ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ

ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់

សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក

មិថុនា ឆ្នាំ២០១៣

សេចក្តីផ្តើម

គោលបំណងនៃឯកសារ

ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់នេះគ្របដណ្តប់លើការថែទាំនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលចំពោះម្តាយនិងទារកនៅថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។

ឯកសារនេះរៀបចំដោយក្រុមការងារបច្ចេកទេស និងយោងទៅតាមសៀវភៅមគ្គុទ្ទេសក៍ WHO IMPAC ទាំង៣ច្បាប់[១] និងផ្អែកលើពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាពដែលបានបោះពុម្ពផ្សាយដោយក្រសួងសុខាភិបាលក្នុងឆ្នាំ២០១០ ដើម្បីធានានូវការបំពេញឱ្យគ្នាទៅវិញទៅមករវាងថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។ ពិធីសារជាតិនេះមិនត្រូវបាន ប្រើប្រាស់ជាឯកសារមេរៀនទេ ហើយតម្រូវឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់អាននូវពិធីសារជាតិដទៃទៀតសម្រាប់ ព័ត៌មានបន្ថែមទៅលើប្រធានបទពិសេសណាមួយ (ឧ : គ្រុនចាញ់ ការរំលូតកូន ការបង្ការនិងការត្រួត ពិនិត្យការចំលងរោគ ឬ HIV) ។

ដើម្បីអាចផ្តល់សេវាប្រកបដោយគុណភាពជូនស្ត្រី អ្នកផ្តល់សេវា (ឧ : វេជ្ជបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យ ឆ្មប និងគិលានុបដ្ឋាក-យិកា) ត្រូវមានចំណេះដឹងនិងជំនាញច្បាស់លាស់អំពីការគ្រប់គ្រងនានាដែលមាននៅក្នុងពិធីសារជាតិនេះ ។ មន្ទីរពេទ្យក៏ត្រូវមានឱសថ សម្ភារៈនិងបរិក្ខារចាំបាច់សម្រាប់ផ្តល់ការថែទាំដែល ឆ្លើយតបបានតាមតម្រូវការ ។ ប្រព័ន្ធបញ្ជូនជំងឺត្រូវតែមានដំណើរការដើម្បីជួយសម្រួលឱ្យការបញ្ជូនម្តាយ និងទារកដោយសុវត្ថិភាពនិងទាន់ពេលវេលាក្នុងករណីចាំបាច់ ។ ឧទាហរណ៍ការបញ្ជូនរវាងមន្ទីរពេទ្យ CPA1, CPA2 និង CPA3និងពីមណ្ឌលសុខភាពទៅមន្ទីរពេទ្យក៏រិតណាមួយ គឺជាការចាំបាច់ដើម្បីឱ្យម្តាយនិងទារកអាចទទួលបាននូវការថែទាំតាមការណែនាំដែលមាននៅក្នុងពិធីសារនេះ ។

ពិធីសារនេះគឺជាប្រភពព័ត៌មានចំបងអំពីការថែទាំម្តាយនិងទារកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ហើយត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយភ្នាក់ងារ ឬអង្គការដទៃទៀតដែលចូលរួមក្នុងការថែទាំ ។ ទាំងនេះរួមមានភ្នាក់ងារ ឬអង្គការដែលចូលរួមនៅក្នុងការបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកសុខាភិបាលអំពីការថែទាំម្តាយនិងទារកដើម្បីធានាថាបច្ចេកទេសគ្លីនិកនៅក្នុងពីធីសារនេះឆ្លើយតបទៅក្នុងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលអំពីការថែទាំម្តាយ និងទារក ។

សេចក្តីផ្តើមនៃឯកសារនេះរួមមានការប្រាស្រ័យទាក់ទង ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដទៃទៀត ការបញ្ជូននិងការផ្ទេរម្តាយនិងទារក ការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ ការពិនិត្យរបួស ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរបួស ។

ជំពូកទី ១

បរិយាយអំពីការវាយតម្លៃនិងការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលរួមមានចំនួនដងនៃការពិនិត្យ ផ្ទៃពោះ ការវាយតម្លៃពីសភាពផ្ទៃពោះ ពិនិត្យរកបញ្ហាផ្សេងៗដែលកើតមានជាញឹកញាប់ ឆ្លើយតបទៅនឹង សញ្ញាផ្សេងៗ ផ្តល់វិធានការការពារណែនាំនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីអាហាររូបត្ថម្ភ និងការថែទាំខ្លួន ការធ្វើផែនការត្រៀមជុំវិញកំណើតនិងពេលសង្គ្រោះបន្ទាន់ ណែនាំនិងពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើត ណែនាំស្ត្រីឱ្យមកពិនិត្យជាប្រចាំនិងតាមដានបន្ត ។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាពេលមក ពិនិត្យផ្ទៃពោះ ដែលមានដូចជា ភាពស្លេកស្លាំង ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលដែលគភ៌នៅតូចនិង ពេលដែលគភ៌មានអាយុច្រើន ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងជំងឺក្រឡាភ្លើង គ្រុនក្តៅក្នុងអំឡុងពេលមានគភ៌ ទារកក្នុងផ្ទៃគ្មានចលនានិងការបែកធ្លាយស្រោម ទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះ សម្រាល ។

ជំពូកទី ២

បរិយាយអំពីការឈឺពោះសម្រាលនិងការថែទាំពេលសម្រាល រួមមានការវាយតម្លៃស្ត្រីដែលកំពុងឈឺពោះសម្រាល ការគាំទ្រក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ការគ្រប់គ្រងដំណាក់កាលទី១ ទី២ និងទី៣ នៃការឈឺពោះសម្រាល ការថែទាំម្តាយនិងទារកទើបកើតនិងការវាយតម្លៃម្តាយក្រោយ សម្រាល ។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាដែលមានដូចជាការវិវឌ្ឍន៍ទៅមុខមិនល្អនៃការឈឺពោះសម្រាល ការបង្ហាញមិនធម្មតានិងទម្រង់បង្ហាញមិនធម្មតារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ(រួមទាំងទម្រង់ ហុចគូថ) ការជាប់ស្មា ទារកក្នុងផ្ទៃចុះខ្សោយពេលកំពុងឈឺពោះសម្រាល ការធ្លាក់ទងសុក ការសម្រាលកូនភ្លោះនិងទារកទើបកើតថប់ដង្ហើម ។

ជំពូកទី ៣

បរិយាយអំពីការថែទាំក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើតរួមមានការពិនិត្យស្ត្រីក្រោយពេលសម្រាលនិងទារកទើបកើត វិធានការការពារ ការណែនាំនិងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីការថែទាំក្រោយ

សម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើតដែលមានទម្ងន់ធម្មតានិងទម្ងន់តិច ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការដល់ទារកទើបកើត ការថែទាំទារកបែបម្តាយកង់ហ្គូរ ការពិនិត្យជាប្រចាំនិងការមកពិនិត្យបន្តសម្រាប់ម្តាយនិងទារក។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាដែលមាន ដូចជាការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយសម្រាល គ្រុនក្តៅក្រោយពេលសម្រាលកូន ពិបាកដកដង្ហើម ជំងឺខាន់លឿង ការបង្ករោគនៅកន្លែងណាមួយ(ពងខ្ទុះនៅស្បែកមានការបង្ករោគនៅផ្ចិត រោគផ្សិតនៅក្នុងមាត់ តឬភ្នែកមានការបង្ករោគ) និងជំងឺភក្សស។

ជំពូកទី ៤

បរិយាយអំពីការរំលូតកូនមានសុវត្ថិភាពនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកក្រោយ រលូត/ រំលូត រួមមានការវាយតម្លៃគ្លីនិក ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងជម្រើសនៃការព្យាបាល ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងកិច្ចព្រមព្រៀងព្យាបាល ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ វិធីសម្អាតស្បូន ការថែទាំនិងការតាមដានក្រោយទម្រង់ការ ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការផ្តល់សេវាពន្យារកំណើត ។

ជំពូកទី ៥

សង្ខេបអំពីតម្រូវការថែទាំពិសេសសម្រាប់ម្តាយនិងទារកនៅពេលដែលម្តាយមានល័ក្ខខ័ណ្ឌ វេជ្ជសាស្រ្តណាមួយដូចជា HIV/AIDS ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺរបេង ជំងឺបេះដូងនិងជំងឺគ្រុនចាញ់ និងការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យជំទង់។

ជំពូកទី ៦

បរិយាយអំពីនិយមន័យនៃពាក្យការថែទាំជាមូលដ្ឋានផ្នែកសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់និងការថែទាំទារកទើបកើត (BEmONC) និងការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយផ្នែកសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់និងការថែទាំទារក ទើបកើត (CEmONC)និងផ្តល់នូវសេចក្តីណែនាំសង្ខេប អំពីការកែលំអគុណភាពសេវា រួមមានការប្រជុំ ពិភាក្សាការវិភាគករណីស្លាប់ ការហាត់អនុវត្តនៅពេលមានករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដើម្បីកែលំអការគ្រប់គ្រងសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងទារក។

ជំពូកទី ៧

ជំពូកនេះពណ៌នាអំពីទម្រង់ការអនុវត្តន៍មួយចំនួនរួមមាន ការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមនិងការ ដកដង្ហើម ការផ្ដល់សេរ៉ូមតាមសរសៃ ការចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ការផ្ដល់អង់ទីប៊ីយូទិកសមស្រប ការកាត់និង ការដេរទ្វារមាសឡើងវិញ ការពិនិត្យមាត់ស្បូន និងទ្វារមាស ការដេរទ្វារមាស ឬ បេរីណេរហែក ការដេរមាត់ស្បូនរហែក ការសម្រាលទំរង់ហុចគូថ ការសម្រាលដោយបូម ការលូកបារទម្លាក់សុក ការសង្កត់លើសរសៃអាកទែរអាអ័ក ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ពីខាងក្រៅនិងពីខាងក្នុង ការបូម សម្អាតស្បូនដោយស៊ីរ៉ាំងដៃ ការសង្គ្រោះទារកទើបកើត ។

ជំពូកចុងក្រោយគឺឧបសម្ព័ន្ធដែលរួមមានបញ្ជីបរិក្ខារនិងឱសថចាំបាច់សម្រាប់ប្រតិបត្តិនូវការថែទាំ ដូចដែលមានរៀបរាប់ក្នុងពិធីសារជាតិនេះ ។

ការប្រាស្រ័យទាក់ទង :

ព័ត៌មានបន្តបន្ទាប់នេះនឹងពិពណ៌នាអំពីថាតើអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលគ្រប់រូបត្រូវមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងណាជាមួយស្ត្រីនិងក្រុមគ្រួសាររបស់គាត់រាល់ពេលដែលជួបទាក់ទងគ្នា :

*** ការប្រាស្រ័យទាក់ទងគ្នាជាមួយស្ត្រី (ដៃគូ/ញាតិមិត្ត)**

រាល់ពេលដែលជួបទាក់ទងគ្នា :

- ធ្វើឱ្យស្ត្រី (និងដៃគូ/ញាតិមិត្ត) មានអារម្មណ៍កក់ក្តៅ
- រួសរាយរាក់ទាក់ បង្ហាញពីការគួរសម មិនសំដែងកិរិយារើសអើង
- ប្រើពាក្យសំដីបែបសាមញ្ញនិងច្បាស់លាស់ដែលងាយស្តាប់និងងាយយល់
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីដើម្បីឱ្យគាត់ធ្វើការសាកសួរ
- ផ្តល់ព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងតម្រូវការចង់ដឹងរបស់ស្ត្រី
- ជួយស្ត្រីឱ្យយល់អំពីជម្រើសដែលគាត់ត្រូវប្រកាន់យកនិងការសម្រេចចិត្ត
- ស្នើសុំការអនុញ្ញាតពីស្ត្រីមុននឹងធ្វើការពិនិត្យឬអនុវត្តទម្រង់ការផ្សេងៗហើយក៏ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានជូនស្ត្រីផងដែរអំពីអ្វីដែលមាននិងបានធ្វើក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យឬអនុវត្តនូវទម្រង់ការនោះ
- ធ្វើការសង្ខេបនូវព័ត៌មានសំខាន់ៗមានជាអាទិ៍ លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តជាប្រចាំនិងរៀបរាប់ដោយលំអិតអំពីការព្យាបាល
- បញ្ជាក់និងផ្ទៀងផ្ទាត់ឡើងវិញថាស្ត្រីមានការយល់ដឹងអំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ វិធីព្យាបាល និងពេលណាឬទីណាដែលគាត់ត្រូវត្រឡប់ទៅធ្វើការថែទាំបន្ត។

*** ការរក្សាភាពជាឯកជននិងលាក់ការសម្ងាត់**

រាល់ពេលដែលជួបទាក់ទងគ្នា :

- ប្រាកដថាមានបន្ទប់ដាច់ដោយឡែកសម្រាប់ការពិនិត្យនិងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សា
- ប្រាកដថារាល់ការពិភាក្សាជាពិសេសលើប្រធានបទដែលជាបញ្ហារសើបនឹងមិនត្រូវបានបែកខ្ចរ ខ្ចាយ
- ប្រាកដថាស្ត្រីបានទទួលការព្រមព្រៀងជាមុន មុននឹងមកធ្វើការពិភាក្សាបញ្ហានេះជាមួយដៃគូ និងក្រុមគ្រួសារ ។
- មិនត្រូវពិភាក្សាពីព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជនជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតឬនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ។
- រៀបចំកន្លែងសម្រាប់ពិនិត្យដែលមានការបិទបាំងនៅពេលកំពុងពិនិត្យ (ដោយវាំងនន របាំង ឬជញ្ជាំង)
- ប្រាកដថាគ្រប់ការកត់ត្រាទាំងអស់ត្រូវរក្សារការសម្ងាត់និងត្រូវបានថែរក្សាទុកប្រកបដោយសុវត្ថិភាព
- កំណត់សិទ្ធិនៃការប្រើប្រាស់ឯកសារនិងបញ្ជីកត់ត្រាដែលសម្រាប់តែអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលប៉ុណ្ណោះ

*** វេជ្ជបញ្ជានិងអនុសាសន៍សម្រាប់ព្យាបាលនិងវិធានការការពារស្ត្រីនិងទារក**

ពេលចេញវេជ្ជបញ្ជា ផ្តល់អនុសាសន៍អំពីការព្យាបាលនិងវិធានការការពារត្រូវ :

- ពន្យល់ដល់ស្ត្រីអំពីវិធីព្យាបាល ហេតុអ្វីទើបមានការចាំបាច់ដើម្បីព្យាបាល ការព្យាបាលនេះនឹងមិនបង្កឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ខ្លួនគាត់និងទារក
- ផ្តល់នូវការណែនាំឱ្យបានច្បាស់លាស់ថាតើត្រូវធ្វើយ៉ាងណាដើម្បីប្រើប្រាស់ឱសថឱ្យបានត្រឹមត្រូវ
- ពន្យល់អំពីផលរំខានបន្ទាប់បន្សំនៃការប្រើប្រាស់ឱសថនិងការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដល់ស្ត្រី
- អនុវត្តបង្ហាញពីទម្រង់ការ ឬការព្យាបាលដែលស្ត្រីត្រូវអនុវត្តនៅផ្ទះហើយឱ្យគាត់ធ្វើបង្ហាញឡើងវិញ
- ណែនាំស្ត្រីឱ្យត្រឡប់មកកាន់គ្លីនិកវិញប្រសិនបើមានបញ្ហា ឬមានកង្វល់ផ្សេងៗទាក់ទងនឹងទម្រង់ការអនុវត្តន៍ ឬ ការព្យាបាល
- សម្រាប់ម្តាយ ឬទារកដែលកំពុងព្យាបាលផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវប្រាកដថា ស្ថានភាពរបស់គេត្រូវបានពន្យល់យ៉ាងក្បោះក្បាយដល់ស្ត្រីនិងក្រុមគ្រួសារនិងប្រាកដថាបានគោរពតាមជម្រើសរបស់ស្ត្រីអំពីការព្យាបាល បើចាំបាច់ត្រូវមានកិច្ចព្រមព្រៀងព្យាបាល
- ចំពោះការតាមដានបញ្ហាដោយឡែកណាមួយ ត្រូវប្រាប់ស្ត្រីឱ្យបានច្បាស់ពីពេលវេលានិងទីកន្លែងដែលត្រូវត្រឡប់មកជួបលើកក្រោយ ។
- រកមើលឧបស័គ្គដែលស្ត្រី ឬក្រុមគ្រួសារអាចនឹងមានចំពោះការព្យាបាលពិសេសណាមួយ និងជួយស្ត្រីដើម្បីដោះស្រាយ ។

*** ការបង្កើនទំនាក់ទំនងជាមួយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដទៃទៀត**

ធ្វើការយ៉ាងទូលំទូលាយដើម្បីបង្កើននូវអន្តរកម្មជាមួយនឹងមន្ទីរពេទ្យដទៃ និង គ្រប់មណ្ឌលសុខភាពក្នុងតំបន់គ្របដណ្តប់របស់មន្ទីរពេទ្យ ។ ការងារនេះត្រូវធ្វើរួមគ្នាជាមួយផ្នែកគាំពារមាតាទារកខេត្តនិងស្រុកប្រតិបត្តិ (និងដៃគូបើមាន) ដែលក្នុងនោះមាន :

- ការប្រជុំទៀងទាត់រវាងឆ្មបមណ្ឌលសុខភាពនិងផ្នែកគាំពារមាតានិងទារកថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ ថ្នាក់ខេត្ត វេជ្ជបណ្ឌិត និងឆ្មបនៃមន្ទីរពេទ្យ (MCAT Meeting) ដើម្បីបង្កើនការចូលរួមពិភាក្សា គ្រប់គ្រងផលវិបាកនិងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការបញ្ជូន
- ជំរុញការអភិបាលគាំទ្រដោយវេជ្ជបណ្ឌិតនិងឆ្មបនៅមន្ទីរពេទ្យទៅមណ្ឌលសុខភាព
- ត្រូវធ្វើឱ្យប្រាកដថាបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅមណ្ឌលសុខភាពអាចទាក់ទងមកផ្នែកសម្ភពនៅមន្ទីរពេទ្យ

តាមទូរស័ព្ទ ហើយមន្ទីរពេទ្យអាចឆ្លើយនូវរាល់ចំងល់ផ្សេងៗទាក់ទងទៅនឹងផលវិបាកហើយត្រៀមចាំជាស្រេចដើម្បីទទួលករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលនឹងបញ្ជូនមកដល់និងផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ទៅបុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពវិញអំពីលទ្ធផលសុខភាពរបស់ស្ត្រីដែលត្រូវបានបញ្ជូន

- ពិសេសចំពោះ BEmONC ឬ CEmONC ដែលគ្របដណ្តប់នៅតំបន់ដាច់ស្រយាល ត្រូវពិចារណាពីការសាងសង់ផ្ទះរង់ចាំ
- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងជាប្រព័ន្ធនូវប្រព័ន្ធបញ្ជូនដោយផ្តោតទៅលើការទាក់ទង ទូរស័ព្ទ វិទ្យុ លិខិតបញ្ជូន ការផ្តល់ព័ត៌មានត្រលប់ ។ល។) មធ្យោបាយបញ្ជូន (រថយន្តគិលានសង្គ្រោះមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនឯកជនដែលមានកិច្ចសន្យានៅក្នុងសហគមន៍ ។ល។) ថវិកាសម្រាប់ការបញ្ជូននិងការថែទាំ (មូលនិធិសមធម៌ ហិរញ្ញប្បទាន មូលនិធិសង្គ្រោះបន្ទាន់ ។ល។) ការកត់ត្រា និងព័ត៌មានត្រឡប់រវាងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលគ្រប់កំរិត(MCAT Meeting សម្រាប់ព័ត៌មានត្រឡប់ ប្រចាំត្រីមាសនិងការប្រជុំផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ជាប្រចាំ) ។
- ត្រូវប្រាកដថាមានទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាបង្ការ និងថែទាំរបស់កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។

ការបញ្ជូននិងការផ្ទេរម្តាយ/ទារកទើបកើត

ពេលម្តាយឬទារកទើបកើតមានបញ្ហា ហើយត្រូវការសេវាលើសពីសេវាដែលមាននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពត្រូវតែពិនិត្យមើលភាពគ្រោះថ្នាក់និងគុណប្រយោជន៍ ដែលបានមកពីការបញ្ជូន/ការផ្ទេរម្តាយនិងទារកទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសមត្ថភាពនិងធនធានគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ឧទាហរណ៍បញ្ជូនពី :

- មណ្ឌលសុខភាពទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក
- CPA1 ឬ CPA2 ទៅ CPA3
- BEmONC ទៅ CEmONC

ដើម្បីទទួលបានការថែទាំសមស្រប គឺត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំខាងក្រោមនេះ :

គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការបញ្ជូន/ការផ្ទេរម្តាយនិងទារក

រាល់ពេលបញ្ជូន/ផ្ទេរត្រូវតែ ៖

- ធ្វើឱ្យស្ថានភាពម្តាយ/ទារកមានលំនឹងសិនមុននឹងបញ្ជូន/ផ្ទេរ
- ពន្យល់ស្ត្រីជាម្តាយ និង/ឬក្រុមគ្រួសារពីហេតុផលនៃការបញ្ជូន/ផ្ទេរ
- រៀបចំយ៉ាងរហ័សនូវមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន(ឧ ៖ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនឯកជន មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនឯកជនដែលមានកិច្ចសន្យានៅក្នុងសហគមន៍រថយន្តគិលានសង្គ្រោះ) និងថវិកាសម្រាប់ជួយបើអាច
- ជូនដំណឹងដល់មន្ទីរពេទ្យជាមុននូវស្ថានភាពរបស់ម្តាយ/ទារកនិងម៉ោងពេលដែលនឹងអាចទៅដល់
- ភ្ជាប់ទៅជាមួយនូវឯកសារកំណត់ត្រានិងលិខិតបញ្ជូនរបស់ម្តាយ/ទារក ឱ្យដល់ផ្នែកឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនឹងត្រូវបញ្ជូនទៅ ។
- ប្រសិនបើម្តាយកំពុងឈឺពោះសម្រាល ត្រូវប្រាកដថាមានសម្ភារៈចាំបាច់សម្រាប់ការសម្រាលស្អាតនិងសុវត្ថិភាពក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន
- ធានាឱ្យមានឱសថសមស្របតាមតម្រូវការក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន
- ផ្តល់អុកស៊ីសែន ក្នុងករណីម្តាយឬទារកមានការពិបាកដកដង្ហើម ឬប្រសិនបើម្តាយស្ថិតនៅក្នុងសភាពស្លក ឬមានបញ្ហាផ្សេងទៀតដែលតម្រូវឱ្យប្រើប្រាស់អុកស៊ីសែន
- ត្រូវមានអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលទៅជាមួយម្តាយ/ទារកក្នុងអំឡុង ពេលបញ្ជូន
- ត្រូវតាមដាន និងកត់ត្រាស្ថានភាព និងលទ្ធផលរបស់ម្តាយ/ទារក (ឧទាហរណ៍ សញ្ញាជីវិត ការបញ្ចូល និងការបញ្ចេញជាតិទឹក) ទាំងមុននិងក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន ។

សម្រាប់ម្តាយត្រូវ ៖

- ដណ្តប់ស្ត្រីដើម្បីការពារការបាត់បង់កំដៅប៉ុន្តែត្រូវប្រាកដថាមិនក្តៅខ្លាំងទេ
- អនុញ្ញាតឱ្យសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ (បន្ថែមលើអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល) តាមទៅជាមួយម្តាយឬទារក

សម្រាប់ទារកត្រូវ ៖

- ប្រាកដថាទារកនោះបានរក្សាភាពកក់ក្តៅមុននិងក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន ៖ រក្សាភាពកក់ក្តៅនេះដោយដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះនឹងស្បែកម្តាយ ឬញាតិសន្តាននិងគ្របដណ្តប់ទាំងម្តាយទាំងកូន ហើយប្រាកដថាក្បាលទារកត្រូវបានគ្របផងដែរ

- ការពារទារកមិនឱ្យប៉ះផ្ទាល់នឹងពន្លឺព្រះអាទិត្យ
- ប្រសិនបើអាចធ្វើបានសូមលើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយក្នុងអំឡុងពេលធ្វើ ដំណើរ ។

ការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ

ដើម្បីការពារម្តាយនិងទារកនិងអ្នកផ្តល់សេវាពីការឆ្លងរោគដោយពពួកមេរោគគ្រប់ប្រភេទរួមទាំងមេរោគអេដស៍ផង អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលត្រូវមានការប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលផ្តល់ការថែទាំ ដូចតទៅ :

*** ការធ្វើអនាម័យដៃ**

លាងសម្អាតដៃជាមួយសាប៊ូនិងទឹក ឬអាល់កុល ហើយសម្ងួតដោយជូតនឹងក្រដាស់ ឬ កន្សែងស្អាត :

- មុននិងក្រោយការថែទាំម្តាយនិង/ឬទារក
- មុននិងក្រោយការអនុវត្តនីតិវិធីការព្យាបាលផ្សេងៗ
- ក្រោយពេលមានការប៉ះពាល់ឈាមនិងសារធាតុសរីរាង្គផ្សេងៗ
- ក្រោយពេលប៉ះពាល់និងអ្វីៗនៅជុំវិញអ្នកជំងឺ
- ក្រោយពេលដោះស្រោមដៃចេញ ។

*** ការពាក់ស្រោមដៃ**

ពាក់ស្រោមដៃស្តើរវែលពេល :

- សម្រាលកូន និងកាត់ទងសុក
- ដេរទ្វារមាសដែលរហែក

ពាក់ស្រោមដៃស្តើរវែង សម្រាប់ :

- ការលូកបារសុកដោយដៃ

ពាក់ស្រោមដៃសម្រាប់ពិនិត្យនៅពេល :

- បូមឈាម ធ្វើតេស្តទឹកនោម ប៉ះជាមួយនឹងសារធាតុសរីរាង្គ ឬ នៅពេលម្តាយ ឬទារកមានជំងឺដែលឆ្លងដោយការប៉ះពាល់ ដូចជារបួសក្លាយ រលាកកោសិកាជាដើម ។

ពាក់ស្រោមដៃក្រាស់នៅពេល :

- កាន់និងសម្អាតឧបករណ៍ពេទ្យ
- ប៉ះពាល់សំណល់ឆ្លងរោគ
- សម្អាតឈាមនិងសារធាតុរាវសរីរាង្គដែលកំពប់ ។

*** ការការពារការប្រឡាក់ឈាមនិងសារធាតុសរីរាង្គផ្សេងៗក្នុងអំឡុងពេលសម្រាលកូន**

សម្រាប់រាល់ការសម្រាលត្រូវ :

- ដោះគ្រឿងអលង្ការ នាឡិកាដៃចេញ ហើយមិនត្រូវបួលាបថ្នាំក្រចកឡើយ
- ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល
- រុំស្លាមមុគរលាត់ ឬស្បែកដែលដាច់របួសជាមួយនឹងបង់សម្រាប់រុំរបួសដែលមិនជ្រាបទឹក
- កាន់សម្ភារៈដែលមុតស្រួចដោយប្រុងប្រយត្ន័
- បោះចោលសម្ភារៈដែលមុតស្រួច ដោយសុវត្ថិភាព
- ពាក់អាវអៀម និងពាក់អាវវែង (gown) ដែលមិនជ្រាបទឹកនិងពាក់ម៉ូក
- ពាក់ស្បែកជើងកវែងដែលមិនជ្រាបទឹក ហើយបិទជិត
- ពាក់វ៉ែនតាសម្រាប់ការពារភ្នែកឬរបាំងការពារមុខ បើមាន

*** កាន់និងបោះចោលសម្ភារៈដែលមុតស្រួចដោយសុវត្ថិភាព**

- ត្រូវមានប្រអប់សុវត្ថិភាពដាក់នៅក្បែរ ក្នុងបន្ទប់ព្យាបាល
- ត្រូវប្រើប្រាស់ម្ជុលនិងស៊ីរ៉ាំងដែលប្រើតែម្តងហើយបោះចោល
- មិនចាំបាច់ផ្តាច់ម្ជុលពីស៊ីរ៉ាំង
- មិនត្រូវគ្រប ពត់ឬកាច់ម្ជុលក្រោយពីប្រើប្រាស់រួច
- បោះចោលរាល់ម្ជុលស៊ីរ៉ាំងប្លាស្ទិកនិងផ្លែកាំបិតដែលបានប្រើរួចភ្លាមៗទៅក្នុងប្រអប់សុវត្ថិភាព
- ត្រូវដុតរំលាយចោលប្រអប់សុវត្ថិភាពនោះ នៅពេលដែលផ្ទុកបានចំណុះប្រហែល ៣/៤។

*** បោះចោលដោយសុវត្ថិភាពនូវសំណល់ពីការថែទាំសុខភាព :** សំណល់ត្រូវធ្វើការបែងចែកតាមប្រភេទនីមួយៗឱ្យបានត្រឹមត្រូវ

១. ការគ្រប់គ្រងសំណល់វេជ្ជសាស្ត្រ

- ត្រូវបោះវត្ថុដែលប្រឡាក់ឈាមឬសារធាតុសរីរាង្គផ្សេងៗទៅក្នុងថង់ឬធុងពណ៌លឿង ដែលមិនលេចធ្លាយឬជ្រាបទឹកហើយមានបិតស្លាក សំណល់ចម្លងរោគ (មើលគោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ)
- ត្រូវដុតចោលកាកសំណល់រឹងដែលចម្លងរោគ (មើលគោលការណែនាំស្តីពីការបង្ការនិង ការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ)
- ចាក់ចោលភ្លាមៗនូវសំណល់រាវតាមទរបង្ហូរទឹកឬបង្គន់អនាម័យ
- បោះចោលសុកទៅក្នុងរណ្តៅកប់សុក

២. ការបោះចោលសំណល់ទូទៅ (សំណល់ផ្ទះបាយ និងសំណល់ដែលមិនបង្ករោគ) : ត្រូវដាក់ក្នុងធុងពណ៌បៃតង និងបោះចោលក្នុងទីលានចាក់សំរាម

៣. ការលាងសម្អាតប្រអប់ឬធុងដាក់សម្ភារៈ ស្រោមដៃក្រាស់ និងលាងដៃក្រោយពេលបោះចោលសំណល់ដែលចម្លងរោគ។

*** ការគ្រប់គ្រងការបោកគក់សម្ភារៈថែទាំសុខភាព**

- ពាក់ស្រោមដៃដើម្បីប្រមូលនូវសំលៀកបំពាក់/ក្រណាត់រុំកាត់ដែលចម្លងរោគ - ***មិនត្រូវ*** ប៉ះពាល់សំលៀកបំពាក់ឬក្រណាត់រុំកាត់ដែលចម្លងរោគដោយមិនមានពាក់ស្រោមដៃទាំងសងខាងនោះទេ ។
- ទុកដាក់សំលៀកបំពាក់ឬក្រណាត់រុំកាត់ដែលប្រឡាក់ឈាម ឬសារធាតុសរីរាង្គដាច់ដោយឡែកពីសំលៀកបំពាក់ ឬក្រណាត់រុំកាត់ដទៃទៀត
- លាងជម្រះឈាមឬសារធាតុសរីរាង្គដែលប្រឡាក់សំលៀកបំពាក់ឬក្រណាត់រុំកាត់ចេញសិនមុននឹងធ្វើការបោកសម្អាតជាមួយនឹងសាប៊ូ (មើលគោលការណ៍ណែនាំស្ដីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ) ។

*** ការចាត់ចែងសមស្របនូវឧបករណ៍ថែទាំអ្នកជំងឺ**

ការដាក់ត្រាំ :

- ដាក់ត្រាំសម្ភារៈនិងឧបករណ៍ដែលប្រើរួចទៅក្នុងទឹក ឬទឹកសាប៊ូភ្លាមក្រោយប្រើរួច
- ដាក់ត្រាំក្នុងរយៈពេល១០នាទី

ការលាងសម្អាត :

- ប្រើច្រាសទន់ឬច្រាសដុសធ្មេញថ្មីដើម្បីដុសនិងជម្រះចេញឱ្យអស់នូវឈាម សារធាតុសរីរាង្គ ជាលិកានិងវត្ថុផ្សេងៗ
- លាងជម្រះសាប៊ូជាមួយនឹងទឹកស្អាត

ការធ្វើឱ្យស្ងួត :

ទុកឱ្យស្ងួត ដាក់ឱ្យឆ្ងាយពីបរិក្ខារមិនស្អាត នៅលើធ្នើស្អាត ។ គេអាចជូតសម្ងួតដោយក្រដាសទន់ ឬកន្សែងស្អាត ។

ការវេចខ្ចប់ :

ខ្ចប់សម្ភារៈដែលសម្អាតរួចជាមួយក្រណាត់សម្រាប់ខ្ចប់ចំនួនពីរជាន់ បិតស្ទីកឃ័រ (Sterilization Tape) នៅខាងក្រៅនិងខាងក្នុងកញ្ចប់

ការធ្វើស្តេរីល :

- ផ្តល់សម្ពាធខ្ពស់សម្រាប់រម្ងាប់មេរោគ (អូតូក្លាវឬឆ្នាំងចំហុយដែលប្រើសម្ពាធ)
- រៀបកញ្ចប់និងប្រអប់សម្រាប់ដាក់ស្បៃ សំឡី (Drums) ចូលក្នុងធុងអូតូក្លាវឬឆ្នាំងចំហុយដែលមានសម្ពាធធ្វើយ៉ាងណាឱ្យចំហាយជ្រៀតចូលបាន
- ត្រូវប្រាកដថារយៈពេល សម្ពាធ សីតុណ្ហភាពក្នុងការធ្វើស្តេរីល អនុវត្តបានត្រឹមត្រូវ

ការទុកដាក់ :

- ដាក់កញ្ចប់ដែលបានស្តេរីលរួចក្នុងទូបិទជិត ។ កញ្ចប់នេះអាចទុកបានរយៈពេល១សប្តាហ៍ លើក លែងកញ្ចប់នេះទទឹក ឬប្រឡាក់ដែលត្រូវធ្វើការស្តេរីលឡើងវិញ ។

ការរម្ងាប់មេរោគកម្រិតខ្ពស់ :

ចំពោះសម្ភារៈដែលមិនអាចស្តេរីលបាន (ដូចជា បំពង់ជ័របឺតស្លេស ស៊ីរ៉ាំងបូមកូនដោយ ដៃ...) ត្រូវធ្វើការរម្ងាប់មេរោគកម្រិតខ្ពស់

- ការដាក់ស្ងោររយៈពេល២០នាទី
- ការដាក់ត្រាំក្នុងសូលុយស្យុងគីមី : - អាស៊ីតប៉េរ៉ាសេទិក 0.២% រយៈពេល១០នាទី
  - គ្លុយតារ៉ាដេអ៊ីត ២% រយៈពេល៤៥នាទី

សម្គាល់ : សម្ភារៈដែលបានរម្ងាប់មេរោគកម្រិតខ្ពស់រួច អាចរក្សាទុកនៅក្នុងប្រអប់ស្តេរីលបានតែ រយៈពេល២៤ម៉ោងប៉ុណ្ណោះ ។

* ការសម្អាតបរិស្ថាន

រៀងរាល់ព្រឹក :

- ជូតតុ បញ្ជរ រទេះរុញ និងកម្រាលឥដ្ឋដោយទឹកសាប៊ូដើម្បីសម្អាតធូលីនិងកំទេចកំទីដែលបានជាប់ កាលពីយប់

នៅចន្លោះពេលថែទាំអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ :

- ជូតសម្អាតភ្លាមៗនូវកន្លែងនានាដែលប្រលាក់ឈាម ដោយប្រើក្រដាសឬកន្សែងក្រណាត់បន្ទាប់ មកប្រើសូលុយស្យុងក្លរីន 0.0៥ % រួចលាងជាមួយសាប៊ូនិងទឹក
- ជូតសម្អាតផ្ទៃដែលប៉ះពាល់នឹងអ្នកជំងឺ (តុពិនិត្យ គ្រែសម្រាល ជើងទម្រសេរ៉ូម ឬកម្រាលឥដ្ឋ ។ល ។) ជាមួយ សូលុយស្យុងក្លរីន 0.0៥ %
- សម្អាតកន្លែងដែលមើលឃើញមានប្រឡាក់នៅលើកម្រាលឥដ្ឋដោយប្រើក្រណាត់ជូតមានដង ជ្រលក់សូលុយស្យុងក្លរីន 0.0៥ % និងបន្ទាប់មកជាមួយនឹងទឹកសាប៊ូ

នៅចុងបញ្ចប់នៃថ្ងៃនីមួយៗ :

- យកចេញនូវកម្រាលឬក្រណាត់ដែលប្រឡាក់ យកចេញនូវសំណល់ឆ្លងរោគ និងបោះចោលឱ្យបាន ឆាប់បើអាចធ្វើបានដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រឈមនឹងការចម្លងរោគ
- ជូតផ្ទៃដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំអ្នកជំងឺទាំងអស់ពីលើចុះក្រោម រួមមានជើង ទម្រសេរ៉ូម តុក្បែរ គ្រែ កន្លែងលាងដៃ ។ល ។ ជាមួយក្រណាត់ជ្រលក់សូលុយស្យុងក្លរីន 0.0៥ % ។
- យកចិត្តទុកដាក់ពិសេសទៅលើគ្រែសម្រាល ដោយសម្អាតនៅផ្នែកចំហៀង បាត និងជើង របស់វា ឱ្យបានសព្វដោយប្រើសូលុយស្យុងក្លរីន 0.0៥ % ជូតសម្អាតកន្លែងដែលមើលឃើញមានប្រឡាក់ នៅលើកម្រាលឥដ្ឋដោយប្រើក្រណាត់ជូតមានដងជ្រលក់សូលុយស្យុង ក្លរីន 0.0៥ % និងបន្ទាប់ មកជាមួយនឹងទឹកសាប៊ូ ។

** *មិនត្រូវភ្លេចសម្អាតដៃរបស់អ្នកដោយប្រើអាល់កុល ឬលាងជាមួយសាប៊ូនិងទឹក នៅចន្លោះពេលថែទាំអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ!*

ការពិនិត្យរហ័ស

បុគ្គលិកដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការពិនិត្យលើកដំបូងចំពោះស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជនិងទារកដែលមករកការថែទាំនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ត្រូវធ្វើការពិនិត្យឱ្យបានរហ័សដោយសាកសួរនិងសង្កេតមើលដូចខាងក្រោម :

ការសាកសួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ការពិនិត្យ ការស្តាប់ ការស្ទាប
សាកសួរស្ត្រីពីហេតុផលដែលនាំឱ្យគាត់មកកាន់គ្លីនិក	ស្ត្រីត្រូវបានបី/គ្រា ឬដាក់លើរទេះរុញចូលមក ឬមានបញ្ហាណាមួយដូចខាងក្រោម : • ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស • ប្រកាច់ • មានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ • សន្លប់ • ឈឺចាប់ខ្លាំង • ឈឺពោះសម្រាល • ជិតសម្រាល **ពិនិត្យមើលប្រសិនបើទារកនោះមាន :** • មាឌតូចពេក • ប្រកាច់ • ពិបាកដកដង្ហើម

សកម្មភាពអន្តរាគមន៍ :

- ប្រសិនបើមានសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ បញ្ជូនស្ត្រីទៅកាន់បន្ទប់ព្យាបាលដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលរហ័ស :

    - ប្រសិនបើជិតសម្រាល ហៅអ្នកជំនួយជាបន្ទាន់

- ប្រសិនបើឈឺពោះសម្រាល បញ្ជូនទៅកាន់ផ្នែកសម្រាល
- ប្រសិនបើពុំមានសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ស្ត្រីអាចនៅរង់ចាំដើម្បីជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា
- ប្រសិនបើទារកមានសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ត្រូវផ្ទេរទៅកាន់បន្ទប់ព្យាបាលនិងធ្វើការពិនិត្យជាបន្ទាន់ ប្រសិនបើពុំមានសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ទារកនោះអាចនៅរង់ចាំជាមួយនឹងម្តាយដើម្បីជួបជាមួយ អ្នកផ្តល់ សេវាសុខាភិបាល ។

សម្គាល់ :

ការពិនិត្យរហ័សត្រូវតែអនុវត្តឡើងវិញតាមកំណត់និងទៀងទាត់ប្រសិនបើការរង់ចាំជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលរបស់ស្ត្រីនោះមានរយៈពេលយូរ ។

ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរហ័ស

ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរហ័ស ដោយឆ្មបឬវេជ្ជបណ្ឌិតដែលទាក់ទងនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់មានដូចខាងក្រោម :

សញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់	វិធានការណ៍	ព្យាបាល
ផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម : • ពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំង ឬ • ឡើងស្វាយ		• ថែរក្សានិងព្យាបាលផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម
ចរន្តឈាមរត់និងស្តុក : • ស្បែកឡើងត្រជាក់និងសើម ឬ • ជីពចរខ្សោយនិងញាប់	• វាស់សម្ពាធឈាម • រាប់ចំនួនជីពចរ	ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមស៊ីស្តូលិកតិចជាង 90mmHg ឬជីពចរលើសពី ១១០ ក្នុងមួយនាទី : • ឱ្យស្ត្រីសម្រាកក្នុងឥរិយាបថផ្អៀងខាងឆ្វេងនិងជើងទាំងពីរខ្ពស់ជាងដើមទ្រូង • បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមដោយម្ជុលជ័រ (Catheter) លេខ

		១៦ ឬ ១៨ G • ផ្តល់សេរ៉ូមដោយល្បឿនលឿន Ringer's lactate or normal saline • ប្រសិនបើមិនអាចបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមបានទេ ត្រូវប្រើមធ្យោបាយផ្សេងទៀត(បើស្ត្រីអាចផឹកបានត្រូវផ្តល់ជាតិទឹកតាមមាត់) • រក្សាស្ត្រីក្នុងសភាពកក់ក្តៅ (ដោយដណ្តប់) ។
ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលគភ៌នៅតូច : • កម្ពស់ស្បូនមិនស្ថិតនៅលើផ្ចិត • ធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ : - សំឡីអនាម័យឬក្រណាត់ទ្រាប់សើមជោគក្នុងរយៈពេលតិចជាង ៥នាទី	សញ្ញាជីវិត	**ការធ្លាក់ឈាមខ្លាំងប្រហែលបណ្តាលមកពីការរលូតកូន :** • បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមដោយប្រើ Catheter លេខ ១៦ឬ ១៨G • ផ្តល់សេរ៉ូម Ringer's lactate or normal saline ដោយល្បឿនលឿន • បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យដោយការពិនិត្យទ្វារមាស (ដោយប្រើដៃឬចំពុះទា) • ធ្វើការសម្អាតស្បូនដោយប្រើស៊ីរ៉ាំងបូមដៃ (MVA) • ផ្តល់ថ្នាំ Ergometrine 0.2 mg ឬ Oxytocin 10 IU ចាក់សាច់ដុំ • ផ្តល់ថ្នាំ Ergometrine 0.2 mg ឬ Oxytocin 10 IU ចាក់សាច់ដុំម្តងទៀតក្នុងរយៈ១៥

		នាទីក្រោយ ប្រសិនបើការធ្លាក់ឈាមនៅតែបន្តទៀត ។ • ប្រសិនបើសង្ស័យថាមានផលវិបាកនៃការរំលូត /រលូតត្រូវផ្តល់ antibioticសមស្រប (ចាក់សាច់ដុំ/សរសៃ) ។
• ធ្លាក់ឈាមតិចតួច		• ពិនិត្យស្ត្រីដោយប្រើអេកូសាស្ត្រ ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន • បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យ : កូនក្រៅស្បូន កូនរលូតដោយឯកឯង គំរាមរលូត • ផ្តល់ការព្យាបាលសមស្រប ប្រសិនបើទំនងជាមិនមានគភ៌ សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកផ្សេងទៀត ។
ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលគភ៌មានអាយុច្រើន : • កំពូលស្បូនស្ថិតនៅលើផ្ចិត • រាល់ការធ្លាក់ឈាមគឺមានគ្រោះថ្នាក់	យកសញ្ញាជីវិតញឹកញាប់	***មិនត្រូវពិនិត្យដោយលូកទ្វារមាស :*** • បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម ដោយប្រើ Catheterលេខ១៦ ឬ ១៨ G • ផ្តល់សេរ៉ូម Plasma Expander Ringer's lactate ឬ normal saline ដោយល្បឿនលឿនប្រសិនបើធ្លាក់ឈាមខ្លាំងឬស្តុក សូមមើលទំព័រ ២៥៤ ។ • ធ្វើការពិនិត្យទ្វារមាសក្រោយពេលអេកូសាស្ត្រ បញ្ជាក់ថាគ្មានសុកពាំងមាត់ស្បូន • ប្រសិនបើសុកពាំងមាត់ស្បូនត្រូវ

		បានបញ្ជាក់នោះត្រូវធ្វើការព្យាបាល សូមមើលទំព័រ៦៤ ។ • បញ្ជូនជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានអេកូសាស្ត្រនិងកន្លែងវះកាត់
ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលឈឺពោះសម្រាល : • ធ្លាក់ឈាមច្រើនជាង ១០០ម.លពីពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល	យកសញ្ញាជីវិត	***មិនត្រូវល្បុកពិនិត្យទ្វារមាស*** • បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមដោយប្រើ Catheter លេខ ១៦ ឬ១៨ G • ផ្តល់សេរ៉ូមដោយល្បឿន លឿន បើមានធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរឬស្តុក • បញ្ជូនជាបន្ទាន់ទៅកន្លែងវះកាត់ ឬទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានកន្លែងវះកាត់ ។
ធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល : • ធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ : - សំឡីអនាម័យ ឬក្រណាត់ទ្រាប់សើមជោគក្នុងរយៈពេលតិចជាង ៥នាទី - ឈាមនៅតែមានហូរតិចៗជាប់ជានិច្ច - ឈាមធ្លាក់មានចំណុះលើសពី ២៥០ម.ល និងនៅតែមានការធ្លាក់ឈាមបន្ត	- យកសញ្ញាជីវិតឱ្យបានញឹកញាប់ - ពិនិត្យបរិមាណឈាមដែលបាត់បង់	• ហៅរកជំនួយជាបន្ទាន់ • ឈ្លីស្បូនរហូតទាល់តែឡើងរឹងនិងផ្តល់ Oxytocin 10 IU IM • បញ្ចូលសេរ៉ូម (១លីត្រ) តាមសរសៃឈាមដោយលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU ក្នុងល្បឿន ៦០ដំណក់ក្នុង១នាទី • បូមទឹកនោមឱ្យអស់និងដាក់សុងទឹកនោមបើចាំបាច់ • វាស់សម្ពាធឈាមនិងរាប់ជីពចររាល់១៥នាទីម្តងនិងកត់ត្រាទុក

ពិនិត្យ និងសួរប្រសិនបើសុករបេះធ្លាក់ :

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

១. សុកមិនរបេះធ្លាក់ :

ពេលដែលស្បូនឡើងរឹងត្រូវធ្វើការទម្លាក់សុកដោយត្រួតពិនិត្យការទាញទងសុក (ទំព័រ១១៥)

- ប្រសិនបើមិនបានជោគជ័យត្រូវធ្វើការទម្លាក់សុកដោយដៃ (ទំព័រ ២៩៣)
- ផ្តល់ antibiotic សមស្របដោយចាក់តាមសាច់ដុំ/តាមសរសៃ ។
- ក្រោយការទំលាក់សុកដោយដៃបន្តការផ្តល់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU ក្នុង១លីត្រដោយល្បឿន៣០ដំណក់ក្នុង១នាទី ។ ប្រសិនបើមិនអាចទម្លាក់សុកដោយដៃបានទេត្រូវធ្វើការវះកាត់ស្បូន ។

២. សុករបេះធ្លាក់ :

- *ប្រសិនបើសុករបេះធ្លាក់អស់ត្រូវ :*
  - ឈ្លីស្បូនដើម្បីឱ្យកំណកឈាមធ្លាក់ចេញ
  - ប្រសិនបើស្បូននៅទន់ ផ្តល់ Oxytocin 10 IU ឬ Ergometrine 0.2mg IM
  - មិនត្រូវផ្តល់ Ergometrine ដល់ស្ត្រីដែលមានជំងឺក្រឡាភ្លើង ឬបំរុងក្រឡាភ្លើងឬមានជំងឺលើសឈាមទេ
  - បន្តផ្តល់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU ក្នុង១លីត្រដោយល្បឿន៣០ដំណក់ក្នុង១នាទី
  - បន្តការឈ្លីពីលើស្បូនរហូតទាល់តែឡើងរឹង
- *ប្រសិនបើសុករបេះធ្លាក់មិនអស់ :*
  - យកចេញនូវកំទេចសុកដែលនៅសល់
  - ផ្តល់ antibiotic សមស្របដោយចាក់តាមសាច់ដុំ/សរសៃ ។
  - បន្តផ្តល់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU ក្នុង១លីត្រដោយល្បឿន៣០ដំណក់ក្នុង១នាទី
  - ប្រសិនបើមិនអាចទម្លាក់សុកដោយដៃបានទេ ត្រូវធ្វើការវះកាត់ ។

ពិនិត្យការរហែកលើរីណេនិងទ្វារមាស :

ការព្យាបាល

- សង្កត់លើកន្លែងរហែក

- ដេរកន្លែងរហែក

១. ប្រសិនបើធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ :

- បន្តផ្តល់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU ក្នុង១លីត្រ ដោយល្បឿន៣០ដំណក់ក្នុង១នាទី ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមនៅដៃម្ខាងទៀត
- ផ្តល់ Ergometrine 0.2mg ចាក់សាច់ដុំ
- ធ្វើការសង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរ (ទំព័រ ២៩៧) ឬ
- ធ្វើការសង្កត់លើសរសៃអាអ័ត (Aorta) (ទំព័រ ២៩៨)
- ផ្តល់ antibiotic សមស្រប ចាក់សាច់ដុំ/សរសៃ ។
- ធ្វើការវះកាត់ស្បូន

២. ត្រួតពិនិត្យការធ្លាក់ឈាម :

- បន្តផ្តល់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocin 20 IU ក្នុង១លីត្រ ដោយល្បឿន២០ដំណក់ក្នុង១នាទី សម្រាប់រយៈពេល១ម៉ោងយ៉ាងតិច ក្រោយពេលឈប់ធ្លាក់ឈាម
- ពិនិត្យរៀងរាល់៣០នាទីម្តង រយៈពេល៤ម៉ោង ទុកស្ត្រីនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលយ៉ាងតិច២៤ម៉ោង

ប្រកាច់ឬសន្លប់ (ភាគច្រើនក្រឡាភ្លើង): • ប្រកាច់(នៅពេលនេះឬថ្មីៗ) • សន្លប់	• យកសញ្ញាជីវិត • វាយតម្លៃពីសភាពនៃគភ៌	• ការពារស្ត្រីពីការដួលធ្លាក់ឬមានរបួស • រកជំនួយ • គ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម (ទំព័រ ២៥៤) - បើស្ត្រីមិនដកដង្ហើមត្រូវជួយដល់ការដកដង្ហើមដោយប្រើ Ambu bag និង mask - បើស្ត្រីដកដង្ហើមត្រូវផ្តល់អុកស៊ីសែន ៤-៦ លីត្រក្នុងមួយនាទីដោយ mask ឬកានុលច្រមុះបើ

		អាចធ្វើបាន • ក្រោយពីប្រកាច់បានបញ្ចប់ត្រូវដាក់ស្ត្រីឱ្យដេកផ្ងៀងមកខាងឆ្វេង • បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមយឺត ៗ ក្នុងល្បឿន៣០ដំណក់ក្នុង១នាទី) • ផ្តល់ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត (ទំព័រ ៤៥) • ប្រសិនបើសម្ពាធឈាម អប្បរមា > ១១០ mmHg សូមឱ្យថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាម ក្រោយពីផ្តល់ $MgSO_4$ (ទំព័រ ៤៧) • ប្រសិនបើសីតុណ្ហភាពលើសពី ៣៨°c ឬធ្លាប់មានប្រវត្តិគ្រុនក្តៅ ត្រូវព្យាបាលដូចគ្នានឹងការព្យាបាលគ្រុនក្តៅដែលមានគ្រោះថ្នាក់
ការឈឺចាប់ក្នុងពោះខ្លាំង : - មិនមែនជាការឈឺពោះសម្រាលធម្មតា	យកសញ្ញាជីវិត	• បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម • ប្រសិនបើសីតុណ្ហភាពលើសពី ៣៨°Cផ្តល់ antibiotic ដូសដំបូងសមស្រប ដោយចាក់សាច់ដុំឬសរសៃ

គ្រុនក្តៅខ្លាំង: • សីតុណ្ហភាពលើសពី៣៨ °C • ដង្ហើមញាប់ខ្លាំង • រឹងក • សន្លឹម • ទន់ខ្សោយខ្លាំង/មិនអាចឈរបាន	• យកសញ្ញាជីវិត • ធ្វើតេស្តរហ័ស ឬពាសកញ្ចក់ឈាមរកមេរោគគ្រុនចាញ់បើស្ត្រីរស់នៅ ឬធ្លាប់ទៅតំបន់គ្រុនចាញ់	• បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃយឺតៗ • ផ្តល់ antibiotic ដូស ដំបូងសមស្រប • ផ្តល់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់តាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ

អារម្ភកថា

ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់ ផ្តោតលើការថែទាំផ្ទៃពោះ ពេលឈឺពោះសម្រាល ពេលសម្រាល ពេលក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើតដែលអនុវត្តដោយកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ/មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនិងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល ។

ដោយមានការវិវឌ្ឍន៍និងគំហើញនូវបច្ចេកវិជ្ជាថ្មីៗ ជាហេតុនាំឱ្យមានការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដោយអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំនៃសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់និងសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា យុទ្ធសាស្ត្រជាតិនានានិងបទអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗ ។

ពិធីសារនេះអាចបង្កើតឡើងបានដោយមានការចូលរួមផ្តល់យោបល់បច្ចេកទេសពីសំណាក់មន្ត្រីសុខាភិបាល បុគ្គលិកអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនិងទីភ្នាក់ងារផ្សេងៗដែលមានទំនាក់ទំនងទៅនឹងការថែទាំសុខភាពម្តាយនិងទារកទើបកើត ។

វាជាការសំខាន់ណាស់ដែលពិធីសារជាតិនេះបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដើម្បីបង្ហាញនូវអ្វីដែលក្រសួងសុខាភិបាលមានបំណងសម្រេចឱ្យបានក្នុងអំឡុងពី៥ទៅ១០ឆ្នាំខាងមុខនេះដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការថែទាំសុខភាពមាតានិងទារកទើបកើតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។

ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការខាងលើ កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជបានរៀបចំធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពពិធីសារជាតិនេះឡើងដើម្បីពង្រឹងសមត្ថភាពផ្នែកបច្ចេកទេសនិងជំនាញដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាលក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ ។៚

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២៧ ខែ ធ្នូ ឆ្នាំ ២០១២

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ អេង ហួត

រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់ជាលទ្ធផលនៃកិច្ចប្រឹងប្រែងរៀបចំពិនិត្យ និងកែសម្រួលដោយក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខភាពបន្តពូជដែលជាមន្ត្រីសុខាភិបាលនៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក មន្ត្រីសុខាភិបាលថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង មន្ទីរពេទ្យបង្អែក មណ្ឌលសុខភាពនិងអង្គការជាដៃគូអភិវឌ្ឍន៍សុខាភិបាលនានា។ សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះមន្ត្រីកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក មន្ត្រីគាំពារមាតានិងទារកខេត្ត-ក្រុងទាំង២៤និង មន្ត្រីរបស់អង្គការ UNFPA, WHO, JICA. UNICEF, URC, RACHA, RHAC និងគម្រោង HSSP/ Reduction in Maternal Mortality Project ក្នុងការចូលរួមរៀបចំពិធីសារជាតិនេះ។

សូមអរគុណជាពិសេសចំពោះអង្គការ UNFPA និង WHO ដែលបានឧបត្ថម្ភថវិកាគាំទ្រដល់ការរៀបចំពិនិត្យឡើងវិញ ព្រមទាំងការបោះពុម្ពពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់។

មាតិកា

អារម្ភកថា ១

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ ២

ពាក្យបំព្រួញ ១៤

សេចក្តីផ្តើម ១៧

គោលបំណងនៃឯកសារ ១៧

ការប្រាស្រ័យទាក់ទង ២១

ការបញ្ជូននិងការផ្ទេរម្តាយ/ទារកទើបកើត ២៣

ការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ ២៥

ការពិនិត្យរប៉េស ២៩

ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរប៉េស ៣០

ជំពូកទី១ : ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ៣៨

១-១ ការវាយតម្លៃសភាពនៃផ្ទៃពោះ សុខភាពទាំងម្តាយទាំងទារកក្នុងផ្ទៃ) ៣៩

១-២ ពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកផ្សេងៗ ៤០

១-២-១ ពិនិត្យរកជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ៤០

១-២-២ ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាល ៤៨

១-២-៣ ពិនិត្យរកជំងឺស្វាយនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាល ៥០

១-២-៤ ពិនិត្យរកស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងជំងឺអេដស៍ ៥១

១-២-៥ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្នុងពេលដែលគភ៌នៅតូច ៥៥

១-២-៦ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលគភ៌មានអាយុច្រើននិងពេលឈឺពោះសម្រាល ៦០

១-២-៧ ការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលគ្រុនក្តៅអំឡុងពេលមានគភ៌និងពេលឈឺពោះសម្រាល ៦៥

១-២-៨ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទារកក្នុងផ្ទៃគ្មានចលនា ៦៨

១-២-៩ ការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសម្រាលមុនគភ៌គ្រប់ខែ ៦៩

១-២- ១០ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាល ៧២

១-២-១១ ឆ្លើយតបទៅនឹងរោគសញ្ញាឬបញ្ហាដែលបានរកឃើញ ៧៥

ក្អួតមិនបាត់ ៧៥

ធ្លាក់សតាមទ្វារមាស ៧៥

ជំងឺរបេង ៧៧

១-៣ ផ្តល់វិធានការការពារ ៧៧

១-៤ ការវិភាគវិភាគរ្សានិងការផ្តល់ដំបូន្មាន ៨០

១-៤-១ អាហារូបត្ថម្ភ និង ការថែទាំខ្លួន ៨០

១-៤-២ ផែនការត្រៀមជុំវិញកំណើតនិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ៨១

១-៤-៣ សញ្ញាឈឺពោះសម្រាលនិងសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ ៨២

១-៤-៤ ការថែទាំទារកទើបកើត ៨៣

១-៤-៥ មធ្យោបាយពន្យារកំណើត ៨៥

១-៤-៦ ណែនាំស្ត្រីឱ្យមកពិនិត្យជាប្រចាំនិងតាមដានបន្ត........ ៨៧

ជំពូកទី ២ : ការឈឺពោះសម្រាលនិងការថែទាំពេលសម្រាល........ ៨៩

២-១ ការវាយតម្លៃ និង ថែទាំអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលនិងពេលសម្រាល ៨៩

២-២ កំនត់ដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល ៩១

២-៣ ការឆ្លើយតបទៅនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព ៩២

២-៤ ផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រនៅពេលឈឺពោះសម្រាល ៩៤

២-៥ ដំណាក់កាលទី១នៃការឈឺពោះសម្រាល........ ៩៧

២-៥-១ រយៈយឺត ៩៧

២-៥-២ រយៈសកម្ម........ ៩៨

២-៦ ដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល - ការបញ្ចេញកូន និង ផ្តល់ការថែទាំភ្លាមចំពោះទារកទើបនឹងកើត........ ១០៦

ការសង្គ្រោះទារកទើបកើតនិងការថែទាំក្រោយសង្គ្រោះ........ ១១១

២-៧ ដំណាក់កាលទី៣នៃការឈឺពោះសម្រាល - ការទម្លាក់សុក........ ១១៧

២-៨ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាពេលឈឺពោះសម្រាលនិងការសម្រាល........ ១២០

២-៨-១ ការវិវត្តន៍មិនល្អប្រសើរនៃការឈឺពោះសម្រាល ១២០

២-៨-២ គ្រុនក្តៅ........ ១២៤

២-៨-៣ ការបង្ហាញមិនធម្មតា (បង្ហាញមុខនិងថ្ងាស) និងទម្រង់មិនធម្មតារបស់ទារក ១២៦

២-៨-៤ ទារកខ្សោយនៅពេលឈឺពោះសម្រាល.. ១៣០

២-៨-៥ ការធ្លាក់ទងសុក.. ១៣២

២-៨-៦ ការសម្រាលជាប់ស្មា.. ១៣៤

២-៨-៧ ការសម្រាលកូនភ្លោះ.. ១៣៥

២-៩ ការតាមដាននិងសកម្មភាពចាំបាច់សម្រាប់ម្តាយនិងទារកក្រោយកើត (ដំណាក់កាលទី៤ និងពេលបន្ទាប់មក).. ១៣៧

២-១០ វាយតម្លៃម្តាយក្រោយសម្រាលភ្លាម.. ១៤១

២-១១ ឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាកើតឡើងក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ.................................. ១៤៣

២-១១-១ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយពេលសម្រាល.................................. ១៤៣

២-១១-២ សំពាធឈាមអប្បបរមាឡើងខ្ពស់.. ១៤៧

២-១១-៣ គ្រុនក្តៅក្រោយពីសម្រាលរួច.. ១៤៨

២-១១-៤ ភាពស្លេកស្លាំងក្រោយសម្រាលរួច.. ១៥៣

២-១២ ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅពេលសម្រាល.................................. ១៥៥

ជំពូកទី ៣ : ការថែទាំក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើត.......................... ១៥៨

៣-១ វាយតម្លៃនិងការថែទាំម្តាយក្រោយសម្រាល (ដល់៦សប្តាហ៍).......................... ១៥៨

៣-២ ឆ្លើយតបទៅនឹងសញ្ញានិងបញ្ហាដែលកើតមានដោយឯកឯង.............................. ១៦១

៣-២-១ សម្ពាធឈាមអប្បរមាឡើងខ្ពស់.. ១៦១

៣-២-២ ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍.. ១៦១

៣-២-៣ ហូរទឹកនោមដោយមិនដឹងខ្លួន.. ១៦៣

៣-២-៤ ខ្ទុះឬឈឺប៉េរីណេ.. ១៦៣

៣-២- ៥ អារម្មណ៍មិនល្អ ឬ ងាយយំ ១៦៤

៣-២-៦ ធ្លាក់ស៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល ១៦៥

៣-៣ ផ្តល់វិធានការការពារ.. ១៦៦

៣-៣-១ អនាម័យនិងអាហារូបត្ថម្ភ.. ១៦៧

៣-៣-២ ការពន្យារកំណើត.. ១៦៨

៣-៣-៣ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងការត្រៀមពេលមានអាសន្ន.. ១៦៨

៣-៣-៤ ការត្រឡប់មកពិនិត្យនិងតាមដានជាប្រចាំ.. ១៧០

៣-៤ ការវាយតម្លៃ និង ការថែទាំទារកទើបកើត.. ១៧១

៣-៤-១ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់ទារកមុនពេលចេញទៅផ្ទះ.. ១៧២

៣-៤-២ ការថែទាំទារកទូទៅមុនពេលចេញទៅផ្ទះ... ១៧២

៣-៤-២-១ គោលការណ៍ណែនាំទូទៅ.. ១៧២

៣-៤-២-២ វាយតម្លៃពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនិងពិគ្រោះពិភាក្សា (១ម៉ោងក្រោយកើត)... ១៧៣

៣-៤-៣ កំណត់រកបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស.. ១៧៦

៣-៤-៤ ផ្តល់ការថែទាំបន្ថែមដល់ទារកទើបកើតដែលមានទម្ងន់តិច(<2.5kg) ឬសម្រាលមុនកំណត់ (< ៣៧ សប្តាហ៍) រួមទាំងការថែទាំបែបម្តាយកង់ហ្គូរ ១៧៩

៣-៤-៥ ការផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយពីការថែទាំទារកក្រោយពេលចេញទៅផ្ទះ ១៨៣

៣-៥ ការគ្រប់គ្រងបញ្ហានានារបស់ទារកទើបកើត ១៨៥

៣-៥-១ ដកដង្ហើមពិបាក ១៨៥

៣-៥-២ កំដៅខ្លួនចុះទាប(<36.5°c)ឬកំដៅខ្លួនខ្ពស់(>38°c) ១៨៩

៣-៥-៣ ការប្រកាច់ឬកន្ត្រាក់ជាប់ (Convulsions or spasms) ១៩១

៣-៥-៤ តេតាណុស ១៩៨

៣-៥-៥ ការបង្ករោគក្នុងឈាម ២០០

៣-៥-៥-១ ទារកមានសភាពល្អ តែសង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម ២០០

៣-៥-៥-២ ទារកដែលសង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម ២០៣

៣-៥-៦ ទារកថប់ដង្ហើម ២០៩

៣-៥-៧ រលាកស្រោមខួរ ២១២

៣-៥-៨ ជំងឺស្វាយ ២១៣

៣-៥-៨-១ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយពីកំណើតចំពោះទារកដែលទើបកើតនៅសេវាសំរាលកូន ២១៣

៣-៥-៨-២ ការព្យាបាលជំងឺស្វាយចំពោះទារកដែលទើបកើត ២១៤

៣-៥-៨-៣ ការពិនិត្យតាមដានកុមារ ២១៤

៣-៥-៩ ទារកមានសញ្ញាច្រើនព្រមគ្នា ២១៤

៣-៥-១០ ការថែទាំទារកដែលម្តាយឈឺឬត្រូវបានបញ្ជូន ២១៥

៣-៥-១១ ភ្នែកក្រហម ហើមនិងហូរខ្ទុះ.. ២១៥

៣-៥-១២ ការបង្ករោគនៅផ្ចិត.. ២១៩

៣-៥-១៣ កើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរ.. ២២០

៣-៥-១៤ ការបង្ករោគនៅស្បែក.. ២២១

៣-៥-១៥ ព្យាបាលរបួសនិងលក្ខណៈមិនធម្មតាពីកំណើត.. ២២៥

៣-៥-១៦ ជំងឺរាក.. ២២៧

៣-៥-១៧ កើតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមទាប.. ២២៨

ជំពូក៤ : ការថែទាំការរំលូត/រលូតមានសុវត្ថិភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ.......................... ២៣០

៤-១ វាយតម្លៃពីស្ថានភាពគ្លីនិករបស់ស្ត្រី ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងជម្រើសក្នុងការព្យាបាល.................... ២៣០

៤-២ ជម្រើសនៃការគ្រប់គ្រង.. ២៣៣

៤-៣ ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការយល់ព្រម.. ២៣៣

៤-៤ ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់.. ២៣៤

៤-៥ ការសម្អាតស្បូន.. ២៣៥

៤-៦ ការធូរស្បើយនិងការថែទាំបន្ត.. ២៣៦

៤-៧ ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនិងសេវា.. ២៣៧

ជំពូកទី ៥ : ការថែទាំចំពោះម្តាយនិងទារកដែលមានជំងឺ.. ២៣៨

៥-១ ការថែទាំម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍.. ២៣៨

៥-២ ការថែទាំម្តាយដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម.. ២៤១

៥-៣ ការថែទាំម្តាយដែលមានជំងឺរបេង ២៤៣

៥-៤ ការថែទាំម្តាយដែលមានជំងឺបេះដូង ២៤៤

៥-៥ ការថែទាំម្តាយដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់ ២៤៥

៥-៥-១ ការពិនិត្យរកជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលគ្មានរោគសញ្ញាចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ២៤៥

៥-៥-២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យតាមសញ្ញាគ្លីនិកចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ២៤៥

៥-៥-៣ ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ស្រាលលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ២៤៦

៥-៥-៤ ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ២៤៧

៥-៦ ការថែទាំទារកដែលម្តាយមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬស្វាយតែទារកមិនមានស្លែង ចេញជារោគសញ្ញា ២៤៩

ជំពូក៦ : ការវាយតម្លៃនិងកែលំអគុណភាពនៃការថែទាំផ្នែកសម្ភព ២៥១

៦-១ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបកើត (EmONC) ២៥១

៦-២ ការកែលំអគុណភាពសេវា ២៥២

ជំពូកទី៧ : ឧបករណ៍នៃការអនុវត្តន៍ចំពោះម្តាយ ២៥៦

៧-១ ការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម ២៥៦

៧-២ ការផ្តល់សេរ៉ូមតាមសរសៃ ២៥៦

៧-៣ ការបង្កនិងបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល ២៥៧

៧-៣-១ ការចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ២៥៨

៧-៣-២ ការបង្កការឈឺពោះសម្រាល ២៥៩

៧-៣-៣ ការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើ Oxytocin ២៦៧

៧-៤ ការកាត់ទ្វារមាស និង ការដេរឡើងវិញ ២៦៨

៧-៥ ការពិនិត្យមាត់ស្បូននិងទ្វារមាស ២៧១

៧-៦ ការដេរទ្វារមាស ឬ ប៉េរីណេរហែក ២៧២

៧-៧ ការដេរមាត់ស្បូនរហែក ២៧៧

៧-៨ ការសម្រាលទម្រង់ហុចគូថ ២៧៩

៧-៩ ការសម្រាលដោយបូម ២៨៤

៧-១០ ការសម្រាលដោយវះយកកូន ២៨៧

៧-១១ មធ្យោបាយបញ្ឈប់កំណើតក្រោយពេលសម្រាល ២៩៣

៧-១២ ការលូកបារទម្លាក់សុក ២៩៥

៧-១៣ ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ ពីខាងក្រៅ ២៩៩

៧-១៤ ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរពីខាងក្នុង ២៩៩

៧-១៥ ការសង្កត់លើសរសៃអាទែរអាអ័ក ៣០០

៧-១៦ ការបូមដោយស៊ីកុំងដៃ ៣០១

៧-១៧ តេស្តកំណកឈាម (Bedside clotting test) ៣០៥

៧-១៨ កែសម្រួលករណីស្បូនពន្លាត់ ៣០៥

៧-១៩ ការចងសរសៃអាទែរស្បូន-អូវែ (Uterine and utero-ovarian artery ligation) ៣០៩

៧-២០ ការកាត់ស្បូនមួយផ្នែកនិងកាត់ស្បូនទាំងមូល(Sub total and total hysterectomy) ៣១១

ជំពូកទី៨ : ឧបទ្ទេសការនៃការអនុវត្តន៍ចំពោះទារក ៣១៨
៨-១ ការច្រូបាច់ទឹកដោះ............ ៣១៨
៨-២ ការបញ្ចុកទារកដោយពែង............ ៣១៩
៨-៣ ការច្រូបាច់ទឹកដោះម្តាយបញ្ចូលក្នុងមាត់ទារក............ ៣២០
៨-៤ ការបញ្ចូលទុយោក្រពះ............ ៣២១
៨-៥ ការស្ទង់កំដៅខ្លួន............ ៣២៣
៨-៥-១ ការស្ទង់កំដៅនៅក្លៀក............ ៣២៤
៨-៥-២ ស្ទង់កំដៅនៅគូថ............ ៣២៥
៨-៦ ការយកសំណាកឈាម ៣២៦
៨-៦-១. ការបូមឈាមតាមសរសៃវ៉ែន............ ៣២៦
៨-៦-២. ការបូមឈាមពីសរសៃកែងជើង............ ៣២៨
៨-៧ ការវាស់គីរិតជាតិស្ករក្នុងឈាម ៣៣០
៨-៨ ការផ្តល់ Antibiotics សមស្របដល់ទារក ៣៣០
៨-៩ ការចាក់ថ្នាំ............ ៣៣៤
៨-៩-១ ការចាក់សាច់ដុំ............ ៣៣៤
៨-៩-២ ការចាក់ថ្នាំតាមសរសៃ............ ៣៣៦
៨-៩-៣ ការចាក់ក្រោមស្បែក............ ៣៣៧
៨-១០ ការបង្កើតផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែន............ ៣៣៨

៨-១១ ការបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម.. ៣៨១

៨-១២ ការបញ្ចូលឈាម.. ៣៨៦

៨-១៣ ការចាក់បូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នង... ៣៨៨

ឧបសម្ព័ន្ធ ៣៩២

១- បរិក្ខារនិងសម្ភារៈសម្រាប់ការថែទាំផ្ទៃពោះ ការសម្រាល ក្រោយសម្រាល និងការថែទាំ
ទារកទើបកើត.. ......៣៩២

២-ឱសថសម្រាប់ការថែទាំផ្ទៃពោះការសម្រាលកូនក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបនឹងកើត. ៣៩៤

ឯកសារយោង ៣៩៧

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	IntelIntegrated 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

ជំពូកទី១ : ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល

ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ត្រូវតែធ្វើតាមតម្រូវការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនិងចិត្តសាស្ត្រ សង្គមរបស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅក្នុងបរិបទនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនិងវប្បធម៌ដែលស្ត្រីនោះរស់នៅ ។ ការទៅពិនិត្យផ្ទៃពោះដោយពេទ្យជំនាញតាមការណាត់ជួបជាការចាំបាច់នៅអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពីព្រោះស្ត្រីនឹងទទួលបាន :

- ការវាយតម្លៃសភាពនៃផ្ទៃពោះ (សុខភាពទាំងម្តាយទាំងទារកក្នុងផ្ទៃ)
- ការពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកផ្សេងៗទាន់ពេលវេលា
- ការគាំទ្រ ទំនាក់ទំនងរវាងស្ត្រីនិងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព
- ការរៀបចំផែនការជាក់លាក់ពីការសម្រាលកូននិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ការត្រៀមជុំវិញកំណើត) ដោយមានជំនួយពីអ្នកផ្តល់សេវា
- ការផ្តល់វិធានការការពារ
- ការផ្តល់ដំបូន្មាននិងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សា

គ្រប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះត្រូវទទួលបានការពិនិត្យយ៉ាងតិច៤ដងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។ ស្ត្រីត្រូវមកពិនិត្យផ្ទៃពោះឱ្យបានឆាប់នៅពេលដែលដឹងថាបាត់រដូវភ្លាម ។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវប្រាប់ស្ត្រីឱ្យត្រឡប់មកពិនិត្យវិញមិនឱ្យលើសពី២សប្តាហ៍ធៀបទៅនឹងថ្ងៃសម្រាលរំពឹងទុក ប្រសិនបើគាត់នៅតែមិនទាន់សម្រាលកូន ។ ក្នុងករណីចាំបាច់ស្ត្រីត្រូវមកពិនិត្យឱ្យបានញឹកញាប់មុនពេលកំណត់ ។

ពេលវេលាកំណត់ដែល ស្ត្រីត្រូវមកពិនិត្យផ្ទៃពោះគឺ :

១) ការពិនិត្យលើកទី១ ធ្វើនៅត្រីមាសទី១ (អាចមុន១៦សប្តាហ៍

២) ការពិនិត្យលើកទី២ ធ្វើនៅត្រីមាសទី២ (គួរនៅចន្លោះ ២៤-២៨សប្តាហ៍)

៣) ការពិនិត្យលើកទី៣ ធ្វើនៅត្រីមាសទី៣ (គួរនៅចន្លោះ ៣០-៣២សប្តាហ៍)

៤) ការពិនិត្យលើកទី៤ ធ្វើនៅពេលដែលគភ៌គ្រប់ខែ (គួរនៅចន្លោះ ៣៦-៣៨សប្តាហ៍)

១-១ ការវាយតម្លៃសភាពនៃផ្ទៃពោះ (សុខភាពទាំងម្តាយទាំងទារកក្នុងផ្ទៃ)

បុគ្គលិកដែលទទួលស្ត្រីពីដំបូងនៅមន្ទីរពេទ្យត្រូវតែធ្វើការពិនិត្យរហ័សអំពីស្ថានភាពស្ត្រី ដូចក្នុងទំព័រ ២៩) បើចាំបាច់ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងរហ័សដូចក្នុងទំព័រ៣០ ។

ពេលស្ត្រីមកពិនិត្យលើកទី១ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវពិភាក្សានិងរៀបចំផែនការដាក់លាក់ពីការសម្រាលកូននិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ការត្រៀមជុំវិញកំណើត) ជាមួយស្ត្រី ហើយផែនការនោះត្រូវតែពិនិត្យនិងធ្វើការកែសម្រួលនៅពេលមកពិនិត្យលើកក្រោយប្រសិនបើចាំបាច់ ។

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
រាល់ការពិនិត្យទាំងអស់ : • សួរនិងពិនិត្យរកអាយុនៃផ្ទៃពោះ • តើអ្នកបានកំណត់អំពីទីកន្លែងដែលត្រូវទៅសម្រាលកូនហើយឬនៅ? • សួរនិងពិនិត្យរកការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសតាំងពីការពិនិត្យលើកមុនមក • តើកូនកម្រើក(បម្រះ) ឬទេ? (ក្រោយ៤ខែ) • តើមានកង្វល់ វិបត្តិ ឬបញ្ហាអ្វីទេ? • តើអ្នកហូបបានដែរឬទេ? • ឆែកកំណត់ត្រារកមើលផលវិបាកនិងការព្យាបាលដែលបានទទួលនៅពេលពិនិត្យលើកមុនក្នុងពេលមានផ្ទៃ ពោះលើកនេះ	**រាល់ការពិនិត្យទាំងអស់ :** • ថ្លឹងទម្ងន់ • យកសញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម ជីពចរ កំដៅ ចង្វាក់ដង្ហើម) • ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំង ហើម • ពិនិត្យដោះ • ស្ទាបរកមើលទម្រង់និងចលនារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ • វាស់កម្ពស់ស្បូន • ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូន • ពិនិត្យរកតីស ឬដុំសាច់ ឬធ្លាក់សខុសធម្មតា ។ល ។ • ធ្វើតេស្តទឹកនោម : ប្រូតេអ៊ីន ធ្វើតេស្តផ្សេងៗ តាមតម្រូវការ
ពិនិត្យលើកទី១ : ***សួរ :*** • អ្នកមានផ្ទៃពោះប៉ុន្មានខែហើយ? • រដូវចុងក្រោយនៅថ្ងៃ ខែ ណា?	**ពិនិត្យលើកទី១ :** ***ពិនិត្យដូចនៅក្នុងប្រអប់ខាងលើនិងបន្ថែមការ*** • វាស់កម្ពស់ • គណនារកថ្ងៃ ខែ សម្រាលរំពឹងទុក

• តើអ្នកគិតថាត្រូវសម្រាលកូននៅពេលណា? • អ្នកអាយុប៉ុន្មានហើយ? • អ្នកធ្លាប់មានកូនឬទេ? បើមាន សួរ កត់ និងពិនិត្យកំណត់ត្រាពីមុន - ចំនួនផ្ទៃពោះ/ចំនួនសម្រាល - ចំនួនវះកាត់យកកូន គៀប បូមយកកូន - រហែកទ្វារមាសធ្ងន់ធ្ងរ (កម្រិត៣) - ធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរកំពុង/ក្រោយសម្រាល - ប្រកាច់ - ស្លាប់កើត ឬកើតស្លាប់នៅថ្ងៃទី១ នៃកំណើត • តើអ្នកជក់បារី ផឹកស្រា ឬប្រើថ្នាំអ្វីខ្លះ?	• មើលស្នាមវះយកកូន និងស្នាមវះពោះដទៃទៀតពីមុនមក • ពិនិត្យទ្វារមាសខាងក្រៅរកស្នាមរហែក • ធ្វើតេស្តឈាមរក : ក្រុមឈាម (ប្រសិនបើមានអេម៉ូក្លូប៊ីន/ អេម៉ាតូគ្រីត មេរោគស្វាយ មេរោគអេដស៍ គ្រុនចាញ់ក្នុងករណីចាំបាច់ • ធ្វើតេស្តទឹកនោម (បើមាន) បញ្ជាក់ពីការមានផ្ទៃពោះក្នុងករណីដែលការពិនិត្យគ្លីនិកមិនទាន់បញ្ជាក់ច្បាស់
ត្រីមាសទី៣ : តើអ្នកបានទទួលការពិគ្រោះពិភាក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតឬទេ?	**ត្រីមាសទី៣ :** • ស្ទាបផ្ទៃពោះក្រែងមានកូនភ្លោះឬកូនច្រើន • ស្ទាបផ្ទៃពោះក្រែងកូននៅទទឹងពោះឬទំរង់មិនធម្មតា • ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូន

១-២ ការពិនិត្យរកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកផ្សេងៗ

១-២-១ ពិនិត្យរកជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

ពិនិត្យរកជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងគ្រប់ស្ត្រីដែលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះដូចខាងក្រោម :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• ពិនិត្យមើលសម្ពាធឈាមពេលពិនិត្យផ្ទៃ	• វាស់សម្ពាធឈាម • បើអប្បបរមា 90mmHg ឬច្រើន ជាងត្រូវសម្រាករយៈ

ពោះលើកមុន	ពេលមួយម៉ោងរួចវាស់ម្តងទៀត • បើអប្បបរមានៅតែ 90mmHg ឬលើសសួរស្ត្រីថា : - ឈឺក្បាលខ្លាំងទេ - ព្រិលភ្នែកឬស្រវាំងភ្នែក - ឈឺចុងដង្ហើម - ធ្វើតេស្តរកកម្រិតប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម

☆ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើង បំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ និងជំងឺក្រឡាភ្លើង

ជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរនឹងជំងឺក្រឡាភ្លើង ត្រូវព្យាបាលប្រហែលគ្នាលើកលែងតែការសម្រាលត្រូវកើតមានឡើងក្នុងរយៈពេល១២ម៉ោងនៃការចាប់ផ្តើមប្រកាច់ក្នុងជំងឺក្រឡាភ្លើង ។

គ្រប់ករណីទាំងអស់នៃជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរត្រូវតែធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានសកម្ម ។

ការវាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើង បំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ឬក្រឡាភ្លើង :

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទូទៅ : • បើស្ត្រីសន្លប់ឬកំពុងប្រកាច់ ស្រែកហៅគ្នាជួយនិងហៅរកបុគ្គលិកដែលនៅជិត • វាយតម្លៃស្ថានភាពស្ត្រីឱ្យបានរហ័សដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសញ្ញាជីវិត • បើស្ត្រីមិនដកដង្ហើមឬដកដង្ហើមតិចៗ ពិនិត្យផ្លូវដង្ហើមនិងគ្រប់គ្រងតាមការចាំបាច់ដូចទំព័រ២៥៤ - ប្រសិនបើស្ត្រីមិនដកដង្ហើម ត្រូវដាក់ប្រដាប់ជួយសម្រួលផ្លូវដង្ហើមដោយប្រើម៉ាស់និងបាឡុងសប់ខ្យល់ឬផ្តល់អុកស៊ីសែន៤-៦លីត្រក្នុង១នាទី តាមការសិកទុយោចូលក្នុងបំពង់ខ្យល (Endotracheal Tube)។ - ប្រសិនបើដកដង្ហើម ផ្តល់អុកស៊ីសែន៤-៦លីត្រក្នុង១នាទីតាមម៉ាស់ឬទុយោសិកច្រមុះ • បើស្ត្រីសន្លប់ : - ពិនិត្យផ្លូវដង្ហើមនិងកំដៅ - ដាក់ដេកផ្អៀងឆ្វេង - ពិនិត្យការរឹងនែក

- ការពារកុំឱ្យមានរបួស ការប៉ះទង្គិចនិងផ្តល់ ការតាមដានជាប្រចាំ • បើស្ត្រីប្រកាច់ : - ប្រសិនបើអាចដាក់ឬទប់ឱ្យស្ត្រីដេកផ្ទៀងឆ្វេងឬកាត់បន្ថយការឈ្លក់នៃស្លេសកំអួតឬឈាម - ការពារកុំឱ្យមានរបួស ការប៉ះទង្គិច - ធ្វើការតាមដានជាប្រចាំ - ប្រសិនបើស្ត្រីមានជំងឺក្រឡាភ្លើង ផ្តល់ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាតដូចក្នុងតារាងខាងក្រោម - ប្រសិនបើមូលហេតុនៃការប្រកាច់មិនបានបញ្ជាក់ គ្រប់គ្រងដូចជំងឺក្រឡាភ្លើងនិងបន្តការសាកសួររកមូលហេតុផ្សេងទៀត ។	
ការវាយតម្លៃ/សញ្ញា និងរោគសញ្ញា	**ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប**
សម្ពាធឈាមខ្ពស់ : សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (Diastolic) ពិនិត្យ ២ដង (៣០ នាទីម្តង) ឃើញ 90mmHg ដដែល	**សម្ពាធឈាមខ្ពស់ :** • ណែនាំឱ្យស្ត្រីសំរាកនិងកាត់បន្ថយការងារធ្ងន់ • ណែនាំស្ត្រីពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ • វាយតម្លៃម្តងទៀតនៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកក្រោយ បើអាយុគភ៌លើសពី៨ខែត្រូវមកពិនិត្យមួយសប្តាហ៍ក្រោយ • បើការពិនិត្យលើកបន្ទាប់សម្ពាធឈាមនៅតែខ្ពស់ ត្រូវមើលការគ្រប់គ្រងព្យាបាលដូចខាងក្រោម ។
បំរុងក្រឡាភ្លើង : • សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (Diastolic) ពិនិត្យ២ដង (៣០ នាទីម្តង) ឃើញនៅចន្លោះ ពី 90-110mmHg ដដែលនិងមានប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម ++	**បំរុងក្រឡាភ្លើង :** • តាមដានសម្ពាធឈាម ទឹកនោម (ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម) រេផ្លិចនិងល័ក្ខខ័ណ្ឌស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃ • ពិគ្រោះពិភាក្សាជាមួយស្ត្រីនិងក្រុមគ្រួសារអំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់នៃជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងក្រឡាភ្លើង • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យសម្រាកឱ្យបានច្រើន • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យហូបដូចធម្មតាមិនត្រូវតមប្រៃទេ

	• មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំប្រឆាំងការប្រកាច់ ថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាម ថ្នាំងងុយគេងនិងថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍ទេ • បើសភាពស្ត្រីប្រសើរឡើង ត្រូវតាមដានដូចករណីពិនិត្យជំងឺក្រៅ បើសញ្ញាមិនប្រែប្រួលត្រូវឱ្យស្ត្រីសម្រាកពេទ្យ ។ • បើស្ត្រីសម្រាកពេទ្យ : - លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យហូបដូចធម្មតា (មិនត្រូវតមប្រៃទេ) - តាមដានសម្ពាធឈាម (២ដង/១ថ្ងៃ) និងប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (រាល់ថ្ងៃ) - មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំប្រឆាំងនឹងការប្រកាច់ ថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាម ថ្នាំងងុយគេង ថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍ និងថ្នាំបញ្ចុះទឹកនោមទេ ។
បំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ : • សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (Diastolic) 110mmHg ឬ លើសនេះ ហើយ ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម +++ ឬ • សម្ពាធឈាមអប្បបរមា 90 mmHg ឬ លើសនៅពេលពិនិត្យ២ដង ហើយ ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម ++ រួមនិងសញ្ញាណាមួយ : - ឈឺក្បាលខ្លាំង - ស្រវាំងភ្នែក - ឈឺចុងដង្ហើម	**បំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ :** • ចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូម (ឧ. ringer lactate) តាមសរសៃ (បរិមាណសេរ៉ូមដែលត្រូវបញ្ចូលយោងទៅតាមតម្រូវការជាក់ស្តែង) • ផ្តល់ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត (មើលខាងក្រោម) • តាមដានសញ្ញាជីវិតនិងរេផ្លិចក្បាលជង្គង់ • បើសម្ពាធឈាមអប្បបរមាស្ថិតនៅអំឡុង 110mmHg ដដែល ផ្តល់ថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាម ក្រោយពីបានផ្តល់ $MgSO_4$ ដូចទំព័រ ៤៧ • ដាក់សុងទឹកនោមដើម្បីតាមដានចំណុះទឹកនោមនិងប្រូតេអ៊ីន

	• កត់ត្រាដោយហ្មត់ចត់នូវចំណុះទឹកចេញចូល • ធ្វើការសម្រាលទារកក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោង ការសម្រាលធ្វើទៅតាមស្ថានភាពរបស់ម្តាយនិងទារកហើយត្រូវគ្រប់គ្រងតាមការជាក់ស្តែង បើមាត់ស្បូនទន់ ស្តើងនិងបើកបានខ្លះ ត្រូវចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះនិងធ្វើឱ្យឈឺពោះសម្រាល ។ • បើការសម្រាលមិនអាចកើតមាននៅក្នុងអំឡុង២៤ម៉ោងត្រូវសម្រាលដោយការវះយកកូន ។ • ករណីការសម្រាលមិនគ្រប់ខែ ត្រូវផ្តល់ corticosteroid 24ម៉ោងមុនសម្រាលដើម្បីចៀសវាងបញ្ហាដង្ហើម (Distress repsiratrory)
ក្រឡាភ្លើង : • ប្រកាច់ • សម្ពាធឈាមអប្បបរមា 90mmHg ឬលើស • ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម ++ឬលើស	**ក្រឡាភ្លើង :** • អនុវត្តដូចខាងលើទាំងអស់រួមនឹង : • ករណីការប្រកាច់កើតមាន ត្រូវប្រមូលផ្តុំសម្ភារៈ (ប្រដាប់បូមស្លេស ម៉ាស និងបាឡុងសប់ខ្យល់ និងអុកស៊ីសែន) និងផ្តល់អុកស៊ីសែន ៤-៦ លីត្រក្នុង១នាទី ។ • ការពារស្ត្រីមិនឱ្យមានរបួស • សម្រាលទារកក្នុងអំឡុងពេល១២ម៉ោងក្រោយប្រកាច់ ។ បើមាត់ស្បូនទន់ ស្តើងនិងបើកបានខ្លះ ត្រូវចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះនិងធ្វើឱ្យឈឺពោះសម្រាល ។ បើការសម្រាលមិនអាចកើតមាននៅក្នុងអំឡុង១២ម៉ោងត្រូវសម្រាលដោយការវះយកកូន ។

ការប្រើម៉ាញ៉េស្យូមសុលហ្វាតដើម្បីព្យាបាលជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរនិងក្រឡាភ្លើង

របៀបផ្តល់ម៉ាញ៉េស្យូមសុលហ្វាត (Magnesium Sulphate) (សរុបកំរិតថ្នាំដែលប្រើដំបូង 15g):

ម៉ាញ៉េស្យូមសុលហ្វាត គឺជាថ្នាំដ៏មានប្រសិទ្ធភាពបំផុត ដែលត្រូវផ្តល់ចំពោះស្ត្រីដែលបំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរដើម្បីបង្ការការប្រកាច់ និងចំពោះស្ត្រីដែលប្រកាច់ វាធ្វើឱ្យចរន្តឈាមក្នុងខួរក្បាលរត់បានប្រសើរឡើងនិងបង្ការការកើតមានប្រកាច់ជាថ្មី ។

ដោយប្រើ Magnesium sulphate 50% 10ml អំពូល = 5g 1 អំពូល ។ បូម 5g (10ml) លាយជាមួយនិងទឹកសេរ៉ូម 20ml (សរុប ៣០មល) ចាក់យឺតៗក្នុងរយៈពេល ១៥-២០នាទីតាម scalp vein 25G ចូលតាមបំពង់កៅស៊ូនៃសេរ៉ូម (វិធីនេះបានពង្រាវថ្នាំដែលចូលក្នុងខ្លួនស្ត្រីមាន ប្រសិទ្ធភាពល្អ) ។

បើផ្តល់ម៉ាញ៉េស្យូមសុលហ្វាតតាមសេរ៉ូមរួចហើយត្រូវបន្ថយដំណក់សេរ៉ូមមកត្រឹម២០ដំណក់ក្នុង១នាទី ។

បូមម៉ាញ៉េស្យូមសុលហ្វាត5g(10ml)

ចំនួន២ស៊ីរ៉ាំងរួចចាក់សាច់ដុំត្រគាកទាំងសងខាងរបស់ស្ត្រីដោយម្តូល សម្រាប់ចាក់សាច់ដុំជ្រៅ ។

បើស្ត្រីនៅមានប្រកាច់ទៀតក្រោយពីបានផ្តល់តាមកំរិតខាង លើត្រូវផ្តល់ ២ក្រ $MgSO_4$ (៤ម.លនៃថ្នាំ លាយជាមួយនឹងសូលុយស្យុងសម្រាប់ចាក់ ៦ម.ល) តាមសរសៃយឺតៗ ម្តងទៀត ។

កត់ត្រាអំពីពេល វេលា និងកម្រិតថ្នាំដែលបានផ្តល់ ។

ការព្យាបាលបន្ត :

ផ្តល់ $MgSO_4$ 50% ចំនួន៥ក្រាមចាក់សាច់ដុំ រៀងរាល់៤ម៉ោង ចាក់ប្តូរត្រគៀកម្តងឆ្វេងម្តងស្តាំ រហូត ២៤ ម៉ោងក្រោយសម្រាលឬក្រោយការប្រកាច់ចុងក្រោយ ។

ការតាមដានទឹកនោម :

វាស់បរិមាណទឹកនោម

មុននឹងផ្តល់កម្រិតបន្ទាប់ទៀតត្រូវប្រាកដថា :

- មានរេផ្លិចក្បាលជង្គង់
- បរិមាណទឹកនោមលើសពី១០០ ម.ល ក្នុង៤ម៉ោង
- ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី១២ដងក្នុង១នាទី

មិនត្រូវផ្តល់កម្រិតថ្នាំបន្ទាប់ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយដូចខាងក្រោម :

- គ្មានរេផ្លិចក្បាលជង្គង់
- បរិមាណទឹកនោមតិចជាង១០០ម.ល ក្នុង៤ម៉ោង
- ចង្វាក់ដង្ហើមតិចជាង១២ដងក្នុង១នាទី

ក្នុងករណីស្ត្រីមិនដកដង្ហើមដោយសារ MgSO4 :

- ជួយសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើ Ambu bag និងម៉ាស់
- ផ្តល់ Calcium Gluconate 1g (10 ml នៃសូលុយស្យុង 10%) ចាក់យឺតក្នុងរយៈពេល ១០នាទី

អង់ទីដូត របស់ MgSO4 :

បើស្ត្រីឈប់ដកដង្ហើមផ្តល់ Calcium gluconate 1g (10ml) ចាក់សរសៃយឺតៗក្នុងអំឡុង ពេល ១0 នាទីហើយសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើ Ambu bag និងម៉ាស់ ។

(ប្រតិកម្មថ្នាំរបស់ម៉ាញ៉េស្យូមសុលហ្វាតក្នុងករិតប្រើខាងលើកំរកើតមានណាស់ហើយក្នុងមួយជីវិតនៃអាជីពរបស់អ្នកជំនាញរោគស្ត្រីភាគច្រើនមិនដែលជួបករណីនេះទេ) ។

*** ចំនុចដែលត្រូវពិចារណា នៅពេលផ្តល់ការថែទាំដល់ស្ត្រីដែលបំរុងក្រឡាភ្លើងឬក្រឡាភ្លើង :**

- កុំទុកស្ត្រីឱ្យនៅតែម្នាក់ឯង
- ឱ្យស្ត្រីសំរាកផ្អៀងឆ្វេងនិងការពារកុំឱ្យដួលឬរបួស
- ការពារការខាំអណ្តាត និងធានាការដកដង្ហើម (កុំព្យាយាមស៊កកានុលនៅពេលស្ត្រី កំពុងប្រកាច់)
- មិនត្រូវចាក់ថ្នាំ ម៉ាញ៉េស្យូមសុលហ្វាតលឿនទេព្រោះអាចបណ្តាលឱ្យគាំងដង្ហើមនិងស្លាប់
- បើដង្ហើមយឺត (ចង្វាក់ដង្ហើមតិចជាង១២ដង/នាទី) កើតឡើងក្រោយពីចាក់ MgSO4 ត្រូវបញ្ឈប់ការផ្តល់ MgSO4ទៀត
- កុំផ្តល់ MgSO4 ៥០% តាមសរសៃ ដោយមិនបានលាយជាល្បាយ
- បើការសម្រាលកើតមាន គ្រប់គ្រងដូចការសម្រាលធម្មតា (ទំព័រ ១០៤)
- រក្សាស្ត្រីឱ្យដេកផ្អៀងខាងឆ្វេង ។

<u>កំណត់សម្គាល់</u> : បន្ទាប់ពីទទួលថ្នាំ MgSO4 ស្ត្រីអាចមានអារម្មណ៍ក្តៅអន្ទះអន្ទែង ស្រេកទឹក ឈឺក្បាល ក្អួត ឬចង្អោរ ។

របៀបលាយសូលុយស្យុងម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត

		សូលុយស្យុង MgSO4 50% **: អំពូលចំណុះ១០ម.លមានកំរិតថ្នាំ៥ក្រ**
ចាក់សរសៃ	៥ក្រ	លាយជាមួយសូលុយស្យុងសម្រាប់ចាក់ឱ្យបានគ្រប់ ៣០ម.ល (១០ម.លនៃថ្នាំ+២០ម.ល នៃសូលុយស្យុង)
ចាក់សាច់ដុំ	១០ក្រ	ចាក់សាច់ដុំ (ត្រគាក) ជ្រៅម្ខាង ៥ក្រ ដោយមិនបាច់លាយ
ករណីមានប្រកាច់ម្តងទៀត/ការរក្សាកម្រិតថ្នាំ	២ក្រ	៤ម.លនៃថ្នាំលាយជាមួយនឹងសូលុយស្យុងសម្រាប់ចាក់៦ម.ល ចាក់សរសៃយឺតៗ

ការផ្តល់ថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាមសមស្របក្រោយពីបានផ្តល់ MgSO4 **:**

បើសម្ពាធឈាមអប្បបរមា >100 mmHg :

- ចាក់សរសៃ hydralazine10mg យឺត (៣-៤នាទី) ។ បើមិនអាចចាក់សរសៃបានត្រូវចាក់សាច់ដុំ
- បើក្រោយ៣០នាទីសម្ពាធឈាមអប្បបរមានៅតែ >90 mmHg ត្រូវផ្តល់ថ្នាំដូចខាងលើម្តងទៀតរហូតសម្ពាធឈាមចុះមកត្រឹម 90mmHg សរុបទាំងអស់មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំលើសពី 20mg ទេ ។
- កត់ត្រាពេលវេលានិងកំរិតថ្នាំដែលបានផ្តល់ ។
- សម្រាប់កម្រិតប្រើបន្ត សូមមើលរបៀបគ្រប់គ្រងក្រឡាភ្លើងខាងលើ

១-២-២ ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាល

ការសិក្សាថ្មីៗបានបង្ហាញថា មិនមែនទាល់តែភាពស្លេកស្លាំងខ្លាំងទើបអាច ធ្វើឱ្យស្ត្រីប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់នោះទេ ប៉ុន្តែគ្រប់កំរិតទាំងអស់នៃភាពស្លេកស្លាំងគឺសុទ្ធតែ ធ្វើឱ្យស្ត្រីប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ។ ភាពស្លេកស្លាំងចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានកាត់ បន្ថយលទ្ធភាពរស់រាននៅពេលដែលស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមក្នុងអំឡុងពេលនិងក្រោយពេលសម្រាល ។

ចំពោះទារកអាចបណ្ដាលឱ្យកើតមិនគ្រប់ខែ ឬមានទម្ងន់តិច ហើយប្រឈមនឹងការស្លាប់ ។ នៅលើសកលលោកមាន ២២% នៃមរណភាពមាតា មានទំនាក់ទំនងទៅនឹងភាពស្លេកស្លាំង ។ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលត្រូវបានបញ្ជូនមកមន្ទីរពេទ្យត្រូវពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំង :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	**ពិនិត្យ ស្ដាប់ ស្ទាប**
• តើអ្នកឆាប់អស់កំលាំងឬទេ? • តើអ្នកឆាប់ហត់ (ថប់ៗ) ពេលធ្វើការងារផ្ទះធម្មតាឬទេ?	• វាស់កម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីន • មើលភាពស្លេកស្លាំងនៅនឹងភ្នាសត្របកភ្នែក • មើលភាពស្លេកស្លាំងនៅបាតដៃ (ស្លេកស្លាំងខ្លាំងឬល្មម) • រាប់ចំនួនចង្វាក់ដង្ហើមក្នុង១នាទី

☆ ការវាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពស្លេកស្លាំង

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ :

- វាស់កំរិតអេម៉ូក្លូប៊ីន
- មើលភាពស្លេកស្លាំងនៅភ្នាសត្របកភ្នែកនិងបាតដៃ
- ពិនិត្យមើលបើការចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៣០ដងក្នុង១នាទី
- ផ្ដល់គ្រាប់ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីតហ្វូលិកដល់ស្ត្រីទាំងអស់ដែលមិនមានភាពស្លេកស្លាំង ៩០គ្រាប់ ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ (៦០គ្រាប់ក្នុងពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១ និង៣០គ្រាប់នៅពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះបន្ទាប់) ។ ផ្ដល់ការថែទាំបន្ថែមដូចខាងក្រោមក្នុងករណីស្លេកស្លាំងល្មមនិងស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ :

វាយតម្លៃ/សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	**ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប**
ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ : • អេម៉ូក្លូប៊ីន < ៧ក្រាម និង ឬ • ស្លេកស្លាំងខ្លាំងនៅភ្នាសត្របកភ្នែក និង ឬបាតដៃ	**ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ :** • ផ្ដល់ថ្នាំ ជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលីក ៦០ម.ក្រ ២គ្រាប់ ក្នុង១ថ្ងៃ (១គ្រាប់ពេលបាយព្រឹកនិង១គ្រាប់ទៀតពេលបាយល្ងាច) រយៈពេល៣ខែ

• សញ្ញាណាមួយនៃ : - ចង្វាក់ដង្ហើម លើសពី៣០ដង ក្នុងមួយនាទី - ស្ត្រីងាយអស់កំលាំង - នៅស្ងៀមក៏ហត់	• ផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានសមស្រប(មើលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់) • ផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យលេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា • ប្រសិនបើគភ៌មានអាយុ <៣៦សប្តាហ៍ត្រូវត្រឡប់មកតាមដានវិញរយៈពេលក្រោយព្យាបាលបាន ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកត្រូវតាមដានរាល់៤សប្តាហ៍ម្តងបន្តព្យាបាលឱ្យបាន៣ខែ • ប្រសិនបើគភ៌មានអាយុ ≥៣៦សប្តាហ៍ត្រូវតែសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរហូតទាល់តែដល់ថ្ងៃសម្រាលកូន (មើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក និងអាស៊ីដហ្វូលិកការពារនិងព្យាបាលភាពស្លេកស្លាំង ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងស្ត្រីក្រោយសម្រាល) • ស្ត្រីមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរចាំបាច់ត្រូវបានបញ្ចូលឈាម
ភាពស្លេកស្លាំងតិចទៅមធ្យម : • អេម៉ូក្លូប៊ីន ៧-១១ក្រាម /ដ.ល ឬក៏អេម៉ាតូគ្រីត នៅចន្លោះ២១ % ទៅ៣០ % • ស្លេកស្លាំងល្មមនៅភ្នាសត្របកភ្នែក និងបាតដៃ	**ភាពស្លេកស្លាំងតិចទៅមធ្យម :** • ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលិក ៦០ម.ក្រ ២គ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃ (១គ្រាប់ពេលបាយព្រឹកនិង១គ្រាប់ទៀតពេលបាយល្ងាច) រយៈពេល៣០ថ្ងៃ ហើយត្រលប់មកជួបវិញ២សប្តាហ៍ក្រោយ ។ • ផ្តល់ ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលិក ៦០ម.ក្រ ដូចខាងលើម្តងទៀត រយៈពេល៣ខែប្រសិនបើភាពស្លេកស្លាំងនៅមាន • ផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានសមស្រប (មើលគោលការណ៍ថ្នាក់ជាតិស្តីពីការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់) • ផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យលេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា

១-២-៣ ពិនិត្យរកជំងឺស្វាយនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាល

ធ្វើតេស្តរកជំងឺស្វាយគ្រប់ស្ត្រីមកពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១ និង ពិនិត្យស្ថានភាពស្ត្រីរាល់ពេលមកពិនិត្យ ។

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប
• តើអ្នកបានធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះនេះឬទេ ? • តើអ្នកឬដៃគូរបស់អ្នកធ្លាប់បានព្យាបាលរោគស្វាយដែរឬទេ ? • តើអ្នកធ្លាប់ប្រតិកម្មជា មួយថ្នាំ penicilline ឬទេ?	• បើមិនធ្លាប់ធ្វើតេស្តត្រូវធ្វើតេស្តរហ័ស រកមេរោគស្វាយ (បើគ្មានត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងដែលមានធ្វើតេស្តនិងទទួលការព្យាបាល)

☆ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺស្វាយ

- ផ្តល់ព័ត៌មានពីសារៈប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយ
- ពិនិត្យរកមើលដំបៅឬពងបែកលើប្រដាប់បន្តពូជ
    - បើមានដំបៅឬពងបែកត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងថែទាំព្យាបាលការបង្ករោគតាមការរួមភេទនិងប្រដាប់បន្តពូជ
    - គ្មានដំបៅឬពងបែកត្រូវធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគស្វាយ
- ជោះឈាមពីចុងម្រាមដៃ ដើម្បីធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយ ដោយប្រើតេស្ត Treponema-specific rapid diagnosis RPR test (RDT) " Bioline"
    - ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថាស្ត្រីនោះគ្មានមេរោគស្វាយទេ
    - បើតេស្តរហ័សវិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្ត RPR(qualitative) ដើម្បីបញ្ជាក់ឱ្យដឹងថាជាជំងឺស្វាយដែលទើបនឹងឆ្លងថ្មីៗដោយបូមឈាម ៥ ម.លរួចបញ្ជូនទៅមន្ទីរពិសោធន៍
    - ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្ត (qualitative) អវិជ្ជមាន នោះអាចបញ្ជាក់បានថាជំងឺស្វាយដែលបានរកឃើញជាជំងឺស្វាយដែលកើតមានពីមុនមកនិងបានទទួលការព្យាបាលរួចហើយ ។
    - ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន RPR(qualitative)បញ្ជាក់ថាជំងឺស្វាយនោះទើបតែឆ្លងថ្មីៗ

ហើយអាចមិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលនៅឡើយ ដូច្នេះត្រូវព្យាបាលភ្លាម១ ជាពិសេសការព្យាបាលនេះគប្បីផ្តល់ដោយមន្ត្រីសុខាភិបាលនៅផ្នែកពិនិត្យផ្ទៃពោះ(ANC Service) ។ ចាក់សាច់ដុំ Benzathine Penicillin G 2.4million unit តែម្តងគត់ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ដែលគ្មានរោគសញ្ញា ប៉ុន្តែមានលទ្ធផលតេស្ត RPR វិជ្ជមាន ។ ចំពោះស្ត្រីដែលមានជំងឺស្វាយដំណាក់កាលដំបូង (មានដំបៅលើប្រដាប់បន្តពូជ) និងជំងឺស្វាយដំណាក់កាលទី២ត្រូវព្យាបាលតាមរូបមន្តដូចគ្នានេះដែរ ។ករណីប្រតិកម្មជាមួយពួក Penicillin ត្រូវប្រើថ្នាំ Erytromycin ៥00 mg លេប៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ (សម្រាប់ព័ត៌មានលំអិតនិងការពិនិត្យតាមដានសូមមើលនិយាមបែបបទសម្រាប់ធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាលខែកក្កដា ឆ្នាំ២00៨) ។

- ណែនាំស្ត្រីឱ្យនាំដៃគូមកធ្វើតេស្ត រកមេរោគស្វាយនិងទទួលការព្យាបាល
- អប់រំឱ្យប្រើប្រាស់ស្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវនូវរាល់ពេលរួមភេទ ដើម្បីការពារនូវការឆ្លងរោគសារជាថ្មី ។

ចំពោះមន្ទីរពេទ្យដែលមិនទាន់មានសេវាត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅទទួលការព្យាបាលនៅកន្លែងដែលមានសេវា ។

១-២-៤ ពិនិត្យរកស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងជំងឺអេដស៍

សេវាបង្ការនិងថែទាំនៃកម្មវិធី PMTCT ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងសេវាថែទាំសុខភាពមាតានិងទារក និងសេវា HIV AIDS ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ស្ត្រីអាចមកទទួលបាននូវសេវាសុខភាព និងដើម្បីកាត់បន្ថយភាពរើសអើងនិងមាក់ងាយ ។ គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ដែលមកទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះគួរ ទទួលបាននូវការពិគ្រោះពិភាក្សាដោយរក្សាការសម្ងាត់និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដែលជា ផ្នែកមួយនៃសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ ហើយគួរធ្វើនៅក្នុងពេលពិនិត្យលើកដំបូង ។ អ្នកផ្តល់ការពិគ្រោះ ពិភាក្សាគួរលើកទឹកចិត្តដល់ដៃគូស្ត្រី (ជាពិសេសស្ត្រីដែលរកឃើញមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ស្ត្រីដែល មានជំងឺកាមរោគ និងស្ត្រី ឬដៃគូដែលធ្លាប់មានឥរិយាបថប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់) ដើម្បីចូលរួមពិគ្រោះពិភាក្សានិងការធ្វើតេស្តឈាមដោយសម្ងាត់ ។

ស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលមិនដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅពេលសម្រាល គួរបានទទួលការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការធ្វើតេស្តក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ។ ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ជាប្រចាំក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះប៉ុន្តែស្ត្រីក៏អាចបដិសេធបានដែរ ។

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា

ព័ត៌មានទូទៅ

- សួរពីចំណេះដឹងរបស់ស្ត្រីអំពីមេរោគអេដស៍ របៀបឆ្លង និងការបញ្ជូនដើម្បីធ្វើតេស្ត
- ផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីមេរោគអេដស៍និងផលប្រយោជន៍នៃការដឹងពីស្ថានភាពស្ត្រី បន្ទាប់មកសួរ : តើអ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ឬទេ?

  <u>បើមិនធ្លាប់ទេ</u> : ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដល់ស្ត្រីពីផលប្រយោជន៍នៃការដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងលើកទឹកចិត្តនាងឱ្យធ្វើតេស្ត ។

  <u>បើធ្លាប់ធ្វើ</u> : ពិនិត្យលទ្ធផលតេស្ត (ពន្យល់ស្ត្រីថាគាត់មានសិទ្ធិមិនបង្ហាញពីលទ្ធផល)

  ក្នុងករណីលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមានត្រូវសួរ : តើអ្នកមានប្រើថ្នាំ ARVឬទេ? បើមានប្រើ ពិនិត្យពីការព្យាបាលដោយ ARV ហើយសួរស្ត្រីថាតើដៃគូរបស់អ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តដែរឬទេ?
- សួរស្ត្រីថា : តើអ្នកមានបញ្ហាផ្សេងទៀតឬទេ?

ការពិគ្រោះពិភាក្សាមុនតេស្ត : ប្រធានបទដែលត្រូវពិគ្រោះពិភាក្សាមាន :

- ព័ត៌មានជាមូលដ្ឋានអំពី HIV/ AIDS រួមមានការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍
- ផលប្រយោជន៍នៃការពិគ្រោះពិភាក្សានិងតេស្តរកមេរោគអេស៍ជាប្រចាំ(សម្គាល់ :បុគ្គលម្នាក់ៗអាចបដិសេធន៍មិនធ្វើតេស្ត) និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ឥតគិតថ្លៃ
- ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍និងជម្រើសនៃការកាត់បន្ថយការឆ្លង
- ការឆ្លងពីម្តាយទៅកូននិងជម្រើសនៃការបង្ការរួមទាំងជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមកូន
- ការធ្វើតេស្តដោយរក្សាការសម្ងាត់ ។ លទ្ធផលតេស្តគឺត្រូវបានរក្សាជាការសម្ងាត់និងមិនត្រូវបានចែករំលែកឱ្យនណាម្នាក់ក្រៅពីបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលពាក់ព័ន្ធផ្ទាល់ក្នុងការផ្តល់សេវាជាមួយនឹងអ្នកជំងឺដឹងឡើយ ។
- ទាក់ទងនឹងលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមានឬអវិជ្ជមានត្រូវពន្យល់ពីរយៈពេលចំហរ (Window peroid)
- សារៈសំខាន់នៃការលាតត្រដាងលទ្ធផលតេស្ត
- កន្លែងដែលមានសេវាព្យាបាលនិងគាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។

ការពិគ្រោះពិភាក្សាក្រោយតេស្ត

តេស្ត HIV អវិជ្ជមាន :

- ប្រាកដថាស្ត្រីយល់ច្បាស់អំពីរយៈពេលចំហរនិងផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យធ្វើតេស្តម្តងទៀតពាក់ខែក្រោយបើស្ត្រីទើបមានការប្រឈមមុខឬប៉ះពាល់ថ្មីៗ
- ពិនិត្យឡើងវិញនូវវិធានការបង្ការរបស់ស្ត្រីក្នុងការកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍នាពេលអនាគត
- សួរការយល់ឃើញរបស់ស្ត្រីអំពីឥរិយាបថរបស់ប្តីឬដៃគូនិងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេសដ៍។ បើស្ត្រីយល់ថាប្តីឬដៃគូអាចឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬមានឥរិយាបថប្រឈមមុខខ្ពស់ត្រូវផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យប្តីឬដៃគូធ្វើតេស្តឈាម
- ពន្យល់អំពីការប្រឈមមុខខ្ពស់ក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទៅកូន បើម្តាយមានផ្ទុកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះឬពេលបំបៅកូនដោយទឹកដោះនិងវិធីកាត់បន្ថយការប្រឈមនិងការឆ្លងមេរោគអេដស៍
- ប្រាប់ស្ត្រីថា ការពិគ្រោះពិភាក្សាអាចផ្តល់បន្ថែមទៀតបើចាំបាច់។

តេស្ត HIV វិជ្ជមាន :

ក្នុងអំឡុងការពិគ្រោះពិភាក្សាក្រោយតេស្តសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានលទ្ធផលវិជ្ជមានបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ អ្នកផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាត្រូវ :

- ពន្យល់អំពីអត្ថន័យនៃលទ្ធផលតេស្តនិងស្តាបស្ទង់មើលអារម្មណ៍របស់ស្ត្រី
- ឆ្លើយនូវរាល់សំណួរឬការបារម្ភណ៍ណាមួយរបស់ស្ត្រីដែលទាក់ទងទៅនឹងលទ្ធផលតេស្ត
- ពិគ្រោះពិភាក្សាជាមួយស្ត្រីអំពីវិធីដែលអាចដោះស្រាយនូវបញ្ហាឬការបារម្ភណ៍ទាំងនេះ
- ពិគ្រោះពីអន្តរាគមន៍នានាក្នុងការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននិងផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសេវា OI/ART ដែលមាន និងសេវា PMTCT ឬ បញ្ជូនទៅគ្លីនិក OI/ART ដែលនៅជិតបំផុត ដើម្បីធ្វើតេស្ត CD4 ។ការធ្វើតេស្ត CD4 នេះដើម្បីកំណត់ថាស្ត្រីសមស្របនឹងប្រើ ART ឬ ARV ដើម្បីបង្ការនិងដើម្បីចុះឈ្មោះស្ត្រីទៅក្នុងការថែទាំបន្ត (CoC)
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យទាក់ទងនឹងអង្គការដែលធ្វើការនៅក្នុងសហគមន៍របស់គាត់ (CBO) ដើម្បីទទួលបាននូវការគាំទ្រនិងជំនួយក្នុងការធ្វើដំណើរ។
- ពន្យល់ពីសារៈសំខាន់នៃការសម្រាលប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនិងជួយអតិថិជនឱ្យរៀបចំផែនការ

សម្រាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលនៅទីនោះមានការព្យាបាលនិងសម្ភារៈចាំបាច់សម្រាប់ការជួយសង្គ្រោះ - ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ។ - ពិភាក្សាអំពីផលប្រយោជន៍និងការប្រឈមមុខក្នុងការលាតត្រដាងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍និង លើកទឹកចិត្តដៃគូនិងកូនរបស់ស្ត្រីទៅទទួលការពិគ្រោះពិភាក្សានិងធ្វើតេស្ត ។ - ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីរបៀបរស់នៅជាមួយនឹងការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត) - ផ្តល់ព័ត៌មានស្តីពីការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ។ - ពន្យល់អំពីជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមទារកនិងសេវាដែលត្រូវមកតាមដានបន្ត ។

☆ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនិងការអប់រំ

ការគ្រប់គ្រង :

- ពិនិត្យរកសញ្ញានិងរោគសញ្ញានៃជំងឺកាមរោគនិងអេដស៍
- បើអាចធ្វើតេស្តបាន ត្រូវធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍បើមិនទាន់បានធ្វើក្នុងពេលផ្ទៃពោះនេះ (ឬបញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងដែលមានសេវា PMTCT ដែលអាចធ្វើតេស្តបាន ។

ប្រសិនបើស្ត្រីមានសញ្ញាឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	**ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប**
- តើអ្នកស្រកទម្ងន់ ឬទេ? - តើអ្នកមានក្តៅខ្លួនឬទេ? បើក្តៅ តើក្តៅប៉ុន្មានថ្ងៃហើយ? - តើអ្នកមានរាកឬទេ? (រាករហូតឬរាកបាត់១) - តើរាកប៉ុន្មានថ្ងៃហើយ? - តើអ្នកមានក្អកឬទេ? បើមានតើក្អកប៉ុន្មានថ្ងៃហើយ?	• ពិនិត្យលើការចុះស្គមខ្លាំង • ពិនិត្យរកដំបៅនិងផ្សិតស១ក្នុងមាត់ • ពិនិត្យស្បែក : - មានកន្ទួល - ពងបែកតាមបណ្តោយឆ្អឹងជំនីមួយចំហៀងខ្លួន (រើម)

☆ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនិងអប់រំ

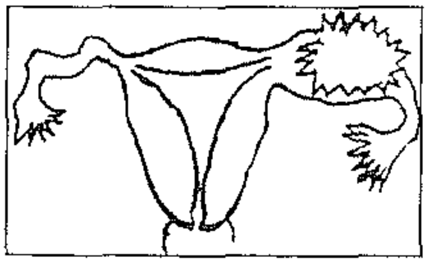
ស្ត្រីទំនងជាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (បើមានរោគសញ្ញាពីរក្នុងចំណោមសញ្ញាទាំងនេះ ស្រកទម្ងន់ គ្រុនក្តៅ និងរាកលើសពី ១ខែ)

- ណែនាំអំពីការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សា
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមមានការប្រើស្រោម
- ធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍ ក្នុងករណីដែលស្ត្រីមិនបានធ្វើតេស្តនៅពេលមានផ្ទៃពោះលើកនេះទេ ឬបញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងមានសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនដែលអាចធ្វើតេស្តបាន ។

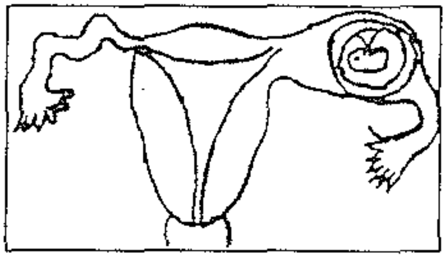
១-២-៥ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្នុងពេលដែលគភ៌នៅតូច

ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្នុងពេលគភ៌នៅតូច គឺជាការធ្លាក់ឈាមដែលកើតឡើងនៅក្នុងអំឡុងពេល២២សប្តាហ៍នៃគភ៌ ។

គភ៌ក្រៅស្បូន គឺជាការតាំងនៅនៃពងដែលបង្កកំណើតនៅខាងក្រៅស្បូន ដែលភាគច្រើនកើតមាននៅដៃស្បូន ។ នៅពេលដែលរកមូលហេតុនៃការធ្លាក់ឈាមចំពោះស្ត្រីគភ៌នៅតូចដែលមានភាពស្លេកស្លាំង ជំងឺរលាកអាងត្រគាក គំរាមរលូត និងឈឺពោះមិនធម្មតាត្រូវគិតដល់គភ៌ក្រៅស្បូន ។



គភ៌ក្រៅស្បូនធ្លាយ/បែក



គភ៌ក្រៅស្បូនមិនទាន់ធ្លាយ/បែក

ការរលូតកូន ត្រូវគិតទៅដល់ការរលូតកូនចំពោះស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលបាត់រដូវ (រយៈពេលឈាមរដូវលើសពី១ខែគិតចាប់តាំងពីឈាមរដូវលើកមុន) ហើយមានសញ្ញាយ៉ាងតិចមួយដូចជា : ធ្លាក់ឈាម ឈឺពោះ ធ្លាក់បំណែកខ្លះនៃគភ៌ មាត់ស្បូនបើក ទំហំស្បូនតូចជាងអាយុគភ៌ ។

- **ការរលូតដោយឯកឯង** ជាការបាត់បង់គភ៌មុនពេលដែលទារកក្នុងផ្ទៃមានអាយុអាចបន្តជីវិតបាន (២២អាទិត្យនៃអាយុគភ៌) ។

  ដំណាក់កាលនៃការរលូតដោយឯកឯងមានដូចតទៅ :

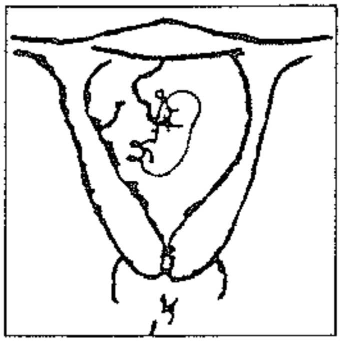
  - គំរាមរលូត (គភ៌អាចនៅបន្ត)
  - រលូតមិនអាចជៀសវាងបាន (គភ៌មិនអាចនៅបន្តទៀតបាន ហើយនឹងមានការរលូតមិនពេញលេញ/ពេញលេញ)
  - ការរលូតមិនពេញលេញ (ធ្លាក់ចេញបំណែកនៃគភ៌)
  - ការរលូតពេញលេញ (ធ្លាក់ចេញទាំងស្រុងនៃគភ៌)

- **ការរលូតដែលមិនបានដឹង** គភ៌មិនមានជីវិតតទៅទៀត (មិនមានចង្វាក់បេះដូងទារក) ទំហំស្បូនតូចធៀបទៅនឹងអាយុកូន ស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមតិចតួចឬគ្មានធ្លាក់ មាត់ស្បូនបិទជិត ។

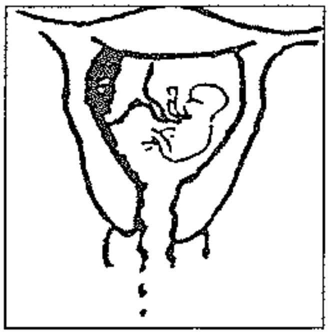
- **ការរំលូត** គឺជាការបញ្ចប់គភ៌តាមវិធីវេជ្ជសាស្ត្រឬតាមវិធីណាមួយនៅមុនពេលដែលទារកមានអាយុអាចបន្តជីវិតបាន (២២អាទិត្យនៃអាយុគភ៌) ។

- **ការរំលូតគ្មានសុវត្ថិភាព** គឺជាទម្រង់ការដែលធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានជំនាញចាំបាច់ឬក្នុងបរិយាកាសមួយដែលមិនសមស្របតាមស្តង់ដារវេជ្ជសាស្ត្រអប្បបរមាឬខ្វះទាំងពីរ ។

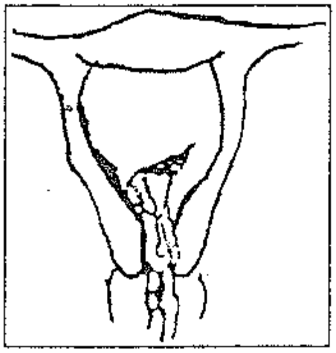
- **ការរលូត/ រំលូត ដែលមានការក្លាយរោគក្នុងឈាម** គឺការរលូត/រំលូតដែលមានផលវិបាកកើតឡើងដោយការបង្ករោគ ។ ការក្លាយរោគក្នុងឈាមនេះ អាចបណ្តាលមកពីការឆ្លងរោគតាមផ្លូវបន្តពូជផ្នែកខាងក្រោមដែលកើតមានក្រោយពីការរលូតឯកឯងឬការរំលូតដោយគ្មានសុវត្ថិភាព ។ ការក្លាយរោគនេះកើតមានឡើងពេលដែលមានសល់បំណែកនៃគភ៌នៅខាងក្នុងស្បូនហើយយឺតយ៉ាវក្នុងការយកចេញ ឬជាញឹកញាប់ដោយសារការប្រើប្រាស់សម្ភារៈមិនស្អាត ។



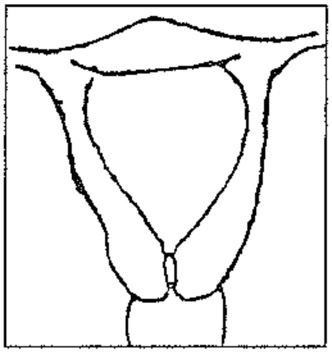
ការគំរាមរលូត



ការរលូតមិនអាចជៀសវាងបាន



ការរលូតមិនពេញលេញ



ការរលូតពេញលេញ

- **កូនពង** កើតឡើងដោយការវិវឌ្ឍន៍មិនធម្មតានៃ Chorionic villi ។ ត្រូវវាយតម្លៃ និង គ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានធ្លាក់ឈាមនៅពេលគភ៌នៅតូចដូចខាងក្រោម :

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ (គ្រប់ករណី)

- វាយតម្លៃស្ថានភាពទូទៅរបស់ស្ត្រីភ្លាមៗ
- បើសង្ស័យថាមាន shock ត្រូវធ្វើការព្យាបាលភ្លាមៗ
- ប្រសិនបើស្ត្រីស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាព shock ត្រូវគិតដល់ការបែកដៃស្បូននៃគភ៌ក្រៅស្បូន
- វាយតម្លៃប្រសិនបើស្ត្រីត្រូវបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ និងចាប់ផ្តើមបញ្ចូលសេរ៉ូម (ទំព័រ២៥៤)
- វាយតម្លៃតាមរយៈការពិនិត្យអេកូបើចាំបាច់
- ពិចារណាពីការប្រើ antibiotic បើចាំបាច់ទៅតាមស្ថានភាពរបស់ស្ត្រី

វាយតម្លៃ/សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប
គំរាមរលូត : • ធ្លាក់ឈាមតិចៗ • មាត់ស្បូនបិទ • ស្បូនមានទំហំសមស្របទៅនឹងអាយុគភ៌	**គំរាមរលូត :** • ការព្យាបាលតាមវេជ្ជសាស្ត្រមិនជាការចាំបាច់ • អប់រំស្ត្រីចៀសវាងធ្វើការងារធ្ងន់ និងរួមភេទ ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់សំរាកស្មៀមទេ • បើឈប់ធ្លាក់ឈាមត្រូវមកពិនិត្យតាមដានផ្ទៃពោះបន្ត • បើឈាមនៅតែធ្លាក់ ត្រូវវាយតម្លៃថាតើទារកក្នុងផ្ទៃនៅមានជីវិតឬទេ (អេកូ) - បើនៅមានជីវិត ត្រូវសម្រាកដើម្បីតាមដានបន្ត - បើទារកស្លាប់ ត្រូវធ្វើការសំអាតស្បូន (ជំពូកទី ៤.)
ការរលូតមិនអាចចៀសវាងបាន : • ធ្លាក់ឈាមច្រើន • មាត់ស្បូនបើក • ស្បូនមានទំហំសមស្របទៅនឹងអាយុគភ៌	**ការរលូតមិនអាចចៀសវាងបាន :** • បើអាយុផ្ទៃពោះតិចជាង១២សប្តាហ៍សម្អាតស្បូនដោយប្រើស៊ីរ៉ាំងបូមដោយដៃ(MVA) • បើផ្ទៃពោះអាយុពី ១២-១៨សប្តាហ៍ត្រូវធ្វើការសម្អាតស្បូនដោយប្រើសំភារៈ (instrumental evacuation) • បើអាយុផ្ទៃពោះលើសពី១៨សប្តាហ៍ត្រូវរង់ចាំការធ្លាក់ចេញមកក្រៅដោយឯកឯង (មើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការថែទាំក្រោយរលូត/រំលូត) • តាមដានស្ត្រីក្រោយទម្រង់ការនិងការព្យាបាល ។
ការរលូតមិនពេញលេញ : • ធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ • មាត់ស្បូនចំហ • ទំហំស្បូនតូចជាងអាយុគភ៌	**ការរលូតមិនពេញលេញ :** • ប្រើស៊ីរ៉ាំងបូមដោយដៃដើម្បីសម្អាតស្បូន(មើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការថែទាំក្រោយរលូត/រំលូត) • តាមដានស្ត្រីក្រោយការព្យាបាល ។

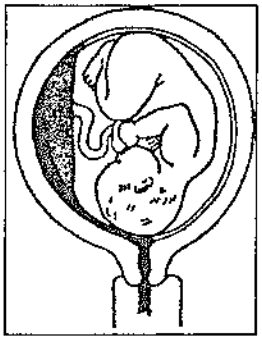
ការរលូតពេញលេញ : • ធ្លាក់ឈាមតិច១ • មាត់ស្បូនបិទ • ទំហំស្បូនតូចជាងអាយុនៃគភ៌ • ស្បូនទន់ជាងធម្មតា	**ការរលូតពេញលេញ :** • ការសម្អាតស្បូនមិនសុទ្ធតែចាំបាច់ធ្វើទេ • ត្រូវសង្កេតរកការធ្លាក់ឈាមខ្លាំង • តាមដានស្ត្រីក្រោយការព្យាបាល ។
ការរលូតដែលមិនបានដឹងជាមុន : • មិនមាន ឬមានធ្លាក់កករឈ្លោកតិច១ (ពណ៌ឈាមជ្រូក) • គ្មានការឈឺចាប់ • មាត់ស្បូនបិទជិត • ស្បូនតូចធៀបនឹងអាយុនៃគភ៌	**ការរលូតដែលមិនបានដឹងជាមុន :** • ផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកស្មារតី • ពិគ្រោះពិភាក្សាជាមួយស្ត្រីពីតម្រូវការនៃការសម្អាតស្បូននិងធ្វើការសម្អាតស្បូន • ប្រសិនបើរោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់តាមរយៈការធ្វើអេកូសាស្ត្រ ត្រូវពិចារណាពីការសម្អាតស្បូនដោយបើកមាត់ស្បូននិងសម្អាត (D &C) • តាមដានស្ត្រីក្រោយការព្យាបាល ។
គភ៌ក្រៅស្បូន : • ធ្លាក់ឈាមតិច១ • ឈឺពោះ • មាត់ស្បូនបិទ • ស្បូនធំជាងធម្មតាបន្តិច • ស្បូនទន់ជាងធម្មតា • ពោះឡើងតឹង • ឈឺពោះពេលដកដៃចេញ (Rebound tenderness) • ស្តុក (គភ៌ក្រៅស្បូនបែក)	**គភ៌ក្រៅស្បូន :** - ត្រូវធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព - ធ្វើ Cross match - ត្រៀមអ្នកផ្តល់ឈាម - រៀបចំធ្វើការវះកាត់ជាបន្ទាន់ដោយមិនរង់ចាំឈាម ។

កូនពង :	កូនពង :
• ក្អួតខ្លាំង • ធ្លាក់ឈាមល្មមឬខ្លាំង • មាត់ស្បូនបិទឬបើក • ទំហំស្បូនធំជាងអាយុនៃគភ៌ • ស្បូនទន់ជាងធម្មតា • មានធ្លាក់ចេញបំណែកខ្លះនៃជាលិកាកូនពង (ដូចជាផ្លែទំពាំងបាយជូរ)	- ត្រូវធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព - ត្រៀមអ្នកផ្តល់ឈាម - បើរោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់ថាជាកូនពងត្រូវសម្អាតស្បូនដោយប្រើស៊ីរ៉ាំងបូមដោយដៃ - ផ្តល់ Oxytocine 20 IU ក្នុងសេរ៉ូម១លីត្រ Normal saline or Ringer lactate) ក្នុង ល្បឿន៦០ ដំណក់ក្នុង១នាទីដើម្បីការពារការធ្លាក់ឈាមក្នុងពេលកំពុងធ្វើការសម្អាត - ណែនាំឱ្យស្ត្រីប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដើម្បីបង្ការការមានផ្ទៃពោះ ការវះចងដៃស្បូនអាចនឹងផ្តល់ដល់ស្ត្រីដែលមានកូនគ្រប់ចំនួនតាមបំណង - តាមដានស្ត្រីរៀងរាល់ ៨សប្តាហ៍ម្តងក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំយ៉ាងតិចដោយធ្វើតេស្តទឹកនោម (Pregnancy test) - ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តនៅតែវិជ្ជមានក្រោយ៨សប្តាហ៍ ឬត្រឡប់មកវិជ្ជមានវិញក្នុងអំឡុងឆ្នាំទី១ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីជាបន្ទាន់ទៅមន្ទីរពេទ្យ កម្រិតព ដើម្បីតាមដានបន្ត និងគ្រប់គ្រង Choriocarcinoma

