गर्भ तथा प्रसव का एकबद्ध प्रबन्धन

June, 2003

सिफ्सा
SIFPSA

State Innovations in Family Planning Services Agency, Lucknow

Department of Health and Family Welfare Government of Uttar Pradesh

USAID

ENGENDERHEALTH
Improving Women's Health Worldwide

आभार

यह निर्देशिका मातृत्व एवं प्रसवोपरांत शिशु मृत्युदर एवं घातकता को कम करने के उपायों में तल्लीन विश्व स्वास्थ्य संगठन, यू.एन.एफ.पी.ए., यूनिसेफ तथा विश्व बैंक के परस्पर स्थापित सामान्य विचारधाराओं को प्रस्तुत करती है। उपयुक्त सभी संस्थाएं मातृत्व एवं प्रसवोपरान्त होने वाली मृत्यु एवं घातकता को कम करने की चेष्टाओं में परस्पर सामीप्य एवं सहयोग रखती हैं। इस निर्देशिका में वर्णित सभी विघ्न एवं उनकी कार्यप्रणाली उपयुक्त सभी संस्थाओं की संस्तुति एवं निर्देशों पर आधारित हैं।

इस निर्देश पुस्तिका को एन्जेन्डर हेल्थ ने भारतीय संदर्भ में ढाल कर इम्पैक मैनुअल के आधार पर हिन्दी में अनुवाद कर, विकसित किया। इस पाठ्यक्रम का विकास एक सामूहिक टीम प्रयास है। जिसमें अनेकों व्यक्तियों ने योगदान दिया। हम उन सभी का आभार व्यक्त करते हैं। यह समस्त कार्य एन्जेन्डर हेल्थ की कन्ट्री डायरेक्टर सुश्री बारबरा जे. स्पेड की देख रेख में हुआ। इस पाठयक्रम एवं चित्रों की परिकल्पना, सामिग्री लेखन तथा हिन्दी अनुवाद, डा. ज्योति वाजपई, सीनियर मेडिकल एसोसिएट, डा. नय्यरा शकील, क्लीनिकल ट्रेनिंग एसोसिएट, डा. एस. एस. बोध, सीनियर क्लिनिकल ट्रेनिंग एसोसिएट, डा. बी. पी. सिंह, डा. नीता भटनागर, डा. आशा कोचर, डा. शिखा श्रीवास्तव, क्लिनिकल ट्रेनिंग एसोसिएट के द्वारा सम्पन्न हुआ।

टेक्निकल सलाहकार समिति की बैठक दो–तीन जून 2003 को लखनऊ में हुई। इसमें सम्मिलित प्रतिष्ठित विशेषज्ञों ने ड्राफ्ट का पुनर्निरीक्षण कर अपने बहुमूल्य सुझाव दिए। सदस्यों के नाम की सूची अगले पृष्ठ पर दी गई है। सभी सदस्य अपने बहुमूल्य सुझावों हेतु धन्यवाद के पात्र हैं।

सुश्री सुल्ताना उसमानी, प्रोग्राम अधिकारी, आई.ई.सी. परिवार कल्याण महानिदेशालय, लखनऊ को हिन्दी अनुवाद हेतु तथा सुश्री वन्दना चड्ढा, एम.आई.एस. असिस्टेंट, एन्जेन्डर हेल्थ को समस्त सेक्रेटेरियल सहायता हेतु धन्यवाद।

तकनीकी सलाहकार समिति के सदस्य

छत्रपति साहूजी महाराज चिकित्सकीय विश्वविद्यालय (के.जी.एम.सी. लखनऊ)

स्त्रीरोग एवं प्रसूति विभाग

डा. चन्द्रावती
प्रोफ़ेसर एमेरिटस, रिटायर्ड विभागाध्यक्ष

डा. मंजू शुक्ला
एसोसिएट प्रोफ़ेसर

डा. विनीता दास
प्रोफ़ेसर एवं विभागाध्यक्ष

डा. यशोधरा प्रदीप
एसोसिएट प्रोफ़ेसर

डा. हेम प्रभा गुप्ता
प्रोफ़ेसर

शिशु एवं बाल रोग विभाग

डा. जी. के. मलिक
प्रोफ़ेसर, शिशु रोग

डा. माला कुमार
सहायक प्रोफ़ेसर

सोशल एवं प्रिवेन्टिव चिकित्सा विभाग

डा. वी. के. श्रीवास्तव
प्रोफ़ेसर एवं विभागाध्यक्ष

वीरांगना अवन्ती बाई अस्पताल (डफरिन अस्पताल)

डा. शारदा चन्द
प्रमुख अधीक्षिका

डा. सविता भट्ट
चिकित्सा अधिकारी

डा. सुल्ताना अज़ीज़
चिकित्सा अधिकारी

सुश्री वीना पाठक
स्टाफ़ नर्स

श्यामा प्रसाद मुखर्जी अस्पताल (सिविल अस्पताल)

डा. वी. पी. सिंह
वरिष्ठ शिशु एवं बाल रोग विशेषज्ञ

अन्य विशेषज्ञ

डा. आशा राय
रिटायर्ड वरिष्ठ स्त्री रोग विशेषज्ञ (डफरिन अस्पताल)

यू. एस. ए. आई. डी.

डा. अन्जना सिंह
क्लिनिकल मैनेजमेन्ट स्पेशलिस्ट

सिफसा, लखनऊ

श्री कपिल देव
एक्सक्यूटिव डायरेक्टर

श्री आमोद कुमार
एडीशनल एक्सक्यूटिव डायरेक्टर

डा. ब्रजेन्द्र सिंह
जनरल मैनेजर (पी.एस.)

डा. योगेश चन्दा
सीनियर प्रोजेक्ट कोऑर्डिनेटर

डा. सुलभा स्वरूप
सीनियर प्रोजेक्ट कोऑर्डिनेटर

डा. संतोष सिंह
प्रोग्राम कोऑर्डिनेटर (पी.एस.)

सुश्री सीमा
सूचना, शिक्षा संचार

श्री हरभजन सिंह
सूचना, शिक्षा संचार

श्री ए. बी. पटेल
सूचना, शिक्षा संचार

इन्ट्रा / प्राइम

सुश्री विल्डा केम्पबैल
कन्ट्री डायरेक्टर

डा. शाश्वती सिन्हा
कन्ट्री क्लिनिकल मैनेजर

सुश्री रागिनी पसरीचा
टेक्निकल, मैटीरियल, कोऑर्डिनेटर

डा. मेरी वर्गीस
प्रोग्राम मैनेजर

एन्जेन्डरहेल्थ

डा. ज्योति वाजपेई
वरिष्ठ मेडिकल ऐसोसिएट

डा. मव्वरा शकील
क्लिनिकल ट्रेनिंग एसोसिएट

डा. मीता भटनागर
क्लिनिकल ट्रेनिंग एसोसिएट

डा. आशा कोचर
क्लिनिकल ट्रेनिंग एसोसिएट

डा. बी. पी. सिंह
क्लिनिकल ट्रेनिंग एसोसिएट

डा. शिखा श्रीवास्तव
क्लिनिकल ट्रेनिंग एसोसिएट

सुश्री वन्दना चड्ढा
एम. आई. एस. असिस्टेन्ट

प्रस्तावना

सुरक्षित मातृत्व के प्रारम्भिक चरणों में सहयोग स्वरुप विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा प्रसव को अधिक से अधिक सुरक्षित बनाने हेतु बनाई जाने वाली कौशल योजनाएँ माताओं तथा शिशुओं की मृत्यु को कम करने में समस्त स्वास्थ्य विभाग के अंशदानों पर केंद्रित हैं।

प्रसव तथा जन्म

प्रसव तथा शिशु जन्म का समेकित प्रबन्धन ऊपर बताई गई कार्य योजना का तकनीकी अंशभूत तथा मुख्यतया निम्नलिखित बातें दर्शाता है:–

- स्वास्थ्य सुरक्षा देखभाल पद्धति के विभिन्न स्तरों में प्रसव तथा शिशु जन्म के प्रबन्धन के लिए स्थानीय प्रचलित दिशा निर्देशों एवं मानकों के आधार पर कार्यरत स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के कौशल में सुधार लाना।
- स्वास्थ्य देखभाल पद्धति में गर्भवती महिला तथा नवजात शिशु की आवश्यकताओं के अनुसार सुधार लाना।
- स्वास्थ्य सेवाओं के जिला स्तरीय प्रबंधन में सुधार लाना जिससे कि उचित कार्यकर्ता, सामग्री, संसाधन तथा उपकरणों की उपलब्धता होना सुनिश्चित हो।
- स्वास्थ्य शिक्षा तथा उन कियाकलापों के सुधार पर बल दिया जाना जिनसे प्रसव तथा शिशु जन्म के प्रति परिवार तथा समुदाय के रवैये तथा प्रचलनों में सुधार लाया जाय।

जिला चिकित्सालयों में कार्यरत प्रसाविकाओं तथा चिकित्सकों के लिए यह निर्देशिका तथा इसी प्रकार की समय से पूर्व/कम दिनों के तथा रोगी शिशुओं के प्रबन्धन हेतु एक अन्य निर्देशिका (पुस्तिका) भी लिखी गई है। यह पुस्तिका प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्तर पर प्रसव तथा शिशु जन्म हेतु आवश्यक देखभाल निर्देशिका के रुप में विशेषतया परिपूरक तथा अनुकूल है। यह निर्देशिका उन स्वास्थ्य कार्यकताओं के लिए मार्गदर्शन का कार्य करेगी जो कि गर्भवती महिला तथा नए जन्में बच्चे की देखभाल के लिए प्रत्येक स्तर पर उत्तरदायी हैं।

जो बातें इस निर्देशिका में बताई गई हैं, आधुनिक वैज्ञानिक प्रमाणों पर आधारित हैं। प्रचलित क्लिनिकल मानकों का स्तर आधुनिक चिकित्सकीय प्रमाणों पर ही आधारित होना चाहिए, अतः इस स्तर को बनाये रखने के लिए यह योजना बनाई गई है कि इस पुस्तिका में अधुनातन नवीनतम सूचनाएँ हों।

आशा है यह पुस्तिका रोगी के समीप ही प्रयोग की जायेगी तथा यह किसी भी प्रसाविका अथवा चिकित्सक के पास आपातकालीन प्रसव से जूझते समय उपलब्ध रहेगी।

विषय-सूची

प्रस्तावना : iii

परिचय : iv

Section-I : चिकित्सकीय सिद्धान्त

अध्याय–1 : शीघ्र प्रारंभिक आंकलन 1

अध्याय–2 : महिला तथा उसके परिवार से बात करना 4

अध्याय–3 : आपात् स्थितियाँ 13

अध्याय–4 : सामान्य देखभाल के सिद्धान्त 15

अध्याय–5 : शल्य क्रिया हेतु देखभाल के सिद्धान्त 24

अध्याय–6 : सामान्य प्रसव तथा शिशु जन्म 33

अध्याय–7 : नवजात शिशु की देखभाल करने के सिद्धान्त 55

अध्याय–8 : सेवाकर्ता तथा सामुदायिक गठजोड 57

Section-II : लक्षण

अध्याय–1 : शॉक (Shock) 61

अध्याय–2 : प्रारंभिक गर्भावस्था में योनि से रक्तस्राव 63

अध्याय–3 : बाद की गर्भावस्था तथा प्रसव में योनि से रक्तस्राव 71

अध्याय–4 : प्रसवोपरान्त योनि से रक्तस्राव 76

अध्याय–5 : सिरदर्द, धुंधला दिखना, झटके आना, मूर्छा, उच्च रक्तचाप 85

अध्याय–6 : प्रसव पीड़ा की असंतोषजनक प्रगति 99

अध्याय–7 : असामान्य स्थिति व असामान्य प्रस्तुति (Malposition and Malpresentation) 111

अध्याय–8 : अधिक फैली बच्चेदानी के साथ प्रसव पीड़ा 120

अध्याय–9 : शल्योपरान्त बच्चेदानी के साथ प्रसव पीड़ा 121

अध्याय–10 : प्रसव में पीड़ित शिशु/Fetal distress 122

अध्याय–11 : नाल का बाहर आना (Cord Prolapsed) 124

अध्याय–12 : गर्भावस्था तथा प्रसव पीड़ा के बुखार की समस्या 125

अध्याय–13 : प्रसवोपरान्त उच्च तापमान/बुखार 128

अध्याय–14 : प्रारम्भिक गर्भावस्था में पेट की पीड़ा 132

अध्याय–15 : गर्भावस्था के अन्तिम दिनों में तथा प्रसवोपरान्त पेट की पीड़ा 134

अध्याय–16 : साँस लेने में कठिनाई 138

अध्याय–17 : गर्भस्थ शिशु की गति की लुप्तावस्था 140

अध्याय–18 : प्रसव पीड़ा से पूर्व झिल्ली का फटना 142

अध्याय–19 : नवजात शिशु की अवस्थाएँ अथवा समस्याएँ 145

सारिणी

सारिणी–1 : शीघ्र प्रारम्भिक आंकलन 1
सारिणी–2 : साधारण प्रसव प्रक्रिया हेतु दस्ताने तथा गाउन सम्बन्धी आवश्यक बातें 18
सारिणी–3 : सही कैटगट के प्रकार 29
सारिणी–4 : प्रसव के स्तर व चरण का निदान 37
सारिणी–5 : प्रसव की आरम्भिक अवस्था में योनि से रक्तस्राव 64
सारिणी–6 : गर्भ पात की जटिलताओं की पहचान एवं प्रबन्धन 65
सारिणी–7 : परिवार नियोजन के उपाय 69
सारिणी–8 : नलिकीय गर्भावस्था के फटने अथवा न फटने के लक्षण 70
सारिणी–9 : प्रसव पूर्व रक्तस्राव का निदान 72
सारिणी–10 : शिशु जन्मोपरान्त योनिस्राव का निदान 79
सारिणी–11 : आक्सीटोसिक औषधियों का प्रयोग 80
सारिणी–12 : सिर दर्द धुंधला दिखना, झटके आना मूर्छा बढ़े हुए रक्त चाप की पहचान 88
सारिणी–13 : प्रसव में असंतोषजनक प्रगति की पहचान 100
सारिणी–14 : गर्भावस्था तथा प्रसव के दौरान उच्च तापमान के कारण पहचान 126
सारिणी–15 : प्रसव के बाद बुखार हेतु पहचान करना 129
सारिणी–16 : प्रारम्भिक गर्भावस्था में पेट के दर्द की पहचान की करना 133
सारिणी–17 : गर्भावस्था के अन्तिम दिनों तथा प्रसवोपरान्त पेट की पीड़ा 135
सारिणी–18 : सांस लेने में कठिनाई हेतु पहचान करना 139
सारिणी–19 : शिशु गति समाप्ति की पहचान करना 141
सारिणी–20 : योनि स्राव की पहचान करना 143

परिचय

अधिकांश गर्भधारण तथा प्रसव साधारण तौर पर ही होते हैं परन्तु प्रत्येक गर्भधारण में खतरा रहता है। लगभग 15 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं में प्रबल जीवन ललकारने वाली जटिलताएँ उत्पन्न होती हैं जिनमें कुशल देखभाल की आवश्यकता होती है, उनमें से कुछ को बचाने के लिए बड़े उपायों की आवश्यकता पड़ेगी। यह पुस्तिका/निर्देशिका जिला चिकित्सालयों में कार्यरत उन सभी प्रसाविकाओं एवं चिकित्सकों के लिए लिखी गई है जो महिलाओं की गर्भावस्था में जटिलताओं, शिशु जन्म या प्रसवोपरान्त तुरन्त देखभाल (जिसमें नवजात संबंधित तुरन्त व आकस्मिक समस्यायें भी सम्मिलित हैं) के प्रति देखभाल के लिए उत्तरदायी हैं। इस पुस्तिका का प्रयोग प्रसाविकाएँ एक संदर्भ पुस्तिका के रूप में करेंगी।

प्रसाविका तथा चिकित्सक, सेवा केन्द्र पर एक महिला की देखभाल करने के साथ-साथ निम्नवत् एक विशेष भूमिका का निर्वहन करते हैं तथा सम्बन्ध बनाते हैं :-

- जिला स्वास्थ्य पद्धति के भीतर स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में लगे सभी कार्यकर्ता सहायक तथा बहुआयामी कार्यकर्ताओं से सम्बन्ध बनाते हैं।
- रोगियों के परिवार के सदस्यों से सम्बन्ध बनाते हैं।
- समुदाय के नेताओं से सम्बन्ध बनाते हैं।
- ऐसी जनसंख्या जो ज़रुरतमंद है, जैसे किशोर, एच0आई0वी0/एड्स से पीड़ित महिलाओं से सम्बन्ध बनाते हैं।

प्रसाविकाएँ तथा चिकित्सक

- जिले की सभी स्वास्थ्य सेवाओं के सुधार हेतु कार्यों में सहयोग करें।
- सक्षम तथा भरोसे योग्य सेवा पाने के स्थान पर भेजे जाने के लिए चेष्टा करें।
- स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता का आंकलन करें।
- स्वास्थ्य से संबंधित सभी विषयों पर सामाजिक भागीदारी का प्रसार करें।

एक जिला चिकित्सालय एक ऐसे केन्द्र के रुप में परिभाषित किया जा सकता है जो गुणवत्तापूरक सेवाएँ देने में सक्षम हो, साथ ही साथ जहाँ ऑपरेशन द्वारा प्रसव तथा खून भी चढ़ाया जा सके; यद्यपि इस निर्देशिका की बहुत सी प्रक्रियाओं के लिए विशिष्ट उपकरणों तथा विशेष रुप से प्रशिक्षण प्राप्त किये हुये विशेषज्ञों की आवश्यकता वांछनीय है पर यह भी विदित होना चाहिए कि इसमें बताई गई बहुत सी जीवन रक्षक प्रक्रियाएँ स्वास्थ्य केन्द्रों पर पूरी की जा सकती हैं।

चित्र

चित्र–1 : हाथों को धोना 16
चित्र–2 : हाथ धोने में साधारणतया छूटने वाले हिस्से 17
चित्र–3 : बचाव की पोशाक व अवरोधों का प्रयोग 17
चित्र–4 : प्रयोग की गई सुई पर ढक्कन लगाना – एक हाथ की विधि 19
चित्र–5 : प्रयोग की हुई सुई पर ढक्कन न लगायें – उसे तोड़े मोड़े नहीं 20
चित्र–6 : नुकीली वस्तुओं का निस्तारण 21
चित्र–7 : ड्रम भस्मक 21
चित्र–8 : कूड़े को गड्ढे में दबाना 21
चित्र–9 : नस काट कर दय देना 22
चित्र–10 : लिथोटोमी स्थिति 23
चित्र–11 : असरदार ढंग से हाथ धोने के चरण 26
चित्र–12 : धोने के बाद हाथों को सुखाना 26
चित्र–13 : सामूहिक तौलिए का प्रयोग न करें 27
चित्र–14 : प्रसव के समय की विभिन्न स्थितियाँ 35
चित्र–15 : इफेसमेंट तथा ग्रीवा का फैलना 36
चित्र–16 : ग्रीवा का फैलना 37
चित्र–17 : शिशु के सिर के नीचे आने की पेट द्वारा जांच करना 38
चित्र–18 : योनि परीक्षण द्वारा शिशु सिर के नीचे आने की जांच करना 39
चित्र–19 : शिशु सिर के सीमा चिन्ह 39
चित्र–20 : आक्सीपुट ट्रान्सवर्स स्थितियाँ 39
चित्र–21 : आक्सीपुट आन्तरिक स्थितियाँ 40
चित्र–22 : पूर्णतया झुका हुआ सिर 40
चित्र–23 : एलर्ट रेखा 42
चित्र–24 : प्रसव के समय महिला द्वारा अपनाई जा सकने वाली स्थितियाँ 48
चित्र–25 : प्रसव के चरणों का सारांश 50
चित्र–26 : कंधों का निकलना 51
चित्र–27 : नवजात शिशु की देखभाल 55
चित्र–28 : परिवार कल्याण सम्बन्धी सलाह मशवरा 69
चित्र–29 : बच्चे दानी का फटा हुआ भाग 73
चित्र–30 : आंवल का ग्रीवा के मुख पर अथवा समीप होना 74
चित्र–31 : बच्चेदानी का दोतरफा दबाव 81
चित्र–32 : पेट के अरोटा पर दबाव तथा फीमोरल नाड़ी को प्रतीत करना 82
चित्र–33 : शिशु खोपड़ी के सीमा चिन्ह 112
चित्र–34 : आक्सीपुट वेडी स्थितियाँ 112

चित्र–35 : आक्सीपुट एन्टीरियर स्थितियाँ 112
चित्र–36 : वेल फ्लेक्सड वर्टेक्स 113
चित्र–37 : आक्सीपुट पोस्टीरियर 114
चित्र–38 : लेफ्ट आक्सीपुट पोस्टीरियर 114
चित्र–39 : लेफ्ट आक्सीपुट ट्रान्सवर्स 114
चित्र–40 : ब्राओ प्रस्तुति 115
चित्र–41 : चेहरे की प्रस्तुति 115
चित्र–42 : चेहरे की प्रस्तुति 115
चित्र–43 : मिली जुली प्ररतुति 115
चित्र–44 : उल्टा बच्चा 115
चित्र–45 : उल्टा बच्चा 116
चित्र–46 : पैर द्वारा प्रस्तुति 116
चित्र–47 : बेडा शिशु 116
चित्र–48 : नवजात शिशु की लिटाने की स्थिति 146
चित्र–49 : नवजात शिशु को श्वास देना 147

ग्राफ

ग्राफ–1 : विश्व स्वास्थ्य संघटन का परिवर्तित पार्टोग्राफ 44
ग्राफ–2 : सामान्य प्रसव के पार्टोग्राफ का नमूना 46
ग्राफ–3 : पोर्टोग्राफ का नमूना 102
ग्राफ–4 : पार्टोग्राफ का नमूना 104
ग्राफ–5 : पार्टोग्राफ का नमूना 106

सेक्शन-1

चिकित्सकीय सिद्धान्त

अध्याय–1

शीघ्र प्रारंभिक आंकलन

जब प्रजनन आयु वाली महिला कोई समस्या लेकर आती है तब उसकी बीमारी की गहनता (माप) सुनिश्चित करने के लिये तुरंत उसकी दशा का आंकलन करें।

सारिणी-1 शीघ्र प्रारम्भिक आंकलन [a]

आंकलन	खतरे के चिन्ह	ध्यान दें
श्वासनली तथा सांस लेना	**देखें:–** • नीला पड़ना • सांस लेने में परेशानी **परीक्षण करें :** • त्वचा : पीलापन • फेफड़े : आवाज के साथ सांस लेना सांस उखड़ना	• अत्यधिक रक्ताल्पता (एनीमिया) • हृदय का रोग • फेफड़ों का संक्रमण • सांस फूलना **देखें : सांस लेने में परेशानी** देखें पृष्ठ सं. 138
शॉक (Shock) के चिन्ह	**परीक्षण करें :–** • त्वचा : ठंडी और चिपचिपी (नम) • नाड़ी : तीव्र (110 प्रति मिनट या अधिक) और कमजोर रक्तचाप : कम (ऊपरी–सिसटोलिक रक्तचाप 90 मि.मी. मरकरी से कम)	देखें: शॉक (Shock) देखें पृष्ठ सं. 61
योनि रक्त स्राव (गर्भ के प्रारम्भिक अथवा बाद के दिनों में अथवा प्रसव के बाद)	**पूछें :–** • गर्भ (Gestation) की अवधि • हाल ही में बच्चे को जन्म दिया • आंवल निकलना **परीक्षण करें :–** • Vulva : रक्तस्राव की मात्रा, आंवल (प्लेसेन्टा) का रुकना, प्रत्यक्ष टियर्स (Tears) • बच्चेदानी : बिना सिकुड़ी • पेशाब की थैली : भरी हुई **उपरोक्त स्थिति में योनि परीक्षण न करें**	• गर्भपात • नलिका में गर्भ • मोलर गर्भ **देखें : प्रारंभिक प्रसव में रक्त स्राव,** देखें पृष्ठ सं. 63 • आंवल का अलग होना • फटी हुई बच्चेदानी • आंवल का आगे होना **देखें : बाद की गर्भावस्था तथा प्रसव के समय रक्त स्राव** देखें पृष्ठ सं. 71 • ढीली पड़ी बच्चेदानी • बच्चेदानी के द्वार (सर्विक्स) तथा योनि के टियर्स

[a] इस सूची में वह सभी संभावित समस्याऐं सम्मिलित नहीं है जिनका सामना किसी एक महिला को गर्भावस्था अथवा प्रसव उपरान्त करना पड़ सकता है। इसे उन समस्याओं की पहचान करने हेतु दर्शाया गया है जिनके कारण महिलाओं की मृत्यु का खतरा तथा घातकता होने की अधिक सम्भावना रहती है

निर्धारण (आंकलन)	खतरे के चिन्ह	ध्यान दें
		• रुकी हुई आंवल • बच्चेदानी का पलट जाना देखें : प्रसवोपरान्त योनि से रक्त स्राव देखें पृष्ठ सं. 76
मूर्छित होना अथवा दौरे/ झटके आना	पूछें :– गर्भ के विषय में तथा कितने दिन का गर्भ है ? परीक्षण करें :– रक्तचाप : उच्च (नीचे का डायस्टोलिक रक्तचाप 90 मिमी. मरकरी अथवा अधिक) तापमान : 38°से. या अधिक	• झटके आना • मलेरिया • मिर्गी • टेटनस देखें:– झटके आना अथवा बेहोश होना देखें पृष्ठ सं. 85
तेज़ खतरनाक बुखार	पूछें :– • कमजोरी, सुस्ती • बार बार तथा दर्द के साथ पेशाब होना परीक्षण करें :– • तापमान 38°C अथवा अधिक • मूर्छा • गर्दन में अकड़न • फेफड़े : हल्की (धीमी) सांसें • पेट अत्यधिक सख्त (कड़ा) • बाह्य जननांग (वल्वा) : गन्दा पानी निकलना • स्तन–कड़ापन, छूने पर दुखना	• पेशाब में संक्रमण • मलेरिया देखें : गर्भावस्था तथा प्रसव के समय तापमान, देखें पृष्ठ सं. 128 • बच्चेदानी में इन्फेक्शन (मेटराइटिस) • पेडू में फोड़ा (पेलविक एबसेस) • पेट में इन्फेक्शन (पेरिटोनाइटिस) • स्तन में इन्फेक्शन (मेस्टाइटिस) देखें पृष्ठ सं. 129 • गर्भपात की जटिलताएं देखें : प्रसव के प्रारम्भिक दिनों में योनि से रक्त स्राव, देखें पृष्ठ सं. 71 • निमोनिया देखें : सांस लेने में परेशानी, देखें पृष्ठ सं. 136
पेट में दर्द	पूछें :– • गर्भ के बारे में, गर्भावस्था की अवधि परीक्षण करें : • रक्त चाप : कम (सिस्टोलिक रक्तचाप 90 मि.मि. मरकरी से कम) • नाड़ी : तीव्र (110 या अधिक) • तापमान : 38° से. या अधिक • बच्चेदानी : गर्भ की अवस्था	• ओवेरियन सिस्ट • अपेन्डिसाइटिस • नलिका का गर्भ देखें : गर्भ के प्रारंभिक चरण में पेट दर्द देखें पृष्ठ सं. 132 • संभावित पूरे समय अथवा समय से पूर्व प्रसव पीड़ा। • एमनियोनाइटिस • एबरप्शियो प्लेसेन्टा • फटी हुई बच्चेदानी देखें: गर्भ के अंतिम दिनों में अथवा प्रसवोपरांत पेट दर्द देखें पृष्ठ सं. 134

यदि किसी गर्भवती महिला को निम्नलिखित में से कोई भी लक्षण दिखें तब उसे तुरन्त उपचार की आवश्यकता होती है:–

- रुक –रुक कर पीड़ा के साथ रक्त मिश्रित स्राव होना
- पानी की थैली का फट जाना
- पीलापन
- कमज़ोरी
- मूर्छित होना
- तेज़ सिर दर्द
- आँखों से धुँधला दिखना
- उल्टी होना
- बुखार
- सांस लेने में परेशानी

इन लक्षणों के होने पर, ऐसी महिला को प्राथमिकता देते हुए, पंक्ति में आगे करके, उसका उपचार तुरंत किया जाना चाहिए।

शीघ्र प्रारम्भिक आंकलन योजना को क्रियान्वयन

शीघ्र प्रारंभिक उपचार के लिए यह आवश्यक है कि समस्या विशेष की पहचान की जाए तथा तुरन्त कार्य किया जाय। यह निम्नवत् किया जा सकता है:–

- समस्त सेवाकर्ताओं जैसे – क्लर्क, चौकीदार तथा बिजली यंत्र चालकों को इस प्रकार प्रशिक्षण दिया जाए कि वह सब पहले से समझे हुए रूप में, जब भी कोई महिला आपातकालीन प्रसूति अथवा जटिल गर्भावस्था में आए अथवा किसी अन्य सेवा केन्द्र से रेफर की जाए, तब वह तुरन्त अनुक्रिय होकर, गुहार अथवा घंटा बजाकर मदद के लिए अन्य सेवाकर्त्ताओं को बुला सके।
- स्टाफ के साथ आपात्‌कालीन उपचार की रिहर्सल (ड्रिल) जो प्रत्येक स्तर पर तत्परता को सुनिश्चित करे।
- किसी वस्तु की उपलब्धता का अवरुद्ध न होना (चाभी की उपलब्धता), उपकरणों का कार्यशील होना (प्रतिदिन चेक किया जाना चाहिये) तथा स्टाफ उन्हें ठीक से प्रयोग करने में प्रशिक्षत हो।
- समस्त स्टाफ को नियम तथा उचित तौर तरीकों का ज्ञान हो (वह उन्हें ठीक प्रकार से प्रयोग करना जानें) तथा वास्तविक आपात् स्थिति पहचान कर तुरन्त कार्य करें।
- प्रतीक्षा कक्ष में बैठी हुई किसी भी महिला को चाहे वह साधारण तौर पर दिखाने हेतु प्रतीक्षा कर रही हो, यदि उसे किसी स्वास्थ्य कार्यकर्ता के तुरन्त ध्यान देने की आवश्यकता हो तो उसे सर्वप्रथम आगे करके देखा जाना चाहिए (इस बात को समझें कि प्रसव पीड़ा वाली अथवा किसी ऐसी समस्या वाली, जो सारिणी नं0–1 में दर्शायी गई है) महिला को स्वास्थ्य कार्यकर्ता तुरन्त देखें।
- उन स्कीमों को भी समझें जिनके द्वारा आपात स्थिति में शुल्क में छूट दी जा सके, (चाहे कुछ समय के लिए ही, जैसे स्थानीय बीमा योजना या स्वास्थ्य कमेटी आपात् फण्ड द्वारा छूट दी जाए)

अध्याय–2

महिला तथा उसके परिवार से बात करना

गर्भधारण एक विशेष प्रकार की खुशी तथा आशाओं का समय होता है। यह चिन्ता व परेशानी का भी समय हो सकता है। प्रभावपूर्ण ढंग से महिला तथा उसके परिवार से बात करने से महिला का स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने वालों के प्रति विश्वास तथा साख बनती है।

महिलाएँ जिनमें जटिलतायें पैदा हो जाती हैं वह अपनी परेशानियों को सेवाकर्ता को समझाने में कठिनाई का अनुभव कर सकती हैं। समस्त स्वास्थ्य सेवाकर्मियों का यह उत्तरदायित्व है कि महिला से आदर से बोलें तथा उसे आराम का अनुभव होने दें। महिला पर ध्यान देने का तात्पर्य है कि स्वास्थ्य सेवाकर्ता तथा स्टाफः–

- महिला की प्रतिष्ठा तथा गोपनीयता के अधिकार को देखें।
- महिला की आवश्यकताओं के प्रति उत्तरदायी तथा संवेदनशील रहें।
- महिला तथा उसके परिवार द्वारा उसकी देखभाल से परे लिये गये निर्णयों के प्रति निष्पक्ष रहें।
- यह समझते हुए भी कि महिला के संकटपूर्ण व्यवहार या निर्णय, जिनके परिणामस्वरुप उसके देखभाल में देरी हुई, यह कभी भी उचित नहीं है कि महिला के प्रति अनादर दिखाएँ अथवा उसके व्यवहार के परिणामस्वरुप उत्पन्न उसकी दशा के लिए उसे बेइज्जत करें। किसी भी समस्या के समय, उपचार से पूर्व नहीं वरन् जोखिमों के निस्तारण के पश्चात ही उसे सही सलाह मशवरा दें।

महिला के अधिकार

मातृत्व देखभाल सेवाओं को प्राप्त करने वाली किसी भी महिला के अधिकारों के प्रति सेवाकर्ताओं को जागरुक होना चाहिए:–

- प्रत्येक महिला जिसकी देखभाल की जा रही हो उसे अपने स्वास्थ्य के विषय में जानकारी प्राप्त करने का अधिकार।
- प्रत्येक महिला को अधिकार है कि वह अपनी चिन्ताओं के विषय में एक ऐसे वातावरण में चर्चा करे जहां वह पूरा विश्वास महसूस करे।
- एक महिला को पहले से यह पता होना चाहिए कि किस प्रकार की प्रक्रिया उसके साथ की जाने वाली है
- सभी प्रक्रियाएँ ऐसे वातावरण में की जानी चाहिए (उदाहरणार्थ लेबर वार्ड) जिसमें कि महिला के गोपनीयता के अधिकार की मर्यादा बनी रहे
- एक महिला जब सेवा प्राप्त कर रही हो तब उसे यथा सम्भव आराम अनुभव कराना चाहिए।
- महिला को अधिकार है कि वह प्राप्त होने वाली सेवाओं के प्रति अपना नजरिया बताये। एक सेवाकर्ता को महिला के गर्भ अथवा जटिलता के विषय में बात करते समय मूल संचार की तकनीक का प्रयोग करना चाहिए। यह तकनीक (तौर तरीके) किसी भी सेवाकर्ता का एक महिला के साथ ईमानदारी का, हमदर्दी का, देखभाल करने वाला तथा विश्वसनीय सम्बन्ध बनाता है। यदि एक महिला का सेवाकर्ता पर विश्वास बनता है तथा वह यह अनुभव करती है कि वह सेवाकर्ता मन से महिला की भलाई चाहता

है/चाहती है तो सेवा केन्द्र पर प्रसव हेतु उसके आने की सम्भावना बढ़ती है तथा जटिलता में वह पहले से ही आ सकती है।

संचार की कला

शांत तथा आहिस्ता (सामान्य रूप) से बोलें तथा महिला को विश्वास दिलायें कि उसकी बातचीत गोपनीय रहेगी। किसी भी सांस्कृतिक अथवा धार्मिक विश्वासों का ध्यान रखें। इसके साथ ही सेवाकर्ता को निम्नवत् वार्ता करनी चाहिए:–

- महिला तथा उसके परिवार को प्रोत्साहित करें कि वे जटिलता से जुड़ी हुई सभी घटनाओं के विषय में सम्पूर्ण ब्यौरा दे और सच–सच बताये।
- सुनें कि महिला तथा उसके परिवारजन क्या कहना चाहते हैं तथा उन्हें अपनी चिन्ताओं को बयान करने के लिए प्रोत्साहित करें, चेष्टा करें कि उन्हें बीच में न टोका जाय।
- महिला की गोपनीयता तथा लज्जा की इच्छा का आदर करने हेतु परीक्षण मेज के आसपास पर्दा खींचे अथवा द्वार बन्द करें।
- महिला को यह जताएँ कि उसको सुना तथा समझा गया है।
- मददगार हावभाव प्रयोग करें जैसे सिर हिलाना (हामी भरना) या मुस्कुराना।
- महिला के प्रश्नों के उत्तर प्रत्यक्ष रुप से शान्ति व पूर्ण विश्वास दिलाते हुए दें।
- समझायें कि स्थिति व जटिलता को संभालने हेतु क्या चरण लिए जायेंगे।
- महिला ने ठीक तरह से समझा है यह जानने हेतु उससे मुख्य बिन्दुओं को दोहराने के लिए कहें।
- यदि एक महिला की शल्य क्रिया होना आवश्यक है तो उसे क्रिया विधि के विषय में समझायें। उससे हो सकने वाले खतरों को बतायें तथा उसकी चिन्ताओं को कम करने में सहायता करें। अत्यधिक जिज्ञासु महिलाओं को शल्य क्रिया एवं ठीक होने में अधिक कठिनाई महसूस होती है।

आपात् स्थिति के दौरान भावनात्मक सहारा देने पर और अधिक सूचनायें देखें।

भावनात्मक तथा मनोवैज्ञानिक सहयोग

सभी संबंधित व्यक्तियों के लिए आपात्कालीन परिस्थितियाँ अक्सर बहुत बेचैनी पैदा कर देती हैं तथा इतनी सारी भावनाओं को जागृत करती हैं जिनके महत्वपूर्ण परिणाम हो सकते हैं।

भावनात्मक तथा मनोवैज्ञानिक प्रतिक्रियाएँ

आपात्कालीन स्थिति में परिवार के प्रत्येक सदस्य की प्रतिकियाएँ निम्न बातों पर निर्भर करती हैं:–

- अपने पति से महिला का वैवाहिक स्तर अथवा सम्बन्ध।
- महिला की सामाजिक स्थिति, उसके साँस्कृतिक तथा धार्मिक प्रचलन, विश्वास तथा उम्मीदें।
- सामाजिक, कियात्मक एवं भावनात्मक मदद का स्वरुप तथा उसमें कार्यरत व्यक्ति का निजी व्यक्तित्व।
- समस्या का स्वरुप, गहनता, आगे होने वाली सम्भावित समस्यायें तथा गुणकारी स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की उपलब्धता।

आपात्कालीन प्रसव तथा मृत्यु से जुड़ी कुछ सामान्य प्रतिक्रियाएँ:–

- इन्कार (विचार कि "यह सच नहीं हो सकता")
- सम्भावित उत्तरदायित्वों से संबंधित ग्लानि।
- गुस्सा (अधिकतर स्वास्थ्य देखभाल करने वाले स्टाफ के प्रति होता है, परन्तु कभी – कभी गुस्से को प्रत्यक्ष रुप से अपने ही ऊपर इस असफलता के लिए थोपना)
- परितोलन (लालच देना) (विशेषकर जब रोगी जीवन और मृत्यु के बीच झूल रहा हो)
- उदासीनता और आत्मसम्मान/जोश की समाप्ति जो अधिक समय तक हो सकती है।
- अकेलापन (अन्य लोगों से भिन्न अथवा पृथकता की भावना)–यह देखभाल में लगे सेवा कर्ताओं द्वारा मजबूत की जा सकती है।
- समय व स्थान का आभास न होना

संचार एवं सहयोग के सामान्य सिद्धान्त

प्रत्येक आपात्कालीन अवस्था स्वयं में अनूठी होती है। निम्नलिखित सामान्य सिद्धान्त दिशा निर्देश देते हैं। संचार तथा सच्ची सहानुभूति सम्भवतः ऐसी परिस्थितियों में प्रभावी देखभाल की सबसे महत्वपूर्ण कड़ी है।

घटना के समय

- जो लोग पीड़ित हैं उनकी सुनें। महिला तथा परिवारजनों से क्षति तथा दुःख के विषय में बात करने की आवश्यकता होगी।
- विषय को न बदलें तथा बातचीत को सरल तथा कम दुखदायी बातों की ओर मोड़ें। सहानुभूति दर्शाएँ।
- महिला तथा परिवारजनों को घटित हो रही सभी बातों के विषय में अधिक से अधिक बतायें। स्थिति और उसके प्रबन्धन को समझाने से उनकी चिन्ताओं में काफी कमी आ सकती है तथा वे आने वाले घटनाक्रम के लिए तैयार रहते हैं।
- ईमानदार (सच्चे) बनें। आप जो नहीं जानते वह स्वीकार करने में संकोच न करें। अपने को जानकार दिखाने के स्थान पर आपसी विश्वास बनाए रखना अधिक अच्छा है।
- यदि संचार में भाषा बाधक हो तो अनुवादक को ढूँढे।
- समस्या (स्थिति निस्तारण) को नर्सिंग स्टाफ अथवा जूनियर पर न छोड़ें।
- इस बात को पक्का करें कि महिला के पास जब तक सम्भव हो पूरे प्रसव पीड़ा के दौरान तथा प्रसव के समय उसकी ही पसन्द का उसकी देखभाल करने वाला व्यक्ति उसके पास रहे। एक मददगार साथी के रहने से एक महिला अकेलापन व पीड़ा कम होने के साथ अपने भय तथा पीड़ाओं का भी सामना कर सकती है।
- जहाँ तक सम्भव हो साथियों को देखभाल में सक्रिय भूमिका लेने हेतु प्रोत्साहित करें। साथी को बिस्तर के सिरहाने रहकर देखभाल में महिला की भावनात्मक आवश्यकताओं पर केन्दित रहने की आज्ञा दें।
- घटना के समय एवं बाद में जितना अधिक सम्भव हो महिला तथा परिवारजनों को एकान्तता मुहय्या करें।

घटना के पश्चात

- आवश्यक सहायता, सूचना तथा भावनात्मक सहयोग दें।
- प्रचलित मान्यताओं तथा प्रचलनों का आदर करें तथा परिवार की आवश्यकताओं को यथा सम्भव स्थान दें।
- महिला तथा परिवारजनों को लिए सलाह मशविरा दें तथा घटनाक्रम पर उनकी बातें सुनें।
- समस्या को समझाएँ जिससे उनकी चिन्ता तथा ग्लानि कम होने में मदद मिले। कुछ महिलाएं / परिवार घटना चक्र के लिए अपने को दोषी समझते हैं।
- समझें तथा जाहिर करें कि महिला की भावनाओं को समझा गया है। बिना बोले हावभाव से शब्दों से अधिक संचार कर सकते हैं जैसे: हाथ का हलके से दबाव अथवा अपनेपन की निगाह, अच्छा खासा संचार कर सकते हैं।
- सूचनाओं को अनेकों बार दोहरायें तथा सम्भव हो तो लिखित सूचना दें। आपातस्थिति का अनुभव करने वाले व्यक्ति बहुधा मौखिक बातों को अधिक याद नहीं रखते।
- आपात प्रसूति के समय गुस्से, ग्लानि, दुःख--दर्द अथवा पछतावे का अनुभव करने पर, स्वास्थ्य सेवाकर्ता, हो सकता है महिला तथा परिवारजनों से बचना चाहें। भावनाओं को दिखाना कोई कमजोरी नहीं है।
- याद रखें, ऐसे सभी स्टाफ का ख्याल व ध्यान रखें जो स्वयं में ग्लानि, दुःख, असमंजस तथा अन्य भावनाओं का अनुभव कर रहे हों।

मातृ मृत्यु एवं घातकता

एक महिला की शिशु जन्म के समय अथवा गर्भधारण संबंधित घटनाओं में हुई मृत्यु उसके परिवार तथा जीवित बच्चों के लिए विनाशकारी अनुभव है। ऊपर दर्शाये गए सिद्धान्तों के साथ निम्नलिखित बातें याद रखें:–

घटना के समय

- जब तक महिला चेतन अवस्था में हो अथवा अनिश्चित रुप से जान रही हो कि क्या घटित हुआ है और उसके साथ क्या हो सकता है उसे अधिक से अधिक समय तक मनोवैज्ञानिक देखभाल मुहैय्या करवायें।
- यदि मृत्यु टल नहीं सकती तो, उसकी चिकित्सकीय देखभाल की आपात् स्थिति (अब अटल) पर केन्द्रित होने के स्थान पर उसको भावनात्मक तथा आत्मीय आराम महसूस करायें।
- उसे हर समय सम्मान दें और उसे आदरपूर्ण इलाज उपलब्ध करायें उस दशा में भी जब कि महिला बेहोशी की अवस्था में हो अथवा उसकी मृत्यु हो चुकी हो?

घटना के पश्चात

- महिला के पति या परिवारजनों को उसके साथ रहने दें।
- यदि सम्भव हो तो महिला की अन्तिम क्रिया के (इन्तज़ामों) प्रबन्धनों में मदद करें तथा उनके समस्त दस्तावेज़ों की उपलब्धता सुनिश्चित करें।
- उन्हें समझायें कि क्या घटित हुआ तथा उनके प्रत्येक प्रश्न का उत्तर दें। परिवारजनों को बाद में भी आकर किसी भी अतिरिक्त प्रश्न का उत्तर पाने की आज्ञा दें।

(अत्यधिक) मातृत्व क्षति

शिशु जन्म कभी–कभी महिला में घातक शारीरिक तथा मनोवैज्ञानिक नुकसान पहुँचा देते हैं।

घटना के समय

- महिला तथा उसके परिवारजनों को प्रसव के सभी स्तरों पर सम्मिलित करें विशेषकर जब यह उनकी कोई साँस्कृतिक प्रतिबद्धता (समस्या) हो।
- यदि सम्भव हो तो इस बात को सुनिश्चित करें कि सेवाकर्ता महिला तथा उसके पति की भावनात्मक तथा सूचनात्मक आवश्यकताओं का ख्याल रखते हैं।

घटना के पश्चात्

- दशा तथा उसके उपचार के विषय में स्पष्ट रुप से समझायें ताकि महिला तथा उसके पति उसे समझ सकें।
- जब जैसी जरूरत हो वैसे उपचार अथवा किसी अन्य सेवा केन्द्र पर रेफर करने का प्रबन्ध करें।
- छुट्टी के बाद देखभाल हेतु आने के लिए सुनिश्चित करें जिससे अग्रिम प्रगति तथा उपचार के अन्य उपलब्ध तरीकों पर विचार विमर्श हो सके।

नवजात शिशु मृत्यु या घातकता

आपात प्रसव करते समय स्थिति का अनुभव कर रही किसी महिला को भावानात्मक सहारा देने वाले सिद्धान्तों का ध्यान रखें। यदि उसके शिशु की मृत्यु हो जाय या किसी असामान्यता के साथ जन्मे तब कुछ विशेष बातों पर ध्यान दें।

बच्चेदानी के भीतर मृत्यु अथवा मृत शिशु का जन्म

शिशु की मृत्यु पर किसी महिला की प्रतिक्रिया को बहुत सी बातें प्रभावित करती हैं। उपर्युक्त बतलाई गयी सभी बातों के साथ–साथ निम्न बातें भी सम्मिलित हैं:–

- महिला के पहले प्रसव तथा जीवन का स्वास्थ्य सम्बन्धी इतिहास
- किस सीमा तक बच्चे की चाह थी?
- शिशु जन्म तथा उसकी मृत्यु के इर्द–गिर्द घूमता हुआ घटनाक्रम।
- पूर्व में हुई किसी मृत्यु का कोई अनुभव

घटना के समय

- महिला के सहयोग के लिए उसे निद्रा हेतु औषधि का प्रयोग टाले। निद्रा औषधि देने से हो सकता है उसको दुःख अनुभव बाद में फिर से हो जिससे सम्भवतः भावनात्मक घाव भरने की प्रक्रिया उसके लिए अधिक कठिन हो जाय।

- माता पिता को उन समस्त कोशिशों को देखने दें जो स्वास्थ्य सेवाकर्त्ता ने उनके शिशु को जीवित रखने हेतु की हैं।
- महिला व उसके पति के लिए ग़म (दुःख) सहज बनाने हेतु अपने शिशु को देखने व गोद में लेने के लिए प्रोत्साहित करें।
- सम्भवतः व्याकुल कर देने अथवा उम्मीद से अलग दिखने वाले शिशु (लाल झुर्रियों वाला अथवा छिली हुई त्वचा) के लिए माता–पिता को तैयार करे। यदि आवश्यक समझें तो शिशु को लपेट दें जिससे पहली निगाह में जितना सम्भव हो वह सामान्य दिखे।
- शिशु तथा महिला को बहुत जल्दी पृथक न करें (जब तक वह स्वयं उसके लिए राजी होने का संकेत न करे)। इससे हो सकता है कि उसे भावनात्मक घाव भरने की प्रकिया में देरी अथवा व्यवधान न हो।

घटना के बाद

- महिला तथा उसके परिवार को शिशु के साथ समय व्यतीत करने को कहें। मृत शिशु के विषय में भी माता–पिता को जानना आवश्यक होता है।
- लोग विभिन्न तरीकों से दुःख सहते हैं पर अधिकतर लोगों के लिए यादें महत्वपूर्ण होती हैं ऐसे में महिला/परिवार को कोई भी छोटी निशानियाँ जैसे बालों की लट, शय्या का लेबल या नाम का बधना देने व रखने पर आपत्ति न करें।
- जहाँ जन्म पर शिशु का नाम देने का रिवाज है महिला तथा परिवारजनों को शिशु को उनके द्वारा चुने गये नाम से पुकारने को कहें।
- महिला तथा परिवारजनों को, यदि उनकी इच्छा हो, अन्तिम संस्कार करने दें।
- स्थानीय मान्य तरीकों से अन्तिम संस्कार के लिए प्रोत्साहित करें तथा इस बात को सुनिश्चित करें कि चिकित्सकीय प्रक्रियाएँ (जैसे कि पोस्ट–मार्टम) इसके लिए बाधक न बनें।
- महिला तथा उनके पति दोनों के साथ विचार विमर्श करें जिससे कि घटित घटना तथा भविष्य के लिए सम्भव एहतियाती मानकों पर चर्चा हो सके।

विनाशकारी शल्य किया

मृत शिशु को निकालने हेतु किये जाने वाली अन्य विनाशकारी शल्य क्रियायें बेचैन करने वाली हो सकती हैं तथा इसमें अतिरिक्त मनोवैज्ञानिक देखभाल वांछनीय होती है।

- यह आवश्यक है कि आप महिला व उसके परिवार को बता दें कि शिशु की मृत्यु हो चुकी हैं तथा आप मां को बचाना अधिक जरूरी समझते हैं।
- महिला के पति को प्रोत्साहित करें कि बेहोशी या शान्तिकर औषधि देने के समय तक वह माता को संभाले तथा आराम पहुँचायें।
- यदि प्रक्रिया के दौरान (मध्य) माँ जागती अथवा अर्धजाग्रत अवस्था में है तो उसे शिशु एवं प्रकिया को देखने से बचायें।
- प्रक्रिया के पश्चात ऐसा प्रबन्ध करें कि महिला अथवा परिवारजन यदि इच्छुक हों तो शिशु को देखें विशेषकर जब परिवार वाले शिशु के अन्तिम संस्कार की जिम्मेदारी लें।

घटना के उपरान्त

- महिला के साथी के लिए मिलने का समय असीमित करें।
- माँ तथा उसके पति को अच्छी तरह समझायें तथा इस बात का विश्वास दिलायें कि इसके अतिरिक्त कोई रास्ता नहीं था।
- घटना के अनेकों सप्ताह पश्चात भी बाद की देखभाल हेतु मुलाकात का प्रबन्ध करें जिससे किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के साथ उसे गर्भधारण के लिए तैयार करें (अथवा गर्भधारण के लिए अयोग्य होने पर गर्भधारण न करने को बतायें)
- यदि उचित हो तो परिवार नियोजन सम्बन्धी सलाह उपलब्ध करायें (देखें – सारिणी–7 पृष्ठ सं. 69)

विकृत शिशु का जन्म

माता–पिता तथा परिवार के लिए विकृत अंगों के साथ जन्मा शिशु एक विनाशकारी अनुभव है इस पर प्रतिक्रियायें भिन्न हो सकती हैं :

- महिला को शिशु को देखने व पकड़े रहने को कहें। कुछ महिलायें शिशु को तुरन्त स्वीकार कर लेती है जबकि कुछ अधिक समय लेती हैं।
- ऐसी अवस्था में जब असाधारण जन्म के विषय में पहले से सोचा भी न गया हो, अविश्वास, इन्कार दुःख सामान्य प्रतिक्रियाएं होती हैं। अन्याय, निराशा, उदासीनता, चिन्ता, क्रोध, पराजय, अनुमान या शंकाओं की भावना सामान्य है।

घटना के समय

- प्रसवोपरान्त शिशु को माता–पिता को दें। समस्या को माता–पिता द्वारा तुरन्त देख लेने से हो सकता है यह कम पीड़ादायक हो।
- अत्यन्त विकृत दशा में होने पर माता को देने या पकड़ाने से पूर्व शिशु को लपेट दें जिससे कि वह बच्चे की सामान्यता को पहले देखे। माता को असामान्यता का परीक्षण करने के लिए बल न दें।
- एक बिस्तर अथवा चारपाई कक्ष में उपलब्ध करायें जिससे कि यदि वह इच्छुक हो तो कोई साथी उनके साथ रह सके।

घटना के उपरान्त

- यदि सम्भव हो तो शिशु तथा उसकी समस्या पर महिला तथा उसके परिवार के साथ एक साथ बातचीत करें।
- महिला तथा उनके पति को शिशु से मिलने की स्वतंत्रता दें। हर समय शिशु को मां के साथ रखें। माता–पिता जितना अधिक अपने शिशु के लिए स्वयं करेंगें, उतनी ही जल्द वह उसे अपने शिशु के रुप में स्वीकारेंगें।
- सहयोगी व्यक्तियों तथा दलों की पहुँच सुनिश्चित करें।

मनोवैज्ञानिक क्षति

बहुधा प्रसवोपरान्त भावनात्मक उदासीनता एक सामान्य लक्षण है जो कभी–कभी चिंता से लेकर (80 प्रतिशत महिलाओं को प्रभावित करता है) मानसिक असन्तुलन तक हो सकती है। प्रसवोपरान्त मानसिक असन्तुलन माता तथा शिशु के जीवन के लिये भी खतरा हो सकता है।

प्रसवोपरान्त उदासीनता

प्रसवोपरान्त उदासीनता 34 प्रतिशत महिलाओं को प्रभावित करती है तथा यह प्रसव पश्चात प्रारम्भिक सप्ताहों अथवा माह में दिखता है तथा कभी–कभी एक वर्ष या अधिक बना रह सकता है, यह आवश्यक नहीं है कि उदासीनता सर्वप्रथम दिखने वाला लक्षण हो यद्यपि यह आमतौर पर दृष्टिगोचर होता है । अन्य लक्षणों में थकावट, चिड़चिड़ाहट, रुंहांसापन, असहायता की भावना तथा निराशाएँ हैं। अनिद्रा, सिरदर्द, दमा, कमर दर्द, योनि से स्राव तथा पेट का दर्द या संभोग में अरूचि भी हो सकती है। अजीब सोच, शिशु अथवा स्वयं को नुकसान पहुँचाने का भय, आत्महत्या के विचार तथा व्यक्तित्व में बदलाव (obsessional thinking) आदि लक्षण भी सम्मिलित हो सकते हैं।

प्रसवोपरान्त उदासीनता की प्रगति शीघ्र निदान व उपचार पर निर्भर है। प्रारम्भिक चरणों में उपचार के अच्छे परिणाम मिलते हैं। एक तिहाई से अधिक महिलायें एक वर्ष के भीतर ठीक हो जाती हैं। प्रसव पीड़ा के समय एक साथी के रहने से प्रसवोपरान्त उदासीनता रोकी जा सकती है।

