



ມາດຕະຖານ

ປະຕິບັດການຜະດູງຄັນ ດ້ານຄລິນິກ ຢູ່ ສ ປ ລາວ

Clinical Standards of Midwifery Practices in
Lao P.D.R

(ສະບັບປັບປຸງ)

ຈັດພິມໂດຍ

: ກົມຈັດຕັ້ງ-ພະນັກງານ

ສະໜັບສະໜູນໂດຍ

: ສະພາຄຸມຄອງວິຊາຊີບປິ່ນປົວ

: ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ ກອງທິນ

: ເພື່ອປະຊາກອນ (UNFPA)

: ອົງການ ໂກົມ (KOFIH)



ມາດຕະຖານ

ປະຕິບັດການຜະດູງຄົ້ນ ດ້ວນຄລືນິກ ຢູ່ສປປ ລາວ

Clinical Standards of Midwifery Practices in
Lao P.D.R

(ສະບັບປັບປຸງ)

ຈັດພິມໂດຍ

: ກົມຈັດຕັ້ງ-ພະນັກງານ

ສະໜັບສະໜູນໂດຍ

: ສະພາຄຸມຄອງວິຊາຊີບປິ່ນປົວ

: ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ ກາງທຶນ

ເພື່ອປະຊາກອນ (UNFPA)

: ອົງການ ໂກົມ (KOFIH)



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນາຖາວອນ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ສະພາຄຸມຄອງວິຊາຊີບປິ່ນປົວ

ເລກທີ 0101 /ສວປ
ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ວັນທີ 26 OCT 2021

ຂໍ້ຕົກລົງ

ວ່າດ້ວຍ ມາດຕະຖານປະກົບການຜະດູງຄົນດ້ານຄລິກນິກ ຢູ່ ສປປ ລາວ
(ສະບັບປັບປຸງ)

- ອີງຕາມ ດຳລັດວ່າດ້ວຍການຈັດຕັ້ງ ແລະ ການເຄື່ອນໄຫວກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ສະບັບເລກທີ 570/ນຍ, ລົງ
ວັນທີ 16 ກັນຍາ 2021;
- ອີງຕາມ ແຜນຝັດທະນາການຜະດູງຄົນໃນ ສປປ ລາວ;
- ອີງຕາມ ຂັ້ນສືສະໜີຂອງ ກົມການສຶກສາ ສາທາລະນະສຸກ ສະບັບເລກທີ 1305/ກສສ, ລົງວັນທີ 20 ຕຸລາ
2021.

ປະການສະພາຄຸມຄອງວິຊາຊີບປິ່ນປົວ ຕົກລົງ:

ມາດຕາ 1 ຮັບຮອງ ແລະ ໃຫ້ນໍາໃຊ້ມາດຕະຖານປະກົບການຜະດູງຄົນ ດ້ານຄລິກນິກ (ສະບັບປັບປຸງ) ສະບັບນີ້.
ມາດຕາ 2 ມອບໃຫ້ກົມຈັດຕັ້ງ ແລະ ພະນັກງານ, ກົມປິ່ນປົວ ແລະ ປຶ້ນຜູ້ທີ່ການ ເປັນໃຈຈາງປະສານ ໂດຍສົມ
ທີ່ບໍ່ກັບພາກສ່ວນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ເງື່ອເນັ້ນຂ່າຍໃນການຈັດຕັ້ງປະກົບມາດຕະຖານປະກົບການຜະດູງຄົນ
ດ້ານຄລິກນິກ ໃຫ້ໄດ້ຮັບຜົນເປັນຢ່າງດີ.

ມາດຕາ 3 ມອບໃຫ້ກົມຈັດຕັ້ງ ແລະ ພະນັກງານ, ກົມປິ່ນປົວ ແລະ ປຶ້ນຜູ້ທີ່ການ ແລະ ພາກສ່ວນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຈຶ່ງ
ຜ້ອມກັນປະກົບຂໍ້ຕົກລົງສະບັບນີ້ມີຜົນສັກສິດນັບແຕ່ວັນທີລົງລາຍເຊັນເປັນຕົ້ນໄປ.

ປະການສະພາຄຸມຄອງວິຊາຊີບປິ່ນປົວ

ບ່ອນນໍາສິ່ງ:

1. ຫ້ອງການສະພາຄຸມຄອງວິຊາຊີບ 02 ສະບັບ;
2. ກົມຈັດຕັ້ງ ແລະ ພະນັກງານ 03 ສະບັບ;
3. ພາກສ່ວນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ປອນລະ 01 ສະບັບ;
4. ເຕັບຮັກສາໄວ້ 01 ສະບັບ.



ສຈ. ດຣ. ບ່ອນເມັກ ດາລາລອຍ

ສາລະບານ	ຫຼັກ
ພາກສະເໜີ.....	1
ນິຍາມ.....	2
ຈຸດປະສົງ.....	2
ມາດຕະຖານປະຕິບັດການຜະດູງຄັນດ້ານຄລິນິກ.....	3
ມາດຕະຖານທີ I : ການປະຕິບັດດ້ານການຜະດູງຄັນທົ່ວໄປ.....	4
1.1 ການກະກຽມເພື່ອໃຫ້ຊື່ວິດຄອບຄົວມີພາລະນາໄມ.....	4
1.2 ການບັນທຶກຂໍ້ມູນ.....	4
ມາດຕະຖານທີ II : ການດູແລດ້ານການຜະດູງຄັນກ່ອນການຖືພາ (ບໍລິການ ທີ່ເປັນມີດຕໍ່ໄວໜຸ່ມ ແລະ ການວາງແຜນ ຄອບຄົວ).....	6
2.1 ການກວດພິບອາການ ແລະ ຫວດອາການຂອງພະຍາດຕິດຕໍ່ ທາງເພດສໍາພັນ.....	6
2.2 ການວາງແຜນຄອບຄົວ.....	7
ມາດຕະຖານທີ III: ການດູແລທາງດ້ານການຜະດູງຄັນຕໍ່ແມ່ໃນໄລຍະ ຖືພາ (ແລະ ການຫຼຸລົກທີ່ປອດໄພ).....	9
3.1 ການດູແລທາງດ້ານຜະດູງຄັນໃນການຫຼຸລົກທີ່ປອດໄພ.....	9
3.2 ການຄົ້ນຫາແມ່ຍິງຖືພາ.....	11
3.3 ການຕິດຕາມກ່ອນເກີດລູກ.....	11
3.3 ການປິ່ນປົວເລີອຈາງເບື້ອງຕົ້ນໃນໄລຍະຖືພາ.....	16
3.4 ການປິ່ນປົວຄວາມດັນເລືອດສູງເບື້ອງຕົ້ນໃນໄລຍະຖືພາ.....	16
3.5 ການປິ່ນປົວພະຍາດເບົາຫວານເບື້ອງຕົ້ນໃນໄລຍະຖືພາ.....	19
3.6 ການປິ່ນປົວພະຍາດ syphilis ເບື້ອງຕົ້ນເພື່ອປ້ອງກັນການ ຕິດເຊື້ອຈາກແມ່ ສ່ວນກາ PMTCT.....	19
3.7 ການປິ່ນປົວພະຍາດ HIV ເບື້ອງຕົ້ນເພື່ອປ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອ ຈາກແມ່ສ່ວນກາ PMTCT.....	19
3.8 ການກະກຽມສໍາລັບການເຈັບຫ້ອງເກີດລູກ ແລະ ການເກີດລູກ.....	20
3.9 ການກັນພະຍາດ ພັພ/ເອດສັ່ວນ, ອັກເສບຕັບບີໃນໄລຍະຖືພາ.....	20
ມາດຕະຖານ IV: ການດູແລແມ່ໃນໄລຍະເຈັບຫ້ອງເກີດລູກ ແລະ	

ເຕີດລູກ(Intrapartum Care (IPC))	21
4.1 ການດຸແລແມ່ໃນໄລຍະເຈັບທ້ອງເກີດລູກ.....	21
4.2 ການດຳເນີນການເກີດລູກທີ່ປອດໄພ.....	22
4.3 ການດຸແລແມ່ເຈັບທ້ອງເກີດລູກແກ່ຍ່າວໃນໄລຍະທີ່ສອງທີ່ມີ ອາການເດັກຖືກທຳລະມານ.....	24
ມາດຕະຖານ V: ການດຸແລແມ່ ແລະ ເດັກຫຼັງເກີດ (PPC)	25
5.1 ການດຸແລເດັກເກີດໃໝ່ໜັງ 90 ນາທີ.....	25
5.2 ການຕິດຕາມພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງໜັງເກີດລູກ.....	26
5.3 ການດຸແລແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ພາຍໃນ 6 ອາທິດ.....	27
ມາດຕະຖານ VI: ການດຸແລສຂະພາບເດັກນ້ອຍອາຍຸລໍມ 5 ປີ (ການດຸແລເດັກດີ ແລະ IMCI)	29
6.1 ການດຸແລເດັກດີ.....	29
6.2 ການຄຸ້ມຄອງກໍລະນີເດັກເຈັບແບບເຊື່ອມສານ (IMCI).....	29
ມາດຕະຖານ VII: ການປະຕິບັດການຜະດຸງຄົນເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດ	31
7.1 ການປິ່ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດຂອງແມ່ທີ່ມີເລືອດອອກໃນໄລຍະ ຖືພາ.....	31
7.2 ການປິ່ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດໃນກໍລະນີເກີດລູກກ່ອນກຳນົດ.....	31
7.3 ການຊ່ວຍຊີວິດຂັ້ນພື້ນຖານຂອງແມ່ທີ່ມີອາການກຽມ ຊັກກະຕຸກ/ ຊັກກະຕຸກ (Pre-Eclampsia /Eclampsia)ຮ້າຍແຮງ.....	32
7.4 ການຊ່ວຍຊີວິດໃນກໍລະນີເຈັບທ້ອງເກີດລູກແກ່ຍ່າວ.....	33
7.5 ການດຸແລເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດໃນກໍລະນີແຮ່ບັງບໍ່ອກ ແລະ ແຮ້ຄ້າງ.....	34
7.6 ການດຸແລແມ່ ກໍລະນີເລືອດໄຫຼ້ໜັງເກີດລູກໄລຍະຕົ້ນ (ພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ).....	35
7.7 ການຊ່ວຍຊີວິດກໍລະນີເລືອດໄຫຼ້ໜັງເກີດລູກໄລຍະໜັງ (24 ຊົ່ວໂມງ ຫາ 6 ອາທິດ).	36
7.8 ການດຸແລແມ່ທີ່ມີພາວະຊີມເຊື້ອໜັງເກີດລູກ.....	36
7.9 ການຊ່ວຍຊີວິດກໍລະນີຫຼຸລູກບໍ່ຄົບ (ສະແຮ້ຄ້າງ).....	37
7.10 ການດຸແລ, ການເຊີດຊູ ແລະ ການປົວລະບັດເດັກເກີດໃໝ່.....	38
ຕົວຫຍໍ້ ແລະ ອະທິບາຍຄໍາສັບ	42

ມາດຕະຖານປະຕິບັດການຜະດຸງຄັນດ້ານຄລິນິກຢູ່ສປປ ລາວ

ພາກສະໜີ

ອີງໄສ່ຜົນການສໍາຫຼວດສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ (ຂໍ້ມູນຈາກສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ, 2019) ດັ່ງນີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າອັດຕາການເຈັບປ່ວຍ, ການເສຍຊື່ວິດຂອງແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ແມ່ນຢັ້ງສູງຫຼາຍ ຖ້າທຽບໃສ່ບັນດາປະເທດໃນອາຊີຕາເວັນອອກສ່ຽງໃຕ້ ດັ່ງນັ້ນ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ຈຶ່ງເລີ່ມໃສ່ວຽກງານຫຼຸດຜ່ອນອັດຕາການເຈັບປ່ວຍ, ການເສຍຊື່ວິດຂອງແມ່ ແລະ ເດັກເປັນວຽກບຸລິມະສິດ.

ວຽກງານນີ້ບໍ່ພຽງແຕ່ຈະໃຫ້ບັນລຸເປົ້າໝາຍການພັດທະນາສະຫັດສະວັດ (MDG, SDGs) ເຖິງນັ້ນ ແຕ່ຍັງພົວພັນເຖິງການໃຫ້ຄຸນຄ່າແກ່ແມ່ຍົງ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ເຊິ່ງເປັນ ອະນາຄີດຂອງຊາດ.

ມາດຕະຖານປະຕິບັດການຜະດຸງຄັນດ້ານຄລິນິກ ເປັນບ່ອນອີງໃຫ້ແກ່ການສ້າງຫຼັກສູດ ລວມທັງການຕິດຕາມກວດກາຄຸນນະພາບ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຂອງການບໍລິການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກຂອງຜະດຸງຄັນໃນການຊ່ວຍເກີດລູກ.

ມາດຕະຖານປະຕິບັດການຜະດຸງຄັນດ້ານຄລິນິກ ສະບັບນີ້ຄວນມີການທີບທວນຄືນໂດຍຜູ້ປະກອບວິຊາຊີບປິ່ນປົວ, ອີງຕາມຫຼັກຖານແຕ່ລະໄລຍະ ເພື່ອຮັບປະກັນການໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງແມ່ ແລະ ເດັກ.

ຄວາມຕ້ອງການ “ມາດຕະຖານປະຕິບັດການຜະດຸງຄັນດ້ານຄລິນິກ”

ມາດຕະຖານປະຕິບັດການຜະດຸງຄັນດ້ານຄລິນິກ ແມ່ນອີງປະກອບໜຶ່ງທີ່ສໍາຄັນຂອງທຸກແຜນງານປະກັນຄຸນນະພາບໃນການຮັກສາສຸຂະພາບ. ມາດຕະຖານເປັນບ່ອນອີງສໍາລັບປະເມີນການປະຕິບັດໜ້າວຽກຂອງພະນັກງານສາທາລະນະສຸກ ຖ້າບໍ່ມີມາດຕະຖານເປັນບ່ອນອີງໃນການປະຕິບັດກໍຈະເປັນໄປບໍ່ໄດ້ທີ່ຈະກຳມີດພະນັກງານສາທາລະນະສຸກໄດ້ໃຫ້ບໍລິການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກແບບເຊື່ອມສານຄົບຊຸດ ເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງຜູ້ມາຮັບບໍລິການ ດັ່ງນັ້ນ, ມາດຕະຖານນີ້ຈຶ່ງຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການສິ່ງເສີມຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການໃນການຊ່ວຍເກີດລູກ ຈຶ່ງຈະຫຼຸດຜ່ອນອັດຕາການເຈັບປ່ວຍ, ການເສຍຊື່ວິດຂອງແມ່ ແລະ ເດັກ.

ຜູ້ປະກອບວິຊາຊີບປິ່ນປົວແຕ່ລະຄົນທີ່ໄດ້ຈັດປະເພດເປັນຜູ້ທີ່ມີທັກສະໃນການຊ່ວຍເກີດລູກ ຕ້ອງໄດ້ປະຕິບັດຕາມມາດຕະຖານນີ້ຢູ່ທຸກລະດັບຂອງສະຖານທີ່ບໍລິການປິ່ນປົວທັງພາກລັດ ແລະ ເອກະຊົນ.

ນິຍາມ:

ຜະດຸງຄັນ (Midwife) ຫມາຍເຖິງ ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຮຽນຈີບ ແລະ ມີໃບປະກາສະນິຍະບັດການສຶກສາຫຼັກສຸດການຜະດຸງຄັນ ທຸກລະດັບຈາກສະຖານທີ່ການສຶກສາພາຍໃນ, ຕ່າງປະເທດ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີໃບຢັ້ງຢືນການເຝັກອົບຮົມທາງການຜະດຸງຄັນຈາກສະຖານທີ່ການສຶກສາທີ່ຮັບຮອງໂດຍກະຊວງສາຫາລະນະສຸກ ແລະ ກະຊວງສຶກສາທິການ ແລະ ກິລາ.

ການຜະດຸງຄັນ (Midwifery) ຫມາຍເຖິງ ການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ແມ່ຍິງໃນໄລຍະຖືພາ, ເກີດລູກ, ຫຼັງເກີດລູກ, ເຕັກເກີດໃໝ່ ແລະ ເຕັກນ້ອຍກ່ຽວກັບການສິ່ງເສີມສຸຂະພາບ, ການກັນການຖືພາທີ່ຜິດປົກກະຕິ, ການເກີດລູກ, ການຫຼູລູກທີ່ປອດໄພ, ສືບຄົ້ນບັນຫາທີ່ຖືກທຳຮ້າຍຮ່າງກາຍ, ການພື້ນຟູ້ໜ້າທີ່ການ, ສິ່ງເສີມການຈະເລີນເຕີບໂຕ ແລະ ພັດທະນາການຂອງເດັກ ລວມທັງການວາງແຜນຄອບຄົວ ໂດຍອີງໃສ່ທິດສະດີທາງວິທະຍາສາດ ແລະ ສິນລະປະທາງການຜະດຸງຄັນ.

ຈຸດປະສົງ:

1. ເພື່ອກຳນົດໜ້າວຽກທີ່ຈໍາເປັນຂອງຜະດຸງຄັນທີ່ຄວນປະຕິບັດຢ່າງຖືກຕ້ອງ.
2. ເພື່ອໃຫ້ການຈັດທັງປະຕິບັດການຜະດຸງຄັນໃຫ້ເປັນລະບົບ ແລະ ມີຄຸນນະພາບ.
3. ເພື່ອເປັນບ່ອນອີງສໍາລັບປະເມີນຜົນການປະຕິບັດວຽກງານການຜະດຸງຄັນໃນລະບົບສາຫາລະນະສຸກ.
4. ເພື່ອເປັນບ່ອນອີງໃນການສ້າງ ແລະ ປັບປຸງຫຼັກສຸດການສຶກສາ, ເຝັກອົບຮົມການຜະດຸງຄັນໃຫ້ມີຄຸນນະພາບສູງ.

ມາດຕະຖານປະຕິບັດການຜະດຸງຄັນດ້ານຄລິນິກ ການປະຕິບັດດ້ານຄລິນິກຂອງຜະດຸງຄັນປະກອບດ້ວຍ 5 ມາດຖານ:

ມາດຕະຖານທີ I: ການປະຕິບັດດ້ານການຜະດຸງຄັນທີ່ວໄປ

ມາດຕະຖານທີ II: ການດຸແລດ້ານການຜະດຸງຄັນກ່ອນການຖືພາ (ການບໍລິການທີ່ເປັນມິດຕໍ່ໄວໜຸ່ມ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ)

ມາດຕະຖານທີ III: ການດຸແລດ້ານການຜະດຸງຄັນຕໍ່ແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ (ANC ແລະ ການຫຼຸກທີ່ປອດໄພ)

ມາດຕະຖານທີ IV : ການດຸແລດ້ານການຜະດຸງຄັນແກ່ແມ່ໃນໄລຍະເຈັບທ້ອງເກີດລູກ ແລະ ເກີດລູກ

ມາດຕະຖານທີ V: ການດຸແລແມ່ ແລະ ເຕັກ ຫັງເກີດ (PPC)

ມາດຕະຖານທີ VI: ການດຸແລເຕັກອາຍຸລຸ່ມ 5 ປີ (ການດຸແລເຕັກດີ ແລະ IMCI)

ມາດຕະຖານທີ VII: ການປະຕິບັດການຜະດຸງຄັນ ເພື່ອຊ່ວຍຊື້ວິດແມ່ ແລະ ເຕັກ

ມາດຕະຖານທີ I: ການປະຕິບັດດ້ານການຜະດຸງຄົນທົ່ວໄປ

ຜະດຸງຄົນ ມີໜ້າທີ່ໃນການສຶ່ງເສີມ, ໃຫ້ຄໍາປຶກສາ ແລະ ສູຂະສິກສາແກ່ແມ່ຍິງ, ຄອບຄົວ ແລະ ຊຸມຊົນກ່ຽວກັບສູຂະພາບຈະເລີນພັນ ໃຫ້ມີພາລະນາໄມສົມບຸນທາງດ້ານ ຮ່າງກາຍ ແລະ ຈິດໃຈ ໂດຍຄໍານີ້ເຖິງວັດທະນະທຳ ແລະ ອີດອງປະເພນີຂອງແຕ່ລະ ຫ້ອງຖິ່ນ.

1.1 ການກະກຽມເພື່ອໃຫ້ຊີວິດຄອບຄົວມີພາລະນາໄມ ຜະດຸງຄົນຕ້ອງ:

ກ. ໃຫ້ຄວາມຮູ້ ແລະ ຄໍາປຶກສາທີ່ເໝາະສົມແກ່ບຸກຄົນ, ຄອບຄົວ ແລະ ຊຸມຊົນໃນ ທຸກຮູບແບບທີ່ພົວພັນເຖິງການຈະເລີນພັນ, ການຖືພາ, ເກີດລູກ, ດຸແລແມ່ຫຼັງເກີດລູກ, ເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍ, ລວມທັງໃຫ້ຄໍາແນະນຳດ້ານໂພຊະນາການ, ການເຮັດວຽກ, ການພັກຜ່ອນ, ການຮັກສາອະນາໄມສ່ວນບຸກຄົນ, ການມີເພດສໍາພັນ, ການກັນພະຍາດຕິດຕໍ່ ທາງເພດສໍາພັນ (ພຕພ/ເອດສ) ແລະ ພະຍາດໄຂ້ມາລາເລຍ, ອະທິບາຍຜົນປະໂຫຍດຂອງ ການລົງຈູກດ້ວຍນໍານີມແມ່ ແລະ ເອົາໃຈໃສ່ດຸແລເດັກເກີດໃໝ່, ວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ສັນຍານອັນຕະລາຍທີ່ຕ້ອງມາພືບແພດໃຫ້ຄອບຄົວຮັບຮູ້ ເພື່ອຊອກຫາແວວທາງແກ້ໄຂໃຫ້ ຂັ້ນເວລາ.

ຂ. ສົ່ງເສີມ ແລະ ເພີ່ມການປຸກລະດົມ ເພື່ອໃຫ້ຊຸມຊົນຂຶ້າມາມີສ່ວນຮ່ວມໃນການ ດຸແລສູຂະພາບ, ປັບປຸງກັນພະຍາດ, ປັບປ່ຽນພິດຕິກຳທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ ສູຂະພາບ.

ຄ. ຂ່ວຍຄອບຄົວສ້າງແຜນກຽມພ້ອມໃນການເກີດລູກ ແລະ ແຜນຮັບມືໃນກໍລະນີ ທີ່ເກີດມີພາວະສຸກເສີນ.

1.2 ການບັນທຶກຂໍ້ມູນ

ຜະດຸງຄົນຕ້ອງ:

ກ. ບັນທຶກຂໍ້ມູນສູຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ, ຂໍ້ມູນອື່ນໆ ແລະ ບັນຫາເຫດການຕ່າງໆ ທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນຂົງເຂດທີ່ຕິນຮັບຜິດຊອບ ເພື່ອລາຍງານຕາມຂັ້ນຕອນ. ບັນທຶກທຸກໆງໆຂໍ້ມູນ ແລະ ເຫດການທີ່ເກີດຂຶ້ນສົມທີ່ບໍ່ກັບການບັນທຶກ ຂໍ້ມູນໃໝ່ຂອງແມ່ຍິງໄວຈະເລີນພັນຖືພາ ທຸກຄົນໃນຂົງເຂດຮັບຜິດຊອບ ເພື່ອລາຍງານຕາມຂັ້ນຕອນໃນຫ້ອງຖິ່ນພ້ອມທັງລາຍ ລະຽດຕ່າງໆ ແຊັ້ນ: ການດຸແລເປັນລາຍບຸກຄົນໃຫ້ກັບແມ່ຍິງຖືພາ, ເກີດລູກ, ຫຼັງເກີດລູກ, ເດັກເກີດໃໝ່ ພ້ອມທັງບັນທຶກການນໍາສຶ່ງ ແລະ ສິ່ງທີ່ໄດ້ປະຕິບັດ. ກໍລະນີແມ່ ແລະ ເດັກ

ໃນທ້ອງ, ເຕັກເກີດ ໃໝ່ເສຍຊື່ວິດຕ້ອງບັນທຶກ ແລະ ລາຍງານໃຫ້ໜ່ວຍງານທີ່ມ່ວງຂ້ອງຮັບຮູ້ທັນທີ ລວມທັງບັນທຶກເຫດການຕ່າງໆ ທີ່ນໍາໄປສູ່ການເສຍຊື່ວິດ ແລະ ສາເຫດຂອງການເສຍຊື່ວິດ.

ຂ. ບັນທຶກການເຮັດວຽກຢ່ານຊຸມຊົນ ແລະ ການໃຫ້ສູ່ຂະສິກສາຫຼຸກຄົງ.

ຄ. ບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂບຸກລະດົມຊຸມຊົນໃຫ້ມີສ່ວນຮ່ວມ ເພື່ອຊ່ວຍຮັກສາການລົງທະບຽນຂອງແມ່ຍິງຖືພາຫັງໜິດ ແລະ ກວດຄືນຢ່າງເປັນປຶກກະຕິວ່າ ແມ່ຍິງຖືພາໄດ້ຮັບການດຸແລຕາມລະບຽບການ ຫຼື ບໍ່? ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບແມ່ນຍ້ອນສາເຫດໄດ? ໃຫ້ປະຕິບັດຕໍ່ແມ່ຍິງຖືພາຢ່າງເໝາະສີມ.

ງ. ຕ້ອງບັນທຶກຂໍ້ມູນການເກີດລູກທັນທີອີງຕາມເອກະສານ ແລະ ປື້ມບັນທຶກຂອງໂຮງໝໍ ແລະ ຂອບເຂດປະຕິບັດການຜະດຸງຄົນ.

➤ **ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງບັນທຶກໃນເວລາເກີດລູກຕາມເອກະສານການເກີດລູກ ມີດັ່ງນີ້:**

- ຂໍ້ມູນຂອງແມ່ຍິງຖືພາຜູ້ທີ່ຈະເກີດລູກ (ຊື່, ອາຍຸ, ທີ່ຢູ່...) ພ້ອມດ້ວຍຂໍ້ມູນທີ່ມ່ວງຂ້ອງກັບການຖືພາ
- ໄລຍະເວລາຂອງການເຈັບທ້ອງເກີດລູກປຶກກະຕິ ຫຼື ມີອາການສິນ ແລະ ປະຕິບັດດ້ານການຜະດຸງຄົນ.
- ຂໍ້ມູນການເກີດລູກ (ວັນ, ເດືອນ, ປີ, ສະຖານທີ່ເກີດລູກ, ວິທີການຊ່ວຍເກີດລູກ, ເກີດລູກແບບ ທໍາມະຊາດ/ໃຊ້ເຕື່ອງຊ່ວຍ ຫຼື ຜ່າຕັດເອົາເຕັກອອກຫາງໜ້າທ້ອງ).
- ຂໍ້ມູນຂອງເຕັກເກີດໃໝ່ (ມີຊື່ວິດ, ນ້ຳໜັກ, ເພດ, ຄະແນນອັບກາສະກຳ, ເສຍຊື່ວິດ ແລະ ສິ່ງທີ່ເປີດປຶກກະຕິຕ່າງໆ).

ຈ. ກວດຄືນການບັນທຶກຂໍ້ມູນຢ່າງເປັນປຶກກະຕິ ຫຼື ເປັນໄລຍະ ເພື່ອປະເມີນການປະຕິບັດວຽກງານ (ຫຼື ແຜນການຜະດຸງຄົນ) ພ້ອມທັງເຮັດແຜນຢືກລະດັບທັກສະ ເພື່ອປັບປຸງການບໍລິການ.

