ការថែទាំពេលឈឺពោះសម្រាល

សៀវភៅណែនាំ

រៀបរៀងដោយ : អ៊ឹង លីដា, កង ពិសី,
លឿង ផូស្រីណុច, កង វីរៈ

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

I ដំណើរការសង្ខេបនៃសរីរៈវិទ្យា......1
II នីតិវិធីស្ទាបពោះតាមបែប Leopold Maneuvers......4
III.ការយល់ដឹងនិងការរកឃើញភាពធម្មតានិងមិនធម្មតាតាម ក៤.9
១. កម្លាំងស្បូនកន្ត្រាក់......10
១.១. ការកន្ត្រាក់ស្បូន......10
១.២. ការផ្លាស់ប្តូរមាត់ស្បូន......14
២. កូនឆ្លងកាត់ 15
២.១. ទារក......15
២.២. ភាពសណ្ដូក......16
២.៣. ឥរិយាបថ......16
២.៤. ការបង្ហាញ......16
២.៥. ទីតាំង......17
២.៦. Station......18
២.៧. ទឹកភ្លោះ......19
២.៨. ទងផ្ចិត......20
២.៩. សុក......21
៣. ផ្លូវឆ្លងកាត់......21
៣.១. ឆ្អឹងអាងត្រគាក......22
៣.២. អង្កត់ផ្ចិត......22
៤. ផ្លូវចិត្ត......23
IV. ដំណាក់កាលនៃការឈឺសម្រាល......24
១. ដំណាក់កាលទី១......24

២. ដំណាក់កាលទី២......26

៣. ដំណាក់កាលទី៣......26

៤. ដំណាក់កាលទី ៤......27

V. យន្តការនៃការសម្រាល......28

VI. ការវាយតម្លៃមាតា និងទារកអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល......31

១. ផែនការថែទាំ......31

២.ការវាយតម្លៃរហ័សចំពោះស្ត្រីពេលឈឺពោះសម្រាល......31

៣. ការសម្ភាសន៍ដំបូង និងការពិនិត្យរាងកាយ......32

៤. ការវាយតម្លៃលម្អិតដំណាក់កាលទី១......33

៥. ការថែទាំស្ត្រីដំណាក់កាលទី១នៃការសម្រាល......34

៦. ការថែទាំស្ត្រីដំណាក់កាលទី២នៃការសម្រាល......37

៧. ការថែទាំដំណាក់កាលទី៣......43

៨. ការថែទាំដំណាក់កាលទី៤......47

VII.គ្រប់គ្រងការឈឺចាប់នៅពេលសម្រាល......55

១.និយមន័យ......55

២. ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់តាមបែបធម្មជាតិ......56

VIII.ការគ្រប់គ្រងការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលកូន......58

IX.អត្ថប្រយោជន៍នៃការពន្យារពេលកៀបនិងកាត់ទងសុក......61

X. ការកាត់ទ្វារមាសនិងការដេរជួសជុលឡើងវិញ......62

១.លក្ខខណ្ឌតម្រូវ......62

២. ទម្រង់ការនៃការកាត់ទ្វារមាស......62

៣. ការពិនិត្យមាត់ស្បូននិងទ្វារមាស......65

៤. កម្រិតនៃការរហែកទ្វារមាសក្រោយសម្រាល......67

៥. ទម្រង់ការដេរហែកប៉េរីណេកម្រិតទី១និងទី២.........................67

៦.ការថែទាំបន្ត 70

XI. អ័រម៉ូនអុកស៊ីតូស៊ីនឬអរម៉ូននៃក្តីស្រលាញ់ 71

១. អុកស៊ីតូស៊ីនជាទម្រង់ឱសថ...72

២.ការវាយតម្លៃភាពធម្មតា
នៃការឈឺពោះសម្រាលដោយប្រើប៉ាតូក្រាហ្វគឺចាំបាច់ការ
កន្ត្រាក់ស្បូន...73

៣.និយមន័យការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំងហួស Hyperstimulation.............73

XII.ការសម្រាលកូនដែលមានហានិភ័យទាបនិងហានិភ័យខ្ពស់
....76

ការសម្រាលកូនធម្មតា

I ដំណើរការសរខ្ទេបនៃសរីរៈវិទ្យា

ការសម្រាលកូនគឺ ជាដំណើរការដំបូងនៃខួរក្បាល។ នៅពេលដែលស្ត្រីសម្រាលកូនដោយខ្លួនឯង ផ្នែកសកម្មនៃខួរក្បាលរបស់នាង ចាប់ដំណើរការមុនគេបង្អស់វា គឺជាផ្នែកដែលមនុស្ស មានដូចគ្នាជាមួយនឹងថនិកសត្វដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះទាំងអស់ ហើយវាក៏ជាផ្នែកមួយដែលលាក់កំបាំងអ័រម៉ូនចាំបាច់។ ស្ត្រីអាចសម្រាលកូនដោយធម្មជាតិបាននៅពេលដែលនាងអាចបញ្ចេញអ័រម៉ូនដោយខ្លួនឯងឬនិយាយម្យ៉ាងទៀត នៅពេលដែលនាងមិនត្រូវការអ័រម៉ូនសំយោគផ្សេងៗ ឬការធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយផ្សេងទៀត។ កត្តាដែលអាចរំខានដល់ដំណើរការខួរក្បាល ការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃស្មារតីមានដូចជាសម្លេងរំខាន ពន្លឺភ្លឺច្បាស់ និងវត្តមានរបស់មនុស្សចម្លែក។ បរិយាកាសដ៏ល្អសម្រាប់កំណើតធម្មជាតិគឺធានាបាននូវភាពឯកជនរបស់ម្តាយ ភាពងងឹត ភាពស្ងៀមស្ងាត់ ហើយក្នុងពេលជាមួយគ្នានោះដែរគឺការនៅជិតមនុស្សដែលមានបទពិសោធន៍។

ចំពោះស្ត្រីនៅក្នុងដំណើរការសម្រាលកូនភាគច្រើនគឺផ្តោតលើការ ស្ត្រីមានអារម្មណ៍ថាមានឯករាជ្យទាំងស្រុងក្នុងការធ្វើជាខ្លួនឯង និងមានអារម្មណ៍ថាមានសេរីភាពក្នុងការលះបង់ឧបសគ្គទាំងផ្លូវអារម្មណ៍ ផ្លូវកាយ និងអាចបញ្ចេញក្តីរំពឹងទុក ប្រៀបធៀបឬវាស់វែងវិធានការនៃការអនុវត្តដែលស្ត្រីយកមកជាមួយពួកគេទៅក្នុងបរិយាកាសសម្រាលកូន។ ស្ត្រីមានអារម្មណ៍ថាមានសុវត្ថិភាពទាំងស្រុងជាមួយនឹងមនុស្សផ្សេងទៀតបង្កើតនូវប្រភេទនៃសេរីភាពដែលអាចឱ្យស្ត្រីចាប់ផ្តើមសាកល្បងដែនកំណត់នៃសមត្ថភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់នាង និងទទួលបានបទពិសោធន៍ដែលអាចធ្វើទៅបានដែល

មិនត្រូវបានទទួលស្គាល់ពីមុន ឬប្រហែលជាទទួលស្គាល់ប៉ុន្តែមិនមានហានិភ័យ។ សេរីភាពនេះដើម្បីនឹងក្លាយជានីតិវិធីខ្លួនឯងពិតប្រាកដនៃអារម្មណ៍នៃការពង្រឹងអំណាច ភាពច្នៃប្រឌិត។ ការសម្រាលកូនហាក់ដូចជាសមហេតុផល និងការអនុវត្តល្អជាពិសេសប្រសិន បើគ្មានផលវិបាក។ សភាវគតិផ្ទាល់ខ្លួនរបស់មនុស្សស្រីកំណត់ទៅនាងថាត្រូវតែធ្វើចលនាសេរីដូចជា ការឈរ ការដើរជុំវិញ និងសន្មត់ទីតាំងផ្សេងៗនៃការអង្គុយ លុតជង្គង់ និងអង្គុយចោងហោងដោយមានមធ្យោបាយជំនួយសមរម្យណាមួយ ធ្វើឱ្យស្បូនមានសម្ពាធកាន់តែខ្លាំងលើទារក និងនៅលើមាត់ស្បូន។ ស្ត្រីគួរតែត្រូវបានដឹកនាំដោយអារម្មណ៍ ការលួងលោម និងតម្រូវការផ្ទាល់ខ្លួនជាជាងដោយភាពពេញចិត្តនៃមន្ទីរពេទ្យ និងរបៀបផ្នែកសម្ភព។ សេរីភាពនៃរាងកាយរបស់មនុស្សម្នាក់ៗគឺចាំបាច់ដើម្បីស្វែងរកស្ថានភាពទាំងនោះតាមបែបប្រពៃណីដែលធ្លាប់បានប្រើពីមុនត្រូវបានប្រើដើម្បីជួយសម្រួលដល់ស្ថានពេលសម្រាលដែលនឹងជួយមនុស្សម្នាក់ៗឱ្យទទួលបាននូវផាសុកភាពពេញលេញ ការសម្រាក ភាពងាយស្រួល និងការគ្រប់គ្រងជាអតិបរមា។ ចលនាសេរីគ្មានកំណត់និងគ្មានការបង្គាប់បញ្ជាដែលអាចធ្វើបានតាមលំដាប់ល្អបំផុតក្នុងចំណោមចលនាសេរីនៃពួកគាត់នោះទេ។ សភាវគតិរបស់ស្ត្រីដែលកំពុងធ្វើការប្រាប់នាងឱ្យបន្តស្វែងរកស្ថានភាពដែលមានប្រសិទ្ធភាព និងផាសុកភាពបំផុត។ សភាគតិនេះពាក់ព័ន្ធនឹងអាកប្បកិរិយាខុសគ្នាចំពោះការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសម្រាល ការថែទាំផ្នែកសម្ភពទូទៅ និងការរៀបចំមុនពេលសម្រាល។ ម្តាយនាពេលអនាគតមិនត្រឹមតែត្រូវការចំណេះដឹងអំពីការមានផ្ទៃពោះ ការឈឺពោះសម្រាល ការសម្រាលកូន ការរីកលូតលាស់និងការអភិវឌ្ឍន៍របស់ទារកប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែថែមទាំងមានការរៀបចំរាងកាយគ្រប់

គ្រាន់ផងដែរដូចជានាងត្រូវមានការយល់ដឹង និងភាពសុខស្រួលជាមួយស្ថានភាពដងខ្លួនត្រង់ និងដើម្បីស្វែងយល់ពីផលប៉ះពាល់នៃការឈឺពោះសម្រាល ដូច្នេះនាងនឹងអាចជួយខ្លួនឯងនៅពេលសម្រាល។ ការសង្កត់ធ្ងន់អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ចាំបាច់ត្រូវផ្តោតលើការអភិវឌ្ឍន៍ និងទំនុកចិត្តលើរាងកាយរបស់នាងផ្ទាល់ និងលើការរៀនស្វែងយល់ពីសភាវគតិរបស់នាងសម្រាប់ការសម្រាលកូន និងភាពជាម្តាយ។ ការត្រៀមខ្លួនខាងផ្លូវអារម្មណ៍ និងរាងកាយរបស់នាងសម្រាប់ការសម្រាលកូន និងការពង្រឹងខ្លួនឯងរបស់នាងក្នុងការមានផ្ទៃពោះនឹងមានសារៈសំខាន់ដូចជាការថែទាំសុខភាពមុនពេលសម្រាលដ៏ល្អ។

II **នីតិវិធីស្ទាបពោះតាមបែប** Leopold Maneuvers

Leopold's Maneuvers គឺជាវិធីសាស្ត្រនៃការសង្កេតនិងការស្ទាបពោះដើម្បីកំណត់ការបង្ហាញនិងទីតាំងរបស់ទារកក្នុងផ្ទៃពោះ។ គោលបំណងនៃការសង្កេតនិងការស្ទាបពោះដើម្បីកំណត់ការបង្ហាញនិងទីតាំងរបស់ទារកមានដូចខាងក្រោម៖

ទម្រង់ការអនុវត្តន៍	គោលការណ៍
១. រៀបចំស្ត្រី - ពន្យល់ពីដំណើរការពិនិត្យ - ណែនាំស្ត្រីឱ្យបត់ជើងតូច - ឱ្យស្ត្រីគេងផ្ងារដោយដាក់ខ្នើយតូចមួយឬកន្សែងរមូលនៅក្រោមចង្កេះម្ខាង - លាងដៃនិងត្រដុសដៃមុនពេលស្ទាបពោះ	 - កាត់បន្ថយការថប់បារម្ភ និងបង្កើនកិច្ចសហប្រតិបត្តិការ - ជួយលើកកម្ពស់ផាសុកភាព និងធ្វើឱ្យការស្ទាបពោះកាន់តែមានប្រសិទ្ធិភាពដោយសារទម្រង់ទារកនឹងមិនត្រូវបានបិទបាំងដោយប្លោកនោមទេ។ - បន្ទូរសាច់ដុំពោះដោយការប្រើខ្នើយ ឬកន្សែងរមូលក្រោមចង្កេះដើម្បីឲ្យផ្អៀងស្បូនចេញពីសរសៃវ៉ែនដូច្នេះវាការពាររោគសញ្ញាសម្ពាធឈាមធ្លាក់ចុះដោយសារគេងផ្ងារ (hypotension supine) ។ - ការពារការរីករាលដាលនៃការឆ្លងមេរោគដែលអាចកើតមាន។ ត្រដុសដៃដើម្បីជួយសម្រួលដល់ស្ត្រី និងការពារការតឹងណែនសាច់ដុំពោះ។

- សង្កេតមើលទ្រង់ទ្រាយនិងស្លាកស្នាមពោះស្ត្រីរួមទាំងចលនារបស់ទារក	- អង្កត់ផ្ចិតវែងបំផុត (អ័ក្ស) គឺជាប្រវែងរបស់ទារក។ ទីតាំងដែលមានចលនាទំនងជាទីតាំងនៃជើងរបស់ទារកបំរះ។
	២. ជំហាននេះកំណត់ថាជាក្បាលឬគូថទារកនៅត្រង់តំបន់កំពូលស្បូន
២. ជំហានទី១	- ទីតាំងដៃត្រឹមត្រូវ ធានាការរកឃើញត្រឹមត្រូវ
- បញ្ឈរជង្គង់ស្ត្រី បែរមុខទៅមុខ ហើយដាក់ដៃទាំងពីរដាក់លើពោះរបស់ស្ត្រី។ - ស្ទាបផ្ទៃខាងលើនៃកំពូលស្បូនដើម្បីកំណត់សភាព ទ្រង់ទ្រាយនិងភាពចល័ត	- ពេលស្ទាបក្បាលមានអារម្មណ៍ថារឹងជាងគូថ ក្បាលមានរាងមូលហើយរឹង។ គូថត្រូវបានកំណត់តិចតួច។ ក្បាលផ្លាស់ទីដោយឯករាជ្យនៃរាងកាយ គូថផ្លាស់ទីរួមគ្នាជាមួយការភ្ជាប់ទាំងរាងកាយ។
	៣. ជំហាននេះកំណត់ទីតាំងខ្នងរបស់ទារក
៣. ជំហានទី២	- ទីតាំងដៃត្រឹមត្រូវធានាការរកឃើញត្រឹមត្រូវ

- បែរមុខទៅស្ត្រីហើយដាក់បាតដៃសង្ខាងពោះ - ស្ទាបផ្នែកសង្ខាងនៃពោះ ដោយទប់ដៃឆ្វេងឲ្យនៅនឹងលើផ្ទៃផ្នែកខាងឆ្វេងនៃស្បូនខណៈដៃស្តាំស្ទាបរំកិលចុះក្រោមនិងរុញទៅផ្នែកម្ខាងទៀតនៃស្បូនពីលើទៅក្រោម។ បន្ទាប់មកទប់ដៃស្តាំឱ្យជាប់ ហើយស្ទាបម្តងទៀតដោយប្រើវិធីដូចគ្នា។	- វិធីសាស្រ្តនេះគឺជោគជ័យបំផុតដើម្បីកំណត់ការបង្ហាញខ្នងរបស់ទារក។ ដៃម្ខាងនឹងមានអារម្មណ៍ថាមានផ្ទៃរលោង រឹងនិងផ្ទៃរាបស្មើបញ្ជាក់ថាជាខ្នងរបស់ទារក។ ខណៈពេលដែលនៅផ្នែកម្ខាងទៀតមានដុំពកមួយចំនួនរាងរដិបរដុប (ជង្គង់ និងកែងដៃរបស់ទារក) បញ្ជាក់ជាអវៈយវៈរបស់ទារក។
៤. ជំហានទី៣	៤. ជំហាននេះកំណត់ផ្នែកបង្ហាញនិងភាពចល័តនៅច្រកចូលនៃអាងត្រគាក។
- ចាប់ផ្នែកខាងក្រោមពោះថ្នមៗនៅពីលើគែមឆ្អឹងពុយប៊ីសដោយរក្សាមេដៃនិងម្រាមដៃចង្អុលនៅចន្លោះទម្រង់បង្ហាញ ហើយព្យាយាមសង្កត់មេដៃ និងម្រាមដៃជាមួយគ្នាដើម្បីកំណត់ចលនាណាមួយនៃទម្រង់	- ប្រសិនបើផ្នែកបង្ហាញផ្លាស់ទីឡើងលើ ដូច្នេះដៃរបស់អ្នកពិនិត្យអាចត្រូវសង្កត់ជាមួយគ្នា ផ្នែកដែលបង្ហាញមិនត្រូវបានភ្ជាប់ (មិនជាប់នឹងឆ្អឹងអាងត្រគាក)។ ប្រសិនបើផ្នែករឹងមូលវាគឺជាក្បាល ប្រសិនបើទន់ នោះគឺជាគូថទារក។

បង្ហាញរបស់ទារកថាតើ អាចចល័តបាន រង្កើរបានតិចៗ និងមិនអាចរង្កើរបាន។ ៥. ជំហានទី៤ - ដាក់ម្រាមដៃលើស្បូនទាំងសង្ខាងប្រហែល 2 អ៊ីញពីលើសរសៃចងដោយសង្កត់រំកិលចុះក្រោមនិងចូលក្នុងតាមទិសដៅនៃច្រកលើ	៥. ជំហាននេះកំណត់ឥរិយាបថរបស់ទារក និងកម្រិតនៃការលូនចូលទៅក្នុងឆ្អឹងអាងត្រគាក គួរតែត្រូវបានរួចរាល់បើទារកស្ថិតក្នុងការបង្ហាញកំពូលក្បាល ។ បើទារកស្ថិតក្នុងទីតាំងអុកស៊ីពុតក្រោយអ្នកក៏អាចទទួលបានព័ត៌មានពីស្ថានភាពរបស់ទារកនេះផងដែរ។ - ម្រាមដៃម្ខាងនឹងរំកិលបន្តិចម្តងតាមភាពកោងនៃស្បូន បើមិនជួបឧបសគ្គទេ នោះបង្ហាញថាជាផ្នែកខាងក្រោយនៃកទារក។ ដៃម្ខាងទៀតនឹងជួបឧបសគ្គមួយអ៊ីញឬលើសពីនេះ គឺជាថ្ងាសរបស់ទារក។ ទីតាំងនៃថ្ងាសរបស់ទារកគួរតែត្រូវគ្នាទៅនឹងផ្នែកម្ខាងនៃស្បូនដែលមានកែងដៃ និងជង្គង់របស់ទារក ប្រសិនបើទារកមានឥរិយាបថមិនល្អ ម្រាមដៃនឹងប៉ះឧបសគ្គនៅផ្នែក

អាងត្រគាក ដោយឱ្យម្រាមដៃរុញចុះទៅផ្នែកខាងក្រោម។	ខាងខ្នងរបស់ទារក នោះគឺម្រាមដៃនឹងប៉ះក្បាលងើយខ្លាំង ប្រសិនបើទារកបង្ហាញថ្ងាសការស្ទាបគឺឃើញយ៉ាងងាយ ទារកគឺប្រហែលជាស្ថិតនៅទីតាំងអុកស៊ីពុតក្រោយ (អុកស៊ីពុតគឺស្ថិតនៅខាងខ្នងរបស់ស្ត្រី)។

III.ការយល់ដឹងនិងការរកឃើញភាពធម្មតានិងមិនធម្មតាតាម ក៤ (P4)

ការឈឺពោះសម្រាលគឺជាដំណើរការដែលស្បូនខ្ជាក់ចេញនូវទារក សុកនិងថង់ទឹកភ្លោះ។ វាធ្វើបានសម្រេចដោយការកន្ត្រាក់តាមចង្វាក់នៃស្បូន។ សញ្ញាសម្គាល់កាយវិភាគវិទ្យានៃស្បូនមានសារៈសំខាន់ណាស់អំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល។ សម្ពាធលើមាត់ស្បូនដែលបង្កើតដោយទារក និងថង់ទឹកភ្លោះនាំឱ្យមានការយឺត និងពង្រីកមាត់ស្បូន ដែលជួយឱ្យទារកអាចឆ្លងកាត់តាមរយៈមាត់ស្បូន និងប្រហោងទ្វារមាស ហើយចូលទៅក្នុងបរិយាកាសខាងក្រៅស្បូន។ ដើម្បីសម្រេចបាននូវដំណើរការនេះ ត្រូវតែមានការសម្របសម្រួលដោយ កម្លាំងកន្ត្រាក់ស្បូន កន្លែងទារកឆ្លងកាត់ កូនឆ្លងកាត់និងកត្តាផ្លូវចិត្ត។ កម្លាំងកន្ត្រាក់ស្បូនគឺជាការកន្ត្រាក់ស្បូនពេលឈឺពោះសម្រាលពិត។ កន្លែងទារកឆ្លងកាត់គឺជាឆ្អឹងអាងត្រគាក មាត់ស្បូន ទ្វារមាស និងពោះវៀន។កូនឆ្លងកាត់គឺជាទំហំទារក ថង់ទឹកភ្លោះ ទងផ្ចិត និងសុក។កត្តាផ្លូវចិត្តគឺជាអារម្មណ៍និងការតាំងចិត្តរបស់ម្តាយ។ ការឈឺពោះ

សម្រាលធម្មតា តម្រូវឱ្យកម្លាំងស្បូនកន្ត្រាក់ គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីខ្ទាក់កូនចេញ ហើយ ច្រកចេញនិងច្រកចូលមានទំហំ ល្មមដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យទារក លូនចេញបាន ហើយកូនត្រូវមានទំហំល្មមនិងស្ថិតក្នុងទីតាំងដែលអនុញ្ញាត ឱ្យមានការសម្របសម្រួលលើការអនុម័តពេលឈឺពោះសម្រាល

១. កម្លាំងស្បូនកន្ត្រាក់

ស្បូនផ្តល់កម្លាំងចាំបាច់ ដើម្បីខ្ទាក់ទារកចេញ។ ប្រសិទ្ធភាពនៃស្បូន នាំឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរមាត់ស្បូន ដែលចាំបាច់សម្រាប់ការសម្រាលកូន។

