប្តាហ៍ក្រោយការព្យាបាលបានបញ្ចប់។ បើBCG បានផ្តល់រួចត្រូវផ្តល់ BCG ម្តងទៀតនៅ២សប្តាហ៍ក្រោយបញ្ចប់ការព្យាបាលដោយ isoniazid ។

- ត្រូវបញ្ជាក់ប្រាប់ម្តាយថានាងអាចបំបៅដោះកូនដោយសុវត្ថិភាព
- តាមដានបន្ត២សប្តាហ៍ក្រោយដើម្បីវាយតម្លៃពីការឡើងទម្ងន់។

៥-៤ ការថែទាំម្តាយដែលមានជំងឺបេះដូង

__មុនពេលមានគភ៌__ ៖ ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលមានជំងឺបេះដូងធ្ងន់ធ្ងរគួរទទួលការប្រឹក្សាពីគ្រូពេទ្យឯកទេសជំងឺបេះដូងអំពីការមានគភ៌ដែលអាចកើតមាន។ ប្រសិនបើស្ត្រីមិនអាចមានគភ៌បានដោយសារតែភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺបេះដូង គួរទទួលការប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារយកកូនឱ្យបានល្អនិងមធ្យោបាយការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះ។

__ពេលមានគភ៌__ ៖ ប្រសិនបើស្ត្រីសម្រេចចិត្តបន្តការមានគភ៌ គួរត្រូវបានតាមដានដោយគ្រូពេទ្យឯកទេសជំងឺបេះដូងដោយ សហការជាមួយគ្រូពេទ្យផ្នែកសម្ភព។ ចាប់ពីត្រីមាសទី២ ទៅរបត់ឈាមរបស់ស្ត្រី រួមទាំងបរិមាណឈាមដែលច្របាច់ដោយបេះដូងកើនឡើងបន្តិចម្តងៗច្រើនជាងធម្មតា។ ស្ត្រីដែលមានជំងឺបេះដូងធ្ងន់ធ្ងរប្រឈមមុខនឹងការមិនអាចបំពេញឈាមមកវិញបាននិងត្រូវការការតាមដាននិងការព្យាបាលដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ដើម្បីធានាដល់លទ្ធផលជោគជ័យសម្រាប់ម្តាយនិងទារក។ ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះស្ត្រីគួរទទួលការប្រឹក្សាអំពីជម្រើសផែនការគ្រួសាររួមទាំងមធ្យោបាយអចិន្ត្រៃយ៍។

__ពេលសម្រាល__ ៖ ការសម្រាលតាមទ្វារមាសជាវិធីដែលគេនិយម។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើស្ត្រីអស់កម្លាំងខ្លាំងឬខ្សោយបេះដូងហើយហត់ ការបញ្ចប់ការសម្រាលដោយការបូមគឺជាជម្រើសមួយ ហើយត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស ដោយមិនត្រូវផ្តល់ឱ្យស្ត្រីនូវជាតិទឹកច្រើនពេកដែលអាចជំរុញឱ្យបេះដូងកាន់តែខ្សោយ។

__ក្រោយពេលសម្រាល__ ៖ ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារនិងមធ្យោបាយការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះមានសារៈសំខាន់ណាស់។

៥-៥ ការថែទាំចំពោះម្តាយដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់

៥-៥-១ ការពិនិត្យរកជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលគ្មានរោគសញ្ញាចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

ពិនិត្យស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់រកជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះមួយលើកៗនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលស្ថិតនៅក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់។

៥-៥-២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យតាមសញ្ញាគ្លីនិកចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

○ លក្ខណៈគ្លីនិកដូចគ្នានឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែរតែហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅ ជាជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរឬមានផលវិបាកមានលក្ខណៈលឿនជាងក្នុងករណី P. falciparum ហើយលាប់ឡើងវិញដោយ P. vivax និង P. malariae តែងតែមានការជួបប្រទះជាញឹក ញាប់ជាង។

ការព្យាបាលត្រឹមត្រូវមានសារៈសំខាន់ណាស់ពីព្រោះគ្រោះថ្នាក់មានច្រើនដូចជា ការសម្រាលកូនមុនពេលគ្រប់ខែ ជំងឺពីកំណើត ទារកកើតមកមានទម្ងន់ស្រាល ឬទារកស្លាប់កើត។

កង្វះជាតិស្ករក្នុងឈាម ភាពស្លេកស្លាំង និងហើមសួត គឺជាផលវិបាកនៃជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលតែងតែជួបប្រទះលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។

៥-៥-៣ ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ស្រាលលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

១- P. falciparum, P. vivax ឬ P. malariae

- Quinine មានសុវត្ថិភាពសម្រាប់ព្យាបាលស្ត្រីផ្ទៃពោះគ្រប់ត្រីមាសទាំងអស់នៃការមានគភ៌។
- A+M មានសុវត្ថិភាពសម្រាប់តែការព្យាបាលលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងត្រីមាសទី២និងទី៣។
- DHA+PIP មានសុវត្ថិភាពសម្រាប់តែការព្យាបាលលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងត្រីមាសទី២និងទី៣ ។ ប៉ុន្តែសុវត្ថិភាពនៃថ្នាំនេះលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងត្រីមាសទី១ពុំទាន់ដឹងច្បាស់នៅឡើយទេ។

២- ចំពោះស្ត្រីមានគភ៌ក្នុងអំឡុងត្រីមាសទី១ ៖

ការព្យាបាលជម្រើសទី១សម្រាប់ P. falciparum, P. vivax ឬ P. malariae ឬចម្រុះ

ត្រូវឱ្យថ្នាំ Quinine តែមួយមុខគត់សម្រាប់រយៈពេល៧ថ្ងៃ

កម្រិតប្រើ Quinine (30mg/kg/24h) 300mg ឬ ១០ម.ក្រ /គ.ក្រ x ៣x១ថ្ងៃx៧ ថ្ងៃ (គោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់)

អាយុ	ទម្ងន់(គ,ក)	ដូស/៨ម៉	សរុប/ថ្ងៃ	សរុប/៧ថ្ងៃ
9 ទៅក្រោម15 ឆ្នាំ	31-40	1½	4½	31½
ស្មើឬលើស15 ឆ្នាំ	> 40	2	6	42

មិនត្រូវផ្តល់ Doxycycline/tetracycline ចំពោះស្ត្រីមានគភ៌និងកុមារអាយុតិចជាង៨ឆ្នាំទេ។

៣- ចំពោះស្ត្រីមានគភ៌ក្នុងអំឡុងត្រីមាសទី២និងទី៣ ៖

ការព្យាបាលជម្រើសទី១សម្រាប់ P. falciparum, P. vivax ឬ P. malariae ឬចម្រុះ

- Dihydroartemisinin + Piperaquine (DHA+PIP) ចំនួន៣ថ្ងៃ (DHA: 2-4mg/kg/3ថ្ងៃ, PIP: 20mg/kg/3 ថ្ងៃ)។ ១គ្រាប់មាន DHA 40mg និង PIP 320mg

ទម្ងន់(គ,ក)	ថ្ងៃទី១	ថ្ងៃទី២	ថ្ងៃទី៣
31-< 40	២គ្រាប់	២គ្រាប់	២គ្រាប់
40- < 60	៣គ្រាប់	៣គ្រាប់	៣គ្រាប់
≥ 60	៤គ្រាប់	៤គ្រាប់	៤គ្រាប់

ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងធ្វើឱ្យទារក មានទំនាក់ទំនងទៅនឹងអត្រាស្លាប់ខ្ពស់ជាងគេ ត្រូវ មានទម្ងន់ទាបជាងធម្មតានៅពេលកើតនិងបណ្តាលឱ្យទារកស្លាប់។ ប្រឈមនឹងការឆ្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ពីកំណើត ផ្តល់ការព្យាបាលដោយថ្នាំប្រឆាំងនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ចាក់បញ្ចូលតាមសេរ៉ូមឬចាក់សាច់ដុំឱ្យស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមាន ជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបានបន្ទាប់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។

ចំណុចសំខាន់ជាងគេបំផុតក្នុងការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលមានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃ ពោះ គឺត្រូវប្រើថ្នាំណាមួយក៏បាន (អាតេស៊ុយណាត(ឬគីនីន អាតេម៉េទែរ ដែលអាចរកបានមុនគេ។

- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅក្នុងត្រីមាសទី២និងទី៣
  - ត្រូវផ្តល់អាតេស៊ុយណាតឱ្យស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងត្រីមាសទី២ ឬអាតេម៉េទែរ ចាក់សរសៃឬចាក់សាច់ដុំ គេចូលចិត្តប្រើថ្នាំទាំងនេះជាងគីនីន និងទី៣ដោយគ្មានការយឺតយ៉ាវ។ចាក់សរសៃ (មើលកម្រិតប្រើ សម្រាប់អាតេស៊ុយណាត" នៅផ្នែក១៣ ចាក់សាច់ដុំ ឬអាតេម៉េទែរ ចាក់សរសៃឬចាក់សាច់ដុំ ការ ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ" (
  - បន្តការព្យាបាលដោយចាក់តាមសរសៃឬចាក់តាមសាច់ដុំឱ្យបានរយៈពេលយ៉ាងតិច២៤ម៉ោង។
  - នៅពេលអ្នកជំងឺអាចលេបថ្នាំតាមមាត់បានបញ្ឈប់ការព្យាបាលចាក់តាមសរសៃឬចាក់តាមសាច់ដុំ) បន្ទាប់ពីបានព្យាបាលយ៉ាងតិច២៤ម៉ោងឱ្យឌីអ៊ីដ្រូអាតេមីស៊ីនីន(-ពីពេរ៉ាគីន (DHA+PPQ) ឬអាតេស៊ុ យណាត + មេហ្លូគីនរួមបញ្ចូលគ្នាក្នុងកំរិតកំណត់)AS+MQ FDC) លេបរយៈពេល៣ថ្ងៃអាស្រ ័យទៅតាមតំបន់ដែលកើតមានជំងឺគ្រុនចាញ់នោះ។

- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅក្នុងត្រីមាសទី១
  - គីនីនមានសុវត្ថិភាពនៅក្នុងត្រីមាសទី១
  - បើអ្នកជំងឺមិនប្រាកដថាតើគាត់មានផ្ទៃពោះនៅក្នុងត្រីមាសទី១ឬទី២ចាក់ អាចប្រើអាតេស៊ុយណាត ពីព្រោះការប្រើថ្នាំគីនីន សរសៃឬចាក់សាច់ដុំបានអាចប្រឈមនឹងការថយចុះជាតិស្ករក្នុងឈាម

   ○ នៅពេលអ្នកជំងឺអាចលេបថ្នាំតាមមាត់បានឱ្យប្រើថ្នាំគីនីនវិញ។

៥-៦ ការថែទាំចំពោះម្ដាយមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬស្វាយ

បើទារកមានម្ដាយដែលមានបញ្ហាមួយឬច្រើនដូចខាងលើ ទារកនឹងមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងមានបញ្ហាទាំងនេះនៅថ្ងៃខាងមុខទោះបីជាក្រោយកើតភ្លាមទារកហាក់ដូចជាមានសភាពធម្មតាក៏ដោយ។

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

- ម្ដាយដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ស្រួចស្រាល់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ អាចចម្លងមេរោគរលាកថ្លើម B នេះទៅទារករបស់ខ្លួននៅពេលសម្រាល។ ហេតុនេះក្នុងអំឡុងពេលមានគភ៌ ស្ត្រីគ្រប់រូប គួរទទួលបានការធ្វើតេស្តឈាមដើម្បីរកមើលវត្តមានវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B នេះ។
- ស្ត្រីដែលមានលទ្ធផលតេស្តឈាមវិជ្ជមាន HBsAg និង វិជ្ជមាន HBeAg ត្រូវទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថ Tenofovir 300mg រាល់ថ្ងៃ ដោយចាប់ផ្ដើមនៅសប្ដាហ៍ទី២៤-២៨នៃគភ៌រហូតដល់ក្រោយសម្រាលដើម្បីទប់ស្កាត់ការចម្លងមេរោគរលាកថ្លើម B ទៅទារករបស់ខ្លួន។ នៅមុន៦សប្ដាហ៍ក្រោយការសម្រាល ស្ត្រីគួរពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញខាងជម្ងឺថ្លើម ដើម្បីតាមដានិងព្យាបាលបន្តក្នុងករណីចាំបាច់។
- ចំពោះទារកត្រូវផ្ដល់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) 0.5ml ដូសដំបូងដោយចាក់សាច់ដុំនៅភ្លៅផ្នែកខាងលើ ក្រោយពេលដែលទារកបានបៅដោះម្ដាយជាលើកដំបូងហើយ ឬ ក្នុងអំឡុងពេល ២ម៉ោងក្រោយសម្រាល និង ២ដូសបន្តបន្ទាប់ទៀតតាមកាលកំណត់របស់កម្មវិធីជាតិផ្ដល់ថ្នាំបង្ការ។
- ត្រូវបញ្ជាក់ប្រាប់ម្ដាយថានាងអាចបំបៅដោះកូនដោយសុវត្ថិភាព។
- ត្រូវបន្តតាមដានទារករហូតដល់ខែទី៩ ដើម្បីកំណត់ពីស្ថានភាពនៃការចម្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ Bនេះ។

ជំងឺស្វាយ

- ក្នុងអំឡុងពេលមានគភ៌ ស្ត្រីគ្រប់រូប គួរទទួលបានការធ្វើតេស្តឈាមដើម្បីរកមេរោគស្វាយ ហើយបើម្ដាយមានលទ្ធផលតេស្តស្វាយវិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើការព្យាបាលអោយត្រឹមត្រូវដោយ Benzathine penicillin G 2.4 million units ហើយការព្យាបាលនេះត្រូវចាប់ផ្ដើមយ៉ាងតិច 30ថ្ងៃមុនការសម្រាលដើម្បីបង្ការការចម្លងទៅកូន។
- បើម្ដាយមានជំងឺស្វាយ មិនបានព្យាបាល ឬព្យាបាលមិនបានត្រឹមត្រូវ ឬមិនដឹងពីស្ថានភាពព្យាបាលឬមិនច្បាស់ ៖ ផ្ដល់ Benzathine penicillin G 2.4 million units ដល់ម្ដាយនិងដៃគូដោយចាក់សាច់ដុំ២កន្លែងផ្សេងគ្នា។
- ប្រសិនបើស្ត្រីនិងដៃគូមានប្រតិកម្មជាមួយ Penicillin ផ្ដល់Erythromycin 500mg លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល១៤ថ្ងៃ។
- គ្រប់ទារកដែលកើតមកមានរោគសញ្ញាស្វាយពីកំណើត ឬមិនមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកប៉ុន្តែ ម្ដាយមានជំងឺស្វាយដែលមិនទទួលបាននូវការព្យាបាល ឬ ព្យាបាលមិនត្រឹមត្រូវ រួមទាំងការព្យាបាលក្នុងរយៈពេលតិចជាង៣០ថ្ងៃ

មុនការសម្រាល និងការព្យាបាលដោយឱសថក្រៅពី Penicillin គួរព្យាបាលដោយ Aqueous Benzyl penicillin 100 000 – 150 000 IU/គក./ថ្ងៃ រយៈពេល ១០-១៥ថ្ងៃ ឬចាក់ Procaine Benzyl Penicillin 50 000 IU/ kg ចាក់សាច់ដុំ មួយថ្ងៃម្តង រយៈពេល ១០-១៥ថ្ងៃ។

- បើទារកកើតមកមានសភាពធម្មតា ហើយម្តាយជម្ងឺស្វាយបានទទួលការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ (2.4 million units penicillin) និងការព្យាបាលនេះបានចាប់ផ្តើមច្រើនជាង 30ថ្ងៃមុនការសម្រាល មិនចាំបាច់ព្យាបាលអ្វីបន្ថែមដល់ទារកទេ គ្រាន់តែតាមដានក្នុង៤សប្តាហ៍ដើម្បីពិនិត្យពីការលូតលាស់និងសញ្ញានៃជំងឺស្វាយពីកំណើត ។
- បញ្ជូនម្តាយ ដៃគូនិងទារក ដើម្បីតាមដានបន្តទៅគ្លីនិកដែលផ្តល់សេវា STIs ។

៥-៧ ការថែទាំចំពោះម្តាយដែលមានផ្ទុក វីរុស COVID-19

មកទល់នឹងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ (ឧសភា ២០២០)មានទិន្នន័យតិចតួចអំពីស្ថានភាពគ្លីនិកនិងលទ្ធផលជុំវិញកំណើតក្នុងអំឡុងពេលផ្ទៃពោះនិងក្រោយសម្រាល ក្រោយការឆ្លងវីរុស COVID-19។ មិនមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថាស្ត្រីផ្ទៃពោះមានសញ្ញាឬចង្កោមរោគសញ្ញាខុសពីគេឬមានការប្រឈមនឹងជំងឺធ្ងន់ធ្ងរជាងមនុស្សទូទៅនោះទេ។ មកដល់ពេលនេះ មិនទាន់មានភស្តុតាងនៃការឆ្លងរោគពីម្តាយទៅកូនដែលកើតមាននៅក្នុងត្រីមាសទី៣នៃគភ៌នោះទេ យោងតាមលទ្ធផលអវិជ្ជមាននៃការវិភាគសំណាកទឹកភ្លោះ ឈាមនៃទងផ្ចិត រំអិលទ្វារមាស សំណាកពីបំពង់កទារក និង ទឹកដោះម្តាយ។ ដូចគ្នានេះដែរ ក៏មានភស្តុតាងមិនច្បាស់លាស់នៃការកើនឡើងនូវសភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃសុខភាពម្តាយ និងផលប៉ះពាល់ដល់ទារកនិងភស្តុតាងតិចតួចនៃការបង្ករោគនៅត្រីមាសទី៣ដោយមានករណីខ្លះត្រូវបានរាយការណ៍អំពីការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនការឈឺពោះសម្រាល ទារកចុះខ្សោយនិងកើតមិនគ្រប់ខែ ។

- ដោយពិចារណាទៅលើករណីឆ្លងវីរុស COVID-19 តែមិនមានចេញរោគសញ្ញាអាចកើតមានចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬទើបតែមានផ្ទៃពោះ (ដូចនឹងប្រជាជនទូទៅដែរ) គ្រប់ស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលមានប្រវត្តិប៉ះពាល់ផ្ទាល់ត្រូវតែបានតាមដានយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន
- ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលសង្ស័យ ឬអាចមាន ឬមានលទ្ធផលបញ្ជាក់ថាមានផ្ទុកវីរុស COVID-19 រួមទាំងស្ត្រីដែលអាចត្រូវដាក់អោយនៅដាច់ដោយឡែកផង គួរទទួលបាននូវសេវាថែទាំជំនាញប្រកបដោយការគោរព រួមមានសេវាសម្ភព វេជ្ជសាស្ត្រថែទាំទារកក្នុងផ្ទៃនិងទារកទើបនឹងកើត ក៏ដូចជាសេវានិងការគាំទ្រសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដែលសេវាទាំងនោះបានត្រៀមរួចជាស្រេចសម្រាប់ការជួយដល់ម្តាយនិងទារកដែលមានផលវិបាក។

<u>កំណត់សម្គាល់៖</u> វិធីសម្រាលកូនគួរធ្វើទៅតាមស្ថានភាពស្ត្រីនីមួយៗ ដោយផ្អែកលើល័ក្ខខ័ណ្ឌសម្ភពនិងចំណូលចិត្តរបស់ស្ត្រី។ ការសម្រាលដោយការវះកាត់គួរធ្វើតែពេលមានហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រប៉ុណ្ណោះ។ ការសម្រេចចិត្តអំពីការសម្រាលបន្ទាន់និងការបញ្ចប់គភ៌គឺជាការលំបាកនិងត្រូវផ្អែកលើកត្តាជាច្រើនដូចជាអាយុគភ៌ ស្ថានភាពសុខភាពម្តាយធ្ងន់ធ្ងរនិងភាពអាចរស់រានបានរបស់ទារកក្នុងផ្ទៃនិងផាសុខភាព។

- រាល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលទើបឆ្លងឬទើបនឹងជាពីជំងឺដែលបង្កដោយវីរុស COVID-19 ត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មាននិងប្រឹក្សាអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនិងវិធានការសម្រាប់ការបង្ការនិងត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគដើម្បីទប់ស្កាត់ការចម្លងវីរុស COVID-19 ។
- មកទល់ពេលនេះ មិនមានភស្តុតាងដែលបញ្ជាក់ថា ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកវីរុស COVID-19 មានការកើនឡើងនូវការប្រឈមនឹងបញ្ហាសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរឬប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃនោះទេ។ ស្ត្រីផ្ទៃពោះ ឬទើបនឹងជាពីជំងឺដែលបង្កដោយវីរុស COVID-19 ត្រូវបានលើកទឹកចិត្តអោយទៅពិនិត្យផ្ទៃពោះ ថែទាំក្រោយសម្រាលឬក្រោយរលូតសមស្របនិងទៅតាមការណែនាំនៅក្នុងពិធីសារជាតិមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់និងសេចក្តីណែនាំអំពីកញ្ចប់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះ សម្រាលនិងក្រោយសម្រាល(កញ្ចប់ថែទាំ ១០០០ថ្ងៃ) ហើយគួរផ្តល់ការថែទាំបន្ថែម បើសិនមានផលវិបាកណាមួយកើតមានឡើង។

  <u>កំណត់សម្គាល់ទី ២៖</u> ជម្រើសនិងសិទ្ធិស្ត្រីទាក់ទងនឹងការបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទត្រូវបានគោរពដោយមិនគិតពីស្ថានភាពផ្ទុកវីរុស COVID-19 ដោយរួមមានការទទួលបាននូវមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនិងរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពដែលមានចែងនៅក្នុងច្បាប់។

ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ

- ម្តាយនិងទារកទាំងអស់ គួរអាចនៅជាមួយគ្នានិងអនុវត្តការដាក់ស្បែកប៉ះស្បែក ការថែទាំតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូនិងអាចបន្តនៅជាមួយគ្នាក្នុងបន្ទប់តែមួយទាំងថ្ងៃនិងយប់ជាពិសេសត្រូវផ្តួចផ្តើមការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយក្រោយពេលសម្រាលភ្លាម មិនថាម្តាយឬទារកមានសង្ស័យ អាចមាន ឬបញ្ជាក់ថាមានវីរុស COVID-19 វិជ្ជមានក្នុងអំឡុងពេលអនុវត្តន៍ដោយចាំបាច់និងប្រុងប្រយ័ត្ននូវការបង្ការនិងត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ។ ការដាក់ទារកឱ្យនៅដាច់ដោយឡែកពីម្តាយ គប្បីអនុវត្តន៍តែក្នុងករណីដែលម្តាយឬទារកមិនស្រួលខ្លួនធ្ងន់ធ្ងរភ្លាមៗ។
- គ្រប់ទារកកើតពីម្តាយដែលមានតេស្តបញ្ជាក់វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្តរកវីរុស COVID-19.
- ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយត្រូវចាប់ផ្តើមក្នុងអំឡុង១ម៉ោងដំបូងក្រោយសម្រាល។ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ត្រូវបន្តរហូតដល់កុមារមានអាយុ៦ខែ រួមនិងការចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារបន្ថែមទាន់ពេលវេលា គ្រប់គ្រាន់ មានសុវត្ថិភាពនិងបញ្ចុកបានត្រឹមត្រូវនៅពេលកុមារមានអាយុ៦ខែ ហើយនៅតែបន្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយរហូតដល់កុមារអាយុ២ឆ្នាំឬលើស។
- ម្តាយមានរោគសញ្ញាហើយកំពុងបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ឬកំពុងអនុវត្តន៍ស្បែកប៉ះស្បែក ឬការថែទាំតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ ត្រូវអនុវត្តអនាម័យផ្លូវដង្ហើម រួមមាន៖

- ពាក់ម៉ាស់នៅពេលនៅក្បែរទារក
- លាងសំអាតដៃ មុននិងក្រោយប៉ះពាល់ទារក
- សំអាតនិងសំលាប់មេរោគនៅលើផ្ទៃដែលម្តាយបានប៉ះពាល់

- ការប្រឹក្សានិងការជួយដល់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ត្រូវបានផ្តល់ដល់ស្ត្រីផ្ទៃពោះទាំងអស់និងស្ត្រីដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ
- បើស្ត្រីផ្ទុកវីរុស COVID-19មានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរឬមានផលវិបាកណាមួយដែលធ្វើឱ្យនាងមិនអាចថែទាំទារកឬបន្តការបំបៅដោះកូនដោយផ្ទាល់បាន ត្រូវរកជម្រើសផ្សេងទៀតដូចជាការច្របាច់ទឹកដោះម្តាយមកបញ្ចុកទារក។ បើម្តាយឈឺធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងដែលមិនអាចច្របាច់ទឹកដោះបាន ត្រូវរកជម្រើសផ្សេងដូចជា ចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះអ្នកដទៃឬទឹកដោះជំនួសដែលសមស្រប។ ម្តាយដែលច្របាច់ទឹកដោះឬប្រើទឹកដោះជំនួស ត្រូវបានប្រាប់អំពីអនាម័យដៃនិងប្រើម៉ាស់នៅពេលប៉ះពាល់ទារក។ ម្តាយដែលច្របាច់យកទឹកដោះត្រូវលាងសម្អាតដៃមុននិងក្រោយពេលប៉ះឧបករណ៍បូមទឹកដោះ និងអនុវត្តតាមសេចក្តីណែនាំអំពីការរក្សាទុកនិងសំអាតក្រោយពេលប្រើរួច។
- ឪពុក ម្តាយ អ្នកថែទាំ និងកុមារដែលអាចត្រូវបានដាក់ឱ្យនៅដាច់ដោយឡែកពីគ្នា ត្រូវទទួលបាននូវការគាំទ្រពីបុគ្គលិកសុខាភិបាលឬមិនមែនបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានបណ្តុះបណ្តាលអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្តនិងការគាំទ្រ។

ជំពូក៦ ៖ ការវាយតម្លៃនិងកែលម្អការថែទាំផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបកើតនៅមន្ទីរពេទ្យ

៦-១ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើត

ទោះបីស្រ្តីផ្ទៃពោះមានសុខភាពល្អហើយបានទទួលការថែទាំមុនពេលសម្រាលបានល្អយ៉ាងណាក៏ ដោយ ប្រមាណជា១៥ភាគរយនៃស្រ្តីផ្ទៃពោះនឹងជួបនូវផលវិបាកនៅពេលសម្រាលដែរ។ ដូចនេះស្រ្តីគួរទទួលបាននូវប្រព័ន្ធបញ្ជូនរឹងមាំមួយដែលធានាបាននូវការថែទាំការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើតទាន់ពេលវេលា

សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើត (EmONC) នឹងត្រូវបានអភិវឌ្ឍជាបណ្តើរៗនៅតាមមន្ទីរពេទ្យនានាក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។ សេវានេះចែកចេញជា ៖ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន (BEmONC) និងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើតពេញលេញ (CEmONC)។ អន្តរាគមន៍ខាងក្រោមនេះនឹងត្រូវផ្តល់២៤ម៉ោង/១ថ្ងៃ និង៧ថ្ងៃ/១សប្តាហ៍ ៖

៦-១-១ ការង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន (BEmONC) ជានិច្ចជាកាលត្រូវមានសមត្ថភាពផ្តល់នូវអន្តរាគមន៍ទាំងអស់ខាងក្រោម ៖

- ប្រើ antibiotic (IM/IV)
- ប្រើថ្នាំ Oxytocin (IM/IV)
- ប្រើថ្នាំប្រឆាំងការប្រកាច់ (MgSO4) សម្រាប់ជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងក្រឡាភ្លើង (IM/IV)
- អនុវត្តការលូកបារទម្លាក់សុកដោយដៃ
- គ្រប់គ្រងផលវិបាកក្រោយរលូត/រំលូត (MVA)
- សម្រាលកូនតាមទ្វារមាសដោយមានឧបករណ៍ជំនួយ (ការសម្រាលដោយបូម)
- សង្គ្រោះទារកទើបកើតដែលថប់ដង្ហើម

៦-១-២ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើតពេញលេញ (CEmONC) មានសមត្ថភាពផ្តល់នូវអន្តរាគមន៍ទាំងអស់ខាងលើ រួមជាមួយអន្តរាគមន៍ពីរខាងក្រោម ៖

- ការវះកាត់ (ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់)
- ការបញ្ចូលឈាម

អន្តរាគមន៍គន្លឹះខាងលើនេះជាសូចនាករសម្រាប់ធ្វើចំណាត់ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ BEmONC ឬ CEmONC។ ការបង្កើតនិងរក្សាបាននូវសមត្ថភាពជាប្រចាំទាំងថ្ងៃទាំងយប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់សេវា BEmONC ឬ CEmONC ត្រូវការការរៀបចំផែនការរយៈពេលវែងទាំងរចនាសម្ព័ន្ធ ការផ្គត់ផ្គង់សម្ភារ/ ឱសថ សមត្ថភាពជំនាញរបស់បុគ្គលិកនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ។ កិច្ចការនេះត្រូវមានការចូលរួម មិនត្រឹមតែពីបុគ្គលិកថែទាំម្តាយនិងបុគ្គលិកផ្នែកជំងឺកុមារប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែត្រូវការការចូលរួមពីថ្នាក់ដឹកនាំមន្ទីរពេទ្យ ស្រុកប្រតិបត្តិ និងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តផងដែរ ។

៦-២ ការកែលំអគុណភាពសេវា

បុគ្គលិកផ្នែកសម្ភពត្រូវវាយតម្លៃលទ្ធផលរបស់ខ្លួនផ្ទាល់ជាទៀងទាត់ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលទាំងនោះពិភាក្សា អំពីរបៀបកែលំអគុណភាពសេវា។

លទ្ធផល ៖ ចំនួនស្ត្រីដែលសម្រាលកូន ស្ថានភាពរបស់ស្ត្រីនិងទារកនៅពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលអាចទទួលបានតាមរយៈប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល។សូចនាករជាមូលដ្ឋានខ្លះដែលត្រូវប្រមូលសម្រាប់ការពិភាក្សារបស់បុគ្គលិកគឺ ៖

- ចំនួនការសម្រាល ធម្មតានិងលំបាក
- អត្រាសម្រាលកូនដោយការវះកាត់ និងការដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែកក្នុងអំឡុងពេលវះកាត់
- អត្រាសម្រាលកូនដោយបូម
- ចំនួនទារកដែលកើត ក្នុងចំណោមទារកកើត ចំនួនទារកកើតរស់ និងចំនួនទារកស្លាប់ភ្លាមៗក្រោយពេលកើត (ស្លាប់ក្នុង អំឡុងមួយសប្តាហ៍ដំបូង)
- ចំនួនម្តាយដែលស្លាប់

ការកែលំអគុណភាពសេវា ៖ គឺជាការផ្លាស់ប្តូរជាជំហានៗនៃការថែទាំម្តាយនិងទារក ជាពិសេសដោយផ្អែកលើលទ្ធផល។ ជាការសំខាន់បុគ្គលិកទាំងអស់ត្រូវចូលរួមក្នុងការងារនេះដើម្បីពិភាក្សាអំពីលទ្ធផលដែលបានលើកឡើងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ/កែលំអ និងកំណត់អាទិភាពក្នុងចំណោមសកម្មភាពទាំងនោះ។ បន្ទាប់ពីធ្វើ
អន្តរាគមន៍បានរយៈពេលច្រើនខែមក ត្រូវតាមដានបន្តនូវលទ្ធផលនៃសកម្មភាពទាំងនោះ។ សកម្មភាពកែលំអគុណភាពសេវាមានដូចខាងក្រោម៖

១- ប្រជុំបុគ្គលិកជាទៀងទាត់ ៖បុគ្គលិកត្រូវជួបគ្នាដើម្បីពិភាក្សាលទ្ធផលនិងរក្សាកំណត់ហេតុពីការប្រជុំ

២- ពិធីសារដែលបានឯកភាព ៖ ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់និងពិធីសារដែលពាក់ព័ន្ធ (ជំងឺគ្រុនចាញ់ ការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ)។ល។ ត្រូវផ្សព្វផ្សាយដល់ឆ្មបនិងគ្រូពេទ្យទាំងអស់ នៅក្នុងផ្នែកនេះ។ គួរផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីទម្រង់ការនិងគាំទ្រដោយសម្ភារជំនួយនានាដូចជាផ្ទាំងរូបភាពជាដើម។

៣-ការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីគ្លីនិក ៖

ក. សវនកម្មគ្លីនិកនៃករណីជំងឺមួយចំនួន

ប្រសិនបើបុគ្គលិកមានការព្រួយបារម្ភពីការថែទាំករណីមួយចំនួនឧទាហរណ៍ការសម្រាលកូនភ្លោះ ការសម្រាលកូនបញ្ច្រាសជើង ឬការមានគភ៌ដោយមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ពួកគេអាចសម្រេចធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីថ្មីៗនៃជំងឺនោះ។ បុគ្គលិកម្នាក់នឹងកំណត់ពីករណីទាំងនេះ ស្វែងរកកំណត់ត្រារបស់ករណី និងបង្ហាញពីគំហើញសំខាន់ៗដល់គ្រូពេទ្យនិងឆ្មបទាំងអស់។ គំហើញទាំងនេះនឹងត្រូវធ្វើការប្រៀបធៀបទៅ នឹងស្តង់ដារនៃការថែទាំដែលបានឯកភាព ហើយត្រូវបានប្រើជាមូលដ្ឋាន សម្រាប់ការពិភាក្សាគ្នាអំពីការកែលំអការថែទាំដែលអាចធ្វើឡើងសម្រាប់ជំងឺនេះ។

ខ. *ការពិនិត្យឡើងវិញលើការស្លាប់នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល*

ការស្លាប់របស់ម្តាយម្នាក់ ឬការស្លាប់របស់ទារកម្នាក់ត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ធ្វើការវិភាគ។ ករណីនេះត្រូវបានបង្ហាញដោយបុគ្គលិកម្នាក់ហើយបន្ទាប់មកសេចក្តីពិស្តារត្រូវបានពិភាក្សា ក្រោមការដឹកនាំពីប្រធានក្រុម បុគ្គលិកម្នាក់ ដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាន "អនាមិក គ្មានការបន្ទោស" តើអន្តរាគមន៍អ្វីខ្លះដែលធ្វើបានល្អ? តើអ្វីខ្លះដែលអាចធ្វើឱ្យបានកាន់តែប្រសើរថែមទៀត? តើពិធីសារត្រូវបានអនុវត្តឬទេ? បើសិនមិនបានអនុវត្តហេតុអ្វី? តើអាចធ្វើអ្វីទៀតដើម្បីកែលំអការប្រកាន់ខ្ជាប់តាមពិធីសារ? តើគួរកែសម្រួលពិធីសារឬទេ? ជាការសំខាន់ណាស់ដែលបុគ្គលិកត្រូវឯកភាពថាការពិភាក្សាអំពីករណីទាំងមូលត្រូវរក្សាជាសម្ងាត់។ បញ្ហាសំខាន់គឺមិនមែនដើម្បីធ្វើការស្តីបន្ទោសនោះទេ ប៉ុន្តែដើម្បីរៀនសូត្រពីកំហុស និងព្យាយាមកែលំអការថែទាំក្នុងផ្នែកនោះដើម្បីជៀសវាងការស្លាប់ដូចករណីនេះទៀតក្នុងពេលអនាគត។

គ. *ការពិនិត្យឡើងវិញអំពីករណីគ្លីនិកដែលអ្នកជំងឺស្ទើរតែបាត់បង់ជីវិតតែយើងអាចសង្គ្រោះជីវិតបាននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល*

ការពិភាក្សានេះ(near-miss) មានន័យថាជាការវិភាគលើករណីស្រដៀងគ្នាដែលម្តាយនិងទារកស្ទើរតែបាត់បង់ជីវិត ប៉ុន្តែនៅទីបំផុតត្រូវបានសង្គ្រោះឱ្យមានសុខភាពល្អឡើងវិញ។ នេះគឺអាចជាឧទាហរណ៍ករណី ក្រឡាភ្លើងការធ្លាក់ឈាមក្រោយពេលសម្រាលធ្ងន់ធ្ងរ ឬការក្លាយរោគក្នុងឈាមរបស់ទារក ដែលត្រូវបានវិភាគលំអិតបង្ហាញ និងពិភាក្សា។ តើគេអាចរៀនសូត្រអ្វីខ្លះពីករណីនេះ? តើអ្វីខ្លះដែលធ្វើបានល្អ? តើមាន អ្វីដែលធ្វើខុសឬទេ ឬដែលអាចធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឬទេ?

៤-ការហ្វឹកហាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ៖

ដោយសារតែបញ្ហាសម្ភពបន្ទាន់មិនកើតឡើងរាល់ថ្ងៃនោះទេ ប៉ុន្តែបុគ្គលិកត្រូវតែមានការបណ្តុះបណ្តាលល្អដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។ ផ្នែកសម្ភពទូទាំងពិភពលោកនិយមប្រើ ការហ្វឹកហាត់ សង្គ្រោះបន្ទាន់ ដើម្បីបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិក។ ដំបូងត្រូវតែមានការឯកភាពនៅក្នុងផ្នែកនោះដើម្បីឱ្យមានការហ្វឹកហាត់ បែបនេះ និងរបៀបអនុវត្តសកម្មភាពទាំងនេះដូចជាអ្នកណាដែលមានសិទ្ធិស្នើឱ្យមានការហ្វឹកហាត់សង្គ្រោះ បន្ទាន់ ឧទាហរណ៍ប្រធានគ្រូពេទ្យ ឬឆ្មប របៀបអនុវត្តក្នុងស្ថានភាពពិតដោយប្រើឯកសារសរសេរ ឬ ម៉ានីកាំង។ នៅពេលណាមួយ អាចជារៀងរាល់ខែ អ្នកដឹកនាំនឹងធ្វើការប្រកាសបន្ទាន់មួយ នេះគឺជាការហ្វឹកហាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ៖ យើងមានករណីក្រឡាភ្លើងមួយ នៅក្នុងបន្ទប់សម្រាលកូន បុគ្គលិកដែលមានវត្តមាននឹងមកប្រមូលផ្តុំជុំវិញអ្នកជំងឺ និងអនុវត្តសកម្មភាពសមស្របដើម្បីឆ្លើយតប ឧទាហរណ៍ ខ្ញុំជាអ្នកទទួលបន្ទុក សូមដាក់សេរ៉ូម សូមយកកញ្ចប់សម្ភារសម្រាប់សង្គ្រោះករណីក្រឡាភ្លើង ខ្ញុំជាអ្នកចាក់ម៉ាញេស្យូមស៊ុលហ្វាត។ល។ បន្ទាប់ពី ១០-១៥ នាទីមក លំហាត់នេះត្រូវបញ្ចប់ ហើយបុគ្គលិកនឹងអង្គុយជាមួយគ្នាពិភាក្សាថាតើពួកគេបានធ្វើអ្វីខ្លះដែលល្អហើយអាចកែលំអអ្វីខ្លះ។ តាមរយៈការអនុវត្តជាប្រចាំ ការគ្រប់គ្រងករណីធ្ងន់ធ្ងររបស់ក្រុមការងារនឹងមានភាពល្អប្រសើរជាមួយនិងការបណ្តុះបណ្តាលបែបនេះ។

ជំពូកទី៧ ៖ ទម្រង់ការនៃការអនុវត្តន៍ចំពោះម្ដាយ

ជាយូរណាស់មកហើយរាល់ទម្រង់ការខាងក្រោមត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅគ្រប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក។

៧-១ ការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម

សម្ភារ ៖ បាឡុង ម៉ាស់ កានុល Oxygen....

ទម្រង់ការ ៖

- ប្រសិនបើស្ត្រីពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំងហើយសង្ស័យថាមានអ្វីស្ទះផ្លូវដង្ហើម ៖
    - ដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពមួយដែលប្រសើរបំផុតសម្រាប់ការដកដង្ហើម
    - ព្យាយាមសម្អាតផ្លូវដង្ហើមនិងយកឧបសគ្គចេញ
    - ហៅរកអ្នកជំនួយ
- ប្រសិនបើស្ត្រីពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំងហើយស្ត្រីសន្លប់មិនដឹងខ្លួន ៖
    - ដាក់ស្ត្រីដេកផ្ងារដោយដាក់ដៃស្របនឹងដងខ្លួន
    - ផ្ងើយក្បាល លើកលែងសង្ស័យថាមានការប៉ះទង្គិចនៅនឹងក
    - លើកចង្កាឡើងដើម្បីបើកផ្លូវដង្ហើមចំហ
    - ពិនិត្យមើលក្នុងមាត់ក្រែងមានអ្វីនៅក្នុងនោះនិងយកចេញបើមាន
    - សម្អាតស្លេសចេញពីបំពង់ក
    - វាយតម្លៃការដកដង្ហើមឡើងវិញ
    - បើនៅមិនដកដង្ហើមល្អ ត្រូវព្យាយាមលើកចង្កាឡើងដើម្បីរក្សាបើកផ្លូវដង្ហើមចំហ
    - ផ្តល់Oxygen/អាចត្រូវជំនួយការសប់បញ្ចូលខ្យល់បើចាំបាច់
    - ហៅរកអ្នកជំនាញសង្គ្រោះដែលមាននៅក្បែរ
- បើស្ត្រីមិនដកដង្ហើម ៖
    - បើកផ្លូវដង្ហើម(ផ្ងើយក្បាល ចង្កាលើកឡើង)
    - សប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាឡុងនិងម៉ាស់ភ្លាមរួចវាយតម្លៃចង្វាក់បេះដូងដោយស្ទាបជីពចរ ការ៉ូទីត
    - បើស្ត្រីមានចង្វាក់បេះដូង(មានជីពចរ) ហើយមិនដកដង្ហើម បន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់រហូតដល់ស្ត្រីចាប់ផ្តើមដកដង្ហើមដោយខ្លួនឯង។
    - ដាក់ Oxygen
    - បើសិនស្ត្រីបានដកដង្ហើមតែនៅពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំងត្រូវរក្សាផ្លូវដង្ហើមចំហ ផ្តល់ Oxygen
    - ហៅរកអ្នកជំនាញសង្គ្រោះមកជួយជាបន្ទាន់(ឧ: អ្នកដាក់ថ្នាំសណ្តំជាដើម)។

៧ - ២ ការគ្រប់គ្រងស្ហុក

ស្ហុកកើតឡើងដោយសារបរាជ័យនៃប្រព័ន្ធឈាមរត់ក្នុងការរក្សានូវស្រោចស្រពសរីរាង្គសំខាន់ៗ។ ស្ហុកគឺជាស្ថានភាពគំរាមជីវិតដែលតម្រូវនូវព្យាបាលភ្លាមនិងខ្លាំងក្លា ។

ការសង្ស័យនិងរំពឹងទុកថានឹងមានស្ហុកកើតឡើងបើមានសញ្ញាមួយឬច្រើនដូចខាងក្រោមនេះ ៖

- ធ្លាក់ឈាមក្នុងអំឡុងគភ៌នៅតូច (ឧ. ការរលូត គភ៌ក្រៅស្បូន គភ៌កូនពង)
- ធ្លាក់ឈាមក្នុងអំឡុងគភ៌ចាស់ខែឬពេលឈឺពោះសម្រាល (ឧ. សុកពាំងមាត់ស្បូន របើកសុក រហែកស្បូន)
- ធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល (ឧ. រហែកស្បូន ស្បូនខ្សោយ រហែកផ្លូវបន្តពូជ ជាប់សុកឬជាប់បំណែកខ្លះនៃសុក)
- ការបង្ករោគ (ឧ. ការរំលូតគ្មានសុវត្ថិភាពឬការឆ្លងរោគ រលាកស្រោមទឹកភ្លោះ រលាកអង់ដូម៉ែត្រ រលាកតម្រងនោម (pyelonephritis) ស្រូចស្រាវ
- ការប៉ះទង្គិច (ឧ. ការប៉ះទង្គិចស្បូនឬពោះវៀនក្នុងអំឡុងពេលរំលូត រហែកស្បូន រហែកផ្លូវបន្តពូជ)

សញ្ញានិងចង្អោមរោគសញ្ញា

រោគវិនិច្ឆ័យស្ហុក បើមានសញ្ញាដូចខាងក្រោម ៖

- ជីពចរញាប់និងខ្សោយ (110/mn ឬលើស)
- សម្ពាធឈាមទាប (systolic < 90mmHg)

សញ្ញានិងចង្អោមរោគសញ្ញាផ្សេងទៀតរួមមាន ៖

- ស្លេក (ជាពិសេសផ្នែកខាងក្នុងត្របកភ្នែក បាតដៃ និងជុំវិញមាត់)
- បែកញើសឬត្រជាក់ ស្បែកស្អិត
- ដង្ហើមញាប់ (30ដង/នាទីឬលើស)
- ឡេះឡះ ច្របូកច្របល់ឬបាត់ស្មារតី
- បរិមាណទឹកនោមតិច(< 30ml/ម៉ោង)។

ការគ្រប់គ្រងបន្ទាន់

ពេលគ្រប់គ្រងបញ្ហារបស់ស្ត្រី ត្រូវអនុវត្តនូវគោលការជាមូលដ្ឋាននៅពេលផ្តល់ការថែទាំ

- ស្រែកហៅរកជំនួយ អ្នកណាក៏ដោយអោយតែទំនេរត្រូវមកជួយ
- តាមដានសញ្ញាជីវិត (ជីពចរ សម្ពាធឈាម ចង្វាក់ដង្ហើម សីតុណ្ហភាព)
- បើស្ត្រីមិនដឹងខ្លួន ត្រូវដាក់អោយគេងចំហៀងដើម្បីបង្ការការឈ្លក់ទឹកកំអួតបើនាងក្អួត និងត្រូវធានាថាផ្លូវដង្ហើមចំហ

- រក្សាកំដៅស្ត្រី(តែមិនត្រូវអោយជាងក្តៅជ្រុលទេ) ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ចរន្តឈាមរត់ដល់ចុងដៃជើង និងបន្ថយចរនហតឈាមត្រលប់មកសរីរាង្គសំខាន់វិញ។
- លើកជើងដើម្បីបង្កើនចរន្តឈាមរត់ត្រលប់មកបេះដូងវិញ (បើអាចលើកដាក់ជើងដាក់នៅចុងគ្រែ)

ការគ្រប់គ្រងជាក់លាក់

- ចាប់ផ្តើមបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ (២ផ្លូវបើអាច) ដោយប្រើ canula ឬម្ជុល ទំហំធំ (លេខ ១៦ឬធំបំផុតដែលមាន)
- យកសំណាកឈាមដើម្បីប៉ាន់ប្រមាណកំរិត អេម៉ូក្លូប៊ីន ធ្វើ cross-match និងតេស្ត bedside clotting មុននឹងបញ្ចូលសេរ៉ូម
    - បញ្ចូលសេរ៉ូមឱ្យបានលឿន (Normal saline ឬ Ringer's lactate) ដោយចាប់ផ្តើមក្នុងល្បឿន ១លីត្រក្នុង 15-20នាទី។