ມາດຕະຖານທີ II: ການດຸແລດ້ານການຜະດູງຄົນກ່ອນການຖືພາ (ບໍລິການທີ່ ເປັນມິດຕໍ່ໄວໜຸ່ມ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ)

ຜະດູງຄົນຕ້ອງ:

- ໃຫ້ການສຸຂະສົກສາ/ການສິ່ງເສີມສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ປາຄຸມກຳເນີດສໍາລັບແມ່ຍິງໄວຈະເລີນພັນທັງໝົດ ແລະ ຄຸ່ຮ່ວມນອນຂອງພວກເຂົາ ລວມທັງໄວລຸ່ມ. ໃນການສະຫນອງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບສໍາລັບໄວໜຸ່ມ, ຜະດູງຄົນ ຕ້ອງຮູ້ເຖິງຄຸນລັກສະນະຂອງໄວໜຸ່ມ ແລະ ລັກສະນະທີ່ແຕກຕ່າງກັນຂອງສຸຂະພາບ ແລະ ພັດທະນາການຂອງໄວໜຸ່ມເພື່ອໃຊ້ວິທີການທີ່ເໝາະສົມເພື່ອແກ້ໄຂຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ບັນຫາດ້ານສຸຂະພາບທີ່ເປັນບຸລິມະສິດຂອງພວກເຂົາ. ການບໍລິການສໍາລັບໄວໜຸ່ມຄວນຈະຕ້ອງຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ມີຄວາມລະອຽດອ່ອນຕໍ່ກັບຄວາມມັກ. (ການບໍລິການທີ່ເປັນມິດກັບໄວໜຸ່ມ).
- ສະໜອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາການຄຸນກຳເນີດ ແລະ ບຸກາລະດົມໃຫ້ມີຄວາມຕ້ອງການຄຸນກຳເນີດ ໂດຍສະເພາະວິທີການທີ່ທັນສະໄໝ, ໄລຍະຍາວ ແລະ ຖາວອນສໍາລັບແມ່ຍິງໄວຈະເລີນພັນ ແລະ ຄຸ່ຮ່ວມນອນ.
- ສັກວັກຊື່ນປ່ອງກັນພະຍາດບາດທະບູກ ແກ່ແມ່ຍິງໄວຈະເລີນພັນ (CBAW) ແລະໄວໜຸ່ມ.
- ໃຫ້ຢາຫາດເຫຼັກ ແລະ ອາຊີດໂຟລິກ ເສີມແກ່ແມ່ຍິງໄວຈະເລີນພັນທຸກໆອາຫິດ(ອີງຕາມຊຸດບໍລິການສຸຂະພາບທີ່ຈໍາເປັນ).
- ກວດກົ່ນຕອງມະເຮັງປາກມິດລູກອີງຕາມຄຸ່ມືແຫ່ງຊາດ.
- ໃຫ້ການດຸແລທີ່ເໝາະສົມກ່ອນການປິ່ນປົວມະເຮັງປາກມິດລູກ.

2.1 ການກວດພິບອາການ ແລະ ພວດອາການຂອງພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສໍາພັນ ຜະດູງຄົນຕ້ອງ:

ກ. ສໍາພາດຜູ້ມາຮັບບໍລິການ ແລະ ກວດຮ່າງກາຍເພື່ອແກ້ບກຳຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບອາການ ແລະ ພວດອາການຂອງພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສໍາພັນເຊັ່ນ: ນ້າໝອງຍ້ອຍຈາກປາຍອະໄວຍະວະເພດຊາຍ, ລົງຂາວ, ນ້າໝອງຍ້ອຍຈາກຮູ່ທະວານ, ເຈັບຜິ່ງທ້ອງນ້ອຍ, ບາດແຜໃນອະໄວຍະວະເພດ, ໄຄບວມ, ເຈັບ, ບາດແຜ ແລະ ມີກ້ອນບໍລິເວັນແອບຊາ, ມີອາການຄົນ. ເປັນຕຸ່ມນ້ອຍງ ແລະ ສີແຕງປູ້ອະໄວຍະວະເພດ ຫຼື ຮູ່ທະວານ.

ຂ. ພິຈາລະນາ ການຕິດເຊື້ອພະຍາດທີ່ເປັນໄປໄດ້ເຊັ່ນ: ຫມອງໃນທຽມ, ຫມອງໃນແທ້, ອັກເສບຊ່ອງຄອດ, ຊີຟິລິສ, ບາດແຜຮີມອ່ອນ, ເຮີປິດ (HPV) ຫຼື ຕຸ່ມນ້ຳໃສ. ຖ້າຄືນເຈັບມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ທີ່ຈະຕິດເຊື້ອ ພົມພ ໄດ້ໜຶ່ງ, ໃຫ້ກຳລິ່ງຄົນເຈັບໄປຫາສະຖານທີ່ສະພາບທີ່ໄກ້ທີ່ສົດເພື່ອກວດຢູ່ມະຕິ.

๓. ໃຫ້ສຸຂະສົງການປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສາພັນ ລວມທັງ HIV/AIDS ໃຫ້ແກ່ຄົນເຈັບ ແລະ ຄ່ອມນອນ.

2.2 ການວາງແຜນຄອບຄົວ

ຜະດາຄົນຕ້ອງ:

ก) ใช้คำปฏิเสธภาษาบ้านว่าແຜນຄອບຄົວປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນການໃຫ້ຄຳປຶກສາ
ທົ່ວໄປ GAPS ທີ່ເຊື່ອມສານຜູ້ຮັບບໍລິການກັບຂໍ້ມູນທາງເລືອກທີ່ມີ:

G: หักภาษีสะบายนิติผู้ม่าร์กบลิเก้น.

A: ຖາມຜູ້ຮັບບໍລິການກ່ຽວກັບປະສົບການການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ຜ່ານມາ, ຫັດສະນະຄະໂທຂອງຜົວ ຫຼື ເມຍ/ຄອບຄົວ, ຖ້າເຂົ້າເຈົ້າຫ້ອງການມີລູກອີກ ແລະ ມີປະສົບການໃນການປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່ຫາງເພດສໍາພັນ. ຫຼັງຈາກນັ້ນ, ຊັກປະຫວັດຫາງການແພດ, ດຳເນີນການກວດຮ້າງກາຍເພື່ອກັນຕອງການນຳໃຊ້ວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວ. ໃຊ້ວົງວຽນບັນຫຼດຖານ ທາງການແພດເພື່ອໃຫ້ການບໍລິການທີ່ເໝາະສົມ.

P: ວິທີການນຳໃຊ້ປະຈຸບັນ. ແນະນຳວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ຫຼາກຫຼາຍ (ການຄຸມກຳເນີດທີ່ອອກລິດໄລຍະສັ້ນ: ຖົງຢາງອະນາໄມ(ຍິງ-ຊາຍ), ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ, ຢາສັກຄຸມກຳເນີດ, ການຄຸມກຳເນີດທີ່ອອກລິດໄລຍະຍາວ: ການຝັງຢາ ແລະ ຮ່ວງ IUD) ແລະ ວິທີການຄຸມກຳເນີດແບບຖາວອນ: (ການຮັດໜັນຍິງ ແລະ ໝັ້ນຊາຍ) ລວມທັງຢາເມັດຄຸມກຳເນີດສູກເສັນເມື່ອແມ່ຍິງມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການຖືພາໂດຍບໍ່ໄດ້ຕັ້ງໃຈ ແລະ ອະທິບາຍຜົນກະທິບ, ປະສິດທິຜົນ, ເງື່ອນໄຂທາງດ້ານການແພດ, ຂຶ້ນໜຳມາ, ຂຶ້ດີ ແລະ ຂຶ້ເສຍ, ຜົນຂ້າງຄຽງທີ່ເປັນໄປໄດ້, ແລະ ອະນຍາດໃຫ້ຜົນຮັບບໍລິການຊັກຖາມຂໍຂ້ອງໃຈ.

S: เลือกวิธีการ และ ใช้คำบีกษาสะพะพะก่าวกับวิธีการที่เลือก:

เลือกวิธีงาน, ตามผู้มารักษาพยาบาลว่าใช้วิธีงานใดที่เจ้าสินใจที่สุด, มีความ
ภัยอัน, แก้ไขความเข้าใจผิด (ท่านเคยได้ยินก่าวังบัววิธีงานนี้ บ่).

๓) ຜັກບໍລິການຕັດສິນໃຈເລືອກວິທີວ່າແຜນຄອບຄົວ,

၄) ທີບທວນຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບວິທີການທີ່ເລືອກ ແລະ ດຳເນີນການຂັ້ນຕອນ (RICE)

R: หิบห่วงขั้มมนสាถัน ในวิทีที่เลือก.

- I: ແຈ້ງ ແລະ ແນະນຳໃຫ້ຮູ້ກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນການວາງແຜນຄອບຄົວ
- C: ປະຕິບັດຂັ້ນຕອນວິທີທີ່ເລືອກເຊັ່ນ: ສັກປາ, ໃສ່ຮ່ວງອານາໄມ ແລະ ຢາຝັງຄຸມ
ກຳເນີດຖ້າໄດ້ຮັບການຝຶກອີບຮົມ.
- E: ແນະນຳໃຫ້ຮູ້ໃນພາຍຫຼັງການປະຕິບັດຂັ້ນຕອນການວາງແຜນຄອບຄົວ (ການ
ກັບຄືນມາກວດ ເພື່ອຕິດຕາມອາການຜິດປົກກະຕິ)
- ງ) ເອົາໃຈໃສ່ເປັນພິເສດຕໍ່ການໃຫ້ຄໍາປົກສາແກ່ໄວໜຸ່ມ
- ຈ) ໃຫ້ຄວາມເອົາໃຈໃສ່ເປັນພິເສດຕໍ່ແມ່ຍິງທີ່ຖືກກະທົບຈາກຄວາມຮຸນແຮງ.

ມາດຕະຖານທີ III: ການດຸແລດ້ານການຜະດູງຄົນຕໍ່ແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ (ANC ແລະ ການຫຼຸກຂຶ້ນປອດໄພ)

ຜະດູງຄົນຕ້ອງ:

- ໃຫ້ຄໍາປຶກສາສໍາລັບແມ່ຍິງທີ່ມີການຖືພາບໍ່ໄດ້ວາງແຜນ, ຖືພາບໍ່ຕັ້ງໃຈ ຫຼື ບໍ່ຕ້ອງການ, ລວມທັງການບໍລິການຫຼຸກ ແຊ່ງ: ການຫຼຸກໄດ້ການນຳໃຊ້ຢາ ແລະ ຄຸມຄອງກໍລະນີການຫຼຸກບໍ່ຄືບໂດຍນຳໃຊ້ເຄື່ອງຈຸດສູນຍາກາດ (MVA) ຕາມ ການດຸແລຫັ້ງການຫຼຸກ, ຖ້າໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ.
- ປະຕິບັດທຸກຂັ້ນຕອນໃນການຮ່ວມມືເຮັດວຽກກັບຊົມຊົນ ແລະ ຄະນະກຳມະການ ຮັກສາສູຂະພາບ ເພື່ອຊອກຫາຈໍານວນແມ່ຍິງຖືພາໃນຊົມຊົນ ພ້ອມທັງຊຸກຍູ້ ສະມາຊຸກໃນຄອບຄົວໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນແມ່ຍິງຖືພາມາຝາກທ້ອງຕາມມາດ ຕະຖານ ຢ່າງໜ້ອຍ 08 ຕັ້ງ (ອີງຕາມ) ລາຍລະອຽດດັ່ງລຸ່ມນີ້:

ໄຕມາດທີ 1:

ຝາກທ້ອງຄົ້ງທີ 1 ເລີ່ມແຕ່ມື້ຖືພາຈົນຮອດ 12 ອາທິດ

ໄຕມາດທີ 2:

ຝາກທ້ອງຄົ້ງທີ 2 ອາຍຸຖືພາ 20 ອາທິດ

ຝາກທ້ອງຄົ້ງທີ 3 ອາຍຸຖືພາ 26 ອາທິດ

ໄຕມາດທີ 3:

ຝາກທ້ອງຄົ້ງທີ 4 ອາຍຸຖືພາ 30 ອາທິດ

ຝາກທ້ອງຄົ້ງທີ 5 ອາຍຸຖືພາ 34 ອາທິດ

ຝາກທ້ອງຄົ້ງທີ 6 ອາຍຸຖືພາ 36 ອາທິດ

ຝາກທ້ອງຄົ້ງທີ 7 ອາຍຸຖືພາ 38 ອາທິດ

ຝາກທ້ອງຄົ້ງທີ 8 ອາຍຸຖືພາ 40 ອາທິດ

ຖ້າອາຍຸຖືພາ 41 ອາທິດຢ່າງບໍ່ເກີດໃຫ້ກັບມາກວດຄືນ ເພື່ອວາງແຜນການເກີດ

3.1 ການດຸແລທາງດ້ານຜະດູງຄົນໃນການຫຼຸກຂຶ້ນປອດໄພ

ກ. ໃຫ້ຄໍາປຶກສາສໍາລັບແມ່ຍິງທີ່ມີການຖືພາບໍ່ໄດ້ວາງແຜນ, ການຖືພາບໍ່ໄດ້ຕັ້ງໃຈ ຫຼື ບໍ່ຕ້ອງການ: ຈັດສະພາບແວດລ້ອມທີ່ອີບອຸ່ນ, ໃຫ້ຂໍ້ມູນພື້ນຖານສູຂະພາບຈະເລີນພັນຫາງ ເພດກ່ຽວກັບການຖືພາຕາມຄວາມຕ້ອງການ, ອະທິບາຍທາງເລືອກຂອງວິທີການຫຼຸກ, ອະທິບາຍຂັ້ນຕອນ, ຄວາມສ່ຽງ, ຜົນສະຫ້ອນຕາມມາຫິດຄາດໄວ້ ແລະ ອາການສິນຫັ້ງການຫຼຸກ, ແລະ ຮັບປະກັນ ຂໍການຍືນຍອມ.

ຂ. ດໍາເນີນການກວດກິ່ນຕອງກ່ອນຫຼຸລົກໄດ້ຍາການຖາມປະຫວັດ, ກວດຮ່າງກາຍ (ການກວດສູ່ຂະພາບທີ່ໄປ, ກວດຫ້ອງ, ກວດຊ່ອງຄອດດ້ວຍການໃສ່ສືບເປັດ ແລະ ກວດດ້ວຍມີ) ແລະ ກວດທາງຫ້ອງວິຄະະຖ້າມີປັດໃຈສ່ຽງ.

ດ. ກໍານີດອາຍຸຖືພາ.

ຈ. ພິຈາລະນາວິທີການຫຼຸລົກແນະນຳໄດ້ຍອີງໃສ່ອາຍຸການຖືພາ.

A. ການຫຼຸລົກໄດ້ຍາການນຳໃຊ້ຢາ

ການຫຼຸລົກໄດ້ຍາການນຳໃຊ້ຢາຫຼັງຈາກ 12 ອາທິດອາຍຸການຖືພາ (84 ມື້):
ໃຊ້ຢາ Mifepristone ແລະ Misoprostol ຫຼື Misoprostol ຢ່າງດຽວ
(ຜະດຸງຄັນແມ່ນບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເຮັດການຫຼຸລົກດ້ວຍປາໃນແມ່ຍິງທີ່ມີ
ອາຍຸຖືພາຫຼາຍກວ່າ 12 ອາທິດ).

ການຫຼຸລົກໄດ້ຍາການນຳໃຊ້ຢາໃນອາຍຸການຖືພາຮອດ 12 ອາທິດ (84 ມື້):

ຢາ Mifepristone ແລະ Misoprostol ຫຼື Misoprostol ຢ່າງດຽວ.
(ຜະດຸງຄັນ ຢູ່ໂຮງໝໍນ້ອຍທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມສາມາດປະຕິບັດໄດ້)

B. ການຫຼຸລົກໄດ້ຍາການນຳໃຊ້ເຄື່ອງມືທາງການແພດ (ຜະດຸງຄັນ ແມ່ນບໍ່ໄດ້ຮັບ
ອະນຸຍາດໃຫ້ເຮັດການຫຼຸລົກໄດ້ຍາໃຊ້ເຄື່ອງມືທາງການແພດ. ມີພຽງແຕ່
ແພດໜຳທີ່ໄດ້ຮັບການອົບຮົມຢູ່ໂຮງໝໍເມືອງປະເພດ ຂ ຫຼື ຂັ້ນສູງກວ່າ ທີ່
ສາມາດດໍາເນີນການໄດ້)

ເຄື່ອງດຸດສູນຍາກາດ VA (Vacuum Aspiration) ດ້ວຍມີ ຫຼື ເອເລັກໂຕຣ
ນິກ): ນຳໃຊ້ເຄື່ອງດຸດ VA ໃນອາຍຸຖືພາຮອດ 12-14 ອາທິດ

ການຂຸດມິດລູກ (D&E): ໃນແມ່ຖືພາຫຼັງຈາກ 12-14 ອາທິດ

ຈ. ຮັບປະກັນຂໍການຍືນຍອມເພື່ອດໍາເນີນການຫຼຸລົກ.

ສ. ເຮັດການຫຼຸລົກໄດ້ຍາການນຳໃຊ້ຢາໃຫ້ແມ່ຍິງຕາມອາຍຸຖືພາ (ຕ້ອງໄດ້ຮັບການ
ຝຶກອົບຮົມ) ສໍາລັບໃຫ້ການຫຼຸລົກໄດ້ຍາການນຳໃຊ້ຢາຈົນຮອດ 12 ອາທິດຂອງ
ການຖືພາ (84 ມື້).

ຊ. ເຮັດການຫຼຸລົກໄດ້ຍາການນຳໃຊ້ເຄື່ອງມືທາງການແພດ ໂດຍໃຊ້ເຄື່ອງດຸດສູນຍາກາດ
(MVA) ສໍາລັບແມ່ຍິງທີ່ມີອາຍຸຖືພາຕໍ່ກວ່າ 12 ອາທິດ (ຕ້ອງໄດ້ຮັບການຝຶກ
ອົບຮົມ)

ຍ. ໃຫ້ການດຸແລແມ່ຍິງຫຼັງຫຼຸລົກ (ດຸແລກ່ຽວກັບຜົນຂ້າງຄຽງຂອງການຫຼຸລົກ, ວາງ
ແຜນຄອບຄົວຫຼັງຫຼຸລົກ).

- ດ. เมื่อເກີດອາການສິນຫັງຫຼຸກເຊັ່ນ: ແຮ້ຕ້າງ / ຫຼຸກບໍ່ສໍາເລັດ, ເສຍເລືອດ, ຊີມເຊື້ອຫັງຫຼຸກ ແລະ ສີບຕໍ່ຖືພາ, ໃຫ້ການດູແລກ່ອນການນຳສິ່ງໂດຍອີງໃສ່ BEmOC ແລະ ນຳສິ່ງໄປສະຖານທີ່ບໍລິການສຸຂະພາບທີ່ມີແພດໝໍ. ຖ້າບໍ່ມີແພດຢູ່ພາຍໃນສະຖານທີ່, ພະດຸງຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມສາມາດຮັດການຄຸມຄອງກໍລະນີການຫຼຸກບໍ່ສໍາເລັດໂດຍນຳໃຊ້ເຕື່ອງດູດ MVA.

3.2 ການຄົ້ນຫາແມ່ຍິງຖືພາ

ກ. ລົງຢູ່ງມາຢ່າງປົກກະຕິສະໜໍາສະເໜີ ແລະ ປະສານງານກັບຄະນະກຳມະການຮັກສາສຸຂະພາບ ຊຸມຊົນ ເຊັ່ນ: ຄະນະບ້ານ, ອົງການຈັດຕັ້ງມະຫາຊົນ, ອາສາສະໜັກບ້ານ ແລະ ທຶນາງນຮັກສາສຸຂະພາບຂັ້ນຕົ້ນ ບ່ອນທີ່ນັດປະຊຸມກັນເປັນປະຈໍາ ເພື່ອໃຫ້ສູຂະລິກສາທີ່ເໝີ່າສືມກັບວັດທະນະທຳກ່ຽວກັບຫົວຂ້ຳດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນຟັນ.

ຂ. ຊຸກຍູ້ແມ່ຍິງຖືພາ ແລະ ສາມີ ພ້ອມສະມາຊີກທຸກຄົນໃນຄອບຄົວໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນແມ່ຍິງຖືພາໄປກວດກັບທີມງານຮັກສາສຸຂະພາບແຕ່ເລີ່ມຕົ້ນຖືພາ ແລະ ຕິດຕາມການຝາກທ້ອງຢ່າງເປັນປົກກະຕິ ດັ່ງນີ້:

- ໄຕມາດທີ 1 (ອາຍຸຖືພາ 1-12 ອາທິດ) ຢ່າງໜ້ອຍ 01 ຄັ້ງ
 - ໄຕມາດທີ 2 (ອາຍຸຖືພາ 13-27 ອາທິດ) ຢ່າງໜ້ອຍ 02 ຄັ້ງ
 - ໄຕມາດທີ 3 (ອາຍຸຖືພາ 28 ອາທິດຫາມື້ເກີດ) ຢ່າງໜ້ອຍ 05 ຄັ້ງ
- ຄວນໄປຝາກທ້ອງອາຍຸຖືພາໄດ້ 36 ອາທິດ ແລະ ກວດອີກຄັ້ງເມື່ອອາຍຸຖືພາ 40 ອາທິດ

3.3 ການຕິດຕາມກ່ອນເກີດລູກ

ຜະດຸງຄົນຕ້ອງ:

ກ. ທັກຫາຍາຕາມສະບາຍດີແມ່ຍິງຖືພາ ແລະ ຄອບຄົວດ້ວຍຄວາມນັບຖື.

ຂ. ຊັກປະຫວັດ, ກວດຮ່າງງາຍ, ປະເມີນຈິດໃຈ, ອາລີມ, ພື້ນຖານສັງຄົມຂອງແມ່ຍິງຖືພາ (ການປະກັນສຸຂະພາບ)

ການກວດທ້ອງແຕ່ລະຄົ້ງຜະດຸງຄົນທ້ອງປະເມີນພາວະສຸຂະພາບທີ່ວີໄປຂອງແມ່ຍິງຖືພາທັນທີ ແລະ ໃຫ້ຄໍາແນະນຳຕາມຄວາມເໝີ່າສືມ ແຕ່ລະໄຕມາດ. ຖ້າແມ່ຍິງຖືພາມີອາການຜິດປົກກະຕິ ເຊັ່ນ: ເລືອດອອກທາງຊ່ອງຄອດ, ລົງຂາວຜິດປົກກະຕິ, ເຈັບຫົວຮຸນແຮງ, ແຫ້ນໜ້າເອິກ, ວິນຫົວ, ລາຍຕາ, ມີອາການບວມ, ໄຂ້, ເຈັບທ້ອງຮຸນແຮງ, ຍ່ວວເຈັບຢ່ຽວແສບ, ຫາຍໃຈຢາກ, ເຕັກໃນທ້ອງເໜັງຕົງຜິດປົກກະຕິ, ຕ້ອງນຳສິ່ງທັນທີໄປໂຮງໝໍ ບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂ.

- ຝາກທ້ອງຄັ້ງທີ 1 ຫຼື ໄຕມາດທີ 1 (ອາຍຸຖືພາ 1-12 ອາທິດ)

“ຢັ້ງຢືນການຖືພາ ແລະ ຕາດຄະເນອຍຸການຖືພາ”

- ຢັ້ງຢືນການຖືພາ
 - ປະເມີນອາຍຸຖືພາ

“ກວດກົ່ນຕອງ” ພາວະເລືອດຈາງ, ຄວາມດັນເລືອດຜິດປີກກະຕິ, ຄວາມສ່ຽງຂອງພາວະກຽມຂ້າງກະຕຸກ, ພະຍາດເບົາຫວາມ, HIV/ຊີຟິລິສ ແລະ ພະຍາດອື່ນງ.

“ກວດກັ່ນຕອງອື່ນງົງ”

- ກັ້ນຕອງການເກີດກ່ອນກຳນົດ ເຊິ່ນ: ຊັກປະຫວັດ, ກວດນໍ້າຢ່ຽວຊອກຫາ Nitrite, ຂອກຫາເມັດເລືອດຂາວ (Leukocytes)
 - ພະຍາດຢີ້ອິນໆ

“ກວດປິ່ງມະຕິໃນອາຍຸຖືພາ ໄຕມາດທີ່ 1”

อายุที่พิยาatemadaที่ 1 (1-12 อายุ) ถึง งานกวดฝึกท้องถั้งที่ 1 (เวลาได้รับ)

ประเมินอายุงานทีพฯ, กจดเลือด: Hb, Ht, HIV, Syphilis

ການກວດເລືອດ: ຕົວຢ່າງເລືອດ ແລະ Rhesus species

ການກວດເອໄກ: (ອາຍການຖືພາ 10 ອາຫັດ) ເພື່ອບໍ່ມະຕິອາຍງານຖືພາ

ການກວດນໍ້າຢ່າງວົງ: ກວດຫາອາການດ້ານການຕິດເຂື້ອບັກທີ່ເລີຍ

“ໃຫ້ສະຫະສຶກສາ ແລະ ຄໍາປຶກສາແກ່ລາຍບກຄົນ”

“ການດແລປົກກະຕິເພື່ອປອາກັນ”

- ກວດບັດສັກປາ ແລະ ສອບຖາມຄືນກ່ຽວກັບການສັກປາກັນບາດທະຍົກ
 - ໃຫ້ຄົນຊຽມກາກໂບເນັດ, ຫາດເຫຼັກ ແລະ ອາຊີດີໂພລິກ (IFA)
 - ຊັ້ນມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ກຽມຊັກກະທຸກ: ເລີ່ມໃຫ້ Aspirin > 12 ອາຍີເທົາ 36 ອາທິດ

- ແຈກປາຍມັງຍ້ອມຢາ (PTIN) ໃຫ້ແກ່ແມ່ຍິງທີ່ມາຝາກທ້ອງ ANC ຢູ່ໃນເມືອງ ທີ່ເປັນເຂດມາລາເລຍ 2b (ພື້ນທີ່ມີການຕິດເຊື້ອມາລາເລຍຕ່າງ) ແລະ ເຂດ 3 (ພື້ນທີ່ມີການຕິດເຊື້ອມາລາເລຍສູງ ພ້ອມຫັງມີການສິ່ງເຊື້ອກັບທີ່).