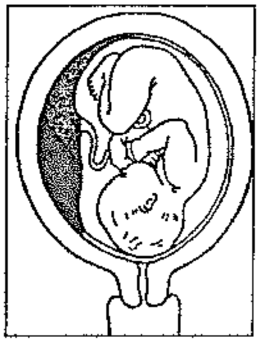
១-២-៦ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលគភ៌មានអាយុច្រើន និងពេលឈឺពោះសម្រាល

ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសពេលគភ៌មានអាយុច្រើន គឺជាការធ្លាក់ឈាមដែលកើតមានឡើងក្រោយអាយុ២២សប្តាហ៍នៃគភ៌ ។ មូលហេតុអាចមកពីការរបើកសុកមុនសម្រាល របែកស្បូន និងសុកពាំងមាត់ស្បូន មូលហេតុទាំងបីយ៉ាងនេះអាចមានករណីស្មុគមកជាមួយ ។

សុករបើកមុនសម្រាល គឺជាការ របើកពីទីតាំងធម្មតារបស់សុកចេញពីស្បូនមុនសម្រាលដែលសម្គាល់ដោយការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយ២២សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌ និងមានការឈឺពោះម្តងៗ ឬឈឺជាប់រហូត ។



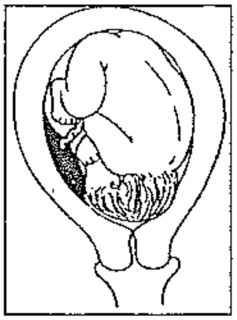
ការរបើកសុកមានឈាមធ្លាក់ចេញមកក្រៅ



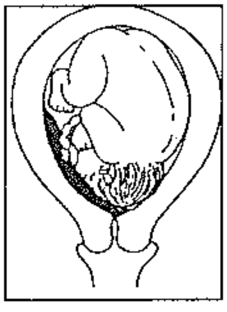
ការរបើកសុកមានឈាមដក់នៅក្នុង

រហែកស្បូន គឺសម្គាល់បានដោយមានការហូរឈាមដក់ក្នុងពោះ និង/ឬ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស និងមានការឈឺពោះខ្លាំង ហើយអាចថយចុះនៅក្រោយពេលរហែក ។

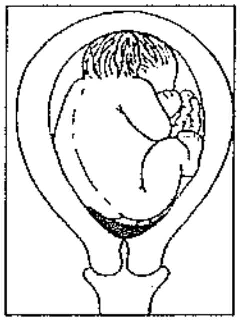
សុកពាំងមាត់ស្បូន គឺជាការតាំងនៅរបស់សុកនៅនឹងមាត់ស្បូនឬ ក្បែរមាត់ស្បូនហើយសម្គាល់ដោយការធ្លាក់ឈាមក្រោយ២២សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌ ។



សុកពាំងក្បែរមាត់ស្បូន



សុកពាំងផ្នែកខ្លះនៃមាត់ស្បូន



សុកពាំងនៅចំមាត់ស្បូន

វាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសនៅពេលគភ៌មានអាយុច្រើន (លើសពី២២សប្តាហ៍) និងពេលសម្រាលដូចតទៅ :

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ :

- ហៅរកជំនួយជាបន្ទាន់ពីបុគ្គលិកដែលនៅជិត
- វាយតម្លៃយ៉ាងរហ័សនូវសភាពទូទៅរបស់ស្ត្រី រួមទាំងសញ្ញាជីវិត (ជីពចរ សម្ពាធឈាម ចង្វាក់ដង្ហើម និងសីតុណ្ហភាព)
- **មិនត្រូវធ្វើការលូកពិនិត្យទ្វារមាស** (ព្រោះអាចនាំឱ្យធ្លាក់ឈាមកាន់តែខ្លាំងថែមទៀត)
- បើសង្ស័យថាមានស្លុក ចាប់ផ្តើមធ្វើការព្យាបាលភ្លាម
- ចាប់ផ្តើមចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ (ទំព័រ២៥៤)
- បើអាចធ្វើបាន ត្រូវវាយតម្លៃតាមរយៈការពិនិត្យអេកូសាស្ត្រ

ការវាយតម្លៃ/សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	**ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប**
ការរបើកសុក : • ធ្លាក់ឈាមក្រោយ២២សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌ (ឈាមអាច នៅក្នុងស្បូន) • ឈឺពោះម្តងៗ ឬឈឺជាប់ • ស្លុក • ស្បូនរឹងជាប់ • ចលនាទារកចុះខ្សោយឬគ្មាន • កូនខ្សោយឬមិនឮចង្វាក់បេះដូង	**ការរបើកសុក :** • ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព • វាយតម្លៃស្ថានភាពកំណក ឈាមដោយធ្វើ Bedside clotting test (ទំព័រ ៣០៣) ក្រោយពី៧នាទីឈាមមិនកក ឬកំណកឈាមទន់ងាយនឹងបែកបានន័យថាស្ត្រីមានបញ្ហាកំណកឈាម (Coagulo pathy) រៀបចំអ្នកផ្តល់ឈាម • បញ្ចូលឈាមបើចាំបាច់ (ល្អបំផុតឈាម ស្រស់) • បើធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ (ធ្លាក់ចេញក្រៅឬនៅក្នុងពោះ) ត្រូវពិចារណាពីការសម្រាលកូនឱ្យបានឆាប់បំផុតដែលអាចធ្វើទៅបាន : - បើមាត់ស្បូនបើកអស់សម្រាលដោយការបូម - បើការសម្រាលតាមទ្វារមាសមិនទាន់កើតមានត្រូវសម្រាលដោយវះកាត់ • បើការធ្លាក់ឈាមមានតិចតួចឬល្មម (ស្ត្រីមិនឋិតនៅក្នុងសភាពគ្រោះថ្នាក់ភ្លាមៗទេ) ការធ្វើអន្តរាគមន៍ត្រូវផ្អែកទៅលើចង្វាក់បេះដូងទារក :

	- ចង្វាក់បេះដូងទារកធម្មតា(សុករបើកតិចតួច) : ត្រូវបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះដោយទំពក់ ឬ Kocher + បើការកន្ត្រាក់ស្បូនមានតិចតួចត្រូវបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយ Oxytocine + បើមាត់ស្បូនមិនអំណោយផល (រឹង ក្រាស់ បិទជិត) ត្រូវធ្វើការវះយកកូន (ទោះបីជាទារកស្លាប់ក៏ដោយ) - បើចង្វាក់បេះដូងទារកមិនធម្មតាតិចជាង១២០ឬច្រើនជាង១៦០ក្នុង១នាទី : + ធ្វើការសម្រាលតាមទ្វារមាសឱ្យបានរហ័ស + បើការសម្រាលតាមទ្វារមាសមិនអាចធ្វើទៅបាន ត្រូវសម្រាលដោយវះយកកូន
រហែកស្បូន : • ហូរឈាម(ដក់ក្នុងពោះ និង ឬធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស) • ឈឺពោះខ្លាំង (អាចថយចុះនៅក្រោយពេលរហែក) • ស្ទុក • ពោះប៉ោងតឹង • ទ្រង់ទ្រាយស្បូនមិនធម្មតា • ស្ទាបប៉ះកូននៅក្រោមស្បែកពោះម្តាយ • ទារកគ្មានចលនានិងចង្វាក់បេះដូង • ម្តាយមានជីពចរញាប់	**រហែកស្បូន :** • ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព • ត្រៀមអ្នកផ្តល់ឈាម • បង្គ្រប់បរិមាណឈាមដោយបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃមុនវះកាត់ (Normal saline or Ringer lactate) • នៅពេលដែលស្ថានភាពស្ត្រីមានលំនឹងត្រូវវះបើកពោះយកកូននិងសុកចេញជាបន្ទាន់ • ដេរជួសជុលស្បូន ប្រសិនបើស្បូនមិនរហែកច្រើន បំណែកនិងការរហែកស្បូនមានរយៈពេលតិចជាង៦ ម៉ោង • បើស្បូនមិនអាចដេរជួសជុលបានត្រូវកាត់ស្បូនចេញមួយផ្នែក (Sub-Total Hysterectomy)

សុកពាំងមាត់ស្បូន :	សុកពាំងមាត់ស្បូន :
• ធ្លាក់ឈាមក្រោយ២២សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌ • ស្លុក • អាចធ្លាក់ក្រោយការរួមភេទ • ស្បូនមិនកន្ត្រាក់ • ភាពបង្ហាញនៃទារកមិនឃើញមាននៅក្នុងឆ្អឹង អាងត្រគាក /ផ្នែកខាងក្រោមនៃស្បូនទទេ • កូនមានសភាពធម្មតា	• មិនត្រូវលូកពិនិត្យទ្វារមាសទេ លើកលែងតែមានការរៀបចំវះយកកូនជាបន្ទាន់ • ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព ត្រៀមអ្នកផ្តល់ឈាម • corticosteroid ត្រូវបានផ្តល់ដល់ម្តាយដើម្បីឱ្យសួតរបស់ទារកមានភាពចំណាស់(maturity) ប្រសិនបើទារកអាយុតិចជាង៣៤សប្តាហ៍ពេញ • បង្គ្រប់បរិមាណឈាមដោយចាក់សេរ៉ូម • វាយតម្លៃបរិមាណឈាមដែលធ្លាក់ : - បើការធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរនិងបន្តរៀបចំវះយកកូនដោយមិនគិតពីអាយុទារកគ្រប់ខែ ឬមិនគ្រប់ខែ) - បើ ការធ្លាក់ឈាមតិចតួច ហើយទារកនៅរស់ប៉ុន្តែមិនទាន់គ្រប់ខែ ត្រូវពិចារណាពីការថែទាំគភ៌រហូតដល់គ្រប់ខែឬបើមានធ្លាក់ឈាមខ្លាំង ▪ ឱ្យស្ត្រីសម្រាកពេទ្យរហូតដល់សម្រាលកូន ▪ ព្យាបាលភាពស្លេកស្លាំងដោយថ្នាំគ្រាប់ជាតិដែក/អាស៊ីតហ្វូលិក ៦០ម.ក្រលេបរាល់ថ្ងៃរយៈពេល៦ខែ ▪ ត្រូវប្រាកដថាមានឈាមត្រៀមទុកនៅពេលដែលត្រូវការ ▪ ប្រសិនបើមានធ្លាក់ឈាមទៀតត្រូវសម្រេចអំពីការគ្រប់គ្រងដែលត្រូវធ្វើដោយថ្លឹងថ្លែងអំពីផលប្រយោជន៍និងការប្រឈមមុខរវាងម្តាយនិងទារកក្នុងផ្ទៃអំពីការថែទាំ គភ៌រហូតដល់គ្រប់ខែនិងការសម្រាល ភ្លាម១។

១-២-៧ ការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលគ្រុនក្តៅអំឡុងពេលមានគភ៌និងពេលឈឺពោះសម្រាល

គ្រុនក្តៅ(សីតុណ្ហភាព38°Cឬលើស) អំឡុងពេលមានគភ៌ពេលឈឺពោះសម្រាលគឺជាសញ្ញានៃការក្លាយរោគនិងត្រូវការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប ។

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ :

- លើកទឹកចិត្តឱ្យបន្ថែមការផឹកទឹក
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យសម្រាកលើគ្រែ
- ប្រើកង្ហារឬកន្សែងសើមដើម្បីជួយបញ្ចុះកំដៅ
- ចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃបើចាំបាច់

វាយតម្លៃ/សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	**ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប**
ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងក្រោម : នោមឈឺ	**ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងក្រោម :** • ផ្តល់ Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃឬTrimethoprim/ Sulfamethoxazole ១គ្រាប់ (៨០/៤០០មក្រ) លេបម្តងដង២គ្រាប់លេប ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃ • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យផឹកទឹកឱ្យបានកាន់តែច្រើន • អនុវត្តការរស់នៅប្រកបដោយអនាម័យ ។
រលាកប្លោកនោម (Cystitis)	**រលាកប្លោកនោម** (Cystitis) ត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic : • Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃឬTrimethoprim/Sulfamethoxazole ១គ្រាប់ (៨០/៤០០មក្រ) លេបម្តងដង២គ្រាប់លេប ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃ • ប្រសិនបើការព្យាបាលមិនជោគជ័យ ត្រូវបណ្តុះមេរោគក្នុងទឹកនោមដើម្បីព្យាបាលដោយ antibiotic ដែលសមស្រប ។

ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងលើ : • គ្រុនក្តៅលើសពី ៣៨ ºc និងមាន សញ្ញាណាមួយដូចខាងក្រោម : • នោមពិបាក (Dysuria) • ក្តៅ/ញាក់ (Spiking Fever/Chills) នោមញឹក និងទប់មិនបានឈឺពោះ	**ការបង្ករោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងលើ :** • បើមាន ឬសង្ស័យថាមានស្តុកត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជាបន្ទាន់ ៖ មើលផ្នែកគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្តុក(ទំព័រ ៣០) • ចាក់បញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃ ១៥០មល/១ម៉ោង • បណ្តុះទឹកនោមបើអាចធ្វើបានហើយព្យាបាលដោយ antibiotic សមស្រប • បើមិនអាចបណ្តុះទឹកនោមបានត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic ដូចខាងក្រោម រហូតបាត់ក្តៅ៤៨ម៉ោង : - ដំបូងផ្តល់ Ampicillin 2g IV or IM បន្ទាប់មក 1g ៨ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ - Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង • នៅពេលបាត់ក្តៅ៤៨ម៉ោងផ្តល់Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃដើម្បីបង្គ្រប់រយៈ ពេល៧ថ្ងៃនៃការព្យាបាល • បើមិនអាចផ្តល់ antibiotic ចាក់តាមសរសៃទេត្រូវចាក់សាច់ដុំ
រលាកសួត (Pneumonia) • ក្តៅខ្លួន • ពិបាកដកដង្ហើម • ក្អកមានស្លេស • ឈឺទ្រូង	**រលាកសួត** (Pneumonia) ដំបូងផ្តល់ Ampicillin 2g IV or IM បន្ទាប់មក 1g ៨ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ - Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង • នៅពេលបាត់ក្តៅ៤៨ម៉ោងផ្តល់Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃដើម្បីបង្គ្រប់រយៈពេល៧ថ្ងៃនៃការព្យាបាល • បើមិនអាចផ្តល់ antibiotic ចាក់តាមសរសៃទេ ត្រូវចាក់សាច់ដុំ ។

គ្រុនចាញ់កម្រិតស្រាល :	គ្រុនចាញ់កម្រិតស្រាល :
• ក្តៅខ្លួន • ញាក់ • បែកញើស • ឈឺក្បាល សាច់ដុំ/ឈឺសន្លាក់	• ចំពោះស្ត្រីក្នុងអំឡុងត្រីមាសទី១ សម្រាប់ P. falciparum , P.Vivax, P.Malariae ត្រូវផ្តល់ Quinine តែមួយមុខ គត់សម្រាប់រយៈពេល៧ថ្ងៃ (ទំព័រ ២៤៤) • ចំពោះស្ត្រីក្នុងអំឡុងត្រីមាសទី២និងទី៣ សម្រាប់ P. falciparum , P.Vivax, P.Malariae ឬចម្រុះ ត្រូវផ្តល់ Dihydroartemisinin +Piperaquine ចំនួន៣ថ្ងៃ ឬ Artesunate+mefloquine ចំនួន៣ថ្ងៃ (ទំព័រ ២៤៤)
គ្រុនចាញ់កម្រិតធ្ងន់ :	គ្រុនចាញ់កម្រិតធ្ងន់ :
• មានសញ្ញាគ្រុនចាញ់ កម្រិតស្រាល និងបន្ថែមសញ្ញាណាមួយឬច្រើនក្នុងចំណោមសញ្ញា ដូចខាងក្រោម: - ស្លេកស្លាំង - អស់កម្លាំងខ្លាំង - វិបត្តិស្មារតី - ពិបាកដកដង្ហើម - ប្រកាច់ច្រើនដង - របត់ឈាមធ្លាក់ចុះ - ការហូរឈាមខុសធម្មតា - លឿង - នោមតិច - ក្អួតញឹកញាប់	• ចំពោះស្ត្រីក្នុងអំឡុងត្រីមាសទី១ ត្រូវចាក់ Quinine តែមួយមុខ បញ្ចូលតាមសេរ៉ូមបន្ទាប់មកបើអ្នកជំងឺដឹងខ្លួនឡើងវិញត្រូវឱ្យលេបថ្នាំគ្រាប់តិចបំផុតរយៈពេល ៧ ថ្ងៃ (ទំព័រ ២៤៥) • ចំពោះស្ត្រីក្នុងអំឡុងត្រីមាសទី២ និងទី៣ត្រូវផ្តល់ Artesunate តាមសសៃឬសាច់ដុំរួចផ្តល់បន្ត Dihydroartemisinin + Piperaquine ឬផ្តល់ A+M ចំនួន៣ថ្ងៃ (ទំព័រ ២៤៦)

១-២-៨ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទារកក្នុងផ្ទៃគ្មានចលនា

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 (ចាប់ពីផ្ទៃពោះ៦ខែ):
បើមិនឮចង្វាក់បេះដូងទារកទេ ត្រូវស្តាប់ម្តងទៀត ១ ម៉ោងក្រោយបើនៅតែមិនឮ ទារកប្រហែលជាស្លាប់</td><td>ទារកក្នុងផ្ទៃប្រហែលជាស្លាប់ :
- ប្រាប់ស្ត្រីនិងប្តីថាទារកប្រហែលជាស្លាប់ក្នុងផ្ទៃ
- បញ្ជាក់ការស្លាប់របស់ទារកដោយអេកូសាស្ត្របើអាចធ្វើបាន
- ពិភាក្សាជាមួយស្ត្រីអំពីជម្រើសអន្តរាគមន៍ឬការគ្រប់គ្រងផ្សេងៗដែលនឹងត្រូវធ្វើ :
• រង់ចាំការឈឺពោះសម្រាលដោយឯកឯងរយៈពេលពាសប្តាហ៍ឱ្យស្ត្រីត្រលប់ទៅផ្ទះ។
• បើក្រោយពាសប្តាហ៍មិនមានឈឺពោះសម្រាលត្រូវពិនិត្យមើលស្ថានភាពកំណកឈាម (coagulation status) តាមបច្ចេកទេសមន្ទីរពិសោធន៍ និងពិចារណា អំពីការបង្កឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាល ។</td></tr>
<tr><td>ទារកចម្មតា :
ទារកក្នុងផ្ទៃគ្មានចលនា តែមានចង្វាក់បេះដូង</td><td>ទារកចម្មតា :
- ប្រាប់ស្ត្រីថាទារកមិនមានបញ្ហាអ្វីទេប៉ុន្តែបើទារកនៅតែគ្មានចលនា ត្រូវត្រលប់មកវិញ ។</td></tr>
</table>

១-២-៩ ការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសម្រាលមុនគភ៌គ្រប់ខែ

ការសម្រាលមុនគភ៌គ្រប់ខែមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងការឈឺនិងស្លាប់ជុំវិញកំណើត ។ការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសម្រាលមុនគភ៌គ្រប់ខែរួមមាន tocolysis(ព្យាយាមបញ្ឈប់ការកន្ត្រាក់ស្បូន) ឬទុកឱ្យការឈឺពោះវិវត្តន៍ទៅមុខ ។ ត្រូវព្យាយាមបញ្ជាក់អាយុនៃគភ៌ ។

១ – Tocolysis

អន្តរាគមន៍នេះមានគោលបំណងពន្យារការសម្រាលរហូតដល់ corticosteroid មានប្រសិទ្ធភាព (មើលខាងក្រោម) ។ corticosteroid ត្រូវបានផ្តល់ដល់ម្តាយដើម្បីឱ្យសួតរបស់ទារកមានភាពចំណាស់ (maturity) ប្រសិនបើទារកអាយុតិចជាង៣៤សប្តាហ៍ពេញ ។

ការព្យាបាលជំហានទី១ គឺ Nifedipine ជាពពួកថ្នាំប្រឆាំងជាមួយកាល់ស្យូម (calcium channel antagonist)ហើយមានផលវិបាកតិចតួច ។ បើគ្មានឬមិនអាចប្រើ Nifedipine អាចប្រើ Salbutamol ជំនួស

- ប្រើ tocolysis ប្រសិនបើ :
    - អាយុផ្ទៃពោះតិចជាង៣៧សប្តាហ៍
    - មាត់ស្បូនបើកបានតិចជាង៣ស.ម
    - ទឹកភ្លោះគ្មានការបង្ករោគ គ្មានបំរុងក្រឡាភ្លើងឬគ្មានធ្លាក់ឈាម
    - ទារកមិនចុះខ្សោយ
- បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យការឈឺពោះសម្រាលមុនគភ៌គ្រប់ខែតាមរយៈកំណត់ត្រាអំពីការរលប់នៃមាត់ស្បូន ឬការបើកនៃមាត់ស្បូនដែលកើតមានលើសរយៈពេលលើសពី ២ ម៉ោង ។
- បើអាយុគភ៌តិចជាង ៣៤ សប្តាហ៍ ត្រូវផ្តល់ corticosteroids ដល់ម្តាយដើម្បីធ្វើអោយសួតរបស់ទារកមានភាពចំណាស់និងដើម្បីមានលទ្ធភាពក្នុងការរស់រាន :
    - Betamethasone 12 mg ចាក់សាច់ដុំ ២ ដូស ចន្លោះគ្នា ២៤ម៉ោង ។
    - ឬ Dexamethasone 6 mg ចាក់សាច់ដុំ ៤ ដូស ចន្លោះគ្នា ១២ ម៉ោង ។

សម្គាល់ : មិនគួរប្រើ Corticosteroids ទេបើច្បាស់ថាមាន ការបង្ករោគ ។

- ផ្តល់ tocolytic (មើលខាងក្រោម) និងតាមដានស្ថានភាពមាតានិងទារក (ជីពចរ សម្ពាធឈាម សញ្ញាដែលបញ្ជាក់ថាមានបញ្ហាផ្លូវដង្ហើម ការកន្ត្រាក់ស្បូន ការបាត់បង់ទឹកភ្លោះ ឬឈាម ចង្វាក់បេះដូង ទារក តុល្យភាពជាតិទឹក គីរិតជាតិស្ករក្នុងឈាម ។ល។

សម្គាល់ : មិនត្រូវផ្តល់ tocolytic លើសពី ៤៨ម៉ោងទេ។

បើសិនជាការឈឺពោះមុនពេលគភ៌គ្រប់ខែនៅតែបន្តទោះបីបានប្រើ tocolytic ត្រូវរៀបចំដើម្បីអោយទារកទទួលការថែទាំនៅកន្លែងមានសេវាថែទាំទារកសមស្រប។ បើសិនជាអាចត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីអោយបានមុនសម្រាល។

២- ឱ្យការឈឺពោះវិវត្តន៍ទៅមុខ

- ទុកឱ្យការឈឺពោះវិវត្តន៍ទៅមុខ ប្រសិនបើ :
    - អាយុគភ៌លើសពី ៣៧ សប្តាហ៍
    - មាត់ស្បូនបើកលើសពី ៣ ស.ម
    - កំពុងមានការធ្លាក់ឈាម
    - ទារកខ្សោយ ឬស្លាប់ ឬមានភាពប្រឆាំងមិនធម្មតាជាមួយម្តាយបើទារកមានជីវិត
    - ទឹកភ្លោះមានការបង្ករោគបំរុងក្រឡាភ្លើង

- តាមដានការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើប៉ាតូក្រាហ្វ (ទំព័រ ៩៦)

- បើការឈឺពោះសម្រាលនៅតែបន្តហើយអាយុគភ៌តិចជាង ៣៧ សប្តាហ៍ ត្រូវផ្តល់ antibiotics បង្ការដើម្បីជួយកាត់បន្ថយការបង្ករោគចំពោះទារកដោយពពួក Group B streptococcus:

- penicillin G 2 million units ចាក់សរសៃរៀងរាល់ ៦ម៉ោងរហូតដល់សម្រាល
- ឬ ampicillin 2 g ចាក់សរសៃ រៀងរាល់ ៦ម៉ោង

សម្គាល់ : ចៀសវាងការសម្រាលដោយបូម ពីព្រោះការប្រឈមនឹងការហូរឈាមក្នុងខួរក្បាលចំពោះទារកកើតមិនគ្រប់ខែមានខ្ពស់។

- ត្រូវរៀបចំការគ្រប់គ្រងចំពោះទារកកើតមិនគ្រប់ខែឬទារកមានទំងន់តិច និងត្រូវត្រៀមជាមុនតម្រូវការសង្គ្រោះដោយបាឡុងនិងម៉ាស់ (ទំព័រ ១៧៧)។

Nifedipine

ហាមប្រើ Nifedipine	
ការហាមប្រើចំពោះម្តាយ	ការហាមប្រើចំពោះទារក
- សម្ពាធឈាមទាប (ស៊ីស្តូលិកតិចជាង 90 mmHg) - មានប្រតិកម្មនឹង nifedipine - ជំងឺបេះដូង (congestive cardiac failure, aortic stenosis) - Hepatic dysfunction	- មានសញ្ញាបង្ហាញថាមានការបង្ករោគក្នុងស្បូន . ទារកដែលចាំបាច់ត្រូវតែសម្រាល . សុករបើកពីជញ្ជាំងស្បូន . ទារកមានមិនមានការលូតលាស់ធ្ងន់ធ្ងរ . ទារកមានរូបរាងមិនធម្មតាដែលមិនអាចរស់បាន . ទារកស្លាប់ក្នុងផ្ទៃ . មានធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសច្រើនដែលមិនដឹងមូលហេតុ
ការហាមប្រើដែលទាក់ទងនឹងម្តាយ	**ការហាមប្រើដែលទាក់ទងនឹងទារក**
មិនអាចប្រើជាមួយ magnesium sulphate	សង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងស្បូន ការឈឺពោះសម្រាល មុនគភ៌គ្រប់ខែហើយមានសុកពាំងមាត់ស្បូន

ការប្រើ *Nifedipine*

ដោយសារផលរំខានរបស់ *Nifedipine* ធ្វើអោយចុះសម្ពាធឈាម ដូច្នេះត្រូវចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូម *sodium chloride* 0.9% មុននឹងផ្តល់ *Nifedipine*

ការព្យាបាលដំបូង	ផ្តល់ Nifedipine (immediate release) 10mg ដាក់ក្រោមអណ្តាត	ពេលគិតចាប់ពីបានផ្តល់ថ្នាំ : ០ នាទី
	បើស្បូននៅតែកន្ត្រាក់ : ផ្តល់ Nifedipine (immediate release) 10mg ដាក់ក្រោមអណ្តាត ម្តងទៀត	ពេលគិតចាប់ពីបានផ្តល់ថ្នាំ : ២០ នាទី
	បើស្បូននៅតែកន្ត្រាក់ : ផ្តល់ Nifedipine (immediate release) 10mg ដាក់ក្រោមអណ្តាត ម្តងទៀត	ពេលគិតចាប់ពីបានផ្តល់ថ្នាំ : ៤០ នាទី

	បើស្បូននៅតែកន្ត្រាក់ : ផ្តល់ Nifedipine (immediate release) 10mg ដាក់ក្រោមអណ្តាត ម្តងទៀត	ពេលគិតចាប់ពីបាន ផ្តល់ថ្នាំ : ៦០ នាទី
កំរិតប្រើអតិបរមាៈ ផ្តល់ Nifedipine មិនអោយលើសពី ៤ដង		
កំរិតជូសបន្ត	Nifedipine 20mg លេបរៀងរាល់ 6ម៉ោង ដោយចាប់ផ្តើម៦ម៉ោងក្រោយពីចាប់ផ្តើមផ្តល់ថ្នាំដំបូង ហើយប្រើជាអតិបរមា ៤៨ម៉ោង ។ កំរិតជូសអតិបរមា 160mg/ក្នុង១ថ្ងៃ ។ មិនមានភស្តុតាងគាំទ្រដល់ការប្រើ tocolysis រយៈពេលយូរជាងនេះ ។	

ការសង្កេតក្នុងអំឡុងពេលប្រើ tocolytic

- បន្តតាមដានជាប់ cardiotocography (CTG) ក្នុងអំឡុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់
- សម្ពាធឈាមនិងជីពចរ រៀងរាល់ ៣០ នាទី រយៈពេល ៣ម៉ោង រួច រៀងរាល់ម៉ោង
- សីតុណ្ហភាពរៀងរាល់ ៤ ម៉ោង (while awake).

ផលរំខានរបស់ Nifedipine

- សម្ពាធឈាមចុះទាប ។ ចំពោះស្ត្រីដែលមានសម្ពាធឈាមធម្មតា ផលរំខាននេះធ្វើអោយមានផលប៉ះពាល់តែតិចតួច ។ ប៉ុន្តែចំពោះស្ត្រីដែលមានសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ផលប៉ះពាល់អាចគួរអោយកត់សំគាល់ ។ គួរផ្តល់សេរ៉ូម sodium chloride 0.9% ។
- បេះដូងដើរញាប់ ញ័រទ្រូង មានអារម្មណ៍ក្តៅភាយៗ ឈឺក្បាល វិលមុខ ចង្អោរ និងហើមចុងដៃចុងជើង ។

បញ្ឈប់ Nifedipine និងជូនដំណឹងដល់គ្រូពេទ្យ ប្រសិនបើ :

- សម្ពាធឈាម < 90/60
- ចង្វាក់បេះដូង >120
- ស្ត្រីញ័រដើមទ្រូង ចុកទ្រូង ឬ ពិបាកដកដង្ហើម ។

១-២- ១០ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាល

ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនឈឺពោះសម្រាលគឺជាការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនមានការចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល ។ ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនសម្រាល អាចកើតឡើងទាំងពេលទារកមិនទាន់គ្រប់ខែ (ឬមុន៣៧

សប្តាហ៍) ឬពេលទារកគ្រប់ខែ ។ ក្លិននៃទឹកភ្លោះនិងការពិនិត្យអាចបញ្ជាក់ពីរោគវិនិច្ឆ័យ ។ ប្រសិនបើការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមិនបានកើតឡើងថ្មីៗ ឬមានការជ្រាបជាប្រចាំការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអាចមានការលំបាក :

- ទ្រាប់សំឡីអនាម័យរួចធ្វើការពិនិត្យមួយម៉ោងក្រោយមក (អាចមើលឃើញនិងដឹងដោយក្លិន)
- ត្រូវប្រើចំពុះទាស្តេរីលរួចដើម្បីពិនិត្យ :
    - អាចឃើញទឹកភ្លោះចេញពីមាត់ស្បូន ឬដក់នៅក្នុងទ្វារមាសផ្នែកខាងក្រោយ (forming a pool in the posterior fornix)
    - ឬឱ្យស្ត្រីក្អកព្រោះអាចធ្វើឱ្យហូរទឹកភ្លោះចេញមក

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនឈឺពោះសម្រាល ឬធ្វើឱ្យស្ត្រីមានស្ថេរភាព ហើយត្រូវ ធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្របដូចខាងក្រោម :

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ :

- ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានទំនុកចិត្ត

វាយតម្លៃ/សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងសមស្រប
ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាល : - មើលសំឡីទ្រាប់ឬខោក្នុងដើម្បីរកសញ្ញានៃទឹកភ្លោះដែលហូរចេញ និងការធ្លាក់ស ដែលមានក្លិនមិនល្អ - បើពិនិត្យមិនឃើញមានអ្វីទេ ត្រូវពិនិត្យម្តងទៀតមួយម៉ោងក្រោយ	**ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាល :** • បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យ • ប្រសិនបើការបែកស្រោមទឹកភ្លោះលើសពី ១៨ម៉ោងត្រូវ ផ្តល់ antibiotic : +Ampicillin 1g IV or IM ៨ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ + Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង ប្រសិនបើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគបញ្ឈប់ antibiotic • ប្រសិនបើការបែកស្រោមទឹកភ្លោះនៅពេលដែលគភ៌លើសពី៣៧សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌ត្រូវគ្រប់គ្រងដូចសម្រាលធម្មតា ។ • ប្រសិនបើការបែកស្រោមទឹកភ្លោះតិចជាង៣៧សប្តាហ៍

	នៃអាយុគភ៌ : - ពី៣៤-៣៧សប្តាហ៍ ត្រូវព្យាយាមរក្សាគភ៌ឱ្យវិវត្តន៍ទៅមុខកាន់តែយូរកាន់តែប្រសើរ ពោលគឺចង់ឱ្យគភ៌វិវត្តន៍ដល់គ្រប់ខែតែត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នការបង្ករោគនិងកូនខ្សោយ - បើអាយុគភ៌តិចជាង៣៤សប្តាហ៍ ត្រូវផ្តល់ betamethasone 12 mg IM ២ដូសឃ្លាតគ្នា២៤ម៉ោង ឬ Dexamethasone 6mg IM ៤ដូសឃ្លាតគ្នា ១២ម៉ោងម្តងដើម្បីឱ្យសួតទារកមានលក្ខណៈល្អ (mature) • ត្រូវបង្កឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាលនៅពេលដែលគភ៌មានអាយុ៣៧សប្តាហ៍។
ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាលដែលមានការបង្ករោគ : ធ្លាក់សមានក្លិនស្អុយក្រោយ២២សប្តាហ៍ គ្រុនក្តៅ/ញាក់ឈឺក្នុងពោះ	**ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាលដែលមានការបង្ករោគ :** • ផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិករួមបញ្ចូលគ្នារហូតដល់ស្ត្រីបាត់ក្តៅខ្លួនបាន៤៨ម៉ោង • ដំបូងផ្តល់ Ampicilline ២ក្រ IM/IV បន្ទាប់មក ១ក្រ រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ • Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តងរួមជាមួយMetronidazole 500mg IV រៀងរាល់ ៨ម៉ោង • ប្រសិនបើមាត់ស្បូនអាចឱ្យសម្រាលបានផ្តល់ Oxytocine ដើម្បីបង្កឱ្យឈឺពោះ សម្រាល • ប្រសិនបើមាត់ស្បូនមិនអាចឱ្យសម្រាលបានប្រើ Prostaglandin ដើម្បីអោយមាត់ ស្បូនទន់និងបើកឬធ្វើ ការវះកាត់យកកូន។

១-២-១១ ឆ្លើយតបទៅនឹងរោគសញ្ញាឬបញ្ហាដែលបានរកឃើញ

- *ក្អួតមិនបាត់*

បើស្ត្រីក្អួតមិនបាត់ត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម:

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប
• តើក្អួតប៉ុន្មានដង ? • តើក្អួតម្តងៗច្រើនឬតិច?	• ពិនិត្យពីការខ្វះជាតិទឹកមើល : - ភ្នែក - ស្បែក - មាត់ - សម្ពាធឈាម - ជីពចរ

☆ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនិងដំបូន្មាន

- ការក្អួត ដោយមិនមានខ្វះជាតិទឹក (ក្អួតញឹកញាប់) :
    - ប្រាប់ស្ត្រីកុំឱ្យបារម្ភពេក
    - ណែនាំឱ្យសម្រាក
    - ណែនាំឱ្យហូបអាហារនិងជាតិទឹក តិចៗ តែឱ្យបានញឹកញាប់
- ការក្អួតមិនបាត់ បណ្តាលឱ្យខ្វះជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ (ក្អួតញឹកញាប់ ជាមួយសញ្ញាខ្វះជាតិទឹក):
    - ព្យាបាលកង្វះជាតិទឹកដោយបញ្ចូលសេរ៉ូម
    - ផ្តល់ថ្នាំកុំឱ្យក្អួត (Metoclopramide)
    - ពេលផ្តល់ជាតិទឹករួច : ផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យស្ត្រី ហូបអាហារនិងជាតិទឹកតិចៗ តែឱ្យបានញឹកញាប់

- *ធ្លាក់សតាមទ្វារមាស*

បើស្ត្រីមានធ្លាក់សតាមទ្វារមាស ត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប
- តើអ្នកបានសម្គាល់ឃើញមានធ្លាក់សតាមទ្វារមាសឬទេ ? - តើអ្នកមានរមាស់នៅទ្វារមាសឬទេ? - តើដៃគូរបស់អ្នកមានបញ្ហានៅពេលនោមឬទេ? • បើដៃគូបានមកគ្លីនិកជាមួយ ស្ត្រី : តើអាចសួរដៃគូរបស់គាត់នូវសំនួរដូចគ្នាឬទេ?បើអាចសូមសួរដៃគូគាត់: - នោមមានខ្ទុះទេ? - ឈឺផ្សា ពេលកំពុងនោម • បើដៃគូមិនបានមកជាមួយទេ ត្រូវពន្យល់ពីសារៈសំខាន់នៃការវាយតម្លៃនិងការព្យាបាលដើម្បីបង្ការការឆ្លងរោគជាថ្មី • ធ្វើការណាត់ជួបស្ត្រីនិងដៃគូរបស់គាត់ (បើអាចធ្វើបាន)	• ពិនិត្យមើលការធ្លាក់សខុសពីធម្មតា (ដោយប្រើដៃញែកបបេរ): - បរិមាណ - ពណ៌ - ក្លិន • <u>បើមិនឃើញមានធ្លាក់ស</u> លូកទ្វារមាសដោយប្រើចង្អុលដៃដែលពាក់ស្រោមដៃហើយរួចពិនិត្យ "ស" ដែលប្រឡាក់នៅលើ ចុងម្រាម

☆ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនិងដំបូន្មាន

- បើជា Gonorrhoea ឬ Chlamydia (ប្រមេះទឹកបាយ ឬក្លាមីឌីយ៉ា) (ធ្លាក់សមិនធម្មតាពិសេសចេញពីមាត់ស្បូន ដៃគូមានហូរខ្ទុះតាមបង្ហួរនោមឬនោមឈឺ)
    - ផ្តល់ការព្យាបាលដោយ antibiotic សមស្រប តាមគោលការណ៍ថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI
    - ផ្តល់ការព្យាបាលដៃគូដោយ antibiotic សមស្របតាមគោលការណ៍ថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI
    - ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើស្រោម
- បើជាផ្សិតកង់ឌីដា (ធ្លាក់ស ខាប់ដូចទឹកដោះគោ រមាស់ទ្វារមាសខ្លាំង)

- ត្រូវព្យាបាលទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិអំពីជំងឺកាមរោគ STI/RTI
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពជាង រួមទាំងការប្រើស្រោមជាប់លាប់ ។

- បើជាការបង្ករោគដោយ បាក់តេរីនិងទ្រីកូម៉ូណាស់ (មានធ្លាក់សមិនធម្មតា ពពុះ ១និងមានក្លិនស្អុយ)

- ព្យាបាលតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំង ការប្រើស្រោម

- ជំងឺរបេង

ប្រសិនបើស្ត្រីមានសញ្ញាជំងឺរបេង ត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម :

សួរ ពិនិត្យ កំណត់ត្រា
• តើអ្នកបានលេបថ្នាំរបេង ឬទេ? បើមាន : តើលេបចាប់ពីពេលណាមក? • តើមានព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំចាក់ឬទេ?

☆ **ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនិងជំបូន្មាន :**

- បើមានក្អក២-៣ សប្តាហ៍ត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគរបេងដោយពិនិត្យកំហាក
- ស្ត្រីមានជំងឺរបេង (កំពុងប្រើថ្នាំព្យាបាលជំងឺរបេង)
- បើស្ត្រីកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយមានចាក់ថ្នាំ Streptomycin ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងឯកទេសព្យាបាលជំងឺរបេងដើម្បីប្តូរការព្យាបាល (ពីព្រោះ Streptomycin អាចប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ)

  បើស្ត្រីកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយថ្នាំផ្សេងទៀតក្រៅពី Streptomycin ត្រូវប្រាប់ស្ត្រីថាថ្នាំនេះមិនប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃទេ ។

  ណែនាំស្ត្រីឱ្យបន្តការប្រើថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា បើស្ត្រីជក់បារីត្រូវណែនាំឱ្យឈប់ជក់ ។

១-៣ ការផ្តល់វិធានការការពារ

ណែនាំនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាគ្រប់ស្ត្រីដែលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះអំពីវិធានការការពារដូចតទៅ :

វាយតម្លៃ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	អន្តរាគមន៍
• ពិនិត្យមើលការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស - តើការចាក់ថ្នាំចុងក្រោយនៅពេលណា? - តើចាក់លើកទីប៉ុន្មាន? - លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យយកសៀវភៅសុខភាពមាតា ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការទូវរាល់ពេលទៅពិនិត្យសុខភាព	• ផ្តល់ថ្នាំការពារជំងឺតេតាណូសបើដល់ពេល កំណត់ • ប្រសិនបើមិនដឹងច្បាស់ថាបានចាក់ឬមិនទាន់បាន ចាក់ត្រូវចាក់ TT1 • ប្រសិនបើបានចាក់ TT1 នៅពេលពិនិត្យលើកទី១ រួចធ្វើការណាត់នៅពេលពិនិត្យលើកក្រោយដើម្បីចាក់ TT2 • ប្រាប់ស្ត្រីឱ្យទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ គ្រប់ចំនួន៥ដង
• ពិនិត្យអំពីការទទួលថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីតហ្វូលិក	• ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលិក ៦០គ្រាប់ ពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១ និងផ្តល់ថ្នាំ ៣០គ្រាប់ពេលមកពិនិត្យលើកទី២ (ថ្នាំ១គ្រាប់មានជាតិដែក៦០ម.ក្រ និងអាស៊ីតហ្វូលិក ៤០០មីក្រូក្រាម) សរុបទាំងអស់៩០គ្រាប់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះម្តង • ប្រាប់ពីរបៀបប្រើថ្នាំនិងទុកដាក់នៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព
	• ផ្តល់ Mebendazole 500mg ម្តងនៅត្រីមាសទី២ ឬទី៣នៃផ្ទៃពោះ • <u>**មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំ** Mebendazole នៅត្រីមាសទី១នៃផ្ទៃពោះឡើយ</u>
• សួរស្ត្រីថា តើគាត់(ឬកូនរបស់គាត់) បានដេកនៅក្នុងមុងជ្រលក់ថ្នាំឬទេ?	• លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យដេកក្នុងមុងជ្រលក់ថ្នាំ

តារាងនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស (TT)

• ចាក់ថ្នាំការពារជំងឺតេតាណូសឱ្យស្ត្រីនៅក្នុងវ័យបន្តពូជ ឬ ចាក់ថ្នាំឱ្យស្ត្រីមានផ្ទៃពោះពេលមកពិនិត្យលើកទី១	TT1
• ១ខែក្រោយចាក់លើកទី ១	TT2
• ៦ខែ យ៉ាងតិចក្រោយចាក់លើកទី ២	TT3
• ១ឆ្នាំ យ៉ាងតិចក្រោយចាក់លើកទី ៣	TT4
• ១ឆ្នាំ យ៉ាងតិចក្រោយចាក់លើកទី ៤	TT5

ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលិក(១គ្រាប់ មានជាតិដែក 60mg និងអាស៊ីដហ្វូលិក 400µg)

	ស្ត្រីមិនមានភាពស្លេកស្លាំង	**ស្ត្រីមានភាពស្លេកស្លាំង**
ពេលមានផ្ទៃពោះ	ត្រូវលេប១គ្រាប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃឱ្យបាន៩០គ្រាប់ ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ	លេប២គ្រាប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេល៣ខែបើនៅតែស្លេកស្លាំងបន្តការលេប៣ខែ* ទៀត
ក្រោយសម្រាលនិងក្រោយរំលូត	ត្រូវលេប១គ្រាប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេល៤២ថ្ងៃ	ត្រូវលេប២គ្រាប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេល៣ ខែប្រសិនបើនៅតែស្លេកស្លាំងបន្តការលេប៣ខែ* ទៀត

* ស្ត្រីទាំងអស់ត្រូវបានវាយតម្លៃឡើងវិញនិងទទួលបានការព្យាបាលសមស្របប្រសិនបើស្ថានភាពមិនមានភាពប្រសើរឡើង។

១-៤ ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការផ្ដល់ដំបូន្មាន

១-៤-១ អាហារូបត្ថម្ភ និង ការថែទាំខ្លួន

ណែនាំនិងពិគ្រោះពិភាក្សាដល់ស្ត្រីរាល់ពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះនូវប្រធានបទដូចតទៅ :

អាហារូបត្ថម្ភ	ការថែទាំខ្លួន
• ណែនាំស្ត្រីឱ្យហូបអាហារគ្រប់ប្រភេទបានច្រើនដង ក្នុងមួយថ្ងៃ អំឡុងពេលមានគភ៌និងគួរហូបអាហារ ដែលអាចរកបាននៅតាមកន្លែងរបស់គាត់៤ដង ក្នុងមួយថ្ងៃដូចជា : ត្រី សាច់ ប្រេង គ្រាប់ធញ្ញជាតិ បន្លែ ពណ៌បៃតងចាស់ និងផ្លែឈើពណ៌លឿងទុំ ដែលធ្វើឱ្យម្ដាយនិងទារកមានសុខភាពមាំមួន • ណែនាំស្ត្រីឱ្យប្រើអំបិលអ៊ីយ៉ូដពេលចំអិនអាហារ ដោយចំនួនតិចតួច • ពិគ្រោះពិភាក្សាឱ្យបានច្រើនអំពីអាហារូបត្ថម្ភដល់ ស្ត្រីដែលស្គមនិងស្ត្រីវ័យជំទង់ • សួរស្ត្រីអំពីទម្លាប់តមអាហារមួយចំនួនដែលមាន នៅក្នុងសហគមន៍របស់គាត់ ហើយដែលអាហារទាំង នោះមានប្រយោជន៍ចំពោះសុខភាពស្ត្រីណែនាំស្ត្រី ឱ្យចៀសវាងការតមអាហារទាំងនោះ • ណែនាំស្ត្រីថាគួរឡើងទម្ងន់យ៉ាងតិច១គ.ក្រ ក្នុង១ ខែនៅអំឡុងត្រីមាសទី២និងទី៣នៃផ្ទៃពោះ • លើកទឹកចិត្តក្រុមគ្រួសារឱ្យជួយស្ត្រីក្នុងការហូបបាន គ្រប់គ្រាន់ និងចៀសវាងការធ្វើការងារធ្ងន់ពេល មានផ្ទៃពោះ	ណែនាំស្ត្រីឱ្យ : • ប្រើថ្នាំជាតិដែកឱ្យបានត្រឹមត្រូវ : - លេបពេលចូលដេកឬលេបពេលហូបអាហារ បើមានផលរំខាន - កុំបារម្ភអំពីលាមកពណ៌ខ្មៅ (ធម្មតា) - បើទល់លាមកត្រូវផឹកទឹកឱ្យបានច្រើន • សម្រាកឱ្យបានច្រើននិងចៀសវាងការលើក ឬយួររបស់ធ្ងន់ • ដេកក្នុងមុងជ្រលក់ថ្នាំ • អនុវត្តការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាព (ប្រើ ស្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវជាប្រចាំនិងត្រូវ រក្សាភាពស្មោះត្រង់មួយទល់មួយជាមួយ ដៃគូដែលមិនមានឥរិយាបទប្រឈមមុខ) • កុំផឹកស្រា និង ជក់បារី • ចៀសវាងការប្រើថ្នាំដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា។

១-៤-២ ផែនការត្រៀមជុំវិញកំណើតនិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់

ធ្វើផែនការត្រៀមជុំវិញកំណើតនិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ជាមួយស្ត្រីពេលដែលគាត់មកពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី១ បន្ទាប់មកពិនិត្យផែនការនេះឡើងវិញនិងធ្វើការកែសម្រួល ប្រសិនបើចាំបាច់រាល់ពេលដែលស្ត្រីមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ ។ ដើម្បីជួយស្ត្រីធ្វើផែនការត្រៀមជុំវិញកំណើតនិងពេលសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវធ្វើការពិភាក្សាដូចតទៅ :

ការសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
ពន្យល់ពីភាពចាំបាច់ដែលតម្រូវឱ្យស្ត្រីត្រូវសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល : • ផលវិបាកក្នុងពេលមានគភ៌អាចកើតឡើងដោយមិនអាចដឹងជាមុនបាន • នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមានបុគ្គលិក ឱសថ សម្ភារៈ បរិក្ខារ ឧបករណ៍ពេទ្យនិងប្រព័ន្ធបញ្ជូនជំងឺ • បើស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍នឹងត្រូវការថ្នាំ ARV ដើម្បីព្យាបាលខ្លួននិងទារក • ម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងទារកទើបនឹង កើតអាចប្រឈមមុខនឹងផលវិបាកកាន់តែច្រើន
ណែនាំពីការរៀបចំទុកជាមុន : • ប្រាប់ស្ត្រីពីការត្រៀមមធ្យោបាយនិងថវិកាសម្រាប់ធ្វើដំណើរ • ប្រាប់ស្ត្រីពីការត្រៀមថវិកាសម្រាប់បង់ថ្លៃសេវាសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល • ត្រៀមអ្នកដែលទៅជាមួយដើម្បីធ្វើការគាំទ្រស្ត្រីក្នុងពេលឈឺពោះនិងពេលសម្រាល • ត្រៀមអ្នកដែលជួយការងារផ្ទះពេលស្ត្រីទៅសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល • កំណត់និងសរសេរនៅក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតានូវលេខទូរស័ព្ទ : មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន ឆ្មបនិងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលស្ត្រីមានគម្រោងទៅសម្រាល ។
ណែនាំពីពេលដែលត្រូវទៅសម្រាលកូន : • ប្រសិនបើមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅជិតផ្ទះ ត្រូវទៅនៅពេលចាប់ផ្តើមមានសញ្ញាឈឺពោះសម្រាល • ប្រសិនបើមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅឆ្ងាយត្រូវទៅមុនថ្ងៃសម្រាលរំពឹងទុកឬស្នាក់នៅជិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាលបើមានលទ្ធភាព • ស្នើសុំជំនួយពីសហគមន៍បើចាំបាច់

ណែនាំអំពីសម្ភារៈដែលត្រូវយកទៅជាមួយ :

- សៀវភៅសុខភាពម្ដាយ
- ក្រណាត់ ដែលបោកគក់ស្អាត សម្រាប់សម្ងួតនិងរុំទារកចំនួន៣ (ដែលមួយៗមានផ្ទៃក្រឡា១ម៉ែត្រការ៉េ) ២ផ្ទាំងសម្រាប់ក្រាលកន្លែងសង្គ្រោះទារក ១ផ្ទាំងសម្រាប់ជូតសម្ងួតនិង១ផ្ទាំងទៀតសម្រាប់ដណ្ដប់ទារក
- ក្រណាត់ស្អាតនិងសំឡីអនាម័យប្រើក្រោយពេលសម្រាលរួច
- សម្លៀកបំពាក់ម្ដាយនិងទារក ជាពិសេសមួកទារក
- ចំណីអាហារនិងទឹកសម្រាប់ម្ដាយនិងអ្នកកំដរ

១-៤-៣ សញ្ញាឈឺពោះសម្រាលនិងសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់

ណែនាំស្ត្រីឱ្យទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬទាក់ទងឆ្មបជំនាញពេលឃើញសញ្ញាដូចតទៅ :

- មានធ្លាក់រំអិលលាយឈាមតិចៗតាមទ្វារមាស
- ឈឺពោះ (ស្បូនកន្ត្រាក់) ទៀងរាល់២០នាទីម្ដង ឬតិចជាងនេះ
- បែកស្រោមទឹកភ្លោះ

*ណែនាំស្ត្រីឱ្យទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**ភ្លាមជាបន្ទាន់ទោះបីយប់ឬថ្ងៃក៏ដោយ មិនត្រូវពន្យារពេល** បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចខាងក្រោម :*

- ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស
- ប្រកាច់
- ឈឺក្បាលខ្លាំងជាមួយស្រវាំងភ្នែក
- ក្ដៅខ្លួនអស់កម្លាំង ក្រោកពីគ្រែមិនរួច
- ឈឺក្នុងពោះខ្លាំង
- ហត់ ឬពិបាកដកដង្ហើម

*ណែនាំស្ត្រីឱ្យទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**ជាបន្ទាន់តាមដែលអាចធ្វើបាន** ពេលឃើញមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចខាងក្រោម :*

- គ្រុនក្តៅ
- ឈឺពោះ
- មិនស្រួលខ្លួន
- ហើមមុខ ដៃ ជើង

១-៤-៤ ការថែទាំទារកទើបកើត

ដើម្បីជួយម្តាយក្នុងការរៀបចំត្រៀមសម្រាប់កំណើតទារក ត្រូវផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយអំពីការថែទាំទារកដូចតទៅ :

ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធភ្លាមក្រោយសម្រាល

ពន្យល់ស្ត្រីថាត្រូវតែបំបៅកូនដោយទឹកម្តាយក្នុងអំឡុងពេល១ម៉ោងក្រោយសម្រាល :

- ទឹកដោះដំបូងត្រូវបានបង្កើតក្នុងអំឡុងពេល២-៣ថ្ងៃក្រោយសម្រាល ។ វាខាប់និងមានពណ៌លឿង ឬថ្លា មានប្រូតេអ៊ីនច្រើននិងមានវីតាមីនអានិងការពារការឆ្លងរោគ ។ ទារកមានក្រពះតូច ទំហំ ប៉ុនក្រចកមេដៃ ។ ដោយទឹកដោះដំបូងមានសភាពខាប់ដែលធ្វើឱ្យទារកអាចទទួលបាននូវកាឡូរីគ្រប់គ្រាន់ជាមួយនឹងបរិមាណតិចនៃទឹកដោះដំបូង
- ទឹកដោះម្តាយរួមទាំងទឹកដោះដំបូង គឺមានសារជាតិចិញ្ចឹមដែលទារកត្រូវការ :
  - ងាយស្រួលក្នុងការរំលាយអាហារនិងមានប្រសិទ្ធភាព
  - ការពារទារកទប់ទល់នឹងការឆ្លងរោគ
- កូនរបស់នាងគួរតែត្រូវបានបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធសម្រាប់រយៈពេល៦ខែដំបូងការផ្តល់ចំណីអាហារដទៃទៀតក្រៅពីទឹកដោះម្តាយ គឺជាការមិនចាំបាច់និងនាំឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ (ទឹកដោះគោ ទឹកបបរ) ។

* ទារកដែលចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះគោប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់៦ដងច្រើនជាងទារកដែលចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះម្តាយ ហើយមានគ្រោះថ្នាក់២-៣ដងច្រើនជាងអ្នកប្រើថ្នាំជក់ ។

ភាពកក់ក្ដៅ
ពន្យល់ស្ត្រីថាការរក្សាកូនក្នុងភាពកក់ក្ដៅគឺមានសារៈសំខាន់ដើម្បីធ្វើឱ្យកូនមានសុខភាពល្អ : • ទារកទើបកើតត្រូវដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកម្ដាយ ដណ្ដប់ដោយក្រណាត់ទន់ ស្ងួតទាំងពីរនាក់ ពាក់មួកនៅថ្ងៃ២-៣ក្រោយសម្រាល ។
ការថែទាំទងផ្ចិត
• មិនត្រូវដាក់ ឬលាបអ្វីនៅលើទងផ្ចិតទេ
ការអនុវត្តន៍ដែលនាំមកនូវគ្រោះថ្នាក់
• ការអាំងភ្លើងអាចមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ម្ដាយនិងទារក • ស្រា (ស្រាថ្នាំ) មិនត្រូវបានណែនាំឱ្យប្រើក្រោយសម្រាលកូនទេ • មិនត្រូវផ្ដល់ថ្នាំចាក់ដែលធ្វើឱ្យមានកម្ដៅ ឬថ្នាំកម្លាំងដល់ម្ដាយទេ • ស្ត្រីក្រោយសម្រាលមិនត្រូវស្ដំទឹកកក ឬសង្កត់ថ្មលើពោះ
អនាម័យ
• លាងដៃឱ្យបានទៀងទាត់ • ត្រូវប្រកាន់ខ្ជាប់នូវការអនុវត្តន៍ប្រកបដោយអនាម័យ (សម្រាប់ម្ដាយ)
សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់
ផ្ដល់ដំបូន្មានឱ្យយកទារកទៅមន្ទីរពេទ្យជាបន្ទាន់ មិនថាយប់ឬថ្ងៃដោយមិនពន្យារពេល បើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដូចខាងក្រោម : • បៅដោះបានតិចតួច • ទារកមិនមានចលនាទោះបីពេលរំញោច • ក្ដៅខ្លួន • ត្រជាក់ខ្លួន • ដង្ហើមញាប់ • ពិបាកដង្ហើម

- ប្រកាច់
- ហូរឈាមចេញពីទងផ្ចិត
- មានក្រហម ហើម ខ្ទុះក្លិនស្អុយនៅជុំវិញផ្ចិត
- មានសញ្ញានៃការហូរឈាមណាមួយ (រួមមានឈាមក្នុងលាមក)

១-៤-៥ មធ្យោបាយពន្យារកំណើត

ស្ត្រីគួរតែទទួលបានការពិគ្រោះពិភាក្សានៅត្រីមាសទី៣នៃផ្ទៃពោះ អំពីសារៈសំខាន់នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតដោយរួមបញ្ចូលទាំងមធ្យោបាយសម្រាប់ស្ត្រីដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងស្ត្រីដែលមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ។

សារៈសំខាន់នៃការពន្យារកំណើត	ចំណុចត្រូវពិចារណា
• ពន្យល់ស្ត្រីថា គាត់អាចមានផ្ទៃពោះទៀតយ៉ាងឆាប់ ៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាលកូន ប្រសិនបើគាត់មានការរួមភេទនិងមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះគាត់សុទ្ធ ដូចនេះស្ត្រីត្រូវដឹងនិងជ្រើសរើសមធ្យោបាយពន្យារកំណើតជាមុន • សួរអំពីចំនួនកូនដែលគាត់ចង់បានទៀត • ជួយស្ត្រីឱ្យជួបអ្នកផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើត	• បើស្ត្រីរើសយកការវះចងដៃស្បូនវិធីនេះអាចធ្វើភ្លាមក្រោយសម្រាលបើគ្មានសញ្ញានៃការបង្ករោគណាមួយទេ • ប្រាកដថាស្ត្រីបានទទួលការពិគ្រោះពិភាក្សានិងបានធ្វើកិច្ចព្រមព្រៀងមុនពេលឈឺពោះនិងពេលសម្រាល • បើស្ត្រីរើសយកវិធីដាក់កងក្នុងស្បូនគាត់អាចដាក់បាននៅ៦សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាលបើគ្មានសញ្ញានៃការបង្ករោគណាមួយទេ • ប្រាកដថាស្ត្រីទទួលបានព័ត៌មានពិតប្រាកដពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាវះចងដៃស្បូននិងកងដាក់ក្នុងស្បូន ។

មធ្យោបាយពន្យារកំណើតនិងពេលវេលាដែលត្រូវប្រើក្រោយសម្រាល	
• មធ្យោបាយបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ (Lam)	អាចប្រើបានភ្លាម១ក្រោយសម្រាលរហូតដល់៦ខែ (ស្ត្រីមិនទាន់មានឈាមរដូវ ស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ បំបៅឱ្យបានញឹកញាប់)
• មធ្យោបាយប្រតិទិន	អាចប្រើបានលុះត្រាតែស្ត្រីមានឈាមរដូវទៀងទាត់២៨ថ្ងៃ ស្ត្រីយល់ដឹងពីថ្ងៃដែលអាចមានកូន បើរួមភេទត្រូវប្រើស្រោមការពារ
• ថ្នាំគ្រាប់ (POP)	- ប្រសិនបើស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយអាចចាប់ផ្តើមលេបក្នុងចន្លោះពេលពី៦សប្តាហ៍ទៅ៦ខែក្រោយសម្រាល (ប្រាកដថាស្ត្រីពិតជាគ្មានផ្ទៃពោះ) - ប្រសិនបើស្ត្រីមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយទេ ត្រូវចាប់ផ្តើមលេបថ្នាំនេះ៦សប្តាហក្រោយពេលសម្រាលកូនរួច (ប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានផ្ទៃពោះ)
• ថ្នាំគ្រាប់ (COC)	- ប្រសិនបើស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយពេញលេញ ឬស្ត្រីដែលកំពុងប្រើ POP ហើយចង់ប្តូរមកប្រើ COC ត្រូវចាប់ផ្តើមលេបនៅពេលដែលកូនមានអាយុចាប់ពី៦ខែឡើងទៅនិងត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីពិតជាគ្មានផ្ទៃពោះ (ថ្នាំនេះអាចបន្ថយបរិមាណទឹកដោះម្តាយ) - ប្រសិនបើស្ត្រីមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយទេ អាចប្រើបាន៦សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាលកូន។ (ប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានផ្ទៃពោះ)
• ថ្នាំចាក់	- ចាប់ផ្តើមចាក់បន្ទាប់ពីសម្រាលកូនរួច៦សប្តាហ៍ (ប្រាកដថាស្ត្រីពិតជាគ្មានផ្ទៃពោះ)។
• កងដាក់ក្រោមស្បែក	- ចាប់ផ្តើមដាក់៦សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីសម្រាលកូនរួច (ប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានផ្ទៃពោះ)។

• ស្រោមសម្រាប់បុរស/ស្ត្រី	- អាចចាប់ផ្តើមភ្លាមក្រោយសម្រាលប្រសិនបើមានការរួមភេទ។
• កងដាក់ក្នុងស្បូន	- អាចដាក់បាននៅ៦សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីសម្រាលកូនរួច (ប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានផ្ទៃពោះ) - ចំពោះស្ត្រីវះកាត់យកកូនអាចដាក់បាននៅ៦ខែក្រោយសម្រាល (ប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានផ្ទៃពោះ) ។
• វះចងដៃស្បូន	- អាចធ្វើបានភ្លាម ឬក្នុងអំឡុងពេល៧ថ្ងៃក្រោយសម្រាល - អាចធ្វើបានចាប់ពី ៦សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល (ប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានផ្ទៃពោះ) ។

១-៤-៦ ណែនាំស្ត្រីឱ្យមកពិនិត្យជាប្រចាំនិងតាមដានបន្ត

លើកទឹកចិត្តស្ត្រី ពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ ឱ្យនាំប្តីឬសមាជិកគ្រួសារម្នាក់មកជាមួយគាត់យ៉ាងហោចណាស់ឱ្យបានម្តង។

ការពិនិត្យផ្ទៃពោះជាប្រចាំ	ការពិនិត្យតាមដានបន្ត
• ពិនិត្យលើកទី១ ធ្វើនៅត្រីមាសទី១ (អាចមុន ១៦សប្តាហ៍) • ពិនិត្យលើកទី២ធ្វើនៅត្រីមាសទី២ (គួរនៅចន្លោះ ២៤-២៨សប្តាហ៍) • ពិនិត្យលើកទី៣ ធ្វើនៅដើមត្រីមាសទី៣ (គួរនៅចន្លោះ ៣០-៣២សប្តាហ៍) • ពិនិត្យលើកទី៤ ធ្វើនៅពេលគភ៌គ្រប់ខែ (គួរនៅចន្លោះ ៣៦-៣៨សប្តាហ៍)	• បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះលើសពី៣២សប្តាហ៍ហើយលើសឈាម ត្រូវត្រឡប់មកតាមដានវិញ ១សប្តាហ៍ក្រោយ • បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះតិចជាង៣៦សប្តាហ៍ហើយស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវត្រឡប់មកតាមដានវិញ២សប្តាហ៍ក្រោយ • បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះលើសពី៣៦សប្តាហ៍ហើយស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរត្រូវឱ្យគាត់សម្រាកពេទ្យរហូតដល់សម្រាល

	• បើស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៏ត្រូវមកតាមដានបន្ត២សប្តាហ៏ក្រោយតេស្ត • ស្ត្រីត្រូវត្រឡប់មកជួបវិញគ្រប់ពេលមានបញ្ហាដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំដល់ថ្ងៃណាត់ជួប ។

ជំពូកទី ៣ ៖ ការថែទាំក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើត

គោលបំណងនៃការថែទាំក្រោយសម្រាលគឺផ្តល់នូវកញ្ចប់សេវាថែទាំសុខភាពដល់ម្តាយនិងទារកនៅក្នុងពេលពិនិត្យក្រោយសម្រាលតាមពេលវេលាកំណត់៣ដង។ ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលត្រូវធ្វើឡើងដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានបណ្តុះបណ្តាល។ អ្នកស្ម័គ្រចិត្តនៅតាមសហគមន៍ ឬឆ្មបបុរាណអាចជួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលក្នុងការអប់រំសុខភាពនិងបញ្ជូនប្រសិនបើស្ត្រីមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។

ពេលវេលានៃការពិនិត្យក្រោយសម្រាលមានដូចតទៅ ៖

- ពិនិត្យលើកទី ១ ក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោងក្រោយសម្រាលកូន
- ពិនិត្យលើកទី ២ ក្នុងសប្តាហ៍ទី១ (បើអាចធ្វើបានត្រូវធ្វើថ្ងៃទី២ ឬទី៣ជាមួយការពិនិត្យទារក)
- ពិនិត្យលើកទី ៣ ក្នុងរយៈពេល ៦សប្តាហ៍ (ទន្ទឹមនិងការយកទារកទៅចាក់ថ្នាំបង្ការ)
- ការពិនិត្យចាំបាច់ដទៃទៀតត្រូវធ្វើក្នុងរយៈពេល៦ខែក្នុងករណីចាំបាច់ ឬមានបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពម្តាយនិងទារក (ពិនិត្យជាមួយទារក)។

អ្នកទទួលបន្ទុកលើការទទួលស្ត្រីលើកដំបូងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក) ត្រូវធ្វើការពិនិត្យរហ័ស (ទំព័រ ២៩)តាមដានបើចាំបាច់ធ្វើការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងរហ័ស (RAM) (មើលទំព័រ ៣០)និងធ្វើការវាយតម្លៃម្តាយនិងទារកដូចតទៅ ៖

៣-១ វាយតម្លៃនិងការថែទាំម្តាយក្រោយសម្រាល (ដល់៦សប្តាហ៍)

វាយតម្លៃម្តាយក្រោយពេលចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬក្រោយពេលសម្រាលនៅតាមផ្ទះដូចតទៅ ៖

<table>
<tr><th>សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា</th><th>មើល ស្តាប់ ស្ទាប</th></tr>
<tr><td>• តើអ្នកសម្រាលកូនតាំងពីពេលណា ហើយនៅទីណា?
• តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងដូចម្តេចដែរ?
• តើអ្នកមានការឈឺចាប់ឬគ្រុនក្តៅឬធ្លាក់ឈាមចាប់ពីសម្រាលរួច?
• តើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកនោមឬទេ?</td><td rowspan="2">• វាស់សម្ពាធឈាម
• វាស់កំដៅ
• រាប់ជីពចរ
• រកមើលភាពស្លេកស្លាំង
• រកមើលបញ្ហានៅនឹងដោះ
• ស្ទាបស្បូន តើវាមូលនិងមានសភាពរឹងឬទេ? ប្រៀបធៀបកំពូលស្បូនទៅនឹងឆ្អឹងថ្ងាស (Pubis) តើស្បូនរួមតូចសមស្របឬទេ? (ប្រាកដថាគ្មានទឹកនោមក្នុងថ្លោកនោម)
• មើលយោនីនិងបរិវេណ រក :
- ការរហែក
- ហើម
- ខ្ទុះ
• មើលក្រណាត់ទ្រាប់ដើម្បីមើលការធ្លាក់ឈាមនិងកករឈ្លោក :
- តើមានធំក្លិនស្អុយឬទេ?
- បរិមាណច្រើនឬទេ?
• ប្រសិនបើមិនបានធ្វើតេស្តរកជំងឺស្វាយនៅពេលមានផ្ទៃពោះ ត្រូវធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវដូចគ្នានឹងដំណើរការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវនៅសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ ។
• ពិនិត្យដោះនិងក្បាលដោះរក :
- លាសដោះ
- ប្រេះដោះ
- ក្រហមនៅផ្នែកណាមួយ ។</td></tr>
<tr><td>• តើអ្នកបានសំរេចចិត្តអំពីការប្រើវិធីពន្យារកំណើតណាមួយហើយឬនៅ?
• តើដោះអ្នកមានសភាពដូចម្តេច?
• តើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភអ្វីឬទេ?
• ពិនិត្យកំណត់ត្រា :
- ផលវិបាកផ្សេងៗក្នុងពេលផ្ទៃពោះនិងពេលសម្រាល?
- កំពុងទទួលការព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយឬទេ?
- ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ប្រសិនបើបានដឹងមុន?
- ស្ថានភាពជំងឺស្វាយ?</td></tr>
</table>

☆ **ព្យាបាលនិងផ្តល់ដំបូន្មាន**

- **ក្រោយសម្រាលធម្មតា** (ម្តាយមានសុខភាពល្អគ្មានបញ្ហាណាមួយគួរឱ្យកត់សំគាល់):
  - ប្រាកដថាស្ត្រីនិងគ្រួសារដឹងពីអ្វីដែលត្រូវត្រៀមនិងពេលវេលាត្រូវស្វែងរកការថែទាំ (ទំព័រ១៦៦)
  - ផ្តល់ដំបូន្មានពីការថែទាំក្រោយសម្រាលអនាម័យ និងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ (ទំព័រ ១៦៥)
  - ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើត (ទំព័រ ១៦៦)
  - ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ (ទំព័រ១៧១)
  - ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក/ហ្វូឡាត ៤២គ្រាប់និងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការប្រើថ្នាំគ្រាប់ជាតិដែក
  - ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស ប្រសិនបើដល់ពេលដែលត្រូវផ្តល់
  - ផ្តល់ថ្នាំមេបង់ដាហ្សុល ១ គ្រាប់ (៥០០ម.ក្រ)
  - លើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើមុងជ្រលក់ថ្នាំសម្រាប់ម្តាយនិងកូនគាត់
  - កត់ត្រាព័ត៌មាននៅលើសៀវភៅសុខភាពមាតា
  - ផ្តល់ដំបូន្មានពីពេលវេលាត្រូវវិលមកវិញដើម្បីតាមដានជាប្រចាំ

លទ្ធផលតេស្តជំងឺស្វាយវិជ្ជមាន :

- សម្រាប់ម្តាយ(សូមមើលការព្យាបាលដូចនៅសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ)
- សម្រាប់កូន : ចាក់ Benzathine Penicillin G 50,000 units /Kg ចាក់សាច់ដុំតែម្តងគត់ទោះបីជាទារកដែលទើបនឹងកើតគ្មានរោគសញ្ញាជំងឺស្វាយពីកំណើតក៏ដោយ (សូមមើលនិយាមបែបបទសម្រាប់ធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាល) ។
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីនាំដៃគូរបស់គាត់ដើម្បីមកធ្វើការព្យាបាល
- ផ្តល់ដំបូន្មានពីការប្រើស្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវនិងជាប្រចាំដើម្បីបង្ការការឆ្លងមេរោគជាថ្មីម្តងទៀត ។

៣-២ ឆ្លើយតបទៅនឹងសញ្ញានិងបញ្ហាដែលកើតមានដោយឯកឯង

៣-២-១ សម្ពាធឈាមអប្បរមាឡើងខ្ពស់

ប្រសិនបើស្ត្រីមានសំពាធឈាមឡើងខ្ពស់វាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ :

ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប	សញ្ញា	ព្យាបាលនិងណែនាំ
- ប្រវត្តិមានបំរុងក្រឡាភ្លើងឬក្រឡាភ្លើងក្នុងអំឡុងពេលផ្ទៃពោះសម្រាលឬក្រោយសម្រាល? -ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥ 90mmHg ចូរស្ទង់ម្តងទៀតបន្ទាប់ពីសំរាក៣០នាទីក្រោយ	• សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥ 110mmHg	**សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ខ្លាំង :** • ឱ្យថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាមឱ្យបានសមស្រប (ទំព័រ ៤៧)
	• សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥90 mmHg ក្រោយពីស្ទង់ឃើញពីរដង	**សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់មធ្យម :** • វាស់សម្ពាធឈាមឡើងវិញនៅមួយសប្តាហ៍ក្រោយ • បើសម្ពាធឈាមនៅតែឡើងខ្ពស់ត្រូវព្យាបាលបន្ត

៣-២-២ ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍

ប្រសិនបើស្ត្រីពុំទាន់បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ពីមុនមក ត្រូវផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សានិងធ្វើការថែទាំដូចតទៅ :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• ផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់ៗស្តីពីមេរោគអេដស៍តើវាជាអ្វី តើវាឆ្លងដោយរបៀបណាផលប្រយោជន៏នៃការដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ • ពន្យល់ពីការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយមានការផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាព្រមទាំងរក្សាការសម្ងាត់ពីលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត • សួរស្ត្រី :	• ប្រសិនបើស្ត្រីយល់ព្រម ត្រូវធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍ ឬបញ្ជូនស្ត្រីទៅរកសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ដែលអាចធ្វើតេស្តបាន

- តើអ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ? - ប្រសិនបើមិនធ្លាប់ប្រាប់នាងថានាងនឹងត្រូវបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍លើកលែងតែនាងបដិសេធ - ប្រសិនបើធ្លាប់ធ្វើតេស្ត ចូរពិនិត្យមើលលទ្ធផល (ពន្យល់ដល់ស្ត្រីថានាងមានសិទ្ធិមិនបង្ហាញលទ្ធផល) បើលទ្ធផលវិជ្ជមានសួរថា ៖ ○ តើអ្នកកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ឬទេ? ○ ពិនិត្យមើលគំរោងព្យាបាល ○ តើដៃគូរបស់អ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ?	

☆ **ព្យាបាល និង ណែនាំ**

មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (HIV **វិជ្ជមាន**)

- បញ្ជូនស្ត្រីនិងកូនរបស់គាត់ទៅរកសេវាពិគ្រោះជម្ងឺក្រៅដែលផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART/OI) (មើលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីអំពីការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន) ឱ្យបានឆាប់ដែលអាចធ្វើបាន (ក្នុងអំឡុង៦សប្តាហ៍) សម្រាប់ម្តាយ
- ផ្តល់ Nevirapine ដល់ទារកសម្រាប់រយៈពេល ៦សប្តាហ៍

គ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីសារៈសំខាន់នៃការរក្សាខ្លួនកុំឱ្យឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយអនុវត្តនូវការរួមភេទដែល
- មានសុវត្ថិភាពជាងរួមទាំងការប្រើស្រោម
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តដៃគូរបស់គាត់

មិនដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ស្ត្រីបដិសេធមិនធ្វើតេស្ត ឬ មិនចង់បង្ហាញលទ្ធផល)

- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីសុវត្ថិភាពនៃការរួមភេទរួមទាំងការប្រើស្រោម
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តដៃគូរបស់គាត់ ។

៣-២-៣ ហូរទឹកនោមដោយមិនដឹងខ្លួន

ប្រសិនបើស្ត្រីមានទឹកនោមហូរ ឬ ជ្រាបទឹកនោមដោយមិនដឹងខ្លួនផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• បញ្ហាកើតឡើងចាប់ផ្តើមពីពេលណា?	• ពិនិត្យពីការហូរទឹកនោម ឬជ្រាបទឹកនោម

☆ ការព្យាបាល និង ណែនាំ

ហូរទឹកនោមដោយមិនដឹងខ្លួន :

- ពិនិត្យរកមើលការប៉ះទង្គិចនៅផ្លូវទ្វារមាសដែលអាចកើតមានក្នុងអំឡុងពេលប្រឹងបញ្ចេញកូន ។ការធ្លាយពីប្លោកនោមមកផ្លូវទ្វារមាសជាភោគវិនិច្ឆ័យមួយគួរពិចារណា ។ បើមានការឆ្លងរោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងក្រោមត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic :
- Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃឬTrimethoprim/ Sulfamethoxazole ១គ្រាប់ (៨០/៤០០មក្រ) លេបម្តងដង២គ្រាប់លេប២ដងប្រសិនបើស្ត្រីនៅតែហូរទឹកនោមដោយមិនដឹងខ្លួនលើសពី១សប្តាហ៍ ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅផ្នែកឯកទេស ។

៣-២-៤ ខ្ទុះឬឈឺបេរីណេ :

ប្រសិនបើស្ត្រីឈឺបេរីណេ ត្រូវផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ :

សួរ ពិនិត្យ កំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប	ព្យាបាលនិងណែនាំ
• សួរស្ត្រីថា តើវាកើតឡើងពីពេលណា?	• ពិនិត្យមើលការហើម យោនី ឬបេរីណេ	**ការប៉ះទង្គិចបេរីណេ** (យោនីឬបេរីណេហើមខ្លាំង) បើមានការបង្ករោគសូមមើលការគ្រប់គ្រងដូចខាងក្រោម ។
	• ពិនិត្យមើលការហើម បេរីណេ • មានខ្ទុះដែរឬទេ?	**ការឆ្លងរោគ ឬការឈឺចាប់នៅបេរីណេ** (មានខ្ទុះនិងឈឺនៅបេរីណេ) • កាត់ចេសដេរចេញប្រសិនបើមាន

	មានឈឺដែរឬទេ?	• សម្អាតរបួស ត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic : • Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃឬTrimethoprim/ Sulfamethoxazole ១គ្រាប់ (៨០/៤០០មក្រ) លេបម្តង២គ្រាប់ លេប២ដង • ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការថែទាំនិងអនាម័យ • ផ្តល់ **Paracetamol** បំបាត់ការឈឺចាប់ • តាមដានក្នុងអំឡុង២ថ្ងៃ ។

៣-២-៥ អារម្មណ៍មិនល្អ ឬងាយយំ

ប្រសិនបើស្ត្រីមានអារម្មណ៍មិនល្អ ឬងាយយំ វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងដូចតទៅ :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ព្យាបាលនិងណែនាំ
• តើអ្នកមានអារម្មណ៍ដូចម្តេចដែរថ្មីៗនេះ? • តើអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍អស់សង្ឃឹម ? • តើអ្នកនៅតែអាចរីករាយជាមួយអ្វីដែលអ្នកធ្លាប់រីករាយពីមុនមកឬទេ? • តើអ្នកមានកំលាំងធម្មតាឬមានអារម្មណ៍ថាអស់កំលាំង? • តើអ្នកសំរានបានឬទេ? • តើអ្នកអាចប្រមូលអារម្មណ៍បាន	**ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តក្រោយសម្រាល(ជាទូទៅក្រោយសប្តាហ៍ទី១)** (មានសញ្ញា២ឬច្រើនក្នុងអំឡុងពេល២សប្តាហ៍មានអារម្មណ៍ស្តីបន្ទោសឬអវិជ្ជមានចំពោះខ្លួនឯងងាយយំមិនចាប់អារម្មណ៍ នឹងអ្វីៗមិនរីករាយមានអារម្មណ៍នឿយណាយឡេះឡះគ្រប់ពេលដេកមិនលក់ថយចុះនូវការគិតមិនឃ្លាន) : • ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត • បញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត **ស្រងូតស្រងាត់ ក្រោយសម្រាល : (ជាទូទៅនៅសប្តាហ៍ទី១)** (មានសញ្ញាណាមួយនៃសញ្ញាខាងលើក្នុងរយៈពេលតិចជាង២សប្តាហ៍) • ប្រាប់ស្ត្រីថាបញ្ហានេះអាចកើតមានជាទូទៅ

ទេ? (ឧ. ពេលស្តាប់កម្មវិធីវិទ្យុ អានកាសែត)	• ស្តាប់ពីកង្វល់របស់គាត់ • ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត • ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាដល់ដៃគូនិងគ្រួសារផ្តល់នូវការគាំទ្រដល់ស្ត្រី • តាមដានក្នុងអំឡុងពេល២សប្តាហ៍ • បើមិនធូរស្រាលបញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត។

៣-២-៦ ធ្លាក់ស៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល

បើស្ត្រីមានធ្លាក់សតាមទ្វារមាស ត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប
• តើអ្នកសម្គាល់ឃើញមានធ្លាក់ស តាមទ្វារមាសឬទេ ? • តើអ្នកមានរមាស់នៅទ្វារមាសឬទេ? • តើអ្នកមានបញ្ហានៅពេលនោមឬទេ? : - នោមមានខ្ទុះ - ពេលនោមមានឈឺផ្សា • បើដៃគូបានមកគ្លីនិកជាមួយត្រូវសួរតើមានហូរខ្ទុះតាមបង្ហូរនោមឬឈឺក្រហាយពេលនោមឬទេ? • បើដៃគូមិនបានមកជាមួយទេត្រូវពន្យល់ពីសារៈសំខាន់នៃការវាយតម្លៃនិងការព្យាបាលដើម្បីបង្ការការឆ្លងរោគជាថ្មី • ធ្វើការណាត់ជួបស្ត្រីនិងដៃគូ របស់គាត់ (បើអាចធ្វើបាន)	• ពិនិត្យមើលការធ្លាក់ស ខុសពីធម្មតា (ដោយប្រើ ដៃញែកបបេរ) - បរិមាណ - ពណ៌ - ក្លិន • បើមិនឃើញមានធ្លាក់ស លូកទ្វារមាសដោយប្រើចង្អុលដៃដែលពាក់ស្រោមដៃ ហើយរួចពិនិត្យ "ស" ដែលប្រឡាក់នៅលើចុងម្រាម

☆ ព្យាបាលនិងផ្តល់ដំបូន្មាន

អាចបណ្តាលមកពីហ្គូណូកុក (ប្រមេះទឹកបាយ) ឬ ក្លាមីឌីយ៉ា (ធ្លាក់សមិនធម្មតា ពិសេសចេញពីមាត់ស្បូន ដៃគូមានហូរខ្ទុះតាមបង្ហូរនោម ឬនោមឈឺ)

- ផ្តល់ការព្យាបាលដល់ស្ត្រី និងដៃគូដោយ antibiotic សមស្របតាមគោលការណ៍ថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺ កាមរោគ STI/RTI)
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើស្រោមបានជាប់លាប់

អាចបណ្តាល មកពីផ្សិតកង់ឌីដា (ធ្លាក់សខាប់ដូចទឹកដោះគោ រមាស់ទ្វារមាសខ្លាំង):

- ត្រូវផ្តល់ Clotrimazole ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិអំពីជំងឺកាមរោគ STI/RTI)
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើ ស្រោមបានជាប់លាប់

អាចបណ្តាលមក ពីការបង្ករោគ ដោយបាក់តេរី និង ទ្រីកូម៉ូណាស់ (មានធ្លាក់ ស មិនធម្មតា ពពុះ១ មានក្លិនស្អុយ)

- ព្យាបាលតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ស្តីអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើស្រោមអនាម័យ ។

៣-៣ ការផ្តល់វិធានការការពារ

ណែនាំនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាដល់ស្ត្រីពីវិធានការការពារដូចតទៅ :

វាយតម្លៃ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	អន្តរាគមន៍
• ពិនិត្យការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស	• ផ្តល់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺតេតាណូសបើដល់ពេលត្រូវផ្តល់
	• ផ្តល់ថ្នាំមេបង់ដាហ្សុល១គ្រាប់ (៥០០ម.ក្រ)
• ពិនិត្យពីការផ្តល់ថ្នាំជាតិដែកនិងអាស៊ីដហ្វូលិក	• ផ្តល់ជាតិដែកនិងអាស៊ីដហ្វូលីក៤២ថ្ងៃនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការប្រើប្រាស់
• ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សានិងណែនាំគ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់	• លើកទឹកចិត្តឱ្យសំរាន្តក្នុងមុងជ្រលក់ថ្នាំ • ណែនាំពីការថែទាំក្រោយសម្រាល • ពិគ្រោះពិភាក្សាពីអាហារូបត្ថម្ភ (ទំព័រ១៦៥) • ពិគ្រោះពិភាក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំព័រ១៦៦ • ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ (ទំព័រ ១៧១)

	• ពិគ្រោះពិភាក្សាពីសុវត្ថិភាពនៃការរួមភេទរួមទាំងការប្រើប្រាស់ស្រោម • ណែនាំឱ្យមកតាមដានជាប្រចាំ (ទំព័រ ១៦៧) • ណែនាំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ (ទំព័រ ១៦៦) • ណែនាំពីការត្រៀមសម្រាប់ករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រោយសម្រាល (ទំព័រ ១៦៦)
• ពិនិត្យស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា	*បើស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ :* • បញ្ជូនស្ត្រីនិងកូនទៅផ្នែកពិនិត្យជំងឺក្រៅដើម្បីទទួលសេវា ART/OI ដើម្បីព្យាបាលបន្ត
• កត់ត្រាព័ត៌មានទាំងអស់ក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា	

៣-៣-១ អនាម័យនិងអាហារូបត្ថម្ភ

ណែនាំនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាគ្រប់ស្ត្រីសម្រាលកូនរួចដូចតទៅ :

ថែទាំក្រោយសម្រាលនិងអនាម័យ	អាហារូបត្ថម្ភ
ណែនាំនិងពន្យល់ដល់ស្ត្រី : • ត្រូវមាននរណាម្នាក់នៅជាមួយនាងជាប់ជានិច្ចក្នុងអំឡុងពេល២៤ម៉ោងដំបូងក្រោយសម្រាល • មិនត្រូវដាក់អ្វីចូលទៅក្នុងទ្វារមាសស្ត្រី • សំរាកនិងសំរានិ្តឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ • សម្អាតខ្លួន ដើម្បីជៀសវាងការឆ្លងរោគដល់ម្តាយនិងទារក : - លាងដៃមុននឹងប៉ះពាល់ទារក - លាងប៉េរីណេរាល់ថ្ងៃនិងក្រោយពីបន្ទោរបង់និងត្រូវផ្តិតឱ្យស្ងួត	• ណែនាំស្ត្រីឱ្យញ៉ាំអាហារឱ្យបានច្រើនដងក្នុងមួយថ្ងៃ (យ៉ាងតិច៤ដង) និងញ៉ាំឱ្យបានច្រើនក្នុងម្តងៗ ហើយឱ្យបានគ្រប់មុខដូចជា សាច់ ត្រី ប្រេង គ្រាប់ធញ្ញជាតិ សណ្តែក បន្លែ ដើម្បីជួយឱ្យស្ត្រីមានសុខភាពល្អនិងរឹងមាំ • បញ្ជាក់ប្រាប់ស្ត្រីថានាងអាចបរិភោគអាហារអ្វីក៏បានតាមធម្មតាអាហារទាំងនោះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការបំបៅដោះកូនទេ • ចំណាយពេលបន្ថែម ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សា ពីអាហារូបត្ថម្ភ ដល់ស្ត្រីដែលស្គមនិងស្ត្រីវ័យក្មេង

- ប្តូរក្រណាត់ទ្រាប់បេរីណេរៀងរាល់៤ម៉ោងទៅ៦ម៉ោងឬញឹកជាងនេះ - បោកសម្អាតក្រណាត់ទ្រាប់ឬបោះចោលឱ្យបានត្រឹមត្រូវ - ងូតទឹកសម្អាតខ្លួនរាល់ថ្ងៃ • ជៀសវាសការរួមភេទរហូតដល់របួសបេរីណេជាសះស្បើយ	• សួរពីអាហារដែលស្ត្រីតមបើជាចំណីអាហារផ្តល់ការចិញ្ចឹមល្អដល់សុខភាពណែនាំស្ត្រីកុំឱ្យតមអាហារនោះ • ណែនាំសមាជិកគ្រួសារឱ្យលើកទឹកចិត្តនិងជួយស្ត្រីឱ្យហូបបានគ្រប់គ្រាន់និងជៀសវាងការងារធ្ងន់ធ្ងរ។

៣-៣-២ ការពន្យារកំណើត

សម្រាប់ព័ត៌មានទូទៅស្តីពីការផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើតសូមមើលទំព័រ ៨៤។ ព័ត៌មានដូចតទៅនឹងរៀបរាប់អំពីវិធីការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះ ដោយបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធក្នុងអំឡុងពេលមិនទាន់មានរដូវ ។

បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធក្នុងអំឡុងពេលមិនទាន់មានរដូវ (LAM : Lactation Amenorrhea Method)
• ស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធអាចការពារពីការមានផ្ទៃពោះបានលុះត្រាតែ : - មិនលើសពី៦ខែក្រោយសម្រាលនិងពុំទាន់មានរដូវវិញ - បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ (៨ដងឬច្រើនជាងនេះក្នុង១ថ្ងៃនិងយ៉ាងតិច១ដងពេលយប់ ហើយចន្លោះនៃការបំបៅម្តងៗ នៅពេលថ្ងៃមិនលើសពី៤ម៉ោង និងនៅពេលយប់មិនលើសពី៦ម៉ោង និងមិនមានផ្តល់អាហារបន្ថែមឬទឹកឡើយ) • ស្ត្រីដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះសុទ្ធក៏អាចជ្រើសរើសមធ្យោបាយពន្យារកំណើតមួយផ្សេងទៀតដោយប្រើតែមួយមុខ ឬប្រើរួមជាមួយនឹងវិធី LAM

៣-៣-៣ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងការត្រៀមពេលមានអាសន្ន

ណែនាំស្ត្រីឱ្យស្គាល់ពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងការត្រៀមទៅពេលមានបញ្ហាសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រោយសម្រាលដូចតទៅ :

សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់	ការត្រៀមពេលមានអាសន្ន
*ណែនាំឱ្យស្ត្រីទៅមណ្ឌលសុខភាពឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក **ជាបន្ទាន់ទោះថ្ងៃឬយប់**មិនត្រូវពន្យារពេលបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចខាងក្រោម :* • ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស : - ក្រណាត់ទ្រាប់ប៉េរីណេសើមជោគលើសពី២ដុំ ក្នុងរយៈពេល២០-៣០នាទីក្រោយសម្រាល - ធ្លាក់ឈាមកាន់តែច្រើនឡើងក្រោយសម្រាលដែលធម្មតាការធ្លាក់ឈាមនេះត្រូវថយចុះ • ប្រកាច់ • ដង្ហើមញាប់ ឬ ពិបាកដកដង្ហើម • គ្រុនក្តៅឬខ្សោយមិនអាចងើបពីគ្រែរួច • ឈឺក្នុងពោះយ៉ាងខ្លាំង *ណែនាំឱ្យទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឱ្យឆាប់តាមដែលអាចទៅបានបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចខាងក្រោម :* - គ្រុនក្តៅ - ឈឺពោះ - មានអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួន - ដោះឡើងហើម ក្រហម ឡើងតឹងឬ ឈឺក្បាលដោះ - មានហូរទឹកនោម ឬ ឈឺចាប់ពេលនោម - ឈឺចាប់នៅប៉េរីណេ ឬ មានហូរខ្ទុះ - កករឈ្លោកមានក្លិនស្អុយ ។	**ពិភាក្សាពីការត្រៀមជាបន្ទាន់ជាមួយស្ត្រី និងដៃគូគាត់/គ្រួសារ** • ណែនាំឱ្យមាននរណាម្នាក់នៅក្បែរជានិច្ច ក្នុងអំឡុងពេល២៤ម៉ោងដំបូងក្រោយសម្រាល • ពិភាក្សា - ត្រូវទៅកន្លែងណាបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់? - តើទៅទីនោះដោយរបៀបណា? - សោហ៊ុយដែលត្រូវចំណាយ? - ការគាំទ្ររបស់ក្រុមគ្រួសារនិងសហគមន៍ • ណែនាំស្ត្រីឱ្យយកសៀវភៅសុខភាពមាតាទៅជាមួយផង ។

៣-៣-៤ ការត្រឡប់មកពិនិត្យនិងតាមដានជាប្រចាំ

ត្រូវលើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីនាំដៃគូគាត់ ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់មកជាមួយពេលពិនិត្យក្រោយសម្រាលយ៉ាងហោចណាស់ម្តង ។

ការពិនិត្យជាប្រចាំក្រោយសម្រាល

- ពិនិត្យលើកទី១ ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោងក្រោយសម្រាលកូន
- ពិនិត្យលើកទី២ ក្នុងសប្តាហ៍ទី១ (បើអាចធ្វើបានត្រូវធ្វើថ្ងៃទី២ឬទីជាមួយការពិនិត្យទារក)
- ពិនិត្យលើកទី៣ក្នុងរយៈពេល៦សប្តាហ៍ (ទន្ទឹមនិងការយកទារកទៅចាក់ថ្នាំបង្ការ)
- ការពិនិត្យចាំបាច់ដទៃទៀត ត្រូវធ្វើក្នុងរយៈពេល៦ខែក្នុងករណីចាំបាច់

ការតាមដាននៅពេលមានបញ្ហា ៖

បញ្ហាដែលជួបប្រទះ	រយៈពេលត្រូវត្រឡប់មកជួប
គ្រុនក្តៅ	២ថ្ងៃ
ការឆ្លងរោគផ្លូវនោម	២ ថ្ងៃ
ការឆ្លងរោគនៅប៉េរីណេ ឬ ឈឺចាប់	២ ថ្ងៃ
សម្ពាធឈាមឡើង	១ សប្តាហ៍
មានហូរទឹកនោមដោយឯកឯង	១សប្តាហ៍
ជងឺស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ	២សប្តាហ៍
ជំងឺស្លេកស្លាំងមធ្យម	៤សប្តាហ៍
ទឹកមុខស្រងូតស្រងាត់ក្រោយសម្រាល	២សប្តាហ៍
មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍	២សប្តាហ៍

៣-៤ ការវាយតម្លៃ និង ការថែទាំទារកទើបកើត

ពេលវេលានៃការពិនិត្យជាប្រចាំក្រោយកើត :

- ពិនិត្យលើកទី១ ក្នុងអំឡុងពេល ២៤ម៉ោងក្រោយកើតរួមនិងការផ្តល់ Vitamin K, Hepatitis B vaccine and BCG (គួរចៀសវាងការបំបែកទារកពីម្តាយ)
- ពិនិត្យលើកទី២ ក្នុងសប្តាហ៍ទី១ បើអាចធ្វើបានត្រូវធ្វើថ្ងៃទី២ ឬទី៣ ក្រោយកើតវាយតម្លៃការបំបៅដោះនិងស្ថានភាពទារក ផ្តល់ដំបូន្មានអំពីការបំបៅដោះ ការរក្សាកំដៅ ការថែទាំទងផ្ចិត អនាម័យ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងពេលដែលត្រូវស្វែងរកការថែទាំ
- ពិនិត្យលើកទី៣ ក្នុងរយៈពេល៦សប្តាហ៍ ផ្តល់ការថែទាំជាប្រចាំនិងវាយតម្លៃ ស្ថានភាពទារករួមមានការបំបៅដោះ ការរក្សាកំដៅ ការថែទាំទងផ្ចិត អនាម័យ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងពេលដែលត្រូវស្វែងរកការថែទាំ ។ ទារកនឹងបានទទួល OPV1, DPT-HepB-Hib1
- ការតាមដានបន្ត និងការទទួលបានថ្នាំបង្ការទៅតាមអាយុទារក :
    - ១០សប្តាហ៍ : ទទួល OPV, DPT-HepB-Hibលើកទី២
    - ១៤សប្តាហ៍ : ទទួល OPV, DPT-HepB-Hibលើកទី៣
    - ៩ខែ : ទទួលវ៉ាក់សាំងកញ្រ្ជិល(និងរលាកខួរក្បាល បើមាន)

បើទារកមានបញ្ហាណាមួយត្រូវតាមដានបន្ថែម ។ រាល់ពេលពិនិត្យជាប្រចាំត្រូវវាយតម្លៃពីការបំបៅដោះ ត្រូវលើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធរយៈពេល៦ខែ ។ ទារកត្រូវបានថ្លឹងទម្ងន់និងកត់ត្រាចូលទៅក្នុងប័ណ្ណសុខភាពកុមារ ។ បើកុមារស្រកទម្ងន់ ឬមិនឡើងទម្ងន់ ឬទម្ងន់ទាបធៀបនឹងអាយុ ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយឱ្យបំបៅដោះកូនឱ្យបានញឹកញាប់និងឱ្យបានយូរតាមទារកចង់ទាំងថ្ងៃទាំងយប់ ។ ប្រសិនបើទារកមានទម្ងន់តិចខ្លាំង (ទម្ងន់ទារកស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ក្រហមនៃប័ណ្ណសុខភាពកុមារ ត្រូវវាយតម្លៃទារកដោយប្រុងប្រយ័ត្នដើម្បីរកមូលហេតុផ្សេងៗដែលអាចមានរួមទាំងជំងឺនិងបញ្ហាក្នុងការបៅ ហើយត្រូវធ្វើអន្តរាគមន៍សមស្រប ។

៣-៤-១ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់ទារកមុនពេលចេញទៅផ្ទះ

បើទារកមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយកើតមាននៅពេលណាមួយក្រោយពីកើត ឬនៅមុនចេញទៅផ្ទះ ទារកត្រូវទទួលការព្យាបាលជាបន្ទាន់ (មើលផ្នែក៣-៥)

សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់មុនពេលចេញទៅផ្ទះ :

- ដង្ហើមញាប់ (លើសពី ៦០ដង/នាទី)
- ដង្ហើមយឺត (តិចជាង ៣០ដង/នាទី)
- ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល
- ដង្ហក់
- ប្រកាច់
- ខ្លួនទារកទន់ឬរឹង
- ក្តៅខ្លួន (សីតុណ្ហភាព >38ºC)
- សីតុណ្ហភាព <35ºC ឬសីតុណ្ហភាពមិនកើនឡើងក្រោយពីបានផ្តល់កំដៅដល់ទារក
- មិនបៅដោះសោះឬពិបាកបៅខ្លាំង
- ហូរខ្ទុះពីផ្ចិត ឬផ្ចិតឡើងក្រហមនិងហើមដល់ស្បែកជុំវិញ
- ហូរឈាមពីទងផ្ចិត
- នៅស្បែកមានពងទឹកលើសពី ១០ឬ bullae ឬហើម ក្រហម ស្បែកឡើងរឹង
- ស្លេក
- ខាន់លឿងដែលកើតមាន <២៤ម៉ោងក្រោយកើតឬកើតលឿងកើតមាននៅពេលណាមួយ នៅបាតដៃ និងបាតជើង ។

៣-៤-២ ការថែទាំទារកទូទៅមុនពេលចេញទៅផ្ទះ

៣-៤-២-១ គោលការណ៍ណែនាំទូទៅ

អនាម័យដៃ :

ការប្រឈមមុខច្រើនបំផុតរបស់ទារកដែលកើតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យគឺការចម្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយបុគ្គលិកពេទ្យ ។ ការប៉ះឬកាន់ទារកដែលមិនចាំបាច់គឺជាវិធីចម្លងដ៏ងាយបំផុត ។ បុគ្គលិកពេទ្យគួរប៉ះពាល់

ទារកតែពេលណាចាំបាច់ដែលជាតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ ។ បើបុគ្គលិកពេទ្យចាំបាច់ត្រូវប៉ះឬកាន់ទារក ត្រូវលាងសម្អាតដៃទៅតាមពេលវេលាដែលតម្រូវទាំង៥ :

១- មុនពេលប៉ះទារក

២- ក្រោយពេលប៉ះទារក

៣- មុនពេលអនុវត្តដែលត្រូវការប្រើឧបករណ៍ឬសម្ភារៈដែលត្រូវប្រើលើទារកឬម្តាយ

៤- ក្រោយពេលដែលអាចប៉ះពាល់នឹងសារធាតុរាវរបស់សរីរាង្គ

៥- ក្រោយពីប៉ះពាល់ជាមួយកន្លែងដែលនៅជុំវិញម្តាយឬទារក

បុគ្គលិកពេទ្យគួរលាងសម្អាតដៃនៅពេលមកដល់កន្លែងធ្វើការ មុនពេលនិងក្រោយពេលពាក់ស្រោមដៃ ក្រោយពេលប្រើបង្គន់ឬមុនពេលចេញទៅផ្ទះ ។ អ្វីៗដែលបុគ្គលិកពេទ្យប៉ះគឺអាចជាប្រភពនៃការចម្លងរោគ ឧ. ផ្ទៃរាប ស្តេតូស្កុប សម្ភារៈ ឧបករណ៍ពេទ្យ ឯកសារ ប៊ិច និងទូរសព្ទដៃ ។

ការរក្សាកំដៅ : ប្រាកដថាបន្ទប់មានភាពកក់ក្តៅ (២៥-២៨°C) និងមិនមានខ្យល់បក់ចេញចូលដាក់ទារកនៅក្នុង បន្ទប់ជាមួយម្តាយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកឬដាក់នៅលើគ្រែជាមួយម្តាយ (ក្នុងមុង) ។ បើទារកមិនបានដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយ ត្រូវពិនិត្យមើលថាតើមាន មូលហេតុសមស្រប ឧ. ទារកឬម្តាយត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ដែលត្រូវតែនៅដោយឡែកពីគ្នា ។ បើមានមូលហេតុសមស្របត្រូវប្រាកដថាទារកបានស្លៀកពាក់ ឬរុំ គ្របដណ្តប់ ពាក់មួកបានត្រឹមត្រូវ ។

បង្រៀនម្តាយ : ដើម្បីអាចឱ្យស្ត្រីកំណត់បាននិងដឹងថាទារកមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ ។

៣-៤-២-២ វាយតម្លៃពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនិងពិគ្រោះពិភាក្សា (១ម៉ោងក្រោយកើត)

សម្គាល់ : សម្រាប់ការបំបៅដោះក្នុងម៉ោងដំបូងសូមមើលទំព័រ ១៣៧

វាយតម្លៃពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយដូចតទៅ :

សួរម្តាយ :

- តើការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយយ៉ាងដូចម្តេចដែរ?
- តើមានការលំបាកណាមួយឬទេ?
- តើទារកពេញចិត្តក្នុងការបៅឬទេ?
- តើអ្នកបានឱ្យអាហារឬទឹកផ្សេងៗដល់កូនរបស់អ្នកឬទេ?
- តើដោះអ្នកមានសភាពដូចម្តេចដែរ? តើមានឈឺដោះឬក្បាលដោះឬទេ?
- តើមានកង្វល់អ្វីអំពីការបំបៅដោះកូនឬទេ?

- បើទារកមានអាយុលើសពី១ថ្ងៃតើអ្នកឱ្យកូនបៅប៉ុន្មានដងក្នុង២៤ម៉ោង? តើចន្លោះពីការបៅម្តង១ មានរយៈពេលប៉ុន្មាន?ឱ្យម្តាយប្រាប់អ្នកនៅពេលដែលទារកបំរុងបៅ ។ សង្កេតមើលការបៅរយៈពេល ៥នាទី
- តើការដាក់ទារកឱ្យបៅ ការបៅបានផ្តិបល្អបានត្រឹមត្រូវ ការជញ្ជក់មានប្រសិទ្ធភាពឬទេ? (ទំព័រ ១៣៧)

បៅបានល្អ (ជញ្ជក់មានប្រសិទ្ធិភាព បៅដោះ ≥៨ដង/២៤ ម៉ោងតាមចិត្តចង់ថ្ងៃនិងយប់) :

- សរសើរម្តាយដែលបានបំបៅកូនបានត្រឹមត្រូវ
- លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅដោះតាមចំណង់របស់ទារក

ពិបាកក្នុងការបំបៅ (ពុំទាន់បានបំបៅដោះ ការផ្តិបមាត់ទៅនឹងដោះពុំបានល្អ ជញ្ជក់ពុំទាន់មានប្រសិទ្ធភាព បំបៅដោះតិចជាង៨ដងក្នុង២៤ម៉ោង ទារកទទួលអាហារឬភេសជ្ជៈផ្សេងទៀត) :

- អះអាងប្រាប់ម្តាយថានាងនឹងមានទឹកដោះគ្រប់គ្រាន់ប្រសិនបើនាងបំបៅបានញឹកញាប់ និងមានប្រសិទ្ធភាព
- បង្រៀនពីការដាក់ស្ថានភាពទារកឱ្យបៅត្រឹមត្រូវផ្តិបមាត់ទៅនឹងដោះត្រឹមត្រូវ (ទំព័រ១៣៧)
- ប្រសិនបើស្ត្រីមានលាសដោះត្រូវគ្រប់គ្រងដូចក្នុងទំព័រ ១៤៨
- ណែនាំឱ្យបំបៅញឹកញាប់ទាំង ពេលថ្ងៃនិងពេលយប់ ៨ដងឬច្រើនជាងនេះក្នុង២៤ម៉ោង
- បើទារកបានទទួលអាហារឬភេសជ្ជៈផ្សេងទៀតរួមទាំងទឹកដោះគោត្រូវប្រាប់ម្តាយឱ្យបញ្ឈប់ ។ ងាកទៅបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធវិញ
- វាយតម្លៃម្តងទៀតនៅពេលបំបៅលើកក្រោយ ឬតាមដានក្នុងរយៈពេល២ថ្ងៃ ។

មានហេតុផលតិចតួចណាស់ដែលតម្រូវឱ្យស្ត្រីមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះ (តារាងខាងក្រោម)

- ម្តាយមានដំបៅនៅលើដោះ Herpes simplex virus type 1 (មើលតារាងបំពេញ STI)
- ម្តាយមិនអាចបំបៅបានដោយសារទទួលការព្យាបាលពិសេស :
  - ថ្នាំរម្ងាប់អារម្មណ៍ព្យាបាលផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ
  - ថ្នាំឆ្កួតជ្រូក
  - Radioactive Iodine
  - Cytotoxic chemotherapy

ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធដូចតទៅ :

ឆ្លើយតបទៅនឹងកង្វល់នានាដែលមានទាក់ទងទៅនឹងការបំបៅដោះ ។ ពន្យល់ម្ដាយពីសារៈសំខាន់នៃការរក្សាឱ្យស្បែកម្ដាយប៉ះស្បែកទារកឱ្យបានយូរដែលអាចធ្វើទៅបានទោះបីជាក្រោយពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ:

- លើកទឹកចិត្តការបំបៅកូនតាមចំណង់ទាំងថ្ងៃទាំងយប់និងឱ្យបានយូរតាមចំណង់ទារក ។ ទារកត្រូវការបៅទាំងថ្ងៃទាំងយប់ ។ ក្រោយពី២៤ម៉ោងនៃកំណើតត្រូវបំបៅទារក៨ដងឬលើសក្នុង១ថ្ងៃ ។

ពន្យល់ម្ដាយអំពីសារៈសំខាន់នៃការបំបៅដោយទឹកដោះដំបូង :

- ទឹកដោះដែលមាននៅក្នុង២ទៅ៣ថ្ងៃក្រោយសម្រាលហៅថាទឹកដោះដំបូង ។ វាខាប់និងពណ៌លឿងឬមិនមានពណ៌
- ទឹកដោះដំបូងមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់ទារកពីព្រោះវាមានជាតិប្រូតេអ៊ីនច្រើនជាងទឹកដោះធម្មតានិងមាន វីតាមីនអានិងអាចការពារការឆ្លងរោគបានប្រសើរជាង ។
- បើម្ដាយបន្តការបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធ នោះទឹកដោះកាន់តែមានច្រើននៅក្នុងអំឡុង២-៣ថ្ងៃ

ពន្យល់ម្ដាយអំពីជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមទារកដែលប្រសើរបំផុត :

- ទារកគួរត្រូវបានបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធរយៈពេល៦ខែដំបូងនៃជីវិត ការបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធមានន័យថាផ្ដល់តែទឹកដោះសុទ្ធ (រួមទាំងទឹកដោះច្របាច់) ។ សារធាតុរាវផ្សេងៗ (ទឹកដោះគោ ទឹក ទឹកស្ករ ទឹកដោះគោខាប់ បបរ)និងអាហារផ្សេងៗ ធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដែលមិនត្រូវផ្ដល់ឱ្យទារកទេ ។ទឹកដោះម្ដាយមានសារធាតុចិញ្ចឹមនិងជាតិទឹកដែលទារកត្រូវការនៅក្នុង៦ខែដំបូងនៃជីវិត ដូច្នេះមិនចាំបាច់ផ្ដល់អាហារនិងជាតិទឹកទេ ។
- ទឹកដោះម្ដាយជួយការពារទារកពីការឆ្លងរោគ
- ទារកគួរត្រូវបានបំបៅយ៉ាងតិច២ឆ្នាំឬលើស
- ជាធម្មតាក្មេងតែងតែមានយំខ្លះៗ ដូច្នេះមិនមានន័យថាទារកឃ្លានទេ ។ ស្ត្រីអាចឱ្យកូនបៅប៉ុន្តែមិនត្រូវផ្ដល់អាហារផ្សេងៗទេ ។

ទារកទាំងអស់ដែលអាយុតិចជាង៦ខែ ហើយម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ។ ការចិញ្ចឹមក្រៅអំពីទឹកដោះម្តាយ (ឧ.ទឹកដោះគោ) បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់របស់ទារក ។ ការចិញ្ចឹមរួមគ្នា (ទឹកដោះម្តាយរួមនឹងទឹកដោះគោ) បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។

៣-៤-៣ កំណត់រកបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស

គួរវាយតម្លៃទារកប្រហែល១ម៉ោងក្រោយសម្រាលនិងរៀងរាល់ថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេលសំរាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងមុនពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ (មិនអាចមុន២៤ម៉ោង) និងក្នុងសប្តាហ៍ទី១នៃកំណើត (ប្រសើរបំផុតក្នុង២-៣ថ្ងៃដំបូង) និងនៅសប្តាហ៍ទី ៦នៃកំណើត ។

សួរម្តាយអំពីប្រវត្តិជំងឺនិងពិនិត្យរាងកាយទារកដោយសួរម្តាយ ពិនិត្យកំណត់ត្រា មើល ស្តាប់និងស្ទាប ។ បើរកឃើញបញ្ហាណាមួយសូមមើលសកម្មភាពអន្តរាគមន៍ដូចខាងក្រោម ។

ប្រវត្តិជំងឺនិងការពិនិត្យរាងកាយ ចំណាត់ថ្នាក់និងសកម្មភាពដែលត្រូវធ្វើ :

ប្រវត្តិជំងឺនិងការពិនិត្យរាងកាយ	**ចំណាត់ថ្នាក់**	**សកម្មភាពអន្តរាគមន៍ សូមមើលផ្នែក**
អាយុគភ៌ (ធម្មតា 37 – 42 សប្តាហ៍) 32-36 សប្តាហ៍ <32 សប្តាហ៍	ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ ទារកកើតមិនគ្រប់ខែខ្លាំង	៣-៤-៤
ទំងន់ទារក (ធម្មតា 2500 – 4000 g) >4000 g 1500 - <2500 g <1500 g	ទំងន់លើសធម្មតា ទំងន់តិច ទំងន់តិចខ្លាំង	៣-៤-៤
សម្រាលពិបាក : សម្រាលគួច ថប់ដង្ហើម ប្រកាច់	សម្រាលពិបាក	២-៨-៣ ៣-៥-៦ ៣-៥-៣
ម្តាយឈឺធ្ងន់ឬត្រូវបញ្ជូន	វិធីថែទាំទារក	៣-៥-១០
ការដកដង្ហើម :	ពិបាកដកដង្ហើម	៣-៥-១

ពិនិត្យមើលចង្វាក់ដង្ហើម (ធម្មតា ៣០-៦០) ចង្វាក់ដង្ហើម <៣០ឬ >៦០ ដង្ហក់ ផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូល		
សីតុណ្ហភាព >៣៧.៥ °c <៣៦.៥ °c	កំដៅខ្លួនខ្ពស់ កំដៅខ្លួនទាប	៣-៥-២
ភ្នែកក្រហម ហើម ឬហូរខ្ទុះ	អាចមានការបង្ករោគនៅភ្នែក	៣-៥-១១
ទងផ្ចិត : សង្កេតមើលភាពក្រហម ហូរខ្ទុះ ក្រហមនិងស្បែករឹងនៅជុំវិញផ្ចិត ស្បែកជុំវិញផ្ចិតក្រហមនិងហើម : តិចជាង ១ ស.ម ជុំវិញផ្ចិត ធំជាង១ស.មលើទងផ្ចិត ស្បែកនៅជុំវិញផ្ចិតក្រហម រឹង ហើម ហូរខ្ទុះ ឬមានក្លិនស្អុយ ហើមពោះ	ទារកអាច : - មានការបង្ករោគនៅផ្ចិត - មានការបង្ករោគខ្លាំងនៅផ្ចិត	៣-៥-១២
ស្បែក : សង្កេតរកខាន់លឿង (សង្កេតមើលនៅកន្លែងដែលមានពន្លឺថ្ងៃគ្រប់គ្រាន់ ខាន់លឿងនឹងមើលទៅឃើញកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ បើមើលនៅក្រោមពន្លឺភ្លើងអំពូលនិងអាចមើលមិនដឹងថាមានខាន់លឿងបើនៅក្រោមពន្លឺមិនគ្រប់គ្រាន់) : មុខទារកលឿង ចំពោះទារកអាយុតិចជាង ២៤ម៉ោងឬលឿងនៅបាតដៃ ឬបាតជើង ចំពោះទារកដោយមិនគិតអាយុ	ខាន់លឿងធ្ងន់ធ្ងរ	៣-៥-១៣
ពងទឹកនៅស្បែក : មើលនៅជុំវិញក ក្លៀកនិងក្រលៀនចំនួនតិចជាង ១០	បង្ករោគនៅស្បែក	៣-៥-១៤

ចំនួនច្រើនជាង ១០	អាចមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ	
ហើមចុចទៅទន់ៗ	រលាកកោសិកា/អាប់សែ	
ផ្សិតនៅមាត់និងស្បែក	ផ្សិត	
មុត ឬរលាត់	របួសលើស្បែក	
ពិនិត្យក្បាល ខ្លួននិងអវៈយវៈទារក : ស្នាមជាំ ហើមនៅគូថ ក្បាលហើម ពកម្ខាង ឬទាំងសងខាង ស្ថានភាពជើងទាក ខុសធម្មតា (ក្រោយពីសម្រាលគូថ) ដៃមិនមានចលនាឬមានចលនាមិនស៊ីមេទ្រីគ្នា	មានការប៉ះទង្គិចនៅពេលកើត	៣-៥-១៥
ជើងកែក Club foot (talipes) ឆែបមាត់ឬក្រអូម ក្បាល ពោះ និងខ្នងមិនមានស្បែកគ្រប	រូបរាងខុសធម្មតាពីកំណើត	៣-៥-១៥
ភាគ		៣-៥-១៦
កំណត់រកកត្តាប្រឈមមុខដែលមានក្នុងអំឡុង ៤៨ ម៉ោងក្រោយសម្រាល : ក្តៅខ្លួន >៣៨ °c - មានការបង្ករោគដែលត្រូវបានព្យាបាលដោយ antibiotics បែកស្រោមទឹកភ្លោះ >១៨ម៉ោង	ប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគដោយ ពពួកបាក់តេរី	៣-៥-៥
ម្តាយដែលមានតេស្តស្វាយវិជ្ជមាន	ប្រឈមមុខនឹងឆ្លងមេរោគស្វាយពីកំណើត	៣-៥-៨

៣-៤-៤ ផ្តល់ការថែទាំបន្ថែមដល់ទារកទើបកើតដែលមានទម្ងន់តិច (<2.5kg) ឬសម្រាលមុនកំណត់ (< 37សប្តាហ៍) រួមទាំងការថែទាំបែបម្តាយកង់ហ្គូរូ

ទារកទើបកើតមានទម្ងន់តិចអាចប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់បណ្តាលឱ្យឈឺនិងស្លាប់ច្រើនជាងទារកទើបកើតមានទម្ងន់ធម្មតា ។ ទារកទើបកើតមានទម្ងន់តិចច្រើនតែមានការលំបាកក្នុងការបំបៅ កំដៅខ្លួនទាបជាងធម្មតា ពិបាកក្នុងការដកដង្ហើម និងមានបញ្ហាធ្ងន់ផ្សេងៗទៀតដូចជាការបង្ករោគក្នុងឈាម ។ ដូច្នេះតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាទាំងនេះ ។

សំគាល់ : ការរក្សាអនាម័យដៃនិងសម្ភារៈជាការចាំបាច់បំផុត

ធានាភាពកក់ក្តៅដល់ទារក :

- ប្រាកដថាបន្ទប់មានកំដៅពី២៥-២៨°c
- ប្រាកដថាបានបិទបង្អួចនិងកង្ហារនិងទ្វារដើម្បីកុំឱ្យមានខ្យល់បក់ចេញចូល
- បង្រៀនម្តាយឱ្យចេះរក្សាកំដៅដល់ទារកតូចដោយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយតាមបែបម្តាយកង់ហ្គូរូ
- ត្រូវប្រាកដថាទារកពាក់មួកជាប់ជានិច្ច
- ដណ្តប់ភួយឱ្យម្តាយនិងទារកបន្ថែមទៀត
- បង្រៀនម្តាយឱ្យផ្លាស់ប្តូរកន្ទបឱ្យបានញឹកញាប់ដូច្នេះទារកនឹងមិនប៉ះជាមួយកន្ទបសើមឬកខ្វក់

ចំណាំ : មិនត្រូវងូតទឹកឱ្យទារកតូច ។ ជូតសម្អាតកន្លែងដែលកខ្វក់ ។

ការថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ : ជួយដល់ការរក្សាទារកឱ្យមានភាពកក់ក្តៅ ដកដង្ហើមបានល្អ បំបៅដោះតាមចំណង់ ទារកកើនទម្ងន់ មានភាពជិតស្និទ្ធជាមួយម្តាយ ទារកស៊ាំជាមួយបាក់តេរីដែលមានប្រយោជន៍របស់គ្រួសារ ។

តាមរយៈវិធីនេះសម្គាល់ឃើញថាទារកមិនសូវយំ ដេកច្រើននិងមានបញ្ហាដង្ហើមតិចតួចជាងទារកដែលមិនបានធ្វើតាមវិធីនេះ ។ ការដាក់ទារកតាមបែបម្តាយកង់ហ្គូរូបានកាន់តែច្រើនម៉ោង ទារកនឹងទទួលបានផលប្រយោជន៍កាន់តែច្រើន ។

ប្រាប់ម្តាយនិងសមាជិកគ្រួសារអំពីផលប្រយោជន៍នៃការថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ

- ដោះខោអាវទារកលើកលែងតែកន្ទប មួកនិងស្រោមជើង
- ដាក់ទារកក្នុងស្ថានភាពបញ្ឈរ ដោយស្បែកប៉ះស្បែកនៅចន្លោះដោះម្តាយ
- ត្រូវប្រាកដថាជើងនិងកែងដៃឲ្យត់ហើយទ្រោបលើម្តាយដូចស្ថានភាពកង្កែប ហើយក្បាលនិងទ្រូងទារកស្ថិតនៅលើទ្រូងរបស់ម្តាយ ដោយដាក់ក្បាលទារកងើយបន្តិច
- រក្សាស្ថានភាពរបស់ទារកឱ្យបានល្អ ដោយយកក្រណាត់ឬប្រើក្រម៉ាឬសារ៉ុងមករុំជុំវិញខ្លួនម្តាយនិងទារក
- ត្រូវប្រាកដថាបានចងឱ្យតឹងល្មម ដែលអាចការពារទារកកុំឱ្យរអិលធ្លាក់ចុះនៅពេលម្តាយឈរ ប៉ុន្តែមិនត្រូវតឹងពេកដែលមិនអាចឱ្យទារកធ្វើចលនាបានឬដកដង្ហើមបានស្រួល
- ពន្យល់ម្តាយថាគាត់អាចដាក់ទារកក្នុងស្ថានភាពបែបនេះទាំងថ្ងៃទាំងយប់កាន់តែប្រសើរ ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន
- ប្រាប់ម្តាយថា ការធ្វើរយៈពេលខ្លីក៏មានផលប្រយោជន៍ដែរ ប៉ុន្តែបើធ្វើបានយូរកាន់តែប្រសើរ
- ម្តាយត្រូវព្យាយាមបំបៅកូនដោយទឹកដោះ នៅពេលដែលទារកចង់រកបៅ
- បើទារកជញ្ជក់មិនសូវមានប្រសិទ្ធភាព ត្រូវធ្វើបង្ហាញឬប្រាប់ម្តាយពីស្ថានភាពត្រឹមត្រូវនិង ការបៅបានផ្ដិបល្អ(មិនត្រូវប៉ះទារកឬម្តាយទេ) ។

សកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់ម្តាយ បញ្ជាក់ប្រាប់ម្តាយ :

- ត្រូវលាងដៃឱ្យបានញឹកញាប់និងថែរក្សាទារកឱ្យស្អាតជានិច្ច
- ផ្តល់តែទឹកដោះមួយមុខគត់ ចំណីនិងជាតិទឹកផ្សេងទៀតបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ទារក
- មិនត្រូវគ្របឬលាបអ្វីលើផ្ចិតទារកឡើយ ហើយត្រូវរក្សាទារកឆ្ងាយពីក្មេងនិងមនុស្សចាស់ដែលឈឺ
- អាចធ្វើអ្វីៗដែលគាត់ចង់ធ្វើដូចជា ឈរ ដើរ អង្គុយ ឬដេកបាន
- ត្រូវជ្រើសរើសស្ថានភាពដេកដែលងាយស្រួលនៅពេលប្រើវិធីថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ
- ត្រូវលើកទឹកចិត្តសមាជិកក្នុងគ្រួសាររាប់ទាំងឪពុកក៏អាចធ្វើវិធីថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូបានដែរ ។

ការចិញ្ចឹមទារក

- ផ្តល់ការគាំទ្រពិសេសក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ
  - លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅកូនតាមចំណង់ ។ ចំណាំថាក្រោយពេលកើតទារកទាំងអស់ស្រកទម្ងន់ ។ ទម្ងន់កូននឹងមកដូចពេលកើតនៅថ្ងៃទី៧ទៅថ្ងៃទី១០ ។
  - វាយតម្លៃការបំបៅដោះជារៀងរាល់ថ្ងៃ : ការបៅបានផ្ទិប ការជញ្ជក់ រយៈពេលនិងចំនួនដងនៃការបៅ ការពេញចិត្តរបស់ទារកក្នុងការបៅ ។ កត់ត្រាពេលវេលានិងរយៈពេលនៃការបៅម្តងៗ ។
  - ថ្លឹងទារករាល់ថ្ងៃនិងវាយតម្លៃ
- បើទារកជញ្ជក់មិនសូវមានប្រសិទ្ធភាព ត្រូវធ្វើបង្ហាញឬប្រាប់ម្តាយពីស្ថានភាពត្រឹមត្រូវនិងការបៅបានផ្ទិបល្អ(មិនត្រូវប៉ះទារកឬម្តាយទេ)
- ពិនិត្យមើលរៀងរាល់ពេលបំបៅដោះនិងផ្តល់យោបល់កែលំអបើចាំបាច់
- បើក្រោយពីការប្រឹងប្រែងរបស់ម្តាយនិងបុគ្គលិកពេទ្យ ទារកនៅតែជញ្ជក់មិនមានប្រសិទ្ធភាព :
  - បង្រៀនម្តាយឱ្យច្របាច់ទឹកដោះដោយពែង ស្លាបព្រា ឬសឺរ៉ាំងឬទុយោក្រពះ(ទំព័រ ៣១៧) និងកត់ត្រាបរិមាណដែលផ្តល់ ។ បន្តការផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់រហូតទារកអាចជញ្ជក់បានល្អ
  - នៅពេលដែលទារកអាចជញ្ជក់បានល្អភ្លាម ម្តាយអាចចាប់ផ្តើមបំបៅដោះកូន
  - នៅពេលកំពុងផ្តល់ទឹកដោះតាមទុយោក្រពះ ក៏ត្រូវព្យាយាមដាក់ដោះឱ្យទារកបៅ លើកលែងតែស្ថានភាពទារកមិនទាន់មានលំនឹង ។

ការតាមដាន : វាយតម្លៃនិងកត់ត្រាការរកឃើញផ្សេងៗ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ

- វាយតម្លៃការដកដង្ហើម(ទារកគួរតែនៅស្ងៀមនិងមិនយំ)
  - រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម ។ រាប់ម្តងទៀតបើចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៦០ឬតិចជាង៣០
  - ស្តាប់រកសូរដង្ហក់
  - មើលរកភាពផតនៃទ្រូង
  - សួរពីប្រវត្តិនៃការបាត់ដង្ហើម(ឈប់ដកដង្ហើមលើសពី២០វិនាទី)

  ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយខាងលើ បញ្ជាក់ថាទារកពិបាកដកដង្ហើម(ទំព័រ ១៨៣)

- ស្ទង់កំដៅ
    - ○ ជំរុញឱ្យដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកដើម្បីរក្សាកំដៅឱ្យស្ថិតក្នុងកំរិតធម្មតា (៣៦,៥-៣៧,៥°c)
    - ○ បើមានការពិបាករក្សាកំដៅខ្លួនរបស់ទារកនៅក្នុងកំរិតធម្មតាសូមមើលផ្នែកព-៥-២)
- ពិនិត្យរកខាន់លឿងបើមាន(ទំព័រ ២១៨)

ការថែទាំចំពោះទារកដែលមានផលវិបាក :

ប្រសិនបើក្រោយពីការព្យាយាមធ្វើដូចខាងលើទារកនៅតែបៅមិនបានល្អឬទារកមានសុខភាពមិនល្អ បញ្ជូនទារកនិងម្ដាយទៅមន្ទីរពេទ្យឬទៅផ្នែកដែលមានសមត្ថភាពថែទាំ ទារកមានទម្ងន់តិចឬកើតមិនគ្រប់ខែ។ រក្សាការដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្ដាយដោយផ្ទាល់។

ល័ក្ខខ័ណ្ឌដែលអាចឱ្យចេញទៅផ្ទះ : ឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះនៅពេលដែល :

- ការបំបៅបានល្អ
- ម្ដាយមានទំនុកចិត្តនិងអាចថែទាំទារកបាន
- ម្ដាយមិនមានបារម្ភពីសុខភាពរបស់ទារក
- ប្រសិនបើម្ដាយនិងទារកមិនអាចសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបាន ត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីទទួលបានការពិនិត្យជារៀងរាល់ថ្ងៃ
- បង្រៀនម្ដាយឱ្យស្គាល់ពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ : ទ្រូងផតខ្លាំងនៅពេលដកដង្ហើមចូល ដង្ហើមញាប់ លើសពី៦០ដងក្នុង១នាទី) ដង្ហើមយឺត(តិចជាង៣០ដងក្នុង១នាទី) ថយចុះចលនា ប្រកាច់ ពិបាកបៅ ឬទារកត្រជាក់ខ្លួនពេកឬក្ដៅពេក
- ប្រាកដថាម្ដាយមានទំនុកចិត្តនឹងបន្តការថែទាំទារកបែបកង់ហ្គូរូនៅផ្ទះ
- បើទម្ងន់ពេលកើត <១៥០០ក្រាមទារកត្រូវ :
    - ○ ឡើងទម្ងន់៣ថ្ងៃបន្តបន្ទាប់
    - ○ កំដៅខ្លួននៅចន្លោះ៣៦,៥ និង៣៧,៥°c បីថ្ងៃបន្តបន្ទាប់

ការតាមដានបន្ត :

- ប្រាប់ម្ដាយឱ្យត្រឡប់មកមន្ទីរពេទ្យវិញបើទារកបៅមិនបានល្អ ឬបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយ (ទំព័រ ១៧២)

- ជួបជាមួយម្តាយ (នៅផ្ទះឬនៅមន្ទីរពេទ្យ) ពីរដងក្នុង១សប្តាហ៍រហូតទារកទម្ងន់បាន២,៥គ.ក្រ
- ផ្តល់ដំបូន្មានពីការថែទាំទារកមុនចេញទៅផ្ទះ ។

៣-៤-៥ ការផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយពីការថែទាំទារកក្រោយពេលចេញទៅផ្ទះ

ផ្តល់ភាពកក់ក្តៅ :

ពន្យល់ទៅម្តាយថាការរក្សាភាពកក់ក្តៅដល់ទារកគឺជាការចាំបាច់ដើម្បីឱ្យទារកមានសុខភាពល្អ ទារកទើបកើតត្រូវការសំលៀកបំពាក់/ក្រណាត់រុំមួយជាន់ទៀតលើសពីក្មេងធំឬមនុស្សចាស់ :

- ការដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកអាចធ្វើបានទៅតាមចិត្តចង់ហើយវាជួយដល់ម្តាយនិងទារក ។ ជាការចាំបាច់ក្នុងការផ្តល់ភាពកក់ក្តៅដល់ទារកដែលមានខ្លួនត្រជាក់ពេលម្តាយស្ទាប ។ ប្រសិនបើមិនអាចដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកផ្ទាល់ត្រូវស្លៀកពាក់ ឬរុំទារកដោយក្រណាត់ស្ងួត ។
  គ្រប់ទារកទាំងអស់ត្រូវពាក់មួករយៈពេល ២-៣អាទិត្យក្រោយកើតជាពិសេសចំពោះទារកតូច ។
- ត្រូវរក្សាទារកឱ្យនៅជាមួយម្តាយទាំងយប់ទាំងថ្ងៃ ។ ប្រសិនជាម្តាយនិងទារកត្រូវតែបំបែកពីគ្នា (ឧទាហរណ៍ ម្តាយឈឺ) អាចដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែកផ្ទាល់ជាមួយសមាជិកគ្រួសារ ឬប្រាកដថាទារកត្រូវបានស្លៀកពាក់ឬរុំឱ្យជិតល្អនិងដណ្តប់ភួយ ។
- រក្សាកំដៅនៅក្នុងបន្ទប់និងមិនឱ្យមានខ្យល់បក់
- មិនត្រូវដាក់ទារកនៅលើកន្លែងត្រជាក់និងនៅលើថ្មៃ/ក្រណាត់សើម
- មិនត្រូវចងរឹតទារក (ចងរុំតឹងពេក) ដែលធ្វើឱ្យទារកត្រជាក់ទៅវិញ
- មិនត្រូវដាក់ទារកឱ្យប៉ះផ្ទាល់នឹងពន្លឺព្រះអាទិត្យទេ ។

ការថែទាំផ្ចិតទារក :

- មិនត្រូវប៉ះពាល់រុំជុំវិញទងផ្ចិតនិងពោះឬដាក់ឬលាបអ្វីនៅលើទងផ្ចិត
- គ្របទងផ្ចិតទារកដោយក្រណាត់ស្អាតហើយស្ងួត
- បើទងផ្ចិតមានប្រឡាក់លាងជាមួយទឹកស្អាតនិងសាប៊ូហើយជូតសម្ងួតជាមួយក្រណាត់ស្អាត
- បើផ្ចិតមានហូរឈាម ឡើងពណ៌ក្រហម មានហូរខ្ទុះ យកទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ។

ការដេក :

- ដាក់មុងទាំងពេលថ្ងៃនិងពេលយប់នៅពេលទារកដេកប្រសិនបើទារកមិនដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយ
- ឱ្យទារកដេកផ្ងាឬដេកផ្ទៀង
- រក្សាទារកឱ្យឆ្ងាយពីផ្សែងឬឱ្យឆ្ងាយពីអ្នកជក់បារី
- រក្សាទារកឱ្យឆ្ងាយពីក្មេងនិងមនុស្សចាស់ដែលមានជំងឺ ។

អនាម័យ :

- មិនត្រូវងូតទឹកឱ្យទារកក្នុង២៤ម៉ោងនៃកំណើត
- ប្រសិនបើត្រូវលាងសម្អាតត្រូវប្រើទឹកក្តៅឧណ្ហៗដើម្បីសម្អាតមុខ ក ក្រោមក្លៀក ជាប្រចាំរាល់ថ្ងៃ
- ជូតសម្ងួតទារកនិងដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកដោយផ្ទាល់ជាមួយម្តាយឬស្លៀកពាក់ឱ្យទារក ។

សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ :

*ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយឱ្យនាំទារក**ទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាបន្ទាន់** ទោះបីថ្ងៃឬយប់ដោយមិនត្រូវពន្យារពេល បើឃើញមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទាំងឡាយដូចខាងក្រោម :*

- ពិបាកបៅឬបៅតិចជាង៨ដងក្នុង១ថ្ងៃក្នុងសប្តាហ៍ដំបូង
- ទារកមានចលនាតែពេលដែលរំញោច
- កំដៅខ្លួនតិចជាង៣៥,៥°c
- កំដៅខ្លួនច្រើនជាង៣៧,៥°c
- ចង្វាក់ដង្ហើមច្រើនជាងឬស្មើ៦០ដងក្នុង១នាទី
- ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល
- ធ្លាប់មានប្រកាច់
- មានខ្ទុះចេញពីភ្នែក
- មានពងទឹកនៅស្បែក
- ទងផ្ចិតមានហូរឈាម ឡើងក្រហមឬហូរខ្ទុះ ។