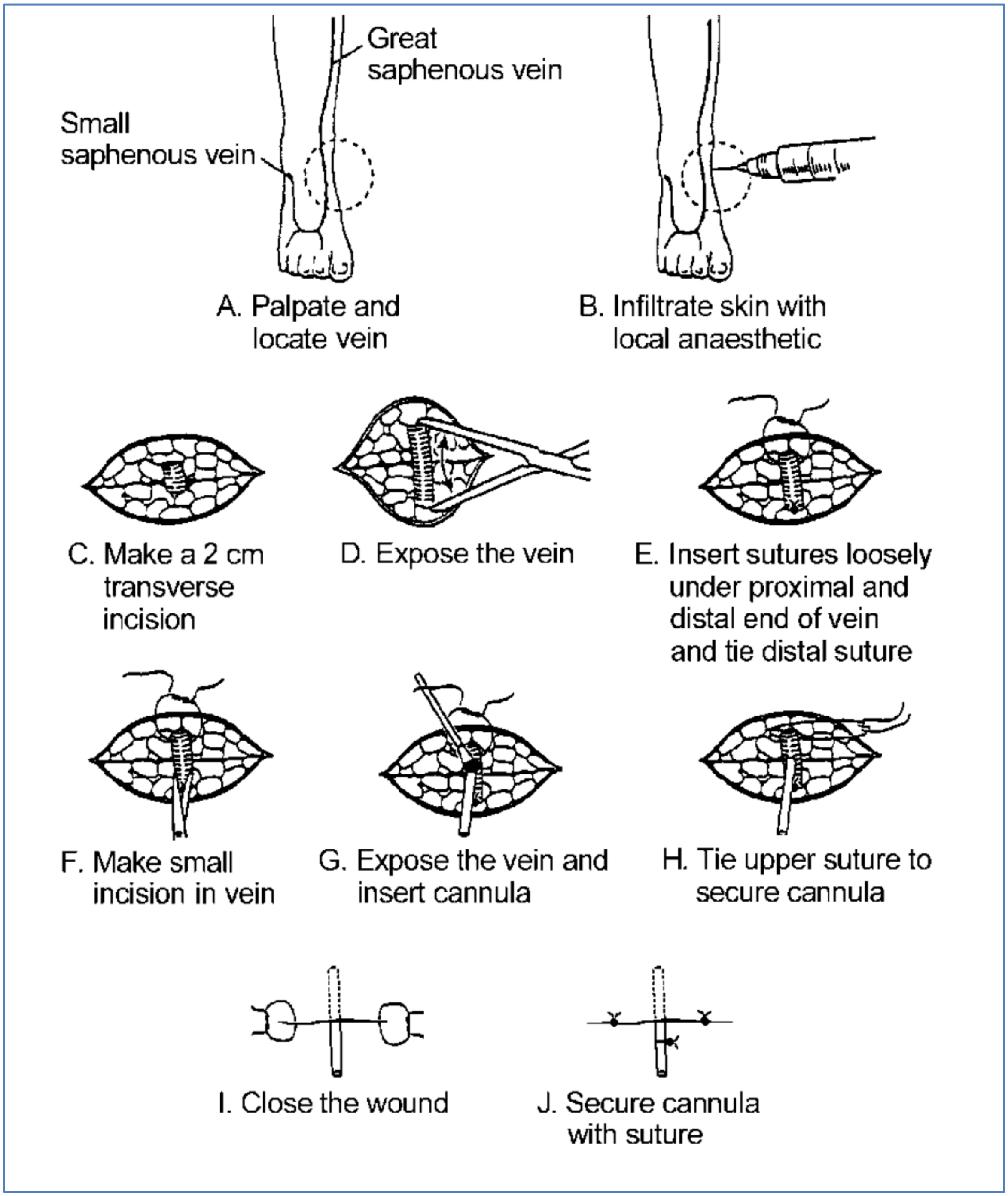
  សំគាល់៖ ចៀសវាងការប្រើសេរ៉ូម ប្លាស្មា ដូចជា dextran ។ មិនមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា ប្លាស្មាប្រសើរជាង Normal saline ក្នុងការជួយសង្គ្រោះស្ត្រីស្តុក ហើយ dextran អាចមានការប្រឈមបើប្រើក្នុងកំរិតច្រើន។
    - ផ្តល់សេរ៉ូមយ៉ាងតិច ២លីត្រក្នុងម៉ោងដំបូង ដែលបរិមាណបង្គ្រប់នេះត្រូវលើសពីបរិមាណឈាមដែលបាត់បង់។

សំគាល់៖ តម្រូវអោយបញ្ចូលដោយល្បឿនលឿនជាងនេះ ចំពោះការគ្រប់គ្រងស្តុកដែលបណ្តាលមកពីការធ្លាក់ឈាម។ គោលបំណងគឺត្រូវផ្តល់២ទៅ៣ដងនៃបរិមាណឈាមដែលបានប៉ាន់ប្រមាណថាបាត់បង់។

មិនត្រូវផ្តល់សេរ៉ូមតាមមាត់ចំពោះស្ត្រីដែលកំពុងតែមានស្តុកទេ

- បើមិនអាចបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃវ៉ែនបាន ត្រូវធ្វើ venous cutdown (រូបខាងក្រោម)
- បន្តតាមដានសញ្ញាជីវិត (រៀងរាល់ 15នាទី)និងការបាត់បង់ឈាម។
- បូមទឹកនោមនិងតាមដានបរិមាណជាតិទឹកចូលនិងទឹកនោម
- ផ្តល់ Oxygen ក្នុងកំរិត 6-8L/mn ដោយម៉ាស់និងទុយោច្រមុះ

ប្រសិនបើមាន សូមស្នៀកខោបន្ថយស្តុកដើម្បីជួយសង្គ្រោះជាបណ្តោះអាសន្នសិនរហូតការគ្រប់គ្រងសមស្របអាចផ្តល់បាន



កំណត់មូលហេតុនិងគ្រប់គ្រងស្តុក

កំណត់រកមូលហេតុស្តុកក្រោយពីស្ថានភាពស្ត្រីបាននឹងន។

- **បើសង្ស័យថាការធ្លាក់ឈាមខ្លាំងគឺជាមូលហេតុនៃស្តុក**
  - អនុវត្តព្រមគ្នាជាមួយនឹងការបញ្ឈប់ការធ្លាក់ឈាម (ឧ.ផ្តល់ឱសថ uterotonic ឈ្លីស្បូន ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរ ការសង្កត់លើសរសៃអាកទែរអាអ័ក ការរៀបចំសម្រាប់ការវះកាត់)។

- បញ្ចូលឈាមឱ្យបានឆាប់បំផុតដើម្បីបង្គ្រប់បរិមាណដែលបានបាត់បង់
- រកមូលហេតុហូរឈាមនិងគ្រប់គ្រង
    - បើធ្លាក់ឈាមកើតមានក្នុងអំឡុង២២សប្តាហ៍ដំបូងនៃគភ៌ សង្ស័យថារលូតកូនឬគភ៌ក្រៅស្បូនឬកូនពង
    - បើធ្លាក់ឈាមកើតមានក្រោយ២២សប្តាហ៍នៃគភ៌ ឬក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះប៉ុន្តែមុនពេលកូនកើត សង្ស័យថាសុកពាំងមាត់ស្បូន ឬរបើកសុក
    - បើធ្លាក់ឈាមកើតមានក្រោយសម្រាល សង្ស័យថារហែកស្បូន ស្បូនមិនកន្ត្រាក់ រហែកផ្លូវទ្វារមាស សល់សុកឬបំណែកនៃសុក។
- វាយតម្លៃស្ថានភាពស្ត្រីដោយមើលពីសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើង។

- **បើសង្ស័យថាការបង្ករោគជាមូលហេតុនៃការធ្លាក់ឈាម**
    - ប្រមូលសំណាកឱ្យបានសមស្រប (ឈាម ទឹកនោម ខ្ទុះ)ដើម្បីបណ្តុះមេរោគបើអាចធ្វើបាន មុនពេលចាប់ផ្តើមប្រើ antibiotic ។
    - ផ្តល់ដល់ស្ត្រីនូវ antibiotic រួមគ្នាដើម្បីប្រឆាំងការបង្ករោគដោយពួក Aerobic និង anaerobic និងបន្តផ្តល់រហូតបាត់ក្តៅខ្លួន៤៨ម៉ោង។
        - Ampicillin 2g IV រៀងរាល់ ៦ម៉ោង
        - រួមនិង gentamicin 5mg/kg IV រៀងរាល់ ២៤ម៉ោង

មិនត្រូវផ្តល់antibiotic តាមមាត់ដល់ស្ត្រីដែលកំពុងស្តុកទេ

- វាយតម្លៃស្ថានភាពស្ត្រីដោយមើលពីសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើង

- **បើសង្ស័យស្តុកដោយសារសារការប៉ះទង្គិច រៀបចំការវះកាត់**

វាយតម្លៃឡើងវិញ

- វាយតម្លៃសញ្ញាឆ្លើយតបនឹងជាតិទឹកដែលបានផ្តល់ក្នុងអំឡុងពេល 30 នាទីដើម្បីកំណត់ថាស្ថានភាពស្ត្រីមានភាពប្រសើរឡើង សញ្ញាទាំងនោះរួមមាន ៖
    - ជីពចរមានលំនឹង (90/mn ឬតិចជាងនេះ)
    - សម្ពាធឈាមកើនឡើង (systolic ≥100mmHg)
    - ស្មារតីប្រសើរឡើង (មិនសូវច្របូកច្របល់ឬឡេះឡះ)
    - បរិមាណទឹកនោមកើនឡើង (≥ 30ml/h)
- បើស្ថានភាពស្ត្រីប្រសើរឡើង
    - កែតម្រូវល្បឿនសេរ៉ូមអោយនៅត្រឹម 1L/6h
    - បន្តគ្រប់គ្រងមូលហេតុនៃស្តុក

- បើស្ថានភាពស្ត្រីមិនប្រសើរឡើងឬមិនមានលំនឹង ផ្តល់ការគ្រប់គ្រងបន្ថែមដូចខាងក្រោម។

ការគ្រប់គ្រងបន្ថែម

- ○ បន្តផ្តល់សេរ៉ូមតាមសរសៃ តែតម្រូវល្បឿនសេរ៉ូមឱ្យនៅត្រឹម 1L/6h និងរក្សា Oxygene 6-8L/mn
- ○ តាមដានស្ថានភាពស្ត្រីឱ្យបានជាប់
- ○ ធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ រួមទាំងការធ្វើតេស្តមើលកំរិត អេម៉ូក្លូប៊ីន (haemoglobine determination) ក្រុមឈាម និង Rh។ បើអាចធ្វើបានត្រូវពិនិត្យឡើងវិញ serum electrolytes, serum creatinine និង blood pH.។

៧-៣ ការបង្ក និងការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល

ពិធីសាស្ត្រនេះអាចធ្វើបានតែនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលអាចធ្វើការវះកាត់យកកូនបានតែប៉ុណ្ណោះ។ ការបង្កនិងការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយយោងទៅតាមល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវផ្សេងៗគ្នា ប៉ុន្តែវិធីសាស្ត្រដូចគ្នា (ទម្រង់ការនេះត្រូវសម្រេចដោយគ្រូពេទ្យ)។

- ការបង្កការឈឺពោះសម្រាល (Induction of Labor) គឺធ្វើឱ្យស្បូនចាប់ផ្តើមកន្ត្រាក់និងឈានទៅដល់ការឈឺពោះសម្រាល
- ការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល(Augmentation of Labor) គឺបង្កើនការកន្ត្រាក់របស់ស្បូនដើម្បីបង្កើនចំនួនដង រយៈពេល និងកម្លាំងកន្ត្រាក់។ ការឈឺពោះសម្រាលពិតប្រាកដគឺស្បូនកន្ត្រាក់ចាប់ពី៣ដងក្នុង១០នាទីហើយម្តងៗមានរយៈពេលលើសពី៤០វិនាទី។

កំណត់សម្គាល់ ៖

- ការបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះរួមនឹងការប្រើOxytocin គួរយកមកពិចារណាក្នុងករណីដែលមានការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយ។
- ត្រូវព្យាយាមរក្សាស្រោមទឹកភ្លោះកុំឱ្យបែកឱ្យបានយូរដែលអាចធ្វើទៅបាន ប្រសិនបើមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឬរលាកថ្លើម ដើម្បីបន្ថយការចម្លងមេរោគពីម្តាយទៅកូន។

៧-៣-១ ការបង្កការឈឺពោះសម្រាល (Induction of labor)

វាយតម្លៃមាត់ស្បូនមុនធ្វើការបង្កការឈឺពោះសម្រាលបានជោគជ័យអាស្រ័យទៅលើល័ក្ខខ័ណ្ឌរបស់មាត់ស្បូននៅពេលចាប់ផ្តើមធ្វើការបង្កការឈឺពោះ។

កំណត់សម្គាល់ ៖ហាមធ្វើចំពោះស្បូនធ្លាប់មានស្នាមរបួសវះកាត់ដើម្បីវាយតម្លៃពីល័ក្ខខ័ណ្ឌមាត់ស្បូន

ត្រូវពិនិត្យមើលមាត់ស្បូនដោយដាក់ពិន្ទុតាមតារាងខាងក្រោម ៖

- បើមាត់ស្បូនអំណោយផល(ពិន្ទុ≥6)ជាទូទៅការបង្កការឈឺពោះសម្រាលបានជោគជ័យដោយប្រើ Oxytocin តែមួយមុខ

- បើមាត់ស្បូនមិនអំណោយផល (ពិន្ទុ ≤5) ត្រូវធ្វើឱ្យមាត់ស្បូនទន់សិន(ripen) ដោយប្រើ prostaglandins ឬ balloon catheter មុននឹងធ្វើការបង្កការឈឺពោះសម្រាល។

តារាងវាយតម្លៃល័ក្ខខ័ណ្ឌនៃមាត់ស្បូនដើម្បីធ្វើការបង្កការឈឺពោះសម្រាល

	ពិន្ទុ			
កត្តា	0	1	2	3
ការបើកមាត់ស្បូន (cm)	បិទ	1-2	3-4	>5
ប្រវែងមាត់ស្បូន (cm)	>4	3-4	1-2	<1
សភាពមាត់ស្បូន	រឹង	ល្មម	ទន់	-
ទីតាំងមាត់ស្បូន	នៅខាងក្រោយ	ពាក់កណ្តាល	នៅពីមុខ	-

OXYTOCIN:

ត្រូវប្រើ Oxytocin ដោយមានការប្រុងប្រយ័ត្នខ្ពស់ ព្រោះវាធ្វើឱ្យទារកចុះខ្សោយ (fetal distress)ដោយសារការបង្កឱ្យមានការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំង (hyper stimulation) និងដោយកម្រអាចបណ្តាលឱ្យរហែកស្បូនជាពិសេសចំពោះស្ត្រីដែលមានកូនច្រើន។

ត្រូវតាមដានស្ត្រីដែលកំពុងទទួល Oxytocin យ៉ាងម៉ត់ចត់

កម្រិតដូស Oxytocin ដែលមានប្រសិទ្ធភាពខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងពីស្ត្រីម្នាក់ទៅស្ត្រីម្នាក់។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នបំផុតក្នុងការផ្តល់ Oxytocin តាមសេរ៉ូម (Dextrose ឬ normal saline) ដោយត្រូវបង្កើនការបញ្ចូលបន្តិចម្តងៗរហូតមានការឈឺពោះសម្រាលល្អ (កន្ត្រាក់៣ដងក្នុង១០នាទីម្តងៗមានរយៈពេលលើសពី៤០វិនាទី)។រក្សាកម្រិតនៃការបញ្ចូលនេះរហូតដល់ការសម្រាលដោយស្បូនត្រូវសម្រាកនៅចន្លោះការកន្ត្រាក់។

បើការផ្តល់ Oxytocinបានផ្តល់លទ្ធផលល្អ ត្រូវរក្សាកម្រិតផ្តល់ដដែលរហូតដល់ការសម្រាល

- តាមដានជីពចរសម្ពាធឈាមការកន្ត្រាក់ស្បូននិងចង្វាក់បេះដូងទារក
- ពិនិត្យឡើងវិញល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ។

ត្រូវប្រាកដថាការបង្កការឈឺពោះសម្រាលនេះមានល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវដែលត្រូវតែធ្វើ ពីព្រោះបរាជ័យនៃការបង្កការឈឺពោះសម្រាល ជាទូទៅត្រូវធ្វើការសម្រាលដោយវះកាត់

កំណត់សម្គាល់ ៖

- ប្រាកដថាបានចាក់សេរ៉ូម និងកំណត់ដំណក់តាមតម្រូវការរួចហើយ
- ទើបបញ្ចូលថ្នាំ Oxytocin ក្នុងសេរ៉ូមជាក្រោយ។

- ត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីគេងផ្អៀងឆ្វេង
- កត់ត្រាចូលក្នុងប៉ាតូក្រាហ្វរៀងរាល់៣០នាទីម្តង ៖
  - ចំនួនដំណក់សេរ៉ូម Oxytocin (ការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពដៃអាចធ្វើឱ្យរំខានដល់ការហូររបស់សេរ៉ូម)
  - រយៈពេលនិងចំនួនដងនៃការកន្ត្រាក់
  - ចង្វាក់បេះដូងទារក ត្រូវស្តាប់រៀងរាល់៣០នាទីម្តងនិងជានិច្ចកាលនៅក្រោយពេលការកន្ត្រាក់នៃស្បូនភ្លាម។ បើចង្វាក់បេះដូងទារកតិចជាង១០០ដងក្នុងមួយនាទីត្រូវបញ្ឈប់ការ បញ្ចូលសេរ៉ូម និងត្រូវគ្រប់គ្រងទារកខ្សោយដោយធ្វើការវះកាត់ភ្លាម។

មិនត្រូវទុកស្ត្រីដែលកំពុងទទួល Oxytocin ឱ្យនៅតែម្នាក់ឯងទេ

- ផ្តល់ Oxytocin 2.5 IUក្នុង 500ml នៃសេរ៉ូម dextrose ឬ normal salineក្នុងល្បឿន10ដំណក់ក្នុង ១នាទី។ កម្រិតនេះប្រហែល 2.5 mIUក្នុង១នាទី។
- បង្កើន១០ដំណក់/នាទីរៀងរាល់៣០នាទីម្តងរហូតការឈឺពោះសម្រាលវិវឌ្ឍន៍ល្អ (កន្ត្រាក់៣ដងក្នុង10នាទីម្តងៗមានរយៈពេលលើសពី 40 វិនាទី)។
- រក្សាកម្រិតល្បឿនសេរ៉ូមនេះ រហូតដល់ការសម្រាលបានចប់សព្វគ្រប់។
- ប្រសិនបើការកន្ត្រាក់លើសពី៥ដងក្នុង10នាទី ឬការកន្ត្រាក់ម្តងៗយូរជាង 60 វិនាទី ត្រូវបញ្ឈប់ការបញ្ចូលសេរ៉ូមនិងធ្វើការគ្រប់គ្រងដូចករណី Hyperstimulation
- បើការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនល្អទោះបីបានផ្តល់ 60ដំណក់ក្នុង១នាទី ៖
  - បង្កើនកំហាប់របស់ Oxytocin ដល់ 5 Units ក្នុងសេរ៉ូម Dextrose ឬ normal saline 500ml និងកែតម្រូវចំនួនដំណក់មក 30ដំណក់ក្នុង១នាទី (15 mIU ក្នុង១នាទី)
  - បង្កើនដំណក់សេរ៉ូម10ដំណក់រៀងរាល់៣០នាទីម្តងរហូតការកន្ត្រាក់ល្អឬច្រើនបំផុតមិនឱ្យលើស60ដំណក់ក្នុង១នាទី។

- ➢ ចំពោះស្ត្រីមានកូនច្រើនដងការធ្វើការបង្កនិងបង្កើនការឈឺពោះត្រូវប្រុងប្រយ័ត្ន
- ➢ ចំពោះស្ត្រីធ្លាប់មានការសម្រាលដោយវះកាត់ពីមុនមិនត្រូវធ្វើការបង្កនិងបង្កើនការឈឺពោះទេ។

- ចំពោះស្ត្រីកូនដំបូង ៖
  - បញ្ចូល Oxytocin ដែលមានកំហាប់ខ្ពស់ (10 IU ក្នុង 500ml) ក្នុងសេរ៉ូមទៅតាមពិធីសារក្នុងតារាងខាងក្រោម
  - បើការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនបានល្អទោះបីកម្រិតអតិបរមាត្រូវបានផ្តល់ត្រូវធ្វើការសម្រាលដោយវះកាត់។

កម្រិតផ្តល់ Oxytocin តាមសេរ៉ូមដើម្បីបង្កការឈឺពោះសម្រាល (1ml = 20 ដំណក់)

ម៉ោងចាប់ពីពេលបង្កការឈឺពោះសម្រាល	កំហាប់ Oxytocin	ដំណក់/នាទី	កម្រិតប្រហាក់ប្រហែល (mIU/minute)	បរិមាណបញ្ចូល(ml)	បរិមាណបញ្ចូលសរុប (ml)
ពេលចាប់ផ្តើម	* 2.5 units ក្នុង 500ml dextrose ឬ normal saline (5(mIU/ml)	10	3	0	0
៣០នាទីក្រោយ	ដូចខាងលើ	20	5	15	15
១ម៉ោងក្រោយ	ដូចខាងលើ	30	8	30	45
១ម៉ោង៣០នាទីក្រោយ	ដូចខាងលើ	40	10	45	90
២ម៉ោងក្រោយ	ដូចខាងលើ	50	13	60	150
២ម៉ោង៣០នាទីក្រោយ	ដូចខាងលើ	60	15	75	225
៣ម៉ោងក្រោយ	5 units ក្នុង 500ml dextrose ឬ normal saline (10mIU/ml)	30	15	90	315
៣ម៉ោងកន្លះក្រោយ	ដូចខាងលើ	40	20	45	360
៤ម៉ោងក្រោយ	ដូចខាងលើ	50	25	60	420
៤ម៉ោងកន្លះក្រោយ	ដូចខាងលើ	60	30	75	495
៥ម៉ោងក្រោយ	10 Units ក្នុង 500ml dextrose ឬ	30	30	90	585

	normal saline (20mIU /ml)				
៥ម៉ោងកន្លះក្រោយ	ដូចខាងលើ	40	40	45	630
៦ម៉ោងក្រោយ	ដូចខាងលើ	50	50	60	690
៦ម៉ោងកន្លះក្រោយ	ដូចខាងលើ	60	60	75	765
៧ម៉ោងក្រោយ	ដូចខាងលើ	60	60	90	855

កំណត់សម្គាល់៖
បូម Oxytocin មួយអំពូល=1ml=10 IUលាយជាមួយសេរ៉ូមឱ្យបាន10ml រួចបាញ់ 2.5ml បញ្ចូលក្នុងសេរ៉ូម

បង្កើនល្បឿន Oxytocin ទៅដល់កម្រិតប៉ុន្តែនៅពេលណាដែលធ្វើឱ្យមានការកន្ត្រាក់ស្បូនល្អហើយ ត្រូវរក្សាកម្រិតការបញ្ចូលនេះ។

បង្កើនល្បឿនលឿនចំពោះតែស្ត្រីកូនដំបូង ៖ កម្រិតបញ្ចូល Oxytocin សម្រាប់បង្កការឈឺពោះសម្រាល

ម៉ោងចាប់ពី ពេលបង្កការ ឈឺពោះសម្រាល (ម៉ោង)	កំហាប់ Oxytocin	ចំនួនដំណក់/នាទី	កម្រិតប្រហាក់ប្រហែល (mIU/minute)	បរិមាណបញ្ចូល	បរិមាណ បញ្ចូលសរុប
ពេលចាប់ផ្តើម	2.5 units ក្នុង 500ml dextrose ឬ normal saline (5mIU/ml)	15	4	0	0
៣០នាទីក្រោយ	ដូចខាងលើ	30	8	23	23
១ម៉ោងក្រោយ	ដូចខាងលើ	45	11	45	68
១ម៉ោង៣០នាទីក្រោយ	ដូចខាងលើ	60	15	68	135

២ម៉ោងក្រោយ	5 units ក្នុង 500ml dextrose ឬ normal saline (10mIU/ml)	30	15	90	225
២ម៉ោង៣០នាទីក្រោយ	ដូចខាងលើ	45	23	45	270
៣ម៉ោងក្រោយ	ដូចខាងលើ	60	30	68	338
៣ម៉ោង៣០នាទីក្រោយ	10 units ក្នុង 500ml dextrose ឬ normal saline (20mIU/ml)	30	30	90	428
៤ម៉ោងក្រោយ	ដូចខាងលើ	45	45	45	473
៤ម៉ោង៣០នាទីក្រោយ	ដូចខាងលើ	60	60	68	540
៥ម៉ោងក្រោយ	ដូចខាងលើ	60	60	90	630

កំណត់សម្គាល់៖ ល្បឿនសេរ៉ូមត្រូវបានគណនាដោយគិតចំនួន 20 តំណក់ស្មើនឹង1ml ។

Prostaglandin E2:

Prostaglandin មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ក្នុងការធ្វើឱ្យមាត់ស្បូនទន់ល្អ (Cervical Ripening) ក្នុងពេលបង្កការឈឺពោះសម្រាល។

- តាមដានជីពចរស្ត្រី សម្ពាធឈាមការកន្ត្រាក់ស្បូននិងចង្វាក់បេះដូងទារក។
- កត់ត្រាក្នុងប៉ាតូក្រាហ្វ
- ពិនិត្យឡើងវិញលក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ

➤ Prostaglandin E2 (PGE2): Dinoprostone មានច្រើនទម្រង់(3mg Vagina Pessary or 2-3mg Vagina Gel or 3mg Tablet) ។ ដាក់Prostaglandin ជ្រៅទៅក្នុងទ្វារមាសរហូតដល់ខាង ក្រោយមាត់ស្បូន (Posterior Fornix) និងអាចដាក់ម្តងទៀតក្រោយ៦ម៉ោងបើចាំបាច់។

តាមដានការកន្ត្រាក់ស្បូននិងចង្វាក់បេះដូងទារកគ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ដែលកំពុងទទួលការបង្កការឈឺពោះសម្រាល

- បញ្ឈប់ការផ្តល់ Prostaglandin និងចាប់ផ្តើម Oxytocin ប្រសិនបើ ៖
    - មាត់ស្បូនទន់ (cervical ripening)

- ការឈឺពោះសម្រាលល្អ
- បែកស្រោមទឹកភ្លោះ
- 12 ម៉ោងបានកន្លងផុត។

FOLEY/ BALLOON CATHETER :

មធ្យោបាយប្រើ Foley/Balloon catheterតែឯង ឬក៏រួមជាមួយ Oxytocin គឺជាមធ្យោបាយមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការបង្កឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាល ប្រសិនបើមធ្យោបាយដោយ Prostaglandin E2មិនត្រូវបានប្រើ ឬមិនមានល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ។ បើប្រៀបធៀបនឹង Prostaglandin E2 មធ្យោបាយប្រើ Balloon catheter មិនសូវមានហានិភ័យនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំង ឬក៏រហែកស្បូន។ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាត្រូវចៀសវាងប្រើចំពោះស្ត្រីដែលមានរលាកមាត់ស្បូននិងទ្វារមាស។

បើមានប្រវត្តិធ្លាក់ឈាមឬស្រោមទឹកភ្លោះបានបែកឬមានបង្ករោគនៅទ្វារមាស ចូរកុំប្រើ balloon Catheter

- ពិនិត្យឡើងវិញល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ
- ដាក់ Speculum ស្តេរីលចូលក្នុងទ្វារមាសថ្នមៗ
- ចាប់Cathetherដោយដង្កៀបស្តេរីលរួចបញ្ចូលតាមមាត់ស្បូន។ត្រូវប្រាកដថាថង់សម្រាប់បំប៉ោងដែលនៅចុងរបស់ Cathether ស្ថិតចូលផុតពីរន្ធខាងក្នុងនៃមាត់ស្បូន
- បំប៉ោងថង់ដោយទឹកចំណុះ 30-50ml យោងតាមទំហំនៃ balloon
- ទាញសន្ទឹងCatheter ហើយបិតបង់ស្អិតលើCatheter ជាប់គល់ភ្លៅ
- រក្សា Catheter ឱ្យនៅកន្លែងដដែលរហូតមានការកន្ត្រាក់ស្បូនឬយ៉ាងហោចណាស់១២ម៉ោង
- ការផ្តល់ Oxytocin ក្នុងសេរ៉ូម អាចចាប់ផ្តើមនៅពេលដែល Balloon catheterដាក់បាន១២ម៉ោងហើយជ្រុះ ឬមិនទាន់ជ្រុះ ឬបន្ទាប់ពីដក catheter ចេញរួច។

៧-៣-២ ការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល (Augmentation of labor)

ទម្រង់ការនេះសម្រាប់ពន្លឿននៃការឈឺពោះដើម្បីការពារផលវិបាកផ្សេងៗដែលអាចកើតមានទាក់ទងនឹងការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយនិងបញ្ចៀសការសម្រាលដោយវះកាត់។

ពិនិត្យឡើងវិញល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖

- ឈឺពោះអូសបន្លាយដោយការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនមានប្រសិទ្ធភាព
- ជាការឈឺពោះសម្រាលពិតប្រាកដ
- គ្មានសញ្ញាវិសមមាត្ររវាងក្បាលកូននិងអាងត្រគាកម្តាយ។

ការអនុវត្តខាងក្រោមនេះ មិនត្រូវបានណែនាំ ៖

- គ្រប់គ្រងសកម្មការឈឺពោះសម្រាល ដើម្បីបង្ការការឈឺពោះអូសបន្លាយ

- ឆាប់ចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ និងឆាប់ផ្តល់ Oxytocin បង្កើនការឈឺពោះសម្រាល ដើម្បីបង្ការការឈឺពោះអូសបន្លាយ
- ការផ្តល់ Oxytocin ដើម្បីបង្ការការឈឺពោះអូសបន្លាយចំពោះស្រ្តីដែលទទួល epidural analgesia
- ការចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះតែឯង ដើម្បីបង្ការការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយ
- ការប្រើ antispasmodic ដើម្បីបង្ការការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយ
- ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ដើម្បីបង្ការការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយនិងកាត់បន្ថយការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល
- ការចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃដើម្បីកាត់បន្ថយរយៈពេលឈឺពោះសម្រាល (អាចបណ្តាលឱ្យស្រ្តីលើសជាតិទឹក) និង
- ការប្រើសារធាតុបញ្ចូលក្នុងរន្ធគូថដើម្បីបញ្ចេញលាមក (enema) ក្នុងគោលបំណងកាត់បន្ថយការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល។

ការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើ Oxytocin (Augmentation of labor with Oxytocin)

- ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល
- ពិនិត្យឡើងវិញពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ
- ពន្យល់ស្រ្តីពីទម្រង់ការដែលនឹងត្រូវធ្វើនិងការយល់ព្រមរបស់ស្រ្តី
- ចាក់បញ្ចូល Oxytocin តាមសេរ៉ូមដូចក្នុងកំណត់សម្គាល់ដែលបានរៀបរាប់ក្នុងការបង្កការឈឺពោះសម្រាល ប៉ុន្តែមិនត្រូវបង្កើនល្បឿននៃការឈឺពោះសម្រាលឱ្យលឿនពេកទេ។

កំណត់សម្គាល់៖

- ពិចារណាពីការចោះស្រោមទឹកភ្លោះព្រមគ្នាជាមួយនឹងប្រើថ្នាំ Oxytocin ដំណាក់ដើម្បីពន្លឿនការ
- ឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយ។ ប្រសិនបើមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងឬរលាកថ្លើមត្រូវព្យាយាមរក្សាស្រោមទឹកភ្លោះកុំឆាប់បំបែកព្រោះដើម្បីបន្ថយការចម្លងមេរោគពីម្តាយទៅកូន។

៧-៣-៣ ការចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ

ការចោះស្រោមទឹកភ្លោះតែឯងមិនត្រូវបានណែនាំឱ្យអនុវត្តក្នុងករណីបង្កឱ្យឈឺពោះឬដើម្បីព្យាបាលការឈឺពោះអូសបន្លាយ។

- ពិនិត្យឡើងវិញអំពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖
    - ប្រសិនបើស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក ពិចារណាការបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះដើម្បីបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយធ្វើរួមគ្នាជាមួយការផ្តល់ Oxytocin ក្នុងល្បាយសេរ៉ូម

- ស្បូនកន្ត្រាក់ល្អតែមាត់ស្បូនបើកមិនបានល្អប្រសើរ
- មាត់ស្បូនបើកអស់ប៉ុន្តែក្បាលកូនចុះមិនល្អ
- ការប្រើ Oxytocin មិនសូវមានប្រសិទ្ធភាព

- ពន្យល់ស្ត្រីពីទម្រង់ការដែលនឹងត្រូវធ្វើនិងការយល់ព្រមរបស់ស្ត្រី
- ស្តាប់និងកត់ត្រាចង្វាក់បេះដូងទារក
- ឱ្យស្ត្រីដេកផ្ងារ បញ្ឈរជង្គង់និងកន្ទែកជើង
- ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល ប្រើដៃម្ខាងដើម្បីពិនិត្យមាត់ស្បូននិងសម្គាល់អំពីសភាព ទីតាំង ការរួញខ្លី និងការបើកនៃមាត់ស្បូន
- ប្រើដៃម្ខាងទៀតស៊កបញ្ចូលដង្កៀប Kocher ទៅក្នុងទ្វារមាស
- រុញដង្កៀបសំដៅទៅស្រោមទឹកភ្លោះតាមបណ្តោយម្រាមដៃដែលបានស៊កក្នុងទ្វារមាស
- ដាក់ម្រាមដៃពីរទល់នឹងស្រោមទឹកភ្លោះបន្ទាប់មកបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះថ្នមៗ ដោយដង្កៀបដែលកាន់នៅក្នុងដៃម្ខាងទៀតនៅពេលស្បូនមិនកន្ត្រាក់ដើម្បីបង្ការការចេញទឹកភ្លោះខ្លាំង ទុកឱ្យទឹកភ្លោះហូរចេញមកយឺតៗតាមចន្លោះម្រាមដៃ
- សម្គាល់ពណ៌របស់ទឹកភ្លោះ(ពណ៌បៃតងថ្លាឬមានលាយឈាម)បើមានលាមកព្រៃខាប់ ត្រូវ សង្ស័យថាទារកខ្សោយ
- ក្រោយពីបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូននៅក្រោយការកន្ត្រាក់ស្បូនម្តងៗ
- ដើម្បីវាយតម្លៃសភាពទារក។បើចង្វាក់បេះដូងកូនមិនធម្មតាតិចជាង១០០ឬលើសពី១៨០ដង/នាទីត្រូវសង្ស័យថាទារកខ្សោយ (Distress) ត្រៀមអន្តរាគមន៍
- បើស្រោមទឹកភ្លោះបានបែកលើសពី១៨ម៉ោងឬមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងទឹកភ្លោះត្រូវផ្តល់antibiotic ដូចរៀបរាប់ខាងលើ ។

ស្បូនរំញោចខ្លាំងក្នុងពេលធ្វើការបង្កនិងបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល

បើមានការរំញោចខ្លាំងកើតមានឡើង(ការកន្ត្រាក់មានរយៈពេលលើសពី 60 វិនាទី) ឬកន្ត្រាក់លើសពី 5ដងក្នុង10 នាទី ៖

- បញ្ឈប់ការបញ្ចូលសេរ៉ូម
- នៅជាមួយស្ត្រីរហូតដល់សកម្មភាពស្បូនត្រលប់មកធម្មតាវិញ
- ដាក់ស្ត្រីអោយគេងផ្អៀងខាងឆ្វេង
- វាយតម្លៃចង្វាក់បេះដូងទារក៖
    - បើចង្វាក់បេះដូងទារកធម្មតា (ចន្លោះ១០០និង១៨០/នាទី) សង្កេតមើលភាពប្រសើរឡើងនៃសកម្មភាពស្បូននិងតាមដានចង្វាក់បេះដូងទារក។

- ○ បើចង្វាក់បេះដូងទារកមិនធម្មតា (តិចជាង១០០និងលើសពី១៨០/នាទី) គ្រប់គ្រងទារកចុះខ្សោយ និងធ្វើអោយស្បូនសម្រាកដោយប្រើ betamimetics: terbutaline 250 mcg ចាក់សរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី ឬ salbutamol10mgដាក់ក្នុងសេរ៉ូម normal saline or ringer's lactate ១លីត្រ ក្នុងល្បឿន ១០ដំណក់/នាទី។

សម្គាល់ ៖ Betamimetics មិនគួរប្រើ ចំពោះស្ត្រីដែលមានជំងឺបេះដូង។ បើស្ត្រីមានជំងឺបេះដូងឬ មិនអាចរក betamimeticsបាន អាចប្រើពពួក non-betamimetics ដូចជា nifedipine 20mg គ្រាប់បាន។

- សង្កេតមើលភាពប្រសើរឡើងនៃសកម្មភាពស្បូន និងតាមដានចង្វាក់បេះដូងទារក
  - ○ បើមិនត្រឡប់មកធម្មតាក្នុងអំឡុង ២០នាទី ហើយមិនទាន់បានផ្តល់ betamimetics ធ្វើឱ្យស្បូនសម្រាកដោយប្រើ betamimetics (សូមមើលខាងលើ)
  - ○ បើចង្វាក់បេះដូងទារកមានភាពប្រសើរ ឬធម្មតានិងសកម្មភាពស្បូនត្រឡប់មកធម្មតាវិញបានយ៉ាងតិចរយៈពេល ៣០នាទី ចាប់ផ្តើមចាក់បញ្ចូល oxytocin តាមសេរ៉ូមយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន។

៧-៤ ការកាត់ទ្វារមាសនិងការដេរឡើងវិញ

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖

ការកាត់ទ្វារមាសមិនគួរធ្វើជាទម្លាប់រាល់ពេលបង្កើតកូននោះទេ ប៉ុន្តែគួរធ្វើតែក្នុងករណី ៖

- ការសម្រាលលំបាក (ទំរង់ហុចគូថ ការជាប់ស្មា ការសម្រាលដោយប្រើឧបករណ៍ជំនួយ)
- មានស្នាមក្រិនដោយដាច់រហែកពីលើកមុនកម្រិតទី៣ ឬទី៤
- ទារកក្នុងផ្ទៃចុះខ្សោយនៅពេលម្តាយប្រឹងបញ្ចេញកូន

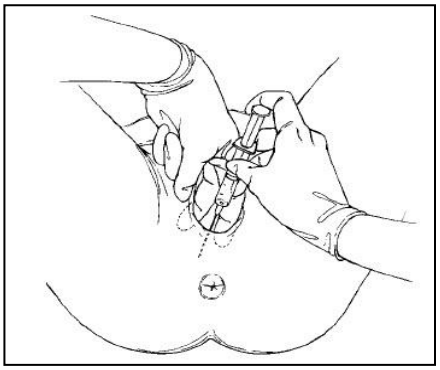
ចំណាំ ៖ គ្រប់ស្ត្រីកូនដំបូងមិនមែនសុទ្ធតែជាគោលដៅនៃការកាត់ទ្វារមាសទេ

ការកាត់ទ្វារមាស ៖

- ប្រាប់ស្ត្រីពីវត្ថុបំណងនិងទម្រង់ការដែលនឹងត្រូវធ្វើ
- អនុវត្តគោលការណ៍ថៃទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)លាងប៉េរីណេដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
- ចាក់ថ្នាំស្ពឹក lidocaine ត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានប្រតិកម្មជាមួយ lidocaine ឬពពួកថ្នាំស្ពឹកណាមួយ
- ចាក់បញ្ចូលក្រោមភ្នាសរបស់យោនីក្រោមស្បែករបស់ប៉េរីណេនិងចាក់យ៉ាងជ្រៅទៅក្នុងសាច់ដុំរបស់ប៉េរីណេនូវសូលុយស្យុង lidocaine 2% ប្រមាណ 10CC ។

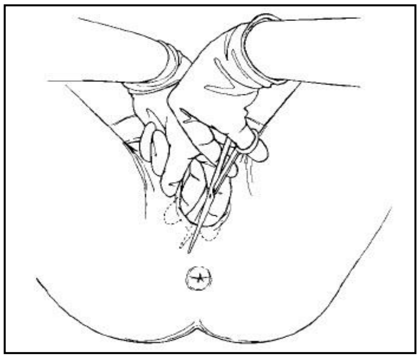
កំណត់សម្គាល់ ៖ មុននឹងបាញ់ថ្នាំស្ពឹកបញ្ចូលត្រូវប្រាកដថាគ្មានប៉ះសរសៃឈាមដោយត្រូវបឺតចេញ (ដកពីស្តុងថយ) ប្រសិនបើមានឈាមក្នុងស៊ីរ៉ាំងពេលបឺតចេញត្រូវដកម្ជុលចេញ។ រកទីតាំងដោយប្រុងប្រយ័ត្នហើយសាកល្បងចាក់ម្តងទៀត។កុំបាញ់ថ្នាំបញ្ចូលប្រសិនបើបូមបានឈាម (ស្រ្តីអាចប្រកាច់និងស្លាប់ប្រសិនបើចាក់ Lidocaine ក្នុងសរសៃឈាម)។

- ក្រោយពីបានចាក់ (set of injections) ត្រូវរង់ចាំ២នាទីបន្ទាប់មកយកដង្កៀបចាប់ច្បិចកន្លែង ដែលចាក់ថ្នាំស្ពឹកប្រសិនបើស្ត្រីនៅដឹងឈឺត្រូវរង់ចាំ២នាទីទៀតហើយសាកចាប់ច្បិចមើលម្តងទៀត។
- មុននឹងកាត់ទ្វារមាសត្រូវរង់ចាំរហូតដល់ប៉េរីណេឡើងស្តើងនិងឃើញរង្វង់ទ្វារមាសចំហ 3-4 cm ពេលស្បូនកន្ត្រាក់។



ការចាក់ថ្នាំស្ពឹកលើសាច់ប៉េរីណេ

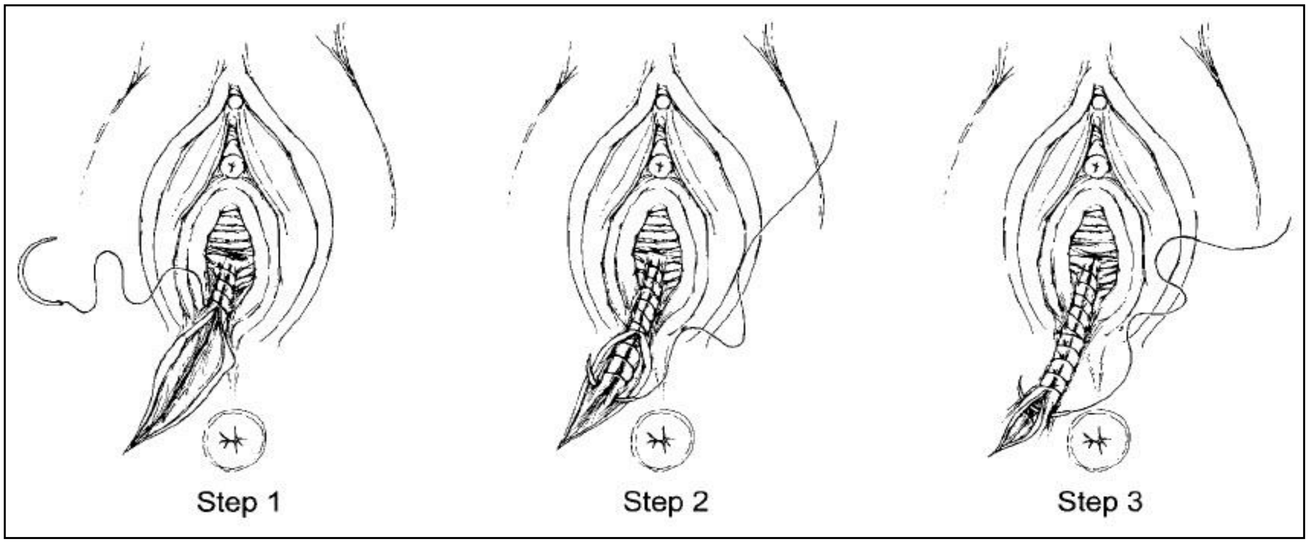
- លូកម្រាមដៃពីរដោយពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលចូលក្នុងទ្វារមាស នៅចន្លោះក្បាលកូននិងប៉េរីណេ
- ប្រើកន្ត្រៃកាត់បេរីណេ 3-4 cm ទៅតាមទិសពីកណ្តាលទៅចំហៀង (Mediolateral) ឆ្វេងឬស្តាំ
- ទប់ក្បាលនិងស្មាកូនពេលដែលកំពុងរំកិលចេញត្រូវប្រាកដថាស្មាបានបង្វិលមកចំបន្ទាត់ពុះកណ្តាលដើម្បីការពារការរហែកបន្តនៃទ្វារមាសដែលបានកាត់
- ពិនិត្យឱ្យហ្មត់ចត់ពីការរហែកទ្វារមាស ប៉េរីណេនិងមាត់ស្បូនឬការរហែកបន្តពីការកាត់ទ្វារមាស។



កាត់ទ្វារមាសដោយលូកម្រាមដៃ២ដើម្បីការពារក្បាលកូន

ការដេរទ្វារមាសដែលបានកាត់

- លាងសម្អាតជុំវិញកន្លែងដែលធ្វើការកាត់ទ្វារមាស ដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
- ប្រសិនបើការកាត់ទ្វារមានការដាច់រហែកបន្តរហូតដល់ក្រសាល់គូថឬដល់ភ្នាសនៃចុងពោះវៀនត្រូវដេរដូចជាការដេរនៃការរហែកកម្រិតទី៣ឬទី៤ ដែរ
- ដេរភ្នាសទ្វារមាសដោយប្រើថ្នេរបន្ត (ចេសលេខ 2-0) ៖
  ចាប់ផ្តើមដេរ 1cm ពីខាងលើចុងរបួសនៃការកាត់ទ្វារមាស បន្តការដេររហូតមកដល់មាត់ទ្វារមាស
- មកដល់មាត់ទ្វារមាសចងភ្ជាប់គ្នារវាងគែមទាំងពីរនៃទ្វារមាសដែលបានកាត់
- ចាក់ម្ជុលដេរពីក្រោមមាត់ទ្វារមាសនិងបញ្ចេញម្ជុលតាមមុខរបួសហើយចង
- ដេរសាច់ដុំប៉េរីណេដោយចេស Vicryl ឬ Catgut 2-0
- ដេរបិទស្បែកដោយប្រើចេស Vicryl ឬ Catgut 2-0



ការដេរទ្វារមាសដែលកាត់

ការថែទាំបន្ត ៖

- លាងសម្អាតប៉េរីណេជាមួយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
- ប្រើស្បៃស្ងួតផ្តិតលើទ្វារមាសនិងប៉េរីណេ
- ដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពផាសុកភាព
- ពន្យល់ស្ត្រីពីរបៀបថែទាំមុខរបួស ៖
  - លាងដោយទឹកស្អាតលើប៉េរីណេក្រោយបត់ជើងតូច
  - លាងដោយទឹកសាប៊ូនិងលាងសម្អាតលើប៉េរីណេក្រោយបន្ទោរបង់លាមក

- ឧស្សាហ៍ប្តូរស្បៃឬសំឡីអនាម័យដែលទ្រាប់លើប៉េរីណេឱ្យបានញឹកញាប់ ដោយប្រាកដថាកន្លែងដេរស្ងួត។

