ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

ការបណ្តុះបណ្តាលឆ្លងមណ្ឌលសុខភាព

អំពីការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលនិងពេលសម្រាល

សៀវភៅណែនាំស្តីអំពីការវាយតម្លៃដំបូង

ខែមករា ឆ្នាំ២០២០

អារម្ភកថា

ការមានផ្ទៃពោះ និងការសម្រាលកូន គឺជាដំណើរការសរីរសាស្ត្រមួយដែលមានជាយូរលង់ណាស់មកហើយ តាំងពីមនុស្សបានកកើតមក។ ដំណើរការដែលផ្តើមពីការមានផ្ទៃពោះ រហូតដល់ពេលសម្រាលដោយសុវត្ថិភាព ពិតជាមានតម្លៃ និងមានអត្ថន័យណាស់ សម្រាប់ស្ត្រីដែលនឹងក្លាយជាមាតា ក៏ដូចជាសម្រាប់ទារកទើបកើត និងសម្រាប់គ្រួសារទាំងមូល។ ជាទូទៅ ជំហាន និងដំណាក់កាលនៃការសម្រាលកូននិមួយៗប្រព្រឹត្តទៅដូចគ្នា តែដំណើរការវិវត្តន៍នៃការសម្រាលកូនមានភាពប្លែកគ្នាពីស្ត្រីម្នាក់ទៅស្ត្រីម្នាក់ទៀត។

ការលើកកម្ពស់សុខភាពមាតា ទារក និងកុមារ ជាអន្តរាគមន៍អទិភាព និងចម្បងនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។ ក្នុងរយៈពេលជាងពីរទសវត្សរ៍កន្លងមកនេះ ប្រទេសកម្ពុជាទទួលបានជោគជ័យ និងសម្រេចបានតាមគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ទី៤ និងទី៥ ក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតាពី១០២០នាក់នៅឆ្នាំ១៩៩០ មកនៅ១៧០នាក់ក្នុងកំណើតរស់១សែននាក់នៅឆ្នាំ២០១៤ និងកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពទារកទើបកើតពី៣៧នាក់នៅឆ្នាំ២០០០ មកនៅ១៨នាក់ក្នុងកំណើតរស់១ពាន់នាក់នៅឆ្នាំ២០១៤។ ប៉ុន្តែបច្ចុប្បន្ននេះកម្ពុជាត្រូវប្រឹងឱ្យកាន់តែខ្លាំងថែមទៀត ដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពនៅឆ្នាំ២០៣០។ ដើម្បីឱ្យការសម្រាលកូនមានសុវត្ថិភាពនិងជួយសង្គ្រោះជីវិតមាតានិងទារកបាន យើងបានខិតខំអស់លទ្ធភាពក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវស្ថានភាពសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបកើត (EmONC)ពិសេសសម្រាប់អន្តរាគមន៍នៅពេលមានការសម្រាលកូនមានផលវិបាក។ ជាមួយគ្នានេះយើងត្រូវធ្វើឱ្យប្រសើរ និងយកចិត្តទុកដាក់លើគុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់ការសម្រាលកូនធម្មតា/គ្មានផលវិបាកដែលជាទូទៅមានប្រមាណជា៨០%នៃការសម្រាលទាំងអស់។ ការតាមដានវាយតម្លៃដោយយកចិត្តទុកដាក់ដោយឆ្មបជំនាញលើស្ថានភាពសុខភាពទាំងមាតាទាំងទារក និងការតាមដានការវិវត្តជាបន្តបន្ទាប់រហូតដល់ការសម្រាលកូន ជាការចាំបាច់ណាស់។ សកម្មភាព និងការសង្កេតប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈ នឹងជួយឱ្យរកឃើញទាន់ពេលវេលានូវករណីមិនធម្មតា/មានផលវិបាក គាំទ្រការវិវត្តនៃការសម្រាលឱ្យប្រព្រឹត្តទៅធម្មតា ជួយបញ្ចៀសផលវិបាកឬការធ្វើអន្តរាគមន៍មិនចាំបាច់នានា។

សៀវភៅណែនាំនេះ បង្ហាញឱ្យឆ្មបជំនាញចេះអំពីការវាយតម្លៃដំបូងលើស្ថានភាពស្ត្រី/ទារកដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍វាយតម្លៃដំបូង(តារាងវាយតម្លៃIAS) នៅពេលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមកដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដើម្បីសម្រាលកូន។ ខ្ញុំសង្ឃឹមថាសៀវភៅណែនាំនេះ នឹងជួយដល់ការពង្រឹងគុណភាពសេវា និងជួយលើកកម្ពស់សុខភាពមាតា ទារក និងកុមារនៅកម្ពុជា។

រាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ ព.ស ២៥៦៣

ត្រូវនឹងថ្ងៃ ទី ខែ ឆ្នាំ ២០២០

សាស្ត្រាចារ្យ អេង_ហួត

រដ្ឋលេខាធិការ

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

សៀវភៅណែនាំនេះត្រូវបានរៀបរៀងជាដំបូងដោយសមាជិកគ្រូបង្គោលនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ គាំពារមាតា និងទារក (NMCHC) ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដោយមានការគាំទ្រ បច្ចេកទេសពីទីភ្នាក់ងារសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិជប៉ុន (JICA) គម្រោងលើកកម្ពស់ការថែទាំបន្តនៅកម្ពុជាផ្តោតលើការថែទាំស្ត្រីនិងទារកក្នុងពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល (គម្រោងIINeoC) ។ ក្រសួងសុខាភិបាល អរគុណ យ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះការណែនាំ បច្ចេកទេស ពីសមាគមន៍ផ្នែកសម្ភពនិងរោគស្ត្រីនៅកម្ពុជា (SCGO) ។

មាតិកា

អារម្ភកថា
សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ
សទ្ទានុក្រម
ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃតារាងវាយតម្លៃដំបូង
ជំពូកទី ១ ករណីបញ្ជូនបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ 3
១-១. កម្រិតស្មារតី 4
១-២. ផ្លូវខ្យល់ និងការដកដង្ហើម 7
១-៣. សញ្ញាស្តុក 9
១-៤. សញ្ញាជីវិតមិនធម្មតា-ការលើសសម្ពាធឈាមអប្បបរមា 13
១-៥. សញ្ញាជីវិតមិនធម្មតា - គ្រុនក្តៅ 15
១-៦. សញ្ញាជីវិតមិនធម្មតា - ការធ្លាក់ឈាម 17
១-៧. ការបង្ហាញមិនធម្មតា 18
ជំពូកទី២ ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី 19
២-១. ការធ្លាក់ឈាម 20
២-២. ជ្រាបទឹកភ្លោះតាមទ្វារមាស 22
២-៣. ស្បូនកន្ត្រាក់ និងការឈឺពោះសម្រាល 25
២-៤. ចលនាទារកក្នុងផ្ទៃ 28
ជំពូកទី៣ ព័ត៌មានទូទៅ និងប្រវត្តិសម្ភពរបស់ស្ត្រី 29
៣-១. អាយុនៃគភ៌ពេលចូលសម្រាកពេទ្យ 30
៣-២. កម្ពស់ស្បូននៅពេលចូលសម្រាកពេទ្យ 34
៣-៣. អាយុស្ត្រី 38
៣-៤. ចំនួនផ្ទៃពោះ ចំនួនសម្រាល ចំនួនរលូតឬរំលូត 40
៣-៥. ចំនួនទារកក្នុងផ្ទៃ 42
៣-៦. កម្ពស់ស្ត្រី 43
៣-៧. ភាពស្លេកស្លាំង 45
៣-៨-១. ការបង្ករោគ- មេរោគអេដស៍ (HIV) 47
៣-៨-២. ការបង្ករោគ - មេរោគស្វាយ 49
៣-៩-១. ប្រវត្តិនៃផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន - ការធ្លាក់ឈាមមុនសម្រាល 51
៣-៩-២. ប្រវត្តិនៃផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន - ការលើសសម្ពាធឈាម 51

៣-១០. ប្រវត្តិនៃការសម្រាលនៃផ្ទៃពោះមុន 53
៣-១១. ប្រវត្តិជំងឺទូទៅ 55
ជំពូកទី៤ ការសង្កេតមើលស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃ 56
៤-១. សណ្ឋាន ទម្រង់បង្ហាញ និងការបង្ហាញរបស់ទារក 57
៤-១-១. សណ្ឋាន និង ទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក 57
៤-១-២. ការបង្ហាញរបស់ទារកក្នុងទម្រង់បង្ហាញកំពូលក្បាល 65
៤-២. ស្ថានភាពសុខភាពរបស់ទារកក្នុងផ្ទៃៈ 71
៤-២-១. ចង្វាក់បេះដូងទារក (FHR)/BCF 71
៤-២-២. ទឹកភ្លោះ 75
ជំពកទី ៥ ការប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្ត ការឈឺពោះសម្រាល 77
៥-១. ៤Ps - កម្លាំង ផ្លូវឆ្លងកាត់ អ្នកធ្វើដំណើរនិង ផ្លូវចិត្ត 78
៥-២. កំណត់ពីដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល 80
៥-៣. អនុវត្តការប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តនៃការឈឺពោះសម្រាល 83
៥-៤. ការប៉ាន់ប្រមាណរយៈពេលនៃការឈឺពោះសម្រាល 92
៥-៥. ស្ថានភាពដែលត្រូវពិចារណា 93
ជំពូកទី ៦ ការសង្កេតមើលស្ថានភាពម្តាយ 94
៦-១. សម្ពាធឈាម 95
៦-២. សញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម 98
៦-៣. ជីពចរ 99
៦-៤. សីតុណ្ហភាពរាងកាយ 101
៦-៥. ការពិនិត្យទឹកនោម 104
៦-៦. ការធ្លាក់ឈាម 107
៦-៧. ស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត 110
ឧបសម្ព័ន្ធ ១ 112
ឧបសម្ព័ន្ធ ២ 118
ឧបសម្ព័ន្ធ ៣ 121
ឯកសារយោង 123
សមាជិករៀបរៀងនិងប្រែសម្រួលសៀវភៅណែនាំនេះ: 125

សន្ទានុក្រម

ពាក្យកាត់

ANC	ការពិនិត្យផ្ទៃពោះ
BP	សម្ពាធឈាម
CPD	វិសមាមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្ដាយ
EDD	កាលបរិច្ឆេទសម្រាលរពឹងទុក
FHR	ចង្វាក់បេះដូងកូន
Hb	អេម៉ូក្លូប៊ីន
HIV	មេរោគដែលបង្កឱ្យកើតជាជំងឺអេដស៍
IA	ការវាយតម្លៃដំបូង
IAS	តារាងវាយតម្លៃដំបូង
IM	ចាក់តាមសាច់ដុំ
IV	ចាក់តាមសរសៃវ៉ែន
LOA	អុកស៊ីពុតមុខឆ្វេង
LOP	អុកស៊ីពុតក្រោយឆ្វេង
LOT	អុកស៊ីពុតទទឹងឆ្វេង
LMP	រដូវចុងក្រោយ
MAS	បញ្ហាផ្លូវដង្ហើមពេលទារកដកដង្ហើមចូលលាមក៍ព្រៃ
MgSO4	ថ្នាំម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត
NS	សេរ៉ូមប្រៃ
OA	អុកស៊ីពុតមុខ
OP	អុកស៊ីពុតក្រោយ
OT	អុកស៊ីពុតទទឹង
PPH	ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល
PROM	បែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនឈឺពោះសម្រាល

RPR test	តេស្តពិនិត្យរកមេរោគស្វាយ
ROA	អុកស៊ីពុតមុខស្តាំ
ROP	អុកស៊ីពុតក្រោយស្តាំ
ROT	អុកស៊ីពុតទទឹងស្តាំ
SI	របៀបគណនាស្មុក
STI	ជំងឺបង្ករោគឆ្លងតាមផ្លូវភេទ
WHO	អង្គការសុខភាពពិភពលោក

និដ្ឋភាពទូទៅនៃតារាងវាយតម្លៃដំបូង

តើអ្វីទៅជា <ការវាយតម្លៃដំបូង> ?

តួនាទីរបស់ឆ្មបនៅមណ្ឌលសុខភាពគឺផ្តល់ការថែទាំដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើតជាបន្តបន្ទាប់រហូតដល់គេទាំងអស់គ្នា ស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពធម្មតា ។ **ស្ថានភាពបី៖**((១) **ការវិវត្តរបស់ម្តាយ** (២) **ការវិវត្តរបស់ទារក និង**(៣) **ការវិវត្តការសម្រាល**) គួរត្រូវ បានតាមដានឱ្យបានដិតដល់ និងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ។ វាមានសារៈសំខាន់ផងដែរក្នុងការអង្កេតបញ្ហា ហើយប្រសិនបើចាំបាច់ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺឱ្យបានសមស្រប ។ នៅពេលដែលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមកកាន់ មណ្ឌលសុខភាពដើម្បីសម្រាលកូន ឆ្មបត្រូវពិនិត្យស្ថានភាព របស់គាត់ជាលក្ខណៈប្រព័ន្ធ ។ ឆ្មបត្រូវឆ្លើយតបភ្លាមៗទៅនឹងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី ប្រមូលព័ត៌មានទូទៅរបស់គាត់ និងប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តការសម្រាល ។ ជាចុងបញ្ចប់ឆ្មបធ្វើការ សម្រេចពីស្ថានភាពស្ត្រីតាមរយៈព័ត៌មានទាំងអស់ដែលប្រមូលបាន។ យើងហៅជំហានទាំងនេះ ថាជា **'ការវាយតម្លៃដំបូង'** ។

<តើអ្វីទៅជា 'តារាងវាយតម្លៃដំបូង (IAS)' ?>

សម្រាប់ការវាយតម្លៃដំបូង ឆ្មបអាចប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ IAS ។ IAS គឺជាឧបករណ៍ដែលគួរឱ្យទុកចិត្តបានដើម្បីប្រមូលព័ត៌មានបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៅពេលជួបស្ត្រីលើកដំបូងដែលជាស្ត្រីត្រូវ សម្រាលកូនក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ ។ ក្នុងការប្រើប្រាស់IAS ឆ្មបអាចចាត់ថ្នាក់ ស្ថានភាព ទៅជាបីដំណាក់ កាល/ពណ៌៖ 'សញ្ញាធម្មតា (ពណ៌បៃតង)', 'សញ្ញាប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ (ពណ៌លឿង)' **និង** **'សញ្ញា មិនធម្មតា/ផលវិបាក/ សង្គ្រោះបន្ទាន់ (ពណ៌ក្រហម)'** ។ ឆ្មបអាចបញ្ជូនករណីដែលមាន **'ពណ៌ក្រហម'** ភ្លាម ។ ឆ្មបក៏អាចសង្កេតករណីដែលមាន **'ពណ៌លឿង'** ដោយប្រុងប្រយ័ត្នដើម្បីជៀសវាង ការវិវត្តទៅជាករណីដែលមានផលវិបាកខ្លាំងថែមទៀត ។

<មាតិការនៃ IAS >

IAS គឺជាស៊េរីនៃតារាងដែលរួមបញ្ចូលព័ត៌មានដែលគួរប្រមូល។ IAS គ្របដណ្តប់លើប្រាំមួយប្រធានបទមាន៖

១. ករណីបញ្ជូនបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

២. ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី

៣. ព័ត៌មានទូទៅ និងប្រវត្តិសម្ភពរបស់ស្ត្រី

៤. ការសង្កេតមើលស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃ

៥. ការប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល

៦. តាមដានស្ថានភាពរបស់ស្ត្រី

លំដាប់លំដោយនៃ IA គឺពី ១. ទៅ ៦. អាចសម្រេចដោយបត់បែនបានយោងទៅតាមស្ថានភាពរបស់ស្ត្រី។ សម្រាប់តារាងនៃសមាសភាគនិមួយៗ ប្រធានបទ**មួយចំនួន** ដែលត្រូវពិនិត្យ គឺស្ថិតនៅ ជួរដេក ។ សម្រាប់ជួរដេកនិមួយៗ ទិន្នន័យស្តង់ដា (ការកាត់បន្ថយ, ចំណាត់ថ្នាក់, -ល-) ដើម្បីធ្វើការប៉ាន់ប្រមាណ គឺបង្ហាញក្នុងជួរឈរបី ‘សញ្ញាធម្មតា (ពណ៌បៃតង)’, ‘សញ្ញាប្រឈមមុខគ្រោះថ្នាក់ (ពណ៌ លឿង)’ **និង ‘សញ្ញាមិនធម្មតា/ ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់ (ពណ៌ក្រហម)’ ។** ឆ្មបអាច (✔) នៅត្រង់កន្លែងដែលត្រឹមត្រូវបន្ទាប់ពីធ្វើការប៉ាន់ប្រមាណ ។

ជំពូកទី ១ ករណីបញ្ជូនបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

សង្ខេប

- វត្ថុបំណងនៃជំពូកនេះគឺ (១) រៀបរាប់ពីភាពខុសគ្នានៃករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់និង (២) ផ្ដល់ការថែទាំព្យាបាលដំបូងភ្លាមៗតាមករណីមុនពេល ធ្វើការបញ្ជូន ។
- ការបង្ហាញទូទៅនៃស្ថានភាពរបស់ស្ត្រីមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការបែងចែកករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ។
- ករណីដែលអ្នកយល់ថាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះស្ថិតក្នុងស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរដោយពិនិត្យភ្លាមៗ លើ **'ស្មារតី' 'ការដកដង្ហើម' 'សញ្ញាស្លុក' 'សញ្ញាជីវិត'** (**សម្ពាធឈាម ជីពចរ និងសីតុណ្ហភាពរាងកាយ**) និង **'ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស'** ។
- វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការបញ្ជូនស្ត្រីឱ្យបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើបានដើម្បីសង្គ្រោះជីវិតស្ត្រីដោយមិនចាំបាច់វាយតម្លៃគ្រប់ក្នុងតារាងកត់ត្រាការវាយតម្លៃដំបូងក្នុងករណីបន្ទាន់នោះទេ ។

១-១. កម្រិតស្មារតី

《**សង្ខេប**》

- ការសន្លប់គឺជាសញ្ញាសំខាន់ដែលធ្វើឱ្យខូចខួរក្បាល ។ ដូច្នេះវាគឺជាស្ថានភាពបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។
- មធ្យោបាយដែលងាយបំផុតក្នុងការពិនិត្យមើលកម្រិតស្មារតីគឺការនិយាយជាមួយស្ត្រី ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីមិនឆ្លើយតប ឬ ស្គាល់អ្នកទេ សូមចូលទៅជំហានបន្ទាប់ភ្លាម ដោយពិនិត្យមើល 'ការដកដង្ហើម' 'សញ្ញាជីវិត' (សម្ពាធឈាម ជីពចរ និងសីតុណ្ហភាពរាងកាយ) និង 'ការធ្លាក់ឈាម' ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីសន្លប់ និងមានការប្រកាច់ ឬ ទើបតែមានការប្រកាច់ថ្មីៗ នោះមូលហេតុច្រើនបណ្ដាលមកពីជំងឺក្រឡាភ្លើង ។
- ត្រូវផ្ដល់ម៉ាញ៉េស្យូមសុលហ្វាត (MgSO4) ដល់ស្ត្រីដើម្បីព្យាបាលជំងឺក្រឡាភ្លើងមុនពេលបញ្ជូន។

១-១-១. ពិនិត្យកម្រិតស្មារតី

- មធ្យោបាយងាយបំផុតក្នុងការពិនិត្យ 'ស្មារតី' គឺការនិយាយជាមួយស្ត្រី ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីមិនឆ្លើយតបឬស្គាល់អ្នកសូមចូលទៅជំហានបន្ទាប់ភ្លាមដោយពិនិត្យមើលផ្លូវដង្ហើម និងស្ថានភាពនៃការដកដង្ហើម ។
- បន្ទាប់មកពិនិត្យ**សញ្ញាជីវិត** (**សម្ពាធឈាម ជីពចរ និងសីតុណ្ហភាពរាងកាយ**) និង**ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស** ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីសន្លប់ ឬ កំពុងប្រកាច់ត្រូវដាក់ស្ថានភាពស្ត្រីក្នុង**ដំណេកផ្អៀងឆ្វេង** ដើម្បីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃការស្រូបចូលស្លេសកំអួត និងឈាម ។
- សួរគ្រួសារស្ត្រីថាតើស្ត្រីទើបមានការប្រកាច់ ឬ ទេ ?

១-១-២. ផលវិបាករួមនៃស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់

១-១-២-១. ការសន្លប់

ការសន្លប់ជាសញ្ញាសំខាន់ដែលធ្វើឱ្យខូចខួរក្បាល ។ ដូច្នេះវាជាស្ថានភាពបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ។ ប្រសិនបើសន្លប់ ឬ **កំពុងប្រកាច់** (**រួមបញ្ចូលប្រវត្តិថ្មីៗនៃការប្រកាច់**) នោះប្រហែលជាជំងឺក្រឡាភ្លើង ។ សំខាន់ណាស់ក្នុងការបញ្ជាក់ពីប្រវត្តិនេះជាមួយនឹងអ្នកកំដរ(សមាជិកគ្រួសារ) ។ ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រី ដោយការផ្តល់ MgSO4 ដូសដំបូង ។

១-១-២-២. ការប្រកាច់

- ការប្រកាច់ក៏ជាសញ្ញាខូចខួរក្បាលដូចគ្នា ។ នៅពេលដែលមានការប្រកាច់ ជាញឹកញាប់ច្រើនរួមជាមួយការពិបាកដកដង្ហើម ។ វាជាហេតុធ្វើឱ្យ**ការផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន**ពីម្តាយទៅកូនត្រូវបានកាត់ផ្តាច់ ។ ការប្រកាច់អាចបង្កឱ្យមានក្អួតដែលអាចធ្វើឱ្យស្ទះផ្លូវដង្ហើម(បំពង់ក ឬ បំពង់ខ្យល់)ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផងដែរ ។
- ប្រសិនមានប្រកាច់រួមជាមួយការ**លើសសម្ពាធឈាម**ធ្ងន់ធ្ងរ (**សម្ពាធឈាមអប្បបរមាស្មើឬធំជាង ១១០ មមបារត**) វាអាចជា**ជំងឺក្រឡាភ្លើង ។** ហើយវាក៏អាចបណ្តាលមកពីគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ ជំងឺឆ្កួតជ្រូក ឬ រលាកស្រោមខួរក្បាលផងដែរ ។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តីការព្យាបាលដំបូងចំពោះជំងឺក្រឡាភ្លើងគឺជាការប្រសើរ ទោះបីជាការប្រកាច់មកពីមូលហេតុផ្សេងទៀតក៏ដោយពីព្រោះវាពិបាកក្នុងការកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យនៅក្នុងថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ។

១-១-៣. ការព្យាបាលចាំបាច់មុនពេលបញ្ជូន

(យោងតាម *ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព* ទំព័រទី២៥)

- ដំបូងគេបង្អស់ ព្យាយាមចាក់សរសៃដោយប្រើម្ជុលកាតេទ័រ (ម្ជុរជ័រ) និងភ្ជាប់ជាមួយសេរ៉ូមប្រៃ ឬ សេរ៉ូមឡាក់តាតរីងជ័រ (Lactate Ringer) ។
- ទោះបីជាការ**ចាក់តាមសរសៃ**មានសារៈសខាន់ក៏ដោយ តែពេលខ្លះអាចនឹងពិបាកអនុវត្តពេលដែលស្ត្រីកំពុងតែប្រកាច់ ។ ក្នុងករណីនេះឆ្មបអាចចាក់ម៉ាញ៉េស្យូមសុលហ្វាត **តាមសាច់ដុំ**មុនក៏បាន ។
- រក្សាស្ថានភាពស្ត្រីគេងផ្អៀងឆ្វេង ។

- ការផ្តល់ MgSO4៖
    - របៀបផ្តល់ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាតតាមសរសៃ៖បូមម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត ៥០% មួយអំពូល (១០ម.ល) ដោយស៊ីរ៉ាំងលេខ ៣០ ឬ ៥០ម.ល ជាមួយនឹងម្ជុលលេខ ១៨G ។ អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់ទំហំម្ជុលផ្សេងទៀតដែរ ប៉ុន្តែលេខម្ជុលកាន់តែធំគឺកាន់តែងាយបឺតថ្នាំ។រួចបូមសេរ៉ូមប្រៃ (Normal saline) ២០ម.ល ចូលក្នុងស៊ីរ៉ាំងតែមួយសម្រាប់ពង្រាវកំហាប់ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត ។ បន្ទាប់មក ប្តូរម្ជុលពីលេខ ១៨G ទៅលេខ ២៥G ដើម្បីចាក់ចូលសរសៃវ៉ែន ។ ថ្នាំអាចនឹងចាក់ចូលតាមជ័រកៅស៊ូ នៃទ្រូសសេរ៉ូម (រៀបរាប់ពីខាងលើ)។ អ្នកត្រូវចាក់យឺតៗចន្លោះពី ១៥ ទៅ ២០ នាទី។ **កុំ**ចាក់ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាតតាមសរសៃ**លឿនពេក** វា អាចបណ្តាលឱ្យស្ត្រី**ឈប់ដកដង្ហើម** (Apnea) និង**ស្លាប់**បាន ។
    - របៀបផ្តល់ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាតតាមសាច់ដុំ៖ សម្រាប់ការចាក់សាច់ដុំ (IM) បូមម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត ៥០% អំពូល ១០ម.ល ដាក់ក្នុង២ ស៊ីរ៉ាំងរួច ចាក់សាច់ដុំត្រគាកទាំងសងខាង (ឆ្វេងម្ខាងស្តាំម្ខាង) ។
    - ប្រសិនបើ**សម្ពាធឈាមអប្បបរមា > ១០០មមបារត** ផ្តល់**អ៊ីដ្រាឡាស៊ីន (Hydralazine)** ដែលជាថ្នាំបញ្ចុះសម្ពាធឈាម ។ លាយអ៊ីដ្រាឡាស៊ីនមួយអំពូល ១០មីលីក្រាម(១ម.ល)ជាមួយ នឹងទឹកសេរ៉ូម ៩ម.ល ។ ចាក់តាមសរសៃវ៉ែនអ៊ីដ្រាឡាស៊ីន ១០មីលីក្រាមយឺតៗ ៣ ទៅ ៤នាទី ។ ប្រសិនមិនអាចចាក់តាមសរសៃវ៉ែនបានទេ ត្រូវចាក់សាច់ដុំ ។

<u>សម្គាល់៖</u>

- ខណៈពេលដែលរង់ចាំរថយន្តសង្គ្រោះ ឬ យានជំនិះ ប្រសិនបើកន្លងផុត ៣០នាទី ហើយ សម្ពាធឈាមអប្បបរមានៅតែច្រើនជាង ៩០មមបារតចាក់ Hydralazine ល្បាយតាមសរសៃវ៉ែន ១០មីលីក្រាមបន្ថែមទៀត ។ សរុបទាំងអស់មិនត្រូវផ្តល់ថ្នាំលើសពី ២០មីលីក្រាមទេ ។
- កត់ត្រា**កម្រិតថ្នាំ និងពេលវេលា**នៃការចាក់លើលិខិតបញ្ជូន ។

១-២. ផ្លូវខ្យល់ និងការដកដង្ហើម

《**សង្ខេប**》

- នៅពេលដែលស្ត្រីសន្លប់ ឬ មិនមានការឆ្លើយតបបានល្អប្រសើរទេត្រូវពិនិត្យផ្លូវខ្យល់ និងធានា ថាផ្លូវខ្យល់នៅចំហរ ។
- ស្តាប់សូរដកដង្ហើមរបស់ស្ត្រី ឬ មើលចលនាទ្រូង ។ នៅពេលដែលស្ត្រីដកដង្ហើមរាប់ចង្វាក់ដង្ហើម ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីមិនដកដង្ហើម ជំនួយការដកដង្ហើមតាមរយៈការសប់បញ្ចូលខ្យល់ដោយប្រើម៉ាស់ និងបាល់ឡុង ។
- នៅពេលដែលមានការដង្ហើមខ្លីហើយញាប់ (ច្រើនជាង ៣០ដងក្នុងមួយនាទី) ពិបាកដកដង្ហើមមានពណ៌ ស្វាយនៅលើស្បែក ឬ បបូរមាត់នោះបញ្ជាក់ថាខ្វះអុកស៊ីសែន នៅក្នុងឈាម ។
- ប្រសិនបើសង្កេតឃើញរោគសញ្ញាទាំងនេះ ត្រូវផ្តល់អុកស៊ីសែន មុនពេលបញ្ជូន (ប្រសិនបើមាន) ។

១-២-១. ពិនិត្យមើលផ្លូវខ្យល់និងការដកដង្ហើម

- នៅពេលដែលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះសន្លប់ ពិនិត្យមើលថាគាត់មានដកដង្ហើម ឬទេ?
- ប្រសិនបើស្ត្រីមិនដកដង្ហើម ដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពដងខ្លួនត្រង់ ហើយចាប់ផ្តើម ផ្តល់ជំនួយការដកដង្ហើមដោយប្រើម៉ាស់និងបាល់ឡុង ។ ពិនិត្យមើលថាមានអ្វីនៅក្នុងមាត់របស់ស្ត្រី ឬ ទេ ព្រោះអាចរាំងស្ទះដល់ផ្លូវខ្យល់របស់គាត់ ។
- នៅពេលដែលស្ត្រីដកដង្ហើមបាន ត្រូវស្តាប់សូរដង្ហើម មើលចលនាទ្រូង និងរាប់ចង្វាក់ដង្ហើម ។
- ពិនិត្យមើលពណ៌នៃបបូរមាត់និងចុងម្រាមដៃថាមានស្វាយ ឬ ទេ ។ ការឡើង**ពណ៌ស្វាយ** នៅបបូរមាត់បញ្ជាក់ ថាមាន**កង្វះអុកស៊ីសែន**ធ្ងន់ធ្ងរ ។

១-២-២. ផលវិបាកនៃស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់

- ពិបាកដកដង្ហើម ដកដង្ហើមខ្លីហើយ**ញាប់** (**ច្រើនជាង ៣០ដងក្នុងមួយនាទី**) សម្បុរឡើងពណ៌ស្វាយ (ស្បែក ឬ បបូរមាត់) គឺរោគសញ្ញាទាំងនេះគឺជាសញ្ញានៃ**កង្វះអុកស៊ីសែននៅក្នុងឈាម ។**
- ស្ទុកគឺជាមូលហេតុមួយដែលធ្វើឱ្យខ្វះអុកស៊ីសែនក្នុងឈាម ។

- វាអាចបណ្តាលមកពីការដកដង្ហើមមិនគ្រប់គ្រាន់ដោយសារជំងឺផ្លូវដង្ហើម ឬ បេះដូងដូចជាជំងឺរលាកសួត ហើតការហើមសួតស្រួចស្រាវ ការស្ទះផ្លូវដង្ហើម ឬ ខ្សោយបេះដូង ។

១-២-៣. ការព្យាបាលចាំបាច់មុនពេលបញ្ជូន

- ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាដូចខាងលើ ត្រូវធ្វើការការព្យាបាលភ្លាមតាមតម្រូវការនៃជំងឺ ។ អ្វីដែលអាចធ្វើបាននៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាពគឺការផ្តល់**អុកស៊ីសែន ៤-៦លីត្រក្នុងមួយនាទី ដោយម៉ាស ឬ Cannulae** [៥] (ប្រសិនបើមាន) ។ ប្រសិនបើមានអ្វីស្ទះផ្លូវខ្យល់ (ឧទាហរណ៍ការក្អួត) សូមយកវាចេញ ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីមិនដកដង្ហើមដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពអង្គុយ និងចាប់ផ្តើមជំនួយការដកដង្ហើម ដោយប្រើម៉ាស និងបាឡុង ។

១-៣. សញ្ញាស្ទុក

《**សង្ខេប**》

- ស្ទុកគឺជាការចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធឈាមរត់ក្នុងការរក្សាលំហូរឈាមគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងរាងកាយ។ វាអាចបណ្តាលឱ្យម្តាយនិងទារកស្លាប់បានប្រសិនបើទុកដោយគ្មានការព្យាបាល ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីសន្លប់ ឬ មិនឆ្លើយតបបានល្អប្រសើរត្រូវពិនិត្យសញ្ញាស្ទុក៖ សម្ពាធឈាមទាប (សម្ពាធឈាមអតិបរមាតិចជាង ៩០មមបារត) ជីពចរខ្សោយ បែកញើសស្អិត ស្វាយនៅបាតដៃ ឬ បបូរមាត់ និងដង្ហើមញាប់ ។
- ប្រសិនបើស្ទុករួមជាមួយការធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ ឬ ការឈឺពោះខ្លាំងមិនធម្មតាវាជាស្ទុក ដោយសារបរិមាណឈាមចុះទាប (Hypovolemic shock) ។
- ប្រសិនបើស្ទុកមានគ្រុនក្តៅវាជាស្ទុកដោយសារការក្លាយរោគ (Septic shock) ។
- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមសរសៃវ៉ែនភ្លាមមុនពេលបញ្ជូន ។

១-៣-១. និយមន័យស្ទុក

១-៣-១-១. និយមន័យ

- ស្ទុកគឺជា**ការចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធឈាមរត់**ក្នុងការរក្សាលំហូរឈាមគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងរាងកាយ ។ វាអាចបណ្តាលឱ្យម្តាយនិងទារកស្លាប់បានប្រសិនបើទុកដោយគ្មានការព្យាបាល ។

១-៣-១-២. សញ្ញាស្ទុក

- លក្ខណៈសំខាន់នៃស្ទុកគឺសម្ពាធឈាមចុះទាប ។ រោគវិនិច្ឆ័យគេអាចកំណត់បាននៅពេល **សម្ពាធឈាម អតិបរមាតិចជាង ៩០មមបារត ។**
- រោគសញ្ញាជាច្រើនផ្សេងទៀតមាន៖
    - ជីពចរខ្សោយ និង/ឬញាប់ (លើសពី ១០០ដង/១នាទី)
    - បែកញើសត្រជាក់ និងស្បែកស្អិត
    - ពណ៌ឡើងស្វាយ (បាតដៃ ឬបបូរមាត់)
    - ដកដង្ហើមញាប់
    - ចំណុះទឹកនោមតិច

១-៣-២. ពិនិត្យចរន្តឈាមរត់ និងសញ្ញាស្តុក

១-៣-២-១.សម្ពាធឈាម

- វាអាចពិបាកវាស់ម្ពាធឈាមតាមវិធីស្តង់ដារ (ដោយប្រដាប់វាស់សម្ពាធឈាម និង ស្តេតូស្កុប) ក្នុងករណីស្តុក ។
- **ការរាប់ជីពចរដោយការស្ទាបជីពចរកដៃ** (**អាទែរ៉ាដ្យាល់**) ត្រូវបានគេផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើ ។
- ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងនិយមន័យខាងលើ**សម្ពាធឈាមអតិបរមាតិចជាង ៩0mmHg** បង្ហាញថាមាន**ស្តុក ។** ការរាប់ជីពចរគួរត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងពេលតែមួយ ។

១-៣-២-២. ជីពចរ

ចង្វាក់បេះដូងលោតញាប់ (**Tachycardia**) (**ជីពចរលើសពី ១០០ ដងក្នុងមួយនាទី**) អាចជាសញ្ញា មួយនៃស្តុក ។ ការគណនាស្តុក '**Shock Index (SI)**' មានសារៈប្រយោជន៍ណាស់ព្រោះជាសូចនាករ ក្នុងការវាយតម្លៃកម្រិតនៃស្តុក ។

Shock Index (SI) មានរូបមន្តដូចខាងក្រោម៖

$$\textbf{SI} = \frac{\textbf{ជីពចរ}}{\textbf{សម្ពាធឈាមអតិបរមា (ស៊ីស្តូលិក)}}$$

ការវាយតម្លៃ SI គឺត្រូវបានបង្ហាញតាមតារាងដូចខាងក្រោម៖

SI	**ការវាយតម្លៃ**
ច្រើនជាង១,0	**ស្តុកកម្រិតស្រាល**
ច្រើនជាង១,៥	**ស្តុកកម្រិតមធ្យម**
ច្រើនជាង២,0	**ស្តុកកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ**

ឧទាហរណ៍៖ SI គឺ ១,១ ប្រសិនបើជីពចរ ១០០ដង/ ១នាទីហើយសម្ពាធឈាមអតិបរមា ៩0មមបារត ដែលបញ្ជាក់ថាជាស្តុកកម្រិតស្រាល ។

SI គឺ ១,៥ ប្រសិនបើជីពចរ ១២០ដង/១នាទីហើយសម្ពាធឈាមអតិបរមា ៨0មមបារត ដែលបញ្ជាក់ ថាជាស្តុកកម្រិតមធ្យម ។

SI គឺ ២,០ ប្រសិនបើជីពចរ ១៤០ដង/ ១នាទីហើយសម្ពាធឈាមអតិបរមា ៧០មមបារត ដែលបញ្ជាក់ ថាជាស្ហុកកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ ។

SI ១ = ជីពចរ ១០០ដង/១នាទី / ៩០មមបារត = ១,១ = **ស្ហុកកម្រិតស្រាល**

SI ២ = ជីពចរ ១២០ដង/១នាទី / ៨០មមបារត = ១,៥ = **ស្ហុកកម្រិតមធ្យម**

SI ៣ = ជីពចរ ១៤០ដង/១នាទី / ៧០មមបារត = ២,០ = **ស្ហុកកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ**

សម្គាល់៖

យោងទៅតាម *ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព* ក្នុងប្រទេសកម្ពុជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យស្ហុក គឺបញ្ជាក់ដោយសម្ពាធឈាមអតិបរមាតិចជាង ៩០មមបារត និងជីពចរលើសពី ១១០ដងក្នុងមួយនាទី ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តីដូចដែលបានបង្ហាញខាងលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនេះគឺបញ្ជាក់ អំពីស្ហុកកម្រិតស្រាល។ ការវាយតម្លៃ ជីពចរជាមួយនឹងសម្ពាធឈាមអតិបរមាគឺត្រូវបានគេផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើប្រាស់ជានិច្ចកាល ។

១-៣-៣. មូលហេតុនៃស្ហុក

ស្ហុកអាចបណ្តាលមកពី៖ (១) បរិមាណឈាមធ្លាក់ចុះទាប (Hypovolemic shock)(២) ការរីកមាឧសរសៃឈាមហួសប្រមាណ (Distributive shock)(៣) សកម្មភាពច្របាច់របស់បេះដូងមិនគ្រប់ គ្រាន់ (Cardiogenic shock) ។

១-៣-៣-១. ស្ហុកដោយសារបរិមាណឈាមចុះទាប (Hypovolemic shock)

- នៅពេលដែលបរិមាណឈាមបាត់បង់ភ្លាមៗធ្វើឱ្យបេះដូងមិនអាចច្របាច់ឈាមបញ្ជូនទៅរាងកាយបានគ្រប់គ្រាន់ ។ ការថយចុះបរិមាណឈាមបណ្តាលឱ្យមានស្ហុកដែលគេហៅ ថាស្ហុក **ដោយសារបរិមាណឈាមចុះទាប ។**

- ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមូលហេតុចំបងនៃស្តុកដោយសារបរិមាណឈាមចុះទាបគឺការ**ធ្លាក់ឈាមខ្លាំង ។**
- ពិនិត្យរកមើលការធ្លាក់ឈាមចេញមកខាងក្រៅ ព្រមទាំងមានការឈឺពោះសម្រាលមិនប្រក្រតី ដោយសារ**សុករបើកមុនសម្រាល** ឬ **រហែកស្បូន** ដែលនាំឱ្យមានការហូរឈាមនៅខាងក្នុងស្បូន ឬក្នុងពោះ ។
- ក្នុងករណីស្តុកដោយសារបរិមាណឈាមចុះទាប សញ្ញាជីពចរញាប់គឺដើម្បីរក្សាចរន្តឈាម ទៅចិញ្ចឹមកោសិការឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ ។ ពេលដែលចំនួនជីពចរក្នុងមួយនាទីស្មើ ឬ ច្រើនជាងចំនួនសម្ពាធឈាមអតិបរមា (ស៊ីស្តូលិក) បង្ហាញថាមានការបាត់បង់ឈាមដែលគួរឱ្យកត់សម្គាល់ ។

១-៣-៣-២. ស្តុកដោយសារការរីកសរសៃឈាមហួសប្រមាណ (Distributive sock)

- ការរីកសរសៃឈាមហួសប្រមាណធ្វើឱ្យសម្ពាធឈាមធ្លាក់ចុះដែលនាំ ឱ្យកាត់បន្ថយលំហូរឈាម និងការដឹកជញ្ជូនអុកស៊ីសែនដល់សរីរាង្គ ។
- ការរីកសរសៃឈាមហួសប្រមាណបង្កឡើងដោយ**ប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ** (**អាឡែកហ្ស៊ី**) (ដែលត្រូវបានគេហៅថា **Anaphylactic shock**), **ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ** (ដែលត្រូវបានគេហៅថា **Septic shock**) ឬ ហេតុផលផ្សេងទៀត ដូចជាការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ឬ បញ្ហាប្រព័ន្ធប្រសាទ (Neurogenic) ។
- ក្នុងករណីដែលមាន**ស្តុកសិបទិក**ភាគច្រើនមាន**គ្រុនក្តៅខ្លាំង** (**លើសពី ៣៨ °C**) ហើយចុងដៃក្តៅឧណ្ហៗ នៅក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃស្តុកសិបទិក ។

១-៣-៣-៣.ស្តុកដោយសកម្មភាពច្របាច់របស់បេះដូងមិនគ្រប់គ្រាន់ (Cardiogenic shock)

- សកម្មភាពច្របាច់របស់បេះដូងមិនបានគ្រប់គ្រាន់អាចធ្វើឱ្យបរិមាណឈាម ដែលច្របាច់បញ្ជូនចេញទៅចិញ្ចឹមកោសិកាមិនគ្រប់គ្រាន់រៀងរាល់ពេលបេះដូងលោតហៅ ថាស្តុក ដោយសារ**សកម្មភាពច្របាច់របស់ បេះដូងមិនគ្រប់គ្រាន់ ។**
- វាអាចបណ្តាលមកពីជំងឺបេះដូង ឬ មានដុំកំណកឈាមនៅក្នុងសួត ។

១-៣-៤. ការព្យាបាលចាំបាច់មុនពេលបញ្ជូន

(យោងតាម *ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព*[១] ទំព័រទី១៤)

- នៅពេលដែលឃើញមានសញ្ញាណាមួយនៃស្តុក ត្រូវបញ្ចូលសេរ៉ូមឱ្យបានលឿនតាមសរសៃឈាមដោយម្ជុលជំរលេខ ១៦G ឬ ១៨G (**សេរ៉ូម Ringer's Lactate ឬ Normal Saline**) ។
- នៅពេលដែលស្ត្រីមានការធ្លាក់ឈាម ត្រូវដាក់ស្ថានភាពស្ត្រីគេងផ្អៀងឆ្វេង ដោយឱ្យជើងខ្ពស់ជាងទ្រូងនិងរក្សាកម្តៅរាងកាយ ។

១-៤. សញ្ញាជីវិតមិនធម្មតា-ការលើសសម្ពាធឈាមអប្បបរមា

《**សង្ខេប**》
- សម្ពាធឈាមអប្បបរមាខ្ពស់ (លើសឬស្មើ ៩០មមបារត) គឺជាសញ្ញាសំខាន់នៃជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ។
- សម្ពាធឈាមអប្បបរមាខ្ពស់ (លើសឬស្មើ ១១០មមបារត) គឺបង្ហាញថាមានជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ដែលត្រូវការការព្យាបាលនិងបញ្ជូនភ្លាម ។

១-៤-១. និយមន័យជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង

(យោងតាម *ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព* ទំព័រទី២៤, ៦. *សង្កេតស្ថានភាពមាតា* ៦-១ សម្ពាធឈាម ទំព័រ៩៥)