១.១. ការកន្ត្រាក់ស្បូន

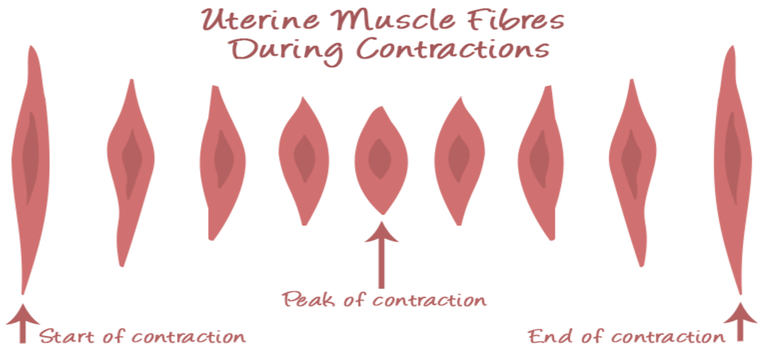
ជាធម្មតាស្បូនចាប់ផ្តើមកន្ត្រាក់យ៉ាងមានប្រសិទ្ធភាព 280 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីការមករដូវចុងក្រោយ (LMP) ឬ 266 ± 8 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការបញ្ចេញពងអូវុលនិងការបង្កកំណើត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ភាពមិនប្រក្រតីនៃវដ្តរដូវធ្វើឱ្យការគណនាអាយុផ្ទៃពោះមានការលំបាក។ ការសិក្សាអំពីសភាពទឹកភ្លោះនិងអេកូសាស្ត្រត្រូវគេប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់អាយុគភ៌របស់ទារក និងថ្ងៃខែឆ្នាំប្រហែលសម្រាល (EDB ឬ EDD) កាន់តែត្រឹមត្រូវ។ ការកន្ត្រាក់ស្បូនកើតឡើងដោយឯកឯង ឬជាការកន្ត្រាក់ដំបូងនៃការឈឺពោះសម្រាល។ សាច់ដុំមានរចនាសម្ព័ន្ធតែមួយគត់ដែលផ្តល់នូវសមត្ថភាពក្នុងការកន្ត្រាក់ពីកំពូលស្បូនចុះក្រោម និងក្នុងទម្រង់ដូចសំណាញ់ ដើម្បីបង្រួមសរសៃឈាមជាច្រើនដែលឆ្លងកាត់សាច់ដុំចូលទៅក្នុងសុក។ ផ្ទុយទៅវិញ ផ្នែកខាងក្រោមស្បូនត្រូវបានលាតសន្ធឹងឬយឺតដោយសម្ពាធរបស់ទារក និងទឹកភ្លោះ ហើយមិនកន្ត្រាក់តាមចង្វាក់ដូចគ្នាទេ សកម្មភាពនេះអនុញ្ញាតឱ្យទារកចុះក្រោមដោយរលូន។ បន្ទាប់ពីកំណើត ស្បូនទទេរកាត់បន្ថយទំហំ

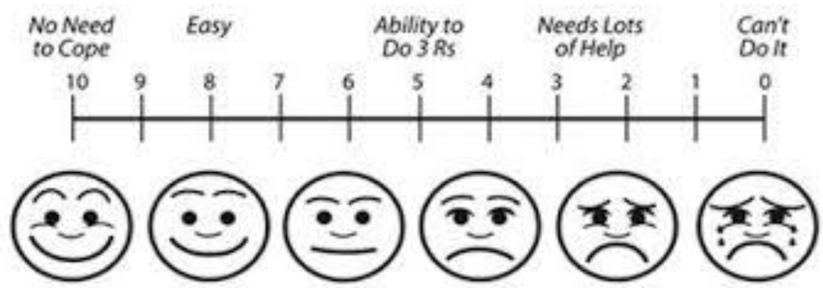
របស់វាយ៉ាងឆាប់រហ័សដោយការកន្ត្រាក់ សាច់ដុំស្បូនក្រាស់ ហើយកំពូលស្បូនផ្លាស់ទីក្នុងរយៈពេលពីរបីនាទីពីក្រោមសន្ទះទ្រូងទៅនៅខាងក្រោមផ្ចិត។ សាច់ដុំស្បូនកាន់តែមានប្រសិទ្ធិភាពចំពោះអុកស៊ីតូស៊ីនធម្មជាតិ នៅពេលដែលជិតដល់ពេលគភ៌គ្រប់ខែ។ ការរាំងស្ទះយ៉ាងខ្លាំងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះដោយសកម្ម ភាពអ័រម៉ូន កម្រិតអុកស៊ីតូស៊ីនកើនឡើងបន្តិចនៅពេលឈឺពោះសម្រាលខិតជិតមកដល់។ ប្រូស្តាក្លង់ឌីនក៏មានឥទ្ធិពលដល់ការកន្ត្រាក់ស្បូនដែរ បរិមាណកើនឡើងត្រូវបានរកឃើញនៅក្នុងទឹកភ្លោះនៅពេលឈឺពោះសម្រាលជិតមកដល់។ នៅចុងបញ្ចប់នៃគភ៌មានអ័រម៉ូនបង្កើនល្បឿននៅក្នុងសាច់ដុំស្បូនហើយក្រុមអ័រម៉ូនទាំងនោះជួយជំរុញល្បឿនបង្កឱ្យមានការកន្ត្រាក់ស្បូនតាមចង្វាក់។ ការកន្ត្រាក់ស្បូនចាប់ផ្តើមពីកំពូលស្បូនដែលជាទីតាំងនៃកំហាប់ខ្ពស់បំផុតរបស់កោសិកាសាច់ដុំ បន្ទាប់មកការកន្ត្រាក់រាលដាលទៅផ្នែកខាងក្រោម ហើយការកន្ត្រាក់ស្បូនកើនឡើងជាបន្តបន្ទាប់ចំពោះការមានផ្ទៃពោះ។ ការកន្ត្រាក់ស្រាលកើតឡើងជាញឹកញាប់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ អំឡុងខែចុងក្រោយនៃគភ៌ ភាពញឹកញាប់នៃការកន្ត្រាក់ស្បូនអាចកើតឡើងរៀងរាល់ 10 ទៅ 20 នាទីម្តង។ យើងអាចស្ទាបពោះ និងសង្កេតមើលប៉ុន្តែជាធម្មតាវាមិនធ្វើឲ្យស្ត្រីគ្មានផាសុកភាពនោះទេ។ អំឡុងពេលគភ៌ចុងក្រោយ សង្វាក់នៃការកន្ត្រាក់ទាំងនេះត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា ការកន្ត្រាក់ស្បូនពេលគភ៌គ្រប់ខែ(Braxton Hicks) ហើយវាអាចយល់ច្រឡំជាមួយការសម្រាលកូនមិនគ្រប់ខែ។ ការកន្ត្រាក់ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពផ្តល់នូវកម្លាំងដែលធ្វើអោយមាត់ស្បូនរួញខើចនិងបើក បន្ទាប់មកធ្វើឲ្យម្តាយប្រឹងរុញបញ្ចេញទារក និងសុកមកខាងក្រៅ។ ការកន្ត្រាក់ស្បូននីមួយៗមានបីផ្នែកគឺ ការកើនឡើង (អាំងតង់ស៊ីតេ

កើនឡើង) ខ្លាំង (កំពូល) និងការថយចុះ (បន្ថយអាំងតង់ស៊ីតេ) ។ ចំណាំ ការកើនឡើងគឺចោត និងលឿន ខណៈពេលដែលការថយចុះកាន់តែយូរ និងបន្តិចម្តងៗ។ កម្រិតនៃការសម្រាករវាងការកន្ត្រាក់គឺមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ព្រោះវាអនុញ្ញាតឱ្យទារកនិងសាច់ដុំស្បូនងើបឡើងវិញពីភាពតានតឹងនៃការកន្ត្រាក់ស្បូន។ អំឡុងពេលចន្លោះស្បូនសម្រាកសុកនិងស្បូនបានបំពេញឡើងវិញដោយឈាម ដែលអនុញ្ញាតឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរអុកស៊ីសែន កាបូនឌីអុកស៊ីត និងសារធាតុចិញ្ចឹមនៅសុក។ ស្បូនមិនបានសម្រាកគ្រប់គ្រាន់ចន្លោះការកន្ត្រាក់នោះទេនៅពេលដែលមានការកន្ត្រាក់ស្បូនញឹកញាប់ពេក ។ លំនាំកន្ត្រាក់នេះគឺខុសប្រក្រតី ហើយអាចបណ្តាលឱ្យទារកមានបញ្ហាចប់ដង្ហើម ឬការសម្រាលធម្មតាមិនអាចគ្រប់គ្រងបាន។ ប្រសិនបើស្បូនមិនមានសមត្ថភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការកន្ត្រាក់ដើម្បីដំណើរការទៅមុខនៃការឈឺពោះសម្រាលនោះទេវានឹងធ្វើឲ្យការឈឺពោះសម្រាលអូសបន្លាយដែលបណ្តាលមកពីស្បូនខ្វះសមត្ថភាព។ ការកន្ត្រាក់ស្បូនអាចប៉ាន់ប្រមាណបានដោយការស្ទាបពោះត្រង់កំពូលស្បូន ការកន្ត្រាក់ត្រូវតែវាយតម្លៃទៅលើ ភាពញឹកញាប់ (Frequency) រយៈពេល (Duration) និងកម្លាំងកន្ត្រាក់ (Intensity)។ ភាពញឹកញាប់គឺគិតពីការចាប់ផ្តើមកន្ត្រាក់ម្តងទៅការចាប់ផ្តើមកន្ត្រាក់ម្តងទៀតដោយកត់ត្រាជានាទី។ កម្លាំង ឬអាំងតង់ស៊ីតេ គឺជាកម្លាំងនៃការកន្ត្រាក់ ហើយត្រូវបានកត់ត្រាថាជាកម្រិតស្រាល មធ្យម ឬខ្លាំង។ រយៈពេលគឺជាពេលវេលាចាប់ពីដើមដល់ចប់នៃការកន្ត្រាក់ម្តងៗដោយកត់ត្រាជាវិនាទី។ ឆ្មបកត់សម្គាល់ព័ត៌មាននេះនៅពេលដែលស្ត្រីកំពុងឈឺពោះស្ថិតក្នុងរយៈសកម្ម និងវាយតម្លៃការកន្ត្រាក់ដើម្បីកំណត់លំនាំនៃការកន្ត្រាក់ដែលប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ ទោះបីជាការត្រួតពិនិត្យខាង

ក្រៅផ្តល់ឱ្យត្រឹមតែការប៉ាន់ស្មានក៏ដោយ ការកន្ត្រាក់ដោយការស្ទាប ឬដោយការអានម៉ូនីទ័រដូចខាងក្រោម:

ការស្ទាបពោះ	ការមើលលើម៉ាស៊ីន
ស្រាល	តិចជាង 40 mmHg
មធ្យម	40 – 70 mmHg
ខ្លាំង	លើសពី 70 mmHg





១.២. ការផ្លាស់ប្តូរមាត់ស្បូន

ការកន្ត្រាក់ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនាំឱ្យមាន ការផ្លាស់ប្តូរជាលំដាប់នៃមាត់ស្បូន ជាមួយនឹងការកន្ត្រាក់ ម្តងៗ មាត់ស្បូនទាញយឺតៗ និងបន្តទៅផ្នែកខាងក្រោមនៃស្បូន។ កម្លាំងនៃការកន្ត្រាក់ជាមួយនឹងសម្ពាធនៃផ្នែកបង្ហាញនិងថង់ទឹកភ្លោះបណ្តាលឱ្យមានការរីកធំនៃមាត់ស្បូន(ការបើកមាត់ស្បូន)។ មានភាពខុសប្លែកគ្នាចំពោះស្ត្រីកូនដំបូង និងកូនច្រើនដងលើការរួញខើចនិងការបើកមាត់ស្បូន។ចំពោះស្ត្រីកូនដំបូង ជាធម្មតាមាត់ស្បូនរួញខើចមុនពេលការបើកនៃមាត់ស្បូន។ចំណែកឯស្ត្រី ដែលមានកូនច្រើនដងទាំងរួញខើចនិងបើកមាត់ស្បូនអាចកើតឡើងក្នុង ពេលតែមួយ។ មាត់ស្បូនត្រូវតែត្រៀមខ្លួនជាស្រេចសម្រាប់ការឈឺពោះស្រាល ជាធម្មតាវារឹងហាប់ណែនស្រដៀងចុងច្រមុះ។ ដើម្បីឱ្យការឈឺពោះសម្រាលមានប្រសិទ្ធភាព វាត្រូវតែទន់ឬអំណោយផលក្នុងការបើកនិងរួចខើចហើយទាញឆ្ពោះទៅផ្នែកខាងក្នុងនៃទ្វារមាស។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះជាធម្មតាកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលប៉ុន្មានសប្តាហ៍មុនពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល។

ការវិវត្តន៍នៃការរួញខើច និងការបើកនៃមាត់ស្បូនត្រូវបានវាយតម្លៃដោយការលូកពិនិត្យទ្វារមាស។ការលូកពិនិត្យទ្វារមាសត្រូវតែអនុវត្តតាមតម្រូវការចាំបាច់ប៉ុណ្ណោះនិងត្រូវតែរក្សាភាពគ្មានមេរោគយ៉ាងតឹងរ៉ឹង ដើម្បីកាត់បន្ថយបាក់តេរីឆ្លងចូលទៅក្នុងផ្លូវសម្រាល។

២. កូនឆ្លងកាត់

កូននិងសុកឆ្លងកាត់ទ្វារមាសម្តាយ។ កត្តាទារកផ្សេងៗរួមមាន: ភាពសណ្ឋក ឥរិយាបថ ការបង្ហាញ ទីតាំង និងStation ត្រូវបានគេវាយតម្លៃ អំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល។

២.១. ទារក

ដើម្បីសម្របសម្រួលផ្លូវឆ្លងកាត់របស់ម្ដាយ ទារកត្រូវតែសមល្មមទៅនឹងឆ្អឹងអាងត្រគាកម្ដាយ។ ក្បាលទារកគឺជាផ្នែកដែលធំជាងគេ បង្រួមតិចបំផុត និងជាផ្នែកដែលបង្ហាញញឹកញាប់។ វាមានបន្ទះឆ្អឹងចំនួនប្រាំពីរដែលបំបែកដោយថ្នេរ។ បន្ទះឆ្អឹងទាំងនេះទន់ និងមិនមានសភាពទ្រុឌទ្រោមទាំងស្រុង អាចផ្លាស់ប្ដូរទីតាំងបន្តិច ដែលអាចឱ្យជ្រួសគ្នាបាន។ ភាពជ្រួសគ្នានៃក្បាលទារកអាចធ្វើឱ្យក្បាលទារកសម្របទៅនឹងរូបរាងនៃឆ្អឹងអាងត្រគាកម្ដាយ។ វិជ្ឈមាត្រនៃក្បាលទារកប្រែប្រួលយ៉ាងខ្លាំង អាស្រ័យទៅលើកម្រិតនៃការជ្រមុជ ឬងើយរបស់ក្បាលទារក។ តាមសភាវគតិក្បាលទារកគួរតែត្រូវបានជ្រមុជ ដោយចង្កានៅលើទ្រូងដូច្នេះវិជ្ឈមាត្រតូចបំផុតនៃក្បាលទារកនឹងបង្ហាញមក។

២.២. ភាពសណ្ឋាក

ភាពសណ្ឋាកគឺជាទំនាក់ទំនងនៃអ័ក្សវែងនៃទារកទៅនឹងអ័ក្សវែងរបស់ម្ដាយ។ រហូតដល់ខែទី៩ទារកមានកន្លែងសម្រាប់ធ្វើចលនាក្នុងស្បូន ហើយមានទីតាំងផ្សេងៗ។ ក្នុងអំឡុងពេលប៉ុន្មានសប្ដាហ៍ចុងក្រោយនៃការមានគភ៌ទំហំអតិបរមារបស់ទារកនិងបរិមាណទឹកភ្លោះមានការថយចុះនោះភាពសណ្ឋាកនឹងប្រែជាមានលំនឹង។ ក្នុង 99% នៃការមានគភ៌ពេលគ្រប់ខែភាពសណ្ឋាកបង្ហាញជាទម្រង់កូនបណ្ដោយស្បូន។ បើស្ថិតទារកនៅសង្ខាង ពោះនោះភាពសណ្ឋាកគឺនៅទទឹងពោះម្ដាយ។

២.៣. ឥរិយាបថ

ឥរិយាបថសំដៅលើផ្នែកនៃរាងកាយរបស់ទារក ទាក់ទងនឹងខ្លួនគេ។ ទារកជាទូទៅកំណត់ស្ថានភាពក្នុងពោះដោយខ្នងកោង ក្បាលបត់ និងជើងបត់លើពោះហើយដៃគឺនៅសងខាង ឬត្រូវបានបត់បែនទៅលើទ្រូង

២.៤. ការបង្ហាញ

ការបង្ហាញសំដៅលើផ្នែកនៃទារកដែលមកមុនគេដល់ច្រកចូលនៃអាងត្រគាក។ វាមានទម្រង់បង្ហាញធំៗ៣គឺៈ កំពូលក្បាល គូថ និងស្មា។ ការបង្ហាញទាំងនេះគឺ 95% ជាកំពូលក្បាល, 3.5% គូថ និង 0.5% ស្មា។ ការបង្ហាញគឺជាផ្នែកនៃទារកដែលនៅជិតមាត់ស្បូនបំផុតហើយវាអាចប៉ះបានដោយម្រាមដៃអំឡុងពេលពិនិត្យទ្វារមាស។ ការបង្ហាញក្រៅពីកំពូលក្បាលអាចបណ្តាលឱ្យការឈឺពោះសម្រាលយូរឬការសម្រាលដោយការវះកាត់

២.៥. ទីតាំង

ទីតាំងសំដៅលើទំនាក់ទំនងរវាងចំណុចសំគាល់ទៅនឹងផ្នែកដែលបង្ហាញធៀបនឹងជ្រុងទាំង៤នៃឆ្អឹងអាងត្រគាករបស់ម្តាយ។ ចំណុចសំគាល់នៅក្នុងការបង្ហាញកំពូលក្បាលគឺ បង្ហើយក្រោយ (អុកស៊ីពុត) ការបង្ហាញមុខគឺ ចង្កានិងការបង្ហាញគូថគឺ ឆ្អឹងកញ្ចញគូថ។ ជាទូទៅទារកស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពបង្ហាញបង្ហើយក្រោយឆ្វេងទទឹង (occiput transverse) (LOT) បើទីតាំងក្បាលទារកចុះកិបល្អ ទារកនឹងបង្វិលទៅបង្ហាញបង្ហើយ ក្រោយឆ្វេងខាងមុខ(occiput anterior) (LOA) ខណៈពេលដែលវាលូនចុះតាមឆ្អឹងអាងត្រគាក។ នេះមានន័យថា បង្ហើយក្រោយរបស់ទារកគឺសំដៅទៅលើផ្ទៃពោះ

ខាងឆ្វេងរបស់ម្តាយ នៅពេលដែលទារកចុះមកតាមលូអាងត្រគាកទីតាំង និងការបង្ហាញរបស់ទារកត្រូវបានវាយតម្លៃដោយការស្ទាបពោះ ពិនិត្យទ្វារមាស និងពិនិត្យអេកូសាស្ត្រ។

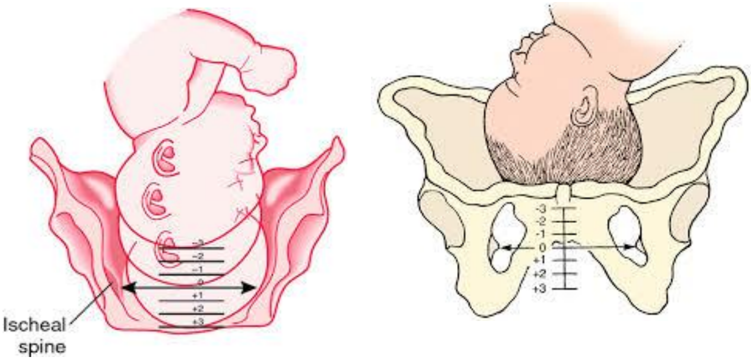
ការស្ទាបពោះត្រូវអនុវត្តតាមវិធីសាស្ត្ររបស់ Leopold ។

ការប្រែប្រួលណាមួយនៃទីតាំង ភាពសណ្តូក ឬការបង្ហាញអាចប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់ការវិវត្តន៍នៃការ ឈឺពោះសម្រាល ហើយការថែទាំដោយយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមគឺជាការតម្រង់ទៅរកការផ្លាស់ប្តូរទីតាំងទារកដោយការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថរបស់ម្តាយ។ ទីតាំងអុកស៊ីពុតទទឹង (occiput transverse) (OT) ឬ អុកស៊ីពុតក្រោយ (occiput posterior) (OP) អាចមានប្រសិទ្ធិភាពដោយការប្តូរទីតាំងរបស់ម្តាយដោយការឈរ លុតជង្គង់វារជើងបួនក្រាប ចុះនិងគេងផ្អៀងឆ្វេងអាចជួយឱ្យទីតាំងទារកផ្លាស់ប្តូរមកខាងមុខម្តាយបាន (occiput anterior) (OA)។

២.៦. Station

Stationសំដៅលើទំនាក់ទំនងនៃផ្នែកដែលបង្ហាញទៅនឹងឆ្អឹងខ្នង ischial នៃអាងត្រគាកកណ្តាល។ នៅពេលដែលផ្នែកបង្ហាញស្ថិតនៅកម្រិតនៃឆ្អឹង ischial វាត្រូវបានគេនិយាយថា Station 0 នេះគឺជាការកំណត់ចុះកិបល្អនៃក្បាលទារក។ កម្រិតខាងលើឆ្អឹងischial ត្រូវបានកំណត់ជាសង់ទីម៉ែត្រដោយតម្លៃអវិជ្ជមាន -1, -2, -3 ។ កម្រិតខាងក្រោមឆ្អឹង ischial ត្រូវបានកំណត់ដោយតម្លៃវិជ្ជមាន +1, +2, +3, +4 ចុះទៅជញ្ជាំងអាងត្រគាក។ ផ្នែកបង្ហាញដែលមិនចុះដល់កម្រិត Station 0 ទេត្រូវបានគេហៅថាអណ្តែត (Floating)។ ប្រសិនបើអំឡុងពេលឈឺ ពោះសម្រាលផ្នែកដែលបង្ហាញមិនចុះកិបល្អការសម្រាលកូនដោយវះកាត់គឺចាំបាច់។ Station មាន

សារៈសំខាន់នៅពេលកំណត់ និងប្រៀបធៀបអត្រានៃការធ្លាក់ចុះជាមួយនឹងអត្រាធម្មតា។ ទម្រង់នៃការបង្ហាញមិនចុះកិបល្អត្រូវបានរកឃើញ ជាទូទៅគឺភាពមិនសមាមាត្រនៃឆ្អឹងអាង ត្រគាកនិងទម្រង់បង្ហាញរបស់ទារក Cephalopelvic Disproportion (CPD) ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ត្រូវបានជ្រើសរើស។