ការពិនិត្យជាប្រចាំ :

ម្តាយត្រូវយកកូនមកទទួលការពិនិត្យជាប្រចាំក្រោយកើតដើម្បីទទួលនូវថ្នាំបង្ការៈ រលាកថ្លើមប្រភេទបេ របេង គ្រុនស្វិតដៃជើង ខាន់ស្លាក់ ក្អកមាន់ តេតាណូស កញ្ជ្រិល ផ្តាសសាយ និង រលាកខួរក្បាលបើមាន។ ក្រៅពីនេះទារកទទួលបាននូវការតាមដាននិងវាយតម្លៃពីការវិវត្តន៍របស់ទារក។

- ពិនិត្យលើកទី ១ ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោងក្រោយកើត
- ពិនិត្យលើកទី ២ ក្នុងសប្តាហ៍ទី១ បើអាចធ្វើបានត្រូវធ្វើថ្ងៃទី២ឬទី៣ ក្រោយកើត
- ពិនិត្យលើកទី ៣ ក្នុងរយៈពេល ៦សប្តាហ៍
- ការតាមដានបន្ត ពេលទារកអាយុបាន ១០សប្តាហ៍ ១៤សប្តាហ៍ និង ៩ខែ

  បើទារកមានបញ្ហាណាមួយត្រូវតាមដានបន្ថែម។

៣-៥ ការគ្រប់គ្រងបញ្ហានានារបស់ទារកទើបកើត

៣-៥-១ ដកដង្ហើមពិបាក

ទារកដែលពិបាកដកដង្ហើមមានសញ្ញាមួយឬច្រើនដូចតទៅ : ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៦០ឬតិចជាង ៣០ដង្ហើមក្នុង១នាទី ទ្រូងផតពេលដកដង្ហើមចូល ស្រែកថ្ងូរ ឬបាត់ដង្ហើម(មិនដកដង្ហើមលើសពី២០វិនាទី)។

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

វាយតម្លៃនិងព្យាបាលទារកដែលមានការពិបាកដកដង្ហើមដូចខាងក្រោម បើមិនមានលទ្ធភាព ព្យាបាលទេ ត្រូវព្យាយាមផ្តល់ការព្យាបាលទូទៅរួច**បញ្ជូនទារកភ្លាមៗទៅកន្លែងដែលមានការព្យាបាលសមស្រប។**

ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការពិបាកដកដង្ហើម
ការព្យាបាលទូទៅ : • ផ្តល់អុកស៊ីសែនក្នុងកំរិតមធ្យម (0,5 ទៅ១លីត្រក្នុង១នាទី) ហើយត្រូវវាស់កំរិតអុកស៊ីសែននៅក្នុងឈាមដោយប្រើប្រដាប់វាស់កំរិត (Oximeter) ។ រក្សាកំរិតអុស៊ីសែនក្នុងឈាម៨៨%ទៅ៩២% ចំពោះទារកទំងន់តិចនិង ៩៥-៩៧% ចំពោះទារកគ្រប់ខែ ។ • បើចង្វាក់ដង្ហើមរបស់ទារកមានចំនួនតិចជាង៣0ក្នុង១នាទិ ត្រូវតាមដានយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន • បើចង្វាក់ដង្ហើមរបស់ទារកមានចំនួនតិចជាង២0ក្នុង១នាទិត្រូវសង្គ្រោះដោយប្រើបាល់ឡុងនិង ម៉ាស់ (ទំព័រ ១0៩) • បើទារកបាត់ដង្ហើម ត្រូវរំញោចឱ្យដកដង្ហើមដោយត្រដុសខ្នងទារករយៈពេល១0វិនាទី • បើទារកនៅតែមិនដកដង្ហើម ត្រូវសង្គ្រោះទារកដោយប្រើបាល់ឡុងនិងម៉ាស់ • បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកមានលើសពី៦0ដងក្នុង១នាទី ហើយទារកនៅមានសភាពស្វាយ (ទោះបីជាបានទទួលអុកស៊ីសែន ក្នុងកំរិតខ្លាំងហើយក៏ដោយ) ត្រូវសង្ស័យថាមានជំងឺបេះដូងពីកំណើត

ពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ :

- ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៩0ដងក្នុង១នាទីនិង
- ថ្ងូរឬទ្រូងផតពេលដកដង្ហើមចូល ។

ការគ្រប់គ្រង :

- ស៊កទុយោក្រពះដើម្បីឱ្យបង្ហូរខ្យល់និងទឹកចេញឱ្យអស់ដោយទុកចុងទុយោចំហដើម្បីសម្រួលដល់ការបង្ហូរចេញ
- ព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម :
  - ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃដើម្បីរក្សាជាតិទឹកដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់នៃទារក (ទំព័រ ៣៣៩)
  - បូមយកឈាមដើម្បីបណ្តុះមេរោគ
  - បើទារកមានប្រកាច់ Opisthotonos ឬប៉ោងបង្ហើយមុខត្រូវសង្ស័យថារលាកស្រោមខួរ ។
  - ព្យាបាលការប្រកាច់ បើមាន(ទំព័រ ១៨៩)

- ○ បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងនិងចាប់ផ្តើមព្យាបាលរលាកស្រោមខួរទន្ទឹមនឹងការរងចាំលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍
- ○ ផ្តល់ Ampicillinនិង Gentamicinតាមសរសៃដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់របស់ទារក

  Ampicillinចាក់សរសៃឬសាច់ដុំ កំរិតប្រើ100mg ក្នុង១គ.ក្រដោយបន្ថែមទឹកស្ទេរីល 2.5mlរៀងរាល់១២ម៉ោង ។

  Gentamicinចាក់សរសៃឬសាច់ដុំ កំរិតប្រើ5mg ក្នុង១គ.ក្រ បើទារកគ្រប់ខែ 4mg ក្នុង១គ.ក្រ បើទារកមិនគ្រប់ខែ រៀងរាល់២៤ម៉ោង ។

- តាមដាននិងកត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើមនិងកំរិតអុកស៊ីសែននៅក្នុងឈាមរៀងរាល់ម៉ោងរហូតដល់ទារកលែងត្រូវការអុកស៊ីសែននិងបន្តតាមដានបន្ថែម២៤ម៉ោងទៀត ។ សង្កេតរកសញ្ញា :
  - ○ ភាពផតនៃទ្រូងឬសម្លេងថ្ងូរ
  - ○ ការបាត់ដង្ហើម
- តាមដានការឆ្លើយតបរបស់ទារកទៅនឹងការផ្តល់អុកស៊ីសែន (ដូចជាដកដង្ហើមនិងកំរិតអុកស៊ីសែនក្នុងឈាមបានប្រសើរឡើង)
- នៅពេលដែលទារកចាប់ផ្តើមប្រសើរឡើងសូមមើលការថែទាំចំពោះការពិបាកដកដង្ហើមមធ្យម
- បើដកដង្ហើមពិបាកកាន់តែខ្លាំង ឬទារកឡើងស្វាយ :
  - ○ ផ្តល់អុកស៊ីសែនដោយល្បឿនលឿនជាងមុន
  - ○ បើនៅតែមិនប្រសើរត្រូវបញ្ជូនទៅរកការថែទាំពិសេស ។

ពិបាកដកដង្ហើមមធ្យម :

- ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៩០ដងក្នុង១នាទីនិងមិនមានសម្លេងថ្ងូរ ឬទ្រូងផតចូល
- ចង្វាក់ដង្ហើម៦០-៩០ក្នុង១នាទី និងមានសម្លេងថ្ងូរ ឬទ្រូងផតចូល ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល :

- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃដើម្បីរក្សាជាតិទឹកដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់នៃទារក

- តាមដាននិងកត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើម និងកំរិតអុកស៊ីសែននៅក្នុងឈាមរៀងរាល់ម៉ោងរហូតដល់ទារកលែងត្រូវការអុកស៊ីសែននិងបន្ថែម២៤ម៉ោងទៀត ។ សង្កេតរកសញ្ញា :
    - ផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូលឬសម្លេងថ្ងូរ
    - បាត់ដង្ហើម
- បើការដកដង្ហើមពិបាកមិនប្រសើរ ឬកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរក្រោយរយៈពេល២ម៉ោងត្រូវគ្រប់គ្រង ដូចករណីពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ
- តាមដានការឆ្លើយតបរបស់ទារកទៅនឹងការផ្តល់អុកស៊ីសែន (ដូចជាការដកដង្ហើមនិងកំរិតអុកស៊ីសែនក្នុងឈាមបានប្រសើរឡើង
- នៅពេលដែលទារកចាប់ផ្តើមប្រសើរឡើងសូមមើលការថែទាំចំពោះការពិបាកដកដង្ហើមស្រាល

ចំណាំ : ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការពិបាកដកដង្ហើម (Respiratory Distress Syndrome RDS) ដែលមានចំពោះទារកមានទម្ងន់តិច ត្រូវគ្រប់គ្រងដូចខាងលើ ។ ប៉ុន្តែជាទូទៅ RDS កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរនៅ២ថ្ងៃ ដំបូងរួចចាប់ផ្តើមប្រសើរឡើង ។ បើការពិបាកដកដង្ហើមនៅតែមិនមានស្ថេរភាពក្រោយពី២ថ្ងៃត្រូវគ្រប់គ្រង ដូចការពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ។

ការពិបាកដកដង្ហើមស្រាល :

- ចង្វាក់ដង្ហើមពី៦០-៩០ដងក្នុង១នាទី និង
- មិនមានសម្លេងថ្ងូរឬទ្រូងផតចូល

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល :

- ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះ
- តាមដាននិងកត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើមនិងកំរិតអុកស៊ីសែននៅក្នុងឈាមរៀងរាល់ម៉ោង រហូតដល់ទារកលែងត្រូវការអុកស៊ីសែននិងបន្តតាមដានបន្ថែម២៤ម៉ោងទៀត ។ សង្កេតរកសញ្ញា :
    - ភាពផតនៃទ្រូងឬសម្លេងថ្ងូរ
    - ការបាត់ដង្ហើម
- តាមដានការឆ្លើយតបរបស់ទារកទៅនឹងការផ្តល់អុកស៊ីសែន (ដូចជាដកដង្ហើមនិងកំរិត អុកស៊ីសែនក្នុងឈាមបានប្រសើរឡើង)

- នៅពេលដែលមិនត្រូវការផ្តល់អុកស៊ីសែនលើកទឹកចិត្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ បើទារកមិនអាចបៅបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ (ទំព័រ ៣១៦)
- បើក្រោយពីការបញ្ឈប់ផ្តល់អុកស៊ីសែន អណ្តាតនិងបបូរមាត់ទារកនៅរក្សាពណ៌ផ្កាឈូកយ៉ាង តិចរយៈពេល២ថ្ងៃ មិនមានពិបាកដកដង្ហើម ទារកបៅបានល្អ និងមិនមានបញ្ហាអ្វីផ្សេងទៀត ទេឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។

៣-៥-២ កំដៅខ្លួនចុះទាប (<36.5°c)ឬកំដៅខ្លួនខ្ពស់ (>38°c)

ទារកដែលមានកំដៅខ្លួនទាបទាំងអស់ ត្រូវនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យយ៉ាងតិច២៤ម៉ោងទាំងម្តាយនិងទារក ។

កំដៅខ្លួនទាប (35-36.4°c)

- ត្រូវយកកន្សែងត្រជាក់ឬសើមចេញបើមាន
- ម្តាយត្រូវផ្តល់កំដៅឱ្យកូនដោយដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកដោយផ្ទាល់ បើទារកមិនមានបញ្ហាអ្វីផ្សេងទៀតទេ ។ឪពុកអាចជំនួសម្តាយបានបើម្តាយមិននៅ ។ជំរើសមួយទៀត ទារកត្រូវស្លៀកពាក់ឱ្យបានកក់ក្តៅព្រមទាំងពាក់មួកនិងដណ្តប់ភួយ ។
- លើកទឹកចិត្តមាយឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយឱ្យបានញឹកញាប់ ។ បើទារកពិបាកបៅត្រូវជួយទារក (ទំព័រ ១៧២)
- បើកំដៅខ្លួនមិនឡើងក្រោយ២ម៉ោងនៃការវាយតម្លៃ នោះទារកចូលក្នុងករណីកំដៅខ្លួនទាបមធ្យម ។

កំដៅខ្លួនទាបមធ្យម (32-34.9°c)

ព្យាបាលដូចករណីកំដៅខ្លួនទាប ប៉ុន្តែបន្ថែម :

- ស្ទង់កំដៅទារករៀងរាល់ម៉ោងរយៈពេល៣ម៉ោង ។ បើកំដៅទារកកើនឡើងយ៉ាងតិច០,៥ °c ក្នុង ១ម៉ោង ក្នុងរយៈពេល៣ម៉ោងចុងក្រោយ បានន័យថាការផ្តល់ភាពកក់ក្តៅបានជោគជ័យ បន្តស្ទង់កំដៅទារករៀងរាល់២ម៉ោងម្តង ។ បើកំដៅខ្លួនមិនឡើងឬឡើងយឺតជាង០,៥°cក្នុង១ម៉ោងត្រូវរកមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម(ឧ.បៅតិចតួច ក្អួត ពិបាកដកដង្ហើម) ។ បន្ថែមពីលើនេះទៀតត្រូវគិតអំពីការផ្តល់ភាពកក់ក្តៅដល់ទារកដោយប្រើអំពូលកំដៅបើមាន ។

- នៅពេលដែលកំដៅទារកធម្មតាត្រូវស្ទង់មើលរៀងរាល់៣ម៉ោងម្តងរយ:ពេល១២ម៉ោង ។ បើកំដៅនៅតែស្ថិតនៅក្នុងកំរិតធម្មតាបញ្ឈប់ការស្ទង់កំដៅ ។
- បើកំដៅខ្លួនទារកធ្លាក់ចុះមកតិចជាង៣២°c ត្រូវគ្រប់គ្រងតាមករណីកំដៅខ្លួនទាបខ្លាំង ។

កំដៅខ្លួនទាបខ្លាំង (<32°c)

- ត្រូវអនុវត្តវិធានការណ៍ដែលបានរៀបរាប់ដូចករណីកំដៅខ្លួនទាបល្មម ប៉ុន្តែបន្ថែម :
- បើមានត្រូវផ្តល់កំដៅដល់ទារកភ្លាមដោយប្រើគ្រែកំដៅដែលបានបើកទុកហើយ(pre-warmed radiant warmer
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ ១៩៨)
- សង្កេតរកសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដូចជា ចង្វាក់ដង្ហើមតិចជាង២០ដងក្នុង១នាទី ដង្ហក់ មិនដកដង្ហើម ឬស្លេក) ។ បើមានសញ្ញាណាមួយត្រូវចាប់ផ្តើមធ្វើការសង្គ្រោះ ។ បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកលើស ពី៦០ដងក្នុង១នាទី ឬទារកមានទ្រូងផតៈពេលដកដង្ហើមចូល ឬថ្ងូរពេលដកដង្ហើមចេញត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលការដកដង្ហើមពិបាក (ទំព័រ១៨៣)
- បញ្ជូនទារកជាបន្ទាន់ទៅកន្លែងថែទាំពិសេស ។

កំដៅខ្លួនក្តៅ(>38°c)

មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំបញ្ចុះកំដៅដើម្បីបញ្ចុះកំដៅខ្លួនទារកទេ

- បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកលើសពី៦០ដងក្នុង១នាទីឬមានទ្រូងផតពេលដកដង្ហើមចូលឬសម្លេងថ្ងូរពេលដកដង្ហើមចេញត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលការដកដង្ហើមពិបាក (ទំព័រ១៨៣)
- បើកំដៅខ្លួនក្តៅដោយសារការផ្តល់កំដៅជ្រុលដោយប្រើអំពូលកំដៅឬកែវចិញ្ចឹម :
  - ត្រូវបន្ថយកំដៅ ។ បើទារកនៅក្នុងកែវចិញ្ចឹមបន្ថយកំដៅខ្យល់ក្នុងកែវចិញ្ចឹមរហូតដល់កំដៅខ្លួនទារកស្ថិតនៅក្នុងកំរិតធម្មតា
  - ដោះសម្លៀកបំពាក់ទារកចេញទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះរយៈ១០នាទីរួចស្លៀកពាក់និងគ្របឱ្យទារក

- សង្កេតរកមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម(ឧ.បៅតិចតួច ក្អួត ពិបាកដកដង្ហើម) និងសង្កេតមើលម្តងទៀតនៅពេលដែលកំដៅខ្លួនទារកស្ថិតក្នុងកំរិតធម្មតា
- ស្ទង់កំដៅនៅក្នុងកែវចិញ្ចឹម ឬនៅក្រោមអំពូលកំដៅរាល់ម៉ោងនិងកែតម្រូវកំដៅឱ្យបានសមស្រប
- ពិនិត្យមើលការថែទាំដើម្បីប្រាកដថាមិនមានបញ្ហាណាមួយកើតទៀតទេ
- ផ្តល់ការគ្រប់គ្រងបន្តករណីកំដៅខ្លួនក្តៅ
- បើកំដៅខ្លួនក្តៅដោយសារទារកស្ថិតនៅក្នុងបរិយាកាសដែលក្តៅឬប៉ះនឹងពន្លឺថ្ងៃ :
    - ត្រូវដាក់ទារកនៅក្នុងបរិយាកាសសីតុណ្ហភាពធម្មតា(២៥-២៨ºc)
    - ដោះសម្លៀកបំពាក់ទារកចេញទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះរយៈ១០នាទិរួចស្លៀកពាក់និងគ្របឱ្យទារក
- បើកំដៅខ្លួនទារកលើសពី៣៩ºc :
    - ជូត ឬងូតទឹកឱ្យទារករយៈពេល១០-១៥នាទីនៅក្នុងទឹកដែលមានសីតុណ្ហភាព៤ ºc ទាបជាងកំដៅខ្លួនទារក
    - មិនត្រូវប្រើទឹកត្រជាក់ឬទឹកដែលមានសីតុណ្ហភាពទាបជាងកំដៅខ្លួនកូនលើសពី៤ºc
    - ស្ទង់កំដៅខ្លួនទារករៀងរាល់ម៉ោង

បើកំដៅខ្លួនទារកនៅតែមិនធម្មតាក្រោយរយៈពេល២ម៉ោងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម និងបញ្ជូនទារកជាបន្ទាន់ទៅកន្លែងព្យាបាលពិសេស ។

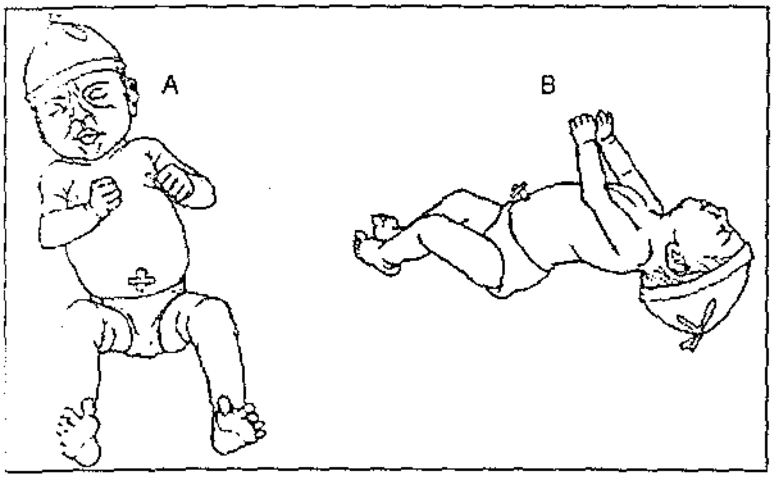
៣-៥-៣ ការប្រកាច់ឬកន្ត្រាក់ជាប់ (Convulsions or spasms)

បើទារកកំពុងប្រកាច់/កន្ត្រាក់ជាប់ ត្រូវពិនិត្យមើលដើម្បីបែងចែកឱ្យច្បាស់ (មើលតារាងខាងក្រោម)

ការបែងចែករវាងការប្រកាច់និងការកន្ត្រាក់ជាប់

បញ្ហា	ការពិនិត្យឃើញ
ការប្រកាច់ខ្លួនទាំងមូល	• ចលនាញាក់ៗនៃអវៈយវៈឬមុខ • ដៃនិងជើងបត់ឬលាតសន្ធឹង ដំណាលគ្នាទាំងសងខាង ឬមិនដំណាលគ្នា • បាត់ដង្ហើម (ដង្ហើមឈប់ដកលើសពី ២០វិនាទី)

	• ទារកអាចមិនដឹងខ្លួនឬដឹងខ្លួនមិនឆ្លើយតប
ការប្រកាច់ដោយស្ងៀម (Subtle convulsion)	• ភ្នែកព្រិចៗ ប្រទាញ ឬបញ្ឈរ (Repetitive blinking, eye deviation, or staring.) • ចលនាដដែលៗរបស់មាត់និងអណ្តាត • ចលនាដោយអចេតនារបស់អវៈយវៈ ដូចធាក់កង់ឬហែលទឹក • បាត់ដង្ហើម (Apnoea) • ទារកអាចដឹងខ្លួន
កន្ត្រាក់ជាប់ (Spasm)	• សាច់ដុំកន្ត្រាក់ដោយឯកឯងមានរយៈពេល ២-៣វិនាទីរហូតដល់ ២-៣ នាទី។ • ដៃក្តាប់យ៉ាងណែន • រឹងថ្គាម (Trismus) (រឹងថ្គាម មាត់ទារកមិនអាចបើកនិងបបូរមាត់ទារកឡើងក្រហូច (ដូចមាត់ត្រី) • Opisthotonos (ដងខ្លួនអែនខ្លាំង ក្បាលនិងកែងជើងបត់ទៅក្រោយ) • ការប៉ះពន្លឺ និងសំលេងធ្វើឱ្យការកន្ត្រាក់កើតមាន • ទារកដឹងខ្លួននៅពេលកំពុងកន្ត្រាក់ ហើយស្រែកយំដោយសារការឈឺចាប់



រូប A **ទារកកន្ត្រាក់ជាប់នៅមុខនិងអវៈយវៈ និង រូប** B opisthotonos

សំគាល់ : ត្រូវប្រាកដថាទារកប្រកាច់ឬកន្ត្រាក់ជាប់និងមិនមែនទារកញាក់ខ្លួន (jittery)
– ស្រដៀងនឹងការប្រកាច់ ញាក់ខ្លួន សំគាល់បានដោយចលនាភ្លាមៗនិងដដែលៗ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណា ទារកដែលមានញាក់ខ្លួន ចលនាទាំងនោះមានកំលាំងដូចគ្នានិងមានទិសដៅដូចគ្នា ។
– ស្រដៀងនឹងការកន្ត្រាក់ជាប់ ញាក់ខ្លួនអាចកើតមានជាប់ៗគ្នាដោយការប៉ះពាល់ឬលើកទារកឬដោយសំលេង ប៉ុន្តែជាទូទៅវាឈប់នៅពេលដែលអោបទារកជាប់នឹងទ្រូង បំបៅឬ បត់អវយវៈទារក (flexing the baby's limb) ។

- បើពេលនេះទារកមិនមានប្រកាច់/កន្ត្រាក់ជាប់ ត្រូវសួរអ្នកថែទាំ :
  - តើអ្នកអាចពិពណ៌នាពីចលនាមិនធម្មតាដែលទារកមាន?
  - តើចលនាទាំងនោះកើតមាន ដោយសារសំលេងឬការប៉ះពាល់?
    (សូមមើលតារាងខាងលើដើម្បីញែកភាពខុសគ្នារវាង ការប្រកាច់និងការកន្ត្រាក់ជាប់)
  - តើស្ថានភាពទារកបានចុះខ្សោយភ្លាមៗឬទេ?
  - តើមានការប្រែប្រួលលទ្ធភាពបៅរបស់ទារក (មិនអាចជញ្ជក់បាន) ?
  - តើទារកប្រែជាស្លេកភ្លាមៗឬទេ?
  - តើម្តាយបានចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូសឬទេ? បើមាន តើបានចាក់ប៉ុន្មានដង? តើចាក់ចុងក្រោយនៅពេលណា?
  - តើបានដាក់ឬលាបអ្វីនៅលើទងផ្ចិតទារក? ដាក់អ្វី?
  - តើទារកមានខាន់លឿងនៅថ្ងៃទី១នៃកំណើតឬទេ? បើមានតើបានព្យាបាលឬទេ?
- វាស់គ្លុីកូសក្នុងឈាម ។បើគ្លុីកូសនៅក្នុងឈាមតិចជាង 45mg/dl (2.6mmol/l) ព្យាបាលការចុះទាបនៃជាតិស្ករ (ទំព័រ ២២៦) ។
- កំណត់រោគវិនិច្ឆ័យដែលប្រហាក់ប្រហែល :

រោគវិនិច្ឆ័យខុសគ្នារវាងការប្រកាច់ឬការកន្ត្រាក់ជាប់

ប្រវត្តិជំងឺ	ការពិនិត្យ	ការអង្កេតឬការវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត	រោគវិនិច្ឆ័យប្រហាក់ប្រហែល
• **កើតមាននៅថ្ងៃទី១ទៅទី៣** • ម្តាយមានប្រវត្តិជំងឺទឹកនោមផ្អែម • មិនបៅសោះឬបៅតិចតួច	• ប្រកាច់ញាក់ (jitteriness)សន្លឹម ឬសន្លប់ • ទារកតូច(កើតមកតិចជាង 2.5kg ឬកើតមុន 37សប្តាហ៍) • ទារកធំ (កើតមកលើសពី 4 kg)	• *ជាតិស្ករចុះតិចជាង 45 mg/dl (2.6 mmol/l)*	កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមទាប (៣-៥-១៧)
• ម្តាយមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូស • មិនបៅឬបៅតិចតួច • **កើតមាននៅថ្ងៃទី៣ទៅថ្ងៃ ទី ១៤** • ការសម្រាលមិនស្អាត • ដាក់ឬលាបលើទងផ្ចិត (ឧ. លាមកសត្វ)	• កន្ត្រាក់ជាប់	• ការបង្ករោគនៅទងផ្ចិត	តេតាណូស (៣-៥-៤)
• **កើតមាននៅពេលណាក៏បាន**	• ប្រកាច់ឬសន្លប់ • *បង្អើយមុខប៉ោង* • សន្លឹម	• ការបង្ករោគក្នុងឈាម	អាចរលាកស្រោមខួរ ត្រូវព្យាបាលការប្រកាច់ (៣-៥-៣) និងរលាកស្រោមខួរ (៣-៥-៧)

• សម្រាលពិបាកឬមានផលវិបាក (ទារកថប់ដង្ហើម) • ទារកកើតមកមិនអាចដកដង្ហើមបាន • ទារកត្រូវបានជួយសង្គ្រោះ **កើតមានក្នុង ២៤ម៉ោងនៃកំណើត**	• ប្រកាច់ឬសន្លប់ • សន្លឹមឬទន់ខ្លួន • ដកង្ហើមពិបាក • សីតុណ្ហភាពខ្លួនមិនធម្មតា • សន្លឹម (Drowsiness) ឬមិនសូវមានចលនាមួរម៉ៅ		ស្ទះដង្ហើម (Asphyxia) ឬរបួសនៅខួរក្បាល ព្យាបាលការប្រកាច់ (៣-៥-១៣) និងការថប់ដង្ហើម (៣-៥-៦)
• **កើតមាននៅថ្ងៃទី ១ ទៅថ្ងៃទី ៧** • ស្ថានភាពទារកថយចុះភ្លាមៗ • ទារកស្លេកភ្លាមៗ	• ប្រកាច់ឬសន្លប់ • ទារកតូច (កើតមកតិចជាង 2.5 kg ឬ កើតមុន 37 សប្តាហ៍) • ដកដង្ហើមពិបាកខ្លាំង		ការហូរឈាមនៅ Ventricles របស់ខួរក្បាល (Intraventricular bleeding)
• ជំងឺប៉ះពាល់ខួរក្បាល encephalopathy **កើតមាននៅថ្ងៃទី ៣ទៅថ្ងៃទី ៧** • ចេញលឿងខ្លាំង • មិនបានទទួលការព្យាបាលឬទទួលការព្យាបាលខាន់លឿងយឺតពេល	• ប្រកាច់ • ការកន្ត្រាក់កោងខ្នង (Opisthotonos) • បៅតិចតួច ឬមិនបៅ • សន្លឹម ឬទន់ខ្លួន) (Lethargy or floppiness	• តេស្ត Cooms វិជ្ជមាន (Positive Coombs test)	ជំងឺប៉ះពាល់ខួរក្បាលដោយ Bilirubin (Bilirubin encephalopathy (kernicterus) ព្យាបាលការប្រកាច់ (៣-៥-៣) និង bilirubin encephalopathy

រោគវិនិច្ឆ័យមិនអាចធ្វើទៅបានបើមិនអាចរកឃើញនូវសញ្ញាទាំងឡាយដែលបានសសេរជិតខ្មៅ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយក៏វត្តមាននៃសញ្ញាទាំងនោះមិនប្រាកដថាជារោគវិនិច្ឆ័យត្រឹមត្រូវនោះទេ ។ រោគវិនិច្ឆ័យនឹងបញ្ជាក់ច្បាស់បើបានរកឃើញនូវសញ្ញាណាមួយដែលរៀបរាប់ជាអក្សរផ្តេក ។ សញ្ញាដទៃទៀតខាងលើសម្រាប់ជួយបញ្ជាក់ដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ហើយអវត្តមាននៃសញ្ញាទាំងនោះក៏មិនអាចទាត់ចោលរោគវិនិច្ឆ័យបានទេ ។

គ្រប់គ្រងការប្រកាច់

- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ ដោយត្រូវរក្សាបរិមាណជាតិទឹកក្នុង១២ម៉ោងដំបូងទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក(ទំព័រ ៣៣៩) បើការប្រកាច់បណ្តាលមកពីការថប់ដង្ហើម (asphyxia) សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំ ដូចក្នុងផ្នែក ៣-៥-៦ ។
- បើកំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមរបស់ទារកតិចជាង 45 mg/dl (2.6 mmol/l) ត្រូវប្រាកដថាទារកបានទទួលការព្យាបាលកំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមទាប ដើម្បីទាត់ចោលមូលហេតុប្រកាច់ដែលបណ្តាលមកពីកំរិតជាតិស្ករទាបនៅក្នុងឈាម (ផ្នែក៣-៥-១៧) ។
- បើទារកកំពុងប្រកាច់ឬមានប្រកាច់ក្នុងអំឡុង១ម៉ោងចុងក្រោយត្រូវផ្តល់ Phenobarbital 20mg/kg នៃទំងន់ទារកតាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី :
    - បើមិនទាន់មានផ្លូវចាក់តាមសរសៃត្រូវចាក់ Phenobarbital 20 mg/kg នៃទំងន់ទារកតាមសាច់ដុំ
    - បើការប្រកាច់មិនបាត់ក្នុងអំឡុងពេល៣0នាទីត្រូវផ្តល់ Phenobarbital 10mg/kg នៃទំងន់ទារកមួយ

      ដូសទៀតដោយចាក់សរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី(ឬចាក់សាច់ដុំបើមិនមានផ្លូវចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃ) ។ ផ្តល់ម្តងទៀត៣0នាទីក្រោយបើចាំបាច់ ។
    - បើការប្រកាច់នៅតែបន្តឬកើតមានឡើងវិញក្នុងអំឡុងពេល៦ម៉ោងត្រូវផ្តល់តាមសរសៃ phenytoin 20 mg/kg នៃទំងន់ទារក ដោយកត់សំគាល់ដូចតទៅ:

      - ផ្តល់តែ phenytoin តាមសរសៃមួយមុខគត់

- លាយបរិមាណ phenytoin ទាំងអស់ដែលត្រូវផ្តល់ក្នុង normal saline ១៥ម.ល និងផ្តល់ក្នុង កំរិត 0.5ml ក្នុងមួយនាទី ផ្តល់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទី ។ ប្រើតែ normal saline មួយមុខគត់ដើម្បី ចាក់បញ្ចូល phenytoin ពីព្រោះប្រភេទសេរ៉ូមដទៃទៀតធ្វើ phenytoin កករ ។

ប្រយ័ត្ន

កុំប្រើ **diazepam** ដើម្បីគ្រប់គ្រងការប្រកាច់ ។ ការផ្តល់ **diazepam** បន្ថែមលើ **Phenobarbital** នឹងបង្កើនការប្រឈមនឹងការឈប់នៃចរន្តឈាមរត់និងការដកដង្ហើម ។

- បើទារកឡើងស្វាយ (central cyanosis) (អណ្តាតនិងបបូរមាត់ឡើងស្វាយ) ឬមានសញ្ញាផ្សេងៗទៀតឬពិបាកដកដង្ហើម ត្រូវផ្តល់ oxygen ក្នុងល្បឿនល្មម និងព្យាបាលដូចករណីពិបាកដកដង្ហើម (ផ្នែក ៣-៥-១) ។

ការព្យាបាលបន្តចំពោះទារកដែលមានប្រកាច់

- សង្កេតរកមើលការកើតមានការប្រកាច់ម្តងទៀត ជាពិសេសរក subtle convulsions (សូមមើលខាង លើ
- បើការប្រកាច់កើតមានទៀតក្នុងអំឡុង២ថ្ងៃ ផ្តល់ Phenobarbital 5 mg/kg នៃទំងន់ទារក ផ្តល់តាមមាត់ ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ទារកលែងមានប្រកាច់ក្នុងអំឡុង៧ថ្ងៃ ។
- បើការប្រកាច់កើតមានម្តងទៀតក្រោយពីរយៈពេល២ថ្ងៃដែលគ្មានប្រកាច់សោះ ត្រូវព្យាបាលដោយផ្តល់ Phenobarbital ឡើងវិញដូចបានពិពណ៌នានៅក្នុងការគ្រប់គ្រងការប្រកាច់និងផ្តល់ Phenobarbital 5 mg/kg នៃទំងន់ទារកទៀតតាមមាត់រហូតទារកមិនមានការប្រកាច់ក្នុងអំឡុង៧ថ្ងៃ ។
- បើទារកបានទទួល Phenobarbital រាល់ថ្ងៃ :
    - បន្តផ្តល់ Phenobarbital រយៈពេល៧ថ្ងៃរាប់ចាប់ពីការប្រកាច់ចុងក្រោយបង្អស់
    - នៅពេលបញ្ឈប់ការផ្តល់ Phenobarbital ត្រូវសង្កេតមើលទារកក្នុងរយៈពេល៣ថ្ងៃបន្ថែមទៀត ។
    - បន្តការចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមដោយរក្សានូវបរិមាណផ្តល់តាមអាយុនិងទំងន់ទារក (ទំព័រ ៣៣៥) បើការប្រកាច់បណ្តាលមកពីការថប់ដង្ហើមសូមមើលការណែនាំអំពីការកំណត់កំរិតជាតិទឹកដែលត្រូវផ្តល់ដូចខាងក្រោម ។

- បើស្ថានភាពទារកនឹងនត្រូវចាប់ផ្ដើមឱ្យទារកបៅដោះ បើទារកមិនអាចបៅដោះបានត្រូវប្រើជម្រើសផ្សេងទៀតក្នុងការបំបៅ (ការច្របាច់ទឹកដោះ ការបញ្ចុកទារកដោយពែង ទុយោ និងស្លាបព្រា សូមមើលទំព័រ ៣១៦-៣១៧ ។
- ផ្ដល់ការថែទាំទូទៅដល់ទារក :
  - លើកទឹកចិត្តម្ដាយឱ្យបីកូន ប៉ុន្តែត្រូវចៀសវាងការរំញោចខ្លាំងដោយសំលេង និងការប៉ះពាល់ទារកច្រើនពេក ។
  - កាន់និងលើកទារកថ្នមៗដើម្បីបង្ការរបួសនៅពេលដែលសាច់ដុំទារកខ្សោយ ។ ទ្រខ្លួនទារកទាំងមូលជាពិសេសក្បាល ។
  - ពន្យល់ម្ដាយថាឱសថ Phenobarbital នឹងធ្វើឱ្យទារកដេករហូតដល់ ២-៣ ថ្ងៃ ។
  - ពន្យល់ម្ដាយថាបើការប្រកាច់លែងមាន ហើយទារកអាចបៅបានល្អនៅថ្ងៃទី៧នៃកំណើត ការជាសះស្បើយទាំងស្រុងអាចនឹងកើតមានចំពោះទារក ។

បើស្ថានភាពទារកមិនប្រសើរឡើងទេ (ឧ. នៅបន្តសន្លឹម ប្រកាច់ ឬមិនបៅឬបៅបានតិចតួច) ត្រូវបញ្ជូនទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានកំរិតថែទាំខ្ពស់ជាង ។

បើទារកមិនមានប្រកាច់រយៈពេល៣ថ្ងៃក្រោយពីបញ្ឈប់ Phenobarbital ហើយម្ដាយអាចបំបៅដោះកូនបាន និងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យនៅសំរាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ :

- ពិភាក្សាជាមួយម្ដាយអំពីការវិវត្តន៍របស់ជំងឺនិងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះនៅពេលទារកមានបញ្ហាណាមួយនៅផ្ទះ ។
- តាមដាន១សប្ដាហ៍ក្រោយ ឬអាចមុននេះបើម្ដាយសំគាល់ឃើញមានបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរណាមួយ (ឧ. ពិបាកបៅឬប្រកាច់)
- ជួយម្ដាយរើសយកជំរើសដ៏ប្រសើរបំផុតដើម្បីចិញ្ចឹមកូនបើទារកបៅមិនបានល្អ ។ បើទារកបៅយឺតៗ ត្រូវឱ្យម្ដាយបំបៅឱ្យបានញឹកញាប់ជាងមុន ។

៣-៥-៤ តេតាណុស

ការគ្រប់គ្រង :

- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមនឹងរក្សាបរិមាណជាតិទឹកដោយផ្ដល់ទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក

- ផ្តល់ diazepam 1 mg/kg នៃទំងន់ទារក ចាក់តាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៣នាទី :
- បើមិនមានផ្លូវចាក់តាមសរសៃទេ ត្រូវបញ្ចូលទុយោក្រពះនិងផ្តល់ diazepam តាមទុយោនោះ
- បើកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់ (spasms) មិនបាត់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទីត្រូវផ្តល់ diazepam 1 mg/kg នៃទំងន់ទារកតាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៣នាទីមួយដូសទៀត ។ផ្តល់ម្តងទៀត៣០នាទីក្រោយ បើចាំបាច់ ។
- បើការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់នៅតែបន្តឬកើតឡើងវិញ ត្រូវផ្តល់បន្ថែម diazepam 1 mg/kg នៃទំងន់ទារក ចាក់តាមសរសៃយឺតៗ (ឬតាមទុយោក្រពះបើមិនមានផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃ) រៀងរាល់៦ម៉ោង ។ បើក្រោយពីបានផ្តល់ដូចខាងលើហើយការកន្ត្រាក់នៅតែបន្ត ត្រូវបញ្ជូនទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលមានកំរិតខ្ពស់ជាង ។

បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកតិចជាង ៣០ដងក្នុងមួយនាទី បញ្ឈប់ការផ្តល់ diazepam ទោះបីការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់នៅបន្តក៏ដោយ

- បើទារកមាន central cyanosis (អណ្តាតនិងបបូរមាត់ឡើងស្វាយ) ក្រោយពីការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់ ត្រូវ ផ្តល់ oxygenក្នុងកំរិតល្មម ។ ដើម្បីផ្តល់ oxygen ត្រូវប្រើប្រអប់សម្រាប់ដាក់ក្បាលបើមាន ឬផ្តល់ oxygen ផ្ទាល់ទៅក្នុងកែវចិញ្ចឹម ។

កំណត់សំគាល់ : ការបញ្ចូល oxygen តាមម៉ាស ឬទុយោច្រមុះ (nasal prongs) អាចបណ្តាលឱ្យមានការកន្ត្រាក់ជាប់នៃសាច់ដុំ ។

- ផ្តល់ឱ្យទារកនូវ :
    - Antitetanus immunoglobulin (human) 500 units ចាក់សាច់ដុំបើមាន ឬផ្តល់ equine tetanus antitoxin 5000 units ចាក់សាច់ដុំ
    - Benzylpenicillin ចាក់សរសៃឬសាច់ដុំរយៈពេល៧ថ្ងៃ (ទំព័រ ៣២៩)
- ចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺ tetanus (tetanus toxoid) 0.5 ml ដល់ម្តាយ(ដើម្បីការពារម្តាយនិងទារកក្នុងផ្ទៃ បើនាងមានផ្ទៃពោះលើកក្រោយ) និងសុំឱ្យស្ត្រីមកទទួលដូសទី២ទៀតនៅមួយខែក្រោយ ។

- បើទងផ្ចិតទារកក្រហមហើយហើមមានហូរខ្ទុះឬមានធុំក្លិនស្អុយ ព្យាបាលការបង្ករោគនៅទងផ្ចិត (ទំព័រ ២១៧) ។

ការថែទាំទូទៅចំពោះទារកមានជំងឺគេតាណូស :

- ដាក់ទារកនៅក្នុងបន្ទប់ស្ងាត់និងងងឹតដើម្បីកាត់បន្ថយការរំញោចដែលមិនចាំបាច់ ប៉ុន្តែត្រូវប្រាកដថាទារកមិនត្រូវបានដាក់នៅតែឯង ឬមិនអើពើ ។
- បន្តការរក្សាកំរិតជាតិទឹកដោយផ្តល់ទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក (ទំព័រ ៣៣៩)
- ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះនៅចន្លោះការកន្ត្រាក់សាច់ដុំ ។ ចាប់ផ្តើមដោយផ្តល់ជាតិទឹកពាក់កណ្តាលនៃបរិមាណដែលត្រូវផ្តល់ដោយគិតទៅតាមអាយុនិងទំងន់បន្ថយ បន្តិចម្តងៗស្របពេលនឹងការបង្កើនបរិមាណទឹកដោះផ្តល់តាមមាត់ក្នុងរយៈពេល២ថ្ងៃ ។
- បើទារកមិនមានការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់រយៈពេល២ថ្ងៃហើយទារកបានទទួលដូសbenzylpenicillin គ្រប់ដូស រួមនឹងបៅបានល្អ និងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។

៣-៥-៥ ការបង្ករោគក្នុងឈាម

រោគវិនិច្ឆ័យការបង្ករោគក្នុងឈាមរបស់ទារកមានការលំបាកដោយសារការវិភាគជំនួយដល់រោគវិនិច្ឆ័យនានាមិនទទួលបានទាន់ពេល ហើយការពន្យារការព្យាបាលអាចបណ្តាលអោយមានសភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរឬស្លាប់ ។

៣-៥-៥-១ ទារកមានសភាពល្អ តែសង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម :

- ក្រុមទារកប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគក្នុងឈាមដែលតម្រូវអោយរកមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគនិងប្រើ antibiotic រហូតដល់ការបង្ករោគត្រូវបានទាត់ចោល ។ សញ្ញានៃការបង្ករោគទាំងនោះមាន :
    - ម្តាយគ្រុនក្តៅ >38.5° C
    - បែកស្រោមទឹកភ្លោះយូរ > ១៨ម៉ោងឬ
    - ទឹកភ្លោះដូចខ្ទុះនិងមានក្លិនស្អុយ
- អនុវត្តការថែទាំស្តង់ដារចំពោះទារកទើបកើតគ្រប់ទារកទាំងអស់ (ឧ.ការជូតសម្ងួតអោយបានស្ងួត ការដាក់អោយស្បែកប៉ះស្បែកភ្លាម ពន្យារការគាបនិងកាត់ទងផ្ចិត រក្សាទារកអោយនៅជាប់ជាមួយម្តាយយ៉ាងហោចណាស់អោយបាន១ម៉ោងក្រោយសម្រាល សង្កេតរកមើលសញ្ញាទារកចង់បៅ) ។

- ទារកដែលមានសភាពល្អតែស្ថិតក្នុងក្រុមប្រឈមមុខនេះ គួររក្សានៅក្នុងបន្ទប់សម្រាលជាមួយម្តាយដែលក្នុងពេលនោះអាចមានការយកសំណាកសម្រាប់មន្ទីរពិសោធន៍ (សូមមើលតារាងខាងក្រោម)។ ហើយទាំងម្តាយនិងកូនគួរត្រូវបញ្ជូនទៅបន្ទប់សម្រាកនៅពេលសមស្រប។
- ទារកដែលមានសភាពល្អតែស្ថិតក្នុងក្រុមប្រឈមមុខនេះ គួររក្សានៅក្នុងបន្ទប់សម្រាកជាមួយម្តាយបន្តការដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកអោយបានច្រើនម៉ោងតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន និងបន្តបំបៅដោះទៅតាមទារកត្រូវការបៅ។ ទារកដែលមានសភាពល្អ មិនត្រូវបញ្ជូនអោយសម្រាកនៅក្នុងកន្លែងថែទាំទារក (NCU)។
- ការតាមដានផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ចំពោះទារកដែលស្ថិតនៅក្នុងក្រុមប្រឈមមុខខាងលើដែលមានសភាពល្អនិងមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមគួរធ្វើឡើងក្នុង១-៣ម៉ោងនៃជីវិត។ ដោយយោងទៅតាមពិធីសារមន្ទីរពិសោធន៍និងទៅតាមសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍។

សូមមើលតារាងខាងក្រោមសម្រាប់ការយកសំណាកមន្ទីរពិសោធន៍ :

សំណាកឈាម	ពេលដែលត្រូវបូមឈាម			បរិមាណឈាម
	១-៣ ម៉ោង	២៤ម៉ោង	៤៨ម៉ោង	
ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម និង sensitivity	✓			១ ម.ល
C-reactive protein (CRP)		✓	✓	១ ម.ល
រាប់គ្រាប់ឈាមសនិងភាពខុសគ្នា (White blood cell count and differential)	✓	✓		

- **កំណត់សម្គាល់ :**

  សមត្ថភាពធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ត្រូវអនុវត្តទៅតាមកំរិតរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដូចមានចែងនៅក្នុងគោលការណ៍សំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ (CPA). Antibiotic ដែលត្រូវផ្តល់ភ្លាមសម្រាប់ទារកទើបកើតទាំងអស់ក្រោយពីបូមយកសំណាកឈាម:

  - 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 (ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម ដែលបានធ្វើចន្លោះពីម៉ោងទី១ ទៅម៉ោងទី៣ និង C-reactive protein នៅ២៤ម៉ោងនិង៤៨ម៉ោង និងWhite blood cell count/I:T ធ្វើចន្លោះពីម៉ោង ទី១ ទៅម៉ោងទី៣និង២៤ម៉ោង) : បញ្ឈប់ការផ្តល់ Antibiotic ៤៨ម៉ោងក្រោយពីបានផ្តល់ដូសដំបូង ។

-បើមានលទ្ធផលណាមួយវិជ្ជមាននៅពេលណាមួយ: បន្ត Antibiotic អោយគ្រប់១០ថ្ងៃ (តែ ៧ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ Gentamycin) ។ ប្តូរ Antibiotic បើលទ្ធផលបណ្តុះមេរោគបង្ហាញថាស៊ាំនឹង Ampicillin ឬ Gentamycin ។

-បើការបណ្តុះមេរោគបញ្ជាក់ថាមានការបង្កភេគនៅក្នុងឈាមគួរធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ។

- បើមន្ទីរពិសោធន៍មិនអាចធ្វើតេស្តបានប៉ុន្តែទារកមានសភាពល្អ បន្ត Antibiotic អោយគ្រប់១០ ថ្ងៃ (តែ ៧ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ Gentamycin) ។

សំគាល់ : បើមានសញ្ញាបង្ករោគលេចឡើងនៅពេលណាមួយ ទារកត្រូវទទួលការព្យាបាល ដូចខាងក្រោម

៣-៥-៥-២ ទារកដែលសង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម

ក- សញ្ញាសង្ស័យនៃការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម

សញ្ញានៃការបង្ករោគនៅក្នុងឈាមដើម្បីវាយតម្លៃគ្រប់ទារកទាំងអស់
ទារក (ពីកើត-២៨ថ្ងៃ) នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនៅឡើយ(មិនធ្លាប់ចេញពីមន្ទីរពេទ្យសោះ)
a. ចង្វាក់ដង្ហើម ≥ 60 ដង (រាប់ក្នុង១នាទីពេញ)
b. ផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូល
c. ថ្ងូរមិនបាត់ក្រោយពីបានដាក់អោយសម្រាកនិងស្បែកប៉ះស្បែកមួយរយៈ
d. កំដៅខ្លួនចុះទាប <35.0 °C (កំដៅនៅក្លៀក) ដែលមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការផ្តល់កំដៅ
e. កំដៅខ្លួនឡើងខ្ពស់ >38.0 °C (កំដៅនៅក្លៀក)
f. កំដៅខ្លួនប្រែប្រួល (កំដៅនៅក្លៀកប្រែប្រួលទោះបីទារកស្ថិតនៅក្នុងបរិយាកាសដែលមានសីតុណ្ហភាពមិនប្រែប្រួល)
g. បាត់ដង្ហើមម្តងៗ (ឈប់ដកដង្ហើម >20 វិនាទី)
h. ចង្វាក់បេះដូងយឺត (<100)
i. ទារកមានពណស្វាយម្តងៗ ឬស្លេកខ្លាំង (ពណ៌ ស) ឬរពណ៌ស្បែក
j. ប្រកាច់
k. ប៉ោងបង្ហើយ
l. ទន់សាច់ដុំ (ទន់ខ្លួនល្វាក floppy)
m. កើតល្បើង (ស្បែកល្បើង) កើតមាន <24 ម៉ោងក្រោយកើតឬល្បើងនៅបាតដៃបាតជើង
n. មានឈាមក្នុងកម្អួត ក្នុងបំពង់ទុយោក្រពះ ឬ លាមក

o. ពោះឡើងតឹង
p. មានខ្ទុះនៅគល់ទងសុក
q. ចៅបានតិចតួចឬមិនចៅសោះដែលធ្វើអោយខ្ទះជាតិកិរិតល្អម(ស្ងួតភ្អាស ការបំពេញឡើងវិញនៃសរសៃ capillary លើសពីពារិនាទី ខួងភ្នែកឬបង្ហើយឬបាត់បង់ភាពយឺតនៃស្បែក)
r. ទារកតូច ≤ 34សប្តាហ៍ហើយកើតមកមានទឹកភ្លោះខាប់(អាចបង្ករោគដោយមេរោគ Listeria monocytogenes)
ទារក(ពីកើត-២៨ថ្ងៃ) បញ្ជូនពីសហគមន៍មកកាន់មន្ទីរពេទ្យនៅឡើយ(មិនធ្លាប់ចេញពីមន្ទីរពេទ្យសោះ)
a. មានប្រវត្តិពិបាកដកដង្ហើម
b. ធ្វើចលនាតែពេលរំញោច
c. កំដៅខ្លួន < 35.5 °C (កំដៅនៅក្លៀក)
d. កំដៅខ្លួន > 37.5 °C (កំដៅនៅក្លៀក)
e. ចង្វាក់ដង្ហើម ≥ 60
f. ផតទ្រូងខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល
g. មានប្រវត្តិប្រកាច់

ខ- ការអង្កេតគ្លីនិក

១- កំរិតនៃការថែទាំ :

ការអង្កេតគ្លីនិកគួរធ្វើនៅកន្លែងដែលមានសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីធ្វើតេស្តទារក ។ បើមិនដូច្នេះត្រូវស្វែងការព្យាបាលដូចខាងក្រោមភ្លាម ។

កំណត់សម្គាល់ : សមត្ថភាពធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ត្រូវអនុវត្តទៅតាមគោលការណ៍សំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់ សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ (CPA) ។

២-សេចក្តីណែនាំ : ត្រូវធ្វើការអង្កេតគ្លីនិកចំពោះទារកដែលមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមដូចខាងលើនៅ ពេលណាមួយ ។ ដោយយោងទៅតាមពិធីសារមន្ទីរពិសោធន៍និងទៅតាមសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍ សូមមើលតារាងខាងក្រោមសម្រាប់ការយកសំណាកមន្ទីរពិសោធន៍

សំណាកឈាម	ពេលដែលត្រូវបូមឈាម		បរិមាណឈាម
	ក្នុងអំឡុង ១ ម៉ោងនៃការចេញសញ្ញា	២៤ម៉ោង	
ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម និង sensitivity	✓		១ ម.ល
C-reactive protein (CRP)	✓	✓	១ ម.ល
រាប់គ្រាប់ឈាមសនិងភាពខុសគ្នា (White blood cell count and differential)	✓	✓	
បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង*ដើម្បីបណ្តុះមេរោគនិងរាប់គ្រាប់ឈាម ស មើល ជាតិស្ករនិងប្រូតេអ៊ីន*	✓		១ម.ល(០.៥ម.លក្នុង ១ទីប)

* បូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នងតែក្នុងករណីសង្ស័យថារលាកស្រោមខួរ(ឧ.គ្រប់ទារកដែលក្តៅខ្លួន ឬប៉ោងបង្ហើយប្រកាច់ ឬក្មេងដែលមានសញ្ញាសរសៃប្រសាទ) ឬការបង្ករោគបានបញ្ជាក់ដោយការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាមវិជ្ជមាន។

ការបូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នងមិនត្រូវធ្វើក្នុងករណីទារកសន្លប់ ការចុះខ្សោយផ្នែកស្មារតីយ៉ាងឆាប់រហ័ស parpilloedema សញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ (focal neurological signs) ប្រកាច់បន្តបន្ទាប់ compromised cardio-respiratory status មានការហូរឈាម ឬមានការបង្ករោគនៅកន្លែងដែលត្រូវចាក់ឆ្អឹងខ្នង។

គ. ការព្យាបាល

ក្រោយពីបានបូមយកសំណាកឈាម ត្រូវផ្តល់ Antibiotic ភ្លាម ឱ្យគ្រប់ទារកទាំងអស់ ដោយផ្តល់ទៅតាមអាយុទារកនិងភាពធ្ងន់ធ្ងរ/កន្លែងបង្ករោគ។

	អាយុ១ សប្តាហ៍ដំបូង	**អាយុ២-៤ សប្តាហ៍**
ការព្យាបាលជំហានដំបូង (1st line AB)	▪ Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង	• Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង

	▪ Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០នាទី) - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3mg /kg ប្រើតែម្តង ក្នុង១ថ្ងៃ - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg /kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	• Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០នាទី) ឬចាក់សាច់ដុំ 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក) ។
គួរប្តូរ ទៅការព្យាបាលជំហានទី២ បើទារកកំពុងបានព្យាបាលជំហានដំបូង ហើយសញ្ញាគ្លីនិកមិនបាន ប្រសើរឡើងក្រោយ៤៨ម៉ោងនៃ ការព្យាបាលឬដែលការបណ្តុះមេរោគបង្ហាញថាមានភាពស៊ាំនឹង Ampicillin ឬ Gentamicin		
ការព្យាបាលជំហានទី២ (2nd line AB)	បន្ថែម: Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់២៤ម៉ោង	
ក្នុងករណីមានការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរចំពោះទារកដោយមានប៉ះពាល់ដល់សរីរាង្គច្រើន(ឧ.វិបត្តិផ្លូវដង្ហើម បាត់ដង្ហើម បញ្ហោចឈាមរត់ ប្រកាច់ ប៉ោងបង្ហើយ)	▪ Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង ▪ Ampicillin IV 100 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង ▪ Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០នាទី) ឬចាក់សាច់ដុំ : - 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 ៨ម៉ោង រួមនឹង ▪ Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ(៣០នាទី) 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង ១ថ្ងៃ (ដោយ មិនគិតពីទម្ងន់ទារក)
រលាកស្រោមខួរ	▪ Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង ▪ Ampicillin IV 100 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង ▪ Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ	▪ Ceftriaxone IV 50 mg kg រៀងរាល់១២ម៉ោងរួមនឹង ▪ Ampicillin IV 50 mg/ kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង រួមនឹង ▪ Gentamicin ចាក់សរសៃ

	(៣០នាទី) ឬចាក់សាច់ដុំ : - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	យឺតៗ (៣០នាទី) 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក) រយៈពេលព្យាបាលគួរបន្តអោយបានពាសប្តាហ៍ ។
បើស្បែកមានពងទឹក>10	▪ Cloxacillin ចាក់សរសៃ រយៈពេល ១០ថ្ងៃ : 50 mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង ▪ Gentamycin : - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	▪ Cloxacillin ចាក់សរសៃ រយៈពេល ១០ថ្ងៃ : 50 mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង ▪ Gentamicin ចាក់សាច់ដុំ/ចាក់សរសៃ 7.5 mg/kg ប្រើតែ ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក)
Necrotizing Enterocolitis	▪ Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង ▪ Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០នាទី) - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3 mg/kg ប្រើតែម្តង ក្នុង១ថ្ងៃ - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ ▪ Metronidazole 7.5 mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង ចាក់សរសៃ	• Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង • Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០នាទី) ឬចាក់សាច់ដុំ 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក) • Metronidazole 7.5 mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង ចាក់សរសៃ

➢ ការបកស្រាយលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ :

សំណាកឈាម	**លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍**	
	វិជ្ជមាន	**អវិជ្ជមាន**
ការបណ្ដុះរកមេរោគក្នុងឈាម 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
ឬមទឹកឆ្អឹងខ្នង* (១ម.ល) ដើម្បីបណ្ដុះមេរោគ ឬ Gram Stain រាប់គ្រាប់ឈាមស (WBCs) ទារកអាយុ <7 ថ្ងៃ ទារកអាយុ≥7 ថ្ងៃ ប្រូតេអ៊ីន ក្លុយកូស	វិជ្ជមាន ≥20/mm ≥10/mm >0.4 g/L <1.5 mmol/L	អវិជ្ជមាន <20/mm <10/mm ≤0.4 g/L ≥1.5 mmol/L

ការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាល :

- សង្កេតមើលទារករកសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមផ្សេងៗទៀត វាយតម្លៃទារកឡើងវិញរៀងរាល់ ២ម៉ោងម្ដងអោយបាន១២ម៉ោង បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមណា មួយបន្ថែមទៀតលេច ឡើងនៅពេលណាមួយក្នុងអំឡុងពេលសង្កេតតាមដាន ព្យាបាល សញ្ញានោះទៅតាមពិធីសារជាក់លាក់របស់សញ្ញាទាំងនោះ ។
- បើសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមដែលបានមានពីដំបូងបានប្រសើរឡើងក្នុងអំឡុងពេលសង្កេត តាមដាន ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃទារករៀងរាល់៤ម៉ោងម្ដងអោយបាន២៤ម៉ោងបន្ថែមទៀត ។ ក្រោយពី១២ម៉ោងនៃការព្យាបាលដោយ Antibiotic ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពទារកចាប់ផ្ដើម

ប្រសើរឡើង ត្រូវអោយទារកបៅដោះម្តាយ ។ បើទារកមិនអាច បៅដោះម្តាយបានត្រូវជ្រើសរើស វិធីផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដែលបានច្របាច់រូចដូចទំព័រ ៣១៦-៣១៨។

- បើគ្រប់លទ្ធផលទាំងអស់អវិជ្ជមាន (ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម C-reactive protein White blood cell count/I:T) ហើយលែងមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុង ឈាមទាំងអស់ : **បញ្ឈប់ការផ្តល់** Antibiotic **ភ្លាម**
- បើមានលទ្ធផលណាមួយវិជ្ជមាននៅពេលណាមួយ ឬសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមនៅមាន (ដោយមិនគិតពីលទ្ធផលតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍) ឬមិនបានធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍: បន្ត Antibiotic អោយគ្រប់១០ថ្ងៃ ។ ប្តូរ Antibioticដោយប្រើ Ceftriaxoneបើលទ្ធផលបណ្តុះមេរោគបង្ហាញ ថាស៊ាំនឹង Ampicillin ឬ Gentamycin និងប្រើអោយបាន១០ថ្ងៃ។
- ព្យាបាលសញ្ញាទាំងអស់នៃការបង្ករោគក្នុងឈាមទៅតាមពិធិសារជាក់លាក់និមួយៗ។

៣-៥-៦ ទារកថប់ដង្ហើម

សង្ស័យថាទារកថប់ដង្ហើមបើ :

- ប៉ាតូក្រាហ្វបង្ហាញថាទារកក្នុងផ្ទៃថប់ដង្ហើម
- ការឈឺពោះនិងឬការសម្រាលយូរ មានផលវិបាកនិងការសម្រាលពិបាក
- ស្ថានភាពទារកពេលកើតមិនល្អ ពណ៌មិនល្អ (ស្វាយ ស្លេកឬ ពណ៌ស)
- ចង្វាក់បេះដូងយឺត (ចង្វាក់បេះដូង <១០០ដង.នាទី)
- បាត់ដង្ហើមម្តងៗ (លើសពី២០វិនាទី)
- កំលាំងសាច់ដុំថយចុះ ទន់ខ្លួន សន្លឹម
- ដកដង្ហើមពិបាក ថ្ងូរ និងផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូល (<៣០ ឬ >៦០)
- មិនដកដង្ហើមឬដង្ហក់
- មិនជញ្ជក់ឬការជញ្ជក់ខ្សោយ
- មិនមានរំញោច(នៅពេលឈ្លក់ gag reflex) ឬរំញោចខ្សោយ
- មិនមានការឆ្លើយតបជាធម្មតាទៅនឹងការប៉ះ (ឧ.មិនមានការឆ្លើយតបឬការឆ្លើយតបមិនធម្មតា irritable response)

- កំលាំងសាច់ដុំខ្លាំង ការកើននៃការឆ្លើយតប ភ្ញាក់ៗ ការញ្ញាក់សាច់ (Hypertonic, hyper-alert, startled look, jittery)
- ប្រកាច់

គ្រប់គ្រងការថប់ដង្ហើម :

- បើការប្រកាច់កើតមានត្រូវព្យាបាលភ្លាមដោយឱសថប្រឆាំងការប្រកាច់និងព្យាបាលករណីសង្ស័យថាមានរលាកស្រោមខួរ (ទំព័រ ២១០) ដើម្បីបង្ការស្ថានភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ។
- ព្យាបាលការពិបាកដកដង្ហើមបើមាន ដោយប្រើអុកស៊ីសែនដូចបានណែនាំនៅក្នុង saturation monitior (ទំព័រ ១៨៤)

❖ **ចំណាត់ថ្នាក់ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការថប់ដង្ហើម** :

- ក្នុងករណីថប់ដង្ហើមស្រាល ទារកអាចមាន jittery ឬ hyperalert រួមនឹងការកើនឡើងកំលាំងសាច់ដុំ បៅតិចតួច និងចង្វាក់ដង្ហើមធម្មតាឬញាប់ ។ ជាទូទៅសញ្ញានេះស្ថិតនៅរយៈពេល២៤ ទៅ ៤៨ម៉ោងមុនពេលដែលវាបាត់ទៅវិញដោយឯកឯង ។
- ចំពោះករណីថប់ដង្ហើមល្មមទារកអាចសន្លឹមនិងពិបាកដកដង្ហើម ។ ទារកអាចបាត់ដង្ហើមម្តងៗនិងឬមានប្រកាច់រយៈពេល២-៣ថ្ងៃ ។ បញ្ហានេះបាត់ទៅវិញក្នុងអំឡុងពេល១សប្តាហ៍ ប៉ុន្តែអាចមានបញ្ហាទាក់ទងនឹងការវិវត្តន៍នៃសរសៃប្រសាទទៅថ្ងៃក្រោយ ។
- ករណីធ្ងន់ធ្ងរ ទារកទន់ខ្លួនឬមិនដឹងខ្លួនហើយមិនបៅ ។ ជាទូទៅការប្រកាច់អាចកើតមានរយៈពេល២ ទៅ៣ថ្ងៃ និងមានការបាត់ដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរនិងញឹកញាប់ ។ ទារកអាចប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេល២-៣ សប្តាហ៍ឬមិនប្រសើរទាល់តែសោះ ហើយបើទារកអាចនៅរស់ជាទូទៅខួរក្បាលទារកនឹងខូចខាតរហូតដល់មិនអាចកែប្រែបាន ។

❖ **បើទារកថប់ដង្ហើមស្រាល** :

- បើទារកមិនដាក់oxygen ត្រូវជួយម្តាយឱ្យបំបៅដោះកូន
- បើទារកកំពុងទទួលoxygen ឬមិនអាចបំបៅបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ (ទំព័រ ៣១៦-៣១៨) និង ត្រូវមាន oxygen saturation monitoring ដើម្បីកំណត់ពីបរិមាណ oxygen ដែលត្រូវការ ។
- ផ្តល់ការថែទាំបន្តដូចខាងក្រោម ។

❖ **បើករណីថប់ដង្ហើមល្មមឬធ្ងន់ធ្ងរ :**

- ចាក់សេរ៉ូម (ទំព័រ ៣៣៤) និងផ្តល់ជាតិទឹកសម្រាប់តែ១២ម៉ោង :
  - កំណត់កំរិតជាតិទឹកត្រឹមតែ60ml/kgនៃទំងន់ទារកនៅថ្ងៃទី១និងតាមដានបរិមាណទឹកនោម (យ៉ាងហោចណាស់ ១ម.ល/គ.ក/ម៉ោង)
- បើទារកនោមតិចជាង៦ដង/ក្នុងមួយថ្ងៃ ឬមិនមានទឹកនោមសោះ :
  - មិនត្រូវដំឡើងបរិមាណទឹកនៅថ្ងៃបន្ទាប់ទេ
  - នៅពេលដែលបរិមាណទឹកនោមចាប់ផ្តើមកើនឡើង បង្កើនបរិមាណទឹកតាមសេរ៉ូមរាល់ថ្ងៃទៅតាមតារាងបរិមាណជាតិទឹកដែលត្រូវបង្កើនប្រចាំថ្ងៃ (ទំព័រ ៣៣៥) ដោយមិនគិតពីអាយុទារក ។ កំរិតអតិបរិមានៃការបង្កើនគឺ 20 ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ការបង្កើននេះកើនដល់ 160 ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃចំពោះទារកទំងន់ធម្មតានិង180 ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃទារកទំងន់តិច ។
- នៅពេលដែលគ្រប់គ្រងបានការប្រកាច់ហើយទារកបង្ហាញនូវសញ្ញាប្រសើរឡើងនៃការឆ្លើយតបត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យទារកបៅ ។ បើទារកមិនអាចបៅដោះបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ ។
- ផ្តល់ការថែទាំបន្តដូចខាងក្រោម ។

ការថែទាំបន្តចំពោះទារកដែលថប់ដង្ហើម

- ព្យាបាលការប្រកាច់ (ទំព័រ ១៨៩) ឬ ការដកដង្ហើមពិបាក (ទំព័រ ១៨៣) បើចាំបាច់ ។
  - វាយតម្លៃទារករៀងរាល់២ម៉ោងម្តង : បើកំដៅខ្លួនទារកតិចជាង 36.5°C ឬលើសពី 37.5°C ត្រូវព្យាបាលដូចករណីកំដៅខ្លួនទារកមិនធម្មតា (ទំព័រ ១៨៧)
  - ព្យាបាលដូចករណីប្រកាច់ (ទំព័រ ១៨៩) ឬពិបាកដកដង្ហើម (ទំព័រ ១៨៣) បើចាំបាច់
- លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបីនិងអោបថ្នាក់ថ្នមកូន
- បើទារកសន្លឹមឬទន់ខ្លួន ត្រូវលើកឬរំកិលទារកថ្នមៗដើម្បីបង្ការរបួសស្នាម ។ ត្រូវទ្រខ្លួនទារក ទាំងមូលពិសេសក្បាល ។
- បើស្ថានភាពមិនប្រសើរក្រោយ៣ថ្ងៃ វាយតម្លៃសញ្ញាបង្ករោគក្នុងឈាមម្តងទៀត(ទំព័រ ១៩៨)

- បើស្ថានភាពទារកមិនប្រសើរ (នៅតែសន្លឹម ប្រកាច់ ឬបៅតិចតួចឬមិនបៅ) បញ្ជូនទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានកំរិតខ្ពស់ជាង ។
- បើទារកមិនមានប្រកាច់ក្នុងអំឡុងពេល៣ថ្ងៃក្រោយបញ្ឈប់ Phenobarbital ហើយម្តាយអាចបំបៅកូនបាននិងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកនៅពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។
- ពិភាក្សាជាមួយម្តាយពីការវិវត្តន៍នៃជំងឺនិងត្រូវធ្វើដូចម្តេចទៅពេលទារកមានបញ្ហាណាមួយនៅផ្ទះ ។
- តាមដានមួយសប្តាហ៍ក្រោយឬមុនមួយសប្តាហ៍ បើម្តាយសំគាល់ថាមានបញ្ហាណាមួយធ្ងន់ធ្ងរ (ឧ. ពិបាកដកដង្ហើម ប្រកាច់)
- បើទារកបៅមិនបានល្អ ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយឱ្យជ្រើសរើសវិធីផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដល់កូនដូចជាការបញ្ចុកទឹកដោះម្តាយប្រើពែងឬស្លាបព្រា ។ បើទារកបៅយឺត១ត្រូវផ្តល់ទឹកដោះឱ្យបានញឹកញាប់ ។
- មុននឹងឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះត្រូវវាយតម្លៃពីស្ថានភាពសរសៃប្រសាទរបស់ទារកដើម្បីដឹងពីតម្រូវការព្យាបាលដោយចលនា ។

៣-៥-៧ រលាកស្រោមខួរ

- បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង(ទំព័រ ៣៤៦) បើមិនទាន់បានធ្វើ
- ផ្តល់ ampicillin និង gentamicin ចាក់សរសៃ ដោយគិតតាមអាយុនិងទំងន់ទារក (ទំព័រ ៣២៨) សំគាល់ថា ដើម្បីព្យាបាលរលាកស្រោមខួរ ត្រូវផ្តល់ ampicillin ពីរដងនៃការព្យាបាលការបង្ករោគ ។
- បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យនៃការលាកស្រោមខួរបើ :

- កោសិកាឈាមសនៅក្នុងទឹក (CSF) មាន $\geq 20/mm3$ បើទារកអាយុ < 7 ថ្ងៃ ឬ $\geq 10/mm3$ បើទារក អាយុ ≥ 7 ថ្ងៃ ឬ
- ការបណ្តុះរកមេរោគ របស់ CSF ឬ Gram stain វិជ្ជមាន
- បើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ច្បាស់ថាជាការរលាកស្រោមខួរត្រូវបញ្ជូនទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាថែទាំពិសេស ។

៣-៥-៨ ជំងឺស្វាយ

៣-៥-៨-១ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយពីកំណើតចំពោះទារកដែលទើបកើតនៅសេវាសំរាលកូន

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយពីកំណើតមានការលំបាកស្មុគស្មាញណាស់ដោយសារតែការផ្ទេរអង្គបដិបក្ខប្រាណពីម្តាយមកទារកតាមរយៈសុក (transplacental transfer of maternal antibodies to the fetus) ។ ការផ្ទេរអង្គបដិបក្ខប្រាណពីម្តាយទៅកូននេះ ធ្វើអោយមានការលំបាកក្នុងការបកស្រាយ លទ្ធផលតេស្តសេរ៉ូសាស្ត្រចំពោះជំងឺស្វាយលើទារកដែលទើបកើត ។ យើងក៏មិនត្រូវយកឈាមពីទងសុកទារកទៅធ្វើតេស្តដែរ ដោយសារឈាមនោះអាចនឹងមានឆ្លងមេរោគស្វាយពីឈាមរបស់ម្តាយ ។ ដូច្នេះគ្មានតេស្តណាមួយសំរាប់ប្រើប្រាស់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយពីកំណើត ចំពោះទារកនៅឡើយទេ ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ នេះពឹងផ្អែកទៅលើការពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិកនិងប្រវត្តិជំងឺនិងការព្យាបាលរបស់ម្តាយ ។
- ត្រូវពិនិត្យអោយបានហ្មត់ចត់ចំពោះទារកដែលទើបកើតដើម្បីរករោគសញ្ញាដែលអាចសង្ស័យថាជាជំងឺស្វាយពីកំណើត
- ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាណាមួយខាងក្រោមនេះ សូមបញ្ជូនទារកទៅសេវាឯកទេសថែទាំព្យាបាលកុមារឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែកណាមួយ
- ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ ឬទារកកើតមកមានទំងន់តិចជាងធម្មតា
- មានហូរសំបោរ ឬទឹករងៃពីច្រមុះរ៉ាំរ៉ៃ
- សម្បុរលឿង (ភ្នាសស៊េមនៅភ្នែកលឿង)
- ថ្លើម, អណ្តើក ឬកូនកណ្តុររីកធំ
- កន្ទួលរមាស់ស្បែក ជួនកាលស្បែកស្ងួតឬមានពងទឹកតូចៗ ឬបែកស្រកា ឬសើមៗ ជាពិសេសនៅដៃជើងឬនៅបរិវេណជុំវិញមាត់ ឬរន្ធគូថ

- ទ្រង់ទ្រាយឆ្អឹងនៅច្រមុះឬជើងមានលក្ខណៈមិនធម្មតា-វៀច ។
- បើទោះបីជាទារកដែលទើបនឹងកើតគ្មានរោគសញ្ញាណាមួយខាងលើនេះក៏ដោយប៉ុន្តែទារកនោះកើតចេញពីម្តាយដែលមានតេស្តស្វាយវិជ្ជមាន យើងត្រូវតែព្យាបាលជំងឺស្វាយចំពោះទារកដោយឱសថ Benzathine-Penicillin ចាក់សាច់ដុំតែម្តងគត់ ។
- បន្ទាប់មកត្រូវបញ្ជូនទារកទៅសេវាចាក់ថ្នាំបង្ការ និងធ្វើតេស្ត DNA-PCR រកមេរោគអេដស៍ ។

៣-៥-៨-២ ការព្យាបាលជំងឺស្វាយចំពោះទារកដែលទើបកើត

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

៣-៥-៨-៣ ការពិនិត្យតាមដានកុមារ

- ទោះបីជាទារកឆ្លងមេរោគស្វាយពីម្តាយហើយគ្មានរោគសញ្ញានៅពេលទើបនឹងកើតក៏ដោយ ក៏រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺស្វាយពីកំណើតអាចនឹងលេចចេញនៅពេលក្រោយមកទៀត ។
- ដូច្នេះរាល់ពេលដែលម្តាយនាំកុមារមកទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ (សប្តាហ៍ទី៦ ទី១០ ទី១៤ និងនៅខែទី៩) គ្រូពេទ្យត្រូវពិនិត្យកុមាររករោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺស្វាយពីកំណើតដូចជា : មានហូរសំបោរ ឬទឹករងៃពីច្រមុះ រាំរ៉ៃ សម្បុរលឿង (ភ្នាសសើមនៅភ្នែកលឿង) ថ្លើម អណ្តើក ឬកូនកណ្តុរីកធំ កន្ទួលរមាស់ស្បែក ជួនកាលស្បែកស្ងួតឬមានពងទឹកតូចៗ ឬបែកស្រកាឬសើមៗ ជាពិសេសនៅដៃ ជើង ឬនៅបរិវេណជុំវិញ មាត់ ឬរន្ធគូថ ។ ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាណាមួយត្រូវបញ្ជូនកុមារទៅសេវាឯកទេសថែទាំព្យាបាលកុមារ ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលនៅជិតបំផុតដើម្បីធ្វើការវាយតំលៃរោគវិនិច្ឆ័យជាបន្ទាន់និងទទួលការព្យាបាលភ្លាមៗ ។

៣-៥-៩ ទារកមានសញ្ញាច្រើនព្រមគ្នា

➢ ត្រូវចងចាំទុកដូចខាងក្រោម បើទារកមានសញ្ញាច្រើនព្រមគ្នា :

- ទារកដែលមានបញ្ហាមួយអាចបង្ហាញចេញនូវសញ្ញាជាច្រើន (ឧ ទារកដែលថប់ដង្ហើមអាចមាន ប្រកាច់ ចៅបានតិចតួច និងពិបាកដកដង្ហើម) ផ្ទុយទៅវិញសញ្ញាមួយអាចបណ្តាលមកពីបញ្ហាច្រើន (ឧ. ចៅតិចតួចអាចមកពីការបង្ករោគក្នុងឈាម ការថប់ដង្ហើមឬទារកតូច)
- ទោះបីសញ្ញាច្រើនរួមគ្នាអាចបណ្តាលមកពីបញ្ហាតែមួយក៏ដោយ ក៏សញ្ញាទាំងនោះត្រូវតែព្យាបាល ដូច្នេះជាការចាំបាច់ត្រូវអានសេចក្តីណែនាំពីការគ្រប់គ្រងតាមសញ្ញានិមួយៗដែលទារកមាន ឧ.មិន ថាទារកមានថប់ដង្ហើមឬមានការបង្ករោគក្នុងឈាមទេ ទារកតែងតែមានសញ្ញាពិបាកដកដង្ហើមនិង ប្រកាច់ ដូច្នេះត្រូវប្រាកដថាទារកទទួលការព្យាបាលបញ្ហាទាំង២ ការថប់ដង្ហើមនិងការបង្ករោគក្នុង ឈាម ។

> ជំងឺដែលតែងតែស្តែងចេញនូវសញ្ញាច្រើនរួមគ្នាមាន ការថប់ដង្ហើម ការបង្ករោគក្នុងឈាមនិងទារកតូច (ទំងន់តិចជាង 2.5 kg នៅពេលកើតឬកើតមុន 37 សប្តាហ៍) ជំងឺស្វាយពីកំណើតដែលជាប្រភេទ ពិសេសមួយនៃការបង្ករោគក្នុងឈាម អាចស្តែងចេញនូវសញ្ញាជាច្រើនដូចខាងលើ ។ សូមចងចាំ :

- ការថប់ដង្ហើមនិងការបង្ករោគក្នុងឈាមស្តែងចេញនូវរោគសញ្ញាដូចគ្នាជាច្រើន ដូច្នេះសំខាន់ត្រូវ ចែកឱ្យដាច់រវាងបញ្ហាទាំងពីរនេះដើម្បីព្យាបាលឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ។

៣-៥-១០ ការថែទាំទារកដែលម្តាយឈឺឬត្រូវបានបញ្ជូន

> ជួយម្តាយឱ្យច្របាច់ទឹកដោះ ត្រូវពិចារណាពីជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមទារករហូតដល់ម្តាយជាសះ ស្បើយ (ទំព័រ ៣១៦-៣១៨)

> 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 ឬមានទារកលើសពីម្នាក់ដែលនៅក្នុងអគារតែមួយមានបញ្ហាភ្នែកក្នុងអំឡុងពេល២ថ្ងៃ ត្រូវសង្ស័យថាមានការឆ្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (nosocomial infection) ។ ត្រូវជូនដំណឹងបន្ទាន់ដល់ក្រុមការងារបង្ការការចម្លងរោគ (ICT) ដើម្បីចុះអង្កេត ។

ភ្នែកហូរខ្ទុះ (conjunctivitis)

- ➢ យកសំណាកខ្ទុះ បើធ្វើទៅបាន ដោយប្រើដុំសំឡីស្តេរីល (ប្រយ័ត្នកុំឱ្យប៉ះនឹងភ្នែកទារក)៖ បញ្ជូនសំណាកខ្ទុះទៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីបណ្តុះនិងកំណត់មេរោគ (Gram stain, culture) (រួមទាំង gonococcus) និងធ្វើsensitivity;
- ➢ កំណត់រោគវិនិច្ឆ័យប្រហាក់ប្រហែល សូមមើលតារាងខាងក្រោម

ភ្នែកក្រហមនិងត្របកភ្នែកស្អិតប៉ុន្តែមិនមានខ្ទុះហូរចេញពីភ្នែក

- ➢ បើបញ្ហាភ្នែកនៅតែមានលើសពី៤ថ្ងៃ (ទោះបីជាបានគ្រប់គ្រងដូចខាងលើ) ប៉ុន្តែមិនមានខ្ទុះហូរចេញពីភ្នែក :
  - ផ្តល់ erythromycin តាមមាត់ (ទំព័រ ៣២៨) រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ
  - ដាក់ 1% tetracycline ointment នៅភ្នែកដែលឈឺ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតភ្នែកលែងក្រហមហើម ឬស្អិត ។
- ➢ បើចាប់ផ្តើមមានហូរខ្ទុះពីភ្នែក សូមមើលភ្នែកមានហូរខ្ទុះខាងលើ
- ➢ បើមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលមិនតម្រូវឱ្យសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ក្រោយពីបានផ្តល់ដំបូន្មានអំពីការថែទាំទារកនិងឱ្យម្តាយបន្តការថែទាំកូននៅផ្ទះ ។

រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកការរលាកភ្នែក (conjunctivitis)

សញ្ញា			រោគវិនិច្ឆ័យប្រហាក់ប្រហែល
ប្រវត្តិ	**ការពិនិត្យ**	**លទ្ធផលការបណ្តុះនិងកំណត់មេរោគ**	
• កើតមាននៅថ្ងៃទី៣នៃកំណើតឬក្រោយពីនេះ	• កើតមាននៅភ្នែកម្ខាង • មានខ្ទុះច្រើនល្មម	• មាន *Gram-positive cocci* • ការបណ្តុះ *staphylococcus* វិជ្ជមាន	**រលាកភ្នែកដោយសារ** *Staphylococcus aureus,* សូមមើលខាង ក្រោម
• ម្តាយមានជំងឺកាមរោគ • **មិនបានផ្តល់ថ្នាំភ្នែកបង្ការ ឬផ្តល់ក្រោយពី១ម៉ោងនៃកំណើត** • ចាប់ផ្តើមចេញសញ្ញានៅក្នុងថ្ងៃទីមួយឬក្រោយពីនេះ	• ឈឺភ្នែកទាំងសងខាង • មានហូរខ្ទុះច្រើន	• *Gram-negative diplococcic* • ការបណ្តុះ *gonococcus* វិជ្ជមាន	**ការរលាកភ្នែកដោយសារ gonorrhea** សូមមើលខាង ក្រោម
• ដំបូងហៀរទឹកភ្នែកក្រោយមកហូរខ្ទុះ • ម្តាយមានជំងឺកាមរោគ • ចាប់ផ្តើមមានសញ្ញាថ្ងៃទី៥ឬក្រោយនេះ	ឈឺភ្នែកទាំងសងខាងហូរខ្ទុះតិចឬច្រើនល្មម	• **Gram stain មិនមាន មេរោគ** • លទ្ធផលបណ្តុះអវិជ្ជមាន	រលាក Conjunctivitis ដោយសារ Chlamydia សូមមើលខាង ក្រោម
• បានបន្តក់ភ្នែក Silver nitrate នៅពេលកើត • ចាប់ផ្តើមចេញសញ្ញានៅថ្ងៃ ទី១ឬទី ២	• ភ្នែកទាំងសងខាងឈឺ • ភ្នែកក្រហមនិង ហើម • មានខ្ទុះតិច	• **Gram stain មិនមានមេរោគ** • លទ្ធផលបណ្តុះមេរោគអវិជ្ជមាន	**រលាកដោយសារធាតុគីមីមិនចាំ** បាច់ព្យាបាលទេ

មិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបាន មិនមានសញ្ញាដែលសរសេរជាអក្សរជិតខាងលើ ។ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏វត្តមាននៃសញ្ញាទាំងនេះមិនអាចឱ្យរោគវិនិច្ឆ័យប្រាកដបានដែរ ។ អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យប្រាកដបាន បើមានសញ្ញាណាមួយខាងលើដែលសរសេរជាអក្សរផ្ដេក ។ សញ្ញាផ្សេងៗទៀតខាងលើជួយបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យ ប៉ុន្តែបើអវត្តមានសញ្ញាទាំងនេះក៏មិនអាចទាត់ចោលរោគវិនិច្ឆ័យបានដែរ ។

សំគាល់ : ហាមប្រើ Silver nitrate ដើម្បីដាក់ភ្នែកទារក ការដាក់ថ្នាំនេះបណ្ដាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ ។

ការគ្រប់គ្រងការរលាកភ្នែកបណ្ដាលមកពី *s. Aureus* (conjunctivitis due to *s. Aureus*)

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

រលាកភ្នែកដោយសារ gonorrhoea

- ផ្ដល់ ceftriaxone 50mg/kg មួយដូសគត់ ចាក់សាច់ដុំ (កំរិតអតិបរមាគឺ 125mg)
- មិនចាំបាច់ប្រើ antibiotic សំរាប់ដាក់ភ្នែកទេ
- បន្តសំអាតភ្នែកនិងលប់មុខដូចបានពិពណ៌នាក្នុងការគ្រប់គ្រងទូទៅ
- បើម្ដាយនិងទារកអាចស្នាក់នៅក្បែរមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ទារកមិនចាំបាច់សំរាកពេទ្យដើម្បីទទួលការព្យាបាលទេ ។

  ព្យាបាល gonorrhoea ម្ដាយនិងដៃគូបើមិនទាន់បានធ្វើទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្ដីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI ។

ការរលាកភ្នែកដោយសារ chlamydia

- ផ្ដល់ erythromycin syrup តាមមាត់ 25mg/kg ៤ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ
- ក្រោយពីបានសំអាតភ្នែក ដាក់ថ្នាំភ្នែក 1% tetracycline ក្នុងភ្នែកទាំងសងខាង ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃរហូត ដល់ភ្នែកបាត់ក្រហម ហើម ស្អិតឬមានហូរខ្ទុះ

- បើម្ដាយនិងទារកអាចស្នាក់នៅក្បែរមូលដ្ឋានសុខាភិបាល មិនចាំបាច់ឱ្យទារកសំរាកពេទ្យដើម្បីទទួលការព្យាបាលទេ ។
- ព្យាបាល chlamydia ដល់ម្ដាយនិងដៃគូ បើពួកគេមិនទាន់ទទួលលការព្យាបាលត្រូវផ្ដល់ តាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្ដីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI ។

សំគាល់ : បើមិនមានមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីកំណត់ការបង្ករោគដោយ Gonococcus និងChlamydia ត្រូវផ្ដល់ការថែទាំនិងព្យាបាលតាមចង្កោមរោគសញ្ញា ដូចគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្ដីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI ។

៣-៥-១២ ការបង្ករោគនៅផ្ចិត

ហើមទងផ្ចិតឬស្បែកជុំវិញឡើងក្រហម ហូរខ្ទុះ ឬធុំក្លិន

ការបង្ករោគនៅទងផ្ចិត

- ពាក់ស្រោមដៃស្អាតសំរាប់ពិនិត្យ :
  - លាងទងផ្ចិតដោយប្រើ សូលុយស្យុង antiseptic ដូចខាងក្រោម នឹងប្រើស្បៃស្អាត ។
  - សំអាតទងផ្ចិតនិងស្បែកជុំវិញដោយប្រើ 0.5% gentian violet ៤ដង/ថ្ងៃ រហូតទាល់តែគ្មានខ្ទុះហូរចេញមកឱ្យម្ដាយជាអ្នកធ្វើរបៀបនេះបើអាច ។
- បើស្បែកហើមនិងក្រហមរាលដាលធំជាង ១ ស.ម ពីទងផ្ចិត ត្រូវព្យាបាលទៅតាមការបង្ករោគនៅទងផ្ចិតដូចខាងក្រោម
- បើការបង្ករោគត្រូវបានព្យាបាលជាហើយទារកបៅបានល្អ ហើយមិនមានបញ្ហាដទៃទៀតដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះក្រោយពីបានផ្ដល់ដំបូន្មានអំពីការថែទាំទារក ។

ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរនៃទងផ្ចិត

- បើការបង្ករោគបានកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលទារកសំរាកនៅមន្ទីរពេទ្យឬ មានទារកច្រើនជាងម្នាក់នៅក្នុងអគារតែមួយមានការបង្ករោគនៅផ្ចិតកើតមានក្នុងអំឡុងពេល២ថ្ងៃ ត្រូវសង្ស័យថាមានការឆ្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ។ ត្រូវជូនដំណឹងបន្ទាន់ដល់ក្រុមការងារបង្ការការចម្លងរោគ (ICT) ដើម្បីចុះអង្កេត ។
- ព្យាបាលដូចករណីការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ ១៩៨)

៣-៥-១៣ កើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរ

ទារកចេញលឿងកើតមាន <24 hours នៃអាយុទារក ឬកើតលឿងនៅបាតដៃនិងបាតជើងនៅពេលណាមួយ ។ ត្រូវញែកឱ្យដាច់ពីការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ ១៩៨)

សំគាល់ : កើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរតម្រូវឱ្យមានការអង្កេតល្អិតល្អន់ និងមានការថែទាំពិសេស ។ ការព្យាបាលដោយពន្លឺមិនគួរធ្វើនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមិនមានសមត្ថភាពពេញលេញក្នុងការព្យាបាលរបៀបនេះ ក្នុងករណីនេះត្រូវបញ្ជូនទារកជាបន្ទាន់ ។ សេចក្ដីលំអិតនៃការគ្រប់គ្រងកើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរសូមមើលមគ្គុទេសក៍ជាតិសម្រាប់អនុវត្តក្នុងការព្យាបាល ។

លើកទឹកចិត្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយនៅក្នុងពេលបញ្ជូន ហើយបើទារកពិបាកបៅត្រូវបញ្ចុកទឹកដោះម្ដាយដោយប្រើពែងឬស្លាបព្រា ។

នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលអាចផ្ដល់ការព្យាបាលដោយពន្លឺ :

1. វាស់កំរិត bilirubin បើវាស់ដោយវិធី non-invasive ត្រូវក្រិតឱ្យបានត្រឹមត្រូវទៅតាមសេចក្ដីណែនាំពីរបៀបប្រើមុននឹងប្រើ ។
2. កត់ត្រាលទ្ធផលនៅលើតារាង (jaundice chart)
3. ចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលដោយពន្លឺបើលទ្ធផលស្ថិតនៅក្នុងផ្នែកដែលត្រូវព្យាបាលដោយពន្លឺនៅក្នុងតារាង ។
4. ត្រូវប្រាកដថាបានគ្របភ្នែកដោយក្រណាត់ស្អាត
5. ទារកគួរស្ថិតនៅក្នុងកន្លែងផ្ដល់កំដៅ ឧ. ក្នុងកែវចិញ្ចឹមឬគ្រែដែលមានអំពូលកំដៅ ដោយធ្វើយ៉ាងណាឱ្យស្បែកទារកប៉ះនឹងកំដៅឱ្យបានច្រើនបំផុត ។
6. វាស់កំរិត bilirubin ប្រចាំថ្ងៃ កត់ត្រាលទ្ធផលនៅក្នុងតារាង ហើយត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល បើកំរិតវាស្ថិតនៅក្រោមតំបន់ដែលត្រូវព្យាបាលដោយពន្លឺ ។
7. វាយតម្លៃស្ថានភាពបាត់បង់ជាតិទឹកនិងកំដៅខ្លួនរៀងរាល់៨ម៉ោងម្ដង ។
8. លើកទឹកចិត្តម្ដាយឱ្យបំបៅដោះកូនតាមចំណង់ទារក ។ យកម៉ាស់បិតភ្នែកទារកចេញនៅពេលបំបៅដោះទារក ។ មិនត្រូវផ្អាកការបំបៅដោយសារតែទារកត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយពន្លឺទេ ។

៩. វាស់កំរិត bilirubin នៅ២៤ម៉ោងក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយពន្លឺ ។ ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលឡើងវិញបើកំរិត bilirubin នៅក្នុងតំបន់ដែលត្រូវព្យាបាលនៃតារាងខាងដាន ។

សំគាល់ : ការបន្តព្យាបាលដោយពន្លឺនៅពេលដែលកំរិត bilirubin មិនស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ដែលត្រូវព្យាបាលទោះបីស្បែកនៅមានពណ៌លឿងក៏ដោយមិនបានផ្តល់ប្រយោជន៍អ្វីទេផ្ទុយទៅវិញហាក់ដូចជាធ្វើឱ្យទារកប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ ។

Bilirubin នៅក្នុងស្បែកនឹងបាត់ទៅវិញយ៉ាងឆាប់រហ័សក្រោមការព្យាបាលដោយពន្លឺ ។ ពណ៌នៃស្បែកមិនអាចប្រើជាការចង្អុលបង្ហាញអំពីកំរិត bilirubin នៅក្នុងឈាមនៅអំឡុងពេលដែលទារកទទួលការព្យាបាលដោយពន្លឺនិងក្នុង ២៤ម៉ោងក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយពន្លឺ ។

មិនត្រូវប្រើពន្លឺព្រះអាទិត្យ (ទោះប៉ះដោយពន្លឺផ្ទាល់ឬដោយប្រយោល) ដើម្បីព្យាបាលទារកកើតលឿងទេ ។ ទារកនឹងប្រឈមមុខនឹងការខ្សោះជាតិទឹកនិងខ្លោចស្បែកដោយពន្លឺថ្ងៃ ។

៣-៥-១៤ ការបង្ករោគនៅស្បែក

- បើការបង្ករោគកើតមានក្នុងអំឡុងពេលដែលទារកសំរាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យឬមានទារកច្រើនជាងម្នាក់នៅក្នុងអគារតែមួយមានការបង្ករោគក្នុងអំឡុងពេល២ថ្ងៃ ត្រូវសង្ស័យថាមានការឆ្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ។ ត្រូវជូនដំណឹងបន្ទាន់ដល់ក្រុមការងារបង្ការការចម្លងរោគ (ICT) ដើម្បីចុះអង្កេត ។
- លាងដៃជាមួយទឹកស្អាតនិងសាប៊ូ ។ ពាក់ស្រោមដៃស្អាតសំរាប់ពិនិត្យ:
    - ត្រូវសំអាតខ្ទុះនិងក្រម៉ដោយថ្នមៗ ដោយទឹកដាំពុះទុកឱ្យត្រជាក់និងប្រើសំឡីនិងសាប៊ូ
    - ជូតសំអាតដោយក្រណាត់ស្អាត
    - លាប gentian violet 0.5%
- សង្កេតមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម (ឧ. បៅមិនបានល្អ ក្អួត ដកដង្ហើមពិបាក កំដៅខ្លួន >37.5 ឬ<36.5 °C) និងត្រូវព្យាបាលសមស្រប(ទំព័រ ១៩៨)
- រាប់ចំនួនពងទឹកត្រូវកំណត់ថាវាគ្របដណ្តប់តិចជាងឬច្រើនជាងពាក់កណ្តាលនៃខ្លួនទារកនិងត្រូវព្យាបាលដូចបានពណ៌នាខាងក្រោម ។

ពងទឹកតិចជាង១០ ឬក្រុបដណ្តប់តិចជាងពាក់កណ្តាលនៃដងខ្លួនដោយមិនមានសញ្ញាបង្ករោគក្នុងឈាម :

- សង្កេតមើលទារករយៈពេល៥ថ្ងៃ :
  - បើពងទឹកបាត់ទៅវិញក្នុងអំឡុង៥ថ្ងៃនិងមិនមានបញ្ហាដែលតម្រូវឱ្យទារកសំរាកពេទ្យត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។
  - បើពងទឹកភាគច្រើននៅតែមានក្រោយរយៈពេល៥ថ្ងៃប៉ុន្តែទារកមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម ផ្តល់ cloxacillin តាមមាត់ទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារករយៈពេល៥ថ្ងៃ (ទំព័រ ៣២៨)

មានពងទឹកចំនួន១០ឬលើសពីនេះ ឬគ្រប់ដណ្តប់លើសពីពាក់កណ្តាលនៃខ្លួនទារក និង ទារកមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម

- ប្រើម្ជុលជួសឈាមស្តេរីល(Lancet) ដើម្បីជួសឱ្យចំចំនុចសកណ្តាលរបស់ពងទឹក ។ យកសំណាកខ្ទុះដោយប្រើដុំសំឡីស្តេរីល និងបញ្ជូនទៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីបណ្តុះមេរោគ ។
- ផ្តល់ cloxacillin ចាក់សាច់ដុំដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក(ទំព័រ ៣២៨)
- វាយតម្លៃស្ថានភាពទារកយ៉ាងតិចឱ្យបានម្តងក្នុងថ្ងៃដើម្បីរកមើលសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើង (ពងទឹកមិនរីកសាយហើយស្ងួតនិងជាបណ្តើរៗ):
  - បើពងទឹកបានប្រសើរឡើងក្រោយពីព្យាបាលដោយ antibiotics បាន៣ថ្ងៃ ផ្តល់ cloxacillin បន្តដើម្បីបង្គ្រប់ឱ្យបាន៥ថ្ងៃនៃការព្យាបាល
  - បើពងទឹកមិនបានប្រសើរឡើងក្រោយពី៣ថ្ងៃនៃការព្យាបាលដោយ antibiotics
    + បើការបណ្តុះមេរោគវិជ្ជមាន ត្រូវប្តូរ antibiotic ទៅតាមលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍និងផ្តល់ antibiotic ឱ្យគ្រប់៥ថ្ងៃ ។
    + បើការបណ្តុះមេរោគមិនអាចធ្វើទៅបានឬមិនអាចកំណត់មេរោគបានត្រូវបន្តឱ្យ cloxacillin និងឱ្យ gentamicin ទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារកឱ្យបាន៧ថ្ងៃ ទំព័រ ៣២៨)
- សង្កេតមើលទារករយៈពេល ២៤ម៉ោងក្រោយពីបានបញ្ឈប់ antibiotics ។ បើពងទឹកបានជាទារកពៅបានល្អនិងមិនមានបញ្ហាអ្វីបន្ថែមដែលតម្រូវឱ្យទារកសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។

ពងទឹកលើស្បែកដោយមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម

➢ ព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ ១៩៨)

រលាកកោសិកា/អាប់សែ

➢ បើសាច់ហើមទន់ ត្រូវចោះនិងបង្ហូរខ្ទុះ :

- ប្រើសឺរ៉ាំង 10 ml ដែលភ្ជាប់ជាមួយម្ជុលលេខ២២រួចបូមសេរ៉ូមបំពេញសឺរ៉ាំង រួចដោះម្ជុលចេញ ។
- គ្របស្បែកជុំវិញអាប់សែដោយទុកប្រឡោះតែកន្លែងអាប់សែ
- ចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅជុំវិញកន្លែងអាប់សែ :
    1. បូមថ្នាំស្ពឹកក្នុងសឺរ៉ាំងដែលមានចំណុះ 3ml និងភ្ជាប់ជាមួយម្ជុលលេខ25
    2. ចាក់ថ្នាំស្ពឹកក្រោមស្បែក (intradermally) ឱ្យស្បែកប៉ោងឡើង
    3. មួយនាទីក្រោយមក ភ្ជាប់ជាមួយម្ជុល លេខ22 រួចចាក់ចំកន្លែងប៉ោងនៃស្បែកនិងជ្រៀតចូលកន្លែងចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅជុំវិញអាប់សែ ។
- ក្រោយពីរង់ចាំរយៈពេល ២នាទី ដើម្បីឱ្យថ្នាំស្ពឹកមានប្រសិទ្ធភាព រួចចោះនៅកន្លែងដែលទន់ៗរបស់អាប់សែ ។
- ប្រើដុំសំឡីស្តេរីល ដើម្បីយកសំណាកខ្ទុះ និងបញ្ជូនទៅមន្ទីរពិសោធន៍ ដើម្បីបណ្តុះមេរោគ ។
- ប្រើកន្រ្តៃស្តេរីលដើម្បីបំបែកថង់ខ្ទុះ ។
- បាញ់លាងអាប់សែដោយទឹកសេរ៉ូម ហើយទុកឱ្យមុខដំបៅចំហ ។

➢ ផ្តល់ cloxacillin ចាក់តាមសាច់ដុំដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក (ទំព័រ ៣២៨)

➢ វាយតម្លៃស្ថានភាពទារកយ៉ាងហោចឱ្យបានម្តងក្នុងមួយថ្ងៃដើម្បីមើលពីសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើងៈ

- បើរលាកកោសិកា/អាប់សែបានប្រសើរឡើងក្រោយពី ៥ថ្ងៃនៃការព្យាបាលដោយ antibiotic បន្តដោយ cloxacillin ដើម្បីបង្គ្រប់ឱ្យបាន ១០ថ្ងៃនៃការព្យាបាល ។
- បើការរលាកកោសិក/អាប់សែមិនប្រសើរឡើងក្រោយ៥ថ្ងៃនៃការព្យាបាលដោយ antibiotic
    + បើលទ្ធផលនៃការបណ្តុះមេរោគវិជ្ជមាន ប្តូរ antibiotic ទៅតាមលទ្ធផលនៃការបណ្តុះ និងត្រូវឱ្យ antibiotic ឱ្យបាន១០ថ្ងៃ ។

+ បើការបណ្ដុះមេរោគមិនអាចធ្វើទៅបានឬមិនអាចកំណត់ប្រភេទមេរោគបាន បន្តការផ្តល់ cloxacillin និងត្រូវផ្តល់ gentamicin ទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារកឱ្យបាន១០ថ្ងៃ (ទំព័រ ៣២៨) សង្កេតមើលទារកឱ្យបាន២៤ម៉ោងក្រោយពីបញ្ឈប់ antibiotics ។ បើការរលាកកោសិកា/អាប់សែបានជាហើយទារកបៅបានល្អនិងមិនមានបញ្ហាណាមួយ ដែលតម្រូវឱ្យទារកសំរាកនៅពេទ្យត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។

ផ្សិតនៅតំបន់កំប៉េះគូថ

- ប្រើ nystatin cream លាបលើដំបៅ រួមជាមួយនឹង 0.5% gentian នៅរាល់ពេលប្តូរកន្ទបឱ្យទារកនិង នៅតែបន្ត ប្រើរហូតដល់៣ថ្ងៃក្រោយដំបៅបានជា ។
- ត្រូវប្រាកដថាបានផ្លាស់ប្តូរកន្ទបឱ្យទារកនៅពេលណាដែលវាសើមឬកខ្វក់ ។

ផ្សិតនៅមាត់

- ជូតសំអាតផ្សិតក្នុងមាត់ទារកដោយសូលុយស្យុង nystatin oral ឬ 0.5% gentian violet ៤ដង ក្នុងមួយថ្ងៃ និងបន្តរហូតរយៈពេល២ថ្ងៃក្រោយពេលដែលបានជា ។
- ឱ្យម្តាយលាប nystatin cream ឬ 0.5% gentian violet នៅលើដោះក្រោយពីបំបៅដោះរហូត ទាល់តែទារកបានព្យាបាលជា ។

ការមុត/ដាច់សាច់

- សំអាតកន្លែងមុតដោយសំឡីដែលបានជ្រលក់នឹង សូលុស្យុង antiseptic (2.5% polyvidone iodine គួរសំគាល់ថាសូលុយស្យុង antiseptic ដទៃទៀតអាចធ្វើឱ្យរលាក)
- បើមុខរបួសចំហ ត្រូវបិតផ្ចិតមុខដោយប្រើបង់ស្អិតដែលកាត់ជារាងមេអំបៅ ។
- គ្របកន្លែងរបួសដោយបង់ធម្មតាដើម្បីឱ្យមុខរបួសស្អាតនិងស្ងួត ។
- បើមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។

➢ ពន្យល់ម្តាយអំពីសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅមុខរបួស (ឧ. ក្រហម ក្តៅ និងហើមនៅកន្លែងជុំវិញរបួស)៖

  ○ ឱ្យម្តាយយកទារកមកជួបវិញបើឃើញមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅមុខរបួស។

  ○ បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែងត្រូវយកបង់រុំ/បង់ស្អិតចេញ ហើយព្យាបាលដោយ antibiotic លាបនៅនឹងកន្លែងពាដង/ថ្ងៃរយៈពេល៥ថ្ងៃ មិនត្រូវគ្របមុខរបួសទេ។

➢ ត្រូវឱ្យម្តាយយកកូនមកជួបវិញមួយសប្តាហ៍ក្រោយដើម្បីយកបង់រុំ/បង់ស្អិតចេញបើចាំបាច់។ បើមិនមានការបង្ករោគ មិនចាំបាច់តាមដានបន្តទេ។

ការរលាត់ស្បែក

➢ សំអាតកន្លែងរលាត់ដោយប្រើដុំសំឡីដែលបានជ្រលក់សូលុយស្យុង antiseptic (2.5% polyvidone iodine) សំគាល់ថា សូលុយស្យុង antiseptic ដទៃទៀតអាចធ្វើឱ្យរលាក)

➢ រក្សារបួសឱ្យបានស្អាតនិងស្ងួតនិងណែនាំម្តាយឱ្យចេះរបៀបថែទាំ

➢ បើមិនមានបញ្ហាណាមួយតម្រូវឱ្យសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ

➢ ពន្យល់ម្តាយអំពីសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែង (ឧ. ក្រហម ក្តៅនឹងហើមស្បែកជុំវិញ)៖

  • ឱ្យម្តាយយកទារកមកជួបវិញបើឃើញមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែង

  • បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែង ត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic ointment លាបនៅនឹងកន្លែងពាដង/ថ្ងៃរយៈពេល៥ថ្ងៃ មិនចាំបាច់គ្របកន្លែងរលាត់ទេ។

➢ ឱ្យម្តាយយកទារកមកជួបវិញមួយសប្តាហ៍ក្រោយ បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគទេ មិនចាំបាច់តាមដានបន្តទេ។

៣-៥-១៥ ព្យាបាលរបួសនិងលក្ខណៈមិនធម្មតាពីកំណើត

ប្រសិនបើទារកមានរបួស ឬមានលក្ខណៈមិនធម្មតាពីកំណើតផ្តល់ការព្យាបាលនិងណែនាំដូចតទៅ :

សញ្ញា	ព្យាបាលនិងណែនាំ
របួសនៅពេលសម្រាល : • មានជាំ ហើម នៅកំប៉េះគូថ • ក្បាលហើម ពក១ចំហៀងឬទាំងសងខាង • ជើងមានស្ថានភាពមិនធម្មតា (ក្រោយពីសម្រាលទម្រង់គូថ) • ចលនាដៃមិនស្របគ្នា ដៃគ្មានចលនា	**របួសនៅពេលសម្រាល :** • ពន្យល់ដល់ឪពុកម្តាយថារបួសនេះមិនធ្វើឱ្យទារកឈឺចាប់ទេ ជាទូទៅវានឹងបាត់ទៅវិញក្នុងរយៈពេល ១ទៅ២សប្តាហ៍ហើយមិនចាំបាច់ព្យាបាលពិសេសទេ • កុំបង្ខំទាញជើងទារកទៅរកស្ថានភាពផ្សេងទៀត (ក្នុងទម្រង់គូថ) • កាន់អវៈយវៈដែលគ្មានចលនាដោយថ្នមៗ **ហាមទាញ** • បើសង្ស័យថាមានបាក់ឆ្អឹង ត្រូវផ្តល់និងត្រូវថតនិងអបឆ្អឹងបើចាំបាច់
លក្ខណៈមិនធម្មតា : • ប្រអប់ជើងខ្ទេរ • ឆែបមាត់ ឆែបក្រអូមមាត់ • ភ្នែកស្រលៀង រូបរាងមិនធម្មតា • ចំហរជាលិកា នៅលើក្បាល ពោះ ខ្នង	**លក្ខណៈមិនធម្មតា :** • បញ្ជូនទៅរកការព្យាបាលពិសេសបើអាចមាន • ជួយម្តាយក្នុងការបំបៅដោះកូន ប្រសិនបើមិនអាចបំបៅបាន ត្រូវបង្រៀនពីវិធីបំបៅផ្សេងទៀត ដូចជាការបំបៅដោយពែងឬស្លាបព្រានិងធ្វើការតាមដានបន្ត • ណែនាំឱ្យធ្វើការវះកាត់កែតម្រូវប្រសិនបើមាន • បញ្ជូនទៅរកការវាយតម្លៃពិសេសបើអាចគ្រប ដោយស្បៃស្អាតជ្រលក់ទឹកសេរ៉ូមប្រៃបញ្ជូនទៅរកការព្យាបាលពិសេសបើអាចធ្វើបាន ។
លក្ខណៈមិនធម្មតាធ្ងន់ធ្ងរ : • រូបរាងមិនធម្មតាដទៃទៀត	**លក្ខណៈមិនធម្មតាធ្ងន់ធ្ងរ :** • បញ្ជូនទៅរកការព្យាបាលពិសេសបើអាចធ្វើបាន

៣-៥-១៦ ជំងឺរាគ

ជំងឺរាគអាចបណ្តាលមកពីមូលហេតុមិនបង្ករោគ (non-infectious) ប៉ុន្តែការក្លាយរោគក្នុងឈាមជាមូលហេតុចំបងក្នុងអំឡុងពេលទារកទើបកើត ។ ការអនុវត្តន៏ការបង្ការការចម្លងរោគយ៉ាងហ្មត់ចត់ ត្រូវតែធ្វើនៅគ្រប់ពេលដែលផ្តល់ការថែទាំទារកមានជំងឺរាគដើម្បីការពារការឆ្លងរាលដាល ។

វាយតម្លៃនិងព្យាបាលទារកដែលមានជំងឺរាគដូចតទៅ :

ការព្យាបាលទូទៅ :

- បន្តឱ្យទារកបៅដោះម្តាយ
- បើទារកមិនអាចបៅដោះបាន ផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដែលច្របាច់ដល់ទារក
- បើម្តាយឱ្យទារកនូវអាហារផ្សេងៗ ឬជាតិទឹកដទៃមិនមែនទឹកដោះម្តាយត្រូវប្រាប់គាត់ឱ្យបញ្ឈប់
- ឱ្យម្តាយបំបៅដោះកូនឱ្យបានញឹកញាប់
- បើទារកមានបង្ហាញនូវសញ្ញាខ្វះជាតិទឹក (ឧទាហរណ៍ ភ្នែករូងខូង បាត់បង់ភាពយឺតរបស់ ស្បែក ឬអណ្តាតស្ងួត ស្ងួតភ្នាស ស្លេស) រឺមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម (ឧទាហរណ៍ មិនបៅ ក្តួត ដកដង្ហើមពិបាក) ត្រូវផ្តល់ជាតិទឹក (Lactate Ringer ឬ Normal Saline) ហើយត្រូវឱ្យទារកបន្តបៅដោះម្តាយ ។ បើមានសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹក ត្រូវបង្កើនបរិមាណជាតិទឹក 10% នៃទម្ងន់ខ្លួនរបស់ទារកនៅថ្ងៃទី ១ នៅពេលដែលឃើញមានសញ្ញានៃការខ្សោះជាតិទឹក ។
- ពិនិត្យទារករាល់១២ម៉ោង
  - បើទារកនៅតែរាគ ត្រូវបន្តការបង្កើនបរិមាណទឹកតាមសរសៃវ៉ែន២៤ម៉ោងបន្ថែមទៀត
  - បើទារកមិនមានរាគទៀតទេ ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់១២ម៉ោង បន្ថែមបរិមាណទឹកតាមតម្រូវការប្រចាំថ្ងៃដោយគិតតាមអាយុរបស់ទារក ។

កំណត់សម្គាល់ : ការវាយតម្លៃសញ្ញា រោគសញ្ញានិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរាគ សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំអំពីសមាហរណកម្មទទួលបន្ទុកពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺកុមារ (IMCI) ។

៣-៥-១៧ កំរិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមទាប

និយមន័យ : កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមទារកមានតិចជាង 25mg/dl (1.1 mmol/l)

កត្តាប្រឈមមុខ :

- ទារកមិនគ្រប់ខែ
- ទារកទំងន់ទាប
- ម្តាយមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- ជៅតិចតួចឬមិនជៅ
- មានការបង្ករោគ (សង្ស័យឬបញ្ជាក់ច្បាស់)
- ការថប់ដង្ហើម
- កំដៅខ្លួនចុះទាប

សញ្ញានៃការចុះទាបកំរិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមតិចជាង 45mg/dl (2.6mmol/l)

- ញ័រ (jittery)
- សន្លឹម

កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមតិចជាង 25mg/dl (1.1 mmol/l)

- ➢ រៀបចំផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃបើមិនទាន់មាន ។ ផ្តល់ នៃទំងន់ទារកតាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី
- ➢ បើការចាក់តាមសរសៃមិនអាចធ្វើទៅបានភ្លាមៗ ផ្តល់ glucose 10% ចំនួន 2 ml/kg នៃទំងន់ទារកតាម ទុយោក្រពះ
- ➢ ផ្តល់ glucose 10% ដើម្បីរក្សាកំរិតជាតិស្ករប្រចាំថ្ងៃ ដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក ។
- ➢ វាស់កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាម៣០ នាទីក្រោយពីការចាក់ bolus នៃ glucose :

- បើកំរិតជាតិស្ករតិចជាង 25 mg/dl ត្រូវផ្តល់ bolus នៃ glucose ដូចខាងលើនិងបន្តការផ្តល់តាមសរសៃ (infusion) និងវាស់ម្តងទៀតនៅ៣០នាទីក្រោយ
- បើកំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមតិចជាង 45 mg/dl ប៉ុន្តែយ៉ាងតិចមាន 25 mg/dl វាស់នៅពេលណាមួយ បន្ត ការផ្តល់តាមសេរ៉ូម និងវាស់កំរិតជាតិស្កររៀងរាល់ ៣ម៉ោងម្តងរហូតកំរិតជាតិស្ករមាន 45 mg/dl ឬ លើសពីនេះ ឬវាស់ឃើញ២ដងបន្តបន្ទាប់គ្នា ត្រូវត្រលប់មកតាមដានតាមធម្មតាវិញ ។

➢ លើកទឹកចិត្តការបំបៅដោះកូនដោយទឹកដោះម្តាយ បើទារកមិនអាចបៅបានត្រូវឱ្យទឹកដោះច្របាច់ ។

➢ នៅពេលដែលទារកកាន់តែអាចបៅបាន ត្រូវបន្ថយបន្តិចម្តង១(ក្នុងអំឡុងពេល៣ថ្ងៃ)នូវបរិមាណរបស់ជាតិស្ករដែលផ្តល់តាមសរសៃ ស្របគ្នានឹងការបង្កើនការផ្តល់តាមមាត់ ។ មិនត្រូវបញ្ឈប់ការផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃភ្លាម១ទេ ។

កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមតិចជាង 45mg/dl ប៉ុន្តែយ៉ាងតិចមាន 25 mg/dl

➢ លើកទឹកចិត្តការបំបៅដោះកូន បើទារកមិនអាចបៅបាន ត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ ។

➢ វាស់កំរិតជាតិស្ករមួយម៉ោងក្រោយ

- បើជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមតិចជាង 25 mg/dl ត្រូវព្យាបាលដូចរៀបរាប់ខាងលើ
- បើកំរិតជាតិស្ករនៅតែតិចជាង 45 mg/dl ប៉ុន្តែយ៉ាងហោចមាន 25 mg/dl ត្រូវបំបៅដោះឱ្យបានញឹក ញាប់ ឬបង្កើនបរិមាណទឹកដោះច្របាច់ឱ្យបានច្រើន ។
- បើកំរិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមមាន 45 mg/dl ឬលើសពីនេះ ពិនិត្យឃើញ២ដងបន្តបន្ទាប់គ្នាត្រូវតាមដានទៅតាមធម្មតាវិញ ។

ជំពូកទី ២ : ការឈឺពោះសម្រាលនិងការថែទាំពេលសម្រាល

២-១ ការវាយតម្លៃ និង ថែទាំអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលនិងពេលសម្រាល

បុគ្គលិកដែលទទួលស្ត្រីមុនគេនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (មណ្ឌលសុខភាពឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក) ត្រូវតែធ្វើការពិនិត្យវាយតម្លៃរហ័សដូចក្នុងទំព័រ២៩ និងធ្វើការគ្រប់គ្រងរហ័ស(ទំព័រ៣០) ។

វាយតម្លៃស្ត្រីអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ឬ ពេលបែកស្រោមទឹកភ្លោះ	
សាកសួរ ពិនិត្យ កំណត់ត្រា	**មើល ស្ដាប់ ស្ទាប**
ប្រវត្តិនៃការឈឺពោះសម្រាល : • តើចាប់ផ្ដើមឈឺពោះពីពេលណា? • តើឈឺពោះញឹកញាប់ទេ? • តើឈឺពោះខ្លាំងទេ? • តើមានបែកស្រោមទឹកភ្លោះទេ? ប្រសិនបើមាន ពេលណា ច្រើន ឬ តិច ? មានពណ៌អ្វី ? • តើមានធ្លាក់ឈាមឬទេ? បើមាន ពេលណា ច្រើនឬតិច • តើទារកក្នុងផ្ទៃមានចលនាឬទេ? • តើអ្នកមានការបារម្ភអំពីអ្វីផ្សេងទៀតឬទេ? **ពិនិត្យកំណត់ត្រា ឬ បើគ្មានកំណត់ត្រា ត្រូវសួរ** • ថ្ងៃសម្រាលរំពឹងទុក • កំណត់ថាសម្រាលគ្រប់ខែឬមិនគ្រប់ខែ • ពិនិត្យឡើងវិញពីគំរោងត្រៀមជុំវិញកំណើត	• សង្កេតសភាពរបស់ស្ត្រីពេលឈឺពោះ : - តើអាចទ្រាំបានឬមានព្រួយបារម្ភ? - ប្រឹងខ្លាំងឬស្រែកថ្ងូរ ពិនិត្យពោះដើម្បីរក : - ស្នាមវះយកកូនពីមុន១ - ផ្ចិតពោះផ្នែកខាងក្រោម (ដោយសារមានទឹកនោមពេញប្លោកនោម ត្រូវបូមចេញរួចតាមដានបន្ត) • ស្ទាបពោះដើម្បីរក : - ចំនួននៃការកន្ត្រាក់ស្បូន រយៈពេលនិងការកន្ត្រាក់ជាប់នៃស្បូន - ទីតាំងទារក បណ្ដោយឬទទឹងពោះ ? - ការបង្ហាញរបស់ទារក ក្បាល គូថ ផ្សេងទៀត? - ទារកមួយឬច្រើន? - ចលនាទារក?