៧-៥ ការពិនិត្យមាត់ស្បូននិងទ្វារមាស

ពិនិត្យមើលល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖

ក្រោយសម្រាលភ្លាម ការធ្លាក់ឈាមនៅតែបន្តទោះបីមានការកន្ត្រាក់ស្បូនបានល្អក៏ដោយ។

ទម្រង់ការ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍ថៃទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រស្ត្រី
- ប្រាកដថាមានភ្លើងបញ្ចាំងសម្រាប់មើលច្បាស់
- ប្រើចំពុះទាលេខធំ ដើម្បីពិនិត្យមើលការដាច់រហែកមាត់ស្បូន ជញ្ជាំងទ្វារមាស ប៉េរីណេនិងពកដុំឈាម (hematomas)
- ការហូរឈាមចេញពីទ្វារមាសឬពីមាត់ស្បូនរហែកអាចរកឃើញដោយការហូរឈាមចេញតិចៗប៉ុន្តែបន្តជាប់រហូតឬដោយមានឈាមបាញ់ចេញពីសរសៃអាទែរ
- បន្ទាប់មករកអ្នកជំនួយការម្នាក់ដើម្បីសង្កត់ថ្នមៗលើកំពូលស្បូនស្ត្រីដើម្បីធ្វើឱ្យមាត់ស្បូនលូនចុះទៅក្នុងទ្វារមាសដែលអាចឱ្យយើងពិនិត្យបានល្អិតល្អន់ពីការដាច់រហែក។
- ប្រសិនបើយើងមិនអាចមើលឃើញមាត់ស្បូនទាំងមូលឬក៏យើងមើលឃើញតែការហូរឈាមឬការរហែកនៅលើមាត់ស្បូនយើងយកដង្កៀបរាងបេះដូងគាបឱ្យពេញផ្នែករង្វង់មូលទាំងអស់របស់ដង្កៀបនៅលើមាត់ស្បូនផ្នែកខាងមុខនិងទាញថ្នមៗតម្រង់មកខ្លួនយើង។
- ពិនិត្យឱ្យល្អិតល្អន់គ្រប់ជ្រុងទាំងអស់នៃមាត់ស្បូន។ការរហែកនៃមាត់ស្បូនភាគច្រើននៅកន្លែងលេខ៣ឬលេខ៩នៃនាឡិកា (ពាក់កណ្តាលខាងឆ្វេង ពាក់កណ្តាលខាងស្តាំ)។
- វាយតម្លៃនិងដេរកន្លែងរហែកប្រសិនបើចាំបាច់ការរហែកដែលមានហូរឈាមមិនបាច់ចាំបាច់ត្រូវដេរថែមទៀត។

៧-៦ ការដេរទ្វារមាសឬប៉េរីណេរហែក

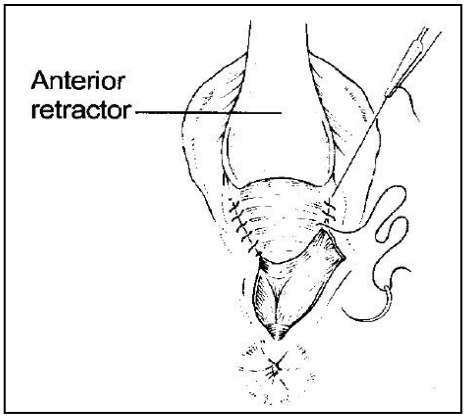
ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖

- រហែកកម្រិត១គឺការដាច់សាច់ភ្នាសរបស់ទ្វារមាសនិងស្រទាប់ជាលិកាដែលជាប់វា
- រហែកកម្រិត២ជាការដាច់សាច់ភ្នាសរបស់ទ្វារមាសនិងស្រទាប់ជាលិកាដែលជាប់វារហូតដល់សាច់ដុំស្រទាប់ក្រោម
- រហែកកម្រិត៣គឺការដាច់រហូតដល់ក្រសាល់គូថ
- រហែកកម្រិត៤គឺការដាច់រហូតដល់ភ្នាសនៃចុងពោះវៀនធំ។

ទម្រង់ការ ៖

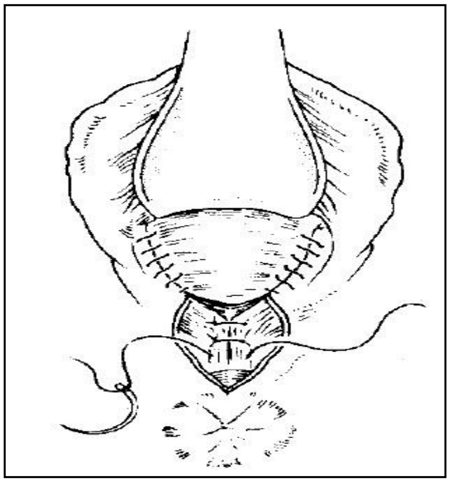
ការដេរការរហែកប៉េរីណេកម្រិតទី១និងទី២ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រស្ត្រី
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់សម្រាប់ត្រួតពិនិត្យថា ស្បូនមានការកន្ត្រាក់ល្អ
- ពិនិត្យទ្វារមាស ប៉េរីណេនិងមាត់ស្បូន ឱ្យបានហ្មត់ចត់
- លាងសម្អាតជុំវិញកន្លែងដែលរហែកដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
- ប្រាកដថាស្ត្រីមិនមានប្រតិកម្មជាមួយ Lidocaine ឬ ពពួកថ្នាំស្ពឹកឯទៀត
- បាញ់ថ្នាំបញ្ចូលក្រោមភ្នាសរបស់ទ្វារមាសក្រោមស្បែករបស់ប៉េរីណេនិងចាក់យ៉ាងជ្រៅទៅក្នុងសាច់ដុំរបស់ ប៉េរីណេជាមួយ Lidocaine 2% ចំនួន 10ml
- បឺត (ដកពីស្តុងរបស់ស៊ីរ៉ាំងថយក្រោយ) ដើម្បីបញ្ជាក់ការចាក់នេះមិនចូលសរសៃឈាមទេ
- ប្រសិនបើមានឈាមក្នុងស៊ីរ៉ាំងពេលបឺតត្រូវដកម្ជុលចេញរកទីតាំងថ្មីដោយប្រុងប្រយ័ត្នហើយសាកល្បងចាក់ម្តងទៀត។ កុំបាញ់ថ្នាំបញ្ចូល ប្រសិនបើបូមបានឈាម
- ក្រោយពីការចាក់រួច (set of injections)មកត្រូវរង់ចាំ2នាទីបន្ទាប់មកយកដង្កៀបចាប់ច្បិចកន្លែងដែលចាក់ថ្នាំស្ពឹក។ប្រសិនបើស្ត្រីនៅដឹងឈឺត្រូវរង់ចាំ2នាទីទៀតហើយអនុវត្តការធ្វើតេស្តដូចនេះម្តងទៀត
- ដេរភ្នាសរបស់ទ្វារមាសដោយប្រើថ្នេរជាប់ ដោយចេស Vicryl ឬ Catgut លេខ 2-0
- ចាប់ផ្តើមដេរភ្ជិតប្រហែល1cm ពីខាងលើស្នាមរហែកនិងបន្តការដេរភ្ជិតកន្លែងរហែករបស់ទ្វារមាស
- នៅមាត់ទ្វារមាសត្រូវចាប់យកគែមទាំងសងខាងនៃមុខរបួស
- ប្រើម្ជុលចាក់ពីក្រោមមាត់ទ្វារមាស ហើយហូតចេញតាមកន្លែងដែលប៉េរីណេរហែករួចចង



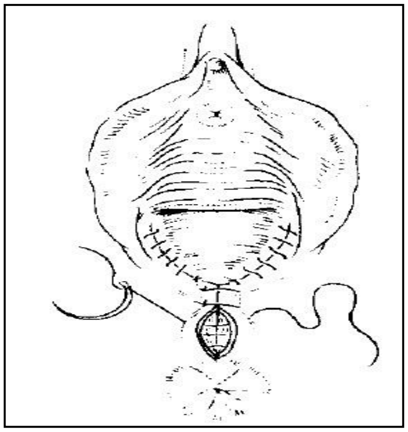
ការដេរសាច់ភ្នាសរបស់ទ្វារមាស (vaginal mucosa)

- ការដេរស្រទាប់សាច់ដុំរបស់ប៉េរីណេ ត្រូវប្រើថ្នេរដាច់ដោយចេស Vicryl ឬ Catgut លេខ 2-0 ។ ប្រសិនបើការរហែកនោះវាជ្រៅពេក ត្រូវដេរស្រទាប់ទី២ទៀតដើម្បីឱ្យជិតកន្លែងចំហ



ការដេរសាច់ដុំប៉េរីណេ

- ដេរស្បែកដោយប្រើថ្នេរដាច់បើដេរចាក់ក្រោមស្បែកត្រូវប្រើចេស Vicryl ឬ Catgut លេខ 2-0 ដោយផ្តើមពីមាត់ទ្វារមាស
- បើការរហែកនោះជ្រៅត្រូវលូកពិនិត្យរន្ធលាមកដើម្បីបញ្ជាក់ថាគ្មានចំណងណាមួយដេរជាប់ចុងពោះវៀនធំទេ។



ការដេរស្រទាប់ស្បែកក្រៅ

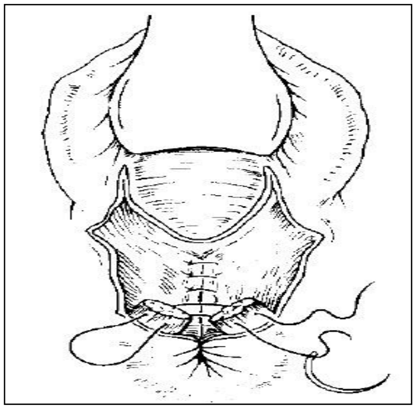
ការដេរ ការរហែកប៉េរីណេកម្រិតទី៣និងទី៤ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)

- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រស្រ្តី
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់ដើម្បីពិនិត្យថាស្បូនមានការកន្រ្តាក់ល្អ
- ពិនិត្យទ្វារមាស ប៉េរីណេនិងមាត់ស្បូនឱ្យបានហ្មត់ចត់
- ត្រូវពិនិត្យរកការរហែកក្រសាល់គូថ ៖
    - ពាក់ស្រោមដៃហើយលូកដោយម្រាមមួយចូលទៅក្នុងរន្ធគូថហើយលើកឡើងបន្តិចដើម្បីបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់ក្រសាល់គូថឬការខូចខាតរបស់វា
    - ស្ទាបផ្ទៃរបស់ចុងពោះវៀនធំ ហើយពិនិត្យដោយយកចិត្តទុកដាក់ដើម្បីរកកន្លែងរហែក
- ប្តូរស្រោមដៃស្តេរីលជាថ្មី
- លាងសម្អាតដោយសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគជុំវិញកន្លែងរហែក
- ប្រាកដថាស្រ្តីគ្មានប្រតិកម្មជាមួយ lidocaine ឬពពួកថ្នាំស្ពឹកឯទៀត
- បាញ់ថ្នាំស្ពឹកបញ្ចូលក្រោមភ្នាសរបស់ទ្វារមាសពីក្រោមស្បែករបស់ប៉េរីណេនិងចាក់យ៉ាងជ្រៅ
- ចូលទៅក្នុងសាច់ដុំរបស់ប៉េរីណេដោយសូលុយស្យុង lidocaine 2% ប្រមាណ 10 ml
- បឺតស៊ីរ៉ាំង (ដកពីស្តុងថយបន្តិច) ដើម្បីបញ្ជាក់ថាគ្មានចាក់ចំសរសៃឈាម
- ប្រសិនបើពេលបឺតមានឈាមចូលក្នុងស៊ីរ៉ាំង កុំបាញ់ថ្នាំបញ្ចូលត្រូវដកម្ជុលចេញប្រសិនបើ lidocaine បានចាក់ចូលក្នុងសរសៃឈាមត្រូវរកទីតាំងថ្មីដោយប្រុងប្រយ័ត្នហើយសាកល្បងចាក់ម្តងទៀត
- ក្រោយពីបានចាក់ត្រូវរង់ចាំ 2នាទីទ្នាប់មកយកដង្កៀបចាប់ច្បិចកន្លែងដែលចាក់ថ្នាំស្ពឹក។ ប្រសិនបើស្រ្តី នៅដឹងឈឺរង់ចាំ2នាទីទៀត ហើយអនុវត្តការធ្វើតេស្តដូចនេះម្តងទៀត
- ដេរចុងពោះវៀនធំដោយប្រើចេស 3-0 ឬ 4-0 ដោយថ្នេរដាច់ ឃ្លាតគ្នាប្រមាណ 0.5 cm ដើម្បីផ្គុំភ្នាសរបស់វាឡើងវិញ។

កំណត់សម្គាល់ ៖ ត្រូវដេរត្រឹមតែសាច់ដុំបានហើយ(កុំដេរក្តោបយកទាំងភ្នាសជាមួយគ្នា)។

- គ្របស្រទាប់សាច់ដុំដោយដេរភ្ជិតស្រទាប់យាវជាថ្នេរដាច់ៗ
- ជូតកន្លែងដេរដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិកឱ្យបានញឹកញាប់ការដេរសាច់ដុំជញ្ជាំងរបស់ចុងពោះវៀនធំ
- ប្រសិនបើក្រសាល់គូថរហែក ចាប់គែមនីមួយៗរបស់ក្រសាល់គូថ ដោយដង្កៀប Allis (ក្រសាល់គូថរួញចូលគ្នាពេលវារហែក)។ ក្រសាល់គូថមាំនិងមិនងាយរហែកទេពេលយើងទាញវាដោយដង្កៀប
- ដេរក្រសាល់គូថដោយចេស Vicryl ឬ Catgut លេខ2-0 តែ២ ឬក៏៣ថ្នេរដាច់។



ការដេរក្រសាល់គូថ

- លាងដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិកម្តងទៀតលើកន្លែងដែលដេរ
- ពិនិត្យដោយលូកម្រាមដៃចូលទៅក្នុងរន្ធគូថ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាការដេរចុងពោះវៀនធំនិងក្រសាល់គូថបានត្រឹមត្រូវ
- ដូរស្រោមដៃស្តេរីល
- ដេរភ្នាសរបស់ទ្វារមាស សាច់ដុំប៉េរីណេនិងស្បែក (មើលផ្នែកខាងលើ) ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ ៖

- លាងសម្អាតប៉េរីណេដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិកផ្តិតឱ្យស្ងួតហើយយកសំឡីអនាម័យគ្របលើយោនីនិងប៉េរីណេ
- រៀបចំស្ថានភាពស្ត្រីឱ្យមានផាសុកភាព
- ប្រាកដថាស្ត្រីមានការយល់ដឹងពីការថែទាំមុខរបួស
- លាងសម្អាតប៉េរីណេបន្ទាប់ពីបត់ជើងតូចរួច
- លាងសម្អាតប៉េរីណេដោយប្រើសាប៊ូបន្ទាប់ពីបន្ទោរបង់លាមករួច
- ប្តូរសំឡីអនាម័យឬក្រណាត់ទ្រាប់ឱ្យបានញឹកញាប់ ប្រាកដថាកន្លែងដេរត្រូវស្ងួតជានិច្ច។

ផលវិបាក:

- ប្រសិនបើមានដុំឈាម វះបើកនិងបង្ហូរឈាមចេញ។ ប្រសិនបើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនិងការហូរឈាមបានបញ្ឈប់ដេរការកាត់ទ្វារមាសវិញ។
- បើមានសញ្ញាការបង្ករោគ បើកនិងបង្ហូរមុខរបួស។ យកចេញចេសដេរនិងកំទេចនៃស្នាមរបួស៖
  - ប្រសិនបើការបង្ករោគមានកំរិតស្រាលថ្នាំអង់ទីប៊ីយោទិកមិនចាំបាច់ប្រើ។
  - ប្រសិនបើការឆ្លងមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរប៉ុន្តែមិនពាក់ព័ន្ធនឹងជាលិកាជ្រៅទេផ្តល់ឱ្យការរួមបញ្ចូលគ្នានៃ antibiotic ៖
    - Ampicillin2g IV រៀងរាល់ ៦ ម៉ោងម្តង។

- PLUS gentamicin 5mg/Kg រៀងរាល់ ២៤ ម៉ោង។

- ប្រសិនបើការបង្ករោគមានភាពជ្រៅដល់សាច់ដុំនិងបណ្តាលឱ្យមា សាច់រលួយ necrosis (necrotizing fasciitis) ផ្តល់នូវការរួមផ្សំនៃថ្នាំអង់ទីប៊ីយោទិករហូតដល់ជាលិកាnecroticត្រូវបានយកចេញហើយស្រ្តីនោះគឺគ្មានគ្រុនក្តៅរយៈពេល៤៨ ម៉ោង៖
  - Ampicillin 2g IV រៀងរាល់ ៦ ម៉ោងម្តង។
  - PLUS gentamicin 5mg/Kg រៀងរាល់ ២៤ ម៉ោង។

សម្គាល់: necrotizing fasciitis ត្រូវការការវះកាត់ផ្នែកវះកាត់ធំទូលាយ។ អនុវត្តពន្យារពេលការបិតភ្ជិត ក្នុងរយៈពេល ២ ទៅ ៤ សប្តាហ៍ (អាស្រ័យលើស្ថានភាពនៃការបង្ករោគ)។

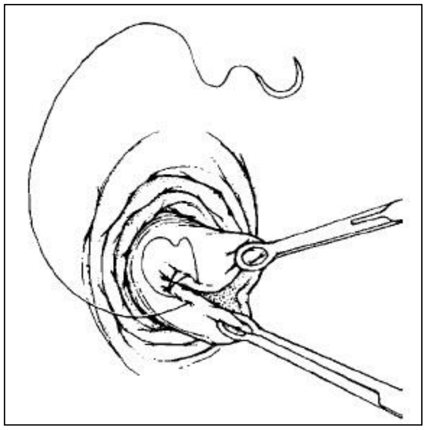
៧-៧ ការដេរមាត់ស្បូនរហែក

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖

ជាការចាំបាច់ណាស់ក្នុងការដេរមាត់ស្បូនរហែក បើការរហែកធំនិងមានហូរឈាមជាប់រហូត។

ទម្រង់ការ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការគាំទ្រនិងលើកទឹកចិត្តស្ត្រី
- សម្រាប់ការរហែកដែលនៅខ្ពស់និងលាតសន្ធឹង ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យួរសេរ៉ូមនិងផ្តល់ថ្នាំ Morphine រួមទាំង Diazepam ចាក់យឺតៗ (មិនត្រូវប្រើសឺរាំងជាមួយគ្នា) ឬ Ketamine.
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់ ដើម្បីជួយឈ្លីស្បូន (Massage) និងសង្កត់កំពូលស្បូន
- លាងសម្អាតដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិកលើទ្វារមាសនិងមាត់ស្បូន
- ចាប់មាត់ស្បូនដោយដង្កៀបបេះដូងដោយថ្នមៗ
- គាបគែមសងខាងនៃមាត់ស្បូនដែលរហែកហើយទាញថ្នមៗដើម្បីពិនិត្យឱ្យបានច្បាស់នូវមាត់ស្បូនទាំងមូល។ ជួនកាលអាចមានរហែកច្រើនកន្លែង ។
- ដេរបិទមាត់ស្បូនរហែកដោយថ្នេរជាប់ដោយប្រើចេសលេខ០Vicryl ឬ chromic Catgut ការដេរចាប់ផ្តើមពីផ្នែកខាងលើនៃរបួសដែលជាញឹកញាប់វាជាប្រភពនៃការហូរឈាម។
- ប្រសិនបើការដាច់មាត់ស្បូនវែង ហើយសាំញ៉ាំយើងត្រូវដេរថ្នេរជាប់ដោយចេសលេខ០Vicryl ឬchromic Catgut ។



ការដេរមាត់ស្បូនរហែក

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ ៖

លាងសម្អាតប៉េរីណេដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិកផ្តិតឱ្យស្ងួតហើយយកសំឡីអនាម័យស្ងួតគ្របលើយោនី និងប៉េរីណេ

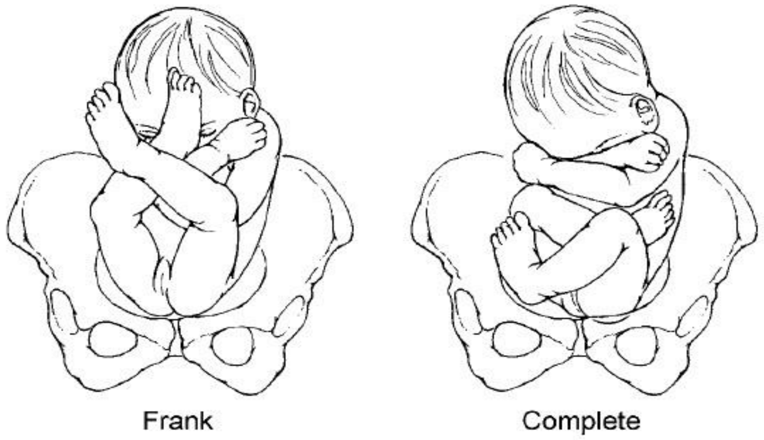
- រៀបចំស្ថានភាពស្ត្រីឱ្យមានផាសុកភាព
- តាមដានសញ្ញាជីវិត
- តាមដានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស។

៧-៨ ការសម្រាលទម្រង់ហុចគូទ

- ពិនិត្យល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវនិង ប្រាកដថាការសម្រាលតាមទ្វារមាសអាចធ្វើទៅបាន
- ពិនិត្យគោលការណ៍នៃការថែទាំទូទៅ និងចាប់ផ្តើមចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូម
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងលើកទឹកចិត្តស្ត្រី
- អនុវត្តទម្រង់ការត្រូវធ្វើដោយថ្នមៗ និងមិនប្រើកំលាំងបង្ខំ ។

ទម្រង់ហុចគូទពេញលេញនិងមិនពេញលេញ

ទម្រង់ហុចគូទមិនពេញលេញ　　　　ទម្រង់ហុចគូទពេញលេញ



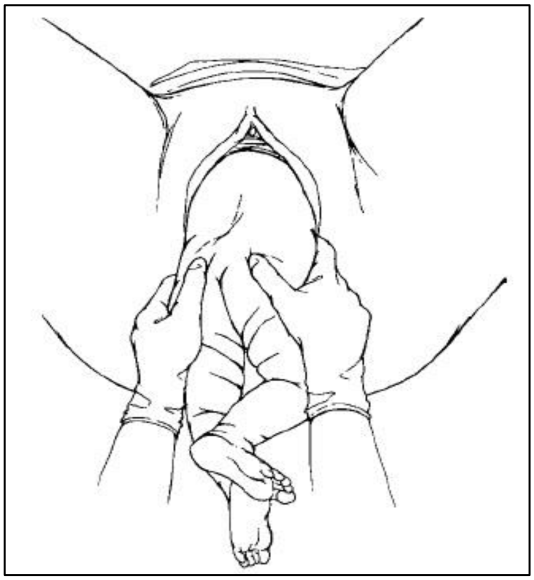
ការសម្រាលគូទនិងជើង ៖

- ពេលគូទទារកបានចូលមកដល់ទ្វារមាសហើយមាត់ស្បូនបើកអស់ ប្រាប់ទៅស្ត្រីថាគាត់អាចប្រឹងបញ្ចេញកូននៅពេលមានការកន្ត្រាក់នៃស្បូន
- ប្រសិនបើមានឧបសគ្គដំបៅឬផ្លែសាច់នៅក្នុងប៉េរីណេអាចសម្រេចចិត្តធ្វើការកាត់ទ្វារមាស
- បណ្តោយឱ្យគូទសម្រាលចេញមករហូតដល់ចង្កេះ ខ្នងបន្ទាប់មកគេអាចឃើញឆ្អឹងស្លាបប្រចៀវ
- កាន់កំប៉េះគូទថ្នមៗដោយដៃម្ខាង ប៉ុន្តែមិនត្រូវទាញទេ
- ប្រសិនបើជើងមិនសម្រាលចេញមកដោយឯកឯងទេ ត្រូវសម្រាលជើងម្តងម្ខាងដោយ ៖
    - រុញខាងក្រោយជង្គង់ដើម្បីឱ្យជើងច្បត់
    - ចាប់កជើង រួចសម្រាលប្រអប់ជើងនិងជើង
    - ធ្វើរបៀបដដែលសម្រាប់ជើងម្ខាងទៀត

មិនត្រូវចាប់ទាញទារកនៅពេលដែលជើងកំពុងសម្រាលចេញ

- ចាប់កាន់ត្រគាកទារក (មើលរូបខាងក្រោម)។ កុំចាប់កាន់ចង្កេះឬពោះរបស់ទារកធ្វើយ៉ាងនេះវាអាចបណ្តាលឱ្យប៉ះទង្គិចដល់តម្រងនោមឬថ្លើម។

ការចាប់កាន់ត្រគាកទារក



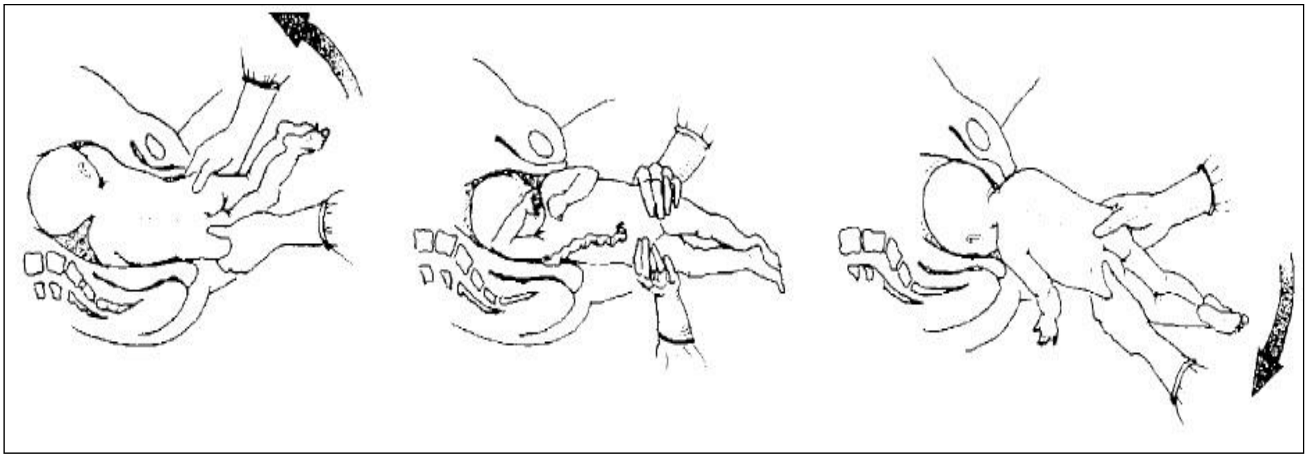
ការសម្រាលដៃទារក ៖

ប្រសិនបើដៃនៅលើដើមទ្រូង ៖

- ទុកឱ្យដៃធ្លាក់ចេញដោយខ្លួនឯងម្តងមួយៗ (អាចជួយតែក្នុងករណីចាំបាច់)
- បន្ទាប់ពីការសម្រាលដោយឯកឯងនូវដៃទី១ លើកគូទទារកឆ្ពោះទៅពោះម្តាយដើម្បីជួយ សម្រាលដៃទី ២ឱ្យចេញដោយឯកឯង។
- ប្រសិនបើដៃមិនធ្លាក់ចុះដោយឯកឯងទេ ត្រូវដាក់ម្រាមដៃ១ឬ២ទៅក្នុងចន្លោះ កែងដៃលច្បត់ ហើយបត់ដៃ និងចាប់បញ្ចុះប្រអប់ដៃកាត់តាមផ្ទៃមុខរបស់ទារក។

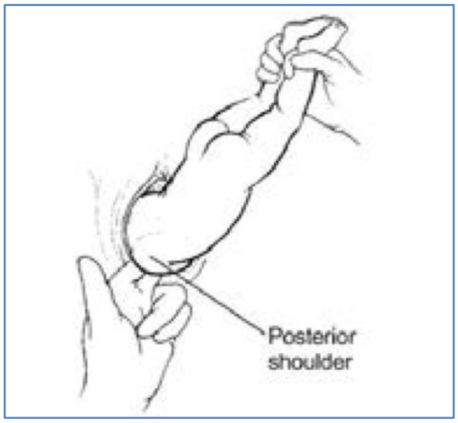
ប្រសិនបើដៃសន្ទឹងនៅលើក្បាលឬបត់ជុំវិញក ត្រូវប្រើវិធីរបស់ Lovset's(Lovset Maneuver) ៖

- ចាប់កាន់ត្រគាកទារកហើយបង្វិលកន្លះជុំ រក្សាខ្នងឱ្យស្ថិតនៅខាងលើ រួចទាញចុះក្រោមក្នុងពេលជាមួយគ្នា ដូចនេះដៃដែលនៅខាងក្រោយទៅជាខាងមុខហើយអាចសម្រាលចេញក្រោមឆ្អឹងថ្ងាស
- ជួយការសម្រាលដៃកូនដោយដាក់ម្រាមមួយ ឬពីរទៅលើផ្នែកខ្ពស់បំផុតរបស់ដៃកូនអូសដៃកូនចុះក្រោមពីមុខដើមទ្រូងនៃដៃដែលបានបត់ជាមួយនឹងបាតដៃកូនបោសលើមុខ
- ដើម្បីសម្រាលដៃទី២បង្វិលខ្នងទារកកន្លះជុំត្រឡប់មកវិញរក្សាខ្នងឱ្យនៅខាងលើហើយទាញចុះក្រោម រួចសម្រាលដៃទី២ទៅតាមផ្លូវដដែលក្រោមឆ្អឹងថ្ងាស។



ការអនុវត្តន៍Lovset's Maneuver

- **ប្រសិនបើខ្លួនទារកពុំអាចបង្វិលបាន** ដើម្បីសម្រាលដៃខាងមុខមុនត្រូវ ៖
    - ចាប់កាន់កជើងទារកនិងលើកឡើងលើ
    - ទាញបង្វិលទារកធ្វើឱ្យទ្រូងផ្ទិបជាប់នឹងភ្លៅម្តាយ។ ស្មាខាងក្រោយអាចសម្រាលចេញ
    - ហើយដៃម្ខាងទៀតជួយសម្រាលដៃនិងប្រអប់ដៃ
    - ដាក់ខ្នងទារកចុះក្រោមដោយកាន់កជើង។ ស្មាខាងមុខអាចសម្រាលចេញ
    - ហើយដៃម្ខាងទៀតជួយសម្រាលដៃនិងប្រអប់ដៃ



ការសម្រាលស្មាក្រោយ

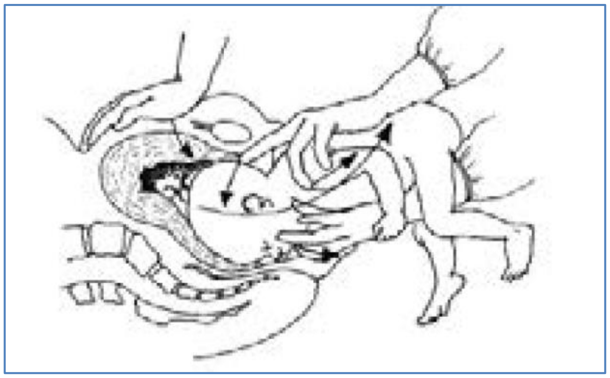
ការសម្រាលក្បាល ៖

សម្រាលក្បាលតាមវិធី Mauriceau Smellie Veit ៖

- ដាក់មុខនិងខ្លួនទារកទៅក្រោមនៅលើប្រអប់ដៃនិងដៃរបស់ឆ្មប

- ដាក់មេដៃនិងម្រាមទី៣របស់ដៃនេះទៅលើឆ្អឹងថ្ពាម ហើយដាក់ម្រាមដៃកណ្តាលទៅក្នុងមាត់ទារកដើម្បីទាញថ្គាមចុះនិងបត់ក្បាល
- ប្រើដៃម្ខាងទៀតដើម្បីចាប់ឱ្យជាប់ស្មាទារក
- ជាមួយម្រាមដៃ២របស់ដៃនេះបត់ក្បាលទារកថ្នមៗ ឆ្ពោះទៅដើមទ្រូងនៅពេលដែលគេប្រើកំលាំងសង្កត់ថ្គាមចុះក្រោមដើម្បីឱ្យក្បាលទារកចុះក្រោមរហូតដល់គេអាចមើលឃើញជើងសក់
- ទាញថ្នមៗ ដើម្បីសម្រាលក្បាល

កំណត់សម្គាល់ ៖ សុំឱ្យអ្នកជំនួយការម្នាក់សង្កត់លើឆ្អឹងថ្ងាសរបស់ម្តាយដើម្បីសម្រួលការសម្រាលក្បាល។ ការជួយនេះធ្វើឱ្យក្បាលកូនបត់បាន។



សម្រាលក្បាលតាមវិធី Mauriceau Smellie Veit

ករណីជាប់ក្បាល (Entrapped head)

- សុងបញ្ចេញទឹកនោម
- ជំនួយការជួយកាន់ទ្រទារក នៅពេលដែលអ្នកដាក់ Piper ឬ long forceps
- ត្រូវប្រាកដថាមាត់ស្បូនបើកអស់
- រុំខ្លួនទារកដោយក្រណាត់ឬកន្សែងនិងលើកទារកឡើងលើ
- ដាក់ស្លាបខាងឆ្វេងរបស់ forceps ចូល
- ដាក់ស្លាបខាងស្តាំនិងដាក់គន្លឹះដៃកាន់របស់ forceps
- ប្រើ forceps ដើម្បីច្បត់និងសម្រាលក្បាលរបស់ទារក
- បើមិនអាចប្រើ forcepsបាន ត្រូវសង្កត់អោយខ្លាំងនៅលើឆ្អឹងថ្ងាសម្តាយ ដើម្បីអោយក្បាលកូនអោនចុះ (flex the baby's head) និងរុញតាមអាងត្រគាក។

ទម្រង់ហុចគូទធ្លាក់ជើងម្ខាង (Footling)

ទម្រង់នេះតាមធម្មតាតម្រូវអោយសម្រាលដោយការវះកាត់

- **កំរិតការសម្រាលតាមទ្វារមាសនៃទម្រង់ហុចគូទធ្លាក់ជើងម្ខាង ចំពោះតែ**
  - ឈឺពោះសម្រាលហៀបនឹងកើត និងមាត់ស្បូនបើកអស់
  - ទារកមិនគ្រប់ខែដែលមិនទំនងជានៅរស់ ក្រោយពេលកើត
  - ការសម្រាលទារកបន្ទាប់នៃគភ៌ភ្លោះ
- **ដើម្បីសម្រាលទារកតាមទ្វារមាស**
  - ដៃម្ខាងចាប់កជើងទារក
  - ដាក់ដៃចូលក្នុងទ្វារមាសនិងទាញជើងម្ខាងទៀតចុះថ្នមៗ
  - កាន់កែងជើងទារកនិងទាញទារកចុះក្រោមថ្នមៗ
  - សម្រាលទារកចេញរហូតដល់ខ្នងនិងឃើញស្លាបប្រចៀវ
  - បន្តសម្រាលដៃ។

ការបញ្ចប់ការសម្រាលទារក

ផ្តល់ Antibiotic មួយដូសដើម្បីបង្ការ ក្រោយសម្រាលទារករួច ដោយផ្តល់ Ampicillin 2g IV ឬ Cefazolin IV ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ ៖

- ផ្តល់ការថែទាំភ្លាមៗដល់ទារកទើបកើត ដោយជូតសម្ងួតទារកភ្លាម និងដាក់ទារកឱ្យប៉ះស្បែកម្តាយ
- គាបនិងកាត់ទងផ្ចិត
- ផ្តល់ Oxytocin 10 IU ចាក់សាច់ដុំក្នុង១នាទីដំបូង
- គៀបនិងកាត់ទងសុកនៅពេលទងសុកឈប់លោត (បើទារកដកដង្ហើមធម្មតាបន្ទាប់ពីជូតសម្ងួត)
- ធ្វើការទម្លាក់សុកដោយអនុវត្តការគ្រប់គ្រងសកម្មដំណាក់កាលទី៣នៃការសម្រាល
- ពិនិត្យដោយហ្មត់ចត់រកស្នាមរហែកទ្វារមាសនិងមាត់ស្បូន ឬក៏ដេរទ្វារមាសដែលកាត់។

៧-៩ ការសម្រាលដោយឧបករណ៍បូម

ការសម្រាលដោយឧបករណ៍បូមអាចអនុវត្តដើម្បីជាជំនួយក្នុងការសម្រាលកូននៅក្នុងដំណាក់កាលទី២ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ៖

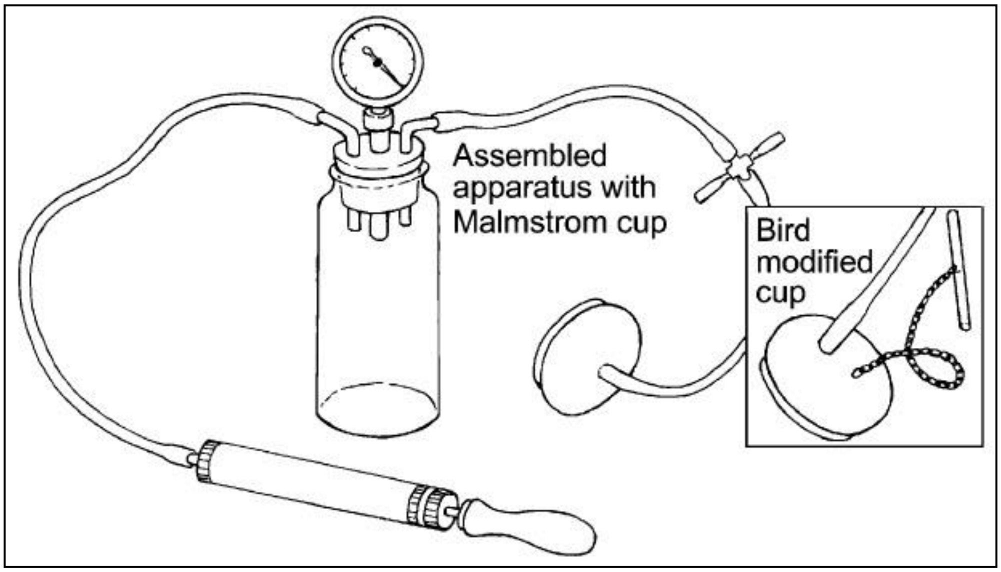
- ដំណាក់កាលទី២ បានអូសបន្លាយយូរ និងទារកចាប់ផ្តើមចុះខ្សោយ (ដំណាក់កាលទី២ជាមធ្យម មានរយៈពេល១ម៉ោងសម្រាប់កូនដំបូងនិងកន្លះម៉ោង សម្រាប់កូនច្រើន)ឬ
- ស្ត្រីអស់កម្លាំងខ្លាំង មិនអាចប្រឹងបញ្ចេញកូនបាន
- ស្ត្រីមានជម្ងឺដូចជា សម្ពាធឈាមខ្ពស់ បម្រុងក្រឡាភ្លើង ក្រឡាភ្លើង និងស្ត្រីមានបញ្ហាបេះដូង។

ប៉ុន្តែនៅក្នុងល័ក្ខខ័ណ្ឌសុវត្ថិភាពដូចខាងក្រោម ៖

- ទម្រង់បង្ហាញកំពូលក្បាល
- កូនគ្រប់ខែ
- មាត់ស្បូនបើកអស់
- ក្បាលកូននៅទីតាំង +១ ឬ +២ ឬកុំឱ្យលើស ១/៥នៃការស្ទាបក្បាលលើឆ្អឹងពុយបឺស។ ក្នុងករណីអវត្តមានវេជ្ជបណ្ឌិត នោះឆ្មបជាអ្នកអនុវត្តបានក្នុងករណីក្បាលកូនចុះទាបខ្លាំង 0/៥ហើយរង្វះទ្វារមាសចំហ 3cm ពេលស្ត្រីប្រឹង
- ស្រោមទឹកភ្លោះបែក
- ទឹកនោមគ្មានក្នុងប្លោកនោម
- គ្មានវិសមមាត្ររវាងក្បាលកូននិងអាងត្រគាក
- ស្បូនកន្ត្រាក់គ្រប់គ្រាន់
- គ្មានសញ្ញាសម្រាលឧបសគ្គ និងគ្រោះថ្នាក់ ដូចជា ក្បាលកូនបញ្ជ្រួសខ្លាំង មានរង្វង់ Bandl's លើពោះ មានឈាមក្នុងទឹកនោម ឬទ្វាមាសហើមខ្លាំង..
- អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានរៀនពីការអនុវត្តឧបករណ៍បូម។

ទម្រង់ការ ៖

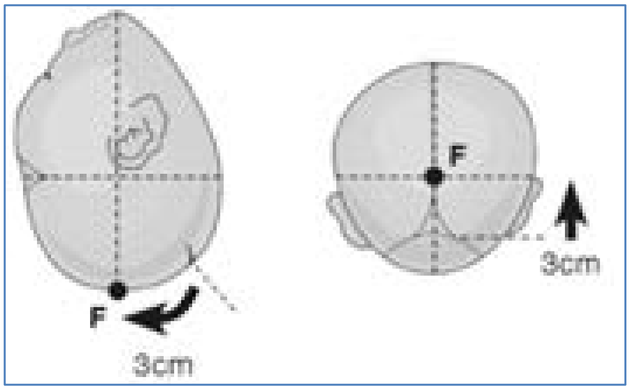
- អនុវត្តតាមគោលការណ៍នៃការថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ពិនិត្យគ្រប់ការតភ្ជាប់របស់ប្រដាប់បូមហើយធ្វើការសាកល្បងដោយដាក់លើបាតដៃដែលពាក់ស្រោមដៃ
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងលើកទឹកចិត្ត ។



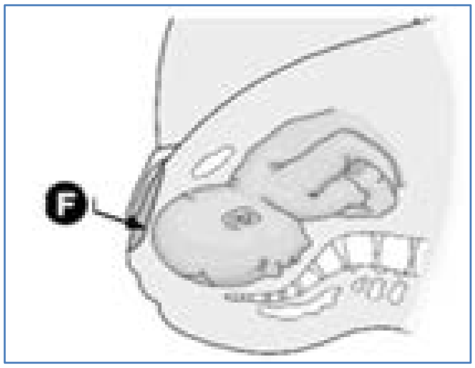
Vacuum Extractor

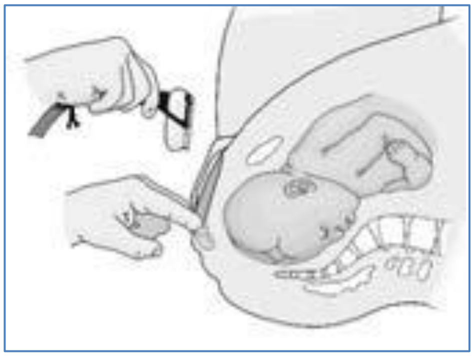
- ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល ស្ទាបមើលទីតាំងនៃក្បាលកូន រកស្នាមភ្ជាប់កណ្តាលឆ្អឹងក្បាល (Sagittal Suture) និងបង្ហើយ (Fontanelles)
- ស្ទាបរកបង្ហើយខាងក្រោយ
- ដាក់ក្បាលប៉ូមដែលធំជាងគេនិងសមស្របជាមួយក្បាលទារកដោយឱ្យចំណុចកណ្តាលនៃក្បាលប៉ូមស្ថិតនៅលើចំណុចជ្រមុជគឺ 3cm ខាងមុខបង្ហើយក្រោយ។ការដាក់នៅកន្លែងនេះនឹងសម្រួលដល់ការជ្រមុជក្បាល ការចុះនៃក្បាល និងការបង្វិលដោយខ្លួនឯងនៅពេលយើងទាញ
- ជាទូទៅមិនតម្រូវឱ្យកាត់ទ្វារមាសដើម្បីដាក់ក្បាលប៉ូមឱ្យបានត្រឹមត្រូវទេ ប៉ុន្តែការកាត់ទ្វារមាសអាចនឹងត្រូវធ្វើប្រសិនបើមានគំរាមរហែកនៅពេលដែលក្បាលទារកធ្វើអោយប៉េរីណេឡើងប៉ោង
- ការពន្យារការកាត់ទ្វារមាសរហូតដល់ពេលដែលចាំបាច់ត្រូវធ្វើអាចចៀសវាងបាននូវការបាត់បង់ឈាមដោយឥតប្រយោជន៍
- ពិនិត្យមើលការដាក់ក្បាលប៉ូមត្រឹមត្រូវនិងប្រាកដថាគ្មានសាច់មាត់ស្បូនឬទ្វារមាសនៅជាប់ក្នុងគែមនៃក្បាលប៉ូមដោយប្រើចង្អុលដៃវាសជុំវិញគែមក្បាលប៉ូមនិងក្បាលកូន។

រកចំណុចជ្រមុជ F



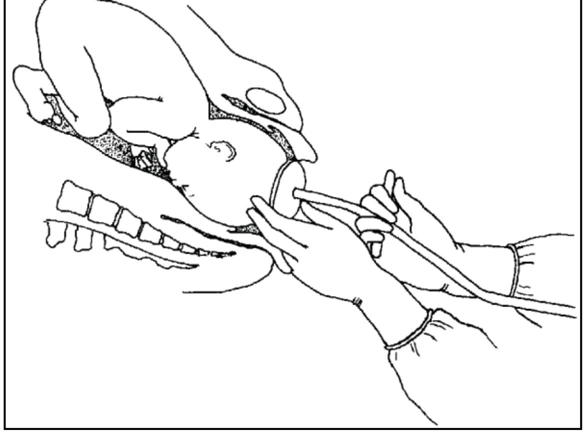
ការកំណត់រកចំណុចជ្រមុជ F(Flexion Point)





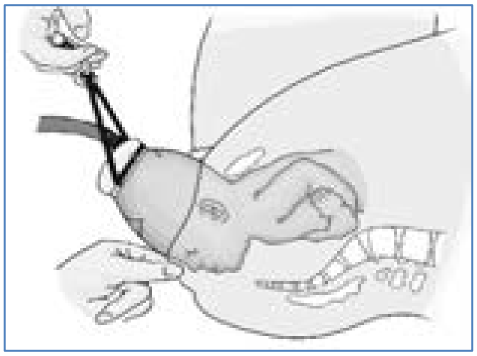
ការដាក់ក្បាលជប់ចំចំណុចជ្រមុជ

- ដោយប្រើស្នប់បង្កើតសម្ពាធជប់ 0.2kg/cm2 ឬ 20Kpa សម្ពាធអវិជ្ជមានរួចពិនិត្យមើលការដាក់ក្បាលបូមនិងការជាប់សាច់ទ្វារមាស
- ដំឡើងសម្ពាធដល់ 0.8kg/cm2 ឬ 80Kpa រួចពិនិត្យការដាក់ផ្ចិបជាប់នៃក្បាលបូម។ បន្ទាប់ពីសម្ពាធអវិជ្ជមានឡើងដល់កម្រិតអតិបរិមា រង់ចាំ២នាទីដើម្បីឱ្យក្បាលកូនជប់ស៊ប់និងមានការកន្ត្រាក់ស្បូនហើយត្រៀមទាញស្របតាមកំណោងខ្សែអ័ក្សរបស់អាងត្រគាកនិងឱ្យកែងនឹងក្បាលបូម។



ការទាញដោយប្រើ Malmstrom Cup

- ប្រសិនបើក្បាលកូនផ្អៀងទៅម្ខាងឬពុំជ្រមុជបានល្អការទាញត្រូវតែតម្រង់តាមបន្ទាត់ដើម្បីជួយកែសម្រួលឬទាញក្បាលកូនឱ្យជ្រមុជ (ឧ.ទាញទៅម្ខាងទៀតមិនចាំបាច់តាមបន្ទាត់កណ្តាលទេ)
- នៅពេលស្បូនកន្ត្រាក់ទាញតាមបន្ទាត់មួយដែលកែងជាមួយប្លង់របស់គែមក្បាលបូមដោយដៃម្ខាង។ដាក់ម្រាមចង្អុលដៃនៃដៃម្ខាងទៀតនៅលើស្បែកក្បាលកូនជាប់នឹងបន្ទះក្បាលបូមនិងម្រាមមេដៃនៅលើក្បាលបូមនៅពេលដែលកំពុងធ្វើការទាញដើម្បីវាយតម្លៃការរបូតក្បាលបូម និងការចុះរបស់ក្បាលកូន។ ទិសដៅនៃការទាញគឺ ដំបូងទាញចុះក្រោម បន្ទាប់ទាញត្រង់ និងទាញឡើងលើ។
- ជំរុញឱ្យស្ត្រីជួយប្រឹងនៅពេលកន្ត្រាក់ស្បូនគ្រប់គ្រាន់(ស្បូនកន្ត្រាក់គ្រប់គ្រាន់ ត្រូវលើសពី៤ដង/១០នាទីម្តងៗរយៈពេលលើសពី៤០វិនាទី)
- ប្រសិនបើស្បូនកន្ត្រាក់មិនគ្រប់គ្រាន់ គប្បីដាក់សេរ៉ូមលាយដំណក់Oxytocin 5 IU ក្នុងសេរ៉ូម 500ml ៣០-៦០ដំណក់/នាទី
- នៅចន្លោះការកន្ត្រាក់នៃស្បូនត្រូវពិនិត្យ ៖
  - ចង្វាក់បេះដូងកូន
  - ការផ្អឹបជាប់នៃក្បាលបូម
- សម្រាលក្បាលយឺតៗ និងការពារទប់ប៉េរីណេ



