حمل اور زچگی کی پیچیدگیوں کے لئے
ہنگامی طبّی امداد کا مینوئل

NCMNH
National Committee for Maternal & Neonatal Health

unicef

حمل اور زچگی کی پیچیدگیوں کے لئے
ہنگامی طِبّی امداد کا مینوئل

ڈاکٹر صادقہ جعفری
ڈاکٹر عذرا احسن
مسز امتیاز کمال

اس رہنما کتاب کے کسی بھی حصے کو ماؤں اور بچوں کو ہنگامی طبّی امداد مہیا کرنے کے لئے اور صحت کے کارکنوں کی تعلیم و تربیت کے لئے
استعمال کیا جاسکتا ہے مگر ''قومی ادارہ برائے ماں اور نوزائیدہ کی صحت'' اور ''یونیسیف پاکستان'' کا حوالہ لازمی ہے۔

اردو میں پہلی اشاعت: اپریل 2004
دوسری ترمیم شدہ اشاعت: مارچ 2007

طباعت: پاکستان کا قومی ادارہ برائے ماں اور نوزائیدہ کی صحت

پتہ: 36 سی، گلی نمبر 14، خیابانِ شمشیر،
فیز 5، ڈیفینس ہاؤسنگ اتھارٹی
کراچی 75500، پاکستان
فون: 8-92-21-5341597
فیکس: 92-21-5341505
نیا ای میل: ncmh@cyber.net.pk

پیش لفظ

پاکستان میں ہر سال 30,000 مائیں حمل اور زچگی کی پیچیدگیوں کی وجہ سے جان کھو بیٹھتی ہیں گویا ہر 20 منٹ کے بعد ایک ماں مرتی ہے۔ اس سے کئی گنا مائیں وقتی یا دائمی معذوری میں مبتلا ہو جاتی ہیں ۔قومی ادارہ برائے ماں کی صحت اس شرحِ اموات اور شرحِ معذوری کو کم کرنے کے لئے کام کرتا ہے۔ اُن کا یہ مینوئل جو کہ UNICEF کی مدد سے بنایا گیا ہے پرائمری، ثانوی اور تیسری سطح کے صحت کے کارکنوں اور پیشہ وروں کی مقامی اور صوبائی سطح پر شمولیت کا نتیجہ ہے۔

اس میں ماؤں کی اموات کے پانچ سنگین اسباب پر مخصوص توجہ دی گئی ہے۔ جس میں عورت کا زیادہ خون ضائع ہونا، خون کے بہت زیادہ دباؤ سے دورے پڑنا، اندرونی اعضاء کا انفیکشن ، زچگی میں غیر معمولی تاخیر کے باعث رحم کا پھٹنا اور موت اور دائمی معذوری کے امکانات اور حمل گرانے کی کوشش کے جان لیوا خطرات شامل ہیں ۔ ان کوائف کی پہچان ، ہنگامی علاج اور حفاظتی تدابیر، بیہوش کرنے کا عمل، مختلف ادویات کا بروقت استعمال اور نوزائیدہ کی دیکھ بھال پر معلومات اور اعمال اور علاج تفصیل سے تحریر کئے گئے ہیں۔

ماؤں کی اموات میں ''تین قسم کی تاخیر'' کا بڑا ہاتھ ہوتا ہے۔ پہلی تاخیر زچگی کے دوران پیچیدگی کے خطرات پہچاننے میں دوسری عورت کو ہسپتال تک پہچانے میں اور تیسری ہسپتال پہنچنے کے بعد۔ ان تاخیروں سے بچاؤ کے اقدامات کی تدابیر خاص طور پر مفید ثابت ہوں گی کیوں کہ پاکستان میں 80 فیصد بچے گھروں میں غیر تربیت یافتہ لوگوں کی مدد سے پیدا ہوتے ہیں۔

یہ کتابچہ تحقیق اور مشہور زماں اداروں کے تربیتی مسّودوں کی مدد سے تیار کیا گیا ہے اس میں سادہ اور عام فہم زبان میں حمل اور زچگی کے مسائل ۔ ہنگامی کوائف اور مختلف سطح کے تربیت شدہ صحت کے کارکنوں کی ذمہ داریاں درج ہیں۔ اس کا مقصد عورتوں کی صحت کی معیاری خدمات اور اُن کی قومی سطح پر ہم آہنگی ہے۔ یہ مینوئل ٹریننگ، خود آموزی یعنی خود کو سکھانے کیلئے اور بوقت ضرورت حوالے اور رہنمائی کے لئے بہت مفید ثابت ہوگا۔

ماں کی صحت کا قومی ادارہ (NCMH) یہ کتاب عورتوں کی صحت کے مخصوص کارکنوں کو اور صحت کے تعلیمی اور خدماتی اداروں کو فراہم کر رہا ہے۔ مجھے امید ہے کہ یہ ماؤں کی اموات اور معذوری کو کم کرنے کے چیلینج میں ایک اہم کردار ادا کرے گا۔

ابراھیم جبر
قائم مقام نمائندہ یونیسیف پاکستان
2003

اِظہارِ تشکّر

اس مینوئل سے جو اضافی فوائد ہمیں حاصل ہوئے ہیں وہ انسانی وسائل کا ذخیرہ ہے جس میں رضا کارانہ طور پر بے لوث کام کرنے والے کارکنوں کی فہرست کافی طویل ہے۔

قومی ادارہ برائے ماں کی صحت کی خوش نصیبی ہے کہ اُن کے پاس یہ گراں قدر سرمایہ جمع ہوگیا ہے۔ بے شمار افراد نے اپنی تخصیص کے لحاظ سے اس مینوئل میں شرکت کی۔ کچھ نے مواد فراہم کیا، کچھ نے میٹنگوں میں حصہ لیا، کچھ نے تنقیدانہ مشاہدات پیش کئے اور کچھ نے اس کی نوک پلک درست کرنے کا اہم کردار ادا کیا۔ سب نے اس مینوئل کی تکمیل میں بیحد مدد کی ہم اُن کے فرداً فرداً ممنون ہیں۔
چند اشخاص مخصوص تشکر کے حقدار ہیں۔ سرِ فہرست قومی ادارہ برائے ماں کی صحت کا اور بہبود مادر وطفل ایسوسی ایشن کے سندھ کے باب کا پورا عملہ ہے۔ مسز نگہت سعید خان نے کاموں کی بروقت تکمیل کی ذمہ داری نبھائی۔ ڈاکٹر کوکب انصاری کی خوردبین آنکھوں نے مسودہ کا بغور مطالعہ اپنے سر لیا۔ فاروق احمد منگنیجو صاحب نے مسودے کو بڑی محنت سے کمپیوٹر پر ڈالا اور عادل شہزاد خان نے دوسری اشاعت ترامیم کو کمپیوٹر پر ٹائپ کیا۔ اعجاز احسن صاحب نے مینوئل کو حتمی شکل دی۔ شاہدہ علی صاحبہ نے اردو ترجمہ میں مدد کی۔ اس ترمیم شدہ اشزعت کے لئے ہم ڈاکٹر انیلا ناز کے ممنون ہیں جنھوں نے نہایت تندہی سے تازہ ترین معلومات کا اضافہ کیا۔

اس کے علاوہ محترمہ نگہت ہُدا نے ابتدا میں ڈیزائن سے متعلق رہنمائی کی لہٰذا یہ مینوئل ہر لحاظ سے ایک بہت بڑے گروہ کی کاوشوں کا نتیجہ ہے۔ لیکن سب سے اہم کردار یونیسیف کا ہے۔ جن کی مالی امداد نے ان سب کاوشوں کو ایک ٹھوس حقیقت میں ڈھال دیا اور یہ قومی اہمیت کا مینوئل برسرِ عام ظہور پذیر ہوا۔ یہ مینوئل ایک ایسی ٹیم کی نمائندگی کرتا ہے جس کے کچھ کھلاڑی تو سامنے نظر آتے ہیں مگر اُن سے کہیں زیادہ پس پردہ اپنا اپنا کردار ادا کرتے رہے ہیں۔

قومی ادارہ برائے ماں کی صحت کی سرخروئی کی سب سے بڑی وجہ یونیسیف کا اس ادارے پر اعتماد اور یقین ہے جس کے لئے ہم بیحد ممنون ہیں۔

مصنفین

	حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج (Vagina) سے خون آنا (اسقاطِ حمل/حمل ضائع ہونا)
	حمل کے آخری دور اور دردِزہ کے دوران فُرج سے خون کا اخراج
	زچگی کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (پوسٹ پارٹم ہیمرج)
	خون کے دباؤ/ بلڈ پریشر میں اضافہ بمعہ سر درد/نظر کا دھندلانا/جھٹکے لگنا/ دورے پڑنا یا غشی (بیہوشی) کی کیفیت
	ولادت/ زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا
	بچے کی ولادت کے بعد بخار/ چلے کا بخار
	نوزائیدہ کی دیکھ بھال

فہرست

دیباچہ	I
پہلی اشاعت کا دیباچہ	II
ماؤں کی اموات اور معذوریاں- اصطلاحات اوران کی تعریف	IV
تعارف	VI
مینوئل کے متعلق معلومات	X

☆ حمل کے ابتدائی مرحلے میں فرج سے خون آنا (اسقاطِ حمل) صفحہ

- وجوہات چارٹ کی شکل میں 01
- تعارف 02
- مریضہ کا طبّی معائنہ 06
- عمومی علاج 08
- مسئلہ کی نشاندہی اور علاج:
  - ناگزیر اسقاطِ حمل (Inevitable abortion) 10
  - نامکمل اسقاطِ حمل (Incomplete abortion) 11
  - مولر حمل (Molar Pregnancy) 11
  - اسقاطِ حمل کے دوران انفیکشن (Septic abortion) 12
  - رحم، فرج یا آنتیں مجروح ہونا (Uterine, Vaginal or Intestinal injuries) 13
  - رحم سے باہر نلوں میں ٹھہرے ہوئے حمل کا پھٹنا (Ruptured Ectopic Pregnancy) 14
  - رحم سے باہر بغیر خلل کے حمل (Unruptured Ectopic Pregnancy) 14
  - اسقاطِ حمل کا اندیشہ (Threatened abortion) 15
  - مکمل اسقاطِ حمل (Complete abortion) 15
  - پوشیدہ اسقاطِ حمل (Missed abortion) 15

☆ حمل کے آخری دور اور زچگی کے دوران فرج سے خون کا اخراج

- وجوہات چارٹ کی شکل میں 16
- تعارف 17
  - وارڈ میں خون جمنے کا ٹیسٹ (Bedside Clotting Test) 19
- مریضہ کا طبّی معائنہ 20
- عمومی علاج 22

- مسئلہ کی نشاندہی اور علاج:
- صحیح جگہ پر ٹھہری آنول کا قبل از وقت جگہ سے اکھڑ جانا (Abruptio Placentae)............. 23
- آنول کا رحم کے نچلے حصے میں واقع ہونا اور پھر قبل از وقت اکھڑ جانا (Placenta Praevia)..... 24
- رحم کا پھٹنا (Ruptured Uterus).. 25
- خون کا نہ جمنا (Coagulopathy).. 25
- حمل کے آخری دور میں یا ولادت سے پہلے فرج سے خون آنے کی اتفاقی وجوہات (Incidental Causes of APH).. 25

☆ زچگی کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج

- وجوہات چارٹ کی شکل میں.. 26
- تعارف.. 27
- مریضہ کا طبّی معائنہ... 29
- عمومی علاج... 31
- مسئلہ کی نشاندہی اور علاج:
- رحم میں سکڑنے کی صلاحیت کی کمی (Atonic PPH)... 32
  - رحم پر دونوں ہاتھوں سے بیرونی جانب سے دباؤ (External Bimanual Compression)...... 33
  - رحم پر دونوں ہاتھوں سے اندرونی جانب سے دباؤ (Internal Bimanual Compression). 33
  - پیٹ میں بڑی شریان (Aorta) پر ہاتھ سے دباؤ (Manual Aortic compression).. 34
- رحم کی گردن یا فرج یا Perineum میں زخم یا چیرے (Traumatic PPH)....................... 35
- آنول کا خارج نہ ہونا (Retained Placenta)... 36
  - کنٹرولڈ کورڈ ٹریکشن (CCT).. 37
  - پیپن گیس کا طریقہ (Pipingas Technique).. 37(ا)
- آنول کے کچھ ٹکڑوں کا حمل میں رہ جانا (Retained Pieces of Placenta).................... 38
- رحم کا اُلٹ جانا (Inversion of Uterus).. 39
- رحم کا پھٹ جانا (Ruptured Uterus)... 41
- زچگی کے بعد تاخیر سے خون جاری ہونا (ثانوی - پی پی ایچ)................................. 42

☆ خون کے دباؤ / بلڈ پریشر میں اضافہ بمعہ سر درد / نظر کا دھندلانا / جھٹکے لگنا / دورے پڑنا یا غشی / بیہوشی کی کیفیت

- وجوہات چارٹ کی شکل میں.. 43
- تعارف.. 44
- مریضہ کا طبی معائنہ... 49

- مسئلہ کی نشاندہی اور علاج:
- دائمی/پرانا بڑھا ہوا بلڈ پریشر (Chronic Hypertension) 51
- حمل کے باعث خون کے دباؤ میں اضافہ (Pregnancy Induced Hypertension) 52
- خطرے کی نشانیاں 52
- ہلکا/معمولی پری ایکلیمپشیا (Mild Pre-eclampsia) 53
- درمیانے درجے سے شدید درجے کا پری ایکلیمپشیا (Moderate to Severe Pre-eclampsia) . 54
- ایکلیمپشیا (Eclampsia) 55
- میگنیشیم سلفیٹ (Magnesium Sulphate) کا شیڈول 58
- ڈائزاپیم کا شیڈول 59
- تشنج (Tetanus) 62
- مرگی (Epilepsy) 62
- پیچیدہ ملیریا (Complicated Malaria) 62
- گردن توڑ بخار (Meningitis or Encephalitis) 62
- آدھے سر کا درد (Migraine) 62

☆ ولادت/زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا

- وجوہات چارٹ کی شکل میں 63
- تعارف 64
- مریضہ کا طبّی معائنہ 70
- مسئلہ کی نشاندہی 71
- عمومی علاج 72
- مسئلہ کی نشاندہی اور علاج:
- مصنوعی یا نقلی دردِ زہ (False Labour) 73
- پہلے مرحلے کے آہستہ دور کی طوالت (Prolonged Latent Phase) 73
- پہلے مرحلے کے تیز دور کی طوالت (Prolonged Active Phase) 74
- ماں کے کولہے کی ہڈیاں اور بچے کے سائز/وزن میں غیر مطابقت (Cephalo Pelvic Disproportion) . 74
- بچے کی پیدائش میں رکاوٹ (Obstructed Labour) 75
- غیر مؤثر دردیں (Inadequate Uterine Activity) 76
- بچے کا غیر موزوں رخ یا پوزیشن (Malpresentation or Malposition) 76
- زچگی کے دوسرے مرحلے کی طوالت (Prolonged Second Stage) 77

- بچے کے کاندھوں/شانوں کا پھنسنا(Shoulder Dystocia)............................ 78

ضمیمہ 1:

- دردِزہ بڑھانے کیلئے آکسیٹوسن محلول کا استعمال.. 80

ضمیمہ 2:

- پارٹوگراف چارٹ کا استعمال.. 82
- بین الاقوامی ادارۂ صحت کا ترمیم شدہ پارٹوگراف چارٹ................................. 84
- طبعی زچگی کے دوران استعمال شدہ پارٹوگراف چارٹ کا نمونہ............................ 85

☆ بچے کی ولادت کے بعد بخار/ چلے کا بخار

- وجوہات چارٹ کی شکل میں.. 86
- تعارف.. 87
- مریضہ کا طبی معائنہ.. 90
- عمومی علاج... 92
- مسئلہ کی نشاندہی اور علاج:
  - تولیدی راستے تک محدود انفیکشن(Purperal Sepsis)............................ 94
  - پیٹ کی جھلیوں کا انفیکشن (Peritonitis).. 95
  - پیڑو میں پیپ جمع ہونا (Pelvic abscess).. 95
  - چھاتیوں کی سوزش (Breast Engorgement)...................................... 96
  - چھاتی میں انفیکشن (Mastitis).. 97
  - چھاتی میں پھوڑا (Breast abscess)... 97
  - زخم میں پیپ پڑنا(Wound abscess).. 98
  - زخم میں خون جمع ہونا (Wound Haematoma).................................. 98
  - زخم کے گرد ٹشوز میں سوجن اور انفیکشن (Wound cellulitis)..................... 98
  - مثانہ کا انفیکشن (Cystitis)... 99
  - گردے کا انفیکشن (Pyelonephritis)... 99
  - ٹانگوں کی گہری نسوں میں خون جمنا(Deep Vein Thrombosis)................... 100
  - نمونیہ (Pneumonia)... 100
  - سادہ ملیریا(Uncomplicated Malaria)... 101
  - پیچیدہ ملیریا(Complicated Malaria).. 101
  - معیادی بخار/ ٹائیفائیڈ (Typhoid).. 101
  - جگر کا انفیکشن (Hepatitis).. 101

ضمیمہ:

- پیشاب کے نظام کے انفیکشن کی تشخیص کیلئے پیشاب کا معائنہ 102

☆ نوزائیدہ کی دیکھ بھال

- تعارف 103
- زچگی کے دوران آکسیجن کی کمی سے متاثر ہونے کی وجہ سے پیدائش کے بعد سانس لینے میں دشواری کی کیفیت۔ایسے بچے کا معائنہ 104
- عمومی علاج 105
  - بچہ سانس نہ لے رہا ہو/Gasp کر رہا ہو/دشوری سے سانس لے رہا ہو/جلد کا رنگ نیلا ہو یا پھیکا ہو..... 105
  - بچے کا سانس بحال کرنے میں مدد کیلئے آلات 105
  - بیگ اور ماسک سے نوزائیدہ کا سانس بحال کرنا 107
  - بیگ اور ماسک کے ذریعے اور چھاتی کو اوپر سے دبا کر سانس بحال کرنا 109
  - نوزائیدہ کیلئے آکسیجن کا استعمال 111
  - گھر یا چھوٹے صحت مرکز میں نوزائیدہ کا سانس بحال کرنا 111
  - سانس بحال کرتے وقت جو عمل نہیں کرنا چاہیے 112
  - سانس بحال کرنے کے بعد نوزائیدہ کا خیال 112

دیباچہ (Preface)

حمل اور زچگی کی پیچیدگیوں کے لئے ہنگامی طبی امداد کا مینوئیل اور اس کا ساتھی کتابچہ پہلی دفعہ ۲۰۰۳ء میں شائع ہوئے۔ جو بہت سراہے گئے۔ تقریباً 4000 کاپیاں جن میں وہ بھی شامل ہیں جو کہ مینوئیل کے ابتدائی تجزیہ کے لئے اور لوگوں کی رائے حاصل کرنے کے لئے چھاپی گئیں تھیں پورے پاکستان میں اور چند ایک دیگر ممالک میں تقسیم کی گئیں۔ صارفین کا ردعمل بڑا مثبت تھا۔ مینوئیل اور کتابچہ حکومتی اور نجی سیکٹر کے صحت کے مراکز میں کئی ٹریننگ پروگراموں اور منصوبوں میں جو کہ ماں اور نوزائیدہ کی صحت سے متعلق ہیں استعمال کئے جا رہے ہیں۔ طبی کارکن اس کو فوری حوالے کے طور پر بھی استعمال کرتے ہیں۔

مزید مانگ کی وجہ سے اس کی دوسری اشاعت کی ضرورت محسوس کی گئی اور اس سے ہمیں مینوئیل میں ترامیم کا موقع مل گیا۔ موجودہ اشاعت میں دوسری چیزوں کے علاوہ ماں اور نوزائیدہ کی صحت سے متعلق تازہ ترین معلومات اور ہزار سالہ ترقیاتی اہداف سے متعلق معلومات کا اضافہ کیا گیا ہے۔ پوسٹ پارٹم ہمیرج کے باب میں اس کے علاج کے نئے طریقوں کو بھی شامل کیا گیا ہے۔

ترمیم کی وجہ سے کچھ صفحوں کا اضافہ ہو گیا ہے۔ ان کو نیا صفحہ نمبر نہیں دیا گیا بلکہ پُرانے متعلقہ صفحہ نمبر کے آگے (الف) اور (ب) لگا کر انہیں منسلک کر دیا گیا ہے۔

ہمیں امید ہے کہ یہ دوسری ترمیم شدہ اشاعت ماں اور نوزائیدہ کی صحت کی بہتری کے لئے پہلی اشاعت کی طرح کثرت سے استعمال کی جائے گی۔

ڈاکٹر صادقہ جعفری
ڈاکٹر عذرا احسن
مسز امیتاز کمال

پہلی اشاعت کا دیباچہ (Preface)

حمل اور زچگی کے دوران پیچیدگیوں اور اموات کو روکنا ایک بہت بڑا چیلینج ہے۔ان خطرات سے مقابلے کے لیے ہمیں صحت کے شعبے کے علاوہ اور شعبوں کی مدد کی ضرورت ہے مثلاً بہبودِ آبادی اور تعلیم کے شعبے۔

بہتر تو یہ ہوتا کہ ہم زچگی کی پیچیدگیوں اور اموات کو ان کے واقع ہونے سے قبل ہی روک سکتے۔ فی الحال یہ ممکن نہیں ہے۔

(EmOC) Emergency Obstetric Care کی بنیاد کا پس منظر یہ حقیقت ہے کہ ہر حاملہ کو دوران حمل، زچگی اور اس کے چھ ہفتے بعد تک ایسی پیچیدگیاں پیدا ہونے کا امکان ہے جو جان لیوا ثابت ہو سکتی ہیں، مگر اکثر پہلے سے یہ بتانا ممکن نہیں ہوتا کہ کس حاملہ میں یہ مسائل پیدا ہوں گے اور کس میں نہیں مگر یہ معلوم ہے کہ 15 فیصد حاملہ خواتین میں سنگین پیچیدگیاں ہو جاتی ہیں، اگر ان کو فوری اور مکمل ہنگامی طبّی امداد (Emergency Obstetric Care) مل جائے تو ان کی اور ان کے بچوں کی جان بچائی جا سکتی ہے۔

EmOC کی خدمات کی تین سطح ہیں:

سطح اول: **آبسٹیٹرک فرسٹ ایڈ (Obstetric First Aid)، یعنی حمل اور زچگی میں ابتدائی طبی امداد**

یہ بنیادی صحت کے ادارے میں موجود تربیت یافتہ مڈوائف یا طبّی کارکن دے سکتے ہیں۔

سطح دوم: **بنیادی EmOC(Basic EmOC)**

یہ خدمات وہ ڈاکٹر دے سکتے ہیں جنہیں حمل اور زچگی کی عام پیچیدگیوں کا علاج کرنے کی تربیت اور تجربہ ہو۔

سطح سوم: **جامع EmOC (Comprehensive EmOC)**

یہ خدمات صرف وہ ماہر ڈاکٹر دے سکتے ہیں جنہوں نے عورتوں کی بیماریوں میں اعلیٰ تعلیم اور مہارت حاصل کی ہو۔

حمل اور زچگی میں ابتدائی طبی امداد (Obstetric First Aid)

یہ خدمات کمیونٹی کی سطح پر، بنیادی صحت کے مراکز (BHUs)، ماں اور بچے کے صحت کے مراکز (MCH Centres)، اور دیہی صحت کے مراکز (RHCs) مہیا کر سکتے ہیں بشرطیکہ وہاں تربیت یافتہ صحت کے کارکن ادویات اور آلات دستیاب ہوں۔
اس امداد میں مندرجہ ذیل کام شامل ہیں:

- ☆ زچگی کے بعد زیادہ خون کو روکنے کی ادویات کا استعمال مثلاً Ergometrine / Syntocinon کا ٹیکہ
- ☆ اندرونی اعضاء کے انفیکشن کے لئے اینٹی بائیوٹک (Antibiotic) کے انجکشن
- ☆ ایکلیمپشیہ Eclampsia کے لئے خواب آور ادویات (Sedatives) اور جھٹکوں سے بچاؤ (Anticonvulsants) کا انجکشن
- ☆ نس میں ادویات کے ٹیکے یا جسم میں پانی کی اور خون کی کمی کے لئے مناسب محلول کا براہِ راست نسوں میں ڈرپ (Drip) کے ذریعے داخل کرنا

بنیادی EmOC

اس کے لئے ضروری ہے کہ صحت کے دیہی مراکز (RHC) اور تحصیل کے اسپتالوں میں تربیت یافتہ صحت کے کارکن ادویات اور آلات موجود ہوں اور مندرجہ ذیل خدمات دی جاسکیں۔

- ☆ وہ تمام خدمات جو حمل اور زچگی کی ابتدائی طبی امداد (Obstetric First Aid) میں شامل ہیں۔ (جو اوپر دی گئی ہیں)
- ☆ رحم کے اندر سے ہاتھ سے آنول نکالنا (Manual Removal of Placenta)
- ☆ اسقاطِ حمل یا زچگی کے بعد رحم کے اندر رہ جانے والی باقیات کو صاف کرنا۔
- ☆ فارسپس (Forceps) یا ویکیوم (Vacuum) کے آلات کی مدد سے بچے کو پیدا کرنا
- ☆ بنیادی نوعیت کے ٹیسٹ جو تشخیص میں معاون ثابت ہوں۔