- ໄຕມາດທີ 2 (ອາຍຸຖືພາ 13-27 ອາທິດ)

“ກວດເບື້ອງຕົ້ນ”

- ກວດຄືນການບັນທຶກໃນເປົ້ມຕິດຕາມສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກ
- > 20 ອາທິດ: ຈຸ່ມນໍ້າຢ່ວຊອກຫາຫາດໄຂ່ຂ່າວ, ທາດນໍ້າຕານ, ກັ້ນຕອງກຽມ ຊັກກະຕຸກ, ເລືອດຈາງ ແລະ Nitrite, ຂອກຫາເມັດເລືອດຂ່າວ
- > 22 ອາທິດ: ແກກລວງສູງມີດລຸກ

“ກວດເບື້ງມະຕີໃນອາຍຸຖືພາ ໄຕມາດທີ 2”

ອາຍຸຖືພາໄຕມາດທີ 2 (13-27 ອາທິດ)

ການກວດເອໂກ: ອາຍຸການຖືພາລຸ່ມ 24 ອາທິດ, ເພື່ອກວດຕິດຕາມການຈະເລີນເຕີບໂຕຂອງເດັກໃນທ້ອງ, ການຫຼູກລຸກ ແລະ ເດັກເກີດມີນໍ້າທີ່ຕົວນ້ອຍ. ການກວດນໍ້າຢ່ງວັນເພື່ອຊອກຫາຫາດໄປຕົນ ແລະ glycosuria,

ການກວດເລືອດ: ອາຍຸຖືພາ 24-28 ອາທິດ ເພື່ອກວດຫາພະຍາດເບົາຫວານ (ຖ້າພືບຄວາມສ່ຽງຈາກການກວດປະຫວັດ ແລະ ກວດຢ່ງວັນ)

“ໃຫ້ສຸຂະສິກສາ ແລະ ຄໍາປຶກສາເປັນລາຍບຸກຄົນ (individual counseling)”

- ຄວາມກ້າວໜ້າຂອງການຖືພາປຶກກະຕິ
- ໂພຊະນາການຂອງແມ່
 - ແຈ້ງຄວາມກ້າວໜ້າ ຂອງການເຈັບທ້ອງເກີດລຸກ ແລະ ເກີດລຸກປຶກກະຕິ
 - “ການດູແລປຶກກະຕິເພື່ອບ້ອງກັນ”
 - ໃຫ້ແຄນຊຽມກາກໄບເມັດ, ຫາດເຫັນກ ແລະ ອາຊີດໂຟລິກ (IFA)
 - ຖ້າມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ກຽມຊັກກະຕຸກ: ເລີ່ມໃຫ້ Aspirin ເມື່ອອາຍຸຖືພາ < 20 ອາທິດ
 - ອາຍຸຖືພາ 16 ອາທິດ ໃຫ້ຢ່າຂ້າແມ່ທ້ອງ Mebendazole 500mg (1 ຄັ້ງ)
- ໄຕມາດທີ 3 (ອາຍຸຖືພາ 28 ອາທິດຫາມື້ເກີດ)

“ການກວດເບື້ອງຕົ້ນ”

- ກວດຄືນການບັນທຶກໃນເປົ້ມຕິດຕາມສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກ

- ພັງສຽງຫົວໃຈເດັກໃນທ້ອງ
- ຄໍາທ້ອງ 4 ບ່າ (Leopold), ວັດແທກຄວາມສູງມີດລຸກ

“ກວດກັ່ນຕອງ”

- ສໍາລັບແມ່ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ: ກວດ HIV ຄືນ, HbAg, ຈຸ່ມນ້ຳຢ່ວຊອກຫາທາດໄຂ່ຂາວ ແລະ ທາດນ້ຳຕານ, ກວດນ້ຳຢ່ວຊອກຫາ Nitrite, ຊອກຫາມັດເລືອດຂາວ
- ກັ່ນຕອງກຽມຊັກກະຕຸກ
- ກັ່ນຕອງເລືອດຈາງ

ອາຍຸຖືພາໄຕມາດທີ່ 3 (28 ອາທິດຫາມື້ເກີດ)

ຖ້າແຮ່ຈັບຕໍ່າ, ໃຫ້ກວດເອໂກ ໂລິຕ୍ରସୁଣ୍ଡ ອີກຄັ້ງ ພັງສຽງຫົວໃຈຂອງເດັກໃນທ້ອງ,

ການກວດເລືອດ: Hb, Ht, HIV ແລະ Syphilis (ສໍາລັບຄວາມສ່ຽງສູງອາຍຸຖືພາ 30 ອາທິດ)

ກວດຢ່ວງ, ກວດເລືອດ: ອາຍຸຖືພາລະຫວ່າງ 24-28 ອາທິດເພື່ອຊອກຫາພະຍາດເປົາຫວານໃນໄລຍະຖືພາ.

ກວດຫາຫາດໂບຕິນໃນນ້ຳຢ່ວງ

“ໃຫ້ສຸຂະສົກສາ ແລະ ຄໍາປຶກສາເປັນລາຍບຸກຄົນ”

- ທີບທວນແຜນການເກີດລຸກ
- ແນະນຳເວີທີນັບລູກດິນ
- ຄວາມກ້າວໜ້າຂອງເຈັບທ້ອງເກີດລຸກປີກກະຕິ ແລະ ລ້ຽງລູກດ້ວຍນ້ຳນີມແມ່
- ວາງແຜນເກີດລຸກ ແລະ ກໍລະນີສຸກເສີນ
- ໃຫ້ຄໍາປຶກສາການວາງແຜນຄອບຄົວ
- ໃຫ້ແຄນຊຽມກາກໂບເນັດ, ທາດເຫຼັກ ອາຊີດໂຟລິກ
- ສາມາດໃຫ້ຢາ Aspirin ໄດ້ຖ້າຍັງບໍ່ໄດ້ໃຫ້ໃນໄຕມາດທີ 2. ຢຸດໃຫ້ຢາ Aspirin ໃນອາຍຸຖືພາ 36 ອາທິດ, ຖ້າວ່າມີຄວາມສ່ຽງສູງພາວະກຽມຊັກກະຕຸກ (ຢືນຕິດຕາມສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກສະບັບປັບປຸງ, 2019)

ງ. ການກວດທ້ອງແຕ່ລະຄົ່ງ:

- ຕ້ອງບັນທຶກນ້ຳໜັກ, ລວງສູງຂອງແມ່, ຄວາມດັ່ນເລືອດ, ລວງສູງຂອງມີດລຸກ, ລວງຮອບທ້ອງ, ທ່າສະເໜີ ແລະ ອັດຕາການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈເດັກຢ່າງຖືກຕ້ອງ.

- ສັງເກດ, ກວດກາ ແລະ ບັນທຶກອາການຜິດປີກກະຕິຂອງແມ່ໄດ້ຍສະເພາະແມ່ນອາການຈິດມ້ານ (ອາການຮຸນແຮງອື່ນໆຂອງເລືອດາຈາງ ເຊັ່ນ: ຫາຍໃຈໄວ, ຂູບພະຈອນໄວ), ອາການຂາດສານອາຫານ, ຄວາມດັນເລືອດສູງ ແລະ ການມີລົງຂາວຜິດປີກກະຕິ ຖ້າຟິບອາການຜິດປີກກະຕິ, ໃຫ້ປີກສາແພດ/ແພດປະສຸດຫຼື ນຳສິ່ງເພື່ອການປິ່ນປົວເພີ່ມເຕີມ.
- ພາຍຫຼັງອາຍຸຖືພາໄດ້ 36 ອາທິດ ທ່າສະເໜີຂອງເດັກເປັນທ່າກີ່ນ, ຖືພາເກີນກຳນົດ 10 ວັນ ຕ້ອງໄດ້ນຳສິ່ງໄປໂຮງໝໍທີ່ມີເງື່ອນໄຂອີງຕາມເປີ້ມຄຸ້ມືແນະນຳສໍາລັບພະນັກງານສາຫາລະນະສຸກກ່ຽວກັບການດູເລັກສາສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກ.
- ກວດສຸຂະພາບເດັກໃນທ້ອງໄດ້ຍການຟັງສຽງການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈເດັກ ແລະຖາມແມ່ກ່ຽວກັບການເຫັນຕິຂອງເດັກໃນທ້ອງ, ຖ້າວ່າອັດຕາການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈເດັກໜ້ອຍກວ່າ 110 ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 160 ເທື່ອ/ນາທີ ຫຼື ແມ່ບອກວ່າການເຫັນຕິຂອງເດັກຫຼາຍໂພດ ຫຼື ຫຼັດລົງໃຫ້ນຳສິ່ງໄປໂຮງໝໍບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂ.

ຈ. ສິ່ງທີ່ຄວນເອົາໃຈໃສ່ໃນການກວດທ້ອງແຕ່ລະຄົ່ງ:

- ຕິດຕາມການສັກປາກັນບາດທະຍັກໃຫ້ຖືກຕ້ອງໄດ້ຍອີງຕາມເປີ້ມຄຸ້ມືການສັກປາກັນພະຍາດແຫ່ງຊາດ
- ຖາມແມ່ຍິງຖືພາວ່າໄດ້ກິນຢາຫາດຫຼັກ, ອາຊີດຝີລິກ (Acid folic) ແນະຂຽມ ດາໂປເນັດ(Calcium carbonate) ແລະ ປາຂ້າແມ່ທ້ອງ (Mebendazole) ຖ້າບໍ່ໄດ້ກິນຄວນໃຫ້ຢາດັ່ງກ່າວຂ້າງເທິງແກ່ແມ່ຍິງຖືພາພ້ອມທັງແນະນຳໃຫ້ໃຊ້ບັງຍ້ມປາ.
- ຖາມແມ່ຍິງຖືພາວ່າໄດ້ບໍລິໂພກອາຫານພຽງພໍ ຫຼື ບໍ່, ຖ້າວ່າບໍ່ພຽງພໍຕ້ອງໃຫ້ຄຳແນະນຳ ແລະ ໃຫ້ສຸຂະສິກສາຕາມຄວາມເໜາະສີມ.
- ສອບຖາມເບິ່ງວ່າແມ່ຍິງຖືພາໄດ້ບໍລິໂພກສິ່ງໃດສິ່ງໜຶ່ງທີ່ເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ການຖືພາ ຫຼື ບໍ່ ເຊັ່ນ: ການສຸບປາ, ດືມຫຼັ້າ, ຊາ, ກາເຟ, ສິ່ງເສບຕິດ ແລະ ອື່ນງ.
- ໃຫ້ຄຳແນະນຳທີ່ເໝາະສີມໃນແຕ່ລະໄຕມາດ ເຊັ່ນ: ອາການເຈັບທ້ອງເກີດລູກ, ການກະກຽມສໍາລັບເກີດລູກ, ອາການທີ່ເປັນອັນຕະລາຍຕ່າງໆ ແລະ ໃຫ້ສຸຂະສິກສາກ່ຽວກັບໂພຊະນາການພາຍຫຼັງເກີດລູກ, ການລົງລູກດ້ວຍນ້ຳມືມແມ່, ການອະນາໄມຕິນອງໃນໄລຍະຫຼັງເກີດລູກ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ.
- ທີບຫວອນ, ບັບປຸງແຜນການເກີດລູກ ແລະ ແຜນຮັບມືໃນກໍລະນີທີ່ມີພາວະສຸກເສີນ.
- ສ້າງແຜນຕາຕະລາງຢ້ຽມຢາມເພື່ອຕິດຕາມສຸຂະພາບຂອງແມ່ ແລະ ເດັກ.

3.3 ການປິ່ນປົວເລືອດຈາງເບື້ອງຕົ້ນໃນໄລຍະຖືພາ

ຜະດູນຄົນຕ້ອງ:

ກ. ຮຸ້າ ແລະ ຮັບມືຖຸກກໍລະນີທີ່ສຶງໄສວ່າເປັນເລືອດຈາງ ການກວດກັ່ນຕອງເບື້ອງຕົ້ນສາມາດຮັດໄດ້ການສັງເກດອາການ ແລະ ພວດອາການຕ່າງໆເຊັ່ນ: ຝາຕິນ, ຝາມີ, ເຢື່ອເມືອກຕາຈິດມ້ານ, ອາການວິນຫົວທີ່ກ່ຽວກັບ: ການຫາຍໃຈໄວກວ່າ 30 ເທື່ອ / ນາທີ, ເມື່ອຍ່າຍ, ແລະ ຫາຍໃຈຢາກໃນເວລາພັກຜ່ອນ.

ຂ. ຢູໂໂຮງໝໍນ້ອຍ, ຖ້າກວດພິບອາການ ແລະ ພວດອາການຂອງພາວະເລືອດຈາງ, ໃຫ້ກິນຢາຫາດເຫຼັກ 1 ເມັດ ຕອນເຊົ້າ ແລະ ຕອນແລງ, ແນະນຳແມ່ຍິງໄປກວດຢູໂໂຮງໝໍເມື່ອ ເພື່ອກວດລະດັບ ເຮໂມໂໂກບິນ (Hb).

ດ. ສົ່ງກວດ ແລະ ດຳເນີນການກວດຫາລະດັບ ເຮໂມໂໂກບິນ (hemoglobin).

ຈ. ຖ້າມີພາວະເລືອດຈາງຮ້າຍແຮງ (Hemoglobin <7g/dl ແລະ/ຫຼື ຝາມີ ແລະ ເຢື່ອເມືອກຕາຈິດມ້ານຮ້າຍແຮງ ຫຼື ເຢື່ອເມືອກຕາຈິດມ້ານພ້ອມຫັງຫາຍໃຈ 30 ເທື່ອ/ນາທີ, ເມື່ອຍ່າຍ, ຫາຍໃຈຢາກໃນເວລາທີ່ພັກຜ່ອນ) ອະທິບາຍຜົນກວດໃຫ້ແມ່ຍິງ ແລະ ນໍາສົ່ງ ແມ່ຍິງໄປສະຖານບໍລິການທີ່ມີການສົ່ງເລືອດທີ່ໄກ້ທີ່ສຸດ (ໂຮງໝໍເມືອງປະເພດ ກ ຫຼື ໂຮງໝໍ ແຂວງ).

ຖ້າວ່າເປັນເລືອດຈາງບໍ່ຮຸນແຮງ (ອາການ/ໝວດອາການ: ຈິດມ້ານເລັກນ້ອຍ ແລະ ເມື່ອຍລ໏າ ແຕ່ບໍ່ມີອາການເຊັ່ນ: ຫາຍໃຈຝຶດ ແລະ ອື່ນໆ, ລະດັບເຮໂມໂໂກບິນ 7-11 g/dl), ອະທິບາຍຜົນໄດ້ຮັບ ແລະ ແນະນຳໃຫ້ແມ່ຍິງຖືພາກິນອາຫານຕາມຄໍາແນະນຳພ້ອມຫັງໃຫ້ ຄໍາບິກສາດ້ານໂພຊະນາການ, ຫຼືກລ້ຽງການດຶ່ມນ້ຳຊາ ແລະ ທາດາກາເພື່ອນຕ່າງໆພາຍໃນໜຶ່ງ ຊົ່ວໂມງຫຼັງກິນອາຫານ ເນື່ອງຈາກວ່າຊາ ແລະ ກາເພຂອນຈະເຂົ້າໄປຂ້າດຂວາງຂະບວນການ ດູດຊີມຂອງຫາດເຫຼັກ ນອກຈາກນີ້, ໃຫ້ຢາຫາດເຫຼັກເພີ່ມຕາມເປີມຄຸ້ມືແນະນຳ ແລະ ນັດ ໃຫ້ແມ່ຍິງຖືພາກັບມາກວດຄືນພາຍໃນ 2-3 ອາທິດເພື່ອປະເມີນຜົນຄືນ, ຖ້າອາການບໍ່ດີຂຶ້ນ ຫຼື ມີອາການຮຸນແຮງກວ່າເກົ່າໃຫ້ສົ່ງໄປຢືນປົວນຳຊ່ວຊານສະເພາະທາງຕາມຄວາມຈຳເປັນ. ເມື່ອໃຫ້ຢາຫາດເຫຼັກ IFA, ຕ້ອງໃຫ້ຄໍາແນະນຳກ່ຽວກັບຜົນຂ້າງຄຽງຂອງປາ ເຊັ່ນ: ຫ້ອງຢາກ, ອາຈີມມີສີດໍາ.

3.4 ການປິ່ນປົວຄວາມດັນເລືອດສູງເບື້ອງຕົ້ນໃນໄລຍະຖືພາ

ຜະດູນຄົນຕ້ອງ:

ກ. ຖາມກ່ຽວກັບປັດໃຈສ່ວງ:

- ຕ້າງສຸດຫ້າຍທີ່ເຈົ້າຖືພາ, ເຈົ້າມີອາການຊັກ ຫຼື ເປັນຊັກບໍ່

- ການຖືພາລູກແຜດ ຫຼື ການຖືພາຫຼາຍຄັ້ງ
 - ພາວະຊັກກະຕຸກ ຫຼື ພາວະກຽມຊັກກະຕຸກໃນການຖືພາທີ່ຜ່ານມາ ຫຼື ບໍ່?
 - ພະຍາດອື່ນໆ (ພະຍາດຄວາມດັນເລືອດສູງຂໍ່ເຮື້ອ, ພະຍາດທາມກໄຂ້ຫຼັງ ຫຼື ພະຍາດກ່ຽວກັບພຸມຕ້ານຫານ)
- ຂ. ທຸກ່າງຄັ້ງທີ່ແມ່ຍິງຖືພານາຝາກທ້ອງຕ້ອງຖາມຄວາມດັນເລືອດທີ່ຜ່ານມາ, ວັດແທກ ຄວາມດັນເລືອດຢ່າງຖືກຕ້ອງຕາມເຕັກນິກ ແລະ ກວດເບິ່ງທາດໄຂ້ຂາວໃນນີ້ ຢ່ວງເພື່ອຮັບຮູ້ອາການກຽມຊັກກະຕຸກແຕ່ເລີ່ມຕົ້ນ (Pre-eclampsia).
- ດ. ສັງເກດແມ່ຍິງທ້າວ່າລາວມີ: ເຈັບຫົວຮຸນແຮງ, ຕາມືວ, ເຈັບທ້ອງນັ້ອຍ, Oliguria (ຍ່ວ່ວນັ້ອຍ), ຫາຍໃຈຍາກ, ປວດຮາກ ແລະ ຮາກ, hyperreflexia ຫຼື clonus.
- ຈ. ສັ່ງກວດ, ກວດຢ່ວງເພື່ອຊອກຫາທາດໂປູຕົນໃນນ້ຳຢ່ວງ.
- ຈ. ຖ້າຫາກວ່າມີພາວະກຽມຊັກກະຕຸກຮ້າຍແຮງ:
- ຄວາມດັນເລືອດເບື້ອງເທິງ $BP > 160 \text{ mmHg}$ ແລະ ເບື້ອງລຸ່ມ $BP > 110 \text{ mmHg}$
 - ມີ ຫຼື ບໍ່ມີ: ທາດໂປູຕົນໃນນ້ຳຢ່ວງຈາກການຈຸ່ມຢ່ວ 2+, ຫຼື ຫ້າຍກວ່າ, ເຈັບຫົວຮຸນແຮງ, ຕາມືວ, ເຈັບທ້ອງນັ້ອຍ, Oliguria (ຍ່ວ່ວນັ້ອຍ), ຫາຍໃຈຍາກ, ປວດຮາກ ແລະ ຮາກ, hyperreflexia ຫຼື clonus.
- ເຮັດການນຳສິ່ງໄປຫາສະຖານບໍລິການທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດທັນທີໂດຍການໃຫ້ຢາ $MgSO_4$ ແລະ ໃຫ້ຢາຫຼຸດຄວາມດັນເລືອດທີ່ເໝາະສົມ ພ້ອມຫັງໃຫ້ການຕິດຕາມຢ່າງ ໄກສິດ (ຕິດຕາມຄືໃນຫ້ອງ ICU).
- ໃນຂະນະທີ່ກະກຽມສໍາລັບການນຳສິ່ງ, ໃຫ້ຢາ magnesium sulfate ແລະ ຕິດຕາມອາການຊີວິດ (ກຳມະຈອນ, ຄວາມດັນເລືອດ ແລະ ການຫາຍໃຈ), ການກະທິບຕອບ ແລະ ອັດຕາການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈເຕັກໃນທ້ອງ ໃນທຸກ່າງຊື່ວ ໂມງ. ຖ້າຄວາມດັນເລືອດເບື້ອງເທິງຍັງຢູ່ 160 mmHg ຫຼື ສູງກວ່າ ແລະ/ຫຼື ຖ້າ ຄວາມດັນເລືອດເບື້ອງລຸ່ມຍັງຢູ່ 110 mmHg ຫຼື ສູງກວ່າ ໃຫ້ຢາຫຼຸດຄວາມດັນເລືອດ. ຫຼັກການທີ່ສໍາຄັນແມ່ນການຮັກສາລະດັບຄວາມດັນເລືອດໃຫ້ຢູ່ກາຍ ຂອບເຂດທີ່ຕໍ່າກວ່າປົກກະຕິ. ການແຍ່ຍ່ວງເພື່ອຕິດຕາມປະລິມານີ້ຢ່ວງ. "ຮັກສາການດຸນດ່ຽງຂອງສານນຳຢ່າງເຂັ້ມງວດ (ຕິດຕາມປະລິມານຂອງນັ້ອງນັ້ອງ ແລະ ນ້ຳອອກ) ເພື່ອປ້ອງກັນບໍ່ໃຫ້ນ້ຳເກີນປະລິມານ. " ຖ້ານີ້ຢ່ວອອກໜ້ອຍ ກວ່າ 30 ມລ ຕໍ່ຊື່ວໂມງ: ຢຸດໃຫ້ຢາ magnesium sulfate ແລະ ສານນ້ຳທາງ IV (ນ້ຳເກືອປົກກະຕິ ຫຼື ສານນ້ຳຮິງຈີ Ringer's lactate) 1 L ໃຊ້ເວລາ 8 ຊົ່ວໂມງ.

ສ. ຕິດຕາມພັດທະນາການຂອງອາການບວມນ້ຳຢູ່ປອດ (ອັດຕາການຫາຍໃຈເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ/ຫຼື ການຫາຍໃຈໄວ, ກວດຝັງສຽງຂອງປອດ).

ຖ້າມີ ອາການເບີ່ງາງ ພາວະກຸມຊັກກະຕຸກ:

- ດວາມດັນເບື້ອງເທິງ $140-160$ mmHg ແລະ/ຫຼື ເບື້ອງລຸ່ມ $90-110$ mmHg ໃນ 2 ຄັ້ງທີ່ກວດຄືນ ແລະ ທາດໂປຕິນໃນນ້ຳຍ່ວວ $2+$, ແລະ ບໍ່ມີອາການອັນຕະລາຍ
- ນໍາສົ່ງໄປສະຖານບໍລິການທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດະພ້ອມໃຫ້ຢາ $MgSO_4$ ແລະ ຢາຫຼຸດ ດວາມດັນທີ່ເໜາະສົມ
- ໃຫ້ແຜ່ໃຈວ່າແມ່ຍິງໄດ້ຮັບແຄລຊຽມຄາໂນເນດ $1.5-2$ g ຕໍ່ມື້

ຊ. ຖ້າດວາມດັນເລືອດສູງ (ເບື້ອງລຸ່ມ >90 ແຕ່ວ່າ <110 mmHg ແລະ/ຫຼື ເບື້ອງເທິງ >140 ແຕ່ <160 mm Hg ໃນ 2 ຄັ້ງທີ່ກວດຄືນ ແລະ ບໍ່ມີທາດໂປຕິນໃນນ້ຳຍ່ວວ ຫຼື ອາການອ່ັນງ),

- ແນະນຳໃຫ້ພັກວຽກ ແລະ ພັກຜ່ອນ
- ແນະນຳກ່ຽວກັບສັນຍານອັນຕະລາຍ
- ປະເມີນຄືນໃນການມາກວດຄັ້ງຕໍ່ໄປ ຫຼື ພາຍໃນ 1 ອາຫິດຖ້າຖືພາ >8 ເດືອນ
- ໃຫ້ແຜ່ໃຈວ່າແມ່ຍິງໄດ້ຮັບແຄລຊຽມຄາໂນເນດ $1.5-2$ g ຕໍ່ມື້
- ຖ້າແມ່ຍິງມີອາຍຸຖືພາຕໍ່ກວ່າ 20 ອາຫິດ, ໃຫ້ຢາ aspirin 81 mg ທຸກມື້ຈິນ ອອດອາຍຸຖືພາ 36 ອາຫິດ.
- ຖ້າແມ່ຍິງມີອາຍຸຖືພາຫຼາຍກວ່າ 37 ອາຫິດ ແລະ ຖ້າດວາມດັນເລືອດສູງຮ້າຍແຮງ ໃຫ້ນໍາສົ່ງໄປໂຮງໝໍ.
- ຖ້າດວາມດັນເລືອດຍ່າງສູງຢູ່ພາຍຫັງ 1 ອາຫິດ ຫຼື ໃນການກວດຄັ້ງຕໍ່ມາ, ນໍາສົ່ງໄປຫາສະຖານບໍລິການທີ່ມີຢາຫຼຸດດວາມດັນເລືອດຢ່າງພຽງພໍ / ພິກສາຫາລືກັບທ່ານໝໍຂຽວຊານ.

ຍ. ຖ້າແມ່ຍິງມີຄວາມສ່ຽງສູງຂອງພາວະກຸມຊັກກະຕຸກ (Eclampsia ຫຼື pre eclampsia ໃນການຖືພາຄັ້ງຜ່ານມາ, ການຖືພາລູກແຜດ ແລະ ພະຍາດອ່ັນງ),

- ປະຕິບັດການນໍາສົ່ງ: ໄປຫາສະຖານບໍລິການ ທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດທີ່ມີຢາ aspirin ແລະ ທາດແຄລຊຽມ
- ໃຫ້ຢາ aspirin 81 mg ມື້ລະ 1 ຄັ້ງ ຈາກ 12 ອາຫິດ ຈິນຮອດ 36 ອາຫິດ
- ໃຫ້ທາດແຄວຊຽມ ຖ້າໄດ້ກິນອາຫານບໍ່ພຽງພໍ: ໃຫ້ແຄວຊຽມເບື້ອງຕັ້ນ 1500 mg ມື້ລະ 1 ຄັ້ງ ຕັ້ງແຕ່ 20 ອາຫິດ ຈິນຮອດການເກີດລຸກ.

3.5 ການປິ່ນປົວພະຍາດເບີາຫວານເບື້ອງຕົ້ນໃນໄລຍະຖືພາ

- ກ) ສໍາລັບແມ່ຍິງຖືພາທຸກຄົນ, ໃຫ້ຊອກຄົ້ນຫາປັດໃຈສ່ຽງພະຍາດເບີາຫວານ ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$, ພະຍາດເບີາຫວານກ່າວມ່ານຖືພາ (GDM), ມີປະຫວັດການເກີດລູກໃຫຍ່ $> 4.5 \text{ kg}$, ຄອບຄົວມີປະຫວັດເປັນພະຍາດເບີາຫວານ).
- ຂ) ຖ້າພິບປັດໃຈສ່ຽງ, ໃຫ້ສັ່ງກວດຢ່ຽວ ຖ້າພິບ glycosuria 2+ ໃນການກວດຄັ້ງ 1 ຫຼື 2 ຫຼັງຈາກນັ້ນກະຕຸນໃຫ້ຄົນເຈັບກວດເບິ່ງລະດັບນ້ຳຕານໃນເລືອດ ແລະ ປະຕິບັດ 5: OGTT ຢູ່ໂຮງຫມ່ແຂວງ (ການນຳສິ່ງ)

3.6 ການປິ່ນປົວພະຍາດ syphilis ເບື້ອງຕົ້ນເພື່ອປ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອຈາກແມ່ ສ່ວນກວດ PMTCT

- ກ) ແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ ແລະ ກວດຫາເຊື້ອຊີຟິລິດໃນແມ່ຍິງຖືພາທັງໝົດທີ່ມາກວດທ້ອງຄັ້ງທໍາອິດ ໂດຍບໍ່ຄໍານິງເຖິງອາຍຸການຖືພາ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຜູ້ຍິງຈະປະຕິເສດກວດເບິ່ງບັນທຶກແມ່ ແລະ ເຕັກທຸກໆຄັ້ງທີ່ມາກວດ.
- ຂ) ຊັກຖາມ / ກວດເບິ່ງ / ບັນທຶກ: ຖາມຄວາມຮັ້ຂອງແມ່ຍິງກ່ຽວກັບພະຍາດຊີຟິລິດ ແລະ ປະໂຫຍດຂອງການຮູ້ສະຖານະການຕິດເຊື້ອຊີຟິລິດໃນໄລຍະຖືພາ. ຖາມວ່າລາວ/ຄຸ້ນອນຂອງລາວໄດ້ຖືກກວດຫາເຊື້ອຊີຟິລິດບໍ່ – ຖ້າແມ່ນ, ກວດເອກະກະສານ.
- ຄ) ຂຽນໃບສິ່ງ ແລະ ເຮັດການກວດຊີຟິລິດໂດຍຮູ້ຜົນໄວ rapid plasma reagin test (RPR) ຖ້າຍັງບໍ່ໄດ້ກວດໃນການຖືພາຄັ້ງນີ້"
- ງ) ຖ້າຜົນກວດຊີຟິລິດເປັນບວກ, ອະທິບາຍຜົນໄດ້ຮັບ ແລະ ນຳສິ່ງແມ່ຍິງໄປຫາສະຖານບໍລິການທີ່ໄກ້ທີ່ສຸດເພື່ອການປິ່ນປົວ.