एक बार स्थापित हो जाने पर प्रसवोपरान्त उदासीनता में मनोवैज्ञानिक सलाह–मशविरा तथा कियात्मक सहायता की आवश्यकता होती है। सामान्यतः–

- मनोवैज्ञानिक सहारे तथा कियात्मक सहायता दें (बच्चे के साथ तथा घर में देखभाल द्वारा)
- महिला की बात सुनें तथा उसे उत्साहित करें और सहारा दें।
- महिला को इस बात का विश्वास दिलायें कि उसका अनुभव एक बहुत सामान्य बात है तथा अनेकों महिलाओं में भी समान प्रकार के अनुभव होते हैं।
- माता को मातृत्व के बारें में पुनः सोचने के लिए सहायता करें तथा पति–पत्नी को नए माता–पिता के रुप में अपने–अपने नियत कर्तव्यों के विषय में सोचने हेतु सहायता करें। उन्हें अपनी उम्मीदों तथा कियाकलापों में समायोजन की आवश्यकता हो सकती है।
- बहुत अधिक उदासीनता होने पर यदि उपलब्ध हो तो उदासीनता मिटाने वाली औषधि के विषय में विचार करें। इस बात को जान ले कि स्तन के दूध के द्वारा शिशु में औषधि संचारित हो सकती है ऐसी दशा में स्तनपान के विषय में पुर्ननिर्धारण किया जाना चाहिए।
- देखभाल घर पर आधारित हो सकती है तथा दिन में देखभाल केन्द्रों द्वारा भी की जा सकती है।

प्रसवोपरान्त मानसिक असन्तुलन

प्रसवोपरान्त मानसिक असन्तुलन सामान्य रुप से प्रसव के समय होता है तथा 1% से कम महिलाओं को प्रभावित करता है। कारण हांलाकि अज्ञात है परन्तु इससे पीड़ित लगभग आधी महिलाओं में पहले से मानसिक रोग की हिस्ट्री अवश्य होती है। प्रसवोपरान्त मानसिक असन्तुलन का आरम्भ आकस्मिक रूप में भय, चित्त पर मिथ्या

प्रभाव, भ्रम, अनिद्रा, शिशु के साथ व्यस्तता दर्शाना, अत्याधिक उदासीनता, निराशा तथा आत्महत्या या शिशु हत्या की प्रवृत्ति के रुप में होता है।

प्रायः शिशु की देखभाल सामान्य रूप से की जा सकती है। लगभग 50 प्रतिशत महिलाओं में प्रगति बहुत अच्छी होती है, परन्तु 50 प्रतिशत महिलाओं में दोबारा अगले प्रसव के समय यह पुनः हो सकता है। सामान्य रूप से सुनिश्चित करें :–

- मनोवैज्ञानिक सहारा दें तथा कियात्मक मदद करें, (शिशु के साथ तथा घर की देखभाल में)
- महिलाओं को सुनें, सहारा दें तथा प्रोत्साहित करें, यह दुखी परिणामो से बचाने हेतु महत्वपूर्ण है।
- दबाव को कम करें।
- जब माँ अस्थिर हो, तब भावनात्मक विषयों पर चर्चा न करें।
- यदि मानसिक रोग सम्बन्धी औषधियों का प्रयोग हो रहा हो तो जागरुक रहें कि स्तन के दूध में औषधि आ सकती है ऐसी दशा में स्तनपान के विषय में पुर्ननिर्धारण करें।

अध्याय–3

आपात् स्थितियाँ

आपात स्थितियाँ अचानक हो सकती हैं यह या तो फिट्स या झटके अथवा किसी जटिलता को ठीक से ध्यान न करने के परिणामस्वरुप उत्पन्न हो सकती है।

आपात् स्थितियों की रोकथाम

अधिकतम आपात् स्थितियाँ निम्नवत् रोकी जा सकती हैः–

- सावधानीपूर्ण योजना द्वारा।
- चिकित्सकीय दिशा निर्देशों के पालन द्वारा
- महिला की नजदीकी देखभाल

आपात स्थिति में देखभाल

आपात् स्थिति में देखभाल के लिए आवश्यक है कि स्वास्थ्य सेवा दल के सदस्य अपने– अपने कर्तव्यों को जानें कि दल को आपात् स्थिति में किस प्रकार सबसे अधिक प्रभावकारी ढंग से कार्य करना है।

दल के सदस्यों को निम्न बातें जाननी चाहिएः–

- रोग की वास्तविक स्थिति, निदान तथा उपचार।
- औषधियाँ, उनका प्रयोग किया जाना तथा प्रयोग में आने वाली औषधियों के प्रयोग की विधि एवं उनके दुष्प्रभाव।
- आपातकालीन उपकरण तथा उनकी कार्य विधि।

किसी संस्था की आपात् स्थिति की क्षमता का आंकलन तथा उसे पुनः सुदृढ़ बनाने हेतु यह बेहतर होता है कि वहाँ आपात् स्थिति का अनेक बार रिहर्सल करके देख लिया जाये।

प्रारम्भिक प्रबन्धन

आपात् स्थिति के प्रबन्धन हेतुः–

- *शान्त रहें, तर्कपूर्ण सोचें तथा महिला की आवश्यकताओं पर ध्यान केन्द्रित रखें।*
- महिला को अकेले न छोड़ें।
- जिम्मेदारी निर्धारित कर, एक व्यक्ति को उत्तरदायी बनाकर, असमंजस समाप्त करें।
- **सहायता हेतु चिल्लायें,** एक व्यक्ति सहायता के लिए भेजें तथा दूसरे व्यक्ति को आपातकालीन उपकरण तथा सामग्री हेतु (उदाहरणार्थ आक्सीजन सिलिंडर आपातकालीन किट आदि) इकट्ठा करने भेजें।

- यदि महिला मूर्छित है तो श्वास नली, सांस तथा परिवहन तंत्र का आंकलन करें।
- यदि शॉक (shock) का सन्देह हो, तो तुरन्त उपचार प्रारम्भ करें। यदि शॉक (Shock) के लक्षण न भी हो तब भी शॉक (Shock) का ध्यान रखें क्योंकि शॉक (Shock) की वास्तविक स्थिति उत्पन्न होने तक महिला की दशा अत्यन्त गम्भीर हो सकती है।
- महिला को उसकी बाँयी करवट लिटायें और पैरों को ऊंचा रखें। तंग कपड़ों को ढीला करें।
- महिला से वार्ता करें तथा उसको शान्त रहने में उसकी सहायता करें। उससे पूछें कि क्या हुआ तथा उसे क्या महसुस हो रहा है।
- तत्काल परीक्षण करें। जैविक लक्षणों (रक्तचाप, नाड़ी, श्वास, तापमान) तथा त्वचा के रंग का, परीक्षण करके अनुमान लगायें कि कितना रक्त निकल चुका है तथा विशेष चिन्हों तथा लक्षणों का आंकलन करें।

सामान्य देखभाल के सिद्धान्त

संक्रमण की रोकथाम

संक्रमण निवारण के दो प्राथमिक उद्देश्य हैं:–

- सेवा देते समय संक्रमण से बचाना।
- खतरनाक रोगों जैसे कि हेपेटाइटिस बी तथा एच.आई.वी./एड्स को महिला सेवाकर्ताओं तथा अन्य स्टाफ जिनमें सफाई कर्मचारी तथा रख रखाव करने वाले व्यक्ति भी सम्मिलित हैं, में फैलाव की आशंका को कम करना।
- संस्तुति की गयी संक्रमण निवारण पद्धति निम्नलिखित सिद्धान्तों पर आधारित है:–
  - प्रत्येक व्यक्ति (रोगी अथवा स्टाफ) को संभावित संक्रमित समझा जाना चाहिए।
  - एक से दूसरे को संक्रमित होने से बचाने हेतु हाथ धोना सर्वश्रेष्ठ साधारण प्रक्रिया है।
  - किसी भी तरल वस्तु, कटी त्वचा, म्यूकस मैम्बरेन्स (श्लेष्म कला), रक्त या अन्य शारीरिक स्राव को छूने से पहले दस्तानों को पहनना।
  - किसी भी शारीरिक स्राव के छिटकने अथवा फैलने की दशा में अवरोधकों जैसे बचाव करने वाले चश्मे, चेहरा ढकने के मास्क अथवा बाहरी पोशाक को पहनना।
  - सुरक्षित कार्य विधियाँ अपनाएँ जैसे सूइयों पर ढक्कन लगाना अथवा मोड़ना। उपकरणों की उचित प्रक्रिया तथा चिकित्सीय कूड़े का विधिवत निस्तारण करना।

हाथ धोना

- अच्छी तरह रगड़ कर दोनों हाथों को साधारण अथवा कीटाणुनाशक साबुन से झाग बना कर हर हिस्से को मलकर साफ करें। 15 से 30 सेकेण्ड तक हाथ धोएँ तथा बहते हुए पानी से धोकर स्वच्छ करें।

हाथ कब–कब धोएँ?

- महिला का परीक्षण करने से पूर्व तथा पश्चात् (अथवा सीधे सम्पर्क करते समय)
- रक्त अथवा शारीरिक स्राव से दूषित होने पर। (यद्यपि दस्ताने पहने हों तब भी)
- दस्तानों को उतारने के पश्चात क्योंकि हो सकता है कि दस्तानों में छिद्र रहें हों।
- हाथ धोने को बढ़ावा देने के लिए सभी कार्यक्रम प्रबन्धकों को हर प्रकार से यह चेष्टा करनी चाहिए कि साबुन उपलब्ध रहे तथा स्वच्छ जल चाहे तो नल, अथवा टोटी वाली बाल्टी में उपलब्ध रहे तथा प्रत्येक व्यक्ति को हाथ पोंछने के लिए पृथक तौलिया मिले। कई लोगों के बीच एक ही तौलिये का प्रयोग न करें।
  - शल्य क्रिया के समय हाथ धोने हेतु देखें पृष्ठ सं. 25

(अ) साफ बहते पानी तथा साबुन से हाथ धोएं

(आ) साबुन के झाग को हाथों पर अच्छी तरह मलें

(इ) हाथ के सभी हिस्सों को रगड़ कर धोएं

चित्र 1 – हाथों को धोना

दस्ताने तथा बचाव की पोशाक

दस्ताने कब पहने?

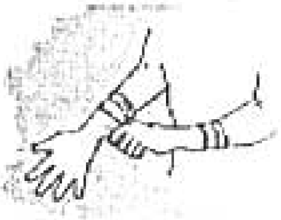
- जब कोई भी प्रक्रिया करें।
- जब प्रयोग किये गए उपकरण, दस्ताने या अन्य वस्तुओं का रख–रखाव करें।
- जब दूषित कूड़े (रुई, गौज कपड़ा अथवा पट्टियों का निस्तारण करें)।
- एक दूसरे को संक्रमण से बचाने हेतु प्रत्येक महिला के लिये पृथक दस्तानों के जोड़ों का प्रयोग करना चाहिए।
- एक ही बार प्रयोग किए जाने वाले दस्तानों का प्रयोग अधिक अच्छा होता है पर जहाँ इनकी प्राप्ति सीमित है वहाँ शल्य क्रिया योग्य दस्ताने पुनः प्रयोग किये जा सकते हैं, जब उनका :–
  - 0.5 प्रतिशत क्लोरीन घोल में 10 मिनट तक डुबोकर विसंदूषण करें।
  - साफ पानी व डिटरजेन्ट से धोकर सुखायें।
  - 15 पोण्ड दबाव पर 30 मिनट भाप द्वारा ऑटोक्लेविंग (इससे सभी सूक्ष्म कीटाणु नष्ट हो जाते हैं) अथवा उच्च कोटि विसंक्रमण करें (इससे सभी सूक्ष्म कीटाणु नष्ट हो जाते हैं किन्तु कुछ कीटाणुओं के अण्डे नहीं मरते)

नोटः यदि एक बार प्रयोग कर फेंक देने वाले दस्तानें दोबारा प्रयोग में लाये जा रहें हैं तो उन्हें तीन बार से अधिक प्रयोग न करें क्योंकि उनमें दिखाई न देने वाले छिद्र हो सकते हैं।

दस्ताने जो कटें हों अथवा उनमें छिद्र या कटाव दिखाई दें, उनका प्रयोग न करें।

- एक साफ गाउन, आवश्यक नहीं है कि स्टैरिलाइज़ हो, सम्पूर्ण प्रसव प्रक्रिया के दौरान पहना जाना चाहिए।
    - यदि गाउन की आस्तीने लम्बी हों, तो दस्तानों को संदूषण से बचाने हेतु दस्तानों को गाउन की आस्तीन के ऊपर चढा दें।
    - इस बात को सुनिश्चित करें कि दस्तानों वाले हाथ (स्टैरिलाइज्ड/उच्चकोटि विसंक्रमित) कमर से ऊपर रखें जायें तथा वह गाउन के सम्पर्क में न आयें।

चित्र 2 – हाथ धोने में साधारणतया छूटने वाले हिस्से



(अ) रक्त या शारीरिक स्राव से गीली सतह, वस्तु या अंग को छूने से पहले दस्ताने अवश्य पहने।

(आ) प्रक्रिया के समय टोपी, आंखों का चश्मा, चेहरे का मास्क, प्लास्टिक एप्रेन व गाउन, दस्ताने का प्रयोग करें।

(इ) औजारों की सफाई करते समय रबर के मोटे दस्तानें अवश्य पहने।

(ई) रक्त या शारीरिक स्राव से सने गौज, कपड़े वगैरह उठाते समय रबर के मोटे दस्तानें पहने।

चित्र–3 बचाव की पोशाक व अवरोधों का प्रयोग

सारिणी-2 साधारण प्रसव प्रक्रिया हेतु दस्ताने तथा गाउन सम्बंधी आवश्यक बातें

प्रक्रिया	मान्य दस्ताने [1]	विकल्प दस्ताने [2]	गाउन
खून निकालना–नस से बोतल चढ़ाना (infusion को प्रांरभ करना)	परीक्षण [3]	उच्चकोटि विसंक्रमित शल्यकीय [4]	नहीं
पेल्विक अंगो की अन्दरूनी जांच (पी.वी.)	परीक्षण	उच्चकोटि विसंक्रमित	नहीं
बच्चेदानी की सफाई ग्रीवा/बच्चेदानी का मुख द्वार खोलना तथा सफाई करना, कॉल्पाटमी ग्रीवा अथवा योनि के कटाव	उच्चकोटि विसंक्रमित शल्यकीय	जीवाणु रहित (स्ट्रेराइल) शल्यकीय	नहीं
पेट का आपरेशन, सीज़ेरियन सेक्शन, हिस्ट्रेक्टमी, फटी बच्चेदानी का सिलना, सैलपिन्जेक्टमी, यूटेराइन आरट्री को बांधना, प्रसव बाइ मैन्यूअल कमप्रेशन आफ यूटरस, हाथ द्वारा आंवल निकालना, पलटी हुई बच्चेदानी को सही करना, औजारो द्वारा प्रसव	स्टैरिलाइज्ड शल्यकीय	उच्चकोटि विसंक्रमित शल्य	साफ/उच्चकोटि विसंक्रमित अथवा जीवाणु रहित
औज़ारों की सफाई तथा रखरखाव	मोटे रबर के [5]	परीक्षण या शल्यकीय	नहीं
संदूषित कूड़े का निस्तारण	मोटे रबर के	परीक्षण या शल्यकीय	नहीं
रक्त अथवा शारीरिक स्राव के छींटो की सफाई	मोटे रबर के	परीक्षण या शल्यकीय	नहीं

(1) रक्तचाप जाँचते समय, तापमान देखने तथा इन्जेक्शन लगाते समय दस्ताने तथा गाउन को पहनना आवश्यक नही है।
(2) वैकल्पिक दस्ताने साधारणतया अधिक मंहगे होते हैं तथा उनके लिये मान्य दस्तानों से अधिक तैयारी की आवश्यकता होती है।
(3) परीक्षण हेतु दस्ताने केवल एक बार प्रयोग करने के पश्चात् निस्तारित करने वाले रबर के दस्ताने होते हैं। यदि यह दस्ताने दोबारा प्रयोग करने हों तो उन्हे विसंक्रमित साफ अथवा स्टैरिलाइज्ड किया जाना चाहिये।
(4) शल्य क्रिया में काम आने वाले दस्ताने लेटैक्स/रबर के होते हैं तथा सही नाप होने पर हाथ में फिट बैठते हैं।
(5) मोटे रबर के बहुउपयोगी दस्ताने मोटे/घरेलू कार्यों वाले दस्ताने होते हैं।

धारदार औजारों तथा सूइयों का रखरखाव

शल्य क्रिया कक्ष तथा प्रसव कक्ष

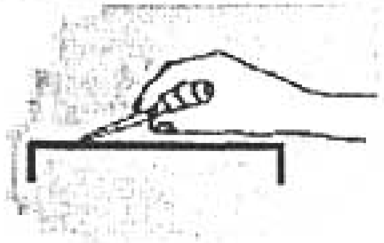
- सुरक्षित सही स्थान के अतिरिक्त किसी अन्य स्थान पर नुकीले, धारदार औजार/उपकरण अथवा सूइयाँ न छोड़ें।
- औजार देने से पूर्व दूसरे कार्यकर्ताओं को बताएं कि आप नुकीले औज़ार देने जा रहे हैं।

  सुइयाँ व सिरिंज (Hypodermic Needles)
  - एक सुई व सिरिंज का एक ही बार प्रयोग करें।
  - सुई अथवा सिरिंज को अलग न करें ।
  - निस्तारण से पूर्व सूईयों पर ढक्कन न लगायें, उन्हें मोड़े अथवा तोड़ें नहीं।
  - मोटे गत्ते के न फटने वाले डिब्बे में सूई तथा सिरिंजों का निस्तारण करें।
  - Hypodermic सूइयों को जला दें जिससे उनका पुनः उपयोग न हो सके।

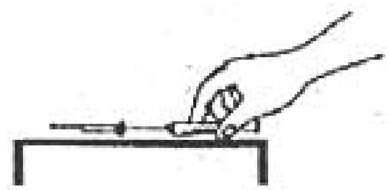
नोटः– जहाँ निस्तारण योग्य सूईयाँ उपलब्ध न हों तथा पुनः ढक्कन चढ़ाने का चलन हो वहाँ एक हाथ द्वारा ढक्कन चढ़ाने की विधि प्रयोग करें:–

- किसी सख्त व सीधी सतह पर ढक्कन रखें।
- सिरिंज को एक हाथ से पकड़ें तथा सूई को ढक्कन में डालकर ढक्कन सहित सुई को उठा लें।
- जब ढक्कन सूई की नोक को ढक ले तो हाथ से सूई के ढक्कन वाले किनारे को पकड़कर दूसरे हाथ से ढक्कन को ठीक से बन्द कर दें।

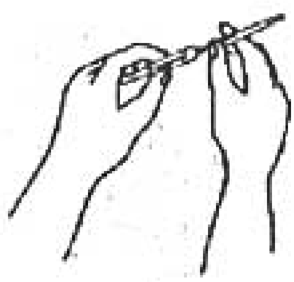
सुई – प्रयोग की हुई इन्जेक्शन सुई पर ढक्कन न लगायें और उसे मोड़ें तोड़ें नहीं (चित्र–5)। यदि ढक्कन ढकना अति आवश्यक है तो "एक हाथ की विधि" का प्रयोग करें (चित्र–4)। सुई पर दोनों हाथों से ढक्कन ढकने से चुभने का खतरा बढ़ जाता है।



चरण 1 : इन्जेक्शन की सुई के ढक्कन को सख्त सतह पर रखें।

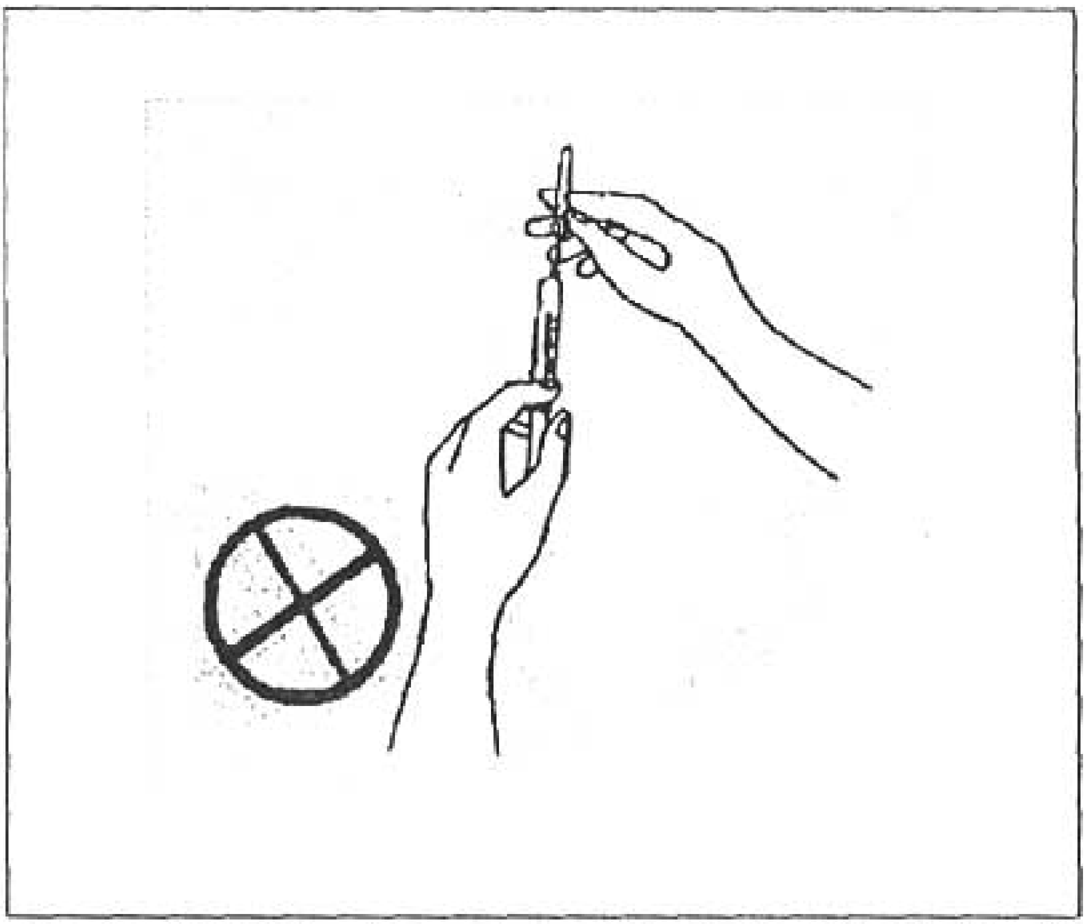


चरण 2 : एक हाथ से सिरिन्ज पकड़ें तथा सुई को ढक्कन में डाल कर ढक्कन को सुई से उठा लें।



चरण 3 : जब ढक्कन सुई की नोक को ढक ले तो दूसरे हाथ से ढक्कन ठीक से बन्द कर दें।

चित्र–4 प्रयोग की गई सुई पर ढक्कन लगाना, एक हाथ की विधि



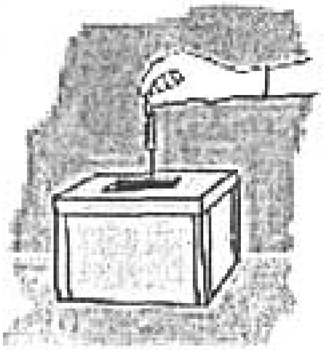
चित्र–5 प्रयोग की हुई इन्जेक्शन सुई पर ढक्कन न लगाएं, उसे तोड़े मोड़े नहीं

कूड़े का निस्तारण

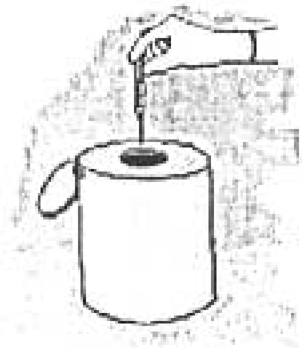
- कूड़ा निस्तारण करने का उद्देश्य :
  - चिकित्सालय कर्मचारी जो कि कूड़े के निस्तारण में लगते हैं उनको संक्रामित होने से बचाना।
  - स्थानीय समुदाय में संक्रमण फैलने से रोकना।
  - दुर्घटनावश जख्मी होने से स्वास्थ्य सफाई कर्मियों का बचाव
- असंक्रमित कूड़ा (उदाहरणार्थ दफ्तर के कागज, बक्से) जिनमें संक्रमण का कोई शक नहीं होता उसे स्थानीय नियमानुसार निस्तारित किया जा सकता है।
- चिकित्सालय के कर्मचारियों तथा समुदाय में संक्रमण फैलने को कम करने हेतु इस बात की आवश्यकता है कि संक्रमित कूड़े (रक्त तथा शारीरिक रक्तस्राव से संक्रमित वस्तुओं) का उचित प्रबन्ध हो।

उचित प्रबन्धन करने का तात्पर्य है :–

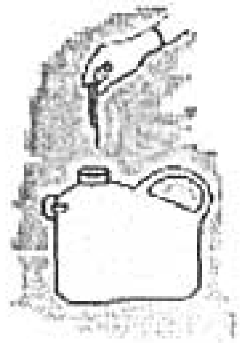
- मोटे रबर के दस्ताने पहनें।
- सभी संक्रमित कूड़ा निस्तारण स्थान पर ढक्कनदार डिब्बों में पहुँचाया जाय।
- सभी नुकीली धारदार वस्तुएँ न फटने वाले डिब्बों में निस्तारित करें।
- धुलाई के पश्चात् निकलने वाला दूषित पानी सावधानीपूर्वक किसी नाली या शौचालय सीट में डालें।
- संकमित कूड़ों को गड्ढ़े में दबा दें अथवा जलाएँ।
- संकमित कूड़ा निस्तारित करने के पश्चात दस्ताने, बाल्टी आदि तथा हाथों को धोएँ।



पंक्चर-प्रूफ बाक्स
मोटे गते का डिब्बा जिसको टेप लगाकर मजबूत बनाया गया है तथ ऊपरी सतह काट कर छेद बनाया गया है।

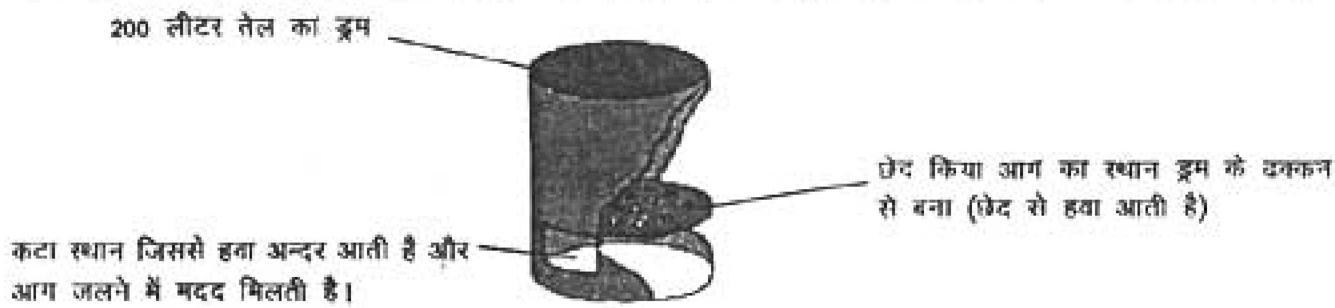


पंक्चर-प्रूफ बाक्स
प्लास्टिक बोतल – कोई भी प्लास्टिक बोतल जैसे साइडेक्स बोतल (ढक्कन डिब्बे के साथ टेप से चिपकाया गया है)

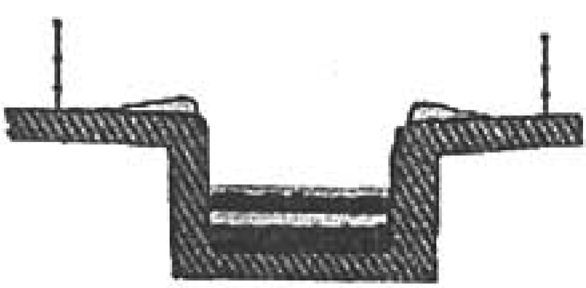


पंक्चर-प्रूफ बाक्स
तेल का डिब्बा (ढक्कन डिब्बे के साथ टेप से चिपकाया गया है)

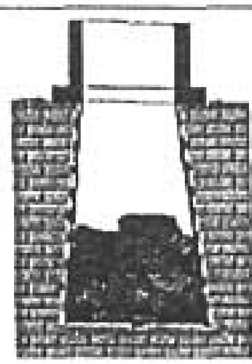
चित्र–6 नुकीली वस्तुओं का निस्तारण



चित्र–7 'ड्रम भस्मक'



(अ) आड़ बना गाड़ने का स्थान



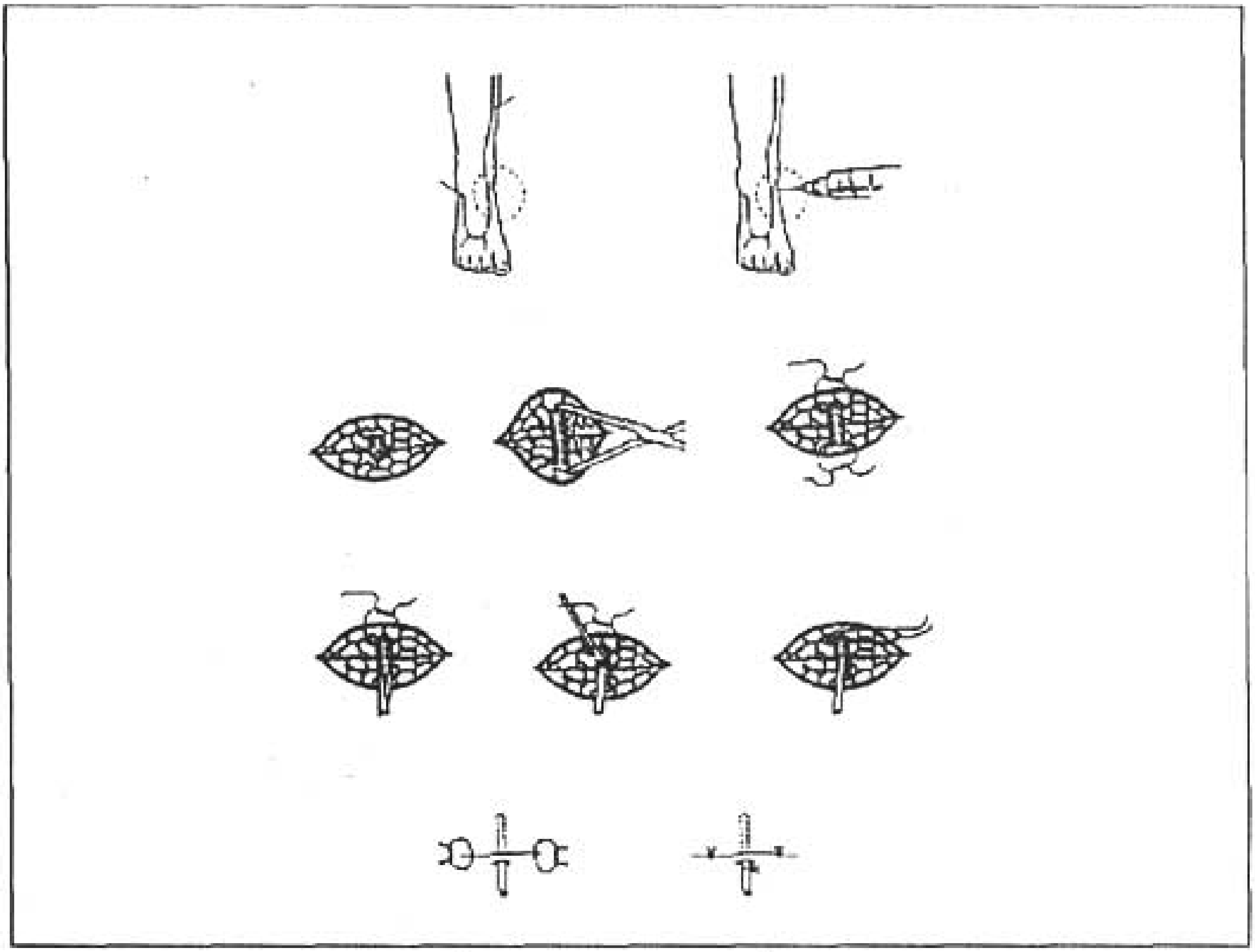
(आ) दीवार से घिरा गाड़ने का स्थान

चित्र–8 कूड़े को गड्ढे में दबाना

नस द्वारा द्रव (I.V. infusion) देना प्रारम्भ करना

- नस द्वारा दवाई देना प्रारम्भ करें
  (यदि महिला शॉक (Shock) में हो तो दो लोग लगें), लम्बी /मोटी 16 नम्बर की अथवा उपलब्ध सबसे लम्बी सूई का प्रयोग करें।
- नस द्वारा बोतल (I.V. fluids) नार्मल सलाइन या रिंगर लैक्टेट को महिला की दशा देखते हुए उचित दर से चलाएँ।

  नोटः यदि महिला शॉक (Shock) में हो तब प्लाज़्मा के स्थानापन्न, (Substitute) उदाहरणार्थ डेक्सट्रान (Dextran) का प्रयोग न करें। ऐसा कोई उदाहरण नहीं है कि प्लासमा स्थानापन्न किसी शॉक (Shock) में आई हुई महिला को पुनः स्थापित करने में नार्मल सलाइन से बेहतर है। डेक्सट्रान की अधिक मात्रा (खुराक) नुकसानदायक भी हो सकती है।
- यदि कोई पतली छोटी नस द्वारा पानी तरल न चढ़ाया जा सके तो नस में कट–ओपन करे। (चित्र S-1)



चित्र–9 नस काटकर द्रव देना

प्रक्रिया के मूल सिद्धान्त

किसी साधारण (शल्य किया रहित) प्रक्रिया से पूर्व यह आवश्यक है कि :–

- समस्त उपलब्ध संसाधनों (Supplies) को एकत्रित व तैयार करें। पूरा सामान न होने से प्रक्रिया में रुकावट आती है।
- महिला पर की जाने वाली प्रक्रिया तथा महिला के लिए उसकी आवश्यकता के विषय में समझाएँ तथा रजामंदी हासिल करें।
- प्रक्रिया में लग सकने वाले समय का अनुमान कर लेने के पश्चात उसे दर्द निवारक औषधि दें।
- की जाने वाली प्रक्रिया अनुसार उचित स्थिति में महिला को रखें। प्रसव प्रक्रियाओं में सबसे साधारण प्रयोग की जाने वाली लीथोटोमी स्थिति (Lithotomy position) है (चित्र–10)
- साबुन व पानी से हाथ धोएँ (देखें पृष्ठ सं. 16 व 26) तथा प्रक्रिया हेतु उचित दस्तानों को पहने (चित्र–3)
- प्रक्रिया की आवश्यकतानुसार (उदाहरणार्थ मैनुअल सफाई के साथ) योनि तथा ग्रीवा की किसी विसंक्रमण औषधि से तैयारी करें।
  - यदि आवश्यक हों तो उस स्थिति में महिला के पेट का निचला भाग (पेडू) तथा योनि के आस–पास साबुन तथा पानी से धोएँ।
  - उच्चकोटि विसंक्रमित अथवा स्टैरिलाइज़्ड स्पैकुलम अथवा रिट्रेक्टर को धीरे से अन्दर डालें।
  - यदि एन्टीसेप्टिक से प्रक्रिया के लिए त्वचा को तैयार करना है तो
  - स्थानीय भाग को साबुन पानी से धोएं।
  - उच्चकोटि विसंक्रमित अथवा स्टैरिलाइज्ड आगे से गोलाकार फारसेपस (Ring forceps) तथा रुई अथवा गौज के टुकड़े का प्रयोग करते हुए Antiseptic Solution (एन्टीसेप्टिक घोल) (उदाहरणार्थ Iodophores Chlorohexidine) को प्रक्रिया वाले स्थान पर लगायें। यदि स्वाब (Swab) दस्ताने लगे हाथों में लिया गया हो तो इस बात का ध्यान रखा जाना चाहिए कि बिना तैयार की गई त्वचा के छूने के कारण दस्ताने विसंक्रमित न हुए हों।
  - मध्य से प्रारम्भ करते हुए बाहर की ओर गोलाकार घुमाते हुए बाहर की तरफ जाए।
  - बाहरी हिस्से में जाकर स्वाब को फेंक दें।
  - कभी भी तैयार किये स्थान से मध्य के स्थान पर उसी स्वाब को वापस न ले जायें।
  - अपनी बाँह तथा कोहनी को उठा कर रखें तथा शल्य किया में काम आने वाला पहनावा शल्य क्रिया क्षेत्र से दूर रखें।

चित्र–10 लिथोटोमी स्थिति (The lithotomy position)

अध्याय–5

शल्य क्रिया हेतु देखभाल के सिद्धान्त

चिकित्सक, मिडवाइफ अथवा नर्स का किसी भी प्रक्रिया को सम्पन्न करने के दौरान पूरा ध्यान महिला पर ही होता है। शल्यक्रिया में लगे हुये सफाई कर्मचारियों तथा अन्य व्यक्तियों का ध्यान समस्त प्रक्रियाओं पर तो रहता ही है, साथ ही शल्य क्रिया दल द्वारा शल्य क्रिया करते समय पड़ने वाली समस्त आवश्यकताओं पर भी केन्द्रित रहता है।

शल्यक्रिया से पूर्व देखभाल के सिद्धान्त

शल्यक्रिया कक्ष को तैयार करना

निम्नवत सुनिश्चित करें –

- शल्यक्रिया कक्ष स्वच्छ हो (प्रत्येक प्रक्रिया के उपरान्त इसको स्वच्छ करना चाहिए।)
- सभी आवश्यक वस्तुओं, उपकरणों, औषधियों तथा आक्सीजन सिलेण्डर की उपलब्धता सुनिश्चित कर लेना चाहिए।
- आपातकालीन उपकरणों की उपलब्धता बनी रहने तथा उनकी क्रियाशीलता को भी सुनिश्चित कर लेना चाहिए।
- प्रत्येक शल्यक्रिया दल के संभावित सदस्यों हेतु पहने जाने वाली शल्य परिधानों की पर्याप्त मात्रा होना चाहिए।
- स्वच्छ कपड़े उपलब्ध होने चाहिए।
- स्टैरिलाइज्ड सामान (उदाहरणार्थ दस्तानों, गौज़, औज़ारो) की उपलब्धता (एक्सपाइरी तिथि से पूर्व की दशा में) भी होना चाहिए।

शल्यक्रिया हेतु महिला को तैयार करना

- की जाने वाली प्रक्रिया तथा उसके उद्देश्य के विषय में महिला को समझाएं। यदि महिला बेहोश हो तब प्रक्रिया के विषय में उसके परिवारजनों को समझाकर बताएं।
- प्रक्रिया किये जाने हेतु लिखित सहमति पत्र प्राप्त करें।
- महिला तथा उसके परिवारजनों को उसके साथ की जाने वाली प्रक्रिया हेतु भावनात्मक तथा मनोवैज्ञानिक रूप से तैयार करें। (देखें पृष्ठ सं. 4)
- महिला के चिकित्सकीय इतिहास का पुनर्निरीक्षण करके देख लें कि वह किसी वस्तु अथवा औषधि से ऐलर्जिक तो नहीं है।
- उसके रक्त के नमूनों को हेमोग्लोबिन तथा अन्य जांच करने हेतु भेजें। रक्त चढ़ाने की सम्भावना हेतु रक्त का प्रबन्ध करें और यदि आवश्यकता हो तो रक्त चढ़ाने में देरी न करें।

- जिस स्थान पर चीरा लगाया जाना हो आवश्यकतानुसार वहां साबुन व पानी से धोया जाना सुनिश्चित करें।
- महिला के प्यूबिक बालों पर शेव न करें क्योंकि इससे शल्यक्रिया के घाव में संक्रमण होने का ख़तरा बढ़ जाता है। यदि आवश्यक हो तब बालों को कैंची से काटकर छोटा कर दें।
- जैविक लक्षणों (रक्तचाप, नाड़ी, श्वसन तथा तापमान) पर नज़र रखें तथा अंकित करें।
- बेहोश किये जाने से पूर्व दी जाने वाली उपयुक्त औषधियों को दें।
- एस्पिरेशन कर लेने की दशा में पेट के भीतर के एसिड को कम करने हेतु ऐण्टासिड (0.3% सोडियम साइट्रेट 30 मि0ली0 अथवा मैग्नीशियम ट्राईसिलिकेट 300 मि0ग्रा0) महिला को दें।
- यदि आवश्यकता हो तब मूत्राशय में नलिका डालें तथा मूत्र निकलते रहने को मौनीटर करें।
- इस बात को सुनिश्चित करें कि शल्यक दल के सभी सदस्यों (चिकित्सक, निश्चेतक, सहायक, नर्स, मिडवाइफ तथा अन्य) को सभी आवश्यक एवं प्रमुख सूचनाएं मिल गई हों।

शल्य क्रिया के देखभाल के सिद्धान्त

स्थिति (पोज़ीशन)

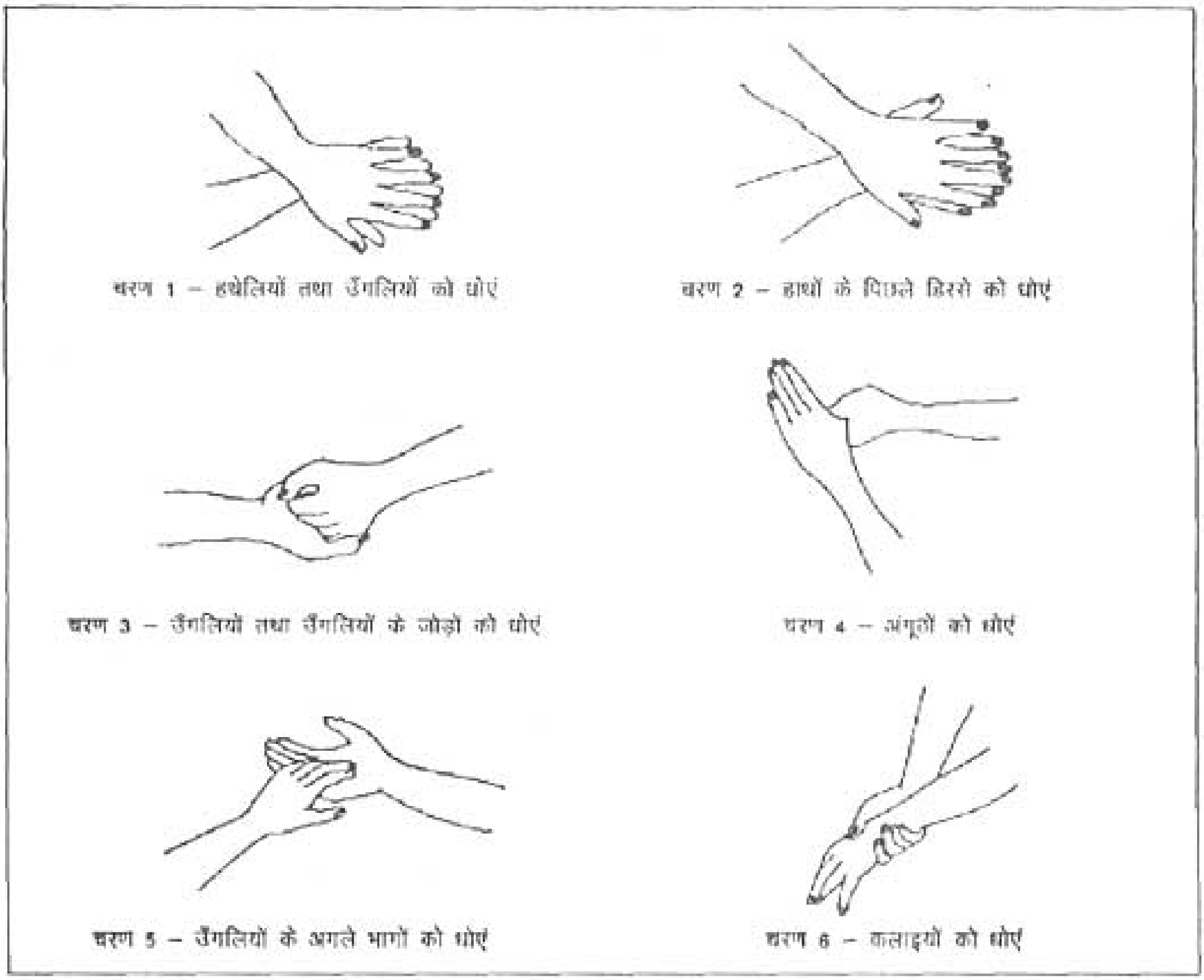
शल्यक्रिया प्रक्रिया हेतु उचित स्थिति में महिला को निम्नवत् रखें–

- शल्यक्रिया किये जाने वाले शरीर के अंग का उचित खुला होना ।
- बेहोशी देने वाले की उपलब्धता होना।
- चिकित्सकों एवं सहायकों की जैविक लक्षणों के लेने तथा नस द्वारा औषधियों को चढ़ाने की मौनीटरिंग हेतु उपलब्धता होना।
- महिला की सुरक्षा को ध्यान में रखते हुये उसको अन्दरूनी चोटों से बचाना तथा उसके रक्त के दौरान को बनाये रखना।

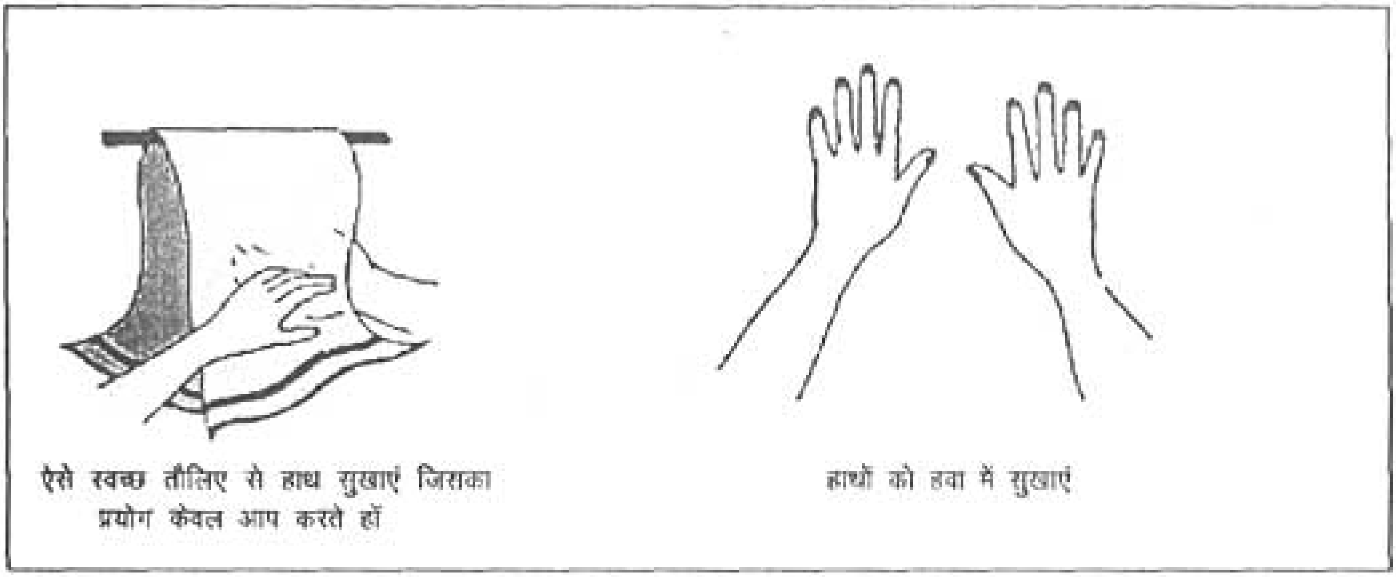
नोट – यदि महिला को उस समय तक प्रसव न हुआ हो तब उसे शल्यक्रिया की मेज पर बांयी ओर झुकाकर अथवा एक तकिये या मोड़े हुये कपड़े को उसकी पीठ के दाहिनी ओर लगाकर रखें जिससे उसके ब्लड प्रेशर में कमी न होने पाए।

शल्य क्रिया हेतु हाथों की सफाई :–

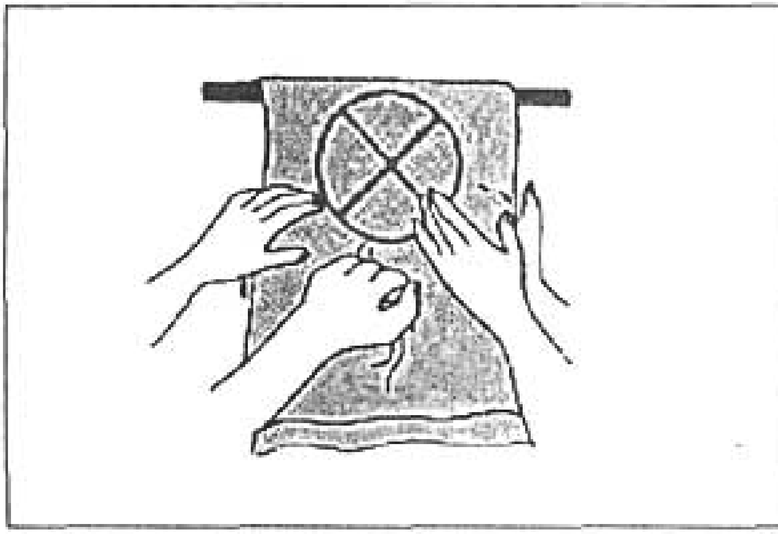
- समस्त गहने उतार दें।
- कोहनी से ऊपर हाथों को उठाए तथा भिगोकर साबुन लगायें।
- उंगलियों के पोरों से प्रारम्भ करते हुये चारों ओर घुमा–घुमा कर झाग निकालकर हाथों को धोएं।
  - सभी उंगलियों के बीच में साबुन लगाकर रगड़ें।
  - एक हाथ की उंगलियों के पोरों से कोहनी रगड़ें तत्पश्चात दूसरे हाथ को इसी प्रकार रगड़े।
- प्रत्येक हाथ को कोहनी से ऊपर रखते हुये उंगली के पोरों से प्रारम्भ करते हुये अलग–अलग धोएं।
- इस बात का ध्यान रखें कि धोने के पश्चात् किसी ऐसी वस्तु के (उदाहरणार्थ कोई उपकरण अथवा सुरक्षात्मक गाउन) जोकि उच्च कोटि द्वारा विसंक्रमित अथवा स्टैरिलाइज़्ड ना हो, सम्पर्क में न आएं। धुले हुये हाथों के किसी भी ऐसी संक्रमित वस्तु के सम्पर्क में आ जाने पर हाथों को पुनः शल्यक्रिया हेतु धोये जाने वाली विधि से धोएं।



चित्र–11 असरदार ढंग से हाथ धोने के चरण



चित्र–12 धोने के बाद हाथों को सुखाना



चित्र–13 सामूहिक तौलिए का प्रयोग न करें

चीरा लगाने के स्थान की तैयारी करना –

- त्वचा को किसी एण्टीसेप्टिक (उदाहरणार्थ आइडोफोर्स, क्लोरहेक्सिडीन) से निम्नवत् तैयार करें।
  - एक उच्चकोटि विसंक्रित रिंग फोरसेप्स में रूई अथवा गौज़ के टुकड़े का प्रयोग करके एन्टीसेप्टिक सोल्यूशन को तीन बार चीरा लगाने वाले स्थान पर लगायें।
  - जहां चीरा लगाया जाना है वहां बीच से प्रारंभ करके चीरा स्थान से बाहर की ओर गोलाकार रूप से घोल को लगाते हुए बढ़े।
  - बाहर की ओर स्टेराइल क्षेत्र के अन्तिम छोर आने पर सोल्यूशन वाले स्वाब को फेंक दें।
- सदैव, शल्यक्रिया स्थान के तैयार होते ही संक्रमण से बचाने हेतु महिला के उक्त भाग को तुरंत ढक दें। यदि ढकने वाले कपड़े के मध्य में खुली हुयी जगह हो उस दशा में ढकने वाले कपड़े के खुले भाग को सर्वप्रथम चीरा लगाये जाने वाले स्थान पर रखें।
- तत्पश्चात् ढके जाने वाले कपड़े को चीरा लगाने के स्थान से बाहर की ओर खोलते जाएं जिससे संक्रमण की संभावना न हो।

ध्यान रखना (मौनीटरिंग) –

सम्पूर्ण प्रक्रिया के दौरान महिला पर ध्यान रखें।

- जैविक लक्षणों (रक्तचाप, नाड़ी, श्वसन दर) चेतनता का स्तर तथा रक्त के बह जाने की मात्रा को मौनीटर करते रहें।
- महिला की बिगड़ती हुयी दशा के तुरंत आंकलन हेतु सभी पाये गये निष्कर्षों को एक मौनीटरिंग प्रपत्र पर अंकित करें।
- संम्पूर्ण शल्य क्रिया के दौरान शरीर में पर्याप्त हाइड्रेशन (द्रव की उचित स्थिति बनाए रखें)।

पीड़ा का प्रबंधन –

पूरी प्रक्रिया के दौरान पीड़ा का उचित प्रबंधन बनाये रखें। वह महिलाएं जो शल्य प्रक्रिया के मध्य में आराम से रहती हैं वे अनावश्यक रूप से हिलने डुलने में कमी के कारण स्वयं को चोट पहुंचाने से बचाती हैं। पीड़ा प्रबंधन के लिये निम्नलिखित बातों का ध्यान रखें।

- भावनात्मक सहारा तथा प्रोत्साहन देना।
- शल्यक्रिया के स्थान को सुन्न करना।
- स्थानीय एनेस्थीसिया (उदाहरणार्थ रीढ़ की हड्डी द्वारा) देना।
- सामान्य एनेस्थीसिया देना।

एण्टीबायोटिक्स –

- प्रक्रिया प्रारंभ करने से पूर्व प्रोफाइलेक्टिक एन्टीबायोटिक्स दें। यदि महिला का सीजर होने जा रहा हो तब उस दशा में शिशु के प्रसव होने के पश्चात् ही प्रोफाइलेक्टिक देना प्रारंभ करें।

चीरा लगाना –

- प्रक्रिया हेतु केवल उतना ही बड़ा चीरा लगायें जितना आवश्यक हो।
- चीरे को बहुत अधिक सावधानी से लगायें तथा एक के पश्चात् एक परत को खोलते जाए।

उत्तकों (टिशु) को सम्भालना –

- उत्तकों को कोमलता से सम्भालें।
- जब चिमटी का प्रयोग कर रहे हो तो यथासम्भव चिमटी को केवल एक ही बार क्लिप करें। इससे सुगमता व आराम रहेगा तथा प्रक्रिया के उपरान्त मृत उत्तकों की मात्रा में कमी होने के कारण संक्रमण के खतरे भी कम होंगे।