جامع EmOC

ڈسٹرکٹ یا تحصیل ہسپتال جہاں کا عملہ بشمول بیہوشی کے ڈاکٹر (انیستھیٹسٹ) تربیت یافتہ اور ماہر ہو، ادویات اور آلات موجود ہوں تاکہ ضرورت پڑنے پر آپریشن کیا جاسکے اور خون بھی چڑھایا جاسکے۔ ایسے صحت مرکز میں مندرجہ ذیل خدمات دی جاسکتی ہیں۔

- ☆ وہ ساری خدمات جو بنیادی EmOC میں شامل ہیں۔
- ☆ آپریشن (مثلاً سیزیرین سیکشن، رحم کی صفائی وغیرہ)
- ☆ انتقالِ خون کی سہولت
- ☆ لیبارٹری میں ٹیسٹ کرانے کی سہولت

ماؤں کی اموات اور معذوریاں
اصطلاحات اور ان کی تعریف

ماں کی موت (Maternal Mortality)

اگر کسی عورت کی موت حمل کے دوران یا حمل کے ختم ہونے کے 42 روز کے اندر واقع ہو تو وہ ماں کی موت (Maternal death) کہلاتی ہے چاہے حمل کی مدت جتنی بھی ہو اور حمل کہیں بھی قرار پایا ہو۔ مگر موت کی وجہ یا تو حمل اور اسکے عمل سے بلواسطہ تعلق رکھتی ہو یا حمل سے قبل موجود بیماری کے بڑھ جانے سے ہوئی ہو۔ البتہ وہ موت جو حادثاتی (Accidental) طور پر واقع ہو جائے یا اتفاقیہ ہو (Incidental) وہ موت ماں کی موت کے زمرے میں شامل نہیں ہوگی۔

موت کی بلواسطہ وجوہات (Direct Causes)

حمل اور زچگی کی پیچیدگیوں کے وجہ سے ہونے والی اموات بلواسطہ اموات سمجھی جاتی ہیں۔ یہ اموات پیچیدگیوں کی غلط تشخیص اور ان کا غلط علاج یا توجہ کی کمی کی وجہ سے ہو سکتی ہیں۔
ان پیچیدگیوں میں خون کا زیادہ ضائع ہونا (Haemorrhage) اندرونی اعضاء کا انفیکشن، حمل کے دوران بلڈ پریشر کا بہت زیادہ بڑھ جانا، زچگی میں رکاوٹ کی وجہ سے پیدائش میں بہت زیادہ تاخیر، حمل گرانے کی کوشش کے خطرات اور بے ہوشی کے عمل سے (Anaesthesia) پیدا ہونے والی پیچیدگیاں شامل ہیں۔

موت کی بلاواسطہ وجوہات (Indirect Causes)

ان میں وہ اموات شامل ہیں جو پہلے سے موجود امراض کے خراب ہو جانے یا بڑھ جانے سے واقع ہوتی ہیں مثلاً خون کی کمی، دل کی بیماریاں، ذیابطیس وغیرہ۔

موت کی اتفاقیہ وجوہات (Co-incidental)

ان میں وہ اموات شامل ہیں جو کسی اتفاقی وجہ سے ہو اور حمل یا اس کے اثرات کا اس سے کوئی تعلق نہ ہو۔

ماؤں کی اموات کا تناسب (Maternal Mortality Ratio)

ایک لاکھ زندہ بچوں کی پیدائش میں کتنی ماؤں کی موت واقع ہوئی یہ ماؤں کی موت کا تناسب کہلاتی ہے۔

حمل اور زچگی کی معذوریاں (Maternal Morbidity)

ان میں وہ تمام مسائل شامل ہیں جو کسی بھی عورت میں حمل یا زچگی کے سبب سے پیدا ہوں یا مزید بڑھ جائیں قطع نظر اس کے کہ حمل

کتنی مدت کا تھا اور حمل کہاں قرار پایا تھا۔ ان میں سب سے اہم زچگی کا فسچولا **(Obstetric Fistula)** ہے (صفحہ 68)۔

محفوظ ماممتا کے اصول (Safe Motherhood)

ماں کی حفاظت کیلئے ایسا ماحول پیدا کیا جائے جس میں عورت کو مندرجہ ذیل مراعات حاصل ہوں۔

☆ عورت کو حاملہ ہونے یا نہ ہونے کا فیصلہ کرنے کا حق۔
☆ حاملہ ہو جانے کے بعد وہ تمام سہولتیں میسر ہوں جو حمل اور زچگی کے مسائل کو روکنے اور اُن کے علاج میں معاون ثابت ہوں مثلاً:
- زچگی کے وقت تربیت یافتہ عملے کی سہولت
- پیچیدگیوں کی صورت میں فوری طبّی امداد کی سہولت

☆ زچگی کے بعد علاج کی سہولت تا کہ ولادت کے بعد کی پیچیدگیوں کو روکا جا سکے اور ماں موت یا معذوری سے بچ سکے۔

تعارف

پاکستان میں ماؤں کی صحت کی صورت حال:

پاکستان میں ماؤں کی اموات اور معذوریوں کا تناسب بہت زیادہ ہے۔اس کی وجہ مندرجہ ذیل حقائق ہیں۔

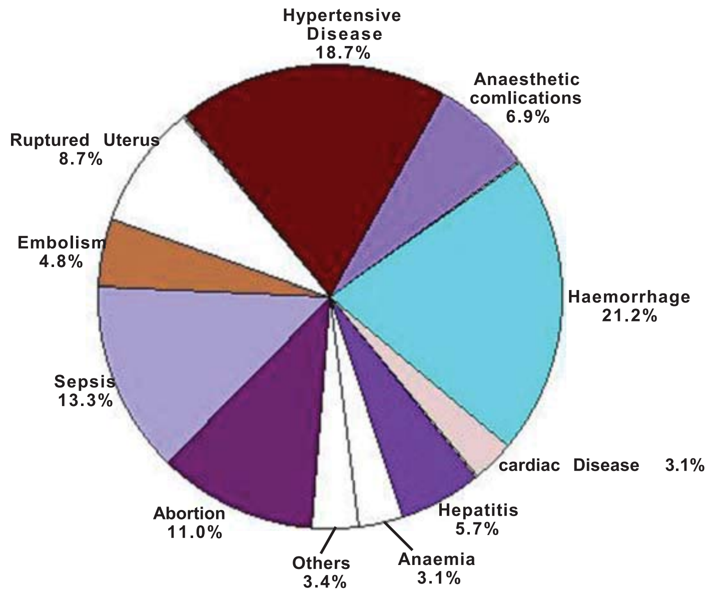
- ☆ ملک میں تقریباً چار کروڑ خواتین ہیں جن کی عمر 15 سے 49 سال ہے۔
- ☆ خواتین میں شرح خواندگی 36% ہے جبکہ مردوں میں 63% ہے۔
- ☆ 40% سے زیادہ خواتین خون کی کمی کا شکار ہیں۔
- ☆ صرف 36% خواتین مانع حمل (Family Planning) کے طریقے استعمال کرتی ہیں۔
- ☆ اوسطاً ہر خاتون اپنی زندگی میں تقریباً 4 دفعہ حاملہ ہوتی ہے۔
- ☆ ہر سال 40 لاکھ سے زیادہ بچے پیدا ہوتے ہیں۔
- ☆ 76.6% زچگیاں گھروں میں ہوتی ہیں۔
- ☆ گھروں میں ہونے والی 95% زچگیاں کراونے والی ناتجربہ کار دائیاں ہوتی ہیں۔
- ☆ صرف 31% زچگیاں تربیت یافتہ عملہ کرواتا ہے۔
- ☆ ایک تہائی سے زیادہ حاملہ خواتین خون کی کمی کا شکار ہوتی ہیں۔
- ☆ ایک تہائی حاملہ خواتین اور 16% دودھ پلانے والی خواتین میں غذا کی کمی پائی جاتی ہے 87% حاملہ خواتین اور 74% دودھ پلانے والی خواتین اپنی روزانہ کی تجویز کردہ غذائی ضروریات سے کم لیتی ہیں۔
- ☆ 30% سے کم حاملہ خواتین حمل کے دوران طبّی امداد حاصل کرتی ہیں۔
- ☆ 57% خواتین کو تشنج کے حفاظتی ٹیکے لگتے ہیں۔
- ☆ ایک چوتھائی سے بھی کم خواتین بعد از ولادت طبّی امداد حاصل کرتی ہیں۔
- ☆ بیماری کی صورت میں لڑکیوں پر لڑکوں کی نسبت کم رقم خرچ کی جاتی ہے۔

اس صورتِ حال کی بناء پر خواتین کی ایک بڑی تعداد حمل اور زچگی کی پیچیدگیوں کے وجہ سے یا تو موت کا شکار ہو جاتی ہے یا معذوری میں مبتلا ہو جاتی ہے

- حاملہ کی موت کا تناسب تقریباً 500 ہے۔یعنی ایک لاکھ زندہ بچوں کی پیدائش پر 500 مائیں مرجاتی ہیں۔
- ہر 20 منٹ پر ایک ماں کی موت واقع ہوتی ہے۔
- لاکھوں خواتین زچگی سے متعلقہ مسائل کے سبب معذور ہو جاتی ہیں۔
- تقریباً 25% نومولود 2.5kg سے کم وزن کے پیدا ہوتے ہیں۔یہ صورت حال دورانِ حمل ماں کے خون کی کمی اور غذائی قلت کی طرف اشارہ کرتی ہے۔
- ہر ایک ہزار نومولود بچوں میں 90 سے 100 کی موت واقع ہو جاتی ہے۔ہر سال 4 سے 5 لاکھ بچے اپنی زندگی کے پہلے ہفتے میں موت کا شکار ہو جاتے ہیں۔

یہ تمام اعداد و شمار زچہ و بچہ کی صحت کی انتہائی افسوس ناک صورتِ حال کو واضح کرتے ہیں۔

حمل اور زچگی کے دوران اموات کی طبی وجوہات مندرجہ ذیل ہیں نقش 1، نیچے:



نقش 1: پاکستان میں ماؤں کی اموات کی وجہ (SOGP - Study)

82% اموات بلواسطہ وجوہات سے ہوتی ہیں ان کا سبب طبّی تو ہوتا ہے لیکن معاشرتی، معاشی اور ثقافتی عوامل بھی شامل ہیں۔

تین تاخیریں جن کا ماؤں کی اموات میں بہت بڑا ہاتھ ہے۔

پہلی تاخیر:	زچگی کی پیچیدگی کو پہچاننے میں اور ہسپتال لے جانے کے فیصلے میں تاخیر
دوسری تاخیر:	درست طبّی سہولت کے مرکز تک پہنچنے میں تاخیر
تیسری تاخیر:	طبّی مرکز پر پہنچ کر مناسب توجہ اور علاج میں تاخیر

حال ہی میں ان تین تاخیروں کو چار تاخیروں میں بانٹ دیا گیا ہے۔

پہلی تاخیر:	زچگی کی پیچیدگی کو پہچاننے میں تاخیر
دوسری تاخیر:	ہسپتال لے جانے کے فیصلے میں تاخیر
تیسری تاخیر:	درست صحت مرکز تک پہنچنے میں تاخیر
چوتھی تاخیر:	صحت مرکز پہنچے کے بعد مناسب توجہ اور علاج میں تاخیر

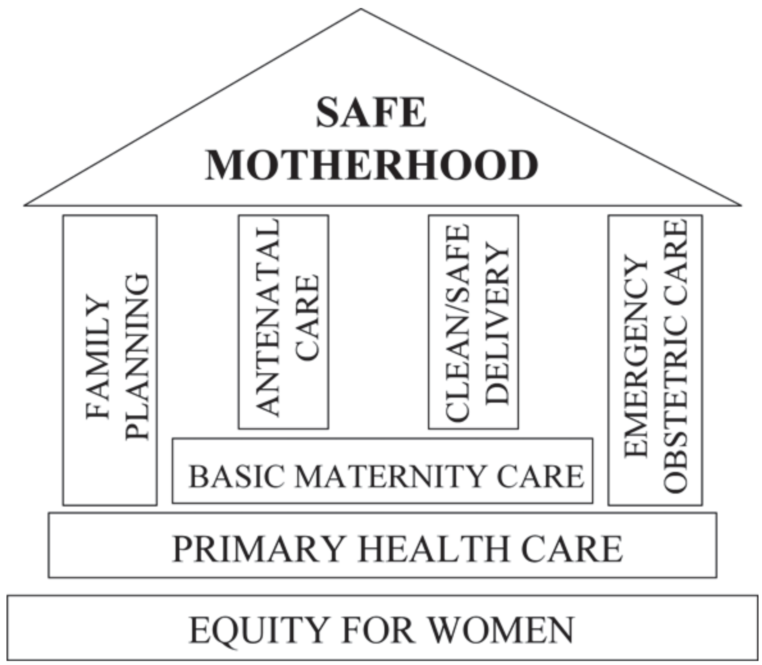
محفوظ ماں بچے کے لئے بین الاقوامی ادارۂ صحت (WHO) کا لائحۂ عمل

WHO نے محفوظ مامتا کے لئے ایک خاکہ تشکیل دیا ہے اس کے چار ستون ہیں (نقش 2، صفحہ V)۔

1 خاندانی منصوبہ بندی (بچوں میں مناسب وقفہ)
2 حمل کے دوران نگہداشت
3 محفوظ اور صاف ستھری ولادت
4 ہنگامی طبّی امداد برائے زچہ و بچہ

ستون نمبر 2 اور 3 کو ماؤں کے لئے صحت اور علاج کی خدمات (Basic Maternity Care) کا سہارا ضروری ہے
یہ چاروں ستون دو اہم بنیادوں پر قائم ہیں:

- ہر عورت کے ساتھ منصفانہ سلوک
- ہر عورت کو صحت کی بنیادی سہولتوں کی دستیابی



نقش 2: محفوظ مامتا کے ستون اور بنیادیں

مینوئل کے متعلق معلومات

یہ کتاب(Manual)اس لیے ترتیب دیا گیا ہے کہ حمل اور زچگی کے دوران پیدا ہونے والی شدید پیچیدگیوں کے علاج میں رہنمائی ہو۔ اس میں دورانِ حمل، زچگی اور اسکے چھ ہفتے بعد تک کی اموات کی مندرجہ ذیل وجوہات کی تفصیل اور علاج درج ہے۔ اس کے علاوہ نوزائیدہ بچے کے مسائل اور ان کا علاج بھی درج ہے۔مینوئل میں مندرجہ ذیل باب شامل ہیں:

☆ حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج (Vagina) سے خون آنا (اسقاطِ حمل/حمل ضائع ہونا)

☆ حمل کے آخری دور اور دردِزہ کے دوران فُرج سے خون کا اخراج

☆ زچگی کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (پوسٹ پارٹم ہیمرج)

☆ خون کے دباؤ/ بلڈ پریشر میں اضافہ بمعہ سر درد/نظر کا دھندلانا/ جھٹکے لگنا/ دورے پڑنا یا غشی (بیہوشی) کی کیفیت

☆ ولادت/ زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا

☆ بچے کی ولادت کے بعد بخار/ چلّے کا بخار

☆ نوزائیدہ کی دیکھ بھال

یہ کتاب صحت کے مختلف کارکنان مثلاً مڈوائف، لیڈی ہیلتھ وزیٹر اور جونیئر ڈاکٹر کی رہنمائی کے لیے ترتیب دی گئی ہے۔اس کتاب میں ماؤں کی جانیں بچانے کے لئے گھر میں اور ابتدائی اور ثانوی نوعیت کے صحت کے مراکز میں جو جو خدمات دی جاسکتی ہیں سب کی تفصیل موجود ہے۔

ہمیں امید ہے کہ یہ مینوئل تربیت اور خود آموزی کے علاوہ حوالے (reference) اور رہنمائی کے لیے بھی استعمال کیا جائے گا۔ہمیں توقع ہے کہ اس کا وسیع استعمال حمل اور زچگی سے وابستہ اموات اور معذوریوں کو روکنے میں مدد دے گا۔تاہم یہ بات یاد رہے کہ یہ رہنما کتاب معیاری نصابی کتب کا نعم البدل نہیں ہے۔

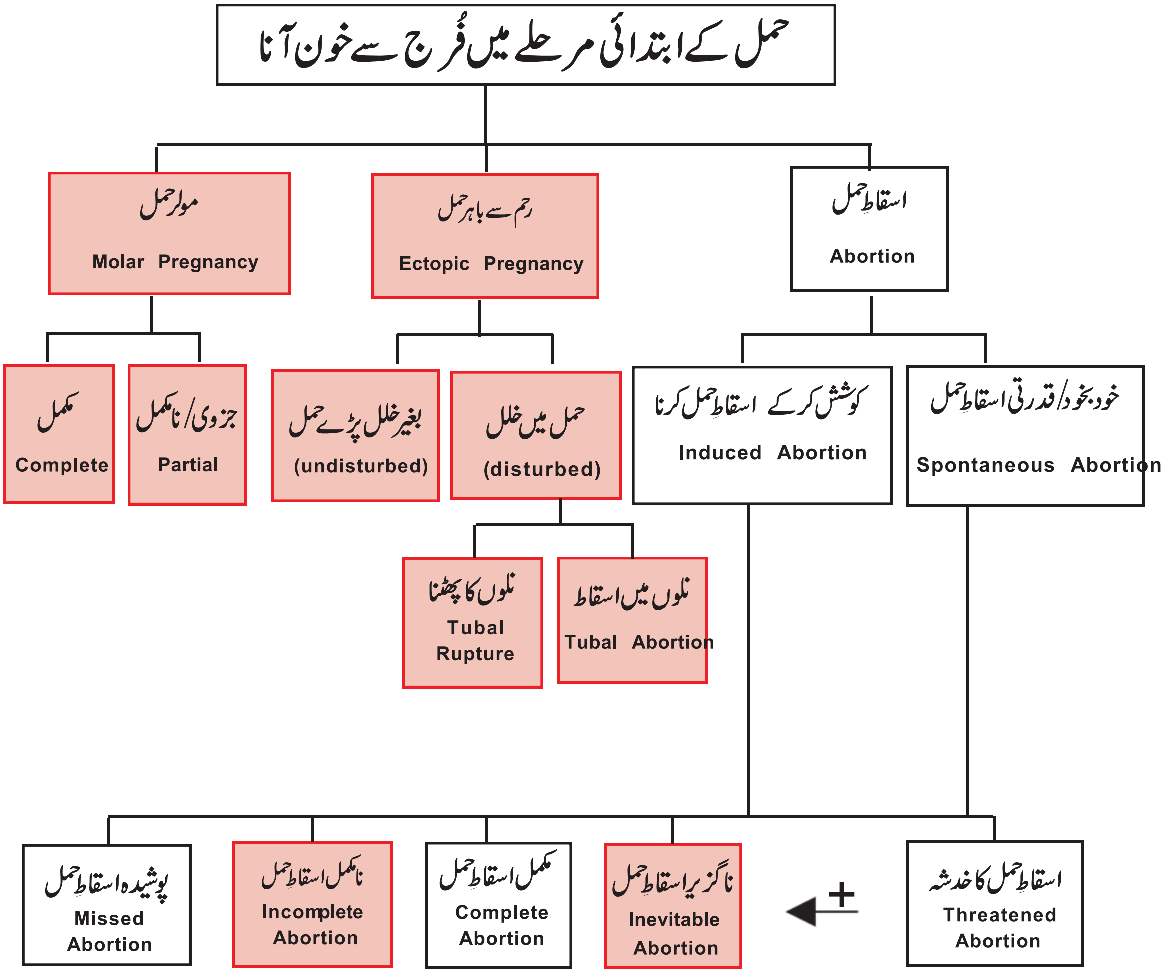
پرائمری، ثانوی اور جامع ہنگامی خدمات کے مراکز میں عملے کی مہارت اور سہولیات میں فرق ہوتا ہے۔ پرائمری سطح پر مہارت محدود ہوتی ہے۔اس کتاب میں علاج والے صفحات میں اس حد بندی کی نشاندہی ایک سیدھی لائن سے کی گئی ہے۔

اس کا مطلب ہے کہ وہاں سے علاج کا ثانوی مرحلہ شروع ہوتا ہے جس کے لئے ڈاکٹر اور مزید سہولیات کی ضرورت ہے۔لہٰذا بوقت ضرورت مریضہ کو فوراً ثانوی سطح کے ہسپتال بھجوادیا جائے۔

حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج (Vagina) سے خون آنا

(اسقاطِ حمل/حمل ضائع ہونا)

VAGINAL BLEEDING IN EARLY PREGNANCY
(ABORTION / MISCARRIAGE)



اسقاطِ حمل کے دوران انفیکشن

(انفیکشن ہر قسم کے اسقاط میں پیچیدگی کا باعث ہوسکتا ہے)

کسی ایسے شخص سے اسقاطِ حمل کروانا جو متعلقہ طبّی مہارت نہ رکھتا ہو یا ایسی جگہ/ماحول میں اسقاط کروانا جو حفظانِ صحت کے مطابق نہ ہو تو شدید پیچیدگیوں اور جان جانے کا بھی خطرہ ہے۔

گلابی خانے ایسی صورتحال ظاہر کرتے ہیں جن میں جان جانے کا خطرہ ہوتا ہے

حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج (Vagina) سے خون آنا

عمومی علاج

- اگر عورت شاک (Shock) کی کیفیت میں ہو یا شاک متوقع ہو تو بلا تاخیر علاج شروع کر دیجیئے ۔ اگر شاک کے آثار ظاہر نہ ہوں تب بھی مریضہ کا مزید جائزہ جاری رکھتے ہوئے شاک کے امکان کو ذہن میں رکھیئے کیونکہ اس کی حالت تیزی سے بگڑ سکتی ہے۔

- ضائع شدہ خون کی مقدار کا اندازہ لگائیے۔

- اگر مریضہ شاک کی کیفیت میں ہو مگر خون کا زیادہ اخراج نہ ہو رہا ہو تو اس بات کا امکان ہے کہ حمل رحم سے باہر ٹھہر گیا ہے اور اسقاط ہو رہا ہے۔

- اگر خون کا اخراج زیادہ مقدار میں ہو یا رحم سے باہر حمل کا شُبہ ہو تو IV کینولا (Cannulas) دو مختلف نسوں میں داخل کیجئے ۔(16 گیج ۔ یا جو سب سے بڑا موجود ہو) تا کہ ضرورت پڑنے پر دونوں استعمال کیئے جا سکیں۔

- اسی کینولا سے سب سے پہلے ہیموگلوبن اور خون کا گروپ معلوم کرنے کے لئے اور خون کی مطابقت (Cross matching) کے لئے خون حاصل کیجئے (20ml)۔ پھر اُسی کینولا کے ذریعے نارمل سیلائن (Normal saline) یا Ringer's Lactate Solution نس میں لگا دیجئے۔ اگر شاک کی کیفیت ہے تو زیادہ مقدار میں اور تیزی سے داخل کیجئے۔

- اگر درد کی شکایت ہو تو تکلیف دور کرنے کیلئے مندرجہ ذیل میں سے جو بھی میسر ہو دے دیں:
  - 50mg سے 100 mg انجکشن Pethidine پٹھوں میں لگائیں (IM)

    یا
  - 10 mg سے 20 mg انجکشن Nubain پٹھوں میں لگائیں (IM)

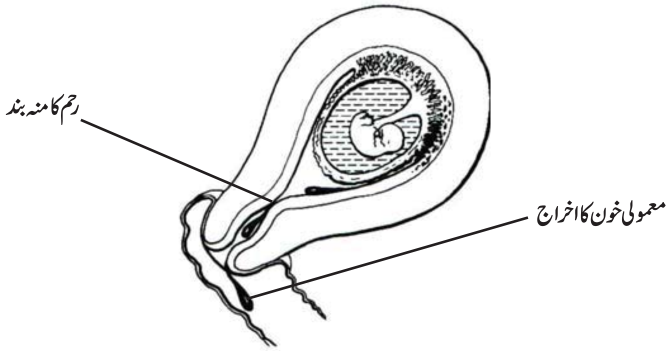
    یا
  - 75mg انجکشن Diclofenac پٹھوں میں لگائیں (IM)

    یا
  - 100mg Diclofenac rectal suppository پخانے کے راستے دیں۔

- **اسقاطِ حمل کی قسم/نوعیت معلوم کرنے کے لئے عورت کا معائنہ کیجیئے (صفحہ 7) اور تشخیص کے مطابق اقدامات کیجئے۔**

- معائنہ کر کے پیچیدگی کی موجودگی یا غیر موجودگی کا فیصلہ کر لیں

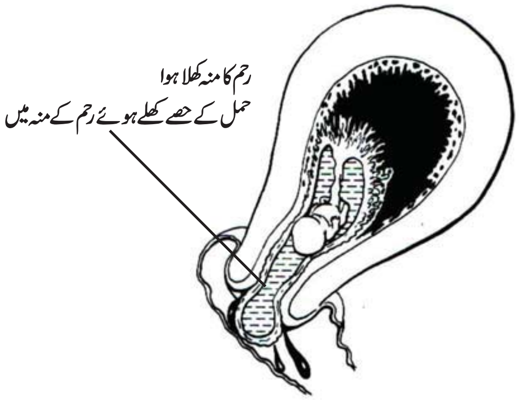
- اگر علاج کے باوجود خون بند نہ ہوا اور جم نہ رہا ہو (Coagulopathy) تو وہیں پر کھڑے کھڑے خون کے جمنے کا ٹیسٹ (Bedside clotting test) کریں (صفحہ 19)



