ជំពូក៣ ៖ ទំរង់ការ

SECTION 3: PROCEDURES

ការធ្វើអោយស្ពឹកដោយចាក់នៅក្បែរមាត់ស្បូន

តារាង P-1 **លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ និង ការប្រុងប្រយត្ន័ជាមុនចំពោះការធ្វើអោយស្ពឹកដោយចាក់នៅក្បែរមាត់ស្បូន**

លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ	ការប្រុងប្រយត្ន័ជាមុន
• ការពង្រីក និង កោស • ការបូមដោយប្រដាប់បូមដៃ	• ត្រូវអោយច្បាស់ថាវាគ្មានប្រតិកម្មជាមួយ Lignocaine ឬ ថ្នាំក្រុមដូចគ្នា • មិនត្រូវចាក់ចូលសរសៃឈាម • ផលវិបាកសំរាប់ម្តាយមានតិចតួចតែត្រូវរាប់បញ្ចូលកំណកដុំឈាម ។

- ពិនិត្យគោលការណ៍នៃការថែទាំទូទៅឡើងវិញ (**ទំព័រ C-17**)
- រៀបចំ Lignocaine 0.5% 20mL ដែលគ្មាន Adrenaline (**ទំព័រ C-39**)
- ប្រើម្ជុល 3.5-cm, ខ្នាត 22 ឬ 25 ដើម្បីចាក់ Lignocaine
- **ប្រសិនបើប្រើដង្កៀបមានធ្មេញដើម្បីចាប់មាត់ស្បូន** ចាក់លើកទី 1 ចំនួន 1mL នៃល្បាយ 0.5% Lignocaine ទៅក្នុងបបូរខាងមុខ ឬ ខាងក្រោយរបស់មាត់ស្បូនមួយណាដែលឃើញពេលបើកដោយចំពុះទា ។

  កំណត់សំគាល់:ជាមួយនឹងការរំលូតមិនអស់គេប្រើដង្កៀបចិញ្ចៀនប្រហោង ព្រោះវាធ្វើអោយរហែកមាត់ស្បូនតិចជាងការប្រើដង្កៀបធ្មេញស្រួចពេលទាញមាត់ស្បូន ហើយមិនចាំបាច់ប្រើ Lignocaine ពេលប្រើវា ។

- ជាមួយដង្កៀបធ្មេញស្រួច ឬ ចិញ្ចៀនប្រហោង បញ្ឈរលើមាត់ស្បូនប្រើកំលាំងទាញបន្តិចហើយធ្វើចលនាដើម្បីជួយអោយឃើញកន្លែងនៅចន្លោះអេពីតេលីយ៉ូម មាត់ស្បូនដែលរលោង និង ជាលិកាទ្វារមាសនេះជាកន្លែងដែលសំរាប់ចាក់ម្ជុលជុំវិញមាត់ស្បូន ។
- ចាក់ម្ជុលនៅខាងក្រោមផ្ទាល់អេពីតេលីយ៉ូម

  ល្បិចមានប្រយោជន៏ (Tip) : គ្រូពេទ្យខ្លះបានអោយយោបល់នូវដំណាក់ការដូចខាងក្រោមដើម្បីបង្វែរការចាប់អារម្មណ៍របស់ស្រ្តីពីការចាក់បញ្ចូលម្ជុល : ល្បិចគឺដាក់ចុងម្ជុលនៅជាប់លើកន្លែងដែលយើងជ្រើសរើសដើម្បីចាក់ ហើយបង្គាប់អោយស្រ្តីក្អកធ្វើដូចនេះម្ជុលអាចចាក់ចូលក្រោមផ្ទៃនៃជាលិកាបាន ។

  កំណត់សំគាល់ :បូមចេញ(ដកពីស្តុង)ដើម្បីអោយច្បាស់ថាម្ជុលមិនចាក់ចូលក្នុងសរសៃឈាម ។ ប្រសិន **បើមានឈាមបូមចូលក្នុងស៊ីរាំងដកម្ជុលចេញវិញ**។ រកទីតាំងថ្មីដោយប្រយត្ន័ហើយសាកល្បងម្តងទៀត ។ កុំបាញ់បញ្ចូលប្រសិនបើមានឈាមបូមចូល ។ **ស្រ្តីអាចប្រកាច់ហើយស្លាប់ប្រសិនបើការចាក់ Lignocaine** នេះ **ចូលក្នុងសរសៃឈាម**។

- ចាក់បញ្ចូលល្បាយ Lignocaine 2mL នៅក្រោមអេពីតេលីយ៉ូមផ្ទាល់ កុំចាក់ជ្រៅជាង 3 mm នៅកន្លែងលេខ 3 , 5 , 7 និង 9 (**រូប P-1**) កន្លែងជ្រើសរើសដើម្បីចាក់ គឺនៅលេខ 2 និង លេខ 10 កាលណាចាក់បានត្រឹមត្រូវគេអាចឃើញជាលិកាឡើងប៉ោងហើយឡើង សស្លេក ។
- ក្រោយពីចាក់បានមួយឈុតមកចាំ 2 នាទីរួចបន្ទាប់មកចាប់មាត់ស្បូនដោយដង្កៀប ប្រសិនបើ**ស្ត្រីនៅដឹងការចាប់នេះ** រង់ចាំ 2 នាទីទៀតហើយបន្ទាប់មកចាប់ផ្តើមធ្វើការ ។

ឆាប់ចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីទុកពេលអោយវាមានប្រសិទ្ធិភាព

រូបភាព P-1

កន្លែងចាក់ក្បែរមាត់ស្បូនសំរាប់ធ្វើអោយស្ពឹក

ការធ្វើអោយស្ពឹកសរសៃវិញ្ញាណ Pudendal (សរីរាង្គបន្តពូជខាងក្រៅ)

តារាង P-2 **លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ និង ការប្រុងប្រយត្ន័ជាមុនសំរាប់ការធ្វើអោយស្ពឹកសរីរាង្គបន្តពូជខាងក្រៅ**

លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ	ការប្រុងប្រយត្ន័ជាមុន
• ការប្រើសម្ភារៈដើម្បីសំរាល ឬ ការសំរាលកូនច្រាសជើង • ការកាត់ទ្វារ និង ដូសជុលបេរីណេរហែក • ការចោះក្បាល ឬចោះបង្ហូរទឹកក្បាល	• ត្រូវអោយច្បាស់ថាគ្មានប្រតិកម្មជាមួយ លីញ៉ូកាអីន ឬ ថ្នាំក្រុមដូចគ្នា • មិនត្រូវចាក់ចូលសរសៃឈាម

- ពិនិត្យគោលការណ៍នៃការថែទាំទូទៅឡើងវិញ (**ទំព័រ C-17**)
- រៀបចំ Lignocaine 0.5% 40 mL ដែលគ្មាន Adrenaline(**ទំព័រ C-39**)

  កំណត់សំគាល់ : វាជាការល្អដែលត្រូវកំណត់ការចាក់អោយស្ពឹកសរីរាង្គបន្តពូជខាងក្រៅត្រឹម 30 mL ដូច្នេះចំណុះល្បាយអតិបរមាចំនួន 10 mL បន្ថែមទៀតអាចចាក់បញ្ចូលទៅក្នុងបេរីណេនៅពេលគេ ដូសជុលការរហែក ប្រសិនណាគេត្រូវការ ។

- ប្រើម្ជុល 1.5-cm, ខ្នាត 22 ដើម្បីចាក់ Lignocaine

គោលដៅគឺសរសៃវិញ្ញាណ Pudendal របស់សរីរាង្គបន្តពូជខាងក្រៅ ដែលវាឆ្លងកាត់ស្នាមសរសៃស៊ីយ៉ាទិក ។ វាមានផ្លូវដែលអាចធ្វើ :

- ឆ្លងកាត់បេរីណេ
- ឆ្លងកាត់រន្ធទ្វារមាស

ផ្លូវចូលតាមបេរីណេមិនទាមទារសម្ភារៈពិសេសទេ ។ សំរាប់ផ្លូវចូលតាមរន្ធទ្វារមាសត្រូវមានម្ជុលនាំផ្លូវពិសេសមួយ (" trumpet "), ប្រសិនបើមានផ្តល់សំភារៈការពារម្រាមដៃអ្នកធ្វើ ។

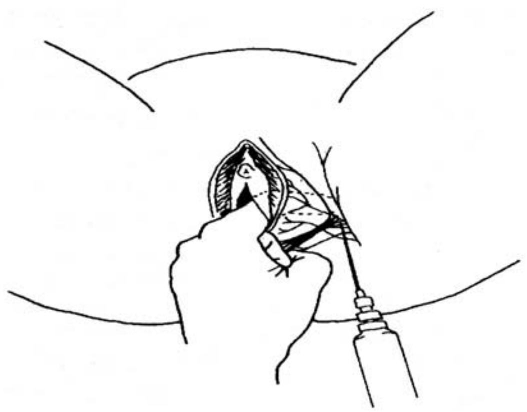
ផ្លូវឆ្លងកាត់បេរីណេ

- ចាក់បញ្ចូលតាមស្បែកបេរីណេលើផ្នែកទាំងសងខាងរបស់រន្ធទ្វារមាស ដោយប្រើល្បាយ Lignocaine 10 mL

  កំណត់សំគាល់ :បូមចេញ(ដកពីស្តុង)ដើម្បីអោយច្បាស់ថាពុំមានចាក់ចូលក្នុងសរសៃឈាម ។ ប្រសិនបើ **មានឈាមចូលក្នុងស៊ីរ៉ាំងពេលបូមចេញដកម្ជុលវិញ** ។ រកកន្លែងថ្មីដោយប្រុងប្រយត្ន័ហើយសាកល្បងម្តងទៀត ។ សូមកុំចាក់បញ្ចូលអោយសោះប្រសិនបើមានឈាមបូមចេញមក ។ **ស្ត្រីអាចប្រកាច់ហើយស្លាប់ប្រសិនបើចាក់លីញ៉ូកាអ៊ីននេះចូលសរសៃឈាម ។**

- ពាក់ស្រោមដៃដែលរំងាប់មេរោគកំរិតខ្ពស់ ដាក់ម្រាមដៃពីរក្នុងរន្ធទ្វារមាស ហើយនាំផ្លូវម្ជុលឆ្លងតាមជាលិកាបេរីណេឆ្ពោះទៅខាងចុងឆ្អឹងអ៊ីស៊ីយ៉ាល់(ischial **spines**)ខាងឆ្វេងរបស់ស្ត្រី(**រូប P-2 ទំព័រ P-4**)

រូបភាព P-2 **ផ្លូវចូលតាមប៉េរីណេ**



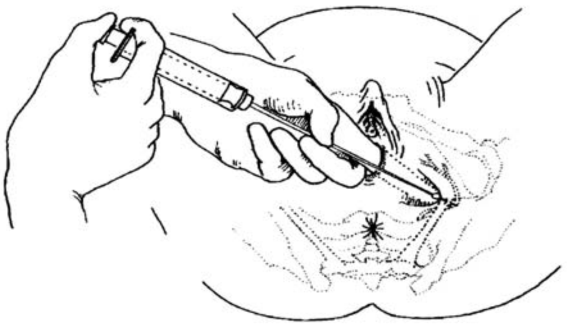
- ចាក់បញ្ចូលល្បាយ Lignocaine 10 mL ក្នុងមុំចន្លោះចុងឆ្អឹងអ៊ីស្យ៉ាល់ និង ដុំពកអ៊ីស្យ៉ាល់
- រុញម្ជុលឆ្លងពួរភ្ជាប់សាក្រូស្ពីនូស ហើយចាក់បញ្ចូលល្បាយលីដូកាអ៊ីន 10 mL ផ្សេងទៀត
- ធ្វើឡើងវិញនូវទម្រង់ការដដែលនៅផ្នែកម្ខាងទៀត
- **ប្រសិនបើគេធ្វើការកាត់ទ្វារមាស** ចាក់បញ្ចូលទៅក្នុងកន្លែងដែលត្រូវកាត់តាមរបៀបធ្វើនៅពេលនេះតែ ម្តង (**ទំព័រ P-71**)
- នៅចុងបញ្ចប់នៃការចាក់បញ្ចូលរង់ចាំ ២ នាទី បន្ទាប់មកច្បិចដោយដង្កៀប ។ ប្រសិនបើ**ស្ត្រីអាចដឹងការច្បិច**នេះរង់ចាំ ២ នាទីទៀតហើយបន្ទាប់មកធ្វើតេស្តសារជាថ្មី ។

ឆាប់ចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីទុកពេលអោយវាមានប្រសិទ្ធិភាព

ផ្លូវឆ្លងកាត់រន្ធទ្វារមាស

- ពាក់ស្រោមដៃដែលរំងាប់មេរោគកំរិតខ្ពស់ ប្រើចង្អុលដៃឆ្វេងដើម្បីស្ទាបរកចុងឆ្អឹងអ៊ីស៊ីយ៉ាល់ខាងឆ្វេងរបស់ស្ត្រីឆ្លងតាមជញ្ជាំងនៃរន្ធទ្វារមាស (**រូប P-3**)

រូបភាព P-3 **ផ្លូវឆ្លងតាមរន្ធទ្វារមាសដោយពុំមានម្ជុលនាំផ្លូវ**



- ប្រើដៃស្តាំដើម្បីរុញម្ជុលនាំផ្លូវទៅមុខឆ្ពោះទៅឆ្អឹងឆ្វេងទប់ចុងម្រាមដៃឆ្វេងជាប់ជាមួយនិងចុងម្ជុលនាំផ្លូវ
- ដាក់ម្ជុលនាំផ្លូវខាងក្រោមផ្នែកខាងចុងឆ្អឹង អ៊ីស៊ីយ៉ាល់

ចងចាំត្រូវទប់ចុងម្រាមដៃក្បែរចុងម្ជុលនាំផ្លូវ ។ កុំដាក់ចុងម្រាមដៃអោយហួសចុងម្ជុលនាំផ្លូវព្រោះងាយអាចអោយម្ជុលមុតដៃបាន ។

- រុញទៅមុខម្ជុលលេខ 22 ប្រវែង 15cm ភ្ជាប់ជាមួយស៊ីរាំង តាមម្ជុលនាំផ្លូវ ។
- ចាក់ចូលក្នុងស្បែករន្ធទ្វារមាសរហូតដល់ម្ជុលចាក់ទម្លុះពួរភ្ជាប់ សាក្រូស្ពីនូស

កំណត់សំគាល់ :បូមចេញ(ដកពីស្តុង) ដើម្បីអោយច្បាស់ថាពុំមានចាក់ចូលសរសៃឈាម ។ ប្រសិនបើ **មានឈាមចូលក្នុងស៊ីរាំងពេលបូមចេញដកម្ជុលវិញ** ។ រកកន្លែងថ្មីដោយប្រុងប្រយត្ន័ហើយសាកល្បងម្តងទៀត ។ សូមកុំចាក់បញ្ចូលអោយសោះប្រសិនបើមានឈាមពេលបូមចេញមក ។

ស្ត្រីអាចប្រកាច់ ហើយស្លាប់ ប្រសិនបើការចាក់លីញ៉ូកាអ៊ីននេះចូលសរសៃឈាម ។

- ចាក់បញ្ចូលល្បាយ Lignocaine 10 mL
- ដកម្ជុលពីក្នុងម្ជុលនាំផ្លូវហើយតម្រង់ម្ជុលនាំផ្លូវទៅក្រោមចុងឆ្អឹងអ៊ីស៊ីយ៉ាល់
- ចាក់ចូលរន្ធទ្វារមាស ហើយបូមចេញសារជាថ្មីដើម្បីអោយច្បាស់វាគ្មានចាក់ចូលសរសៃឈាម
- ចាក់បញ្ចូលល្បាយលីញ៉ូកាអ៊ីន 5ml ថ្មីទៀត ។
- ធ្វើទម្រង់ការជាថ្មីលើផ្នែកម្ខាងទៀត ដោយប្រើចង្អុលដៃស្តាំដើម្បីស្ទាបរកចុងឆ្អឹងអ៊ីស៊ីយ៉ាល់ខាងស្តាំរបស់ស្ត្រី ។ ប្រើដៃឆ្វេងដើម្បីរុញម្ជុលទៅមុខ និង ម្ជុលនាំផ្លូវ ហើយចាក់បញ្ចូលល្បាយ លីញ៉ូកាអ៊ីន ។
- **ប្រសិនបើគេធ្វើការកាត់ទ្វារមាស** ចាក់បញ្ចូលទៅក្នុងកន្លែងដែលត្រូវកាត់តាមរបៀបធ្វើនៅពេលនេះ តែម្តង **(ទំព័រ P-71)**
- នៅចុងបញ្ចប់នៃការចាក់បញ្ចូលរង់ចាំ2នាទីហើយបន្ទាប់មកច្បិចដោយដង្កៀប ។ ប្រសិនបើស្ត្រីអាចដឹងការច្បិចនេះរង់ចាំ ២ នាទីទៀតហើយបន្ទាប់មកធ្វើតេស្តសារជាថ្មី ។

ឆាប់ចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីទុកពេលអោយវាមានប្រសិទ្ធិភាព

ការធ្វើអោយស្ពឹកនៅនឹងកន្លែងសំរាប់ការវះកាត់យកកូន

ការធ្វើអោយស្ពឹកនៅនិងកន្លែងគឺមិនបណ្តាលអោយមានគ្រោះថ្នាក់ដូចជាការដាក់ថ្នាំសណ្តំទូទៅដោយកេតាមីន ឬ ចាក់អោយស្ពឹកតាមឆ្អឹងខ្នងនៅពេលណាគ្មានអ្នកចេះដាក់ថ្នាំទាំងអស់នោះ ឬ ក៏គ្មានអ្នកជំនាញដាក់ថ្នាំសណ្តំ ។

ការប្រើ ការធ្វើអោយស្ពឹកនៅនឹងកន្លែងសំរាប់ការវះកាត់យកកូនទាមទារអោយអ្នកធ្វើពន្យល់ដល់ស្ត្រី ធ្វើអោយគេមានការទុកចិត្តនៅពេលប្រតិបត្តិទម្រង់ការ ។ អ្នកធ្វើត្រូវតែចាំថាស្ត្រីនោះនៅដឹងខ្លួន ហើយនៅឡោ (Alert) ហើយ គប្បីប្រើប្រាស់សម្ភារៈ និង ចាប់កាន់ជាលិកា ដោយថ្នមតាមតែអាចធ្វើបាន ។

តារាង P-3 លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ និង ការប្រុងប្រយត្ន័សំរាប់ការធ្វើអោយស្ពឹកក្នុងការវះកាត់យកកូន

លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ	ការប្រុងប្រយ័ត្នជាមុន
• ការវះយកកូន(ពិសេសសំរាប់ស្ត្រីមានជម្ងឺខ្សោយបេះដូង)	• ហាមប្រើចំពោះស្ត្រីមានជម្ងឺក្រឡាភ្លើង ប្រកាច់ ឬ ធ្លាប់មានវះពោះ ។ • ហាមប្រើចំពោះស្ត្រីធាត់ ថប់ ឬ ប្រតិកម្មជាមួយលីដូកាអ៊ីន និងថ្នាំក្រុមជាមួយ ។ • ហាមប្រើប្រសិនបើគ្រូពេទ្យវះកាត់គ្មានការពិសោធន៍ក្នុងការវះកាត់យកកូន ។ • កុំចាក់ចូលក្នុងសរសៃឈាម ។

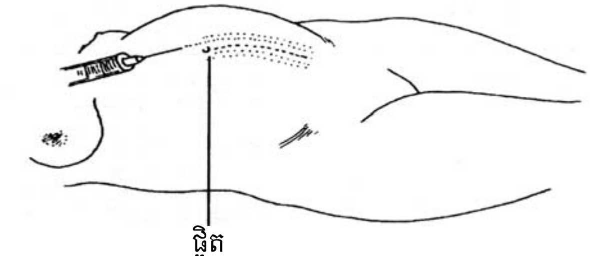
- មើលឡើងវិញគោលការណ៍នៃការថែទាំទូទៅ(**ទំព័រC-17**)រួចចាប់ផ្តើមចាក់តាមសរសៃឈាម(**ទំព័រC-21**)
- រៀបចំល្បាយលីដូកាអ៊ីន 0.5%-200 mL ជាមួយ 1:200.000 អាដ្រេណាលីន(**ទំព័រC-39**) ។ ជាធម្មតាគេត្រូវការតិចជាង ពាក់កណ្តាលនៃចំណុះនេះ (ប្រហែល 80 mL) នៅរយៈពេល 1 ម៉ោងដំបូង ។
- ប្រសិនបើកូននៅរស់ផ្តល់ ប៉េទីឌីន 1mg/kg នៃទម្ងន់ខ្លួន (ប៉ុន្តែកុំអោយលើសពី 100mg) ចាក់តាមសរសៃយឺត១ (ឬ ផ្តល់ម័រហ្វីន 0.1mg/kg នៃទម្ងន់ខ្លួន ចាក់តាមសាច់ដុំ)ហើយផ្តល់ប្រូមេតាស៊ីន 25mg ចាក់តាមសរសៃក្រោយពេលសំរាល ។ការផ្តល់ផ្លាស់ចុះឡើងរវាងប៉េទីឌីន និងប្រូម៉េតាស៊ីនអាចអោយបានមុនពេលសំរាលប៉ុន្តែកូនតូចត្រូវការគេផ្តល់ណាឡុកសូន0,1mg/ kgនៃទម្ងន់ខ្លួនចាក់តាមសរសៃនៅពេលកើត ។
- កាលណាកូនស្លាប់ហើយផ្តល់ប៉េទីឌីន 1mg/kg នៃទម្ងន់ខ្លួន (ប៉ុន្តែកុំអោយលើសពី 100mg) ចាក់តាមសរសៃយឺត១(ឬ ផ្តល់ ម័រហ្វីន 0,1mg/ kg នៃទម្ងន់ខ្លួន ចាក់សាច់ដុំ)រួចប្រូម៉េតាស៊ីន 25mg ចាក់សរសៃ ។

និយាយជាមួយស្ត្រីហើយធ្វើអោយគេមានការទុកចិត្តនៅពេលប្រតិបត្តិទម្រង់ការ

- ប្រើម្ជុលប្រវែង 10cm ចាក់បញ្ចូលក្នុងស្បែក 1 ផ្ទាំង និង ជាលិកាក្រោមស្បែកជុំវិញកន្លែងដែលវះប្រវែង 2 ធ្នាប់ដៃ(***រូប* P-4**)

កំណត់សំគាល់ :បូមចេញ(ដកពីស្តុង) ដើម្បីអោយច្បាស់ថាពុំមានចាក់ចូលសរសៃឈាម ។ **ប្រសិនបើមានឈាម ចូលក្នុងស៊ីរ៉ាំងពេលបូមចេញ ដកម្ជុលវិញ**។ រកកន្លែងថ្មីដោយប្រុងប្រយត្ន័ ហើយសាកល្បងម្តងទៀត ។ សូមកុំចាក់បញ្ចូលអោយសោះប្រសិនបើមានឈាមបូមចេញមក ។ **ស្ត្រីអាចប្រកាច់ហើយស្លាប់ ប្រសិនបើការចាក់លីញ៉ូកាអ៊ីននេះចូលសរសៃឈាម ។**

***រូប* P-4** **ការចាក់បញ្ចូលស្បែក និង ជាលិកាក្រោមស្បែកក្នុងការធ្វើអោយស្ពឹកសំរាប់ការវះកាត់យកកូន**



- ចាក់ល្បាយ លីញ៉ូកាអ៊ីន 3-4 cm ក្នុងផ្នែកទាំងសង្ខាងនៃបន្ទាត់កណ្តាលចាប់ពីឆ្អឹងពុយប៊ីស ដល់ចំណុច 5 cm លើផ្ចិត ។
- ចាក់បញ្ចូលល្បាយ លីញ៉ូកាអ៊ីនចុះដល់ស្រទាប់ក្រោមនៃជញ្ជាំងពោះ ។ ម្ជុលត្រូវតែដាក់អោយនៅស្របនិងស្បែក ។ ត្រូវប្រយត្ន័កុំចាក់ទំលុះបេរីតូនីញ៉ូមហើយចាក់ម្ជុលចូលក្នុងស្បូន ដោយហេតុថាពោះមានភាពស្តើងណាស់នៅពេល គភ៌គ្រប់ខែ ។
- នៅចុងចប់នៃការចាក់បញ្ចូលរង់ចាំ២នាទីបន្ទាប់មកច្បិចកន្លែងដែលត្រូវវះដោយដង្កៀប។ ប្រសិនបើ**ស្ត្រីអាចដឹងការច្បិច**នេះរង់ចាំ ២ នាទីទៀត បន្ទាប់មកធ្វើតេស្តឡើងវិញ ។

ឆាប់ចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីទុកពេលអោយវាមានប្រសិទ្ធិភាព

កំណត់សំគាល់ :ប្រសិនបើការ**វះកាត់យកកូនអនុវត្តក្រោមការចាក់ថ្នាំស្ពឹក** យើងត្រូវបើកពោះវែងជាង4 cm លើសពីការវះដោយប្រើការសណ្តំ ។ **ការវះ Pfannenstiel គួរកុំធ្វើ**នៅពេលនេះព្រោះថាប្រើរយៈពេលយូរ ការរួមចូលនៃមុខរបួសមកវិញវាយឺតណាស់ ហើយត្រូវប្រើថ្នាំស្ពឹកច្រើនជាង។

ភាពស្លឹកអាចកើតមានយ៉ាងយូរប្រហែល ៦០នាទី

បន្តធ្វើការវះកាត់យកកូន (**ទំព័រ P-43**) ដោយចងចាំថា :

- កុំប្រើស្បែធំ ។ ប្រើប្រដាប់ទាញតូចៗតាមតែអាចធ្វើបានហើយប្រើកម្លាំងអប្បបរិមា ។
- បាញ់បញ្ចូលល្បាយលីដូកាអ៊ីន 30 mL ក្រោមប៉េរីតូនីញ៉ូមរបស់ ស្បូន-ប្លោកនោមអោយឆ្ងាយទៅទាំងសង្ខាង ផ្នែកចំហៀងនិងជុំវិញពួរ ។ គ្មានបន្ថែមថ្នាំស្ពឹកដទៃទៀតទេ។ ប៉េរីតូនីញ៉ូមអាចឈឺតែសាច់ដុំស្បូនមិនឈឺទេ ។
- ផ្តល់អោយស្ត្រីដឹងថាគាត់អាចដឹងមានភាពមិនស្រួលខ្លះពីការទាញកាលណាកូនកើត។ ជាធម្មតាគ្មានអ្វីកើតឡើងច្រើនជាងពេលសំរាលតាមទ្វារមាសនោះឡើយ ។
- ដេរស្បូនដោយកុំបញ្ចេញវាពីក្នុងពោះ ។
- ការធ្វើអោយស្ពឹកបន្ថែមអាចត្រូវការដើម្បីដេរពោះ ។

ការធ្វើអោយស្ពឹកដោយចាក់តាមឆ្អឹងខ្នង (ស៊ុបអារ៉ាក់ណូអ៊ីត)(Spinal Anaesthesia)

តារាង P-4 លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ និង ការប្រុងប្រយត្ន័ជាមុនចំពោះការធ្វើអោយស្ពឹកដោយចាក់តាមឆ្អឹងខ្នង

លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ	ការប្រុងប្រយត្ន័ជាមុន
• ការវះយកកូន • ការវះពោះ • ការដេរ ការរហែកប៉េរីណេ ដឺក្រេទី៣ និង ទី៤	• ត្រូវអោយច្បាស់ថាគ្មានប្រតិកម្មជាមួយ លីដូកាអ៊ីន ឬថ្នាំក្រុមជាមួយ • ហាមមិនអោយប្រើលើស្ត្រី ដែលពុំទាន់កែចំណុះឈាម ស្លេកស្លាំងខ្លាំង-វិបត្តិកំណកឈាម-ធ្លាក់ឈាម-ក្លាយរោគ នៅនឹងកន្លែង-ជំងឺក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ប្រកាច់ ឬ ខ្សោយ បេះដូង បណ្តាលពីជំងឺបេះដូង

- ពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ថែទាំទូទៅ(**ទំព័រC-17**) ហើយចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃ(**ទំព័រC-21**)
- ចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូម 500 - 1000 mL (សេរ៉ូមប្រៃ ឬ Ringer's lactate) ដើម្បីផ្ទុកជាមុនដល់ស្ត្រី និង ចៀសវាងការធ្លាក់ចុះសម្ពាធឈាម ។ កិច្ចការនេះត្រូវធ្វើ ៣០ នាទីមុនការធ្វើអោយស្ពឹក ។
- រៀបចំ ថ្នាំស្ពឹក1.5 mL : លីដូកាអ៊ីន 5% ក្នុង ដិចស្ត្រូ 5%បន្ថែម អាដ្រេណាលីន 0.25 mL (1 : 1000) ប្រសិនបើចង់បានការស្ពឹកលើសពី 45នាទី ។
- ដាក់អោយស្ត្រីដេកចំហៀង (ឬ អង្គុយ) ដើម្បីអោយច្បាស់ថាឆ្អឹងខ្នងផ្នែកចង្កេះបត់ទៅមុខបានល្អ ។ អោយស្ត្រីបត់ក្បាលទៅលើដើមទ្រូងគាត់ ហើយចំកោងខ្នងតាមដែលអាចធ្វើបាន ។
- រកអោយឃើញរួចគូសចំណាំកន្លែងដែលត្រូវចាក់ ។ ខ្សែបញ្ឈរមួយដែលគូសពីលើកំពូលឆ្អឹង អ៊ីលីយ៉ាក់ កាត់តាមឆ្អឹងខ្នងនៅចន្លោះទ្រនុងឆ្អឹងចង្កេះទី ៤ និង ទី ៥ ។ជ្រើសរើសកន្លែងនេះ ឬ កន្លែងដែលខ្ពស់ជាងវាបន្តិច ។

> **ភាពស្អាតគ្មានមេរោគគឺសំខាន់ ។ កុំប៉ះពាល់ចុង ឬ តួម្ជុលសំរាប់ចាក់ឆ្អឹងខ្នងដោយដៃ ។ កាន់តែនៅលើដងម្ជុល ។**

- ចាក់បញ្ចូលល្បាយលីដូកាអ៊ីន 1% ដោយប្រើម្ជុលតូចឆ្មារដើម្បីធ្វើអោយស្ពឹកស្បែករបស់ស្ត្រី ។
- បញ្ចូលម្ជុលដែលតូចជាងគេដែលមាន (ខ្នាត 22ឬ 23) ក្នុងខ្សែកណ្តាលតាមស្នាមគូសឋិតលើមុំកែងជាមួយស្បែកលើផ្ទៃបញ្ឈរ ។

កំណត់សំគាល់ : ម្ជុលតូចឆ្មារអាចនឹងកោងបាន ។

- ប្រសិនបើ**ម្ជុលប៉ះឆ្អឹង** វាអាចមិនចំខ្សែកណ្តាល ។ ដកម្ជុលវិញរួចចាក់បញ្ចូលសារជាថ្មី តម្រង់ឡើងលើបន្តិចដោយដៅឆ្ពោះទៅផ្ចិតរបស់ស្ត្រី ។

- រុញម្ជុលទៅមុខឆ្ពោះទៅកន្លែងចន្លោះស៊ុបអារ៉ាណូអ៊ិត ។ គេអាចដឹងការបាត់បង់ភាពធន់ នៅពេលដែលម្ជុល ចាក់ទម្លុះពួរប្លារ៉ូម ។
- កាលណាម្ជុលឆ្លងកាត់ទៅផុតពួរប្លារ៉ូម រុញម្ជុលយឺតៗកាត់ ឌូរ៉ា ។ អ្នកនឹងដឹងការបាត់បង់ភាពធន់តូចមួយទៀតនៅពេល ឌូរ៉ាត្រូវបានចាក់ទម្លុះ ។
- ដកបណ្តូលម្ជុល ។ ទឹកឆ្អឹងខ្នងត្រូវហូរចេញពីម្ជុល ។
- ប្រសិនបើ**ទឹកឆ្អឹងខ្នងពុំចេញមកទេ** ដាក់បណ្តូលម្ជុលចូលវិញរួចបង្វិលម្ជុលថ្នមៗ ។ ដកបណ្តូលម្ជុលចេញដើម្បីមើលថាតើមានទឹកឆ្អឹងខ្នងចេញមកឬទេ ។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើបរាជ័យ២ដងសាកល្បងកន្លែងផ្សេងទៀត ។
- ចាក់បញ្ចូលល្បាយថ្នាំស្ពឹក 1 – 1.25 mL ។ ចំពោះស្ត្រីដែលមិនដែលធ្លាប់សំរាលកូន គាត់ត្រូវការក៏រិតថ្នាំតិចជាងដោយកន្លែង ស៊ុបអារ៉ាណូអ៊ិត រួមតូចបណ្តាលពីសរសៃ វ៉ែន អេពីឌូរ៉ាល់ ឡើងប៉ោង ។
- ជួយស្ត្រីអោយដេកផ្ងារ ដាក់តុវះកាត់ផ្អៀងទៅខាងឆ្វេង ឬ ដាក់ខ្នើយ ឬ ក្រណាត់បត់ នៅក្រោមផ្នែកខាងក្រោមខ្នងខាងស្តាំរបស់គាត់ដើម្បីបន្ថយការធ្លាក់ចុះសម្ពាធឈាមពេលដេកផ្ងារ ។
- ពិនិត្យសម្ពាធឈាមរបស់ស្ត្រីឡើងវិញ ។ ប្រហែលជា**មានការធ្លាក់ចុះនៃសម្ពាធឈាមមួយ** ។ កាលណាមានការធ្លាក់ចុះសម្ពាធឈាមខ្លាំង ផ្តល់ចំពោះស្ត្រីនូវការចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមបន្ថែមទៀត (500ml លឿន) :
  - កាលណា**សម្ពាធឈាមមិនឡើងទេ** ផ្តល់អេហ្វេដ្រីន 0.2mg/kg នៃទម្ងន់ខ្លួនចាក់តាមសរសៃក្នុងចំនួនបន្ថែម 3 mg ។
  - កាលណាសម្ពាធឈាមបន្តធ្លាក់ចុះក្រោយពេលផ្តល់អេហ្វេដ្រីនតាមសរសៃ 4ដង ផ្តល់អេហ្វេដ្រីន30mg ចាក់សាច់ដុំ ។
- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែនក្នុងក៏រិត 6-8 L ក្នុង ១ នាទីតាមម៉ាស់ ឬ តាមបំពង់ច្រមុះ ។
- ក្រោយពេលចាក់ថ្នាំស្ពឹក រង់ចាំ ២ នាទីបន្ទាប់មកច្បិចតេស្តកន្លែងវះដោយដង្កៀប ។ កាលណា**ស្ត្រីអាចដឹងការច្បិច**នេះរង់ចាំ ២ នាទី បន្ទាប់ធ្វើតេស្តជាថ្មី ។

ឆាប់ចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីទុកពេលអោយវាមានប្រសិទ្ធិភាព

- ក្រោយពេលវះកាត់ ទុកអោយស្ត្រីដេករាបចំនួនយ៉ាងតិច ៦ ម៉ោងដោយមានតែខ្នើយនៅក្រោមក្បាលរបស់គាត់ ដើម្បីការពារការឈឺក្បាល ។ កុំអោយអង្គុយ ឬ ប្រឹងក្នុងរយៈពេលនេះ ។

កេតាមីន (KETAMINE)

តារាង P-5 លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ និង ការប្រុងប្រយត្ន័ជាមុនចំពោះការសណ្តំដោយកេតាមីន

លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ	ការប្រុងប្រយត្ន័ជាមុន
• ទម្រង់ការណាមួយដែលមានរយៈពេលខ្លី (តិចជាង ៦០ នាទី)ហើយមិនទាមទារការបន្ធូរសាច់ដុំ (ឧ-ដេរការរហែកប៉េរីណេ ឬ ការរហែក វែងនៃមាត់ស្បូន ការបារសុកដោយដៃ វះកាត់យកកូនវះបង្ហូរបូសដោះ) • វាជាការមួយសមរម្យប្រសិនបើខូចប្រដាប់ហិត(សណ្តំ) ឬសំរាប់ការដាក់សណ្តំដែលប្រើដោយគ្មានប្រដាប់ហិត ។	• កាលណាប្រើតែឯង កេតាមីនអាចបណ្តាលអោយមមើរមមាយមិនល្អ ។ ហាមប្រើចំពោះស្ត្រីដែលមានប្រវត្តិរោគចិត្ត ។ បង្ការការមមើរមមាយផ្តល់ឌីយ៉ាសេប៉ាម 10 mg ចាក់តាមសរសៃ**ក្រោយពេល**កូនកើតហើយ ។ • កេតាមីនខ្លួនឯងពុំបានផ្តល់ការបន្ធូរសាច់ដុំទេ ដូច្នេះរយៈពេលក្នុងការវះកាត់ យកកូនត្រូវតែវែងជាង ។ • **មិនត្រូវប្រើកេតាមីន**ចំពោះស្ត្រីដែលមានសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ជម្ងឺក្រឡាភ្លើង ប្រកាច់ដោយក្រឡាភ្លើង ឬ ជម្ងឺ បេះដូង ។

- ពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ថែទាំទូទៅ (**ទំព័រC-17**) រួចចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូមតាមសរសៃ(**ទំព័រ C-21**)
- កេតាមីនអាចផ្តល់តាមការចាក់សាច់ដុំ តាមសរសៃ ឬ តាមការបញ្ចូលសេរ៉ូម ។ កម្រិតកេតាមីនវាផ្លាស់ប្តូរ ។
  - ស្ត្រីចំនួនច្រើនត្រូវការ 6-10 mg/kg នៃទម្ងន់ខ្លួន ចាក់សាច់ដុំ ។ ការសណ្តំដើម្បីវះកាត់អាចកើតមានក្នុងរយៈពេល ១០ នាទីហើយនៅមានបន្តរហូត ៣០ នាទី ។
  - ដោយឆ្លាស់គ្នា ផ្តល់ 2 mg/kg នៃទម្ងន់ខ្លួនដោយយឺតៗក្នុង ២ នាទី (ក្នុងករណីនេះសកម្មភាពកើតមានបន្តចំនួនតែ ១៥ នាទីប៉ុណ្ណោះ)
  - ការចាក់ កេតាមីនតាមសេរ៉ូមត្រូវបានពិពណ៌នាខាងក្រោម ។ វាសមរម្យសំរាប់ការវះកាត់យកកូន។
  - កាលណាគេត្រូវការការបំបាត់ការឈឺចាប់បន្ថែម ផ្តល់កេតាមីន 1mg/kgនៃទម្ងន់ខ្លួនចាក់តាមសរសៃ ។

មិនត្រូវប្រើកេតាមីនជាមួយស្ត្រីដែលមានសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ជម្ងឺក្រឡាភ្លើង ប្រកាច់ដោយក្រឡាភ្លើង ឬ ជម្ងឺបេះដូង

កេតាមីនបញ្ចូលតាមសេរ៉ូម

ការផ្តល់ថ្នាំជាបឋម Premediction

- ផ្តល់ អាត្រូពីនស៊ុលហ្វាត 0.6 mg ចាក់សាច់ដុំ ៣0 នាទីមុនធ្វើការវះកាត់ ។
- ផ្តល់ឌីយ៉ាសេប៉ាម 10 mgតាមសរសៃនៅពេលដាក់បញ្ចូលថ្នាំសណ្តំដើម្បីការពារភាពមមើរមមាយ (សំរាប់ការវះយកកូន ផ្តល់ឌីយ៉ាសេប៉ាមក្រោយពេលយកកូនចេញហើយ) ។
- ផ្តល់អុកស៊ីហ្សែន 6-8 L ក្នុង ១ នាទីតាមម៉ាស់ ឬ តាមបំពង់ច្រមុះ ។

ការចាក់បង្ការ និង ការគាំទ្រថែទាំ (Induction and Maintenance)