रक्त को बहने से रोकना (हिमोस्टासिस) :–

- पूरी प्रक्रिया के मध्य में रक्त को बहने से रोकने का प्रयास (हेमोस्टासिस) बनाये रखें।
- प्रसूति सम्बन्धी जटिलताओं के साथ महिलाओं में अक्सर रक्त की कमी हो जाती है अतः शल्यक्रिया के दौरान रक्त को कम से कम बहने दें।

उपकरण तथा धारदार औज़ारों व सुईयों का प्रयोग –

- प्रक्रिया के प्रारम्भ में तथा उसके उपरान्त सभी उपकरणों, नोकदार/धारदार औज़ारों, सुईयों तथा स्पंजों की गिनती करें।
  - प्रत्येक बार किसी भी शारीरिक कैविटी (उदाहरणार्थ बच्चेदानी, पेट) को बन्द करते समय गिनती अवश्य करें।
  - महिला की केस शीट में सभी शल्य क्रिया में काम आने वाली वस्तुओं की गिनती के सही होने को अंकित करें।
- औज़ारों विशेषकर नुकीले अथवा सुईयों को बहुत सावधानी पूर्वक प्रयोग करें जिससे चोट लगने के खतरे कम रहें। (देखें पृष्ठ सं. 19) जब भी नुकीले उपकरण अथवा सुईयों का प्रयोग करें अथवा दूसरे को दें तब **सुरक्षित क्षेत्र** का प्रयोग करें।
  - एक बर्तन जैसे की किडनी ट्रे का धारदार औजारों के प्रयोग करने अथवा दूसरों को देते समय प्रयोग करें तथा टांके लगाने वाली सुईयों को सुईहोल्डर में रखकर ही दूसरे को दें।
  - दूसरा उपाय यह है कि लेने वाले की ओर नुकीला छोर न करके वरन् हैण्डिल की ओर से ऐसे नुकीले उपकरणों को दूसरों को दें।

निकासी का बनाना –

- सदैव निम्नलिखित अवस्थाओं में पेट से निकासी का स्थान बना रहने दें।
  - बच्चेदानी निकालने के उपरान्त भी रक्तस्राव बना रहने की दशा में।
  - रक्त देर से जमने की बीमारी होने की दशा में।
  - संक्रमण होने अथवा उसकी शंका होने की दशा में।
- एक बन्द निकासी की विधि का प्रयोग किया जा सकता है जिसमें एक कोरूगेटेट रबर ड्रेन को पेट की दीवार अथवा पाउच ऑफ डगलस के भीतर रखा जा सकता है।
- एक बार जब संक्रमण समाप्त हो जाये अथवा मवाद (पस) न आ रहा हो तथा रक्त मिश्रित द्रव्य भी 48 घण्टे तक न निकले तब निकासी (ड्रेन) को हटा दें।

टांके लगाना –

- उत्तकों में कैटगट लगाने हेतु उपयुक्त प्रकार तथा नम्बर के कैटगट का चुनाव करें। (सारिणी–3) "0" नम्बर के द्वारा नम्बर बताये जाते हैं। जितने पतले कैटगट होंगे उतने अधिक 0 लगेंगे (उदाहरणार्थ (000) (3–0) नं0 का टांका (00.2–0) नम्बर से पतला होता है। 1 नं0 लिखा हुआ कैटगट डायमीटर में 0 नम्बर से बड़ा है। पतला सूचर कमज़ोर होता है तथा सरलता से टूट सकता है तथा बहुत मोटे सूचर से उत्तक कट–फट सकते हैं।
- प्रत्येक अंग की शल्यक्रिया हेतु संस्तुति योग्य कैटगट के साईज तथा प्रकार का ध्यान रखें।

सारिणी-3 सही कैटगट के प्रकार

कैटगट के प्रकार	ऊतक	सही टांकों की लगने वाली गांठों की गिनती
सादा कैटगट	डिम्बवाहिनी नलिका (ट्यूब)	3 (ए)
क्रोमिक कैटगट	मांसपेशी, फेशिया	3 (ए)
पोलीग्लाइकोलिक	मांसपेशी, फेशिया तथा त्वचा	4
नायलोन	त्वचा	6
रेशम	त्वचा, आंते	3 (ए)

(ए) क्योंकि यह प्राकृतिक कैटगट हैं अतः इनमें तीन गांठों से अधिक न लगायें क्योंकि इसमें खराश आ सकती है जिससे गांठ कमजोर हो जायेगी।

ड्रेसिंग –

शल्यक्रिया समाप्त होने पर शल्यक्रिया के घाव को स्टैरिलाइज़्ड ड्रेसिंग से ढक दें।

शल्यक्रिया उपरान्त देखभाल के सिद्धान्त

प्रारम्भिक देखभाल–

- महिला की इस प्रकार देखभाल करें कि वह जल्दी ठीक हो जाये।
- महिला को करवट दिलाकर सिर को हल्का सा ऊपर करें कि उसका श्वसन मार्ग खुला हो।
- हाथ के ऊपरी भागों को शरीर के सम्मुख इस प्रकार रखें कि रक्तचाप जांच करने में सरलता हो।
- पैरों को इस प्रकार मोड़कर (फ्लेक्स) रखें जिसमें ऊपरी पैर हल्का सा निचले पैर से अधिक मुड़ा हो जिससे संतुलन बना रहे।
- प्रक्रिया के उपरान्त तुरन्त महिला की दशा का आंकलन करें।
  - जैविक लक्षणों (रक्त चाप, नाड़ी, श्वसन दर तथा तापमान) को पहले घण्टे में प्रत्येक 15 मिनट पर तत्पश्चात् अगले घण्टे में 30–30 मिनट पर चेक करें।
  - महिला के पूर्णरूप से चेतन होने तक उसकी चेतनता के स्तर का प्रत्येक 15 मिनट पर आंकलन करें।

नोट – सुनिश्चित करें कि महिला के होश में आने तक लगातार निगरानी की जा रही है।

- श्वास मार्ग को खुला रखें जिससे श्वास सही ढंग से आए।
- यदि आवश्यक हो तो द्रव्य चढ़ायें (देखें पृष्ठ सं. 22)
- यदि जैविक लक्षण अस्थिर होने लगे तथा द्रव्य चढ़ाने के पश्चात् भी रक्त सम्बन्धि जांच गिरती रहे तब तुरंत शल्यक्रिया कक्ष में वापस ले जायें क्योंकि ऐसी दशा होने का एक कारण रक्तस्राव जारी रहना हो सकता है।

पाचन तंत्र के कार्य (गैस्ट्रोइन्टेस्टाइनल फंक्शन्स)

यह विशेष रूप से प्रसूता रोगियों में तीव्रता से पुन: सामान्य होने लगते हैं। अधिकतर सभी सामान्य दशाओं में शल्यक्रिया के 12 घंटे के उपरान्त आंतों के कार्य सामान्य हो जाने चाहिए।

- यदि साधारण शल्य क्रिया हो तब महिला को तरल पेय दें।
- यदि संक्रमण के लक्षण रहे हों या फंसे हुये गर्भस्थ शिशु हेतु अथवा बच्चेदानी के फट जाने के कारण सीजिरीयन किया गया हो उस दशा में जबतक पेट में गैस न सुनायी दे कोई तरल पेय तक न दें।
- जब महिला को गैस निकलने लगे उस दशा में उसे ठोस आहार देना प्रारंभ करें।
- यदि महिला को बोतले चढ़ाई जा रही हो तब उन्हें चढ़ाना उस समय तक जारी रखें जबतक कि वे भली प्रकार से तरल पेय न लेने लगे।
- इस बात की आशा होने पर कि महिला को अगले 48 घण्टे अथवा उससे अधिक समय तक बोतले लगती रहेंगी उसे एक संतुलित इलेक्ट्रोलाइट सल्यूशन (उदाहरणार्थ पोटैशियम क्लोराइड 1.5 ग्राम, 1 ली0 आई. वी. द्रव्य में करके दें)
- यदि महिला को 48 घण्टे या उससे अधिक समय तक आई.वी. द्रव्य चढ़ाये जा रहे हों तब प्रत्येक 48 घण्टे पर इलेक्ट्रोलाइट हेतु मौनीटर करें क्योंकि बहुत अधिक समय तक दिये जाने वाले आई.वी. द्रव्यों के कारण इलेक्ट्रोलाइट संतुलन बदल सकता है।

- चिकित्सालय से छुट्टी देने से पूर्व यह बात सुनिश्चित कर लें कि महिला ने सामान्य भोजन खाना प्रारम्भ कर दिया है।

मरहम पट्टी तथा घाव की देखभाल

ड्रेसिंग घाव भरने की प्रक्रिया (पुनः त्वचा का ऊपर आना) रिएपिथेलिगालाइज़ेशन होते समय संक्रमण होने से बचाव करने के लिये सुरक्षा प्रदान करती है। शल्यक्रिया के प्रथम दिन उस समय जबकि घाव का भरना प्रारम्भ हो रहा हो उस समय संक्रमण न होने हेतु सुरक्षात्मक रूप में ड्रेसिंग को घाव पर रखा रहने दें। तत्पश्चात् ड्रेसिंग खोली जा सकती है।

- प्रारंभिक ड्रेसिंग के पास से यदि रक्त अथवा पानी निकल रहा हो तब ड्रेसिंग को न बदलें।
    - ड्रेसिंग के ऊपर पुनः ड्रेसिंग करें।
    - ड्रेसिंग के ऊपर आ जाने वाले धब्बे को निशान बनाकर रक्त अथवा द्रव्य के निकलने की मात्रा को मौनीटर करें।
    - यदि रक्तस्राव बढ़ जाये अथवा ड्रेसिंग के आधे या उससे अधिक भाग पर रक्त के धब्बे लग जायें तब ड्रेसिंग को हटाकर घाव का निरीक्षण करें एवं दूसरी स्टैरिलाइज्ड ड्रेसिंग को पुनः करें।
- यदि ड्रेसिंग ढीली हो जाये उस दशा में ड्रेसिंग हटाने के स्थान पर उसपर और अधिक टेप लगाकर उसे करें। इससे ड्रेसिंग का विसंक्रमण बनाये रखने में सहायता मिलेगी तथा घाव में संक्रमण का खतरा कम हो जायेगा।
- स्टैराइल विधि का प्रयोग करते हुये ड्रेसिंग को बदलें।
- महिला की चिकित्सालय से छुट्टी होने से पूर्व उसका घाव संक्रमण रहित सूखा तथा साफ होना चाहिए।

पीड़ा निवारण

शल्यक्रिया उपरान्त सही पीड़ा नियंत्रित करना आवश्यक है। एक महिला जिसे अत्यधिक पीड़ा हो वह भलीभांति ठीक नहीं होती।

नोट – अत्यधिक बेहोशी की दवाई न दें क्योंकि इससे हिलने डुलने में कमी हो जाती है जबकि हिलना डुलना शल्यक्रिया उपरान्त आवश्यक है।

मूत्राशय की देखभाल

कुछ प्रक्रियाओं में मूत्राशय में नली डालना आवश्यक होता है। नली को जल्दी निकाल देने से संक्रमण की संभावना कम हो जाती है तथा महिला चल फिर सकती है।

- यदि मूत्र साफ हो रहा हो तब शल्यक्रिया के आठ घण्टे पश्चात् अथवा पहली रात्रि व्यतीत हो जाने के उपरान्त नलिका को निकाल दें।
- यदि मूत्र साफ नहीं आ रहा हो उस दशा में कैथेटर को उस समय तक लगा रहने दें जबतक कि साफ मूत्र न आने लगे।
- यदि निम्नलिखित दशाएं रही हों तब शल्यक्रिया उपरान्त कैथेटर निकालने से पूर्व 48 घण्टे तक प्रतीक्षा करें।

- बच्चेदानी का फटना।
- लम्बे समय तक रहा हुआ अथवा फंसा हुआ प्रसव होना।
- अत्यधिक पेरीनियल सूजन
- पेल्विक पेरिटोनाइटिस के साथ प्यूरपेरल सेप्सिस (पेडू का अन्दरूनी संक्रमण अथवा प्रसवोपरान्त संक्रमण)

नोट – कैथेटर निकालने से पूर्व सुनिश्चित करें कि मूत्र साफ आ रहा हो।

- यदि मूत्राशय में कोई चोट (या तो बच्चेदानी के फटने, आप्रेशन अथवा लेपरोटमी के समय) लगी हो उस दशा में ध्यान रखें।
  - कैथेटर को अपने स्थान पर कम से कम सात दिन तक जबतक कि मूत्र साफ न आने लगे लगा रहने दें। यदि महिला को वर्तमान समय में कोई एण्टीबायटिक न मिल रही हो उस दशा में नाइट्रोफ्यूरंटायन 100 मिली0 ग्राम प्रति दिन के हिसाब से मुंह से उस समय तक खाने को दें, जब तक कि मूत्राशय के संक्रमण (सिस्टाइटिस) से बचाव होने हेतु उसका कैथेटर न निकाल दिया जाये।

एन्टी बॉयोटिक्स

- यदि महिला में संक्रमण के कुछ लक्षण दिखें अथवा महिला को अभी हाल में ज्वर आ रहा हो उस दशा में उसे उस समय तक एण्टी बॉयोटिक्स देना जारी रखें जबतक कि महिला के बुखार को उतरे हुये 48 घण्टे न हो जायें।

टांकों का निकाला जाना

पेट के चीरे के ठीक होने में ऊपरी त्वचा पर लगाये गये टांकों का ठीक होना महत्वपूर्ण होता है। शल्यक्रिया के सात दिन पश्चात् त्वचा के टांकों को निकालें।

ज्वर

- शल्यक्रिया उपरान्त हो जाने वाले ज्वर (38.° से0 अथवा उससे अधिक) का आंकलन किया जाना चाहिए। (देखें पृष्ठ सं. 128)
- अस्पताल से छुट्टी के 24 घंटे पहले महिला का ज्वर मुक्त होना सुनिश्चित करें।

हिलना डुलना

हिलना डुलना (ऐम्बुलेशन) सर्कुलेशन को बढ़ाता है, गहरी सांस दिलाता है तथा पाचन की सामान्य क्रिया को पुनः वापस बनाता है। पैरों तथा पिण्डलियों की मालिश करायें तथा जितनी जल्दी सम्भव हो (आम तौर पर 24 घंटे के भीतर) उन्हें हिलाये डुलायें।

अध्याय–6

सामान्य प्रसव तथा शिशु जन्म

सामान्य प्रसव

- महिला की सामान्य दशा का जैविक लक्षणों (नाड़ी, रक्त स्राव, श्वसन तथा तापमान) के साथ तुरन्त आंकलन।
- गर्भस्थ शिशु की दशा का आंकलन करें –
  - प्रत्येक प्रसव पीड़ा के तुरन्त पश्चात शिशु की हृदय गति दर को सुनें।
  - सक्रिय अवस्था में गर्भस्थ शिशु की हृदय धड़कन को प्रत्येक आधे घण्टे पर तथा द्वितीय अवस्था में प्रत्येक पांच मिनट पर कम से कम एक बार पूरे एक मिनट तक अवश्य गिनें।
  - यदि गर्भस्थ शिशु की हृदय धड़कन असामान्य (प्रति मिनट 100 से कम अथवा 180 धड़कन से अधिक) हो उस दशा में शिशु को परेशानी (डिस्ट्रेस) में समझे।
  - यदि पानी की थैली फट चुकी हो तब बहने वाले एम्नियाटिक द्रव के रंग को देखें।
  - गाढ़े मिकोनियम की उपस्थिति इस बात को दर्शाती है कि बहुत करीब से नज़र रखने की आवश्यकता है तथा पीडित अवस्था (डिस्ट्रेस) में होने वाले गर्भस्थ शिशु के प्रबन्धन हेतु सभी सम्भावित पहलुओं के लिये तैयार रहने की आवश्यकता है।
  - पानी की थैली फट जाने के उपरान्त द्रव्य का न निकलना एमनियाटिक द्रव की कम मात्रा को दर्शाता है जिसे गर्भस्थ शिशु की पीड़ित अवस्था में होने से जोड़ा जा सकता है।

प्रसव तथा शिशु जन्म के दौरान सहयोगी देखभाल

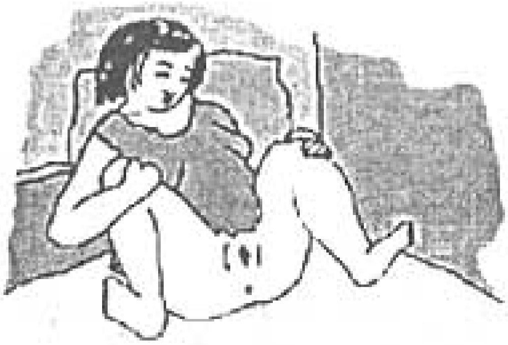
- महिला को उत्साहित करें जिससे वह अपनी पूरी प्रसव पीड़ा तथा प्रसव के दौरान अपनी पसन्द के किसी भी व्यक्ति से व्यक्तिगत सहयोग लेती रहे।
  - प्रसव के समय अपनी इच्छानुसार प्रसव सम्बन्धी साथी से सहयोग प्राप्त करने हेतु उत्साहित करें।
  - महिला के समीप उसके साथी के बैठने का प्रबन्ध करे।
  - प्रसव पीड़ा तथा प्रसव के दौरान उसके साथी को उसे वांछनीय सहयोग (जैसे उसकी पीठ सहलाना, गीले कपड़े से उसकी पलकों को साफ करना अथवा हिलने डुलने में उसकी सहायता करना) देने हेतु उत्साहित करें।
- **सुनिश्चित करें कि सेवाकर्ताओं द्वारा अच्छी बातचीत–संचार तथा सहयोग निम्नवत बना रहे:–**
  - की जाने वाली पूरी प्रक्रिया से उसे अवगत कराना, उसकी सहमति प्राप्त करना तथा उसकी दशा के विषय में बातचीत करना।
  - बच्चे के जन्म के लिये उत्साहवर्धक, सहयोगी वातावरण बनाना तथा महिला की इच्छाओं का आदर करना।
  - एकांत व गोपनीयता सुनिश्चित करना।

- महिला तथा उसके आसपास का वातावरण निम्नवत स्वच्छ बनाएं :–
  - प्रसव पीड़ा प्रारंभ हो जाने से पूर्व महिला को स्वयं को साफ करने अथवा नहाने हेतु उत्साहित करें।
  - प्रत्येक बार परीक्षण से पूर्व योनि तथा जननांगों के चारों ओर धोना सुनिश्चित करें।
  - प्रत्येक बार परीक्षण से पूर्व तथा उपरान्त सेवाकर्ता साबुन से हाथों को धोएं।
  - प्रसव पीड़ा तथा प्रसव के समय स्थान की स्वच्छता सुनिश्चित करें।
  - सभी फैली हुई गन्दगी को साफ कराएं।
- विचरण–टहलना (मोबीलिटी) निम्नवत सुनिश्चित करें
  - महिला को स्वतंत्रता से टहलने (मोबीलिटी) हेतु उत्साहित करें।
  - अपनी इच्छानुसार स्थिति (पोजीशन) बनाकर प्रसव करवाने हेतु महिला की सहायता करें। (चित्र–14, देखें पृष्ठ सं. 35)
- बार–बार पेशाब करके महिला को मूत्राशय खाली करने हेतु प्रोत्साहित करें।

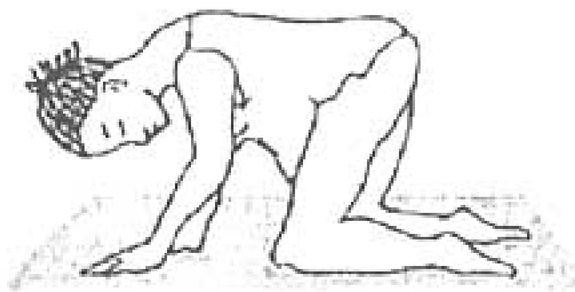
नोट – प्रसव पीड़ा के समय महिला को नियमित रूप से दिया जाने वाला एनिमा न दें।

- महिला को उसकी इच्छानुसार खाने पीने को प्रोत्साहित करें। यदि महिला पीड़ाओं का ठीक से लाभ नहीं उठा पा रही हो अथवा प्रसव पीड़ा के मध्य वह थकती दिखायी दे तब निश्चित रूप से उसे खाने को दें। ऐसे समय में पौष्टिक तरल पेय दें। यहां तक कि प्रसव पीड़ा की अंतिम अवस्था में भी उन्हें देना बहुत महत्वपूर्ण है।
- प्रसव पीड़ाओं तथा प्रसव के समय श्वसन तकनीक (सांस रोककर जोर देना) के विषय में सिखाएं। महिला को सामान्य सांस लेने के स्थान पर काफी धीमी गति से सांस बाहर निकालने के लिये कहें। तथा प्रत्येक बार सांस निकालने के पश्चात् आराम करने के लिये प्रोत्साहित करें।
- महिला जो कि जिज्ञासा, भय अथवा पीड़ा में होती है उसकी सहायता निम्नवत करें।
  - उसकी प्रशंसा (शाबाशी) करें, उत्साह बढ़ायें तथा भरोसा दिलाएं।
  - उसकी प्रसव पीड़ा की प्रगति के विषय में उसे बताते रहें।
  - महिला की बात को सुने तथा उसकी भावनाओं के प्रति संवेदनशील बनें।
- यदि महिला पीड़ा से परेशान हो चुकी हो उस दशा में निम्नवत करें :–
  - उसे अपनी उठने बैठने अथवा लेटने की स्थिति को बदलने को कहें (चित्र–14, देखें पृष्ठ सं. 35)
  - उसके सहयोगी साथी से उसकी पीठ को सहलाने को कहें अथवा उसके हाथों को अपने हाथ में लेने और उसकी पीड़ाओं के बीच में उसके मुंह को कपड़े से पोंछ कर साफ करने को कहें।
  - उचित श्वसन तकनीक द्वारा सांस लेने हेतु उसे प्रोत्साहित करें।
  - गर्म पानी से नहाने हेतु उसे प्रोत्साहित करें।
  - यदि आवश्यक समझें तब एक मि0ग्रा0 प्रति किलो शरीर भार की दर से (किन्तु 100 मि0ग्रा0 से अधिक नहीं) पैथिडीन का इंजेक्शन मांसपेशी द्वारा अथवा धीमी गति से नस द्वारा दें इसके अतिरिक्त मांसपेशी में मॉरफीन का इंजेक्शन 0.1 मि0ग्रा0 प्रति किलो शरीर भार की दर से दें।

प्रसव पीड़ा के मध्य महिला द्वारा अपनायी जाने वाली कुछ शारीरिक स्थितियां



(अ) आधी बैठी हुई



(आ) हाथों और घुटनों के बल

(इ) अकडू बैठ कर

(ई) बाईं करवट लेट कर

चित्र–14 प्रसव के समय की विभिन्न स्थितियाँ

निदान करना

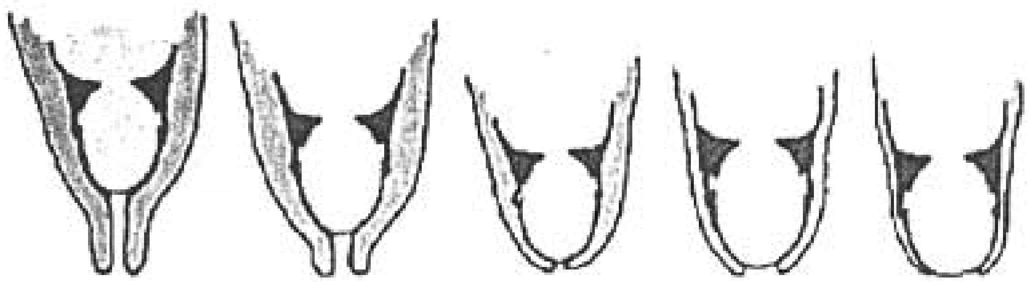
प्रसव पीड़ा का निदान करने में निम्न बातें सम्मिलित होती हैं :—

- प्रसव पीड़ा का निदान एवं पुष्टि करना।
- प्रसव पीड़ा के स्तर तथा चरण को पहचानना।
- गर्भस्थ शिशु के सामने आ जाने तथा उसके खिसकने का आंकलन करना।
- किस रूप में शिशु का आगमन होगा तथा शिशु की स्थिति क्या है इसे पहचानना।

एक त्रुटिपूर्ण निदान, प्रसव संबंधी अनावश्यक परेशानियां तथा विघ्न पैदा कर सकता है।

प्रसव का निदान एवं पुष्टि

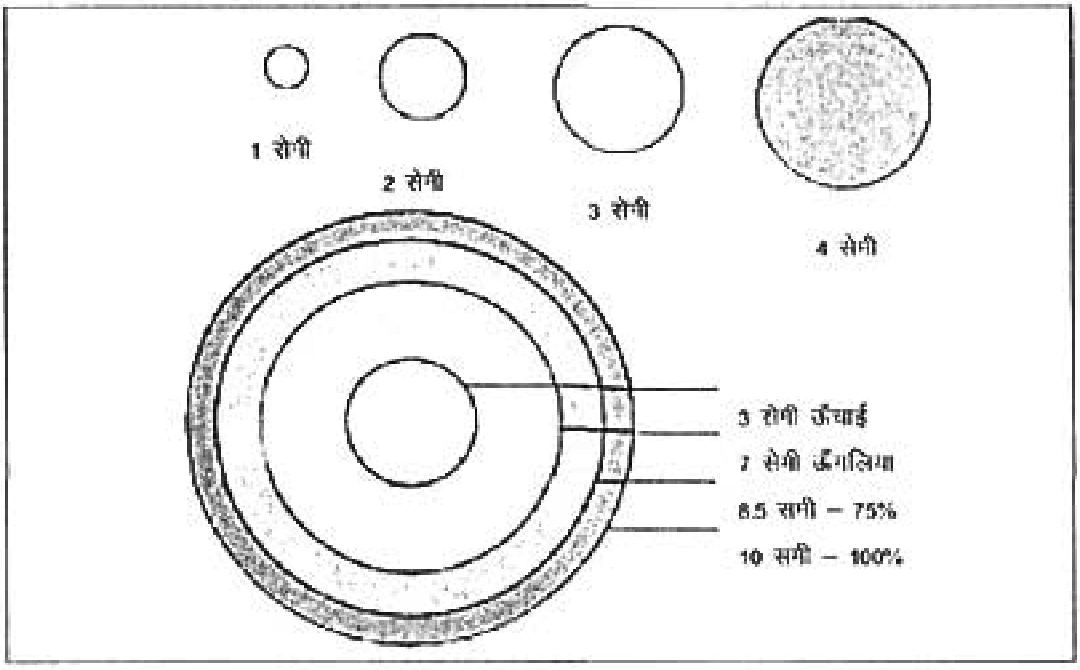
- यदि महिला के साथ निम्नलिखित बातें हों रही हो तो प्रसव की सम्भावना हो सकती है।
  - 22 सप्ताह लम्बे गर्भ काल के पश्चात् रुक–रुक कर पेट में पीड़ा होना।
  - पीड़ा के साथ कभी कभी रक्त मिश्रित स्राव होना (दिखना)
  - योनि से पानी निकलना अथवा अचानक पानी का बहना।
- निम्नलिखित दशाओं में प्रसव पीड़ा का प्रारम्भ हो जाना सुनिश्चित करें :—
  - ग्रीवा का मुंह खुलना (प्रत्यक्ष होना), प्रसव में प्रगति होने के साथ–साथ ग्रीवा का छोटा तथा पतला हो जाना।
  - ग्रीवा द्वार का फैलना (सर्वाइकल डाइलेटेशन ग्रीवा द्वार के बढ़ते हुये घेरे की सेन्टी मीटर में माप) (चित्र–15)



चित्र–15 इफेसमेंट तथा ग्रीवा का फैलना

सीखने की सहायिका - सर्वाइकल ऑस के फैलाव की माप

सामान्यतया सर्विक्स का फैलाव सेन्टीमीटर या ऊँगलियों द्वारा नापा जाता है। यह प्रारूप से.मी. में बताता है। यदि आप ऊँगलियों का प्रयोग करते हैं, अपनी ऊँगलियों को नीचे दिए चित्र द्वारा नापें, जिसके फलस्वरूप आप सर्विक्स के फैलाव को पार्टोग्राफ पर अंकित कर सकते हैं।



चित्र–16 ग्रीवा का फैलना

प्रसव के स्तर व चरण का निदान

सारिणी-4 प्रसव के स्तर व चरण का निदान (ए)

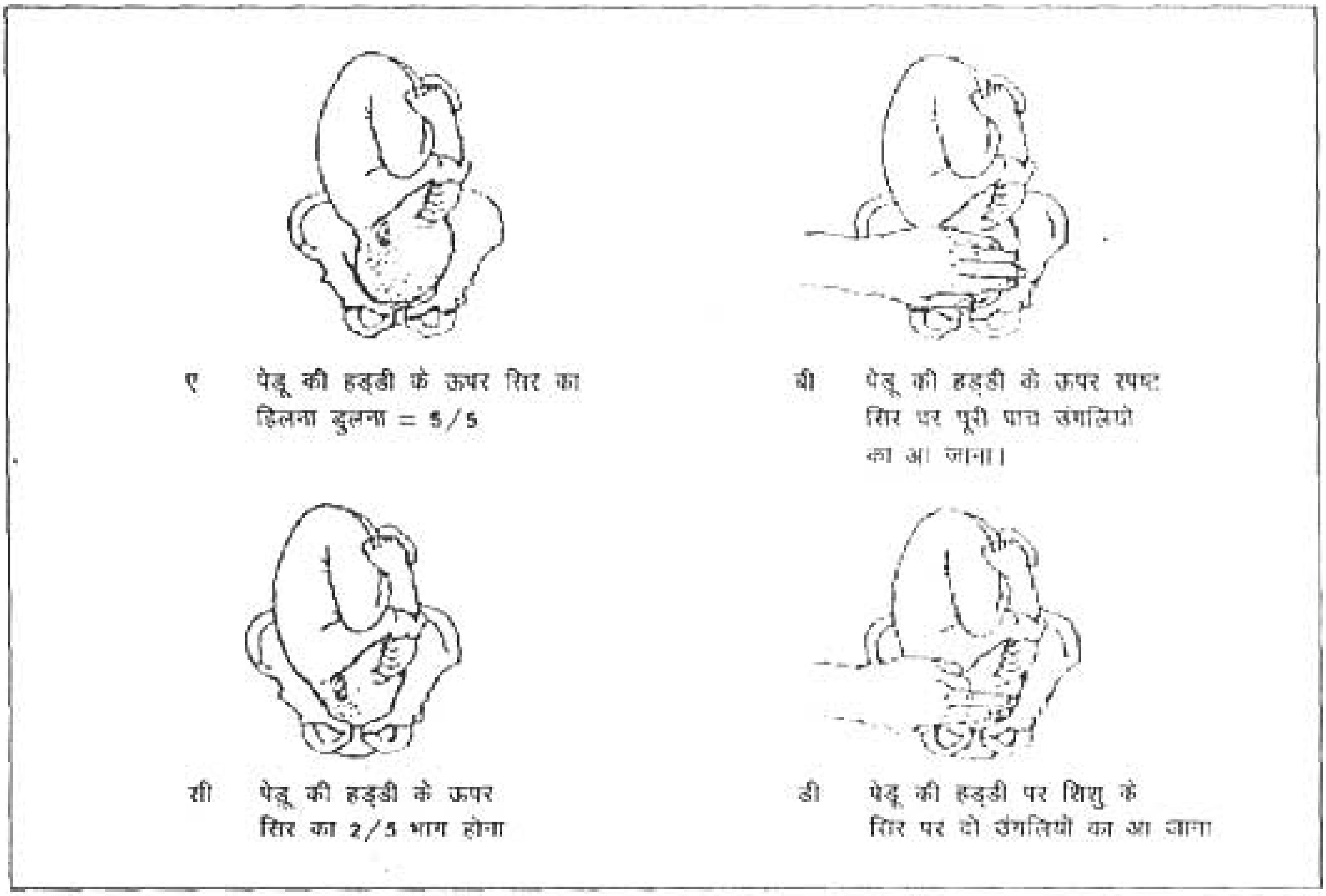
लक्षण तथा चिन्ह	चरण	स्तर
• ग्रीवामुख न खुलने की दशा में	झूठी पीड़ा, (प्रसव में न होना)	
• ग्रीवा प्रवेशद्वार 4 सेमी. से कम खुले होने की दशा में।	प्रथम	अप्रत्यक्ष (लेटेन्ट)
• ग्रीवा प्रवेशद्वार 4 से 9 सेमी. तक खुले होने की दशा में। • ग्रीवामुख के फैलाव की दर विशेष रूप से 1 सेमी. प्रतिघंटा अथवा अधिक होने की दशा मे • शिशु का उतार (डिसेन्ट) प्रारम्भ होने पर	प्रथम	सक्रिय (ऐक्टिव)
• ग्रीवा मुख का पूर्णतया खुला होना (10 सेमी.) • शिशु का नीचे आना (डिसेन्ट) जारी रहना • नीचे जोर लगाने की इच्छा का न होना	द्वितीय	प्रारंभिक
• ग्रीवा पूर्णतया खुली होना (10 सेमी.) • शिशु के आगे आने वाले भाग का पेल्विक फ्लोर की सतह पर आना • महिला को जोर लगाने की इच्छा होना	द्वितीय	अंतिम (नीचे खिसकना)

(ए) प्रसव पीड़ा का तृतीय चरण शिशु जन्म से प्रारंभ होकर आंवल के निकल जाने पर समाप्त होता है।

गर्भस्थ शिशु का नीचे खिसकना

पेट द्वारा प्रत्यक्षीकरण करना –

- पेट द्वारा प्रत्यक्षीकरण करने हेतु शिशु के सिर को पांच भागों के अनुपात में पेडू की हड्डी की ऊपरी सतह पर रहने के नियमानुसार नीचे खिसकने (डिसेन्ट) का आंकलन करें (चित्र–17)
  - एक सिर जोकि पेडू की हड्डी के ऊपर पूर्णरूपेण 5/5 प्रत्यक्ष दिख रहा है। (5/5) (चित्र–16–ए–बी)
  - एक सिर जोकि पेडू की हड्डी के पूर्णतया नीचे 0/5 प्रतीत हो रहा है।

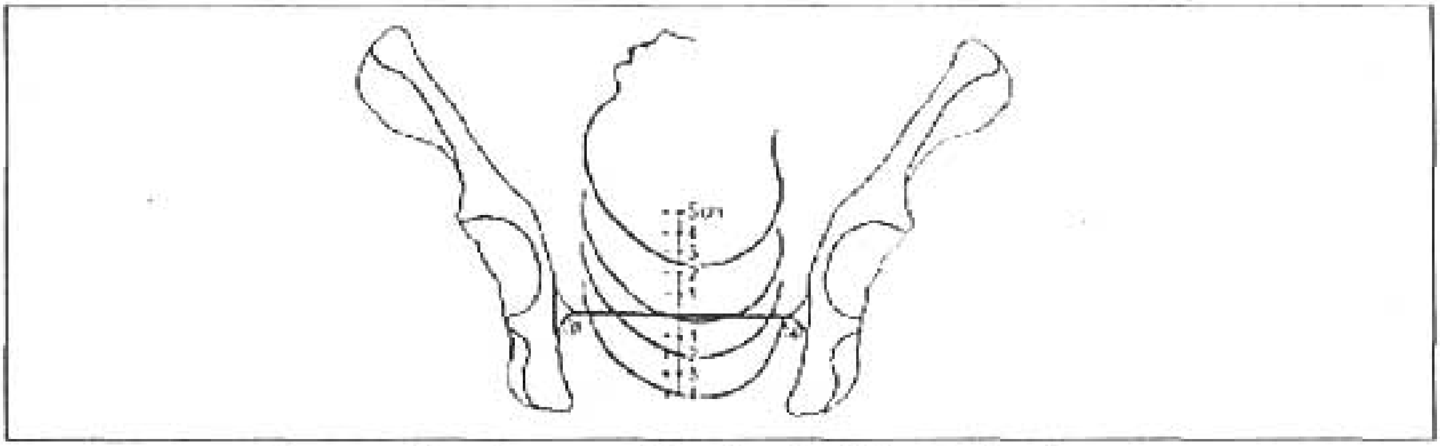


चित्र–17 शिशु के सिर के नीचे आने की पेट द्वारा जांच करना। (छूकर देखना)

योनि द्वारा परीक्षण

- यदि आवश्यक हो उस दशा में शिशु के नीचे आने वाले भाग तथा माता के पेल्विस की इश्चियल स्पाइन्स को संबंधित करते हुये आंकलन हेतु योनि परीक्षण किया जा सकता है। (चित्र–18, पृष्ठ 39)

नोट :– जब कैपट अथवा मोल्डिंग पर्याप्त तौर पर दिख रही हो उस दशा में पेट द्वारा जांच किया जाना (जिसमें सिर को 5 के नियम द्वारा स्पर्श किया जाता है) योनि परीक्षण द्वारा जांच किये जाने से अधिक लाभकारी होता है।



चित्र–18 योनि परीक्षण द्वारा शिशु सिर के नीचे आने की जांच करना;
0 स्टेशन इशचियल स्पाइन्स (एसपी) की स्थिति पर है।

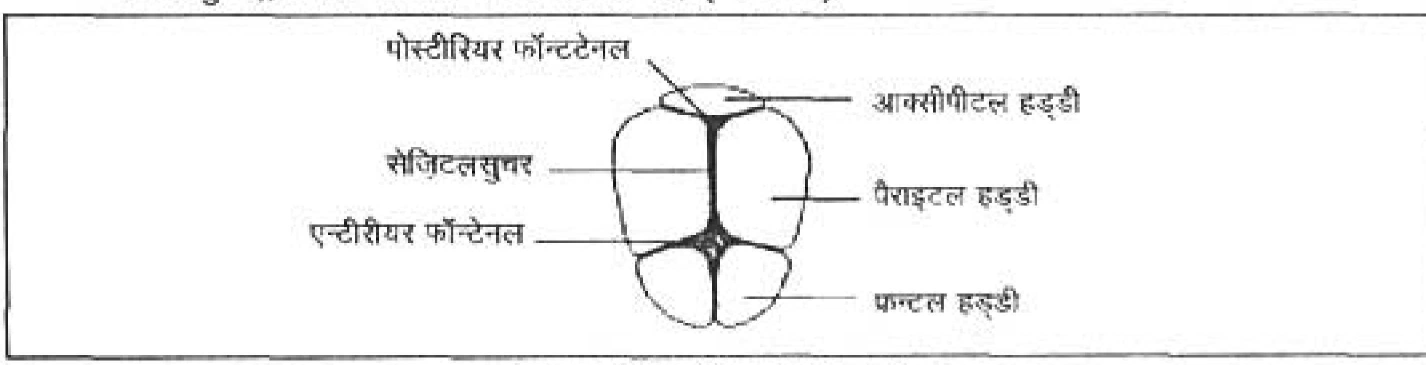
गर्भस्थ शिशु की प्रस्तुति तथा स्थिति

नीचे आने वाले भाग को निश्चित करें

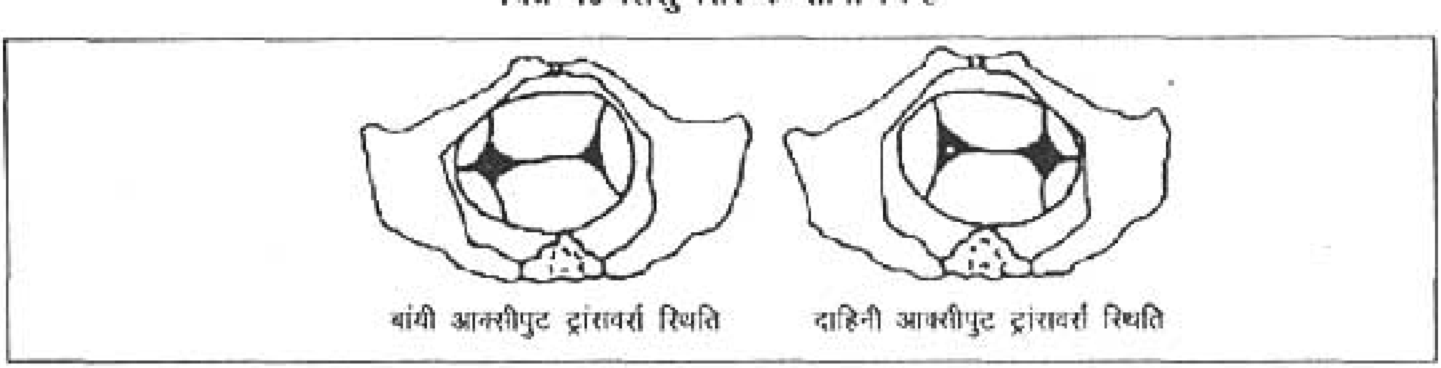
- सामान्य रूप से सबसे अधिक प्रस्तुति होने वाला भाग शिशु का सिर होता है। यदि शिशु का सिर पहले नहीं आ रहा हो, उस दशा में असामान्य प्रस्तुति हेतु प्रबन्धन करें। (सारिणी–13)
- यदि सिर पहले आ रहा हो उस समय शिशु के सिर के सीमा चिन्हों (लैण्ड मार्क्स) का प्रयोग करें। जिससे शिशु के सिर की स्थिति का आंकलन मातृत्व पेल्विस के अनुपात में हो सके। (चित्र–19)

शिशु सिर की स्थिति को निश्चित करना

- शिशु का सिर नीचे आते समय घूमता है जिससे कि शिशु सिर की पिछली हड्डी मातृत्व पेल्विस में ऑक्सीपुट ट्रांसवर्स स्थिति में आ लगती है। (चित्र–20)

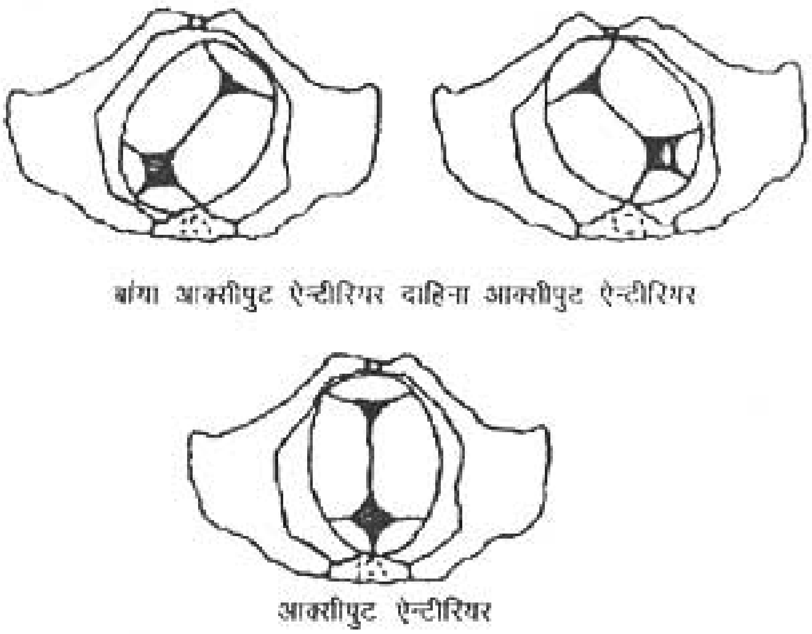


चित्र–19 शिशु सिर के सीमा चिन्ह

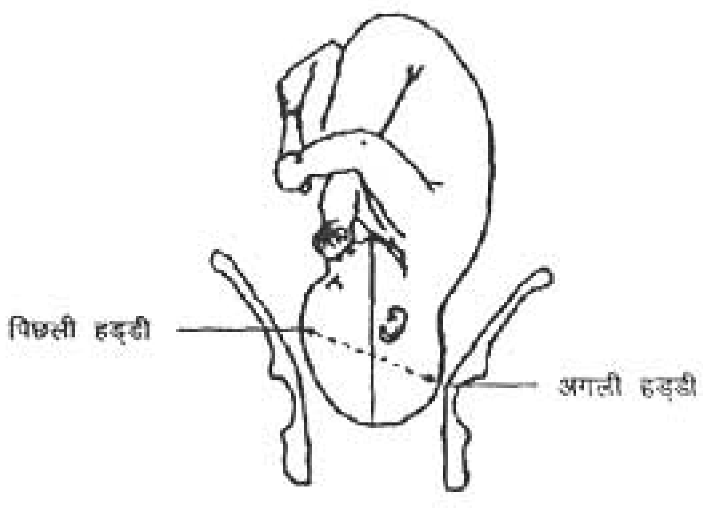


चित्र–20 आक्सीपुट ट्रांसवर्स स्थितियां

- नीचे आते समय शिशु का सिर घूमता है जिसके कारण शिशु की खोपड़ी की पिछली हड्डी मातृत्व पेल्विस के अन्दर की ओर आगे (ऐन्टीरियर) होती है। (आक्सीपुट एन्टीरियर स्थितियां)
- सिर की बेड़ी स्थिति का सिर की अगली (ऐन्टीरियर) स्थिति में न घूम सकने की दशा में सिर की पीछे की (पोस्टीरियर) स्थिति के रूप में प्रबन्धन किया जाना चाहिए। (चित्र–20)
- सामान्य दशा में शिशु के नीचे आते समय एक अतिरिक्त गुण यह भी होता है कि उस समय वरटेक्स बहुत अच्छे प्रकार से आता है। जैसे कि योनि में सिर की अगली हड्डी के स्थान पर पिछली हड्डी का आगे की ओर आकर पूर्ण झुका हुआ सिर (वेल फ्लेक्स्ड वरटेक्स) का होना।



चित्र–21 आक्सीपुट आंतरिक स्थितियां



चित्र–22 पूर्णतया झुका हुआ सिर (वेल फ्लेक्स्ड वरटेक्स)

प्रसव की प्रगति का आंकलन

एक बार निदान हो जाने पर प्रसव पीड़ा की प्रगति का आंकलन निम्नवत किया जाता है–

- प्रारंभिक अप्रत्यक्ष (लेटेन्ट) स्तर पर ग्रीवा के इफेसमेंट तथा फैलाव में बदलाव को माप कर (चित्र–15)
- सक्रिय (ऐक्टिव) चरण में ग्रीवा के फैलाव तथा शिशु के नीचे आने की दर को माप कर। (चित्र–16, तथा चित्र–17)
- दूसरे चरण के मध्य शिशु के और अधिक नीचे आने की माप करें।

प्रसव पीड़ा के प्रथम चरण मे महिला की पीड़ा का सक्रिय चरण प्रारम्भ होते ही पार्टोग्राफ को बनाया जाना चाहिए। नमूने स्वरूप एक पार्टोग्राफ पृष्ठ 44 पर दर्शाया गया है। एक के पश्चात् दूसरा साधारण ग्राफ बनायें जिसमें खड़ी ओर (वरटिकल ऐक्सिस) पर ग्रीवा फैलाव (सेन्टीमीटर में) को आड़ी ओर (होरीज़ेन्टल ऐक्सिस) के समय (घण्टों में) दर्शाया जाना चाहिए।

योनि द्वारा परीक्षण

प्रसव पीड़ा के प्रथम चरण में और पानी की थैली फट जाने के पश्चात् कम से कम प्रत्येक चार घण्टे पर एक बार अवश्य योनि द्वारा परीक्षण किया जाना चाहिए।

- प्रत्येक योनि परीक्षण के साथ निम्नलिखित बातों का रिकार्ड रखें–
  - एमनियाटिक द्रव्य का रंग
  - ग्रीवा का फैलाव
  - बच्चे का नीचे खिसकना (यह पेट द्वारा भी आंका जा सकता है)
- यदि पहले परीक्षण में ग्रीवा का मुंह नहीं खुला हो उस दशा में प्रसव पीड़ा का निदान करना सम्भव नहीं हो सकता है।
  - यदि संकुचन जारी रहे प्रत्येक चार घण्टे पश्चात् ग्रीवा में बदलाव देखने हेतु महिला का परीक्षण करें। इस स्तर पर यदि इफेसमेंट अथवा खुलाव (डायलेटेशन) हो तब समझे कि महिला प्रसव पीड़ा में है। पर आगे कोई बदलाव न दिखने पर झूठी पीड़ा के रूप में इसका निदान करें।
- प्रसव के दूसरे चरण में प्रत्येक घण्टे पर योनि परीक्षण अवश्य करें।

पार्टोग्राफ का प्रयोग करना

विश्व स्वास्थ्य संगठन के पार्टोग्राफ में फेर बदल करके इसे उपयोग हेतु अधिक साधारण व सरल बनाया गया है। लेटेन्ट चरण को समाप्त कर दिया गया है तथा जिस समय ग्रीवा का सक्रिय चरण में 4 इंच खुलाव होता है उसी समय से पार्टोग्राफ में चिन्हित किया जाना प्रारम्भ करने के निर्देश हैं। एक नमूने स्वरूप पार्टोग्राफ दिखाया जा रहा है (देखें पृष्ठ सं. 44) ध्यान रखें कि प्रयोग से पूर्व पार्टोग्राफ के नमूने को बड़ा कर लिया जाना चाहिए। निम्नलिखित बिन्दुओं को पार्टोग्राफ पर लिखें।

रोगी की जानकारी – नाम, ग्रैविडा, बच्चों की संख्या, चिकित्सालय रजिस्ट्रेशन नं0, दिनांक, भर्ती का समय तथा पानी की थैली के फटने का समय रेखांकित करें।

गर्भस्थ शिशु ह्रदय धड़कन दर – प्रत्येक आधे घण्टे पर अंकित करें।

एमनिऔटिक द्रव्य – प्रत्येक योनि परीक्षण करने पर एमनिऔटिक द्रव्य के रंग को भी निम्नवत अंकित करें :–

- आई : पानी की समुचित झिल्ली (इनटैक्ट)
- सी : पानी की झिल्ली फटने पर साफ (क्लियर) द्रव्य
- एम : **मिकोनियम** मिश्रित द्रव्य
- बी : रक्त (ब्लड) मिश्रित द्रव्य

मोल्डिंग :

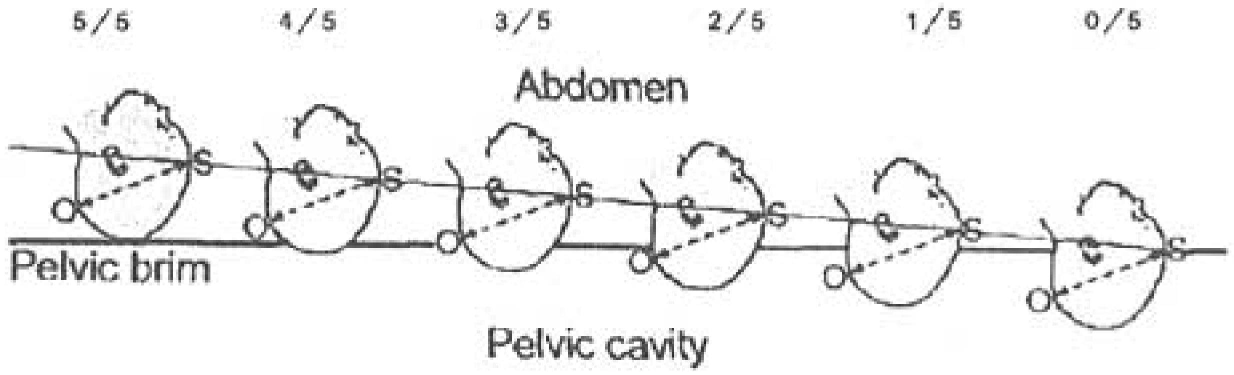
- शिशु के सिर के सूचर दूर–दूर
- सूचर एक दूसरे के ऊपर परन्तु ठीक होने की स्थिति में
- सूचर एक दूसरे के ऊपर परन्तु ठीक होने के योग्य नहीं

ग्रीवा का फैलाव :– प्रत्येक योनि परीक्षण के पश्चात् (X) का निशान बनाकर आंकलन को अंकित करना। 4 सेमी. मुंह खुलते ही पार्टोग्राफ पर चिन्हित करना प्रारम्भ करें।

चौकसी रेखा :– 4 से.मी. ग्रीवा के मुंह खुलने से लेकर सम्भावित पूर्णरूपेण खुलने तक 1 से.मी. प्रति घण्टे की दर से एक चौकसी रेखा प्रारम्भ होती है।

ऐक्शन रेखा :– ऐलर्ट रेखा के दाहिनी ओर साथ–साथ तथा चार–चार घण्टे पर बनाया जाना।

शिशु के नीचे की ओर प्रत्यक्षीकरण होने पर शिशु को (पांच भागों में बांटकर) पेडू की ऊपरी अगली हड्डी के ऊपर होने के आधार पर शिशु के सिर को पांच भागों में बांटकर जांच की जाती है। प्रत्येक योनि परीक्षण करने पर (0) का घेरा बनाकर लिखा जाता है। शिशु की खोपडी का 0 / 5 अगला भाग (सिन्सीपुट्स) को पेडू की अगली ऊपरी हड्डी के स्तर पर पेट द्वारा देखें।



पूर्णतया ऊपर	सिन्सीपुट ऊंचा आक्सीपुट सरलता से प्रतीत हुआ	पेट सिन्सी पुट सरलता से प्रतीत हुआ	सिन्सीपुट प्रतीत हुआ असक्सीपुट अभी प्रतीत हुआ	सिन्सीपुट प्रतीत हुआ आक्सीपुट प्रतीत नहीं हुआ	सिर प्रतीत नहीं हुआ

चित्र–23 एलर्ट रेखा

घण्टे :– प्रसव पीड़ा के सक्रिय (ऐक्टिव) चरण के प्रारम्भ होने पर अथवा अतिरिक्त रूप में दिखने पर

समय :– वास्तविक समय अंकित करें।

संकुचन :– पेट पर हाथ रखकर प्रत्येक दस मिनट पर कितने संकुचन प्रति सेकण्ड की दर से होते हैं, उनको महसूस करने के पश्चात् प्रत्येक आधे घण्टे पर चार्ट में निम्नवत् दर्ज करें :–

- 20 सेकण्ड से कम
- 20 सेकण्ड से 40 सेकण्ड के बीच
- 40 सेकण्ड से अधिक

ऑक्सीटोसिन – जब भी प्रयोग की जा रही हो ऑक्सीटोसिन की मात्रा (बूंदे) प्रति वाल्यूम नस द्वारा दिये जाने वाले द्रव में प्रति मिनट के हिसाब से प्रति 30 मिनट तक प्रयोग किये जाने पर अंकित करें।

दी जाने वाली औषधियां :– किसी भी अतिरिक्त दी गयी औषधि को लिखें।

नाड़ी :– प्रत्येक 30 मिनट पर रिकार्ड करके बिन्दु के रूप में अंकित करें। (•)