اسقاط حمل کا اندیشہ/خطرہ
(Threatened Abortion)

☆ ناگزیر اسقاطِ حمل (Inevitable Abortion)

جب حمل قائم رہنے کے امکانات نہ ہوں اور یقین ہو کہ حمل جاری نہیں رہے گا اور مکمل یا نامکمل اسقاطِ ہو جائے گا۔



ناگزیر اسقاط حمل
(Inevitable Abortion)

نامکمل اسقاط حمل
(Incomplete Abortion)

☆ نامکمل اسقاطِ حمل (Incomplete Abortion)

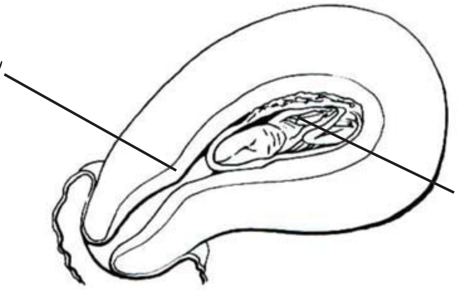
حمل کے کچھ حصوں کا اخراج ہو جاتا ہے اور کچھ ٹکڑے رحم میں رہ جاتے ہیں۔

☆ مکمل اسقاطِ حمل (Complete Abortion)

حمل کے سب حصوں کا مکمل اخراج۔

☆ پوشیدہ اسقاطِ حمل (Missed Abortion)

جب بچہ (Fetus) رحم میں مرجائے مگر اسقاطِ حمل نہ ہو۔



پوشیدہ اسقاطِ حمل
(Missed Abortion)

☆ اسقاطِ حمل کے دوران انفیکشن (Septic Abortion)

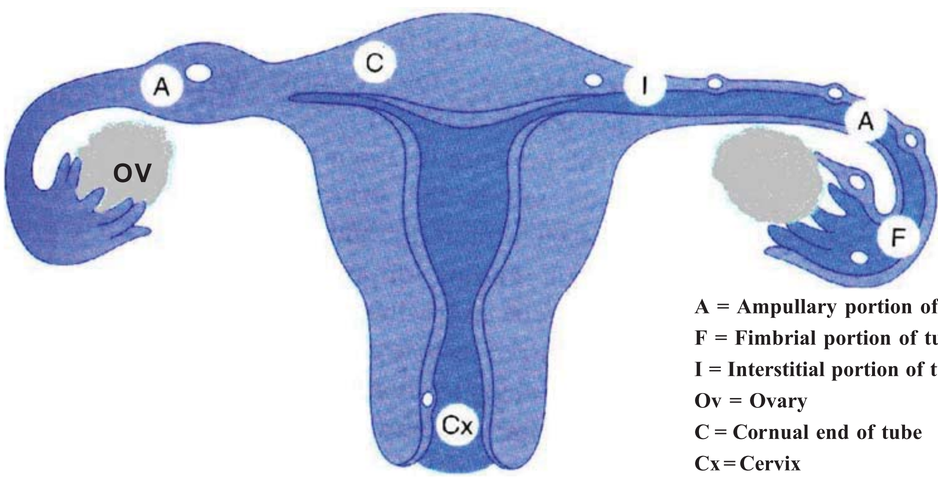
ایسا اسقاطِ حمل جس میں انفیکشن کی پیچیدگی ہو جائے۔ انفیکشن عام طور پر رحم میں حمل کا کوئی حصہ یا ٹکڑا رہ جانے کی وجہ سے یا گندے ہاتھوں اور گندے اوزاروں کے استعمال سے ہو جاتا ہے۔

☆ بار بار اسقاطِ حمل (Habitual Abortion)

اگر تین یا اُس سے زیادہ مرتبہ قدرتی اسقاطِ حمل ہو جائے۔

☆ رحم کے باہر حمل ٹھہرنا (Ectopic Pregnancy)

رحم سے باہر حمل ٹھہر جاتا ہے۔ ایسی صورت میں زیادہ تر نلوں (Fallopian tubes) میں حمل ٹھہر جاتا ہے۔ نلوں کے حمل میں خلل بھی ہو سکتا ہے اور یہ بغیر خلل کے بھی کچھ عرصے تک جاری رہ سکتا ہے۔



رحم سے باہر حمل ٹھہرنے کے مختلف امکانی مقامات

- رحم سے باہر خلل پذیر حمل (Disturbed ectopic pregnancy)

یہ یا تو نلوں کے شروع کے انگلیوں نما حصے سے نکل کر پیٹ میں گر جاتا ہے (Tubal abortion) یا نل یعنی ٹیوب پھٹ جاتی ہے (Tubal rupture) جس کے نتیجے میں پیٹ کے اندرونی حصے میں بڑی مقدار میں خون جاری ہو سکتا ہے (Intra peritoneal haemorrhage)۔

- نلوں میں بغیر خلل کے حمل (undisturbed ectopic pregnancy)

اس صورت میں حمل قائم رہتا ہے مگر کسی بھی وقت نل کے پھٹنے کا شدید خطرہ مستقل موجود رہتا ہے۔

☆ مولر حمل (Molar Pregnancy)

مولر ٹیشو بننے لگتا ہے یعنی حمل کی افزائش کی شکل انگوروں کے گُچھے سے ملتی جلتی ہے۔

مولر حمل

Molar Pregnacny

- **مکمل مولر حمل (Complete Molar Pregnacny)**

جب مولر ٹیشو کے ساتھ بچے (Fetus) کی موجودگی کی کوئی علامات نہ ہوں۔

- **جزوی مولر حمل (Partial Molar Pregnacny)**

جب مولر ٹیشو کے ساتھ ساتھ بچہ (Fetus) بھی موجود ہو۔

مریضہ کا طبّی معائنہ

حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج سے خون آنے کی شکایت کے مریضوں کے طبّی معائنے کیلئے ہدایات۔

طبّی معائنہ	
ماضی کی طبّی معلومات **(History)**	**ماضی کی طبّی معلومات جاننے کے ساتھ ساتھ فوری طبّی امداد کی فراہمی جاری رکھیں** **مندرجہ ذیل معلومات حاصل کیجیئے اور ریکارڈ کیجیئے:** - آخری ماہواری کب آئی تھی - خون جاری ہونا (کب سے اور کتنا) - پیٹ میں درد (کب سے اور شدت) یا کاندھے میں درد - بخار۔ سردی کے ساتھ یا اس کے بغیر - خون کے لوتھڑے/ انگور کی شکل کے ٹکڑے کا فرج سے اخراج - فرج سے بدبودار مواد/ خون کا اخراج - بیہوشی کا عالم/ غنودگی کی کیفیت - اگر اسقاطِ حمل کروایا گیا تو کس سے اور کہاں کروایا؟ (یہ معلومات ملنی اکثر مشکل ہوتی ہے)
عمومی جسمانی معائنہ	- اہم جسمانی کیفیات کا جائزہ لیں: (جسم کا درجہء حرارت، خون کا دباؤ، نبض اور تنفس) - صحت کی کیفیت کا اندازہ لگائیں (خوراک کی کمی کا شکار، خون کی کمی، غنودگی کی کیفیت، جسم میں پانی کی کمی، جسم کی صفائی سے غفلت) - پھیپھڑوں، دِل، پیٹ، ہاتھوں اور پاؤں کا معائنہ کریں۔ پیٹ کے معائنے کے دوران درج ذیل کا جائزہ لیں: - اندازہ لگائیں کہ حمل کتنے ہفتوں یا مہینوں کا ہے - دُکھن/ درد کا مقام اور شدّت - پیٹ پھولا/ سوجا ہوا محسوس ہونا یا سخت ہونا - پیٹ دبانے کے بعد ہاتھ اٹھانے سے درد کا بڑھ جانا (Rebound tenderness) - آنتوں کی حرکت کی آواز آلے سے سنائی دیتی ہے کہ نہیں۔ (Bowel sounds)

مریضہ کا طبّی معائنہ

حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج سے خون آنے کی شکایت کے مریضوں کے طبّی معائنے کیلئے ہدایات۔

طبّی معائنہ	
اندرونی معائنہ	**فرج کا آلے کے ذریعے (Speculum) / انگلیوں سے اندرونی معائنہ:** - جاری خون کی مقدار اور یہ کہ کہاں سے آرہا ہے جاننے کی کوشش کریں اور اس کی تفصیل نوٹ کریں۔ - نوٹ کریں کہ خارج شدہ خون/مواد بدبودار تو نہیں ہے۔ - اسقاطِ حمل کی قسم/مرحلہ متعین کرنے کیلئے جائزہ لیں کہ رحم کا منہ کھلا ہے یا نہیں۔ - جائزہ لیں کہ فرج میں یا رحم کے منہ میں کوئی حمل کا حصّہ/ٹکڑا تو موجود نہیں۔ - فرج میں کسی بیرونی شے کی موجودگی مثلاً روئی، کپڑا، لکڑی وغیرہ (Foreign body) تو نہیں۔ - دانستہ کیئے گئے اسقاطِ حمل کی صورت میں فرج یا رحم کے منہ میں چیرے/زخم کی موجودگی کا جائزہ لیں۔ - رحم کے سائز کا اندازہ لگائیے۔ - پیڑو (pelvis) میں رسولی نما اجزا (Masses) کی موجودگی کا جائزہ لیں۔ - پیڑو (pelvis) میں درد کا جائزہ (شدت، جگہ، اور درد کی وجہ) - پیٹ کو چھونے اور دباؤ ڈالنے سے یا رحم کی گردن (cervix) کی حرکت دینے سے درد کی شدت کا بڑھنا یا کوئی اثر نہ ہونا
تفتیش (جہاں سہولیات میسر ہوں)	- ہیموگلوبن - خون کا گروپ اور ریسس فیکٹر (Rhesus factor) - خون میں شکر کی مقدار - اگر خون جمنے کی صلاحیت کی کمی کا اندیشہ ہو تو خون جمنے کا ٹیسٹ کریں (صفحہ 19) - پیڑو (Pelvis) کا الٹراساؤنڈ۔ جاننے کے لئے کہ حمل سلامت ہے اور صحیح جگہ پر ہے اور اگر اسقاطِ حمل ہو گیا ہے تو کہیں حمل کے کچھ ٹکڑے بچہ دانی میں رہ تو نہیں گئے۔ - کسی پیچیدگی کی صورت میں مزید ٹیسٹ کروانے کی ضرورت بھی پڑسکتی ہے، مثلاً اسقاطِ حمل کے دوران انفیکشن کی صورت میں: - Total leucocyte Count, Platelet count - پیٹ کا الٹراساؤنڈ - پیشاب اور بدبودار پانی یا خون جس کا اخراج رحم سے ہو رہا ہو اُس کا کلچر اور Sensitivity کے لئے ٹیسٹ کرائیں، تا کہ معلوم ہو سکے کہ انفیکشن کن جراثیم کی وجہ سے ہوا اور ان کے خلاف کون سی اینٹی بائیوٹک موزوں ہو گی۔ - شدید انفیکشن کی صورت میں خون کو بھی کلچر اور sensitivity کیلئے بھجوایئے۔

حمل کے آخری دور اور دردِزہ کے دوران فُرج سے خون کا اخراج

عمومی علاج

تمام ضروری عملے کو بلائیں اور سامان کا انتظام کریں

- فوری طور پر تمام موجود کارکنوں کو اکٹھا کر لیجیئے۔ ٹیم کے افراد مل جل کر مریضہ کو بہتر طبّی امداد فراہم کر سکتے ہیں۔
- فوری طور پر مریضہ کی عمومی کیفیات کا جائزہ لیجیئے مثلاً بلڈ پریشر، نبض کی رفتار، تنفس اور درجۂ حرارت۔ بچہ کی حالت کا جائزہ لیجیئے اور خون کتنی مقدار میں ضائع ہوا اندازہ لگائیے (نظر آنے والے خون/ پوشیدہ خون کا)

اس مرحلے پر فُرج کا اندرونی معائنہ مت کیجیئے

- اگر مریضہ شاک **(Shock)** کی حالت میں ہو یا اس کا اندیشہ ہو تو فوری علاج شروع کر دیجیئے۔ یاد رکھیئے کہ اسکی حالت تیزی سے بگڑ سکتی ہے۔
- دو بڑے سائز کا IV کینولا نس میں لگائیں۔ (سائز **14** یا اس سے بڑا) تا کہ زیادہ خون بہنے کی صورت میں دوسرے کینولا سے خون یا محلول دیا جا سکے۔
- اسی کینولا سے تھوڑا سا خون تقریباً 20 ml حاصل کر لیں تا کہ ہیموگلوبن، خون میں شکر کی مقدار، خون کا گروپ اور خون چڑھانے کیلئے خون کی مطابقت کا اندازہ لگایا جا سکے۔
- اگر خون کے جمنے کی صلاحیت کی کمی (Coagulapathy) کا اندیشہ ہو تو خون جمنے کا ٹیسٹ (beside clotting test) (صفحہ 19) کیجیئے۔
- نارمل سیلائن (Normal saline) یا رنگرز لیکٹیٹ (Ringer's Lactate) نس کے ذریعے (IV) دیجیئے۔ اگر مریضہ شاک کی حالت میں ہے تو تیزی سے دیجیئے۔
- اگر مریضہ درد محسوس کر رہی ہو تو پٹھے میں لگائیے:
  - انجکشن Pethidine 50 سے 100 mg

  یا

  - انجکشن Nubain 10 سے 20 mg
- اگر خون زیادہ مقدار میں ضائع ہو رہا ہو تو پیشاب کی نلکی **(Foley's catheter)** لگائیے اور پیشاب کی مقدار کا اندازہ لگائیے۔
- داخل کردہ مائع **(IV Fluids)** کا باقاعدہ ریکارڈ رکھنے اور مائع کے توازن کیلئے چارٹ بنائیے **(Fluid balance chart)**
- اگر کسی قسم کے آپریشن کی ضرورت متوقع ہو تو منہ کے ذریعے کوئی مائع یا خوراک مت دیجیئے۔
- ہر پندرہ سے تیس منٹ کے بعد نبض کی رفتار، تنفس، درجۂ حرارت، بچہ کی حالت اور ضائع شدہ خون کی مقدار کا اندازہ لگائیے۔
- اگر خون زیادہ مقدار میں جاری ہو یا بچہ کی زندگی کو خطرے کا امکان ہو تو فوراً بچہ کی پیدائش کا انتظام کیجیئے۔
- اگر جامع EmOC سہولیات صحت مرکز میں موجود نہیں ہیں تو ایسے صحت مرکز بھجوائیے (refer) جہاں آپریشن اور خون کے بینک کی سہولیات موجود ہوں۔
- مریضہ کیلئے خون کا عطیہ دینے کے لئے رشتہ داروں اور عزیزوں سے رجوع کیجیئے اور مشورہ دیجیئے کہ وہ مریضہ کے ساتھ جائیں۔

- اگر خون زیادہ مقدار میں جاری ہو تو کم از کم 2 سے 4 بوتل خون کا بندوبست کیجیئے۔
- اگر ضرورت ہو تو خون چڑھائیے۔ ہنگامی صورتحال میں زندگی بچانے کیلئے فوری ضرورت ہو تو مطابقت کئے بغیر O (uncross matched) نیگیٹو خون بھی دیا جا سکتا ہے۔ یا مریضہ کے اپنے گروپ کا خون بغیر مطابقت کے (uncross matched) بھی دیا جا سکتا ہے۔

- اگرضرورت محسوس ہواور سہولت میسر ہو تو تشخیص کے یقین کیلئے الٹرا ساؤنڈ سکین کروالیجئے۔

- اگر زیادہ مقدار میں خون جاری ہو تو 2 سے 4 بوتل خون کا انتظام کریں۔
- اگرضرورت محسوس ہو تو خون چڑھایئے۔ ہنگامی صورتحال میں یا جب جان کو خطرہ ہو اور خون Cross match کرنے کا وقت نہ ہو تو ''o منفی گروپ'' کا خون (O negative) یا مریض کے اپنے گروپ کا خون۔ بغیر Cross match کئے ہوئے چڑھانے کے بارے میں سوچئے۔

اگرعورت کی حالت سنبھلی ہوئی ہے، زیادہ مقدار میں خون بھی جاری نہیں ہے اور کوئی ایسی پیچیدگی بھی نہیں ہے جس سے جان کو خطرہ لاحق ہو تو آکسیجن اور IV محلول کی ضرورت نہیں ہے۔

- اگرممکن ہو تو اسقاطِ حمل کی ہر مریضہ کے خون کا گروپ اور Rhesus factor (Rh) معلوم کریں۔ اگر وہ منفی (Rh -) ہو اور حمل کی مدت **20** ہفتوں سے کم ہو تو اسقاطِ حمل کے 72 گھنٹوں کے اندر Anti-D immunoglobulin 250 IU کا ٹیکہ پٹھوں میں لگادیں۔

(اگرحمل کی مدت **20** ہفتوں سے زیادہ ہو تو Anti - D immunoglobulins 500 IU کا ٹیکہ پٹھوں میں لگادیں) یہ ٹیکہ ایسی Rhesus Antibodies نہیں بننے دیتا جس سے آئندہ پیدا ہونے والے بچے نقصان دہ اثرات سے بچ جاتے ہیں۔

- اسقاطِ حمل کے علاج کے بعد میں رابطے (Follow up) کا انتظام کیجئے۔
- کم از کم تین مہینے کے لئے خاندانی منصوبہ بندی کا مشورہ دیجئے۔ اور ہنگامی مانع حمل کے طریقے بھی بتایئے۔

حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج سے خون آنا
مسئلے کی نشاندہی اور علاج

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
- ماہواری آنے میں کئی ہفتوں کی تاخیر - عام طور پر فُرج سے ☆ زیادہ مقدار میں خون کا اخراج - پیٹ کے نچلے حصے (پیڑو) میں درد - حمل کے حصے/ٹکڑے فرج سے خارج نہیں ہوئے	- شاک کی کیفیت کی موجودگی یا غیر موجودگی دونوں ہوسکتی ہیں۔ - پھیکا رنگ - فرج سے زیادہ مقدار میں خون کا اخراج - رحم کا منہ کھلا ہوا (Dilated cervix) - رحم کا سائز تاریخوں کے مطابق - رحم میں دُکھن (Tenderness) یعنی رحم دبانے سے درد ہونا	ناگزیر اسقاطِ حمل (Inevitable abortion)	**اگر حمل 12 سے 14 ہفتوں سے کم ہے تو رحم کی صفائی کا بندوبست کریں۔ اس دوران:** - 0.2 mg انجکشن Ergometrine پٹھوں میں لگائیں (IM) - یا انجکشن Syntometrine (Syntocinon 5 units + Ergometrine 0.2 mg) پٹھوں میں لگائیں - اگر خون کا اخراج جاری رہے تو انجکشن Syntocinon کے 40 units کو ایک لیٹر Normal Saline یا Ringer's Lactate میں ڈال کر 40 قطرے فی منٹ کی رفتار سے نس کے ذریعے دیں - یا Misoprostol کی 400 mcg کی گولی (4 گولیاں 100 mcg کی یا دو گولیاں 200 mcg کی منہ کے ذریعے یا پاخانے کے راستے دیں۔ اگر ضرورت ہو تو یہ عمل چار گھنٹے بعد دہرائیں۔ - اگر حمل کے ٹکڑے یا خون کے بڑے لوتھڑے فُرج میں یا رحم کے منہ میں نظر آرہے ہوں یا محسوس ہو رہے ہوں تو انہیں انگلیوں کے ذریعے یا مخصوص فارسیپ (sponge forceps) کے ذریعے پکڑ کر باہر نکال لیجئے۔ - رحم کی صفائی کریں۔ - اگر رحم کی صفائی کی سہولت موجود نہیں ہے تو ایسے ادارے میں منتقل کریں جہاں ہنگامی علاج (EmOC) کی مکمل سہولت موجود ہو۔ **اگر حمل 12 سے 14 ہفتوں سے زیادہ ہے تو:** - 0.2 mg انجکشن Ergometrine پٹھوں میں لگائیں (IM) یا - انجکشن Syntometrine (Syntocinon 5 units + Ergometrine 0.2mg) پٹھوں میں لگائیں - رحم کے اندر سے حمل کے حصوں کے اخراج کا انتظار کیجئے یا اخراج میں سہولت کیلئے syntocinon کی ڈرپ کو جیسے اوپر بیان کیا گیا ہے اسی طرح دیجیئے یا Misoprostol کی 200 mcg کی گولی (یعنی 100mcg کی 2 گولیاں یا 200mcg کی ایک گولی) منہ کے ذریعے یا پاخانے کے راستے سے دیں۔ (4-6 گھنٹوں کے بعد اگر ضرورت ہو تو دوبارہ یہی گولیاں اسی مقدار میں دیں مگر زیادہ سے زیادہ 800mcg تک دیجیئے) - اگر ضرورت ہو تو رحم کے اندر کسی رہ جانے والے حمل کے ٹکڑے نکالنے کے لئے رحم کی صفائی کی جائے۔

☆ زیادہ مقدار میں خون کا اخراج: جب فُرج سے خون کا اخراج ایسی تیزی سے ہو رہا ہو کہ پیڈ/کپڑا چند منٹوں میں تر بتر ہو جائے

حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج سے خون آنا
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.......)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
- کئی ہفتوں سے ماہواری نہ آئی ہو۔(دن چڑھ گئے) - عام طور پر فُرج سے زیادہ مقدار میں خون کا اخراج - پیٹ کے نچلے حصے (پیڑو) میں درد - حمل کے کچھ ٹکڑے فُرج سے خارج ہوئے ہوں	- (Shock) شاک کی کیفیت کی موجودگی یا غیر موجودگی دونوں ہوسکتی ہیں/پھیکی رنگت - فُرج سے زیادہ مقدار میں خون کا اخراج - رحم کا منہ کھلا ہو (Dilated cervix) - حمل کی مدت کے حساب سے رحم کا سائز چھوٹا	نامکمل اسقاطِ حمل (Incomplete abortion)	عمومی اقدامات کے ساتھ فُرج سے خون کے اخراج کا اندازہ لگائیے اور رحم کی صفائی کا انتظام کیجیے۔ - یہ انجکشن دیجیے: - Ergometrine 0.2 mg پٹھوں میں لگائیں (IM) **یا** - IM (Ergometrine 0.2 mg + Syntocinon 5 units) syntometrine یعنی پٹھوں میں لگائیں۔ - اگر خون کا اخراج زیادہ ہو تو Syntocinon کی ڈرپ دینا شروع کریں۔(Inj. Syntocinon کے 40 یونٹ ایک لیٹر نارمل سیلائن یا Ringer's lactate میں شامل کریں اور 40 قطرے فی منٹ کی رفتار سے نس میں دیں)۔ - **یا** 400 mcg کی (Misoprostol) کی گولیاں (100 mcg کی 4 گولیاں یا 200 mcg کی 2 گولیاں) (Cytotec کے نام سے دستیاب ہے) منہ کے ذریعے یا پاخانے کے راستے دیں۔ اگر ضرورت ہو تو چار گھنٹے بعد اسی مقدار میں یہی گولیاں دہرائیے۔مگر 800 mcg سے زیادہ نہ دیں۔ - اگر حمل کے ٹکڑے فُرج میں یا رحم کے منہ میں نظر آرہے ہوں یا محسوس ہو رہے ہوں تو انہیں انگلیوں کے ذریعے یا مخصوص فارسیپ (sponge forceps) کے ذریعے باہر نکال لیجیے۔ --- - رحم کی صفائی کیجیے۔اس کیلئے Manual vacuum aspiration کو ترجیح دیجیے یا مخصوص فارسیپ (Sponge forceps) استعمال کیجیے اور اگر ضروری ہو تو اوزاروں سے صفائی یعنی curettage کر دیجیے۔
- عام طور پر فُرج سے زیادہ مقدار میں خون کا اخراج - جی متلانا/متلی ہونا - پیٹ کے نچلے حصے میں درد - حمل کے کچھ حصوں کا فُرج سے اخراج جسکی شکل انگوروں سے ملتی ہو یا - حمل کے ٹکڑوں کا خارج نہ ہونا۔	- رحم کا مُنہ کُھلا ہوا/بند - تاریخوں کے حساب سے رحم کا سائز بڑا ہونا - رحم کا عام حالت کی نسبت نرم ہونا - رحم کے اطراف میں بیضہ دانیوں (ovaries) میں گلٹیوں (cysts) کی موجودگی - عام طور پر بچہ کی موجودگی کے آثار نہیں پائے جاتے۔ - Pre-eclampsia کا حمل کے اوائل میں ظاہر ہونا - شاک (Shock) کی کیفیت کی موجودگی یا غیر موجودگی کے ساتھ	مولر حمل (Molar Pregnancy)	مریضہ کو فوراً ایسے طبّی مرکز بھیجیں جہاں جامع (EmOC) طبّی سہولیات موجود ہوں۔اگر خون کا اخراج زیادہ ہو تو ابتدائی طبّی امداد دے کر بھیجیں۔

حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج سے خون آنا
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.......)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
- ماہواری کا بند ہونا - ممکن ہے کہ غیر محفوظ طریقے سے حمل ضائع کیا گیا ہو۔ - فُرج سے بدبودار مواد/ ☆معمولی یا زیادہ مقدار میں خون کا اخراج - حمل کے کچھ حصوں کا فُرج سے اخراج یا نہ خارج ہونا۔ - پیٹ کے نچلے حصے میں درد۔ - بخار۔ سردی کے ساتھ یا سردی کے بغیر - شاک (Shock) کی کیفیت کی موجودگی یا غیر موجودگی کے ساتھ	- شاک (Shock) کی کیفیت کی موجودگی یا غیر موجودگی دونوں ممکن ہیں۔ - بے چین/غنودگی اور پانی کی کمی کے آثار۔ - پیٹ دبانے کے بعد ہاتھ اُٹھانے سے درد کا بڑھ جانا (Rebound tenderness) - دُکھتا ہوا اور نرم رحم۔ - رحم کے مُنہ سے پیپ کا اخراج - رحم کے منہ کو ہلانے سے شدید درد۔	اسقاطِ حمل کے دوران انفیکشن (Septic Abortion)	- اگر Shock موجود ہو یا اس کا اندیشہ ہو تو اس کا علاج کیجئے (صفحہ 8)۔ - اسی دوران متعلقہ طبّی معلومات حاصل کیجئے۔ خاص طور پر جان بوجھ کر کئے گئے غیر محفوظ اسقاطِ حمل کے بارے میں، اور یہ کہ اسقاط کس سے کروایا گیا۔ - اگر زیادہ مقدار میں خون جاری ہو تو یہ انجکشن دیجئے: - 0.2 mg انجکشن IM Ergometrine یعنی پٹھوں میں لگائیں **یا** - انجکشن IM (Ergometrine 0.2 mg + 5 units syntocinon) syntometrine - انجکشن Syntocinon کی ڈرپ شروع کیجئے۔ انجکشن Syntocinon کے 40 یونٹ ایک لیٹر نارمل سیلائین یا رنگرز لیکٹیٹ میں ملائیں اور 40 قطرے فی منٹ کی رفتار سے نس میں دیں۔ - اگر فُرج یا رحم کے منہ میں حمل کے ٹکڑے/خون کے لوتھڑے نظر آئیں یا محسوس ہوں تو اُسے نکال دیجئے۔ طبّی معائنے سے اور اگر ممکن ہو تو الٹرا ساؤنڈ سے یہ یقین کر لیجئے کہ رحم مکمل طور پر صاف/خالی ہو چکا ہے۔ - فُرج میں کسی بیرونی شے مثلاً کوئی جڑی بوٹی، ادویات یا کسی کیمیائی چیز کی موجودگی کا جائزہ لیجئے۔ اگر کوئی چیز موجود ہو تو اُسے نکال دیجئے اور فُرج کو کسی انفیکشن ختم کرنے والی دوائی (اینٹی سپٹک) مثلاً Chlorhexidine محلول سے صاف کر دیجئے۔ --- - معمولی انفکشن کی صورت میں 5 سے 7 دن کیلئے منہ کے ذریعے اینٹی بایوٹیک ادویات لینا تجویز کریں مثلاً: - ہر آٹھ گھنٹے کے بعد Tab Augmentin (Amoxycillin + Clavulanic Acid 375 mg) **اس کے ساتھ ہی** - ہر آٹھ گھنٹے کے بعد Tab. Metronidazole 400 mg - اگر شدید انفکشن کی علامات ہوں تو نس میں (IV) کینولا لگائیں اور اسکے ذریعے اینٹی بایوٹک دینا شروع کر دیں مثلاً: - ہر چھ گھنٹے بعد Injection Ampicillin 1g **اور** - ہر آٹھ گھنٹے بعد Injection Gentamycine 80 mg **اور** - ہر آٹھ گھنٹے بعد Injection Metronidazole 500 mg

☆ معمولی مقدار میں خون کا اخراج: جب کئی گھنٹوں کے استعمال کے باوجود کپڑے یا پیڈ پر خون کے صرف دھبے نظر آئیں۔

حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج سے خون آنا

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.......)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
		اسقاطِ حمل کے دوران انفیکشن (Septic Abortion)	بخار اُترنے کے 48 گھنٹوں بعد تک IV اینٹی بیوٹیکس کا استعمال جاری رکھیئے۔ اس کے بعد اگلے 5 سے 7 دن تک منہ کے ذریعے دی جانے والی اینٹی بایوٹیکس استعمال کروایئے۔ - اگر مریضہ کے لئے تشنج کے خطرے کا امکان ہو اور یہ یقین نہ ہو کہ اُسے حفاظتی ٹیکہ لگ چکا ہے تو تشنج کی ویکسین IM Anti tetanus serum 1500 یونٹس اور IM (TT)Tetanus Toxoid .05 ml یعنی پٹھوں میں لگائیں۔ (مستقبل میں تحفظ کیلئے 4 ہفتوں کے بعد دوبارہ TT لگایئے) - تولیدی راستے (genital tract)، پاخانے، پیشاب کے راستے اور مثانے (bowels, urinary bladder) میں کسی زخم/ چوٹ کی موجودگی کا جائزہ لیجیئے اور حسبِ حالت اقدامات کیجیئے۔ یعنی اگر ایسا اندیشہ ہو تو فوراً ایسے صحت مرکز بھجیں جہاں جامع طبّی سہولیات موجود ہوں۔ - مریضہ کی طبیعت سنبھلنے کے بعد اور IV اینٹی بایوٹیکس دینے کے بعد اگر رحم کے اندر حمل کے ٹکڑے موجود ہوں تو رحم کی صفائی کیجیئے۔ - اگر فُرج یا رحم کے منہ میں کوئی چیرے آئے ہوئے ہوں تو انہیں سی کر درست کر دیجیئے۔ - اگر Gas gangrene کے مرض کا اندیشہ ہو تو کسی بڑے ہسپتال میں بھجوایئے۔ **اگر غیر محفوظ طریقے سے اسقاطِ حمل کیا گیا ہو تو عین ممکن ہے کہ بچہ دانی، پیشاب کی تھیلی یا آنتیں بھی زخمی ہو گئی ہوں**
- دانستہ اسقاطِ حمل - پیٹ میں دَرد - کندھوں میں دَرد - بخار سردی کے ساتھ یا اس کے بغیر - متلی محسوس ہونا/ متلی ہونا - معمولی یا زیادہ مقدار میں خون کا اخراج	- پیٹ پھُولا ہوا - پیٹ میں تناؤ (سخت اور کھچاوٹ) - پیٹ دبانے کے بعد ہاتھ اُٹھانے سے درد کا بڑھ جانا (Rebound tenderness) - آنتوں کی حرکت (Bowel sounds) کی غیر موجودگی - شاک (Shock) کی کیفیت کی موجودگی یا غیر موجودگی کے ساتھ	رحم، فرج یا آنتوں میں زخم یا مجروح (Uterine, vaginal or bowel injuries)	مریضہ کو فوراً ایسے صحت مرکز بھیج دیں جہاں جامع (EmOC) طبّی سہولیات ہوں۔

حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج سے خون آنا

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.......)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
- پیٹ / کندھے میں دَرد - بیہوشی کا عالم - معمولی خون جاری ہونا	- شاک (Shock) کی کیفیت - پھیکی رنگت (خون کی کمی) - پھولا ہوا پیٹ - پیٹ میں خون کی موجودگی (Free Fluid) - پیٹ دبانے کے بعد ہاتھ اُٹھانے سے درد کا بڑھ جانا (Rebound tenderness) - رحم معمول سے ذرا زیادہ بڑا اور نرم - رحم کا منہ بند - رحم کی گردن **(Cervix)** کو ہلانے سے درد - رحم کے ایک طرف رسولی/سوجن، جسے دبانے سے درد ہو☆	رحم سے باہر نلوں میں ٹھہرے ہوئے حمل کا پھٹ جانا (Ruptured Ectopic Pregnancy)	مریضہ کو ابتدائی طبّی امداد دے کر فوراً کسی ایسے طبّی مرکز بھیج دیں۔ جہاں آپریشن کرنے کی سہولت ہو۔ یاد رہے جان جانے کا خطرہ ہے!۔ پیسوں کا مناسب انتظام اور خون کا عطیہ دینے والوں کو بھی ساتھ بھیجیں۔
- پیٹ میں درد ہو بھی سکتا ہے اور نہیں بھی۔ - بیہوشی/غشی کے دورے۔	- عام طور پر شاک کی کیفیت موجود نہیں - پیٹ دبانے کے بعد ہاتھ اُٹھانے سے درد کا بڑھ جانا (Rebound tenderness) - رحم معمول سے کچھ بڑا اور نرم - رحم کا منہ بند (os) - رحم کی گردن (Cervix) کو ہلانے سے درد - رحم کے ایک طرف رسولی/سوجن جسے دبانے سے درد ہو☆	رحم سے باہر حمل جو ابھی پھٹا نہیں ہے (Unruptured Ectopic Pregnancy)	مریضہ کو فوراً کسی ایسے طبی مرکز بھیجیں جہاں جامع طبّی سہولت ہوں۔

☆ بہت نرم ہاتھوں سے معائنہ کیجیئے کیونکہ سخت ہاتھ لگانے سے رحم سے باہر نلوں میں ٹھہرا ہوا حمل پھٹ سکتا ہے۔

حمل کے ابتدائی مرحلے میں فُرج سے خون آنا
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
- پیٹ میں ہلکا درد - فُرج سے معمولی خون کا اخراج	- رحم کا سائز تاریخوں کے مطابق ہو - رحم معمول سے زیادہ نرم ہو - رحم کا منہ (os) بند ہو - شاک کی کیفیت موجود نہیں	اسقاطِ حمل کا اندیشہ (Threatened abortion)	عورت کو مشورہ دیں کہ: - کسی مشقت یا سخت کام سے گریز کرے مگر بستر پر مستقل آرام ضروری نہیں۔ - جنسی ملاپ سے پرہیز کریں۔ - اگر خون آنا بند ہو جائے تو باقاعدگی سے حمل کے دوران معائنے کیلئے کلینک میں بُلایئے۔ - روزانہ 5mg فولک ایسڈ کی گولیاں تجویز کیجیئے۔ - متوازن خوراک کھانے کا مشورہ دیجیئے (دودھ، گوشت، انڈے، دال، تازہ سبزیاں، پھل اور روٹی/ چاول وغیرہ) مالی مشکلات کا خیال رکھتے ہوئے مشورہ دیں۔ - اگر دوبارہ خون جاری ہو جائے تو صورتحال کا اندازہ لگایئے۔ - اگر خون کا اخراج جاری رہے تو بچہ کی نشوونما/ زندگی یا رحم سے باہر حمل کا اندازہ لگایئے (ممکن ہو تو الٹرا ساؤنڈ کروایئے) خون کا اخراج جاری رہنا بالخصوص جب رحم کا سائز توقع سے زیادہ بڑا ہو تو وہ ایک سے زیادہ بچے (جڑواں وغیرہ) یا مولر حمل (Molar pregnacny) کی نشاندہی کرتے ہیں۔ غیر ضروری دوائیاں مثلاً ہارمونز (Oestrogens یا progestins) یا tocolytic agents مثلاً: Salbutamol یا Indomethacine نہ دیں کیونکہ ان سے اسقاط نہیں رکے گا۔
- پیٹ کے نچلے حصے (پیڑو) میں ہلکے درد - خون کے لوتھڑے یا حمل کے ٹکڑوں کے اخراج کے بعد خون کے اخراج میں کمی	- رحم حمل کی مدت کے حساب سے چھوٹا ہو - رحم معمول سے زیادہ نرم ہو - رحم کا منہ بند ہو - شاک کی کیفیت موجود نہیں	مکمل اسقاطِ حمل (Complete abortion)	رحم کی صفائی کی ضرورت نہیں۔ فولک ایسڈ اور فولاد کی گولیاں تجویز کیجیئے۔ تین مہینے تک خاندانی منصوبہ بندی کے طریقے استعمال کرنے کا مشورہ دیں۔
- پیٹ میں معمولی مروڑ یا مروڑ نہ ہونا - فُرج سے کچھ خارج نہ ہوا ہو یا معمولی خون کا دھبّہ لگا ہو - ماہواری بند ہونے کے باوجود حمل کی کوئی نشانی نہیں مثلاً متلی وغیرہ	- رحم حمل کی مدت کے حساب سے چھوٹا ہو - رحم معمول سے زیادہ نرم ہو - رحم کا منہ بند ہو - شاک کی کیفیت موجود نہیں	پوشیدہ اسقاطِ حمل (Missed Abortion)	اگر تشخیص کے 4 ہفتوں کے اندر حمل کا اخراج خود بخود نہیں ہوتا تو اسے صحت مرکز بھیج دیں جہاں ضرورت پڑنے پر رحم کی صفائی کرنے کی سہولت ہو۔

حمل کے آخری دور اور دردِزہ کے دوران فُرج سے خون کا اخراج

VAGINAL BLEEDING IN LATER PREGNANCY & LABOUR
(Antepartum Haemorrhage)

حمل کے آخری دور اور دردِ زہ کے دوران فرج سے خون کا اخراج
(اینٹی پارٹم ہیمرج)

- آنول کا قبل از وقت اُکھڑنا (Abruptio Placentae)
  - ملا جلا / (پوشیدہ + ظاہر) Combined (Concealed +Revealed)
  - ظاہر (نظر آنے والا) (Revealed)
  - پوشیدہ (Concealed)
- آنول کا رحم کے نچلے حصے میں پیوست ہونا (Placenta praevia)
- رحم کا پھٹنا (Ruptured Uterus)
- 'شو' خون آلود رطوبت کا معمول سے زیادہ اخراج (ولادت سے قبل) (Show)
- اتفاقی وجوہات جو بہت کم ہوتی ہیں مثلاً:
  - رحم کے منہ پر معمولی رسولی (Cervical Polyp)
  - رحم کے منہ میں شدید سوزش (cervicitis)
  - رحم کے منہ کا کینسر (Cervical Cancer)

خون کے جمنے کی صلاحیت کی کمی (Coagulopathy)

یہ زیادہ خون ضائع ہونے کی ایک وجہ بھی ہو سکتی ہے اور حمل کے دوران بہت زیادہ خون ضائع ہونے کا نتیجہ بھی

گلابی خانے ایسی صورتحال ظاہر کرتے ہیں جن میں جان جانے کا خطرہ ہوتا ہے

حمل کے آخری دور اور دردِزَہ کے دوران فُرج سے خون کا اخراج

cVAGINAL BLEEDING IN LATER PREGNANCY & LABOUR
(Antepartum Haemorrhage)

اینٹی پارٹم ہیمرج ANTEPARTUM HAEMORRHAGE (APH)

حمل کے 24 ہفتے مکمل ہونے کے بعد فُرج سے خون کا اخراج۔ (بین الاقوامی ادارہ صحت (WHO) کے مطابق حمل کے 22 ہفتے مکمل ہونے کے بعد خون کا اخراج)۔
اگر دردِزہ کے دوران بچے کی پیدائش سے قبل خون آنے لگے تو اسے انٹرا پارٹم ہیمرج (Intrapartum Haemorrhage) بھی کہتے ہیں۔

اینٹی پارٹم ہیمرج کی وجوہات:

- 'شو' (ولادت سے قبل فُرج سے خارج ہونے والی خون آلود رطوبت) کی زیادتی
- آنول کا رحم میں قبل از وقت اُکھڑ جانا (Abruptio Placentae)
- رحم کے نچلے حصے میں آنول کا واقع ہونا اور پھر قبل از وقت اکھڑ جانا (Placenta Praevia)
- رحم کا پھٹ جانا (Ruptured Uterus)

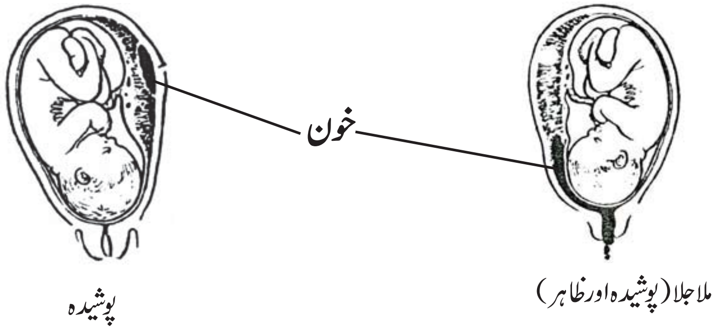
☆ شو (Show)

دردِزہ شروع ہونے کے ساتھ فرج سے خون آلود لیس دار رطوبت کا خارج ہونا۔ اکثر اس رطوبت کے ساتھ تازہ خون بھی آتا ہے جس کی مقدار زیادہ بھی ہو سکتی ہے۔

☆ آنول کا رحم میں قبل از وقت اُکھڑ جانا (Abruptio Placentae / Accidental Haemorrhage)

جب بچہ کی ولادت سے قبل نارمل/صحیح جگہ پر قائم آنول (Placenta) کا بچہ دانی کی دیوار سے علیحدہ ہو جانے کی وجہ سے خون جاری ہو تو اس جاری خون کی درج ذیل صورتیں ہو سکتی ہیں:

- **پوشیدہ:** جب آنول کے علیحدہ ہونے کے باوجود فُرج سے خون خارج نہیں ہوتا اور اندر ہی جمع ہوتا رہے۔ اس صورت میں تشخیص میں تاخیر ہو سکتی ہے۔
- **ظاہر/ نظر آنے والا:** جب آنول کے علیحدہ ہونے کے باعث فُرج سے خون خارج ہو اور نظر آئے۔
- **مِلا جُلا (پوشیدہ اور ظاہر):** جاری خون کا کچھ حصہ پوشیدہ رہتا ہے اور کچھ خون فرج سے باہر بہتا نظر آتا ہے۔

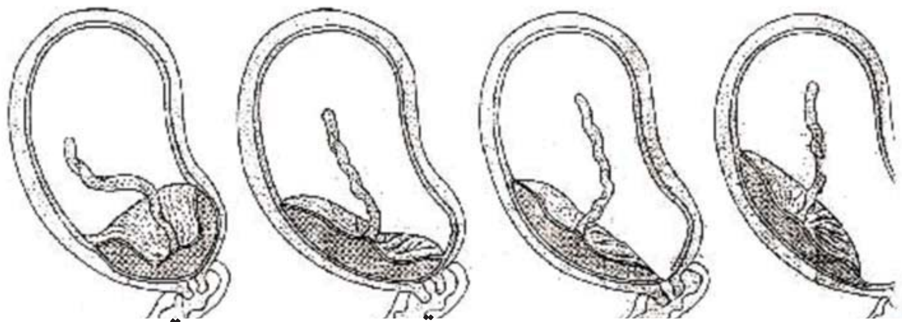


بچہ کی پیدائش سے قبل صحیح جگہ پر قائم آنول کا اکھڑ جانا (Abruptio Placenta e)

کوویلیئر رحم (Couvelaire Uterus): آنول کے قبل از وقت اُکھڑ جانے (Abruptio Placenta) کی صورت میں رحم سوج جاتا ہے، رحم کے ریشوں میں خون جم جاتا ہے اور رحم کا رنگ جامنی ہو جاتا ہے۔

☆ آنول کا رحم کے نچلے حصے میں واقع ہونا/(Placenta Praevia)

ایسی آنول جو رحم کے نچلے حصے میں واقع ہوتی ہے۔اور یہ آنول رحم کے مُنہ (os) کو بھی ڈھانک سکتی ہے۔ پلاسنٹا پرائیو یا مختلف درجے کا ہوسکتا ہے۔ پہلے درجے سے چوتھے درجے تک۔ درجات کا دارومدار اس پر ہوتا ہے کہ آنول رحم میں کتنے نیچے درجے پر واقع ہے۔ پہلے اور دوسرے درجے معمولی درجہ پلاسینٹا پریویا اور تیسرے اور چوتھے درجے انتہائی درجہ پلاسینٹا پریویا سمجھے جاتے ہیں۔ یہ آنول اگر رحم کی دیوار سے اکھڑ جائے تو خون جاری ہوجاتا ہے جو فرج سے خارج ہوتا ہے۔



پلاسینٹا پریویا کے درجات

Placenta Accreta / Increta / Percreta

معمول کی آنول رحم کی اندرونی تہہ (endometrium) سے چپکی ہوتی ہے۔کبھی کبھی آنول کی غیر معمولی پیوستگی ہوتی ہے جو زیادہ تر پلاسنیٹا پریویا کی صورت میں ہوتی ہے مگر یہ کیفیت نارمل جگہ پر واقع آنول میں بھی ہوسکتی ہے۔اس صورت میں آنول رحم کی دیوار میں اتنی گہرائی تک پیوست ہوتی ہے کہ وہ رحم کی دیوار کی درمیانی تہہ (Myometrium) تک پہنچ کر اُس میں داخل ہوجاتی ہے۔ایسی صورت میں آنول (پلاسینٹا) کو رحم کی دیوار سے علیحدہ کرنا آسان نہیں ہوتا اور اکثر آنول کو اندر ہی چھوڑنا پڑتا ہے۔

☆ رحم کا پھٹنا (Ruptured Uterus) :

رحم درج ذیل وجوہات کی بناء پر پھٹ سکتی ہے۔

- دردِزہ کی طوالت
- بچے کے باہر نکلنے میں کوئی رکاوٹ۔
- انجکشن Syntocinon کا غیر دانشمندانہ استعمال، بالخصوص ایسی خواتین کیلئے جو ایک سے زیادہ زچگیوں سے گزر چکی ہوں (Multiparous)
- اگر رحم پر کسی گزشتہ سرجری کے زخم کا نشان موجود ہو مثلاً myomectomy / caesarean section وغیرہ۔

☆ حمل کے آخری دور یا دردِزہ کے دوران فرج سے خون آنے (APH) کی اتفاقی وجوہات:

حمل کے دوران فرج سے خون کا اخراج ان وجوہات کی وجہ سے بھی ہوسکتا ہے:

- رحم کے مُنہ پر معمولی رسولی (Cervical Polyp)
- رحم کے مُنہ میں شدید سوزش (Cervicitis)
- کبھی کبھار رحم کی گردن (Cervix) کے کینسر کی وجہ سے بھی ہوسکتا ہے۔

☆ خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی کے باعث خون کا بند نہ ہونا یا جاری رہنا(Coagulopathy) :

اس صورتحال کی درج ذیل وجوہات ہوسکتی ہیں:

- حمل یا دردِزہ کے دوران یا بچے کی پیدائش کے بعد زیادہ مقدار میں خون کا جاری ہونا (Massive Obstetric Haemorrhage)
- قبلِ از وقت آنول کا اُکھڑنا (Abruptio Placentae)
- رحم میں بچہ کی موت (Intra uterine death)
- ایکلیمپشیہ (Eclampsia)
- شدید انفیکشن (Septicaemia)
- بچے کی تھیلی کا پانی، خون کی شریانوں میں داخل ہوجانا (Amniotic fluid embolism)
- مولر حمل (Hydatidiform mole)
- کئی دوسری وجوہات کے باعث بھی ایسا ہوسکتا ہے۔

اس صورتحال کا عام طور پر تب پتا چلتا ہے جب کسی خراش یا ان جگہوں سے جہاں ٹیکہ لگایا گیا ہو یا فُرج سے مسلسل خون جاری ہوجائے یا پیشاب میں خون آنے لگے۔ یہ بھی ہوسکتا ہے کہ مریضہ میں کوئی علامات ظاہر نہ ہوں اور صحیح صورتحال کا علم صرف bedside clotting test یعنی خون جمنے کے ٹیسٹ (باکس نمبر1، نیچے) یا لیبارٹری ٹیسٹ سے ہوتا ہے۔

وارڈ میں خون جمنے کا ٹیسٹ (Bedside Clotting Test)

باکس نمبر1:

خون جمنے کی صلاحیت کا ٹیسٹ
- ml 2 خون نس سے نکالیں اور صاف اور سوکھی ہوئی شیشے کی ٹیسٹ ٹیوب یا دُھلے ہوئے خالی انجکشن کے وائل میں ڈالیں۔
- مٹھی میں دبا کر پکڑ لیں تا کہ گرم رہے (37^0C)۔
- 4 منٹ کے بعد ہلکے سے ٹیسٹ ٹیوب کو ٹیڑھا کریں اور دیکھیں کہ خون جما کہ نہیں، اُس کے بعد ہر ایک منٹ بعد ٹیسٹ ٹیوب کو ٹیڑھا کریں اور دیکھیں کہ خون جما کہ نہیں۔
- اگر 7 منٹ بعد بھی خون نہ جمے یا خون کا نرم سا لوتھڑا بنے جو آسانی سے ٹوٹ جائے تو یہ اس بات کی نشاندہی ہے کہ خون میں جمنے کی صلاحیت کم ہوگئی ہے۔