២.៧. ទឹកភ្លោះ

ស្រោមទឹកភ្លោះជាធម្មតានៅមិនបែករហូតដល់ពាក់កណ្ដាល ឬចុងបញ្ចប់នៃការឈឺពោះសម្រាល។ ទឹក ភ្លោះដែលនៅជុំវិញខ្លួនទារកនឹងធ្វើឱ្យមានសម្ពាធស្មើគ្នាលើគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ក្នុងស្បូន។ ស្រោមទឹកភ្លោះ, ថង់ទឹកភ្លោះផ្នែកខាងមុខជាទ្រនាប់របស់ការបង្ហាញ ហើយការពារសម្ពាធដែលចេញពីមាត់ស្បូននិងសាច់ដុំស្បូន។ ស្រោមទឹកភ្លោះអាចបែកដោយឯកឯង (SROM) មុនពេល ពេល ឬអំឡុងពេលសម្រាល ឬត្រូវបានបំបែកដោយ (AROM ឬ ARM) ដោយគ្រូពេទ្យ ឬឆ្មប បន្ទាប់ពីការបង្ហាញត្រូវចុះកិបបានយ៉ាងល្អ (Station 0) ហើយការ ឈឺពោះសម្រាលសកម្មត្រូវបានកើនឡើង។

បើការរហែកស្រោមទឹកភ្លោះនៅកម្រិតខ្ពស់ វាអាចនឹងមានទឹកភ្លោះតិចតួចប៉ុណ្ណោះដែលហូរចេញពេលកន្ត្រាក់។ នៅពេលដែលស្រោមទឹកភ្លោះបែកចង្វាក់បេះដូងទារកត្រូវតែបានពិនិត្យ បើការបែកស្រោមទឹកភ្លោះត្រូវអមដោយការហូរចេញខ្លាំង នៃទឹកភ្លោះ ហើយក្បាលទារកមិនចុះកិបល្អ ទងផ្ចិតអាចត្រូវបានទឹកភ្លោះនាំមកជាមួយ និងត្រូវបាន គាបរវាងផ្នែកដែលបង្ហាញនិងមាត់ស្បូន។ ប្រសិនបើ ស្រោមត្រូវបានបំបែក (ARM ឬ AROM) ដោយគ្រូពេទ្យចង្វាក់បេះដូងទារកត្រូវតែបានពិនិត្យមុននិងក្រោយនីតិវិធី។ សភាពទឹកភ្លោះត្រូវតែសង្កេតពីពណ៌ ក្លិន និងបរិមាណ។ ទឹក ភ្លោះធម្មតាវាគឺមានពណ៌ចំបើងថ្លាច្បាស់ រួមជា មួយនឹងសារធាតុក្រែម (vernix caseosa) នៅលើស្បែកទារក។ ប្រសិនបើវាមានពណ៌បៃតងត្នោត វាបង្ហាញពីវត្តមានរបស់ meconium ដែលបណ្តាលមកពីការសម្រាកនៃ សាច់ដុំខ្ទិប (sphincter) រន្ធគូថរបស់ទារក។ ចូរសំគាល់ ពណ៌ និងសភាពនៃទឹកភ្លោះដែលមានលាមកព្រៃដើម្បីកំណត់ថាតើវា៖ ក្រាស់ ឬស្តើង បៃតងខាប់ ឬបៃតងស្រាល ឬមើលទៅចាស់ ឬថ្មី។ ទឹកភ្លោះមានលាមកព្រៃចាត់ទុកថាជារឿងធម្មតានៅក្នុងទម្រង់ទារកបង្ហាញគូថ ដោយសារតែមានសម្ពាធលើពោះទារកពេលលូនចេញ បណ្តាលឱ្យទឹកភ្លោះមានលាមកព្រៃ។ ប្រសិនបើទឹកភ្លោះមានពណ៌លឿង វាបង្ហាញពីវត្តមានរបស់ប៊ីលីរុយប៊ីន។ ប្រសិនបើមានឈាមវាជាធម្មតាបង្ហាញពីការហូរឈាម (កម្រណាស់)។ បើទឹកភ្លោះមានក្លិនហើយក្លិនមិនល្អអាចបង្ហាញពីការបង្ករោគ ឬជំងឺរលាកស្រោមទឹកភ្លោះ (chorioamnionitis) ។ បរិមាណធម្មតានៃទឹកភ្លោះនៅ 36 ទៅ 38 សប្តាហ៍គឺ 800ទៅ1000ml ហើយវាថយចុះរហូតដល់គភ៌គ្រប់ខែ។បរិមាណទឹកភ្លោះ

ច្រើន (Polyhydramnios) និងបរិមាណទឹកភ្លោះតិច (oligohydramnios) អាចបង្ហាញពីភាពមិនប្រក្រតីពីកំណើតរបស់ទារកនៅក្នុងផ្ទៃពោះ។

២.៨. ទងផ្ចិត

ជាធម្មតា ទងផ្ចិតអណ្តែតនៅក្នុងទឹកភ្លោះជុំវិញទារក។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ វាអាចនឹងគាបទៅនឹងរាងកាយរបស់ទារក ក្នុងអំឡុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់ ដែលបណ្តាលឱ្យទារកមានការថយចុះ អុកស៊ីសែន។ ប្រសិនបើ ទារកបានពិនិត្យតាមដានយ៉ាងជាប់ ការគាបនេះនឹងលេចឡើងជាការធ្លាក់ចុះអថេរនៅក្នុងគំរូចង្វាក់បេះដូងទារក។ ការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពរបស់ម្តាយអាចផ្លាស់ប្តូរទីកន្លែងនិង បន្ធូរការគាបលើទងផ្ចិត។ ទងផ្ចិតអាចលូនចេញតាមមាត់ស្បូន និងចូលទៅក្នុងទ្វាមាស នៅពេលដែលស្រោមទឹកភ្លោះបែកមុនពេលដែលក្បាលទារកចុះកិបល្អ។

២.៩. សុក

សុកមានសារៈសំខាន់ចំពោះសុខភាពទារកក្នុងស្បូន។ ភាពមិនដំណើរការ ណាមួយនៃសុកនឹងប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពទារកអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល។ ការដឹកជញ្ជូនសារធាតុចិញ្ចឹមនិងអុកស៊ីសែនរបស់សុកតែងត្រូវបានកាត់បន្ថយអំឡុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់។ កង្វះអុកស៊ីសែន (hypoxia) របស់ទារកបណ្តោះអាសន្នជាធម្មតាត្រូវបានយកឈ្នះដោយសុកដែលមានសុខភាពល្អនៅពេលដែលវាបំពេញឡើងវិញបន្ទាប់ពីការកន្ត្រាក់។

៣. ផ្លូវឆ្លងកាត់

ឆ្អឹងអាងត្រគាក គឺជារង្វង់ឆ្អឹងដែលទម្ងន់រាងកាយត្រូវបានចែកចាយ ទៅផ្នែកខាងក្រោម។ វាមានឆ្អឹង sacrum, coccyx និងឆ្អឹង innominate ២។ ឆ្អឹងដែលគ្មានឈ្មោះត្រូវបានភ្ជាប់ទៅ sacrum ដោយសន្លាក់ sacroiliac;

sacrum និង coccyx ត្រូវបានភ្ជាប់ដោយសន្លាក់ sacrococcygeal ហើយឆ្អឹងដែលគ្មានឈ្មោះត្រូវបានភ្ជាប់គ្នានៅខាងមុខដោយឆ្អឹងពុយប៊ីស ។ សញ្ញាសម្គាល់កាយវិភាគវិទ្យាសំខាន់អំឡុងពេលវាយតម្លៃភាពគ្រប់គ្រាន់នៃឆ្អឹងអាងត្រគាកគឺឆ្អឹងខ្នង ischial និង tuberosities ischial វាហាក់ដូចជាមានភាពបត់បែនតិចតួចណាស់នៅក្នុងសន្លាក់អាងត្រគាក ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយដោយសារតែសរសៃចងត្រូវបានធ្វើឱ្យកាន់តែលាតសន្ធឹងដោយការសម្រាកការបត់បែនខ្លះនៅក្នុងឆ្អឹងអាងត្រគាកគឺអាចធ្វើទៅបានក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនិងសម្រាល។

៣.១. ឆ្អឹងអាងត្រគាក

ឆ្អឹងអាងត្រគាកត្រូវបានបែងចែកជាផ្នែកពិតនិងមិនពិត។ ឆ្អឹងអាងត្រគាកមិនពិតទោះបីមានសារៈសំខាន់ក្នុងការទ្រទ្រង់សរីរាង្គពោះក៏ដោយវាគ្មានសារៈសំខាន់ខាងសម្ភពទេ។ អាងត្រគៀកពិត គឺជាផ្លូវសម្រាលរបស់រាងកាយ។ សម្រាប់ការសម្រាលកូនតាមទ្វារមាស ច្រកនេះត្រូវតែមានទំហំនិងរូបរាងគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានចលនារបស់ទារក។ ឆ្អឹងអាងត្រគៀកនីមួយៗត្រូវបានចាត់ថ្នាក់តាមទម្រង់នៃច្រកចូល។ អាងត្រគាក gynecoid គឺល្អសម្រាប់ការសម្រាលកូន។ រូបរាង platypelloid អាចឱ្យទារកឆ្លងចូលបានតែនៅក្នុងទីតាំង OT ប៉ុណ្ណោះពីព្រោះអង្កត់ផ្ចិត anteroposterior គឺខ្លីពេក។ ឆ្អឹងអាងត្រគាក Android ស្រដៀងនឹងរូបរាងអាងត្រគាករបស់បុរស ជំរុញឱ្យក្បាលទារកចុះចូលក្នុងទីតាំង OP ដោយសារតែការមិនសមាមាត្រគ្នា។ ទម្រង់ anthropoid ទំនងជាបណ្តាលឱ្យមានស្ថានភាព OP ។ ស្ថានភាពនេះជាធម្មតាបណ្ដាលឱ្យមានការឈឺពោះសម្រាលយូរ និងការសម្រាលកូនដោយអន្តរាគមន៍ ឬត្រូវការសម្រាលកូនដោយការវះកាត់។

៣.២. អង្កត់ផ្ចិត

ឆ្អឹងអាងត្រគាកត្រូវបានបែងចែកជាច្រកចូល ច្រក កណ្តាល និង ច្រកចេញ នៃអាងត្រគាកពិត។ ច្រកចូលវាយតម្លៃដោយអង្កត់ទ្រូង conjugate, conjugate obstetric និង conjugate vera។ អង្កត់ទ្រូង conjugate គឺជាការវាស់វែងសំខាន់បំផុត ហើយត្រូវបានវាស់ក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យទ្វារមាសដោយដាក់ចុងម្រាមដៃកណ្តាលនៅលើ sacral promontory ហើយបន្ទាប់មកសម្គាល់កន្លែងដែលឆ្អឹងពុយប៊ីសប៉ះម្រាមដៃបន្ទាប់។ ប្រសិនបើការវាស់មានយ៉ាងហោចណាស់ 11.5 ស.ម នោះច្រកចូលអាងត្រគាកមានទំហំល្មម។ ច្រកកណ្តាលអាចត្រូវបានគេវាយតម្លៃបានតែតាមរយៈការពិនិត្យកាំរស្មីអ៊ិចប៉ុណ្ណោះ។ ភាពមិនសមល្មមអាចត្រូវបានគេសង្ស័យប្រសិនបើឆ្អឹង ischial មានភាពលេចធ្លោ និងជញ្ជាំងអាងត្រគាកតូចចង្អៀត ឬបើខ្សែកោងនៃឆ្អឹងកញ្ចូញគូថរាក់។អង្កត់ផ្ចិត interspinous (ធម្មតា 10 ស.ម) គឺជាអង្កត់ផ្ចិតតូចបំផុតដែលក្បាលទារកត្រូវតែសម្របសម្រួល។ sacrum, coccyx និងឆ្អឹងischial អាចត្រូវបានស្ទាបប៉ះដោយម្រាមដៃរបស់ឆ្មប។ ឆ្អឹងកញ្ចូញគូថអាចផ្លាស់ទីបាន។ ច្រកចេញត្រូវបានវាយតម្លៃដោយការវាស់នៃអង្កត់ផ្ចិតទទឹង និងរយៈចម្ងាយរវាង ischial ។ រង្វាស់ប្រវែង 8 ស.ម ឬធំជាងនេះត្រូវគេចាត់ទុកថាសមល្មម។ ផ្នែកខ្វងនៃឆ្អឹងពុយប៊ីសត្រូវតែអាចឱ្យក្បាលទារកឆ្លងកាត់ និងលូនចេញអំឡុងពេលសម្រាល។ មុំនៃផ្នែកខ្វងនេះគួរតែមានយ៉ាងហោចណាស់ 90 ដឺក្រេ។

៤. ផ្លូវចិត្ត

គឺជាស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍របស់ស្ត្រីដែលនាំមកជាមួយពួកគេពេលឈឺពោះសម្រាលកូន ចំពោះស្ត្រីភាគច្រើនមានអារម្មណ៍

នៃការភ័យខ្លាច ឬភ័យខ្លាចឬស្ទើរតែគ្រប់គ្នាវារួមបញ្ចូលអារម្មណ៍រំភើប ឬស្ងប់ស្ងែង។ ស្ត្រីដែលគ្រប់គ្រងការសម្រាលបានល្អបំផុតជាធម្មតាគឺជាស្ត្រីដែលមានអារម្មណ៍ជឿជាក់លើខ្លួនឯង និងជាអ្នកគាំទ្រដ៏មានអត្ថន័យ។ ភាពជឿជាក់នេះធ្វើឱ្យស្ត្រីមានអារម្មណ៍ ត្រួតពិនិត្យផ្លូវចិត្ត និងកាលៈទេសៈដែលពួកគេមិនមាន បទពិសោធន៍ពីមុនមក ហើយមិនមែនជាអ្វីដែលពួកគេស្រមៃថាកំពុងកើតឡើងនោះទេ (Moore, 2001)។ ការលើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យសួរសំណួរពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងចូលរួមថ្នាក់អប់រំម្តាយគឺជួយរៀបចំពួកគេសម្រាប់ការសម្រាលកូន។ ការលើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យចែករំលែកបទពិសោធន៍របស់ពួកគេបន្ទាប់ពីសម្រាលគឺជាពេលវេលាសង្ខេបឡើងវិញ និងជួយស្ត្រីឲ្យបញ្ចូលបទពិសោធន៍ទៅក្នុងជីវិតទាំងស្រុងរបស់ពួកគេ។

IV. **ដំណាក់កាលនៃការឈឺសម្រាល**

ការសម្រាលចែកចេញជា៤ដំណាក់កាល។ ដំណាក់កាលទី១ ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល ពិតប្រាកដរហូតដល់ការរលុបនិងរីកធំពេញលេញនៃមាត់ស្បូន។ ដំណាក់កាលទី២ ចាប់ពីមាត់ស្បូនបើកអស់រហូតដល់ការសម្រាលកូនពេញលេញ។ ដំណាក់កាលទី៣មានរយៈពេលចាប់ពីសម្រាលកូនរហូតដល់ការសម្រាលសុកបានចប់សព្វគ្រប់ ហើយនិងដំណាក់កាលទី៤គឺ២ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាលសុករួចរាល់។

១. ដំណាក់កាលទី១

ដំណាក់កាលទី ១ ជាទូទៅចែកជាដំណាក់កាលយឺត ដំណាក់កាលសកម្ម និងដំណាក់កាលឆ្លងកាត់។

- ដំណាក់កាលយឺត៖ ចាប់ផ្តើមពីការឈឺពោះសម្រាលពិតប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព (ការវិវត្តន៏ការរលុប និងការបើកមាត់ស្បូន) រហូតដល់មាត់ស្បូនបើកបាន ៣សង់ទីម៉ែត្រ ត្រឹមត្រូវ។ ជារឿយៗ រយៈយឺតនៃការឈឺពោះ

សម្រាលមិនប្រាកដច្បាស់ទេ ដូច្នេះរយៈពេលនេះគឺការគ្រាន់តែប្រហាក់ប្រហែលប៉ុណ្ណោះ។ ការកន្ត្រាក់កាន់តែខ្លាំងឡើង ទៀងទាត់និងញឹកញាប់ជាងមុនដោយចាប់

ផ្តើមពី ១៥ ទៅ ២០នាទី/ម្តង និងកើនឡើង ៤ ទៅ ៥ នាទី/ម្តង។ របៀបនេះគឺស្មើនឹងប្រមាណ ៤ម៉ោងក្នុងមួយម៉ោងកើនឡើងដល់១០ទៅ១២ក្នុងមួយម៉ោង។ រយៈពេលពី 30 ទៅ 40 វិនាទី ហើយកម្លាំងពីស្រាលទៅមធ្យម។

- ដំណាក់កាលសកម្ម៖ ដំណាក់កាលសកម្មមាត់

ស្បូនបើកបានពី 3 ទៅ 8 ស. មការកន្ត្រាក់គឺមានភាពទៀងទាត់ កាន់តែខ្លាំង និងញឹកញាប់ជាង។ ទោះបីជា

ការឈឺពោះ សម្រាលបង្ហាញពីការប្រែប្រួលខ្លះក៏ដោយ ប៉ុន្តែការកន្ត្រាក់ស្បូនក្នុងដំណាក់កាលសកម្មមានចន្លោះពី 3 ទៅ 5 នាទី មានរយៈពេលពី 50 ទៅ 75 វិនាទី ហើយមានអាំងតង់ស៊ីតេពីមធ្យមទៅខ្លាំង។ ក្នុងដំណាក់កាលនេះ ការបើកមាត់ស្បូនគួរតែកើតឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័ស។

- ដំណាក់កាលឆ្លងកាត់៖ គឺជាដំណាក់កាលលំបាក

តឹងតែងបំផុត ដែលអំឡុងពេលនោះមាត់ស្បូនបើក 2 សង់ទីម៉ែត្រចុងក្រោយគឺបើកបាន ពី 8 ទៅ 10 ស.ម។ ការកន្ត្រាក់ឈឺចាប់ ខ្លាំង និងខុសប្រក្រតីកើតឡើងរៀងរាល់ 2 ទៅ 3 នាទីម្តង ជាមួយនឹងអាំងតង់ស៊ីតេដែលស្ត្រីពិបាកទ្រាំណាស់។ កម្លាំងកន្ត្រាក់កើនឡើងហាក់បីដូចជាមានការធ្វេ

ស្រាលតិចតួចពីការឈឺចាប់ដែលកើតឡើងជាបន្តបន្ទាប់។ ការកន្ត្រាក់ខ្លាំងនៅតែបន្តពី 75 ទៅ 90 វិនាទី។ នៅពេលដែលមាត់ស្បូនបើកអស់ចុងក្រោយ សរសៃឈាមតូចៗអាចនឹងបែក ហើយទឹករំអិលក្នុងទ្វារមាសអាចលេចឡើងពណ៌ក្រហមភ្លឺ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការហូរឈាមខ្លាំង ឬមានដុំកំណកមិនគួរកើតឡើងទេ។ ដំណាក់កាលបញ្ចប់នេះ អត្រានៃការបើកមាត់ស្បូននឹងថយចុះ។

២. ដំណាក់កាលទី២

មុខងារសំខាន់នៃដំណាក់កាលទី២នៃការសម្រាល គឺការលូនចុះ។ Friedman បានកំណត់ដែនកំណត់ធម្មតានៃការលូនចុះដើម្បីណែនាំការទទួលស្គាល់បញ្ហាដំបូង។ មគ្គុទ្ទេសក៍នេះគឺសម្រាប់ទម្រង់បង្ហាញធម្មតាដែលមិនស្មុគ្រស្មាញដោយទីតាំងមិនធម្មតាឬបញ្ហាផ្សេងទៀត។ ចំពោះស្ត្រីកូនដំបូងដែលផ្លូវសម្រាល (Birth Canal) មិនមានបញ្ហាពីមុនមក ទារកអាចត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងលូនចុះយ៉ាងតិច 1.5 ស.ម ក្នុងមួយម៉ោង។ ប៉ុន្តែក្នុងករណីភាគច្រើនគឺ 3 សង់ទីម៉ែត្រក្នុងមួយម៉ោង។ ចំពោះស្ត្រីកូនច្រើនដងទារកជាធម្មតាលូនចុះលឿនជាង 2.1 ស.ម ក្នុងមួយម៉ោង។ ហើយជាញឹកញាប់បំផុតគឺប្រហែល 5 ស.មក្នុងមួយម៉ោង។ រយៈពេលជាមធ្យមនៃដំណាក់កាលទីពីរសម្រាប់ស្ត្រីកូនច្រើនដងគឺ 30 នាទីទៅ 1 ម៉ោងនិង 1 ទៅ 2 ម៉ោងសម្រាប់ស្ត្រីកូនដំបូង

៣. ដំណាក់កាលទី៣

មុខងារសំខាន់នៃដំណាក់កាលទី៣នេះគឺការរបេះសុក និងការខ្ទាក់ចេញ។ បន្ទាប់ពីទារកកើតភ្លាម ស្បូនត្រូវតែកន្ត្រាក់យ៉ាងខ្លាំងជុំវិញសុក។ កន្លែងតោងនៃសុកប្រែជាតូចជាងសុក ដែលបណ្តាលឱ្យមានការរបេះ

ធ្លាក់ចុះក្រោម និងការខ្ទាក់ចេញនៃសុក និងភ្នាស។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ត្រឹម 1 ទៅ 5 នាទីបន្ទាប់ពីការសម្រាល នឹងមានសញ្ញាបង្ហាញថាសុកបាន របេះចេញ និងធ្លាក់ចុះទៅក្នុងផ្នែកខាងក្រោមនៃទ្វារមាស។ បាតុភូតនេះគឺ៖

- ស្បូនប្រែជាតូច និងមូលរឹង ហាប់ណែន
- មានឈាមហូរចេញពីទ្វារមាស គំហុកបន្តិចពណ៌ក្រហមក្រមៅ
- ទងផ្ចិតលូនចេញមានប្រវែងវែងជាង
- ស្បូនរុញឡើងលើដោយសារសុករបេះ ធ្លាក់ចុះក្រោម

៤. ដំណាក់កាលទី ៤

វាយតម្លៃម្តាយក្នុងអំឡុងពេល២ម៉ោងក្រោយ សម្រាល ឬយូរជាងនេះ និងមុនពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ (តែមិនឲ្យមុនរយៈពេល២៤ម៉ោង) ដូចខាងក្រោម៖

ការសាកសួរ ពិនិត្យ កំណត់ត្រា	ការពិនិត្យ ការស្តាប់ ការស្ទាប
ពិនិត្យកំណត់ត្រា៖ -ហូរឈាមច្រើនជាង ២៥០ម.ល -សុកនិងស្រោមទឹកភ្លោះ ធ្លាក់ចេញអស់ -មានផលវិបាកអំឡុង ពេលសម្រាលនិងក្រោយ សម្រាល	-វាស់សម្ពាធឈាម -វាស់កម្តៅ -រាប់ជីពចរ -ស្ទាបមើលថាតើស្បូន មានសភាពរឹងនិងមូល ឬទេ? -ពិនិត្យមើលក្រែងមានការ ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស

-តម្រូវការព្យាបាលពិសេស -តម្រូវការវះចងដៃស្បូន ឬដាក់កងក្នុងស្បូន សាកសួរម្ដាយអំពីៈ -អារម្មណ៍ -ការឈឺចាប់ -កង្វល់ -ទារក -បញ្ហាដោះ	-ពិនិត្យមើលប៉េរីណេះ តើមានដាច់រហែកឬទេ? តើមានហើមឬទេ? -ពិនិត្យរកភាពស្លេកស្លាំង

V. **យន្តការនៃការសម្រាល**

ដើម្បីសម្របសម្រួលជាមួយឆ្អឹងអាងត្រគាកម្ដាយ ទារកត្រូវឆ្លងកាត់យន្តការនៃការសម្រាល ឬចលនាសំខាន់ៗនៃការឆ្លងកាត់របស់ទារក។ យន្តការនៃការឈឺពោះសម្រាលសម្រាប់ទីតាំងអុកស៊ីពុតមុខឆ្វេង (LOA) គឺៈ