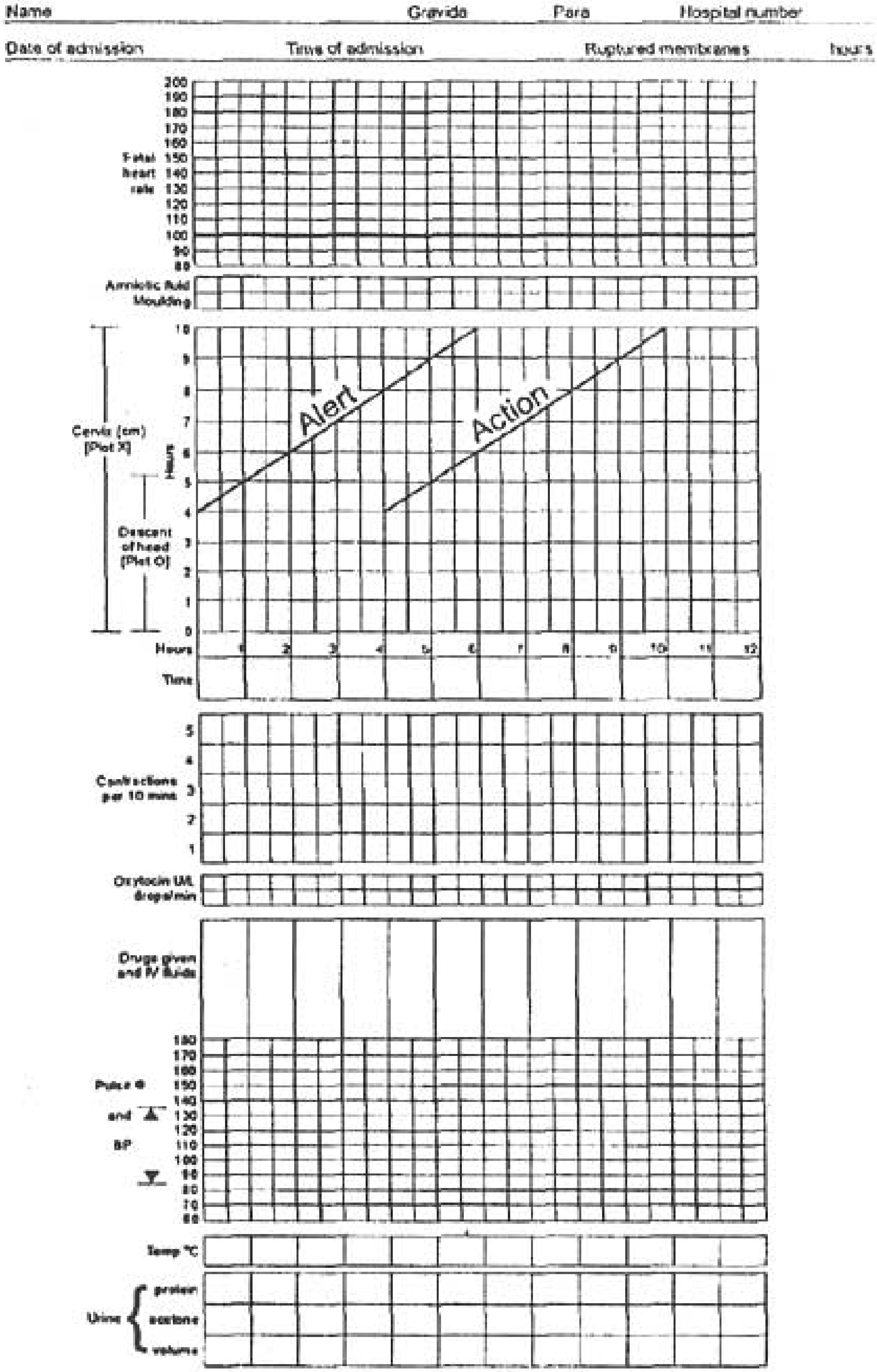
रक्तचाप :– प्रत्येक 4 घण्टे पर लेकर तीर का निशान बनाकर अंकित करें।

तापमान :– प्रत्येक 2 घण्टे पर नाप कर अंकित करें।

प्रोटीन एसिटोन तथा वाल्यूम (मात्रा) :– प्रत्येक बार मूत्र कर लेने के उपरान्त अंकित करें।

ग्राफ-1 विश्व स्वास्थ्य संघटन का परिवर्तित पार्टोग्राफ

सामान्य प्रसव पीड़ा का नमूने स्वरूप पार्टोग्राफ निम्न बाते दर्शाता है।



- एक प्राइमी ग्रैविडा प्रसव पीड़ा के प्रारंभिक चरण में 5 बजे प्रातः भर्ती की गयी–
  - शिशु का सिर 4/5 प्रतीत हुआ
  - ग्रीवा मुख 2 से.मी. खुला था
  - प्रत्येक 10 मिनट में 20–20 सेकण्ड तक रहने वाले तीन संकुचन हो रहे थे। महिला तथा शिशु की दशा सामान्य थी।

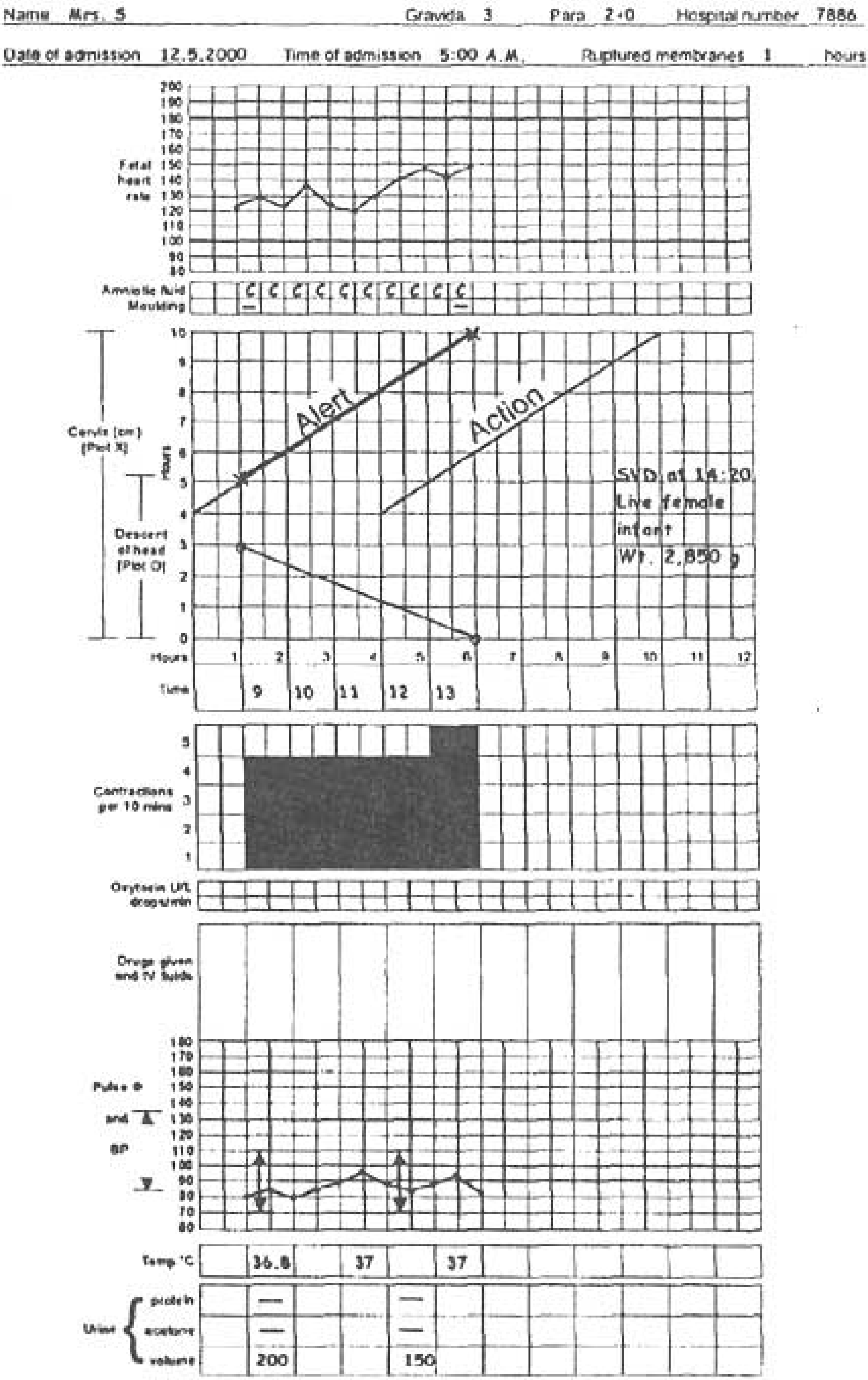
नोट – यह सूचना पार्टोग्राफ पर रेखांकित नहीं है।

- 9 बजे प्रातः
  - शिशु का सिर 3/5 प्रतीत हुआ
  - ग्रीवा मुख 5 सेमी. खुल गया

नोट– महिला प्रसव पीड़ा के सक्रिय चरण में थी तथा यह सूचना पार्टोग्राफ पर रेखांकित है। ग्रीवा का फैलाव एलर्ट रेखा पर रेखांकित किया गया है।

  - प्रत्येक 10 मिनट में 40 सेकण्ड तक रहने वाले 4 संकुचन हो रहे थे।
  - 1 से0मी0 प्रति घण्टे की दर से ग्रीवा का मुंह खुलने में प्रगति हो रही थी।
- 2 बजे अपरान्ह –
  - शिशु का सिर 0/5 प्रतीत हुआ
  - ग्रीवा मुख पूर्णतया खुल गया
  - 40 सेकण्ड तक रहने वाले प्रत्येक 10 मिनट पर पांच संकुचन हुये
  - 2 बजकर 20 मिनट पर सामान्य योनि प्रसव हुआ।

ग्राफ–2 सामान्य प्रसव के पार्टोग्राफ का नमूना



प्रसव के प्रथम चरण की प्रगति

- इससे ज्ञात होता है कि प्रसव पीड़ा के प्रथम चरण की प्रगति संतोषजनक है।
  - जल्दी जल्दी प्रगति की ओर बढ़ते हुये तथा अधिक समय तक रहने वाले संकुचनों का लगातार होना।
  - प्रसव पीड़ा के सक्रिय चरण में ग्रीवा मुंह का कम से कम 1 से0मी0 तक प्रति घण्टा की दर से खुलना। (ग्रीवा मुंह का खुलाव एलर्ट रेखा के ऊपर अथवा उसकी बांयी ओर होना)
  - प्रस्तुति भाग को निकालने हेतु ग्रीवा का अनुकूल होना।
- वह बातें जिनसे निष्कर्ष निकले कि प्रसव पीड़ा के प्रथम चरण में **असंतोषजनक** प्रगति है।
  - लेटेन्ट चरण के पश्चात् रूक रूक कर कभी–कभी पीड़ा का होना।
  - प्रसव पीड़ा के सक्रिय चरण में बच्चेदानी का मुंह प्रति घण्टे 1 से0मी0 की दर से कम खुलना। (सर्वाइकल फैलाव एलर्ट रेखा के दाहिनी ओर)
  - सर्विक्स का प्रस्तुति भाग पर ठीक से न लगा होना।

प्रसव पीड़ा की असंतोषजनक प्रगति एक लम्बे खिंच जाने वाले प्रसव की ओर अग्रसरित करती है। (ग्राफ–2)

प्रसव के दूसरे चरण की प्रगति

- इससे ज्ञात होता है कि प्रसव के दूसरे चरण की प्रगति **संतोषजनक** है।
  - बर्थ कैनाल में शिशु का लगातार नीचे आना।
  - बाहर निकालने/जोर लगाने के चरण का प्रारम्भ होना।
- वह निदान जिनसे निष्कर्ष निकले कि प्रसव पीड़ा के दूसरे चरण की प्रगति **असंतोषजनक** है।
  - बर्थ कनाल के द्वारा शिशु के नीचे आने में असफलता।
  - शिशु को बाहर निकालने वाले अन्तिम चरण में असफलता।

गर्भस्थ शिशु की स्थिति की प्रगति

- शिशु ह्रदय गति दर असामान्य (100 प्रति मिनट से कम अथवा 180 धड़कन प्रतिमिनट से अधिक) होने पर शिशु को परेशानी की दशा (डिस्ट्रेस) में होने की शंका करें। (देखें पृष्ठ सं. 122)
  - प्रसव पीड़ा के समय शिशु के सिर की पिछली हड्डी ऊपर की ओर भली भांति फलेक्सड वरटेक्स होने के अतिरिक्त किसी भी अन्य प्रकार से दर्शित होने पर शिशु को सदैव असामान्य स्थिति तथा असामान्य प्रस्तुति के रूप में समझें। (देखें पृष्ठ सं. 111)
- यदि प्रसव की असंतोषजनक प्रगति हो अथवा लम्बी खिचने वाले प्रसव की आशंका हो उस दशा में धीमी प्रगति के कारणों के कारण प्रसव कराने हेतु प्रबन्धन करें। (देखें पृष्ठ सं. 99)

प्रसूता की दशा की प्रगति

महिला के परेशानी के चिन्हों (डिस्ट्रेस) का आंकलन करें :–

- यदि महिला की नाड़ी तेज हो रही हो उसके शरीर में पानी की कमी हो रही हो अथवा पीड़ा हो उस दशा में महिला को उचित मात्रा में द्रव्य पिलायें अथवा नस द्वारा दें तथा उचित मात्रा में दर्द निवारक दें।
- यदि महिला के रक्तचाप में कमी होने लगे उस दशा में रक्त के बहने के विषय में आशंका करें। (देखें पृष्ठ सं. 63)
- यदि महिला के मूत्र में एसीटोन हो उस दशा में न्यूट्रीशन की कमी को समझते हुये डेक्सट्रोज़ नस द्वारा चढ़ाएं।

सामान्य शिशु जन्म

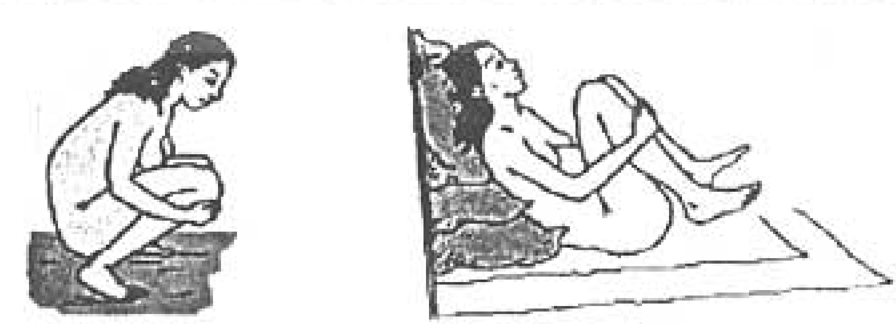
प्रसव पीड़ा के समय सहायतार्थ सहयोगी देखभाल के सामान्य उपाय किसी भी महिला को प्रसव पीड़ा सह सकने में सर्वाधिक लाभकारी होती है।

- एक बार जब बच्चे–दानी का मुंह पूर्णतया खुल जाये तथा महिला दूसरे चरण में शिशु निकाल सकने की स्थिति में हो उस समय महिला को अपनी इच्छानुसार स्थिति को धारण करके (चित्र–24), बाहर की ओर ज़ोर लगाने को प्रोत्साहित करें।

नोट : नियमानुसार एक प्रक्रिया के रूप में नीचे चीरा लगाकर (एपीज़ियाटमी) प्रसव कराये जाने की वर्तमान में संस्तुति नहीं की जाती। ऐसा कोई उदाहरण नहीं है जिससे पता लगे कि एपीज़ियाटमी पेरिनीयल हानियों, भविष्य में होने वाले योनि का नीचे आना तथा मूत्र के इनकोंन्टेनस हो जाने में कमी करती है। वास्तव में नियमानुसार (रूटीन) एपीज़ियाटमी को तृतीय या चतुर्थ डिग्री के कटाव तथा गुदा मांसपेशी की अकर्मणयता (ऐनल स्फिंक्टर) के साथ सम्बन्धित किया जाता है।

एपिज़ियोटमी दिये जाने के विषय में केवल निम्न अवस्थाओं में विचार किया जाना चाहिए :–

- योनि द्वारा जटिल प्रसव (उल्टा, कन्धे के द्वारा, औजारों अथवा वैक्यूम द्वारा) होने की दशा में।
- टांके लगे हुये महिला के जनन अंग, उनकी खराब स्थिति अथवा तीसरे या चौथे डिग्री के कटावों के घावों का खराब दशा में भराव होना।
- शिशु की परेशानी (डिस्ट्रेस) की दशा में



चित्र–24 प्रसव के समय महिला द्वारा अपनायी जा सकने वाली स्थितियां

प्रसव में सिर का नीचे आना

- शिशु का सिर निकलते समय महिला से कहें कि संकुचनों के साथ केवल हल्के पर थोड़े से जोर बाहर की ओर लगाये।
- सिर से प्रसव को नियंत्रित करने हेतु अपनी एक हाथ की उंगलियों को शिशु सिर को फ्लेक्स्ड रखने हेतु विपरीत दिशा में रखें।
- शिशु के सिर के बाहर निकलने तक पेरिनीयम को कोमलता से सहारा देना जारी रखें।
- शिशु का सिर बाहर निकल आने पर महिला से जोर लगाने को मना करें।
- शिशु के मुंह तथा नाक से पानी निकालें।
- शिशु के गर्दन के चारों ओर नाल को महसूस करें :–
  - यदि नाल गर्दन के चारों ओर ढीली हो उस दशा में नाल को सिर के ऊपर की ओर खिसका कर हटाएं।
  - यदि नाल गर्दन के चारों ओर कसी हुई हो उस दशा में नाल को गर्दन के घेरे से हटाने के लिये दोनों ओर से चिमटी लगाकर काटकर हटायें।

प्रसव का पूर्ण होना

- शिशु के सिर को स्वतः मुड़ने दें।
- सिर के मुड़ते ही शिशु के सिर के चारों ओर हाथ को लगाये रहें। अगली पीड़ा पर महिला को बहुत धीमे से ज़ोर लगाने को कहें।
- पेरिनियम फटने में कमी करने हेतु एक कंधा एक समय में बाहर आने की प्रक्रिया द्वारा प्रसव करवायें। प्रसव में भीतर रह जाने वाले दूसरे कंधे को बाहर लाने हेतु शिशु का सिर पीछे रखें।
  नोट – यदि कंधे के बाहर आने में प्रसव में कठिनाई हो, रही हो उस दशा में कंधे के न निकलने (शोलडर डिस्टोशिया) की दशा की शंका करें। (देखें पृष्ठ सं. 111)
- शिशु के सिर को अंदर की ओर उठाए जिससे पिछले कंधे का प्रसव हो सके।
- बाहर की ओर निकलने वाले शिशु के शरीर को एक हाथ से पकड़े रहें।
- शिशु को माता के पेट पर रखें। अच्छी प्रकार से बच्चे को सुखाएं पोंछे, आंखों को साफ करें तथा शिशु के श्वसन का आंकलन करें।

नोट–अधिकतर शिशु जन्म के 30 सेकण्ड पश्चात् स्वतः रोना अथवा सांस लेना प्रारम्भ कर देते हैं।

- यदि शिशु रो रहा हो अथवा सांस ले रहा हो (उसकी छाती 30 बार प्रतिमिनट की दर से उठ रही हो) उस दशा में शिशु को माता के ही साथ रहने दें।
- यदि शिशु 30 सेकण्ड के भीतर सांस लेना प्रारम्भ न करे, तब तुरंत सहायता हेतु चिल्लायें तथा शिशु के जीवन में सहायता करने हेतु सभी चरणों का पालन करें। (देखें पृष्ठ सं. 145)

शिशु के जीवन में सहायता किये जाने की ज़रूरत को ध्यान में रखते हुये सदैव पहले से ध्यान रखें तथा शिशु की श्वसन स्थापना हेतु (विशेषकर जब उसकी मां अचेतन हो, या उसे रक्त स्राव हो रहा हो, लम्बी अथवा अवरूद्ध प्रसव पीड़ा हुई हो, अथवा समय से पूर्व प्रसव अथवा संक्रमण की स्थिति हो) इन सभी स्थितियों में उसे जीवन में सहायता देने की योजना बनाएं।

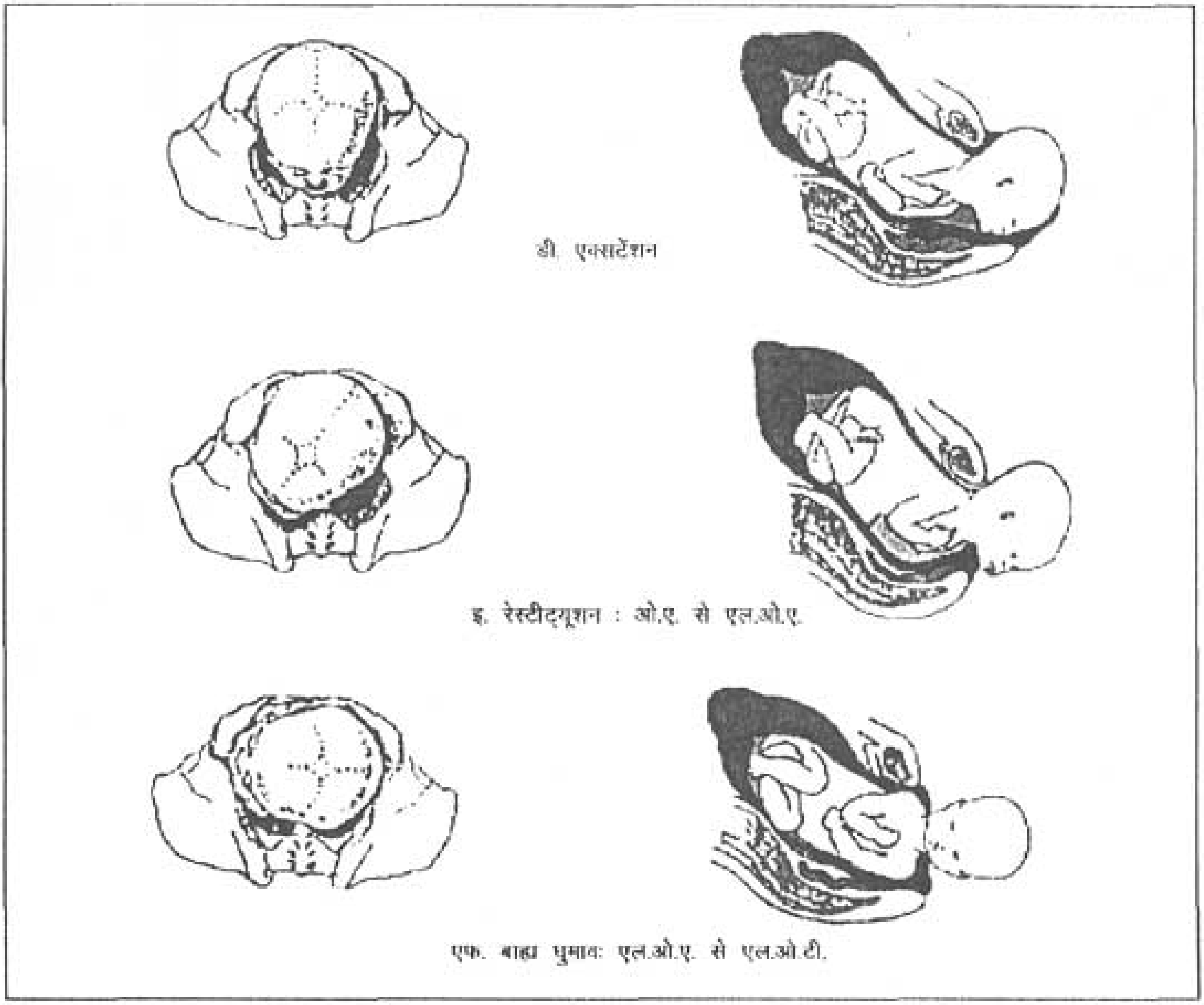
- नाल क्लेम्प करें तथा काटें।
- इस बात को सुनिश्चित करें कि शिशु को गर्मी पहुंच रही है तथा मां की छाती से चिपका कर रखा गया हो। शिशु को मुलायम तथा सूखे कपड़े में लपेटें तथा एक कम्बल से ढकें तथा इस बात को सुनिश्चित करें कि उसका सिर सर्दी से बचाव हेतु ढका हुआ हो।
- यदि माता अस्वस्थ हो तब बच्चे की देखभाल हेतु किसी सहायक को बुलायें।
- पेट को ऊपर से टटोलें कि कहीं कोई जुड़वा शिशु तो नहीं है तत्पश्चात् तीसरे चरण के सक्रिय प्रबन्धन हेतु कार्यवाही करें।

ए. प्रराव की शुरूआत

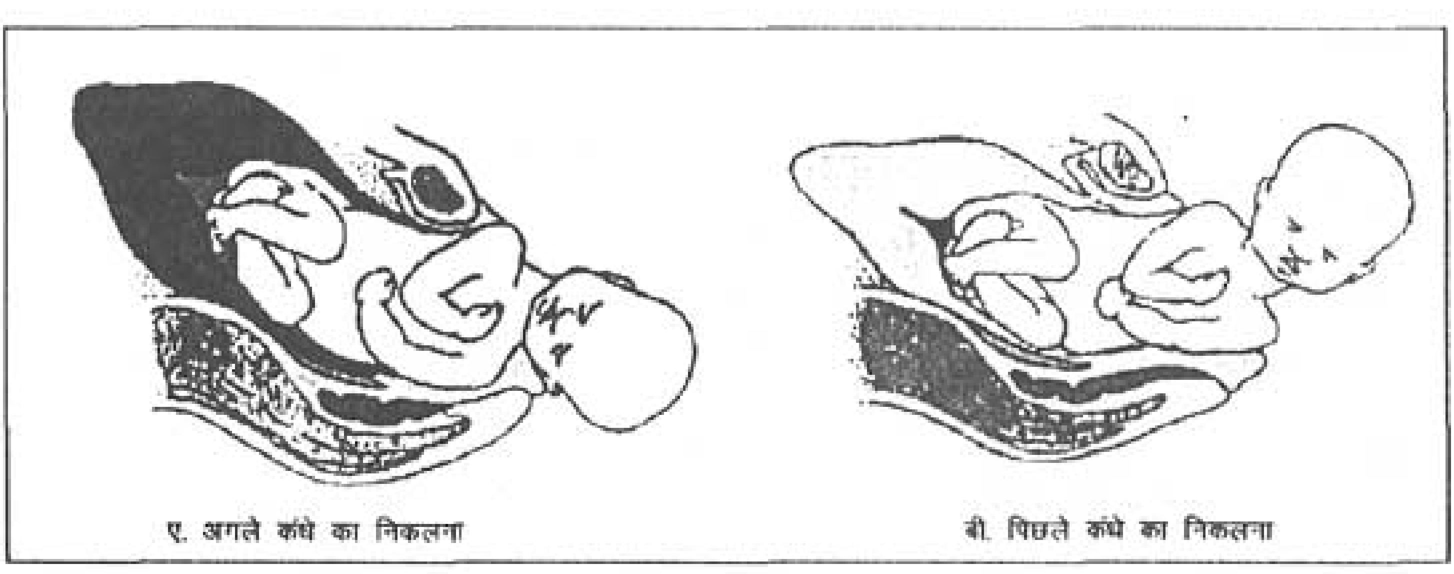
बी. डिसेंट और फ्लेक्शन

सी. आंतरिक घुमाव से एल.ओ.ए. से ओ.ए.

चित्र–25 प्रसव के चरणों का सारांश



चित्र–25 (क्रमशः) प्रसव के चरणों का सारांश



चित्र–26 कंधों का निकलना

तीसरे चरण का सक्रिय प्रबन्धन

तीसरे चरण का सक्रिय प्रबन्धन (आंवल का सक्रिय प्रसव) प्रसवोपरान्त रक्त स्राव रोकने में सहायक होता है। प्रसव के तीसरे चरण के सक्रिय प्रबन्धन में निम्नलिखित बातें सम्मिलित होती हैं :–

- तत्काल ऑक्सीटोसिन देना।
- नाल पर नियंत्रित खिचाव देना।
- बच्चेदानी की मालिश करना।

आक्सीटोसिन

- शिशु के प्रसव होने के 1 मिनट के भीतर पेट से टटोल कर यह बात समझ लेने पर कि पेट में कोई अन्य शिशु नहीं है, आक्सीटोसिन का इंजेक्शन (10 यूनिट) माता को दें।
- आक्सीटोसिन इसलिये स्वीकार्य होता है कि यह इंजेक्शन लगने के दो–तीन मिनट पश्चात् से प्रभावकारी हो जाता है तथा इसके बहुत ही कम साइड इफेक्ट्स हैं तथा यह सभी महिलाओं में प्रयोग किया जा सकता है। आक्सीटोसिन न उपलब्ध होने की दशा में 0.2 मि0ग्रा0 अरगोमेटरिन अथवा प्रोस्टाग्लैंडिन मासंपेशी से दें। इन औषधियों को देने से पूर्व भली प्रकार सुनिश्चित कर लें कि कोई अन्य शिशु बच्चेदानी में न हो।

झटके लगने से पूर्व की दशा, झटके लगने की दशा अथवा उच्च रक्त चाप ह्रदय रोग वाली महिलाओं को अरगोमेटरिन नहीं दें क्योंकि इससे झटके लगने तथा सेरेब्रो वास्कुलर घटनाएं होने के ख़तरे बढ़ जाते हैं।

नाल पर नियंत्रित खिचाव देना

- स्पंज फ़ोरसेप्स का प्रयोग करके पेरिनियम के समीप नाल को क्लैम्प करके क्लैम्प की हुई नाल तथा फोरसेप्स के छोर को एक हाथ से पकड़े रहें।
- दूसरा हाथ महिला के पेडू की ऊपरी हड्डी के ऊपर रखें तथा बच्चेदानी की स्थिरता हेतु नाल खिंचाव नियंत्रित करते समय ऊपर की ओर धकेलने की विधि का प्रयोग करते हुये स्थिरता बनायें। यह विधि बच्चेदानी के नीचे उतरने से रुकने में सहायक होती है।
- नाल के ऊपर हल्का सा दबाव बनायें तथा बच्चेदानी के एक सशक्त संकुचन आने की (2 से तीन मिनट तक) प्रतीक्षा करें।
- जब बच्चेदानी गोलाकार हो जाये अथवा नाल लम्बी हो जाये तब बहुत धीमे से नाल को नीचे की ओर खींचे जिससे आंवल निकल जाये। दूसरे हाथ से बच्चेदानी को ऊपर की ओर धकेलना जारी रखें। नाल खिंचाव नियंत्रित किये जाने के 30 से 40 सेकेण्ड के भीतर यदि आंवल बाहर की ओर नहीं खिसकती है (उदाहरणार्थ आंवल पृथक होने के चिन्ह न दिखने पर) उस दशा में नाल को खींचना जारी न रखें।
  - बच्चेदानी के भली प्रकार संकुचित न हो जाने तक नाल को कोमलता से पकड़े रहें। यदि आवश्यक हो तथा नाल जैसे ही लम्बी हो जाये उस दशा में नाल को पेरिनियम के और समीप से पुनः क्लैम्प करें।
  - अगले संकुचन के साथ नियंत्रित नाल खिचाव करते हुये दोनों तरफ से खिचाव दें।

अपने दूसरे हाथ से पेड़ू की हड्डी के ऊपर से उल्टी ओर धकेलने अथवा जोर लगाये बिना कभी भी नाल को न खींचे।

- आंवल के निकलते ही पतली झिल्लियां फट सकती है। निकली हुयी आंवल को दोनों हाथों में पकड़े तथा धीमे से इसे उस समय तक घुमाते रहें जबतक कि झिल्लियां इसमें लिपट न जाये।
- धीमी गति से प्रसव के पूर्ण होने हेतु आंवल को खींचे।
- यदि **झिल्लियां फट** जाये उस दशा में योनि का अन्दरूनी भाग तथा ग्रीवा का परीक्षण उच्च कोटि विसंक्रमित दस्तानों को पहनकर करें तथा स्पंज फ़ोरसेप्स का प्रयोग करें। यदि कोई भी मेम्बरेंस का टुकड़ा भीतर रह गया हो उसे स्पंज फ़ोरसेप्स से साफ करें।
- आंवल को बहुत ध्यान से देखकर सुनिश्चित करें कि उसका कोई टुकड़ा कम तो नहीं है। यदि मातृत्व सरफेस का कोई भाग लुप्त हो अथवा रक्त नली के साथ टूटी हुई झिल्लियां दिखें उस दशा में आंवल के अंशों के भीतर रूक जाने हेतु आशंकित हों। (देखें पृष्ठ सं. 83)
- यदि बच्चेदानी में इनवर्जन उत्पन्न हो उस दशा में बच्चेदानी की स्थिति फिर से पूर्ववत बनायें।
- यदि नाल बाहर आ चुकी हो उस दशा में हाथों से आंवल को हटाने की आवश्यकता पड़ सकती है।

बच्चेदानी की मालिश

- तुरन्त महिला के पेट से बच्चेदानी के ऊपरी भाग की उस समय तक मालिश करें जब तक की बच्चेदानी संकुचित न हो जाये।
- पहले दो घण्टे तक प्रत्येक 15 मिनट पर बच्चेदानी की मालिश दोहराते रहें।
- इस बात को सुनिश्चित करें कि बच्चेदानी की मालिश रोकने के उपरान्त बच्चेदानी मुलायम न हो जाये।

टियर हेतु परीक्षण

- महिला का ध्यानपूर्वक परीक्षण करके हो जाने वाले ग्रीवा अथवा योनि के कटावों की सिलाई करें अथवा ऐपिज़ियोटिमी की सिलाई करें।

नवजात शिशु की प्रारंभिक देखभाल

- प्रत्येक 5 मिनट पर शिशु के श्वसन तथा रंग को चेक करें।
- यदि **शिशु नीला हो रहा हो** अथवा **सांस लेने में कठिनाई** हो रही हो (प्रतिमिनट 30 से कम अथवा 60 से अधिक सांसे) उस दशा में नाक में नली डालकर अथवा प्रोंग्ज़ से शिशु को आक्सीजन दें। (देखें पृष्ठ सं. 145)
- प्रत्येक 15 मिनट पर शिशु के पैरों को छू कर गर्मायी को चेक करें।
  - यदि **शिशु के पैर ठण्डे** लगें तो बगल से तापमान चेक करें।
  - यदि शिशु का तापमान 36.5 से0 से कम हो उस दशा में शिशु की पुनः गर्मी बनायें।
  - प्रत्येक 15 मिनट पर नाल को चेक करें कि कहीं **उससे रक्त** तो **नहीं रिस रहा है**। यदि नाल से रक्त निकल रहा हो तब नाल को पुनः और अधिक कसकर बांधे।

- शिशु की आंखों में एण्टीमाइक्रोबॉयल ड्राप्स (1 प्रतिशत सिलवर नाइट्रेट सोल्युशन अथवा 2.5 प्रतिशत पोवीडीन आयोडीन सोल्युशन) डालें, अथवा (1 प्रतिशत टेट्रासाइक्लिन) आंखों में मलहम लगायें।

नोट–पोवीडीन–आयोडीन और आयोडीन के टिंचर अलग चीजें हैं। आयोडीन टिंचर से अंधापन हो सकता है।

- शिशु की त्वचा में लगी हुई टट्टी अथवा रक्त साफ करें।
- जब शिशु तैयार (रूटिंग प्रारंभ करना) दिखे तब उसे स्तनपान कराने हेतु माता को प्रोत्साहित करें। शिशु को जबरन माता के स्तन से न लगायें।

जहा तक संभव हो शिशु को मां से पृथक न करें। मां तथा शिशु की निगरानी हर समय करते रहें।

अध्याय–7

नवजात शिशु की देखभाल करने के सिद्धान्त

जब भी किसी माता के नवजात शिशु का जटिलताओं हेतु उपचार किया जा रहा हो, उस समय नवजात के प्रबन्धन हेतु निम्न बातों पर ध्यान दें :–

- क्या शिशु की दशा अथवा समस्या ऐसी है कि उसे तुरन्त उपचार की आवश्यकता है ?
- क्या माता की दशा इस बात की आज्ञा देती है कि वह अपने नवजात की देखभाल पूर्णतया स्वयं, **थोड़ी–थोड़ी अथवा कुछ भी नहीं**, कर सकती है।

चित्र–27 नवजात शिशु की देखभाल

समस्याग्रस्त नवजात शिशु

- यदि नवजात को अत्यधिक समस्या इस प्रकार की है जिसमें जन्म के 1 घण्टे के भीतर उपचार आवश्यक हो, ऐसी दशा में लेबर वार्ड के भीतर के स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ताओं को उनकी देखभाल करनी होगी। (देखें पृष्ठ सं. 145) नवजात की निम्नवत् वह समस्याएं तथा दशाएं जिनमें अति आवश्यक कार्यों की आवश्यकता पड़ती है :–
  - शिशु सांस न ले रहा हो।
  - सांस लेने में कठिनाई हो रही हो।
  - सम्पूर्ण त्वचा नीली पड़ रही हो।
  - जन्म के समय कम वज़न (2500 ग्राम से कम) हो।
  - सुस्ती हो।
  - शरीर ठण्डा हो (हाइपोथरमिया) (बग़ल से 36.5 से0 से कम तापमान हो)

- झटके आ रहे हों।
- निम्नलिखित दशाओं में जल्द उपचार प्रारम्भ करने की आवश्यकता होती है।
  - ऐसी माता जिसकी झिल्लियां प्रसव पीड़ा से पूर्व अथवा काफी समय तक फटा रहने के उपरान्त प्रसव हुआ हो उस सामान्य दिखने वाले नवजात में सम्भावित बैक्टीरियल संक्रमण हो सकता है।
  - संभावित सिफलिस (माता का सीरोलाजिक परीक्षण पाजिटिव हो अथवा उसके लक्षण हों)
- निम्नवत विकृत अंगों वाले अथवा अन्य ऐसी समस्याओं वाले नवजात जिनमें तुरन्त देखभाल की आवश्यकता नहीं होती है।
  - कार्यक्रम अनुसार नवजात की प्रारंभिक देखभाल करना सुनिश्चित करायें। (देखें पृष्ठ सं. 55)
  - रोगी नवजात की देखभाल हेतु उचित सेवा केंद्र पर जितनी जल्दी संभव हो शिशु को हस्तांतरित करें।

बिना समस्याओं वाले नवजात शिशु

- यदि नवजात में कोई समस्या नहीं दिख रही हो उस दशा में उनकी कार्यक्रम के अनुसार ऐसी प्रारम्भिक नवजात शिशु देखभाल (जिसमें माता के शरीर से चिपकाना तथा जल्दी से जल्दी स्तनपान कराना सम्मिलित है) मोहैय्या करायें।
- यदि माता की दशा इस बात की आज्ञा दे तब शिशु को हर समय माता के शरीर से चिपका कर रखा जाये।
  - यदि माता की दशा इस बात की आज्ञा न दे कि शिशु के जन्म के पश्चात हर समय उसकी मां के शरीर से चिपकाया जा सके, (उदाहारणार्थ आप्रेशन के बाद) उस दशा में शिशु को एक मुलायम तथा सूखे कपड़े में लपेटें, कम्बल से ढकें तथा गर्मी बनाये रखने हेतु सिर को ढकना सुनिश्चित करें।
  - बार बार निरीक्षण करते रहें।
- यदि मां की दशा को देखते हुये काफी समय तक शिशु को पृथक करना आवश्यक हो उस दशा में शिशु को उचित नवजात शिशु देखभाल सेवा केंद्र पर हस्तांतरित करने हेतु निम्नलिखित निर्देशों को देखें।

शिशुओं को अन्यत्र भेजना

- शिशु की समस्या के विषय में मां को समझायें। (देखें पृष्ठ सं. 4)
- शिशु की गर्मी बनाये रखें, उसको एक मुलायम सूखे कपड़े में लपेट कर कम्बल से ढकें। फिर गर्मी बनाये रखने हेतु उसके सिर को ढकना सुनिश्चित करें।
- यदि सम्भव हो शिशु को एक स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ता की बाहों में हस्तान्तरित करें। यदि शिशु को विशेष उपचार जैसे कि आक्सीजन की आवश्यकता हो उस समय उसे इनक्यूबेटर अथवा बैसिनेट में रखकर हस्तांतरित करें।
- जैसे ही शिशु चूसने के लिये तैयार दिखे अथवा माता की दशा इस योग्य हो, स्तनपान प्रारम्भ करायें।
- यदि मां अथवा नवजात को किन्हीं समस्याओं के कारण स्तनपान कराने में देरी हो रही हो तब मां को सिखाएं कि जितनी जल्दी सम्भव हो स्तन से दूध को निकाले तथा निकाला गया दूध नवजात शिशु को दिया जाना सुनिश्चित करें।
- इस बात को सुनिश्चित करें कि नवजात की देखभाल करने वालों को प्रसव पीड़ा तथा प्रसव सम्बन्धित सभी रिकार्डों के साथ (जिनसे नवजात को उपचारित किया गया हो) हस्तांतरित करें।

अध्याय 8

सेवाकर्ता तथा सामुदायिक गठजोड़

एक बेहतर स्वास्थ्य देखभाल वातावरण को बनाना

ज़िला चिकित्सालयों को, महिलाओं, समुदायों तथा ग्राम स्तरीय स्वास्थ्य केन्द्रों के सेवाकर्ताओं हेतु स्वागतपूर्ण वातावरण बनाने के लिये इच्छुक रहना चाहिये। इन्हे दूसरे सेवाकर्ताओं की मूल्यवान चेष्टाओं में सहायक होना चाहिये तथा उनकी कमियों के सुधार हेतु उनके साथ कार्य करना चाहिये।

जब अन्य सेवाकर्ताओं के संग कार्य करें – तब जिला चिकित्सालय के चिकित्सक तथा उपचारिकाओं को निम्न बातों को ध्यान रखना चाहिये :–

- रोगियों को भेजने (refer) वाले सेवाकर्ताओं को प्रोत्साहित करें व धन्यवाद दें, विशेषकर महिला तथा उसके परिवारजनों के समक्ष
- सेवाकर्ता के मान को समुदाय में बनाए रखने हेतु, उसे चिकित्सकीय तथा ठीक मार्गदर्शन तथा सही व ठीक सुझाव, एकांत में दें।
- महिला की देखभाल जारी रखने में (उचित व वांछनीय स्तर तक) रेफर करने वाले सेवाकर्ता को भी सम्मिलित करें।

जब समुदाय के संग कार्य करें – उस अवस्था से जिला चिकित्सालय के चिकित्सक तथा प्रसाविकाओं को निम्न बातों का ध्यान रखना चाहिये –

- जिला चिकित्सालय अथवा स्वास्थ्य सुधार कमेटी में भागीदारी हेतु समुदाय के सदस्यों को आमंत्रित करें।
- सेवा केन्द्र की भूमिका तथा उनके कार्यों के साथ ही साथ उनकी बाध्यताएं तथा सीमाओं को पहचानने हेतु कुछ प्रभावी मुख्य व्यक्तियों को आमंत्रित किया जाना चाहिए।
- समुदाय के लिये अवसर उपलब्ध कराएँ कि वह जिला चिकित्सलयों को एक उपचारी केन्द्र के रूप में पहचान करें। (उदाहरणार्थ टीकाकरण अभियानों एंव जाँच कार्यक्रमों द्वारा)

महिला की आवश्यकताओं की पूर्ति

महिला तथा समुदाय में अपनी स्वीकारोक्ति को बल देने हेतु जिला चिकित्सालयों को अपनी स्वयं की सेवा देने की विधियों के आंकलन हेतु इच्छुक रहना चाहिये. एक केन्द्र को सांस्कृतिक रूप से संवेदनशील तथा आरामदायक वातावरण निम्नवत बनाना चाहिये :–

- जिसमें महिला की लज्जा तथा गोपनीयता का आदर हो।
- परिवारजनों का स्वागत हो।
- महिला तथा उसके नवजात शिशु हेतु आरामदायक स्थान उपलब्ध करायें (उदाहरणार्थ नीची प्रसव शय्या, गर्म तथा स्वच्छ कक्ष)

आपात स्थिति तथा जटिलताओं को निपटाने की योग्यता में विघ्न पड़े बिना, केन्द्र सावधानी पूर्ण योजना बनाकर एक ऐसा वातावरण बना सकता है।

रेफरल तरीकों को बेहतर बनाना

प्रत्येक महिला जो कि जिला चिकित्सालय को संदर्भित/रेफर की गयी है उसे निम्नलिखित सूचनाओं सहित/रेफरल प्रपत्र दिया जाना चाहिये :–

- रोगी सम्बंधित सामान्य जानकारी (नाम, आयु, पता)
- प्रसूति इतिहास (कौन सा जन्म, गर्भ की अवधि प्रसव पूर्व काल की जटिलताएँ।)
- उचित भूतपूर्व प्रसूति जटिलताएँ पूर्व सीजर, प्रसवोपरान्त रक्त का बहना/रक्तस्राव)
- वह विशेष कारण जिसके लिये उसे संदर्भित/रेफर किया गया।
- उस समय तक दिया गया उपचार तथा उन उपचारों के परिणाम।

रेफरल प्रपत्र में संदर्भ के परिणामों (Outcome) को सम्मिलित किया जाना चाहिये। संदर्भन प्रपत्र को उस महिला, अथवा उस व्यक्ति को जो उसे लाया हो, के साथ वापस उसी संदर्भन इकाई पर भेजा जाना चाहिये। जिला चिकित्सालयों तथा संदर्भन इकाइयों को गुणवत्ता हेतु विश्वसनीय कार्य के विधि हेतु समस्त संदर्भन आंकड़ों (records) को रखना चाहिये –

- संदर्भित सेवा केन्द्र अपने संदर्भव की सफलताओं एवं उपयुक्तता का आंकलन कर सकती है।
- जिला चिकित्सालय रिकार्ड का पुनः अवलोकन उन (Patterns) नमूनों कों दर्शाने की दृष्टि से कर सकते हैं जिसके आधार पर एक सेवाकर्ता अथवा कैन्द्र हेतु अतिरिक्त तकनीकी सहयोग अथवा प्रशिक्षण आवश्यक समझा जाएगा।

प्रशिक्षण तथा सहजतापूर्ण निरीक्षण उपलब्ध कराना

जिला चिकित्सालयों को ग्रामीण स्तर के सेवाकर्ताओं हेतु केन्द्र आधारित प्रशिक्षण देना चाहिये जो उच्च स्तरीय तथा भागीदारी युक्त हो। भागीदारी युक्त प्रशिक्षण, कौशल पर आधारित होता है तथा अधिक प्रभावी होता है क्योंकि:

- जिला चिकित्सालयों के सेवाकर्ताओं तथा ग्रामीण केन्द्रों की ए.एन.एम (प्रसाविका) व बहुउद्देशीय कार्यकर्ताओं के मध्य सम्बंधों को बेहतर बनाता है।

- ग्रामीण कार्यकर्ताओं तथा जिला चिकित्सालयों में चिकित्सकीय देखभाल करने वाले सेवाकर्ताओं में समरूपता एवं समानता को बढ़ाता है।
- दल के रूप में कार्य करने को प्रोत्साहित करता है तथा स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का निरीक्षण (supervision) सरल बनाता है जब वह समस्त सीखे हुए कौशल को क्रियान्वित (Implement) करने हेतु अपने समुदाय में वापस जाते हैं।

सेक्शन-2

लक्षण

अध्याय–1

शॉक (Shock)

शॉक (Shock) उस शारीरिक परिवहन तंत्र (circulatory system) के ठप हो जाने की ऐसी अवस्था बताई गई है जिसमें जैविक अंगो द्वारा ठीक से उनके कार्यो को बनाए रखना बंद हो जाता है।

शॉक (Shock) जीवन से संघर्ष करने वाली एक ऐसी दशा है जिसका तुरंत एवं प्रभावकारी उपचार अति आवश्यक है। यदि निम्न में से कोई एक भी लक्षण दिखे, तब संदेह करें कि यह शॉक (Shock) की अवस्था हो सकती है:

- प्रसव की प्रारंभिक अवस्था के रक्तस्राव (उदाहरणार्थ गर्भपात, नलकीय गर्भ (ectopic) अथवा अंगूर के गुच्छे जैसी (Molar) गर्भावस्था)
- गर्भावस्था की अंतिम अवस्था अथवा प्रसव के समय रक्त स्राव (उदाहरणार्थ– आंवल का आगे होना अथवा बच्चेदानी का फट जाना)।
- प्रसव के उपरान्त रक्तस्राव (उदाहरणार्थ : बच्चेदानी का फट जाना, बच्चेदानी का प्रसवोपरान्त अपनी पूर्व दशा में न लौटना, प्रजनन अंगो का कट फट जाना, आंवल अथवा उसके टुकड़ों का रूक जाना)
- संक्रमण (उदाहरणार्थ : असुरक्षित तथा सेप्टिक गर्भपात) एम्निओनाइटिस, मेटराइटिस, पाइलोनेफ्राइटिस)
- चोट लगना (Trauma) (उदाहरणार्थ गर्भपात के समय बच्चेदानी या आंतो में चोट लग जाना, बच्चेदानी का फटना, प्रजनन अंगो का कट फट जाना (tears)

लक्षण तथा संकेत चिन्ह

निम्नलिखित लक्षणों तथा संकेतों को देखते ही शॉक (Shock) की अवस्था का निर्णय करें।

- तीव्र परंतु कमज़ोर नाड़ी (110 प्रति मिनट अथवा उससे अधिक)
- रक्त चाप कम होना (सिस्टोलिक 90 मि.मी. मरकरी से कम)

शॉक (Shock) की अवस्था में सम्मिलित अन्य लक्षण व संकेत :–

- पीलापन (विशेष रूप से आँखो की सफेदी, हथेली या मुँह के चारों ओर)
- पसीना निकलना या ठंडी चिपचिपी त्वचा
- श्वास की गति तेज होना (30 या अधिक साँस प्रति मिनट)
- चिंता, या बदहवासी अथवा बेहोशी।
- पेशाब कम होना (30मि.ली. प्रतिघंटा की दर से कम)

प्रबंधन

तत्कालिक प्रंबधन

- सहायता के लिये चिल्लायें तथा तुरंत सभी उपस्थित लोगों को जुटाएँ।
- जैविक चिन्हों (नाड़ी, रक्तचाप, श्वसन, तापमान) को मापें तथा ध्यान रखें।

- महिला को करवट से लिटाएं जिससे साँस रूक जाने का खतरा कम हो तथा ध्यान रखें कि यदि वह उल्टी करे तो उसकी श्वसन नली खुली रहे।
- महिला को गर्म रखें किन्तु अत्यधिक तपिश न दें अन्यथा इससे छोटी-छोटी नसों का peripheral प्रवाह बढ़ जाने के कारण जैविक केन्द्रों पर रक्त कम पँहुचेगा।
- पैरों को ऊँचा करें जिससे हृदय की ओर रक्त प्रवाह हो (यदि संभव हो चारपाई का पैताना ऊँचा करें)

विशिष्ट प्रबंधन

नस द्वारा द्रव्य देना शुरू करें तथा विशिष्ट प्रबंधन हेतु तुरंत चिकित्सक को सूचित करें तथा बुलायें।

अध्याय-2

प्रारंभिक गर्भावस्था में योनि से रक्त स्राव

समस्या

- गर्भ के प्रथम 22 सप्ताह के मध्य योनि से रक्त स्राव होना।

सामान्य प्रबंधन

- महिला की सामान्य दशा का जैविक लक्षणों (नाड़ी, रक्तचाप, श्वसन, तापमान) के साथ तीव्रता से मूल्यांकन करें।
- यदि शॉक (Shock) के लिये संदेह हो तब तुरंत उपचार प्रारम्भ करें (देखें पृष्ठ सं. 61) उस दशा पर भी यदि शॉक (Shock) के लक्षण विद्यमान न हो सदमे के विषय में अवश्य सोचे। शीघ्र महिला का पुनः आंकलन करें क्योंकि उसकी दशा जल्द गम्भीर हो सकती है।
  यदि शॉक (Shock) की स्थिति बढ़ने लगे तो तुरंत उपचार प्रारम्भ करना महत्वपूर्ण है।
- यदि महिला शॉक (Shock) में जाये तो डिम्बवाहिनी नलिका में ठहरे गर्भ के कारण नलिका के फटने के विषय में विचार करें। (सारिणी–8 देखें पृष्ठ सं. 70)
- नस से द्रव्य देना प्रारम्भ करें (देखें पृष्ठ सं. 22)

पहचान करना *(Diagnosis)*

- रक्त की कमी, पेडू में सूजन रोग (PID) अधिक सप्ताह के गर्भपात या पेट दर्द की असामान्य शिकायतों को बताने वाली किसी भी महिला को **नलिका में गर्भ** हो सकता है।
  नोट : यदि नलिका में गर्भ का शक हो, तब बहुत धीमे से हाथ डालकर परीक्षण करें क्योंकि प्रारंम्भिक नलिका गर्भ सरलता से फट (rupture) जाता है।
- प्रजनन आयु वाली किसी भी ऐसी महिला जिसकी माहवारी चढ़ गई हो (पिछली माहवारी से एक माह से अधिक समय बीत गया हो) तथा जिसे निम्नलिखित में से कोई एक अथवा अधिक लक्षण हो जैसे रक्तस्राव, पेडू में पीड़ा, गर्भ के कुछ तत्वों का बाहर निकलना, बच्चेदानी का मुंह खुला होना अथवा आशा के विपरीत बच्चेदानी का छोटा होना, तब उस अवस्था में **गर्भपात के विषय में विचार करें।**
- यदि गर्भपात ही सम्भावित पहचान हो तो :– सुनिश्चित करें तथा तुरन्त जटिलताओं को रोकने हेतु उपचार करें।

सारिणी–6 देखें पृष्ठ सं. 65

सारिणी-5 प्रसव की आंरभिक अवस्था में योनि से रक्तस्राव

वर्तमान संकेत तथा अन्य संकेत एवं चिन्ह	कभी कभी होने वाले लक्षण व संकेत	संभावित निदान
• हल्का[a] रक्त स्राव • बन्द ग्रीवा • तिथि के अनुसार बच्चेदानी का आकार	• ऐंठन/पेडू में दर्द • सामान्य से अधिक नर्म बच्चे दानी	गर्भपात का भय, देखें पृष्ठ सं. 66
• हल्का रक्त स्राव • पेट की पीड़ा • बन्द ग्रीवा • सामान्य से कुछ बड़ी बच्चेदानी • सामान्य से कुछ नर्म बच्चेदानी	• मूर्छित होना • दुखने वाला एडिनेक्सल मास • मासिक चढ़ जाना • ग्रीवा की जांच पर दर्द	नलिका गर्भ (सारिणी-8) देखें पृष्ठ सं. 70 (डिम्ब वाहिनी में गर्भ)
• हल्का रक्तस्राव • बन्द ग्रीवा • गर्भ की अवधि के अनुपात से बच्चेदानी का छोटा होना • सामान्य से नरम बच्चेदानी	• हल्की ऐंठन/पेडू में पीड़ा • गर्भस्थ तत्वों के निकलने का इतिहास	पूर्ण गर्भपात देखें पृष्ठ सं. 67
• तीव्र[b] रक्तस्राव • खुला हुआ ग्रीवा मुख • गर्भ की अवधि के अनुसार बच्चेदानी के आकार में वृद्धि	• ऐंठन/पेडू की पीड़ा • बच्चेदानी की जांच पर दर्द • गर्भ ठहरने वाले तत्वों का बाहर न निकलना	न रुकने वाला गर्भपात (Inevitable abortion) देखें पृष्ठ सं. 67
• तीव्र रक्त स्राव • खुला हुआ ग्रीवा मुख • तिथि के अनुपात से छोटी बच्चेदानी	• ऐंठन/पेडू दर्द • गर्भ ठहरने वाले कुछ तत्वों का बाहर निकलना	अपूर्ण गर्भपात देखें पृष्ठ सं. 67
• तीव्र रक्त स्राव • ग्रीवा का खुला मुख • दिनों के अनुपात में अधिक बड़ी बच्चेदानी • सामान्य से मुलायम बच्चेदानी • गर्भ ठहरने वाले कुछ अंगूर के गुच्छों की तरह के तत्वों का बाहर आना	• जी मिचलाना/उल्टी • स्वतः गर्भपात • ऐंठन/पेडू दर्द • Ovarian Cyst सरलता से फटने वाली अण्डाशय की गांठ • प्री-एक्लैम्पिसया का शीघ्र आरम्भ • शिशु की उपस्थिति का कोई चिन्ह नहीं	मोलर गर्भ देखें पृष्ठ सं. 70.