مریضہ کا طبّی معائنہ

ایسی مریضہ کے طبّی معائنے کیلیئے ہدایات جنہیں حمل کے آخری دور اور/ یا دردِزہ کے دوران فرج سے خون آنے کی شکایت ہو۔

طبّی معائنہ	
اندرونی معائنہ نہ کریں ضائع ہونے والے خون کی مقدار کا اندازہ لگائیں۔	**اس مرحلے پر فُرج کا معائنہ مت کیجیئے** بہنے والے خون کی مقدار کا اندازہ لگایئے: - اگر خون بہنا رک جائے یا معمولی خون بہہ رہا ہو اور پورے دنوں کا حمل نہ ہو تو اندرونی معائنہ سے گریز کیجیئے۔ - اگر خون زیادہ مقدار میں بہہ رہا ہو یا بچہ کو خطرہ (Fetal distress) ہو یا پورے دنوں کا حمل ہو تو دہرے سیٹ اپ میں معائنہ کیجیئے یعنی اندورنی معائنہ تب کریں جب آپریشن کرنے کے لئے ڈاکٹر موجود ہو اور آپریشن تھیٹر مکمل طور پر تیار ہو۔ اگر صحت مرکز میں ایسی سہولیات نہ ہوں تو ابتدائی طبّی امداد دے کر مریضہ کو ایسے صحت مرکز بھیج دیں جہاں جامع EmOC سہولیات ہوں۔ **نوٹ:** - اگر مریضہ دردِزہ میں مبتلا ہو اور بچے کی ولادت کیلیئے آلات (Forceps) سے بھی کوشش کی جا چکی ہو تو فُرج یا رحم کے منہ پر زخم (Lacerations) موجود ہو سکتے ہیں جن سے خون جاری ہو سکتا ہے۔
تفتیش (جہاں سہولیات میسر ہوں)	- ہیموگلوبین Total leucocyte count, platelets - خون میں شکر کی مقدار - خون کا گروپ اور ریسس فیکٹر (Rhesus factor) - پروٹین اور شکر کیلیئے پیشاب کا ٹیسٹ - اگر خون جمنے کی صلاحیت کی کمی (coagulopathy) کا اندیشہ ہو تو خون جمنے کا ٹیسٹ (Bedside clotting test) (صفحہ 19) - اگر خون کے اخراج سے زندگی کو خطرہ نہیں تو بچے کی عمر اور زندگی کے ثبوت اور آنول کی پیوستگی کی جگہ معلوم کرنے کیلیئے الٹراساؤنڈ۔ **نوٹ:** کسی اور پیچیدگی کی صورت میں کئی دوسرے ٹیسٹ کروانے کی ضرورت بھی ہو سکتی ہے۔

مریضہ کا طبّی معائنہ

ایسی مریضہ کے طبّی معائنے کیلیئے ہدایات جنہیں حمل کے آخری دور اور/یا دردِزہ کے دوران فُرج سے خون آنے کی شکایت ہو۔

<table>
<tr><td colspan="2">طبّی معائنہ</td></tr>
<tr><td>گذشتہ طبّی معلومات
(History)</td><td>براہِ راست مریضہ سے یا مریضہ کے ساتھ اگر کوئی ہو تو اُس سے درج ذیل معلومات حاصل کیجیئے اور ریکارڈ کیجیئے۔

اسی دوران ہنگامی امداد بھی دیتے جایئے اور ہسٹری بھی ریکارڈ کیجیئے۔

- کب سے ماہواری نہیں آئی / آخری ماہواری کی تاریخ
- فُرج سے خون کا اخراج کب سے ہو رہا ہے اور کتنی مقدار میں ہو رہا ہے۔
- پیٹ میں درد (مستقل یا وقفے سے۔ کتنی دیر تک اور کتنی شدت سے ہوتا ہے)
- بچے کی حرکت (موجود/ غیر موجود/ کمی ہوئی ہے)
- زخمی (گھریلو تشدد/ گر پڑی/ سڑک پر ٹریفک کا حادثہ)
- (oxytocics) استعمال کیا؟ مثلاً syntocinon یا Ergometrine
- کیا رحم کا پہلے کوئی آپریشن ہوا؟
- موجودہ یا گذشتہ حمل میں بلڈ پریشر زیادہ (Hypertension) تو نہیں تھا</td></tr>
<tr><td>عمومی جسمانی معائنہ</td><td>- اہم کیفیات چیک کیجیئے اور لکھیئے (بلڈ پریشر، نبض، تنفس اور درجہ حرارت)
- مریضہ کی عام صحت کا جائزہ لیجیئے (خون کی کمی، خوراک کی کمی)
- پھیپھڑوں، دل، پیٹ اور ہاتھ پاؤں کا جائزہ لیجیئے۔
- پیٹ کے معائنے میں چیک کیجیئے:
  - آیا رحم میں تناؤ ہے اور سخت ہے یا ڈھیلا اور نرم ہے۔
  - آیا رحم میں کسی ایک مخصوص مقام پر دُکھن یا تکلیف ہے۔
  - رحم میں بچے کا محلِ وقوع اور رُخ
  - آیا بچے کا سر نیچے آ کر کولہے کی ہڈی کے اندر داخل ہو چکا ہے کہ نہیں۔
  - بچے کے جسم کے حصوں کو با آسانی محسوس کیا جا سکتا ہے یا نہیں۔
  - بچے کے دل کی دھڑکن سنائی دے رہی ہے یا نہیں
  - پیٹ پھولا ہوا ہے یا پیٹ میں خون جمع ہونے کی علامات ہیں (ممکن ہے کہ رحم پھٹ گیا ہو)۔</td></tr>
</table>

حمل کے آخری دور اور دردِزہ کے دوران فُرج سے خون کا اخراج

عمومی علاج

تمام ضروری عملے کو بلائیں اور سامان کا انتظام کریں

- فوری طور پر تمام موجود کارکنوں کو اکٹھا کر لیجئے۔ ٹیم کے افراد مل جل کر مریضہ کو بہتر طبّی امداد فراہم کر سکتے ہیں۔
- فوری طور پر مریضہ کی عمومی کیفیات کا جائزہ لیجئے مثلاً بلڈ پریشر، نبض کی رفتار، تنفس اور درجۂ حرارت۔ بچہ کی حالت کا جائزہ لیجئے اور خون کتنی مقدار میں ضائع ہوا اندازہ لگائیے (نظر آنے والے خون/ پوشیدہ خون کا)

اس مرحلے پر فُرج کا اندرونی معائنہ مت کیجئے

- اگر مریضہ شاک (Shock) کی حالت میں ہو یا اس کا اندیشہ ہو تو فوری علاج شروع کر دیجئے۔ یاد رکھیئے کہ اسکی حالت تیزی سے بگڑ سکتی ہے۔
- دو بڑے سائز کا IV کینولا نس میں لگائیں۔ (سائز 14 یا اس سے بڑا) تا کہ زیادہ خون بہنے کی صورت میں دوسرے کینولا سے خون یا محلول دیا جا سکے۔
- اسی کینولا سے تھوڑا سا خون تقریباً 20 ml حاصل کر لیں تا کہ ہیموگلوبن، خون میں شکر کی مقدار، خون کا گروپ اور خون چڑھانے کیلئے خون کی مطابقت کا اندازہ لگایا جا سکے۔
- اگر خون کے جمنے کی صلاحیت کی کمی (Coagulapathy) کا اندیشہ ہو تو خون جمنے کا ٹیسٹ (beside clotting test) (صفحہ 19) کیجئے۔
- نارمل سیلائن (Normal saline) یا رنگرز لیکٹیٹ (Ringer's Lactate) نس کے ذریعے (IV) دیجئے۔ اگر مریضہ شاک کی حالت میں ہے تو تیزی سے دیجئے۔
- اگر مریضہ درد محسوس کر رہی ہو تو پٹھے میں لگائیے:
  - انجکشن Pethidine 50 سے 100 mg

  یا

  - انجکشن Nubain 10 سے 20 mg
- اگر خون زیادہ مقدار میں ضائع ہو رہا ہو تو پیشاب کی نلکی (Foley's catheter) لگائیے اور پیشاب کی مقدار کا اندازہ لگائیے۔
- داخل کردہ مائع (IV Fluids) کا باقاعدہ ریکارڈ رکھنے اور مائع کے توازن کیلئے چارٹ بنائیے (Fluid balance chart)
- اگر کسی قسم کے آپریشن کی ضرورت متوقع ہو تو منہ کے ذریعے کوئی مائع یا خوراک مت دیجئے۔
- ہر پندرہ سے تیس منٹ کے بعد نبض کی رفتار، تنفس، درجۂ حرارت، بچہ کی حالت اور ضائع شدہ خون کی مقدار کا اندازہ لگائیے۔
- اگر خون زیادہ مقدار میں جاری ہو یا بچہ کی زندگی کو خطرے کا امکان ہو تو فوراً بچہ کی پیدائش کا انتظام کیجئے۔
- اگر جامع EmOC سہولیات صحت مرکز میں موجود نہیں ہیں تو ایسے صحت مرکز بھجوائیے (refer) جہاں آپریشن اور خون کے بینک کی سہولیات موجود ہوں۔
- مریضہ کیلئے خون کا عطیہ دینے کے لئے رشتہ داروں اور عزیزوں سے رجوع کیجئے اور مشورہ دیجئے کہ وہ مریضہ کے ساتھ جائیں۔

- اگر خون زیادہ مقدار میں جاری ہو تو کم از کم 2 سے 4 بوتل خون کا بندوبست کیجئے۔
- اگر ضرورت ہو تو خون چڑھائیے۔ ہنگامی صورتحال میں زندگی بچانے کیلئے فوری ضرورت ہو تو مطابقت کئے بغیر (uncross matched) O نیگیٹو خون بھی دیا جا سکتا ہے۔ یا مریضہ کے اپنے گروپ کا خون بغیر مطابقت کے (uncross matched) بھی دیا جا سکتا ہے۔

حمل کے آخری دوراور/ یا دردِزہ کے دوران فرج سے خون کا اخراج

مسئلے کی نشاندہی اور علاج

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
- فُرج سے رطوبت کے ساتھ **زیادہ** خون آنا	- دردِزہ کے ابتدائی آثار - دردزہ رہ رہ کراور بے قاعدگی سے آنا	شویعنی دردِزہ کا عمل شروع ہونے سے قبل فُرج سے خون آلود رطوبت کا **زیادہ** اخراج (Show)	- تصدیق کریں کہ دردِزہ شروع ہوگیا۔ - حسب ہدایات (Protocol) کے مطابق دردِزہ کے دوران دیکھ بھال اور بچہ کی پیدائش کا انتظام کریں۔
- حمل کے 28 ہفتے کے بعد فُرج سے خون آنا (جو رحم میں بھی اکٹھا ہوسکتا ہے) - پیٹ میں وقفے سے یا مستقل درد - بچہ کی حرکت کم ہونا یا نہ ہونا - بلڈ پریشر کا بڑھ جانا یا - external version (بیرونی دباؤ سے بچے کی پوزیشن تبدیل کرنے کی کوشش) یا پیٹ پر چوٹ آئی ہو	- شاک (Shock) کی کیفیت کہیں زیادہ ہو مگر خون زیادہ مقدار میں نہ ضائع ہو رہا ہو۔ - رحم میں کھچاوٹ اور تناؤ/ رحم میں دُکھن یا تکلیف - بچے کے جسم کے حصے نیچے آگئے ہوں (engaged) - بچے کی جان کو خطرہ (Fetal distress) یا بچے کے دل کی دھڑکن کی غیر موجودگی۔	صحیح جگہ پر واقع آنول کا قبل از وقت جگہ سے اُکھڑ جانا (Abruptio Placentae)	- خون جمنے کے ٹیسٹ (Bedside clotting test) (صفحہ 19) کے ذریعے خون کے جمنے کی صلاحیت کا اندازہ لگایئے۔ اگر 7 منٹ کے اندر خون نہ جمے یا ایسا ہلکا جمے کہ آسانی سے اسکا جماؤ ختم ہو جائے تو (coagulopathy) ممکن ہے۔ (صفحہ 25) - ضرورت کے مطابق خون چڑھانے کا انتظام کریں۔ ☆ اگر خون **زیادہ مقدار** میں جاری ہو/ **درمیانے درجے** کا خون کا اخراج ہو (جو دیکھا جا سکے یا مخفی ہو) تو بچے کی پیدائش کا انتظام جتنی جلدی ممکن ہو کریں۔ (عام طور پر ان حالات میں بچہ مر چکا ہوتا ہے اور ماں کی جان کو بھی خطرہ ہوتا ہے) - اگر واضح طور پر بچے کی پیدائش قریب ہو (second stage) اور بچے کا رُخ (Presenting Part) پیرینیم (Perineum) میں آچکا ہو تو ویکیوم ایکسٹریکشن (Vacuum extraction) یا آلات (Forceps) کی مدد سے بچے کی پیدائش کیجیئے۔ - اگر بچے کی پیدائش فوری متوقع نہیں ہو تو ابتدائی طبی امداد کے بعد مریضہ کو فوراً ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں جامع EmOC کی سہولیات موجود ہوں۔ تا کہ ضرورت پڑنے پر آپریشن کیا جا سکے۔ ☆ اگر خون کا اخراج **معمولی** نوعیت کا ہو (ماں کی جان کو فوری خطرہ نہیں ہے۔) ایسی صورت میں علاج کا دارومدار بچے کے دل کی دھڑکن اور رحم کے منہ کی موافق (Favourable) و ناموافق (Unfavourable) صورتحال پر ہوتا ہے۔ - اگر بچہ کی دل کی دھڑکن **معمول** کے مطابق ہے یا دھڑکن **نہیں** ہے اور رحم کا منہ موافق ہے یا اگر غیر موافق بھی ہے مگر بچہ کے گرد جھلی پھاڑنا (ARM) ممکن ہے تو Kocher clamp سے یا اگر (amni hook) دستیاب ہے تو اس کی مدد سے جھلیوں میں شگاف/ سوراخ کریں۔ - اگر دردِزہ (Uterine contractions) کمزور ہوں تو Syntocinon Infusion دے کر دردِزہ بڑھایئے (صفحہ 80)۔ - اگر رحم کا منہ ناموافق (unfavourable) ہو تو آپریشن (Caesarean Section) کی ضرورت پڑ سکتی ہے اس لئے مریضہ کو ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں جامع EmOC سہولیات موجود ہوں۔

حمل کے آخری دوراور/ یا دردِزہ کے دوران فرج سے خون کا اخراج

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری ....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
		صحیح جگہ پرٹھہری آنول کا قبل از وقت جگہ سے اُکھڑ جانا (Abruptio Placentae)	زچگی سے پہلے خون جاری ہونے (APH) کی صورت میں، زچگی کے بعد زیادہ خون ضائع ہونے (PPH) کا امکان بڑھ جاتا ہے اوراس لئے PPH کے علاج کے لئے پیشگی تیار رہیئے۔ یادرکھیں APH کمزوری اور PPH موت کا سبب بنتا ہے۔ Abruptio Placentae یا آنو نال کے قبل از وقت اُکھڑنے کی وجہ سے پیدا ہونے والی پیچیدگیاں: - خون زیادہ ضائع ہونے کی وجہ سے شاک (Shock) - خون جمنے کی صلاحیت میں خرابی - گردوں کی کام کرنے کی صلاحیت ختم ہوجانا - بچے کو پیدائش کے بعد سانس لینے میں دشواری اور آکسیجن کی کمی (asphyxia) - ماں یا بچے کی یا دونوں کی موت
- حمل کے **28** ہفتوں کے بعد فرج سے خون آنا - عام طور پر پیٹ میں درد نہیں ہوتا۔ - وقفے وقفے سے فُرج کے راستے خون جانے کی ہسٹری ("warning bleeds") ہوسکتی ہے - جنسی ملاپ کے بعد بھی خون ٹپک سکتا ہے۔	- شاک (Shock) کی کیفیت ظاہری ضائع شدہ خون کی مقدار کے مطابق - ڈھیلا نرم رحم جس میں تکلیف نہیں ہوتی - رحم کا نچلا حصہ خالی محسوس ہوتا ہے۔ - بچہ کی پوزیشن آڑی ہوسکتی ہے۔ - بچہ عام طور پر معمول کی حالت میں ہوتا ہے۔ یعنی بچہ کی دل کی دھڑکن کی رفتار صحیح ہوتی ہے۔	آنو نال کا رحم کے نچلے حصے میں واقع ہونا اور پھر قبل از وقت اکھڑ جانا (Placenta Praevia)	**انتباہ:** - اس وقت تک فرج کا معائنہ مت کیجیئے جب تک کہ آپریشن کے ذریعے پیٹ چاک کرکے بچہ نکالنے (Caesarean Section) کی سہولیات موجود نہ ہوں اورفوری آپریشن کی تیاریاں مکمل نہ کرلی گئی ہوں۔ - اگر رحم میں غلط جگہ آنول واقع ہونے کی (Placenta Praevia) **تشخیص** ہوجائے یااس کا **شُبہ** ہو تو مریضہ کو ایسے صحت مرکز میں بھجوایئے جہاں زچگی کیلئے ہنگامی امداد (EmOC) کی جامع سہولیات موجود ہوں۔ - رشتہ داروں اور عزیزوں کو مشورہ دیں کہ جانے سے پہلے رقم کا انتظام کریں اور کم از کم دو شخص خون کا عطیہ دینے کے لئے ساتھ لے جائیں۔

حمل کے آخری دور اور/ یا دردِزہ کے دوران فرج سے خون کا اخراج

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری......)

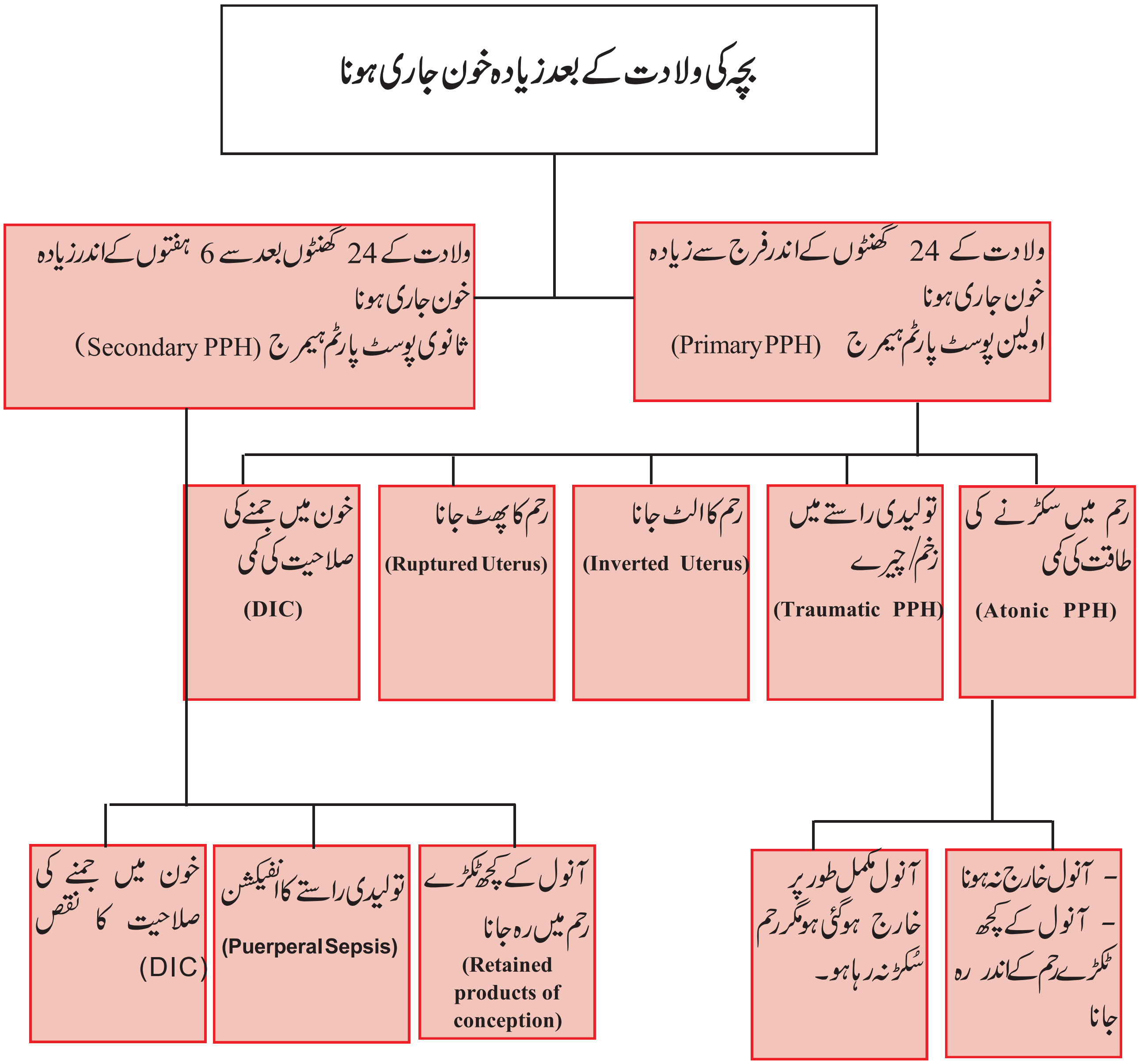
کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
- فُرج سے خون کا اخراج (عام طور پر زیادہ نہیں) - دردِزہ کے وقفوں میں پیٹ میں مستقل اور شدید درد - دردِزہ کی طوالت/ رکاوٹ کے ساتھ - انجکشن Syntocinon یا Ergometrine لگایا گیا ہو - کسی غیر تربیت یافتہ اور ناتجربہ کار صحت کے کارکن سے معائنہ کروایا گیا ہے۔ - پچھلے حمل میں آپریشن کے ذریعے بچے کی ولادت	- شاک (Shock) کی کیفیت نظر آنے والے اخراج خون سے مطابقت نہیں رکھتی (کیونکہ خون کا اخراج پیٹ کے اندر ہو رہا ہے) - پیٹ پھولا ہوا/ پیٹ میں خون کی موجودگی (Free fluid) - رحم کی غیر معمولی شکل - پیٹ میں دُکھن/تکلیف - پیٹ پر سے بچہ کے جسم کے حصوں کو آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے - بچہ کو خطرہ (Fetal distress) / بچے کی دل کی دھڑکن سنائی نہیں دیتی اور حرکت محسوس نہیں ہوتی - پیشاب میں خون آنا	پھٹا ہوا رحم (Ruptured Uterus)	نوٹ: اگر بچہ کا سر رحم کے منہ میں فٹ نہ ہو تو رحم کے پھٹنے سے نکلنے والا خون فرج کے راستے باہر بہہ سکتا ہے۔ خون پیٹ میں بھی جمع ہوسکتا ہے اور پیشاب کے ذریعے بھی آسکتا ہے۔ - اگر رحم کے پھٹنے کا شُبہ ہو تو ابتدائی طبی امداد (صفحہ 22) دینے کے بعد فوری طور پر صحت کے کسی ایسے مرکز میں بھجوایئے جہاں زچگی کیلئے جامع ہنگامی طبی نگہداشت کا بندوبست ہو تاکہ مریضہ کا آپریشن کیا جاسکے۔ - رشتہ داروں اور عزیزوں کو مشورہ دیں کہ جانے سے پہلے رقم کا انتظام کریں اور خون کا عطیہ دینے والے بھی ساتھ لے جائیں۔
	- خون جمتا نہیں ہے۔ - آسانی سے نیل پڑنا (bruise) - جہاں انجکشن لگایا جائے وہاں سے مسلسل خون بہنا - پیشاب میں خون آنا	خون کا نہ جمنا (Coagulopathy)	- خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی کی ممکنہ وجوہات (صفحہ 19) پہچان کر اُن پر قابو پانے کی کوشش کیجئے۔ - ابتدائی طبی امداد (صفحہ 22) دینے کے بعد جب مریضہ کی حالت قدرے سنبھلے تو فوراً کسی ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں جامع EmOC کی سہولت موجود ہو۔
- حمل کے 28 ہفتوں کے بعد فُرج سے خون آنا		حمل کے آخری دور میں یا ولادت سے پہلے فرج سے خون آنے کی اتفاقی وجوہات (Incidental causes of APH)	- یقین کرلیں کہ قبل از ولادت فرج کے ذریعے خون آنے کی جان لیوا وجوہات موجود نہیں۔ - جب خون کا اخراج بند ہو جائے تو آلہ (speculum) کے ذریعے اندرونی معائنہ کرکے خون آنے کی دوسری وجوہات معلوم کرنے کی کوشش کیجئے مثلاً رحم کی گردن میں شدید سوزش، رحم کے منہ پر چھوٹی رسولیاں یا رحم کی گردن (Cervix) کا کینسر۔ - مناسب علاج کیلئے صحت مرکز میں بھیجیے۔

زچگی کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج

(پوسٹ پارٹم ہیمرج)

VAGINAL BLEEDING AFTER CHILD BIRTH

(Post Partum Haemorrhage)



بچے کی ولادت کے بعد ہر زچہ کی 4 سے 6 گھنٹہ تک کڑی نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر تھوڑا تھوڑا خون زیادہ دیر تک جاری رہے تو وہ بھی اتنا ہی خطرناک ہے جتنا اچانک اور زیادہ خون جاری ہونا۔