១. ដំបូងផ្នែកដែលបង្ហាញត្រូវតែចុះកិបល្អ ឬចូលទៅក្នុងឆ្អឹងអាងត្រគាកពិតប្រាកដ ផ្នែក (ក្បាលឬគូថ) ដែលចុះក្នុងស្ថានភាពទទឹងដូច្នេះវិជ្ឈមាត្រធំបំផុតនៃឆ្អឹង
អាងត្រគាកនឹងសម្របសម្រួលជាមួយវិជ្ឈមាត្រធំបំផុតនៃក្បាលទារក។

២. ការចុះកិបល្អនៃទម្រង់បង្ហាញត្រូវបានគេវាស់វែងនិងកំណត់ក្នុងស្ថានភាព Stetion 0

៣. ក្បាលទារកជ្រមុជល្អជាលទ្ធផលនៃសេចក្ដី ធនទ្រាំដែលទារកបានជួបប្រទះ។ ភាពជ្រមុជត្រូវតែកើតឡើងដើម្បីឱ្យយន្តការផ្សេងទៀតធ្វើ

តាម ហើយការបត់បែនត្រូវរក្សារហូតដល់ជំហានចុងក្រោយនៅពេលដែលក្បាលទារកលូនចេញ។

៤. បន្ទាប់មកក្បាលទារកឆ្លងកាត់ឆ្អឹង ischial ត្រូវតែបង្វិល 45 ដឺក្រេទៅខាងស្តាំ ឬខាងឆ្វេងពីទីតាំងទទឹងនោះ។ ការបង្វិលខាងក្នុងគឺជាជំហានដ៏សំខាន់ហើយអាចចំណាយពេលខ្លះដើម្បីសម្រេចបាន។ នៅពេលដែលផ្នែក បង្ហាញបង្វិល ក្បាលទារកត្រូវគេនិយាយថាក្បាលទារកស្ថិតក្នុងទីតាំងអុកស៊ីពុតមុខឆ្វេង (Left Occiput Anterior)
(LOA) ឬ អុកស៊ីពុតមុខស្តាំ (Right Occiput Anterior
[ROA]) ឬ អុកស៊ីពុតក្រោយឆ្វេង (Left Occiput Posterior (LOP) ឬ អុកស៊ីពុតក្រោយស្តាំ (Right Occiput Posterior [ROP]) ។ ប្រសិនបើវគ្មានការបង្វិពេញលេញកើតឡើងទេវានៅតែស្ថិតក្នុងទីតាំងអុកស៊ីពុតទទឹង (occiput transverse) (LOT) (ខាងស្តាំ Right Occiput Transverse [ROT])។

៥. បន្ទាប់មកក្បាលលូនចេញស្ថិតនៅក្រោមឆ្អឹងពុយប៊ីសដោយមានការសម្របសម្រួលនៃអក្សរអាងត្រគាក ត្រង់ចំណុចនេះក្បាល ឬគូទរបស់ទារកត្រូវបានគេមើលឃើញនៅទ្វារមាស។

៦. ការបង្វិលក្បាលទារកខាងក្រៅពាក់ព័ន្ធនឹងចលនា២។ បន្ទាប់ពីក្បាលសម្រាល ផុត ក្បាលនឹងបង្វិលតម្រូវជាមួយស្មាដែលស្ថិតក្នុងវិជ្ជមាត្រទទឹងនៃច្រកចូលអាងត្រគាកនៅឡើយ។ ចលនានេះក៏ពាក់ព័ន្ធនឹងការបង្វិលស្មាឲ្យស្ថិតក្នុងទីតាំង មុខក្រោយដើម្បីឱ្យស្មាអាចលូនចេញពីទ្វារមាសម្តាយបានងាយ។

៧. ការខ្ទាក់ចេញឬការសម្រាលទារកអាច
ប្រព្រឹត្តទៅបាននៅពេលដែលស្មាខាងមុខផ្លាស់ទីទៅ

ក្រោមឆ្អឹងពុយបឺស។ ស្មាក្រោយគួរតែត្រូវបានសម្រាលដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ដើម្បីការពារការរហែកប៉េរីណេ បន្ទាប់
ផ្នែកផ្សេងទៀតនៃរាងកាយគួរតែធ្វើបានយ៉ាងងាយស្រួល

- ដើម្បីសម្រេចបាននូវយន្តការទាំងនេះ ការសម្រប

សម្រួលត្រឹមត្រូវនៃកូនឆ្លងកាត់ ផ្លូវឆ្លងកាត់ និងកម្លាំង
ស្បូនកន្ត្រាក់ត្រូវតែកើតមានឡើង។ ប្រសិនបើផ្នែកដែលបង្ហាញមានទំហំធំពេក ឬទម្រង់ពោះទទឹង ការចុះកិបល្អមិនអាចកើតឡើងបានទេ។ ប្រសិនបើទីតាំងអុកស៊ីពុត ក្រោយនោះក្បាលគ្មានការសង្កត់ស្មើគ្នាលើមាត់ស្បូនទេ នោះការឈឺពោះសម្រាលនឹងអូសបន្លាយ។ បើការកន្ត្រាក់ខ្សោយពេក ឬមិនទៀងទាត់ នោះកម្លាំងមិនរុញទារកចុះតាមអាងត្រគាកទេ។ បើឆ្អឹងអាងត្រគាកតូចពេក ទារកមិនអាចសម្របសម្រួលដើម្បីឆ្លងកាត់បានទេ។

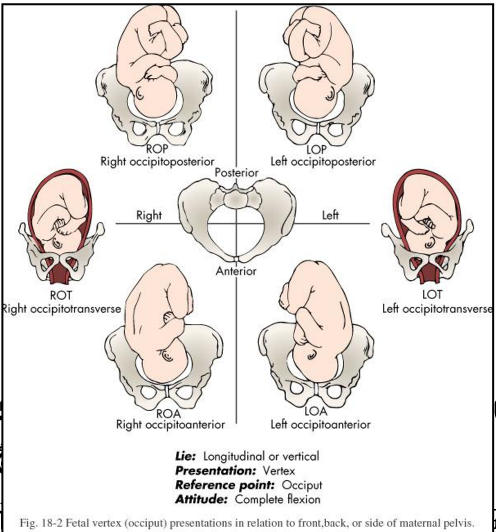


Fig. 18-2 Fetal vertex (occiput) presentations in relation to front,back, or side of maternal pelvis.
© 2004, Mosby, Inc. All rights reserved.

VI. ការវាយ ... ពោះ សម្រាល

១. ផែនការ ...

នៅ ... ទាំ។

ប្រសិទ្ធភាពនៃផែនការថែទាំត្រូវបានវាស់វែងធៀបនឹងកម្រិតដែលបានផ្តល់ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនឯងត្រូវទទួលបានជោគជ័យ។ សកម្មភាពគិលានុបដ្ឋាយិកា/ឆ្មបជួយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរស្ត្រី និងអ្នកកំដរឆ្ពោះទៅរកសកម្មភាពប្រកប ដោយការទទួលខុសត្រូវ ហើយគ្រួសារស្ត្រីកាន់តែមានទំនុកចិត្ត។ ការថែទាំជាក់ស្តែងរួមបញ្ចូលនូវការពិតនៃបច្ចេកវិទ្យាទំនើប និងការអភិវឌ្ឍន៍របស់គ្រួសារ។ ដំណើរការវិវត្តន៍នៃការឈឺពោះសម្រាលទាំងមូល សកម្មភាពគិលានុបដ្ឋាយិកា/ឆ្មបត្រូវតែដឹកនាំឆ្ពោះទៅរកការគាំទ្រ និងការលើកទឹកចិត្តដល់ការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់ស្ត្រី និងដៃគូរបស់នាងដែលជួយសម្រួល និងរក្សាការពារទាំងផ្លូវរាងកាយ ផ្លូវចិត្ត និងភាពរំភើបរួមជាមួយនឹងជំនួយផ្នែកថែទាំ សមត្ថភាពថែទាំខ្លួនឯងរបស់ស្ត្រីត្រូវបានលើកទឹកចិត្ត។ ឯករាជ្យភាព និងការចូលរួមធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តគួរតែត្រូវបានលើកកម្ពស់ ទោះបីជាមានការព្យាបាលដោយវេជ្ជសាស្ត្រ ឬបច្ចេកវិទ្យាដែលអាចដកចេញបានក៏ដោយ។ ការកំណត់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយគិលានុបដ្ឋាយិកា/ឆ្មបដែលកំពុងមានវត្តមាន ត្រូវចាប់ផ្តើមធ្វើផែនការថែទាំសម្រាប់ការស្នាក់នៅរបស់ស្ត្រីក្នុងកន្លែងរបស់ខ្លួន។

២. ការវាយតម្លៃរហ័សចំពោះស្ត្រីពេលឈឺពោះសម្រាល

វិធានការវាយតម្លៃជាបន្ទាន់មួយចំនួនគឺចាំបាច់ដើម្បីការពារសុខភាពមាតា និងទារក នៅពេលដែលស្ត្រីមកដល់កន្លែងសម្រាល។ បន្ទាប់ពីស្ត្រី និងគ្រួសាររបស់គាត់តម្រង់ទិសពីកន្លែងសម្រាល នីតិវិធីត្រូវផ្តោតលើការទទួលបានទិន្នន័យសំខាន់ៗនៃការឈឺពោះសម្រាល។

៣. ការសម្ភាសន៍ដំបូង និងការពិនិត្យរាងកាយ

ទិន្នន័យសំខាន់ៗដែលត្រូវទទួលបានរួមមានវិសាលភាពនៃកម្លាំងឈឺពោះសម្រាលរបស់ស្ត្រី ស្ថានភាពទូទៅនៃរាងកាយ និងការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់ការឈឺ ពោះសម្រាលនិងការសម្រាលកូនរបស់ស្ត្រី។ សម្រាប់ការសម្ភាសន៍ដំបូងទទួលបានព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

- ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាលដែលរំពឹងទុក
- ភាពញឹកញាប់ រយៈពេល និងកម្លាំងស្បូនកន្ត្រាក់
- បរិមាណនិងសភាពនៃទឹករំអិល
- ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ
- សញ្ញាជីវិត (សីតុណ្ហភាព ជីពចរ ការដកដង្ហើម សម្ពាធឈាម និងទឹកនោម (វាយតម្លៃចន្លោះស្បូនកន្ត្រាក់))
- ពេលវេលាដែលស្ត្រីញ៉ាំចុងក្រោយ
- ប្រតិកម្មថ្នាំផ្សេងៗដែលស្គាល់
- ប្រវត្តិសម្ភព និងផលវិបាក
- ផែនការកំណើត ឬវិធានការផ្តាល់ខ្លួនដែលស្ត្រីបានគ្រោងទុក ដូចជាការមិនប្រើថ្នាំសណ្តំ ឬអ្នកណានឹងកាត់ទងផ្ចិត
- ពិនិត្យគ្រប់ឯកសារដែលមាន

ចំនួននៃព័ត៌មានទាំងនេះគឺកម្រកបានទាំងអស់ ប៉ុន្តែវាជួយកំណត់ថាតើស្ត្រីស្ថិតក្នុងការឈឺពោះសកម្មហើយត្រូវការការថែទាំយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់ ឬថាតើស្ត្រីនាងបានមកដល់មន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សម្រាលកូនក្នុងដំណាក់កាលឈឺពោះដំបូងពេក ។ បន្ទាប់ពីនីតិវិធីវាយតម្លៃដំបូងស្ត្រី នឹងត្រូវបានរកឃើញថាមានហានិភ័យ ឬមានការសម្រាលពិបាក ឬមានហានិភ័យ

ចំពោះទារកទើបនឹងកើតដែលត្រូវការការថែទាំជាពិសេសនៅពេលសម្រាល។

៤. ការវាយតម្លៃលម្អិតដំណាក់កាលទី១

ប្រសិនបើស្ត្រីកំពុងស្ថិតក្នុងរយៈសកម្ម ប្រវត្តិ របស់ស្ត្រីមានតែមួយគត់ដែលទទួលបានគឺក្រោយពេលទារកកើត។ ប្រសិនស្ត្រីមិនប្រឈមមុខនឹងការសម្រាលឆាប់ៗទេនោះ ប្រវត្តិ និងការពិនិត្យរាងកាយកាន់តែទូលំទូលាយអាចត្រូវបានអនុវត្តដូចខាងក្រោម៖

- ប្រវត្តិទូទៅ
- ប្រវត្តិសម្ភពបច្ចុប្បន្ន
- ប្រវត្តិសម្ភពពីមុន
- ការពិនិត្យរាងកាយ
- ស្ទាបពោះតាមរបៀប Leopold
- ការវាយតម្លៃការបែកស្រោមទឹកភ្លោះ
- អេកូសាស្ត្រ
- សញ្ញាជីវិត
- លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍
- ការវាយតម្លៃសភាពនៃការកន្ត្រាក់ស្បូន
- ការវាយតម្លៃសភាពទារក

៥. ការថែទាំស្ត្រីដំណាក់កាលទី១នៃការសម្រាល

ដំណាក់កាលទី១នៃការឈឺពោះសម្រាលចាប់

ផ្តើមនៅពេលស្បូនកន្ត្រាក់ទៀងទាត់ មានចង្វាក់និងកើន ឡើងដល់កំពូល ហើយបញ្ចប់នៅពេលដែលមាត់ស្បូន បើកអស់។ ស្ត្រីភាគច្រើនមានការកន្ត្រាក់ស្បូនជាច្រើនម៉ោងមុនពេលគាត់មកដល់មន្ទីរពេទ្យសម្រាល ពីព្រោះគាត់មានចេតនានៅផ្ទះរហូតដល់គាត់ឈានចូលដល់ដំណាក់កាល

ទី១ពិតប្រាកដ។ ស្ត្រីភាគច្រើនទំនងជាធ្លាប់ជួបប្រទះនឹងការឈឺចាប់ ហើយផ្អែកលើការវិនិច្ឆ័យរបស់ ខ្លួនឯងថាអ្វីៗនឹងដំណើរការល្អក្នុងរយៈពេលយូរ។ ការថែទាំក្នុងដំណាក់កាលទី១នៃការឈឺពោះសម្រាល គឺជួយស្ត្រីឱ្យមានអារម្មណ៍ជឿជាក់លើសមត្ថភាពរបស់គាត់ក្នុងការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់និង ដំណើរការវិវត្តន៍នៃការឈឺ ពោះសម្រាល និងរក្សាស្ថេរភាពរាងកាយខាងសរីរវិទ្យា។ ដំបូងឡើយ វាជាការរំភើបសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអារម្មណ៍ថាស្បូនកន្ត្រាក់។ ដំបូងតិចជាងការឈឺចាប់ពេលមករដូវ ហើយគុណភាព "នេះពិតជាកំពុងកើតឡើង" មិនយូរប៉ុន្មាន បើស្ត្រីមិនបានផ្តោតលើលំហាត់ដកដង្ហើមដែលបានគ្រប់គ្រងទេ ការកន្ត្រាក់ស្បូននឹងក្លាយជាកម្រិតខ្លាំងឡើងៗ ទោះជាស្ត្រីកាន់តែគ្មានផាសុកភាពយ៉ាងណាក៏ដោយ ហាក់ដូចជាមិនមានអ្វីកើតឡើងឡើយ។ គូស្នេហ៍មួយគូអាចចាប់ផ្តើមព្រួយបារម្ភថាមានអ្វីមួយខុសប្រក្រតី ហើយប្រហែលជាគិតថាព្រោះខែទី 9 ជិតមកដល់ហើយ ប៉ុន្តែវាកំពុងគេចពីពួកគេ។ ផ្តល់ឱ្យគូស្វាមីភរិយានូវវឌ្ឍនភាពនៃការឈឺពោះសម្រាលឱ្យបានញឹកញាប់ ដើម្បីកុំឱ្យពួកគេបាក់ទឹកចិត្ត ឬភ័យខ្លាចចំពោះភាពខ្វះខាតដែលមើលទៅហាក់ដូចជាមានការរីកចម្រើន។

- **គោរពពេលវេលាស្បូនកន្ត្រាក់**

កុំរំខានស្ត្រីនៅពាក់កណ្តាលលំហាត់ដកដង្ហើមអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលកូន។ នៅពេលដែលការកន្ត្រាក់ស្បូនត្រូវរំខាន ស្ត្រីមាន

អារម្មណ៍ថាស្បូនកន្ត្រាក់ ខ្លាំងពិបាកទ្រាំ។ បើស្ត្រីបានជោគជ័យក្នុងការប្រើលំហាត់ប្រាណដកដង្ហើម ដើម្បីកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ ភ្លាមៗស្រាប់តែមានអារម្មណ៍ថាមានការកន្ត្រាក់ពេញមួយទំហឹង គួរឱ្យភ័យខ្លាច។ ភាពតានតឹងនិងការឈឺចាប់របស់ស្ត្រី កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ហើយនាងអាចនឹងសង្ស័យពីសមត្ថភាពដកដង្ហើមនៅពេលប្រឈមមុខនឹងការឈឺចាប់ខ្លាំងជាមួយនឹងការកន្ត្រាក់ស្បូនបន្ទាប់។ អនុញ្ញាតឱ្យស្ត្រីដកដង្ហើមតាមការកន្ត្រាក់របស់ស្បូនបន្ទាប់មកសួរសំណួរ និងនីតិវិធីថែទាំដែលត្រូវធ្វើបន្ទាប់ ឬសួរសំណួរប៉ុន្តែត្រូវរង់ចាំចម្លើយដោយអត់ធ្មត់។

- **លើកទឹកចិត្តឲ្យផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ**

នៅពេលចាប់ផ្តើមឈឺពោះសម្រាល ស្ត្រីអាចក្រោកដើរ ឬអង្គុយលើគ្រែ ឬកៅអី លុតជង្គង់ ឬអង្គុយក្នុងស្ថានភាពណាក៏ដោយដែលនាងចូលចិត្ត។ ដោយសារតែគ្រែគឺជាគ្រឿងសំខាន់នៅក្នុងបន្ទប់សម្រាល ស្ត្រីភាគច្រើនគិតថាគាត់ត្រូវតែគេងនៅលើគ្រែ។ ហើយស្ត្រីដែលមានស្រោមទឹកភ្លោះជ្រាប ឬបែកគួរតែគេងផ្អៀងរហូតដល់ការតាមដានបង្ហាញពីភាពប្រែប្រួលនៃចង្វាក់បេះដូង ទារកល្អ និងគ្មានការធ្លាក់ចុះ ឬស្ត្រីត្រូវបានពិនិត្យដោយគ្រូពេទ្យ ឬគិលានុបដ្ឋាយិកា-ឆ្មប លុះត្រាតែក្បាលទារកចុះកិបល្អ ហើយទងផ្ចិតអាចលូនចូលទៅក្នុងទ្វារមាស ប្រសិនបើនាងដើរ។ នៅពេលដែលការឈឺពោះកាន់តែ វិវត្តទៅមុខល្អ ការគេងលើគ្រែជាជម្រើសល្អបំផុតរបស់

ស្ត្រី ដូច្នេះបើការសម្រាលកូនលឿន ទារកនឹងមិនកើតនៅពេលនាងកំពុងដើរឡើយ។ ស្ថានភាពអង្គុយគឺមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ការសម្រាលកូន ព្រោះវាជួយតម្រឹមផ្នែកបង្ហាញរបស់ទារកជាមួយនឹងមាត់ស្បូន ហើយថែម

ទាំងប្រើទម្ងន់របស់ទារកជួយដល់ការបើកធំនៃមាត់ស្បូន ពេលស្ត្រីគេងត្រូវលើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យគេងផ្អៀងទៅខាងឆ្វេង ស្ថានភាពនេះធ្វើឱ្យស្បូនធ្ងន់ផ្តោះទៅមុខឆ្ងាយពី សរសៃវេណាម vena cava ដែលអនុញ្ញាតឱ្យចរន្តឈាមរត់ត្រឡប់មកវិញពីចុងទាបបំផុត និងបំពេញចរន្តឈាម
ដល់សុកបានគ្រប់គ្រាន់ ស្ត្រីភាគច្រើនមានផាសុកភាពក្នុងស្ថានភាពគេងផ្អៀង។

- **លើកទឹកចិត្តបន្ទោរបង់ និងការពារប្លោកនោម**

ប្លោកនោមឬពោះវៀនពេញអាចរារាំងការចុះចូលនៃក្បាលទារក។ លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យនោមយ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ 2 ទៅ 4 ម៉ោងម្តងបើអាចធ្វើបាន។ លើកទឹកចិត្តស្ត្រីឱ្យធ្វើបែបនេះ ព្រោះស្ត្រីអាចមិនឈឺបត់ជើងពេលប្លោកនោមពេញ ហើយវាក៏ជាផ្នែកមួយចាំបាច់ក្នុងពេលឈឺពោះសម្រាល។ វាយតម្លៃប្លោកនោមពេញដោយការគោះ (ប្លោកនោមទទេមិនខ្វរ បើប្លោកនោម
ពេញខ្វរ)។ បើស្ត្រីមិនអាចនោមបានហើយប្លោកនោមពេញ ប្រហែលជាត្រូវប្រើសុងបូម។ ការបូមទឹកនោមក្នុង
ពេលឈឺពោះសម្រាលគ្មានផាសុកភាពចំពោះស្ត្រីទេ ហើយក៏នឹងពិបាកសម្រាប់គិលានុបដ្ឋាយិកា/ឆ្មប ព្រោះ ទ្វារមាសមានសភាពហើមដោយសារសម្ពាធផ្នែកដែលបង្ហាញរបស់ទារក ដែលធ្វើឲ្យរន្ធនោមពិបាកក្នុងការកំណត់ទីតាំង និងស៊កសុងតាមបង្ហូរនោមចុះក្រោម។ ប្រើសុងបូមទំហំតូចហើយបញ្ចូលវាចន្លោះការកន្ត្រាក់។ ប្រើបច្ចេកទេសសូន្យរោគយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្នបំផុត ដើម្បីជៀសវាងការនាំបាក់តេរីដែលអាចបង្កឱ្យមានការឆ្លងមេរោគតាមផ្លូវទឹកនោមបាន។