- **សម្ពាធឈាមអប្បបរមាខ្ពស់** គឺមាននិយមន័យថា **៩០មមបារត ឬ លើស ។**
- ប្រសិនបើមានការលើសសម្ពាធឈាមដូចខាងលើ រួមជាមួយវត្តមាន**ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម** នោះគឺជា **ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ។**
- ប្រសិនបើ**សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ១១០មមបារត ឬ លើសរួមជាមួយវត្តមានប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម** នោះគឺជា**ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ។**

សម្គាល់៖ ដោយប្រើ**ប្រដាប់តេស្តទឹកនោម** ប្រសិនបើមានសម្ពាធឈាមខ្ពស់រួមជាមួយប្រូតេអ៊ីន ក្នុងទឹកនោម (++) គឺជា**ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងកម្រិតស្រាល** ។ ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមអប្បបរមា ១១០មមបារត ឬ លើសរួមមាន**ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម** (**លើសពី**++) នោះវាជា**ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ។**

១-៤-២. ផលវិបាកនៃស្ថានភាពមិនធម្មតា

- ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងមានការប្រឈមទៅនឹងការវិវត្តទៅជាជំងឺក្រឡាភ្លើង ។
- ជាញឹកញាប់ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្វើឱ្យទារកក្នុងផ្ទៃមានការលូតលាស់យឺតជាងធម្មតាដែលអាចបណ្តាល ឱ្យ**ទារកខ្សោយ**ក្នុងអំឡុងពេលសម្រាល ។
- ដូច្នេះជាអនុសាសន៍ត្រូវធ្វើការបញ្ជូនភ្លាម ។

១-៤-៣. ការព្យាបាលចាំបាច់មុនពេលបញ្ជូន

- ក្នុងករណីបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ការផ្តល់**ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត ($MgSO_4$)** គឺត្រូវបានគេផ្តល់អនុសាសន៍ខ្ពស់ឱ្យប្រើប្រាស់មុនពេលបញ្ជូន ។ វិធីនេះគឺត្រូវបានធ្វើដូចគ្នាទៅនឹងករណីជំងឺក្រឡាភ្លើង ។ (មើល *១-១-៣. ការព្យាបាលចាំបាច់មុនពេលបញ្ជូន* ទំព័រ៥)

១-៥. សញ្ញាជីវិតមិនធម្មតា - គ្រុនក្ដៅ

《**សង្ខេប**》

- សីតុណ្ហភាពរាងកាយខ្ពស់ (លើសឬស្មើ៣៨.០ºC) បង្ហាញថាមានការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ ។ វាអាចបញ្ជាក់ពី មេរោគនៅក្នុងឈាម (Sepsis) ។
- ប្រសិនបើសីតុណ្ហភាពរាងកាយខ្ពស់មានជាមួយការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ នោះគឺសង្ស័យថាមានការបង្ករោគនៅក្នុងស្បូន ។
- តាមអនុសាសន៍ត្រូវផ្ដល់ការព្យាបាលភ្លាមៗ ដោយការចាក់សេរ៉ូមមុនបញ្ជូន ប្រសិនបើសង្ស័យថាមានការបង្ករោគដោយបាក់តេរី ។

១-៥-១. និយមន័យគ្រុនក្ដៅ

- គ្រុនក្ដៅបញ្ជាក់ពីសញ្ញាមិនធម្មតានៃរាងកាយ ។
- ប្រសិនបើ**សីតុណ្ហភាពរាងកាយលើសពី ៣៨.០ºC** ដែលអាចជាការ**បង្ករោគដោយបាក់តេរី** ។

១-៥-២. ផលវិបាកនៃស្ថានភាពមិនធម្មតា

(មើល *៦. សង្កេតស្ថានភាពម្ដាយ* ទំព័រ៩៤, *៦-៤. សីតុណ្ហភាពរាងកាយ* ទំព័រ១០១)

- ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬ ពេលឈឺពោះសម្រាលច្រើនជា**ការបង្ករោគក្នុងស្បូន** ។ វាអាចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ទៅដល់សុខភាពរបស់ទារកក្នុងផ្ទៃផងដែរ ។
- **មេរោគក្នុងឈាម(Sepsis)**គឺជាមូលហេតុចំបងដែលបណ្ដាលឱ្យម្ដាយនិងទារកស្លាប់ ។

១-៥-៣. ការព្យាបាលចាំបាច់មុនពេលបញ្ជូន

- ការបញ្ជាក់ពីមូលហេតុសមស្របនៃការបញ្ជូនគឺការចាំបាច់ ។
- បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ និងលើកទឹកចិត្តឱ្យពិសារទឹកឱ្យបានច្រើន[១] ។
- ពិនិត្យសញ្ញានៃការបង្ករោគផ្សេងទៀត ហើយផ្ដល់ថ្នាំអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក (Antibiotics) មុនធ្វើការបញ្ជូន[១] ។

រោគសញ្ញា	អង់ទីប៊ីយ៉ូទិក	ផ្លូវចាក់ថ្នាំ	កម្រិត
បែកទឹកភ្លោះនិងកម្តៅលើសពី ៣៨°C ឬធ្លាក់ទឹករំអិលមានក្លិនស្អុយ	អំពីស៊ីលីន	សរសៃ/សាច់ដុំ	២ក្រាម
	(**បូក**) ហ្សង់តាមីស៊ីន	សាច់ដុំ	៨០មីលីក្រាម
	(**បូក**) មេត្រូនីដាហ្សូល	សរសៃ	៥០០មីលីក្រាម
បែកទឹកភ្លោះលើសពី ១៨ ម៉ោង	អំពីស៊ីលីន	សរសៃ/សាច់ដុំ	១ក្រាម
	(**បូក**) ហ្សង់តាមីស៊ីន	សាច់ដុំ	៨០មីលីក្រាម
សញ្ញានៃការបង្ករោគតាមផ្លូវនោម: ក្រហាយពេលនោម ឈឺឬពិបាកនោម នោមញឹកនិងចង់នោមជាបន្ទាន់ ឈឺពោះផ្នែកខាងក្រោម	អំពីស៊ីលីន២	គ្រាប់	៥០០មីលីក្រាម
	(**ឬ**) ទ្រីមេតូព្រីម/ស៊ុលហ្វាមេតូហ្សាហ្សូល២	គ្រាប់	៨០/៤០០ មីលីក្រាម

១-៦. សញ្ញាជីវិតមិនធម្មតា - ការធ្លាក់ឈាម

《**សង្ខេប**》
- ការធ្លាក់ឈាមច្រើនមុនពេល ឬ អំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលបង្ហាញថាមានភាពមិនធម្មតាធ្ងន់ធ្ងរ ។
- ពិនិត្យមើលសម្ពាធឈាម និងជីពចរឱ្យបានញឹកញាប់ប្រសិនបើមានការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសមិនធម្មតា ។
- ផ្តល់ការព្យាបាលដូចដែលបានសរសេរនៅក្នុង 'ស្ពុក' មុនពេលបញ្ជូន។

១-៦-១. និយមន័យការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសមិនធម្មតា

- ការពិពណ៌នាសមស្របនៃការធ្លាក់ឈាមជាការចាំបាច់ ។
- ការធ្លាក់ឈាមមិនធម្មតាគឺ**ជាការធ្លាក់ឈាមជោកសំឡីអនាម័យ ឬ ក្រណាត់ទ្រាប់ ឬ សើមជាប់ក្នុងរយៈពេលពីរឬបីនាទី ឬ មានការធ្លាក់ឈាមថ្មីៗ**នៅបន្តកើតមានជាបន្តបន្ទាប់តាមទ្វារមាស ។

១-៦-២. ផលវិបាកនៃការធ្លាក់ឈាមមិនធម្មតា

- ការធ្លាក់ឈាមអាចហូរចេញពីសុក ទងសុក ឬ ស្បូន ។ វាមានផលប៉ះពាល់ទៅលើលំហូរឈាមចិញ្ចឹមទារកក្នុងផ្ទៃ និងកោសិការរបស់ម្តាយ ។
- ប្រសិនបើលំហូរឈាមទៅសុក និងទងសុកមានការប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរនោះគឺអាចបណ្តាលឱ្យកូនស្លាប់ក្នុងពោះ និងស្លាប់កើត ។
- មូលហេតុដែលសង្ស័យគឺការរបើកសុកមុនសម្រាល របែកស្បូន និងសុកពាំងមាត់ស្បូន (មើល *២. ស្លាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី ២-១. ការធ្លាក់ឈាម* ទំព័រ២០ និង *៦. សង្កេតស្ថានភាពម្តាយ ៦-៦. ការធ្លាក់ឈាម* ទំព័រ១០៧)។

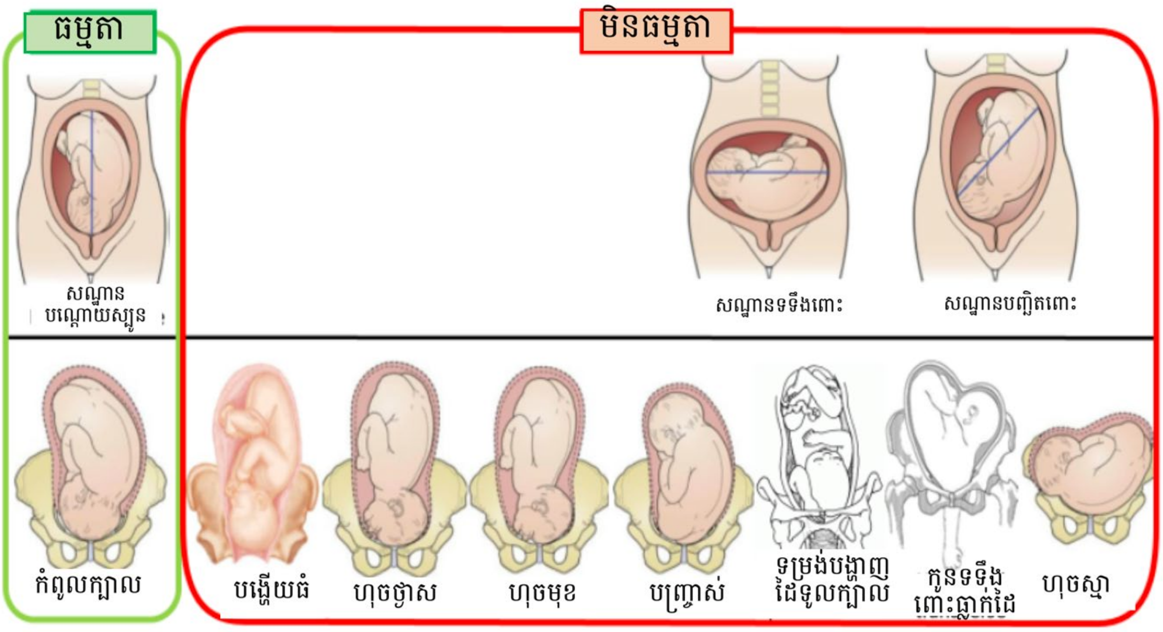
១-៦-៣. ការព្យាបាលចាំបាច់មុនពេលបញ្ជូន

- មិនមានការព្យាបាលជាក់លាក់សម្រាប់ការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសមុនពេល ឬ អំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ដែលអាចធ្វើបាននៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាពនោះទេ ។
- ដូច្នេះគឺចាំបាច់ផ្តល់ការព្យាបាលដូចដែលបានសរសេរនៅក្នុង'ស្ពុក' ។ (មើល *១-៣-៤. ការព្យាបាលចាំបាច់មុនពេលបញ្ជូន* ទំព័រ១២)
- បន្តតាមដានសញ្ញាជីវិត គឺជាតម្រូវការចាំបាច់បំផុត ។

១-៧. ការបង្ហាញមិនធម្មតា

នៅពេលរកឃើញការបង្ហាញមិនធម្មតារបស់ទារក (ទម្រង់ហុចថ្ងាស, ហុចបង្ហើយធំ, ហុចមុខ, កូនទទឹងពោះ កូនបញ្ឆិតពោះ, កូនធ្លាក់ដៃ, កូនបញ្ច្រាស់, បង្ហាញដៃទូលក្បាល, ធ្លាក់ទងសុកមកមុន) ត្រូវរៀបចំបញ្ជូនស្ត្រីភ្លាម ។

<សណ្ឋាននិងទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក>



ជំពូកទី២ ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី

សង្ខេប

- វត្ថុបំណងនៅក្នុងជំពូកនេះគឺ (១)កំណត់សញ្ញា/បណ្តុំរោគសញ្ញាអាទិភាពរបស់ម្តាយ និង (២)ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់គាត់ដើម្បីឱ្យគាត់មានអារម្មណ៍ផាសុកភាពនិងភាពកក់ក្តៅ ។
- វាចាំបាច់ក្នុងការស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី(ព័ត៌មានដែលមិនអាចសង្កេតឃើញនឹងភ្នែកទទេរ) ដំបូងគេ ។ បន្ទាប់មកស្តាប់ការពន្យល់របស់ស្ត្រី មើលស្ថានភាពស្ត្រី និងទារកនូវអ្វីដែលរកអាចឃើញតាមរយៈ ការសង្កេតនិងពិនិត្យបាន ។
- បញ្ជាក់មើលភាពមិនធម្មតានៃការវិវត្តនៃការឈឺពោះសម្រាលរបស់ស្ត្រី។
- ‘ការធ្លាក់ឈាម’, ‘ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ’, និង ‘ការឈឺពោះសម្រាលនិងស្បូនកន្ត្រាក់’ ‘ចលនារបស់ទារក’ គួរត្រូវបានពិនិត្យនៅពេលសម្ភាសន៍ (សួរ) ស្ត្រី។

២-១. ការធ្លាក់ឈាម

《**សង្ខេប**》

- ‘ការធ្លាក់ឈាម’ជាធម្មតាត្រូវបានគេសង្កេតក្នុងអំឡុងពេលវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាលធម្មតា ។
- ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ប្រសិនបើបរិមាណ**ឈាមធ្លាក់លើសកម្រិត ‘ធម្មតា’** នោះវាអាចជាសញ្ញានៃផលវិបាក មួយចំនួន ។
- ពិនិត្យមើលសញ្ញាផ្សេងទៀតនៃការធ្លាក់ឈាម (ការឈឺចាប់មិនធម្មតា ឈឺពេលប៉ះ -ល-) ។
- សួរស្រ្តីថាតើមានធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសឬទេ មុននឹងធ្វើការលូកពិនិត្យទ្វារមាសស្រ្តី ។
- នៅពេលដែលស្រ្តីធ្លាក់ឈាមច្រើនជាងធម្មតាជាមួយនឹងការឈឺពេលសម្រាលមិនធម្មតានោះគឺសង្ស័យថាមាន**សុករបើកមុនសម្រាល** ឬ **រហែកស្បូន** ។

២-១-១. ផលវិបាកដោយសារការធ្លាក់ឈាមមិនធម្មតា

(មើល *៦. សង្កេតមើលស្ថានភាពម្តាយ ៦-៦. ការធ្លាក់ឈាម*, ទំព័រ១០៧)

២-១-១-១. សំឡីអនាម័យ ឬ ក្រណាត់សើមជោកក្នុងរយៈពេលតិចជាង ៥ នាទី

- **មូលហេតុចំបងបីនៃការធ្លាក់ឈាមមានដូចខាងក្រោម៖**

(១) **សុកពាំងមាត់ស្បូន** គឺជាស្ថានភាពមួយដែលសុកមានទីតាំងនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃស្បូន ហើយសុកអាចពាំងផ្នែកខ្លះនៃមាត់ស្បូន ឬ នៅចំមាត់ស្បូន ។ ដោយសារតែសុករបេះ ចេញពីកន្លែងតាំងនៅការធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរអាចកើតឡើងនៅពេលមាត់ស្បូនចាប់ផ្តើមបើក ។ ជាធម្មតាស្រ្តីមិនបានត្អូញត្អែរ ពីការឈឺចាប់ ធ្ងន់ធ្ងរទេ ។

(២) **ការរបើកសុកមុនសម្រាល** គឺជាការបើកពីទីតាំងធម្មតារបស់សុកចេញពីស្បូនមុនសម្រាល ។ ឈាមធ្លាក់ចេញពីស្បូនមកក្រៅតាមទ្វារមាស ឬ លាយជាមួយទឹកភ្លោះ ហើយពេលខ្លះមានឈាមដក់នៅក្នុងស្បូន ។ ស្រ្តីជាញឹកញាប់មានការឈឺពោះខ្លាំង ឬឈឺពោះពេលប៉ះហើយស្បូនមានសភាពរឹង ។ (មើល *២.ស្តាប់ស្រ្តីត្អូញត្អែរ, ២-3 ស្បូនកន្ត្រាក់ និងការឈឺពោះពេលសម្រាល,* ទំព័រ២៥) ។

(៣) **ការរហែកស្បូន** គឺជាការរហែកជញ្ជាំងស្បូននៅទីតាំងមានស្នាមវះកាត់ពីមុន ។ ស្ត្រីត្អូញត្អែរថាមានការឈឺពោះខ្លាំង។(មើល *២. ស្តាប់ស្ត្រីត្អូញត្អែរ, ២-៣ ស្បូនកន្ត្រាក់និង ការឈឺពោះពេលសម្រាល*, ទំព័រ២៥) ។

សម្គាល់៖ កុំលូកពិនិត្យទ្វារមាសប្រសិនបើមានការធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ (សំឡីអនាម័យ ឬក្រណាត់សើមជោក ក្នុងរយៈពេលខ្លីប្រហែលជាង៥នាទី) ព្រោះវាប្រហែលមកពីសុកពាំងមាត់ស្បូន ហើយការពិនិត្យទ្វារមាស អាចនឹងធ្វើឱ្យមានការធ្លាក់ឈាមកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ។

២-២. ជ្រាបទឹកភ្លោះតាមទ្វារមាស

《សង្ខេប》
- ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះជានិច្ចជាកាល គឺអាចកើតមាននៅពេលណាមួយនៅក្នុងការវិវត្តនៃការឈឺពោះសម្រាល ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីមានអារម្មណ៍ថា 'សើម' ឬ 'ជ្រាបទឹកក្តៅឧណ្ហៗ' នោះជាសញ្ញានៃ 'ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ' ។
- បញ្ជាក់ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះដោយការពិនិត្យមើលការជ្រាបទឹកចេញជាបន្តបន្ទាប់តាមទ្វារមាស ឬការប៉ះស្រោមទឹកភ្លោះ ឬ ក្បាលកូន (សក់) ពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស ។
- សួរម្តាយនៅពេលដែលគាត់មានអារម្មណ៍ថាមានបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ។ កត់ត្រាពីពេលវេលា និងគណនារយៈពេលបន្ទាប់ពីបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ។
- ផលវិបាកមួយចំនួន (ការបង្ករោគក្នុងស្បូន ទារកខ្សោយដោយសារបរិមាណទឹកភ្លោះតិច ការលូនចេញទងសុកមុនសម្រាល) អាចកើតមានឡើងពិសេសនៅក្នុងករណីបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនសម្រាល (PROM) ឬ រយៈពេលនៃការបែកស្រោមទឹកភ្លោះយូរ ។

២-២-១. និយមន័យនៃការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ

- ទារកក្នុងស្បូនព័ទ្ធជុំវិញដោយទឹកភ្លោះដែលត្រូវបានរក្សាដោយ '**ស្រោមទឹកភ្លោះ**' ។
- ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ កើតមានក្នុងពេលណាមួយនៃការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាលហើយ អាចដឹងបាន ដោយជ្រាបចេញនូវទឹកភ្លោះតាមទ្វារមាស ។ ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះអាចបែក ត្រង់ផ្នែកខាងមុខ ឬ ខាងក្នុងនៃស្រោមទឹកភ្លោះ ។
- នៅពេលដែលផ្នែកខាងក្នុងនៃស្រោមទឹកភ្លោះបែកទឹកភ្លោះអាចមិនជ្រាបចេញច្រើនទេ ខណៈពេលដែលផ្នែកខាងមុខនៃស្រោមទឹកភ្លោះនៅតែមិនទាន់បែក ។

២-២-២. មធ្យោបាយដើម្បីដឹងថាស្រោមទឹកភ្លោះបែក

(១) **មើល** ថាមានទឹកជ្រាបតាមទ្វារមាសជាបន្តបន្ទាប់ ឬ ពិនិត្យមើល ដោយប្រើ Speculum (ប្រសិនបើមាន) ។

(២) **ស្ទាប**តើមានប៉ះស្រោមទឹកភ្លោះដែលមិនទាន់បែក ឬ ក៏ក្បាលកូន (សក់) តាមរយៈការលូកពិនិត្យទ្វារមាស ឬ ទេ ។

(៣) ប្រសិនបើមិនប្រាកដថាមានការជ្រាបទឹកភ្លោះ ឬ ស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក **សូមសង្កេត**ថាតើស្ត្រីនៅបន្តមានអារម្មណ៍ថាមានជ្រាបទឹកភ្លោះនៅពេលធ្វើចលនាឬទេ ។ ដាក់សំឡីអនាម័យ ឬ ក្រណាត់ហើយរង់ចាំនៅរយៈពេលខ្លីមួយ ។ ប្រសិនបើសំឡី ឬ ក្រណាត់នោះសើមវាអាចនឹងមានការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ។

<ប្រសិនបើស្រោមទឹកភ្លោះបែក>

(១) **ស្ទាប** រកការលូនចេញនៃទងសុកមុនទារកសម្រាល ដោយការលូកពិនិត្យទ្វារមាស និងស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក (FHR) ។

(២) **ពិនិត្យ** មើលស្ថានភាពទឹកភ្លោះ (មើល *៤. សង្កេតមើលស្ថានភាពទារក ៤-២-២.ទឹកភ្លោះ* ទំព័រ ៧៥) សីតុណ្ហភាពរាងកាយ និងសញ្ញានៃការបង្ករោគ ។

(៣) **សួរ** ស្ត្រីពីពេលដែលគាត់មានអារម្មណ៍ថាស្រោមទឹកភ្លោះបែក ។ កត់ត្រាពេលវេលា និងគណនារយៈពេលបន្ទាប់ពីបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ។

២-២-៣. ផលវិបាកដោយសារការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ

- ផលវិបាកមួយចំនួនអាចកើតមានបន្ទាប់ពីស្រោមទឹកភ្លោះបែក ។
- ស្រោមទឹកភ្លោះដើរតួនាទីជួយការពារទារក និងបែងចែកទារកជាមួយនឹងមជ្ឈដ្ឋានក្រៅ ។ នៅពេលដែលស្រោមទឹកភ្លោះបែក មានន័យថាមានការភ្ជាប់គ្នារវាងមជ្ឈដ្ឋានខាងក្នុង និងខាងក្រៅស្បូន ។ ការភ្ជាប់ នេះអាចបណ្តាលឱ្យមាន **ការបង្ករោគនៅខាងក្នុងស្បូន ។**
- បន្ទាប់ពីស្រោមទឹកភ្លោះបែក ទឹកភ្លោះនៅបន្តជ្រាបចេញ ។ ការថយចុះនៃទឹកភ្លោះអាចបណ្តាលឱ្យមាន **ការសង្កត់លើទងសុក**ក្នុងអំឡុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់ ដែលអាចបណ្តាលឱ្យទារកខ្សោយ ។
- ប្រសិនបើក្បាលកូនមិនសមស្របនឹងអាងត្រគាកទេ នោះការលូនចេញនៃទងសុកមុនទារកសម្រាលអាចនឹងកើតមាន ។

២-២-៣-១. ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនឈឺពោះសម្រាល (PROM)

- ពេលវេលាល្អបំផុតនៃការបែកស្រោមទឹកភ្លោះគឺ នៅរយៈសកម្មក្នុងដំណាក់កាលទី១ និងដំណាក់កាលទី២ នៃការឈឺពោះសម្រាល ។

- តែពេលខ្លះ**ស្រោមទឹកភ្លោះអាចបែកមុនពេលឈឺពោះសម្រាល** ដែលត្រូវបានហៅថា**ការបែក ស្រោមទឹកភ្លោះមុនឈឺពោះសម្រាល (PROM)** ។
- ជាញឹកញាប់ក្បាលរបស់ទារកមិនទាន់ចុះចូលច្រកលើនៃអាងត្រគាកម្តាយទេ មុនពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល ។ ដូច្នេះវាអាចមានការប្រឈមដូចជាការ**ថយចុះបរិមាណទឹកភ្លោះ** និង**ការលូនចេញនៃ ទងសុកទារកមុនសម្រាល** ជាហេតុបណ្តាលឱ្យ**ទារកខ្សោយ ។**
- ការប្រឈមមុខនឹង**ការបង្ករោគក្នុងស្បូន**មានការកើនឡើង នៅពេលដែលស្រោមទឹកភ្លោះបែកក្នុងរយៈពេលកាន់តែយូរ ។

២-២-៣-២. ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះលើសពី ១៨ ម៉ោង

- នៅពេលដែលស្រោមទឹកភ្លោះបែកលើសពី ១៨ ម៉ោង ការប្រឈមមុខនឹង**ការបង្ករោគ ដោយបាក់តេរី**ទៅលើទារកមានការកើនឡើង ។ សូមបញ្ជូនស្ត្រីទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានការគ្រប់គ្រងព្យាបាលសមស្រប ដើម្បីការពារការបង្ករោគទារកក្នុងផ្ទៃ ។
- ផ្តល់**អង់ទីប៊ីយូទិក** (អំពីស៊ីលីន ១ ក្រាមចាក់តាមសរសៃឬសាច់ដុំ និងហ្សង់តាមីស៊ីន. ៨០មីលីក្រាមចាក់សាច់ដុំ)មុនពេលបញ្ជូន ។
  (ពិនិត្យឯកសារយោង *ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិក មាតុភាពគ្មាន គ្រោះថ្នាក់ សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាពទំព័រទី ៤១* និង *ការឆ្លើយតបភ្លាមៗទៅនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ សម្រាប់ស្ត្រី មានផ្ទៃពោះ ១-៥-៣. ការព្យាបាលចាំបាច់មុនពេលបញ្ជូន* ទំព័រ១៥) ។

២-៣. ស្បូនកន្ត្រាក់ និងការឈឺពោះសម្រាល

《សង្ខេប》

- ការកន្ត្រាក់ស្បូនក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់ការសម្រាលទារក ពីព្រោះវាជម្រុញឱ្យមាត់ស្បូនបើក និងរុញទារកចេញពីក្នុងស្បូន ។
- នៅពេលដែលស្ត្រីត្អូញត្អែរពីការកន្ត្រាក់ស្បូន ដំបូងត្រូវពិនិត្យមើលថាតើជាការកន្ត្រាក់ស្បូន ឈឺពោះសម្រាល ‘ពិតប្រាកដ’ ឬ ‘មិនពិតប្រាកដ’ ។
- លក្ខណៈស្បូនកន្ត្រាក់នៃការឈឺពោះសម្រាលគឺជាការកន្ត្រាក់ទៀងទាត់ និងមានចន្លោះពេល សម្រាករបស់វា ។
- នៅពេលដែលការកន្ត្រាក់ស្បូនជាការឈឺពោះសម្រាលពិតប្រាកដ សូមបញ្ជាក់ពីពេលវេលាចាប់ផ្តើមនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនទៀងទាត់នោះ ហើយកត់ត្រា ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យការឈឺពោះសម្រាលមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការប៉ាន់ប្រមាណពេលវេលានៅក្នុងរយៈយឺត ។
- កត់សម្គាល់សញ្ញាឈឺពោះមានសភាពខ្លាំងពេក ឬ បន្តឈឺជាប់រហូតដោយគ្មានចន្លោះពេលសម្រាក ។ សញ្ញាទាំងនេះអាចជាសញ្ញានៃការឈឺពោះសម្រាលមិនធម្មតា ឬ មានផលវិបាក ។

២-៣-១. និយមន័យស្បូនកន្ត្រាក់ពេលឈឺពោះសម្រាល

- ស្បូនកន្ត្រាក់ គឺជា**ការកន្ត្រាក់**ដោយអរធន្ទៈនៃសាច់ដុំស្បូន ។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការសម្រាលទារកពីព្រោះវាជម្រុញឱ្យមាត់ស្បូនបើកនិងរុញទារកឱ្យចេញពីស្បូន ។
- ការកន្ត្រាក់ស្បូនក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ដែលត្រូវបានគេហៅថា ‘**ការឈឺពោះសម្រាល ពិត**’ នោះគឺជា**ការកន្ត្រាក់ស្បូនម្តងហើយម្តងទៀត ដោយមានចន្លោះពេលឈប់សម្រាកស្បូន ទៀងទាត់** (**សាច់ដុំស្បូនសម្រាក**)។ ភាគច្រើននៃការកន្ត្រាក់ស្បូនឈឺពោះសម្រាលគឺមានការឈឺចាប់។ ពេលចាប់ផ្តើមដំបូងស្បូនកន្ត្រាក់រយៈពេលខ្លីនិងមានចន្លោះពេលសម្រាកវែង។ បន្ទាប់មករយៈពេលនៃការកន្ត្រាក់វែងជាងមុន ហើយចន្លោះពេលនៃការសម្រាកខ្លីជាងមុនដែលបង្ហាញនៃការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល ។

២-៣-២. និយមន័យការឈឺពោះសម្រាល

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃ**ការចាប់ផ្ដើមឈឺពោះសម្រាល**មានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការប៉ាន់ប្រមាណរយៈពេលនៅក្នុងរយៈយឺត ។ ការចាប់ផ្ដើមឈឺពោះសម្រាលទារកគឺជា**ការចាប់ផ្ដើមនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនទៀងទាត់**[៩] ។
- អ្នកត្រូវដឹងថាការ**ធ្លាក់ទឹករំអិលលាយឈាមតិចៗនិងការបើកមាត់ស្បូនមិនអាចកំណត់ការឈឺពោះសម្រាលបានទេ ។** ការធ្លាក់ទឹករំអិលលាយឈាមតិចៗគ្រាន់តែជាសញ្ញាកំណត់ថាការឈឺពោះសម្រាលកូនជិតកើតមានឡើង ហើយវាអាចធ្លាក់ចេញមុនពេលចាប់ផ្ដើមនៃការឈឺពោះ សម្រាល ឬ នៅក្នុងរយៈ យឺត[៦,៩] ។ ការបើកមាត់ស្បូនតែមួយក៏មិនអាចឱ្យនិយមន័យថាជាការឈឺពោះសម្រាលដែរ ។ វាគឺជាសូចនាករមួយដែលអាចបញ្ជាក់ពីដំណាក់កាល និងរយៈនៃការឈឺ ពោះសម្រាល ។

២-៣-៣. របៀបបញ្ជាក់ការឈឺពោះសម្រាល

- សួរម្ដាយថាតើគាត់មានការកន្ត្រាក់ស្បូនទៀងទាត់ ឬ មានចង្វាក់ឬទេ ។ ម្ដាយភាគច្រើនមានការឈឺចាប់ តែក៏មានខ្លះមិនមានការឈឺចាប់ដែរ ។

  'តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាស្បូនកន្ត្រាក់ម្ដងហើយម្ដងទៀតដែរឬទេ ?'

  'តើចន្លោះពេលសម្រាកមានរយៈពេលប៉ុន្មាន ?', 'តើចន្លោះពេលសម្រាកដូចឬក៏ខុសគ្នា ?'

  'តើការកន្ត្រាក់នៃស្បូនមានការឈឺចាប់ខ្លាំងឬមានអារម្មណ៍មិនស្រួលជាងធម្មតាដែរឬទេ ?'
- រកនិងកត់ត្រាពី**ពេលវេលាចាប់ផ្ដើមមានការកន្ត្រាក់ស្បូនទៀងទាត់** នោះគឺជាពេលនៃការចាប់ផ្ដើមឈឺពោះសម្រាល ។ ពេលវេលានោះគឺជាពេលចាប់ផ្ដើមឈឺពោះសម្រាល ។
- បញ្ជាក់ការកន្ត្រាក់ស្បូនដោយការស្ទាបពោះ។ (មើល *៥.ការប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល ៥-៣-១ កម្លាំង* ទំព័រ៨៣) ។

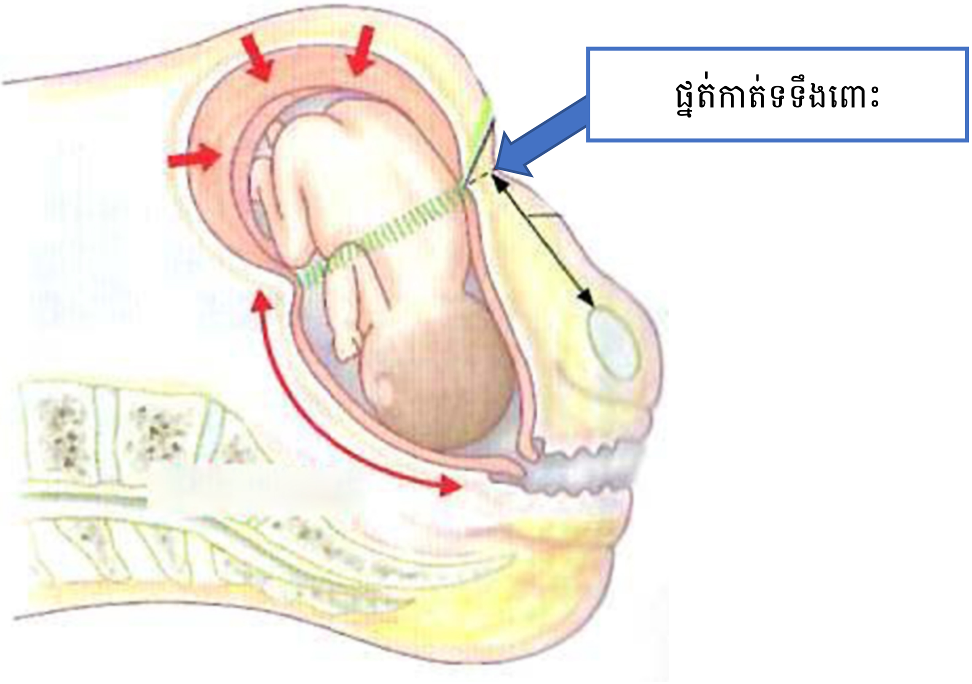
២-៣-៤. ផលវិបាកនៃការឈឺពោះមិនធម្មតា

២-៣-៤-១. ឈឺជាប់នៅចន្លោះពេលកន្ត្រាក់, ឈឺពោះភ្លាមៗនិងខ្លាំង

រោគសញ្ញាទាំងនេះអាចបញ្ជាក់ពី**ការរបើកសុកមុនសម្រាល ឬ រហែកស្បូន ។**

- **សុករបើកមុនសម្រាល** គឺជារបើកសុកចេញពីស្បូន ។ ស្ត្រីមានការឈឺពោះខ្លាំងឈឺជាប់ នៅចន្លោះពេលកន្ត្រាក់ឈឺពោះពេលប៉ះ (មានអារម្មណ៍ឈឺចាប់នៅពេលដែលអ្នកផ្ដល់សេវាស្ទាបពោះ) ដោយសារស្បូនព្យាយាមកន្ត្រាក់ខ្លាំងជាងមុនដើម្បីទប់ការហូរឈាមពីកន្លែងសុករបើក ។

- **រហែកស្បូន** គឺជាការរហែកជញ្ជាំងឬសាច់ដុំស្បូន ។ យើងអាចឃើញមានផ្ចិតកាត់ទទឹងពោះនៅខាងក្រោមផ្ចិតមុនពេលរហែក ។ សុករហែកកើតមានច្រើន ដោយសារតែស្បូនមាន ស្នាមវះកាត់ ឬ របួសពីមុនដូចជាការវះកាត់យកកូន និងការរំលូត ដោយការកាយយកកូន ចេញ ។



ប្រភពរូបភាព: *Wellness kara mita boseikango katei*, 3rd edition

២-៣-៤-២. ការឈឺចាប់ដែលខុសពីការឈឺចាប់ស្បូនកន្ត្រាក់

- ការឈឺចាប់តែមួយចំហៀងពោះ និងស្ទាបទៅឈឺ ឬ មិនសមស្របទៅនឹងការកន្ត្រាក់នៃស្បូនអាចបញ្ជាក់ពីការរលាកខ្នែងពោះវៀន ឬ មូលហេតុដែលត្រូវការវះកាត់ផ្សេងទៀតដូចជា រលាកស្រោមពោះអាប់សែអាងត្រគាក ឬ គីស នៅក្នុងក្រពេញអូវែ[៥] ។

២-៣-៤-៣. ការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនទៀងទាត់ ឬ គ្មានការកន្ត្រាក់ស្បូន

- នៅពេលជិតគ្រប់ខែ ស្ត្រីមួយចំនួនមានការឈឺពោះស្បូនកន្ត្រាក់ខ្លាំង ។ ការកន្ត្រាក់ជាធម្មតាមិនទៀងទាត់ ឬ ភាពទៀងទាត់មិនបន្តរយៈពេលយូរ[៦] ហើយមាត់ស្បូនមិនបើក ។ ការកន្ត្រាក់ស្បូនបែបនេះគឺហៅថា '**ការឈឺពោះសម្រាលមិនពិតប្រាកដ**' ហើយមានន័យថាការឈឺពោះសម្រាលពិតប្រាកដមិនទាន់ចាប់ ផ្តើម ។ សង្កេតមើលស្ត្រី**យ៉ាងហោចណាស់៨ម៉ោង**[៧] ព្រមទាំងតាមដាន រយៈឃើតដោយយកចិត្តទុកដាក់លើការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន និងការប្រែប្រួល មាត់ស្បូន ។

២-៤. ចលនាទារកក្នុងផ្ទៃ

《សង្ខេប》

- ប្រសិនបើស្ត្រីថាកូនមិនសូវមានចលនា ឬ គ្មានចលនា នោះប្រហែលជាបញ្ជាក់ថាទារកខ្សោយ ។ បញ្ជាក់ស្ថានភាពទារកដោយការស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក ។
- ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ការបញ្ជាក់ស្ថានភាពទារកដោយការស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកមានលក្ខណៈជាក់លាក់ជាងការតាមដានចលនារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ ។

២-៤-១. លក្ខណៈធម្មតានៃចលនារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ

- គេអាចដឹងពីចលនារបស់ទារកចាប់ផ្តើមពី **១៦ ទៅ ២០សប្តាហ៍ ។** ទារកមានចលនាកាន់តែញឹកញាប់ និងខ្លាំងឡើងនៅត្រីមាសទី២[៩] ។

២-៤-២. ផលវិបាក ដោយសារទារកមិនសូវធ្វើចលនា ឬ គ្មានចលនា

- ប្រសិនបើស្ត្រីត្អូញត្អែរថាចលនាទារកមានការថយចុះ ឬ គ្មានចលនាវាអាចនឹងបញ្ជាក់ថា**ទារកខ្សោយ** ដែលបណ្តាលមកពីហេតុផលសម្ពាធដូចជាសុករបើកមុនសម្រាល[១,៩ (S-១៥៥)] ។
- ជាដំបូងស្តា**ប់ចង្វាក់បេះដូងទារក ។** ប្រសិនបើធម្មតាសុំឱ្យស្ត្រីគេងសណ្តូកជើង និងសម្រាកដើម្បី ស្ទាបចលនារបស់ទារក ។ ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល វាមានភាពពិបាក ដើម្បីដឹងពីចលនារបស់ទារក ។ បញ្ជាក់ស្ថានភាពទារកជាប្រចាំដោយការស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក ។
- ប្រសិនបើអវត្តមានចលនារបស់ទារកទាំងស្រុង ហើយមិនឮស្នូរបេះដូងទារកលោតនោះគឺ សង្ស័យ ថាទារកក្នុងផ្ទៃស្លាប់[៩(S-១៥៥)] ។

ជំពូកទី៣ ព័ត៌មានទូទៅ និងប្រវត្តិសម្ភពរបស់ស្ត្រី

សង្ខេប

- វត្ថុបំណងនៃជំពូកនេះគឺ (១) យល់ពីព័ត៌មានទូទៅនិងប្រវត្តិសម្ភពរបស់ម្តាយ និង (២) កំណត់ថាតើម្តាយមានសញ្ញាធម្មតាឬមិនធម្មតាលើព័ត៌មានទូទៅនិងប្រវត្តិសម្ភពដែរឬទេ?
- ការប្រឈមមុខនឹងផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ ឬ ភាពមិនធម្មតាមួយចំនួនអាចដឹងតាមរយៈការប៉ាន់ប្រមាណព័ត៌មានមូលដ្ឋានរបស់ស្ត្រីនិងទារកក្នុងផ្ទៃ ។
- ព័ត៌មានមូលដ្ឋានអាចប្រមូលបានពីស្ត្រីសៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) និងការវាស់វែង ឬ គណនាសាមញ្ញៗ ។

《**សង្ខេប**》

- ជាការចាំបាច់ក្នុងការដឹងពីអាយុគភ៌ដើម្បីកំណត់ពីការសម្រាលគ្រប់ខែ មិនគ្រប់ខែ ឬលើសខែ ។
- គណនាអាយុរបស់គភ៌ដោយស្គាល់ថ្ងៃដំបូងនៃដូវចុងក្រោយ (LMP) ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីមិនចាំ LMP គាត់គួរចាត់ទុកថាមិនដឹងពីអាយុរបស់គភ៌ ។
- ទារកទើបកើតដែលមិនគ្រប់ខែត្រូវការការគាំទ្រផ្លូវដង្ហើម កម្ដៅ និងចំណីអាហារក្នុងបរិស្ថានមួយដែលស្អាត ដោយសារតែភាពមិនគ្រប់ខែនោះ ។
- ទារក ដែលលើសខែអាចនឹងខ្សោយក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ដោយសារអសមត្ថភាពមុខងារសុក ។ ការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយក៏អាចកើតមានផងដែរ ដោយសារ ទារកមានទំហំធំ ។

៣-១-១. និយមន័យនៃអាយុនៃគភ៌

- អាយុនៃគភ៌គឺជាពេលវេលាចាប់ផ្ដើមពី**ថ្ងៃដំបូងនៃរដូវចុងក្រោយ** (LMP)[៦] ។ អាយុនៃគភ៌ត្រូវ បង្ហាញពេញលេញជា**សប្ដាហ៍និងថ្ងៃ**[៩] ដូចជា ៣៧សប្ដាហ៍ ៤ថ្ងៃ ។

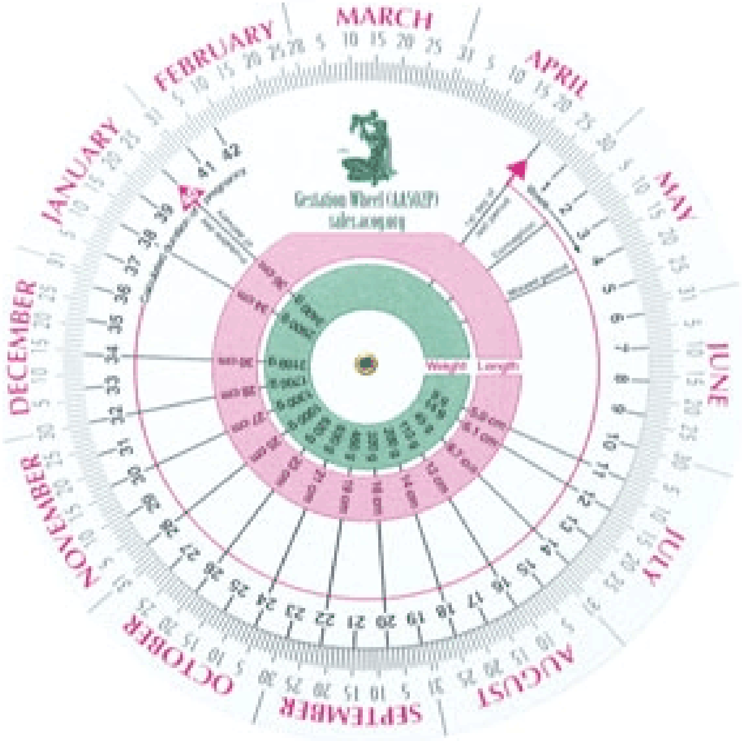
៣-១-២. មធ្យោបាយដើម្បីដឹងពីអាយុនៃគភ៌

៣-១-២-១. ការគណនារដូវចុងក្រោយ (LMP)