3.7 ການປິ່ນປົວພະຍາດ HIV ເບື້ອງຕົ້ນເພື່ອປ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອຈາກແມ່ ສ່ວນກວດ PMTCT.

- ກ) ແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ ແລະ ກວດຫາເຊື້ອ HIV ໃນແມ່ຍິງຖືພາທັງໝົດທີ່ມາກວດທ້ອງຄັ້ງທໍາອິດ ໂດຍບໍ່ຄໍານິງເຖິງອາຍຸການຖືພາ, ກວດເບິ່ງບັນທຶກໃນທຸກໆຄັ້ງທີ່ມາກວດ.
- ຂ) ຖາມແມ່ຍິງກ່ຽວກັບຄວາມຮັ້ຂອງລາວຕໍ່ກັບ HIV ແລະ ປະໂຫຍດຂອງການຮູ້ສະຖານະການຕິດເຊື້ອ HIV ໃນໄລຍະຖືພາ. ຖາມລາວ/ຄຸ້ນອນຂອງລາວໄດ້ກວດຫາເຊື້ອ HIV ບໍ່ – ຖ້າແມ່ນ, ກວດເບິ່ງຜົນ.

3.8 งานประกูมสำลับงานเจ็บห้องเกิดลูก และ งานเกิดลูก.

ຜະດູງຄັນຕ້ອງ:

- ก. ໃຫ້ຄຳແນະນຳ ແລະ ສູຂະສິກສາແກ່ແມ່ຍິງຖືພາທຸກຄົນພ້ອມກັບສາມີ ແລະ ຄອບຄົວ
 - ຂ. ຮັບປະກັນໃຫ້ແມ່ຍິງຖືພາທຸກຄົນ, ຄອບຄົວ ແລະ ຜິ່ນອງໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ໃນການວາງແຜນການເກີດລູກຢ່າສະຖານທີ່ສະອາດ ແລະ ປອດໄພ ພ້ອມທັງ ກະກຽມເຕື່ອງນຸ່ງທີ່ສະອາດ, ເຕື່ອງໃຊ້ທີ່ຈໍາເປັນ ແລະ ເອກະສານການຝາກທ້ອງ.
 - ດ. ຖ້າແມ່ຍິງຖືພາປົກກະຕິ ແລະ ມີຈຸດປະສົງຢາກຈະເກີດລູກຢ່າບ້ານນໍາຜະດຸກັນ ແມ່ນຂັ້ນກັບການຕັດສິນໃຈຂອງແມ່ຍິງຖືພາ ພຽງແຕ່ແນະນຳລາຍລະອຽດເພີ່ມ ຕື່ມກ່ຽວກັບການຮັກສາຄວາມສະອາດ ແລະ ການເກີດລູກຢ່າບ້ານທີ່ປອດໄພ ອີງ ຕາມເປີມຄຸ້ມືປິ່ນປົວເຫັງຊາດກ່ຽວກັບການດຸແລຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກ.
 - ຈ. ປະຕິບັດທຸກໆຂັ້ນຕອນເພື່ອຮັບປະກັນວ່າມີແຜນການນຳສິ່ງແມ່ຍິງຖືພາໄປໂຮງ ຂົໍ່ທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ຖ້າເກີດມີພາວະສກເສີນ.

3.9 ການກັນພະຍາດ ພຕພ/ເອດສ, ອັກເສບຕັບບີໃນໄລຍະຖືພາ

ຜະດູງຄັນຕ້ອງ:

- ก. ໃຫ້ສູຂະສົງການ, ຂໍມູນຂ່າວສານ ແລະ ການໃຫ້ບໍລິການແມ່ຍິງຖືພາ, ສາມີ ກ່ຽວກັບການຕິດເຊື້ອໃນໄລປະຖືພາ (ພຕພ/ເອດສ, ອັກເສບຕັບບີ)
 - ຂ. ຊຸກຍຸ່ງຄືວເມຍທີ່ໂດຍເຊື້ອເອດສໃນການມີເພີເສຳພັນຫິ່ບອດໄພ (ໃຊ້ຖົງຢາງອະນາໄມຍິງ-ຊາຍ) ແລະ ໃຫ້ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈເລືອກວິທີການລົງລູກທີ່ເໝາະສົມພື້ອຫຼັດຜ່ອນການສິ່ງເຊື້ອຈາກແມ່ສັກ.

ມາດຕະຖານ IV: ການດຸແລແມ່ໃນໄລຍະເຈັບທ້ອງເກີດລູກ ແລະ ເກີດລູກ (Intrapartum Care (IPC))

ຜະດູງຄົນຕ້ອງ:

- ໃຫ້ການດຸແລແມ່ທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ເໝາະສົມໃນໄລຍະເຈັບທ້ອງເກີດລູກ ແລະ ຂ່ວຍເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ ລວມທັງປະຕິບັດທຸກຂັ້ນຕອນໃນການປ້ອງກັນ ເລືອດໄຫຼ້ໄລຍະທີ 3 ຂອງການເກີດກໍ່ຄືຮູ້ອາການຜິດປົກກະຕິ ແລະ ຮູ້ວິທີແກ້ໄຂຢ່າງເໝາະສົມ ແລະ ທັນການ.
- ສາມາດຕັດພື້ນຊາມ ແລະ ຫຍືບບາດແຜ່ພື້ນຊາມ.
- ຮູ້ຂໍປຶກຂີ້ ແລະ ຂໍ້ຫ້າມຂອງການປະຕິບັດການຕັດພື້ນຊາມ, ບໍ່ແມ່ນສໍາລັບ ທຸກໆ ກໍລະນີ
- ສາມາດປະຕິບັດການດຸແລກໍລະນີສຸກເສີນທາງການຜະດູງຄົນຕາມ BEmONC ກ່ອນການນໍາສິ່ງ ແລະ ໄລຍະນໍາສິ່ງ

4.1 ການດຸແລແມ່ໃນໄລຍະເຈັບທ້ອງເກີດລູກ

ຜະດູງຄົນຕ້ອງ:

- ກ. ປະເມີນເບື້ອງຕົ້ນ (ສັງເກດທີ່ຫົວຮອດຕິນ, ປະເມີນອາຍຸຖືພາ, ແທກລວງສູງ ແລະ ລວງຮອບຂອງມິດລູກ, ກວດຄໍາທ້ອງ 4 ທ່າ (Leopold), ປະເມີນອັດຕາ ການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈເດັກໃນທ້ອງ, ຄາດຄະເນນໍ້າຫັນກເດັກໃນທ້ອງ, ປະເມີນ ພາວະເລືອດຈາງ (ຍື່ອເມືອກຕາ), ການປັ້ນຂອງມິດລູກ, ອາການຊີວິດ, ຊົ່ງ ນ້ຳຫັນກ ແລະ ລວງສູງ, ແລະ ປະເມີນສິ່ງທີ່ອອກທາງຊ່ອງຄອດ, ກວດຢ່ວຍ, ກວດຫາເຊື້ອ HIV (ຖ້າຢັ້ງບໍ່ຫັນໄດ້ກວດ), ກວດດໍາລຏກເລືອດ.
- ຂ. ປະເມີນອາການເລີ່ມຕົ້ນຂອງການເຈັບທ້ອງແທ້ (onset of labor) ແລະ ປະເມີນ Bishop score ໂດຍການກວດທາງຊ່ອງຄອດ ເຊັ່ນ: ປະເມີນການເປີດ ຂະຫຍາຍຂອງປາກມິດລູກ, ຄວາມບາງຂອງມິດລູກ, ຄວາມອ່ອນນຸ່ມຂອງປາກ ມິດລູກ, ຕໍາແໜ່ງຂອງປາກມິດລູກ, ລະດັບສ່ວນນໍ້າຂອງຫົວເດັກ, ປະເມີນຖິ່ງນໍ້າ ຄາວປາ (ແຕກ ຫຼື ຍັງບໍ່ແຕກ, ກໍລະນີແຕກປະເມີນ ສີ, ປະລິມານ), ປະເມີນສິ່ງ ທີ່ອອກມາຈາກຊ່ອງຄອດ
- ຄ. ຕິດຕາມສູຂະພາບຂອງແມ່ ແລະ ເດັກ ຄວາມກ້າວຫຼ້າຂອງການເຈັບທ້ອງເກີດ ລູກ ໂດຍການນໍາໃຊ້ໃບປາໂຕກຣາ (Partograph).

- ງ. ເອົາໃຈໃສ່ດຸແລ, ຕິດຕາມຕະຫຼອດໄລຍະເຈັບທ້ອງເກີດລູກ ລວມທັງບັນເທິງ
ຄວາມເຈັບປວດໂດຍການບໍ່ໃຊ້ຢາໃຫ້ກັບແມ່ຍິງຖືພາໂດຍການສອນເຕັກນິກ
ການຫາຍໃຈ, ນວດ ແລະ ອື່ນງ. ຊຸກຍູ້ໃຫ້ແມ່ຍິງຖືພາມີການເຄື່ອນໄຫວ,
ອາບນ້າ, ດື່ມນ້າ ແລະ ກິນອາຫານເພື່ອຮັກສາຄວາມສົມດຸນຂອງນ້າ ແລະ
ອາຫານໃນຮ່າງກາຍ, ຫຼືກລ້ຽງບໍ່ໃຫ້ແມ່ຕົກຢູ່ໃນພາວະອັນຕະລາຍ ແລະ ຮັກສາ
ສະພາບຈົດໃຈທີ່ດີ ຕະຫຼອດເຖິງບອກຄວາມກ້າວໜ້າຂອງການເກີດລູກໃຫ້
ແມ່ຍິງຖືພາ ແລະ ຄອບຄົວ/ຟື້ນອງຮັບຮູ້ນໍາ ພ້ອມທັງອະນຸຍາດໃຫ້ແມ່ຍິງເລືອກ
ຜູ້ຢູ່ນໍາໃນເວລາກົດ.
- ຈ. ຮັກສາອະນາໄມທີ່ດີ ແລະ ນໍາໃຊ້ການກັນ ແລະ ຄວບຄຸມການຕິດເຊື້ອແບບ
ມາດຕະຖານ ເຊັ່ນ: ລ້າງມີ, ໃສ່ຖິງມີ, ໃສ່ເຄື່ອງປ້ອງກັນຕົວເອງ, ແບກຂີ້ເຫຍື້ອ
ຕິດເຊື້ອພະຍາດ ແລະ ສິ່ງແຫຼມຄືມຢ່າງປອດໄພ.
- ສ. ປະເມີນ/ວິເຄາະ, ບັນທຶກ, ລາຍງານສິ່ງທີ່ຜິດປົກກະຕິ, ສິ່ງທີ່ພົບເຫັນໃນກໍລະນີ
ມີອາການເຈັບທ້ອງເກີດລູກແກ່ຍາວ ແລະ ເດັກໃນທ້ອງຖືກທຳລະມານ ນໍາສິ່ງໄປ
ໄຮງໝໍທີ່ມີເງື່ອນໄຂ

4.2 ການດຳເນີນການເກີດລູກທີ່ປອດໄພ

ພະດູງຄົນຕ້ອງ:

- ກ. ຮັບປະກັນການເກີດລູກທີ່ປອດໄພ.
- ທ້າອງເກີດລູກສະອາດ, ອຸນຫະພູມທ້ອງໃຫ້ຢູ່ລະຫວ່າງ 25-28 ອົງສາເຊ
ແລະ ມີແສງສະຫວ່າງພຽງຟໍ.
 - ກະກຽມສະຖານທີ່ຊ່ວຍພື້ນຝູຊີບເດັກເກີດໃໝ່, ກວດຄືນອຸປະກອນເຊັ່ນ:
ຖົງ ambu ແລະ ຫ້າກາກສໍາລັບແມ່ ແລະ ເດັກ ເໝາະສົມ ແລະ ສາມາດໃຊ້
ງານໄດ້.
 - ອຸປະກອນສະອາດ, ເຄື່ອງປ້ອງກັນຕົນເອງ PPE ແລະ ອະເຊື້ອທີ່ຈະເປັນ
ສໍາລັບແມ່ ແລະ ເດັກ
 - ຕິດຕາມການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈເດັກໃນທ້ອງ
 - ສິ່ງເສີມໃຫ້ແມ່ຍິງຖືພາເບິ່ງທຸກກັ້ງທີ່ມີດລູກມີການບັນ ແລະ ເມື່ອມີດລູກ
ມາຍຕົວໃຫ້ແມ່ຫາຍໃຈເຂົ້າເລິກງ, ບ່ອຍລົມຫາຍໃຈອອກຊ້າງ.
 - ຂ່ວຍເກີດຢ່າງຖືກລົງທຶນ, ໃຊັ້ນອະເຊື້ອຂີ່ມື້ນຊາມເພື່ອປ້ອງກັນບໍ່ໃຫ້ຈີກຂາດ
ລະຫວ່າງການເກີດລູກ, ຂ່ວຍເກີດຫົວ, ກວດວ່າບໍ່ມີສາຍແຮກກ່ຽວຄໍ, ບ່ອຍໃຫ້

ຫົວຂອງເດັກທາມມານລວງ, ຊ່ວຍເກີດບ່າໃຫ້ (ບໍາໄຫ້ຫັ້ນ ແລະ ບໍາໄຫ້ຫຼັງ
ຕາມລຳດັບ), ຊ່ວຍເກີດລຳຕົວຂອງເດັກຢ່າງຖືກຕ້ອງ.

- ແຈ້ງບອກ ເພດ ແລະ ເວລາ ຂອງແກ້ເກີດໃໝ່ໃຫ້ແມ່ຮູ້
- ສັກປາອິກຊີໂຕຊືນ (Oxytocin) 10 UI (IM) ຫຼັງກວດວ່າບໍ່ມີເດັກຄືນທີ 02.

ແຈ້ງໃຫ້ແມ່ຮູ້ວ່າຈະເອົາເດັກວາງເທິງໜ້າຫຼັງ ພ້ອມທັງປຸ້ຜ້າອ້ອມທີ່ສະອາດໃສ່ເທິງ
ໜ້າຫຼັງແມ່ ເຊັດຕົວເດັກໃຫ້ແຫ້ງ, ປ່ຽນຜ້າປຽກອອກ ເລີ່ມປະຕິບັດຫັ້ນສໍາພັດໜັງພາຍໃນ
ເວລາ 90 ນາທີ, ຕຸ້ມດ້ວຍຜົ້າແຫ້ງ ແລະ ໄສ່ໝວກໃຫ້ເດັກ, ປະເມີນ APGAR score
ພາຍໃນ 1 ນາທີ ຫຼັງເກີດ, ຫີບ ແລະ ຕັດສາຍແຮ່ເມື່ອເສັ້ນເລືອດສາຍແຮ່ຢຸດເຕັ້ນ, ຖ້າ
ເສັ້ນເລືອດສາຍແຮ່ບໍ່ຢຸດເຕັ້ນພາຍໃນ 5 ນາທີ ສາມາດຕັດໄດ້ (ໃນກໍລະນີສຸກເສັ້ນສາມາດ
ຕັດສາຍແຮ່ໃນເວລາທີ່ເໝາະສົມ) ໂດຍໃຊ້ເຕັກນິກທີ່ຖືກຕ້ອງ; ສົ່ງເສີມການລົງງວດດ້ວຍ
ນົມແມ່ເມື່ອເດັກມີສັນຍານປາກດຸດນົມ (ນໍ້າລາຍໄຫ້, ອ້າປາກ, ອົມມື, ເລຍ/ຫຼືນລົ້ນ, ຕິນຢັນ
ໜ້າຫຼັງແມ່ເພື່ອຊອກຫາເຕົ້ານົມ ແລະ ຂັນໜ້າເຂົ້າຫາເຕົ້ານົມ).

- ຊ່ວຍເອົາແຮ່ ແລະ ເຢືອຫຼຸມເດັກອອກໂດຍນຳໃຊ້ເຕັກນິກທີ່ຖືກຕ້ອງຂອງການ
ປ້ອງກັນເລືອດໄຫ້ໃນໄລຍະ 3 (AMTSL)¹ ຂອງການເກີດ.
- ພາຍຫຼັງແຮ່ອກແລ້ວໃຫ້ນວດມີດລູກທັນທີ ເພື່ອຮັດໃຫ້ມີດລູກປັ້ນ, ກວດແຮ່
ວ່າແຮ່ມີການຈິກຂາດ.
- ປະເມີນປະລິມານການເສຍເລືອດ.
- ຖ້າແຮ່ບໍ່ອກພາຍໃນ 30 ນາທີ ຫຼັງຈາກເດັກເກີດ ແຕ່ແມ່ບໍ່ມີອາການເລືອດໄຫ້,
ຊຸກຍູ້ໃຫ້ແມ່ຢ່ຽວເພື່ອຮັດໃຫ້ພິກຍ່ຽວເປົ້າຫວ່າງ ຫຼື ສ່ວນນໍ້າຢ່ຽວກໍລະນີແມ່
ຢ່ຽວບໍ່ອອກ ເຊິ່ງວິທີນີ້ອາດຈະຊ່ວຍໃຫ້ແຮ່ອອກ, ຖ້າແຮ່ຢັງບໍ່ອອກ ໃຫ້ນວດ
ມີດລູກຄ່ອຍງ່າເພື່ອໃຫ້ມີດລູກປັ້ນ, ເມື່ອມີດລູກປັ້ນໃຫ້ພະຍາຍາມເອົາແຮ່ອອກ.
- ຖ້າປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນຂ້າງເທິງນັ້ນແລ້ວ ແຕ່ຢັງບໍ່ໄດ້ຜົນ ຫຼື ຖ້າມີເລືອດໄຫ້
ເກີດຂຶ້ນໃຫ້ປະຕິບັດການເອົາແຮ່ ແລະ ເຢືອຫຼຸມເດັກອອກດ້ວຍມີຢ່າງຖືກຕ້ອງ
ແລະ ຄວບຄຸມເລືອດໄຫ້ຫຼັງເກີດ ແລະ ຖ້າຈໍາເປັນໃຫ້ນໍາສິ່ງໄປໂຮງໝໍທີ່ມີ
ເງື່ອນໄຂ (ເບິ່ງການປະຕິບັດກອບກັ້ວຊີວິດຕ້ານຜະດູກັນຂໍ 5.4 ແລະ 5.5)
- ພາຍຫຼັງແຮ່ ແລະ ເຢືອຫຼຸມເດັກອອກແລ້ວໃຫ້ກວດເບິ່ງຮອຍຈິກຂາດຂອງ
ຊ່ອງຄອດ, ພື້ນຊາມ ແລະ ຫຍີບສ້ອມແຊມບາດແຍ່ຢ່າງຖືກຕ້ອງທັນທີພ້ອມ
ຫຼັງກວດເບິ່ງວ່າມີເລືອດອອກບໍ່.

ຂ. ດໍາເນີນການເກີດລູກທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ເໝາະສົມ, ຈັດໃຫ້ແມ່ຍິງຖືພາຢູ່ໃນທ່າທີ່ສະບາຍທີ່ສຸດພ້ອມທັງໃຫ້ເລືອກຜູ້ທີ່ຈະຢູ່ເປັນເພື່ອນໃນເວລາເກີດລູກ.

4.3 ການດູແລແມ່ເຈັບທ້ອງເກີດລູກແກ່ຍາວໃນໄລຍະທີ່ສອງທີ່ມີອາການເດັກຖືກທຳລະມານ

ຜະດຸງຄັນຕ້ອງ:

ກ. ຮູ້ອາການເດັກຖືກທຳລະມານໃນໄລຍະທີ່ສອງຂອງການເຈັບທ້ອງເກີດລູກຢ່າງຖືກຕ້ອງເຊິ່ງລວມມີ:

- ການຕິດຕາມອັດຕາການເຕັ້ນຂອງທີ່ວ່າໃຈເດັກໃນທ້ອງ ຖ້າຜິດປົກກະຕິ (ນ້ອຍກວ່າ 110 ເທື່ອ / ນາທີ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 160 ເທື່ອ/ນາທີ), ຕິດຕາມດ້ວຍເຄື່ອງ Monitoring.
- ອາການຊີວິດຂອງແມ່ ແລະ ຄວາມພ້ອມຂອງແມ່.
- ປະເມີນສີຂອງນໍ້າຄາວປາ (ສີຂຽວ, ສີຂຽວຂຸ້ນ).

ຂ. ຖ້າມີອາການສະແດງອອກວ່າເດັກຖືກທຳລະມານຜະດຸງຄັນຕ້ອງ

- ຮັອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.
- ໃຫ້ອີກຊີ້ແຊນແກ່ເມ່ທັນທີ (ຖ້າມີ).
- ຕ້ອງໃຫ້ພິກຍ່ຽວເປົ່າຫວ່າງ ຖ້າພິກຍ່ຽວຕິງໃຫ້ສວນນໍ້າຢ່ວ
- ບອກໃຫ້ແມ່ພະຍາຍາມປ່ຽນຫ່າຍ ແລະ ສິ່ງເສີມໃຫ້ແມ່ເບັ່ງເມື່ອມີດູກບັນ.
- ຖ້າອັດຕາການເຕັ້ນຂອງທີ່ວ່າໃຈເດັກຊ້າຫຼາຍ ແລະ ລະດັບການລອດຂອງທີ່ວ່າເດັກ +3 ໃຫ້ຕັດພື້ນຊາມ ແລະ ໃຊ້ເຄື່ອງດູດສຸນຍາກາດ (Vacuum) ດ້ວຍການນຳໃຊ້ເຕັກນິກທີ່ຖືກຕ້ອງ.
- ພາຍຫຼັງແມ່ ແລະ ເດັກປອດໄພແລ້ວໃຫ້ຫຍົບພື້ນຊາມທັນທີ.

ມາດຕະຖານ V: ການດຸແລແມ່ ແລະ ເດັກຫຼັງເກີດ (PPC)

ຜະດູງຄົນຕ້ອງ:

ໃຫ້ການດຸແລທີ່ມີຄຸນນະພາບແກ່ແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ທັນທີຈິນຮອດ 06 ອາທິດຫຼັງເກີດ ເພາະວ່າແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ຍຸປຸ່ນພາວະສ່ຽງຕໍ່ການເຈັບປ່ວຍທີ່ຮ້າຍແຮງ ຫຼື ເສຍຊີວິດໂດຍສະເພາະຕ້ອງຮັບປະກັນການຫາຍໃຈທຳອິດຂອງເດັກເກີດໃໝ່, ໃຫ້ສຸຂະສົກສາແນະນຳວິທີດຸແລຕົນເອງ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ພ້ອມທັງກວດກາ, ປິ່ນປົວ/ນໍາສັ່ງ ຖ້າມີອາການຜິດປົກກະຕິເກີດຂຶ້ນກັບແມ່ ແລະ ເດັກຕາມຄວາມເຫັນຈະສົມ, ປ້ອງກັນເດັກເກີດໃໝ່ຈາກພາວະອຸນຫະພູມຮ່າງກາຍຕໍ່າ ແລະ ການຊີມເຊື້ອ, ສິ່ງເສີມໃຫ້ລ້ຽງລູກດ້ວຍນຳນິມແມ່ທັນທີໜຼັງເກີດ ເຊິ່ງເປັນສິ່ງສໍາຄັນທີ່ສຸດ ແລະ ແນະນຳການວາງແຜນຄອບຄົວ.

5.1 ການດຸແລເດັກເກີດໃໝ່ຫຼັງ 90 ນາທີ

ຜະດູງຄົນຕ້ອງ:

ກ. ຮັບປະກັນອຸນຫະພູມຫ້ອງມີຄວາມອຸນພຽງຟ້ (25–28 ອີງສາເຊ) ເພື່ອປ້ອງກັນເດັກເກີດໃໝ່ຈາກພາວະອຸນຫະພູມຮ່າງກາຍຕໍ່າ.

ຂ. ຮັບປະກັນຄວາມສະອາດ ເຊັ່ນ: ລ້າງມີກ່ອນ ແລະ ຫຼັງ ປະຕິບັດກິດຈະກຳຫຼຸກຄັ້ງ, ບ່ອນທີ່ຈະວາງເດັກ, ຜ້າເຊັດຕົວເດັກ ແລະ ອຸປະກອນ.

ຄ. ປະເມີນການສໍາຜັດໜັງແມ່ ກັບ ຫັ້ງເດັກຄົນ ພາຍຫຼັງ 90 ນາທີ ຊ່ວຍແມ່ໃນການໃຫ້ນິມລູກ ແລະ ລ້ຽງລູກດ້ວຍນິມແມ່ພຽງຢ່າງ

ໃສ່ຢາບ້າຍຕາໃຫ້ເດັກທັງ 2 ເບື່ອງດ້ວຍຢາ (Pomade tetracycline) ພາຍໃນ 2 ຊ່ວໂມງຫຼັງເກີດ ພ້ອມທັງໃຫ້ວັກຊີນ Hep B0 ແລະ ວິຊາມິນ K1. *ສໍາລັບເດັກທີ່ເກີດມີນຳໜັກຕົວຕໍ່າ ຫຼື ເກີດກ່ອນກຳນົດ, ໃຫ້ການດຸແລເດັກ ແບບກັງກາງ ໂດຍການຮັດໜັງສໍາຜັດໜັງ (ຕາມຄໍາແນະນຳແຫ່ງຊາດ).

ງ. ຕິດຕາມ ແລະ ປະເມີນສະພາບຂອງເດັກເກີດໃໝ່, ກວດຮ່າງກາຍແຕ່ຫິວຮອດຕືນຢ່າງຖືກຕ້ອງ.

ຈ. ຈັ້າເຕັກເກີດໃໝ່ນຳໜັກຫຼຸດເງານມາດຕະຖານ (ນຳໜັກຫຼຸດ 2500 g) ຫຼື ເຕັກເກີດກ່ອນກຳນົດ, ຫາຍໃຈມີການຈ່ອງດຶງຂອງຜົ່ງເອິກ, ຕົວເຫຼືອງ, ໜັ້ງຕົງໜ້ອຍ ແລະ ເດັກນ້ອຍບໍ່ແຂງແຮງຕ້ອງໄດ້ປະຕິບັດ ອີງຕາມຄຸ້ມືປະຕິບັດຕົວຈິງການດຸແລເດັກເກີດໃໝ່ (2015).

5.2 ການຕິດຕາມພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງຫຼັງເກີດລູກ.

ຜະດູງຄົ້ນຕ້ອງ:

ກ. ຕິດຕາມແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ຢ່າງໃກ້ຊືດທຸກໆ 15 ນາທີ ພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງຫຼັງເກີດ ເພື່ອສັງເກດເບ່ງອາການສິນ ແລະ ຕິດຕາມແກ້ໄຂຫັນທີຢ່າງເໜາະສິມ.