- ពិនិត្យសញ្ញាជីវិតរបស់ស្ត្រី (ជីពចរ សម្ពាធឈាម ការដកដង្ហើម កំដៅខ្លួន)
- ដាក់ឆ្នុកក្នុងមាត់ដើម្បីការពារការស្ទះផ្លូវដង្ហើមដោយអណ្តាត ។
- ការចាក់បញ្ចូលថ្នាំសណ្តំត្រូវបានបញ្ចូលយឺតៗ នូវ កេតាមីន 2mg/kg នៃទម្ងន់ខ្លួនចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃយឺតៗក្នុងរយៈពេល ២ នាទី ។ សំរាប់ទម្រង់ការខ្លី ដែលមានរយៈពេលតិចជាង ១៥ នាទីការធ្វើបែបនេះនិងផ្តល់ភាពសណ្តំសមស្រប ។
- ចំពោះទម្រង់ការវែងជាង ចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃដោយលាយកេតាមីន 200 mg ក្នុង សេរ៉ូមជិចស្ត្រូ 1 L ក្នុងចំនួន 2 mg ក្នុង១ នាទី (ឱ-២0 ដំណក់ក្នុង ១ នាទី)
- ពិនិត្យក៏រិតនៃការសណ្តំមុន និង ដំណើរការវះកាត់ច្បិច កន្លែងវះដោយដង្កៀប ។ **ប្រសិនបើស្ត្រីដឹងការច្បិច** នេះរង់ចាំ ២ នាទីបន្ទាប់មកធ្វើតេស្តជាថ្មី ។
- តាមដានសញ្ញាជីវិត (ជីពចរ សម្ពាធឈាម ដង្ហើម កំដៅ) រាល់ ១០ នាទីម្តងក្នុងរយៈពេលធ្វើទម្រង់ការ ។

ថែទាំក្រោយធ្វើទម្រង់ការ

- បញ្ឈប់ការចាក់បញ្ចូលកេតាមីន ហើយចាក់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ក្រោយវះកាត់សម និង ប្រភេទនៃការវះកាត់ដែលបានធ្វើ (**ទំព័រ C-46**)
- ថែទាំការពិនិត្យតាមដានរាល់ ៣0 នាទីម្តងរហូតដល់ស្ត្រីដឹងខ្លួនច្បាស់ ថ្នាំសណ្តំកេតាមីនអាចមានរយៈពេលរហូតដល់ ៦0 នាទី ទើបអស់ឥទ្ធិពល ។

ការបង្វិលពីខាងក្រៅ

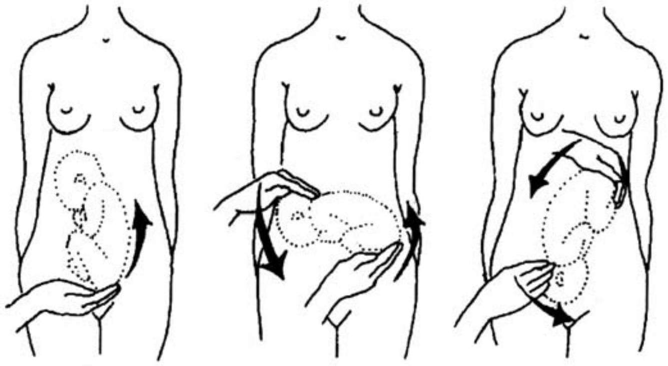
- ពិនិត្យជាថ្មីពីលក្ខខណ្ឌត្រូវធ្វើ ។ កុំធ្វើទម្រង់ការនេះមុន ៣៧ អាទិត្យនៃអាយុគភ៌ ។
- ស្ត្រីត្រូវដេកផ្ងារ ហើយលើកជើងគ្រែអោយខ្ពស់ ។
- ស្តាប់ និង កត់ចង្វាក់បេះដូងកូន ។ ប្រសិនបើមានចង្វាក់មិនធម្មតា (តិចជាង 100 ឬ ច្រើនជាង 180 ដងក្នុង 1នាទី):
  - កុំធ្វើការបង្វិលពីខាងក្រៅ
  - គ្រប់គ្រងដូចក្នុងករណីកូនចុះខ្សោយ (**ទំព័រ S-95**)
- ស្ទាបពោះដើម្បីបញ្ជាក់ពីការបង្ហាញ និង ទីតាំងរបស់ក្បាលកូន ខ្នង និង ត្រគាក ។
- ដើម្បីបង្វិលគូថ លើកថ្នមៗផ្នែកខាងក្រោមរបស់កូនពីច្រកខាងលើរបស់ឆ្អឹងត្រគាកដោយចាប់ជាប់ផ្នែកខាងលើឆ្អឹងពុយប៊ីច (**រូប P-5 A ,ទំព័រ P-16**)
- នាំក្បាល និង គូថកូនមកជិតគ្នាដើម្បីធ្វើការបង្វិល ។ បង្វិលកូនយឺតៗដោយតម្រង់ក្បាលតាមផ្លូវវិលទៅមុខដូចគូថដែលបានលើកឡើង (**រូប P-5 B-C ទំព័រ P-16**)
- ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូន : **ប្រសិនបើរកឃើញភាពមិនធម្មតាណាមួយ**
  - គ្រប់គ្រងដូចក្នុងករណីកូនចុះខ្សោយ (**ទំព័រ S-95**)
  - ធ្វើការវាយតំលៃជាថ្មីរាល់ 15 នាទីម្តង ។
  - ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងកូនមិនហ្នឹងហ្នក្នុងអំឡុងពេល30នាទី ត្រូវធ្វើការសំរាលដោយវះកាត់(ទំព័រ P-43)
- ប្រសិនបើ**ទម្រង់ការប្រព្រឹត្តទៅបានល្អ** អោយស្ត្រីដេក 15 នាទី ។ ផ្តល់ដំបូន្មានដល់គាត់អោយត្រលប់មកវិញប្រសិនបើមានធ្លាក់ឈាម ឬ មានឈឺចុកចាប់កើតឡើង ឬ ប្រសិនបើគាត់ជឿថាកូនត្រឡប់មកបិតនៅដូចជាការបង្ហាញមុន ។
- ប្រសិនបើ**ទម្រង់ការមិនបានល្អ** សាកល្បងម្តងទៀតដោយបង្វិលបញ្ច្រាសវិញ (**រូប P-5 D**)
- ប្រសិន**បើទម្រង់ការនៅតែពុំបានល្អហើយចង្វាក់បេះដូងកូននៅល្អ** ថ្នាំបំបាត់ការកន្ត្រាក់សាច់ដុំស្បូន អាចបន្ថែមជោគជ័យដល់ការបង្វិល ។

ផ្តល់ :

- Terbutaline 250 mcg ចាក់សរសៃយឺតៗរយៈលើសពី 5 នាទី
- ឬ Salbutamol 0.5 mg ចាក់សរសៃយឺតៗរយៈលើសពី 5 នាទី

- ប្រសិនបើទម្រង់ការនៅតែមិនបានជោគជ័យ សាកល្បងធ្វើការបង្វិលអោយបានសម្រេចជាថ្មីមួយអាទិត្យក្រោយ ឬ ប្រសិនបើស្ត្រីមានសញ្ញាឈឺពោះសំរាលមុនពេលកំណត់ដោយការបង្ហាញគូថ ឬ ទទឹង ។

រូប P-5 **ការបង្វិលពីខាងក្រៅរបស់ការបង្ហាញគូថ**



A.ការបង្វិលគូថ

B.ការបង្វិលទៅមុខដោយប្រើដៃទាំងសង្ខាង : ម្ខាងរុញគូថ និង តំរង់ក្បាល

C. ការបញ្ចប់ការបង្វិល

D

ការបង្ក និង ការបន្ថែមអោយឈឺពោះសំរាល

ការបង្ករអោយឈឺពោះសំរាល និង ការបន្ថែមអោយរិតតែឈឺពោះសំរាលប្រព្រឹត្តទៅសំរាប់លក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើខុសគ្នា ប៉ុន្តែរបៀបធ្វើដូចគ្នា :

- **ការបង្កអោយឈឺពោះសំរាល** : ធ្វើអោយកំរើកស្បូនដើម្បីអោយស្បូនចាប់ផ្តើមឈឺពោះសំរាល ។
- **បន្ថែមអោយរិតតែឈឺពោះសំរាល** : ធ្វើអោយកំរើកស្បូននៅពេលឈឺពោះសំរាលដើម្បីដំឡើង សង្វាក់ រយៈពេល និង ពង្រឹងការកន្ត្រាក់ ។

ការឈឺពោះសំរាលជាគំរូដ៏ល្អមួយ អាចកើតឡើងកាលណាវាមានការកន្ត្រាក់ 3 ដង ក្នុងចន្លោះ 10 នាទីហើយការកន្ត្រាក់នីមួយៗមានរយៈពេលលើសពី40 វិនាទី ។

ប្រសិនបើថង់ទឹកភ្លោះមិនទាន់បែក គេត្រូវបំបែកវាទាំងក្នុងករណីបង្ករអោយឈឺពោះ និង ករណីបន្ថែមអោយឈឺពោះសំរាល ។ ក្នុងករណីខ្លះគេត្រូវការតែការបំបែកថង់ទឹកភ្លោះដើម្បីបង្ករអោយឈឺពោះសំរាល ។ ថង់ទឹកភ្លោះបែកដោយខ្លួនឯង ឬ ដោយគេបំបែក វាមានព្រឹត្តិការណ៍ជាខ្សែសង្វាក់ដូចតទៅ :

- ទឹកភ្លោះត្រូវបានហូរចេញ
- ចំណុះស្បូនថយចុះ
- ប្រូស្តាក្លង់ឌីន បានផលិតចេញធ្វើអោយការឈឺពោះសំរាលកើតមានឡើង
- ស្បូនចាប់ផ្តើមកន្ត្រាក់ (ប្រសិនបើស្ត្រីមិនទាន់ឈឺពោះសំរាល) ឬ កន្ត្រាក់កាន់តែខ្លាំង (ប្រសិនបើគាត់ឈឺពោះហើយ) ។

ការបំបែកថង់ទឹកភ្លោះ

- ពិនិត្យឡើងវិញនូវលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ

  កំណត់សំគាល់ : នៅកន្លែងដែលមានការឆ្លង HIV រឺ រលាកថ្លើមខ្ពស់គេត្រូវប្រយត្ន័ដោយរក្សាថង់ទឹកភ្លោះកុំអោយបែកទុកអោយយូរតាមតែអាចធ្វើបាន ដើម្បីបន្ថយការឆ្លង HIV ជុំវិញការសំរាល ។

- ស្តាប់ហើយកត់ត្រាចង្វាក់បេះដូងកូន
- សុំអោយស្ត្រីដេកផ្ងារ ជើងបញ្ឈរកន្ទែក
- ពាក់ស្រោមដៃដែលរំងាប់មេរោគកំរិតខ្ពស់ ប្រើដៃម្ខាងដើម្បីពិនិត្យមាត់ស្បូនហើយកត់សំគាល់នូវសង្កតភាព (Consistency) ទីតាំង ការរួញខ្លី និង ការបើកធំ ។
- ប្រើដៃម្ខាងទៀតដើម្បីដាក់បញ្ចូលដង្កៀប Kocher ក្នុងទ្វារមាស ។
- នាំផ្លូវដង្កៀបឆ្ពោះទៅភ្នាស់តាមម្រាមដៃដែលឋិតក្នុងទ្វារមាស ។

- ដាក់ម្រាមដៃពីរជាប់ជាមួយភ្នាស ហើយបំបែកភ្នាសដោយថ្នមៗដោយប្រដាប់ដែលនៅក្នុងដៃម្ខាងទៀត ។ អោយទឹកភ្លោះ ហូរចេញយឺតៗជុំវិញម្រាមដៃ ។
- កត់ត្រាពណ៌របស់ទឹកភ្លោះ (ថ្លា បៃតង ប្រឡាក់ឈាម) **ប្រសិនបើមានអាចម៍ព្រៃខាប់** សង្ស័យថាទារកចុះខ្សោយ (**ទំព័រ S-95**)
- ក្រោយពេលបំបែកថង់ទឹកភ្លោះ ស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូនក្នុងពេល និង ក្រោយការកន្ត្រាក់ ។ ប្រសិន**បើចង្វាក់បេះដូងមិនធម្មតា** (តិចជាង 100ឬច្រើនជាង180ដងក្នុង1នាទី) សង្ស័យថាទារកចុះខ្សោយ (**ទំព័រ S-95**)
- ប្រសិនបើការបែកថង់ទឹកភ្លោះមានលើសពី 18ម៉ោងហើយនោះ ផ្តល់អង់ទីប៊ីយ៉ូទិកបង្ការដើម្បីជួយបន្ថយការឆ្លងរោគ ដោយ Streptococcus Group B ដល់ទារកទើបកើត(**ទំព័រ C-35**)**:**
  - Penicillin G 2លានឯកតា ចាក់តាមសរសៃ
  - ឬ Ampicillin 2 g តាមសរសៃ រាល់ 6 ម៉ោងម្តងរហូតដល់សំរាល ។
  - ប្រសិនបើ**គ្មានសញ្ញាឆ្លងរោគក្រោយពេលសំរាល**បញ្ឈប់អង់ទីប៊ីយោទិក ។
- ប្រសិនបើការសំរាលពុំមានដំណើរការល្អក្រោយការបំបែកទឹកភ្លោះ ១ ម៉ោង ចាប់ផ្តើមបញ្ចូលអុកស៊ីតូស៊ីន (ទំព័រ P-19)
- ប្រសិនបើ**ការបង្ករអោយឈឺពោះសំរាលដោយមូលហេតុម្តាយមានជម្ងឺធ្ងន់ធ្ងរ** (ឧ. សិបសីស ឬ ប្រកាច់ដោយក្រឡាភ្លើង) ចាប់ផ្តើមការចាក់បញ្ចូលអុកស៊ីតូស៊ីននៅពេលបំបែកថង់ទឹកភ្លោះតែម្តង ។

ការបង្ករអោយឈឺពោះសំរាល

ការវាយតម្លៃសភាពមាត់ស្បូន

ជយ័ជំនះក្នុងការបង្ករអោយឈឺពោះសំរាលគឺវាឋិតនៅស្ថានភាពរបស់មាត់ស្បូន នៅពេលបង្ករអោយឈឺពោះសំរាល ។ ដើម្បីវាយតម្លៃស្ថានភាពរបស់មាត់ស្បូន ការពិនិត្យមាត់ស្បូនត្រូវធ្វើឡើង ហើយការអោយពិន្ទុមួយត្រូវបានកំណត់ដោយសំអាងលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុង តារាង P-6 [3]

- ប្រសិនបើ**មាត់ស្បូនអំណោយផល** (មានពិន្ទុបាន 6 ឬ លើស) ការសំរាលអាចបានសំរេចដោយការបង្ករឡើងដោយសារអុកស៊ីតូស៊ីនតែឯង ។
- ប្រសិនបើ**មាត់ស្បូនមិនអំណោយផល** (មានពិន្ទុ 5ឬតិចជាង) ធ្វើអោយមាត់ស្បូនទុំដោយប្រើប្រូស្តាក្លង់ឌីន (**ទំព័រ P-24**) ឬ ដាក់កាតេទែរ Foley (**ទំព័រ P-25**) មុនបង្ករអោយឈឺពោះ ។

តារាង P-6 **ការវាយតម្លៃមាត់ស្បូនដើម្បីការបង្ករអោយឈឺពោះសំរាល**

	ពិន្ទុ			
កត្តា	0	1	2	3
ការបើក(Cm)	បិទជិត	1-2	3-4	លើសពី 5
ប្រវែងមាត់ស្បូន (Cm)	លើសពី 4	3-4	1-2	តិចជាង 1
សង្កតភាព (Consistency)	រឹង	មធ្យម	ទន់	-
ទីតាំង	ខាងក្រោយ	កណ្តាល	ខាងមុខ	-
ការចុះនៃក្បាល (Cm ពី ចុងឆ្អឹងអ៊ីស្ទីយ៉ាល់)	-3	-2	-1 , 0	+1 , +2
ការចុះនៃក្បាលដោយការស្ទាបពោះ (ក្បាលអាចស្ទាបបានជាភាគ៥នៃផ្ទាប់ដៃ)	4/5	3/5	2/5	1/5

OXYTOCIN

ប្រើអុកស៊ីតូស៊ីនដោយប្រុងប្រយត្ន័បំផុត ទារកចុះខ្សោយអាចកើតមានឡើងដោយសារការធ្វើអោយកំរើកខ្លាំង និង ភាគតិចការរហែកស្បូនអាចកើតមានឡើង ។ ស្ត្រីមានកូនច្រើនអាចប្រឈមមុខទៅនិង ការរហែកស្បូន ។

សង្កេតដោយប្រុងប្រយត្ន័ស្ត្រីដែលទទួលអុកស៊ីតូស៊ីន

កំរិតប្រសិទ្ធភាពរបស់អុកស៊ីតូស៊ីនឡើងចុះទៅតាមស្ត្រីម្នាក់ៗ ។ តាមការប្រយត្ន័ប្រយែងចាក់បញ្ចូលអុកស៊ីតូស៊ីនលាយជាមួយសេរ៉ូម (ដិចស្ត្រូ ឬ សេរ៉ូមប្រៃ) បន្តិចម្តងៗដំឡើងអត្រារបស់ការចាក់បញ្ចូលរហូតដល់ការឈឺពោះសំរាលល្អកើតមានឡើងការកន្ត្រាក់ ៣ដងក្នុង ១០នាទី ការកន្ត្រាក់និមួយៗមានរយៈពេលលើសពី ៤០ វិនាទី) ។ ថែទាំអត្រានេះរហូតដល់សំរាល ។ ស្បូនត្រូវតែធូរនៅចន្លោះការកន្ត្រាក់ ។

កាលណាអុស៊ីតូស៊ីនចាក់បញ្ចូលទៅផ្តល់លទ្ធផលល្អដល់ការឈឺពោះសំរាល
ថែទាំអត្រាដដែលរហូតដល់សំរាល ។

- តាមដានជីពចររបស់ស្ត្រី សម្ពាធឈាម និង ការកន្ត្រាក់ហើយ និង ពិនិត្យចង្វាក់បេះដូងកូន
- ពិនិត្យឡើងវិញនូវល័ក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ

ត្រូវអោយច្បាស់ពីលក្ខណ្ឌតំរូវធ្វើការបង្ករអោយការឈឺពោះសំរាល ដោយហេតុថា ការបង្ករអោយឈឺពោះសំរាលដែលពុំបានជោគជយ័ ចាំបាច់ត្រូវធ្វើដោយការវះកាត់ ។

- ធានាថាស្ត្រីនោះដេកផ្អៀងខាងឆ្វេង
- កត់ត្រាការសង្កេតទាំងឡាយនៅលើក្រដាសតាមដានការសំរាលរាល់ ៣០ នាទីម្តង (**ទំព័រ C-65**) :
  - អត្រាចាក់បញ្ចូលអុកស៊ីតូស៊ីន (មើលខាងលើ)

    កំណត់សំគាល់ : ប្តូរស្ថានភាពដៃអាចប្តូរអត្រាការហូរ
  - រយៈពេល និង សង្វាក់នៃការកន្ត្រាក់
  - ចង្វាក់បេះដូងកូន ។ ស្តាប់រាល់ ៣០ នាទីម្តងគ្រប់ពេលក្រោយការកន្ត្រាក់ភ្លាម១ ។ ប្រសិនបើចង្វាក់បេះដូងកូនតិចជាង ១០០ ដង ក្នុង ១នាទី បញ្ឈប់ការចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូម (**ទំព័រ S-95**) ។

ស្ត្រីដែលទទួលអុកស៊ីតូស៊ីនមិនត្រូវទុកអោយនៅតែឯងឡើយ

- ចាក់បញ្ចូលអុកស៊ីតូស៊ីន 2.5 ឯកតា ក្នុង ដិចស្ត្រូ (ឬ សេរ៉ូមប្រៃ) 500 mL 10តំណក់ ក្នុង១នាទី (**តារាង P-7** , **ទំព័រ P-22** និង **តារាង P-8 ទំព័រ P-23**) នេះគឺប្រហែល 2.5 mIU ក្នុង១នាទី ។
- តម្លើងអត្រានៃការចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃ ១០ តំណក់ក្នុង១នាទីរាល់៣០នាទីម្តងរហូតដល់គំរូនៃការកន្ត្រាក់ ល្អមួយកើតមានឡើង (ការកន្ត្រាក់លើសពី ៤០វិនាទី ហើយកើតឡើង ៣ ដង ក្នុង ១០នាទី)
- ថែទាំអត្រានេះរហូតដល់ពេលបញ្ចប់ការសំរាល
- ប្រសិនបើមានការ**កំរើកខ្លាំងកើតឡើង** (ការកន្ត្រាក់ណាមួយដែលលើសពី ៦០ វិនាទី) ឬ ប្រសិនបើវាមានការ**កន្ត្រាក់លើសពី ៤ ដង ក្នុង ១០ នាទី** បញ្ឈប់ការចាក់បញ្ចូល រួចបន្ធូរស្បូនដោយប្រើតូកូលីទិច :
  - ទែរប៊ុយតាលីន 250 mcg ចាក់សរសៃយឺត១លើសពី ៥ នាទី
  - ឬ សាល់ប៊ុយតាម៉ុល 10 mg ក្នុង 1L សេរ៉ូមប្រៃ ឬ ឡាក់តាតរីងហ្គឺ ១០ ដំណក់ក្នុង ១នាទី ។
- ប្រសិនបើពុំមានការកន្ត្រាក់ល្អ កើតឡើងជាមួយនិង ការចាក់បញ្ចូល ៦០ តំណក់ ក្នុង ១នាទីទេនោះ :
  - តម្លើងកំហាប់អុកស៊ីតូស៊ីនដល់ 5 ឯកតាក្នុងដិចស្ត្រូ (ឬសេរ៉ូមប្រៃ) 500 mL រួចតម្រូវអត្រានៃការចាក់បញ្ចូលដល់ ៣០ តំណក់ក្នុង១នាទី (15 mIU ក្នុង ១នាទី)

- តម្លើងអត្រានៃការចាក់បញ្ចូល ១០ តំណក់ក្នុង ១នាទីរាល់ ៣០នាទីម្តងរហូតដល់គំរូនៃការកន្ត្រាក់ដែលជាទីពេញចិត្តមួយបានកើតឡើង ឬ អត្រាអតិបរមាចំនួន ៦០ តំណក់ក្នុង១នាទី ដែលបានទៅដល់ ។

• ប្រសិនបើការឈឺពោះសំរាលនៅតែពុំបានកើតឡើងនៅពេលដែលកំហាប់របស់អុកស៊ីតូស៊ីនដែលប្រើមានចំនួនខ្ពស់ហើយ :

- ចំពោះស្ត្រីដែលមានកូនច្រើន ហើយ និង ស្ត្រីដែលធ្លាប់វះយកកូន ការបង្ករអោយឈឺពោះសំរាលពុំបានជោគជ័យ ធ្វើការសំរាលដោយវះកាត់ (**ទំព័រ P-43**)

កុំប្រើអុកស៊ីតូស៊ីន 10ឯកតាក្នុងសេរ៉ូម 500ml (i.e 20 mIU / mL) ចំពោះស្ត្រីដែលមានកូនច្រើន ហើយ និង ស្ត្រីដែលធ្លាប់វះកាត់យកកូន ។

- ចំពោះស្ត្រីកូនដំបូង :
  - ចាក់បញ្ចូលអុកស៊ីតូស៊ីនក្នុងកំហាប់ខ្ពស់(10ឯកតាលាយក្នុងដិចស្ត្រូ 500 mL) យោងទៅតាមពិធីសារក្នុងតារាង P-8 ។
  - ប្រសិន**បើការកន្ត្រាក់ល្អពុំមានកើតឡើងទេក្នុងកំរិតអតិបរិមា**ហើយនោះ ការសំរាលធ្វើដោយការវះកាត់ (**ទំព័រ P-43**)

តារាង P-7 **អត្រានៃការចាក់បញ្ចូលអុកស៊ីតូស៊ីនដើម្បីបង្ករ**
អោយឈឺពោះសំរាល (កំណត់ : 1m L 20តំណក់)

កំឡុងពេលចាប់ពីការចាប់ផ្តើមបង្ករអោយឈឺពោះសំរាល (ម៉ោង)	កំហាប់អុកស៊ីតូស៊ីន	ចំនួនតំណក់ក្នុង១នាទី	កំរិតប៉ាន់ប្រហែល (mIU/នាទី)	ចំណុះចាក់បញ្ចូល	ចំណុះទាំងអស់ដែលចាក់បញ្ចូល
0.00	2.5ឯកតាក្នុង 500mLដិចស្ត្រូ ឬសេរ៉ូមប្រៃ (5mIU/mL)	10	3	0	0
0.50	ដដែល	20	5	15	15
1.00	ដដែល	30	8	30	45
1.50	ដដែល	40	10	45	90
2.00	ដដែល	50	13	60	150
2.50	ដដែល	60	15	75	225
3.00	5ឯកតាក្នុង 500 mLដិចស្ត្រូ ឬសេរ៉ូមប្រៃ (10 mIU/mL)	30	15	90	315
3.50	ដដែល	40	20	45	360
4.00	ដដែល	50	25	60	420
4.50	ដដែល	60	30	75	495
5.00	10ឯកតាក្នុង 500 mLដិចស្ត្រូ ឬសេរ៉ូមប្រៃ (20 mIU/mL)	30	30	90	585
5.50	ដដែល	40	40	45	630
6.00	ដដែល	50	50	60	690
6.50	ដដែល	60	60	75	765
7.00	ដដែល	60	60	90	855

តម្លើងអត្រានៃការចាក់បញ្ចូលអុកស៊ីតូស៊ីនតែត្រឹមចំណុចដែលការឈឺពោះសំរាលល្អបានកើតឡើង រួចថែទាំអត្រានៃការចាក់បញ្ចូលនេះ

តារាង P-8 តំលើងរបស់សំរាប់តែស្ត្រីកូនដំបូងប៉ុណ្ណោះ : អត្រានៃការចាក់បញ្ចូល សំរាប់បង្ករអោយឈឺពោះ

(កំណត់ : 1mL = 20តំណក់)

កំឡុងពេលចាប់ពីការចាប់ផ្តើមបង្ករអោយឈឺពោះសំរាល (ម៉ោង)	កំហាប់អុកស៊ីតូស៊ីន	ចំនួនតំណក់ក្នុង១នាទី	កំរិតប៉ាន់ប្រហែល (mIU/នាទី)	ចំណុះចាក់បញ្ចូល	ចំណុះទាំងអស់ដែលចាកបញ្ចូល
0.00	2.5ឯកតាក្នុង 500 mLដិចស្ត្រូ ឬ សេរ៉ូមប្រៃ (5 mIU/ml)	15	4	0	0
0.50	ដដែល	30	8	23	23
1.00	ដដែល	45	11	45	68
1.50	ដដែល	60	15	68	135
2.00	5ឯកតាក្នុង 500 mLដិចស្ត្រូ ឬ សេរ៉ូមប្រៃ (10 mIU/mL)	30	15	90	225
2.50	ដដែល	45	23	45	270
3.00	ដដែល	60	30	68	338
3.50	10ឯកតាក្នុង 500 mLដិចស្ត្រូ ឬ សេរ៉ូមប្រៃ (20 mIU/mL)	30	30	90	428
4.00	ដដែល	45	45	45	473
4.50	ដដែល	60	60	68	540
5.00	ដដែល	60	60	90	630

ប្រូស្តាក្លង់ឌីន (PROSTAGLANDINS)

ប្រូស្តាក្លង់ឌីនមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ក្នុងការធ្វើអោយមាត់ស្បូនទំក្នុងពេលបង្ករអោយឈឺពោះសំរាល ។

- ពិនិត្យជីពចររបស់ស្ត្រី សម្ពាធឈាម និង ការកន្ត្រាក់ ហើយពិនិត្យចង្វាក់បេះដូងកូន ។ កត់ត្រាក្នុងក្រដាសតាមដានសំរាល (ទំព័រ ជ-៦៥)
- មើលឡើងវិញនូវលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ
- ប្រូស្តាក្លង់ឌីន E_2 (PGE_2)អាចរកបានក្នុងសណ្ឋានច្រើនយ៉ាង(3 mgសុលទ្វារមាសឬ 2-3 mg gel) ។ ប្រូស្តាក្លង់ឌីនត្រូវបានដាក់ចូលអោយជ្រៅទៅក្នុងថ្នក់ខាងក្រោយរបស់ទ្វារមាស ហើយអាចដាក់សារជាថ្មីក្រោយរយៈពេល ៦ ម៉ោងប្រសិនបើគេត្រូវការ ។

តាមដានមើលការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន និង ចង្វាក់បេះដូងកូន សំរាប់គ្រប់ស្ត្រីដែលត្រូវបង្ករអោយឈឺពោះសំរាលដោយប្រូស្តាក្លង់ឌីន

- ឈប់ប្រើប្រូស្តាក្លង់ឌីន ហើយចាប់ផ្តើមប្រើអុកស៊ីតូស៊ីនប្រសិនបើ :
  - ផង់ទឹកភ្លោះបែក
  - មាត់ស្បូនទំហើយ
  - ការឈឺពោះសំរាលល្អបានកើតមានហើយ
  - ឬ ១២ ម៉ោងបានកន្លងមកហើយ ។

មីសូប្រូស្តុល Misoprostol

- ប្រើមីសូប្រូស្តុលដើម្បីធ្វើអោយមាត់ស្បូនទំតែក្នុងការ**ជ្រើសរើសខ្ពស់នៃស្ថានភាព**ដូចជា :
  - ក្រឡាភ្លើងធ្ងន់ធ្ងរ ឬ ការប្រកាច់ដោយប្រឡាភ្លើងកាលណាស្បូនដែលបិទជិត និង ការវះកាត់យកកូនដោយសុវត្ថិភាព ពុំអាចធ្វើទៅបានភ្លាម១ ឬ ទារកមិនគ្រប់ខែមិនអាចរស់បាន ។
  - កូនស្លាប់ក្នុងស្បូនប្រសិនបើស្ត្រីពុំមានការឈឺពោះសំរាលក្រោយ៤អាទិត្យហើយចំនួនប្លាកែតចុះ ។
- ដាក់មីសូប្រូស្តុល 25mcg ក្នុងថ្នក់ក្រោយរបស់ទ្វារមាស ។ ដាក់ជាថ្មីទៀតក្រោយ៦ ម៉ោងបើត្រូវការ ។
- ប្រសិនបើ**គ្មានការឆ្លើយតប ក្រោយការដាក់ 25mcg 2ដង** តម្លើងដល់ 50mcg រាល់ ៦ ម៉ោង ។
- កុំប្រើលើសពី 50 mcg ក្នុង ១ ដង ហើយកុំប្រើហួស ៤ ដង (200 mcg)

កុំប្រើអុកស៊ីតូស៊ីនក្នុងពេល ៨ ម៉ោងនៃការប្រើមីសូប្រូស្តុល តាមដានការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន និង ចង្វាក់បេះដូងកូន ។

បំពង់បូមFOLEY CATHETER

បំពង់បូមហ្វូឡី មានប្រសិទ្ធភាពអាចជំនួសប្រូស្តាក្លង់ឌីនបានដើម្បីធ្វើអោយមាត់ស្បូនទុំហើយបង្ករអោយឈឺពោះ សំរាល ។ វាត្រូវហាមឃាត់ចំពោះស្ត្រីដែលមានជំងឺរលាកមាត់ស្បូន ឬ រលាកទ្វារមាស ។

ប្រសិនបើមានប្រវត្តិធ្លាក់ឈាម ឬ បែកថង់ទឹកភ្លោះ ឬ ក្លាយរោគក្នុងទ្វារមាស ហាមប្រើបំពង់ *Foley*

- មើលឡើងវិញនូវលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ
- ដាក់ចំពុះទាដែលរំងាប់មេរោគក៏រិតខ្ពស់ទៅក្នុងទ្វារមាស ។
- ចាប់បំពង់បូមដោយដង្កៀបដែលបានរំងាប់មេរោគក៏រិតខ្ពស់ហើយដាក់បញ្ចូលថ្នមៗទៅក្នុងមាត់ស្បូន ។ ត្រូវអោយ ច្បាស់ថា ប្លោកដែលប៉ោងបានរបស់បំពង់បូមឋិតនៅហួសមាត់ស្បូនខាងក្នុង ។
- ធ្វើអោយប៉ោងប្លោកដោយទឹក 10 mL
- មូរបំពង់បូមដែលនៅសល់ហើយដាក់ទៅក្នុងទ្វារមាស ។
- ទុកបំពង់បូមនៅខាងក្នុងនេះ រហូតដល់មានការកន្ត្រាក់ចាប់ផ្តើម ឬ យ៉ាងតិច ១២ ម៉ោង ។
- បន្ធូរប្លោកមុនពេលដកបំពង់បូមហើយបន្ទាប់មកបន្តធ្វើជាមួយ អុកស៊ីតូស៊ីន Infusion ។

ការបង្កើនការឈឺពោះសំរាលដោយអុកស៊ីតូស៊ីន

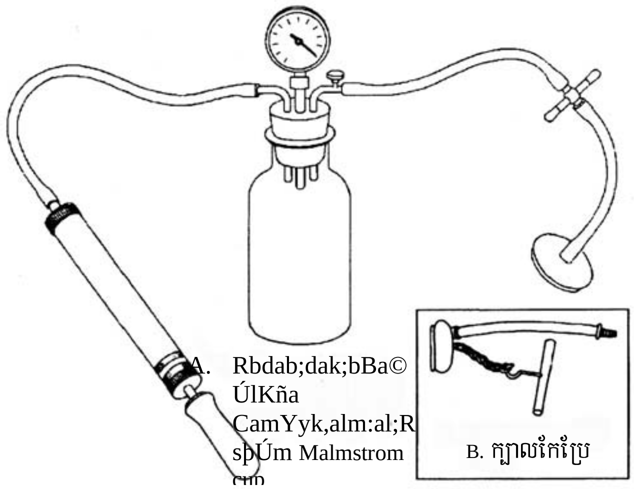
- មើលឡើងវិញនូវលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ
- ចាក់បញ្ចូលអុកស៊ីតូស៊ីន ដូចបានពិពណ៌នាក្នុងការបង្ករអោយឈឺពោះសំរាល (**ទំព័រ P-19**)

កំណត់សំគាល់ : កុំប្រើការតម្លើងរហ័សក្នុងការបង្កើនការឈឺពោះសំរាល ។

ការបូមជប់ (VACUUM EXTRACTION)

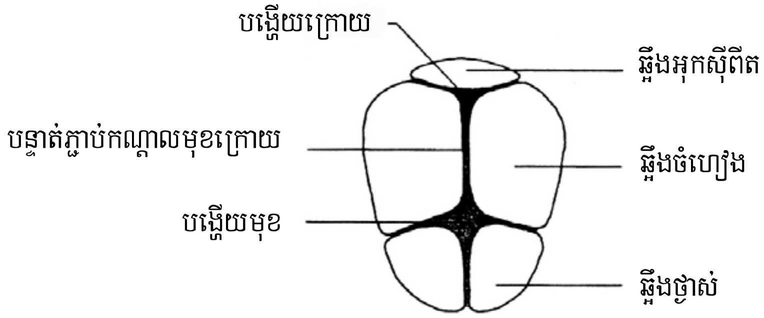
រូបភាព P-6 បង្ហាញពីផ្នែកសំខាន់ៗរបស់កែវបូមជប់

រូបភាព P-6 **កែវបូម**



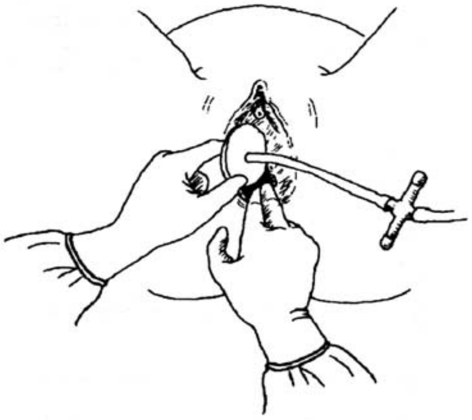
- មើលឡើងវិញនូវល័ក្ខណ្ឌ :
  - ទម្រង់កំពូលក្បាល
  - កូនគ្រប់ខែ
  - មាត់ស្បូនបើកអស់
  - **ក្បាលយ៉ាងតិចឋិតនៅ 0** ឬ កុំអោយលើស 2/5 លើឆ្អឹងពុយបឹស ។
- ពិនិត្យគ្រប់ការដាក់បន្ទប្រដាប់ រួចធ្វើតេស្តកែវបូមទៅលើដៃដែលពាក់ស្រោម ។
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និង លើកទឹកចិត្ត ។ ប្រសិនបើចាំបាច់ ធ្វើ Pudendal block អោយស្ពឹកប្រដាប់បន្តពូជ(**ទំព័រ P-3**)
- វាយតម្លៃទីតាំងនៃក្បាលកូនដោយស្ទាបបន្ទាត់ភ្ជាប់កណ្តាល និង បង្ហើយ ។
- រកបង្ហើយ(តូច) ខាងក្រោយ (**រូប P-7 , ទំព័ P-28**)

រូបភាព P-7 **កន្លែងសំគាល់លលាដ៏ក្បាលទារក**



- ដាក់ក្បាលបូមដែលធំជាងគេដែលវាសមជាមួយក្បាលដោយអោយចំណុចកណ្តាលនៃក្បាលបូម ឋិតនៅលើចំណុចជ្រមុជគឺ 1cm ខាងមុខបង្ហើយក្រោយ ។ ការដាក់នៅកន្លែងនេះនិងសម្រួលការធ្វើបតជ្រមុជ លូនចុះនិង បង្វិលដោយខ្លួនឯងនៅពេលយើងទាញ (**រូប P-8**)

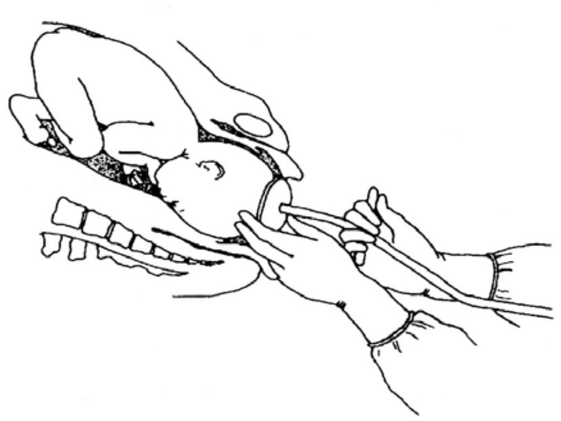
រូប P-8 **ការដាក់ក្បាលម៉ាល់ស្រ្តូម**



- ការកាត់ទ្វារមួយអាចនិងត្រូវការធ្វើក្នុងពេលនេះដើម្បីដាក់អោយបានត្រឹមត្រូវ (**ទំព័រ P-71**) ប្រសិនបើ **ការកាត់ទ្វារមិនមានប្រយោជន៏ក្នុងការដាក់ទេនោះ** ពន្យារការកាត់ទ្វាររហូតដល់ក្បាលធ្វើអោយយឺតប៉េរីណេ ឬ ប៉េរីណេប៉ះពាល់ដល់អក្ស័នៃការទាញ ។ ធ្វើដូចនេះ អាចការពារការបាត់បង់ឈាមដែលមិនចាំបាច់ ។
- ពិនិត្យឆែកឆេរការដាក់ក្បាលបូម ។ ត្រូវអោយច្បាស់ថាគ្មានសាច់របស់ម្តាយ (មាត់ស្បូន ឬ ទ្វារមាស)នៅជាប់ក្នុងគែមក្បាលបូម ។

- ជាមួយនិងស្នប់ បង្កើតសំពាធជប់ 0.2 kg/cm^2 សម្ពាធអវិជ្ជមាន ហើយពិនិត្យមើលការដាក់ម្តងទៀត ។
- តម្លើងការជប់ដល់ 0.8 kg/cm^2 រួចពិនិត្យការដាក់ផ្ទិបជាប់ ។
- ក្រោយសម្ពាធអវិជ្ជមានអតិបរមា ចាប់ផ្តើមទាញតាមបន្ទាត់របស់អក្ស័របស់អាងហើយបញ្ឈរកាត់កែង និងក្បាលបូម ។ **ប្រសិនបើក្បាលកូនផ្អៀងទៅម្ខាង ឬ ពុំជ្រមុជបានល្អ** ការទាញត្រូវតែតំរង់តាមបន្ទាត់មួយដែលសាកល្បងនិងកែការផ្អៀង ឬ ការងើយរបស់ក្បាល (ទាញទៅម្ខាង ឬ ម្ខាងទៀតមិនចាំបាច់តាមបន្ទាត់កណ្តាលទេ) ។
- ជាមួយនិងសួនកន្ត្រាក់និមួយៗ ធ្វើការទាញក្នុងបន្ទាត់មួយដែលកែងជាមួយប្លង់របស់គែមក្បាលជប់ **(រូប P-9)** ។ ដាក់ម្រាមដៃមួយទៅលើស្បែកក្បាលកូន ជាប់និងក្បាលបូមនៅពេលកំពុងធ្វើការទាញ ដើម្បីវាយតម្លៃការអាចរបូត និង ការចុះរបស់ក្បាលកូន ។