- ការកំណត់**កាលបរិច្ឆេទការសម្រាលរំពឹងទុក** និងអាយុនៃគភ៌អាចវាស់វែង ដោយរាប់ពីថ្ងៃដំបូងនៃរដូវចុងក្រោយ (LMP) ដោយមើលតាមកងប្រតិទិនរបស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (Pregnancy wheel calendar) ឬវិធីសាស្ត្រគណនាកាលបរិច្ឆេទការសម្រាលរំពឹងទុក ។
- ប្រសិនមិនដឹងពីអាយុគភ៌ និងស្ត្រីមិនចាំកាលបរិច្ឆេទរដូវចុងក្រោយ សូមវាស់កម្ពស់ស្បូន (មើល *៣-២-២. របៀបវាស់កំពស់ស្បូន* ទំព័រ៣៥) ។

<កងប្រតិទិនរបស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (Pregnancy wheel calendar)>

- កងប្រតិទិនរបស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះគឺជាប្រតិទិនតូចដែលអាចប្រើប្រាស់ បានសម្រាប់មើលអាយុនៃគភ៌ពេលចូលសម្រាកពេទ្យ និងកាលបរិច្ឆេទសម្រាលកូន (EDD) ដោយកំណត់តាម LMP ។
- EDD គឺត្រូវបានកំណត់ត្រឹម ៤0 សប្តាហ៍ 0 ថ្ងៃនៃអាយុរបស់គភ៌ ។
- ដាក់ចុងព្រួញឱ្យចំ LMP បន្ទាប់មកអ្នកអាចរកឃើញអាយុនៃគភ៌បច្ចុប្បន្ននៅពេលដែលអ្នកឃើញកាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ ។
- ចុងព្រួញម្ខាងទៀតដោយកំណត់ត្រឹម ៤0 សប្តាហ៍ 0 ថ្ងៃបង្ហាញ EDD ។



ប្រភពរូបភាព: https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2016/ACOG-Reinvents-the-Pregnancy-Wheel?IsMobileSet=false

<វិធីសាមញ្ញក្នុងការគណនាកាលបរិច្ឆេទសម្រាលរំពឹងទុក (EDD)>

វិធីសាស្ត្រទី១ ៖ ថែម៧ នៃថ្ងៃរបស់ LMP និងដក៣ នៃខែរបស់ LMP (នឹងថែម១ឆ្នាំ)

វិធីសាស្ត្រទី២ ៖ ថែម៧ នៃថ្ងៃរបស់ LMP និងថែម ៩ នៃខែរបស់ LMP

ឧទាហរណ៍១ LMP ថ្ងៃទី២២ ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០១៨

↓ +៧ ↓ -៣ ↓ +១

EDD ២៩ កញ្ញា ២០១៩

ឧទាហរណ៍ ២ LMP ថ្ងៃទី២ ខែមករា ឆ្នាំ២០១៩

↓ +៧ ↓ +៩ ↓

EDD ៩ តុលា ២០១៩

៣-១-២-២. អេកូសាស្ត្រ (Ultrasound)

- អេកូសាស្ត្រ (Ultrasound) គឺជាមធ្យោបាយមួយទៀតដើម្បីឱ្យដឹងពីអាយុរបស់គភ៌ តែការពិនិត្យគឺត្រូវតែធ្វើឡើងនៅ**ត្រីមាសទីមួយ** (**អាយុគភ៌ ត្រឹមសប្តាហ៍ទី១៣និង ៦ថ្ងៃ**)[៧] ។ អាយុរបស់គភ៌ និង EDD ដែលប៉ាន់ប្រមាណដោយអេកូសាស្ត្របន្ទាប់ពីរយៈពេលនេះគឺមិនប្រាកដឡើយ ។
- ដូច្នេះអ្នកមិនត្រូវប្រើប្រាស់ EDD និងអាយុរបស់គភ៌បច្ចុប្បន្នដែលសរសេរ ដោយអេកូសាស្ត្រនៅត្រីមាស ទីពីរ និងទីបីឡើយ ។

៣-១-៣. ចំណាត់ថ្នាក់អាយុនៃគភ៌

អាយុនៃគភ៌ត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជា៣កំឡុងពេល:

(១) **គភ៌គ្រប់ខែ** ពី ៣៧សប្តាហ៍និង ០ថ្ងៃទៅ ៤១សប្តាហ៍និង ៦ថ្ងៃ

(២) **គភ៌មិនគ្រប់ខែ** (តិចជាងឬស្មើ) ≤ ៣៦សប្តាហ៍ និង ៦ថ្ងៃ

(៣) **គភ៌លើសខែ** (ច្រើនជាងឬស្មើ) ≧ ៤២សប្តាហ៍ និង ០ថ្ងៃ

៣-១-៤. ផលវិបាកដោយសារតែការសម្រាលកូនមិនគ្រប់ខែនិងលើសខែ

៣-១-៤-១. ការសម្រាលកូនមិនគ្រប់ខែ

- សម្រាប់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើតដែលមិនគ្រប់ខែភាពមិនគ្រប់ខែអាចធ្វើឱ្យមានផលវិបាកមួយចំនួន ។
  (១) ទារកក្នុងផ្ទៃដែលមិនគ្រប់ខែភាគច្រើនរងផលប៉ះពាល់ដោយសម្ពាធសង្កត់របស់ស្បូនដែលកន្ត្រាក់ ដែលបណ្តាលឱ្យចង្វាក់បេះដូងរបស់កូន (FHR) ងាយនឹងធ្លាក់ចុះនៅអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល និងអាចជាលទ្ធផល**ទារកខ្សោយ ។**
  (២) ទារកទើបនឹងកើតមិនគ្រប់ខែ សួតរបស់គេមិនទាន់ពេញលេញដែលធ្វើឱ្យមានបញ្ហា **ផ្លូវដង្ហើម ។**

(៣) ទារកទើបកើតដែលមិនគ្រប់ខែមិនអាចផលិតកម្ដៅគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីរក្សាសីតុណ្ហភាពរាងកាយបាន ដូច្នេះហើយគេងាយនឹងមាន **សីតុណ្ហភាពរាងកាយធ្លាក់ចុះ ។**

(៤) ទារកទើបនឹងកើតដែលមិនគ្រប់ខែគឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំនៅខ្សោយដែលជាទូទៅការបង្ករោគអាចរីករាលដាលចូលទៅក្នុងចរន្តឈាមបានឆាប់រហ័ស **(Sepsis)** ។

(៥) ទារកទើបនឹងកើតមិនគ្រប់ខែ**មិនទាន់ជញ្ជក់ដោះបានល្អ**ដោយខ្លួនឯងបានទេ ។

៣-១-៤-២. ការសម្រាលកូនលើសខែ

- នៅពេលអាយុគភ៌ឡើងដល់ ៤២ សប្ដាហ៍ឬច្រើនជាងនេះ មុខងាររបស់សុក ដែលផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន និងសារធាតុចិញ្ចឹមចាប់ផ្ដើមធ្លាក់ចុះ (អសមត្ថភាពមុខងារសុក) ។ វាបង្កឱ្យមាន ផលវិបាកមួយចំនួនៈ

(១) អសមត្ថភាពមុខងារសុកបណ្ដាលឱ្យការផ្ដល់អុកស៊ីសែនពីម្ដាយទៅកូនក្នុងផ្ទៃមិនបានគ្រប់គ្រាន់។ ជាលទ្ធផលចង្វាក់បេះដូងរបស់កូនធ្លាក់ចុះជាញឹកញាប់ ហើយអាចបណ្ដាលឱ្យ**ទារកខ្សោយ ។**

(២) បរិមាណនៃទឹកភ្លោះបន្តធ្លាក់ចុះតាំងពីពេលកូនក្នុងផ្ទៃមានអាយុគ្រប់ខែ៦ ។ ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ទងសុកងាយរងការសង្កត់ ពេលស្បូនកន្ត្រាក់ ដោយសារតែទឹក ភ្លោះមានការធ្លាក់ចុះដូច្នេះហើយវាបណ្ដាលឱ្យទារកខ្សោយនៅពេលឈឺពោះសម្រាល ។

(៣) ទារកក្នុងផ្ទៃបន្តលូតលាស់ហើយក្លាយជាមានទំហំធំដែលវាអាចបង្កឱ្យមានការ**ឈឺពោះសម្រាលមានរយៈពេលយូរ ឬ ការសម្រាលស្ទា ទារកអាចជាប់ក្នុងអាងត្រគាករបស់ម្ដាយ** (Shoulder dystocia) ។

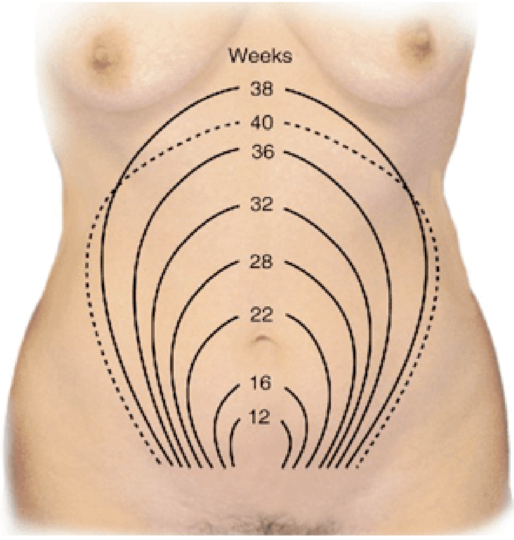
៣-២. កម្ពស់ស្បូននៅពេលចូលសម្រាកពេទ្យ

《**សង្ខេប**》

- កម្ពស់ស្បូន គឺជាសូចនាករមួយក្នុងចំណោមសូចនាករដទៃទៀត ក្នុងការប៉ាន់ប្រមាណសមាសភាគស្បូន ។ ពីព្រោះវាមានទំនាក់ទំនងជាមួយទំហំរបស់ស្បូន ទារកក្នុងផ្ទៃទឹកភ្លោះ និងសុក ។
- ប្រសិនបើកម្ពស់ស្បូនធំ ឬ តូចមិនធម្មតាទំហំរបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ ឬ បរិមាណទឹកភ្លោះអាចនឹងមិនធម្មតា ។
- ករណីមិនដឹងអាយុរបស់គភ៌ កម្ពស់ស្បូនតូចអាចបញ្ជាក់ថាកូនតូចដោយសារតែទារកមិនគ្រប់ខែ ឬ ការលូតលាស់មានកម្រិត។

៣-២-១. និយមន័យនៃកម្ពស់ស្បូន

- **កម្ពស់ស្បូនគឺជាចម្ងាយតាមបណ្តោយពោះពីលើឆ្អឹងថ្ងាសរបស់ម្តាយ (Symphysis pubis) ដល់កំពូលស្បូន ។**
- កម្ពស់ស្បូនមានទំនាក់ទំនងជាមួយទំហំស្បូន ។ នៅក្នុងស្បូនមាន**ទារក ទឹកភ្លោះ និងសុក ។**
- ទំហំនៃទារកក្នុងផ្ទៃ និងបរិមាណទឹកភ្លោះផ្លាស់ប្តូរតាមអាយុនៃគភ៌ ។
- ដូច្នេះហើយ កម្ពស់ស្បូន អាចត្រូវបានគេប្រើជាជំនួយក្នុងការប៉ាន់ប្រមាណ ទំហំនៃទារកក្នុងផ្ទៃ និងបរិមាណទឹកភ្លោះ សម្រាប់អាយុនៃគភ៌នីមួយៗ ។



ប្រភពរូបភាព:
https://www.grepmed.com/images/4172/approximation-obstetrics-diagnosis-fundal-height-obgyn

៣-២-២. របៀបវាស់កម្ពស់ស្បូន

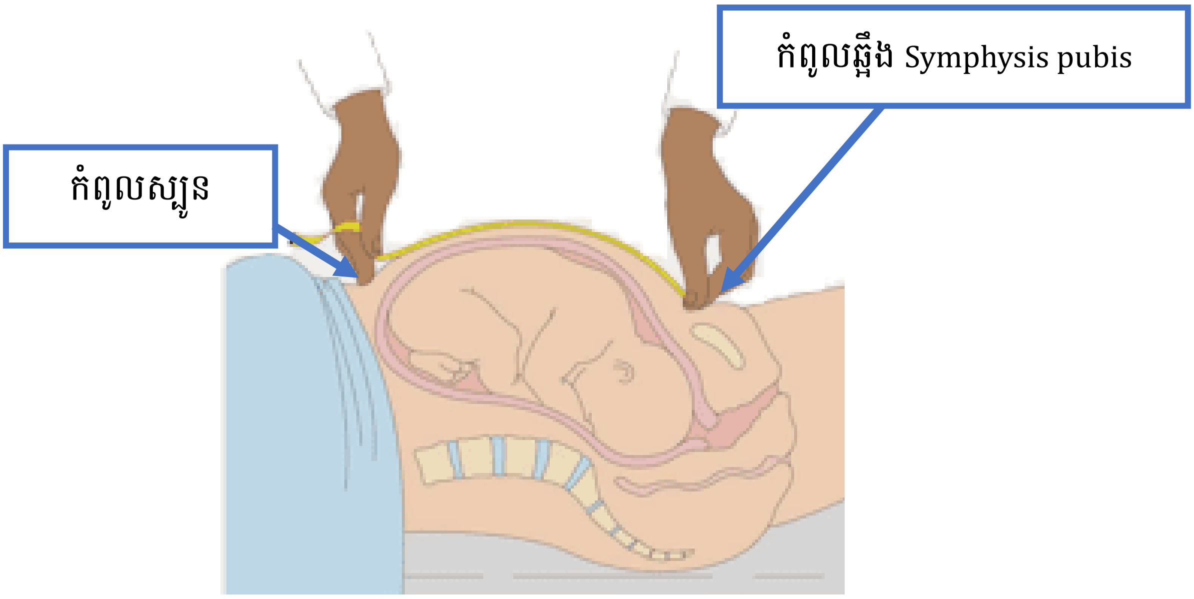
(១) ប្លោកនោមត្រូវគ្មានទឹកនោមមុនពេលវាស់កម្ពស់ស្បូន ។

(២) សុំឱ្យម្ដាយគេងផ្ងារ ។

(៣) ស្ទាបរកកំពូលស្បូនៈដាក់ដៃរបស់អ្នកនៅពីក្រោមចុងសន្ទះទ្រូង ហើយសង្កត់ថ្នមៗរំកិលដៃចុះមក ពោះរហូតអ្នកមានអារម្មណ៍ថាកោងចូលនៅផ្នែកខាងលើនៃស្បូន ។

សម្គាល់៖ អ្នកអាចសុំម្ដាយឱ្យបញ្ឈរជង្គង់នៅខណៈពេលដែលអ្នកស្វែងរកកំពូលស្បូន ។ ប៉ុន្តែគាត់ត្រូវសណ្ដូកជើងឱ្យត្រង់វិញនៅពេលវាស់កម្ពស់ស្បូន ។

(៤) ស្ទាបរកឆ្អឹងថ្ងាស (Symphysis pubis): កាន់ខ្សែម៉ែត្រនៅលើកំពូលស្បូន ហើយទាញចុះទៅឆ្អឹងថ្ងាស (Symphysis pubis) ។



ប្រភពរូបភាព: https://www.grepmed.com/images/4172/approximation-obstetrics-diagnosis-fundal-height-obgyn

៣-២-៣. ផលវិបាកនៃកម្ពស់ស្បូនដែលខុសពីប្រវែងធម្មតា

៣-២-៣-១. កម្ពស់ស្បូន ច្រើនជាងឬស្មើ ៣៥ស.ម

កម្ពស់ស្បូន**ច្រើនជាង ឬ ស្មើ ៣៥ស.ម** គឺធំហួសសម្រាប់ទារកតែមួយហើយគ្រប់ខែ ។ វាអាចបញ្ជាក់បានពីផលវិបាកដូចខាងក្រោម៖

- អាចនឹងមាន**ទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃលើសពីមួយ**→(មើល *៣-៥. ចំនួនទារកក្នុងផ្ទៃ* ទំព័រ៤២)
- ទារកអាចនឹងធំជ្រុល ។ ក្បាលទារកប្រហែលមិនអាចចុះចូលក្នុងអាងត្រគាក ដោយសារតែមាន**វិសមមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារក និងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយ** (CPD) ។ ទារកធំជ្រុលក៏អាច បង្កឱ្យមាន**ការឈឺពោះសម្រាលយូរ** ឬ **ការឈឺពោះសម្រាលដែលមានឧបសគ្គ**ដូចជា ការសម្រាលជាប់ស្មាទារកផងដែរ ។
- អាចនឹងមាន**សណ្ឋាន ទម្រង់បង្ហាញ និងការបង្ហាញខុសធម្មតា ។**
- អាចនឹងមានការ**កើនឡើងនៃបរិមាណទឹកភ្លោះ**ច្រើនខុសពីធម្មតា ។ ការកើនឡើងនៃបរិមាណទឹកភ្លោះច្រើនខុសពីធម្មតាអាចបណ្តាលឱ្យមានការឈឺ**ពោះសម្រាលយូរ** ដោយសារទំហំស្បូនធំហួសប្រមាណ **សណ្ឋានទម្រង់បង្ហាញ និងការបង្ហាញខុសពីធម្មតា ។** នៅពេលស្រោមទឹកភ្លោះត្រូវបាន

គេបំបែក **ការរបើកសុកមុនសម្រាល** និង**ការធ្លាក់ទងសុកចេញមកក្រៅមុនចេញទារក** អាចនឹងកើតមានឡើង[៥,៦] ។

- **ស្បូនអាចនឹងសន្ទឹងហួសប្រមាណ**ដែលបណ្ដាលឱ្យមាន**ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល** (PPH) ដោយសារតែ**សាច់ដុំស្បូនខ្សោយ** ស្បូនកន្ត្រាក់មិនបានគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបញ្ឈប់ការហូរឈាម ពីសរសៃជញ្ជាំងស្បូនដែលជាកន្លែងសុកតាំងនៅ[៦] ។

៣-២-៣-២. កម្ពស់ស្បូន ៣៣ ទៅ ៣៤ស.ម

- កម្ពស់ស្បូន ៣៣ ទៅ ៣៤ស.ម គឺស្ថិតនៅក្នុងប្រវែងធម្មតាតែធំគួរសមដែរ ។ ចូរចាំពីផលវិបាក ដែលអាចកើតមាននៅខាងលើ ហើយតាមដានម្ដាយទារកក្នុងផ្ទៃ និងការវិវត្តនៃការសម្រាលជាប្រចាំ ។

៣-២-៣-៣. កម្ពស់ស្បូន តិចជាងឬស្មើរ ២៨ស.ម

កម្ពស់ស្បូន**តិចជាងឬស្មើរ ២៨ស.ម** គឺ**តូចជ្រុល**សម្រាប់ទារកគ្រប់ខែ ។

វាអាចបញ្ជាក់បានពីផលវិបាកដូចខាងក្រោម៖

- អាចនឹងមានផ្ទៃពោះ**មិនគ្រប់ខែ**នៅពេលដែលមិនដឹងអាយុរបស់គភ៌ ។
- ទារកក្នុងផ្ទៃអាចនឹង**តូចជ្រុលសម្រាប់ពេលគ្រប់ខែ ។** ការលូតលាស់របស់ទារកអាចនឹង មានកម្រិតដោយសារតែមានបញ្ហាខ្លះៗទាក់ទងនឹងទារកក្នុងផ្ទៃម្ដាយ ឬ សុក ។
- អាចនឹងមាន**ការចុះថយនៃបរិមាណទឹកភ្លោះមិនធម្មតា ។** ក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលទងសុកងាយនឹងរងការសង្កត់ពេលស្បូនកន្ត្រាក់ដោយសារតែមានការចុះថយនៃទឹកភ្លោះ ដែលបណ្ដាលឱ្យ**ចង្វាក់បេះដូងរបស់ទារកចុះទាប**នៅក្នុងពេលឈឺពោះសម្រាល ។ ទារកក្នុងផ្ទៃអាចនឹងមានបញ្ហាក្នុងការលូត លាស់សួត ហើយអាចនាំឱ្យមាន**បញ្ហាផ្លូវដង្ហើម**ដល់ទារកទើបនឹងកើត ។

សម្គាល់៖ ហេតុផលនៅពីក្រោយការបញ្ជូន និងការប្រឈមមុខនឹងផលវិបាកតាមរយៈការវាស់កម្ពស់ស្បូន គឺត្រូវបានគេពិចារណាបន្ទាប់ពីមានការពិភាក្សាជាមួយនឹងសមាជិកបង្គោលនៃការបណ្ដុះបណ្ដាលការថែទាំពេលឈឺពោះសម្រាលកូន (Core member of intrapartum care training) ។

៣-៣. អាយុស្ត្រី

《**សង្ខេប**》
- អាយុម្ដាយក្មេងពេកឬចាស់ពេកអាចបណ្ដាលឱ្យមានផលវិបាកផ្នែកសម្ភព ។
- ពិនិត្យកាលបរិច្ឆេទថ្ងៃកំណើតរបស់ស្ត្រីតាមរយៈអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬ ឯកសារពាក់ព័ន្ធ ។
- លក្ខណៈសរីរៈសាស្ត្រតាមរយៈអាយុអាចមានឥទ្ធិពលលើស្ថានភាពម្ដាយការសម្រាល និងទារកក្នុងផ្ទៃ ។
- សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងពេក រាងកាយដែលលូតលាស់មិនពេញលេញអាចមានឥទ្ធិពលលើការវិវត្តន៍ការសម្រាល ។
- សម្រាប់ស្ត្រីវ័យចាស់ នោះការប្រឈមមុខនឹងផលវិបាកផ្នែកសម្ភពមានការកើនឡើង ។

៣-៣-១. មធ្យោបាយដើម្បីដឹងពីអាយុស្ត្រី

បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទកំណើត (ឆ្នាំ ខែ និងថ្ងៃ) ដោយពិនិត្យ**អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់ម្ដាយ ឬ ឯកសារ** ដទៃ**ទៀត** (**កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ សៀវភៅសុខភាពមាតា** (**សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក**) -ល-) ។ ប្រសិនបើគ្មានអ្វីអាចបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទថ្ងៃកំណើតទេ សូមសួរគាត់ ឬ ក្រុមគ្រួសាររបស់គាត់ ។

៣-៣-២. ផលវិបាកបណ្ដាលពីអាយុស្ត្រីក្មេងពេក ឬ ចាស់ពេក

៣-៣-២-១. មានផ្ទៃពោះនៅអាយុតិចជាងឬស្មើ១៧ឆ្នាំ

- រាងកាយរបស់ស្ត្រីមិនទាន់ពេញវ័យដែលអាចបណ្ដាលឱ្យមានផលវិបាកខ្លះទាក់ទងនឹងសម្ភពដូច ជា ស្លេក ស្លាំង បម្រុងក្រឡាភ្លើង ឈឺពោះសម្រាលយូរ និង ទារកកើតមាន ទម្ងន់ទាប [៦(p១៦១)] ។

៣-៣-២-២. មានផ្ទៃពោះនៅអាយុតិចជាងឬស្មើ១៥ ឆ្នាំ

- បន្ថែមទៅលើការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ខាងលើឆ្អឹងត្រគាកនិងផ្លូវសម្រាលរបស់ក្មេងស្រី ដែល មានអាយុ**តិចជាងឬស្មើ**១៥ឆ្នាំ គឺនៅលូតលាស់មិនទាន់ពេញលេញ។ នេះគឺអាចបណ្ដាលឱ្យមាន**ការឈឺពោះសម្រាលដែលមានឧបសគ្គ** និងមានផលវិបាកទាក់ទងនឹងសម្ភពផ្សេងទៀត ដូចជា មានភាពខុសប្រក្រតីពីការដាច់រហែកទ្វាមាសនិង**រន្ធគូទ (Fistulas)** [១០]។

៣-៣-២-៣. ការមានផ្ទៃពោះនៅអាយុច្រើនជាងឬស្មើ៣៥ ឆ្នាំ

- ម្តាយអាយុច្រើនអាចប្រឈមមុខនឹងផលវិបាកមួយចំនួនដូចជា**ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ទឹកនោមផ្អែម សុកពាំងមាត់ស្បូន សុករបើកមុនសម្រាល និងការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល (PPH)**[៤,៦] ។
- ទាំងម្តាយដែលមានអាយុតិចពេកនិងច្រើនពេក ការតាមដានម្តាយ (ពិសេសសម្ពាធឈាមនិងស្ថានភាពធ្លាក់ឈាម) ទារកក្នុងផ្ទៃ និងការវិវត្តនៃការសម្រាលគឺមានសារៈសំខាន់ ។
- ការប្រឈមគ្រោះថ្នាក់របស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះអាយុលើសឬស្មើ៣៥ឆ្នាំមានលក្ខណៈខុសគ្នារវាងស្ត្រីកូនដំបូង និងស្ត្រីមានកូនច្រើនដង ។ ដូច្នេះការស្តាប់ប្រវត្តិនៃការមានផ្ទៃរបស់ស្ត្រីមានសារៈសំខាន់ ។

៣-៤. ចំនួនផ្ទៃពោះ ចំនួនសម្រាល ចំនួនរលូតឬរំលូត

《សង្ខេប》
- បញ្ជាក់ចំនួនមានផ្ទៃពោះ ការសម្រាល និងការរលូតឬរំលូតជាមួយម្ដាយ ។
- ចំនួននៃការសម្រាលកូនមានឥទ្ធិពលសំខាន់លើការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល ។ ចូលកត់សម្គាល់ថាដំណើរការនៃការសម្រាលច្រើនដង ជាធម្មតាលឿនជាងការសម្រាលលើកទីមួយ ។
- បន្ថែមពីលើនេះទៀតចំនួនសម្រាលនិងការរំលូតអាចនាំឱ្យមានផលវិបាកផ្នែកសម្ភពមួយចំនួន ។

៣-៤-១. និយមន័យចំនួនផ្ទៃពោះ ចំនួនសម្រាល ចំនួនរលូត ឬ រំលូត

(១) **ចំនួនផ្ទៃពោះ** គឺជាចំនួនសរុបនៃការមានផ្ទៃពោះ **រួមមានការមានផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន** ដោយមិនគិតពីលទ្ធផលនៃការមានផ្ទៃពោះ ។

(២) **ចំនួនសម្រាល**គឺជាចំនួនដងដែលស្ត្រីសម្រាលកូនមាន **អាយុ២៧សប្ដាហ៍0ថ្ងៃ ឬ ច្រើន សប្ដាហ៍ជាងនេះ**[១] ដោយមិនគិតថាទារកក្នុងផ្ទៃមានតែមួយ ឬមានច្រើនហើយទារកកើតមករស់ ឬ ស្លាប់ ។ **'Grand multiparity'** មានន័យថាស្ត្រីដែលមានការសម្រាលកូនច្រើនជាងឬ ស្មើ៥ដង[៤] ។

(៣) **ការរលូត** គឺជាការបាត់បង់កូននៅ**អាយុមុន២៦សប្ដាហ៍ ៦ថ្ងៃ ឬតិចជាង ។**

(៤) **ការរំលូត** គឺជាដំណើរការនៃការបញ្ចប់គភ៌ **ដោយមានគោលបំណង**តាមបែបបទវេជ្ជសាស្ត្រ នៅ**អាយុមុន២៦សប្ដាហ៍ ៦ថ្ងៃ**[១] ។

៣-៤-២. មធ្យោបាយក្នុងការដឹងពីចំនួនសម្រាលនិងការរលូតឬរំលូត

ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ឬសួរម្ដាយពីចំនួនដងដែលមានផ្ទៃ ពោះ(១) ចំនួនសម្រាល (២) និងបទពិសោធន៍ ធ្លាប់មានករណី រលូតឬរំលូត (៣,៤) ។

(១) ចំនួនមានផ្ទៃពោះ

(២) ចំនួនសម្រាល

a. ចំនួនកូនដែលកំពុងរស់នៅបច្ចុប្បន្ន

b. ចំនួនកូនកើតស្លាប់

(៣) ចំនួនរំលូត

c. តើការរំលូតបែបណាដែលគាត់មានបទពិសោធន៍ ?

(៤) ចំនួនរលូត

៣-៤-៣. ផលវិបាកនៃការសម្រាលចំនួន ៥ដង ឬ ច្រើនលើសពី ៥ដង និងធ្លាប់មានរលូតនិងរំលូត

៣-៤-៣-១. ការសម្រាលចំនួន ៥ដង ឬ លើសពី ៥ដង (Grand multipara)

- មានការប្រឈមមុខនឹងភាពស្លេកស្លាំងនិងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភខ្ពស់ដោយសារសម្រាលមានការកើនឡើងជាពិសេសនៅពេលដែលចន្លោះពេលនៃការមានផ្ទៃពោះមានរយៈពេលខ្លីហើយវាអាចបង្កឱ្យមានការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលនិងទារកមានទម្ងន់ទាប[៤] ។ ការប្រឈមមុខទាំងនោះមានការកើន ឡើងខ្ពស់សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានការសម្រាលច្រើនជាង ឬ ស្មើ៥ដង ។
- ស្ត្រីដែលមានអាយុចាស់ ហើយការសម្រាលមានចំនួន៥ដង ឬ លើសពី៥ដង អាចបណ្តាលឱ្យមានផលវិបាកដ៏ទៃទៀតផងដែរ ។ (មើល *៣-៣ អាយុស្ត្រី* ទំព័រ៣៨)
- ការវិវត្តនៃការសម្រាលសម្រាប់អ្នកដែលមានការសម្រាលច្រើនដង គឺជាទូទៅមានភាពលឿនជាងកូនដំបូង ហើយវាលឿនទៅៗនៅពេលដែលចំនួនសម្រាលមានការកើនឡើង ។

៣-៤-៣-២. ចំនួនសម្រាល ៤ដង

- ម្តាយអាចសម្រាលនៅមណ្ឌលសុខភាពបានប៉ុន្តែមានការប្រឈមមុខនឹងផលវិបាកដូចខាងលើ ។
- តាមដានស្ថានភាពម្តាយ និងទារកក្នុងផ្ទៃជាប្រចាំហើយធ្វើការអង្កេតដោយប្រុងប្រយ័ត្នលើសញ្ញាការវិវត្តនៃការសម្រាលកូន ។

៣-៤-៣-៣. ប្រវត្តិធ្លាប់មានរំលូត ឬ រលូត

- ក្នុងករណីស្ត្រីធ្លាប់មានការរំលូត ឬ រលូតបញ្ជាក់ពីប្រវត្តិនៃ**ការរំលូតដោយការបូម (Manual Vacuum Aspiration) ការបើកមាត់ស្បូន និងការកៀរយកកូនចេញ (Dilatation and Curettage)** ឬ **ការបើកមាត់ស្បូន និងកៀបយកកូនចេញ (Dilatation and Evacuation)**។
- ករណីម្តាយមានប្រវត្តិរំលូត ដោយមធ្យោបាយណាមួយម្តាយអាចនឹងមានស្នាមរបួសនៅខាងក្នុងស្បូន ។ ស្នាមរបួសនៅខាងក្នុងស្បូនអាចបណ្តាលឱ្យមាន**សុកពាំងមាត់ស្បូន និងជាប់សុកនៅក្នុងស្បូន** [៦] ។

៣-៥. ចំនួនទារកក្នុងផ្ទៃ

《**សង្ខេប**》

- បញ្ជាក់ចំនួនទារកក្នុងផ្ទៃដោយការសួរស្ត្រី ឬ ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ។
- ចំពោះស្ត្រីដែលមានកូនច្រើនក្នុងផ្ទៃត្រូវបញ្ជូនភ្លាម ពីព្រោះវាអាចមានផលវិបាកដល់ស្ត្រី កូនក្នុងផ្ទៃ និងការវិវត្តការសម្រាល ។

៣-៥-១. របៀបពិនិត្យចំនួនទារកក្នុងផ្ទៃ

- ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតា(សៀវភៅផ្កាឈូក) ឬ សួរម្ដាយថាតើគាត់ធ្លាប់ត្រូវបានគេប្រាប់ ថាមានចំនួន ទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃទេនៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ (ANC) ឬ ពិនិត្យ ដោយអេកូសាស្ត្រ (Ultrasound) ពីមុនទេ ។
- ការស្ទាបប៉ះក្បាលកូនមានចំនួន ២ គឺជាមធ្យោបាយមួយទៀតក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើកូនភ្លោះប៉ុន្តែវាពិបាកនៅពេលដែលកូនភ្លោះដេកពីលើគ្នា ។

៣-៥-២. ផលវិបាកចំពោះចំនួនទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ

- **ស្ត្រីដែលមានកូនច្រើនក្នុងផ្ទៃ** មានបន្ទុកខ្លាំងទៅលើរាងកាយ ហើយអាចបណ្ដាលឱ្យមាន**ជំងឺបម្រុងក្រឡា ភ្លើង ឬ ស្លេកស្លាំង ។**
- ភាពធំនៃស្បូន (ទារកច្រើនជាងឬស្មើ២) ធ្វើឱ្យ**ស្បូនលាតសន្ធឹងហួសប្រមាណ ។** វាអាចនឹងបណ្ដាលឱ្យមានការ**ឈឺពោះសម្រាលយូរ** ឬ **ធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល** (PPH) ។ នៅពេលដែលស្បូនមិនអាចទប់ទល់នឹងភាពធំបានការសម្រាលដែលមិនគ្រប់ខែអាចនឹងកើតមាន ។
- **ការបង្ហាញនិងទម្រង់បង្ហាញ** របស់ទារកក្នុងផ្ទៃជាញឹកញាប់ គឺ**មិនធម្មតា**ដែលអាចបង្កឱ្យមាន**ចង្កាថ្កក់គ្នា ឬ បញ្ច្រាស់/ទទឹង (Interlocking collision)** ឬ មាន**ការឈឺពោះសម្រាល ដែលមានឧបសគ្គ ។ ទងសុកធ្លាក់មកមុនទារកសម្រាល** គឺកើតមានជាញឹកញាប់នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ ។

៣-៦. កម្ពស់ស្ត្រី

《**សង្ខេប**》
- ទំហំនៃអាងត្រគាកម្តាយជាប់ទាក់ទងនឹងកម្ពស់របស់ម្តាយ។ ដូច្នេះការវាស់ កម្ពស់ម្តាយ មានសារៈសំខាន់ណាស់។
- ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) រកកម្ពស់ស្ត្រី ។ ប្រសិនបើគ្មានព័ត៌មានទេវាស់កម្ពស់ស្ត្រី ។
- នៅពេលស្ត្រីដែលមានកម្ពស់ទាបជាង ឬ ស្មើ ១៥០ស.ម វិសមាមាត្ររវាងក្បាលទារកនឹងឆ្អឹងត្រគាកម្តាយអាចកើតមានឡើងដែលធ្វើក្បាលទារកមិនអាចចុះចូលក្នុងអាងត្រគាកម្តាយបាន ។

៣-៦-១. គោលបំណងនៃការវាស់កម្ពស់

- វាស់កម្ពស់នៃរាងកាយពីក្បាលដល់ចុងជើង ។
- ទំហំរបស់អាងត្រគាកមានទំនាក់ទំនងនឹងកម្ពស់ដែលចាំបាច់ត្រូវធ្វើការវាស់កម្ពស់ ។
- កម្ពស់មានឥទ្ធិពលលើភាពខុសទ្រង់ទ្រាយរបស់ឆ្អឹងខ្នង ឆ្អឹងត្រគាក ឬ សន្លាក់របស់ត្រគាក ឬ ជើង ។ ការខុសទ្រង់ទ្រាយអាចនឹងមានឥទ្ធិពលក្នុងការធ្វើឱ្យផ្លូវសម្រាលរីកធំ ។ ពិនិត្យការខុសទ្រង់ទ្រាយ នៅពេលវាស់កម្ពស់ ។

៣-៦-២. របៀបវាស់កម្ពស់

- វាស់កម្ពស់ដោយឈរឱ្យត្រង់ជាមួយនឹងជើងទទេរនិងប្រអប់ជើងញែកពី ៣០ ទៅ ៤០ ដឺក្រេ ។
- ដាក់ក្បាល ខ្នង ត្រគាក និងកែងជើងលើប្រដាប់វាស់ និងចង្កាបត់ចុះ ។

៣-៦-៣. ផលវិបាកនៃកម្ពស់ទាបពេក

៣-៦-៣-១. កម្ពស់តិចជាងឬស្មើ ១៤៥ស.ម

- ស្ត្រីដែលទាបច្រើនតែមានអាងត្រគាកតូច ហើយនាងអាចមាន**អង្កត់ផ្ចិតអាងត្រគាកតូចជាងធម្មតា (Contracted pelvis)** (**ច្រកចូលអាងត្រគាក**) ដែលអាចប៉ះពាល់លើការវិវត្តនៃការសម្រាល ។
- ច្រកចូលនៃអាងត្រគាកដែលតូចជាងធម្មតាអាចនឹងរារាំងមិនអាចឱ្យទារកចុះចូលក្នុងត្រគាកបាន ។ នេះគឺជាមូលហេតុមួយនៃ **វិសមមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារក និងឆ្អឹងអាងត្រគាករបស់ម្តាយ** ហើយការឈឺ

ពោះសម្រាលអាចនឹងអូសបន្លាយ ឬ មានឧបសគ្គ ។

៣-៦-៣-២. កម្ពស់ ១៤៥-១៥០ ស.ម

ស្ត្រីដែលមាន**កម្ពស់ ១៤៥-១៥០ស**.ម មិនត្រូវការការបញ្ជូនភ្លាមទេ ប៉ុន្តែអាចនឹងមានបញ្ហាវិសមមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាករបស់ម្តាយ ។ ត្រូវតែតាមដានការវិវត្តនៃការសម្រាលជាប់ ជាប្រចាំជាពិសេសការចុះនៃក្បាលកូន ។

៣-៧. ភាពស្លេកស្លាំង

《សង្ខេប》

- ភាពស្លេកស្លាំងនៅពេលមានផ្ទៃពោះអាចបណ្តាលឱ្យស្រ្តីស្លាប់ពេលមានការធ្លាក់ឈាម ។ ហើយភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរបង្កឱ្យមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ទៅនឹងទារកមានទម្ងន់ទាប ។
- ពិនិត្យកំណត់ត្រាអំពីភាពស្លេកស្លាំងនៅពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះជាមួយសៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ។
- ពិនិត្យពណ៌លើបាតដៃ និងត្របកភ្នែក និងសញ្ញាផ្សេងទៀតនៃភាពស្លេកស្លាំង ។

៣-៧-១. និយមន័យនៃភាពស្លេកស្លាំងក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ

- **ភាពស្លេកស្លាំង** គឺជាស្ថានភាពមួយដែលចំនួន**គ្រាប់ឈាមក្រហម ឬ កម្លាំងក្នុងការចាប់យកអុកស៊ីសែននៃកោសិកាគ្រាប់ឈាមក្រហមមិនគ្រប់គ្រាន់**តាមតម្រូវការសរីរៈសាស្រ្ត[៩] ។
- អេម៉ូក្លូប៊ីននៅក្នុងកោសិកាឈាមក្រហមមានមុខងារក្នុងការចាប់យកអុកស៊ីសែន ។ តាមកត្តាសរីរៈសាស្រ្ត **កម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីន (Hb)** ធ្លាក់ចុះនៅពេលមានផ្ទៃពោះ ។
- ភាគច្រើននៃភាពស្លេកស្លាំងបណ្តាលពី**កង្វះជាតិដែក**[៩] ។

៣-៧-២. របៀបពិនិត្យភាពស្លេកស្លាំង

- ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) រកភាពស្លេកស្លាំង និងលទ្ធផលអេម៉ូក្លូប៊ីន (Hb) ។
- ពិនិត្យរោគសញ្ញា៖
  - ពិនិត្យលើភាពស្លេកស្លាំងនៅលើបាតដៃនិងត្របកភ្នែក ។
  - សួរស្រ្តីថាតើសព្វថ្ងៃមានវិលមុខ អស់កម្លាំង និងពិបាកដកដង្ហើម ឬ ទេ ។
- ប្រសិនបើមានតេស្តឈាមដោយអេម៉ូខ្យូ (Hemocue) តេស្តមើល Hb ។

៣-៧-៣. ចំណាត់ថ្នាក់ភាពស្លេកស្លាំងក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ

៣-៧-៣-១. ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ

- **Hb តិចជាង ៧.០ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ** ត្រូវបានគេឱ្យនិយមន័យថាជា **ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ។**
- នៅពេលដែលស្ត្រីមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរនោះគឺមានភាពស្លេកស្លាំងខ្លាំង នៅលើបាតដៃ និង/ឬលើត្របកភ្នែក ។ ស្ត្រីក៏អាចត្អូញត្អែរពីការវិលមុខអស់កម្លាំង និងពិបាកដកដង្ហើមទោះបីជានៅ ពេលសម្រាកផងដែរ ។

៣-៧-៣-២. ភាពស្លេកស្លាំងស្រាល

- **Hb ៧.០-១១.០ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ** ត្រូវបានគេឱ្យនិយមន័យថាជា **ភាពស្លេកស្លាំងស្រាល ។**
- នៅពេលដែលស្ត្រីមានភាពស្លេកស្លាំងស្រាលនោះគឺអាចមានភាពស្លេកស្លាំងនៅបាតដៃ និង/ឬលើត្របកភ្នែក។

៣-៧-៤. ផលវិបាកនៃភាពស្លេកស្លាំង

៣-៧-៤-១. ភាពស្លេកស្លាំងខ្លាំងនៅលើបាតដៃ និង/ឬលើត្របកភ្នែក ឬ Hb តិចជាង ៨.០ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ

- ភាពស្លេកស្លាំងនៅក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះកាត់បន្ថយឱកាសរស់រាននៅពេលស្ត្រីមានការធ្លាក់ឈាម នៅក្នុងកំឡុងពេលសម្រាលនិងក្រោយពេលសម្រាល[១] ។ ក្នុងករណីមានការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល ស្ត្រីដែលមានភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរត្រូវការការព្យាបាលបន្ថែមដូចជាការ**បញ្ចូលឈាម** ។
- ភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរក្នុងកំឡុង ពេលមានផ្ទៃពោះបង្កើនការប្រឈមមុខទៅនឹង**ទារកកើតមកមានទម្ងន់ទាប** ។

៣-៧-៤-២. ភាពស្លេកស្លាំងនៅលើបាតដៃ និង/ឬលើត្របកភ្នែក ឬ Hb ៨.០-១១.០ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ

- ទោះបីជាមានភាពស្លេកស្លាំងស្រាលស្ត្រីក៏ពិបាកក្នុងការធ្វើឱ្យមានភាព ប្រសើរឡើងវិញដែរក្រោយពីបាត់បង់ឈាមនៅក្នុងកំឡុងពេលសម្រាល ។
- ការសង្កេតស្ថានភាពធ្លាក់ឈាមជាប្រចាំ គឺដើម្បីតាមដានភាពមិនប្រក្រតីនៃការធ្លាក់ឈាម និងអាចធ្វើការបញ្ជូនទាន់ពេលវេលា ។

សម្គាល់៖ ហេតុផលនៅពីក្រោយការបញ្ជូន

- ការបញ្ជូនត្រូវធ្វើឡើងនៅពេលដែល Hb តិចជាង ៨.0 ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ ដែលខ្ពស់ជាង និយមន័យ នៃភាពស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ (Hb តិចជាង ៧.0ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ) (មើល *ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រង គ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព*[9] ទំព័រ២៧) ដោយផ្អែកទៅលើការ ពិភាក្សាជាមួយគ្រូបង្គោលស្នូលរបស់ការបណ្ដុះបណ្ដាលការថែទាំក្នុងពេលសម្រាល ។
- នេះគឺដោយសារតែការរស់រានរបស់ស្ត្រីមានការប្រឈមមុខនៅពេលកម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីន នៅត្រឹម ៧.0 ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ នៅពេលដែលស្ត្រីមានការធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ ។ នៅមណ្ឌលសុខភាព ស្ត្រីគួរត្រូវបានគេបញ្ជូនទុកជាមុន ។

៣-៨-១. ការបង្ករោគ- មេរោគអេដស៍ (HIV)

《**សង្ខេប**》

- មេរោគអេដស៍អាចឆ្លងពីម្ដាយទៅកូនតាមរយៈ (១)ឆ្លងតាមសុក (២)ឆ្លងនៅពេលសម្រាលតាមផ្លូវសម្រាល និង (៣)ឆ្លងតាមការបំបៅដោះកូន ។ មូលហេតុចំបងនៃការចម្លងរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅលើកូនគឺការចម្លង ពីម្ដាយទៅកូនក្នុងកំឡុងពេលសម្រាល ។
- ពិនិត្យលទ្ធផលតេស្តមេរោគអេដស៍នៅ ពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ ដែលមាននៅក្នុង*សៀវភៅសុខភាពមាតា* (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ។
- ប្រសិនបើគ្មានការសរសេរពីលទ្ធផលរកមេរោគអេដស៍ទេ ត្រូវធ្វើតេស្តភ្លាមជាមួយនឹងតេស្តរហ័ស ដែលពិនិត្យបានទាំងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយ ។
- ប្រសិនបើលទ្ធផលរកមេរោគអេដស៍វិជ្ជមាន ហើយការសម្រាលមិនទាន់ជិតដល់ទេ ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅកាន់ កន្លែងដែលមាន ART ដើម្បីទទួលបាន ការព្យាបាលដោយថ្នាំអង់ទីរីត្រូវីរ៉ល់ (ART) ។
- ប្រសិនបើមិនដឹងពីមេរោគអេដស៍ ហើយការសម្រាលជិតមកដល់ ត្រូវធ្វើការបញ្ជូនស្ត្រី និងកូនទៅកាន់កន្លែង ដែលមាន ART បន្ទាប់ពីសម្រាល សម្រាប់ការទទួលបាន ART ។

៣-៨-១-១. អ្វីទៅជាមេរោគអេដស៍?