ຂ. ປະເມີນການກວດ ແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ແຕ່ລະຄັ້ງຕ້ອງໃຊ້ມາດຕະການຄວບຄຸມການຕິດເຊື້ອຢ່າງຖືກຕ້ອງ ລວມທັງຮັບປະກັນຄວາມປອດໄພ

▪ ສໍາລັບແມ່:

- ຕິດຕາມການປັ້ນຂອງມິດລູກ, ພຶກຢ່ວງ, ປະລິມານເລືອດທີ່ອອກ/ສີຂອງເລືອດ ໂດຍການກວດເບ່ງຜ້ອະນາໄມ ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າເລືອດບໍ່ໄດ້ອອກຫຼາຍຜິດປົກກະຕິ, ເບ່ງບາດແຜ້ພື້ນຊາມ ແລະ ຕິດຕາມອາການກ່ຽວແໜ່ງຊີວິດ.
- ສິ່ງເສີມໃຫ້ແມ່ກິນອາຫານ, ດື່ມນໍ້າ ແລະ ສິ່ງເສີມໃຫ້ແມ່ຢ່ວ.
- ແນະນຳການດຸແລຕົນເອງໂດຍສະເພາະແມ່ນການຮັກສາອະນາໄມພື້ນຊາມ.
- ດຸແລຄວາມສຸກສະບາຍທີ່ວ່າໄປຂອງແມ່.
- ແນະນຳໃຫ້ມີການດຸແລສຸຂະພາບໂດຍສະເພາະໃຫ້ແມ່ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ ເພື່ອຮັດໃຫ້ການພັກພື້ນຫຼັງເກີດລູກ.

▪ ສໍາລັບເດັກ:

- ເອົາໃຈໃສ່ກວດຢ່າງລະມັດລະວັງ ອຸນທະພູມຮ່າງກາຍ ແລະ ການຫາຍໃຈຂອງເດັກ (ສຽງຄາງ grunting, ຈ່ອງດຶງເຝຶ່ງອີກ, ສີຜົວ).
- ກວດເບ່ງສາຍບີເດັກວ່າມີເລືອດຊີມບໍ່ (ຖ້າມີເລືອດຊີມໃຫ້ມັດຄືນໃໝ່) ແລະ ແນະນຳແມ່ໃຫ້ຮັກສາສາຍບີເຕັກໃຫ້ສະອາດ, ແຫ້ງຢູ່ສະເໜີ ແລະ ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ເອົາຫຍັງໃສ່ສາຍບີ.
- ສັງເກດເບ່ງການຕ່າຍຫັກ ແລະ ຕ່າຍເບີຄັ້ງທຳອິດຂອງເດັກ.

ດ. ສັກຢາປ້ອງກັນ: ວັນນະໄລກ (BCG), ຕັບອັກເສບຊະນິດບີ (HepB 0), vitamin K₁ ໃຫ້ເດັກ ສັກພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ, ຖ້າບໍ່ມີຢາຕ້ອງນັດໃຫ້ແມ່ເອົາເດັກມາກວດ ແລະ ສັກຢາວັກຊັ້ນໃນມື້ຕໍ່ໄປ.

ງ. ສືບຕໍ່ຕິດຕາມແມ່ ແລະ ເດັກທຸກໆ 6 ຊົ່ວໂມງເປັນເວລາ 24 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກເກີດ.

ຈ. ໃຫ້ຄໍາປົກສາແມ່ກ່ອນອອກໂຮຍໝໍໂດຍນໍາໃຊ້ປຶ້ມຄຸ້ມື MCH:

- 1) ການລ້ຽງລູກດ້ວຍນິມແມ່ (ປຶ້ມຄຸ້ມື MCH ຫັ້ນທີ່ 30–31)
- 2) ການວາງແຜນຄອບຄົວ (ປຶ້ມຄຸ້ມື MCH ຫັ້ນທີ່ 27)
- 3) ການໃຫ້ຄໍາປົກສາດ້ານໂພຊະນາການຂອງແມ່ (ປຶ້ມຄຸ້ມື MCH ຫັ້ນທີ່ 15)

5.3 ການດັແມ່ ແລະ ດັກເກີດໃໝ່ພາຍໃນ 6 ອາທິດ.

ຜະດູງຄັນຕ້ອງ:

ก. ให้เอื้อใช้สิ่งที่ได้ตามสุขะพำบຂອງແມ່ ແລະ ເຕັກເກີດໃໝ່ ອິງຕາມເປີມຄຸ້ມືປະຕິບັດຕົວຈຶ່ງການດຸແລເຕັກເກີດໃໝ່ (2015), ຄຸ້ມືການດຸແລກ່ອນເກີດ ແລະ ຫຼັງເກີດ (2019).

๒. ການກວດແມ່ ແລະ ເຕັກຫຼາງເກີດມີ 4 ລະຍະ ຄື:

- ກວດຫຼັງເກີດຄັ້ງທີ 1: ຄວນໄດ້ຮັບການຕິດຕາມຫຼັງເກີດແຕ່ຫົວທີເທົ່າທີ່ຈໍາເປັນ. (ກ່ອນອອກໂຮງໝໍ ຫຼັງຮັບບໍລິການເກີດລູກ)
 - ກວດຫຼັງເກີດຄັ້ງທີ 2: ໃນມື້ທີ 3
 - ກວດຫຼັງເກີດຄັ້ງທີ 3: ໃນມື້ທີ 7-14

- ກວດຫຼັງເກີດຄັ້ງທີ 4: ໃນອາທິດທີ 6
- ດ. ບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂໃຫ້ໄປຢູ່ມປາແມ່ ແລະ ເຕັກຢູ່ເຮືອນ ເພື່ອອະທິບາຍໃຫ້ແມ່ເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບ:
 - ວິທີການສົ່ງເສີມສຸຂະພາບທີ່ດີຂອງແມ່ ແລະ ເຕັກເກີດໃໝ່
 - ການດຸແລກສາສາຍບີທີ່ຖືກຕ້ອງ, ການວາງແຜນຄອບຄົວຫຼັງເກີດລູກ ແລະ ການປະຕິບັດຕົວ
 - ຖ້າມີອາການຜິດປົກກະຕິໃຫ້ໄປໂຮງໝໍບ່ອນທີ່ໄກ້ບ້ານທີ່ສຸດ.
- ງ. ໃຫ້ສຸຂະສົງສາທີ່ສອດຄ່ອງກັບຮົດຄອງປະເພນີ້ຫອງຖິ່ນກ່ຽວກັບການອະນາໄມສໍາລັບແມ່ ແລະ ເຕັກ ໂພຊະນາການ, ການລົງດູເຕັກເກີດໃໝ່, ການໃຫ້ຄໍາແນະນຳສັນຍາອັນຕະລາຍຂອງແມ່ ແລະ ເຕັກ, ການລົງລູກດ້ວຍນໍ້ານີມແມ່ພຽງຢ່າງດຽວຮອດ 6 ເດືອນ, ສັກປາກັນພະຍາດ ອີງຕາມນະໂຍບາຍສັກປາກັນພະຍາດແຫ່ງຊາດ.
- ຈ. ໃຫ້ຄໍາແນະນຳການປ້ອງກັນການຕິດເຂື້ອ HIV, ພະຍາດຕິດຕໍ່ຫາງເພດສໍາພັນຫຼັງເກີດ
- ສ. ໃຫ້ຢາຫາກເຫຼັກ ແລະ ອາຊີດໂຟລິກແກ່ແມ່ຫຼັງເກີດ/ໃຫ້ມີມລູກ.

ມາດຕະຖານ VI: ການດຸແລສູຂະພາບເດັກນ້ອຍອາຍຸລຸ່ມ 5 ປີ (ການດຸແລ ເດັກດີ ແລະ IMCI)

ຜະດູງຄັນຕ້ອງ:

ໃຫ້ການສະຫັບສະຫຼຸນການຈະເລີນເຕີບໂຕ ແລະ ພັດທະນາການຂອງເດັກເກີດໃໝ່ເຖິງອາຍຸ 5 ປີ, ໂດຍການປະເມີນການຈະເລີນເຕີບໂຕ ແລະ ພັດທະນາການຂອງເດັກ ແລະ ສະຫັບສະຫຼຸນການລົງດຸລວມທັງການລົງລູກດ້ວຍນິມແມ່. ຜະດູງຄັນຕ້ອງມີຄວາມສາມາດຄົ້ນຫາຄວາມຜິດປຶກກະຕິ ດ້ວຍສູຂະພາບຂອງເດັກນ້ອຍ ແລະ ສະຫັບສະຫຼຸນການມີສູຂະພາບທີ່ດີຂອງເດັກນ້ອຍ ເພື່ອຮັດໃຫ້ອັດຕາການຕາຍຂອງເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ພາຍໃນ ສປປ ລາວ ຫຼຸດລົງ.

6.1 ການດຸແລເດັກດີ

ຜະດູງຄັນຕ້ອງ:

ກ. ໃນການກວດດຸແລເດັກດີ:

ກວດ ແລະ ປະເມີນການຈະເລີນເຕີບໂຕ (ຊັ້ງນ້ຳຫັກ, ແທກລວງສູງ, ແທກຮອບກິກ ແຂນ MUAC), ບັນທຶກກ່ຽວກັບໂພຊະນາການ ແລະ ການຈະເລີນເຕີບໂຕໃສ່ໃນເີ້ມຄຸ້ມ ຕິດຕາມສູຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກ (MCH), ຖ້າເດັກເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ຂາດສານອາຫານ ໃຫ້ດໍາເນີນການສິ່ງຕໍ່, ກວດກົ່ນຕອງພັດທະນາການເດັກ, ກົ່ນຕອງການລົງລູກດ້ວຍນິມແມ່ (ສໍາລັບເດັກນ້ອຍທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸລຸ່ມ 2 ປີ), ກວດກົ່ນກອງການລົງດຸເດັກອ່ອນ (ສໍາລັບເດັກນ້ອຍທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າ 6 ເດືອນ).

ຂ. ອີງຕາມການປະເມີນ, ໃຫ້ຄໍາປຶກສາ/ສູຂະສິກສາໄດຍອີງໃສ່ຄວາມຕ້ອງການຂອງແມ່ / ເດັກ.

ຄ. ສູຂະສິກສາການສ້າງພຸມຄຸ້ມກັນ ແລະ ໃຫ້ວັກຊື້ນເພື່ອປ້ອງກັນຕາມອາຍຸຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ງ. ໃຫ້ວິຕາມີນ A ແລະ ຢາຂ້າແມ່ທ້ອງແກ່ເດັກນ້ອຍອາຍຸຕ່າງກວ່າ 5 ປີ.

6.2 ການຄຸ້ມຄອງກໍລະນີເດັກເຈັບແບບເຊື້ອມສານ (IMCI)

ຜະດູງຄັນຕ້ອງ:

ກ. ປະເມີນ, ຈັດປະເພດອາການ ແລະ ກໍານົດການປິ່ນປົວ. ຖ້າສັງເກດເຫັນສັນຍານອັນຕະລາຍ, ດໍາເນີນການຫັນທີຕາມເີ້ມຄຸ້ມມືແໜ່ງຊາດ IMCI.

ຂ. ກວດກາສະພາບທີ່ວ່າໄປຂອງເດັກນ້ອຍ (ການສັກວັກຊື້ນກັນພະຍາດ, ຢາຂ້າແມ່ທ້ອງ, ວິຕາມີນ A ແລະ ອາຫານເສີມ).

- ດ. ໃຫ້ການປິ່ນປົວຕາມບົມຄຸ້ມມືແໜ່ງຊາດ IMCI.
- ຈ. ໃຫ້ຄໍາເບີກສາແມ່ກ່ຽວກັບການໃຫ້ນິມລູກ, ການລ້ຽງດຸລູກ, ສຸຂະພາບຂອງແມ່ ແລະ ນັດມື້ມາກວດຄືນ.
- ຈ. ພະດຸງຄັນຕ້ອງດຳເນີນການດູແລໃນຊຸມຊົນ (CIMC) ການຄຸ້ມຄອງກໍລະນີ ພະຍາດຖອກຫ້ອງ, ການຄຸ້ມຄອງກໍລະນີປອດອັກເສບ, ການກວດຄື້ນອາການອັນຕະລາຍ, ການເຈັບປ່ວຍຮ້າຍແຮງຂອງເຕັກ, ການນຳສິ່ງ ແລະ ກວດກໍ່ນຕອງພາວະໂພຊະນາການໂດຍ ໄຊສາຍແທກຮອບແຂນ (MUAC).

ມາດຕະຖານ VII: ການປະຕິບັດການຜະດຸງຄົນເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດ

ນອກຈາກບັນດາມາດຕະຖານຂ້າງເທິງນັ້ນ (I-VI) ຜະດຸງຄົນຈະຕ້ອງຮູ້ ແລະ ສາມາດປະຕິບັດການຜະດຸງຄົນ ເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດທັນທີໃນເວລາທີ່ມີອາການສຸກເສີນດ້ານສູດີ ສາດ ລວມທັງຕ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ສິ່ງຕໍ່ໄປບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ເຮັດ BemONC/ CemONC ແລະ ທາວີທີທາງແກ້ໄຂໂດຍສະເພາະແມ່ນຄວາມສາມາດໃນການຕິດຕາມ ແລະ ປຶ້ນປົວພາວະສຸກເສີນຕ່າງໆ ທີ່ເປັນໄຟຂຶ່ມຊຸ່ຕໍ່ຊີວິດແມ່ ແລະ ເດັກໃນທ້ອງ ເຊິ່ງ ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ແລະ ການເກີດລຸກ.

ບັນຫາດັ່ງກ່າວມີຄວາມສໍາຄັນຫຼາຍໂດຍສະເພາະຢູ່ທ້ອງຖິ່ນບ່ອນທີ່ມີຄວາມຈໍາກັດທາງດ້ານບໍລິການສູຂະພາບ ຫຼື ວ່າບໍ່ມີສະຖານທີ່ບໍລິການ. ດັ່ງນັ້ນ, ຜະດຸງຄົນຈະຕ້ອງມີຄວາມຮູ້ໃນການຊ່ວຍເຊີດຊູ້ຂັ້ນພື້ນຖານໃນພາວະສຸກເສີນ ເຊັ່ນ: ກໍລະນີເລືອດອອກໃນໄລຍະຖືພາ, ເກີດລຸກກ່ອນກຳນົດ, ພາວະກຽມຊັກກະຕຸກ, ແລະ ຊັກກະຕຸກ (Pre-eclampsia/Eclampsia) ການເຈັບທ້ອງເກີດລຸກແກ່ຍາວ, ເດັກບັດ, ອຸນຫະພູມຕໍ່າ ແລະ ພາວະຂາດອີກຊີແຊນຂອງເດັກເກີດໃໝ່, ເລືອດໄຫຼ້ຫຼັງເກີດໄລຍະຕົ້ນ ແລະ ໄລຍະຫຼັງ, ແຮຄ້າງ ແລະ ມີການຊີມເຊື້ອຮຸນແຮງ.

7.1 ການປຶ້ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດຂອງແມ່ທີ່ມີເລືອດອອກໃນໄລຍະຖືພາ.

ຜະດຸງຄົນຕ້ອງ:

ກ. ຮູ້ອາການ ແລະ ອາການສະແດງຂອງການມີເລືອດອອກໃນໄລຍະຖືພາຢ່າງຖືກຕ້ອງ

ຖາມປະຫວັດກ່ຽວກັບການມີເລືອດອອກໃນໄລຍະຖືພາ, ຖ້າມີໃຫ້ປະເມີນເລືອດອອກໃນໄລຍະຖືພາ, ຈໍານວນຄັ້ງ, ສີ ແລະ ປະລິມານເລືອດທີ່ອອກ, ການບັນຂອງມິດລຸກ, ການເຈັບທ້ອງຮຸນແຮງ, ມີໄຂ້ ແລະ ການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈເດັກ ແລະ ການເຄື່ອນໄຫວຂອງເດັກໃນທ້ອງ.

ຂ. ປະຕິບັດມາດຕະການທີ່ເໝາະສົມຕາມໄລຍະຂອງການຖືພາ ລວມທັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຂັ້ນພື້ນຖານໃນພາວະສຸກເສີນ ຫຼື ນຳສິ່ງໄປໂຮງໝໍບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂຫີ່ຢູ່ໄກ້ຫີ່ສຸດ.

7.2 ການປຶ້ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດໃນກໍລະນີເກີດລຸກກ່ອນກຳນົດ.

ຜະດຸງຄົນຕ້ອງ:

ກ. ຍັ້ງຢືນ ອາຍຸຖືພາແມ່ນ 28-34 ອາທິດ.

2. ພິບເຫັນອາການ ແລະ ອາການສະແດງຂອງການເກີດລູກກ່ອນການມີດ ເຊັ່ນ: ການປັ້ນຂອງມິດລູກ 2 ເທື່ອຕໍ່ 10 ມາທີ, ປາກມິດລູກມີການເປີດຂະຫຍາຍ > 3 ຊມ, ມີມາປຶປຸນເລືອດອອກຫາງຊ່ອງຄອດ, ນ້ຳຄາວປາໄຫຼືອອກມາ, ແລະ ອາການຂອງການໜີມເຊື້ອ.

ຄ. ຖ້າກວດພົບອາກາມເລີ່ມຕົ້ນເຈັບທ້ອງເກີດລູກກ່ອນກຳນົດ, ໃຫ້ນໍາສິ່ງໄປສະຖານທີ່ບໍລິການທີ່ ທີ່ໄກ້ທີ່ສຸດ ທີ່ມີແຜດເດັກ.

* ການດູແລກ່ອນການນຳສົ່ງ (ໃນຂະນະທີ່ກະກຽມການສົ່ງຕໍ່):

- 1) ຜັນ້າຄາວປາແຕກຫຼາຍກ່ວາ 6 ຊົ່ວໂມງ, ໃຫ້ຢາຕ້ານເຊື້ອເພື່ອບ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອ - Ampicillin 2g ຫາງ IV ທຸກໆ 6 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ປາ erythromycin 250 mg ຫາງປາກ ທຸກໆ 6 ຊົ່ວໂມງເປັນເວລາ 10 ມື້.
 - 2) ການໃຫ້ຢາ corticosteroid ສັກຄັ້ງທຳອິດ (Dexamethasone 6mg ຫາງ IM) (ຫຼູ້ຢູ່ໂຮງໝໍເມືອງປະເພດ ຂ)
 - 3) ຜັນມີອາການຊຶມເຊື້ອ, ໃຫ້ປິ່ນປົວການຊຶມເຊື້ອ.

7.3 ການຊ່ວຍຊື້ວິດຂັ້ນພື້ນຖານຂອງແມ່ທີ່ມີອາການກຽມ ຊັກກະຕຸກ/ຊັກ ກະຕຸກ (Pre-Eclampsia /Eclampsia) ຮ້າຍແຮງ

ก รั้วทึบแก้ว

2. ກວດຫາຫາດໂປຕິມໃນນໍ້າຢ່ຽວ.

๑. ປະຕິບັດມາດຕະການເພື່ອ ຊ່ວຍຊີວິດໃນເບື້ອງຕົ້ນທີ່ເໝາະສີມກ່ອນຈະນຳສິ່ງ

* ການດຸແລກ່ອນການນຳສິ່ງ (ໃນຂະນະທີ່ກະກຽມການສິ່ງຕໍ່):

- 1) เลิ่มต้นให้สารน้ำทาง IV (น้ำเกือบปีกกะติ หรือ Ringer lactate) – ด้วย
เข็มเบิร์ก 16 G หรือ 18 G
 - 2) ติดตามน้ำประลิมาน้ำเหล้า - น้ำออกปัสสาวงถ้วน พื้นบ้องภักนภากวนอั่งน้ำ.
 - 3) ใช้ยา MgSO₄ ประลิมานໂຫຼດ (Loading does): IV ใช้ยา MgSO₄
15% 4g 2,6A (26mj)+ NSS 74 ml) ป່ອຍຈາກໃຫ້ໜີດພາຍໃນ 5-10
ນາທີ

***ធមាយពេណ៌:** ផ្ទា មិនាការាមុខរបស់ខ្លួនបាន 15 ឆ្នាំ, ឲ្យ 2g ទាំង IV លើលប់ 5 ឆ្នាំ

- 4) ໃຫ້ຢາ MgSO₄ ປະລິມານປະຄັບປະຄອງ (maintenance does) 1g / h
ທາງ IV = MgSO₄ (15%) 16A (160mL) + Ringer 340mL (ທັງໝົດ 500mL), ຈາກນີ້ໃຫ້ 7 ຢອດ/ນາທີ (ຂຽນບ້າຍກໍາກັບ MgSO₄ 24g ປະລິມານ 500mL)
 - 5) ຕິດຕາມການຊື່ມເບື້ອຢາຂອງ MgSO₄ (ອັດຕາການຫາຍໃຈຕໍ່ກວ່າ 16 ເທື່ອ/ນາທີ, ກວດບໍ່ພືບການກະທົບຕອບຂອງຫົວເຂົ້າ, ນ້ຳຢ່ຽວອອກ (ໜ້ອຍ ກວ່າ 30ml/ຊົ່ວໂມງ)
 - 6) ຕິດຕາມຄວາມດັນເລືອດ
 - 7) ຕິດຕາມຮັດຕາການເຕັ້ນຫົວໃຈຂອງເດັກໃນທ້ອງ
 - 8) ສອນຢ່ຽວຄ້າງໄວ້, ເພື່ອຕິດຕາມນ້ຳເຂົ້າ-ນ້ຳອອກງາງໃກ້ຊືດ
 - 9) ການຄຸ້ມຄອງກໍລະນີຄວາມດັນເລືອດສູງ (ເມື່ອຄວາມດັນເລືອດສູງຮ້າຍແຮງ SBP>160 mmHG ແລະ/ຫຼື DBP>110mmHg) ໃຫ້ຢາ Hydralazine 5mg ຊົ້າງ ທາງ IV ແລະ ໃຫ້ຊື້ທຸກໆ 15 ນາທີ ຈຶນກວ່າຄວາມດັນເລືອດໄດ້ຕາມເປົ້າໝາຍ (1A (20mg) + NS 8ml = 20mg/. 8ml, 2ml (5mg ຊົ້າງ ທາງ IV) ຫຼື ໃຫ້ຢາ Nifedipine 10 mg ທາງປາກ ແລະ ໃຫ້ຊື້ທຸກໆ 30 ນາທີ ຈຶນກວ່າຄວາມດັນເລືອດໄດ້ຕາມເປົ້າໝາຍ.

* ຖັນບໍ່ມີປະສິດທິຜົນ, ໃຫ້ຢາຊ້າຫຼຸກງາ 15 ນາທີ ຈິນຮອດ 20mg ຕໍ່ 24 ຊົ່ວໂມງ
 (ໃນກໍລະນີທີ່ບໍ່ມີຢາ Hydralazine, ສາມາດໃຫ້ຢາ Nifedipine ຫາງປາກໄດ້ ໃນປະລົມນານ 10mg. ໃຫ້ຊ້າຫຼັງຈາກ 30 ນາທີ ໃນປະລົມນານ 30mg ຈິນກ່ວາຄວາມ ດັນເລືອດໄດ້ຕາມເບົ້າໝາຍ).

- 10) ຖ້າກະລະນີພາວະຊັກະຕຸກ, ປະເມີນ ABC. ໃຫ້ອົກຊີແຊນແກ່ແມ່ (ຖ້າບໍ່ຫາຍໃຈ ແມ່ນໃຫ້ເຊື້ອງ ambu ແລະ mask) ແລະ ໃຫ້ຢາ MgSO₄ ແລະ ປ່າຫຼຸດຄວາມດັນ (antihypertensive) ຖ້າຄວາມດັນເລືອດສູງຮ້າຍແຮງ.

7.4 ການຊ່ວຍຊື້ວິດໃນກໍລະນີເຈັບຫ້ອງເກີດລູກແກ່ຢ່າວ.

ຜະດູງຄັນຕ້ອງ:

- ກ. ໃຫ້ຮູ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງເຖິງອາການ ແລະ ພວດອາການສະແດງຂອງການເຈັບທ້ອງ
ເກີດລາກແມ່ຍ້ວ

- ຖ້າມີດລູກບັນປົກກະຕິ ແຕ່ປາກມີດລູກເປີດບໍ່ເກີນ 4 ຊັງຕີແມັດ ພາຍໃນ 8 ຊົ່ວໂມງ
- ຖ້າການໝາຍປາໄຕກຮາບຢ່າເສັ້ນເຕືອນ ຫຼື ເສັ້ນຕັດສິນ
- ແມ່ນີປະຫວັດເຈັບທ້ອງເກີດລູກແກ່ຍາວເກີນ 12 ຊົ່ວໂມງ
- ບາກມີດລູກເປີດໜິດ ແລະ ແມ່ພະຍາຍາມເບິ່ງ ແຕ່ສ່ວນນຳຂອງເດັກບໍລິງໃຫ້ປະເມີນຄືນ, ເຮັດການປະເມີນອີກຄັ້ງ (ເດັກອາດຈະຕົວໃຫຍ່, ຫົວບໍ່ກຶ່ມດີ)
- ແມ່ເມື່ອຍໜ້າຍ, ແມ່ບໍ່ຮູ້ວິທີເບິ່ງ

ຂ. ປະຕິບັດມາດຕະການທີ່ເໝາະສິມ, ຫັນເວລາຕາມບັນດຸມີແນະນຳສໍາລັບພະນັກງານແພດກ່ຽວກັບການດູແລຮັກສາສຸຂະພາບ ແມ່ ແລະ ເດັກ ກ່ອນນຳສິ່ງເພື່ອເຮັດໃຫ້ການເກີດລູກປອດໄພ

7.5 ການດູແລເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດໃນກໍລະນີແຮ່ຍັງບໍ່ອອກ ແລະ ແຮ່ຄ້າງ.

ຜະດູງຄັນຕ້ອງ:

ກ. ກໍລະນີແຮ່ຍັງບໍ່ອອກ:

- ຖ້າພິກແຮ່ບໍ່ອອກພາຍໃນ 30 ນາທີ ແລະ ແມ່ບໍ່ມີເລືອດໄຫຼູ ພຶກຍ່ຽວເປົ່າວ່າ ໃຫ້ສັກ Oxytocin 10 UI (IM) ເພີ່ມ ແລ້ວສືບຕໍ່ເອົາແຮ່ອອກໂດຍການຄົງສາຍແຮ່ ໃຫ້ແມ່ນັ້ງຢ່ອນຂາພ້ອມທັງໃຫ້ລູກດຸດນິມຖ້າແຮ່ຍັງບໍ່ອອກໃຫ້ລໍຖ້າອີກ 30 ນາທີ ແຕ່ບໍ່ເກີນ 1 ຊົ່ວໂມງ.
- ຖ້າແມ່ມີເລືອດໄຫຼູໜ້າຍ ໃຫ້ຈົກແຮ່ອອກດ້ວຍມີໂດຍບໍ່ລໍຖ້າ

ຂ. ຖ້າແຮ່ຍັງຄ້າງຢູ່ ແລະ ມີເລືອດອອກໃຫ້ປະຕິບັດມາດຕະການສຸກເສີນ

- ເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດທັນທີ ໃນນັ້ນລວມເຖິງການຮັກສາເສັ້ນເລືອດດໍາໄວ້ໂດຍໃຫ້ສານນ້ຳ NSS 0,9% ຫຼື Ringer lactate ແລະ ສັກປາ Oxytocin 10 IU (IM).
- ໃຫ້ນຳສິ່ງດ່ວນໄປໂຮງໝໍບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂໃຫ້ສືບຕໍ່ປະຕິບັດມາດຕະການສຸກເສີນເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດ ໃນນັ້ນລວມມີວິທີເອົາແຮ່ອອກດ້ວຍມີທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມເຕັກນິກ (ຄຸ່ມີແນະນຳສໍາລັບພະນັກງານແພດກ່ຽວກັບການດູແລຮັກສາສຸຂະພາບ ແມ່ ແລະ ເດັກ, 2005 ແລະ ຂຶ້ມຄຸ່ມີການດູແລສິ່ງຈໍາເປັນການເກີດລູກທຳມະດາ ແລະ ມີອາການສິນ, 2019)

7.6 ການດູແລແມ່ ກໍລະນີເລືອດໄຫຼ້ຫັງເກີດລູກໄລຍະຕົ້ນ (ພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ).