រូបភាព P-9 **ការទាញ**



- នៅចន្លោះការទាញ ពិនិត្យ :
  - ចង្វាក់បេះដូងកូន
  - ការផ្ទិបជាប់ក្បាលជប់បូម

ល្បិចមានប្រយោជន៍ TIPS

- កុំប្រើក្បាលជប់ក្នុងការបង្វិលក្បាលទារក ។ ការវិលរបស់ក្បាលទារកនឹងកើតមានឡើងជាមួយនឹងការទាញ ។
- ការទាញលើកទីមួយ ជួយអោយរកឃើញទិសត្រឹមត្រូវដើម្បីទាញ ។
- កុំបន្តការទាញនៅចន្លោះការកន្ត្រាក់និងការប្រឹងបញ្ចេញ ។
- ជាមួយ និង ការជឿនលឿន ហើយក្នុងករណីដែលគ្មានការចុះខ្សោយរបស់ទារក បន្តការទាញយ៉ាងច្រើនបំផុត ក្នុង ៣០ នាទី ។

ការបរាជ័យ

- ការបូមត្រូវបរាជ័យ ប្រសិនបើ :
  - ក្បាលកូនមិនទៅមុខជាមួយ និង ការទាញនិមួយៗ
  - ទារកមិនសំរាលក្រោយការទាញ ៣ ដងហើយគ្មានការលូនចុះ ឬ ក្រោយទាញ ៣០ នាទី
  - របូតក្បាលបូម២ ដង នៅពេលដែលទាញត្រឹមត្រូវតាមទិសនិងមានសម្ពាធអវិជ្ជមានអតិបរមា ។
- ការដាក់និមួយៗត្រូវតែគិតថាជាការសាកល្បងនៃការបូម ។ កុំបន្តទៀតប្រសិនបើគ្មានការចុះជាមួយ និង ការទាញនិមួយៗ ។
- **ប្រសិនបើការបូមបរាជ័យ**ប្រើការបូមដោយធ្វើជាមួយ Symphysiotomy （មើលខាងក្រោម ）ឬធ្វើការវះកាត់យកកូន (**ទំព័រ P-43**)

ការបូមជប់ជាមួយនិងការកាត់សាំហ្វី (Symphysiotomy)

- ការបូមអាចប្រើជាមួយនិងការកាត់សាំហ្វី (**ទំព័រ P-53**) នៅក្នុងកាលៈទេសៈដូចតទៅនេះ :
  - ក្បាលកូនឋិតនៅយ៉ាងតិច -2 ឬមិនអោយលើសពី 3/5 ដែលស្ទាបឃើញលើសាំហ្វីពុយប៊ីស ។
  - ការវះយកកូនពុំអាចធ្វើបាន ឬ ពុំអាចធ្វើភ្លាមៗបាន
  - អ្នកធ្វើមានបទពិសោធន៍ និង ប៉ិនប្រសប់ក្នុងការកាត់សាំងហ្វី
  - ការបូមតែឯងត្រូវបរាជ័យ ឬ សង្ស័យថា និង បរាជ័យ
  - ពុំមានទំនាស់ ទំហំកូន-ម្តាយ ធំដុំទេ ។

ផលវិបាក

ផលវិបាកជាធម្មតាបណ្តាលមកពីមិនគោរពលក្ខ័ខណ្ឌនៃការដាក់ ឬ មកពីបន្តការទាញលើសពីពេលកំណត់ដែលបាន ថ្លែងពីខាងលើ ។

ផលវិបាកចំពោះទារក

- ហើមស្បែកក្បាល ដោយក្បាលបូមជាគ្រោះថ្នាក់តិចតួចហើយអាចបាត់ទៅវិញក្នុងរយៈពេល២ឬ ៣ ម៉ោង ។
- Cephalohaematoma ទាមទារការតាមដាន ហើយជាធម្មតាវានឹងជាស្បើយឡើងវិញក្នុង ៣ ទៅ ៤ អាទិត្យ ។

- រលាត់ស្បែកក្បាល (សម្បូណ៌ជួប និង មិនសូវគ្រោះថ្នាក់)និង រហែកអាចកើតមានឡើង ។ សំអាតហើយពិនិត្យការរហែក ពេលយល់ថាការដេរជាការចាំបាច់ ។ភាពរលួយមានតិចណាស់ ។
- ការហូរឈាមក្នុងខួរក្បាលមានតិចតួចណាស់ហើយទាមទារការថែទាំកូនទើបកើតភ្លាម១បន្ទាន់ ។

ផលវិបាកចំពោះម្តាយ

- ការរហែកផ្លូវបន្តពូជអាចកើតមាន ។ពិនិត្យស្ត្រីដោយប្រុងប្រយត្ន័ហើយដេរឡើងវិញនូវភាពរហែកទាំងឡាយនៅនិងមាត់ស្បូន (**ទំព័រ P-81**) ឬ ទ្វារមាស (**ទំព័រ P-83**) ឬ ដេរទ្វារដែលកាត់(**ទំព័រ P-73**) ។

ការសំរាលដោយដង្កៀប FORCEPS DELIVERY

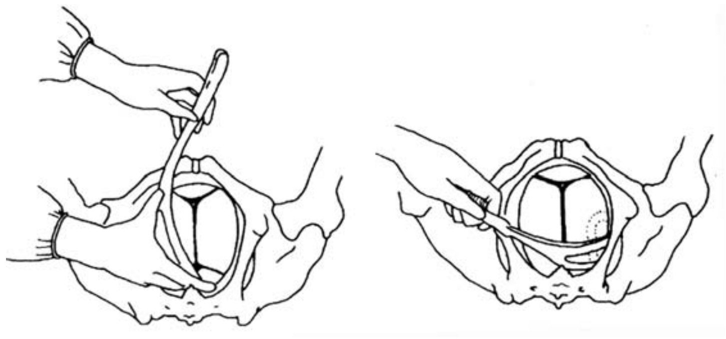
- មើលលក្ខខណ្ឌឡើងវិញ :
  - ទម្រង់ហុចកំពូលក្បាលឬហុចមុខដោយចង្កាឋិតនៅខាងមុខឬការជាប់ក្បាលក្នុងការសំរាលបញ្ច្រាសជើង **(ទំព័រ P-41)**
  - មាត់ស្បូនបើកអស់
  - ក្បាលឋិតនៅ +2 ឬ ទីតាំង +3 ឬ 0/5 ដែលបានដោយស្ទាប

យ៉ាងហោចណាស់បន្ទាត់ភ្ជាប់កណ្តាលមុខក្រោយរបស់ក្បាលកូនត្រូវតែឋិតនៅលើបន្ទាត់កណ្តាលហើយត្រង់ ធានាថាអុកស៊ីពីតឋិតនៅខាងមុខ ឬ ខាងក្រោយ ។

- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និង លើកទឹកចិត្ត ។ ប្រសិនបើចាំបាច់ ធ្វើ pudendal block អោយស្ពឹកប្រដាប់បន្តពូជ **(ទំព័រ P-3)**
- ផ្គុំដង្កៀបមុននិងដាក់ ។ ត្រូវតែច្បាស់ថាផ្នែករបស់វាអាចផ្គុំសមគ្នាល្អ ។
- ដាក់ប្រេងរំអិលផ្នែកខាងផ្លែដង្កៀប
- ពាក់ស្រោមដៃដែលរំងាប់មេរោគក៏រិតខ្ពស់ ដាក់បញ្ចូលម្រាម២របស់ដៃខាងស្តាំទៅក្នុងទ្វារមាស ពីចំហៀងរបស់ក្បាលកូន ។ រុញបញ្ចូលផ្លែឆ្វេងថ្នមៗនៅចន្លោះក្បាលនឹងម្រាមដៃឆ្ពោះទៅកន្លែងសល់ទំនេរលើផ្នែកចំហៀងរបស់ក្បាលកូន **(រូប P-10)**

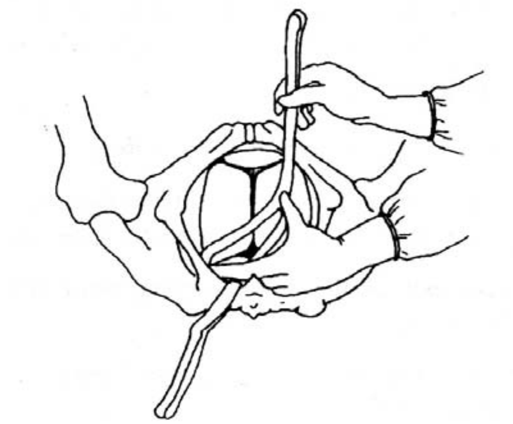
ការដាក់ទៅលើផ្នែកចំហៀង និង ថ្គាមទាំងសង្ខាងគឺជាការដាក់ដែលមានសុវត្ថិភាពតែមួយគត់ ។

រូបភាព P-10 **ការដាក់ផ្លែខាងឆ្វេងរបស់ដង្កៀប**



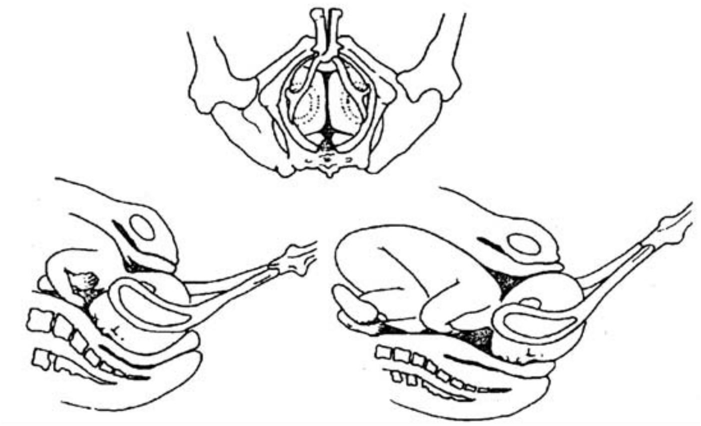
- ធ្វើជាថ្មីរបៀបដដែលនៅលើចំហៀងម្ខាងទៀត ដោយប្រើដៃឆ្វេង និង ផ្លែស្តាំរបស់ដង្កៀប(**រូប P-11 ទំព័រ P-34)**

រូបភាព P-11 **ការដាក់ផ្លែខាងស្តាំរបស់ដង្កៀប**



- សង្កត់ដងចុះហើយដាក់គន្លឹះដង្កៀប
- ការពិបាកដាក់គន្លឹះដង្កៀប ជាធម្មតាវាបញ្ជាក់ថាការដាក់នេះវាមិនត្រឹមត្រូវទេ ។ ក្នុងករណីនេះដកផ្លែដង្កៀប ហើយរកមើលជាថ្មីនូវស្ថានភាពរបស់ក្បាល ។ដាក់សារជាថ្មីតែនៅពេលដែលការបង្វិលរបស់ក្បលសលត្រូវបាន បញ្ជាក់ហើយ ។
- ក្រោយពេលដាក់គន្លឹះ ទាញអោយត្រង់មកខាងក្រោម និង ខាងក្រោយជាមួយនិងការកន្ត្រាក់និមួយៗ (**រូប P-12**)

រូបភាព P-12 **ការដាក់គន្លឹះនិងការទាញ**



- នៅចន្លោះការកន្ត្រាក់ពិនិត្យ :
  - សង្វាក់បេះដូងកូន
  - ការដាក់ដង្កៀប

- កាលណាក្បាលទូលចេញមក ធ្វើការកាត់ទ្វារសមស្របមួយ (**ទំព័រ P-71**)
- លើកក្បាលចេញយឺតៗពីទ្វារមាសនៅចន្លោះការកន្ត្រាក់ ។ ក្បាលត្រូវតែចុះជាមួយនិងការទាញនិមួយៗ។

ការទាញតែ ២ ឬ ៣ ដងត្រូវតែបានប្រយោជន៍ ។

បរាជ័យ

- បរាជ័យ នៃដង្កៀបប្រសិនបើ :
    - ក្បាលកូនមិនទៅមុខជាមួយនិងការទាញនិមួយៗ
    - ទារកមិនសំរាលក្រោយពីទាញបីដង និង គ្មានការលូនចុះ ឬ ក្រោយរយៈពេល ៣០នាទី ។
- ការដាក់និមួយៗ ត្រូវគិតថាជាការសាកល្បងរបស់ដង្កៀប កុំធ្វើបន្តប្រសិនបើគ្មានការលូនចុះជាមួយការទាញ និមួយៗ ។
- ប្រសិនបើការសំរាលដោយដង្កៀបបរាជ័យ ធ្វើការវះកាត់យកកូន (**ទំព័រ P-43**)

ការកាត់សាំហ្វីមិនមែនជាការជ្រើសរើសមួយនៅពេលដែលការប្រើដង្កៀបបរាជ័យនោះទេ ។

ផលវិបាក

ផលវិបាកចំពោះទារក

- របួសសរសៃ ហ្វាស៊ីយ៉ាល់ទាមទារការតាមដាន ។ ការរបួសនេះជាធម្មតាបានស្រួលដោយខ្លួនឯង ។
- ការរហែកមុខ និង ស្បែកក្បាលអាចកើតមានបាន ។ សំអាតរួចពិនិត្យការរហែកដើម្បីកំណត់ថាតើការដេរមានប្រយោជន៍ ឬទេ
- ការបាក់ឆ្អឹងមុខ និង លលាដ៍ក្បាលទាមទារការតាមដាន ។

ផលវិបាកចំពោះម្តាយ

- ការរហែកប្រដាប់បន្តពូជអាចកើតមាន ។ ពិនិត្យស្ត្រីដោយប្រុងប្រយត្ន័ ហើយដេរឡើងវិញនូវការរហែកមាត់ស្បូន (**ទំព័រ P-81**) ឬ ទ្វារមាស (**ទំព័រ P-83**) ឬ ដេរឡើងវិញនូវការកាត់ទ្វារ(**ទំព័រ P-73**)
- ការរហែកស្បូនអាចកើតមានហើយទាមទារការព្យាបាលភ្លាមៗ (**ទំព័រ P-95**) ។

ការសំរាលកូនបញ្ច្រាសជើង

- មើលឡើងវិញនូវលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ ។ ត្រូវអោយច្បាស់ថាលក្ខខណ្ឌទាំងអស់សំរាប់សុវត្ថិភាពនៃការសំរាល តាមទ្វារមាសចំពោះកូនបញ្ច្រាសត្រូវបានជួប ។
- មើលឡើងវិញគោលការណ៍ទូទៅនៃការថែទាំ (**ទំព័រ C-17**)ហើយចាប់ផ្តើមចាក់បញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ (**ទំព័រ C-21**)
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និង លើកទឹកចិត្ត ។ ប្រសិនបើចាំបាច់ ធ្វើ pudendal block អោយស្ពឹកប្រដាប់បន្តពូជ (**ទំព័រ P-3**)
- ធ្វើប្រតិបត្តិការទាំងអស់ដោយថ្នមៗចៀសវាងការប្រើកម្លាំងដែលមិនទាន់ដល់កំណត់ ។

ការបង្ហាញគូថហុចជើង ឬ ការបង្ហាញគូថធំ (COMPLETE or FRANK BREECH)

រូបភាព P-13 **ការបង្ហាញគូថ**

A. ការបង្ហាញគូថហុចជើង

B. ការបង្ហាញគូថធំ

ការសំរាលគូថ និង ជើង

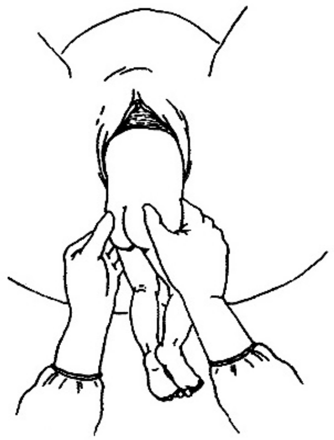
- ពេលគូថចូលទៅក្នុងទ្វារមាស ហើយមាត់ស្បូនបើកអស់ប្រាប់ស្ត្រីថាគាត់អាចបញ្ចេញកូនជាមួយ និងការកន្ត្រាក់ ។
- ប្រសិនបើបេរីណេរួមចង្អៀតខ្លាំង ធ្វើការកាត់ទ្វារ (**ទំព័រ P-71**)
- អនុញ្ញាតអោយគូថសំរាលចេញមករហូតដល់ខ្នងហើយបន្ទាប់មកគេអាចមើលឃើញស្មា ។
- ទ្រគូថថ្នមៗនៅក្នុងដៃម្ខាង ប៉ុន្តែកុំទាញ ។
- ប្រសិនបើជើងមិនសំរាលចេញមកដោយខ្លួនឯងទេនៅពេលនោះសំរាលជើងម្ខាងដោយ :
  - រុញខាងក្រោយជង្គង់ធ្វើអោយជើងកោង
  - ចាប់កជើងយ៉ាងជាប់រួចសំរាលប្រអប់ជើង និង ជើង

– ធ្វើរបៀបដដែលសំរាប់ជើងម្ខាងទៀត ។

កុំចាប់ទាញទារកនៅពេលដែលកំពង់តែសំរាលជើង

- ចាប់កាន់ត្រគាកទារក ដូចបង្ហាញក្នុង **រូប P-14** ។ កុំចាប់កាន់ចង្កេះ ឬពោះរបស់ទារក ធ្វើយ៉ាងនេះអាចបណ្តាលអោយអន្តរាយដល់តម្រងទឹកនោម និង ថ្លើម ។

រូបភាព P-14 **ចាប់កាន់ត្រគាកទារក តែកុំទាញ**



ការសំរាលដៃ

ដៃអាចស្ទាបឃើញនៅលើទ្រូង

- អនុញ្ញាតអោយដៃដកចេញដោយខ្លួនឯងមួយម្តង១ ។ អាចជួយប្រសិនបើចាំបាច់ ។
- ក្រោយពេលសំរាលដៃទីមួយ លើកគូថឆ្ពោះទៅពោះម្តាយដើម្បីជួយអោយដៃទីពីរអាចសំរាលចេញដោយខ្លួនឯង ។
- **ប្រសិនបើដៃមិនសំរាលដោយខ្លួនឯងទេ** ដាក់ម្រាមដៃ ១ ឬ ២ ទៅក្នុងកែងហើយបត់ដៃដោយចាប់បញ្ចុះប្រអប់ដៃលើមុខទារក ។

ដៃសន្ធឹងទៅលើក្បែរក្បាល ឬ អោបជុំវិញក

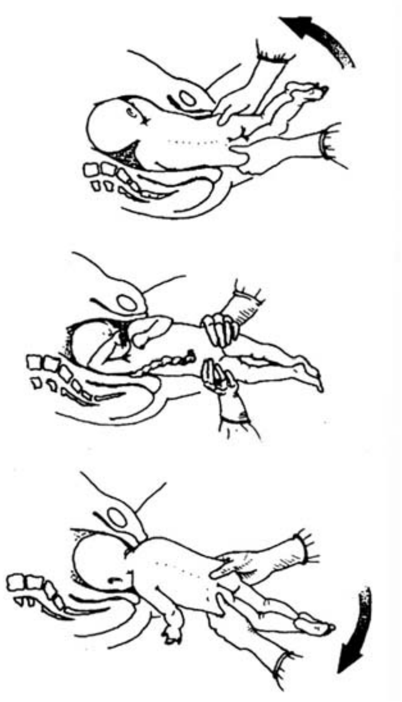
ប្រើវិធី ឡូសេត **(Lovset ’s manoeuvre)** (**រូប P-15**) **:**

- ចាប់កាន់ត្រគាកទារកហើយបង្វិលកន្លះជុំរក្សាខ្នងអោយបិតនៅខាងលើ
  រួចទាញចុះក្រោមក្នុងពេលជាមួយគ្នា

ដូចនេះ ដៃដែលនៅខាងក្រោយទៅជាខាងមុខហើយអាចសំរាលចេញក្រោមឆ្អឹងពុយបឹស ។

- ជួយការសំរាលដៃដោយដាក់ម្រាមមួយឬពីរទៅលើផ្នែកខ្ពស់បំផុតរបស់ដៃ ។អូសដៃចុះក្រោមពីមុខដើមទ្រូង គួយដៃបានបត់ ជាមួយនិងដៃផាត់បោសលើមុខ ។
- ដើម្បីសំរាលដៃទី ២ បង្វិលខ្នងទារកកន្លះជុំ រក្សាខ្នងអោយនៅខាងលើហើយធ្វើការទាញចុះក្រោម រួចសំរាល ដៃទី ២ ទៅតាម ផ្លូវដដែលក្រោមឆ្អឹងពុយបឹស ។

រូបភាព P-15 **វិធីឡូសេត (Lovset 's manoeuvre)**



ខ្លួនរបស់ទារកពុំអាចបង្វិលបាន

ប្រសិនបើខ្លួនរបស់ទារកពុំអាចបង្វិលបាន ដើម្បីសំរាលដៃខាងមុខជាដំបូងនោះធ្វើការសំរាលស្មាខាងក្រោយជាដំបូងវិញ (រូប P-16) :

- ចាប់កាន់ និង លើកទារកដោយកាន់កជើង
- រុញដើមទ្រូងទារកឆ្ពោះទៅផ្នែកភ្លៅស្ត្រី ។ ស្មាខាងក្រោយត្រូវសំរាលចេញ ។
- សំរាលដៃ និង ប្រអប់ដៃ

- ដាក់ខ្លួនទារកចុះមកវិញដោយចាប់កជើង ។ ស្មាលើកនេះស្មាខាងមុខត្រូវតែសំរាលចេញ ។
- សំរាលដៃ និង ប្រអប់ដៃ

រូបភាព P-16 **សំរាលស្មាខាងក្រោយ**

សំរាលក្បាល

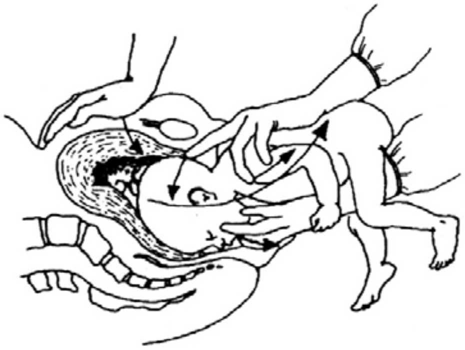
សំរាលក្បាលតាមវិធីម៉ូរីសូស្មេលីវៀត (The Mauriceau Smellie Veit manoeuvre) (**រូប P-17** , **ទំព័រ P-14**) ដូចមានតទៅនេះ :

- ដាក់មុខ និង ខ្លួនទារកទៅក្រោមនៅលើប្រអប់ដៃ និង ដៃរបស់អ្នក ។
- ដាក់មេដៃ និង ម្រាមទីពាររបស់ដៃនេះទៅលើឆ្អឹងថ្គាម ហើយដាក់ចង្អុលដៃទៅក្នុងមាត់ទារកដើម្បីទាញថ្គាមចុះ និង បត់ក្បាល ។
- ប្រើដៃម្ខាងទៀតដើម្បីចាប់អោយជាប់ស្មាទារក ។
- ជាមួយនឹងម្រាមដៃពីររបស់ដៃនេះ បត់ក្បាលទារកថ្នមៗឆ្ពោះទៅដើមទ្រូងនៅពេលដែលគេប្រើកម្លាំងសង្កត់ថ្គាមចុះក្រោមដើម្បីអោយក្បាលទារកចុះក្រោម រហូតដល់គេអាចមើលឃើញជើងសក់ ។
- ទាញថ្នមៗដើម្បីសំរាលក្បាល ។

កំណត់សំគាល់: សុំអោយអ្នកជំនួយការម្នាក់សង្កត់លើឆ្អឹងពុយបិសរបស់ម្តាយសំរួលដល់ការសំរាលក្បាល ។ ការជួយនេះ ធ្វើអោយក្បាលកូនបត់បាន ។

- លើកទារកដែលនៅច្រកគាវលើដៃរហូតដល់មាត់ និង ច្រមុះចេញមក ។

រូបP-17 **វិធីម៉ូរីស្សូស្មែលីវៀត(The Mauriceau Smellie Veit manoeuvre)**



ការបញ្ចេញក្បាល(ស្ទះ)

- បូមទឹកនោម
- មានអ្នកជំនួយការម្នាក់ដែលអាចកាន់ទារកនៅពេលដាក់ដង្កៀបទាញ ។
- ត្រូវអោយច្បាស់ថា មាត់ស្បូនបើកអស់ ។
- រុំខ្លួនទារកដោយក្រណាត់ រួចកាន់លើកទារក ។
- ដាក់ផ្លែខាងឆ្វេងនៃដង្កៀប
- ដាក់ផ្លែខាងស្តាំរួចដាក់គន្លឹះ
- ប្រើដង្កៀបដើម្បីធ្វើអោយក្បាលទារកបត់រួចសំរាលក្បាល ។
- ប្រសិនបើ**ពុំអាចប្រើដង្កៀបបាន** ប្រើកម្លាំងសង្កត់ខ្លាំងនៅផ្នែកខាងលើឆ្អឹងពុយប៊ិសម្តាយ ដើម្បីធ្វើអោយ ក្បាលទារកបត់រួចរុញវាតាមចន្លោះអាងត្រគាក ។

ទម្រង់ប្រាសជើងធ្លាក់ជើងម្ខាង

ការធ្លាក់ជើងម្ខាងរបស់ទារក (**រូប P-18**) ជាធម្មតាត្រូវសំរាលដោយធ្វើការវះកាត់ (**ទំព័រ P-43**)

រូបភាព P-18 **ការបង្ហាញនៃការធ្លាក់ជើងម្ខាង ដោយជើងមួយសន្ទឹងនៅចង្កេះ និង ជង្គង់**

- កំរិតដែលអាចធ្វើការសំរាលតាមទ្វារមាសចំពោះទារកដែលធ្លាក់ជើងមាន :
  - ការឈឺសំរាលជឿនលឿនទៅមុខហើយដោយមាត់ស្បូនបើកអស់
  - កូនមិនគ្រប់ខែដែលមិនអាចរស់បានក្រោយសំរាល
  - ការសំរាលកូនបន្ថែមក្នុងករណីកូនភ្លោះឬច្រើន
- ដើម្បីសំរាលទារកតាមទ្វារមាស :
  - ចាប់កែងកជើងទារកដោយដៃម្ខាង
  - ប្រសិនបើឃើញមានតែជើងមួយ ដាក់បញ្ចូលដៃម្ខាងទៀត(ពាក់ស្រោមដៃដែលរំងាប់មេរោគកំរិត ខ្ពស់) ទៅក្នុងទ្វារមាសរួចទាញជើងម្ខាងទៀតបញ្ចេញថ្នមៗ ។
  - ទាញទារកថ្នមៗចុះក្រោមដោយទាញកជើង
  - សំរាលទារករហូតដល់មើលឃើញគូថ
  - បន្តធ្វើការសំរាលដៃ (**ទំព័រ P-38**)

ការបញ្ចេញកូនច្រាសជើង **Breech extraction**

- ពាក់ស្រោមដៃដែលរំងាប់មេរោគកំរិតខ្ពស់ ដាក់បញ្ចូលដៃម្ខាងទៅក្នុងស្បូនហើយចាប់អោយជាប់ប្រអប់ ជើងទារក
- ចាប់ប្រអប់ជើងរួចទាញបញ្ចេញតាមទ្វារមាស
- ប្រើកម្លាំងទាញតាមប្រអប់ជើងរហូតដល់មើលឃើញគូថ
- បន្តធ្វើការសំរាលដៃ(**ទំព័រ P-38**)
- ផ្តល់អង់ទីប៊ីយ៉ូទិក តែមួយដូសដើម្បីការពារក្រោយពេលធ្វើការបញ្ចេញគូថ(**ទំព័រ C-35**)
  - Ampicillin g តាមសរសៃបូកជាមួយ Metronidazol 500 mg តាមសរសៃ
  - ឬ Cefazolin 1g តាមសរសៃបូកជាមួយ Metronidazol 500 mg តាមសរសៃ ។

ការថែទាំក្រោយសំរាល

- បូមមាត់ និង ច្រមុះទារក
- គៀប និង កាត់ទងសុក
- ផ្តល់អុកស៊ីតូស៊ីន ១០ឯកតានៅក្នុង១នាទីបន្ទាប់ពីការសំរាល ហើយធ្វើបន្តការគ្រប់គ្រងដំណាក់កាលទី៣(**ទំព័រ C-73**)
- ពិនិត្យស្ត្រីដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយដេរឡើងវិញរាល់ការរហែកមាត់ស្បូន(**ទំព័រ P-81**)ឬ ទ្វារមាស (**ទំព័រ P-83**) ឬ ដេរឡើងវិញការកាត់ទ្វារ(**ទំព័រ P-73**)

ការវះកាត់យកកូន CESAREAN SECTION

- ពិនិត្យឡើងវិញពីលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ ។ បញ្ជាក់ថាការសំរាលតាមក្រោមមិនអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន ។
- ពិនិត្យពីជីវិតរបស់ទារក ដោយស្តាប់ចង្វាក់បេះដូងកូន និង ស្ទាបរកទំរង់របស់កូន (Presentation)
- រំលឹកពីគោលការណ៍ថែទាំគ្រឹះនៃការវះកាត់ (**ទំព័រ C-17**)និងគោលការណ៍ថែទាំការវះកាត់(**ទំព័រC-47**) និងចាប់ផ្តើមចាក់តាមសរសៃ (**ទំព័រ C-21**) ។
- ប្រើថ្នាំស្ពឹក lignocaine(**ទំព័រ P-7**) , Ketamine(**ទំព័រ P-13**) , ចាក់ឆ្អឹងខ្នង(**ទំព័រ P-11**) ឬ ដាក់ថ្នាំសណ្តំ :
  - ការប្រើថ្នាំស្ពឹក ជាមធ្យោបាយសុវត្ថិភាពជំរើសមួយ ពេលដែលប្រើ Ketamine ឬ ចាក់ឆ្អឹងខ្នង ឬ សណ្តំ មិនអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន ឬ បុគ្គលិកបានរៀនសូត្រហើយមិនអាចអនុវត្តបាន ។
  - ការប្រើថ្នាំស្ពឹកក្នុងការវះកាត់យកកូន តំរូវអោយមានអ្នកផ្តល់សេវា ធ្វើការពិគ្រោះពិភាក្សាជាមួយស្រ្តី និង ធានាចំពោះស្រ្តីពេលធ្វើទំរង់ការ ។ អ្នកផ្តល់សេវា គួរប្រើសំភារៈ និង អនុវត្តដោយថ្នមៗ តាមការដែលអាច ហើយត្រូវចងចាំក្នុងចិត្តថា ស្រ្តីនោះនៅដឹងខ្លួន និង អាចភ្ញាក់ឡើង (Alert)

កំណត់សំគាល់ :ក្នុងករណីបេះដូងខ្សោយ (Heart failure) , ត្រូវប្រើថ្នាំស្ពឹករួមជាមួយការដាក់អោយបាត់ឈឺ ហើយមិន សន្លប់ ។ ការប្រើការចាក់ឆ្អឹងខ្នងត្រូវហាមឃាត់ ។

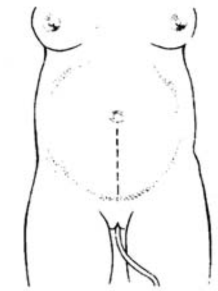
- ស្រាវជ្រាវក្រែងលោការវះតាមខ្សែបញ្ឈរពោះ High Vertical Incision ត្រូវបានកំណត់យក (**ទំព័រ P-50**) :
  - មិនអាចចោះអង្កត់ក្រោម(**lower uterine Segment)**បានដោយមានភាពស្អិតជាប់ក្រោយពីការវះកាត់យកកូនលើកមុន
  - កូនទទឹង(ខ្នងទារកនៅខាងក្រោម)ដែលការចោះនៅអង្កត់ក្រោមមិនអាចធ្វើដោយសុវត្ថិភាពបាន
  - ទារកមិនប្រក្រតី (ឧ- កូនភ្លោះជាប់គ្នា)
  - មានដុំសាច់ដ៏ធំគ្របលើអង្កត់ក្រោម
  - សរសៃឈាមកកកុញនៅអង្កត់ក្រោមដោយសារមានសុកបាំងមាត់ស្បូន
  - មហារីកមាត់ស្បូន
- ប្រសិនបើ**ក្បាលកូនចុះជ្រៅទៅក្នុង Pelvis** ដូចជាក្នុងករណីមានឧបសគ្គពេលសំរាលពេលនោះត្រូវរៀបចំនៅទ្វារខាងក្រោមសំរាប់ជួយពេលធ្វើការវះកាត់យកកូន (**ទំព័រ C-22**) ។
- បង្វិលតុវះអោយផ្សៀងខាងឆ្វេង ឬ កល់ខ្នើយ ឬ កល់ក្រណាត់ក្រោមផ្នែកក្រោមនៃចង្កេះ ដើម្បីបន្ថយ Supine hypotension syndrome

ការបើកពោះ OPENING THE ABDOMEN

- បើកពោះបណ្តោយពីក្រោមផ្ចិតទៅឆ្អឹងថ្ងាស កាត់ស្បែករហូតដល់ស្រទាប់សាច់យាវ

កំណត់សំគាល់ : ប្រសិនបើ**ការវះកាត់យកកូនអនុវត្តក្រោមការចាក់ថ្នាំស្ពឹក** យើងត្រូវបើកពោះវែងជាង 4cm លើសពីការវះដោយប្រើការសណ្តំ ។ **ការវះ Pfannenstiel គួរកុំធ្វើនៅពេលនេះ**ព្រោះវាប្រើពេលយូរ , ការរួមចូលមកវិញនៃមុខរបួសយឺតណាស់ ហើយត្រូវប្រើថ្នាំស្ពឹកច្រើនផង ។

រូបភាព P-19 **កន្លែងត្រូវវះពោះ**



- ចោះ 2-3cm លើសាច់យាវ
- ចាប់តែមសាច់យាវដោយដង្កៀប ហើយកាត់ទៅលើ និង ចុះក្រោមដោយកន្ត្រៃ
- ប្រើម្រាមដៃ ឬ កន្ត្រៃ ដើម្បីញែកសាច់ដុំ (Rectus Muscles)
- ប្រើម្រាមដៃដើម្បីបើក Peritoneum នៅក្បែរផ្ចិត ។ ប្រើកន្ត្រៃដើម្បីកាត់ចុះ ឬ ឡើង ដើម្បីធ្វើយ៉ាងណាបានឃើញស្បូនទាំងមូល ។ ដើម្បីការពារប្លោកនោម យើងត្រូវប្រើកន្ត្រៃដើម្បីញែកស្រទាប់ និង បើកផ្នែកខាងក្រោមនៃ Peritoneum
- ដាក់ Bladder retractor
- ប្រើដង្កៀបដើម្បីច្បិចPeritoneumដែលគ្របលើផ្នែកខាងមុខរបស់អង្កត់ក្រោមហើយកាត់វាដោយកន្ត្រៃ
- បន្ទាយមុខកាត់ដោយកន្ត្រៃចន្លោះស្បូននិងSerosaដែលបំប៉ោង ហើយកាត់ទទឹងប្រហែល3cmពីម្ខាងៗ ។

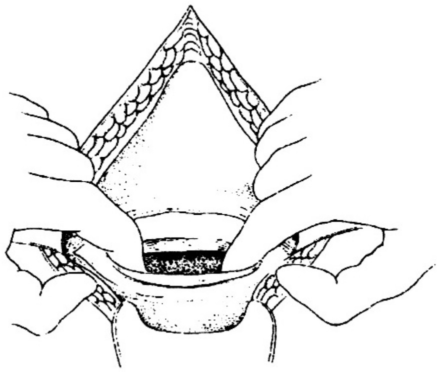
- ប្រើម្រាមដៃ ២ រុញប្លោកនោមទៅក្រោម ។ ដាក់Bladder retractor ឡើងវិញគ្របឆ្អឹងថ្ពាស និង ប្លោកនោម ។

ការចោះស្បូន OPENING THE UTERUS

- ប្រើកាំបិតដើម្បីចោះទទឹងស្បូននៅអង្កត់ក្រោម 3cm ។ វាអាចប្រហែល 1cm ពីក្រោមកន្លែងដែលស្រទាប់ Serosa របស់ស្បូន និង ប្លោកនោមដែលបានកាត់ និង រុញទៅក្រោមហើយ ។
- ពង្រីកមុខរំះ ដោយប្រើម្រាមដៃទាញតែមសងខាងដោយថ្នមៗ ក្នុងពេលតែមួយ (**រូប P-20**) ។
- ប្រសិនបើ**អង្កត់ក្រោមវាក្រាស់ និង ចង្អៀត** យើងពង្រីកមុខរំះដោយកន្ត្រៃជារាងចំណិតខែ (Crescent Shape) ជំនួសម្រាមដៃ ដើម្បីការពារកុំអោយដាច់ដោចដល់សរសៃរបស់ស្បូន ។

វាជាការសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវចោះស្បូនអោយបានធំល្មម

រូបភាព P-20 **ពង្រីកមុខរំះស្បូន Enlarging the uterine incision**

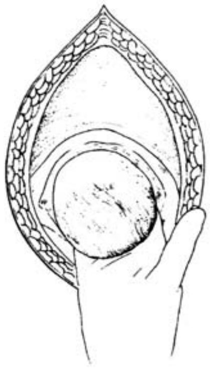


ការបញ្ចេញកូន និង សុក DELIVERY OF THE BABY AND PLACENTA

- ដើម្បីបញ្ចេញកូន ត្រូវដាក់ដៃម្ខាងចូលទៅក្នុងស្បូន ចន្លោះស្បូន និង ក្បាលកូន
- ដោយម្រាមដៃ យើងចាប់និង កាច់ក្បាលកូន
- ដោយថ្នមៗលើកក្បាលកូនតាមប្រហោងដែលចោះ(**រូប P-21,ទំព័រP-46**) ។ ត្រូវប្រយ័ត្នកុំអោយមុខរំះវាដាច់ចុះទៅដល់មាត់ស្បូន ។
- ប្រើដៃម្ខាងទៀត រុញថ្នមៗពីលើពោះត្រង់កំពូលស្បូន ដើម្បីជួយបញ្ចេញក្បាល ។

- ប្រសិនបើ**ក្បាលកូនវាចុះខ្លាំងឬចុះទៅដល់ក្នុងទ្វារ**ត្រូវរកអ្នកជំនួយការ(ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល) ជួយរុញក្បាល កូនពីទ្វារក្រោមមកវិញ ។ បន្ទាប់មកយើងលើកក្បាលកូនហើយបញ្ចេញវាមកក្រៅ(**រូប P-22**) ។

រូបភាព P-21 **ការបញ្ចេញក្បាលមុន Delivering the baby's head**



រូបភាព P-22 **ការបញ្ចេញក្បាលដែលលង់ខ្លាំង Delivering the deeply engaged head**

- ពេលក្បាលកូនចេញក្រៅ ត្រូវបឺតស្លេះពីមាត់ និង ច្រមុះ
- បញ្ចេញស្មា និង ដងខ្លួន
- អោយ Oxytocine 20IU ក្នុងទឹក 1L (សេរ៉ូមប្រៃ ឬ Ringer's lactate) 60តំណក់/នាទី សំរាប់រយៈពេល2ម៉ោង
- កៀប និង កាត់ទងផ្ចិត
- ហុចកូនទៅជំនួយការ ដើម្បីធ្វើការថែទាំជាបឋម (**ទំព័រ C-76**)
- អោយថ្នាំផ្សះ ១ កំរិត ដើម្បីការពារ បន្ទាប់ពីបានកាត់ទងផ្ចិត (**ទំព័រ C-35**) :