បើធ្លាប់មានផ្ទៃពោះពីមុន សួរអំពី : • ចំនួនគភ៌/ចំនួនសម្រាល? • ការសម្រាលដោយវះកាត់យកកូន បូមយកកូន ឬផលវិបាកផ្សេងៗដូចជាធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល? • ការរហែកទ្វារមាសកំរិតទី៣? **អំពីផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន :** • ស្ថានភាពនៃជំងឺស្វាយបើមិនធ្លាប់ធ្វើតេស្តត្រូវធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវនិងព្យាបាលជំងឺស្វាយដូចគ្នានឹងដំណើរការនៅសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ ។ • លទ្ធផលតេស្ត Hemoglobin • ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស • ស្ថានភាពនៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (សម្គាល់ បើស្ត្រីមានផ្ទុក ហើយមិនត្រូវល័ក្ខខ័ណ្ឌព្យាបាលដោយ HAART បញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ARVសម្រាប់បង្ការនៅពេលឈឺពោះសម្រាល តាមគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន) ។ • ផែនការនៃការចិញ្ចឹមទារក • ថ្នាំដែលបានទទួល	• ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក : - រាប់ចំនួនចង្វាក់បេះដូងក្នុងមួយនាទី - ប្រសិនបើតិចជាង១២០ឬលើស១៦០ ដង/នាទី ឱ្យស្ត្រីដេកផ្ងៀងទៅឆ្វេងរួចរាប់ម្តងទៀត ។ • វាស់សម្ពាធឈាម រាប់ជីពចរ វាស់កំដៅ ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំង : វាស់ កំរិត Hemoglobin បើមិនអាចត្រូវពិនិត្យមើលភាពស្លេកស្លាំងនៅបាតដៃនិងត្របកភ្នែក ។ • ពិនិត្យមើលការខ្វះជាតិទឹក : ភ្នែកខូង ស្ងួតបបូរមាត់ ច្បិចស្បែកដើមដៃ តើវារលាមកវិញភ្លាមៗឬទេ? - ពិនិត្យរកប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម

២-២ កំណត់ដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល

លូកពិនិត្យទ្វារមាសដើម្បីកំណត់ដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាលដូចតទៅ :

សួរ ពិនិត្យ កំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
ប្រាប់ស្ត្រីថានឹងធ្វើការពិនិត្យទ្វារមាសនិងសុំការអនុញ្ញាតពីស្ត្រី	• មើលទ្វារមាស : - បើរីណេឡើងប៉ោង - ឃើញផ្នែកខ្លះរបស់ទារក - ការហូរឈាមតាមទ្វារមាស - ជ្រាបទឹកភ្លោះចេញ ប្រសិនបើមាន តើលាយលាមកព្រៃឬទេ? ក្លិនមិនល្អ? - ស្ទាមថ្មេរក្រិននៃសាច់ដុំឬស្នាម់ថ្មេររំខានដល់ការសម្រាល • **មិនត្រូវ**លូកទ្វារមាសប្រសិនបើ មានធ្លាក់ឈាមនៅពេលនេះឬនៅពេលណាមួយដែលគភ៌មានអាយុលើស៧ខែ • ផ្ទុយទៅវិញត្រូវធ្វើការលូកពិនិត្យទ្វារមាស (មិនត្រូវពិនិត្យពេលស្បូនកន្ត្រាក់ទេ) ដើម្បី : - កំណត់ពីការបើកនៃមាត់ស្បូនគិតជា ស.ម - ដឹងពីទម្រង់បង្ហាញ : តើ រឹង មូល ទន់ (ក្បាល) បើមិនដូច្នោះទេ ត្រូវកំនត់ថាវាជាផ្នែកបង្ហាញណាមួយរបស់ទារក - ដឹងថាស្រោមទឹកភ្លោះបែកឬនៅ? - ដឹងថាមានទងសុកធ្លាក់ឬទេ? ជីពចរលោតឬទេ? បើឃើញដូច្នេះ ត្រូវធ្វើអន្តរាគមន៍ជាបន្ទាន់ ។

☆ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

រយៈយឺត (មាត់ស្បូនបើក 0-3cm ការកន្ត្រាក់ខ្សោយ និងតិចជាង ២ដងក្នុង ១០នាទី)

- កត់ត្រានៅលើប៉ាតូក្រាហ្វនិងគ្រប់គ្រងដូចដំណាក់កាលទី១មិនទាន់សកម្មនៃការឈឺពោះសម្រាល

វយៈសកម្ម (មាត់ស្បូនបើកចាប់ពី ៣ស.មឡើង មាត់ស្បូនរួញអស់ ការកន្ត្រាក់ស្បូនទៀងទាត់)

- ការគ្រប់គ្រងដូចដំណាក់កាលទី១ នៃការឈឺពោះសម្រាល (ទំព័រ៩៦)
- កត់ត្រានៅលើ Partograph

ជិតសម្រាល (បើរំលោះប៉ោងស្តើងនិងឃើញក្បាលកូន មាត់ស្បូនបើកអស់) : គ្រប់គ្រងដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល (ទំព័រ ១០៤) កត់ត្រាលើប៉ាតូក្រាហ្វនៅផ្នែកខាងក្រោយ ។

២-៧ ការឆ្លើយតបទៅនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព

សញ្ញា	ការព្យាបាលនិងការណែនាំ
ការសម្រាលដែលមានឧបសគ្គ : • ទារកទទឹងពោះ • ស្បូនកន្ត្រាក់ជាប់ • ឈឺពោះជាប់នៅចន្លោះពេលកន្ត្រាក់ស្បូន • ឈឺពោះខ្លាំងភ្លាមៗ • មានផ្នត់ផ្តេកនៅផ្នែកខាងក្រោមផ្ចិត (លើថ្ងាស) ចែកពោះជា២ (សញ្ញាជិតរហែកស្បូន) • ឈឺពោះសម្រាលលើសពី២៤ម៉ោង	**ការសម្រាលដែលមានឧបសគ្គ :** • ត្រូវបញ្ចូលសេរ៉ូម(ដើម្បីត្រៀមសង្គ្រោះ) ប្រសិនបើឈឺពោះលើស២៤ម៉ោង ហើយមានសញ្ញានៃការបង្ករោគត្រូវ : - ដំបូងផ្តល់ Ampicillin 2g IV ឬIM បន្ទាប់មក 1g ៨ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ - Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង • នៅពេលបាត់ក្តៅ៤៨ម៉ោងផ្តល់ Amoxicillin 500mg លេបពងងក្នុង១ ថ្ងៃដើម្បីបង្គ្រប់រយៈពេល៧ថ្ងៃនៃការព្យាបាល • បើមិនអាចផ្តល់ antibiotic ចាក់តាមសរសៃទេត្រូវចាក់សាច់ដុំ • ធ្វើការសំរេចចិត្តនិងធ្វើអន្តរាគមន៍ ឱ្យបានសមស្រប ។

ការឆ្លងរោគដល់ស្បូននិងទារកក្នុងផ្ទៃ : • ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ហើយមានសញ្ញាណាមួយខាងក្រោមទៀត : - គ្រុនក្តៅលើស ៣៨ °C - ធ្លាក់សារធាតុរាវតាមទ្វារមាសមានក្លិនមិនល្អ	**ការឆ្លងរោគដល់ស្បូននិងទារកក្នុងផ្ទៃ :** • ផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិករួមបញ្ចូលគ្នារហូតដល់ស្ត្រីបាត់ក្តៅខ្លួនបាន៤៨ម៉ោង - ដំបូងផ្តល់ Ampicilline ២ក្រ IM/IV បន្ទាប់មក ១ក្ររៀងរាល់ ៨ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ - Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់ ១២ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ - Metronidazole 500mg IV រៀងរាល់៨ម៉ោង • ប្រសិនបើការឈឺពោះជិតឈានដល់ដំណាក់កាលទី២ត្រូវធ្វើការសម្រាល • ប្រសិនបើការឈឺពោះក្នុងរយៈយឺតនៃការឈឺពោះសម្រាលត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្តនិងធ្វើអន្តរាគមន៍ ឱ្យបានសមស្រប ។
ប្រឈមមុខនឹង **ការឆ្លងរោគដល់ស្បូននិងទារកក្នុងផ្ទៃ :** • ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនគភ៌មានអាយុ ៣៧សប្តាហ៍	ប្រឈមមុខនឹង**ការឆ្លងរោគដល់ស្បូននិងទារកក្នុងផ្ទៃ :** • ផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិករួមបញ្ចូលគ្នារហូតដល់ស្ត្រីបាត់ក្តៅខ្លួនបាន៤៨ម៉ោង - ដំបូងផ្តល់ Ampicilline ២ក្រ IM/IV បន្ទាប់មក១ក្ររៀងរាល់ ៨ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ - Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ

	- Metronidazole 500mg IV រៀងរាល់ ៨ម៉ោង • ប្រសិនបើការឈឺពោះជិតឈានដល់ដំណាក់កាលទី២ត្រូវធ្វើការសម្រាល ។ • មិនត្រូវបន្តផ្តល់ antibiotic ដល់ម្តាយក្រោយសម្រាលទេ បើគ្មានសញ្ញានៃការក្លាយរោគ ។ រៀបចំព្យាបាលដល់ទារកទើបកើត ប្រសិនបើការឈឺពោះស្ថិតក្នុងរយៈឃើត ត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្តនិងធ្វើអន្តរាគមន៍ឱ្យបានសមស្រប ។
បំរុងក្រឡាភ្លើង : • សម្ពាធឈាមអប្បបរិមា >90mmHg	**បំរុងក្រឡាភ្លើង :** • វាយតម្លៃបន្តទៀតនិងគ្រប់គ្រងដូចក្នុង (ទំព័រ ៤០) ។
ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ : • ស្លេកស្លាំងបាតដៃនិងឬភ្នាសត្របកភ្នែក និង/ឬ hemoglobin <7g/dl	**ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ :** • ប្រសិនបើស្ត្រីកំពុងឈឺពោះសម្រាល - ត្រូវតាមដានឱ្យបានហ្មត់ចត់ - កាត់បន្ថយការបាត់បង់ឈាមជាអប្បបរមា • បញ្ចូលឈាមបើចាំបាច់ ។

២-៤ ផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រនៅពេលឈឺពោះសម្រាល

ផ្តល់ការគាំទ្រលើកទឹកចិត្តធ្វើឱ្យមានបរិយាកាសល្អដល់ស្ត្រីអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលដូចខាងក្រោម :

ទំនាក់ទំនង • ពន្យល់អំពីទម្រង់ការទាំងអស់ សុំការអនុញ្ញាតនិងធ្វើការពិភាក្សាអ្វីដែលរកឃើញជាមួយស្ត្រី • 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 និង សម្រាកចន្លោះការដកដង្ហើម

- នៅចុងបញ្ចប់ក្នុងដំណាក់កាលទី១ កុំឱ្យស្ត្រីប្រឹងបញ្ចេញកូន បង្រៀនស្ត្រីឱ្យដកដង្ហើមខ្លាំងៗ ដោយបើកមាត់ស្រូបខ្យល់ចូលខ្លី២ដង និងបញ្ចេញខ្យល់ចេញឱ្យវែង
- ពេលក្បាលកំពុងលូនចេញមកក្រៅទ្វារមាស ប្រាប់ស្ត្រីកុំឱ្យប្រឹងតែត្រូវដកដង្ហើមតាមសម្រួល

ការឈឺចាប់ និង គ្មានផាសុកភាព

- ផ្តល់យោបល់ឱ្យស្ត្រីប្តូរស្ថានភាព
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យធ្វើចលនា
- លើកទឹកចិត្តអ្នកកំដរឱ្យជួយអង្អែលខ្នងស្ត្រី ប្រសិនបើទង្វើនេះធ្វើឱ្យស្ត្រីមានអារម្មណ៍បានធូរស្រាល កាន់ដៃស្ត្រី ហើយជូតមុខឱ្យនាងនៅចន្លោះពេលស្បូនកន្ត្រាក់
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យធ្វើតាមបច្ចេកទេសនៃការដកដង្ហើម
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីងូតទឹកក្តៅឧណ្ឌៗ ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន

អ្នកកំដរ

- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យជ្រើសរើសអ្នកកំដរក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល
- ប្រាប់អ្នកកំដរ អំពីអ្វីដែលគាត់ត្រូវធ្វើ :
  - ត្រូវនៅក្បែរស្ត្រីរហូត
  - ជួយលើកទឹកចិត្តស្ត្រី
  - ជួយឱ្យនាងដកដង្ហើម និងសម្រាក
  - អង្អែលខ្នង ជូតសម្អាតនាងនឹងកន្សែងសើម
  - ផ្តល់ការគាំទ្រដល់ស្ត្រីឱ្យធ្វើទៅតាមជំនឿនិងទម្លាប់ ដែលមិនរំខានដល់ការឈឺពោះសម្រាលនិងការសម្រាល
  - លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យដើរចុះឡើងដោយសេរីនិងជ្រើសរើសស្ថានភាពសមស្របដល់គាត់
  - លើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីផឹកទឹកនិងហូបអាហារតាមត្រូវការ
  - ជូនស្ត្រីទៅបន្ទប់ទឹកពេលស្ត្រីត្រូវការ
- ប្រាប់អ្នកកំដរឱ្យហៅឆ្មបប្រសិនបើ :
  - ស្ត្រីឈឺពោះចង់សម្រាល

- ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស - ស្ត្រីឈឺពោះខ្លាំងភ្លាមៗ - បាត់បង់ស្មារតី ឬប្រកាច់ - មានបញ្ហាផ្សេងៗ • ប្រាប់អ្នកកំដរ**មិនត្រូវ** : - លើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីប្រឹងបញ្ចេញ - ផ្តល់ដំបូន្មានអ្វីក្រៅពីបុគ្គលិកសុខាភិបាលបានប្រាប់ - ឱ្យស្ត្រីគេងតែលើគ្រែ ប្រសិនបើស្ត្រីចង់ធ្វើចលនា

២-៥ ដំណាក់កាលទី១នៃការឈឺពោះសម្រាល

២-៥-១ រយៈយឺត :

ពេលដែលមាត់ស្បូនបើកបាន ០-៣ ស.ម និងការកន្ត្រាក់នៅខ្សោយ តិចជាង១ដងក្នុង១០នាទី ស្ត្រីគួរត្រូវបានតាមដានដូចតទៅ :

តាមដានរាល់ម៉ោង	**តាមដានរាល់៤ម៉ោង**
• រកសញ្ញាដែលត្រូវសង្គ្រោះបន្ទាន់(ទំព័រ២៥) • ចំនួនដង អាំងតង់ស៊ីតេនិងរយៈពេលនៃការកន្ត្រាក់ស្បូន • ចង្វាក់បេះដូងទារក • អារម្មណ៍និងអាកប្បកិរិយា (ធុញថប់ ភ័យខ្លាច) • កត់ត្រាលើប៉ាតូក្រាហ្វ • ផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រដោយយកចិត្តទុកដាក់	• ការបើកនៃមាត់ស្បូន : មិនត្រូវធ្វើការលូកទ្វារមាសញឹកញាប់មុន៤ម៉ោងម្តងទេ លើកលែងតែមានការចាំបាច់ • ចាប់ផ្តើមកត់ត្រាលើប៉ាតូក្រាហ្វ • វាស់កំដៅ • យកជីពចរ • វាស់សម្ពាធឈាម
វាយតម្លៃការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាល	**ព្យាបាលនិងផ្តល់ដំបូន្មាន**
ក្រោយ៨ម៉ោងប្រសិនបើ : • ស្បូនកន្ត្រាក់ខ្លាំង ញឹកញាប់ មាត់ស្បូនមិនបើក	• មើលការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល (ទំព័រ ១១៨)

ហើយមិនមានការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ	
ក្រោយ៨ម៉ោងប្រសិនបើ : • គ្មានការកន្ត្រាក់ស្បូនកើនឡើងនិង - ស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែកនិង - ការឈឺពោះសម្រាលមិនវិវឌ្ឍន៍ទៅមុខ	• ឱ្យស្ត្រីវិលទៅផ្ទះសិននិងផ្ដល់ដំបូន្មាន ដល់ស្ត្រីឱ្យត្រឡប់មកវិញប្រសិនបើៈ - ការឈឺពោះកើនឡើងមិនអាចទ្រាំបាន - មានធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស - បែកស្រោមទឹកភ្លោះ
• មាត់ស្បូនបើកបាន 3cm ឬលើស	• បន្តកត់ត្រាលើប៉ាតូក្រាហ្វនិងគ្រប់គ្រងស្ត្រីដូចជាក្នុងរយៈសកម្ម (មើលខាងក្រោម)

២-៥-២ រយៈសកម្ម : មាត់ស្បូនរលប់អស់និងបើកបាន ៣ស.មត្រូវបន្តកត់ត្រាលើប៉ាតូក្រាហ្វ។

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ : ត្រូវបំពេញឈ្មោះ ចំនួនផ្ទៃពោះ ចំនួនដងនៃការសម្រាល លេខមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (មណ្ឌលសុខភាព ឬ មន្ទីរពេទ្យ) កាលបរិច្ឆេទចូលនិងម៉ោងបែកស្រោមទឹកភ្លោះ។

ចង្វាក់បេះដូងទារក : ត្រូវកត់ត្រារៀងរាល់កន្លះម៉ោងម្ដង។ ចង្វាក់បេះដូងរបស់ទារកធម្មតាគឺនៅចន្លោះ ១២០-១៦០ ដង/១នាទី ។ ការស្ដាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកត្រូវស្ដាប់ពេញក្នុង១នាទី។

ទឹកភ្លោះ : មានកំណត់សង្កេត៥បែប ដែលត្រូវកត់ត្រានៅលើប័ណ្ណក្រាហ្វិកតាមដានរៀងរាល់ពេលពិនិត្យទ្វារមាស :

សរសេរអក្សរ I : ប្រសិនបើស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក

សរសេរអក្សរ C : ប្រសិនបើស្រោមទឹកភ្លោះបែកហើយទឹកភ្លោះថ្លា

សរសេរអក្សរ M : ប្រសិនបើទឹកភ្លោះមានពណ៌អាចម៍ព្រៃ

សរសេរអក្សរ A : ប្រសិនបើគ្មានទឹកភ្លោះ

សរសេរអក្សរ B : ប្រសិនបើទឹកភ្លោះមានលាយឈាម

ការប្រែប្រួល (ការគងលើគ្នា/ភាពជ្រួសគ្នា) **នៃឆ្អឹងលលាដ៏ក្បាលទារក :** ការកែប្រែប្រួលគឺជាកត្តាសំខាន់មួយដើម្បីដឹងថាឆ្អឹងអាងត្រគាកមានទំហំប៉ុណ្ណា ដើម្បីអាចឱ្យក្បាលទារកឆ្លងកាត់បាន។ ការកែប្រែប្រួលដែលចេះតែកើនឡើង ហើយប្រសិនបើក្បាលនៅតែខ្ពស់ពុំចុះក្នុងឆ្អឹងអាងត្រគាកនោះ គឺជាសញ្ញាដែលគួរឱ្យព្រួយបារម្ភ

ត្រូវគិតដល់វិសមមាត្ររវាងក្បាលនិងអាងត្រគាក ។ កំរិតប្រែប្រួលនៃឆ្អឹងលលាដ៏ក្បាលទារកត្រូវកត់ត្រាពីក្រោមលក្ខណៈនៃទឹកភ្លោះ ។ កំណត់ត្រាមានដូចតទៅ :

- គូស o = ឆ្អឹងនៅដាច់ពីគ្នា ហើយថ្នេរក្បាលត្រូវបានស្ទាបប៉ះយ៉ាងស្រួល
- គូស + = ឆ្អឹងលើបន្ទួលក្បាលគ្រាន់តែប៉ះគ្នាប៉ុណ្ណោះ
- គូស ++ = ឆ្អឹងលើបន្ទួលក្បាលគង/ជ្រួសលើគ្នាបន្តិច
- គូស +++ = ឆ្អឹងលើបន្ទួលក្បាលគង/ជ្រួសលើគ្នាខ្លាំង

ការស្ទាបឆ្អឹងក្បាលទារកត្រូវធ្វើឡើងរៀងរាល់ពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាសនិងកត់ត្រាពីក្រោមលក្ខណៈនៃទឹកភ្លោះ ។

ចំណាំ : ប្រសិនបើទារកបង្ហាញតួចការកំណត់សង្កេតឆ្អឹងក្បាលមិនបាច់កត់ត្រាទេ ។

ការបើកមាត់ស្បូន : គូសសញ្ញា(X) តំណាងឱ្យការបើកមាត់ស្បូន ។ ត្រូវគូសនៅផ្នែកខាងឆ្វេងក្រាហ្វិក បន្ទាត់បួនជ្រុងដែលដាក់លេខពី ០-១០ រៀងរាល់ពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស ។ ការលូកពិនិត្យទ្វារមាស ត្រូវធ្វើរាល់៤ម៉ោងម្តងនៅរយៈពេលយឺតនិងញឹកញាប់នៅរយៈសកម្មទៅតាមសភាពស្ត្រី ។ ចំពោះស្ត្រីដែលមានកូនច្រើនដង ការលូកពិនិត្យទ្វារមាសអាចធ្វើញឹកញាប់ជាងនេះ ព្រមជាមួយនឹងការស្ទាបមើលការចុះនៃក្បាលកូន ។

បន្ទាត់ប្រកាសអាសន្ន : ចាប់ផ្តើមពេលស្បូនបើក៣ស.ម ទៅដល់ចំណុចដែលរំពឹងថានឹងបើកអស់ពេញលេញ (១០ស.ម)ដែលធម្មតាការបើកមាត់ស្បូនបាន១ស.មក្នុង១ម៉ោង ។ បើគំនូសលើបាតូក្រាហ្វឆ្លងមកខាងស្តាំបន្ទាត់ប្រកាសអាសន្នត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃស្ត្រីម្តងទៀត និងធ្វើអន្តរាគមន៍ដូចក្នុងតារាងខាងក្រោម ។

បន្ទាត់សកម្មភាព : ជាបន្ទាត់ស្របនៅខាងស្តាំហើយឃ្លាត៤ម៉ោងពីបន្ទាត់ប្រកាសអាសន្ន ។

ការចុះនៃក្បាលកូន : ការចុះនៃក្បាលជានិច្ចកាលត្រូវបានវាយតម្លៃដោយការស្ទាបពោះសិនមុន នឹងធ្វើការលូកទ្វារមាស ។ អាចវាយតម្លៃបានដោយការស្ទាបពោះ ធៀបក្បាលទារកទៅនឹងឆ្អឹងថ្ងាស (Pubis) (ដែលមាន៥កម្រិត) និងត្រូវកត់ត្រា (O) រៀងរាល់ពេលពិនិត្យ ។

ម៉ោង : គិតពីពេលចាប់ផ្តើមរយៈយឺតនៃការឈឺពោះសម្រាល ។

ពេល : កត់ត្រាម៉ោងពិនិត្យជាក់ស្តែង ។

ការកន្ត្រាក់ស្បូន : ការស្ទាបមើលការកន្ត្រាក់ត្រូវធ្វើរាល់ម៉ោងនៅក្នុងរយៈយឺតនៃការឈឺពោះសម្រាល និងរៀងរាល់៣០នាទីម្តងនៅក្នុងរយៈសកម្ម-រាប់ចំនួនដងនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនក្នុងរយៈពេល ១០ នាទី និងរយៈពេលនៃការកន្ត្រាក់គិតជាវិនាទី ។

តិចជាង ២០វិនាទី

រវាង២០-៤០វិនាទី

ច្រើនជាង ៤០វិនាទី

Oxytocine : កត់ត្រាចំនួនដំណក់/នាទី ប្រសិនបើបានផ្តល់អុកស៊ីតូស៊ីនក្នុងសេរ៉ូមដើម្បី ជួយដល់ការកន្ត្រាក់ស្បូន ។ **ការផ្តល់អុកស៊ីតូស៊ីនក្នុងសេរ៉ូមដើម្បីជួយដល់ការកន្ត្រាក់ស្បូនគឺត្រូវធ្វើឡើងដោយវេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យ និងធ្វើនៅកន្លែងដែលមានការវះកាត់តែប៉ុណ្ណោះ ។**

ឱសថប្រើប្រាស់ : កត់ត្រាឱសថដែលបានផ្តល់

ជីពចរ : កត់ត្រារៀងរាល់២ម៉ោងម្តង ហើយកត់ចំណាំដោយដៅជាចំណុច (●)

សម្ពាធឈាម : កត់ត្រារៀងរាល់២ម៉ោងម្តង ហើយកត់ចំណាំជាសញ្ញាព្រួញ (↕) (បើចាំបាច់ត្រូវវាស់ញឹកញាប់ជាងនេះ)

កំដៅ : កត់ត្រារៀងរាល់២ម៉ោងម្តងកត់ត្រាជាចំនួនលេខ

ទឹកនោម : កត់ត្រាប្រូតេអ៊ីន និង អាសេតូន (រកជាតិស្ករនៅក្នុងទឹកនោម) ក្នុងទឹកនោមម្តងពេលស្ត្រីទើបមកដល់និងបន្តកត់ត្រាបរិមាណទឹកនោមនៅរាល់ពេលគាត់នោម ។

<u>ការកត់ត្រាផ្នែកខាងក្រោយនៃប៉ាតូក្រាហ្វ (កត់ត្រាការតាមដានដំណាក់កាលទី ២ ទី៣ និងទី៤ នៃការសម្រាល)</u>

ក្នុងប្រអប់ : កត់ត្រានូវការផែទាំផ្សេងទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងផ្នែកខាងមុខនៃក្រាហ្វិកតាមដាន ។ ក្នុងប្រអប់កំណត់សំគាល់យើងត្រូវកត់ត្រាពេលវេលាមាត់ស្បូនបើកអស់ ការិតចុះនៃក្បាលទារក ពណ៌ទឹកភ្លោះនិងបញ្ហាផ្សេងៗទៀត (និងតាមដានបន្តរៀងរាល់៥នាទីម្តង) ។

ម៉ោងសម្រាល : កត់ត្រា ម៉ោង ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ សម្រាលទារក

បញ្ហាផ្សេងៗនៃការសម្រាល : កត់ត្រាបញ្ហាផ្សេងៗដែលកើតមាននៅពេលសម្រាល ឧ. សម្រាលដោយប្អូមប្រឹងរយៈពេលយូរ វះយកកូន ។ល ។

បើវិណោ : គូសសញ្ញា (√)នៅប្រអប់ រហែក ឬកាត់ទ្វារមាស

អ្នកបង្កើត : កត់ត្រាឈ្មោះ និងតួនាទី អ្នកដែលបានជួយសម្រាលទារក

ការទម្លាក់សុក :

- គូសសញ្ញា (√)នៅប្រអប់**ទម្លាក់សុកដោយត្រួតពិនិត្យ** ប្រសិនបើបានធ្វើការគ្រប់គ្រងសកម្មដំណាក់កាលទី៣នៃការឈឺពោះសម្រាល ។
- គូសសញ្ញា (√) នៅប្រអប់ទម្លាក់សុកតាមបែបធម្មជាតិ ប្រសិនបើមិនបានចាក់ Oxytocine និងទម្លាក់សុកដោយត្រួតពិនិត្យ
- គូសសញ្ញា (√) នៅប្រអប់ទម្លាក់សុកដោយដៃប្រសិនបើលូកបារទម្លាក់សុក
- ទំងន់សុក : ក្រោយពីទម្លាក់សុកត្រូវថ្លឹងសុករួចកត់ត្រាទំងន់សុក ឧ. ៣៥០ក្រាម
- គូសសញ្ញា (√)ផ្នែកខាងម្តាយ (Duncan) : បើសុកធ្លាក់ផ្នែកខាងម្តាយមកមុន (សុកពន្លាត់)
- គូសសញ្ញា (√) ផ្នែកខាងកូន (Beaudelauque) : បើសុកធ្លាក់ផ្នែកខាងទងសុកមកមុន
- គូសសញ្ញា (√) ប្រអប់បារសំអាតស្បូន : ប្រសិនបើធ្វើការសំអាតកំទេចកំទីសុកដែលនៅសល់ក្នុងស្បូនដោយដៃឬដោយស៊ិរ៉ាំងបូម ។ល។

ទារក :

ពិន្ទុអាប់ហ្គារ :

- កត់ត្រាពិន្ទុអាប់ហ្គារក្នុងនាទិដំបូង ៥នាទី និង១០នាទី (ពិន្ទុអាប់ហ្គារធម្មតាចន្លោះពី ៧-១០)
- គូសសញ្ញា (√) នៅប្រអប់ទារកប្រុសឬស្រី
- កត់ត្រាទំងន់ទារកគិតជាក្រាម ប្រវែង បរិមាត្រក្បាល បរិមាត្រដើមទ្រូង ដោយប្រើខ្សែម៉ែត្រ និងគិតជាសង់ទីម៉ែត្រ
- បំបៅដោះ :

  - គូសសញ្ញា (√) នៅប្រអប់មួយម៉ោងដំបូង បើទារកបានបៅក្នុងមួយម៉ោងដំបូង
  - ឬគូសសញ្ញា (√) នៅប្រអប់ពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល បើទារកបានបៅក្នុងអំឡុងពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល ។

ម្ដាយ :

- បរិមាណនៃការធ្លាក់ឈាម : គូសសញ្ញា (√)នៅប្រអប់ច្រើន (>៣០០មល) ប្រសិនបើមានធ្លាក់ឈាមច្រើនជាង៣០០មលឬ (√)នៅប្រអប់តិចតួច (<៣០០មល) ប្រសិនបើមានធ្លាក់ឈាមតិចជាង ៣០០ម.ល ។
- ស្បូនកន្ត្រាក់ : គូសសញ្ញា (√)នៅប្រអប់ល្អ ប្រសិនបើស្បូនកន្ត្រាក់ល្អ ឬក្នុងប្រអប់ មិនល្អប្រសិនបើស្បូនកន្ត្រាក់មិនល្អ

តាមដានពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល :

- វាស់សម្ពាធឈាម និងជីពចរវៀងរាល់១៥នាទីម្ដងម៉ោងដំបូងនិងរាល់៣០នាទីម្ដងនៅម៉ោងបន្ទាប់ កត់ត្រាម៉ោងដែលបានតាមដាននិងសម្ពាធឈាម/ជីពចរដែលបានពិនិត្យឃើញជាក់ស្ដែង

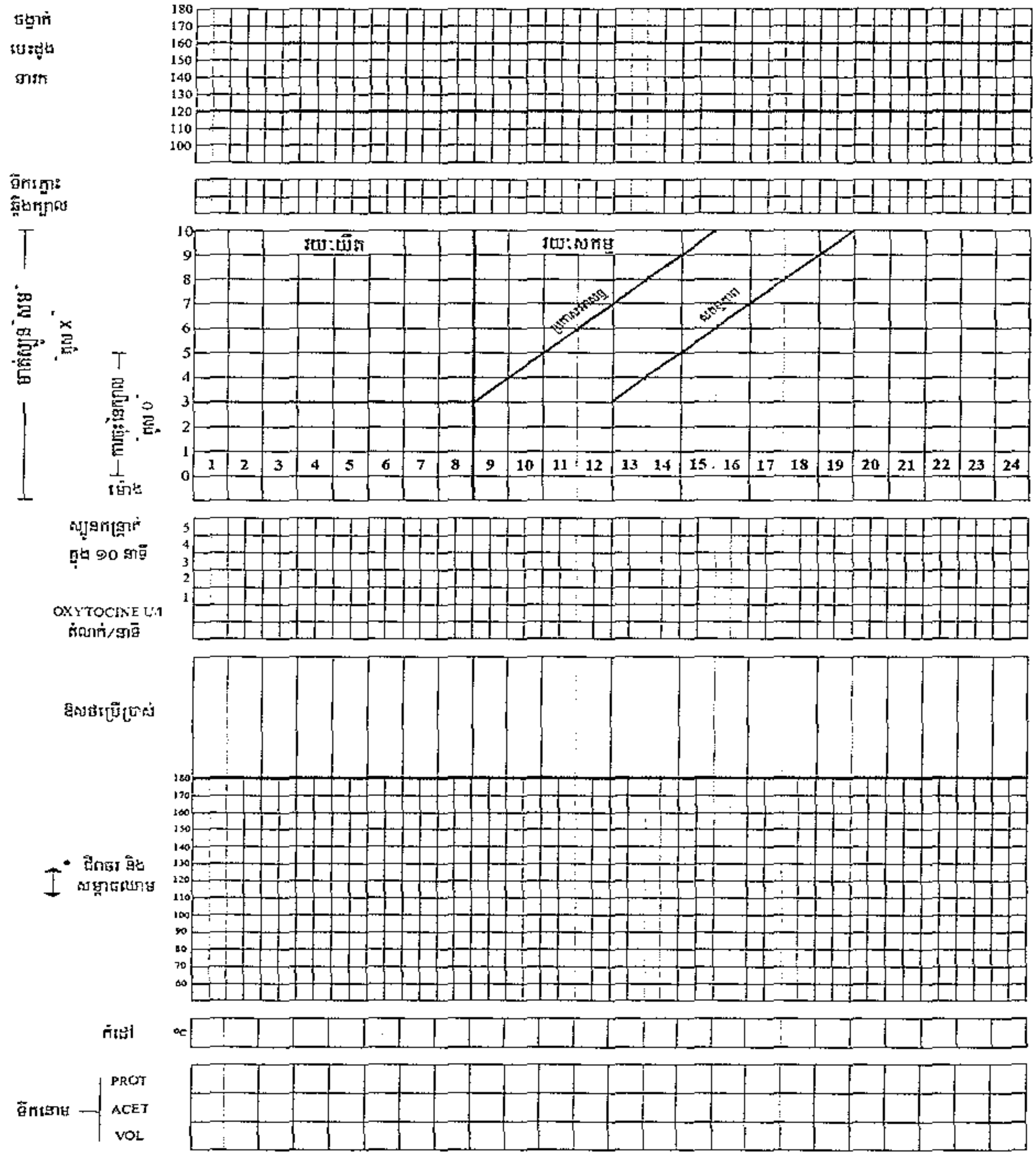
វាយតម្លៃការវិវឌ្ឍន៍ពេលឈឺពោះសម្រាល	ព្យាបាល និង ផ្ដល់ដំបូន្មាន
• ម៉ាតូក្រាហ្វឆ្លងទៅផ្នែកខាងស្ដាំនៃបន្ទាត់ប្រកាសអាសន្ន	• វាយតម្លៃសភាពស្ត្រីម្ដងទៀត ប្រវត្តិស្ថានភាព) ជម្រាបគ្រូពេទ្យដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការសម្រេចអំពីការធ្វើអន្តរាគមន៍ និងបើចាំបាច់ត្រូវត្រៀមមធ្យោបាយសម្រាប់ការបញ្ជូន • ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃដំណាក់កាលសកម្មសារជាថ្មី • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យនោមឱ្យអស់ពីប្លោកនោម • ត្រូវបំពេញជាតិទឹកប៉ុន្តែត្រូវជៀសវាងអាហាររឹង • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យឈរឬដើរ បើស្ត្រីចង់ • ពិចារណាពីការចោះបំបែកទឹកភ្លោះ • ពិចារណាពីការផ្ដល់ Oxytocin តាមសេរ៉ូមដើម្បីបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល ។ តាមដានដិតដល់និងវាយតម្លៃឡើងវិញក្នុងរយៈពេល ២ម៉ោងម្ដង ប្រសិនបើមិនមានការវិវឌ្ឍន៍ទៅមុខមិនត្រូវ

	រង់ចាំរហូតដល់គំនូសលើប៉ាតូក្រាហ្វឆ្លងកាត់ទៅផ្នែកខាងស្តាំនៃបន្ទាត់សកម្មភាពទេ ត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្ត និងធ្វើអន្តរាគមន៍សមស្រប ។
• បើស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែកត្រូវបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះនៅពេលមាត់ស្បូនបើកជិតអស់ (ទំព័រ ២៥៦) • មាត់ស្បូនបើក10cm ឬបើរីណោប៉ោង	• គ្រប់គ្រងដូចក្នុងដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល

ផាតូក្រាហ្វតាមដានការឈឺពោះសម្រាល (ដំណាក់កាលទី ១)

ឈ្មោះ.............................ចំនួនគភ៌..................សម្រាល.............លេខរៀងចូល.................

ថ្ងៃចូលសម្រាក...........................ម៉ោងចូលសម្រាក..........ស្រោមទឹកភ្លោះបែកម៉ោង..............



ការតាមដាន ការសម្រាល (ដំណាក់កាលទី ២)

ម៉ោង	ចង្វាក់បេះដូងកូន	ជីពចរម្ដាយ	សម្ពាធឈាមម្ដាយ	កំណត់សំគាល់

កើតនៅម៉ោង............ថ្ងៃទី.........ខែ.........ឆ្នាំ.........

បញ្ហាផ្សេងៗ នៃការសម្រាល ....

ប៉េរីណេ: ☐ រហែក ឬ ☐ កាត់ អ្នកបង្កើតដោយ ....

ការទម្លាក់សុក (ដំណាក់កាលទី ៣)

វេលាម៉ោង : .... ទម្ងន់សុក ....

☐ ទម្លាក់ដោយគ្រូពិនិត្យ

☐ ទម្លាក់ដោយបែបធម្មជាតិ

☐ បារទម្លាក់សុកដោយដៃ

☐ ផ្នែកខាងម្ដាយ (បែប DUNCAN)

☐ ផ្នែកខាងកូន (បែបBeaudelauque)

បារសំអាតស្បូន: ☐ មាន ☐ ទេ

ម្ដាយ

បរិមាណនៃការធ្លាក់ឈាម

☐ច្រើន (>៣០០ មល) ☐តិចតួច(<៣០០មល)

ស្បូនកន្ត្រាក់ ល្អ ☐ មិនល្អ ☐

តាមដានពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល
(ដំណាក់កាល ទី ៤)

វាស់សម្ពាធឈាម និងជីពចររៀងរាល់ ១៥នាទីម្ដង នៅម៉ោងដំបូង និងរាល់៣០នាទីម្ដងនៅម៉ោងបន្ទាប់

១ម៉ោងដំបូង រៀងរាល់១៥នាទី		ម៉ោងបន្ទាប់ រៀងរាល់៣០នាទី	
ម៉ោង	សម្ពាធឈាម/ជីពចរ	ម៉ោង	សម្ពាធឈាម/ជីពចរ

មុនបញ្ជូនទៅសាលៈ

ស្បូនកន្ត្រាក់: ☐ ល្អ ☐ មិនល្អ

បរិមាណឈាម: ☐ ច្រើន ☐ តិច

ទារក

ពិន្ទុអាប់ហ្គារ

កត្តាទំនាក់ទំនង	ក្រោយសម្រាល			ផ្សេងៗ
	១នាទី	៥នាទី	១០នាទី	
ចង្វាក់បេះដូងកូន(ស្តាប់)				
ចលនាដង្ហើម				
ពណ៌សម្បុរ				
កំលាំងសាច់ដុំ				
ឆ្លិច(Reflex)				

☐ ប្រុស ☐ ស្រី

ទម្ងន់...............................

ប្រវែង...............................

បរិមាត្រក្បាល...............................

បរិមាត្រដើមទ្រូង...............................

បំបៅដោះ

☐មួយម៉ោងដំបូង ☐ពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល

២-៦ ដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល - ការបញ្ចេញកូននិងផ្តល់ការថែទាំភ្លាមចំពោះទារកទើបកើត

មាត់ស្បូនបើក10cm ប៉េរីណេប៉ោងនិងមើលឃើញក្បាលទារក ស្ត្រីត្រូវទទួលបានការតាមដាននិងគ្រប់គ្រងដូចខាងក្រោម :

ពិនិត្យរាល់៥នាទី :

- រកសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ទំព័រ ២៩)
- រាប់ចំនួនដង កំលាំង និងរយៈពេលនៃការកន្ត្រាក់
- រាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក
- ពិនិត្យមើលប៉េរីណេឡើងប៉ោងស្តើង
- មើលឃើញការចុះនៃក្បាលកូន
- សង្កេតមើលអារម្មណ៍និងអាកប្បកិរិយារបស់ស្ត្រី ធុញថប់ ភ័យខ្លាច)
- កត់ត្រាពីលើប៉ាតូក្រាហ្វ
- ផ្តល់ការថែទាំនិងគាំទ្រដល់ស្ត្រី
- មិនត្រូវទុកឱ្យស្ត្រីនៅតែឯង ។

ការបញ្ចេញកូន	ការព្យាបាលនិងដំបូន្មាន
ការរៀបចំរាល់ពេលសម្រាលកូន : • ត្រូវប្រាកដថាបន្ទប់មានសីតុណ្ហភាពលើសពី២៥°c បិទបង្អួចទាំងអស់ បិទកង្ហារនិងម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ដើម្បីឱ្យច្បាស់ថាគ្មានខ្យល់បក់នៅក្នុងបន្ទប់ • ត្រូវប្រាកដថាមានសម្ភារៈនិងឧបករណ៍សព្វគ្រប់ សម្រាប់ការសម្រាល ។ រៀបតាមលំដាប់និងងាយស្រួលយកប្រើ : ស្រោមដៃ ស្បៃ បេតាឌីន ក្រណាត់២ផ្ទាំង Oxytocine ម្ជុលនិងសឺរ៉ាំងដង្កៀប ជ័រក្បៀបទងសុក១ ដង្កៀប២ និងកន្ត្រៃស្តេរីល២ ។	

ក្រណាត់១ផ្ទាំងត្រូវដាក់លើស្បែកពោះម្ដាយសម្រាប់ជូតសម្ងួតទារក (ត្រូវដកក្រណាត់សើមចេញដើម្បីឱ្យស្បែកទារកប៉ះស្បែកម្ដាយ) • ត្រូវប្រាកដថាមានទឹកន្លែងនិងសម្ភារៈនិងក្រណាត់២ផ្ទាំងសម្រាប់ថែទាំនិងសង្គ្រោះទារក។ ប្រសិនបើមានអំពូលកម្ដៅត្រូវបើកទុកជាមុន (សម្រាប់ការជួយសង្គ្រោះ)។ ផ្ទាំងក្រណាត់១ផ្ទាំងទៀតត្រូវដាក់លើផ្ទៃរឹងសម្រាប់សង្គ្រោះទារកជាមួយនឹងប្រដាប់បឺតស្លេស ប្រដាប់សប់បញ្ចូលខ្យល់និងម៉ាស ស្តេតូស្កុបមួក និងនាឡិកាងាយស្រួលមើលឃើញ។ ក្រណាត់ផ្ទាំងទី២ គួរដាក់នៅគែមក្រណាត់ដែលក្រាលលើផ្ទៃរឹង។ ត្រូវធ្វើតេស្តឧបករណ៍ទាំងអស់មុនពេលធ្វើការសម្រាល។ *បើមានអ្នកផ្តល់សេវាតែម្នាក់ឯងពេលសម្រាលកូនត្រូវពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលពីរគូ ហើយដោះមួយគូដែលប្រឡាក់ចេញមុននឹងប៉ះជាមួយទងសុក។ *ប្រសិនបើគ្មានដង្កៀបកៀបទងសុកទេ ត្រូវប្រើខ្សែចង។	
• ត្រូវប្រាកដថា ប្លោកនោមគ្មានទឹកនោម • ជួយរៀបស្ថានភាពស្ត្រីឱ្យបានស្រួលទៅតាមការពេញចិត្តរបស់គាត់ ឧទា. អង្គុយត្រង់ខ្លួនលុតជង្គង់ច្រត់ដៃពីរ (Squatting) ដេកចំហៀង • នៅជាមួយស្ត្រីនិងផ្តល់ការគាំទ្រទាំងផ្លូវចិត្តនិងផ្លូវ	• ប្រសិនបើស្ត្រីមិនអាចនោមបាន ហើយទឹកនោមពេញប្លោក ដាក់សុងបង្ហូរចេញ • មិនត្រូវឱ្យស្ត្រីដេករាបស្មើ • ប្រសិនបើស្ត្រីធុញថប់ក្នុងចិត្តលើកទឹកចិត្តដើម្បីបន្ថយការឈឺចាប់និងភាពគ្មានផាសុក

កាយ អនុញ្ញាតឱ្យមានអ្នកកំដរនៅជាមួយ	ភាព (ទំព័រ៩៤)
• អនុញ្ញាតឱ្យស្ត្រីប្រឹងក្នុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់	មិនត្រូវឱ្យស្ត្រីប្រឹងទេ : • បើក្រោយ៤៥នាទី(សម្រាប់កូនដំបូង) ឬ ក្រោយ៣០នាទី(សម្រាប់កូនលើសពី២ដង) នៃការប្រឹងបញ្ចេញកូនដោយឯកឯង១ ប៉េរីណេ មិនទាន់ស្តើងហើយតឹងនៅពេលស្បូនកន្ត្រាក់ត្រូវលូកពិនិត្យទ្វារមាសដើម្បីបញ្ជាក់ថាមាត់ស្បូនបានបើកអស់ហើយ ឬនៅ? • បើមាត់ស្បូនមិនទាន់បើកអស់ រង់ចាំដំណាក់កាលទី២ • ដាក់ស្ត្រីដេកផ្អៀងឆ្វេងនិងមិនឱ្យស្ត្រីប្រឹងទេ លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យដក ដង្ហើមតាមបច្ចេកទេស
• រង់ចាំរហូតឃើញក្បាលទារកនិងប៉េរីណេរប៉ោងតឹង	• ប្រសិនបើដំណាក់កាលទី២មានរយៈពេលដល់១ម៉ោងឬលើសពីនេះ ហើយពុំមានការចេញក្បាល រៀបចំការសម្រាលដោយបូម • បើសំគាល់ឃើញមានបញ្ហាដែលអាចរារាំងដល់ការបញ្ចេញក្បាល (ឬស សាច់ក្រិន ស្នាមរហែកទ្វារមាសកើតពពីមុន) ត្រូវធ្វើការកាត់ទ្វារមាសឱ្យបានទូលាយ • បើទំរង់បង្ហាញគូថ ឬការបង្ហាញមិនធម្មតា (ទំព័រ ១២៤)

គ្រប់គ្រងត្រួតពិនិត្យការសម្រាលក្បាល : • ដាក់ដៃមួយទប់ថ្នមៗពីលើក្បាលទារកនៅពេលដែលក្បាលកំពុងលូនចេញមកតាមកម្លាំងកន្ត្រាក់នៃស្បូន • ដៃម្ខាងទៀតជួយទប់ប៉េរីណេដោយប្រើសំឡីទ្រាប់គ្របពីលើទ្វារលាមក • ទុកប៉េរីណេឱ្យនៅចំហដើម្បីងាយស្រួលមើលឃើញ • ឱ្យស្ត្រីដកដង្ហើមវែងៗនិងកុំប្រឹងនៅពេលក្បាលកំពុងលូនចេញមក • លើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីហាមាត់ដកដង្ហើមញាប់ៗ	• ប្រសិនបើកំលាំងប្រឹងបញ្ចេញអាចធ្វើឱ្យរហែកត្រូវបន្ថែមកំលាំងទប់លើប៉េរីណេ
• ស្ទាបថ្នមៗជុំវិញកទារកដើម្បីរកទងសុក **ចំណាំ :** នៅពេលក្បាលចេញមិនត្រូវប្រើប្រដាប់បឺតស្លេសឬប្រើស្បៃជូតមុខទារកទេ	• ប្រសិនបើទងសុកដែលរុំកទារកនោះធូរ ត្រូវសម្រាលទារកតាមចន្លោះរង្វង់ទងសុក ឬដោះ ទងសុកចេញពីក្បាលទារក • ប្រសិនបើទងសុកដែលរុំកទារកនោះតឹងត្រូវកៀបវាដោយដង្កៀប២ដែល ឃ្លាតពីគ្នា ៣ស.ម ហើយកាត់ទងសុកនៅចន្លោះដង្កៀបទាំងពីរនោះ
• រង់ចាំការបង្វិលស្មាដោយឯកឯងរួចធ្វើការសម្រាល (អំឡុង ១-២នាទី) • បញ្ចេញស្មាលើដោយទាញក្បាលទារកចុះក្រោមថ្នមៗ • បន្ទាប់មកលើកទារកឡើងលើសំដៅទៅរកពោះម្តាយដើម្បីបញ្ចេញស្មាក្រោម	• បើការសម្រាលស្មាយឺត : - ត្រូវហៅរកជំនួយ - គ្រប់គ្រងការសម្រាលតាមរបៀបការសម្រាលជាប់ស្មា (ទំព័រ១៣២) **ចំណាំ :** គ្រប់ទារកទាំងអស់ លើកលែងតែកូនស្លាប់ក្នុងពោះ ត្រូវតែទទួលការថែទាំជា

• ប្រាប់និងកត់ត្រាម៉ោងដែលទារកកើត (កត់ត្រាទាំងវិនាទី) • ពេលកូនចេញផុត ដាក់ទារកលើក្រណាត់ស្ងួតលើស្បែកពោះម្ដាយសម្រាប់ជូតសម្ងួតទារក ដើម្បីឱ្យស្បែកទារកប៉ះស្បែកម្ដាយនៅពេលដកកន្សែងសើមចេញ • ចាប់ផ្ដើមជូតសម្ងួតទារកភ្លាម (ក្នុងអំឡុង៥វិនាទីក្រោយកើត) ដោយជូតភ្នែក មុខ ក្បាល ថ្ពាស ខ្លួន ដៃនិងជើង ការជូតបានសព្វកន្លែងប្រើរយៈពេលប្រហែល៣០វិនាទី • វាយតម្លៃការដកដង្ហើមរបស់ទារកនៅពេលជូតសម្ងួត • ដកក្រណាត់សើមចេញ ដើម្បីឱ្យស្បែកទារកប៉ះស្បែកពោះម្ដាយ ។ ដណ្ដប់/គ្របក្រណាត់ទាំងម្ដាយនិងទារក តែមិនរុំទារកទេដើម្បីឱ្យស្បែកទារកប៉ះស្បែកម្ដាយ ។ ពាក់មួកឱ្យទារក ។ • ត្រូវរក្សាភាពកក់ក្ដៅ ពិនិត្យមើល ការដកដង្ហើមរបស់ទារក ដាក់ទារកឱ្យនៅលើ ពោះម្ដាយស្បែកប៉ះស្បែក ។	ប្រចាំនិងធ្វើការសង្គ្រោះបើចាំបាច់ ។ ១. ប្រសិនបើទារកយំ ត្រូវធ្វើការថែទាំដូចធម្មតា ២. ប្រសិនបើទារកមិនយំ ត្រូវវាយតម្លៃទៅលើការដកដង្ហើម ។ ប្រសិនបើ ការដកដង្ហើមល្អ ត្រូវធ្វើ ការថែទាំជាធម្មតា ៣. ប្រសិនបើទារកដង្ហក់ឬមិនដកដង្ហើម បន្ទាប់ពីការជូតសម្ងួត ពិនិត្យមើលប្រសិនបើមានស្ទះផ្លូវដង្ហើម ។ ត្រូវបូមស្លេសតែក្នុងករណីដែលមានស្ទះផ្លូវដង្ហើម ។ ៤. ប្រសិនបើទារកដង្ហក់ឬមិនដកដង្ហើម ត្រូវស្រែករកជំនួយ ។ ត្រូវកៀបនិងកាត់ទងសុកជាបន្ទាន់ហើយធ្វើការរំញោចដោយត្រដុសខ្នង នៅពេលបីទារកទៅកន្លែងសង្គ្រោះនិងចាប់ផ្ដើមសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាល់ឡុងនិងម៉ាស់នៅក្នុងនាទីមាស (ទំព័រ១០៩) **សម្គាល់ :** មិនត្រូវបឺតស្លេសលើកលែងតែមានស្ទះផ្លូវដង្ហើម
• ស្ទាបពោះម្ដាយដើម្បីឱ្យប្រាកដថាគ្មានទារកនៅក្នុងស្បូនទៀតទេ ចាក់ Oxytocin 10 IU IM ដល់ម្ដាយនៅនាទីដំបូង	• ប្រសិនបើមានទារកទៀតនៅក្នុងស្បូន មិនត្រូវចាក់ Oxytocin នៅពេលនេះទេ • រកជំនួយ • ធ្វើការសម្រាលទារកទី២

• ឆែកមើលជីពចរទងសុក បន្ទាប់ពីជីពចរឈប់លោត (ជាទូទៅក្នុងអំឡុងពេល១-៣នាទី) គៀប ឬចងទងសុកនៅ២ស.មនិង៥ ស.ម ពីគល់ផ្ចិតទារក • កាត់ទងសុកចន្លោះការគៀប ឬចងនៅពេលដែលទារកនៅលើពោះម្តាយ **ចំណាំ :** ធ្វើបែបនេះ គឺយើងមិនចាំបាច់កាត់តម្រឹមជាលើកទីពីរ	• មិនត្រូវច្បូតបញ្ចូលឈាមពីទងសុកទៅទារកទេ • មិនត្រូវលាបសារធាតុអ្វីលើទងផ្ចិតទេ • មិនត្រូវរុំទងផ្ចិត
• រក្សាទារកលើទ្រូងម្តាយឱ្យស្បែកប៉ះនឹងស្បែកផ្ទាល់ • ប្រាប់ម្តាយអំពីសញ្ញាដែលបង្ហាញថាទារករកបៅ (ហៀរទឹកមាត់ បើកមាត់ លៀនអណ្តាត ក្បាលងាករកដោះ ជញ្ជក់ដៃ) ជាធម្មតាកើតមានពី២០-៦០នាទី ។ នៅពេលដែលឃើញសញ្ញាទាំងនេះលើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យចាប់ផ្តើមបំបៅដោះកូន • ទម្លាក់សុក (សូមមើលខាងក្រោម)	• មិនត្រូវដាក់កូនដោយឡែកពីម្តាយលើកលែងតែការសង្គ្រោះបន្ទាន់ • មិនត្រូវបង្ខំបញ្ចូលក្បាលដោះទៅក្នុងមាត់ទារកឬដាក់មាត់កូនលើក្បាលដោះម្តាយ • មិនត្រូវដាក់ទឹកកកនៅលើពោះម្តាយ • មិនត្រូវវង្គតទឹកឱ្យទារកជាមួយនឹងអ្វីក៏ដោយ (ទឹក ស្រាបៀរ ឬប្រេង) ទោះបីជាមើលឃើញខ្វក់ក៏ដោយ ។

ការសង្គ្រោះទារកទើបកើតនិងការថែទាំក្រោយសង្គ្រោះ

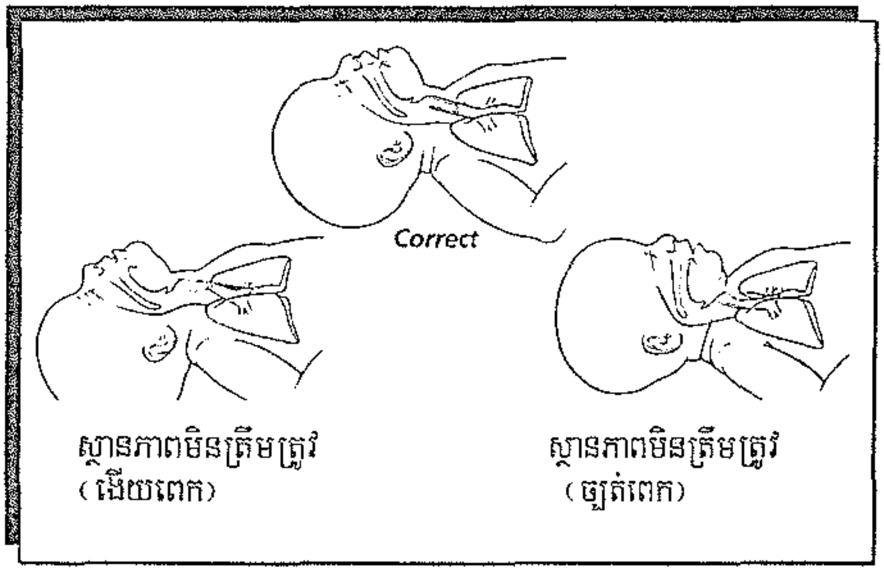
មុនការសម្រាលទាំងអស់ត្រូវប្រាកដថាកន្លែងនិងសំភារៈសម្រាប់សម្រាលត្រូវបានរៀបចំរួចស្រេច ។ ប្រសិនបើមានអំពូលកំដៅត្រូវបើកទុកជាមុន (ទោះបីប្រើសម្រាប់សង្គ្រោះទារក) ។ ត្រូវក្រាលក្រណាត់មួយផ្ទាំងលើផ្ទៃរឹងសម្រាប់ធ្វើការសង្គ្រោះទារក ត្រៀមព័របឺតស្លេស បាល់ឡុងសប់ខ្យល់និងម៉ាស់ ស្តេតូស្កុប មួកនិងនាឡិកាឱ្យងាយស្រួលយក ប្រើឧបករណ៍ទាំងនេះត្រូវបានធ្វើតេស្តមុនពេលយកទៅប្រើ ។

ចំណាំ : ការសប់បាល់ឡុងនិងម៉ាស់ ដោយប្រើខ្យល់ក្នុងបន្ទប់ជាការសមស្រប ។ ការប្រើអុកស៊ីសែន ១០០% ក្នុងពេលសង្គ្រោះទារកធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ ដូច្នេះមិនត្រូវប្រើទេ ។ ក្រោយពេលទារកកើតមានជំហានជាច្រើនដែលត្រូវធ្វើភ្លាមៗ ដើម្បីប្រាកដថាទារកដែលត្រូវការសង្គ្រោះដោយសប់បញ្ចូលខ្យល់ ត្រូវបានទទួលក្នុង១នាទី(នាទីមាស)បន្ទាប់ពីសម្រាល ។

ទម្រង់ការ :

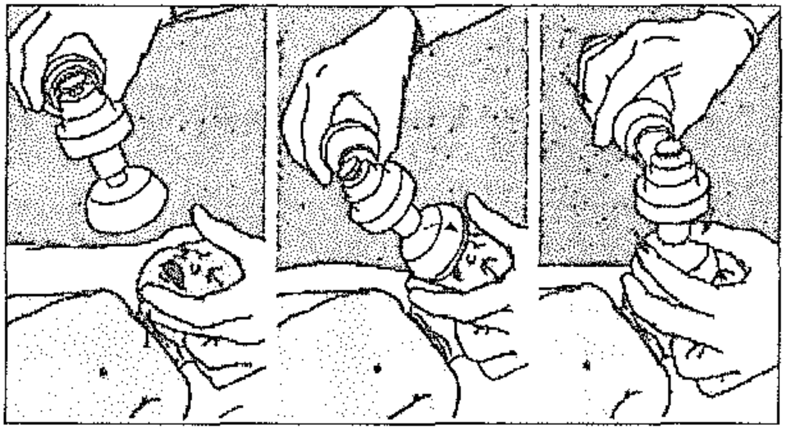
- ចាប់ផ្តើមជូតសម្ងួតទារកភ្លាម(ក្នុងអំឡុង ៥វិនាទីក្រោយកើត) និងអោយបានសព្វកន្លែងដោយជូតផ្នែកមុខ ក្បាល ថ្ងាស ខ្លួន ដៃនិងជើង ។ ការជូតសម្ងួត នេះរយៈពេលយ៉ាងតិច៣០វិនាទី ។
- វាយតម្លៃការដកដង្ហើមទារកក្នុងពេលជូតសម្ងួត ។
- យកក្រណាត់សើមចេញ និងដាក់ទារកអោយស្បែកប៉ះស្បែកនិងគ្របខ្លួននិងក្បាលទារកដោយក្រណាត់ស្ងួត ។
- បើទារកដង្ហក់ឬមិនដកដង្ហើមក្រោយពេលជូតសម្ងួតត្រូវធ្វើការពិនិត្យ រកមើលការស្ទះផ្លូវដង្ហើមដោយស្លេស ។
- លើកលែងតែករណីស្ទះផ្លូវដង្ហើមត្រូវស៊កទុយោបឺតស្លេសឬពែរបឺតស្លេសទៅក្នុងមាត់ទារកនិងរន្ធច្រមុះបឺតស្លេសទន្ទឹមនឹងការដកទុយោចេញ ។
- បើទឹកភ្លោះមានលាមកក៏ព្រៃ ការបូមស្លេសពីមាត់និងច្រមុះនៅពេលដែលក្បាល
- ប្រសិនបើទារកមិនដកដង្ហើម ស្រែករកជំនួយរួចគាបនិងកាត់ទងសុក រំញោចយ៉ាងរហ័សដោយត្រដុសខ្នងពីលើក្រណាត់រុំទារកនៅពេលកំពុងលើកទារកទៅកន្លែងជួយសង្គ្រោះ ។ ប្រាប់ម្តាយថាអ្នកកំពុងជួយធ្វើអោយទារកដកដង្ហើម ។
- គ្របទារកដោយក្រណាត់ស្ងួតនិងទុកទ្រូងអោយចំហនិងពាក់មួកអោយទារក
- ស្ថានភាពក្បាលទារកងើយបន្តិចនិងចង្ការហុចមកមុខ ដើម្បីបើកផ្លូវដង្ហើម (ពេលខ្លះទារកចាប់ផ្តើមដកដង្ហើមក្រោយពេលធ្វើជំហានទាំងនេះ)

ចំណាំ : មិនត្រូវផ្ងើយក្បាលខ្លាំងឬប្រើកំណល់ពីក្រោមកឬស្មាដែលធ្វើអោយផ្លូវដង្ហើមចង្អៀត



ប្រសិនបើទារកនៅតែមិនដកដង្ហើមត្រូវចាប់ផ្តើមសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាល់ឡុងនិងម៉ាស់ (ក្នុងអំឡុងនាទីមាស)

- ដាក់ម៉ាស់គ្របពីលើចង្កា មាត់និងច្រមុះរបស់ទារក ហើយមិនត្រូវគ្របលើភ្នែកឡើយ



ការដាក់ម៉ាស់និងត្រួតពិនិត្យរង្វង់កៅស៊ូរបស់ម៉ាស

- ទារកកើតគ្រប់ខែឬមិនគ្រប់ខែ(លើសពី២សប្តាហ៍នៃគភ៌) ត្រូវសប់ដោយសម្ពាធវិជ្ជមានការសប់គួរចាប់ផ្តើមឡើងដោយប្រើខ្យល់បរិយាកាស
- ដាក់រង្វង់កៅស៊ូរបស់ម៉ាសផ្អិបនឹងមុខទារក ដោយដាក់មេដៃ ចង្អុលដៃនិងម្រាមដៃកណ្តាលកាន់ទ្រចង្កាឡើងលើនិងម្រាមនាងដៃនិងកូនដៃមិនអោយប៉ះបំពង់កនិងម៉ាសដូចរូបខាងលើ (ប្រើម៉ាស់លេខ ១ សម្រាប់ទារកមានទម្ងន់ធម្មតានិងលេខ 0 សម្រាប់ទារកដែលមានទម្ងន់តិច)

- ច្របាច់បាល់ឡុងនិងសង្កេតមើលការប៉ោងឡើងនៃទ្រូង ប្រសិនបើទ្រូងមិនឡើងប៉ោងនៅពេលដែលច្របាច់ ត្រូវធ្វើការកែសម្រួលដើម្បីធ្វើឱ្យការសប់បានល្អ :
  - រៀបចំស្ថានភាពក្បាលទារកឡើងវិញ កុំអោយក្បាលងើយពេកឬច្បុតពេក
  - ត្រូវច្បាស់ថាចង្ការហុចហើបឡើងនិងហុចមកមុខ មាត់បើកបន្តិច
  - ពិនិត្យមើលការផ្ទឹបរវាងមុខទារកនិងម៉ាស ដើម្បីអោយប្រាកដថាមិនមានខ្យល់លេចចេញតាមរង្វង់កៅស៊ូរបស់ម៉ាស់
  - ច្របាច់បាឡុងឱ្យខ្លាំងជាងមុនដោយប្រមាមដៃទាំងអស់
- ច្របាច់បាល់ឡុង៣០-៥០ដងក្នុង១នាទី (ជាមធ្យម៤០ដង) តាមចង្វាក់ សប់-២-៣
- ទារកខ្លះអាចប្រសើរឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនិងចាប់ផ្តើមដកដង្ហើមក្រោយពីសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាល់ឡុងនិងម៉ាស់ ។

វាយតម្លៃការដកដង្ហើមក្នុងពេលសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាល់ឡុងនិងម៉ាស់

- នៅគ្រប់ពេល ប្រសិនបើទារកចាប់ផ្តើមដកដង្ហើមឬស្រែកយំត្រូវបញ្ឈប់ការសប់បញ្ចូល ខ្យល់និងសង្កេតមើលហើយប្រាកដថាទារកបន្តដកដង្ហើមបានល្អ ស្តាប់ការស្រែករបស់ទារកនិងសង្កេតមើលភាពផតទ្រូងនៅពេកដកដង្ហើមចូល
- ប្រសិនបើទារកដង្ហក់ឬដកដង្ហើមមិនបានល្អ បន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់១នាទីដោយបាល់ឡុងនិងម៉ាស់ បន្ទាប់មកវាយតម្លៃចង្វាក់បេះដូងដោយស្ទាបការលោតនៃជីពចរទងសុកឬការប្រើស្តេតូស្កុបស្តាប់អោយបានយូរដើម្បីរាប់ចង្វាក់បេះដូងក្នុង១នាទី ។
- ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូង< ១០០ដង/នាទីបានន័យថាយឺត ត្រូវបន្តការសប់ ក្នុងចង្វាក់ ៣០-៥០ដងក្នុង ១ នាទី ។
- ធ្វើការវាយតម្លៃចង្វាក់បេះដូងនៅ៣នាទី ៥នាទីនិង១០នាទី ប្រសិនបើ ចង្វាក់បេះដូង< ១០០ដង/នាទី ហើយទារកនៅតែដកដង្ហើមមិនបានល្អ ត្រូវបន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាឡុងនិងម៉ាស់រួចបញ្ជូនទៅកន្លែងឯកទេសថែទាំ ។ ក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន ត្រូវបន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាឡុងនិងម៉ាស់ និងផ្តល់អុកស៊ីសែនប្រសិនបើចាំបាច់ ។ ត្រូវរក្សាកំដៅនិងមានបុគ្គលិកសុខាភិបាលនិងអ្នកថែទាំទៅជាមួយផង ។

- ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូង>១០០ bpm ជាការធម្មតា ប៉ុន្តែត្រូវបន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាឡុងនិងម៉ាស់រហូតដល់ទារកដកដង្ហើមបានល្អ សង្កេតមើលការខំប្រឹងដកដង្ហើមនិងភាពប្រសើរឡើងវិញនៃសម្បុរ ហើយបញ្ឈប់ការសប់បញ្ចូលខ្យល់ពេលទារកដកដង្ហើម សម្បុរ ផ្កាឈូកនិងចង្វាក់បេះដូងនៅតែរក្សា>១០០ដងក្នុង១នាទី ។
- ចំពោះទារកដែលមានចង្វាក់បេះដូងធម្មតា (>១០០ bpm) សម្បុរប្រសើរឡើងវិញ ប៉ុន្តែមិនដកដង្ហើមត្រូវបន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាឡុងនិងម៉ាស់ ។
  បញ្ឈប់ការសប់បញ្ចូលខ្យល់ពេល ទារកដកដង្ហើមបានល្អ ។
- ប្រសិនបើក្រោយ១០នាទីនៃការសប់បញ្ចូលខ្យល់រួមជាមួយនឹងការបោងនៃទ្រូងទារកបានល្អហើយ ទារកនៅតែមិនដកដង្ហើមនិងគ្មានចង្វាក់បេះដូង ត្រូវបញ្ឈប់ការសប់បញ្ចូលខ្យល់ ។ ពន្យល់ទៅម្តាយថាទារកបានបាត់បង់ជីវិតទៅហើយនិងផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត ។
  បើទារកនៅតែមានចង្វាក់បេះដូងតិចជាង៦០ដងក្នុង១នាទីហើយមិនដកដង្ហើមដោយខ្លួនឯងក្រោយពីការជួយសង្គ្រោះគួរបញ្ឈប់ការជួយសង្គ្រោះ ។

<u>**ការថែទាំក្រោយពេលសង្គ្រោះទារក**</u> **:**

ចំពោះទារកដកដង្ហើមបានល្អ៣០-៦០ដង្ហើមក្នុង១នាទី គ្មានភាពផតទ្រូងខ្លាំងឬសម្រែកឬឡើងស្វាយ :

- ដាក់ទារកលើទ្រូងម្តាយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកនិងផ្តល់ការថែទាំទារកជាធម្មតារួមនឹងការសង្កេតរកសញ្ញាដែលបង្ហាញថាទារករកក្តៅ
- លួងលោមម្តាយ

ទារកដែលត្រូវបានបន្តការសប់បញ្ចូលខ្យល់លើសពី៥នាទីត្រូវធ្វើការតាមដានរៀងរាល់១៥នាទី សម្រាប់រយៈពេល២ម៉ោង:

- មើលភាពផតនៃទ្រូង
- មើលសញ្ញាជីវិត : ចង្វាក់បេះដូង ចង្វាក់ដង្ហើមនិងកំដៅ
- ស្តាប់សំលេងថ្ងូរ
- សង្កេតមើលសភាពស្វាយរបស់ទារក

ទារកដែលមានចង្វាក់ដង្ហើម >៦០ ឬ<៣០ ដង្ហើមក្នុង១នាទី ឬមានការផតទ្រូងខ្លាំង ឬថ្ងូរឬឡើងពណ៌ស្វាយ ការផ្ដល់អុកស៊ីសែនបន្ថែមអាចជួយដល់ទារក។ រៀបចំបញ្ជូនទៅកន្លែងសេវា ឯកទេសដោយមានឆ្មបជំនាញទៅជាមួយ :

- ដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្ដាយ ដើម្បីឱ្យទារកមានភាពកក់ក្ដៅ
- បន្តការផ្ដល់អុកស៊ីសែនតាមច្រមុះដោយប្រើcannula ឬម៉ាស់រហូតដល់ចង្វាក់ដង្ហើម៣០-៦០ដង្ហើមក្នុង១នាទី ហើយភាពផតទ្រូងមិនខ្លាំង តាមដានកំរិតអុកស៊ីសែនក្នុងឈាមប្រសិនបើមានឧបករណ៍វាស់
  - គ្រប់ពេលចង្វាក់ដង្ហើមមកធម្មតាវិញ (៣០-៦០ដង្ហើមក្នុង១នាទី) ហើយមិនមានទ្រូងផត ថ្ងូរ ឬបាត់ភាពស្វាយ ត្រូវបន្ថយបន្ទាប់មកបញ្ឈប់ការផ្ដល់អុកស៊ីសែន
  - ការដកដង្ហើមរបស់ទារក<២០ដង្ហើមក្នុង១នាទី ត្រូវសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើបាល់ឡុងនិងម៉ាស់។
- ពន្យល់ម្ដាយពីការថែទាំដែលបានផ្ដល់និងមូលហេតុ
- គ្រប់គ្រងទារកដែលមានបញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម (ទំព័រ ១៨៣)

២-៧ ដំណាក់កាលទី៣នៃការឈឺពោះសម្រាល-ការទម្លាក់សុក

ត្រូវទម្លាក់សុកដោយប្រើការគ្រប់គ្រងសកម្មដូចខាងក្រោម :

ការទម្លាក់សុក	ការព្យាបាលនិងដំបូន្មាន
• ត្រូវប្រាកដថាបានចាក់ Oxytocin 10IU ដល់ម្តាយនៅនាទីដំបូង • អនុវត្តការទាញទងសុកដោយត្រួតពិនិត្យដូចខាងក្រោម : - គាបទងសុកអោយកៀកនឹងប៉េរីណេ។ កាន់ទងសុកនិងដង្កៀបដោយដៃម្ខាង - ដាក់ដៃម្ខាងទៀតនៅខាងលើឆ្អឹងថ្ងាស (Pubis) បន្តិចដោយបែរបាតដៃទៅរកផ្ចិតម្តាយដើម្បីទប់សង្កត់ទៅលើស្បូន (ការទប់សង្កត់នេះបង្កើតជាកម្លាំងទប់ស្បូនពេលធ្វើការទាញទងសុក) - ពេលដែលស្បូនកន្ត្រាក់(ស្បូនឡើងមូលនិងទងសុកធ្លាក់វែង) ទាញទងសុកចុះដោយថ្នមៗដើម្បីធ្វើការទម្លាក់សុក • បើសុកមិនធ្លាក់រយៈពេល៣០-៤០វិនាទី ដោយការទាញទងសុកដោយត្រួតពិនិត្យទេ ត្រូវបញ្ឈប់ការទាញទងសុកនិងការទប់ស្បូន រួចរង់ចាំការកន្ត្រាក់ស្បូនម្តងទៀត ហើយធ្វើការទម្លាក់សុកសារជាថ្មីដូចខាងលើ • ពេលសុកធ្លាក់ចេញ ចាប់ទ្រដោយដៃទាំងពីរដើម្បីបង្ការកុំឱ្យដាច់រហែកស្រោមទឹកភ្លោះ	• បើក្រោយ៣០នាទីនៃការចាក់ Oxytocin សុកមិនទាន់ធ្លាក់និងស្ត្រីមិនមានធ្លាក់ឈាមត្រូវ : - បញ្ចេញទឹកនោមឱ្យអស់ពីប្លោកនោម - ទាញទងសុកដោយត្រួតពិនិត្យសារជាថ្មីម្តងទៀត។ បើសុកនៅតែមិនធ្លាក់និងគ្មានធ្លាក់ឈាមត្រូវសង្ស័យថាជាប់សុក។ • បើសុកមិនធ្លាក់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទីទៀត (១ម៉ោងក្រោយសម្រាល) : - លូកបារទម្លាក់សុក (ទំព័រ ២៩៣) - ផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិករួមបញ្ចូលគ្នារហូតដល់ស្ត្រីបាត់ក្តៅខ្លួនបាន៤៨ម៉ោង +ដំបូងផ្តល់ Ampicilline ២ក្រ IM/IV បន្ទាប់មក១ក្ររៀងរាល់ ៨ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ +Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ +Metronidazole 500mg IV រៀងរាល់៨ម៉ោង • បើក្នុងរយៈពេល ១ម៉ោងសុកនៅតែមិនធ្លាក់ត្រូវវះកាត់ស្បូន (subtotal hysterectormy)។

• បើស្រោមទឹកភ្លោះមិនចេញដោយឯកឯងទេ ត្រូវបង្វិលសុកដើម្បីឱ្យស្រោមទឹកភ្លោះរមូល ជាខ្សែព្ពួរហើយលើកឡើងចុះដើម្បីសម្រួល ដល់ការចេញដោយមិនមានការដាច់រហែក • មិនត្រូវទាញទងសុកខ្លាំងពេកទេ • មិនត្រូវច្របាច់ឬរុញស្បូនដើម្បីធ្វើការទម្លាក់ សុកទេ	• បើស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមត្រូវធ្វើការគ្រប់គ្រង ព្យាបាលរហ័ស (ទំព័រ ១៤១) ។
• ត្រួតពិនិត្យសុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះថាបានធ្លាក់ ចេញមកអស់ឬនៅ	• ប្រសិនបើសុកមិនធ្លាក់អស់ : - លូកបារយកកំទេចសុកដោយដៃ - ផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិករួមបញ្ចូលគ្នារហូតដល់ ស្ត្រីបាត់ក្តៅខ្លួនបាន៤៨ម៉ោង ⋆ដំបូងផ្តល់ Ampicilline ២ក្រ IM/IV បន្ទាប់មក១ក្ររៀងរាល់ ៨ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ ⋆Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ ម៉ោងម្តង រួមជាមួយ ⋆Metronidazole 500mg IV រៀងរាល់ ៨ម៉ោង
• ត្រួតពិនិត្យការកន្ត្រាក់ស្បូនបានល្អហើយគ្មាន ការធ្លាក់ឈាមខ្លាំង • **ការឈ្លីស្បូន :** - ឈ្លីកំពូលស្បូនជាបន្ទាន់រហូតដល់ស្បូន កន្ត្រាក់រឹងល្អ - អនុវត្តការឈ្លីស្បូននេះរៀងរាល់១៥នាទី	• បើមានធ្លាក់ឈាមខ្លាំង : - ឈ្លីស្បូនដើម្បីបញ្ចេញកំណកឈាមរហូត ដល់ស្បូនឡើងរឹង - ផ្តល់ Oxytocine 10 IU ចាក់សាច់ដុំ **- រកជំនួយ** - បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃហើយបន្ថែម

ក្នុងរយៈពេល២ម៉ោងដំបូង - ត្រូវប្រាកដថាស្បូនមិនប្រែជាទន់វិញទេ បន្ទាប់ពីឈប់ឈ្លី	Oxytocine 20IU ក្នុងល្បឿន៦០ដំណក់ ក្នុងមួយនាទី - បូមទឹកនោមឱ្យអស់ពីប្លោកនោម • បើនៅតែធ្លាក់ឈាមហើយស្បូនទន់ : - បន្តការឈ្លីរហូតស្បូនឡើងរឹង - ទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃ២ឬសង្កត់លើ សរសៃឈាមអាអ័ក(ទំព័រ ២៩៨) - បន្តបញ្ចូលតាមសរសៃ 20IU Oxytocine ឱ្យ៣០ដំណក់/១នាទី - ប្រសិនបើនៅតែបន្តធ្លាក់ឈាមទោះបីធ្វើ ការទប់សង្កត់ស្បូនក៏ដោយ **ត្រូវរៀបចំធ្វើការវះកាត់ជាបន្ទាន់**
ពិនិត្យបេរីណេ និង ទ្វារមាសផ្នែកខាងក្នុងនិងក្រៅ ដើម្បីរកការរហែក	• បើរហែកកំរិតទី៣ និងទី៤ ត្រូវដេរជូសជុល ការរហែក (ទំព័រ.២៧៣) • បើរហែកមិនហូរឈាមខ្លាំងត្រូវដាក់ ស្បៃ ដែលបានស្ងោរលៃ ពីលើស្នាមរហែកហើយដាក់ ជើងស្ត្រីទាំងពីរស្របគ្នា ។ ពិនិត្យក្រោយ៥នាទី បើនៅតែមានហូរ ឈាមត្រូវដេរកន្លែងររហែក
• ប្រមូល វាយតម្លៃ និងកត់ត្រាពីបរិមាណឈាម ដែលបាត់បង់ក្នុងដំណាក់កាលទី៣និងក្នុងអំឡុង ពេលភ្លាម១ក្រោយមក	• បើឈាមបាត់បង់ប្រហែល 250ml តែឈាម ឈប់ធ្លាក់ : - ត្រូវឱ្យស្ត្រីសំរាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដើម្បីតាមដាន និងថែទាំឱ្យបានយ៉ាងតិច២៤ម៉ោង - តាមដានឱ្យជិតដល់ក្នុងរយៈពេល២ម៉ោង (រៀងរាល់១៥នាទីម្តងក្នុង១ម៉ោងដំបូងនិង៣០

	នាទីម្តងក្នុងម៉ោងទី២)៖ - សម្ពាធឈាម ជីពចរ - ការហូរឈាមតាមទ្វារមាស - ស្បូនដើម្បីបញ្ជាក់ថាស្បូនកន្ត្រាក់ល្អ • ជួយស្ត្រីពេលដែលគាត់ងើបដើរលើកដំបូងក្រោយសម្រាល
• សម្អាតស្ត្រី និង កន្លែងក្រោមគូថស្ត្រី • ទ្រាប់សំឡីអនាម័យឬក្រណាត់ក្រោមគូថស្ត្រីដើម្បីវាយតម្លៃពីការធ្លាក់ឈាម • ជួយប្តូរសំលៀកបំពាក់ឱ្យស្ត្រីបើចាំបាច់	
• ទុកម្តាយនិងទារកក្នុងបន្ទប់សម្រាលយ៉ាងតិច ២ម៉ោងក្រោយពីទម្លាក់សុករួច	
• បោះចោលសុកឱ្យត្រឹមត្រូវទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល	• ពាក់ស្រោមដៃពេលកាន់សុក

២-៨ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបញ្ហាពេលឈឺពោះសម្រាលនិងការសម្រាល

២-៨-១ ការវិវត្តន៍មិនល្អប្រសើរនៃការឈឺពោះសម្រាល

ជាការអូសបន្លាយរយៈឃើតគិតពីចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាលបាន៨ម៉ោង មាត់ស្បូនបើកមិនបានលើសពី៣ ស.ម និងឬមាត់ស្បូនមិនរលប់ ។

រោគវិនិច្ឆ័យនៃការ**អូសបន្លាយរយៈសកម្ម**កំណត់បាននៅពេលដែលការបើកមាត់ស្បូនរំកិលទៅខាងស្តាំដៃនៃបន្ទាត់ប្រកាសអាសន្ននៅលើប៉ាតូក្រាហ្វ ។ នេះអាចបណ្តាលមកពីវិសមាមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយ ។

វិសមាមាត្រវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយ : អាចកំណត់បាននៅពេលដែលមាត់ស្បូនឈប់បន្តបើកនិងមិនមានការចុះនៃផ្នែកបង្ហាញរបស់ទារក ទោះបីជាមានការកន្ត្រាក់ស្បូនបានល្អក៏ដោយ ។ វិសមមាត្រវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាក ម្តាយកើតមានព្រោះទារកធំពេកឬអាងត្រគាកម្តាយចង្អៀតពេក ។ ប្រសិនបើការឈឺពោះសម្រាលនៅតែបន្ត វិសមមាត្រវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយអាចធ្វើឱ្យការឈឺពោះសម្រាលនៅនឹងឬជាប់គាំង ។

សញ្ញានៃភាពរាំងស្ទះរួមមានការឈប់បន្តបើកមាត់ស្បូន និងមិនមានការបន្តចុះនៃផ្នែកបង្ហាញរបស់ទារក ឆ្អឹងលលាដ៏ក្បាលធំ ឆ្អឹងលលាដ៏ក្បាលជ្រួសគ្នាខ្លាំង (ក៏រិត៣) មាត់ស្បូន ហើមហើយមិនក្តោបជាប់នឹងផ្នែកបង្ហាញរបស់ទារកហើយអង្កត់ក្រោមនៃស្បូនចាប់ផ្តើមរីកប៉ោងធំ ហើយបង្កើតជារង្វង់កងរីតទទឹងតួស្បូន (សញ្ញាជិតរបែកស្បូន) និងកូនខ្សោយ ។

ប៉័តូក្រាហ្វត្រូវតែប្រើចំពោះគ្រប់ស្ត្រីឈឺពោះសម្រាល ដើម្បីឆាប់រកឃើញនិងគ្រប់គ្រងការវិវត្តន៍មិនល្អនៃការឈឺពោះសម្រាល ។ ត្រូវវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានប្រវត្តិការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាលមិនល្អដូចខាងក្រោម :

ការគ្រប់គ្រងទូទៅ :

- វាយតម្លៃរហ័សនូវស្ថានភាពម្តាយនិងទារកហើយផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រ
- ពិនិត្យមើលប៉័តូក្រាហ្វឡើងវិញ លិខិតបញ្ជូននិងសៀវភៅសុខភាពមាតា

វាយតម្លៃ/សញ្ញា និង រោគសញ្ញា	**ការគ្រប់គ្រងសមស្រប**
រយៈឃឹតអូសបន្លាយ : • មាត់ស្បូនមិនបើកលើសពី 3ស.ម បន្ទាប់ពី៨ម៉ោងនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនទៀងទាត់ (គិតតាំងពីចាប់ផ្តើមឈឺពោះ)	**រយៈឃឹតអូសបន្លាយ :** • វាយតម្លៃមាត់ស្បូន • ប្រសិនបើគ្មានការផ្លាស់ប្តូរនៃមាត់ស្បូន (ការរួញឬការបើក) ហើយទារកមិនមានសញ្ញាចុះខ្សោយ ស្ត្រីប្រហែលជាមិនទាន់ឈឺពោះសម្រាលទេ • ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរនៃការរលប់ឬការបើកមាត់ស្បូន ការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំងនិងទៀងទាត់ ហើយរយៈសកម្មត្រូវបានបញ្ជាក់ បំបែកស្រោមទឹកភ្លោះដោយដង្កៀប Kocher និង បង្កឱ្យមានការឈឺពោះដោយប្រើ

	oxytocin ។ - វាយតម្លៃរៀងរាល់៤ម៉ោងម្តង - ប្រសិនបើស្ត្រីមិនស្ថិតនៅក្នុងរយៈសកម្ម ក្រោយពីផ្តល់ oxytocin បាន៨ម៉ោងនោះត្រូវធ្វើការសម្រាលដោយវះកាត់ • ប្រសិនបើស្ត្រីមានសញ្ញានៃការក្លាយរោគ ត្រូវបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយ oxytocin និងផ្តល់អង់ទីប៊ីយ៉ូទិករួមបញ្ចូលគ្នា ចាក់តាមសរសៃ ។ បើស្ត្រីសម្រាលតាមទ្វារមាស ត្រូវបញ្ឈប់ antibiotic ក្រោយពេលសម្រាល ។ បើសម្រាលដោយការវះកាត់ត្រូវបន្ត antibiotic រហូតដល់បាត់គ្រុនក្តៅបាន ៤៨ ម៉ោង ។
រយៈសកម្មអូសបន្លាយ : • ការបើកមាត់ស្បូនរំកិលទៅផ្នែកស្តាំនៃបន្ទាត់ប្រកាសអាសន្នក្នុងបាតូក្រាហ្វ	**រយៈសកម្មអូសបន្លាយ :** • ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញាវិសមាមាត្ររវាងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយឬសញ្ញារាំងស្ទះ ហើយស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក ត្រូវធ្វើការបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ (ទំព័រ.២៥៦) • ផ្តល់ការថែទាំគាំទ្រ • វាយតម្លៃការកន្ត្រាក់ស្បូន - ប្រសិនបើការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនមានប្រសិទ្ធភាព (កន្ត្រាក់តិចជាងពាដងក្នុង១០នាទី ម្តង១មានរយៈពេលតិចជាង៤០វិនាទី) ត្រូវសង្ស័យថាការកន្ត្រាក់របស់ស្បូនមិនគ្រប់គ្រាន់ ។ - ប្រសិនបើការកន្ត្រាក់ស្បូនមានប្រសិទ្ធភាព (កន្ត្រាក់ពាដងឬលើសក្នុង១០នាទី ម្តង១មានរយៈ

	ពេលលើសពី៤០វិនាទី) ត្រូវសង្ស័យថាមាន វិសមាមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកការសម្រាលមានឧបសគ្គ ទម្រង់ទារកមិនធម្មតានិងការបង្ហាញមិនធម្មតា។ • ប្រសិនបើឃើញថាមានវិសមាមាត្ររវាងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកត្រូវធ្វើការ សម្រាលដោយវះកាត់។ ប្រសិនបើទារកក្នុងផ្ទៃស្លាប់ត្រូវធ្វើ Craniotomy • ប្រសិនបើការឈឺពោះសម្រាលត្រូវបានរាំងស្ទះ ទារកនៅមានជីវិតហើយល័ក្ខខ័ណ្ឌអំណោយផល ត្រូវសម្រាលដោយបូម ឬបើមិនអាចត្រូវធ្វើការវះកាត់ • ប្រសិនបើការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនគ្រប់គ្រាន់ហើយគ្មានសញ្ញាវិសមាមាត្ររវាងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយ និងគ្មានសញ្ញារាំងស្ទះទេ ត្រូវបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះនិងបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើ Oxytocine • មិនត្រូវទុកស្ត្រីឱ្យនៅតែឯងក្នុងពេលបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល រយៈពេល២ម៉ោងក្រោយការកន្ត្រាក់ស្បូនគ្រប់គ្រាន់ ត្រូវវាយតម្លៃការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាលសារជាថ្មីដោយលូកពិនិត្យទ្វារមាស ហើយបើមិនមានការវិវឌ្ឍន៍ទៅមុខទេ ត្រូវធ្វើការវះកាត់។
រយៈពេលប្រឹងបញ្ចេញកូនអូសបន្លាយ : • មាត់ស្បូនបើកអស់និងស្ត្រីបានប្រឹងបញ្ចេញកូនប៉ុន្តែទារកមិនចុះ	**រយៈពេលប្រឹងបញ្ចេញកូនអូសបន្លាយ :** • បើទំរង់បង្ហាញមិនធម្មតានិងគ្មានសញ្ញារាំងស្ទះត្រូវបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើ Oxytocine • បើមិនមានការចុះនៃផ្ទៃកបង្ហាញបន្ទាប់ពីបានបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល ត្រូវសម្រាលដោយបូមឬដោយវះកាត់

២-៨-២ គ្រុនក្តៅ សីតុណ្ហភាពលើសពី ៣៨ °C

គ្រុនក្តៅ (សីតុណ្ហភាព ៣៨ °Cឬលើស) អំឡុងពេលមានគភ៌ ពេលឈឺពោះសម្រាលគឺជាសញ្ញានៃការក្លាយរោគនិងត្រូវការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប ។

ស្ត្រីដែលមានគ្រុនក្តៅក្នុងអំឡុងពេលមានគភ៌និងពេលឈឺពោះសម្រាលត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងដូចតទៅ :

<table>
<tr><td colspan="2">វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលគ្រុនក្តៅអំឡុងពេលមានគភ៌និងពេលឈឺពោះសម្រាល</td></tr>
<tr><td colspan="2">ការគ្រប់គ្រងទូទៅ :
• លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យផឹកទឹកឱ្យបានច្រើន
• ប្រើកង្ហារ ឬ កន្សែងសើមដើម្បីជួយបញ្ចុះកំដៅ
• ចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃបើចាំបាច់</td></tr>
<tr><td>វាយតម្លៃ/សញ្ញានិងរោគសញ្ញា</td><td>ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប</td></tr>
<tr><td>ជំងឺរលាកតម្រងនោម (Acute Pyelonephriitis)

• ពិបាកនោម
• គ្រុនរងារ
• នោមច្រើនដងនិងភាន់នោម
• ឈឺពោះ</td><td>ជំងឺរលាកតម្រងនោម (AcutePyelonephriitis)

• ចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃក្នុងចំណុះ 150ml/1ម៉ោង
• បណ្តុះមេរោគក្នុងទឹកនោម(បើអាចធ្វើបាន) ដើម្បីជ្រើសរើស antibiotic សមស្រប
• បើពុំអាចធ្វើការបណ្តុះមេរោគក្នុងទឹកនោមបាន ព្យាបាលជាមួយ antibiotic ដូចខាងក្រោម រហូតដល់បាត់គ្រុនក្តៅរយៈពេល៤៨ម៉ោង :
- Ampicilline ២ក្រ ចាក់សរសៃ/សាច់ដុំ បន្ទាប់មក១ក្រវៀងរាល់៨ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ
- Gentamycine ៨០មក្រ. ចាក់សាច់ដុំវៀងរាល់ ១២ម៉ោងម្តង</td></tr>
</table>

	• បើគ្មានក្ដៅខ្លួនរយៈពេល៤៨ម៉ោង ផ្ដល់ Amoxicilline ៥០០ម.ក្រ លេប៣ដង/១ថ្ងៃ (ការព្យាបាលសរុបទាំងចាក់និងលេបឱ្យបាន៧ថ្ងៃ)
រលាកសួត : • ក្ដៅខ្លួន • ពិបាកដកដង្ហើម • ក្អកមានស្លេស • ឈឺទ្រូង	**រលាកសួត :** • ឱ្យថ្នាំផ្សះដូចខាងលើ
គ្រុនចាញ់ស្រាល : • ក្ដៅខ្លួន • ញាក់ • បែកញើស • ឈឺក្បាល សាច់ដុំ/ឈឺសន្លាក់	**គ្រុនចាញ់ស្រាល :** • ចំពោះស្ត្រីក្នុងអំឡុងត្រីមាសទី៣ សម្រាប់ P. falciparum , P.Vivax, P.Malariae ឬចម្រុះ ត្រូវផ្ដល់ Dihydroartemisinin +Piperaquine ចំនួន៣ថ្ងៃ ឬ Artesunate+mefloquine ចំនួន៣ថ្ងៃ (ទំព័រ ២៤៤)
គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ : • មានសញ្ញាគ្រុនចាញ់ កម្រិតស្រាល និងបន្ថែមសញ្ញាណាមួយឬច្រើនក្នុងចំណោមសញ្ញា ដូចខាងក្រោម : - ស្លេកស្លាំង - អស់កម្លាំងខ្លាំង - វិបត្តិស្មារតី - ពិបាកដកដង្ហើម - ប្រកាច់ច្រើនដង	**គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ :** • ចំពោះស្ត្រីក្នុងអំឡុងត្រីមាស ទី៣ត្រូវ ចាក់ Quinineតែមួយមុខបញ្ចូលតាមសេរ៉ូម បន្ទាប់មកបើអ្នកជំងឺដឹងខ្លួនឡើងវិញ ត្រូវឱ្យ លេបថ្នាំ Dihydroartemisinin +Piperaquine តិចបំផុតរយៈ ពេល៣ថ្ងៃ (ទំព័រ ២៤៥)

- របត់ឈាមធ្លាក់ចុះ - ការហូរឈាមខុសធម្មតា - លឿង - នោមតិច - ក្អួតញ៉ឹកញ៉ាប់	

២-៨-៣ ការបង្ហាញមិនធម្មតា (malposistion) (បង្ហាញមុខនិងថ្ងាស) និងទម្រង់បង្ហាញមិន ធម្មតា (malpresentation)

ការបង្ហាញមិនធម្មតាជាភាពមិនធម្មតានៃទីតាំងកំពូលក្បាលទារក (អុកស៊ីពុតជាចំណុចតាង) គិតទៅនឹងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយ ។

ទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារកមិនធម្មតាជាការបង្ហាញទម្រង់ដែលមិនមែនកំពូលក្បាល ។ ទម្រង់ដែលមានជាទូទៅគឺកំពូលក្បាលទារក ។

អុកស៊ីពុតនៅក្រោយ (Occiput posterior position)៖ ពេលដែលអុកស៊ីពុតរបស់ទារកស្ថិតនៅខាងក្រោយធៀបនឹងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយ ។

អុកស៊ីពុតនៅទទឹង (Occiput transverse position)៖ ពេលដែលអុកស៊ីពុតរបស់ទារកឋិតនៅ ទទឹងនៃឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយ ។ ប្រសិនបើអុកស៊ីពុតស្ថិតនៅទទឹងរហូតដល់ពេលចុងក្រោយនៃដំណាក់កាលទី១នៃការឈឺពោះសម្រាលគួរតែគ្រប់គ្រងដូចករណីអុកស៊ីពុតនៅក្រោយ ។

ការបង្ហាញថ្ងាស កើតឡើងដោយការភ្ញើយក្បាលទារកបន្តិចដែលឋិតក្នុងស្ថានភាពអុកស៊ីពុតខ្ពស់ជាងសាំង-ស៊ីពុត (Sinciput) ក្នុងទម្រង់ថ្ងាស ការចុះចូលក្នុងអាងត្រគាកម្តាយជាធម្មតាមិនអាចប្រព្រឹត្តទៅបានហើយមិនអាចធ្វើការសម្រាលតាមទ្វារមាសបានទេ ។

ទម្រង់ហុចមុខ កើតឡើងដោយការភ្ញើយក្បាលទារកខ្លាំង ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពដែលគេពុំអាចស្ទាបប៉ះអុកស៊ី-ពុត និងសាំងស៊ីពុតបានពេលគេលូកទ្វារមាស ។ ចង្កាជាចំណុចសំអាងសម្រាប់ពណ៌នាពីស្ថានភាពក្បាល ។

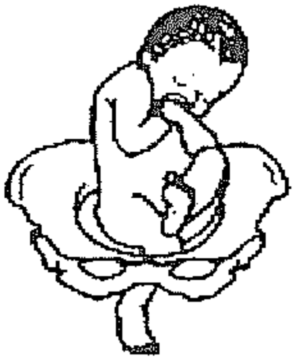
ទម្រង់ផ្គុំគ្នា កើតឡើងពេលដែលដៃទារកធ្លាក់ចុះមកជាមួយផ្នែកបង្ហាញនៃទារក ។ ទាំងដៃនិងក្បាលបង្ហាញជាមួយគ្នានៅក្នុងអាងត្រគាកម្តាយ ។

ទម្រង់ហុចគូថ កើតឡើងពេលដែលគូថ និងឬប្រអប់ជើងគឺជាផ្នែកបង្ហាញ

• ទម្រង់ហុចគូថពេញលេញ (Complete flexed) កើតឡើងពេលដែលភ្លៅទាំងពីរច្បត់ជាប់ចង្កេះនិងកំភួនជើងច្បត់ជាប់នឹងភ្លៅ ។

• ទម្រង់ហុចគូថមិនពេញលេញ (Frank extended) កើតឡើងពេលដែលភ្លៅទាំងពីរច្បត់ជាប់ចង្កេះ តែកំភួនជើងត្រង់ឡើងលើ ។

• ទម្រង់ហុចគូថធ្លាក់ជើងម្ខាង (Footling) កើតឡើងពេលដែលជើងនោះលាតសន្ធឹងត្រង់ត្រគាកនិងក្បាលជង្គង់ ។



ទម្រង់ទទឹងនិងទម្រង់ហុចស្មា កើតឡើងពេលដែលបណ្តោយខ្លួនទារកនៅទទឹងអ័ក្សរបស់ស្បូន ។ ស្មាទារកគឺជាចំនុចសំអាងនៃការបង្ហាញនេះ ។

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងស្ត្រីដែលមានទម្រង់និងការបង្ហាញមិនធម្មតារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃដូចខាងក្រោម :

ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងលើទម្រង់និងការបង្ហាញមិនធម្មតារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ
ការគ្រប់គ្រងទូទៅ : • វាយតម្លៃភ្លាមៗអំពីស្ថានភាពម្តាយ • វាយតម្លៃពីស្ថានភាពទារក • ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងការថែទាំគាំទ្រ

វាយតម្លៃ/សញ្ញានិងចង្អោមរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងសមស្រប
ស្ថានភាពអុកស៊ីពុតនៅក្រោយ : • នៅពេលពិនិត្យដោយស្ទាបពោះម្តាយផ្នែកក្រោមនៃពោះមានសភាពរាបស្មើ អវៈយវៈរបស់ទារកអាចស្ទាបប៉ះនៅផ្នែកខាងមុខហើយបេះដូងទារកអាចស្តាប់ឮនៅកណ្តៀតក្លមម្តាយ • នៅពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស បង្ហើយក្រោយស្ថិតនៅទីងឆ្អឹង sacrum ហើយបង្ហើយមុខអាចងាយស្រួលស្ទាបប៉ះប្រសិនបើក្បាលទារកងើយបន្តិច ។	**ស្ថានភាពអុកស៊ីពុតនៅក្រោយ :** • ប្រសិនបើមានសញ្ញារាំងស្ទះ ឬសង្ងាក់បេះដូងទារកមិនធម្មតាធ្វើការវះកាត់យកកូន • បំបែកស្រោមទឹកភ្លោះនិងបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយដាក់សេរ៉ូមលាយជាមួយ Oxytocine • ធ្វើការសម្រាលដោយបូមយកកូន (ទំព័រ២៨២) ឬសម្រាលដោយវះកាត់អាស្រ័យទៅលើការបើកនៃមាត់ស្បូន និងការចុះនៃក្បាលទារក
ការបង្ហាញថ្ងាស : • តាមការពិនិត្យដោយស្ទាបពោះជាងពាក់កណ្តាលនៃក្បាលទារក ស្ថិតនៅខាងលើឆ្អឹងពុយប៊ីស ហើយអុកស៊ីពុតស្ទាបប៉ះ នៅខាងលើបើប្រៀបនឹងសាំងស៊ីពុត (sinciput) • ការពិនិត្យទ្វារមាស ស្ទាបប៉ះបង្ហើយមុខនិងរង្វង់ភ្នែក	**ការបង្ហាញថ្ងាស :** • សម្រាលដោយវះកាត់បើទារកនៅរស់
ទម្រង់ហុចមុខ : • តាមការពិនិត្យដោយស្ទាបពោះម្តាយអាចដឹងថាមានចង្កាស្ថិតនៅចន្លោះអុកស៊ីពុតនិងខ្នងទារក • ការលូកពិនិត្យទ្វារមាសអាចស្ទាបប៉ះមុខទារកក្រោមដៃ អ្នកពិនិត្យងាយស្រួលលូកចូលក្នុងមាត់ទារកហើយឆ្អឹងថ្គាមក៏ស្ទាបប៉ះដែរ	**ទម្រង់ហុចមុខ :** • ប្រសិនបើចង្កានៅខាងមុខ ហើយមាត់ស្បូនបើកអស់ ត្រូវធ្វើការសម្រាលធម្មតា • ប្រសិនបើមាត់ស្បូនមិនទាន់បើកអស់ហើយមិនមានសញ្ញាជាឧបសគ្គ បង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើ Oxytocine • ប្រសិនបើចង្កានៅក្រោយនៃឆ្អឹងអាងត្រគាក

	ត្រូវសម្រាលដោយវះកាត់យកកូន • ប្រសិនមាត់ស្បូនមិនទាន់បើកអស់ តាមដានការចុះការបង្វិលនិងការវិវត្តន៏នៃក្បាលកូន • ប្រសិនបើមានសញ្ញាជាឧបសគ្គត្រូវ ធ្វើការវះកាត់យកកូន
ទម្រង់ផ្គុំគ្នា : • ដៃធ្លាក់មកជាមួយនិងផ្នែកនៃការបង្ហាញ	**ទម្រង់ផ្គុំគ្នា :** • ជួយស្ត្រីឱ្យនៅក្នុងស្ថានភាពឡត់ជង្គង់លើទ្រូង ហើយរុញដៃទារកដែលធ្លាក់ទៅខាងក្នុងអាងត្រគាក ហើយរក្សាដៃដែលរុញនោះឱ្យនៅនឹងកន្លែងរហូតដល់មានការកន្ត្រាក់ស្បូនដែលជំរុញក្បាលកូនឱ្យចូលទៅក្នុងអាងត្រគាកទើបដកដៃចេញបាន • ប្រសិនបើប្រើទម្រង់ការនេះមិនបានជោគជ័យឬធ្លាក់ទងសុក(ហើយកូននៅរស់) ត្រូវវះកាត់យកកូន
ទម្រង់ហុចគូថ : • ការស្ទាបពិនិត្យពោះប៉ះក្បាលនៅផ្នែកខាងលើនិងគូថនៅផ្នែកក្រោមនៃអាងត្រគាកម្តាយ • ការស្តាប់ឮសម្លេងបេះដូងទារកមានទីតាំងនៅខ្ពស់ជាងករណីការបង្ហាញកំពូលក្បាល • ការលូកពិនិត្យទ្វារមាសពេលឈឺពោះសម្រាលអាចស្ទាបប៉ះកំប៉េះគូថ ឬនិងប្រអប់ជើងទារក ការប្រទេះឃើញលាមកព្រៃជាលក្ខណៈធម្មតា	**ទម្រង់ហុចគូថ :** • ប្រសិនបើម្តាយចាប់ផ្តើមឈឺពោះ អាយុគភ៌អំឡុង៣៧សប្តាហ៏ឬលើស ស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក ហើយការសម្រាលតាមទ្វារមាសអាចប្រព្រឹត្តទៅបាននិងគ្មានផលវិបាកត្រូវសាកល្បងសម្រាល • ប្រសិនមិនអាចសម្រាលតាមទ្វារមាសបានត្រូវសម្រាលដោយការវះកាត់ ។

ទម្រង់ទទឹងនិងទម្រង់ហុចស្នា :	ទម្រង់ទទឹងនិងទម្រង់ហុចស្នា :
• ការស្ទាបពិនិត្យពោះពុំមានប៉ះក្បាលឬកំប៉េះគូថនៅខាងលើឆ្អឹងថ្ងាស (Pubis)ទេ ក្បាលជាធម្មតាស្ទាបប៉ះនៅម្ខាងណាមួយនៃពោះ ។ • លូកពិនិត្យទ្វារមាសពេលខ្លះអាចប៉ះស្មាម្ខាង ដៃម្ខាងអាចធ្លាក់ចុះ ហើយកែងដៃឬប្រអប់ដៃអាចស្ទាបប៉ះនៅក្នុងទ្វារមាស ។	• សម្រាលដោយវះកាត់

២-៨-៤ ទារកខ្សោយនៅពេលឈឺពោះសម្រាល

ទារកខ្សោយនៅពេលឈឺពោះសម្រាលអាចដឹងបានដោយសារចង្វាក់បេះដូងមិនធម្មតា (តិចជាង១២០ ឬលើស១៦០ដងក្នុង១នាទី) ហើយទឹកភ្លោះខាប់លាយលាមកព្រៃ ។

ចង្វាក់បេះដូងធម្មតា របស់ទារកអាចថយចុះនៅអំឡុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់ ប៉ុន្តែជាទូទៅវាវិលទៅភាពធម្មតាវិញភ្លាមនៅពេលដែលស្បូនឈប់កន្ត្រាក់ ។

គួរគិតទៅដល់ទារកខ្សោយ **បើចង្វាក់បេះដូងទារកយឺតខ្លាំង** នៅពេលដែលពុំមានការកន្ត្រាក់ស្បូន ឬចង្វាក់បេះដូងនៅតែយឺតខ្លាំងដដែល ទោះបីជាក្រោយការកន្ត្រាក់ស្បូន ។

ចង្វាក់បេះដូងទារកញាប់អាចមកពីម្តាយមានគ្រុនក្តៅ ការប្រើឱសថដែលនាំឱ្យចង្វាក់បេះដូងម្តាយដើរញាប់ (ឧ. tocolytic drugs) សម្ពាធឈាមម្តាយខ្ពស់ឬរលាកស្រោមទឹកភ្លោះ ។ ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងម្តាយដើរមិនញាប់ទេ ហើយចង្វាក់បេះដូងទារកបែរជាញាប់វិញនោះ ជាសញ្ញានៃទារកខ្សោយ ។

<u>**ទឹកភ្លោះលាយលាមកព្រៃ :**</u>

- ទឹកភ្លោះលាយលាមកព្រៃខាប់ឬរាវមិនតម្រូវឱ្យមានការបឺតស្លេសទេ ។ ការបឺតស្លេសចេញពីមាត់និងច្រមុះទារកត្រូវធ្វើនៅពេលណាដែលមានស្ទះផ្លូវដង្ហើម ។

- ចំពោះទម្រង់ហុចគូថ លាមកព្រៃលេចចេញក្រៅព្រោះមានការសង្កត់លើពោះទារកក្នុងអំឡុងពេលសម្រាល ។ នេះមិនមែនជាសញ្ញានៃទារកខ្សោយទេ លើកលែងតែលាមកព្រៃកើតមានក្នុងពេលដំបូងនៃការឈឺពោះសម្រាល ។
- លាមកព្រៃបានលេចចេញចូលទៅក្នុងស្បូននៅមុនពេលគ្រប់ខែជាសញ្ញានៃការបង្ករោគហើយត្រូវការព្យាបាលជាមួយអង់ទិប៊ីយ៉ូទិកចំពោះម្ដាយមុនពេលកើត (ផ្ដល់ភ្លាម) និងក្រោយកើតចំពោះទារក ។

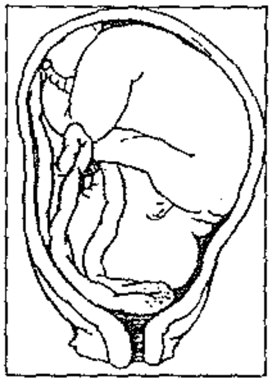
វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានទារកក្នុងផ្ទៃខ្សោយពេលឈឺពោះសម្រាលដូចខាងក្រោម :

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងករណីកូនខ្សោយក្នុងផ្ទៃពេលឈឺពោះសម្រាល	
ការគ្រប់គ្រងទូទៅ : • ជួយទ្រម្ដាយឬដាក់ឱ្យដេកផ្អៀងទៅខាងឆ្វេង • បញ្ឈប់ការផ្ដល់អុកស៊ីតូស៊ីន (បើកំពុងផ្ដល់) • បើស្រោមទឹកភ្លោះបែកលូកពិនិត្យទ្វារមាសមើលការធ្លាក់នៃទងសុក • មើលក្រែងទឹកភ្លោះមានលាយលាមកព្រៃ • រាប់ចង្វាក់បេះដូងកូនម្ដងទៀត១៥នាទីក្រោយ	
វាយតម្លៃ/សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	**ការគ្រប់គ្រងសមស្រប**
ការធ្លាក់ទងសុក : ឃើញមានទងសុកនៅយោនី	**ការធ្លាក់ទងសុក :** • គ្រប់គ្រងជាបន្ទាន់ការធ្លាក់ទងសុក (ទំព័រ១៣០)
សភាពទារកមិនល្អ : ចង្វាក់បេះដូងទារកនៅតិចជាង១២០ឬលើសពី១៦០ក្នុង១នាទីក្រោយការតាមដានរយៈពេល៣០នាទី	**សភាពទារកមិនល្អ :** • ប្រសិនបើរកឃើញមូលហេតុមកពីម្ដាយគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានសមស្រប • ប្រសិនបើរកមិនឃើញមូលហេតុមកពីម្ដាយ ហើយសង្វាក់បេះដូងទារកនៅតែមិនធម្មតា ក្រោយការកន្ត្រាក់ស្បូន៣ដងយ៉ាងតិច ត្រូវធ្វើការលូកពិនិត្យទ្វារមាសដើម្បីរកមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យទារកខ្សោយ • ប្រសិនបើមានការហូរឈាមជាមួយនឹងការឈឺម្ដងៗ ឬឈឺជាប់ សង្ស័យថាអាចរបើកសុកមុនពេល

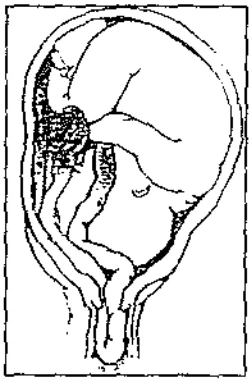
	សម្រាល (ទំព័រ ៦២) • ប្រសិនបើមានសញ្ញាបង្ករោគ ត្រូវផ្ដល់ antibiotic • ប្រសិនបើទងសុកធ្លាក់មកមុនទម្រង់បង្ហាញឬធ្លាក់ក្នុងទ្វាមាស គ្រប់គ្រងដូចក្នុងករណីធ្លាក់ទងសុក (ទំព័រ ១៣០) • ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងទារកនៅតែមិនធម្មតាឬមានសញ្ញាបន្ថែមសំគាល់ថាទារកខ្សោយ (ទឹកភ្លោះលាយលាមកព្រៃខាប់) ត្រូវសម្រាលដោយការបូមយកទារក ឬ វះកាត់យកកូនជាបន្ទាន់ ។ រៀបចំការសង្គ្រោះទារក (ទំព័រ១០៩)
ទារកមានសភាពធម្មតា : ចង្វាក់បេះដូងទារកត្រលប់មកធម្មតាវិញ	**ទារកមានសភាពធម្មតា :** • ត្រូវតាមដានចង្វាក់បេះដូងទារករៀងរាល់១៥នាទី

២-៨-៥ ការធ្លាក់ទងសុក

គេអាចមើលឃើញទងសុកធ្លាក់ចេញមកខាងក្រៅទ្វារមាសឬអាចស្ទាបប៉ះនៅក្នុងទ្វារមាសខាងក្រោមទម្រង់បង្ហាញបន្ទាប់ពីស្រោមទឹកភ្លោះបែក ។



ការធ្លាក់ទងសុកនៅមុខក្បាលទារក



ការធ្លាក់ទងសុកចូលមកទ្វារមាស

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងស្ត្រីដែលមានបញ្ហាធ្លាក់ទងសុកពេលឈឺពោះសម្រាលដូចខាងក្រោម :

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងការធ្លាក់ទងសុក	
ការគ្រប់គ្រងទូទៅ : • ផ្តល់អុកស៊ីសែន ៤-៦ លីត្រក្នុង១នាទីតាមម៉ាស់ឬតាមបំពង់ច្រមុះ (ប្រសិនបើមាន) • ហៅរកគេជួយ	
វាយតម្លៃ/សញ្ញា និង រោគសញ្ញា	**ការគ្រប់គ្រងសមស្រប**
- មើលនិងស្ទាបទងសុកថ្មី១ដើម្បីរកការលោតជីពចរ - ស្ទាបមើលទម្រង់ទារក - ពិនិត្យទ្វារមាសដើម្បីកំណត់ពីដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល	• ប្រសិនបើម្តាយស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃការឈឺពោះសម្រាល : - ដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពលុតជង្គង់បះគូថឡើងលើ - ក្នុងគ្រប់ករណី ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលលូកដៃមួយចូលក្នុងទ្វារមាសហើយរុញផ្នែកបង្ហាញទៅលើដើម្បីបន្ថយការសង្កត់លើទងសុកនិងរំកិលផ្នែកបង្ហាញចេញពីអាងត្រគាក ។ ដៃម្ខាងទៀតដាក់លើពោះពីលើថ្ងាសដើម្បីរក្សា ផ្នែកបង្ហាញឱ្យនៅក្រៅអាងត្រគាក ។ នៅពេលដែលផ្នែកបង្ហាញស្ថិតនៅនឹងពីលើអាងត្រគាកហើយត្រូវដកដៃដែលដាក់ចូលក្នុងទ្វារមាសចេញ ។ រក្សាដៃដែលទប់នៅលើពោះរហូតដល់ ពេលធ្វើការវះកាត់យកកូន ។ - ប្រសិនបើមាន ផ្តល់Salbutamol 0.5mg ចាក់សរសៃយឺត១ក្នុងរយៈ២នាទិដើម្បីបន្ថយការកន្ត្រាក់ស្បូន - ធ្វើការវះកាត់យកកូនជាបន្ទាន់ • ប្រសិនបើម្តាយស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃការឈឺពោះសម្រាល - ជម្រុញការសម្រាលដោយកាត់ទ្វារមាស (ទំព័រ២៦៦) និងការបូមយកកូន (ទំព័រ២៨២) - ប្រសិនបើទម្រង់ហុចគូថ ត្រូវធ្វើការសម្រាលតាមទម្រង់ហុចគូថ (ទំព័រ ២៧៧.) - រៀបចំការសង្គ្រោះទារក (ទំព័រ ១០៩)

២-៨-៦ ការសម្រាលជាប់ស្មា

ការជាប់ស្មាកើតឡើងពេលដែលក្បាលទារកបានចេញផុតពីទ្វារមាសប៉ុន្តែស្មានៅជាប់មិនអាចបញ្ចេញបាន នេះជាស្ថានភាពមួយដែលមិនអាចស្មានទុកបាន (ភាគច្រើនកូនធ្លោស) ។

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងស្ត្រីក្នុងអំឡុងពេលសម្រាលដូចខាងក្រោម :

<table>
<tr><td colspan="2">វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងការសម្រាលជាប់ស្មា</td></tr>
<tr><td colspan="2">ការគ្រប់គ្រងទូទៅ :
• ត្រូវបានត្រៀមទុកអំពីករណីជាប់ស្មា នៅរាល់ការសម្រាលពិសេសចំពោះការសម្រាលកូនធំ
• មានអ្នកជំនួយទាន់ពេល</td></tr>
<tr><td>វាយតម្លៃ/សញ្ញា និង រោគសញ្ញា</td><td>ការគ្រប់គ្រងសមស្រប</td></tr>
<tr><td>• ក្បាលទារកចេញរួច ប៉ុន្តែសង្កត់យ៉ាងតឹងទៅនឹងយោនី
• ចង្កាសង្កត់និងទាញបេរីណេ
• ការទាញក្បាលមិនអាចធ្វើឱ្យស្មាដែលជាប់ខាងក្រោយឆ្អឹងពុយប៊ីសសម្រាលបានទេ</td><td>• ស្រែករកជំនួយ
• រៀបចំសង្គ្រោះទារក
• ពន្យល់អ្វីដែលនឹងកើតឡើងដល់ស្ត្រីនិងគ្រួសារ
• ដាក់ស្ត្រីដេកផ្ងារដោយឱ្យបញ្ឈរជង្គង់ទាំងពីររួចរុញជង្គង់ឱ្យទៅកៀកនឹងដើមទ្រូង
• ឱ្យអ្នកជំនួយជួយទប់ជើងដើម្បីរក្សាស្ថានភាពនេះ
• ធ្វើការកាត់ទ្វារសមស្រប (ទំព័រ២៦៦)
• ឱ្យអ្នកជំនួយការបន្តសង្កត់ដោយបាតដៃដាក់ត្រង់ផ្នែកខាងលើឆ្អឹងពុយប៊ីស ខណៈពេលដែលអ្នកបន្តទាញក្បាលទារកចុះក្រោម ដើម្បីបញ្ចេញស្មាមុខដែលនៅក្រោមឆ្អឹង pubis
• ប្រសិនបើស្មានៅតែបញ្ចេញមិនបានដាក់ស្ត្រីឱ្យនៅស្ថានភាពលុតជង្គង់និងច្រត់ដៃទាំងពីរទៅមុខ
• ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល ស៊កដៃស្តាំចូលក្នុងទ្វារមាសតាមបណ្តោយឆ្អឹង sacrum</td></tr>
</table>

	• សង្កត់ទាញស្មាក្រោយឬដៃទារកចុះក្រោមនិងមកខាងមុខតាមទ្វារមាស • បញ្ចប់ការសម្រាលដូចធម្មតា • មិនត្រូវទាញក្បាលទារកខ្លាំងហួសហេតុនៅរាល់ពេលដែលព្យាយាមបញ្ចេញស្មា ។

២-៨-៧ ការសម្រាលកូនភ្លោះ

ពេលស្ទាបពិនិត្យពោះ បើប៉ះក្បាលនិងផ្នែកជាច្រើនទៀតនៃទារកត្រូវសង្ស័យថាជាកូនភ្លោះ ។ សញ្ញាផ្សេងៗទៀតរួមមាន : ក្បាលទារកតូចបើធៀបទៅនឹងទំហំស្បូន ហើយស្បូនមានទំហំធំជាងអាយុគភ៌ហើយសំលេងបេះដូងច្រើនជាងមួយតាមរយៈការស្តាប់ដោយប្រដាប់ស្តាប់បេះដូងកូន ។

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងស្ត្រីដែលមានកូនភ្លោះដូចខាងក្រោម :

ការគ្រប់គ្រងការសម្រាលកូនភ្លោះ	
ការគ្រប់គ្រងទូទៅ : • រៀបចំស្ថានភាពម្តាយឱ្យមានផាសុកភាព • រៀបចំបន្ទប់និងសម្ភារៈសម្រាប់ការសម្រាលកូន២ ឬលើស • រៀបចំឱ្យមានអ្នកជួយនៅពេលសម្រាលនិងថែទាំទារក • ពិនិត្យមើលទំរង់បង្ហាញរបស់ទារកដោយអេកូ	
ការវាយតម្លៃ	**ការគ្រប់គ្រងសមស្រប**
• ដំណាក់កាលទី១នៃការឈឺពោះសម្រាល	គ្រប់គ្រងដូចការឈឺពោះនិងការសម្រាលធម្មតា(ទំព័រ១០៤)
• ដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល	• ធ្វើការសម្រាលកូនទី១តាមទម្រង់ការធម្មតា សង្គ្រោះទារកបើចាំបាច់ និងផ្តល់ភាពកក់ក្តៅដល់ទារក • ស្នើអ្នកជំនួយការជួយថែទាំកូនទី១

	• ស្ទាបស្បូនជាបន្ទាន់ ដើម្បីកំណត់អំពីទម្រង់កូនទី២ : - ប្រសិនបើទម្រង់ក្បាល ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារករង់ចាំការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំងឡើងវិញរួចធ្វើការបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះរបស់កូនទី២ ដែលជាទូទៅកើតមាននៅក្នុងអំឡុងពេល ១ ម៉ោងក្រោយការសម្រាលកូនទី១ - ប្រសិនបើទម្រង់ទទឹងឬបញ្ឆិតត្រូវបំបែកទឹកភ្លោះរួចធ្វើការបង្វិលទារកឱ្យទៅជាទម្រង់ហុចគូថរួចធ្វើការសម្រាលដូចទម្រង់ហុចគូថ ។ • ត្រូវនៅជាមួយហើយបន្តការតាមដានម្តាយនិងចង្វាក់បេះដូងទារកឱ្យបានហ្មត់ចត់ • ប្តូរក្រណាត់សើមនៅខាងក្រោមម្តាយចេញនិងដណ្តប់ភួយប្រសិនបើម្តាយមានអារម្មណ៍ថារងារ • ក្រោយស្រោមទឹកភ្លោះបែក លូកពិនិត្យទ្វារមាសក្រែងទងសុកធ្លាក់ចុះ (ទំព័រ ១៣០) • ពេលដែលការកន្ត្រាក់ស្បូនកើតមានឡើងវិញប្រាប់ស្ត្រីឱ្យប្រឹងបញ្ចេញចុះក្រោម • សម្រាលទារកទី២ សង្គ្រោះទារកនិងពាក់ផ្លាកអោយទារកទី២ • ស្នើអ្នកជំនួយការជួយថែទាំទារកទី២
	• ស្ទាបស្បូនដើម្បីរកកូនទី៣បើមានធ្វើដូចរៀបរាប់ខាងលើ កុំព្យាយាមទម្លាក់សុកពេលសម្រាលទារកមិនទាន់អស់កុំផ្តល់ Oxytocine ដល់ស្ត្រីមុនពេលសម្រាលទារកអស់ ។
• ដំណាក់កាលទី៣នៃការឈឺពោះសម្រាល	• សូមមើលដំណាក់កាលទី៣នៃការឈឺពោះសម្រាល
• ក្រោយការសម្រាលភ្លាមៗ	• តាមដានយ៉ាងហ្មត់ចត់ជៀសវាងគ្រោះថ្នាក់ដោយសារ ការធ្លាក់

	ឈាមកើនឡើង • ផ្តល់ការថែទាំក្រោយសម្រាលភ្លាម (មើលខាងក្រោម) • រក្សាម្តាយនៅបន្ទប់សម្រាលដើម្បីបន្តការតាមដាន • រៀបចំការពិនិត្យកំរិតអេម៉ូក្លូប៊ីនក្រោយសម្រាលប្រសិនបើអាចធ្វើបាន • ផ្តល់ការគាំទ្រពិសេសដើម្បីថែទាំនិងការចិញ្ចឹមទារកភ្លោះ

២-៩ ការតាមដាននិងសកម្មភាពចាំបាច់សម្រាប់ម្តាយនិងទារកក្រោយកើត (ចំណាក់កាលទី៤ និងពេលបន្ទាប់មក)

ប្រាកដថាបន្ទប់មានសីតុណ្ហភាព២៥-២៨°c ហើយគ្មានខ្យល់បក់នៅក្នុងបន្ទប់ទេ។ តាមដានម្តាយរៀងរាល់ ១៥នាទីម្តងរយៈពេល ១ម៉ោងដំបូងក្រោយទម្លាក់សុកនិងរៀងរាល់៣0នាទីម្តងនៅ ម៉ោងទី២និងរៀងរាល់ម៉ោងក្នុងម៉ោងទី៣ និងទី៤រួចរៀងរាល់៤ម៉ោងរហូតដល់ចេញទៅផ្ទះ។

ចំពោះម្តាយ :

- រកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់
- ស្ទាបស្បូនដើម្បីដឹងថាស្បូនរឹងនិងមូល ប្រសិនបើស្បូនទន់ត្រូវឈ្លីស្បូន
- វាយតម្លៃបរិមាណនៃការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស
    - ប្រសិនបើសំឡីទ្រាប់ជោគតិចជាង៥នាទី ឬហូរឈាមតក់ៗត្រូវធ្វើការគ្រប់គ្រងដូចករណីធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល (ទំព័រ ១៤១)
    - ប្រសិនបើធ្លាក់ឈាមបណ្តាលមកពីរហែកបេរីណេ ត្រូវធ្វើការដេរបើចាំបាច់
- កត់ត្រាការពិនិត្យឃើញ ការព្យាបាលនិងទម្រង់ការក្នុងសៀវភៅសុខភាពម្តាយ
- រក្សាឱ្យម្តាយនិងទារកនៅជាប់ជាមួយគ្នា មិនត្រូវបំបែកម្តាយនិងទារកឱ្យនៅដាច់ពីគ្នាទេ លើកលែងតែករណីដែលត្រូវធ្វើការសង្គ្រោះ
- ប្រសិនបើអាចធ្វើបានភ្លាម ត្រូវប្តូរម្តាយពីគ្រែសម្រាលទៅគ្រែសម្រាកក្នុងបន្ទប់តាមដាន ប្រសិនបើមិនអាចត្រូវជួយម្តាយនិងទារកឱ្យស្ថិតក្នុងស្ថានភាពស្បែកប៉ះស្បែក

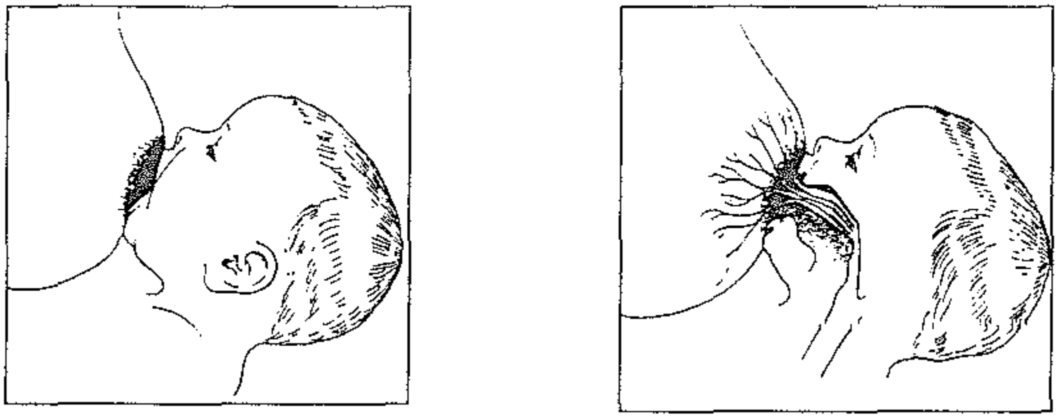
- បញ្ជូនម្ដាយនិងទារកទៅបន្ទប់សម្រាកនៅពេលដែលម្ដាយនិងទារកម្ដាយស្ថានភាពល្អ (ក្រោយការពិនិត្យ ២ម៉ោង)
- ប្រាកដថាមានការគាំទ្រដល់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធនៅក្នុងបន្ទប់សម្រាក
- លើកទឹកចិត្តឱ្យម្ដាយបរិភោគអាហារ ភេសជ្ជៈនិងធ្វើចលនាដោយសេរី
- លើកទឹកចិត្តឱ្យម្ដាយព្យាយាមបត់ជើងតូច
- សុំឱ្យអ្នកកំដរនៅជាមួយគាត់ ។

ចំពោះទារក :

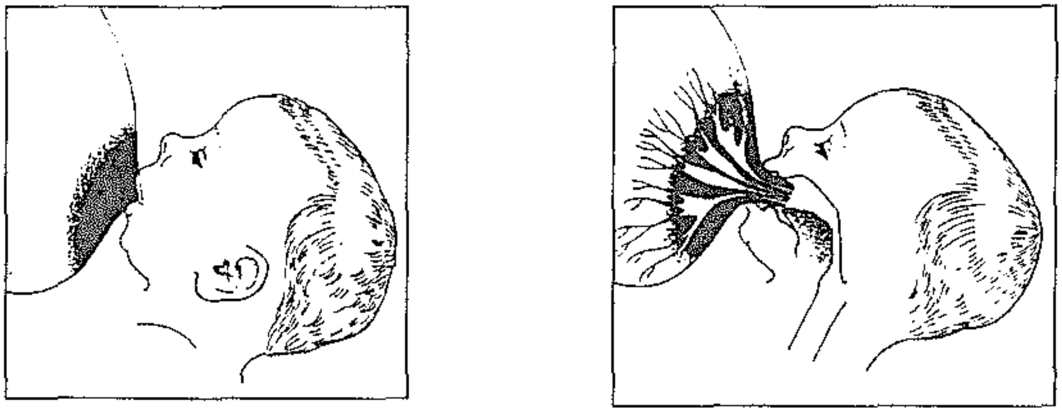
- អ្នកផ្ដល់សេវាមិនត្រូវប៉ះ ឬកាន់ទារកទេ លើកលែងតែមានតម្រូវការចាំបាច់និងក្រោយពីបានលាងដៃ ឬសម្អាតនឹងអាល់កុលយ៉ាងម៉ត់ចត់
- ក្រោយពេលកើតត្រូវដាក់ទារកលើទ្រូងម្ដាយដោយស្បែកប៉ះស្បែក ហើយរក្សាអោយស្បែកប៉ះស្បែក នៅក្នុងអំឡុងពេលសម្រាកក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- វាយតម្លៃការដកដង្ហើម : មើល/ស្ដាប់ចង្វាក់ដង្ហើមញាប់ ទ្រូងផត សំលេងថ្ងូរនិងភាពស្វាយ (ប្រសិនបើមាន)
- រក្សាទារកឱ្យមានភាពកក់ក្ដៅ : ពិនិត្យដោយស្ទាបក្រែងទារកត្រជាក់ចុងជើង
- លើកទឹកចិត្តម្ដាយឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយនៅពេលដែលទារកមានសញ្ញារកបៅ : ហៀរទឹកមាត់ បើកមាត់ លៀនអណ្ដាតលីទមាត់ ជញ្ជក់ដៃ សញ្ញាទាំងនេះកើតមានចន្លោះពី២០-៦០នាទីក្រោយកើត
- ពិនិត្យមើលការដាក់ស្ថានភាពទារកបានត្រឹមត្រូវ :
  - ប្រាកដថា ក្បាលនិងខ្លួនទារកស្ថិតក្នុងបន្ទាត់ត្រង់
  - ប្រាកដថា ទារកនៅចំពីមុខដោះដោយច្រមុះទល់នឹងក្បាលដោះ
  - ម្ដាយត្រូវបីទារកឱ្យជិតជាមួយខ្លួនគាត់
  - ជួយម្ដាយក្នុងការបីទារក មិនមែនបីតែកនិងស្មាទេ ។
- ពិនិត្យមើលការបៅបានផ្អិបល្អ :
  - រង្វង់ខ្មៅជុំវិញក្បាលដោះផ្នែកខាងលើមើលឃើញច្រើនជាងខាងក្រោម
  - មាត់ទារកបើកធំល្អ

- បបូរមាត់ខាងក្រោមពន្លាត់ចុះក្រោម
- ចង្ការរបស់ទារកប៉ះនឹងដោះម្តាយ
- បឺតមួយៗ ហើយខ្លាំងៗ ពេលខ្លះសម្រាកបន្តិច

ចំណាំ : សញ្ញាបង្ហាញពីការបៅមិនបានផ្ចិបល្អរួមមាន : ថ្ពាល់ទារកផត បបូរមាត់ជញ្ជក់ឮសូរចិបៗ ឬម្តាយឈឺក្បាលដោះ ។



បៅផ្ចិបបានល្អ



បៅផ្ចិបមិនបានល្អ

- ម្តាយអាចជួយអោយបៅបានផ្ចិបល្អដោយ :
  - ដាក់ក្បាលដោះម្តាយប៉ះបបូរមាត់របស់ទារក
  - រង់ចាំរហូតដល់មាត់ទារកបើកធំ
  - ទាញទារកបញ្ចូលដោះម្តាយដោយបបូរមាត់ក្រោមស្ថិតនៅពីក្រោមក្បាលដោះបានល្អ ។
  - សាកល្បងផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពបំបៅដូចជា ផើបអង្គុយឬដេកផ្សៀងបំបៅ

- ទុកឱ្យទារកផ្ដាច់ចេញពីដោះដោយខ្លួនឯង រួចឱ្យបៅដោះម្ខាងទៀត
- បើទារកមិនបៅក្នុងអំឡុងពេលមួយម៉ោងហើយទារកមានសុខភាពល្អធម្មតា រក្សាទារកឱ្យស្ថិតនៅស្បែកប៉ះស្បែកជាមួយម្ដាយដើម្បីឱ្យទារកបានបៅនៅពេលដែលទារកចង់បៅ ។
- ជួយទារកឱ្យបានបៅទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធទាំងថ្ងៃនិងយប់ ម្ដងៗឱ្យបានយូរតាមចំណង់ទារក

ចំណាំ : ក្រោយពីបានបៅឆ្អែត ទារកអាចដេករហូតក្នុង២៤ម៉ោង ។ មិនត្រូវដាស់ទារកដើម្បីបំបៅដោះទេ ។ នៅពេលដែលទារកភ្ញាក់ត្រូវបំបៅទារក ។

- ណែនាំម្ដាយនិងអ្នកកំដរអំពីការបំបៅដោះទារក :
  - ពន្យល់ពីសារៈសំខាន់នៃការបៅទឹកដោះដំបូង
  - ពន្យល់អំពីការបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធ

ចំណាំ :

- មិនត្រូវផ្ដល់អ្វីមុនពេលចាប់ផ្ដើមបំបៅទារកទេ (ក្បាលដោះ ទឹក ទឹកស្ករ ទឹកដោះគោ ទឹកឈើអែម ទឹកបបរ... ។ល ។
- នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមិនត្រូវឱ្យមានដបទឹកដោះគោ ទឹកដោះគោ ក្បាលដោះ(លើកលែងតែករណីចាំបាច់ដោយសារមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ) នេះគឺជាផ្នែកមួយនៃការផ្ដួចផ្ដើមមន្ទីរពេទ្យស្រឡាញ់ទារក

- សម្រាប់ទារកទម្ងន់តិច : ធ្វើដូចខាងលើ ប៉ុន្តែត្រូវចាប់ផ្ដើមការថែទាំទារក តាមរបៀបម្ដាយកង់ហ្គូរូភ្លាម (ទំព័រ១៧៧) ដណ្ដប់ទាំងម្ដាយនិងកូនដោយភួយមួយជាន់ទៀត ។

ត្រូវអនុវត្តដូចខាងក្រោមនេះក្រោយពីទារកបានបៅឆ្អែត :

- ជូតសម្អាតភ្នែកដោយដុំសំឡីឬក្រណាត់ស្អាត
- ដាក់ថ្នាំ Tetracycline1%(មិនត្រូវជូតថ្នាំភ្នែកចេញទេ)
- មិនត្រូវជូត Vernix ឬងូតទឹកឱ្យទារកទេ
- ការថ្លឹងទារកនិងកត់ត្រា : ថ្លឹងទារក កត់ត្រាម៉ោងដែលទារកចាប់ផ្ដើមជាលើកដំបូង និងព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតនៅលើសៀវភៅសុខភាពមាតានិងប័ណ្ណសុខភាពកុមារ ។
- ក្រោយពីបានជូតដោយទឹកស្អាតចាក់ Vitamine K 1mg IM Hepatitis B និង BCG

ចំណាំ :

- មិនត្រូវយកទារកចេញពីម្ដាយដើម្បីចាក់ថ្នាំទេ ការចាក់ថ្នាំទាំងអស់ខាងលើត្រូវតែធ្វើនៅ អគារសម្ភពជារៀងរាល់ថ្ងៃរួមទាំងថ្ងៃចុងសប្ដាហ៍និងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ ប្រសិនបើម្ដាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវប្រាកដថានាងបានទទួលការព្យាបាលបន្តនិងទារកបានទទួលការព្យាបាលដំបូង (មើលគោលការណ៍ណែនាំរបស់ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន) និងចាប់ផ្ដើមការចិញ្ចឹមទារកតាមវិធីសមស្រប។

២-១០ វាយតម្លៃម្ដាយក្រោយសម្រាលភ្លាម

វាយតម្លៃម្ដាយក្នុងអំឡុងពេល២ម៉ោងក្រោយសម្រាល ឬយូរជាងនេះនិងមុនពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ (តែមិនឱ្យមុនរយៈពេល២៤ម៉ោង) ដូចខាងក្រោម :

ការសាកសួរ/ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ការពិនិត្យ/ការស្ដាប់/ ការស្ទាប
ពិនិត្យកំណត់ត្រា :	• វាស់សម្ពាធឈាម
• ហូរឈាមច្រើនជាង 250ម.ល?	• វាស់កំដៅ
• សុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះធ្លាក់ចេញអស់?	• រាប់ជីពចរ
• មានផលវិបាកអំឡុងពេល សម្រាលនិងក្រោយសម្រាល?	• ស្ទាបមើលថាតើស្បូនមានសភាពរឹងនិងមូលឬទេ?
• តម្រូវការព្យាបាលពិសេស?	• ពិនិត្យមើលក្រែងមានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស
• តម្រូវការវះចងដៃស្បូន ឬដាក់កងក្នុងស្បូន	• ពិនិត្យមើលប៉េរីណេ :
សាកសួរម្ដាយអំពី :	- តើមានរហែកដាច់ឬទេ?
• អារម្មណ៍	- តើវាមានរាណិក្រហម ហើមឬទេ?
• ការឈឺចាប់	• ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងនៅត្របកភ្នែកនិងបាតដៃ
• កង្វល់	
• ទារក	
• បញ្ហាដោះ	

☆ ព្យាបាល និង ផ្តល់ដំបូន្មាន

សភាពម្តាយដែលល្អ (ស្បូនរឹង មានឈាមហូរតិចៗ) គ្មានបញ្ហានៅបេរីណេ គ្មានគ្រុនក្តៅ គ្មានភាពស្លេកស្លាំង សម្ពាធឈាមនិងជីពចរធម្មតា ។ ម្តាយនិងទារកត្រូវសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យយ៉ាងហោចរយៈពេល២៤ ម៉ោងក្រោយសម្រាល ។ វាយតម្លៃម្តាយនិងទារកមុនពេលចេញទៅផ្ទះ :

- ប្រាកដថាបានផ្តល់នូវវិធានការបង្ការផ្សេងៗ រួមមានថ្នាំជាតិដែក៤២គ្រាប់ និងមេបង់ដាហ្សុល (ទំព័រ ១៦៤)
- ផ្តល់ថ្នាំតេតាណូសបើចាំបាច់
- ពិនិត្យមើលការបំបៅកូន និងវាយតម្លៃស្ថានភាពនៃការបំបៅកូន ។ បង្រៀនម្តាយពីការបំបៅកូនឱ្យបានត្រឹមត្រូវ (ទំព័រ ១៧១)
- ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីការបំបៅទឹកដោះដំបូងដល់កូន ការបំបៅដោះសុទ្ធ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ
- ណែនាំអំពីការថែទាំនិងអនាម័យក្រោយសម្រាល (ទំព័រ១៦៥)
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ (ទំព័រ១៦៥)
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើត (ទំព័រ១៦៦)
- ប្រសិនបើមានបំណងចងដៃស្បូន ត្រូវធ្វើការចងដៃស្បូនក្នុងអំឡុងពេល៧ថ្ងៃក្រោយសម្រាល
- ប្រសិនបើមានបំណងប្រើកងដាក់ក្នុងស្បូនត្រូវណែនាំទៅកាន់ផ្នែកសេវាពន្យារកំណើតនៅ ៦សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល
- ណែនាំអំពីពេលដែលត្រូវស្វែងរកការថែទាំនិងពិនិត្យក្រោយសម្រាលជាប្រចាំ (ទំព័រ ១៦៧)
- វាយតម្លៃឡើងវិញមុនអនុញ្ញាតឱ្យគាត់ទៅផ្ទះប្រសិនបើរកឃើញបញ្ហាត្រូវឱ្យម្តាយនិងទារកនៅសំរាកពេទ្យបន្ត
- បន្តនូវការព្យាបាលដែលបានធ្វើពីខាងដើម
- ប្រសិនបើស្ត្រីឬកូនគាត់មានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយ សូមប្រញាប់ត្រឡប់មកវិញ
- រាល់ពេលត្រឡប់មកវិញ ត្រូវយកប័ណ្ណសុខភាពម្តាយនិងប័ណ្ណលឿងមកជាមួយផង ។

២-១១ ឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាកើតឡើងក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ

២-១១-១ ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយពេលសម្រាល

ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលគឺជាការហូរឈាមតាមទ្វារមាសមានចំណុះលើសពី 500ml ឡើងទៅក្រោយកូនកើត និងលើសពី1000mlក្រោយការវះកាត់យកកូន ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏មាន បញ្ហាខ្លះៗជាមួយនិយមន័យនេះដូចជាការប៉ាន់ប្រមាណពីបរិមាណឈាមដែលបាត់បង់មានចំនួនតិចជាងជាក់ស្តែង ជាញឹកញាប់បានតែពាក់កណ្តាលនៃបរិមាណឈាមដែលបានបាត់បង់ ។

ពេលខ្លះឈាមបានហូរលាយជាមួយទឹកភ្លោះហើយជួនកាលលាយជាមួយនឹងទឹកនោម ហើយជាញឹកញាប់ឈាមបានដាមជាប់ជាមួយក្រណាត់ ឬសារ៉ុងឬហូរចូលក្នុងធុងឬហូរនៅលើកម្រាលអិដ្ឋ ។

ចំណុចសំខាន់នៃការផ្តល់បរិមាណឈាមជំនួសឈាមដែលបានបាត់បង់អាស្រ័យទៅតាមកំរិតអេម៉ូក្លូប៊ីនរបស់ម្តាយ ។ ម្តាយដែលមានកំរិតអេម៉ូក្លូប៊ីនធម្មតាអាចធន់នឹងបរិមាណឈាមដែលបាត់បង់តែវាអាចគ្រោះថ្នាក់ដល់ស្លាប់ចំពោះម្តាយដែលមានភាពស្លេកស្លាំងស្រាប់ ។

ការហូរឈាមអាចមានតិចៗតែរយៈពេលច្រើនម៉ោង ដោយមិនមានការចាប់អារម្មណ៍រហូតទាល់តែម្តាយធ្លាក់ចូលក្នុងសភាពស្លុកភ្លាមៗ ។

ការគ្រប់គ្រងសកម្មដំណាក់កាលទី៣នៃការសម្រាល ត្រូវតែអនុវត្តចំពោះគ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ពីព្រោះវាអាចកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃការធ្លាក់ឈាម ដែលកើតឡើងដោយសារស្បូនខ្សោយមិនកន្ត្រាក់ក្រោយសម្រាល ។

ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ (Immediate PPH) គឺជាការកើនឡើងនៃការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោងដំបូងបន្ទាប់ពីកូនកើតរួច ។

ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលពន្យារពេល (Delayed PPH) គឺជាការកើនឡើងនៃការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយ២៤ម៉ោងដំបូងបន្ទាប់ពីកូនកើតរួច ។

ត្រូវវាយតម្លៃនិងធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយសម្រាលដូចខាងក្រោម :

ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយសម្រាល
ការគ្រប់គ្រងទូទៅ : • ស្រែករកជំនួយជាបន្ទាន់ពីគ្រប់បុគ្គលិកទាំងអស់ដែលអាចជួយបាន • វាយតម្លៃឱ្យបានរហ័សពីស្ថានភាពទូទៅរបស់ម្តាយ • បើសង្ស័យថានឹងអាចមានស្តុក ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជាបន្ទាន់ • ពិនិត្យមើល តើសុកធ្លាក់ហើយឬនៅនិងពិនិត្យមើលតើសុកធ្លាក់អស់ឬទេ? • ឈ្លីស្បូនដើម្បីបញ្ចេញឈាមនិងកំណកឈាម និងផ្តល់ Oxytocine 10 IU ចាក់សាច់ដុំ • ចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃវ៉ែនដើម្បីបញ្ចូលសេរ៉ូម • ដាក់សុងទឹកនោម • ពិនិត្យមើលមាត់ស្បូន ទ្វារមាស និងបេរីណេក្រែងមានរហែក ។

ការវាយតម្លៃ/សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជាក់លាក់
ស្បូនមិនកន្ត្រាក់ : • មានធ្លាក់ឈាមច្រើនក្រោយពីកើតភ្លាមៗ • ស្បូនទន់និងគ្មានកន្ត្រាក់	**ស្បូនមិនកន្ត្រាក់ :** • បន្តការឈ្លីស្បូន • ផ្តល់ Oxytocic អាចផ្តល់រួមគ្នាឬឆ្លាស់គ្នា (សូមមើលតារាងខាងក្រោម) • ត្រូវត្រៀមឈាមទុកជាមុននិងធ្វើការបញ្ចូលបើចាំបាច់ • បើឈាមនៅតែធ្លាក់ ពិនិត្យសុកម្តងទៀត បើមានសញ្ញានៃការសល់កំទេចសុកត្រូវយកចេញ ។ • បើការធ្លាក់ឈាមនៅបន្តទោះបីជាធ្វើការគ្រប់គ្រងព្យាបាលតាមការណែនាំដូចខាងលើ ត្រូវធ្វើការសង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរ (ទំព័រ ២៩៧) ឬធ្វើការសង្កត់លើសរសៃអាក់ទែរអាអ័ក (ទំព័រ ២៩៨) បើឈាមនៅតែធ្លាក់ទោះបីជាធ្វើទប់សង្កត់ស្បូនក៏ដោយ ត្រូវរៀបចំធ្វើការវះកាត់(ចងអាកទែរ Uterine និង utero-ovarian និង/ឬ subtotal hysterectomy) (ទំព័រ ៣០៧ និង ៣០៩)

រំហែកមាត់ស្បូន ទ្វារមាស ឬបេរីណេ • ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ	**រំហែកមាត់ស្បូន ទ្វារមាស ឬ បេរីណេ :** • ពិនិត្យនិងកំណត់នូវកំរិតនៃការរហែក បើជាការរហែកកំរិតទី៣(រហែកដល់ចុងពោះវៀនធំនិងរន្ធគូថ) ដេរជួសជុលស្នាមរហែក (ទំព័រ ២៧៣) សំរាប់ការរហែកផ្សេងទៀតសង្កត់ពីលើស្នាមរហែកដោយស្បៃស្តេរីលហើយដាក់ជើងជិតគ្នា។ ពិនិត្យ៥នាទីក្រោយបើនៅតែធ្លាក់ឈាម ដេរជួសជុលស្នាមរហែក។
សុកមិនធ្លាក់ : • សុកមិនធ្លាក់ក្នុងរយៈពេល១ម៉ោងក្រោយពីសម្រាល	**សុកមិនធ្លាក់ :** • បើសុកអាចមើលឃើញប្រាប់ទៅស្ត្រីឱ្យប្រឹងបញ្ចេញ • បើសុកបានធ្លាក់មកក្នុងទ្វារមាសត្រូវយកវាចេញ • ត្រូវប្រាកដថាប្លោកនោមគ្មានទឹកនោម ដាក់សុងទឹកនោមបើចាំបាច់ • បើសុកមិនធ្លាក់ត្រូវផ្តល់ Oxytocine 10 IU ចាក់សាច់ដុំ (បើមិនទាន់បានផ្តល់សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងសកម្មដំណាក់ទី៣) • មិនត្រូវផ្តល់ Ergometrine ពីព្រោះវាជាមូលហេតុធ្វើឱ្យស្បូនកន្ត្រាក់ជាប់ជាហេតុអាចពន្យារការធ្លាក់ចេញនៃសុក • បើសុកមិនធ្លាក់បន្ទាប់ពី៣០នាទីនៃការឱ្យអុកស៊ីតុកស៊ីននិងស្បូនកន្ត្រាក់ ត្រូវធ្វើឡើងវិញនូវការទាញទងសុកដោយត្រួតពិនិត្យ • បើធ្វើដូច្នេះមិនបានជោគជ័យ ត្រូវព្យាយាមបារទម្លាក់សុកដោយដៃ (ទំព័រ.២៩៣)