ຜະດຸງຄົນຕ້ອງ:

ກ. ຮູ້ອາການເລືອດອອກຫຼາຍເພີດປົກກະຕິໃນໄລຍະ 24 ຊົ່ວໂມງ ທໍາເຊີດຫັງເກີດລູກຢ່າງຖືກຕ້ອງ, ແມ່ຍິງຫັງເກີດລູກທຸກໆຄົນຕ້ອງໄດ້ຮັບການຕິດຕາມຢ່າງໄກ້ຊີດໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ມີເລືອດໄຫຼ້ຫັງເກີດລູກ (ເບິ່ງມາດຕະຖານ V: ການຕິດຕາມຫັງເກີດພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ; ຂໍ 5.2)

ຂ. ຮູ່ຢ່າງຖືກຕ້ອງພາວະຊີອກ (Shock) ແລະ ບິ່ນປົວອາການຊີອກ ເຊິ່ງອາການສະແດງອອກ ເຊັ່ນ:

- ຊີບພະຈອນເຕັ້ນໄວ, ຄ່ອຍ (110 ເທື່ອ/ນາທີ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ)
- ຄວາມດັນເລືອດຕໍ່າ (ເບື້ອງເທິງຕໍ່າກວ່າ 90 mmHg)
- ຜົວໜັງຈິດມ້ານ (ໂດຍສະເພາະເຢືອເມືອກຕາ, ຝາມີ ແລະ ຮິມສິບ)
- ເທື່ອໄຄຄ້າວອອກ ຫຼື ຜົວໜັງເຢັນ
- ຫາຍໃຈໄວ (30 ເທື່ອ/ນາທີ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ)
- ກະວິນກະວາຍ, ສັບສົນ ຫຼື ບໍ່ຮູ້ສະຕິ
- ນ້ຳຍ່ຽວນ້ອຍ (ນ້ອຍກວ່າ 30 ມລ/ຊົ່ວໂມງ)

ດ. ໃຫ້ປະຕິບັດມາດຕະການສຸກເສີນທີ່ເໝາະສີມເພື່ອຄວບຄຸມເລືອດໄຫຼ້ ແລະນໍາສິ່ງໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບ (ປຶ້ມຄຸມີ (pocketbook) ການດູແລທີ່ຈໍາເປັນກໍລະນີເກີດລູກທໍາມະດາ ແລະ ເກີດລູກມີອາການສິນ, 2020)ປຶ້ມຄຸມີການດູແລກໍລະນີສຸກເສີນທາງສູຕິສາດ, 2014)

- ຖ້າເລືອດຍັງອອກຫຼາຍບໍ່ຢຸດພາຍຫັງເກີດລູກ, ແມ່ອາດຕິກ່ຽວໃນພາວະຊີອກປະຕິບັດການປຶ້ມປົວຂັ້ນຕົ້ນໃຫ້ເໝາະສີມໂດຍໃຫ້ສານນັ້ນ NSS 0.9 % ຫຼື Ringer lactate ທາງເສັ້ນເລືອດ ເພື່ອຮັກສາເສັ້ນດ້ວຍເຂັ້ມ Catheter ເປີ 16, 18 ແລະ ຮັກສາການໜຸ້ນວຽນຂອງເລືອດ, ຍົກຂາໃຫ້ສູງກວ່າລະດັບທີ່ໃນຂະນະນໍາສິ່ງໄປໂຮງໝໍບ່ອນທີ່ມີອື່ອນໄຂຕາມຫຼັກການ EmONC.
- ຖ້າມີດູລູກບໍ່ບັນ (ມິດູລູກລ່ອຍ) ໃຫ້ນວດມິດູລູກ ແລະ ສັກປາ Oxytocin 10 UI (IM), ກວດເບິ່ງແຮ່ດິນວ່າອອກຄົບຖ້ວນ ຫຼື ບໍ່ ? ເຮັດໃຫ້ພິກຍ່ຽວທ່ວ່າ (ດ້ວຍການສວນນໍ້າຍ່ຽວ), ຖ້າເລືອດຍັງສືບຕໍ່ອອກບໍ່ຢຸດໃຫ້ກົດມິດລູກດ້ວຍມື 2 ເບື້ອງ Bimanual uterine compression (ມີເບື້ອງໜຶ່ງຢູ່

- ຂ້າງໃນ ແລະ ເບື່ອງໜຶ່ງຢູ່ຂ້າງນອກຕາມການຝຶກອົບຮົມ) ແລະ ການກົດເສັ້ນເລືອດ aortic, ໃສ່ບານລຸນ Tamponade ແລະ ເຄື່ອງນຸ່ງປ້ອງກັນຊ້ອກ (Non-Pneumatic Anti Shock Garment) ແລະ ສີບຕໍ່ປະຕິບັດໃນຂະນະທີ່ນໍາສິ່ງໂຮງໝໍບ່ອນມີເງື່ອນໄຂຕາມຫຼັກການ EmONC.
- ຖ້າມີດລູກບັນດີ ໃຫ້ກວດເບິ່ງຮອຍຈີກຂາດຢູ່ພື້ນຊາມ, ຊ່ອງຄອດ ແລະ ປາກມີດລູກ ປະເມີນລະດັບການຈີກຂາດ, ສໍາລັບການຈີກຂາດລະດັບ 1, 2 (ລະດັບ 3 ກໍລະນີຢູ່ເຂດຫ່າງໄກສອກຫຼັກ) ໃຫ້ຫຍົບ ສ້ອມແຊມບາດແຜຢ່າງລະມະດລະວັງ, ສໍາລັບການຈີກຂາດຢູ່ລະດັບ 4 ໃຫ້ຝົວພັນຫາແພດທີ່ຊ້ານາງງານມາຊ່ວຍ ແລະ ນຳສິ່ງໄປໂຮງໝໍບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂຕາມຫຼັກການ EmONC.
 - ໃນກໍລະນີມີດລູກບັນດັນອອກໃຫ້ດັນມີດລູກກັບຄືນດ້ວຍຜ້າຂຶ້ນຫຼູ້ອະເຊື້ອ, ຊັບນີ້ອຸ່ນປຽກຝໍ່າດງພ້ອມນີ້ນໃຫ້ສານນີ້ທາງເສັ້ນເລືອດດຳເພື່ອຮັກສາເສັ້ນ ແລະ ນຳສິ່ງໄປໂຮງໝໍບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂຕາມຫຼັກການ EmONC.

7.7 ການຊ່ວຍຊີວິດກໍລະນີເລືອດໄຫຼ້ຫຼັງເກີດລູກໄລຍະຫຼັງ (24 ຊົ່ວໂມງ ຫາ 6 ອາທິດ).

ຜະດູງຄົນຕ້ອງ:

ກ. ຮູ້ອາການ ແລະ ອາການສະແດງຂອງເລືອດໄຫຼ້ຫຼັງເກີດລູກໄລຍະຫຼັງຢ່າງຖືກຕ້ອງແຕ່ຫົວທີ, ຖ້າມີດລູກ ບັນບຶດ ແລະ ໃຫຍ່ງກວ່າປົກກະຕິ ຫຼື ນ້ຳຄາວປາ (Lochia) ມີສີແດງ, ມີກ້ອນເລືອດນ້ອຍງ່ອອກມາ ຫຼື ເລືອດອອກຫຼາຍ.

ຂ. ໃຫ້ປະຕິບັດມາດຕະການທີ່ໝາຍະສົມເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດ ແລະ ນຳສິ່ງໄປບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບປິ່ມແນະນຳກ່ຽວຄຸ້ມີການດູແລແມ່ ແລະ ເດັກ (MCH Care Guide) ແລະ ຄຸ້ມີການດູແລກໍລະນີສຸກເສີນຫາງສູດໃສາດ.

7.8 ການດູແລແມ່ທີ່ມີພາວະຊີມເຊື້ອຫຼັງເກີດລູກ.

ຜະດູງຄົນຕ້ອງ:

ກ. ຮູ້ອາການ ແລະ ອາການສະແດງຂອງການຊົມເຊື້ອຫຼັງເກີດລູກ

- ເຈັບບໍລິເວັນຫ້ອງ ແລະ ຫ້ອງເບັງ

- ອາການຂອງການຊົມເຊື້ອ (ໄຂ້, ນ້ຳຄາວປາ (Lochia) ມີກິ່ນໝັ້ນ...)

ຂ. ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸກເສີນກ່ອນນຳສິ່ງຕາມຄວາມໝາຍະສົມໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບ (ຄຸ້ມີການດູແລກໍລະນີ ສຸກເສີນຫາງສູດໃສາດ, 2014).

7.9 ການຊ່ວຍຊີວິດກໍລະນີຫຼຸກບໍ່ຄົບ (ເສດແຮ່ຄ້າງ)

ຜະດູງຄັນຕ້ອງ:

ກ. ກວດຫາອາການ ແລະ ພວດອາການຂອງການຫຼຸກບໍ່ຄົບ: ເລືອດອອກ, ເຈັບທ້ອງ, ປາກມີດລຸກເປີດ, ເສດແຮ່ຄ້າງ ຫຼື ອອກບໍ່ຄົບ.

ຂ. ເຮັດການນຳສິ່ງແມ່ຍິງໄປສະຖານບໍລິການທີ່ມີແພດ (ລະດັບສູງກວ່າໂຮງໝໍ ເມືອງປະເພດ ຂ)

ຄ. ການຄຸ້ມຄອງກໍລະນີຫຼຸກບໍ່ຄົບ (ຕ້າຫາກວ່າບໍ່ມີທ່ານຫມ່ຍຸໃນໂຮງໝໍປະເພດ ຂ)

1) ຖ້າເລືອດອອກຫ້ອຍ ແລະ ສະພາບຂອງແມ່ຍິງແມ່ນຄົງທີ່, ແຈ້ງໃຫ້ແມ່ຍິງຮັ້ກ່າງເລືອກທີ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້, ເຊິ່ງອາດຈະປະກອບມີ:

1. ປະຕິບັດການປິ່ນປົວແບບປະດັບປະດອງ
2. ການໃຊ້ເຄື່ອງດູດສູນຍາກາດ (ສ້າລັບຂະຫານາດຂອງມິດລຸກໃນອາຍຸການຖືພາ 14 ອາທິດ (ຜະດູງຄັນ / ພະຍາບານທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມສາມາດຄຸ້ມຄອງກໍລະນີແມ່ຍິງຖືພາໄຕມາດທີ່ 1))
3. ການຄຸ້ມຄອງກໍລະນີດ້ວຍຢາ misoprostol

“ອາຍຸການຖືພາຫ້ອຍກວ່າ 12-14 ອາທິດ”

- ໃຫ້ຢາ Misoprostol 600 µg ກິນ ຫຼື
- ໃຫ້ຢາ Misoprostol 400 µg ອິມກ້ອງລົ້ນ ຫຼື ຖ້າມີເລືອດອອກຊ່ອງຄອດຫ້ອຍ,
- ໃຫ້ຢາ Misoprostol 400 – 800 µg ຢັດໜາງຊ່ອງຄອດ

“ອາຍຸການຖືພາຫ້າຍກວ່າ 12-14 ອາທິດ”

- ໃຫ້ຢາ Misoprostol 200 µg ຢັດຊ່ອງຄອດທຸກໆ 4 ຊົ່ວໂມງຈົນກ່ວາການຂັບໄລ່ອອກ, ຂະໜາດສູງສຸດ 800 µg ຫຼື ຖ້າຖືພາຫ້າຍກວ່າ 16 ອາທິດ, ແລະ ຢາ misoprostol ບໍ່ໄດ້ຜົນ,
- ໃຫ້ຢາ Oxytocin 40 units ໃນນ້ຳ 1 ລິດ ທາງ IV ປ້ອຍ 40 ຢອດຕໍ່ນໍາຫິງ. ການຄຸ້ມຄອງກໍລະນີຖ້າຫາກວ່າເລືອດອອກຫ້າຍ
- ຖ້າວ່າເລືອດອອກຫ້າຍ
 1. ກວດເບິ່ງຄົນເຈັບເພື່ອເບິ່ງວ່າມີເສດແຮ່ຄ້າງໃນປາກມີດລຸກ ຫຼື ໃນຊ່ອງຄອດ ແລະ ຄືດ້ວຍແປ້ງ (Sponge ຫຼື Ring forceps).

2. ຖ້າບໍ່ສາມາດເບີ່ງເຫັນແຮ່ຄ້າງໄດ້, ໃຫ້ເຮັດການດຸດເອົາແຮ່ອອກດັວຍເຄື່ອງມື ດຸດສູນຍາກາດ (MVA) ຖ້າອາຍຸຖືພາໜ້ອຍກວ່າ 12-14 ອາທິດ, ການດຸດ ເອົາແຮ່ອອກດັວຍເຄື່ອງດຸດສູນຍາກາດ ແມ່ນວິທີການທີ່ຕ້ອງການ ໃນການ ຂຸດມິດລູກ.

3. ຖ້າການຂຸດມິດລູກບໍ່ສາມາດເຮັດໄດ້ທັນທີ, ໃຫ້ຢາຂ້າງລຸ່ມນີ້.

*ຢາ ergometrine 0.2 mg ທາງ IM, ໃຫ້ຂ້າງຂັງຈາກ 15 ນາທີ ຖ້າຈໍາເປັນ,
ໃຫ້ສຸງສຸດ 1.0 mg

ຫຼື

*ຢາ misoprostol 400 µg ອິມກ້ອງລື້ນ, ຂ້າໜຶ່ງຄັ້ງຂັງຈາກ 4 ຊົ່ວໂມງ
ຖ້າຈໍາເປັນ

ຫຼື

*ຢາ Oxytocin 40 units ໃນນ້ຳ 1 ລິດ ທາງ IV ໃນປະລິມານ 40 ຢອດ
ຕ່ຳນາທີ ເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າ 16 ອາທິດໃນໄລຍະຖືພາ

7.10 ການດຸແລ, ການເຊີດຊູ ແລະ ການບິວລະບັດເດັກເກີດໃໝ່.

ຜະດູກັນຕົ້ນ:

ກ. ດາເນີນການພື້ນົງຊີບເດັກເກີດໃໝ່ເມື່ອເດັກເກີດໃໝ່ຕີກຟູ້ໃນສະພາບອັນຕະ ລາຍດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ (ອີງຕາມຄູ່ມືແຕ່ງຊາດ EENC):

“ພາຍໃນເວລາ 30 ວິນາທີ” ຖ້າເດັກເກີດໃໝ່ຄ້າງ ຫຼື ບໍ່ຫາຍໃຈ ຕ້ອງເຊັດຕິນໂຕ ເດັກໃຫ້ແຫ້ງ ແລະ ເຮັດການກະຕຸ້ນ:

- 1) ຂ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອະທິບາຍກັບແມ່ວ່າລູກຂອງຈາວຕ້ອງການ ການ ຊ່ວຍຊີບພື້ນົງຊີບເພື່ອໃຫ້ເດັກເລີ່ມຫາຍໃຈ.
- 2) ຫົມປ ແລະ ຕັດສາຍແຮ່ທັນທີເພື່ອໃຫ້ການຊ່ວຍຫາຍໃຈມີປະສິດທິພາບ.
- 3) ນໍາເອົາເດັກໄປໂຕະພື້ນົງຊີບ (ທີ່ມີພື້ນຜົວແຫ້ງ, ສະອາດ ແລະ ອິບອຸ່ນ).
- 4) ຕຸ້ມເດັກ ຫຼື ວາງໄວ້ເວັບອນທີ່ມີແຫ່ງມີຄວາມອົບອຸ່ນ (ຖ້າມີ).
- 5) ພິຈາລະນາການນຳສິ່ງໄປບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂທັນທີ.
- 6) ເປີດຫາງເດີນຫາຍໃຈໃຫ້ໂລ່ງ
- 7) ຈັດທ່ານອນໃຫ້ເດັກໂດຍການວາງຫົວ ແຫ່ງນໍ້າຂຶ້ນເລັກນ້ອຍ ເພື່ອໃຫ້ຫາງ ເດີນຫາຍໃຈໄລ່ງ.

8) ຖາມສິ່ງອຸດຕັນຫາງ ປາກ ແລະ ດັງ ໃຫ້ນໍາໃຊ້ເຄື່ອງດຸດ/ທຳດຸດ ດຸດ ປາກກ່ອນຈຶ່ງ
ດຸດດັງ

ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ ດຸດປາກ ແລະ ດັງ ຄືກັບກຳລະນີຂອງເດັກ:

- ນໍ້າຄາວປາໃສ, ເດັກຫາຍໃຈເອງໄດ້;
- ນໍ້າຄາວປາໃສ, ກ່ອນການຊ່ວຍຫາຍໃຈ ຖ້າປາກ ແລະ ດັງບໍ່ມີຂີ້ສະເລດ;
- ນໍ້າຄາວປາຂີ້ເທົາ, ແຕ່ຫາຍໃຈເອງໄດ້, ຫ້າຍຄວາມວ່າພວກເຂົາແຂງແຮງ.

“ພາຍໃນໜຶ່ງນາທີ່ຫຼັງກິດ”

9) ຈັດທ່າໃຫ້ເດັກຄືນໃໝ່, ຖ້າຢັງບໍ່ຫາຍໃຈ

10) ຂ່ວຍຫາຍໃຈດ້ວຍການໃສ່ bag/mask ພາຍໃນ 1 ນາທີ່ຫຼັງຈາກເກີດ ແຫງນ
ໜ້າຂອງເດັກຂຶ້ນໂດຍທີ່ມີນົວກາງຖື່ນ້າກາກ ບໍ່ໃຫ້ອີກຄຳເດັກຫຼາຍເກີນໄປ.

» ສໍາລັບເດັກເກີດກ່ອນກຳນົດອາຍຸຖື່ພາ < 32 ອາທິດ, ຄວນເລີ່ມຕົ້ນໃຫ້ອີກຊີແຊນ 30%,
ບ່ອນທີ່ເປັນໄປໄດ້.

“ເຕັກນິກການຊ່ວຍຫາຍໃຈ”

- ໃສ່ໜ້າກາກກວມຕາງ, ປາກ ແລະ ດັງ ໃຫ້ແຈບດີ.
- ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ເອົາໜ້າກາກກວມປົງກອດຕາເດັກ.
- ບີບ bag ດ້ວຍນີ້ວິສອງນີ້ວ໌ ຫຼື ເຕັມມີ ອົງຕາມຂະໜາດ bag, 2-3 ເທື່ອ. ”

11) ສັງເກດການເໜັງຕົງຂອງໜ້າເອິກ.

➤ ຖ້າໜ້າເອິກບໍ່ເໜັງຕົງ:

» ທຳອິດ, ຈັດທ່າຫົວຂອງເດັກຄືນໃໝ່.

➤ ຖ້າໜ້າເອິກຍັງບໍ່ເໜັງຕົງ:

» ກວດຄືນວ່າການວາງ Mask ແຈບຕື່ບໍ່.

➤ ຖ້າໜ້າເອິກຍັງບໍ່ເໜັງ:

» ບີບ bag ໃຫ້ແຮງຂຶ້ນ.

➤ ຖ້າໜ້າເອິກຕົງ:

» ບີບ 40 ເທື່ອຕໍ່ນາທີ ຈົນກວ່າເດັກຈະເລີ່ມຮັງໃຫ້ ຫຼື ຫາຍໃຈ

“ຖ້າອາການຍັງບໍ່ດີຂຶ້ນ (ສືບຕໍ່)”

12) ປະເມີນການຫາຍໃຈ ແລະ ກວດເບິ່ງຮັດຕາການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈທຸກໆ 1-2
ນາທີໃນການຊ່ວຍຫາຍໃຈເດັກ.

» ປະເມີນການເໜັງຕົງຂອງໜ້າເອິກ.

» ປະເມີນຮັດຕາການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈ:

- ຖ້າອັດຕາການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈ <100 ເທືອ/ນາທີ, ຊ່ວຍຫາຍໃຈຕາມຂັ້ນຕອນທີ່ຖືກຕ້ອງ (ເບິ່ງຂ້າງລຸ່ມ); ຫຼື
- ຖ້າອັດຕາການເຕັ້ນຂອງຫົວໃຈ <60 ເທືອ/ນາທີ, ໃນບ່ອນທີ່ມີເງື່ອນໄຂ, ໃຫ້ ອົກຊີແຊນເສີມ, ນວດໜ້າເອິກ ຫຼື ຊ່ວຍຫາຍໃຈດ້ວຍວິທີການອື່ນໆ ແລະ ໃຫ້ຢ່າ.

ຖ້າອາການຍັງບໍດີຂຶ້ນ, ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນທີ່ຖືກຕ້ອງລຸ່ມນີ້.

“ຂັ້ນຕອນການຊ່ວຍຫາຍໃຈທີ່ຖືກຕ້ອງ”

1. ກວດເບິ່ງຕຳແໜ່ງຂອງຫົວ
 2. ກວດເບິ່ງການວາງໜ້າກາກແຈບດີບໍ່?
 3. ກວດເບິ່ງເສັ້ນທາງຫາຍໃຈໄລ່ງຕີບໍ່?
 4. ກວດເບິ່ງ bag ຊ່ວຍພື້ນຟຸຊີບສາມາດໃຊ້ງານໄດ້ດີບໍ່
- 13) ໃນເວລາໄດ້ກ່າວ, ຖ້າເດັກລື່ມຫາຍໃຈ ຫຼື ຮ້ອງໃຫ້ ແລະ ບໍ່ມີການຈ່ອງຕິງ ຜົ່ງເອິກ, ໃຫ້ຢຸດຊ່ວຍການຫາຍໃຈ ສັງເກດເບິ່ງວ່າເດັກສາມາດຫາຍໃຈໄດ້ດີຈານນີ້:
- » ກັບຄືນເອົາເດັກໄປວາງໃສ່ໜ້າເອິກຂອງແມ່ເພື່ອສໍາຜັດຜິວໜັງ;
 - » ກວດຄືນຖ້າບໍ່ມີເດັກຜູ້ສອງ, ໃຫ້ Oxytocin (ຖ້າບັງບໍ່ໄດ້ໃຫ້);
 - » ລ້າງມື, ໄສ່ຕິງມີຄືນໃໝ່ ແລະ ຕັດສາຍແຮ່ໃນເວລາທີ່ເໝາະສີມ"
- 14) ຖ້າເດັກຍັງຄາງ ຫຼື ບໍ່ຫາຍໃຈ, ມີການຈ່ອງຕິງໜ້າເອິກຮ້າຍແຮງ:
- » ສີບຕໍ່ຊ່ວຍຫາຍໃຈດ້ວຍ bag/mask;
 - » ສີບຕໍ່ປະເມີນເປັນໄລຍະ ໃນຂະນະນຳສິ່ງ;
 - » ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ໃຫ້ພິຈາລະນາການໃຫ້ອົກຊີແຊນ, ນວດໜ້າເອິກ, ຊ່ວຍຫາຍໃຈ ແລະ ໃຫ້ຢ່າ;
- 15) ຖ້າຫຼັງຈາກ 10 ນາທີຂອງການຊ່ວຍຫາຍໃຈ, ແຕ່ຫົວໃຈຢັງບໍ່ຕີ:
- » ຢຸດການຊ່ວຍຫາຍໃຈດ້ວຍ bag/mask;
 - » ອະທິບາຍໃຫ້ແມ່ພັງດ້ວຍນັ້ສຽງອ່ອນໂຍນວ່າລູກຂອງລາວເສຍຊີວິດແລ້ວ;
 - » ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ແລະ
 - » ບັນທຶກເຫດການລະອຽດ.

- 16) ຖ້າຫຼັງຈາກ 20 ນາທີຂອງການຊ່ວຍຫາຍໃຈ, ເຕັກບໍ່ຫາຍໃຈ ຫຼື ບໍ່ມີອາການຫາຍໃຈປາ ແລະ ຫົວໃຈເຕັນ < 60 ເທື່ອ/ນາທີ ແລະ ອັດຕາການເຕັນຂອງຫົວໃຈແມ່ນ < 60 ເທື່ອ/ນາທີ:
- » ຢຸດຊ່ວຍຫາຍໃຈດ້ວຍ bag/mask;
 - » ອະທິບາຍໃຫ້ແມ່ພັງດ້ວຍນໍ້າສຽງທີ່ອ່ອນໂຍນວ່າ ເຮົາໄດ້ພະຍາຍາມທຸກຢ່າງສຸດຄວາມສາມາດເລື່ອ;
 - » ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນງົງ, ລວມທັງໃຫ້ຄວາມອືບອຸ່ນ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານຈົດໃຈ; ແລະ
 - » ບັນທຶກເຫດການລະອຽດ.