សម្រាលក្បាលនិងការទប់ប៉េរីណេ

- បន្ធូរសម្ពាធ នៅពេលក្បាលកូនចេញផុត ដោះក្បាលបូម និងធ្វើការសម្រាលធម្មតា។

ប្រការដែលមានសារៈសំខាន់ ៖

- មិនត្រូវប្រើក្បាលបូមសម្រាប់បង្វិលក្បាលទារក។ការវិលរបស់ក្បាលទារកនឹងកើតមានឡើងជាមួយនឹងការទាញ
- ការទាញជាដំបូងអាចជួយឱ្យរកឃើញទិសត្រឹមត្រូវដើម្បីទាញ
- មិនត្រូវបន្តការទាញនៅពេលស្បូនឈប់កន្ត្រាក់ និងម្តាយឈប់ប្រឹងបញ្ចេញ
- ជាមួយនឹងការវិវត្តន៍ទៅមុខហើយគ្មានការចុះខ្សោយរបស់ទារកបន្តការទាញយ៉ាងយូរបំផុតត្រឹម30នាទី

- ត្រូវបញ្ឈប់ការបូមប្រសិនបើ ៖
    - ក្បាលកូនមិនលូនចុះជាមួយនិងការទាញនីមួយៗ
    - ក្រោយការទាញចំនួន៣ដងហើយគ្មានការលូនចុះឬទារកមិនសម្រាលក្រោយទាញ៣០នាទី
    - របូតក្បាលបូមចំនួន២ដង នៅពេលដែលទាញត្រឹមត្រូវតាមទិសនិងមានសម្ពាធអវិជ្ជមានអតិបរមា ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ ៖

- អនុវត្តផ្តល់ការថែទាំទារកភ្លាមៗក្រោយសម្រាល (ជូតសម្ងួតភ្លាមសព្វខ្លួនប្រាណ និងសង្គ្រោះបើសិនទារកមិនដកដង្ហើមដោយការសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាឡុងនិងម៉ាស់ រួចដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយបើទារកបានដកដង្ហើមល្អ យ៉ាងហោចណាស់បាន១ម៉ោង)
- ផ្តល់ Oxytocin 10 IU, IM ក្នុងកំឡុង១នាទីដំបូង
- គាបនិងកាត់ទងសុកនៅពេលទងសុកឈប់លោត(បើទារកដកដង្ហើមធម្មតាបន្ទាប់ពីជូតសម្ងួត)
- ទម្លាក់សុកដោយត្រួតពិនិត្យ ដោយអនុវត្តការគ្រប់គ្រងសកម្មដំណាក់កាលទី៣នៃការទម្លាក់សុក
- ពិនិត្យដោយយកចិត្តទុកដាក់លើស្ត្រីពីការរហែកទ្វារមាសនិងមាត់ស្បូនឬដេរទ្វារមាសដែលកាត់
- ត្រូវពិនិត្យក្បាលកូនជានិច្ចពីភាពត្រឹមត្រូវនៃការដាក់ក្បាលជប់។ ចំណុចជ្រមុជគឺ នៅចំកណ្តាល ស្នាមរង្វង់ក្បាលជប់ ត្រូវមើលថាតើយើងបានដាក់ក្បាលជប់នៅត្រង់នោះដែរឬទេ ត្រូវវាយតម្លៃខ្លួនឯងថាជាចំណុចសំខាន់ក្នុងការអនុវត្តល្អ។
- ពិនិត្យមើលស្នាមក្បាលបូមទារក និងពន្យល់ម្តាយឪពុក ថាវានឹងបាត់ទៅវិញឆាប់ៗ និងគ្មានគ្រោះថ្នាក់អ្វីទេ។ ក្បាលប៉ោងអាចនៅច្រើនថ្ងៃ ប៉ុន្តែមិនបញ្ហាទេហើយវាអាចកើតមាន ននៅពេលសម្រាលធម្មតាដែរ។
- ករណីធ្ងន់ធ្ងរពិនិត្យរកមើលដុំឈាមពកក្រោមស្បែកក្បាល (sub-galeal hemorrhage)។ បើឈាមក្រោមស្បែកនោះមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរទារកត្រូវការចាក់សេរ៉ូមប្រៃតាមសរសៃដើម្បីជួយសង្គ្រោះ បើមិនដូចនេះទេ ទារកនឹងមានស្តុកហើយអាចស្លាប់បានទោះបីពេលកើតមកទារកមានស្ថានភាពល្អក៏ដោយ។ បើមានសញ្ញាបែបនេះទារកត្រូវបញ្ជូនទៅផ្នែកថែទាំទារក ឬក៏ត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំទារក ដែលមានវះកាត់បើករណីចាំបាច់។
- តាមដានស្ត្រីពីការកន្ត្រាក់ស្បូន ការហូរឈាម និងសញ្ញាជីវិត រាល់១៥នាទីម្តង ក្នុងម៉ោងដំបូង និង៣០នាទីម្តងនៅម៉ោងបន្ទាប់ និងរាល់ម៉ោងសម្រាប់៣ម៉ោងបន្ទាប់
- ប្រាកដថាទារកបានស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយ និងដាក់ទារកឱ្យបៅឆាប់បើសិនមានសញ្ញាចង់បៅ។

កិច្ចការក្រោយទម្រង់ការ

- ដោះស្រោមដៃចោលក្នុងធុង បង្ការការចម្លង
- លាងសម្អាតដៃបានស្អាតជាមួយទឹកនិងសាប៊ូ
- សម្អាតសម្ភារដោយសូលុយស្យុង អង់ទីសិបទិក
- កត់ត្រាព័ត៌មាន និងទម្រង់ការដែលបានអនុវត្ត។

៧-១០ ការសម្រាលដោយវះយកកូន

ពិនិត្យល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ

- ត្រូវប្រាកដថាការសម្រាលតាមទ្វារមាសមិនអាចធ្វើទៅបាន
- ពិនិត្យថាទារកនៅរស់ដោយស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកនិងពិនិត្យពីទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក
- អនុវត្តគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំមុនវះកាត់ និងការវះកាត់ និងចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូម
- ជម្រើសក្នុងការដាក់សណ្តំមាន៖ ការធ្វើ Loco-Regional Anesthesia(spinal anesthesia, Epidural anesthesia) ឬធ្វើការចាក់ថ្នាំស្ពឹកក្រោមស្បែកនៅនឹងកន្លែងវះ (local infiltrative anesthesia with lidocaine) ឬប្រើថ្នាំសណ្តំទូទៅ(general anesthesia)
  - ការចាក់ថ្នាំស្ពឹកក្រោមស្បែកនៅនឹងកន្លែងវះ (local infiltrative anesthesia) ជាជម្រើសមានសុវត្ថិភាព ប្រសិនបើការដាក់ថ្នាំសណ្តំទូទៅ (General anesthesia)ឬ spinal anesthesia មិនតម្រូវធ្វើទៅបាន
  - ការប្រើថ្នាំស្ពឹក(local infiltrative anesthesia)សម្រាប់ការវះកាត់យកកូនតម្រូវធ្វើដោយ គ្រូពេទ្យវះកាត់ផ្ទាល់ហើយត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សានិងពន្យល់ស្ត្រីមុនពេលអនុវត្តទំរង់ការ។ គ្រូពេទ្យ ត្រូវចងចាំថាស្ត្រីដឹងខ្លួន ដូចនេះត្រូវប្រើឧបករណ៍និងអនុវត្តទំរង់ការដោយថ្នមៗ។

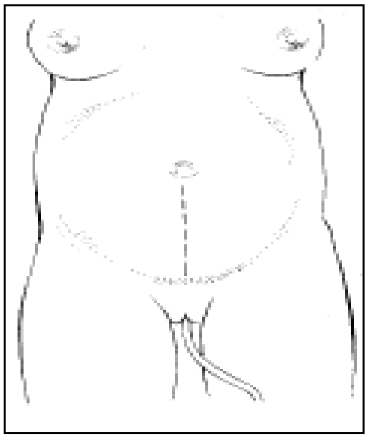
> **កំណត់សម្គាល់ ៖** ករណីស្ត្រីមានបញ្ហាខ្សោយបេះដូងអាចធ្វើការវះយកកូនដោយប្រើថ្នាំស្ពឹកចាក់ក្រោមស្បែក (local infiltrative anesthesia) ជាមួយនឹងថ្នាំស្ងប់អារម្មណ៍។ ចៀសវាងការធ្វើ spinal anesthesia

- សម្រេចថាត្រូវវះបណ្តោយពោះ(vertical incision) បើក្នុងករណី៖
  - មានការស្អិតខ្លាំងនៅអង្កត់ក្រោមនៃស្បូន ដោយសារការវះយកកូនពីមុន
  - ទម្រង់កូនទទឹង ហើយអង្កត់ក្រោមមិនអំណោយផលល្អ
  - កូនមិនធម្មតា (ឧ. កូនជាប់គ្នា)
  - សុកពាំងមាត់ស្បូន
  - មហារីកមាត់ស្បូន
- បើក្បាលទារកបានចុះជ្រៅទៅក្នុងឆ្អឹងអាងត្រគាក ហើយការសម្រាលមិនទៅមុខ ត្រូវត្រៀមជួយរុញតាមទ្វារមាសដល់ការវះកាត់យកកូន។
- ដាក់តុវះកាត់ឱ្យផ្អៀងខាងឆ្វេងបន្តិចឬដាក់ខ្នើយឬក្រណាត់កល់ត្រង់ចង្កេះខាងស្តាំរបស់ស្ត្រីដើម្បីបន្ថយការសង្កត់លើសរសៃឈាមវ៉ែនការក្រោមនិងអាអ័រពោះដែលបណ្តាលឱ្យមានសម្ពាធឈាមចុះ(Supine hypotension syndrome)។

ការបើកពោះ៖ ការវះបណ្តោយពោះ (Vertical incision)៖

- វះបណ្តោយពោះចំថ្នេរកណ្តាលនៃពោះពីខាងក្រោមផ្ចិតទៅឆ្អឹងថ្ងាស ដោយឆូតស្បែកពោះ រហូតដល់ឃើញ Fascia ។

កំណត់សម្គាល់៖ប្រសិនបើការវះកាត់យកកូនត្រូវបានធ្វើឡើងដោយប្រើថ្នាំស្ពឹកចាក់ក្រោមស្បែកកន្លែងវះ (local infiltrative anesthesia) ត្រូវវះឱ្យបានវែងជាងការវះដោយប្រើថ្នាំសណ្ដំទូទៅ 4cm។ មធ្យោបាយប្រើថ្នាំស្ពឹកនេះ មិនគួរប្រើក្នុងការវះបើកពោះទទឹងទេ(Pfannenstiel) ពីព្រោះវាប្រើពេលយូរជាងហើយចង្អៀតជាង និងប្រើថ្នាំស្ពឹកច្រើនជាង។



ការវះតាមបណ្ដោយពោះ

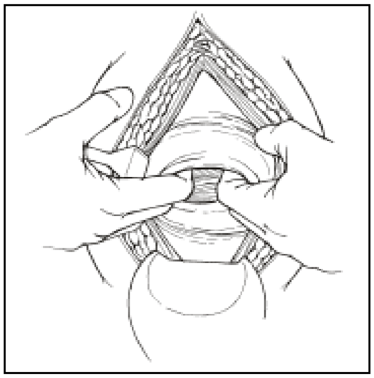
- វះស្រទាប់ fascia ប្រវែង 2-3 cm តាមបណ្ដោយ (ឬកាត់ fascia ទទឹងប្រសិនបើការបើក ពោះទទឹង Pfannenstiel's incision) រួចចាប់គែមរបស់ស្រទាប់ដោយដង្កៀបរួចពង្រីកដោយ កាត់ទៅលើនិងកាត់ទៅក្រោមដោយប្រើកន្ត្រៃ។
- ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីញែកសាច់ដុំពោះ
- ប្រើម្រាមដៃដើម្បីបើកស្រោមពោះនៅជិតផ្ចិតរួចប្រើកន្ត្រៃដើម្បីពង្រីកដោយកាត់ទៅលើនិងកាត់ចុះក្រោម ដើម្បីឱ្យមើលឃើញស្បូនទាំងមូល។ត្រូវប្រយ័ត្នកុំឱ្យមានការប៉ះទង្គិចដល់ប្លោកនោមត្រូវ ប្រើកន្ត្រៃដើម្បីញែក និងបើកផ្នែកខាងក្រោមនៃស្រទាប់ស្រោមពោះ
- ដាក់វ៉ាល់ពីលើឆ្អឹងពុយបឹស
- ប្រើដង្កៀបចាប់ទាញស្រោមពោះដែលគ្របផ្នែកខាងមុខនៃអង្កត់ក្រោមនៃស្បូន ហើយប្រើកន្ត្រៃចោះ។
- ពង្រីកស្នាមចោះ ស្រោមពោះនោះដោយប្រើកន្ត្រៃកាត់ប្រហែល៣ស.មទៅឆ្វេងនិងទៅស្ដាំ។
- ទាញវ៉ាល់លើពុយបឹសចុះក្រោម និងប្រើដៃឬ tampon ដើម្បីរុញប្លោកនោមចុះទៅក្រោមឆ្ងាយពីអង្កត់ក្រោម។

ការបើកស្បូន ៖

- ប្រើកាំបិតដើម្បីចោះទទឹងស្បូនប្រវែង 3cm នៅអង្កត់ក្រោមរបស់ស្បូនហើយនៅប្រហែល1cm ទាបជាងកន្លែងដែលស្រោមពោះអាចរបើកពីតួស្បូន
- ពង្រីកមុខចោះឱ្យធំដោយប្រើម្រាមដៃនៅចុងគែមនីមួយៗហើយហែកទៅចំហៀងដោយប្រុងប្រយ័ត្ន

- ប្រសិនបើអង្កត់ក្រោមក្រាស់ហើយចង្អៀតត្រូវពង្រីកការវះស្បូនដោយប្រើកន្ត្រៃជំនួសម្រាមដៃដោយកាត់កោងឡើងលើ
- ប្រសិនបើទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក ចោះបំបែក ហើយឱ្យជំនួយការបូមទឹកភ្លោះ។

ត្រូវធ្វើឱ្យមុខវះបានធំល្មមនឹងអាចសម្រាលក្បាលនិងខ្លួនទារកដោយមិនធ្វើឱ្យរហែកស្នាមវះ



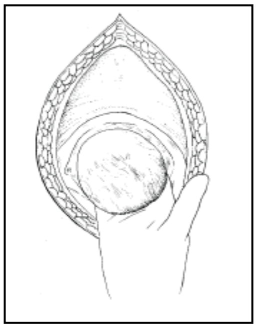
ពង្រីកមុខចោះនៅស្បូន

ការសម្រាលទារក-ថែទាំទារកទើបកើតភ្លាម[1] និងការយកសុកចេញ ៖

- ដើម្បីសម្រាលទារក លូកដៃម្ខាងទៅក្នុងស្បូនចន្លោះស្បូននឹងក្បាលទារក
- ដៃក្តោបចាប់និងលើកក្បាលទារកថ្នមៗឱ្យចេញផុតពីមុខវះដោយត្រូវប្រយ័ត្នមិនឱ្យរហែកស្នាមវះ បន្ថែមទៀត
- ដៃម្ខាងទៀតសង្កត់ថ្នមៗកំពូលស្បូនពីលើពោះដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការសម្រាលក្បាល
- បើក្បាលទារកបានចុះជ្រៅទៅក្នុងឆ្អឹងត្រគាកឬទ្វារមាស សុំឱ្យអ្នកជំនួយ (ដោយមានពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល) លូកដៃចូលក្នុងទ្វារមាសជួយរុញក្បាលទៅលើវិញ។

---

[1] *គប្បីអនុវត្តន៍ការថែទាំទារកទើបកើតភ្លាម ក្នុងពេលសម្រាលដោយវះកាត់ទាំងអស់ ដែលម្តាយស្ថិតក្នុងស្ថានភាពដាក់ថ្នាំស្ពឹកតាមឆ្អឹងខ្នងនិងតាមតំបន់ជាក់លាក់ ដោយមិនគិតពីអាយុគភ៌ និងប្រសិនបើគ្មានត្រូវការថែទាំបន្ទាន់ចំពោះផលវិបាករបស់ម្តាយ ឬទារកទេ ហើយទារកដកដង្ហើមធម្មតានៅពេលកើត។*



ការសម្រាលក្បាលទារក

ការសម្រាលក្បាលដែលនៅកប់ជ្រៅ

- សម្រាលស្មានិងខ្លួនទារករួច ត្រូវលើកទារកដាក់លើក្រណាត់ស្ងួតស្អើរលដែលត្រៀមជាស្រេចនៅលើពោះឬចន្លោះភ្លៅម្តាយ ។ ផ្តល់ការថែទាំភ្លាមដល់ទារកទើបនឹងកើតដូចករណីសម្រាលធម្មតាដែរ (ឧ. ចាប់ផ្តើមជូតសម្ងួតទារកភ្លាម និងជូតឱ្យបានស្ងួតសព្វជ្រុងជ្រោយ និងខណៈពេលដែលកំពុងជូតសម្ងួត ត្រូវវាយតម្លៃការដកដង្ហើម ពណ៌សម្បុរ និងចលនា។

\- បន្ទាប់ពីជូតសម្ងួតសព្វខ្លួនប្រាណហើយ **<u>ប្រសិនបើទារកដកដង្ហើមធម្មតានៅពេលវះយកចេញ</u>** និងមានស្ថានភាពល្អ ត្រូវពន្យារពេលគាបនិងកាត់ទងផ្ចិត ដោយរង់ចាំរហូតដល់ជីពចរទងផ្ចិតឈប់លោត ប្រសិនបើគ្មានករណីចាំបាច់ណាមួយដែលត្រូវសង្គ្រោះម្តាយឬទារកជាបន្ទាន់នោះទេ ត្រូវប្រគល់ទារកទៅឱ្យឆ្មប ឬគ្រូពេទ្យកុមារ ឬគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនួយក្នុងក្រុមវះកាត់ ដើម្បីដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយនៅលើទ្រូងម្តាយភ្លាមៗក្នុងពេលកំពុងវះកាត់ ដោយកុំឱ្យមានការប៉ះពាល់លើកម្រាលវះស្អើរល និងផ្តល់ការថែទាំបន្ត។

\- ការអនុវត្តន៍ដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះ ស្បែកម្តាយភ្លាមៗក្នុងពេលកំពុងវះកាត់ អាចធ្វើបានលុះត្រាតែម្តាយ ដឹងខ្លួននិងគ្មានករណីចាំបាច់ណាមួយដែលត្រូវសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះទេ ដូចជាម្តាយ កំពុងញាក់ ឬសម្ពាធឈាមចុះ មានអារម្មណមិន ស្រួល ដោយឥទ្ធិពលថ្នាំជាដើម...។ល។)

- ចាក់ Oxytocin 5 IU តាម IV និង 20 IU ក្នុងសេរ៉ូម 1L ក្នុងល្បឿន ៦០ដំណក់/នាទី ក្នុងរយៈពេល២ម៉ោង

- ប្រសិនបើទារកមិនដកដង្ហើមទេ ត្រូវពិនិត្យរកមើលការស្ទះផ្លូវដង្ហើមនិងបូមស្លេសចេញ ហើយគាបនិងកាត់ទងសុកភ្លាម និងប្រគល់ឱ្យឆ្មបឬគ្រូពេទ្យផ្នែកជំងឺកុមារយកទៅ សង្គ្រោះនៅលើគ្រែ/ឧបករណ៍កម្តៅ[2] ឬទីកន្លែងស្ងួតដែលបានរៀបចំត្រៀមជាស្រេច ស្ថិតនៅចម្ងាយ ២ ម៉ែត្រពីគ្រែវះកាត់។ ប្រសិនបើគ្មានគ្រែ/ឧបករណ៍កម្តៅទេ ត្រូវគ្របទារកជាមួយក្រណាត់ស្ងួត ទុកចន្លោះមុខនិងទ្រូងឱ្យចំហរ ហើយសប់បញ្ចូលខ្យល់ចូលទៅក្នុងទ្រូងទារក យោងតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិសម្រាប់អនុវត្តន៍ថែទាំទារកទើបកើតភ្លាម (INC)។ នៅពេលទារកដកដង្ហើមដូចធម្មតា ត្រូវបញ្ឈប់ការសប់បញ្ចូលខ្យល់ ហើយសង្កេតមើល ដើម្បីប្រាកដថាទារកបន្តដកដង្ហើមបានល្អធម្មតា។ បើស្ថានភាពល្អនេះនៅតែបន្ត ត្រូវដោះស្រោមដៃចេញហើយពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលថ្មីដើម្បីកាត់តម្រឹមទងផ្ចិត រួចដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកជាមួយម្តាយភ្លាម ប្រសិនបើម្តាយគ្មានករណីចាំបាច់ណាមួយដែលត្រូវសង្គ្រោះជាបន្ទាន់នោះទេ ។
- ត្រូវដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយយ៉ាងហោចណាស់ ៦០ នាទីឬយូរជាងនេះ ដោយរក្សាទុកនៅលើទ្រូងរបស់ម្តាយ ខណៈពេលដែលម្តាយត្រូវបានផ្ទេរពីតុវះកាត់ ទៅ កន្លែងក្រោយវះកាត់។ នៅក្នុងស្ថានភាពខ្លះដែលបុគ្គលិកមិនអាចផ្ទេរម្តាយនិងទារកក្នុងពេលតែមួយបាន ត្រូវរុំនិងកាន់ទារកជាបណ្តោះអាសន្នសិនរហូតដល់ម្តាយបានផ្ទេរទៅកន្លែងក្រោយវះកាត់ហើយ ទើបបន្តដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកជាមួយម្តាយវិញភ្លាម។

- ការអនុវត្តថែទាំទារកទើបនឹងកើតទាំងអស់ ដូចជា ការថ្លឹងទម្ងន់ ការវាស់ប្រវែងនិងវណ្ឌក្បាល ការចងស្លាកអត្តសញ្ញាណ ការពិនិត្យទារក ការចាក់វីតាមីន K1 ដាក់ថ្នាំភ្នែក ផ្តល់វ៉ាក់សាំង ត្រូវពន្យារពេល រហូតដល់ក្រោយពេលទារកបៅដោះជាលើកដំបូង និងបានដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកយ៉ាងហោចណាស់ ៦០ នាទី ។

កំណត់សម្គាល់៖ សូមអានការណែនាំលម្អិតនៅក្នុង " *និយាមប្រតិបត្តិសម្រាប់ការថែទាំជាសារវន្តទារកទើបនឹងកើត (EENC) ក្នុងពេលសម្រាលកូនដោយវះកាត់* " ។

- ផ្តល់ antibiotic បង្ការមួយដូសAmpicillin 2g IV ឬ Cefazoline 1g នៅក្រោយពេលទងសុកត្រូវបានគាបនិងកាត់។
- យកសុកចេញដោយ ទាញសន្សឹងទងសុកថ្នមៗនិងឈ្លីស្បូន(ពីលើពោះ)
- យកសុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះចេញដោយប្រើដង្កៀបមុខកងដើម្បីចាប់ស្រោមទឹកភ្លោះនិងត្រូវប្រាកដថាបំណែកនៃស្រោមទឹកភ្លោះទាំងអស់ត្រូវបានយកចេញ។

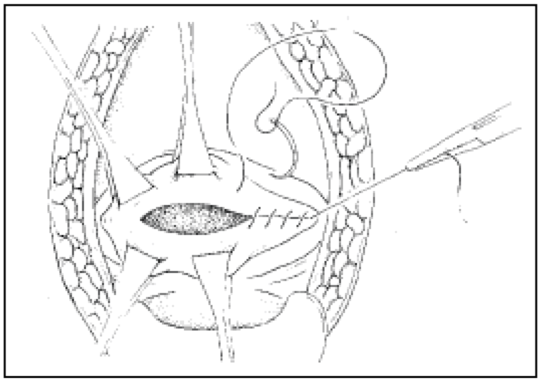
ការដេរបិទស្បូន ៖

កំណត់សម្គាល់ ៖ បើស្បូន Couvelaire (ស្បូនហើមជាំ)ក្នុងពេលវះយកកូនត្រូវដេរបិទស្បូនវិញតាមធម្មតា។ សង្កេតមើលការធ្លាក់ឈាមនិងវាយតម្លៃពីការកន្ត្រាក់សាច់ដុំស្បូន។ ត្រូវត្រៀមសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងបញ្ហាឈាមមិនកកឬស្បូនខ្សោយ។

---

[2] *គប្បីបើកដំណើរការគ្រែ/ឧបករណ៍កម្តៅឱ្យមានសីតុណ្ហភាព៣៦.៥ អង្សាសេ ត្រៀមជាមុនសម្រាប់ការសង្គ្រោះទារក។*

- ចាប់ចុងសងខាងនៃស្នាមវះរបស់ស្បូនដោយដង្កៀបមុខកង
- និងចាប់គែមនៃស្នាមវះរបស់ស្បូនចំកណ្តាលដោយដង្កៀបមុខកងហើយត្រូវប្រាកដថាមិនមានជាប់ប្លោកនោម
- ពិនិត្យរកយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់នូវស្នាមរហែកបន្ថែមពីមុខកាត់ស្នាមវះ
- ដេរជួសជុលមុខកាត់ដោយចាប់ផ្តើមពីចុងម្ខាងនៃស្នាមវះដោយប្រើថ្នេរជាប់ (continuous locking stitch) ដោយប្រើជេស Vircryl (Poliglicolic) ឬ catgut chromic លេខ0
- បើក្រោយមកមានការធ្លាក់ឈាមពីមុខកាត់ ត្រូវដេរជាអក្សរ x ។ មិនចាំបាច់ដេរថែមមួយស្រទាប់ទៀតចំពោះស្នាមវះលើស្បូនទេ។



ការដេរបិទស្បូន

ការដេរបិទពោះ ៖

- មើលដោយយកចិត្តទុកដាក់ស្នាមវះលើស្បូនមុនពេលដេរបិទពោះ។ត្រូវប្រាកដថាមិនមានការហូរឈាមហើយស្បូនឡើងរឹង។ ប្រើតាំប៉ុងដើម្បីយកចេញនូវកំណាកឈាមពីក្នុងពោះ
- ពិនិត្យរកយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ននូវស្នាមរបួសផ្សេងៗលើប្លោកនោមនិងដេរជួសជុលបើមាន
- ដេរបិទស្រទាប់ fascia ដោយ Vicryl (or polyglycolic)។

កំណត់សម្គាល់ ៖ មិនចាំបាច់បិទស្រទាប់ពោះ bladder peritoneum or the abdominalperitoneum

- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគត្រូវដាក់ទុយោបង្ហូរ។
- បើមិនមានការបង្ករោគ ដេរបិទស្បែកពោះដោយចេស 3-0 nylon ឬសូត្រនិងគ្របស្បែស្តេរីល។
- រុញស្បូនថ្នមៗពីលើពោះ ដើម្បីបញ្ចេញកំណាកឈាមពីស្បូននិងទ្វារមាស។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំក្រោយវះកាត់
- បើមានធ្លាក់ឈាម ៖
    - ឈ្លីស្បូនដើម្បីបញ្ចេញឈាមនិងកំណាកឈាម។វត្តមានកំណាកឈាមនឹងរំខានដល់ប្រសិទ្ធភាពនៃការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន។

- ផ្តល់ Oxytocin 20 IU ក្នុងសេរ៉ូម (normal saline ឬ Ringer's lactate) 1L ក្នុងល្បឿន ៦០ដំណក់ក្នុងមួយនាទីនិង ergometrine 0.2 mg IM និង prostaglandins។ ថ្នាំទាំងនេះអាចផ្តល់ជាមួយគ្នាតែម្តងឬឆ្លាស់ពេលគ្នា។

- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគឬស្ត្រីគ្រុនក្តៅ ផ្តល់ antibiotic រួមបញ្ចូលគ្នា ដូចរៀបរាប់ខាងលើរហូតដល់ស្ត្រីបាត់ក្តៅខ្លួនបានរយៈពេល៤៨ម៉ោង ។
- ផ្តល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប។

៧.១១ មធ្យោបាយបញ្ឈប់កំណើតក្រោយពេលសម្រាល

ស្ត្រីនិងប្តីមិនចង់បានកូនទៀត ហើយបានពិភាក្សាគ្នាយ៉ាងហ្មត់ចត់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះពីមធ្យោបាយបញ្ឈប់កំណើតក្រោយសម្រាលដោយធ្វើការវះចងដៃស្បូន។ពួកគេត្រូវតែទទួលបាននូវការពិគ្រោះពិភាក្សាយ៉ាងល្អិតល្អន់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទាំងអស់ដែលមាននិងជួយស្ត្រីក្នុងការជ្រើសរើសមធ្យោបាយដែលសមស្រប។

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ

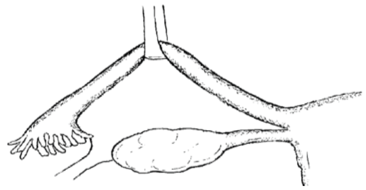
1. ការវះចងប្រព័ន្ធបន្តពូជបញ្ឈប់កំណើតត្រូវធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្តគ្មានការបង្ខិតបង្ខំឬគ្មានការលើកទឹកចិត្ត
2. ស្ត្រីមានបញ្ហាសុខភាពប្រសិនបើមានគភ៌នាំឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ
3. ស្ត្រីស្ម័គ្រចិត្តឱ្យធ្វើការវះចងបានលុះត្រាតែមានអាយុនិងចំនួនកូនដូចខាងក្រោម ៖
   - ប្រសិនបើស្ត្រីអាយុតិចជាង៣០ឆ្នាំត្រូវមានកូននៅរស់យ៉ាងតិច៣នាក់ ហើយកូនទី៣ត្រូវ មានអាយុតិចបំផុត២ឆ្នាំ
   - ប្រសិនបើស្ត្រីអាយុច្រើនជាង៣០ឆ្នាំត្រូវមានកូននៅរស់យ៉ាងតិច២នាក់ហើយកូនទី២ត្រូវមានអាយុយ៉ាងតិចបំផុត២ឆ្នាំ

ការវះចងដៃស្បូន (Tubectomy ad modum Pomeroy) អាចធ្វើបានដូចគ្នា ទាំងក្នុងពេលសម្រាលកូនដោយវះកាត់និងទាំងពេលក្រោយសម្រាលកូនតាមទ្វារមាស។ ចំពោះស្ត្រីក្រោយសម្រាលកូនរួចតាមទ្វារមាស ក្នុងអំឡុងពីរបីថ្ងៃដំបូងកំពូលស្បូន (fundus uterine) និងដៃស្បូនស្ថិតនៅស្មើផ្ចិត ដូច្នេះងាយស្រួលក្នុងការវះចងដៃស្បូន។

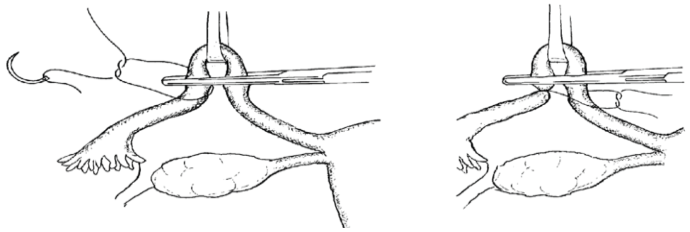
ទម្រង់ការវះចងដៃស្បូន ៖

- ពិនិត្យឡើងវិញកិច្ចព្រមព្រៀងដែលបានដឹងជាមុនលើការបញ្ឈប់កំណើត
- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅចំកណ្តាលផ្នែកខាងក្រោមនៃផ្ចិតនិងចូលទៅក្នុងជញ្ជាំងពោះ
- វះទទឹងពោះប្រវែង 2-3cm នៅខាងក្រោមគៀកនឹងផ្ចិតម្តាយនិងឆូតស្រទាប់ fascia រួចយកដង្កៀបចាប់គែមរបស់ fascia និងពង្រីកស្នាមវះដោយប្រើកន្ត្រៃនិងញែកដើម្បីឃើញស្រោមពោះ

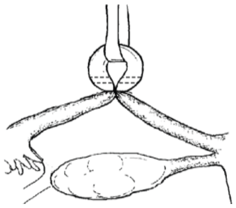
- ប្រើកន្ត្រៃនិងម្រាមដៃដើម្បីបើកស្រោមពោះ។ (ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នដល់ការរបួសពោះវៀន ព្រោះពោះវៀនអាចនៅជាប់នឹងជញ្ជាំងពោះ)
- ប្រើម្រាមដៃរុញស្បូនទៅម្ខាងហើយម្រាមនៃដៃម្ខាងទៀតរាវរកដៃស្បូន(ឧ.រុញស្បូនទៅខាងឆ្វេង ហើយរាវរកដៃស្បូនខាងស្តាំដែលស្ថិតនៅជិតផ្ចិត)
- កៀបលើកដៃស្បូនឱ្យផុតពីពោះដោយប្រើដង្កៀប Babcock
- កៀបផ្នែកខាងក្រោមកន្លែងចាប់ដោយប្រើដង្កៀបនិងចាក់ចងជារាងលេខ៨
- ដកដង្កៀបដែលនៅពីលើចំណង(ស្នាមទ្រុឌនៃដង្កៀបនៅលើដៃស្បូនទាំងពីរជាកន្លែងដែលត្រូវកាត់ដូចបង្ហាញដោយបន្ទាត់ដាច់ៗ)
- កាត់ដៃស្បូនតាមស្នាមទ្រុឌ
- ដាក់ដៃស្បូនចូលទៅក្នុងពោះវិញ ហើយធ្វើដូចគ្នាចំពោះការកាត់ដៃស្បូនម្ខាងទៀត
- ដេរបិទកន្លែងចោះ។



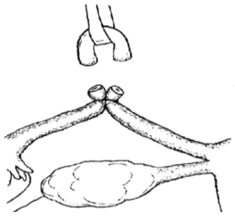
ក-ចាប់កៀបដៃស្បូនឡើង



ខ-កៀបផ្នែកខាងក្រោមកន្លែងចាប់ដោយប្រើដង្កៀប និងចាក់ចងជារាងលេខ៨



គ-ដកដង្កៀបដែលនៅពីលើចំណង (ស្នាមទ្រុឌនៃដង្កៀបនៅលើដៃស្បូនទាំងពីរជាកន្លែងដែលត្រូវកាត់ដូចបង្ហាញដោយបន្ទាត់ដាច់ៗ)



ឃ-កាត់ដៃស្បូនតាមស្នាមទ្រុឌ

ការកាត់ដៃស្បូន

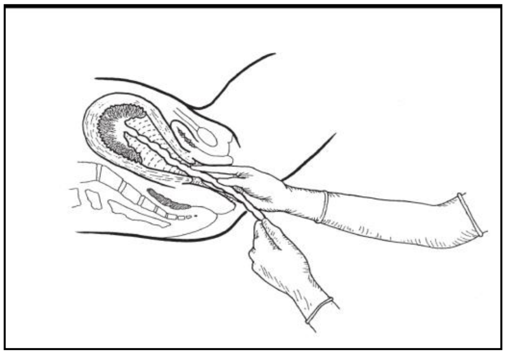
៧-១២ ការលូកច្បារទម្លាក់សុកដោយដៃ

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖

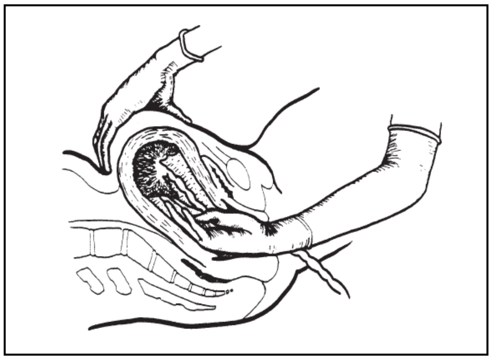
- ប្រសិនបើសុកមិនបានធ្លាក់ក្នុងអំឡុង៣០នាទីក្រោយពីធ្វើការគ្រប់គ្រងសកម្មដំណាក់កាលទី៣ដោយអុកស៊ីតូស៊ីន ជាពិសេសក្នុងករណីដែលមានការហូរឈាមធ្ងន់ធ្ងរ ការសម្រេចចិត្តលូកបារទម្លាក់សុកជាការសំខាន់
- ក្នុងករណីគ្មានការធ្លាក់ឈាមទេ ពិនិត្យតាមដាន និងរង់ចាំ៣០នាទីទៀត
- ១ម៉ោងក្រោយសម្រាលមិនមានការធ្លាក់ឈាមទេ សុកមិនធ្លាក់វាអាចជាសញ្ញាសុកជាប់ចាក់ ឫស (Placenta Acreta) ដែលត្រូវវះកាត់ស្បូន (Total or subtotal hysterectomy)

ទម្រង់ការ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការគាំទ្រនិងលើកទឹកចិត្តដល់ស្ត្រី
- ប្រសិនបើស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមច្រើន ត្រូវធ្វើការលូកបារសុកនៅក្នុងបន្ទប់សម្រាល (បើសិនជាអាចធ្វើបាន)
- ប្រសិនបើគ្មានធ្លាក់ឈាមនិងមិនមែនជាការបន្ទាន់ ទម្រង់ការគួរធ្វើនៅក្នុងបន្ទប់វះកាត់ (ព្រោះអាចជាករណីជាប់សុក)
- ចាប់ផ្តើមចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមនិងផ្តល់ Diazepam 10mg និង Atropine ¼ mg IM១៥នាទី មុននឹងអនុវត្តទម្រង់ការ។ ប្រសិនបើអាចគួរប្រើថ្នាំសណ្តំ (Ketamine) និងត្រូវធ្វើនៅក្នុងបន្ទប់ វះកាត់
- បើចាំបាច់ត្រូវដាក់សុងបង្ហូរទឹកនោម ដើម្បីធានាថាប្លោកនោមគ្មានទឹកនោមទេ
- ផ្តល់antibiotic ១ដូសគត់សម្រាប់ការបង្ការការឆ្លងរោគ Ampicillin 2g IV + Metronidazole 500mg IV
- កាន់ដង្កៀបដែលគាបទងសុករួចទាញថ្នមៗស្របនិងកម្រាលឥដ្ឋ
- ដៃដែលពាក់ស្រោមដៃស្តេរីស (ស្រោមដៃវែង) លូកចូលតាមទ្វារមាសរហូតដល់ក្នុងស្បូន។

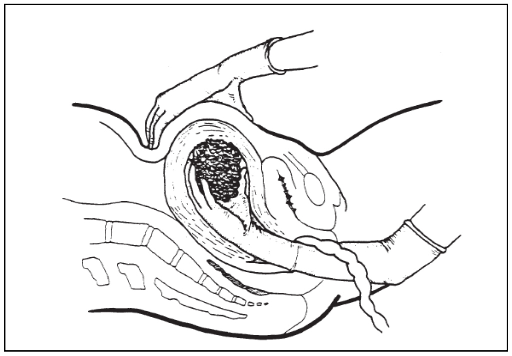


ការលូកដៃចូលក្នុងទ្វារមាសតាមបណ្តោយទងសុក



ការកាន់ទប់ស្បូននៅពេលកំពុងកៀសសុកឱ្យរបើកពីជញ្ជាំងស្បូន

- ទម្លាក់ទងសុកចុះរួចដៃនោះប្ដូរទៅដាក់លើពោះស្ដ្រីក្នុងបំណងទប់ស្បូនដើម្បីបង្កើនកំលាំងទប់ពេលយើងបារសុកកុំឱ្យស្បូនពន្លាត់។ប្រសិនបើស្បូនពន្លាត់ត្រូវធ្វើឱ្យវាត្រលប់ទៅស្ថានភាពដើមវិញ
- ប្រើចុងម្រាមដៃដែលនៅក្នុងស្បូន រាវរកគែមសុក
- ប្រសិនបើទងសុកដាច់ លូកដៃចូលទៅក្នុងស្បូនរាវរកកន្លែងដែលសុករបេះចេញពីជញ្ជាំងស្បូន
- បង្អើបគែមសុកចេញពីកន្លែងដែលវាតោងបន្តិចម្ដងៗដោយដាក់ម្រាមដៃជាប់គ្នាហើយយកប្រអប់ដៃនេះជាឃ្នៀសកៀសឱ្យសុករបើកចេញពីជញ្ជាំងស្បូន
- ធ្វើបែបនេះបន្តិចម្ដងៗជុំវិញសុករហូតដល់សុកទាំងមូលរបើកអស់ពីជញ្ជាំងស្បូន
- ដៃដែលនៅក្នុងស្បូន កាន់សុកនិងដកយឺតៗចេញពីស្បូន
- ដៃម្ខាងទៀតបន្តការទប់ស្បូនដោយរុញបញ្រ្ចាសទិសរបស់ចលនានៃដៃដែលដកចេញពីស្បូន
- ប្រសិនបើសុកមិនរបើកចេញពីផ្ទៃស្បូនដោយដៃដែលយើងកៀសបំប៉ើងនោះទេត្រូវសង្ស័យថាសុកខាំជាប់ស្បូនត្រូវធ្វើការវះកាត់ស្បូន (Subtotal hysterectomy)។



ការដកដៃចេញពីក្នុងស្បូន

- លូកបារសម្អាតម្ដងទៀតក្នុងស្បូនដើម្បីធានាថាគ្មានសាច់សុកនៅសល់ (ត្រូវធ្វើតែម្ដង ហើយធានាឱ្យបាន)
- ផ្ដល់ Oxytocin 20 IU ក្នុងសេរ៉ូម 1L (សេរ៉ូមប្រៃធម្មតាឬ Lactate Ringer) ដោយឱ្យ ៦០ដំណក់/នាទី
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់ឱ្យធ្វើការឈ្លីស្បូន ដើម្បីជួយឱ្យស្បូនកន្ត្រាក់
- ប្រសិនបើមានការធ្លាក់ឈាមខ្លាំង ធ្វើការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ពីខាងក្នុង ក្នុងករណីដែលស្បូនមិនកន្ត្រាក់ល្អ
- ផ្ដល់ Ergometrine 0.2 mg IMឬ Oxytocin 10 IU ប្រសិនបើឈាមនៅតែបន្តធ្លាក់ ផ្ដល់ Misoprostol 600 µg ដាក់ក្នុងរន្ធគូថបន្ថែម
- ពិនិត្យទ្វារមាស ប៉ើរីណេនិងមាត់ស្បូនរកការរហែកនិងដេរជួសជុលឡើងវិញឬដេរទ្វារមាស ដែលកាត់។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ ៖

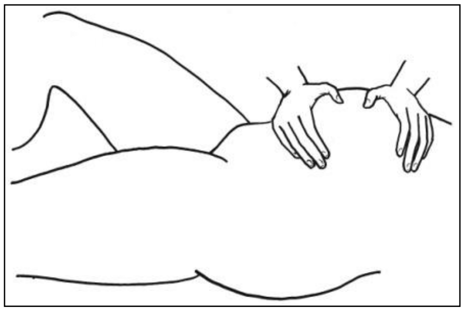
- តាមដានឱ្យបានដិតដល់រហូតដល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់អស់ឥទ្ធិពល
- តាមដានសញ្ញាជីវិតរាល់១៥នាទីសម្រាប់២ម៉ោងដំបូង និងរាល់៣០នាទី សម្រាប់ម៉ោងបន្ទាប់ និងរាល់ម៉ោងសម្រាប់ម៉ោងទី៣ រហូតដល់៦ម៉ោងក្រោយឬរហូតដល់ស្ថានភាពបាននឹងន់
- ស្ទាបស្បូនរាល់ ១៥នាទី សម្រាប់៤ម៉ោង ដើម្បីធានាថាស្បូននៅកន្ត្រាក់ល្អ
- បន្តការបញ្ចូលសេរ៉ូម ។

៧-១៣ ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ពីខាងក្រៅ

ល័ក្ខខណ្ឌតម្រូវ ៖

ការធ្លាក់ឈាមច្រើនតាមទ្វារមាសនៅតែបន្ត ទោះបីជាធ្វើការលូកបារទម្លាក់សុកដោយដៃក៏ដោយ ៖

1. ដាក់ដៃម្ខាងនៅពីលើកំពូលស្បូននិងសង្កត់ចុះពីក្រោយស្បូនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន
2. ដាក់ដៃម្ខាងទៀតរាបស្មើលើពោះចន្លោះផ្ចិតនិងឆ្អឹងថ្ងាស
3. រុញច្របាច់ដៃបញ្ចូលគ្នាដើម្បីសង្កត់លើស្បូននិងសរសៃឈាមនៅក្នុងស្បូន



ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ ពីខាងក្រៅ

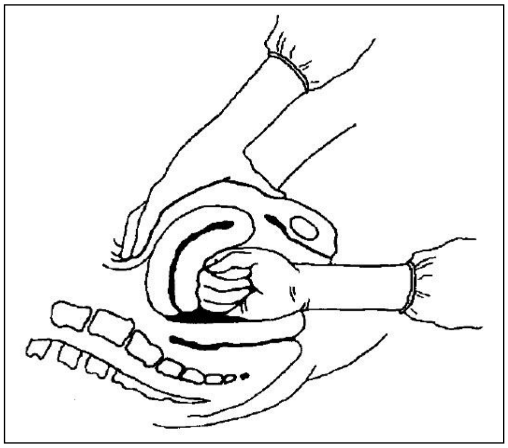
៧-១៤ ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរពីខាងក្នុង

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖

ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសនៅមានបន្តបន្ទាប់ពីការធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗ ឧ.ការលូកបារទម្លាក់សុកដោយដៃ និងការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរពីខាងក្រៅ។

ទម្រង់ការ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រដល់ស្ត្រី។ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលហើយលូកចូលទៅក្នុងទ្វារមាសហើយក្តាប់ដៃជាកណ្តាប់ដៃ
- ដាក់កណ្តាប់ដៃនេះក្នុងផ្នត់រន្ធទ្វារមាសខាងមុខនិងរុញផ្ទប់នឹងជញ្ជាំងមុខរបស់ស្បូន
- ដៃម្ខាងទៀតដាក់លើពោះសង្កត់ឱ្យខ្លាំងផ្នែកខាងក្រោយស្បូនដោយរុញផ្ទប់ជញ្ជាំងក្រោយរបស់ស្បូន
- រក្សាការទប់សង្កត់រហូតដល់ការធ្លាក់ឈាមត្រូវគ្រប់គ្រងបាននិងស្បូនកន្ត្រាក់ល្អ។



ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ ពីខាងក្នុង

៧-១៥ ការសង្កត់លើសរសៃអាអ័រអារអ័ក

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖

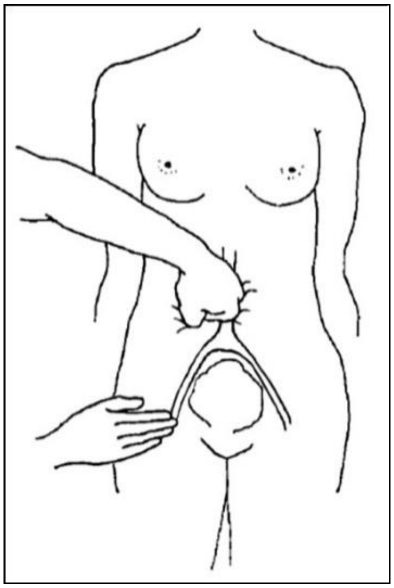
ធ្លាក់ឈាមខ្លាំងក្រោយសម្រាល ទោះបីជាបានធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗក៏ដោយ។