- Ampicillin 2g ចាក់តាមសរសៃ IV
- ឬ Cefazolin 1g ចាក់តាមសរសៃ IV

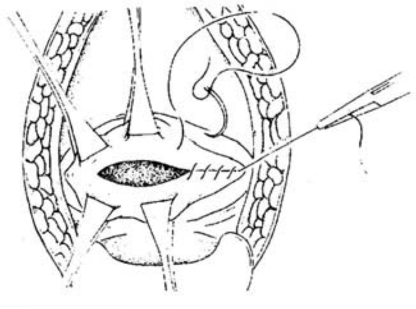
- ទាញទងសុកសន្សឹងថ្នមៗ ហើយ អង្អែលស្បូនពីលើពោះ
- បញ្ចេញសុក និង ភ្នាសរបស់វា ។

ការបិទមុខវះរបស់ស្បូន CLOSING THE UTERINE INCISION

កំណត់សំគាល់ : ប្រសិនបើ Couvelaire uterus (ស្បូនហើមធំនិងមានពណ៌មិនប្រក្រតីដោយសារឈាម) បានមើលឃើញនៅពេលវះយកកូន ការបិទមុខវះត្រូវធ្វើតាមធម្មតា ប៉ុន្តែត្រូវតាមដាន ។

- ចាប់គែមមុខវះទាំងសងខាង ដោយដង្កៀប
- ចាប់កែមខាងលើរបស់មុខវះដោយដង្កៀប ។ ត្រូវអោយច្បាស់ថាវាបានញែកចេញពីប្លោកនោម ។
- ពិនិត្យដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ក្រែងលោមានការដាច់ហួសពីមុខវះរបស់ស្បូន
- ដេរជួសជុលមុខវះនិងមុខដាច់រាលពីស្នាមវះស្បូនដោយថ្នេរជាប់ៗ ប្រើចេស Catgut Chromic "0" ឬ Polyglycolic (**ទំព័រ P-23)** ។
- ប្រសិនបើ**មានការហូរឈាមចេញពីកន្លែងមុខវះ**ត្រូវដេរដោយថ្នេរលេខ8(Figure-of-eight sutures) ។ វាមិនមែនជាការចាំបាច់ត្រូវដេរមុខវះស្បូនជា២ជាន់ជាទំលាប់នោះទេ ។

រូបភាព P-23 ការបិទមុខវះស្បូនClosing the uterine incision



ការបិទពោះ CLOSING THE ABDOMEN

- ត្រូវពិនិត្យដោយប្រុងប្រយ័ត្នកន្លែងមុខវះរបស់ស្បូនមុននឹងបិទពោះ ត្រូវបញ្ជាក់ថាគ្មានការហូរឈាម និងស្បូនឡើងរឹង ។ ប្រើដង្កៀបមានចាប់ស្បៃក្នុងការយកដុំឈាមកកដែលនៅក្នុងពោះ
- ពិនិត្យអោយហ្មត់ចត់ តើមានការប៉ះពាល់ប្លោកនោមដែរ ឬ ទេ បើមានត្រូវជួសជុល(**ទំព័រ P-97)**
- បិទសាច់យាវដោយដេរជាប់ៗប្រើ Catgut Chromic “0”ឬ Polyglycolic

  កំណត់សំគាល់ :វាមិនចាំបាច់ក្នុងការបិទ Peritoneum របស់ប្លោកនោម ឬ របស់ពោះទេ

- ប្រសិនបើមាន**សញ្ញាបង្ករោគ** ដេរខ្ចប់Subcutaneous tissue ដោយស្បៃ និង ដេរដោយ catgut "0" ឬ polyglycolic រង្វើលៗ។ ការបិទស្បែកនិងត្រូវធ្វើបន្ទាប់ពីការបង្ករោគត្រូវបានព្យាបាលរួច។
- ប្រសិនបើ**គ្មានសញ្ញាបង្ករោគ** ដេរបិទស្បែកដោយ Nylon 3-0(ឬសូត្រ) ហើយគ្របដោយស្បៃស្តេរីល ។
- រុញស្បូនថ្នមៗពីលើពោះ ដើម្បីបញ្ចេញយកឈាមកកពីស្បូន និងពីទ្វារ ។

បញ្ហាដែលកើតមានក្នុងពេលវះកាត់ PROBLEMS DURING SURGERY

ការធ្លាក់ឈាមមិនអាចត្រួតត្រាបាន BLEEDING IS NOT CONTROLLED

- ឈ្លីលុញស្បូន
- ប្រសិនបើ**ស្បូនទន់** , បន្តការដាក់សេរ៉ូមមាន oxytocine ហើយអោយ Ergometrine 0.2 mg ចាក់សាច់ដុំ IM និង Prostaglandins ប្រសិនបើមាន ។ ថ្នាំទាំងនេះអាចអោយតំណាលគ្នា ឬ អោយជាតំណាក់ៗ(**តារាង**S-8, **ទំព័រ S-28)**
- បញ្ចូលឈាមប្រសិនជាចាំបាច់ (**ទំព័រ C-23)**
- តំរូវអោយមានអ្នកជំនួយការសង្កត់ម្រាមដៃលើ Aorta ដើម្បីបន្ថយការហូរឈាមរហូតដល់ប្រភពនៃការហូរឈាមអាចរកឃើញហើយត្រូវបានបញ្ឈប់ ។
- ប្រសិនបើ**ការហូរឈាមមិនអាចបញ្ឈប់**បានត្រូវចងអារទែស្បូន និង អារទែ Utero –ovarian (**ទំព័រ P-99)**ឬ ធ្វើការកាត់ស្បូន(**ទំព័រ P-103)** ។

កូនទំរង់បញ្ច្រាស់ BABY IS BREECH

- ត្រូវចាប់ជើង ហើយធ្វើការសំរាលតាមមុខវះនៃស្បូន
- បញ្ចប់ការសំរាលត្រូវធ្វើដូចការសំរាលបញ្ច្រាសតាមក្រោម (**ទំព័រ P-37)**:
  - បញ្ចេញជើង និង ដងខ្លួន រហូតដល់ស្មា បន្ទាប់មកបញ្ចេញដៃ
  - ច្បត់ក្បាល ដោយប្រើវិធី Mauriceau Smellie Veit (**ទំព័រ P-40**)

កូនទំរង់ទទឹង BABY IS TRANSVERSE

ខ្នងកូនផ្ងារឡើងលើ THE BABY'S BACK IS UP

- ប្រសិនបើខ្នងកូនផ្ងារឡើងលើ (ក្បែរកំពូលស្បូន) លូកចូលក្នុងស្បូនហើយរកកជើងកូន
- ចាប់កជើងហើយទាញដោយថ្នមៗតាមមុខវះដើម្បីបញ្ចេញជើង ហើយសំរាលដូចការសំរាលបញ្ច្រាស់ធម្មតា(**ទំព័រ P-38)**

ខ្នងកូនផ្កាប់មកក្រោម THE BABY'S BACK IS DOWN

- ប្រសិនបើខ្នងកូនផ្កាប់ការវះស្បូនតាមបណ្តោយ (Classical) ជាវិធីមួយដែលនិយមប្រើ(**ទំព័រ P-50)**
- បន្ទាប់ពីការចោះស្បូនលូកដៃចូលក្នុងស្បូនហើយរកជើង ។ ទាញវាចេញតាមមុខវះហើយបន្តការសំរាលដូចការសំរាលបញ្ច្រាសធម្មតា(**ទំព័រ P-38)**
- ដើម្បីបិទមុខវះបញ្ឈររបស់ស្បូន អ្នកចាំបាច់បិទតាមស្រទាប់ៗ (**ទំព័រ P-50)**

សុកពាំងមាត់ស្បូន PLACENTA PRAEVIA

- ប្រសិនបើសុកនៅខាងមុខហើយក្រោម ត្រូវចោះវាហើយបញ្ចេញកូន
- បន្ទាប់ពីបញ្ចេញកូន,ប្រសិនបើសុកមិនរបេះបានដោយដៃទេនោះវាប្រាកដជា Placenta accreta ដែលគេឧស្សាហ៍ឃើញនៅកន្លែងដែលវះយកកូនពីមុន ។ ត្រូវធ្វើការកាត់ស្បូន (**ទំព័រ P-103)** ។
- ស្ត្រីមានសុកពាំងមាត់ស្បូន ជាស្ត្រីមានគ្រោះថ្នាក់**ធ្លាក់ឈាមក្រោយសំរាល** ។ ប្រសិនបើមានធ្លាក់ឈាមត្រង់កន្លែងដែលសុកតោងត្រូវដេរវាដោយ Catgut Chromic ឬ Polyglycolic ។
- រកមើលការធ្លាក់ឈាមភ្លាមៗបន្ទាប់ពីសំរាល ហើយអនុវត្តសកម្មភាពសមស្រប (**ទំព័រ S-25**)

ការថែទាំក្រោយទំរង់ការ POST-PROCEDURE CARE

- រំលឹកគោលការណ៍ថែទាំគ្រឹះក្រោយពេលវះកាត់ (**ទំព័រ C-52)**
- ប្រសិនបើមាន**ការហូរឈាម :**
  - ឈ្លីលុញស្បូនដើម្បីបញ្ចេញឈាម និង កំណកឈាម ។ វត្តមានរបស់កំណកឈាមវាបញ្ឈប់ការកន្ត្រាក់នៃស្បូន ។
  - អោយ oxytocine 20 ឯកតាក្នុងទឹក 1 L ចាក់តាមសរសៃ IV(Normal saline ឬ Ringer's lactate) 60តំណក់ / mn និង Ergometrine 0,2 mg ចាក់សាច់ដុំ IM និង Prostaglandins **សៀវភៅ (តារាងS-8, ទំព័រ S-28)**. ថ្នាំទាំងនេះអាចអោយ តំណាលគ្នា ឬ ជាដំណាក់ៗ ។
- ប្រសិនបើមាន**សញ្ញានៃការបង្ករោគ** ឬ **ស្ត្រីមានគ្រុនក្តៅ** ត្រូវអោយថ្នាំផ្សះចំរុះរហូតដល់ស្ត្រីបាត់ក្តៅ 48 ម៉ោង :
  - Ampicillin 2g ចាក់តាមសរសៃ IM រាល់ 6ម៉ោង
  - បន្ថែម Gentamicine 5mg / Kg នៃទំងន់ខ្លួន ចាក់តាមសរសៃ IV រាល់ 24 ម៉ោង
  - បន្ថែម Métronidazol 500mg ចាក់តាមសរសៃ IV រាល់ 8 ម៉ោង
- អោយថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប(**ទំព័រ C-37)**

វះបញ្ឈរខ្ពស់HIGH VERTICAL("CLASSICAL") INCISION

- បើកពោះកាត់តាមខ្សែកណ្តាលក្បែរផ្ចិត ។ ប្រហែល 1/3 នៃមុខវះត្រូវនៅពីលើផ្ចិតហើយ 2/3 ត្រូវនៅពីក្រោម
- ប្រើកាំបិតក្នុងការចោះ :
  - រកស្ថានភាពរបស់ពួរមូល Ruond ligt និង បញ្ជាក់ថាការវះស្ថិតនៅចំលើខ្សែកណ្តាល (ស្បូនអាចបង្វិលទៅម្ខាង)
  - ធ្វើការចោះស្បូននៅចំខ្សែកណ្តាលពីលើកំពូលស្បូន
  - ការចោះគួរតែធ្វើប្រហែល 12-15 cm ហើយចុងខាងក្រោមត្រូវមិនអោយហួស Peritoneum របស់ Utero-Vesical ទេ ។

- រកជំនួយការម្នាក់(ប្រើស្រោមដៃស្តេរីល) អោយសង្កត់លើគែមដែលចោះដើម្បីត្រួតពិនិត្យការហូរឈាម ។
- កាត់ចុះទៅស្រទាប់ក្រោមរបស់ membranes ហើយបន្លាយមុខចោះដោយកន្ត្រៃ ។

- បន្ទាប់ពីបំបែកទឹកភ្លោះ , ចាប់ជើងកូនហើយបញ្ចេញកូនមកក្រៅ ។
- បញ្ចេញសុក និង ស្រោមទឹកភ្លោះ ។
- ចាប់គែមរបស់មុខវះដោយដង្កៀប Allis ឬ Green Armytage ។
- បិទមុខវះ យ៉ាងតូចដេរ 3 ជាន់ :
  - – បិទស្រទាប់ទី១ ដែលជាប់និងប្រហោងស្បូន ប៉ុន្តែកុំអោយជាប់ Decidua ដោយ Catgut Chromic "0"(ឬpolyglycolic)
  - – បិទស្រទាប់ទី២ គឺសាច់ដុំស្បូន ដោយប្រើថ្នេរជាប់នៃ Catgut Chromic 1(ឬ Polyglycolic)
  - – បិទស្រទាប់ខាងក្រៅ និង Serosaដោយប្រើថ្នេរជាប់នៃ catgut chromic "0"(ឬ polyglycolic) និង ប្រើម្ជុលមូល ។
- បិទពោះដូចវះយកកូនលើអង្កត់ក្រោមដែរ(**ទំព័រ P-48)** ។

ស្ត្រីមិនអាចឈឺពោះសំរាលចំពោះផ្ទៃពោះក្រោយឡើយ

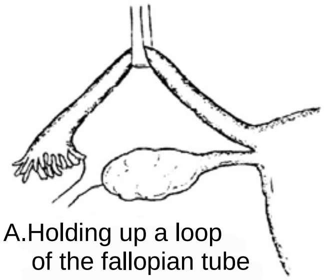
ការចងដៃស្បូនពេលវះកាត់យកកូន TUBAL LIGATION AT CAESAREAN

ការចងដៃស្បូនអាចធ្វើភ្លាម១បន្ទាប់ពីការវះយកកូន ប្រសិនបើស្ត្រីសុំមុនពេលឈឺពោះសំរាល(ពេលពិនិត្យមុនពេលសំរាល) ។ ការពិគ្រោះពិភាក្សា និង ការសំរេចចិត្ត និង ការយល់ព្រមត្រូវធ្វើការចងដៃស្បូនដោយស្ម័គ្រចិត្តដែលពេលខ្លះមិនអាចធ្វើបានពេលឈឺពោះ និង ពេលសំរាល ។

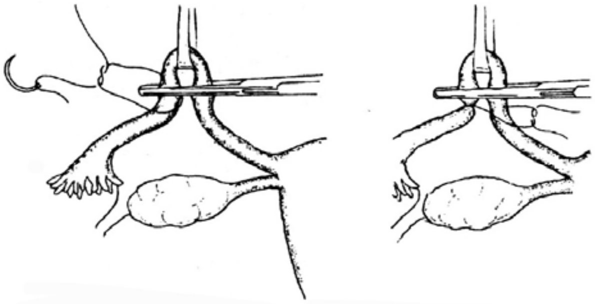
- រំលឹកពីការយល់ព្រមរបស់ស្ត្រី ។
- ចាប់កន្លែងដែលមិនមានសរសៃឈាម , ចំផ្នែកកណ្តាលរបស់ដៃស្បូនដោយដង្កៀប Babcock ឬ Allis
- លើកឡើង ដៃស្បូនដែលយើងចាប់ដោយដង្កៀបប្រហែល 2,5 mm (**រូប P-24 A,ទំព័រ P-52**) ។
-

- គៀបគល់របស់ដៃស្បូនដែលចាប់ដោយដង្កៀប Artery forceps ហើយចងវាដោយ catgnt plain ˝0˝ **(រូប P-24 B ទំព័រ P-52)** ។
- -កាត់ដៃស្បូនដែលយើងបានគៀបដោយដង្កៀប (ប្រហែល 1cm)**(រូបP-24 C-D)**
- -ធ្វើដូចគ្នាចំពោះដៃស្បូនម្ខាងទៀត ។

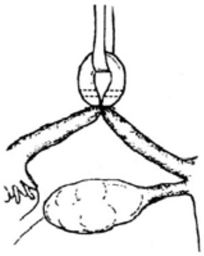
រូបភាព P 24 **កាត់ចងដៃស្បូន Tubal Ligation**



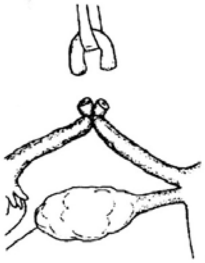
A.Holding up a loop of the fallopian tube



B.Crushing the base of the loop with forceps and ligating it in a figure-of-eight fashion



C.Crushing area(with line of resection indicated by dotted line)



D.Excising the loop of the fallopian tube

SYMPHYSIOTOMY

លទ្ធផលនៃ Symphysiotomy បានដល់ការពង្រីកវិជ្ជមាត្ររបស់អាងត្រគាក(លើសពី 2cm) ដោយមធ្យោបាយ កាត់ពួរ នៃ Symphyse ក្រោមថ្នាំស្ពឹក ។ មធ្យោបាយនេះអាចធ្វើបានដោយការធ្វើរួមជាមួយការបូមជប់ ។ មធ្យោបាយរួមនេះអាចជួយជីវិតស្ត្រីបាននៅកន្លែងណាដែលការវះកាត់យកកូនមិនអាចធ្វើបាន ។ Symphysiotomy មិនបន្សល់ទុកនូវស្នាមលើស្បូន និង គ្រោះថ្នាក់នៃការរហែកស្បូននៅពេលសំរាលលើកក្រោយមិនកើតឡើងឡើយ ។

យើងត្រូវថ្លឹងថ្លែងពីគ្រោះថ្នាក់ និង ផលចំណេញនៃទំរង់ការនេះ ។ បញ្ហាគ្រោះថ្នាក់ក្នុងនោះមានការប៉ះពាល់លើរន្ធនោម និង ប្លោកនោម,ការបង្ករោគ,ការឈឺចាប់ការដើរពិបាកមានភាពយូរអង្វែង ។ ទំរង់ការនេះអាចធ្វើបានតែក្នុងករណីណាដែលគ្មានមធ្យោបាយសុវត្ថិភាពជំនួសបាន ។

- ពិនិត្យឡើងវិញពីលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ :
  - អាងត្រគាកចង្អៀត Contracted pelvis
  - ទំរង់ហុចកំពូលក្បាល Vertex presentation
  - ដំណាក់កាលទី2អូសបន្លាយយូរ
  - ក្បាលនៅតែមិនចុះក្រោម ក្រោយស្បូនកន្ត្រាក់គ្រប់គ្រាន់
  - **និង**បរាជ័យ ឬ ត្រូវបរាជ័យដោយធ្វើបូមជប់តែឯកឯង ។
- ពិនិត្យឡើងវិញពីលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើសំរាប់ Symphysiotomy
  - កូននៅរស់
  - មាត់ស្បូនត្រូវបើកអស់
  - ក្បាលត្រូវមានស្ថានភាព -2 ឬមិនត្រូវនៅលើ 3/5 លើ Symphyse
  - មិនឃើញក្បាលហៀរពីលើ Symphyse
  - មិនអាចវះយកកូនបាន ឬ ដែលមិនអាចរកបានភ្លាមៗ
  - អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវមានបទពិសោធន៍ និង ជំនាញក្នុងការធ្វើ Symphysiotomy
- រំលឹកពីគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំ(**ទំព័រ C-17**)
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និង ភាពក្លាហានដល់ស្ត្រី ។ ប្រើថ្នាំស្ពឹក Lignocaïne(**ទំព័រ C-38**)
- តំរូវអោយមានអ្នកជំនួយការ ២នាក់ ដើម្បីទប់ជើងស្ត្រី , ភ្លៅ និង ក្បាល ជង្គង់ស្ត្រីត្រូវបត់ ។ ការបត់ភ្លៅមិនអោយហួសពី 45° ពីគំនូសកណ្តាលទេ(**រូប P-25,ទំព័រ P-54**) ។

ការបត់ភ្លៅលើសពី 45º ពីគំនូសកណ្តាលអាចបណ្តាលអោយរហែក Urethral និង ប្លោកនោម

រូបភាព P-25 ស្ថានភាពស្ត្រីសំរាប់Symphysiotomy/Position of the woman for symphysiotomy

- កាត់ទ្វារនៅMediolateral(**ទំព័រ P-71**) ។ ប្រសិនបើការ**កាត់ទ្វារបានធ្វើហើយ**ត្រូវពង្រីកបន្ថែមដើម្បីបន្ថយការទាញចេញនៃជញ្ជាំងរបស់ទ្វារ និងរន្ធនោម ។
- ចាក់ថ្នាំស្ពឹកនៅផ្នែកខាងមុខ , ខាងលើ , ខាងក្រោម នៃ Symphyse ដោយ Lignocaine 0.5% (**ទំព័រ C-39**)

កំណត់សំគាល់ :ត្រូវបឺត Seringue មើលដើម្បីបញ្ជាក់ថា គ្មានប៉ះពាល់ដល់សរសៃឈាមទេ ។ ប្រសិន**បើបឺត បានឈាមត្រូវដកម្ជុលចេញ** ហើយ ចាក់ម្តងទៀតដោយប្រុងប្រយត្ន័ហើយបឺតសាកល្បងទៀត ។ មិនត្រូវ បាញ់ថ្នាំទេ បើយើងបឺតបានឈាម ។ **ស្ត្រីអាចប្រកាច់ និង ស្លាប់បើយើងចាក់ចូលសរសៃរឈាម** ។

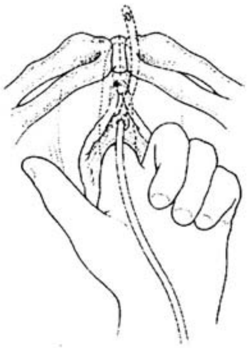
- បន្ទាប់ពីបាញ់ថ្នាំស្ពឹកចូល ត្រូវរង់ចាំ 2នាទី ហើយកៀបច្បិចកន្លែងវះដោយដង្កៀប ។ បើស្ត្រីដឹងថាគេកៀបត្រូវរង់ចាំ 2នាទីបន្ថែមទៀត បន្ទាប់មកកៀបសាកល្បងជាថ្មី ។

ឆាប់ចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីទុកពេលអោយវាមានប្រសិទ្ធិភាព

- ស៊កបំពង់បង្ហូរទឹកនោមរឹងដើម្បីបញ្ជាក់លក្ខណៈរបស់ Urethra
- លាបសូលុយស្យុង Antiseptic លើកន្លែងថ្វាសខាងក្រោម(**ទំព័រ C-22**)

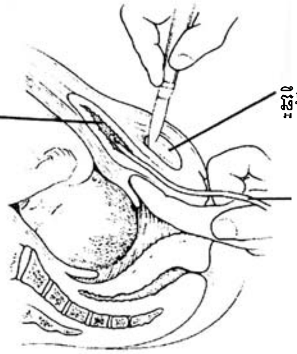
- ពាក់ស្រោមដៃដែលស្តេរីល ប្រើចង្អុលដៃចូលក្នុងទ្វារហើយរុញបំពង់បង្ហូរទឹកនោមជាមួយគ្នានេះរន្ធនោម វាបានឃ្លាតឆ្ងាយពីខ្សែកណ្តាល (Midline)

រូបភាព P-26 **រុញរន្ធនោមទៅម្ខាងក្រោយដាក់បំពង់បង្ហូរទឹកនោម**



- ដោយដៃម្ខាងទៀតប្រើផ្លែ Bistourie ដើម្បីកាត់ទទឹងលើកន្លែងដែលម្រាមដៃបានចុចពីលើ Symphyse
- ដោយប្រកាន់យកខ្សែកណ្តាល , យើងកាត់ចុះឆ្លង Cartilage Joining ដែលភ្ជាប់ឆ្អឹងអាងទាំង 2 រហូតដល់កាំបិតបានចុះលើម្រាមដៃដែលនៅក្នុងទ្វារ ។
- កាត់ឆ្អឹងខ្ចីចុះក្រោមរហូតដល់បាតនៃ Symphyse រួចបង្វិលកាំបិត ហើយកាត់ឡើងលើដល់ផ្នែកលើបំផុតនៃ Symphyse
- ខណៈដែល Symphyse បានកាត់ដាច់ពីគ្នា ឆ្អឹងអាងត្រគាកក៏បានញែកពីគ្នាដែរ

រូប P-27 **បំបែកឆ្អឹងខ្ចី**



- បន្ទាប់ពីញែកបំបែកឆ្អឹងខ្ចី , យើងដកបំពង់បង្ហូរទឹកនោមចេញ ដើម្បីបន្ថយការប៉ះពាល់លើ បំពង់រន្ធនោម
- បូមយកកូនចេញដោយ Ventouse (**ទំព័រ P-27**) ។ ការចុះនៃក្បាល អាចអោយ Symphyse ញែកពីគ្នា 1 ឬ 2 cm ។
- បន្ទាប់ពីការប្រសូត្រ , ត្រូវដាក់បំពង់បង្ហូរទឹកនោមដោយប្រើ Sonde de Folley ។

វាមិនចាំបាច់បិទកន្លែងដែលកាត់ លើកលែងតែមានការហូរឈាម ។

ការថែទាំក្រោយទំរង់ការ POST-PROCEDURE CARE

- ប្រសិនបើមានសញ្ញាបង្ករោគ ឬ ស្ត្រីមានគ្រុនក្តៅ ត្រូវអោយថ្នាំផ្សះចំរុះ រហូតដល់ស្ត្រីបាត់ក្តៅ 48ម៉ោង (**ទំព័រ C-35**)
  - Ampicillin 2g ចាក់សរសៃ IV រាល់ 6ម៉ោង
  - បូក Gentamicin 5 mg / Kg នៃទំងន់ខ្លួន ចាក់សរសៃ IV រាល់ 24 ម៉ោង
  - បូក Metronidazol 500 mg ចាក់សរសៃ IV រាល់ 8 ម៉ោង
- អោយថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប(**ទំព័រ C-37**)
- ប្រើខ្សែយឺត (Elastic) ចងភ្ជាប់កាត់ខាងមុខនៃ Pelvis ពីក្បាលឆ្អឹងផាលទៅម្ខាងទៀត ដើម្បីអោយឆ្អឹង Symphyse មានលំនឹង និង បន្ថយការឈឺចាប់ ។
- ទុកបំពង់បង្ហូរទឹកនោមយ៉ាងហោច 5ថ្ងៃ ។
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តដល់ស្ត្រី ដើម្បីអោយគាត់ញ៉ាំទឹកអោយបានច្រើន ដើម្បីធានាអោយបាននោមច្រើន ។
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តដល់ស្ត្រី អោយសំរាកលើគ្រែ 7ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីចេញពីពេទ្យ
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តដល់ស្ត្រី អោយចាប់រៀនដើរ ដោយមានគេជួយទប់
- ប្រសិនបើការដើរមានការពិបាក ហើយឈឺចាប់យូរអង្វែង (មាន 2%) យើងត្រូវព្យាបាលដោយ Physical Therapy

ចោះក្បាល និង ចោះក្បាលបង្ហូរ CRANIOTOMY and CRANIOCENTESIS

ក្នុងករណីនៃការសំរាលមានឧបសគ្គហើយទារកស្លាប់ ការបន្ថយទំហំក្បាលកូនដោយចោះយកខួរចេញអាចអោយស្ត្រីសំរាលតាមក្រោមបាន ហើយអាចជៀសវាងបានពីគ្រោះថ្នាក់ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយការវះយកកូន ។ ចំណែកឯការចោះបង្ហូរទឹកចេញក្នុងករណីកូន ៖យដវរ្យចផេហាលិរ ហពជ ក៏វាបន្ថយទំហំក្បាលហើយអាចអោយសំរាលតាមក្រោមបានដែរ ។

- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងភាពក្លាហានដល់ស្ត្រី ។ បើចាំបាច់អោយ Diazepam ចាក់សរសៃយឺតៗឬប្រើ Pudendal Block（**ទំព័រ P-3**）។

ការចោះក្បាលយកខួរចេញ CRANIOTOMY (skull perforation)

- រំលឹកពីលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ
- រំលឹកពីគោលការណ៍ថែទាំទូទៅ（**ទំព័រ C-17**）និង លាបសូលុយស្យុងAntisepticលើទ្វារ（**ទំព័រ C-22**）។
- ធ្វើការកាត់ទ្វារ បើសិនចាំបាច់（**ទំព័រ P-71**）

ទំរង់ហុចក្បាល CEPHALIC PRESENTATION

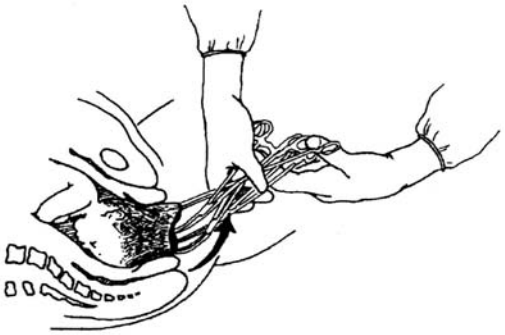
- ចោះខ្វែងជើងក្អែកលើលលាដ៏ក្បាល(**ទំព័រ P-28**)

រូបភាព P-28 **ចោះខ្វែងជើងក្អែកលើលលាដ៏ក្បាល** Cruciate incision on scalp

- -បើកក្រឡុមលលាដ៏នៅផ្នែកក្រោមបំផុត និង ចំចំណុចកណ្តាលដោយប្រើ Craniotome（ឬកន្ត្រៃមុខធំ ឬ កាំបិតក្រាស់）។ ក្នុងករណីការបង្ហាញមុខត្រូវចោះប្រហោងភ្នែក ។
- -ស៊ក Craniotome ចូលក្នុងលលាដ៏ក្បាលកូនហើយកំទេចវត្ថុដែលនៅក្នុងវា ។

- ទាញគែមនៃឆ្អឹងលលាដ៏ដោយដង្កៀបធំមានធ្មេញ (ឧទាហរណ៍ Kocher)ហើយទាញតាមទិស របស់ផ្លូវកើតរបស់កូន (**ទំព័រ P-29**)

រូបភាព P-29 **បញ្ចេញដោយទាញលលាដ៏ Extraction by scalp traction**



- ពេលក្បាលចុះ ការសង្កត់ពីឆ្អឹង Pelvis អាចអោយឆ្អឹងលលាដិវាទ្រោមដែលបន្ថយវិជ្ជមាត្ររបស់លលាដិ
- ករណីដែលក្បាលមិនអាចចុះបានស្រួលត្រូវ ធ្វើការវះកាត់យកកូន (**ទំព័រ P-43**)
- ក្រោយការសំរាល ត្រូវពិនិត្យស្ត្រីដោយយកចិត្តទុកដាក់បើមានរហែកត្រូវដេរ ដូចជាមាត់ស្បូន(**ទំព័រ P-81**), រន្ធទ្វារ (**ទំព័រ P-83**) និង ដេរសាច់ទ្វារដែលកាត់ហើយ(**ទំព័រ P-73**) ។
- ដាក់បំពង់បង្ហូរនោមដែលមានប៉ោង១(Folley)រហូតដល់មានការបញ្ជាក់ថាប្លោកនោមគ្មានការប៉ះពាល់
- ធានាពីការផ្តល់ទឹក និងទឹកនោមដែលចេញ

ទំរង់ហុចគូថដែលជាប់ក្បាល BREECH PRESENTATION WITH ENTRAPPED HEAD

- ចោះស្បែកនៅនិងគល់ក
- ស៊ក Craniotome (កន្ត្រៃ កាំបិតក្រាស់ Bistourie) តាមប្រហោងស្បែកដែលចោះ ហើយ រូងក្រាមស្បែក ដើម្បីទៅដល់ឆ្អឹង Occiput
- ចោះ Occiput និង បើកប្រហោងអោយធំដែលអាចធ្វើបាន
- ចាប់ទាញខ្លួនកូនដើម្បីអោយឆ្អឹងលលាដ៏វាទ្រោមដូចពេលក្បាលដែលវាចុះ ។

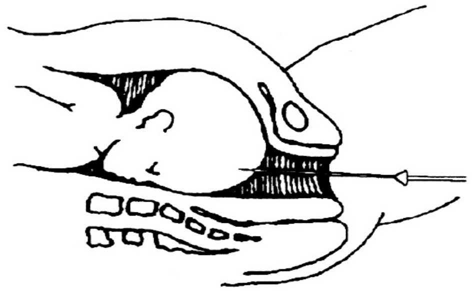
ការចោះក្បាលកូនបង្ហូរយកទឹកចេញ CRANIOCENTESIS (skull puncture)

- រំលឹកពីលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ
- រំលឹកពីគោលការណ៍ថែទាំគ្រឹះ(**ទំព័រ C-17**) ហើយលាបសូលុយស្យុងAntiseptic លើទ្វារ(**ទំព័រ C-22**)
- កាត់ទ្វារអោយបានធំប្រសិនបើចាំបាច់ (**ទំព័រ P-71**)

ពេលមាត់ស្បូនបើកអស់ FULLY DILATED CERVIX

- រុញម្ជុលដែលចាក់ឆ្អឹងខ្នង កាត់តាមមាត់ស្បូនដែលបើកលើគំនូស sagittal suture ឬបង្ហើយរបស់ក្បាលកូន(**រូប P-30**)
- បឺតទឹក Cerebrospinal រហូលដល់លលាដិក្បាលកូនទ្រោមដែលអាចអោយសំរាលតាមក្រោមបាន

រូបភាព P-30 ចោះក្បាលបង្ហូរពេលមាត់ស្បូនបើកអស់ Craniocentesis with a dilated cervix



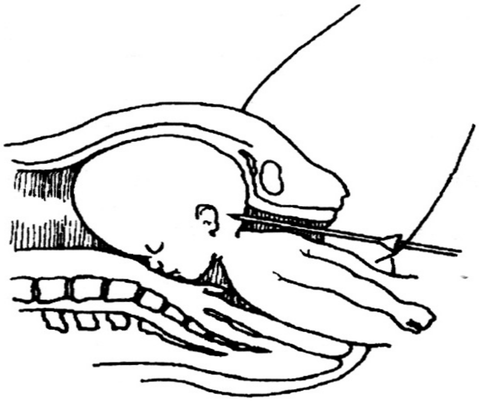
ពេលមាត់ស្បូនបិទ CLOSED CERVIX

- ស្ទាបរកស្ថានភាពរបស់ក្បាលកូន
- លាបសូលុយស្យុង Antiseptic ពីលើស្បែកថ្ងាសក្រោម suprapubic skin(**ទំព័រ C-22**)
- ប្រើម្ជុលដែលចាក់ឆ្អឹងខ្នងចាក់កាត់តាមស្បែកពោះ ,ជញ្ជាំងស្បូនហើយទំលុះលលាដិក្បាលដែលមានទឹក ។
- បឺតទឹក Cerebrospinal រហូតដល់លលាដិក្បាលកូនទ្រោមហើយអាចសំរាលតាមក្រោមបាន ។

កូនជាប់ក្បាលក្នុងទំរង់បញ្ច្រាស AFTERCOMING HEAD DURING BREECH DELIVERY

- បន្ទាប់ពីខ្លួនចេញអស់ ចាក់ម្ជុលចាក់ឆ្អឹងខ្នងកាត់មាត់ស្បូនដែលបើក ហើយទំលុះក្បាលកូន (Foramen Magnum) (**រូប P-31**)
- បឺតទឹកCerebrospinalរួចបញ្ចេញក្បាលកូនដែលជាប់ដូចបញ្ចេញក្បាលក្នុងទំរង់បញ្ច្រាស (**ទំព័រP-40**)

រូបភាព P-31 ការចោះក្បាលបង្ហូរនៃក្បាលកូនជាប់ Craniocentesis of the aftercoming head



ពេលវះកាត់យកកូន DURING CAESAREAN SECTION

- បន្ទាប់ពីចោះស្បូនចាក់ម្ជុលសំរាប់ចាក់ឆ្អឹងខ្នងទំលុះក្បាលដែលមានទឹក
- បឺតទឹក Cerebrospinal រហូតដល់លលាក្បាលជិកូនវាទ្រោម
- បង្កើតកូននិងសុកដូចក្នុងការវះកាត់យកកូន (**ទំព័រ P-45**)

ការថែទាំក្រោយទំរង់ការ POST-PROCEDURE CARE

- បន្ទាប់ពីសំរាលរួចត្រូវពិនិត្យស្ត្រីដោយហ្មត់ចត់ហើយដេរមាត់ស្បូន (**ទំព័រ P-81**) រន្ធទ្វារ (**ទំព័រ P-83**) ទ្វារដែលកាត់បើមាន (**ទំព័រ P-73**) ។
- ទុកបំពង់បង្ហូរទឹកនោម (Folley) រហូតមានការបញ្ជាក់ថាគ្មានការប៉ះពាល់ដល់ប្លោកនោម ។
- ធានាពីការផ្តល់ទឹកត្រឹមត្រូវនឹងទឹកនោមដែលចេញ ។

ការបើកមាត់ស្បូន និង កោសស្បូន DILATATION AND CURETAGE

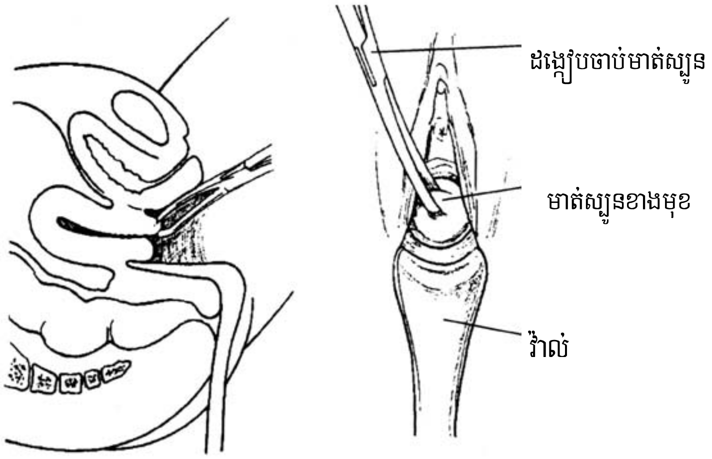
ការបូមយកកូនដោយដៃជាមធ្យោបាយមួយដែលគេនិយមប្រើ(ទំព័រ ភ-៦៥) ។ ការបើកមាត់ស្បូន និង កោស ស្បូន គួរតែ ប្រើសំរាប់តែក្នុងករណីការបូមដោយដៃមិនអាចធ្វើបាន ។

- ពិនិត្យឡើងវិញពីលក្ខណ្ឌតំរូវធ្វើ(ទំព័រ P-65)
- រំលឹកពីគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំ(ទំព័រ C-17)
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និង ផ្តល់ភាពក្លាហានដល់ស្ត្រី ហើយត្រូវប្រើ ភតេហិដិនេ ចាក់សាច់ដុំ IM ឬ ចាក់សរសៃ IV មុននិងអនុវត្តទំរង់ការ ។ បើចាំបាច់ប្រើ Paracervical block (ទំព័រ ភ-១)
- មុនអនុវត្តទំរង់ការ ចាក់ Oxytocine ឯកតា 1O ឯកតា ចាក់សាច់ដុំ IM ឬ Ergometrine 0.2 mg ចាក់សាច់ដុំ IM ដើម្បីអោយសាច់ស្បូនអាចបន្ថយការគ្រោះថ្នាក់ធ្លាយស្បូន
- ត្រូវពិនិត្យស្ត្រីដោយលូកស្ទាប (Bimanual pelvic examination) ដើម្បីអោយដឹងពីទំហំនិងស្ថានភាព របស់ស្បូន និង លក្ខខ័ណ្ឌរបស់ផ្នត់រន្ធទ្វារ (Fornices)
- ដាក់ Speculum ទៅក្នុងទ្វារមាស
- លាបសូលុយស្យុង Antiseptic លើទ្វារ , មាត់ស្បូន (ជាពិសេសមាត់ស្បូនខាងក្នុង)(ទំព័រ C-22)
- រកមើលមាត់ស្បូនក្រែងមានរហែក ឬ មានសាច់កូន,សុកធ្លាក់ចេញក្រៅ ។ ប្រសិនបើមាន ធ្លាក់ចេញក្រៅ មកក្នុងទ្វារ ឬ ជាប់មាត់ស្បូន យើងត្រូវយកវាចេញដោយប្រើដង្កៀបរាងបេះដូង ។
- ទាញមាត់ស្បូនខាងមុខដោយប្រើដង្កៀបធ្មេញមួយ (រូប P-22,ទំព័រ P-62)