- មេរោគអេដស៍ (HIV) គឺជាវីរុសដែលបង្កឱ្យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់មនុស្សចុះខ្សោយ ដែលធ្វើឱ្យមានការពិបាកក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងការបង្កមេរោគផ្សេងទៀត[៩] ។

៣-៨-១-២. មធ្យោបាយដើម្បីដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- បើកមើលទំព័រ 'ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍' និង 'ព័ត៌មានផ្នែកសម្ភព' នៃសៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ។
- ប្រសិនបើមិនដឹងទេ ផ្តល់ប្រឹក្សានិងសុំការអនុញ្ញាត រួចធ្វើតេស្តរហ័សដែលពិនិត្យបានទាំងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយ[១១] ។

៣-៨-១-៣. ផលវិបាកសម្រាប់ម្តាយដែលមានតេស្តមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន

៣-៨-១-៣-១. ម្តាយដែលមានតេស្តមេរោគអេដស៍វិជ្ជមាន

- មេរោគអេដស៍អាចឆ្លងពីម្តាយទៅកូនតាមរយៈ (១)ឆ្លងតាមសុក (២)ឆ្លងនៅពេលសម្រាលតាមផ្លូវសម្រាល និង (៣)ឆ្លងតាមការបំបៅដោះកូន ។ មូលហេតុចំបងនៃការចម្លងរោគអេដស៍ ពីម្តាយទៅលើកូនគឺការចម្លងពីម្តាយទៅកូនក្នុងកំឡុងពេលសម្រាល[៦]។
- ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍គួរតែសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ឬមន្ទីរពេទ្យខេត្ត (កន្លែង ដែលមាន ART) ដែលជាកន្លែងអាចផ្តល់ ថ្នាំ ARV ដល់ម្តាយនិង កូនបានត្រឹមត្រូវ [១១]។

៣-៨-១-៣-២. ករណីមិនដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- រាល់ស្ត្រីដែលមិនដឹងថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ ក៏អត់ ត្រូវធ្វើ**តេស្តរហ័ស ដែលពិនិត្យបានទាំងមេរោគអេដស៍ និង ស្វាយភ្លាម ។** ប្រសិនបើជិតសម្រាលហើយ ត្រូវធ្វើតេស្តបន្ទាប់ពីសម្រាលឱ្យបានលឿនតាមតែអាចធ្វើបាន ។
- ករណីតេស្តចេញមក '**មានប្រតិកម្ម**' (**Reactive**) ត្រូវធ្វើការបញ្ជូនស្ត្រី ទៅកាន់កន្លែងដែលមាន ART ប្រសិនបើស្ត្រីមិនទាន់ជិតសម្រាល ។ ប្រសិនស្ត្រីជិតសម្រាលត្រូវបញ្ជូនស្ត្រី និងទារកទើប នឹងកើតរបស់គាត់ទៅកាន់កន្លែងដែលមាន ART បន្ទាប់ពីសម្រាលរួច ។

សម្គាល់៖

ពេលធ្វើការសម្រាលកូនឱ្យម្តាយដែលមានមេរោគអេដស៍ 'វិជ្ជមាន' 'មានប្រតិកម្ម' ឬ មិនដឹងត្រូវគោរព តាម**គោលការណ៍ការពារជាសកល** ដើម្បីធានាបាននូវការពារពីប៉ះពាល់ឈាមដែល មានមេរោគអេដស៍ ដូចជា ការ**ពាក់អាវប្លាស្ទិចការពារ វ៉ែនតាការពារ ម៉ាស់ មួក និងស្បែកជើងកវែង ក្នុងកំឡុងពេលសម្រាល** ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមមើល *គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការការពារការចម្លង HIV និងមេរោគស្វាយពី ម្តាយទៅកូន* ទំព័រ៣៣[១១] ។

៣-៨-២. ការបង្ករោគ - មេរោគស្វាយ

《**សង្ខេប**》

- មេរោគស្វាយអាចឆ្លងពីម្តាយទៅកូនក្នុងផ្ទៃតាមរយៈសុក ។ ការព្យាបាលដែលទៀងទាត់ជាមួយនឹងថ្នាំអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក (ប៉េនីសស៊ីលីន)នៅត្រីមាសទី ១ គឺមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការការពារការឆ្លងមេរោគពីម្តាយទៅកូនក្នុងផ្ទៃ ។
- ករណីមិនបានព្យាបាលមេរោគស្វាយនៅពេលដែលគភ៌មានអាយុប្រមាណជា ១៤ សប្តាហ៍ទេ ការប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគលើកូនមានការកើនឡើងជាមួយអាយុគភ៌ ។ ទារកស្លាប់ក្នុងពោះ និងការកើតមុនសម្រាល ទារកទើបនឹងកើតមានទម្ងន់ទាបដោយសារតែមានការរិតត្បៀតលើការលូតលាស់អាចនឹងកើតមាន ។
- ពិនិត្យលទ្ធផលតេស្តមេរោគស្វាយនៅពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះជាមួយសៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ។
- ប្រសិនបើគ្មានការសរសេរពីលទ្ធផលរកមេរោគស្វាយទេ ត្រូវធ្វើតេស្តភ្លាមជាមួយ តេស្តរហ័សដែលពិនិត្យបានទាំងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយ ។
- ប្រសិនបើលទ្ធផលរកមេរោគស្វាយ '**មានប្រតិកម្ម (Reactive)**' ហើយការសម្រាលមិនទាន់ជិតដល់ទេ ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទៅមន្ទីរពេទ្យខេត្តដើម្បីទទួលបានការព្យាបាល ។
- ប្រសិនបើមិនដឹងពីមេរោគស្វាយ ហើយការសម្រាលជិតមកដល់ត្រូវធ្វើការបញ្ជូនស្ត្រីទៅមន្ទីរពេទ្យខេត្តបន្ទាប់ពីសម្រាលរួចដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលទាំងម្តាយនិងទារក ទើបកើត ។

៣-៨-២-១. អ្វីទៅជាមេរោគស្វាយ?

- មេរោគស្វាយគឺជា**ការបង្ករោគដែលឆ្លងតាមរយៈការរួមភេទ** និងបង្កឡើងដោយបាក់តេរីឈ្មោះ 'Treponema pallidum' ។ ការចម្លងបង្កឡើងដោយការប៉ះពាល់ ដំបៅមេរោគស្វាយ (Chancre) ។

៣-៨-២-២. មធ្យោបាយដើម្បីដឹងពីមេរោគស្វាយ

- បើកទំព័រ 'ព័ត៌មានផ្នែកសម្ភព' របស់សៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ។
- ប្រសិនបើមិនដឹងថាមានមេរោគស្វាយទេផ្តល់ការប្រឹក្សា និងសុំការអនុញ្ញាតរួចធ្វើតេស្តរហ័សដែលពិនិត្យបានទាំងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយ ។
- ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តរកឃើញថាមាន **'ប្រតិកម្ម (Reactive)'** បញ្ជូនស្ត្រីទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យខេត្ត ដើម្បីបញ្ជាក់លទ្ធផល ('វិជ្ជមាន' ឬ 'អវិជ្ជមាន') ជាមួយនឹងតេស្ត RPR ។

៣-៨-២-៣. ផលវិបាកចំពោះម្តាយដែលមានមេរោគស្វាយវិជ្ជមាន

៣-៨-២-៣-១.ការប្រឈមមុខនឹងមេរោគស្វាយវិជ្ជមាន

- មេរោគស្វាយអាចឆ្លងពីម្តាយទៅកូនក្នុងផ្ទៃ**តាមរយៈសុក**។ការព្យាបាលដែលទៀងទាត់ជាមួយនឹងថ្នាំអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក (**ប៉េនីសស៊ីលីន**) **នៅត្រីមាសទី ១** គឺមានប្រសិទ្ធភាព ក្នុងការការពារការឆ្លង មេរោគពីម្តាយទៅកូនក្នុងផ្ទៃ ។
- ករណីមិនបានព្យាបាលមេរោគស្វាយនៅពេល**ដែលគភ៌មានអាយុប្រមាណជា ១៤ សប្តាហ៍ទេ** ការប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគលើកូនមានការកើនឡើងជាមួយអាយុគភ៌[១៥] ដែលអាចបណ្តាលឱ្យ **ទារកស្លាប់ក្នុងផ្ទៃ និងការសម្រាលមិនគ្រប់ខែ** ។ ទារកទើបនឹងកើតអាចនឹងមានទម្ងន់ ទាប ដោយសារតែមានការរិតត្បៀតលើការលូតលាស់ ហើយអាចនឹង**មានជំងឺស្វាយពីកំណើត ។**
- ប្រសិនបើស្ត្រីមានមេរោគស្វាយវិជ្ជមានស្ត្រីគួរត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យខេត្ត ពីព្រោះគ្រប់ ទារកទើបនឹងកើតទាំងអស់ត្រូវព្យាបាលជាមួយថ្នាំអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក បើទោះជាម្តាយបានទទួលការព្យាបាលមេរោគស្វាយ ឬអត់ ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះក៏ដោយ[១(p១១២)] ។

៣-៨-២-៣-២.ករណីមិនដឹងថាមានមេរោគស្វាយ

- គ្រប់ស្ត្រីដែលមិនដឹងថាមានមេរោគស្វាយត្រូវផ្តល់តេស្តរហ័សដែលពិនិត្យបានទាំងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយភ្លាម ។ ប្រសិនបើស្ត្រីជិតសម្រាលត្រូវធ្វើតេស្តឱ្យបានលឿនបន្ទាប់ពីសម្រាលតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ។
- នៅពេលដែលលទ្ធផលមាន **'ប្រតិកម្ម'** បញ្ជូនម្តាយទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យខេត្តប្រសិនបើការសម្រាលមិនទាន់ជិតមកដល់ ។ ប្រសិនបើការសម្រាលជិតមកដល់ បញ្ជូនស្ត្រីនិងទារកទើបកើតទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ

ខេត្តបន្ទាប់ពីសម្រាល ។

៣-៩-១. ប្រវត្តិនៃផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន - ការធ្លាក់ឈាមមុនសម្រាល

《**សង្ខេប**》

- ស្ត្រីដែលមានការធ្លាក់ឈាមក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះអាចនឹងមានសុកពាំងនៅក្បែរមាត់ស្បូន ឬនៅផ្នែកខ្លះនៃមាត់ស្បូន ។
- ពិនិត្យកំណត់ត្រាការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា(សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ឬសួរស្ត្រីដើម្បីឱ្យដឹងថាតើស្ត្រីមានការធ្លាក់ឈាមមិនធម្មតានៅពេលអាយុនៃគត៌ច្រើនឬទេ ។

៣-៩-១-១. ពិនិត្យមើលប្រវត្តិនៃផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន

- អានសៀវភៅសៀវភៅសុខភាពមាតា(សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក)ដោយប្រុងប្រយ័ត្នត្រង់'ការពិនិត្យផ្ទៃពោះ' សម្រាប់មើលការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសនៅពេលគភ៌មានអាយុច្រើន ។
- ប្រសិនគ្មានការកត់ត្រាទេអ្នកអាចសួរម្តាយពីការធ្លាក់ឈាមមិនធម្មតានៅពេលគភ៌មានអាយុច្រើន ។

៣-៩-១-២. មូលហេតុដែលអាចនឹងមាននៅពីក្រោយការធ្លាក់ឈាមមុនពេលសម្រាល

- ម្តាយដែលមានការធ្លាក់ឈាមមុនពេលសម្រាលអាចមាន **សុកពាំងនៅក្បែរឬនៅផ្នែកខ្លះនៃមាត់ ស្បូន** ដែលអាចនាំឱ្យមានការធ្លាក់ឈាមក្នុងកំឡុង ពេលសម្រាល ឬ បន្ទាប់ពីសម្រាល ។

៣-៩-២. ប្រវត្តិនៃផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន - ការលើសសម្ពាធឈាម

《**សង្ខេប**》

- ប្រសិនបើម្តាយមានប្រវត្តិសម្ពាធឈាមលើសក្នុងកំឡុងការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលនោះគឺអាចនឹងមានជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ឬ ក្រឡាភ្លើង ឬ វិបត្តិជំងឺលើសសម្ពាធឈាមដទៃទៀត ។
- ពិនិត្យកំណត់ត្រាការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ដើម្បីឱ្យដឹងពីសម្ពាធឈាមក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។

៣-៩-២-១. ពិនិត្យប្រវត្តិនៃផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន

- ពិនិត្យសម្ពាធឈាម (BP) ក្នុងកំណត់ត្រាការថែទាំការមានផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលនិមួយៗ ក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា(សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ។

៣-៩-២-២. ហេតុផលដែលអាចទៅរួចនៅក្រោយប្រវត្តិការលើសសម្ពាធឈាម

- ប្រសិនបើម្តាយមានប្រវត្តិសម្ពាធឈាមលើសក្នុងកំឡុងការថៃទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលនោះ គឺអាចនឹងមានជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ឬ ក្រឡាភ្លើង ឬ វិបត្តិជំងឺលើសសម្ពាធឈាមដទៃទៀត ។
- ប្រសិនស្រ្តីមានការលើសសម្ពាធឈាមកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរក្នុងកំឡុងការថៃទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ត្រូវបញ្ជូនស្រ្តីភ្លាម ។
- ប្រសិនបើស្រ្តីមានការលើសសម្ពាធឈាមកម្រិតមធ្យមក្នុងកំឡុងការថៃទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ត្រូវវាស់សម្ពាធឈាមឡើងវិញ និងរកមើលសញ្ញាដទៃទៀតនៃជំងឺក្រឡាភ្លើង (មើល *៦. សង្កេតស្ថានភាពម្តាយ ៦-១ សម្ពាធឈាម* ទំព័រ៩៥) ។

៣-១០. ប្រវត្តិនៃការសម្រាលនៃផ្ទៃពោះមុន

《**សង្ខេប**》
- ប្រសិនបើមានបញ្ហាអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬ សម្រាលពីមុន វាអាចកើតមានម្តងទៀត ឬ ប៉ះពាល់ដល់ការមានផ្ទៃពោះ និងការវិវត្តការសម្រាលបច្ចុប្បន្ន ។
- ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតា(សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ឬ សួរស្ត្រីថាតើគាត់មានបញ្ហាការសម្រាលកូនពីមុន ឬ ទេ ។

៣-១០-១. ពិនិត្យប្រវត្តិនៃការសម្រាលនៃផ្ទៃពោះមុន

- ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតា(សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក)ទំព័រ 'បញ្ហាសុខភាពពីមុន' ។
- នៅពេលដែលមិនមានព័ត៌មានណាមួយ ប្រមូលព័ត៌មានលំអិតពីម្តាយ ឬ គ្រួសារស្ត្រី៖
  (១) ប្រវត្តិធ្លាប់សម្រាលពីមុន ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ជំនួយដូចជា**ដង្កៀប ឬ បូម** ។
  (២) ប្រវត្តិលើសសម្ពាធឈាមពេលមានផ្ទៃពោះពីមុន ។
  (៣) ទម្ងន់កូនពេលកើត ។
  (៤) ប្រវត្តិទារកស្លាប់ក្នុងពេលសម្រាល ឬ នៅថ្ងៃដំបូងបន្ទាប់ពីសម្រាល ។
- ពិនិត្យប៉េរីណេរកមើល ផ្លែ ដុះសាច់/សិរមាន់ ឬស្នាមរបួស ។
- ពិនិត្យមើលពោះរកមើល ស្នាមវះកាត់យកកូនពីមុន ។

៣-១០-២. ផលវិបាកនៃភាពមិនធម្មតានៃការសម្រាលកូនមុន

- ការសម្រាលកូនមុនដោយប្រើ**ដង្កៀប**ឬបូមបញ្ជាក់ថាមានបញ្ហាណាមួយពីម្តាយ ទារក ឬ ការវិវត្តការសម្រាល ។
- **ផ្លែ ដុះសាច់/សិរមាន់ ឬស្នាមរបួស**នៅប៉េរីណេអាចរាំងស្ទះការវិវត្តការសម្រាលនៅពេលក្បាលកូនចេញក្រៅ ។ ប្រសិនបើមានផ្លែ ដុះសាច់/សិរមាន់ ឬ ស្នាមរបួសទាំងនោះរាំងស្ទះការវិវត្តការសម្រាល បច្ចុប្បន្នត្រូវធ្វើការ**កាត់ទ្វារមាស (Episiotomy)** ។
- ប្រវត្តិនៃ**ការប្រកាច់ ជំងឺក្រឡាភ្លើង និងបម្រុងក្រឡាភ្លើង**អាចកើតឡើងម្តងទៀត ។

- ការសម្រាលមុនដោយ**ការវះកាត់**អាចបញ្ជាក់ថាស្បូនមានស្នាមដោយការវះកាត់ ។ វាធ្វើឱ្យមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ទៅនឹង**សុកពាំងមាត់ស្បូន** និង**ការជាប់សុកនៅក្នុងស្បូន ។** នៅពេលដែល ម្ដាយកំពុងឈឺពោះសម្រាលកូននៅផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន នោះការរហែកស្បូនអាចនឹងកើតមាន ត្រង់ស្បូនដែលមានស្នាម ។
- ប្រវត្តិទារកតូចបញ្ជាក់ថា**កូនកើតមិនគ្រប់ខែ ឬ មានទម្ងន់ទាបតែគ្រប់ខែ**សម្រាប់មូល ហេតុមួយចំនួន ។ **កូនស្លាប់ក្នុងពោះ ឬ ស្លាប់នៅក្នុងថ្ងៃដំបូង**ក៏បញ្ជាក់ពីបញ្ហាក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬ ការសម្រាលកូនដែរ ។

៣-១១. ប្រវត្តិជំងឺទូទៅ

《**សង្ខេប**》

- ប្រវត្តិជំងឺទូទៅខ្លះអាចប៉ះពាល់ដល់កូនក្នុងផ្ទៃឬផ្តល់ផលអាក្រក់ដល់ការមានផ្ទៃពោះ ។
- ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតា(សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ឬ សួរស្ត្រីថាតើគាត់ មានប្រវត្តិជំងឺទូទៅពីមុនពេលមានផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្នឬទេ ។

៣-១១-១. ពិនិត្យប្រវត្តិជំងឺទូទៅ

- ដំបូងពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតា(សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក) ទំព័រ 'បញ្ហាសុខភាពពីមុន' ។
- នៅពេលដែលមិនមានព័ត៌មានក្នុងសៀវភៅ សួរស្ត្រីឬគ្រួសារស្ត្រីថាតើគាត់មានបញ្ហាសុខភាព មុនពេលមានផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្នឬទេ ។

៣-១១-២. ផលវិបាកដោយសារប្រវត្តិជំងឺទូទៅ

- ប្រវត្តិ**ជំងឺទឹកនោមផ្អែមមុនពេលមានផ្ទៃពោះ**គួរត្រូវបានគ្រប់គ្រងផលវិបាកដែលកើតមានក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះហើយចាំបាច់ត្រូវការការគ្រប់គ្រងកម្រិតជាតិស្ករឱ្យបានត្រឹមត្រូវនិង/ឬការព្យាបាលបន្ថែមទៀត ។ ទារកក្នុងផ្ទៃអាចនឹងធំ និងអាចបណ្តាលឱ្យ**សម្រាលជាប់ស្មា**។
- ប្រវត្តិ**ជំងឺផ្លូវដង្ហើម ឬ ជំងឺបេះដូងមុនពេលមានផ្ទៃពោះ** អាចនឹងផ្តល់ផលអាក្រក់ដល់ផ្ទៃពោះ ។ នៅពេល ដែល មានបញ្ហាផ្លូវដង្ហើម ឬ បេះដូងនោះអាចប៉ះពាល់ទារកក្នុងផ្ទៃដូចជា**ទារកលូតលាស់មិនល្អ ឬ សម្រាលមិនគ្រប់ខែ** ។

ជំពូកទី៤ ការសង្កេតមើលស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃ

សង្ខេប

- វត្ថុបំណងនៅក្នុងជំពូកនេះគឺ (១) កំណត់សណ្ឋានទម្រង់បង្ហាញ និងការបង្ហាញរបស់ទារកដើម្បីបង្ការផលវិបាកក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល និង (២) កំណត់ស្ថានភាពទារកថាទារកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់ឬអត់ ។
- សណ្ឋានរបស់ទារក ទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក និងការបង្ហាញរបស់ទារក គួរតែស្ថិតក្នុងសភាពធម្មតាសម្រាប់ដំណើរការវិវត្តនៃការឈឺពោះសម្រាលធម្មតា ។
- សណ្ឋានរបស់ទារក ទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក និងការបង្ហាញរបស់ទារក អាចពិនិត្យឃើញតាមរយៈការស្ទាបពោះ និងការលូកពិនិត្យទ្វារមាស ។
- ភាពមិនធម្មតានៃសណ្ឋាន និងទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារកអាចជាលទ្ធផលនៃការឈឺពោះសម្រាល ដែលមានឧបសគ្គ ឬ បញ្ឈប់ការវិវត្តនៃការឈឺពោះ និងការធ្លាក់ទងសុកមុនសម្រាល ច្រើនតែកើតមាន ។
- ស្ថានភាពសុខភាពរបស់ទារកក្នុងអំឡុងពេលសម្រាល គឺជាការវាយតម្លៃលើចង្វាក់បេះដូងទារកពណ៌ទឹកភ្លោះ និងចលនារបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ ។
- ក្នុងកំឡុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់ ជាញឹកញាប់កូនទទួលបានអុកស៊ីសែនទាប ។ ទោះបីជាការឈឺពោះសម្រាលនោះធម្មតាក៏ដោយ ក៏វាជាការលំបាកមួយសម្រាប់ទារកក្នុងផ្ទៃម្តាយផងដែរ ។
- ដូច្នេះការបញ្ជាក់ថាទារកក្នុងផ្ទៃមានសុខភាពល្អ ឬ ខ្សោយក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលមានសារៈសំខាន់ណាស់ ។
- ចង្វាក់បេះដូងរបស់ទារកគឺជាសូចនាករដ៏ជាក់លាក់មួយក្នុងការបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ ។

៤-១. សណ្ឋាន ទម្រង់បង្ហាញ និងការបង្ហាញរបស់ទារក

៤-១-១. សណ្ឋាន និង ទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក

《**សង្ខេប**》
- សណ្ឋានរបស់ទារកគឺជាបែបដែលកូនសណ្ដូកនៅក្នុងស្បូន ។
- កូនគួរតែមានសណ្ឋានស្របជាមួយអ័ក្សរបស់ស្បូនចំពោះការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាលធម្មតា ។
- ទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារកគឺជាផ្នែកមួយនៃរាងកាយទារកបង្ហាញមុនគេបង្អស់នៅក្នុងផ្លូវសម្រាល ។
- នៅពេលដែលទារកមានសណ្ឋានស្របជាមួយអ័ក្សរបស់ស្បូន ក្បាលទារក(ពិសេសគឺបង្ហើយតូច) ត្រូវបង្ហាញមុនគេសម្រាប់ការឈឺពោះសម្រាលធម្មតា ។ ពិនិត្យមើលសណ្ឋានទារក និងទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារកដោយការស្ទាបពោះ និងការលូកពិនិត្យទ្វារមាស ។
- គេអាចប៉ាន់ប្រមាណត្រង់កន្លែងដែលគេប៉ះក្បាលកូន (រឹងនិងមូល) និងខ្នង (មានរូបរាងរឹង និងរលោងធំ នៅមួយជំហៀង) នៅលើពោះរបស់ម្ដាយ ។
- ភាពមិនធម្មតានៃសណ្ឋានទារកនិងទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារកមិនអាចគ្រប់គ្រងបាននៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាពនោះទេព្រោះវាអាចនាំឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាលមានឧបសគ្គ និងបញ្ឈប់ការវិវត្តនៃការឈឺពោះ សម្រាលនិងការចេញទងសុកមុនពេលទារកកើត ។

៤-១-១-១. និយមន័យសណ្ឋានទារក

- **សណ្ឋាន**ទារកគឺមានទំនាក់ទំនងរវាង**អ័ក្សរបស់ទារក** និង**អ័ក្សរបស់ស្បូន** ។

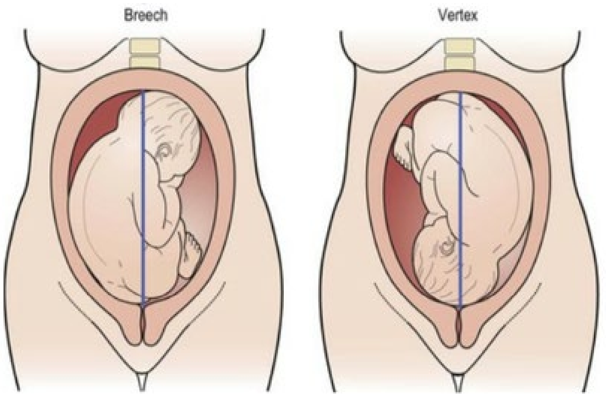
៤-១-១-២. និយមន័យទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក

- **ទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក**គឺជាផ្នែកមួយនៃរាងកាយទារក**បង្ហាញមុនគេនៅក្នុងផ្លូវសម្រាល** ។

៤-១-១-៣. ការចាត់ថ្នាក់សណ្ឋានទារក និងទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក

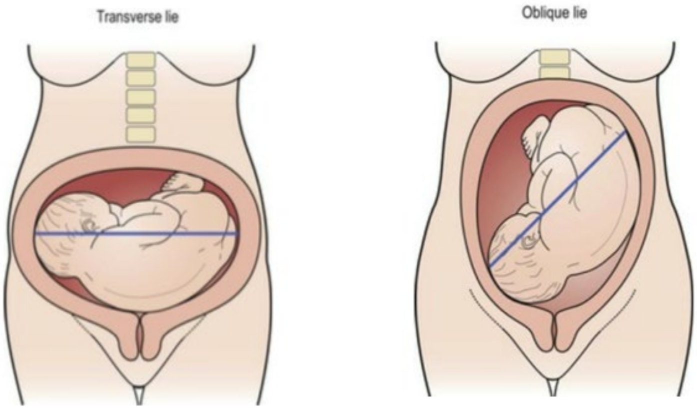
៤-១-១-៣-១. សណ្ឋានបណ្តោយស្បូន ទទឹងពោះ និងបញ្ឆិតពោះ

- នៅពេលដែលអ័ក្សរបស់ទារកស្របនឹងអ័ក្សស្បូនរបស់ម្តាយ នោះគឺមានន័យថាកូនស្ថិតក្នុងសណ្ឋានបណ្តោយស្បូន (រូបភាពទី**៤A**) ។



រូបភាពទី**៤A** សណ្ឋានបណ្តោយស្បូន
ប្រភពរូបភាព: *Myles Textbook for midwives*. 16th ed.

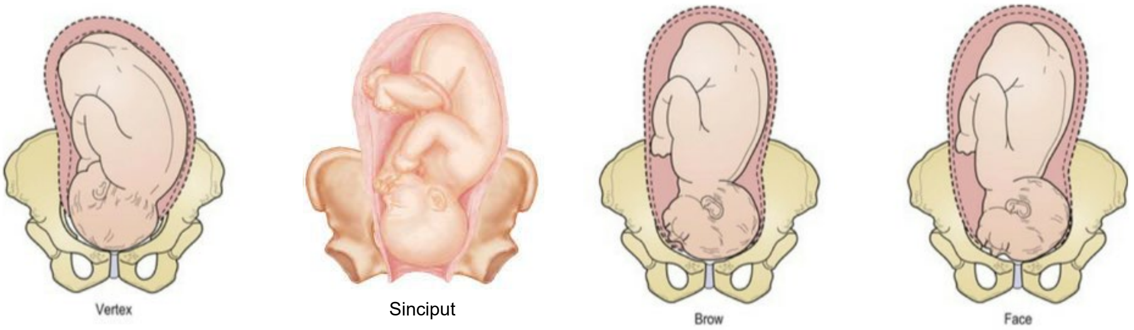
- នៅពេលដែលអ័ក្សរបស់ទារកស្ថិតនៅទទឹងនឹងអ័ក្សរបស់ស្បូនម្តាយ នោះត្រូវបានគេហៅថាសណ្ឋាន **ទទឹងពោះ** ។ នៅពេលដែលអ័ក្សរបស់កូនស្ថិតនៅបញ្ឆិតនឹងអ័ក្សរបស់ស្បូន នោះគឺមានន័យថាទារកស្ថិតនៅក្នុងសណ្ឋាន**បញ្ឆិតពោះ** (រូបភាពទី**៤B**) ។



រូបភាពទី**៤B** សណ្ឋានទទឹងពោះនិងបញ្ឆិតពោះ
ប្រភពរូបភាព: *Myles Textbook for midwives.* 16th ed.

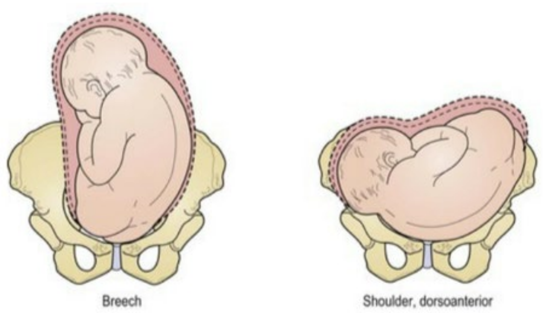
៤-១-១-៣-២. ទម្រង់បង្ហាញកំពូលក្បាល បង្ហើយធំ ហុចថ្ងាស និងហុចមុខ (រូបភាពទី៤C)

- នៅពេលដែលក្បាលរបស់ទារកបង្ហាញគឺជាទម្រង់បង្ហាញ**ក្បាល** ។
- ការបង្ហាញក្បាលត្រូវបានគេចាត់ថ្នាក់ចូលទៅក្នុង **ទម្រង់បង្ហាញកំពូលក្បាល ទម្រង់ហុចបង្ហើយធំទម្រង់ហុចថ្ងាស និង ទម្រង់ហុចមុខ** ។
- នៅពេលក្បាលទារកបង្ហាញផ្នែកខាងក្រោយ(បង្ហើយតូច) នោះគឺជា**ទម្រង់បង្ហាញកំពូលក្បាល** ។
- នៅពេលក្បាលទារកបង្ហាញផ្នែកខាងមុខ (បង្ហើយធំ) នោះគឺជា**ទម្រង់បង្ហាញបង្ហើយធំ** ។
- នៅពេលដែលបង្ហាញផ្នែកខាងមុខនៃក្បាលនិង/ឬថ្ងាសទារកនោះគឺជា**ទម្រង់ហុចថ្ងាស** ។
- នៅពេលដែលទារកបង្ហាញ**មុខ** នោះគឺ**ទម្រង់ហុចមុខ** ។



រូបភាពទី៤C ទម្រង់បង្ហាញកំពូលក្បាល បង្ហើយធំ ហុចថ្ងាស និងហុចមុខ
ប្រភពរូបភាព៖ ទម្រង់បង្ហាញកំពូលក្បាល ហុចថ្ងាស និងហុចមុខ៖ *Myles Textbook for midwives.* 16th ed.
បង្ហើយធំ៖ https://slideplayer.com/slide/7070627/

៤-១-១-៣-៣. ទម្រង់ហុចគូទ និងទម្រង់ហុចស្មា (រូបភាពទី៤D)

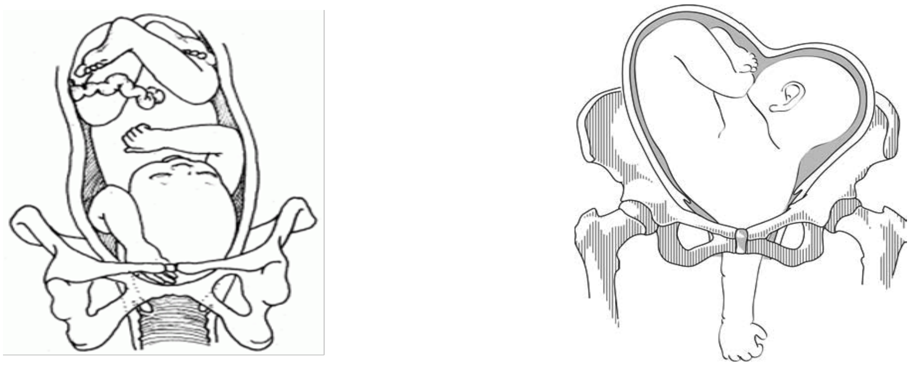


រូបភាពទី៤D ទម្រង់ហុចគូទ និងទម្រង់ហុចស្មា
ប្រភពរូបភាព៖ *Myles Textbook for midwives.* 16th ed.

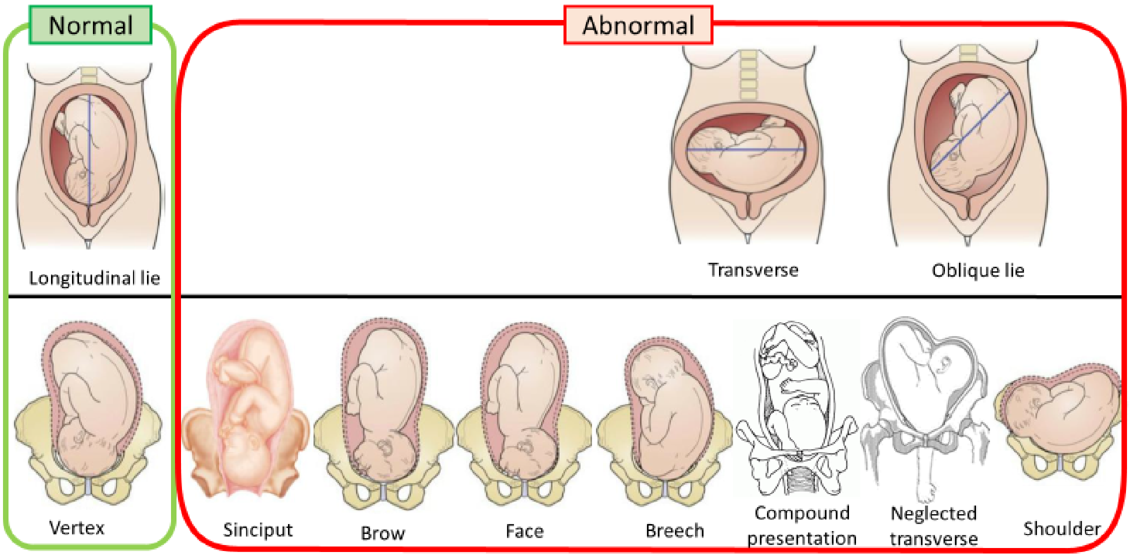
- នៅពេលដែលទារកបង្ហាញជើង ជង្គង់ ឬត្រគាករបស់កូន នោះគឺ **ទម្រង់ហុចគូទ ។**
- នៅពេលដែលទារកបង្ហាញស្មា នោះគឺជា**ទម្រង់ហុចស្មា** ។

៤-១-១-៣-៤. ទម្រង់ដៃទូលក្បាល និងទម្រង់ធ្លាក់ដៃ (រូបភាពទី៤F)

- ពេលដែល**ដៃទារកធ្លាក់មកជាមួយនឹងផ្នែកនៃការបង្ហាញ**[៩] នោះគឺជា**ទម្រង់ដៃទូលក្បាល** ។
- ពេលដែលដៃទារកម្ខាងធ្លាក់ចេញពីស្បូន នោះគឺ **ទម្រង់ធ្លាក់ដៃ** ។



រូបភាពទី៤F ទម្រង់ដៃទូលក្បាល និងទម្រង់ធ្លាក់ដៃ
ប្រភពរូបភាព៖ ទម្រង់ដៃទូលក្បាល *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Pregnancy, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors (2017)* WHO, S-91
ទម្រង់ធ្លាក់ដៃ https://medicalguidelines.msf.org/viewport/ONC/english/7-6-transverse-lie-and-shoulder-presentation-51417541.html



រូបភាពទី៤G សង្ខេបសណ្ឋានទារកនិងទម្រង់បង្ហាញទារក
ប្រភពរូបភាព៖ *Myles Textbook for midwives.* 16th ed.

៤-១-១-៤. របៀបដឹងពីសណ្ឋាននិងទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក

- ដំបូង រកសណ្ឋាន និង ទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារកដោយការស្ទាបពោះបែបលេអូប៉ូល ។ បន្ទាប់ មកស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកនៅត្រង់កន្លែងដែលស្ទាបរកឃើញ ។

៤-១-១-៤-១. ការស្ទាបពោះបែប**លេអូប៉ូល** (Leopold's manoeuvres)

មុនពេលចាប់ផ្តើមស្ទាបពោះ សុំឱ្យស្ត្រីបន្ទោរបង់ជើងតូចឱ្យអស់ ។ បន្ទាប់មកជួយស្ត្រីឱ្យ គេងផ្ងារ បញ្ឈរជង្គង់ ។ ការស្ទាបពោះគួរត្រូវបានធ្វើឡើងដោយថ្នមៗ ។

តារាង៤អ: នីតិវិធីស្ទាបពោះបែបលេអូប៉ូល

ដាក់បាតដៃលើ	ការរកឃើញ	រោគវិនិច្ឆ័យ
ជំហានទី១: ស្ទាបកំពូលស្បូនដើម្បីប្រាកដថាជាគូទ ឬ ក្បាលនៅត្រង់កំពូលស្បូន។ - ឈរនៅពីមុខស្ត្រី - ប្រើដៃពីរស្ទាបកំពូលស្បូនដើម្បីកំណត់ស្ថានភាពរបស់ទារក		
	ទន់ហើយរដិបរដុប (គូទ)	**ក្បាល**
	រឹងហើយមូល (ក្បាល)	**គូទ**
	មិនមានប៉ះអ្វីទាំងអស់ទទេរ	**ទទឹង**
ជំហានទី២: ស្ទាបតាមបណ្តោយ(ពោះទាំងសងខាង) ដើម្បីរកខ្នងទារក។ - ប្រើដៃពីរស្ទាបសងខាងពោះពីកំពូលស្បូនចុះមកផ្នែកខាងក្រោមស្បូនដើម្បីកំណត់ខ្នងទារក ។		
	មួយចំហៀងរឹងនិងរលោងធំ	**ខ្នង**
	មួយចំហៀងទៀតមានផ្នែកតូចៗ រដិបរដុប និងចល័ត	**អវៈយវៈ(ដៃ ជើង)**
	រឹងនិងមូល(ក្បាល)	**ទទឹង**

<table>
<tr><td colspan="3">ជំហានទី៣: ស្ទាបពោះផ្នែកខាងក្រោមពោះលើឆ្អឹងថ្ងាស ដើម្បីបញ្ជាក់ផ្នែកបង្ហាញ និងចលនារបស់ទារក ។
- ដាក់ដៃម្ខាងលើកំពូលស្បូន បន្ទាប់មកដាក់ម្រាមដៃនិងមេដៃនៃដៃម្ខាងទៀតលើឆ្អឹងថ្ងាសដើម្បីចាប់ផ្នែកដែលទារកបង្ហាញនៅទីនោះ ។ សង្កត់ថ្នមៗដើម្បីបញ្ជាក់ផ្នែកបង្ហាញរបស់ទារកនិងការចុះចូលក្បាលក្នុង ច្រកលើនៃអាងត្រគាក ។
- ប្រសិនបើផ្នែករបស់ទារកធ្វើចលនាទៅខាងលើ មានន័យថាក្បាលរបស់ទារកមិនទាន់ចុះចូលច្រកលើនៃអាងត្រគាកនោះទេ ។</td></tr>
<tr><td rowspan="2"> </td><td>រឹងនិងមូល (ក្បាល)</td><td>ក្បាល</td></tr>
<tr><td>ទន់ជាងហើយរដិបរដុប (គូទ)</td><td>គូទ</td></tr>
<tr><td colspan="3">ជំហានទី៤: ស្ទាបផ្នែកខាងក្រោមពោះនៅលើឆ្អឹងថ្ងាសដើម្បីកំណត់កំរិតនៃការចុះនៃក្បាលកូន និងស្ថានភាពរបស់ក្បាល ។
- ឈរបែរមុខទៅចុងជើងស្ត្រី
- ប្រើម្រាមដៃពីរស្ទាបផ្នែកទាំងសងខាងនៅខាងក្រោមស្បូន ហើយសង្កត់ជ្រៅថ្នមៗតាមទិសដៅអ័ក្សនៃច្រកលើនៃអាងត្រគាកដើម្បីបញ្ជាក់កំរិតនៃការចុះនៃក្បាលកូននិងការបង្ហាញរបស់កូន ។
- ប្រសិនបើក្បាលទារកចុះចូលច្រកលើពេញលេញ នោះគឺអាចស្ទាបប៉ះក្បាលតែមួយផ្នែកតូចប៉ុណ្ណោះ ។</td></tr>
<tr><td rowspan="2"> </td><td>រឹងនិងមូល (ក្បាល)</td><td>ក្បាល</td></tr>
<tr><td>ទន់ជាងហើយរដិបរដុប (គូទ)</td><td>គូទ</td></tr>
</table>

*អំឡុងពេលស្ទាបពោះបែបលេអូប៉ូល អ្នកក៏អាចរកមើលចលនារបស់ទារកក្នុងពេលជាមួយគ្នាផងដែរ។

ប្រភព៖ *ប៉ាតូក្រាហ្វសម្រាប់ការតាមដានការឈឺពោះសម្រាល*
ចែករំលែកដោយផ្នែកបណ្តុះបណ្តាលនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក

៤-១-១-៤-២. ការស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក

- ស្តាប់**ចង្វាក់បេះដូងទារក**ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការរកឃើញរបស់អ្នកនូវសណ្ឋាន និងទម្រង់នៃការបង្ហាញរបស់ទារក ។
- ប្រសិនបើអ្នកអាចឮសម្លេងបេះដូងទារកខ្លាំងនៅត្រង់ផ្នែកខាងលើនៃពោះ នោះអាចជាទម្រង់ហុចគូទ (រូបភាពទី៤) ។

រូបភាពទី៤I កន្លែងស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូនដែលមានទម្រង់បង្ហាញបញ្ច្រាស់
ប្រភពរូបភាព:http://www.open.edu/openlearncreate/mod/oucontent/view.php?id=41&printable=1

៤-១-១-៤-៣. ការលូកពិនិត្យទ្វារមាស

- ការលូកពិនិត្យទ្វារមាសគឺជាវិធីមួយទៀតដើម្បីបញ្ជាក់ពីការរកឃើញតាមការស្ទាបពោះ។ នៅពេលដែលអ្នកស្ទាបដឹងថាជាជើង ជង្គង់ ឬ ត្រគាកនោះគឺជាទម្រង់ទារកបង្ហាញ**បញ្ច្រាស់** ។ នៅពេលអ្នកស្ទាបដឹងថាមូល រលោង និងរឹងជាមួយនឹងការប៉ះថ្នេរក្បាល នោះគឺក្បាល ហើយ ជាទម្រង់បង្ហាញ**ក្បាល** ។
- **ចំពោះទម្រង់បង្ហាញក្បាល ចំណាត់**ថ្នាក់បន្ថែមទៀតតាមរយៈការលូកពិនិត្យទ្វារមាសមាន៖

(១) **ទម្រង់ហុចកំពូលក្បាល**៖ អ្នកស្ទាបប៉ះបង្ហើយតូច ។

(២) **ទម្រង់បង្ហាញបង្ហើយធំ**៖ អ្នកស្ទាបប៉ះបង្ហើយធំ ។

(៣) **ទម្រង់ហុចថ្ងាស**៖ អ្នកស្ទាបប៉ះបង្ហើយធំនិងថ្ងាសឬច្រមុះ ។

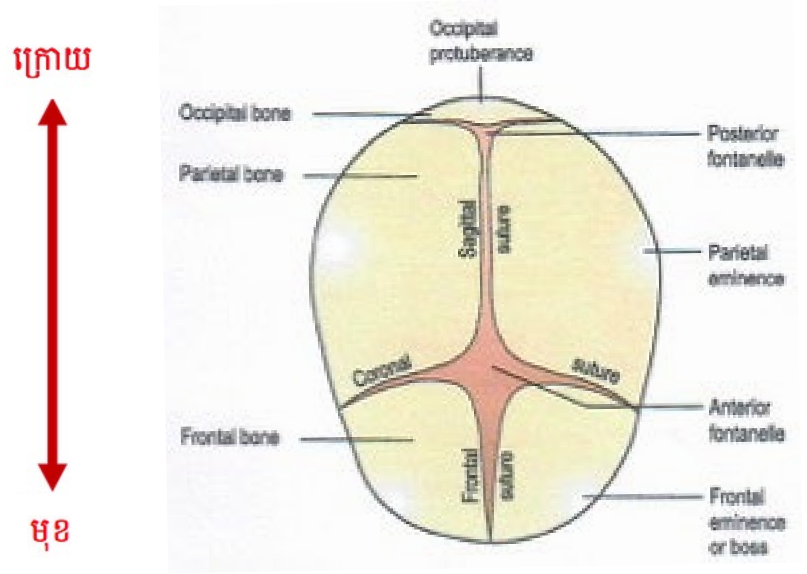
(៤) **ទម្រង់ហុចមុខ**៖ អ្នកស្ទាបប៉ះមុខដូចជាមាត់ ។

<បង្ហើយតូចនិងធំនៃក្បាលកូន>

- ថ្នេរក្បាលគឺជាការរួមគ្នាដែលបានបង្កើតឡើងដោយឆ្អឹងពីរជួបគ្នា។ បង្ហើយគឺត្រូវបានបង្កើតឡើងត្រង់កន្លែងដែលមានថ្នេរក្បាលពីរឬច្រើនជួបគ្នា (រូបភាពទី**៤J**) ។

- បង្ហើយតូច (ក្រោយ) គឺស្ថិតនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃក្បាលរបស់ទារក (អុកស៊ីពុត) ។
- បង្ហើយធំ (មុខ) គឺស្ថិតនៅខាងមុខនៃក្បាលរបស់ទារក (សាំងស៊ីពុត) ។

- បង្ហើយទាំងនេះគឺជាចំនុចសម្គាល់ដឹងពី**ទម្រង់បង្ហាញ**និង**ការបង្ហាញ**របស់ទារក ។



រូបភាពទី៤J លលាដ៍ក្បាលកូន[៩] (មើលពីខាងលើក្បាល)
ប្រភពរូបភាព: Marshall, J. and Raynor, M. (2014). *Myles Textbook for midwives*. 16th ed. Elsevier.