[a]हल्का रक्त स्राव :- एक साफ पैड अथवा कपड़े को भीगने में 5 मिनट से अधिक समय लगना।

[b]तीव्र रक्त स्राव :- 5 मिनट से कम समय में एक स्वच्छ पैड अथवा कपड़े का भीगना।

सारिणी-6 गर्भपात की जटिलताओं की पहचान एवं प्रबंधन

लक्षण तथा चिन्ह	जटिलता	प्रबंधन
• पेडू का दर्द • पेडू को दबाकर छोड़ने पर दर्द • योनी की अन्दरूनी जांच पर दर्द • लम्बे समय से रक्त स्राव • जूड़ी • ताप/बुखार • बदबूदार स्राव (पानी) • ग्रीवा से मवाद युक्त स्राव • ग्रीवा हिलाने पर दुखन	संक्रमण/ सैप्सिस	योनि की अन्दरूनी सफाई वैक्यूम एसपिरेशन आरंभ करने से पूर्व, जितनी शीघ्र संभव हो एन्टीबॉयोटिक्स (antibiotics)[ए] शुरू कर दें।
• ऐंठन/पेट दर्द • पेडू को दबाकर छोड़ने पर दर्द • पेट का फूलना • चढ़ा हुआ सख्त (Rigid) पेट • कंधों का दर्द • जी मिचलाना/उल्टी • ज्वर	बच्चेदानी, योनि अथवा आंतो में चोट लगना	डाक्टर को सूचित करें और पेट के बड़े आप्रेशन की तैयारी करें।

(ए) 2 ग्राम एम्पिसिलिन नस द्वारा प्रत्येक 6 घंटे पर साथ में 5 मि0ग्रा0 शरीर भार की दर से नस द्वारा जेन्टामाइसिन प्रत्येक 24 घंटे पर दें। साथ ही जब तक महिला का ज्वर उतरे 48 घंटे न बीत जाएं 500 मि0ग्राम मेट्रोनियाज़िोल नस द्वारा प्रत्येक 8 घंटे के अन्तराल पर देते रहें।

गर्भपात के प्रकार :–

स्वतः गर्भपात : वह अवस्था जिसमें शिशु के 22 सप्ताह तक विकसित होने के पूर्व, (शिशु के जीवित रहने की सम्भावना से पूर्व) स्वतः गर्भपात हो जाता है। इसके निम्न चरण हो सकते हैं :–

- गर्भपात का भय – (गर्भ जारी रह सकता है)
- निश्चित गर्भपात– गर्भ आगे बढ़ नहीं सकता। पूर्ण अथवा अपूर्ण गर्भपात हो जायेगा।
- अपूर्ण गर्भपात (बच्चा ठहरने वाले कुछ तत्वों का कुछ मात्रा मे निकल जाना)
- पूर्ण गर्भपात (बच्चा ठहरने वाले तत्वों का पूर्ण रूप से निकल जाना)

गर्भसमापन : वह प्रकिया जिसमें गर्भ को शिशु के जीवित रहने की सीमा के पहले ही समाप्त कर दिया जाता है।

असुरक्षित गर्भपातः वह स्थिति जब गर्भपात अप्रशिक्षित व्यक्ति द्वारा किया जाए अथवा वह व्यक्ति करे जो इस प्रकिया को पूर्णतया करने की दक्षता न रखता हो अथवा ऐसे वातावरण में किया जाए जहां न्यूनतम चिकित्सकीय मानक भी पूर्ण न हो।

सेप्टिक गर्भपात : वह गर्भपात जिसमें संकमण की वजह से जटिलता उत्पन्न हो गई हो। स्वतः गर्भपात अथवा असुरक्षित गर्भपात के पश्चात् जीवाणुओं के नीचे प्रजनन अंगों में रह जाने के कारण सेप्सिस होता है। यह बहुधा उन दशाओं में भी होता है जब गर्भ ठहरने वाले कुछ तत्व रूके रह जाते हैं तथा सफाई करने में देरी कर दी जाती है। यह बहुधा औज़ारों द्वारा किए हुये असुरक्षित गर्भपात के फलस्वरूप होता है।

प्रबंधन

यदि असुरक्षित गर्भपात की शंका हो, तब बच्चेदानी, योनि (वेजाइना), आँतो की चोट अथवा संक्रमण के लक्षण हेतु परीक्षण करें। तथा योनि से किसी भी जड़ी बूटी, स्थानीय औषधि अथवा कॉस्टिक तत्वों को हटाने हेतु (डूश) धुलाई करें।

गर्भपात का भय

- आमतौर पर चिकित्सकीय उपचार आवश्यक नहीं।
- महिला को परिश्रम वाली क्रियाऐं तथा संभोग के लिये मना करे किन्तु शय्या विश्राम आवश्यक नही।
- यदि रक्तस्राव रूकता है, तब प्रसव पूर्व केन्द्र पर अग्रिम जांच करवाएं। पुनः रक्तस्राव होने पर पुनः आंकलन करें।
- यदि रक्त स्राव जारी रहे तब शिशु के जीवित रहने हेतु आंकलन करें। (गर्भजाँच, अल्ट्रासाउंड तथा नलिका गर्भ हेतु अल्ट्रासाउंड कराऐं। लगातार रक्तस्राव में विशेषकर आशा से अधिक बड़ी बच्चेदानी दिखने के साथ लगातार रक्त स्राव, जुड़वां अथवा Molar गर्भ के संकेत हो सकते हैं।

कुछ औषधियां जैसे हारमोन्स (उदाहरणार्थ इस्ट्रोजन या प्रोजेस्टिन) या tocolytic agents (उदाहरणार्थ (Salbutamol अथवा indomethacin) न दे क्योंकि यह गर्भपात रोकने में सफल नहीं हो पायेंगी।

निश्चित गर्भपात (न रुकने वाला गर्भ)

- **यदि 16 सप्ताह से कम का गर्भ है**, तो बच्चेदानी के तत्वों को साफ करने की योजना बनाये यदि यह तुरन्त सम्भव नहीं हो तब :
  - अर्गोमेटरिन Ergometrine 0.2 mg इंजेक्शन मांसपेशी में लगायें (15 मिनट बाद यदि आवश्यकता हो तो पुनः लगाये) अथवा 400 mg misoprostol मुँह द्वारा दें (यदि आवश्यक समझें तब 4 घंटे पश्चात एक बार पुनः दें)
  - योनि की जितनी जल्दी संभव हो सफाई कराने का प्रबंध करें।
- **यदि 16 सप्ताह से अधिक का गर्भ हो** :
  - गर्भीय तत्वों को स्वाभाविक रूप से निकलने की प्रतीक्षा करे तत्पश्चात बच्चेदानी में रूक गये बाकी तत्वों को निकालने हेतु सफाई करें।
  - यदि आवश्यकता हो तो, 40 यूनिट्स आक्सीटोसिन, एक लीटर नार्मल सलाईन या रिंगर लेकटेट में 40 बूंद प्रति मिनट की रफ़्तार से देना आरंभ करें। जिससे गर्भीय तत्वों के निकलने में सहायता हो।
- उपचार के उपरान्त महिला की बाद की देखभाल को सुनिश्चित करें।

अपूर्ण गर्भपात

- यदि रक्त स्राव हल्का अथवा साधारण हो तथा गर्भ 16 सप्ताह से कम हो तब उगलियों अथवा छल्ला (ring) अथवा स्पंज फारसेपस (Forceps) का प्रयोग उन गर्भीय तत्वों को निकालने हेतु करें जो ग्रीवा के द्वारा बाहर की ओर आ रहे हों।
- यदि रक्तस्राव अधिक हो तथा गर्भ 16 सप्ताह से कम हो तो बच्चेदानी की सफाई करे :–
  - हाथ से प्रयोग होने वाले वैक्यूम ऐस्पीरेशन (Vaccum aspiration) का प्रयोग करना, सफाई करने का बेहतर उपाय है नुकीले तेज क्यूरेट से केवल उसी दशा में सफ़ाई करें, जब हाथ द्वारा वैक्यूम एस्पिरेशन उपलब्ध न हों।
  - यदि सफाई करना तुरंत संभव न हो तब अर्गोमेटरिन (Ergometrin) 0.2mg इंजेक्शन दें (यदि आवश्यक हो तो पुनः 15 मिनट पश्चात दें)। अथवा मिसोप्रस्टोल (Misoprostol) 400mg मुँह से दे (यदि आवश्यक हो एक बार 4 घंटे पश्चात पुनः दें)
- **यदि गर्भ 16 सप्ताह से अधिक हो तब** :–
  - नार्मल सलाइन अथवा रिंगरलैक्टेट में 40 यूनिट आक्सीटोसिन (unit oxytocin) बूंदे प्रतिमिनट की रफ़्तार से उस समय तक चढ़ायें जब तक गर्भीय तत्व निकलने न लगे।
  - यदि आवश्यक हो मीसोप्रोस्टल (misoprostol) 200 mg योनि द्वारा प्रत्येक 4 घंटे पर दें किन्तु 800 मि.ग्रा. से अधिक न दें।
  - बच्चेदानी में रह गये बाकी गर्भीय तत्वों को साफ करें।
- उपचार के बाद महिला की अग्रिम देखभाल को सुनिश्चित करें।

पूर्ण गर्भपात

- सामान्यतया बच्चेदानी की सफाई आवश्यक नहीं।
- अधिक रक्त स्राव के लिये ध्यान रखें।
- उपचार के पश्चात महिला की बाद की देखभाल को सुनिश्चित करें।

गर्भपात के उपरान्त महिला की अग्रिम *(Follow-up)* देखभाल

छुट्टी देने से पूर्व प्रत्येक उस महिला को, जिसका स्वतः गर्भपात (Spontaneous) हो गया हो यह बतायें कि केन्द्र पर पहचाने गये प्रसव में कम से कम 15% (सात में से एक) का सामान्यतया स्वतः गर्भपात होता है। महिला को इस बात का विश्वास दिलाएं कि इसके पश्चात अधिकतर कामयाब गर्भ घटित होते हैं यदि उन्हें गर्भपात में कोई संक्रमण न हो गया हो अथवा गर्भपात के लिये कोई ऐसा कारण पहचाना न गया हो जिसका भविष्य के गर्भ पर विपरीत प्रभाव हो सकता हो (ऐसा बहुधा कम होता है) कुछ महिलायें अपूर्ण गर्भपात होने के पश्चात तुरंत गर्भवती होना चाह सकती है किन्तु जब तक वह पूर्णतया स्वस्थ न हो जाये उसे देर से अगले गर्भधारण के लिये प्रोत्साहित किया जाना चाहिये।

यह आवश्यक है कि जिस महिला का असुरक्षित गर्भपात हुआ हो उससे सलाह मशविरा किया जाये। यदि गर्भ की इच्छा न हो तब परिवार नियोजन के विभिन्न उपाय (सारिणी–7 पृष्ठ 69) तुरंत सात दिन के भीतर उन दशाओं में प्रारम्भ किये जा सकते है :–

- यदि अत्याधिक जटिलताये नहीं हों जिनके लिये आगे उपचार की आवश्यकता हो।
- महिला को सही तथा स्वीकार्य परिवार नियोजन उपाय के चुनाव हेतु उपयुक्त सलाह मशविरा तथा मदद मिले।

परिवार कल्याण संबंधी सलाह मशवरा

चित्र–28 परिवार कल्याण सम्बन्धी सलाह मशवरा

सारिणी-7 परिवार नियोजन के उपाय

गर्भ निरोधक उपायों के प्रकार	प्रारंभ करने की सलाह
हारमोनल (खाने वाली गोली, इंजेक्शन, इम्पलान्ट)	• तुरन्त
निरोध	• तुरन्त
आई. यू. डी.	• तुरन्त • यदि संक्रमण है अथवा शंका हो तो, जब तक ठीक न हो – इसे न लगाएं। • यदि हीमोग्लोबीन की मात्रा 7 g/dl से कम हो तो जब तक रक्त की कमी (anaemia) ठीक न हो इसे न लगाएं • इस बीच सामयिक उपाय दें (उदाहरणार्थः निरोध)
स्वैच्छिक नसबंदी	• तुरंत • यदि संक्रमण विद्यमान हो अथवा शंका हो तो जब तक यह ठीक न हो जाये शल्यक्रिया टालें। • यदि हीमोग्लोबीन 7g/dl से कम है तो जब तक खून की कमी ठीक न हो नसबंदी टालें। • कोई सामयिक (Interim) उपाय दें (उदाहरणार्थ निरोध)

साथ ही इस बात की पहचान करें कि महिला को किसी अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी सेवाओं की आवश्यता तो नहीं है। उदाहरणार्थ–कुछ महिलाओं को आवश्यकता हो सकती है :–

- टेटनस से बचाव (Prophy laxis) अथवा टेटनस बूस्टर
- यौन सम्बन्धि संक्रमण रोग उपचार
- ग्रीवा कैंसर की जांच पड़ताल (Screening)

नलिका में गर्भावस्था

नलिका गर्भावस्था वह है जिसमें शिशु बच्चेदानी के बाहर स्थापित (Implant) होता है।

स्थान: बाहय गर्भ हेतु सबसे अधिक सामान्य स्थिति डिम्बवाहिनी नलिका (Fallopian tube) है। (90 प्रतिशत से अधिक)

नलकीय गर्भ के समुचित अथवा फट (rupture) जाने की स्थिति के अनुसार, लक्षण तथा चिन्हों में अत्यन्त भिन्नता होती है (सारिणी–8, देखें पृष्ठ सं. 70) Culdocentesis (cul-de-Sac puncture) इसके निदान का महत्वपूर्ण यंत्र है परंतु यह सीरम गर्भ जांच तथा अल्ट्रासाउन्ड से कम महत्वपूर्ण है। यदि द्रवित रक्त मिले तो तुरंत उपचार आरंभ कर दें। चिकित्सक को सूचना दें और बुलाये।

सारिणी-8 नलीकीय गर्भावस्था के फटने अथवा न फटने के लक्षण तथा चिन्ह

बिना फटी नलीकीय गर्भावस्था	फटी हुई नलीकीय गर्भावस्था
• प्रारंभिक गर्भावस्था के लक्षण (रुक–रुक कर धब्बे लगना अथवा रक्तस्राव, जी मिचलाना, स्तनों में सूजन, योनि तथा ग्रीवा के रंग में बदलाव, नीलापन, ग्रीवा का मुलायम होना, बच्चेदानी का हल्का सा बढ़ना तथा बार–बार पेशाब का होना	• बेहोशी तथा कमजोरी
• पेट तथा पेडू में दर्द	• तीव्र पर निर्बल नाड़ी (110 या उससे अधिक प्रति मिनट)
	• निम्न रक्तचाप
	• हाइपोवोलीमिया
	• अत्यधिक पेट तथा पेल्विक पीड़ा
	• पेट का तनाव / बढ़ना (ए)
	• रिबाउन्ड टेन्डरनेस
	• पीलापन

(ए) फूला हुआ पेट तथा स्थान बदलती हुयी डलनेस रक्त के स्वतंत्र बहने की सूचक हो सकती है।

भिन्नताजन्य निदान

नलीकीय गर्भावस्था का सर्वाधिक सामान्य भिन्न निदान अकसर थ्रेटेन्ड गर्भपात से हो जाता है। जिन दूसरे भिन्न निदानों की तरफ ध्यान जाता है उनमें क्रोनिक पी.आई.डी., ओवेरियन गांठ (टारज़न अथवा फटना) तथा अत्यधिक एपेंडिसाइटिस सम्मिलित है।

यदि उपलब्ध हो उस दशा में अल्ट्रासाउंड के द्वारा थ्रेटेन्ड गर्भपात अथवा मुड़ी हुयी ओवेरियन गांठ से नली गर्भ को भिन्न करते हुये निदान किया जा सकता है।

मोलर गर्भ

कोरियानिक विलाई के असामान्य बढ़ने की स्थिति को मोलर गर्भ कहते हैं।

तुरन्त प्रबंधन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलायें।

अध्याय–3

बाद की गर्भावस्था तथा प्रसव में योनि से रक्तस्राव

समस्यायें

- 22 सप्ताह के गर्भ के बाद योनि से रक्तस्राव
- प्रसव से पूर्व योनि से रक्तस्राव

रक्तस्राव के प्रकार

रक्त स्राव के प्रकार	संभावित पहचान	क्रिया करें
रक्तजनित श्लेष्मा (Mucus) द्रव्य दिखना	प्रसव पीड़ा का प्रारम्भ	सामान्य प्रसव व शिशु जन्म हेतु कार्य करना प्रारम्भ करें।
कोई अन्य रक्त स्राव	प्रसव से पूर्व रक्त का बहना	कारण का निर्णय करें–सारिणी–9 पृष्ठ 72

सामान्य प्रबंधन

- सहायता हेतु चिल्लाऐं :– तत्काल सभी उपलब्ध व्यक्तियों को गतिशील बनाऐं।
- तत्परता से महिला की सामान्य दशा का जैविक चिन्हों – (नाड़ी, रक्त चाप, श्वास तथा तापमान) के साथ आंकलन करें।

इस अवस्था पर योनि का अन्दरूनी परीक्षण न करें।

- यदि शॉक (Shock) की आशंका हो :– तुरंत उपचार आरम्भ करें (देखें पृष्ठ सं. 61) यद्यपि शॉक (Shock) के लक्षण उपस्थित न हो परन्तु आप शॉक (Shock) के विषय में अवश्य सोचें, उस दशा में भी जब महिला की दशा तीव्रता से बिगड़ने पर आप उसका पुनः अग्रिम आंकलन करें।
- नस से द्रव्य देना प्रारम्भ करें।

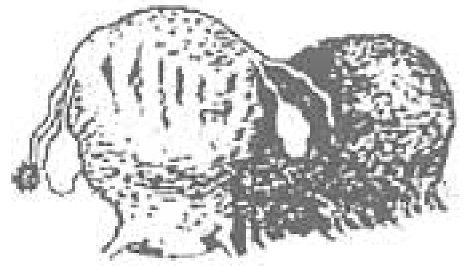
निदान (Diagnosis)

सारिणी-9 प्रसव पूर्व रक्तस्राव का निदान

वर्तमान लक्षण तथा अन्य लक्षण तथा विशेष चिन्हों की उपस्थिति	कभी–कभी उपस्थित लक्षण तथा चिन्ह	संभावित निदान
• 22 सप्ताह के गर्भ के उपरांत रक्तस्राव • रुक–रुक कर अथवा निरंतर पेट की पीड़ा	• शॉक (Shock) बच्चेदानी के अंदर रुका होने के पश्चात रक्त स्राव • शिशु का कम अथवा लुप्त होता हुआ हिलना डुलना • बच्चे की बेचैनी अथवा उसके ह्रदय की धड़कन का बंद होना	एबरप्शियो प्लेसेंटी (Abruptio placentae) देखें पृष्ठ सं. 72 • चढ़ी हुई सख्त बच्चेदानी
• रक्तस्राव (पेट के अथवा योनि के भीतर रक्त स्राव) • अत्याधिक पेट का दर्द गर्भ के फटने (rupture) के पश्चात कम हो सकता है।)	• शॉक (Shock) • पेट का तनाव जहां–तहां पानी का होना। • बच्चेदानी की असामान्यता/ • शिशु के शरीर के भागों सरलता से टटोल कर पता लगाना • शिशु का घूमना तथा ह्रदय की धड़कन बन्द होना। • गर्भवती महिला की तीव्र नाड़ी	बच्चेदानी का फटना देखें पृष्ठ सं. 73
• 22 सप्ताह के गर्भ के पश्चात रक्तस्राव्	• शॉक (Shock) • संभोग के समय रक्तस्राव हो सकता है। • ढीली बच्चेदानी • Pelvis में गर्भ (foetus) न दिखना बच्चेदानी का निचला भाग खाली दिखना • गर्भस्थ शिशु (foetus) की सामान्य दशा।	आंवल का आगे होना देखें पृष्ठ सं. 73

प्रबन्धन

एबरप्शियो प्लेसेंटी (ABRUPTIO PLACENTAE) :- गर्भस्थ शिशु के जन्म लेने से पूर्व सामान्य स्थिति वाली आंवल का पृथक हो जाना एबरप्शियो प्लेसेंटी (Abruptio placentae) कहलाता है।



चित्र–29 बच्चेदानी का निचला चौड़े लिगामेंट के आकार में फटा हुआ भाग जो पेट के भीतर रक्त नहीं बहने देता।

प्रबंधन

इसके प्रबंधन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएं।

फटी हुई बच्चेदानी

उस दशा को छोड़कर जब गर्भस्थ शिशु का सिर पेल्विसमें न फँसा हो, फटी हुई बच्चेदानी की दशा में योनि द्वारा रक्तस्राव हो सकता है। रक्तस्राव पेट के भीतर भी हो सकता है, योनि के नीचे का भाग यदि ब्रॉड लिगामेन्ट में फटता है तो ऐसी दशा में रक्त वहीं सीमित रह जाता हैं और पेट के अंदर नहीं आता।

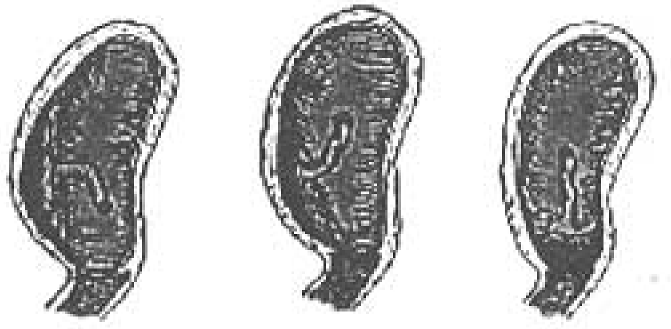
- शल्यक्रिया से पूर्व नस द्वारा द्रव्य (नार्मल सलाइन अथवा रिंगर्स लैक्टेट) दें जिससे रक्त की गहनता बनी रहे।
- स्थायित्व बनते ही तुरन्त सीजर करके आंवल सहित शिशु का प्रसव करायें।
- यदि शल्य क्रिया सम्बंधी खतरा हिस्ट्रेक्टमी करने के अनुपात में बहुत कम हों तथा फटे हुये स्थान के छोर पर सड़ने न लगे तथा बच्चेदानी की मरम्मत की जा सकती हो तब उस दशा में बच्चेदानी की मरम्मत करें।इस प्रक्रिया में हिस्ट्रेक्टमी के अनुपात में समय भी कम लगेगा तथा रक्त भी कम जायेगा।

अगले प्रसव में बच्चेदानी के फटने का जोखिम बढ़ सकने के कारण, आपात स्थिति समाप्त होने के पश्चात् महिला से सीमित गर्भनिरोधक उपायों के विषय में विचार विमर्श किये जाने की आवश्यकता है।

- यदि बच्चेदानी की मरम्मत नहीं की जा सकती हो उस दशा में सबटोटल हिस्ट्रेक्टमी (ग्रीवा को छोड़कर बच्चेदानी निकालना) करें। ग्रीवा तथा योनि तक फट जाने वाली बच्चेदानी में पूर्ण हिस्ट्रेक्टमी करने की आवश्यकता पड़ सकती है।

आंवल का आगे होना

आंवल का ग्रीवा के मुख अथवा उसके समीप होने की स्थिति को आंवल का आगे होना कहते हैं। (देखें चित्र–30 पृष्ठ सं 74)



औंवल का गर्भाशय में नीचे स्थापित होना | औंवल का आंशिक रूप से ग्रीवा के मुख पर होना | औंवल का पूर्णरूप से ग्रीवा के मुख पर होना

चित्र–30 आंवल का ग्रीवा के मुख पर अथवा समीप होना

चेतावनी :– जब तक कि तुरंत सीजोरियन करने की तैयारी न हो जाये योनि द्वारा परीक्षण न करें। सावधानी पूर्वक किया गया स्पेकुलम परीक्षण उस कारण को जानने हेतु किया जा सकता है कि रक्त स्राव होने का कोई अन्य कारण (जैसे के सर्विसाइटिस, ट्रॉमा, सर्वाइकल पौलिप अथवा ग्रीवा का कैंसर) तो नहीं है। इन सबकी उपस्थिति के साथ भी आंवल आगे हो सकती है।

- नस द्वारा द्रव्य (नार्मल सलाइन अथवा रिंगर्स लैक्टेट) देकर रक्त की गहनता बनाये रखें।
- रक्त स्राव की मात्रा का आंकलन निम्नवत् करें–
  - यदि भारी तथा लगातार रक्त स्राव हो रहा है उस दशा में शिशु की परिपक्वता का ध्यान रखे बिना सीजेरियन द्वारा प्रसव करायें।
  - यदि रक्तस्राव हल्का हो अथवा रूक गया हो तथा शिशु जीवित हो पर कम दिन का हो उस दशा में गर्भस्थ महिला हेतु प्रबन्धन उस समय तक करते रहें जबतक कि प्रसव अथवा भारी रक्त स्राव न होने लगे।
  - महिला को प्रसव होने तक चिकित्सालय में रखें।
  - रक्ताल्पता दूर करने हेतु छह माह तक प्रतिदिन 60 मि0ग्रा0 की दर से खाने हेतु फेरससल्फेट अथवा फेरस फ्यूमेरेट देती रहें।
  - इस बात को सुनिश्चित कर लें कि यदि आवश्यकता पड़े तो चढ़ाये जाने हेतु रक्त उपलब्ध रहे।
  - यदि रक्त स्राव पुनः हो उस दशा में महिला तथा शिशु के सम्बन्ध में लाभ तथा खतरों की मापतौल करते हुये गर्भस्थ महिला प्रबन्धन बनाम प्रसव के आधार पर अगला प्रबन्धन निर्णीत करें।

निदान को सुनिश्चित करना

- यदि एक भरोसे मंद अल्ट्रासाउंड परीक्षण किया जा सकता हो तब आंवल की स्थिति को देखें। यदि आंवल का आगे होना सुनिश्चित हो तथा शिशु पूरे समय का हो चुका हो तब प्रसव कराने की योजना बनायें। (देखें चित्र–30 पृष्ठ सं. 74)
- यदि अल्ट्रासाउंड उपलब्ध न हो अथवा भरोसे योग्य न हो अथवा गर्भ 37 सप्ताह से कम का हो तब 37 सप्ताह तथा आंवल के आगे होने की स्थिति में प्रसव कराये जाने हेतु प्रबन्धन करें।
- यदि अल्ट्रासाउंड उपलब्ध न हो अथवा रिपोर्ट भरोसे योग्य न हो तथा गर्भ 37 सप्ताह अथवा उससे अधिक का हो गया हो उस दशा में आंवल के आगे होने की स्थिति को नकारने हेतु दोहरी तैयारी के साथ परीक्षण करें। दोहरी तैयारी (योनि द्वारा अथवा सिज़ेरियन द्वारा प्रसव कराया जाना) से प्रसव कराये

जाने की तैयारी हेतु निम्नलिखित बातों का ध्यान रखना आवश्यक है :–

- नस द्वारा द्रव्य दिया जाना चालू रखने के साथ–साथ क्रास मैचिंग किए हुए रक्त की उपलब्धता बनाये रखना।
- शल्यक दल की उपस्थिति में महिला का शल्य क्रिया कक्ष में रहना।
- उच्च कोटि विसंक्रमित योनि स्पेकुलम का उपयोग करते हुये ग्रीवा का आंकलन किया जाना।

- यदि ग्रीवा मुख थोड़ा खुला हो तथा आंवल ऊतक दिखें उस दशा में यह सुनिश्चित करते हुये कि आंवल ही आगे है, तद्नुसार प्रसव कराने हेतु योजना बनायें।
- यदि ग्रीवा का मुख नहीं खुला हो उस दशा में बहुत सावधानीपूर्वक योनि के फारनिसेस को प्रतीत करें।
    - स्पंज जैसा ऊतक प्रतीत होने पर आंवल के आगे होने की पुष्टि करें एवं तद्नुसार प्रसव कराने हेतु योजना बनायें।
    - शिशु का ठोस सिर प्रतीत होने पर आंवल के बड़े भाग को आगे की ओर न मानते हुये इंडक्शन द्वारा प्रसव करवाने हेतु प्रबन्धन करें।
- यदि आंवल आगे होने का निदान करने के विषय में अभी भी शंका हो उस दशा में सावधानीपूर्वक एक डिजिटल परीक्षण करें :–
    - ग्रीवा के भीतर कोमल ऊतक प्रतीत होने पर नाल के ही आगे होने की दशा को सुनिश्चित करें तथा तद्नुसार प्रसव हेतु योजना बनायें :–
    - झिल्लियां तथा शिशु के कुछ भाग बीचों बीच में अथवा थोड़ा सा किनारे की ओर प्रतीत होने की दशा में यह समझते हुये कि आंवल आगे नहीं हैं उस स्थिति में इंडक्शन द्वारा प्रसव करायें।

प्रसव

- निम्नलिखित दशाओं में प्रसव कराने हेतु योजना बनायें:–
    - गर्भस्थ शिशु पूरे समय का हो जाने पर।
    - शिशु मृत होने पर अथवा उसमें किसी प्रकार की असामान्यता जिसमें जीवन सम्भव न हो (उदाहरणार्थ एनेनसिफली) होने पर
    - अत्यधिक रक्तस्राव के कारण महिला की जान को खतरा होने पर ।
- यदि आंवल नीचे की ओर लगी हुयी हो (चित्र–30) तथा रक्त स्राव हल्का हो उस दशा में यदि योनि द्वारा सामान्य प्रसव संभव हो योनि द्वारा सामान्य प्रसव करायें अन्यथा सीजेरियन करें।

नोट – जिन महिलाओं की आंवल आगे होती है उन्हें प्रसवोपरान्त रक्त बहने तथा आंवलऐक्रिटा/इनक्रेटा (पूर्व में हुये सीजेरियन टांकों के स्थान पर होने वाला एक साधारण निदान) होने का खतरा बना रहता है।

- यदि सीजेरियन आप्रेशन द्वारा प्रसव होने के उपरान्त आंवल के स्थान से रक्त स्राव हो रहा हो उस दशा में निम्नवत् कार्यवाही करें:–
    - रक्त स्राव होने के स्थान पर टांके लगाएं। (सूचर से अंडररन करें)
    - 20 यूनिट आक्सीटोसिन, 1 ली० आई.वी. द्रव्य (नार्मल सलाइन अथवा रिंगर्स लैक्टेट) में 60 बूंदे प्रति मिनट की दर से चढ़ायें।
- प्रसवोपरान्त रक्त स्राव बने रहने की दशा में उपर्युक्त प्रबन्धन को प्रारम्भ करें। (देखें पृष्ठ सं. 76) इसमें आरट्री लाइगेशन अथवा हिस्ट्रेक्टमी सम्मिलित हैं।

अध्याय-4

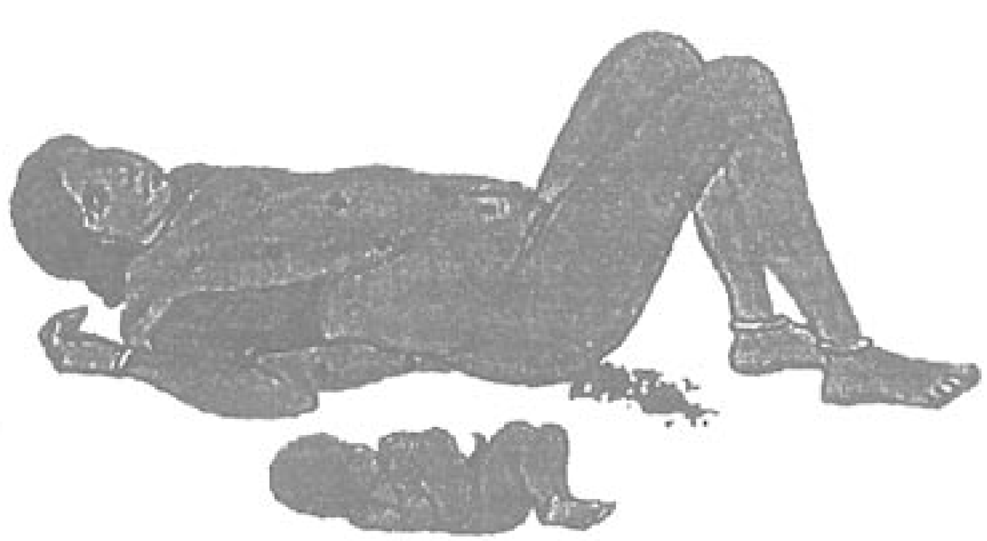
प्रसवोपरान्त योनि से रक्तस्राव

शिशु जन्मोपरान्त योनि से 500 मि0ली0 से अधिक रक्तस्राव होने की दशा को प्रसवोपरान्त रक्त बहना (Haemorrhage (P.P.H.) परिभाषित किया गया है। यद्यपि इस परिभाषा के साथ कुछ समस्याएँ हैं:–

- रक्त बह जाने के अनुमान बहुत ही कम लगाए जाते हैं तथा यह वास्तविक नुकसान का आधा ही हो जाता है। रक्त में कभी–कभी एम्नियोटिक द्रव्य (amniotic fluid) तथा कभी–कभी मूत्र भी मिला होता है। यह स्पंज, तौलियों, कपड़ों, बाल्टी तथा जमीन पर भी फैला होता है।
- रक्त बह जाने वाली दी गयी मात्रा (Volume) में भिन्नता पाई जाना इस दृष्टि से महत्वपूर्ण है कि महिला का (Haemoglobin) स्तर क्या है ? सामान्य Hb % वाली महिला जितना रक्त बहने को सहन कर लेगी उतना रक्त का बहना रक्ताल्पता वाली महिला के लिए घातक हो जायेगा।

स्वस्थ, रक्ताल्पता रहित किसी महिला में भी तेजी से रक्त निकलने के कारण अचानक खून की कमी हो सकती है।

- धीमी गति से रक्तस्राव अनेकों घण्टों तक हो सकता है तथा जब तक वह एकदम से शॉक (Shock) में न चली जाए उसकी दशा समझ में (पहचानी नहीं जा सकती है) नहीं आती है।
- प्रसव पूर्व अवस्था में खतरों का आंकलन कभी भी प्रभावकारी ढंग से निर्धारित नहीं किया जा सकता है कि किस महिला को (पी0पी0एच0) होगा किसे नहीं।
- प्रसव पीड़ा के समय सभी महिलाओं के लिए तीसरे चरण का सक्रिय प्रबन्धन किया जाना चाहिए क्योंकि यह बच्चेदानी की शिथिलता (Atony) के फलस्वरूप होने वाले प्रसवोपरान्त रक्तस्राव की संम्भावना के कारणों में कमी लाता है (देखें पृष्ठ सं. 77)।
- सभी प्रसवोपरान्त वाली महिलाओं को रक्तस्राव हेतु बहुत समीप से निरीक्षण किये जाते रहना चाहिए।



समस्याएँ

- शिशु जन्म के बाद पहले 24 घण्टों के भीतर योनि से तीव्र रक्तस्राव का होना (तुरन्त पी0पी0एच0)।
- शिशु जन्म के बाद के 24 घण्टों के उपरान्त तक योनि से तीव्र रक्तस्राव का होना (देर से पी0पी0एच0)।

लगातार धीमी गति से रक्तस्राव अथवा अचानक रक्तस्राव एक आकस्मिक स्थिति है। तुरन्त तीव्रता से कार्यवाही करें।

सामान्य प्रबन्धन

- **मदद के लिए चिल्लाएँ।** तुरन्त सभी उपस्थित व्यक्तियों को गतिशील बनायें।
- महिला की सामान्य दशा की माप सभी जैविक लक्षणों के साथ (नाड़ी, रक्तचाप, श्वसन, तापमान) करें।
- यदि शॉक (Shock) की शंका हो तो तुरन्त उपचार प्रारम्भ करें। यद्यपि शॉक (Shock) के चिन्ह मौजूद न हो, तब भी शॉक (Shock) का ध्यान अवश्य रखें क्योंकि महिला की स्थिति अचानक गम्भीर हो सकती है। **यदि शॉक (Shock) के लक्षण उत्पन्न हो, तब तुरन्त उपचार करें।**
- बच्चेदानी की मालिश करें जिससे रक्त तथा रक्त के टुकड़े बाहर निकल आएँ। रक्त के टुकड़े बच्चेदानी में रुके (Trapped) रह जाने से बच्चेदानी में प्रभावकारी सिकुड़न नहीं होती है।
- ऑक्सीटोसिन (Oxytocin) का 10 units इन्जेक्शन मांसपेशी में दें।
- नस द्वारा द्रव्य प्रारम्भ करें।
- पेशाब की नली डालें (Catheterize)।
- देखें कि आंवल निकल गयी है तथा परीक्षण करें कि आंवल पूर्ण रूप से निकली है अथवा नहीं। (तालिका–10 देखें पृष्ठ सं. 79)
- ग्रीवा, योनि तथा उसके बाहरी भाग पेरिनियम को देखें कि उन पर कोई चोट तो नही है।
- **रक्तस्राव के नियंत्रण में आ जाने के उपरान्त** (रक्तस्राव समाप्त हुए 24 घण्टें बीत जाने के पश्चात) Hb% अथवा haematocrit को रक्ताल्पता परीक्षण हेतु सुनिश्चित करें।
  - यदि Hb 7 g/dl अथवा (haematocrit) 20 प्रतिशत से कम है (अत्यधिक रक्ताल्पता है) तब:–
    - फेरस सल्फेट (Ferrous Sulpate) अथवा फेरस फ्युमरेट (Ferrous Fumerate) 120 mg. तथा साथ में फौलिक एसिड (Folic acid) 400 mg. प्रतिदिन एक बार 3 माह तक खाने को दें।
    - तीन माह पश्चात आयरन (Ferrous Sulpate 60 mg.) साथ में फौलिक एसिड (Folic acid) 400 mg. प्रतिदिन 6 माह तक खिलाना जारी रखें।
  - यदि रक्ताल्पता 7 ग्राम या 11 ग्राम/डी.एल. के बीच हो, तो आयरन (Ferrous Sulpate or ferrous Fumerate) 60 मि.गा. मुंह से फौलिक एसिड 400 माइक्रोग्राम (मुंह से) प्रतिदिन छः माह तक खाने को निर्देशित करें व दें।
  - हुक वर्म जिस क्षेत्र में अधिक हो (20 प्रतिशत अथवा उससे अधिक होते हों तब) निम्नलिखित में से कोई एक कीड़ों की दवा देकर उपचार करें।
    - एलबेण्डाजोल (Albendazol) 400 mg. मुँह द्वारा एक बार दें।

- * मेबेण्डाजाल (Mebendazol) 500 mg. मुँह द्वारा एक बार अथवा 100 mg. सुबह शाम प्रतिदिन की दर से 3 दिन तक दें।
- * Levamisole 2.5 mg./प्रति किलोग्राम शरीर भार की दर से मुँह से एक बार 3 दिनों तक दें अथवा
- * Pyrantel 10 mg./ प्रतिकिलोग्राम शरीर भार की दर से एक बार प्रतिदिन तीन दिनों तक दें।

- यदि हुकवर्म बहुत अधिक हों (50 प्रतिशत अथवा उससे अधिक की उपस्थिति) कीड़ों की (anthelmintic) उपचार पहली खुराक के 12 सप्ताह पश्चात फिर दोहराएँ।

Diagnosis निदान

सारिणी-10 शिशु जन्मोपरान्त योनिस्राव का निदान

वर्तमान लक्षण तथा अन्य लक्षणों व चिन्हों की विशेष रूप से उपस्थिति	कभी कभार दिखने वाले लक्षण तथा चिन्ह	संभावित निदान
• तुरंत रक्तस्राव (ए) • नर्म तथा बिना सिकुड़ी बच्चेदानी	• शॉक (Shock)	• ढ़ीली बच्चेदानी देखें पृष्ठ सं. 99
• तुरंत रक्तस्राव (ए)	• पूर्ण आवंल • सिकुडी हुई बच्चेदानी	ग्रीवा, योनि अथवा योनि के बाहरी भाग के कटाव (tears) देखें पृष्ठ सं. 82
• प्रसव उपरांत 30 मिनट के भीतर आवंल का बाहर न निकलना	• तुरंत रक्तस्राव (ए) • सिकुड़ी हुई बच्चेदानी	आंवल का रुक जाना देखें पृष्ठ सं 82
• आंवल के maternal surface के कुछ भाग का न होना अथवा फटी झिल्ली व नसों का होना (torn memberans with vessels)	• तुरंत P.P.H (ए) • सिकुडी बच्चे दानी	आंवल के टुकड़ों का रूक जाना, देखें पृष्ठ सं. 83
• पेट हिलाकर देखने से बच्चेदानी के उपरी भाग का (uterine fundus) आभास न होना • हल्की अथवा तीव्र पीडा	• अंदर पलटी हुई बच्चेदानी वल्वा पर प्रत्यक्ष दिखाई देती हुई (inverted uterus apparent at vulva) • तुरंत रक्तस्राव (बी)	अन्दर पलटी हुई बच्चेदानी देखें पृष्ठ सं. 84
• प्रसव के 24 घंटे के उपरांत, अधिक रक्तस्राव होना • प्रसव समय अंतराल की अपेक्षा में आशा के विपरीत नर्म तथा बड़ी बच्चेदानी	• विभिन्न प्रकार से (कम या अधिक) लगातार या अनियमित तथा बदबूदार रक्तस्राव • रक्ताल्पता	देर से होने वाला रक्तस्राव देखें पृष्ठ सं. 84
• तुरंत रक्तस्राव (ए) पेट के भीतर अथवा योनि द्वारा रक्तस्राव • तीव्र पेट का दर्द बच्चेदानी फट जाने (rupture) के पश्चात् कम हो सकता है।	• शॉक (Shock) • पेट छूने पर दर्द का आभास • तीव्र मातृत्व नाड़ी	फटी हुई बच्चेदानी देखें पृष्ठ सं. 73

(ए) यदि किसी टुकड़े ने ग्रीवा मुखद्वार बंद कर दिया हो अथवा महिला पीठ के बल लेटी हो, तो रक्तस्राव कम हो सकता है।
(बी) पूर्ण योनी के पलटे होने (inversion) के साथ रक्तस्राव नहीं भी हो सकता है।

प्रबन्धन

ढीली बच्चेदानी

- प्रसवोपरान्त संकुचित न होने वाली बच्चेदानी, ढ़ीली बच्चेदानी (Atonic uterus) कहलाती है।
- बच्चेदानी का मलना जारी रखें।
- आक्सीटोसिक Oxytocic औषधियों के प्रयोग कर सकते हैं जो या तो एक साथ दें अथवा एक के पश्चात एक। (तालिका S-8)

सारिणी-11 आक्सीटोसिक औषधियों का प्रयोग

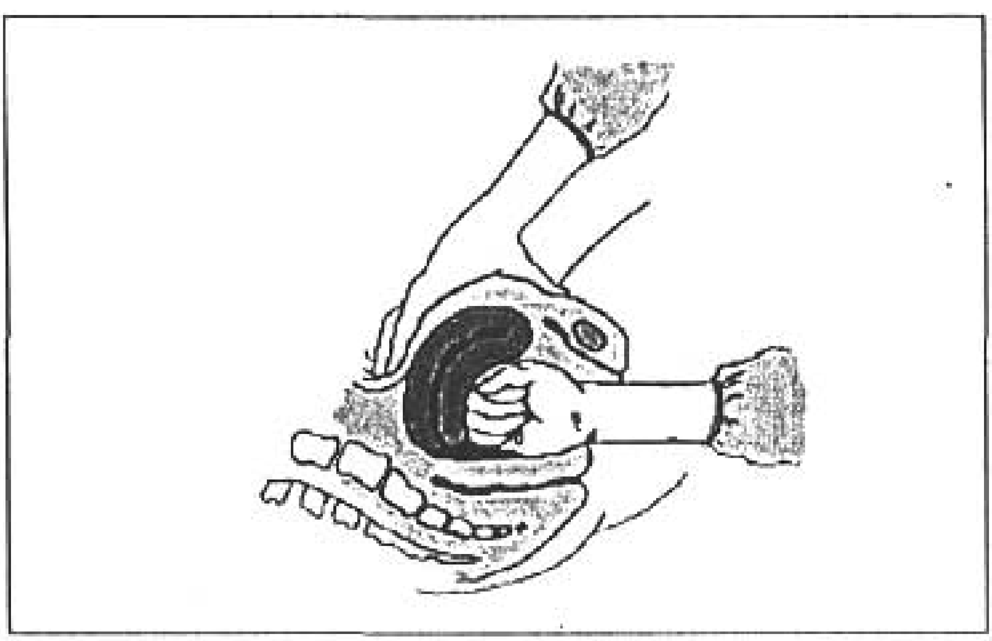
	आक्सीटोसिन	अरगोमेटरिन/ मेथाईल अरगोमेटरिन	15 मेथाईल प्रोस्टाग्लैंडिन एफ-
खुराक तथा देने का मार्ग/तरीका	नस द्वारा 20 यूनिट 1 ली० आई.वी. द्रव्य में 60 बूंदे प्रति मिनट की दर से 20 यूनिट आक्सीटोसिन नस से चढ़ायें। 10 यूनिट इंजेक्शन द्वारा दें।	इंजेक्शन लगायें अथवा नस द्वारा धीमी गति से 0.2 मिली ग्राम दें	0.25 मिली ग्राम का इंजेक्शन दें।
जारी रखने वाली खुराक	1 ली० आई.वी. द्रव्य में 20 यूनिट डालकर 40 बूंदे प्रतिमिनट की दर से 20 यूनिट नस द्वारा दें।	15 मिनट पश्चात् 0.2 मिली ग्राम का इंजेक्शन पुनः दें। यदि आवश्यकता हो 0.2 मिली ग्राम का इंजेक्शन अथवा (धीमी गति से) प्रत्येक 4 घण्टे पर नस द्वारा दें।	0.25 मिली ग्राम प्रत्येक 15 मिनट पर दें।
देने वाली सर्वाधिक मात्रा	आक्सीटोसिन वाला द्रव्य नस द्वारा 3 ली० से अधिक न दें।	5 डोज़ेज़ (कुल मात्रा 1.0 मिलीग्राम)	8 डोज़ेज़ (कुल मात्रा 2 मिली ग्राम)
सावधानियां, किन दशाओं में नहीं दें।	आई.वी. बोलस की तरह न दें।	झटके लगने की पूर्व स्थिति, उच्च रक्तचाप व ह्रदय रोग में न दें।	प्रीइक्लेम्पिसया

प्रोस्टाग्लैंडिन कभी भी नस द्वारा नहीं दिया जाना चाहिए यह जानलेवा हो सकता है।

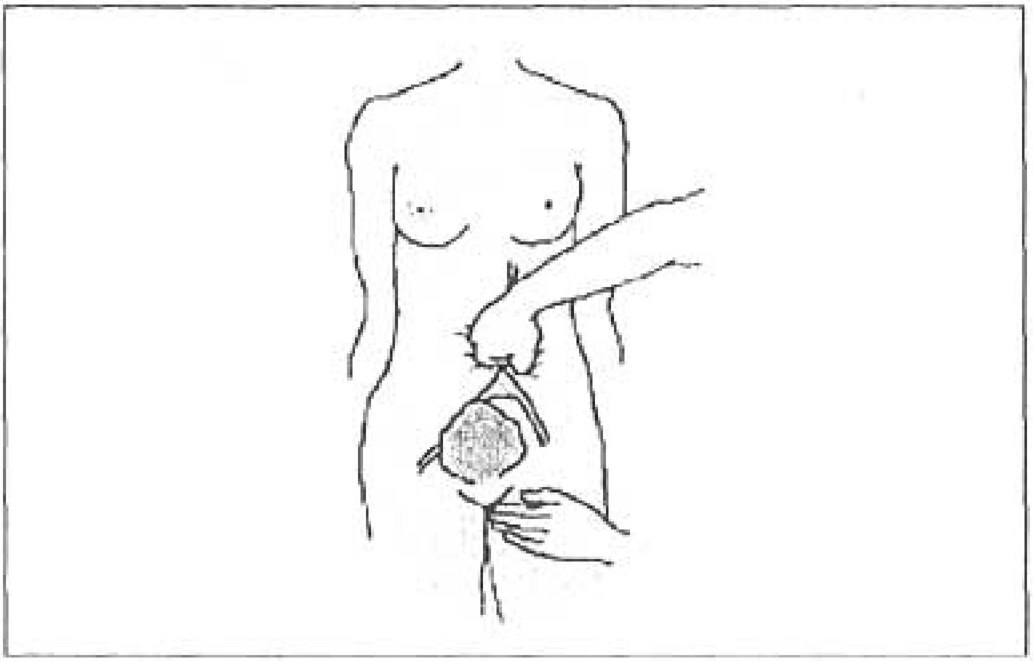
- शीघ्र रक्त पहुँचाने की आवश्यकता पड़ सकने के बारे में पहले से सोचें।
- यदि रक्तस्राव जारी रहता है तब उस समय :
  - आंवल पूरी निकल गई है अथवा नहीं इसके लिए दोबारा परीक्षण करें।
  - यदि आंवल के टुकड़े रुक जाने के लक्षण हों, मातृत्व सार्फेस के कुछ भाग अथवा टूटी हुई नसों के अंश जितने भी रह गए हों, उन के अंशों को हटाऐं। (देखें पृष्ठ सं. 82)
  - रक्त जमने के (Clotting) स्तर आंकलन हेतु शय्या किनारे Clotting test जांच करें यदि रक्त जमने में सात मिनट से अधिक समय लगे अथवा ऐसा कोमल थक्का (Clot) बने जो सरलता से टूट जाये तब यह लक्षण कोगुलोपैथी के लिए सुझाव देते हैं।
- उपर्युक्त उपचार करने पर भी यदि रक्त स्राव न रुके तबः–
  - बच्चेदानी पर दोतरफा दबाव दें। चित्र–31
  - उच्चकोटि विसंक्रमित दस्ताने पहनकर एक हाथ योनि के भीतर डालकर मुटठी बनाऐं।
  - मुट्ठी को ग्रीवा की अगली दीवार के भीतर रखकर बच्चेदानी को बाहरी दीवार की ओर से लगायें।
  - दूसरे हाथ से पेट को दबा कर बच्चेदानी के पीछे की दीवार के विरूद्ध जोर से लगायें अथवा वहां दबाव दें।
  - यह दोनों ओर का दबाव रक्तस्राव नियंत्रित होने तथा बच्चेदानी सिकुड़ने तक बनाए रखें।

विकल्पस्वरुप एओरटा कम्प्रेशन करें (aorta compression) (चित्र–32)

- सीधे बन्द पेट की सतह से पेट की Aorta को नीचे की ओर दबाव दें।
- जोर देने के बिन्दु को नाभि पर तथा हल्का सा बॉंई ओर रखें।
- एओरटिक Aortic नाड़ियाँ तुरन्त प्रसवोपरान्त अवस्था में (anterior) पेट की सतह से प्रतीत हो जाती हैं।
- दूसरे हाथ से Femoral नाड़ी का उपयुक्त दवाब (Compression) हेतु परीक्षण करें।
- यदि दबाव के समय नाड़ी प्रतीत होती है उस दशा में मुटठी द्वारा दिया जाने वाला दबाव कम है।
- यदि Femoral नाड़ी प्रतीत नहीं होती, तब दबाव पर्याप्त है।
- उस समय तक दबाव बनाये रखें जब तक कि रक्तस्राव बन्द न हो जाय।



चित्र–31 बच्चेदानी का दोतरफा दबाव



चित्र–32 पेट के Aorta पर दबाव तथा फीमोरल नाड़ी को प्रतीत करना।

बच्चेदानी की पैकिंग करना अप्रभावकारी होता है तथा बहुमूल्य समय नष्ट करता है

- दबाव देने के बाद भी यदि रक्तस्राव बना रहे उस दशा में :–
  - बच्चेदानी तथा यूटेरो ओवेरियन आरट्री लाइगेशन (Utero ovarian artery ligation) करें।
  - यदि जीवन भक्षक रक्तस्राव लाइगेशन के उपरांत भी बना रहे तब सबटोटल हिस्ट्रेक्टमी (Subtotal hystrectomy) करें।

ग्रीवा, योनि तथा पेरिनियम के टियर

सर्वाधिक बार प्रसवोपरान्त रक्तस्राव होने के कारणों में बर्थ कनाल के कटाव ही प्रमुख कारण हैं। एटोनिक बच्चेदानी के साथ कटाव हो सकते हैं। संकुचित बच्चेदानी होने पर भी प्रसवोपरान्त रक्तस्राव सामान्यतया ग्रीवा अथवा योनि के कटाव के कारण होता है।

- महिला का सावधानीपूर्वक परीक्षण करें तथा ग्रीवा, योनि अथवा पेरिनियम के कटाव पर टांके लगाएं।
- यदि रक्त स्राव जारी रहे उस दशा में शैयया के किनारे किये जाने वाले क्लौटिंग परीक्षण का प्रयोग करके क्लौटिंग स्तर का आंकलन करें 7 मिनट तक क्लाट बनने में असफल अथवा सरलता से टूट जाने वाला मुलायम क्लाट कोग्लोपैथी की पहचान है।

आंवल का रूक जाना

हो सकता है आंवल के रूक जाने पर रक्त स्राव न हो।

- यदि आप आंवल को देख सकती हैं तो महिला को इसे जोर देकर निकालने को कहें यदि योनि में आपको आंवल प्रतीत हो तब उसे हटायें।

- सुनिश्चित करें कि मूत्राशय खाली हो जाये। यदि आवश्यक हो तो मूत्राशय में नलिका (कैथटर) डालें।
- **यदि आंवल बाहर नहीं निकली** हो तथा उस समय तक यदि तीसरे चरण का सामान्य प्रबन्धन न किया गया हो तब उस दशा में 10 यूनिट आक्सीटोसिन का इंजेक्शन दें।

अरगोमेटरिन न दें क्योंकि इससे बच्चेदानी के तेज संकुचन होने के कारण आंवल के निकलने में देरी हो सकती है।

- **आक्सीटोसिन देने के द्वारा उत्तेजित करने के 30 मिनट पश्चात् भी यदि आंवल न निकले तथा बच्चेदानी संकुचित हो चुकी** हो उस समय नाल में नियंत्रित खिचाव दें।