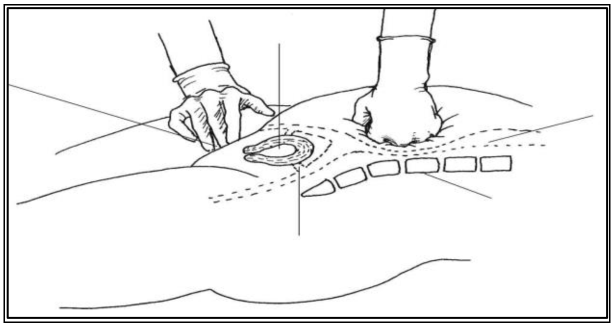
- ចំពោះករណីស្ត្រីធ្លាក់ឈាមយ៉ាងឆាប់រហ័សក្រោយសម្រាល
- អន្តរាគមន៍នេះត្រូវតែធ្វើមុនគេ ពោលគឺធ្វើមុនការដាក់សេរ៉ូម
- ដូច្នេះបើការហូរឈាមមិនបានថយចុះច្រើនតាមរយៈការឈ្លីស្បូននិងចាក់អុកស៊ីតូស៊ីននោះទេ ត្រូវមានពេទ្យម្នាក់ចាប់ផ្តើមសង្កត់សរសៃអារអកភ្លាមដើម្បីឃាត់ឈាមហូរ

• អ្វីផ្សេងទៀតដែលត្រូវធ្វើ (ដូចជាដាក់សេរ៉ូម ពិនិត្យសុក ដេរកន្លែងរហែកជាដើម) នៅពេលនោះ គេអាចធ្វើវាបានដំណាលពេលជាមួយគ្នាដែលកំពុងសង្កត់សរសៃអាអ៊័ក ។

ទម្រង់ការ ៖

1. ស្ត្រីគេងផ្ងាររៀបស្មើ
2. ឈរនៅចំហៀងស្ត្រី ហើយដៃម្ខាងស្ទាបរកជីពចរនៅគល់ភ្លៅ(ក្រលៀន)
3. ដៃម្ខាងទៀតក្ដាប់ឱ្យណែនដោយឱ្យមេដៃនៅខាងក្រៅម្រាមដៃរួចសង្កត់នៅលើសរសៃឈាមអាទែរអាអ៊័កនៅពោះដែលស្ថិតនៅពីលើកំពូលស្បូនបន្តិច (ជាទូទៅនៅចំផ្ចិត) ហើយសង្កត់ពីលើដោយប្រើទម្ងន់សង្កត់បន្តិចម្ដងៗរហូតជីពចគល់ភ្លៅឈប់លោត
4. ប្រសិនបើជីពចរគល់ភ្លៅនៅតែលោតត្រូវបន្ថែមទម្ងន់សង្កត់ឬត្រូវងាកកណ្ដាប់ដៃមកឆ្វេងបន្តិច ហើយសង្កត់រហូតជីពចរក្រលៀនឈប់លោត
5. បន្តសង្កត់រហូតទាល់តែឈប់ធ្លាក់ឈាម
6. ប្ដូរដៃបើចាំបាច់ ឬប្រាប់អ្នកជំនួយការឱ្យជួយបន្តការសង្កត់អាទែរអាអ៊័កព្រមជាមួយនោះអ្នកធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្សេងទៀតដើម្បីបញ្ឈប់ការហូរឈាម។





ការសង្កត់លើសរសៃអាកទែរអាអ័ក

កំណត់សម្គាល់ ៖ ទម្រង់ការនេះជាទម្រង់ការបណ្តោះអាសន្នដើម្បីរង់ចាំអន្តរាគមន៍មួយផ្សេងទៀត(ការវះកាត់...)ប៉ុន្តែពេលខ្លះការអនុវត្តទម្រង់ការនេះអាចបញ្ឈប់ការធ្លាក់ឈាមបានដែរ។

៧.១៦ ការប្រើខោបន្ថយស្តុក

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ

ធ្លាក់ឈាមខ្លាំងក្រោយសម្រាលទោះបីជាបានធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗក៏ដោយ ក៏ការធ្លាក់ឈាមនៅតែបន្តហើយមានសញ្ញាស្តុក។ អន្តរាគមន៍នេះត្រូវបានអនុវត្តដើម្បីបន្ថយការហូរឈាមបណ្តោះអាសន្នក្នុងពេលបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានកន្លែងវះកាត់និងការបញ្ចូលឈាម (វាជាមធ្យោបាយសង្គ្រោះចាំបាច់ក្នុងពេលបញ្ជូន)។

ជំហានទូទៅនៃការប្រើខោ ៖

ជំហានទី១

- អ្នកដែលកំពុងសង្កត់អាទែរអាអ័កត្រូវដកដៃឬជួយផ្អៀងស្ត្រីមកខាងឆ្វេងភ្លាមដើម្បីឱ្យម្នាក់ទៀតអាចស៊កខោបន្ថយស្តុកនៅពីក្រោមខ្នងស្ត្រីដោយដាក់គែមលើបំផុតនៃខោឱ្យស្ថិតនៅកម្ពស់ស្មើនឹងឆ្អឹងជំនីក្រោមរបស់ស្ត្រី
- បន្ទាប់មកអ្នកដែលស៊កខោបន្ថយស្តុកត្រូវជួយផ្អៀងស្ត្រីមកខាងស្តាំវិញដើម្បីឱ្យអ្នកដែលសង្កត់អាទែរអាអ័ករៀបខោបន្ថយស្តុកឱ្យរាបស្មើដោយដាក់ចំណុចមូលៗ ឱ្យចំឆ្អឹងខ្នងរបស់ស្ត្រីហើយដាក់ស្ត្រីគេងផ្ងាររាបស្មើហើយត្រូវបន្តសង្កត់អាទែរអាអ័កវិញ
- រៀបចំខោបន្ថយស្តុកឱ្យបានត្រឹមត្រូវពីលើដល់កជើងទាំងពីរ
- បិទកំណាត់លេខ១ ឱ្យណែនជុំវិញកជើងទាំង២រួចយកម្រាមដៃផ្ទឹះឡើងដើម្បីឱ្យប្រាកដថាកំណាត់បានរុំតឹងល្អ។

ជំហានទី២

- បិទកំណាត់លេខ២ឱ្យណែនជុំវិញកំភួនជើងទាំង២។ យកម្រាមដៃផ្ទឹះឡើងដើម្បីឱ្យប្រាកដថាកំណាត់បានរុំតឹងល្អ។

- ព្យាយាមទុកចន្លោះក្បាលជង្គង់ឱ្យនៅទំនេរ ដើម្បីឱ្យគាត់បានបត់ជើងបាន និងងាយស្រួលក្នុងការធ្វើទម្រង់ការ ព្រោះគាត់ប្រហែលជាត្រូវពាក់ខោនេះរយៈពេលយូរ។

ជំហានទី៣

- បិទកំណាត់លេខ៣ឱ្យណែនជុំវិញភ្លៅទាំង២។ យកម្រាមដៃផ្ទឹះឡើងដើម្បីឱ្យប្រាកដថាកំណាត់បានរុំតឹងល្អ ដោយទុកជង្គង់ឱ្យនៅទំនេរ។

ជំហានទី៤

- បិទកំណាត់លេខ៤ឱ្យណែនជុំវិញត្រគាកដោយដាក់គែមខាងក្រោមនៃកំណាត់នេះឱ្យស្ថិតនៅកម្ពស់ស្មើនឹងឆ្អឹងថ្ពាស់ក្រោម។

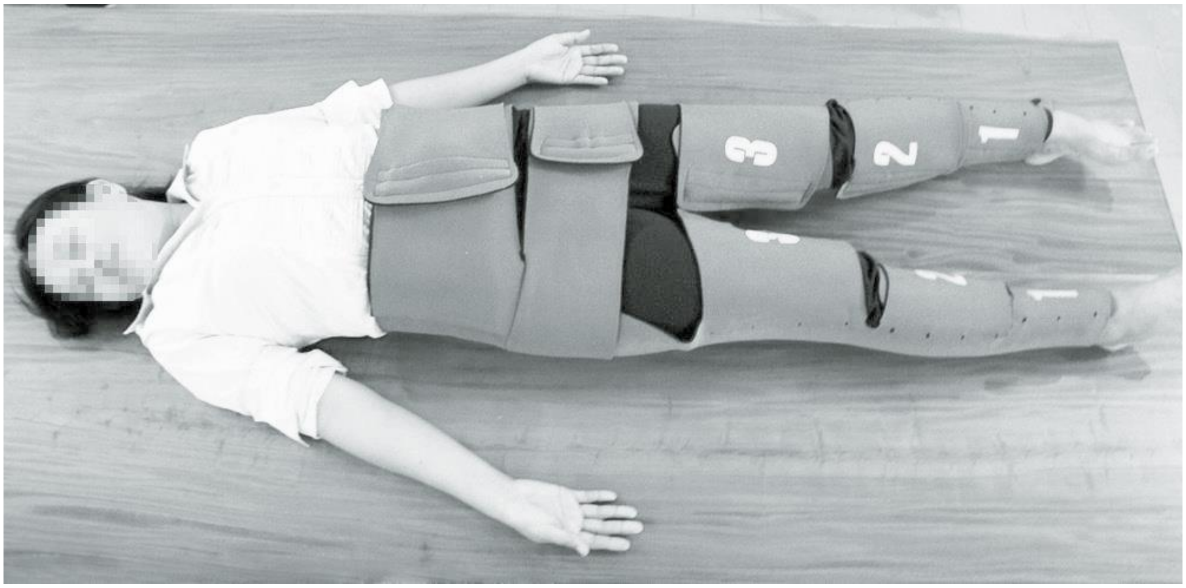
ជំហានទី៥

- ដាក់កំណាត់លេខ៥ដោយដាក់កូនបាល់ឱ្យចំអាទែរអារអ័កពោះ ដែលជាទូទៅនៅចំផ្ចិតរបស់ស្ត្រី
- បិទកំណាត់លេខ៦ រួចរៀបបញ្ជូនស្ត្រីជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានកន្លែងវះកាត់និងបញ្ចូលឈាម ហើយប្រាកដថាស្ត្រីអាចដកដង្ហើមបានធម្មតា។

ការប្រុងប្រយ័ត្ន៖ កុំប្រើខោបន្ថយស្លុកចំពោះស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះលើសពី២៨សប្តាហ៍ហើយទារកក្នុងផ្ទៃនៅរស់។

កំណត់សម្គាល់៖

- មនុស្ស២នាក់អាចបិទកំណាត់ទី១ និងទី២និងទី៣ ក្នុងពេលដំណាលគ្នាបាន
- បុគ្គលិកតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះដែលបិទកំណាត់ទី៤ ទី៥និងទី៦
- អ្នកត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីអាចដកដង្ហើមបានធម្មតាបន្ទាប់ពីបិទកំណាត់ទី៦



ចំពោះស្ត្រីដែលមានកម្ពស់ទាបៈ

ប្រសិនបើស្ត្រីមានកម្ពស់ទាបជាងខ្នាតរបស់ខោអ្នកអាចកែតម្រូវខោនេះយ៉ាងងាយដើម្បីឱ្យវាត្រូវនឹងកម្ពស់ស្ត្រីដោយដំបូងត្រូវបត់កំណាត់លេខ១ទៅក្នុងកំណាត់លេខ២រួចចាប់ផ្តើមបិទកំណាត់លេខ២ត្រង់កជើងរបស់ស្ត្រីហើយបិទកំណាត់លេខ៣, ៤, ៥, ៦, ដូចទម្រង់ការខាងលើ។

កំណត់សម្គាល់ ៖

- ទម្រង់ការនេះជាទម្រង់ការបណ្តោះអាសន្នដើម្បីរង់ចាំអន្តរាគមន៍មួយផ្សេងទៀត (ដូចជាការ វះកាត់និងការបញ្ចូលឈាម......)
- នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានកន្លែងវះកាត់និងបញ្ចូលឈាមតែប៉ុណ្ណោះដែលអាចដោះខោបន្ថយស្ពុកនេះបាន។

ការប្រើខោបន្ថយស្ពុកក្នុងពេលធ្វើការសង្កត់សរសៃឈាមអាកទែរអាអ័ក ៖

ដូចបាននិយាយពីខាងលើការសង្កត់សរសៃឈាមអាកទែរអាអ័កនិងការប្រើខោបន្ថយស្ពុកអាចធ្វើរួមជាមួយគ្នា។ ប្រសិនបើស្ត្រីធ្លាក់ឈាមខ្លាំងអ្នកអាចត្រូវការចាប់ផ្តើមធ្វើការសង្កត់សរសៃឈាមអាកទែរអាអ័កភ្លាមៗដើម្បីបញ្ឈប់ការធ្លាក់ឈាមក្នុងកំឡុងពេលដែលអ្នករង់ចាំអ្នកជួយមកដល់ឬនៅពេលដែលសហការីរបស់អ្នកទៅយកខោបន្ថយស្ពុកមកប្រើឱ្យស្ត្រី។ អ្នកនឹងត្រូវការបញ្ឈប់ការសង្កត់សរសៃឈាមអាកទែរអាអ័កនៅពេលដាក់ខោបន្ថយស្ពុកចូលទៅក្រោមស្ត្រីប៉ុន្តែអ្នកអាចសង្កត់ម្តងទៀតបន្ទាប់ពីសហការីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើមប្រើខោបន្ថយស្ពុកពីជើងរហូតត្រគាកស្ត្រី។ ប្រសិនបើត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានសេវាខ្ពស់ជាងអ្នកប្រហែលជាមិនអាចបន្តការសង្កត់សរសៃឈាមអាកទែរអាអ័ករហូតក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូនបានទេ។កំណាត់លើគេបង្អស់នៃខោបន្ថយស្ពុកដែលមានភ្ជាប់កូនបាល់មួយដែលអាចដាក់ចំពីលើសរសៃឈាមអាកទែរអាអ័កនឹងសង្កត់ចំសរសៃអាអ័កនៅពេលដែលបិទវាតឹងហើយជួយបន្ថយការធ្លាក់ឈាម។ឈប់សង្កត់អាអ័កហើយបិទកំណាត់លើគេបង្អស់របស់ខោឱ្យលឿន។

ការចៀសវាងផលវិបាកនៅពេលប្រើខោបន្ថយស្ពុកៈ

- ធានាថាបានការពារផ្លូវខ្យល់និងបង្ការការស្រូបកម្អួតចូលវិញជាចាំបាច់
- ធានាថាមានឆ្មបនៅថែទាំស្ត្រីជាប់ជានិច្ច
- គួរមានមនុស្សតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះដែលបិទកំណាត់អាងត្រគាកនិងពោះ (បើទោះជាស្ត្រីសន្លប់ក៏ដោយ ហើយការចាប់ផ្តើមប្រើខោបន្ថយស្ពុក ទើបទាមទារមនុស្ស២នាក់)
- តាមដានបរិមាណទឹកនោម
- ធានាថាមានសាច់ញាតិឬអ្នកជួយម្នាក់នៅជាប់ជានិច្ចជាមួយអ្នកជំងឺដែលសន្លប់ ហើយអាចពន្យល់ដល់ស្ត្រីពីគោលបំណងនៃការប្រើខោបន្ថយស្ពុក។នៅពេលស្ត្រីភ្ញាក់ដឹងខ្លួន ភ្ញាក់ ឬភ័យខ្លាច អាចព្យាយាមដោះខោនេះចេញមុនពេលនោះវានឹងធ្វើឱ្យគាត់ស្លាប់
- មិនត្រូវបើកកំណាត់ពោះមុនឡើយ។

សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក (CPA3)

សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ CPA3 ក៏អាចប្រើផងដែរក្នុងការពាក់ខោបន្ថយស្តុកព្រោះវាជាអន្តរាគមន៍បណ្តោះអាសន្នដើម្បីរង់ចាំអន្តរាគមន៍មួយផ្សេងទៀតឬបើក្នុងករណីចាំបាច់ណាមួយ។ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកតម្រូវឱ្យមានបច្ចេកទេសដោះខោដែលបានបញ្ជូនមកពីមណ្ឌលសុខភាពឬពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនានា។

ការដោះខោបន្ថយស្តុកដោយសុវត្ថិភាព៖

ការដោះខោបន្ថយស្តុកគួរធ្វើឡើងតែក្នុងករណី ៖

- នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានកន្លែងវះកាត់ និងបញ្ចូលឈាមតែប៉ុណ្ណោះដោយមានការត្រួតពិនិត្យត្រឹមត្រូវ
- នៅពេលដែលស្ត្រីមានស្ថេរភាព បន្ទាប់ពីព្យាបាលមូលហេតុនិងស្របទៅតាមពេលវេលាដែលបញ្ជាក់ខាងក្រោមនេះតែប៉ុណ្ណោះ
- តាមធម្មតា គេអាចដោះខោបន្ថយស្តុកបានតែនៅក្រោយពេលបញ្ចូលសេរ៉ូម និងឈាមហើយប៉ុណ្ណោះ ព្រោះទាល់តែពេលនោះទើបស្ត្រីមានស្ថេរភាពឡើងវិញ
- បើមិនទាន់បានជួយឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាពឡើងវិញសិនទេ ដោយការបញ្ចូលសេរ៉ូម និងឈាមប៉ះប៉ូវបរិមាណឈាមដែលស្ត្រីបានបាត់បង់ ហើយក៏ដោះខោបន្ថយស្តុកចេញនោះ វានឹងបណ្តាលឱ្យមានការប្រឈមខ្ពស់ត្រង់ថាស្ត្រីនឹងត្រូវបិតក្នុងស្ថានភាពស្តុកមួយដែលធ្ងន់ធ្ងរ ហើយមិនអាចគ្រប់គ្រងកែប្រែឡើងវិញបាន ហើយនៅទីបំផុតទៅក៏នឹងត្រូវស្លាប់ ។

កំណត់សម្គាល់៖ការដោះខោនេះយ៉ាងលឿន ឬដោះដោយមិនត្រូវតាមលំដាប់លំដោយអាចធ្វើឱ្យស្ត្រីធ្លាក់ស្តុកវិញ និងអាចគ្រោះថ្នាក់បាន។

ការដោះខោត្រូវអនុវត្តតាមទម្រង់ការខាងក្រោម ៖

ទម្រង់ការ

<u>ជំហានទី១</u>

ចាប់ផ្តើមដោះខោបន្ថយស្តុក តែនៅពេលដែលស្ត្រីមានស្ថេរភាពបាន២ម៉ោងបន្ទាប់ពីបានរកឃើញនិងបានព្យាបាលមូលហេតុនៃការធ្លាក់ឈាមព្រមទាំងបានព្យាបាលដោយការបំពេញសារធាតុរាវ និងការបញ្ចូលឈាម៖

- ការធ្លាក់ឈាមបានត្រូវបញ្ឈប់
- ជីពចរថយចុះ<100/mn
- ហើយសម្ពាធឈាមលើសពី100/60mm Hg
- ស្ត្រីមានស្មារតីដឹងខ្លួនធម្មតា។

<u>ជំហានទី២</u>

- នៅចន្លោះការបើកកំណាត់នីមួយៗ សូមរង់ចាំ១៥នាទីដើម្បីឱ្យឈាមត្រឡប់ទៅវិញ

- ត្រូវពាក់ស្រោមដៃជានិច្ចនៅពេលប៉ះពាល់ខោដែលប្រឡាក់
- ការដោះខោបន្លយស្អុក ចាប់ផ្ដើមពីកំណាត់ក្រោមបំផុត ជាធម្មតាគឺលេខ១ឬលេខ២ដេញប្រសិនបើស្ត្រីមានកម្ពស់ទាប ហើយលេខ២នៅត្រង់កជើងគាត់មកលើជាបន្តបន្ទាប់
- បន្ទាប់ពីបើកកំណាត់ដំបូងរួច១៥នាទី មុននឹងបើកកំណាត់បន្ទាប់ ចូរយកជីពចរ និងសម្ពាធឈាមរបស់គាត់ដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកអាចបើកកំណាត់បន្ទាប់បាន។

<u>ជំហានទី៣</u>

១៥នាទីក្រោយមក ប្រសិនបើជីពចរនិងសម្ពាធឈាមមានលំនឹងចូរបើកកំណាត់បន្ទាប់ទៀត។

<u>ជំហានទី៤និងទី៥</u>

បន្ទាប់ពី១៥នាទី ចូរយកជីពចរនិងសម្ពាធឈាមរបស់គាត់។ ប្រសិនបើមានស្ថេរភាពបើកកំណាត់បន្ទាប់។ធ្វើបន្តតាមទម្រង់ការនេះ ពោលគឺបើកមួយកំណាត់ រង់ចាំ១៥នាទី រួចយកជីពចរនិងសម្ពាធឈាមហើយបន្តធ្វើរហូតទាល់តែបើកអស់។

សូមប្រយ័ត្ន ៖ ក្បួន២០

- បន្ទាប់ពីបើកកំណាត់មួយហើយនោះ ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមធ្លាក់ចុះចំនួន 20mmHg ឬ ជីពចរកើនឡើងចំនួន ២០ លេខក្នុងមួយនាទី ៖
  - បិទកំណាត់ទាំងអស់វិញ ហើយពិចារណាដាក់សេរ៉ូមបន្ថែមឬបញ្ចូលឈាម។
  - ប្រសិនបើមានការធ្លាក់ឈាមឡើងវិញ ចូរបិទកំណាត់ទាំងអស់ ហើយកំណត់រកប្រភពនៃការធ្លាក់ឈាម។

<u>បញ្ជាក់</u> ៖សូមកុំដោះខោបន្លយស្អុកចេញឱ្យសោះ នៅមណ្ឌលសុខភាព ឬ មន្ទីរពេទ្យកម្រិត CPA1។

៧-១៧ ការបូមសម្អាតដោយឧបករណ៍បូមដោយដៃ

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖

- ការរំលូត/រលូតដែលមានអាយុគភ៌តិចជាង១២សប្ដាហ៍
- ការថែទាំក្រោយរំលូត ដើម្បីសម្អាតស្បូនឱ្យស្អាត
- គភ៌កូនពង
- ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលដោយសល់កំទេចសុក

ទម្រង់ការត្រូវរួមបញ្ចូល៖

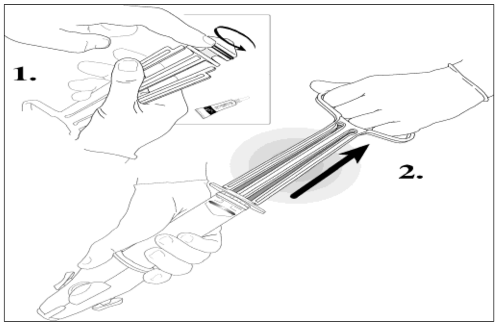
អនុវត្តគោលការគ្រឹះនៃការថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)

- ផ្ដល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រស្ត្រី
- គ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ក្នុងពេលធ្វើទម្រង់ការ

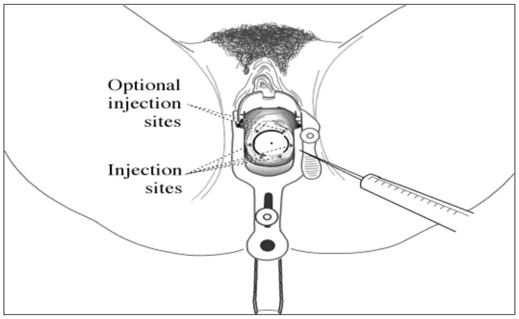
- សម្ភារនិងឧបករណ៍នានាបានរៀបចំជាស្រេច

សង្ខេបជំហានទាំង១០ នៃការបូមសម្អាតដោយដៃ សម្រាប់ត្រីមាសទីមួយ ៖

- **<u>ជំហានទី១ រៀបចំឧបករណ៍</u>**៖ ឧបករណ៍បូមដោយដៃ MVA Plus និងបំពង់បូម ត្រូវរៀបចំជាស្រេចនិងធានាថាមានសុញ្ញាកាសនៅក្នុងឧបករណ៍បូម។ ឧបករណ៍ផ្សេងៗទៀតត្រូវរៀបចំជាស្រេចដើម្បីធ្វើទម្រង់ការបូមសម្អាតស្បូន។

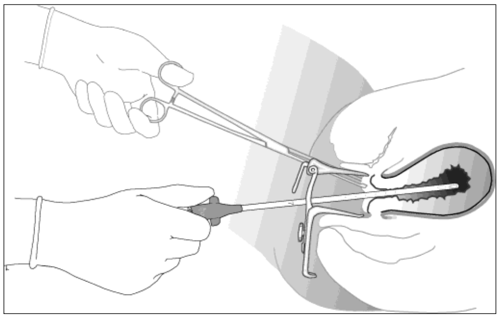


- **<u>ជំហានទី២ ការរៀបចំស្ត្រី</u>** ៖ ស្ត្រីបានទទួលការផ្តល់ការប្រឹក្សានិងចុះកិច្ចព្រមព្រៀង ហើយបានទទួលឱសថបន្ថយការឈឺចាប់។ ធានាថាស្ត្រីគ្មានទឹកនោមនៅក្នុងប្លោកនោម។ រៀបចំស្ត្រីអោយនៅលើគ្រែសម្រាលក្នុងស្ថានភាពសមស្រប។
- **<u>ជំហានទី៣ ការសម្អាតមាត់ស្បូន</u>** ៖ សម្អាតមាត់ស្បូនដោយសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ។ បច្ចេកទេសហាមប៉ះ (No Touch Technique) ត្រូវយកមកអនុវត្ត។
- **<u>ជំហានទី៤ ការចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅជុំវិញមាត់ស្បូន</u>** ៖ ថ្នាំស្ពឹក (Lidocaine) ល្បាយកម្រិត1% ប្រើពី10-20ml ចាក់លើមាត់ស្បូន (នៅត្រង់ចំណុចម៉ោង១២ ម៉ោង៤និងម៉ោង៨)។

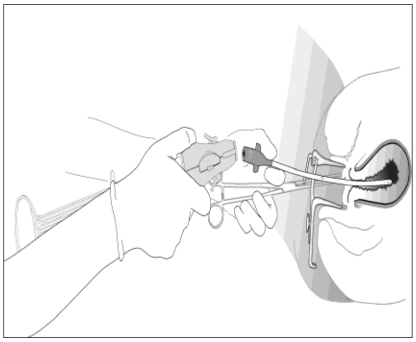


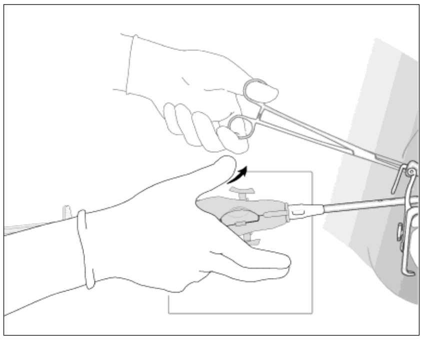
- **<u>ជំហានទី៥ ការពង្រីកមាត់ស្បូន</u>** ៖ មាត់ស្បូនត្រូវបានពង្រីកសមស្របទៅតាមទំហំគភ៌ដោយប្រើបំពង់បូមពីលេខតូចទៅដល់លេខធំ។ ពេលខ្លះគេអាចប្រើមីសូប្រូស្តូល400mcg ដើម្បីបន្ទន់មាត់ស្បូនរយៈពេល៣ទៅ៤ម៉ោងមុនអនុវត្តទម្រង់ការ។
- **<u>ជំហានទី៦ ការបញ្ចូលបំពង់បូម</u>**៖ បញ្ចូលបំពង់បូមដោយថ្នមៗ រហូតដល់កំពូលស្បូន រួចដកថយក្រោយបន្តិច

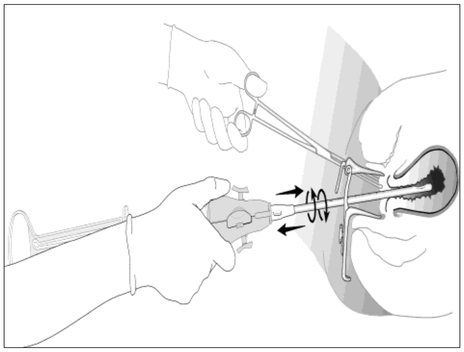
វិញ។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នចំពោះការធ្លាយស្បូន ដោយការរុញបំពង់បូមចូលជ្រៅហួសការកំណត់។

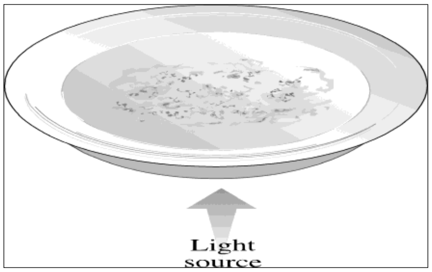


- **ជំហានទី៧ ការបូមជាលិកាគភ៌នៅក្នុងស្បូន** ៖ ភ្ជាប់ឧបករណ៍បូមដែលបានបង្កើតឱ្យមានសុញ្ញាកាសរួច ហើយទៅនឹងបំពង់បូម រួចបន្ធូរប៊ូតុងដោយបង្វិលបំពង់បូមយឺតៗនិងរុញទៅមុខ ទាញថយក្រោយថ្នមៗ ក្នុងមុំ១៨០ អង្សាដើម្បីបូមយកជាលិកាគភ៌ចេញ។រកមើលសញ្ញាដែលបង្ហាញថាស្បូនបានបូមសម្អាតអស់មាន ដូចជា នៅក្នុងបំពង់បូមឃើញពពុះពណ៌ក្រហមឬផ្កាឈូកតែមិនមានជាលិកាគភ៌ការដឹងពីការប៉ះរវាងបំពង់បូមទៅផ្ទៃរបស់ស្បូន ស្បូនកន្ត្រាក់រឹបបំពង់បូម។
- **ជំហានទី៨ ត្រួតពិនិត្យជាលិកាគភ៌** ៖ បើចាំបាច់លាងឈាមចេញពីជាលិកាគភ៌ រួចដាក់ក្នុងចានជ័រថ្លាដែលមានទឹកស្អាត។ មើលបរិមាណនិងវត្ថមាននៃជាលិកាគភ៌ ដើម្បីប្រាកដថាជាលិកាគភ៌បានបូមអស់។







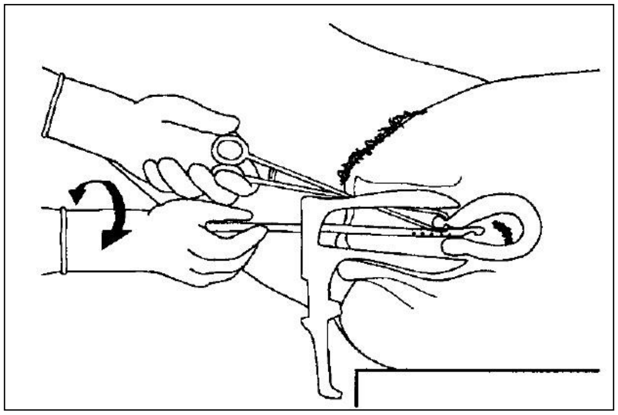


- **ជំហានទី៩ ការអនុវត្តព្រមគ្នានូវទម្រង់ការផ្សេងទៀត** ៖ ទម្រង់ការផ្សេងៗទៀតអាចផ្តល់ជូនស្ត្រី ដូចជាការដាក់កងក្នុងស្បូន បើត្រូវការនិងសមស្របឬការជួសជុលមាត់ស្បូនបើមានការដាច់រហែក។

- **<u>ជំហានទី១០ ការរៀបចំត្រាំសម្ភារ</u>** ៖ រៀបចំទុកដាក់ឧបករណ៍តាមគោលការការពារការឆ្លងរោគ។ ជួយរៀបចំស្ត្រីឱ្យមានផាសុកភាព។ កត់ត្រាព័ត៌មានពីទម្រង់ការទុកក្នុងឯកសារ។

កំណត់សម្គាល់ ៖

- ចំពោះកូនពងដែលស្បូនមានទំហំធំ ត្រូវត្រៀមឧបករណ៍បូមនិងបំពង់បូមឱ្យបាន៣ឈុត។ បើអាចគួរប្រើការបូមសម្អាតដោយចរន្តអគ្គិសនី
- ករណីរលូតមិនអស់ដែលមាត់ស្បូនបើកចំហ ការចាប់មាត់ស្បូនគេអាចប្រើដង្កៀបរាងបេះដូង ជំនួសដង្កៀបចាប់មាត់ស្បូនដើម្បីជៀសវាងការដាច់រហែកមាត់ស្បូន
- ដាក់ឧបករណ៍ដែលប្រើរួចទៅក្នុងថាសដែលស្តេរីលរហូតអ្នកប្រាកដថាទម្រង់ការត្រូវបានចប់សព្វគ្រប់ ទើបដាក់ឧបករណ៍ទាំងក្នុងសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ។



ការសម្អាតស្បូន

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ ៖

- ផ្តល់អង់ទីប៊ីយោទិក សម្រាប់ទម្រង់ការបូមដោយឧបករណ៍
- បន្តផ្តល់ថ្នាំបន្ថយការឈឺចាប់ បើចាំបាច់
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យញ៉ាំអាហារ ផឹកនិងដើរតាមចិត្តចង់
- ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើត និងផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត ប្រសិនបើស្ត្រីត្រូវការ
- ប្រសិនបើគ្មានផលវិបាក អនុញ្ញាតិឱ្យស្ត្រីត្រឡប់ទៅផ្ទះក្នុង ១-២ ម៉ោង
- ផ្តល់ដំបូន្មានទៅស្ត្រីឱ្យដឹងពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដែលត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ឬត្រូវវិលត្រឡប់មកបន្ទាន់៖
  - ឈឺពោះយូរថ្ងៃ (លើសពី២-៣ថ្ងៃ)
  - ធ្លាក់ឈាមមានក្លិនស្អុយឬអូសបន្លាយ (លើសពី ២សប្តាហ៍)
  - ធ្លាក់ឈាមមានបរិមាណច្រើនជាងការមករដូវធម្មតា

- ឈឺពោះស្រួចស្រាវឬឈឺកាន់តែខ្លាំង
- គ្រុនក្តៅ ញាក់ ឬល្វិតល្វៃ
- ងងឹតមុខ។

- សេចក្តីណែនាំលំអិតមើលក្នុងពិធីសារជាតិស្តីពីការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។

៧-១៨ តេស្តកំណកឈាម *(Bedside clotting test)*

វាយតម្លៃស្ថានភាពកំណកឈាមដោយប្រើ Bedside clotting test

- បូមឈាម 2 ml ពីសរសៃវ៉ែន ដាក់ក្នុងទីបកែវ ស្អាត ស្ងួត (10mmx75mm)
- ក្តោបទីបក្នុងប្រអប់ដៃដើម្បីរក្សាកំដៅ (±37°c)
- ៤ នាទីក្រោយចាប់ចុងទីបទាញឡើងយឺតៗដើម្បីមើលពីកំណកឈាមដែលកើតមាន។ បន្ទាប់មកចាប់ចុងទីបមើលរាងរាល់នាទីរហូតឈាមកកហើយអាចត្រលប់ទីបចុះក្រោម
- បើឈាមមិនកកក្នុងរយៈពេល៧នាទីក្រោយឬកំណកឈាមដែលទន់ហើយងាយបែកនោះបានន័យថាមានបញ្ហាកំណកឈាម។

៧-១៩ កែសម្រួលករណីស្បូនពន្លាត់

ពិនិត្យពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ

- អនុវត្តគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ
- ផ្តល់ Diazepam10mg និង Atropine ¼ mg IM ១៥នាទីមុននឹងអនុវត្តទម្រង់ការ។បើចាំបាច់ ត្រូវប្រើថ្នាំសន្លប់
- ជូតសម្អាតស្បូនដែលពន្លាត់ឱ្យស្អាតដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
- សង្កត់ស្បូនដែលពន្លាត់ដោយស្បៃស្តេរីល សើមនិងក្តៅឧណ្ហៗរហូតដល់ទម្រង់ការចាប់ផ្តើម។

ទម្រង់ការ ៖

ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល ហើយចាប់កាន់ស្បូនដែលពន្លាត់រួចរុញឆ្លងកាត់មាត់ស្បូនតម្រង់ទិសរកផ្ចិតនិងទៅទីតាំងធម្មតារបស់ស្បូន ប្រើដៃម្ខាងទៀតដើម្បីទប់លំនឹងស្បូន។ បើសុកនៅជាប់នឹងស្បូននៅ ឡើយត្រូវទម្លាក់សុកដោយដៃក្រោយពីបានកែសម្រួលស្បូនពន្លាត់ហើយ។

កំណត់សម្គាល់ ៖

ផ្នែករបស់ស្បូនដែលចេញមកក្រោយគេ(ផ្នែកដែលជិតមាត់ស្បូនបំផុត)ត្រូវបញ្ចូលទៅវិញមុន។

- ការកែសម្រួលការពន្លាត់ស្បូនដោយដៃដោយដាក់ថ្នាំសន្លប់
- ធ្វើការកែសម្រួលការពន្លាត់ស្បូនដោយដៃ ដោយដាក់ថ្នាំសន្លប់ ប្រើ halothane

- Halothane ត្រូវបានណែនាំពីព្រោះវាធ្វើឱ្យស្បូនសម្រាក។
- ចាប់ស្បូនដែលពន្លាត់រួចរុញឆ្លងកាត់មាត់ស្បូនតំរង់ទិសរកផ្ចិតនិងទៅទីតាំងធម្មតារបស់ស្បូនប្រើដៃម្ខាងទៀតដើម្បីទប់លំនឹងស្បូន។បើសុកនៅជាប់នឹងស្បូននៅឡើយត្រូវទម្លាក់សុកដោយដៃក្រោយ ពីបានកែសម្រួលស្បូនពន្លាត់ហើយ។

ការកែសម្រួលការពន្លាត់ស្បូនតាមទ្វារមាសនិងតាមពោះរួមគ្នា ៖ការកែសម្រួលការពន្លាត់ស្បូនតាមទ្វារមាសនិងតាមពោះដោយប្រើថ្នាំសន្លប់អាចនឹងអនុវត្តបើសិនការធ្វើទម្រង់ការខាងលើមិនបានជោគជ័យ។

ពិនិត្យពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- វះបើកពោះ
    - វះទទឹងពោះ នៅចំពាក់កណ្ដាលរវាងផ្ចិតនិងឆ្អឹងថ្ងាស វះឆ្លងកាត់ស្បែករួចទៅដល់ fascia
    - វះទទឹងដោយឆូតប្រវែង 2-3 cm លើស្រទាប់ fascia
    - យកដង្កៀបចាប់គែមរបស់ fascia និងពង្រីកស្នាមវះដោយប្រើកន្ត្រៃកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ
    - ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីញែកសាច់ដុំពោះ (abdominal wall muscles)
    - ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីបើកស្រោមពោះដែលនៅក្បែរផ្ចិត។ ប្រើកន្ត្រៃដើម្បីពង្រីកមុខវះ ដោយកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នការធ្វើឱ្យរបួសប្លោកនោមដោយប្រើកន្ត្រៃដើម្បីផ្ដាច់ស្រទាប់នានានិងបើកផ្នែកខាងក្រោមនៃស្រោមពោះ
    - ដាក់ប្រដាប់ទប់ប្លោកនោម (bladder retractor) នៅលើឆ្អឹងថ្ងាសនិងដាក់ប្រដាប់ទប់ការបើកពោះ (self-retaining abdominal retractors)
- ពង្រីកកងរង្វង់មាត់ស្បូនដោយដៃ
- គៀបដង្កៀប tenaculum ក្នុងរង្វង់មាត់ស្បូននិងកាន់កំពូលស្បូនដែលពន្លាត់
- រក្សាការទាញថ្នមៗលើកំពូលស្បូនដែលពន្លាត់ព្រមគ្នានឹងការជួយកែសម្រួលដោយដៃតាមទ្វារមាសរបស់ជំនួយការ។
- បើការទាញនោះមិនបានជោគជ័យ ៖
    - កាត់រង្វង់កងមាត់ស្បូនទទឹងនិងនៅផ្នែកខាងក្រោយ (ការកាត់របៀបនេះអាចធ្វើឱ្យរបួសប្លោកនោមនិងសរសៃឈាមមានតិចបំផុត)
    - ធ្វើការពង្រីករង្វង់មាត់ស្បូនដោយដៃម្តងទៀតគៀបដង្កៀប tenaculum និងទាញ
    - បិតរង្វង់មាត់ស្បូនវិញ។

- បើការកែសម្រួលបានជោគជ័យ ដេរបិតពោះវិញ ៖
    - ត្រូវប្រាកដថាគ្មានការហូរឈាម ប្រើ spongeយកចេញកំណកឈាមឱ្យអស់ពីក្នុងពោះ
    - បិតស្រទាប់ fasciaដោយដេរថ្នេរជាប់ដោយប្រើចេស Vicryl លេខ១ (polyglycolic)។

សម្គាល់ ៖មិនចាំបាច់ដេរបិតស្រោមពោះទេ (bladder peritoneum ឬ abdominal peritoneum) ៖

- ○ បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ pack the subcutaneous ដេរសង្កត់ជាលិកាក្រោមស្បែក ដោយស្បែជាចំណងធូរជាមួយចេស Vicryl លេខ 0ដេរបិតស្បែកពោះនៅក្រោយពេល ដែលការបង្ករោគបានជាសះស្បើយ
- ○ បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដេរបិតស្បែកដោយថ្នេរទទឹង (vertical mattress sutures of 3-0) ចេសនីឡុងលេខ 3-0 និងគ្របដោយស្បែស្តេរីល។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ ៖

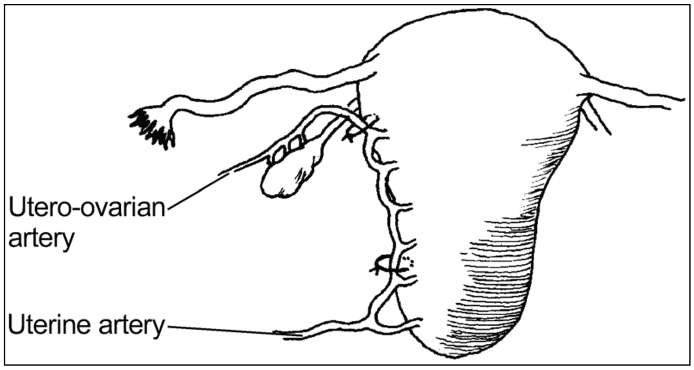
- នៅពេលកែសម្រួលស្បូនពន្លាត់រួចហើយចាក់ Oxytocin 20 IU លាយជាមួយសេរ៉ូមប្រៃឬ Lactate ringer 500ml បញ្ចូលតាមសរសៃ១០ដំណក់/១នាទី ៖
  - បើសង្ស័យថាមានធ្លាក់ឈាម តំឡើងដំណក់សេរ៉ូមទៅ៦០ដំណក់/១នាទី
  - បើស្បូនមិនកន្ត្រាក់ក្រោយពេលប្រើ Oxytocinផ្តល់ Ergometrine 0.2mg ឬProstaglandin (ទំព័រ 136)
  - ផ្តល់ antibiotic ដើម្បីការពារតែ១ដូសគត់ ក្រោយពេលធ្វើការកែតម្រូវស្បូនពន្លាត់ ដោយផ្តល់ Ampicilline 2g IV និង Metronidazole 500mg IV ឬ Ceftriaxone 1g IV និង Metronidazole 500mg IV
- ប្រសិនបើការកែតម្រូវតាមពោះនិងតាមទ្វារមាសធ្វើរួមគ្នា សូមមើលគោលការណ៍ថែទាំក្រោយ វះកាត់
- បើស្ត្រីមានសញ្ញាក្លាយរោគឬក្តៅខ្លួនផ្តល់ antibiotic ច្រើនមុខបូកបញ្ចូលគ្នារហូតដល់បាត់ក្តៅខ្លួនរយៈពេល ៤៨ម៉ោង៖
  - Ampicilline 2g IV រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង និង
  - Gentamicin 5mg នៃទំងន់ខ្លួន 1kg IV រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តងនិង
  - Metronidazole 500mg IV រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង
- ផ្តល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប។

៧-២០ ការចងសរសៃអាទែរស្បូន-អូវែរ (Uterine and utero-ovarian artery ligation)

- ពិនិត្យពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ
- អនុវត្តគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំល្អនិងការថែទាំជំងឺវះកាត់
- ផ្តល់ antibiotic បង្ការមួយដូស
  - Ampicillin 2g IV
  - ឬ Ceftriaxone 1g IV
- បើកពោះ៖
  - វះទទឹងពោះពីរធ្នាប់ដៃលើឆ្អឹងពុយបឹស
  - វះទទឹងដោយឆ្វតប្រវែង 2-3cm លើស្រទាប់ fascia

- យកដង្កៀបចាប់គែមរបស់ fascia និងពង្រីកស្នាមវះដោយប្រើកន្ត្រៃកាត់ចុះក្រោមនិង ឡើងលើ
- ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីញែកស្រទាប់សាច់ដុំ (abdominal wall muscles)
- ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីបើកស្រោមពោះដែលនៅក្បែរផ្ចិត។ ប្រើកន្ត្រៃដើម្បីពង្រីកមុខវះ ដោយកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នការធ្វើឱ្យរបួសប្លោកនោមប្រើកន្ត្រៃ ដើម្បីផ្តាច់ស្រទាប់នានានិងបើកផ្នែកខាងក្រោមនៃស្រោមពោះ
- ដាក់វ៉ាល់ពុយប៊ីស (bladder retractor)នៅលើឆ្អឹងថ្ងាសនិងដាក់ប្រដាប់ទប់ការបើកពោះ (self-retaining abdominal retractors)

- ទាញស្បូនចេញក្រៅដើម្បីងាយស្រួលមើលផ្នែកខាងក្រោមនៃ សរសៃពួរធំ (broad ligament)
- ស្ទាបរកការលោតនៃសរសៃអារទែស្បូនដែលនៅក្បែរកន្លែងតភ្ជាប់រវាងស្បូននិងមាត់ស្បូន (ចង្កេះស្បូន)
- ប្រើ chromic catgutលេខ០ ឬ Vicryl និងម្ជុលធំរួចចាក់ម្ជុលព័ទ្ធជុំវិញសរសៃអារទែនិងចាក់ក្នុងសាច់ដុំស្បូន 2-3cm នៅត្រង់កន្លែងដែលផ្នែកខាងក្រោមស្បូននឹងត្រូវវះ។ចងថ្នេរដេរដោយហ្មត់ចត់
- ដេរជិតស្បូនបំផុតដែលអាចធ្វើទៅបាន ដោយសារជាទូទៅ ureterស្ថិតនៅតែ 1cm ពីសរសៃ អារទែស្បូន
- ធ្វើដូចគ្នានេះដែរនៅផ្នែកម្ខាងទៀត
- បើដាច់អាកទែ ត្រូវគាបនិងចងចុងដែលហូរឈាម
- ចងសរសៃអាកទែ utero-ovarian ឱ្យចំកន្លែង ovarian suspensory ligament ភ្ជាប់ទៅនឹងស្បូន
- ធ្វើដូចគ្នានេះដែរនៅផ្នែកម្ខាងទៀត
- សង្កេតរកការហូរឈាមឬការបង្កជា haematoma



កន្លែងដែលត្រូវចងសរសៃអាកទែរ uterine និងutero-ovarian

- ដេរបិទពោះ ៖
  - ប្រាកដថាគ្មានការហូរឈាម។ យកកំណកឈាមដែលនៅសល់ចេញ
  - ពិនិត្យយ៉ាងម៉ត់ចត់រកការរបួសប្លោកនោមនិងដេរជួសជុល
  - ដេរបិទ fascia ដោយ chromic catgut លេខ 0 ឬ Vicryl ។

កំណត់សម្គាល់ ៖មិនចាំបាច់ដេរស្រោមពោះ (bladder peritoneum ឬ abdominal peritoneum)

- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ pack the subcutaneous ដោយស្បៃនិងដេរ (ចងធូរៗ) ដោយចេស chromic catgut លេខ០.ដេរបិទពោះភ្ជិតនៅក្រោយពេលដែលការបង្ករោគ បានជាសះស្បើយ
- បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដេរបិទស្បែកដោយថ្នេរទទឹង vertical mattress sutures of 3-0 ចេសនីឡុង ឬសូត្រនិងគ្របដោយស្បៃស្តេរីល។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំក្រោយការវះកាត់
- តាមដានទឹកនោមបើមានឈាមនៅក្នុងទឹកនោមឬស្ត្រីមានការឈឺចាប់នៅត្រង់ចំឡុកឬកំប៉េះគូទត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលកម្រិត៣បើអាចដើម្បីព្យាបាលការស្ទះបំពង់បង្ហូរទឹកនោម (uretère)
- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគឬស្ត្រីមានក្តៅខ្លួន ត្រូវផ្តល់ antibiotic រួមបញ្ចូលគ្នារហូតដល់ ៤៨ម៉ោងក្រោយបាត់ក្តៅ
- ផ្តល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប
- បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដកបំពង់បង្ហូរ (Drain)ចេញពីពោះក្រោយ ៤៨ម៉ោង
- ផ្តល់ការសេវាថែទាំដទៃទៀតបើចាំបាច់។

៧-២១ ការកាត់ស្បូនមួយផ្នែកនិងកាត់ស្បូនទាំងមូល (Subtotal and Total Hysterectomy)

ការកាត់ស្បូនក្រោយសម្រាលអាចកាត់តែផ្នែកខ្លះនៃស្បូន(Subtotal)លើកលែងតែមាត់ស្បូននិងផ្នែកខាងក្រោមនៃស្បូនមានការប៉ះពាល់។ការកាត់ស្បូនទាំងស្រុងអាចចាំបាច់ត្រូវធ្វើបើសិនជាមានការរហែកផ្នែកខាងក្រោមនៃស្បូននិងរហែកទៅដល់មាត់ស្បូនឬការធ្លាក់ឈាមក្រោយពីមានបញ្ហាជាប់សុក

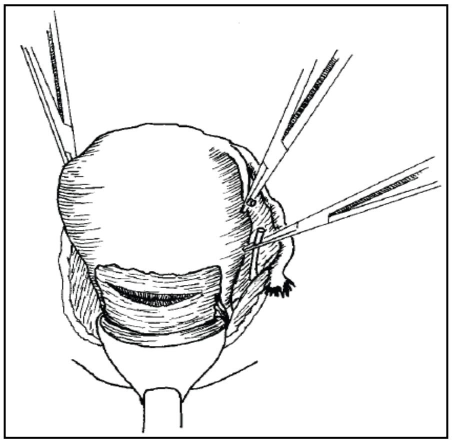
- ពិនិត្យពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ
- អនុវត្តគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំល្អនិងការថែទាំជំងឺវះកាត់និងចាប់ផ្តើមបញ្ចូលសេរ៉ូម
- ផ្តល់ antibiotic បង្ការមួយដូស (Ampicillin 2g IVឬ Ceftriaxone 1g IV)
- ប្រសិនបើមានការធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរក្រោយសម្រាលដែលមិនអាចគ្រប់គ្រងបានត្រូវចាំថាការអនុវត្តទម្រង់ការឱ្យបានលឿនជាការសំខាន់។
- បើកពោះ ៖
  - វះទទឹងពោះ ពីរធ្នាប់ដៃលើឆ្អឹង Pubis
  - វះទទឹងដោយឆូតប្រវែង 2-3 cm លើស្រទាប់ fascia
  - យកដង្កៀបចាប់គែមរបស់ fascia និងពង្រីកស្នាមវះដោយប្រើកន្ត្រៃកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ
  - ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីញែកសាច់ដុំ (abdominal wall muscles)

- ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីបើកស្រោមពោះដែលនៅក្បែរផ្ចិត។ ប្រើកន្ត្រៃដើម្បីពង្រីកមុខវះ ដោយកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នការធ្វើឱ្យរបួសប្លោកនោមដោយប្រើកន្ត្រៃ ដើម្បីផ្តាច់ស្រទាប់នានា និងបើកផ្នែកខាងក្រោមនៃស្រោមពោះ
- ដាក់វ៉ាល់(bladder retractor) នៅលើឆ្អឹងថ្ងាស និងដាក់ប្រដាប់ទប់ការបើកពោះ (self-retaining abdominal retractors)

• ប្រសិនបើការសម្រាលធ្វើដោយវះកាត់ គៀបកន្លែងដែលហូរឈាមតាមបណ្តោយស្នាមវះស្បូន។
  - បើសិនហូរឈាមខ្លាំងត្រូវឱ្យជំនួយការយកម្រាមដៃសង្កត់លើសរសៃអាអ័កពោះផ្នែកខាង ក្រោមការធ្វើបែបនេះនឹងកាត់បន្ថយការហូរឈាមក្នុងពោះ
  - ពង្រីកមុខវះលើស្បែកបន្ថែមទៀតបើចាំបាច់។

<u>**ការកាត់ផ្នែកខ្លះនៃស្បូន (Subtotal hysterectomy)**</u>

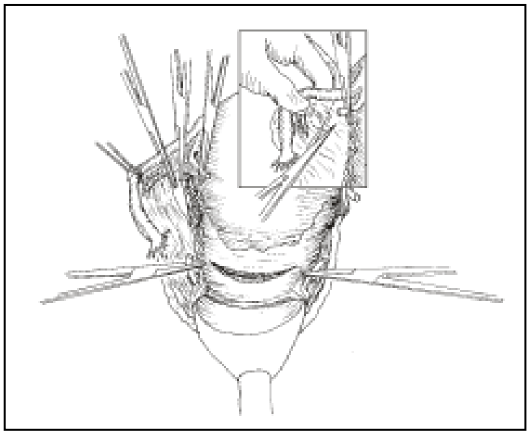
• លើកស្បូនចេញផុតពីពោះនិងរក្សាការទាញតិចៗ
• គៀបពីរជាន់និងកាត់ round ligament ដោយប្រើកន្ត្រៃ។ គៀបនិងកាត់ pedicule ប៉ុន្តែត្រូវចងវិញក្រោយពីប្រាកដថាគ្មានហូរឈាមពីអាកទែ uterine ទេ។



ការកាត់ Round ligament

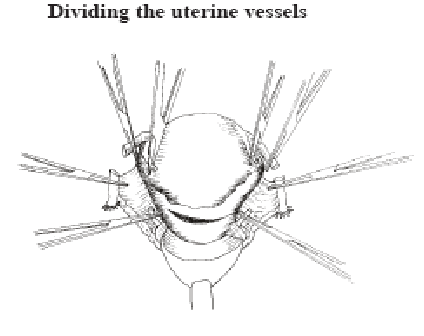
• ត្រង់កន្លែងមុខកាត់របស់ round ligament បើកស្រទាប់ anterior leaf of the broad ligament
  - ចៀរសំដៅទៅកន្លែងដែលស្រោមពោះត្រង់ប្លោកនោម (bladder peritoneum) ច្បត់ពីលើផ្ទៃនៃស្បូនផ្នែកខាងក្រោមចំបន្ទាត់ពុះកណ្តាលពោះ
  - ចៀរទៅរកកន្លែងស្រោមពោះដែលបានកាត់ដោយសារ C-section
• ប្រើម្រាមដៃ២ដើម្បីរុញស្រទាប់ខាងក្រោយរបស់ ligament ធំរហូតទៅដល់ក្រោមដៃស្បូននិងអូវែក្បែរគែមរបស់ស្បូន។ ចោះជាប្រហោងប៉ុនម្រាមដៃនៅ ligament ធំដោយប្រើកន្ត្រៃ។ គៀប២ជាន់និងកាត់ដៃស្បូន កាត់ ovarian ligament និង ligamentធំ តាមប្រហោងនៅក្នុង ligament ធំ។

Uretere ស្ថិតនៅជិតសរសៃឈាមមកចិញ្ចឹមស្បូន។ ដូច្នេះត្រូវរកuretere ឱ្យឃើញដើម្បីចៀសវាង ការរបួសក្នុងអំឡុងពេលវះកាត់ឬបញ្ចូលវាទៅក្នុង stitch។



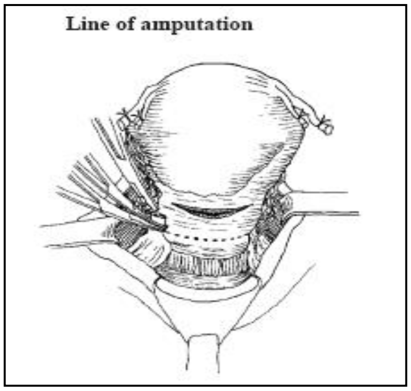
ការញែករវាងដៃស្បូននិងovarian ligament

- វះចែកស្រទាប់ខាងក្រោយរបស់ ligament ធំចុះក្រោមសំដៅuterosacral ligament ដោយប្រើកន្ត្រៃ
- ចាប់ចុងរបស់ប្លោកនោមដោយដង្កៀប ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីផ្តាច់ប្លោកនោមពីផ្នែកខាងក្រោម នៃស្បូន (តាមទិសដៅពីលើចុះទៅក្រោម)។សង្កត់ចុះក្រោមប៉ុន្តែចូលក្នុងលើស្បូនដោយផ្ទាល់និងផ្នែកខាងក្រោមស្បូន
- រៀបចំស្ថានភាពប្លោកនោមឡើងវិញនិងទាញប្លោកនោមផ្នែកខាងក្រោម
- រកទីតាំងរបស់សរសៃអាកទែរស្បូនសរសៃនៅចំហៀងនីមួយៗរបស់ស្បូន។ស្ទាបរកកន្លែងតភ្ជាប់រវាងស្បូននិងមាត់ស្បូន
- គៀបទទឹងសរសៃឈាមស្បូនចំនួន ២ជាន់ ៩០ដឺក្រេ នៅចំហៀងនីមួយៗរបស់មាត់ស្បូន។ កាត់និងចង២ជាន់ដោយចេស 0 chromic catgut ។



ការញែកសរសៃស្បូន

- សង្កេតដោយប្រុងប្រយ័ត្នរកមើលការហូរឈាម បើសរសៃអាកទែស្បូនចងបានត្រឹមត្រូវ នោះគួរតែមិនមានការហូរឈាមទៀតទេ ហើយស្បូនមើលទៅឡើងស្លេក
- ត្រលប់មក pedicules របស់ round ligament និង tubo-ovarian ligament ដែលបានកៀបពីមុននេះវិញ និងចងវាដោយចេស chromic catgut លេខ 0
- កាត់ស្បូននៅត្រង់កន្លែងចំណាងដែលចងសរសៃអាកទែស្បូនដោយប្រើកន្ត្រៃ



ខ្សែបន្ទាត់ដែលត្រូវកាត់

- បិទមុខកាត់មាត់ស្បូនដោយថ្នេរដាច់ៗ ដោយចេស chromic catgut លេខ 2-0 ឬ 3-0
- ពិនិត្យមើលត្រង់មុខកាត់របស់មាត់ស្បូនដោយប្រុងប្រយ័ត្ននិងទុកចោលការហូរឈាមពី ligament ធំនិង pelvicfloor structure
- បើការហូរឈាមតិចៗនៅតែមានបន្តឬសង្ស័យថាមានបញ្ហាកំណកឈាមត្រូវចោះស្បែកពោះដាក់ទុយោបង្ហូរ។ កុំដាក់ទុយោចេញពីមុខកាត់មាត់ស្បូនដោយសារវាអាចបង្កឱ្យមានការបង្ករោគក្រោយវះកាត់
- ដេរបិទពោះ ៖
  - ប្រាកដថាគ្មានការហូរឈាម។ យកកំណកឈាមចេញ
  - ពិនិត្យយ៉ាងម៉ត់ចត់រកការរបួសប្លោកនោមនិងដេរជួសជុល
  - ដេរបិទ fascia ដោយ 0 chromic catgut or polyglycolic

កំណត់សម្គាល់ ៖ មិនចាំបាច់ដេរស្រោមពោះ (bladder peritoneum ឬ abdominal peritoneum)

  - បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ pack the subcutaneous ដោយស្បៃនិងដេរ (ចងធូរ) ដោយចេស chromic catgut លេខ 0
  - ដេរបិតពោះភ្ជិតនៅក្រោយពេលដែលការបង្ក រោគបានជាសះស្បើយ។
  - បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដេរបិតស្បែកដោយថ្នេរទទឹង vertical mattress suturesof 3-0ចេសនីឡុងឬសូត្រនិងគ្របដោយស្បៃស្តេរីល។

<u>ការកាត់ស្បូនទាំងមូល (Total hysterectomy)</u>

ជំហានបន្ថែមទៀតដូចខាងក្រោម ត្រូវតែអនុវត្តក្នុងការកាត់ស្បូន ៖

- រុញប្លោកនោមចុះក្រោម ដើម្បីឱ្យទ្វារមាស 2cm ផ្នែកខាងលើទំនេរ
- បើកស្រទាប់ខាងក្រោយរបស់ broad ligament
- កៀបចងនិងកាត់ uterosacral ligaments
- កៀបចងនិងកាត់ cardinal ligaments ដែលក្នុងនោះមានផ្នែកខាងក្រោមនៃសរសៃឈាមស្បូន។ ទាំងនេះជាជំនាញយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការវះកាត់៖
  - ចាប់ ligament ទទឹងដោយដង្កៀបដែលមានធ្មេញរង្វើល (ឧ. Korcher)
  - កៀប 5mm ចំហៀងរបស់មាត់ស្បូននិងកាត់ ligament កៀកនឹងមាត់ស្បូនដើម្បីសុវត្ថិភាព ទុកមុខកាត់នៅចំកណ្ដាល
  - បើមាត់ស្បូនវែងធ្វើឡើងវិញនូវជំហានទី២ឬទី៣ខាងលើបើចាំបាច់។ឥឡូវនេះផ្នែកខាងលើ 2cm នៃទ្វារមាសលែងមានជាប់នឹងអ្វីហើយ។
- ចៀរផ្នែកនៃទ្វារមាសឱ្យកៀកនឹងមាត់ស្បូនបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបានកៀបកន្លែងដែលហូរឈាមបើមាន
- ដេរឃាត់ឈាមនៅ round, cardinal និង Uterosacral ligaments
- ដេរថ្នេរជាប់នៅទ្វារមាស (vaginal cuff) ដើម្បីបញ្ឈប់ការហូរឈាម
- បិទពោះ (ដូចខាងលើ) ក្រោយពីបានដាក់ទុយោបង្ហូរពីផ្នែកខាងក្រៅនៃស្រោមពោះក្បែរមុខកាត់ មាត់ស្បូន។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំក្រោយការវះកាត់
- តាមដានទឹកនោម បើមានឈាមនៅក្នុងទឹកនោមឬស្ត្រីមានការឈឺចាប់នៅចំឡេកឬកំប៉េះគូទត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលកម្រិត៣បើអាចដើម្បីព្យាបាលការស្ទះបំពង់បង្ហូរទឹកនោម (ureter)
- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគឬស្ត្រីមានក្ដៅខ្លួន ត្រូវផ្ដល់អង់ទីប៊ីយ៉ូទិករួមបញ្ចូលគ្នារហូតដល់ ៤៨ ម៉ោងក្រោយបាត់ក្ដៅ
- ផ្ដល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប
- បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដកបំពង់បង្ហូរចេញពីពោះក្រោយ៤៨ម៉ោង
- ផ្ដល់សេវាថែទាំដទៃទៀតបើចាំបាច់។

ជំពូក៨ ៖ ទម្រង់ការចំពោះទារក

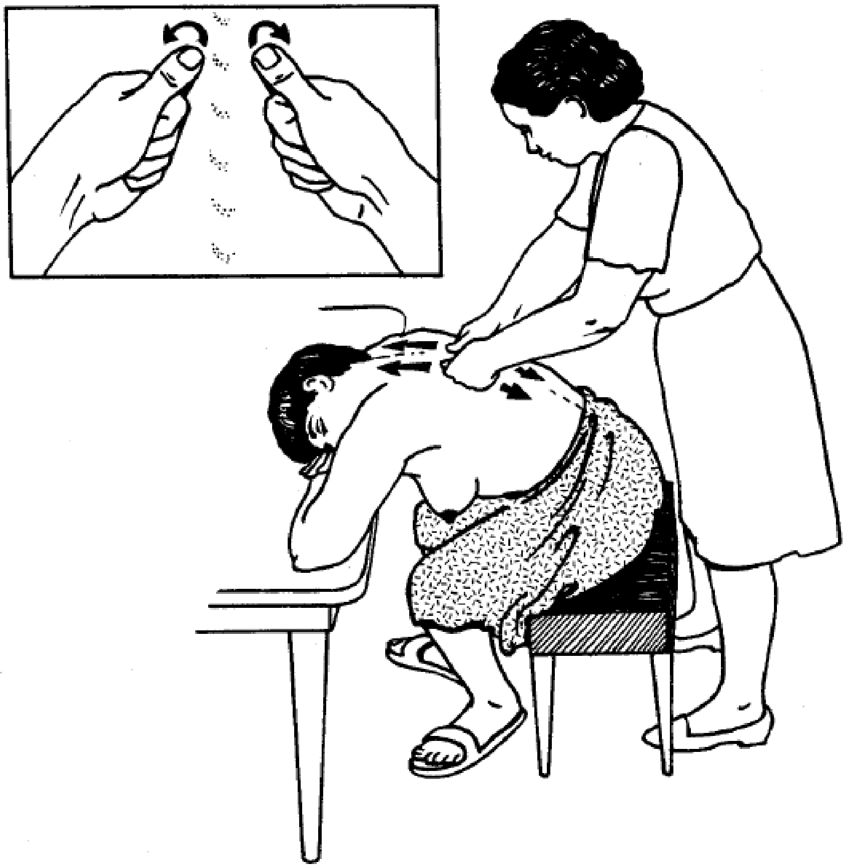
៨-១ ការច្របាច់យកទឹកដោះ

បង្រៀនម្ដាយពីរបៀបច្របាច់យកទឹកដោះដោយខ្លួនឯង។

<u>របៀបច្របាច់យកទឹកដោះដោយដៃ ៖</u>

- ម្ដាយត្រូវលាងសម្អាតដៃជាមួយទឹកនិងសាប៊ូជាមុនសិន
- លាងពែងជាមួយទឹកនិងសាប៊ូ រួចស្ងោរឬចាក់ទឹកក្ដៅពុះចូលក្នុងនោះនិងទុក២ទៅ៣ នាទីមុនពេលចាក់ទឹកចេញ
- អង្គុយក្នុងស្ថានភាពដែលម្ដាយយល់ថាស្រួលសម្រាប់គាត់ដើម្បីជួយភ្នោចលំហូរទឹកដោះ (កាន់ពែងដែលបានលាងស្អាតហើយដាក់ពីក្រោមដោះ)
- ម៉ាស្សាដោះថ្នមៗ
- ដាក់ម្រាមដៃនិងមេដៃឱ្យនៅសង្ខាងរង្វង់ខ្មៅជុំវិញក្បាលដោះ រួចសង្កត់ចូលសំដៅទៅរកទ្រូង
- សង្កត់ដោះ ខាងក្រោយក្បាលដោះនិងរង្វង់ខ្មៅជុំវិញក្បាលដោះ ចន្លោះម្រាមដៃនិងមេដៃ
- សង្កត់ដោះពីគ្រប់ជ្រុងនិងរំកិលម្រាមដៃសំដៅទៅរកក្បាលដោះ
- នៅពេលដែលទឹកដោះហូរចេញពីដោះ ចូរយកពែងត្រង
- ច្របាច់ដោះម្ខាងយ៉ាងហោច៣ទៅ៥នាទីរហូតដល់លំហូរទឹកដោះចេញយឺត ជិតអស់ បន្ទាប់មកច្របាច់ដោះម្ខាងទៀត ហើយធ្វើសារឡើងវិញទាំងសង្ខាង
- ដើម្បីច្របាច់ទឹកដោះឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់គេត្រូវការរយៈពេល២០ទៅ៣០នាទីជាពិសេសក្នុងអំឡុង ២ទៅ៣ថ្ងៃដំបូង ដែលទឹកដោះទើបផលិតបានបន្តិចបន្តួច
- ក្នុងពេលកំពុងច្របាច់យកទឹកដោះ ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់អាចរឹតខ្នងម្ដាយ (ម៉ាស្សាខ្នងនិងកញ្ចឹងក) វាអាចជួយគាត់ឱ្យស្រួលខ្លួននិងភ្នោចលំហូរទឹកដោះ។ ម៉ាស្សាខ្នងម្ដាយមានប្រយោជន៍ ពិសេសសម្រាប់ជួយជម្រុញការបញ្ចេញទឹកដោះ
- ត្រូវបង្ហាញពីបច្ចេកទេសនៃការម៉ាស្សា ទៅដល់សមាជិកគ្រួសារដែលអាចជួយម៉ាស្សាដល់ម្ដាយ ។ ការម៉ាស្សាត្រូវធ្វើក្នុងរយៈពេលពី ១៥ ទៅ ២០នាទីនិងធ្វើពី ៣ទៅ ៤ ដងក្នុងមួយថ្ងៃ។

ការច្របាច់យកទឹកដោះ



ប្រសិនបើទឹកដោះចេញមិនបានល្អ ៖
ត្រូវប្រាកដថាម្ដាយច្របាច់យកទឹកដោះតាមបច្ចេកទេសត្រឹមត្រូវ។

- ម្ដាយត្រូវដាក់ក្រណាត់ក្ដៅឧណ្ហៗលើដោះរបស់គាត់
- ត្រូវមាននរណាម្នាក់ម៉ាស្សាកនិងខ្នងរបស់ម្ដាយ

- ប្រសិនបើទឹកដោះដែលច្របាច់ហើយមិនបានប្រើភ្លាមៗទេ ត្រូវរក្សាទុកក្នុងទូរទឹកកកដោយបិតស្លាកសម្គាល់ (ឈ្មោះម្ដាយ ម៉ោង ថ្ងៃខែឆ្នាំរបស់ទឹកដោះដែលច្របាច់បាន) ហើយប្រើក្នុងអំឡុងពេល២៤ ម៉ោង។
- ប្រសិនបើគ្មានទូរទឹកកកទេ ត្រូវរក្សាទឹកដោះម្ដាយនៅក្នុងបន្ទប់ដែលមានបរិយាកាសធម្មតារយៈ ពេល៨ ម៉ោង។ ត្រូវប្រាកដថាទឹកដោះម្ដាយស្ថិតនៅក្នុងបន្ទប់ដែលមានបរិយាកាសធម្មតាមុនផ្ដល់ឱ្យទារក។
- ត្រូវកម្ដៅទឹកដោះដែលត្រជាក់ក្នុងបរិមាណដែលត្រូវប្រើ ដោយដាក់ត្រាំក្នុងទឹកក្ដៅឧណ្ហៗដែលមានកម្ដៅប្រហែល 40◦C។
- ត្រូវបញ្ចុកភ្លាមនូវទឹកដោះដែលបានដាក់ត្រាំក្នុងទឹកក្ដៅឧណ្ហៗរួចហើយ។

៨-២ ការបញ្ចុកទឹកដោះម្ដាយដល់ទារកដោយពែងឬកូនស្លាបព្រា

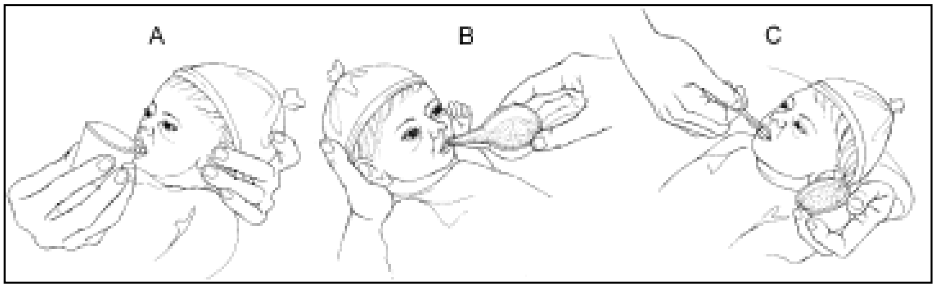
ចំពោះទារកដែលមិនអាចបៅដោះម្ដាយដោយខ្លួនឯងបានឬម្ដាយនៅឆ្ងាយពីកូន គប្បីផ្ដល់ទឹកដោះម្ដាយទៅឱ្យទារកដោយប្រើពែងឬកូនស្លាបព្រា។ ការប្រើពែងឬកូនស្លាបព្រាដើម្បីបំបៅទារកងាយស្រួលក្នុងការសម្អាត។ នៅពេលបញ្ចុកទារកម្ដងៗ ត្រូវប្រើសម្ភារដែលបានសម្អាតរួច ។

របៀបបញ្ចុកទារកដោយប្រើពែងឬកូនស្លាបព្រា ៖

- លាងសម្អាតដៃដោយទឹកនិងសាប៊ូឬអាល់កុល
- វាល់ចំណុះទឹកដោះនៅក្នុងពែងដោយប្រាកដថាបរិមាណសមស្របជាមួយតម្រូវការរបស់ទារកទៅតាមទម្ងន់កំណើតនិងអាយុឬតាមការណែនាំរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលក្នុងករណីចាំបាច់
- បន្ទូរឬបង្វិលចង់ក្រណាត់យឺតដើម្បីដាក់ទារកក្នុងស្ថានភាពពាក់កណ្ដាលអង្គុយ (ប្រសិនបើទារកស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពការថែទាំតាមរបៀបម្ដាយកង់ហ្គូរូ)។

- ដាក់ពែងឬស្លាបព្រានៅត្រឹមបបូរមាត់ក្រោមរបស់ទារក ហើយឱ្យគែមរបស់ពែង ឬស្លាបព្រាប៉ះបបូរមាត់លើរបស់ទារក
- ផ្អៀងពែងឬស្លាបព្រាបន្តិចដើម្បីឱ្យទឹកដោះទៅប៉ះនឹងបបូរមាត់ទារក
- មិនត្រូវបង្ហូរទឹកដោះទៅក្នុងមាត់ទារកទេ ត្រូវទុកឱ្យទារកបឺតយកទឹកដោះដោយខ្លួនឯង
- ទារកចាប់ផ្តើមរវាសរវៃ បើកមាត់ បើកភ្នែកនិងចាប់ផ្តើមជញ្ជក់
- ទារកនឹងបឺតទឹកដោះដោយជិបបន្តិចម្តងៗ
- ទារកនឹងចាប់ផ្តើមលិទ្ធទឹកដោះចូលក្នុងមាត់ដោយប្រើអណ្តាតរួចលេប
- បើទារកបៅមិនអស់បរិមាណទឹកដោះដែលបានវាល់ទេ ត្រូវបង្កើនការបំបៅឱ្យបានញឹកញាប់ ច្រើនដង
- ទារកបៅបានល្អ លុះត្រាតែមានការកើនទម្ងន់
- ត្រូវបញ្ឈប់ការបំបៅ នៅពេលណាដែលទារកបានបៅឆ្អែតគ្រប់គ្រាន់(ទារកបិទមាត់ មិនចាប់អារម្មណ៍ជាមួយការបៅទៀតទេ)

ប្រសិនបើអាចធ្វើបានត្រូវបំបៅទារកភ្លាមក្រោយច្របាច់យកទឹកដោះរួច។ ប្រសិនបើទារកផឹកទឹកដោះមិនអស់ទេ ត្រូវរក្សាទុកទឹកដោះដែលនៅសល់តាម គោលការណ៍ណែនាំនៃការទុកទឹកដោះច្របាច់។



ការបញ្ចុកទារកដោយពែង (A) ដោយ paladai (B) ឬដោយពែងនិងស្លាព្រា (C)

- កម្រិតប្រសិនបើទារកបៅមិនបានល្អដោយសារការប្រើឧបករណ៍ខាងលើ ឬម្តាយមិនចូលចិត្តប្រើ ឧបករណ៍ទាំងនោះ ត្រូវឱ្យម្តាយព្យាយាមច្របាច់ទឹកដោះដោយដៃផ្ទាល់ចូលទៅក្នុងមាត់របស់ទារក។

៨-៣ ការច្របាច់ទឹកដោះម្តាយបញ្ចូលក្នុងមាត់ទារក

- ធានាថាម្តាយអាចច្របាច់ទឹកដោះបានត្រឹមត្រូវ
- ម្តាយត្រូវ ៖
  - លាងសម្អាតដៃឱ្យបានស្អាតត្រឹមត្រូវ

- បីទារកដោយដាក់មាត់ទារកផ្ទិបជាមួយក្បាលដោះម្តាយ
- ច្របាច់ដោះរហូតទាល់តែទឹកដោះស្រក់ចេញពីក្បាលដោះម្តាយ
- ទុកឱ្យទារកធុំក្លិនទឹកដោះនិងព្យាយាមជញ្ជក់ហើយធ្វើឱ្យទឹកដោះស្រក់ចូលក្នុងមាត់ទារក
- ច្របាច់ទឹកដោះឱ្យបានច្រើនបន្ទាប់ពីទារកចេះលេប
- បញ្ឈប់ការបំបៅនៅពេលទារកបិទមាត់ហើយមិនចាប់អារម្មណ៍ជាមួយការបៅទៀតទេ

- ប្រាប់ម្តាយឱ្យធ្វើបែបនេះរៀងរាល់១-២ម៉ោង ប្រសិនបើទារកមានទម្ងន់តិចជាង 1.5 kg ឬរៀងរាល់ ២-៣ម៉ោង ប្រសិនបើទារកមានទម្ងន់ស្មើឬលើស1.5 kg។

៨-៤ ការបញ្ចូលទុយោក្រពះ

ក្នុងករណីទារកពិបាកដកដង្ហើម ទារកមិនទាន់ចេះជញ្ជក់ឬលេប ទុយោក្រពះអាចត្រូវបានស៊កបញ្ចូលតាមរន្ធច្រមុះម្ខាងឬតាមមាត់។ ស៊កបញ្ចូលតាមរន្ធច្រមុះម្ខាងបើទារកដកដង្ហើមធម្មតាដោយប្រើទុយោតូចបំផុតបើមាន។ ក្នុងករណីទារកពិបាកដកដង្ហើមឬដែលត្រូវការប្រើទុយោធំត្រូវស៊កបញ្ចូលទុយោតាមមាត់។

<u>សម្ភារ</u>

- ស្រោមដៃស្អាត
- ទុយោប្លាស្ទិក ឬ catheter ស្អាតដែលសមស្របនឹងទម្ងន់ទារក
  - បើទម្ងន់ទារកតិចជាង 2kg ប្រើលេខ 5-F
  - បើទម្ងន់ទារក 2kg ឬលើសត្រូវប្រើ 8-F
- បិចហ្វឺតសរសេរលុបមិនជ្រះឬខ្សៀវាស់
- សឺរ៉ាំង 3-5 ml (សម្រាប់បឺត)
- ស្តេតូស្កូប (Stethoscope)
- សឺរ៉ាំងស្តេរីលសម្រាប់ប្រើជាជីឡាវ (funnel) សម្រាប់ដាក់ទឹកដោះ (បើទុយោដែលបានដាក់បញ្ចូលនោះនឹងត្រូវប្រើក្នុងការចិញ្ចឹមទារក)
- គម្របបិទទុយោក្រពះ (បើទុយោដែលបានដាក់បញ្ចូលនោះនឹងត្រូវប្រើក្នុងការចិញ្ចឹមទារក)
- បង់ស្អិត
- Tincture of benzoin (បើមាន)។

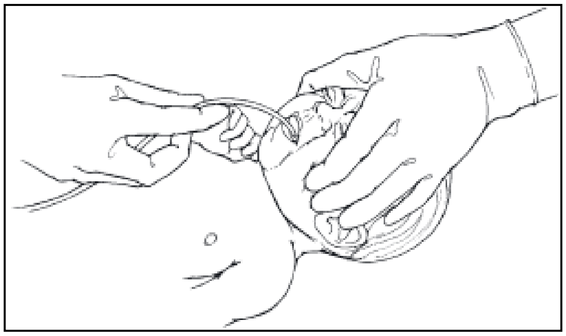
<u>ទម្រង់ការ</u> ៖

- រៀបចំសម្ភារដែលចាំបាច់
- លាងសម្អាតដៃនិងពាក់ស្រោមដៃ
- ប៉ាន់ស្មានប្រវែងទុយោដែលត្រូវការ ៖
  - ត្រូវកាន់ទុយោដោយវាស់ពីមាត់ឬចុងរន្ធច្រមុះសំដៅទៅផ្នែកក្រោមនៃទងត្រចៀករួចបន្តទៅចំណុចពាក់កណ្តាលចុងដង្ហើមនិងផ្ចិតទារក ហើយគូសចំណាំនៅលើទុយោដោយបិចហ្វឺតឬបង់ស្អិត

- ជម្រើសមួយទៀតអាចវាស់ប្រវែងដោយប្រើខ្សែម៉ែត្រនិងគត់ចំណាំនៅលើទុយោដោយបិទហ្វឺតឬបង់ស្អិត

- ដាក់ក្បាលទារកឱនបន្តិច ហើយស៊កទុយោថ្នមៗឱ្យចូលតាមមាត់ឬរន្ធច្រមុះរហូតដល់ប្រវែងដែលបានគូសចំណាំ។ បើប្រើតាមច្រមុះវិញ ៖
  - បើរន្ធច្រមុះម្ខាងរបស់ទារកត្រូវបានស៊ក catheter ដើម្បីដាក់ oxygen ត្រូវស៊កទុយោក្រពះ តាមរន្ធច្រមុះដដែលបើអាចធ្វើបាន។
  - បើទុយោមិនរុលទៅមុខដោយស្រួលតាមរន្ធច្រមុះ ត្រូវសាកល្បងស៊កបញ្ចូលនៅរន្ធម្ខាងទៀត។
  - បើទុយោនៅតែមិនអាចរុលទៅមុខតាមរន្ធច្រមុះទេ ត្រូវស៊កបញ្ចូលតាមមាត់។

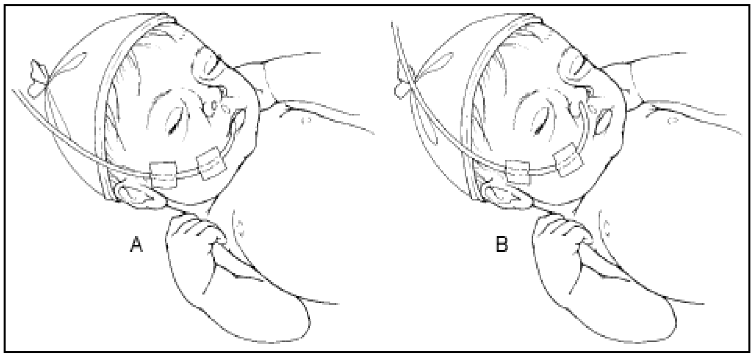
ប្រសិនបើរុញមិនទៅមិនត្រូវប្រឹងរុញបញ្ចូលទុយោក្រពះតាមរន្ធច្រមុះទេ



ការបញ្ចូលទុយោក្រពះ

ទប់ទុយោឱ្យនៅនឹងដោយប្រើបង់ស្អិត ៖

- បើមាន tincture of benzoin លាបនៅលើស្បែកមុននឹងបិតបង់ស្អិត
- បើប្រើទុយោស៊កតាមច្រមុះ ត្រូវចៀសវាងទាញទុយោជាប់នឹងច្រមុះតឹងពេកព្រោះវាធ្វើឱ្យមានរបួសស្បែក។



ការដាក់ទុយោតាមមាត់ (A) ការដាក់ទុយោតាមច្រមុះ (B)

ការដាក់ទុយោក្រពះត្រឹមត្រូវ

- បញ្ជាក់ថាការដាក់ទុយោក្រពះត្រឹមត្រូវ ៖ បឺតខ្យល់ចូលក្នុងសឺរ៉ាំង 1-2 ml ហើយភ្ជាប់ទៅនឹងចុងទុយោ។ ប្រើ Stethoscope ដើម្បីស្តាប់ស្នូរនៅក្រពះនៅពេលដែលបាញ់ខ្យល់តាមទុយោ ៖
  -បើឮសំលេងខ្យល់ (ដូចហួច)នៅពេលដែលបាញ់ខ្យល់បានន័យថាចុងនៃទុយោស្ថិតក្នុងក្រពះបានល្អ ។
  -បើមិនឮសំលេងខ្យល់នោះបានន័យថាទុយោដាក់មិនចំកន្លែងល្អ ដូច្នេះត្រូវដកទុយោនិងស៊កបញ្ចូលម្តងទៀត។
- ប្តូរទុយោថ្មីទៀតក្រោយពីដាក់បាន៣ថ្ងៃ។ យើងអាចប្តូរទុយោថ្មី បើទុយោរបូតចេញឬស្ទះ

ប្រើទុយោក្រពះដើម្បីចិញ្ចឹមទារក ឬបង្ហូរទឹកក្រពះចេញ

- បើទុយោក្រពះត្រូវបានដាក់ដើម្បីផ្តល់ទឹកដោះប្រចាំ សូមមើលសេចក្តីណែនាំពីការផ្តល់ទឹកដោះ
- បើទុយោក្រពះត្រូវបានដាក់ដើម្បីបង្ហូរទឹកក្រពះចេញមិនចាំបាច់គ្របគម្របទេ។ គប្បីរុំចុងទុយោដោយស្បៃស្អាតនិងចងឱ្យជាប់ដោយបង់ស្អិតដើម្បីរក្សាទុយោឱ្យបានស្អាតនិង អាចបឺតស្រូបយកទឹកជាតិទឹកដែលបង្ហូរចេញពីក្រពះ។

៨-៥ ការស្ទង់កំដៅខ្លួន

សម្ភារ ៖

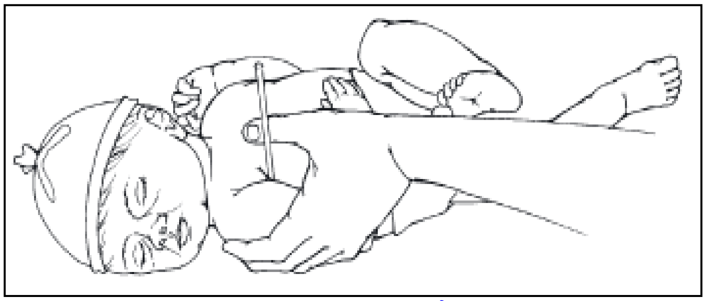
- ទែរម៉ូម៉ែត្រដែលប្រើត្រូវមានក្រិតទាបដល់ 35°C (សីតុណ្ហភាពក្លៀក)
- ទែរម៉ូម៉ែត្រដែលប្រើត្រូវមានក្រិតទាបដល់ 25°C (សីតុណ្ហភាពគូថ)
- សូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក (antiseptic solution)
- ទឹករំអិលមិនមានជាតិប្រេង (Water-based lubricant)។

៨-៥-១ ការស្ទង់កំដៅនៅក្លៀក

- ត្រូវរៀបចំសម្ភារដែលចាំបាច់ត្រូវប្រើ
- លាងដៃជាមួយសាប៊ូទឹកឬអាល់កុលឱ្យបានស្អាតត្រឹមត្រូវ
- ត្រូវប្រើទែរម៉ូម៉ែត្រធម្មតាដែលមានក្រិតទាបដល់ 35°C
- ត្រូវប្រាកដថាទែរម៉ូម៉ែត្រសម្អាតស្អាតដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
- ត្រូវរក្សាទារកឱ្យមានភាពកក់ក្តៅនៅពេលដែលកំពុងស្ទង់កំដៅ (បើអាចធ្វើបានត្រូវដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយ) បើមិនអាចធ្វើបានត្រូវរុំទារកឱ្យបានជិតល្អ
- ដាក់ទារកក្នុងស្ថានភាពផ្តេក
- រលាស់ទែរម៉ូម៉ែត្រឱ្យសីតុណ្ហភាពចុះទាបក្រោម 35°C
- ដាក់ចុងរបស់ទែរម៉ូម៉ែត្រឱ្យជ្រៅទៅក្នុងប្រហោងក្លៀកខាងលើបំផុតហើយទប់ដៃទារកឱ្យនៅជាប់នឹងខ្លួនរយៈពេលយ៉ាងតិច៣នាទី
- យកទែរម៉ូម៉ែត្រចេញនិងមើលសីតុណ្ហភាព។ បើសីតុណ្ហភាពទាបពេក (ទាបជាង 35°C) ត្រូវវាស់កំដៅ

នៅរន្ធគូថ

- ក្រោយពេលប្រើរួចត្រូវជូតសម្អាតទែរម៉ូម៉ែត្រដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក។

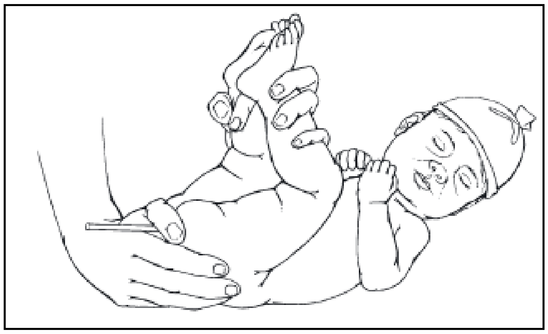


ការស្ទង់កំដៅនៅក្លៀក

៨-៥-២ ស្ទង់កំដៅនៅរន្ធគូថ

ស្ទង់កំដៅនៅរន្ធគូថតែក្នុងករណីដែលកំដៅទាបពេកក្រោយពីស្ទង់ដោយទែរម៉ូម៉ែត្រនៅក្លៀក

- រៀបចំសម្ភារ
- លាងដៃជាមួយសាប៊ូទឹកឬអាល់កុលឱ្យបានស្អាតត្រឹមត្រូវ
- ប្រើទែរម៉ូម៉ែត្រដែលអាចស្ទង់កំដៅទាបដល់ 25°C
- ត្រូវប្រាកដថាទែរម៉ូម៉ែត្រស្អាតដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
- រក្សាកំដៅឱ្យទារកតាមដែលអាចធ្វើទៅបានក្នុងអំឡុងពេលស្ទង់កំដៅ(ឧ.រុំទារកឱ្យមានភាពកក់ក្តៅឬដាក់ទារកលើផ្ទៃដែលកក់ក្តៅ)
- ដាក់ទារកឱ្យដេកផ្ងារឬផ្អៀង
- រលាស់ទែរម៉ូម៉ែត្ររហូតកម្រិតកំដៅចុះទាបដល់ 25°C
- លាបទឹករំអិលដែលមិនមានជាតិប្រេង (water-based lubricant) លើទែរម៉ូម៉ែត្រ
- ចាប់កែងជើងទារកនិងលើកជើងទារកត្រង់ឡើងលើដោយឱ្យជង្គង់ប៉ះនឹងទ្រូង
- ដាក់ទែរម៉ូម៉ែត្រក្នុងរន្ធគូថជម្រៅអតិបរមា 2 cm និងទប់វាយ៉ាងតិច៣នាទី។



ស្ទង់កំដៅនៅគូថ

មិនត្រូវទុកទារកឱ្យនៅម្នាក់ឯងដោយមានទែរម៉ូម៉ែត្រនៅក្នុងគូថ ព្រោះទារកអាចរើបំរះធ្វើឱ្យទែរម៉ូម៉ែត្រអាចទម្លុះក្រសាល់គូថ។

- យកទែរម៉ូម៉ែត្រចេញ រួចពិនិត្យមើលកម្រិតកំដៅ
- ក្រោយពេលប្រើហើយត្រូវជូតសម្អាតទែរម៉ូម៉ែត្រដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក។ លាងសម្អាតដៃឱ្យបានស្អាត។

៨-៦ ការយកសំណាកឈាមចំពោះទារក

ត្រូវកំណត់ពីបរិមាណឈាមដែលត្រូវការសរុបដើម្បីធ្វើការពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍(ឧ.haemoglobin កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម ពិនិត្យមើល serum bilirubin ក្រុមឈាមនិង cross-match) ដូច្នេះត្រូវបូមឱ្យគ្រប់គ្រាន់តែម្តងសម្រាប់តេស្តទាំងអស់បើអាចធ្វើបាន។ បើត្រូវការបរិមាណឈាមតិចតួច (ឧ.ដើម្បីវាស់កម្រិតជាតិស្កក្នុងឈាម ឬមើល serum bilirubineឬ haemoglobin) ត្រូវយកឈាមតាមការចាក់កែងជើងបើអាចធ្វើបាន។ បើត្រូវការបរិមាណឈាមច្រើនដែលមិនអាចយកតាមការចាក់កែងជើង (ឧ.ត្រូវការច្រើនជាង 1 ml ដើម្បីធ្វើតេស្តមើលច្រើនយ៉ាងឬដើម្បីយកទៅធ្វើការបណ្តុះមេរោគ) ត្រូវបូមយកឈាមតាមសរសៃវ៉ែន។

៨-៦-១ ការបូមឈាមតាមសរសៃវ៉ែន

- ត្រូវព្យាយាមយកឈាមពីសរសៃដៃនិងជើង។ មិនត្រូវប្រើសរសៃវ៉ែននៅបំពង់កឬនៅគល់ភ្លៅដើម្បីបូមយកគំរូឈាមជាប្រចាំទេ។
- ត្រូវប្រើប្រព័ន្ធដែលបិតជិតល្អដោយប្រើសឺរ៉ាំងនិងម្ជុលមានស្លាបមេអំបៅដើម្បីឱ្យប្រាកដថាគំរូឈាមស្តេរីលសម្រាប់យកទៅបណ្តុះមេរោគ។

<u>សម្ភារ</u>

- ស្រោមដៃស្តេរីល
- ដុំសំឡីដែលជ្រលក់សូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក (antiseptic solution)
- ដុំសំឡីស្ងួត
- ម្ជុលស្តេរីលលេខ 21 ទៅ 23 ឬម្ជុលស្លាបមេអំបៅ(Scalp vein) លេខ 23 ទៅ 25
- សឺរ៉ាំងស្តេរីល (មានចំណុះសមស្របទៅតាមបរិមាណឈាមដែលត្រូវការ ពេលខ្លះប្រើតែម្ជុលដោយមិនចាំបាច់មានសឺរ៉ាំង)
- បំពង់សម្រាប់ដាក់ឈាមសមស្រប។

<u>ទម្រង់ការ</u>

- រៀបចំសម្ភារដែលចាំបាច់

- អនុវត្តគោលការណ៍នៃការបង្ការការចម្លងរោគ
- កំណត់រកសរសៃវ៉ែនដែលត្រូវចាក់
- លាងដៃនិងពាក់ស្រោមដៃ
- សម្អាតស្បែកដែលនៅពីលើសរសៃវ៉ែនដោយជូតសម្អាតនឹងដុំសំឡីដែលបានជ្រលក់នឹងសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិករួចទុកឱ្យស្ងួត
- ត្រូវត្រូវប្រាកដថាបំពង់សម្រាប់ដាក់ឈាមនៅក្បែរដៃ
- ឱ្យជំនួយការប្រើមេដៃនិងចង្អុលដៃដើម្បីចាប់ជុំវិញដៃពីលើកន្លែងដែលត្រូវចាក់សរសៃ ឬប្រើខ្សែកៅស៊ូរឹត។
- ម្ជុលនិងសីរ៉ាំង ឬម្ជុលមានស្លាបមេអំបៅ ភ្ជាប់សីរ៉ាំងនិងម្ជុលឬម្ជុលស្លាបមេអំបៅ (Scalp vein) ៖
  - ចាក់បញ្ចូលម្ជុលទៅក្នុងស្បែកដោយផ្តេកបង្កើតជាមុំប្រហែល១៥អង្សា និងមុខបញ្ឆិតនៃម្ជុលផ្ងារឡើងលើ
  - ដកពីស្តុងសីរ៉ាំងថ្នមៗស្របពេលដែលម្ជុលកំពុងរុលទៅមុខ។ នៅពេលដែលឈាមហូរចូលក្នុងសីរ៉ាំងឬទុយោរបស់ម្ជុលមេអំបៅមិនត្រូវរុញម្ជុលទៅមុខទៀតទេ
- បូមឈាមឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ទៅតាមតម្រូវការពិនិត្យរបស់ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍
- ក្រោយពីបានបូមឈាមរួច ៖
  - ឱ្យជំនួយការដកដៃចេញពីការចាប់ជុំវិញដៃរបស់ទារក ឬដោះខ្សែកៅស៊ូចេញ
  - ដកម្ជុលចេញពីសរសៃវ៉ែនហើយឱ្យជំនួយការសង្កត់ដុំសំឡីនៅកន្លែងចាក់ឱ្យបាន២ទៅ៣នាទីដើម្បីបង្ការភាពជាំនៃស្បែក
- ត្រូវគ្របម្ជុលដោយប្រុងប្រយ័ត្ននិងដកយកម្ជុលចេញមុនពេលបញ្ចូលឈាមទៅក្នុងបំពង់
- ដាក់សីរ៉ាំង ម្ជុលឬម្ជុលស្លាបមេអំបៅ(Scalp vein) ដែលប្រើរួចទៅក្នុងប្រអប់សុវត្ថិភាព
- កត់ត្រាបរិមាណឈាមដែលបានបូមក្នុងឯកសារទារក
- បំពេញព័ត៌មានដែលចាំបាច់ក្នុងទម្រង់មន្ទីរពិសោធន៍ និងសរសេរថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតទារក (បំពេញឈ្មោះម្តាយ) និងកាលបរិច្ឆេទបូមឈាមនៅលើស្លាកសញ្ញា រួចបិទលើបំពង់សំណាកឈាម
- ត្រូវបញ្ជូនសំណាកឈាមទៅមន្ទីរពិសោធន៍ក្នុងអំឡុងមិនលើសពីកន្លះម៉ោងក្រោយបូមយកឈាម**។**