	ចំណាំ : ការព្យាយាមទាញទម្លាក់សុកដែលមិនងាយនឹងរបើកជាមូលហេតុនាំឱ្យធ្លាក់ឈាមខ្លាំងឬធ្លុះស្បូនជាទូទៅតម្រូវធ្វើការវះកាត់ស្បូន។ • បើមានសញ្ញាក្លាយរោគផ្តល់អង់ទីប៊ីយូទិកដូចករណីរលាកស្បូន។
សល់បំណែកសុក : • បើបំណែកខ្លះនៃសុកនៅសល់វាធ្វើឱ្យស្បូនកន្ត្រាក់មិនបានល្អ	**សល់បំណែកសុក :** • លូកស្ទាបរកបំណែកនៃសុកដែលនៅសល់នៅក្នុងស្បូន ទំរង់ការនេះធ្វើដូចការលូកបារទំលាក់សុក • យកបំណែកនៃសុកចេញដោយដៃឬដង្កៀបមុខមូល (ovum forceps) ឬដោយស្លាបព្រាកោស (Curette) **ចំណាំ :** ការព្យាយាមទាញទម្លាក់បំណែកនៃសុកដែលមិនងាយនឹងរបើកជាមូលហេតុនាំឱ្យធ្លាក់ឈាមខ្លាំងឬធ្លុះស្បូនជាទូទៅតម្រូវធ្វើការវះកាត់ស្បូន។
ស្បូនពន្លាត់ : - ស្ទាបពោះមិនប៉ះកំពូលស្បូន - ឈឺតិចៗឬឈឺខ្លាំង	**ស្បូនពន្លាត់ :** - ត្រូវកែសម្រួលការពន្លាត់ស្បូនជាបន្ទាន់ (ទំព័រ ៣០៣)

របៀបប្រើអុកស៊ីតុកស៊ីក :

	កំរិតថ្នាំនិងផ្លូវបញ្ចូល	កំរិតថ្នាំផ្តល់ បន្ត	កំរិតថ្នាំខ្ពស់បំផុត	ការប្រុងប្រយ័ត្ន និងការហាមប្រើ
oxytocin	IV: ផ្តល់ 20 units ក្នុងសេរ៉ូម 1L ក្នុងល្បឿន៦០ ដំណក់/នាទី IM: ផ្តល់10 units	IV: ផ្តល់ 20 units ក្នុងសេរ៉ូម 1L ក្នុងល្បឿន ៤០ ដំណក់/នាទី	មិនត្រូវផ្តល់សេរ៉ូម លើសពី 3 L	មិនត្រូវចាក់oxytocin ដោយផ្ទាល់តាមសរសៃក្នុងល្បឿនលឿនទេ

Ergometrine/ Methyl-ergometrine	IM 0.2 mg	ផ្តល់ម្តងទៀត 0.2mg IM 15 នាទីក្រោយ ។ បើចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ 0.2mg IM រៀងរាល់ ៤ម៉ោង ម្តងបើចាំបាច់ ៥ ដូស (សរុប 1mg)	សម្ពាធឈាមខ្ពស់ បំរុងក្រឡាភ្លើង និង ជំងឺបេះដូង

កំណត់សម្គាល់ : សេចក្តីលំអិតនៃការគ្រប់គ្រងការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល សូមមើល "សៀវភៅមគ្គុទ្ទេសក៍ព្យាបាលការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល" ។

២-១១-២ សម្ពាធឈាមអប្បបរមាឡើងខ្ពស់

ប្រសិនបើស្ត្រីមានសម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ វាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ :

មើល សួរ ស្តាប់ ស្ទាប	សញ្ញា	ព្យាបាល និង ណែនាំ
• ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥ 90mmHg ចូរវាស់ម្តងទៀតបន្ទាប់ពីសម្រាក ១៥នាទីក្រោយ • ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមអប្បបរមា នៅតែ ≥ 90mmHg សួរស្ត្រីតើមាន: - ឈឺក្បាលខ្លាំង - ស្រវាំងភ្នែក	• សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥ 110mmHg ឬ • សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥ 90mmHg និងប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម ២+ និងសញ្ញាណាមួយដូចខាងក្រោម : - ឈឺក្បាលខ្លាំង - ស្រវាំងភ្នែក - ចុកចុងដង្ហើម	**បំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ :** ផ្តល់ស៊ុលហ្វាតម៉ាញេស្យូម (magnesium sulphate) (ទំព័រ ៤៥)

- ចុកចុងដង្ហើមនិងពិនិត្យរកប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម	**បំរុងក្រឡាភ្លើង :** • សម្ពាធឈាមអប្បបរមានៅតែ ≥ 90-110mmHg ស្ទង់ឃើញ២ដង ប្រូតេអ៊ីន ២+ (ពេលស្ត្រីចូលសំរាកពេទ្យ)	**បំរុងក្រឡាភ្លើង :** • ផ្តល់ស៊ុលហ្វាតម៉ាញេស្យូម (Magnesium sulphate) (ទំព័រ ៤៥)
	សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ : នៅតែ ≥ 90mmHg នៅពេលវាស់២ដង	• **សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ :** - តាមដានសម្ពាធឈាមរៀងរាល់ម៉ោង -មិនត្រូវឱ្យ Ergometrine បន្ទាប់ពីសម្រាលទេ -ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមនៅតែខ្ពស់បន្ទាប់ពីសម្រាលត្រូវបន្តការព្យាបាល magnesium sulphate ២៤ម៉ោងទៀត

២-១១-៣ គ្រុនក្តៅក្រោយសម្រាលរួច

គ្រុនក្តៅ (កំដៅ៣៨°C ឬ ច្រើនជាងនេះ) ដែលកើតមានលើសពី២៤ម៉ោងក្រោយសម្រាលគឺជាសញ្ញានៃការក្លាយរោគ។ មូលហេតុចំបងនៃការក្តៅខ្លួនក្រោយសម្រាលមានការរលាកស្បូន អាប់សែនៅអាងត្រគាកនិងរលាកដោះ។

វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្ត្រីដែលមានគ្រុនក្តៅបន្ទាប់ពីសម្រាលកូនរួច ដូចខាងក្រោម :

វាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលគ្រុនក្តៅក្រោយសម្រាល
ការគ្រប់គ្រងទូទៅ :
• ជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យសំរាកលើគ្រែ
• ត្រូវបំពេញជាតិទឹកឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់តាមមាត់ឬតាមការចាក់សេរ៉ូម

• ប្រើកង្ហារ ឬ កន្សែងសើមដើម្បីជួយបន្ថយកំដៅ • បើសង្ស័យថាមានស្លុក ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជាបន្ទាន់	
ការវាយតម្លៃ/សញ្ញានិងរោគសញ្ញា	**ការព្យាបាលសមស្រប**
រលាកស្បូន (Metritis) : • គ្រុនក្តៅ ញាក់ • ឈឺពោះផ្នែកខាងក្រោម • កករឈ្លោកមានខ្ទុះ ធំក្លិនស្អុយ • ឈឺស្បូន	**រលាកស្បូន** (Metritis) : • ប្រើ antibiotic បញ្ចូលគ្នាដូចខាងក្រោមរហូតបាត់ក្តៅរយៈពេល៤៨ម៉ោង - Ampicilin ២ក្រាម ចាក់សរសៃវៀងរាល់៨ម៉ោង - Gentamycin 80mg ចាក់សាច់ដុំរាល់១២ម៉ោង - Methronidazole 500 mg ចាក់សរសៃវ៉ែនរាល់១២ម៉ោង • យកកំទេចសុកដែលនៅសល់ចេញ ប្រសិនមានការសង្ស័យ • ធ្វើការកាត់តួស្បូន (Subtotal) បើស្បូនមានសភាពរលួយឬមានក្លាយរោគ • បញ្ចូលឈាមបើមានការចាំបាច់
អាប់សែអាងត្រគាក : • ពោះឡើងតឹង ហើយឈឺនៅផ្នែកខាងក្រោម • មានគ្រុនក្តៅជាប់/ញាក់ • ស្បូនប៉ះឈឺ (tender)	**អាប់សែអាងត្រគាក :** • ឱ្យantibiotic បញ្ចូលគ្នា ដូចខាងលើ • បង្ហូរខ្ទុះចេញពី Cul-de-sac Douglas បើអាប់សែនោះមានសភាពទន់ • វះបើកពោះ ប្រសិនបើគ្រុនក្តៅនៅតែបន្ត
រលាកស្រោមពោះ : • គ្រុនក្តៅ/ញាក់ • ឈឺពោះផ្នែកខាងក្រោម • គ្មានសំលេងចលនាពោះវៀន	**រលាកស្រោមពោះ :** • បង្ហូរទឹកក្រពះចេញតាមសុង Nasogastric • ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ • ឱ្យantibiotic បញ្ចូលគ្នា ដូចខាងលើរហូតបាត់ក្តៅ៤៨ម៉ោង • វះបើកពោះដើម្បីលាងសម្អាតស្រោមពោះ

លាសដោះ : • ដោះឡើងតឹង ឈឺ និងក្រហម • កើតមាន៣-៥ថ្ងៃក្រោយសម្រាល លាសដោះគឺជាការស្ទះនៃសរសៃ Lymphatic និងសរសៃVeine ដែលកើតឡើងមុនពេលទឹកដោះចេញ ។វាមិនមែនកើតឡើងដោយសារតែមានទឹកដោះច្រើនហួសនោះទេ ។	**លាសដោះ :** **១- បើស្ត្រីបំបៅដោះកូន** - បើទារកអាចជញ្ជក់បាន : • សង្កេតមើលការបំបៅដោះទារក • បង្ហាញម្តាយពីរបៀបបីកូននិងការបៅបានផ្ទិបល្អ • លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យបំបៅដោះកូនឱ្យបានញឹកញាប់ដោយដោះទាំងពីររាល់ពេលបំបៅម្តងៗ ។ ត្រូវបំបៅទារក៨ដងឬលើសពីនេះក្នុង២៤ម៉ោង • របៀបបន្ធូរដោះបន្តិចមុននឹងបំបៅ : - ឈ្លីកញ្ចឹងកនិងខ្នងស្ត្រី - ឱ្យស្ត្រីច្របាច់ទឹកដោះចេញបន្តិចមុនបំបៅនិងផ្សើមក្បាលដោះ ដើម្បីជួយឱ្យទារកភ្ជាប់បានល្អនិងងាយស្រួល • របៀបបន្ធូរដោះក្រោយពីការបំបៅរួមមាន : - ដាក់កន្សែងត្រជាក់លើដោះទាំងពីរនៅចន្លោះការបំបៅនិមួយៗដើម្បីបន្ថយការហើមនិងការឈឺចាប់ ។ - ផ្តល់ថ្នាំ Paracetamol គ្រាប់បើចាំបាច់ ។ - តាមដាន៣ថ្ងៃក្រោយ : បើទារកមិនអាចជញ្ជក់បានល្អ : ជួយម្តាយឱ្យដាក់ទារកបានត្រឹមត្រូវនិងបានផ្ទិបល្អ • បើក្រោយពីបានព្យាយាមដាក់ឱ្យទារកបៅតែទារកនៅតែមិនជញ្ជក់បានល្អ : - បង្រៀនម្តាយឱ្យច្របាច់ទឹកដោះបញ្ចូលក្នុងមាត់ទារក - បង្រៀនម្តាយឱ្យច្របាច់ទឹកដោះនិងបញ្ចុកទារកដោយពែងរហូតការជញ្ជក់បានប្រសើរឡើង

	- វាយតម្លៃពីលទ្ធភាពជញ្ជក់របស់ទារកម្តងក្នុង១ថ្ងៃដោយឱ្យម្តាយដាក់ឱ្យកូនបៅ - បន្តការបំបៅតាមពែងរហូតទារកអាចជញ្ជក់បានល្អ - នៅពេលដែលទារកអាចជញ្ជក់បានល្អភ្លាម ត្រូវបញ្ឈប់ការបំបៅតាមពែងនិងបន្តការបំបៅពីដោះផ្ទាល់ **២-បើស្ត្រីមិនបំបៅដោះកូន ដោយសារមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន(លក្ខណ្ឌមួយចំនួន** (ទំព័រ ១៧២) អប់រំម្តាយឱ្យ : - ដាក់កន្សែងត្រជាក់លើដោះទាំងពីរដើម្បីបន្ថយការហើមនិងការឈឺចាប់ - កុំឈ្លីឬដាក់អ្វីដែលក្តៅលើដោះ - កុំភ្លោចក្បាលដោះ - ផ្តល់ថ្នាំ Paracetamol បើចាំបាច់ - តាមដាន ៣ថ្ងៃក្រោយ
ឈឺឬប្រេះក្បាលដោះ ទារកបៅមិនបានផ្ចិបល្អ	**ឈឺឬប្រេះក្បាលដោះ** - លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបន្តបំបៅកូន - បង្រៀននិងជួយម្តាយឱ្យដាក់ទារកបៅឱ្យបានត្រឹមត្រូវនិងបានផ្ចិបល្អ - វាយតម្លៃម្តងទៀតក្រោយពីបៅបាន២ដង បើនៅតែមិនប្រសើរបង្រៀនម្តាយពីរបៀបរជបាច់ទឹកដោះពីដោះដែលឈឺនិងបំបៅដោយពែងនិងបន្តបំបៅទារកពីដោះដែលមិនឈឺ ។
រលាកដោះ - ដោះឡើងតឹងនិងឈឺ - ក្រហមនៅផ្នែកណាមួយនៃដោះ	**រលាកដោះ** - ផ្តល់ antibiotic : • Cloxacilllin 500mg លេប ៤ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល១០ថ្ងៃ

- ក្តៅ> ៣៨ ◦ c - កើតមាន ៣-៤ សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល	• ឬ Erytrhomycine 250mg លេបពាដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល ១០ថ្ងៃ - លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យ បន្តបំបៅដោះនិងដាក់កន្សែងត្រជាក់លើដោះទាំងពីរនៅចន្លោះការបំបៅដោះ - ផ្តល់ថ្នាំ Paracetamol ៥០០មក្រលេប បើចាំបាច់ - បើម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឱ្យម្តាយបំបៅតារកពីដោះដែលមិនឈឺ ។ ច្របាច់ទឹកដោះពីដោះដែលឈឺចោលរហូតដល់បាត់ក្តៅខ្លួន - មុនពេលចេញទៅផ្ទះត្រូវតាមដានរាល់ពេលបំបៅ - តាមដាន៣ថ្ងៃក្រោយ
បូសដោះ - ដោះឡើងរឹង ក្រហម និងឈឺ	**បូសដោះ** • ផ្តល់ antibiotic : Cloxacilllin 500mg លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃឬ Erythromycine 250mg លេប៣ដងក្នុង ១ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ • បង្ហូរខ្ទុះចេញពីបូសៈ - ជាទូទៅតំរូវឱ្យដាក់ថ្នាំសណ្តំ - វះចោះឱ្យបានទូលាយចាប់ពីរង្វង់ខ្មៅនៃក្បាលដោះទៅគែម ដោះដោយចៀសវាងការប៉ះពាល់ដល់ផ្លូវបង្ហូរទឹកដោះ - ដោយពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល ប្រើចង្អុលដៃឬដង្កៀបដើម្បីបំបែកថង់ខ្ទុះ - ញាត់ស្បៃចូលតែកុំឱ្យណែនពេក - យកស្បៃចេញវិញក្រោយ២៤ ម៉ោងហើយញាត់ស្បៃតូចជាងមុនចូល

	- **បើនៅតែមានខ្ទុះ :** ដាក់ស្បៃតូចជាងមុនចូលដោយឱ្យជាយស្បៃចេញផុតពីដំបៅដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការហូរចេញខ្ទុះដែលនៅសល់។ - **លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យ :** ១- បន្តបំបៅដោះទោះបីជានៅមានការកខ្ទុះ នៅឡើយ ២- រុំទ្រដោះ ៣- ដាក់កន្សែងត្រជាក់នៅលើដោះទាំងពីរនៅចន្លោះការបំបៅដើម្បីបន្ថយការហើមនិងការឈឺចាប់ - ផ្តល់ Paracetamol ៥០០មក្រ លេបបើចាំបាច់ - តាមដានរយៈពេល៣ថ្ងៃក្រោយ

២-១១-៤ ភាពស្លេកស្លាំងក្រោយសម្រាលរួច

ប្រសិនបើស្ត្រីស្លេកស្លាំង ត្រូវពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំងដូចតទៅ :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
- ពិនិត្យកំណត់ត្រារកមើលតើ មានធ្លាក់ឈាមឬទេក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និង ក្រោយពេលសម្រាល - តើអ្នកមានធ្លាក់ឈាមច្រើនទេ ចាប់តាំងពីសម្រាលកូនមក? - តើអ្នកឆាប់អស់កំលាំងឬទេ ? - តើអ្នកហត់ឬទេ (ដង្ហើមខ្លី) ក្នុងពេលធ្វើការផ្ទះធម្មតា?	• វាស់កំរិតអេម៉ូក្លូប៊ីនបើមានប្រវត្តិធ្លាក់ឈាម • រកមើលភាពស្លេកស្លាំងនៃត្របកភ្នែកខាងក្នុង • រកមើលភាពស្លេកស្លាំងលើបាតដៃឬ ចុងម្រាមដៃ : - តើធ្ងន់ធ្ងរទេ? - ស្លេកស្លាំងតិចតួច? • រាប់ចំនួនចង្វាក់ដង្ហើមក្នុង១នាទី

*** ព្យាបាលនិងណែនាំ**

ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ : • អេម៉ូក្លូប៊ីន < ៧ក្រាម និង ឬ • ស្លេកស្លាំងខ្លាំងនៅភ្នាសត្របកភ្នែក និងឬបាតដៃ • សញ្ញាណាមួយនៃ : - ចង្វាក់ដង្ហើម លើសពី៣០ដង ក្នុងមួយនាទី - ស្ត្រីងាយអស់កំលាំង - នៅស្ងៀមក៏ហត់	**ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ :** • ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលីក ៦០ម.ក្រ ២គ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃ (១គ្រាប់ពេលបាយព្រឹកនិង១គ្រាប់ទៀត ពេលបាយល្ងាច) រយៈពេល៣ខែ • ផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានសមស្រប (មើលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់) • ផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យលេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា • ប្រសិនបើគភ៌មានអាយុ <៣៦សប្តាហ៍ត្រូវត្រឡប់មកតាមដានវិញរយៈពេលក្រោយព្យាបាលបាន ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកត្រូវតាមដានរាល់៤សប្តាហ៍ម្តង បន្តព្យាបាលឱ្យបាន៣ខែ • ប្រសិនបើគភ៌មានអាយុ ≥៣៦សប្តាហ៍ត្រូវតែសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរហូតទាល់តែដល់ថ្ងៃសម្រាលកូន (មើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការ ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក និងអាស៊ីដហ្វូលិកការពារនិងព្យាបាលភាព ស្លេកស្លាំងចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងស្ត្រីក្រោយសម្រាល) • ស្ត្រីមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរចាំបាច់ត្រូវបានបញ្ជូលឈាម
ភាពស្លេកស្លាំងតិចទៅមធ្យម : • អេម៉ូក្លូប៊ីន ៧-១១ក្រាម /ដ.ល ឬក៏អេម៉ាតូគ្រីត នៅចន្លោះ២១ % ទៅ៣០ % • ស្លេកស្លាំងល្មមនៅភ្នាសត្របកភ្នែក និងបាតដៃ	**ភាពស្លេកស្លាំងតិចទៅមធ្យម :** • ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលីក ៦០ម.ក្រ ២គ្រាប់ក្នុង១ថ្ងៃ (១គ្រាប់ពេលបាយព្រឹកនិង១គ្រាប់ទៀតពេលបាយល្ងាច) រយៈពេល៣០ថ្ងៃហើយត្រលប់មកជួបវិញ២សប្តាហ៍ក្រោយ • ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក/អាស៊ីដហ្វូលីក ៦០ម.ក្រ ដូចខាងលើម្តងទៀតរយៈពេល៣ខែ ប្រសិនបើភាពស្លេកស្លាំងនៅមាន • ផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានសមស្រប (មើលគោលការណ៍ថ្នាក់ជាតិស្តីពីការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់) • ផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យលេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា

២-១២ ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅពេលសម្រាល

មានស្ត្រីខ្លះមកសម្រាលកូនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅពេលឈឺពោះសម្រាលដោយមិនបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឬបានធ្វើតេស្តនៅពេលមានផ្ទៃពោះលើកមុន ។
បើសិនជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយមិនបាន ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់គាត់នៅពេលគាត់មកសម្រាល នោះទាំងម្តាយ និងទារកនឹងត្រូវបាត់បង់ឱកាសក្នុងការទទួលបាននូវឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍និងសេវាបង្ការការចម្លងរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនដ៏ទៃទៀត (PMTCT) ដើម្បីកាត់បន្ថយនូវការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។

ដូច្នេះព័ត៌មានស្តីពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍គួរតែកត់ត្រានៅក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា ដើម្បីដឹងពីស្ថានភាពរបស់ស្ត្រី ។ នៅមន្ទីរពេទ្យឬមណ្ឌលសុខភាពដែលមានការសម្រាលច្រើននិងមានសេវា PMTCT និងកន្លែងដែលមានសេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលនៅជិត គួរតែផ្តល់ការធ្វើតេស្តឈាមនៅពេលឈឺពោះសម្រាលសម្រាប់ស្ត្រីដែលមិនទាន់ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុក ។
ដូច្នេះ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលគួរ :

- មានបុគ្គលិកនៅផ្នែកសម្ភពដែលបានបណ្តុះបណ្តាលពីសេវា PMTCTនិងការធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍
- មានសេវាដែលនៅជិត ដើម្បីធ្វើតេស្តបញ្ជាក់រកមេរោគអេដស៍ ។ សេវានេះ គួរមានផ្តល់នៅពេលយប់ឬនៅចុងសប្តាហ៍ផងដែរ ។
- មានកន្លែងស្តុកបំរុងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីព្យាបាលបង្ការទាំងម្តាយនិងទារកដែលនៅជិត ហើយអាច:
    - ចែកចាយឱសថដល់ម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅផ្នែកសម្ភពគ្រប់ពេលឬ
    - ផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់ផ្នែកសម្ភពសមស្រប
- សេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមដែលនៅជិត ឬអាចទៅទទួលបានដោយងាយស្រួល ។

ការសម្រាលកូនដោយសុវត្ថិភាពសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

គ្រប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់គួរតែមកសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដើម្បីទទួលនូវឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវនៅក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលនិងក្រោយសម្រាលទាំងម្តាយនិងទារក ដែលជាទូទៅសេវានេះមាននៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានសកម្មភាពពេញលេញ និងមន្ទីរពេទ្យដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម/ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

អង្គការដែលផ្តល់សេវាថែទាំនៅសហគមន៍គួរតែផ្តល់ការគាំទ្រដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដើម្បីទៅសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយរំលឹកស្ត្រីឱ្យយកសៀវភៅសុខភាពមាតា និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៅជាមួយផង ជាពិសេសនៅពេលដែលពួកគាត់រំពឹងថាជិតដល់ថ្ងៃសម្រាល ។

គួរតែគាំទ្រស្ត្រីឱ្យប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលនិងក្រោយសម្រាល ។

ការបង្ការជាសកល

បុគ្គលិកសុខាភិបាលទាំងអស់ (រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកសម្អាត) គួរតែអនុវត្តនូវការបង្ការជាសកលគ្រប់ស្ត្រីនៅពេលឈឺពោះសម្រាល ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពផ្ទុកឬមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឡើយ ។

និយាមនៃការអនុវត្តន៍ការបង្ការជាសកលដូចខាងក្រោម:

- លាងដៃជាមួយនឹងសាប៊ូ និងទឹកស្អាតបន្ទាប់ពីបានប៉ះពាល់ជាមួយនឹងឈាម និងសារធាតុសរីរាង្គ
- កំចាត់មេរោគឬស្តេរីលសំភារៈដែលបានប្រើប្រាស់រួចទាំងអស់បន្ទាប់ពីធ្វើការងារ
- ជៀសវាងគ្របមុខម្ជុល ដើម្បីកាត់បន្ថយការមុត
- ប្រើម្ជុល សេរ៉ាំង តែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺម្នាក់
- **បោះចោលម្ជុលឱ្យត្រឹមត្រូវនៅក្នុងប្រអប់សុវត្ថិភាព**
- ពាក់ស្រោមដៃនៅពេលប៉ះពាល់ជាមួយសារធាតុសរីរាង្គ ស្បែក និងភ្នាស

- បិទឬគ្របស្នាមដាច់រលាត់នៅលើស្បែកឬរបួសដែលមានមុខចំហដោយ waterproof dressing
- ពាក់អាវអៀមដែលមិនជ្រាបទឹក និងវ៉ែនតានៅពេលកំពុងធ្វើការវះកាត់និងសម្រាល
- លាងសំអាតឱ្យបានឆាប់និងប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលដែលមានប្រលាក់ឈាម ឬសារធាតុសរីរាង្គដទៃទៀត
- ប្រមូលនិងបោះចោលសំរាមទៅតាមប្រព័ន្ធសុវត្ថិភាពឱ្យបានត្រឹមត្រូវ

Adapted from:

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

ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ និង វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀត ដើម្បីឱ្យការសម្រាលមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ការជ្រើសរើសការសម្រាលដោយវះកាត់អាចកាត់បន្ថយនូវការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនបើប្រៀបធៀបនិងការសម្រាលធម្មតា ប៉ុន្តែការសម្រាលដោយវះកាត់អាចប្រឈមនឹងផលវិបាកនៅពេលវះកាត់ដូចជា ការក្លាយរោគជាដើម ។

ដូច្នេះការសម្រាលដោយវះកាត់មិនត្រូវបានណែនាំឱ្យអនុវត្តជាប្រចាំទេ លើកលែងតែក្នុងករណីដែលមានលក្ខ័ណ្ឌតម្រូវផ្នែកសម្ភពណាមួយ ។ទំរង់ការផ្នែកសម្ភពខ្លះអាចបង្កើនការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះត្រូវតែជៀសវាងនូវករណីទាំងនេះបើអាចធ្វើបាន (មើលប្រអប់ខាងក្រោម)

វិធានការណ៍សម្រាប់កាត់បន្ថយការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលសម្រាលមាន:

- ជៀសវាងការចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ លើកលែងតែពេលចាំបាច់
- ជៀសវាងការកាត់ទ្វារមាសដែលមិនចាំបាច់
- កាត់បន្ថយការសម្រាលដោយប្រើដង្កៀបឬបូម
- អនុវត្តនូវការបង្ការជាសកល

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

ជំពូកទី ៣ ៖ ការថែទាំក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើត

គោលបំណងនៃការថែទាំក្រោយសម្រាលគឺផ្តល់នូវកញ្ចប់សេវាថែទាំសុខភាពដល់ម្តាយនិងទារកនៅក្នុងពេលពិនិត្យក្រោយសម្រាលតាមពេលវេលាកំណត់៣ដង។ ការពិនិត្យក្រោយសម្រាលត្រូវធ្វើឡើងដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានបណ្តុះបណ្តាល។ អ្នកស្ម័គ្រចិត្តនៅតាមសហគមន៍ ឬឆ្មបបុរាណអាចជួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលក្នុងការអប់រំសុខភាពនិងបញ្ជូនប្រសិនបើស្ត្រីមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។

ពេលវេលានៃការពិនិត្យក្រោយសម្រាលមានដូចតទៅ ៖

- ពិនិត្យលើកទី ១ ក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោងក្រោយសម្រាលកូន
- ពិនិត្យលើកទី ២ ក្នុងសប្តាហ៍ទី១ (បើអាចធ្វើបានត្រូវធ្វើថ្ងៃទី២ ឬទី៣ជាមួយការពិនិត្យទារក)
- ពិនិត្យលើកទី ៣ ក្នុងរយៈពេល ៦សប្តាហ៍ (ទន្ទឹមនិងការយកទារកទៅចាក់ថ្នាំបង្ការ)
- ការពិនិត្យចាំបាច់ដទៃទៀតត្រូវធ្វើក្នុងរយៈពេល៦ខែក្នុងករណីចាំបាច់ ឬមានបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពម្តាយនិងទារក (ពិនិត្យជាមួយទារក)។

អ្នកទទួលបន្ទុកលើការទទួលស្ត្រីលើកដំបូងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក) ត្រូវធ្វើការពិនិត្យរហ័ស (ទំព័រ ២៩) តាមដានបើចាំបាច់ធ្វើការវាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងរហ័ស (RAM) (មើលទំព័រ ៣០) និងធ្វើការវាយតម្លៃម្តាយនិងទារកដូចតទៅ ៖

៣-១ វាយតម្លៃនិងការថែទាំម្តាយក្រោយសម្រាល (ដល់៦សប្តាហ៍)

វាយតម្លៃម្តាយក្រោយពេលចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬក្រោយពេលសម្រាលនៅតាមផ្ទះដូចតទៅ ៖

<table>
<tr><th>សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា</th><th>មើល ស្ដាប់ ស្ទាប</th></tr>
<tr><td>• តើអ្នកសម្រាលកូនតាំងពីពេលណា ហើយនៅទីណា?
• តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងដូចម្ដេចដែរ?
• តើអ្នកមានការឈឺចាប់ឬគ្រុនក្ដៅឬធ្លាក់ឈាមចាប់ពីសម្រាលរួច?
• តើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកនោមឬទេ?</td><td rowspan="2">• វាស់សម្ពាធឈាម
• វាស់កំដៅ
• រាប់ជីពចរ
• រកមើលភាពស្លេកស្លាំង
• រកមើលបញ្ហានៅនឹងដោះ
• ស្ទាបស្បូន តើវាមូលនិងមានសភាពរឹងឬទេ? ប្រៀបធៀបកំពូលស្បូនទៅនឹងឆ្អឹងថ្ងាស (Pubis) តើស្បូនរួមតូចសមស្របឬទេ? (ប្រាកដថាគ្មានទឹកនោមក្នុងផ្លោកនោម)
• មើលយោនីនិងបេរីណេ រក :
- ការរហែក
- ហើម
- ខ្ទុះ
• មើលក្រណាត់ទ្រាប់ដើម្បីមើលការធ្លាក់ឈាមនិងកករឈ្លោក :
- តើមានធំក្លិនស្អុយឬទេ?
- បរិមាណច្រើនឬទេ?
• ប្រសិនបើមិនបានធ្វើតេស្តរកជំងឺស្វាយនៅពេលមានផ្ទៃពោះ ត្រូវធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវដូចគ្នានឹងដំណើរការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវនៅសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ ។
• ពិនិត្យដោះនិងក្បាលដោះរក :
- លាសដោះ
- ប្រេះដោះ
- ក្រហមនៅផ្នែកណាមួយ ។</td></tr>
<tr><td>• តើអ្នកបានសំរេចចិត្តអំពីការប្រើវិធីពន្យារកំណើតណាមួយហើយឬនៅ?
• តើដោះអ្នកមានសភាពដូចម្ដេច?
• តើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភអ្វីឬទេ?
• ពិនិត្យកំណត់ត្រា :
- ផលវិបាកផ្សេងៗក្នុងពេលផ្ទៃពោះនិងពេលសម្រាល?
- កំពុងទទួលការព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយឬទេ?
- ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ប្រសិនបើបានដឹងមុន?
- ស្ថានភាពជំងឺស្វាយ?</td></tr>
</table>

☆ ព្យាបាលនិងផ្តល់ដំបូន្មាន

- **ក្រោយសម្រាលធម្មតា** (ម្តាយមានសុខភាពល្អគ្មានបញ្ហាណាមួយគួរឱ្យកត់សំគាល់) :
  - ប្រាកដថាស្ត្រីនិងគ្រួសារដឹងពីអ្វីដែលត្រូវត្រៀមនិងពេលវេលាត្រូវស្វែងរកការថែទាំ (ទំព័រ១៦៦)
  - ផ្តល់ដំបូន្មានពីការថែទាំក្រោយសម្រាលអនាម័យ និងផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ (ទំព័រ ១៦៥)
  - ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើត (ទំព័រ ១៦៦)
  - ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ (ទំព័រ១៧១)
  - ផ្តល់ថ្នាំជាតិដែក/ហ្វូឡាត ៤២គ្រាប់និងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការប្រើថ្នាំគ្រាប់ជាតិដែក
  - ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស ប្រសិនបើដល់ពេលដែលត្រូវផ្តល់
  - ផ្តល់ថ្នាំមេបង់ដាហ្សុល ១ គ្រាប់ (៥០០ម.ក្រ)
  - លើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើមុងជ្រលក់ថ្នាំសម្រាប់ម្តាយនិងកូនគាត់
  - កត់ត្រាព័ត៌មាននៅលើសៀវភៅសុខភាពមាតា
  - ផ្តល់ដំបូន្មានពីពេលវេលាត្រូវវិលមកវិញដើម្បីតាមដានជាប្រចាំ

លទ្ធផលតេស្តជំងឺស្វាយវិជ្ជមាន :

- សម្រាប់ម្តាយ(សូមមើលការព្យាបាលដូចនៅសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ)
- សម្រាប់កូន : ចាក់ Benzathine Penicillin G 50,000 units /Kg ចាក់សាច់ដុំតែម្តងគត់ទោះបីជាទារកដែលទើបនឹងកើតគ្មានរោគសញ្ញាជំងឺស្វាយពីកំណើតក៏ដោយ (សូមមើលនិយាមបែបបទសម្រាប់ធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាល) ។
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីនាំដៃគូរបស់គាត់ដើម្បីមកធ្វើការព្យាបាល
- ផ្តល់ដំបូន្មានពីការប្រើស្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវនិងជាប្រចាំដើម្បីបង្ការការឆ្លងមេរោគជាថ្មីម្តងទៀត ។

៣-២ ឆ្លើយតបទៅនឹងសញ្ញានិងបញ្ហាដែលកើតមានដោយឯកឯង

៣-២-១ សម្ពាធឈាមអប្បរមាឡើងខ្ពស់

ប្រសិនបើស្ត្រីមានសំពាធឈាមឡើងខ្ពស់វាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ :

ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប	សញ្ញា	ព្យាបាលនិងណែនាំ
- ប្រវត្តិមានបំរុងក្រឡាភ្លើងឬក្រឡាភ្លើងក្នុងអំឡុងពេលផ្ទៃពោះសម្រាលឬក្រោយសម្រាល? -ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥ 90mmHg ចូរស្ទង់ម្តងទៀតបន្ទាប់ពីសំរាក៣០នាទីក្រោយ	• សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥ 110mmHg	**សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ខ្លាំង :** • ឱ្យថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាមឱ្យបានសមស្រប (ទំព័រ ៤៧)
	• សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥90 mmHg ក្រោយពីស្ទង់ឃើញពីរដង	**សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់មធ្យម :** • វាស់សម្ពាធឈាមឡើងវិញនៅមួយសប្តាហ៍ក្រោយ • បើសម្ពាធឈាមនៅតែឡើងខ្ពស់ត្រូវព្យាបាលបន្ត

៣-២-២ ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍

ប្រសិនបើស្ត្រីពុំទាន់បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ពីមុនមក ត្រូវផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សានិងធ្វើការថែទាំដូចតទៅ :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• ផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់ៗស្តីពីមេរោគអេដស៍តើវាជាអ្វី តើវាឆ្លងដោយរបៀបណាផលប្រយោជន៍នៃការដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ • ពន្យល់ពីការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយមានការផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាព្រមទាំងរក្សាការសម្ងាត់ពីលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត • សួរស្ត្រី :	• ប្រសិនបើស្ត្រីយល់ព្រម ត្រូវធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍ ឬបញ្ជូនស្ត្រីទៅរកសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ដែលអាចធ្វើតេស្តបាន

- តើអ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ? - ប្រសិនបើមិនធ្លាប់ប្រាប់នាងថានាងនឹងត្រូវបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍លើកលែងតែនាងបដិសេធ - ប្រសិនបើធ្លាប់ធ្វើតេស្ត ចូរពិនិត្យមើលលទ្ធផល (ពន្យល់ដល់ស្ត្រីថានាងមានសិទ្ធិមិនបង្ហាញលទ្ធផល) បើលទ្ធផលវិជ្ជមានសួរថា : ◦ តើអ្នកកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ឬទេ? ◦ ពិនិត្យមើលតំរោងព្យាបាល ◦ តើដៃគូរបស់អ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ?	

☆ **ព្យាបាល និង ណែនាំ**

មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (HIV វិជ្ជមាន)

- បញ្ជូនស្ត្រីនិងកូនរបស់គាត់ទៅរកសេវាពិគ្រោះជម្ងឺក្រៅដែលផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART/OI) (មើលគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្តីអំពីការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន) ឱ្យបានឆាប់ដែលអាចធ្វើបាន (ក្នុងអំឡុង៦សប្តាហ៍) សម្រាប់ម្តាយ
- ផ្តល់ Nevirapine ដល់ទារកសម្រាប់រយៈពេល ៦សប្តាហ៍

គ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីសារៈសំខាន់នៃការរក្សាខ្លួនកុំឱ្យឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយអនុវត្តនូវការរួមភេទដែលមានសុវត្ថិភាពជាងរួមទាំងការប្រើស្រោម
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តដៃគូរបស់គាត់

មិនដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ស្ត្រីបដិសេធមិនធ្វើតេស្ត ឬ មិនចង់បង្ហាញលទ្ធផល)

- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីសុវត្ថិភាពនៃការរួមភេទរួមទាំងការប្រើស្រោម
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តដៃគូរបស់គាត់ ។

៣-២-៣ ហូរទឹកនោមដោយមិនដឹងខ្លួន

ប្រសិនបើស្ត្រីមានទឹកនោមហូរ ឬ ជ្រាបទឹកនោមដោយមិនដឹងខ្លួនផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប
• បញ្ហាកើតឡើងចាប់ផ្តើមពីពេលណា?	• ពិនិត្យពីការហូរទឹកនោម ឬជ្រាបទឹកនោម

☆ ការព្យាបាល និង ណែនាំ

ហូរទឹកនោមដោយមិនដឹងខ្លួន :

- ពិនិត្យរកមើលការប៉ះទង្គិចនៅផ្លូវទ្វារមាសដែលអាចកើតមានក្នុងអំឡុងពេលប្រឹងបញ្ចេញកូន ។ការធ្លាយពីប្លោកនោមមកផ្លូវទ្វារមាសជារោគវិនិច្ឆ័យមួយគួរពិចារណា ។ បើមានការឆ្លងរោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងក្រោមត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic :
- Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃឬTrimethoprim/ Sulfamethoxazole ១គ្រាប់ (៨០/៤០០មក្រ) លេបម្តងដង២គ្រាប់លេប២ដងប្រសិនបើស្ត្រីនៅតែហូរទឹកនោមដោយមិនដឹងខ្លួនលើសពី១សប្តាហ៍ ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅផ្នែកឯកទេស ។

៣-២-៤ ខ្ទុះឬឈឺបេរីណេ :

ប្រសិនបើស្ត្រីឈឺបេរីណេ ត្រូវផ្តល់ការថែទាំដូចតទៅ :

សួរ ពិនិត្យ កំណត់ត្រា	មើល ស្តាប់ ស្ទាប	ព្យាបាលនិងណែនាំ
• សួរស្ត្រីថា តើវាកើតឡើងពីពេលណា?	• ពិនិត្យមើលការហើមយោនី ឬបេរីណេ	**ការប៉ះទង្គិចបេរីណេ** (យោនីឬបេរីណេហើមខ្លាំង) បើមានការបង្ករោគសូមមើលការគ្រប់គ្រងដូចខាងក្រោម ។
	• ពិនិត្យមើលការហើមបេរីណេ • មានខ្ទុះដែរឬទេ?	**ការឆ្លងរោគ ឬការឈឺចាប់នៅបេរីណេ** (មានខ្ទុះនិងឈឺនៅបេរីណេ) • កាត់ចេសដេរចេញប្រសិនបើមាន

	មានឈឺដៃរឬទេ?	• សម្អាតរបួស ត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic : • Amoxicillin 500mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃឬTrimethoprim/ Sulfamethoxazole ១គ្រាប់ (៨០/៤០០មក្រ) លេបម្តង២គ្រាប់ លេប២ដង • ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការថែទាំនិងអនាម័យ • ផ្តល់ **Paracetamol** បំបាត់ការឈឺចាប់ • តាមដានក្នុងអំឡុង២ថ្ងៃ ។

៣-២- ៥ អារម្មណ៍មិនល្អ ឬងាយយំ

ប្រសិនបើស្ត្រីមានអារម្មណ៍មិនល្អ ឬងាយយំ វាយតម្លៃនិងគ្រប់គ្រងដូចតទៅ :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ព្យាបាលនិងណែនាំ
• តើអ្នកមានអារម្មណ៍ដូចម្តេចដែរថ្មីៗនេះ? • តើអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍អស់សង្ឃឹម ? • តើអ្នកនៅតែអាចរីករាយជាមួយអ្វីដែលអ្នកធ្លាប់រីករាយពីមុនមកឬទេ? • តើអ្នកមានកំលាំងធម្មតាឬមានអារម្មណ៍ថាអស់កំលាំង? • តើអ្នកសំរានបានឬទេ? • តើអ្នកអាចប្រមូលអារម្មណ៍បាន	**ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តក្រោយសម្រាល(ជាទូទៅក្រោយសប្តាហ៍ទី១)** (មានសញ្ញា២ឬច្រើនក្នុងអំឡុងពេល២សប្តាហ៍មានអារម្មណ៍ស្តីបន្ទោសឬអវិជ្ជមានចំពោះខ្លួនឯងងាយយំមិនចាប់អារម្មណ៍ នឹងអ្វីៗមិនរីករាយមានអារម្មណ៍នឿយណាយឡេះឡុះគ្រប់ពេលដេកមិនលក់ថយចុះនូវការគិតមិនឃ្លាន) : • ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត • បញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត **ស្រងូតស្រងាត់ ក្រោយសម្រាល : (ជាទូទៅនៅសប្តាហ៍ទី១)** (មានសញ្ញាណាមួយនៃសញ្ញាខាងលើក្នុងរយៈពេលតិចជាង២សប្តាហ៍) • ប្រាប់ស្ត្រីថាបញ្ហានេះអាចកើតមានជាទូទៅ

ទេ? (ឧ. ពេលស្តាប់កម្មវិធីវិទ្យុ អានកាសែត)	• ស្តាប់ពីកង្វល់របស់គាត់ • ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត • ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាដល់ដៃគូនិងគ្រួសារផ្តល់នូវការគាំទ្រដល់ស្ត្រី • តាមដានក្នុងអំឡុងពេល២សប្តាហ៍ • បើមិនធូរស្រាលបញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត។

៣-២-៦ ធ្លាក់ស៤សប្តាហ៍ក្រោយសម្រាល

បើស្ត្រីមានធ្លាក់សតាមទ្វារមាស ត្រូវវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការថែទាំដូចខាងក្រោម :

សួរ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	ពិនិត្យ ស្តាប់ ស្ទាប
• តើអ្នកសម្គាល់ឃើញមានធ្លាក់ស តាមទ្វារមាសឬទេ ? • តើអ្នកមានរមាស់នៅទ្វារមាសឬទេ? • តើអ្នកមានបញ្ហានៅពេលនោមឬទេ? : - នោមមានខ្ទុះ - ពេលនោមមានឈឺផ្សា • បើដៃគូបានមកគ្លីនិកជាមួយត្រូវសួរតើមានហូរខ្ទុះតាមបង្ហូរនោមឬឈឺក្រហាយពេលនោមឬទេ? • បើដៃគូមិនបានមកជាមួយទេត្រូវពន្យល់ពីសារៈសំខាន់នៃការវាយតម្លៃនិងការព្យាបាលដើម្បីបង្ការការឆ្លងរោគជាថ្មី • ធ្វើការណាត់ជួបស្ត្រីនិងដៃគូ របស់គាត់ (បើអាចធ្វើបាន)	• ពិនិត្យមើលការធ្លាក់ស ខុសពីធម្មតា (ដោយប្រើ ដៃពែកបបេរ) - បរិមាណ - ពណ៌ - ក្លិន • បើមិនឃើញមានធ្លាក់ស លូកទ្វារមាសដោយប្រើចង្អុលដៃដែលពាក់ស្រោមដៃ ហើយរួចពិនិត្យ "ស" ដែលប្រឡាក់នៅលើចុងម្រាម

☆ ព្យាបាលនិងផ្តល់ដំបូន្មាន

អាចបណ្តាលមកពីហ្គូណូកុក (ប្រមេះទឹកបាយ) ឬ ក្លាមីឌីយ៉ា (ធ្លាក់សមិនធម្មតា ពិសេសចេញពីមាត់ស្បូន ដៃគូមានហូរខ្ទុះតាមបង្ហូរនោម ឬនោមឈឺ)

- ផ្តល់ការព្យាបាលដល់ស្ត្រី និងដៃគូដោយ antibiotic សមស្របតាមគោលការណ៍ថ្នាក់ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺ កាមរោគ STI/RTI)
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើស្រោមបានជាប់លាប់

អាចបណ្តាល មកពីផ្សិតកង់ឌីដា (ធ្លាក់សខាប់ដូចទឹកដោះគោ រមាស់ទ្វារមាសខ្លាំង):

- ត្រូវផ្តល់ Clotrimazole ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិអំពីជំងឺកាមរោគ STI/RTI)
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើ ស្រោមបានជាប់លាប់

អាចបណ្តាលមក ពីការបង្ករោគ ដោយបាក់តេរី និង ទ្រីកូម៉ូណាស់ (មានធ្លាក់ ស មិនធម្មតា ពពុះ១ មានក្លិនស្អុយ)

- ព្យាបាលតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ស្តីអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI
- ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាពរួមទាំងការប្រើស្រោមអនាម័យ ។

៣-៣ ការផ្តល់វិធានការការពារ

ណែនាំនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាដល់ស្ត្រីពីវិធានការការពារដូចតទៅ :

វាយតម្លៃ ពិនិត្យកំណត់ត្រា	អន្តរាគមន៍
• ពិនិត្យការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូស	• ផ្តល់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺតេតាណូសបើដល់ពេលត្រូវផ្តល់
	• ផ្តល់ថ្នាំមេបង់ដាហ្សុល១គ្រាប់ (៥០០ម.ក្រ)
• ពិនិត្យពីការផ្តល់ថ្នាំជាតិដែកនិងអាស៊ីដហ្វូលិក	• ផ្តល់ជាតិដែកនិងអាស៊ីដហ្វូលីក៤២ថ្ងៃនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាពីការប្រើប្រាស់
• ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សានិងណែនាំគ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់	• លើកទឹកចិត្តឱ្យសំរាន្តក្នុងមុងជ្រលក់ថ្នាំ • ណែនាំពីការថែទាំក្រោយសម្រាល • ពិគ្រោះពិភាក្សាពីអាហារូបត្ថម្ភ (ទំព័រ១៦៥) • ពិគ្រោះពិភាក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំព័រ១៦៦ • ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ (ទំព័រ ១៧១)

	• ពិគ្រោះពិភាក្សាពីសុវត្ថិភាពនៃការរួមភេទរួមទាំងការប្រើប្រាស់ស្រោម • ណែនាំឱ្យមកតាមដានជាប្រចាំ (ទំព័រ ១៦៧) • ណែនាំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ (ទំព័រ ១៦៦) • ណែនាំពីការត្រៀមសម្រាប់ករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រោយសម្រាល (ទំព័រ ១៦៦)
• ពិនិត្យស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា	*បើស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ :* • បញ្ជូនស្ត្រីនិងកូនទៅផ្នែកពិនិត្យជំងឺក្រៅដើម្បីទទួលសេវា ART/OI ដើម្បីព្យាបាលបន្ត
• កត់ត្រាព័ត៌មានទាំងអស់ក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា	

៣-៣-១ អនាម័យនិងអាហារូបត្ថម្ភ

ណែនាំនិងផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាគ្រប់ស្ត្រីសម្រាលកូនរួចដូចតទៅ :

ថែទាំក្រោយសម្រាលនិងអនាម័យ	អាហារូបត្ថម្ភ
ណែនាំនិងពន្យល់ដល់ស្ត្រី : • ត្រូវមាននរណាម្នាក់នៅជាមួយនាងជាប់ជានិច្ចក្នុងអំឡុងពេល២៤ម៉ោងដំបូងក្រោយសម្រាល • មិនត្រូវដាក់អ្វីចូលទៅក្នុងទ្វារមាសស្ត្រី • សំរាកនិងសំរាន្តឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ • សម្អាតខ្លួន ដើម្បីជៀសវាងការឆ្លងរោគដល់ម្តាយនិងទារក : - លាងដៃមុននឹងប៉ះពាល់ទារក - លាងបើរីណេរាល់ថ្ងៃនិងក្រោយពីបន្ទោរបង់ និងត្រូវផ្តិតឱ្យស្ងួត	• ណែនាំស្ត្រីឱ្យញុំាអាហារឱ្យបានច្រើនដងក្នុងមួយថ្ងៃ (យ៉ាងតិច៤ដង) និងញុំាឱ្យបានច្រើនក្នុងម្តងៗ ហើយឱ្យបានគ្រប់មុខដូចជា សាច់ ត្រី ប្រេង គ្រាប់ធញ្ញជាតិ សណ្តែក បន្លែ ដើម្បីជួយឱ្យស្ត្រីមានសុខភាពល្អនិងរឹងមាំ • បញ្ជាក់ប្រាប់ស្ត្រីថានាងអាចបរិភោគអាហារអ្វីក៏បានតាមធម្មតាអាហារទាំងនោះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការបំបៅដោះកូនទេ • ចំណាយពេលបន្ថែម ផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សា ពីអាហារូបត្ថម្ភ ដល់ស្ត្រីដែលស្គមនិងស្ត្រីវ័យក្មេង

- ប្តូរក្រណាត់ទ្រាប់បើរីណេរៀងរាល់៤ម៉ោងទៅ៦ម៉ោងឬញឹកជាងនេះ - បោកសម្អាតក្រណាត់ទ្រាប់ឬបោះចោលឱ្យបានត្រឹមត្រូវ - ងូតទឹកសម្អាតខ្លួនរាល់ថ្ងៃ • ជៀសវាងការរួមភេទរហូតដល់របួសបើរីណេជាសះស្បើយ	• សួរពីអាហារដែលស្ត្រីតមបើជាចំណីអាហារផ្តល់ការចិញ្ចឹមល្អដល់សុខភាពណែនាំស្ត្រីកុំឱ្យតមអាហារនោះ • ណែនាំសមាជិកគ្រួសារឱ្យលើកទឹកចិត្តនិងជួយស្ត្រីឱ្យហូបបានគ្រប់គ្រាន់និងជៀសវាងការងារធ្ងន់ធ្ងរ។

៣-៣-២ ការពន្យារកំណើត

សម្រាប់ព័ត៌មានទូទៅស្តីពីការផ្តល់ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើតសូមមើលទំព័រ ៨៤។ ព័ត៌មានដូចតទៅនឹងរៀបរាប់អំពីវិធីការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះ ដោយបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធក្នុងអំឡុងពេលមិនទាន់មានរដូវ ។

បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធក្នុងអំឡុងពេលមិនទាន់មានរដូវ (LAM : Lactation Amenorrhea Method)
• ស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធអាចការពារពីការមានផ្ទៃពោះបានលុះត្រាតែ : - មិនលើសពី៦ខែក្រោយសម្រាលនិងពុំទាន់មានរដូវវិញ - បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ (៨ដងឬច្រើនជាងនេះក្នុង១ថ្ងៃនិងយ៉ាងតិច១ដងពេលយប់ ហើយចន្លោះនៃការបំបៅម្តងៗ នៅពេលថ្ងៃមិនលើសពី៤ម៉ោង និងនៅពេលយប់មិនលើសពី៦ម៉ោង និងមិនមានផ្តល់អាហារបន្ថែមឬទឹកឡើយ) • ស្ត្រីដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះសុទ្ធក៏អាចជ្រើសរើសមធ្យោបាយពន្យារកំណើតមួយផ្សេងទៀត ដោយប្រើតែមួយមុខ ឬប្រើរួមជាមួយនឹងវិធី LAM

៣-៣-៣ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងការត្រៀមពេលមានអាសន្ន

ណែនាំស្ត្រីឱ្យស្គាល់ពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងការត្រៀមទៅពេលមានបញ្ហាសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រោយសម្រាលដូចតទៅ :

សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់	ការត្រៀមពេលមានអាសន្ន
***ណែនាំឱ្យស្ត្រីទៅមណ្ឌលសុខភាពឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ជាបន្ទាន់ទោះថ្ងៃឬយប់**មិនត្រូវពន្យារពេលបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចខាងក្រោម : • ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស : - ក្រណាត់ទ្រាប់ប៉េរីណេសើមជោគលើសពី២ដុំ ក្នុងរយៈពេល២០-៣០នាទីក្រោយសម្រាល - ធ្លាក់ឈាមកាន់តែច្រើនឡើងក្រោយសម្រាលដែលធម្មតាការធ្លាក់ឈាមនេះត្រូវថយចុះ • ប្រកាច់ • ដង្ហើមញាប់ ឬ ពិបាកដកដង្ហើម • គ្រុនក្តៅឬខ្សោយមិនអាចងើបពីគ្រែរួច • ឈឺក្នុងពោះយ៉ាងខ្លាំង **ណែនាំឱ្យទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឱ្យឆាប់តាមដែលអាចទៅបានបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចខាងក្រោម :* - គ្រុនក្តៅ - ឈឺពោះ - មានអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួន - ដោះឡើងហើម ក្រហម ឡើងតឹងឬ ឈឺក្បាលដោះ - មានហូរទឹកនោម ឬ ឈឺចាប់ពេលនោម - ឈឺចាប់នៅប៉េរីណេ ឬ មានហូរខ្ទុះ - កករឈ្លោកមានក្លិនស្អុយ ។	**ពិភាក្សាពីការត្រៀមជាបន្ទាន់ជាមួយស្ត្រីនិងដៃគូគាត់/គ្រួសារ** • ណែនាំឱ្យមាននរណាម្នាក់នៅក្បែរជានិច្ចក្នុងអំឡុងពេល២៤ម៉ោងដំបូងក្រោយសម្រាល • ពិភាក្សា - ត្រូវទៅកន្លែងណាបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់? - តើទៅទីនោះដោយរបៀបណា? - សោហ៊ុយដែលត្រូវចំណាយ? - ការគាំទ្ររបស់ក្រុមគ្រួសារនិងសហគមន៍ • ណែនាំស្ត្រីឱ្យយកសៀវភៅសុខភាពមាតាទៅជាមួយផង ។

៣-៣-៤ ការត្រឡប់មកពិនិត្យនិងតាមដានជាប្រចាំ

ត្រូវលើកទឹកចិត្តឱ្យស្ត្រីនាំដៃគូគាត់ ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់មកជាមួយពេលពិនិត្យក្រោយសម្រាលយ៉ាងហោចណាស់ម្តង ។

ការពិនិត្យជាប្រចាំក្រោយសម្រាល

- ពិនិត្យលើកទី១ ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោងក្រោយសម្រាលកូន
- ពិនិត្យលើកទី២ ក្នុងសប្តាហ៍ទី១ (បើអាចធ្វើបានត្រូវធ្វើថ្ងៃទី២ឬទីជាមួយការពិនិត្យទារក)
- ពិនិត្យលើកទី៣ក្នុងរយៈពេល៦សប្តាហ៍ (ទន្ទឹមនិងការយកទារកទៅចាក់ថ្នាំបង្ការ)
- ការពិនិត្យចាំបាច់ដទៃទៀត ត្រូវធ្វើក្នុងរយៈពេល៦ខែក្នុងករណីចាំបាច់

ការតាមដាននៅពេលមានបញ្ហា :

បញ្ហាដែលជួបប្រទះ	រយៈពេលត្រូវត្រឡប់មកជួប
គ្រុនក្តៅ	២ថ្ងៃ
ការរលួងរោគផ្លូវនោម	២ ថ្ងៃ
ការរលួងរោគនៅបេរីណេ ឬ ឈឺចាប់	២ ថ្ងៃ
សម្ពាធឈាមឡើង	១ សប្តាហ៍
មានហូរទឹកនោមដោយឯកឯង	១សប្តាហ៍
ជងឺស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ	២សប្តាហ៍
ជំងឺស្លេកស្លាំងមធ្យម	៤សប្តាហ៍
ទឹកមុខស្រងូតស្រងាត់ក្រោយសម្រាល	២សប្តាហ៍
មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍	២សប្តាហ៍

៣-៤ ការវាយតម្លៃ និង ការថែទាំទារកទើបកើត

ពេលវេលានៃការពិនិត្យជាប្រចាំក្រោយកើត :

- ពិនិត្យលើកទី១ ក្នុងអំឡុងពេល ២៤ម៉ោងក្រោយកើតរួមនិងការផ្តល់ Vitamin K, Hepatitis B vaccine and BCG (គួរចៀសវាងការបំបែកទារកពីម្តាយ)
- ពិនិត្យលើកទី២ ក្នុងសប្តាហ៍ទី១ បើអាចធ្វើបានត្រូវធ្វើថ្ងៃទី២ ឬទី៣ ក្រោយកើតវាយតម្លៃការបំបៅដោះនិងស្ថានភាពទារក ផ្តល់ដំបូន្មានអំពីការបំបៅដោះ ការរក្សាកំដៅ ការថែទាំទងផ្ចិត អនាម័យ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងពេលដែលត្រូវស្វែងរកការថែទាំ
- ពិនិត្យលើកទី៣ ក្នុងរយៈពេល៦សប្តាហ៍ ផ្តល់ការថែទាំជាប្រចាំនិងវាយតម្លៃ ស្ថានភាពទារករួមមានការបំបៅដោះ ការរក្សាកំដៅ ការថែទាំទងផ្ចិត អនាម័យ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់និងពេលដែលត្រូវស្វែងរកការថែទាំ ។ ទារកនឹងបានទទួល OPV1, DPT-HepB-Hib1
- ការតាមដានបន្ត និងការទទួលបានថ្នាំបង្ការទៅតាមអាយុទារក :
    - ១០សប្តាហ៍ : ទទួល OPV, DPT-HepB-Hibលើកទី២
    - ១៤សប្តាហ៍ : ទទួល OPV, DPT-HepB-Hibលើកទី៣
    - ៩ខែ : ទទួលវ៉ាក់សាំងកញ្ជ្រិល(និងរលាកខួរក្បាល បើមាន)

បើទារកមានបញ្ហាណាមួយត្រូវតាមដានបន្ថែម ។ រាល់ពេលពិនិត្យជាប្រចាំត្រូវវាយតម្លៃពីការបំបៅដោះ ត្រូវលើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធរយៈពេល៦ខែ ។ ទារកត្រូវបានថ្លឹងទម្ងន់និងកត់ត្រាចូលទៅក្នុងប័ណ្ណសុខភាពកុមារ ។ បើកុមារស្រកទម្ងន់ ឬមិនឡើងទម្ងន់ ឬទម្ងន់ទាបធៀបនឹងអាយុ ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយឱ្យបំបៅដោះកូនឱ្យបានញឹកញាប់និងឱ្យបានយូរតាមទារកចង់ទាំងថ្ងៃទាំងយប់ ។ ប្រសិនបើទារកមានទម្ងន់តិចខ្លាំង (ទម្ងន់ទារកស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ក្រហមនៃប័ណ្ណសុខភាពកុមារ ត្រូវវាយតម្លៃទារកដោយប្រុងប្រយ័ត្នដើម្បីរកមូលហេតុផ្សេងៗដែលអាចមានរួមទាំងជំងឺនិងបញ្ហាក្នុងការបៅ ហើយត្រូវធ្វើអន្តរាគមន៍សមស្រប ។

៣-៤-១ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់ទារកមុនពេលចេញទៅផ្ទះ

បើទារកមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយកើតមាននៅពេលណាមួយក្រោយពីកើត ឬនៅមុនចេញទៅផ្ទះ ទារកត្រូវទទួលការព្យាបាលជាបន្ទាន់ (មើលផ្នែក៣-៥)

សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់មុនពេលចេញទៅផ្ទះ :

- ដង្ហើមញាប់ (លើសពី ៦០ដង/នាទី)
- ដង្ហើមយឺត (តិចជាង ៣០ដង/នាទី)
- ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល
- ដង្ហក់
- ប្រកាច់
- ខ្លួនទារកទន់ឬរឹង
- ក្តៅខ្លួន (សីតុណ្ហភាព >38ºC)
- សីតុណ្ហភាព <35ºC ឬសីតុណ្ហភាពមិនកើនឡើងក្រោយពីបានផ្តល់កំដៅដល់ទារក
- មិនបៅដោះសោះឬពិបាកបៅខ្លាំង
- ហូរខ្ទុះពីផ្ចិត ឬផ្ចិតឡើងក្រហមនិងហើមដល់ស្បែកជុំវិញ
- ហូរឈាមពីទងផ្ចិត
- នៅស្បែកមានពងទឹកលើសពី ១០ឬ bullae ឬហើម ក្រហម ស្បែកឡើងរឹង
- ស្លេក
- ខាន់លឿងដែលកើតមាន <២៤ម៉ោងក្រោយកើតឬកើតលឿងកើតមាននៅពេលណាមួយ នៅបាតដៃ និងបាតជើង ។

៣-៤-២ ការថែទាំទារកទូទៅមុនពេលចេញទៅផ្ទះ

៣-៤-២-១ គោលការណ៍ណែនាំទូទៅ

អនាម័យដៃ :

ការប្រឈមមុខច្រើនបំផុតរបស់ទារកដែលកើតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យគឺការចម្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយបុគ្គលិកពេទ្យ ។ ការប៉ះឬកាន់ទារកដែលមិនចាំបាច់គឺជាវិធីចម្លងដ៏ងាយបំផុត ។ បុគ្គលិកពេទ្យគួរប៉ះពាល់

ទារកតែពេលណាចាំបាច់ដែលជាតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ ។ បើបុគ្គលិកពេទ្យចាំបាច់ត្រូវប៉ះឬកាន់ទារក ត្រូវលាងសម្អាតដៃទៅតាមពេលវេលាដែលតម្រូវទាំង៥ :

១- មុនពេលប៉ះទារក

២- ក្រោយពេលប៉ះទារក

៣- មុនពេលអនុវត្តដែលត្រូវការប្រើឧបករណ៍ឬសម្ភារៈដែលត្រូវប្រើលើទារកឬម្តាយ

៤- ក្រោយពេលដែលអាចប៉ះពាល់នឹងសារធាតុរាវរបស់សរីរាង្គ

៥- ក្រោយពីប៉ះពាល់ជាមួយកន្លែងដែលនៅជុំវិញម្តាយឬទារក

បុគ្គលិកពេទ្យគួរលាងសម្អាតដៃនៅពេលមកដល់កន្លែងធ្វើការ មុនពេលនិងក្រោយពេលពាក់ស្រោមដៃ ក្រោយពេលប្រើបង្គន់ឬមុនពេលចេញទៅផ្ទះ ។ អ្វីៗដែលបុគ្គលិកពេទ្យប៉ះគឺអាចជាប្រភពនៃការចម្លងរោគ ឧ. ផ្ទៃរាប ស្តេតូស្កុប សម្ភារៈ ឧបករណ៍ពេទ្យ ឯកសារ ប៊ិច និងទូរសព្ទដៃ ។

ការរក្សាកំដៅ : ប្រាកដថាបន្ទប់មានភាពកក់ក្តៅ (២៥-២៨°C) និងមិនមានខ្យល់បក់ចេញចូលដាក់ទារកនៅក្នុង បន្ទប់ជាមួយម្តាយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកឬដាក់នៅលើគ្រែជាមួយម្តាយ (ក្នុងមុង) ។ បើទារកមិនបានដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយ ត្រូវពិនិត្យមើលថាតើមាន មូលហេតុសមស្រប ឧ. ទារកឬម្តាយត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ដែលត្រូវតែនៅដោយឡែកពីគ្នា ។ បើមានមូលហេតុសមស្របត្រូវប្រាកដថាទារកបានស្លៀកពាក់ ឬរុំ គ្របដណ្តប់ ពាក់មួកបានត្រឹមត្រូវ ។

បង្រៀនម្តាយ : ដើម្បីអាចឱ្យស្ត្រីកំណត់បាននិងដឹងថាទារកមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ ។

៣-៤-២-២ វាយតម្លៃពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនិងពិគ្រោះពិភាក្សា (១ម៉ោងក្រោយកើត)

សម្គាល់ : សម្រាប់ការបំបៅដោះក្នុងម៉ោងដំបូងសូមមើលទំព័រ ១៣៧

វាយតម្លៃពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយដូចតទៅ :

សួរម្តាយ :

- តើការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយយ៉ាងដូចម្តេចដែរ?
- តើមានការលំបាកណាមួយឬទេ?
- តើទារកពេញចិត្តក្នុងការបៅឬទេ?
- តើអ្នកបានឱ្យអាហារឬទឹកផ្សេងៗដល់កូនរបស់អ្នកឬទេ?
- តើដោះអ្នកមានសភាពដូចម្តេចដែរ? តើមានឈឺដោះឬក្បាលដោះឬទេ?
- តើមានកង្វល់អ្វីអំពីការបំបៅដោះកូនឬទេ?

- បើទារកមានអាយុលើសពី១ថ្ងៃតើអ្នកឱ្យកូនបៅប៉ុន្មានដងក្នុង២៤ម៉ោង? តើចន្លោះពីការបៅម្តង១ មានរយៈពេលប៉ុន្មាន?ឱ្យម្តាយប្រាប់អ្នកនៅពេលដែលទារកបំរុងបៅ ។ សង្កេតមើលការបៅរយៈពេល ៥នាទី
- តើការដាក់ទារកឱ្យបៅ ការបៅបានផ្តិបល្អបានត្រឹមត្រូវ ការជញ្ជក់មានប្រសិទ្ធភាពឬទេ? (ទំព័រ ១៣៧)

បៅបានល្អ (ជញ្ជក់មានប្រសិទ្ធិភាព បៅដោះ ≥៨ដង/២៤ ម៉ោងតាមចិត្តចង់ថ្ងៃនិងយប់) :

- សរសើរម្តាយដែលបានបំបៅកូនបានត្រឹមត្រូវ
- លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅដោះតាមចំណង់របស់ទារក

ពិបាកក្នុងការបំបៅ (ពុំទាន់បានបំបៅដោះ ការផ្តិបមាត់ទៅនឹងដោះពុំបានល្អ ជញ្ជក់ពុំទាន់មានប្រសិទ្ធភាព បំបៅដោះតិចជាង៨ដងក្នុង២៤ម៉ោង ទារកទទួលអាហារឬភេសជ្ជះផ្សេងទៀត) :

- អះអាងប្រាប់ម្តាយថានាងនឹងមានទឹកដោះគ្រប់គ្រាន់ប្រសិនបើនាងបំបៅបានញឹកញាប់ និងមាន ប្រសិទ្ធភាព
- បង្រៀនពីការដាក់ស្ថានភាពទារកឱ្យបៅត្រឹមត្រូវផ្តិបមាត់ទៅនឹងដោះត្រឹមត្រូវ(ទំព័រ១៣៧)
- ប្រសិនបើស្ត្រីមានហោសដោះត្រូវគ្រប់គ្រងដូចក្នុងទំព័រ ១៤៨
- ណែនាំឱ្យបំបៅញឹកញាប់ទាំង ពេលថ្ងៃនិងពេលយប់ ៨ដងឬច្រើនជាងនេះក្នុង២៤ម៉ោង
- បើទារកបានទទួលអាហារឬភេសជ្ជះផ្សេងទៀតរួមទាំងទឹកដោះគោត្រូវប្រាប់ម្តាយឱ្យបញ្ឈប់ ។ ងាកទៅបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធវិញ
- វាយតម្លៃម្តងទៀតនៅពេលបំបៅលើកក្រោយ ឬតាមដានក្នុងរយៈពេល២ថ្ងៃ ។

មានហេតុផលតិចតួចណាស់ដែលតម្រូវឱ្យស្ត្រីមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះ(តារាងខាងក្រោម)

- ម្តាយមានដំបៅនៅលើដោះHerpes simplex virus type 1 (មើលតារាងបំពេញ STI)
- ម្តាយមិនអាចបំបៅបានដោយសារទទួលការព្យាបាលពិសេស :
  - ថ្នាំរម្ងាប់អារម្មណ៍ព្យាបាលផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ
  - ថ្នាំឆ្កួតជ្រូក
  - Radioactive Iodine
  - Cytotoxic chemotherapy

ពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធដូចតទៅ :

ឆ្លើយតបទៅនឹងកង្វល់នានាដែលមានទាក់ទងទៅនឹងការបំបៅដោះ ។ ពន្យល់ម្តាយពីសារៈសំខាន់នៃការរក្សាឱ្យស្បែកម្តាយប៉ះស្បែកទារកឱ្យបានយូរដែលអាចធ្វើទៅបានទោះបីជាក្រោយពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យៈ

- លើកទឹកចិត្តការបំបៅកូនតាមចំណង់ទាំងថ្ងៃទាំងយប់និងឱ្យបានយូរតាមចំណង់ទារក ។ ទារកត្រូវការបៅទាំងថ្ងៃទាំងយប់ ។ ក្រោយពី២៤ម៉ោងនៃកំណើតត្រូវបំបៅទារក៨ដងឬលើសក្នុង១ថ្ងៃ ។

ពន្យល់ម្តាយអំពីសារៈសំខាន់នៃការបំបៅដោយទឹកដោះដំបូង :

- ទឹកដោះដែលមាននៅក្នុង២ទៅ៣ថ្ងៃក្រោយសម្រាលហៅថាទឹកដោះដំបូង ។ វាខាប់និងពណ៌លឿងឬមិនមានពណ៌
- ទឹកដោះដំបូងមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់ទារកពីព្រោះវាមានជាតិប្រូតេអ៊ីនច្រើនជាងទឹកដោះធម្មតានិងមាន វីតាមីនអានិងអាចការពារការឆ្លងរោគបានប្រសើរជាង ។
- បើម្តាយបន្តការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ នោះទឹកដោះកាន់តែមានច្រើននៅក្នុងអំឡុង២-៣ថ្ងៃ

ពន្យល់ម្តាយអំពីជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមទារកដែលប្រសើរបំផុត :

- ទារកគួរត្រូវបានបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធរយៈពេល៦ខែដំបូងនៃជីវិត ការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធមានន័យថាផ្តល់តែទឹកដោះសុទ្ធ (រួមទាំងទឹកដោះច្របាច់) ។ សារធាតុរាវផ្សេងៗ (ទឹកដោះគោ ទឹក ទឹកស្ករ ទឹកដោះគោខាប់ បបរ)និងអាហារផ្សេងៗ ធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដែលមិនត្រូវផ្តល់ឱ្យទារកទេ ។ទឹកដោះម្តាយមានសារធាតុចិញ្ចឹមនិងជាតិទឹកដែលទារកត្រូវការនៅក្នុង៦ខែដំបូងនៃជីវិត ដូច្នេះមិនចាំបាច់ផ្តល់អាហារនិងជាតិទឹកទេ ។
- ទឹកដោះម្តាយជួយការពារទារកពីការឆ្លងរោគ
- ទារកគួរត្រូវបានបំបៅយ៉ាងតិច២ឆ្នាំឬលើស
- ជាធម្មតាក្មេងតែងតែមានយំខ្លះៗ ដូច្នេះមិនមានន័យថាទារកឃ្លានទេ ។ ស្ត្រីអាចឱ្យកូនបៅប៉ុន្តែមិនត្រូវផ្តល់អាហារផ្សេងៗទេ ។

ទារកទាំងអស់ដែលអាយុតិចជាង៦ខែ ហើយម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ។ ការចិញ្ចឹមក្រៅអំពីទឹកដោះម្តាយ (ឧ.ទឹកដោះគោ) បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់របស់ទារក ។ ការចិញ្ចឹមរួមគ្នា (ទឹកដោះម្តាយរួមនឹងទឹកដោះគោ) បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។

៣-៤-៣ កំណត់រកបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស

គួរវាយតម្លៃទារកប្រហែល១ម៉ោងក្រោយសម្រាលនិងរៀងរាល់ថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេលសំរាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងមុនពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ (មិនអាចមុន២៤ម៉ោង) និងក្នុងសប្តាហ៍ទី១នៃកំណើត (ប្រសើរបំផុតក្នុង២-៣ថ្ងៃដំបូង) និងនៅសប្តាហ៍ទី ៦នៃកំណើត ។

សួរម្តាយអំពីប្រវត្តិជំងឺនិងពិនិត្យរាងកាយទារកដោយសួរម្តាយ ពិនិត្យកំណត់ត្រា មើល ស្តាប់និងស្ទាប ។ បើរកឃើញបញ្ហាណាមួយសូមមើលសកម្មភាពអន្តរាគមន៍ដូចខាងក្រោម ។

ប្រវត្តិជំងឺនិងការពិនិត្យរាងកាយ ចំណាត់ថ្នាក់និងសកម្មភាពដែលត្រូវធ្វើ :

ប្រវត្តិជំងឺនិងការពិនិត្យរាងកាយ	ចំណាត់ថ្នាក់	សកម្មភាពអន្តរាគមន៍ សូមមើលផ្នែក
អាយុគភ៌ (ធម្មតា37 – 42 សប្តាហ៍) 32-36 សប្តាហ៍ <32 សប្តាហ៍	ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ ទារកកើតមិនគ្រប់ខែខ្លាំង	៣-៤-៤
ទំងន់ទារក (ធម្មតា 2500 – 4000 g) >4000 g 1500 - <2500 g <1500 g	ទំងន់លើសធម្មតា ទំងន់តិច ទំងន់តិចខ្លាំង	៣-៤-៤
សម្រាលពិបាក : សម្រាលគូថ ថប់ដង្ហើម ប្រកាច់	សម្រាលពិបាក	២-៨-៣ ៣-៥-៦ ៣-៥-៣
ម្តាយឈឺធ្ងន់ឬត្រូវបញ្ជូន	វិធីថែទាំទារក	៣-៥-១០
ការដកដង្ហើម :	ពិបាកដកដង្ហើម	៣-៥-១

ពិនិត្យមើលចង្វាក់ដង្ហើម (ធម្មតា ៣០-៦០) ចង្វាក់ដង្ហើម <៣០ឬ >៦០ ដង្កក់ ផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូល		
សីតុណ្ហភាព >៣៧.៥ °c <៣៦.៥ °c	កំដៅខ្លួនខ្ពស់ កំដៅខ្លួនទាប	៣-៥-២
ភ្នែកក្រហម ហើម ឬហូរខ្ទុះ	អាចមានការបង្ករោគនៅភ្នែក	៣-៥-១១
ទងផ្ចិត : សង្កេតមើលភាពក្រហម ហូរខ្ទុះ ក្រហមនិងស្បែករឹងនៅជុំវិញផ្ចិត ស្បែកជុំវិញផ្ចិតក្រហមនិងហើម : តិចជាង ១ ស.ម ជុំវិញផ្ចិត ធំជាង១ស.មលើទងផ្ចិត ស្បែកនៅជុំវិញផ្ចិតក្រហម រឹង ហើម ហូរខ្ទុះ ឬមានក្លិនស្អុយ ហើមពោះ	ទារកអាច : - មានការបង្ករោគនៅផ្ចិត - មានការបង្ករោគខ្លាំងនៅផ្ចិត	៣-៥-១២
ស្បែក : សង្កេតរកខាន់លឿង (សង្កេតមើលនៅកន្លែងដែលមានពន្លឺថ្ងៃគ្រប់គ្រាន់ ខាន់លឿងនឹងមើលទៅឃើញកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ បើមើលនៅក្រោមពន្លឺភ្លើងអំពូលនិងអាចមើលមិនដឹងថាមានខាន់លឿងបើនៅក្រោមពន្លឺមិនគ្រប់គ្រាន់) : មុខទារកលឿង ចំពោះទារកអាយុតិចជាង ២៤ម៉ោងឬលឿងនៅបាតដៃ ឬបាតជើង ចំពោះទារកដោយមិនគិតអាយុ	ខាន់លឿងធ្ងន់ធ្ងរ	៣-៥-១៣
ពងទឹកនៅស្បែក : មើលនៅជុំវិញក ក្លៀកនិងក្រលៀនចំនួនតិចជាង ១០	បង្ករោគនៅស្បែក	៣-៥-១៤

ចំនួនច្រើនជាង ១០	អាចមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ	
ហើមចុចទៅទន់ៗ	រលាកកោសិកា/អាប់សែ	
ផ្សិតនៅមាត់និងស្បែក	ផ្សិត	
មុត ឬរលាត់	របួសលើស្បែក	
ពិនិត្យក្បាល ខ្លួននិងអវៈយវៈទារក : ស្នាមជាំ ហើមនៅត្រួច ក្បាលហើម ពកម្ខាង ឬទាំងសងខាង ស្ថានភាពជើងទាក ខុសធម្មតា (ក្រោយពីសម្រាលតូច) ដៃមិនមានចលនាឬមានចលនាមិនស៊ីមេទ្រីគ្នា	មានការប៉ះទង្គិចនៅពេលកើត	៣-៥-១៥
ជើងកែក Club foot (talipes) ឆែបមាត់ឬក្រអូម ក្បាល ពោះ និងខ្នងមិនមានស្បែកគ្រប	រូបរាងខុសធម្មតាពីកំណើត	៣-៥-១៥
ភាគ		៣-៥-១៦
កំណត់រកកត្តាប្រឈមមុខដែលមានក្នុងអំឡុង ៤៨ ម៉ោងក្រោយសម្រាល : ក្តៅខ្លួន >៣៨ °c - មានការបង្ករោគដែលត្រូវបានព្យាបាលដោយ antibiotics បែកស្រោមទឹកភ្លោះ >១៨ម៉ោង	ប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគដោយ ពពួកបាក់តេរី	៣-៥-៥
ម្តាយដែលមានតេស្តស្វាយវិជ្ជមាន	ប្រឈមមុខនឹងឆ្លងមេរោគស្វាយពីកំណើត	៣-៥-៨

៣-៤-៤ ផ្តល់ការថែទាំបន្ថែមដល់ទារកទើបកើតដែលមានទម្ងន់តិច (<2.5kg) ឬសម្រាលមុនកំណត់ (< 37សប្តាហ៍) រួមទាំងការថែទាំបែបម្តាយកង់ហ្គូរូ

ទារកទើបកើតមានទម្ងន់តិចអាចប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់បណ្តាលឱ្យឈឺនិងស្លាប់ច្រើនជាងទារកទើបកើតមានទម្ងន់ធម្មតា ។ ទារកទើបកើតមានទម្ងន់តិចច្រើនតែមានការលំបាកក្នុងការបំបៅ កំដៅខ្លួនទាបជាងធម្មតា ពិបាកក្នុងការដកដង្ហើម និងមានបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរផ្សេងៗទៀតដូចជាការបង្ករោគក្នុងឈាម ។ ដូច្នេះតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាទាំងនេះ ។

សំគាល់ : ការរក្សាអនាម័យដៃនិងសម្ភារៈជាការចាំបាច់បំផុត

ធានាភាពកក់ក្តៅដល់ទារក :

- ប្រាកដថាបន្ទប់មានកំដៅពី២៥-២៨°c
- ប្រាកដថាបានបិទបង្អួចនិងកង្ហារនិងទ្វារដើម្បីកុំឱ្យមានខ្យល់បក់ចេញចូល
- បង្រៀនម្តាយឱ្យចេះរក្សាកំដៅដល់ទារកតូចដោយឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយតាមបែបម្តាយកង់ហ្គូរូ
- ត្រូវប្រាកដថាទារកពាក់មួកជាប់ជានិច្ច
- ដណ្តប់ភួយឱ្យម្តាយនិងទារកបន្ថែមទៀត
- បង្រៀនម្តាយឱ្យផ្លាស់ប្តូរកន្ទបឱ្យបានញឹកញាប់ដូច្នេះទារកនឹងមិនប៉ះជាមួយកន្ទបសើមឬកខ្វក់

ចំណាំ : មិនត្រូវងូតទឹកឱ្យទារកតូច ។ ជូតសម្អាតកន្លែងដែលកខ្វក់ ។

ការថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ : ជួយដល់ការរក្សាទារកឱ្យមានភាពកក់ក្តៅ ដកដង្ហើមបានល្អ បំបៅដោះតាមចំណង់ ទារកកើនទម្ងន់ មានភាពជិតស្និទ្ធជាមួយម្តាយ ទារកស៊ាំជាមួយបាក់តេរីដែលមានប្រយោជន៍របស់គ្រួសារ ។

តាមរយៈវិធីនេះសម្គាល់ឃើញថាទារកមិនសូវយំ ដេកច្រើននិងមានបញ្ហាដង្ហើមតិចតួចជាងទារកដែលមិនបានធ្វើតាមវិធីនេះ ។ ការដាក់ទារកតាមបែបម្តាយកង់ហ្គូរូបានកាន់តែច្រើនម៉ោង ទារកនឹងទទួលបានផលប្រយោជន៍កាន់តែច្រើន ។

ប្រាប់ម្តាយនិងសមាជិកគ្រួសារអំពីផលប្រយោជន៍នៃការថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ

- ដោះខោអាវទារកលើកលែងតែកន្ទប មួកនិងស្រោមជើង
- ដាក់ទារកក្នុងស្ថានភាពបញ្ឈរ ដោយស្បែកប៉ះស្បែកនៅចន្លោះដោះម្តាយ
- ត្រូវប្រាកដថាជើងនិងកែងដៃច្បត់ហើយទ្រោបលើម្តាយដូចស្ថានភាពកង្កែប ហើយក្បាលនិងទ្រូងទារកស្ថិតនៅលើទ្រូងរបស់ម្តាយ ដោយដាក់ក្បាលទារកងើយបន្តិច
- រក្សាស្ថានភាពរបស់ទារកឱ្យបានល្អ ដោយយកក្រណាត់ឬប្រើក្រម៉ាឬសារ៉ុងមករុំជុំវិញខ្លួនម្តាយនិងទារក
- ត្រូវប្រាកដថាបានចងឱ្យតឹងល្មម ដែលអាចការពារទារកកុំឱ្យរអិលធ្លាក់ចុះនៅពេលម្តាយឈរ ប៉ុន្តែមិនត្រូវតឹងពេកដែលមិនអាចឱ្យទារកធ្វើចលនាបានឬដកដង្ហើមបានស្រួល
- ពន្យល់ម្តាយថាគាត់អាចដាក់ទារកក្នុងស្ថានភាពបែបនេះទាំងថ្ងៃទាំងយប់កាន់តែប្រសើរ ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន
- ប្រាប់ម្តាយថា ការធ្វើរយៈពេលខ្លីក៏មានផលប្រយោជន៍ដែរ ប៉ុន្តែបើធ្វើបានយូរកាន់តែប្រសើរ
- ម្តាយត្រូវព្យាយាមបំបៅកូនដោយទឹកដោះ នៅពេលដែលទារកចង់រកបៅ
- បើទារកជញ្ជក់មិនសូវមានប្រសិទ្ធភាព ត្រូវធ្វើបង្ហាញឬប្រាប់ម្តាយពីស្ថានភាពត្រឹមត្រូវនិង ការបៅបានផ្តិបល្អ(មិនត្រូវប៉ះទារកឬម្តាយទេ) ។

សកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់ម្តាយ បញ្ជាក់ប្រាប់ម្តាយ :

- ត្រូវលាងដៃឱ្យបានញឹកញាប់និងថែរក្សាទារកឱ្យស្អាតជានិច្ច
- ផ្តល់តែទឹកដោះមួយមុខគត់ ចំណីនិងជាតិទឹកផ្សេងទៀតបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ទារក
- មិនត្រូវគ្របឬលាបអ្វីលើផ្ចិតទារកឡើយ ហើយត្រូវរក្សាទារកឆ្ងាយពីក្មេងនិងមនុស្សចាស់ដែលឈឺ
- អាចធ្វើអ្វីៗដែលគាត់ចង់ធ្វើដូចជា ឈរ ដើរ អង្គុយ ឬដេកបាន
- ត្រូវជ្រើសរើសស្ថានភាពដេកដែលងាយស្រួលនៅពេលប្រើវិធីថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ
- ត្រូវលើកទឹកចិត្តសមាជិកក្នុងគ្រួសាររាប់ទាំងឪពុកក៏អាចធ្វើវិធីថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូបានដែរ ។

ការចិញ្ចឹមទារក

- ផ្តល់ការគាំទ្រពិសេសក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ
  - លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅកូនតាមចំណង់ ។ ចំណាំថាក្រោយពេលកើតទារកទាំងអស់ស្រកទម្ងន់ ។ ទម្ងន់កូននឹងមកដូចពេលកើតនៅថ្ងៃទី៧ទៅថ្ងៃទី១០ ។
  - វាយតម្លៃការបំបៅដោះជារៀងរាល់ថ្ងៃ : ការបៅបានផ្ទឹប ការជញ្ជក់ រយៈពេលនិងចំនួនដងនៃការបៅ ការពេញចិត្តរបស់ទារកក្នុងការបៅ ។ កត់ត្រាពេលវេលានិងរយៈពេលនៃការបៅម្តងៗ ។
  - ថ្លឹងទារករាល់ថ្ងៃនិងវាយតម្លៃ
- បើទារកជញ្ជក់មិនសូវមានប្រសិទ្ធភាព ត្រូវធ្វើបង្ហាញឬប្រាប់ម្តាយពីស្ថានភាពត្រឹមត្រូវនិងការបៅបានផ្ទឹបល្អ(មិនត្រូវប៉ះទារកឬម្តាយទេ)
- ពិនិត្យមើលរៀងរាល់ពេលបំបៅដោះនិងផ្តល់យោបល់កែលំអបើចាំបាច់
- បើក្រោយពីការប្រឹងប្រែងរបស់ម្តាយនិងបុគ្គលិកពេទ្យ ទារកនៅតែជញ្ជក់មិនមានប្រសិទ្ធភាព :
  - ○ បង្រៀនម្តាយឱ្យច្របាច់ទឹកដោះដោយពែង ស្លាបព្រា ឬសឺរ៉ាំងឬទុយោក្រពះ(ទំព័រ ៣១៧) និងកត់ត្រាបរិមាណដែលផ្តល់ ។ បន្តការផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់រហូតទារកអាចជញ្ជក់បានល្អ
  - ○ នៅពេលដែលទារកអាចជញ្ជក់បានល្អភ្លាម ម្តាយអាចចាប់ផ្តើមបំបៅដោះកូន
  - ○ នៅពេលកំពុងផ្តល់ទឹកដោះតាមទុយោក្រពះ ក៏ត្រូវព្យាយាមដាក់ដោះឱ្យទារកបៅ លើកលែងតែស្ថានភាពទារកមិនទាន់មានលំនឹង ។

ការតាមដាន : វាយតម្លៃនិងកត់ត្រាការរកឃើញផ្សេងៗ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ

- វាយតម្លៃការដកដង្ហើម(ទារកគួរតែនៅស្ងៀមនិងមិនយំ)
  - ○ រាប់ចង្វាក់ដង្ហើម ។ រាប់ម្តងទៀតបើចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៦០ឬតិចជាង៣០
  - ○ ស្តាប់រកសូរដង្ហក់
  - ○ មើលរកភាពផតនៃទ្រូង
  - ○ សួរពីប្រវត្តិនៃការបាត់ដង្ហើម(ឈប់ដកដង្ហើមលើសពី២០វិនាទី)

ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយខាងលើ បញ្ជាក់ថាទារកពិបាកដកដង្ហើម(ទំព័រ ១៨៣)

- ស្ទង់កំដៅ
    - ជំរុញឱ្យដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកដើម្បីរក្សាកំដៅឱ្យស្ថិតក្នុងកំរិតធម្មតា (៣៦.៥-៣៧.៥ºc)
    - បើមានការពិបាករក្សាកំដៅខ្លួនរបស់ទារកនៅក្នុងកំរិតធម្មតាសូមមើលផ្នែកព-៥-២)
- ពិនិត្យរកខាន់លឿងបើមាន (ទំព័រ ២១៨)

ការថែទាំចំពោះទារកដែលមានផលវិបាក :

ប្រសិនបើក្រោយពីការព្យាយាមធ្វើដូចខាងលើទារកនៅតែបៅមិនបានល្អឬទារកមានសុខភាពមិនល្អ បញ្ជូនទារកនិងម្តាយទៅមន្ទីរពេទ្យឬទៅផ្នែកដែលមានសមត្ថភាពថែទាំ ទារកមានទម្ងន់តិចឬកើតមិនគ្រប់ខែ។ រក្សាការដាក់ទារកឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយដោយផ្ទាល់។

ល័ក្ខខ័ណ្ឌដែលអាចឱ្យចេញទៅផ្ទះ : ឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះនៅពេលដែល :

- ការបំបៅបានល្អ
- ម្តាយមានទំនុកចិត្តនិងអាចថែទាំទារកបាន
- ម្តាយមិនមានបារម្ភពីសុខភាពរបស់ទារក
- ប្រសិនបើម្តាយនិងទារកមិនអាចសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបាន ត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីទទួលបានការពិនិត្យជារៀងរាល់ថ្ងៃ
- បង្រៀនម្តាយឱ្យស្គាល់ពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ : ទ្រូងផតខ្លាំងនៅពេលដកដង្ហើមចូល ដង្ហើមញាប់ លើសពី៦០ដងក្នុង១នាទី) ដង្ហើមយឺត (តិចជាង៣០ដងក្នុង១នាទី) ថយចុះចលនា ប្រកាច់ ពិបាកបៅ ឬទារកត្រជាក់ខ្លួនពេកឬក្តៅពេក
- ប្រាកដថាម្តាយមានទំនុកចិត្តនឹងបន្តការថែទាំទារកបែបកង់ហ្គូរូនៅផ្ទះ
- បើទម្ងន់ពេលកើត <១៥០០ក្រាមទារកត្រូវ :
    - ឡើងទម្ងន់៣ថ្ងៃបន្តបន្ទាប់
    - កំដៅខ្លួននៅចន្លោះ៣៦.៥ និង៣៧.៥ºc បីថ្ងៃបន្តបន្ទាប់

ការតាមដានបន្ត :

- ប្រាប់ម្តាយឱ្យត្រឡប់មកមន្ទីរពេទ្យវិញបើទារកបៅមិនបានល្អ ឬបើមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ណាមួយ (ទំព័រ ១៧២)

- ជួបជាមួយម្តាយ (នៅផ្ទះឬនៅមន្ទីរពេទ្យ) ពីរដងក្នុង១សប្តាហ៍រហូតទារកទម្ងន់បាន២,៥គ.ក្រ
- ផ្តល់ដំបូន្មានពីការថែទាំទារកមុនចេញទៅផ្ទះ ។

៣-៤-៥ ការផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយពីការថែទាំទារកក្រោយពេលចេញទៅផ្ទះ

ផ្តល់ភាពកក់ក្តៅ :

ពន្យល់ទៅម្តាយថាការរក្សាភាពកក់ក្តៅដល់ទារកគឺជាការចាំបាច់ដើម្បីឱ្យទារកមានសុខភាពល្អ ទារកទើបកើតត្រូវការសំលៀកបំពាក់/ក្រណាត់រុំមួយជាន់ទៀតលើសពីក្មេងធំឬមនុស្សចាស់ :

- ការដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកអាចធ្វើបានទៅតាមចិត្តចង់ហើយវាជួយដល់ម្តាយនិងទារក ។ ជាការចាំបាច់ក្នុងការផ្តល់ភាពកក់ក្តៅដល់ទារកដែលមានខ្លួនត្រជាក់ពេលម្តាយស្ទាប ។ ប្រសិនបើមិនអាចដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកផ្ទាល់ត្រូវស្លៀកពាក់ ឬរុំទារកដោយក្រណាត់ស្ងួត ។
  គ្រប់ទារកទាំងអស់ត្រូវពាក់មួករយៈពេល ២-៣អាទិត្យក្រោយកើតជាពិសេសចំពោះទារកតូច ។
- ត្រូវរក្សាទារកឱ្យនៅជាមួយម្តាយទាំងយប់ទាំងថ្ងៃ ។ ប្រសិនជាម្តាយនិងទារកត្រូវតែបំបែកពីគ្នា (ឧទាហរណ៍ ម្តាយឈឺ) អាចដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែកផ្ទាល់ជាមួយសមាជិកគ្រួសារ ឬប្រាកដថាទារកត្រូវបានស្លៀកពាក់ឬរុំឱ្យជិតល្អនិងដណ្តប់ភួយ ។
- រក្សាកំដៅនៅក្នុងបន្ទប់និងមិនឱ្យមានខ្យល់បក់
- មិនត្រូវដាក់ទារកនៅលើកន្លែងត្រជាក់និងនៅលើផ្ទៃ/ក្រណាត់សើម
- មិនត្រូវចងរឹតទារក (ចងរុំតឹងពេក) ដែលធ្វើឱ្យទារកត្រជាក់ទៅវិញ
- មិនត្រូវដាក់ទារកឱ្យប៉ះផ្ទាល់នឹងពន្លឺព្រះអាទិត្យទេ ។

ការថែទាំផ្ចិតទារក :

- មិនត្រូវប៉ះពាល់រុំជុំវិញទងផ្ចិតនិងពោះឬដាក់ឬលាបអ្វីនៅលើទងផ្ចិត
- គ្របទងផ្ចិតទារកដោយក្រណាត់ស្អាតហើយស្ងួត
- បើទងផ្ចិតមានប្រឡាក់លាងជាមួយទឹកស្អាតនិងសាប៊ូហើយជូតសម្ងួតជាមួយក្រណាត់ស្អាត
- បើផ្ចិតមានហូរឈាម ឡើងពណ៌ក្រហម មានហូរខ្ទុះ យកទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ។

ការដេក :

- ដាក់មុងទាំងពេលថ្ងៃនិងពេលយប់នៅពេលទារកដេកប្រសិនបើទារកមិនដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកម្ដាយ
- ឱ្យទារកដេកផ្ងាឬដេកផ្ទៀង
- រក្សាទារកឱ្យឆ្ងាយពីផ្សែងឬឱ្យឆ្ងាយពីអ្នកជក់បារី
- រក្សាទារកឱ្យឆ្ងាយពីក្មេងនិងមនុស្សចាស់ដែលមានជំងឺ។

អនាម័យ :

- មិនត្រូវងូតទឹកឱ្យទារកក្នុង២៤ម៉ោងនៃកំណើត
- ប្រសិនបើត្រូវលាងសម្អាតត្រូវប្រើទឹកក្ដៅឧណ្ហៗដើម្បីសម្អាតមុខ ក ក្រោមក្លៀក ជាប្រចាំរាល់ថ្ងៃ
- ជូតសម្ងួតទារកនិងដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកដោយផ្ទាល់ជាមួយម្ដាយឬស្លៀកពាក់ឱ្យទារក។

សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ :

*ផ្ដល់ដំបូន្មានដល់ម្ដាយឱ្យនាំទារក**ទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាបន្ទាន់** ទោះបីថ្ងៃឬយប់ដោយមិនត្រូវពន្យារពេល បើឃើញមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ទាំងឡាយដូចខាងក្រោម :*

- ពិបាកបៅឬបៅតិចជាង៨ដងក្នុង១ថ្ងៃក្នុងសប្ដាហ៍ដំបូង
- ទារកមានចលនាតែពេលដែលរំញោច
- កំដៅខ្លួនតិចជាង៣៥,៥°c
- កំដៅខ្លួនច្រើនជាង៣៧,៥°c
- ចង្វាក់ដង្ហើមច្រើនជាងឬស្មើ៦០ដងក្នុង១នាទី
- ទ្រូងផតខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល
- ធ្លាប់មានប្រកាច់
- មានខ្ទុះចេញពីភ្នែក
- មានពងទឹកនៅស្បែក
- ទងផ្ចិតមានហូរឈាម ឡើងក្រហមឬហូរខ្ទុះ។

ការពិនិត្យជាប្រចាំ ៖

ម្តាយត្រូវយកកូនមកទទួលការពិនិត្យជាប្រចាំក្រោយកើតដើម្បីទទួលនូវថ្នាំបង្ការ៖ រលាកថ្លើមប្រភេទបេ របេង គ្រុនស្វិតដៃជើង ខាន់ស្លាក់ ក្អកមាន់ តេតាណូស កញ្ជ្រិល ផ្តាសាយ និង រលាកខួរក្បាលបើមាន។ ក្រៅពីនេះទារកទទួលបាននូវការតាមដាននិងវាយតម្លៃពីការវិវត្តន៍របស់ទារក។

- ពិនិត្យលើកទី ១ ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោងក្រោយកើត
- ពិនិត្យលើកទី ២ ក្នុងសប្តាហ៍ទី១ បើអាចធ្វើបានត្រូវធ្វើថ្ងៃទី២ឬទី៣ ក្រោយកើត
- ពិនិត្យលើកទី ៣ ក្នុងរយៈពេល ៦សប្តាហ៍
- ការតាមដានបន្ត ពេលទារកអាយុបាន ១០សប្តាហ៍ ១៤សប្តាហ៍ និង ៩ខែ
  បើទារកមានបញ្ហាណាមួយត្រូវតាមដានបន្ថែម។

៣-៩ ការគ្រប់គ្រងបញ្ហានានារបស់ទារកទើបកើត

៣-៩-១ ដកដង្ហើមពិបាក

ទារកដែលពិបាកដកដង្ហើមមានសញ្ញាមួយឬច្រើនដូចតទៅ ៖ ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៦០ឬតិចជាង ៣០ដង្ហើមក្នុង១នាទី ទ្រូងផតពេលដកដង្ហើមចូល ស្រែកថ្ងូរ ឬបាត់ដង្ហើម(មិនដកដង្ហើមលើសពី២០វិនាទី)។

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

វាយតម្លៃនិងព្យាបាលទារកដែលមានការពិបាកដកដង្ហើមដូចខាងក្រោម បើមិនមានលទ្ធភាពព្យាបាលទេ ត្រូវព្យាយាមផ្តល់ការព្យាបាលទូទៅរួចបញ្ជូនទារកភ្លាមៗទៅកន្លែងដែលមានការព្យាបាលសមស្រប។

ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការពិបាកដកដង្ហើម
ការព្យាបាលទូទៅ :
• ផ្ដល់អុកស៊ីសែនក្នុងកំរិតមធ្យម (0,5 ទៅ១លីត្រក្នុង១នាទី) ហើយត្រូវវាស់កំរិតអុកស៊ីសែននៅក្នុងឈាមដោយប្រើប្រដាប់វាស់កំរិត (Oximeter) ។ រក្សាកំរិតអុស៊ីសែនក្នុងឈាម៨៨%ទៅ៩២% ចំពោះទារកទំងន់តិចនិង ៩៥-៩៧% ចំពោះទារកគ្រប់ខែ ។
• បើចង្វាក់ដង្ហើមរបស់ទារកមានចំនួនតិចជាង៣០ក្នុង១នាទិ ត្រូវតាមដានយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន
• បើចង្វាក់ដង្ហើមរបស់ទារកមានចំនួនតិចជាង២០ក្នុង១នាទិត្រូវសង្គ្រោះដោយប្រើបាល់ឡុងនិង ម៉ាស់ (ទំព័រ ១០៩)
• បើទារកបាត់ដង្ហើម ត្រូវរំញោចឱ្យដកដង្ហើមដោយត្រដុសខ្នងទារករយៈពេល១០វិនាទី
• បើទារកនៅតែមិនដកដង្ហើម ត្រូវសង្គ្រោះទារកដោយប្រើបាល់ឡុងនិងម៉ាស់
• បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកមានលើសពី៦០ដងក្នុង១នាទី ហើយទារកនៅមានសភាពស្វាយ (ទោះបីជាបានទទួលអុកស៊ីសែន ក្នុងកំរិតខ្លាំងហើយក៏ដោយ) ត្រូវសង្ស័យថាមានជំងឺបេះដូងពីកំណើត

ពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ :

- ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៩០ដងក្នុង១នាទីនិង
- ថ្ងូរឬទ្រូងផតពេលដកដង្ហើមចូល ។

ការគ្រប់គ្រង :

- ស៊កទុយោក្រពះដើម្បីឱ្យបង្ហូរខ្យល់និងទឹកចេញឱ្យអស់ដោយទុកចុងទុយោចំហដើម្បីសម្រួលដល់ការបង្ហូរចេញ
- ព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម :
  - ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃដើម្បីរក្សាជាតិទឹកដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់នៃទារក (ទំព័រ ៣៣៩)
  - បូមយកឈាមដើម្បីបណ្ដុះមេរោគ
  - បើទារកមានប្រកាច់ Opisthotonos ឬប៉ោងបង្ហើយមុខត្រូវសង្ស័យថារលាកស្រោមខួរ ។
  - ព្យាបាលការប្រកាច់ បើមាន(ទំព័រ ១៨៩)

- ○ បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងនិងចាប់ផ្តើមព្យាបាលរលាកស្រោមខួរទន្ទឹមនឹងការរង់ចាំលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍
- ○ ផ្តល់ Ampicillin និង Gentamicin តាមសរសៃដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់របស់ទារក
  Ampicillin ចាក់សរសៃឬសាច់ដុំ កំរិតប្រើ100mg ក្នុង១គ.ក្រដោយបន្ថែមទឹកស្ទេរីល 2.5ml រៀងរាល់១២ម៉ោង ។
  Gentamicin ចាក់សរសៃឬសាច់ដុំ កំរិតប្រើ5mg ក្នុង១គ.ក្រ បើទារកគ្រប់ខែ 4mg ក្នុង១គ.ក្រ បើទារកមិនគ្រប់ខែ រៀងរាល់២៤ម៉ោង ។
- តាមដាននិងកត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើមនិងកំរិតអុកស៊ីសែននៅក្នុងឈាមរៀងរាល់ម៉ោងរហូតដល់ទារកលែងត្រូវការអុកស៊ីសែននិងបន្តតាមដានបន្ថែម២៤ម៉ោងទៀត ។ សង្កេតរកសញ្ញា :
  - ○ ភាពផតនៃទ្រូងឬសម្លេងថ្ងូរ
  - ○ ការបាត់ដង្ហើម
- តាមដានការឆ្លើយតបរបស់ទារកទៅនឹងការផ្តល់អុកស៊ីសែន (ដូចជាដកដង្ហើមនិងកំរិតអុកស៊ីសែនក្នុងឈាមបានប្រសើរឡើង)
- នៅពេលដែលទារកចាប់ផ្តើមប្រសើរឡើងសូមមើលការថែទាំចំពោះការពិបាកដកដង្ហើមមធ្យម
- បើដកដង្ហើមពិបាកកាន់តែខ្លាំង ឬទារកឡើងស្វាយ :
  - ○ ផ្តល់អុកស៊ីសែនដោយល្បឿនលឿនជាងមុន
  - ○ បើនៅតែមិនប្រសើរត្រូវបញ្ជូនទៅរកការថែទាំពិសេស ។

ពិបាកដកដង្ហើមមធ្យម :

- ចង្វាក់ដង្ហើមលើសពី៩០ដងក្នុង១នាទីនិងមិនមានសម្លេងថ្ងូរ ឬទ្រូងផតចូល
- ចង្វាក់ដង្ហើម៦០-៩០ក្នុង១នាទី និងមានសម្លេងថ្ងូរ ឬទ្រូងផតចូល ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល :

- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃដើម្បីរក្សាជាតិទឹកដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទម្ងន់នៃទារក

- តាមដាននិងកត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើម និងកំរិតអុកស៊ីសែននៅក្នុងឈាមរៀងរាល់ម៉ោងរហូតដល់ទារកលែងត្រូវការអុកស៊ីសែននិងបន្ថែម២៤ម៉ោងទៀត ។ សង្កេតរកសញ្ញា :
    - ផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូលឬសម្លេងថ្ងូរ
    - បាត់ដង្ហើម
- បើការដកដង្ហើមពិបាកមិនប្រសើរ ឬកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរក្រោយរយៈពេល២ម៉ោងត្រូវគ្រប់គ្រង ដូចករណីពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ
- តាមដានការឆ្លើយតបរបស់ទារកទៅនឹងការផ្តល់អុកស៊ីសែន (ដូចជាការដកដង្ហើមនិងកំរិតអុកស៊ីសែនក្នុងឈាមបានប្រសើរឡើង
- នៅពេលដែលទារកចាប់ផ្តើមប្រសើរឡើងសូមមើលការថែទាំចំពោះការពិបាកដកដង្ហើមស្រាល

ចំណាំ : ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការពិបាកដកដង្ហើម (Respiratory Distress Syndrome RDS) ដែលមានចំពោះទារកមានទម្ងន់តិច ត្រូវគ្រប់គ្រងដូចខាងលើ ។ ប៉ុន្តែជាទូទៅ RDS កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរនៅ២ថ្ងៃ ដំបូងរួចចាប់ផ្តើមប្រសើរឡើង ។ បើការពិបាកដកដង្ហើមនៅតែមិនមានស្ថេរភាពក្រោយពី២ថ្ងៃត្រូវគ្រប់គ្រង ដូចការពិបាកដកដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ។

ការពិបាកដកដង្ហើមស្រាល :

- ចង្វាក់ដង្ហើមពី៦០-៩០ដងក្នុង១នាទី និង
- មិនមានសម្លេងថ្ងូរឬទ្រូងផតចូល

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល :

- ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះ
- តាមដាននិងកត់ត្រាចង្វាក់ដង្ហើមនិងកំរិតអុកស៊ីសែននៅក្នុងឈាមរៀងរាល់ម៉ោង រហូតដល់ទារកលែងត្រូវការអុកស៊ីសែននិងបន្តតាមដានបន្ថែម២៤ម៉ោងទៀត ។ សង្កេតរកសញ្ញា :
    - ភាពផតនៃទ្រូងឬសម្លេងថ្ងូរ
    - ការបាត់ដង្ហើម
- តាមដានការឆ្លើយតបរបស់ទារកទៅនឹងការផ្តល់អុកស៊ីសែន (ដូចជាដកដង្ហើមនិងកំរិត អុកស៊ីសែនក្នុងឈាមបានប្រសើរឡើង)

- នៅពេលដែលមិនត្រូវការផ្តល់អុកស៊ីសែនលើកទឹកចិត្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ បើទារកមិនអាចបៅបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ (ទំព័រ ៣១៦)
- បើក្រោយពីការបញ្ឈប់ផ្តល់អុកស៊ីសែន អណ្តាតនិងបបូរមាត់ទារកនៅរក្សាពណ៌ផ្កាឈូកយ៉ាង តិចរយៈពេល២ថ្ងៃ មិនមានពិបាកដកដង្ហើម ទារកបៅបានល្អ និងមិនមានបញ្ហាអ្វីផ្សេងទៀត ទេឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។

៣-៥-២ កំដៅខ្លួនចុះទាប (<36.5◦c)ឬកំដៅខ្លួនខ្ពស់ (>38◦c)

ទារកដែលមានកំដៅខ្លួនទាបទាំងអស់ ត្រូវនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យយ៉ាងតិច២៤ម៉ោងទាំងម្តាយនិងទារក ។

កំដៅខ្លួនទាប (35-36.4◦c)

- ត្រូវយកកន្ទែងត្រជាក់ឬសើមចេញបើមាន
- ម្តាយត្រូវផ្តល់កំដៅឱ្យកូនដោយដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកដោយផ្ទាល់
  បើទារកមិនមានបញ្ហាអ្វីផ្សេងទៀតទេ ។ឪពុកអាចជំនួសម្តាយបានបើម្តាយមិននៅ ។ជំរើសមួយទៀត ទារកត្រូវស្លៀកពាក់ឱ្យបានកក់ក្តៅព្រមទាំងពាក់មួកនិងដណ្តប់ភួយ ។
- លើកទឹកចិត្តមាយឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយឱ្យបានញឹកញាប់ ។ បើទារកពិបាកបៅត្រូវជួយទារក (ទំព័រ ១៧២)
- បើកំដៅខ្លួនមិនឡើងក្រោយ២ម៉ោងនៃការវាយតម្លៃ នោះទារកចូលក្នុងករណីកំដៅខ្លួនទាបមធ្យម ។

កំដៅខ្លួនទាបមធ្យម (32-34.9◦c)

ព្យាបាលដូចករណីកំដៅខ្លួនទាប ប៉ុន្តែបន្ថែម :

- ស្ទង់កំដៅទារករៀងរាល់ម៉ោងរយៈពេល៣ម៉ោង ។ បើកំដៅទារកកើនឡើងយ៉ាងតិច០,៥ ◦c ក្នុង ១ម៉ោង ក្នុងរយៈពេល៣ម៉ោងចុងក្រោយ បានន័យថាការផ្តល់ភាពកក់ក្តៅបានជោគជ័យ បន្តស្ទង់កំដៅទារករៀងរាល់២ម៉ោងម្តង ។ បើកំដៅខ្លួនមិនឡើងឬឡើងយឺតជាង០,៥◦cក្នុង១ម៉ោងត្រូវរកមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម(ឧ.បៅតិចតួច ក្អួត ពិបាកដកដង្ហើម) ។ បន្ថែមពីលើនេះទៀតត្រូវគិតអំពីការផ្តល់ភាពកក់ក្តៅដល់ទារកដោយប្រើអំពូលកំដៅបើមាន ។

- នៅពេលដែលកំដៅទារកធម្មតាត្រូវស្ទង់មើលរៀងរាល់៣ម៉ោងម្តងរយៈពេល១២ម៉ោង ។ បើកំដៅនៅតែស្ថិតនៅក្នុងកំរិតធម្មតាបញ្ឈប់ការស្ទង់កំដៅ ។
- បើកំដៅខ្លួនទារកធ្លាក់ចុះមកតិចជាង៣២◦c ត្រូវគ្រប់គ្រងតាមករណីកំដៅខ្លួនទាបខ្លាំង ។

កំដៅខ្លួនទាបខ្លាំង (<32◦c)

- ត្រូវអនុវត្តវិធានការណ៍ដែលបានរៀបរាប់ដូចករណីកំដៅខ្លួនទាបល្មម ប៉ុន្តែបន្ថែម :
- បើមានត្រូវផ្តល់កំដៅដល់ទារកភ្លាមដោយប្រើគ្រែកំដៅដែលបានបើកទុកហើយ(pre-warmed radiant warmer
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ ១៩៨)
- សង្កេតរកសញ្ញាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដូចជា ចង្វាក់ដង្ហើមតិចជាង២០ដងក្នុង១នាទី ដង្ហក់ មិនដកដង្ហើម ឬស្លក់) ។ បើមានសញ្ញាណាមួយត្រូវចាប់ផ្តើមធ្វើការសង្គ្រោះ ។ បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកលើស ពី៦០ដងក្នុង១នាទី ឬទារកមានទ្រូងផតៈពេលដកដង្ហើមចូល ឬថ្ងូរពេលដកដង្ហើមចេញត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលការដកដង្ហើមពិបាក (ទំព័រ១៨៣)
- បញ្ជូនទារកជាបន្ទាន់ទៅកន្លែងថែទាំពិសេស ។

កំដៅខ្លួនក្តៅ(>38◦c)

មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំបញ្ចុះកំដៅដើម្បីបញ្ចុះកំដៅខ្លួនទារកទេ

- បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកលើសពី៦០ដងក្នុង១នាទីឬមានទ្រូងផតពេលដកដង្ហើមចូលឬសម្លេងថ្ងូរពេលដកដង្ហើមចេញត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលការដកដង្ហើមពិបាក (ទំព័រ១៨៣)
- បើកំដៅខ្លួនក្តៅដោយសារការផ្តល់កំដៅជ្រុលដោយប្រើអំពូលកំដៅឬកែវចិញ្ចឹម :
  - ត្រូវបន្ថយកំដៅ ។ បើទារកនៅក្នុងកែវចិញ្ចឹមបន្ថយកំដៅខ្យល់ក្នុងកែវចិញ្ចឹមរហូតដល់កំដៅខ្លួនទារកស្ថិតនៅក្នុងកំរិតធម្មតា
  - ដោះសម្លៀកបំពាក់ទារកចេញទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះរយៈ១០នាទីរួចស្លៀកពាក់និងគ្របឱ្យទារក

- សង្កេតរកមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម(ឧ.ចៅតិចតួច ក្អួត ពិបាកដកដង្ហើម) និងសង្កេតមើលម្តងទៀតនៅពេលដែលកំដៅខ្លួនទារកស្ថិតក្នុងកំរិតធម្មតា
- ស្ទង់កំដៅនៅក្នុងកែវចិញ្ចឹម ឬនៅក្រោមអំពូលកំដៅរាល់ម៉ោងនិងកែតម្រូវកំដៅឱ្យបានសមស្រប
- ពិនិត្យមើលការថែទាំដើម្បីប្រាកដថាមិនមានបញ្ហាណាមួយកើតទៀតទេ
- ផ្តល់ការគ្រប់គ្រងបន្តករណីកំដៅខ្លួនក្តៅ
- បើកំដៅខ្លួនក្តៅដោយសារទារកស្ថិតនៅក្នុងបរិយាកាសដែលក្តៅឬប៉ះនឹងពន្លឺថ្ងៃ :
    - ត្រូវដាក់ទារកនៅក្នុងបរិយាកាសសីតុណ្ហភាពធម្មតា(២៥-២៨°c)
    - ដោះសម្លៀកបំពាក់ទារកចេញទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះរយៈ១០នាទីរួចស្លៀកពាក់និងគ្របឱ្យទារក
- បើកំដៅខ្លួនទារកលើសពី៣៩°c :
    - ជូត ឬងូតទឹកឱ្យទារករយៈពេល១០-១៥នាទីនៅក្នុងទឹកដែលមានសីតុណ្ហភាព៤ °c ទាបជាងកំដៅខ្លួនទារក
    - មិនត្រូវប្រើទឹកត្រជាក់ឬទឹកដែលមានសីតុណ្ហភាពទាបជាងកំដៅខ្លួនកូនលើសពី៤°c
    - ស្ទង់កំដៅខ្លួនទារករៀងរាល់ម៉ោង

បើកំដៅខ្លួនទារកនៅតែមិនធម្មតាក្រោយរយៈពេល២ម៉ោងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម និងបញ្ជូនទារកជាបន្ទាន់ទៅកន្លែងព្យាបាលពិសេស ។

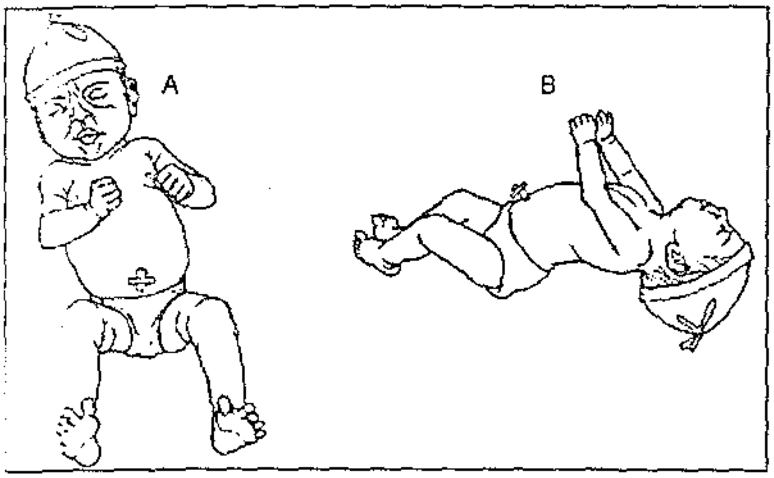
៣-៥-៣ ការប្រកាច់ឬកន្ត្រាក់ជាប់ (Convulsions or spasms)

បើទារកកំពុងប្រកាច់/កន្ត្រាក់ជាប់ ត្រូវពិនិត្យមើលដើម្បីបែងចែកឱ្យច្បាស់ (មើលតារាងខាងក្រោម)

ការបែងចែករវាងការប្រកាច់និងការកន្ត្រាក់ជាប់

បញ្ហា	ការពិនិត្យឃើញ
ការប្រកាច់ខ្លួនទាំងមូល	• ចលនាញាក់ៗនៃអវៈយវៈឬមុខ • ដៃនិងជើងបត់ឬលាតសន្ធឹង ដំណាលគ្នាទាំងសងខាង ឬមិនដំណាលគ្នា • បាត់ដង្ហើម (ដង្ហើមឈប់ដកលើសពី ២០វិនាទី)

	• ទារកអាចមិនដឹងខ្លួនឬដឹងខ្លួនមិនឆ្លើយតប
ការ[illegible]កាច់ដោយ[illegible] (Subtle convulsion)	• ភ្នែកព្រិចៗ ប្រទាញ ឬបញ្ឈរ (Repetitive blinking, eye deviation, or staring.) • ចលនាដដែលៗរបស់មាត់និងអណ្តាត • ចលនាដោយអចេតនារបស់អវៈយវៈ ដូចធាក់កង់ឬហែលទឹក • បាត់ដង្ហើម (Apnoea) • ទារកអាចដឹងខ្លួន
កន្ត្រាក់ជាប់ (Spasm)	• សាច់ដុំកន្ត្រាក់ដោយឯកឯងមានរយៈពេល ២-៣វិនាទីរហូតដល់ ២-៣ នាទី។ • ដៃក្តាប់យ៉ាងណែន • រឹងថ្គាម (Trismus) (រឹងថ្គាម មាត់ទារកមិនអាចបើកនិងបបូរមាត់ទារកឡើងក្រហូច (ដូចមាត់ត្រី) • Opisthotonos (ដងខ្លួនអែនខ្លាំង ក្បាលនិងកែងជើងបត់ទៅក្រោយ) • ការប៉ះពន្លឺ និងសំលេងធ្វើឱ្យការកន្ត្រាក់កើតមាន • ទារកដឹងខ្លួននៅពេលកំពុងកន្ត្រាក់ ហើយស្រែកយំដោយសារការឈឺចាប់



រូប A ទារកកន្ត្រាក់ជាប់នៅមុខនិងអវៈយវៈ និង រូប B opisthotonos

សំគាល់ : ត្រូវប្រាកដថាទារកប្រកាច់ឬកន្ត្រាក់ជាប់និងមិនមែនទារកញាក់ខ្លួន (jittery)

– ស្រដៀងនឹងការប្រកាច់ ញាក់ខ្លួន សំគាល់បានដោយចលនាភ្លាមៗនិងដដែលៗ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណា ទារកដែលមានញាក់ខ្លួន ចលនាទាំងនោះមានកំលាំងដូចគ្នានិងមានទិសដៅដូចគ្នា ។

– ស្រដៀងនឹងការកន្ត្រាក់ជាប់ ញាក់ខ្លួនអាចកើតមានជាប់ៗគ្នាដោយការប៉ះពាល់ឬលើកទារកឬដោយសំលេង ប៉ុន្តែជាទូទៅវាឈប់នៅពេលដែលអោបទារកជាប់នឹងទ្រូង បំបៅឬ បត់អវៈយវៈទារក (flexing the baby's limb) ។

- បើពេលនេះទារកមិនមានប្រកាច់/កន្ត្រាក់ជាប់ ត្រូវសួរអ្នកថែទាំ :
  - តើអ្នកអាចពិពណ៌នាពីចលនាមិនធម្មតាដែលទារកមាន?
  - តើចលនាទាំងនោះកើតមាន ដោយសារសំលេងឬការប៉ះពាល់?
    (សូមមើលតារាងខាងលើដើម្បីញែកភាពខុសគ្នារវាង ការប្រកាច់និងការកន្ត្រាក់ជាប់)
  - តើស្ថានភាពទារកបានចុះខ្សោយភ្លាមៗឬទេ?
  - តើមានការប្រែប្រួលលទ្ធភាពបៅរបស់ទារក (មិនអាចជញ្ជក់បាន)?
  - តើទារកប្រែជាស្លេកភ្លាមៗឬទេ?
  - តើម្តាយបានចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូសឬទេ? បើមាន តើបានចាក់ប៉ុន្មានដង? តើចាក់ចុងក្រោយនៅពេលណា?
  - តើបានដាក់ឬលាបអ្វីនៅលើទងផ្ចិតទារក? ដាក់អ្វី?
  - តើទារកមានខាន់លឿងនៅថ្ងៃទី១នៃកំណើតឬទេ? បើមានតើបានព្យាបាលឬទេ?
- វាស់គីរិតជាតិស្ករក្នុងឈាម ។បើគីរិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមតិចជាង 45mg/dl (2.6mmol/l) ព្យាបាលការចុះទាបនៃជាតិស្ករ (ទំព័រ ២២៦) ។
- កំណត់រោគវិនិច្ឆ័យដែលប្រហាក់ប្រហែល :

រោគវិនិច្ឆ័យខុសគ្នារវាងការប្រកាច់ឬការកន្ត្រាក់ជាប់

ប្រវត្តិជំងឺ	ការពិនិត្យ	ការអង្កេតឬ ការវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត	រោគវិនិច្ឆ័យ ប្រហាក់ប្រហែល
• **កើតមាននៅថ្ងៃទី១ទៅទី៣** • ម្តាយមានប្រវត្តិជំងឺទឹកនោមផ្អែម • មិនបៅសោះឬបៅតិចតួច	• ប្រកាច់ញាក់ (jitteriness)សន្លឹម ឬសន្លប់ • ទារកតូច(កើតមកតិចជាង 2.5kg ឬកើតមុន 37សប្តាហ៍) • ទារកធំ (កើតមកលើសពី 4 kg)	• *ជាតិស្ករចុះតិចជាង 45 mg/dl (2.6 mmol/l)*	កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមទាប (៣-៥-១៧)
• ម្តាយមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការតេតាណូស • មិនបៅឬបៅតិចតួច • **កើតមាននៅថ្ងៃទី៣ទៅថ្ងៃ ទី ១៤** • ការសម្រាលមិនស្អាត • ដាក់ឬលាបលើទងផ្ចិត (ឧ. លាមកសត្វ)	• កន្ត្រាក់ជាប់	• ការបង្ករោគនៅទងផ្ចិត	តេតាណូស (៣-៥-៤)
• **កើតមាននៅពេលណាក៏បាន**	• ប្រកាច់ឬសន្លប់ • *បង្ហើយមុខចំហ៉ង* • សន្លឹម	• ការបង្ករោគក្នុងឈាម	អាចរលាកស្រោមខួរត្រូវព្យាបាលការប្រកាច់ (៣-៥-៣) និងរលាកស្រោមខួរ (៣-៥-៧)

• សម្រាលពិបាកឬមានផលវិបាក (ទារកថប់ដង្ហើម) • ទារកកើតមកមិនអាចដកដង្ហើមបាន • ទារកត្រូវបានជួយសង្គ្រោះ **កើតមានក្នុង ២៤ម៉ោងនៃកំណើត**	• ប្រកាច់ឬសន្លប់ • សន្លឹមឬទន់ខ្លួន • ដកង្ហើមពិបាក • សីតុណ្ហភាពខ្លួនមិនធម្មតា • សន្លឹម (Drowsiness) ឬមិនសូវមានចលនាមួរម៉ៅ		ស្ទះដង្ហើម (Asphyxia) ឬរបួសនៅខួរក្បាល ព្យាបាលការប្រកាច់ (៣-៥-១៣) និងការថប់ដង្ហើម (៣-៥-៦)
• **កើតមាននៅថ្ងៃទី ១ ទៅថ្ងៃទី ៧** • ស្ថានភាពទារកថយចុះភ្លាមៗ • ទារកស្លេកភ្លាមៗ	• ប្រកាច់ឬសន្លប់ • ទារកតូច (កើតមកតិចជាង 2.5 kg ឬ កើតមុន 37 សប្តាហ៍) • ដកដង្ហើមពិបាកខ្លាំង		ការហូរឈាមនៅ Ventricles របស់ខួរក្បាល (Intraventricular bleeding)
• ជំងឺប៉ះពាល់ខួរក្បាល encephalopathy **កើតមាននៅថ្ងៃទី ៣ទៅថ្ងៃទី ៧** • ចេញលឿងខ្លាំង • មិនបានទទួលការព្យាបាលឬទទួលការព្យាបាលខាន់ឡើងយឺតពេល	• ប្រកាច់ • ការកន្ត្រាក់កោងខ្នង (Opisthotonos) • បៅតិចតួច ឬមិនបៅ • សន្លឹម ឬទន់ខ្លួន) (Lethargy or floppiness	• តេស្ត Cooms វិជ្ជមាន (Positive Coombs test)	ជំងឺប៉ះពាល់ខួរក្បាលដោយ Bilirubin (Bilirubin encephalopathy (kernicterus) ព្យាបាលការប្រកាច់ (៣-៥-៣) និង bilirubin encephalopathy

រោគវិនិច្ឆ័យមិនអាចធ្វើទៅបានបើមិនអាចរកឃើញនូវសញ្ញាទាំងឡាយដែលបានសសេរជិតខ្មៅ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយក៏វត្តមាននៃសញ្ញាទាំងនោះមិនប្រាកដថាជារោគវិនិច្ឆ័យត្រឹមត្រូវនោះទេ ។ រោគវិនិច្ឆ័យនឹងបញ្ជាក់ច្បាស់បើបានរកឃើញនូវសញ្ញាណាមួយដែលរៀបរាប់ជាអក្សរផ្ដេក ។ សញ្ញាដទៃទៀតខាងលើសម្រាប់ជួយបញ្ជាក់ដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ហើយអវត្តមាននៃសញ្ញាទាំងនោះក៏មិនអាចទាត់ចោលរោគវិនិច្ឆ័យបានទេ ។

គ្រប់គ្រងការប្រកាច់

- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ ដោយត្រូវរក្សាបរិមាណជាតិទឹកក្នុង១២ម៉ោងដំបូងទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក(ទំព័រ ៣៣៩) បើការប្រកាច់បណ្ដាលមកពីការថប់ដង្ហើម (asphyxia) សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំ ដូចក្នុងផ្នែក ៣-៥-៦ ។
- បើកំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមរបស់ទារកតិចជាង 45 mg/dl (2.6 mmol/l) ត្រូវប្រាកដថាទារកបានទទួលការព្យាបាលកំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមទាប ដើម្បីទាត់ចោលមូលហេតុប្រកាច់ដែលបណ្ដាលមកពីកំរិតជាតិស្ករទាបនៅក្នុងឈាម (ផ្នែក៣-៥-១៧) ។
- បើទារកកំពុងប្រកាច់ឬមានប្រកាច់ក្នុងអំឡុង១ម៉ោងចុងក្រោយត្រូវផ្ដល់ Phenobarbital 20mg/kg នៃទំងន់ទារកតាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី :
    - បើមិនទាន់មានផ្លូវចាក់តាមសរសៃត្រូវចាក់ Phenobarbital 20 mg/kg នៃទំងន់ទារកតាមសាច់ដុំ
    - បើការប្រកាច់មិនបាត់ក្នុងអំឡុងពេល៣០នាទីត្រូវផ្ដល់ Phenobarbital 10mg/kg នៃទំងន់ទារកមួយ

      ដូសទៀតដោយចាក់សរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី(ឬចាក់សាច់ដុំបើមិនមានផ្លូវចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃ) ។ ផ្ដល់ម្ដងទៀត៣០នាទីក្រោយបើចាំបាច់ ។
    - បើការប្រកាច់នៅតែបន្តឬកើតមានឡើងវិញក្នុងអំឡុងពេល៦ម៉ោងត្រូវផ្ដល់តាមសរសៃ phenytoin 20 mg/kg នៃទំងន់ទារក ដោយកត់សំគាល់ដូចតទៅ:

      - ផ្ដល់តែ phenytoin តាមសរសៃមួយមុខគត់

- លាយបរិមាណ phenytoin ទាំងអស់ដែលត្រូវផ្តល់ក្នុង normal saline ១៥ម.ល និងផ្តល់ក្នុង កំរិត 0.5ml ក្នុងមួយនាទី ផ្តល់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទី ។ ប្រើតែ normal saline មួយមុខគត់ដើម្បី ចាក់បញ្ចូល phenytoin ពីព្រោះប្រភេទសេរ៉ូមដទៃទៀតធ្វើ phenytoin កករ ។

ប្រយ័ត្ន
កុំប្រើ **diazepam** ដើម្បីគ្រប់គ្រងការប្រកាច់ ។ ការផ្តល់ **diazepam** បន្ថែមលើ **Phenobarbital** នឹងបង្កើនការប្រឈមនឹងការឈប់នៃចរន្តឈាមរត់និងការដកដង្ហើម ។

- បើទារកឡើងស្វាយ (central cyanosis) (អណ្តាតនិងបបូរមាត់ឡើងស្វាយ) ឬមានសញ្ញាផ្សេងៗទៀតឬពិបាកដកដង្ហើម ត្រូវផ្តល់ oxygen ក្នុងល្បឿនល្មម និងព្យាបាលដូចករណីពិបាកដកដង្ហើម (ផ្នែក ៣-៥-១) ។

ការព្យាបាលបន្តចំពោះទារកដែលមានប្រកាច់

- សង្កេតរកមើលការកើតមានការប្រកាច់ម្តងទៀត ជាពិសេសរក subtle convulsions (សូមមើលខាង លើ
- បើការប្រកាច់កើតមានទៀតក្នុងអំឡុង២ថ្ងៃ ផ្តល់ Phenobarbital 5 mg/kg នៃទំងន់ទារក ផ្តល់តាមមាត់ ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ទារកលែងមានប្រកាច់ក្នុងអំឡុង៧ថ្ងៃ ។
- បើការប្រកាច់កើតមានម្តងទៀតក្រោយពីរយៈពេល២ថ្ងៃដែលគ្មានប្រកាច់សោះ ត្រូវព្យាបាលដោយផ្តល់ Phenobarbital ឡើងវិញដូចបានពិពណ៌នានៅក្នុងការគ្រប់គ្រងការប្រកាច់និងផ្តល់ Phenobarbital 5 mg/kg នៃទំងន់ទារកទៀតតាមមាត់រហូតទារកមិនមានការប្រកាច់ក្នុងអំឡុង៧ថ្ងៃ ។
- បើទារកបានទទួល Phenobarbital រាល់ថ្ងៃ :
  - បន្តផ្តល់ Phenobarbital រយៈពេល៧ថ្ងៃរាប់ចាប់ពីការប្រកាច់ចុងក្រោយបង្អស់
  - នៅពេលបញ្ឈប់ការផ្តល់ Phenobarbital ត្រូវសង្កេតមើលទារកក្នុងរយៈពេល៣ថ្ងៃបន្ថែមទៀត ។
  - បន្តការចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមដោយរក្សានូវបរិមាណផ្តល់តាមអាយុនិងទំងន់ទារក (ទំព័រ ៣៣៥) បើការប្រកាច់បណ្តាលមកពីការថប់ដង្ហើមសូមមើលការណែនាំអំពីការកំណត់កំរិតជាតិទឹកដែលត្រូវផ្តល់ដូចខាងក្រោម ។

- បើស្ថានភាពទារកនឹងនត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យទារកបៅដោះ បើទារកមិនអាចបៅដោះបានត្រូវប្រើជម្រើសផ្សេងទៀតក្នុងការបំបៅ (ការច្របាច់ទឹកដោះ ការបញ្ចុកទារកដោយពែង ទុយោ និងស្លាបព្រា សូមមើលទំព័រ ៣១៦-៣១៧ ។
- ផ្តល់ការថែទាំទូទៅដល់ទារក :
  - លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបីកូន ប៉ុន្តែត្រូវចៀសវាងការរំញោចខ្លាំងដោយសំលេង និងការប៉ះពាល់ទារកច្រើនពេក ។
  - កាន់និងលើកទារកថ្នមៗដើម្បីបង្ការរបួសនៅពេលដែលសាច់ដុំទារកខ្សោយ ។ ទ្រខ្លួនទារកទាំងមូលជាពិសេសក្បាល ។
  - ពន្យល់ម្តាយថាឱសថ Phenobarbital នឹងធ្វើឱ្យទារកដេករហូតដល់ ២-៣ ថ្ងៃ ។
  - ពន្យល់ម្តាយថាបើការប្រកាច់លែងមាន ហើយទារកអាចបៅបានល្អនៅថ្ងៃទី៧នៃកំណើត ការជាសះស្បើយទាំងស្រុងអាចនឹងកើតមានចំពោះទារក ។