नोट – बल का प्रयोग करके नाल खिंचाव न करें तथा बच्चेदानी पर दबाव न डालें क्योंकि इससे बच्चेदानी उलट सकती है।

- यदि नियंत्रित नाल का खिंचाव असफ़ल हो जाये तब हाथ से आंवल को हटायें।

नोट – जो बहुत जबरदस्त तरीके से चिपके हुये ऊतक हों वह प्लेसेंटा ऐकरीटा भी हो सकते हैं।

सरलता से पृथक न हो सकने वाली आंवल को बाहर निकालने के प्रयत्न के परिणामस्वरूप कभी कभी भारी रक्त स्राव अथवा बच्चेदानी में छिद्र हो जाना हो सकता है जिसमें सामान्यतया बच्चेदानी निकालने के आप्रेशन (हिस्ट्रेक्टमी) की आवश्यकता पड़ जाती है।

- यदि रक्तस्राव जारी रहे तब शैयया किनारे क्लौटिंग परीक्षण का प्रयोग करते हुये क्लौटिंग स्तर का आंकलन करें। 7 मिनट तक क्लौट बनने में असफल अथवा सरलता से बिखर जाने वाला एक मुलायम क्लौट बनने की दशा मे कोग्लोपैथी किया जाना ही उत्तम सलाह है।
- यदि संक्रमण के लक्षण (ज्वर, योनि से बदबूदार पानी जाना) दिखें तब मैटराईटिस हेतु ऐण्टीबायटिक दें।

आंवल के रूके हुये टुकड़े

आंवल के टुकड़े के रूक जाने की अवस्था में रक्त स्राव होना आवश्यक नहीं है।

जब आंवल का कुछ हिस्सा (एक या अधिक टुकड़े) रूक जायें तब बच्चेदानी का प्रभावकारी ढंग से संकुचन नहीं हो पाता है।

- बच्चेदानी के भीतर आंवल के टुकड़ों को महसूस करे। हाथ द्वारा बच्चेदानी से आंवल निकालने की विधि रूकी हुई आंवल को निकालने वाली विधि से मेल खाती है।
- आंवल के टुकड़ों को हाथ द्वारा, ओवम फोरसेप्स अथवा बड़े क्यूरेटर से हटाएं।

नोट – बहुत मजबूती से चिपके हुये ऊतक प्लेसेंटा ऐक्रिटा हो सकते हैं ऐसे टुकड़ों को निकालने के प्रयत्न में (जो सरलता से पृथक नहीं हो रहे हों) कभी कभी भारी रक्त स्राव व बच्चेदानी में छिद्र हो सकते हैं। जिसमें सामान्यतया आपरेशन करके बच्चेदानी को निकालने (हिस्ट्रेक्टमी) की आवश्यकता पड़ सकती है।

- यदि रक्त स्राव जारी रहे शैयया किनारे क्लौटिंग परीक्षण करके क्लौटिंग स्तर का आंकलन किया जा सकता है 7 मिनट तक क्लौट बनने में असफल अथवा सरलता से टूट जाने वाले मुलायम क्लौट रहने की दशा में कोग्लोपैथी की ओर ध्यान दें।

पलटी हुई बच्चेदानी

प्रसव में आंवल के बाहर निकलने के दौरान जब बच्चेदानी अन्दर की ओर मुड़ जाए तो उसे (inverted) बच्चेदानी का उतरना कहते हैं। बच्चेदानी को फिर उसी दशा में तुरन्त स्थापित करना चाहिए जैसे – जैसे अधिक समय होता जाता है (inverted) बच्चेदानी के चारों ओर बनने वाला घेरा (ring) अधिक कठोर हो जाता है तथा बच्चेदानी रक्त से भर जाती है।

यदि महिला अत्याधिक कष्ट में हो उस दशा में Pathidine 1mg/प्रति कि0ग्रा0 शरीर भार (किन्तु 100 mg. से अधिक नहीं) के अनुपात से I.M/इन्जेक्शन से अथवा धीमी गति से I.V. दें अथवा (Morphine 0.1 mg./प्रति Kg.) शरीर भार के अनुपात से I.M इंजेक्शन दें।

नोटः–पलटी हुई बच्चेदानी (inversion) जब तक ठीक न हो जाय Oxytocic औषधियाँ न दें।

यदि रक्तस्राव जारी रहे: रक्त जमने का स्तर (Clotting status) का आंकलन शय्या किनारे रक्त जमने के स्तर की (Clotting) जाँच द्वारा करें।

- 7 मिनट बाद भी रक्त जमने (Clot) की असफलता अथवा सरलता से बिखर जाने वाला एक कोमल टुकड़ा (Clot) कोगुलोपैथी का सुझाव देते हैं।

अग्रिम प्रबन्धन हेतु सूचित करें व चिकित्सक बुलाएँ

देर से (सेकेन्ड्री) प्रसवोपरान्त रक्त का बहना

यदि रक्ताल्पता (अनिमिया) बहुत अधिक है 7 g/ dl से कम अथवा 20 प्रतिशत से कम haematocrit हो , तब रक्त चढ़ाने का प्रवन्ध करें तथा खाने वाली लौह तत्व (आइरन) तथा फोलिक ऐसिड दें (देखें पृष्ठ सं.)।

यदि संक्रमण के लक्षण हों (तापमान, योनि से बदबूदार स्राव) तब metritis, हेतु antibiotics दें।

देर तक रहने वाला अथवा बाद में होने वाला रक्तस्राव (P.P.H) मेट्राइटिस या गर्भाशय का संक्रमण का लक्षण हो सकता है।

- आक्सीटोसिक (Oxytocic) औषधियाँ दें (सारिणी–11) (देखें पृष्ठ सं. 80)।

यदि ग्रीवा मुख खुला हो:– हाथ से प्रयत्न करके बड़े टुकड़े (Clots) तथा अंशों (placental fragments) को निकालें।

- बच्चेदानी का हाथों द्वारा साफ किया जाना उसी तकनीक के समान है जो रुकी हुई आंवल के निकालने हेतु बताई गई है।
- यदि ग्रीवा का मुख खुला न हो : बच्चेदानी का मुख खोलकर आंवल के अंशों को साफ करें।
- कम ही सही पर यदि रक्तस्राव जारी रहे, तब यूटराइन (uterine) तथा यूटेरो ओवेरियन – आरट्री लाइगेशन (utero –ovarion artery ligation) अथवा हिस्ट्रेक्टमी (Hystrectomy) हेतु चिकित्सक को बुलायें।

- यदि गर्भावस्था के दौरे आने की पहचान बने (सारिणी–12 पृष्ठ सं. 88) तो उसे मैग्नीशियम सल्फेट (Magnesium Sulphate) दें। (देखें पृष्ठ सं. 95)
- यदि झटकों का कारण नहीं तय हो सका हो तब गर्भावस्था के दौरे हेतु प्रबन्धन जारी रखें तथा दूसरे अन्य कारणों हेतु जांच जारी रखें।

उच्च रक्तचाप की अनियमितताओं का निदान –

प्रसव के दौरान उच्च रक्तचाप तथा न ठीक होने वाले रक्तचाप (20 सप्ताह के गर्भ से पूर्व उच्च रक्तचाप का होना) को गर्भावस्था में होने वाले उच्च रक्तचाप की अनियमितता कहते हैं। सामान्यतः सिर दर्द, धुंधलापन, झटके लगना तथा अचेतनता को आमतौर पर गर्भावस्था में होने वाले उच्च रक्तचाप से जोड़ लिया जाता है पर इसके अतिरिक्त अन्य दशाओं जैसे – एपिलेप्सी, सिर की चोट, मेनिंजाइटिस, एनसिफलाइटिस आदि के कारण भी अचेतनता अथवा झटके लग सकते हैं। सारिणी–12 पृष्ठ 88 को और अधिक जानकारी हेतु देखें।

- गर्भावस्था में उच्च रक्तचाप की अनियमितता के प्रबंधन हेतु डाइस्टोलिक रक्तचाप बीमारी की स्थिति का एक अच्छा द्योतक है।
  - डाइस्टोलिक रक्तचाप उस बिन्दु पर लिया जाता है जहां पर आरटीरियल ध्वनि लुप्त हो जाती है।
  - रक्तचाप लेने वाले आले का कफ बांह के चारों ओर कम से कम 3/4 भाग घूमा हुआ न होने पर रक्तचाप के माप में त्रुटि हो सकती है।
  - ऊपरी बांह की मोटाई 30 सेमी. से अधिक होने पर बड़े कफ़ की आवश्यकता पड़ सकती है।
  - डाइस्टोलिक रक्तचाप छोटे से छोटे रेसिस्टेंस को मापता है तथा महिला की भावनात्मक दशा में उस हद तक नहीं बदलता है जैसा कि सिसटोलिक रक्तचाप में होता है।
- प्रत्येक 4 घण्टे के अन्तर पर लगातार 2 अथवा उससे अधिक रीडिंग में डाइस्टोलिक रक्तचाप 90 मि. मी. या अधिक हो तब उच्च रक्तचाप का निदान करें। ऐसी दशा में तुरंत प्रसव कराया जाना चाहिए इसके अतिरिक्त यदि डाइस्टोलिक रक्तचाप 110 मि.मी. अथवा उससे अधिक हो तब उस दशा में प्रसव कराने हेतु चार घण्टे से कम का समय स्वीकार्य होता है।
  - यदि 20 सप्ताह लम्बे गर्भ के पश्चात् उच्च रक्तचाप हो जाता है तब प्रसव पीड़ा के मध्य अथवा प्रसव के 48 घण्टे के भीतर उसे गर्भावस्था में होने वाले उच्च रक्तचाप की श्रेणी में रखा जाता है।
  - गर्भवस्था के 20 सप्ताह के भीतर उच्च रक्तचाप होने की दशा मे उसे पुराना उच्च रक्ताचाप कहते हैं।

प्रोटीन्यूरिया Proteinuria

Proteinuria की उपस्थिति होने पर गर्भजनित उच्च रक्तचाप से प्रीएक्लोम्प्ज़िया की स्थिति की पहचान बनती है। दूसरी अवस्थाएँ भी Proteinuria का कारण हो सकती हैं तथा असत्य सकारात्मक निष्कर्ष भी संभव हो सकते हैं, जैसे पेशाब का संक्रमण (Urinary infection), अत्यधिक रक्ताल्पत (Anaemia), हृदय गति का फेल होना (heartfailure) तथा कठिन प्रसव – इन सबके कारण Proteinuria हो सकता है। Proteinuria के अन्य कारण भी हो सकते हैं तथा असत्य सकारात्मक निष्कर्ष भी संभव हैं।

गर्भजनित उच्च रक्त चाप के साथ मूत्र में एल्ब्यूमिन (Proteinuria) की उपस्थिति, गर्भजनित उच्च रक्तचाप के निदान को गर्भ पूर्व एक्लम्पशिया गर्भ जनित दौरे पड़ने की स्थिति में परिवर्तित कर देती है।

सिरदर्द, धुंधला दिखना, झटके (Convulsion) आना, मूर्छा, उच्च रक्तचाप

समस्यायें

- एक गर्भवती महिला अथवा हाल की जच्चा (recently delivered) प्रसवोपरान्त तेज सिरदर्द अथवा धुंधलेपन की शिकायत करे।
- एक गर्भवती महिला अथवा कुछ समय पूर्व की प्रसवोपरान्त महिला (हाल की जच्चा) का मूर्छित होना अथवा झटके आना।
- एक गर्भवती महिला का उच्च रक्तचाप।

सामान्य प्रबन्धन

- यदि कोई महिला मूर्छित हो अथवा उसे झटके आ रहे हों तब सहायता के लिये चिल्लायें। तुरन्त सभी उपलब्ध व्यक्तियों को तत्काल सक्रिय बनाएं।
- तीव्रता से महिला की सामान्य दशा के सभी जैविक लक्षणों (नाड़ी, रक्तचाप, श्वसन, तापमान) का आंकलन करें। साथ ही साथ उसका वर्तमान प्रजनन इतिहास अथवा पिछली बीमारी के विषय में चाहे उससे अथवा उसके संबंधियों से जानकारी लें।

यदि वह साँस न ले रही हो अथवा साँस धीमी हो:–

- श्वसन मार्ग देखें व यदि आवश्यकता हो तो श्वास नलिका डालें।
- यदि उसका श्वसन न हो तब (Ambu Bag) मास्क का प्रयोग करते हुए श्वास प्रक्रिया वेंटिलेकशन में सहायता करें तथा आक्सीजन 4–6 ली० प्रति मिनट के अनुपात में नलिका द्वारा दें।

यदि वह साँस ले रही हो:– ऑक्सीजन 4–6 ली० प्रति मिनट मास्क अथवा नाक की नलिका नेज़ल कैन्यूला से दें।

यदि वह मूर्छित हो

- श्वसन मार्ग तथा तापमान का निरीक्षण करें।
- उसे बायीं करवट लिटायें।
- गर्दन के कड़ेपन का निरीक्षण करें।

यदि उसे झटके आ रहे हों :–

- [illegible]
- उसे गिरकर चोट लगने से बचाएं पर उसे बांधे नहीं।
- लगातार निगरानी रखें।

तालिका–5

वर्तमान चिन्ह तथा अन्य चिन्ह व लक्षण जो विशेषतया उपस्थित हों	कभी कभी होने वाले चिन्ह व लक्षण	सम्भावित पहचान
• दौरे/झटके पड़ना • 20 सप्ताह उपरान्त डाइस्टोलिक रक्तचाप 90 mm Hg. अथवा अधिक • [illegible] 2+ या अधिक	• मूर्छावस्था (Coma) • [illegible] पूर्व दौरे की स्थिति के लक्षण तथा चिन्ह	गर्भावस्था के झटके देखें पृष्ठ सं. 90
मुँह (Trismus) खोलने तथा चबाने में कठिनाई	• चेहरे, गर्दन गुददी में खिंचाव • धनुष्टंकार पीठ • पेट का भाग ऊपर होना • स्वयं उत्तेजित ऐंठन व खिंचाव	टेटनस देखें पृष्ठ सं. 96
• झटके • झटके लगने का पिछला इतिहास • सामान्य रक्तचाप		मिरगी के दौरे Epilepsy (बी) देखें पृष्ठ सं. 97
• तापमान [illegible] • ठंड लगना [illegible] • सिरदर्द [illegible] • मांसपेशियों [illegible] • साधारण [illegible] के लक्षण [illegible] • सुप्तावस्था [illegible] • रक्त की कमी [illegible]	[illegible]	अत्यधिक असामान्य मलेरिया
• सिर दर्द • कड़ी गर्दन • प्रकाश [illegible] • तापमान	• झटके • [illegible] • गुनूदगी या निद्रावस्था • सुप्तावस्था	मेनिनजाइटिस (Meningitis) (सी) अथवा एनसिफलाईटिस Encephalities, (सी)
• सिरदर्द • धुंधला दिखना	• उल्टी	माइग्रेन (डी) Migraine

(ए) यदि [illegible] का निदान [illegible] खतरा न हो।
(बी) यदि झटके का निदान समाप्त न किया जा सके, तो एक्लेम्पशिया का उपचार जारी रखें।
(सी) रीढ़ की हड्डी के पानी का परीक्षण करें तथा मेनिनजाइटिस (Meningitis) अथवा एनसिफलाटिस (encephalitis) का उपयुक्त उपचार करें।
(डी) दर्द निवारक (उदाहरणार्थ Paracetamol 500 mg) आवश्यकतानुसार मुख द्वारा दें।

कैथेटर द्वारा चोट लगने के कारण मूत्र में रक्त का पाया जाना, Schistosomiasis व योनि के रक्त का सम्मिश्रण भी असत्य निष्कर्षो का कारण हो सकते हैं।

अकस्मात मूत्र का नमूना जैसे कि प्रोटीन हेतु Dip stick परीक्षण एक लाभदायक परीक्षण यंत्र है। गर्भावस्था में नकरात्मक से सकारात्मक (Negative से Positive) का बदलाव एक खतरे का चिन्ह होता है। यदि dipstick उपलब्ध न हो तब मूत्र का नमूना लेकर उसे एक स्वच्छ परीक्षण Tube में उबालने तक गर्म करके एक बूँद 2 प्रतिशत एसिटिक acid डालकर जांच किया जा सकता है। योनि स्राव अथवा amniotic fluids मूत्र के नमूने को संक्रमित कर सकते हैं। मूत्र के थोड़ा निकल जाने के उपरान्त मध्य बहाव से लिया गया मूत्र जांच करें। ऐसी दशा में मूत्राशय में नलिका डालना (Catheterization) उचित नहीं अन्यथा मूत्राशय में संक्रमण होने का खतरा हो सकता है।

नीचे का बढ़ा रक्तचाप गर्भावस्था में उच्च रक्तचाप के खतरे का सूचक है। बढ़ा हुआ (Elevated) रक्तचाप तथा Proteinuria निश्चय ही प्रीएक्लेम्प्ज़िया को परिभाषित करती है।

गर्भावस्था में उच्च रक्तचाप

गर्भावस्था में उच्च रक्तचाप वाली अनियमितता एक हल्के/साधारण रोग से एक गम्भीर अवस्था की ओर अग्रसरित हो सकती है।

जानने योग्य श्रेणियां निम्नवत् हैं:–

- प्रोटीन्यूरिया Proteinuria अथवा सूजन के बिना उच्च रक्तचाप।
- हल्की पूर्व झटके की अवस्था।
- अत्याधिक पूर्व झटके की अवस्था।
- गर्भावस्था में दौरे/झटके पड़ना (एक्लेम्प्ज़िया), विषाक्तता (टॉक्सीमिया)

सारिणी-१२ सिरदर्द, धुंधला दिखना, झटके आना, मूर्छा बढ़े हुए रक्तचाप की पहचान

वर्तमान चिन्ह तथा अन्य चिन्ह व लक्षण जो विशेषतया उपस्थित हों	कभी कभी होने वाले चिन्ह व लक्षण	सम्भावित पहचान
• 20 सप्ताह के गर्भ से पूर्व नीचे (Diastolic) का रक्तचाप 90 mm Hg. अथवा अधिक		पुराना (Chronic) उच्च रक्तचाप
• 20 सप्ताह के गर्भ से पूर्व नीचे (Diastolic) का रक्तचाप 90-110 mm Hg. • Proteinuria 2 तक		पुराना (Chronic) उच्च रक्तचाप तथा साथ में हल्की पूर्व झटके (दौरे) की अवस्था देखें पृष्ठ सं. 93
• 20 सप्ताह के गर्भ के बाद नीचे (Diastolic) के रक्तचाप की दो मापें (4 घण्टे के अन्तराल पर) 90-110 m.m. Hg रक्तचाप • Proteinuria न होना		गर्भावस्था– जनित उच्च रक्तचाप देखें पृष्ठ सं. 87
• 20 सप्ताह के गर्भ के पश्चात डाइस्टोलिक रक्तचाप दो मापों में (4 घंटे के अन्तर पर) 90 – 110 m.m. Hg अथवा अधिक • 2+ proteinuria		हल्की पूर्व झटके की स्थिति (प्री एक्लेम्पिजया) देखें पृष्ठ सं. 91
• 20 सप्ताह के गर्भ के पश्चात डाइस्टोलिक रक्तचाप का 110 mm Hg अथवा अधिक होना • Proteinuria 3 + अथवा अधिक	• हाइपरीपलेक्सिया Hyperreflexia • सिरदर्द तीव्रता से बढ़ना तथा दी जाने वाली दर्द निवारकों से न थमना। • दृष्टि में अंधियारा दिखना • मूत्र कम होना (Oliguria) (400 mg. से कम मूत्र 24 घण्टों मे) • पेट के ऊपरी भाग में पीड़ा (epigastric) या ऊपरी पेट के दाहिने भाग में पीड़ा • Pulmonary oedema फेफड़ों की सूजन	तीव्र पूर्व झटके की स्थिति (ए) देखें पृष्ठ सं. 93

वर्तमान चिन्ह तथा अन्य चिन्ह व लक्षण जो विशेषतया उपस्थित हों	कभी कभी होने वाले चिन्ह व लक्षण	सम्भावित पहचान
• दौरे / झटके पड़ना • 20 सप्ताह उपरान्त डाइस्टोलिक रक्तचाप 90 mm Hg. अथवा अधिक • Proteinuria 2+ या अधिक	• मूर्छावस्था (Coma) • तीव्र पूर्व दौरे की स्थिति के लक्षण तथा चिन्ह	गर्भावस्था के झटके देखें पृष्ठ सं. 90
मुँह (Trismus) खोलने तथा चबाने में कठिनाई	• चेहरे, गर्दन गुद्दी में खिंचाव • धनुष्टंकार पीठ • पेट का भाग ऊपर होना • स्वयं उत्तेजित ऐंठन व खिंचाव	टेटनस देखें पृष्ठ सं. 96
• झटके • झटके लगने का पिछला इतिहास • सामान्य रक्तचाप		मिरगी के दौरे Epilepsy (बी) देखें पृष्ठ सं. 97
• तापमान • ठंड लगना, जूड़ी • सिरदर्द • मांसपेशी, जोड़ों का दर्द	बढ़ी हुई तिल्ली (Spleen) गांठ	साधारण मलेरिया
• साधारण मलेरिया के लक्षण व चिन्ह • सुप्तावस्था (Coma) • रक्त की कमी	• झटके • पीलिया (कांवर)	अत्यधिक असामान्य मलेरिया
• सिर दर्द • कड़ी, सख्त गर्दन • प्रकाश से भय • तापमान	• झटके • असमंजस • उनूदगी या निद्रावस्था • सुप्तावस्था	मेनिनजाइटिस (Meningitis) (सी) अथवा एनसिफलाईटिस Encephalities, (सी)
• सिरदर्द • धुंधला दिखना	• उल्टी	माइग्रेन (डी) Migraine

(ए) यदि किसी महिला को अत्यन्त पूर्व एक्लैम्पशिया में दर्शाए गए एक भी संकेत अथवा चिन्ह दिखें तब अत्यन्त पूर्व एक्लैम्पशिया का निदान करें।

(बी) यदि झटके का निदान समाप्त न किया जा सके, तो एक्लैम्पशिया का उपचार जारी रखें।

(सी) रीढ़ की हड्डी के पानी का परीक्षण करें तथा मेनिनजाइटिस (Meningitis) अथवा एनसिफलाटिस (encephalitis) का उपयुक्त उपचार करें।

(डी) दर्द निवारक (उदाहरणार्थ Paracetamol 500 mg) आवश्यकतानुसार मुख द्वारा दें।

गर्भावस्था में झटके

झटके लगने वाली बहुत कम महिलाओं को सामान्य रक्तचाप होता है। झटके वाली सभी महिलाओं के विषय में झटके पड़ने की स्थिति (एक्लेम्पज़िया) पर विचार कर उस समय तक उपचार करें जब तक कोई अन्य निदान न बन जाए।

याद रखें

- हल्के पूर्व झटके पड़ने की स्थिति अथवा एक्लेम्पज़िया के अक्सर कोई लक्षण नहीं होते हैं।
- प्रोटीन्यूरिया Proteinuria का बढ़ते रहना एक्लेम्पज़िया की बिगड़ती हुई दशा का लक्षण है।
- पैरों की तथा नीचे शरीर की सूजन पूर्व झटके पड़ने की स्थिति के भरोसेमन्द लक्षण नहीं होते हैं।

गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप में संभव है कोई भी लक्षण न हों, केवल उच्च रक्तचाप चिन्ह के रूप में हो।

- साधारण एक्लेम्पज़िया शीघ्रता से गंभीर एक्लेम्पज़ियामें बदल सकता है। जटिलतायें होने का खतरा, एक्लेम्पज़िया सहित, गंभीर एक्लेम्पज़िया में अत्याधिक बढ़ जाता है।
- एक्लेम्पज़िया के चिन्हों के साथ झटके आना, एक्लेम्पज़ियाको सूचित करता है।
  - उच्च रक्तचाप की अधिकता के बिना भी झटके लग सकते हैं।
  - इनके विषय में पहले से आशा नहीं की जा सकती है तथा कभी कभी हाइपर रेफ्लेक्सिया, सिरदर्द तथा धुंधलेपन की उपस्थिति में भी झटके लग सकते हैं।
  - 25 प्रतिशत केसों में शिशुजन्म के उपरान्त भी झटके लगते हैं।
  - ये टोनिक क्लोनिक होते हैं तथा एपिलेप्सी में होने वाले बहुत बड़े तथा खराब झटकों से मेल खाते हैं।
  - बार–बार जैसा कि मिर्गी में होता है वैसे ही लगातार झटके लगते रहते हैं तथा मृत्यु के साथ ही समाप्त होते हैं। महिला के अकेले होने पर इनका निरीक्षण नहीं किया जा सकता है।
  - **झटके लगने के उपरान्त कोमा की स्थिति आ सकती है कितने घण्टे अथवा कितने मिनट बेहोशी बनी रहेगी यह झटके लगने की तारतम्यता पर निर्भर करता है।**

झटके लगने से पूर्व की स्थिति, झटके, अथवा उच्च रक्तचाप वाली महिला को अरगोमेटरिन न दें क्योंकि इससे झटकों का खतरा बढ़ जाता है तथा सेरिब्रो वास्कुलर घटनाएं घटित हो सकती हैं।

गर्भावस्था जनित उच्चरक्तचाप का प्रबन्धन

गर्भावस्था जनित उच्चरक्तचाप की रोकथाम :–

- गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप को कैलोरी तरल, पदार्थ तथा नमक के प्रतिबंधन से नहीं रूकता है। वरन् इससे अक्सर शिशु को हानि पहुंच सकती है।
- गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप से बचाव हेतु ऐस्पिरीन, कैल्शियम तथा अन्य एजेण्टों के लाभकारी प्रभावों को अभी तक सिद्ध नहीं किया जा सका है।
- गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप तथा झटकों से होने वाले खतरों से महिला को बचाने के प्रबन्धन हेतु जल्दी से जल्दी इसकी पहचान तथा प्रबन्धन किया जाना चाहिए। ऐसी महिलाओं की बाद में भी लगातार देखभाल की जानी चाहिए तथा उन्हें स्पष्ट निर्देश भी दिये जाने चाहिए कि उन्हें अपने स्वास्थ्य देखभाल सेवाकर्ता के पास फिर कब वापस आना है। परिवार के अन्य सदस्यों को भी इस सम्बन्ध में शिक्षित किया जाना आवश्यक है, न केवल इसलिये कि वह गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप के बढ़ते रहने के विषय में सचेत हो जायें वरन् इसलिये भी चिकित्सालय में भर्ती किये जाने के समय तथा अपनी दिनचर्या में आवश्यक परिवर्तनों की आवश्यकता पड़ने के समय उन्हें सामाजिक रूप से वे सहायता प्रदान कर सकें।

गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप

बाह्य रोगी के रूप में निम्नवत् प्रबन्धन करें

- रक्तचाप, मूत्र (प्रोटीन हेतु) तथा गर्भस्थ शिशु की दशा हेतु प्रत्येक सप्ताह पर्यवेक्षण करें।
- रक्तचाप अधिक बिगड़ जाने की दशा में हल्की पूर्व झटके की स्थिति हेतु प्रबन्धन करें।
- गर्भस्थ शिशु की बढ़ोत्तरी में अत्यधिक रूकावट की दशा में महिला को चिकित्सालय में सम्भावित प्रसव हेतु भर्ती करें।
- महिला से तथा उसके परिवार से झटके लगने के पूर्व की स्थिति अथवा झटके लगने के विषय में सलाह मशवरा करके सांत्वना दें।
- सब प्रकार से स्थायित्व बना रहने का निरीक्षण करने के उपरान्त महिला को सामान्य प्रसव पीड़ा तथा शिशु जन्म हेतु प्रयत्न करने को प्रोत्साहित करें। (देखें पृष्ठ सं. 33)

साधारण प्रीएक्लेम्पृज़िया

37 सप्ताह के कम गर्भकाल होने पर यदि लक्षणों में कोई बदलाव न हो तथा सब सामान्य दिखे उस दशा में सप्ताह में दो बार बाह्य रोगी के रूप में निम्नवत् देखते रहें :–

- रक्तचाप, मूत्र (प्रोटीन हेतु), रिफलेक्सेस तथा गर्भस्थ शिशु की दशा का पर्यवेक्षण करें।
- महिला तथा उसके परिवार से गंभीर प्रीएक्लेम्पृज़िया एवं एक्लेम्पृज़िया के खतरों की चिन्हों के विषय में सलाह मशवरा करके सांत्वना दें।

- और अधिक समय तक आराम करने को प्रोत्साहित करें।
- महिला को साधारण भोजन (नमक का परहेज करने हेतु हतोत्साहित करें) करने को प्रोत्साहित करें।
- महिला को झटके तथा रक्तचाप कम करने हेतु औषधि, शान्त करने वाली अथवा नींद लाने वाली औषधियां न दें।
- बाह्य रोगी के रूप में फॉलोअप संभव न होने की दशा में महिला को चिकित्सालय में भर्ती करें।
  - सामान्य भोजन (नमक का परहेज न करायें) दें।
  - दिन में दो बार रक्त चाप तथा एक बार (प्रोटीन्यूरिया हेतु) मूत्र का परीक्षण करें।
  - जब तक कि रक्त चाप अथवा मूत्र में प्रोटीन का स्तर न बढ़े, महिला को झटके तथा उच्च रक्तचाप से बचाव की औषधियां अथवा शांत करने की या निद्राजनक औषधियां न दें।
  - डाइयूरेटिक्स न दें, यह नुकसानदायक होते हैं तथा केवल उसी दशा में प्रयोग किये जा सकते हैं जब पलमोनरी सूजन अथवा कन्जेस्टिव हार्टफेल के साथ महिला झटके लगने की पूर्व स्थिति में हो।
  - यदि डायस्टोलिक रक्तचाप गिर कर सामान्य हो जाये अथवा महिला की दशा में स्थिरता बन जाये तब महिला को घर भेज दें तथा निम्नवत् निर्देश दें :–
  - महिला को आराम करने को कहें तथा उसे सूजन प्रतीत होने अथवा गंभीर प्रीएक्लेम्पज़िया की स्थिति के लक्षण देखते रहने हेतु निर्देशित करें।
  - महिला को रक्तचाप–मूत्र (प्रोटीन्यूरिया हेतु) तथा गर्भस्थ शिशु की दशा के साथ साथ गंभीर प्रीएक्लेम्पज़िया की जांच हेतु सप्ताह में दो बार देखें।
  - डायस्टोलिक रक्तचाप दोबारा बढ़ जाने पर महिला को पुनः भर्ती करें।
  - कोई बदलाव न दिखने पर महिला को चिकित्सालय में रखकर देखभाल करें एवं पेट के ऊपर की फंडल ऊंचाई के द्वारा गर्भस्थ शिशु के बढ़ते रहने की जांच करते रहें।
  - भ्रूण न बढ़ने की दशा में प्रसव को पहले करा लेने हेतु विचार करें। यदि यह सम्भव न हो तब महिला को समय पूरा होने तक चिकित्सालय में रखें।
- मूत्र में प्रोटीन स्तर बढ़ने की दशा में झटके लगने के पूर्व की खराब स्थिति समझकर उसका प्रबन्धन करें।

नोट– झटके लगने की पूर्व की स्थिति के लक्षण तथा चिन्ह जब तक प्रसव नहीं हो जाता है तब तक समाप्त नहीं होते।

37 सप्ताह से अधिक की गर्भावस्था होने पर

शिशु के तालमेल के चिन्ह होने पर ग्रीवा का आंकलन करें (पृष्ठ–13) तथा निम्नवत् शीघ्र प्रसव कराने की तैयारी करें।

- **ग्रीवा के अनुकूल होने की दशा में (मुलायम, पतली, मुंह थोड़ा खुला हुआ) मेम्बरेंस को एक एमनियोटिक हुक अथवा कौकर्स चिमटी से फाड़कर आक्सीटोसिंन अथवा प्रोस्टाग्लैंडिन का उपयोग करते हुये प्रसव पीड़ा प्रारम्भ करायें**
- **ग्रीवा के अनुकूल न होने की दशा में (कड़ी, मोटी तथा बन्द होने की दशा में) प्रोस्टाग्लैंडिन अथवा फोलीज़ कैथिटर का प्रयोग करते हुये ग्रीवा को तैयार करें, अथवा सिज़रियन द्वारा प्रसव करायें।**

गम्भीर प्रीएक्लेम्प्ज़िया एवं एक्लेम्प्ज़िया

झटके लगने के पूर्व की खराब स्थिति अथवा झटकों हेतु प्रबन्धन सामान्य रूप से इस प्रकार किया जाता है कि झटके लगने के प्रारम्भ होने से 12 घण्टे के भीतर प्रसव हो जाना चाहिए। झटके लगने से पूर्व की खराब स्थिति के सभी केसों का तत्परता से प्रबंधन किया जाना चाहिए। इन लक्षणों (धुंधलापन तथा हाइपरीफ्लेक्सिया) के होने पर आगे झटके ही लगेंगे, ऐसा सोचकर प्रबन्ध किया जाना उचित नहीं है तथा उस आधार पर भविष्य में किये जाने वाले प्रबन्धन की संस्तुति नहीं की जाती है।

झटके के दौरान प्रबन्धन

- झटके विरोधी औषधि दें (देखें पृष्ठ सं. 95)
- ऐसे सभी उपकरणों (हवा देने हेतु, सक्शन, मास्क तथा बैग, आक्सिजन) को एकत्रित करें तथा आक्सिजन 4–6 लीटर प्रतिमिनट की दर से दें।
- महिला को चोट लगने से बचायें पर उसे बहुत सख्ती से न रोकें।
- महिला को उसकी बांयी करवट लिटायें जिससे मुंह का पानी, उल्टी तथा रक्त सांस नली में न जाएं।
- झटके के उपरान्त उसके मुंह तथा गले को आवश्यकतानुसार सक्शन करके साफ करें।

सामान्य प्रबन्धन

- डायस्टोलिक रक्त चाप 110 मि.मी. मरकरी से ऊपर रहने की दशा में उसे उच्च रक्तचाप रोधक औषधि दें। यदि रक्तचाप 100 मि.मी. मरकरी से कम हो, तो उसे 90 से नीचे न होने दें।
- आई.वी. लगायें तथा आई.वी. बोतल चढ़ाएं। (देखें पृष्ठ सं. 95)
- एक द्रव्य संतुलन हेतु चार्ट बनायें तथा जितना द्रव्य चढ़ाया जा रहा है अथवा मूत्र द्वारा निकल रहा है उसका परीक्षण करके देखते रहें कि द्रव्य अधिक न चढ़ जाये।
- मूत्र की मात्रा तथा प्रोटीन्यूरिया जांच हेतु मूत्राशय में कैथेटर डालें।
- यदि मूत्र 30 मि.ली. प्रति घंटे से कम निकल रहा है, उस दशा में :–
  - मैग्नेशियम सल्फेट को रोक दें तथा आई.वी. द्रव्य (नॉर्मल सलाइन तथा रिंगर्स लैक्टेट) एक ली० प्रति आठ घण्टे की दर से चढ़ाएं।
  - पलमोनरी सूजन के बढ़ जाने पर नज़र रखें।
- महिला को कभी भी अकेला न छोड़ें क्योंकि किसी झटके के पश्चात् महिला के गले के भीतर जाने वाली उल्टी महिला तथा गर्भस्थ शिशु की मृत्यु का कारण बन जाती है।
- जैविक लक्षणों, रिफ़्लेक्सेस तथा शिशु हृदय गति की जांच करते रहें।
- सांस लेने में घड़घड़ाहट की दशा में प्रत्येक घंटे पर आले द्वारा पलमोनरी सूजन हेतु फेफड़ों की जांच करें।
- शैय्या किनारे किये जाने वाले क्लौटिंग परीक्षण को करके, क्लौटिंग की दशा को आंके। 7 मिनट पश्चात् तक एक क्लौट न बन सकने की दशा में अथवा एक ऐसे मुलायम बने हुये क्लौट जो सरलता से बिखर जाने वाला हो, की स्थिति में कोग्लूपैथी की जाने की संस्तुति की जाती है।

झटकों को रोकने हेतु औषधियां

झटके लगने को रोकने के उपचार हेतु पर्याप्त मात्रा में झटके विरोधी औषधियों का दिया जाना एक प्रमुख विधि है। चिकित्सालय में रहने वाली अधिकतर महिलाओं में अधिक झटके लगने का मुख्य कारण उनके पूर्ण उपचार में कमी है। झटके लगने से पूर्व की अत्याधिक खराब स्थिति अथवा झटके लगते समय उनको रोकने हेतु मैग्नीशियम सल्फेट ही सर्वोत्तम औषधि है। उसका दिया जाना देखें पृष्ठ सं. 95 में दिया गया है। मैग्नीशियम सल्फेट न उपलब्ध होने की दशा में निम्नवत् करें :–

डाइज़ीपाम का प्रयोग किया जा सकता है यद्यपि इससे नवजात में श्वसन उदासीनता होने का खतरा बन जाता है क्योंकि डाइज़ीपाम आंवल में सरलता से चला जाता है। (एक झटके को समाप्त करने हेतु) एक बार की दी गयी डाइज़ीपाम की खुराक से बहुत ही कम स्थितियों में नवजात शिशु में श्वसन उदासीनता होती है। बहुत समय तक आई.वी. द्वारा इसे दिये जाने को जारी रखने से श्वसन उदासीनता हो जाने के खतरे बढ़ जाते हैं क्योंकि उन स्थितियों में विशेष कर जबकि शिशु पहले से ही यूटेरो प्लेसेंटल इसजीमिया अथवा कम समय में प्रसव हो जाने के प्रभावों से स्वतः कष्ट उठा रहा होता है। इसका प्रभाव कई दिनों तक बना रह सकता है। डाइज़ीपाम का दिया जाना देखें पृष्ठ सं. 96 पर दिया गया है।

झटकों, गंभीर प्रीएक्लेम्पृजिया एवं एक्लेम्पृजिया में मैग्नीशियम सल्फेट दिये जाने की प्रणाली

लोडिंग डोज़ (पहली खुराक)

- मैग्नीशियम सल्फेट का 20 प्रतिशत का सोल्यूशन, 5 मिनट में चार ग्राम, नस द्वारा दें।
- तत्पश्चात तुरन्त 50 प्रतिशत मैग्नीशियम सल्फेट सोल्यूशन के 10 ग्राम के साथ 2 प्रतिशत लिग्नोकेन के 1 मि.ली. को एक ही सिरिंज में भरकर आधा–आधा दोनों कूल्हों में काफी गहराई से इंजेक्शन लगायें। मैग्नीशियम सल्फेट के कूल्हों में गहराई से इंजेक्शन लगाते समय विसंक्रमित तकनीक का प्रयोग सुनिश्चित करें। महिला को इस बात के लिये पहले से होशियार कर दें कि मैग्नीशियम सल्फेट देते समय उसे गर्मी का अनुभव हो सकता है।
- यदि 15 मिनट बाद दोबारा झटका आये उस दशा में 2 ग्राम मैग्नीशियम सल्फेट (50 प्रतिशत सोल्यूशन) 5 मिनट में नस द्वारा दें।

मेंटिनेंस डोज़ (बनाए रखने वाली खुराक)

- मैग्नीशियम सल्फेट (50 प्रतिशत सोल्यूशन) का 5 ग्राम + 2 प्रतिशत लिग्नोकेन का 1 मि.ली. को भरकर प्रत्येक चार घण्टे के अंतराल पर एक के बाद दूसरे कूल्हे पर इंजेक्शन लगायें।
- प्रसवोपरान्त अथवा अंतिम झटके लगने तक (अन्त में जो अवस्था हो) मैग्नीशियम सल्फेट के साथ किये जाने वाले उपचार को 24 घण्टे बाद तक जारी रखें।

इस उपचार को दोहराने से पूर्व निम्न बातें सुनिश्चित करें

- श्वसन दर कम से कम 16 प्रति मिनट होना।
- पैटेलर रिफ्लेक्सेस का उपस्थित होना।
- पिछले चार घंटों से मूत्र निकलने की मात्रा कम से कम 30 एमएल प्रति घण्टे की दर से हो।

निम्नलिखित दशाओं में औषधि देना रोकें/देरी करें

- श्वसन दर 16 प्रतिमिनट से कम हो जाना।
- पैटेलर रिफ्लेक्सेस का न होना।
- पिछले चार घंटों से मूत्र निकलने की मात्रा कम से कम 30 एमएल प्रति घण्टे की दर से कम हो रही होना।

निम्न दशाओं में एण्टीडोट तैयार रखें

- सांस रुकने की दशा में निम्नवत् कार्यवाही करें –

  सांस लेने में सहायता (मास्क तथा बैग, एनेस्थीसिया उपकरण, इन्ट्यूबेशन)

  कैल्शियम ग्लूकोनेट 1 ग्राम (10 प्रतिशत सोल्यूशन का 10 एमएल) धीमी गति से नस द्वारा देना उस समय तक जारी रखें जबतक कि मैग्नीशियम सल्फेट के दुष्प्रभाव समाप्त न हो जाएं तथा साँस प्रारम्भ हो जाये।

गंभीर एक्लेम्पृजिया एवं एक्लेम्पृजिया के लिये डाइज़ीपाम देने की प्रणाली

नोट : यदि मैग्नीशियम सल्फेट उपलब्ध न हो केवल तब ही डाइज़ीपाम का प्रयोग करें।

नस द्वारा देना

प्रारंभिक खुराक (लोडिंग डोज़)

- 10 मिली ग्राम डाइज़ीपाम दो मिनट में नस द्वारा धीमी गति से दें।
- यदि झटके फिर दिखें तब लोडिंग डोज़ पुनः दें।

बनाये रखने वाली खुराक (मेंटिनेंस डोज)

- 40 मिली ग्राम डाइज़ीपाम 500 मिली ली0 आई.वी. द्रव्यों (नॉर्मल सलाइन अथवा रिंगर्स लैक्टेट) में धीमी गति से दें जिससे कि महिला बस शान्त रहे और जगाई भी जा सके।
- खुराक की मात्रा एक घण्टे में 30 मि.ग्राम से अधिक बढ़ जाने की अवस्था में मातृत्व श्वसन उदासीनता हो सकती है।

  यदि आवश्यकता हो, सांस लेने में मास्क तथा बैग, एनेस्थिया उपकरण, इन्ट्यूबेशन के द्वारा सहायता करें।

  24 घण्टे की भीतर 100 मि. ग्राम से अधिक न दें।

मलद्वार द्वारा दिया जाना

- नस द्वारा पहुंचाना सम्भव न होने की दशा में डाइज़ीपाम को मलद्वार द्वारा दें। पहली खुराक 10 मि. ली. की सिरिंज में 20 मि. ग्राम डाइज़ीपाम भरकर देना है। सूई को सिरिंज से निकाल कर चिकनाई लगाकर सिरिंज को टट्टी के रास्ते से रेक्टम की आधी लम्बाई तक औषधि को डालें। कूल्हों को एक साथ जोड़कर 10 मिनट तक हाथों से पकड़े रहें जिससे दवा बाहर न निकल सके। एक दूसरा उपाय यह भी है कि द्रव्य को कैथेटर द्वारा रेक्टम (मलाशय) में पहुंचाया जा सकता है।
- यदि 10 मिनट के भीतर झटके लगना नियंत्रित न हो तब महिला को भार के अनुसार तथा उसके क्लीनिकल प्रतिक्रिया को देखते हुये 10 मि. ग्राम प्रति घण्टे अथवा उससे अधिक की दर से एक अतिरिक्त खुराक दें।

टेट्नस जमोघा

क्लोस्ट्रीडियम टिटानी (Clostridium tetani) जीवाणु अस्वच्छ औज़ारों तथा हाथों द्वारा, विशेषतया अप्रशिक्षित कर्मियों द्वारा गर्भपात अथवा गैर सरकारी संस्थाओं पर होने वाले प्रसवों के समय, बच्चेदानी के भीतर जा सकता है। नवजात शिशु अक्सर नाभि के काटते समय गंदे आज़ारों के प्रयोग से अथवा नाभि में लगाने वाली संक्रमित प्रचलित वस्तुओं के प्रयोग द्वारा संक्रमित हो जाते हैं।

जितनी जल्दी संभव हो उपचार प्रारम्भ होना चाहिए।

- डायज़ीपाम 10 मि. ग्राम नस में धीमी गति से कम से कम दो मिनट में चलाकर झटके नियंत्रित करें। तीव्र झटके की दशा में महिला की सब गतियों को रोककर वैन्टीलेटर में रखा जा सकता है। यह केवल तृतीय स्तर देखभाल केन्द्र पर ही संभव है।
- साधारण देखभाल :
  - एक शान्त कमरे में रखें किन्तु निकट से नजर रखें/निरीक्षण करें।
  - अनावश्यक उत्तेजित न करें ।
  - शरीर में पर्याप्त पानी की मात्रा (Hydration) तथा न्यूट्रीशन बनायें रखें।
  - बाद के संक्रमण का उपचार करें।
    - ★ शरीर में समायोजित टॉक्सिन (Toxin) को समाप्त करने हेतु 3000 यूनिट टेट्नस एंटीटॉक्सिन (Units Tetanus antitoxin) का इंजेक्शन दें।
    - ★ आगे टॉक्सिन (Toxin) बनने को रोकें।
    - ★ संक्रमण हेतु उत्तरदायी कारणों को हटायें (उदाहरणार्थ किसी सेपटिक गर्भपात में बच्चेदानी के भीतर संक्रमित तत्व (Tissue) को हटाएँ।
    - ★ बैंज़ाइल पेंसिलीन (Benzyl Penicillin 2 million/ लाख Units I.V.) का इन्जेक्शन नस द्वारा प्रति 4 घण्टे पर, 48 घण्टे तक दें। तत्पश्चात् एम्पीसिलिन (ampicillin) 500 mg. मुँह से दिन में 3 बार 10 दिनों तक दें।

टेट्नस टीकाकरण

जब माता में सक्रिय इम्यूनिटी (active immunity) होती है तब ऐन्टीबाड़ीज़ (anti bodies) आंवल द्वारा पहुँचकर नए जन्में शिशु को सुरक्षित बनाती है । एक महिला सुरक्षित समझी जाती है जब उसने 4 सप्ताह के अन्तर से टेट्नस का दो बार टीकाकरण गर्भपात अथवा प्रसव से 4 सप्ताह पूर्व लिया हो। वह महिलायें जिन्होंने लगातार टेट्नस की 5 सूइयाँ (T.T.) लीं हों तथा वर्तमान प्रसव या गर्भपात से पूर्व आखिरी टीकारण 10 वर्ष पूर्व ली हों, उन्हें वर्तमान प्रसव पर बूस्टर (Booster) दिया जाना चाहिए। अधिकतर महिलाओं हेतु प्रत्येक प्रसव में बूस्टर की संस्तुति की जाती है।

यदि टीकाकरण कराये होने पर भी एक महिला का असुरक्षित गर्भपात तथा स्वच्छता रहित प्रसव होता है तो उसे Tetanus Toxoid 0.5 ml. मांसपेशी में एक इन्जेक्शन दें। यदि उसका पूर्व में टीकाकरण नहीं हुआ है उसे A.T.S. (Anti Tetanus Serum) 1500 Units I.M. दें जिसके प्रत्यारोपण हेतु टी.टी. बूस्टर Tetanus Toxoid Booster 0.5 ml. I.M. 4 सप्ताह उपरान्त दें।

दौरे (Epilepsy)

मिर्गी के दौरे (Epilepsy) में महिला की गर्भावस्था में झटकों के जैसी दशा आ सकती है। अन्य पुराने (Chronic) रोगों की भाँति प्रसव के समय एपिलप्सी (Epilepsy) बहुत बिगड़ जाती है किन्तु किसी किसी में एपिलप्सी में सुधार भी हो जाता है। अधिकतर महिलाओं पर गर्भ का कोई प्रभाव नहीं होता।

- महिला को निकट से देखते रहें।

सामान्यतः एपिलप्सी के साथ गर्भवती महिलाओं को निम्न बातों से खतरा बढ़ सकता है:–

- गर्भावस्थाजनित उच्च रक्तचाप।
- समय से पूर्व प्रसव पीड़ा।
- कम वज़न का शिशु।
- जन्म से विकृत शिशु
- गर्भावस्था में जन्म से पूर्व शिशु मृत्यु।
- प्रबंधन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

अध्याय–6

प्रसव की असंतोषजनक प्रगति

समस्याएँ

- 8 घण्टे से अधिक अप्रत्यक्ष अवस्था / लेटेंट अवस्था।
- पार्टोग्राफ Partograph की Alert line के दाहिनी ओर ग्रीवा मुख का खुलना।
- बिना प्रसव हुए (लंबी प्रसव पीड़ा) 12 घंटे अथवा उससे अधिक समय तक प्रसव पीड़ा को अनुभव करना।

सामान्य प्रबन्धन

- महिला की तथा गर्भस्थ शिशु की दशा का तुरन्त आंकलन करें तथा सहारात्मक देखभाल करें। (देखें पृष्ठ सं. 15)
- कीटोन हेतु मूत्र परीक्षण करें। कीटोसिस होने की दशा में नस से द्रव्य चढ़ाएं।
- पार्टोग्राफ (Partograph) का पुनः आंकलन करें। (देखें पृष्ठ सं. 44)

निदान

सारिणी-13 प्रसव में असंतोषजनक प्रगति की पहचान

लक्षण	पहचान
ग्रीवा का न फैलना संकुचन महसूस न होना / अपर्याप्त होना	झूठी प्रसव पीड़ा, देखें पृष्ठ सं. 107
8 घण्टे के लगातार प्रसव पीड़ा के उपरान्त भी ग्रीवा का 4 से.मी. से अधिक मुंह न खुलना	लम्बी अप्रत्यक्ष अवस्था, (latent phase) देखें पृष्ठ सं. 107
पार्टोग्राफ की सतर्क रेखा के दाहिनी ओर ग्रीवा मुख का खुलाव	लम्बी सक्रिय अवस्था, देखें पृष्ठ सं. 108
• ग्रीवा मुख खुलने के पश्चात, पुनः रुक जाना (Secondary arrest) तथा अच्छे संकुचन के बावजूद प्रस्तुति भाग का नीचे न खिसकना	• शिशु के सिर तथा पेड़ू की हड्डी में असमानता (Cephalopelvic disproportion) देखें पृष्ठ सं. 108
• ग्रीवा का मुख खुलने के पश्चात् पुनः रुक जाना तथा प्रस्तुति भाग का बड़े कैपट, तृतीय स्तर की मोल्डिंग के साथ नीचे खिसकना, सर्विक्स (ग्रीवा) तथा प्रस्तुत भाग में अन्तर (साथ–साथ चिपका न होना); सूजी ग्रीवा, योनि का निचला भाग फूला हुआ, बैन्ड (retraction band) का उपलब्ध होना, मां तथा शिशु की बेचैनी	• रूकावट (obstruction) देखें पृष्ठ सं. 108
• 10 मिनट में तीन संकुचन से कम तथा प्रत्येक संकुचन 40 सेकेण्ड से कम होना	• बच्चेदानी की अपर्याप्त प्रक्रिया (Inadequate uterine activity) देखें पृष्ठ सं. 109
• सिर (आक्सीपुट एन्टीरियर) के पहले निकलने के अतिरिक्त कोई अन्य भाग का आगे होना।	• असामान्य प्रस्तुति (Malpresentation) या आसामान्य स्थिति (Mal Position), देखें पृष्ठ सं. 111
बच्चेदानी का मुख पूरा खुला हो तथा महिला को ज़ोर लगाने की इच्छा हो किन्तु कोई प्रगति (descent) नहीं हो रही हो।	अधिक समय तक जोर लगाने की अवस्था.