៤-១-១-៥. ផលវិបាកនៃសណ្ឋាន និងទម្រង់បង្ហាញមិនធម្មតា

៤-១-១-៥-១. សណ្ឋាន និងទម្រង់បង្ហាញមិនធម្មតារបស់ទារក

សណ្ឋានទទឹងពោះ ឬ បញ្ឆិតពោះទម្រង់ហុចស្មា ទម្រង់បញ្ច្រាស់ទម្រង់បង្ហាញបង្ហើយធំទម្រង់ហុច ថ្ងាសនិង ទម្រង់ហុចមុខ៖

- សម្រាប់ស្ថានភាពមិនធម្មតានៃសណ្ឋាន និងទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារកទាំងនេះ គឺមិនសមស្របជាមួយ នឹងអាងត្រគាករបស់ម្ដាយ ។ ករណីទាំងនោះអាចនាំឱ្យការឈឺពោះសម្រាលដែលមាន ឧបសគ្គ ឬ ឈប់មានការវិវត្តនៃការឈឺពោះសម្រាល ។
- **ការធ្លាក់ទងសុកមកមុន** កើតមានជាញឹកញាប់ចំពោះសណ្ឋានទទឹង ឬបញ្ឆិតពោះ និងទម្រង់ បង្ហាញបញ្ច្រាស់ ឬ ទម្រង់ហុចស្មានៅពេល ដែលស្រោមទឹកភ្លោះបែក ។

៤-១-១-៥-២. ទម្រង់បង្ហាញដៃទូលក្បាល និងកូនធ្លាក់ដៃ

- វាអាចបណ្ដាលឱ្យមានការ**ឈឺពោះសម្រាលដែលមានឧបសគ្គ** ឬក៏**ស្វះសរសៃឈាម (Necrosis) ត្រង់ដៃ** ។

៤-១-២. ការបង្ហាញរបស់ទារកក្នុងទម្រង់បង្ហាញកំពូលក្បាល

《**សង្ខេប**》

- ការបង្ហាញរបស់ទារកសំដៅទៅលើទំនាក់ទំនងរវាងគោលសម្គាល់របស់ទារក និងអាងត្រគាករបស់ម្ដាយ (ខាងក្រោយឬខាងមុខ ខាងស្ដាំឬខាងឆ្វេង) ។
- ការបង្ហាញរបស់ទារកប្រែប្រួលនៅពេលដែលទារកបង្វិលចុះ ។
- វាអាចត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណត្រង់កន្លែងដែលយើងប៉ះអុកស៊ីពុតជាមួយនឹងបង្ហើយតូចនៅក្នុងអាងត្រគាកម្ដាយក្នុងកំឡុងពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស ។
- ក្នុងដំណើរការធម្មតានៃការបង្វិលចុះរបស់ទារក ការបង្ហាញរបស់ទារកផ្លាស់ប្ដូរ ពីអុកស៊ីពុតទទឹង ទៅអុកស៊ីពុតមុខ ។
- នៅពេលដែលការបង្ហាញកូនមិនធម្មតា ការឈឺពោះសម្រាលមានឧបសគ្គអាចកើតមានឡើង ។

៤-១-២-១. និយមន័យការបង្ហាញរបស់ទារក

- **ការបង្ហាញរបស់ទារក** គឺជាទំនាក់ទំនងរវាង**គោលសម្គាល់របស់ទារក** និង**អាងត្រគាកម្ដាយ** (**ខាងក្រោយ, ខាងមុខ, ខាងស្ដាំ ឬខាងឆ្វេង**) ។ ខាងក្រោយគឺជាឆ្អឹងខ្នងរបស់ម្ដាយ ហើយខាងមុខគឺជាឆ្អឹងថ្ងាសរបស់ម្ដាយ ។ ការបង្ហាញរបស់ទារកប្រែប្រួលនៅពេលដែលទារកបង្វិលចុះ ។

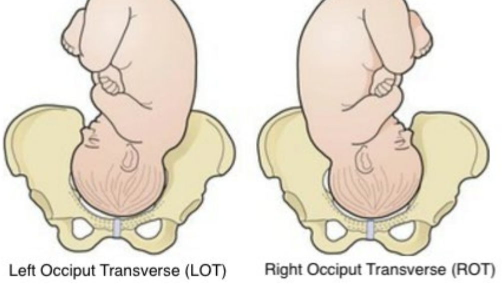
៤-១-២-២. និយមន័យការបង្វិលរបស់ទារក

- **ការបង្វិលរបស់ទារក** (Fetal rotation) គឺជាចលនាត្រលប់នៃក្បាលទារក ដើម្បីឆ្លងកាត់ផ្លូវសម្រាល ។
- **ចំពោះដំណើរ**ការឈឺពោះសម្រាលធម្មតាក្បាលខាងបង្ហើយតូចរបស់កូនធ្វើចលនាបន្តិចម្ដងៗ ពីផ្នែកខាងស្ដាំ/ឆ្វេងរបស់ម្ដាយទៅឆ្អឹងថ្ងាសរបស់ម្ដាយ ។

៤-១-២-៣. ចំណាត់ថ្នាក់នៃការបង្ហាញកូនក្នុងការបង្ហាញកំពូលក្បាល

៤-១-២-៣-១.អុកស៊ីពុតទទឹង[៦] **(OT)**

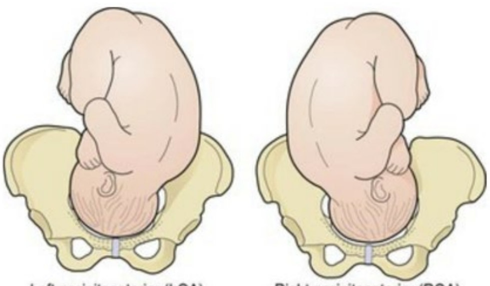
- នៅពេលដែលបង្ហើយតូចចង្អុលទៅផ្នែកទទឹងនៃអាងត្រគាករបស់ម្ដាយ នោះគឺ**អុកស៊ីពុតទទឹង (Occiput Transverse ឬ OT)** ។
- ជាទូទៅទារកចូលច្រកលើនៃអាងត្រគាកក្នុងការបង្ហាញ OT ដើម្បីឱ្យសមល្មម ទៅនឹងទ្រង់ទ្រាយច្រកលើនៃអាងត្រគាក ។ វាត្រូវបានគេចាត់ចូលទៅក្នុង អុកស៊ីពុតទទឹងឆ្វេង (LOT) ឬអុកស៊ីពុតទទឹងស្ដាំ (ROT) អាស្រ័យទៅលើផ្នែកដែលអុកស៊ីពុតចង្អុលប្រាប់ ។



រូបភាពទី១១ អុកស៊ីពុតទទឹងឆ្វេង (LOT) និងអុកស៊ីពុតទទឹងស្តាំ (ROT)
ប្រភពរូបភាព: *Myles Textbook for midwives.* 16th ed.

៤-១-២-៣-២. អុកស៊ីពុតមុខ (OA)

- ពេលដែលអុកស៊ីពុតស្ថិតនៅចំឆ្អឹងថ្ងាសរបស់ម្តាយ (ឧទាហរណ៍ នៅពីមុខអាងត្រគាក ម្តាយ), នោះត្រូវបានគេហៅថា **អុកស៊ីពុតមុខ (Occiput Anterior or OA)** ។
- ដំណើរការវិវត្តការបង្វិលចុះរបស់ទារកធម្មតា អុកស៊ីពុតប្រែប្រួលបន្តិចម្តងៗឆ្ពោះទៅរកឆ្អឹងថ្ងាសពីទីតាំងដើម(ខាងឆ្វេងឬខាងស្តាំអាងត្រគាកនៃឆ្អឹងអាងត្រគាករបស់ម្តាយ) ។ ក្បាលទារកចុះចូលទៅក្នុងអាងត្រគាកនៅមុំ ៤៥ ដឺក្រេគឺនៅទីតាំងអុកស៊ីពុតឆ្វេង មុខ (LOA) ឬ អុកស៊ីពុតស្តាំមុខ (ROA) ។

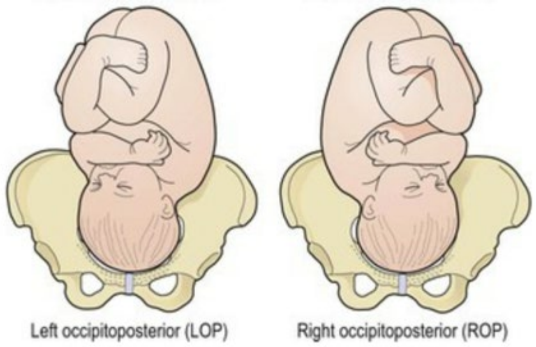


រូបភាពទី១២ អុកស៊ីពុតឆ្វេងមុខ(LOA) និង អុកស៊ីពុតស្តាំមុខ (ROA)
ប្រភពរូបភាព: *Myles Textbook for midwives. 16th ed.*

៤-១-២-៣-៣. អុកស៊ីពុតក្រោយ (OP)

- ពេលដែលអុកស៊ីពុតមានទីតាំងនៅឆ្អឹងខ្នងម្តាយ (ឧទាហរណ៍នៅខាងក្រោយអាងត្រគាកម្តាយ) នោះគេហៅថា**អុកស៊ីពុតក្រោយ (Occiput Posterior or OP)** ។

- ពេលខ្លះអុកស៊ីពុតប្រែប្រួលឆ្ពោះទៅឆ្អឹងខ្នងម្តាយពីទីតាំងដើម (ឆ្វេងឬស្តាំអាងត្រគាក ម្តាយ) ។ ទារករំកិលចុះចូលទៅក្នុងឆ្អឹងអាងត្រគាកនៅក្នុងមុំ៤៥ដឺក្រេ គឺ**នៅទីតាំងអុកស៊ីពុត ក្រោយឆ្វេង (LOP) ឬ អុកស៊ីពុតក្រោយស្តាំ (ROP)** ។



រូបភាពទី ១៣ អុកស៊ីពុតក្រោយឆ្វេង (LOP) និង អុកស៊ីពុតក្រោយស្តាំ (ROP)
ប្រភពរូបភាព: *Myles Textbook for midwives. 16th ed.*

៤-១-២-៤.វិធីដើម្បីសម្គាល់ការបង្ហាញរបស់ទារក

៤-១-២-៤-១.ការលូកពិនិត្យទ្វារមាស

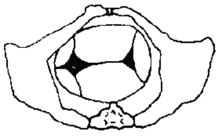
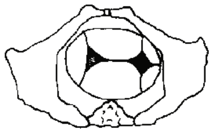
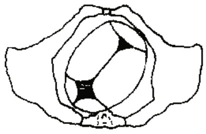
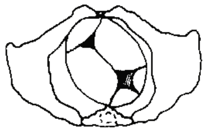
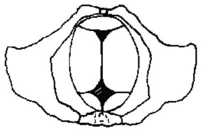
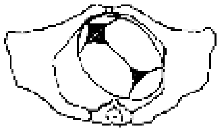
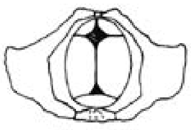
(១) ស្ទាបប៉ះទិសដៅនៃថ្នេរក្បាលនិងបង្ហើយតូចឬធំរបស់ទារក ។

- ពេលអ្នកប៉ះ**បង្ហើយតូច** អ្នកអាចមានអារម្មណ៍ប៉ះថ្នេរជ្រៅរាងត្រីកោណ ឬ ទ្រង់ទ្រាយដូច **អក្សរ ‘Y’** ។ បញ្ជាក់ថាវាបានបង្កើតឡើងដោយតំណឆ្អឹង៣ភ្ជាប់គ្នា ។
- ដោយឡែកពេលដែលអ្នកប៉ះ**បង្ហើយធំ** អ្នកអាចមានអារម្មណ៍ថាប៉ះថ្នេរធំជាង **ជ្រៅរាងដូចគ្រាប់ពេជ្រ (Rhomboid) ។** បញ្ជាក់ថាវាបានបង្កើតឡើងដោយតំណឆ្អឹង ៤ ភ្ជាប់គ្នា ។

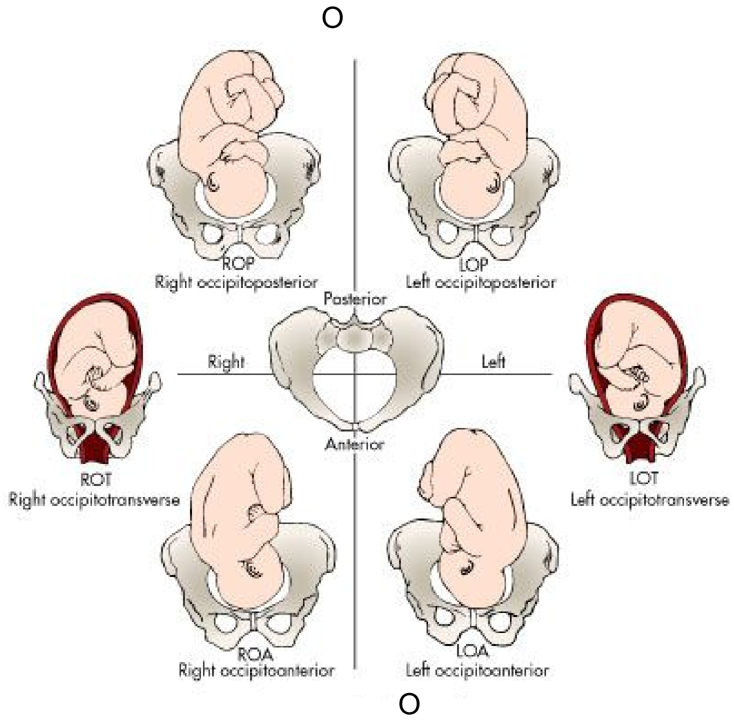
(២) រកទីតាំងបង្ហើយតូច

- ប្រសិនបើអ្នកប៉ះបង្ហើយធំ នោះបង្ហើយតូចស្ថិតនៅទិសដៅម្ខាងទៀត(តារាង ៤N) ។

តារាង ៤N ទីតាំងបង្អើយតូចនិងការបង្ហាញរបស់ទារក

ទីតាំងបង្អើយតូច		ការបង្ហាញរបស់ទារក
ខាងឆ្វេងម្តាយ	 Left occiput transverse	LOT អុកស៊ីពុតឆ្វេងទទឹង
ខាងស្តាំម្តាយ	 Right occiput transverse	ROT អុកស៊ីពុតស្តាំទទឹង
ចន្លោះខាងឆ្វេងនិងឆ្អឹងថ្ងាសម្តាយ	 Left occiput anterior	LOA អុកស៊ីពុតមុខឆ្វេង
ចន្លោះខាងស្តាំនិងឆ្អឹងថ្ងាសម្តាយ	 Right occiput anterior	ROA អុកស៊ីពុតមុខស្តាំ
ខាងឆ្អឹងថ្ងាសម្តាយ	 Occiput anterior	OA អុកស៊ីពុតមុខ
ចន្លោះខាងឆ្វេងនិងឆ្អឹងកងខ្នងម្តាយ	 Left occiput posterior	LOP អុកស៊ីពុតក្រោយឆ្វេង
ចន្លោះខាងស្តាំនិងឆ្អឹងកងខ្នងម្តាយ	Right occiput poterior	ROP អុកស៊ីពុតក្រោយស្តាំ
ខាងឆ្អឹងខ្នងម្តាយ	 Occiput posterior	OP អុកស៊ីពុតក្រោយ

ប្រភព: *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Pregnancy, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors (2017)* WHO, S-91



តារាង៤០. ទីតាំងបង្ហើយតូចនិងការបង្ហាញរបស់ទារក

ប្រភពរូបភាព៖

http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/ginecology2/classes_stud/en/nurse/adn/ptn/2/Nursing%20Care%20of%20Childbearing%20Family/02.%20Unit%20test%20II.htm

<ចំណុចដែលត្រូវពិនិត្យតាមរយៈការលូកពិនិត្យទ្វារមាស>

- កំណត់ទិសដៅនៃថ្នេរក្បាល (Sagittal suture)៖ បង្ហើយតូច (ក្រោយ) ឬ បង្ហើយធំ (មុខ) ។
- ក្នុងការវិវត្តការបង្វិលរបស់ទារកធម្មតា ការបង្ហាញរបស់ទារកផ្លាស់ប្តូរពីអុកស៊ីពុតទទឹង (OT) ទៅអុកស៊ីពីតមុខ (OA) ។
- នៅពេលការបង្ហាញទារក**មិនធម្មតា** នោះអាចនឹងមានការឈឺពោះសម្រាលដែលមានឧបសគ្គ (ការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយ ឬឈប់ឈឺពោះសម្រាល) ។
- ប៉ុន្តែយើងមិនអាចវាយតម្លៃការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាលត្រឹមតែមួយចំនុចនៃការប៉ាន់ប្រមាណនោះទេ ។ **ការតាមដានបន្តមានសារៈសំខាន់ណាស់ ។**

៤-១-២-៥.ផលវិបាកការបង្ហាញអុកស៊ីពុតនៅខាងក្រោយ ឬ អុកស៊ីពុតទទឹង

៤-១-២-៥-១. អុកស៊ីពុតក្រោយ (OP)

- OP គឺការបរាជ័យក្នុងការវិលរបស់កូន៩ ។ វាអាចរំខានដល់ការចុះនៃក្បាលកូនតាមអាងត្រគាក និងបណ្តាលឱ្យមាន**ការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយ ឬឈប់ឈឺពោះសម្រាល** ។

- ក្នុងការបង្ហាញ OP អុកស៊ីពុតធ្វើឱ្យមានសម្ពាធខ្លាំងលើឆ្អឹងកងខ្នងស្ត្រី ។ ស្ត្រីអាចត្អូញពីការឈឺចាប់ខ្លាំង**ត្រង់ខ្នង** និងឈឺជាបន្តបន្ទាប់ដោយសាស្បូនកន្ត្រាក់[៩] ។ វាអាចធ្វើឱ្យម្ដាយអស់កម្លាំងហើយអាចធ្វើឱ្យមានការសម្រាលអូសបន្លាយ ។
- ពន្យល់ស្ត្រីឱ្យដើរជុំវិញឬ**ផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាព** (ដូចជា **លុតជង្គង់ អង្គុយចោងហោង**) ដើម្បីកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ខ្នង និងជំរុញឱ្យមានការបង្វិលដោយឯកឯង[៥(៨-៩១),៩] ។ សង្កេតមើលដំណើរការវិវត្ត នៃការឈឺពោះសម្រាលជាប្រចាំ ពិសេសតាមដានការកន្ត្រាក់ស្បូន និងការចុះ នៃក្បាលទារកនិងទីតាំងបង្វើយតូច ។

៤-១-២-៥-២. អុកស៊ីពុតទទឹង (OT)

- OT គឺជាការបង្ហាញនៅពេលដែលទារកក្នុងផ្ទៃចុះចូលអាងត្រគាក រួចអាចក្លាយទៅជា OA នៅ ពេលដែលក្បាលទារកវិលជាធម្មតា ។
- ប្រសិនបើ OT នៅតែបន្តមាន ទោះបីជាមានការកន្ត្រាក់ស្បូនដែលមានប្រសិទ្ធភាពក៏ ដោយ នោះ អាចនឹងបណ្តាលមកពី**អុកស៊ីពុតទទឹងគាំងជាប់ (Transverse arrest)** ដែលធ្វើឱ្យក្បាលកូន មិនអាចឆ្លងកាត់តាមអាងត្រគាកបាន ។
- **សង្កេតមើលការកន្ត្រាក់ស្បូន និងការចុះនៃក្បាលទារក** និងទីតាំងបង្វើយតូចជាប្រចាំដើម្បី បញ្ជាក់ថាទារកមានការបង្វិលជាធម្មតាឬទេ ។

៤-២. ស្ថានភាពសុខភាពរបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ:

៤-២-១. ចង្វាក់បេះដូងទារក (FHR)/BCF

《**សង្ខេប**》

- ចង្វាក់បេះដូងទារកគឺជាសូចនាករដ៏ជាក់លាក់ដើម្បីដឹងពីសុខភាពទារកក្នុងផ្ទៃអំឡុងពេលសម្រាល ។
- ស្វែងរកទីតាំងស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងដោយស្ទាប និងស្តាប់ក្នុងរយៈពេលពេញមួយនាទី ដើម្បីបញ្ជាក់ថាចង្វាក់បេះដូងទារកនៅក្នុងកម្រិតធម្មតាឬទេ ។
- ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងទារកយឺតជាងកម្រិតធម្មតា វាអាចជាមូលហេតុបណ្តាលមកពីកង្វះអុកស៊ីសែនទៅផ្តល់ឱ្យទារក ឬ/និងមានការគៀបទងសុក។ ផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថរបស់ម្តាយភ្លាមនិងបន្តស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក ។
- ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងទារក ញាប់ជាងកម្រិតធម្មតា វាជាអាចបណ្តាលមកពីការបង្ករោគ ឬ ក៏ ដោយសារមូលហេតុផ្សេងទៀត។សូមបន្តស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក ។
- ក្នុងករណីចង្វាក់បេះដូងទារកនៅបន្តមិនធម្មតា វានឹងធ្វើឱ្យទារកស្លាប់ឬបញ្ហាថប់ដង្ហើម ។
- សម្រាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកធម្មតា ការតាមដានជាប្រចាំតាមចន្លោះពេលក្នុងដំណាក់កាលនីមួយៗនៃការឈឺសម្រាលជាការចាំបាច់ដែលត្រូវអនុវត្ត ។

៤-២-១-១. និយមន័យនៃចង្វាក់បេះដូងទារក

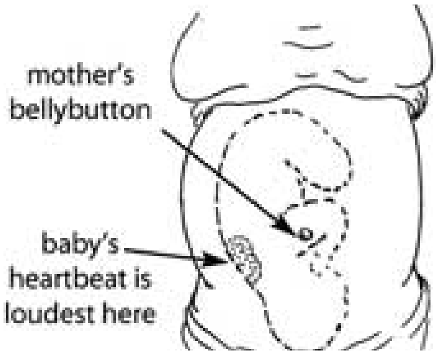
- ចង្វាក់បេះដូងទារក (FHR) គឺជា**ល្បឿនបេះដូងលោតរបស់ទារក**ដែលត្រូវបានគេរាប់ចំនួននៃការលោតក្នុងពេលវេលាមួយដែលជាធម្មតាគេរាប់ក្នុងមួយនាទី ។

៤-២-១-២. របៀបស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូន

(១) រក**ការបង្ហាញនិងទម្រង់បង្ហាញ**របស់ទារកដោយការស្ទាបពោះ (មើល *៤-១. សណ្ឋានទម្រង់បង្ហាញ ការបង្ហាញរបស់ទារក* ទំព័រ៥៧) ។

(២) រក**ចំណុចដែលត្រូវស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក ។** ខាងលើទ្រូង ឬ ខាងលើផ្នែកខាងខ្នងនៃទារក គឺ ជាកន្លែងដែលបេះដូងទារកលោតឮបំផុត (រូបភាពទី៤P) ។ ដូច្នេះនៅពេលដែលទារក ក្នុងផ្ទៃបែរមុខទៅខាងឆ្វេងម្តាយចំណុចត្រង់កន្លែងស្តាប់បេះដូងកូនគឺនៅខាងស្តាំផ្នែកខាងក្រោម (រូបភាពទី ៤Q)។

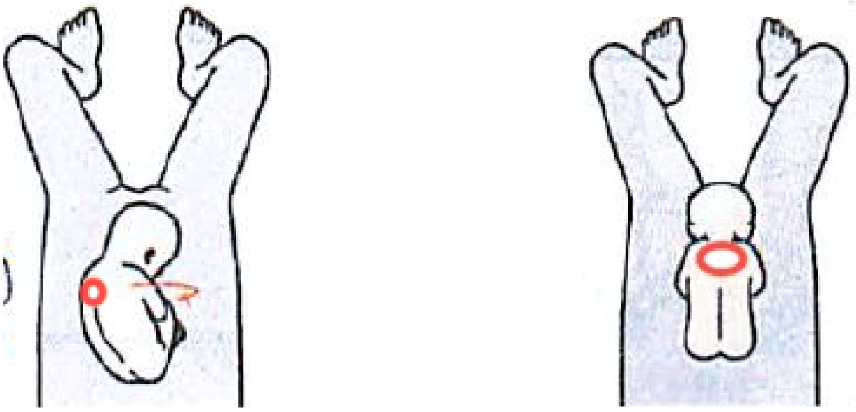
រូបភាពទី៤P.
ចំនុចត្រង់កន្លែងបេះដូងកូនលោតលឺជាងគេរូបភាពទី



រូបភាពទី៤Q.
ទារកបែរមុខទៅរកផ្នែកខាងឆ្វេងរបស់ម្តាយ

Source: http://www.open.edu/openlearncreate/mod/oucontent/view.php?id=41&printable=1

- កន្លែងស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកគឺរំកិលចុះមកក្រោមតាមការចុះរបស់កូន។ កន្លែងស្នូរបេះដូង របស់កូនចុះជាមួយនឹងការចុះរបស់កូន ហើយស្ថិតនៅចំកណ្តាលនៅពេលដែលកូនបង្វិល (រូបភាពទី ៤R) ។



រូបភាពទី៤R. ការផ្លាស់ប្តូរកន្លែងស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកនៅដំណាក់កាលទី ២ នៃការឈឺពោះសម្រាលកូន
ប្រភពរូបភាព: http://www.open.edu/openlearncreate/mod/oucontent/view.php?id=41&printable=1

<សំលេងមិនមែនសំលេងបេះដូងកូនពិតប្រាកដ>

- ប្រសិនបើអ្នកឮសំលេង shee-oo, shee-oo, shee-oo អ្នកអាចនឹងឮសំលេង**ជីពចររបស់ទងសុក** ។ សំលេងទងសុកមិនអាចប្រាប់ពីចង្វាក់បេះដូង ទារកបានជាក់លាក់ទេ ។
- អ្នកក៏ប្រហែលជាឮ**សំលេងចង្វាក់បេះដូងរបស់ម្តាយ ។** ស្ទាបជីពចរវ៉ាដ្យាល់របស់ម្តាយជាមួយ នឹងការស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងរបស់កូន ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាអ្វីដែលឮគឺជាចង្វាក់បេះដូងកូនមិនមែន ចង្វាក់បេះដូងម្តាយ ទេ[១០] ។

(៣) ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក:

រយៈពេល: ១ នាទីពេញ
ពេលរាប់: ភ្លាមៗបន្ទាប់ពីស្បូនកន្ត្រាក់[១]
ភាពញឹកញាប់: [ដំណាក់កាលទី១] រៀងរាល់ ៣០ នាទីម្តង, [ដំណាក់កាល ទី២] រៀងរាល់ ៥ នាទីម្តង។

(៤) កត់ត្រាចង្វាក់បេះដូងទារកនៅក្នុងតារាងវាយតម្លៃដំបូង ប៉ាតូក្រាហ្វ និងកំណត់ត្រានៃការសម្រាលកូន[១] ។

៤-២-១-៣. ចំណាត់ថ្នាក់ចង្វាក់បេះដូងកូនធម្មតានិងមិនធម្មតា

- ចង្វាក់បេះដូងកូនធម្មតាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះគ្រប់ខែគឺ **១១០ ទៅ ១៦០ ក្នុងមួយនាទី[១] ។**
- ចង្វាក់បេះដូងទារកអាចនឹងមិនធម្មតានៅពេលដែលវាខុសពីចន្លោះនេះ មិនថាចុះ ឬកើនឡើង ។

៤-២-១-៤. ផលវិបាកនៃចង្វាក់បេះដូងកូនខុសពីចន្លោះធម្មតា

៤-២-១-៤-១. ចង្វាក់បេះដូងកូនតិចជាង ១១០

ទារកក្នុងផ្ទៃទទួលអុកស៊ីសែនពីម្តាយតាមរយៈសុកនិងទងសុក ។ នៅពេលដែលចង្វាក់បេះដូងកូនចុះក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ការកន្ត្រាក់ស្បូនអាចធ្វើឱ្យ (១) **មានការថយចុះលំហូរឈាមរបស់ សុក ឬ** (**២**) **មានការសង្កត់ទងសុក ។**

(១) **ការថយចុះលំហូរឈាមរបស់សុក**

- ក្នុងកំឡុងពេលកន្ត្រាក់ សរសៃឈាមនៅក្នុងស្បូនត្រូវបានសង្កត់ដោយសាច់ដុំស្បូន។ បន្ទាប់មកលំហូរឈាមរបស់សុកមានការថយចុះ ហើយការផ្តល់**អុកស៊ីសែនពីម្តាយទៅកូនមានការថយចុះ ។**
- ជាលទ្ធផលកូនទទួលអុកស៊ីសែនមិនបានគ្រប់គ្រាន់ ហើយចង្វាក់បេះដូងកូនមានការថយចុះដោយសារ**ការខ្វះអុកស៊ីសែន** ។
- នៅពេលដែលទារកមានកម្លាំងខ្លាំងគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទប់ទល់នឹងការផ្តល់អុកស៊ីសែនដែល មិនគ្រប់គ្រាន់ ចង្វាក់បេះដូងទារកមិនផ្លាស់ប្តូរ ឬ ចុះខ្លាំងទេ ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ប្រសិនបើ ទារកក្នុងផ្ទៃខ្សោយ ឬ មុខងារសុកធ្វើការមិនបានល្អចង្វាក់បេះដូងទារកក្លាយជាយឺតទាំង ស្រុង ឬ យឺតខ្លាំងទោះបីជាមានការកន្ត្រាក់ ស្បូនស្រាលក៏ដោយ[៦] ហើយវាអាចនាំឱ្យ**ទារក ក្នុងផ្ទៃស្លាប់ ឬ ថប់ដង្ហើម ។**

(២) **ការសង្កត់ទៅលើទងសុក**

- ក្នុងកំឡុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់ ទងសុកគឺសង្កត់ដោយសម្ពាធរវាងទារក និង ស្បូន ។ បន្ទាប់មកលំហូរឈាមថយចុះ ដែលធ្វើឱ្យចង្វាក់បេះដូងកូនចុះថយដែរ ។
- ការសង្កត់ទៅលើទងសុកប្រហែលមកពីទងសុករុំខ្លួនឬកទារក ទងសុកចងគួចចូលគ្នា ឬ ទឹកភ្លោះតិច ។
- ប្រសិនបើវាកើតឡើងដដែលៗឬជាបន្តបន្ទាប់ ទារកក្នុងផ្ទៃអាចនឹង**ខ្វះអុកស៊ីសែន** ដែលត្រូវធ្វើការបញ្ជូន ។
- អន្តរាគមន៍ដែលអាចទៅរួចសំរាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកដែលតិចជាង ១១០ **គឺការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពម្តាយដើម្បីបន្ថយសម្ពាធទៅលើទងសុក ។**
- នៅពេលដែលស្រោមទឹកភ្លោះបែក ពិនិត្យថាតើមានទងសុកធ្លាក់មុនទារកចេញ និង ទឹកភ្លោះមានលាយលាមកន៍ព្រៃខាប់ឬទេ ។

៤-២-១-៤-២. ចង្វាក់បេះដូងទារកច្រើនជាង ១៦០

ចង្វាក់បេះដូងទារកដែលលោតញាប់ អាចបណ្តាលមកពីម្តាយមាន**គ្រុនក្តៅ** មាន**ការបង្ករោគប្រើថ្នាំ** ដែលបណ្តាល**ឱ្យ**ចង្វាក់បេះដូងម្តាយញាប់ (ឧ. ថ្នាំតូកូលីទិច) ឬ **លើសសម្ពាធឈាម** ។ ប្រសិនបើម្តាយមិនមានចង្វាក់បេះដូងញាប់ទេ ភាពញាប់នៃចង្វាក់បេះដូងទារកអាចជាសញ្ញា **ទារកខ្សោយ**[៦, ១ (p៨៧),៥(S១០៩)] ។

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងកូនមិនធម្មតា (តិចជាង ១១០ ដង/ ១ នាទី ឬច្រើនជាង ១៦០ដង/ ១ នាទី) ត្រូវដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពគេងផ្អៀងឆ្វេង និងចង្វាក់បេះដូងម្តងទៀត ។)

៤-២-២. ទឹកភ្លោះ

《**សង្ខេប**》
- ពណ៌ទឹកភ្លោះគឺជា សូចនាករមួយទៀតដែលបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពទារក ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះ សម្រាល ឬ ការហូរឈាម នៅខាងក្នុងដែលចេញពីសុក ។
- ប្រសិនបើស្រោមទឹកភ្លោះបែក ពិនិត្យមើលពណ៌ទឹកភ្លោះ ដោយការលូកពិនិត្យទ្វារមាស ។
- ប្រសិនបើទឹកភ្លោះមានលាយលាមក៏ព្រៃខាប់ ពិនិត្យចង្វាក់បេះដូងទារក ។ ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងទារកមិនធម្មតា វាបញ្ជាក់ថាទារកខ្សោយ ។

៤-២-២-១. លក្ខណៈធម្មតានៃទឹកភ្លោះ

ទឹកភ្លោះ គឺជាសារធាតុរាវថ្លានៅព័ទ្ធជុំវិញទារក ។

៤-២-២-២. មធ្យោបាយក្នុងការពិនិត្យទឹកភ្លោះ

នៅពេលដែលស្រោមទឹកភ្លោះបែក ឆ្មបគួរតែពិនិត្យលក្ខណៈដូចខាងក្រោម៖
- កំហាប់ (ស្អិត ឬ រាវ)
- ពណ៌ (លឿង បៃតងខ្ចី បៃតងចាស់ ឬ បៃតងក្រម៉ៅ)
- ក្លិន (អត់ក្លិន ឬ មានក្លិនស្អុយ)
- បរិមាណ៖ (ពិនិត្យថាតើមានការហូរទឹកភ្លោះឬអត់)

៤-២-២-៣. ផលវិបាកដោយសារទឹកភ្លោះមានលក្ខណៈមិនធម្មតា

៤-២-២-៣-១. ទឹកភ្លោះមានលាយឈាម (មើល *៦. សង្កេតមើលស្ថានភាពម្ដាយ ៦-៦-៣. ផលវិបាកដោយសារការធ្លាក់ឈាមមិនធម្មតា* ទំព័រ១០៨)

៤-២-២-៣-២. ទឹកភ្លោះដែលមានលាមក៏ព្រៃខាប់
- **លាមក៏ព្រៃគឺជាលាមក៏របស់ទារក ។**
- ពេលទារកមាន**អុកស៊ីសែនតិច** ពេលខ្លះទារកជុះលាមក៏ព្រៃចូលទៅក្នុងទឹកភ្លោះក្នុងកំឡុង ពេលឈឺពោះសម្រាល ។
- ទឹកភ្លោះដែលមានលាមក៏ព្រៃត្រូវបានគេឃើញជាញឹកញាប់ចំពោះទារកដែល**គ្រប់ខែ ។** ដូច្នេះទឹកភ្លោះដែលមានលាមក៏ព្រៃតិចតួចមិនមែនជាសូចនាករដែលបញ្ជាក់ថាទារកក្នុងផ្ទៃខ្សោយនោះទេ[៥,៦] ។

- ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ **ទឹកភ្លោះដែលមានលាមក៏ព្រៃខាប់**គឺជាសញ្ញាមួយដែលបញ្ជាក់ ថា**ទារកខ្សោយ**ជាពិសេសប្រសិនបើមានវត្តមានចង្វាក់បេះដូងកូនមិនធម្មតា[១] ។
- អាចនឹងមាន **Meconium Aspiration Syndrome (MAS)** ដែលជាបញ្ហាផ្លូវដង្ហើមពេលទារកដកដង្ហើមស្រូបចូលលាមក៏ព្រៃ ។

៤-២-២-៣-៣. ទឹកភ្លោះដែលមានក្លិនស្អុយ

វាបញ្ជាក់ពី**ការបង្ករោគ**នៅក្នុងទឹកភ្លោះ ហើយត្រូវការការព្យាបាលនិង បញ្ជូន ។

៤-២-២-៣-៤. អវត្តមានទឹកភ្លោះពេលបែកស្រោមទឹកភ្លោះ

- អវត្តមានទឹកភ្លោះដែលហូរចេញមកបន្ទាប់ពីបែកស្រោមទឹកភ្លោះ គឺបញ្ជាក់ថាមានការថយចុះបរិមាណទឹកភ្លោះ[៥] ។
- វាបញ្ជាក់ថាការ**សង្កត់ទៅលើទងសុក**អាចនឹងកើតមាន ។ ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារកឱ្យបាន សមស្រប និងសង្កេតឱ្យបានជិតដល់នៅពេលដែលឮចង្វាក់បេះដូងកូនមិនធម្មតា ។

ជំពូកទី ៥ ការប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្ត ការឈឺពោះសម្រាល

សង្ខេប

- វត្ថុបំណងនៅក្នុងជំពូកនេះគឺ (១) ប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តការសម្រាលតាមរយៈ**៤Ps** (**កម្លាំង (Power) ផ្លូវឆ្លងកាត់ (Passage) អ្នកធ្វើដំណើរ (Passenger) និង ផ្លូវចិត្ត (Psychology)**) និង (២) កំណត់ដំណាក់កាលការឈឺពោះសម្រាល ។
- ត្រូវយល់ពី**៤Ps** សម្រាប់ការប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្ត ការឈឺពោះសម្រាលដែលមាន **កម្លាំង (Power) ផ្លូវឆ្លងកាត់ (Passage) អ្នកធ្វើដំណើរ (Passenger) និង ផ្លូវចិត្ត (Psychology) ។**
- ការឈឺពោះសម្រាលចែកចេញជា**បួនដំណាក់កាល ។** ដំណាក់កាលទី ១ និងទី ២ ផ្តោតនៅក្នុងជំពូកនេះ ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការបែងចែកដំណាក់កាលនិមួយៗគឺ ‘**ការបើកមាត់ស្បូន**’ ។
- ៤Ps - កម្លាំង (Power) ផ្លូវឆ្លងកាត់ (Passage) អ្នកធ្វើដំណើរ (Passenger) និង ផ្លូវចិត្ត (Psychology) គួរត្រូវបានគេប៉ាន់ប្រមាណគ្រប់ដំណាក់កាល (និងរយៈ) នៃការឈឺពោះសម្រាល ។