បើស្ថានភាពទារកមិនប្រសើរឡើងទេ (ឧ. នៅបន្តសន្លឹម ប្រកាច់ ឬមិនបៅឬបៅបានតិចតួច) ត្រូវបញ្ជូនទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានកម្រិតថែទាំខ្ពស់ជាង ។

បើទារកមិនមានប្រកាច់រយៈពេល៣ថ្ងៃក្រោយពីបញ្ឈប់ Phenobarbital ហើយម្តាយអាចបំបៅដោះកូនបាន និងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យនៅសំរាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ :

- ពិភាក្សាជាមួយម្តាយអំពីការវិវត្តន៍របស់ជំងឺនិងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះនៅពេលទារកមានបញ្ហាណាមួយនៅផ្ទះ ។
- តាមដាន១សប្តាហ៍ក្រោយ ឬអាចមុននេះបើម្តាយសំគាល់ឃើញមានបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរណាមួយ (ឧ. ពិបាកបៅឬប្រកាច់)
- ជួយម្តាយរើសយកជំរើសដ៏ប្រសើរបំផុតដើម្បីចិញ្ចឹមកូនបើទារកបៅមិនបានល្អ ។ បើទារកបៅយឺតៗ ត្រូវឱ្យម្តាយបំបៅឱ្យបានញឹកញាប់ជាងមុន ។

៣-៥-៤ តេតាណុស

ការគ្រប់គ្រង :

- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមនឹងរក្សាបរិមាណជាតិទឹកដោយផ្តល់ទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក

- ផ្តល់ diazepam 1 mg/kg នៃទំងន់ទារក ចាក់តាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៣នាទី :
- បើមិនមានផ្លូវចាក់តាមសរសៃទេ ត្រូវបញ្ចូលទុយោក្រពះនិងផ្តល់ diazepam តាមទុយោនោះ
- បើកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់ (spasms) មិនបាត់ក្នុងរយៈពេល៣០នាទីត្រូវផ្តល់ diazepam 1 mg/kg នៃទំងន់ទារកតាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៣នាទីមួយដូសទៀត ។ផ្តល់ម្តងទៀត៣០នាទីក្រោយ បើចាំបាច់ ។
- បើការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់នៅតែបន្តឬកើតឡើងវិញ ត្រូវផ្តល់បន្ថែម diazepam 1 mg/kg នៃទំងន់ទារក ចាក់តាមសរសៃយឺតៗ (ឬតាមទុយោក្រពះបើមិនមានផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃ) រៀងរាល់៦ម៉ោង ។ បើក្រោយពីបានផ្តល់ដូចខាងលើហើយការកន្ត្រាក់នៅតែបន្ត ត្រូវបញ្ជូនទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានកំរិតខ្ពស់ជាង ។

បើចង្វាក់ដង្ហើមទារកតិចជាង ៣០ដងក្នុងមួយនាទី បញ្ឈប់ការផ្តល់ diazepam **ទោះបីការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់នៅបន្តក៏ដោយ**

- បើទារកមាន central cyanosis (អណ្តាតនិងបបូរមាត់ឡើងស្វាយ) ក្រោយពីការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់ ត្រូវ ផ្តល់ oxygenក្នុងកំរិតល្មម ។ ដើម្បីផ្តល់ oxygen ត្រូវប្រើប្រអប់សម្រាប់ដាក់ក្បាលបើមាន ឬផ្តល់ oxygen ផ្ទាល់ទៅក្នុងកែវចិញ្ចឹម ។

កំណត់សំគាល់ : ការបញ្ចូល oxygen តាមម៉ាស ឬទុយោច្រមុះ (nasal prongs) អាចបណ្តាលឱ្យមានការកន្ត្រាក់ជាប់នៃសាច់ដុំ ។

- ផ្តល់ឱ្យទារកនូវ :
  - Antitetanus immunoglobulin (human) 500 units ចាក់សាច់ដុំបើមាន ឬផ្តល់ equine tetanus antitoxin 5000 units ចាក់សាច់ដុំ
  - Benzylpenicillin ចាក់សរសៃឬសាច់ដុំរយៈពេល៧ថ្ងៃ (ទំព័រ ៣២៩)
- ចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺ tetanus (tetanus toxoid) 0.5 ml ដល់ម្តាយ(ដើម្បីការពារម្តាយនិងទារកក្នុងផ្ទៃ បើនាងមានផ្ទៃពោះលើកក្រោយ) និងសុំឱ្យស្ត្រីមកទទួលដូសទី២ទៀតនៅមួយខែក្រោយ ។

- បើទងផ្ចិតទារកក្រហមហើយហើមមានហូរខ្ទុះឬមានធុំក្លិនស្អុយ ព្យាបាលការបង្ករោគនៅទងផ្ចិត (ទំព័រ ២១៧) ។

ការថែទាំទូទៅចំពោះទារកមានជំងឺគេតាល្អួស :

- ដាក់ទារកនៅក្នុងបន្ទប់ស្ងាត់និងងងឹតដើម្បីកាត់បន្ថយការរំញោចដែលមិនចាំបាច់ ប៉ុន្តែត្រូវប្រាកដថាទារកមិនត្រូវបានដាក់នៅតែឯង ឬមិនអើពើ ។
- បន្តការរក្សាកំរិតជាតិទឹកដោយផ្តល់ទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក (ទំព័រ ៣៣៩)
- ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះនៅចន្លោះការកន្ត្រាក់សាច់ដុំ ។ ចាប់ផ្តើមដោយផ្តល់ជាតិទឹកពាក់កណ្តាលនៃបរិមាណដែលត្រូវផ្តល់ដោយគិតទៅតាមអាយុនិងទំងន់បន្ថយ បន្តិចម្តងៗស្របពេលនឹងការបង្កើនបរិមាណទឹកដោះផ្តល់តាមមាត់ក្នុងរយៈពេល២ថ្ងៃ ។
- បើទារកមិនមានការកន្ត្រាក់សាច់ដុំជាប់រយៈពេល២ថ្ងៃហើយទារកបានទទួលដូសbenzylpenicillin គ្រប់ដូស រួមនឹងបៅបានល្អ និងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។

៣-៥-៥ ការបង្ករោគក្នុងឈាម

រោគវិនិច្ឆ័យការបង្ករោគក្នុងឈាមរបស់ទារកមានការលំបាកដោយសារការវិភាគជំនួយដល់រោគវិនិច្ឆ័យនានាមិនទទួលបានទាន់ពេល ហើយការពន្យារការព្យាបាលអាចបណ្តាលអោយមានសភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរឬស្លាប់ ។

៣-៥-៥-១ ទារកមានសភាពល្អ តែសង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម :

- ក្រុមទារកប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគក្នុងឈាមដែលតម្រូវអោយរកមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគនិងប្រើ antibiotic រហូតដល់ការបង្ករោគត្រូវបានទាត់ចោល ។ សញ្ញានៃការបង្ករោគទាំងនោះមាន :
    - ម្តាយគ្រុនក្តៅ >38.5° C
    - បែកស្រោមទឹកភ្លោះយូរ > ១៨ម៉ោងឬ
    - ទឹកភ្លោះដូចខ្ទុះនិងមានក្លិនស្អុយ
- អនុវត្តការថែទាំស្តង់ដារចំពោះទារកទើបកើតគ្រប់ទារកទាំងអស់ (ឧ.ការជូតសម្ងួតអោយបានសព្វ ការដាក់អោយស្បែកប៉ះស្បែកភ្លាម ពន្យារការគាបនិងកាត់ទងផ្ចិត រក្សាទារកអោយនៅជាប់ជាមួយម្តាយយ៉ាងហោចណាស់អោយបាន១ម៉ោងក្រោយសម្រាល សង្កេតរកមើលសញ្ញាទារកចង់បៅ) ។

- ទារកដែលមានសភាពល្អតែស្ថិតក្នុងក្រុមប្រឈមមុខនេះ គួររក្សានៅក្នុងបន្ទប់សម្រាលជាមួយម្តាយដែលក្នុងពេលនោះអាចមានការយកសំណាកសម្រាប់មន្ទីរពិសោធន៍ (សូមមើលតារាងខាងក្រោម)។ ហើយទាំងម្តាយនិងកូនគួរត្រូវបញ្ជូនទៅបន្ទប់សម្រាកនៅពេលសមស្រប។
- ទារកដែលមានសភាពល្អតែស្ថិតក្នុងក្រុមប្រឈមមុខនេះ គួររក្សានៅក្នុងបន្ទប់សម្រាកជាមួយម្តាយបន្តការដាក់ស្បែកប៉ះស្បែកអោយបានច្រើនម៉ោងតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន និងបន្តបំបៅដោះទៅតាមទារកត្រូវការបៅ។ ទារកដែលមានសភាពល្អ មិនត្រូវបញ្ជូនអោយសម្រាកនៅក្នុងកន្លែងថែទាំទារក (NCU)។
- ការតាមដានផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ចំពោះទារកដែលស្ថិតនៅក្នុងក្រុមប្រឈមមុខខាងលើដែលមានសភាពល្អនិងមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមគួរធ្វើឡើងក្នុង១-៣ម៉ោងនៃជីវិត។ ដោយយោងទៅតាមពិធីសារមន្ទីរពិសោធន៍និងទៅតាមសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍។

សូមមើលតារាងខាងក្រោមសម្រាប់ការយកសំណាកមន្ទីរពិសោធន៍ :

សំណាកឈាម	ពេលដែលត្រូវបូមឈាម			បរិមាណឈាម
	១-៣ ម៉ោង	២៤ម៉ោង	៤៨ម៉ោង	
ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម និង sensitivity	✓			១ ម.ល
C-reactive protein (CRP)		✓	✓	១ ម.ល
រាប់គ្រាប់ឈាមសនិងភាពខុសគ្នា (White blood cell count and differential)	✓	✓		

- **កំណត់សម្គាល់ :**

  សមត្ថភាពធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ត្រូវអនុវត្តទៅតាមកម្រិតរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដូចមានចែងនៅក្នុងគោលការណ៍សំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ (CPA). Antibiotic ដែលត្រូវផ្តល់ភ្លាមសម្រាប់ទារកទើបកើតទាំងអស់ក្រោយពីបូមយកសំណាកឈាម:

  - 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 (ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម ដែលបានធ្វើចន្លោះពីម៉ោងទី១ ទៅម៉ោងទី៣ និង C-reactive protein នៅ២៤ម៉ោងនិង៤៨ម៉ោង និងWhite blood cell count/I:T ធ្វើចន្លោះពីម៉ោង ទី១ ទៅម៉ោងទី៣និង២៤ម៉ោង) :បញ្ឈប់ការផ្តល់ Antibiotic ៤៨ម៉ោងក្រោយពីបានផ្តល់ដូសដំបូង ។

-បើមានលទ្ធផលណាមួយវិជ្ជមាននៅពេលណាមួយ: បន្ត Antibiotic អោយគ្រប់១០ថ្ងៃ (តែ ៧ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ Gentamycin) ។ ប្តូរ Antibiotic បើលទ្ធផលបណ្តុះមេរោគបង្ហាញថាស៊ាំនឹង Ampicillin ឬ Gentamycin ។

-បើការបណ្តុះមេរោគបញ្ជាក់ថាមានការបង្កភេគនៅក្នុងឈាមគួរធ្វើការបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ។

- បើមន្ទីរពិសោធន៍មិនអាចធ្វើតេស្តបានប៉ុន្តែទារកមានសភាពល្អ បន្ត Antibiotic អោយគ្រប់១០ ថ្ងៃ (តែ ៧ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ Gentamycin) ។

សំគាល់ : បើមានសញ្ញាបង្ករោគលេចឡើងនៅពេលណាមួយ ទារកត្រូវទទួលការព្យាបាល ដូចខាងក្រោម

៣-៥-៥-២ ទារកដែលសង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម

ក- សញ្ញាសង្ស័យនៃការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម

សញ្ញានៃការបង្ករោគនៅក្នុងឈាមដើម្បីវាយតម្លៃគ្រប់ទារកទាំងអស់
ទារក (ពីកើត-២៨ថ្ងៃ) នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនៅឡើយ (មិនធ្លាប់ចេញពីមន្ទីរពេទ្យសោះ)
a. ចង្វាក់ដង្ហើម ≥ 60 ដង (រាប់ក្នុង១នាទីពេញ)
b. ផតទ្រូងពេលដកដង្ហើមចូល
c. ថ្ងូរមិនបាត់ក្រោយពីបានដាក់អោយសម្រាកនិងស្បែកប៉ះស្បែកមួយរយៈ
d. កំដៅខ្លួនចុះទាប <35.0 °C (កំដៅនៅក្លៀក) ដែលមិនឆ្លើយតបទៅនឹងការផ្តល់កំដៅ
e. កំដៅខ្លួនឡើងខ្ពស់ >38.0 °C (កំដៅនៅក្លៀក)
f. កំដៅខ្លួនប្រែប្រួល (កំដៅនៅក្លៀកប្រែប្រួលទោះបីទារកស្ថិតនៅក្នុងបរិយាកាសដែលមាន សីតុណ្ហភាពមិនប្រែប្រួល)
g. បាត់ដង្ហើមម្តងៗ (ឈប់ដកដង្ហើម >20 វិនាទី)
h. ចង្វាក់បេះដូងយឺត (<100)
i. ទារកមានពណស្វាយម្តងៗ 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. ពៅបានតិចតួចឬមិនពៅសោះដែលធ្វើអោយខ្ទះជាតិកិរិតល្មម(ស្ងួតភ្នាស ការបំពេញឡើងវិញនៃសរសៃ capillary លើសពីពាវិនាទី ខូងភ្នែកឬបង្ហើយឬបាត់បង់ភាពយឺតនៃស្បែក)
r. ទារកតូច ≤ 34សប្តាហ៍ហើយកើតមកមានទឹកភ្លោះខាប់(អាចបង្ករោគដោយមេរោគ Listeria monocytogenes)
ទារក(ពីកើត-២៨ថ្ងៃ) បញ្ជូនពីសហគមន៍មកកាន់មន្ទីរពេទ្យនៅឡើយ(មិនធ្លាប់ចេញពីមន្ទីរពេទ្យសោះ)
a. មានប្រវត្តិពិបាកដកដង្ហើម
b. ធ្វើចលនាតែពេលរំញោច
c. កំដៅខ្លួន < 35.5 °C (កំដៅនៅក្លៀក)
d. កំដៅខ្លួន > 37.5 °C (កំដៅនៅក្លៀក)
e. ចង្វាក់ដង្ហើម ≥ 60
f. ផតទ្រូងខ្លាំងពេលដកដង្ហើមចូល
g. មានប្រវត្តិប្រកាច់

ខ- ការអង្កេតគ្លីនិក

១- កំរិតនៃការថែទាំ :

ការអង្កេតគ្លីនិកគួរធ្វើនៅកន្លែងដែលមានសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីធ្វើតេស្តទារក ។ បើមិនដូច្នេះត្រូវស្វែងការព្យាបាលដូចខាងក្រោមភ្លាម ។

កំណត់សម្គាល់ : សមត្ថភាពធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ត្រូវអនុវត្តទៅតាមគោលការណ៍សំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់ សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ (CPA) ។

២-សេចក្តីណែនាំ : ត្រូវធ្វើការអង្កេតគ្លីនិកចំពោះទារកដែលមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមដូចខាងលើនៅ ពេលណាមួយ ។ ដោយយោងទៅតាមពិធីសារមន្ទីរពិសោធន៍និងទៅតាមសមត្ថភាពមន្ទីរពិសោធន៍ សូមមើលតារាងខាងក្រោមសម្រាប់ការយកសំណាកមន្ទីរពិសោធន៍

សំណាកឈាម	ពេលដែលត្រូវបូមឈាម		បរិមាណឈាម
	ក្នុងអំឡុង ១ ម៉ោងនៃការចេញសញ្ញា	២៤ម៉ោង	
ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម និង sensitivity	✓		១ ម.ល
C-reactive protein (CRP)	✓	✓	១ ម.ល
រាប់គ្រាប់ឈាមសនិងភាពខុសគ្នា (White blood cell count and differential)	✓	✓	
បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង*ដើម្បីបណ្តុះមេរោគនិងរាប់គ្រាប់ឈាម ស មើល ជាតិស្ករនិងប្រូតេអ៊ីន*	✓		១ម.ល(០.៥ម.លក្នុង ១ទីប)

* បូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នងតែក្នុងករណីសង្ស័យថារលាកស្រោមខួរ(ឧ.គ្រប់ទារកដែលក្តៅខ្លួន ឬប៉ោងបង្ហើយប្រកាច់ ឬក្មេងដែលមានសញ្ញាសរសៃប្រសាទ) ឬការបង្ករោគបានបញ្ជាក់ដោយការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាមវិជ្ជមាន។

ការបូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នងមិនត្រូវធ្វើក្នុងករណីទារកសន្លប់ ការចុះខ្សោយផ្នែកស្មារតីយ៉ាងឆាប់រហ័ស parpilloedema សញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ (focal neurological signs) ប្រកាច់បន្តបន្ទាប់ compromised cardio-respiratory status មានការហូរឈាម ឬមានការបង្ករោគនៅកន្លែងដែលត្រូវចាក់ឆ្អឹងខ្នង។

គ. ការព្យាបាល

ក្រោយពីបានបូមយកសំណាកឈាម ត្រូវផ្តល់ Antibiotic ភ្លាម ឱ្យគ្រប់ទារកទាំងអស់ ដោយផ្តល់ទៅតាមអាយុទារកនិងភាពធ្ងន់ធ្ងរ/កន្លែងបង្ករោគ។

	អាយុ១ សប្តាហ៍ដំបូង	**អាយុ២-៤ សប្តាហ៍**
ការព្យាបាលជំហានដំបូង (1st line AB)	• Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង	• Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង

	▪ Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០នាទី) - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3mg /kg ប្រើតែម្តង ក្នុង១ថ្ងៃ - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg /kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	• Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០នាទី) ឬចាក់សាច់ដុំ 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក) ។
គួរប្តូរ ទៅការព្យាបាលជំហានទី២ បើទារកកំពុងបានព្យាបាលជំហានដំបូង ហើយសញ្ញាគ្លីនិកមិនបាន ប្រសើរឡើងក្រោយ៤៨ម៉ោងនៃ ការព្យាបាលឬដែលការបណ្តុះមេរោគបង្ហាញថាមានភាពស៊ាំនឹង Ampicillin ឬ Gentamicin		
ការព្យាបាលជំហានទី២ (2nd line AB)	បន្ថែម: Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់២៤ម៉ោង	
ក្នុងករណីមានការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរចំពោះទារកដោយមានប៉ះពាល់ដល់សរីរាង្គច្រើន(ឧ.វិបត្តិផ្លូវដង្ហើម ចាត់ដង្ហើម បញ្ហោចរន្តឈាមរត់ ប្រកាច់ ប៉ោងបង្ហើយ)	▪ Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង ▪ Ampicillin IV 100 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង ▪ Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០នាទី) ឬចាក់សាច់ដុំ : - 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 ៨ម៉ោង រួមនឹង ▪ Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ(៣០នាទី) 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង ១ថ្ងៃ (ដោយ មិនគិតពីទម្ងន់ទារក)
រលាកស្រោមខួរ	▪ Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង ▪ Ampicillin IV 100 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង រួមនឹង ▪ Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ	▪ Ceftriaxone IV 50 mg/kg រៀងរាល់១២ម៉ោងរួមនឹង ▪ Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង រួមនឹង ▪ Gentamicin ចាក់សរសៃ

	(៣០នាទី) ឬចាក់សាច់ដុំ : - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	យឺតៗ (៣០នាទី) 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក) រយៈពេលព្យាបាលគួរបន្តអោយបានពាសប្តាហ៍ ។
បើស្បែកមានពងទឹក>10	▪ Cloxacillin ចាក់សរសៃ រយៈពេល ១០ថ្ងៃ : 50 mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង ▪ Gentamycin : - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ	▪ Cloxacillin ចាក់សរសៃ រយៈពេល ១០ថ្ងៃ : 50 mg/kg រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង ▪ Gentamicin ចាក់សាច់ដុំ/ចាក់សរសៃ 7.5 mg/kg ប្រើតែ ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក)
Necrotizing Enterocolitis	▪ Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ១២ម៉ោង ▪ Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០នាទី) - ទារកទម្ងន់ < 2.500 kg: 3 mg/kg ប្រើតែម្តង ក្នុង១ថ្ងៃ - ទារកទម្ងន់ ≥ 2.500 kg: 5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ថ្ងៃ ▪ Metronidazole 7.5 mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង ចាក់សរសៃ	• Ampicillin IV 50 mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង • Gentamicin ចាក់សរសៃយឺតៗ (៣០នាទី) ឬចាក់សាច់ដុំ 7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង១ ថ្ងៃ (ដោយមិនគិតពីទម្ងន់ទារក) • Metronidazole 7.5 mg/kg រៀងរាល់ ៨ម៉ោង ចាក់សរសៃ

➢ ការបកស្រាយលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ :

សំណាកឈាម	**លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍**	
	វិជ្ជមាន	**អវិជ្ជមាន**
ការបណ្ដុះរកមេរោគក្នុងឈាម 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) ដើម្បីបណ្ដុះមេរោគ ឬ Gram Stain រាប់គ្រាប់ឈាមស (WBCs) ទារកអាយុ <7 ថ្ងៃ ទារកអាយុ ≥7 ថ្ងៃ ប្រូតេអ៊ីន ក្លុយកូស	វិជ្ជមាន ≥20/mm ≥10/mm >0.4 g/L <1.5 mmol/L	អវិជ្ជមាន <20/mm <10/mm ≤0.4 g/L ≥1.5 mmol/L

ការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាល :

- សង្កេតមើលទារករកសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមផ្សេងៗទៀត វាយតម្លៃទារកឡើងវិញរៀងរាល់ ២ម៉ោងម្ដងអោយបាន១២ម៉ោង បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមណា មួយបន្ថែមទៀតលេច ឡើងនៅពេលណាមួយក្នុងអំឡុងពេលសង្កេតតាមដាន ព្យាបាល សញ្ញានោះទៅតាមពិធីសារជាក់លាក់របស់សញ្ញាទាំងនោះ ។
- បើសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមដែលបានមានពីដំបូងបានប្រសើរឡើងក្នុងអំឡុងពេលសង្កេតតាមដាន ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃទារករៀងរាល់៤ម៉ោងម្ដងអោយបាន២៤ម៉ោងបន្ថែមទៀត ។ ក្រោយពី១២ម៉ោងនៃការព្យាបាលដោយ Antibiotic ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពទារកចាប់ផ្ដើម

ប្រសើរឡើង ត្រូវអោយទារកបៅដោះម្តាយ ។ បើទារកមិនអាច បៅដោះម្តាយបានត្រូវជ្រើសរើស វិធីផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដែលបានច្របាច់រូចដូចទំព័រ ៣១៦-៣១៨។

- បើគ្រប់លទ្ធផលទាំងអស់អវិជ្ជមាន (ការបណ្តុះរកមេរោគក្នុងឈាម C-reactive protein White blood cell count/I:T) ហើយលែងមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុង ឈាមទាំងអស់ : **បញ្ឈប់ការផ្តល់** Antibiotic **ភ្លាម**
- បើមានលទ្ធផលណាមួយវិជ្ជមាននៅពេលណាមួយ ឬសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាមនៅមាន (ដោយមិនគិតពីលទ្ធផលតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍) ឬមិនបានធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍: បន្ត Antibiotic អោយគ្រប់១០ថ្ងៃ ។ ប្តូរ Antibioticដោយប្រើ Ceftriaxoneបើលទ្ធផលបណ្តុះមេរោគបង្ហាញ ថាស៊ាំនឹង Ampicillin ឬ Gentamycin និងប្រើអោយបាន១០ថ្ងៃ។
- ព្យាបាលសញ្ញាទាំងអស់នៃការបង្ករោគក្នុងឈាមទៅតាមពិធិសារជាក់លាក់និមួយៗ ។

៣-៥-៦ ទារកថប់ដង្ហើម

សង្ស័យថាទារកថប់ដង្ហើមបើ :

- ប៉ាតូក្រាហ្វបង្ហាញថាទារកក្នុងផ្ទៃថប់ដង្ហើម
- ការឈឺពោះនិងឬការសម្រាលយូរ មានផលវិបាកនិងការសម្រាលពិបាក
- ស្ថានភាពទារកពេលកើតមិនល្អ ពណ៌មិនល្អ (ស្វាយ ស្លេកឬ ពណ៌ស)
- ចង្វាក់បេះដូងយឺត (ចង្វាក់បេះដូង <១០០ដង.នាទី)
- បាត់ដង្ហើមម្តងៗ (លើសពី២០វិនាទី)
- 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 :

- បើការប្រកាច់កើតមានត្រូវព្យាបាលភ្លាមដោយឱសថប្រឆាំងការប្រកាច់និងព្យាបាលករណីសង្ស័យថាមានរលាកស្រោមខួរ (ទំព័រ ២១០) ដើម្បីបង្ការស្ថានភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ។
- ព្យាបាលការពិបាកដកដង្ហើមបើមាន ដោយប្រើអុកស៊ីសែនដូចបានណែនាំនៅក្នុង saturation monitior (ទំព័រ ១៨៤)

❖ ចំណាត់ថ្នាក់ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការថប់ដង្ហើម :

- ក្នុងករណីថប់ដង្ហើមស្រាល ទារកអាចមាន jittery ឬ hyperalert រួមទឹងការកើនឡើងកំលាំងសាច់ដុំ បៅតិចតួច និងចង្វាក់ដង្ហើមធម្មតាឬញាប់ ។ ជាទូទៅសញ្ញានេះស្ថិតនៅរយៈពេល២៤ ទៅ ៤៨ម៉ោងមុនពេលដែលវាបាត់ទៅវិញដោយឯកឯង ។
- ចំពោះករណីថប់ដង្ហើមល្មមទារកអាចសន្លឹមនិងពិបាកដកដង្ហើម ។ ទារកអាចបាត់ដង្ហើមម្តងៗនិងឬមានប្រកាច់រយៈពេល២-៣ថ្ងៃ ។ បញ្ហានេះបាត់ទៅវិញក្នុងអំឡុងពេល១សប្តាហ៍ ប៉ុន្តែអាចមានបញ្ហាទាក់ទងនឹងការវិវត្តន៍នៃសរសៃប្រសាទទៅថ្ងៃក្រោយ ។
- ករណីធ្ងន់ធ្ងរ ទារកទន់ខ្លួនឬមិនដឹងខ្លួនហើយមិនបៅ ។ ជាទូទៅការប្រកាច់អាចកើតមានរយៈពេល២ទៅ៣ថ្ងៃ និងមានការបាត់ដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរនិងញឹកញាប់ ។ ទារកអាចប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេល២-៣ សប្តាហ៍ឬមិនប្រសើរទាល់តែសោះ ហើយបើទារកអាចនៅរស់ជាទូទៅខួរក្បាលទារកនឹងខូចខាតរហូតដល់មិនអាចកែប្រែបាន ។

❖ បើទារកថប់ដង្ហើមស្រាល :

- បើទារកមិនដាក់oxygen ត្រូវជួយម្តាយឱ្យបំបៅដោះកូន
- បើទារកកំពុងទទួលoxygen ឬមិនអាចបំបៅបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ (ទំព័រ ៣១៦-៣១៨) និង ត្រូវមាន oxygen saturation monitoring ដើម្បីកំណត់ពីបរិមាណ oxygen ដែលត្រូវការ ។
- ផ្តល់ការថែទាំបន្តដូចខាងក្រោម ។

❖ **បើករណីថប់ដង្ហើមល្មមឬធ្ងន់ធ្ងរ** :

- ចាក់សេរ៉ូម (ទំព័រ ៣៣៤) និងផ្តល់ជាតិទឹកសម្រាប់តែ១២ម៉ោង :
  - កំណត់កំរិតជាតិទឹកត្រឹមតែ60ml/kgនៃទំងន់ទារកនៅថ្ងៃទី១និងតាមដានបរិមាណទឹកនោម (យ៉ាងហោចណាស់ ១ម.ល/គ.ក/ម៉ោង)
- បើទារកនោមតិចជាង៦ដង/ក្នុងមួយថ្ងៃ ឬមិនមានទឹកនោមសោះ :
  - មិនត្រូវដំឡើងបរិមាណទឹកនៅថ្ងៃបន្ទាប់ទេ
  - នៅពេលដែលបរិមាណទឹកនោមចាប់ផ្តើមកើនឡើង បង្កើនបរិមាណទឹកតាមសេរ៉ូមរាល់ថ្ងៃទៅតាមតារាងបរិមាណជាតិទឹកដែលត្រូវបង្កើនប្រចាំថ្ងៃ (ទំព័រ ៣៣៥) ដោយមិនគិតពីអាយុទារក ។ កំរិតអតិបរិមានៃការបង្កើនគឺ 20 ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ការបង្កើននេះកើនដល់ 160 ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃចំពោះទារកទំងន់ធម្មតានិង180 ml/kg ក្នុងមួយថ្ងៃទារកទំងន់តិច ។
- នៅពេលដែលគ្រប់គ្រងបានការប្រកាច់ហើយទារកបង្ហាញនូវសញ្ញាប្រសើរឡើងនៃការឆ្លើយតបត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យទារកបៅ ។ បើទារកមិនអាចបៅដោះបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ ។
- ផ្តល់ការថែទាំបន្តដូចខាងក្រោម ។

ការថែទាំបន្តចំពោះទារកដែលថប់ដង្ហើម

- ព្យាបាលការប្រកាច់ (ទំព័រ ១៨៥) ឬ ការដកដង្ហើមពិបាក (ទំព័រ ១៨៣) បើចាំបាច់ ។
  - វាយតម្លៃទារករៀងរាល់២ម៉ោងម្តង : បើកំដៅខ្លួនទារកតិចជាង 36.5°C ឬលើសពី 37.5°C ត្រូវព្យាបាលដូចករណីកំដៅខ្លួនទារកមិនធម្មតា (ទំព័រ ១៨៧)
  - ព្យាបាលដូចករណីប្រកាច់ (ទំព័រ ១៨៥) ឬពិបាកដកដង្ហើម (ទំព័រ ១៨៣) បើចាំបាច់
- លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបីនិងអោបថ្នាក់ថ្នមកូន
- បើទារកសន្លឹមឬទន់ខ្លួន ត្រូវលើកឬរំកិលទារកថ្នមៗដើម្បីបង្ការរបួសស្នាម ។ ត្រូវទ្រខ្លួនទារក ទាំងមូលពិសេសក្បាល ។
- បើស្ថានភាពមិនប្រសើរក្រោយ៣ថ្ងៃ វាយតម្លៃសញ្ញាបង្ករោគក្នុងឈាមម្តងទៀត(ទំព័រ ១៩៨)

- បើស្ថានភាពទារកមិនប្រសើរ (នៅតែសន្លឹម ប្រកាច់ ឬបៅតិចតួចឬមិនបៅ) បញ្ជូនទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានកំរិតខ្ពស់ជាង ។
- បើទារកមិនមានប្រកាច់ក្នុងអំឡុងពេល៣ថ្ងៃក្រោយបញ្ឈប់ Phenobarbital ហើយម្តាយអាចបំបៅកូនបាននិងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកនៅពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។
- ពិភាក្សាជាមួយម្តាយពីការវិវត្តន៍នៃជំងឺនិងត្រូវធ្វើដូចម្តេចទៅពេលទារកមានបញ្ហាណាមួយនៅផ្ទះ ។
- តាមដានមួយសប្តាហ៍ក្រោយឬមុនមួយសប្តាហ៍ បើម្តាយសំគាល់ថាមានបញ្ហាណាមួយធ្ងន់ធ្ងរ (ឧ. ពិបាកដកដង្ហើម ប្រកាច់)
- បើទារកបៅមិនបានល្អ ផ្តល់ដំបូន្មានដល់ម្តាយឱ្យជ្រើសរើសវិធីផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដល់កូនដូចជាការបញ្ចុកទឹកដោះម្តាយប្រើពែងឬស្លាបព្រា ។ បើទារកបៅយឺត១ត្រូវផ្តល់ទឹកដោះឱ្យបានញឹកញាប់ ។
- មុននឹងឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះត្រូវវាយតម្លៃពីស្ថានភាពសរសៃប្រសាទរបស់ទារកដើម្បីដឹងពីតម្រូវការព្យាបាលដោយចលនា ។

៣-៥-៧ រលាកស្រោមខួរ

- បូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង(ទំព័រ ៣៤៦) បើមិនទាន់បានធ្វើ
- ផ្តល់ ampicillin និង gentamicin ចាក់សរសៃ ដោយគិតតាមអាយុនិងទំងន់ទារក (ទំព័រ ៣២៨) សំគាល់ថា ដើម្បីព្យាបាលរលាកស្រោមខួរ ត្រូវផ្តល់ ampicillin ពីរដងនៃការព្យាបាលការបង្ករោគ ។
- បញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យនៃការលាកស្រោមខួរបើ :

  - កោសិកាឈាមសនៅក្នុងទឹក (CSF) មាន≥20/mm3 បើទារកអាយុ< 7 ថ្ងៃ ឬ≥10/mm3 បើទារក អាយុ≥7 ថ្ងៃ ឬ
  - ការបណ្តុះរកមេរោគ របស់ CSF ឬ Gram stain វិជ្ជមាន
  - បើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ច្បាស់ថាជាការរលាកស្រោមខួរត្រូវបញ្ជូនទារកទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាថែទាំពិសេស ។

៣-៥-៨ ជំងឺស្វាយ

៣-៥-៨-១ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយពីកំណើតចំពោះទារកដែលទើបកើតនៅសេវាសំរាលកូន

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយពីកំណើតមានការលំបាកស្មុកស្មាញណាស់ដោយសារតែការផ្ទេរអង្គបដិបក្ខប្រាណពីម្តាយមកទារកតាមរយៈសុក (transplacental transfer of maternal antibodies to the fetus) ។ ការផ្ទេរអង្គបដិបក្ខប្រាណពីម្តាយទៅកូននេះ ធ្វើអោយមានការលំបាកក្នុងការបកស្រាយ លទ្ធផលតេស្តសេរ៉ូសាស្ត្រចំពោះជំងឺស្វាយលើទារកដែលទើបកើត ។ យើងក៏មិនត្រូវយកឈាមពីទងសុកទារកទៅធ្វើតេស្តដែរ ដោយសារឈាមនោះអាចនឹងមានឆ្លងមេរោគស្វាយពីឈាមរបស់ម្តាយ ។ ដូច្នេះគ្មានតេស្តណាមួយសំរាប់ប្រើប្រាស់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយពីកំណើត ចំពោះទារកនៅឡើយទេ ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ នេះពឹងផ្អែកទៅលើការពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិកនិងប្រវត្តិជំងឺ និងការព្យាបាលរបស់ម្តាយ ។
- ត្រូវពិនិត្យអោយបានហ្មត់ចត់ចំពោះទារកដែលទើបកើតដើម្បីរករោគសញ្ញាដែលអាចសង្ស័យថាជាជំងឺស្វាយពីកំណើត
- ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាណាមួយខាងក្រោមនេះ សូមបញ្ជូនទារកទៅសេវាឯកទេសថែទាំព្យាបាលកុមារឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែកណាមួយ
- ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ ឬទារកកើតមកមានទំងន់តិចជាងធម្មតា
- មានហូរសំបោរ ឬទឹករងៃពីច្រមុះរ៉ាំរ៉ៃ
- សម្បុរលឿង (ភ្នាសសើមនៅភ្នែកលឿង)
- ថ្លើម, អណ្តើក ឬកូនកណ្តុររីកធំ
- កន្ទួលរមាស់ស្បែក ជួនកាលស្បែកស្ងួតឬមានពងទឹកតូចៗ ឬបែកស្រកា ឬសើមៗ ជាពិសេសនៅដៃជើងឬនៅបរិវេណជុំវិញមាត់ ឬរន្ធគូថ

- ទ្រង់ទ្រាយឆ្អឹងនៅច្រមុះឬជើងមានលក្ខណៈមិនធម្មតា-វៀច ។
- បើទោះបីជាទារកដែលទើបនឹងកើតគ្មានរោគសញ្ញាណាមួយខាងលើនេះក៏ដោយប៉ុន្តែទារកនោះកើតចេញពីម្តាយដែលមានតេស្តស្វាយវិជ្ជមាន យើងត្រូវតែព្យាបាលជំងឺស្វាយចំពោះទារកដោយឱសថ Benzathine-Penicillin ចាក់សាច់ដុំតែម្តងគត់ ។
- បន្ទាប់មកត្រូវបញ្ជូនទារកទៅសេវាចាក់ថ្នាំបង្ការ និងធ្វើតេស្ត DNA-PCR រកមេរោគអេដស៍ ។

៣-៥-៨-២ ការព្យាបាលជំងឺស្វាយចំពោះទារកដែលទើបកើត

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

៣-៥-៨-៣ ការពិនិត្យតាមដានកុមារ

- ទោះបីជាទារកឆ្លងមេរោគស្វាយពីម្តាយហើយគ្មានរោគសញ្ញានៅពេលទើបនឹងកើតក៏ដោយ ក៏រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺស្វាយពីកំណើតអាចនឹងលេចចេញនៅពេលក្រោយមកទៀត ។
- ដូច្នេះរាល់ពេលដែលម្តាយនាំកុមារមកទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ (សប្តាហ៍ទី៦ ទី១០ ទី១៤ និងនៅខែទី៩) គ្រូពេទ្យត្រូវពិនិត្យកុមាររករោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺស្វាយពីកំណើតដូចជា : មានហូរសំបោរ ឬទឹករងៃពីច្រមុះ រ៉ាំរ៉ៃ សម្បុរលឿង (ភ្នាសសើមនៅភ្នែកលឿង) ថ្លើម អណ្តើក ឬកូនកណ្តុររីកធំ កន្ទួលរមាស់ស្បែក ជួនកាលស្បែកស្ងួតឬមានពងទឹកតូចៗ ឬបែកស្រកាឬសើមៗ ជាពិសេសនៅដៃ ជើង ឬនៅបរិវេណជុំវិញ មាត់ ឬរន្ធគូថ ។ ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាណាមួយត្រូវបញ្ជូនកុមារទៅសេវាឯកទេសថែទាំព្យាបាលកុមារ ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលនៅជិតបំផុតដើម្បីធ្វើការវាយតំលៃរោគវិនិច្ឆ័យជាបន្ទាន់និងទទួលការព្យាបាលភ្លាមៗ ។

៣-៥-៩ ទារកមានសញ្ញាច្រើនព្រមគ្នា

➢ ត្រូវចងចាំទុកដូចខាងក្រោម បើទារកមានសញ្ញាច្រើនព្រមគ្នា :

- ទារកដែលមានបញ្ហាមួយអាចបង្ហាញចេញនូវសញ្ញាជាច្រើន (ឧ ទារកដែលថប់ដង្ហើមអាចមាន ប្រកាច់ ចៅបានតិចតួច និងពិបាកដកដង្ហើម) ផ្ទុយទៅវិញសញ្ញាមួយអាចបណ្តាលមកពីបញ្ហាច្រើន (ឧ. ចៅតិចតួចអាចមកពីការបង្ករោគក្នុងឈាម ការថប់ដង្ហើមឬទារកតូច)
- ទោះបីសញ្ញាច្រើនរួមគ្នាអាចបណ្តាលមកពីបញ្ហាតែមួយក៏ដោយ ក៏សញ្ញាទាំងនោះត្រូវតែព្យាបាល ដូច្នេះជាការចាំបាច់ត្រូវអានសេចក្តីណែនាំពីការគ្រប់គ្រងតាមសញ្ញានិមួយៗដែលទារកមាន ឧ.មិនថាទារកមានថប់ដង្ហើមឬមានការបង្ករោគក្នុងឈាមទេ ទារកតែងតែមានសញ្ញាពិបាកដកដង្ហើមនិងប្រកាច់ ដូច្នេះត្រូវប្រាកដថាទារកទទួលការព្យាបាលបញ្ហាទាំង២ ការថប់ដង្ហើមនិងការបង្ករោគក្នុងឈាម ។

➢ ជំងឺដែលតែងតែស្តែងចេញនូវសញ្ញាច្រើនរួមគ្នាមាន ការថប់ដង្ហើម ការបង្ករោគក្នុងឈាមនិងទារកតូច (ទំងន់តិចជាង 2.5 kg នៅពេលកើតឬកើតមុន 37 សប្តាហ៍) ជំងឺស្វាយពីកំណើតដែលជាប្រភេទពិសេសមួយនៃការបង្ករោគក្នុងឈាម អាចស្តែងចេញនូវសញ្ញាជាច្រើនដូចខាងលើ ។ សូមចងចាំ :

- ការថប់ដង្ហើមនិងការបង្ករោគក្នុងឈាមស្តែងចេញនូវរោគសញ្ញាដូចគ្នាជាច្រើន ដូច្នេះសំខាន់ត្រូវចែកឱ្យដាច់រវាងបញ្ហាទាំងពីរនេះដើម្បីព្យាបាលឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ។

៣-៥-១០ ការថែទាំទារកដែលម្តាយឈឺឬត្រូវបានបញ្ជូន

➢ ជួយម្តាយឱ្យច្របាច់ទឹកដោះ ត្រូវពិចារណាពីជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមទារករហូតដល់ម្តាយជាសះស្បើយ (ទំព័រ ៣១៦-៣១៨)

➢ 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 ឬមានទារកលើសពីម្នាក់ដែលនៅក្នុងអគារតែមួយមានបញ្ហាភ្នែកក្នុងអំឡុងពេល២ថ្ងៃ ត្រូវសង្ស័យថាមានការឆ្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (nosocomial infection) ។ ត្រូវជូនដំណឹងបន្ទាន់ដល់ក្រុមការងារបង្ការការចម្លងរោគ (ICT) ដើម្បីចុះអង្កេត ។

ភ្នែកហូរខ្ទុះ (conjunctivitis)

- ➢ យកសំណាកខ្ទុះ បើធ្វើទៅបាន ដោយប្រើដុំសំឡីស្តេរីល (ប្រយ័ត្នកុំឱ្យប៉ះនឹងភ្នែកទារក)៖ បញ្ជូនសំណាកខ្ទុះទៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីបណ្តុះនិងកំណត់មេរោគ (Gram stain, culture) (រួមទាំង gonococcus) និងធ្វើsensitivity;
- ➢ កំណត់រោគវិនិច្ឆ័យប្រហាក់ប្រហែល សូមមើលតារាងខាងក្រោម

ភ្នែកក្រហមនិងត្របកភ្នែកស្អិតប៉ុន្តែមិនមានខ្ទុះហូរចេញពីភ្នែក

- ➢ បើបញ្ហាភ្នែកនៅតែមានលើសពី៤ថ្ងៃ (ទោះបីជាបានគ្រប់គ្រងដូចខាងលើ) ប៉ុន្តែមិនមានខ្ទុះហូរចេញពីភ្នែក :
  - ផ្តល់ erythromycin តាមមាត់ (ទំព័រ ៣២៨) រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ
  - ដាក់ 1% tetracycline ointment នៅភ្នែកដែលឈឺ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតភ្នែកលែងក្រហមហើម ឬស្អិត ។
- ➢ បើចាប់ផ្តើមមានហូរខ្ទុះពីភ្នែក សូមមើលភ្នែកមានហូរខ្ទុះខាងលើ
- ➢ បើមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលមិនតម្រូវឱ្យសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ក្រោយពីបានផ្តល់ដំបូន្មានអំពីការថែទាំទារកនិងឱ្យម្តាយបន្តការថែទាំកូននៅផ្ទះ ។

រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកការរលាកភ្នែក (conjunctivitis)

សញ្ញា			**រោគវិនិច្ឆ័យប្រហាក់ប្រហែល**
ប្រវត្តិ	**ការពិនិត្យ**	**លទ្ធផលការបណ្តុះនិងកំណត់មេរោគ**	
• កើតមាននៅថ្ងៃទី៣នៃកំណើតឬក្រោយពីនេះ	• កើតមាននៅភ្នែកម្ខាង • មានខ្ទុះច្រើនល្មម	• មាន *Gram-positive cocci* • ការបណ្តុះ *staphylococcus* វិជ្ជមាន	**រលាកភ្នែកដោយសារ** *Staphylococcus aureus,* សូមមើលខាង ក្រោម
• ម្តាយមានជំងឺកាមរោគ • **មិនបានផ្តល់ថ្នាំភ្នែកបង្ការ ឬផ្តល់ក្រោយពី១ម៉ោងនៃកំណើត** • ចាប់ផ្តើមចេញសញ្ញានៅក្នុងថ្ងៃទីមួយឬក្រោយពីនេះ	• ឈឺភ្នែកទាំងសងខាង • មានហូរខ្ទុះច្រើន	• *Gram-negative diplococcic* • ការបណ្តុះ *gonococcus* វិជ្ជមាន	**ការរលាកភ្នែកដោយសារ gonorrhea** សូមមើលខាង ក្រោម
• ដំបូងហៀរទឹកភ្នែកក្រោយមកហូរខ្ទុះ • ម្តាយមានជំងឺកាមរោគ • ចាប់ផ្តើមមានសញ្ញាថ្ងៃទី៥ឬក្រោយនេះ	ឈឺភ្នែកទាំងសងខាងហូរខ្ទុះតិចឬច្រើនល្មម	• **Gram stain មិនមាន មេរោគ** • លទ្ធផលបណ្តុះអវិជ្ជមាន	រលាក Conjunctivitis ដោយសារ Chlamydia សូមមើលខាង ក្រោម
• បានបន្តក់ភ្នែក Silver nitrate នៅពេលកើត • ចាប់ផ្តើមចេញសញ្ញានៅថ្ងៃ ទី១ឬទី ២	• ភ្នែកទាំងសងខាងឈឺ • ភ្នែកក្រហមនិង ហើម • មានខ្ទុះតិច	• **Gram stain មិនមានមេរោគ** • លទ្ធផលបណ្តុះមេរោគអវិជ្ជមាន	**រលាកដោយសារធាតុគីមីមិនចាំ** បាច់ព្យាបាលទេ

មិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបាន មិនមានសញ្ញាដែលសរសេរជាអក្សរជិតខាងលើ ។ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏វត្តមាននៃសញ្ញាទាំងនេះមិនអាចឱ្យរោគវិនិច្ឆ័យប្រាកដបានដែរ ។ អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យប្រាកដបាន បើមានសញ្ញាណាមួយខាងលើដែលសរសេរជាអក្សរផ្តេក ។ សញ្ញាផ្សេងៗទៀតខាងលើជួយបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យ ប៉ុន្តែបើអវត្តមានសញ្ញាទាំងនេះក៏មិនអាចទាត់ចោលរោគវិនិច្ឆ័យបានដែរ ។

សំគាល់ : 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 (កំរិតអតិបរមាគឺ 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 ៤ដងក្នុងមួយថ្ងៃរហូត ដល់ភ្នែកបាត់ក្រហម ហើម ស្អិតឬមានហូរខ្ទុះ

- បើម្ដាយនិងទារកអាចស្នាក់នៅក្បែរមូលដ្ឋានសុខាភិបាល មិនចាំបាច់ឱ្យទារកសំរាកពេទ្យដើម្បីទទួលការព្យាបាលទេ ។
- ព្យាបាល chlamydia ដល់ម្ដាយនិងដៃគូ បើពួកគេមិនទាន់ទទួលលការព្យាបាលត្រូវផ្ដល់ តាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្ដីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI ។

សំគាល់ : បើមិនមានមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីកំណត់ការបង្ករោគដោយ Gonococcus និងChlamydia ត្រូវផ្ដល់ការថែទាំនិងព្យាបាលតាមចង្កោមរោគសញ្ញា ដូចគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិស្ដីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ STI/RTI ។

៣-៥-១២ ការបង្ករោគនៅផ្ចិត

ហើមទងផ្ចិតឬស្បែកជុំវិញឡើងក្រហម ហូរខ្ទុះ ឬធុំក្លិន

ការបង្ករោគនៅទងផ្ចិត

- ពាក់ស្រោមដៃស្អាតសំរាប់ពិនិត្យ :
  - លាងទងផ្ចិតដោយប្រើ ស្ទូលុយស្យុង antiseptic ដូចខាងក្រោម នឹងប្រើស្បៃស្អាត ។
  - សំអាតទងផ្ចិតនិងស្បែកជុំវិញដោយប្រើ 0.5% gentian violet ៤ដង/ថ្ងៃ រហូតទាល់តែគ្មានខ្ទុះហូរចេញមកឱ្យម្ដាយជាអ្នកធ្វើរបៀបនេះបើអាច ។
- បើស្បែកហើមនិងក្រហមរាលដាលធំជាង ១ ស.ម ពីទងផ្ចិត ត្រូវព្យាបាលទៅតាមការបង្ករោគនៅទងផ្ចិតដូចខាងក្រោម
- បើការបង្ករោគត្រូវបានព្យាបាលជាហើយទារកបៅបានល្អ ហើយមិនមានបញ្ហាដទៃទៀតដែលតម្រូវឱ្យសម្រាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះក្រោយពីបានផ្ដល់ដំបូន្មានអំពីការថែទាំទារក ។

ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរនៃទងផ្ចិត

- បើការបង្ករោគបានកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលទារកសំរាកនៅមន្ទីរពេទ្យឬ មានទារកច្រើនជាងម្នាក់នៅក្នុងអគារតែមួយមានការបង្ករោគនៅផ្ចិតកើតមានក្នុងអំឡុងពេល២ថ្ងៃ ត្រូវសង្ស័យថាមានការឆ្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ។ ត្រូវជូនដំណឹងបន្ទាន់ដល់ក្រុមការងារបង្ការការចម្លងរោគ (ICT) ដើម្បីចុះអង្កេត ។
- ព្យាបាលដូចករណីការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ ១៩៨)

៣-៥-១៣ គើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរ

ទារកចេញលឿងគើតមាន <24 hours នៃអាយុទារក ឬគើតលឿងនៅបាតដៃនិងបាតជើងនៅពេលណាមួយ ។ ត្រូវញែកឱ្យដាច់ពីការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ ១៩៨)

សំគាល់ : គើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរតម្រូវឱ្យមានការអង្កេតល្អិតល្អន់ និងមានការថែទាំពិសេស ។ ការព្យាបាលដោយពន្លឺមិនគួរធ្វើនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមិនមានសមត្ថភាពពេញលេញក្នុងការព្យាបាលរបៀបនេះ ក្នុងករណីនេះត្រូវបញ្ជូនទារកជាបន្ទាន់ ។ សេចក្តីលំអិតនៃការគ្រប់គ្រងគើតលឿងធ្ងន់ធ្ងរសូមមើលមគ្គុទេសក៍ជាតិសម្រាប់អនុវត្តក្នុងការព្យាបាល ។

លើកទឹកចិត្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនៅក្នុងពេលបញ្ជូន ហើយបើទារកពិបាកបៅត្រូវបញ្ចុកទឹកដោះម្តាយដោយប្រើពែងឬស្លាបព្រា ។

នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលអាចផ្តល់ការព្យាបាលដោយពន្លឺ :

1. វាស់កំរិត bilirubin បើវាស់ដោយវិធី non-invasive ត្រូវក្រិតឱ្យបានត្រឹមត្រូវទៅតាមសេចក្តីណែនាំពីរបៀបប្រើមុននឹងប្រើ ។
2. កត់ត្រាលទ្ធផលនៅលើតារាង (jaundice chart)
3. ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយពន្លឺបើលទ្ធផលស្ថិតនៅក្នុងផ្នែកដែលត្រូវព្យាបាលដោយពន្លឺនៅក្នុងតារាង ។
4. ត្រូវប្រាកដថាបានគ្របភ្នែកដោយក្រណាត់ស្អាត
5. ទារកគួរស្ថិតនៅក្នុងកន្លែងផ្តល់កំដៅ ឧ. ក្នុងកែវចិញ្ចឹមឬគ្រែដែលមានអំពូលកំដៅ ដោយធ្វើយ៉ាងណាឱ្យស្បែកទារកប៉ះនឹងកំដៅឱ្យបានច្រើនបំផុត ។
6. វាស់កំរិត bilirubin ប្រចាំថ្ងៃ កត់ត្រាលទ្ធផលនៅក្នុងតារាង ហើយត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល បើកំរិតវាស្ថិតនៅក្រោមតំបន់ដែលត្រូវព្យាបាលដោយពន្លឺ ។
7. វាយតម្លៃស្ថានភាពបាត់បង់ជាតិទឹកនិងកំដៅខ្លួនរៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង ។
8. លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅដោះកូនតាមចំណង់ទារក ។ យកម៉ាស់បិតភ្នែកទារកចេញនៅពេលបំបៅដោះទារក ។ មិនត្រូវផ្អាកការបំបៅដោយសារតែទារកត្រូវទទួលការព្យាបាលដោយពន្លឺទេ ។

៦. វាស់កំរិត bilirubin នៅ២៤ម៉ោងក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយពន្លឺ ។ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលឡើងវិញបើកំរិត bilirubin នៅក្នុងតំបន់ដែលត្រូវព្យាបាលនៃតារាងតាមដាន ។

សំគាល់ : ការបន្តព្យាបាលដោយពន្លឺនៅពេលដែលកំរិត bilirubin មិនស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ដែលត្រូវព្យាបាលទោះបីស្បែកនៅមានពណ៌លឿងក៏ដោយមិនបានផ្តល់ប្រយោជន៍អ្វីទេផ្ទុយទៅវិញហាក់ដូចជាធ្វើឱ្យទារកប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ ។

Bilirubin នៅក្នុងស្បែកនឹងបាត់ទៅវិញយ៉ាងឆាប់រហ័សក្រោមការព្យាបាលដោយពន្លឺ ។ ពណ៌នៃស្បែកមិនអាចប្រើជាការចង្អុលបង្ហាញអំពីកំរិត bilirubin នៅក្នុងឈាមនៅអំឡុងពេលដែលទារកទទួលការព្យាបាលដោយពន្លឺនិងក្នុង ២៤ម៉ោងក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយពន្លឺ ។

មិនត្រូវប្រើពន្លឺព្រះអាទិត្យ (ទោះប៉ះដោយពន្លឺផ្ទាល់ឬដោយប្រយោល) ដើម្បីព្យាបាលទារកកើតលឿងទេ ។ ទារកនឹងប្រឈមមុខនឹងការខ្សោះជាតិទឹកនិងខ្លោចស្បែកដោយពន្លឺថ្ងៃ ។

៣-៥-១៤ ការបង្ករោគនៅស្បែក

- បើការបង្ករោគកើតមានក្នុងអំឡុងពេលដែលទារកសំរាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យឬមានទារកច្រើនជាងម្នាក់នៅក្នុងអគារតែមួយមានការបង្ករោគក្នុងអំឡុងពេល២ថ្ងៃ ត្រូវសង្ស័យថាមានការឆ្លងរោគក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ។ ត្រូវជូនដំណឹងបន្ទាន់ដល់ក្រុមការងារបង្ការការចម្លងរោគ (ICT) ដើម្បីចុះអង្កេត ។
- លាងដៃជាមួយទឹកស្អាតនិងសាប៊ូ ។ ពាក់ស្រោមដៃស្អាតសំរាប់ពិនិត្យ:
    - ត្រូវសំអាតខ្ទុះនិងក្រមរដោយថ្នមៗ ដោយទឹកដាំពុះទុកឱ្យត្រជាក់និងប្រើសំឡីនិងសាប៊ូ
    - ជូតសំអាតដោយក្រណាត់ស្អាត
    - លាប gentian violet 0.5%
- សង្កេតមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម (ឧ. បៅមិនបានល្អ ក្អួត ដកដង្ហើមពិបាក កំដៅខ្លួន >37.5 ឬ<36.5 °C) និងត្រូវព្យាបាលសមស្រប(ទំព័រ ១៩៨)
- រាប់ចំនួនពងទឹកត្រូវកំណត់ថាវាគ្របដណ្តប់តិចជាងឬច្រើនជាងពាក់កណ្តាលនៃខ្លួនទារកនិងត្រូវព្យាបាលដូចបានពណ៌នាខាងក្រោម ។

ពងទឹកតិចជាង១០ ឬក្រុបដណ្តប់តិចជាងពាក់កណ្តាលនៃដងខ្លួនដោយមិនមានសញ្ញាបង្ករោគក្នុងឈាម :

- សង្កេតមើលទារករយៈពេល៥ថ្ងៃ :
    - បើពងទឹកបាត់ទៅវិញក្នុងអំឡុង៥ថ្ងៃនិងមិនមានបញ្ហាដែលតម្រូវឱ្យទារកសំរាកពេទ្យត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។
    - បើពងទឹកភាគច្រើននៅតែមានក្រោយរយៈពេល៥ថ្ងៃប៉ុន្តែទារកមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម ផ្តល់ cloxacillin តាមមាត់ទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារករយៈពេល៥ថ្ងៃ (ទំព័រ ៣២៨)

មានពងទឹកចំនួន១០ឬលើសពីនេះ ឬគ្រប់ដណ្តប់លើសពីពាក់កណ្តាលនៃខ្លួនទារក និង ទារកមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម

- ប្រើម្ជុលជួសឈាមស្តេរីល(Lancet) ដើម្បីជួសឱ្យចំចំនុចសកណ្តាលរបស់ពងទឹក ។ យកសំណាកខ្ទុះដោយប្រើដុំសំឡីស្តេរីល និងបញ្ជូនទៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីបណ្តុះមេរោគ ។
- ផ្តល់ cloxacillin ចាក់សាច់ដុំដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក(ទំព័រ ៣២៨)
- វាយតម្លៃស្ថានភាពទារកយ៉ាងតិចឱ្យបានម្តងក្នុងថ្ងៃដើម្បីរកមើលសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើង (ពងទឹកមិនរីកសាយហើយស្ងួតនិងជាបណ្តើរៗ):
    - បើពងទឹកបានប្រសើរឡើងក្រោយពីព្យាបាលដោយ antibiotics បាន៣ថ្ងៃ ផ្តល់ cloxacillin បន្តដើម្បីបង្គ្រប់ឱ្យបាន៥ថ្ងៃនៃការព្យាបាល
    - បើពងទឹកមិនបានប្រសើរឡើងក្រោយពី៣ថ្ងៃនៃការព្យាបាលដោយ antibiotics

      + បើការបណ្តុះមេរោគវិជ្ជមាន ត្រូវប្តូរ antibiotic ទៅតាមលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍និងផ្តល់ antibiotic ឱ្យគ្រប់៥ថ្ងៃ ។

      + បើការបណ្តុះមេរោគមិនអាចធ្វើទៅបានឬមិនអាចកំណត់មេរោគបានត្រូវបន្តឱ្យ cloxacillin និងឱ្យ gentamicin ទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារកឱ្យបាន៧ថ្ងៃ ទំព័រ ៣២៨)
- សង្កេតមើលទារករយៈពេល ២៤ម៉ោងក្រោយពីបានបញ្ឈប់ antibiotics ។ បើពងទឹកបានជាទារកបៅបានល្អនិងមិនមានបញ្ហាអ្វីបន្ថែមដែលតម្រូវឱ្យទារកសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។

ពងទឹកលើស្បែកដោយមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម

➢ ព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម (ទំព័រ ១៩៨)

រលាកកោសិកា/អាប់សែ

➢ បើសាច់ហើមទន់ ត្រូវចោះនិងបង្ហូរខ្ទុះ :

- ប្រើសឺរ៉ាំង 10 ml ដែលភ្ជាប់ជាមួយម្ជុលលេខ២២រួចបូមសេរ៉ូមបំពេញសឺរ៉ាំង រួចដោះម្ជុលចេញ ។
- គ្របស្បែកជុំវិញអាប់សែដោយទុកប្រឡោះតែកន្លែងអាប់សែ
- ចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅជុំវិញកន្លែងអាប់សែ :
    1. បូមថ្នាំស្ពឹកក្នុងសឺរ៉ាំងដែលមានចំណុះ 3ml និងភ្ជាប់ជាមួយម្ជុលលេខ 25
    2. ចាក់ថ្នាំស្ពឹកក្រោមស្បែក (intradermally) ឱ្យស្បែកប៉ោងឡើង
    3. មួយនាទីក្រោយមក ភ្ជាប់ជាមួយម្ជុល លេខ 22 រួចចាក់ចំកន្លែងប៉ោងនៃស្បែកនិងជ្រៀតចូលកន្លែងចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅជុំវិញអាប់សែ ។
- ក្រោយពីរងចាំរយៈពេល ២នាទី ដើម្បីឱ្យថ្នាំស្ពឹកមានប្រសិទ្ធភាព រួចចោះនៅកន្លែងដែលទន់ៗរបស់អាប់សែ ។
- ប្រើដុំសំឡីស្តេរីល ដើម្បីយកសំណាកខ្ទុះ និងបញ្ជូនទៅមន្ទីរពិសោធន៍ ដើម្បីបណ្តុះមេរោគ ។
- ប្រើកន្ត្រៃស្តេរីលដើម្បីបំបែកថង់ខ្ទុះ ។
- បាញ់លាងអាប់សែដោយទឹកសេរ៉ូម ហើយទុកឱ្យមុខដំបៅចំហ ។

➢ ផ្តល់ cloxacillin ចាក់តាមសាច់ដុំដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក (ទំព័រ ៣២៨)

➢ វាយតម្លៃស្ថានភាពទារកយ៉ាងហោចឱ្យបានម្តងក្នុងមួយថ្ងៃដើម្បីមើលពីសញ្ញានៃភាពប្រសើរឡើងៈ

- បើរលាកកោសិកា/អាប់សែបានប្រសើរឡើងក្រោយពី ៥ថ្ងៃនៃការព្យាបាលដោយ antibiotic បន្តដោយ cloxacillin ដើម្បីបង្គ្រប់ឱ្យបាន ១០ថ្ងៃនៃការព្យាបាល ។
- បើការរលាកកោសិក/អាប់សែមិនប្រសើរឡើងក្រោយ៥ថ្ងៃនៃការព្យាបាលដោយ antibiotic
    + បើលទ្ធផលនៃការបណ្តុះមេរោគវិជ្ជមាន ប្តូរ antibiotic ទៅតាមលទ្ធផលនៃការបណ្តុះ និងត្រូវឱ្យ antibiotic ឱ្យបាន១០ថ្ងៃ ។

+ បើការបណ្តុះមេរោគមិនអាចធ្វើទៅបានឬមិនអាចកំណត់ប្រភេទមេរោគបាន បន្តការផ្តល់ cloxacillin និងត្រូវផ្តល់ gentamicin ទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារកឱ្យបាន១០ថ្ងៃ (ទំព័រ ៣២៨) សង្កេតមើលទារកឱ្យបាន២៤ម៉ោងក្រោយពីបញ្ឈប់ antibiotics ។ បើការរលាកកោសិកា/អាប់សែបានជាហើយទារកបៅបានល្អនិងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យទារកសំរាកនៅពេទ្យត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។

ផ្សិតនៅតំបន់កំប៉េះគូថ

- ប្រើ nystatin cream លាបលើដំបៅ រួមជាមួយនឹង 0.5% gentian នៅរាល់ពេលប្តូរកន្ទបឱ្យទារកនិង នៅតែបន្ត ប្រើរហូតដល់៣ថ្ងៃក្រោយដំបៅបានជា ។
- 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 គួរសំគាល់ថាសូលុយស្យុង antiseptic ដទៃទៀតអាចធ្វើឱ្យរលាក)
- បើមុខរបួសចំហ ត្រូវបិតផ្ចិតមុខដោយប្រើបង់ស្អិតដែលកាត់ជារាងមេអំបៅ ។
- គ្របកន្លែងរបួសដោយបង់ធម្មតាដើម្បីឱ្យមុខរបួសស្អាតនិងស្ងួត ។
- បើមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវឱ្យសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ ។

- ពន្យល់ម្ដាយអំពីសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅមុខរបួស (ឧ. ក្រហម ក្ដៅ និងហើមនៅកន្លែងជុំវិញរបួស)ៈ
    - ឱ្យម្ដាយយកទារកមកជួបវិញបើឃើញមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅមុខរបួស ។
    - បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែងត្រូវយកបង់រុំ/បង់ស្អិតចេញ ហើយព្យាបាលដោយ antibiotic លាបនៅនឹងកន្លែងពាដង/ថ្ងៃរយៈពេល៥ថ្ងៃ មិនត្រូវគ្របមុខរបួសទេ ។
- ត្រូវឱ្យម្ដាយយកកូនមកជួបវិញមួយសប្ដាហ៍ក្រោយដើម្បីយកបង់រុំ/បង់ស្អិតចេញបើចាំបាច់ ។ បើមិនមានការបង្ករោគ មិនចាំបាច់តាមដានបន្តទេ ។

ការរលាត់ស្បែក

- សំអាតកន្លែងរលាត់ដោយប្រើដុំសំឡីដែលបានជ្រលក់សូលុយស្យុង antiseptic (2.5% polyvidone iodine) សំគាល់ថា សូលុយស្យុង antiseptic ដទៃទៀតអាចធ្វើឱ្យរលាក).
- រក្សារបួសឱ្យបានស្អាតនិងស្ងួតនិងណែនាំម្ដាយឱ្យចេះរបៀបថែទាំ
- បើមិនមានបញ្ហាណាមួយតម្រូវឱ្យសំរាកពេទ្យ ត្រូវឱ្យទារកចេញទៅផ្ទះ
- ពន្យល់ម្ដាយអំពីសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែង (ឧ. ក្រហម ក្ដៅនឹងហើមស្បែកជុំវិញ)ៈ
    - ឱ្យម្ដាយយកទារកមកជួបវិញបើឃើញមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែង
    - បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគនៅនឹងកន្លែង ត្រូវព្យាបាលដោយ antibiotic ointment លាបនៅនឹងកន្លែងពាដង/ថ្ងៃរយៈពេល៥ថ្ងៃ មិនចាំបាច់គ្របកន្លែងរលាត់ទេ ។
- ឱ្យម្ដាយយកទារកមកជួបវិញមួយសប្ដាហ៍ក្រោយ បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគទេ មិនចាំបាច់តាមដានបន្តទេ ។

៣-៥-១៥ ព្យាបាលរបួសនិងលក្ខណៈមិនធម្មតាពីកំណើត

ប្រសិនបើទារកមានរបួស ឬមានលក្ខណៈមិនធម្មតាពីកំណើតផ្ដល់ការព្យាបាលនិងណែនាំដូចតទៅ :

សញ្ញា	ព្យាបាលនិងណែនាំ
របួសនៅពេលសម្រាល : • មានដាំ ហើម នៅកំប៉េះគូថ • ក្បាលហើម ពក១ចំហៀងឬទាំងសងខាង • ជើងមានស្ថានភាពមិនធម្មតា (ក្រោយពីសម្រាលទម្រង់គូថ) • ចលនាដៃមិនស្របគ្នា ដៃគ្មានចលនា	**របួសនៅពេលសម្រាល :** • ពន្យល់ដល់ឪពុកម្តាយថារបួសនេះមិនធ្វើឱ្យទារកឈឺចាប់ទេ ជាទូទៅវានឹងបាត់ទៅវិញក្នុងរយៈពេល១ទៅ២សប្តាហ៍ហើយមិនចាំបាច់ព្យាបាលពិសេសទេ • កុំបង្ខំទាញជើងទារកទៅរកស្ថានភាពផ្សេងទៀត (ក្នុងទម្រង់គូថ) • កាន់អវៈយវៈដែលគ្មានចលនាដោយថ្នម១ **ហាមទាញ** • បើសង្ស័យថាមានបាក់ឆ្អឹង ត្រូវផ្តល់និងត្រូវថតនិងអបឆ្អឹងបើចាំបាច់
លក្ខណៈមិនធម្មតា : • ប្រអប់ជើងខ្វេរ • ឆែបមាត់ ឆែបក្រអូមមាត់ • ភ្នែកស្រលៀង រូបរាងមិនធម្មតា • ចំហរជាលិកា នៅលើក្បាល ពោះ ខ្នង	**លក្ខណៈមិនធម្មតា :** • បញ្ជូនទៅរកការព្យាបាលពិសេសបើអាចមាន • ជួយម្តាយក្នុងការបំបៅដោះកូន ប្រសិនបើមិនអាចបំបៅបាន ត្រូវបង្រៀនពីវិធីបំបៅផ្សេងទៀត ដូចជាការបំបៅដោយពែងឬស្លាបព្រានិងធ្វើការតាមដានបន្ត • ណែនាំឱ្យធ្វើការវះកាត់កែតម្រូវប្រសិនបើមាន • បញ្ជូនទៅរកការវាយតម្លៃពិសេសបើអាចគ្របដោយស្បៃស្អាតជ្រលក់ទឹកសេរ៉ូមប្រៃបញ្ជូនទៅរកការព្យាបាលពិសេសបើអាចធ្វើបាន ។
លក្ខណៈមិនធម្មតាធ្ងន់ធ្ងរ : • រូបរាងមិនធម្មតាដទៃទៀត	**លក្ខណៈមិនធម្មតាធ្ងន់ធ្ងរ :** • បញ្ជូនទៅរកការព្យាបាលពិសេសបើអាចធ្វើបាន

៣-៥-១៦ ជំងឺរាក

ជំងឺរាកអាចបណ្តាលមកពីមូលហេតុមិនបង្ករោគ (non-infectious) ប៉ុន្តែការក្លាយរោគក្នុងឈាមជាមូលហេតុចំបងក្នុងអំឡុងពេលទារកទើបកើត ។ ការអនុវត្តនីការបង្ការការចម្លងរោគយ៉ាងហ្មត់ចត់ ត្រូវតែធ្វើនៅគ្រប់ពេលដែលផ្តល់ការថែទាំទារកមានជំងឺរាកដើម្បីការពារការឆ្លងរាលដាល ។

វាយតម្លៃនិងព្យាបាលទារកដែលមានជំងឺរាកដូចតទៅ :

ការព្យាបាលទូទៅ :

- បន្តឱ្យទារកបៅដោះម្តាយ
- បើទារកមិនអាចបៅដោះបាន ផ្តល់ទឹកដោះម្តាយដែលច្របាច់ដល់ទារក
- បើម្តាយឱ្យទារកនូវអាហារផ្សេងៗ ឬជាតិទឹកដទៃមិនមែនទឹកដោះម្តាយត្រូវប្រាប់គាត់ឱ្យបញ្ឈប់
- ឱ្យម្តាយបំបៅដោះកូនឱ្យបានញឹកញាប់
- បើទារកមានបង្ហាញនូវសញ្ញាខ្វះជាតិទឹក (ឧទាហរណ៍ ភ្នែករូងខូង បាត់បង់ភាពយឺតរបស់ ស្បែក ឬអណ្តាតស្ងួត ស្ងួតភ្នាស ស្លេស) រឺមានសញ្ញានៃការបង្ករោគក្នុងឈាម (ឧទាហរណ៍ មិនបៅ ក្តួត ដកដង្ហើមពិបាក) ត្រូវផ្តល់ជាតិទឹក (Lactate Ringer ឬ Normal Saline) ហើយត្រូវឱ្យទារកបន្តបៅដោះម្តាយ ។ បើមានសញ្ញានៃការខ្វះជាតិទឹក ត្រូវបង្កើនបរិមាណជាតិទឹក 10% នៃទម្ងន់ខ្លួនរបស់ទារកនៅថ្ងៃទី ១ នៅពេលដែលឃើញមានសញ្ញានៃការខ្សោះជាតិទឹក ។
- ពិនិត្យទារករាល់១២ម៉ោង
  - បើទារកនៅតែរាក ត្រូវបន្តការបង្កើនបរិមាណទឹកតាមសរសៃវ៉ែន២៤ម៉ោងបន្ថែមទៀត
  - បើទារកមិនមានរាកទៀតទេ ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់១២ម៉ោង បន្ថែមបរិមាណទឹកតាមតម្រូវការប្រចាំថ្ងៃដោយគិតតាមអាយុរបស់ទារក ។

កំណត់សម្គាល់ : ការវាយតម្លៃសញ្ញា រោគសញ្ញានិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរាក សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំអំពីសមាហរណកម្មទទួលបន្ទុកពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺកុមារ (IMCI) ។

៣-៥-១៧ កំរិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមទាប

និយមន័យ : កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមទារកមានតិចជាង 25mg/dl (1.1 mmol/l)

កត្តាប្រឈមមុខ :

- ទារកមិនគ្រប់ខែ
- ទារកទំងន់ទាប
- ម្តាយមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- បៅតិចតួចឬមិនបៅ
- មានការបង្ករោគ (សង្ស័យឬបញ្ជាក់ច្បាស់)
- ការថប់ដង្ហើម
- កំដៅខ្លួនចុះទាប

សញ្ញានៃការចុះទាបកំរិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមតិចជាង 45mg/dl (2.6mmol/l)

- ញ័រ (jittery)
- សន្លឹម

កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមតិចជាង 25mg/dl (1.1 mmol/l)

- ➢ រៀបចំផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃបើមិនទាន់មាន ។ ផ្តល់   នៃទំងន់ទារកតាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី
- ➢ បើការចាក់តាមសរសៃមិនអាចធ្វើទៅបានភ្លាមៗ ផ្តល់ glucose 10% ចំនួន 2 ml/kg នៃទំងន់ទារកតាម ទុយោក្រពះ
- ➢ ផ្តល់ glucose 10% ដើម្បីរក្សាកំរិតជាតិស្ករប្រចាំថ្ងៃ ដោយឱ្យទៅតាមអាយុនិងទំងន់ទារក ។
- ➢ វាស់កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាម៣០ នាទីក្រោយពីការចាក់ bolus នៃ glucose :

• បើកំរិតជាតិស្ករតិចជាង 25 mg/dl ត្រូវផ្តល់ bolus នៃ glucose ដូចខាងលើនិងបន្តការផ្តល់តាមសរសៃ (infusion) និងវាស់ម្តងទៀតនៅ៣០នាទីក្រោយ

• បើកំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមតិចជាង 45 mg/dl ប៉ុន្តែយ៉ាងតិចមាន 25 mg/dl វាស់នៅពេលណាមួយ បន្ត ការផ្តល់តាមសេរ៉ូម និងវាស់កំរិតជាតិស្កររៀងរាល់ ៣ម៉ោងម្តងរហូតកំរិតជាតិស្ករមាន 45 mg/dl ឬ លើសពីនេះ ឬវាស់ឃើញ២ដងបន្តបន្ទាប់គ្នា ត្រូវត្រលប់មកតាមដានតាមធម្មតាវិញ ។

➢ លើកទឹកចិត្តការបំបៅដោះកូនដោយទឹកដោះម្តាយ បើទារកមិនអាចបៅបានត្រូវឱ្យទឹកដោះច្របាច់ ។

➢ នៅពេលដែលទារកកាន់តែអាចបៅបាន ត្រូវបន្ថយបន្តិចម្តងៗ(ក្នុងអំឡុងពេល៣ថ្ងៃ) នូវបរិមាណរបស់ជាតិស្ករដែលផ្តល់តាមសរសៃ ស្របគ្នានឹងការបង្កើនការផ្តល់តាមមាត់ ។ មិនត្រូវបញ្ឈប់ការផ្តល់ជាតិស្ករតាមសរសៃភ្លាមៗទេ ។

កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាមតិចជាង 45mg/dl ប៉ុន្តែយ៉ាងតិចមាន 25 mg/dl

➢ លើកទឹកចិត្តការបំបៅដោះកូន បើទារកមិនអាចបៅបាន ត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ ។

➢ វាស់កំរិតជាតិស្ករមួយម៉ោងក្រោយ

• បើជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមតិចជាង 25 mg/dl ត្រូវព្យាបាលដូចរៀបរាប់ខាងលើ

• បើកំរិតជាតិស្ករនៅតែតិចជាង 45 mg/dl ប៉ុន្តែយ៉ាងហោចមាន 25 mg/dl ត្រូវបំបៅដោះឱ្យបានញឹក ញាប់ ឬបង្កើនបរិមាណទឹកដោះច្របាច់ឱ្យបានច្រើន ។

• បើកំរិតជាតិស្ករនៅក្នុងឈាមមាន 45 mg/dl ឬលើសពីនេះ ពិនិត្យឃើញ២ដងបន្តបន្ទាប់គ្នាត្រូវតាមដានទៅតាមធម្មតាវិញ ។

ជំពូកទី ៩ : ការថែទាំការរំលូត/រលូតមានសុវត្ថិភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ

[illegible]វិពិធដ្ឋភាពរួមនៃសេវារំលូតកូនមានសុវត្ថិភាពនិងការថែទាំក្រោយរលូត/រំលូតនៅ ក្នុង[illegible]ក្តីលំអិតមានក្នុងពិធីសារស្តីពីការថែទាំការរំលូតនិងការថែទាំ ក្រោយរលូត/រំលូត ។

៩-១ [illegible]ស្ថានភាពគ្លីនិករបស់ស្ត្រី ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងជម្រើសក្នុងការព្យាបាល

[illegible]គ្រប់គ្រងផលវិបាកក្រោយរលូត/រំលូត ជាការសំខាន់ត្រូវវាយតម្លៃគ្លីនិកស្ត្រីដើម្បី [illegible]សាស្ត្រ និងស្ថានភាពនៃគភ៌ ។ ការវាយតម្លៃគ្លីនិកស្ត្រីរួមមាន ការសាកសួរប្រវត្តិ ការ[illegible]ពិសោធន៍ផ្សេងៗ ។ ការធ្វើបែបនេះគឺ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាធ្វើរោគ វិនិច្ឆ័[illegible]ភាពរបស់ស្ត្រីហើយនឹងជួយស្ត្រីដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តជ្រើសរើសយកនូវជម្រើស [illegible]ស្ថានភាពរបស់គាត់ ។

[illegible]ការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព	ការថែទាំក្រោយរំលូត/រលូត
ប្រវត្តិ[illegible] : • [illegible] • [illegible] • [illegible]និងកំណកឈាម • [illegible] គភ៌ក្រៅស្បូន ការ[illegible] កូនស្លាប់ក្នុងពោះ) • [illegible]ភេទ • [illegible]កំណើត	ប្រវត្តិអតិថិជន : • ថ្ងៃទី១នៃរដូវចុងក្រោយ • ការធ្លាក់ឈាម (រយៈពេល និង បរិមាណ ជាលិកាគភ៌ធ្លាក់) • ការឈឺចាប់ (រយៈពេល ភាពធ្ងន់ធ្ងរ និង កន្លែងដែលឈឺ ឈឺពោះឬឈឺចាក់ទៅស្មា ត្រូវ គិតដល់គភ៌ក្រៅស្បូន) • ការរលូត/រំលូតកូនដែលកើតមានថ្មីៗ • កំពុងប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើត • ប្រវត្តិក្តៅខ្លួន ញាក់ ឬរោគសញ្ញាដូចជាគ្រុន ផ្តាសសាយ • ចង្អោរ /ក្អួត

ស្ថានភាពសុខភាពទូទៅ :

- ល័ក្ខខ័ណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ស្ត្រី(ធ្លាក់ឈាម ទឹកនោមផ្អែម ហឺត លើសឈាម បេះដូង)
- ប្រវត្តិជំងឺទាក់ទងនឹងការវះកាត់ (ធ្លាប់វះយកកូន វះកាត់នៅពោះឬអាងត្រគាក)
- ប្រវត្តិឬកំពុងមានជំងឺកាមរោគ/អេដស៍
- ថ្នាំដែលបាននិងកំពុងប្រើ
- ប្រតិកម្មជាមួយនឹងឱសថផ្សេងៗ
- ការផឹកស្រា ថ្នាំញៀន រួមទាំងការជក់បារី

ស្ថានភាពចិត្តសាស្ត្រ/សង្គម :

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

ការពិនិត្យរាងកាយ :

- សុខភាពទូទៅ (កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ស្លេកស្លាំង សុខភាពទ្រុឌទ្រោម)និងសញ្ញាជីវិត
- ពិនិត្យរកមើលរបួសស្នាមនៃអំពើហឹង្សា
- ការពិនិត្យអាងត្រគាក :
  - *ពិនិត្យដោយប្រើចំពុះទា(Speculum) ដើម្បី :*
    - មើលមាត់ស្បូន
    - កត់សម្គាល់នូវអ្វីដែលធ្លាក់ចេញមកមិនធម្មតា
    - រកសញ្ញាផ្សេងៗនៃការឆ្លងរោគនៅមាត់ស្បូនឬជំងឺកាមរោគ
  - *ពិនិត្យដោយប្រើដៃទាំងពីរដើម្បី :*
    - វាយតម្លៃអាយុនៃគភ៌

ការពិនិត្យរាងកាយ :

- សុខភាពទូទៅ(កង្វះអាហាររូបត្ថម្ភ ស្លេកស្លាំង សុខភាពទ្រុឌទ្រោម)និង សញ្ញាជីវិត
- សួត បេះដូង ពោះ និងចុងដៃចុងជើង
- ពិនិត្យពោះដោយស្តាប់សំលេងពោះវៀន ស្ទាបរកមើលហើមពោះ ឬ ពោះឡើងរឹង និងដុំក្នុងពោះ ។ ពិនិត្យដុំ សង្កត់ថ្នមៗ តើដុំនោះឈឺឬទេ ខ្លាំងឬតិចនៅកន្លែងណានិងពិនិត្យមើលភាពតឹងនៃសាច់ដុំពោះរកមើលការឈឺនៅពេលដកដៃចេញ (Rebound tenderness)
- ការពិនិត្យអាងត្រគាក :

- វាយតម្លៃទីតាំងនិងស្ថានភាពនៃស្បូន - ពិនិត្យរកគភ៌ក្រៅស្បូន	- ពិនិត្យទ្វារមាសផ្នែកខាងក្រៅ និងបើរំលោភនិងកត់ត្រាសញ្ញានៃជំងឺកាមរោគដែលមាន - ពិនិត្យដោយប្រើចំពុះទា (Speculum) ដើម្បីរក : + វត្តមាននៃវត្ថុផ្សេងៗ ឬបំណែកនៃគភ៌ (ក្នុងទ្វារមាស ឬមាត់ស្បូន) + ធ្លាក់ឈាមឬសធំក្លិនស្អុយ + បរិមាណឈាមធ្លាក់ + ការបើកនៃមាត់ស្បូន + ការរហែកមាត់ស្បូន ឬទ្វារមាស - អនុវត្តការពិនិត្យអាងត្រគាកដោយដៃទាំងពីរដោយប្រុងប្រយ័ត្ននិងកត់សំគាល់: + ទំហំស្បូន + វត្តមានដុំខុសធម្មតានៅក្នុងអាងត្រគាក + ការឈឺចាប់ : កត់សំគាល់ភាពធ្ងន់ធ្ងរ កន្លែងនិងមូលហេតុដែលនាំឱ្យឈឺចាប់ (ពេលសំរាក ពេលប៉ះ ឬសង្កត់ពេលធ្វើចលនាមាត់ស្បូន)
ការធ្វើតេស្តផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ : • តេស្តទឹកនោមដើម្បីបញ្ជាក់ពីការមានគភ៌ (មានប្រយោជន៍ក្នុងករណីដែលសញ្ញានៃការមានផ្ទៃពោះមិនច្បាស់លាស់ឬមិនប្រាកដ) • អេម៉ូក្លូប៊ីនឬអេម៉ាតូគ្រីត(ប្រសិនបើមានភាពស្លេកស្លាំង)	**ការធ្វើតេស្តផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ :** • អេម៉ូក្លូប៊ីន/ អេម៉ាតូគ្រីត

៩-២ ជម្រើសនៃការគ្រប់គ្រង :

ជម្រើសនៃការគ្រប់គ្រងដែលសមស្រប ត្រូវផ្អែកលើការវាយតម្លៃគ្លីនិក តម្រូវការនិងការយល់ព្រមពីស្ត្រី :

- បន្តការមានផ្ទៃពោះ (ចំពោះស្ត្រីដែលចង់មករំលូតកូន) ត្រូវបញ្ជូនទៅសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះនិងសេវាផ្សេងទៀត ។
- ការរំលូតកូន : ការបូមដោយដៃ ការបូមដោយចរន្តអគ្គីសនី ឬការរំលូតកូនដោយប្រើឱសថ (សម្រាប់គភ៌អាយុតិចជាង ៩សប្តាហ៍) និងការពង្រីកមាត់ស្បូននិងសម្អាតស្បូន ។ ត្រូវពន្យល់ស្ត្រីអំពីទម្រង់ការដែលនឹងអនុវត្តដើម្បីឱ្យស្ត្រីបានដឹងពីអ្វីដែលនឹងកើតមាន និងយល់ព្រមចំពោះទម្រង់ការនោះ ។

៩-៣ ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការយល់ព្រម :

គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ជូននូវការពិគ្រោះពិភាក្សាយ៉ាងហ្មត់ចត់អំពីការរំលូតកូនមានសុវត្ថិភាពនិងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយឬការថែទាំក្រោយរលូត/រំលូតដែលក្នុងនោះរួមមាន :

- ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការសំរេចចិត្តទាក់ទងទៅនឹងជម្រើសនៃការបន្តផ្ទៃពោះ (សម្រាប់ស្ត្រីដែលចង់រំលូតកូន)
- ការពិគ្រោះពិភាក្សាមុនអនុវត្តទំរង់ការអំពីជម្រើសនៃវិធីសម្អាតស្បូននិងការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់
- ការយល់ព្រមបន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ
- ភាពសះស្បើយក្រោយរំលូតនិងរលូត និងការតាមដានបន្ត
- ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយរំលូត/រលូត
- កង្វល់ផ្សេងៗទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់ស្ត្រី

ការពិគ្រោះពិភាក្សាគួរតែរួមបញ្ចូលនូវចំណុចសំខាន់ៗដូចតទៅ :

- ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវស្តីពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ស្ត្រី លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ ជម្រើសបន្តការមានផ្ទៃពោះ ទម្រង់ការរំលូតកូនឬថែទាំក្រោយរលូត/រំលូត និងជម្រើសការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់
- ផលប្រយោជន៍និងការប្រឈមមុខនៃទម្រង់ការរំលូតកូន ឬថែទាំក្រោយរលូត/រំលូតនិងការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់
- ពិនិត្យឡើងវិញដើម្បីធានាថាស្ត្រីបានយល់ច្បាស់អំពីរោគវិនិច្ឆ័យ ទម្រង់ការនិងការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ដែលនឹងត្រូវផ្តល់ និងតម្រូវការតាមដានបន្តដែលចាំបាច់
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តអំពីការមានផ្ទៃពោះ ការរំលូត ជម្រើសនៃការថែទាំនិងសុខភាពផ្លូវភេទទៅអនាគត ។

៤-៤ ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ :

គោលបំណងនៃការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់គឺដើម្បីកាត់បន្ថយនូវការព្រួយបារម្ភនិងភាពឈឺចាប់មកនៅត្រឹមកំរិតអប្បបរមា ដើម្បីធានាថាការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់មានតិចតួចចំពោះសុខភាពស្ត្រី ។ ជាការសំខាន់ណាស់ត្រូវវាយតម្លៃអំពីតម្រូវការចាំបាច់របស់ស្ត្រីម្នាក់ៗនៅពេលកំណត់ យកនូវវិធីសាស្ត្រនៃការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ ។ ស្ត្រីត្រូវបានទទួលឱសថគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់គ្រប់ ពេលវេលាឬទទួលការព្យាបាលសមស្រប ។ ស្ទើរតែគ្រប់ករណីទាំងអស់នៃការសម្អាតស្បូន ការឈឺចុកចាប់តែងតែមាននៅពេលការបូមសម្អាតដោយដៃ ការបើកពង្រីកមាត់ស្បូន ការស៊កបញ្ចូលឧបករណ៍ទៅក្នុងស្បូននិងក្រោយទម្រង់ការ ។ ចំពោះការរំលូតកូនដោយប្រើឱសថ ការឈឺចាប់តែងតែកើតមានក្រោយពេលប្រើឱសថដែលជាញឹកញាប់កើតមានក្នុងរយៈពេល១ទៅ៣ម៉ោង និងធូរស្រាលវិញក្រោយពីការរលូតពេញលេញ ។ នៅពេលដែលស្បូនកន្ត្រាក់និង

ជាលិកានៃគភ៌ត្រូវបានបញ្ចេញតាមមាត់ស្បូន ជាទូទៅស្ត្រីមានអារម្មណ៍ថាមានការឈឺចាប់ខ្លះៗ។ ក្រុមឱសថទាំង៣ប្រភេទសម្រាប់គ្រប់គ្រងការឈឺចាប់មានដូចខាងក្រោម ៖

- ពពួកឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ (analgesia) ដែលអាចផ្តល់ជាវិធានការណ៍ស្តង់ដាសម្រាប់គ្រប់គ្រងការឈឺចាប់មុននិងក្រោយទម្រង់ការ ។
- ពពួកឱសថ anaesthetics : ធ្វើឱ្យស្ពឹកនៅនឹងកន្លែងឬធ្វើឱ្យសន្លប់
- ពពួកឱសថសម្រួលអារម្មណ៍/ងងុយគេង (anxiolitics/sedatives) ធ្វើឱ្យមុខងារនៃប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាលចុះខ្សោយ និងប្រើសម្រាប់ធ្វើឱ្យមានភាពស្ងប់ បន្ធូរសាច់ដុំនិងធ្វើឱ្យដេកលក់ ។

៤-៥ ការសម្អាតស្បូន ៖

ការសម្អាតស្បូនគឺជាការយកចេញនូវជាលិកាគភ៌ពីក្នុងស្បូន ។ វិធីដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់ការសម្អាតស្បូនមាន ៖

- ការប្រើឱសថ (សម្រាប់អាយុនៃគភ៌តិចជាង ៩សប្តាហ៍)
- ការបូម (ដោយឧបករណ៍បូមដោយដៃឬអគ្គីសនី)
- ការពង្រីកនិងការកោសសម្អាតស្បូន (D&C)

ការបូមនិងការប្រើឱសថរំលូតកូនត្រូវបាននិយមប្រើជាងការកោសសម្អាតស្បូន សម្រាប់ត្រីមាសទី១នៃគភ៌ ។

- ការបូមសម្អាតស្បូនដោយឧបករណ៍បូមដោយដៃ ត្រូវបានពិពណ៌នានៅទំព័រ ២៩៩ ។
- ការប្រើឱសថរំលូតកូនត្រូវបានធ្វើនៅក្នុងត្រីមាសទី១នៃគភ៌ (តិចជាង៩សប្តាហ៍) ដោយដំបូងផ្តល់ Mifepristone 200mg លេប និង២៤ម៉ោងក្រោយផ្តល់ Misoprostol 800μg តាមទ្វារមាសរៀងរាល់១២ម៉ោង (ច្រើនបំផុតមិនឱ្យលើសពី៣ដង) ។ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាឱសថរំលូតរួមបញ្ចូលគ្នានេះឈ្មោះ Medabone ។

វិធីសាស្ត្រដែលនិយមប្រើសម្រាប់រំលូតត្រីមាសទី២នៃគភ៌ គឺការបើកពង្រីកមាត់ស្បូននិងការកោសសម្អាតស្បូន ឬការប្រើឱសថរំលូតកូន ។ គភ៌ក្នុងត្រីមាសនេះ ការប្រើឱសថរំលូតកូនធ្វើឡើងដោយប្រើ Misoprostol 400μg ដាក់ក្នុងទ្វារមាសរៀងរាល់៤ម៉ោងម្តងរហូតដល់សរុប៥ដូសឬផ្តល់ Mifepristone រួមនឹង Misoprostol (គំរូឱសថដែលបានណែនាំប្រើប្រាស់) ។

ខាងក្រោមនេះ ប្រើចំពោះការរំលូតគភ៌អាយុ១៣ ដល់ ២៤សប្តាហ៍ :

- លេប Mifepristone 200mg ដើម្បីរៀបចំមាត់ស្បូនមួយថ្ងៃក្រោយមកត្រូវបន្តប្រើ :
- ដាក់ក្នុងទ្វារមាស Misoprostol 800μg បន្តប្រើ :
- ដាក់ក្នុងទ្វារមាស Misoprostol 400μg រាល់៤ម៉ោងម្តងរហូតដល់សរុប៥ដូស ។

៤-៦ ការឆ្លុះស៊ើបអង្កេតនិងការថែទាំបន្ត :

ការសង្កេត : ស្ត្រីត្រូវបានតាមដានរហូតទាល់តែសម្ពាធឈាមនិងជីពចរមានស្ថេរភាព អាចដើរបានស្រួលដោយខ្លួនឯងអាចទទួលទានអាហារឬទឹកដោយមិនមានក្អួត ។ ត្រូវតាមដានសម្ពាធឈាមនិងជីពចររបស់ស្ត្រីភ្លាមៗក្រោយទម្រង់ការតាមដានម្តងទៀតនៅ៣០នាទីក្រោយនិងមុនចេញទៅផ្ទះ ។

ព័ត៌មានសម្រាប់ការថែទាំមុននឹងចេញទៅផ្ទះ :

- ជាការធម្មតាស្ត្រីនឹងមានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសខ្លះៗក្នុងរយៈពេល ២-៣សប្តាហ៍
- ជាការធម្មតាស្ត្រីនៅមានការឈឺចាប់ខ្លះៗ
- ស្ត្រីត្រូវត្រឡប់មកតាមដានបន្តតាមការណាត់ (១-២ សប្តាហ៍ក្រោយទម្រង់ការ)
- ស្ត្រីអាចមានផ្ទៃពោះថ្មីទៀតភ្លាមៗ និងមានមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលអាចជួយបង្ការការមានកូនមិនតាមប្រាថ្នា ។

ត្រូវពន្យល់ស្ត្រីអំពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដែលត្រូវត្រឡប់មកមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាបន្ទាន់ :

- មានគ្រុនក្តៅ និង ញាក់
- ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសធ្ងន់ធ្ងរ

- ភករឃ្លោកធំក្លិនស្អុយ
- ឈឺខ្លាំងក្នុងពោះ
- សន្លប់
- មិនអាចហូបបឬផឹកបាន : ក្អួត ឬចង្អោរ ។

៩-៧ ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនិងសេវា :

ការពិគ្រោះពិភាក្សាស្តីពីការពន្យារកំណើតគឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់ត្រូវតែផ្តល់នៅក្រោយសេវារំលូត និងថែទាំក្រោយរំលូត/រលូត ។ ស្ត្រីត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតភ្លាមក្រោយរំលូត និងថែទាំក្រោយរលូត/រំលូតស្អាត ទោះបីស្ត្រីចង់បានកូនទៀតត្រូវរង់ចាំយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល ៦ខែសិនមុននឹងចាប់ផ្តើមមានផ្ទៃពោះម្តងទៀត ។ ប្រសិនបើស្ត្រីជ្រើសរើសកងដាក់ក្នុងស្បូន ជាធម្មតាកងដាក់ក្នុងស្បូនគួរត្រូវបានដាក់នៅក្នុងពេលជាមួយគ្នានិងការបូមសម្អាតដោយដៃឬការកោសសម្អាតស្បូន ។

គោលបំណងនៃការពិគ្រោះពិភាក្សាពីការពន្យារកំណើតចំពោះស្ត្រីដែលទទួលសេវារំលូតកូននិងថែទាំក្រោយរលូត/រំលូតគឺដើម្បីជួយនាងនិងដៃគូឱ្យ :

- យល់ដឹងអំពីកត្តាដែលនាំឱ្យមានផ្ទៃពោះមិនតាមប្រាថ្នា
- យល់ដឹងថាគាត់អាចនឹងមានផ្ទៃពោះទៀត ភ្លាមៗក្រោយរំលូត/រលូត
- យល់ដឹងថាគាត់អាចពន្យារ ឬការពារការមានផ្ទៃពោះទៀតដោយការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើត
- យល់ដឹងថាមានមធ្យោបាយពន្យារកំណើតផ្សេងៗច្រើនទៀតដែលអាចរកបាន
- ជ្រើសរើសយកមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលសមស្រប
- ទទួលបាននូវមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលសមស្របនិងប្រើប្រាស់ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព
- យល់ដឹងថាមានមធ្យោបាយការពារកំណើតបន្ទាន់ដែលប្រើក្នុងអំឡុងពេល៣ថ្ងៃក្រោយពីការរួមភេទដែលមិនបានការពារ ។

ជំពូកទី ៥ ៖ ការថែទាំចំពោះម្តាយនិងទារកដែលមានជំងឺ

ជំពូកនេះសង្ខេបអំពីការថែទាំម្តាយនិងទារកនៅពេលដែលម្តាយមានលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រពិសេសណាមួយ ។

៥-១ ការថែទាំម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

មុនពេលមានគភ៌ ៖ ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងដៃគូរបស់គាត់គួរទទួលការប្រឹក្សានៅឯមណ្ឌល OI/ARV អំពីការការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះក្នុងនោះមានទាំងការប្រើស្រោមអនាម័យ ដើម្បីកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគផងដែរ ។ បន្ទាប់ពីបានទទួលការប្រឹក្សាពួកគេគួរទទួលបាននូវមធ្យោបាយការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះតាមការជ្រើសរើសរបស់ពួកគាត់ ។

ប្រសិនបើពួកគាត់មានសំណួរអំពីការមានផ្ទៃពោះនៅពេលខាងមុខ ពួកគាត់គួរទទួលបានការប្រឹក្សាអំពីភាពពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ម្តាយនិងទារក ជាពិសេសទាក់ទងទៅនឹងលទ្ធផលការមានផ្ទៃពោះនិងការប្រឈមមុខនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។ រាល់ការមានផ្ទៃពោះគួររៀបចំផែនការឱ្យបានត្រឹមត្រូវដើម្បីទទួលបានឱសថប្រឆាំងនឹងវីរុសនិងកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ឱ្យនៅត្រឹមកម្រិតតិចបំផុត ។

ក្នុងពេលមានគភ៌ ៖ នៅរយៈពេលដំបូងនៃគភ៌ ស្ត្រីដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍គួរទទួលការប្រឹក្សាទាក់ទងនឹងស្ថានភាពសុខភាពស្ត្រីនិងទារក ប្រសិនបើស្ត្រីសម្រេចចិត្តបន្តការមានគភ៌នោះនិងគួរទទួលបានការគាំទ្រនិងតាមដានមើលពីគ្លីនិក OI/ART ក៏ដូចជាគ្លីនិកថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលផងដែរ ។
ប្រសិនបើស្ត្រីមិនបានចាប់ផ្តើមប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងវីរុសពីមុនទេ ស្ត្រីត្រូវទទួលឱសថប្រឆាំងនឹងវីរុសដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (ARV) ។

ក្នុងករណីដែលមេរោគអេដស៍ត្រូវបានរកឃើញក្នុងពេលមានគភ៌ ទម្រង់ការដូចគ្នាដែលរួមមានការប្រឹក្សាអំពីភាពពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ម្តាយនិងទារក ការពិភាក្សាអំពីការបន្តគភ៌និងឱសថប្រឆាំងនឹងវីរុស (ARV) សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT) នឹងត្រូវបានអនុវត្ត ។
នៅក្នុងពេលថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ម្តាយក៏នឹងទទួលព័ត៌មានអំពីជម្រើសនានានៃការចិញ្ចឹមទារកនិង

ជម្រើសការពារមិន ឱ្យមានគភ៌ក្រោយពេលទើបមានគភ៌រួច រួមទាំងមធ្យោបាយ អចិន្ត្រៃយ៍ក្រោយពេលសម្រាលផងដែរ ។

នៅពេលសម្រាលកូន : ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នឹងទទួលឱសថប្រឆាំងនឹងវីរុស (ARV) យោងទៅតាមពិធីសារដែលមាន ។ អាស្រ័យទៅលើគម្រោង PMTCT ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់តាមបំពង់អាចត្រូវបានពិចារណា ។ សម្រាប់ការសម្រាលកូនតាមទ្វារមាសជាការសំខាន់ត្រូវកាត់បន្ថយឱ្យបានទាបបំផុតនូវអន្តរាគមន៍នានា (ដូចជាការដាក់ឧបករណ៍ scalp electrode ឬការចោះបំបែកទឹកភ្លោះ) និងអន្តរាគមន៍ដែលអាចបង្កការប៉ះទង្គិចខ្លាំងនានាដូចជាការ សម្រាលដោយប្រើដែលពិបាក ។

ក្រោយសម្រាល : ដូចជាក្នុងពេលមានគភ៌ដែរស្ត្រីក្រោយសម្រាលត្រូវការការគាំទ្រផ្លូវចិត្តពីសេវា PMTCT ជាបន្តនិងការគាំទ្រសម្រាប់ការចិញ្ចឹមទារក ។ ប្រសិនបើការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយគឺជាជម្រើសដែលល្អបំផុតសម្រាប់ស្ត្រី ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់គឺជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុតដោយហេតុថាការចិញ្ចឹមដោយវិធីចិញ្ចឹមលាយគ្នាចម្រុះបង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការចម្លង វីរុស (ARV) ពីម្តាយទៅកូន ។

ទារកនឹងត្រូវធ្វើការតាមដាននៅសេវាពិសេសដើម្បីកំណត់ថាតើទារកនោះនៅតែគ្មានមេរោគអេដស៍ដដែលឬទេ ។ ម្តាយនឹងត្រូវការការប្រឹក្សានិងសេវាផែនការគ្រួសារនិងទទួលបានការគាំទ្រជាបន្តសម្រាប់ឱសថប្រឆាំងនឹងវីរុស (ARV) ដែលគាត់ត្រូវការ ។

ការថែទាំទារកដែលម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ខាងក្រោមនេះគឺជាព័ត៌មានសង្ខេបពីការថែទាំនិងគាំទ្រម្តាយដែលឆ្លងជំងឺអេដស៍ ។ សម្រាប់សេចក្តីលំអិតសូមមើលគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។ គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរទទួលបាននូវការថែទាំក្រោយសម្រាលសមស្របនិងការអប់រំសុខភាពសម្រាប់ស្ត្រីនិងទារកដោយរួមទាំងការផ្តល់ព័ត៌មានអំពីអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់ម្តាយនិងការចិញ្ចឹមទារក ការអប់រំសុខភាពទូទៅសញ្ញានិងរោគសញ្ញានៃការបង្ករោគក្រោយសម្រាល និងសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដទៃទៀតរបស់ម្តាយនិងទារក ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការនិងការពន្យារកំណើត ។ បន្ថែមលើនេះ ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានទទួលថ្នាំ ARV បង្ការសម្រាប់ម្តាយនិងទារក ការគាំទ្រដើម្បីអាចទទួលបាននូវការតាមដានទារកនិងការព្យាបាលបន្តនិងការគាំទ្រទាំងម្តាយនិងទារកនិងគ្រួសាររបស់ពួកគេ ។

ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ:

- ពីពេលកើតរហូតទារកអាយុបាន៦ខែ

- ដោយមិនគិតពីស្ថានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ត្រូវទទួលបានការលើកទឹកចិត្តអោយបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយរយៈពេល៦ខែដំបូងនៃជីវិត ។ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធមានន័យថា ផ្តល់អោយទារកតែទឹកដោះម្តាយមួយមុខគត់ ។ មិនត្រូវផ្តល់អោយទារកនូវអាហារឬជាតិទឹកផ្សេងៗសូម្បីទឹកក្នុងរយៈពេល៦ខែនៃការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ ។ ការបំបៅលាយនឹងបង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។
- គ្រប់ម្តាយទាំងអស់ដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ហើយកំពុងប្រើថ្នាំ ARV បីមុខដើម្បីបង្ការគួរបន្តការ ប្រើថ្នាំនេះរហូតដល់បាន១សប្តាហ៍ក្រោយពីបានផ្តាច់ដោះកូនដើម្បីបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍តាម ទឹកដោះ ។ ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ហើយកំពុងប្រើ ART គួរបន្តរហូតអស់មួយជីវិតដើម្បីសុខភាព របស់ពួកគេ ។

- ការជំនួសការបំបៅដោះ :

ម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលជ្រើសរើសមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ បើមានលក្ខណសមស្របគួរផ្តល់អោយទារកដែលមិនមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឬមិនដឹងស្ថានភាព តែទឹកដោះគោដែលមានលក្ខណៈស្តង់ដាអន្តរជាតិដើម្បីជំនួសទឹកដោះម្តាយ ។ មិនត្រូវផ្តល់ដល់ទារកនូវទឹកដោះគោឆៅ ទឹកសំណើក ឬទឹកដោះគោខាប់ទេ ។

ការតាមដានបន្តនៅសហគមន៍គួរបញ្ចូលនូវការពិគ្រោះពិភាក្សានិងការគាំទ្រម្តាយដើម្បីបន្តការចិញ្ចឹមទារកតាមជម្រើសនិងចៀសវាងការចិញ្ចឹមទារកតាមវិធីចម្រុះ ។ ការរំលឹកនិងការគាំទ្រក្នុងការបញ្ជូនម្តាយនិងទារកដើម្បីអោយមកទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាលនៅសប្តាហ៍ទី៦តាមការណាត់ជួបដើម្បីទទួលថ្នាំបង្ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអោយបានឆាប់ ពិនិត្យពីលក្ខណៈសមស្របដើម្បីទទួលថ្នាំ ART ការវាយតម្លៃពីអាហារូបត្ថម្ភនិងការពិគ្រោះពិភាក្សា ។

ព័ត៌មានពីការពន្យារកំណើតនិងបញ្ជូនទៅរកសេវាសមស្របគួរផ្តល់អោយក្រោយសម្រាលដើម្បីចៀសវាងការមានផ្ទៃពោះដោយចៃដន្យក្នុងចំណោមស្ត្រីទាំងអស់រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។

ក្នុងករណីខ្លះជាការសមស្របគួរចាប់ផ្តើមមធ្យោបាយពន្យារកំណើតភ្លាមនៅក្រោយសម្រាល ។ គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ដែលមកពិនិត្យក្រោយសម្រាលនៅសប្តាហ៍ទី៦ គួរជួបជាមួយសេវាពន្យារកំណើត ។

ការចៀសវាងការមានផ្ទៃពោះជាការសំខាន់ណាស់ចំពោះស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាពិសេសដែលប្រើថ្នាំ ART ឬម្តាយប្រើ triple ARV ដើម្បីបង្ការក្រោយសម្រាល ។ EFV គួរចៀសវាងប្រើក្នុងអំឡុងត្រីមាសទី១នៃផ្ទៃពោះដោយសារអាចធ្វើអោយមានភាពមិនធម្មតារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ ។

OI/ART គួរត្រូវបានទទួលព័ត៌មានអំពីករណីថ្មីនៃស្ត្រីដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។ ស្ត្រីទាំងនេះគួរត្រូវបានបូមឈាមដើម្បីធ្វើតេស្ត CD4 មុនចេញពីមន្ទីរពេទ្យនិងត្រូវបានបញ្ជូនទៅគ្លីនិក OI/ART ដែលនៅជិតបំផុតបើអាច (ក្នុងអំឡុង៦សប្តាហ៍ដើម្បីវាយតម្លៃពីតម្រូវការ ART និងដើម្បីបញ្ចូលទៅក្នុងក្រុមទទួលបានការព្យាបាល ថែទាំបន្ត (CoC) ។ ទំនាក់ទំនងជាមួយអង្គការថែទាំសុខភាពនៅសហគមន៍ត្រូវធ្វើឡើងភ្លាមៗដើម្បីជួយដល់ការតាមដានបន្តជាពិសេសសម្រាប់ស្ត្រីដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីនិងមាន CD4 $\leq$ 350 cells/mm³ ពីព្រោះពួកគេត្រូវការ ART សម្រាប់សុខភាពរបស់ពួកគេ ។ ស្ត្រីដែលដឹងថាមានឆ្លងមេរោគអេដស៍គួរត្រូវបានបញ្ជូនត្រលប់ទៅ OI/ART ដើម្បីទទួលការព្យាបាលនិងថែទាំបន្ត ។ ទំនាក់ទំនងរវាងអង្គការថែទាំសុខភាពនៅសហគមន៍គឺដើម្បីធានាដល់ការបន្តតាមដាននិងជួយសម្រួលដល់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសម្រាប់ម្តាយនិងទារកដើម្បីទទួលការថែទាំបន្ត ។

៩-២ ការថែទាំម្តាយដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម

មុនពេលមានគភ៌ : សម្រាប់ស្ត្រីដែលស្ថិតនៅក្នុងវ័យបន្តពូជដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម វាជាការសំខាន់ដែលស្ត្រីត្រូវទទួលការប្រឹក្សាអំពីការមានគភ៌នៅពេលអនាគត ។ ស្ថានភាពសុខភាពគភ៌នាពេលអនាគតអាស្រ័យយ៉ាងខ្លាំងទៅលើស្ថានភាពជារួមរបស់ស្ត្រី ជាពិសេសទៅលើ ថាតើស្ត្រីមានផលវិបាកផ្នែកសរសៃឈាមនៃជំងឺទឹកនោមផ្អែមឬទេ ។ ស្ត្រីដែលមានបញ្ហាខូចតម្រងនោម និងមានលើសប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោមច្រើនខូចរេទីនភ្នែក និងសម្ពាធឈាមខ្ពស់ប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងផលវិបាកក្នុងពេលមានគភ៌ ដូចជាបំរុងក្រឡាភ្លើង ទារកស្លាប់នៅពេលកើតជាងស្ត្រីដែលមានប្រវត្តិការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមបានល្អ ។

ទោះជាការមានផ្ទៃពោះដោយមានគំរោងឬនៅពេលដែលបានដឹងថាមានផ្ទៃពោះភ្លាម ស្ត្រីត្រូវដែលតែទទួលការព្យាបាលដោយ insulin ហើយត្រូវផ្អាកគ្រប់ថ្នាំព្យាបាលទឹកនោមផ្អែមដទៃទៀត ។

ក្នុងពេលមានគភ៌ : ប្រសិនបើស្ត្រីដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមសម្រេចចិត្តបន្តការមានគភ៌ គួរគ្រប់គ្រងដោយប្រុងប្រយ័ត្នដោយសហការជាមួយអ្នកជំនាញខាងជំងឺទឹកនោមផ្អែមនិងគ្រូពេទ្យផ្នែករោគស្ត្រី ។ នេះគឺដោយសារតែតម្រូវការអាំងស៊ុយលីនរបស់ស្ត្រីនឹងកើនឡើងបន្តិចម្តងៗក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ហើយការប្រឈមផ្នែកសម្ពាធដូចជាបម្រុងក្រឡាភ្លើង ទារកលូតលាស់ធំពេក ផលវិបាកផ្នែកសរសៃឈាមនិងបញ្ហាភ្នែកក៏នឹងកើនឡើងផងដែរ ។

ក្នុងពេលមានគភ៌ ម្តាយដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមគួរទទួលការប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសាររួមទាំងមធ្យោបាយអចិន្ត្រៃយ៍ក្រោយពេលសម្រាលផងដែរ ។ ប្រសិនបើជំងឺទឹកនោមផ្អែមទើបតែរកឃើញក្នុងពេលមានគភ៌ដែលគេហៅថាជំងឺទឹកនោមផ្អែមក្នុងពេលមានគភ៌ ស្ត្រីអាចមិនត្រូវការឱសថទេប៉ុន្តែគ្រាន់តែតមអាហារតែប៉ុណ្ណោះ ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តីគេគួរតាមដានស្ត្រីដូចបានណែនាំខាងលើ ។

នៅពេលសម្រាលកូន : ជាធម្មតាការសម្រាលកូនតាមទ្វារមាសត្រូវបានណែនាំហើយការសម្រាលដោយវះកាត់អាចធ្វើឡើងតាមល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវដែលបានណែនាំតែប៉ុណ្ណោះ ។ ក្នុងថ្ងៃសម្រាល តម្រូវការអាំងស៊ុយលីនរបស់ស្ត្រីធ្លាក់ចុះយ៉ាងខ្លាំង ដូច្នេះគ្លុយកូសក្នុងឈាមរបស់គាត់គួរត្រូវធ្វើការតាមដាននិងគ្រប់គ្រងឱ្យបានជិតដល់ ។ ទារកអាចប្រឈមមុខនឹងកង្វះខាតជាតិស្ករក្នុងឈាមកាន់តែច្រើនក្នុងរយៈពីរបីថ្ងៃដំបូង ជាពិសេសប្រសិនបើម្តាយមានកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ពស់ពេកក្នុងពេលមានគភ៌ ។ ទារកគួរត្រូវបានតាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្ននៅផ្នែកថែទាំទារកទើបកើត ។

ក្រោយពេលសម្រាល : ម្តាយនិងទារកគួរស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរហូតដល់កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមមានលក្ខណៈថេរ ។ ការពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីផែនការគ្រួសារនិងមធ្យោបាយការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ក្នុងរយៈពេលក្រោយសម្រាល ។

ការថែទាំទារកដែលម្តាយមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម

ទារកម្តាយមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ក្នុងការមានកំរិតជាតិស្ករទាបក្នុងអំឡុងពេល៣ថ្ងៃនៃកំណើត ទោះបីជាទារកទាំងនោះបៅបានគ្រប់គ្រាន់ក៏ដោយ ។

- លើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រការឆាប់ដាក់អោយបៅដោះនិងបានញឹកញាប់៨ដងឬលើសពីនេះជារៀងរាល់ថ្ងៃទាំងយប់និងថ្ងៃ ។

- បើទារកមានអាយុតិចជាង ៣ថ្ងៃ សង្កេតមើលទារករហូតដល់ថ្ងៃទី៣ :
    - វាស់គ្លីកូសឈាមតាមពេលវេលាដូចតទៅនេះ:
        - ៣ម៉ោងក្រោយកើតឬនៅពេលទទួលចូលសំរាកពេទ្យ
        - ៣ម៉ោងក្រោយពីការវាស់លើកទី១ បន្ទាប់មករៀងរាល់ ៦ម៉ោងសំរាប់រយៈពេល ២៤ម៉ោងឬ រហូតគ្លីកូសក្នុងឈាមមានកំរិតធម្មតានៅពេលវាស់ឃើញ២ដង បន្តបន្ទាប់គ្នា ។
    - បើគ្លីកូសឈាមតិចជាង 45mg/dl (2.6mmol/l) ព្យាបាលគ្លីកូសឈាមទាប (ទំព័រ ២២៦)
    - បើគ្លីកូសនៅក្នុងឈាមធម្មតារយៈពេល៣ថ្ងៃ ទារកបៅបានល្អ និងមិនមានបញ្ហាណាមួយដែលតម្រូវសំរាកពេទ្យ ត្រូវអោយទារកចេញទៅផ្ទះ ។
- បើទារកមានអាយុ៣ថ្ងៃឬលើសពីនេះ និងមិនមានសញ្ញាបង្ហាញថាគ្លីកូសចុះទាប (សន្លឹមឬញ័រៗ (jitteriness) សង្កេតតាមដានមិនចាំបាច់ ។ បើទារកបៅបានល្អនិងមិនមានបញ្ហាណាផ្សេងទៀតដែលតម្រូវអោយសម្រាកពេទ្យ ត្រូវអោយទារកចេញទៅផ្ទះ ។

៥-៣ ការថែទាំម្តាយដែលមានជំងឺរបេង

មុនពេលមានគភ៌ : គួរបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងដែលកំពុងមានអោយមុនពេលចាប់ផ្តើមមានគភ៌ ។ ដូច្នេះ បុគ្គលិកផ្នែកជំងឺរបេងចាំបាច់ត្រូវធានាថាស្ត្រីស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជទទួលបានប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារនិង មធ្យោយបានការពារមិនឱ្យមានគភ៌ ។

ក្នុងពេលមានគភ៌ : ម្តាយដែលសម្រាលកូននៅខណៈពេលដែលកំពុងមានជំងឺរបេងសួតដែលអាចចម្លងបាន គឺប្រឈមមុខនឹងការចម្លងមេរោគរបេងទៅទារកទើបកើត ។ ការមានជំងឺរបេងដែលមិនបានព្យាបាលគឺជា បន្ទុកមួយសម្រាប់ស្ត្រីផងដែរទាក់ទងទៅនឹងអាហារូបត្ថម្ភការលូតលាស់របស់ទារកនិងថែមទាំងមរណភាព មាតាផងដែរ ។ ដូច្នេះជាការសំខាន់ដែលត្រូវសួរស្ត្រីដែលស្គមខ្លាំងថាតើគាត់មានក្អកនិងដើម្បីកំណត់ពីស្ត្រី មានគភ៌ដែលមានក្អកលើសពី៣សប្តាហ៍ ។ ពួកគេគួរទទួលការពិនិត្យរកជំងឺរបេងសួតឱ្យបានឆាប់បំផុតតាម ដែលអាចធ្វើទៅបានជាធម្មតាតាមរយៈការពិនិត្យកំហាក ។

ប្រសិនបើរកឃើញថាវិជ្ជមានគួរចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺរបេងជាបន្ទាន់ ។ ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេងតែមួយ

គត់ដែលមិនគួរប្រើក្នុងពេលមានគភ៌គឺ streptomycin ។ ពីរសប្តាហ៍បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ស្ត្រីលែងមានចម្លងមេរោគរបេងទៀតហើយ ដូច្នេះស្ត្រីលែងមានការគំរាមកំហែងដល់ទារកទើបកើតទៀតហើយ ។ ស្ត្រីគួរបញ្ចប់ការព្យាបាលឱ្យបានពេញលេញនិងធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញផងដែរ ។

ការថែទាំទារកដែលម្តាយមានជំងឺរបេង

- បើម្តាយមានជំងឺរបេងសួតសកម្មនិងបានទទួលការព្យាបាលរយៈពេលតិចជាង២ខែមុនពេលសម្រាលឬបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺរបេងក្រោយកើតៈ
  - ○ មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺរបេងនៅពេលកើតដល់ទារកទេ (BCG)
  - ○ ត្រូវផ្តល់ isoniazid 5 mg/kg បង្ការដោយអោយទៅតាមទម្ងន់ទារក លេបម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ ។
  - ○ នៅពេលទារកអាយុបាន៦សប្តាហ៍ ត្រូវវាយតម្លៃម្តងទៀត ដោយសំគាល់មើលពីការឡើងទម្ងន់និងថតសួតបើអាចធ្វើបានៈ
    - បើរកឃើញថាមានជំងឺដែលកំពុងសកម្ម ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលពេញលេញជំងឺរបេង ។
  - ○ បើទារកមានសុខភាពល្អហើយតេស្តអវិជ្ជមាន ត្រូវបន្តផ្តល់ isoniazid បង្ការដើម្បីបង្គ្រប់អោយបាន ៦ខែ ។
  - ○ ការពន្យារពេលក្នុងការផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺរបេងរហូតដល់២សប្តាហ៍ក្រោយការព្យាបាលបានបញ្ចប់ ។ បើ BCG បានផ្តល់រួចត្រូវផ្តល់ BCG ម្តងទៀតនៅ២សប្តាហ៍ក្រោយបញ្ចប់ការព្យាបាលដោយ isoniazid ។
- ត្រូវបញ្ជាក់ប្រាប់ម្តាយថានាងអាចបំបៅដោះកូនដោយសុវត្ថិភាព
- ទាមដានបន្ត២សប្តាហ៍ក្រោយដើម្បីវាយតម្លៃពីការឡើងទម្ងន់ ។

៥-៤ ការថែទាំម្តាយដែលមានជំងឺបេះដូង

មុនពេលមានគភ៌ : ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលមានជំងឺបេះដូងធ្ងន់ធ្ងរគួរទទួលការប្រឹក្សាពីគ្រូពេទ្យអំពីការមានគភ៌ដែលអាចកើតមាន ។ ប្រសិនបើស្ត្រីមិនអាចមានគភ៌បានដោយសារតែភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺបេះដូង ស្ត្រីនោះគួរទទួលការប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារឱ្យបានល្អនិងមធ្យោបាយការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះ ។

ក្នុងពេលមានគភ៌ : ប្រសិនបើស្ត្រីសម្រេចចិត្តបន្តការមានគភ៌ នាងគួរត្រូវបានតាមដានដោយគ្រូពេទ្យដោយសហការជាមួយគ្រូពេទ្យផ្នែកសម្ភព ។ ចាប់ពីត្រីមាសទី២ ទៅរបត់ឈាមរបស់ស្ត្រីកើនឡើងបន្តិចម្តង១ទាំងបរិមាណឈាមដែលផលិតដោយបេះដូងជាធម្មតាកើនឡើងយ៉ាងច្រើន ។ ស្ត្រីដែលមានជំងឺបេះដូងធ្ងន់ធ្ងរប្រឈមមុខនឹងការមិនអាចបំពេញឈាមមកវិញបាននិងត្រូវការការតាម ដាននិងការព្យាបាលដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ដើម្បីធានាដល់លទ្ធផលជោគជ័យសម្រាប់ម្តាយនិងទារក ។ ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ស្ត្រីគួរទទួលការប្រឹក្សាអំពីជម្រើសផែនការគ្រួសាររួមទាំងមធ្យោបាយអចិន្ត្រៃយ៍ ។

ក្នុងពេលសម្រាលកូន : ការសម្រាលតាមទ្វារមាសជាវិធីដែលគេនិយម ។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើស្ត្រីអសកម្លាំងខ្លាំង/ឬខ្សោយបេះដូងហើយហត់ ការបញ្ចប់ការសម្រាលដោយការបូមគឺជាជម្រើសមួយ ហើយត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស ដោយមិនត្រូវផ្តល់ឱ្យស្ត្រីនូវជាតិទឹកច្រើនពេកដែលអាចជំរុញឱ្យបេះដូងកាន់តែខ្សោយ ។

ក្រោយពេលសម្រាល : ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារនិងមធ្យោបាយការពារមិនឱ្យមានផ្ទៃពោះមានសារៈសំខាន់ណាស់ ។

៥-៥ ការថែទាំម្តាយដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់

៥-៥-១ ការពិនិត្យរកជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលគ្មានរោគសញ្ញាចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

ពិនិត្យស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់រកជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះមួយលើក១នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលស្ថិតនៅក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់ ។

៥-៥-២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យតាមសញ្ញាគ្លីនិកចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

- លក្ខណៈគ្លីនិកដូចគ្នានឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែរតែហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅជាជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរឬមានផលវិបាកមានលក្ខណៈលឿនជាងក្នុងករណី P. falciparum ហើយលាប់ឡើងវិញដោយ P. vivax និង P. malariae តែងតែមានការជួបប្រទះជាញឹកញាប់ជាង ។

ការព្យាបាលត្រឹមត្រូវមានសារៈសំខាន់ណាស់ពីព្រោះគ្រោះថ្នាក់មានច្រើនដូចជា ការសម្រាលកូនមុនពេលគ្រប់ខែ ជំងឺពីកំណើត ទារកកើតមកមានទម្ងន់ស្រាល ឬទារកស្លាប់កើត ។

ករិតដូស និង ការព្យាបាល :

ថ្ងៃទី១ (ថ្ងៃចូលសំរាកពេទ្យ)	ការបញ្ចូលសេរ៉ូមទី១ : 500ml dextrose 10% + quinine dihydrochloride 10 mg/kg / 4 ម៉ោង (40 តំណក់/ នាទី) ការបញ្ចូលសេរ៉ូមទី២ : 500ml dextrose 10% + quinine 10 mg/kg / 8 ម៉ោង (20 តំណក់/ នាទី) ការបញ្ចូលសេរ៉ូមទី៣ : 500ml dextrose 10% + quinine 10 mg/kg / 8 ម៉ោង (20 តំណក់/ នាទី)
ថ្ងៃទី២	ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមពាដងក្នុងចន្លោះពេល៨ម៉ោងម្តង ។ អនុវត្តដូចគ្នានឹងការបញ្ចូលសេរ៉ូមលើកទីពានៃថ្ងៃទី១ : 500ml dextrose 10% + quinine 10 mg/kg / 8ម៉ោង (20 តំណក់ / នាទី)
ពីថ្ងៃទី៣-៧	- បើសិនអ្នកជំងឺដឹងខ្លួនឡើងវិញហើយអាចលេបថ្នាំគ្រាប់បាន : ត្រូវបញ្ឈប់ការបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ ។ អោយថ្នាំលេបquinine 10 mg/kg ពាដងក្នុង១ថ្ងៃ (រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង) អោយបានគ្រប់៧ថ្ងៃ ។ - ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនទាន់ដឹងខ្លួន : ត្រូវបន្តចាក់សេរ៉ូមនឹងថ្នាំតាមសរសៃដូចបានអនុវត្តដូចគ្នានឹងថ្ងៃទី២ ។

ចំពោះស្ត្រីមានគភ៌ក្នុងអំឡុងត្រីមាសទី២ ដល់ទី៣ :

ផ្តល់ Artesunate តាមសរសៃឬសាច់ដុំរួចផ្តល់បន្ត Dihydroartemisinin + Piperaquine ឬផ្តល់ A+M ចំនួនពាថ្ងៃ

៥-៦ ការថែទាំទារកដែលម្តាយមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬស្វាយតែទារកមិនមានស្តែងចេញជារោគសញ្ញា

បើទារកមានម្តាយដែលមានបញ្ហាមួយឬច្រើនដូចខាងលើ ទារកនឹងមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងមានបញ្ហាទាំងនេះនៅថ្ងៃខាងមុខទោះបីជាក្រោយកើតភ្លាមទារកហាក់ដូចជាមានសភាពធម្មតាក៏ដោយ ។

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

ម្តាយដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមស្រួចក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះឬម្តាយដែលមានវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដែលបានបង្ហាញតាមរយៈលទ្ធផលតេស្តឈាមជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B វិជ្ជមាន surface antigen (HbsAg) អាចចម្លងមេរោគរលាកថ្លើម B ទៅទារករបស់ខ្លួន។

- ផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) 0.5ml ដូសដំបូងដោយចាក់សាច់ដុំនៅភ្លៅផ្នែកខាងលើភ្លាម១ក្រោយទារកសម្រាលនិងក្រោយទារកបានបៅដោះម្តាយពេញលេញបើអាចធ្វើទៅបាន (គួរធ្វើអោយបានក្នុងអំឡុង១២ក្រោយសម្រាល) ។
- បើមាន ត្រូវផ្តល់ hepatitis immune globulin 200 units ចាក់សាច់ដុំនៅភ្លៅម្ខាងទៀតក្នុងអំឡុង២៤ នៃកំណើតឬយ៉ាងហោចណាស់៤៨ម៉ោង។
- ត្រូវបញ្ជាក់ប្រាប់ម្តាយថានាងអាចបំបៅដោះកូនដោយសុវត្ថិភាព។

ជំងឺស្វាយ

- បើម្តាយមានលទ្ធផលតេស្តស្វាយវិជ្ជមាននិងបានទទួលការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ (2.4 million units penicillin) និងការព្យាបាលនេះបានចាប់ផ្តើមតិចជាង 30 ថ្ងៃមុនសម្រាល មិនចាំបាច់ព្យាបាលអ្វីបន្ថែមទេ។
- បើម្តាយមិនបានព្យាបាលជំងឺស្វាយ ឬព្យាបាលមិនបានត្រឹមត្រូវ ឬមិនដឹងពីស្ថានភាពព្យាបាល ឬមិនច្បាស់ហើយទារកមិនមានសញ្ញានៃជំងឺស្វាយ :
  - ផ្តល់ Benzathine penicillin G 50,000 UI/Kg/dose ដល់ទារកដោយចាក់សាច់ដុំ (ទំព័រ ៣២៨) ។

- ផ្តល់ Benzathine penicillin G 2.4 million units ដល់ម្តាយនិងដៃគូដោយចាក់សាច់ដុំ២កន្លែងផ្សេងគ្នា។ ប្រសិនបើស្ត្រីនិងដៃគូមានប្រតិកម្មជាមួយ penicillin ផ្តល់ Erythromycin 500mg លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃរយៈពេល១៤ថ្ងៃ។
- បញ្ជូនម្តាយនិងដៃគូដើម្បីតាមដានបន្តទៅគ្លីនិកដែលផ្តល់សេវា STIs ។

• តាមដានក្នុង ៤សប្តាហ៍ដើម្បីពិនិត្យពីការលូតលាស់និងសញ្ញានៃជំងឺស្វាយពីកំណើត (ទំព័រ ២១១) ។

ជំពូក៦ ៖ ការវាយតម្លៃនិងកែលំអគុណភាពនៃការថែទាំផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបកើតនៅមន្ទីរពេទ្យ

៦-១ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបកើត (EmONC)

ទោះបីស្ត្រីផ្ទៃពោះមានសុខភាពល្អហើយបានទទួលការថែទាំមុនពេលសម្រាលបានល្អយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រមាណជា១៥ភាគរយនៃស្ត្រីផ្ទៃពោះនឹងជួបនូវផលវិបាកនៅពេលសម្រាលដែរ ។ ដូច្នេះស្ត្រីគួរទទួលបាននូវប្រព័ន្ធបញ្ជូនរឹងមាំមួយដែលធានាបាននូវការថែទាំការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើតទាន់ពេលវេលា ។

សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារក (EmONC) នឹងត្រូវបានអភិវឌ្ឍជាបណ្តើរៗនៅតាមមន្ទីរពេទ្យនានាក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។ សេវានេះចែកចេញជា ៖ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន (BEmONC) និងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបកើតពេញលេញ (CEmONC) ។

អន្តរាគមន៍ខាងក្រោមនេះ នឹងត្រូវផ្តល់ ២៤ម៉ោង/១ថ្ងៃ និង៧ថ្ងៃ/១សប្តាហ៍ ៖

១. ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន (BEmONC)

ជានិច្ចជាកាលត្រូវមានសមត្ថភាពផ្តល់នូវអន្តរាគមន៍ទាំងអស់ខាងក្រោម ៖

- ប្រើ antibiotic ចាក់
- ប្រើថ្នាំ Oxytocine ចាក់
- ប្រើថ្នាំប្រឆាំងការប្រកាច់សម្រាប់ជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើងនិងក្រឡាភ្លើងដោយចាក់
- អនុវត្តការលូកបាទម្លាក់សុកដោយដៃ
- គ្រប់គ្រងផលវិបាកក្រោយរលូត/រំលូត (MVA)
- សម្រាលកូនតាមទ្វារមាសដោយមានឧបករណ៍ជំនួយ (ការសម្រាលដោយបូម)
- សង្គ្រោះទារកទើបកើតដែលថប់ដង្ហើម

២. ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបកើតពេលពេញ (CEmONC) មានសមត្ថភាពផ្តល់នូវអន្តរាគមន៍ទាំងអស់ខាងលើ រួមជាមួយអន្តរាគមន៍ពីរខាងក្រោម ៖

- ការវះកាត់ (ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់)
- ការបញ្ចូលឈាម

អន្តរាគមន៍គន្លឹះខាងលើនេះជា សូចនាករសម្រាប់ធ្វើចំណាត់ថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យBEmONC ឬ CEmONC ។

ការបង្កើត និងរក្សាបាននូវសមត្ថភាពជាប្រចាំទាំងថ្ងៃទាំងយប់ជារៀងរាល់ថ្ងៃនៃសប្តាហ៍ ដើម្បីផ្តល់សេវា BEmONC ឬ CEmONC ត្រូវការការរៀបចំផែនការរយៈពេលវែងទាំងរចនាសម្ព័ន្ធការផ្គត់ផ្គង់សម្ភារៈ /ឱសថ សមត្ថភាពជំនាញរបស់បុគ្គលិកនិងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ។ កិច្ចការនេះត្រូវការការចូលរួមមិនត្រឹមតែពីបុគ្គលិកថែទាំម្តាយនិងបុគ្គលិកផ្នែកជំងឺកុមារប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែត្រូវការការចូលរួមពីថ្នាក់ដឹកនាំមន្ទីរពេទ្យ ស្រុកប្រតិបត្តិ និងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ផងដែរ ។

៦-២ ការកែលំអគុណភាពសេវា

បុគ្គលិកផ្នែកសម្ភពត្រូវវាយតម្លៃលទ្ធផលរបស់ខ្លួនផ្ទាល់ជាទៀងទាត់ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលទាំងនោះពិភាក្សាអំពីរបៀបកែលំអគុណភាពសេវា ។

លទ្ធផល ៖ ចំនួនស្ត្រីដែលសម្រាលកូន ស្ថានភាពរបស់ស្ត្រីនិងទារកនៅពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលអាចទទួលបានតាមរយៈប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (Internet ឬឯកសារ) ។ សូចនាករជាមូលដ្ឋានខ្លះដែលត្រូវប្រមូលសម្រាប់ការពិភាក្សារបស់បុគ្គលិកគឺ ៖

- ចំនួនការសម្រាល
- ចំនួនទារកដែលកើត
- ក្នុងចំណោមទារកកើត ចំនួនទារកកើតរស់ និងចំនួនទារកស្លាប់ភ្លាម១ក្រោយពេលកើត (ស្លាប់ក្នុងកំឡុងមួយសប្តាហ៍ដំបូង)
- អត្រាសម្រាលកូនដោយការវះកាត់

- អត្រាសម្រាលកូនដោយបូម

- ចំនួនម្តាយដែលស្លាប់

ការកែលំអគុណភាពសេវា : គឺជាការផ្លាស់ប្តូរជាជំហានៗនៃការថែទាំម្តាយនិងទារកជាពិសេសដោយផ្អែកលើលទ្ធផល ។ ជាការសំខាន់បុគ្គលិកទាំងអស់ត្រូវចូលរួមក្នុងការងារនេះដើម្បីពិភាក្សាអំពីលទ្ធផលដែលបានលើកឡើងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ/កែលំអ និងកំណត់អាទិភាពក្នុងចំណោមសកម្មភាពទាំងនោះ ។ បន្ទាប់ពីធ្វើអន្តរាគមន៍បានរយៈពេលច្រើនខែមក ត្រូវតាមដានបន្តនូវលទ្ធផលនៃសកម្មភាពទាំងនោះ ។
មានជំហានដំបូងពីរក្នុងដំណើរការនេះ

១-ប្រជុំបុគ្គលិកជាទៀងទាត់ :បុគ្គលិកត្រូវជួបគ្នាដើម្បីពិភាក្សាលទ្ធផលនិងរក្សាកំណត់ហេតុពីការប្រជុំ ។

២-ពិធីសារដែលបានឯកភាព : ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់និងពិធីសារដែលពាក់ព័ន្ធ (ជំងឺគ្រុនចាញ់ ការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ) ។ល ។ ត្រូវផ្សព្វផ្សាយដល់ឆ្មបនិងគ្រូពេទ្យទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះ ។ គួរផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីទម្រង់ការនិងគាំទ្រដោយសម្ភារៈជំនួយនានាដូចជាផ្ទាំងរូបភាពជាដើម ។

ជំហានទីបីអាចជាជម្រើសណាមួយខាងក្រោម សម្រាប់ការកែលំអគុណភាព *ឧទាហរណ៍ :*
៣-ការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីគ្លីនិកៈ

ក. សវនកម្មគ្លីនិកនៃករណីជំងឺមួយចំនួន

ប្រសិនបើបុគ្គលិកមានការព្រួយបារម្ភពីការថែទាំករណីមួយចំនួនឧទាហរណ៍ការសម្រាលកូនភ្លោះ ការសម្រាលកូនបញ្ច្រាសជើង ឬការមានគភ៌ដោយមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ពួកគេអាចសម្រេចធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីថ្មីៗនៃជំងឺនោះ ។ បុគ្គលិកម្នាក់នឹងកំណត់ពីករណីទាំងនេះ ស្វែងរកកំណត់ត្រារបស់ករណីនិងបង្ហាញពីគំហើញសំខាន់ៗដល់គ្រូពេទ្យនិងឆ្មបទាំងអស់ ។ គំហើញទាំងនេះនឹងត្រូវធ្វើការប្រៀបធៀបទៅនឹងស្តង់ដារនៃការថែទាំដែលបានឯកភាព ហើយត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាមូលដ្ឋាន សម្រាប់ការពិភាក្សាគ្នាអំពីការកែលំអការថែទាំដែលអាចធ្វើឡើងសម្រាប់ជំងឺនេះ ។

ខ. *ការពិនិត្យឡើងវិញលើការស្លាប់នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល*

ការស្លាប់របស់ម្តាយម្នាក់ ឬការស្លាប់របស់ទារកម្នាក់ត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ធ្វើការវិភាគ ។ ករណីនេះត្រូវបានបង្ហាញដោយបុគ្គលិកម្នាក់ហើយបន្ទាប់មកសេចក្តីពិស្តារត្រូវបានពិភាក្សា ក្រោមការដឹកនាំពីប្រធានក្រុមបុគ្គលិកម្នាក់ ដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាន " អនាមិក គ្មានការបន្ទោស" តើអន្តរាគមន៍អ្វីខ្លះដែលធ្វើបានល្អ? តើអ្វីខ្លះដែលអាចធ្វើឱ្យបានកាន់តែប្រសើរថែមទៀត? តើពិធីសារត្រូវបានគោរពឬទេ? បើសិនមិនបានគោរព ហេតុអ្វីមិនបានគោរព? តើអាចធ្វើអ្វីទៀតដើម្បីកែលំអការប្រកាន់ខ្ជាប់តាមពិធីសារ? តើគួរកែសម្រួលពិធីសារឬទេ? ជាការសំខាន់ណាស់ដែលបុគ្គលិកត្រូវឯកភាពថាការពិភាក្សាអំពីករណីទាំងមូលត្រូវរក្សាជាសំងាត់ ។ បញ្ហាសំខាន់គឺមិនមែនដើម្បីធ្វើការស្តីបន្ទោសនោះទេ ប៉ុន្តែដើម្បីរៀនសូត្រពីកំហុស និងព្យាយាមកែលំអការថែទាំក្នុងផ្នែកនោះដើម្បីជៀសវាងការដូចករណីនេះទៀតក្នុងពេលអនាគត ។

គ. *ការពិនិត្យឡើងវិញអំពីករណីគ្លីនិកដែលអ្នកជំងឺស្ទើរតែបាត់បង់ជីវិតតែយើងអាចសង្គ្រោះជីវិតបាននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល*

ការពិភាក្សានេះ (near-miss) មានន័យថាជាការវិភាគលើករណីស្រដៀងគ្នាដែលម្តាយ និង ទារក*ស្ទើរតែ*បាត់បង់ជីវិត ប៉ុន្តែនៅទីបំផុតត្រូវបានសង្គ្រោះឱ្យមានសុខភាពល្អឡើងវិញ ។ នេះគឺអាចជាឧទាហរណ៍ករណីក្រឡាភ្លើង ការធ្លាក់ឈាមក្រោយពេលសម្រាលធ្ងន់ធ្ងរ ឬការក្លាយរោគក្នុងឈាមរបស់ទារក ដែលត្រូវបានវិភាគលំអិតបង្ហាញ និងពិភាក្សា ។ តើគេអាចរៀនសូត្រអ្វីខ្លះពីករណីនេះ? តើអ្វីខ្លះដែលធ្វើបានល្អ? តើមានអ្វីដែលធ្វើខុសឬទេ ឬដែលអាចធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឬទេ?