ग्राफ–3 पृष्ठ 102 प्रसव पीड़ा के लम्बे सक्रिय दौर के पार्टोग्राफ का नमूना :–

महिला सक्रिय प्रसव में 10 बजे प्रातः भरती हुई।

- शिशु सिर 5/ 5 (Palpable) की स्थिति में स्पर्श हुआ, ग्रीवा 4 से.मी. खुली।
- खराब संकुचन (10 मिनट में 2, प्रत्येक का 10 सेकेण्ड से कम समय में समाप्त होना)।

२ बजे अपरान्ह

- शिशु (Foetal head) सिर 5/5 स्पर्श (Palpable) ।
- ग्रीवा का खुलना (4 से.मी. सर्तक रेखा की दाहिनी ओर)।
- एकदम से मेम्ब्रेन (Membrane) फटना तथा साफ पानी (Amniotic fluid) दिखाई देना।
- बच्चेदानी के अपर्याप्त संकुचन (10 मिनट में केवल एक तथा 20 सेकेण्ड से पहले समाप्त होने वाला)।

६ बजे सायँ

- सिर छूकर देखने की स्थिति पर, अभी तक 5/ 5 स्थिति में।
- ग्रीवा का मुख 6 से.मी. खुला।
- संकुचन अभी भी अपर्याप्त थे (10 मिनट में दो दर्द तथा 20 सेकेण्ड से पूर्व समाप्त होने वाले)।

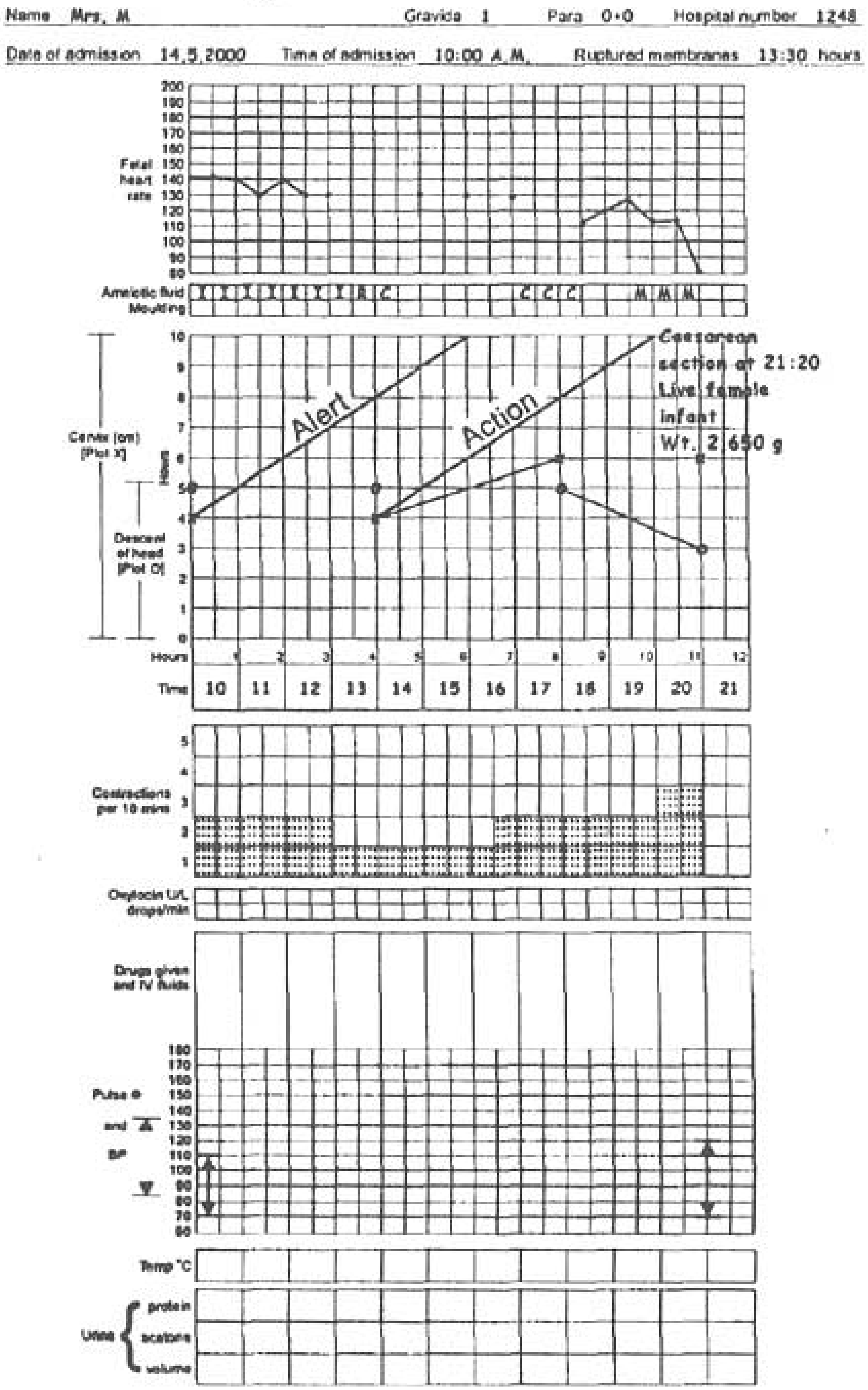
९ बजे रात्रि

- गर्भस्थ शिशु की हृदय धड़कन 80 प्रति मिनट थी ।
- म्यूकोनियम मिश्रित एम्नियोटिक पानी
- प्रसव में कोई प्रगति नहीं।

9.20 रात्रि को म्यूकोनियम (fotal distress) के कारण पेट चीर कर ऑपरेशन हुआ (C-Section)।

नोटः– पार्टोग्राफ (Partograph) उचित प्रकार से नहीं भरा गया। लम्बी प्रसव पीड़ा की पहचान 2 बजे अपराह्न प्रत्यक्ष हो चुकी थी तथा उस समय ऑक्सीटोसिन (Oxytocin) के साथ प्रसव पीड़ा को बढ़ावा दिया जाना चाहिए था।

ग्राफ-3 पार्टोग्राफ का नमूना



ग्राफ–4 पृष्ठ सं. 104

यह एक पार्टोग्राफ़ (Partograph) का नमूना है जिसमें ग्रीवा मुख खुलने तथा सक्रिय चरण में होने के पश्चात् का रुकना दिखाया जा रहा है। शिशु की बेचैनी तीसरे स्तर की मोलडिंग साथ में ग्रीवा मुख खुलने का तथा आगे आने वाले भाग के साथ प्रसव के सक्रिय चरण में बच्चेदानी के पर्याप्त संकुचन होने पर भी इन सबका रुकना, रुक जाने वाले प्रसव का सूचक होता है।

महिला को 10 बजे प्रातः सक्रिय प्रसव में भर्ती किया गया।

- शिशु का सिर 3 / 5 स्पर्श की स्थिति में (Palpable) था।
- बच्चेदानी का मुख 4 से.मी. खुला था।
- 10 मिनट में 3 संकुचन, प्रत्येक 20 –40 सेकेण्ड तक रह रहे थे।
- स्वच्छ पानी निकल रहा था।
- पहली डिग्री की मोल्डिंग (Moulding)।

दो बजे अपराह्न

- शिशु का सिर (Foetal head) 3/ 5 छूने की स्थिति में (Palpable)।
- बच्चेदानी का मुख 6 से.मी. खुलना (सतर्क रेखा भी दाहिनी ओर)।
- संकुचन में हल्की बढ़ोत्तरी (10 मिनट में 3 दर्द तथा प्रत्येक दर्द का 40 सेकेण्ड तक ठहरना)।
- द्वितीय डिग्री की मोल्डिंग (Moulding)।

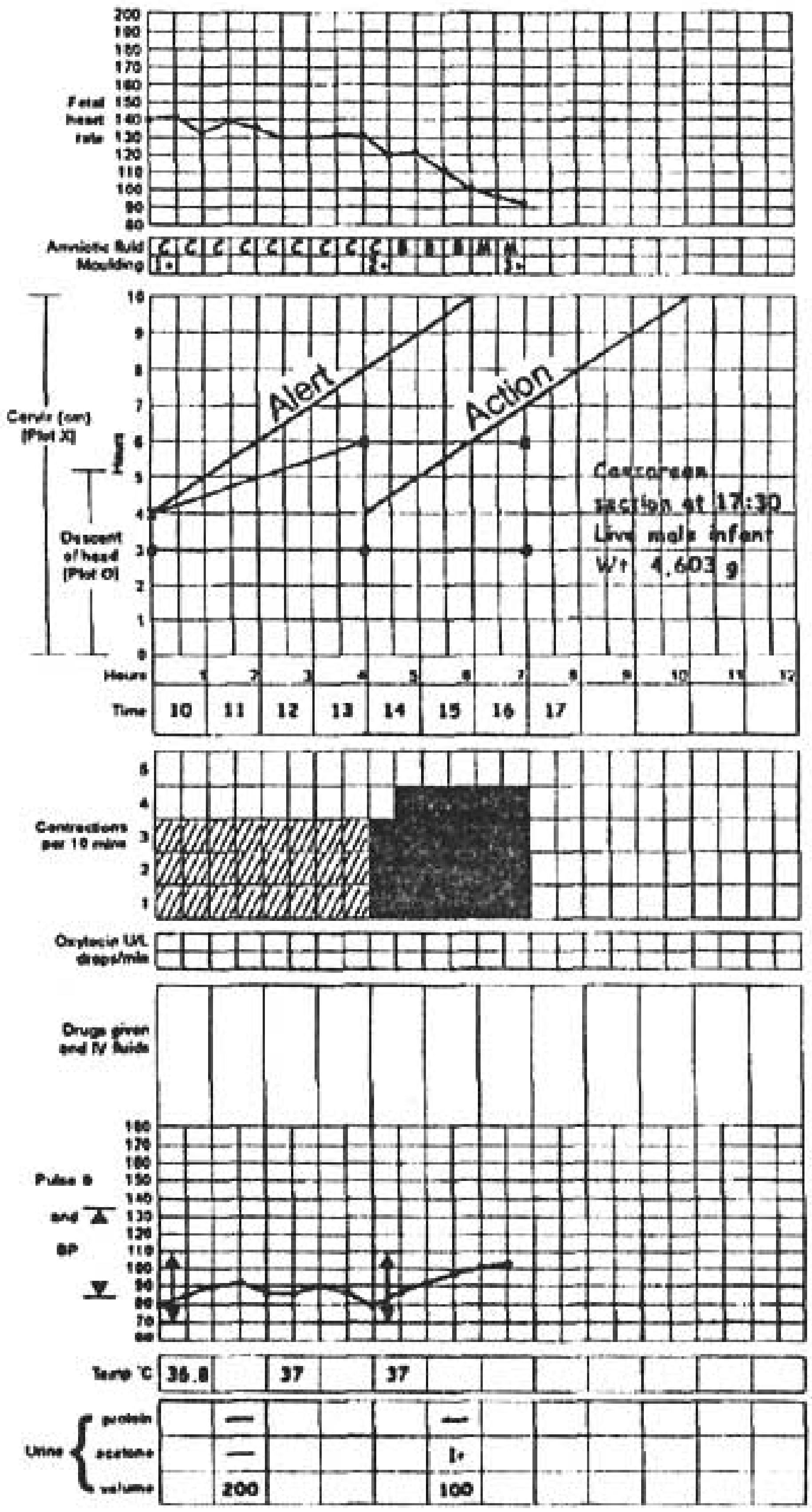
५ बजे सायँ

- शिशु का सिर अब भी 3/5 छूने की स्थिति में (Palpable)।
- बच्चेदानी अभी भी 6 से.मी. खुली।
- तीसरी डिग्री की मोल्डिंग (Moulding)।
- शिशु हृदय धड़कन 92 प्रति मिनट थी।
- सिज़ेरियन (C Section) 5.30 सायँ को किया गया।

ग्राफ-4 पार्टोग्राफ का नमूना

Name Mrs. H Gravida 4 Para 3+0 Hospital number 6639

Date of admission 20.5.2000 Time of admission 10:00 A.M. Ruptured membranes 1 hours



ग्राफ–5 पृष्ठ 106

यह एक ऐसे पार्टोग्राफ (Partograph) का नमूना है जिसमें खराब बच्चेदानी के संकुचनों के कारण प्रसव पीड़ा की प्रगति को Oxytocin द्वारा ठीक करके प्रसव कराना दर्शाया गया है।

महिला को 10 बजे प्रातः सक्रिय प्रसव में भर्ती किया गया।

- शिशु का सिर 5/5 स्पर्श हो रहा (Palpable) था।
- बच्चेदानी 4 से.मी. खुली थी।
- 10 मिनट में दो संकुचन तथा प्रत्येक संकुचन 20 सेकेण्ड से कम था।

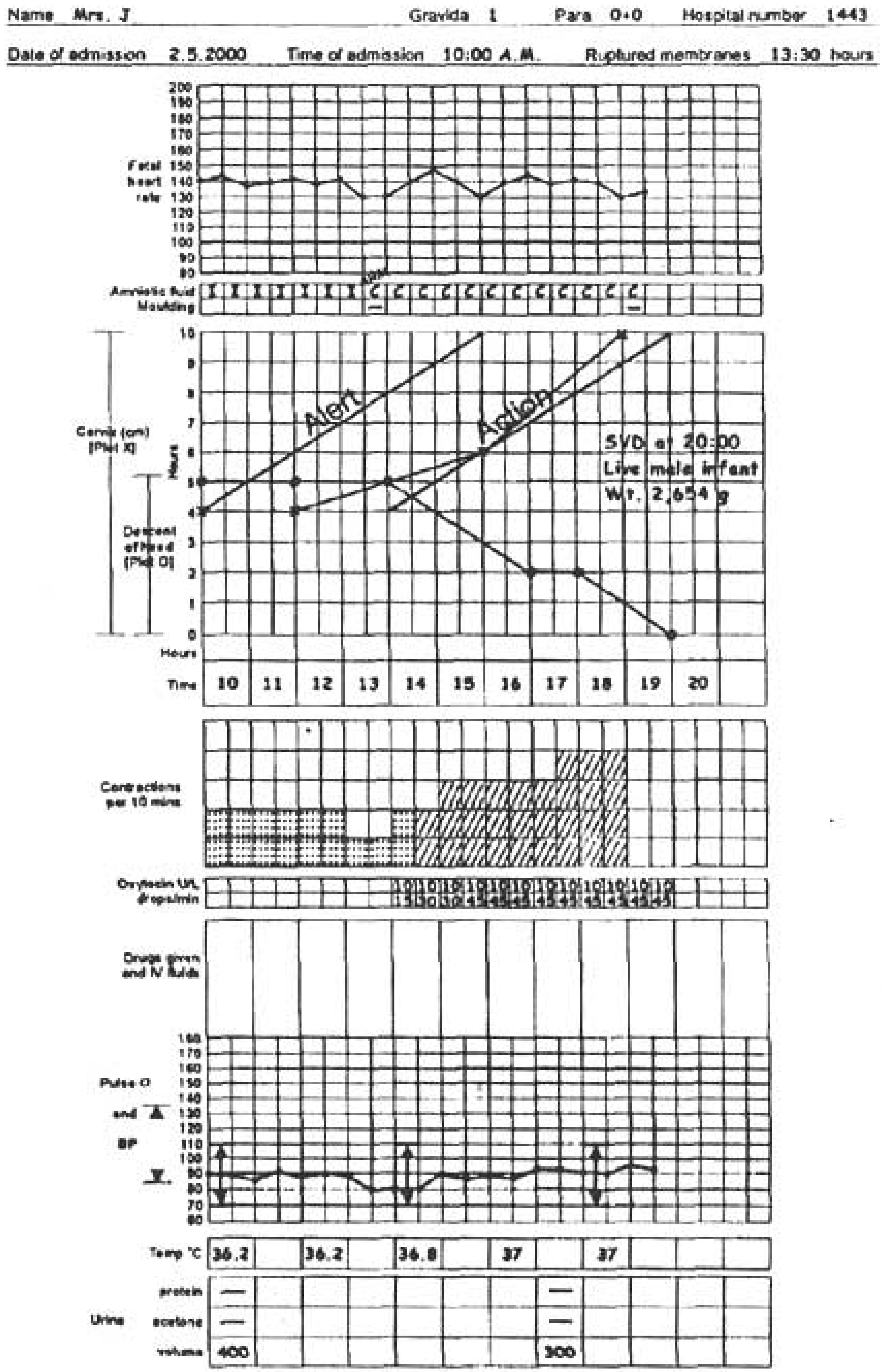
१२ बजे दिन में

- शिशु का सिर अब भी 5/5 था।
- बच्चेदानी अब भी 4 से.मी. खुली थी (सर्तक रेखा (Alert line) के दाहिनी ओर)।
- संकुचनों में कोई प्रगति नहीं हुई।

२ बजे अपराह्न

- अप्रभावकारी बच्चेदानी (Uterine) संकुचनों के कारण प्रसव पीड़ा में कम प्रगति को पहचाना गया।
- एक लीटर द्रव्य (fluids) में दस यूनिट ऑक्सिटोसिन, नस द्वारा 15 बूँद प्रति मिनट की दर से चलाने से दर्द बढ़े।
- ऑक्सीटोसिन की खुराक बढ़ाई गई जब तक कि अच्छी प्रकार से संकुचन प्रारम्भ नहीं हो गए।
- संकुचन बढ़े, आगे का भाग नीचे सरकने के साथ–साथ बच्चेदानी के फैलाव में प्रगति हुई।
- 8 बजे रात्रि में अपने आप योनि से प्रसव हुआ।

ग्राफ–5 पौटोग्राफ का नमूना



प्रबन्धन

झूठी प्रसव पीड़ा

मूत्र तंत्र तथा अन्य संक्रमण (सारिणी–14 देखें पृष्ठ सं. 126 अथवा गर्भस्थ झिल्ली/membrance फट जाने का परीक्षण करें तथा उसी के अनुसार उपचार करें। यदि इनमें से कुछ भी उपस्थित न हो तब महिला को छुट्टी दें तथा उसे उत्साहित करें कि यदि पुनः प्रसव पीड़ा हो तब वह फिर वापस आये।

लम्बी अप्रत्यक्ष अवस्था (Latent Phase)

प्रसव के बाद ही यह पहचाना जा सकता है कि अप्रत्यक्ष अवस्था कितनी थी। जब संकुचन समाप्त हो जाय तो उससे कहा जाना है कि महिला को झूठे दर्द थे। जब संकुचन नियमित हो जाय तथा ग्रीवा खुलने में 4 से. मी. से अधिक प्रगति होने लगे तब कहा जाता है कि महिला अप्रत्यक्ष (Latent) स्थिति में है।

झूठी प्रसव पीड़ा अथवा देर तक चलने वाली लेटेंट अवस्था (Latent phase) की त्रुटिपूर्ण पहचान करने से अनावश्यक रुप से इंडक्शन (induction) अथवा बढ़ावा देने की स्थिति उत्पन्न होती है, जो असफल हो सकती है। यह अनावश्यक रुप से पेट चीर कर ऑप्रेशन सिज़रियन (C. Section) अथवा एम्निओनाइटिस (Amnionitis) की ओर अग्रसर कर सकती है।

यदि एक महिला 8 घण्टे से अधिक लेटेंट चरण (Latent Phase) में रह लेती है तथा प्रगति के बहुत कम लक्षण हों तो ऐसी दशा में ग्रीवा का आंकलन करें और स्थिति को दोबारा आंके।

- यदि ग्रीवा के फैलाव अथवा फैलाव में कोई भी बदलाव न दिखे तथा शिशु की परेशानी की स्थिति भी न हो तब पुनः देखें, हो सकता है महिला प्रसव पीड़ा में न हो।
- यदि सर्वाइकल इफेसमेंट तथा फैलाव में बदलाव दिखे तब ऑक्सीटोसिन अथवा प्रोस्टाग्लैंडिन का प्रयोग करते हुये एम्निओटिक हुक अथवा कोकर चिमटी द्वारा झिल्लियों को फाड़ कर प्रसव पीड़ा को प्रारम्भ करायें।
- प्रत्येक चार घण्टे पर पुनः आंकलन करें।
- यदि ऑक्सीटोसिन देने के आठ घंटे पश्चात् महिला सक्रिय चरण में नहीं प्रवेश करती है तब पेट चीर कर ऑप्रेशन द्वारा प्रसव करायें।

  संक्रमण के लक्षण (ज्वर, योनि स्राव से बदबूदार पानी आना) होने पर निम्नवत् करें :–
  - ऑक्सीटोसिन द्वारा तुरंत प्रसव पीड़ा में वृद्धि करें।
  - प्रसव हो जाने तक उचित मेल की एंटिबायटिक दें।
  - ऐम्पिसिलिन 2 ग्राम नस द्वारा प्रत्येक छः घण्टे पर दें।
  - साथ में 5 मि. ग्राम प्रति किलो शरीर भार प्रति 24 घंटे की दर से नस द्वारा जेंटामाइसिन दें।
  - महिला की योनि से प्रसव हो जाने की दशा में प्रसवोपरान्त ऐण्टीबायटिक्स बन्द कर दें।
  - महिला का सिज़ेरियन ऑप्रेशन हो जाने पर एण्टीबायटिक जारी रखने के साथ मेट्रोनियाज़िज़ोल 500 मिलीग्राम नस द्वारा प्रत्येक 8 घण्टे पर उस समय तक दें जबतक कि महिला 48 घण्टे तक ज्वर रहित न हो जाये।

सक्रिय चरण का अधिक समय तक रह जाना

यदि सिफलोपेल्विक डिस्प्रोपोर्शन अथवा रूकावट का कोई लक्षण न हो तथा झिल्लियां पूरी तरह से ठीक हों, उस समय एक एम्निओटिक हुक अथवा कोकर्स फॉरसेप्स से झिल्लियों को फाड़ दें।

- बच्चेदानी के संकुचनों का निम्नवत् आंकलन करें :–
  - यदि संकुचन अप्रभावी हो (प्रत्येक 10 मिनट में 40 सेकण्ड से कम समय तक रहने वाले तीन से कम संकुचन) तब बच्चेदानी की अपर्याप्त क्रियाशीलता की आशंका करें। (देखें पृष्ठ सं. 109)
- यदि संकुचन प्रभावी हों (प्रत्येक संकुचन 40 सेकेण्ड से अधिक रहने वाले तथा 10 मिनट में तीन की दर से होने पर) तब सिफ़लोपेल्विक डिस्प्रोपोर्शन, रूकावट, असामान्य स्थिति अथवा असामान्य प्रस्तुति के विषय में आशंका करें। नीचे देखें :–
- प्रसव पीड़ा में सहयोग करने वाले सामान्य उपाय संकुचनों को बढ़ा कर प्रगति की ओर ले जा सकते हैं। (देखें पृष्ठ सं. 33)

सिफ़लोपेल्विक डिस्प्रोपोर्शन

सिफ़लोपेल्विक डिस्प्रोपोर्शन की स्थिति उस समय आती है जब या तो शिशु बहुत बड़ा होता है अथवा मातृत्व पेल्विस बहुत छोटी होती है। यदि प्रसव पीड़ा सिफलोपेल्विक डिस्प्रोपोर्शन में बनी रहती है तब शिशु फंस सकता है अथवा उसके निकालने में रूकावट हो सकती है। क्या पेल्विस उचित है इसका निर्णय करने का सर्वोत्तम परीक्षण यही है कि महिला को प्रसव पीड़ा लेने का प्रयत्न कराया जाये। क्लिनिकल पेल्विमेट्री बहुत लाभकारी नहीं सिद्ध होती है।

- सिफ़लोपेल्विक डिस्प्रोपोर्शन का पक्का सुनिश्चित हो जाने पर (सारिणी–13 देखें पृष्ठ सं. 100) सीज़र द्वारा प्रसव करायें।
- यदि शिशु मृत हो गया हो :–
  - क्रेनियोटामी द्वारा प्रसव करायें।
  - यदि शल्यक क्रेनियोटॉमी में निपुण न हो तब सिज़ेरियन करें।

रूकावट

नोट :– ऐसी बच्चेदानी जिसमें पहले कभी कोई चीरा न लगा हो उसके फटने का मुख्य कारण सामान्य रूप से रूकावट वाला प्रसव हाता है।

- यदि शिशु जीवित है तथा ग्रीवा का मुख पूर्णतया खुला हुआ है तथा सिर 0 स्टेशन अथवा उसके नीचे है तब वैक्यूम खिंचाव द्वारा प्रसव करायें।
- यदि रूकावटों के सम्बन्ध में वैक्यूम द्वारा खिंचाव तथा सिम्फिसियोटोमी करने के संकेत हो तथा शिशु का सिर 2 स्टेशन पर हो तब निम्नवत् करें :–
  - वैक्यूम एक्सट्रैक्शन तथा सिम्फिसियोटोमी द्वारा प्रसव करायें।

- यदि शल्यक सिम्फिसियोटोमी में निपुण नहीं हो तब सिज़ेरियन द्वारा प्रसव करायें। यदि शिशु जीवित हो किन्तु ग्रीवा मुख पूर्णतया न खुला हो अथवा शिशु का सिर वैक्यूम द्वारा खिंचाव हेतु बहुत ऊंचे पर हो तब सिज़ेरियन द्वारा प्रसव करायें।
- यदि गर्भस्थ शिशु मृत हो गया हो उस दशा में निम्नवत् करें–
  - क्रेनियोटॉमी द्वारा प्रसव करायें।
  - यदि शल्यक क्रेनियोटॉमी में निपुण न हो तब सिज़ेरियन द्वारा प्रसव करायें।

बच्चेदानी की अपर्याप्त क्रियाशीलता

यदि अपर्याप्त संकुचन हो तथा सिफ्लोपेल्विक डिस्प्रोपोर्शन तथा रूकावट भी न हो तब लम्बे समय तक प्रसव पीड़ा होते रहने का सबसे अधिक सम्भावित कारण बच्चेदानी की अपर्याप्त क्रियाशीलता हो सकती है।

अनेक प्रसव (मल्टीग्रैविडा) वाली महिला में पहले प्रसव (प्राइमी ग्रैविडा) वाली महिला के अनुपात में अप्रभावी संकुचन काफी कम होते हैं इसलिये मल्टी ग्रैविडा को आक्सीटोसिन द्वारा दर्द बढ़ाने की प्रक्रिया प्रारंभ करने से पूर्व महिला में इस बात का हर सम्भव प्रयत्न किया जाना चाहिए कि उसे डिस्प्रोपोर्शन वाली प्रसूता न समझा जाये।

- झिल्लियों को एक एम्नियॉटिक हुक अथवा कोकर्स चिमटी से फाड़ कर ऑक्सीटोसिन का प्रयोग करके प्रसवपीड़ा को बढ़ायें।
- अच्छे तथा प्रबल संकुचन स्थापित हो जाने के दो घण्टे पश्चात् योनि द्वारा परीक्षण करके प्रगति का पुनः आंकलन करें।
- यदि परीक्षणों के मध्य में कोई प्रगति न दिखे तब सिज़ेरियन द्वारा प्रसव करायें।
- यदि प्रगति जारी रहती है तब ऑक्सीटोसिन देना जारी रखें तथा दो घण्टे उपरान्त पुनः परीक्षण करें। प्रगति को बहुत ध्यानपूर्वक देखना जारी रखें।

बाहर निकलने के चरण का अधिक समय तक रहना

मां द्वारा शिशु को बाहर की ओर निकालने की चेष्टा से आंवल में ऑक्सीजन की कमी हो जाने के कारण शिशु के लिये ख़तरा बढ़ जाता है। मां द्वारा अपने आप बाहर निकालने हेतु बल प्रयोग करायें किन्तु बहुत अधिक समय तक प्रयत्न करने अथवा सांस को रोकने के लिये प्रोत्साहित न करें।

- असामान्य स्थिति अथवा रूकावट वाली स्थिति न होने पर ऑक्सीटोसिन द्वारा पीड़ा को बढ़ायें।
- यदि पीड़ा बढ़ाने के प्रयत्न के बाद भी शिशु नीचे की ओर न आये उस दशा में निम्नवत् करें :–
  - यदि सिर पेडू की निचली हड्डी के ऊपर 1/5 से अधिक नहीं हो अथवा शिशु के सिर की आगे आने वाली हड्डी का छोर 0 स्टेशन पर हो तब वैक्यूम से खींचें अथवा फोरसेप्स द्वारा प्रसव करायें।
  - यदि सिर पेडू की हड्डी के ऊपर 1/5 तथा 3/5 के मध्य हो तथा शिशु के सिर की आगे आने वाली हड्डी का छोर 0 स्टेशन तथा –2 स्टेशन के मध्य में हो उस दशा में निम्नवत् करें :–
  - वैक्यूम खिंचाव तथा सिम्फिसीयाटोमी द्वारा प्रसव करायें।
  - यदि शल्यक सिम्फिसीयाटोमी में निपुण नहीं हो तब सिज़ेरियन द्वारा प्रसव करायें।

- यदि सिर पेडू की हड्डी के ऊपर 3/5 से अधिक हो अथवा शिशु के सिर की आगे आने वाली हड्डी का छोर –2 स्टेशन से ऊपर हो तब सिज़ेरियन द्वारा प्रसव करायें। देखें पृष्ठ सं.

प्रबन्धन

सूचना भेजें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

अध्याय 7

असामान्य स्थिति व असामान्य प्रस्तुति

(Malposition and Malpresentation)

असामान्य स्थिति, माँ की कूल्हे की हड्डी के संबंध में शिशु के सिर की असामान्य स्थिति (ऑक्सीपुट को संदर्भ बिन्दु मानते हुए) है। असामान्य प्रस्तुति शिशु वर्टेक्स के अतिरिक्त होने वाली सभी प्रस्तुतियां हैं।

समस्या

- शिशु की असामान्य स्थिति अथवा प्रस्तुति लम्बे प्रसव तथा बाधित प्रसव का कारण होती है।

सामान्य प्रबन्धन

- महिला की सामान्य दशा का, जैविक लक्षणों के साथ (नाड़ी , रक्तचाप, श्वसन, तापमान) तीव्रता से आंकलन करें।
- शिशु की दशा का आंकलन करें।

एक संकुचन के पश्चात् तुरन्त शिशु के हृदय धड़कन की दर को सुनें। शिशु हृदय धड़कन दर को सक्रिय पीड़ा अवस्था में प्रत्येक 30 मिनट पर पूरे 1 मिनट तक तथा दूसरी अवस्था में प्रत्येक 5 मिनट पर सुनें।

- ■ शिशु हृदय धड़कन दर में असामान्यता (100 धड़कन प्रति मिनट से कम अथवा 180 से अधिक) होने पर शिशु की बेचेनी (Foetal distress) की शंका करें। (देखें पृष्ठ सं. 122)

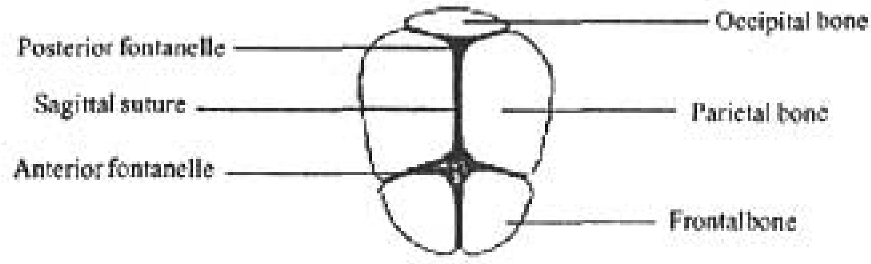
यदि झिल्ली फट जाए, तो बाहर बहने वाले पानी (amniotic fluid) के रंग को ध्यान से देखें।

- ■ गाढ़े हरे रंग म्यूकेनियम की उपस्थिति इस बात का संकेत करती है कि बहुत ध्यान से निगरानी रखते हुए शिशु बेचेनी (Foetal distress) के प्रबन्धन हेतु संभावित व्यवधान करें। (देखें पृष्ठ सं. 122)
- ■ झिल्ली के फटने के बाद पानी की अनुपस्थिति शिशु के साथ पानी की कम मात्रा का संकेत देती है जो शिशु बेचेनी से संबंधित हो सकती है।

निदान

आगे प्रस्तुत होने वाले भाग का निर्धारण करना

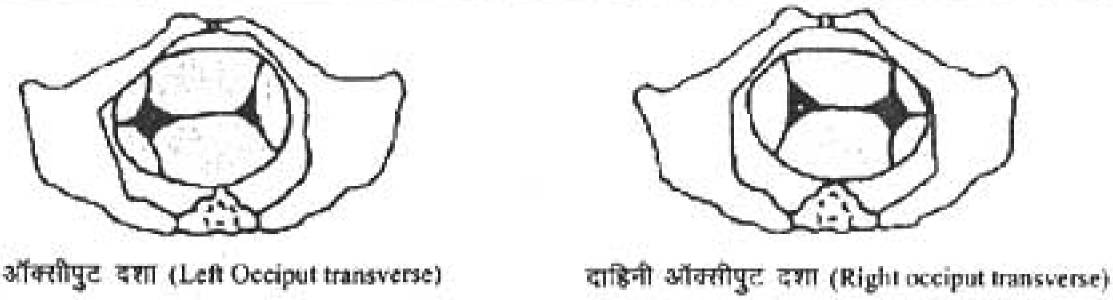
- सर्वाधिक सामान्य प्रस्तुति शिशु के सिर का वर्टेक्स आना है। सामने सिर न आने की दशा में देखें तालिका देखें पृष्ठ सं. 115
- यदि सामने आने वाला भाग सिर ही हो तब शिशु खोपड़ी के सीमा चिन्हों के आधार पर शिशु सिर की स्थिति का निर्णय करें। चित्र–33



चित्र–33 शिशु खोपड़ी के सीमा चिन्ह

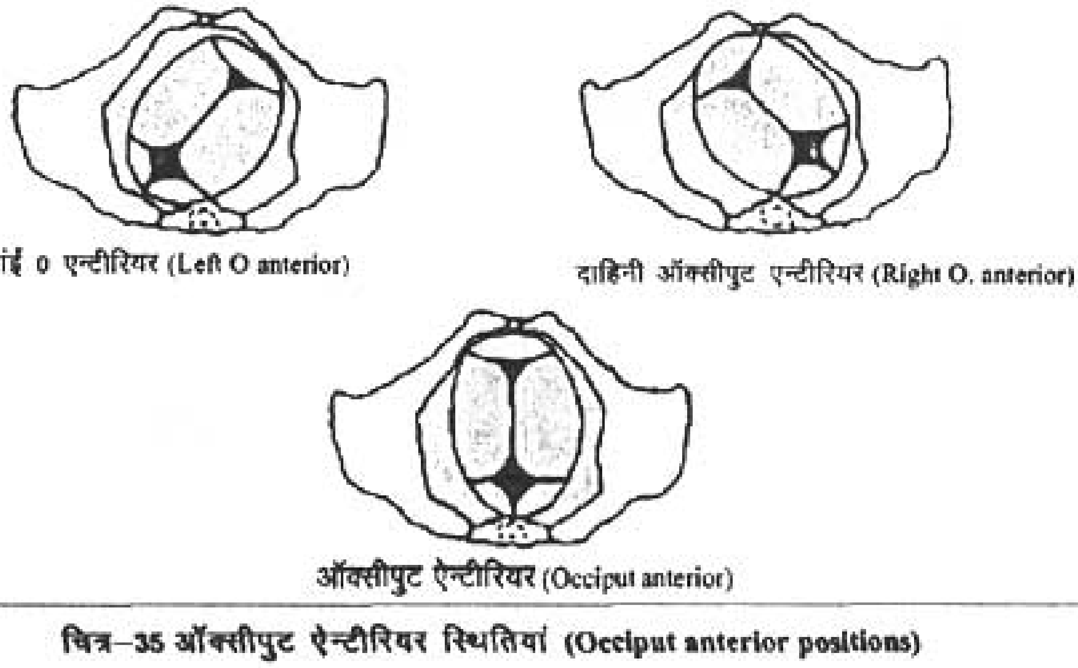
शिशु सिर की दशा का निर्धारण

शिशु का सिर माँ की कूल्हे की हड्डी से बेड़ी स्थिति (Occiput) में स्थापित होता है (चित्र–34)



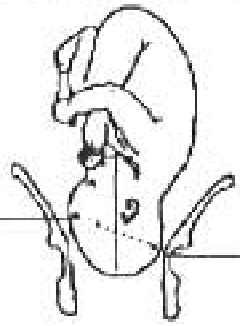
चित्र–34 ऑक्सीपुट (Occiput) बेड़ी स्थितियां

- नीचे आते समय शिशु का सिर घूमता रहता है इसीलिये कि ऑक्सीपुट शिशु मां की (Occiput) Pelvis का भीतर का भाग है। (चित्र–351) ऑक्सीपुट ट्रांस्वर्स स्थिति को ऑक्सीपुट ऐन्टीरियर स्थिति में न घूम सकने की दशा का, ऑक्सीपुट पोस्टीरियर स्थिति की तरह प्रबंधन किया जाना चाहिए। (Failure of Occiput transverse position to rotate to an occiput anterior position should be managed as an occiput posterior position)



चित्र–35 ऑक्सीपुट ऐन्टीरियर स्थितियां (Occiput anterior positions)

शिशु के योनि में सिंसिपुट के स्थान पर ऑक्सीपुट के साथ (चित्र–36) वेल फ्लेक्स्ड वर्टेक्स की सामान्य प्रस्तुति का एक अतिरिक्त फीचर



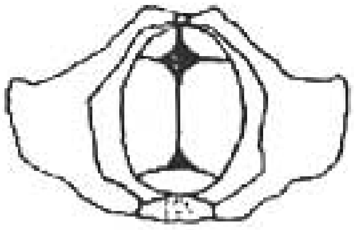
चित्र–36 वेल फ्लेक्स्ड वर्टेक्स

- यदि शिशु का सिर प्रसव पीड़ा के प्रारंभिक चरण में Occiput anterior अथवा Occiput transverse के साथ पूर्णतया झुका हुआ (वेल फ्लेक्स्ड) हो तब प्रसव कराएँ (देखें पृष्ठ सं. 112)
- यदि शिशु का सिर Occiput anterior नहीं है तब पहचान करें तथा असामान्य स्थिति का प्रबंधन करें (देखें पृष्ठ सं. 114)
- यदि शिशु का सिर सामने नहीं है अथवा शिशु का सिर ठीक मुड़ान पर नहीं है तब पहचान करें तथा असामान्य प्रस्तुति हेतु प्रबंधन करें। (देखें पृष्ठ सं. 115)

असामान्य स्थितियों की पहचान

लक्षण तथा चिन्ह | **चित्र**

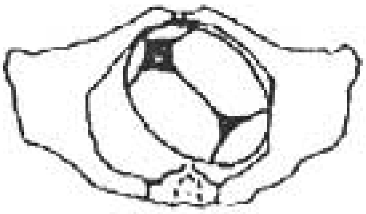
ऑक्सीपुट पोस्टीरियर की स्थिति (Occiput posterior position)
उस समय होती है जब मां की पेल्विस की तुलना में शिशु के सिर का ऑक्सीपुट पीछे की ओर हो। (foetal occiput is posterior in relation to the maternal pelvis) चित्र–37 तथा 38



Occiput Posterior
चित्र–37

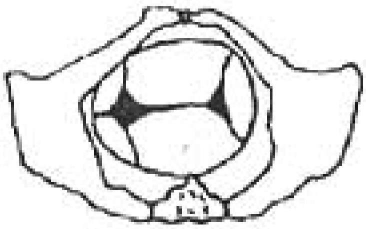
पेट द्वारा जाँच करने पर पेट का निचला भाग चपटा दिखता है, हाथ पैर का आभास होता है तथा फ्लैंक में शिशु की हृदय धड़कन सुनी जा सकती है।

योनि द्वारा परीक्षण करने पर पोस्टीरियर फोनटेनेल सेकरम की ओर तथा आगे वाला फोनटेनेल आसानी से छुआ जा सकता है, यदि सिर झुका नहीं है।



Left Occiput Posterior
चित्र–38

ऑक्सीपुट ट्रांस्वर्स की स्थिति
उस समय होती है जब शिशु का सिर माँ की (पेल्विस) Pelvis में हो (चित्र–39)। यदि ऑक्सीपुट की बेड़ी स्थिति प्रसव पीड़ा के पहले चरण के अंतिम भाग में बनी रहती है, तो उस स्थिति में ऑक्सीपुट के Posterior स्थिति के रूप में उसका प्रबंधन किया जाना चाहिये।



Left Occiput transverse
चित्र–39

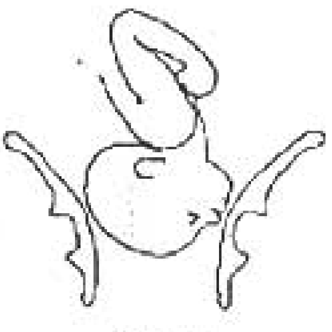
असामान्य प्रस्तुति की पहचान

लक्षण तथा चिन्ह | चित्र

ब्राओ प्रस्तुति शिशु सिर के अपूर्ण फैलाव के कारण होती है। सिर का पिछला भाग (आक्सीपुट) अगले भाग (सिंसिपुट) से ऊँचा हो जाता है। चित्र–40

पेट द्वारा परीक्षण करने पर आधे से अधिक शिशु का सिर सिंफिसिस प्यूबिस के ऊपर होता है तथा सिर का पिछला भाग, अगले भाग से अधिक ऊँचा प्रतीत होता है।

योनि द्वारा जॉच करने पर एन्टीरियर फोनटेनेल तथा आंख की रूपरेखा (orbits) को महसूस किया जा सकता है।



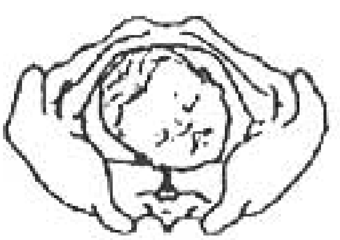
चित्र–40

शिशु सिर के अत्यधिक सीधा होने के कारण चेहरे की सामने की प्रस्तुति होती है। अतः योनि द्वारा परीक्षण करने पर सिर का न तो अगला भाग न ही पिछला भाग महसूस होता है। चित्र–41 तथा 42

पेट द्वारा परीक्षण करने पर सिर के अगले भाग तथा पीठ के बीच एक गड्ढा जैसा प्रतीत होता है।

योनि द्वारा परीक्षण करने पर चेहरा पकड़ में आता है तथा परीक्षण करने वाले की उगलियाँ शिशु के मुख में घुस जाती हैं तथा जबड़ों की हड्डी महसूस होती है।

चित्र–41



चित्र–42

मिली–जुली (Compound) प्रस्तुति
वह स्थिति होती है जब प्रस्तुत भाग के साथ एक हाथ भी आगे दिखने लगता है। माँ की पेल्विस में शिशु के सिर के साथ एक हाथ भी आगे को आ जाता है। चित्र–43

चित्र–43

उलटा बच्चे के होने की स्थिति में शिशु के कूल्हे तथा पैर आगे आने वाले भाग होते है।

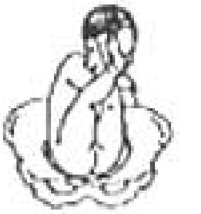
पेट द्वारा जांचने पर शिशु सिर पेट के ऊपरी भाग में प्रतीत होता है तथा निचला भाग कूल्हे की हड्डी के पास। सुनने पर शिशु हृदय धड़कन को समान्य स्थान से ऊँचा सुना जाती है, सिर के सामने होने की अपेक्षा में।

चित्र–44

लक्षण तथा चिन्ह

चित्र

प्रसव पीड़ा के समय योनि द्वारा परीक्षण करने पर कूल्हे तथा पैर प्रतीत होते हैं। सामान्य तथा गाढ़े काले रंग का म्यूकोनियम दिखता हैं।



चित्र–45

पूर्ण घूमी हुई उल्टी प्रस्तुति (Breach presentation) होने की अवस्था में दोनो पैर कूल्हों तथा टखनों के पास जुड़े होते है। फ्रैंक एक्सटेंडेड (Frank Extended) उल्टी शिशु आगति होने की स्थिति होती है जब दोनों पैर कूल्हों पर मुड़े तथा घुटनों की ओर फैले होते हैं। चित्र–45

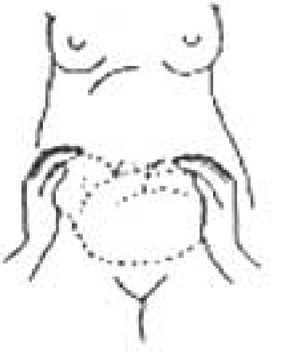
पैर द्वारा उल्टी प्रस्तुति होने की दशा उस समय होती है जब पैर कूल्हे तथा घुटने दोनों की ओर फैले होते हैं चित्र–46

चित्र–46

बेड़ा शिशु (Transverse lie) तथा **कंधे की प्रस्तुति होने की स्थिति** में शिशु का लम्बा घुमाव बेड़ा होता है। कंधा एक विशेष प्रकार से आगमन का भाग होता है।

पेट द्वारा परीक्षण करने पर कूल्हे की हड्डी (Sumphysis pubis) के मध्य न ही सिर और न ही कूल्हे प्रतीत होते है। एक बाँह आगे आ सकती है तथा कोहनी, बाँह अथवा हाथ/हथेली योनि में प्रतीत होती है।

योनि द्वारा परिक्षण करने पर कंधा प्रतीत होता है।



चित्र–47

सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ

उल्टी प्रस्तुति

उल्टे रूप में शिशु के आने तथा देर तक रहने वाली पीड़ा तुरन्त सिज़ेरियन ऑप्रेशन की ओर इंगित करती है। पीड़ा में प्रगति न होने की दशा भी महिला में डिस्प्रोपोर्शन की सम्भावना की द्योतक हो सकती है।

समय से पूर्व पीड़ा होने में उल्टी प्रस्तुति अधिक बार होती है।

समय से पूर्व पीड़ा

अच्छा यह हो कि प्रत्येक उल्टी प्रस्तुति वाला प्रसव ऐसे चिकित्सालय में कराया जाए, जहां आपरेशन की सुविधा हो।

- बाहर से घुमाकर सीधा करें।
  - यदि 37 सप्ताह अथवा उसके पश्चात भी शिशु उल्टा हो (37 सप्ताह से पूर्व शिशु का सफलतापूर्वक वर्जन करने के उपरान्त भी अधिकतर स्वयं ही शिशु फिर अपनी उल्टी स्थिति में वापस चला जाता है)

- योनि द्वारा प्रसव निम्न दशाओं में सम्भव है :–
- यदि झिल्लियां सुरक्षित हों तथा प्रचुर मात्रा में एम्निआटिक द्रव्य हो।
- किसी प्रकार की जटिलताओं का न होना (उदाहरणार्थ शिशु की बाढ़ का रूकना, बच्चेदानी से रक्त स्राव होना, पूर्व में सिज़ेरियन द्वारा प्रसव होना, शिशु की असमानताएं, जुड़वा बच्चे, उच्च रक्तचाप का होना)
- यदि बाहर से घुमाना सफल होता है तब सामान्य शिशु जन्म हेतु अग्रसर हों।
- यदि बाहरी घुमाव असफल हो उस अवस्था में योनि द्वारा उल्टे प्रसव अथवा सिज़ेरियन ऑप्रेशन हेतु अग्रसर हों।

योनि द्वारा उल्टा प्रसव होना

- निम्नलिखित दशाओं मे कौशलपूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवाकर्ता द्वारा योनि से उल्टे शिशु का प्रसव कराना सुरक्षित तथा सुगम है।
  - पूर्ण अथवा सरल ब्रीच
  - पर्याप्त क्लिनिकल पेल्वीमेट्री
  - शिशु का बहुत बड़ा न होना।
  - सिफ़लोपेल्विक डिस्प्रोपोर्शन के कारण पूर्व में सिज़ेरियन न होने पर।
  - सिर के फ्लेक्स्ड होने पर
- महिला का लगातार परीक्षण करें तथा प्रगति को पार्टोग्राफ पर रेखांकित करें।
- यदि मेम्ब्रेंस फट गयी हो, तो महिला का नाल बाहर आ जाने हेतु तुरन्त परीक्षण करें।

नोट – मेम्बरेंस को न फाड़ें

- यदि नाल बाहर आ जाती है तथा प्रसव सम्भव नहीं है तब सिज़ेरियन द्वारा प्रसव करायें
- यदि शिशु हृदय धड़कन दर में असामान्यता (प्रतिमिनट 100 से कम अथवा 180 से अधिक) दिखे अथवा बहुत समय तक पीड़ा रहे तब सिज़ेरियन द्वारा प्रसव करायें।

नोट – उल्टे बच्चे के साथ प्रसव पीड़ा होने में म्यूकोनियम निकलना एक साधारण बात है और यदि शिशु हृदय धड़कन दर सामान्य हो तब इसे शिशु की परेशानी की स्थिति न समझें।

महिला को उस समय तक ज़ोर नहीं लगाना चाहिए जबतक कि बच्चेदानी का मुंह पूर्णतया खुल न जाये। योनि से परीक्षण करके पूर्ण खुलाव को पक्का कर लेना चाहिए।

उल्टे शिशु के कारण होने वाले सिज़ेरियन

योनि द्वारा उल्टे बच्चे के प्रसव कराने से सिज़ेरियन कराया जाना अधिक सुरक्षित है तथा निम्नलिखित प्रसव में इसकी संस्तुति की जाती है।

- दो पैरों द्वारा उल्टे शिशु की प्रस्तुति
- छोटी अथवा असामान्य कूल्हे की हड्डी
- बहुत बड़ा शिशु

- सिफलोपेल्विक डिस्प्रोपोर्शन होने के कारण पूर्व में सिज़ेरियन होने की दशा में
- बहुत अधिक फैला हुआ अथवा डिफ्लेक्स्ड सिर

नोट– योजनात्मक रूप से किये गये सिज़ेरियन कम दिन के उल्टे शिशु जन्म के कराने से बेहतर परिणाम नहीं देते हैं।

जटिलताएं

उल्टे रूप में प्रसव होने की अवस्था में शिशु की जटिलताओं हेतु निम्नलिखित बातें होती हैं :–

- नाल का बाहर आना
- फैले हुये हाथ अथवा सिर, अधूरी खुली ग्रीवा अथवा सिफ़लोपेल्विक डिस्प्रोपोर्शन के परिणाम स्वरूप होने वाले जन्म के आघात
- नाल के बाहर आने से ऐस्फिक्सिया होना, नाल पर दबाव, आंवल का पृथक होना अथवा सिर का फंस जाना।
- पेट के अंगों को होने वाली हानियां।
- टूटी हुयी गर्दन।

आड़ी अथवा कंधे की प्रस्तुति

- यदि महिला प्रारंभिक प्रसव पीड़ा में हो तथा मैंब्रेंस फटी न हों उस दशा में बाहर से घुमाने का प्रयत्न करें।
- यदि बाहर से घुमाने में सफलता मिले, तब सामान्य शिशु जन्म के लिये अग्रसर हों।
- यदि बाहरी घुमाव असफल हो अथवा ऐसा करना उचित न हो तब सिज़ेरियन द्वारा प्रसव करायें। नाल के बाहर आ जाने के लक्षणों हेतु पर्यवेक्षण करें। यदि नाल बाहर आ जाती है अथवा प्रसव सम्भव न हो तब सिज़ेरियन द्वारा प्रसव करायें।

नोट – महिला की देखभाल न किये जाने की स्थिति में बच्चेदानी फट सकती है।

नवीन प्रचलन में आड़ी अवस्था के प्रसव कराने हेतु चाहे शिशु जीवित हो अथवा मृत सिजेरियन द्वारा ही प्रसव कराया जाता है।

फंसे हुए कंधे Shoulder Dystocia (Stuck Shoulders)

समस्या

प्रसव के समय गर्भस्थ शिशु का सिर बाहर आ जाता है पर उसके कंधे रुके रह जाते हैं तथा प्रसव नहीं हो पाता हैं।

समस्या प्रबन्धन

- सभी प्रसवों में कंधा रुक जाने की स्थिति हेतु तैयार रहें विशेषतया जब बड़े शिशु की सम्भावना हो।
- सहायता हेतु अनेकों व्यक्तियों की उपलब्धता सुनिश्चित करें।

कंधो के रुक जाने के विषय में पूर्व से आशंका नहीं की जा सकती है।

पहचान

- प्रसव में शिशु का सिर आ जाता है तथा Vulva के पास आकर कसा रह जाता है।
- ठोढ़ी सिकुड़ कर पेरिनियम पर दबाव डालती है।
- सिर को खींचने से कंधें जो कि पेडू की हड्डी पर ही रुक जाते हैं, निकालने में सफलता नहीं मिलती है।
- प्रबन्धन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

अध्याय–8

अधिक फैली बच्चेदानी के साथ प्रसव पीड़ा

समस्या

महिला के प्रसव के समय अधिक फैली हुई बच्चेदानी या सिमफाइसिस से फंडस की ऊँचाई का गर्भ अवधि के अनुपात में अधिक होना।

सामान्य प्रबन्धन

- महिला को सहारा दें, सहयोग दें।
- यदि संभव हो तो गर्भस्थ शिशु की गणना की गई गर्भावधि सत्यापित करें।

परिचय

- यदि पेट द्वारा परीक्षण करने पर केवल एक ही शिशु प्रतीत हो उस दशा में गर्भावधि की गलत गणना तथा एक बड़े शिशु के विषय में विचार करें।
- पेट द्वारा परीक्षण करने पर अनेकों शिशु भाग प्रतीत हों, तब एक से अधिक गर्भस्थ शिशु का विचार करें।

एक से अधिक गर्भ के अन्य लक्षण निम्नवत् हैं:–

- बच्चेदानी के अनुपात में शिशु का सिर छोटा हो।
- गर्भावस्था लम्बाई से आशातीत बढ़ी हुई बच्चेदानी।
- डोपलर फीटल स्टैथेस्कोप Doppler fetal stethoscope से सुनने पर एक से अधिक शिशु हृदय धड़कनों का सुना जाना।

नोट– Acoustic fetal stethoscope साधारण स्टेथोस्कोप को निश्चित पहचान हेतु प्रयोग नहीं किया जा सकता अन्यथा एक हृदय धड़कन विभिन्न स्थानों पर सुनी जा सकेगी।

- यदि उपलब्ध हो तो उस दशा में अल्ट्रासाउन्ड करायें।
  - शिशु संख्या, प्रस्तुति तथा आकार की पहचान करें।
  - एम्नियॉटिक द्रव्य (amniotic fluid) की मात्रा को आंके।
- यदि अल्ट्रासाउन्ड सेवाएँ उपस्थित न हों तब शिशु की संख्या तथा प्रस्तुति हेतु एक्सरे (सामने तथा पीछे से) करायें।

प्रबन्धन

प्रबन्धन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

अध्याय–9

शल्योपरान्त बच्चेदानी के साथ प्रसव

समस्या

पूर्वप्रसव में महिला की शल्योपरान्त कटी हुई बच्चेदानी के साथ प्रसव होना।

सामान्य प्रबन्धनः–

- नस द्वारा द्रव्य प्रारम्भ करें ।
- यदि सम्भव हो बच्चेदानी काटे जाने के कारण की पहचान करें।
- सीजेरियन तथा अन्य बच्चेदानी की शल्य क्रिया, (उदाहरणार्थ पूर्व में बच्चेदानी फटने के बाद सिली गई बच्चेदानी, Cornua में विस्थापित नलीय गर्भस्थ का निकाला जाना) बच्चेदानी की दीवाल पर कटने के चिन्ह छोड़ देते हैं। यह निशान बच्चेदानी को कमजोर बना सकते हैं साथ ही इनसे प्रसव पीड़ा के समय बच्चेदानी फट भी सकती है।

बच्चेदानी के टाँको का फटना

- पूर्व में हुई सीजर शल्य प्रकिया में लगे खड़े टाँके / vertical scars प्रसव पीड़ा से पूर्व अथवा Latent Phase में फट सकते हैं।
- बेड़े लगे टाँके विशेष रुप से सक्रिय प्रसव पीड़ा अथवा शिशु बाहर निकलने की दशा में फटते हैं।
- फटा हुआ भाग, कुछ दूर तक मांसपेशियों में कुछ दर्द व खून के बहाव के साथ बढ़ सकता है। शिशु अथवा ऑवल बच्चेदानी में ही रह सकती है तथा शिशु कुछ मिनट अथवा घण्टों तक जीवित रह सकता है।

विशेष प्रबन्धन

विशेष प्रबन्धन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

अध्याय–10

प्रसव में पीड़ित शिशु (Fetal distress)

समस्या

- असामान्य शिशु हृदय धड़कन दर (100 से कम तथा 180 धड़कने प्रति मिनट से अधिक)
- गाढ़ा म्यूकोनियम मिश्रित पानी

सामान्य प्रबन्धन

- महिला को सहारा दें तथा बाँई करवट लिटायें।
- यदि Oxytocin चल रहा हो तो बन्द करे।
- मास्क अथवा नाक में नली डाल कर 4–6 लीटर प्रतिमिनट की दर से आक्सीजन दें।

असामान्य शिशु हृदय धड़कन दर

- एक सामान्य शिशु हृदय धड़कन दर उग्र संकुचन के समय धीमी हो सकती है तथा बच्चेदानी शान्त होने के तुरन्त पश्चात पुनः सामान्य व ठीक हो जाती है।
- एक ऐसी अति धीमी शिशु हृदय धड़कन दर जो संकुचन न होने पर भी हो तथा संकुचन समाप्त होने के बाद भी वैसी ही बनी रहे, निर्णायक रुप से पीड़ित शिशु (fetal distress) होता है।
- एक तीव्र शिशु हृदय गति दर किसी मातृत्व ताप, औषधि कारक मातृत्व हृदय गति दर (उदाहरणार्थ tocolytic औषधि) उच्च रक्तचाप अथवा amnionitis से हो सकती है। मातृत्व तीव्र हृदय धड़कन दर की अनुपस्थिति में भी तीव्र शिशु हृदय गति दर के लक्षण होने पर शिशु की पीड़ित दशा समझी जानी चाहिए।