گلابی خانے ایسی صورتحال کی نشاندہی کرتے ہیں جن میں زندگی کو خطرہ لاحق ہوتا ہے۔

زچگی کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج
(پوسٹ پارٹم ہیمرج)
Vaginal Bleeding after Child Birth
(Post Partum Haemorrhage)

☆ **پوسٹ پارٹم ہیمرج**

بچہ کی ولادت کے بعد 500 ملی لیٹر (تقریباً 2 پیالی) سے زیادہ خون کا اخراج جو کہ آنول کے خارج ہونے سے پہلے یا بعد دونوں صورتوں میں ہوسکتا ہے۔

پوسٹ پارٹم ہیمرج پاکستان میں ماؤں کی اموات کی سب سے بڑی وجہ ہے

پوسٹ پارٹم ہیمرج کی دو قسمیں ہیں۔ ''اولین'' اور ''ثانوی''

☆ **اولین/فوری پوسٹ پارٹم ہیمرج** (Primary PPH)

بچہ کی ولادت کے چوبیس گھنٹوں کے اندر فرج سے زیادہ خون کا اخراج۔

☆ **ثانوی پوسٹ پارٹم ہیمرج** (Secondary PPH)

بچہ کی ولادت کے 24 گھنٹوں کے بعد سے 6 ہفتوں تک کے عرصے کے دوران فُرج سے زیادہ خون کا اخراج

- عام طور پر ضائع شدہ خون کی مقدار کا اندازہ صحیح نہیں ہوتا۔ عموماً یہ اندازہ اصل مقدار سے کم ہوتا ہے کیونکہ خون ایمینوٹک فلیوڈ (amniotic fluid) میں اور کبھی کبھی پیشاب میں شامل ہو جاتا ہے۔ مریض کے نیچے کے کپڑے یا گدّے میں یا سینیٹری ٹاولز میں بھی جذب ہو جاتا ہے اور فرش پر بھی گر جاتا ہے۔

- یوں بھی ہو سکتا ہے کہ تھوڑا تھوڑا خون کئی گھنٹوں تک بہتا رہا ہو۔ ایسی صورت میں مریضہ کی کیفیت کا صحیح اندازہ اُس وقت تک نہیں ہوتا جب تک کہ وہ شاک (Shock) کی کیفیت سے دوچار نہیں ہو جاتی۔

ایک خاتون جس میں خون کی کمی نہ ہو یعنی ہیموگلوبن مناسب یا نارمل ہو وہ خون کے ضیاع کو بہتر طور پر برداشت کر لیتی ہے بنسبت اُس خاتون کے جو پہلے سے ہی خون کی کمی میں مبتلا ہو۔

☆ **ایٹونک پی۔پی۔ا۔ایچ** (Atonic PPH)

جب رحم میں سُکڑنے کی صلاحیت کم ہو جائے تو خون بند نہیں ہوتا۔

☆ ٹرامیٹک پی پی ایچ(Traumatic PPH)

زچگی کے دوران تولیدی راستے میں زخم آنے کے باعث خون جاری ہونا

☆ آنول خارج نہ ہونا (Retained Placenta)

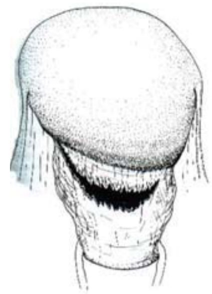
آنول کا کچھ حصہ اپنی جگہ سے اُکھڑ چکا ہو اور بچے کی ولادت کے بعد 30 منٹ کے اندر آنول خارج نہ ہو تو یہ بھی خون جاری ہونے کا باعث ہو سکتا ہے۔

نوٹ: اگر آنول اپنی جگہ پیوست ہو اور خارج نہ ہو تو پھر خون نہیں جاری ہوگا۔

☆ آنول کے کچھ ٹکڑوں کا رحم میں رہ جانا(Retained pieces of plancenta)

☆ رحم کے پھٹنے کی وجہ سے خون جاری ہونا(Ruptured Uterus)

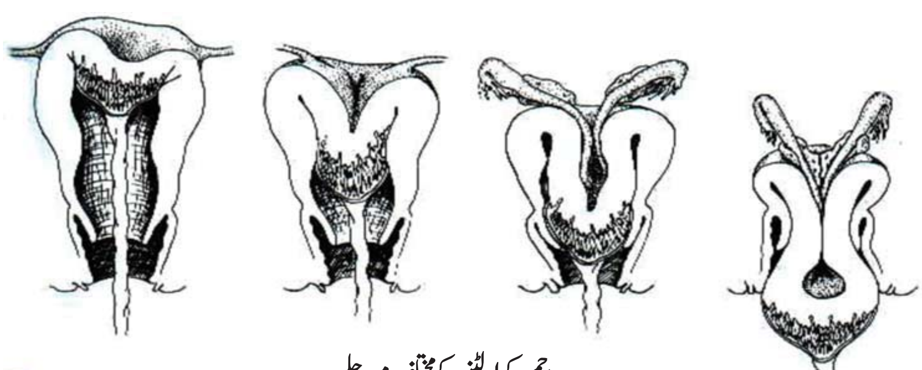
زچگی کے دوران رحم/ بچہ دانی پھٹ سکتی ہے یا اُس میں چیرا آ سکتا ہے اور بچے کی ولادت کے بعد فرج کے راستے خون تیزی سے خارج ہونے لگتا ہے۔



پھٹا ہوا رحم
Ruptured Uterus

☆ رحم کا اُلٹ جانا (Inversion of uterus)

اس صورت میں رحم کی اندرونی سطح باہر آ جاتی ہے اور فرج سے اُسے باہر نکلتے ہوئے دیکھا بھی جا سکتا ہے



رحم کے الٹنے کے مختلف مراحل

☆Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)

خون کے جمنے کی صلاحیت کی کمی کے باعث فُرج سے خون کا زیادہ مقدار میں جاری ہونا

مریضہ کا طبّی معائنہ

بچہ کی ولادت کے بعد زیادہ خون جاری ہونے کی صورت میں مریضہ کے طبی معائنے کیلئے ہدایات۔

<table dir="rtl">
<tr><th colspan="2">طبی معائنہ</th></tr>
<tr><td>گذشتہ طبّی معلومات
(History)</td><td>مندرجہ ذیل معلومات حاصل کیجیے اور لکھ لیجیے

مریضہ کی حالت کا اندازہ اور علاج ساتھ ساتھ کیجیئے

☆ خون جاری ہونا (کب اور کتنا)
☆ بچہ کی ولادت کی تاریخ، وقت اور جگہ
☆ زچگی/ ولادت کی نوعیت (نارمل/ آلات کے ذریعے/ ویکیوم/ آپریشن یعنی سیزیرین سیکشن)
☆ آنول خارج ہو چکی/ نہیں خارج ہوئی (آنول مکمل خارج ہوئی یا نامکمل)
☆ کیا زچگی کا عمل طویل تھا (12 گھنٹے سے زیادہ)
☆ oxytocin کا غیر دانشمندانہ استعمال
☆ کبھی پہلے زچگی آپریشن سے ہوئی (سیزیرین سیکشن) یا رحم پر کوئی آپریشن مثلاً رحم کی رسولی (Fibroid) نکالنے کیلئے مایومیکٹومی (myomecotomy) وغیرہ ہوئی ہو۔
☆ ایسے امراض جن میں خون کے جمنے کی صلاحیت کم ہو جائے (DIC) مثلاً:
- بہت زیادہ مقدار میں خون ضائع ہونا
- حمل کے دوران بلڈ پریشر کا بڑھنا
- ماں کے پیٹ میں بچے کا مر جانا
- بچے کی ولادت کے بعد شدید انفیکشن
☆ ثانوی پی پی ایچ (Secondary PPH) کی صورت میں درج ذیل باتیں پوچھیئے اور ریکارڈ کیجیئے:
- فرج کے ذریعے آنول کے ٹکڑوں کا نکلنا
- فرج سے بدبودار خون/ مواد کا بہنا
- بخار
- پیٹ کے نچلے حصے میں درد</td></tr>
<tr><td>عمومی جسمانی معائنہ</td><td>☆ اہم علامات کو دیکھیئے اور ریکارڈ کیجیئے (بلڈ پریشر، نبض، تنفس اور درجہ حرارت)
☆ خاتون کی عمومی صحت کا اندازہ لگائیے (خون کی کمی/ غذائیت کی کمی کا شکار)
☆ پھیپھڑوں، دل، پیٹ اور ہاتھ پاؤں کا معائنہ کیجیئے۔
پیٹ کا معائنہ کرتے ہوئے درج ذیل کا جائزہ لیجیے:
- رحم/ بچہ دانی کا سائز
- رحم ڈھیلا ہے یا سُکڑا ہوا ہے۔
- رحم کا فنڈس (Fundus) محسوس ہوتا ہے یا نہیں (اگر محسوس نہ ہو تو رحم کے اُلٹ جانے کے امکان کو پیشِ نظر رکھیئے)۔
- پیٹ پھولا ہوا ہے۔ پیٹ کے اندر خون تو جمع نہیں (Free Fluid)۔ (رحم کے پھٹنے کے امکان کو مدِ نظر رکھیئے)</td></tr>
</table>

مریضہ کا طبّی معائنہ

بچہ کی ولادت کے بعد زیادہ خون جاری ہونے کی صورت میں مریضہ کے طبی معائنے کیلئے ہدایات۔

طبی معائنہ	
اندرونی معائنہ (Pelvic Examination)	اگر آنول دستیاب ہو تو اسکا معائنہ کیجیئے اور اندازہ لگائیے کہ وہ مکمل ہے کہ نہیں۔ فُرج بین (اسپیکولم) کے ذریعے اور انگلیوں سے اندرونی معائنہ: ☆ فُرج سے جاری خون کی مقدار، رنگت اور بُو کو نوٹ کیجیئے۔ ☆ دیکھیئے رحم کا منہ (Cervix) کھلا ہے یا بند ہے۔ ☆ معائنہ کیجیئے کہ فرج/ رحم کی گردن/ Perineum زخمی تو نہیں ہے۔ ☆ رحم کے سائز کا اندازہ لگائیے ☆ رحم کے اُلٹنے کے امکان کا جائزہ لیجیئے۔ **ثانوی پی پی ایچ کی صورت میں درج ذیل کا جائزہ لیجیئے۔** - رحم کا منہ کھلا ہے یا بند - کیا فُرج سے بدبودار خون/ مواد خارج ہو رہا ہے - کیا فرج میں کوئی ٹشو موجود ہے؟ آنول کے کچھ ٹکڑے باقی تو نہیں رہ گئے ہیں۔
تفتیش (جہاں سہولیات موجود ہوں)	☆ ہیموگلوبن، ٹوٹل لیوکوسائٹ کاؤنٹ (TLC)، پلیٹلیٹ کاؤنٹ (Platelets)، خون میں شکر کی مقدار ☆ خون کا گروپ اور ریسس (Rhesus) فیکٹر ☆ پیچیدگی کی صورت میں مزید ٹیسٹ کروانے کی ضرورت پڑ سکتی ہے ☆ خون کے جمنے کا ٹیسٹ (Bedside Cotting Test) اگر شک ہو کہ خون کے جمنے کی صلاحیت کی کمی ہے اور سہولیات میسر ہوں تو چیک کیجیئے: - Prothrombin Time - (APTT) Activated Partial Thromboplastin Time - Fibrinogen - Fibrin Degradation Products (FDP's) **اگر ثانوی پی-پی-ایچ ہو تو:** ☆ فرج کے اوپر کے حصے سے مواد/ رحم کے اندر سے مواد/ خون کلچر اور سینسٹی ویٹی (Culture & sensitivity test) کے لئے بھیجیں تا کہ معلوم ہو سکے کہ کونسے جراثیم کی وجہ سے تکلیف ہے اور اُن کے خلاف کون سی اینٹی بائیوٹک کام کرے گی۔ ☆ حمل کے رہ جانے والے ٹکڑوں کے امکان کے پیش نظر الٹرا ساؤنڈ کرائیں

زچگی کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج
(پوسٹ پارٹم ہیمرج)

عمومی علاج

☆ فوری مدد کے لئے عملہ کو بلایئے/فوری طور پر تمام موجود کارکنوں کو کام کے لئے تیار رہنے کا کہیئے۔
☆ جان بچانے کیلئے تمام اقدامات بیک وقت کیجیئے۔
☆ مریضہ کی حالت اور اہم علامات کا فوری معائنہ کیجیئے۔(اہم علامات یعنی نبض، بلڈ پریشر، تنفس، درجۂ حرارت)، رنگت، ہوش وحواس کی کیفیت، رحم کے سکڑنے کی کیفیت **(Uterine tone)** اور ضائع شدہ خون کی مقدار کا اندازہ لگایئے۔
☆ اگر شاک **(Shock)** کی کیفیت ہو یا اس کا اندیشہ ہو تو فوراً شاک کا علاج شروع کر دیں۔
☆ رحم میں جمع خون اور خون کے لوتھڑوں کے اخراج کیلئے باہر سے رحم کی مالش/مساج کیجیئے تا کہ اسے سکڑنے میں مدد ملے۔رحم میں اگر خون کے لوتھڑے موجود ہوں تو رحم اپنے آپ پوری طرح سکڑ نہیں سکتا۔
☆ دو بڑے سائز کے کینیولا دو مختلف جگہ نسوں میں لگایئے (16 گیج یا اس سے بڑا)۔
☆ ان میں سے ایک کینولا سے خون کا نمونہ حاصل کیجیئے اور اس سے مریضہ کا ہیموگلوبن، پلیٹیلیٹ کاؤنٹ، خون میں شکر کی مقدار، خون کا گروپ، ریہسس فیکٹر (Rh) اور خون کی مطابقت (cross match) فوری چیک کروایئے۔
☆ انجکشن Ergometrine 0.2 ملی گرام پٹھوں میں دیں اور انجکشن Syntocinon کے 10 یونٹس پٹھوں میں لگایئے یا نس میں دھیمے دھیمے دیجیئے یا ٹیبلٹ Misoprostol 1000 مائیکروگرام (پانچ گولیاں) پاخانے کے راستے یا منہ کے ذریعے دیجئے۔
☆ نس کے ذریعے تیزی سے ڈیکسٹروز سیلائن یا نارمل سیلائن یا رینگرز لیکٹیٹ چڑھانا شروع کیجیئے۔
☆ ایک لیٹر ڈیکسٹروز سیلائن یا رینگرز لیکٹیٹ میں 20 سے 30 یونٹ انجکشن Syntocinon ملایئے اور 60 قطرے فی منٹ کی رفتار سے نس کے ذریعے دیجیئے۔
☆ معائنہ کیجیئے کہ آنول خارج ہو چکی یا نہیں اور اگر آنول معائنے کیلئے موجود ہو تو اچھی طرح اس کا جائزہ لیجیئے کہ وہ مکمل ہے یا نہیں تصویر دیکھیں (صفحہ 35)۔
☆ اگر رحم اچھی طرح سکڑا ہوا ہونے کے باوجود خون جاری رہے تو رحم کی گردن، فرج اور پیرینیم (Perineum) کا جائزہ لیجیئے کہ وہاں چیرے/زخم تو نہیں۔
☆ اگر پیشاب نہ آئے اور مثانہ پیشاب سے بھرا ہو تو کیتھیٹر (Catheter) کے ذریعے مثانہ خالی کیجیئے۔اور کیتھیٹر لگا کر چھوڑ دیجیئے تا کہ پیشاب کی مقدار کا اندازہ رہے۔
☆ ہوش وحواس کی کیفیت، خون کے ضیاع، بلڈ پریشر، نبض، پیشاب کے اخراج کی مقدار اور دیئے گئے مائع کی مقدار (Fluid intake) کا مکمل جائزہ لیجئے اور ریکارڈ کیجیئے۔
☆ مائع کے توازن کا چارٹ (Fluid balance chart) بنایئے۔
☆ اہم علامات (Vital signs)، دی گئی ادویات و مائع جات اور پیشاب کے اخراج کی مقدار کا بالکل دُرست ریکارڈ رکھیئے۔

☆ خون چڑھانے کی ضرورت کا پیشگی اندازہ لگایئے اور ضرورت پڑنے پر خون چڑھایئے۔ اگر جان جانے کا شدید خطرہ ہو اور مطابقت شدہ خون **(cross matched blood)** میسر نہ ہو تو غیر مطابقت شدہ **(uncross matched)** O نیگیٹو یا مریضہ کے اپنے خون کے گروپ کا خون چڑھایئے۔
☆ خون کا ضیاع رکنے کے 24 گھنٹوں بعد ہیموگلوبن یا ہیمیٹوکرٹ **(Haematocrit)** چیک کیجیئے۔

بچے کی ولادت کے بعدفرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ رحم سکڑا ہوا نہیں ہوتا نرم ہوتا ہے ☆ رحم کا سائز توقع سے زیادہ بڑا ☆ آنول خارج نہ ہوئی ہو یا مکمل/ نامکمل طور پر خارج ہوئی ہو	رحم میں سکڑنے کی صلاحیت کی کمی **(Atonic PPH)**	☆ رحم کی مالش/ مساج جاری رکھیئے اس سے رحم سکڑنے کا امکان بڑھ جاتا ہے۔ ☆ بچے کو ماں کی چھاتی پر لگایئے۔ اگر بچہ چھاتیوں کو نہ چوسے تو ہاتھ سے نپل کی مالش کیجیئے۔ ☆ oxytocic ادویات استعمال کیجئے جنہیں اکٹھے بھی دیا جاسکتا ہے اور یکے بعد دیگرے بھی (ٹیبل 1، نیچے)

Oxytocic ادویات کا استعمال

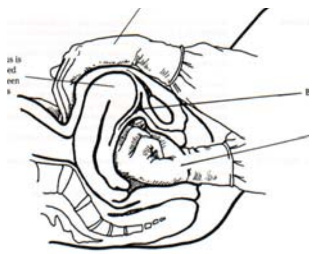
دوا	آکسی ٹوسین (Oxytocin) سینٹوسینون (Syntocinon) کی صورت میں دستیاب ہے	ارگومیٹرین (Ergometrine) میتھائل ارگومیٹرین (Methyl ergometrine)	15- میتھائل پروسٹاگلینڈین F2a (15-methyl prostaglandin F2a)	میسوپروسٹول۔ سائیٹوٹک (Cytotec) کے نام سے دستیاب ہے
مقدار اور طریقہ	10 یونٹس پٹھے/نس کے ذریعے آہستہ آہستہ۔ نس کے ذریعے: 20 سے 30 یونٹس ایک لیٹر IV محلول میں ملائیں اور 60 قطرے فی منٹ کی رفتار سے چڑھایئے۔	**0.2** ملی گرام ٹیکہ پٹھوں میں لگائیں	0.25 ملی گرام کا ٹیکہ پٹھوں میں لگایئے یا رحم (Myometrium) میں بھی لگایا جاسکتا ہے۔	**1000 mcg** منہ کے ذریعے دیجیئے یا پاخانے کے راستے کے ذریعے (5 گولیاں، ہر گولی 200 مائکروگرام کی)
خوراک جاری رکھیئے (Continuing Dose)	نس کے ذریعے: 20 سے 30 یونٹس، ایک لیٹر IV محلول میں، 40 قطرے فی منٹ کی رفتار سے دیں	اگر ضرورت ہو تو 0.2 ملی گرام کا ٹیکہ پٹھوں میں 15 منٹ بعد لگایئے۔ اگر ضرورت ہو 0.2 ملی گرام کا ٹیکہ پٹھوں میں ہر 4 گھنٹے بعد لگایئے یا نس کے ذریعے بہت دھیمے دھیمے دیجیئے۔	0.25 ملی گرام کا ٹیکہ ہر **15** منٹ بعد پٹھوں میں لگایئے	
دوا کی زیادہ سے زیادہ مقدار	نس کے ذریعے آکسی ٹوسین شامل فلوئیڈ، 3 لیٹر سے زیادہ نہ دیجیئے۔	5 سے زیادہ ٹیکہ نہ لگائیں (کل 1.0 ملی گرام)	8 دفعہ سے زیادہ ٹیکہ نہ لگائیں (کل 2 ملی گرام)	
احتیاطی امور/ خبردار	دوا نس کے ذریعے تیزی سے نہ چڑھایئے	پری ایکلیمپشیا، دائمی بلڈ پریشر کا بڑھنا، دل کے امراض	دمہ	

> Prostaglandins نس کے ذریعے نہیں دینا چاہیئے۔ یہ جان لیوا ثابت ہوسکتا ہے۔

بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری۔۔۔۔)

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
	رحم میں سکڑنے کی صلاحیت کی کمی **(Atonic PPH)**	☆**اگر مندرجہ بالا علاج کے باوجود رحم نہیں سکڑتا اور خون جاری رہتا ہے تو:** - دونوں ہاتھوں کے درمیان رحم کو دبایئے۔رحم پر یہ دباؤ دونوں ہاتھوں سے پیٹ پر سے یا ایک ہاتھ فُرج کے اندر ڈال کر دیا جاسکتا ہے - پیٹ کے اوپر سے رحم پر دونوں ہاتھوں کی مٹھیوں سے بیرونی جانب سے مندرجہ ذیل طریقے سے دباؤ ڈالیں۔(تصویر 1، نیچے) - اپنے بائیں ہاتھ کی مٹھی کو رحم کے فنڈس پر رکھیں اور انگلیوں اور ہتھیلی کے درمیان فنڈس کو دبائیں۔ - اپنے دائیں ہاتھ کی مٹھی کو ناف اور کولہے کی ہڈی (Symphysis pubis) کے درمیان رکھیں۔ - رحم کو دونوں مُٹھیوں کے درمیان دبائیں تاکہ خون کی وہ نالیاں جو آنول کے اکھڑنے کی وجہ سے کھل گئی ہوں دب جائیں اور خون بہنا رُک جائے/کم ہوجائے۔ **رحم پر دونوں ہاتھوں سے بیرونی جانب سے دباؤ (تصویر 1)** - **یارحم پر اندرونی جانب سے دباؤ ڈالیں (ایک ہاتھ پیٹ پر اور دوسرا فُرج کے اندر) (تصویر 2، صفحہ 34)** - صاف جراثیم سے پاک دستانے پہن کر اپنا ایک ہاتھ فُرج میں ڈال کر مٹھی بنالیں۔ - مُٹھی سے Anterior Fornix یعنی رحم کے منہ کے اوپر والے حصے سے رحم کی سامنے کی دیوار پر پریشر ڈالیں۔ - دوسرا ہاتھ پیٹ پر رکھیں اور مُٹھی سے رحم کے فنڈس پر اور اس کے پیچھے سے رحم کی پچھلی دیوار پر پریشر ڈالیں۔ - دونوں ہاتھوں سے پریشر جاری رکھیں یہاں تک کہ رحم سکڑ جائے اور خون ضائع ہونا بند ہوجائے یا کم ہوجائے (تصویر 2، صفحہ 34)۔

بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری۔۔۔۔)

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
	رحم میں سکڑنے کی صلاحیت کی کمی (جاری۔۔۔۔) **(Atonic PPH)**	 رحم پر دونوں ہاتھوں سے اندرونی جانب سے دباؤ (تصویر 2) - یا پیٹ میں خون کی بڑی شریان یعنی **(aorta)** پر دباؤ دیجئے (تصویر 3، نیچے) - بند مٹھی سے پیٹ کے اوپر سے پیٹ کی بڑی شریان (Abdominal Aorta) پر پریشر ڈالیں۔ اس کے لئے ناف سے ذرا اوپر بائیں جانب پریشر ڈالیں۔ (تصویر 3) - زچگی کے فوراً بعد پیٹ کی بڑی شریان (Abdominal Aorta) میں خون کے دوران کو با آسانی محسوس کیا جا سکتا ہے۔ - دوسرے ہاتھ سے Femoral Artery میں خون کا دوران چیک کریں اور دیکھیں کہ نبض محسوس ہوتی ہے کہ نہیں (تصویر 3، نیچے) : - اگر Aorta کو دبانے کے باوجود Femoral artery میں نبض محسوس ہو تو اس کا مطلب ہے کہ اور زیادہ پریشر ڈالنے کی ضرورت ہے۔ - اگر Femoral Artery میں نبض محسوس نہ ہو تو اس کا مطلب ہے کہ پریشر کافی ہے۔ - اُس وقت تک Aorta پر پریشر جاری رکھیں جب تک کہ خون ضائع ہونا بند نہ ہو جائے۔ پیٹ کی بڑی شریان **(Aorta)** پر ہاتھ سے دباؤ (تصویر 3)

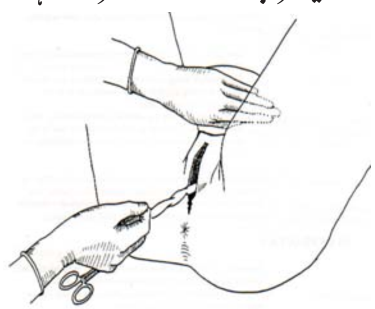
بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری۔۔۔)