៤-ការហ្វឹកហាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់

ដោយសារតែបញ្ហាសម្ភពបន្ទាន់មិនកើតឡើងរាល់ថ្ងៃនោះទេ ប៉ុន្តែបុគ្គលិកត្រូវតែមានការបណ្តុះបណ្តាលល្អដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ ។ ផ្នែកសម្ភពទូទាំងពិភពលោកនិយមប្រើ " ការហ្វឹកហាត់ សង្គ្រោះបន្ទាន់ "ដើម្បីបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិក ។ ដំបូងត្រូវតែមានការឯកភាពនៅក្នុងផ្នែកនោះដើម្បីឱ្យមានការហ្វឹកហាត់បែបនេះ និងរបៀបអនុវត្តសកម្មភាពទាំងនេះ (អ្នកណាដែលមានសិទ្ធិស្នើឱ្យមាន "ការហ្វឹកហាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់" ឧទាហរណ៍ប្រធានគ្រូពេទ្យឬឆ្មប របៀបអនុវត្តក្នុងស្ថានភាពពិតដោយប្រើឯកសារសរសេរ ឬ

ម៉ានីកាំង) ។ នៅពេលណាមួយ ឧទាហរណ៍អាចជារៀងរាល់ខែ អ្នកដឹកនាំនឹងធ្វើការប្រកាសភ្ញាក់ផ្អើលមួយ គឺ "នេះគឺជាការហ្វឹកហាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់ : យើងមានករណីក្រឡាភ្លើងមួយ នៅក្នុងបន្ទប់សម្រាលកូន បុគ្គលិកដែលមានវត្តមាននឹងមកប្រមូលផ្តុំជុំវិញអ្នកជំងឺ និងអនុវត្តសកម្មភាពសមស្របដើម្បីឆ្លើយតប " ឧទាហរណ៍ "ខ្ញុំជាអ្នកទទួលបន្ទុក សូមដាក់សេរ៉ូម " " សូមយកកញ្ចប់សម្ភារៈសម្រាប់សង្គ្រោះករណីក្រឡាភ្លើង" ខ្ញុំជាអ្នកចាក់ម៉ាញេស្យូស៊ុលផាត" ។ល។ បន្ទាប់ពី ១០-១៥ នាទីមក លំហាត់នេះត្រូវបញ្ចប់ហើយ បុគ្គលិកនឹងអង្គុយចុះជាមួយគ្នា ពិភាក្សាថាតើពួកគេបានធ្វើអ្វីខ្លះដែលល្អហើយអាចកែលំអអ្វីខ្លះ ។ តាមរយៈការអនុវត្តជាប្រចាំ ការគ្រប់គ្រងករណីធ្ងន់ធ្ងររបស់ក្រុមការងារ នឹងមានភាពល្អប្រសើរជាមួយនឹងការបណ្តុះបណ្តាលបែបនេះ ។

ជំពូកទី៧ ៖ ទម្រង់ការនៃការអនុវត្តន៍ចំពោះម្តាយ

ជាយូរណាស់មកហើយរាល់ទម្រង់ការខាងក្រោម ត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅគ្រប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។

៧-១ ការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម

ប្រសិនបើស្ត្រីពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំង និង ៖

- *បើអ្នកសង្ស័យថាមានអ្វីស្ទះផ្លូវដង្ហើម ៖*
  - ព្យាយាមសម្អាតផ្លូវដង្ហើមនិងយកឧបសគ្គចេញ
  - ដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពមួយដែលប្រសើរបំផុតសម្រាប់ការដកដង្ហើម
  - **ហៅអ្នកដាក់ថ្នាំសណ្តំជាបន្ទាន់**
- *បើស្ត្រីសន្លប់មិនដឹងខ្លួន ៖*
  - ដាក់ស្ត្រីដេកផ្ងារដោយដាក់ដៃស្របនឹងខ្លួន
  - ដាក់ក្បាលផ្អៀងទៅចំហៀង (លើកលែងសង្ស័យថាមានការប៉ះទង្គិច)
  - លើកចង្ការឡើងដើម្បីចំហផ្លូវដង្ហើម
  - ពិនិត្យមើលក្នុងមាត់ក្រែងមានអ្វីនៅក្នុងនោះ និងយកចេញបើមាន
  - សម្អាតស្លេសចេញពីបំពង់ក
- *បើស្ត្រីមិនដកដង្ហើម ៖*
  - សប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយបាឡុងនិងម៉ាស់រហូតដល់ស្ត្រីចាប់ផ្តើមដកដង្ហើមដោយខ្លួនឯង ។
  - បើស្ត្រីនៅតែពិបាកដកដង្ហើមខ្លាំងត្រូវរក្សាការទប់នាងឱ្យអង្គុយនិង
  - **ហៅអ្នកដាក់ថ្នាំសណ្តំជាបន្ទាន់** ។

៧-២ ការផ្តល់សេរ៉ូមតាមសរសៃ

- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃដោយប្រើម្ជុល 16-18G
- ភ្ជាប់ជាមួយសេរ៉ូម Ringer Lactate ឬ Normal saline ត្រូវប្រាកដថាសេរ៉ូមស្រក់បានល្អ

* ផ្តល់សេរ៉ូមក្នុង**ល្បឿនលឿន**ក្នុងករណីស្អុក (សម្ពាធឈាម < ៩០ mmHg និងជីពចរ > ១១០/នាទី) ឬធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរត្រូវ :

- ផ្តល់សេរ៉ូម ១ លីត្រក្នុង ១៥ទៅ ២០ នាទី (ដាក់ក្នុងល្បឿនលឿនបើអាចធ្វើបាន)
- បន្ទាប់មកផ្តល់សេរ៉ូម ១ លីត្រក្នុង ៣០ នាទី ដោយល្បឿន៣០ម.ល/នាទី ។

ផ្តល់ម្តងទៀតករណីចាំបាច់

- តាមដានរៀងរាល់១៥ នាទី :
    - សម្ពាធឈាមនិងជីពចរ
    - ចង្វាក់ដង្ហើម (ដង្ហើមខ្លីៗ ឬដង្ហើមញាប់)
- បន្ថយល្បឿនសេរ៉ូមមកត្រឹម ៣មល/នាទី (១លីត្រក្នុងរយៈពេល៦-៨ម៉ោង) នៅពេលដែលជីពចរថយចុះមកតិចជាង ១០០/នាទី សម្ពាធឈាមកើនឡើង ១០០ mmHg ឬខ្ពស់ជាងនេះ ។
- បន្ថយល្បឿនសេរ៉ូមមកត្រឹម ០.៥ មល/នាទី បើមានពិបាកដកដង្ហើមឬដង្ហើមញាប់
- តាមដានចំណុះទឹកនោម
- កត់ត្រាបរិមាណនិងពេលវេលាដែលផ្តល់សេរ៉ូម ។

* ផ្តល់សេរ៉ូមដោយ**ល្បឿនល្មម**បើមានឈឺក្នុងពោះខ្លាំង មានឧបសគ្គក្នុងការសម្រាល គភ៌ក្រៅស្បូន គ្រុនក្តៅខ្លាំងឬខ្វះជាតិទឹក : ផ្តល់សេរ៉ូម១លីត្រក្នុង២-៣ម៉ោង

* ផ្តល់សេរ៉ូមដោយ**ល្បឿនយឺត** បើមានស្លេកស្លាំងខ្លាំង/បំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ/ក្រឡាភ្លើង : ផ្តល់សេរ៉ូម ១ លីត្រ ក្នុង ៦-៨ ម៉ោង ។

កំណត់សម្គាល់ : របៀបគណនារកចំនួនតំណក់សេរ៉ូមក្នុង១នាទី

ចំនួនតំណក់ក្នុង១នាទី=ចំណុះសេរ៉ូមគិតជាម.ល ចែកនឹងរយៈពេលដែលត្រូវផ្តល់គិតជាម៉ោងគុណនឹង ៣ ។

៧-៣ ការបង្កនិងបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល

ការបង្កនិងការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយយោងទៅតាមល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវផ្សេងៗគ្នា ប៉ុន្តែវិធីសាស្ត្រដូចគ្នា (**ទម្រង់ការនេះត្រូវសម្រេចដោយគ្រូពេទ្យ**) ។

- ការបង្កការឈឺពោះសម្រាល : ធ្វើឱ្យស្បូនចាប់ផ្តើមកន្ត្រាក់

- ការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល : បង្កើនការកន្ត្រាក់របស់ស្បូនដើម្បីបង្កើនចំនួនដង រយៈពេល និងកម្លាំងកន្ត្រាក់ ការឈឺពោះសម្រាលពិតប្រាកដគឺស្បូនកន្ត្រាក់៣ដងក្នុង១០នាទី ម្តង១មានរយៈពេលលើសពី ៤០វិនាទី ។

បើស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក ត្រូវធ្វើការបង្កនិងបង្កើនការពោះសម្រាលដោយចោះបំបែកទឹកភ្លោះ ។ ក្នុងករណីខ្លះ គ្រាន់តែបានចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ នឹងបង្កឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាល ។

ក្រោយពីការបែកស្រោមទឹកភ្លោះដោយឯកឯងឬដោយការចោះបំបែក តែងមានកើតឡើងនូវ :

- ហូរទឹកភ្លោះចេញមកក្រៅ
- ទំហំស្បូនរួមតូចជាងមុន
- មានការបង្កើត Prostaglandine ដែលញ៉ាំងឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាល
- ចាប់ផ្តើមមានការកន្ត្រាក់ស្បូន (បើស្ត្រីមិនទាន់ឈឺពោះសម្រាល) ឬស្បូនកន្ត្រាក់ខ្លាំងជាងមុន (បើស្ត្រីកំពុងឈឺពោះសម្រាល) ។

៧-៣-១ ការចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ

- ពិនិត្យឡើងវិញអំពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ

កំណត់សម្គាល់ : ប្រសិនបើសង្ស័យថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងឬរលាកថ្លើម ត្រូវព្យាយាមរក្សាស្រោមទឹកភ្លោះកុំឱ្យបែកឱ្យបានយូរដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីបន្ថយការចម្លងមេរោគពីម្តាយទៅកូន ។

- ស្តាប់និងកត់ត្រាចង្វាក់បេះដូងទារក
- ឱ្យស្ត្រីដេកផ្ងារ បញ្ឈរជង្គង់ និងកន្ឋែកជើង
- ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល ប្រើដៃម្ខាងដើម្បីពិនិត្យមាត់ស្បូននិងសម្គាល់អំពីសភាព ទីតាំង ការរួញខ្លី និងការបើកនៃមាត់ស្បូន ។

- ប្រើដៃម្ខាងទៀតស៊កបញ្ចូលដង្កៀប Kocher ទៅក្នុងទ្វារមាស

- រុញដង្កៀបសំដៅទៅស្រោមទឹកភ្លោះតាមបណ្តោយម្រាមដៃដែលបានស៊កក្នុងទ្វារមាស

- ដាក់ម្រាមដៃពីរទល់នឹងស្រោមទឹកភ្លោះបន្ទាប់មកបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះថ្នមៗ ដោយដង្កៀបដែលកាន់នៅក្នុងដៃម្ខាងទៀត ។ ទុកឱ្យទឹកភ្លោះហូរចេញមកយឺតៗតាមចន្លោះម្រាមដៃ ។

- កត់សម្គាល់ពណ៌របស់ទឹកភ្លោះ(ពណ៌បៃតងថ្លាឬមានលាយឈាម) **បើមានលាមកព្រៃខាប់** ត្រូវសង្ស័យថាទារកថប់ដង្ហើម ។

- ក្រោយពីបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូននៅក្នុងអំឡុងពេល និងក្រោយការកន្ត្រាក់ស្បូនម្តងៗ ។ **បើចង្វាក់បេះដូងកូនមិនធម្មតា** (តិចជាង ១០០ឬលើសពី ១៨០ដង/នាទីត្រូវសង្ស័យថាទារកខ្សោយ(distress) ។

- បើស្រោមទឹកភ្លោះបានបែកលើសពី១៨ម៉ោង ត្រូវផ្តល់ antibioticបង្ការដើម្បីកាត់បន្ថយការឆ្លងរោគពពួកមេរោគក្រុម B Streptococcus infection ដល់ទារក ។

  +Ampicillin 1g IV or IM៨ម៉ោងម្តងរួមជាមួយ

  +Gentamicin 80mg IM រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង

  ប្រសិនបើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគបញ្ឈប់អង់ទីប៊ីយ៉ូទិក

- បើមិនមានការកន្ត្រាក់ល្អ ក្នុងរយៈពេល១ម៉ោងក្រោយការបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ចាប់ផ្តើមបញ្ចូល Oxytocineតាមសេរ៉ូម ។

- បើត្រូវបង្កការឈឺពោះសម្រាលដោយសារម្តាយមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ (ឧ. ការបង្ករោគនៅក្នុងឈាម ឬក្រឡាភ្លើង) ត្រូវចាប់ផ្តើមបញ្ចូល Oxytocine តាមសេរ៉ូមព្រមគ្នានឹងការចោះបំបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ។

៧-៣-២ ការបង្កការឈឺពោះសម្រាល

- វាយតម្លៃមាត់ស្បូន :

ការបង្កការឈឺពោះសម្រាលបានជោគជ័យអាស្រ័យទៅលើលក្ខខ័ណ្ឌរបស់មាត់ស្បូននៅពេលចាប់ផ្តើមធ្វើការបង្កការឈឺពោះ ។ ដើម្បីវាយតម្លៃពីលក្ខខ័ណ្ឌមាត់ស្បូនត្រូវពិនិត្យមើលមាត់ស្បូនដោយដាក់ពិន្ទុតាមតារាងខាងក្រោម ។

- បើមាត់ស្បូនអំណោយផល (ពិន្ទុ ≥៦) ជាទូទៅការបង្កការឈឺពោះសម្រាលបានជោគជ័យដោយប្រើ oxytocine តែមួយមុខ)
- បើមាត់ស្បូនមិនអំណោយផល (ពិន្ទុ ≤៥) ត្រូវធ្វើឱ្យមាត់ស្បូនទន់ (ripen) ដោយប្រើ prostaglandins ឬ Foley catheter មុននឹងធ្វើការបង្កការឈឺពោះសម្រាល ។

តារាងវាយតម្លៃលក្ខណៈនៃមាត់ស្បូនដើម្បីធ្វើការបង្កការឈឺពោះសម្រាល

	ពិន្ទុ			
គន្លា	0	១	២	៣
ការបើកមាត់ស្បូន (ស.ម)	បិទ	១-២	៣-៤	>៥
ប្រវែងមាត់ស្បូន (ស.ម)	>4	៣-៤	១-២	<១
សភាព	រឹង	ល្មម	ទន់	-
ទីតាំង	នៅខាងក្រោយ	ពាក់កណ្តាល	នៅពីមុខ	-
ការចុះនៃក្បាលកូន (គិតជាស.មពី Ischial spines)	-៣	-២	-១, 0	+១, +២
ការចុះនៃក្បាលកូនតាមរយៈការស្ទាបពោះ (៥ ម្រាមដៃនៃការស្ទាបក្បាល)	៤/៥	៣/៥	២/៥	១/៥

- Oxytocine:

ត្រូវប្រើ Oxytocine ដោយមានការប្រុងប្រយ័ត្នខ្ពស់ ព្រោះវាធ្វើឱ្យទារកចុះខ្សោយ (fetal destess)ដោយសារការបង្កខ្លាំងពេក (hyperstimulation) និងដោយកំរអាចបណ្តាលឱ្យរហែកស្បូនជាពិសេស ចំពោះស្ត្រីដែលមានកូនច្រើន ។

ត្រូវតាមដានស្ត្រីដែលកំពុងទទួល Oxytocine យ៉ាងម៉ត់ចត់ ។

កំរិតដូស Oxytocineដែលមានប្រសិទ្ធភាពខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងពីស្ត្រីម្នាក់ទៅស្ត្រីម្នាក់ ។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នបំផុតក្នុងការផ្តល់ Oxytocine តាមសេរ៉ូម (Dextrose ឬ normal saline) ដោយត្រូវបង្កើនការបញ្ចូលបន្តិចម្តងៗរហូតមានការឈឺពោះ សម្រាលល្អ(កន្ត្រាក់៣ដងក្នុង១០នាទីម្តងៗមានរយៈពេលលើសពី៤០វិនាទី) ។ រក្សាកំរិតនៃការបញ្ចូលនេះរហូត ដល់ការសម្រាល ។ ស្បូនត្រូវសម្រាកនៅចន្លោះការកន្ត្រាក់ ។

បើការផ្តល់ Oxytocine បានផ្តល់លទ្ធផលល្អ ត្រូវរក្សាកំរិតផ្តល់ដដែលរហូតដល់ការសម្រាល ។

- តាមដានជីពចរស្ត្រី សម្ពាធឈាមនិងការកន្ត្រាក់និងចង្វាក់បេះដូងទារក ។
- ពិនិត្យឡើងវិញលក្ខ័ណ្ឌតម្រូវ

ត្រូវប្រាកដថាការបង្កការឈឺពោះសម្រាលនេះមានលក្ខ័ណ្ឌតម្រូវដែលត្រូវតែធ្វើ ពីព្រោះបរាជ័យនៃការបង្កការ ឈឺពោះសម្រាល ជាទូទៅត្រូវធ្វើការសម្រាលដោយវះកាត់

- ត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីគេងផ្អៀងឆ្វេង
- កត់ត្រាចូលក្នុងប៉ាតូក្រាហ្វរៀងរាល់៣០នាទីម្តង :
    - ចំនួនដំណក់សេរ៉ូម Oxytocine

កំណត់សម្គាល់ : ការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពដៃអាចធ្វើឱ្យរំខានដល់ការហូររបស់សេរ៉ូម

- រយៈពេលនិងចំនួនដងនៃការកន្ត្រាក់

- ចង្វាក់បេះដូងទារក ។ ត្រូវស្តាប់រៀងរាល់៣០ នាទីម្តង និងជានិច្ចកាលនៅក្រោយពេលការកន្ត្រាក់នៃស្បូនភ្លាម ។ បើចង្វាក់បេះដូងទារកតិចជាង ១០០ដងក្នុងមួយនាទីត្រូវបញ្ឈប់ការបញ្ចូលសេរ៉ូម និងត្រូវគ្រប់គ្រងដូចការគ្រប់គ្រងទារកខ្សោយ ។

មិនត្រូវទុកស្ត្រីដែលកំពុងទទួល Oxytocine ឱ្យនៅតែម្នាក់ឯងទេ ។

- ផ្តល់ Oxytocine ២.៥ Unitក្នុង៥០០មលនៃសេរ៉ូម dextrose ឬ normal saline ក្នុងល្បឿន១០ ដំណក់ក្នុង១ នាទី ។ កំរិតនេះប្រហែល ២.៥ mIU ក្នុង១នាទី ។
- បង្កើន១០ដំណក់/នាទីរៀងរាល់៣០នាទីម្តងរហូតការឈឺពោះសម្រាលវិវត្តល្អ (កន្ត្រាក់៣ដងក្នុង ១០នាទី ម្តងៗមានរយៈពេលលើសពី៤០វិនាទី) ។
- រក្សាកំរិតល្បឿនសេរ៉ូមនេះ រហូតដល់ការសម្រាលបានចប់សព្វគ្រប់ ។
- ប្រសិនបើមានការបង្កខ្លាំង (hyperstimulation) ការកន្ត្រាក់ស្បូនដែលយូរជាង ៦០វិនាទី) ឬមានការកន្ត្រាក់លើសពី៤ដងក្នុងរយៈពេល១០នាទី ត្រូវបញ្ឈប់ការបញ្ចូលសេរ៉ូមនិងបន្ធូរ / ធ្វើឱ្យស្បូនសម្រាកដោយប្រើ tocolytics:
    - Terbutaline 250mcg ចាក់សរសៃ យឺតៗក្នុងរយៈពេល៥នាទី ។
    - ឬ Salbutamol 10mg ដាក់ក្នុងសេរ៉ូម ១លីត្រ (normal saline ឬ Ringer's lactate) ១០ដំណក់ក្នុង១នាទី ។
- បើការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនល្អទោះបីបានផ្តល់ ៦០ដំណក់ក្នុង១នាទី :
    - បង្កើនកំហាប់ របស់ Oxytocine ដល់ ៥ Units ក្នុងសេរ៉ូម Dextrose ឬ normal saline ៥០០មល និងកែតម្រូវចំនួនដំណក់មក៣០ដំណក់ក្នុង១នាទី (១៥ mIU ក្នុង១នាទី
    - បង្កើនដំណក់សេរ៉ូម១០ដំណក់រៀងរាល់៣០នាទីម្តងរហូតការកន្ត្រាក់ល្អឬច្រើនបំផុតមិនឱ្យលើស៦០ដំណក់ក្នុង១នាទី ។
- បើការកន្ត្រាក់ស្បូននៅតែមិនទាន់ល្អ ត្រូវប្រើកំហាប់ Oxytocine ខ្ពស់ជាងមុន :
    - ចំពោះស្ត្រីមានកូនច្រើនដងឬមានស្នាមការសម្រាលដោយវះកាត់ពីមុន បើការបង្កការឈឺ ពោះសម្រាលមិនបានជោគជ័យ ត្រូវសម្រាលដោយវះកាត់ ។

ចំពោះស្ត្រីមានកូនច្រើនដងឬធ្លាប់មានការសម្រាលដោយវះកាត់ **មិនត្រូវ**ប្រើ ១០ IU Oxytocine ក្នុង ៥០០មល (ឧ. ២០ mIU/mL) ចំពោះស្ត្រីមានកូនច្រើនដងឬមានស្នាមការសម្រាលដោយវះកាត់ពីមុន

- ចំពោះស្ត្រីកូនដំបូង:
  - បញ្ចូល Oxytocine ដែលមានកំហាប់ខ្ពស់ (10units ក្នុង 500ml) ស៊េរ៉ូមទៅតាមពិធិសារក្នុងតារាងខាងក្រោម
  - បើការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនបានល្អទោះបីកំរិតអតិបរមាត្រូវបានផ្តល់ត្រូវសម្រាលដោយវះកាត់ ។

កំរិតផ្តល់ Oxytocine **តាមស៊េរ៉ូមដើម្បីបង្កការឈឺពោះសម្រាល (សំគាល់** 1mL 20 ដំណក់)

ម៉ោងចាប់ពីពេលបង្កការឈឺពោះសម្រាល	កំហាប់ Oxytocine	ដំណក់នាទី	កំរិតប្រហាក់ប្រហែល (mIU/minute)	បរិមាណបញ្ចូល	បរិមាណបញ្ចូលសរុប
0.00	2.5 units ក្នុង 500mL dextrose ឬ normal saline (5mIU/mL)	10	3	0	0
0.50	ដូចខាងលើ	20	5	15	15
1.00	ដូចខាងលើ	30	8	30	45
1.50	ដូចខាងលើ	40	10	45	90
2.00	ដូចខាងលើ	50	13	60	150
2.50	ដូចខាងលើ	60	15	75	225

3.00	5 units ក្នុង 500mL dextrose ឬ normal saline (10mIU/mL)	30	15	90	315
3.50	ដូចខាងលើ	40	20	45	360
4.00	ដូចខាងលើ	50	25	60	420
4.50	ដូចខាងលើ	60	30	75	495
5.00	10 Units ក្នុង 500mL. dextrose ឬ normal saline (20mIU/mL)	30	30	90	585
5.50	ដូចខាងលើ	40	40	45	630
6.00	ដូចខាងលើ	50	50	60	690
6.50	ដូចខាងលើ	60	60	75	765
7.00	ដូចខាងលើ	60	60	90	855
បង្កើនល្បឿន Oxytocine រំតពេលណាដែលមានការកន្ត្រាក់ស្បូនល្អ ហើយត្រូវរក្សាកំរិតការបញ្ចូលនេះ					

បង្កើនល្បឿនលឿនចំពោះតែស្ត្រីកូនដំបូង : កំរិតបញ្ចូល Oxytocine សម្រាប់បង្កការឈឺពោះសម្រាល

ម៉ោងចាប់ពីពេលបង្កការឈឺពោះ	កំហាប់ Oxytocine	ចំនួនដំណក់/នាទី	កំរិតប្រហាក់ប្រហែល (mIU/minute)	បរិមាណបញ្ចូល	បរិមាណបញ្ចូលសរុប

សម្រាល (ម៉ោង)					
0.00	2.5 units ក្នុង 500mL dextrose ឬ normal saline (5mIU/mL)	15	4	0	0
0.50	ដូចខាងលើ	30	8	23	23
1.00	ដូចខាងលើ	45	11	45	68
1.50	ដូចខាងលើ	60	15	68	135
2.00	5 units ក្នុង 500mL dextrose ឬ normal saline (10mIU/mL)	30	15	90	225
2.50	ដូចខាងលើ	45	23	45	270
3.00	ដូចខាងលើ	60	30	68	338
3.50	10 units ក្នុង 500mL dextrose ឬ normal saline (20mIU/mL)	30	30	90	428
4.00	ដូចខាងលើ	45	45	45	473
4.50	ដូចខាងលើ	60	60	68	540
5.00	ដូចខាងលើ	60	60	90	630

- Prostaglandins:

Prostaglandin មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ណាស់ក្នុងការធ្វើឱ្យមាត់ស្បូនទន់ល្អ (ripening) ក្នុងពេលបង្កការឈឺពោះសម្រាល ។

- តាមដានជីពចរស្ត្រី សម្ពាធឈាមនិងការកន្ត្រាក់របស់ស្បូននិងចង្វាក់បេះដូងទារក ។ កត់ត្រាក្នុងប៉ាតូក្រាហ្វ ។
- ពិនិត្យឡើងវិញលក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ
- prostaglandin E2 (PGE) មានច្រើនទម្រង់ (3mg pessary ឬ 2-3mg gel) ។ ដាក់ prostaglan- din ជ្រៅក្នុងទ្វារមាសខាងក្រោយនិងអាចដាក់ម្តងទៀតក្រោយ៦ម៉ោង បើចាំបាច់ ។

តាមដានការកន្ត្រាក់ស្បូននិងចង្វាក់បេះដូងទារកចំពោះគ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ដែលកំពុងទទួលការបង្កការឈឺពោះសម្រាលដោយ Prostaglandin

- បញ្ឈប់ការផ្តល់ Prostaglandin និងចាប់ផ្តើម oxytocine បើ:
  - បែកស្រោមទឹកភ្លោះ
  - មាត់ស្បូនទន់ (cervical ripening)
  - ការឈឺពោះសម្រាលល្អ
  - ឬ១២ម៉ោងបានកន្លងផុត

- Misoprostol:

- ប្រើ Misoprostol ដើម្បីធ្វើឱ្យមាត់ស្បូនទន់ល្អ តែក្នុងករណីពិសេសដូចជា
  - បំរុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរឬក្រឡាភ្លើងដែលមាត់ស្បូនមិនអំណោយផលល្អហើយការសម្រាលដោយវះកាត់មិនអាចធ្វើទៅបានភ្លាម១ឬទារកតូចជ្រុលដែលមិនអាចរស់បាន ។
  - ទារកស្លាប់ក្នុងផ្ទៃ ហើយស្ត្រីមិនមានការឈឺពោះសម្រាលដោយឯកឯងក្នុងអំឡុង៤សប្តាហ៍ក្រោយហើយ Platelets ថយចុះ
- ដាក់ misoprotol 25mcg ក្នុងទ្វារមាសផ្នែកខាងក្រោយ (foixrnix posterior) ហើយដាក់ម្តងទៀត៦ម៉ោងក្រោយ បើចាំបាច់ ។

- **បើមិនមានការឆ្លើយតបក្រោយពីដាក់២ដង** 25mcg បង្កើនដល់ 50mcgរៀងរាល់ ៦ម៉ោងម្តង ។
- កុំប្រើលើសពី 500mcgក្នុងតែមួយពេល និងមិនត្រូវឱ្យលើស ៤ កំរិត (200mcg).

កុំប្រើ Oxytocine ក្នុងអំឡុង ៨ម៉ោងនៃការប្រើ misoprostol ។ តាមដានការកន្ត្រាក់ស្បូននិងចង្វាក់ដង្ហើមទារក ។

- Foley catheter:

Foley cathetherគឺជាជម្រើសដ៏មានប្រសិទ្ធភាពមួយបន្ទាប់ពី Prostaglandine សម្រាប់ការធ្វើឱ្យស្បូនទន់ (cervical ripening) និងបង្កការឈឺពោះសម្រាល ។

ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាត្រូវចៀសវាងប្រើចំពោះស្ត្រីដែល មានរលាកមាត់ស្បូននិងទ្វារមាស ។

បើមានប្រវត្តិធ្លាក់ឈាមឬស្រោមទឹកភ្លោះបានបែកឬមានបង្ករោគនៅទ្វារមាសកុំប្រើ Foley Catheter

-ពិនិត្យឡើងវិញលក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ

- ដាក់ Speculum ស្តេរីលចូលក្នុងទ្វារមាសថ្នម១

- ចាប់ Cathether ដោយដង្កៀបស្តេរីល រួចបញ្ចូលតាមមាត់ស្បូន ។

ត្រូវប្រាកដថាថង់សម្រាប់បំប៉ោងដែលនៅចុងរបស់ Cathether ស្ថិតនៅពីលើមាត់ស្បូនខាងក្នុង ។

- បំប៉ោងថង់ដោយទឹកចំណុះ ២០ម.ល ។

- បិតបង់ស្អិតលើ Cathether ជាប់គល់ភ្លៅ

- រក្សា catheter ឱ្យនៅកន្លែងដដែលរហូតមានការកន្ត្រាក់ស្បូនឬយ៉ាងហោចណាស់១២ម៉ោង ។

- បន្ធូរថង់បំប៉ោងមុនពេលដក catheter ចេញរួចបន្តដោយការផ្តល់ oxytocine.

៧-៣-៣ ការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើ Oxytocin

- ពិនិត្យឡើងវិញលក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ
- បញ្ចូល Oxytocin តាមសេរ៉ូមដូចបានរៀបរាប់ក្នុងការបង្កើនការឈឺពោះសម្រាល ។

សំគាល់: មិនត្រូវបង្កើនការឈឺពោះសម្រាលលឿនពេកទេ ។

៧-៤ ការកាត់ទ្វារមាស និង ការដេរឡើងវិញ

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ :

ការកាត់ទ្វារមាសមិនគួរធ្វើជាទម្លាប់រាល់ពេលបង្កើតកូននោះទេ ប៉ុន្តែគួរធ្វើតែក្នុងករណី :

- ការសម្រាលលំបាក (ទំរង់ហុចគូថ ការជាប់ស្មា ការសម្រាលដោយប៉ូម)
- មានស្លាមក្រិនដោយដាច់រហែកពីលើកមុនកំរិតទី៣ ឬទី៤
- ទារកក្នុងផ្ទៃចុះខ្សោយ

កំណត់សម្គាល់ : គ្រប់ស្ត្រីកូនដំបូងមិនមែនសុទ្ធតែជាគោលដៅនៃការកាត់ទ្វារមាសទេ ។

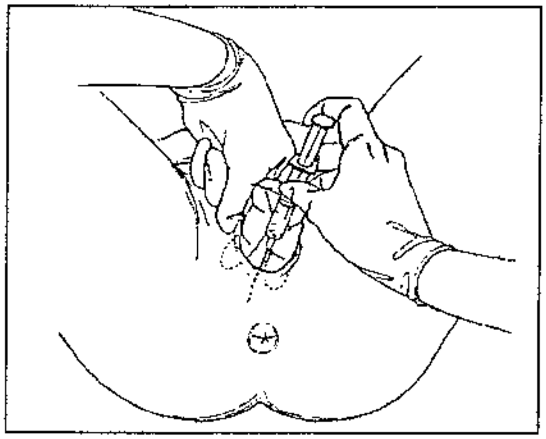
ការកាត់ទ្វារមាស :

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- លាងបេរីណេដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
- ចាក់ថ្នាំស្ពឹក lignocaine(ត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានប្រតិកម្មជាមួយlignocaineឬ ពពួកថ្នាំស្ពឹកណាមួយ):
  - ចាក់បញ្ចូលក្រោមភ្នាសរបស់យោនី ក្រោមស្បែករបស់បេរីណេ និងចាក់យ៉ាងជ្រៅទៅក្នុងសាច់ដុំរបស់បេរីណេនូវសូលុយស្យុង lidocaine 2% ប្រមាណ 10CC

កំណត់សម្គាល់ : មុននឹងបាញ់ថ្នាំស្ពឹកបញ្ចូលត្រូវប្រាកដថាគ្មានប៉ះសរសៃឈាមដោយត្រូវបឺតចេញ(ដកពីស្តុងថយ) ប្រសិនបើមានឈាមក្នុងស៊ីរ៉ាំងពេលបឺតចេញត្រូវដកម្ជុលចេញ ។ រកទីតាំងដោយប្រុងប្រយ័ត្នហើយសាកល្បងចាក់ម្តងទៀត ។ កុំបាញ់ថ្នាំបញ្ចូលប្រសិនបើប៉ូមបានឈាម ។

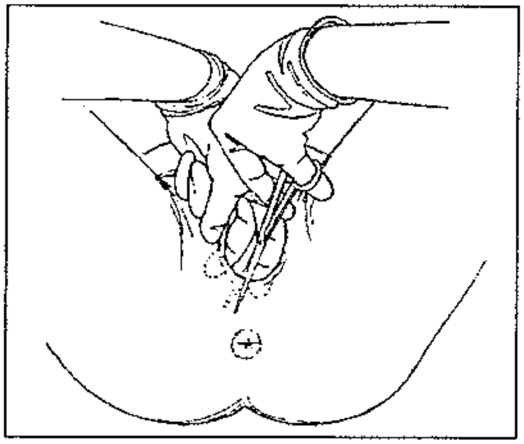
- ក្រោយពីបានចាក់ (set of injections) ត្រូវរង់ចាំ២នាទីបន្ទាប់មកយកដង្កៀបចាប់ច្បិចកន្លែងដែលចាក់ថ្នាំស្ពឹក ប្រសិនបើស្ត្រីនៅដឹងឈឺត្រូវរង់ចាំ២នាទីទៀតហើយសាកចាប់ច្បិចមើលម្តងទៀត។

- មុននឹងកាត់ទ្វារមាសត្រូវរង់ចាំរហូតដល់បេរីណេឡើងស្តើងនិងឃើញក្បាលកូន 3-4 cmពេលស្បូនកន្ត្រាក់ ។



ការចាក់ថ្នាំស្ពឹកលើសាច់បេរីណេ

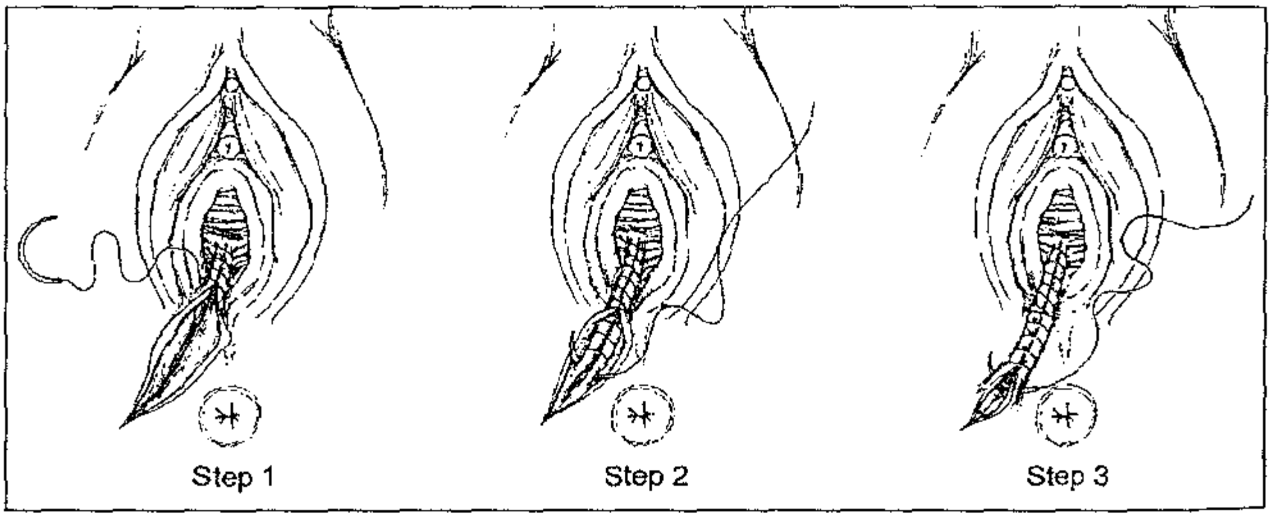
- ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល រួចដាក់ម្រាមដៃ២ នៅចន្លោះក្បាលកូននិងបេរីណេ
- ប្រើកន្ត្រៃកាត់បេរីណេ 3-4 cm ទៅតាមទិសពីកណ្តាលទៅចំហៀង (Mediolateral) ឆ្វេងឬស្តាំ
- ទប់ក្បាលនិងស្មាកូនពេលដែលកំពុងរំកិលចេញ ត្រូវប្រាកដថាស្មាបានបង្វិលមកចំបន្ទាត់ពុះកណ្តាលដើម្បីការពារការរហែកបន្តនៃទ្វារមាសដែលបានកាត់ ។
- ពិនិត្យឱ្យហ្មត់ចត់ពីការរហែកទ្វារ បេរីណេនិងមាត់ស្បូនឬការរហែកបន្តពីការកាត់ទ្វារ ។



កាត់ទ្វារមាសដោយលូកម្រាមដៃ២ដើម្បីការពារក្បាលកូន

ការដេរទ្វារមាសដែលកាត់

- លាងសម្អាតជុំវិញកន្លែងដែលធ្វើការកាត់ទ្វារ ដោយសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
- ប្រសិនបើការកាត់ទ្វារមានការដាច់រហែកបន្តរហូតដល់ក្រសាល់គូថឬដល់ភ្នាសនៃចុងពោះវៀន ត្រូវដេរដូចជាការដេរនៃការរហែកកំរិតទី៣ឬទី៤ ។
- ដេរភ្នាសទ្វារមាសដោយប្រើថ្នេរបន្ត (ចេសលេខ ២-0) :
  - ចាប់ផ្តើមដេរ 1cm ពីខាងលើចុងរបួសនៃការកាត់ទ្វារមាស។ បន្តការដេររហូតមកដល់មាត់ទ្វារមាស ។
  - មកដល់មាត់ទ្វារមាសចងភ្ជាប់គ្នារវាងគែមទាំងពីរនៃទ្វារមាសដែលបានកាត់
  - ចាក់ម្ជុលដេរពីក្រោមមាត់ទ្វារមាសនិងបញ្ចេញម្ជុលតាមមុខរបួសហើយចង
- ដេរសាច់ដុំបេរីណេដោយចេស ២-0 ជាចំណងដាច់ៗ
- ដេរបិទស្បែកដោយប្រើចេស ២-0 ជាចំណងដាច់ៗ ។



ការដេរទ្វារមាសដែលកាត់

ការថែទាំបន្ត :

- លាងសម្អាតបេរីណេជាមួយសូលុយស្យុង Antiseptic ប្រើស្បៃស្អូតនិងសំឡីអនាម័យទ្រាប់លើទ្វារនិងបេរីណេ
- ដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពផាសុកភាព

- ប្រាកដថាស្ត្រីយល់ច្បាស់ពីរបៀបថែមុខរបួស :
    - លាងដោយទឹកស្អាតលើប៉េរីណេក្រោយនោមរួច
    - លាងដោយទឹកសាប៊ូនិងលាងសម្អាតលើប៉េរីណេក្រោយបន្ទោរបង់លាមក
    - ឧស្សាហ៍ប្តូរស្បៃឬសំឡីអនាម័យដែលទ្រាប់លើប៉េរីណេឱ្យបានញឹកញាប់

    ដោយប្រាកដថាកន្លែងដេរស្ងួត ។

៧-៥ ការពិនិត្យមាត់ស្បូននិងទ្វារមាស

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ :

មានធ្លាក់ឈាមបន្ទាប់ពីការកន្ត្រាក់នៃស្បូនបានល្អក៏ដោយ ។

ទម្រង់ការ :

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រស្ត្រី
- ប្រាកដថាមានភ្លើងបញ្ចាំងសម្រាប់មើល
- ញែកបបូររបស់ទ្វារមាស ដោយដៃម្ខាងហើយពិនិត្យឱ្យបានហ្មត់ចត់ រកកន្លែងរហែកឬកន្លែងដែលមានពកដុំឈាម (heamatomas)
- ម្រាមនៃដៃម្ខាងទៀតសង្កត់ដោយថ្នម១លើផ្នែកខាងក្រោយរបស់ជញ្ជាំងទ្វារមាស ហើយពិនិត្យមើលឱ្យជ្រៅទៅក្នុងទ្វារមាស ។ ការហូរឈាមចេញពីទ្វារមាសឬពីមាត់ស្បូនរហែកអាចរកឃើញដោយការហូរឈាមយឺត១ប៉ុន្តែមានរហូតឬដោយឈាមបាញ់ច្រូច១ពីសរសៃអាទែរ
- ដោយសង្កត់យឺត១ ថ្នប់និងជញ្ជាំងទ្វារមាសហើយរំកិលម្រាមដៃឡើងលើទៅតែមនៃជញ្ជាំងទ្វារមាសម្តងម្ខាង១ ធ្វើដូចគ្នាចំពោះផ្នែកម្ខាងទៀត ។
- បន្ទាប់មករកអ្នកជំនួយការម្នាក់ដើម្បីសង្កត់ថ្នម១លើស្បូនស្ត្រីដើម្បីធ្វើឱ្យមាត់ស្បូនលូនចុះទៅក្នុងទ្វារមាស ដែលអាចឱ្យយើងពិនិត្យបានល្អិតល្អន់ ។ សង្កត់ថ្នម១ជញ្ជាំងខាងក្រោយរបស់ទ្វារមាសដោយដៃម្ខាងដើម្បីឱ្យយើងពិនិត្យបរិវេណទាំងមូលរបស់មាត់ស្បូននិងរំកិលទៅកន្លែងផ្សេង១ទៀតជុំវិញមាត់ស្បូន ។

- ប្រសិនបើយើងមិនអាចមើលឃើញមាត់ស្បូនទាំងមូល ឬក៏យើងមើលឃើញការហូរឈាមឬការរហែកនៅលើមាត់ស្បូន យើងយកដង្កៀបរាងបេះដូងគៀបឱ្យពេញផ្ទៃករង្វង់មូលទាំងអស់របស់ដង្កៀបនៅលើមាត់ស្បូនផ្នែកខាងមុខនិងទាញថ្នមៗតម្រង់មកខ្លួនយើង។
- ពិនិត្យឱ្យល្អិតល្អន់គ្រប់ជ្រុងទាំងអស់នៃមាត់ស្បូន។ ការរហែកនៃមាត់ស្បូនភាគច្រើននៅកន្លែងលេខ៣ឬលេខ៩នៃនាឡិកា (ពាក់កណ្តាលខាងឆ្វេង ពាក់កណ្តាលខាងស្តាំ)។
- វាយតម្លៃនិងដេរកន្លែងរហែកប្រសិនបើចាំបាច់ ការរហែកដែលមានហូរឈាមមិនបាច់ចាំបាច់ត្រូវដេរ។

៧-៦ ការដេរទ្វារមាស ឬ បេរីណេរហែក

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ :

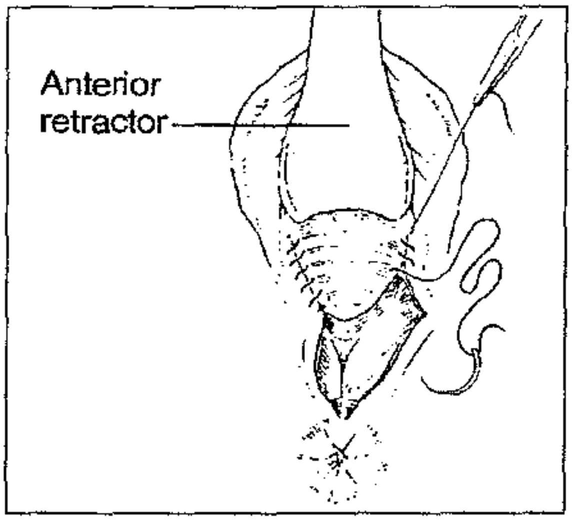
- **រហែកកំរិត** I គឺការដាច់សាច់ភ្នាសរបស់ទ្វារមាសនិងសាច់ដែលជាប់វា
- **រហែកកំរិត** II ជាការដាច់សាច់ភ្នាសរបស់ទ្វារមាសនិងសាច់ដែលជាប់វានិងសាច់ដុំស្រទាប់ក្រោម
- **រហែកកំរិត** III គឺការដាច់រហូតដល់ក្រសាល់គូថ
- **រហែកកំរិត** IV គឺការដាច់រហូតដល់ភ្នាសនៃចុងពោះវៀនធំ

ទម្រង់ការ :

ការដេរការរហែកបេរីណេកំរិតទី១និងទី២ :

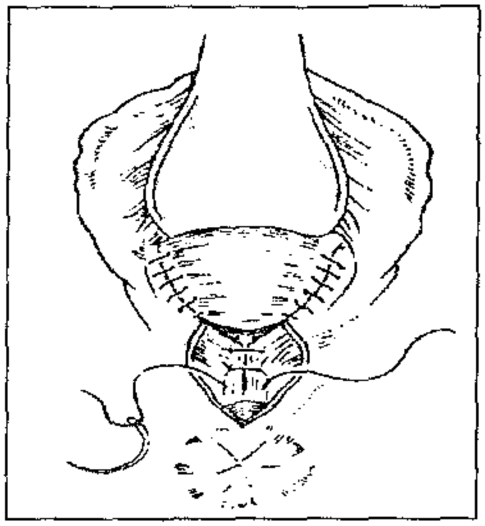
- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រស្ត្រី
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់សម្រាប់ត្រួតពិនិត្យថា ស្បូនមានការកន្ត្រាក់ល្អ
- ពិនិត្យទ្វារមាស បេរីណេនិងមាត់ស្បូន ឱ្យបានហ្មត់ចត់
- លាងសម្អាតជុំវិញកន្លែងដែលរហែកដោយសូលុយស្យុង Antiseptic
- ប្រាកដថាស្ត្រីមិនមានប្រតិកម្មជាមួយ Lidocaine ឬ ពពួកថ្នាំស្ពឹកឯទៀត

- បាញ់ថ្នាំបញ្ចូលក្រោមភ្នាសរបស់ទ្វារមាស ក្រោមស្បែករបស់ប៉េរីណេ និងចាក់យ៉ាងជ្រៅទៅក្នុងសាច់ដុំរបស់ប៉េរីណេជាមួយ Lidocaine 2% ចំនួន 10ml
- បឺត (ដកពីស្តុងរបស់ស៊ីរ៉ាំងថយក្រោយ) ដើម្បីបញ្ជាក់ការចាក់នេះមិនចូលសរសៃឈាមទេ
- ប្រសិនបើមានឈាមក្នុងស៊ីរ៉ាំងពេលបឺត ត្រូវដកម្ជុលចេញរកទីតាំងថ្មីដោយប្រុងប្រយត្ន័ហើយសាកល្បងចាក់ម្តងទៀត ។ កុំបាញ់ថ្នាំបញ្ចូល ប្រសិនបើបូមបានឈាម ។
- ក្រោយពីការចាក់រួច (set of injections) មកត្រូវរង់ចាំ 2នាទីបន្ទាប់មកយកដង្កៀបចាប់ច្បិចកន្លែងដែលចាក់ថ្នាំស្ពឹក ។ ប្រសិនបើស្ត្រីនៅដឹងឈឺត្រូវរង់ចាំ 2នាទីទៀតហើយអនុវត្តការធ្វើតេស្តដូចនេះម្តងទៀត ។
- ដេរភ្នាសរបស់ទ្វារមាសដោយប្រើថ្នេរជាប់ ដោយចេស Vicryl ឬ Catgut លេខ ២-0
- ចាប់ផ្តើមដេរភ្ជិតប្រហែល 1cm ពីខាងលើស្នាមរហែកនិងបន្តការដេរភ្ជិតកន្លែងរហែករបស់ទ្វារមាស ។
- នៅមាត់ទ្វារមាសត្រូវចាប់យកគែមទាំងសងខាងនៃមុខរបួស
- ប្រើម្ជុលចាក់ពីក្រោមមាត់ទ្វារមាស ហើយហូតចេញតាមកន្លែងដែលប៉េរីណេរហែករួចចង ។



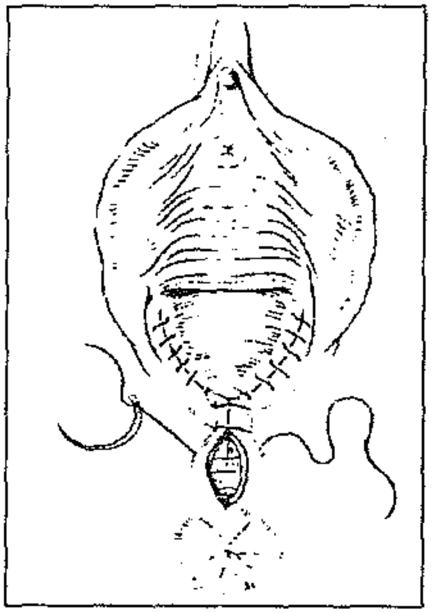
ការដេរសាច់ភ្នាសរបស់ទ្វារមាស (vaginal mucosa)

- ការដេរសាច់ដុំរបស់ប៉េរីណេ ត្រូវប្រើថ្នេរដាច់ដោយចេស Vicryl ឬ Catgut លេខ ២-0 ។ ប្រសិនបើការរហែកនោះវាជ្រៅ ត្រូវដេរស្រទាប់ទី២ទៀត ដើម្បីបិទកន្លែងចំហ ។



ការដេរសាច់ដុំពេរីណេ

- ដេរស្បែកដោយប្រើថ្នេរដាច់បើដេរចាក់ក្រោមស្បែកត្រូវប្រើចេស Vicryl ឬ Catgutលេខ ២-0 ដោយផ្ដើមពីមាត់ទ្វារមាស ។
- បើការរហែកនោះជ្រៅត្រូវលូកពិនិត្យរន្ធលាមក ដើម្បីបញ្ជាក់ថាគ្មានចំណងណាមួយដេរជាប់ចុងពោះវៀនធំទេ ។



ការដេរស្រទាប់ស្បែក

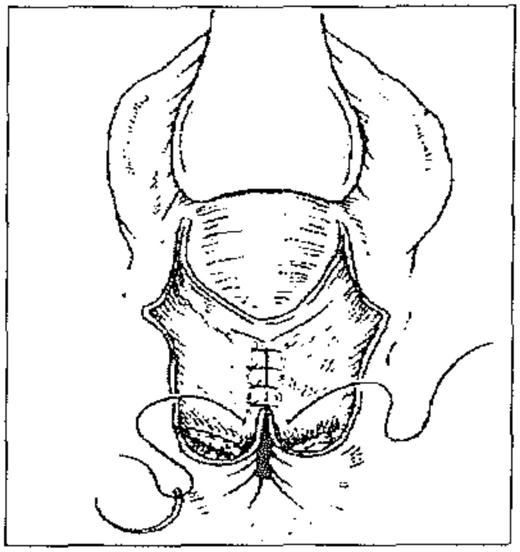
ការដេរ ការរហែកបើរណោគរិតទី៣និងទី៤ :

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រស្ត្រី
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់ដើម្បីពិនិត្យថាស្បូនមានការកន្ត្រាក់ល្អ
- ពិនិត្យទ្វារមាស បើរណោនិងមាត់ស្បូនឱ្យបានហ្មត់ចត់
- ត្រូវពិនិត្យរកការរហែកក្រសាល់គូថ :
    - ពាក់ស្រោមដៃហើយលូកដោយម្រាមមួយចូលទៅក្នុងរន្ធគូថហើយលើកឡើងបន្តិច
    - បញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់ក្រសាល់គូថ ឬការខូចខាតរបស់វា
    - ស្ទាបផ្ទៃរបស់ចុងពោះវៀនធំ ហើយពិនិត្យដោយយកចិត្តទុកដាក់ដើម្បីរកកន្លែងរហែក
- ប្តូរស្រោមដៃស្តេរីលជាថ្មី
- លាងសម្អាតដោយសូលុយស្យុង Antiseptic ជុំវិញកន្លែងរហែក
- ប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានប្រតិកម្មជាមួយ lidocaine ឬពពួកថ្នាំស្ពឹកឯទៀត
- បាញ់ថ្នាំស្ពឹកបញ្ចូលក្រោមភ្នាសរបស់ទ្វារមាសពីក្រោមស្បែករបស់បើរណោ និងចាក់យ៉ាងជ្រៅចូលទៅក្នុងសាច់ដុំរបស់បើរណោដោយសូលុយស្យុង lidocaine 2% ប្រមាណ 10 ml ។
- បឺតស៊ីរ៉ាំង (ដកពីស្តុងថយបន្តិច) ដើម្បីបញ្ជាក់ថាគ្មានចាក់ចំសរសៃឈាម ។
- ប្រសិនបើពេលបឺតមានឈាមចូលក្នុងស៊ីរ៉ាំង កុំបាញ់ថ្នាំបញ្ចូល ត្រូវដកម្ជុលចេញប្រសិនបើ lidocaine បានចាក់ចូលក្នុងសរសៃឈាម ត្រូវរកទីតាំងថ្មីដោយប្រុងប្រយ័ត្នហើយសាកល្បងចាក់ម្តងទៀត ។
- ក្រោយពីបានចាក់ត្រូវរង់ចាំ 2នាទីទ្ចាប់មកយកដង្កៀបចាប់ច្បិចកន្លែងដែលចាក់ថ្នាំស្ពឹក ។ ប្រសិនបើស្ត្រីនៅដឹងឈឺរង់ចាំ2នាទីទៀត ហើយអនុវត្តការធ្វើតេស្តដូចនេះម្តងទៀត ។
- ដេរចុងពោះវៀនធំដោយប្រើចេស ៣-0 ឬ ៤-0 ដោយថ្នេរដាច់ ឃ្លាតគ្នាប្រមាណ 0.5 ស.ម ដើម្បីផ្គុំភ្នាសរបស់វាឡើងវិញ ។

កំណត់ចំណាំ : ត្រូវដេរត្រឹមតែសាច់ដុំបានហើយ(កុំដេរក្តោបយកទាំងភ្នាសជាមួយគ្នា) ។

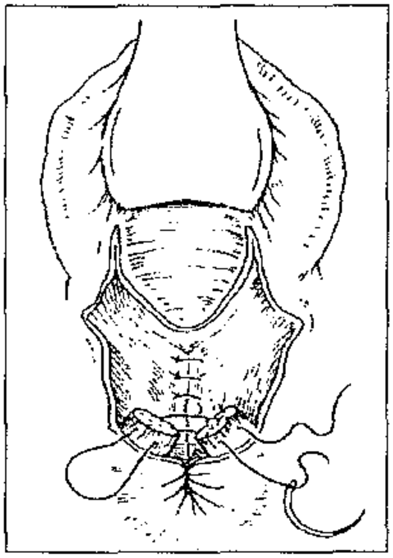
- គ្របស្រទាប់សាច់ដុំដោយដេរភ្ជិតស្រទាប់យាវជាថ្នេរដាច់ៗ

- លាបកន្លែងដេរដោយសូលុយស្យុង Antiseptic ឱ្យបានញឹកញាប់



ការដេរសាច់ដុំជញ្ជាំងរបស់ចុងពោះវៀនធំ

- ប្រសិនបើក្រសាល់គូថរហែក ចាប់គែមនិមួយៗរបស់ក្រសាល់គូថ ដោយដង្កៀប Allis (ក្រសាល់គូថរួញចូលគ្នាពេលវារហែក) ។ ក្រសាល់គូថមាំនិងមិនងាយរហែកទេ ពេលយើងទាញវាដោយដង្កៀប
- ដេរក្រសាល់គូថដោយចេស Vicryl ឬ Catgutលេខ២-0 តែ២ ឬក៏៣ថ្នេរដាច់ ។



ការដេរក្រសាល់គូថ

- លាងដោយសូលុយស្យុង Antisepticម្តងទៀតលើកន្លែងដែលដេរ
- ពិនិត្យដោយលូកម្រាមដៃចូលទៅក្នុងរន្ធគូថ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាការដេរចុងពោះវៀនធំ និងក្រសាល់គូថបាន ត្រឹមត្រូវ
- ដូរស្រោមដៃស្តេរីល
- ដេរភ្នាសរបស់ទ្វារមាស សាច់ដុំបេរីណេនិងស្បែក (មើលផ្នែកខាងលើ)

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ :

- លាងសម្អាតបេរីណេដោយសូលុយស្យុង Antiseptic ផ្តិតឱ្យស្ងួត ហើយយកសំឡីអនាម័យគ្របលើ យោនីនិងបេរីណេ
- រៀបចំស្ថានភាពស្ត្រីឱ្យមានផាសុកភាព
- ប្រាកដថាស្ត្រីមានការយល់ដឹងពីការថែទាំមុខរបួស
    - លាងសម្អាតបេរីណេបន្ទាប់ពីបត់ជើងតូចរួច
    - លាងសម្អាតបេរីណេដោយប្រើសាប៊ូបន្ទាប់ពីបន្ទោរបង់លាមករួច
    - ប្តូរសំឡីអនាម័យឬក្រណាត់ទ្រាប់ឱ្យបានញឹកញាប់ ប្រាកដថាកន្លែងដេរត្រូវស្ងួតជានិច្ច។

៧-៧ ការដេរមាត់ស្បូនរហែក

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ :

ជាការចាំបាច់ណាស់ក្នុងការដេរមាត់ស្បូនរហែក បើការរហែកធំនិងមានហូរឈាមជាប់រហូត។

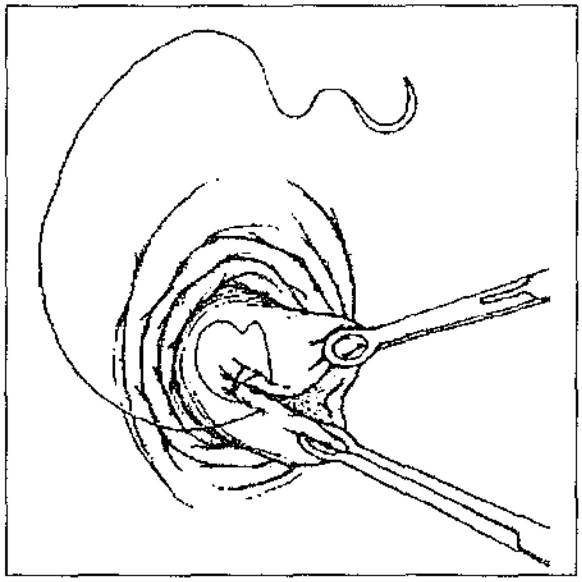
ទម្រង់ការ :

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការគាំទ្រនិងលើកទឹកចិត្តស្ត្រី
- សម្រាប់ការរហែកដែលនៅខ្ពស់និងលាតសន្ធឹង ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យួរសេរ៉ូម
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់ ដើម្បីជួយឃ្លីស្បូន (Massage) និងសង្កត់កំពូលស្បូន
- លាងសម្អាតដោយសូលុយស្យុង Antiseptic លើទ្វារមាសនិងមាត់ស្បូន

- ចាប់មាត់ស្បូនដោយដង្កៀបរាងបេះដូងដោយថ្នមៗ
- កៀបតែមសងខាងនៃមាត់ស្បូនដែលរហែក ហើយទាញថ្នមៗដើម្បីពិនិត្យឱ្យបានច្បាស់នូវមាត់ស្បូនទាំងមូល។ ជួនកាលអាចមានរហែកច្រើនកន្លែង ។
- ដេរបិទមាត់ស្បូនរហែកដោយថ្នេរជាប់ដោយប្រើចេសលេខ 0 Chromic catgut (ឬ Vicryl) ។ ការដេរចាប់ផ្តើមពីផ្នែកខាងលើនៃរបួសដែលជាញឹកញាប់វាជាប្រភពនៃ ការហូរឈាម។
- ប្រសិនបើការដាច់មាត់ស្បូនវែង ហើយសាំញ៉ាំយើងត្រូវដេរថ្នេរជាប់ដោយចេស Catgut chromic លេខ 0 ឬVicryl

ប្រសិនបើផ្នែកខាងលើនៃកន្លែងរហែកពិបាកដេរយើងត្រូវកៀបវាដោយដង្កៀបរាងបេះដូង ហើយទុកវាឱ្យបាន៤ម៉ោង។ មិនត្រូវព្យាយាមដេរកន្លែងដែលហូរឈាមព្រោះវាអាចធ្វើឱ្យឈាមកាន់តែហូរខ្លាំង។ បន្ទាប់មកត្រូវ :

- បន្ទាប់ពីបាន៤ម៉ោង បន្ធូរដង្កៀបតែមិនដកចេញទេ
- បន្ទាប់ពីបាន៤ម៉ោងទៀត យកដង្កៀបចេញ



ការដេរ មាត់ស្បូនរហែក

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ :

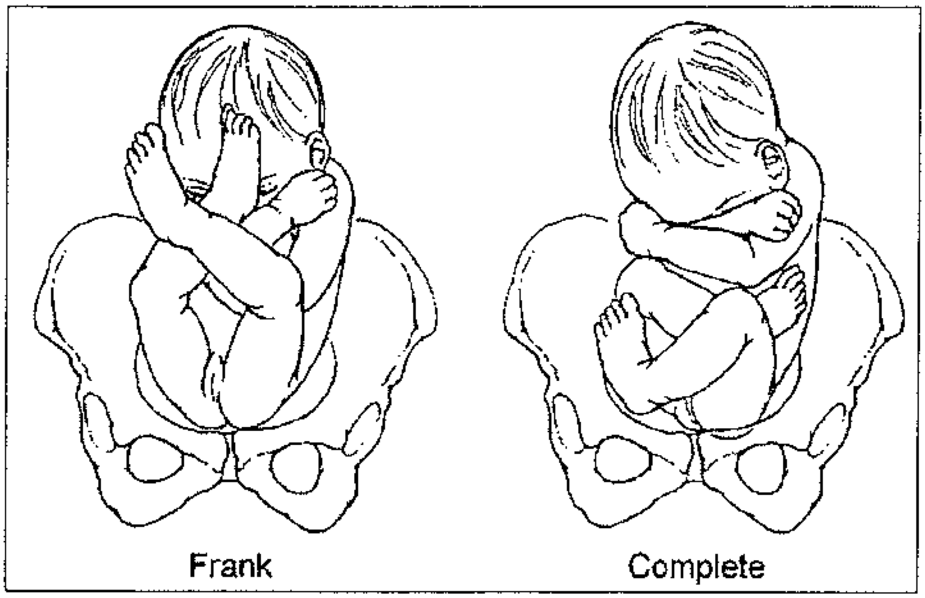
លាងសម្អាតបេរីណេដោយសូលុយស្យុង Antiseptic ផ្ដិតឱ្យស្ងួតហើយយកសំឡីអនាម័យស្ងួតគ្របលើយោនីនិងបេរីណេ

- រៀបចំស្ថានភាពស្ត្រីឱ្យមានផាសុកភាព
- តាមដានសញ្ញាជីវិត
- តាមដានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស ។

៧-៨ ការសម្រាលទម្រង់ហុចគូថ

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ :

ទម្រង់ការនេះអាចអនុវត្តបានតែក្នុងករណីការបង្ហាញទម្រង់ហុចគូថពេញលេញ (Complete) ឬការបង្ហាញទម្រង់ហុចគូថមិនពេញលេញដោយជើងសន្ទឹងឡើងលើ (Frank) នៅពេលដែលមាត់ស្បូនបានបើកអស់និងគ្មានវិសមាមាត្ររវាងឆ្អឹងអាងត្រគាកនិងក្បាលកូន ។



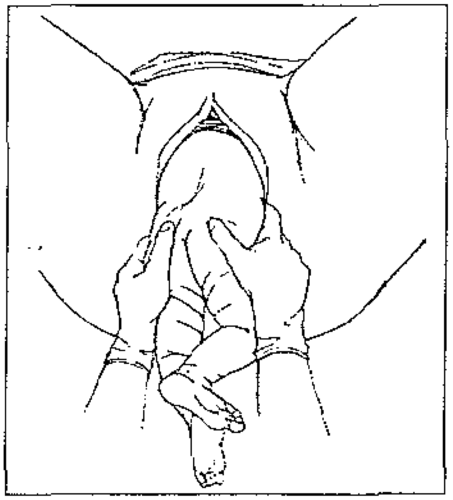
ទម្រង់ហុចគូថមិនពេញលេញ *ទម្រង់ហុចគូថពេញលេញ*

ទម្រង់ការ ៖

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- គូស Partograph តាមដានការសម្រាលដូចករណីទម្រង់បង្ហាញក្បាល
- ចាប់ផ្តើមចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូម (អាចផ្តល់ Oxytocine បើមានវេជ្ជបញ្ជា)
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងលើកទឹកចិត្តស្ត្រី
- អនុវត្តទម្រង់ការត្រូវធ្វើដោយថ្នមៗ និងមិនប្រើកំលាំងបង្ខំ

<u>ការសម្រាលគូថនិងជើង ៖</u>

- ពេលគូថទារកបានចូលមកដល់ទ្វារមាសហើយមាត់ស្បូនបើកអស់ ប្រាប់ទៅស្ត្រីថាគាត់អាចប្រឹងបញ្ចេញកូននៅពេលមានការកន្ត្រាក់នៃស្បូន
- ប្រសិនបើបើរីណោចង្អៀតខ្លាំងត្រូវធ្វើការកាត់ទ្វារមាស
- បណ្តោយឱ្យគូថសម្រាលចេញមករហូតដល់ចង្កេះ ខ្នងបន្ទាប់មកគេអាចឃើញឆ្អឹងស្លាបប្រចៀវ
- កាន់គូថថ្នមៗដោយដៃម្ខាង ប៉ុន្តែមិនត្រូវទាញទេ
- ប្រសិនបើជើងមិនសម្រាលចេញមកដោយឯកឯងទេ ត្រូវសម្រាលជើងម្តងម្ខាងដោយ ៖
    - រុញខាងក្រោយជង្គង់ដើម្បីឱ្យជើងច្បត់
    - ចាប់កជើងយ៉ាងជាប់រួចសម្រាលប្រអប់ជើងនិងជើង
    - ធ្វើរបៀបដដែលសម្រាប់ជើងម្ខាងទៀត
- **មិនត្រូវចាប់ទាញទារកនៅពេលដែលកំពុងសម្រាលជើងទេ**
- ចាប់កាន់ត្រគាកទារក (មើលរូបខាងក្រោម) ។ កុំចាប់កាន់ចង្កេះឬពោះរបស់ទារកធ្វើយ៉ាងនេះវាអាចបណ្តាលឱ្យប៉ះទង្គិចដល់តំរងនោមឬថ្លើម ។



ការចាប់កាន់ត្រគាកទារក

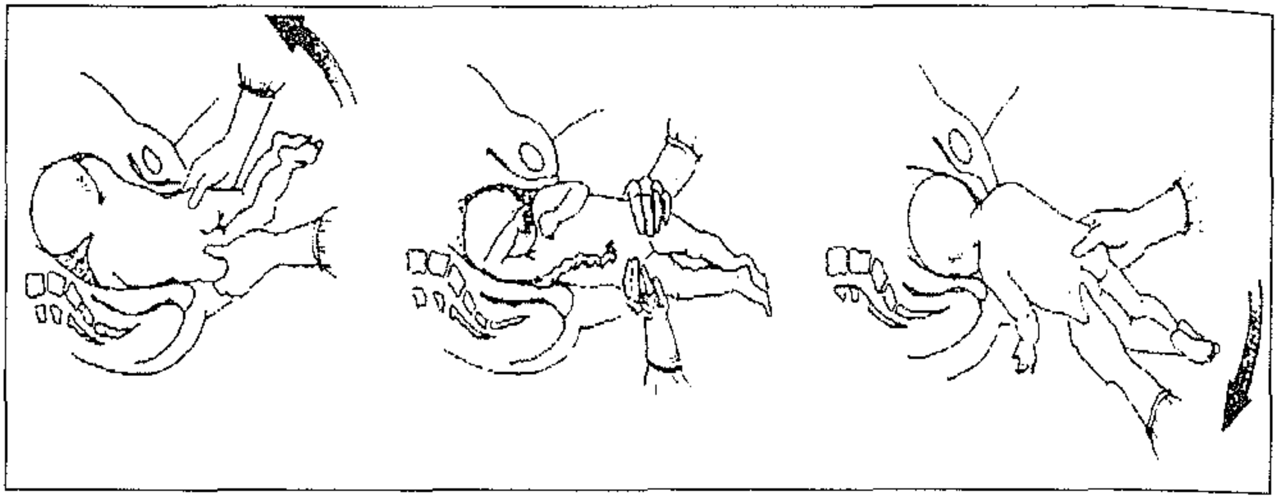
ការសម្រាលដៃទារក :

ប្រសិនបើដៃនៅលើដើមទ្រូង

- ទុកឱ្យដៃធ្លាក់ចេញដោយខ្លួនឯងម្តងមួយៗ (អាចជួយតែក្នុងករណីចាំបាច់)
- បន្ទាប់ពីការសម្រាលដោយឯកឯងនូវដៃទី១ លើកគូថទារកឆ្ពោះទៅពោះម្តាយដើម្បីជួយសម្រាលដៃទី២ឱ្យចេញដោយឯកឯង ។ ប្រសិនបើដៃមិនធ្លាក់ចុះដោយឯកឯងទេ ត្រូវដាក់ម្រាមដៃ១ឬ២ទៅក្នុងចន្លោះកែងដៃលច្បាត់ ហើយចាប់បញ្ចុះប្រអប់ដៃកាត់តាមផ្ទៃមុខរបស់ទារក ។

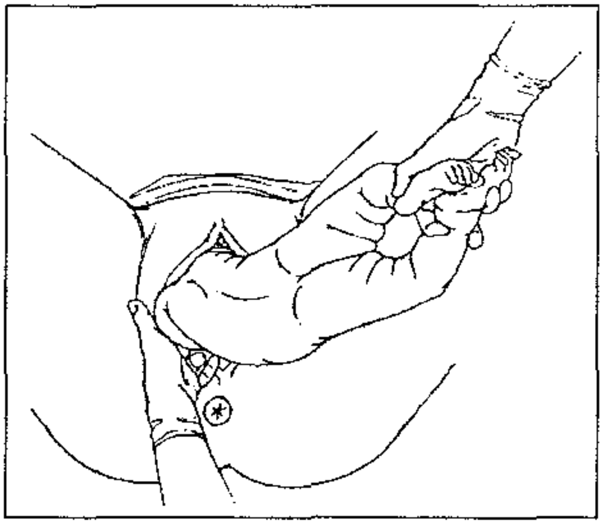
ប្រសិនបើដៃសន្ទឹងនៅលើក្បាលឬបត់ជុំវិញកត្រូវប្រើវិធីរបស់ Lovset's(Lovset Maneuver):

- ចាប់កាន់ត្រគាកទារកហើយបង្វិលកន្លះជុំ រក្សាខ្នងឱ្យស្ថិតនៅខាងលើ រួចទាញចុះក្រោមក្នុងពេលជាមួយគ្នា ដូចនេះដៃដែលនៅខាងក្រោយទៅជាខាងមុខ ហើយអាចសម្រាលចេញក្រោមឆ្អឹងថ្ងាស ។
- ជួយការសម្រាលដៃកូនដោយដាក់ម្រាមមួយ ឬពីរទៅលើផ្នែកខ្ពស់បំផុតរបស់ដៃកូន ។ អូសដៃកូនចុះក្រោមពីមុខដើមទ្រូងនៃដៃដែលបានបត់ជាមួយនឹងបាតដៃកូនបោសលើមុខ ។
- ដើម្បីសម្រាលដៃទី២បង្វិលខ្នងទារកកន្លះជុំត្រឡប់មកវិញ រក្សាខ្នងឱ្យនៅខាងលើហើយទាញចុះក្រោម រួចសម្រាលដៃទី២ទៅតាមផ្លូវដដែលក្រោមឆ្អឹងថ្ងាស ។



ការអនុវត្តន៍ Lovset's Maneuver

- ប្រសិនបើខ្លួនទារកពុំអាចបង្វិលបានដើម្បីសម្រាលដៃខាងមុខមុន ត្រូវសម្រាលស្មាខាងក្រោយដោយ :
  - ចាប់កាន់កជើងទារកឡើងលើ
  - ទាញបង្វិលទារកធ្វើឱ្យទ្រូងផ្អិបជាប់នឹងភ្លៅម្តាយ ។ ស្មាខាងក្រោយអាចសម្រាលចេញ
  - ហើយដៃម្ខាងទៀតជួយសម្រាលដៃនិងប្រអប់ដៃ
  - ដាក់ខ្លួនទារកចុះក្រោមដោយកាន់កជើង ។ ស្មាខាងមុខអាចសម្រាលចេញ
  - ហើយដៃម្ខាងទៀតជួយសម្រាលដៃនិងប្រអប់ដៃ



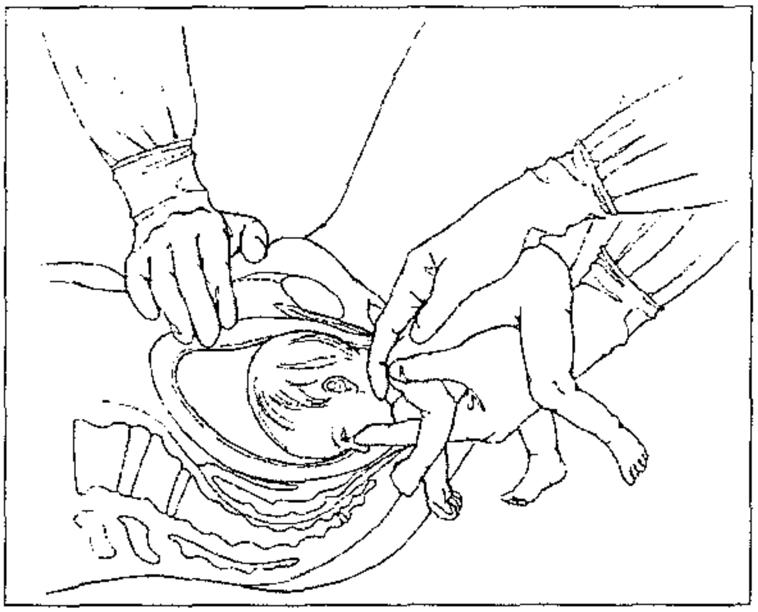
ការសម្រាលស្មាក្រោយ

ការសម្រាលក្បាល ៖

សម្រាលក្បាលតាមវិធី Mauriceau Smellie Veit **:**

- ដាក់មុខនិងខ្លួនទារកទៅក្រោមនៅលើប្រអប់ដៃនិងដៃរបស់ឆ្មប
- ដាក់មេដៃនិងម្រាមទីពីររបស់ដៃនេះទៅលើឆ្អឹងថ្គាម ហើយដាក់ចង្អុលដៃទៅក្នុងមាត់ទារកដើម្បីទាញថ្គាមចុះនិងបត់ក្បាល
- ប្រើដៃម្ខាងទៀតដើម្បីចាប់ឱ្យជាប់ស្មាទារក
- ជាមួយម្រាមដៃ២របស់ដៃនេះបត់ក្បាលទារកថ្នមៗ ឆ្ពោះទៅដើមទ្រូងនៅពេលដែលគេប្រើកំលាំងសង្កត់ថ្គាមចុះក្រោមដើម្បី ឱ្យក្បាលទារកចុះក្រោមរហូតដល់គេអាចមើលឃើញជើងសក់
- ទាញថ្នមៗ ដើម្បីសម្រាលក្បាល
- លើកទារកដោយច្រកគាវលើដៃ រហូតដល់មាត់និងច្រមុះចេញមក

កំណត់សម្គាល់ : សុំឱ្យអ្នកជំនួយការម្នាក់សង្កត់លើឆ្អឹងថ្ងាសរបស់ម្តាយដើម្បីសម្រួលការសម្រាលក្បាល ។ ការជួយនេះ ធ្វើឱ្យក្បាលកូនបត់បាន ។



***សម្រាលក្បាលតាមវិធី** Mauriceau Smellie Veit*

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ :

- ផ្តល់ការថែទាំភ្លាមៗដល់ទារកទើបកើត
- កៀបនិងកាត់ទងសុក
- ផ្តល់ Oxytocin 10 IU ចាក់សាច់ដុំក្នុង១នាទីដំបូង បន្ទាប់ពីសម្រាលកូនរួច ហើយធ្វើការគ្រប់គ្រងដំណាក់កាលទី៣នៃការសម្រាល
- ពិនិត្យដោយហ្មត់ចត់រកស្នាមរហែកទ្វារមាសនិងមាត់ស្បូន ឬក៏ដេរទ្វារមាសដែលកាត់ ។

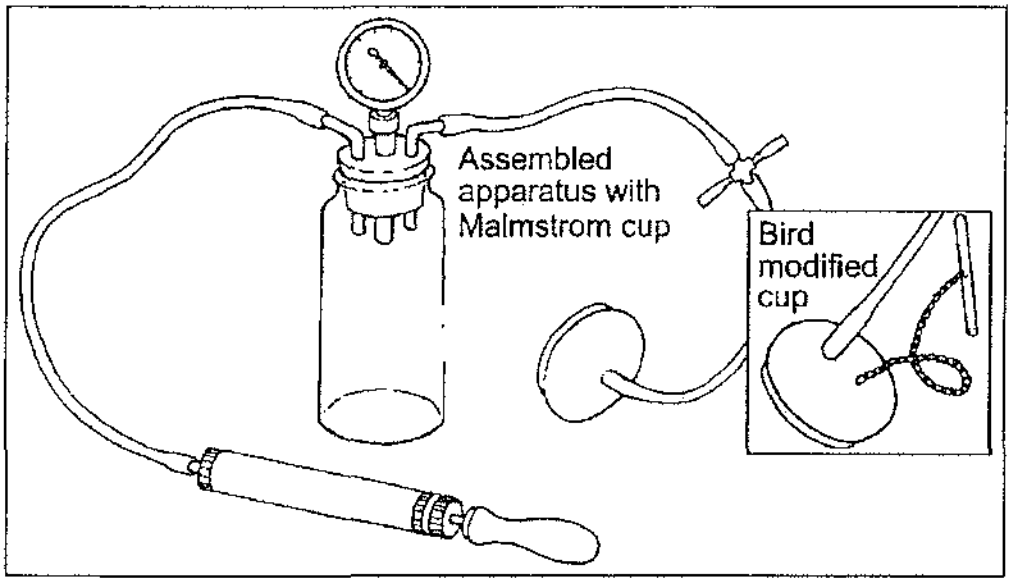
៧-៩ ការសម្រាលដោយបូម

ការបូមបញ្ចេញអាចអនុវត្តបានក្នុងករណីនៃការឈឺពោះសម្រាលយូរនិង/ឬទារកចុះខ្សោយ ប៉ុន្តែនៅក្នុងល័ក្ខខ័ណ្ឌដែលយើងបានជួបដូចខាងក្រោម :

- ទម្រង់បង្ហាញកំពូលក្បាល
- កូនគ្រប់ខែ
- មាត់ស្បូនបើកអស់
- ក្បាលកូននៅទីតាំង +១ ឬ +២ ឬកុំឱ្យលើស 1/5 លើឆ្អឹងពុយប៊ីស ។
- ស្រោមទឹកភ្លោះបែក
- អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានរៀនពីការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍បូម ។

ទម្រង់ការ :

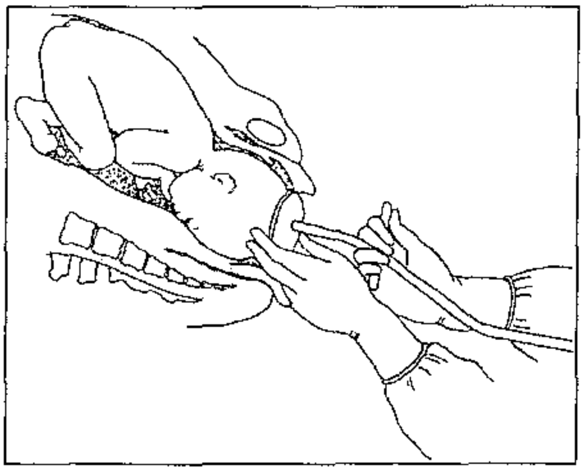
- អនុវត្តតាមគោលការណ៍នៃការថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ពិនិត្យគ្រប់ការតភ្ជាប់របស់ប្រដាប់បូមហើយធ្វើការសាកល្បងដោយដាក់លើបាតដៃដែលពាក់ស្រោមដៃ
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងលើកទឹកចិត្ត



Vacuum Extractor

- ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល ស្ទាបមើលទីតាំងនៃក្បាលកូន រកស្នាមភ្ជាប់កណ្តាលឆ្អឹងក្បាល (Sagittal Suture) និងបង្ហើយ (Fontanelles)
- ស្ទាបរកបង្ហើយខាងក្រោយ
- ដាក់ក្បាលបូមដែលធំជាងគេនិងសមស្របជាមួយក្បាលទារក ដោយឱ្យចំណុចកណ្តាលនៃក្បាលបូមស្ថិតនៅលើចំណុចជ្រមុជគឺ 1cm ខាងមុខបង្ហើយក្រោយ ។ ការដាក់នៅកន្លែងនេះនិងសម្រួលការបត់ច្រមុជ ការចុះនិងការបង្វិលដោយខ្លួនឯងនៅពេលយើងទាញ
- ជាទូទៅមិនតម្រូវអោយកាត់ទ្វារមាសដើម្បីដាក់ក្បាលបូមអោយបានត្រឹមត្រូវទេ ប៉ុន្តែការកាត់ទ្វារមាសអាចនឹងត្រូវធ្វើប្រសិនបើមានគំរាមរហែកកាត់ទ្វារមាសនៅពេលដែលក្បាលទារកធ្វើអោយប៉េរីណេឡើងប៉ោង ។ ការពន្យារកាត់ទ្វារមាសរហូតដល់ពេលដែលចាំបាច់ត្រូវធ្វើ អាចចៀសវាងបាននូវការបាត់បង់ឈាមដោយឥតប្រយោជន៍ ។ ពិនិត្យមើលការដាក់ក្បាលបូម ត្រូវប្រាកដថាគ្មានសាច់ម្តាយ (មាត់ស្បូន ឬទ្វារមាស) នៅជាប់ក្នុងគែមនៃក្បាលបូមដោយប្រើចង្អុលដៃវាសជុំវិញគែមក្បាលបូមនិងក្បាលកូន ។
- ដោយប្រើស្នប់បង្កើតសម្ពាធជប់ 0.2kg/cm2 សម្ពាធអវិជ្ជមានរួចពិនិត្យមើលការដាក់ក្បាលបូម

- ដំឡើងសម្ពាធដល់ 0.8kg /cm2 រួចពិនិត្យការដាក់ផ្តិបជាប់នៃក្បាលបូម ។ បន្ទាប់ពីសម្ពាធអវិជ្ជមានឡើងដល់កំរិតអតិបរិមា ត្រៀមទាញតាមបណ្តោយអក្សរបស់អាងត្រគាក និងបញ្ឈរឱ្យកែងនឹងក្បាលបូម ។



ការទាញដោយប្រើ **Malmstrom Cup**

- ប្រសិនបើក្បាលកូនផ្អៀងទៅម្ខាង ឬ ពុំជ្រមុជបានល្អការទាញត្រូវតែតម្រង់តាមបន្ទាត់ដើម្បីជួយកែសម្រួលឬទាញក្បាលកូនឱ្យជ្រមុជ (ឧ. ទាញទៅម្ខាងទៀតមិនចាំបាច់តាមបន្ទាត់កណ្តាលទេ)
- នៅពេលស្បូនកន្ត្រាក់ ទាញតាមបន្ទាត់មួយដែលកែងជាមួយប្លង់របស់គែមក្បាលបូម ។ ដាក់ម្រាមដៃមួយនៅលើស្បែកក្បាលកូនជាប់និងក្បាលបូម នៅពេលដែលកំពុងធ្វើការទាញ ដើម្បីវាយតម្លៃការរបូតនិងការចុះរបស់ក្បាលកូន ។
- នៅចន្លោះការកន្ត្រាក់នៃស្បូនត្រូវពិនិត្យ :
  - ចង្វាក់បេះដូងកូន
  - ការផ្តិបជាប់នៃក្បាលបូម

ប្រការដែលមានសារៈសំខាន់ :

- **មិនត្រូវប្រើក្បាលបូមសម្រាប់**បង្វិលក្បាលទារក ។ ការវិលរបស់ក្បាលទារកនឹងកើតមានឡើងជាមួយនិងការទាញ
- ការទាញជាដំបូងអាចជួយឱ្យរកឃើញទិសត្រឹមត្រូវដើម្បីទាញ
- **មិនត្រូវ**បន្តការទាញនៅពេលស្បូនឈប់កន្ត្រាក់ និងនៅពេលប្រឹងបញ្ចេញកូន

- ជាមួយនឹងការវិវត្តន៏ទៅមុខហើយគ្មានការចុះខ្សោយរបស់ទារក បន្តការទាញយ៉ាងយូរបំផុតត្រឹម30នាទី
- ត្រូវបញ្ឈប់ការបូមប្រសិនបើ :
    - ក្បាលកូនមិនលូនចុះជាមួយនិងការទាញនិមួយៗ
    - ក្រោយការទាញចំនួន៣ដងហើយគ្មានការលូនចុះឬទារកមិនសម្រាលក្រោយទាញ៣០នាទី
    - របូតក្បាលបូមចំនួន២ដង នៅពេលដែលទាញត្រឹមត្រូវតាមទិស និងមានសម្ពាធអវិជ្ជមានអតិបរមា ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ :

- ផ្តល់ការថែទាំទារកឱ្យបានឆាប់
- តៀបនិងកាត់ទងសុក
- ពិនិត្យក្បាលទារកកន្លែងជប់ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាបានដាក់ក្បាលបុមបានត្រឹមត្រូវឬទេ (ដើម្បីវាយតម្លៃខ្លួនឯង) និងដើម្បីរកមើល រកមើលដុំពកក្រោមស្បែកក្បាល (sub-galeal)(បើធ្ងន់ធ្ងរ ទារកត្រូវការចាក់សេរ៉ូមប្រែតាមសរសៃដើម្បីជួយសង្គ្រោះ បើមិនដូច្នោះ ទារកនឹងមានស្លកនិងអាចស្លាប់ទោះបីពេលកើតមកទារកមានស្ថានភាពល្អក៏ដោយ ។
- ផ្តល់ Oxytocin 10 IU IM ក្នុងកំឡុង១នាទីដំបូងបន្ទាប់ពីសម្រាលនិងអនុវត្តការគ្រប់គ្រងដំណាក់កាលទី៣នៃការសម្រាល
- ពិនិត្យដោយយកចិត្តទុកដាក់លើស្ត្រីពីការរហែកទ្វារមាសនិងមាត់ស្បូនឬដេរទ្វារមាសដែលកាត់

៧-១០ ការសម្រាលដោយវះយកកូន

- ពិនិត្យលក្ខណ្ឌតម្រូវ ។ ត្រូវប្រាកដថាការសម្រាលតាមទ្វារមាសមិនអាចធ្វើទៅបាន
- ពិនិត្យថាទារកនៅរស់ដោយស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកនិងពិនិត្យពីទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក
- អនុវត្តគោលការណ៏គ្រឹះនៃការថែទាំនិងការវះកាត់ និងចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូម
- ចាក់spinal anesthesia ឬ local infiltration with lidocaine ឬ ketamine ឬថ្នាំសណ្តំ
    - ថ្នាំស្ពឹកជាជម្រើសមានសុវត្ថិភាព ប្រសើរបើការដាក់ថ្នាំសណ្តំ ការប្រើ ketamine ឬ spinal anesthesiam មិនអាចធ្វើទៅបាន
    - ការប្រើប្រាស់ថ្នាំស្ពឹកសម្រាប់ការវះកាត់យកកូន តម្រូវឱ្យគ្រូពេទ្យផ្តល់ប្រឹក្សានិងពន្យល់ស្ត្រីក្នុងពេលអនុវត្តទំរង់ការ ។ គ្រូពេទ្យត្រូវចងចាំថា ស្ត្រីដឹងខ្លួនដូច្នេះត្រូវប្រើឧបករណ៏និងអនុវត្តទំរង់ការដោយថ្នមៗ ។

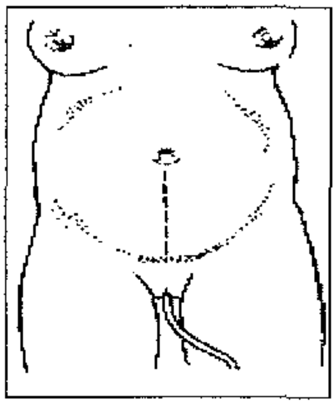
សំគាល់: ករណីស្ត្រីមានបញ្ហាខ្សោយបេះដូង ត្រូវប្រើថ្នាំស្ពឹកជាមួយនឹងថ្នាំស្ងប់អារម្មណ៍។ ចៀសវាងការធ្វើ spinal anesthesia

- សំរេចថាត្រូវវះបញ្ឈរ (vertical)បើ:
    - មានការស្អិតខ្លាំងនៅអង្កត់ក្រោម ដោយសារស្លាកវះយកកូនពីមុន
    - ទម្រង់កូនទទឹង ហើយអង្កត់ក្រោមមិនអំណោយផលល្អ
    - កូនមិនធម្មតា (ឧ. កូនជាប់គ្នា)
    - សុកពាំងមាត់ស្បូន
    - មហារីកមាត់ស្បូន
- បើក្បាលទារកបានចុះជ្រៅទៅក្នុងឆ្អឹងអាងត្រគាក ហើយការសម្រាលមិនទៅមុខ ត្រូវត្រៀមជួយរុញតាមទ្វារមាសដល់ការវះកាត់យកកូន។
- ដាក់តុវះកាត់ឱ្យផ្អៀងខាងឆ្វេងបន្តិចឬដាក់ខ្នើយឬក្រណាត់កល់ត្រង់ចង្កេះខាងស្តាំរបស់ស្ត្រីដើម្បីបន្ថយ Supine hypotension syndrome

ការបើកពោះ:

- វះបញ្ឈរចំផ្ទៃកណ្តាលនៃពោះខាងក្រោមផ្ចិតទៅឆ្អឹងថ្ងាស។

  សំគាល់ : ប្រសិនបើការវះកាត់យកកូន ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយប្រើថ្នាំស្ពឹក ត្រូវវះឱ្យបានវែងជាងការវះដោយប្រើថ្នាំសណ្តំ ៤ស.ម។ Pfannenstiel (ការវះទទឹង) មិនត្រូវបានប្រើ ពិព្រោះវាប្រើពេលយូរជាងចង្អៀតជាង និងប្រើថ្នាំស្ពឹកច្រើនជាង។



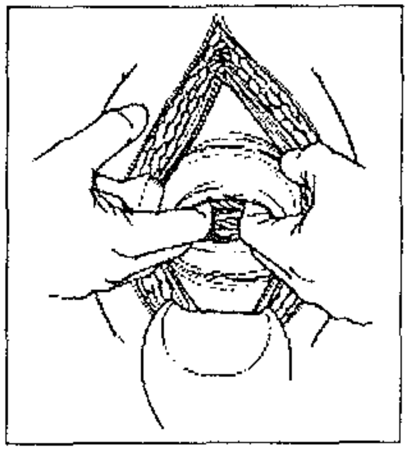
កន្លែងវះនៅលើពោះ

- វះស្រទាប់ fascia ប្រវែង ២-៣ ស.ម រួចចាប់គែមរបស់ស្រទាប់ដោយដង្កៀបរួចពង្រីកដោយកាត់ទៅលើនិងកាត់ទៅក្រោម ដោយប្រើកន្ត្រៃ ។
- ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីញែកសាច់ដុំពោះ
- ប្រើម្រាមដៃដើម្បីបើកស្រោមពោះនៅជិតផ្ចិត រួចប្រើកន្ត្រៃដើម្បីពង្រីកដោយកាត់ទៅលើនិងកាត់ចុះក្រោមដើម្បីមើលឃើញស្បូនទាំងមូល ។ ត្រូវប្រយ័ត្នកុំមានការមានប៉ះទង្គិចដល់ប្លោកនោមត្រូវប្រើកន្ត្រៃដើម្បីញែកនិងបើកផ្នែកខាងក្រោមនៃស្រទាប់ស្រោមពោះ ។
- ដាក់វ៉ាល់ពីលើឆ្អឹងអាងត្រគាក
- ប្រើដង្កៀបចាប់ទាញស្រោមពោះដែលគ្រប់ផ្នែកខាងមុខនៃអង្កត់ក្រោម ហើយប្រើកន្ត្រៃចោះ ។
- ពង្រីកស្នាមចោះ ស្រោមពោះនោះដោយប្រើកន្ត្រៃកាត់ទៅឆ្វេងនិងទៅស្តាំ ។
- ប្រើដៃឬ tampon រុញប្លោកនោមចុះទៅក្រោម ឆ្ងាយពីអង្កត់ក្រោម ។

ការបើកស្បូន :

- ប្រើកាំបិតដើម្បីចោះទទឹងស្បូន ប្រវែង ៣ស.ម នៅអង្កត់ក្រោមរបស់ស្បូនហើយនៅប្រហែល១ស.ម ទាបជាងកន្លែងដែលស្រោមពោះអាចរបើកពីតួស្បូន ។
- ពង្រីកមុខចោះឱ្យធំដោយប្រើម្រាមដៃនៅចុងគែមនិមួយៗហើយហែកទៅចំហៀងដោយប្រុងប្រយ័ត្ន
- ប្រសិនបើអង្កត់ក្រោមក្រាស់ហើយចង្អៀត ត្រូវពង្រីកការវះស្បូនដោយប្រើកន្ត្រៃជំនួសម្រាមដៃដោយកាត់កោងឡើងលើ ។

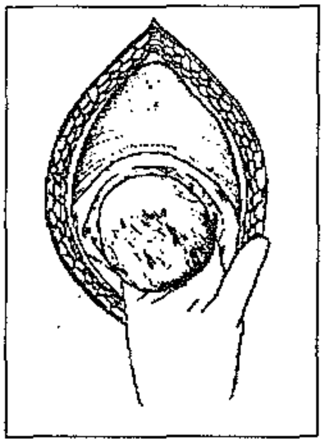
ត្រូវធ្វើឱ្យមុខវះបានធំល្មមនឹងអាចសម្រាលក្បាលនិងខ្លួនទារកដោយមិនធ្វើឱ្យរហែកស្នាមវះ



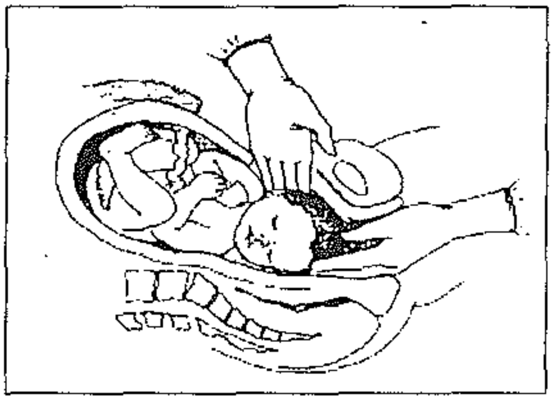
ពង្រីកមុខចោះនៅស្បូន

ការសម្រាលទារកនិងសុក :

- ដើម្បីសម្រាលទារក លូកដៃម្ខាងទៅក្នុងស្បូនចន្លោះស្បូននឹងក្បាលទារក
- ដៃក្តោបចាប់និងលើកក្បាលទារកថ្នមៗឱ្យចេញផុតពីមុខវះ ដោយត្រូវប្រយ័ត្នមិនឱ្យរហែកស្នាមវះបន្ថែមទៀត
- ដៃម្ខាងទៀតសង្កត់ថ្នមៗកំពូលស្បូនពីលើពោះដើម្បីជួយសម្រួលការសម្រាលក្បាល
- បើក្បាលទារកបានចុះជ្រៅទៅក្នុងឆ្អឹងត្រគាកឬទ្វារមាស សុំឱ្យអ្នកជំនួយ (ដោយមានពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល) លូកដៃចូលក្នុងទ្វារមាសជួយរុញក្បាលទៅលើវិញ ។



ការសម្រាលក្បាលទារក



ការសម្រាលក្បាលដែលនៅកប់ជ្រៅ

- សម្រាលស្មានិងខ្លួនទារក។ ផ្តល់ការថែទាំទារកទើបកើតដូចករណីធម្មតា
- ផ្តល់ Oxytocine 20 units ក្នុងសេរ៉ូម 1L ក្នុងល្បឿន ៦០ដំណក់/នាទី ក្នុងរយៈពេល២ម៉ោង។
- គាបនិងកាត់ទងសុក
- ប្រគល់ទារកទៅឱ្យជំនួយការដើម្បីផ្តល់ការថែទាំបន្ត
- ផ្តល់ antibiotic បង្ការមួយដូសក្រោយពេលទងសុកត្រូវបានគាបនិងកាត់
- បន្តទាញសន្សឹងទងសុកថ្នម១និងឈ្លីស្បូន(ពីលើពោះ)
- ទំលាក់សុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះ។

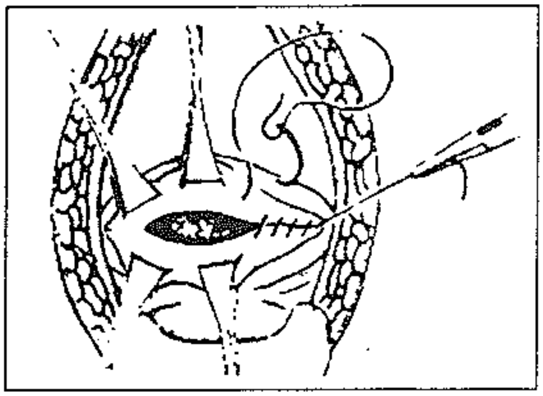
  ប្រើដង្កៀបមុខកងដើម្បីចាប់ស្រោមទឹកភ្លោះនិងត្រូវប្រាកដថាបំណែកនៃស្រោមទឹកភ្លោះទាំងអស់ត្រូវបានយកចេញ។

ការដេរបិទស្បូន :

សំគាល់ : បើស្បូន Couvelaire (ស្បូនហើមជាំ) ក្នុងពេលវះយកកូន ត្រូវដេរបិទស្បូនវិញតាមធម្មតា។ អង្កេតមើលការធ្លាក់ឈាមនិងវាយតម្លៃពីការកន្ត្រាក់សាច់ដុំស្បូន។ ត្រូវត្រៀមសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងបញ្ហាកំណកឈាមឬស្បូនខ្សោយ។

- ចាប់ចុងនៃស្នាមវះរបស់ស្បូនដោយដង្កៀប
- ចាប់គែមនៃមុខកាត់ដោយដង្កៀប ត្រូវប្រាកដថាមិនមានដោយប្លោកនោម
- ពិនិត្យរកយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់នូវស្នាមរហែកបន្ថែមពីមុខកាត់

- ដេរជួសជុលមុខកាត់និងការរហែកដែលមានដោយប្រើថ្នេរជាប់ (continuous locking stictch) ដោយប្រើចេស Vicryl (or polyglycolic) ។
- បើក្រោយមកមានការធ្លាក់ឈាមពីមុខកាត់ ត្រូវដេរជាអក្សរ X ។ មិនចាំបាច់ដេរថែមមួយស្រទាប់ទៀតចំពោះស្នាមវះលើស្បូនទេ ។



ការដេរបិទស្បូន

ការដេរបិទពោះ :

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

សំគាល់ : មិនចាំបាច់ដេរបិទស្រទាប់ពោះ bladder peritoneum or the abdominal peritoneum

- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគត្រូវដាក់ទុយោបង្ហូរ ។
- បើមិនមានការបង្ករោគ ដេរបិទស្បែកពោះដោយចេស 3-0 nylon ឬ សូត្រនិងគ្របស្បែកស្តើរល ។
- រុញស្បូនថ្នមៗពីលើពោះ ដើម្បីបញ្ចេញកំណកឈាមពីស្បូននិងទ្វារមាស ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ :

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំក្រោយវះកាត់
- បើមានធ្លាក់ឈាមៈ

- ឈ្លីស្បូនដើម្បីបញ្ចេញឈាមនិងកំណកឈាម ។ វត្តមានកំណកឈាមនឹងរំខានដល់ប្រសិទ្ធភាពនៃការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន ។
- ផ្ដល់ Oxytocine 20units ក្នុងសេរ៉ូម (normal saline ឬ Ringer's lactate) ១លីត្រ ក្នុងល្បឿន ៦០ដំណក់ក្នុងមួយនាទីនិង ergometrine 0.2 mg ចាក់សាច់ដុំនិង prostaglandins ។ ថ្នាំទាំងនេះអាចផ្ដល់ជាមួយគ្នាតែម្ដងឬឆ្លាស់ពេលគ្នា ។

- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគឬស្ត្រីគ្រុនក្ដៅ ផ្ដល់ antibiotic រួមបញ្ចូលគ្នា (ទំព័រ ១៤៦) រហូតដល់ស្ត្រីបាត់ក្ដៅខ្លួនបានរយៈពេល៤៨ថ្ងៃ ។
- ផ្ដល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប ។

៧-១១ មធ្យោបាយបញ្ឈប់កំណើតក្រោយពេលសម្រាល

ស្ត្រីនិងប្ដីមិនចង់បានកូនទៀត ហើយបានពិភាក្សាគ្នាយ៉ាងហ្មត់ចត់ក្នុងអំឡុង ពេលមានផ្ទៃពោះពីមធ្យោបាយបញ្ឈប់កំណើតក្រោយសម្រាលដោយធ្វើការវះចងដៃស្បូន ។ ពួកគេត្រូវតែទទួលបាននូវការពិគ្រោះពិភាក្សាយ៉ាងល្អិតល្អន់ជាមួយអ្នកផ្ដល់សេវាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទាំងអស់ដែលមាននិងជួយស្ត្រីក្នុងការជ្រើសរើសមធ្យោបាយដែលសមស្រប ។

លក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ

១- ការវះចងប្រព័ន្ធបន្តពូជបញ្ឈប់កំណើតត្រូវធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្តគ្មានការបង្ខិតបង្ខំឬគ្មានការលើកទឹកចិត្ត

២- ស្ត្រីមានបញ្ហាសុខភាពប្រសិនបើមានគភ៌នាំឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ

៣- ស្ត្រីស្ម័គ្រចិត្តឱ្យធ្វើការវះចងបានលុះត្រាតែមានអាយុនិងចំនួនកូនដូចខាងក្រោម :

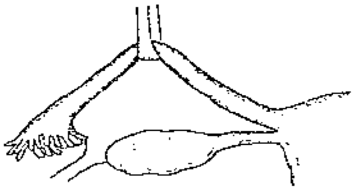
- ប្រសិនបើស្ត្រីអាយុតិចជាង៣០ឆ្នាំត្រូវមានកូននៅរស់យ៉ាងតិច៣នាក់ ហើយកូនទី៣ត្រូវមានអាយុតិចបំផុត២ឆ្នាំ ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីអាយុច្រើនជាង៣០ឆ្នាំត្រូវមានកូននៅរស់យ៉ាងតិច២នាក់ហើយកូនទី២ត្រូវមានអាយុយ៉ាងតិចបំផុត២ឆ្នាំ ។

ការវះចងដៃស្បូន (Tubectomy ad modum Pomeroy) អាចធ្វើបានដូចគ្នា ទាំងក្នុងពេលសម្រាលកូនដោយ វះកាត់និងទាំងពេលក្រោយសម្រាលកូនតាមទ្វារមាស ។

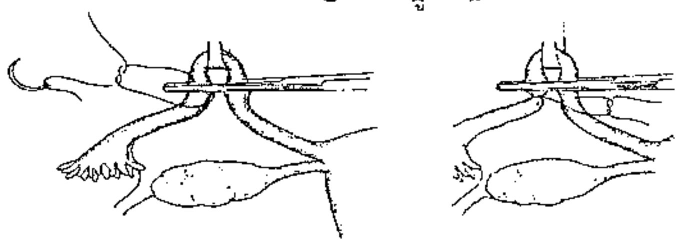
ចំពោះស្ត្រីក្រោយសម្រាលកូនរួចតាមទ្វារមាស ក្នុងអំឡុងពីរបីថ្ងៃដំបូងកំពូលស្បូន (fundus uterin) និងដៃស្បូនស្ថិតនៅស្មើផ្ចិត ដូច្នេះងាយស្រួលក្នុងការវះចងដៃស្បូន ។

ទម្រង់ការវះចងដៃស្បូន

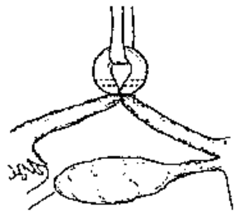
- ពិនិត្យឡើងវិញកិច្ចព្រមព្រៀងដែលបានដឹងជាមុនលើការបញ្ឈប់កំណើត
- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ
- ចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅពាក់កណ្តាលផ្នែកខាងក្រោមនៃផ្ចិតនិងចូលទៅក្នុងជញ្ជាំងពោះ
- វះចោះប្រវែង ២-៣ស.ម នៅខាងក្រោមផ្ចិតម្តាយនិងទៅដល់ក្នុងពោះ
- ប្រើម្រាមដៃរុញស្បូនទៅម្ខាងហើយម្រាមនៃដៃម្ខាងទៀតរាវរកដៃស្បូន(ឧទាហរណ៍រុញស្បូនទៅខាងឆ្វេង ហើយរាវរកដៃស្បូនខាងស្តាំដែលស្ថិតនៅជិតផ្ចិត)
- កៀបលើកដៃស្បូនឱ្យផុតពីពោះដោយប្រើដង្កៀប Babcock
- កៀបផ្នែកខាងក្រោមកន្លែងចាប់ដោយប្រើដង្កៀបនិងចាក់ចងជារាងលេខ៨
- ដកដង្កៀបដែលនៅពីលើចំណង(ស្នាមទ្រុឌនៃដង្កៀបនៅលើដៃស្បូនទាំងពីរជាកន្លែងដែលត្រូវកាត់ដូចបង្ហាញដោយ បន្ទាត់ដាច់ៗ)
- កាត់ដៃស្បូនតាមស្នាមទ្រុឌ ។
- ដាក់ដៃស្បូនចូលទៅក្នុងពោះវិញ ហើយធ្វើដូចគ្នាចំពោះការកាត់ដៃស្បូនម្ខាងទៀត ។
- ដេរបិទកន្លែងចោះ ។



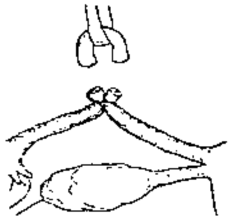
ក-ចាប់កៀបដៃស្បូនឡើង



ខ-កៀបផ្នែកខាងក្រោមកន្លែងចាប់ដោយ ប្រើដង្កៀប និងចាក់ចងជារាងលេខ៨



គ-ដកដង្កៀបដែលនៅពីលើចំណង



ឃ-កាត់ដៃស្បូនតាមស្នាមទ្រុឌ

(ស្នាមទ្រុឌនៃដង្កៀបនៅលើដៃស្បូនទាំពីរជា

កន្លែង ដែលត្រូវកាត់ដូចបង្ហាញដោយ

បន្ទាត់ដាច់ៗ)

ការកាត់ដៃស្បូន

៧-១២ ការលូកចារទម្លាក់សុក

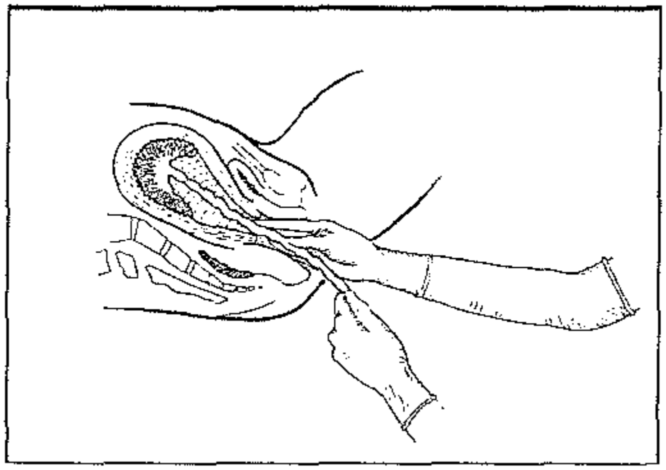
ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ :

ទម្រង់ការនេះអាចអនុវត្តបានតែក្នុងករណីដែលសុកមិនបានធ្លាក់បន្ទាប់ពីការគ្រប់គ្រងដំណាក់កាលទី៣ដោយប្រើ Oxytocin និងការទាញទងសុកដោយត្រួតពិនិត្យ ។

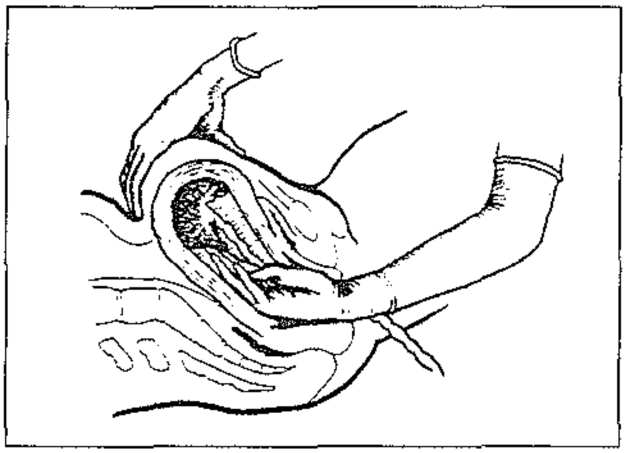
ទម្រង់ការ :

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការគាំទ្រនិងលើកទឹកចិត្តដល់ស្ត្រី

- ប្រសិនបើស្ត្រីមានធ្លាក់ឈាមច្រើន ត្រូវធ្វើការលូកបារសុកនៅក្នុងបន្ទប់សម្រាល (បើសិនជាអាចធ្វើបាន)
- ប្រសិនបើគ្មានធ្លាក់ឈាមនិងមិនមែនជាការបន្ទាន់ ទម្រង់ការគួរធ្វើនៅក្នុងបន្ទប់វះកាត់ (ព្រោះអាចជាករណីជាប់សុក)
- ចាប់ផ្តើមចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូម និងផ្តល់ Diazepam 10mg និង Atropine ¼ mg IM១៥នាទីមុននឹងអនុវត្តទម្រង់ការ ។ ប្រសិនបើអាចគួរប្រើថ្នាំសណ្តំ (Ketala) និងត្រូវធ្វើនៅក្នុងបន្ទប់វះកាត់
- បើចាំបាច់ត្រូវដាក់សុងបង្ហូរទឹកនោម ដើម្បីធានាថាប្លោកនោមគ្មានទឹកនោមទេ
- ផ្តល់ថ្នាំផ្សះ១ដូសគត់សម្រាប់ការបង្ការការឆ្លងរោគ Ampicillin 2g IV + Metronidazole 500mg IV
- កាន់ដង្កៀបដែលតាបទងសុករួច ទាញថ្នមៗស្របនិងកំរាលឥដ្ឋ
- ដៃដែលពាក់ស្រោមដៃស្តេរីស (ស្រោមដៃវែង) លូកចូលតាមទ្វារមាសរហូតដល់ក្នុងស្បូន។

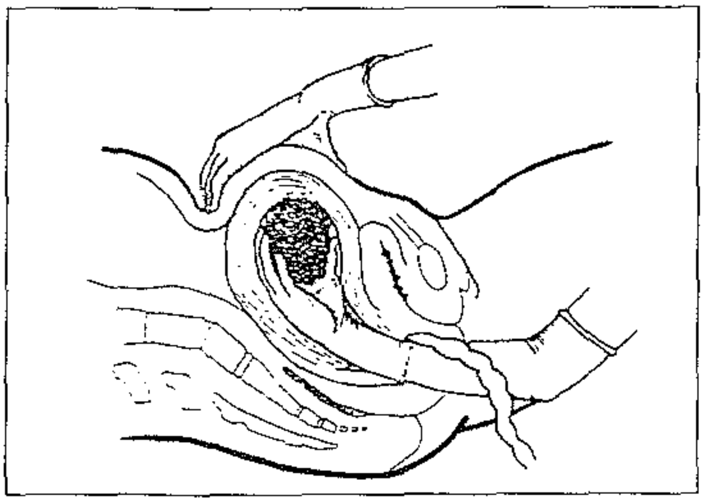


ការលូកដៃចូលក្នុងទ្វារមាសតាមបណ្តោយទងសុក



ការកាន់ទប់ស្បូននៅពេលកំពុងក្បៀសសុកឱ្យរបើកពីជញ្ជាំងស្បូន

- ទម្លាក់ទងសុកចុះរួចដៃនោះប្តូរទៅដាក់លើពោះស្ត្រីក្នុងបំណងទប់ស្បូនដើម្បីបង្កើនកំលាំងទប់ពេលយើងបារសុកកុំឱ្យស្បូនពន្លាត់ ។ប្រសិនបើស្បូនពន្លាត់ត្រូវធ្វើឱ្យវាត្រលប់ទៅស្ថានភាពដើមវិញ
- ប្រើចុងម្រាមដៃដែលនៅក្នុងស្បូន រាវរកគែមសុក
- ប្រសិនបើទងសុកដាច់ លូកដៃចូលទៅក្នុងស្បូនរាវរកកន្លែងដែលសុករបេះចេញពីជញ្ជាំងស្បូន
- បង្អើបគែមសុកចេញពីកន្លែងដែលវាតោងបន្តិចម្តងៗ ដោយដាក់ម្រាមដៃជាប់គ្នាហើយយកប្រអប់ដៃនេះជាឃ្លៀសក្បៀសឱ្យសុករបើកចេញពីជញ្ជាំងស្បូន
- ធ្វើបែបនេះបន្តិចម្តងៗជុំវិញសុករហូតដល់សុកទាំងមូលរបើកអស់ពីជញ្ជាំងស្បូន
- ដៃដែលនៅក្នុងស្បូន កាន់សុកនិងដកយឺតៗចេញពីស្បូន
- ដៃម្ខាងទៀតបន្តការទប់ស្បូនដោយរុញបញ្ច្រាសទិសរបស់ចលនានៃដៃដែលដកចេញពីស្បូន
- ប្រសិនបើសុកមិនរបើកចេញពីផ្ទៃស្បូនដោយដៃដែលយើងក្បៀសបំប៉ើងនោះទេត្រូវសង្ស័យថាសុកខាំជាប់ស្បូនត្រូវធ្វើការវះកាត់ស្បូន (Subtotal hysterectomy) ។



ការដកដៃចេញពីក្នុងស្បូន

- លូកបារក្នុងស្បូនដើម្បីធានាថាគ្មានសាច់សុកនៅសល់ (ត្រូវធ្វើតែម្តង ហើយធានាឱ្យបាន) ។
- ផ្តល់Oxytocin20IUក្នុងសេរ៉ូម 1L (សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬLactate Ringer) ដោយឱ្យ៦0ដំណក់/នាទី
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់ឱ្យធ្វើការឈ្លីស្បូន ដើម្បីជួយឱ្យស្បូនកន្ត្រាក់
- ប្រសិនបើមានការធ្លាក់ឈាមខ្លាំង ផ្តល់Ergometrine 0.2 mg IMឬ Oxytocin 10 IU
- ប្រសិនបើឈាមនៅតែបន្តធ្លាក់ ផ្តល់Misoprostol 600 µg ដាក់ក្នុងរន្ធគូថ
- ពិនិត្យផ្ទៃសុកផ្នែកខាងស្បូនដើម្បីប្រាកដថាគ្មានបាត់បង់ផ្នែកសុកណាមួយទេ បើឃើញមានបាត់បង់ត្រូវលូកបារសម្អាតស្បូន ។ បើមានត្រូវប្រើស៊ីរ៉ាំងបូមដៃ (MVA) ជាមួយ cannula លេខ ១០-១២ មម ដើម្បីបូមសម្អាតអោយអស់កំទេចសុក ។
- ពិនិត្យទ្វារមាស ប៉េរីណេនិងមាត់ស្បូនរកការរហែកនិងដេរជួសជុលឡើងវិញ ឬដេរទ្វារមាស ដែលកាត់ ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ :

- តាមដានឱ្យបានដិតដល់រហូតដល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់អស់ឥទ្ធិពល
- តាមដានសញ្ញាជីវិតរាល់ 30នាទី សម្រាប់៦ម៉ោងក្រោយ ឬរហូតដល់ស្ថានភាពបាននឹងន់
- ស្ទាបស្បូនរាល់ 15នាទី សម្រាប់៤ម៉ោងបន្ទាប់ ដើម្បីធានាថាស្បូននៅកន្ត្រាក់ល្អ
- បន្តការបញ្ចូលសេរ៉ូម ។

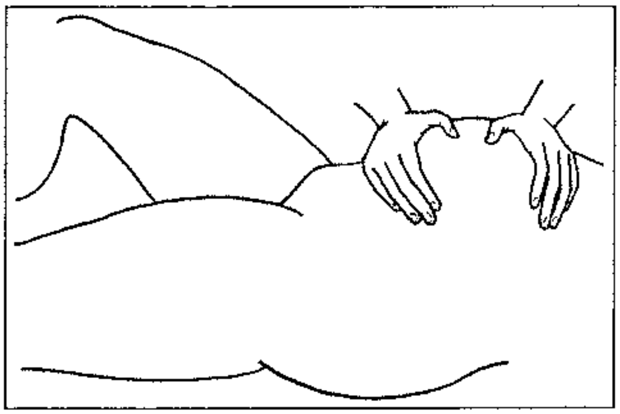
៧-១៣ ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ ពីខាងក្រៅ

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ : ការធ្លាក់ឈាមច្រើនតាមទ្វារមាសនៅតែបន្ត ទោះបីជាធ្វើការលូកបារទម្លាក់សុកដោយដៃក៏ដោយ :

១- ដាក់ដៃឆ្វេងនៅពីកំពូលស្បូននិងសង្កត់ចុះពីក្រោយស្បូនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន

២- ដាក់ដៃស្តាំរាបស្មើលើពោះចន្លោះផ្ចិតនិងឆ្អឹងថ្ពាស

៣-រុញច្របាច់ដៃបញ្ចូលគ្នាដើម្បីសង្កត់លើស្បូននិងសរសៃឈាមនៅក្នុងស្បូន



ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ ពីខាងក្រៅ

៧-១៤ ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរពីខាងក្នុង

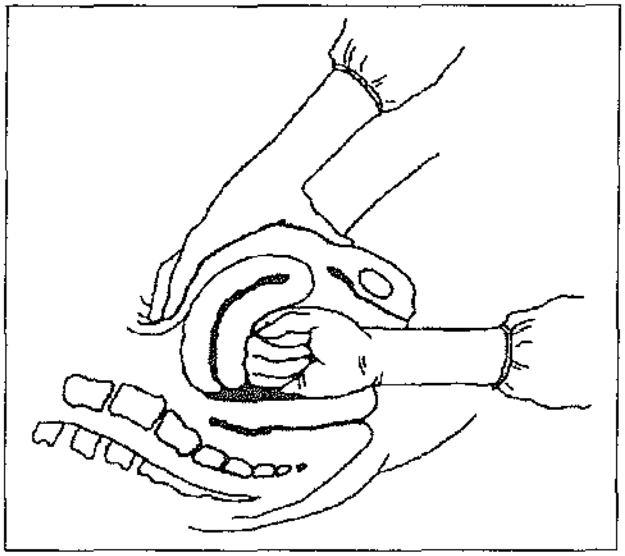
ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ :

ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសនៅមានបន្តបន្ទាប់ពីការធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗ (ឧ. ការលូកបារទម្លាក់សុកដោយដៃ និងការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំងពីរពីខាងក្រៅ) ។

ទម្រង់ការ :

- អនុវត្តគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រដល់ស្ត្រី ។ ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលហើយលូកចូលទៅក្នុងទ្វារមាសហើយក្តាប់ដៃជាកណ្តាប់ដៃ ។
- ដាក់កណ្តាប់ដៃនេះក្នុងផ្លូវរន្ធទ្វារមាសខាងមុខនិងរុញផ្ទប់នឹងជញ្ជាំងមុខរបស់ស្បូន ។
- ដៃម្ខាងទៀតដាក់លើពោះ សង្កត់ឱ្យខ្លាំងផ្នែកខាងក្រោយស្បូនដោយរុញផ្ទប់ជញ្ជាំងក្រោយរបស់ស្បូន ។

• រក្សាការទប់សង្កត់រហូតដល់ការធ្លាក់ឈាមត្រូវគ្រប់គ្រងបាន និងស្បូនកន្ត្រាក់ល្អ ។



ការទប់សង្កត់ស្បូនដោយដៃទាំង២ ពីខាងក្នុង

៧-១៥ ការសង្កត់លើសរសៃអាទែរអាអ័ក

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ :

ធ្លាក់ឈាមខ្លាំងក្រោយសម្រាល ទោះបីជាបានធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗក៏ដោយ ។

ទម្រង់ការ :

១- ស្ត្រីគេងផ្ងាររៀបស្មើ

២- ស្ទាបរកសរសៃឈាមអាអ័កនៅពោះដែលស្ថិតនៅពីលើកំពូលស្បូនបន្តិច (ជាទូទៅ នៅចំផ្ចិត)

៣- ដៃម្ខាងទៀតស្ទាបមើលជីពចរនៅភ្លៅ

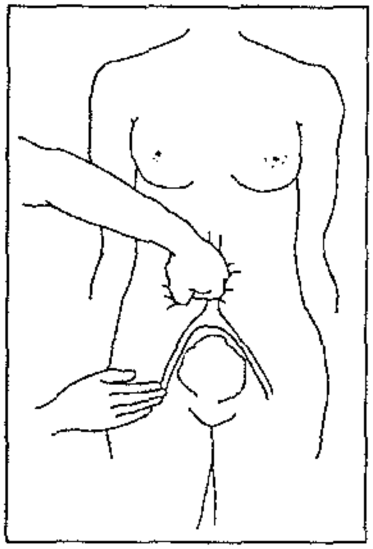
៤- ឈរនៅពីខាងស្តាំស្ត្រី ក្តាប់ដៃឱ្យណែនដាក់ពីលើសរសៃឈាមអាអ័កហើយសង្កត់ពីលើដោយប្រើទម្ងន់ខ្លួនរបស់អ្នក ។

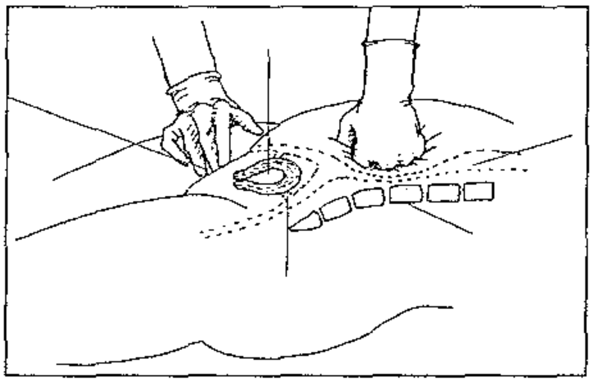
៥- ដៃម្ខាងដែលស្ទាបមើលជីពចរនៅភ្លៅដើម្បីពិនិត្យមើលការសង្កត់អាអ័កបានត្រឹមត្រូវឬទេ ។ ត្រូវដូរទីតាំងកណ្តាប់ដៃនិងបន្ថែមទម្ងន់សង្កត់ទៀតរហូតមិនអាចស្ទាបឃើញជីពចរនៅភ្លៅ ។

៦- បន្តសង្កត់រហូតទាល់តែឈប់ធ្លាក់ឈាម

៧- ប្តូរដៃបើចាំបាច់

៨- បើចាំបាច់ប្រាប់អ្នកជំនួយការអោយជួយបន្តការសង្កត់អាអ័កព្រមជាមួយនោះអ្នកធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្សេងទៀតដើម្បីបញ្ឈប់ការធ្លាក់ឈាម





ការសង្កត់លើសរសៃអាកទែរអាអ័ក

កំណត់សម្គាល់ : ទម្រង់ការនេះជាទម្រង់ការបណ្ដោះអាសន្នដើម្បីរង់ចាំអន្តរាគមន៍មួយផ្សេងទៀត (ការវះកាត់...) ប៉ុន្តែពេលខ្លះការអនុវត្តន៍ទម្រង់ការនេះអាចបញ្ឈប់ការធ្លាក់ឈាមបាន ។

៧-១៦ ការបូមចោយស៊ីរ៉ាំងដៃ

ល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ :

- ការរលូត/រំលូតដែលមានអាយុគភ៌តិចជាង១២សប្តាហ៍
- ការថែទាំក្រោយរំលូត ដើម្បីសម្អាតស្បូនអោយស្អាត
- គភ៌កូនពង
- ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលដោយសល់កំទេចសុក

ទម្រង់ការ :

- អនុវត្តគោលការគ្រឹះនៃការថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រស្ត្រី
- គ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ក្នុងពេលធ្វើទម្រង់ការ (សូមមើលពិធីសារជាតិស្តីពីការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព)

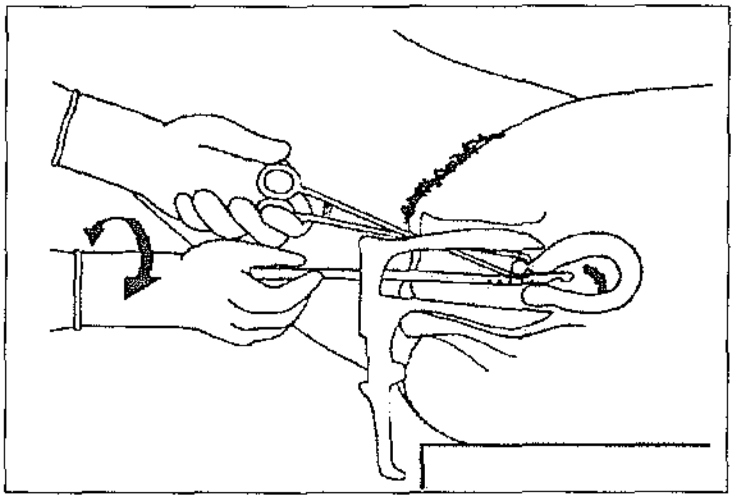
- រៀបចំស៊ីរ៉ាំងបូមឱ្យបានហើយស្រេច :
    - ផ្គុំផ្នែកស៊ីរ៉ាំងចូលគ្នា
    - បិទវ៉ាល់ស៊ីរ៉ាំង
    - ទាញពីស្តុងរហូតដល់កន្លែងដែលមានគន្លឹះ