- यदि मातृत्व कारण की पहचान हो जाए। (उदाहरणार्थ माँ का उच्च तापमान अथवा औषधियाँ) उस दशा में उचित प्रबन्धन प्रारम्भ करें।
  - यदि माँ से संबंधित कोई कारण पहचान में न आये तथा शिशु हृदय धड़कन दर लगातार आखिरी तीन संकुचन के मध्य भी असामान्य बनी रहे, उस दशा में शिशु पीड़ा (distress) के लक्षणों को समझने हेतु योनि द्वारा एक परीक्षण करें।
  - यदि पीड़ाओं के बीच में अथवा लगातार दर्द के साथ रक्तस्राव दिखे, उस दशा में एबरप्शियो प्लेसन्टी आँवल के अलग होने की दशा का संदेह करें।
  - संक्रमण के लक्षण (तापमान दुर्गन्धजनित योनिस्राव) की दशा में amnionitis हेतु antibiotic दें । (देखें पृष्ठ सं.)
  - यदि नाल प्रस्तुति भाग से नीचे हो अथवा योनि में हो उस दशा में नाल बाहर आने हेतु प्रबन्ध करें।
  - यदि शिशु हृदय गति दर की असामान्यता बनी रहे अथवा पीड़ित भ्रूण के कुछ अधिक लक्षण दिखें (गाढ़ा म्यूकोनियम सहित तरल स्राव, उस दशा में प्रसव की तैयारी करें।

- यदि ग्रीवा पूर्णतया खुल जाए तथा शिशु का सिर Symphysis Pubis के ऊपर 1 / 5 से अधिक न हो तथा सिर Leading bony edge स्टेशन पर हो उस दशा में Vaccum extraction खिंचाव अथवा फ़ोरसेप्स (Forceps) औजारों द्वारा प्रसव करायें।
- यदि ग्रीवा मुख पूर्णतया नहीं खुला है अथवा शिशु का सिर 1 / 5 से अधिक Symphysis pubis के ऊपर है अथवा सिर की Leading body edge "O" स्टेशन से ऊपर है उस दशा में पेट चीर कर, शल्य क्रिया द्वारा प्रसव करायें।

शिशु की टट्टी (Meconium)

म्यूकोनियम युक्त एम्नियॉटिक फ्लूइड प्रायः उस अवस्था में दिखता है जब शिशु पूर्ण समय का हो जाता है तथा स्वयं में टट्टीजनित पानी का आना शिशु की पीड़ा का सूचक नहीं होता बिना किसी शिशु हृदय गति दर की असामान्यता के, किंचित मात्र टट्टी आने की स्थिति एक समीप्य निगरानी की आवश्यकता का संकेत करती है।

- कम एमनियाटिक द्रव्य की स्थिति में गाढ़े मिकोनियम का आना, तुरन्त जल्दी प्रसव कराने की ज़रूरत का संकेत देता है तथा नवजात शिशु की श्वसन नलिका के अन्दर म्यूकोनियम जाने से बचाव के प्रबन्धन हेतु तत्पर रहने का संकेत देता है।
- उल्टी प्रस्तुति में प्रसव होते समय शिशु के पेट पर दबाव पड़ने के कारण टट्टी निकल जाती है। जब तक कि यह प्रसव पीड़ा के आरंभिक काल में न हो यह पीड़ित शिशु का लक्षण नहीं है।

अध्याय-11

नाल का बाहर आना (Prolapsed Cord)

समस्या

- शिशु के प्रस्तुति भाग के नीचे बर्थ कैनाल में अम्बिलाइकल नाल रहती है।
- झिल्लियां के फट जाने के पश्चात नाल योनि में दृष्टिगत होती है।

सामान्य प्रबन्धन

- 4-6 लीटर प्रति मिनट की दर से मास्क द्वारा अथवा नाक में नली डालकर आक्सीजन दें।

विशेष प्रबंधन

- विशेष प्रबंधन हेतु सूचित करें व चिकित्सक को बुलाएं।

नाल में धड़कन होना

यदि नाल में धड़कन है तो गर्भस्थ शिशु जीवित है।

- तुरन्त योनि परीक्षण द्वारा प्रसव की अवस्था का निदान करें।
- यदि महिला प्रसव की पहली अवस्था में है:
  - उच्चस्तरीय विसंक्रमित दस्ताने पहन कर, योनि के अंदर धीरे से हाथ डालें और प्रस्तुति भाग को ऊपर धकेलें जिससे नाल पर दबाव कम हो और प्रस्तुति भाग को पेल्विस से बाहर करें।
  - दूसरे हाथ को पेड़ू की निचले भाग पर रखें जिससे प्रस्तुति भाग पेल्विस के बाहर बना रहे।
  - जब प्रस्तुति भाग को पेल्विक ब्रिम के ऊपर दृढ़ता पूर्वक पकड़ लें तब योनि से हाथ बाहर कर लें।
  - सीज़र आप्रेशन की तैयारी कराएं।
- यदि महिला प्रसव की दूसरी अवस्था में है:
  - वैक्यूम एक्ट्रैक्शन या फार्सेप्स द्वारा, एपिज़ियॉटमी के साथ शीघ्र प्रसव की तैयारी कराएं।

अध्याय-12

गर्भावस्था तथा प्रसव के दौरान बुखार (तापमान) समस्या

एक महिला को गर्भावस्था अथवा प्रसव के समय बुखार (तापमान 38.c अथवा अधिक) हो।

सामान्य प्रबंधन

- शय्या पर विश्राम करने हेतु प्रोत्साहित करें।
- अधिक से अधिक तरल पदार्थ मुँह से लेने हेतु प्रोत्साहित करें।
- पंखा चलायें अथवा नर्म गीले कपड़े से तापमान को कम करें।

पहचान

सारिणी-14 गर्भावस्था तथा प्रसव के दौरान उच्च तापमान के कारण की पहचान

वर्तमान/परिलक्षित लक्षण अन्य विद्यमान लक्षण तथा चिन्ह	कभी-कभी होने वाले लक्षण व चिन्ह	संभावित पहचान
• Dysuria पेशाब करने में दर्द • बार बार तथा जोर से मूत्र लगना।	• पेडू के नीचे व ऊपर पीड़ा • पेट की पीड़ा	मूत्राशय का संक्रमण (Cystitis)
• मूत्र करने में दर्द • बहुत तेज बुखार चढ़ना झुरझुरी (chills) • बारबार तथा जोर से मूत्र लगना • पेट की पीड़ा	• पेडू के नीचे व ऊपर पीड़ा • Loin पीड़ा/दर्द • पसलियों के बीच में दर्द • भूख न लगना • जी मिचलाना/उल्टी	एक्यूट पाइलोनेफराइटिस,
• प्रथम 22 सप्ताह में दुर्गन्ध वाला योनि स्राव • उच्च तापमान • बच्चेदानी की दुखन	• पेट के निचले भाग में दर्द • छूकर देखने में दर्द • अधिक समय तक रक्त स्राव • मवादयुक्त योनि स्राव	सेप्टिक गर्भपात
• तेज बुखार/झुरझुरी • 22 सप्ताह उपरान्त दुर्गंध वाला पानी जैसा स्राव • पेट का दर्द	• पानी निकल जाने का इतिहास • बच्चेदानी की दुखन • तीव्र शिशु ह्रदय धड़कन दर • योनि से हल्का रक्त स्राव	एम्नियोनाइटिस
• उच्च ताप • साँस लेने में कठिनाई • खाँसी तथा बलगम् • छाती में दर्द	• सभी लक्षण एक साथ • गले में सूजन • तीव्र श्वसन • सांस में आवाज • आना तथा घड़फड़ाहट	निमोनिया,
• तेज बुखार • झुरझुरी जाड़ा लगना • सिर दर्द • मासपेशी जोड़ो का दर्द।	• बढ़ी हुई तिल्ली	सामान्य मलेरिया,
• सामान्य मलेरिया के चिन्ह तथा लक्षण • बेहोशी • रक्ताल्पता	• झटके • पीलिया	बहुत अधिक जटिल मलेरिया
• तेज बुखार • सिर दर्द • सूखी खाँसी • बुखार महसूस होना • भूख न लगना • बढ़ी हुई तिल्ली	• असमंजस • जड़ता/हल्की बेहोशी	टाइफाइड (ए)
• तेज बुखार • तबियत भारी होना • भूख न लगना • जी मिचलाना • गहरे रंग का मूत्र व पीला मल • पीलिया • बढ़ा हुआ जिगर (Liver)	• माँस पेशियों तथा जोड़ो में पीड़ा • एलर्जीयुक्त दाने • बढ़ी हुई तिल्ली	हेपाटाइटिस (बी)

(ए) एम्पिसिलिन एक ग्राम मुँह द्वारा दिन में चार समय अथवा एमोक्सीसिलिन 1g मुँह से 3 बार 14 दिन तक दे। इन दवाओं से संवेदनशील होने की दशा में दूसरी/विकल्प औषधि दे।

(बी) सहारा दें तथा ध्यान रखें।

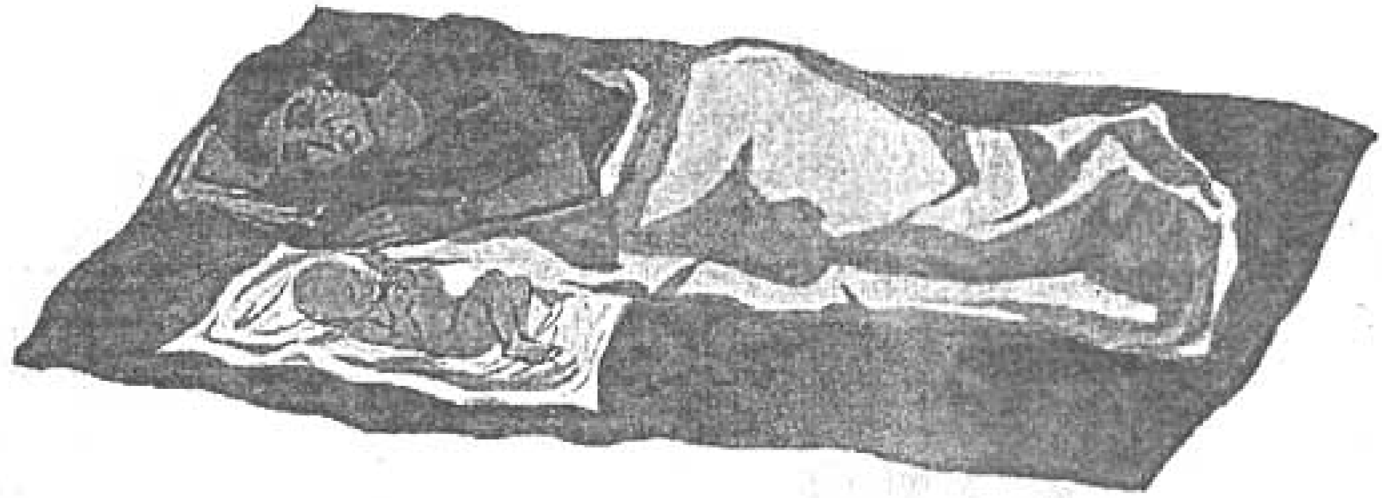
प्रबंधन

प्रबंधन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलायें।

प्रसवोपरान्त बुखार

समस्या

प्रसवोपरान्त 24 घंटे से अधिक व्यतीत होने पर भी एक महिला को बुखार का 38° C अथवा अधिक होना।



सामान्य प्रबंधन

- शय्या पर विश्राम हेतु प्रोत्साहित करे।
- मुँह द्वारा अथवा नस द्वारा पर्याप्त तरल लेना सुनिश्चित करें।
- तापमान को कम करने हेतु नम कपड़े अथवा पंखे का प्रयोग करें।
- यदि शॉक (Shock) का संदेह हो तो तुरंत उपचार प्रारम्भ करें। (देखें पृष्ठ सं. 61)

यद्यपि वर्तमान में शॉक (Shock) के कोई लक्षण उपस्थित न हो, परन्तु आगे महिला की दशा तीव्रता से बिगड़ सकती है, अतः जब आप पुनः उसका आंकलन करें तब शॉक (Shock) के विषय में अवश्य सोचें। यदि शॉक (Shock) की स्थिति उत्पन्न हो जाती है, तब यह आवश्यक है कि तुरंत उपचार प्रारम्भ किया जाए।

सारिणी-15 पहचान : प्रसव के बाद बुखार हेतु पहचान

वर्तमान लक्षण तथा विशेष रूप से उत्पन्न लक्षण तथा चिन्ह	कभी कभी होने वाले लक्षण तथा चिन्ह	संभावित पहचान
• बुखार / झुरझुरी • पेट के निचले भाग में पीड़ा • मवाद युक्त दुर्गन्ध वाला पानी • बच्चेदानी की दुःखन	• योनि से हल्का रक्तस्राव • शॉक (Shock)	मेट्राइटिस
• पेट के निचले भाग में पीड़ा तथा तनाव • लगातार तेज बुखार झुरझुरी • बच्चेदानी की दुःखन	• antibiotics का प्रभाव हीन होना • Adnexa अथवा Pouch of Douglas में सूजन • Culdocentesis में मवाद आना।	पेड़ू का फोड़ा (Pelvic Abscess)
• हल्का बुखार / झुरझुरी • पेट के निचले भाग में दर्द • आंतो में वायु न घूमना	• दबाकर छोड़ने के बाद दर्द • पेट का फूलना • भूख न लगना • जी मिचलाना / उल्टी • शॉक (Shock)	पेरिटोनाइटिस (Peritonitis),
• स्तनों में पीड़ा तथा दुःखन • 3–5 दिन प्रसवोपरान्त तक	• कड़े, बढ़े हुए स्तन • दोनो स्तन प्रभावित	स्तन में दूध भर जाना पृष्ठ–131
• स्तनों में पीड़ा तथा दुःखन (tenderness) • स्तन पर एकदम अलग घेरे में लाली • प्रसव से 3–4 सप्ताह बाद तक	• स्तन भरने से पूर्व सूजन • प्रायः एक स्तन प्रभावी	मैसटाइटिस (Mastitis),
• कड़ा, बहुत पीड़ा दायक स्तन • सतह पर लाली	• स्तन दबाने पर घटती बढ़ती सूजन • बहता पस / मवाद	स्तन में फोड़ा
• असामान्य रक्त और पानी के स्राव के साथ पीड़ा दायक घाव	• शल्य क्रिया के सीरे के स्थान के चारों और बढ़ती हुई हल्की सूजन युक्त लाली	घाव का फोड़ा, घाव मे पानी भरना अथवा घाव में रक्त भरना
• पीड़ा दायक दुखन युक्त Tender घाव • कटे हुये स्थान के किनारे सूजन और लाली घाव (Tender)	• सख्त / कड़ा घाव • बहता पस • घाव के चारो ओर लाली	घाव अत्यधिक सूजन के साथ, पानी / मवाद होना
• मूत्र करने में दर्द • बार बार अथवा तीव्रता से मूत्र लगना।	• रिट्रोप्यूबिक (Retropubic) सुपराप्यूबिक (Supeapubic पीड़ा • पेट में पीड़ा	Cystitis
• मूत्र करने मे दर्द • तेज बढ़ता हुआ बुखार / झुरझुरी • बार बार अथवा तेजी से पेशाब लगना • पेट की पीड़ा • जी मिचलाना / उल्टी	• Retropubic/ Supropubic पीड़ा • Loin पीड़ा / दुःखन • पंसलियों के बीच में दुःखन • भूख न लगना।	एक्यूट पाइलोनेफराइटिस
• एन्टीबायोटिक्सAntibiotics देने पर भी तेज बुखार चढ़ना।	• पिंडलियों में दुःखन (Deep Vein thrombosis')	डीप वेन थ्राम्बोसिस

वर्तमान लक्षण तथा विशेष रूप से उत्पन्न लक्षण तथा चिन्ह	कभी कभी होने वाले लक्षण तथा चिन्ह	संभावित पहचान
• बुखार • श्वसन में कठिनाई • खाँसी तथा बलगम • छाती में दर्द	• फेफड़ों का ठोस होना • आंशिक रूप से गला खराब होना • साँस तेज होना • घड़घड़ाहट और सांस फूलना • (Rhonchi/Rales)	निमोनिया (Pneumonia)
• बुखार • हल्की साँसें	• विशेषतया शल्य क्रिया के • उपरान्त होता है।	एटिलेकटेसिस (Atelectasis[b])
• बुखार • झुरझुरी/जूड़ी • सिर दर्द • मांसपेशी, जोड़ो का दर्द	• बढ़ी हुई तिल्ली	सामान्य मलेरिया
• सामान्य मलेरिया के लक्षण तथा चिन्ह • बेहोशी • रक्ताल्पता	• झटके • पीलिया	बहुत अधिक/असामान्य मलेरिया
• बुखार • सिरदर्द • सूखी खांसी • तबियत भारी होना • भूख न लगना • बढ़ी हुई तिल्ली	• असमंजस • जड़ता/मूर्छा	टाइफाइड
• बुखार • तबियत भारी होना • भूख न लगना • जी मिचलाना • गाढ़ा पेशाब एवं हल्का पीला मल • पीलिया • बढ़ा हुआ जिगर	• मांसपेशी तथा जोड़ों में पीड़ा • पित्ती उछलना • बढ़ी हुई तिल्ली	हिपेटाइटिस (डी)

a हिपारिन/Heparin infusion दें।

b चलने–फिरने और गहरी सांस लेने के लिए प्रोत्साहित करें। Antibiotics की आवश्यकता नहीं है।

c Ampicillin lg. मुँह से दिन में 4 बार या Amoxycillin lg. मुँह से 3 बार प्रति दिन की दर से 14 दिन तक दें। व्यक्तिगत संवेदनशीलता के आधार पर अन्य औषधि निर्भर करेगी।

d सहारात्मक उपचार करें तथा निरीक्षण करते रहें।

प्रबंधन

विशेष प्रबंधन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक बुलाएं।

स्तनों का पूर्णतया भर जाना

स्तनों का पूर्णतया भर जाना वह स्थिति है जिसमें दूध बनने की प्रकिया से पूर्व, लिम्फैटिक्स तथा शिराओं के द्वारा अत्याधिक भराव हो जाती है, यह केवल दूध का स्तनों में रह जाने के कारण हुए भराव का परिणाम नहीं है।

स्तनपान कराना

- यदि महिला स्तनपान करा रही है तथा शिशु दूध खींचने में समर्थ नहीं है, महिला को प्रोत्साहित करें कि वह हाथ अथवा ब्रेस्ट पम्प द्वारा स्तन से दूध निकाले।
- यदि महिला स्तनपान करा रही है तथा शिशु दूध पी रहा है, महिला को प्रोत्साहित करें कि वह अधिक से अधिक बार दूध पिलाये तथा प्रत्येक बार दोनो स्तनो से दूध पिलाये।
    - शिशु को किस प्रकार पकड़ना है इसे महिला को दिखायें और स्तन से लगाने में मदद करें।
    - **स्तन पान कराने से पूर्व आरामदायक उपायों हेतु :**
- स्तनपान कराने से तुरन्त पहले स्तनों को गर्म कपड़े से दबाव दिलायें अथवा महिला को गर्म पानी से नहाने को कहें।
- महिला की पीठ तथा गर्दन पर मालिश करें।
- स्तनपान कराने से पूर्व महिला को हाथ से थोड़ा दूध निकालने दें और निपल चूसने के स्थान को दूध से गीला करें, इसके कारण शिशु को दूध का निप्पल ठीक से लेने में सरलता रहती है।

स्तनपान उपरान्त आराम पहुँचाने के उपाय

- स्तनों को सहारा दे अथवा ब्रा पहनें।
- सूजन व पीड़ा में कमी हेतु दो स्तनपानों के मध्य स्तनों पर ठंडे कपड़े से दबाव दें।
  आवश्यकतानुसार 500 mg पैरासिटामोल (Paracetamol) मुख द्वारा दें ।
    - प्रबन्धन के प्रारम्भ कराने के परिणाम को सुनिश्चित करने हेतु 3 दिन पश्चात फ़ालोअप करें।

स्तनपान न कराना

यदि महिला स्तनपान नहीं करा रही हो ऐसी दशा में:

- स्तनों को सहरा दें – बन्ध या ब्रा पहने।
- सूजन तथा पीड़ा कम करने हेतु स्तनों पर ठंडे कपड़े से दबाव दें।
- स्तनों को न ही मालिश करें न गर्म सिकाई करें।
- स्तनों के निपिल को उत्तेजित न करें।
- आवश्यकतानुसार पैरासिटामोल (Paracetamol) 500 mg मुख द्वारा दें।
- स्तनपान न करने पर प्रारम्भ किए गए प्रबन्धन के परिणाम को सुनिश्चित करने हेतु 3 दिन बाद फालोअप करें।

अध्याय-14

प्रारम्भिक गर्भावस्था में पेट दर्द

समस्या

महिला, गर्भ के प्रारंभिक 22 सप्ताह में पेट में पीड़ा का अनुभव करती है। किसी गम्भीर जटिलता (जैसे कि गर्भपात अथवा नलीय गर्भावस्था) घटित होने पर, पेट की पीड़ा सर्व प्रथम प्रकट होने वाला लक्षण हो सकता है।

सामान्य प्रबन्धन

- महिला की सामान्य दशा का जैविक चिन्हों (नाड़ी, रक्तचाप, श्वसन, तापमान) सहित शीघ्र आँकलन करें।
- यदि शॉक (Shock) का सन्देह हो तुरन्त उपचार प्रारंभ करें। उस दशा में जबकि Shock के लक्षण उपस्थित न हो तब भी, उसका पुनः आँकलन करते समय शॉक (Shock) का ध्यान अवश्य रखें क्योंकि उसकी स्थिति शीघ्रता से बिगड़ सकती है। यदि शॉक (Shock) की स्थिति उत्पन्न हो जाए तो उसका तुरन्त उपचार शुरू करना महत्वपूर्ण है।

  नोटः– पेट की पीड़ा रहने वाली किसी भी महिला में एपेन्डिसाइटिस की आशंका करनी चाहिए। गर्भावस्था में अनेकों सामान्य समस्याएं जिनके कारण पेट की पीड़ा हो सकती है, (उदाहरणार्थ नलीय गर्भावस्था, एबरप्शियो प्लेसेनटी, डिम्ब ग्रन्थि का मुड़ जाना (Twisted orarian cyst), पाइलोनेफराइटिस) से एपेन्डिसाइटिस का भ्रम हो सकता है।

पहचान करना

सारिणी-16 प्रारंभिक गर्भावस्था में पेट के दर्द की पहचान करना

वर्तमान चिन्ह तथा विशेष रूप से उपस्थित अन्य चिन्ह	कभी कभी उपस्थित होने वाले लक्षण तथा चिन्ह	सम्भावित पहचान
• पेट की पीड़ा • योनि से परीक्षण करने पर (एडिनेक्सल मास) पेड़ू की गाठ	• महसूस होती हुई अलग–अलग दिखने वाली दुःखती हुई गांठे • योनि से हल्का (b) रक्त स्राव	ओवेरियन गांठ Ovarian Cyst[a],
• पेट के निचले भाग में, पीड़ा • हल्का बुखार • दबाने पर दर्द व दुःखन	• पेट का तनाव/चढ़ना • भूख न लगना • जी मिचलाना, उल्टी • आंतो का कार्यहीन होना • बढ़े हुये श्वेत रक्तकण • पेड़ू के निचले भाग में कोई गांठ (Mass) का न होना। • पीड़ा का स्थान आशा के विपरीत ऊँचा होना।	अपेंडिसाइटिस Appendicitis,
• मूत्र करने में दुःखन (Dysuria) • बार बार पेशाब लगना तथा तीव्रता से लगना • पेट की पीड़ा	• पेड़ू की हड्डी के नीचे तथा ऊपर पीड़ा होना	सिसटाइटिस Cystitis
• मूत्र करने में दुःखन (Dysuria) • तीव्र ज्वर/झुरझुरी • बार बार तथा तीव्रता से पेशाब लगना • पेट की पीड़ा	• पेड़ू की हड्डी के नीचे तथा ऊपर पीड़ा • लोयन (Loin) पीड़ा/दुःखन • पसलियों के बीच में दुःखन • भूख न लगना • जी मिचलाना/उल्टी	एक्यूट पायलो–नेफराइटिस
• हल्का ज्वर/झुरझुरी • पेट के निचले भाग में पीड़ा • आँतो में हवा न घूमना	• छूने के बाद दुःखन (Rebound tenderness) • पेट का तनाव • भूख न लगना • जीमिचलाना, उल्टी • शॉक (Shock)	पेरीटोनाइटिस
• पेट की पीड़ा • हल्का रक्तस्राव • ग्रीवा का मुख बंद होना • सामान्य से किंचित बड़ी बच्चेदानी • सामान्य से कुछ मुलायम बच्चेदानी	• मूर्छित होना • दुःखने वाली गांठ (Adnexal mass) • माहवारी बन्द होना • ग्रीवा को घुमाने पर दुःखन	गलकीय गर्भावस्था

a. Ovarian Cyst के लक्षण नही भी हो सकते है, तथा कभी कभी सर्वप्रथम शारीरिक परीक्षण से ही पता लगती है।

b. हल्का रक्तस्राव : एक स्वच्छ पैड या कपड़े को गीला होने में 5 मिनट से अधिक समय लगना।

प्रबंधन

प्रबंधन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

अध्याय–1 5

गर्भावस्था के अन्तिम दिनों में तथा प्रसवोपरान्त पेट दर्द

समस्या

गर्भावस्था के 22 सप्ताह पश्चात् महिला को पेट की पीड़ा का अनुभव होना।

प्रसवोपरान्त 6 सप्ताह तक महिला को पेट की पीड़ा का अनुभव होना।

सामान्य प्रबन्धन

- महिला की सामान्य दशा (जैविक लक्षणों, नाड़ी, रक्तचाप, श्वसन, तापमान) के साथ शीघ्र आंकलन करें।
- यदि शॉक (Shock) का सन्देह हो तुरन्त उपचार प्रारम्भ करें। (देखें पृष्ठ सं. 61)
- यद्यपि शॉक (Shock) के लक्षण उपस्थित न हों पर फिर भी शॉक (Shock) के बारे मे उस समय अवश्य विचारें जब फिर से आप उसकी दशा का आंकलन करें क्योंकि उसकी स्थिति बिगड़ सकती है। यदि शॉक (Shock) की स्थिति बढ़े उस दशा में तुरन्त उपचार प्रारम्भ करना महत्वपूर्ण होता है।

नोट – पेट में पीड़ा होने पर किसी भी महिला को एपेन्डिसाइटिस Appendicitis होने का सन्देह किया जाना चाहिए। एपेन्डिसाइटिस (Appendicitis) के विषय में उन सभी सामान्य पीड़ओं से भ्रमित हुआ जा सकता है जो प्रायः गर्भावस्था मे पीड़ा का कारण हो सकती हैं। यदि Appendicitis गर्भावस्था के बाद के दिनों में होती है उस अवस्था में गर्भस्थ बच्चेदानी से संकमण फैल सकता है। बच्चेदानी का आकार प्रसवोपरान्त तीव्रता से घटता है तथा संकमण पूरे पेट Peritoneal Cavity में फैल जाता है। एसे सभी दृष्टांतों में एपेन्डिसाइटिस Appendicitis, सामान्य पेरिटोनाइटिस Peritonitis की भाँति प्रस्तुत होती है।

पहचान करना

सारिणी-17 गर्भावस्था के अन्तिम दिनों तथा प्रसवोपरान्त पेट की पीड़ा

वर्तमान लक्षण तथा विशेष रूप से उपस्थित चिन्ह तथा लक्षण	कभी-कभी होने वाले चिन्ह तथा लक्षण	संम्भावित पहचान
• संकुचन महसूस होना • 37 सप्ताह से पूर्व रक्त मिश्रित श्लेष्मा स्राव दिखना अथवा पानी निकलना	• ग्रीवा का मुँह खुलना गर्म होना तथा फैलना • योनि से हल्का रक्त स्राव	समय से पूर्व प्रसवावस्था देखें पृष्ठ सं. 137
• संकुचन महसूस होना • 37 सप्ताह पर अथवा उसके बाद रक्त मिश्रित श्लेष्मा स्राव दिखना अथवा पानी निकलना।	• ग्रीवा का मुँह खुलना गर्म होना तथा फैलना • योनि से हल्का रक्त स्राव	पूर्ण समय के प्रसव,
• रूक रूक कर अथवा लगातार पेट की पीड़ा Tense/Tender बच्चेदानी • 22 सप्ताह के गर्भ के बाद रक्त स्राव (बच्चेदानी में एकत्रित हो सकता है) हृदय धड़कन का लुप्त होना।	• शॉक (Shock) • सख्त दुखने वाली • शिशु का हिलना धीमा होना अथवा लुप्त होना • शिशु की पीड़ित अवस्था अथवा शिशु	Abruptio placentae
• तीव्र पेट की पीड़ा (बच्चेदानी फटने के उपरान्त फटी दर्द कम हो जाता है) कम हो सकता है) • रक्त स्राव (पेट के भीतर अथवा योनि द्वारा)	• पेट का बढ़ना/पेट में पानी प्रतीत होना, देखें पृष्ठ सं. 71 • बच्चेदानी का असामान्य रूप दिखना • पेट की दुःखन • शिशु अंगों/भागों का सरलता से प्रतीत होना • शिशु का हिलना/घूमना तथा हृदय की धड़कन का लुप्त होना। • तीव्र मातृत्व नाड़ी	• शॉक (Shock)
• पेट की पीड़ा • 22 सप्ताह लम्बे गर्भ के उपरान्त दुर्गंधयुक्त पानी जैसा योनि स्राव • ज्वर/जाड़ा लगना	• पानी निकल जाने का इतिहास • बच्चेदानी की दुःखन • शिशु की हृदय धड़कन की दर तीव्र, • योनि से हल्का रक्त स्राव	एम्निऔनाइटिस (Amnionitis)
• पेट की पीड़ा • पेशाब करने में दर्द (Dysuria) • बार-बार अथवा तीव्र पेशाब लगना	पेडू की हड्डी से नीचे व ऊपर पीड़ा (Cystitis)	मूत्राशय का संक्रमण
• पेशाब करने में दर्द (Dysuria) • पेट की पीड़ा • चढ़ता हुआ तेज ज्वर/जाड़ा लगना • बार-बार अथवा तीव्रता से पेशाब लगना	• पेडू की हड्डी के नीचे तथा ऊपर पीड़ा • लोइन Loin पीड़ा/दुःखन • पसलियों में दुःखन • भूख न लगना • जी मिचलाना, उल्टी	एक्यूटपाइलोनेफराइटिस (Acute pyelonephritis)

वर्तमान लक्षण तथा विशेष रूप से उपस्थित चिन्ह तथा लक्षण	कभी–कभी होने वाले चिन्ह तथा लक्षण	सम्भावित पहचान
• पेट के निचले भाग में पीड़ा • हल्का ज्वर • छूकर देखने के बाद दुःखन	• पेट का तनाव/बढ़ना • भूख न लगना • जी मिचलाना, उल्टी • कार्यहीन आंतें • बढ़े हुये श्वेत रक्ताकण • पेट के निचले भाग में कोई गांठ न होना • आशा से अधिक ऊँचे स्थान पर पीड़ा	एपेन्डीसाइटिस (Appendicitis),
• पेट के निचले भाग में पीड़ा • ज्वर/झुरझुरी • मवाद युक्त दुर्गंध वाला लोकिया • बच्चेदानी की दुःखन	• योनि से हल्का रक्तस्राव • शॉक (Shock)	मेटराइटिस Metritis
• पेट के निचले भाग में पीड़ा तथा तनाव • लगातार बढ़ता ज्वर/जाड़ा लगना आफ डगलस Pouch of Douglas में • बच्चेदानी की दुःखन	• ऐंटीबायटिक्स Antibiotics का अप्रभावी होना • एडनेक्सा Adnexa अथवा पाउच सूजन– • कुलडोसेटेसिस Culdocentesis करने पर पस का आना	पेल्विक एबसेस (Pelvic abcess)
• पेट के निचले भाग में पीड़ा • हल्का ज्वर/जाड़ा लगना • आँत की ध्वनि का लुप्त होना	• छूकर देखने के बाद दुःखन • पेट का बढ़ना • भूख न लगना • जी मिचलाना/उल्टी • शॉक (Shock)	पूरे पेट का संक्रमण Peritonitis
• पेट की पीड़ा • योनि परीक्षण करने पर गांठ (Adnexal mass) का प्रत्यक्ष होना	• पेट के निचले भाग में अलग–अलग प्रतीत होती दिखती हुई गाँठें • योनि से हल्का रक्त स्राव	Ovarian (b) Cyst

a. हल्के रक्तस्राव में एक स्वच्छ पैड (Pad या कपड़ा गीला होने में) 5 मिनट से अधिक समय लेता है।

b. Ovanian Cyst के कोई लक्षण नहीं भी हो सकते है तथा कभी कभी शारीरिक परीक्षण करने पर पहली बार इसका पता चलता है।

समय से पूर्व प्रसव होना

समय से पूर्व कम दिनों के प्रसव का शिशु मृत्युदर और शिशु की बीमारी से सीधा संबंध है। कम दिन के प्रसव के प्रबन्धन में या टोकोलाइसिस है (tocolysis) (बच्चेदानी के संकुचन को समाप्त करना) या प्रसव को आगे बढ़ाना है। इसमें मातृत्व समस्याएँ मुख्य रुप से किए जाने वाले अवरोधों पर आधारित होती हैं जिनके आधार पर संकुचनों को रोका जा सकता है।

गर्भ की अवधि को सुनिश्चित करने की प्रत्येक चेष्टा की जानी चाहिए

प्रबन्धन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

प्रसव को बढ़ने देना

- प्रसव को बढ़ने दें यदि:–
  - 37 सप्ताह से अधिक दिन का गर्भ हो।
  - ग्रीवा 3 से.मी. से अधिक खुली हो।
  - सक्रिय रक्तस्राव हो।
  - शिशु खतरे में हो , मरा हो अथवा ऐसा विकृत हो कि उसका जीवित बचना असम्भव हो।
  - बच्चेदानी से पानी बह चुका हो अथवा पूर्व झटके की स्थिति या प्रीइक्लैम्पिशिया हो।
- Partograph (देखें पृष्ठ सं. 44) का प्रयोग करते हुए प्रसव पीड़ा की प्रगति का मानीटरिंग करें।

नोट –

- वैक्यूम एस्पिरेशन Vaccum aspiration / खींचने की पद्धति प्रयोग में न लायें क्योंकि इससे कम दिन के शिशुओं के सिर के अन्दर इन्ट्रा क्रेनियल (Intra Cranial) खून बहने का भय अधिक रहता है।
- कम दिन के अथवा कम भार के शिशु के प्रबन्धन हेतु तैयारी करें तथा पुनर्जीवित कराने (Resuscitation) की आवश्यकता हेतु पहले से इन्तिज़ाम रखें।

अध्याय–16

साँस लेने में कठिनाई

समस्या

एक महिला को गर्भावस्था, प्रसव तथा प्रसवोपरान्त साँस लेने में कठिनाई हो।

सामान्य प्रबन्धन

- महिला की सामान्य दशा का जैविक लक्षणों (नाड़ी, रक्तचाप, श्वसन, तापमान) के साथ शीघ्र परीक्षण करें।
- महिला को उसकी बाँई करवट लिटाएँ।
- आई. वी. I.V. infusion तथा नस द्वारा I.V. fluid प्रारम्भ करें।
- ऑक्सीजन 4-6 L प्रति मिनट की दर से मास्क अथवा नाक की नली डालकर (Cannula से) दें।
- हेमोग्लोबिन की जाँच करें।

पहचान

सारिणी-18 सांस लेने में कठिनाई हेतु पहचान करना

वर्तमान लक्षण तथा विशेष रूप से उपस्थित अन्य चिन्ह	कभी-कभी होने वाले चिन्ह तथा लक्षण	सम्भावित निदान
• सांस लेने में कठिनाई • आंखों की सफेदी नाखून पेडस Beds अथवा हथेली में सफेदी पर पीलापन, जीभ का पीला होना • 7 ग्रा0 प्रति dL अथवा उससे कम हिमोग्लोबिन • Haematocrit 20% अथवा उससे कम	• सुस्ती तथा थकान • चपटे अथवा अन्दर को धंसे नाखून	अत्यधिक रक्त की कमी (एनीमिया)
• अत्यधिक रक्त की कमी के चिन्ह तथा लक्षण	• सूजन • खांसी • आवाज के साथ सांस लेना • पैरो में सूजन • बढ़ा हुआ जिगर • गर्दन की नसों का साफ दिखना	खून की कमी के कारण हार्टफेल
• साँस लेने में कठिनाई • डायस्टोलिक मरमर • Diastolic murmur and/or • तीव्र सिस्टोलिक मरमर • Harsh systolic murmur (साथ में thrill प्रतीत होना) बाह्य रूप से धड़कन का प्रतीत होना	• अनियमित हृदय धड़कन • बढ़ा हुआ हृदय • Rales (सांस में आवाज आना) • नीला पड़ना • खाँसी • पैरो में सूजन • बढ़ा हुआ जिगर • गर्दन की नसों का दृष्टिगत होना	हृदय रोग के कारण हार्ट फेल
• सांस लेने में कठिनाई • ज्वर • खांसी व बलगम • छाती में दर्द	• फेफड़ों की ठोस स्थिति • गले में कन्जेशन (सूजन) • तेज सांस • रौन्काई / रेल्स (Rhonchi/Rales) घड़घड़ाहट	निमोनिया
• सांस लेने में कठिनाई • हांफना	• खाँसी तथा बलगम • रौन्काई / रेल्स (Rhonchi/Rales)	ब्रांकियल एस्थमा
• सांस लेने में कठिनाई • उच्च रक्तचाप • मूत्र में प्रोटीन (Proteinuria)	• रेल्स (Rales) • झागदार खाँसी या प्रीइक्लैम्पिशिया स्थिति	फेफड़ों में पानी साथ में पूर्व झटके की

(1) तरल देना बंद करे तथा Frusemide 40 mg IV एक बार दें

प्रबंधन

प्रबंधन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

अध्याय–17

गर्भस्थ शिशु की गति की लुप्तावस्था

समस्या

22 सप्ताह के गर्भ अथवा प्रसवके दौरान शिशु गतियाँ महसूस नहीं हो।

सामान्य प्रबन्धन

- महिला को पुनः समझाएं तथा भावनात्मक सहारा दें।
- शिशु हृदय धड़कन दर का परीक्षण निम्नवत् करें:–
  - यदि माता ने निद्रा लेने वाली औषधि ले रखी है तो उस औषधि का प्रभाव समाप्त होने की प्रतीक्षा करें तथा तब पुनः परीक्षण करें।
  - यदि शिशु हृदय धड़कन सुनी नहीं जा रही है तो अनेकों अन्य व्यक्तियों से उसे सुनने को कहें, अथवा यदि उपलब्ध हो तो Doppler Stethoscope का प्रयोग करके सुनें।

सारिणी-19 शिशु गति समाप्ति की पहचान करना

वर्तमान लक्षण तथा विशेष उपस्थित चिन्ह तथा लक्षण	कभी-कभी दृष्टिगोचर, उपस्थित होने वाले चिन्ह तथा लक्षण	सम्भावित पहचान
• कम होती हुई/लुप्त होती हुई शिशु गति • रुक-रुक कर अथवा लगातार पेट की पीड़ा होना • 22 सप्ताह के गर्भ के उपरान्त रक्तस्राव (बच्चेदानी में ही रुकी रह सकती है)	• शॉक (Shock) • तनी हुई/दुःखने वाली बच्चेदानी • शिशु का पीड़ा में होना अथवा शिशु हृदय धड़कन का लुप्त होना	एबरशियो प्लेसेन्टी देखें पृष्ठ सं. 72
• शिशु गति तथा शिशु हृदय धड़कन का लुप्त होना • पेट के भीतर अथवा योनि द्वारा रक्तस्राव • अति तीव्र पेट की पीड़ा (बच्चेदानी फट जाने के उपरान्त कम हो सकती है)	• शॉक (Shock) • पेट का तनाव • तरलता का व्याप्त होना • असामान्य बच्चेदानी का आकार/रूप • पेट छूकर देखने पर दुःखन • सरलता से अनुभव किए जाने वाले शिशु के भाग • तीव्र मातृत्व नाड़ी	बच्चेदानी का फट जाना देखें पृष्ठ सं. 73
• कम होती हुई/लुप्त हो गई शिशु की गति • असामान्य शिशु हृदय धड़कन दर (प्रति मिनट 100 से कम अथवा 180 से अधिक)	• गाढ़ा शिशु मलयुक्त तरल पदार्थ	शिशु का पीड़ित होना देखें पृष्ठ सं. 122
• लुप्त हो चुकी शिशु गति तथा शिशु हृदय धड़कन बीच ऊँचाई कम होना	• गर्भावस्था के लक्षण समाप्त • पेट की हड्डी और फंडस के • बच्चेदानी का बढ़ाव कम होना	शिशु मृत्यु

प्रबन्धन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

अध्याय-18

प्रसव से पूर्व झिल्ली का फटना

समस्या

22 सप्ताह के गर्भ के पश्चात योनि से पानी जाना।

सामान्य प्रबन्धन

यदि सम्भव हो तो गर्भावधि की गणना को सुनिश्चित करें।

उच्च स्तरीय विसंक्रमित स्पेकुलम (Speculum) के प्रयोग द्वारा योनिस्राव जिसमें मूत्र का सम्मिश्रण न हुआ हो, उसकी मात्रा, रंग व गंध हेतु आंकलन करें।

यदि महिला गर्भ के बाद के दिनों में (22 सप्ताह के उपरान्त) रक्तस्राव की शिकायत बताएं, उस स्थिति में हाथों द्वारा (digital) योनि का परीक्षण न करें।

पहचान करना

सारिणी-20 योनि स्राव की पहचान करना।

वर्तमान लक्षण तथा विशेष रूप से उपस्थित अन्य लक्षण	कभी कभी ही दृष्टिगत होने वाले लक्षण	सम्भावित पहचान
• योनि से पानी निकलना	• अचानक वेग से अथवा ठहर ठहर कर पानी निकलना • योनि मुख (introitus) पर पानी दिखना • एक घण्टे तक कोई संकुचन न होना।	प्रसव पीड़ा से पूर्व पानी की थैली (Membranes) का फट जाना
• 22 सप्ताह पश्चात योनि से दुर्गन्ध वाला पानी निकलना • ज्वर/जाड़ा लगना • पेट की पीड़ा	• पानी निकल जाने का इतिहास • बच्चेदानी की दुखन • शिशु हृदय धड़कन की दर तीव्र • योनि से हल्का(a) रक्तस्राव	एम्निओनाइटिस (Amnionitis)
• दुर्गन्ध पूर्ण योनि स्राव • पानी जाने का कोई इतिहास नहीं	• खुजली • फेनेदार/दही के समान स्राव • पेट की पीड़ा • पेशाब करने में दर्द (Dysuria)	योनि अथवा ग्रीवा का संक्रमण वैजिनाइटिस/सर्वीसाइटिस (b)
• रक्तजनित योनिस्राव	• पेट की पीड़ा • शिशु गति लुप्त होना • अधिक तथा बहुत दिनों से योनि से रक्तस्राव का होना	एन्टीपार्टम हैमरेज (Antepartum) प्रसव पूर्व रक्त बहना
• रक्तजनित श्लेष्मा अथवा पानी जैसा योनिस्राव (शो)	• ग्रीवा का फैलना/खुलना तथा नर्म होना • संकुचन होना	सम्भवतः पूर्ण दिन का अथवा सम्भवतः समय से पूर्व प्रसव अवस्था

(a) हल्के रक्तस्राव में एक स्वच्छ पैड या कपड़े के भीगने में 5 मिनट से अधिक लगते हैं।
(b) कारण को निश्चित कर तदनुसार उपचार करें।

प्रबन्धन

प्रसव से पूर्व पानी की थैली फटना

प्रसव से पूर्व पानी की थैली का फटना वह स्थिति है जब प्रसव पीड़ा प्रारम्भ होने से पूर्व पानी की थैली फट जाए। पानी की थैली दोनो अवस्थाओं में चाहे शिशु कम दिन का हो (37 हफ्ते से पूर्व) अथवा पूर्ण समय का हो फट सकती है।

पहचान को सुनिश्चित करना

थैली के पानी की विशेष गंध पहचान को निश्चित कर देती है:–

- यदि झिल्ली अभी हाल में नहीं फटी है अथवा जब धीरे –धीरे पानी निकल रहा हो उस समय पहचान सुनिश्चित करना कठिन होता है।
- योनि के ऊपर एक वैजाइनल पैड रखें तथा एक घण्टे पश्चात्, देखकर तथा गंध से परीक्षण करें।
- उच्च स्तरीय विसंक्रमित स्पेकुलम प्रयोग करके योनि द्वारा परीक्षण करें।
  - ग्रीवा से पानी आता हुआ दिख सकता है अथवा पोस्टीरियर फोरनिक्स (Posterior fornix) में पानी एकत्रित हो सकता है।
  - महिला को खाँसने को कहें इसके कारण वेग से पानी निकल सकता है।

हाथों द्वारा योनि परीक्षण न करें क्योंकि इससे पहचान स्थापित करने में सहायता नहीं मिलती है तथा इससे संक्रमण उत्पन्न हो सकता है।

प्रबन्धन

- यदि ठहर–ठहरकर अथवा लगातार पेट की पीड़ा के साथ योनि द्वारा रक्तस्राव हो उस दशा में एबरप्शियो प्लेसेन्टी (Abruptio Placentae) का संदेह करें (देखें पृष्ठ सं. 71)
  - यदि संक्रमण के लक्षण (ज्वर, दुर्गन्ध वाला योनिस्राव) हो, तो उस अवस्था में एम्निओनाइटिस (Amnionitis) हेतु एन्टीबायोटिक्स (antibiotics) दें।
  - यदि संक्रमण के लक्षण न हों तथा 37 सप्ताह से कम का गर्भ हो (जब शिशु फेफड़े पूर्णतया विकसित नहीं हैं) उस दशा में :–
    - ★ मातृत्व तथा नवजात शिशु में संक्रमित घातकता (morbidity) कम करने हेतु और प्रसव का समय बढ़ाने हेतु antibiotics दें। विशेष प्रबन्धन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

अध्याय–19

नवजात शिशु की अवस्थाएँ अथवा समस्याएँ

समस्याएँ

- नवजात शिशु की गंभीर अवस्थाएँ तथा समस्याएँ होती हैं।
  - सांस न लेना अथवा अन्तिम सांसे खींच रहा हो ।
  - कठिनाई से सांस लेना (30 से कम अथवा 60 से अधिक प्रति मिनट) छाती भीतर जाना अथवा गुरगुराहट करना।
  - नीलापन
  - कम दिन का अथवा बहुत कम भार (32 सप्ताह से कम का अथवा 1,500 ग्राम से कम) होना।
  - ढीलापन/सुस्ती
  - ठंढ़ापन
  - झटके आना
- नवजात शिशु की अन्य दशायें अथवा समस्याएँ हो सकती हैं जिनपर प्रसव कक्ष में ही ध्यान देने की आवश्यकता होती है।–
  - जन्म के समय (1,500 – 2,500 ग्राम) कम भार
  - माता की प्रसव पीड़ा से पूर्व अथवा काफी समय पहले पानी की थैली फट जाने के कारण कीटाणुओं का संक्रमण उन नवजात को भी हो सकता है जो बाहरी तौर से प्रायः सामान्य दिखते हैं।
  - उन नवजात शिशुओं में जन्मजात सिफलिस की संभावना होती है जिनकी माताओं का सिफलिस हेतु संक्रमणात्मक जांच में परिणाम आया हो अथवा उनमें उसके लक्षण हों।

तुरन्त प्रबन्धन

तीन अवस्थाओं में तुरन्त प्रबन्धन आवश्यक है– सांस न लेना अथवा हाँफना, नीलापन, सांस लेने में कठिनाई।

सांस न लेना अथवा हाँफना

सामान्य प्रबन्धन

- शिशु को सुखायें/पोंछे, गीले कपड़े हटाकर शिशु को सूखे गर्म कपड़े से लपेटें।
- यदि अभी तक नाल नहीं कटी है तो उसे काटें तथा बाँधे।
- शिशु को सीधी गरम सतह पर ले जायें तथा एक रेडिएंट हीटर के नीचे फिर से सांस लेने में सहायता देने हेतु रखें।
- संक्रमण रोकथाम प्रकिया के मानकों का पालन करें जब नवजात शिशु को सांस दिलाई जा रही हो।

बाहरी सहायता से सांस दिलाना

किसी आपात स्थिति में देरी को दूर करने हेतु इस बात को सुनिश्चित करने की आवश्यकता है कि सांस दिलाने हेतु आवश्यकता पड़ने वाले सभी उपकरण अच्छी दशा में हों।

आवश्यकता

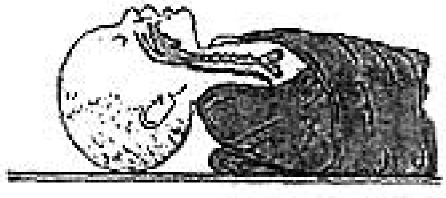
- आशा के अनुसार उचित माप के मास्क उपलब्ध रहें (माप 1– सामान्य भार शिशु हेतु तथा माप 0 छोटे शिशु हेतु)
- मुख पर मास्क रखकर अपनी हथेलियों से उसे चारों ओर से बंद कर दें तत्पश्चात बैग को दबाएं।
  - यदि आपके हाथ के नीचे से दबाव बन रहा है इसका अर्थ है बैग पर्याप्त दबाव बना रहा है।
  - आपके हाथ की पकड़ ढीला करने पर यदि बैग फूलता है इसका अर्थ है कि बैग उचित रुप से कार्य कर रहा है।

सांस की नली को खोलना

- नवजात को निम्न दशा में लिटायें (चित्र–48)
  - पीठ के बल शिशु को रखें।
  - सिर को हल्के पीछे झुका कर ऐसी फैली हुई स्थिति में रखें जिससे (श्वसन) साँस लेने की नली खुली रहे।
  - चेहरे तथा ऊपर की छाती को छोड़कर प्रत्येक दिशा से शिशु को लपेटें अथवा ढके।
- श्वसन मार्ग को (पहले मुँह, तत्पश्चात नाक के छिद्रों को) सक्शन करके साफ करें। यदि रक्त अथवा पाखाना शिशु के मुँह अथवा नाक मे हो तो तुरन्त खींच कर (Suction) साफ करें जिससे यह भीतर श्वसन मार्ग में न चला जाय।

नोट : गले के अन्दर से अति गहराई से हवा न खींचे अन्यथा शिशु हृदय धड़कन धीमी अथवा बन्द हो सकती है।

- शिशु का पुनः आंकलन करें।
  - यदि नवजात शिशु रोना अथवा सांस लेना प्रारंभ कर दें, तो अगली कोई किया करने की आवश्यकता नहीं है। शिशु की प्रारंभिक देखभाल करना प्रारंभ करें। (देखें पृष्ठ सं. 55)
  - यदि शिशु अब भी साँस न ले रहा हो तो उसे निम्नवत सांस की नली में हवा देना प्रारंभ करें:–



चित्र–48 नवजात शिशु की लिटाने की स्थिति

नवजात शिशु को सांस देना

- नवजात शिशु को रखने की स्थिति का पुनः निरीक्षण करें गर्दन हल्की सी फैली (खिंची) हुई होना चाहिए। (चित्र–48)
- मास्क को चेहरे पर रखें तथा निरीक्षण करें कि सभी दिशाओं से बंद है अथवा नहीं (चित्र–49)
  - नवजात शिशु के मुख पर मास्क को रखें। उसकी ठोड़ी , मुँह तथा नाक को ढकना चाहिए।
  - प्रयत्न करें कि मास्क तथा चेहरे के चारों ओर हवा न निकले। सील हो जाए
  - बैग की माप के आधार पर थैले को दो उंगलियों अथवा पूरे हाथ से दबायें।
  - दो बार ताजी हवा प्रवेश कराते हुए देखें मुंह व नाक के पास से हवा लीक तो नहीं कर रही है तथा छाती के उठने का ध्यान/निरीक्षण करें।
- एक बार मास्क का चारों ओर से बंद होना सुनिश्चित हो जाए तथा छाती में गति हो उस दशा में नवजात को ताजी हवा देने हेतु बैग दबाना शुरू करें। सही श्वसन दर बनाए रखें। (लगभग 40 सांसें प्रति मिनट की दर से सांसें दें।) और सही दबाव बनाएं रखें। छाती के ऊपर व नीचे होने का निरीक्षण करें)

प्रबन्धन

प्रबन्धन हेतु सूचित करें तथा चिकित्सक को बुलाएँ।

नीला पड़ना अथवा सांस में कठिनाई

- यदि शिशु नीला हो रहा हो अथवा उसे श्वास लेने मे कठिनाई हो रही हो (30 सांसे प्रति मिनट से कम तथा 60 से अधिक, साथ में छाती का अन्दर की ओर धंसना अथवा गड़गड़ाहट हो) उसके नाक में नली डालकर अथवा प्रौंगज़ (Prongs) द्वारा आक्सीजन दें।
  - मुँह तथा नाक से हवा खींचे तथा श्वसन मार्ग खुले होने का सुनिश्चित करें।
  - ऑक्सीजन 0.5L प्रति मिनट की दर से नाक में नली डालकर अथवा प्रौंगज़ द्वारा दें। (देखें पृष्ठ सं. 148)

चित्र–49 नवजात शिशु को सांस देना

- ■ शिशु की देखभाल हेतु उचित सेवा केन्द्र पर स्थानान्तरित करें।
- इस बात को सुनिश्चत करें कि शिशु को गर्म रखा जा रहा है। शिशु को मुलायम सूखे कपड़े में लपेटें, कम्बल से ढकें तथा इस बात को सुनिश्चित करें कि गर्मी बनी रहने हेतु सिर ढका रहे।

आक्सीजन का प्रयोग करना

जब आक्सीजन प्रयोग कर रहें हों तो याद रखें :–

- आक्सीजन द्वारा सहायता पहुंचाने को, केवल श्वसन में कठिनाई होने पर एवं नीलेपन की अवस्था में प्रयोग करें।
- यदि शिशु की छाती बहुत भीतर जा रही हो अथवा श्वास हेतु हाँफ रहा हो अथवा नीलापन बना रहे तो नाक की नली के द्वारा, नाक के प्रौंगस द्वारा अथवा आक्सीजन हुड द्वारा दिये जाने वाली आक्सीजन की मात्रा को और अधिक बढ़ाएं।

नोट : कम दिन के शिशुओं को आक्सीजन द्वारा सहायता दिये जाने का ठीक प्रयोग न किए जाने का संबंध उनमें अंधेपन के खतरों से जोड़ा जाता है।

आंकलन

नवजात शिशुओं की अनेकों गंभीर दशाओं जैसे कीटाणुओं का संक्रमण, असामान्य बनावटें अत्यधिक सांस में दिक्कत (Asphyxia) तथा समय से पूर्व जन्म के कारण होने वाला हाईलाइन मेम्ब्रेन (Hyaline membrane) रोग, यह सभी एक ही प्रकार की समस्याओं को जैसे श्वसन में कठिनाई, सुस्ती, ठीक से दूध न पीना तथा दूध न पीने के रूप में प्रस्तुत करते हैं। इनमें पहचान करना कठिन है। परन्तु इन सभी समस्याओं में तुरन्त उपचार आवश्यक है। ऐसे सभी शिशुओं को देखभाल हेतु उचित सेवा केन्द्र पर स्थानान्तरित करें।