៥-១. ៤Ps - **កម្លាំង ផ្លូវឆ្លងកាត់ អ្នកធ្វើដំណើរនិង ផ្លូវចិត្ត**

《**សង្ខេប**》

- ការវិវត្ត ការសម្រាលល្អអាស្រ័យលើសមាសភាគ៤ ដែលគេហៅថា ៤Ps (១) **កម្លាំង (Power)** (**២**) **ផ្លូវឆ្លងកាត់ (Passage)** (**៣**) **អ្នកធ្វើដំណើរ (Passenger) និង** (**៤**) **ផ្លូវចិត្ត (Psychology) ។**
- (១) **កម្លាំង** គឺជាអ្នកជម្រុញការសម្រាលទារក ។ ដូច្នេះវាគឺជា '**ការកន្ត្រាក់ស្បូន**' ឬ '**ការឈឺពោះពេលសម្រាល**' ។
- (២) **ផ្លូវឆ្លងកាត់** ជាមធ្យោបាយដែលឆ្លងពីស្បូនមកក្រៅរាងកាយម្តាយ ។ វាមាន**មាត់ស្បូន អាងត្រគាក (ឆ្អឹង) ទ្វារមាស និង ប៉េរីណេ ។**
- (៣) **អ្នកធ្វើដំណើរ** គឺជាទារក (ទម្រង់និងទំហំ) ។
- (៤) **ផ្លូវចិត្ត**របស់ម្តាយជះឥទ្ធិពលយ៉ាងខ្លាំងទៅលើការវិវត្ត នៃការឈឺពោះទាំងមូលពិសេសការកន្ត្រាក់ស្បូន ។

៥-១-១. កម្លាំង

- **កម្លាំង**: ជាអ្នករុញច្រានទារកឱ្យចេញពីក្នុងស្បូនមកក្រៅដើម្បីឃើញពិភពលោកយើងនេះ ។ វាគឺជា**ការកន្ត្រាក់ស្បូន ឬការឈឺពោះសម្រាល ។**
- ការកន្ត្រាក់ស្បូនមានបីចំណុចដែលមាន '**រយៈពេល**' នៃការកន្ត្រាក់ស្បូនម្តងៗ '**ភាពញឹកញាប់**' (ជាធម្មតារាប់ចំនួនដងក្នុង ១០ នាទី) និង**កម្លាំង** (ទោះបីជាញឹកញាប់វាជាសូចនាករដែលពិបាកវាស់ស្ទង់)។ ចំនុចទាំងបីនេះ គឺត្រូវប៉ាន់ប្រមាណដាច់ ដោយឡែកពីគ្នា ។
- ការកន្ត្រាក់ស្បូនត្រូវខ្លាំងគ្រប់គ្រាន់ បើមិនដូច្នោះទេការសម្រាលនឹងគ្មានការវិវត្តឡើយ ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ត្រូវសម្គាល់ថាការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំងត្រូវសមស្របទៅនឹងទារកក្នុងស្បូនពីព្រោះការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំងធ្វើអោយមានការថយចុះលំហូរឈាម នៅក្នុងស្បូនដែលជាលទ្ធផលនៃការថយចុះ អុកស៊ីសែនដែលផ្គត់ផ្គង់ដល់កូន ។
- ដូច្នេះការតាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវការកន្ត្រាក់ស្បូន និងស្ថានភាពកូនមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការថែទាំការសម្រាល ។

៥-១-២. ផ្លូវឆ្លងកាត់

- **ផ្លូវឆ្លងកាត់**: គឺជាផ្លូវដែលឆ្លងពីស្បូនមកក្រៅរាងកាយម្តាយ ។ វារួមមាន **អាងត្រគាក** (**ឆ្អឹង**) **មាត់ស្បូន ទ្វារមាសនិងប៉េរីណេ ។**
- មាត់ស្បូនទន់ ហើយបើកអស់ ឆ្អឹងអាងត្រគាកមានទម្រង់និងទំហំគ្រប់គ្រាន់ ទ្វារមាស និងប៉េរីណេទន់ ជាតម្រូវការសម្រាប់ការសម្រាលប្រព្រឹត្តទៅស្រួល ។
- **ការបើកមាត់ស្បូន** មានការផ្លាស់ប្តូរជាបន្តបន្ទាប់ ដូច្នេះចាំបាច់ត្រូវធ្វើការតាមដាន ឱ្យបានទៀងទាត់ ។
- **ឆ្អឹងអាងត្រគាក** មិនផ្លាស់ប្តូរ ប៉ុន្តែអ្វីដែលសំខាន់នោះគឺសមាមាត្ររវាង ទំហំឆ្អឹងនិង ទារក (អ្នកធ្វើដំណើរ) ។ ទោះបីជាទំហំនៃឆ្អឹងអាងត្រគាកធំគ្រប់គ្រាន់តែទារកធំខ្លាំង នោះផ្លូវឆ្លងកាត់ (ឆ្អឹងអាងត្រគាក) នឹងរារាំងទារកមិនឱ្យចេញរួច ។ ដោយឡែកទារកដែលតូចអាចឆ្លងកាត់អាងត្រគាកតូចបាន ។
- ដូច្នេះ ជានិច្ចកាលយើងត្រូវពិនិត្យ **សមាមាត្ររវាងផ្លូវឆ្លងកាត់និងអ្នកធ្វើដំណើរ ។**

៥-១-៣. អ្នកធ្វើដំណើរ

- **អ្នកធ្វើដំណើរ** គឺ**ទារក** (**ទម្រង់និងទំហំ**) **។ ផ្នែកដែលធំបំផុតរបស់ទារកគឺក្បាល ។ ដូច្នេះរបៀបដែលក្បាលទារកចូលក្នុងអាងត្រគាក**មានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់ការសម្រាលធម្មតា ។ (មើល *៤. សង្កេតស្ថានភាពទារក ៤-១. សណ្ឋាន ទម្រង់បង្ហាញ និងការបង្ហាញរបស់ទារក* ទំព័រ៥៧)
- ដូចដែលបានរៀបរាប់ពីខាងលើ **សមាមាត្ររវាងផ្លូវឆ្លងកាត់និងអ្នកធ្វើដំណើរ** មានសារៈសំខាន់ ។
- សម្រាប់ការសម្រាលធម្មតា នោះគឺចាំបាច់ណាស់ក្នុងការប៉ាន់ប្រមាណ**'ការចុះនៃក្បាលកូន' ។** វាត្រូវបានវាស់វែងទៅជា**កម្រិតចុះចូលនៃក្បាលកូនទៅក្នុងអាងត្រគាក ។**

៥-១-៤. ផ្លូវចិត្ត

- **ផ្លូវចិត្ត** (ស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត) របស់ម្តាយជាកត្តាសំខាន់ក្នុងការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល ។ ប្រសិនបើម្តាយខ្លាចឬមានការថប់បារម្ភ នោះប្រាកដជាមានការថយចុះអរម៉ូននៅខាងក្នុង (ឧទាហរណ៍ **អុកស៊ីតូ-ស៊ីន** អង់ដូហ្វីន) ដែលជួយសម្រួលដល់ការឈឺពោះសម្រាល (មើល *៦. សង្កេតមើលស្ថានភាពម្តាយ ៦-៧. ស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត* ទំព័រ១១០) ។

៥-២. កំណត់ពីដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល

《**សង្ខេប**》
- ដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាលមាន៤៖ ទី១ ទី២ ទី៣ និងទី៤ ។
- ដំណាក់កាលទី ១ នៃការឈឺពោះសម្រាលចែកជា២រយៈ៖ រយៈ**យឺត** និងរយៈ**សកម្ម** ។
- ការបើកមាត់ស្បូន (គិតជាសង់ទីម៉ែត្រ) គឺជាសូចនាករក្នុងការកំណត់ដំណាក់កាល និងរយៈ ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ការកន្ត្រាក់ស្បូនទៀងទាត់ (ការឈឺពោះសម្រាល) គួរមានជាមួយការបើកមាត់ស្បូន ។
- ការបើកមាត់ស្បូនតែឯងមិនបញ្ជាក់ពីការចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាលនោះទេ ។

៥-២-១. និយមន័យដំណាក់កាលការឈឺពោះសម្រាល

- ការសម្រាលកូនចែកជា**បួនដំណាក់កាល** ។ មានតែ**ដំណាក់កាលទី១**នៃការឈឺពោះសម្រាលតែប៉ុណ្ណោះដែលចែកចេញជា**រយៈយឺត និងរយៈសកម្ម** (មើលតារាង៥A) ។

(១) នៅប្រទេសកម្ពុជារយៈយឺតនៃដំណាក់កាលទី១ ត្រូវបានគេឱ្យនិយមន័យថាស្បូន បើកបាន ‘៣ សង់ទីម៉ែត្រ ឬ តិចជាងនេះ ។

(២) រយៈសកម្មនៃដំណាក់កាលទី១ ជាការបើកមាត់ស្បូនច្រើនជាង៣សង់ទីម៉ែត្រ (ឧទាហរណ៍ ៤សង់ទីម៉ែត្រ) រហូតដល់មាត់ស្បូនបើកអស់ ។

- ដំណាក់កាលទី ២ នៃការឈឺពោះសម្រាលគឺចាប់ពីមាត់ស្បូនបើកអស់ដល់ទារក សម្រាលរួច ។

តារាង៥A៖ និយមន័យដំណាក់កាលនិងរយៈនៃការឈឺពោះសម្រាល

ដំណាក់កាល	រយៈ	និយមន័យ
ទី១	យឺត	ពីពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាលរហូតដល់មាត់ស្បូនបើកបាន ៣ស.ម ។
	សកម្ម	ពីពេលមាត់ស្បូនបើកបានច្រើនជាង ៣ស.ម រហូតដល់មាត់ស្បូនបើកអស់ ។
ទី២		ពីពេលមាត់ស្បូនបើកអស់ដល់ទារកសម្រាល (ការរុញច្រានទារកចេញ)
ទី៣		ពីពេលទារកសម្រាលដល់សុកចេញផុត ។
ទី៤		ពីសុកចេញផុតដល់តាមដាន២ម៉ោងក្រោយសម្រាល ។

សំគាល់៖ និយមន័យខុសពីគ្នានៃរយៈយឺត និងសកម្មក្នុងដំណាក់កាលទី១ នៃការឈឺពោះ សម្រាល

- អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) បានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនិយមន័យរយៈសកម្មក្នុងឆ្នាំ ២០១៨ ។ និយមន័យថ្មីនៃរយៈសកម្មគឺមាត់ស្បូនបើកបាន៥ស.ម រហូតដល់មាត់ស្បូនបើកអស់[១៣] ។
- ពីព្រោះភស្តុតាងវិទ្យាសាស្ត្រជាច្រើនបង្ហាញថា ការវិវត្តលឿននៃការសម្រាល (មាត់ស្បូនបើក និងរលប់)គឺចាប់ពីពេលមាត់ស្បូនបើកបាន ៥ ស.ម ។ ភស្តុតាងក៏បង្ហាញថារយៈពេលនៃរយៈយឺតខុសគ្នាពីស្ត្រីម្នាក់ទៅស្ត្រីម្នាក់ទៀត ។ ដូច្នេះវា មិនចាំបាច់ក្នុងការបន្ថយរយៈយឺតមកត្រឹម៨ម៉ោងនោះទេ ។
- ការធ្វើបែបនេះគឺដើម្បីបន្ថយការប្រញាប់បញ្ជូនពេកនិងការអន្តរាគមន៍ផ្នែកសម្ភព មិនចាំបាច់ចំពោះស្ត្រីដែលមានការវិវត្តយឺតប៉ុន្តែធម្មតា ។
- ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី សមាជិកបង្គោលនៃគោលការណ៍ណែនាំនេះបានកំណត់ប្រើនិយមន័យដូចគ្នាទៅនឹងអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកពីមុន ។ ដូច្នេះយើងទុកនិយមន័យ **រយៈសកម្ម** គឺពីពេលមាត់ស្បូនបើកបាន **៣ស.ម រហូតមាត់ស្បូនបើកអស់ ។** វាក៏គោរពទៅតាមពិធីសារថ្នាក់ជាតិរបស់ប្រទេសកម្ពុជាដែរ ។
- ចេតនាក្នុងការទុកនិយមន័យនេះគឺ**ដើម្បីការពារការបញ្ជូនយឺតយ៉ាវការឈឺពោះសម្រាលដែលអូសបន្លាយ**ពីមណ្ឌលសុខភាព ពិសេសនៅតំបន់ជនបទ ។ ដូច្នេះយើងមិនគួរធ្វើតាមអនុសាសន៍ចាស់នៃរយៈសកម្មនិងនិយមន័យការឈឺពោះ សម្រាលអូសបន្លាយក្នុងថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកនោះទេ ។ អនុសាសន៍ថ្មីរបស់អង្គការ សុខភាពពិភពលោក នឹងត្រូវបានពិនិត្យនៅក្នុងការពិភាក្សាផ្សេងទៀតសម្រាប់ថ្នាក់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានកម្រិតខ្ពស់ ។

៥-៣. អនុវត្តការប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តនៃការឈឺពោះសម្រាល

《**សង្ខេប**》
– ចាំបាច់ក្នុងការប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្ត ការសម្រាលឱ្យបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដោយ ការសង្កេតទៅលើ ៤Ps ។
– លក្ខណ្ឌនៃសមាសភាគ ៤Ps (**កម្លាំង (Power) ផ្លូវឆ្លងកាត់ (Passage) អ្នកធ្វើដំណើរ (Passenger) និងផ្លូវចិត្ត (Psychology)**) ផ្លាស់ប្តូរបន្តិចម្តងៗផ្អែកលើដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល ។

៥-៣-១. កម្លាំង

- '**កម្លាំង**'គឺជា**ការកន្ត្រាក់ស្បូន ។** វាគឺជាកម្លាំងក្នុងការរុញច្រានទារកចេញពីស្បូនឆ្លងកាត់ផ្លូវសម្រាល ។ អរគុណដល់កម្លាំងនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនដែលធ្វើឱ្យមានបម្រែបម្រួល**ផ្លូវឆ្លងកាត់** (**មាត់ស្បូននិង ទ្វារមាស**) និង**អ្នកធ្វើដំណើរ** (**ទារកក្នុងផ្ទៃ ពិសេសភាពជ្រួសឆ្អឹងក្បាល និងការបង្វិលក្បាល**) ។
- មានសមាសបីនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនដែលត្រូវធ្វើការវាស់វែង និងប៉ាន់ប្រមាណ ។ សមាសភាគនោះមាន **រយៈពេល**នៃការកន្ត្រាក់ **ភាពញឹកញាប់**នៃការកន្ត្រាក់ និង**អាំងតង់ស៊ីតេ** (**កម្លាំង**) នៃការកន្ត្រាក់ ។ របៀបវាស់សមាសភាគនិមួយៗមាន៖
  - **រយៈពេល**៖ កំណត់រយៈពេលនៃ**ការកន្ត្រាក់ម្តងៗគិតជាវិនាទី ។**
  - **ភាពញឹកញាប់**៖ រាប់**ចំនួននៃការកន្ត្រាក់ក្នុងរយៈពេល ១០ នាទី ។**
  - **អាំងតង់ស៊ីតេ**(**កម្លាំង**)៖ សង្កេតមើល**ប្រតិកម្ម**របស់ស្ត្រីទាក់ទងនឹងការកន្ត្រាក់ស្បូន និងស្ទាបរក**ភាពរឹងនៃពោះ ។**
- លក្ខណៈនៃសមាសភាគនិមួយៗ ផ្លាស់ប្តូរបន្តិចម្តងៗ តាមដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល ។ វាត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង៥B ។

តារាង៥ខ៖ ការផ្លាស់ប្តូរលក្ខណៈនៃការកន្ត្រាក់ស្បូន

ដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល	រយៈពេល	ភាពញឹកញាប់	អាំងតង់ស៊ីតេ (កម្លាំង)
(មុនឈឺពោះសម្រាល)	ត្រឹម ៣០វិនាទី	១៥-២០នាទីម្តង	ខ្សោយ (ពេលខ្លះពិបាកប៉ាន់ស្មាន) គ្មានការឈឺពោះជាប់ មានពេលសម្រាក
ដំណាក់កាលទី១/ រយៈយឺត	ចន្លោះ ២០ ទៅ ៤០វិនាទី	កើនឡើងបន្តិចម្តងៗពីកន្ត្រាក់ ពីម្តងដង ឬ ២ដង ទៅ ៤ ឬ៥ដងក្នុង១០ នាទី	ខ្សោយទៅមធ្យម គ្មានការឈឺពោះជាប់ មានពេលសម្រាក
ដំណាក់កាលទី១/ រយៈសកម្ម	ត្រឹម ៦០វិនាទី	កន្ត្រាក់ត្រឹម៥ដងក្នុង១០ នាទី	មធ្យមទៅខ្លាំង គ្មានការឈឺពោះជាប់ មានពេលសម្រាក
ដំណាក់កាលទី២	ប្រហែល ៦០វិនាទី	ដូចគ្នានឹងរយៈសកម្មដែរ	ខ្លាំង គ្មានការឈឺពោះជាប់ មានពេលសម្រាក

- ដូចដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង៥ខការកន្ត្រាក់ស្បូនជាធម្មតាចាប់ផ្តើមពី ‘ភាពញឹកញាប់ ដែលខ្លី និងតិច’ ។ ភាពញឹកញាប់កាន់តែវែងទៅ ច្រើនឡើង និងខ្លាំងជាងមុន បន្តិចម្តងៗ ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តីសូមកត់សម្គាល់ថា**ការវិវត្តនេះខុសគ្នាពីស្ត្រី ម្នាក់ទៅស្ត្រីម្នាក់ទៀត ។** ទោះបីរយៈពេលខ្លីជាង ហើយភាពញឹកញាប់តិចជាងការរំពឹងទុក អ្នកអាចបន្តសង្កេតស្ត្រីដរាបណាមានការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល (ការបើកមាត់ស្បូននិងការចុះនៃក្បាលកូន) ។

<ការប្រុងប្រយ័ត្នក្នុងការសង្កេត**ការកន្ត្រាក់ស្បូន**>

- ប្រសិនបើស្បូនកន្ត្រាក់ ‘**ខ្សោយពេក**’ ឬ ‘**ខ្លាំងពេក**’ នោះបញ្ជាក់ពី**ភាពមិនធម្មតា ។**

- **'ខ្សោយពេក'** អាចត្រូវបានគេវាយតម្លៃបានដោយ **រយៈពេលខ្លី (ត្រឹម ៣០ វិនាទី)**; ភាពញឹកញាប់តិចជាងពីរដងក្នុង ១០ នាទី ហើយអាំងតង់ស៊ីតេខ្សោយ ។ វាអាចស្ថិត នៅក្នុងដំណាក់កាលការ**ឈឺពោះសម្រាលមិនពិត(មុនឈឺពោះសម្រាល) ។** ប្រសិន បើមានការឈឺពោះសម្រាលមិនពិត ការកន្ត្រាក់ស្បូននឹងបាត់ទៅវិញដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរមាត់ស្បូន ។ ដូច្នេះការ**តាមដានបន្ត**គឺការចាំបាច់ ។ សូមកុំច្រលំការឈឺពោះសម្រាលមិនពិតជាមួយនឹងការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយ (នឹងធ្វើការពិពណ៌នាបន្ទាប់ពីនេះ) ។
- **'ខ្លាំងពេក'** អាចត្រូវបានគេវាយតម្លៃប្រសិនបើរយៈពេលនៃការកន្ត្រាក់**ច្រើនជាងមួយនាទី ឬ ជាបន្តបន្ទាប់**; ភាពញឹកញាប់នៃការកន្ត្រាក់ស្បូន (**៦ដងឬច្រើនជាងនេះក្នុង ១០នាទី**) ឬ ស្ត្រីត្អូញត្អែរថាមានការ**កន្ត្រាក់ខ្លាំងហួស ។** ការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំងហួសអាច ជាសញ្ញា**សុករបើកមុនសម្រាល (DPPNI) ការរហែក ឬ ការត្រៀមរហែកស្បូន ឬ ការប្រើប្រាស់ថ្នាំមិនត្រឹមត្រូវ** (អុកស៊ីតូស៊ីន មីហ្សូប្រូស្តូល ថ្នាំបុរាណ-ល-) ដែលភ្ញោចការកន្ត្រាក់ស្បូន ។ ត្រូវវាយតម្លៃភ្លាមៗលើស្ថានភាពទារក និងម្តាយ ប្រសិនបើរកឃើញប្រភេទនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនមិនធម្មតាបែបនេះ ។

៥-៣-២. ផ្លូវឆ្លងកាត់

- **'ផ្លូវឆ្លងកាត់'** មានន័យថាជា **ផ្លូវសម្រាប់ឆ្លង**ពីក្នុងស្បូនមកក្រៅរាងកាយរបស់ម្តាយ ។
- **អាងត្រគាក** គឺជាផ្នែកសំខាន់នៃផ្លូវឆ្លងកាត់។ វាមានឆ្អឹងនិងមានប្រហោងមួយនៅខាងក្នុង ។ ធ្វើការពិនិត្យទម្រង់រូបរាងនិងទំហំនៃអាងត្រគាកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ពីព្រោះការសម្រាលធម្មតានឹងមិនអាចទៅរួចទេប្រសិនបើមានការខូចទ្រង់ទ្រាយអាងត្រគាកធ្ងន់ធ្ងរ ។ ការខូចទ្រង់ទ្រាយនៅក្នុងសន្លាក់ត្រគកក៏អាចជាឧបសគ្គនៃការសម្រាលធម្មតាផងដែរ ។
- **មាត់ស្បូនបើកនិងរលប់** ដោយសារការកន្ត្រាក់ស្បូននិងសម្ពាធពីខាងក្នុងស្បូន។ **ការបើកមាត់ស្បូន**អាចវាស់បានដោយម្រាមដៃនៅពេលដែលអ្នកប៉ះមាត់ស្បូន ។ វាមានលក្ខណៈប្រសើរជាងក្នុងការអនុវត្តន៍ការវាស់វែងដោយប្រើប្រាស់គំរូមួយនៃការបើកមាត់ស្បូន ។ ការត្រួតពិនិត្យការពិនិត្យទ្វារមាសសារឡើងវិញដោយគ្រូដឹកនាំ (អ្នកបណ្តុះបណ្តាល) ក៏ជាវិធីសាស្រ្តដ៏មានប្រសិទ្ធភាពមួយសម្រាប់ការរៀនសូត្ររបស់អ្នកទទួលការបណ្តុះបណ្តាលផងដែរ ។
- **ការរលប់មាត់ស្បូន**អាចពិនិត្យដឹងដោយម្រាមដៃ ។ វាគឺជា**ប្រវែងនៃមាត់ស្បូន ។** ប្រសិនបើការបើកមាត់ស្បូនតិចតួច (ឧទាហរណ៍ ២ឬ៣ស.ម) អ្នកប្រហែលជាស្ទាបដឹងថាមាត់ស្បូនវែង ។ នៅពេលមាត់ស្បូនបើកអស់ ជាធម្មតាមាត់ស្បូនរលប់បាត់ ។ ដោយសារតែការបើកមាត់ស្បូនកើតឡើង ដោយ

អសកម្ម ការតាមដានសមាសភាគផ្សេងទៀតដូចជា កម្លាំង ផ្លូវឆ្លងកាត់ អ្នកធ្វើដំណើរ និងផ្លូវចិត្តមានសារៈសំខាន់ណាស់ ពិសេសប្រសិនបើអ្នកគិតថា ការបើកមាត់ស្បូនមិនគ្រប់គ្រាន់ ។

៥-៣-៣. អ្នកធ្វើដំណើរ

៥-៣-៣-១. អ្វីដែលត្រូវតាមដាន

- អ្នកធ្វើដំណើរគឺ**ទារក** ដែលបន្តធ្វើដំណើរតាមផ្លូវដ៏តូចចង្អៀត ។ ទារកព្យាយាមសម្របសម្រួលក្បាលរបស់គេទៅនឹងទម្រង់រូបរាងនៃអាងត្រគាកម្តាយ ។ ការសម្របសម្រួលនេះមាន **'ការជ្រមុជ (Flexion)' 'ការបង្វិល (Rotation) ' និង 'ភាពជ្រួសនៃឆ្អឹងក្បាល (Moulding) '** ។
- **ក្នុង**ដំណើរការនៃការសម្រាលកូនរបស់ទារក ក្បាលទារកបន្តចុះចូលក្នុងអាងត្រគាក និងចុះចេញមកខាងក្រៅ ។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការដឹងពីកាយវិភាគសាស្ត្រនៃអាងត្រគាក និងក្បាលរបស់ទារកក្នុងស្ថានភាពវិមាត្របីដើម្បីដឹងពីការវិវត្តន៍ ។ អ្វីដែលយើងត្រូវតាមដាន និងប៉ាន់ប្រមាណគឺ**ដំណើរការទាំងមូលនៃការចុះនៃក្បាលកូន** និង**ការបង្វិល** និង**ភាពជ្រួសគ្នា** ។

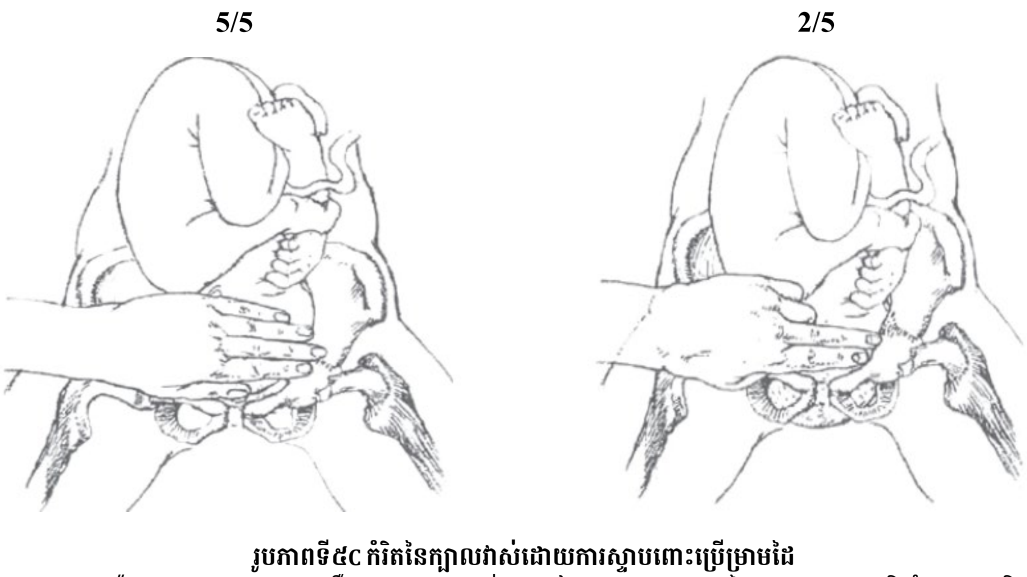
៥-៣-៣-២. កាយវិភាគសាស្ត្រ

- **<u>ការជ្រមុជក្បាល (Flexion)</u>** មានន័យថា**ការបត់ក្បាលទៅមុខ** ។ វាអាចឱ្យក្បាលចូលក្នុងអាងត្រគាកក្នុងបរិមាត្រដែលតូចបំផុត ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ ដោយប្រសិនបើក្បាលទារកតូចពេក ឬ អាងត្រគាកម្តាយធំពេក ការជ្រមុជនេះអាចនឹងមានតិចតួច ឬមិនមានការជ្រមុជ ។
- **<u>ការបង្វិល</u>** គឺជា**ការវិវត្តក្នុងការសម្របសម្រួលទម្រង់នៃក្បាលខាងក្នុងប្រហោងអាងត្រគាក ។** ក្បាលទារកមានរាងពងក្រពើប្រសិនបើយើងមើលពីកំពូល ។ ទម្រង់រូបរាងនៃអាងត្រគាកច្រកលើនិងច្រកក្រោមក៏មានរាងពងក្រពើផងដែរ តែទិសដៅនៃអ័ក្សវែងនិងអ័ក្សខ្លីខុសគ្នា ។ ចំងាយនៃឆ្អឹងបណ្តោយអាងត្រគាក (Antero-posterior) ខ្លីជាងចំងាយទទឹងអាងត្រគាក (Transverse) នៅច្រកលើនៃអាងត្រគាក ។ ដោយឡែកចំងាយទទឹងអាងត្រគាក ខ្លីជាងបណ្តោយអាងត្រគាកនៅច្រកក្រោមនៃអាងត្រគាក ។ នេះគឺជាហេតុផលដែលក្បាលទារកគួរតែបង្វិលនៅក្នុងអាងត្រគាក ។
- **<u>ភាពជ្រួសគ្នា</u>** គឺជា**យន្តការផ្សេងទៀតក្នុងការធ្វើឱ្យក្បាលទារកតូចជាង ។** ក្បាលទារកមានឆ្អឹងប្រឡង់តាលពីរ **ឆ្អឹងប៉ារីយ៉េតាល់ពីរ** និង**ឆ្អឹងអុកស៊ីពុតមួយ** ។ នៅតាមព្រំដែននៃឆ្អឹងនិមួយៗមានការបើកតូចដែលគេហៅថា **ថ្នេរ** និង**បង្ហើយ ។** ភាពជ្រួសគ្នា គឺជាការ**ផ្លាស់ប្តូរកាយវិភាគមួយនៃរូបរាង**ដែលជាយ**ឆ្អឹងក្បាលគងគ្នានៅត្រង់ថ្នេរក្បាល** ។ វាអនុញ្ញាតិឱ្យមានការកាត់បន្ថយក្នុងទំហំនៃអង្កត់ផ្ចិតនៃក្បាលទារកបង្ហាញ ។

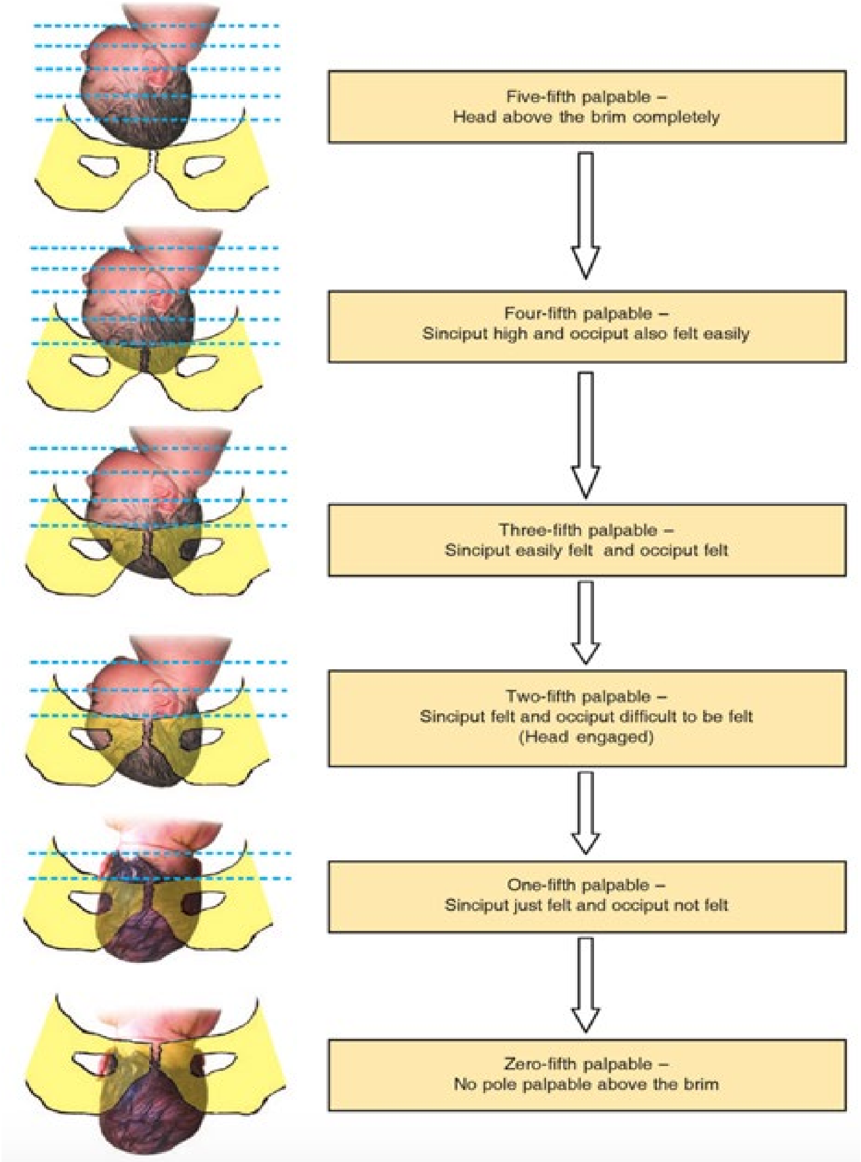
- **Caput succedaneum** គឺជា**ការហើមនៃស្បែក**ក្បាល ។ វាបណ្តាលមកពីការសង្កត់ពីខាងក្រៅលើក្បាលទារកពីផ្លូវសម្រាល ។

៥-៣-៣-៣. ការវាស់កម្រិតចុះនៃក្បាលកូន

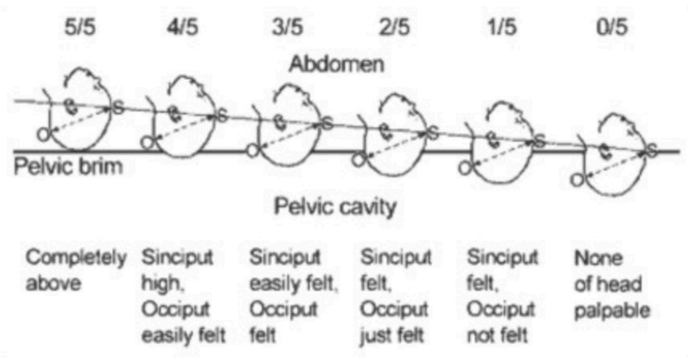
- វាគឺជាវិធីនៃការស្ទាបពោះដើម្បីប៉ាន់ប្រមាណការចុះនៃក្បាលកូន ។ កម្រិតចុះនៃក្បាលកូនត្រូវបានវាស់ដោយការ**ស្ទាបពោះជាមួយនឹងម្រាមដៃ**ដោយដាក់ម្រាមដៃនៅពីលើឆ្អឹងថ្ងាស (Symphysis pubis) (ដែលនៅគែមខាងមុខនៃឆ្អឹងពុយប៊ីស) ហើយត្រូវបានបង្ហាញ តាមរយៈ**ចំនួនប្រាំនៅខាងលើជាយឆ្អឹងមាន៥/៥, ៤/៥, ៣/៥, ២/៥, ១/៥, ០/៥** (រូបភាព៥C) ។
- ចំណុចដែលត្រូវបញ្ជាក់គឺក្បាលកូនទាំងមូល '**លលាដ៏ក្បាលខាងមុខ (Sinciput)**' '**លលាដ៏ក្បាលខាងក្រោយ (Occiput)**' ។ រូបភាពបួនឬប្រាំនៃការវាស់ត្រូវបានបង្ហាញដូចខាងក្រោម (រូបភាព៥D, ៥E) ។ រូបភាពខាងក្រោមបង្ហាញពីរូបភាពក្បាល និងចំណុចពីរនៃក្បាល (លលាដ៏ក្បាលខាងមុខ និងលលាដ៏ក្បាលខាងក្រោយ)។ រូបភាព ៥D ក៏បញ្ជាក់ពីរបៀបដែលក្បាលកូនបង្វិលតាមរយៈការចុះនៃក្បាលកូនដែរ ។ អ្នកត្រូវដឹងថាការបង្វិលចាប់ផ្តើមនៅពេលក្បាលទារកមកដល់ជិតអាងត្រគាក ។



រូបភាពទី៥C កំរិតនៃក្បាលវាស់ដោយការស្ទាបពោះប្រើម្រាមដៃ
ប្រភពរូបភាព៖ *ប៉ាតូក្រាហ្វតាមដានការឈឺពោះសម្រាល* ផ្តល់ដោយផ្នែកបណ្តុះបណ្តាលនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក



រូបភាព ៥០ ការចុះនិងការបង្វិលនៃក្បាលកូន



S: សាំងស៊ីពុត Sinciput - O: អុកស៊ីពុត Occiput

រូបភាព៥E ការចុះនៃក្បាលកូន

ប្រភពរូបភាព៖ *https://www.madeformums.com/pregnancy/what-does-it-mean-when-your-babys-head-is-engaged/*

៥-៣-៣-៤. ការវាស់ភាពជ្រួសគ្នានៃឆ្អឹងក្បាលនិង*ការហើមនៃស្បែកក្បាល*

《**សង្ខេប**》

- ភាពជ្រួសគ្នានៃឆ្អឹងក្បាលនិងការហើមស្បែកក្បាលអាចជាសូចនាករមួយក្នុងចំនោមសូចនាករផ្សេងទៀតដែលអាចឱ្យដឹងពីវិសមាមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនិងអាងត្រគាកម្តាយ (CPD) ឬការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយ ។
- នៅពេលពិនិត្យទ្វារមាស ប៉ះក្បាលទារករកមើលថាមានការជ្រួសគ្នានៃឆ្អឹងប៉ារីយ៉េតាល់ (ភាពជ្រួសគ្នា) និងការហើមនៃស្បែកក្បាលត្រង់ផ្នែកដែលទារកបង្ហាញ (Caput Succedaneum) ឬទេ ។
- ភាពប្រែប្រួលនៃក្បាលនេះគឺដោយសារសម្ពាធខ្លាំងពីផ្លូវសម្រាល ។
- ភាពជ្រួសគ្នាខ្លាំងពេកអាចបញ្ជាក់ថាអាចនឹងមានវិសមមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារក និងអាងត្រគាកម្តាយ។

៥-៣-៣-៤-១. ភាពជ្រួសនៃឆ្អឹងក្បាល

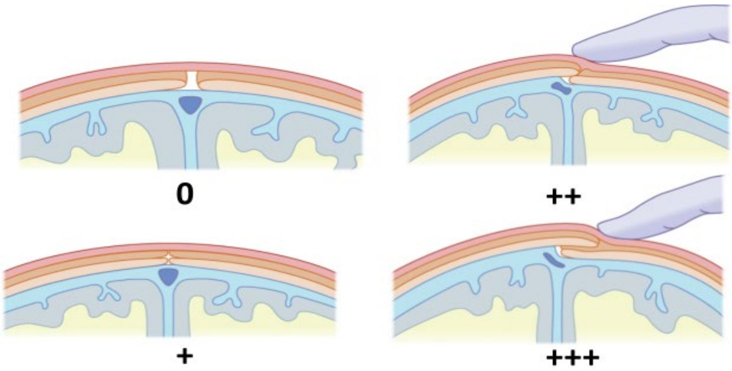
- កម្រិតនៃភាពជ្រួសគ្នាអាចវាស់វែងបាននៅពេលមាន**ការប្រែប្រួលឆ្អឹងលលាដ៏ក្បាលរបស់ទារក** ។ វាចែកជាបួនកម្រិតដូចខាងក្រោម៖

0 ឆ្អឹងនៅដាច់ពីគ្នា ហើយថ្នេរក្បាលត្រូវបានស្ទាបប៉ះយ៉ាងស្រួល ។

\+ ឆ្អឹងលើបន្ទូលក្បាល គ្រាន់តែប៉ះគ្នាប៉ុណ្ណោះ ។

++ ឆ្អឹងនៅលើបន្ទូលក្បាលគងលើគ្នាបន្តិច (ជ្រួស) ។

+++ឆ្អឹងលើបន្ទូលក្បាលគងលើគ្នាចូលជ្រៅខ្លាំង (ជ្រួសខ្លាំង) ។



រូបភាព៥F កំរិតនៃភាពជ្រួសគ្នានៃឆ្អឹងក្បាល

ប្រភពរូបភាព៖ https://elearning.rcog.org.uk//easi-resource/maternal-and-fetal-assessment/examination/moulding

- សូមចងចាំថាកម្រិតនៃភាពជ្រួសគ្នានេះអាស្រ័យលើ **ទំនាក់ទំនងរវាងទំហំនៃក្បាលទារក** (**អ្នកធ្វើដំណើរ**) **និង ទំហំនៃឆ្អឹងអាងត្រគាក** (**ផ្លូវឆ្លងកាត់**) ។
- កម្រិតនៃភាពជ្រួសគ្នាខ្លាំង (+++) បញ្ជាក់ថាអាងត្រគាកតូចចង្អៀតសម្រាប់ក្បាលរបស់កូន ។ ប៉ុន្តែនេះមិនមែនសុទ្ធតែមានន័យ ថាមានវិសមមាត្ររវាងក្បាលទារកនឹងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយ (CPD) នោះទេ ពីព្រោះភាពជ្រួសគ្នាគឺជាវិធីសាស្រ្តមួយសម្រាប់ឱ្យទារកឆ្លងកាត់ផ្លូវសម្រាលតូចចង្អៀតបាន ។ ដរាបណាមានការវិវត្តនៃការឈឺពោះសម្រាល៖ ជាឧទាហរណ៍ការចុះនៃក្បាលកូនបានល្អសមស្របនឹងការកន្ត្រាក់ស្បូន នោះគឺអាចបញ្ជាក់ថាការវិវត្តមានភាពធម្មតា ។
- នៅក្នុងន័យផ្សេងទៀត **ចូលកុំធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវិសមាមាត្រ** រវាងក្បាលទារកនិងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយតែជាមួយភាពជ្រួសគ្នានៃក្បាលកូន ។
- ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាមានភាពជ្រួសគ្នាខ្លាំងហើយក្បាលទារកនៅតែអណ្តែត (មិនចុះចូលច្រកលើនៃអាងត្រគាក) នោះជាសញ្ញានៃវិសមាមាត្ររវាងក្បាលទារក និងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្តាយ ។

៥-៣-៣-៤-២. ការហើមនៃស្បែកក្បាល (Caput Succedaneum)

- មានការពិបាកក្នុងការដាក់ឱ្យត្រូវ ‘ស្តង់ដា’ នៃការពិនិត្យការហើមស្បែកក្បាល ពីព្រោះមានតែមធ្យោបាយតែមួយគត់គឺការលូកពិនិត្យទ្វារមាស ហើយជាញឹកញាប់មានការពិបាកក្នុងការប៉ះគ្រប់ផ្នែកនៃក្បាលកូន ។

- ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ពេលខ្លះការហើមនេះរាំងស្ទះដល់ការវាយតម្លៃភាពជ្រួសគ្នា ព្រោះតែការ**ហើមក្រាស់**នៅនឹងស្បែកមិនអាចឱ្យដឹងបានពីភាពជ្រួសគ្នានៃឆ្អឹងក្បាល ។
- ដូច្នេះ អ្នកគួរពិភាក្សាជាមួយអ្នកធ្វើការជាមួយគ្នាដើម្បីការវាយតម្លៃទាំងអស់គ្នា ។

៥-៤. ការប៉ាន់ប្រមាណរយៈពេលនៃការឈឺពោះសម្រាល

៥-៤-១. លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការប៉ាន់ប្រមាណ

- លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគឺត្រូវបានគេឱ្យនិយមន័យតែក្នុងដំណាក់កាលទីមួយនៃការឈឺពោះសម្រាលតែប៉ុណ្ណោះ ប៉ុន្តែចែកគ្នារវាងរយៈយឺតនិងរយៈសកម្ម។

សំគាល់៖ សមាជិកបង្គោលនៃគោលការណ៍ណែនាំនេះកំណត់យកការប្រើប្រាស់ប៉ាតូក្រាហ្វមុនរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ។ ដូច្នេះលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការវាយតម្លៃរយៈពេលនៃការឈឺពោះសម្រាលអាស្រ័យលើប៉ាតូក្រាហ្វមុននោះ ។

តារាង ៥៤. លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរយៈពេលឈឺពោះសម្រាលក្នុងរយៈយឺតនិងរយៈសកម្មក្នុង ដំណាក់កាលទីមួយ

រយៈ	រយៈពេលឈឺពោះសម្រាល	ការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយ
យឺត	៨ ម៉ោង (ត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ថាជាការឈឺពោះសម្រាលពិត ឬ មិនពិត)	ច្រើនជាង ៨ ម៉ោងក្នុងរយៈយឺត (បញ្ជាក់ថាតើជាការឈឺពោះសម្រាលពិត ឬ មិនពិត)
សកម្ម	យ៉ាងហោចមាត់ស្បូនបើកបាន ១ស.ម ក្នុង ១ម៉ោង	មាត់ស្បូនបើកបានតិចជាង ១ស.ម ក្នុង ១ម៉ោង នៅរយៈសកម្ម