<u>ម្ជុលមិនមានសីរ៉ាំង</u>

អាចប្រើតែម្ជុលដោយមិនចាំបាច់សីរ៉ាំង ប៉ុន្តែទង្វើនេះអាចមិនស្តេរីលដែលធ្វើឱ្យវិធីនេះជាជម្រើសមិនសមស្របសម្រាប់ការបណ្តុះមេរោគ។ ត្រូវប្រាកដថាបានចោលម្ជុលទៅក្នុងប្រអប់សុវត្ថិភាព ។

- ចាក់ចូលក្នុងស្បែកដោយបញ្ឆិតម្ជុលក្នុងមុំប្រហែល១៥អង្សានិងឱ្យមុខបញ្ឆិតនៃម្ជុលផ្ងារឡើងលើរហូតដល់ឈាមហូរលឿនចេញមក ៖
  - បើឈាមហូរយឺត ត្រូវកែតម្រូវដោយរុញម្ជុលទៅមុខឬដកមកក្រោយបន្តិច
  - កាន់បំពង់ត្រងឈាមដាក់ពីក្រោមម្ជុលត្រូវប្រយ័ត្នកុំឱ្យប៉ះបំពង់ឬចុងម្ជុល
- ត្រូវយកបរិមាណឈាមឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ទៅតាមតម្រូវការពិនិត្យរបស់មន្ទីរពិសោធន៍
- ក្រោយពីបានយកឈាមរួច ដកម្ជុលចេញពីសរសៃវ៉ែន និងឱ្យជំនួយការសង្កត់ថ្នមៗ លើកន្លែងចាក់

ដោយសំឡីស្ងួតរយៈពេលប្រហែល២-៣នាទីដើម្បីបង្ការការជាំនៃស្បែកដាក់សំណល់ម្ជុលទៅក្នុងប្រអប់សុវត្ថិភាព

- កត់ត្រាបរិមាណឈាមដែលបូមក្នុងឯកសារទារក
- បំពេញព័ត៌មានដែលចាំបាច់ក្នុងទម្រង់មន្ទីរពិសោធន៍និងសរសេរថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតទារក(បំពេញឈ្មោះម្តាយ) និង កាលបរិច្ឆេទបូមឈាមនៅលើស្លាកសញ្ញា រួចបិទលើបំពង់សំណាកឈាម
- ត្រូវបញ្ជូនសំណាកឈាមទៅមន្ទីរពិសោធន៍ ក្នុងអំឡុងមិនលើសពីកន្លះម៉ោងក្រោយបូមយកឈាម។

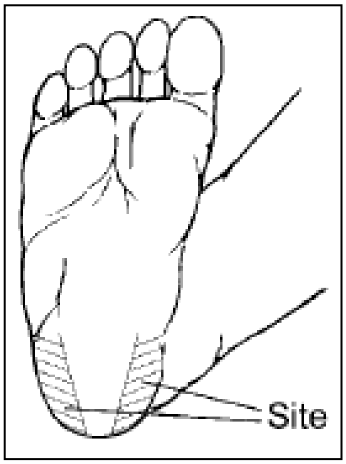
៨-៦-២ ការយកឈាមពីកែងជើង

<u>សម្ភារ</u>

- ប្រើស្រោមដៃស្អាត
- ដុំសំឡីដែលជ្រលក់សូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ
- ដុំសំឡីស្ងួត
- ម្ជុលជោះឈាមស្តេរីល (Sterile lancet) (បើមិនមាន lancet ត្រូវប្រើម្ជុលលេខ 24)
- បំពង់ Capillary ឬបំពង់កែវផ្សេងៗដែលសមស្របសម្រាប់ដាក់ឈាម។

<u>ទម្រង់ការ</u>

- រៀបចំសម្ភារដែលចាំបាច់
- អនុវត្តគោលការណ៍នៃការបង្ការការចម្លងរោគ
- លាងសម្អាតដៃនិងពាក់ស្រោមដៃស្អាត
- សម្អាតស្បែកកែងជើងដោយសំឡីជ្រលក់សូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក (antiseptic solution) និងទុកឱ្យស្ងួត
- បត់ប្រអប់ជើងឡើងលើសំដៅទៅរកជើង ហើយកាន់ទម្រង់នេះដោយដៃម្ខាង
- ច្របាច់កែងជើងល្មមដើម្បីឱ្យឡើងក្រហម (ប៉ុន្តែកុំឱ្យខ្លាំងពេករហូតប្រែជាពណ៌ស)
- ប្រើ lancet ចាក់ស្បែក (ជំរៅ 1 ទៅ2 mm) ៖
  - ចាក់នៅចំហៀងកណ្តាលនៃកែងជើង (Aim towards the lancet or medial side of the heel)
  - ចៀសវាងដាក់ទ្រនាប់កែងជើង ដោយសារវាប្រឈមការបង្ករោគ
  - បើអាចត្រូវចៀសវាងចាក់កន្លែងធ្លាប់ចាក់លើកមុន



ការយកឈាមពីសរសៃកែងជើង

- ប្របាច់កែងជើងថ្មមៗនិងប្របាច់លែងៗដើម្បីបង្កើនឈាមរត់។ ត្រូវចៀសវាងការប្របាច់ខ្លាំងពេកនិងការត្រដុសកែងជើងដោយសារវាអាចធ្វើឱ្យជាំនិងឈាមរាវដោយសារជាតិទឹករបស់ជាលិកា ដែលទាំងនេះធ្វើឱ្យលទ្ធផលមិនត្រឹមត្រូវ។

ការចាក់រាក់ពេកអាចប្រើពេលយូរក្នុងការប្របាច់យកឱ្យគ្រប់បរិមាណឈាមដែលត្រូវការនិងតម្រូវឱ្យប្របាច់កែងជើងយូរ ក្នុងករណីខ្លះត្រូវចាក់ម្តងទៀត។ ការចាក់ជ្រៅពេកអាចធ្វើឱ្យមុត/ដាច់ បង្ករោគនិងសម្លាក។

- ត្រងឈាមដាក់ក្នុងបំពង់ ត្រូវយកបរិមាណឈាមគ្រប់គ្រាន់ល្មមសម្រាប់ការពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍
- ក្រោយពីបានយកឈាមហើយត្រូវឱ្យជំនួយការសង្កត់ថ្នមៗកន្លែងចាក់ដោយប្រើសំឡីស្ងួតរយៈពេល២-៣ នាទីដើម្បីបង្ការការជាំឈាម
- កត់ត្រាបរិមាណឈាមដែលបានបូមក្នុងឯកសារទារក
- បំពេញព័ត៌មានដែលចាំបាច់ក្នុងទម្រង់មន្ទីរពិសោធន៍និងសរសេរថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតទារក (បំពេញឈ្មោះម្តាយ) និងកាលបរិច្ឆេទបូមឈាមនៅលើស្លាកសញ្ញា រួចបិទលើបំពង់សំណាកឈាម
- ត្រូវបញ្ជូនសំណាកឈាមទៅមន្ទីរពិសោធន៍ក្នុងអំឡុងមិនលើសពីកន្លះម៉ោងក្រោយបូមយកឈាម។

៨-៧ ការវាស់កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម

វាស់កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមដោយប្រើបច្ចេកទេសមន្ទីរពិសោធន៍។ បើមន្ទីរពិសោធន៍មិនអាចធ្វើទៅបាន ត្រូវប្រើឧបករណ៍វាស់កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម(Glucose check)ឬបន្ទះក្រដាស reagent សម្រាប់ទារក។ គួរកត់សម្គាល់ថាបន្ទះក្រដាស reagent អាចប៉ាន់ប្រមាណកម្រិតជាតិស្ករទាបជាងប្រហែល 0.5 - 1.0 mmol/L ៖

- រៀបចំសម្ភារនិងឧបករណ៍
- អានរបៀបប្រើក្រដាស reagent

- យកគំរូឈាម
- យកបរិមាណឈាមដែលល្មមនឹងធ្វើ ដាក់លើក្រដាស reagent ជាធម្មតាដាក់នៅផ្នែកចុងនៃបន្ទះ
- ដោយត្រូវធ្វើយ៉ាងណាឱ្យឈាមបានពាសសព្វតំបន់ដែលតម្រូវឱ្យពាស ដោយប្រើឈាម១ ឬ ២ដំណក់នៅពេលតែមួយ។
- ទុកពេលវេលាសមស្រប ជាធម្មតាប្រហែល៦០វិនាទី
- លាងឬជូតឈាមចេញដោយប្រើចរន្តទឹកហូរ
- ប៉ាន់ប្រមាណកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម ៖
  - ត្រូវប្រៀបធៀបភ្លាមរវាងពណ៌នៅលើបន្ទះក្រដាសនិងពណ៌នៅ chart (ដែលជាទូទៅនៅប្រអប់របស់ reagent) ដើម្បីប៉ាន់ប្រមាណកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម
  - បើអាចត្រូវធ្វើឱ្យកាន់តែសុក្រិតដោយប្រើ reflectance metre (ផ្តល់ដោយរោងចក្រផលិត reagent strips) ដើម្បីបកស្រាយពីការប្រែប្រួលនៃពណ៌នៅលើ reagent strip។
- បើកម្រិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមតិចជាង 25 mg/dl (1.1 mmol/L) ត្រូវបញ្ជាក់ដោយមន្ទីរពិសោធន៍បើអាចធ្វើទៅបាន។

៨-៨ ការផ្តល់ឱសថ Antibiotic សមស្របដល់ទារក

ផ្លូវបញ្ចូល ៖

- សម្រាប់ការព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម រលាកស្រោមខួរតេតាណូសនិងជំងឺស្វាយពីកំណើតដោយផ្តល់ឱសថ antibiotics តាមសរសៃ ៖
  - ផ្តល់ឱសថ antibiotics ជាពិសេស gentamicin និង cefotaxime យឺតៗក្នុងរយៈពេលយ៉ាងតិច៣ នាទី
  - នៅពេលដែលកំពុងផ្តល់សេរ៉ូមតាមសរសៃតាមដានទារក ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាមិនមានការផ្តល់ជាតិទឹកលើស (ទំព័រ 326)
  - បើផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃមិនអាចបង្កើតបានភ្លាមៗត្រូវផ្តល់ antibioticsចាក់សាច់ដុំ (ទំព័រ 317) រហូតដល់មានផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃ
  - បើទារកបានជាសះស្បើយហើយលែងត្រូវការប្រើផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃក្នុងគោលបំណងផ្តល់អ្វី ផ្សេងទៀតក្រៅពី antibiotics ត្រូវផ្តល់ antibiotics ចាក់តាមសាច់ដុំដើម្បីបង្គ្រប់ការព្យាបាល។
- សម្រាប់ការបង្ករោគជាច្រើនទៀតត្រូវផ្តល់ antibiotics ចាក់សាច់ដុំ (ទំព័រ 317)។ បើការចាក់សរសៃត្រូវបានធ្វើក្នុងគោលបំណងផ្សេង ដូច្នេះអាចឱ្យ antibiotics តាមសរសៃ។

កំណត់សម្គាល់ ៖ ការផ្តល់ Gentamicin ចាក់តាមសរសៃជាការជួយសង្គ្រោះជីវិតនៅពេលដែលយើងប្រើវាបានត្រឹមត្រូវ តែវាអាចធ្វើឱ្យថ្លង់និងខូចតម្រងនោម ។ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមិនមានលទ្ធភាពកំណត់ពីកម្រិត gentamicin នៅក្នុងឈាមគួរផ្តល់ gentamicin ចាក់តាមសាច់ដុំ។

កម្រិតប្រើ Antibiotic

Antibiotic	កម្រិតក្នុង mg

	សប្តាហ៍ទី១នៃជីវិត (Day 1 7)	**ចាប់ពីសប្តាហ៍ទី២នៃជីវិត** (Day 8+)
Ampicllin និង Gentamicin សម្រាប់ព្យាបាលជម្រើសដំបូងចំពោះទារកយាយីដោយមេរោគ (1st line AB) (ជម្រើសនៃការព្យាបាលលម្អិត នៅជំពូក 3-5-5)	Ampicillin ចាក់សរសៃ (IV) 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (slow IV) ឬចាក់សាច់ដុំ ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3mg /kg ប្រើតែម្តង ក្នុង១ថ្ងៃ ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg /kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	Ampicillin ចាក់សរសៃ (IV) 50 mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង Gentamicin ចាក់សរសៃ យឺតៗ (slow IV) ឬចាក់សាច់ដុំ 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ ថ្ងៃ (សម្រាប់គ្រប់ទម្ងន់ទារក)។
ប្តូរទៅជម្រើសទី២ បើទារកមិនចាប់មានភាពធូរស្រាលនៃរោគសញ្ញាក្នុងអំឡុង៤៨ម៉ោងនៃការព្យាបាលជាមួយជម្រើសទី១ទេនោះ ឬលទ្ធផលនៃការបណ្តុះមេរោគក្នុងឈាមបញ្ជាក់ថាមេរោគមានភាពស៊ាំជាមួយ Ampicillin ឬ Gentamicin។ ការព្យាបាលជម្រើសទី២ (2nd line AB) គឺបន្ថែម: Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោង។		
Ampicillin សម្រាប់តែ រលាកស្រោមខួរ	100mg/kg រៀងរាល់12 ម៉ោង	100mg/kg រៀងរាល់ 8 ម៉ោង
Benzathine penicillin G សម្រាប់ទារកដែល មិនមានរោគសញ្ញាស្វាយ ហើយម្តាយមិនបានព្យាបាលជំងឺ	50 000 units/kg ចាក់សាច់ដុំតែម្តងគត់ (in a single dose)	50 000 units/kg ចាក់សាច់ដុំតែម្តងគត់ (in a single dose)
Benzylpenicillin សម្រាប់ព្យាបាល តេតាណូស	60 mg/kg (100 000 units/kg) រៀង រាល់12 ម៉ោង	60 mg/kg (100 000 units/kg) រៀងរាល់12 ម៉ោង
Cefotaxime សម្រាប់តែព្យាបាល រលាកស្រោមខួរ	50 mg/kg រៀងរាល់8ម៉ោង	50 mg/kg រៀងរាល់ 6 ម៉ោង
Cefotaxime សម្រាប់ព្យាបាលការ បង្ករោគក្នុងឈាម	50 mg/kg រៀងរាល់12 ម៉ោង	50 mg/kg រៀងរាល់ 8ម៉ោង
Ceftriaxoneសម្រាប់តែព្យាបាល រលាកស្រោមខួរ	100 mg/kg ផ្តល់តែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	100 mg/kg បន្តផ្តល់តែម្តងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល៧ទៅ១៤ថ្ងៃ

Antibiotic	កម្រិតក្នុង mg	
	Day 1 to 7	Day 8+
Cloxacillin (លេបតាមមាត់)	តិចជាង 2 kg:	
	50 mg/kg រៀងរាល់8 ម៉ោង	50 mg/kg រៀងរាល់8 ម៉ោង
	2 kg ឬច្រើនជាង:	
	50 mg/kg រៀងរាល់8 ម៉ោង	50 mg/kg រៀងរាល់8 ម៉ោង
Cloxacillin (injection)	តិចជាង 2 kg:	
	50 mg/kg រៀងរាល់8 ម៉ោង	50 mg/kg រៀងរាល់8 ម៉ោង
	2 kg ឬច្រើនជាង:	
	50 mg/kg រៀងរាល់8 ម៉ោង	50 mg/kg រៀងរាល់8 ម៉ោង
Erythromycin	12.5 mg/kg រៀងរាល់ 6 ម៉ោង	12.5 mg/kg រៀងរាល់ 6 ម៉ោង
Gentamicin	តិចជាង 2500 g	
	3mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ	7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុងមួយថ្ងៃឬ 3.5 mg/kg រៀងរាល់12 ម៉ោង
	≥ 2 500g	
	5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ	7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬ 3.5 mg/kg រៀងរាល់12 ម៉ោង

ទម្ងន់	កម្រិតដូស Ampicillin ចាក់សាច់ដុំ: 50 mg/kg រៀងរាល់ 12 ម៉ោង បន្ថែម 2.5 ml ទឹកស្តេរីលទៅក្នុងដប 500 mg = 200 mg/ml	កម្រិតដូស Gentamicin IM: ប្រើ 5 mg/kg រៀងរាល់ 24 ម៉ោង បើទារក គ្រប់ខែ។ ប្រើ 3 mg/kg រៀងរាល់ 24 ម៉ោងបើទារកមិនគ្រប់ខែ

			បើប្រើអំពូល 80 mg ក្នុង 2 ml = 40 mg/ml បន្ថែម 6 ml ទឹកស្តេរីលទៅក្នុងអំពូល 80 mg = 10 mg/ml ត្រូវបូម	
800g	40mg	0.20ml	2.4mg	0.24ml
1000g	50mg	0.25ml	3.0mg	0.30ml
1200g	60mg	0.30ml	3.6mg	0.36ml
1400g	70mg	0.35ml	4.0mg	0.40ml
1600g	80mg	0.40ml	4.8mg	0.48ml
1800g	90mg	0.45ml	5.4mg	0.54ml
2000g	100mg	0.50ml	6.0mg	0.60ml
2200g	110mg	0.55ml	6.6mg	0.66ml
2400g	120mg	0.60ml	7.2mg	0.72ml
2600g	130mg	0.65ml	13.0mg	1.30ml
2800g	140mg	0.70ml	14.0mg	1.40ml
3000g	150mg	0.75ml	15.0mg	1.50ml
3200g	160mg	0.80ml	16.5mg	1.60ml
3400g	170mg	0.85ml	17.0mg	1.70ml
3600g	180mg	0.90ml	18.0mg	1.80ml
3800g	190mg	0.95ml	19.0mg	1.90ml

(From neonatal sepsis guideline of MoH 2013)

៨-៩ ការចាក់ថ្នាំ

៨-៩-១ ការចាក់សាច់ដុំ

<u>គោលការណ៍រួម</u>

- កន្លែងដែលត្រូវចាក់សាច់ដុំរួមមាន ៖

- សាច់ដុំ Quadriceps នៅភ្លៅផ្នែកខាងលើនិងខាងក្រៅ។ ជាកន្លែងដែលនិយមចាក់ជាងគេដោយសារមានការប្រឈមមុខតិចតួចនឹងការចាក់ចូលសរសៃឈាម។

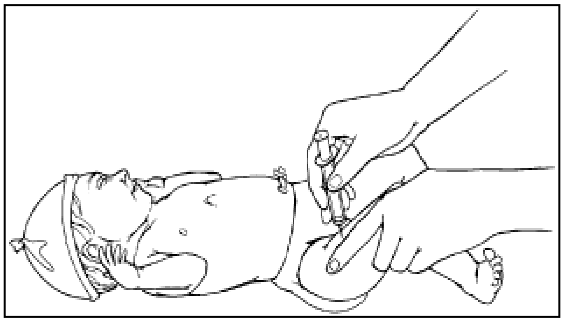
- **កន្លែងដែលគួរជៀសវាងមាន ៖**
  - សាច់ដុំ Gluteus នៅកំប៉េះគូទ ។ ការចាក់សាច់ដុំនេះពិបាក ពីព្រោះវាមានខ្លាញ់ច្រើននិងស្រទាប់ក្រោមស្បែក (subcutaneous) និងប្រឈមនឹងការប៉ះសរសៃប្រសាទ sciatic និងសរសៃឈាម សំខាន់ៗដទៃទៀតនៅម្តុំនោះ។
  - សាច់ដុំ Deltoid ។ កន្លែងនេះអាចប្រើសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ប៉ុន្តែមិនត្រូវប្រើសម្រាប់ការ ចាក់ថ្នាំផ្សេងទៀតទេ។
- កាត់បន្ថយការឈឺចាប់នៅពេលចាក់ថ្នាំដោយ ៖
  - ប្រើម្ជុលមុតនិងតូចបំផុតដែលអាចឱ្យថ្នាំហូរបានយ៉ាងស្រួល (ឧ. ម្ជុលលេខ 22G ទៅ 24G)
  - ត្រូវប្រាកដថាគ្មានអ្វីជាប់នៅម្ជុលនៅពេលចាក់ទៅក្នុងស្បែក
  - បរិមាណថ្នាំដែលចាក់ត្រូវតិច (ឧ. 2ml ឬតិចជាងនេះក្នុងការចាក់ម្តងក្នុងមួយកន្លែង)
  - ត្រូវជៀសវាងការបាញ់បញ្ចូលលឿនពេក
  - ត្រូវប្តូរទៅចាក់កន្លែងផ្សេងទៀតបើត្រូវចាក់មួយម្ជុលទៀត
- ផលវិបាកដែលអាចកើតមានដោយសារការចាក់សាច់ដុំរួមមាន ៖
  - ការចាក់ចំសរសៃឈាម
  - ការបង្ករោគដោយសារសម្ភារសម្រាប់ចាក់មិនស្អាត
  - របួស/ប៉ះពាល់សរសៃប្រសាទ (ជាពិសេសសរសៃ sciatic ក្រោយពីចាក់នៅកំប៉េះគូទ)
  - ការខូចជាលិកានៅកន្លែងចាក់ដោយសារការរលាកនៅកន្លែងចាក់
- អាចចៀសវាងផលវិបាកទាំងនេះដោយ ៖
  - ជ្រើសរើសថ្នាំដែលមានសុវត្ថិភាពបំផុត
  - ជ្រើសរើសកន្លែងចាក់សមស្រប
  - ត្រូវដឹងពីកាយវិភាគវិទ្យានៃកន្លែងចាក់
  - សម្អាតស្បែកឱ្យស្អាត
  - ត្រូវប្តូរកន្លែងចាក់បើត្រូវចាក់ទៀត
  - បឺតបន្តិចមុនពេលបាញ់ថ្នាំបញ្ចូល
  - ចៀសវាងការបាញ់ថ្នាំក្នុងជាលិកានៅសើស្បែក
  - ប្រើម្ជុលដែលមានប្រវែងសមស្រប ដើម្បីចាក់ដល់កន្លែងដែលត្រូវចាក់។

សម្ភារ ៖

- ម្ជុលស្តេរីល 1-inch លេខតូចបំផុតដែលអាចឱ្យថ្នាំហូរបានស្រួល (ឧ. លេខ 22G ទៅ 24G)
- សឺរ៉ាំងស្តេរីលដែលមានទំហំតូចបំផុត ហើយមានកំណត់សម្គាល់ច្បាស់ត្រឹមត្រូវ (ឧ. 1- 3ml)
- ដុំសំឡីស្ងួតស្តេរីល។

ទម្រង់ការ ៖

- ប្រមូលសម្ភារដែលចាំបាច់
- លាងសម្អាតដៃ
- ជ្រើសរើសកន្លែងដែលត្រូវចាក់
- បូមថ្នាំដែលត្រូវចាក់ចូលក្នុងសីរ៉ាំង
- ត្រូវប្រាកដថាប្រភេទថ្នាំដែលត្រូវចាក់និងកម្រិតប្រើត្រឹមត្រូវ
- ចាប់សាច់ដុំនៅកន្លែងដែលត្រូវចាក់នៅចន្លោះមេដៃនិងចង្អុលដៃបើអាច
- ចាក់បញ្ចូលម្ជុលដោយមុំ ៩០ អង្សា ឆ្លងកាត់ស្បែកដោយចាក់យ៉ាងរហ័សតែម្តង
- ដកពីស្តុងសីរ៉ាំងបន្តិចដើម្បីឱ្យប្រាកដថាចុងម្ជុលមិនចូលក្នុងសរសៃវ៉ែន (មិនមានឈាមចូលតាមម្ជុល)
- បើម្ជុលចូលក្នុងសរសៃវ៉ែន ៖
    - ដកម្ជុលចេញ ដោយមិនត្រូវបាញ់បញ្ចូលថ្នាំទេ
    - ត្រូវសង្កត់កន្លែងចាក់ដោយសំឡីស្ងួត ដើម្បីបង្ការការជាំឈាម
    - ដូរម្ជុលស្តេរីលថ្មី
    - ជ្រើសរើសកន្លែងចាក់ថ្មី
    - បន្ទាប់មកត្រូវចាក់ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ
- បើម្ជុលនៅក្នុងសាច់ដុំ បាញ់បញ្ចូលថ្នាំដោយកំលាំងល្មមរយៈពេល៣-៥នាទី។



ចាក់ថ្នាំនៅសាច់ដុំ quadriceps

- នៅពេលចប់ការចាក់ ដកម្ជុលចេញដោយប្រើសំឡីស្ងួតសង្កត់ថ្នមៗ
- លាងសម្អាតដៃ
- កត់ត្រាកន្លែងចាក់និងប្តូរកន្លែងចាក់ បើត្រូវចាក់ទៀត។

៨-៩-២ ការចាក់ថ្នាំតាមសរសៃ

ផ្នែកនេះស្តីអំពីការផ្តល់ថ្នាំតាមសរសៃចំពោះទារកដែលមានផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃស្រាប់តែមិនពណ៌នាចំពោះករណីដែលថ្នាំបានលាយជាមួយសេរ៉ូមនៅក្នុងប្លោកសេរ៉ូមរួចបញ្ចូលតាមសរសៃទេ។

សម្ភារ ៖

- ដុំសំឡីដែលជ្រលក់ជ្រើមដោយសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ
- ម្ជុលស្តេរីលចំនួន២និងមានប្រវែង1-inch (ឧ. លេខ 22 ទៅ 24)
- សឺរ៉ាំងស្តេរីលតូចបំផុតដែលអាចរកបានហើយមានក្រិតច្បាស់និងសមស្របទៅតាមកម្រិតថ្នាំ (ឧ.1- 3ml)
- ទឹកសេរ៉ូម 2 ml។

ទម្រង់ការ ៖

- រៀបចំសម្ភារដែលចាំបាច់
- លាងសម្អាតដៃជាមួយអាល់កុលលាងដៃឬសាប៊ូទឹក
- រើសកន្លែងដែលត្រូវចាក់នៅលើទុយោសេរ៉ូមដែលនៅជិតកន្លែងចាក់សរសៃ (ឧ. valve ឬកន្លែងតភ្ជាប់ដែលមានកៅស៊ូទន់)។
- ជូតកន្លែងចាក់ដោយប្រើសំឡីជ្រើមជាមួយសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ (solution antiseptic) រួចទុកឱ្យស្ងួត
- បូមថ្នាំដែលត្រូវចាក់ចូលក្នុងសឺរ៉ាំង
- ត្រូវប្រាកដថា ថ្នាំនិងកម្រិតថ្នាំដែលត្រូវចាក់ត្រឹមត្រូវ
- បើសេរ៉ូមដែលចាក់តាមសរសៃមិនមានបញ្ហាទេ ៖
  - បិទសេរ៉ូម
  - បញ្ចូលម្ជុលទៅក្នុងទុយោសេរ៉ូមនិងបាញ់ថ្នាំចូលយឺតៗក្នុងរយៈពេល២នាទី ត្រូវសង្កេតរកមើលនៅជុំវិញកន្លែងចាក់នូវការហើមប៉ោង។
- បើមិនច្បាស់ថាទុយោសេរ៉ូមស្ថិតក្នុងស្ថានភាពត្រឹមត្រូវនៅក្នុងសរសៃ ៖
  - បិទសេរ៉ូម
  - បាញ់បង្ហូរសេរ៉ូមចំនួន2 ml សង្កេតមើលជុំវិញកន្លែងចាក់សរសៃ រកការហើមដែលបញ្ជាក់ថាម្ជុលសេរ៉ូមខុសសរសៃ។
  - បើម្ជុលសេរ៉ូមនៅក្នុងសរសៃ ត្រូវបាញ់ថ្នាំបញ្ចូលក្នុងអំឡុងពេល២នាទីនិងត្រូវសង្កេតមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នរកការហើមនៅកន្លែងជុំវិញ
- ក្រោយពីចាក់រួច ដកម្ជុលចេញនិងបើកបង្ហូរសេរ៉ូមវិញ
- លាងសម្អាតដៃជាមួយសាប៊ូទឹកឬអាល់កុល។

៨-៩-៣ ការចាក់ក្រោមស្បែក

ការចាក់ក្រោមស្បែកធ្វើតែចំពោះការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរបេងនិងនៅពេលដំបូងនៃការចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីបង្ហូរខ្ទុះពីអាប់សែ។

សម្ភារ ៖

- ម្ជុលស្តេរីលលេខ 25G ឬ 27G ប្រវែង 5/8-inch
- ម្ជុលស្តេរីលលេខ 21G ប្រវែង 1-inch

- សឺរ៉ាំងសម្រាប់ចាក់BCG
- ដុំសំឡីស្ងួត ស្តេរីល។

ទម្រង់ការ ៖

- រៀបចំសម្ភារដែលចាំបាច់
- ជ្រើសរើសកន្លែងចាក់
- លាងសម្អាតដៃជាមួយសាប៊ូទឹកឬអាល់កុល
- បូមថ្នាំចូលក្នុងសឺរ៉ាំងដោយប្រើម្ជុលលេខ 21G
- ត្រូវប្រាកដថាថ្នាំនិងកម្រិតថ្នាំដែលត្រូវចាក់ត្រឹមត្រូវ
- ប្តូរពីម្ជុលលេខ21G ទៅលេខ 25G ឬ 27G
- សម្អាតស្បែកកន្លែងចាក់ដោយប្រើដុំសំឡីទឹក
- កាន់សឺរ៉ាំងនិងម្ជុលស្របនឹងស្បែកទារកដោយដាក់មុខបញ្ឆិតរបស់ម្ជុលផ្ងារឡើងលើ
- ដៃម្ខាងទាញស្បែកឱ្យតឹងនិងចាក់បញ្ចូលមុខស្រួចរបស់ម្ជុលសើពីក្រោមស្បែក។ រុញម្ជុលទៅមុខយឺតៗ រហូតមុខបញ្ឆិតរបស់ម្ជុលចូលអស់ក្នុងស្បែក។
- បំបះម្ជុលថ្នមៗដោយមិនឱ្យធ្លាយស្បែក
- បាញ់បញ្ចូលថ្នាំដោយកំលាំងស្មើរយៈពេល៣-៥វិនាទី (ការបាញ់បញ្ចូលតឹង) និងត្រូវពិនិត្យរកមើលស្ថេរភាពនៃស្បែក។ ទារកអាចនឹងយំក្នុងពេលចាក់។ ការចាក់ក្រោមស្បែកដែលពិតប្រាកដជាញឹកញាប់ធ្វើឱ្យក្តៅនិងឡើងប៉ោងនៅក្រោមស្បែកដែលធ្វើឱ្យស្បែកដូចសំបកក្រូច
- ក្រោយពីចាក់រួច ដកម្ជុលចេញនិងសង្កត់ថ្នមៗនៅកន្លែងចាក់ដោយដុំសំឡីស្ងួត
- លាងសម្អាតដៃជាមួយសាប៊ូទឹកឬអាល់កុល។

៨-១០ ការបង្កើតផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែន

- មានកន្លែងច្រើនដែលអាចបង្កើតផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែន។ កន្លែងដែលនិយមចាក់មាន ៖
  - សរសៃវ៉ែនដែលនៅខ្នងដៃ ឬខ្នងប្រអប់ជើង
  - សរសៃវ៉ែនដែលនៅកំភួនដៃ នៅខាងមុខកែងដៃ ឬនៅជុំវិញកជើងឬជង្គង់ (បន្ថយការប្រើសរសៃវ៉ែនជុំវិញជង្គង់ព្រោះបណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដោយម្ជុលប៉ះជាមួយឆ្អឹង)
  - ម្ជុលCatheterឬម្ជុលស្លាបមេអំបៅ (Scalp Vein)
- បើមិនអាចចាក់សរសៃវ៉ែន peripheral បានហើយបើក្នុងស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវប្រើសរសៃវ៉ែនទងផ្ចិត (umbilical vein catheter) ឬចាក់តាមឆ្អឹង (intraosseous line)។

<u>ការចាក់សរសៃវ៉ែន Peripheral</u>

សម្ភារ ៖

- ស្រោមដៃស្អាត
- ដុំសំឡីដែលជ្រលក់ដោយសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ (antiseptic solution)
- ទុយោសេរ៉ូមនិងសេរ៉ូម (ប្រើ microdropper បើមាន)
- ម្ជុលដែលមានស្លាបនិង cannula លេខ23G-25G បើត្រូវការចាក់សរសៃដើម្បីបញ្ចូលឈាមត្រូវ
- ប្រាកដថា ទំហំម្ជុលធំល្មម (ឧ. លេខ22G) ដូច្នេះឈាមមិនកកនៅក្នុងម្ជុលពេលបញ្ចូលឈាមទេ
- ម្ជុលCatheterឬម្ជុលស្លាបមេអំបៅ (Scalp Vein)
- Tincture of benzoin / អាល់កុល
- បង់ស្អិត
- ឈើអប។

ទម្រង់ការ ៖

- រៀបចំសម្ភារចាំបាច់
- អនុវត្តគោលការណ៍ការបង្ការការចម្លងរោគ

រៀបចំសូលុយស្យុងសម្រាប់ចាក់ ត្រូវប្រាកដថាសេរ៉ូមពេញទុយោសេរ៉ូមនិងគ្មានពពុះខ្យល់។ បើប្រើម្ជុលស្លាបមេអំបៅ (Scalp Vein)ត្រូវប្រាកដថាទុយោត្រូវបានបំពេញដោយទឹកសេរ៉ូម។

កំណកខ្យល់តូចៗ (Air embolism) អាចកើតមានយ៉ាងងាយចំពោះទារក។ ត្រូវប្រាកដថាទុយោសេរ៉ូមត្រូវបានបំពេញដោយសេរ៉ូមនិងគ្មានខ្យល់មុនពេលចាក់បញ្ចូលសរសៃ។

- លាងដៃនិងពាក់ស្រោមដៃស្អាតសម្រាប់ពិនិត្យ
- សម្អាតស្បែកដែលនៅពីលើសរសៃវ៉ែនដោយដុំសំឡីដែលជ្រលក់ដោយសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ (antiseptic solution) រួចទុកឱ្យស្ងួត
- ឱ្យជំនួយការចាប់សរសៃដោយសង្កត់លើស្បែកក្បែរសរសៃវ៉ែនដែលត្រូវចាក់:
  - បើចាក់សរសៃវ៉ែននៅប្រអប់ដៃ ប្រអប់ជើង ដៃ ឬជើង ឱ្យជំនួយការប្រើមេដៃនិងចង្អុលដៃដើម្បីច្របាច់ជុំវិញដៃឬជើងដែលត្រូវចាក់។
  - បើប្រើម្ជុលដែលមានស្លាប ត្រូវឱ្យជំនួយការសង្កត់លើសរសៃវ៉ែន នៅខាងក្រោមកន្លែងដែលត្រូវចាក់ ឬចងរឹតដោយកៅស៊ូជុំវិញក្បាលទារក
- ចាក់ម្ជុលចូលក្នុងស្បែកក្នុងមុំ១៥អង្សា និងដាក់មុខបញ្ឆិតនៃម្ជុលផ្ងារឡើងលើ ៖
  - បើប្រើម្ជុលដែលមានស្លាប ពេលចាក់ដល់សរសៃវ៉ែននឹងមានឈាមប្រាលចូលក្នុងទុយោ មិនត្រូវរុញម្ជុលទៅមុខទៀតទេ
  - បើប្រើ cannula ៖

- ○ បើឈាមចូលពេញក្បាល cannula ដកម្ជុលចេញបន្តិចទន្ទឹមនឹងបន្តរុញ cannula ចូលក្នុង។
  - ○ នៅពេលក្បាល cannula ទៅប៉ះស្បែកនៃកន្លែងចាក់ត្រូវដកម្ជុលចេញទាំងស្រុង។
  - ○ ដាក់សំណល់ម្ជុលទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំនៃការបង្ការការចម្លងរោគ។
- ឱ្យជំនួយការដកដៃចេញ ឬយកកៅស៊ូសម្រាប់ចងចេញ។
- ភ្ជាប់ទុយោសេរ៉ូមនឹង cannula ឬម្ជុលដែលមានស្លាប ៖
  - ត្រូវប្រាកដថាមិនមានពពុះខ្យល់នៅក្នុងទុយោសេរ៉ូម
  - បញ្ចូលសេរ៉ូមទៅក្នុងសរសៃក្នុងរយៈពេល២-៣ វិនាទីដើម្បីឱ្យប្រាកដ cannula បានស៊កបញ្ចូលក្នុងសរសៃឈាម។
- បើហើមនៅជុំវិញកន្លែងចាក់សរសៃ ត្រូវដកម្ជុលចេញហើយចាក់ម្តងទៀតដោយប្រើសរសៃវ៉ែនផ្សេង។
- បើចាក់សរសៃវ៉ែននៅប្រអប់ដៃ ដៃ ប្រអប់ជើង ឬជើង ត្រូវឱ្យអវៈយវៈនៅស្ងៀម ប្រើឈើអបដៃហើយ បិតដោយបង់ស្អិតដើម្បីកុំឱ្យរង្គើ
- ត្រូវធ្វើឱ្យ cannula ឬម្ជុលដែលមានស្លាប មានលំនឹងល្អដោយប្រើបង់ស្អិតបិត។ បើមាន tincture of benzoin ត្រូវជូតសម្អាតស្បែកមុនពេលបិត
- ពិនិត្យកន្លែងចាក់រៀងរាល់ម៉ោង ៖
  - រកមើលការឡើងក្រហមនិងហើមនៅជុំវិញកន្លែងចាក់ cannula ដែលសញ្ញានេះបញ្ជាក់ថា cannulaមិននៅក្នុងសរសៃវ៉ែន ហើយសេរ៉ូមបានហូរចូលក្នុងជាលិកាក្រោមស្បែក។ បើឃើញ មានក្រហម ឬហើមភ្លាមត្រូវបិទសេរ៉ូម ដកម្ជុលចេញនិងចាក់ជាថ្មីនៅសរសៃវ៉ែនផ្សេងទៀត
  - ពិនិត្យមើលបរិមាណសេរ៉ូមដែលបានបញ្ចូលនិងប្រៀបធៀបនឹងបរិមាណដែលត្រូវបញ្ចូលតាមវេជ្ជបញ្ជា
  - កត់ត្រានូវអ្វីដែលបានរកឃើញ។

សូលុយស្យុងដែលមាន Glucose អាចធ្វើឱ្យងាប់ជាលិកា ដូច្នេះមិនត្រូវអោយជ្រាបចូលទៅក្នុងជាលិកាក្រោមស្បែក។

- ដូរទុយោសេរ៉ូមនិងប្លោក/ដបសេរ៉ូមរៀងរាល់២៤ម៉ោងទោះបីនៅមានសេរ៉ូមសល់ក៏ដោយព្រោះអាចជាប្រភពសំខាន់នៃការបង្ករោគ។

៨-១១ ការបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម

- ប្រើទុយោសេរ៉ូមដោយមាន microdropper (1ml=60 microdrops)។ Microdroppersជួយក្នុងការបញ្ចូលសេរ៉ូមយឺតៗនិងប្រាកដថាទារកបានទទួលជាតិទឹកតាមតម្រូវការរបស់វា។ ប្រើទុយោសេរ៉ូមធម្មតា (1ml=20 drops) អាចធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដោយសារលើសជាតិទឹក។
- មុននឹងបញ្ចូលសេរ៉ូមត្រូវពិនិត្យ ៖
  - ថ្ងៃខែឆ្នាំផុតកំណត់ប្រើរបស់សេរ៉ូម

- គម្របដប ឬប្លោកសេរ៉ូមមិនរបើក ឬខូច
- ទឹកសេរ៉ូមថ្លានិងមិនមានកករ

• គណនាចំនួនតំណក់សេរ៉ូមដែលត្រូវបញ្ចូលនិងត្រូវប្រាកដថា microdropper អាចផ្តល់សេរ៉ូមតាមល្បឿនដែលចង់បាន

• ប្តូរទុយោនិងសេរ៉ូមរៀងរាល់២៤ម៉ោងទោះបីជាមានសេរ៉ូមសល់ក៏ដោយ (ព្រោះជាប្រភពសំខាន់នៃការបង្ករោគ)

បរិមាណជាតិទឹកនិងការចិញ្ចឹមក្នុងអំឡុងពេលប៉ុន្មានថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត ៖ កំណត់ពីបរិមាណជាតិទឹកដែលទារកត្រូវការទៅតាមអាយុរបស់ទារក (សូមមើលតារាងខាងក្រោម)

- ត្រូវដកចេញបរិមាណជាតិទឹកដែលទារកទទួលបានពីបរិមាណជាតិទឹកសរុបដែលទារកត្រូវការប្រចាំថ្ងៃនោះនឹងដឹងពីបរិមាណសេរ៉ូមដែលត្រូវផ្តល់
- ត្រូវកែតម្រូវបរិមាណទឹកដោះនិង/ឬជាតិទឹកទៅតាមអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗដែលបានធ្វើ(ឧបើទារកបានដាក់ក្រោមអំពូល កំដៅ ឬទទួលការព្យាបាលដោយពន្លឺ ត្រូវបង្កើនបរិមាណទឹកដោះ ឬជាតិទឹកចំនួន 10% នៃបរិមាណទឹកសរុបប្រចាំថ្ងៃពីព្រោះការបាត់បង់ជាតិទឹក តាមស្បែកកើនឡើង
- គិតបរិមាណសរុបជាមីលីលីត្រក្នុងមួយម៉ោង ឬចំនួនដំណក់ក្នុងមួយនាទី។

បរិមាណទឹកដោះនិងជាតិទឹកសរុបសម្រាប់ទារកចាប់ពីពេលកើត៖

អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)	1	2	3	4	5	6	7+
ml/kg body weight of feeds and/or fluid	60	80	100	120	140	150	160+

ទឹកដោះនិងជាតិទឹកដែលត្រូវផ្តល់សម្រាប់ទារកតូច

ទារកតូច (ទម្ងន់ទាប) មានតម្រូវការបរិមាណទឹកដោះនិងជាតិទឹកខុសពីទារកទម្ងន់ធម្មតាដោយផ្អែកទៅ តាមស្ថានភាពនិងទម្ងន់របស់ពួកគេ។ សូមមើលទៅតាមចំណាត់ថ្នាក់ខាងលើដើម្បីកំណត់ពីបរិមាណជាតិទឹកសរុបប្រចាំថ្ងៃត្រឹមត្រូវសម្រាប់ទារក។

ទារកដែលមិនមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ

- **ទម្ងន់ 1750 g– 2500g** ឱ្យទារកចាប់ផ្តើមបៅដោះម្តាយ បើទារកមិនអាចបៅបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមវិធីណាមួយ។ ប្រើតារាងខាងលើដើម្បីកំណត់ពីបរិមាណទឹកដោះដែលត្រូវផ្តល់ដោយយោងទៅតាមអាយុទារក ។
- **ទម្ងន់ 1500g – 1749g** ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមវិធីណាមួយរៀងរាល់៣ម៉ោងតាមតារាងខាងក្រោមរហូតដល់ទារកអាចបៅបាន។

បរិមាណទឹកដោះ សម្រាប់ទារកទម្ងន់ 1500g – 1749g ហើយទារកមិនមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	2	3	4	5	6	7

បរិមាណទឹកដោះដែលត្រូវផ្តល់រៀងរាល់៣ម៉ោង (ml/feed)	12	18	22	26	30	33	35

- **ទម្ងន់ 1250g – 1499g**
  - ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះរៀងរាល់៣ម៉ោងទៅតាមតារាងខាងក្រោម។
  - ប្តូរទៅការផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដោយប្រើពែងឬស្លាបព្រានៅពេលណាដែលទារកអាចលេបដោយគ្មានក្អកឬហៀរចេញ។

បរិមាណទឹកដោះសម្រាប់ទារកទម្ងន់ 1250g – 1499g ហើយទារកមិនមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ៖

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	2	3	4	5	6	7
បរិមាណទឹកដោះដែលត្រូវផ្តល់រៀងរាល់៣ម៉ោង (ml/feed)	10	15	18	22	26	28	30

- **ទារកទម្ងន់តិចជាង 1250g**
  - ចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃនិងផ្តល់ជាតិទឹកទៅតាមតារាងខាងក្រោម ក្នុងអំឡុង៤៨ម៉ោងដំបូង
  - ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះរៀងរាល់២ម៉ោងដោយចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី៣ឬលើសពីនេះ។

បើស្ថានភាពទារកមិនមានលំនឹងនិងបន្ថយបរិមាណជាតិទឹកតាមមសរសៃបន្តិចម្តងៗទន្ទឹមនឹងបង្កើនបរិមាណទឹកដោះផ្តល់តាមមាត់ទៅតាមតារាងខាងក្រោម។

បរិមាណជាតិទឹកនិងទឹកដោះសម្រាប់ទារកទាំងអស់ដែលមានទម្ងន់តិចជាង 1250g

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	2	3	4	5	6	7
ល្បឿនសេរ៉ូមដែលត្រូវផ្តល់ (ml/hour ឬ microdrops/នាទី)	4	4	3	3	2	2	0
បរិមាណទឹកដោះរៀងរាល់៣ម៉ោង (ml/feed)	0	0	3	5	8	11	15

<u>ទារកឈឺ</u>

- **ទម្ងន់ 1750g – 2500g**
  - បើដំបូងទារកមិនត្រូវបានផ្តល់សេរ៉ូម ត្រូវឱ្យទារកចាប់ផ្តើមបៅដោះម្តាយ។ បើទារកមិនអាចបៅបាន ត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមវិធីណាមួយ។ កំណត់ពីបរិមាណទឹកដោះម្តាយសម្រាប់ផ្តល់ដោយផ្អែកលើអាយុទារក។
  - បើទារកត្រូវបញ្ចូលសេរ៉ូម ៖
    - ត្រូវរៀបចំចាក់សរសៃ (ទំព័រ 324) និងផ្តល់សេរ៉ូមក្នុង២៤ម៉ោងដំបូង (មើលតារាងខាងក្រោម)

- ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមវិធីណាមួយ រៀងរាល់៣ម៉ោងម្តងដោយចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី២ ឬក្រោយពីនេះបើស្ថានភាពទារកមិនទាន់មានស្ថេរភាពនៅឡើយ ហើយបន្ថយបន្តិចម្តងៗនូវបរិមាណសេរ៉ូម ទន្ទឹមនឹងការបង្កើនបរិមាណទឹកដោះម្តាយតាមមាត់ដោយផ្តល់ទៅតាមតារាងខាងក្រោម។