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
	رحم میں سکڑنے کی صلاحیت کی کمی (جاری۔۔۔) **(Atonic PPH)**	☆ **اگر پھر بھی خون بند نہ ہو/ یا کم نہ ہو:** - خون جمنے کی صلاحیت کا ٹیسٹ **(bedside clotting test)** کیجیئے اور خون جمنے کی صورتحال کا اندازہ لگایئے۔ 7 منٹ کے بعد تک خون کا نہ جم سکنا یا ہلکا جمنا خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی (Coagulopathy) (صفحہ 19) کی نشاندہی کرتا ہے۔ - آنول کو دوبارہ اچھی طرح چیک کیجیئے کہ مکمل ہے یا کچھ ٹکڑے رحم کے اندر رہ گئے ہیں۔ تصویر دیکھیں (تصویر 4، نیچے) دونوں ہاتھوں کے درمیان آنول کو رکھ چیک کرنا کہ مکمل ہے کہ نہیں (تصویر 4)
		- اگر آنول کے کچھ حصوں/ٹکڑوں کے رحم میں باقی رہ جانے کی علامات ہوں یعنی آنول کے ٹکڑے موجود نہ ہوں یا پھٹی ہوئی جھلیوں کے کنارے پر خون کی بڑی رگیں موجود ہوں ہوں) تو آنول کے بقایا رہ جانے والے ٹکڑوں کو نکالنے کیلئے رحم کی صفائی کیجیئے (Curettage)۔ ☆ **اگر خون بہنا پھر بھی جاری رہے تو:** - ایسے ہسپتال بھیج دیں جہاں آپریشن کی سہولتیں موجود ہوں۔ مشورہ دیں کہ پیسوں کا انتظام کریں اور خون کا عطیہ دینے والے مریضہ کے ساتھ جائیں۔
☆ خارج ہونے والے خون کا رنگ کھلتا ہوا سُرخ ☆ آنول مکمل طور پر خارج ہو گئی ہو ☆ رحم سکڑا ہوا ہو	رحم کی گردن (Cervix) / یا فرج یا Perineum میں زخم / چیرے **(Traumatic PPH)**	☆ پرینیم، فرج اور رحم کی گردن کا اچھی طرح معائنہ کیجیئے اور جہاں چیرے موجود ہوں اس کی مرمت/سلائی کر دیجیئے ☆ اگر خون پھر بھی جاری رہے تو خون کے جمنے کی صلاحیت کا اندازہ لگانے کیلئے اس کا ٹیسٹ کریں (Bedside clotting test)۔ 7 منٹ کے دوران خون کا نہ جم سکنا یا ہلکا جمنا، خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی (Coagulopathy) کی نشاندہی کرتا ہے (صفحہ 19)۔ ☆ اگر چیرے اوپر کی طرف ہوں اور صحیح نظر نہ آرہے ہوں تو فرج کو اچھی طرح Gauze ڈال کر Pack کر دیں اور کسی ایسے ہسپتال بھیجیں جہاں جامع EmOC کی سہولیات موجود ہوں۔ **رحم کے نہ سکڑنے کے ساتھ ساتھ تولیدی راستے میں چیرے بھی موجود ہو سکتے ہیں**

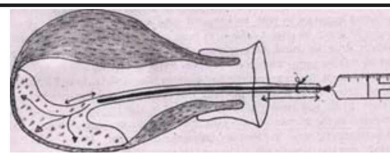
بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری۔۔۔)

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ بچے کی ولادت کے 30 منٹ کے اندر آنول خارج نہیں ہوئی ☆ رحم عام طور پر اچھی طرح سکڑا ہوا نہیں ہوتا	آنول کا خارج نہ ہونا **(Retained Placenta)**	**اگر آنول نے اپنے مقام سے اُکھڑنا شروع نہیں کیا ہے تو آنول کے رحم میں رہ جانے کے باوجود خون جاری نہیں ہوگا** ☆ اگر آنول فرج کے منہ (Vulva) پر نظر آئے تو مریضہ سے کھانسنے یا زور لگانے کیلئے کہیئے۔ اور نال کو آہستہ سے کھینچیئے، اس طرح آنول خارج ہو جائے گی۔ اگر فرج میں آنول محسوس ہو تو اُسے ہاتھوں سے پکڑ کر نکال دیجیئے۔ ☆ اگر آنول خارج نہ ہو تو یہ اطمینان کرلیں کہ مریضہ کا مثانہ خالی ہو۔ اگر ضرورت سمجھیں تو کیتھیٹر (Catheter) کے ذریعے پیشاب نکال کر مثانہ خالی کرلیجیئے۔ **بھرا ہوا مثانہ اکثر آنول کے خارج ہونے میں حائل ہوتا ہے** ☆ اگر آنول خارج نہ ہو تو انجکشن سنٹوسینون (Syntocinon) کے **10** یونٹس کا ٹیکہ پٹھوں میں یا آہستہ آہستہ نس میں لگائیے۔ (اگر بچے کی ولادت کے بعد یہ ٹیکہ پہلے ہی نہ لگایا جا چکا ہو)۔ پھر انجکشن سنٹوسینون کے 20 سے 30 یونٹ ڈیکسٹروز سیلائن کی ایک لیٹر کی ڈرپ میں ڈال کر 20 سے 30 قطرے فی منٹ کی رفتار سے دیں۔ **انجکشن Ergometrine مت دیجیئے کیونکہ اس سے رحم ایک لمبے عرصے کیلئے شدت سے سکڑا ہوا رہتا ہے اور آنول کو جکڑ لیتا ہے جس کی وجہ سے آنول کے اخراج میں تاخیر ہو سکتی ہے۔**

بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری۔۔۔۔)

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
	آنول کا خارج نہ ہونا (Retained Placenta)	- اگر آکسی ٹوسین دینے کے بعد بھی آنول خارج نہیں ہوتی اور رحم سکڑا ہوا ہوتو کنٹرولڈ کورڈ ٹریکشن Controlled Cord Traction (CCT) کی کوشش کیجیئے یعنی نہایت احتیاط سے رحم کے فنڈس کو **اوپر کی طرف** دھکیلئے اور نال کو آہستہ آہستہ کھینچ کر دیکھئے (تصویر 5، نیچے)۔ یا تو آنول خارج ہوجائے گی یا نظر آجائیگی۔ اگر آنول نظر آئے تو ہاتھ سے نکال دیجیئے۔  (تصویر 5) Controlled Cord Traction نوٹ: ناڑ و کو کھینچنے کیلئے زیادہ زور مت لگائیے اور رحم کے فنڈس پر نیچے کی طرف دباؤ مت ڈالئے کیونکہ اس سے رحم کے اُلٹا ہوجانے (inversion) کا اندیشہ ہوتا ہے اور ناڑو ٹوٹ بھی سکتا ہے۔ - اگر ناڑو کو ہلکا سا کھینچنے (CCT) سے بھی آنول کے اخراج میں کامیابی نہیں ہوتی تو پھر پیپن گیس کے طریقہ کار سے آنول کو باہر نکالا جاسکتا ہے۔ - ناڑو (Cord) کو دوبارہ کاٹیں تاکہ کورڈ کے اندر خون کی شریانیں اور ورید صاف طریقے سے نظر آئیں تاکہ کورڈ کی ورید (Umbilical vein) کے اندر Nasogastric tube ڈالی جاسکے۔

بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری۔۔۔۔)

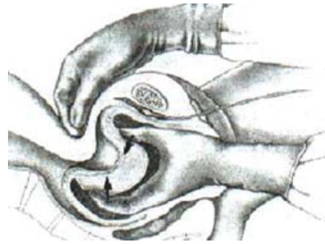
کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
		 نہ خارج ہونے والی آنول کا پیپن گیس طریقے سے اخراج - Nasogastric tube نمبر 10 جو کہ بچہ کے لئے استعمال کیا جاتا ہے کا انتخاب کریں اور Umbilical vein کے اندر آہستہ آہستہ اندر ڈالتے جائیں یہاں تک کہ رکاوٹ محسوس ہو۔ - Nasogastric tube کو تقریباً 5 cm واپس کھینچیں اور پھر اس ٹیوب کو ناڑو کے ساتھ مضبوطی سے دھاگے سے باندھ دیں۔ - اب 10 سے 20 یونٹ (100 یونٹ تک بھی استعمال کیا جاسکتا ہے) سنٹوسینوں کو 30 ملی لیٹر نارمل سیلائن میں ملائیں اور سرنج کی مدد سے ٹیوب کے اندر ڈالیں اس عمل سے آنول کی چھوٹی شریانیں (Capillaries) اس محلول سے بھر جاتی ہیں۔ - اب آنول کے علیحدہ ہونے کی علامات کا انتظار کریں اور پھر CCT کا عمل کریں (صفحہ 37) • اگر اس عمل سے 30 منٹ کے بعد بھی آنول خارج نہ ہو تو رحم کے اندر ہاتھ ڈال کر آنول کو نکالیں (Manual Removal of placenta)۔ نوٹ: اگر آنول رحم کی دیوار کے اندر بہت گہرائی تک پیوست ہو تو، اُسکے نکالنے کی کوشش میں رحم میں سوراخ بھی ہو سکتا ہے اور عام طور پر آنول مکمل طور پر خارج بھی نہیں ہوتی اور زیادہ مقدار میں خون جاری ہو جاتا ہے۔ایسی صورتحال میں مریضہ کی جان بچانے کیلئے آپریشن کے ذریعے رحم نکالنے **(hysterectomy)** کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔اس لئے آنول اگر آسانی سے نہ نکل رہی ہو تو مریضہ کو کسی ایسے ہسپتال بھیج دیں جہاں آپریشن کرنے کی سہولت ہو۔

بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری۔۔۔۔)

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
	آنول کا خارج نہ ہونا (Retained Placenta)	- اگر آنول کے مکمل خارج ہونے کی بعد بھی خون جاری رہے تو خون کے جمنے کے ٹیسٹ (صفحہ 19) کے ذریعے خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی کا اندازہ لگایئے۔ 7 منٹ کے دوران خون کا نہ جم سکنا یا ہلکا جمنا، خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی (coagulopathy) کی نشاندہی کرتا ہے (صفحہ 19)۔ - اگر انفیکشن کی علامات ہوں (بخار، فرج سے بدبودار مواد کا اخراج) تو اینٹی بائیوٹک ادویات دیجئے۔ (صفحہ 94)
☆ آنول کا کچھ حصہ موجود نہ ہو یا آنول کی جھلیوں کے کنارے پر خون کی بڑی شریانیں موجود ہوں جو آنول کے اُس لوتھڑے کی نشاندہی کرتی ہیں جو رحم کے اندر رہ گیا ہے۔ ☆ رحم سکڑا ہوا ہوسکتا ہے اور نرم بھی	آنول کے کچھ ٹکڑوں کا رحم میں رہ جانا۔ (Retained Pieces of Placenta)	- رحم کے اندر رہ جانے والے آنول کے ٹکڑوں کو انگلیوں سے محسوس کرنے کی کوشش کیجیئے۔ رحم کو اندرونی طور پر ٹٹولنے کا عمل، آنول کے رہ جانے والے ٹکڑوں کو نکالنے کے عمل (Manual removal of placenta) سے ملتا جلتا ہے - آنول کے ٹکڑوں کو ہاتھ سے، سفنج فارسیپ/آلات یا بڑے کیوریٹ (curette) سے نکالئے۔ - اگر خون بہنا جاری رہے تو خون کے جمنے کے ٹیسٹ کے ذریعے خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی کا اندازہ لگایئے۔ 7 منٹ کے دوران خون کا نہ جم سکنا یا ہلکا جمنا، خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی (coagulopathy) کی نشاندہی کرتا ہے۔ **آنول کے ٹکڑے رحم میں رہ جانے کی صورت میں یہ ممکن ہے کہ فوری طور پر خون جاری نہ ہو** نوٹ: رحم کی دیوار میں مضبوطی سے چپکے ہوئے آنول کے ٹکڑوں (Placenta Accreta) کو نکالنے کی کوشش میں رحم میں سوراخ ہوسکتا ہے۔ اکثر آنول کو مکمل طور پر نکالنے میں کامیابی نہیں ہوتی بلکہ زیادہ مقدار میں خون جاری ہوجاتا ہے۔ ایسی صورتحال میں مریضہ کی جان بچانے کیلئے بڑے آپریشن کے ذریعے پورا رحم نکالنے (Hysterectomy) کی ضرورت پڑسکتی ہے۔ اس لئے اگر آنول کے ٹکڑے آسانی سے نہ نکل رہے ہوں تو مریضہ کو ایسے ہسپتال بھیج دیں جہاں آپریشن کرنے کی سہولت ہو۔

بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)

مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری۔۔۔۔)

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ پیٹ کو دبانے سے رحم کا فنڈس (Fundus) محسوس نہیں ہوتا ☆ ہلکا یا شدید پیٹ میں درد ☆ الٹا ہوا رحم فرج سے باہر نظر آ سکتا ہے اور نہیں بھی۔ ☆ مریضہ شاک کی کیفیت میں ہو سکتی ہے باوجود اس کے کہ زیادہ خون ضائع نہیں ہوا ہوتا	رحم کا اُلٹ جانا **(Inversion of Uterus)**	**رحم کو فوری اصلی حالت میں لوٹانا (Immediate Manual Correction)**  **رحم کو فوری اصلی حالت میں لوٹانا (تصویر 6)** **رحم کو فوراً اصلی حالت میں لوٹانے سے مریضہ شاک (Shock) میں جانے سے بچ جاتی ہے۔** ☆ رحم کو اصلی حالت میں اس طرح لوٹائیں: - درد کم کرنے کیلئے 50mg انجکشن Pethidine یا 10 سے 20 ملی گرام انجکشن نیوبین (Nubain) آہستہ آہستہ نس میں لگائیں۔ انجکشن Diazepam کا 10 mg بھی آہستہ آہستہ نس میں دیں۔ (دونوں دواؤں کو ایک سرنج میں نہ ملائیں یعنی الگ الگ سرنج سے لگائیں)۔ اگر ضروری ہو اور سہولت ہو تو مریضہ کو بیہوش کر کے رحم کو اصلی حالت میں لوٹائیں۔ - الٹے ہوئے رحم کو اچھی طرح اینٹی سیپٹک کے محلول سے صاف کریں۔ - جب تک رحم کو لوٹانے کا عمل شروع نہ کیا جائے، رحم کو صاف جراثیم سے پاک (Sterile) نیم گرم پانی میں بھیگے ہوئے کپڑے سے لپیٹ کر رکھیں۔ - الٹے ہوئے رحم کو پکڑ کر رحم کے منہ کے اندر سے اوپر کی طرف واپس لوٹائیں تاکہ وہ نارمل پوزیشن میں آجائے۔ اپنا دوسرا ہاتھ پیٹ کے اوپر رکھیں تاکہ یقین/اطمینان ہو جائے کہ رحم اپنی اصلی حالت میں لوٹ گیا ہے (تصویر 6، اوپر)۔ اگر آنول ابھی تک رحم سے علیحدہ نہیں ہوئی تو رحم کو اصلی حالت میں لوٹانے کے بعد آنول کو ہاتھ سے نکالیں۔ (Manual Removal)

بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری۔۔۔۔)

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
	رحم کا اُلٹ جانا (جاری) Inversion of Uterus	رحم کا وہ حصہ جو آخر میں الٹے اُسے سب سے پہلے لوٹائیں (یعنی وہ حصہ جو رحم کے منہ (Cervix) کے قریب ترین ہو اُس کو پہلے لوٹائیں) اگر رحم کو لوٹانے میں کامیابی نہ ہو تو فوراً ماہر ڈاکٹر کے پاس یا بڑے ہسپتال لے جائیں۔ - جب رحم کو لوٹانے میں کامیابی ہو جائے تو انجکشن سینٹوسینون کے 20 یونٹ 500ml نارمل سلائین یا رنگرز لیکٹیٹ میں ملائیں اور 10 قطرے فی منٹ کے رفتار سے دیں۔ - اگر خون زیادہ ضائع ہو رہا ہو تو سینٹوسینون کا محلول 60 قطرے فی منٹ کی رفتار سے دیں۔ - اگر سینٹوسینون دینے کے باوجود رحم نہ سکڑے تو ٹیبل 1 صفحہ 32 پر دی گئی ادویات دیں۔ جب تک رحم اپنی اصلی حالت میں واپس نہ آجائے آکسیٹوسن (**Oxytocin**) ادویات نہ دیں۔ - انفیکشن سے بچاؤ کیلئے 5 سے 7 دن کیلئے اینٹی بائیوٹک دیں: - 1 گرام انجکشن Ampicillin ہر ٦ گھنٹے پر + 500mg انجکشن Metronidazole ہر ٨ گھنٹے پر **یا** - 1 گرام انجکشن Cefazolin ہر ٦ گھنٹے پر + 500mg انجکشن Metronidazole ہر ٨ گھنٹے پر - اگر خون بہنا جاری رہے تو خون کے جمنے کے ٹیسٹ (**Bedside Clotting Test**) کے ذریعے خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی کا اندازہ لگایئے۔ 7 منٹ کے دوران خون کا نہ جم سکنا یا ہلکا جمنا، خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی (**coagulopathy**) کی نشاندہی کرتا ہے۔ (صفحہ 19) - اگر انفیکشن کی علامات موجود ہوں (بخار، فرج سے بدبودار مواد کا اخراج) تو وہ اینٹی بائیوٹک شروع کروایئے جو زچگی کے بعد انفیکشن (Puerperal Sepsis) کی صورت میں دی جاتی ہے۔ (صفحہ 94)

بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (فوری پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری ۔۔۔۔)

کیفیات و علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ جاری خون پیٹ کے اندر جمع ہو رہا ہو اور فرج سے بہت کم خون بہہ رہا ہو یا فُرج سے تیزی سے خون جاری ہو۔ ☆ چہرے کی پھیکی رنگت/خون کی کمی ☆ پیٹ میں درد ☆ زچگی میں رکاوٹ کی علامات (صفحہ 71) ☆ موجودہ زچگی آلات کے ذریعے ہوئی ہو ☆ پیٹ میں دُکھن ☆ پیشاب میں خون آ رہا ہو (Haematuria) ☆ + شاک (Shock) ☆ پچھلے بچے کی پیدائش آپریشن (caesarean) سے ہوئی ہو	رحم کا پھٹ جانا **(Ruptured Uterus)**	مریضہ کو ابتدائی طبّی امداد (صفحہ 31) دے کر فوراً ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں آپریشن کی سہولیات موجود ہوں۔ مریضہ کے رشتہ داروں اور عزیزوں کو یہ مشورہ دیں کہ وہ رقم کا انتظام کر کے اور خون کا عطیہ دینے والوں کو مریضہ کے ساتھ لے کر جائیں۔

بچے کی ولادت کے بعد فرج سے زیادہ خون کا اخراج (ثانوی پی پی ایچ)
مسئلہ کی نشاندہی اور علاج (جاری۔۔۔۔)

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ رحم توقع سے زیادہ بڑا اور نرم ☆ رحم کو دبانے سے درد ہو سکتا ہے ☆ بد بودار مواد کا اخراج ہو بھی سکتا ہے اور نہیں بھی ☆ رحم کا منہ کھلا ہوا ☆ ممکن ہے کہ بخار بھی ہو	☆ آنول کے ٹکڑے رحم میں رہ گئے ☆ انفیکشن +	- اگر خون کی شدید کمی ہو (ہیموگلوبن 7g/dL سے کم یا ہیمیٹو کرٹ 20% سے کم) تو خون چڑھانے کا بندوبست کیجیئے اور آئرن اور فولک ایسڈ کی گولیاں دیجیئے۔ - اگر انفیکشن کی علامات ہوں (بخار، فرج سے بد بودار مواد کا اخراج) تو تولیدی نظام کے انفیکشن (Puerperal sepsis) کے علاج کے مطابق اینٹی بائیوٹک دیجیئے۔ (صفحہ 94) **ولادت کے بعد طویل دورانیے تک خون آنا یا ثانوی پی پی ایچ، تولیدی نظام کے انفیکشن (Puerperal Sepsis) کی علامت بھی ہو سکتا ہے۔** - رحم کو سکیڑنے (Oxytocic) والی ادویات دیجیئے (ٹیبل 1، صفحہ نمبر 32) - آنول کے ٹکڑے اندر رہ جانے کا یقین ہو اور رحم کا منہ کھلا ہوا ہے تو انگلیوں سے خون کے لوتھڑے اور آنول کے ٹکڑے نکال لیجیئے۔ انگلیوں سے رحم کے اندر کے معائنے کا طریقہ وہی ہے جیسے کہ رحم میں آنول کے رہ جانے والے ٹکڑے نکالنے کیلئے ہے۔ (Manual Removal of Plancenta) - اگر رحم کا منہ بند ہو تو آلات کے ذریعے کھول کر آنول کے ٹکڑے نکال لیجیئے۔ (Dilatation and Curettage) - اگر ٹروفوبلاسٹک (Trophoblastic) بیماری کا اندیشہ ہو تو خون میں بیٹا ایچ-سی-جی (B-HCG) چیک کیجیئے۔ - اگر خون پھر بھی جاری رہے تو مریضہ کو ایسے ہسپتال بھیج دیں جہاں آپریشن کی سہولت موجود ہو تا کہ ضرورت پڑنے پر بڑا آپریشن کر کے رحم کو نکال دیا جا سکے (Hysterectomy)

فوری یا ثانوی پی پی ایچ

کیفیات وعلامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ خون کے جمنے میں ناکامی ☆ جہاں انجکشن لگایا گیا ہو وہاں سے خون جاری رہنا ☆ جسم پر نیل پڑنا ☆ پیشاب میں خون آنا (haematuria)	خون میں جمنے کی صلاحیت کی کمی **Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)**	- خون جمنے کی صلاحیت کا ٹیسٹ کریں (صفحہ 19) - ابتدائی طبی امداد دینے کے بعد مریضہ کو کسی ایسے صحت مرکز بھیج دیں جہاں آپریشن اور انتہائی طبی نگہداشت (ICU) کی سہولیات موجود ہوں۔ مریضہ کے رشتہ داروں اور عزیزوں کو یہ مشورہ دیں کہ وہ رقم کا انتظام کر کے اور خون کا عطیہ دینے والوں کو مریضہ کے ساتھ لے کر جائیں۔

خون کے دباؤ/ بلڈ پریشر میں اضافہ بمعہ سر درد/نظر کا دھندلانا/ جھٹکے لگنا/ دورے پڑنا یا غشی (بیہوشی) کی کیفیت

ELEVATED BLOOD PRESSURE with HEADACHE / BLURRED VISION / CONVULSIONS OR LOSS OF CONSCIOUSNESS

خون کے دباؤ/ بلڈ پریشر میں اضافہ بمعہ سر درد/ نظر کا دھندلانا/ جھٹکے لگنا/ دورے پڑنا یا غشی (بیہوشی) کی کیفیت

حمل کے دوران بلڈ پریشر میں اضافہ

☆ خون کا دباؤ 140/90 mm Hg یا اس سے زیادہ۔

یا

☆ حمل سے پہلے کے مقابلے میں اوپر والے خون کے دباؤ/ سسٹولک بلڈ پریشر میں 30 mm Hg کا اضافہ (اگر حمل سے پہلے یا شروع حمل کا بلڈ پریشر معلوم ہو)

یا

☆ حمل سے پہلے کے مقابلے میں نچلے خون کے دباؤ/ ڈائسٹولک بلڈ پریشر میں 15 mm Hg کا اضافہ (اگر حمل سے پہلے یا شروع حمل کا بلڈ پریشر معلوم ہو)

نوٹ: بلڈ پریشر کو بڑھا ہوا تب کہیں گے جب بلڈ پریشر کم از کم دو بار چھ گھنٹے کے وقفے سے لیا جائے اور وہ بڑھا ہوا ہو (سوائے شدید پری ایکلیمپشیا یا ایکلیمپشیا کی صورت میں جب بلڈ پریشر ہر ۱۵ سے ۳۰ منٹ کے وقفے سے لینا چاہیئے)

20 ہفتوں سے کم حمل

دائمی بلند بلڈ پریشر
Chronic Hypertension

حمل سے پہلے خون کے دباؤ میں اضافہ موجود تھا

20 ہفتوں سے زیادہ حمل

حمل کے باعث خون کے دباؤ میں اضافہ (PIH)

خون کے دباؤ میں اضافہ پیشاب میں پروٹین اور چہرے اور ہاتھوں کی سوجن کے بغیر

معمولی/ ہلکا پری ایکلیمپشیا

☆ خون کے دباؤ میں اضافہ
☆ نچلا خون کا دباؤ 90 سے زیادہ مگر 100 mm Hg سے کم
☆ پروٹینیوریا کے آثار (trace)

شدید پری ایکلیمپشیا

☆ خون کے دباؤ میں اضافہ
☆ نچلا خون کا دباؤ 100 mm Hg یا اس سے زیادہ
☆ پروٹینیوریا +1 یا اس سے زیادہ

ایکلیمپشیا

☆ خون کے دباؤ میں اضافہ
☆ پروٹینوریا +1 یا زیادہ
☆ + سوجن
☆ دورے / جھٹکے

گلابی خانے ایسی صورتحال کی نشاندہی کرتے ہیں جب زندگی کو خطرہ لاحق ہوتا ہے۔

خون کے دباؤ/ بلڈ پریشر میں اضافہ بمعہ سر درد/نظر کا دھندلانا/ جھٹکے لگنا/ دورے پڑنا یا غشی (بیہوشی) کی کیفیت