៥-៥. ស្ថានភាពដែលត្រូវពិចារណា

ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុង *៥.១. ៤Ps - កំលាំង ផ្លូវឆ្លងកាត់ អ្នកធ្វើដំណើរ និងផ្លូវចិត្ត* មាន**កត្តាបួនសំខាន់**សម្រាប់ការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល ។

- **‘កម្លាំង’** វាគឺជា **‘ការឈឺពោះ’** ឬ **‘ការកន្ត្រាក់ស្បូន’** ដែលជាសមាសភាគសំខាន់ក្នុងការសម្រាល ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាកម្លាំងមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងរយៈយឺត សូមគិតទៅដល់ **‘ការឈឺពោះសម្រាលមិនពិត’** ដែលប្រហែលជាកើតមាន ។
- កម្លាំងមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងរយៈសកម្ម អាចជា **‘ការឈឺពោះសម្រាលខ្សោយ’ ។**
- មានមូលហេតុសំខាន់ៗមួយចំនួននៃការ ‘ឈឺពោះសម្រាលខ្សោយ’ ដូច្នេះត្រូវសង្កេតមើល ដោយប្រុងប្រយ័ត្នពីមូលហេតុនិងការគ្រប់គ្រងដែលសមស្រប ។
- ‘**អ្នកធ្វើដំណើរ**’ និង ‘**ផ្លូវឆ្លងកាត់**’ ជានិច្ចកាលមាន**ទំនាក់ទំនងជាមួយគ្នា ។** អាចប្រើពាក្យម៉្យាងទៀតថា**ត្រូវវាយតម្លៃ**ស្ថានភាពនិងទំនាក់ទំនងទាំងពីរនេះ ។ ឧទាហរណ៍មានឡានមួយ ដែលមានល្បឿនយឺត ។ សូមទស្សទាយ៍ថាមូលហេតុ មកពីអ្វី ។ វាប្រហែលមកពីស្ថានភាពផ្លូវ ដែលជាកត្តា ‘ផ្លូវឆ្លងកាត់’ ។ វាប្រហែលជា មកពីស្ថានភាពអាក្រក់ របស់ឡានផ្ទាល់ដែលជាកត្តានៃ ‘អ្នកធ្វើដំណើរ’ ។ វាប្រហែលជាមកពីទំហំឡានធំនៅក្នុងផ្លូវតូចចង្អៀត ដែលបណ្តាលមកពីកត្តាទាំងពីរ ‘អ្នកធ្វើដំណើរ’ និង ‘ផ្លូវឆ្លងកាត់’ ។
- សូមចង់ចាំ៤Ps (**កំលាំង ផ្លូវឆ្លងកាត់ អ្នកធ្វើដំណើរ និងផ្លូវចិត្ត**) និងទំនាក់ទំនងរបស់វានៅពេលកត់ត្រាចូលក្នុង**ប៉ាតូក្រាហ្វ ។**
- ពេលវេលាតាមដានបន្តត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុង ‘ឧបសម្ព័ន ២ តារាងពេលវេលាសង្កេត’ ។
- យើងមិនអាចធ្វើការវាយតម្លៃតែមួយចំណុចដើម្បីឱ្យដឹងពីការវិវត្តនៃការឈឺពោះសម្រាលបានទេ ។ បន្ទាប់ការវាយតម្លៃដំបូង សូមតាមដានបន្តតាមតារាងនៃឧបសម្ព័ន ២ ។

ជំពូកទី ៦ ការសង្កេតមើលស្ថានភាពម្តាយ

សង្ខេប

- វត្ថុបំណងនៅក្នុងជំពូកនេះគឺ (១) កំណត់ពីភាពមិនធម្មតានៃស្ថានភាពម្តាយ និង (២) ផ្តល់ការសង្គ្រោះបឋមមុនពេលបញ្ជូន ។
- ចាំបាច់ត្រូវពិនិត្យមើលសញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម ជីពចរ សីតុណ្ហភាពរាងកាយ) ការពិនិត្យទឹកនោម និងការធ្លាក់ឈាមដើម្បីបញ្ជាក់ ថាតើស្ថានភាពម្តាយមានសញ្ញាមិនធម្មតាណាមួយដែរឬទេក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ។
- ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ការបង្ករោគនៅក្នុងស្បូន ការធ្លាក់ឈាម គឺជាសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិតដែលកើតមានជាញឹកញាប់ចំពោះម្តាយនិងទារកក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ។
- សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់ម្តាយទាំងនោះ ក៏ប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពរបស់ទារកនៅក្នុងផ្ទៃដែរ ។

៦-១. សម្ពាធឈាម

《**សង្ខេប**》

- ការលើសសម្ពាធឈាមរបស់ម្ដាយ ប៉ះពាល់ដល់សរីរាង្គផ្សេងៗ និងអាចឈានទៅដល់ការខូចមុខងារនៃសរីរាង្គ ។ វាអាចបណ្ដាលឱ្យទារកក្នុងផ្ទៃចុះខ្សោយ និងគ្រោះថ្នាក់ដល់ម្ដាយ។ វាអាចវិវត្តទៅជាជម្ងឺក្រឡាភ្លើង ។
- វាស់សម្ពាធឈាមក្នុងស្ថានភាពសម្រាក និង ពេលស្បូនឈប់កន្ត្រាក់ ។
- នៅពេលសម្ពាធឈាមអតិបរិមា ឬសម្ពាធឈាមអប្បបរិមាលើសខ្លាំង ត្រូវធ្វើការបញ្ជូនស្ត្រី ។
- នៅពេលសម្ពាធឈាមអតិបរិមា ឬ សម្ពាធឈាមអប្បបរិមាលើសមធ្យម ត្រូវឱ្យស្ត្រីសម្រាក និងវាស់សម្ពាធឈាមនៅរយៈពេល ១៥នាទីបន្ទាប់ម្ដងទៀត ។ ត្រូវពិនិត្យរកសញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម (ឈឺក្បាលខ្លាំង ស្រវាំងភ្នែក ឬឈឺនៅចុងដង្ហើម) ផងដែរ ។

៦-១-១. និយមន័យនៃសម្ពាធឈាម និងប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម

៦-១-១-១. សម្ពាធឈាម

- នៅពេលបេះដូងលោត ឈាមត្រូវបានរុញចេញពីបេះដូងទៅកាន់ដងខ្លួន ។ សម្ពាធឈាមគឺជា សម្ពាធចរន្តឈាមរត់ទល់នឹងសរសៃឈាម ។ សម្ពាធឈាមពីរប្រភេទត្រូវបានវាស់:

  (១) សម្ពាធឈាម**អតិបរិមា**: សម្ពាធឈាម**ខ្ពស់បំផុត**ក្នុងពេលបេះដូងលោត ។

  (២) សម្ពាធឈាម**អប្បបរិមា**: សម្ពាធឈាម**ទាបបំផុត**នៅចន្លោះពេលបេះដូងលោត ។

៦-១-១-២. របៀបវាស់

៦-១-១-២-១. សម្ពាធឈាម

- ការវាស់សម្ពាធឈាម គឺត្រូវវាស់ក្នុងស្ថានភាពសម្រាក និងពេលស្បូនឈប់កន្ត្រាក់ ពីព្រោះសម្ពាធឈាមនឹងកើនឡើងទៅតាមសកម្មភាពដូចជា ការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន និងការឈឺពោះ ហើយតាមកត្តាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដូចជាធុញថប់ ឬ ភ័យខ្លាច ។
- នៅពេល**សម្ពាធឈាមអតិបរិមា ធំជាងឬស្មើ ១៤០-១៦០** មមបារត **ឬសម្ពាធឈាមអប្បបរិមា ធំជាងឬស្មើ ៩០-១១០ មមបារត ៖**

(១) ទុកឱ្យស្ត្រីសម្រាក និងវាស់សម្ពាធឈាមនៅ**រយៈពេល១៥ នាទីបន្ទាប់ម្ដងទៀត**

(២) ពិនិត្យរក**សញ្ញាលើសសម្ពាធឈាម** (មើល *៦-២. សញ្ញាលើសសម្ពាធឈាម* ទំព័រ៩៨)

៦-១-១-៣. ចំណាត់ថ្នាក់នៃសម្ពាធឈាម

	សម្ពាធឈាមធម្មតា	**លើសសម្ពាធឈាមមធ្យម**	**លើសសម្ពាធឈាមធ្ងន់ធ្ងរ**
សម្ពាធឈាម អតិបរិមា Systolic	តិចជាង ១៤០មមបារត	ច្រើនជាងឬស្មើ ១៤០មមបារត	ច្រើនជាងឬស្មើ ១៦០មមបារត
	និង	**ឬ**	**ឬ**
សម្ពាធឈាម អប្បបរិមា Diastolic	តិចជាង ៩០មមបារត	ច្រើនជាងឬស្មើ ៩០មមបារត	ច្រើនជាងឬស្មើ ១១០មមបារត

៦-១-១-៤. គ្រោះថ្នាក់នៃការលើសសម្ពាធឈាម

៦-១-១-៤-១. សម្ពាធឈាមអតិបរិមាច្រើនជាង ឬ ស្មើ ១៦០ មមបារត ឬ សម្ពាធឈាម អប្បបរិមាច្រើនជាង ឬ ស្មើ ១១០ មមបារត

- **ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង**គឺបណ្តាលមកពីសុកតោងភ្ជាប់ជាមួយស្បូនមានភាពមិនធម្មតា ធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ចរន្តឈាមរត់ក្នុងសុក ហើយការដែលសុកបំពេញមុខងារមិនបានល្អបែបនេះអាចបណ្តាលឱ្យលើសសម្ពាធឈាម ។ ការលើសសម្ពាធឈាមរបស់ម្តាយបណ្តាលឱ្យខូចខាតសរសៃឈាមនៃ សរីរាង្គផ្សេងៗ និងឈានទៅដល់ការខូចមុខងាររបស់សរីរាង្គនោះថែមទៀត ។ (មើល *១. ករណីបញ្ជូនបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ១-៤. សញ្ញាជីវិតមិនធម្មតា - ការលើសសម្ពាធ ឈាមអប្បបរមា* ទំព័រ១៣)
- ជាពិសេសវាអាចប៉ះពាល់ដល់សរីរាង្គសំខាន់ដូចជា**តម្រងនោម ខួរក្បាល ភ្នែក ថ្លើម និងសួត** ហើយបង្កឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀតដូចមានរៀបរាប់ខាងក្រោម ។
- សុកខូចមុខងារ បណ្តាលឱ្យមានកង្វះអុកស៊ីសែន និងសារជាតិចិញ្ចឹម ។ ជាហេតុធ្វើឱ្យការ**លូតលាស់របស់ទារកមិនល្អ** ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងប្រឈមខ្ពស់នឹងទារកកើតមកមានទម្ងន់ទាប ។ ចង្វាក់បេះដូងរបស់ទារកងាយនឹងចុះខ្សោយយ៉ាងងាយ ក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលដោយសារកង្វះការផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ។
- ការខូចមុខងាររបស់សុក អាចបណ្តាលឱ្យមានការ**របើកសុកមុនសម្រាល ។**
- ការខូចមុខងាររបស់តម្រងនោម អាចធ្វើឱ្យមាន**ប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម** (មើល *៦.៥. ការពិនិត្យទឹកនោម* ទំព័រ១០៤)។

- ការខូចមុខងាររបស់ថ្លើម អាចបណ្តាលឱ្យ**ឈឺនៅចុងដង្ហើម ចង្អោរ ឬ ក្អួត**(មើល *៦-២. សញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម,* ទំព័រ៩៨) ។
- ការខូចខាតសរសៃឈាមខួរក្បាល អាចបណ្តាលឱ្យ**ឈឺក្បាល ។** នៅពេលដែលការខូចខាតមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬចេះតែបន្ត វាអាចវិវត្តទៅជាការ**ប្រកាច់** (មើល *៦-២. សញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម,* ទំព័រ ៩៨) ។
- ការខូចខាតសរសៃឈាមបាតភ្នែក អាចប៉ះពាល់**គំហើញរបស់ភ្នែក** (**ស្រវាំងភ្នែក**) (មើល *៦-២. សញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម,* ទំព័រ៩៨) ។
- ការខូចមុខងាររបស់សួត អាចបណ្តាលឱ្យដកដង្ហើមញាប់ខ្លាំង ឬ**ពិបាកដកដង្ហើម ។**

៦-១-១-៤-២. សម្ពាធឈាមអតិបរិមាច្រើនជាង ឬ ស្មើ ១៤០មមបារត ឬ សម្ពាធឈាមអប្បបរិមាច្រើនជាង ឬ ស្មើ ៩០មមបារត

- សូម្បីតែការលើសសម្ពាធឈាមមធ្យម ក៏មានការប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ដូចបានរៀប រាប់ខាងលើដែរ ហើយក៏ប្រឈមនឹងការកើនឡើងនៃសម្ពាធឈាមក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលផងដែរ ។ សម្ពាធឈាមត្រូវតាមដានទៀងទាត់រៀងរាល់មួយម៉ោងម្តង[១(p២២)] និងពិនិត្យរកមើលសញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម(មើល *៦-២. សញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម,* ទំព័រ៩៨) ។
- ចង្វាក់បេះដូងរបស់ទារកត្រូវតាមដានជាទៀងទាត់រៀងរាល់ ១៥ នាទីម្តងនៅដំណាក់កាលទី១ និងរៀងរាល់ ៥នាទីម្តងនៅដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល ។

៦-២. សញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម

《**សង្ខេប**》

- សញ្ញាខ្លះអាចកើតឡើង នៅពេលសម្ពាធឈាមកើនឡើង ឬ ការលើសសម្ពាធឈាមមិនថយចុះ ។ សញ្ញាទាំងនោះអាចបង្ហាញប្រាប់ពីភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការលើសសម្ពាធឈាម ។
- នៅពេលស្ត្រីលើសសម្ពាធឈាម ពិនិត្យសញ្ញាធំៗបីគឺ ឈឺក្បាលខ្លាំង ស្រវាំងភ្នែក ឬឈឺនៅចុងដង្ហើម ។ ពីព្រោះសញ្ញាទាំងនោះអាចប្រាប់ពីការខូចខាតលើសរីរាង្គខួរក្បាល និងថ្លើម ដោយសារការលើសសម្ពាធឈាមរបស់ម្តាយ ។
- នៅពេលស្ត្រីមានសញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម ស្ត្រីអាចមានជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ឬក្រឡាភ្លើង ។

៦-២-១. សញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម

- សញ្ញាខ្លះអាចកើតឡើង នៅពេលសម្ពាធឈាមកើនឡើង ឬ ការលើសសម្ពាធឈាមមិនថយចុះ ។ សញ្ញាទាំងនោះអាចបង្ហាញប្រាប់ពីភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការលើសសម្ពាធឈាម ។

៦-២-២. បញ្ជាក់សញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាមដោយការវាស់សម្ពាធឈាម

សាកសួរ ថាតើស្ត្រីមាន:

(១) **ឈឺក្បាលខ្លាំង**

(២) **ស្រវាំងភ្នែក**

(៣) **ឈឺនៅចុងដង្ហើម**

៦-២-៣. ផលវិបាកនៃការលើសសម្ពាធឈាមតាមការស្វែងចេញនូវរោគសញ្ញា

៦-២-៣-១.ឈឺក្បាលខ្លាំង ស្រវាំងភ្នែក និង ឈឺនៅចុងដង្ហើម

- សញ្ញាទាំងនេះអាចចង្អុលប្រាប់ពីការខូចខាតខួរក្បាល និងថ្លើមដោយសារការលើសសម្ពាធឈាម ។ ស្ត្រីអាចមាន**ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ** និងប្រឈមនឹងការវិវត្តទៅជាជំងឺ**ក្រឡាភ្លើង** ។
- ទោះបីជាស្ត្រីមិនមានរោគសញ្ញា ប៉ុន្តែនៅពេលដែលស្ត្រីចាប់ផ្តើមត្អូញត្អែរ អ្នកត្រូវពិនិត្យសម្ពាធឈាមរបស់គាត់ភ្លាម ។

៦-៣. ជីពចរ

《**សង្ខេប**》

- ជីពចរញាប់អាចបណ្ដាលមកពីធ្លាក់ឈាម គ្រុនក្ដៅ កង្វះជាតិទឹក ស្លេកស្លាំង ជំងឺបេះដូង -ល-។
- ជីពចរយឺតគឺបណ្ដាលមកពីជំងឺបេះដូង ឬអាចមកពីជំងឺខ្សោយបេះដូង ។
- ជីពចរញាប់ ហើយសម្ពាធឈាមអតិប្បរមាទាបជាសញ្ញាស្ដុកដែលអាចបណ្ដាលមកពីការធ្លាក់ឈាម ។
- រាប់ជីពចរពេលសម្រាកនិងចន្លោះពេលស្បូនឈប់កន្ត្រាក់។

៦-៣-១. ជីពចរក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ

- ជីពចរធម្មតារបស់មនុស្សពេញវ័យគឺស្ថិតនៅចន្លោះ ៦០ ទៅ ១០០ដង/មួយនាទី ។
- សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះជីពចរអាចកើនលើសពី ១០-២០ដង/ មួយនាទីច្រើនជាងស្ត្រីដែលគ្មានផ្ទៃពោះ[៦,៩] ។
- តាមសរីរៈសាស្ត្រ ជីពចរញាប់ច្រើនមានពេលធ្វើលំហាត់ប្រាណ ពេលឈឺចាប់ ឬ បញ្ហាផ្លូវចិត្ត ហើយជីពចរយឺតច្រើនឃើញមានពេលគេង និងសម្រាក ។

៦-៣-២. របៀបរាប់ជីពចរមនុស្សពេញវ័យ

- ជាធម្មតាគេរាប់ជីពចរនៅកដៃ (**សរសៃអាទ័ររ៉ាដ្យាល់**) ។
- ពេលដែលអ្នកស្ទាបមិនបាននៅកដៃ អ្នកត្រូវស្ទាបជីបចរនៅកន្លែងផ្សេងទៀត ដូចជា នៅ ក (**សរសៃអាទ័រការ៉ូទីត**) ឬ នៅក្រលៀន (**សរសៃអាទ័រហ្វេម៉ូរ៉ាល់**) ។ រាប់វាពេលដែលស្ត្រីសម្រាក និងចន្លោះពេលស្បូនឈប់កន្ត្រាក់ ។

៦-៣-៣. ផលវិបាកដោយសារជីពចរមិនធម្មតារបស់មនុស្សពេញវ័យ

៦-៣-៣-១. ជីពចរញាប់លើសពី ១០០ ដង/មួយនាទី

- បើស្ត្រីគ្មានការធ្លាក់ឈាម និងគ្មានការឈឺចាប់មិនធម្មតាដែលបណ្ដាលមកពីការហូរឈាមខាងក្នុងទេ នោះជីពចរញាប់អាចបណ្ដាលមកពីមូលហេតុផ្សេងទៀតដូចជាគ្រុនក្ដៅ កង្វះជាតិទឹក ស្លេកស្លាំង ជំងឺបេះដូង -ល-។

- ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងលោតមិនធម្មតា ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រី ។
- ពិនិត្យរកគ្រុនក្តៅ និងរោគសញ្ញានៃការបង្ករោគដទៃទៀត (មើល *៦-៤. សីតុណ្ហភាពរាងកាយ* ទំព័រ ១០១) ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីពិសារទឹកមិនគ្រប់គ្រាន់ លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យពិសារទឹកបានច្រើន ។

៦-៤. សីតុណ្ហភាពរាងកាយ

《សង្ខេប》

- ប្រសិនបើសីតុណ្ហភាពរាងកាយលើសពី ៣៨.0 ℃, វាអាចមានការបង្ករោគ ។
- វាស់សីតុណ្ហភាពរាងកាយម្ដាយតាមក្លៀក ។
- ប្រសិនបើមានគ្រុនក្ដៅដោយសារការបង្ករោគ នោះនឹងមានរោគសញ្ញានៃការបង្ករោគផ្សេងទៀត ។
- ការបង្ករោគនៅក្នុងស្បូន និងទារកក្នុងផ្ទៃគឺជាការបង្ករោគច្រើនកើតមានក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះ សម្រាលជាពិសេសក្រោយពេលបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ។ ពិនិត្យរករោគសញ្ញាផ្សេងទៀតដូចជាការធ្លាក់ស ឬ ទឹកភ្លោះមានក្លិនស្អុយ និងឈឺផ្នែកខាងក្រោមពោះពេលស្ទាប ។

៦-៤-១.សីតុណ្ហភាពរាងកាយស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

- សីតុណ្ហភាពរាងកាយស្ត្រីកើនឡើងក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះក្នុងត្រីមាសទី ១ ដោយសារសកម្មភាពរបស់អរម៉ូន ហើយនឹងចុះមកកម្រិតធម្មតានៅចុងនៅត្រីមាសទី ២ ។

៦-៤-២. របៀបវាស់សីតុណ្ហភាពរាងកាយ

- កម្ដៅរាងកាយរបស់មនុស្ស**ពេញវ័យ**ជាទូទៅត្រូវបានគេវាស់នៅនឹង**ក្លៀក** ។
- ដាក់ចុងនៃក្បាលទែម៉ូម៉ែត្រ នៅចំកណ្ដាលក្លៀក ។ **ប្រសិនបើ**ក្លៀកមានបែកញើសត្រូវជូតសម្អាតជាមុនសិន ។

៦-៤-៣. ការចាត់ថ្នាក់សីតុណ្ហភាពរាងកាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ

- សីតុណ្ហភាពរាងកាយមិនធម្មតាគឺ **លើសពី៣៨.0**℃ ។

៦-៤-៤. ផលវិបាកដោយសារសីតុណ្ហភាពរាងកាយខ្ពស់

- ពេលស្ត្រីមានក្លាយរោគជាធម្មតាសីតុណ្ហភាពរាងកាយស្ត្រីកើនឡើង ដោយសារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំស្ត្រីកំពុងប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងមេរោគ ។
- ក្រៅពីការឡើងសីតុណ្ហភាពរាងកាយ ក៏មានសញ្ញាបង្ករោគផ្សេងៗទៀតផងដែរ ។

៦-៤-៤-១. សីតុណ្ហភាពរាងកាយលើសពី៣៨.០℃

មូលហេតុចំបងបួននៃការបង្ករោគគឺ (១) ការបង្ករោគក្នុងស្បូននិងទារកក្នុងផ្ទៃ (២) ការបង្ករោគ ផ្លូវបង្ហូរនោម (៣) ការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើម (៤)ជំងឺគ្រុនចាញ់ ។

(១) **ការបង្ករោគក្នុងស្បូននិងទារកក្នុងផ្ទៃ៖**

- ពេលខ្លះមេរោគបាក់តេរីនៅទ្វារមាសចូលទៅក្លាយរោគនៅមាត់ស្បូននិងទៅដល់ស្រោមទឹកភ្លោះ ។ បន្ទាប់មកបន្តបង្ករោគចូលដល់ទឹកភ្លោះ ទងសុក និង ចុងក្រោយដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ ។
- ប្រសិនបើស្រោមទឹកភ្លោះបែក ការបង្ករោគអាចការរីករាលដាលលឿនជាងធម្មតា ។ ស្ត្រីអាចមានសញ្ញាដូចជា ជីពចរញាប់ ធ្លាក់សក្លិនស្អុយ ឈឺផ្នែកខាងក្រោមពោះ ។ ចង្វាក់បេះដូងទារកអាចនឹងកើនឡើង ហើយទឹកភ្លោះអាចមានក្លិនស្អុយ

  (មើល *១. ករណីបញ្ជូនបន្ទាន់ភ្លាមៗ សម្រាប់ស្ត្រីមាន ផ្ទៃពោះ ១-៥. សញ្ញាជីវិតមិនធម្មតា - គ្រុនក្តៅ* ទំព័រ១៥) ។

(២) **ការបង្ករោគផ្លូវបង្ហូរនោម៖**

- ពេលផ្លូវបង្ហូរនោមមានការបង្ករោគ ស្ត្រីអាចនឹងត្អូញត្អែរថានោមមកឈឺ ក្រហាយ ឬពិបាកនោម នោម ញឹកញាប់ និងនោមទាស់ ហើយឈឺពោះ ឬ មានគ្រុនក្តៅញាក់[១]

  (មើល *១. ករណីបញ្ជូន បន្ទាន់ភ្លាមៗ សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ១-៥. សញ្ញាជីវិតមិនធម្មតា - គ្រុនក្តៅ* ទំព័រ១៥) ។

(៣) **ការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើម៖**

- ពេលសួតមានការបង្ករោគ ស្ត្រីអាចនឹងត្អូញត្អែរពីការពិបាកដកដង្ហើម ក្អកមានស្លេស ។ ក្នុងករណីនេះគឺអាចសង្ស័យថាមានជំងឺរលាកសួតឬរបេង ។

(៤) **ជំងឺគ្រុនចាញ់៖**

- ករណីស្ត្រីមកពីតំបន់គ្រុនចាញ់ ស្ត្រីអាចប្រឈមនឹងការកើតជំងឺគ្រុនចាញ់ ។ រោគសញ្ញានៃជំងឺគ្រុនចាញ់មានដូចជា គ្រុនក្តៅញាក់ មានបែកញើស ឈឺក្បាល ឬឈឺសាច់ដុំសន្លាក់ ។

៦-៤-៤-២. សីតុណ្ហភាពរាងកាយលើសពី ៣៧.៥ ℃

- ដំបូងគេបង្ហស់គឺពិនិត្យមើលសញ្ញានៃការបង្ករោគដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ។ ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយត្រូវបញ្ជូនស្ត្រី។

- ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញានៃការបង្ករោគទេ ត្រូវតាមដានកម្តៅរាងកាយឱ្យបានដិតដល់រៀងរាល់មួយម៉ោង ម្តង[១(p២២)] ។ លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យបរិភោគទឹកឱ្យបានច្រើន និងកំណត់សីតុណ្ហភាពក្នុងបន្ទប់ឱ្យមានផា សុកភាពដល់ស្ត្រី បើទោះជាទារកទើបនឹងកើតត្រូវការសីតុណ្ហភាពលើសពី ២៥°C ។

៦-៥. ការពិនិត្យទឹកនោម

《**សង្ខេប**》

- ប្រសិនបើមានប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម នោះអាចនឹងបញ្ជាក់ថាមានការថយចុះមុខងារតម្រងនោម ដោយសារការលើសសម្ពាធឈាម ។
- តេស្តប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោមនៅពេលចូលសម្រាកពេទ្យ ដោយប្រដាប់តេស្តទឹកនោម (Dipstick) ។
- លទ្ធផលតេស្តប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (+/-) ឬ (+) គឺជាលក្ខណៈធម្មតានៃបម្រែបម្រួលសរីរៈសាស្ត្រ របស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ។
- លទ្ធផលតេស្តប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម(++) ឬ (+++) គឺជាសូចនាករមួយក្នុងចំណោមសូចនាករ ផ្សេងទៀតដែលកំណត់រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ។
- ករណីដែលអ្នកមិនមានប្រដាប់តេស្តទឹកនោម ពិចារណាលើការបញ្ជូនតាមរយៈការវាស់សម្ពាធ ឈាមតែមួយគត់ ។

៦-៥-១. និយមន័យប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោមក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ

- **ប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម** គឺជាវត្តមាននៃ**ប្រូតេអ៊ីនច្រើនហួសនៅក្នុងទឹកនោម** ។ តម្រងនោមដែលមាន មុខងារធម្មតាមិនអនុញ្ញាតិឱ្យមានប្រូតេអ៊ីនចេញតាមទឹកនោមច្រើនទេ ។ ដូច្នេះជាធម្មតាប្រូតេអ៊ីន នៅក្នុង ទឹកនោមមានតិចតួចណាស់ ។
- ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ចំនួនប្រូតេអ៊ីនធ្លាក់តាមទឹកនោមមានការកើនឡើងបណ្ដាលមកពី តម្រង់នោមទទួលបន្ទុកខ្លាំងដោយ ការកើនឡើងនៃបរិមាណឈាម ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្ដីប្រសិនបើ បរិមាណប្រូតេអ៊ីនធ្លាក់តាមទឹកនោមច្រើនខុសពីធម្មតា វាបញ្ជាក់ពីមុខងារតម្រងនោមខ្សោយ ។

៦-៥-២. និយមន័យជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង និងក្រឡាភ្លើង

- ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងគឺជាស្ថានភាពនៃការមានផ្ទៃពោះ ដែលមាន**សម្ពាធឈាមកើនខ្ពស់ និងប្រូតេអ៊ីន នៅក្នុងទឹកនោមបន្ទាប់ពីអាយុគភ៌ ២០សប្ដាហ៍**[៥]។ វត្តមានប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម ប្ដូររោគ វិនិច្ឆ័យ ពីការលើសសម្ពាធឈាមទៅជាជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង[៥] ។
- ជំងឺក្រឡាភ្លើងគឺជាស្ថានភាពមួយដែល ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមានសញ្ញាប្រកាច់ជាមួយនឹងរោគសញ្ញាបម្រុង ក្រឡាភ្លើង ។ ប្រកាច់ជាសញ្ញាដែលផ្លាស់ប្ដូររោគវិនិច្ឆ័យពីជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងទៅជាជំងឺក្រឡាភ្លើង ។

៦-៥-៣. របៀបវាស់ប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម

- **ជ្រលក់ប្រដាប់តេស្តទឹកនោម** ត្រង់ផ្នែកដែលមានគំនូសពណ៌ **ចូលទៅក្នុងទឹកនោម** ហើយរង់ចាំមួយរយៈ (មើលការណែនាំនៅលើប្រដាប់តេស្តទឹកនោម) ។
- ប្រៀបធៀប លទ្ធផលជាមួយពណ៌ ហើយមើលលទ្ធផលថាជាសញ្ញា (–) និង (+) ។

៦-៥-៤. ចំណាត់ថ្នាក់ប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម

ធម្មតា: (-) , (+/-) , (+)

ប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម: (++)

ប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោមធ្ងន់ធ្ងរ: (+++)

៦-៥-៥. ផលវិបាកដោយសារមានប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោមនិងការលើសសម្ពាធឈាម

(មើល *ករណីបញ្ជូនបន្ទាន់ភ្លាមៗសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ១-៤. សញ្ញាជីវិតមិនធម្មតា - ការលើសសម្ពាធឈាម អប្បបរមា* ទំព័រ១៣ និង *៦-១. សម្ពាធឈាម* ទំព័រ៩៥)

៦-៥-៥-១. ប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម (+++)

- នៅពេលដែលមុខងារតម្រងនោមចុះខ្សោយ ប្រូតេអ៊ីនច្រោះចូលទៅក្នុងទឹកនោម។ វាបញ្ជាក់ថា មាន **ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ** ហើយបណ្ដាលឱ្យមានផលវិបាកមួយចំនួន ។ វាអាចវិវត្តន៍ទៅជា**ជំងឺក្រឡាភ្លើង** នៅពេលដែលមានប្រកាច់ ។

៦-៥-៥-២. ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (++)

- ប្រសិនបើសម្ពាធឈាមធម្មតា ភាគច្រើនប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោមក៏អាចនៅក្នុងកម្រិតធម្មតាដែរសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ។ គួរតាមដានសម្ពាធឈាមជាទៀងទាត់ ។
- ប្រសិនបើមានសម្ពាធឈាមលើស នោះបញ្ជាក់ថាស្ត្រីមានជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ដែលធ្វើឱ្យមានផលវិបាកមួយចំនួន ។
- ប្រសិនមានសម្ពាធឈាមខ្ពស់ និងមានសញ្ញានៃការ**លើសសម្ពាធឈាម**បញ្ជាក់ថា ស្ត្រីមាន**ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ។** ហើយវាអាចវិវត្តន៍ទៅជាជំងឺ**ក្រឡាភ្លើង ។**
- ប្រសិនបើស្ត្រីមិនពិសារទឹកគ្រប់គ្រាន់ លើកទឹកចិត្តឱ្យគាត់ពិសារឱ្យបានច្រើន ។

៦-៥-៥-៣. តារាងនៃជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង បម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ក្រឡាភ្លើង

	សម្ពាធឈាមអប្បបរមា	ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម	សញ្ញាលើសសម្ពាធឈាម	ការប្រកាច់
សម្ពាធឈាមខ្ពស់	≥ ៩០មមបារតវាស់២ដង(បន្ទាប់ពី១៥នាទី)			អត់មាន
បម្រុងក្រឡាភ្លើង	៩០-១១០មមបារតវាស់២ដង (បន្ទាប់ពី១៥នាទី)	++		អត់មាន
បម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ	១) ≥ ១១០មមបារត	+++		អត់មាន
	២) ≥ ៩០មមបារតវាស់២ដង(បន្ទាប់ពី១៥នាទី)	++	-ឈឺក្បាលខ្លាំង -ស្រវាំងភ្នែក -ឈឺនៅចុងដង្ហើម	អត់មាន
ក្រឡាភ្លើង	≥ ៩០មមបារត	++ ឬ +++		មាន

៦-៦. ការធ្លាក់ឈាម

《សង្ខេប》
- នៅពេលដែលការធ្លាក់ឈាមច្រើនជាងទឹករំអិលលាយឈាម នោះអាចនឹងមានផលវិបាកមួយចំនួន ។
- ពិនិត្យស្ថានភាពការធ្លាក់ឈាម នៅពេលដែលស្ត្រីត្អូញត្អែរពីការធ្លាក់ឈាម ។ គួរសង្កេតផងដែរ នៅពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស ។
- សង្កេត ឬវាស់បរិមាណឈាមនៅលើសំឡីឬក្រណាត់ដែលស្ត្រីទ្រាប់ ។
- សញ្ញាផ្សេងទៀតនៃផលវិបាក (ការឈឺចាប់មិនធម្មតា និងការកន្ត្រាក់ស្បូន) គួរត្រូវបានសង្កេតមើលជាមួយគ្នា ។

៦-៦-១. សរីរៈសាស្ត្រនៃការធ្លាក់ឈាមក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលកូន

៦-៦-១-១. ទឹករំអិលលាយឈាម(A show)

- **ទឹករំអិលលាយឈាមគឺជាបរិមាណឈាមតិចតួច ឬ ឈាមដែលមានលាយរំអិលដែលឃើញមាន** នៅរយៈពេលពីរ ឬ បីម៉ោងមុន ឬ បន្ទាប់ពីការឈឺពោះសម្រាលចាប់ផ្តើម ។ វាបណ្តាលមកពីការរបេះចេញនៃភ្នាសពីមាត់ស្បូននៅពេលដែលមាត់ស្បូនចាប់ផ្តើមបើក ។

៦-៦-១-២. ការធ្លាក់ឈាមតាមផ្លូវសម្រាល

- ក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលកូន ការធ្លាក់ឈាមច្រើនជាងការធ្លាក់រំអិលលាយឈាមច្រើន តែត្រូវបានគេសង្កេតឃើញមានជាញឹកញាប់ ។ នេះគឺដោយសាររបួសទៅលើមាត់ស្បូន ឬ ទ្វារមាស នៅពេលដែលទារកឆ្លងកាត់ផ្លូវសម្រាល ។
- បរិមាណឈាមអាចនឹងកើនឡើងនៅពេលស្រោមទឹកភ្លោះបែក ហើយទឹកភ្លោះជ្រាបចេញមកជាមួយ ។

៦-៦-២. មធ្យោបាយដឹង/ប៉ាន់ប្រមាណការធ្លាក់ឈាមក្នុងពេលឈឺពោះសម្រាល

- នៅពេលដែលស្ត្រីត្អូញត្អែរពីការធ្លាក់ឈាម អ្នកត្រូវពិនិត្យស្ថានភាពនៃការធ្លាក់ឈាម ។ បន្ថែមពីលើនេះទៀត ការធ្លាក់ឈាមគួរតែត្រូវបានតាមដាន និងកត់ត្រា ជានិច្ចកាលនៅពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីប្រើសំឡីអនាម័យក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល សង្កេតមើល សំឡី ឬ ប៉ាន់ប្រមាណការកើនឡើងនៃការធ្លាក់ឈាម ។ អ្នកត្រូវដឹងទម្ងន់នៃសំឡីអនាម័យ ពេលមិនទាន់ប្រើ ។
- ករណីស្ត្រីមិនប្រើសំឡីអនាម័យទេ តាមដានមើលពីការសើមក្រណាត់ទ្រាប់ ។

៦-៦-៣. ផលវិបាកដោយសារការធ្លាក់ឈាមមិនធម្មតា

៦-៦-៣-១. ការធ្លាក់ឈាមច្រើនជាង ១០០មីលីលីត្រ តាំងពីពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល / ដែលជោកសំឡី ឬ ក្រណាត់ទ្រាប់ក្នុងរយៈពេលតិចជាង ៥ នាទី ។

មូលហេតុបីដែលអាចបណ្តាលឱ្យធ្លាក់ឈាមមិនធម្មតាក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលមាន (១) **សុករបើកមុនសម្រាល** (២) **រហែកស្បូន** និង (៣) **សុកពាំងមាត់ស្បូន ។** សូមពិនិត្យករណីធ្លាក់ឈាមនៃរាល់ការឈឺពោះសម្រាលមិនធម្មតា (មើល, *២. ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី,២.១ ការធ្លាក់ ឈាម* ទំព័រ២០) ។ ចង្វាក់បេះដូងទារកថយចុះខ្លាំងក្នុងករណីមានការធ្លាក់ឈាម ដោយសារមូលហេតុទាំងបីនេះ ។

(១) **សុករបើកមុនសម្រាល** គឺជាការរបើកពីទីតាំងធម្មតារបស់សុកចេញពីស្បូនមុនសម្រាល ។

- ការរបើកសុកមុនសម្រាលអាចមានឈាមធ្លាក់ចេញមកក្រៅតាមទ្វារមាស ឬ លាយជាមួយទឹកភ្លោះ ហើយពេលខ្លះមានឈាមដក់នៅក្នុងស្បូន ។
- ជាញឹកញាប់ស្ត្រីមានការឈឺពោះខ្លាំង ឬ ឈឺពោះពេលប៉ះ ហើយស្បូនមានសភាពរឹង (មើល *២. ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី,២-៣-៤. ផលវិបាកនៃការឈឺពោះមិនធម្មតា* ទំព័រ២៦) ។

(២) **រហែកស្បូន** គឺជាការរហែកជញ្ជាំងស្បូននៅទីតាំងមានស្នាមវះកាត់ពីមុន ។

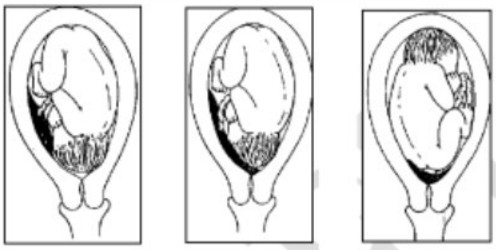
- បរិមាណនៃការហូរឈាមចេញមកក្រៅតាមទ្វារមាសមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ តែមានការហូរឈាមដក់ក្នុងពោះខ្លាំង[5] ។
- ស្ត្រីត្អូញត្អែរថាមានការឈឺពោះខ្លាំង (មើល *'២. ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី,២-៣-៤. ផលវិបាកនៃការឈឺពោះមិនធម្មតា* ទំព័រ២៦) ។

(៣) **សុកពាំងមាត់ស្បូន** គឺជាស្ថានភាពមួយនៅពេលដែលសុកស្ថិតនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃស្បូន ហើយសុកស្ថិតនៅក្បែរឬនៅចំមាត់ស្បូន ។

- ការធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរកើតឡើងនៅពេលដែលមាត់ស្បូនចាប់ផ្តើមបើក ដោយសារការ របើកចេញរបស់សុក ។
- ជាធម្មតា ស្ត្រីមិនត្អូញត្អែរពីការឈឺពោះធ្ងន់ធ្ងរទេ (មើល *២. ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ ស្ត្រី,២-១. ការធ្លាក់ឈាម* ទំព័រ២០) ។

ឈាមហូរពីខាងក្រៅ ឈាមហូរពីខាងក្នុង

សុករបើកមុនសម្រាល



ក្បែរមាត់ស្បូន ផ្នែកខ្លះនៃមាត់ស្បូន ចំមាត់ស្បូន

សុកពាំងមាត់ស្បូន

៦-៦-៣-២. ការធ្លាក់ឈាមច្រើនជាងការធ្លាក់រំអិលលាយឈាម

- ប្រសិនបើមានការ**ឈឺពោះសម្រាលមិនធម្មតា** ហើយ**ចង្វាក់បេះដូងទារកមិនធម្មតា** វាប្រហែល ជាការធ្លាក់ឈាមមកពីផ្លូវសម្រាល ។
- បន្តតាមដាន**បរិមាណឈាមដែលធ្លាក់** ចង្វាក់បេះដូងទារក និងការឈពោះមិនធម្មតា។ ប្រសិនបើទារកខ្សោយ ឬ មានការឈឺពោះសម្រាលមិនធម្មតាជាមួយនឹងការធ្លាក់ឈាមនោះអ្នកត្រូវគិតដល់**សុករបើកមុនសម្រាល ឬ រហែកស្បូន** (មើល *២.ការស្លាប់ការតួញត្អែររបស់ស្ត្រី ២.៣.ស្បូនកន្ត្រាក់និងការឈឺពោះសម្រាល* ទំព័រ២៥) ។

៦-៧. ស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត

《សង្ខេប》

- ការធុញថប់ ឬ ការភ័យខ្លាចខ្លាំងអាចប៉ះពាល់ដល់ដំណើរការនៃការសម្រាល ។
- ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជានិច្ចលើអារម្មណ៍ ការបង្ហាញទឹកមុខរបស់ស្ត្រី និងស្ដាប់ការត្អូញត្អែររបស់គាត់ក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល ។
- ជៀសវាងទុកស្ត្រីឱ្យនៅតែឯង និង ត្រូវបង្កើតបរិស្ថានដែលមានផាសុកភាពសម្រាប់ស្ត្រី ។

៦-៧-១. សុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល

- នៅពេលស្ត្រីកំពុងឈឺពោះសម្រាល វាជាការធម្មតាដែលស្ត្រីមានអារម្មណ៍ច្របូកច្របល់ទាំងរំភើប សង្ឃឹម ធុញថប់ ឬ ភ័យខ្លាច[៩] ។
- ស្ថានភាពផ្លូវចិត្តក៏ទទួលឥទ្ធិពលពីបរិយាកាសខាងក្រៅដូចជាអ្នកកំដរស្ត្រី បរិស្ថានសម្រាល និងអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកផ្ដល់សេវាថៃទាំ ។

៦-៧-២. ការសង្កេតសុខភាពផ្លូវចិត្ត១៤

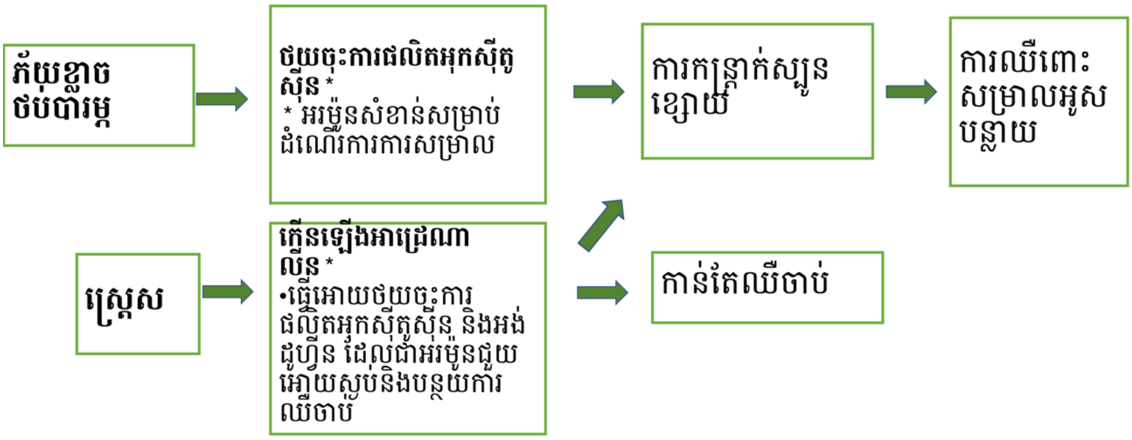
- សង្កេតមើលទឹកមុខរបស់ស្ត្រី អារម្មណ៍ និងស្ដាប់ការត្អូញត្អែររបស់គាត់ឱ្យបានល្អ ។ ស្ថានភាពភ័យស្លន់ស្លោ ឬស្រែកឡូឡា ជាញឹកញាប់គឺបណ្ដាលមកពីការធុញថប់ និងភ័យខ្លាចខ្លាំងពេក ។

៦-៧-៣. ឥទ្ធិពលនៃការធុញថប់ និងភ័យខ្លាចក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល១៤

- ការភ័យខ្លាច ឬ ធុញថប់ រារាំងការផលិត**អុកស៊ីតូស៊ីន** ដែលជា**អរម៉ូនសំខាន់សម្រាប់ដំណើរការសម្រាល ។** វាអាចពន្យឺតការឈឺពោះសម្រាល និងពន្យារការបើកមាត់ស្បូនដោយសារការកន្ត្រាក់ ស្បូនខ្សោយ។
- នៅពេលដែលស្ត្រីមានអារម្មណ៍ស្ត្រេសខ្លាំង នឹងធ្វើឱ្យមានការបញ្ចេញ**អាដ្រេណាលីន ។** អាដ្រេណាលីន រារាំងការផលិតអុកស៊ីតូស៊ីន និងអង់ដូហ្វីន (វាគឺជាអរម៉ូនមួយផ្សេងទៀតដែលធ្វើឱ្យអារម្មណ៍ស្ងប់ និងបំបាត់ការឈឺចាប់) ។ ការវិវត្តការសម្រាលអាចនឹងត្រូវរារាំងដោយសារកម្រិតទាបនៃអុកស៊ីតូស៊ីន ហើយស្ត្រីមានអារម្មណ៍ឈឺចាប់ជាងមុនដោយសារកម្រិតអង់ដូហ្វីនទាប ។

- មិនត្រូវទុកស្ត្រីឱ្យនៅម្នាក់ឯងហើយត្រូវសុំឱ្យអ្នកកំដរនៅជាមួយស្ត្រីជានិច្ច ។ បង្កើតបរិស្ថានដែលមានផាសុកភាពដូចជា ស្ងប់ស្ងាត់ និងពន្លឺភ្លើងស្រទន់ (ពន្លឺតិចៗ) ។
- សូមយោងទៅតាមសៀវភៅ *ការណែនាំស្តីពីការថែទាំផ្នែកសម្ភពចំពោះបុគ្គលម្នាក់ៗសម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះនិងការសម្រាលធម្មតា*[១៤] ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រសុខភាពផ្លូវចិត្តល្អដល់ស្ត្រី ។

<ឥទ្ធិពលនៃការធុញថប់ និងភ័យខ្លាចក្នុងកំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល>



ឧបសម្ព័ន្ធ ១

តារាងវាយតម្លៃដំបូង

1. ករណីបញ្ជូនបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

សញ្ញា	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) ស្មារតី	សន្លប់ [1(p13,18,23)] ប្រកាច់[1(p18,23,24)]	សង្ស័យក្រឡាភ្លើង ឆ្កួតជ្រូក គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ រលាកស្រោមខួរ[1(p18),2(B6),5(S53-54)]
2) ផ្លូវខ្យល់និងការដកដង្ហើម	ពិបាកដកដង្ហើម ដង្ហើមខ្លីនិងញាប់ (>30ដង/១នាទី) មានស្វាយ(ជុំវិញបបូរមាត់)[1(p14)]	រលាកសួត ហឺត ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ខ្សោយបេះដូង ហើមសួតស្រួចស្រាវ(APO) ស្ទះផ្លូវដង្ហើម
3) សញ្ញាស្តុក	ជីពចរញាប់លើសពី100ដង/នាទី និងបែកញើសត្រជាក់ និងស្បែកស្លិត 1(p.14) សម្ពាធឈាមអតិបរមាចុះទាប (<90មមបារត)[1(p14)]	ស្តុក[2(B3)]
4) សញ្ញានៃជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ឬ ជំងឺក្រឡាភ្លើង	សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥110មមបារត ហើយប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (+++) សម្ពាធឈាមអប្បបរមា ≥90មមបារត ហើយប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (++) រួមមានសញ្ញាណាមួយ (ឈឺក្បាលខ្លាំង ស្រវាំងភ្នែកឈឺចុងដង្ហើម)1(p.24)	បម្រុងក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ
5) គ្រុនក្តៅ	សីតុណ្ហភាពរាងកាយ>38.0℃	ការបង្ករោគនៅស្បូននិងទារក
6) ការធ្លាក់ឈាម	ដោកសំឡីឬក្រណាត់ទ្រាប់ < 5នាទី	ការធ្លាក់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ
7) ការបង្ហាញមិនធម្មតា	ហុចថ្ពាស, ហុចបង្ហើយធំ, ហុចមុខ	ការបង្ហាញមិនធម្មតា

* បញ្ជូនស្ត្រីភ្លាមទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងទារកទើបកើត (CEmONC/CPA2 or CPA3)ប្រសិនបើស្ត្រីមានសញ្ញាណាមួយដែលត្រូវបញ្ជូន មុនពេលបញ្ជូនសូមផ្តល់ការសង្គ្រោះបឋម និងសូមបំពេញ អាយុគភ៌ និងការចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល (មុនសម្រាល ពេលសម្រាល ក្រោយសម្រាល)

ការសោកសរ!

2. ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី

2.1 ធ្លាក់ឈាម	ពិនិត្យ 4.2. ស្ថានភាពសុខភាពរបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ និង 6. ការតាមដានស្ថានភាពស្ត្រី			
	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) បរិមាណនៃការធ្លាក់ឈាម	អត់មានធ្លាក់ឈាម ធ្លាក់រំអិលលាយឈាមតិចៗតាមទ្វារមាស [1(p47)]	ធ្លាក់ឈាមច្រើនជាងធម្មតាតាមទ្វារមាស[4(p22)]	ធ្លាក់ឈាមដោតសំឡីអនាម័យ ឬក្រណាត់ទ្រាប់ ក្នុងអំឡុងតិចជាង 5នាទី [2(B4)] →មិនត្រូវលូកទ្វារមាស វាបណ្តាលអោយធ្លាក់ឈាមរឹតតែខ្លាំង! [1(p54)]	សង្ស័យសុកពាំងមាត់ស្បូន 1(p36) សង្ស័យរបើកសុកមុនសម្រាល[1(p35)] សង្ស័យរហែកស្បូន[1(p36)]

2.2 ជ្រាបទឹកតាមទ្វារមាស	បញ្ជាក់សភាពរបស់ស្រោមទឹកភ្លោះ បែក(A) ឬ មិនទាន់បែក(B)

A. ស្រោមទឹកភ្លោះបែក៖ ពិនិត្យ 4.2.2) ទឹកភ្លោះ, 6.4) សីតុណ្ហភាពរាងកាយ

	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) ពេលវេលាបែកស្រោមទឹកភ្លោះ	ស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក	បែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាលកូន (PROM)	បែកស្រោមទឹកភ្លោះលើសពី18ម៉ោង[1(p130, 139)]	ប្រឈមមុខនឹងមានការបង្ករោគនៅក្នុងស្បូន និងនៅលើទារក[1(p130)]

B. ស្រោមទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក៖ ប្រាប់ស្ត្រីឱ្យរាយការណ៍បើមានជ្រាបទឹកភ្លោះតាមទ្វារមាស

2.3 ស្បូនកន្ត្រាក់	ពិនិត្យ 5.2.) ការកន្ត្រាក់ស្បូន			
	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) ស្បូនកន្ត្រាក់	ស្បូនកន្ត្រាក់ទៀងទាត់	ស្បូនកន្ត្រាក់មិនទៀងទាត់ ស្បូនមិនកន្ត្រាក់	ឈឺពោះជាប់ចន្លោះស្បូនកន្ត្រាក់ [1(p36-37, 55)] ឈឺពោះខ្លាំងភ្លាមៗ/ មានផ្ទត់ផ្តេកនៅផ្នែកខាងក្រោមផ្ចិត[1(p53,55)] ឈឺពោះដែលខុសប្លែកពីការឈឺពោះដោយកន្ត្រាក់ស្បូន ធម្មតាដែលរាយការណ៍ដោយស្ត្រី[4(p22)]	សង្ស័យរបើកសុកមុនសម្រាល[1(p35)] សង្ស័យបម្រុងរហែកស្បូន[1(p36)] សង្ស័យឈឺពោះខ្លាំងហួសកម្រិត សង្ស័យមានរលាកខ្នែងពោះវៀន និងមូលហេតុផ្សេងៗទៀត[5(S-142,143)]

2.4 ចលនាទារកក្នុងផ្ទៃ	ពិនិត្យ 4.2. ស្ថានភាពសុខភាពរបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ			
	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) ចលនាទារកក្នុងផ្ទៃ	ទារកមានចលនាធម្មតា	ទារកក្នុងផ្ទៃគ្មានឬមានចលនាតិចតួច[1(p40)] →ពិនិត្យចង្វាក់បេះដូងទារក		សង្ស័យថាទារកក្នុងផ្ទៃចុះខ្សោយឬស្លាប់[5(S-155)]

ការសាកសួរ! ពិនិត្យសៀវភៅសុខភាពមាតា (សៀវភៅពណ៌ផ្កាឈូក)!

3. ព័ត៌មានទូទៅ និងប្រវត្តិសម្ភពរបស់ស្ត្រី (ដើម្បីកំណត់ថាស្ត្រីអាចសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់អ្នកបាន)

	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) អាយុនៃគភ៌	សម្រាលគ្រប់ខែ (អាយុគភ៌ 37សប្តាហ៍ 0ថ្ងៃ - 41សប្តាហ៍ 6ថ្ងៃ)	មិនដឹងអាយុគភ៌	សម្រាលមិនគ្រប់ខែ: (≤36សប្តាហ៍ 6ថ្ងៃ)[1(p40), 3(p81)] សម្រាលលើសខែ (≥42សប្តាហ៍ 0ថ្ងៃ)	សម្រាលមិនគ្រប់ខែ សម្រាលលើសខែ
2) កម្ពស់ស្បូន ពេលចូលសម្រាកពេទ្យ	29 - 32ស.ម	33 - 34 ស.ម	≥35ស.ម ≤28 សម	គភ៌កូនមួយហើយធំ និងសង្ស័យវិសមាមាត្ររវាងឆ្អឹងក្បាលទារកនឹងអាងត្រគាករបស់ម្តាយ(CPD)[5(S-83)] គភ៌កូនភ្លោះឬកូនច្រើន មានទឹកភ្លោះច្រើនហួស[5(S-101,102)] ការសម្រាលកូនមិនគ្រប់ខែ ឬទារកតូច
3) អាយុស្ត្រី	18 - 34 ឆ្នាំ	16, 17 ឆ្នាំ ≥35ឆ្នាំ កូនច្រើនដង	≤15ឆ្នាំ ≥35 ឆ្នាំ ស្ត្រីកូនដំបូង	
4) ក. ចំនួនផ្ទៃពោះ			ចំនួនផ្ទៃពោះ≥5ដង	សង្ស័យសម្រាលកូនចំនួន៥ដងឬច្រើនជាង៥ដង
ខ. ចំនួនសម្រាល	≤ 3 ដង	4ដង[4(p15,68)]	≥ 5ដង	សម្រាលកូនចំនួន៥ដងឬច្រើនជាង៥ដង ប្រឈមមុខនឹងធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល[4(p68)]
គ. ចំនួនរលូត ឬរំលូត	គ្មានរលូត ឬរំលូត	រលូត ឬរំលូត ≥1ដង		សង្ស័យមានប្រវត្តិរំលូតដោយការបូម(MVA), ការកាយយកកូនចេញ ការបើកមាត់ស្បូន& គាបយកកូនចេញ)និងប្រឈមមុខនឹងធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល
5) ចំនួនកូនក្នុងផ្ទៃ	គភ៌កូនមួយ		គភ៌កូនច្រើន[1(p91)]	គភ៌កូនច្រើន[5(S-105)]
6) កំពស់ស្ត្រី	>150 ស.ម	145 - 150 ស.ម	<145 ស.ម	សង្ស័យCPD
7) ភាពស្លេកស្លាំង	អេម៉ូក្លូប៊ីន >11.0 ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ[2(C4)] គ្មានស្លេកស្លាំង[2(C4)]	អេម៉ូក្លូប៊ីន 8.0-11.0 ក្រាមដេស៊ីលីត្រ[1(p28)] ភ្នាសត្របកភ្នែកក្រោមនិងបាតដៃស្លេកស្លាំងល្មម[1(p28)]	អេម៉ូក្លូប៊ីន <8.0ក្រាម/ដេស៊ីលីត្រ[1(p27, 56)] ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរនៅបាតដៃនិង/ឬភ្នាសត្របកភ្នែកក្រោម[1(p27)]	ស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ[1(p100)]
8)ស្ថានភាព - ផ្ទុកមេរោគ/ជំងឺអេដស៍ - ជំងឺស្វាយ	តេស្តរកមេរោគអេដស៍អវិជ្ជមាន	មិនធ្លាប់ធ្វើតេស្ត[1(p31,54)] –ធ្វើតេស្ត	តេស្តរកមេរោគអេដស៍មានប្រតិកម្ម ឬវិជ្ជមាន[1(p54)]	ប្រឈមមុខនឹងការចម្លងមេរោគងអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន[1(p107)]
	តេស្តរកមេរោគស្វាយ (RPR) អវិជ្ជមាន	មិនធ្លាប់ធ្វើតេស្ត[1(p54)] –ធ្វើតេស្ត	តេស្តរកមេរោគស្វាយមានប្រតិកម្ម ឬវិជ្ជមាន[1(p28)]	ប្រឈមមុខនឹងជំងឺស្វាយពីកំណើត[1(p130,142)]
9) ប្រវត្តិនៃផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន	គ្មានប្រវត្តិមានផលវិបាក		ធ្លាក់ឈាមមុនសម្រាល[4(p68)] ប្រវត្តិជំងឺលើសឈាម [4(p12),5(S-50)]	សង្ស័យសុកពាំងមាត់ស្បូន (ក្បែរមាត់ស្បូន ផ្នែកខ្លះនៃមាត់ស្បូន ចំមាត់ស្បូន)[1(p36)] មានជំងឺលើសឈាម[5(S-50)]
10) ប្រវត្តិនៃការសម្រាលនៃផ្ទៃពោះមុន	គ្មានប្រវត្តិមានផលវិបាក	សម្រាលដោយដង្កៀប ឬដោយបូម [1(p22)] រហែកទ្វារមាសកម្រិត3[1(p53), 2(D5), 4(p15)] បើរីណេមានស្នាមថ្មេរ មានផ្លែ ឬដុះសាច់/សិរមាន់ រំខានដល់ការសម្រាល[1(p54,69), 2(D5)]	ប្រវត្តិជំងឺក្រឡាភ្លើង ឬ បម្រុងក្រឡាភ្លើង[2(C2, C3)] ប្រវត្តិប្រកាច់[1(p22),2(C2)] ប្រវត្តិធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល[1(p22, 53)] ធ្លាប់សម្រាលដោយវះកាត់ (មានស្នាមវះកាត់)[1(p22,53)] ប្រវត្តិធ្លាប់មានកូនកើតមកមានទម្ងន់ទាប ធៀបនឹងអាយុគភ៌, កូនស្លាប់ក្នុងពោះ ឬ កូនស្លាប់នៅថ្ងៃដំបូង[1(p22)]	សង្ស័យមានការកើតឡើងវិញនូវជំងឺក្រឡាភ្លើង ការប្រកាច់ និងធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល ប្រឈមមុខនឹងរហែកស្បូន[5(S-107)]
11) ប្រវត្តិជំងឺទូទៅ	គ្មានប្រវត្តិមានផលវិបាក		ប្រវត្តិមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម, ជំងឺផ្លូវដង្ហើម, ជំងឺបេះដូង	សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងដែលសមស្រប[1(p159), 5(S-152,153)]

មើល! ស្តាប់! ស្ទាប!

4. ការសង្កេតមើលស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃ

4.1 សណ្ឋាន ទម្រង់បង្ហាញ ការបង្ហាញរបស់ទារក

	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1)	សណ្ឋានបណ្តោយស្បូន		ទារកទទឹងពោះ ទារកបញ្ឆិតពោះ[1(p55,87)]	ទីតាំងនិងការបង្ហាញទារកមិនធម្មតា ប្រឈមមុខការសម្រាលមានឧបសគ្គ
2) ទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក	ទម្រង់បង្ហាញកំពូលក្បាល		ទម្រង់បង្ហាញបញ្ច្រាស់, ទម្រង់ហុចស្មា , ហុចថ្ងាស ,ហុចមុខ, ទម្រង់បង្ហាញបង្អើយធំ ទម្រង់បង្ហាញដៃទូលក្បាល, ទម្រង់កូនទទឹងពោះធ្លាក់ដៃ, ទម្រង់ធ្លាក់ទងសុកមកមុន [1(p86)]	
3) ការបង្ហាញរបស់ទារក	ការបង្ហាញអុកស៊ីពុតនៅខាងមុខ	ការបង្ហាញអុកស៊ីពុតនៅក្រោយ[1(p84)] ការបង្ហាញអុកស៊ីពុតនៅទទឹង		

4.2 ស្ថានភាពសុខភាពរបស់ទារកក្នុងផ្ទៃ

	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) ចង្វាក់បេះដូងទារក	110 -160ដង/1នាទី[1(p60)7(p. 74)]	100-110ដង/1នាទី[1(p53,87) 3(p53)] 160 -180 ដង/1នាទី[1(p53,87) 3(p53)] →ឱ្យម្តាយគេងផ្អៀងទៅឆ្វេង[1(p88)] បន្តតាមដានក្នុង15នាទីបន្ទាប់ ប្រសិនចង្វាក់នៅតែមិនមានការប្រែប្រួលត្រូវបញ្ជូន[1(p88), 2(p14)]	គ្មានចង្វាក់បេះដូងទារក ≤100ដង/1នាទី[3(p53)] ≥180ដង/1នាទី[3(p53)]	ទារកក្នុងផ្ទៃស្លាប់ ទារកក្នុងផ្ទៃចុះខ្សោយ សង្ស័យម្តាយមានជំងឺគ្រុនផ្តាសាយ ប្រើប្រាស់ថ្នាំដែលធ្វើអោយបេះដូង ម្តាយដើរលឿន (ឧទាហរណ៍ ថ្នាំតូកូលីទិច)លើសសម្ពាធឈាម ឬមានការបង្កពោគនៅក្នុងស្បូននិងលើទារកក្នុងផ្ទៃ[1(p87)]
2) ទឹកភ្លោះ		ទឹកភ្លោះលាយលាមក់ព្រៃរាវ ហើយមិនមានក្លិនស្អុយ[5(S-110)] អត់មានទឹកភ្លោះក្រោយស្រោមទឹកភ្លោះបែក[3(p53), 5(C81)]	ទឹកភ្លោះលាយឈាម[1] ទឹកភ្លោះលាយលាមក់ព្រៃខាប់[1(p87)] (ទឹកភ្លោះពណ៌បៃតងចាស់ ឬខ្មៅ មានលាយលាមកព្រៃដុំៗ)[4(p26)] មានក្លិនស្អុយ[1(p41,54,56)]	សង្ស័យរបើកសុកមុនសម្រាល ប្រឈមមុខនឹងរោគសញ្ញាទារកឈ្លក់លាមកព្រៃ (MAS)[5(S-110)] សង្ស័យទារកក្នុងផ្ទៃចុះខ្សោយ[1(p87)]

មើល! ស្តាប់! ស្ទាប!

5. ការប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល

5.1 កំណត់ពីដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល

ការបើកមាត់ស្បូន	≤ 3ស.ម	រយៈយឺត (5.2)
	>3-10ស.ម	រយៈសកម្ម (5.3)
	មាត់ស្បូនបើកអស់	ដំណាក់កាលទី2 (5.4)

5.2.រយៈយឺត

	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) ការចុះនៃក្បាលកូន -ដោយស្ទាប	≤3/5	4/5-5/5[4(p22)] [ក្បាលកូនអណ្តែត]		
2) ការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន				
ក. ភាពញឹកញាប់នៃការ	≤3 ដងក្នុង10នាទី	4 - 5ដងក្នុង10នាទី	≥6 ដងក្នុង10នាទី	ឈឺខ្លាំងហួសកម្រិត សង្ស័យសុករបើកមុនសម្រាល[1(p36)] រហែកស្បូន[1(p36,37)]
ខ. រយៈពេលកន្ត្រាក់ម្តងៗ(គិតជាវិនាទី)	20 - 40 វិនាទី	>40វិនាទីពេលកន្ត្រាក់ម្តងៗ	ឈឺពោះជាប់	
គ. កម្លាំង	មិនមានការឈឺជាប់ មានពេលសម្រាក		ឈឺពោះពេលប៉ះ ពោះមានសភាពរឹងដូចជាបន្ទះក្តារ	
3) រយៈពេលនៃរយៈយឺត	< 8 ម៉ោង		≥8ម៉ោង	សង្ស័យឈឺពោះយូរនៅរយៈយឺត

5.3 រយៈសកម្ម

	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) ការចុះនៃក្បាលកូន -ដោយស្ទាប	≤2/5 [ក្បាលកូនឆ្លងផុតច្រកលើ]	3/5	4/5-5/5[4(p22)] [ក្បាលកូនអណ្តែត]	(ក្រហម)សង្ស័យCPD កូនវិលខុសប្រក្រតី ការបង្ហាញកូមិនធម្មតា ទីតាំងកូនខុសធម្មតា (លឿង)ប្រឈមមុខនឹងឈឺពោះយូរនៅរយៈសកម្ម
2) ការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន				
ក. ភាពញឹកញាប់នៃការ	3 - 5ដងក្នុង10នាទី		≥6ដងក្នុង10នាទី	ឈឺពោះខ្លាំងហួសកម្រិត សង្ស័យសុករបើកមុនសម្រាល[1(p36)] រហែកស្បូន[1(p36,37)]
ខ. រយៈពេលកន្ត្រាក់ម្តងៗ(គិតជាវិនាទី)	20 - 60ពេលកន្ត្រាក់ម្តងៗ	>60 វិនាទី	ឈឺពោះជាប់រហូត	
គ. កម្លាំង	មិនឈឺជាប់		ឈឺពោះពេលប៉ះ ស្បូនមានសភាពរឹងដូចបន្ទះក្តារ	
3) ភាពជ្រួសគ្នានៃលលាដ៍ក្បាលទារក	(0) - (+)[1(P60)]	(++) ជាមួយក្បាលកូនឆ្លងផុតច្រកលើ	(++) ជាមួយក្បាលកូនមិនទាន់ឆ្លងផុតច្រកលើ (+++) ឬស្បែកក្បាលទារកហើម (Caput succedaneum) ដោយមិនចុះចូលក្នុងអាងត្រគាក	សង្ស័យCPD[1(p60)] ប្រឈមមុខនឹងឈឺពោះសម្រាលយូរនៅរយៈសកម្ម

5.4 ដំណាក់កាលទី2

	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) ការចុះនៃក្បាលកូន	នៅពេលបើរីណេចាប់ផ្តើមស្តើង លាតសន្ធឹង និងប៉ោង ជាមួយការកន្ត្រាក់ស្បូន និងមើលឃើញក្បាលទារក [1(p68)]	ស្បែកក្បាលទារកហើម (Caput succedaneum)	លលាដ៍ក្បាលជ្រួសគ្នា(+++)	សង្ស័យCPD1(p60) ប្រឈមមុខនឹងឈឺពោះសម្រាលយូរ
2) ការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន				
ក. ភាពញឹកញាប់នៃការ	4 - 5ដងក្នុង10នាទី		≥ 6ដង ក្នុង10នាទី	ឈឺខ្លាំងហួសកម្រិត ប្រឈមមុខនឹងរហែកស្បូន
ខ. រយៈពេលកន្ត្រាក់ម្តងៗ (គិតជាវិនាទី)	ប្រហែល60 វិនាទី	>60 វិនាទី	ឈឺពោះជាប់	ឈឺខ្លាំងហួសកម្រិត ប្រឈមមុខនឹងរហែកស្បូន
គ. កម្លាំង	មិនមានការឈឺជាប់ មានពេលសម្រាក		មានផ្នត់ផ្តេកនៅផ្នែកខាងក្រោមផ្ចិត [p37,53,55] រឹងគួរសម	ប្រឈមមុខនឹងរហែកស្បូន
3) រយៈពេលស្ត្រីប្រឹងបញ្ចេញកូន មុនចូលសម្រាលនៅមូល	<45 នាទី (កូនដំបូង) <30 នាទី (កូនច្រើនដង)	45នាទី (កូនដំបូង) [3(p46)] 30នាទី (កូនច្រើនដង) [3(p46)]	>60 នាទី (កូនដំបូង) * [3(p46)] >30នាទី (កូនច្រើនដង) * [3(p46)] *ជាមួយសញ្ញាចុះនៃក្បាលកូនមិនបានល្អប្រសើរ, លលាដ៍ក្បាលកូនជ្រួសគ្នាខ្លាំង, សញ្ញាទារកខ្សោយ	សង្ស័យការការសម្រាលមានឧបសគ្គ និងទារកខ្សោយ

មើល! ស្តាប់!

6. តាមដានស្ថានភាពរបស់ស្ត្រី

	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមគ្រោះថ្នាក់	សញ្ញាមិនធម្មតា/ផលវិបាក/សង្គ្រោះបន្ទាន់	មូលហេតុបញ្ជូន
1) សម្ពាធឈាម	សម្ពាធឈាមអតិបរមា< 140មមបារត និង សម្ពាធឈាមអប្បរមា< 90មមបារត	160មមបារត>សម្ពាធឈាមអតិបរមា ≥ 140មមបារត [4(p22),5(S-51)] 110មមបារត>សម្ពាធឈាមអប្បរមា ≥ 90មមបារត →សូមទុកអោយស្ត្រីសម្រាកនិងវាស់សម្ពាធឈាមនៅរយៈពេល១៥នាទីបន្ទាប់ម្តងទៀត	សម្ពាធឈាមអតិបរមា ≥160មមបារត[4(p22), 5(S-51)] សម្ពាធឈាមអប្បរមា≥110មមបារត[1(p24)]	បម្រុងក្រឡាភ្លើង ឡើងសម្ពាធឈាមនៅពេលមានផ្ទៃពោះ[5(S-51)]
2)សញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម	មិនមានសញ្ញាលើសសម្ពាធឈាម		ឈឺក្បាលខ្លាំង ស្រវាំងភ្នែក ឬ ឈឺនៅចុងដង្ហើម[1(p24)]	បម្រុងក្រឡាភ្លើង ក្រឡាភ្លើង
3) ជីពចរ	60 - 100 ដង/1នាទី	>100/1នាទី[1(p14)]		ស្ពុក[2(B3)]
4) កម្តៅរាងកាយ	<37.5°C	37.5°C- 38°C[4(p22)]	>38°C[1(p19,56,82)] មានបែកស្រោមទឹកភ្លោះ[1(p56)] ធ្លាក់សមានក្លិនស្អុយ[1(p41,56)] មានសញ្ញាបង្ករោគ[1(p38-39,83)]	សង្ស័យមានការបង្ករោគនៅក្នុងស្បូន និងនៅលើទារកក្នុងផ្ទៃ[1(p56)] មានការបង្ករោគនៅផ្លូវនោមផ្នែកខាងលើឬខាងក្រោម ជំងឺរលាកសួតរបេង គ្រុនចាញ់[1(p38-39,83)]
5) ការពិនិត្យទឹកនោម	គ្មានប្រតេអ៊ីន ឬមានប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម (+)	ប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម (++)[1(p24,56)]	ប្រូតេអ៊ីននៅក្នុងទឹកនោម ≥ (+++) [1(p.24, 56)]	បម្រុងក្រឡាភ្លើង ក្រឡាភ្លើង
6) ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស	ធ្លាក់រំអិលលាយឈាមតិចៗតាមទ្វារមាស[1(p47)]	ធ្លាក់ឈាមច្រើនជាងធម្មតាតាមទ្វារមាស[4(p22)]	ធ្លាក់ឈាមជោកសំឡីអនាម័យ ឬក្រណាត់ទ្រាប់ក្នុងកំឡុងពេលតិចជាង 5នាទី [2(B4)]	សង្ស័យរបើកសុកមុនសម្រាល សុកពាំងមាត់ស្បូន (ក្បែរ មួយផ្នែក ឬចំមាត់ស្បូន), រហែកស្បូន
7) ស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត	មិនមានការត្អូញត្អែរ	ធុញថប់ ភ័យខ្លាច[1(p59)]		

Reference

1. *Safe Motherhood Clinical Management National Protocol for health center* (2016) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia
2. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: A guide for essential practice* (2015) WHO
3. *Midwifery Curriculum for Health Center* (2016) NMCHC
4. *Intrapartum core for health women and babies, Clinical guidelines190* (2014) NICE
5. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Pregnancy, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors* (2017) WHO
6. *Williams obstetrics* 24th edition (2014)
7. *WHO recommendations intrapartum care for a positive birth experience* (2018)

ឧបសម្ព័ន្ធ ២

តារាងពេលវេលាសង្កេត

ក្នុងរយៈយឺត

4. **ស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃ**	**សញ្ញាធម្មតា**	**សញ្ញាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ ***
ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក	រៀងរាល់ 30 នាទី[1(p60)]	រៀងរាល់ 15 នាទី[1(p88)]
ទឹកភ្លោះ (ប្រសិនបើបែកភ្លាម)	ពិនិត្យភ្លាម	
ទឹកភ្លោះ (ប្រសិនបើបែក)	រៀងរាល់ 4 ម៉ោង (ពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស) [1(p60)]	
5. **ប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល**	**សញ្ញាធម្មតា**	**សញ្ញាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ ***
ការបើកនៃមាត់ស្បូនតាមរយៈការលូកពិនិត្យទ្វារមាស	រៀងរាល់ 4 ម៉ោង[1(p59)]	
ការចុះនៃក្បាលកូន	រៀងរាល់ 4 ម៉ោង (មុនពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស)	
ការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន (ភាពញឹកញាប់ រយៈពេល កំលាំង)	រៀងរាល់ 1 ម៉ោង[1(p59)]	
6. **តាមដានស្ថានភាពរបស់ស្ត្រី**	**សញ្ញាធម្មតា**	**សញ្ញាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ ***
សញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម, ជីពចរ, កំដៅរាងកាយ)	រៀងរាល់ 2 ម៉ោង[1(p59)]	រៀងរាល់ 1 ម៉ោង [4(p22), 1(p.22-24),2(D23)]
ការធ្លាក់ឈាម	រៀងរាល់ 4 ម៉ោង (ពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស) [6(p341)]	

*** បញ្ជូនស្ត្រីជាបន្ទាន់ បើស្ត្រីមានសញ្ញាមិនធម្មតាណាមួយទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងទារកទើបកើត (CEmONC/CPA2 or CPA3) មុនពេលបញ្ជូនសូមផ្តល់ការសង្គ្រោះបឋម និងសូមបំពេញ អាយុគភ៌ និងការចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល (មុនសម្រាល ពេលសម្រាល ក្រោយសម្រាល)**

ក្នុងរយៈសកម្ម

4. ស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃ	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ *
ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក	រៀងរាល់ 30 នាទី[1(p60)]	រៀងរាល់ 15 នាទី[1(p88)]
ទឹកភ្លោះ (ប្រសិនបើបែកភ្លាម)	ពិនិត្យភ្លាម	
ទឹកភ្លោះ (ប្រសិនបើបែក)	រៀងរាល់ 4 ម៉ោង (ពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស) [1(p60)]	
5. ប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ *
ការបើកនៃមាត់ស្បូនតាមរយៈការលូកពិនិត្យទ្វារមាស	រៀងរាល់ 4 ម៉ោង[1(p60)] + ច្រើនជាងនេះអាស្រ័យលើស្ថានភាពម្តាយ	
ការចុះនៃក្បាលកូន	រៀងរាល់ 4 ម៉ោង (មុនពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស) [1(p60)]	
ការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន (ភាពញឹកញាប់ រយៈពេល កំលាំង)	រៀងរាល់ 30 នាទី[1(p60)]	
ភាពជ្រួសគ្នានៃលលាដ៏ក្បាលទារក	រៀងរាល់ 4 ម៉ោង (ពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស) [1(p60)]	
6. តាមដានស្ថានភាពរបស់ស្ត្រី	សញ្ញាធម្មតា	សញ្ញាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ *
សញ្ញាជីវិត (សម្ពាធឈាម, ជីពចរ, កំដៅរាងកាយ)	រៀងរាល់ 2 ម៉ោង[1(p61, 62)]	រៀងរាល់ 1 ម៉ោង [4(p22), 1(p.22-24),2(D23)]
ការធ្លាក់ឈាម	រៀងរាល់ 4 ម៉ោង (ពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស) [6(p341)]	

***បញ្ជូនស្ត្រីជាបន្ទាន់ បើស្ត្រីមានសញ្ញាមិនធម្មតាណាមួយទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងទារកទើបកើត (CEmONC/CPA2 or CPA3) មុនពេលបញ្ជូនសូមផ្តល់ការសង្គ្រោះបឋម និងសូមបំពេញ អាយុគភ៌ និងការចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល (មុនសម្រាល ពេលសម្រាល ក្រោយសម្រាល)**

ក្នុងដំណាក់កាលទី2នៃការឈឺពោះសម្រាល

4. ស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃ	**សញ្ញាធម្មតា**	**សញ្ញាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ ***
ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងទារក	រៀងរាល់ 5 នាទី[1(p67)]	នៅចន្លោះស្បូនកន្ត្រាក់ម្តងៗ[1(p88), 2(D14)]
ប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល	**សញ្ញាធម្មតា**	**សញ្ញាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ ***
ការចុះនៃក្បាលកូន	សង្កេតរៀងរាល់ពេលប្រឹង	
ការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន (ភាពញឹកញាប់ រយៈពេល កំលាំង)	រៀងរាល់ 10នាទី[1(p67)]	
តាមដានស្ថានភាពរបស់ស្ត្រី	**សញ្ញាធម្មតា**	**សញ្ញាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ ***
សញ្ញាជីវិត(សម្ពាធឈាម, ជីពចរ, កំដៅរាងកាយ)	រៀងរាល់ 5នាទី[7]	
ការធ្លាក់ឈាម	រៀងរាល់ 5នាទី	

*** បញ្ជូនស្ត្រីជាបន្ទាន់ បើស្ត្រីមានសញ្ញាមិនធម្មតាណាមួយទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងទារកទើបកើត (CEmONC/CPA2 or CPA3) មុនពេលបញ្ជូនសូមផ្តល់ការសង្គ្រោះបឋម និងសូមបំពេញ អាយុគភ៌ និងការចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល (មុនសម្រាល ពេលសម្រាល ក្រោយសម្រាល)**

Reference;

1. *Safe Motherhood Clinical Management National Protocol for health center* (2016) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia
2. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: A guide for essential practice* (2015) WHO
3. *Midwifery Curriculum for Health Center* (2016) NMCHC
4. *Intrapartum core for health women and babies, Clinical guidelines190* (2014) NICE
5. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Pregnancy, Manageing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors* (2017) WHO
6. *Williams obstetrics* 24th edition (2014)
7. *Partograph Guideline for labor monitoring*

ឧបសម្ព័ន្ធ ៣

បញ្ជីឈ្មោះសម្ភារៈប្រើប្រាស់

ទាំងនេះគឺជាបញ្ជីឈ្មោះសម្ភារៈប្រើប្រាស់ដើម្បីប្រមូលព័ត៌មានជាមួយនឹងតារាងវាយតម្លៃដំបូង និង ផ្តល់នូវការព្យាបាលចាំបាច់មុនពេលបញ្ជូន ។

ជំពូក	សម្ភារៈ
១.ករណីបញ្ជូនបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ	
១-១. ស្មារតី	ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត ៥ក្រាម/១០មីលីលីត្រ
	សេរ៉ូមប្រៃ (សម្រាប់ពង្រាវ)
	សេរ៉ូមប្រៃ ១លីត្រ(សម្រាប់ព្យួរសេរ៉ូម)
	ម្ជុលចាក់សរសៃវ៉ែនលេខ២៥G
	ទុយោបន្តោងសេរ៉ូម (២០ដំណក់/១មីលីលីត្រ)
	សេរាំង ៣០មីលីលីត្រ
	សេរាំង ១០មីលីលីត្រ
១-២. ផ្លូវដង្ហើមនិងការដកដង្ហើម	បំពង់អុកស៊ីសែន
	ម៉ាស់អុកស៊ីសែន ឬ cannula
១-៣. សញ្ញាស្តុក	ប្រដាប់វាស់សម្ពាធឈាម
	ម្ជុលកាតេទ័រលេង១៦G ឬ១៨G
	សេរ៉ូមឡាក់តាតរីងគរ ឬសេរ៉ូមប្រៃ១លីត្រ
	ទុយោបន្តោងសេរ៉ូម (២០ដំណក់/១មីលីលីត្រ)
១-៥. គ្រុនក្តៅ	ទែម៉ូម៉ែត្រ
២.ស្តាប់ការត្អូញត្អែររបស់ស្ត្រី	
២-២ ជ្រាបទឹកតាមទ្វារមាស	ប្រដាប់បើកមាត់ស្បូន (Speculum ឬ S/M)
	(ថ្នាំអំពីស៊ីលីន១ក្រាម (as sodium salt) ក្នុងកូនដប)
	(ថ្នាំហ្សង់តាមីស៊ីន ៨០មីលីក្រាម (as sulfate)/ មីលីលីត្រ)
៣.ព័ត៌មានទូទៅនិងប្រវត្តិសម្ភពរបស់ស្ត្រី	
៣-១.អាយុនៃគភ៌ពេលចូលសម្រាកពេទ្យ	កងប្រតិទិនរបស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ
៣-២. កម្ពស់ស្បូន ពេលចូលសម្រាកពេទ្យ	ខ្សែម៉ែត្រ
៣-៦. កំពស់ស្ត្រី	ម៉ែត្រ
៣-៧. ភាពស្លេកស្លាំង	ប្រដាប់តេស្តភាពស្លេកស្លាំង (អេម៉ូខ្សូ)
៣-៨.ស្ថានភាព - ផ្ទុកមេរោគ/ជំងឺអេដស៍ - ជំងឺស្វាយ	តេស្តរកមេរោគអេដស៍រហ័ស
	តេស្តរកមេរោគស្វាយរហ័ស
	តេស្តរកមេរោគអេដស៍និងស្វាយរហ័ស
៤. សង្កេតស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃ	
៤-១-១.ចង្វាក់បេះដូងទារក	ឌុបភ្លរ
៥.ការប៉ាន់ប្រមាណការវិវត្តការឈឺពោះសម្រាល	
៥-២.កំណត់ដំណាក់កាលការឈឺពោះសម្រាល	ស្រោមដៃ

៥-៣-១ កំលាំង (ការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន)	នាឡិកា
៦.ការសង្កេតមើលស្ថានភាពម្តាយ	
៦-១. សម្ពាធឈាម	ប្រដាប់វាស់សម្ពាធឈាម
៦-៤. កម្តៅរាងកាយ	ទែរម៉ូម៉ែត្រ
៦-៥. ការពិនិត្យទឹកនោម	ប្រដាប់តេស្តទឹកនោមសម្រាប់មើលប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម
៦-៦. ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស	រង្វាស់

ឯកសារយោង

១. *Safe Motherhood Clinical Management National Protocol for health center* (2016) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia

២. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: A guide for essential practice* (2015) WHO

៣. *Midwifery Curriculum for Health Center* (2016) NMCHC

៤. *Intrapartum core for health women and babies, Clinical guidelines190* (2014) NICE

៥. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Pregnancy, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors* (2017) WHO

៦. *Williams obstetrics* 24th edition (2014)

៧. *Methods for Estimating the Due Date*, Committee Opinion No. 611. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2017; Number 700:

៨. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. — 2*nd* ed. Ver.3, WHO

៩. Marshall, J. and Raynor, M. (2014). *Myles Textbook for midwives*. 16*th* ed. Elsevier.

១០. World Health Organization, 2004, *Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development,* Department of Child and Adolescent Health and Development World Health Organization, Geneva

១១. *National Guideline for the prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis*, 2016, 4th edition Ministry of Cambodia

១២. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, eLearning and Simulation for Instrumental Delivery (EaSi), resourse, Accessed on 15th June, Available at: https://elearning.rcog.org.uk/tutorials/technical-skills/elearning-and-simulation-instrumental-delivery-easi/easi-resource

១៣. World Health Organization, 2018, *WHO recommendations Intrapartum care*

for a positive childbirth experience. Geneva: WHO

១៨. NMCHC and JICA Project for Improving Maternal and New born Care through Midwifery Capacity Development, 2011, *Guide to Individualized Midwifery Care for Normal Pregnancy and Birth*

១៩. De Santis, M., De Luca, C., Mappa, I., Spagnuolo, T., Licameli, A., Straface, G., and Scambia, G., 2012, Syphilis Infection during Pregnancy: Fetal Risks and Clinical Management. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2012, pp.1-5

សមាជិករៀបរៀងនិងប្រែសម្រួលសៀវភៅណែនាំនេះ:

<Core members from NMCHC>

Prof. Tung Rathavy	Director
Assi Prof. Pech Sothy	Deputy director, In-charge of Traning Unit
Asso Prof. Som vanrithy	Chief of Technical Bureau
Dr. Saing Sona	Vice chief of Training Unit
Dr. Nuon Veasna	Chief of Labour and Delivery ward
Dr. Ros Saphath	Vice chief of Labour and Delivery ward
Dr. Krouch Rayounette	Vice chief of Outpatient department
Ms. Chhay Sveng Chea Ath	Director of Nursing, President, Cambodian Midwifery Association
Ms. Oung Lida	Chief of Nursing, Labour and Delivery ward,
Ms. Keo Vantha	Chief of Nursing, Maternity and Postnatal Care
Ms. Pan Kimleang	Chief of Nursing, Outpatient department
Ms. Chhin Soknay	Midwife, Training Unit
Ms. Heng Ngim	Midwife, Training Unit Vice president, Cambodian Midwifery Association

<Special technical supervisors>

Prof. Koum Kanal	President, Cambodian Society of Gynecology & Obstetrics
Prof. Keth Ly Sotha	Vice-president, Cambodian Society of Gynecology & Obstetrics
Assi Prof. Uong Sokhan	Cambodian Society of Gynecology & Obstetrics

<JICA IINeoC experts >

Ms. Kanda (Ishioka) Miwa	Short-term expert (Midwifery care)
Ms. Masuda Chisato	Short-term expert (Midwifery care)

Ms. Masaki Yoko	Long-term expert (community maternal and newborn health)
Ms. Tsukada Minori	Long-term expert (Midwifery care)
Dr. Matsui Mitsuaki	Short-term expert (Obstetric care)
Dr. Iwamoto Azusa	Chief advisor

<JICA IINeoC project staff >

Ms. Neang Munin	Technical staff
Mr. Hong Sunhao	Technical staff