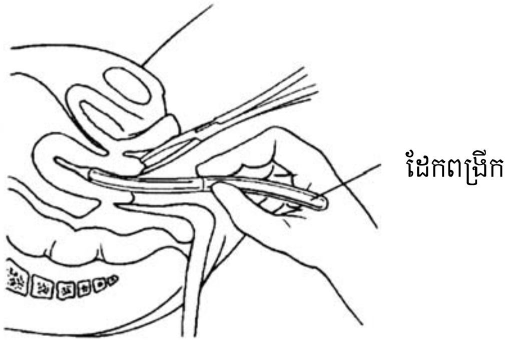
  កំណត់សំគាល់:ករណីរលូតមិនអស់ គេចូលចិត្តប្រើដង្កៀបរាងបេះដូងជាងដង្កៀបមានធ្មេញដែលវាអាច អោយរហែកមាត់ ស្បូនពេលយើងទាញ ហើយ គេមិនចាំបាច់ប្រើ Lignocaine ទេ។

- ប្រសិនបើប្រើដង្កៀបមានធ្មេញចាប់មាត់ស្បូន ដំបូងត្រូវចាក់ Lignacaine **0.5%** 1 mL ចូលទៅក្នុង សាច់មាត់ស្បូនខាងមុខ ឬ ខាងក្រោយ ដែលវាបង្ហាញច្បាស់ដោយ Speculum(កន្លែង ម៉ោង 10 ឬ 12 នៃ ទ្រនិចនាឡិកាជាស្ថានភាពដែលគេឧស្សាហ៍ប្រើ) ។
- ការពង្រីកមាត់ស្បូនជាតំរូវការក្នុងករណីរលូត ឬ ពេលដែលសាច់សុក ឬ កូននៅក្នុងស្បូនយូរ :
  - យើងបញ្ចូលដោយថ្នមៗ Cannula ឬ កង្វារដែលធំជាងគេ ។
  - ប្រើBougieតាមលំដាប់លេខប៉ុណ្ណោះបើCannulaឬកង្វារមិនអាចដាក់ចូលបាន។ ចាប់ផ្តើមពី Bougie តូចជាងគេបំផុតរហូតដល់ធំជាងគេ ដែលគេសន្មតថាវាល្មមហើយធម្មតា10-12mm) **(រូប P-33, ទំព័រ P-62)**
  - ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នរហែកមាត់ស្បូន ឬ ធ្លាយប្រហោង១ទៀត

រូបភាព P-32 **ដាក់វ៉ាល់បើករន្ធទ្វារនិងចាប់មាត់ស្បូនខាងមុខ**



រូបភាព P-33 **ពង្រីកមាត់ស្បូន**

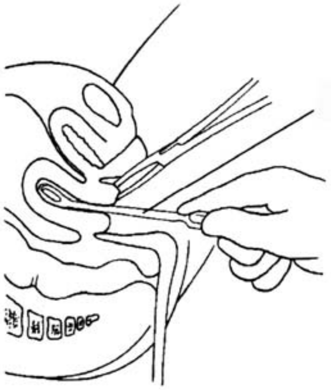


- ដោយថ្នមៗយើងប្រើប្រដាប់សំរាប់វាស់ប្រវែងស្បូនដោយកាត់តាមមាត់ស្បូនដើម្បីអោយដឹងពី ជំរៅស្បូន និង ទិសរបស់ស្បូន (Direction)

ពេលមានគភិស្បូនវាទន់ណាស់ ដែលងាយនិងប៉ះពាល់ពេលអនុវត្តទំរង់ការនេះ

- បញ្ចេញអ្វីដែលមាននៅក្នុងស្បូនដោយដង្កៀបរាងបេះដូង ឬកង្វារធំ(**រូប P-34, ទំព័រ P-63)**ដោយថ្នមៗ យើងកោសជញ្ជាំងស្បូនរហូតដល់ឮសំលេងសង្កៀតគ្នា ។

រូបភាព P-34 **កោសស្បូន**



- ធ្វើការពិនិត្យដោយលូកស្ទាប ដើម្បីអោយដឹងពីទំហំ និង ភាពរឹងមាំរបស់ស្បូន ។
- ពិនិត្យវត្ថុដែលកោសបាន (**ទំព័រ P-67)** ។ ប្រសិនជាត្រូវការផ្ញើទៅធ្វើ histology

ការថែទាំក្រោយទំរង់ការ POST-PROCEDURE CARE

- អោយ Paracetamol 500mg លេបបើត្រូវការ
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីអោយញ៉ាំ , ផឹក និង ដើរតាមតែចិត្តចង់
- ប្រើសេវាសុខភាពឯទៀត បើចាំបាច់មានចាក់ថ្នាំការពារតេតាណូស , ពិគ្រោះពិភាក្សាជាមួយស្ត្រីពីផែនការគ្រួសារ(**ទំព័រ S-12)**
- អោយស្ត្រីទៅផ្ទះ 1-2ម៉ោងចំពោះករណីមិនមានបញ្ហា
- អោយដំបូន្មានទៅស្ត្រីអោយចេះពីសញ្ញាដែលតំរូវអោយយកចិត្តទុកដាក់ភ្លាមៗ :
  - ឈឺពោះយូរ (លើសពី 2 ឬ 3ថ្ងៃ)
  - ធ្លាក់ឈាមយូរ (លើសពី 2អាទិត្យ)
  - ធ្លាក់ឈាមច្រើនជាងមករដូវធម្មតា
  - ការឈឺចាប់ខ្លាំងក្លា ឬ កាន់តែកើនឡើង
  - គ្រុន , ក្តៅខ្លួន ឬ ឈឺចុកចាប់ពេញខ្លួន
  - វិលមុខ

ការបូមដោយ Seringue **ដៃ** MANUAL VACUUM ASPIRATION

- រំលឹកពីលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ (រលូតដែលមិនអាចចៀសវាងបានមុន 16 សប្តាហ៍ ការរលូតមិនអស់ កូនពង ឬការធ្លាក់ឈាមអូសបន្លាយក្រោយពេលសល់សុក (Delasy PPH) ។
- រំលឹកពីគោលការណ៍ថែទាំទូទៅ (**ទំព័រ P-1**)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្ត និងភាពក្លាហាន និងអោយ Paracetamol ៣0 នាទី មុនការអនុវត្តការបូម ។ កំរណាស់ការប្រើពិធី Paracervical bloc (**ទំព័រ P-1**)
- ការរៀបចំស៊ីរាំងបូមអោយហើយស្រេច ។
  - ផ្គុំផ្នែកស៊ីរាំងចូលគ្នា
  - បិទវ៉ាល់ស៊ីរាំង
  - ទាញពីស្តុងរហូតដល់ស្លាបវាជាប់

កំណត់សំគាល់: ចំពោះកូនពងត្រូវត្រៀមស៊ីរាំងអោយហើយបាន ៣ បើស្បូនមានទំហំធំ ។

- ទោះបីជាធ្លាក់ឈាមមានតិចតួចក៏ដោយអោយ oxytocine 10 ឯកតា ចាក់សាច់ដុំ IM ឬ Ergometrine 0.2 mg ចាក់សាច់ដុំIM មុនអនុវត្តន៍ទំរង់ការ ដើម្បីអោយស្បូនម៉ាំនិងបន្ថយការគ្រោះថ្នាក់ដោយធ្លាយស្បូន ។
- អនុវត្តការពិនិត្យ ស្ទាប-លូក ដើម្បីអោយដឹងពីទំហំនិងស្ថានភាពរបស់ស្បូននិងលក្ខខណ្ឌរបស់មាត់ស្បូន
- ដាក់ Speculum ទៅក្នុងទ្វារមាស
- លាងសំអាតទ្វារនិងមាត់ស្បូន ដោយសូលុយស្យុង Antiseptic (ពិសេសមាត់ស្បូន) (**ទំព័រ C-22**)
- ពិនិត្យលើមាត់ស្បូន ថាតើមានរហែកឬមានធ្លាក់សាច់កូនឬសុក (product of conception) ប្រសិនបើមានការធ្លាក់ចុះសាច់កូន ឬសុកនៅទ្វារ ឬមាត់ស្បូនត្រូវទំលាក់ដោយដង្កៀបរាងចិញ្ចៀន(Ring or Sponge forceps)
- ចាប់ដោយថ្នមៗមាត់ស្បូនផ្នែកខាងលើ (Anterior Lip) ដោយ ដង្កៀប Pozzi

កំណត់សំគាល់:ករណីរលូតមិនអស់ការប្រើ Ring or Sponge forcepsជាការប្រសើរនិងនិយមប្រើជាងប្រើដង្កៀប Pozzi ឬ museux ដែលបណ្តាលអោយរហែកមាត់ស្បូនពេលទាញខ្លាំង និង មិនទាមទារប្រើថ្នាំស្ពឹក lignocaineទេ ។

- ករណីប្រើដង្កៀប ចាប់មាត់ស្បូន , ជាដំបូងត្រូវចាក់ Lignocaine 0,5% 1ml លើមាត់ខាងលើឬ ក្រោម (Anterior or posterior) ដែលបើកបង្ហាញដោយ Speculum (នៅចំណុចលេខ 10 ឬ 12 នៃទ្រនិចនាឡិកា ជាចំណុចដែលគេនិយមប្រើ) ។
- ការពង្រីកមាត់ស្បូន មានតំរូវការតែមួយគត់ក្នុងករណីគំរាមរលូត កំពុងរលូត ឬពេលដែល សុកនិងកូននៅសល់ជាច្រើនថ្ងៃនៅក្នុងស្បូន ។

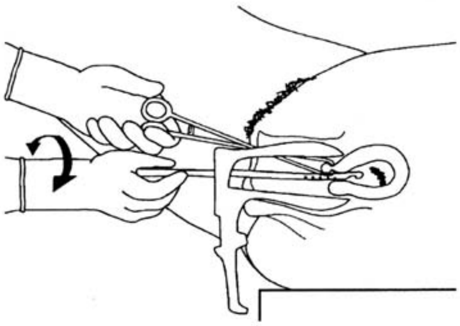
– ស៊ក Canula ធំបំផុតដែលអាចចូលបានថ្នមៗ

– ពេលដែលបំពង់បូម(Canula)មិនអាចដាក់ចូលបានគេត្រូវពង្រីកមាត់ស្បូនដោយ Bougie តាមលំដាប់លំដោយពីតូចបំផុតទៅធំបំផុតដែលអាចធ្វើបាន (ជាធម្មតាពី 10-12 mm)(**រូប P-33,ទំព័រ P-62**)

– ប្រយត្ន័កុំអោយមាត់ស្បូនរហែកឬធ្វើអោយមានធ្លាយ

- នៅពេលទាញមាត់ស្បូនថ្នមៗ,យើងស៊ក Canula ចូលទៅក្នុងមាត់ស្បូនរហូតដល់ខាងក្នុង ស្បូន(**រូប P-35**)(ខណៈនោះយើងបង្វិល Canula និងយើងរុញថ្នមៗ ដែលជាញឹកញាប់អាចជំរុញ អោយចុងរបស់ Canula ឆ្លងកាត់រន្ធមាត់ស្បូនបាន)។

រូបភាព P-35 **ស៊កបំពង់បូម Inserting the cannula**

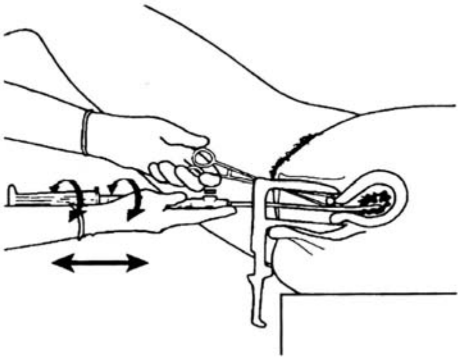


- យើងរុញ Canula យឺតៗចូលទៅក្នុងស្បូនរហូតដល់ប៉ះកំពូលស្បូន ប៉ុន្តែកុំអោយលើសពី 10cm យើងវាស់ជំរៅស្បូនដោយស្នាមដែលមើលឃើញលើCanulaបន្ទាប់មកយើងដកវាចេញមកវិញដោយថ្នមៗ
- ភ្ជាប់ស៊ីរាំងដែលរៀបចំហើយជាមួយ Canula ដោយទាញដង្កៀប Pozzi និងផ្នែកខាងចុង របស់ Canula ក្នុងដៃ ១ និងស៊ីរាំងក្នុងដៃ ១ ម្ខាងទៀត ។
- ដកគន្លឺះវ៉ាល់នៅលើស៊ីរាំង ដើម្បីអោយសម្ពាធរបស់ស៊ីរាំងអាចទៅដល់ផ្ទៃក្នុងរបស់ស្បូនតាមរយៈបំពង់បូម ។
- បឺតវត្ថុដែលសេសសល់ ដោយយើងធ្វើការបង្វិលស៊ីរាំងដោយថ្នមៗពីម្ខាងទៅម្ខាង(ម៉ោង10ទៅ១២ទ្រនិចនាឡិកា) និងបង្វិល Canula ដោយថ្នមនិង ត្រលប់វិញ (**រូប P-36,ទំព័រ P-67**)

កំណត់សំគាល់: ដើម្បីជៀសវាងការបាត់សម្ពាធបូម គួរតប្បីកុំដកចុង Canula ចំហចេញពីមាត់ស្បូន។ បើស៊ីរាំងឥតមានសម្ពាធ ឬ បើស៊ីរាំងដែលកំពុងបូមពេញជាងពាក់កណ្តាល,បាញ់វាចោលហើយដាក់សម្ពាធសារថ្មី ។

កំណត់សំគាល់: កុំលែង Piston ចូលក្នុងស៊ីរ៉ាំងពេលដែល Canula កំពុងដាក់នៅក្នុងស្បូន ។ ប្រសិនបើ Piston មិនបានបិទគន្លឹះ ពេលនោះ Piston អាចបង្ករគ្រោះថ្នាក់ដោយវារុញក្នុងស៊ីរ៉ាំងយ៉ាងលឿនព្រមទាំងរុញរបស់ដែលបូមបាន ចូលទៅក្នុងស្បូនវិញ ។

រូបភាព P-36 **បញ្ចេញរបស់របរពីស្បូន Evacating the contents of the uterus**



- រកសញ្ញាដែលបញ្ជាក់ការបូមបានអស់ស្អាត :
  - មើលឃើញពពុះពណ៌ក្រហម ឬស្វាយតែមិនមានសាច់សុកក្នុង Canula ទេ
  - ការដឹងពីការប៉ះរវាង Cannula និងផ្ទៃរបស់ស្បូនដែលបូមហើយដូចយើងកោស ។
  - ស្បូនកន្ត្រាក់ពទ្ធ័ជុំវិញ Cannula (ស្បូនក្តោប Cannula)
- ដក Cannula ចេញ , ដោះស៊ីរ៉ាំង ហើយដាក់ Cannula ត្រាំក្នុង Solution សំរាប់សំលាប់មេរោគ ។
- បាញ់បញ្ចេញវត្ថុដែលបូមបានចូលក្នុងធុងតំរងដោយរុញពីស្តុង

កំណត់សំគាល់: ដាក់ស៊ីរ៉ាំងដែលប្រើចូលក្នុងថាស ឬ កាធុនដែលមានការរំងាប់មេរោគខ្ពស់រហូតអ្នកច្បាស់ថាចប់ការងារជាស្ថាពរ ។

- បញ្ជាក់ពីទំហំនិងភាពតឹងណែនរបស់ស្បូនដោយលូក ស្ទាបប្រើដៃទាំងពីរ
- ភ្លាម១ពិនិត្យលើវត្ថុដែលបូមបានពីក្នុងស្បូន :
  - ពីបរិមាណ និងវត្ថមាននៃសុកនិងសាច់
  - ធានាពីភាពអស់នៃការបូម
  - ឆែកឆេរពីកូនពង (ករណីកម្រ)

បើសិនជាចាំបាច់ , ដាក់របស់ដែលបូមបានចូលទៅក្នុងចានកាធុន ទឹកស្អាតជាសូលុយស្យុងអំបិល ឬដាក់អាស៊ីដអាសេទិកក៏រិតស្រាល (ទឹកខ្មេះ)ដើម្បីពិនិត្យមើល ។ ជូនរបស់ដែលបូមបានទាំងនេះត្រូវបញ្ជូនទៅធ្វើ Anapath បើចាំបាច់ ។

- ប្រសិនបើវត្ថុកកំណើតបូមមិនបាន :
  - ជួនកាលវាអាចជ្រុះមុនពេលបូម (ការជ្រុះកូនដោយគ្មានសល់)
  - ស្បូនបានបង្ហាញថាគ្មានអ្វីសល់ទេ តែជួនកាលវាមិនស្អាតអស់ទេត្រូវបូមម្តងទៀត ។
  - ការធ្លាក់ឈាមមិនមែនបណ្តាលពីការធ្លាក់កូនមិនអស់(ឧទាហរណ៍ៈការប្រើថ្នាំពន្យាកំនើតឬដុំស្បូន)
  - ស្បូនអាចមិនធម្មតា (ឧទាហរណ៍ :Cannula អាចស៊កចូលក្នុងស្បូនដែលគ្មានកូន ចំពោះអ្នកជំងឺមានស្បូន២)

  កំណត់សំគាល់: រកវត្ថុកកំណើតមិនឃើញ ពីស្ត្រីដែលមានសញ្ញាមានគភ៌ត្រូវទឹកភ្នកដល់កូនក្រៅស្បូន (**ទំព័រ S-13**)
- ប្រើចំពុះទាថ្មម៉ៗ ហើយពិនិត្យមើលតើឈាមមកពីណា ។ បើស្បូននៅតែទន់ ឬ នៅធំ ឬ ឈាមនៅតែមានត្រូវសំអាតម្តងទៀត ។

ការថែទាំក្រោយពេលបូម POST-PROCEDURE CARE

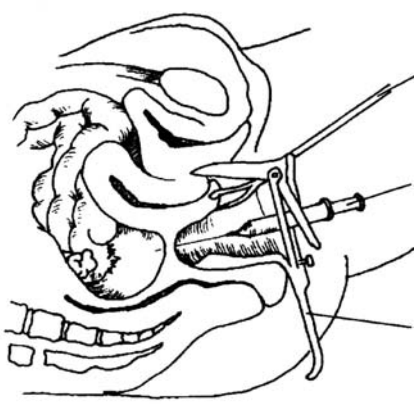
- បើត្រូវការអោយ Paracetamol 500 g លេប
- លើកទឹកចិត្តស្ត្រីអោយញ៉ាំ , ផឹកនិងដើរតាមចិត្តចង់
- ផ្តល់សេវាសុខភាពដទៃទៀត បើអាចធ្វើបានដូចជាចាក់ថ្នាំ Tetanus ,ពិគ្រោះពិភាក្សាការពន្យារកំណើត(**ទំព័រ S-12**)
- អនុញ្ញាតអោយចេញក្នុងករណីមិនមានបញ្ហាក្នុងកំឡុងពេល 1-2ម៉ោង
- អោយដំបូន្មានទៅស្ត្រីពីសញ្ញាដែលតំរូវអោយយកចិត្តទុកដាក់ជាបន្ទាន់ :
  - ឈឺពោះយូរថ្ងៃ (លើស ពី 2-3 ថ្ងៃ)
  - ធ្លាក់ឈាមរអូសបន្លាយ (> 2 អាទិត្យ)
  - ធ្លាក់ឈាមច្រើនជាងការមករដូវធម្មតា
  - ឈឺស្រួចស្រាវឬឈឺកាន់តែខ្លាំង
  - គ្រុន , ក្តៅខ្លួន ឬ ចុកដៃចុកជើង ,
  - វិលមុខ

ការបូម និង ការចោះផ្ទត់រន្ធទ្វារក្រោយCUL DE SAC

ការបូមនៃថង់ Cul de Sac CULDOCENTESIS

- រំលឹកពីលក្ខណ្ឌតំរូវធ្វើ Culdocentesis
- រំលឹកពីគោលការណ៍ទូទៅនៃការថែទាំ (**ទំព័រ** C-17) និង លាងទ្វារដោយសូលុយស្យុង Antiseptic (ពិសេសផ្នែកខាង ក្រោមនៃមាត់ស្បូន) (**ទំព័រ** C-22)
- ផ្តល់ភាពក្លាហាន និង ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តដល់ស្ត្រី បើចាំបាច់ប្រើថ្នាំស្ពឹកចាក់កន្លែងដែលត្រូវអនុវត្ត (**ទំព័រ** C-38) ។
- ប្រើដង្កៀបPozzi ចាប់មាត់ស្បូនខាងក្រោយ ហើយទាញឡើងលើដើម្បីបង្ហាញផ្នែកខាងក្រោមនៃទ្វារ ។
- ប្រើម្ជុលវែងៗ (ឧទាហរណ៍ៈម្ជុលសំរាប់ចាក់ឆ្អឹងខ្នង)ជាមួយស៊ីរាំងហើយចាក់បញ្ចូលទៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទ្វារ គឺនៅចំពីក្រោមមាត់ស្បូនខាងក្រោម (**រូប** P-37) ។

រូបភាព P-37 **រោគវិនិច្ឆ័យដោយការចោះ Cul-de-sac**



- ទាញបឹតស៊ីរាំងដើម្បីបូមថង់ Douglas (ចន្លោះពីក្រោមស្បូន) ។
- បើបូមបានឈាមមិនកក , ត្រូវសង្ស័យថាកូនក្រៅស្បូនធ្លាយ (**ទំព័រ** S-13) ។
- បើបូមបានឈាមកកត្រូវសង្ស័យថាបូមប៉ះសរសៃឈាម , ត្រូវដកម្ជុលចេញ ហើយចាក់បូមម្តងទៀត ។
- បើបូមបានទឹកថ្លាឬពណ៏លឿងតែគ្មានឈាមក្នុងពោះក៏ដោយក៏ត្រូវសង្ស័យថាស្ត្រី អាចមានកូនក្រៅស្បូនដែលមិនទាន់ធ្លាយយើងត្រូវបន្តការតាមដាននិងធ្វើតេស្តទៀត(**ទំព័រ** S-13) ។

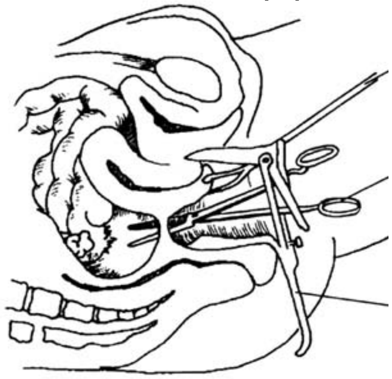
- បើបូមមិនបានអ្វីសោះ ដកម្ជុលចេញហើយបូមម្តងទៀត ។ ពេលបូមមិនបាន ស្ត្រីអាចមានកូនក្រៅស្បូន ដែលមិនទាន់បែក(**ទំព័រ S-13**) ។
- បើបូមបានខ្ទុះ ទុកម្ជុលអោយនៅដដែលហើយត្រូវធ្វើការចោះថង់ Douglas ។

ការចោះថង់ Douglas COLPOTOMY

បើសិនពេលធ្វើការបូមថង់ Douglas បានខ្ទុះ ត្រូវទុកម្ជុលអោយនៅស្ងៀម ហើយត្រូវធ្វើការចោះថង់ចំកន្លែងដែលម្ជុលបានចាក់ ។

- ដកម្ជុលចេញ ហើយដាក់ដង្កៀបឬម្រាមដៃតាមប្រហោងដែលចោះបំបែកថ្នក់របស់Abscess(**រូប P-38**)

រូបភាព P 38 **ចោះថង់ផ្ចត់ទ្វារពេលមានខ្ទុះក្នុងអាង**



- អោយខ្ទុះហូរតាមប្រហោងដែលចោះ
- ដាក់បំពង់កៅស៊ូដែលរំងាប់មេរោគក៏រិតខ្ពស់តាមរន្ធដែលចោះ ។

  កំណត់សំគាល់:ចំពោះប្រដាប់បង្ហូរខ្ទុះ យើងអាចរៀបចំបានដោយកាត់ចុងម្រាមរបស់ស្រោមដៃដែលរំងាប់ មេរោគក៏រិតខ្ពស់ ។

- បើចាំបាច់ត្រូវដេរភ្ជាប់បំពង់បង្ហូរទៅនឹងសាច់របស់ទ្វារ ។
- ដកបំពង់បង្ហូរចេញ ពេលយើងឃើញថាគ្មានខ្ទុះហូរទៀតទេ ។
- ប្រសិនបើគ្មានខ្ទុះហូរមកទេ Abscess អាចនៅខាងលើថង់Douglasពេលនោះការបើកពោះនិងត្រូវធ្វើដើម្បីលាងចេញ（Wash out ）។

ការកាត់ទ្វារ EPISIOTOMY

ការកាត់ទ្វារ មិនមែនជាការដែលត្រូវធ្វើគ្រប់ពេលកើតទេ

- រំលឹកពីលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ

ការកាត់ទ្វារគួរប្រព្រឹត្តតែក្នុងករណី :
• ការសំរាលតាមក្រោមមានផលវិបាក (កូនបញ្ច្រាស់ កូនមានស្មាធំ បូមជប់ ឬគាបដង្កៀប)
• មានស្នាមរបួសក្រិនដោយកាត់ពីលើកឬដោយការដាច់រហែកក៏រិត ទី 3 ឬ ទី 4
• កូនចុះខ្សោយ (Fetal distress)

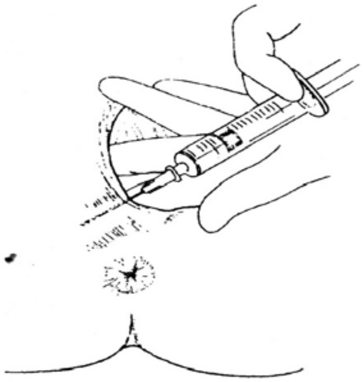
- រំលឹកការថែទាំជាសកល(**ទំព័រ C-17**)និងការលាងប៉េរីណេដោយសូលុយស្យុងAntiseptic(**ទំព័រ C-22**)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្ត និង ភាពក្លាហានដល់ស្ត្រី ។ ប្រើថ្នាំស្ពឹក Lignocaïne (**ទំព័រ C-18**) ឬ ប្រើ Pudental block (**ទំព័រ P-3**)
- បញ្ជាក់អោយច្បាស់ថាស្ត្រីនោះគ្មានប្រតិកម្មជាមួយLignocaine ឬ ថ្នាំពពួកជាមួយថ្នាំស្ពឹក
- បាញ់ថ្នាំស្ពឹកពីក្រោមភ្នាសនៃទ្វារ , ក្រោមស្បែកនៃប៉េរីណេ និង ចាក់យ៉ាងជ្រៅទៅក្នុងសាច់ដុំនៃប៉េរីណេ (**រូប P-39 ,ទំព័រ P 72**) ដោយ Lignocaïne 0,5% ចំនួន 10ml(**ទំព័រ C-39**) ។

  កំណត់សំគាល់:ពេលបាញ់ថ្នាំស្ពឹក ត្រូវបឺតសាកល្បងដើម្បីបញ្ជាក់ថាគ្មានប៉ះសរសៃឈាមណាមួយទេ ។ ប្រសិន**បឺតមានឈាមត្រូវដកម្ជុលចេញ**ហើយចាក់កន្លែងផ្សេងទៀតហើយធ្វើដូចមុន។ មិនត្រូវចាក់ដាច់ខាតបើបឺតបានឈាម ។ **ស្ត្រីអាចប្រកាច់ ឬ ស្លាប់ពេលថ្នាំស្ពឹកចាក់តាមសរសៃឈាម ។**

- បន្ទាប់ពីចាក់ហើយ ត្រូវរង់ចាំ 2នាទីបន្ទាប់មកច្បិចសាកកន្លែងដែលត្រូវកាត់ដោយដង្កៀប ។ បើ នៅតែឈឺត្រូវរង់ចាំ 2នាទីទៀតហើយ សាកម្តងទៀត ។

ឆាប់ចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីទុកពេលអោយវាមានប្រសិទ្ធិភាព

រូបភាព ភ-៣៩ ការបាញ់ថ្នាំ ស្ពឹកចូលក្នុងជាលិការបស់ប៉េរីណេ

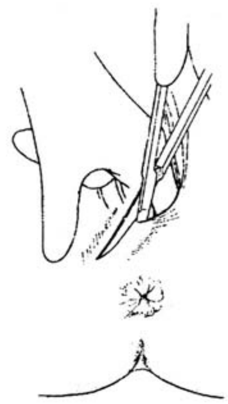


- ត្រូវរង់ចាំការកាត់ទ្វាររហូតដល់ :
  - ពេលប៉េរីណេឡើងស្តើង ហើយ ប៉ោងនិង
  - ក្បាលកូនត្រូវបានឃើញ៣-៤ស.ម. ពេលស្បូនកន្ត្រាក់ម្តងៗ

ការកាត់ទ្វារអាចបណ្តាលអោយមានឈាមច្រើនគួរតែកុំកាត់មុនពេលពេក

- ពាក់ស្រោមដៃដែលរំងាប់មេរោគរួច ដាក់ម្រាមដៃ 2 ចន្លោះក្បាលកូន និងប៉េរីណេ
- ប្រើកន្ត្រៃកាត់សាច់ប៉េរីណេប្រហែល 3 - 4cm ផ្នែក mediolateral **ឆ្វេងឬស្តាំ(រូប P-40 , ទំព័រ P-73)**
- ប្រើកន្ត្រៃកាត់សាច់ទ្វាររហូតដល់សាច់ទ្វារក្រោយ (posterior vagina) ប្រហែល 2 - 3cm
- ពិនិត្យក្បាល និង ស្មាកូនដែលកើត ដោយអះអាងថា ស្មាបានរំកិលទៅចំពាក់កណ្តាល ដើម្បីការពារការរហែកបន្តនៃសាច់ទ្វារដែលកាត់ ។
- ពិនិត្យអោយបានល្អិតល្អន់ពីការរហែកបន្ត ឬ ការរហែកកន្លែងផ្សេងៗទៀត បើមានត្រូវធ្វើការដេរឡើងវិញ ។

រូបភាព ភ-៤០   ធ្វើការកាត់ដោយដាក់ម្រាមដៃ២ចូលក្នុងរន្ធទ្វារដើម្បីការពារក្បាលកូន



ការដេរជួសជុលទ្វារដែលកាត់ REPAIR OF EPISIOTOMY

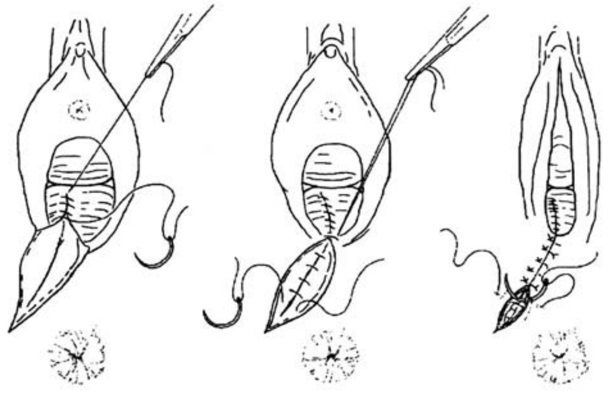
កំណត់សំគាល់ :ជាការសំខាន់ណាស់ដែលប្រើចេសរលាយ ។ ចេសធ្វើដោយ ***Polyglycolic*** គេនិយមច្រើនជាង ***Chromic Catgut*** ដោយភាពមាំមិនសូវប្រតិកម្មនិងប្រហែលជាមិនសូវធ្វើអោយមានផលវិបាកដោយការបង្ករោគ ឬអោយរបួសរបើកបាន ។ ***Chromic Catgut*** អាចប្រើបានតែមិនល្អឥតខ្ចោះនោះទេ ។

- ប្រើសូលុយស្យុង Antiseptic លាងកន្លែងដែលត្រូវដេរ (**ទំព័រ C-22**)
- ប្រសិនបើការកាត់ទ្វាររាំដាច់ដល់ក្រសាល់គូថ ឬ ដល់ភ្នាសនៃចុងពោះវៀន (Rectal Mucosa) យើងដេរបិទទៅវិញដូចការដេរនៃការរហែកក៏រិត ៣ ឬ ៤ (**ទំព័រ P-86**)
- បិទភ្នាសទ្វារដោយប្រើចេសជាប់ 2 - 0 (**រូប P-41 A, ទំព័រ P-74**):
  - ចាប់ដេរ 1cm ពីលើមុខរបួសផ្នែកខាងលើ ។
  - បន្តការដេរទៅទ្វារដែលចំហរ ។

- ចាក់ម្ជុលពីក្រោមសាច់ទ្វារដែលចំហហើយទាញចេញមកក្រៅរួចចង ។

- បិទសាច់ដុំប៉េរីណេដោយចេស 2 - 0 ចងជាចំណងដាច់ៗគ្នា(**រូប P-41 B**)
- បិទស្បែកដោយប្រើចេស 2 - 0 ចងជាចំណងដាច់ៗគ្នា ឬ ដេរក្រោមស្បែក(**រូប P-41 C**) ។

រូបភាព P-41 **ជួសជុលការកាត់ទ្វារ**



A. ភ្នាសរន្ធទ្វារ B. ស្រទាប់សាច់ដុំ C.ស្បែក

ផលវិបាក COMPLICATIONS

- ប្រសិនបើមានការកកើតកកដុំឈាម (Hematoma)ត្រូវបើកហើយដាក់បំពង់បង្ហូរ ។ បើគ្មានសញ្ញាពីការបង្ករោគ និង ឈាមឈប់ហូរ បិទរបួសកាត់ទ្វារម្តងទៀត ។
- បើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគត្រូវបើកចំហរ និង ដាក់បំពង់បង្ហូរ ។ ហូតយកចេសដែលបង្ករោគហើយញែករបួសអោយដាច់ពីគ្នា :

  - បើការបង្ករោគវាតិចតួច ការអោយថ្នាំផ្សះមិនចាំបាច់ទេ
  - បើការបង្ករោគមានភាពខ្លាំងក្លាតែមិនបំផ្លាញជាលិកាជ្រៅៗទេត្រូវអោយថ្នាំផ្សះចំរុះគ្នា(**ទំព័រ C-35**)
    - Ampicillin 500 mg លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់ 5 ថ្ងៃ
    - បន្ថែម Métronidazol 400 mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ ថ្ងៃសំរាប់5ថ្ងៃ
  - បើការបង្ករោគវាស៊ីចូលទៅជ្រៅ បំផ្លាញសាច់ដុំហើយបង្ករអោយរលួយ(រលួយដល់សាច់យាវ) ត្រូវ

អោយថ្នាំ Antibioticចំរុះ រហូតដល់ជាលិកាដែលរលួយត្រូវបានជា ហើយស្ត្រីលែងក្តៅខ្លួន 48 ម៉ោង (**ទំព័រ C-35**) :

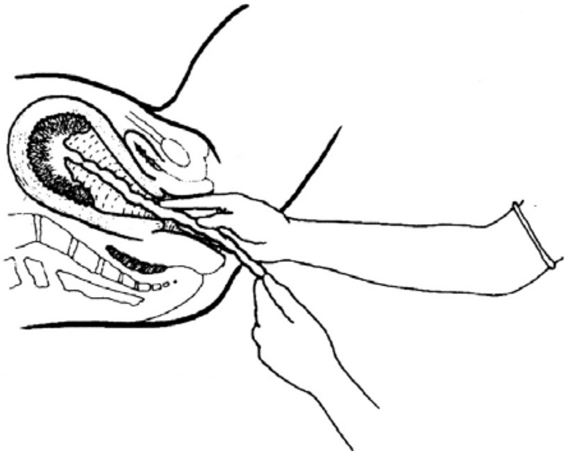
- Penicillin G 2 លានឯកតា ចាក់សរសៃ IV រាល់ 6 ម៉ោង
- បន្ថែម Gentamicin 5 mg / Kg នៃទំងន់ខ្លួន ចាក់សរសៃ IV រាល់ 24 ម៉ោង
- បន្ថែម Métronidazol 500 mg ចាក់សរសៃ IV រាល់ 8 ម៉ោង
- ខណៈដែលស្ត្រីលែងក្តៅបាន 48 ម៉ោង យើងអោយ :
  - Ampicillin 500 mg លេប៤ដងក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់ 5ថ្ងៃ
  - បូក Métronidazol 400 mg លេប៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់ 5ថ្ងៃ

កំណត់សំគាល់:ការរលួយនៃសាច់យារ៍ តំរូវអោយធ្វើការរំញែកមុខរបួសអោយបានធំ ។ ការដេរជាលើក ទី2 ស្ថិត ក្នុង 2-4 អាទិត្យ(វាស្រេចតែទំហំនៃការបង្ករោគ) ។

ការបារសុកដោយដៃ MANUAL REMOVAL OF PLACENTA

- រំលឹកពីលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ
- រំលឹកពីគោលណៃថៃទាំជាសកល(**ទំព័រ C-17**) និង ចាប់ផ្តើមចាក់សេរ៉ូម (**ទំព័រ C-21**)
- ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្ត និង ភាពក្លាហានដល់ស្ត្រី ។ អោយ Pethidine និង Diagepam តាមសរសៃយឺតៗ (ចៀសវាងកុំលាយចូលគ្នាក្នុង seringue តែ១) ឬប្រើ Ketamine (**ទំព័រ P-13**)
- ដាក់បំពង់បង្ហូរទឹកមូត្រឬប្រាកដថាគ្មានទឹកមូត្រទេ
- ផ្តល់ថ្នាំផ្សះតែម្តងគត់សំរាប់ការពារ (**ទំព័រ C-35**) :
  - Ampicilline 2 g ចាក់សរសៃ IV និង Metronidazol 500 mg ចាក់សរសៃ IV
  - ឬ Cefazolin 1 g ចាក់សរសៃ IV និង Metronidazol 500 mg ចាក់សរសៃ IV
- ចាប់ទងសុកដោយដង្កៀប ។ ទាញទងសុកថ្នមៗរហូតវាចេញមកស្របនិងកំរាល ។
- ដោយប្រើស្រោមដៃរំងាប់មេរោគកំរិតខ្ពស់លូកទៅក្នុងទ្វាររួចឡើងទៅលើរហូតដល់ស្បូន(**ទំព័រ P-42**) ។

រូបភាព P-42 **លូកដៃ១តាមរន្ធទ្វារបណ្តោយទងសុក**

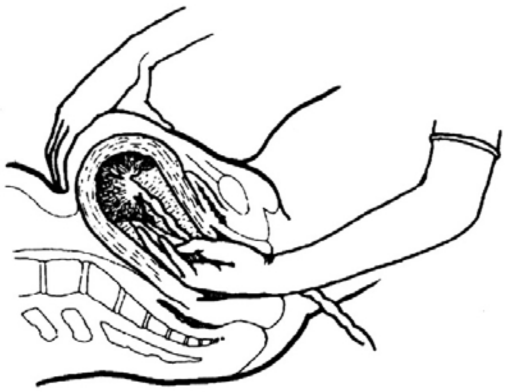


- ទំលាក់ទងសុកចុះរួចប្តូរដៃទៅលើពោះស្ត្រីក្នុងបំណងនិងទប់កំពូលស្បូនដើម្បីបង្កើតជាកំលាំងទប់ ពេលយើងបារសុកកុំអោយវាព្រលាត់ (**រូប P-43 ទំព័រ P-78**)

កំណត់សំគាល់ : ករណីបើស្បូនពន្លាត់ត្រូវកែកុនវាឡើងវិញ (**ទំព័រ P-91**)

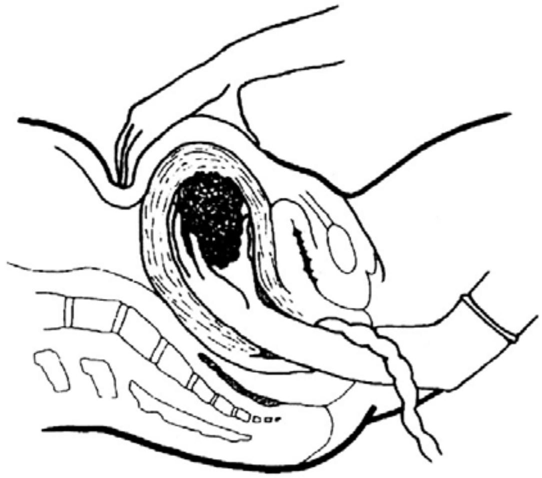
- បង្វិលម្រាមដៃខាងៗរហូតដល់កែមរបស់សុកដែលតាំងនៅ ។
- **បើសិនជាទងសុកដាច់ភ្លាមៗ** យើងលូកដៃចូលទៅក្នុងស្បូនរកចន្លោះរវាងសុកនិងជញ្ជាំងស្បូនដែលដាច់ចេញពីគ្នា ។