បរិមាណសេរ៉ូមនិងទឹកដោះម្តាយសម្រាប់ផ្តល់ចំពោះទារកឈឺហើយមានទម្ងន់ 1750g - 2500g

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	2	3	4	5	6	7
ល្បឿនសេរ៉ូមដែលត្រូវផ្តល់ (ml/hour ឬ microdrops/នាទី)	5	4	3	2	0	0	0
បរិមាណទឹកដោះរៀងរាល់ ៣ម៉ោង (ml/feed)	0	6	14	22	30	35	38

➢ **ទម្ងន់ 1500g – 1749g**

- ចាក់សរសៃ (ទំព័រ 324) និងផ្តល់សេរ៉ូមក្នុង ២៤ម៉ោងដំបូង (មើលតារាងខាងក្រោម)
- ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះ (ទំព័រ 309) រៀងរាល់៣ម៉ោងម្តងដោយចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី២ ឬ លើសពីនេះបើស្ថានភាពទារកមិនទាន់មានស្ថេរភាពហើយត្រូវបន្ថយបរិមាណសេរ៉ូមយឺតៗ ទន្ទឹមនឹងការបង្កើនបរិមាណទឹកដោះម្តាយតាមតារាងខាងក្រោម
- ត្រូវប្តូរមកផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដោយពែង/ស្លាបព្រាភ្លាមនៅពេលដែលទារកអាចលេបបានដោយមិនមានក្អកឬហៀរចេញ។

តារាង បរិមាណសេរ៉ូមនិងទឹកដោះម្តាយសម្រាប់ទារកឈឺដែលមានទម្ងន់ **1500g – 1749g**

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	2	3	4	5	6	7
ល្បឿនសេរ៉ូមដែលត្រូវផ្តល់ (**ml/hour** ឬ **microdrops**/នាទី)	4	4	3	2	2	0	0
បរិមាណទឹកដោះម្តាយរៀងរាល់៣ម៉ោង (ml/feed)	0	6	13	20	24	33	35

ទម្ងន់ 1250g – 1499g

- ចាក់សរសៃ (ទំព័រ 324) និងផ្តល់សេរ៉ូមក្នុង២៤ម៉ោងដំបូង (មើលតារាងខាងក្រោម)។
- ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះ (ទំព័រ 309) រៀងរាល់៣ម៉ោងម្តងដោយចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី២ ឬលើសពីនេះបើស្ថានភាពទារកមិនទាន់មានស្ថេរភាព និងត្រូវបន្ថយបរិមាណសេរ៉ូមបន្តិចម្តងៗ ទន្ទឹមនឹងការបង្កើន បរិមាណទឹកដោះម្តាយតាមមាត់តាមតារាងខាងក្រោម
- ប្តូរមកផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដោយពែង/ស្លាបព្រាភ្លាមនៅពេលណាទារកអាចលេបដោយមិនក្អកឬហៀរចេញ។

បរិមាណសេរ៉ូមនិងទឹកដោះម្ដាយសម្រាប់ទារកឈឺនិងមានទម្ងន់ 1250g – 1499g

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	2	3	4	5	6	7
ល្បឿនសេរ៉ូមដែលត្រូវផ្តល់ (ml/hour ឬ microdrops/នាទី)	3	3	3	2	2	0	0
បរិមាណទឹកដោះម្ដាយរៀងរាល់៣ម៉ោង (ml/feed)	0	6	9	16	20	28	30

➢ **ទម្ងន់តិចជាង 1250g**

ផ្តល់ទឹកដោះម្ដាយនិងសេរ៉ូមដូចពិពណ៌នាចំពោះទារកមិនឈឺដែលមានទម្ងន់តិចជាង 1250g។

៨-១២ ការបញ្ចូលឈាម

ការតាមដានទារកដែលត្រូវបានបញ្ចូលឈាម

- រាល់ការបញ្ចូលឈាមទាំងអស់ ត្រូវតាមដានទារកគ្រប់ដំណាក់កាល ៖
  - មុនចាប់ផ្ដើមបញ្ចូលឈាម
  - នៅពេលចាប់ផ្ដើមបញ្ចូលឈាម
  - រៀងរាល់៥នាទីម្ដងនៅ១៥នាទីដំបូង ក្រោយចាប់ផ្ដើមបញ្ចូលឈាម
  - យ៉ាងតិចរៀងរាល់ម៉ោងក្នុងអំឡុងពេលបញ្ចូលឈាម
  - រៀងរាល់៤ម៉ោងម្ដងក្នុង២៤ម៉ោងក្រោយពីបញ្ចូលឈាម

ត្រូវតាមដានទារកឱ្យជាប់លាប់ក្នុង១៥នាទីដំបូងនិងទៀងទាត់ក្រោយការបញ្ចូលឈាមដើម្បីរកសញ្ញានៃប្រតិកម្មនឹងការបញ្ចូលឈាម

- នៅគ្រប់ដំណាក់កាលទាំងនេះត្រូវកត់ត្រាព័ត៌មានខាងក្រោមដោយចូលក្នុងតារាងតាមដានទារក ៖
  - ស្ថានភាពទូទៅ
  - សីតុណ្ហភាព
  - ចង្វាក់បេះដូង
  - ចង្វាក់ដង្ហើម
  - តុល្យភាពទឹក (បរិមាណជាតិទឹកផ្តល់តាមមាត់ តាមសេរ៉ូម និងទឹកនោម)
- បន្ថែមលើសពីនេះទៀត កត់ត្រា ៖
  - ម៉ោងដែលចាប់ផ្ដើមនិងពេលដែលការបញ្ចូលឈាមចប់សព្វគ្រប់
  - បរិមាណនិងប្រភេទនៃឈាមដែលបានបញ្ចូលទាំងអស់

- លេខសម្គាល់ប្លោកឈាមដែលបានបរិច្ចាគហើយបានបញ្ចូល
- រាល់ផលវិបាកនានាដែលកើតមាន។

ការបញ្ចូលឈាម

- ពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍នៃការបញ្ចូលឈាម
- បើមិនទាន់មានផ្លូវបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃទេត្រូវចាក់សរសៃ.
- មុនពេលចាប់ផ្តើមបញ្ចូលឈាម (គួរមានបុគ្គលិកជំនួយម្នាក់ទៀត បើមាន)ត្រូវពិនិត្យដើម្បីឱ្យប្រាកដថា ៖
    - ប្រភេទឈាមសមស្របនឹងទារក និងបានកត់ត្រាច្បាស់ហើយបាផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានយ៉ាងជាក់លាក់ជាមួយឈាមម្តាយនិងឈាមទារក។ ក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រើឈាមប្រភេទO Rh-negative
    - ប្លោកឈាមមិនត្រូវបានបើកឬមិនធ្លាយ
    - ប្លោកឈាមមិនត្រូវបានយកចេញក្រៅទូទឹកកករយៈពេលលើសពី២ម៉ោង។ប្លាស្មាមិនមានពណ៌ផ្កាឈូក គ្រាប់ឈាមក្រហមមិនឡើងពណ៌ស្វាយឬខ្មៅនិងមិនកក។
    - ចាក់សរសៃដែលមានទំហំសមស្របនឹងម្ជុលដែលធំល្មម (ឧ.លេខ22G) ដូច្នេះឈាមមិនកកនៅក្នុងម្ជុលពេលដែលបញ្ចូលឈាម

- កត់ត្រាកំដៅខ្លួន ចង្វាក់បេះដូងនិងចង្វាក់ដង្ហើមទារក
- យកគម្របការពារប្លោកឈាមចេញដោយមិនឱ្យប៉ះនៅរង្វង់មាត់ដប/ប្លោកឈាមនិងភ្ជាប់ទៅនឹងទុយោបញ្ចូលឈាម
- ដោះដង្កៀបកៀបនៅទុយោសេរ៉ូម ដើម្បីឱ្យឈាមហូររហូតដល់ចុងទុយោ បន្ទាប់មកបិទ/កៀបទុយោ
- ផ្តាច់ទុយោសេរ៉ូមរួចភ្ជាប់ទុយោបញ្ចូលឈាមជាបន្ទាន់
- បរិមាណឈាមដែលត្រូវបញ្ចូលក្នុងមួយលើក 20 ml/kg នៃទម្ងន់ទារក
- តាមដានកំដៅខ្លួនទារក ចង្វាក់ដង្ហើមនិងបន្ថយល្បឿននៃការបញ្ចូលមកត្រឹមពាក់កណ្តាលនៅពេលដែលទារកមានភាពប្រសើរឡើង។

ពេលបញ្ចូលឈាមមួយប្លោកមិនត្រូវឱ្យលើសពី៤ម៉ោងឡើយ ចំនួនតំណក់ឈាមក្នុង១នាទី=បរិមាណឈាមសរុប 4 X T (Tគិតជាម៉ោង)

- ប្រើឧបករណ៍សម្រាប់កំណត់តំណក់ (infusion device) ដើម្បីគ្រប់គ្រងល្បឿននៃការបញ្ចូលឈាមបើមាន
- ត្រូវប្រាកដថាល្បឿនឈាមសមស្រប
- នៅពេលដែលការបញ្ចូលឈាមបានចប់សព្វគ្រប់ ត្រូវវាយតម្លៃទារកម្តងទៀត។ បើតម្រូវឱ្យមានការបញ្ចូលឈាមទៀតត្រូវបញ្ចូលដោយល្បឿនដូចគ្នានិងបរិមាណដូចគ្នា។

៨-១៣ ការចាក់បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង

ការចាក់បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងប្រើសម្រាប់ធ្វើការបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យនៅពេលទារកមានសញ្ញារលាកស្រោម

ខ្ញុំ។ ចៀសវាងការចាក់បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ប្រសិនបើទារកមាន spina bifida/ meningomyelocoele

សម្ភារ ៖

- ស្រោមដៃស្អាតសម្រាប់ពិនិត្យ
- ស្រោមដៃស្តេរីល
- ក្រណាត់ស្តេរីល
- ដុំសំឡីដែលជ្រលក់ដោយសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ (antiseptic solution)
- ម្ជុលចាក់ឆ្អឹងខ្នង ឬម្ជុលចាក់សរសៃ (លេខ22G – 24G)
- បំពង់សម្រាប់ដាក់ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង
- ដុំសំឡីស្ងួត
- បង់បិទដំបៅ។

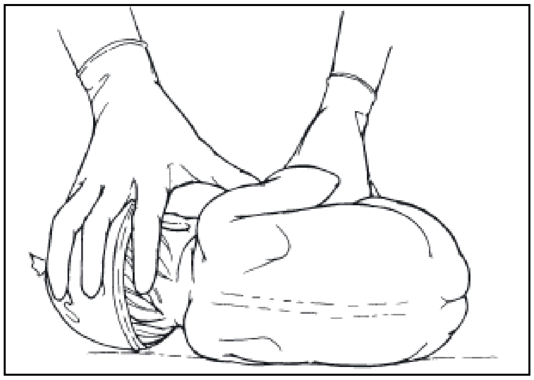
ទម្រង់ការ ៖

- រៀបចំសង្គ្រោះទារកដោយប្រើបាឡុងនិងម៉ាស់ ប្រសិនបើចាំបាច់ (មើលទំព័រ 105)
- ដាក់សម្ភារក្បែរខ្លួន
- ដាក់ទារកនៅក្រោមពន្លឺនិងមានកំដៅ បើអាចធ្វើបាន។ នៅពេលរៀបចំរួចត្រូវដោះសម្លៀកបំពាក់ទារកចេញ
- អនុវត្តតាមគោលការណ៍ការការពារការចម្លងរោគនិងបច្ចេកទេស aseptic technique
- រៀបចំស្ថានភាពទារក ៖
  - ➢ ស្ថានភាពទារកអង្គុយ ៖
    - ត្រូវមានជំនួយការម្នាក់ជួយដាក់ទារក ៖
    - ដាក់ជើងទារកឱ្យត្រង់ ហើយខ្នងរាងកោង
    - ប្រាកដថា កទារកត្រូវបានលាតសន្ធឹងមួយផ្នែកនិងមិនបត់ទៅរកទ្រូងទេដែលអាចធ្វើឱ្យស្ទះផ្លូវដង្ហើម។

ស្ថានភាព អង្គុយសម្រាប់ចាក់បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង

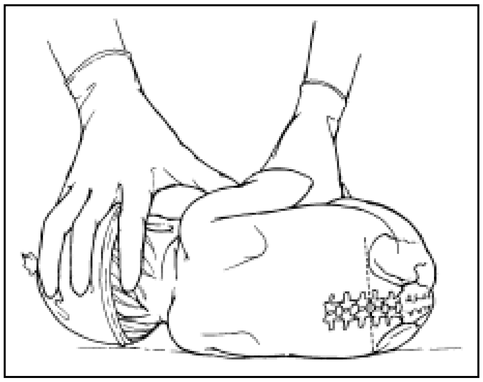
  - ➢ ស្ថានភាពទារកផ្តេក ៖

- ដាក់ទារកផ្តេកនៅចំហៀងណាមួយនៃមុខអ្នកជំនួយការដែលងាយស្រួល ភាគច្រើននៅចំហៀងខាងស្តាំ
- ត្រូវដាក់ខ្នងទារកបែរទៅរកគែមគុ ដើម្បីងាយស្រួលក្នុងការចាក់
- ជំនួយការដាក់ដៃម្ខាងពីក្រោយក្បាលនិងកទារក ហើយដៃម្ខាងទៀតកាន់ពីក្រោយភ្លៅទារកដើម្បីឱ្យឆ្អឹងខ្នងមានរាងកោង
- ប្រាកដថាកទារកត្រូវបានលាតសន្ធឹងមួយផ្នែកនិងមិនបត់ទៅរកទ្រូងដែលអាចធ្វើឱ្យស្ទះផ្លូវដង្ហើម។



ស្ថានភាព ផ្តេកសម្រាប់ចាក់បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង

- លាងដៃរួចពាក់ស្រោមដៃស្អាតសម្រាប់ពិនិត្យ
- រៀបចំកន្លែងចាក់ ហើយធ្វើការចំណាំ រួចលាងសម្អាតពីក្នុងទៅក្រៅដោយប្រើដុំសំឡីជ្រលក់សូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ ។ ធ្វើរបៀបដដែលនេះដោយប្រើដុំសំឡីថ្មី និងទុកឱ្យស្ងួត
- កំណត់កន្លែងចាក់នៅចន្លោះឆ្អឹងចង្កេះទី៣និងទី៤ (ឧ. នៅកន្លែងជួបគ្នារវាង iliac crests ដូចក្នុងរូប)



ទីកន្លែងចាក់ឆ្អឹងខ្នង

- ដោះស្រោមដៃចេញ រួចពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល

- គ្របក្រណាត់ស្តេរីលលើខ្លួនទារក ដោយទុកចន្លោះតែកន្លែងដែលត្រូវចាក់ឆ្អឹងខ្នងប៉ុណ្ណោះ
- ស៊កបញ្ចូលម្ជុលក្នុងចន្លោះឆ្អឹងខ្នងតម្រង់ទៅរកផ្ចិតទារក
- រុញម្ជុលថ្នមៗជម្រៅ1cm ឬតិចជាង1cm ប្រសិនបើទារកតូចទម្ងន់តិចជាង 2500g ឬកើតមុន៣៧ សប្តាហ៍ ។ អ្នកនឹងមានអារម្មណ៍ដឹងនៅពេលម្ជុលបានចូលទៅដល់ចន្លោះឆ្អឹងកងខ្នង
- ប្រសិនបើប្រើម្ជុលសម្រាប់ឆ្អឹងខ្នងត្រូវដក stylet ចេញ
- ប្រសិនបើម្ជុលប៉ះឆ្អឹងខ្នង ម្ជុលមិនអាចប្តូរទិសបានទេ ត្រូវដកម្ជុលថយក្រោយកុំឱ្យផុតស្បែកហើយរុញចូលម្តងទៀតថ្នមៗ ដោយតម្រង់ទិសទៅលើបន្តិចសំដៅទៅរកផ្ចិតទារក
- ប្រសិនបើម្ជុលបានចូលទៅដល់ចន្លោះឆ្អឹងកងខ្នង នៅពេលនោះទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងនឹងហូរចេញមក
- ត្រងយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ៖
  - ត្រងយក0.5-1ml (ប្រហែល៦-១០តំណក់)នៃទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងក្នុងបំពង់មួយៗ
  - ប្រសិនបើទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមិនចេញត្រូវបង្វិលម្ជុលបន្តិច
  - ប្រសិនបើនៅតែមិនចេញដកម្ជុលចេញហើយចាក់ម្តងទៀតចន្លោះឆ្អឹងចង្កេះទី៤និងទី៥
  - ប្រសិនបើមានឈាមនៅក្នុងទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង នោះប្រហែលមកពីម្ជុលឆ្លងកាត់បំពង់ឆ្អឹងខ្នងដែលបណ្តាលឱ្យមានឈាម។ ប្រសិនបើទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមិនថ្លា បូមសម្រាប់តែធ្វើការបណ្តុះនិងsensitivity
  - ក្រោយពីបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងរួចត្រូវដកម្ជុលចេញ
  - ត្រូវមានជំនួយការម្នាក់ធ្វើការសង្កត់ថ្នមៗនៅកន្លែងចាក់ដោយប្រើដុំសំឡីរហូតដល់ឈាមឬទឹកឈប់ចេញ
  - បិទកន្លែងចាក់ដោយប្រើបង់ស្អិត។

ជំពូក៩ ៖ ការពិនិត្យកាយសម្បទាទារកនិងកុមារ

៩.១.ការពិនិត្យកាយសម្បទាសម្រាប់ទារកទើបកើត (អាយុ ០ដល់២៨ថ្ងៃ)

៩.១.១-បរិយាយ

ពិការភាពពីកំណើតក៏ដូចជាពិការភាពដោយបញ្ហាដទៃទៀតគឺមុខងារមិនប្រក្រតីដែលប៉ះពាល់ដល់សុខភាពទារក ការពិនិត្យទារកនីមួយៗមានសារប្រយោជន៍ណាស់ដើម្បីមើលពិការភាពឱ្យបានទាន់ពេលវេលា។ អន្តរាគមន៍ចាប់ផ្តើមភ្លាមៗ គឺអាចផ្តល់នូវលទ្ធផលល្អប្រសើរចំពោះទារកទាំងនោះ។ឧបករណ៍ពិនិត្យកាយសម្បទាជាជំនួយសម្រាប់កំណត់នូវពិការភាព/ពិការក្នុងការពិនិត្យរកមើលមុខងារនៃសរីរាង្គរបស់ទារកចាប់ពីកើត០ដល់២៨ថ្ងៃ។ នេះគឺជាអនុសាសន៍ដើម្បីពិនិត្យដល់ទារកមុននឹងពួកគេចាកចេញពីមណ្ឌលសុខភាព។ ហើយជាការប្រសើរក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី១។

ប្រសិនបើលោកអ្នកជួបប្រទះទារកដែលមិនបានពិនិត្យលើសពីអាយុ២៨ថ្ងៃនោះលោកអ្នកគួរតែធ្វើការពិនិត្យកាយសម្បទាតាមដែលអាចធ្វើបាន។

៩.១.២ វិធានការទូទៅ

មុននឹងចាប់ផ្តើមពិនិត្យត្រូវធានាថាឪពុកម្តាយយល់ព្រមនិងយល់ដឹងថាហេតុអ្វីបានជាលោកអ្នកត្រូវការធ្វើការពិនិត្យកូនរបស់ពួកគាត់។ ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ពួកគាត់ថានេះជាផ្នែកមួយនៃការងារវាយតម្លៃជាប្រចាំដើម្បីបញ្ជាក់ពីសុខភាពរបស់ទារក អនុវត្តន៍ការពិនិត្យកាយសម្បទាតាមលំដាប់លំដោយគឺតាំងពីក្បាលរហូតដល់ចុងជើង (ក្បាល ភ្នែក មាត់ ត្រចៀក ក ទ្រូង ពោះ រន្ធគូទ ប្រដាប់បន្តពូជ ត្រគាក អវយវៈ និងឆ្អឹងខ្នង)ដើម្បីរកមើលសញ្ញានៃជំងឺឬពិការភាពពីកំណើត (Birth defects) ដោយការពិនិត្យនិងស្ទាប។

៩.១.៣ ការបញ្ជូន

ការពិនិត្យមិនអាចផ្តល់រោគវិនិច្ឆ័យឬកំណត់តម្រូវការជាក់លាក់ណាមួយសម្រាប់សេវាអន្តរាគមន៍ដល់ទារកឡើយ ប៉ុន្តែការពិនិត្យនេះអាចចង្អុលបង្ហាញយ៉ាងសាមញ្ញថាទារកមានបញ្ហាដែលត្រូវការពិនិត្យបន្ថែមដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ ។ ត្រូវពន្យល់ឪពុកម្តាយពីតម្រូវការអន្តរាគមន៍ចំពោះទារកមានពិការភាពដែលត្រូវបានរកឃើញទាន់ពេល។ ត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានជាក់លាក់ទៅឱ្យក្រុមគ្រួសារ ដូចជាព័ត៌មានទំនាក់ទំនងលម្អិតនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលទារកនឹងត្រូវបញ្ជូនទៅដូចជាម៉ោងបំពេញការងារ ការផ្តល់សេវា តម្លៃសេវាជាដើម។ល។

៩.២. ការពិនិត្យកាយសម្បទាសម្រាប់កុមារ អាយុ ចាប់ពី១ខែដល់ ៥ឆ្នាំ

៩.២១. បរិយាយ

ពិការភាពពីកំណើតក៏ដូចជាពិការភាពដោយបញ្ហាដទៃទៀត គឺសរីរាង្គ ឬមុខងារមិនប្រក្រតីដែលប៉ះពាល់ដល់សុខភាពកុមារ។ ការពិនិត្យកុមារនីមួយៗ គឺមានសារប្រយោជន៍ណាស់ដើម្បីរកមើលពិការភាពឱ្យបានទាន់ពេលវេលា។ អន្តរាគមន៍ទាន់ពេលវេលាអាចផ្តល់នូវលទ្ធផលល្អប្រសើរចំពោះកុមារទាំងនោះ។

ឧបករណ៍ពិនិត្យកាយសម្បទាសម្រាប់កុមារអាយុចាប់ពី១ខែដល់៥ឆ្នាំ ជាជំនួយសម្រាប់កំណត់នូវពិការភាព/ពិការក្នុងការពិនិត្យរកមើលមុខងារនៃសរីរាង្គជាច្រើនរបស់កុមារ។នេះគឺជាអនុសាសន៍ដើម្បីពិនិត្យដល់កុមារឱ្យទាន់ពេលវេលា។ ហើយបើសិនជាលោកអ្នកជួបប្រទះកុមារដែលមិនបានពិនិត្យពីមុននោះលោកអ្នកគួរតែធ្វើការពិនិត្យកាយ សម្បទាតាមដែលអាចធ្វើបាន។

៩.២២. វិធានការ

៩.២១ ការពិនិត្យរកពិការភាព.២.

មុននឹងចាប់ផ្តើមពិនិត្យត្រូវធានាថាឪពុកម្តាយយល់ព្រមនិងដឹងថាហេតុអ្វីបានជាលោកអ្នកត្រូវការធ្វើការពិនិត្យកូនរបស់ពួកគាត់។ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ពួកគាត់ថានេះជាផ្នែកមួយនៃការងារវាយតម្លៃជាប្រចាំដើម្បីបញ្ជាក់ពីសុខភាពរបស់កុមារ។ អនុវត្តការពិនិត្យកាយសម្បទា គឺតាំងពីក្បាលរហូតដល់ចុងជើង ក្បាល) ភ្នែក មាត់ ត្រចៀក ក ទ្រូង ពោះ វន្ធគូថ ប្រដាប់បន្តពូជ ត្រគាក អវយវៈនិងឆ្អឹងខ្នង។ រកមើលសញ្ញានៃជំងឺ ឬពិការភាពពីកំណើត (Birth defects) ដោយពិនិត្យ និងស្ទាប។

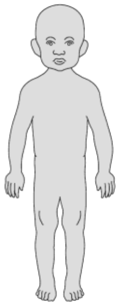
ក្នុងករណីរកឃើញមានពិការភាពឬល័ក្ខខ័ណ្ឌណាមួយតាមរយៈការពិនិត្យ គឺកុមារគួរត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យដើម្បីឱ្យគ្រូពេទ្យពិនិត្យបានពេញលេញនិងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។

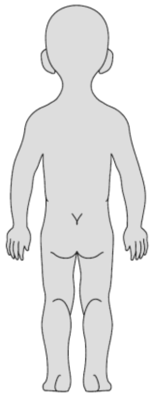
៩.២២.២. ការបញ្ជូន

ការពិនិត្យមិនអាចផ្តល់រោគវិនិច្ឆ័យ ឬកំណត់តម្រូវការជាក់លាក់ណាមួយសម្រាប់សេវាអន្តរាគមន៍ដល់កុមារឡើយ ប៉ុន្តែការពិនិត្យនេះអាចចង្អុលបង្ហាញយ៉ាងសមញ្ញថាកុមារមានបញ្ហាដែលត្រូវការពិនិត្យបន្ថែមដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ។ ត្រូវពន្យល់ឪពុកម្តាយពីតម្រូវការអន្តរាគមន៍ចំពោះកុមារមានពិការភាពដែលត្រូវបានរកឃើញទាន់ពេល។ ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានជាក់លាក់ទៅឱ្យក្រុមគ្រួសារ ដូចជាព័ត៌មានទំនាក់ទំនងលម្អិតនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលកុមារនឹងត្រូវបញ្ជូនទៅ ដូចជាម៉ោងបំពេញការងារ ការផ្តល់សេវា តម្លៃសេវា ជាដើម ។ល។

ឧបករណ៍ពិនិត្យកាយសម្បទាសម្រាប់ទារកនិងកុមារ

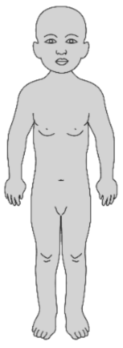
១.ឧបករណ៍ពិនិត្យកាយសម្បទាសម្រាប់ទារកទើបកើត (0-28 ថ្ងៃ)

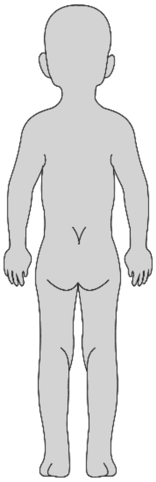
<table>
<tr><td colspan="4">ព័ត៌មានទូទៅ ៖</td></tr>
<tr><td colspan="4">ឈ្មោះកុមារ.. ភេទ .... ទម្ងន់ .... ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ..../............./............ អាយុ........... កម្ពស់.................</td></tr>
<tr><td colspan="4">ឈ្មោះអាណាព្យាបាល......................ភូមិ....................ឃុំ....................ស្រុក...................
ខេត្ត......................... លេខទូរស័ព្ទ...................... ទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត..........................</td></tr>
<tr><td colspan="4">ប្រវត្តិជំងឺ ៖ សូមគូសក្នុងប្រអប់ ប្រសិនបើព័ត៌មានត្រឹមត្រូវសម្រាប់កុមារ</td></tr>
<tr><td>☐ ម្តាយក្តៅខ្លួនខ្លាំងនៅពេលសម្រាល</td><td>☐ កើតមិនគ្រប់គីឡូ (<2500 ក្រាម)</td><td colspan="2">☐ កើតមិនគ្រប់ខែ (<37សប្តាហ៍)</td></tr>
<tr><td>☐ ការសម្រាលមានរយៈពេលយូរ</td><td>☐ ទារកកើតបញ្ច្រាស់ជើង</td><td colspan="2">ពិន្ទុ APGAR <3 ការស្ទះដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ <7 ការស្ទះដង្ហើមកម្រិតស្រាល ≥7 ធម្មតា
☐ APGAR (1 នាទី) ____☐ APGAR (5 នាទី) _____☐ APGAR (10 នាទី) _______</td></tr>
<tr><td>☐ ប្រកាច់</td><td>☐ បញ្ហាក្នុងការហូបឬផឹក</td><td colspan="2">☐ គ្មានអាចម៍ព្រៃក្នុងអំឡុងពេល២៤ម៉ោងដំបូង</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ផ្នែកខាងមុខ</td><td colspan="2">រោគសញ្ញា ៖ សូមគូសក្នុងប្រអប់ប្រសិនបើអ្នកសង្កេតឃើញថាមានដូចចំណុចណាមួយខាងក្រោម</td><td rowspan="2">សូមគូសទីតាំងដែលរកឃើញ
រោគសញ្ញា</td></tr>
<tr><td colspan="2">សូមដោះសំលៀកបំពាក់និងពិនិត្យផ្នែកខាងមុខចាប់ពីក្បាលដល់ចុងជើង</td></tr>
<tr><td>ក្បាល</td><td>☐ ក្បាលធំ បរិមាត្រក្បាល >38 cm នៅពេលកើត(រំលងប្រសិនបើទារក <2500g)
☐ ក្បាលតូច បរិមាត្រក្បាល <30 cm នៅពេលកើត(រំលងប្រសិនបើទារក<2500g)</td><td>☐ បង្ហើយមិនប្រក្រតី បិទមិន/ប៉ោង) ផត/ជិត)
☐ លលាដ៍ក្បាលហើម</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>ភ្នែក</td><td>☐ ភ្នែកមិនព្រិចខ្លាំពេលត្រូវពន្លឺ</td><td>☐ ភ្នែកឡើងក្រហមមានខ្ទុះ/</td></tr>
</table>

ត្រចៀក	☐ មិនភ្ញាក់ក្រញ៉ាងនឹងសំលេងខ្លាំង (ធ្វើតេស្តទះដៃ)	☐ ត្រចៀកខូចទ្រង់ទ្រាយ គ្មាន/ ត្រចៀក	
មាត់	☐ ឆែបបបូរមាត់ ☐ ឆែបក្រអូមមាត់	☐ អណ្តាតជាប់	
ក និងទ្រូង	☐ ក ឡៀងទៅមួយចំហៀង (torticollis)	☐ ទ្រង់ទ្រាយទ្រូងមិនប្រក្រតី	
ដៃ	☐ មិនប្រក្រតីនៃរូបរាងដៃម្រាមដៃ/ (បញ្ជាក់ _______)	☐ កម្រិតឬមិនស៊ីមេទ្រីនៃចលនា	
ពោះ	☐ មានឈាមតាមផ្ចិត ☐ ផ្ចិតប៉ោង ឬ ពោះវៀននៅក្រៅ	☐ ពោះហើមធំ/	
ប្រដាប់ភេទ	☐ ក្មេងប្រុស ៖ គ្មានពងស្វាស ☐ ក្មេងប្រុស ៖ ពងកោប ☐ ក្មេងប្រុស ៖ ទីតាំងមិនប្រក្រតីនៃរន្ធបង្ហូរទឹកនោម	☐ ក្មេងស្រី ៖ គ្មានរន្ធទ្វារមាស ☐ ក្លូននៅក្រលៀន(ប្រុស និង ស្រី)	
ត្រគាក និងជើង	☐ រូបរាងមិនប្រក្រតីនៃជើងឬម្រាមជើង(បញ្ជាក់ _______)	☐ ប្រអប់ជើងខ្វេ ☐ ផ្នត់ស្បែកក្រលៀននិងភ្លៅកន្ទែកមិនស្មើគ្នា	
ផ្នែកខាងក្រោយ	ពិនិត្យផ្នែកខាងក្រោយពីក្បាលដល់ចុងជើង		
ឆ្អឹងខ្នង	☐ មានដុំពកទន់ៗនៅតាមបណ្តោយឆ្អឹងខ្នង	☐ ឆ្អឹងខ្នងវៀចទៅចំហៀងឬគមខ្នង	
រន្ធគូថ	☐ គ្មានរន្ធគូថ	☐ រន្ធគូថខុសទីតាំងធម្មតា	
ការសង្កេតផ្សេងៗ	☐ ការបង្ហាញនៃកម្សោយផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់ _______________________________)		
រ៉េផ្លិច	☐ មិនមានរ៉េផ្លិចជញ្ជក់	☐ មិនមានរ៉េផ្លិចក្តាប់ម្រាមដៃ	

<table>
<tr><td rowspan="2">លទ្ធផលនៃការពិនិត្យ</td><td>□ ល័ក្ខខ័ណ្ឌសញ្ញា/ មិនបានរកឃើញ
□ ល័ក្ខខ័ណ្ឌសញ្ញាត្រូវបានរកឃើញ/
□ បញ្ជូនបន្ទាន់</td><td>មណ្ឌលសុខភាពមន្ទីរពេទ្យ/ ____________________
កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ _______ /_______/__________
ឈ្មោះអ្នកពិនិត្យ ______________________________
លេខទូរស័ព្ទអ្នកពិនិត្យ ____________
ហត្ថលេខាអ្នកពិនិត្យ ______________</td></tr>
<tr><td colspan="2">□ មិនចាំបាច់បញ្ជូន □ ចំនួនថ្ងៃមកពិនិត្យលើកក្រោយ ___________(ថ្ងៃ)
□ ដំបូន្មានសម្រាប់បញ្ជូនទៅ ____</td></tr>
</table>

២. ឧបករណ៍ពិនិត្យកាយសម្បទាសម្រាប់កុមារ ១ខែ – ៥ឆ្នាំ

<table>
<tr><td colspan="5">ព័ត៌មានទូទៅ ៖</td></tr>
<tr><td colspan="5">ឈ្មោះកុមារ... ភេទ............ ទម្ងន់ ....
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ..../............/......... អាយុ........... កម្ពស់..................</td></tr>
<tr><td colspan="5">ឈ្មោះអាណាព្យាបាល...................................ភូមិ..................................ឃុំ..
ស្រុក..........................ក្រុង/ខេត្ត... លេខទូរស័ព្ទ..........................
ទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត...</td></tr>
<tr><td colspan="5">ប្រវត្តិជំងឺការសង្កេតរបស់ឪពុក /ម្ដាយ</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">☐តើកូនរបស់ អ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរដែរឬទេ?
បញ្ជាក់______________________</td><td colspan="2">☐ ទំងន់មិនគ្រប់នៅពេលកើត (<2500g)?</td><td>☐ ពិបាកសម្រាល?</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ មានបញ្ហាក្នុងការហូប ឬផឹក?</td><td>☐ ប្រកាច់?</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ មិនអាចនិយាយបានដូចកុមារដទៃដែលមានអាយុដូចគ្នា</td><td colspan="2">☐ មិនអាចលេងបានដូចកុមារដទៃដែលមានអាយុដូចគ្នា</td><td>☐ មិនចេះបន្ទោរបង់ដូចកុមារដទៃដែលមានអាយុដូចគ្នា</td></tr>
<tr><td>ការពិនិត្យ</td><td colspan="3">រោគសញ្ញា(សូមគូសប្រអប់)</td><td>គូសទីតាំងដែលរកឃើញ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ក្បាល</td><td colspan="3">បរិមាត្រក្បាល ______សម. សូមពិនិត្យមើលទៅនឹងស្តង់ដារការលូតលាស់កុមារខាងក្រោម៖</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ ក្បាលធំ</td><td>☐ ក្បាលតូច</td></tr>
<tr><td>ភ្នែក</td><td colspan="2">☐ ភ្នែកមិនព្រិចខ្វាំពេលត្រូវពន្លឺ
☐ មានខ្ទុះ/ភ្នែកឡើងក្រហម
☐ រោមភ្នែកដុះបែរចូលក្នុង</td><td>☐ ធ្លាក់ត្របកភ្នែក
☐ កែវភ្នែកងាកចូលក្នុងឬងាកចេញក្រៅ(ស្រឡេវ)
☐ ការសម្លឹងនិងក្រលេកតាមមិនប្រក្រតី</td></tr>
</table>

ត្រចៀក	☐ មិនភ្ញាក់ក្រញ៉ាងនឹងសំលេងខ្លាំង (តេស្តទះដៃ (<3ឆ្នាំ) ☐ តេស្តខ្សឹប មិនប្រក្រតី (≥ 3ឆ្នាំ) ☐ ត្រចៀកគ្មាន/ត្រចៀកខូចទ្រង់ទ្រាយ ☐ មានខ្ទុះឬទឹករងៃនៅត្រចៀក	
មាត់	☐ ឆែបបបូរមាត់ ☐ ឆែបក្រអូមមាត់ ☐ អណ្តាតជាប់	
ក និងទ្រូង	☐ ក ផ្អៀងទៅមួយចំហៀង (torticollis) ☐ ទ្រង់ទ្រាយទ្រូងមិនប្រក្រតី ☐ ដុំពក ហូរ /ទឹករងៃ	
ដៃ	☐ រូបរាងដៃម្រាមដៃ មិនប្រក្រតី/ (បញ្ជាក់ ______) ☐ ចលនាខ្សោយ ឬមិនស្មើគ្នានឹងដៃ ម្ខាងទៀត	
ពោះ	☐ ពោះហើម/ធំ ☐ មានដុំពោះដែលអាចស្ទាបប៉ះ ☐ ក្លូនលូនត្រង់ផ្ចិត	
ប្រដាប់ភេទ	☐ ក្លូនលូននៅក្រលៀន សួរឪពុកម្តាយ តើអ្នកធ្លាប់បានសម្គាល់ឃើញមានភាពមិនធម្មតានៃប្រដាប់ភេទកូនរបស់អ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស (បើសិនបាទ/ចាស ក្នុងបន្ទប់ដែលមានឪពុកម្តាយនៅជាមួយ)	
	☐ ក្មេងប្រុស គ្មានពងស្វាស ☐ ក្មេងប្រុស ពងកោប ☐ ក្មេងប្រុស ទីតាំងរន្ធនោមមិនប្រក្រតី ☐ ក្មេងស្រី គ្មានរន្ធទ្វារមាស	
ត្រគាក និងជើង	☐ ប្រអប់ជើងខ្ទេរ ☐ ភ្លៅកន្ទែកមិនស្មើគ្នា ☐ ភាពមិនស្មើគ្នានៃជំហរកម្ពស់ ជង្គង់មិនស្មើគ្នា (< 2 ឆ្នាំ) ☐ដំណើរខ្ញើច ដំណើរខ្ចីជើងម្ខាង (≥ 2 ឆ្នាំ)	
	☐ រូបរាងជើងឬម្រាមជើងមិនប្រក្រតី បញ្ជាក់)______________)	
ឆ្អឹងខ្នង	☐ មានដុំពកទន់ៗនៅតាមបណ្តោយ ឆ្អឹងខ្នង ☐ ឆ្អឹងខ្នងវៀចទៅចំហៀង ឬគមខ្នង	
ការសង្កេតផ្សេងៗ	☐ ការបង្ហាញនៃកម្សោយផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់______________)	

<table>
<tr>
<td rowspan="2">លទ្ធផលនៃការពិនិត្យ</td>
<td>☐ មានកម្សោយ ឬ រោគសញ្ញាដែលត្រូវបាន រកឃើញ
☐ មិនមានកម្សោយ ឬរោគសញ្ញាត្រូវបានរក ឃើញទេ
☐ បញ្ជូនបន្ទាន់</td>
<td>មណ្ឌលសុខភាពមន្ទីរពេទ្យ/ ____________________
កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ ______ /_______/______
ឈ្មោះអ្នកពិនិត្យ __________________________
លេខទូរស័ព្ទអ្នកពិនិត្យ ________
ហត្ថលេខាអ្នកពិនិត្យ ____________</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">☐ មិនចាំបាច់បញ្ជូន ☐ កាលបរិច្ឆេទ ពិនិត្យលើកក្រោយ _____/_________/_____
☐ បញ្ជូនទៅ ________________________________
ដំបូន្មានការព្យាបាលដែលបានផ្តល់/____________________________</td>
</tr>
</table>

បរិមាត្រក្បាលគិតតាមអាយុ ក្មេងប្រុស និង ក្មេងស្រី	១-៣ខែ	៤-៧ខែ	៨-១២ខែ	១-២ឆ្នាំ	២-៣ឆ្នាំ	៣-៥ឆ្នាំ
	32-45 cm	-48 cm	39-50 cm	40-53 cm	43-54 cm	44-55 cm

HI/GIZ (2015): Inclusive Health Care Project. Physical Screening Manual (Birth to 6 Years) Cambodia.

ឧបសម្ព័ន្ធ

១- បរិក្ខារនិងសម្ភារសម្រាប់ការថែទាំផ្ទៃពោះ ការសម្រាល ក្រោយសម្រាល និងការថែទាំទារកទើបកើត

Warm and Clean Room
Delivery bed(s) Clean bed linen Curtains if more than one bed Clean surface (for alternative delivery position) Work surface for resuscitation of newborn near delivery bed(s)/bed warmer Light source Heat source Room thermometer
Hand Washing
Clean water supply Antibacterial hand washing soap Nail brush or stick Clean towels
Waste
Puncture resistant container for sharps disposal Receptacle for soiled linen Bucket for soiled pads and swabs Bowl and plastic bag for placenta Thick gloves
Sterilization
Instrument sterilizer Jar for forceps Forceps Intermediary Tap test/scot test Clean clothes
Miscellaneous

Wall clock Torch and extra batteries Refrigerator Log books Records Registers Partograh, Yellow cards, Cards for family planning services
Equipment
Blood pressure machine and stethoscope Fetal stethoscope Doppler Thermometer Baby scale Self inflating bag and masks (adult) Self inflating bag and masks (newborn sizes 0 and 1) Mucous extractor with suction tubes Vacuum extractor MVA syringe and cannulae Bed pan Emergency box Ambu bag and masks (newborn sizes 0 and 1) Mucous extractor with suction tubes/Suction bulb Cord clamp or tie Sterile scissors to cut cord. Trays Kidney Basin Large and small bowls Intermediary Forceps Narrow Forceps

Sponge Forceps Ring Forceps Tenaculum Uterine sound
Delivery Instruments (Sterile)
Scissors Needle holder Artery forceps or clamp Dissecting forceps Sponge forceps Vaginal speculum
Supplies
Gloves: Utility Sterile Long sterile for manual removal of placenta Long plastic apron Waterproof foot ware Plastic eye shield Urinary catheters Urinary bag Nasogastric tube Rectal tube Catheter IV Scalp Vein Tape measure for measuring abdomen Adhesive tape Gauze Pipettes Cotton balls,

Cotton tipped stick Syringes and needles IV tubing IV solutions (Ringers lactate, normal saline, glcose 5% and 10%) Suture material for repair of tears or episiotomy Antiseptic solution (iodophors or chlorhexidine) Spirit (70% alcohol) Swabs Bleach (chlorine-based compound) Clean plastic sheet to place under mother Sanitary pads Clean towels/cloths for drying and wrapping the baby (4 pieces) Cord ties/clamp Impregnated bednets Urine dipstix
Test Kits
Syphilis (rapid test) HIV (rapid test) Haemoglobin Pregnancy test (?) Proteinuria test Malaria test (RDT)
Contraceptives
Male and female condoms Progesterone-only oral contraceptives Progesterone-only injectables Combined oral contraceptives Emmergency Contraceptive pills(EC) Implants IUDs Combine injectables

២-ឱសថសម្រាប់ការថែទាំផ្ទៃពោះ ការសម្រាលកូន ក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើត

Drugs
Benzathine Oxytocin
Ergometrine
Magnesium sulphate
Calcium gluconate
Diazepam
Hydralazine
Ampicillin
Gentamycin
Penicillin
Metronidazole
penicillin
Cloxicillin
Amoxicillin
Ceftriaxone
Trimethoprim + sulphamethoxazole
Clotrimazole vaginal pessaries
Erythromycin
Ciprofloxacin
Tetracycline or doxycycline
Metoclopramide
Arthemeter
Artesunate
Mefloquine
Dihidroartemisinin
Piperaquine
Quinine
Chloriquine tablets

Lignocaine Adrenaline Paracetamol Gentian violet Iron/folic acid tablets Mebendazole Sulphadoxine-pyrimethamine Water for injection Tetracycline 1% eye ointment Vitamin K1 (vial 1ml = 10mg) Nevirapine (adult, infant) Zidovudine (AZT) (adult, infant) Lamivudine (3TC)
Vaccine
Tetanus toxoid BCG OPV Hepatitis B
Specification of drug preparation
Ampoules, 10 IU Ampoules, 1 mg Ampoules 50%, 10ml=5g MgSO4

3- សម្ភារសម្រាប់ការវះកាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់ សល្យសាស្ត្រនិងបញ្ចូលឈាម

Basic Equipment
Sphygmomanometer (aneroid) and stethoscope (binaural) Self-inflating bag and face masks (adult size) Self-inflating bag and face masks (newborn sizes 0 and 1) Adult and infant laryngoscope with spare bulb and batteries Adult and infant laryngoscope tubes Absorbable, nonreactive sutures (e.g., polyglycolic, chromic catgut) and suture needles

Urinary catheters and closed bag or container for catheter drainage Tourniquet 16- to 18-gauge IV cannulas Dextrose solution (5%) Ringer´s lactate or normal saline IV administration sets Adhesive tape Oxygen tubing, nasal cannulae, and face masks Suction tubing and catheters Surgical scrub brushes
Obstetric Laparotomy and/or Caesarean Section
Stainless steel instrument tray with cover Towel clips (5) Sponge forceps, 22.5 cm (6) Straight artery forceps, 16 cm (4) Uterine heamostasis forceps, 20 cm (8) Hysterectomy forceps, straight, 22.5 cm (4) Mosquito forceps, 12.5 (6) Tissue forceps, 19 cm (6) Needle holder, straight, 17.5 cm (1) Surgical knife handle, No. 3 (1), No. 4 (1) Surgical knife blades (4) Triangular point suture needles, 7.3 cm, size 6 (2) Round-bodied needles No. 12, size 6 (2) Abdominal retractors, double-ended (Richardson) (2) Curved operating scissors, blunt pointed (Mayo), 17 cm (1) Straight operating scissors, blunt pointed (Mayo), 17 cm (1)
Anaesthesia
Anaesthetic face masks

Oropharyngeal airways Endotracheal tubes with cuffs (8 mm and 10 mm) Intubating forceps (Magill) Endoctracheal tube connectors, 15mm plastic (3 for each tube size) Spinal needles (range of sizes, 18-gauge to 25-gauge)
Blood Transfusion (cross-matching, collection of donor blood, transfusion)
8.5 g/l sodium chloride solution 20% Bovine albumin Centrifuge 37° C waster bath (or incubator) Pipettes Volumetric (1 ml, 2 ml, 3 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml) Test tubes (small and medium size) Sphygmomanometer cuff Airway needle for collecting blood Artery forceps and scissors Pilot bottles (containing 1 ml ACD solution) Compound microscope and slides Microscope illuminator Blood giving sets

ឯកសារយោង

Ministry of Health, National Maternal Child Health Centre. Safe Motherhood Clinical Management Protocols, Referral Hospital. (2013)

Ministry of Health, National Maternal Child Health Centre. Safe Motherhood Clinical Management Protocols, Health Centre. (2016).

Guide for practice on the package of service during Antenatal, Delivery and Postpartum care (1,000days package of service). (2019)

Ministry of Health, National Centre for Parasitology, Entomology and Malaria Control. National Treatment Guideline for Malaria. November 2014.

National Strategic Plan for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV, Syphilis and Hepatitis B 2016 – 2020. (2017)

Standard opereation procedure for antenatal care integrated services and prevention of mother to child transmission of HIV and syphilis (2017).

World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Geneva 2015.

World Health Organization. Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva 2017.

World Health Organization. Regional framework for The Triple Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV, Hepatitis B and Syphilis in Asia and the Pacific, 2018-2030.

WHO Recommendations on Maternal Health: Guidelines approved by the WHO guidelines review committee (updated May 2017).

WHO Recommendations on Newborn Health: Guidelines approved by the WHO guidelines review committee (updated May 2017).

WHO Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes (2015)

WHO recommendation on Calcium supplementation before pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications (2020)

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (2016)

WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience (2018)

WHO clinical managment of COVID-19 (Interim guidance 27 May 2020)

WHO Managing Complication in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors (2017).

ឧបត្ថម្ភដោយ អង្គការសុខភាពពិភពលោក