កំណត់សម្គាល់ : ចំពោះកូនពងដែលស្បូនមានទំហំធំត្រូវត្រៀមស៊ីរ៉ាំងបូមឱ្យបានពាសម្រាប់ ។

- ទោះបីការធ្លាក់ឈាមមានតិចតួចក៏ដោយ (ករណីរលូតដែលមិនអាចចៀសវាងបានឬការរលូតមិនអស់) ត្រូវផ្តល់ Oxytocin 10 IU ឬ Ergometrine 0.2 mg IM មុនការអនុវត្តនីទម្រង់ការដើម្បីធ្វើឱ្យសាច់ស្បូនឡើងក្រាស់និងបន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការធ្លាយស្បូន
- លូកពិនិត្យទ្វារមាសដើម្បីឱ្យដឹងពីទំហំនិងស្ថានភាពរបស់ស្បូននិង Cul-de-sac ទ្វារមាស
- លាងសម្អាតទ្វារមាសនិងមាត់ស្បូន (ពិសេសរន្ធមាត់ស្បូន) ដោយសូលុយស្យុង Antiseptic
- ពិនិត្យមាត់ស្បូន រកមើលការរហែក ឬជាលិកាគភ៌ដែលមានលៀនចេញ ។ បើមានត្រូវចាប់យកចេញដោយប្រើដង្កៀបរាងបេះដូង
- ចាប់មាត់ស្បូនផ្នែកខាងលើថ្នមៗ ដោយដង្កៀបចាប់មាត់ស្បូន ។

កំណត់សម្គាល់ : ករណីរលូតមិនអស់ ដើម្បីចាប់មាត់ស្បូនគេនិយមប្រើដង្កៀបរាងបេះដូងជាងដង្កៀបចាប់មាត់ស្បូនព្រោះវាមិនបណ្តាលឱ្យរហែកមាត់ស្បូនពេលយើងទាញហើយក៏មិនចាំបាច់ប្រើថ្នាំ Lidocaine ។

- ការពង្រីកមាត់ស្បូនមិនសុទ្ធតែចាំបាច់ប្រើក្នុងការរំលូតកូននោះទេ ប៉ុន្តែវាត្រូវបានប្រើក្នុងការរលូតដែលមិនបានដឹង ឬករណីដែលសល់បំណែកនៃគភ៌ជាច្រើនថ្ងៃនៅក្នុងស្បូន ។
    - ស៊កកានុលធំបំផុតដែលអាចដាក់ចូលបានដោយថ្នមៗ
    - ពេលដែលបំពង់បូមមិនអាចស៊កចូលបានគេត្រូវពង្រីកមាត់ស្បូនតាមលំដាប់លំដោយពីតូចទៅធំបំផុត តាមដែលអាចឱ្យមាត់ស្បូនបើកបានសមស្រប (ជាធម្មតា ពី 10-12mm)
    - ប្រយ័ត្នកុំឱ្យរហែកមាត់ស្បូនឬបង្ខំឱ្យមាត់ស្បូនបើក
- នៅពេលដែលទាញសន្ទឹងមាត់ស្បូន ស៊កបញ្ចូលបំពង់បូមចូលក្នុងស្បូនឱ្យផុតរន្ធមាត់ស្បូន ខាងក្នុងបន្តិច (បង្វិលបំពង់បូមនិងរុញថ្នមៗដែលជាញឹកញាប់អាចជំរុញឱ្យចុងរបស់បំពង់បូមឆ្លងកាត់រន្ធមាត់ស្បូន) ។

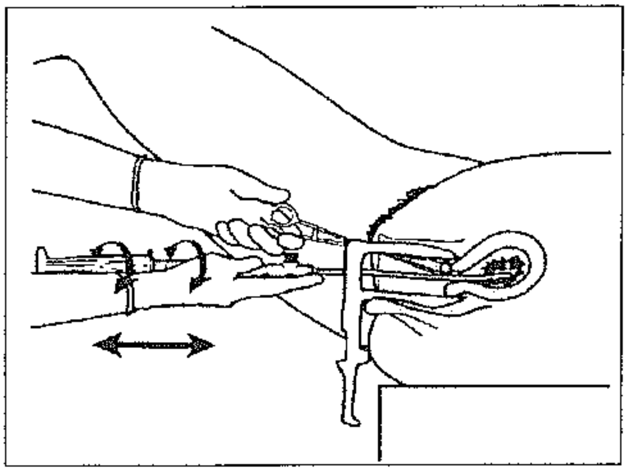


ការសើកបញ្ចូលបំពង់បូម

- រុញបំពង់បូមយឺតៗ ចូលទៅក្នុងប្រហោងមាត់ស្បូន រហូតដល់វាប៉ះកំពូលស្បូនតែកុំឱ្យលើសពី 10cm ។ យើងវាស់ជម្រៅស្បូនដោយស្នាមប្រឡាក់ដែលជិតជាប់លើបំពង់បូមបន្ទាប់ពីយើងដកវាចេញដោយថ្នមៗ
- ភ្ជាប់ស៊ីរ៉ាំងដែលបានរៀបចំរួចជាស្រេចដោយដៃម្ខាងចាប់ដង្កៀបចាប់មាត់ស្បូន និងផ្នែកខាងគល់របស់បំពង់បូមនិងដៃម្ខាងទៀតកាន់តួស៊ីរ៉ាំងដើម្បីភ្ជាប់ជាមួយបំពង់បូម ។
- បើកវ៉ាល់ដែលនៅលើក្បាលស៊ីរ៉ាំង ដើម្បីឱ្យមានសម្ពាធបឺតរបស់ស៊ីរ៉ាំងអាចទៅដល់ក្នុងប្រហោងរបស់ស្បូនតាមរយៈបំពង់បូម ។
- បឺតជាលិកាគភ៌ដែលនៅមានដោយបង្វិលស៊ីរ៉ាំងថ្នមៗ ពីម្ខាងទៅម្ខាងទៀត (ពីលេខ ១០ទៅលេខ១២នៃនាឡិកា) និងរុញបំពង់បូមទៅមុខនិងថយក្រោយថ្នមៗនិងយឺតៗត្រលប់ទៅមកនៅក្នុងស្បូនដែលបានវាស់ ។

កំណត់សម្គាល់ :

- ដើម្បីចៀសវាងការបាត់បង់សម្ពាធបូម មិនត្រូវដកចុងបំពង់បូមឱ្យផុតពីមាត់ស្បូនទេ ។ ប្រសិនបើសម្ពាធក្នុងស៊ីរ៉ាំងបានបាត់បង់ឬប្រសិនបើស៊ីរ៉ាំងបូមពេញជាងពាក់កណ្ដាល ត្រូវផ្ដាច់ស៊ីរ៉ាំងពីបំពង់បូមហើយបាញ់បញ្ចេញជាលិកាគភ៌ចោលរួចបង្កើតសម្ពាធសារជាថ្មី ។
- កុំកាន់ស៊ីរ៉ាំងនៅត្រង់ដៃពីស្តុងពេលដែលកំពុងបូម ។ ប្រសិនបើពីស្តុងរលាស់គន្លឹះដោយចៃដន្យនោះ វារុញខ្លួនវាចូលទៅក្នុងស៊ីរ៉ាំងវិញព្រមទាំងរុញជាលិកាគភ៌ចូលទៅក្នុងស្បូនវិញ ។



ការសម្អាតស្បូន

- រកសញ្ញាដែលបញ្ជាក់ថាការបូមបានស្អាតអស់ :
  - នៅក្នុងបំពង់បូមឃើញពពុះពណ៌ក្រហម ឬផ្កាឈូកតែមិនមានជាលិកាគភ៌
  - ការដឹងពីការប៉ះរវាងបំពង់បូមនិងផ្ទៃរបស់ស្បូន
  - ស្បូនកន្ត្រាក់រឹបបំពង់បូម (ស្បូនក្តោបបំពង់បូម)
- ដកបំពង់បូមរួច ផ្តាច់ចេញពីស៊ីរ៉ាំង ហើយដាក់បំពង់បូមត្រាំក្នុងសូលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ
- បាញ់បញ្ចេញសំណល់ដែលបូមបានចូលទៅក្នុងធុង ។

កំណត់សម្គាល់ : ដាក់ស៊ីរ៉ាំងដែលប្រើរួចទៅក្នុងថាសដែលស្ងើរលរហូតអ្នកប្រាកដថាទម្រង់ការត្រូវបានចប់សព្វគ្រប់ទើបដាក់ស៊ីរ៉ាំងត្រាំក្នុងលុយស្យុងសម្លាប់មេរោគ ។

- លូកពិនិត្យទ្វារមាសដើម្បីបញ្ជាក់ពីទំហំនិងការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន
- ពិនិត្យលើជាលិកាគភ៌ដែលបូមបានពីស្បូនភ្លាមៗ ដើម្បី :
  - មើលបរិមាណនិងវត្តមាននៃជាលិកាគភ៌
  - ប្រាកដថាបានបូមអស់ជាលិកាគភ៌
  - ពិនិត្យរកគភ៌កូនពង (ករណីកំរ)
- បើចាំបាច់លាងឈាមចេញពីជាលិកាគភ៌ រួចដាក់ក្នុងចានជ័រថ្លាដែលមានទឹកស្អាត សូលុយស្យុងអំបិលឬអាស៊ីតអាសេទិកស្រាល(ទឹកខ្មេះ)ដើម្បីពិនិត្យមើលជាលិកាគភ៌ដែលបូមបាន ជួនកាលអាចបញ្ជូនទៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីវិភាគបើចាំបាច់ ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ :

- ផ្តល់ថ្នាំគ្រាប់ Paracetamol 500mg បើចាំបាច់
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យញ៉ាំអាហារ ផឹកនិងដើរតាមចិត្តចង់
- ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើត
- ប្រសិនបើគ្មានផលវិបាក អនុញ្ញាតិឱ្យស្ត្រីត្រឡប់ទៅផ្ទះក្នុង ១-២ ម៉ោង
- ផ្តល់ដំបូន្មានទៅស្ត្រី ឱ្យដឹងពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដែលត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ :
    - ឈឺពោះយូរថ្ងៃ (លើសពី២-៣ថ្ងៃ)
    - ធ្លាក់ឈាមអូសបន្លាយ (លើសពី ២សប្តាហ៍)
    - ធ្លាក់ឈាមមានបរិមាណច្រើនជាងការមករដូវធម្មតា
    - ឈឺស្រួចស្រាវ ឬឈឺកាន់តែខ្លាំង
    - គ្រុនក្តៅ ញាក់ ឬល្អិតល្ហៃ
    - ងងឹតមុខ ។

៧-១៧ តេស្តកំណកឈាម (Bedside clotting test)

វាយតម្លៃស្ថានភាពកំណកឈាមដោយប្រើ Bedside clotting test

- បូមឈាម២ ml ពីសរសៃវ៉ែន ដាក់ក្នុងទីបកែវ ស្អាត ស្ងួត (១០ម.ម x ៧៥ម.ម)
- ក្តោបទីបក្នុងប្រអប់ដៃដើម្បីរក្សាកំដៅ (±37°c)
- ៤ នាទីក្រោយចាប់ចុងទីបទាញឡើងយឺតៗដើម្បីមើលពីកំណកឈាមដែលកើតមាន។ បន្ទាប់មកចាប់ចុងទីបមើលរាងរាល់នាទីរហូតឈាមកកហើយអាចត្រលប់ទីបចុះក្រោម។
- បើឈាមមិនកកក្នុងរយៈពេល៧នាទីក្រោយឬកំណកឈាមដែលទន់ហើយងាយបែកនោះបានន័យថាមានបញ្ហាកំណកឈាម។

៧-១៨ តែសម្រួលករណីស្បូនខ្ចាត់

- ពិនិត្យពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ
- អនុវត្តគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំល្អ

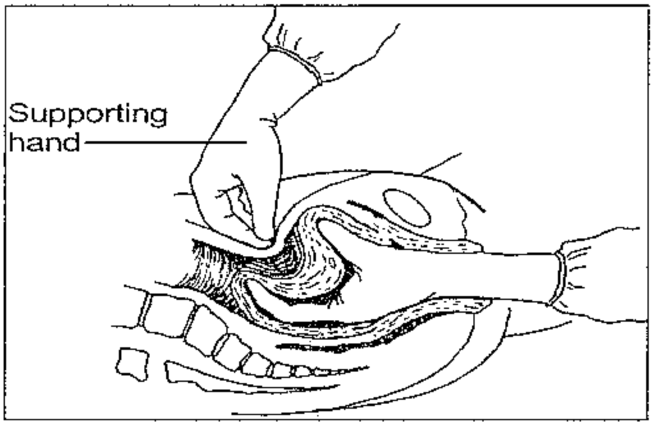
- បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ
- ផ្តល់ Diazepam10mg និង Atropine ¼ mg IM ១៥នាទីមុននឹងអនុវត្តទម្រង់ការ ។បើចាំបាច់ត្រូវប្រើថ្នាំសន្លប់ ។
- ជូតសម្អាតស្បូនដែលពន្លាត់ឱ្យស្អាតដោយសូលុយស្យុង antiseptic
- សង្កត់ស្បូនដែលពន្លត់ដោយស្បែស្តេរីល សើម និងក្តៅឧណ្ហៗរហូតដល់ទម្រង់ការចាប់ផ្តើម ។

ទម្រង់ការ :

- ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល ហើយចាប់កាន់ស្បូនដែលពន្លាត់រូចរុញឆ្លងកាត់មាត់ស្បូនតំរង់ទិសរកផ្ចិតនិងទៅទីតាំងធម្មតារបស់ស្បូន ប្រើដៃម្ខាងទៀតដើម្បីទប់លំនឹងស្បូន ។ បើសុកនៅជាប់នឹងស្បូននៅឡើយ ត្រូវទម្លាក់សុកដោយដៃក្រោយពីបានកែសម្រួលស្បូនពន្លាត់ហើយ ។

សម្គាល់ :

ផ្នែករបស់ស្បូនដែលចេញមកក្រោយគេ(ផ្នែកដែលជិតមាត់ស្បូនបំផុត) ត្រូវបញ្ចូលទៅវិញមុន ។



ការកែសម្រួលការពន្លាត់ស្បូនដោយដៃដោយដាក់ថ្នាំសន្លប់

- ធ្វើការកែសម្រួលការពន្លាត់ស្បូនដោយដៃ ដោយដាក់ថ្នាំសន្លប់ ប្រើ halothane
- Halothane ត្រូវបានណែនាំពីព្រោះវាធ្វើឱ្យស្បូនសម្រាក ។
- ចាប់ស្បូនដែលពន្លាត់រូចរុញឆ្លងកាត់មាត់ស្បូនតំរង់ទិសរកផ្ចិតនិងទៅទីតាំងធម្មតារបស់ស្បូន ប្រើដៃម្ខាងទៀតដើម្បីទប់លំនឹងស្បូន ។ បើសុកនៅជាប់នឹងស្បូននៅឡើយ ត្រូវទម្លាក់សុកដោយដៃក្រោយពីបានកែសម្រួលស្បូនពន្លាត់ហើយ ។

ការកែសម្រួលការពន្ធាត់ស្មូនតាមទ្វារមាសនិងតាមពោះរួមគ្នា :

ការកែសម្រួលការពន្ធាត់ស្មូនតាមទ្វារមាសនិងតាមពោះដោយប្រើថ្នាំសន្លប់អាចនឹងអនុវត្តបើសិនការធ្វើទំរង់ការខាងលើមិនបានជោគជ័យ ។

- ពិនិត្យពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ
- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
- វះបើកពោះ
  - វះទទឹងពោះ នៅចំពាក់កណ្តាលរវាងផ្ចិតនិងឆ្អឹងថ្ងាស វះឆ្លងកាត់ស្បែករួចទៅដល់ fascia
  - វះទទឹងដោយឆូតប្រវែង ២-៣ ស.ម លើស្រទាប់ fascia
  - យកដង្កៀបចាប់គែមរបស់ fascia និងពង្រីកស្នាមវះដោយប្រើកន្ត្រៃកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ
  - ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីញែកសាច់ដុំពោះ (abdominal wall muscles)
  - ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីបើកស្រោមពោះដែលនៅក្បែរផ្ចិត ។ ប្រើកន្ត្រៃដើម្បីពង្រីកមុខវះដោយកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ ។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នការធ្វើឱ្យរបួសប្លោកនោមដោយប្រើកន្ត្រៃដើម្បីផ្តាច់ស្រទាប់នានានិងបើកផ្នែកខាងក្រោមនៃស្រោមពោះ ។
  - ដាក់ប្រដាប់ទប់ប្លោកនោម (bladder retractor) នៅលើឆ្អឹងថ្ងាសនិងដាក់ប្រដាប់ទប់ការបើកពោះ (self-retaining abdominal retractors)
- ពង្រីកកងរង្វង់មាត់ស្បូនដោយដៃ
- គៀបដង្កៀប tenaculum ក្នុងរង្វង់មាត់ស្បូននិងកាន់កំពូលស្បូនដែលពន្ធាត់
- រក្សាការទាញថ្នមៗលើកំពូលស្បូនដែលពន្ធាត់ព្រមគ្នានឹងការជួយកែសម្រួលដោយដៃតាមទ្វារមាសរបស់ជំនួយការ ។
- បើការទាញនោះមិនបានជោគជ័យ :
  - កាត់រង្វង់កងមាត់ស្បូនទទឹងនិងនៅផ្នែកខាងក្រោយ (ការកាត់របៀបនេះអាចធ្វើឱ្យរបួសប្លោកនោមនិងសរសៃឈាមមានតិចបំផុត)
  - ធ្វើការពង្រីករង្វង់មាត់ស្បូនដោយដៃម្តងទៀតគៀបដង្កៀប tenaculum និងទាញ ។

- បិតរង្វង់មាត់ស្បូនវិញ ។

- បើការកែសម្រួលបានជោគជ័យ ដេរបិតពោះវិញ :
  - ត្រូវប្រាកដថាគ្មានការហូរឈាម ប្រើ sponge យកចេញកំណកឈាមឱ្យអស់ពីក្នុងពោះ ។
  - បិតស្រទាប់ fascia ដោយដេរថ្នេរជាប់ដោយប្រើចេស Vicryl លេខ១ (polyglycolic)

សម្គាល់ : មិនចាំបាច់ដេរបិតស្រោមពោះទេ (bladder peritoneum ឬ abdominal peritoneum)

- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ pack the subcutaneous ដេរសង្កត់ជាលិកាក្រោមស្បែក ដោយ ស្បៃជាចំណងធូរជាមួយចេស Vicryl លេខ 0 ដេរបិតស្បែកពោះនៅក្រោយពេលដែលការបង្ករោគបានជាសះស្បើយ ។
- បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដេរបិតស្បែកដោយថ្នេរទទឹង (vertical mattress sutures of 3-0) ចេសនីឡុងលេខ ៣-0 និងគ្របដោយស្បៃស្តើល ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ :

- នៅពេលកែសម្រួលស្បូនពន្លាត់រួចហើយចាក់ Oxytocine 20 IU លាយជាមួយសេរ៉ូមប្រៃ ឬ Lactate ringer 500ml បញ្ចូលតាមសរសៃ១០ដំណក់/១នាទី :
  - បើសង្ស័យថាមានធ្លាក់ឈាម តំឡើងដំណក់សេរ៉ូមទៅ៦០ដំណក់/១នាទី
  - បើស្បូនមិនកន្ត្រាក់ក្រោយពេលប្រើ Oxytocine ផ្តល់ Ergometrine 0.2mg ឬ Prostaglandin (ទំព័រ ១៤៥)
- ផ្តល់ antibiotic ដើម្បីការពារតែ១ដូសគត់ ក្រោយពេលធ្វើការកែតម្រូវស្បូនពន្លាត់ហើយ :
  - Ampicilline 2g IV និង Metronidazole 500mg IV
  - ឬ Ceftriaxone 1g IV និង Metronidazole 500mg IV
- បើសិនជាការកែតម្រូវតាមពោះនិងតាមទ្វារមាសធ្វើរួមគ្នា (មើលគោលការណ៍ថែទាំក្រោយវះកាត់)
- បើស្ត្រីមានសញ្ញាក្លាយរោគ ឬក្តៅខ្លួន ផ្តល់ antibiotic ច្រើនមុខបូកបញ្ចូលគ្នារហូតដល់បាត់ក្តៅខ្លួនរយៈពេល៤៨ម៉ោង :

- Ampicilline 2g IV រៀងរាល់៦ម៉ោងម្តង និង

- Gentamicin 5mg នៃទំងន់ខ្លួន ១គ.ក្រ IV រៀងរាល់១២ម៉ោងម្តង និង

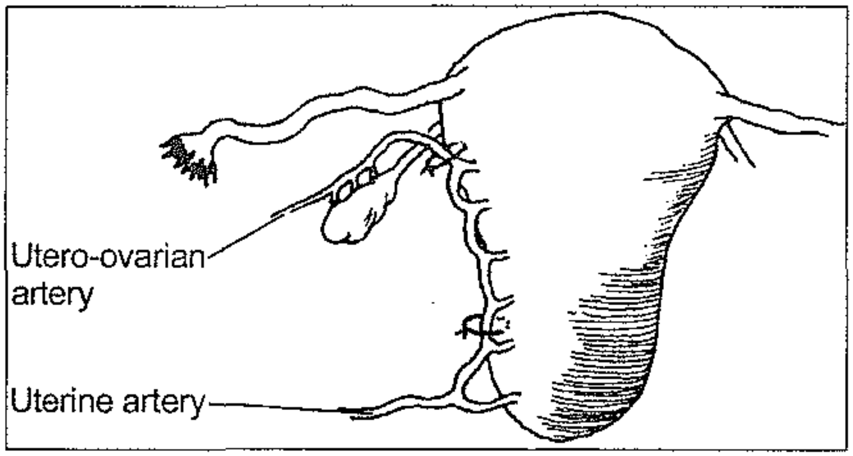
- Metronidazole 500mg IV រៀងរាល់៨ម៉ោងម្តង

• ផ្តល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប

៧-១៩ ការចងសរសៃអាទែរស្បូន-អូវែ (Uterine និង utero-ovarian artery ligation)

- ពិនិត្យពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ
- អនុវត្តគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំល្អ និងការថែទាំជំងឺវះកាត់
- ផ្តល់ antibiotic បង្ការមួយដូស
    - Ampicillin 2g IV
    - ឬ Ceftriaxone 1g IV
- បើកពោះ :
    - វះទទឹងពោះ ពីរធ្នាប់ដៃលើឆ្អឹងពុយប៊ីស
    - វះទទឹងដោយឆ្លូតប្រវែង ២-៣ ស.ម លើស្រទាប់ fascia
    - យកដង្កៀបចាប់គែមរបស់ fascia និងពង្រីកស្នាមវះដោយប្រើកន្ត្រៃកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ
    - ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីញែកស្រទាប់សាច់ដុំ (abdominal wall muscles)
    - ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីបើកស្រោមពោះដែលនៅក្បែរផ្ចិត ។ ប្រើកន្ត្រៃដើម្បីពង្រីកមុខវះដោយកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ ។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នការធ្វើឱ្យរបួសប្លោកនោមប្រើកន្ត្រៃដើម្បីផ្តាច់ស្រទាប់នានានិងបើកផ្នែកខាងក្រោមនៃស្រោមពោះ ។
    - ដាក់វ៉ាល់ពុយប៊ីស (bladder retractor) នៅលើឆ្អឹងថ្ងាសនិងដាក់ប្រដាប់ទប់ការបើកពោះ (self-retaining abdominal retractors)
- ទាញស្បូនចេញក្រៅដើម្បីងាយស្រួលមើលផ្នែកខាងក្រោមនៃ សរសៃពួរធំ (broad ligament)
- ស្ទាបរកការលោតនៃសរសៃអាទែស្បូនដែលនៅក្បែរកន្លែងតភ្ជាប់រវាងស្បូននិងមាត់ស្បូន (ចង្កេះស្បូន) ។

- ប្រើ chromic catgutលេខ0 ឬ Vicryl និងម្ជុលធំរួចចាក់ម្ជុលព័ទ្ធជុំវិញសរសៃអារទែនិងចាក់ក្នុងសាច់ដុំស្បូន ២-៣ស.ម នៅត្រង់កន្លែងដែលផ្នែកខាងក្រោមស្បូននឹងត្រូវវះ ។ ជងខ្សែរដេរដោយម៉ត់ចត់ ។
- ដេរជិតស្បូនបំផុតដែលអាចធ្វើទៅបាន ដោយសារជាទូទៅ ureterស្ថិតនៅតែ ១ស.មពីសរសៃអារទែស្បូន ។
- ធ្វើដូចគ្នានេះដែរនៅផ្នែកម្ខាងទៀត
- បើដាច់អារទែ ត្រូវគាបនិងចងចុងដែលហូរឈាម
- ចងសរសៃអារទែ utero-ovarian ឱ្យចំកន្លែង ovarian suspensory ligamen ភ្ជាប់ទៅនឹងស្បូន ។
- ធ្វើដូចគ្នានេះដែរនៅផ្នែកម្ខាងទៀត
- សង្កេតរកការហូរឈាមឬការបង្កជា haematoma



កន្លែងដែលត្រូវចងសរសៃអាទែ uterine និង utero-ovarian

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

សម្គាល់ : មិនចាំបាច់ដេរស្រោមពោះ (bladder peritoneum ឬ abdominal peritoneum)

- ○ បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ pack the subcutaneous ដោយស្បៃនិងដេរ (ចងធូរៗ) ដោយ ចេស chromic catgut លេខ 0. ដេរបិទពោះភ្ជិតនៅក្រោយពេលដែលការបង្ករោគបានជាសះស្បើយ ។
- ○ បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដេរបិទស្បែកដោយថ្នេរទទឹង vertical mattress sutures of 3-0 ចេសនីឡុង ឬសូត្រនិងគ្របដោយស្បៃស្តេរីល ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ :

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំក្រោយការវះកាត់ ។
- តាមដានទឹកនោម ។ បើមានឈាមនៅក្នុងទឹកនោមឬស្ត្រីមានការឈឺចាប់នៅត្រង់ចំឡកឬកំប៉េះគូថ ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅការមូលដ្ឋានសុខាភិបាលកំរិតពាបើអាចដើម្បីព្យាបាលការស្ទះបំពង់បង្ហូរទឹកនោម (uretere)
- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគឬស្ត្រីមានក្តៅខ្លួន ត្រូវផ្តល់ antibiotic រួមបញ្ចូលគ្នារហូតលដល់ ៤៨ ម៉ោងក្រោយបាត់ក្តៅ
- ផ្តល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប
- បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដកបំពង់បង្ហូរ (Drain) ចេញពីពោះក្រោយ ៤៨ម៉ោង
- ផ្តល់ការសេវាថែទាំដទៃទៀតបើចាំបាច់ ។

៧-២០ ការកាត់ស្បូនមួយផ្នែកនិងកាត់ស្បូនទាំងមូល (Sub total and total hysterectomy)

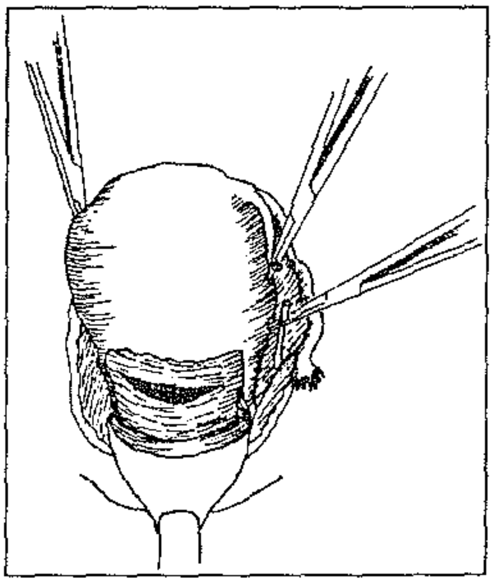
ការកាត់ស្បូនក្រោយសម្រាលអាចកាត់តែផ្នែកខ្លះនៃស្បូន (Sub total) លើកលែងតែមាត់ស្បូននិងផ្នែកខាងក្រោមនៃស្បូនមានការប៉ះពាល់ ។ ការកាត់ស្បូនទាំងស្រុងអាចចាំបាច់ត្រូវធ្វើបើសិនជាមានការរហែកផ្នែកខាងក្រោមនៃស្បូននិង រហែកទៅដល់មាត់ស្បូន ឬការធ្លាក់ឈាមក្រោយពីមានបញ្ហាជាប់សុក ។

- ពិនិត្យពីល័ក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ
- អនុវត្តគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំល្អ និងការថែទាំជំងឺវះកាត់ និងចាប់ផ្តើមបញ្ចូលសេរ៉ូម
- ផ្តល់ antibiotic បង្ការមួយដូស
    - ○ Ampicillin 2g IV
    - ○ ឬ Ceftriaxone 1g IV

- ប្រសិនមានការធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរក្រោយសម្រាលដែលមិនអាចគ្រប់គ្រងបាន ត្រូវចាំថាការអនុវត្តន៍ទម្រង់ការឱ្យបានល្បឿនជាការសំខាន់ ។
- បើកពោះ :
    - វះទទឹងពោះ ពីរធ្នាប់ដៃលើឆ្អឹង Pubis
    - វះទទឹងដោយឆូតប្រវែង ២-៣ ស.ម លើស្រទាប់ fascia
    - យកដង្កៀបចាប់គែមរបស់ fascia និងពង្រីកស្នាមវះដោយប្រើកន្ត្រៃកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ
    - ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីញែកសាច់ដុំ (abdominal wall muscles)
    - ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃដើម្បីបើកស្រោមពោះដែលនៅក្បែរផ្ចិត ។ ប្រើកន្ត្រៃដើម្បីពង្រីកមុខវះដោយកាត់ចុះក្រោមនិងឡើងលើ ។ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នការធ្វើឱ្យរបួសប្លោកនោមប្រើកន្ត្រៃដើម្បីផ្តាច់ស្រទាប់នានានិងបើកផ្នែកខាងក្រោមនៃស្រោមពោះ ។
    - ដាក់វ៉ាល់ (bladder retractor) នៅលើឆ្អឹងថ្ងាស និងដាក់ប្រដាប់ទប់ការបើកពោះ (self-retaining abdominal retractors)
- ប្រសិនបើការសម្រាលធ្វើដោយវះកាត់ កៀបកន្លែងដែលហូរឈាមតាមបណ្តោយស្នាមវះស្បូន ។
    - បើសិនហូរឈាមខ្លាំង ត្រូវឱ្យជំនួយការយកម្រាមដៃសង្កត់លើសរសៃអាអ័កពោះផ្នែកខាងក្រោមការធ្វើបែបនេះនឹងកាត់បន្ថយការហូរឈាមក្នុងពោះ ។
    - ពង្រីកមុខវះលើស្បែកបន្ថែមទៀតបើចាំបាច់

ការកាត់ផ្នែកខ្លះនៃស្បូន (Subtotal hysterectomy)

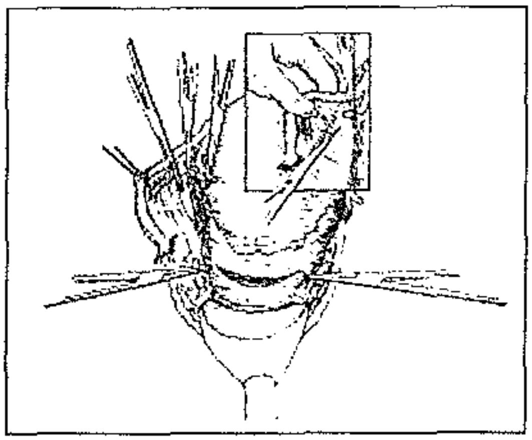
- លើកស្បូនចេញផុតពីពោះនិងរក្សាការទាញតិចៗ
- កៀបពីរជាន់និងកាត់ round ligament ដោយប្រើកន្ត្រៃ ។ កៀបនិងកាត់ pedicule ប៉ុន្តែត្រូវចងវិញ ក្រោយពីប្រាកដថាគ្មានហូរឈាមពីអារទែ uterine ទេ ។



ការកាត់ round ligament

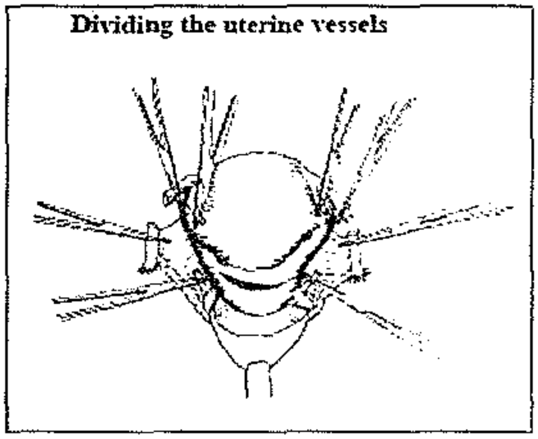
- ត្រង់កន្លែងមុខកាត់របស់ round ligament បើកស្រទាប់ anterior leaf of the broad ligament ។
    - ចៀរសំដៅទៅកន្លែងដែលស្រទាប់ពោះប្លោកនោម (bladder peritoneum) ឲ្យត់ពីលើផ្ទៃនៃ ស្បូនផ្នែកខាងក្រោមចំបន្ទាត់ពុះកណ្ដាលពោះ ។
    - ចៀរទៅរកកន្លែងស្រោមពោះដែលបានកាត់ដោយសារ C-section
- ប្រើម្រាមដៃ២ដើម្បីរុញស្រទាប់ខាងក្រោយរបស់ ligament ធំរហូតទៅដល់ក្រោមដៃស្បូននិងអូវែ ក្បែរតែមរបស់ស្បូន ។ ចោះជាប្រហោងប៉ុនម្រាមដៃនៅ ligament ធំ ដោយប្រើកន្ត្រៃ ។ គៀប២ ជាន់និងកាត់ដៃស្បូន កាត់ ovarian ligament និង ligamentធំ តាមប្រហោងនៅក្នុង ligament ធំ ។

Uretere ស្ថិតនៅជិតសរសៃឈាមមកចិញ្ចឹមស្បូន ។ ដូច្នេះត្រូវរក uretere ឱ្យឃើញ ដើម្បីចៀសវាងការរបួសក្នុងអំឡុងពេលវះកាត់ឬបញ្ចូលវាទៅក្នុង stitch ។



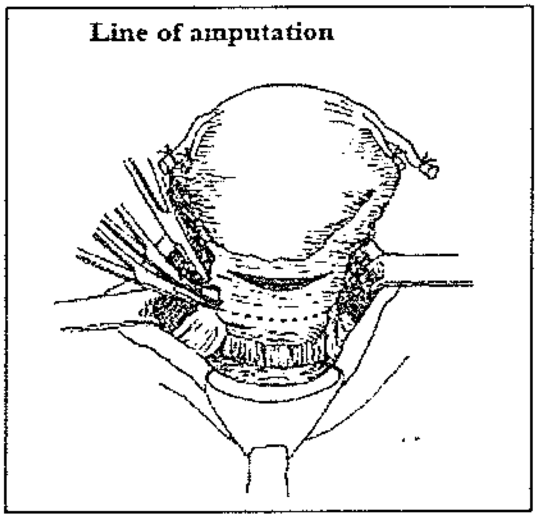
ការរំញែករវាងដៃស្បូននិង ovarian ligament

- រំះចែកស្រទាប់ខាងក្រោយរបស់ ligament ធំចុះក្រោមសំដៅ uterosacral ligament ដោយប្រើកន្ត្រៃ ។
- ចាប់ចុងរបស់ប្លោកនោមដោយដង្កៀប ប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃ ដើម្បីផ្តាច់ប្លោកនោមពីផ្នែកខាងក្រោមនៃស្បូន (តាមទិសដៅពីលើចុះទៅក្រោម) ។ សង្កត់ចុះក្រោមប៉ុន្តែចូលក្នុងលើស្បូនដោយផ្ទាល់និងផ្នែកខាងក្រោមស្បូន ។
- រៀបចំស្ថានភាពប្លោកនោមឡើងវិញ និងទាញប្លោកនោមផ្នែកខាងក្រោម ។
- រកទីតាំងរបស់សរសៃអាកទែរស្បូនសរសៃនៅចំហៀងនីមួយៗរបស់ស្បូន ។ ស្ទាបរកកន្លែងតភ្ជាប់រវាងស្បូននិងមាត់ស្បូន ។
- គាបទទឹងសរសៃឈាមស្បូនចំនួន ២ជាន់ ៩០ដឺក្រេ នៅចំហៀងនិមួយៗរបស់មាត់ស្បូន ។ កាត់និងចង២ជាន់ដោយចេស 0 chromic catgut ។



ការរំញែកសរសៃស្បូន

- សង្កេតដោយប្រុងប្រយ័ត្នរកមើលការហូរឈាម បើសរសៃអាកទែស្បូនចងបានត្រឹមត្រូវ នោះគួរតែមិនមានការហូរឈាមទៀតទេ ហើយស្បូនមើលទៅឡើងស្លេក ។
- ត្រលប់មក pedicules របស់ round ligament និង tubo-ovarian ligament ដែលបានគាបពីមុននេះវិញនិងចងវាដោយចេស chromic catgutលេខ 0 ។
- កាត់ស្បូននៅត្រង់កន្លែងចំណងដែលចងសរសៃអាកទែស្បូនដោយប្រើកន្ត្រៃ ។



ខ្សែបន្ទាត់ដែលត្រូវកាត់

- បិទមុខកាត់មាត់ស្បូនដោយថ្នេរដាច់ៗ ដោយចេស chromic catgut លេខ ២-0 ឬ ៣-0 ។
- ពិនិត្យមើលត្រង់មុខកាត់របស់មាត់ស្បូនដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងទុកចោលការហូរឈាមពី ligament ធំនិង pelivc floor structure ។
- បើការហូរឈាមតិចៗនៅតែមានបន្ត ឬសង្ស័យថាមានបញ្ហាកំណកឈាម ត្រូវចោះស្បែកពោះដាក់ទុយោបង្ហូរ ។ កុំដាក់ទុយោចេញពីមុខកាត់មាត់ស្បូនដោយសារ វាអាចបង្កឱ្យមានការបង្ករោគក្រោយវះកាត់ ។
- ដេរបិទពោះ :
  - ប្រាកដថាគ្មានការហូរឈាម ។ យកកំណកឈាមចេញ
  - ពិនិត្យយ៉ាងម៉ត់ចត់រកការរបួសប្លោកនោមនិងដេរជួសជុល
  - ដេរបិទ fascia ដោយ 0 chromic catfut or plyglycolic

សំគាល់ : មិនចាំបាច់ដេរស្រោមពោះ (bladder peritoneum ឬ abdominal peritoneum)

- ◦ បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ pack the subcutaneous ដោយស្បៃនិងដេរ (ចងធូរ) ដោយ ចេស chromic catgutលេខ 0 ។ ដេរបិតពោះភ្ជិតនៅក្រោយពេលដែលការបង្ករោគបានជាសះស្បើយ ។
- ◦ បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដេរបិតស្បែកដោយថ្នេរទទឹង vertical mattress sutures of 3-0 ចេសនីឡុងឬសូត្រ និងគ្របដោយស្បៃស្ងួត ។

ការកាត់ស្បូនទាំងមូល (Total hysterectomy)

ជំហានបន្ថែមទៀតដូចខាងក្រោម ត្រូវតែអនុវត្តក្នុងការកាត់ស្បូន :

- រុញប្លោកនោមចុះក្រោម ដើម្បីឱ្យទ្វារមាស ២ស.ម ផ្នែកខាងលើទំនេរ
- បើកស្រទាប់ខាងក្រោយរបស់ broad ligament
- តាប ចងនិងកាត់ uterosacral ligaments
- តាប ចងនិង កាត់ cardinal ligaments ដែលក្នុងនោះមានផ្នែកខាងក្រោមនៃ សរសៃឈាមស្បូន ។ ទាំងនេះជាជំនាញយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការវះកាត់ :
  - ◦ ចាប់ ligament ទទឹងដោយដង្កៀបដែលមានធ្មេញរង្វើល (ឧ. Korcher)
  - ◦ តាប ៥ម.ម ចំហៀងរបស់មាត់ស្បូននិងកាត់ ligamentកៀកនឹងមាត់ស្បូនដើម្បីសុវត្ថិភាពទុកមុខកាត់នៅចំកណ្តាល ។
  - ◦ បើមាត់ស្បូនវែង ធ្វើឡើងវិញនូវជំហានទី២ឬទី៣ខាងលើបើចាំបាច់ ។ឥឡូវនេះផ្នែកខាងលើ ២ ស.ម នៃទ្វារមាសលែងមានជាប់នឹងអ្វីហើយ ។

- ចៀវផ្នែកនៃទ្វារមាសឱ្យកៀកនឹងមាត់ស្បូនបំផុតដែលអាចធ្វើទៅបាន កៀបកន្លែងដែលហូរឈាម បើមាន ។
- ដេរឃាត់ឈាមនៅ round, cardinal និង Uterosacral ligaments ។
- ដេរថ្នេរជាប់នៅទ្វារមាស (vaginal cuff) ដើម្បីបញ្ឈប់ការហូរឈាម ។
- បិតពោះ (ដូចខាងលើ) ក្រោយពីបានដាក់ទុយោបង្ហូរពីផ្នែកខាងក្រៅនៃស្រោមពោះក្បែរមុខកាត់មាត់ស្បូន ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ :

- អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំក្រោយការវះកាត់ ។
- តាមដានទឹកនោម បើមានឈាមនៅក្នុងទឹកនោមឬស្ត្រីមានការឈឺចាប់នៅចំឡកឬកំប៉េះគូថ ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅការ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលកំរិតពាបើអាច ដើម្បីព្យាបាលការស្ទះបំពង់បង្ហូរទឹកនោម (uretere)
- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគឬស្ត្រីមានក្តៅខ្លួន ត្រូវផ្តល់អង់ទីប៊ីយ៉ូទិចរួមបញ្ចូលគ្នារហូតលដល់ ៤៨ ម៉ោងក្រោយបាត់ក្តៅ
- ផ្តល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប
- បើមិនមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដកបំពង់បង្ហូរចេញពីពោះក្រោយ ៤៨ម៉ោង
- ផ្តល់សេវាថែទាំដទៃទៀតបើចាំបាច់ ។

ជំពូកទី៨ : ទម្រង់ការនៃការអនុវត្តន៍ចំពោះទារក

៨-១ ការច្របាច់ទឹកដោះ

បង្រៀនម្តាយពីរបៀបច្របាច់ទឹកដោះដោយខ្លួនឯង។ ម្តាយគួរតែ :

- សម្អាតពែង (ដុះ ស្ងោរ ឬលាងសម្អាតជាមួយទឹកក្តៅ រួចទុកឱ្យស្ងួត) ឬឧបករណ៍សម្រាប់រក្សាទុកទឹកដោះម្តាយ
- លាងសម្អាតដៃដោយហ្មត់ចត់
- អង្គុយឬឈរក្នុងស្ថានភាពងាយស្រួលនិងកាន់ពែងដាក់នៅពីក្រោមដោះ
- ច្របាច់ទឹកដោះ (មើលរូបភាពខាងក្រោម) :
  - ទ្រដោះជាមួយម្រាមដៃ៤និងដាក់មេដៃលើរង្វង់ក្បាលដោះ
  - រឹតរង្វង់ក្បាលដោះចន្លោះមេដៃនិងម្រាមដៃក្នុងពេលសង្កត់ថយក្រោយទៅរកទ្រូង
  - ច្របាច់ទឹកដោះយ៉ាងហោចណាស់៤នាទីម្តង ឆ្លាស់គ្នារវាងដោះទាំងពីររហូតដល់ទឹកដោះឈប់ហូរ។ ៤

ការច្របាច់ទឹកដោះ

ប្រសិនបើទឹកដោះចេញមិនបានល្អ :

- ត្រូវប្រាកដថាម្តាយច្របាច់ទឹកដោះតាមបច្ចេកទេសត្រឹមត្រូវ
- ម្តាយត្រូវដាក់ក្រណាត់ក្តៅឧណ្ហៗលើដោះរបស់គាត់
- ត្រូវមាននរណាម្នាក់ម៉ាស្សាកនិងខ្នងរបស់ម្តាយ

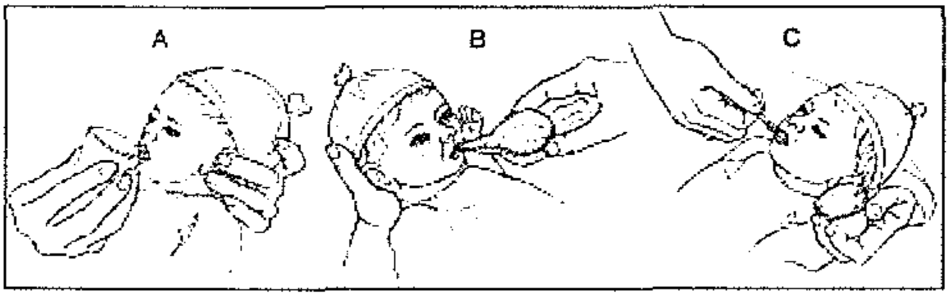
ប្រសិនបើទឹកដោះដែលច្របាច់ហើយមិនបានប្រើប្រាស់ភ្លាមៗទេ ត្រូវរក្សាទុកក្នុងទូទឹកកកដោយបិតផ្លាក សម្គាល់ ហើយប្រើក្នុងអំឡុងពេល២៤ម៉ោង ។

- ប្រសិនបើគ្មានទូទឹកកកទេ ត្រូវរក្សាទឹកដោះម្តាយនៅក្នុងបន្ទប់ដែលមានបរិយាកាសធម្មតារយៈពេល៨ម៉ោង
- ត្រូវប្រាកដថាទឹកដោះម្តាយស្ថិតនៅក្នុងបន្ទប់ដែលមានបរិយាកាសធម្មតាមុនផ្តល់ឱ្យទារក :
- ត្រូវកម្តៅទឹកដោះដែលត្រជាក់ដោយដាក់ក្នុងទឹកក្តៅឧណ្ហៗដែលមានកម្តៅប្រហែល៤០°c
- ត្រូវប្រើភ្លាមនូវទឹកដោះដែលកម្តៅរួចហើយ ។

៩-២ ការបញ្ចុកទារកដោយពែង

ធានាថាម្តាយអាចច្របាច់ទឹកដោះបានត្រឹមត្រូវ :

- បញ្ចុកទារកដោយពែងនិងស្លាបព្រាឧបករណ៍ដទៃទៀត (paladai).
- នៅរាល់ពេលបំបៅម្តងៗត្រូវប្រើឧបករណ៍ដែលបានសម្អាតស្អាត (ដុះ ស្ងោរឬលាងសម្អាតជាមួយទឹកក្តៅ រួចទុកឱ្យស្ងួត) ហើយប្រើឧបករណ៍
- ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន ត្រូវបំបៅទារកភ្លាមក្រោយពេលច្របាច់ទឹកដោះរួច ប្រសិនបើទារកបៅមិនអស់ទេ ត្រូវរក្សាទុកទឹកដោះដែលនៅសល់តាម គោលការណ៍ណែនាំនៃការទុកទឹកដោះច្របាច់ ។



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

- អោយម្តាយបញ្ចុកកូន លើកលែងតែម្តាយមិនទំនេរ ។ ម្តាយគួរតែ :
  - វាស់ចំណុះទឹកដោះនៅក្នុងពែងដោយប្រាកដថា បរិមាណសមស្របជាមួយតម្រូវការរបស់ទារកទៅតាមអាយុ
  - ដាក់ទារកលើភ្លៅម្តាយបីក្នុងស្ថានភាពពាក់កណ្តាលអង្គុយត្រង់
  - ដាក់ពែង ឬ paladai ឬស្លាបព្រាផ្ទុមៗលើបបូរមាត់ខាងក្រោម ដោយមាត់ពែងប៉ះផ្នែកខាងក្រៅនៃបបូរមាត់ខាងលើរបស់ទារក
  - ឱ្យទឹកដោះម្តាយប៉ះនឹងបបូរមាត់
  - ទុកឱ្យទារកបឺតយកទឹកដោះដោយខ្លួនឯង ចៀសវាងការចាក់ទឹកដោះចូលក្នុងមាត់ទារក
  - បញ្ឈប់ការបំបៅនៅពេលទារកបិទមាត់ហើយមិនចាប់អារម្មណ៍ជាមួយការបៅទៀតទេ
- ប្រសិនបើទារកមិនទទួលយកទឹកដោះតាមក្រិតដែលបានកំណត់ទេ ម្តាយត្រូវបញ្ចុកទឹកដោះទារកឱ្យយូរ ឬញឹកញាប់ ។
- ម្តាយត្រូវបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយភ្លាមនៅពេលដែលទារកជញ្ជក់បាន
- ប្រសិនបើទារកបៅមិនបានល្អដោយសារការប្រើឧបករណ៍ខាងលើ ឬម្តាយមិនចូលចិត្តប្រើឧបករណ៍ទាំងនោះ ត្រូវឱ្យម្តាយព្យាយាមច្របាច់ទឹកដោះដោយដៃផ្ទាល់ចូលទៅក្នុងមាត់របស់ ទារក

៤-៣ ការច្របាច់ទឹកដោះម្តាយបញ្ចូលក្នុងមាត់ទារក

- ធានាថាម្តាយអាចច្របាច់ទឹកដោះបានត្រឹមត្រូវ
- ម្តាយត្រូវ :
  - បីទារកដោយដាក់មាត់ទារកជិតជាមួយក្បាលដោះម្តាយ
  - ច្របាច់ដោះរហូតទាល់តែទឹកដោះស្រក់ចេញពីក្បាលដោះម្តាយ
  - ទុកឱ្យទារកធុំក្លិនទឹកដោះនិងព្យាយាមជញ្ជក់ហើយធ្វើឱ្យទឹកដោះស្រក់ចូលក្នុងមាត់ទារក
  - ច្របាច់ទឹកដោះឱ្យបានច្រើនបន្ទាប់ពីទារកចេះលេប
  - បញ្ឈប់ការបំបៅនៅពេលទារកបិទមាត់ហើយមិនចាប់អារម្មណ៍ជាមួយការបៅទៀតទេ

- ប្រាប់ម្តាយឱ្យធ្វើបែបនេះរវៀងរាល់១-២ម៉ោង ប្រសិនបើទារកមានទម្ងន់តិចជាង ១.៥គ.ក្រ ឬរវៀងរាល់ ២-៣ម៉ោង ប្រសិនបើទារកមានទម្ងន់១.៥គ.ក្រ ឬច្រើនជាងនេះ ។

៩-៩ ការបញ្ចូលទុយោក្រពះ

ទុយោក្រពះអាចត្រូវបានបញ្ចូលតាមរន្ធច្រមុះម្ខាង ឬតាមមាត់ ។ បញ្ចូលតាមរន្ធច្រមុះម្ខាងបើទារកដកដង្ហើមធម្មតាដោយប្រើទុយោតូចបំផុតបើមាន ។ បើត្រូវប្រើទុយោនេះត្រូវសិកទុយោតាមមាត់សម្រាប់ការបង្ហូរទឹកចេញពីក្រពះនិងសំរាប់ចិញ្ចឹមទារកក្នុងករណីទារកពិបាកដកដង្ហើម ឬក្នុងករណីដែលត្រូវការប្រើទុយោធំប្រសិនបើចាំបាច់ ។

សំភារៈ

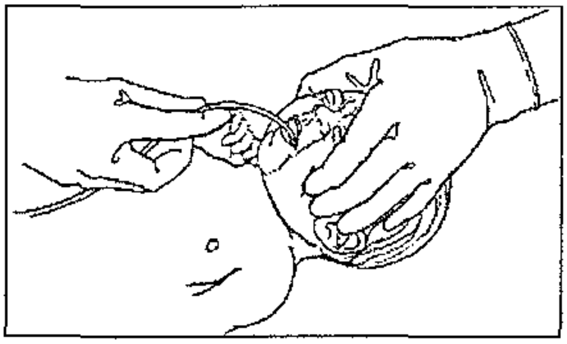
- ស្រោមដៃស្អាត
- ទុយោប្លាស្ទិក ឬ catheter ស្អាតដែលសមស្របនឹងទម្ងន់ទារក
    - បើទម្ងន់ទារកតិចជាង២គ.ក្រ ប្រើលេខ 5-F
    - បើទម្ងន់ទារក២គ.ក្រ ឬលើសត្រូវប្រើ 8-F
- ប៊ិចសរសេរឬខ្សែវាស់
- សឺរ៉ាំង៣-៥ ម.ល (សំរាប់ប៊ឺត)
- Blue litmus paper ឬ stethoscope
- សឺរ៉ាំងស្តេរីលសម្រាប់ចាក់បញ្ចូលរាងដូចជីឡាវ (funnel) សម្រាប់ដាក់ទឹកដោះ (បើទុយោនោះនឹងត្រូវប្រើក្នុងការ ចិញ្ចឹមទារក)
- គម្របបិទទុយោក្រពះ (បើទុយោនោះនឹងត្រូវប្រើក្នុងការចិញ្ចឹមទារក)
- បង់ស្អិត
- Tincture of benzoin (បើមាន)

ទំរង់ការ

- រៀបចំសម្ភារៈដែលចាំបាច់
- លាងដៃនិងពាក់ស្រោមដៃ

- ប៉ាន់ស្មានប្រវែងទុយោដែលត្រូវការ
  - នៅពេលស៊កទុយោត្រូវកាន់ហើយរុញបញ្ចូលទៅមុខ ពីមាត់ឬចុងរន្ធច្រមុះសំដៅទៅផ្នែកក្រោមនៃខួងត្រចៀករួចចូលទៅក្នុងក្រពះនៅពីក្រោមគែមឆ្អឹងជំនីរបន្តិច ហើយគូសចំណាំនៅលើទុយោដោយប៊ិចឬបង់ស្អិត
  - ជម្រើសមួយទៀត អាចវាស់ប្រវែងដោយប្រើខ្សែម៉ែត្រ និងកត់ចំណាំនៅលើទុយោដោយប៊ិចឬបង់ស្អិត
- ដាក់ក្បាលទារកអោនបន្តិច ហើយស៊កទុយោថ្នមៗឱ្យចូលតាមមាត់ ឬរន្ធច្រមុះរហូតដល់ប្រវែងដែលត្រូវស៊ក។ បើប្រើតាមច្រមុះ :
  - បើរន្ធច្រមុះម្ខាងរបស់ទារកត្រូវបានស៊ក catheter ដើម្បីដាក់ oxygen ត្រូវស៊កទុយោក្រពះតាមរន្ធ ច្រមុះដដែលបើអាចធ្វើបាន។
  - បើទុយយោមិនរុលទៅមុខដោយស្រួលតាមរន្ធច្រមុះ ត្រូវសាកល្បងធ្វើនៅរន្ធម្ខាងទៀត។
  - បើទុយោនៅតែមិនអាចរុលទៅមុខតាមរន្ធច្រមុះ ត្រូវស៊កតាមមាត់។

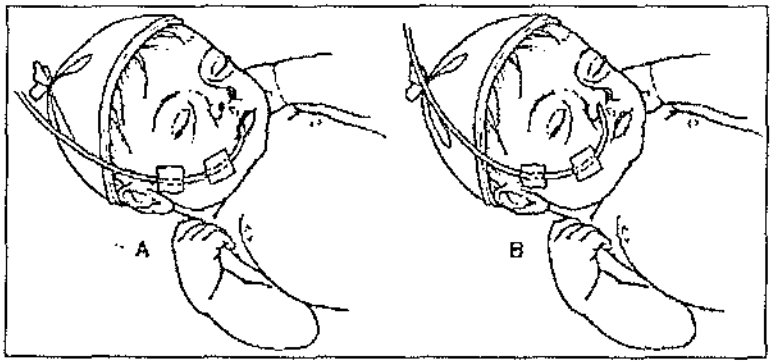
ប្រសិនបើរុញមិនទៅ មិនត្រូវប្រឹងរុញបញ្ចូលទុយោក្រពះតាមរន្ធច្រមុះទេ



ការបញ្ចូលទុយោក្រពះ

ទប់ទុយោឱ្យនៅនឹងដោយប្រើបង់ស្អិត :

- បើមាន tincture of benzoin លាបនៅលើស្បែកមុននឹងបិតបង់ស្អិត
- បើប្រើទុយោស៊កតាមច្រមុះ ត្រូវចៀសវាងទាញទុយោជាប់នឹងច្រមុះតឹងពេក ព្រោះវាធ្វើឱ្យមានរបួសស្បែក។



ការដាក់ទុយោតាមមាត់ (A)   ការដាក់ទុយោតាមច្រមុះ (B)

ការដាក់ទុយោក្រពះត្រឹមត្រូវ

- បញ្ជាក់ការដាក់ទុយោក្រពះត្រឹមត្រូវ :

បឺតខ្យល់ចូលក្នុងសឺរ៉ាំង១-២ ម.ល ហើយភ្ជាប់ទៅនឹងចុងទុយោ ។ ប្រើ stethoscope ដើម្បីស្តាប់ស្ទួរនៅក្រពះនៅពេលដែលបាញ់ខ្យល់តាមទុយោ :

- បើឮសំលេងខ្យល់ (ដូចហួច) នៅពេលដែលបាញ់ខ្យល់បានន័យថាចុងនៃទុយោស្ថិតក្នុងក្រពះបានល្អ ។
- បើមិនឮសំលេងខ្យល់នោះទុយោដាក់មិនចំកន្លែងល្អដូច្នេះត្រូវដកទុយោនិងស៊កបញ្ចូលម្តងទៀត ។

- ប្តូរទុយោថ្មីទៀតក្រោយ៣ថ្ងៃ ឬឆាប់ជាងនេះបើទុយោរបូតចេញឬស្ទះ រួចត្រូវសំអាតឬសំលាប់មេរោគកំរិតខ្ពស់ឬស្តេរីល ។

ប្រើទុយោក្រពះដើម្បីចិញ្ចឹមទារក ឬបង្ហូរទឹកក្រពះចេញ

- បើទុយោក្រពះត្រូវបានដាក់ដើម្បីផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់ សូមមើលសេចក្តីណែនាំពីការផ្តល់ទឹកដោះ
- បើទុយោក្រពះត្រូវបានដាក់ដើម្បីបង្ហូរទឹកក្រពះចេញមិនបាច់គ្របគំរប ហើយរុំចុងទុយោដោយស្បៃស្អាតនិងចងឱ្យជាប់ដោយបង់ស្អិតដើម្បីរក្សាទុយោឱ្យស្អាតនិង អាចបឺតស្រូបយកទឹកជាតិទឹកដែលបង្ហូរចេញពីក្រពះ ។

៨-៥ ការស្ទង់កំដៅខ្លួន

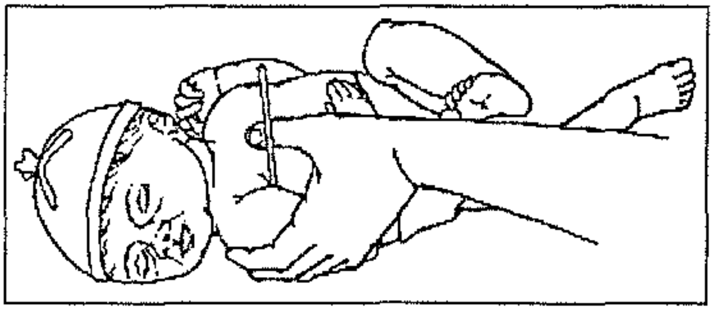
សំភារ :

- ទែរម៉ូម៉ែតដែលប្រើត្រូវមានក្រិតទាបដល់ 35°C (សីតុណ្ហភាពក្បៀក)

- ទែរម៉ូម៉ែតដែលប្រើត្រូវមានក្រិតទាបដល់ 35°C (សីតុណ្ហភាពតូច)
- សូលុយស្យុងកំចាត់មេរោគ
- ទឹករំអិលមិនមានជាតិប្រេង (Water-based lubricant)

៨-៥-១ ការស្ទង់កំដៅនៅក្លៀក

- ត្រូវរៀបចំសំភារៈដែលចាំបាច់ត្រូវប្រើ
- លាងដៃ
- ត្រូវប្រើទែរម៉ូម៉ែតធម្មតាដែលមានក្រិតទាបដល់ 35°C
- ត្រូវប្រាកដថាទែរម៉ូម៉ែតសំអាតស្អាត
- ត្រូវរក្សាទារកឱ្យមានភាពកក់ក្តៅនៅពេលដែលកំពុងស្ទង់កំដៅ (ស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយបើអាចបាន) បើមិនអាចធ្វើបានត្រូវរុំទារកឱ្យបានជិតល្អ ។
- ដាក់ទារកឱ្យដេកផ្ងារឬដេកផ្អៀង ។
- រលាស់ទែរម៉ូម៉ែតឱ្យសីតុណ្ហភាពចុះទាបដល់ 35°C
- ដាក់ចុងរបស់ទែរម៉ូម៉ែតឱ្យជ្រៅទៅក្នុងប្រហោងក្លៀកខាងលើបំផុត ហើយទប់ដៃទារកឱ្យនៅជាប់នឹងខ្លួន រយៈពេលយ៉ាងតិច៣នាទី ។
- យកទែរម៉ូម៉ែតចេញនិងមើលសីតុណ្ហភាព ។ បើសីតុណ្ហភាពទាបពេក (ទាបជាង 35°C) ត្រូវវាស់កំដៅនៅ រន្ធគូថ
- ក្រោយពេលប្រើរួចត្រូវជូតសំអាតទែរម៉ូម៉ែតដោយសូលុយស្យុងកំចាត់មេរោគ

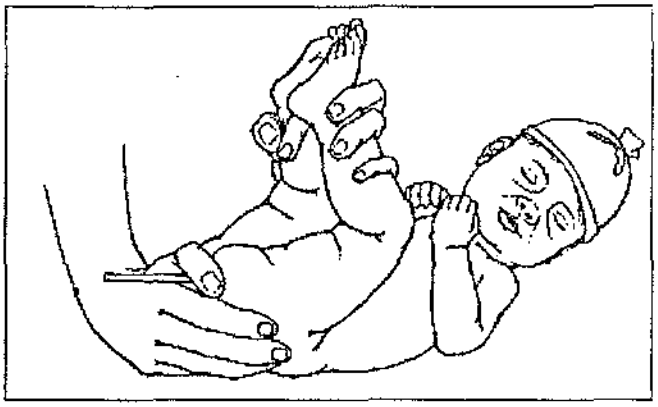


ការស្ទង់កំដៅនៅក្លៀក

៨-៥-២ ស្ទង់កំដៅនៅគូថ

ស្ទង់កំដៅនៅគូថតែក្នុងករណីដែលកំដៅទាបពេកក្រោយពីស្ទង់ដោយទែរម៉ូម៉ែតនៅក្លៀក។

- រៀបចំសំភារៈ
- លាងសំអាតដៃ
- ប្រើទែរម៉ូម៉ែតដែលអាចស្ទង់កំដៅទាបដល់ 25°C
- ត្រូវប្រាកដថាទែរម៉ូម៉ែតស្អាត
- រក្សាកំដៅឱ្យទារកតាមដែលអាចធ្វើទៅបានក្នុងអំឡុងពេលស្ទង់កំដៅ(ឧ.រុំទារកឱ្យមានភាពកក់ក្តៅ ឬដាក់ទារកលើផ្ទៃដែលកក់ក្តៅ)
- ដាក់ទារកឱ្យដេកផ្ងារឬផ្អៀង
- រលាស់ទែរម៉ូម៉ែតរហូតកំរិតកំដៅចុះទាបដល់ 25°C
- លាបប្រេងរំអិលដែលមិនមានជាតិប្រេង (water-based lubricant) លើទែរម៉ូម៉ែត
- ចាប់កែងជើងទារកនិងលើកជើងទារកត្រង់ឡើងលើដោយឱ្យជង្គង់ប៉ះនឹងទ្រូង
- ដាក់ទែរម៉ូម៉ែតក្នុងក្រសាល់គូថជំរៅអតិបរមា 2 cm និងទប់វាយ៉ាងតិច ៣នាទី។



ស្ទង់កំដៅនៅគូថ

មិនត្រូវទុកទារកឱ្យនៅម្នាក់ឯងដោយមានទែរម៉ូម៉ែតនៅក្នុងគូថ ព្រោះទារកអាចបំរះធ្វើឱ្យទែរម៉ូម៉ែតអាចទំលុះក្រសាល់គូថ។

- យកទែរម៉ូម៉ែតចេញរួចពិនិត្យមើលកំរិតកំដៅ
- ក្រោយពេលប្រើត្រូវជូតសំអាតទែរម៉ូម៉ែតដោយសូលុយស្យុងសំរាប់កំចាត់មេរោគ ។

៨-៦ ការយកសំណាកឈាម

ត្រូវកំណត់ពីបរិមាណឈាមដែលត្រូវការសរុបដើម្បីធ្វើការពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ (ឧ. haemoglobin កំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាម ពិនិត្យមើល serum bilirubin និងក្រុមឈាមនិង cross-match) ដូច្នេះត្រូវបូមឱ្យគ្រប់គ្រាន់ តែម្តងសំរាប់តេស្តទាំងអស់ បើអាចធ្វើបាន ។ បើត្រូវការបរិមាណឈាមតិចតួចតែប៉ុណ្ណោះ (ឧ.ដើម្បីវាស់កំរិត ជាតិស្ករក្នុងឈាម មើល serum bilirubineឬ haemoglobin) ត្រូវយកឈាមតាមសរសៃកែងជើងបើអាចធ្វើបាន ។ បើត្រូវការបរិមាណឈាមច្រើនដែលមិនអាចយកតាមការចាក់កែងជើង (ឧ. ត្រូវការច្រើនជាង 1 ml ដើម្បីធ្វើតេស្តមើលច្រើនយ៉ាងឬដើម្បីយកទៅធ្វើការបណ្តុះមេរោគ) ត្រូវបូមយកតាមសរសៃវ៉ែន ។

៨-៦-១ ការបូមឈាមតាមសរសៃវ៉ែន

- ត្រូវព្យាយាមយកឈាមពីសរសៃដៃនិងជើង ។ មិនត្រូវប្រើវ៉ែននៅបំពង់កឬនៅភ្លៅដើម្បីបូមយកគំរូឈាមជាប្រចាំទេ ។
- ត្រូវប្រើប្រព័ន្ធដែលបិតជិតល្អ ដោយប្រើសឺរ៉ាំងនិងម្ជុលមានស្លាបមេអំបៅដើម្បីឱ្យប្រាកដថាគំរូឈាមស្តេរីលសំរាប់យកទៅបណ្តុះមេរោគ ។

សំភារះ

- ស្រោមដៃស្អាតសំរាប់ពិនិត្យ
- ដុំសំឡីដែលជ្រលក់សូលុយស្យុង antiseptic
- ដុំសំឡីស្ងួត
- ម្ជុលស្តេរីលលេខ21 ទៅ 23 ឬ ម្ជុលមានស្លាបមេអំបៅ លេខ 23 ទៅ 25
- សឺរ៉ាំងស្តេរីល ១មានចំណុះសមស្របទៅតាមបរិមាណឈាមដែលត្រូវការ ពេលខ្លះប្រើតែម្ជុលមិនចាំបាច់មានសឺរ៉ាំង
- បំពង់សំរាប់ដាក់ឈាមសមស្រប

ទំរង់ការ

- រៀបចំសំភារៈដែលចាំបាច់
- អនុវត្តគោលការណ៍នៃការបង្ការការចម្លងរោគ
- កំណត់រកសរសៃវ៉ែនដែលត្រូវចាក់
- លាងដៃនិងពាក់ស្រោមដៃ
- សំអាតស្បែកដែលនៅពីលើសរសៃវ៉ែនដោយជូតសំអាតនឹងដុំសំឡីដែលបានជ្រលក់នឹងសូលុស្យុង antiseptic រួចទុកឱ្យស្ងួត
- ត្រូវប្រាកដថាបំពង់សំរាប់ដាក់ឈាមនៅក្បែរដៃ
- ឱ្យជំនួយការប្រើមេដៃនិងចង្អុលដៃដើម្បីចាប់ជុំវិញដៃពីលើកន្លែងដែលត្រូវចាក់សរសៃ ។

ម្ជុលនិងសឺរ៉ាំង ឬម្ជុលមានស្លាបមេអំបៅ

ភ្ជាប់សឺរ៉ាំងនិងម្ជុលឬម្ជុលមានស្លាបមេអំបៅ

- ចាក់បញ្ចូលម្ជុលទៅក្នុងស្បែកដោយផ្តេកបង្កើតជាមុំប្រហែល១៥អង្សា និងមុខបញ្ឆិតនៃម្ជុលផ្ងារឡើងលើ
- ដកពីស្តុងសឺរ៉ាំងថ្នមៗស្របពេលដែលម្ជុលកំពុងរុលទៅមុខ ។ នៅពេលដែលឈាមហូរចូលក្នុងសឺរ៉ាំងឬទុយោរបស់ម្ជុលមេអំបៅ មិនត្រូវរុញម្ជុលទៅមុខទៀតទេ
- ត្រូវបូមឈាមឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ទៅតាមតំរូវការពិនិត្យរបស់ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍
- ក្រោយពីបានបូមឈាមរួច :
  - ឱ្យជំនួយការដកដៃចេញពីការចាប់ជុំវិញដៃរបស់ទារក
  - ដកម្ជុលចេញពីសរសៃវ៉ែនហើយឱ្យជំនួយការសង្កត់ដុំសំឡីនៅកន្លែងចាក់ឱ្យបាន២ទៅ៣នាទីដើម្បីបង្ការភាពជាំនៃស្បែក
- ត្រូវគ្របម្ជុលដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងដកយកម្ជុលចេញមុនពេលបញ្ចូល ឈាមទៅក្នុងបំពង់ ។
- បោះចោលសឺរ៉ាំង ម្ជុល ឬម្ជុលស្លាបមេអំបៅដែលប្រើរួចឱ្យបានសមស្រប
- កត់ត្រាបរិមាណឈាមដែលបានបូម ។

ម្ជុលមិនមានសីរ៉ាំង

អាចប្រើតែម្ជុលដោយមិនចាំបាច់សីរ៉ាំង ប៉ុន្តែទង្វើនេះអាចមិនស្តេរីលដែលធ្វើឱ្យវិធីនេះជាជម្រើសមិនសម ស្របសំរាប់ការបណ្តុះមេរោគ ។ ត្រូវប្រាកដថាបានចោលម្ជុលសមស្រប ។

- ចាក់ចូលក្នុងស្បែកដោយបញ្ជិតម្ជុលក្នុងមុំប្រហែល១៥អង្សានិងឱ្យមុខបញ្ជិតនៃម្ជុលផ្ងារឡើងលើរហូត ដល់ឈាមហូរលឿនចេញមក :
  - បើឈាមហូរយឺត ត្រូវកែតម្រូវដោយរុញម្ជុលទៅមុខ ឬដកមកក្រោយបន្តិច
  - កាន់បំពង់ត្រងឈាមដាក់ពីក្រោមម្ជុល ត្រូវប្រយ័ត្នកុំឱ្យប៉ះបំពង់ឬចុងម្ជុល
- ត្រូវយកបរិមាណឈាមឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ទៅតាមតម្រូវការពិនិត្យរបស់មន្ទីរពិសោធន៍ ។
- ក្រោយពីបានយកឈាមរួច ដកម្ជុលចេញពីសរសៃវ៉ែន និងឱ្យជំនួយការសង្កត់ថ្នមៗ លើកន្លែងចាក់ដោយ សំឡីស្ងួតរយៈពេលប្រហែល២-៣នាទីដើម្បីបង្ការការជាំនៃស្បែក ។
- បោះចោលម្ជុលឱ្យបានសមស្រប
- កត់ត្រាបរិមាណឈាមដែលបូម ។

៨-៦-២ ការបូមឈាមពីសរសៃកែងជើង

សំភារៈ

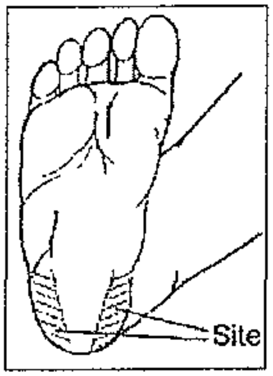
- ប្រើស្រោមដៃស្អាតសំរាប់ពិនិត្យ
- ដុំសំឡីដែលជ្រលក់សូលុយស្យុង antiseptic
- ដុំសំឡីស្ងួត
- ម្ជុលជួសឈាមស្តេរីល (Sterile lancet) (បើមិនមាន lancet ត្រូវប្រើម្ជុលលេខ 24)
- បំពង់ Capillary ឬបំពង់កញ្ចក់ផ្សេងៗដែលសមស្របសំរាប់ដាក់

ទំរង់ការ

- រៀបចំសំភារៈដែលចាំបាច់
- អនុវត្តគោលការណ៍នៃការបង្ការការចម្លងរោគ
- លាងដៃនិងពាក់ស្រោមដៃស្អាត
- សំអាតស្បែកនៅកែងជើងដោយសំឡីដែលជ្រលក់សូលុយស្យុង antiseptic និងទុកឱ្យស្ងួត

- បត់ប្រអប់ជើងឡើងលើសំដៅទៅរកជើង ហើយកាន់ទម្រង់នេះដោយដៃម្ខាង
- ច្របាច់កែងជើងល្មមដើម្បីឱ្យឡើងក្រហម (ប៉ុន្តែកុំឱ្យខ្លាំងពេករហូតប្រែជាពណ៌ស)
- ប្រើ lancet ចាក់ស្បែក (ជំរៅ 1 ទៅ2 mm):

  - ចាក់នៅចំហៀងកណ្តាលនៃកែងជើង (Aim towards the lancet or medial side of the heel)
  - ចៀសវាងដាក់ទ្រាប់កែងជើង ដោយសារវាប្រឈមការបង្ករោគ
  - បើអាចត្រូវចៀសវាងចាក់កន្លែងធ្លាប់ចាក់លើកមុន



ការយកឈាមពីសរសៃកែងជើង

- ច្របាច់កែងជើងថ្នមៗនិងច្របាច់លែងៗដើម្បីបង្កើនឈាមរត់។ ត្រូវចៀសវាងការច្របាច់ខ្លាំងពេកនិងការត្រដុសកែងជើង ដោយសារវាអាចធ្វើឱ្យជាំនិងឈាមរាវដោយសារជាតិទឹករបស់ជាលិកា ដែលទាំងនេះធ្វើឱ្យលទ្ធផលមិនត្រឹមត្រូវ។

ការចាក់រាក់ពេកអាចប្រើពេលយូរក្នុងការច្របាច់យកឱ្យគ្រប់បរិមាណឈាមដែលត្រូវការនិងតម្រូវឱ្យច្របាច់កែងជើងយូរ ក្នុងករណីខ្លះត្រូវចាក់ម្តងទៀត។ ការចាក់ជ្រៅពេកអាចធ្វើឱ្យទៅជាមុត/ដាច់បង្ករោគនិងសំលាក។

- ត្រងឈាមដាក់ក្នុងបំពង់ ត្រូវយកបរិមាណឈាមគ្រប់គ្រាន់ល្មមសម្រាប់ការពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍
- ក្រោយពីបានយកឈាមហើយត្រូវឱ្យជំនួយការសង្កត់ថ្នមៗកន្លែងចាក់ដោយប្រើសំឡីស្ងួតរយៈពេល២-៣នាទី ដើម្បីបង្ការការជាំឈាម។
- កត់ត្រាបរិមាណឈាមដែលបានបូម។

៤-៧ ការវាស់គ្លុយកូសក្នុងឈាម

វាស់គ្លុយកូសក្នុងឈាមដោយប្រើបច្ចេកទេសមន្ទីរពិសោធន៍ ។ បើមន្ទីរពិសោធន៍មិនអាចធ្វើទៅបានត្រូវប្រើបន្ទះក្រដាស reagent សំរាប់ទារក ។ គួរកត់សំគាល់ថា ក្រដាស reagent អាចប៉ាន់ប្រមាណគ្លុយកូសទាបជាងប្រហែល 0.5 - 1.0 mmol/L

- រៀបចំសំភារៈនិងឧបករណ៍
- អានរបៀបប្រើក្រដាស reagent
- យកគំរូឈាម
- យកបរិមាណឈាមដែលល្មមនឹងធ្វើ ដាក់លើក្រដាស reagent ជាធម្មតាដាក់នៅផ្នែកចុងនៃបន្ទះដោយត្រូវធ្វើយ៉ាងណាឱ្យឈាមបានពាសសព្វតំបន់ដែលតម្រូវឱ្យពាស ដោយប្រើឈាមមួយឬ ២ដំណក់នៅពេលតែមួយ ។
- ទុកពេលវេលាសមស្រប ជាធម្មតាប្រហែល ៦០នាទី
- លាងឬជូតឈាមចេញដោយប្រើចរន្តទឹកហូរ
- ប៉ាន់ប្រមាណគ្លុយកូសក្នុងឈាម :
    - ត្រូវប្រៀបធៀបភ្លាមរវាងពណ៌នៅលើបន្ទះក្រដាស់និងពណ៌នៅ chart (ដែលជាទូទៅនៅប្រអប់របស់ reagent) ដើម្បីប៉ាន់ប្រមាណគ្លុយកូសក្នុងឈាម ។
    - បើអាច គួរធ្វើឱ្យកាន់តែសុក្រិតដោយប្រើ reflectance metre (ផ្តល់ដោយរោងចក្រផលិត reagent strips) ដើម្បីបកស្រាយពីការប្រែប្រួលនៃពណ៌នៅលើ reagent strip ។
- បើគ្លុយកូសនៅក្នុងឈាមតិចជាង 25 mg/dl (1.1 mmol/L) ត្រូវបញ្ជាក់ដោយមន្ទីរពិសោធន៍ បើអាចធ្វើទៅបាន ។

៤-៨ ការផ្តល់ Antibiotic សមស្របដល់ទារក

ផ្លូវបញ្ចូល :

- សម្រាប់ការព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម រលាកស្រោមខួរ តេតាណូសនិងជំងឺស្វាយពីកំណើត ផ្តល់ antibiotics តាមសរសៃ:
    - ផ្តល់ antibiotics ជាពិសេស gentamicin និង cefotaxime យឺតៗក្នុងរយៈពេលយ៉ាងតិច ៣ នាទី

- នៅពេលដែលកំពុងផ្តល់សេរ៉ូមតាមសរសៃតាមដានទារក ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាមិនមានការផ្តល់ជាតិទឹកលើស (ទំព័រ ៣៣៩)
- បើផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃមិនអាចបង្កើតបានភ្លាមៗត្រូវផ្តល់ antibioticsចាក់សាច់ដុំ (ទំព័រ ៣៣២) រហូតដល់មានផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃ
- បើទារកបានជាសះស្បើយហើយលែងត្រូវការប្រើផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃក្នុងគោលបំណងផ្តល់អ្វីផ្សេងទៀតក្រៅពី antibiotics ត្រូវផ្តល់ antibiotics ចាក់តាមសាច់ដុំដើម្បីបង្គ្រប់ការព្យាបាល ។

• សម្រាប់ការបង្ករោគជាច្រើនទៀត ត្រូវផ្តល់ antibiotics ចាក់សាច់ដុំ (ទំព័រ ៣២៨) ។ បើការចាក់សរសៃត្រូវបានធ្វើក្នុងគោលបំណងផ្សេង ដូច្នេះអាចឱ្យ antibiotics តាមសរសៃ ។

សំគាល់ : ការផ្តល់ Gentamicin ចាក់តាមសរសៃជាការជួយសង្គ្រោះជីវិតនៅពេលដែលយើងប្រើវាបានត្រឹមត្រូវ តែវាអាចធ្វើឱ្យថ្លង់និងខូចតម្រងនោម ។

នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមិនមានលទ្ធភាពកំណត់ពីកំរិត gentamicin នៅក្នុងឈាមគួរផ្តល់ gentamicin ចាក់តាមសាច់ដុំ ។

កំរិតប្រើ Antibiotic

Antibiotic	កំរិតក្នុង mg	
	Day 1 - 7	Day 8+
Ampicillin **សម្រាប់តែរលាកស្រោមខួរ**	100mg/kg រៀងរាល់12 ម៉ោង	100mg/kg រៀងរាល់ 8 ម៉ោង
Ampicillin	50-100 mg/kg រៀងរាល់12 ម៉ោង	50 mg/kg រៀងរាល់ 8 ម៉ោង
Benzathine benzylpenicillin សម្រាប់ទារកដែល មិនមានរោគសញ្ញាហើយ ម្តាយមិនបាន ព្យាបាលជំងឺស្វាយ	75 mg/kg (100 000 units kg) ផ្តល់តែម្តង (in a single dose)	75 mg/kg (100 000 units/kg) ផ្តល់តែម្តង (in a single dose)
Benzylpenicillin សម្រាប់ព្យាបាលតេតាណូស	60 mg/kg (100 000 units kg) រៀងរាល់12 ម៉ោង	60 mg/kg (100 000 units/kg) រៀងរាល់12 ម៉ោង
Cefotaxime សម្រាប់តែព្យាបាល	50 mg/kg	50 mg/kg

រលាកស្រោមខួរ	រៀងរាល់៨ម៉ោង	រៀងរាល់ ៦ ម៉ោង
Cefotaxime សម្រាប់ព្យាបាលការបង្ករោគក្នុងឈាម	50 mg/kg រៀងរាល់12 ម៉ោង	50 mg/kg រៀងរាល់ 8ម៉ោង
Ceftriaxone	100 mg/kg ផ្តល់តែម្តង	100 mg/kg ផ្តល់តែម្តង

Antibiotic	កំរិតក្នុង 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 ៦ម៉ោង	12.5 mg/kg រៀងរាល់6 ម៉ោង
Gentamicin	តិចជាង 2500 g	
	3mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ	7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង មួយថ្ងៃឬ 3.5 mg/kg រៀងរាល់12 ម៉ោង

	≥ 2 500g	
	5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ	7.5 mg/kg ប្រើតែម្តងក្នុង មួយថ្ងៃ ឬ 3.5 mg/kg រៀងរាល់១២ ម៉ោង
Procaine **benzylpenicillin** សម្រាប់ទារក មិនមានរោគសញ្ញាហើយ ម្តាយមិនបានព្យាបាលជំងឺ ស្វាយ	100 mg/kg (100 000 units/kg) ផ្តល់តែម្តង	100 mg/kg (100 000 units/kg) ផ្តល់តែម្តង

ទំងន់	**កំរិតដូស Ampicillin ចាក់សាច់ដុំ:** **50 mg/kg រៀងរាល់ 12 ម៉ោង** **បន្ថែម 2.5 ml** **ទឹកស្ងើរលាយទៅក្នុងដប 500 mg = 200 mg/ml**	**កំរិតដូស Gentamicin ចាក់សាច់ដុំ:** **5 mg/kg រៀងរាល់ 24 ម៉ោង បើទារកគ្រប់ខែ។ ប្រើ 4 mg/kg រៀងរាល់ 24 ម៉ោងបើទារកមិនគ្រប់ខែ** **បើប្រើដប 20 mg ក្នុង 2 ml = 10 mg/ml ត្រូវប្ញូម**
១.0-១.៤ គ.ក្រ	0.៣៥ ម.ល	0.៥ ម.ល
១.៥-១.៩ គ.ក្រ	0.៥ ម.ល	0.៧ ម.ល
២.0-២.៤ គ.ក្រ	0.៦ ម.ល	0.៩ ម.ល
២.៥-២.៩ គ.ក្រ	0.៧៥ ម.ល	១.៣៥ ម.ល
៣.0-៣.៤ គ.ក្រ	0.៨៥ ម.ល	១.៦ ម.ល
៣.៥-៣.៩ គ.ក្រ	១ ម.ល	១.៨៥ ម.ល
៤.0-៤.៤ គ.ក្រ	១.១ ម.ល	២.១ ម.ល

៨-៩ ការចាក់ថ្នាំ

៨-៩-១ ការចាក់សាច់ដុំ

គោលការណ៍រួម

- កន្លែងដែលត្រូវចាក់សាច់ដុំរួមមាន :
  - សាច់ដុំ Quadriceps នៅភ្លៅផ្នែកខាងលើនិងខាងក្រៅ ។ ជាកន្លែងដែលនិយមចាក់ជាងគេដោយសារមានការប្រឈមមុខតិចតួចនឹងការចាក់ចូលសរសៃឈាម ម្ជុលចាក់ប៉ះឆ្អឹងភ្លៅ ឬប៉ះនឹងសរសៃប្រសាទ sciatic

សំគាល់ : កន្លែងដែលគួរជៀសវាងមាន :
  - សាច់ដុំ Gluteus នៅកំប៉េះគូថ ។ ការចាក់សាច់ដុំនេះពិបាក ពីព្រោះវាមានខ្លាញ់ច្រើននិងស្រទាប់ក្រោមស្បែក (subcutaneous) និងប្រឈមនឹងការប៉ះសរសៃប្រសាទ sciatic និងសរសៃឈាមសំខាន់ៗដទៃទៀតនៅម្តុំនោះ ។
  - សាច់ដុំ Deltoid ។ កន្លែងនេះអាចប្រើសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ប៉ុន្តែមិនត្រូវប្រើសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំផ្សេងទៀតទេ ។

- កាត់បន្ថយការឈឺចាប់នៅពេលចាក់ថ្នាំដោយ :
  - ប្រើម្ជុលមុតនិងតូចបំផុតដែលអាចឱ្យថ្នាំហូរបានយ៉ាងស្រួល (ឧ. ម្ជុលលេខ22 ទៅ24)
  - ត្រូវប្រាកដថាគ្មានអ្វីជាប់នៅម្ជុលនៅពេលចាក់ទៅក្នុងស្បែក
  - បរិមាណថ្នាំដែលចាក់ត្រូវតិច (ឧ. ២ម.ល ឬតិចជាងនេះក្នុងការចាក់ម្តងក្នុងមួយកន្លែង)
  - ត្រូវជៀសវាងការបាញ់បញ្ចូលលឿនពេក
  - ត្រូវប្តូរទៅចាក់កន្លែងផ្សេងទៀត បើត្រូវចាក់មួយម្ជុលទៀត

- ផលវិបាកដែលអាចកើតមានដោយសារការចាក់សាច់រួមមាន :
  - ការចាក់ចំសរសៃឈាម
  - ការបង្ករោគដោយសារសំភារៈសំរាប់ចាក់មិនស្អាត
  - របួស/ប៉ះពាល់សរសៃប្រសាទ (ជាពិសេសសរសៃ sciatic ក្រោយពីចាក់នៅកំប៉េះគូថ)
  - ការខូចជាលិកានៅកន្លែងចាក់ដោយសារការរលាកនៅកន្លែងចាក់

- អាចចៀសវាងផលវិបាកទាំងនេះដោយ :

  - ជ្រើសរើសថ្នាំដែលមានសុវត្ថិភាពបំផុត

  - ជ្រើសរើសកន្លែងចាក់សមស្រប

  - ត្រូវដឹងពីកាយវិភាគវិទ្យានៃកន្លែងចាក់

  - សំអាតស្បែកឱ្យស្អាត

  - ត្រូវប្តូរកន្លែងចាក់បើត្រូវចាក់ទៀត

  - បឺតបន្តិចមុនពេលបាញ់ថ្នាំបញ្ចូល

  - ចៀសវាងការបាញ់ថ្នាំក្នុងជាលិកានៅសើស្បែក

  - ប្រើម្ជុលដែលមានប្រវែងសមស្រប ដើម្បីចាក់ដល់កន្លែងដែលត្រូវចាក់

សំភារ :

- ម្ជុលស្តេរីល 1-inch លេខតូចបំផុតដែលអាចឱ្យថ្នាំហូរបានស្រួល (ឧ. លេខ 22ទៅ 24)
- សឺរ៉ាំងស្តេរីលដែលមានទំហំតូចបំផុត ហើយមានកំណត់សំគាល់ច្បាស់ត្រឹមត្រូវ (ឧ. 1- 3ml)
- ដុំសំឡីស្ងួត

ទំរង់ការ :

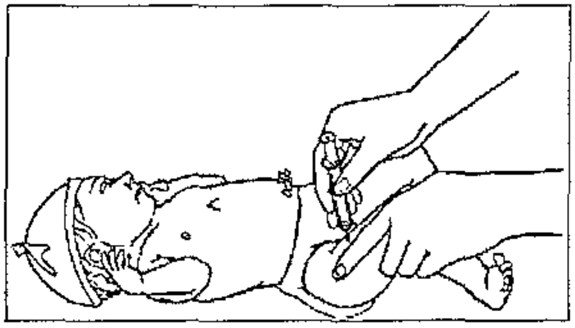
- ប្រមូលសំភារៈដែលចាំបាច់
- លាងដៃ
- ជ្រើសរើសកន្លែងដែលត្រូវចាក់
- បូមថ្នាំដែលត្រូវចាក់ចូលក្នុងសឺរ៉ាំង
- ត្រូវប្រាកដថាប្រភេទថ្នាំដែលត្រូវចាក់និងកំរិតប្រើត្រឹមត្រូវ
- ចាប់សាច់ដុំនៅកន្លែងដែលត្រូវចាក់នៅចន្លោះមេដៃនិងចង្អុលដៃបើអាច
- ចាក់បញ្ចូលម្ជុលដោយមុំ ៩០ អង្សា ឆ្លងកាត់ស្បែកដោយចាក់យ៉ាងរហ័សតែម្តង
- ដកពីស្តុងសឺរ៉ាំងបន្តិចដើម្បីឱ្យប្រាកដថាចុងម្ជុលមិនចូលក្នុងសរសៃវ៉ែន (មិនមានឈាមចូលតាមម្ជុល)

  - បើម្ជុលចូលក្នុងសរសៃវ៉ែន :

    - ដកម្ជុលចេញ ដោយមិនត្រូវបាញ់បញ្ចូលថ្នាំទេ

- ត្រូវសង្កត់កន្លែងចាក់ដោយសំឡីស្ងួត ដើម្បីបង្ការការជាំឈាម
- ដូរម្ជុលស្តេរីលថ្មី
- ជ្រើសរើសកន្លែងចាក់ថ្មី
- បន្ទាប់មកត្រូវចាក់ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ

- បើម្ជុលនៅក្នុងសាច់ដុំ បាញ់បញ្ចូលថ្នាំដោយកំលាំងល្មមរយៈពេល៣-៥នាទី ។



ចាក់ថ្នាំនៅសាច់ដុំ quadriceps

- នៅពេលចប់ការចាក់ ដកម្ជុលចេញដោយប្រើសំឡីស្ងួតសង្កត់ថ្នមៗ
- កត់ត្រាកន្លែងចាក់និងប្តូរកន្លែងចាក់ បើត្រូវចាក់ទៀត ។

៨-៩-២ ការចាក់ថ្នាំតាមសរសៃ

ផ្នែកនេះស្តីអំពីការផ្តល់ថ្នាំតាមសរសៃចំពោះទារកដែលមានផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃស្រាប់ តែមិនពណ៌នា ចំពោះករណីដែលថ្នាំបានលាយជាមួយសេរ៉ូមនៅក្នុងប្លោកសេរ៉ូមរួចបញ្ចូល តាមសរសៃទេ ។

សំភារៈ

- ដុំសំឡីដែលជ្រលក់ដោយស្ពូលុយស្យុង ានតិសេផេតិច
- ម្ជុលស្តេរីល ចំនួន ២ និង មានប្រវែង 1-inch (ឧ. លេខ 22ទៅ24)
- សឺរ៉ាំងស្តេរីលតូចបំផុតដែលអាចរកបានហើយមានក្រិតច្បាស់និងសមស្របទៅតាមកំរិតថ្នាំ (ឧ. 1- 3ml)
- ទឹកសេរ៉ូម 2 ml

ទំរង់ការ

- រៀបចំសំភារៈដែលចាំបាច់
- លាងដៃ

- រើសកន្លែងដែលត្រូវចាក់នៅលើទុយោសេរ៉ូមដែលនៅជិតកន្លែងចាក់សរសៃ (ឧ. valve ឬកន្លែងតភ្ជាប់ដែលមានកៅស៊ូទន់) ។
- ជូតកន្លែងចាក់ដោយប្រើសំឡីផ្សើមជាមួយសូលុយស្យុង antiseptic រួចទុកឱ្យស្ងួត
- បូមថ្នាំដែលត្រូវចាក់ចូលក្នុងសឺរ៉ាំង
- ត្រូវប្រាកដថា ថ្នាំនិងកំរិតថ្នាំដែលត្រូវចាក់ត្រឹមត្រូវ
- បើសេរ៉ូមដែលចាក់តាមសរសៃមិនមានបញ្ហាទេ :

    - បិទសេរ៉ូម

    - បញ្ចូលម្ជុលទៅក្នុងទុយោសេរ៉ូមនិងបាញ់ថ្នាំចូលយឺត១ក្នុងរយៈពេល២នាទី ត្រូវសង្កេតរកមើលនៅជុំវិញកន្លែងចាក់នូវការហើមប៉ោង ។
- បើមិនច្បាស់ថាទុយោសេរ៉ូមស្ថិតក្នុងស្ថានភាពត្រឹមត្រូវនៅក្នុងសរសៃ :

    - បិទសេរ៉ូម

    - បាញ់បង្ហូរសេរ៉ូមចំនួន 2 ml សង្កេតមើលជុំវិញកន្លែងចាក់សរសៃ ការហើមដែលបញ្ជាក់ថាម្ជុលសេរ៉ូមខុសសរសៃ ។

    - បើម្ជុលសេរ៉ូមនៅក្នុងសរសៃ ត្រូវបាញ់ថ្នាំបញ្ចូលក្នុងអំឡុងពេល២នាទី និងត្រូវសង្កេតមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នរកការហើមនៅកន្លែងជុំវិញ
- ក្រោយពីចាក់រួច ដកម្ជុលចេញនិងបើកបង្ហូរសេរ៉ូមវិញ ។

៨-៩-៣ ការចាក់ក្រោមស្បែក

ការចាក់ក្រោមស្បែកធ្វើតែចំពោះការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរបេងនិងនៅពេលដំបូងនៃការចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីបង្ហូរខ្ទុះពីអាប់សែ ។

សំភារៈ

- ម្ជុលស្តេរីលលេខ 25 ឬ 27 ប្រវែង 5/8-inch
- ម្ជុលស្តេរីលលេខ 21 ប្រវែង 1-inch
- សឺរ៉ាំងសម្រាប់ចាក់ថ្នាំរបេង 1ml
- ដុំសំឡីស្ងួត

ទំរង់ការ :

- រៀបចំសំភារៈដែលចាំបាច់
- ជ្រើសរើសកន្លែងចាក់
- លាងដៃ
- បូមថ្នាំចូលក្នុងសឺរ៉ាំងដោយប្រើម្ជុលលេខ 21
- ត្រូវប្រាកដថាថ្នាំនិងកំរិតថ្នាំដែលត្រូវចាក់ត្រឹមត្រូវ
- ប្តូរពីម្ជុលលេខ21 ទៅលេខ25 ឬ27
- កាន់សឺរ៉ាំងនិងម្ជុលស្របនឹងស្បែកទារកដោយដាក់មុខបញ្ឆិតរបស់ម្ជុលផ្ងារឡើងលើ
- ដៃម្ខាងទាញស្បែកឱ្យតឹង និងចាក់បញ្ចូលមុខស្រួចរបស់ម្ជុលសើពីក្រោមស្បែក ។ រុញម្ជុលទៅមុខយឺតៗ រហូតមុខបញ្ឆិតរបស់ម្ជុលចូលអស់ក្នុងស្បែក ។
- បំបះម្ជុលថ្នមៗដោយមិនឱ្យធ្លាយស្បែក
- បាញ់បញ្ចូលថ្នាំដោយកំលាំងស្មើរយៈពេល៣-៥វិនាទី (ការបាញ់បញ្ចូលតឹង) និងត្រូវពិនិត្យរកមើលលំនឹងនៃស្បែក ។ ទារកអាចនឹងយំក្នុងពេលចាក់ ។ ការចាក់ក្រោមស្បែកដែលពិតប្រាកដជាញឹកញាប់ធ្វើឱ្យក្តៅ និងឡើងប៉ោងនៅក្រោមស្បែកដែលធ្វើឱ្យស្បែកដូចសំបកក្រូច
- ក្រោយពីចាក់រួច ដកម្ជុលចេញនិងសង្កត់ថ្នមៗនៅកន្លែងចាក់ដោយដុំសំឡីស្ងួត ។

៩-១០ ការបង្កើតផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែន

- មានកន្លែងច្រើនដែលអាចបង្កើតផ្លូវបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែន ។ កន្លែងដែលនិយមចាក់មាន :
  - សរសៃវ៉ែនដែលនៅខ្នងដៃ ឬខ្នងប្រអប់ជើង
  - សរសៃវ៉ែនដែលនៅកំភួនដៃ នៅខាងមុខកែងដៃ ឬនៅជុំវិញកជើងឬជង្គង់ (បន្ថយការប្រើសរសៃវ៉ែនជុំវិញជង្គង់ព្រោះបណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដោយម្ជុលប៉ះជាមួយឆ្អឹង)
  - ម្ជុលមានស្លាប
- បើមិនអាចចាក់សរសៃវ៉ែន peripheral បានហើយបើក្នុងស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវប្រើសរសៃវ៉ែនទងផ្ចិត (umbilical vein catheter) ឬចាក់តាមឆ្អឹង (intraosseous line)

ការចាក់សរសៃវ៉ែន Peripheral

សំភារៈ

- ស្រោមដៃស្អាត
- ដុំសំឡីដែលជ្រលក់ដោយសូលុយស្យុង antiseptic
- ទុយោសេរ៉ូមនិងសេរ៉ូម (ប្រើ microdropper បើមាន)
- ម្ជុលដែលមានស្លាបនិង cannula លេខ២៣-២៥ បើត្រូវការចាក់សរសៃដើម្បីបញ្ចូលឈាមត្រូវប្រាកដថា ទំហំម្ជុលធំល្មម [ឧ. លេខ២២] ដូច្នេះឈាមមិនកកនៅក្នុងម្ជុលពេលបញ្ចូល ឈាមទេ
- ម្ជុលដែលមានស្លាប
- Tincture of benzoin / អាល់កុល
- បង់ស្អិត
- ឈើអប

ទំរង់ការ :

- រៀបចំសំភារៈចាំបាច់
- អនុវត្តគោលការណ៍ការបង្ការការចម្លងរោគ

រៀបចំសូលុយស្យុងសម្រាប់ចាក់ ត្រូវប្រាកដថាសេរ៉ូមពេញទុយោសេរ៉ូមនិងគ្មានពពុះខ្យល់ ។ បើប្រើម្ជុលមានស្លាបត្រូវប្រាកដថាទុយោត្រូវបានបំពេញដោយទឹកសេរ៉ូម ។

កំណកខ្យល់តូចៗ (Air embolism) អាចកើតមានយ៉ាងងាយចំពោះទារក ។ ត្រូវប្រាកដថាទុយោសេរ៉ូមត្រូវបានបំពេញដោយ សេរ៉ូម និងគ្មានខ្យល់មុនពេលចាក់បញ្ចូលសរសៃ ។

- លាងដៃនិងពាក់ស្រោមដៃស្អាតសំរាប់ពិនិត្យ
- សំអាតស្បែកដែលនៅពីលើសរសៃវ៉ែនដោយដុំសំឡីដែលជ្រលក់ដោយសូលុយស្យុង antiseptic រួចទុកឱ្យស្ងួត
- ឱ្យជំនួយការចាប់សរសៃដោយសង្កត់លើស្បែកក្បែរសរសៃវ៉ែនដែលត្រូវចាក់:
  - បើចាក់សរសៃវ៉ែននៅប្រអប់ដៃ ប្រអប់ជើង ដៃ ឬជើង ឱ្យជំនួយការប្រើមេដៃនិងចង្អុលដៃដើម្បីច្របាច់ជុំវិញដៃឬជើងដែលត្រូវចាក់ ។

- បើប្រើម្ជុលដែលមានស្លាប ត្រូវឱ្យជំនួយការសង្កត់លើសរសៃវ៉ែន នៅខាងក្រោមកន្លែងដែលត្រូវចាក់ ឬចងរឹតដោយកៅស៊ូជុំវិញក្បាលទារក

- ចាក់ម្ជុលចូលក្នុងស្បែកក្នុងមុំ១៥អង្សា និងដាក់មុខបញ្ឆិតនៃម្ជុលផ្ងារឡើងលើ :
  - បើប្រើម្ជុលដែលមានស្លាប ពេលចាក់ដល់សរសៃវ៉ែន នឹងមានឈាមច្រាលចូលក្នុងទុយោមិនត្រូវរុញម្ជុលទៅមុខទេ ។
  - បើប្រើ cannula :
    - បើឈាមចូលពេញក្បាល cannula ដកម្ជុលចេញបន្តិចទន្ទឹមនឹងបន្តរុញ cannula ចូលក្នុង ។
    - នៅពេលក្បាល cannula ទៅដល់ស្បែកនៃកន្លែងចាក់ត្រូវដកម្ជុលចេញទាំងស្រុង ។
    - បោះចោលម្ជុលទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំនៃការបង្ការការចម្លងរោគ ។
- ឱ្យជំនួយការដកដៃចេញ ឬយកកៅស៊ូសំរាប់ចងចេញ ។
- ភ្ជាប់ទុយោសេរ៉ូមនឹង cannula ឬម្ជុលដែលមានស្លាប :
  - ត្រូវប្រាកដថាមិនមានពពុះខ្យល់នៅក្នុងទុយោសេរ៉ូម
  - បញ្ចូលសេរ៉ូមទៅក្នុងសរសៃក្នុងរយៈពេល២-៣ វិនាទីដើម្បីឱ្យប្រាកដ cannula បានស៊កបញ្ចូលក្នុងសរសៃឈាម ។
  - បើហើមនៅជុំវិញកន្លែងចាក់សរសៃ ត្រូវដកម្ជុលចេញហើយចាក់ម្តងទៀតដោយប្រើសរសៃវ៉ែនផ្សេង ។
- បើចាក់សរសៃវ៉ែននៅប្រអប់ដៃ ដៃ ប្រអប់ជើង ឬជើង ត្រូវឱ្យអវៈយវៈនៅស្ងៀម ប្រើឈើអបដៃហើយបិតដោយបង់ស្អិតដើម្បីកុំឱ្យរង្គើ ។
- ត្រូវធ្វើឱ្យ cannula ឬម្ជុលដែលមានស្លាប មានលំនឹងល្អដោយប្រើបង់ស្អិតបិត ។ បើមាន tincture of benzoin ត្រូវជូតសំអាតស្បែកមុនពេលបិត ។
- ពិនិត្យកន្លែងចាក់រៀងរាល់ម៉ោង :

- រកមើលការឡើងក្រហមនិងហើមនៅជុំវិញកន្លែងចាក់ cannula ដែលសញ្ញានេះបញ្ជាក់ថា cannula មិននៅក្នុងសរសៃវ៉ែន ហើយសេរ៉ូមបានហូរចូលក្នុងជាលិកាក្រោមស្បែក ។ បើឃើញមានក្រហម ឬហើមភ្លាមបិទសេរ៉ូម ដកម្ជុលចេញនិងចាក់ជាថ្មីនៅសរសៃវ៉ែនផ្សេងទៀត ។
- ពិនិត្យមើលបរិមាណសេរ៉ូមដែលបានបញ្ចូលនិងប្រៀបធៀបនឹងបរិមាណដែលត្រូវបញ្ចូលតាមវេជ្ជបញ្ជា ។
- កត់ត្រានូវអ្វីដែលបានរកឃើញ

សូលុយស្យុងដែលមាន Glucose អាចធ្វើឱ្យងាប់ជាលិកាជូរចត់មិនត្រូវអោយជ្រាបចូលទៅក្នុងជាលិកាក្រោមស្បែក ។

- ដូរទុយោសេរ៉ូមនិងថង់/ដបសេរ៉ូមរៀងរាល់ ២៤ម៉ោង ទោះបីនៅមានសេរ៉ូមសល់ក៏ដោយ (ព្រោះអាចជាប្រភពសំខាន់នៃការបង្ករោគ) ។

៤-១១ ការបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាម

- ប្រើទុយោសេរ៉ូមដោយមាន microdropper (1ml=60 microdrops) ។ Microdroppers ជួយក្នុង ការបញ្ចូលសេរ៉ូមយឺតៗនិងប្រាកដថាទារកបានទទួលជាតិទឹកតាមតម្រូវការរបស់វា ។ ប្រើទុយោសេរ៉ូម ធម្មតា(1ml=20 drops) អាចធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដោយសារលើសជាតិទឹក ។
- មុននឹងបញ្ចូលសេរ៉ូមត្រូវពិនិត្យ :
    - ថ្ងៃខែឆ្នាំផុតកំណត់ប្រើរបស់សេរ៉ូម
    - គម្របដប ឬប្លោកសេរ៉ូមមិនរបើក ឬខូច
    - ទឹកសេរ៉ូមថ្លានិងមិនមានកករ
- គណនាល្បឿននៃការបញ្ចូលនិងត្រូវប្រាកដថា microdropper អាចផ្តល់សេរ៉ូមតាមល្បឿនដែលចង់បាន
- ប្តូរទុយោនិងសេរ៉ូមរៀងរាល់ ២៤ម៉ោង ទោះបីជាមានសេរ៉ូមសល់ក៏ដោយ (ព្រោះជាប្រភពសំខាន់នៃការបង្ករោគ)

បរិមាណជាតិទឹកនិងការចិញ្ចឹមក្នុងអំឡុងពេលប៉ុន្មានថ្ងៃដំបូងនៃជីវិត :

- កំណត់ពីបរិមាណជាតិទឹកដែលទារកត្រូវការទៅតាមអាយុរបស់ទារក (សូមមើលតារាងខាងក្រោម)
- ត្រូវដកចេញបរិមាណជាតិទឹកដែលទារកទទួលបានពីបរិមាណជាតិទឹកសរុបដែលទារកត្រូវការប្រចាំថ្ងៃ នោះនឹងដឹងពីបរិមាណសេរ៉ូមដែលត្រូវផ្តល់ ។
- ត្រូវកែតម្រូវបរិមាណជាតិទឹកដោះនិង/ឬជាតិទឹកទៅតាមអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗដែលបានធ្វើ(ឧ បើទារកបានដាក់ក្រោមអំពូលកំដៅ ឬទទួលការព្យាបាលដោយពន្លឺ ត្រូវបង្កើនបរិមាណទឹកដោះ ឬជាតិទឹកចំនួន 10% នៃបរិមាណទឹកសរុបប្រចាំថ្ងៃពីព្រោះការបាត់បង់ជាតិទឹក តាមស្បែកកើនឡើង ។
- គិតបរិមាណសរុបជា មីលីលីត្រក្នុងមួយម៉ោង 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 +

ទឹកដោះនិងជាតិទឹកដែលត្រូវផ្តល់សំរាប់ទារកតូច

ទារកតូច (ទំងន់តិច) មានតម្រូវការបរិមាណទឹកដោះនិងជាតិទឹកខុសពីទារកទំងន់ធម្មតាដោយផ្អែកទៅតាមស្ថានភាពនិងទំងន់របស់ពួកគេ ។

សូមមើលទៅតាមចំណាត់ថ្នាក់ខាងក្រោមដើម្បីកំណត់ពីបរិមាណជាតិទឹកសរុបប្រចាំថ្ងៃត្រឹមត្រូវសំរាប់ទារក ។

ទារកដែលមិនមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ

ទម្ងន់ 1.75 - 2.5 kg

- ឱ្យទារកចាប់ផ្តើមបៅដោះម្តាយ បើទារកមិនអាចបៅបានត្រូវផ្តល់ទឹកដោះ ច្របាច់តាមវិធីណាមួយ ។ ប្រើតារាងខាងលើដើម្បីកំណត់ពីបរិមាណទឹកដោះ ដែលត្រូវផ្តល់ដោយយោងទៅតាមអាយុទារក ។

ទម្ងន់ 1.5 - 1.749 kg

- ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមវិធីណាមួយ រៀងរាល់៣ម៉ោងតាមតារាងខាងក្រោមរហូតដល់ទារកអាចបៅបាន ។

បរិមាណទឹកដោះសំរាប់ទារកទម្ងន់ 1.5 - 1.749 kg ហើយទារកមិនមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
បរិមាណទឹកដោះដែលត្រូវផ្ដល់រៀងរាល់៣ម៉ោង (ml/feed)	12	18	22	26	30	33	35

ទម្ងន់ 1.25 - 1.49 kg

- ផ្ដល់ទឹកដោះច្របាច់តាម ទុយោក្រពះរៀងរាល់៣ម៉ោងទៅតាមតារាងខាងក្រោម ។
- ប្ដូរការផ្ដល់ទឹកដោះដោយពែង/ស្លាបព្រានៅពេលណាទារកណាលេបដោយគ្មានក្អក ឬហៀរចេញ ។

បរិមាណទឹកដោះសំរាប់ទារកទម្ងន់ 1.25 - 1.49 kg ហើយទារកមិនមាន ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	2	3	4	5	6	7
បរិមាណទឹកដោះដែលត្រូវផ្ដល់រៀងរាល់៣ម៉ោង (ml/feed)	10	15	18	22	26	28	30

ទារកទំងន់តិចជាង 1.25 kg

- ចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃនិងផ្ដល់ជាតិទឹកទៅតាមតារាងខាងក្រោម ក្នុងអំឡុង៤៨ម៉ោងដំបូង ។
- ផ្ដល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះរៀងរាល់២ម៉ោង ដោយចាប់ផ្ដើមពីថ្ងៃទី៣ឬលើសពីនេះ ។ បើស្ថានភាពទារកមិនមានលំនឹងនិង បន្ថយបរិមាណជាតិទឹកតាមសរសៃ បន្តិចម្ដង១ទន្ទឹមនឹងបង្កើន បរិមាណទឹកដោះផ្ដល់តាមមាត់ទៅតាមតារាងខាងក្រោម ។

បរិមាណជាតិទឹកនិងទឹកដោះសំរាប់ទារកទាំងអស់ដែលមានទំងន់តិចជាង 1.25 kg

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
ល្បឿនសេរ៉ូមដែលត្រូវផ្ដល់ (ml/hour ឬ microdrops/នាទី)	**4**	**4**	**3**	**3**	**2**	**2**	**0**
បរិមាណទឹកដោះរៀងរាល់ ៣ម៉ោង (ml/feed)	**0**	**0**	**3**	**5**	**8**	**11**	**15**

ទារកឈឺ

ទម្ងន់ 1.75 - 2.5 kg

- បើដំបូងទារកមិនត្រូវបានផ្តល់សេរ៉ូម ត្រូវឱ្យទារកចាប់ផ្តើមបៅដោះម្តាយ ។ បើទារកមិនអាចបៅបាន ត្រូវផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមវិធីណាមួយ ។ កំណត់ពីបរិមាណទឹកដោះសំរាប់ផ្តល់ដោយផ្អែកលើអាយុទារក ។
- បើទារកត្រូវបញ្ចូលសេរ៉ូមៈ
    - ត្រូវរៀបចំចាក់សរសៃ (ទំព័រ ៣៣៤) និងផ្តល់សេរ៉ូមក្នុង២៤ម៉ោងដំបូង (មើលតារាងខាងក្រោម) ។
    - ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមវិធីណាមួយ រៀងរាល់៣ម៉ោងម្តងដោយចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី២ ឬក្រោយពីនេះបើស្ថានភាពទាកមិនទាន់មានស្ថេរភាពនៅឡើយ ហើយបន្ថយបន្តិចម្តង១នូវបរិមាណសេរ៉ូមទន្ទឹមនឹងការបង្កើនបរិមាណទឹកដោះតាមមាត់ដោយផ្តល់ទៅតាមតារាងខាងក្រោម ។

បរិមាណសេរ៉ូមនិងទឹកដោះសម្រាប់ផ្តល់ចំពោះទារកឈឺហើយមានទម្ងន់ 1.75 kg - 2.5 kg

	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 1.5 - 1.749 kg

- ចាក់សរសៃ (ទំព័រ ៣៣៤) និងផ្តល់សេរ៉ូមក្នុង ២៤ម៉ោងដំបូង (មើលតារាងខាងក្រោម) ។
- ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះ (ទំព័រ ៣១៩) រៀងរាល់៣ម៉ោងម្តងដោយចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី២ ឬលើសពីនេះបើស្ថានភាពទារកមិនទាន់មានស្ថេរភាពហើយត្រូវបន្ថយបរិមាណសេរ៉ូមយឺត១ ទន្ទឹមនឹងការបង្កើនបរិមាណទឹកដោះតាមតារាងខាងក្រោម ។
- ត្រូវប្តូរមកផ្តល់ទឹកដោះដោយពែង/ស្លាបព្រាភ្លាមនៅពេលដែលទារកអាចលេបបានដោយមិនមានក្អកឬហៀរចេញ ។

តារាង បរិមាណសេរ៉ូមនិងទឹកដោះសម្រាប់ទារកឈឺដែលមានទម្ងន់ 1.5 kg - 1,749 kg

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	2	3	4	5	6	7
ល្បឿនសេរ៉ូមដែលត្រូវផ្តល់ (**ml/hour** ឬ **microdrops**/នាទី)	4	4	3	2	2	0	0
បរិមាណទឹកដោះរៀងរាល់ ៣ម៉ោង (ml/feed)	0	6	13	20	24	33	35

ទម្ងន់ 1.25 - 1.49 kg

- ចាក់សេរ៉ូម (ទំព័រ ៣៣៤) និងផ្តល់សេរ៉ូមក្នុង២៤ម៉ោងដំបូង (មើលតារាងខាងក្រោម)។
- ផ្តល់ទឹកដោះច្របាច់តាមទុយោក្រពះ (ទំព័រ ៣១៩) រៀងរាល់៣ម៉ោងម្តងដោយចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី២ ឬលើសពីនេះបើស្ថានភាពទារកមិនទាន់មានស្ថេរភាព និងត្រូវបន្ថយបរិមាណសេរ៉ូមបន្តិចម្តងៗ ទន្ទឹមនឹងការបង្កើន បរិមាណទឹកដោះតាមមាត់តាមតារាងខាងក្រោម។
- ប្តូរមកផ្តល់ទឹកដោះដោយពែង/ស្លាបព្រាភ្លាមនៅពេលណាទារកអាចលេបដោយមិនក្អកឬហៀរចេញ។

បរិមាណសេរ៉ូមនិងទឹកដោះសំរាប់ទារកឈឺនិងមានទម្ងន់ 1.25 kg - 1.49 kg

	អាយុ (គិតជាថ្ងៃ)						
	1	2	3	4	5	6	7
ល្បឿនសេរ៉ូមដែលត្រូវផ្តល់ (ml/hour ឬ microdrops/នាទី)	3	3	3	2	2	0	0
បរិមាណទឹកដោះរៀងរាល់ ៣ម៉ោង (ml/feed)	0	6	9	16	20	28	30

ទម្ងន់តិចជាង 1.25 kg

ផ្តល់ទឹកដោះនិងសេរ៉ូមដូចពិពណ៌នាចំពោះទារកមិនឈឺដែលមានទំងន់តិចជាង **1.25 kg** ។

៤-១៧ ការបញ្ចូលឈាម

ការតាមដានទារកដែលត្រូវបានបញ្ចូលឈាម

- រាល់ការបញ្ចូលឈាមទាំងអស់ ត្រូវតាមដានទារកគ្រប់ដំណាក់កាល :
  - មុនចាប់ផ្ដើមបញ្ចូលឈាម
  - នៅពេលចាប់ផ្ដើមបញ្ចូលឈាម
  - រៀងរាល់៥នាទីម្ដងនៅ១៥នាទីដំបូង ក្រោយចាប់ផ្ដើមបញ្ចូលឈាម
  - យ៉ាងតិចរៀងរាល់ម៉ោងក្នុងអំឡុងពេលបញ្ចូលឈាម
  - រៀងរាល់៤ម៉ោងម្ដងក្នុង ២៤ក្រោយពីបញ្ចូលឈាម

ត្រូវតាមដានទារកឱ្យជាប់លាប់ក្នុង ១៥នាទីដំបូង និងឱ្យទៀងទាត់ក្រោយការបញ្ចូលឈាមដើម្បីរកសញ្ញានៃប្រតិកម្មនឹងការបញ្ចូលឈាម

- នៅគ្រប់ដំណាក់កាលទាំងនេះត្រូវកត់ត្រាព័ត៌មានខាងក្រោមដោយចូលក្នុងតារាងតាមដានទារក :
  - ស្ថានភាពទូទៅ
  - សីតុណ្ហភាព
  - ចង្វាក់បេះដូង
  - ចង្វាក់ដង្ហើម
  - តុល្យភាពទឹក (បរិមាណជាតិទឹកផ្ដល់តាមមាត់ តាមសេរ៉ូម និងទឹកនោម)
- បន្ថែមពីនេះ កត់ត្រា :
  - ម៉ោងដែលចាប់ផ្ដើមនិងពេលដែលការបញ្ចូលឈាមចប់សព្វគ្រប់
  - បរិមាណនិងប្រភេទនៃឈាមដែលបានបញ្ចូលទាំងអស់
  - លេខប្លោកឈាមដែលបានបរិច្ចាកហើយបានបញ្ចូល
  - រាល់ផលវិបាកនានាដែលកើតមាន.

បញ្ចូលឈាម

- ពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍នៃការបញ្ចូលឈាម

- បើមិនទាន់មានផ្លូវបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃទេ ត្រូវចាក់សរសៃ
- មុនពេលចាប់ផ្ដើមបញ្ចូលឈាម (គួរមានបុគ្គលិកជំនួយម្នាក់ទៀតបើមាន) ត្រូវពិនិត្យដើម្បីឱ្យប្រាកដថា :
  - ប្រភេទឈាមសមស្របនឹងទារក និងបានកត់ត្រាច្បាស់ ហើយបានធ្វើតេស្ត (matched against) ជាមួយឈាមម្ដាយនិងឈាមទារក។ ក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រើឈាមប្រភេទ Rh-negative
  - ប្លោកឈាមមិនត្រូវបានបើកឬមិនធ្លាយ
  - ប្លោកឈាមមិនបានយកចេញក្រៅទូទឹកកករយៈពេលលើសពី២ម៉ោង ប្លាស្មាមិនមានពណ៌ផ្កាឈូក គ្រាប់ឈាមក្រហមមិនឡើងពណ៌ស្វាយឬខ្មៅនិងមិនកក។
  - ផ្លូវចាក់តាមសរសៃមិនតេ្សត និងម្ជុលដែលប្រើធំល្មម (ឧ.លេខ២២) ដូច្នេះឈាមមិនកកនៅក្នុងម្ជុលពេលដែលបញ្ចូលឈាម។
- កត់ត្រាកំដៅខ្លួន ចង្វាក់បេះដូងនិងចង្វាក់ដង្ហើមទារក
- យកគំរបការពារប្លោកឈាមចេញដោយមិនឱ្យប៉ះនៅរង្វង់មាត់ដប/ប្លោកឈាមនិងភ្ជាប់ទៅនឹងទុយោបញ្ចូលឈាម។
- ដោះដង្កៀបកៀបនៅទុយោសេរ៉ូម ដើម្បីឱ្យឈាមហូរបំពេញដល់ចុងទុយោ បន្ទាប់មកបិទ/កៀបទុយោ
- ផ្ដាច់ទុយោសេរ៉ូមរួចភ្ជាប់ ទុយោបញ្ចូលឈាមជាបន្ទាន់
- បញ្ចូលឈាមទាំងអស់ដោយល្បឿន20 ml/kg នៃទំងន់ក្នុងរយៈពេល៤ម៉ោង
- តាមដានកំដៅខ្លួនទារកនិងចង្វាក់ដង្ហើមនិងបន្ថយល្បឿននៃការបញ្ចូលមកត្រឹមពាក់កណ្ដាលនៅពេលដែលទារកមានភាពប្រសើរឡើង។

មិនត្រូវទុកប្លោកឈាមដែលព្យួរ ដើម្បីបញ្ចូលឱ្យលើសពី៤ម៉ោង

- ប្រើ infusion device ដើម្បីគ្រប់គ្រងល្បឿននៃការបញ្ចូលឈាមបើមាន
- ត្រូវប្រាកដថាល្បឿនឈាមសមស្រប
- នៅពេលដែលការបញ្ចូលឈាមបានចប់សព្វគ្រប់ ត្រូវវាយតម្លៃទារកម្ដងទៀត។ បើតម្រូវឱ្យមានការបញ្ចូលឈាមទៀត ត្រូវបញ្ចូលដោយល្បឿនដូចគ្នានិងបរិមាណដូចគ្នា។

៨-១៣ ការចាក់បូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នង

ការចាក់បូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នង ប្រើសម្រាប់ធ្វើការបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យនៅពេលទារកមានសញ្ញារលាកស្រោមខួរ ។ ចៀសវាងការចាក់បូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នង ប្រសិនបើទារកមាន spina bifida/ meningomyelocoele

សម្ភារៈ

- ស្រោមដៃសម្រាប់ពិនិត្យ
- ស្រោមដៃស្តេរីល
- ក្រណាត់ស្តេរីល
- ដុំសំឡីសម្រាប់ជ្រលក់ក្នុងសូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
- ម្ជុលចាក់ឆ្អឹងខ្នង ឬម្ជុលចាក់សរសៃ (លេខ២២-២៤)
- បំពង់សម្រាប់ដាក់ទឹកឆ្អឹងខ្នង
- ដុំសំឡីស្ងួត
- បង់បិតដំបៅ

ទម្រង់ការ :

- រៀបចំសង្គ្រោះទារកដោយប្រើបាឡុងនិងម៉ាស់ ប្រសិនបើចាំបាច់ (មើលទំព័រ ១០៩)
- ដាក់សម្ភារៈក្បែរខ្លួន
- ដាក់ទារកនៅក្រោមពន្លឺនិងមានកំដៅ បើអាចធ្វើបាន ។ នៅពេលរៀបចំរួចត្រូវដោះសម្លៀកបំពាក់ទារកចេញ
- អនុវត្តតាមគោលការណ៍ការការពារការចម្លងរោគនិងបច្ចេកទេស រាសេផេតិច
- រៀបស្ថានភាពទារក :

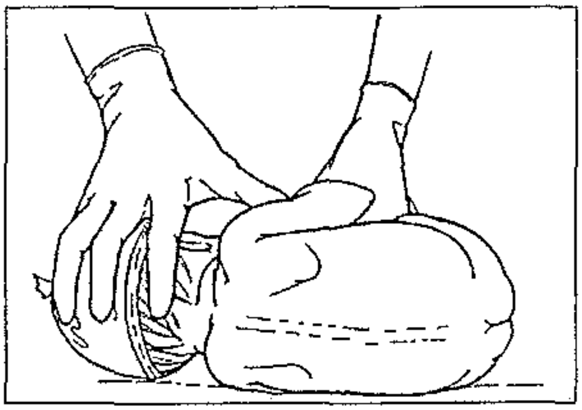
    * ត្រូវមានជំនួយការម្នាក់ជួយដាក់ទម្រង់ទារក :

        - ដាក់ជើងទារកឱ្យត្រង់ ហើយខ្នងរាងកោង
        - ប្រាកដថា កទារកត្រូវបានលាតសន្ធឹងមួយផ្នែកនិងមិនបត់ទៅរកទ្រូងទេដែលអាចធ្វើឱ្យស្ទះផ្លូវដង្ហើម ។

ទម្រង់អង្គុយសម្រាប់ចាក់បូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នង

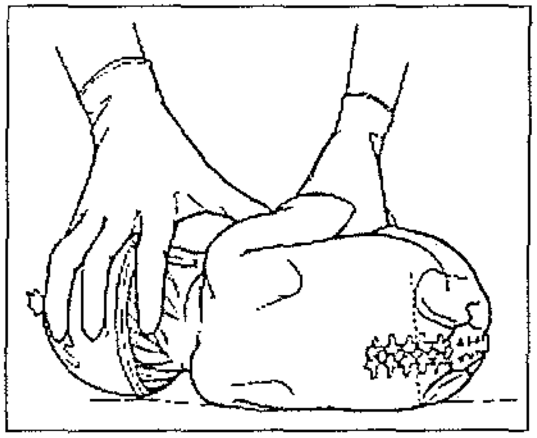
* ម្យ៉ាងទៀតអាចដាក់ទារកផ្អែកនៅចំហៀងណាមួយនៃមុខអ្នកជំនួយការដែលងាយស្រួល ភាគច្រើននៅចំហៀងខាងស្តាំ

- រៀបស្ថានភាពទារក ត្រូវដាក់ខ្នងទារកបែរទៅរកគែមតុងាយស្រួលក្នុងការចាក់
- ជំនួយការដាក់ដៃម្ខាងពីក្រោយក្បាលនិងកទារក ហើយដៃម្ខាងទៀតកាន់ពីក្រោយភ្លៅទារកដើម្បីឱ្យឆ្អឹងខ្នងមានទម្រង់កោង
- ប្រាកដថាកទារកត្រូវបានលាតសន្ធឹងមួយផ្នែកនិងមិនបត់ទៅរកទ្រូងដែលអាចធ្វើឱ្យស្ទះផ្លូវដង្ហើម ។



ទម្រង់ផ្តេកសម្រាប់ចាក់បូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នង

- លាងដៃរួចពាក់ស្រោមដៃសម្រាប់ពិនិត្យ
- រៀបចំកន្លែងចាក់ ហើយធ្វើការចំណាំ រួចលាងសម្អាតពីក្នុងទៅក្រៅដោយប្រើដុំសំឡីជ្រលក់សូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក ។ ធ្វើរបៀបដដែលនេះដោយប្រើដុំសំឡីថ្មីរហូតដល់ស្ងួត ។
- កំណត់កន្លែងចាក់នៅចន្លោះឆ្អឹងចង្កេះទី៣និងទី៤ (ឧ នៅកន្លែងជួបគ្នារវាង iliac crests ដូចក្នុងរូប)



ទីកន្លែងចាក់ឆ្អឹងខ្នង

- ដោះស្រោមដៃពិនិត្យចេញ រួចពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល
- គ្របក្រណាត់ស្តេរីលលើខ្លួនទារក ដោយទុកតែកន្លែងចាក់ឆ្អឹងខ្នងប៉ុណ្ណោះ
- ស៊កបញ្ចូលម្ជុលក្នុងចន្លោះឆ្អឹងខ្នងតម្រង់ទៅរកផ្ចិតទារក
- រុញម្ជុលថ្នមៗជម្រៅ១ស.ម ឬតិចជាង១ស.មប្រសិនបើទារកតូចទម្ងន់តិចជាង ២.៥គ.ក្រ ឬកើតមុន៣៧ សប្តាហ៍ ។ អ្នកនឹងមានអារម្មណ៍ដឹងនៅពេលម្ជុលបានចូលទៅដល់ចន្លោះឆ្អឹងកងខ្នង
- ប្រសិនបើប្រើម្ជុលសម្រាប់ឆ្អឹងខ្នងត្រូវដកចេញ stylet
- ប្រសិនបើម្ជុលប៉ះឆ្អឹងខ្នង ម្ជុលមិនអាចប្តូរទិសបានទេ ត្រូវដកម្ជុលថយក្រោយកុំឱ្យផុតស្បែកហើយរុញចូលម្តងទៀតថ្នមៗ ដោយតម្រង់ទិសទៅលើបន្តិចសំដៅទៅរកផ្ចិតទារក
- បូមយកទឹកឆ្អឹងខ្នង :
    - បូមយក០.៥ ទៅ១ម.ល (ប្រហែល៦-១០តំណក់) នៃទឹកឆ្អឹងខ្នងក្នុងបំពង់មួយៗ
    - ប្រសិនបើទឹកឆ្អឹងខ្នងមិនចេញ ត្រូវបង្វិលម្ជុលបន្តិច
    - ប្រសិនបើនៅតែមិនចេញ ដកម្ជុលចេញ ហើយចាក់ម្តងទៀតចន្លោះឆ្អឹងចង្កេះទី៤និងទី៥

- ប្រសិនបើមានឈាមនៅក្នុងទឹកឆ្អឹងខ្នង នៅពេលម្ជុលឆ្លងកាត់បំពង់ឆ្អឹងខ្នងដែលបណ្ដាលឱ្យមានឈាម ។ ប្រសិនបើទឹកឆ្អឹងខ្នងមិនថ្លាបូមសម្រាប់តែធ្វើការបណ្តុះនិង sensitivity
- ក្រោយពីបូមទឹកឆ្អឹងខ្នងរួចត្រូវដកម្ជុលចេញ
- ត្រូវមានជំនួយការម្នាក់ធ្វើការសង្កត់ថ្នមៗនៅកន្លែងចាក់ដោយប្រើដុំសំឡីរហូតដល់ឈាមឬទឹកឈប់ចេញ
- បិទកន្លែងចាក់ដោយប្រើបង់ស្អិត ។

ឧបសម្ព័ន្ធ

១- បរិក្ខារនិងសម្ភារៈសម្រាប់ការថែទាំផ្ទៃពោះ 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) • Light source • Heat source • Room thermometer
Hand Washing
• Clean water supply • 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
Sterilization
• Instrument sterilizer • Jar for forceps • Forceps Intermediary
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 • 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 • Suction bulb • Cord clamp or tie • Sterile blade 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)
- 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
- 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
- Implants
- IUDs
- Combined oral contraceptives
- Combine injectables

២-ឱសថសម្រាប់ការថែទាំផ្ទៃពោះការសម្រាលកូនក្រោយសម្រាលនិងការថែទាំទារកទើបកើត

Drugs

- Oxytocin
- Ergometrine
- Magnesium sulphate
- Calcium gluconate
- Diazepam
- Hydralazine
- Ampicillin
- Gentamycin
- Penicillin
- Metronidazole
- Benzathine 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
- 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 $MgSO_4$

៣-ឱសថ និងបរិក្ខាសម្រាប់ការវះកាត់ផ្នែកសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់ ថ្នាំសណ្តំនិងការបញ្ចូលឈាម

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

Kinzie B and Gomaz P. *Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers.* Jhpiego/Maternal and Neonatal Health (MNH) Program, Baltimore, MD 2004.

Ministry of Health, National Maternal Child Health Centre. *Safe Motherhood Clinical Management Protocols, Health Centre.* 1st Edition, September 1999.

Ministry of Health, National Maternal Child Health Centre. *Safe Motherhood Clinical Management Protocols, Referral Hospital.* 1st Edition. September 1999.

Ministry of Health, National Maternal Child Health Centre. *Safe Motherhood Assessment and Management Protocols, Health Centre* (Pocket Guide).

Ministry of Health, National Maternal Child Health Centre. *Safe Motherhood Assessment and Management Protocols, Referral Hospital* (Pocket Guide).

Ministry of Health, National Maternal Child Health Centre. *Guidelines on Minimum Package of Activities for Health Centre Development. 2008-2015.* December 2007.

Ministry of Health, National Maternal Child Health Centre. *Guidelines on Minimum Package of Activities for Referral Hospital Development. 2006-2010.* December 2006.

Ministry of Health, National Maternal and Child Health Centre. National Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. 2nd Edition, September 2005.

Ministry of Health, National Maternal and Child Health Centre, *Comprehensive Abortion Care Protocol.* DRAFT September 2008.

Ministry of Health, National Nutrition Program, National Maternal and Child Health Centre. *National Guidelines for the Use of Iron Folate Supplementation to Prevent and Treat Anaemia in Pregnant and Postpartum Women*. August 2007.

Ministry of Health, National Nutrition Program, National Maternal and Child Health Centre. *National Vitamin A Policy Guidelines*. Revised 2007.

Ministry of Health, National Centre for Parasitology, Entomology and Malaria Control. *National Treatment Guideline for Malaria.* November 2004.

Ministry of Health, Health Sector Support Project/UNFPA/National Reproductive Health Project. *Guideline for Referral System in Cambodia.* March 2004.

Ministry of Health, National Maternal and Child Health Centre, National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STI. *National Policies and Strategies for Prevention and Care of Sexually Transmitted and Reproductive Tract Infections.* January 2007.

World Health Organization. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice.* Geneva 2006.

World Health Organization. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva* 2000.

World Health Organization. Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. *Geneva* 2003.

World Health Organization. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems.* Geneva 2003.

World Health Organization. *The Global Elimination of Congenital Syphilis: Rationale and Strategy for Action.* Geneva 2007.

WHO Technical Report Series 933: *The Selection and Use of Essential Medicine (Report of the WHO Expert Committee, 2005).*