រូបភាព P-43 **ទប់កំពូលស្បូននៅពេលបំបើុងសុក**



- ផ្តាច់សុកចេញពីកន្លែងដែលវាតោងដោយម្រាមដៃបន្តិចម្តងៗ ដោយដាក់ម្រាមជាប់គ្នា ហើយយកប្រអប់ដៃ នេះជាឃ្នាសកៀសអោយសុកបើុងពីផ្ទៃស្បូន ។
- ធ្វើបែបនេះបន្តិចម្តងៗជុំវិញសុករហូតដល់របើកពីផ្ទៃស្បូនអស់ ។
- **បើសិនជាសុកមិនរបើកពីផ្ទៃស្បូនដោយដៃដែលយើងកៀសបំបើុងទេ（ទំព័រ S-32 ）**ពេលនោះយើងសង្ស័យជាសុកខាំ ជាប់ស្បូន យើងត្រូវបន្តការបើកពោះ និងតំរូវធ្វើ Subtotal Hysterectomy（**ទំព័រ P-103**）
- យើងកាន់សុកនិងដកដៃចេញថ្នមៗយកសុកចេញយឺតៗមកជាមួយ（**រូប P- 44**）
- ដៃម្ខាងទៀតបន្តការទប់កំពូលស្បូនដោយរុញបញ្ច្រាសទិសរបស់ចលនារបស់ដៃដែលដកចេញពីស្បូន

រូបភាព P-44 **ដកដៃចេញពីស្បូន**



- ស្ទាបក្នុងផ្ទៃរបស់ស្បូនដោយធានាថាសុក សាច់សុកត្រូវបានយកចេញអស់ ។
- អោយ oxytocine 20 ឯកតា ក្នុងសេរ៉ូម 1 L（សេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ឬ Ringer‘s Lactate ）60តំណក់/នាទី
- តំរូវអោយមានជំនួយការម្នាក់ធ្វើ Massage កំពូលស្បូនដើម្បីអោយស្បូនកន្ត្រាក់
- ប្រសិនបើ**ការធ្លាក់ឈាមនៅតែបន្តច្រើន** យើងអោយ Ergometrine 0.2 mg ចាក់សាច់ដុំIM ឬ Prostaglandins （**តារាង S-8,ទំព័រ S-28**）
- ពិនិត្យផ្ទៃរបស់សុកដើម្បីបញ្ជាក់ថាបានគ្មានសល់អ្វីឡើយ ។ ប្រសិនបើមានក្លែបសុករបេះជាលិកាខ្លះបាត់បង់យើង ត្រូវរកក្នុងស្បូនម្តងទៀត តំរូវយកវាចេញ ។
- ពិនិត្យស្ត្រីដោយយកចិត្តទុកដាក់ ហើយ ដេរបិទការរហែកដល់មាត់ស្បូន（**ទំព័រ P-81**） ឬ រន្ធទ្វារ（**ទំព័រ P-83**）**ឬ**ដេរបិទកន្លែងកាត់ទ្វារ （**ទំព័រ P-73**）

បញ្ហា ៈ

- ប្រសិនបើសុកមិនព្រមធ្លាក់ ដោយស្បូនកន្ត្រាក់រាងជាកង ឬ ក៏វានៅយូរច្រើនម៉ោង ឬ ថ្ងៃក្រោយសំរាលពេលនោះយើងមិនអាចប្រើដៃលូកបារបានទេយើងត្រូវប្រើច្រមាមដៃពីរ ឬ ដង្កៀបរាងបេះដូងដើម្បីទាញយកសុក និង ជូនកាលប្រើកង្ហារធំៗ ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ

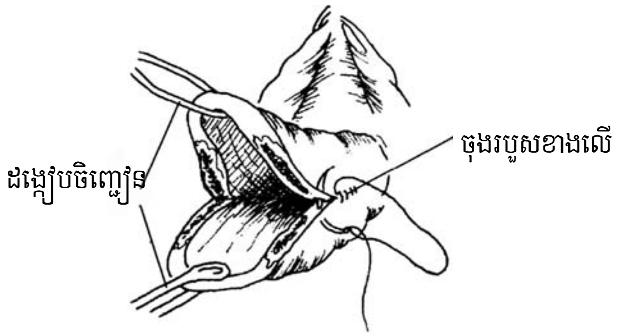
- តាមដានអោយបានល្អរហូតដល់ឥទ្ធិពលរបស់ថ្នាំបាត់ការឈឺចាប់ ឬ ថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍អស់ឥទ្ធិពល ។
- តាមដានសញ្ញាជីវិត（ជីពចរ , សំពាធឈាម , ចង្វាក់ដង្ហើម）រាល់ 30 mn សំរាប់ 6ម៉ោង ក្រោយរហូតដល់នឹងហ្ន ។
- ស្ទាបកំពូលស្បូនដោយធានាថាស្បូនកន្ត្រាក់ល្អ ។
- ឆែកឆេរក្រែងលោមានធ្លាក់ឈាមច្រើន（excessive Lochia）
- បន្តការព្យួរសេរ៉ូម
- បញ្ចូលឈាមបើសិនចាំបាច់ （**ទំព័រ C-23**）

ការដេរមាត់ស្បូនរហែក

- រំលឹកពីគោលការថែទាំជាសកល (**ទំព័រ C-17**)និង លាងទ្វារ និង មាត់ស្បូនដោយសូលុយស្យុង Antiseptic (**ទំព័រ C-22**) ។
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និង ភាពក្លាហានដល់ស្ត្រី ។ ការផ្តល់ថ្នាំស្ពឹកភាគច្រើនមិនសំខាន់ទេសំរាប់ ការរហែកមាត់ស្បូន។ ចំពោះការរហែកសន្ទឹងដល់លើវែង យើងអោយ Pethidine និង Diazepam IV យឺត១ (មិនត្រូវលាយគ្នាដាក់តែមួយ Seringue ទេ) ឬ អោយ Ketamine (**ទំព័រ P-13**) ។
- រកជំនួយការម្នាក់ សំរាប់លុញស្បូន និង ជួយរុញកំពូលស្បូន ។
- ចាប់មាត់ស្បូនដោយថ្នមៗដោយដង្កៀបរាងបេះដូង ។
- កៀបតែមសងខាងនៃមាត់ស្បូនដែលរហែក ហើយទាញថ្នមៗដើម្បីពិនិត្យអោយបានច្បាស់នូវមាត់ស្បូនទាំងមូល។ ជួនកាលអាចរហែកច្រើនកន្លែង
- ដេរកន្លែងរហែកដោយចាប់ពីផ្នែកខាងលើវាដោយCatgut “0” chomic ឬ polyglycolic ។ (ផ្នែកខាងលើនេះហើយ ច្រើនជាប្រភពនៃការធ្លាក់ឈាម) (**រូប P-45**) ។
- បើសិនការដាច់តែមរបស់មាត់ស្បូនវាវែង ហើយរយ៉េរយ៉ៃ យើងត្រូវដេរដោយចេស catgut chromic ជាប់ឬ polyglycolic ។
- ប្រសិនបើផ្នែកខាងលើនៃកន្លែងរហែកពិបាកដេរ យើងអាចកៀបវាដោយដង្កៀបរាងបេះដូង ហើយទុកវាអោយបាន 4ម៉ោង ។ កុំចេះតែនៅដេរកន្លែងដែលហូរឈាម ព្រោះវាអាចធ្វើអោយឈាមកាន់តែហូរខ្លាំង ។ ដូចនេះ :
  - បន្ទាប់ពី 4 ម៉ោង បន្ធូរដង្កៀបតែមិនដកចេញទេ ។
  - បន្ទាប់ 4ម៉ោងក្រោយមកទៀតដកដង្កៀបចេញ ។

កំណត់សំគាល់ : ការបើកពោះតំរូវពេលណាការរហែកមាត់ស្បូនវាសន្ទឹងជ្រៅទៅៗ ដែលមិនអាចដេរពីក្រោមបាន ។

រូបភាព P-45 **ជួសជុលមាត់ស្បូនរហែក Repair of a cervical tear**



ការដេររន្ធទ្វារ ឬ ប៉េរីណេរហែក REPAIR of VAGINAL and PERINEAL TEARS

ការរហែកមាន ៤កំរិតអាចកើតមានពេលសំរាល :

- រហែកកំរិត ១ : គឺដាច់ដោចសាច់ភ្នាសរបស់ទ្វារ និង សាច់ដែលជាប់វា
- រហែកកំរិត ២ : គឺដាច់ដោចសាច់ភ្នាសរបស់ទ្វារ,សាច់ដែលជាប់វា និង សាច់ដុំស្រទាប់ក្រោម
- រហែកកំរិត ៣ : គឺដាច់ដោចរហូតដាច់ក្រសាល់គូថ
- រហែកកំរិត ៤ : គឺដាច់ដោចភ្នាសរបស់ Rectum

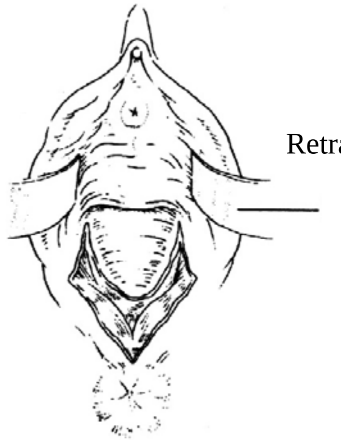
កំណត់សំគាល់ : ជាការសំខាន់ណាស់ដែលប្រើចេសរលាយ។ ចេសធ្វើដោយ Polyglycolic គេនិយមច្រើនជាង Chromic Catgut ដោយភាពមាំ មិនសូវប្រតិកម្មនិងប្រហែលជាមិនសូវធ្វើអោយមានផលវិបាកដោយ ការ បង្ករោគ ឬអោយមានផលវិបាក ។ Chromic Catgut អាចប្រើបានតែមិនល្អឥតខ្ចោះនោះទេ។

ការដេរទ្វាររហែកកំរិត ១ និង ២ REPAIR OF FIRST AND SECOND DEGREE TEARS

ស្ទើរតែគ្រប់ករណីរហែកកំរិត ១ អាចជាខ្លួនវាដោយមិនចាំបាច់ដេរ

- រំលឹកពីគោលការណ៍ថែទាំជាសកល (**ទំព័រ C-17**)
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និង ផ្តល់ភាពក្លាហានដល់ស្ត្រី។ ការជ្រាបនៃថ្នាំស្ពឹកលីញ៉ូការអីន(**ទំព័រC-28**) បើចាំបាច់ប្រើ Pudendal block (**ទំព័រ P-3**)
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់សំរាប់លុញស្បូន និង រុញកំពូលស្បូន
- ពិនិត្យដោយប្រុងប្រយត្ន័ទ្វារ , ប៉េរីណេ និង មាត់ស្បូន (**រូប P-46 , ទំព័រ P-84**)
- បើការរហែកវាវែង ហើយជ្រៅរហូតដល់ប៉េរីណេ , ការពិនិត្យត្រូវបញ្ជាក់ច្បាស់ថា គ្មានការរហែកកំរិត ៣ ឬ ៤ ទេ :
  - ពាក់ស្រោមដៃហើយលូកម្រាមដៃចូលទៅក្នុងរន្ធគូថ
  - ម្រាមដៃលើកថ្នមៗ ហើយ បញ្ជាក់ពីក្រសាល់គូថ
  - ស្ទាបមើលភាពខ្សោយ និង ភាពរឹងមាំរបស់ក្រសាល់គូថ
- ប្តូរស្រោមដៃចេញ
- ប្រសិនបើក្រសាល់គូថវាប៉ះពាល់ (ដេរតាមការរហែកកំរិត ៣ និង ៤) (**ទំព័រ P-86**)
- ប្រសិនបើក្រសាល់គូថមិនប៉ះពាល់ ចាប់ផ្តើមធ្វើការជួសជុល ។

រូបភាព P-46 **បង្ហាញស្នាមប៉េរីណេរហែកExposing a perincal tear**



- លាបសូលុយស្យុង Antseptic នៅកន្លែងពទ្ធ័ជុំវិញកន្លែងរហែក(**ទំព័រ C-22**)
- បញ្ជាក់ថាគ្មានទំនាស់និងថ្នាំស្ពឹក ឬ ថ្នាំទំនាក់ទំនងនិងវា ។

  កំណត់សំគាល់:បើសិនជាត្រូវប្រើថ្នាំស្ពឹកលើសពី40mlនៃលីញ៉ូកាអ៊ីន ត្រូវបន្ថែមAdrenaline ចូលជាមួយវា (**ទំព័រ C-39**) ។

- បាញ់ថ្នាំស្ពឹកពីក្រោមភ្នាសរបស់ទ្វារ , ពីក្រោមស្បែករបស់ប៉េរីណេ ហើយបាញ់អោយជ្រៅចូលទៅក្នុងសាច់ដុំរបស់ប៉េរីណេប្រហែល 10ml នៃសូលុយស្យុង 0,5% (**ទំព័រ P-39**)

  កំណត់សំគាល់ : ពេលបាញ់ថ្នាំស្ពឹកត្រូវបឺតមើល ដោយធានាថា គ្មានប៉ះសរសៃឈាមទេ ។ បើបឺតមានឈាមត្រូវដកម្ជុលចេញ ហើយចាក់ម្តងទៀតដោយប្រុងប្រយត្ន័ ហើយបឺតសាកម្តងទៀត ។ ដាច់ខាតមិនត្រូវចាក់បើបឺតបានឈាម ។ ស្រ្តីអាចប្រកាច់ និង ស្លាប់ បើចាក់ថ្នាំស្ពឹកចូលសរសៃឈាម ។

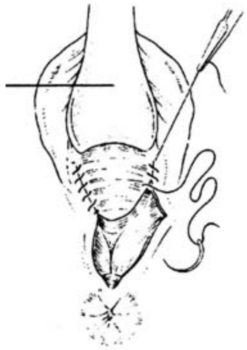
- បន្ទាប់ពីចាក់ថ្នាំស្ពឹក ត្រូវរង់ចាំ 2 នាទីបន្ទាប់មកយើងច្បិចសាច់ដែលត្រូវដេរដោយដង្កៀប ។ បើស្រ្តីដឹងថាឈឺ យើងត្រូវចាំ 2នាទីទៀត ហើយធ្វើ test ម្តងទៀត ។

ឆាប់ចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីទុកពេលអោយវាមានប្រសិទ្ធភាព

- ការដេរភ្នាសរបស់ទ្វារត្រូវប្រើចេសជាប់ 2-0 (**រូប P-47, ទំព័រ P-85**) :
  - ចាប់ផ្តើមដេរ 1cm ពីលើកន្លែងរហែកនៃទ្វារ ហើយដេរបិទបន្តបន្ទាប់កន្លែងដែលចំហ
  - នៅកន្លែងចំហនៃទ្វារ ត្រូវចាប់យកគែមទាំងសងខាងនៃរបួស

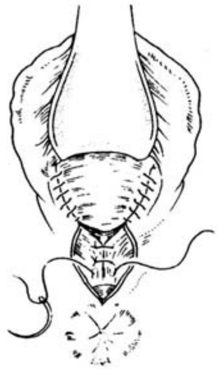
– ប្រើម្ជុលចាក់ពីក្រោមកន្លែងដែលទ្វារចំហ ហើយហូតចេញតាមកន្លែងដែលប៉េរីណេរួចចង

រូបភាព P-47 **ជួសជុលភ្នាសរន្ធទ្វារRepairing the vaginal mucosa**



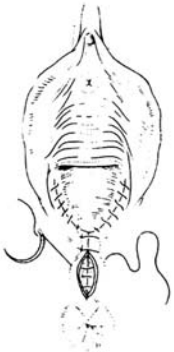
- ការដេរសាច់ដុំប៉េរីណេ ត្រូវប្រើចេសចងដាច់ៗគ្នាលេខ 2-0 (**រូប P-48**) . ប្រសិនបើការរហែកវាជ្រៅ ត្រូវដេរស្រទាប់ទី ២ ទៀតដើម្បីបិទកន្លែងចំហ ។

រូបភាព P-48 **ជួសជុលសាច់ដុំប៉េរីណេ Repairing the perineal muscles**



- ការដេរស្បែកត្រូវប្រើចេសចងដាច់ៗគ្នាលេខ 2-0 ដោយផ្ដើមពីកន្លែងដែលទ្វាររហែក(**រូប P-49,ទំព័រ P-86**)
- ប្រសិនបើការរហែកវាជ្រៅ ត្រូវធ្វើការលូករន្ធលាមកហើយបញ្ជាក់ថាគ្មានចេសដេរណាដេរជាប់ Rectum ទេ

រូបភាព P-49 **ជួសជុលស្បែក Repairing the skin**



ការដេរការរហែកក៏រិតទី ៣ និង ៤ REPAIR OF THIRD AND FOURTH DEGREE PERINEAL TEARS

កំណត់សំគាល់ : ស្ត្រីនិងត្អូញត្អែរថាគាត់បាត់បង់សមត្ថភាពពេលបត់ជើងធំ និង នោម ប្រសិនបើការរហែកក្រសាល់គូថមិនបានដេរវិញអោយបានត្រឹមត្រូវ ប្រសិនបើការរហែកនៅក្នុងច្រេតុមមិនបានដេរស្ត្រី និងមានបញ្ហាដោយការបង្ករោគនិងមានការធ្លាយលាមកមកតាមទ្វារនោម (Rectovaginal fistula)

ការដេរត្រូវធ្វើក្នុងបន្ទប់វះកាត់ :

- រំលឹកពីគោលការណ៏ថៃទាំជាសកល(**ទំព័រ C-17**)
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និង ភាពក្លាហានដល់ស្ត្រី ។ ប្រើ Pudendal block(**ទំព័រ P-3**) ឬ Ketamine(**ទំព័រ P-13**) ។ ជាការកំរណាស់ បើគ្រប់កែមនៃរបួសអាចមើលឃើញ យើងអាចដេរបាន ដោយប្រើថ្នាំស្ពឹក និង ប្រើ Pethidine and Diazepam IV យឺតៗ (ដាច់ខាតកុំលាយចូលគ្នាក្នុង Seringue តែ ១)
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់ដើម្បីលុញស្បូន និង ជួយទប់ស្បូន
- ពិនិត្យទ្វារ , មាត់ស្បូន , ប៉េរីណេ និង Rectum
- ដើម្បីអោយដឹងថាក្រសាល់គូថរហែក :
  - លូកម្រាមដៃចូលក្នុងរន្ធគូថ ហើយលើកស្រាលៗ
  - បញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់ក្រសាល់គូថ ឬ ការខូចខាតរបស់វា
  - ស្ទាបផ្ទៃរបស់រន្ធគូថ ហើយ ពិនិត្យដោយយកចិត្តទុកដាក់ ដើម្បីរកកន្លែងរហែក
- -ប្តូរស្រោមដៃជាថ្មី

- លាងដោយសូលុយស្យុង Antiseptic លើកន្លែងរហែក ហើយជូតចេញកំទេចកំទីលាមកបើមាន (**ទំព័រ C-22**)
- -បញ្ជាក់ថាគ្មានទំនាស់និងថ្នាំស្ពឹក ឬ ថ្នាំដែលមានទំនាក់ទំនង ។
- បាញ់ថ្នាំស្ពឹកពីក្រោមភ្នាស់របស់ទ្វារ , ក្រោមស្បែកនៃប៉េរីណេ និង យ៉ាងជ្រៅចូលទៅក្នុងសាច់ដុំរបស់ប៉េរីណេចំនួន 10ml នៃសូលុយស្យុង 0,5 %(**ទំព័រ C-39**) ។

កំណត់សំគាល់:ពេលបាញ់ថ្នាំស្ពឹក ត្រូវបឺតសាកល្បងដើម្បីបញ្ជាក់ថាគ្មានប៉ះសរសៃឈាមណាមួយទេ ។ ប្រសិន**បឺតមានឈាមត្រូវដកម្ជុលចេញ**ហើយចាក់កន្លែងផ្សេងទៀតហើយធ្វើដូចមុន។ មិនត្រូវចាក់ដាច់ខាតបើបឺតបានឈាម។ **ស្ត្រីអាចប្រកាច់ ឬ ស្លាប់ពេលថ្នាំស្ពឹកចាក់តាមសរសៃឈាម។**

- បន្ទាប់ពីចាក់រួច ត្រូវរង់ចាំចំនួន 2 នាទីបន្ទាប់មកយើងយកដង្កៀបមកច្បិចតេស្តកន្លែងដែលត្រូវដេរ ។ បើស្ត្រី នៅដឹងឈឺត្រូវរង់ចាំ 2 នាទីទៀត រួចធ្វើ Test ម្តងទៀត ។

ឆាប់ចាក់ថ្នាំស្ពឹកដើម្បីទុកពេលអោយវាមានប្រសិទ្ធិភាព

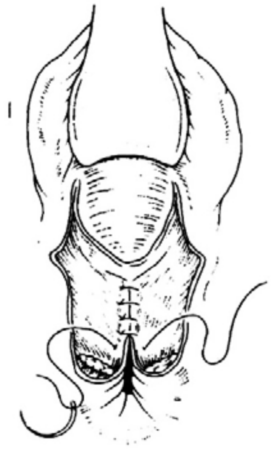
- ដេររន្ធគូថត្រូវប្រើចេសដេរដាច់ៗដោយចេស 3-0 ឬ 4-0ចន្លោះ 0.5cm ដើម្បីផ្គុំ mucosaឡើងវិញ(**រូប P-50**) **:**

ត្រូវចងចាំថា : ត្រូវដេរត្រឹមតែសាច់ដុំបានហើយ(កុំដេរក្តោបយកភ្នាសទាំងអស់)

– គ្របស្រទាប់សាច់ដុំ ដោយដេរជាមួយស្រទាប់យាវជាថ្នេរដាច់ៗ

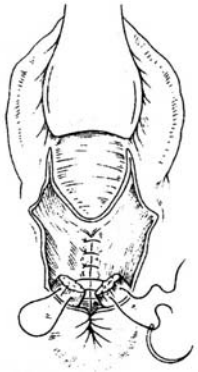
– ឧស្សាហ៍លាងកន្លែងដេរដោយសូលុយស្យុង Antiseptic

រូបភាព P-50 **ដេរបិទសាច់ដុំនៃជញ្ជាំងវិក្កុំ Closing the muscle wall of the rectum**



- ប្រសិនបើក្រសាលគូថវារហែក :
  - ចាប់តែមក្រសាលគូថដោយដង្កៀប Allis (ពេលវារហែកក្រសាល់គូថវារួញ)។ ក្រសាល់គូថវាមាំនិងមិនរហែកពេលទាញដោយដង្កៀប (**រូប P-51 , ទំព័រ P-88**)
  - ដេរក្រសាលគូថដោយចេស 2-0 ពី 2ឬ 3ថ្នេរ

រូបភាព P-51 **ដេរក្រសាល់រន្ធលាមក Suturing the anal sphincter**



- លាងកន្លែងដេរដោយសូលុយស្យុង Antiseptic ម្តងទៀត
- ពិនិត្យដោយលូកស្រោមដៃចូលក្នុងរន្ធគូថដើម្បីបញ្ជាក់ថាការដេរ Rectum និងក្រសាល់គូថបានត្រឹមត្រូវហើយឬនៅ ? បន្ទាប់មកដូរស្រោមដៃម្តងទៀត ។
- ដេរភ្នាសរបស់ទ្វារ , សាច់ដុំប៉េរីណេ និង ស្បែក (**ទំព័រ P-84**)

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ POST-PROCEDURE CARE

- ប្រសិនជា**ការរហែកកំរិតទី ៤** អោយថ្នាំផ្សះ ១ កំរិតជាការការពារ (**ទំព័រ C-35**) :
  - Ampicilline 500mg តាមមាត់
  - បូក Metronidazol 400mg តាមមាត់
- តាមដានអោយបានល្អ រកសញ្ញាបង្ករោគលើរបួស
- ហាមមិនអោយថ្នាំ បញ្ចុះ ឬ ធ្វើការពិនិត្យ Rectum ក្នុងពេល 2 អាទិត្យ
- អោយថ្នាំបន្ទន់លាមកតាមមាត់ ១ អាទិត្យ បើអាចធ្វើបាន

ការគ្រប់គ្រងករណីដែលមានបញ្ហា MANAGEMENT OF NEGLECTED CASES

ការរហែកប៉េរីណេភាគច្រើនមានការប្រឡាក់ដោយលាមក ។ ប្រសិនបើ**ការដេរបិទពន្យាររយៈពេលលើសពី 12ម៉ោង**ការបង្ករោគមិនអាចចៀសផុតបានទេ ។ ខ្លះការដេរបិទត្រឹមត្រូវ ត្រូវពន្យារពេលក្នុងករណីនេះ ។

- ចំពោះការរហែកកំរិត ១ និង ២ អោយស្រ្តីវិលមកវិញនៅ៦ថ្ងៃក្រោយ ។ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញាក្លាយរោគទេ ចាប់ផ្តើមដេរតែម្តង ។
- ចំពោះការរហែកកំរិត ៣ និង ៤ , ដេរបិទ សាច់ភ្នាសរបស់ Rectum ២ ឬ ៣ថ្នេរ ជាមួយសាច់ដទៃទៀតជាជំនួយហើយទាញផ្តុំសាច់យាររបស់ក្រសាលគូថ ។ ចំពោះសាច់ដុំ , ភ្នាសរបស់ទ្វារ និងស្បែករបស់ប៉េរីណេត្រូវដេរ 6 ថ្ងៃ ក្រោយមក ។

ផលវិបាក COMPLICATIONS

- ប្រសិនបើមានដុំឈាមកក ត្រូវចំហហើយដាក់បំពង់បង្ហូរ ។ បើសិនគ្មានសញ្ញាបញ្ជាក់ពីការបង្ករោគហើយគ្មានហូរឈាមរបួសអាចដេរភ្ជិតម្តងទៀតបាន ។
- ប្រសិនមានសញ្ញាបង្ករោគ ត្រូវចំហរបួស ហើយ ដាក់បំពង់បង្ហូរ ។ ហូតចេញចេសដែលបង្ករោគ ហើយបើកមុខរបួស :
  - បើការបង្ករោគមិនសូវខ្លាំងក្លា មិនត្រូវអោយថ្នាំផ្សះទេ
  - បើមានបង្ករោគខ្លាំងក្លា ប៉ុន្តែមិនធ្វើអោយខូចដល់ស្រទាប់ជ្រៅទេអោយ (**ទំព័រ C-35**) :
    - Ampicillin 500 mg លេប៤ពេលក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់ 5 ថ្ងៃ
    - បូក Metronidazol 400 mg លេប៣ពេលក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់ 5 ថ្ងៃ
  - បើការបង្ករោគវាស៊ីជ្រៅ ហើយ ប៉ះពាល់សាច់ដុំហើយធ្វើអោយរលួយ(រលួយសាច់យារ) អោយថ្នាំផ្សះចំរុះរហូតដល់សាច់យាររលួយត្រូវបានជាអស់ ហើយ ស្រ្តីត្រូវបាត់គ្រុនយ៉ាងហោច 48 ម៉ោង (**ទំព័រ C-35**) :
    - Penicillin G 2 លាន ចាក់សរសៃ IV រាល់ 6ម៉ោង
    - បន្ថែម Gentamycine 5 mg/Kg នៃទម្ងន់ខ្លួន ចាក់សរសៃ IV រាល់ 24 ម៉ោង
    - បូក Metronidazol 500 mg ចាក់សរសៃ IV រាល់ 8 ម៉ោង
    - ខណៈដែលស្ត្រីបាត់គ្រុនក្នុង 48 ម៉ោង អោយ :

- Ampicillin 500 mg លេប៤ពេលក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់ 5 ថ្ងៃ
- បូក Metronidazol 400 mg លេប៣ពេលក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់ 5 ថ្ងៃ

កំណត់សំគាល់ : សាច់យាវដែលរលួយ តំរូវអោយបើកចំហរបួសអោយធំ ហើយ ដេរឡើងវិញត្រូវធ្វើក្នុង 2-4 អាទិត្យ (ទាក់ទងទៅនឹងសភាពនៃការបង្ករោគ)

- ភាពមិនអាចត្រួតពិនិត្យការបន្ទោរបង់លាមកបណ្តាលមកពីការដាច់ក្រសាលគូថទាំងអស់ ។ ស្ត្រីភាគច្រើន អាចគ្រប់គ្រងការបន្ទោរបង់លាមកបានដោយសាច់ដុំរបស់បេរីណេផ្សេងៗទៀត ។ ករណីឃើបន្ទោរបង់លាមកមិនអាចទប់បាន ត្រូវតែកែកុនវាដោយវះកាត់ឡើងវិញ៣ខែក្រោយឬ លើសពីនេះក្រោយសំរាល ។
- ការធ្លាយផ្លូវលាមកតាមទ្វារ ក៏ត្រូវកែកុន នៅ៣ ខែ ឬ លើស ក្រោយសំរាលដែរ ។

ការកែស្បូនពន្លាត់ CORRETING UTERINE INVERSION

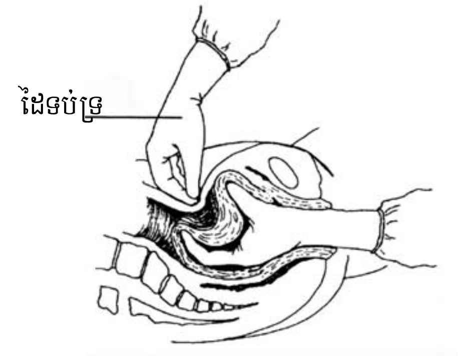
- ពិនិត្យសារឡើងវិញពីលក្ខខណ្ឌគំរូវធ្វើ
- រំលឹកពីគោលការណ៍ថែទាំជាសកល (**ទំព័រ C-17**)និងផ្តើមចាក់សេរ៉ូម (**ទំព័រ C-21**)
- ចាក់ Pethidine and Diazepam ចាក់សរសៃIV យឺតៗ (មិនត្រូវបូមលាយគ្នាក្នុងស៊ីរ៉ាំងតែមួយទេ) ។ បើករណី ចាំបាច់ត្រូវប្រើថ្នាំសណ្តំ ។
- លាងស្បូនដែលពន្លាត់ដោយសូលុយស្យុង Antisptic
- ប្រើកន្ទ្រេងសើម ក្តៅអ៊ុនៗហើយស្តេរីល ដើម្បីខ្ចប់ស្បូនដែលពន្លាត់រហូតដល់ការកែកុនបានរៀបចំធ្វើ ។

ការកែដោយដៃ MANUAL CORRECTION

- ប្រើស្រោមដៃស្តេរីល , ចាប់ស្បូនហើយរុញវាតាមមាត់ស្បូនតំរង់ទៅរកផ្ចិតរហូតដល់កន្លែងនៅធម្មតារបស់វា ។ ហើយប្រើដៃម្ខាងទៀតសំរាប់ទប់ស្បូន (**រូបP-52**) ។ ប្រសិនបើសុកនៅជាប់នៅឡើយត្រូវបារវាចេញបន្ទាប់ពីកែស្បូនបានហើយ ។

វាជាការប្រសើរណាស់ដែលផ្នែករបស់ស្បូនដែលចេញក្រៅមុនត្រូវចូលមុនគេ **(ផ្នែកដែលនៅជិតមាត់ស្បូន)**

រូបភាព P-52 ការបញ្ចូលស្បូនពន្លាត់ដោយប្រើដៃ Manual replacement of the inverted uterus



- ប្រសិនបើ ការកែមិនអាចធ្វើបាន យើងត្រូវទៅរកការកែបែប Hydrostatic (**ទំព័រ P –92**)

ការកែស្បូនពន្លាត់បែប HYDROSTATIC

- ដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាព Trendelenbung គឺដាក់ក្បាលស្ត្រីអោយទាបជាងកំរិតរបស់បើរីណេប្រមាណ 0.5ម៉ែត្រ ។
- រៀបចំប្រដាប់សំរាប់លាងតាមទ្វារដោយអនាម័យខ្ពស់ ដោយប្រើក្បាលសំរាប់លាងធំនិងទុយយោវែង (2 ម៉ែត្រ) និងធុងទឹកក្តៅអ៊ុនៗប្រមាណ 3 ទៅ 5 លីត្រ

កំណត់សំគាល់ : ជួនកាលយើងអាចប្រើសៅ្វមប្រែក្តៅអ៊ុនៗនិងខ្សែទុយយោសៅ្វមធម្មតា

- កំណត់ពីផ្ចត់ទ្វារក្រោយ ។ វាងាយនឹងឃើញណាស់នៅពេលដែលការពន្លាត់ស្បូនមានតែមួយផ្នែក ហើយស្បូននៅក្នុងទ្វារ ។ ក្នុងករណីឯទៀត ផ្ចត់ទ្វារក្រោយអាចដឹងបានដោយសារកន្លែងដែលទ្វារមានភាពរនេញរនុញបែរជារលោងទៅវិញ ។
- ដាក់ក្បាលប្រដាប់សំរាប់លាងទៅក្នុងផ្ចត់ទ្វារក្រោយ (Posterior fornix)
- ស្របជាមួយគ្នានេះ , ដៃម្ខាងទៀតកាន់ហើយប្រើដើមដៃដើម្បីទ្រប្រដាប់លាង ។
- រកអ្នកជំនួយការម្នាក់អោយបើកទឹក (លើកធុងទឹកអោយខ្ពស់យ៉ាងហោចណាស់2ម៉ែត្រ ។ ទឹកបាន បំប៉ោង Posterior fonix របស់ទ្វារបន្តិចម្តងៗ ។ ទាំងនេះវាបណ្តាលអោយទំហំនៃប្រហោងវារីកធំ ថែអោយមាត់ស្បូនដែលអំនោយផលដល់ការកែស្បូន ។

ការកែដោយដៃក្រោមការសណ្តំ MANUAL CORRECTION UNDER GENERAL ANAESTHESIA

- ប្រសិនបើការកែដោយ Hydrostatic មិនបានជោគជ័យសាកល្បងកែដោយដៃក្រោមការសណ្តំ ប្រភេទ Halothane ។ Halothane ជាថ្នាំដែលគេសំណូមពរ ព្រោះវាអាចធ្វើអោយស្បូនរលា ។
- ចាប់ស្បូនពន្លាត់ហើយរុញតាមមាត់ស្បូនតំរង់ទៅផ្ចិតសំដៅទៅកន្លែងដើមវា(**រូបP-52,ទំព័រP-91**) ។ ប្រសិនបើសុកនៅជាប់នៅឡើយត្រូវបារវាចេញបន្ទាប់ពីបានកែស្បូនហើយ ។

ការកែដោយប្រើវិធីតាមពោះនិងរន្ធទ្វាររួមគ្នា COMBINED ABDOMINAL-VAGINAL CORRECTION

វិធីនេះអាចយើងយកប្រើបាន បើវិធីខាងលើមិនអាចមានជោគជ័យ ។

- រំលឹកពីលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ

- រំលឹកគោលការណ៍គ្រឹះនៃការធ្វើអន្តរាគមន៍ (**ទំព័រ C-47**)
- វះបើកពោះដោយផ្តើមពីក្រោមផ្ចិតដល់ថ្ងាសក្រោម :
  - ចោះសាច់យាវ 2-3cm
  - ចាប់កែមរបស់សាច់យាវដោយដង្កៀបហើយកាត់វាទៅលើ និងទៅក្រោមដោយកន្ត្រៃ
  - ប្រើកន្ត្រៃ ឬ ម្រាមដៃដើម្បីញែកសាច់ដុំ (Rectus muscle)
  - ប្រើកន្ត្រៃដើម្បីចោះ Peritoneum ក្បែរផ្ចិត
  - ប្រើកន្ត្រៃដើម្បីបន្ថែមស្នាមចោះនៅលើនិងនៅក្រោម ។ ត្រូវប្រយ័ត្នដើម្បីការពារប្លោកនោម ត្រូវប្រើកន្ត្រៃដើម្បីញែកជាស្រទាប់ៗហើយបើកផ្នែកក្រោមនៃ Peritoneum
  - ប្រើ Valve sub- pubien និងបន្ទាប់មកប្រើ retractor automatic
- ពង្រីកមាត់ស្បូនដែលរួតដូចកងដោយដៃ
- ដាក់ដង្កៀប Tenuculum តាមមាត់ស្បូនហើយចាប់កំពូលស្បូនដែលពន្លាត់
- ទាញថ្នមៗលើកំពូលស្បូន ខណៈដែលអ្នកជំនួយការធ្វើការកែដោយដៃតាមទ្វារ
- **ប្រសិនបើការទាញមិនមានជោគជ័យ**
  - យើងកាត់មាត់ស្បូនដែលរួតវារាងដូចកងពីខាងក្រោយ (ជាកន្លែងដែលមិនសូវមានបញ្ហាដល់ ប្លោកនោមនិងសសៃឈាមរបស់ស្បូន)
  - ធ្វើឡើងវិញការពង្រីកដោយម្រាមដៃ, ការប្រើដង្កៀបនិងការទាញ
  - បិទកន្លែងមាត់ស្បូនដែលរួតដូចកងនោះវិញ
- **ប្រសិនបើការកែនេះបានជោគជ័យ យើងបិទពោះ :**
  - បញ្ជាក់ថាគ្មានការហូរឈាម ។ ប្រើដង្កៀបគាបស្បៃដើម្បីយកដុំឈាមពីក្នុងពោះ
  - បិទសាច់យាវដោយថ្នេរជាប់ៗប្រើចេស chromic catgut “0’’ ឬចេស Polyglycolic

កំណត់សំគាល់:ពេលនេះយើងមិនចាំបាច់បិទ Peritoneum របស់ប្លោកនោមឬស្រោមពោះទេ។

– ប្រសិនបើមានសញ្ញាបង្ករោគខ្ទប់សាច់ក្រោមស្បែកដោយស្បែ និងចេស Catgut "0" ដាច់ៗគ្នា ឬចេសpolyglycolic បិទស្បែកនៅពេលក្រោយបន្ទាប់ពីការបង្ករោគត្រូវបានបំបាត់

– ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញាបង្ករោគទេបិទស្បែកដោយចេសនីឡុងឬសូត្រ 3 - 0 និងគ្របដោយស្បែស្តេរីល ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ POST-PROCEDURE CARE

- ខណៈដែលស្បូនពន្លាត់ត្រូវបានកែហើយចាក់សេរ៉ូម500ml លាយ oxytocine 20 IU（សេរ៉ូមប្រែធម្មតាឬ Ringer's lactate）10ដំណក់/នាទី

– បើសង្ស័យថាមានធ្លាក់ឈាមត្រូវបង្កើនតំណក់រហូតដល់60 ដំណក់/នាទី

– ប្រសិនបើស្បូនមិនកន្ត្រាក់បន្ទាប់ពីប្រើ oxytocine អោយ Ergométrine 0,2 mg ឬ Prostaglandins（**តារាង S-8, ទំព័រ S-28**）

- អោយថ្នាំផ្សះដើម្បីការពារតែមួយក៏រិតគត់បន្ទាប់ពីការកែស្បូន（**ទំព័រ C-35**）:

– Ampicilline 2g IV+ Metronidazol 500mg IV

– ឬ Cefazolin 1g IV + Metro nidazol 500mg IV

- ប្រសិនបើការកែកុនប្រើវិធីតាមពោះនិងរន្ធទ្វាររួមគ្នាត្រូវបានអនុវត្តត្រូវមើលគោលការណ៍ថែទាំក្រោយពេលវះកាត់（**ទំព័រC-52**）

- ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ឬ ស្ត្រីមានគ្រុនក្តៅ អោយថ្នាំផ្សះចំរុះរហូតដល់ស្ត្រីបាត់គ្រុនក្តៅ 48ម៉ោង（**ទំព័រ C-35**）:

– Ampiclline 3g IV រាល់ 6 ម៉ោងម្តង

– បូក gentamicine 5mg /Kg ទម្ងន់ខ្លួន IV រាល់ 24 ម៉ោង

– បូក Metronidazol 500mg IV រាល់ 8 ម៉ោង

- អោយថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប（**ទំព័រ C-37**）

ការដេរជួសជុលស្បូនរហែក REPAIR OF RUPTURED UTERUS

- ពិនិត្យឡើងវិញពីលក្ខខណ្ឌត្រូវធ្វើ
- រំលឹកពីគោលការណ៍ថែទាំគ្រឹះ (**ទំព័រ C-17**) គោលការណ៍ថែទាំគ្រឹះនៃការវះកាត់(**ទំព័រ C-47**) ហើយ ផ្តើមចាក់សេរ៉ូម (**ទំព័រ C-21**)
- អោយថ្នាំផ្សះ ១ ដូស ដើម្បីការពារការបង្ករោគ(**ទំព័រ C-35**) :
  - Ampicilline 2g IV
  - ឬ Cefazolin 1g IV
- បើកពោះ :
  - បើកពោះចំកណ្តាលពីក្រោមផ្ចិត ទៅថ្ងាសក្រោមដោយកាត់ស្បែក និង សាច់យារ
  - ចោះសាច់យារ 2 ឬ 3cm
  - លើកគែមរបស់សាច់យារដោយដង្កៀប ហើយ កាត់ទៅលើ ឬ ទៅក្រោមដោយកន្ត្រៃ
  - ប្រើម្រាមដៃដើម្បីញែកសាច់ដុំ (Rectus mucles)
  - ប្រើម្រាមដៃដើម្បីបើកស្រោមពោះនៅជិតផ្ចិត ។ ប្រើកន្ត្រៃកាត់ស្រោមពោះទៅលើ ឬ ទៅក្រោម ដើម្បីអោយមើលឃើញស្បូនទាំងមូល ។ ដោយប្រុងប្រយ័ត្ននិងដើម្បីការពារកុំអោយប៉ះពាល់ដល់ ប្លោកនោម យើងប្រើកន្ត្រៃញែកស្រទាប់របស់ស្រោមពោះ ហើយ កាត់ផ្នែកខាងក្រោមរបស់វា ។
  - ពិនិត្យក្នុងពោះ និង កន្លែងដែលស្បូនរហែក ហើយ យកដុំឈាមកកចេញ ។
  - ប្រើ Valve sus-pubien និង ប្រើរ៉ែត្រាក់ទ័រស្វយ័ប្រវត្តិ ។
- យកកូន និង សុកចេញ
- ព្យួរសេរ៉ូម (normal saline ឬ Ringer's lactate) ដាក់ oxytocine 20 IU 60តំណក់/នាទី រហូតដល់ស្បូនកន្ត្រាក់ បន្ទាប់ មកបន្ថយតំណក់ត្រឹម 20តំណក់/នាទី ។
- ចាប់ទាញយកស្បូនចេញមកក្រៅ ដើម្បីពិនិត្យមើលតើវារហែកប៉ុណ្ណា ។
- ពិនិត្យស្បូនពីមុខ និង ពីក្រោយ រកកន្លែងរហែក ។
- លើកកន្លែងដែលមានឈាមដោយដង្កៀបរាងបេះដូង ។
- ញែកប្លោកនោមពីអង្កត់ក្រោមដោយកន្ត្រៃស្រួច ។ បើប្លោកនោមវាស្អិតជាប់ស្បូនត្រូវប្រើកន្ត្រៃតូច ។

ការរហែករហូតដល់មាត់ស្បូន និង ទ្វារមាស

- ប្រសិនបើស្បូនរហែកដល់មាត់ស្បូន និង ទ្វារមាស រំកិលប្លោកនោមយ៉ាងហោច 2cm ទៅក្រោមកន្លែងរហែក ។
- ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន ដេរ ១ ថ្នេរ 2cm ពីក្រោមផ្នែកចុងខាងលើនៃមាត់ស្បូនដែលរហែកហើយទុកសំរាប់ទាញដើម្បីអោយផ្នែកចុងខាងក្រោមនៃរបួសអាចមើលឃើញស្រួលដេរបន្ត ។

ការរហែកផ្នែកខាងរហូតដល់ UTERINE ARTERY

- បើរហែកវាសន្ទឹងលើផ្នែកខាងៗហើយបណ្តាលអោយប៉ះសរសៃអាទែររបស់ស្បូន១ឬសងខាង ត្រូវចង
- ត្រូវអោយច្បាស់រវាងអាទែរ និង បំពង់ទឹកនោម (Ureter) ដើម្បីធ្វើការចងតែសរសៃឈាម(**រូប P-53, ទំព័រP-100)**

ការរហែក ហើយមានកកដុំឈាមនៃពួររយាល BROAD LIGAMENT HAEMATOMA

- ប្រសិនបើការរហែកវាបង្កើតអោយមានការកកដុំឈាមលើពួររយាល (Broad ligament) (**រូប** S-2, **ទំព័រ S-20)** ត្រូវក្បៀបនិងដង្កៀប កាត់ និង ចង ពួរមូល (Round ligament) ។
- បើកស្រទាប់ខាងមុខរបស់ពួររយាល
- ប្រសិនជាចាំបាច់ បានដុំឈាមដែលកកចេញ
- ពិនិត្យអោយបានត្រឹមត្រូវ លើការប៉ះពាល់របស់អាទែរនៃស្បូន និង សាខារបស់វា ។ ចងគ្រប់សរសៃដែលហូរឈាម ។

ការជួសជុលដេរស្បូនរហែក

- ការដេរកន្លែងរហែកដោយថ្នេរជាប់ដោយប្រើចេស Chromic Catgut "0" (ឬ Polyglycolic) ។ ប្រសិនបើការហូរឈាមមិនអាចត្រួតត្រាបាន ឬ ការរហែកវាមាននៅលើស្នាមវះបញ្ឈរចាស់ (Classical or vertical incision) ត្រូវដេរមួយជាន់ទៀត

ធានាថា បំពង់ទឹកនោមត្រូវបានបង្ហាញ ហើយ ចៀសវាងមិនចងចំវាទេ ។

- ប្រសិនបើការរហែកវាធំធេងពេកមិនងាយដេរ យើងធ្វើការកាត់ស្បូន (**ទំព័រ P-103)**

- ពិនិត្យការហូរឈាមដោយក្បៀបសំរាប់ក្បៀបសរសៃអាទែរហើយចងវា ។ ប្រសិនកន្លែងហូរឈាមនៅជ្រៅត្រូវប្រើថ្នេរលេខ 8 ។
- ប្រសិនបើស្ត្រីសុំចងដៃស្បូន យើងត្រូវធ្វើនៅពេលនេះ (**ទំព័រ P-51)**
- ត្រូវដាក់បំពង់បង្ហូរចេញពីពោះ (abdominal drain) (**ទំព័រ C-51)**
- បិទពោះ :
  - ធានាថា គ្មាននៅសល់កន្លែងហូរឈាម ។ យកដុំឈាមកកចេញដោយប្រើដង្កៀបមានស្បៃ ។
  - គ្រប់ករណីត្រូវរកមើលការប៉ះពាល់ដល់ប្លោកនោម ។ ប្រសិនបើប្លោកនោមមានការប៉ះពាល់ត្រូវជួសជុលវា ។
  - បិទសាច់យាវដោយប្រើថ្នេរជាប់ដោយចេស Chromic Catgut លេខ "0" ឬ Polyglycolic
  - **កំណត់សំគាល់:** ចាំបាច់ក្នុងការបិទស្រោមពោះលើប្លោកនោម ឬ ស្រោមពោះ Abdominal ទេ
  - ប្រសិនបើមានសញ្ញាបង្ករោគ ខ្ចប់សាច់ក្រោមស្បែកដោយស្បៃ និង ដេរថ្និតចន្លោះដោយ Catgut 0 ។ បិទស្បែកត្រូវ ពន្យាររហូតដល់ការបង្ករោគបានធូរស្បើយ ។
  - ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញាបង្ករោគ បិទស្បែកដោយនីឡុង 3-0 ឬ សរសៃសូត្រនិងគ្របដោយស្បៃស្តេរីល ។

ការជួសជុលប្លោកនោមរហែក

- រកអោយឃើញនូវការសន្ទឹងនៃការរហែកដោយទាញគែមនៃរបួសដោយដង្កៀបហើយទាញអោយយឺត ។ ត្រូវធ្វើការកំណត់ប្រសិនបើប្លោកនោមត្រូវប៉ះពាល់ជិតដល់Bladder Trigone(ureters និង urethra) ។
- ច្រិបដោយកន្ត្រៃស្តើង ឬ ដោយដង្កៀបមានស្បៃដើម្បីអោយប្លោកនោមឃ្លាតចេញពីអង្កត់ក្រោម (lower uterine segment)
- ទុកអោយសាច់របស់ប្លោកនោមនៅទំនេរ ចំនួន 2cmជុំវិញមុខរបួស
- ដេរមុខរបួសជា ២ ស្រទាប់ដោយថ្នេរជាប់ៗដោយចេស Chromic catgut 3-0 ឬ Polyglycolic :
  - ដេរសាច់ភ្នាសរបស់ប្លោកនោម (ស្រទាប់ស្តើងខាងក្នុង) និង សាច់ដុំរបស់ប្លោកនោមស្រទាប់ខាងក្រៅ)
  - ដេរបញ្ច្រាសស្រទាប់ក្រៅ លើស្រទាប់ទី ១ ហើយបង្កើតជាស្រទាប់ទី២
  - ធានាថាថ្នេរទាំងនោះពុំបានកាត់តំបន់ Trigoneទេ

- ការធ្វើតេស្ត តើមានលេចចេញឬទេបន្ទាប់ពីដេររួច
  - បំពេញប្លោកនោមដោយទឹកសេរ៉ូមប្រៃស្តេរីល ឬ ទឹកធម្មតាតាមបំពង់បង្ហូរនោម
  - ប្រសិនបើនៅមានលេចចេញ ត្រូវកាត់ចេសចោលរួចដេរ និង ធ្វើតេស្តម្តងទៀត ។
- ប្រសិនបើមិនច្បាស់ថា ការដេរនេះមិនឆ្ងាយពី Uterus ឬ Urethra ត្រូវដេរអោយចប់សព្វគ្រប់រួច បញ្ជូនស្ត្រីទៅកន្លែងមានលទ្ធភាពអាចធ្វើ Intravenous pyelogram
- ទុកបំពង់បង្ហូរទឹកនោមយ៉ាងហោចណាស់ 7 ថ្ងៃ និង រហូតដល់ទឹកនោមថ្លា ។ បន្តការអោយសេរ៉ូម ដើម្បីធានាថាទឹកនោមហូរចេញអស់ពីប្លោកនោម ។

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ

- រំលឹកពីគោលការណ៍ថែទាំគ្រឹះក្រោយពេលវះកាត់ (**ទំព័រ C-52**)
- ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ឬ ស្ត្រីមានគ្រុនក្តៅ ត្រូវអោយថ្នាំផ្សះចំរុះរហូតដល់ស្ត្រីបាត់គ្រុនក្តៅ 48ម៉ោង (**ទំព័រ C-35**)
  - Ampicilline 2g IV រាល់ 6 ម៉ោងម្តង
  - បន្ថែមGentamycine 5mg / Kg ទំងន់ខ្លួន រាល់ 24 ម៉ោងម្តង
  - បន្ថែម Métronidazol 500mg IV រាល់ 8 ម៉ោងម្តង
- អោយថ្នាំបាត់ឈឺសមស្រប(**ទំព័រ C-37**)
- ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញាបង្ករោគ ដកបំពង់បង្ហូរពីពោះក្រោយ 48ម៉ោង
- ផ្តត់ផ្គង់សេវាសុខាភិបាលដទៃទៀត បើអាចធ្វើបាន(**ទំព័រ S-13**)
- ប្រសិនបើមិនបានធ្វើការចងដៃស្បូន ត្រូវធ្វើកម្មវិធីគ្រួសារតាមបែបផ្សេងទៀត ។ បើស្ត្រីមានបំណងចង់បានកូនទៀត ត្រូវអោយដំបូន្មាននាងថា ត្រូវធ្វើការវះកាត់យកកូនពេលមានផ្ទៃពោះក្រោយទៀត ។

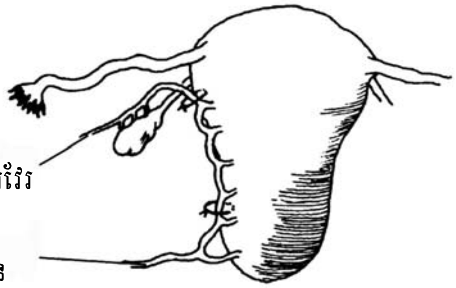
ដោយសារតែការមានគ្រោះថ្នាក់ត្រូវកើនឡើង នៅពេលមានគភិលើកក្រោយ ,
ការជ្រើសរើសការបង្អាក់កំនើត ជាអចិន្ត្រៃយ៍ត្រូវបានពិភាក្សាជាមួយស្ត្រី បន្ទាប់ពីគ្រោះថ្នាក់បានឆ្លងផុត

ការចងអាទែរនៃស្បូន និង អាទែរនៃអូវែរUterine and Utero-ovarian Artery ligation

- ពិនិត្យឡើងវិញពីលក្ខខណ្ឌតំរូវធ្វើ
- រំលឹកពីគោលការណ៍ថែទាំគ្រឹះ (**ទំព័រ C-17**)និងគោលការណ៍ថែទាំគ្រឹះវះកាត់ (**ទំព័រ C-47**) ហើយផ្តើមចាក់សេរ៉ូម (**ទំព័រ C-21**)
- ផ្តល់ថ្នាំផ្សះបង្ការបង្ការម្តងដូស (**ទំព័រ C-35**) :
  - Ampicilline 2g IV
  - ឬ Cefazolin 1g IV
- វះបើកពោះ :
  - វះចំកណ្តាលពីក្រោមផ្ចិត ដល់លើថ្ងាស ដោយកាត់ស្បែក និង ស្រទាប់សាច់យារ
  - ចោះសាច់យារ 2 - 3cm
  - យកដង្កៀបចាប់គែមសាច់យារដែលចោះហើយ រួចច្រិបវាដោយកន្ត្រៃទៅលើនិងទៅក្រោម
  - ប្រើម្រាមដៃ ឬ កន្ត្រៃដើម្បីញែកសាច់ដុំពោះ (Abdominal wall muscle)
  - ប្រើម្រាមដៃដើម្បីបើកស្រោមពោះនៅជិតផ្ចិត ។ ប្រើកន្ត្រៃកាត់ស្រោមពោះទៅលើ ឬ ទៅក្រោម ដើម្បីអោយមើលឃើញស្បូនទាំងមូល ។ ដោយប្រុងប្រយ័ត្ននិងដើម្បីការពារកុំអោយប៉ះពាល់ដល់ប្លោកនោម យើងប្រើកន្ត្រៃញែកស្រទាប់របស់ស្រោមពោះ ហើយ កាត់ផ្នែកខាងក្រោមរបស់វា ។
  - ប្រើ Valve sus-pubien និង ប្រើរ៉ែត្រាក់ទ័រស្វយ័ប្រវត្តិ
- រុញស្បូនដើម្បីបង្ហាញផ្នែកក្រោមនៃ Broad Ligament ពួររយាល ។
- ស្ទាបរកចង្វាក់លោតនៃអាទែររបស់ស្បូនដែលនៅក្បែរកន្លែងជាប់គ្នារវាងស្បូន និង មាត់ស្បូន ។
- ដោយប្រើម្ជុលកោងធំ និង ចេស Catgut Chric "0"ឬ Polyglycolic ចាក់ជុំវិញ អាទែរ និង ជាប់សាច់ស្បូនប្រហែល 2 – 3 cm នៅចំកន្លែងដែលត្រូវវះយកកូននៅលើអង្កត់ក្រោម ។ ចងចំណង ដោយធានាពីសុវត្ថិភាព ។
- ចងចំណងយ៉ាងណាអោយជិតស្បូនបំផុត ព្រោះថា Ureter ជាទូទៅវានៅ1cmពីចំហៀងអាទែរស្បូន ។
- ធ្វើបែបនេះដដែលចំពោះផ្នែកម្ខាងទៀត ។
- ប្រសិនបើអាទែរវាដាច់ ត្រូវកៀបនិងចងវា ។

- ត្រូវចងអាទែរ Utero-Ovarian ពីក្រោមចំណុចដែលពួរព្យួរអូវែរជាប់ទៅ និងស្បូន (**រូបភាព P-53**)
- ធ្វើដូចគ្នាចំពោះផ្នែកម្ខាងទៀត
- ពិនិត្យក្រែងមានឈាមហូរទៀត និង ខ្លាចមានដុំឈាមកក (Hematoma)

រូបភាព P-53 **កន្លែងដែលត្រូវចងអាទែរស្បូន និង អាទែរស្បូន.អូវែរ**



- បិទពោះ :
  - បញ្ជាក់ថាគ្មានហូរឈាមទេ និង យកកំណកឈាមដោយប្រើដង្កៀបកៀបស្បៃ
  - ពិនិត្យដោយប្រុងប្រយ័ត្នលើផ្លោកនោម ក្រែងមានការប៉ះពាល់ បើមានដាច់ដោយត្រូវដេរបិទ (**ទំព័រ P-97**)
  - បិទសាច់យាវដោយប្រើចំណងជាប់ៗ ដោយចេសChromic"0"

  កំណត់សំគាល់ :វាមិនចាំបាច់ក្នុងការបិទស្រោមពោះលើប្លោកនោម និង ស្រោមពោះទទេ។

  - ប្រសិនបើមានសញ្ញាការបង្ករោគ ត្រូវខ្ចប់សាច់ក្រោមស្បែក (Subcutaneous tissue) ដោយស្បៃ និង ដេរផ្ទេរចន្លោះៗដោយ Catgut"0" ឬ Polyglycolic ។ ការបិទស្បែកត្រូវពន្យាររហូតដល់ការបង្ករោគត្រូវគ្រប់គ្រងបាន ។
  - ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញាបង្ករោគ បិទស្បែកដោយចេសនីឡុង 3-0 ឬសសៃសូត្រនិងគ្របដោយស្បៃស្តេរីល ។

ការថែទាំក្រោយទំរង់ការ

- រំលឹកពីគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំក្រោយទំរង់ការ (**ទំព័រ C-52**)

- តាមដានទឹកនោមដែលចេញមក ។ ប្រសិនបើមានឈាមក្នុងទឹកនោម ឬ ស្ត្រីឈឺលើថ្ងាសខ្លាំង ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីនោះទៅមណ្ឌលកំរិត៣ ដើម្បីធ្វើការព្យាបាលបញ្ហាឧបសគ្គក្នុងរន្ធនោម ។
- ប្រសិនបើមានសញ្ញាការបង្ករោគ ឬ ស្ត្រីមានគ្រុន ត្រូវផ្តល់ដល់ស្ត្រីនូវថ្នាំផ្សះចំរុះ រហូតដល់បាត់គ្រុន 48ម៉ោង (**ទំព័រ C-53**)
  - Ampicilline 2g IV រាល់ 6ម៉ោង
  - ឬ Gentamicine 5mg/Kg ទម្ងន់ខ្លួន IV រាល់ 24ម៉ោង
  - បន្ថែម Metronidazol 500mg/IV រាល់ 8ម៉ោង
- អោយថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប (**ទំព័រ C-37**) ។
- ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញាការបង្ករោគ , ដកបំពង់បង្ហូរពីពោះបន្ទាប់ពី 48ម៉ោង ។
- ផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តបើអាចធ្វើបាន (**ទំព័រ S-13**) ។

ការកាត់ស្បូនក្រោយពេលសំរាល POSTPARTUM HYSTERECTOMY

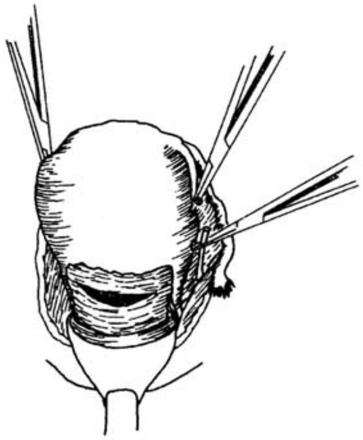
ការកាត់ស្បូនក្រោយសំរាលអាចធ្វើ Subtotal ករណីដែលអង្កត់ក្រោម និង មាត់ស្បូនមិនប៉ះពាល់ ។ ការកាត់ស្បូនទាំងអស់អាចធ្វើក្នុងករណីដែលការរហែកពីអង្កត់ក្រោមវាសន្ធឹងទៅដល់មាត់ស្បូនឬក្នុងករណីដែលធ្លាក់ឈាមមិនបាត់នៃសុកបាំងមាត់ស្បូន ។

- ពិនិត្យឡើងវិញពីលក្ខខណ្ឌត្រូវធ្វើ
- រំលឹកពីគោលការណ៍ថែទាំគ្រឹះ (**ទំព័រ C-17**) និងគោលការណ៍គ្រឹះថែទាំវះកាត់ (**ទំព័រ C-47**) ហើយផ្តើមចាក់សេរ៉ូម (**ទំព័រ C-21**)
- អោយថ្នាំផ្សះសំរាប់ការពារការឆ្លងរោគ តែ ១គីរិតប៉ុណ្ណោះ(**ទំព័រ C-35**) :
  - Ampicilline 2g IV
  - ឬ Cefazolin 1g IV
- ប្រសិនបើការធ្លាក់ឈាមក្រោយសំរាលមិនអាចគ្រប់គ្រងបានត្រូវគិតក្នុងចិត្តថារឿងសំខាន់ប្រញាប់ ។ ត្រូវបើកពោះ :
  - បើកចំកណ្តាលពីក្រោមផ្ចិតទៅថ្ងាសក្រោម , កាត់ស្បែកនិងទៅដល់សាច់យាវ
  - ចោះ 2 –3cm នៃសាច់យាវ
  - ចាប់គែមនៃសាច់យាវដោយដង្កៀប ហើយកាត់ទៅលើ ឬ ទៅក្រោមដោយកន្ត្រៃ
  - ប្រើម្រាមដៃ ឬ កន្ត្រៃដើម្បីញែកសាច់ដុំ Rectus
  - ប្រើម្រាមដៃដើម្បីបើកស្រោមពោះនៅជិតផ្ចិត ។ ប្រើកន្ត្រៃកាត់ស្រោមពោះទៅលើ ឬ ទៅក្រោមដើម្បីអោយមើលឃើញស្បូនទាំងមូល ។ ដោយប្រុងប្រយ័ត្ននិងដើម្បីការពារកុំអោយប៉ះពាល់ដល់ប្លោកនោម យើងប្រើកន្ត្រៃញែកស្រទាប់របស់ស្រោមពោះ ហើយ កាត់ផ្នែកខាងក្រោមរបស់វា ។
  - ដាក់ Valveពីលើថ្ងាស ហើយប្រើរេត្រាក់ទ័រស្វ័យប្រវត្តិ retractor automatic
- ប្រសិនបើការសំរាលធ្វើដោយការវះកាត់ត្រូវរៀបកន្លែងដែលហូរឈាមត្រង់កន្លែងដែលចោះស្បូន
  - ក្នុងករណីមានហូរឈាមច្រើន ត្រូវប្រើអ្នកជំនួយការម្នាក់អោយសង្កត់លើអាអ៊ក នៅផ្នែកក្រោមនៃពោះ វាអាចបន្ថយការហូរឈាមនៅក្នុងស្រោមពោះ ។
  - បើកស្បែកបន្ថែម បើសិនជាចាំបាច់

SUBTOTAL (SUPRACERVICAL) HYSTERECTOMY

- -លើកស្បូនចេញពីពោះហើយទាញថ្នមៗ ។
- កៀបពួរមូល Round ligament ដោយដង្កៀប2ជាន់ រួចកាត់ដោយកន្ត្រៃ (**រូប P-54**) ។ កៀបចង្កោមសរសៃស្បូនរួចកាត់តែការចង អាវទែស្បូន វាធានានិងចំណេញពេល ។

រូបភាព P-54 **បំបែកពួរមូល Dividing the round ligaments**

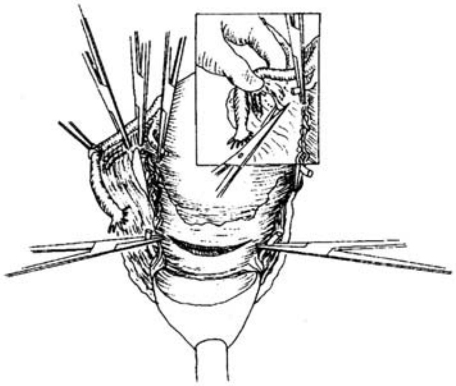


- ពីគែមកន្លែងកាត់ពួរមូល (Round ligament) បើកផ្នែកខាងមុខរបស់ពួររយាល (Broad ligament) កាត់តំរង់ :
  - ទៅចំណុចស្រោមដែលគ្របលើប្លោកនោម បានច្បត់មកលើផ្នែកក្រោមនៃស្បូននៅចំកណ្តាល ឬ
  - កន្លែងដែលកាត់ស្រោមពោះ ពេលវះយកកូន
- ដោយប្រើម្រាម 2 រុញផ្នែកខាងក្រោយនៃពួររយាលនៅចំពីក្រោមដៃស្បូននិងអូវែរក្បែរគែមរបស់ស្បូន ។ ចោះប្រហោងប៉ុនម្រាមដៃនៃពួររយាលដោយប្រើកន្ត្រៃ ។ កៀបដង្កៀប២ជាន់ហើយ កាត់ដៃស្បូន ,អូវែរ និង ពួររយាលដោយឆ្លងកាត់តាមប្រហោងនេះ (**រូប P-55,ទំព័រ P-105**) ។

បំពង់ទឹកនោម (ureter) នៅក្បែរសរសៃឈាមនៃស្បូន ។បំពង់ទឹកនោមត្រូវតែកំណត់អោយច្បាស់ ព្រោះវាងាយប៉ះពាល់ជួនកាលវាអាចជាប់ពេលយើងដេរក្នុងពេលវះកាត់ ។

រូបភាព P-55 **បំបែកដៃស្បូន និង ពួរអូវែរ**

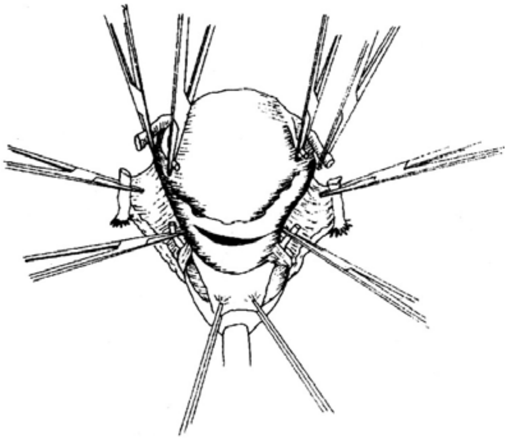
Dividing the tube and ovarian ligament



- ដោយប្រើកន្ត្រៃយើងចែកផ្នែកខាងក្រោយនៃពួររយាលដោយរុញចុះមកក្រោមរហូតដល់ពួរស្បូន-មាត់ស្បូន (Uterocervical – ligament)
- ទាញគែមរបស់ប្លោកនោមដោយដង្កៀបឬ ដង្កៀបតូចៗ ។ដោយប្រើម្រាមដៃឬកន្ត្រៃ ដើម្បីរុញប្លោកនោមអោយចុះដល់អង្កត់ក្រោម ។
- រុញនិងដាក់ប្លោកនោមអោយបានចុះក្រោមបំផុត
- រកអោយឃើញអាវទែនៃស្បូននិងវ៉ែននៅគែមម្ខាងៗនៃស្បូនស្ថាបរកកន្លែងដែលភ្ជាប់គ្នារវាងស្បូននិងមាត់ស្បូន
- កៀបដោយដង្កៀបពីរ ពីលើសរសៃនៃស្បូននៅត្រង់មុំ 90 អង្សានៃគែមៗម្ខាងៗនៃស្បូន ហើយកាត់វានិង ចង 2 ជាន់ដោយ catgut chromic "0" (ឬ Polyglycolic suture) (**រូប P-56**)

រូបភាព P-56 **កាត់សរសៃឈាមស្បូន**

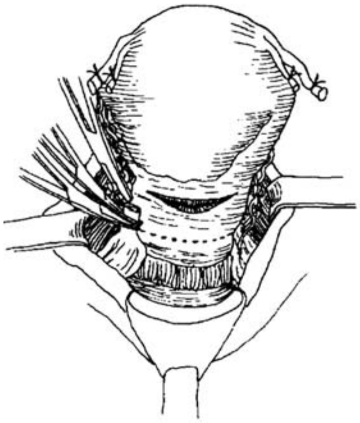
Dividing the uterine vessels



- ពិនិត្យអោយបានម៉ត់ចត់ក្រែងមាននៅហូរឈាម ។ ប្រសិនបើអារទែស្បូនបានចងដោយត្រឹមត្រូវ ឈាមត្រូវឈប់ហូរហើយស្បូនឡើងស្លេក ។
- ក្បៀបនិងចងដោយ chromic catgut "0" ឬ Polyglycolic suture លើចង្កោមរបស់ពួរមូល និងពួរដៃស្បូន-អូវែរ (tubo ovarian ligament)
- កាត់ស្បូនពីលើកំរិតដែលអារទែស្បូនបានចង ដោយប្រើកន្ត្រៃ (**រូប P-57**)

រូបភាព P-57 **បន្ទាត់ត្រូវកាត់**

Line of amputation



- បិទស្នាមស្បូនដែលកាត់ដោយដេរថ្នេរដាច់ៗប្រើចេស chromic catgut 2-0 ឬ 3-0ឬ Polyglycolic
- ពិនិត្យដោយប្រុងប្រយត្ន័ក្រែងមានហូរឈាមលើកស្បូនដែលកាត់ហើយ ផ្នែកនៃពួរយោល និង ផ្នែកផ្សេងៗនៅក្នុងអាង Pelvis ។
- ប្រសិនបើមានហូរឈាមឬការកកឈាម មានភាពមិនធម្មតាត្រូវធ្វើការបង្ហូរចេញតាមពោះ (Drain through the abdominal wall) (**ទំព័រ C51**) ។ មិនត្រូវប្រើបំពង់បង្ហូរតាមកស្បូនដែលកាត់ហើយទេ ព្រោះវាអាចអោយ មានការបង្ករោគក្រោយពេលវះកាត់ ។
- បិទពោះ :
  - បញ្ជាក់ថាគ្មានការហូរឈាម ។ យកកំណកឈាមដោយប្រើដង្កៀបក្បៀបស្បៃ ។
  - គ្រប់ករណីទាំងអស់ត្រូវរកមើលតើមានប៉ះពាល់ដល់ប្លោកនោមឬទេ ។ប្រសិនបើវាមានការប៉ះពាល់ត្រូវតែជួសជុលវា (**ទំព័រ P-97**)
  - បិទសាច់យារ៉ដោយប្រើ Catgut Chromic "0" (ឬ polyglycolic) ដោយដេរថ្នេរជាប់ៗគ្នា

កំណត់កំណត់:វាមិនចាំបាច់ក្នុងការបិទស្រោមពោះរបស់ប្លោកនោមឬរបស់ពោះ ទេ.

- ប្រសិនបើមានសញ្ញាបង្ករោគ ខ្ចប់ផ្នែកក្រោមស្បែកជាមួយនិងស្បែហើយដេរផ្ទេរចន្លោះ១ជា មួយ catgut "0" ឬ polyglycolic ។ ការបិទស្បែកត្រូវពន្យារ រហូតដល់ការបង្ករោគត្រូវបានបំបាត់ ។
- ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញានៃការបង្ករោគទេត្រូវបិទស្បែកដោយ Nylon 3-0 (ឬសូត្រ) ហើយគ្រប ដោយស្បែស្តេរិល ។

ការកាត់ស្បូនទាំងអស់ TOTAL HYSTERECTOMY

នេះជាជំហានបន្ថែមបន្តបន្ទាប់ដែលត្រូវប្រើក្នុងការកាត់ស្បូនទាំងអស់ :

- រុញប្លោកនោមចុះទៅក្រោម អោយបាន 2cm ពីទ្វារ
- បើកផ្នែកខាងក្រោយនៃពួររយាល
- កៀប, ចង និងកាត់ពួរស្បូន-សាក្រូម (Uterosacral ligaments)
- កៀប,ចងនិងកាត់ cardinal ligamentsដែលខាងក្នុងនោះមានមែកចុះក្រោមនៃអាទែរស្បូន។ នេះជាដំណាក់ កាលសំខាន់បំផុត ក្នុងពីធីវះកាត់នេះ :
  - ទាញពួរសន្ទឹងដោយដង្កៀបមានធ្មេញ (ឧ- Kocher)
  - កៀប 5mm សងខាងមាត់ស្បូនហើយកាត់ពួរដែលនៅជាប់និងមាត់ស្បូន , កៀបទុកផ្នែកដែលកាត់ នៅចំកណ្តាល ដើម្បីសុវត្ថិភាព
  - ប្រសិនបើ កស្បូនវាវែង , យើងត្រូវកៀបនិងកាត់ដូចមុន 2 ឬ 3 ដង ប្រសិនជាចាំបាច់ ។

  ផ្នែកខាង លើទ្វារ 2cmនៅពេលនេះត្រូវគ្មានអ្វីជាប់ទៀតទេ ។
- ច្រៀវទ្វារដែលជាប់និងមាត់ស្បូន តាមដែលអាចធ្វើបាន , កៀបកន្លែងដែលចេញឈាម ពេលឃើញវាមានហូរឈាម
- ដេរឃាត់ឈាមជាកញ្ចុំដែលក្នុងនោះមានពួរមូល, Cardinal និង utero-sacral
- ដេរផ្ទេរជាប់ៗលើសាច់ទ្វារដែលកាត់ ដើម្បីបញ្ឈប់ការហូរឈាម ។
- បិទពោះ(ដូចខាងលើ)បន្ទាប់ពីការដាក់បំពង់បង្ហូរនៅក្រៅ peritoneumត្រង់កន្លែងក្បែរមាត់ស្បូនដែលកាត់ហើយ **(ទំព័រ C-51)**

ការថែទាំក្រោយទម្រង់ការ

- រំលឹកឡើងវិញពីគោលការណ៍ថែទាំត្រីះ ក្រោយពេលវះកាត់ (**ទំព័រ C-52)**
- តាមដានទឹកនោមដែលចេញមក ។ ប្រសិនបើមានឈាមក្នុងទឹកនោម ឬ ស្ត្រីឈឺលើថ្ងាសខ្លាំង ត្រូវបញ្ជូន ស្ត្រីនោះទៅមណ្ឌលកំរិត៣ ដើម្បីធ្វើការព្យាបាលបញ្ហាឧបសគ្គក្នុងរន្ធនោម ។
- ប្រសិនបើមានសញ្ញាបង្ករោគ ឬស្ត្រីមានគ្រុនក្តៅត្រូវអោយថ្នាំផ្សះចំរុះរហូតដល់ស្ត្រីបាត់គ្រុន 48ម៉ោង (**ទំព័រ C-35)** :
  - Ampicilline 2g IV រាល់ 6ម៉ោងម្តង
  - បន្ថែម gentamicine 5mg / Kg ទំងន់ខ្លួន IV រាល់ 24 ម៉ោងម្តង
  - បន្ថែមMétrnidazol 500mg IV រាល់ 8 ម៉ោងម្តង
- អោយថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប (**ទំព័រ C-37)**
- ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញាបង្ករោគ , ត្រូវដកបំពង់បង្ហូរពីពោះក្រោយពោល 48 ម៉ោង
- ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតប្រសិនបើមាន (**ទំព័រ S-13)** ។

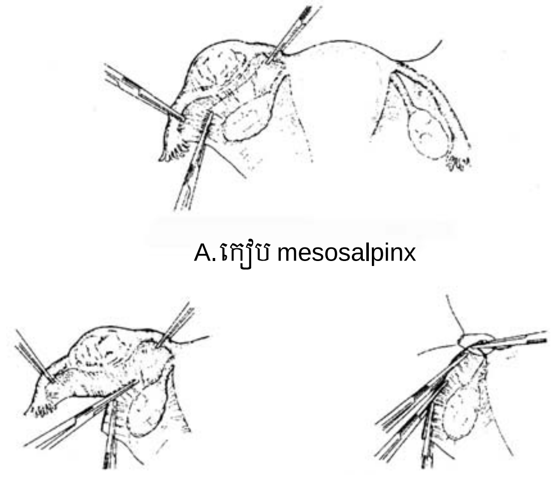
ការកាត់ដៃស្បូននៃគភ៌ក្រៅស្បូន SALPINGECTOMY FOR ECTOPIC PREGNANCY

- ពិនិត្យឡើងវិញពីលក្ខណ្ឌតំរូវធ្វើ
- រំលឹកពីគោលការណ៍ថៃទាំគ្រឹះទូទៅ (**ទំព័រ C-17**) និងគោលការណ៍គ្រឹះថៃទាំវះកាត់(**ទំព័រ C-47)** ហើយ ផ្តើមចាក់សេរ៉ូម (**ទំព័រ C-21**)
- អោយថ្នាំផ្សះ ១ កំរិតដើម្បីការពារការបង្ករោគ(**ទំព័រ C-35**) :
  - Ampicilline 2g IV
  - ឬ Cefazolin 1g IV
- បើកពោះ :
  - វះពោះចំកណ្តាលពីក្រោមផ្ចិតទៅថ្ងាសក្រោម ។
  - ចោះសាច់យោរ៉ 2-3 cm ។
  - ទាញតែមសាច់យារ៉ដោយដង្កៀប ហើយកាត់ទៅលើ ឬចុះក្រោមដោយកន្ត្រៃ ។
  - ប្រើម្រាមដៃ ឬ កន្ត្រៃដើម្បីញែកសាច់ដុំ Rectus
  - ប្រើម្រាមដៃដើម្បីបើកស្រោមពោះនៅជិតផ្ចិត ។ ប្រើកន្ត្រៃកាត់ស្រោមពោះទៅលើ ឬ ទៅក្រោម ដើម្បីអោយមើលឃើញស្បូនទាំងមូល ។ ដោយប្រុងប្រយ័ត្ននិងដើម្បីការពារកុំអោយប៉ះពាល់ដល់ ប្លោកនោម យើងប្រើកន្ត្រៃញែកស្រទាប់របស់ស្រោមពោះ ហើយ កាត់ផ្នែកខាងក្រោមរបស់វា ។
  - ដាក់ Bladder Retractor ពីលើឆ្អឹងថ្ងាស់ និង ប្រើរេត្រាក់ទ័រស្វ័យប្រវត្តិ ។
- បញ្ជាក់ដោយបង្ហាញដៃស្បូនដែលមានកូនក្រៅស្បូននិងអូវែររបស់វា ។
- ចាប់ទាញដោយដង្កៀប (ឧ.ដង្កៀប Babcock)ដើម្បីអោយឃើញកាន់តែច្បាស់ហើយ កៀបដោយ ដង្កៀបលើ Mesosalpinx ដើម្បីបញ្ឈប់ការហូរឈាម ។
- បឺតឈាមចេញពីផ្នែកខាងក្រោមនៃពោះ និង យកដុំឈាមកកចេញ ។
- ប្រើស្បៃជ្រលក់ដោយសេរ៉ូមប្រៃក្តៅអ៊ុនៗ ដើម្បីក្តោបពោះវៀន និង Omentum ចេញពីកន្លែងដែល ត្រូវវះកាត់ ។
- រំលែកMesosalpinx ដោយប្រើដង្កៀបបន្តបន្ទាប់ **(រូប P58 A-C ទំព័រ P-110**)។ ត្រូវកៀបនៅ ក្បែរៗ ដៃស្បូន ដើម្បីរក្សាទុកអោយមានឈាមចិញ្ចឹមអូវែរ ។
- ចាក់ដេរ និង ចង Mesosalpinx ដែលរំលែកហើយជាមួយchromic catgut 2-0 (ឬ Polyglycolic) មុនលែងដង្កៀប ។

- ចងនៅគល់ និង ជុំវិញដៃស្បូនត្រង់កន្លែងចុង Isthme ហើយកាត់ដៃស្បូនចេញ

រូបភាព P-58 **កៀប-បំបែក និង កាត់ដៃស្បូន**

Clamping,dividing and cutting the mesosalpinx



A.កៀប mesosalpinx

B.បំបែក mesosalpinx

C.ចាក់ចំណងខាងមុខជុំវិញបំពង់ដៃស្បូន

- បិទពោះ :