៦. ការថែទាំស្ត្រីដំណាក់កាលទី២នៃការសម្រាល

ដំណាក់កាលទី២នៃការសម្រាលគឺជាពេលវេលានៃការបើកមាត់ស្បូនអស់រហូតដល់ទារកកើត។ សូម្បីតែស្ត្រីដែលបានចូលរៀនថ្នាក់អប់រំម្តាយហើយក៏ដោយក៏មានការភ្ញាក់ផ្អើលចំពោះកម្លាំងនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនក្នុងដំណាក់កាលនេះដែរ។ ដោយសារតែអារម្មណ៍ចង់ប្រឹងខ្លាំង ស្ត្រីជាច្រើនមានប្រតិកម្មជាមួយការរឹតបន្តឹងសាច់ដុំពោះរបស់ពួកគេ ហើយព្យាយាមទប់ដែលធ្វើឱ្យអារម្មណ៍កាន់តែឈឺចាប់ និងគួរឱ្យភ័យខ្លាច។ ស្ត្រីខ្លះមានប្រតិកម្មចំពោះការផ្លាស់ប្តូរនៃការកន្ត្រាក់ស្បូននេះដោយបង្កើនការរែកញែករកហេតុផល និងក្រេវក្រោធកាន់តែខ្លាំង ឬដោយការស្រែកយំ។ ហើយម៉ោងបន្តបន្ទាប់ស្ត្រីនឹងមានអារម្មណ៍ពិបាកនឹងពេញចិត្តបំផុត លុះត្រាតែគាត់ធ្លាប់មានបទពិសោធន៍ក្នុងការឈឺពោះសម្រាល។ អ្នកកំដរដើរតួយ៉ាងសំខាន់ ពីព្រោះការរៀបចំទាំងអស់ដែលបានធ្វើឡើងរហូតមកដល់ចំណុចនេះ ប្រហែលជានៅតែមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីគាំទ្រស្ត្រីម្នាក់ៗនោះទេ លុះត្រាតែនាងមានអ្នកជួយគាំទ្រនៅជាមួយនាង។ ការចែករំលែកនេះក៏សំខាន់នៅពេលក្រោយសម្រាលដែរពេលណាអ្នកទាំងពីរអាចនិយាយគ្នាបាន។ ស្ត្រីចាំបាច់ត្រូវមានអ្នកថែទាំសុខភាពដែលមានបទពិសោធន៍នៅជាមួយនៅពេលដែលស្ត្រីចូលដល់ដំណាក់កាលនេះ ដើម្បីធានាចំពោះស្ត្រីថាការផ្លាស់ប្តូរនៃការកន្ត្រាក់ស្បូនពេលឈឺពោះសម្រាលកូនគឺជារឿងធម្មតា និងផ្តល់ការគាំទ្រប្រកបដោយចំណេះដឹងថាអ្វីៗទាំងអស់គឺត្រឹមត្រូវតាមធម្មជាតិ។ វាយតម្លៃចង្វាក់បេះដូងទារកនៅចំណុចចាប់ផ្តើមនៃដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល ដើម្បីប្រាកដថាការចាប់ផ្តើមឆ្លង

កាត់របស់ទារកក្នុងល្ងអាងត្រគាកគឺមិនគាបទងផ្ចិត និង
រំខានដល់ចរន្តឈាមរត់របស់ទារក។

➢ **ស្ថានភាពប្រឹងសម្រាលកូន**

មានស្ថានភាពផ្សេងៗគ្នាជាច្រើនដែលអាចត្រូវបាន
ប្រើក្នុងពេលប្រឹងសម្រាលកូន។ ទីតាំងទី១គឺទីតាំងគេងបញ្ឈរជង្គង់ (lithotomy) គឺជាទីតាំងចំបងសម្រាប់ ប្រឹងសម្រាលកូន ប៉ុន្តែវាលែងជាទីតាំងជម្រើសនៅក្នុងបន្ទប់សម្រាល ឬមណ្ឌលសុខភាពទៀតហើយ ទោះបីជាគ្រែសម្រាលនៅក្នុងតំបន់ទាំងនោះជាធម្មតាមានភ្ជាប់ជាមួយឈ្នាន់ដាក់ជើង (stirrups) ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាលកូនក្នុងស្ថានភាពគេងផ្ងារក៏ដោយ។ ភាពឆ្លាស់ គ្នានៃស្ថានភាពសម្រាលរួមមាន៖ គេងផ្អៀង ឬគេងផ្អៀង ឆ្វេង, គេងផ្ងារបញ្ឈរជង្គង់, គេងពាក់កណ្តាលអង្គុយ និងអង្គុយចោងហោង។ គិលានុបដ្ឋាយិកា-ឆ្មបមានទំនោរពេញចិត្តចំពោះស្ថានភាពសម្រាលផ្សេងៗទាំង
នេះសម្រាប់អតិថិជនរបស់ពួកគេ ដោយសារតែភាពសង្កត់
ស្រាលជាងទៅលើតំបន់ប៉េរីណេដែលធ្វើឱ្យមានការ រហែកតិចជាង។ ការកាត់ទ្វារមាសនៅពេលសម្រាល (episiotomy) អាចធ្វើបាននៅក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន ទោះបីជាការជួសជុលឡើងវិញពិបាកជាងនៅក្នុងស្ថានភាពគេងផ្ងារបញ្ឈរជង្គង់ក៏ដោយ។ ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យចូលចិត្តស្ថានភាពគេងផ្ងារបញ្ឈរជង្គង់ពេល
សម្រាល ចូរពាក់ជើងស្ត្រីទៅក្នុងឈ្នាន់ជើងខណៈពេលដែលគ្រូពេទ្យ/ឆ្មបកំពុងពាក់ម៉ាស ស្លៀកពាក់ខោអាវ ការពារ ពាក់ស្រោមដៃគ្មានមេរោគ និងលាងសម្អាត

តំបន់ប៉េរីណេ។ លើកជើងទាំងពីរក្នុងពេលតែមួយ ដើម្បីការពារសាច់ដុំខ្នង និងសាច់ដុំពោះខាងក្រោមរបស់ស្ត្រី។ ខ្សែដែលក្រវ៉ាត់ជើងស្ត្រីត្រូវធានាថាមិនតឹងខ្លាំងពេកទេ។ ស្ត្រីជាច្រើនយល់ឃើញថា ការពាក់ខ្សែក្រវ៉ាត់នៅជើងទាំងសង្ខាងជាស្ថានភាពខុសពីធម្មជាតិចំពោះការ សម្រាលកូន ប៉ុន្តែស្ត្រីនៅតែផ្តល់ស្ថានភាពល្អបំផុតសម្រាប់ការកាត់ទ្វារមាស ឬការសម្រាលកូនដោយប្រើ ឧបករណ៍ ឬសម្រាប់ការមើលប៉េរីណេដើម្បីរកមើលការដាច់រហែក និងបញ្ហាផ្សេងៗនៅពេលទារកកើតហើយ
ជាទូទៅស្ត្រីមិនមានផាសុកភាពនោះទេ។ ដោយសារតែការប្រឹងបញ្ចេញកូនមិនសូវមានប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងស្ថាន
ភាពគេងផ្ងារបញ្ឈរជង្គង់ ជាការប្រសើរត្រូវលើកគ្រែ
សម្រាលឲ្យនៅក្នុងមុំពី 30 ទៅ 60 ដឺក្រេ ដូច្នេះស្ត្រីអាចបន្តប្រឹងបានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ ការគេងផ្ងារ
ប្រឹងរយៈពេលយូរជាងមួយម៉ោងនាំឱ្យមានការកកស្ទះនៅអាងត្រគាកខ្លាំង ដោយសារតែលំហូរឈាមទៅកាន់ផ្នែក
ខាងក្រោមបំផុតត្រូវបានរារាំង។ ការកកស្ទះចរន្តឈាមនៃអាងត្រគាកអាចនាំឱ្យមានវិបត្តិកើនឡើងនៃឈាមកកក្នុង
សរសៃវ៉ែនជ្រៅ (thrombophlebitis) ក្រោយសម្រាល និងក៏អាចរួមចំណែកដល់ការបាត់បង់ឈាមច្រើនពេកក្រោយសម្រាល និងសុកទន់ខ្សោយ។ ដោយសារហេតុផលទាំងនេះ សូមដាក់ជើងស្ត្រីនៅក្នុងស្ថានភាពគេងផ្ងារបញ្ឈរ
ជង្គង់តែនៅដំណាក់កាលចុងក្រោយប៉ុណ្ណោះ។ នៅពេលដែលស្ត្រីស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពគេងផ្ងារបញ្ឈរជង្គង់គ្រែ

សម្រាលពាក់កណ្ដាលផ្នែកក្រោមត្រូវបានបត់ចុះក្រោម ដូច្នេះឆ្មបអាចនៅជិតច្រកចេញនៃអាងត្រគាក។ ត្រូវប្រាកដថាមាននរណា (ឆ្មប/ ជំនួយការ) ម្នាក់នៅជើងគ្រែ សម្រាលដែលបត់ ដូច្នេះប្រសិនបើការទារកកើតភ្លាមៗ ទារកនឹងមិនធ្លាក់ ឬរងរបួសឡើយ។

➢ ការលើកកម្ពស់ប្រសិទ្ធភាពប្រឹងក្នុងដំណាក់កាលទីពីរនៃការសម្រាល

ចំពោះការប្រឹងបញ្ចេញកូនដែលមានប្រសិទ្ធភាពបំផុតក្នុងដំណាក់កាលទី២នៃការឈឺពោះសម្រាល ស្ត្រីត្រូវតែប្រឹងរួមជាមួយស្បូនកន្ត្រាក់ និងសម្រាកចន្លោះការកន្ត្រាក់ស្បូនម្ដងៗ។ វិធីសាស្ត្រល្អបំផុតគឺអនុញ្ញាតឱ្យស្ត្រីប្រឹងនៅពេលដែលគាត់ចង់ប្រឹងដោយប្រើស្ថានភាព បច្ចេកទេសសម្រាលកូនត្រឹមត្រូវ និងស្ត្រីមានអារម្មណ៍ថាសុខស្រួលបំផុតសម្រាប់គាត់។ ការប្រឹងសម្រាលជាធម្មតាធ្វើបានល្អបំផុតចំពោះស្ថានភាពសម្រាលដោយ
គេងពាក់កណ្ដាលអង្គុយ អង្គុយចោងហោង ឬលុត
ជង្គង់ជើងបួន ជាជាងការគេងរាបស្មើ ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យទំនាញផែនដីជួយដល់ការប្រឹងប្រែងបញ្ចេញទារក។ ស្ត្រីអាចប្រើការប្រឹងខ្លី ឬប្រឹងវែងបានតាមដែលស្ត្រីមានផាសុកភាពជាង។ ការអត់ដង្ហើមរបស់ស្ត្រីអំឡុងពេលស្បូនកន្ត្រាក់អាចបណ្ដាលមានចលនារបស់ Valsalva ឬរាំងការវិលត្រលប់មកបេះដូងជាបណ្ដោះអាសន្នដោយ
សារតែសម្ពាធខាងក្នុងទ្រូងកើនឡើងនេះក៏អាចរំខានដល់ការផ្គត់ផ្គង់ឈាមទៅកាន់ស្បូនផងដែរ។ ដើម្បីបង្ការស្ត្រីពីការទប់ដង្ហើមរបស់គាត់អំឡុងពេល

ប្រឹង សម្រាលកូន សូមជួយជំរុញឱ្យស្ត្រីដកដង្ហើមចេញក្នុងពេលខំប្រឹង។ ចំពោះស្ត្រីកូនច្រើនដង (multipara) ដើម្បីរក្សាដំណាក់កាលទី២ នៃការសម្រាលមិនឱ្យទារកលូនចេញលឿន

ពេក វាអាចចាំបាច់ការពារស្ត្រីពីការប្រឹង។ ដើម្បីសម្រេចកិច្ចការនេះ ឆ្មបត្រូវសុំឱ្យស្ត្រីដកដង្ហើមដង្ហក់ពេលស្បូនកន្ត្រាក់។ ដោយសារតែវាពិបាកក្នុងការប្រឹងឲ្យមានប្រសិទ្ធភាពពេលដែលស្ត្រីប្រើសន្ទះទ្រូង (diaphragm) របស់នាងសម្រាប់ការដកដង្ហើម ដូចនេះការប្រឹងមានដែនកំណត់។ ត្រូវចងចាំថាការប្រឹងគឺកើតមានឡើងដោយឯកឯង។ មិនថាស្ត្រីចង់សហការគ្នាប៉ុណ្ណាក៏ដោយ ការបញ្ឈប់ការប្រឹងដ៏លើសលប់នេះ គឺស្ទើរតែហួសពីអំណាចរបស់នាង ការធ្វើបង្ហាញត្រាប់ "ការដកដង្ហើមដង្ហក់ដូចកូនឆ្កែ" និងការដកដង្ហើមព្រមជាមួយស្ត្រីប្រហែលជាមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត។ ត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីបានដកដង្ហើមគ្រប់គ្រាន់។ បើមិនដូច្នេះទេ ស្ត្រីអាចនឹងមានខ្យល់ចេញចូលខ្លាំង ហើយក្លាយជាផ្តេសផ្តាសពេលដកដង្ហើមដង្ហក់ ឱ្យស្ត្រីដកដង្ហើមវែងៗជ្រៅនៅចន្លោះស្បូនកន្ត្រាក់ ដើម្បីការពារបញ្ហានេះ។

៧. ការថែទាំដំណាក់កាលទី៣

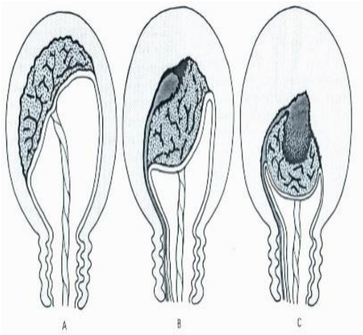
ដំណាក់កាលទី៣នៃការសម្រាលគឺជាពេលវេលាដែលមានគ្រោះថ្នាក់បំផុតដោយសារតែការប្រឈមនឹងការធ្លាក់ឈាមដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត។ ការគ្រប់គ្រងសកម្មនៅក្នុងដំណាក់កាលទី៣មិនត្រឹមតែកាត់បន្ថយពេលវេលានៃដំណើរការដំណាក់កាលទី៣ប៉ុណ្ណោះទេ វាថែមទាំងកាត់បន្ថយការបាត់បង់ឈាមទៀតផង។ នៅក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍មួយចំនួនដែលមានស្ត្រីជាច្រើនមានភាពស្លេកស្លាំង ការកាត់បន្ថយការបាត់បង់

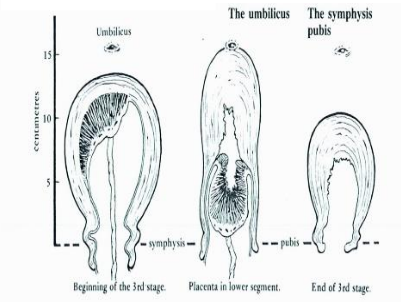
ឈាមក្នុងដំណាក់កាលទី៣គឺជាការសំខាន់បំផុត។

ការគ្រប់គ្រងសកម្មដំណាក់កាលទី៣ត្រូវតែអនុវត្តយ៉ាងត្រឹមត្រូវបំផុតបើមិនដូច្នេះទេវាអាចមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរកើតឡើងដូចជាការធ្លាក់ឈាមខ្លាំងឬការពន្លាត់ស្បូន។

- **សរីរវិទ្យាក្នុងដំណាក់កាលទី៣**

យន្តការនៃការកន្ត្រាក់របេះសុក៖ ការរបេះសុកកើតឡើងដោយសារការកន្ត្រាក់និងការរួញរបស់សាច់ដុំស្បូនដែលធ្វើឲ្យជញ្ជាំងស្បូនឡើងក្រាសនិងបន្ថយទំហំផ្ទៃដែលសុកតោង។ នៅពេលដែលផ្ទៃតោងរបស់សុកក្លាយជាតូច សុកចាប់ផ្តើមរបើកចេញពីជញ្ជាំងស្បូនពីព្រោះសុកមិនយឺតនិងរួញបានដូចស្បូនទេ។ ឈាមចាប់ផ្តើមកកនៅកន្លែងផ្ទៃស្បូនដែលសុករបេះចេញនោះ។ កំណកឈាមនៅខាងក្រោយសុកបានប្រមូលផ្តុំនៅចន្លោះស្រទាប់ក្នុងនៃស្បូននិងសុកហើយវាក៏ជួយជម្រុញឲ្យមានការរបេះសុកថែមទៀត។ ការកន្ត្រាក់ស្បូនជាបន្តបន្ទាប់ទៀតធ្វើឲ្យសុកផ្តាច់ចេញទាំងស្រុងពីជញ្ជាំងស្បូនហើយវាធ្លាក់ចូលទៅក្នុងផ្នែកខាងក្រោមរបស់ស្បូននិងចូលមកក្នុងទ្វារមាសដែលជាកន្លែងសុកត្រូវបានចេញមកក្រៅ។





- **វិធីសាស្ត្រនៃការរុញសុកចេញ**

វិធីសាស្ត្រ Schultze កើតឡើងញឹកញាប់ជាង។ សុកផ្ដាច់ចេញពីចំណុចកណ្ដាលហើយរអិលចុះទៅក្នុងទ្វារមាស តាមប្រហោងថង់ទឹកភ្លោះ។ ផ្ទៃសុកផ្នែកខាងទារកត្រូវបានលេចចេញនៅទ្វារមាសម្ដាយដោយមានស្រោមទឹកនៅជាប់ពីក្រោយនៅពេលដែលវារបើកចេញពីជញ្ជាំងស្បូន។ ផ្ទៃសុកខាងម្ដាយមិនត្រូវបានមើលឃើញទេហើយកំណាកឈាមទាំងអស់គឺស្លាតនៅខាងក្នុងថង់ទឹកភ្លោះដែលត្រឡប់បញ្ច្រាស់នោះ។

វិធីសាស្ត្រ Matthews Duncan វិញសុករអិលចុះតាមខាងៗហើយចុះមកតាមទ្វារមាសដោយមានគែមខាងចុះមកមុន។ ផ្ទៃសុកផ្នែកខាងម្ដាយត្រូវបានមើលឃើញហើយឈាមធ្លាក់ចេញព្រោះវាមិនស្ថិតនៅក្នុងថង់ទេ។ របៀបនេះផ្នែកខ្លះនៃស្រោមទឹកភ្លោះនឹងត្រូវបានបន្សល់ទុកតាមក្រោយដោយសារប្រហែលវាមិនរបេះទាំងស្រុង។

- **សញ្ញានៃការរបេះសុក**

  ១. កំពូលស្បូនឡើងរឹង មូលនិងរុញឡើងមកពោះ ដល់កម្ពស់នៃផ្ចិតម្តាយ

  ២. ទងសុកលូនសន្ធឹងចេញដល់ទ្វារមាស

  ៣. មានការហូរឈាមគំហុកបន្តិចនៅពេល សុករបេះ

- **ការគ្រប់គ្រងសកម្មដំណាក់កាលទី៣**

១. ត្រូវប្រាកដថាបានចាក់ថ្នាំអុកស៊ីតូស៊ីន ១០ UI ដល់ម្តាយនៅនាទីដំបូងបន្ទាប់ពីឆ្អបបានស្ទាប ពោះដើម្បីពិនិត្យមើលថាគ្មានកូនភ្លោះទេ។

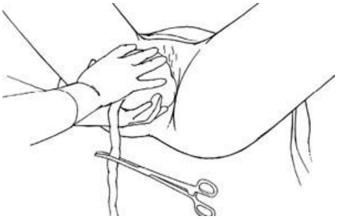
២. ទងសុកត្រូវបានគាបហើយកាត់បន្ទាប់ពីចាក់ ថ្នាំរួចនិងទងសុកឈប់លោត។

៣. អនុវត្តការទាញសន្ធឹងទងសុកចុះថ្នមៗដោយ ត្រួតពិនិត្យតាមគន្លងនៃផ្លូវសម្រាលនៅពេលស្បូនកន្ត្រាក់បានល្អដើម្បីធ្វើការទម្លាក់សុក។

៤. បើសុកមិនធ្លាក់រយៈពេល ៣០-៤០នាទី ដោយការទាញសន្ធឹងទងសុកថ្នមៗដោយត្រួតពិនិត្យត្រូវបញ្ឈប់ការទាញទងសុកនិងការទប់ស្បូនរួចរង់ចាំការកន្ត្រាក់ស្បូនម្តងទៀតហើយធ្វើការទម្លាក់សុកសារជាថ្មី។

៥. ការដាក់ទារកឲ្យជញ្ជក់ក្បាលដោះម្តាយ

អាចជួយ ភ្ញោចឲ្យមានការផលិតអុកស៊ីតូស៊ីនធម្មជាតិ។ អុកស៊ីតូស៊ីនជួយឲ្យស្បូនកន្ត្រាក់។ ការកន្ត្រាក់របស់ស្បូន គឺជាការចាំបាច់ក្នុងការបញ្ឈប់ការហូរឈាមបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន។



- **ការប៉ាន់ប្រមាណឈាមដែលបាត់បង់**

ការប៉ាន់ប្រមាណឈាមដែលបាត់បង់មិនមែនជាការងាយស្រួលទេ។ បរិមាណឈាមពិតប្រាកដអាចត្រូវបានលាក់កប់ដោយការជ្រាបទៅក្នុងក្រណាត់ កន្សែង សារុង ការខ្ចាយទៅលើឥដ្ឋនិងការលាយឡំជាមួយទឹកភ្លោះ។ ករណីភាគច្រើនការបាត់បង់ឈាមក្រោយសម្រាលតែងតែត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណទាបជាងជាក់ស្តែងការប៉ាន់ប្រមាណទាបទៅលើឈាមដែលបានបាត់បង់អាចជាកំហុសដ៏ធ្ងន់ធ្ងរមួយ មានន័យថា៖

- ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការធ្លាក់ឈាមច្រើនក្រោយសម្រាលអាចមិនត្រូវបានដឹងដែលនាំឲ្យមានការព្យាបាល

មិនបានត្រឹមត្រូវ

- ○ ការចាក់បញ្ចូលឈាមនិងការបំពេញជាតិទឹកឡើងវិញនឹងអាចមិនបានគ្រប់គ្រាន់

កំហុសទាំងនេះអាចបណ្ដាលឲ្យស្ត្រីស្លាប់ឬមានជម្ងឺ ដែលរួមមានភាពស្លេកស្លាំង និងការប្រឈមខ្ពស់នឹងការមានការបង្ករោគក្រោយសម្រាល។

៨. ការថែទាំដំណាក់កាលទី៤

ប្រាកដថាបន្ទប់មានសីតុណ្ហាភាពលើសពី ២៥ អង្សាសេហើយគ្មានខ្យល់បក់នៅក្នុងបន្ទប់ទេ។ តាមដាន ម្ដាយរៀងរាល់ ១៥នាទីម្ដងរយៈពេល១ម៉ោងដំបូងក្រោយ ទម្លាក់សុក និងរៀងរាល់ ៣០នាទីម្ដងនៅម៉ោងទី២ និង រៀងរាល់ម៉ោងក្នុងម៉ោងទី៣ និងទី៤ រៀងរាល់៤ម៉ោង ម្ដងរហូតដល់ពេលចេញទៅផ្ទះ។

ចំពោះម្ដាយ ៖

. រកសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់

. ស្ទាបស្បូនដើម្បីដឹងថាស្បូនរឹងនិងមូល ប្រសិនបើស្បូនទន់ត្រូវឈ្លីស្បូន

. វាយតម្លៃបរិមាណនៃការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស ៖

- ប្រសិនបើសំឡីទ្រាប់ជោគតិចជាង៥នាទីឬហូរឈាមតក់ៗត្រូវធ្វើការគ្រប់គ្រងដូចករណីធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល
- ប្រសិនបើធ្លាក់ឈាមបណ្ដាលមកពីរហែកប៉េរីណេ ត្រូវ

ធ្វើការដេរបើចាំបាច់?