ຕົວຫຍໍ້ ແລະ ອະທິບາຍຄໍາສັບ

ຄໍາສັບ	ຄໍາອະທິບາຍ
BeONLSS	ຫັກສະພື້ນຖານໃນການຊ່ວຍຊີວິດກໍາລະນີມີການເກີດລຸກສູກເສີນ ແລະ ການຊ່ວຍຊີວິດຂອງເດັກເກີດໃໝ່ ເຊິ່ງປະກອບມີ: ການຊ່ວຍເຫຼືອຂັ້ນ ພື້ນຖານ (ກ່ອນການສິ່ງຕໍ່ ແລະ ໄລຍະສິ່ງຕໍ່) ຂອງກໍາລະນີເລືອດໄຫຼ້ຫຼັງ ເກີດລຸກແມ່ນໃຫ້ຢາ Oxytocin ຫາງກ້າມຊັ້ນ (intra muscular: IM) ໃນກໍາລະນີຊີ້ມເຊື້ອແມ່ນໃຫ້ຢາຕ້ານເຊື້ອ (IM) 1 Dose ໃນກໍາລະນີມີ ຊັກ (Eclampsia) ແມ່ນໃຫ້ຢາ Magnesium sulfate ຫຼື Diazepam (IM) ແລະ ໃນການຊ່ວຍພື້ນຊີບເດັກເກີດໃໝ່ແມ່ນມີການຊ່ວຍໃຫ້ເດັກ ໄດ້ເລີ່ມຫາຍໃຈ, ລັກສາອຸນຫະພູມໃຫ້ເດັກ, ການມັດ ແລະ ຕັດສາຍບີ ດ້ວຍວິທີທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຮູ້ຈັກອາການຊີ້ມເຊື້ອຂອງເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ການໃຫ້ຢາຕ້ານເຊື້ອເບື້ອງຕົ້ນ (IM)
BemONC	ການໃຊ້ຢາຕ້ານເຊື້ອ, ອົກຊີໂຕຊີນ (Oxytocin ແລະ ຢາຕ້ານຊັກ Magnesium), ການລົ້ມຄົມແຮກຕ້າງດ້ວຍມີ, ການໃຊ້ເຄື່ອງດຸດສູນຍາກາດ (Vacuum extraction), ການຊ່ວຍຊີບເດັກເກີດໃໝ່ບວກກັບການແກ້ໄຂເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ໄລຍະສິ່ງຕໍ່ໃນກໍາລະນີທີ່ມີອາການສິນ
CemONC	ປະກອບດ້ວຍ BemONC ຂ້າງເຫັນບວກກັບການຜ່າຕັດເອົາເດັກອອກ, ການສິ່ງເລືອດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງອາການສິນທີ່ຮຸນແຮງຂອງເດັກເກີດໃໝ່
EmONC	ການດູແລສູກເສີນຫາງສູຕີສາດ ແລະ ກຸມມານເວດຄືກັນກັບ BemONC ແຕ່ວ່າປະກອບດ້ວຍການດູແລຂັ້ນພື້ນຖານ ແລະ ແບບສູກເສີນຕົບຊຸດ
EOC	ການດູແລພື້ນຖານດ້ານສູຕີສາດ ແລະ ກຸມມານເວດປະກອບດ້ວຍການດູແລປົກກະຕິສໍາລັບແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີອາການສິນໃນໄລຍະຖືພາ, ເກີດລຸກ ແລະ ຫຼັງເກີດລຸກ ບວກກັບ EmONC ແລະ ການຄຸ້ມຄອງສະພາບການ ຫຼື ພະຍາດຕ່າງໆ ທີ່ອາດເກີດຂຶ້ນຕໍ່ແມ່ ແລະ ເດັກໃນໄລຍະຫຼັງເກີດລຸກ ເຊັ່ນ: ບາງອາການທີ່ບໍ່ແມ່ນອາການສູກເສີນ



Clinical Standards of Midwifery Practices in Lao P.D.R

October 2021

Contents

	Pages
Introduction.....	1
Definition.....	1
Objectives.....	2
Clinical Standards of Midwifery Practice.....	3
Standard I: General midwifery practices.....	4
1.1. Preparation for Healthy Family Life.....	4
1.2. Record Keeping.....	4
Standard II: Midwifery Care before pregnancy (AYFS and Family Planning).....	6
2.1 Detection of signs and symptoms of STIs.....	6
2.2 Family Planning.....	7
Standard III: Midwifery Care during Pregnancy (Safe abortion care, ANC).....	8
3.1. Midwifery care in safe abortion.....	8
3.2. Identification of Pregnant Woman.....	10
3.3. Antenatal Monitoring.....	10
3.4. First-line Management of Anemia during Pregnancy....	14
3.5. First-line Management of Hypertension in Pregnancy.....	15
3.6. First-line Management of Gestational Diabetes Mellitus in Pregnancy.....	17
3.7. First-line Management of PMTCT syphilis management.....	17
3.8. First-line Management of PMTC HIV management..	18
3.9. Preparation for Labour and Birth.....	18
3.10. Prevention of HIV/STI and Hepatitis-B Infection during pregnancy.....	19
Standard IV: Care during Labour and Childbirth/Intra Partum Care (IPC).....	20

4.1. Care in Labour.....	20
4.2 Conduct Safe Delivery.....	21
4.3 Management of Prolonged Second Stage of Labour with Fetal Distress	22
Standard V: Care after Delivery/Postpartum Care (PPC).....	24
5.1. Essential Immediate Care of the Newborn in 90 minutes.....	24
5.2. The Internal tracking 2 Hours Back Born Children....	25
5.3. Care of Mother and Baby in the Postnatal Period within 6 weeks.....	26
Standard VI: Child health care up to 5 years of age (Well child visit and IMCI).....	28
6.1. Well child care.....	28
6.2. Integrated Management of Child Illness (IMCI).....	28
Standard VII: Life-Saving Midwifery Practice (LSMP).....	29
7.1 Life-Saving Management of Vaginal Bleeding in Pregnancy.....	29
7.2 Life-Saving Management of Pre-term labour.....	29
7.3 Life Saving Management of Severe Pre-Eclampsia/ Eclampsia.....	30
7.4. Lifesaving Management of Prolonged Labour.....	31
7.5. Lifesaving Management of Retained Placenta.....	32
7.6. Lifesaving Management of Primary Postpartum Haemorrhage (within 24 hours).....	32
7.7. Lifesaving Management of Secondary Postpartum Haemorrhage (24 hours 6 Week).....	33
7.8 Lifesaving Management of Puerperal Sepsis.....	34
7.9 Lifesaving Management of Incomplete abortion.....	34
7.10 Lifesaving Management of Neonatal Care, New Born Resuscitation.....	36
Abbreviations and Glossary of Terms.....	39

Clinical Standards of Midwifery Practice in Lao P.D.R.

Introduction

According to the results on the Reproductive Health Survey (Data from the National Statistic Center 2019) showed that the rates of morbidity and mortality of mothers and newborns in Lao PDR are very high when compared to other countries in Southeast Asia. The Ministry of Health's priorities is to accelerate the reduction of Maternal and Child Mortality. This is not only reaching the Millennium Development goals (MDG) and Sustainable Development Goals (SDGs), but also increasing the value of women and children for the country's future. Thus, a clinical standard of midwifery practice is needed as a reference for establishing a curriculum and for monitoring the quality and effectiveness of care to mother and child provided by the MIDWIFE.

There standards shall be subject to periodic regular review by health professionals based on the evidence, with respect to the effectiveness of the quality of care and applicability in Lao PDR.

The need of ‘Clinical Standards of Midwifery Practice’

Clinical standards of practice are an important component of any quality assurance program in health care. They act as benchmarks to assess the performance of health care professionals. Without standards to guide practice, it is not possible to determine whether health care professionals are providing integrated and comprehensive quality health care according to the needs of people receiving the services. Standards for midwifery practice are therefore requires to promote good quality midwifery care, which in turn will reduce the high maternal and neonatal mortality and morbidity rates. Each MIDWIFE must follow these clinical standards in all health facility at all level, both in public and private services.

Definition

Midwife refers to individuals who have graduated and have a midwifery education certificate at all levels from local, foreign educational institutions or who have a midwifery training certificate from an educational institution accredited by the Ministry of Health and the Ministry of Education and Sports.

Midwifery Refers to the provision of reproductive health assistance, women during pregnancy, intrapartum, postpartum, neonatal and child health promotion, prevention of abnormal pregnancy, delivery, safe abortion, investigate problems of physical abuse, rehabilitation, promote child growth and development, as well as family planning based on scientific theory and the art of midwifery.

Objectives

- To clearly define the critical tasks that all healthcare professionals with midwifery practice should carry out.
- To provide systematic guidance in delivering quality midwifery care.
- To outline benchmarks for assessing quality midwifery practice in the health system.
- To assist in establishing quality midwifery education/training program/curriculum.

Clinical Standards of Midwifery Practice

The clinical standards of midwifery practice are composed of 5 midwifery standards as below:

Standard I: General midwifery practices

Standard II: Midwifery care before pregnancy (AYFS and Family Planning)

Standard III: Midwifery care during pregnancy (ANC and Safe abortion)

Standard IV: Midwifery care during labor and delivery

Standard V: Maternal and Child post-partum care (PPC)

Standard VI: Child health care up to 5 years of age (Well child visit and IMCI)

Standard VII: Lifesaving Midwifery Practice for mother and child

Standard I: General midwifery practices

Midwives have a role to promote the provision of counselling, and health education services on reproductive health to women, families and communities in order to have a complete physical and mental health, taking into account local culture and traditions.

1.1. Preparation for Healthy Family Life

Midwife must:

- a) Provide appropriate education and counselling to individuals, families and communities on all aspects related to reproduction, pregnancy, birth, postnatal, newborn and child care, including nutrition; activity and rest; personal care, hygiene and advice and information on sexual intercourse; prevention of sexually transmitted infections (STI/HIV) and malaria; the benefits of breastfeeding; care of newborn; family planning; danger signs to alert women and the family of the need for medical assistance in timely manners.
- b) Promote and raise awareness using propaganda activities to involve community participation in changing health behaviors which is inappropriate and harmful.
- c) Assist all families in making a birth and emergency preparedness plan.

1.2. Record Keeping

Midwife must:

- a) Record reproductive health information and other information, and events occurring in their responsible areas, and report according to reporting procedures. Keep accurate record of all events as they happen, plus keep a register of all pregnant women in their locality up-to-date, as well as details of the care they have personally given to all the pregnant women, women in childbirth, postpartum women and newborns, including notes of all referrals made and action taken, as well as record and immediately report to supervisor any death of mother and or fetus/newborn, including events that led up to death and possible causes of mortality.

- b) Record all visit to the community and all education sessions.
- c) Wherever possible, involve the community to help maintain a register of all pregnant women, and routinely review who is and is not receiving skilled care according to the national protocol, and find out why they did not receive skilled care and take appropriate action.
- d) Record births without delay, according to local guidelines and hospital record and within their scope of practice.
 - Birth records must include:
 - Information on the mother (name, age, address) with related information during pregnancy
 - Length of labor and presence or absence of complications and active medical indication taken
 - History (date of giving birth, where birth took place, type of birth – normal or delivery involving instruments or caesarean section)
 - Information on the newborn (alive, dead, weight, sex, APGAR score, any abnormalities)
- e) Regularly and periodically review their records to self-evaluate the care (or midwifery plan) and make plan to upgrade their skills in order to make improvements in their service.

Standard II: Midwifery Care before pregnancy (AYFS and Family Planning)

Midwife must:

- Provide health education/promotion for reproductive and sexual health and contraceptives for all reproductive women and their partners including adolescents. In providing healthcare services for adolescent, Midwife must be aware of characteristics of adolescence and of different aspects of adolescent health and development to take appropriate approach to address their priority health needs and problems. Services for adolescents should be provided to respond to their needs and should be sensitive to their preferences. (Adolescent Youth Friendly Services).
- Provide reproductive health information and contraception counselling and generate demand for contraceptives in particular for modern and long-term methods for all reproductive women and their partners.
- Provide Tetanus Toxoid vaccination for Child Bearing Age Women (CBAW) and adolescents.
- Provide weekly iron & folic acid supplementation for reproductive women.
- Provide cervical cancer screening based on a national guideline.
- Provide appropriate care around the treatment of pre-cervical cancer.

2.1 Detection of signs and symptoms of STIs

Midwife must:

- a) Interview clients and conduct physical examination to collect information on signs and symptoms of sexual transmitted diseases such as urethral discharge, vaginal discharge, anal discharge, pelvic pain, genital ulcer, scrotal swelling, pain, sores and lumps in groin area, itchy, small and red bumps in genitals or anus.
- b) Consider possible pathogens such as gonorrhea, chlamydia, vaginitis, syphilis, chancroid, and helps simplex. If patient has possibility of being infected with any STI pathogens, refer patients to the closest health facility for seeking diagnostic tests.
- c) Provide health education on preventing STIs including HIV/AIDS for patients (and their partner).

2.2 Family Planning

Midwife must:

- a) Provide family planning counselling following GAPS general counselling procedures that link customers to informed choices:
G: Greet the client.
A: Ask patients on past family planning experience, spouse/family attitude, if they want to have another child, and experience of preventing STIs. Then, take medical history, conduct physical examination for screening clients for FP method. Use medical wheel to identify medical eligibility.
P: Present methods. Introduce a variety of FP methods (Short acting contraceptive: Condom, Oral contraceptive, Injectable, Long Acting Reversible Contraceptive: Implant and IUD), and permanent method: Vasectomy and Tubal litigation) as well as Emergency Contraceptive Pills when woman has had a risk of unintended pregnancy. And explain effect, effectiveness, medical eligibility, contraindication, pros and cons, possible side effect, and allow clients to ask questions.
S: Select a method and provide specific counselling on a chosen method: Select a method.

Ask them in which method they are most interested, ask if you have anxiety, solve misconception (have you ever heard any rumor about this method).

- b) Prescribe selected method.
c) Review important information on selected method and conduct the procedure. (**RICE**)
R: Review the key points on the selected method.
I: Inform and educate using procedures
C: Conduct the selected method (e.g. perform the injection, proceed to insert IUD if trained, and proceed to insert Implant if trained).
E: Educate and inform post-conduct FP messages (explain return check-in using a follow up card checks in if any warning signs)
- d) Pay special attention to adolescent counselling
e) Give special attention to women who have been subjected to violence

Standard III: Midwifery Care during Pregnancy (Safe abortion care, ANC)

Midwife must:

- Provide counselling for women with unplanned, mistimed or unwanted pregnancies, including abortion services including medical abortion and managing incomplete abortion utilizing Manual Vacuum Aspiration (MVA) as post abortion care, if trained.
- Take all steps to work in a collaborative way with the community and health care committees including taking positive steps to identify all pregnant women in community and motivate family members to support and encourage pregnant women to attend for ANC at least 8 times, details as following:

Trimester 1:

ANC 1 From the first day of pregnancy until gestational age 12 Weeks

Trimester 2:

ANC 2 Gestational age 20 Weeks

ANC 3 Gestational age 26 Weeks

Trimester 3:

ANC 4 Gestational age 30 Weeks

ANC 5 Gestational age 34 Weeks

ANC 6 Gestational age 36 Weeks

ANC 7 Gestational age 38 Weeks

ANC 8 Gestational age 40 Weeks

Return to perform delivery, if not deliver when gestational age 41 weeks.

3.1. Midwifery care in safe abortion

- a) Provide counselling for women with unplanned, mistimed or unwanted pregnancies: Create assuring environment, provide basic sexual reproductive health information on pregnancy as

- needed, explain options of abortion methods, explain procedures, risks, expected consequences and complications of abortion, and ensure informed consent.
- b) Conduct pre-abortion screening through history taking, physical examination (general health conditions, abdominal examination, speculum examination, bimanual examination) and laboratory tests if any risk factors.
 - c) Determine gestational age.
 - d) Consider the recommended abortion methods based on the calculated gestational age of pregnancy.

A. Medical abortion

Medical abortion after 12 weeks (84 days): Mifepristone and Misoprostol or Misoprostol alone (Midwife is NOT allowed to conduct medical abortion after 12 weeks of gestational age)

Medical abortion up to 12 weeks (84 days): Mifepristone and Misoprostol or Misoprostol alone (Trained midwife at health center can conduct)

B. Surgical abortion (Midwife is NOT allowed to conduct surgical abortion. Only trained medical doctors at District hospital Type B and above level facilities can conduct.)

VA (Vacuum Aspiration) (Manual or Electronic): VA up to 12-14 weeks

Dilatation and Evacuation (D&E): after 12-14 weeks

- e) Ensure informed consent to complete abortion process.
- f) Provide abortion medicine for women according to the gestational age (must be trained) for medical abortion up to 12 weeks (84 days).
- g) Provide women with post abortion care (care on side effects of abortion, post abortion family planning.)
- h) When post abortion complications such as retained products/incomplete abortion, hemorrhage, septic abortion and ongoing pregnancy are detected, provide pre-referral care based on BEmOC and immediately refer to health facility with medical doctors. If no doctor is available within the facility, trained midwife can manage incomplete abortion by utilizing MVA.

3.2. Identification of Pregnant Woman

- a) Visit and interact regularly with the village health committees, the village head and other group, such as mass organizations, Village Health Volunteers, and Primary Health Care workers, to provide culturally appropriate health education on reproductive health issues. Wherever possible this should be at their regular meeting place.
- b) Motivate the pregnant woman, and encourage her husband and family members to support them to seek early and regular ANC from MIDWIFE. Which should be as minimum:
 - Trimester 1 (Gestational age 1-12 Weeks) at least 1 time
 - Trimester 2 (Gestational age 13-27 Weeks) at least 2 time
 - Trimester 3 (Gestational age 28 Week to date of birth) at least 5 time Third trimester ideally at 36 weeks and again at 40 weeks/term.

3.3. Antenatal Monitoring

Midwife must:

- a) Greet the pregnant woman and her family with respect.
 - b) History taking, physical examination, mental and emotional evaluation, social background of pregnant woman (such as insurance status). During each ANC visit, midwives must take a rapid assessment of the woman's general health status and give advice according to each trimester. If she has abnormal signs such as vaginal bleeding, abnormal vaginal discharge, severe head ache, blurred vision, swelling, fever, severe abdominal pain, burning during urination, difficulty in breathing, feeling ill and reduced fetal movement, if any of these are found, the woman must be referred immediately to a nearest qualified hospital.
 - c) At the first ANC visit
 - ANC1 or Trimester 1 (Gestational age 1-12 weeks)
- <Confirm pregnancy and estimate gestational age>**
- Confirm pregnancy

- Evaluate gestational age, Screening of Anemia, Hypertensive disorder, risk of pre-eclampsia, Diabetes, HIV/Syphilis and other disease

<Other screening>

- Screening for pre-term conditions (history taking, take urine test, Nitrite, white blood cell in the urine (Leukocytes)
- Screening for tuberculosis
- Other gynecologic disease

<Diagnostic tests in Trimester 1>

1st trimester (Weeks 1-12) or ANC 1 (anytime)

Assess gestational age, blood test: Hb, Ht, HIV, Syphilis,

Blood tests: Blood samples and Rhesus species

Ultrasound: (age 10 weeks) for age accuracy of pregnancy and pregnancy diagnosis

Urine test: Asymptomatic bacterial infection.

< Provide health education and individual counselling >

- Normal progression of pregnancy

Explain the importance of ANC and MCH booklet

- Maternal nutrition, calculate BMI
- Self-care during pregnancy
- Common discomforts during pregnancy
- Psychosocial wellbeing of mother

<Preventive routine care>

- Check vaccination card and re-inquire about tetanus vaccination
- Give Calcium Carbonate, Iron Folic Acid (IFA) supplement
- If having high risks of pre-eclampsia: start giving Aspirin > 12 weeks to 36 weeks
- Distribute Long-lasting insecticidal nets (LLIN) to women at ANC in strata 2b and 3 districts

- Trimester 2 (Gestational age 13-27 weeks)

<Initial assessment>

- Check recording of MCH handbook
- > 20 weeks: dip urine test for albuminuria, glycosuria, Pre-eclampsia, anemia, White blood cell, Nitrite
- > 22 weeks: measure uterus fundus height

<Diagnostic test in 2nd trimester>

2nd trimester (Weeks 13-27)

Ultrasound: Pregnancy before 24 weeks, for follow-up fetal growth, miscarriage, and low birth weight Urine test for protein and glycosuria, Blood tests: Pregnancy ages 24-28 to find out Diabetes (if risk found by history taking and urine test)

<Provide health education and individual counseling>

- Normal progression of pregnancy
- Maternal nutrition
- Informing normal progress of labour and childbirth

<Preventive routine care>

- Give Calcium Carbonate, iron supplement, Iron Folic Acid (IFA)
- If having high risks of pre-eclampsia: start giving Aspirin < 20 weeks
- 16 weeks, give Mebendazole (1 time)

- Trimester 3 (Gestational 28 weeks till birth)

- Check recording of MCH handbook
- Listen to fetal heart rate
- Abdominal palpation (Leopold technique) uterus fundus height

<Screening>

- For high-risk mother: HIV test, HbAg, Albuminuria, Glycosuria, White blood cell, Nitrite.

- Screening for pre-eclampsia
- Screening for Anemia,

<Diagnostic test during 3rd trimester>

3rd trimester (28th week to gestation)

If placenta location is low, repeat ultrasound examination

Listen to the baby's heartbeat,

Take blood tests: Hb, Ht, HIV and Syphilis (for high risk at 30 weeks)

Check Urine, blood test: gestational age between 24-28 weeks to find out gestational diabetes

Check Urine for proteinuria

<Provide health education and individual counselling>

- Review delivery plan
 - Advice on how to count movement of fetus
 - Normal progress and care during Labor, and birth and breastfeeding
 - Planning for delivery and emergency
 - Counseling on family planning
 - Give Calcium carbonate, iron supplement, Folic Acid
 - Able to give Aspirin if not given in trimester 2. Stop giving Aspirin in 36 weeks, if having high risks of pre-eclampsia (Updated MCH booklet, 2019)
- d) At each subsequent visit:
- Must correctly record the woman's weight, height, blood pressure, uterus fundus height, abdominal circumference, fetal presentation and fetal heart rate
 - Observe, examination and record abnormal signs in the mother, particularly pallor (or other severe signs of anemia such as shortness of breath, rapid pulse), malnutrition, hypertension and abnormal discharge. If any abnormal signs identified, consult a physician/obstetrician or refer for further treatment.
 - If post term pregnancy (10 days past her expected date of delivery), or breech or transverse presentation persists after

36 weeks of pregnancy, must refer the woman to hospital, according to MCH care guide.

- Verify fetus' health by listening to fetal heartbeat and asking the mother about fetal movement. If fetal heart beat is less than 110 or more than 160 per minute or the mother complains of excessive or diminished fetal movements, refer to qualified hospital.
- e) At each subsequent visit:
 - Follow up correct administration of tetanus toxoid according to National Guideline Book
 - Ask the mother if she has received iron supplement, folic acid, calcium carbonate, and Mebendazole. If not, provide above medication to the pregnant woman, and advice on using treated mosquito bed net appropriately
 - Ask mother if diet is adequate food or not. If not, give appropriate advice, health education, and counseling
 - Assess if taking any substances known to be harmful in pregnancy, i.e., tobacco, alcohol, tea, coffee, drugs, etc.
 - Give appropriate advice in each trimester (labour signs, preparation for birth, danger signs) and health education (post-partum nutrition and breastfeeding, hygiene and self-care during post-partum period, and family planning)
 - Review and update the birth and emergency preparedness plan as needed
 - Make an appointment for follow up visit as required

3.4. First-line Management of Anemia during Pregnancy

Midwife must:

- a) Recognize and respond promptly to all suspect cases of anemia. Initial screening is done by observing signs and symptoms such as the soles of the feet, the palms of the hands or the mucous membranes of the eyes are pale. Dizziness associated with: Breathe faster than 30 breaths / minute, Tired easily, and Difficulty breathing at rest.

- b) At health center, if having signs and symptoms of anemia, give 1 tablet of iron in the morning and evening, and take pregnant women to the district hospital to Check Hemoglobin (Hb) Level.
- c) Order and conduct test to check Hemoglobin level.
- d) If severe anemia (Hemoglobin <7 g/dl AND/OR Severe palmar and conjunctival pallor

OR Any pallor with any of 30 breaths per minute, tires easily, breathlessness at rest), explain the results to women and refer to the closest facility with blood transfusion service available. (District hospital Type A or Provincial Hospital).

If mild anemia (Symptoms/signs: little pallor and tiredness but no symptoms such as shortness of breath etc. and Haemoglobin 7-11 g/dl), explain the results and remind (or reinforce) dietary advice including, nutritional counseling and advise to avoid tea or caffeine substances within one hour of taking food (as these substances are known to interfere with iron absorption)Also, give additional iron as per National Guideline Book and make an appointment to see again in few weeks for re-assessment. If no improvement or signs worsened, refer for specialist consultation. When giving IFA, advise on side effects of IFA: constipation, black stool.

3.5. First-line Management of Hypertension in Pregnancy

Midwife must:

- a) Ask her about risk factors:
 - The last time you were pregnant, you were preparing to have seizures or convulsions
 - Twin pregnancies or multiple pregnancies
 - Eclampsia or pre-eclampsia in previous pregnancies?
 - Other disease (chronic hypertension, kidney or auto immune disease)?
- b) At every ANC visit, ask BP of last ANC, measure blood pressure correctly based on the right technique and check for protein in urine, to recognize early onset of pre-eclampsia
- c) Observe woman if she has: Severe headache: Blurred vision, Epigastric pain, Oliguria (little urine), Difficulty breathing, Nausea and vomiting, Hyperreflexia or clonus
- d) Order and conduct urine test to check proteinuria.

- e) If severe pre-eclampsia:
- Systolic BP > 160 mmHg And/Or Diastolic BP > 110 mmHg
 - With or without:
2+ or more proteinuria on dipstick, Severe headache, Blurred vision, Epigastric pain, Oliguria, Difficulty breathing, Nausea and vomiting, Hyperreflexia or clonus
 - Conduct URGENT referral to closest facility with MGSO4 and appropriate anti-hypertensive + ICU monitoring
 - While preparation for referral, administer magnesium sulfate and monitor vital signs (pulse, blood pressure, respiration and pulse oximetry), reflexes and fetal heart rate hourly. If systolic blood pressure remains at 160 mmHg or higher and/or if diastolic blood pressure remains at 110 mmHg or higher, give antihypertensive drugs. An important principle is to maintain blood pressures above the lower limits of normal. Catheterize the bladder to monitor urine output. "Maintain a strict fluid balance chart (monitor the amount of fluids administered and urine output) to prevent fluid overload." If urine output is less than 30 mL per hour:
 - Withhold magnesium sulfate and infuse IV fluids (normal saline or Ringer's lactate) at 1 L in eight hours.
- f) Monitor for the development of pulmonary oedema (increased respiratory rate and/or work of breathing, rales on auscultation of lungs). If mild pre-eclampsia:
- Systolic BP 140-160 mmHg and/ or Diastolic BP 90-110 mmHg on 2 readings AND 2+ proteinuria, and no danger signs,
 - Conduct Referral to closest facility with MGSO4 and appropriate anti-hypertensive
 - Ensure that women receive calcium carbonate 1.5-2g per day
- g) If hypertension (Diastolic BP >90 but < 110 mmHg and/or > 140 but < 160 mm Hg Systolic on 2 readings and NO proteinuria or other signs),
- Advise to reduce workload and to rest
 - Advise on danger signs
 - Reassess at the next visit or in 1 week if >8 months pregnant"
 - Ensure that women receive calcium carbonate 1.5-2g per day

- If a woman is less than 20 weeks pregnant, give aspirin 81mg every day until 36 weeks of gestation.
 - If women are >37 weeks, and If high blood pressure is severe, refer to a hospital.
 - If hypertension persists after 1 week or at next visit, refer to facility with adequate anti-hypertensives/ discuss case with senior doctor
- h) If woman has a high risk of getting pre-eclampsia (Eclampsia or pre-eclampsia in previous pregnancies, Multiple pregnancies and Other diseases),
- Conduct referral: to closest facility with aspirin and calcium availability
 - Give aspirin (81mg) once a day from 12 weeks until 36 weeks
 - Give calcium if low dietary intake: 1500 mg of elementary calcium once a day from 20 weeks until delivery

3.6. First-line Management of Gestational Diabetes Mellitus in Pregnancy

- a) For every pregnant woman, search for risk factors (BMI> 30 kg / m², pre-gestational gestational diabetes mellitus (GDM), Have a history of childbirth >4.5 kg, The family has a history of diabetes
- b) If risk factor is found, order and conduct perform urine dipstick test. If 2+ found in 1 or 2 tests is found – glycosuria, then encourage the patient to check his blood sugar level and conduct 5: OGTT at provincial hospitals (referral)

3.7. First-line Management of PMTCT syphilis management

- a) Inform and test all pregnant women for Syphilis at the first visit regardless of the gestation age, unless the woman refuses. Check the record at every visit.
- b) Ask/Check /record: Ask the woman about her knowledge on syphilis and the advantage of knowing the syphilis status in pregnancy. Ask if she/her partner have been tested for syphilis- If yes, check result.
- c) Order and Perform syphilis rapid plasma reagins test (RPR) if not yet performed in this pregnancy. "

- d) If, Syphilis test positive, explain the results and refer women to the closest facility with the treatment.

3.8. First-line Management of PMTC HIV management

- a) Inform and test all pregnant women for HIV at the first visit regardless of the gestation age. Check the record at every visit.
- b) Ask the woman about her knowledge on HIV and the advantage of knowing the HIV status in pregnancy. Ask if she/her partner have been tested for HIV- If yes, check result.
- c) Explain about HIV testing and confidentiality of the result. Tell her it will be checked routinely unless she refuses.
- d) Order and Perform 1st RDT (rapid test) of HIV/AIDS
- e) Counselling after the 1st RDT
 - If the first test is negative, HIV negative, but recommended to check again in the third trimester, during labor and postpartum.
 - If the first test is positive, need to provide the information on what to be done to mother and send the mother to the provincial hospital.

3.9. Preparation for Labour and Birth

Midwife must:

- a) Provide appropriate health education and advice to all pregnant women as well as their husbands and families.
- b) Ensure assistance is provided to every woman, her family and relatives to help them have appropriate plans for the birth to take place in a clean and safe environment, including preparation of clean clothes and have completed ANC record.
- c) If the woman with no contra-indications or complications prefers home birth with MIDWIFE, respect her decision and give more detailed information and counseling at home according with MCH Care Guide.