  – ធានាថាគ្មានការហូរឈាមទេ ។ យកដុំឈាមកកចេញដោយប្រើដង្កៀបមានស្បៃ ។

  – បិទសាច់យាវដោយប្រើ Chromic catgut “0” ឬ Polyglycolic ដេរថ្នេរជាប់ៗគ្នា ។

  – ប្រសិនជាមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ខ្ទប់ផ្នែកក្រោមស្បែកហើយដេរថ្នេរចន្លោះៗដោយ Catgut “0” ឬ Polyglycolic ។ ការបិទស្បែកត្រូវពន្យាររហូតដល់ការបង្ករោគត្រូវបានព្យាបាលហើយ ។

  – ប្រសិនបើគ្មានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ដេរបិទស្បែកដោយប្រើ Nylon 3-0 (ឬសូត្រ)និងគ្រប ដោយស្បៃស្តេរីល ។

ការចោះដៃស្បូន SALPINGOSTOMY

ជាការកំរណាស់ ពេលដែលដៃស្បូនមានការប៉ះពាល់បន្តិចបន្តួច , ពេលនោះគភ៌ក្នុងដៃស្បូនត្រូវបានយកចេញ ហើយដៃស្បូនត្រូវបានរក្សាទុក ។ ករណីនេះអាចធ្វើបានតែក្នុងករណី១គត់ គឺ ការរក្សាទុកអោយមានកូន វាជាការសំខាន់បំផុតដល់ស្ត្រីដែលមានការគ្រោះថ្នាក់ដោយគភ៌ក្រៅស្បូននៅដៃម្ខាងទៀត ។

- បើកពោះហើយទាញចេញដៃស្បូននិងអូវែរ (**ទំព័រ P-109**)
- ប្រើដង្កៀប Babcock ទាញចុងម្ខាងនៃដៃស្បូនដែលមានគភ៌មិនទាន់បែក ហើយលើកវាអោយឃើញ ច្បាស់
- ប្រើកាំបិតដើម្បីរុញបញ្ចេញគភ៌អោយចេញពីដៃស្បូន ។
- ប្រើកាំបិតវះបើកដៃស្បូនទូវផ្នែកខាងលើរបស់វា ប៉ុន្តែមិនត្រូវកាត់ថង់កូនទេ ។
- ចងកន្លែងដែលហូរឈាម ។
- បញ្ចូលអូវែរ និង ដៃស្បូនចូលក្នុងពោះ ។
- បិទពោះ (**ទំព័រ P-110**)

ការថែទាំក្រោយទំរង់ការ POST-PROCEDURE CARE

- រំលឹកពីគោលការណ៍គ្រឹះនៃការថែទាំក្រោយពេលវះកាត់ (**ទំព័រ C-52**)
- ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការបង្ករោគ ឬ ស្ត្រីមានគ្រុនក្តៅអោយថ្នាំផ្សះចំរុះ រហូតដល់ស្ត្រីបាត់គ្រុន 48ម៉ោង (**ទំព័រ C-35**) :
  - Ampicilline 2g IV រាល់ 6 ម៉ោងម្តង
  - បន្ថែម Gentamycine 5mg/ Kgទំងន់ខ្លួន IV រាល់ 24 ម៉ោងម្តង
  - បន្ថែម Metronidazol 500mg IV រាល់ 8 ម៉ោងម្តង
- ផ្តល់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់សមស្រប (**ទំព័រ C-37**)
- ផ្តល់សេវាសុខភាពដទៃទៀត ប្រសិនជាអាច (**ទំព័រ C-13**)
- ប្រសិនបើការចោះដៃស្បូនបានធ្វើ ហើយ ត្រូវផ្តល់ដំបូន្មានដល់ស្ត្រីពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចមានគភ៌ក្រៅ ស្បូនទៀត ហើយត្រូវផ្តល់កម្មវិធីគ្រួសារ (**តារាង S-3,ទំព័រ S-13**) ។

ជំពូក៤ ឧបសម្ព័ន្ធ

SECTION 4: APPENDIX

ឱសថសារវ័ន្តសំរាប់គ្រប់គ្រងផលវិបាកពេលមានគភ៌ និង សំរាលកូន

ESSENTIAL DRUGS FOR MANAGING COMPLICATIONS IN PREGNANCY AND CHILDBIRTH

ANTIBIOTICS

Amoxicillin
Ampicillin
Benzathine penicillin
Benzyl penicillin
Cefazolin
Ceftriaxone
Cloxacillin
Erythromycin
Gentamicin
Kanamycin
Metronidazole
Nitrifurantoin
Penicillin G
Procaine penicillin G
Trimethoprim/Sulfamethoxazole

STEROIDS

Betamethasone
Dexamethasone
Hydrocortisone

DRUGS USED IN EMERGENCIES

Adrenaline
Aminophylline
Atropine sulfate
Calcium gluconate
Digoxin
Diphenhyldramine
Ephedrine
Frusemide
Naloxone
Nitroglycerine
Prednisone
Prednisolone
Promethazine

IV FLUIDS

Dextrose 10%
Glucose (5%, 10%, 50%)
Normal saline
Ringer's lactate

ANTICONVULSANTS

Diazepam
Magnesium sulfate
Phenytoin

ANTIHYPERTENSIVES

Hydralazine
Labetolol
Nifedipine

OXYTOCICS

15-methyl prostaglandin F2α
Ergometrine
Methylergometrine
Misoprostol
Oxytocin
Prostaglandin E2

ANAESTHETICS

Halothane
Ketamine
Lignocaine 2% or 1%

ANALGESICS

Indomethacin
Morphine
Paracetamol
Pethidine

SEDATIVES

Diazepan
Phenobarbitone

ANTIMALARIAL

Artemether
Artesunate
Chloroquine
Clindamycin
Mefloquine
Quinidine
Quinine dihydrochloride
Quinine sulfate
Sulfadoxine/Pyrimethamine

TOCOLYTICS

Indomethacin
Nifedipine
Ritodrine
Salbutamol
Terbutaline

OTHER

Anti-tetanus serum
Ferrous fumerate
Ferrous sulfate
Folic acid
Heparin
Magnesium trisilicate
Sodium citrate
Tetanus antitoxin
Tetanus toxoid
Vitamin K

Abdominal distension
diagnosis of
early pregnancy, S-9, S-14
late pregnancy, S-18

Abdominal pain
diagnosis of
early pregnancy, S-116
late pregnancy and postpartum, S-120

general management, S-115, S-119

Abdominal palpation
assessment of desent by, C-61

Abdominal wounds, S-113

Abnormalities of fetus
assessment, S-147
emotional considerations, C-12

Abortion
see also Manual vaccum aspiration;Dilatation ang curettage
diagnosis, S-8
management
complete, S-12
incomplete, S-11
inevitable, S-11
threatened, S-10
complications of, S-9
family planning after, S-13
follow-up treatment, S-12
tetanus,unsafe abortions and S-51

types of abortion, S-10

Abruptio placentae
diagnosis, S-18
management, S-18

Abruptio placentae (cont)
prelabour rupture of membranes and, S-136

Abscess
diagnosis, S-108
management
breast, S-113
pelvic, S-110
wound, S-113

Acetone
presence in urine, C-71

Active management
third stage of labour, C-73, P-42

fetal death, S-133

Acute pyelonephritis
diagnosis, S-100
management, S-102
appendicitis,confusion with, S-115

AIDS
see Infection prevention

Allergies
lignocaine, C-41

Amnionitis
diagnosis, S-136
management, S-139
prelabour rupture of membranes and, S-136

Amniotic fluid
see also Prelabour rupture of membranes
testing for S-137

Amniotomy
see Artificial rupture of
membranes

Anaemia
diagnosis, S-126
management
malaria and, S-56
postpartum, S-26
severe, S-127
haemoglobin or haematocrit
determinations, S-26
heart failure and, S-127
malaria and, S-56 , S-103
spinal anaesthesia, avoidance of, P-11

Anesthesia and analgesia
see also Pain management
general principles, C-43
administration,timing of, C-21, C-38

caesarean section,options for, P-7, P-43

emotinal support and, C-43
injection techniques, C-41 , P-1
ketamine, P-13
local anaesthesia
general discussion, C-38
adrenaline and, C-39
allergic reactions, C-41
caesarean section,use during, P-7

cardiac arrest, C-43
respiratory arrest, C-42
toxicity, C-41, C-42, C-43
vomiting, C41, C-46
narcotics
during labour, C-59
postoperative, C-46
respiratory depression in
newborn and, C-38
options, C-45

Anaesthesia and analgesia (cont)
paracervical block, P-1
postoperative, C-46
premedication, C-21 , C-38
pudendal block, P-3
spinal, P-11

Anal sphincter tears
see Vaginal or perineal tears

Analgesia
see Anaesthesia and analgesia

Antibiotics, C-35

Antidepressants
breast feeding and, C-13

Anticeptics
chlorhexidine, C-22, C-49
iodophors, C-22, C-49

Anxiety
dealing with, C-5
shock and anxiousness, S-1

Appendicitis
diagnosis, S-116
management, S-117
diagnostic confusion, S-115, S-119

gravid uterus and, S-119

Artificial rupture of membranes
see also Rupture of membranes
procedure, P-17

Asthma
see Bronchial asthma

Atelectasis
diagnosis, S-109

Atonic uterus
diagnosis, S-27
management, S-28

Augmentation of labour
see Induction and augmentation of labour

Birth control
see Family planning

Birth defects
emotional considerations, C-12
epilepsy,treatment and, S-51
malformations, S-147

Bladder
catheterization, C-48
infection, S-101
postoperative care, C-54
repair of injury, P-97

Bleeding
see also Haemorrhage; Coagulopathy
diagnosis of
early pregnancy, S-8
labour, S-17, S-18
later pregnancy, S-17, S-18
postpartum, S-27
general management
early pregnancy, S-7
labour, S-17
later pregnancy, S-17
postpartum, S-26
antepartum, S-7, S-17
aorta,compression of, S-30
caesarean section,control during, P-48
ligth or heavy, S-8
loss measurement, S-25
packing uterus, S-30
postpartum, S-25

Bleeding *(cont.)*
shock causation, S-4
uterus,bimanual compression of, S-29

Blood and blood products
see also Transfusion
general principles, C-23
coagulopathy, management, S-19
compatibility tests, C-25
infection prevention, C-24
plasma transfusions, C-24
prescribing, C-27
screening for infectious agents, C-25

septic shock, C-29
unnecessary use, C-23
whole blood or red cell transfusions, C-24

Blood pressure
see also Hypertension
diastolic,measuring of, S-36
proteinuria,pre-eclampsia and, S-37, S-39
shock and low blood pressure, S-1

Blurred vision
diagnosis of, C-41, S-38

Breast abscess
diagnosis, S-108
management, S-113
breastfeeding, S-113

Breast engorgement
diagnosis, S-108
management, S-111
Breast infections
see Breast abscess;Mastitis

Breastfeeding
antidepressant drugs and, C-13
complications
breast abscess, S-113
breast engorgement, S-111
mastitis, S-112
delay in initial feeding, C-78
initiating, C-76, C-78

Breathing
techniques during labour, C-58

Breathing difficulty
see also Cyanosis;Respiratory arrest
diagnosis of, S-126
general management, S-125
newborns, S-141
resuscitation planning, C-73
oxygen administration, S-146, S-147
preterm babies, S-147
shock and rapid breathing, S-1

Breech presentation and delivery
see also Malpositions or malpresentation
diagnosis, S-74
management, S-79
delivery procedure, P-37
anaesthesia options, C-45, P-3
caesarean section and, S-80, P-49
complete breech, S-74, S-79, P-37
complications, S-80
craniotomy and, P-58
external version,correction by,S-79,P-15
extraction, P-42
footling breech, P-41
frank breech, S-74, S-79,P-37
head,entrapped, P-41
Lovse's manoeuvre, P-38,P-39

Breech pressentation ang delivery(cont)

Mauriceau Smellie Veit manoeuvre, P-40, P-41
meconium-staining and, S-96
multiple pregnancy and, S-90
post-delivery care, P-42

Bronchial asthma
diagnosis, S-126
management, S-129

Bronchitis, S-129

Bronchospasm
bronchial asthma and, S-129
trasfusion caused, C-28

Brow presentation
diagnosis, S-73
management, S-76

Caesarean section
procedure, P-43
anaesthesia options,C-45,P-7,P-11,P-43
antibiotics, C-35
bleeding control, P-48
postoperative, P-50
breech presentation and, P-49
classical incision, P-50
closing abdomen, P-48
closing uterus, P-47
heart failure and, P-43, S-128
high-vertical incision, P-50
hysterectomy after, P-103
0xytocin use in subsequent pregnancy, P-21
placenta praevia and, P-49
placenta,delivery of P-45
postoperative care, P-50
prolapsed cord and, S-97
transverse lie and, P-49

Caesarean section *(cont)*
tubal ligation after, P-51

Cannula
infusion,insertion for, C-21
venous cutdown,insertion by, S-3

Cardiac arrest
anaesthesia reactions, C-43

Catheterization
see Bladder

Cellulitis
wound cellulitis, S-114

Cephalohaematoma
vacuum extraction and, P-30
Cephalopelvic disproportion
disgnosis,S -57
management, S-65
Cerebral haemorrhage
hypertention and, S-48

Cervical dilatation
labour,diagnosis and
confirmation of, C-60

Cervical tears
repair, P-81
anaesthesia options, C-45
bleeding caused by, S-31
forceps delivery and, P-35
vacuum extraction and, P-31

Cervicitis
diagnosis, S-136
Foley catheter,dangers of use of,P-25

Cervix
see also Tears
induction of labour, assessment
of cervix prior to, P-18
paracervical block, P-1
ripening, P-24
ruptured uterus involving,repair,P-96

Clotting disorders
see Coagulopathy

Coagulopathy
diagnosis
bedside clotting test, S-2
management, S-19
eclampsia, caesarean
delivery and, S-47
spinal anaesthesia,avoidance of, P-11

Colloid solutions
replacement fluids,use as, C-31

Colpotomy
procedure, P-70
anaesthesia options, C-45

Coma
diagnosis of, S-38,S-39

Communication techniques
general principles, C-6
labour and childbirth, C-57

Community linkages, C-79

Companion, support
see Family members

Compound presentation
diagnosis ,S-74
management, S-78

Cofusion
shock and, S-1

Congenital syphilis
management in newborns,S-150

Consciousness
see Loss of consciousness

Contractions
false labour and cessation of, S-64
inadequate and prolonged labour,S-63,S-66
partograph,recording of, C-66

Convulsions
diagnosis of, S-38, S-39
lignocaine toxicity and, C-42
newborn, S-141 ,S-149

Cord
see also Prolapsed cord
delivery,checking during, C-72
traction,placental delivery by,C-74,S-31
pulsations and prolapsed cord, S-97

Cough
diagnosis of, S-126

Craniocentesis
procedure
breech presentation, P-60
caesaran section and, P-60
closed cervix, P-59
dilated cervix, P-59

Craniocentesis (cont)
emotional considerations, C-11
post-procedure care, P-60

Ctaniotomy
procedure
breech presentation, P-58
cephalic presentation,P-57
anaesthesia option,C-45,P-3
emotional considerations ,C-11
post-procedure care, P-60

Culdocentesis
procedaure,P-69
anaesthesias option, C-45
Curettage
see Dilatation and curettage
Cyanosis
see also Breathing and
breathing difficulty
diagnosis of, S-126
Newborns, S-141, S-146

Cystitis
diagnosis, S-100
management, S-101

Deep vein thrombosis, S-109
Delivery
see Labour and chidbirth

Depression
antidepressant drugs,breast
feeding and, C13
postpartum, emotional
considerations, C-13

Descent
asseessment of, C-61

Dextran
shock and danger of
administration, S-2

Dextrose solution
acetone inurine,used for, C-71
maintenance fluids,use as, C-31, C-32

replacement fluids, use as, C-30
subcutaneous,danger of
administration, C-33

Dilatation
see Cervical dilatation

Dilatation and curettage
see also Vacuum aspiration
procedure, P-61
anaesthesia options, C-45, P-1,P-11
complications, P-63
post-procedure care, P-63

Diuretics
mild pre-eclampsia and danger of
administration of, S-42

Drainage
surgical procedure and C-51

Dressing
surgical procedures and, C-52

Dyspareunia
diagnosis of, S-136

Dysuria
diagnosis of, S-100, S-136

Eclampsia and pre-eclampsia
diagnosis, S-37, S-38
general management, S-35,

Eclampsia mad pre-eclampsia*(cont.)*
S-39

anticonvulsive drugs, S-44
antihypertensive drugs, S-46
convulsions, S-40, S-43, S-44
degrees of pre-eclampsia, S-38
delivery mandates, S-47
mild pre-eclampsia, S-42
oedema and pre-eclampsia, S-39,S-126
proteinuria and pre-eclampsia,S-37,S-39

pulmonary oedema and
pre-eclampsia, S-126
severe pre-eclampsia and
eclampsia, S43
spinal anaesthesia,avoidance of, P-11

Ectopic pregnancy
diagnosis, S-8, S-13, S-14
culdocentesis, P-69
management, S-14
appendicitis, confusion with, S-115

salpingectomy or salpingostomy, P-109

vaginal bleeding in early
pregnancy and , S-7

Edema
see Oedema

Elevated blood pressure
see Blood pressure

Emergency response procedures
planning for, C-15
rapid initial assessment, C-3

Emotional support
general principles, C-7

Emotional support *(cont)*
- labour,anxiety during, C-58
- pain management and, C-43

Encephalitis
- **diagnosis**, S-39

Enemas
- labour,avoidance of use during, C-58

Epilepsy
- **diagnosis**, S-39
- **management**, S-51

Episiotomy
- **procedure**, P-71
- anaesthesia option
- complications
  - haematoma, P-74
  - infections, P-74
- repair of, P-73

External version
- **procedure**, P-15
- fetal heart rate and, P-15

Face presentation
- **diagnosis**, S-73
- **management**, S-77

False labour
- diagnosis, S-57
- management, S-64

Family members
- emotional reactions of, C-7
- labour and childbirth,support during, C-57
- mortality, dealing with, C-9
- talking with, C-5

Family planning
- abortion and, S-12, S-13
- methods, S-13
- molar pregnancy and, S-16
- ruptured uterus,post-repair counselling, P-98
- tubal ligation during caesarean section, P-51
- salpingostomy,post-procedure counselling ,P-111
- Fasciitis
- necrotizing fasciitis, S-114

Femoral pulse
- palpation, S-30

Fetal health and fetal distress
- death of fetus, S-132
- heath rate
  - fetal distress and, S-95
  - abruptio placentae and, S-19
  - artificial rupture of membranes and, P-18
  - external version,monitoring requirements, P-15
  - normal labour and, C-57
  - not heard, S-131
  - prolonged labour and, S-57
  - sedative administration and, S-131
- loss of movement, S-131
- malpresentation or malposition, S-69
- meconium-staining, S-96

Fetal skull landmarks, C-62

Fever
- **diagnosis** of
  - pregnancy and labour, S-100
  - pospartum, S-108

Fever*(cont.)*
general management, S-99, S-107
postoperative, C-55

Fluids
see also Infusion
enema,administation by, C-32
malaria and fluid management, S-55
subcutaneous, administration by, C-33

Foley catheter
induction of labour, P-25

Forceps delivery
procedure, P-33
anaesthesia options, C-44, P-3
breech presentation with
entrapped head, P-41
brow presetation,avoidance of
use in, S-76
complications
rupture of uterus, P-35
tears, P-35
episiotomy to aid, P-35
failure, P-35
Piper forceps, P-41

Gastrointestinal function
postoperative, C-53

Glove and gown requirements, C-18

glucose solutions
replacement fluids, use as, C-30

Grieving, C-10

Haematocrit
anaemia and, S-26

Haematoma
broad ligament, S-20, P-96
cephalohaematoma, P-30
episiotomy and, P-74, P-96
ruptured uterus involving,repair,P-96
vaginal or perineal tears and, P-89
wound, S-113

Haemoglobin
anaemia and, S-26
tarsfusion determinations, C-26

Haemorrhage
see also Bleeding
diagnosis
antepartum, S-17
postpartum, S-25
general management
antepartum, S-17
postpartum, S-26
cerebral,pregnancy-induced
hypertension and, S-48
coagulopathy and, S-19
definition of, S-25
delayed postpartum, S-33
immediate postpartum, S-25
IV infusions and, C-30
postpartum,prevention of, S-25, C-73

replacement fluids, C-30
secondary postpartum, S-33
spinal anaesthesia,avoidance of, P-11

Haemostasis, C-51

Halothane
inverted uterus,correction of, P-92

Handwashing
  general procedures, C-17
  surgical preparation, C-49

Headache A-11
  diagnosis of, S-38

Heart attack
  see Cardiac arrest

Heart disease
  heart failure and, S-128
  ketamine,dangers of use of, P-13

Heart failure
  diagnosis, S-126
  management, S-127
  anaemia and, S-127
  caesarean section, S-128, P-43
  heart disease and, S-128
  labour,management during, S-128

  spinal anaesthesia,avoidence of, P-11

Hepatitis
  diagnosis, S-101
  see also Infection prevention

High blood pressure
  see Blood pressure

HIV
  see Infection prevention
  rupture of membranes and
    danger of perinatal
    transmission, P-17

Hookworm
  bleeding and, S-26
  heart failure management, S-127

Hormones
  threatened abortion and, S-11

Hyaline membrane disease in
  newborns,S-147

Hypertension
  see also Blood pressure
  diagnosis of, S-36, S-38
  management
    chronic hypertension, S-49
    eclampsia, S-43
    pre-eclampsia, S-42, S-43
    pregnancy-induced
      hypertension, S-41
  antihypertensive drugs, S-46
  complications, S-48
  diuretics,danger of use in, S-42

Hypodermic needles
  sharps handling procedures, C-20

Hypodermia
  newborn, S-148

Hypovolaemia
  see also Shock
  spinal anaesthesia,avoidance of
    use in, P-11
  replacement fluids and, C-32

Hysterectomy
  procedure, P-103
    postoperative care, P-108
  subtotal, P-104
  total, P-107

Immunizations
  tetanus , S-51

Induction and augmentation of
labour
procedure, P-17
artificial rupture of membranes, P-17

augmentation, P-25
cervix
assessment of, P-18
ripening, P-24
Foley catheter, P-25
uterine ruture, oxytocin and, P-19

Infection
breast, S-112
newborn sepsis, S-139
sepsis after abortion, S-9
urinary tract, S-101
uterus, S-110, S-139
wound, S-113

Infection prevention
general discussion, C-17
antibiotic prophylaxis, C-35
blood and blood products, C-24
HIV transmission,perinatal, P-17
hypertension complications, S-49
labour, cleanliness during, C-58
surgical procedures generally, C-47

Informational rights, C-5

Informed consent, C-47

Infusion
procedure, C-21
blood transfusions compared, C-23
cannula insertion, C-21, S-3
fluid balance, S-55
heart failure and, S-128
maintenance fluid therapy, C-32

Infusion *(cont.)*
plenytoin, S-52
replacement fluids, C-30
colloid solutions, C-31
crystalloid solutions, C-30
dextrose solutions,C-30,C-31,C-32,C33

glucose solution, C -30
Ringer's lactate, C-21
saline,normal, C-21, C-30
shock
management of, C-30, S-2
plasma substitutes,danger of, C-21

subcutaneous administration of
replacement fluids, C-33
transfusion,alternatives to, C-30
venous cutdown,cannula
insertion, S-3

Initial assessment, C-1

Injection
injection techniques, C-41, P-1
tetanus, S-51

Instruments
surgery counts, C-51

Inverted uterus
diagnosis, S 27
management, S-33
procedure, correction of, P-91
anaesthesia options, C-45
hydrostatic, P-92
manual, P-91
surgical, P-92
complications, P-94
post-procedure care, P-94

Ketamine
procedure, P-13

Labour and childdirth
see also Prolonged labour;
Malpresentation or
malposition
diagnosis, C-59
general management, C-57
acetone in urine, C-71
active management, third
stage, C-73
augmentation of labour, P-25
bleeding during, S-17
blood pressure during, C-71
caesarean, prior
oxytocin use after, P-21
vaginal delivery after, S-93
cervix
dilatation, C-60
effacement, C-59, C-60
childbirth positions, C-71
cors,checking, C-72
descent,assessment of, C-61
eclampsia,delivery mandates, S-47
head,delivery of, C-72
heart failure during, S-128
induction of labour, P-17
labour positions, C-59
maternal condition during, C-71
multiple pregnancy, S-89
newborn care, initial, C-75
patograph
assessment by, C-65
samples of, C-69, S-59, S-61,S-63
phases of C-60
placenta, C-73
placenta praevia, delivery
mandates, S-23
presentation and position, C-62
previous caesarean
oxytocin use after, P-21
vaginal delivery after,S-93
progress,assessment of, C-64

Labour and childbirth *(cont.)*
pulse during, C-57
pushing, S-67
shoulder, delivery of, C-72
show , S-17
stages of, C-60, C-70
third stage, C-60, C-73
umbilical cord,checking, C-72
unsatisfactory progress, S-57

Lacerations
see Tears

Laparotomy
anaesthesia options, C-45

Lethargy
diagnosia of, S-126
newborns, S-141, S-148

Lithotomy position, C-22
Local anaesthesia
see Anaesthesia and analgesia

Loss of consciousness
diagnosis of, S-38, S-39
general management, S-35
shock and, S-1

Lovet's manoeuvre, P-38, P-39

Maintenance fluid therapy, C-31
Malaria
diagnosis, S-39, S-103
general discussion, S-52,S-103
anaemia and S-56, S-127
convulsions, S-54
fluid balance, S-55
hypoglycaemia, S-55
drug resistant, S-104, S-105
severe /complicated, S-52

Malaria *(cont.)*
uncomplicated, S-103

Malformations
emotional cosiderations, C-12
general, S-147

Malposition or malpresentation
see also Breech presentation
and delivery
diagnosis, S-72, S-73, S-74, S-75

general management, S-69
breech presentation, S-74, S-79
brow presentation, S-73, S-76
caesarean section and, P-49
chin-anterior position, S-77
chin-posterior position, S-77, S-78
compound presentation,S-74, S-78
external version,correction by, P-15
face presentation,S-73, S-77
multiple pregnancy and, S-90
occiput positions, S-70, S-71,S-72, S-75
shoulder presentation, S-75, S-81
transverse lie, S-75, S-81

Manual vacuum aspiration
procedure, P-65
anaesthesia options, C-45
complications, P-68
complications, P-68
compared, P-61
post-procedure care, P-68

Mastitis
diagnosis, S-108
management, S-112

Mauriceau Smellie Veit
manoeuvre, P-40, P-41

Meconium
aspiration, prevention of, S-143
breech presentation and, S-96
fetal distress and, S-96
thickness of, C-57, S-96

Membranes
see also Rupture of membranes
artificial rupture, P-17

Meningitis
diagnosis , S-39

Metritis
diagnosis, S-108
management, S-110
Migraine
diagnosis, S-39

Miscarriage
see Abortion

Molar pregnancy
diagnosis, S-8
management, S-15
family planning after, S-16

Monitoring labour and childbirth
see Partograph monitoring
Morbidity,dealing with
maternal, C-9
neonatal, C-10

Multiple pregnancy
diagnosis, S-87
management, S-89

Necrotizing fasciitis, S-114

Newborns
general care principles, C-77
asphyxia, S-147
bacterial infection, S-147,S-148,S-149
breastfeeding, C-76, C-78
breathing check, C-73
breathing difficulty, S-141
breech delivery,care after, P-42

congenital syphilis,management, S-150

convulsions S-149
cynosis, S-146
hyaline membrane disease, S-147
hypothermia, S-148
initial care, C-75
lethargy, S-148
low birth weigth, S-147, S-149
malformations S-147
oxygen administration S-146, S-147

premature
preparation for, S-123
breathing difficulties,S-147
preterm rupture of membranes,
management after delivery, S-149

prolonged rupture of membranes,
management after delivery, S-149

resuscitation, S-142
separation from mother, C-76, C-78
sepsis,newborn, S-139
syphilis,managemnet, S-150
transferring, C-78
ventilation, S-143

Not breathing
see Repsiratory arrest

Nutrition
acetone in urine, C-71
dextrose, C-71
labour,administration during, C-58

Obstructed labour
diagnosis, S-57
management, S-66
partograph,sample of, S-61

Occiput positions
diagnosis, S-70, S-71,S-72
management,occiput
posterior, S-75

Oedema
see also Pulmonary oedema
diagnosis of, S -126
diuretics,danger of
administration of, S-42
pre-eclampsia and, S-37, S-39

Operations
general principles, C-47
see also Postoperative care
intra-operative care, C-48
pre-operative care, C-47

Ovarian cysts
diagnosis, S-116
management, S-117
appendicitis,confusion with, S-115
ultrasound and, S-14

Overdistended uterus
diagnosis, S-87
excess amniotic fluid, S-88
large fetus, S-88
multiple pregnancy, S-89

Oxygen
  newborn,difficulty breathing
    and, S-146, S-147

Pain
  see Abdominal pain

Pain management
  see also Anaesthesia and
  analgesia
  emotional support and pain
    mangement, C-43
  healing,pain relief and, C-46
  labour, C-58
  postoperative, C-46
  surgical procedures, C-50

Pallor
  shock and , S-1
  anaemia and, S-126

Paracervical block
  procedure, P-1

Partograph
  general use, C-65
  samples
    contrations,inadequate, S-63
    normal labour and childbirth, C-69
    obstructed labour,S-61
    prolonged labour, S-59

Pelvic abscess
  diagnosis, S-108
  management, S-110
  colpotomy, P-70
  culdocentesis, P-69

Pelvic inflammatory disease
  ectopic pregnancy,confusion
    with, S-7

Pelvis
  inadequate,determination of, S-65

Perineal tears
  see Vaginal or perineal tears

Peritonitis
  diagnosis, S-108
  management, S-111
  appendicitis and, S-117

Placenta
  see also Retained placenta
  accreta, S-32
  controlled cord traction delivery, C-74

  delivery, C-74
  examination of, C-75
  fragments,retained, S-32
  manual removal
    procedure, P-77
    anaesthesia option, C-45, P-3, P-11

    complications P-79
    inverted uterus and, P-91
    post-procedure care, P-79
  membrane tears, C-75
  removal at caesarean section, P-45
  retained, S-27, S-31

Placenta praevia
  diagnosis, S-18
  management, S-21
  caesarean section and, P-49

Plasma trasfusions
  coagulopathy and, S-20
  infection risks, C-24
  replacement fuild use, C-31

Pneumonia
diagnosis, S-126
management, S-129

Position
see Malpresentation or
malposition

Postoperative care
bladder, C-54
bleeding,internal,monitoring
for , C-53
fever , C-55
gastointestinal function, C-53
initial, C-52
pain relief and healing, C-46
suture removal, C-55
wound, C-54

Postpartum care
bleeding, S-25
breast engorgement, S-111
breast infections, S-112
caesarean section,postoperative
care, P-50
depression, C-13
fever, S-107
haemorrhage, S-25
psychosis, C-14
symphysiotomy,care after, P-56

Postpartum haemorrhage
see also Bleeding;Haemorrhage
general management, S-25

Pre-eclampsia
see Eclampsia and Pre-eclampsia

Prelabour rupture of membranes
diagnosis, S-136
management, S-136
newborn care and, S-149

Premature labour and childbirth
see Preterm labour

Presentation
see also Malposition or
malpresentation
normal presentation, C-62

Preterm labour
diagnosis, S-120
management, S-122
newborn
preterm,care of, S-147,S-149
bacterial Infections in, S-147
hyaline membrane disease, S-147

low birth weigth, S-147,S-149
rupture of membranes,preterm,S-135

Privacy rigths, C-5

Prolapsed cord
management, S-97
breech presentation and S-80
compound presentation and, S-78
delivery,checking during, C-72
overdistended uterus and, S-88

Prolonged labour
see also Induction and
augmentation of labour
diagnosis, S-57
management
latent phase, S-64
active phase, S-65
expulsive pahase, S-67
cephalopelvic disproportion, S-65

obstruction, S-66
partograph,samples of S-59,S-61,S-63

uterine activity, inadequate, S-66

Proteinuria
diagnosis of , S-37, S-38
measurement of, S-37
Pre-eclampsia

Provider linkages, C-79

Psychosis
ketamine,dangers of use of,P-13
postpartum, emotional
considerations, C-14

Public hair
shaving, C-48

Pudendal block
procedure, P-3

Pulmonary oedema
diagnosis, S-38
pre-eclampsia and, S-44

Pulse
shock and weak pulse rate, S-1

Pyelonephritis
see Acute pyelonephritis

Rales
diagnosis of, S-126
pulmonary oedema
pre-eclampsia and, S-44

Rapid initial assessment, C-1

Referral patterns, C-80

Respiratory arrest
see also Breathing and
breatthing difficulty
anaesthesia reactions, C-42

Resuscitation
newborn, S-142

Retained placenta
diagnosis, S-27
management, S-31
card traction delivery, S-31
ergometrine,danger of use of, S-31
fragments, retained, S-32

Rigth of women, C-5

Rupture of membranes
artificial rupture, P-17
HIV prevalence and,P-17
normal labour, C-57
prelabour ,S-135

Rupture uterus
diagnosis, S-18
management, S-20
repaire, P-95
caesarean section after, S-94
forces delivery, P-35
impending rupture, S-94
induction of labour and danger of,P-19
oxytocin administration and
danger of,P-19

pregnancy risks after, P-98
scars causing , S-93
shoulder dystocia and, S-84
symphysiotomy to avoid, P-53
vaginal delivery after, S-93

Salpingectomy or salpingostomy
procedure, P-109
family planning counselling
after P-111
pregnancy rick after, P-111

Sharps
handling, C-20,C-51
needle-stick injury,pudental
block and, P-5
surgery counts, C-51

Shock
diagnosis, S-1
management, S-1
anaphylactic shock, C-28
causation, S-4
emergency response, C-15
IV infusions, C-21, C-30
replacement fluids, C-30
septic,blood tranfusion and, C-29
transfusion caused, C-28
transfusion requirements,C-23

Shoulder dystocia
diagnosis, S-83
management, S-83
brachial plexus injury and, S-84

Shoulder presentation
diagnosis, S-75
management, S-81

Spinal anaesthesia
procedure, P-11

Stillbirth
emotional considerations, C-10

Supine hypotension syndrome, C-48

Support companion
see Family members

Surgery
see operations

Suture
removal, C-55
selection, C-52

Symphysiotomy
procedure, P-53
anesthesia options, C-45
brow presentation,avoidance
of symphysiotomy in, S-76
complications, P-56
post-procedure care, P-56
risk, P-53
ruptured uterus,avoidance of, P-53
vacuum extraction and ,P-30,P-53

Syphilis
congenital, S-141
death of fetus, S-132
management in newborns, S-150

Tears
see also Cervical tears;Vaginal
or perineal tears
bladder, P-97
bleeding caused by, S-31
placenta,examination for, C-75

Tetanus
diagnosis, S-38
management, S-50, S-51

Thrombosis
see Deep vein thrombosis
Tocolysis and tocolytic agents
conditions of use, S-122
precautions of use, S-123
threatened abortion and, S-11

Training , C-80

Trasfusion
see also Blood and blood products
general principles, C-25
autotransfusion, C-26,S-14
coagulopathy management, S-19
haemoglobin value and, C-26
infection risks, C-24
monitoring, C-27
reactions
anaphylactic shock, C-28
bronchospasm, C-28
monitoring for, C-27
replacement fluid alternatives, C-30

Transverse lie
diagnosis, S-75
management, S-81
caesarean section and, P-49
external version, P-15
internal podalic version, S-90

Trauma
shock management, S-4

Tubal ligation
caesarean section and, P-51
ruptured uterus repair and, P-96

Tuberculosis
pneumonia and, S-129

Typhoid
diagnosis, S-109

Ultrasound
confirmation of diagnosis
ectopic pregnancy, S-14
fetal death, S-132
ovarian cyst, S-14
overdistended uterus, S-87
placenta praevia, S-22

Umbilical
see Cord;Prolapsed cord

Unconsciousness
see Loss of consciousness

Unsatisfactory progress of labour
see Prolonged labour

Ureter
protection during surgical procedures, P-96,P-99,P-104

Urinary tract infections
diagnosis of, S-100, S-101
management
acute pyelonephritis, S-102
cystitis, S-101
false labour and, S-64

Urine
proteinuria and Pre-eclampsia, S-37,S-39
scanty output
magnesium sulfate administration and, S-45
malaria and, S-55
shock and, S-1
testing
proteinuria, S-37
urinary tract infection, S-101

Uterine and utero-ovarian artery ligation
procedure, P-99

Uterine atony
see Atonic uterus

Uterine inversion
see Inverted uterus

Uterus
- *see also* Atonic uterus;Inverted uterus;Ruptured uterus
- appendicitis and gravid uterus, S-119
- artery ligation, P-99
- bimanual compression of, S-29
- caesarean section, closing, P-47
- dilatation and curetage, P-61
- inadequate urine activity and prolonged labour, S-66
- manual vacuum aspiration, P-65
- massage after placenta delivery, C-75
- overdistended, S-87
- packing, S-30
- scarred uterus and vaginal delivery, S-93

Vacuum aspiration
- *see* Manual vacuum aspiration

Vacuum extraction
- **procedure**, P27
- anaesthesia options, C-45
- brow presentation, avoidance of use in, S-76
- complications
  - cephalohaematoma, P-30
  - tears, P-31
- episiotomy to aid, P-28
- face presentation,avoidance of use in, S-78
- failure, P-30
- preterm labour,avoidance of use in, S-123
- symphysiotomy and, P-30, P-53

Vaginal bleeding
- *see* Bleeding

vaginal examination
- bleeding danger, C-1, S-17, S-21

Vaginal examination *(cont.)*
- descent assessment by, C-61
- placenta praevia and, S-21
- progress of labour,assessment of,C-64

Vaginal or perineal tears
- **repair**, P-83
- anaesthesia options, C-45, P-11
- anal sphincter tears
  - detection, P-83
  - neglected cases ,P-89
  - repair, P-86
- bleeding caused by,S-31
- complications, P-89
- degrees of tears, P-83
- forceps delivery causing, P-35
- haematoma, P-89
- post-procedure care, P-88
- ruptured uterus involving,
  - repair, P-96

Vaginitis
- **diagnosis**, S-136
- Foley catheter,dangers of use of, P-25

Ventilation
- newborns, S-143

Vision
- see Blurred vision

Vomiting
- **diagnosis**, S-8, S-9, S-39, S-100, S-108, S-116
- anaesthesia administration and, C-46
- shock management, S-2

Waste disposal, C-20

Water, breaking
see Prelabour rupture of membranes

Wounds
infections of, S-113
surgical wound care, C-54

សមាហរណៈកម្មនៃការគ្រប់គ្រងគភ៌និងសំរាល(ស.គ.គ.ស)

សមាហរណៈកម្មនៃការគ្រប់គ្រងគភ៌និងសំរាល (ស.គ.គ.ស) គឺជាយុទ្ធសាស្ត្រមួយសំរាប់កែលំអ លទ្ធភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ និង គុណភាពសេវាសុខភាពរបស់មាតា និង ទារកទើបនឹងកើត ។ វាមាន :

- បទដ្ឋានដែលផ្អែកលើភស្តុតាង(ជាក់ស្តែង) និង ស្តង់ដារនៃការថែទាំ
- ឧបករណ៍ពាក់ព័ន្ធនឹងការពិនិត្យថែទាំ ដើម្បីពង្រឹងសមត្ថភាពនៃប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាព ។
- ដំណើរការដើម្បីជំរុញអោយមានការចូលរួមពីបុគ្គលម្នាក់ៗ , ពីគ្រួសារ និង ពីសហគមន៍

  ហើយនិង
- យុទ្ធសាស្ត្រអនុវត្ត

ស.គ.គ.ស ត្រូវបានគ្រោងរៀបចំឡើងដើម្បីសំរួលតំរូវទៅនឹងស្ថានភាពនៅតាមមូលដ្ឋាន និង ដើម្បីអោយគេយកទៅអនុវត្តនៅតាមបណ្តាប្រទេសផ្សេងៗ ដោយរដ្ឋាភិបាលនៃប្រទេសនោះសហការជាមួយទីភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិ និង ទីភ្នាក់ងារទ្វេរភាគី, អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និង ដៃគូរផ្សេងៗទៀតនៅថ្នាក់ជាតិ ។

RHR Reproductive Health and Research
World Health Organization, Geneva