. កត់ត្រាការពិនិត្យឃើញ ការព្យាបាលនិងទម្រង់ការក្នុងសៀវភៅសុខភាពមាតា

.រក្សាឱ្យម្តាយនិងទារកនៅជាប់ជាមួយគ្នា មិនត្រូវបំបែកម្តាយនិងទារកឱ្យនៅដាច់ពីគ្នាទេ លើកលែងតែករណី ដែលត្រូវធ្វើការសង្គ្រោះ

.ប្រសិនបើអាចធ្វើបានភ្លាម ត្រូវប្តូរម្តាយពីគ្រែសម្រាលទៅគ្រែសម្រាកក្នុងបន្ទប់តាមដាន ប្រសិនបើមិនអាចត្រូវ ជួយម្តាយនិងទារកឱ្យស្ថិតក្នុងស្ថានភាពស្បែកប៉ះស្បែក

. បញ្ជូនម្តាយនិងទារកទៅបន្ទប់សម្រាកនៅពេលដែលម្តាយនិងទារកមានស្ថានភាពល្អ (ក្រោយការពិនិត្យម៉ោង)។ ដោយបន្តរក្សាការដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែក

. ប្រាកដថាមានការគាំទ្រដល់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយដំបូង នៅក្នុងបន្ទប់សម្រាក

. លើកទឹកចិត្តឱ្យម្តាយបរិភោគអាហារ ភេសជ្ជៈនិងធ្វើចលនាដោយសេរី

. លើកទឹកចិត្តឱ្យម្តាយព្យាយាមបត់ជើងតូច

. សុំឱ្យអ្នកកំដរនៅជាមួយស្ត្រី។

ចំពោះទារក ៖

. អ្នកផ្តល់សេវាមិនត្រូវយកកូនចេញពីម្តាយឬប៉ះឬកាន់ទារកទេ លើកលែងតែមានតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់និង ក្រោយពីបានលាងដៃ ឬសម្អាតនឹងអាល់កុលយ៉ាងម៉ត់ចត់

• ក្រោយពេលកើតត្រូវដាក់ទារកលើទ្រូងម្តាយដោយស្បែកប៉ះស្បែក ហើយរក្សាឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកនៅរយៈពេល យ៉ាងតិច៦០នាទីដំបូង។ មិនត្រូវយក

កូនចេញពីស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយប្រសិនបើមិនចាំបាច់ទេនោះ។ រក្សា ស្បែកប៉ះស្បែក នៅក្នុងអំឡុងពេលសម្រាកក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

. វាយតម្លៃការដកដង្ហើម មើល/ស្តាប់ចង្វាក់ដង្ហើម ញាប់ ទ្រូងផត សំលេងថ្ងូរ និងភាពស្វាយ (ប្រសិនបើ មាន) ទោះជានៅពេលដែលកូននៅក្នុងករណីស្បែកប៉ះស្បែកក៏ដោយ

. រក្សាទារកឱ្យមានភាពកក់ក្តៅជានិច្ច ៖ ពិនិត្យដោយស្ទាបក្រែងទារកត្រជាក់ចុងជើង

. លើកទឹកចិត្តម្តាយឱ្យបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនៅពេលដែលទារកមានសញ្ញាចង់បៅ ៖ ហៀរទឹកមាត់ បើក មាត់ លៀនអណ្តាតលិតមាត់ ជញ្ជក់ដៃ។ សញ្ញាទាំងនេះកើតមានចន្លោះពី២០-៦០នាទីក្រោយកើត។ មិនត្រូវបង្ខំឱ្យកូនបៅដោះនៅពេលដែលកូនមិនទាន់មានសញ្ញាចង់បៅ។

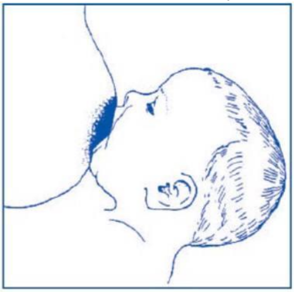
ពិនិត្យមើលការដាក់ស្ថានភាពក្នុងការបំបៅទារកបានត្រឹមត្រូវ ៖

- ប្រាកដថា ក្បាលនិងខ្លួនទារកស្ថិតក្នុងបន្ទាត់ត្រង់តែមួយ
- ប្រាកដថាមុខ ទារកបែរទៅរកដោះដោយច្រមុះទល់នឹងក្បាលដោះម្តាយ
- ម្តាយត្រូវបីទារកឱ្យផ្អិបជាមួយខ្លួនគាត់
- ជួយម្តាយក្នុងការបីទ្រគូទទារក មិនមែនបីតែកនិងស្មាទេ។

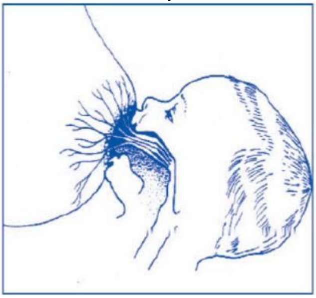
. ពិនិត្យមើលការបៅបានផ្អិបល្អ ៖

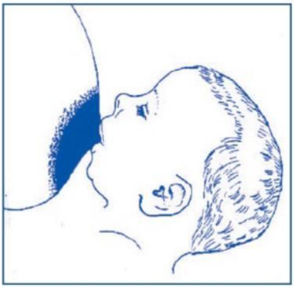
- មាត់ទារកបើកធំល្អ
- បបូរមាត់ខាងក្រោមពន្លាត់ចេញក្រៅ
- ចង្ការរបស់ទារកប៉ះនឹងដោះម្តាយ
- រង្វង់ខ្មៅជុំវិញក្បាលដោះផ្នែកខាងលើមើលឃើញច្រើនជាងខាងក្រោម ដោយទារកបឺតមួយៗហើយខ្លាំង ពេលខ្លះសម្រាកបន្តិច

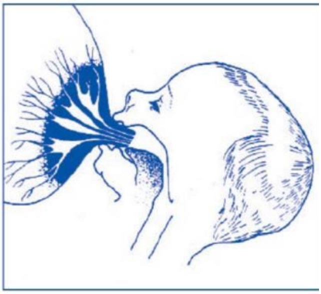
. សញ្ញាបង្ហាញពីការបៅមិនបានផ្ទិបល្អ ៖
- មាត់ទារកបើកតូច បូញទៅមុខ
- បបូរមាត់ខាងក្រោមមិនពន្លាត់ចេញក្រៅ
- ចង្ការរបស់ទារកមិនប៉ះទៅនឹងដោះម្តាយ
- រង្វង់ខ្មៅជុំវិញក្បាលដោះម្តាយផ្នែកខាងក្រោមសល់ច្រើនជាងខាងលើ។
. ម្តាយអាចជួយឱ្យបៅបានផ្ទិបល្អដោយ ៖
- ដាក់ក្បាលដោះម្តាយប៉ះបបូរមាត់របស់ទារក
- រង់ចាំរហូតដល់មាត់ទារកបើកធំ
- ទាញទារកបញ្ចូលដោះម្តាយដោយបបូរមាត់ក្រោមស្ថិតនៅពីក្រោមក្បាលដោះបានល្អ។
- សាកល្បងផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពបំបៅដូចជា ងើបអង្គុយឬដេកផ្អៀងបំបៅ



ការបំបៅដែលត្រឹមត្រូវ







ការបំបៅដែលមិនត្រឹមត្រូវ

. ទុកឱ្យទារកផ្ដាច់ចេញពីដោះដោយខ្លួនឯង រួចឱ្យបៅដោះម្ខាងទៀត។

. បើទារកមិនបៅក្នុងអំឡុងពេលមួយម៉ោងដំបូងហើយទារកមានសុខភាពល្អធម្មតា ត្រូវរក្សាទារកឱ្យស្ថិតនៅ ស្បែកប៉ះស្បែកជាមួយម្ដាយដើម្បីឱ្យទារកបានបៅនៅពេលដែលទារកចង់បៅ។

. ជួយទារកឱ្យបានបៅទឹកដោះម្ដាយសុទ្ធទាំងថ្ងៃនិងយប់ ម្ដងៗឱ្យបានយូរតាមចំណង់ទារក

ចំណាំ ៖ ប្រសិនបើទារកដេកយូរត្រូវលើកទារកដាក់ឱ្យបៅ មិនគួរដាស់ទារកដើម្បីបំបៅដោះទេ។ នៅពេលដែលទារក ភ្ញាក់ត្រូវបំបៅទារក។

. ណែនាំម្ដាយនិងអ្នកកំដរអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ ៖

- ពន្យល់ពីសារៈសំខាន់នៃការបៅទឹកដោះដំបូង

- ពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខគត់។

ចំណាំ ៖

. មិនត្រូវប៉ះទារកបើមិនចាំបាច់

. មិនត្រូវផ្ដល់អ្វីមុនពេលចាប់ផ្ដើមបំបៅទារកដោយទឹកដោះម្ដាយទេ (គ្មាន ៖ ក្បាលដោះសិប្បនិម្មិត ទឹក ទឹកស្ករ ទឹកដោះគោផ្សំតាមរូបមន្ដ ទឹក ឈើអែម ទឹកបបរ...។ល។) មិនត្រូវច្របាច់ទឹកដោះដំបូងចោលឡើយ

. នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមិនត្រូវអនុញ្ញាតិឱ្យមានដបទឹកដោះគោ ទឹកដោះគោ ក្បាលដោះសិប្ប និម្មិត (លើកលែងតែករណីចាំបាច់ដោយសារមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ) នេះគឺជាផ្នែកមួយន ការផ្ដួចផ្ដើមមន្ទីរពេទ្យស្រឡាញ់ទារក

. ប្រសិនបើម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវមានវិធានការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅ កូន ផ្តល់ការពិគ្រោះពិភាក្សានិងធ្វើការព្យាបាល។

.សម្រាប់ទារកទម្ងន់ទាប ធ្វើដូចខាងលើ ប៉ុន្តែត្រូវចាប់ផ្តើមការថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរត្លាម (ទំព័រ 180) ដណ្តប់ទាំងម្តាយនិងកូនដោយភួយមួយជាន់ទៀត។

ត្រូវអនុវត្តដូចខាងក្រោមនេះក្រោយពីទារកបានបៅឆ្អែត (ជាទូទៅនៅចន្លោះនាទីទី៩០ទៅ៦ម៉ោង)៖

. ជូតសម្អាតភ្នែកដោយដុំសំឡីឬក្រណាត់ស្អាត

• ដាក់ថ្នាំ Tetracycline1% (មិនត្រូវជូតថ្នាំភ្នែកចេញទ)

.មិនត្រូវជូត Vernix ឬងូតទឹកឱ្យទារកទ

. ការថ្លឹងទារកនិងកត់ត្រា ថ្លឹងទារក កត់ត្រាម៉ោងដែលទារកចាប់ផ្តើមបៅដោះម្តាយជាលើកដំបូងនិងព័ត៌មាន ផ្សេងៗទៀតនៅលើសៀវភៅសុខភាពមាតានិងប័ណ្ណសុខភាពកុមារ។

.ចាក់ Vitamine K1 1mg IM Hepatitis B និង BCG ក្រោយពីបានជូតសម្អាតនៅកន្លែងចាក់ដោយទឹកស្អាត .

. អនុវត្តការពិនិត្យកាយសម្បទាតាមរបៀបគឺតាំងពីក្បាលរហូតដល់ម្រាមជើង។ រកមើលសញ្ញានៃជំងឺឬពិការពី កំណើត(Birth defects) ប្រើការសង្កេតមើលធម្មតានិងស្ទាប។ ពិនិត្យតាមលំដាប់លំដោយនៃតំបន់ខ្លួនដូច ជាក្បាល ភ្នែក មាត់ ត្រចៀក ក ទ្រូង ពោះ រន្ធគូថ ប្រដាប់បន្តពូជ ត្រគាក អវយវៈនិងឆ្អឹងខ្នង (សូមមើល ឧបសម្ព័ន្ធ ឧបករណ៍ពិនិត្យសារពាង្គកាយសម្រាប់ទារកទើបកើត)។

. ក្នុងករណីរកឃើញមានពិការភាពឬល័ក្ខខ័ណ្ឌណាមួយតាមរយៈការពិនិត្យ គឺទារកគួរត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិង ការព្យាបាល។

ត្រូវតាមដាននិងវាយតម្លៃទារកនៅពេលជាមួយគ្នានិងការតាមដានម្តាយក្នុងដំណាក់កាលទី៤និងពេលបន្ទាប់៖

+ ការថែទាំភ្នែក

. លាងសម្អាតដៃអ្នក

. ពន្យល់ទៅម្តាយថាយើងនិងដាក់ថ្នាំភ្នែកឱ្យកូនដើម្បីបង្ការការបង្ករោគ

. ជូតសម្អាតភ្នែកដោយដុំសំឡីឬក្រណាត់ស្អាត

.ដាក់ប៉ូម៉ាតតេត្រាស៊ីក្លូន១%លើភ្នែកទាំងពីរ។ដាក់ពីផ្នែកខាងក្នុងនៃភ្នែកចេញមកក្រៅ(មិនត្រូវជូត សម្អាតប៉ូម៉ាតភ្នែកនេះចោលទេ)។

ផ្តល់សេវាបន្ថែមសម្រាប់ទារកមានទម្ងន់ទាប (កូនភ្លោះ)

+ សម្រាប់ទារកទម្ងន់ទាប ៖ ពិធីសារដូចខាងលើត្រូវបានអនុវត្តជាមួយនោះត្រូវ ៖

- ចាប់ផ្តើមការថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរភ្លាម
- ដណ្តប់ទាំងម្តាយនិងកូនដោយភួយមួយជាន់ទៀត
- កុំផ្ងូតទឹកកូន
- ធានាពីអនាម័យដោយប្រើសម្លៀកបំពាក់ស្អាតក្រោយពីកើតបាន១ថ្ងៃ
- ផ្តល់ការថែទាំបន្ថែមក្នុងការបំបៅ

.ប្រសិនបើម្តាយមិនអាចដាក់កូនឱ្យស្បែកប៉ះស្បែកបានដោយសារស្ត្រីមានផលវិបាកត្រូវរុំកូននិងក្រណាត់ស្អាត ឱ្យកក់ក្តៅ រួចដាក់ទារកក្នុងគ្រែដោយគ្របនឹងក្រណាត់ក្រាស់និងលើកទឹកចិត្តឱ្យក្រុមគ្រួសារយកទារកទៅដាក់

ស្បែកប៉ះស្បែកឬក៏ដាក់ក្នុងគ្រែកំដៅប្រសិនបើបន្ទប់មានសីតុណ្ហភាពទាបជាង 28 °C ។

ចំណាំ ៖ មិនត្រូវយកទារកចេញពីម្តាយដើម្បីចាក់ថ្នាំទេ ការចាក់ថ្នាំទាំងអស់ខាងលើត្រូវតែធ្វើនៅផ្នែកសម្ភពជារៀង រាល់ថ្ងៃរួមទាំងថ្ងៃចុងសប្តាហ៍និងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ ប្រសិនបើម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវប្រាកដថានាងបាន ទទួលការព្យាបាលបន្តនិងទារកបានទទួលការព្យាបាលដំបូងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បង្ការនិងធ្វើតេស្ត HIVDNA PCR ចំពោះទារកទើបនឹងកើតគួរធ្វើនៅផ្នែកសម្ភព (មើលលម្អិតគោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃការថែទាំជំងឺអេដស៍ កុមារ, NCHADS, និងមើលគោលការណ៍ណែនាំរបស់ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនផ្នាំ និងចាប់ ផ្តើមការចិញ្ចឹមទារកតាមវិធីសមស្រប។

VII.គ្រប់គ្រងការឈឺចាប់នៅពេលសម្រាល

១.និយមន័យ

ការឈឺចាប់ពេលសម្រាលត្រូវបានពិពណ៌នាថាជាការឈឺចាប់ដ៏ធ្ងន់ធ្ងរបំផុតដែលធ្លាប់ជួបប្រទះដោយស្ត្រីជាច្រើន ដែលភាគច្រើននៃអ្នកសម្រាលកូនបានត្អូញត្អែរពីការឈឺចាប់របស់ពួកគេថាធ្ងន់ធ្ងរ ឬធ្ងន់ធ្ងរបំផុត។ ស្ថានភាពស្រ្តេសនេះនាំឱ្យមានផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមានលើសរីរវិទ្យារបស់មាតា និងទារក។

វិធីសាស្ត្រដ៏ល្អប្រសើរនៃការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់លើម្តាយដែលកំពុងសម្រាលកូននៅតែស្ថិតក្នុងការជជែកវែកញែក។ មានវិធីសាស្ត្រចម្រូងចម្រាសជាច្រើនដោយផ្អែកលើភស្តុតាងផ្សេងៗគ្នា។ ដូច្នេះ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវឡើងវិញនូវអត្ថបទថ្មីៗ ដើម្បី

ណែនាំវិធីសាស្ត្រដែលមានសុវត្ថិភាព ដែលអាចធ្វើទៅបានក្នុងការរៀបចំគ្លីនិករបស់យើង ដើម្បីផ្តល់នូវវិធីសាស្ត្រសមស្របនៃការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ពេលសម្រាល។ គោលបំណងនៃការពិនិត្យនេះគឺដើម្បីបង្ហាញពីជម្រើសដែលមានសុវត្ថិភាពនៃការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់នៅពេលសម្រាល ដែលជួយកែលម្អការថែទាំមាតាទាក់ទងនឹងការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់។

២. ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់តាមបែបធម្មជាតិ

ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ដោយមិនប្រើឱសថ សាស្ត្រជួយទប់ទល់នឹងការឈឺចាប់ និងជួយដល់ការ សម្រាល។ ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ដែលមិនមែនជាឱសថសាស្ត្រគាំទ្រដល់ដំណើរការសរីរវិទ្យា និងមិនមានផលប៉ះពាល់ដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់អ្វីឡើយ។ ខាងក្រោមនេះជាវិធីសាស្ត្រមួយចំនួនក្នុងការកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ដោយធម្មជាតិ ក្នុងពេលសម្រាលៈ

- ការដកដង្ហើម
- ការបញ្ចេញសំឡេង
- ការសំរាកលំហែ
- ការធ្វើចលនា និងការរាំ
- កំដៅ និងត្រជាក់
- ទឹក
- ការចាក់ទឹកគ្មានមេរោគ
- ចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ និងព្យាបាលដោយចលនា
- ការគាំទ្រជាបន្តបន្ទាប់
- សកម្មភាពម្តាយស្ថិតក្នុងស្ថានភាពដងខ្លួនត្រង់
- ម៉ាស្សា

- ហ្គូសា (ការកោសខ្យល់)
- Rebozo

- លំហាត់ប្រាណតាមបែបយូហ្គា

❖ ស្ថានភាពជងខ្លួនត្រង់

អស់ជាច្រើនសតវត្សមកហើយ មានភាពចម្រូងចម្រា
តើស្ថានភាពដងខ្លួនត្រង់ (ស្ថានភាពអង្គុយ ស្ថានភាពសម្រាល
ការបន្ទោរបង់ អង្គុយកៅអី អង្គុយចោងហោង លុតជង្គង់) ឬដេក (
ស្ថានភាពពាក់កណ្ដាលអង្គុយ ស្ថានភាពពិនិត្យរោគស្ត្រី និងស្ថាន
ផ្ងារ តែជើងខ្ពស់ជាងក្បាល) មានគុណសម្បត្តិសម្រាប់ស្ត្រីសម្រាលកូន និង ទារករបស់ពួកគេ។ នេះគឺជាការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៃការពិនិត្យដែលបានបោះពុម្ពកាលពីមុនក្នុងឆ្នាំ 2012, 2004 និង 1999។

❖ ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ (Epidural Analgesia)

ការសិក្សាបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ថា ការប្រើថ្នាំស្ពឹកអេពីឌូរ៉ាល់ នៅតែមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត និងត្រូវបានណែ នាំជាវិធីសាស្ត្របំបាត់ការឈឺចាប់អំឡុងពេលសម្រាល។

❖ ឧស្ម័នសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់

ឧស្ម័ន Nitrous Oxide (N_2O) គឺជាថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់នៅពេលសម្រាលដែលគេប្រើជាទូទៅក្នុងប្រទេសលោកខាងលិចជាច្រើន។ N_2O គឺជាឧស្ម័នដែលមិនងាយឆេះ គ្មានរសជាតិ គ្មានក្លិន។

VIII. ការគ្រប់គ្រងការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលកូន

ការហូរឈាមក្រោយសម្រាល (PPH) ត្រូវបានកំណត់ថាជាការហូរឈាមតាមទ្វារមាសលើសពី 500ml ក្រោយពេលសម្រាល ឬ 1000ml ក្រោយពេលសម្រាលកូនដោយវះកាត់។ ទោះយ៉ាងណាក៏មានបញ្ហាមួយចំនួនជាមួយនឹងការប៉ាន់ប្រមាណពីបរិមាណឈាមដែលបាត់បង់ ភាគច្រើនមានចំនួនតិចជាងជាក់ស្តែង ជាញឹកញាប់បានតែពាក់កណ្តាលនៃបរិមាណឈាមដែលបាត់បង់ពិតប្រាកដ។ ពេលខ្លះឈាមត្រូវបានលាយជាមួយទឹកភ្លោះ និងជួនកាលលាយជាមួយនឹងទឹកនោម ហើយជារឿយៗត្រូវបានដាមជាប់នៅលើក្រណាត់ កន្សែង ឬសារ៉ុង ឬហូរចូលទៅក្នុងធុង ឬហូរនៅលើកម្រាលឥដ្ឋ។

ការគ្រប់គ្រងសកម្មនៃដំណាក់កាលទី៣នៃការសម្រាល (ទម្លាក់សុកដោយត្រួតពិនិត្យ) ត្រូវតែអនុវត្តលើស្រ្តីទាំងអស់ ព្រោះវាជួយកាត់បន្ថយអត្រាធ្លាក់ឈាម ដែលកើតឡើងដោយសារតែស្បូនខ្សោយមិនកន្ត្រាក់ក្រោយពេលសម្រាល។ ការតាមដានយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់ក្រោយសម្រាលដោយពិនិត្យស្ថានភាពស្បូន (ស្បូនកន្ត្រាក់ល្អ) ការហូរឈាមតាមទ្វារមាសជីពចរ និងសម្ពាធឈាមនៅរាល់ស្រ្តីក្រោយសម្រាល គឺដើម្បីប្រាកដថាការហូរឈាមត្រូវបានកំណត់ឲ្យបានឆាប់ និងឆ្លើយតបភ្លាមៗក្នុងករណីស្បូនការធ្លាក់ឈាមច្រើន និងការប្រែប្រួលស្ថានភាពទូទៅរបស់ស្រ្តី។ ការហូរឈាម និងការផ្លាស់ប្តូរល័ក្ខខ័ណ្ឌរបស់ស្រ្តី។

- ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ (Primary PPH) គឺជាការកើនឡើងនៃការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងដំបូងបន្ទាប់ពីកូនកើតរួច។
- ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលពន្យារអូសបន្លាយ (Secondary PPH) គឺជាការកើនឡើងនៃការធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាសក្រោយ 24 ម៉ោងដំបូងបន្ទាប់ពីកូនកើតរួច។

ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការធ្លាក់ឈាមក្រោយពេលសម្រាល

១. ការគ្រប់គ្រងទូទៅ

- ស្រែករកជំនួយជាបន្ទាន់ពីគ្រប់បុគ្គលិកទាំងអស់ដែលអាចជួយបាន
- វាយតម្លៃស្ថានភាពទូទៅរបស់ម្តាយឲ្យបានរហ័ស
- ប្រសិនបើមានការសង្ស័យថាមានស្នូក ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលស្នូកភ្លាមៗ ទោះបីជាមិនមានសញ្ញាស្នូកក៏ដោយ ឈ្លីស្បូនដើម្បីបង្កើនការកន្ត្រាក់បញ្ចេញកំណកឈាម និងផ្តល់អុកស៊ីតូស៊ីន 10 IU ចាក់តាមសាច់ដុំ (ឬចាក់តាមសរសៃប្រសិនបើមានដាក់សេរ៉ូមរួចស្រេច)
- ចាប់ផ្តើមចាក់សរសៃវ៉ែន ដើម្បីបញ្ចូលសេរ៉ូម Normal Saline ឬ Ringer lactate
- ដាក់សុងទឹកនោមដើម្បីបញ្ចេញទឹកនោមឲ្យអស់ពីប្លោកនោម

- ពិនិត្យមើល តើសុកធ្លាក់ហើយឬនៅ និងពិនិត្យមើលតើកម្ទេចសុកធ្លាក់អស់ឬទេ?
- ពិនិត្យមាត់ស្បូន ទ្វារមាស និង ប៉េរីណេក្រែងមានរហែក។

ក. ធ្លាក់ឈាមអំឡុង២៤ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាល

១. ស្បូនមិនកន្ត្រាក់

- មានធ្លាក់ឈាមច្រើនក្រោយពីកើតភ្លាមៗ
- ស្បូនទន់ និងគ្មានកន្ត្រាក់

២. រហែក

- រហែកស្បូន មាត់ស្បូន ទ្វារមាស ឬប៉េរីណេ (ធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ)

៣. សល់ជាលិកាសុកឬសុកមិនធ្លាក់

- សុកមិនធ្លាក់ក្នុងរយៈពេល១ម៉ោងក្រោយពីសម្រាល

កំណត់សំគាល់៖ ករណីខ្លះការជាប់សុកមិនបង្ករឲ្យមានការធ្លាក់ឈាមទេ។

- ការសល់បំណែកសុក

បើបំណែកខ្លះនៃសុកនៅសល់វាធ្វើឲ្យស្បូនកន្ត្រាក់មិនបានល្អ។ ករណីខ្លះការសល់បំណែកសុកមិនបង្ករឲ្យមានការធ្លាក់ឈាមទេ

- ស្បូនពន្លាត់

  -ស្ទាបពោះមិនប៉ះកំពូលស្បូន

  -ឈឺតិចៗឬឈឺខ្លាំង

  -ឃើញសាច់ស្បូនធ្លាក់តាមទ្វារមាសមកក្រៅ

៤. វិបត្តិកំណកឈាម

អាចសង្កេតឃើញក្នុងករណី ក្រឡាភ្លើង សុក

របើកមុនសម្រាល ទារកស្លាប់ក្នុងផ្ទៃយូរ embolie amniotic និងមូលហេតុដទៃទៀត

ខ. ធ្លាក់ឈាមក្រោយ២៤ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាល

ស្បូនទន់ធំជាងអ្វីដែលយើងរំពឹងទុក ដែលអាចបណ្ដាលមកពីការបង្ករោគក្នុងស្បូន ឬសល់កម្ទេចសុក។

IX.អត្ថប្រយោជន៍នៃការពន្យារពេលគៀបនិងកាត់ ទងសុក

វាមានអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ទារកដែលកើតមកគ្រប់ខែឬមិនគ្រប់ខែ

1. បង្កើនកម្រិតអេម៉ូក្លូប៊ីននៅពេលកើតនិងធ្វើឲ្យឃ្លាំងផ្ទុកជាតិដែករបស់ទារកប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេលជាច្រើនខែដំបូងនៃជីវិត
2. ធ្វើឲ្យចរន្តឈាមរត់បានប្រសើរឡើង
3. ការបង្កើតបរិមាណកោសិកាឈាមក្រហមកាន់តែប្រសើរ
4. កាត់បន្ថយតម្រូវការក្នុងការបញ្ចូលឈាម
5. អត្រាថយចុះនៃជម្ងឺរលាកពោះវៀនធំនិងការហូរឈាមខាងក្នុង

X. ការកាត់ទ្វារមាសនិងការដេរជួសជុលឡើងវិញ

១. លក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ

ការកាត់ទ្វាមាសមិនគួរធ្វើជាទម្លាប់រាល់ពេលបង្កើតកូននោះទេ ប៉ុន្តែគួរធ្វើតែក្នុងករណី៖

1. ការសម្រាលលំបាក(ទំរងហុចគូថ ការជាប់ស្មា ការសម្រាលដោយប្រើឧបករណ៍ជំនួយ)
2. មានស្នាមក្រិនដោយដាច់រហែកពីលើកមុនកម្រិតទី៣ ឬទី៤
3. ទារកក្នុងផ្ទៃចុះខ្សោយពេលម្តាយប្រឹងបញ្ចេញកូន

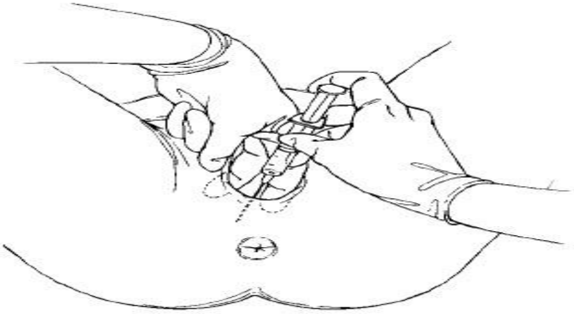
ចំណាំ ៖ គ្រប់ស្ត្រីកូនដំបូងមិនមែនសុទ្ធតែជាគោលដៅនៃការកាត់ទ្វារមាសទេ

២. ទម្រង់ការនៃការកាត់ទ្វារមាស

ទម្រង់ការនៃការកាត់ទ្វារមាស	
១	ប្រាប់ស្ត្រីពីវត្ថុបំណងនិងទម្រង់ការដែលត្រូវធ្វើ
២	អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ) ពាក់ស្រោមដៃស្តេរីល និងលាងសម្អាតប៉េរីណេ, ទ្វារមាសដោយ សូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
៣	ចាក់ថ្នាំស្ពឹកប៉ុន្តែត្រូវប្រាកដថាស្ត្រីគ្មានប្រតិកម្មជាមួយ lidocaine ឬពពួកថ្នាំស្ពឹកណាមួយឡើយ
៤	ចាក់បញ្ចូលក្រោមភ្នាសរបស់យោនីក្រោមស្បែករបស់ប៉េរីណេនិងចាក់យ៉ាងជ្រៅទៅក្នុងសាច់ដុំរបស់ប៉េរីណេនូវសូលុយស្យុង lidocaine 2% ប្រមាណ 10ml.
៥	ក្រោយពីបានចាក់ត្រូវរង់ចាំ២នាទីបន្ទាប់មកយកដង្កៀបចាប់ច្បិចកន្លែង ដែលចាក់ថ្នាំស្ពឹកប្រសិនបើស្ត្រីនៅដឹងឈឺត្រូវរង់ចាំ២នាទីទៀតហើយសាកចាប់

	ច្បិចមើលម្តងទៀត។ មុននឹងកាត់ទ្វារមាសត្រូវរង់ចាំរហូតដល់ប៉េរីណេឡើងស្តើងនិងឃើញរង្វង់ទ្វារមាសចំហា 3-4 cm ពេលស្បូនកន្ត្រាក់។
៦	លូកម្រាមដៃពីរដោយពាក់ស្រោមដៃស្តេរីលចូលក្នុងទ្វារមាស នៅចន្លោះក្បាលកូននិងប៉េរីណេ
៧	ប្រើកន្ត្រៃកាត់បេណេ 3-4 cm ទៅតាមទិសពីកណ្តាលទៅចំហៀង (Mediolateral) ឆ្វេងឬស្តាំ
៨	ទប់ក្បាលនិងស្មាកូនពេលដែលកំពុងរំកិលចេញត្រូវប្រាកដថាស្មាបានបង្វិលមកចំបន្ទាត់ពុះ កណ្តាលដើម្បី ការពារការរហែកបន្តនៃទ្វារមាសដែលបានកាត់
៩	ពិនិត្យឱ្យហ្មត់ចត់ពីការរហែកទ្វារមាស ប៉េរីណេនិងមាត់ស្បូនឬការរហែកបន្តពីការកាត់ទ្វារមាស

កំណត់សម្គាល់ ៖ មុននឹងបាញ់ថ្នាំស្ពឹកបញ្ចូលត្រូវប្រាកដថាគ្មានប៉ះសរសៃឈាមដោយត្រូវបឺតចេញ (ដកពី ស្ត
ថយ ប្រសិនបើមានឈាមក្នុងស៊ីរាំងពេលបឺតចេញត្រូវ
ដកម្ជុលចេញ។ រកទីតាំងដោយប្រុងប្រយ័ត្នហើយ សាកល្បងចាក់ម្តងទៀត។កុំបាញ់ថ្នាំបញ្ចូលប្រសិនបើបូមបានឈាម (ស្ត្រីអាចប្រកាច់និងស្លាប់ប្រសិនបើចាក់ Lidocaine ក្នុងសរសៃឈាម)។



ការចាក់ថ្នាំស្ពឹកលើសាច់ប៉េរីណេ

៣. ការពិនិត្យមាត់ស្បូននិងទ្វារមាស

ក្រោយសម្រាលភ្លាម ការធ្លាក់ឈាមនៅតែបន្តទោះបីមានការកន្ត្រាក់ស្បូនបានល្អក៏ដោយ។

ទម្រង់ការពិនិត្យទ្វារមាស

១	អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
២	ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រស្ត្រី
៣	ប្រាកដថាមានភ្លើងបញ្ចាំងសម្រាប់មើលច្បាស់
៤	ប្រើចំពុះទាលេខធំ ដើម្បីពិនិត្យមើលការដាច់រហែកមាត់ស្បូន ជញ្ជាំងទ្វារមាស ប៉េរីណេនិងកំណាកដុំឈាម
៥	ការហូរឈាមចេញពីទ្វារមាសឬពីមាត់ស្បូនរហែកអាចរកឃើញដោយការហូរឈាមចេញតិចៗប៉ុន្តែបន្តជាប់រហូតឬដោយមានឈាមបាញ់ចេញពីសរសៃអាទែរ
៦	ជំនួយការម្នាក់ដើម្បីសង្កត់ថ្នមៗលើកំពូលស្បូនស្ត្រីដើម្បីធ្វើឱ្យមាត់ស្បូនលូនចុះទៅក្នុងទ្វារ មាសដែលអាចឱ្យយើងពិនិត្យបានល្អិតល្អន់ពីការដាច់រហែក។
៧	បើយើងមិនអាចមើលឃើញមាត់ស្បូទាំងមូលឬក៏យើងមើលឃើញតែការហូរឈាមឬការរហែកនៅលើមាត់ស្បូនយើងយកដង្កៀបរាងបេះដូងគាបឱ្យ

	ពេញផ្នែករង្វង់មូលទាំងអស់របស់ដង្កៀបនៅលើមាត់ស្បូន ផ្នែកខាងមុខនិងទាញថ្នមៗតម្រង់មកខ្លួនយើង
៨	ពិនិត្យឱ្យល្អិតល្អន់គ្រប់ជ្រុងទាំងអស់នៃមាត់ស្បូន។ការរហែកនៃមាត់ស្បូនភាគច្រើននៅកន្លែងលេខ៣ឬ លេខ៩នៃនាឡិកា (ពាក់ កណ្តាលខាងឆ្វេង ពាក់កណ្តាលខាងស្តាំ)
៩	វាយតម្លៃនិងដេរកន្លែងរហែកប្រសិនបើចាំ បាច់ ការរហែកដែលមានហូរឈាមមិនបាត់ចាំបាច់ត្រូវដេរថែមទៀត

៤. កម្រិតនៃការរហែកទ្វារមាសក្រោយសម្រាល

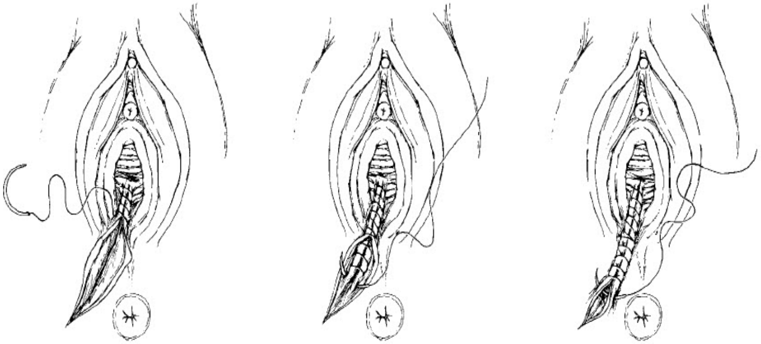
- រហែកកម្រិតទី១៖ គឺការដាច់សាច់ភ្នាសរបស់ទ្វារមាសនិងស្រទាប់ជាលិកាដែលជាប់វា
- រហែកកម្រិតទី២៖ គឺជាការដាច់សាច់ភ្នាសរបស់ទ្វារមាសនិងស្រទាប់ជាលិកាដែលជាប់វារហូតដល់សាច់ដុំស្រទាប់ក្រោម
- រហែកកម្រិតទី៣៖ គឺការដាច់រហូតដល់ក្រសាល់គូថ
- រហែកកម្រិតទី៤៖ គឺការដាច់រហូតដល់ភ្នាសនៃចុងពោះវៀនធំ

៥. ទម្រង់ការដេររហែកប៉េរីណេកម្រិតទី១និងទី២

ទម្រង់ការដេរការរហែកប៉េរីណេកម្រិតទី១និងទី២	
១	អនុវត្តគោលការណ៍ថែទាំល្អ (ការទំនាក់ទំនងនិងការបង្ការការឆ្លងរោគ)
២	ផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តនិងគាំទ្រស្ត្រី
៣	រកអ្នកជំនួយការម្នាក់សម្រាប់ត្រួតពិនិត្យថា ស្បូនមានការកន្ត្រាក់ល្អ
៤	ពិនិត្យទ្វារមាស ប៉េរីណេនិងមាត់ស្បូនឱ្យបានហ្មត់ចត់
៥	លាងសម្អាតជុំវិញកន្លែងដែលរហែកដោយ សូលុយស្យុងអង់ទីសិបទិក
៦	ប្រាកដថាស្ត្រីមិនមានប្រតិកម្មជាមួយ Lidocaine ឬពពួកថ្នាំស្ពឹកផ្សេងទៀត
៧	បាញ់ថ្នាំបញ្ចូលក្រោមភ្នាសរបស់ទ្វារមាសក្រោមស្បែករបស់ប៉េរីណេនិងចាក់យ៉ាងជ្រៅទៅក្នុងសាច់ដុំរបស់ ប៉េរីណេជាមួយ Lidocaine 2% ចំនួន 10ml
៨	បឺត (ដកពីស្តុងរបស់ស៊ីរ៉ាំងថយក្រោយបន្តិច) ដើម្បីបញ្ជាក់ការចាក់នេះមិនចូលសរសៃឈាមទេ
៩	ប្រសិនបើមានឈាមក្នុងស៊ីរ៉ាំងពេលបឺតត្រូវដកម្ជុលចេញរកទីតាំងថ្មីដោយប្រុងប្រយ័ត្នហើយសាកល្បង

	ចាក់ម្តងទៀត។ កុំបាញ់ថ្នាំបញ្ចូល ប្រសិនបើប្វូមបានឈាម
១០	ក្រោយពីការចាក់រួច (set of injections)មកត្រូវរង់ចាំ2នាទីបន្ទាប់មកយកដង្កៀបចាប់ចុចកន្លែងដែលចាក់ថ្នាំស្ពឹក។ប្រសិនបើស្ត្រីនៅដឹងឈឺត្រូវរង់ចាំ2នាទីទៀតហើយអនុវត្តការធ្វើតេស្តដូចនេះម្តងទៀត
១១	ដេរភ្នាសរបស់ទ្វារមាសដោយប្រើថ្នេរជាប់ ដោយជ្រើស Vicryl ឬ Catgut លេខ 2-0
១២	ចាប់ផ្តើមដេរបិតប្រហែល1cm ពីខាងលើស្នាមរហែក និងបន្តការដេរភ្ជិតកន្លែងរហែករបស់ទ្វារមាស
១៣	នៅមាត់ទ្វារមាសត្រូវចាប់យកគែមទាំងសងខាងនៃមុខរបួស
១៤	ប្រើម្ជុលចាក់ពីក្រោមមាត់ទ្វារមាសហើយហូតចេញតាមកន្លែងដែលប៉េរីណេរហែករួចចង
១៥	ការដេរស្រទាប់សាច់ដុំរបស់ប៉េរីណេត្រូវប្រើថ្នេរដាច់ដោយចេស Vicryl ឬ Cagut លេខ ២-0។ ប្រសិនបើការរហែកនោះវាជ្រៅពេកត្រូវដេរស្រទាប់ទី២ទៀតដើម្បីឲ្យជិតកន្លែងចំហរ។
១៦	ដេរស្បែកដោយប្រើថ្នេរដាច់បើដេរចាក់ក្រោមស្បែកត្រូវប្រើចេស Vicryl ឬ Cagut លេខ២-0 ដោយផ្តើមពីមាត់ទ្វារមាស
១៧	បើការរហែកនោះជ្រៅត្រូវល្វកពិនិត្យរន្ធលាមក

	ដើម្បីបញ្ជាក់ថាគ្មានចំណងណាមួយដេរជាប់ចុងពោះវៀនធំទេ



Step 1 Step 2 Step 3

៦.ការថែទាំបន្ត

- លាងសម្អាតប៉េណេជាមួយអង់ទីសិបទិក
- ប្រើស្បៃស្ងួតផ្ដិតលើទ្វារមាសនិងប៉េរីណេ
- ដាក់ស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពផាសុកភាព
- ពន្យល់ស្ត្រីពីរបៀបថែទាំមុខរបួស ៖
    - លាងដោយទឹកស្អាតលើប៉េរីណេក្រោយ ពេលបត់ជើងតូច
    - លាងដោយទឹកសាប៊ូនិងលាងសម្អាតលើប៉េរីណេក្រោយបន្ទោរបង់លាមក

- ឧស្សាហ៍ប្តូរស្បែប្អ សំឡីអនាម័យដែលទ្រាប់លើប៉េរីណេឱ្យបានញឹកញាប់ដោយប្រាកដថាកន្លែងដេរស្ងួត។

XI. អ័រម៉ូនអុកស៊ីតូស៊ីនឬអរម៉ូននៃក្តីស្រលាញ់

រាងកាយរបស់យើងផលិតអុកស៊ីតូស៊ីន នៅពេលដែលយើងរំភើបចិត្តដោយដៃគូផ្លូវភេទរបស់យើងហើយនៅពេលដែលយើងធ្លាក់ក្នុងអន្លង់ស្នេហ៍ នោះហើយជាមូលហេតុដែលវាទទួលបានរហស្សនាមថា " អ័រម៉ូននៃសេចក្តីស្រឡាញ់" និង " អ័រម៉ូនថើប" ។ អុកស៊ីតូស៊ីនអាចជួយឱ្យយើងភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយមនុស្សជាទីស្រលាញ់ ហើយវាអាចបញ្ចេញបានតាមរយៈការប៉ះ ការស្តាប់តន្ត្រី និងលំហាត់ប្រាណ។ អុកស៊ីតូស៊ីន គឺជាសារធាតុបញ្ជូនតាមសរសៃប្រសាទ និងជាអ័រម៉ូនដែលត្រូវបានផលិតនៅក្នុងអ៊ីប៉ូតាឡាមូស។ ពីទីនោះ វាត្រូវបញ្ជូនទៅយ៉ាងសម្ងាត់ដោយក្រពេញភីតូរីសនៅមូលដ្ឋានរបស់ខួរក្បាល។ វាមានតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងមុខងារបន្តពូជរបស់ស្ត្រី ចាប់ពីសកម្មភាពផ្លូវភេទ រហូតដល់ការសម្រាលកូន និងការបំបៅដោះ។ ការរំញោចនៃក្បាលសុដន់ក៏បង្កឱ្យមានការបញ្ចេញរបស់វាដែរ។ អំឡុងពេលសម្រាល អុកស៊ីតូស៊ីនបង្កើនចលនារបស់ស្បូន ដែល បណ្តាលឱ្យមានការកន្ត្រាក់នៅក្នុងសាច់ដុំស្បូនឬស្បូន។ នៅពេលដែលមាត់ស្បូននិងទ្វារមាសចាប់ផ្តើមពង្រីកសម្រាប់ការឈឺពោះសម្រាលកូនអុកស៊ីតូស៊ីនត្រូវបាន បញ្ចេញ។ ការពង្រីកនេះកើនឡើងនៅពេលដែលមានការកន្ត្រាក់ស្បូនបន្ថែមទៀតកើតឡើង។ អុកស៊ីតូស៊ីនរំញោចទាំងសាច់ដុំស្បូនឱ្យកន្ត្រាក់ និងជំរុញការផលិតអ័រម៉ូន prostaglandins ដែលជួយបង្កើនការ

កន្ត្រាក់ស្បូនកាន់ តែមានប្រសិទ្ធិភាព។ អុកស៊ីតូស៊ីនក៏មានមុខងារសង្គមផង ដែរ វាជះឥទ្ធិពលដល់ឥរិយាបថនៃការភ្ជាប់គ្នា ការបង្កើតការចងចាំជាក្រុម ការទទួលស្គាល់សង្គម និងមុខងារសង្គមផ្សេងទៀត។ នៅពេលដែលទារក កើតមក អុកស៊ីតូស៊ីនជួយផ្លាស់ទីទឹកដោះពីបំពង់ក្នុងសុដន់ទៅក្បាលសុដន់ និងបង្កើតចំណងរវាងម្តាយនិងទារក។ ស្ត្រីដែលឈឺពោះសម្រាលកូនកំពុង តែដំណើរការយឺត ត្រូវបានគេផ្តល់អុកស៊ីតូស៊ីនជាឱសថដើម្បីពន្លឿន ដំណើរការឈឺពោះសម្រាលកូន។

១. អុកស៊ីតូស៊ីនជាទម្រង់ឱសថ

អុកស៊ីតូស៊ីនឱសថអាចមានប្រយោជន៍ក្នុងស្ថាន ភាពម្តាយដែលកំពុងសម្រាលកូននិងកំពុងមានការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្សោយ ឬ ប្រសិនបើការឈឺពោះសម្រាល មិនរីកចម្រើនទៅមុខជាធម្មតា។ ការបង្កើត កម្លាំងកន្ត្រាក់ស្បូនគឺសមរម្យនៅក្នុងករណីជាច្រើន ប៉ុន្តែការណែនាំសម្រាប់ ហេតុផលដូចជា៖

- កាលវិភាគរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត
- ជាបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ
- ថ្ងៃល្អដើម្បីកើតកូន

ធ្វើឱ្យទារកទើបនឹងកើតនិងម្តាយរបស់ពួកគេស្ថិតក្នុង ហានិភ័យខ្ពស់ដែល មិនចាំបាច់។ ការប្រើប្រាស់ឱសថ អុកស៊ីតូស៊ីនគួរត្រូវបានត្រួតពិនិត្យឱ្យបាន ត្រឹមត្រូវ បើមិនដូច្នោះទេ វាអាចមានផលវិបាកគ្រោះថ្នាក់។ ប្រសិនបើវាត្រូវ បានគេប្រើខុសអំឡុងពេលសម្រាល វានឹងធ្វើឱ្យទារកក្នុងផ្ទៃ និងម្តាយ ប្រឈមនឹងហានិភ័យ ដោយសារការរំញោចខ្លាំងរបស់ស្បូន។