- d) Take all steps to ensure that arrangements are made for transferring/transporting women in labour if an emergency occurs.

3.10. Prevention of HIV/STI and Hepatitis-B Infection during pregnancy

Midwife must:

- a) Provide appropriate health education, information and service to the pregnant woman and her husband on infection prevention during pregnancy (STIs/HIV, Hepatitis B).
- b) Encourage the couple with HIV/AIDS to practice “Safe sex” (use of condoms) and give education regarding decision-making to reduce mother-to-child transmission of HIV, including appropriate infant feeding.

Standard IV: Care during Labour and Childbirth/Intra Partum Care (IPC)

Midwife must:

- Provide appropriate quality care to the woman during labour and to conduct births safely, including all the components of active management of the third stage of labour to prevent haemorrhage as well as recognize and respond appropriately to deviations from the normal.
- Able to perform an episiotomy and repair the perineum.
- acknowledge the indicators and prohibition of performing episiotomy, not for every case
- In selected emergency situations, midwives must perform BEmONC including pre-referral care prior to the transferal.

4.1. Care in Labour

Midwife must:

- a) Conduct initial assessment (Vital signs, Weight and Height, Anemia (conjunctiva pallor)"
Conduct Urine test, test HIV (if not yet conducted), Abdominal palpation (Leopold), observe Fetal Heart Rate, Uterine contraction and abdominal pain and Vaginal bleeding.
- b) Correctly assess if true labour has started (onset of labour) and evaluate Bishop score by vaginal examination. Also observe, vaginal bleeding, leaking of amniotic fluid (if yes, meconium stain?), presentation of fetal head, clinical pelvimetry, abnormal signs on placenta and umbilical cord status).
- c) Monitor maternal health condition and progress of labour and record on partograph
- d) Provide supportive care and monitoring throughout labour including, applying pain relief interventions (for example, assist the woman with breathing techniques, encourage her to move around or take warm shower if practicable); encourage fluid and light diet, to maintain good hydration and nutrition in order to avoid maternal distress; maintain good rapport throughout, to

keep the woman and her supporter informed of ongoing process. Also allow women to choose birth companion.

- e) Maintain good hygiene and take universal precautions (washing hands, wearing gloves, self-protection, safe disposal of contaminated and sharp items and decontamination and cleaning of equipment and linen).g) Analyze (or review) findings, note and report deviations include prolonged labour and signs of foetal distress, and make appropriate referral to qualified hospitals.

4.2 Conduct Safe Delivery

Midwife must:

- a) Ensure safe delivery:
 - Ensure room is clean, room temperature between 25-28°C, and light.
 - Prepare newborn resuscitation area. Check if bag and mask are functional for both mother and baby
 - Ensure all equipment is clean, personal protective equipment (PPE) and essential sterilization for mother and child.
 - Listen to fetal heart rate.
 - Encourage the woman to push with each contraction, and ask mother to inhale deeply when the uterus is relaxed, and exhale slowly.
 - Call out time of birth
 - Inform the mother that the newborn will be put on the mother's chest, put clean towel on mother's abdomen, thoroughly dry newborn, discard the towel, initiate skin-to-skin contact within 90 minutes, cover with dry clothes and put hat on, evaluate Apgar score, clamp and cut the umbilical cord when pulsation cease (do not cut cord in less than 1 minute) (in case of emergency, cut the cord in a timely manner) using correct technique; assist the initiation of breastfeeding when feeding cues is observed; apply eye drops for newborn using Pommade tetracycline/Erythromycin within 1 hour after birth.
 - Give 10 UI Oxytocin IM to the mother after checking that there is no second baby.

- Squeeze and cut the umbilical cord when it stops beating, it can be cut if the umbilical cord does not stop within 5 minutes (in case of emergency, the umbilical cord can be at the appropriate time) with proper technique and help the baby to breastfeed as soon as the baby shows signs of cravings.
 - Assist the delivery of the placenta and membrane using correct technique for Active Management of Third Stage of Labor (AMTSL)¹
 - Check the placenta and membranes as soon as expelled, to see if they are complete and immediately massage the uterine fundus until the uterus is well contracted to ensure initial bleeding is controlled.
 - Estimate blood loss.
 - If placenta is not delivered within 30 minutes, and there is no bleeding, ask the woman to change her position or to try to urinate, this may help. If the placenta still not delivered, gently massage the fundus to encourage a contraction; once the uterus is contracted, try deliver the placenta.
 - If the above does not work, or if any time bleeding occurs, then take correct steps to manually remove the placenta and membranes, control blood loss and make referral if needed (see Life-Saving Midwifery Practice 7.6 and 7.7).
 - After delivery of placenta and membranes check the perineum and vaginal wall for tears, correctly repair the perineum if needed promptly and check for further bleeding.
 - Apply eye drops to both eyes with Pomade tetracycline/Erythromycin within 1 hour after birth, VitK1, BCG, HepB0
- b) Conducting childbirth assistance properly and appropriately encourage women to be in a comfortable position and choose a companion during childbirth.

4.3 Management of Prolonged Second Stage of Labour with Fetal Distress

Midwife must:

- a) Correctly recognize the signs of fetal distress in second stage of labour including:

- Abnormal fetal heart rate (i.e. less than 110 or more than 160 beats per minute), monitor by the CTG (Cardiotocography)
 - Maternal condition and her readiness
 - Thick meconium or meconium-stained amniotic fluid.
- b) If fetus shows signs of distress, then midwives must:
- Call for assistance.
 - Give oxygen, if available to mother immediately.
 - Check if bladder full, if so, ensure women to avoid urine or catheterize if safe to do so
 - Try asking woman to change her position and encourage expulsive effort.
 - If fetal heart rate becomes very slow and the fetal head descent at +3 level, then conduct an episiotomy immediately and utilize the Vacuum with correct technique.
 - Suture the episiotomy as soon as possible after ensuring safety of the newborn and mother.

Standard V: Care after Delivery/Postpartum Care (PPC)

Midwife must:

Provide quality care to the mother and baby immediately following birth and for up to 6 weeks thereafter (when the mother and newborn are still at risk of death or serious illness). Specifically, they must ensure that respirations are initiated in the newborn; provide health education counseling and advice for self-care and care of newborn; detect and refer/treat as appropriate deviations from the normal in either the mother or newborn. Protecting the neonate from hypothermia and infection, promoting and assisting women establish early exclusive breastfeeding and offering post-partum advice on birth spacing are paramount.

5.1. Essential Immediate Care of the Newborn in 90 minutes

Midwife must:

- a) Ensure the room is enough warm (25-28°C) to protect a newborn from hypothermia
- b) Ensure cleanliness including wash hands prior to and after each activity, surfaces that touch the baby, towel used to dry newborn, equipment.
- c) After removing wet cloth, start immediately skin-to-skin contact of mother and baby covered by a warm towel and support initiation of breast feeding. Skin-to-skin contact should be at least 90 minutes since there is evidence that skin-to-skin for at least 90 mins is associated with higher breastfeeding initiation and higher exclusive breastfeeding. When support initiation of breast feeding, counsel mother on feeding cue (Drooling, Mouth opening,

Tonguing/licking, Rooting, Biting hand and Crawling)

*As for low-birth-weight or pre-term baby, provide Kangaroo Mother Care in skin-to-skin position according to the national guideline.

- d) Monitor and assess newborn conditions, by physical examination from head to toe properly.
- e) If newborn has low birth weight, under 2,5 kgs or was born at preterm, breathing difficulties, pallor, less movement, or meconium is present and the baby is not fine, follow the MCH care guide (2015).

5.2. The Internal tracking 2 Hours Back Born Children

Midwife must:

- a) Monitor mother and baby every 15 minutes in the first 2 hours closely to observe any complications and provide immediate and appropriate response.
- b) Maintain IP (Infection Prevention) measures at each assessment/visit including ensure safe handling of contaminated/sharp instruments to prevent infection.
- For Mother:
 - Check uterine contraction, bladder, bleeding amount/colour by checking sanitary pad to ensure no excessive bleeding, observe perineal injury and monitor vital signs.
 - Encourage her to drink and eat and encourage urination
 - Advice of self-care, especially care of perineum.
 - Provide general care to the woman.
 - Offer specific health promotion and counseling to the mother and her family members for successful recovery after childbirth.
- For Baby
 - Keep careful check on body temperature and breathing (grunting, chest drawing), skin colour.
 - Check the baby's umbilical cord for bleeding (if yes, check the tie of umbilical cord) and advise the mother to keep the baby's umbilical cord clean and dry without applying anything on the umbilical cord.
 - Assess the baby's first defecation and urine.
- c) Give the baby BCG, and Hep B₀, VitK1 vaccination within 24 hours if possible. If not available, make appointment for follow-up to receive these on the next date.
- d) Continue monitoring of mother and baby every 6 hours until 24 hours after birth
- e) Counsel mother before discharge using MCH handbook:
 - 1) Breastfeeding (MCH handbook P.30-31)
 - 2) Family planning (MCH handbook P.27)
 - 3) Mother's Nutrition counselling (MCH handbook P.15)

- 4) Delay bath until the baby's age of 24h
 - 5) Newborn care (MCH handbook P.28)
 - 6) Personal hygiene – perineal care
 - 7) Avoid hard physical labour (successful recovery after birth)
 - 8) Danger signs and symptoms of mother: (i) PPH, (ii) pre-eclampsia and eclampsia, (iii) infection, (iv) thromboembolism, (vi) breast engorgement (MCH handbook P.28)
 - 9) Danger signs and symptoms of baby: (i) high temperature, (ii) cord: red, remain wet, swollen, (iii) breathing: fast or withdrawing, (iv) not feeding well/ drowsiness, (vi) convulsion/ funny movement
 - 10) Normal growth and development of the infant and young child
 - 11) Family members avoid smoking (especially near baby)
 - 12) Cord care (Keep clean and dry without applying anything at home)
 - 13) Support to access community resources
 - 14) Come back for postnatal check-up – 3days, 1-2 weeks and 6 weeks after birth
- f) Record birth summary and PNC 1 (in MCH handbook page 21, 23 and 24)

5.3. Care of Mother and Baby in the Postnatal Period within 6 weeks

Midwife must:

- a) Pay close attention to monitor the health of the mother and the newborn according to MCH Guide Care (2015), ANC and PNC Guidelines (2019).
- b) The 4 steps for postnatal care for mother and child:
 - PNC 1: Postpartum follow-up as early as necessary. (Before discharge if delivered in facility)
 - PNC 2: On day 3
 - PNC 3: On day 7-14
 - PNC 4: In week 6

- c) Where feasible, visit the mother and baby at home and explain to her about:
 - How to promote health for the mother and newborn.
 - Correct care of the cord and postpartum family planning and behaviors.
 - Abnormalities or signs. If present, they must go to the nearest hospital.
- d) Provide culturally appropriate health education and counseling on hygiene for the woman and newborn, nutrition, neonatal care, advice on danger signs for mother and baby, breastfeeding till 6 months, immunization (according to national guideline).
- e) Give advice on HIV/STIs prevention afterbirth.
- f) Provide Iron and folic acid supplementation for postpartum/lactating women

Standard VI: Child health care up to 5 years of age (Well child visit and IMCI)

Midwife must:

Provide support for child growth and development from newborn until 5 years age through growth, development assessment and feeding support including breastfeeding. MIDWIFE also must detect deviation from normal of child health and support their healthy childhood to contribute to decreasing national infant and child mortality rate.

6.1. Well child care

Midwife must:

- a) At well child visit, conduct growth check and assessment (weight, height, MUAC) and record on nutrition and growth chart on MCH handbook, and if ill or acute malnutrition, conduct referral, conduct child development screening, conduct breast feeding screening (for all children up to 2 years old), conduct young child feeding screening (for children over 6 months old).
- b) Based on the assessment, provide counselling/education based on mother/child's need.
- c) Conduct immunization education and provide immunization according to their age.
- d) Give vitamin A and deworming for children under 5 years old of age.

6-2. Integrated Management of Child Illness (IMCI)

Midwife must:

- a) Assess, classify symptoms and identify treatment. If any danger signs observed, take immediate action according to national IMCI chart book.
- b) Check child's general condition (Immunization, deworming, supplementation and Vitamin
- c) Provide treatment according to IMCI chart.
- d) Counsel mother on breastfeeding, child feeding, mother's health and when to return.
- e) In community setting, MIDWIFE must conduct Community IMCI (CIMC): Diarrhea management, pneumonia management, detect danger signs and severe child illness and refer, and screening of nutrition status with MUAC.

Standard VII: Life-Saving Midwifery Practice (LSMP)

In addition to the standards above (I - VI), midwives must be able to recognize and take action to save life immediately, including requesting assistance and making a prompt referral to the nearest hospital with BemONC/CemONC, midwives must have the capacity to recognize and respond, especially the capacity to monitor emergencies and to treat abnormalities related to pregnancy and giving birth which are harmful to the woman's life and her fetus.

This is very critical, especially in the area where health services are limited or not available. Thus, the MIDWIFE must have knowledge to provide primary care in an emergency situation, in case of bleeding during pregnancy, pre-term labour, eclampsia, pre-eclampsia, prolonged labour, fetal distress, neonatal hypothermia and asphyxia, primary and secondary postpartum haemorrhage, retain placenta and severe infection.

7.1 Life-Saving Management of Vaginal Bleeding in Pregnancy

Midwife must:

- a) Correctly recognize the signs and symptoms of haemorrhage in pregnancy
 - Ask history of previous bleeding symptoms. If have, assess the bleeding during pregnancy, number of occurrences, amount, colour, uterus contractions, severe abdominal pain, fever and vital signs and fetal heart beat and fetal movement
- b) Take appropriate action including starting emergency first-aid and referral to the nearest qualified hospital.

7.2 Life-Saving Management of Pre-term labour

Midwife must:

- a) Confirm gestational age is 28-34 weeks.
- b) Recognize signs and symptoms of pre-term labour such as cervix dilation ($>3\text{cm}$) (uterine contraction (2 times per 10 minutes), abdominal pain, vaginal bleeding, leaking amniotic fluid, and signs of infection).
- c) If onset of pre-term labour recognized, make proper referral to the closest facility with a pediatrician.

*Pre-referral care while preparing for referral:

- 1) If membrane ruptured, give antibiotics as prophylaxis - Ampicillin 2g IV every 6 hours or Oral erythromycin 250 mg every 6 hours for 10 days.
- 2) If signs of infection, treat infection.
- 3) Administration of the first dose of antenatal corticosteroid (Dexamethasone 6mg IM) (if at District hospital type B

7.3 Life Saving Management of Severe Pre-Eclampsia/Eclampsia

Midwife must:

- a) Recognize early and correctly respond to signs and symptoms of severe pre-eclampsia/eclampsia, in particular blood pressure more than 140/90 mmHg with any of the following signs and symptoms: headache, visual disturbances, epigastric pain, oliguria, breathing difficulties/pulmonary edema, nausea/vomiting, and patella reflex increased.
- b) Check proteinuria.
- c) Take appropriate action to initiate life-saving measures and make immediate referral.

* Pre-referral care while preparing for referral:

- 1) To start infusion, Insert 16G or 18G cannula
- 2) Start an IV infusion (normal saline or Ringer's lactate) – prevent overload through strict fluid balance chart"
- 3) MgSO₄ loading dose: Give slow 4g IV over 5-10 minutes
 - * Note: If convulsion recurs after 15 minutes, give 2g IV over 5 minutes
- 4) MgSO₄ maintenance dose 1g / hr IV
 - = MgSO₄ (15%) 16A (160mL) + Ringer 340mL (Total 500mL), then 7 drops/min

Label "MgSO₄ 24g in 500mL"

- 5) Monitor toxicity of MgSO₄ (Respiratory rate is less than 16/minute, Patellar reflex is absent, Urine output is (less than 30ml/hour)
- 6) Monitor Blood pressure

- 7) Monitor Fetal heart rate"
- 8) Insert urine catheter, and closely monitor fluid balance
- 9). Management of hypertension (when severe high blood pressure SBP>160mmHG and/or DBP>110mmHg)
Hydralazine 5mg slow IV and repeat every 15 minutes until the blood pressure goal has been achieved (1A (20mg) + NS 8ml = 20mg/8ml, 2ml (5mg) slow IV)

OR

Nifedipine 10 mg orally and repeat every 30 minutes until the blood pressure goal has been achieved

* If ineffective, repeat every 15 minutes up to 20mg per 24 hours

(In case there is no Hydralazine, Nifedipine can be administered 10mg orally. Repeat after 30 minutes until target blood pressure up to 30mg)"

- 10) If Eclampsia, assess ABC. Give Oxygen to mother (if not breathing bag and mask) and give MgSO₄ and antihypertensive if severe high blood pressure.

7.4. Lifesaving Management of Prolonged Labour

Midwife must:

- a) Correctly recognize the signs and symptoms of prolonged labour if:
 - Cervix not dilate beyond 4 cm after 8 hours of regular contractions.
 - Crossing alert or action line on partograph.
 - The woman has experiencing labour pains for 12 hours or more without birth.
 - Cervix fully dilated and the woman has urged to push, but no fetal descent, reassess again (the infant might be big, head might not bend)
 - The woman is too exhausted. She does not know how to push.

- b) Take appropriate and timely action in accordance with MCH Care Guide and refer for safe delivery.

7.5. Lifesaving Management of Retained Placenta

Midwife must:

- a) Correctly recognize (diagnose) retained placenta:
 - Placenta not delivered 30 minutes after birth, and no bleeding, empty bladder, give Oxytocin 10 IU (IM), then continue the delivery of placenta by applying correct controlled cord traction, mother in sitting position
 - Heavy vaginal bleeding while placenta inside or incomplete placenta, after 30 minute of care, placenta still not deliver, conduct manual removal of the retained placenta (less than 1 hour).
- b) If placenta retained and bleeding – take action and start emergency life-saving measures, include:
 - insertion of an IV line and infusion of normal saline NSS 0,9 % or Ringer lactate and Oxytocin 10 IU (IM).
 - Make arrangements for rapid transportation to EmONC facility, continue with emergency life-saving measures, which include manual removal of the retained placenta using correct technique (MCH Care Guide, 2005, and Essential Care for Normal Delivery and Complications, 2019).

7.6. Lifesaving Management of Primary Postpartum Haemorrhage (within 24 hours)

- a) Correctly recognize excessive bleeding in the first 24 hours following delivery. All postpartum women who have postpartum haemorrhage must be closely monitored (see Standard V Postpartum Care 5.2)
- b) Correctly recognize the following shock signs and give appropriate treatment:
 - Fast, weak pulse (110 per minute or more)
 - Low blood pressure (systolic less than 90 mmHg)
 - Pallor (especially inner eyelid, palms, or around mouth)

- Sweatiness or cold clammy skin
 - Rapid breathing rate (rate of 30 breaths per minute or more)
 - Anxiousness, confusion or unconsciousness
 - Scanty urine output (less than 30 ml per hour)
- c) Commence appropriate emergency measures to control haemorrhage and referral as appropriate in accordance with Pocketbook on Essential Care for Childbirth and Maternal Complications (2020) (Intrapartum EmONC pocketbook)
- If heavy postpartum bleeding persists: the woman may be in shock. Take appropriate primary care such as inserting IV canula to keep venous access and infusing normal saline NSS 0.9 % or Ringer lactate with Catheter No. 16, 18 to maintain circulation, raise legs, ideally higher than her heart/head and make emergency referral to the nearest hospital with EmONC.
 - If uterus is not well contracted (is soft): massage the fundus of the uterus, give Oxytocin 10 IU IM, check placenta again for complete contraction and empty bladder catheterize the bladder). If bleeding continues, conduct bi-manual compression (internal and external, depending on the training received) and aortic compression, Ballon Tanonale Non-Pneumatic Anti Shock Garment and refer immediately to the nearest hospital with EmONC.
 - If uterus is well contracted: examine perineum, vagina and cervix. determine the tearing degree; for 1st, 2nd degree of tearing (3rd degree, at rural areas); for 4th degree, contact skilled practitioners and refer immediately to the nearest hospital with EmONC.
 - In case of uterine inversion: apply compression to the inverted uterus with a moist, warm sterile towel, start IV infusion and then refer urgently to the nearest hospital with EmONC.

7.7. Lifesaving Management of Secondary Postpartum Haemorrhage (24 hours 6 Week)

Midwife must:

- a) Recognize correctly and early the signs and symptoms of secondary postpartum haemorrhage: uterus that is not well

contracted and larger than expected for elapsed time since birth, red or excessive lochia, or passing clots.

- b) Take appropriate action to perform life-saving measures and referral as appropriate in accordance with MCH Care Guide and Intrapartum EmONC pocketbook.

7.8 Lifesaving Management of Puerperal Sepsis

Midwife must:

- a) Correctly recognize the signs and symptoms of puerperal sepsis:
 - Abdominal pain and distension
 - Signs of infection (fever, foul smelling vaginal discharge).
- b) Provide emergency treatment prior to appropriate referral in accordance with EmONC Guidelines, 2014

7.9 Lifesaving Management of Incomplete abortion.

Midwife must:

- a) **Detect signs and symptoms of incomplete abortion:** bleeding, Abdominal pain, Cervix open on examination, Incomplete passage of products of conception
- b) **Refer women to facility with doctor (above District hospital type B)**
 - b) Management of incomplete abortion (if doctor is not present at District hospital type B).
 - 1) If the bleeding is light and the woman is clinically stable, inform the woman of the options available, which may include:
 1. expectant management
 2. vacuum aspiration (for uterine size of up to 14 weeks' gestation (trained midwife/nurse can manage a woman within 1st trimester)
 3. management with misoprostol

<Less than 12-14 weeks gestation>

- Misoprostol 600 µg orally OR
- Misoprostol 400µg sublingually OR

If vaginal bleeding is minimal,

- Misoprostol 400 – 800 µg vaginally
<More than 12-14 weeks gestation>
- Misoprostol 200 µg vaginally every 4 hours until expulsion,
maximum 800 µg OR

If more than 16 weeks gestation, and misoprostol is not available,

- Oxytocin 40 units in 1 L IV fluids at 40 drops per minute"
- c) Management if bleeding is heavy)
 - If bleeding is heavy,
 - 1) Examine the woman to determine if products of conception are visible in the os or the vagina"
 - 2) If products are observed in step 1, remove them with sponge or ring forceps.
 - 3) If products are not visible, proceed with manual vacuum aspiration. If gestational age is less than 12–14 weeks, manual vacuum aspiration is the preferred method of evacuation.
 - 4) If evacuation is not immediately possible, give below.
 - * ergometrine 0.2 mg IM, repeated after 15 minutes if necessary, maximum 1.0 mg

OR

* misoprostol 400 µg sublingual, repeated once after four hours if necessary

OR

*oxytocin 40 units in 1 L IV fluids at 40 drops per minute for more than 16 weeks gestation

7.10 Lifesaving Management of Neonatal Care, New Born Resuscitation

Midwife must:

- a) Conduct newborn resuscitation when newborn is in critical condition as follows (according to national EENG guideline):

<As close as possible to 30 seconds>

If baby is gasping or not breathing after thorough drying and stimulation:

- 1) Call for help and explain gently to the mother that her baby needs help to breathe.
- 2) Clamp and cut the cord immediately to allow effective ventilation to be performed.
- 3) Transfer the baby to the resuscitation area (a dry, clean and warm surface).
- 4) Keep the baby wrapped or under a heat source, if available.
- 5) Consider immediate referral at any point, where feasible.
- 6) Open airway. Clear the airway only if it is blocked
- 7) Position the head so it is slightly extended.
- 8) Only if the mouth/nose are blocked, introduce the suction/tube:

DO NOT do routine suctioning of the mouth and nose of babies with:

- clear amniotic fluid if they are breathing on their own;
- clear amniotic fluid prior to positive pressure ventilation if mouth and nose are free of secretions;
- meconium staining if they have started breathing on their own, meaning that they are vigorous.

<Within one minute after birth>

- 9) Ventilate, if still not breathing
- 10) Start bag/mask ventilation within one minute after birth. Lift the chin with the third finger of the hand holding the mask. Do not hyperextend the neck.
 - » for babies <32 weeks, it is preferable to start with 30% oxygen, where feasible.

<Ventilation technique>

- Place mask to cover chin, mouth and nose to achieve a seal.

- DO not cover the eyes.
- Squeeze bag attached to the mask with two fingers or whole hand, according to bag size, 2–3 times.

11) Observe rise of chest.

If chest is not rising:

» first, reposition the baby's head.

If chest is still not rising:

» check for adequate mask seal.

If chest is still not rising:

» squeeze bag harder.

If chest is rising:

» ventilate at 40 breaths per minute until baby starts crying or breathing.

<Ventilate, if still not breathing (continued)>

12) Check breathing; and check heart rate every 1–2 minutes of ventilation.

» Assess chest rise.

» Assess heart rate:

– if heart rate is <100 per minute, take ventilation corrective steps (see below); or

– if heart rate is <60 per minute, where feasible give supplemental oxygen, chest compressions, other ventilatory support and medications.

If baby fails to improve, follow ventilation corrective steps (see below).

<Ventilation corrective steps>

1. Check position of head
2. Check for adequate mask seal
3. Check for blocked airway
4. Check resuscitator bag

13) At any time, if the baby starts breathing or crying and has no chest in-drawing, stop ventilating. Observe to ensure that the baby continues to breathe well. Then:

- » Return the baby to the mother's chest on skin-to-skin contact;
 - » Exclude a second baby, give oxytocin (if not already given);
 - » wash hands, re-glove and trim the cord, as needed.
- 14) If the baby is gasping or not breathing, or has severe chest in-drawing:
- » Continue bag/mask ventilation;
 - » continue assessing at regular intervals while transporting; and
 - » where feasible, consider supplemental oxygen, chest compressions, other ventilatory support and medications.
- 15) If after 10 minutes of effective ventilation, the heart rate remains zero:
- » STOP bag/mask ventilation;
 - » Explain to the mother in a kind and gentle tone that the baby is dead;
 - » give supportive care; and
 - » record the event.
- 16) If after 20 minutes of effective ventilation, the baby does not start to breathe or gasp and heart rate is <60 per minute:
- » STOP bag/mask ventilation;
 - » explain to the mother in a kind and gentle tone that despite all attempts you were unable to help her baby to breathe;
 - » provide comfort care, including warmth and psychosocial support; and
 - » record the event.

Abbreviations and Glossary of Terms

Abbreviations	Description
BeON-LSS	Basic emergency Obstetric and Newborn-Life Saving Skills. Includes basic first-aid (pre-referral care and referral) for postpartum hemorrhage: giving an Oxytocin IM; for eclamptic fit: giving Magnesium Sulphate or Diazepam IM; and for resuscitation of newborn: assisting with initiation of breathing, thermos-protection, correct cutting and ligature of the umbilical cord and recognition of newborn infection and giving an initial dose of IM antibiotic.
BEmONC	Basic Emergency Obstetric and Newborn Care. Consists of nine Signal Functions: Parenteral administration of antibiotics, Oxytocin and anticonvulsants; manual removal of placenta; manual vacuum aspiration; vacuum extraction ventouse delivery; plus, stabilization of woman for referral, prereferral care and referral; and resuscitation of the newborn with pre-referral care and referral of newborn with complication.
CEmONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care. Consists of BEmONC (as above), plus caesarean section, blood transfusion, and n, management of severe complication for newborn.
EmONC	Emergency Obstetric and Newborn Care. Includes both basic and comprehensive emergency care.
EOC	Essential Obstetric and Newborn Care. Includes routine care for a woman and a newborn who does not have any complications in pregnancy, childbirth and neonatal period (childbirth-cycle). Plus, EmONC and management of other medical conditions and ailments that occur in women and or newborn during the childbirth-cycle, i.e. those not necessarily considered emergencies.

ຕຸລາ 2021
October 2021