២. ការវាយតម្លៃភាពធម្មតានៃការឈឺ ពោះសម្រាល ដោយប្រើប៉ាតូក្រាហ្វគឺចាំបាច់ ការកន្ត្រាក់ស្បូន

ការកន្ត្រាក់ស្បូនវាធ្វើឲ្យបង្រួមសរសៃឈាមក្នុងស្បូន ដែលអាចរំខានដល់ការផ្ទេរអុកស៊ីសែនទៅកាន់សុក និងទារក។ ព្រឹត្តិការណ៍ទាំងពីរនេះកើតឡើងក្នុងពេលឈឺ ពោះសម្រាលកូនភាគច្រើនហើយគ្មានផលវិបាកចំពោះទារកឡើយ ប៉ុន្តែនៅពេលដែលព្រឹត្តិការណ៍ទាំងនេះកើតឡើងញឹកញាប់ពេក ឬធ្ងន់ធ្ងរពេក ហានិភ័យនៃការរងរបួសនឹងកើនឡើងចំពោះម្តាយនិងទារក។ សកម្មភាពស្បូនកន្ត្រាក់ខ្លាំងហួសប្រមាណអាចនាំអោយមានការថយចុះអុកស៊ីសែនរបស់ទារក។ ខណៈពេលដែលទារកមានសមត្ថភាពគួរឱ្យកត់សម្គាល់ក្នុងការអត់ធ្មត់រយៈពេលនៃការចុះខ្សោយរបស់អុកស៊ីសែន ការអត់ធ្មត់នោះមានដែនកំណត់។ ជាយថាហេតុ ប្រសិនបើសកម្មភាពស្បូនកន្ត្រាក់ខ្លាំងហួសពេកនៅតែបន្ត ទារកអាចវិវត្តទៅជាជំងឺមួយហៅថា metabolic acidosis ករណីមេតាបូលីកអាស៊ីត ធ្ងន់ធ្ងរនាំឱ្យរបួសខួរក្បាល និងទារកអាចស្លាប់បាន។ ការកន្ត្រាក់ស្បូនត្រូវតែតិចជាង ៥ដងក្នុង ការកន្ត្រាក់រយៈពេល ១០ នាទី។

៣.និយមន័យការកន្ត្រាក់ស្បូនខ្លាំងហួស Hyperstimulation

1. ការកន្ត្រាក់ម្តងមានរយៈពេលលើសពី ៩០វិនាទី
2. ចន្លោះរវាងការកន្ត្រាក់២ គឺតិចជាង៣០វិនាទី
3. ការកន្ត្រាក់ញឹកញាប់ ៤-៥ដង ក្នុង ១០ នាទី

កំណត់ចំណាំ៖ បន្ទាប់ពីស្បូនកន្ត្រាក់ខ្លាំងហួស ការស្តារអុកស៊ីតកម្មទៅកម្រិតធម្មតាវិញ ត្រូវការពេល ៩០វិនាទីក្នុងការឈឺពោះសម្រាលកូនដោយឯកឯង និង ១៣៨ វិនាទីសម្រាប់ការពន្លឿនការឈឺពោះ

សម្រាលកូនដែលជំនួយដោយឱសថអុកស៊ីតូស៊ីន។ ការកន្ត្រាក់ខ្លាំងប៉ុណ្ណានោះនឹងធ្វើឱ្យទារកប្រឈមនឹងការខូចខួរក្បាលប៉ុណ្ណោះ។ ការកន្ត្រាក់អាចដាក់សម្ពាធខ្លាំងពេកលើទារក និងរឹតបន្តឹងលំហូរឈាមទៅកាន់ខួរក្បាល នេះអាចបណ្តាលឱ្យមានជម្ងឺ hypoxic-ischemic encephalopathy ឬសូម្បីតែការស្លាប់របស់ទារក។

Hyperstimulation - ការកន្ត្រាក់ស្បូនក្លាយជាខ្លាំង ហើយកាន់តែមានរយៈពេលខ្លីជាង។

- **ហានិភ័យចំពោះ ម្តាយគឺ៖** ការឈឺចាប់ខ្លាំង

ការដាច់រហែកស្បូន ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល ការរហែកមាត់ស្បូននិងទ្វារមាស និងការសម្រាលកូនជាប់ស្មាគ្រោះថ្នាក់ខ្លាំងចំពោះម្តាយ។

- **ហានិភ័យចំពោះទារកគឺ៖** គ្រោះថ្នាក់នៃការ

ខូចខាតខួរក្បាល ការកន្ត្រាក់ដាក់សម្ពាធខ្លាំងពេកលើទារក និងលំហូរឈាមទៅកាន់ខួរក្បាលទាប។នេះអាចបណ្តាលឱ្យមានជម្ងឺ hypoxic-ischemic encephalopathy ឬក៏ទារក អាចស្លាប់បានងាយ។

- របត់ឈាមរត់របស់ទារក។ សុកគឺជាស្ងួតដល់

ទារកហើយទារកមិនមានអុកស៊ីសែនបន្ថែមទេឈាមរត់ក្នុងសុកគឺប្រហែល 500 មីលីលីត្រ/នាទី។ កម្រិតអុកស៊ីសែនរបស់ទារកគឺ 75%

និងសុខុមាលភាពរបស់ទារកអាស្រ័យទាំងស្រុងលើមុខងាររបស់សុក និងចរន្តឈាមរបស់វាការកន្ត្រាក់ស្បូនបណ្តាលឱ្យមានការថយចុះជាបណ្តើរៗ ឬការរំខាននៃលំហូរឈាមទៅកាន់លំហានៃសរសៃឈាមដែលការផ្លាស់ប្តូរអុកស៊ីសែនរវាងម្តាយ និងទារកកើតឡើង។ នៅក្នុងទារកដែលមានសុខភាពល្អភាគច្រើន ឥទ្ធិពលសរីរវិទ្យានៃការកន្ត្រាក់ស្បូនដែលកើតឡើងជាមួយនឹងប្រៀកង់ធម្មតាត្រូវបានទារកធនទ្រាបានយ៉ាងមានប្រសិទ្ធិភាពល្អ។

- **វិធីធម្មជាតិដើម្បីបង្កើនអុកស៊ីតូស៊ីនក្នុងពេលឈឺពោះសម្រាលកូនមាន៖**
    - ស្តាប់តន្ត្រីដែលអ្នកចូលចិត្ត
    - ម៉ាស្សាថ្នមៗ
    - ប្រាប់នរណាម្នាក់ថាអ្នកយកចិត្តទុកដាក់ប៉ុណ្ណាហើយឮថានរណាម្នាក់ក៏យកចិត្តទុកដាក់ផងដែរ
    - ឱបឬថ្នាក់ថ្នម
    - សមាធិ
    - មុជទឹកក្តៅឧណ្ឌៗ (ផ្កាឈូក ឬងូតទឹក)
    - រំញោចក្បាលសុដន់
    - ស្បែកប៉ះស្បែក
    - ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ
    - វីតាមីន C ជួយផលិតអុកស៊ីតូស៊ីន
    - ម៉ាញ៉េស្យូមត្រូវបានទាមទារដើម្បី ដំណើរការអុកស៊ីតូស៊ីនបានល្អ។

XII.ការសម្រាលកូនដែលមានហានិភ័យទាបនិងហានិភ័យខ្ពស់

វប្បធម៌មានឥទ្ធិពលយ៉ាងខ្លាំងទៅលើការសម្រាលកូន។ វប្បធម៌ក៏ប៉ះពាល់ដល់អ្វីដែលគេចាត់ទុកថាជាធម្មតាក្នុងការមានគភ៌ឬអ្វីដែលជាការសម្រាលកូនធម្មតាដែរ ប៉ុន្តែអ្វីដែលសំខាន់បំផុតនោះគឺ ការសម្រាលកូនដែលមានសុវត្ថិភាពទាំងម្តាយនិងកូនរបស់នាង។ ក្រោយពេលសម្រាលកូនរួចស្ត្រីគួរតែជាម្តាយដែលផ្តល់កម្លាំងចិត្ត និងមានបទពិសោធន៍សម្រាលកូនដោយសុវត្ថិភាពនិងវិជ្ជមាន ហើយទារកត្រូវតែមានសុខភាពល្អ មានសមត្ថភាពលូតលាស់ និងរីកចម្រើនល្អទាំងប្រាជ្ញានិងស្មារតី។

យោងតាមនិយមន័យរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកការសម្រាលកូនធម្មតាគឺជាការចាប់កំណើតដោយឯកឯងនៅ ៣៧-៤២ សប្តាហ៍នៃការមានគភ៌ដែលដំណើរការពីដើមដល់ចប់ជាការសម្រាលកូនដែលមានហានិភ័យទាបដែលក្នុងនោះទារកកើតមកដោយឯកឯង (គ្មានអន្តរាគមន៍) នៅក្នុងការបង្ហាញក្បាល (កំពូលក្បាល) ហើយក្រោយសម្រាលកូនម្តាយនិងទារកមានសុខភាពល្អ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការមានគភ៌ និងការសម្រាលកូនដែលមានហានិភ័យទាប និងខ្ពស់គួរតែត្រូវបានកំណត់ និងប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់ពីភាពមិនប្រក្រតីនិងហានិភ័យ។ ការកំណត់ហានិភ័យជាមួយនឹងបញ្ជីលក្ខណៈរោគវិនិច្ឆ័យគឺការពារលទ្ធផលមិនល្អក្នុងការសម្រាលកូន។ កំឡុងពេល

សម្រាល កត្តាដែលអាចបង្កហានិភ័យដល់ម្តាយ ឬទារកគួរតែត្រូវបានវាយតម្លៃជានិច្ច។ ការវាយតម្លៃបន្តគឺចាំបាច់ណាស់ ពីព្រោះកត្តាដែលបង្កឱ្យមានផលវិបាកអាចកើតឡើងបន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមនៃការឈឺពោះសម្រាលកូន ទោះបីជាកំណើតដំបូងគឺជាកំណើតដែលមានហានិភ័យទាបក៏ដោយផលវិបាកដែលកើតឡើងក្នុងពេលសម្រាលអាចបង្កហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាព និងសូម្បីតែអាយុជីវិតរបស់ម្តាយ ទារក ឬទារកដែលទើបកើត។

យោងតាមការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ច្រើនជាង ១/៣ នៃមរណភាពមាតាប្រហែលពាក់កណ្តាលក្នុងករណីទារកស្លាប់មុនកើត និង ១/៤ នៃមរណភាពទារកទើបកើតគឺបណ្តាលមកពីផលវិបាកដែលកើតឡើងអំឡុងពេល ឬភ្លាមៗក្រោយពេលសម្រាល។ មូលហេតុទូទៅបំផុតសម្រាប់ផលវិបាកដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិតគឺ ការហូរឈាមខុសប្រក្រតី ការឈឺពោះសម្រាលកូនអូសបន្លាយ ឬការបង្ករោគក្រោយសម្រាល។ ដោយសារតែបញ្ហានេះ ហានិភ័យគួរតែត្រូវបានកំណត់អត្តសញ្ញាណ ហើយអន្តរាគមន៍ចាំបាច់គួរតែត្រូវបានអនុវត្តឱ្យបានឆាប់។ ភាគច្រើននៃផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរកើតឡើងនៅក្នុងការសម្រាលកូនដែលមានហានិភ័យទាបហើយអាចការពារបានដោយការអន្តរាគមន៍ទាន់ពេលវេលា។ការតាមដានការសម្រាលកូន និងការកំណត់អត្តសញ្ញាណទាន់ពេល និងការព្យាបាលនៃផលវិបាកគឺមានសារៈសំខាន់ក្នុងការការពារលទ្ធផលមិនល្អ។ យ៉ាងណាក៏ដោយ អ្វីដែលសំខាន់ត្រូវចាំថា ការគ្រប់គ្រងលើសលប់នៃការសម្រាលកូនដែលបង្ហាញពីការសម្រាលមានហានិភ័យទាបដោយផ្តល់អន្តរាគមន៍ដែលមិនចាំបាច់។ ការធ្វើអន្តរាគមន៍ដែលធ្វើឡើងលឿនពេក

ដោយសារហេតុផលខុស ឬញឹកញាប់ពេកអាចរំខាន ឬសូម្បីតែរាំង ដំណើរធម្មជាតិ និងសរីរវិទ្យានៃការសម្រាលកូន។ ដូច្នេះ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការវាយតម្លៃជាប់ជានិច្ចថានៅពេលណាដែលចាំបាច់ត្រូវធ្វើអន្តរាគមន៍ និងនៅពេលដែលការសម្រាលកូនគួរតែត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យដំណើរការដោយធម្មជាតិ ដើម្បីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ការតាមដានការសម្រាលកូន និងការយល់ដឹងពីកំណើតធម្មតាគឺជារឿងសំខាន់បំផុតសម្រាប់អ្នកថែទាំព្យាបាល។ ការស្រាវជ្រាវបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ថា ការធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការសម្រាលកូនដែលមានហានិភ័យទាបអាចត្រូវបានផ្សារភ្ជាប់ជាមួយនឹងលទ្ធផលអវិជ្ជមានដោយគ្មានអត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ៗ ប្រសិនបើប្រើមិនសមរម្យ។ ពេលថែទាំស្ត្រីអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលកូន ឆ្មបសម្រាលកូនគួរស្វែងយល់ និងពិនិត្យមើលស្ថានភាពសង្គមបច្ចុប្បន្ន ប្រវត្តិសម្ភព ប្រវត្តិប្រើប្រាស់ឱសថ និងសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ស្ត្រីបច្ចុប្បន្ន។ បន្ថែមពីលើកត្តាគ្រោះថ្នាក់មុនពេលសម្រាល ស្ថានភាពគភ៌បច្ចុប្បន្ន និងដំណាក់កាលដំបូងនៃការឈឺពោះសម្រាលអាចមានបញ្ហា និងស្ថានភាពដែលតម្រូវឱ្យបញ្ជូនទៅកាន់ការថែទាំសម្ភពដែលមានហានិភ័យខ្ពស់។ ប៉ុន្តែការសំដៅទៅលើហានិភ័យខ្ពស់ មិនមែនមានន័យថា ស្ត្រីដែលកំពុងសម្រាលកូន និងដៃគូសម្រាលកូនរបស់នាង គួរតែត្រូវបានគេដកចេញពីការសន្ទនា និងការសម្រេចចិត្តដោយពិចារណាទៅលើតែការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនរបស់នាងនោះទេ។

- កត្តាដែលប៉ះពាល់ដល់ការសម្រាលកូនដែលមានហានិភ័យទាប និងខ្ពស់ (មិនមែនជាបញ្ជីច្បាស់លាស់ទេ!)

Anamnesis	-អាយុ

	-ទម្ងន់ -ចំនួនកូនសម្រាល
ប្រវត្តិជម្ងឺទូទៅ ស្ថានភាពផ្លូវចិត្តនិងសង្គម	-ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺឈាម និងជំងឺស្ងួត -ជំងឺអូតូអ៊ុយមីននិងសរសៃប្រសាទ -ជំងឺក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត -ការឆ្លងមេរោគ (អេដស៍, ជំងឺរ៉ែប៉េសប្រដាប់បន្តពូជ, ជំងឺរលាកថ្លើមសកម្ម, ជម្ងឺសិរមាន់) -ភាពមិនប្រក្រតីនៃស្បូន ឬ FGM -បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត -ការរំលោភបំពាន
ប្រវត្តិនៃមានគភ៌និងការសម្រាលកូន	-ធ្លាប់សម្រាលកូនដោយវះកាត់តិចជាង១ឆ្នាំ - ធ្លាប់សម្រាលកូនមិនគ្រប់ខែនិងមានប្រវត្តិទារក ស្លាប់មុនកើត -ធ្លាប់មានធ្លាក់ក្រោយសម្រាលមិនប្រក្រតីនិងមានប្រវត្តិសុកមិនធ្លាក់ -ប្រវត្តិជម្ងឺបំរុងក្រឡាភ្លើង -ប្រវត្តិរហែកទ្វារមាសកម្រិតទី៤ -GDM -ភាពមិនត្រូវគ្នារវាងក្រុមឈាមម្តាយនិងក្រុម

	ឈាមរបស់ទារក
ការមានគភ៌និងការសម្រាលកូន	-ការព្យាបាលការមិនមានកូន -ការពិនិត្យតាមដានផ្ទៃពោះ/ ការយឺតយ៉ាវ ឬការមិនបានមកពិនិត្យ -ការមានគភ៌ច្រើនលើក -GDM -ការសម្រាលកូនមិនគ្រប់ខែ -ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនកំណត់ -ភាពមិនប្រក្រតីនៃការលូតលាស់នៃគភ៌/ ការខូចទ្រង់ទ្រាយនិងភាពមិនប្រក្រតីនៃក្រូម្សូម -សុកមានបញ្ហា -APH -ទឹកភ្លោះមិនធម្មតា (ទឹកភ្លោះតិចពេក/ ច្រើនពេក) -លើសសម្ពាធឈាមពេលមានគភ៌ -ជម្ងឺបំរុងក្រឡាភ្លើង -ការបង្ករោគ -វិបត្តិក្រុមឈាម -ការបង្ហាញរបស់ទារកមិនធម្មតា -ការចាប់ផ្តើមនៃការឈឺពោះសម្រាលពិតនិងរយៈពេលនៃការសម្រាលកូន

	-CTG គួរឲ្យសង្ស័យ/ មានរោគសាស្ត្រ

ឧទាហរណ៍៖ បញ្ជីត្រួតពិនិត្យលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដែលមានហានិភ័យទាប

1. ស្ត្រីកូនដំបូងអាយុ ១៨-៤០ឆ្នាំ
2. ទម្ងន់តិចជាង ៨០គ.ក្រ ឬ សន្ទស្សន៍នៃម៉ាសរាងកាយតិចជាង ៣៥
3. ចំនួនគភ៌តិចជាង ៧លើក
4. គ្មានជម្ងឺរ៉ាំរ៉ៃ, ការឆ្លងរោគ, ភាពមិនប្រក្រតីនៃស្បូន, ជម្ងឺផ្លូវចិត្ត, ឬការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
5. មិនមានការវះកាត់នៅស្បូននិងតំបន់ពោះ
6. ប្រវត្តិសម្រាលកូនលើកមុនមិនមាន៖
   ការរហែកទ្វារមាសកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ, សុកស្អិត, ធ្លាក់ឈាមមិនធម្មតា, ទារកស្លាប់កើតឬកើតស្លាប់, ឬជម្ងឺបំរុងក្រឡាភ្លើង
7. Singelton ការមានគភ៌ដោយឯកឯង
8. យ៉ាងហោចណាស់បានពិនិត្យផ្ទៃពោះ ២ដង
9. ការសម្រាលកូនដោយឯកឯងនៅ 37+0-42+0 សប្តាហ៍នៃអាយុគភ៌
10. ការបង្ហាញទម្រង់ក្បាល
11. បរិមាណទឹកភ្លោះធម្មតា
12. ការបែកស្រោមទឹកភ្លោះតិចជាង ៤៨ម៉ោងនិងមិនមានការផ្លាស់ប្តូរពណ៌, ក្លិន, និងគ្មានសញ្ញានៃការបង្ករោគ
13. CTG បង្ហាញសញ្ញាធម្មតា
14. គ្មានការខូចទ្រង់ទ្រាយរបស់ទារក, ភាពមិនប្រក្រតីនៃក្រូម៉ូសូម, ឬ SFD

15. មិនមានជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម, លើសសម្ពាធឈាម, និងជម្ងឺក្រឡាភ្លើងក្នុងពេលមានគភ៌

16. មិនមានសុកពាំងមាត់ស្បូន, សុករបើកមុនសម្រាល, ឬការហូរឈាមតាមទ្វារមាសមុនសម្រាលនោះទេ៕

ឯកសារយោង:

References:

1. Ashagrie, H. E., Fentie, D. Y., & Kassahun, H. G. 2020. A review article on epidural analgesia for labor pain management: A systematic review. International Journal of Surgery Open, 24, 100-104

2. Akin, B. & Saydam, B.K. 2020. The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. EXPLORE: The Journal of Science & Healing 16(5), 310–317.

3. Boateng, E.A., Kumi, L.O. & Diji, A.KA. 2019. Nurses and midwives' experiences of using non-pharmacological interventions for labour pain management: a qualitative study in Ghana. BMC Pregnancy and Childbirth 19, 168. DOI: 10.1186/s12884-019-2311-x

4. Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R.K. & Cuthbert, A. 2017. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017(7), CD003766.

5. Chang, C-Y., Gau, M-L., Huang, C-J. & Cheng, H. 2022. Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. PLoS ONE 17(1): e0261493.

6. Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardelli, B.G. 2014. Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. Biomed Res Int 2014, 1–7.

7. Goldstein Ferber, S. & Feldman, R. 2005. Delivery pain and the development of mother-infant interaction. Infancy 8(1), 43–62.

8. Gonzalez, M.N., Trehan G. & Kamel, I. 2021. Pain management during labor: Part 1: Pathophysiology of labor pain and maternal evaluation for labor analgesia. Topics in Pain Management 37(1), 1–8.

9. Gupta, J.K., Sood, A., Hofmeyr, G.J. & Vogel, J.P. 2017. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017(5), CD002006.

10. Iversen, M.L., Midtgaard, J., Ekelin, M. & Hegaard, H.K. 2017. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. Sexual & Reproductive Healthcare 11, 79–85.

11. Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr G.J. & Styles C. 2013. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013(8), CD003934.

12. Mårtensson, LB., Hutton, EK., Lee, N., Kildea, S., Gao, Y. & Bergh, I. 2018. Sterile water injections for childbirth pain: An evidenced based guide to practice. Women Birth. 2018 Oct;31(5):380-385.

13. Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S.E. & Fumagalli, S. 2018. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A Correlational Study. Women and Birth 31(4), 313–318

14. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2017 May 25;5(5):CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4. PMID: 28539008; PMCID: PMC6484432.

15. Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—establishment of effectiveness and comparison. International journal of environmental research and public health, 15(12), 2792.

16. National Safe Motherhood Clinical Management Protocols For Referral Hospital. Available online: https://nmchc.gov.kh/wp-content/uploads/2022/02/Safe-Motherhood-Protocol_June-2020-20210125-Final.pdf. Accessed date: 14.04.2023.

17. ACOG (2020). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth: Committee Opinion, no. 814. Available online: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth.

18. Antunes, M., Rossi, R. & Pelloso, S. 2018. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. Revista da escola de enfermagem da usp. Journal of school of nursing. University of Sao Paulo.
19. Fowles, E. 2017. Cultural Differences in defining Normal Labor and Delivery. International Journal of Childbirth Education 32 (4). 33-36
20. Morr, A-K., Malah, N., Messer, A.M., Etter, A., Mueller, M., Raio, L. & Surbek, D. 2021. Obstetrician involvement in planned midwife-led births: a cohort study in an obstetric department of a University Hospital in Switzerland. BMC Pregnancy and Childbirth (2021) 21:728.
21. National Institute for Health and Care Excellence. 2014. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. Updated 21.2.2017.
World Health Organization. 2018. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.
22. World Health Organization. 2020. WHO Labour Care Guide User's Manual.