ELEVATED BLOOD PRESSURE with HEADACHE / BLURRED VISION / CONVULSIONS OR LOSS OF CONSCIOUSNESS

حمل کے دوران بلڈ پریشر میں اضافے کی وجہ سے پیدا ہونے والے امراض، بالخصوص ایکلیمپشیا(Eclampsia) ماؤں کی موت کا ایک بڑا سبب ہے۔

خون کے دباؤ/ بلڈ پریشر میں اضافہ (Hypertension)

جب کم از کم 6 گھنٹے کے وقفے سے دومرتبہ بلڈ پریشر کی پیمائش میں اضافہ برقرار رہے۔

بلڈ پریشر اُس وقت بڑھا ہوا سمجھا جاتا ہے جب:

- بلڈ پریشر **140/90 mm Hg** یا اس سے زیادہ ہو۔

یا

- حمل سے پہلے کے مقابلے میں خون کے دباؤ کے اوپر والے نمبر (**Systolic**) میں **30 mm Hg** یا اس سے زیادہ کا اضافہ ہو (اگر حمل سے قبل کا بلڈ پریشر معلوم ہو)

یا

- حمل سے پہلے کے مقابلے میں خون کے دباؤ کے نیچے والے نمبر (**diastolic**) میں **15 mm Hg** کا اضافہ ہو۔ (اگر حمل سے قبل کا بلڈ پریشر معلوم ہو)

نوٹ: خون کے دباؤ کے نیچے والے نمبر میں اضافہ صحیح صورتحال کی نشاندہی کرتا ہے کیونکہ یہ اُٹھنے بیٹھے یا فکرمندی سے متاثر نہیں ہوتا۔

پیشاب میں پروٹین کی موجودگی (Proteinuria)

- جب 24 گھنٹے کے پیشاب کو جمع کیا جائے اور اس میں **0.3 g/L** پروٹین ہو یا کسی بھی وقت کے پیشاب کے ٹیسٹ میں 0.1 g/L پروٹین موجود ہو تو اسے بیماری کی نشانی سمجھنا چاہیئے۔ پیشاب میں پروٹین اکثر بلڈ پریشر میں اضافہ کے بعد ظاہر ہوتا ہے۔

- اگر بلڈ پریشر نارمل ہو تو پیشاب میں پروٹین کا مطلب ہے کہ پیشاب میں انفیکشن یا گُردے کی بیماری ہے یا پیشاب کے نمونے میں گندگی مل گئی ہے۔

- پیشاب میں پروٹین کے ٹیسٹ کیلئے پیشاب کا صاف ستھرا (mid stream) نمونہ لینا چاہیئے۔

پیشاب کے ٹیسٹ کے لئے نمونہ دینے کا طریقہ

صابن اور گرم پانی سے دھلی ہوئی کھلے منہ کی بوتل ضروری ہے۔ پیشاب والی جگہ دھو کر تھوڑا پیشاب کرنے کے بعد دھار کو بوتل میں ڈالا جائے اور فوراً بوتل کا ڈھکنہ لگا دیا جائے۔ پیشاب کے کچھ ٹیسٹ ایسے ہیں جن کے نمونے کے لئے لیبارٹری سے خاص بوتل حاصل کرنا ہوتی ہے۔

سوجن (Oedema)

جسم کے خلیوں میں رطوبتیں (fluid) زیادہ مقدار میں جمع ہونے کے سبب جسم کے متاثرہ حصوں پر سوجن ہو جاتی ہے۔

- حمل میں اکثر عورتوں کو پاؤں پر سوجن ہو جاتی ہے۔ خاص طور پر شام کے وقت زیادہ واضح ہوتی ہے۔ اس لئے **پاؤں** پر سوجن پری ایکلیمپشیا (Pre-eclampsia) کی مخصوص اور قابل اعتماد علامت **نہیں** ہے۔
- **ہاتھوں اور چہرے** کی سوجن پری ایکلیمپشیا کی علامت ہے۔
- ایسا بھی **ممکن** ہے کہ اوڈیما پوشیدہ رہے اور اچانک وزن بڑھنے کی صورت میں ظاہر ہو۔ معمول کے مطابق وزن ایک ہفتے میں **0.5** کلوگرام تک بڑھتا ہے۔ اس سے زیادہ بڑھنا پری ایکلیمپشیا کی علامت ہو سکتا ہے۔

حمل کے دوران بلڈ پریشر بڑھ جانے والی بیماریاں

☆ **زیادہ بلڈ پریشر کی پرانی دائمی بیماری(Chronic hypertension):**

عورت حمل سے پہلے ہی زیادہ بلڈ پریشر کی مریض بھی ہو سکتی ہے۔ حمل کے پہلے 20 ہفتے کے دوران خون کے دباؤ میں اضافہ (essential hypertension) بغیر کسی وجہ کے یا گُردے کی بیماری یا کسی شاذونادر بیماری کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔

☆ **حمل کے باعث بلڈ پریشر میں اضافہ (PIH)Pregnancy Induced Hypertension :**

حمل ٹھہرنے کے بیس (20) ہفتوں کے بعد خون کے دباؤ میں اضافہ ہوتا ہے۔

☆ **جب زیادہ بلڈ پریشر کی پرانی بیماری ہو اور حمل کے دوران ساتھ میں پری ایکلیمپشیا کی علامات بھی ظاہر ہو جائیں**

(Hypertension Superimposed by pre eclampsia)

حمل کے باعث خون کے دباؤ میں اضافہ (Pregnancy Induced Hypertension)

حمل کے باعث خون کے دباؤ میں معمولی اضافہ ایک معمولی بیماری ہے لیکن یہ بڑھ کر خطرناک صورت اختیار کر سکتی ہے۔

حمل کے باعث خون کے دباؤ میں اضافے کی درج ذیل صورتیں ہو سکتی ہیں:

- خون کے دباؤ میں اضافہ، پیشاب میں پروٹین یا چہرے اور ہاتھوں کی سوجن کے **بغیر**
- معمولی پری ایکلیمپشیا(Mild) سے شدید تر پری ایکلیمپشیا(Severe)۔ **جب پریشر میں اضافے کے ساتھ پروٹینوریا بھی ہوتا ہے۔**
- ایکلیمپشیا **(جھٹکے/ دورے پڑنا)**

پری ایکلیمپشیا

پری ایکلیمپشیا ایک ایسی صورتحال ہے جو صرف حمل کے دوران موجود ہوتی ہے۔ یہ حمل کے بیسویں (20) ہفتے کے بعد ظاہر ہوتی ہے۔ اسکی خصوصیات مندرجہ ذیل ہیں:

- خون کے دباؤ میں اضافہ
- پیشاب میں پروٹین کی موجودگی
- سوجن کے ساتھ یا سوجن کے بغیر

اس کے تین درجے ہو سکتے ہیں۔ یعنی:

- معمولی
- درمیانہ
- شدید

حمل میں بڑھے ہوئے بلڈ پریشر کے ساتھ کسی خاتون کا پروٹینیوریا میں مبتلا ہونا ایک آنے والے خطرے کی علامت ہے۔

حاصل معلومات (Findings) (ہر ایک کیس میں تمام یا چند موجود ہو سکتی ہیں)	معمولی/ ہلکا پری ایکلیمپشیا	درمیانے درجے سے شدید درجہ کا پری ایکلیمپشیا
خون کے زیریں/ نیچے دباؤ میں اضافہ بشرطیکہ حمل سے پہلے کا دباؤ معلوم ہو	حمل سے پہلے یا حمل کے ابتدائی دنوں کے خون کے نیچے والے دباؤ میں 15 - 20 mm Hg تک اضافہ یا درجہ 90 سے زیادہ مگر 100 mm Hg سے کم	حمل سے پہلے یا حمل کے ابتدائی دنوں میں خون کے نیچے والے دباؤ میں 20 mm Hg سے زیادہ کا اضافہ یا 100 mm Hg سے زیادہ
پیشاب میں پروٹین (پروٹینیوریا)	آثار (Trace)	مستقل +1 یا اس سے زیادہ
پورے جسم پر سوجن بالخصوص چہرے اور ہاتھوں پر (Oedema)	سوجن ہو بھی سکتی ہے اور نہیں بھی	یہ کیفیت پائی جاسکتی ہے۔
شدید سر درد رہنا	یہ کیفیت عام طور پر نہیں پائی جاتی	یہ کیفیت پائی جاسکتی ہے۔
نظر کا دھندلانا	یہ کیفیت عام طور پر نہیں پائی جاتی	یہ کیفیت پائی جاسکتی ہے۔
پیٹ کے اوپری حصے میں درد	یہ کیفیت عام طور پر نہیں پائی جاتی	یہ کیفیت پائی جاسکتی ہے۔
پیشاب میں کمی۔ ایک گھنٹے میں 30 ml سے کم پیشاب کا خارج ہونا (Oliguria)	یہ کیفیت عام طور پر نہیں پائی جاتی	یہ کیفیت پائی جاسکتی ہے۔

متوقع ایکلیمپشیا (Impending Eclampsia)

متوقع ایکلیمپشیا سے مراد یہ ہے کہ جلد ہی ایکلیمپشیا کا دورہ پڑنے کا اندیشہ ہے۔ متوقع ایکلیمپشیا کے آثار یا خطرے کی **علامات** یہ ہوسکتی ہیں:

☆ شدید سر درد
☆ متلی/ قے
☆ پیٹ کے اوپر کے حصے/ کلیجے میں درد (Epigastric pain)
☆ دھندلی نظر، تارے نظر آنا
☆ خون کے دباؤ میں اچانک اضافہ
☆ اونگھنے کی کیفیت/سُستی (Drowsiness)
☆ ذہنی پراگندگی/ پریشانی (Mental confusion)۔
☆ پیشاب میں کمی
☆ پیشاب میں پروٹین زیادہ ہوجانا
☆ Brisk reflexes
☆ Clonus کی موجودگی

ایکلیمپشیا

☆ پری ایکلیمپشیا کی علامات اور ساتھ ہی جھٹکے آنا/ دورے پڑنا۔
☆ پری ایکلیمپشیا اور ایکلیمپشیا دراصل ایک ہی بیماری کے دو درجے ہیں۔ ایکلیمپشیا بیماری کی شدید شکل ہوتی ہے۔
☆ پری ایکلیمپشیا کی طرح ایکلیمپشیا بھی صرف حمل، دردِ زہ کے دوران یا ولادت کے فوری بعد ہوتا ہے۔
☆ جھٹکے یا دورے اینٹی پارٹم مرحلے (حمل کے دوران)، انٹرا پارٹم مرحلے (دردِ زہ کے دوران) یا پوسٹ پارٹم مرحلے (بچے کی ولادت کے بعد) میں پڑ سکتے ہیں۔
☆ ایکلیمپشیا سے پہلے پری ایکلیمپشیا کا مرض ہوتا ہے۔ تمام مریضوں میں ایکلیمپشیا مرحلہ وار نہیں ہوتا یعنی معمولی درجے سے درمیانے اور پھر شدید درجے تک مرحلہ وار نہیں بڑھتا۔ چند خواتین اچانک ہی شدید پری ایکلیمپشیا/ تیز رفتار پری ایکلیمپشیا یا ایکلیمپشیا کا شکار ہوجاتی ہیں۔
☆ دورے کے بعد مریضہ اکثر طویل عرصے کے لئے بیہوش ہوجاتی ہے **(coma)**۔

ایسی چند دوسری صورتیں جن میں دورے/ جھٹکے پڑ سکتے ہیں یا بیہوشی **(coma)** ہوسکتی ہے، ان میں مرگی، ملیریا کی پیچیدگی، سر میں چوٹ، دماغ اور اس کی جھلیوں کا انفیکشن **(meningitis, encephalitis)** اور ہسٹیریا **(hysteria)** شامل ہیں۔

تیز رفتار یا نہایت تیزی سے بڑھنے والا پری ایکلیمپشیا (Fulminating Pre-eclampsia)

کبھی کبھار پری ایکلیمپشیا کا شدید حملہ مختلف درجوں سے گزرے بغیر اچانک ہی ہو جاتا ہے۔ ایسی مریضہ تیزی سے ایکلیمپشیا کا شکار ہو سکتی ہے۔ یہ حمل کے دوران ایک ہنگامی صورتحال ہے جس کا علاج فوری طور پر شروع کر دینا چاہیئے۔

HELLP Syndrome (Haemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets)

پری ایکلیمپشیا کی شدت کی علامت ہے

اس صورتحال میں خون کے خلیات توڑ پھوڑ کا شکار ہوتے ہیں، جگر کے انزائمز (Enzymes) بڑھ جاتے ہیں اور خون جمانے والے خلیات/ذرات (Platelets) کم ہو جاتے ہیں۔ یہ صورتحال پری ایکلیمپشیا کی پیچیدگی کو ظاہر کرتی ہے۔ اس کا مطلب ہے کہ مریضہ شدید بیمار ہے اور اُسے فوری توجہ کی ضرورت ہے۔

مریضہ کا طبّی معائنہ

ایسی مریضہ کے طبّی معائنے کیلئے ہدایات جس میں بلڈ پریشر بڑھ جانے/ سردرد/ نظر دھندلانے/ دورے یا ہوش وحواس کھونے کی علامات پائی جائیں۔

طبّی معائنہ	
گذشتہ طبّی صورتحال (History)	مریضہ یا اس کے تیمار دار سے درج ذیل معلومات حاصل کیجیئے اور ریکارڈ کیجیئے **ہسٹری لینے کے ساتھ ساتھ ہنگامی طبّی امداد کی فراہمی جاری رکھیئے** ☆ حمل کی مدت/ کیا دردِ زہ میں تو نہیں۔ ☆ موجودہ یا گذشتہ حمل میں دورے/ جھٹکے ☆ سردرد، متلی اور قے، نظر کا دھندلانا ☆ پیٹ کے اوپری حصے میں درد (Epigastrium or right hypochondrium) ☆ چہرے اور ہاتھوں پر سوجن (کیا انگوٹھیاں پھنسنے لگی ہیں) ☆ پیٹ میں موجود بچے کی حرکت موجود نہ ہونا یا کم ہونا ☆ حمل سے پہلے نارمل سے زیادہ بلڈ پریشر کی ہسٹری/ حمل کے باعث خون کے دباؤ میں اضافہ (PIH) / ایکلیمپشیا/ گُردوں کے مرض وغیرہ کی ہسٹری
عمومی جسمانی معائنہ	☆ اندازہ لگائیے (چیک کیجیئے) کہ مریضہ ہوش میں ہے، نیم بیہوش یا بیہوش ہے ☆ چیک کیجیئے کہ دورے/ جھٹکے تو نہیں پڑ رہے ☆ چیک کیجئے اور ریکارڈ کیجئے: بلڈ پریشر، نبض، تنفس، درجۂ حرارت، سوجن (Oedema) بالخصوص ہاتھوں اور چہرے پر ☆ مریضہ کی عمومی صحت کا اندازہ لگائیے (غذائیت کی کمی، خون کی کمی، ذاتی صفائی کی کمی/ جھٹکے کے دوران دانتوں کے درمیان آکر زبان تو نہیں کٹ گئی۔ ☆ معائنہ کیجیئے: - پھیپھڑے **(Basal Crepitations and Air Entry)** - دل (دل کی دھڑکن اور سرسراہٹ **(Heart Sounds & Murmurs)**. - پیٹ (دردِ زہ کی موجودگی/ بچہ دانی کا سائز حمل کی مدت کا اندازہ لگانے کے لئے/ بچے کا رُخ پیدائش کے لئے، بچے کا کون سا حصہ نیچے ہے **(Presentation)**، بچے کے دل کی دھڑکن وغیرہ) - **Tendon Reflexes** - **Clonus**

مریضہ کا طبّی معائنہ

ایسی مریضہ کے طبّی معائنے کیلئے ہدایات جس میں بلڈ پریشر بڑھ جانے/سر درد/نظر دھندلانے/ دورے یا ہوش وحواس کھونے کی علامات پائی جائیں۔

طبّی معائنہ	
اندرونی معائنہ (ایکلیمپشیا کی صورت میں دورے/جھٹکے قابو کرنے کے بعد کیجئے)	اندرونی معائنہ کریں اور نوٹ کریں: ☆ بچے دانی کے منہ اور گردن کا معائنہ کر کے اندازہ لگائیں کہ جلد از جلد بچے کی پیدائش کرنے کیلئے کون سا طریقہ اپنایا جائے۔ چیک کریں: - رحم کے منہ اور گردن (Cervix) کی حالت (نرم/سخت) - رحم کی گردن کی لمبائی **(Effacement)** - رحم کی گردن کی پوزیشن (سامنے کی طرف، درمیان میں، پیچھے) - رحم کے منہ **(OS)** کا کھلنا - معمولی خون ظاہر ہونا/شو (Show) - بچے کا سر/ Breech کس حد تک تولیدی راستے میں نیچے آ گیا ہے - کولہے کی ہڈیاں تنگ تو نہیں
تفتیش/ (جہاں سہولیات میسر ہوں)	☆ ہیموگلوبن، ٹوٹل لیوکوسائٹ کاؤنٹ (TLC) Platelets, Serum Uric Acid ☆ پیشاب کا تجزیہ (خاص طور پر پروٹین چیک کرنے کیلئے) ☆ خون کا گروپ، ریسس فیکٹر (Rh) ☆ خون میں جمنے کی صلاحیت کا ٹیسٹ۔ اگر خون جمنے کی صلاحیت میں نقص کا اندیشہ ہو تو **FDP,APTT,PT** کرائیں ☆ یوریا، کریاٹینائن اور الیکٹرولائٹس **(Urea, Creatinine and Electrolytes)** ☆ شدید پری ایکلیمپشیا یا ایکلیمپشیا کی موجودگی میں جگر کی کارکردگی کا ٹیسٹ **(LFT)** ☆ حمل کی مدت کا اندازہ، بچے کا رُخ، پوزیشن، آنول کی جگہ وغیرہ کی تصدیق کیلئے الٹراساؤنڈ، اگر علاج میں تاخیر کا باعث بنے تو ایکلیمپشیا کی موجودگی میں نہ کریں ☆ کسی پیچیدگی کی صورت میں دوسرے ٹیسٹ کروانے کی ضرورت بھی ہوسکتی ہے۔

خون کے دباؤ میں اضافہ بمعہ سردرد/نظر کا دھندلانا، دورے یا بیہوشی کی کیفیت (حمل کی مدت 20 ہفتوں سے کم)

مسئلے کی نشاندہی اور علاج

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ عام طور پر کوئی آثار/کیفیات نہیں ہوتے	نچلے (Diastolic) خون کا دباؤ 90 mm Hg یا زیادہ	دائمی/پرانا بڑھا ہوا بلڈ پریشر (Chronic Hypertension)	اگر بلڈ پریشر قابل قبول حد تک ہے تو اُسے حمل سے پہلے والے خون کے دباؤ کی سطح سے کم نہیں کرنا چاہیئے۔ Chronic Hypertension میں خون کا دباؤ زیادہ ہونے کی وجہ سے گردوں اور آنول میں خون کا بہاؤ مناسب رہتا ہے اور بلڈ پریشر کم کرنے سے خون کے بہاؤ میں کمی ہو سکتی ہے۔ **اس کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ دائمی بڑھے ہوئے بلڈ پریشر میں خون کا دباؤ کم کر کے معمول کی سطح پر لانے سے بچے یا ماں کو کوئی فائدہ پہنچتا ہے۔** ☆ حمل کے دوران زیادہ آرام کرنے کی حوصلہ افزائی کیجیئے۔ اگر مریضہ حمل سے پہلے بلڈ پریشر کم کرنے کی ادویات استعمال کرتی تھی جنکی وجہ سے بلڈ پریشر اچھی طرح کنٹرول میں تھا اور ان ادویات کا استعمال حمل کے دوران نقصان دہ نہ ہو تو ان کا استعمال جاری رکھیئے۔ ☆ اگر خون کا نچلا دباؤ 110 mm Hg یا اس سے زیادہ ہے یا بالائی دباؤ 160 mm Hg یا اس سے زیادہ ہے تو بلڈ پریشر کم کرنے کی ادویات سے علاج شروع کیجیئے۔ مثلاً میتھائل ڈوپا (Methyldopa) کی گولیاں (جو Aldomet کی صورت میں دستیاب ہیں) 250 ملی گرام تک دن میں دو سے تین مرتبہ (زیادہ سے زیادہ 3 گرام) استعمال کروائیے۔ ☆ اگر پیشاب میں پروٹین یا پری ایکلیمپشیہ کی دوسری علامات وکیفیات موجود ہوں تو Superimposed پری ایکلیمپشیا کے بارے میں سوچیئے اور معمولی پری ایکلیمپشیا کا علاج کیجیئے۔ (صفحہ 53) ☆ پیٹ میں بچے کی نشوونما اور حالت کا جائزہ لیجیئے۔ ☆ اگر کوئی پیچیدگی نہ ہو تو طبعی دردِ زہ کا انتظار کیجیئے۔ ☆ اگر پری ایکلیمپشیا ہو جائے تو تشخیص کے مطابق معمولی پری ایکلیمپشیا (صفحہ 53) یا شدید پری ایکلیمپشیا (صفحہ 54) کا علاج کیجیئے ☆ اگر پیٹ میں بچہ نہ بڑھ رہا ہو تو وقت سے پہلے بچہ پیدا کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے اس لئے حمل کی مدت کا دوبارہ حساب لگائیے (آخری ماہواری کی تاریخ اور الٹرا ساؤنڈ سے) اور مریضہ کو ایسے صحت مرکز بھیج دیں جہاں جامع EmOC کی سہولت ہو **خون کے دباؤ میں دائمی اضافہ (Chronic Hypertension) ایام حمل کے دوران کسی بھی وقت پری ایکلیمپشیا میں بدل سکتا ہے**

خون کے دباؤ میں اضافہ بمعہ سردرد/نظر کا دھندلانا، دورے یا بیہوشی کی کیفیت (حمل کی مدت 20 ہفتوں سے زیادہ)

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ عام طور پر کوئی مخصوص کیفیت/آثار نہیں ہوتے۔	☆ خون کے زیریں دباؤ میں اضافہ (90mmHg سے زیادہ اور 100mmHg سے کم) ☆ پروٹینیوریا نہیں ہوتا	حمل کے باعث خون کے دباؤ میں اضافہ (Pregnancy Induced Hypertension)	معمولی پری ایکلیمپشیا کی طرح علاج کریں

خطرے کی نشانیاں

- ☆ سردرد (جو عام سردرد کی دوا لینے سے ٹھیک نہیں ہوتا)
- ☆ متواتر متلی/ قے
- ☆ دھندلا نظر آنا/ تارے نظر آنا
- ☆ پیٹ کے اوپری حصے میں درد **(Epigastric pain or pain in right upper quadrant)**
- ☆ پیشاب کم آنا (24 گھنٹوں میں **400 ml** سے کم پیشاب آنا یا ایک گھنٹے میں **30 ml** سے کم پیشاب آنا)
- ☆ سوجن (اوڈیما) بالخصوص چہرے اور ہاتھوں پر

نوٹ: مریضہ میں یہ تمام یا ان میں سے کچھ علامات موجود ہو سکتی ہیں۔

خون کے دباؤ میں اضافہ بمعہ سر درد/ نظر کا دھندلانا، دورے یا بیہوشی کی کیفیت (حمل کی مدت 20 ہفتوں سے زیادہ)

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری......)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ عام طور پر کوئی مخصوص کیفیت/ آثار نہیں ہوتے۔	☆ خون کا زیریں دباؤ 90 سے 100 mm Hg ☆ پروٹینیوریا کے آثار (Trace) یا +1	ہلکا/ معمولی پری ایکلیمپشیا (Mild Pre-eclampsia)	**37 ہفتوں سے کم مدت کے حمل کی صورت میں:** خاتون کو گھر سے آنے والی مریضہ (out patient) کے طور پر دیکھیئے یعنی ہسپتال میں داخل کرنے کی ضرورت نہیں اور مریضہ اور اس کے خاندان والوں کو پری ایکلیمپشیا یا ایکلیمپشیا کے خطرے کی علامات (صفحہ 52) کے بارے میں بتایئے اور مشورہ دیجیئے۔ ہفتہ وار جائزہ لیجیئے: - بلڈ پریشر، وزن، سوجن (بالخصوص چہرے اور ہاتھوں پر) - پیشاب چیک کریں پروٹین کیلیئے - بچے کی حالت/ سائز ☆ اگر خون کا نچلا دباؤ 90 سے 100 mm Hg سے زیادہ نہ ہو، پیشاب میں پروٹین کی مقدار نہ بڑھ رہی ہو اور رحم میں بچے کی حالت اطمینان بخش ہو تو حمل کی مدت مکمل ہونے دیں یعنی قدرتی دردِزہ کا انتظار کریں۔ ☆ اگر خون کا دباؤ زیادہ ہونے لگے تو علامات کے مطابق درمیانے درجے/ شدید ایکلیمپشیا کا علاج کیجیئے۔ (صفحہ 54) ☆ اگر پیشاب میں پروٹین بڑھ رہی ہو، خون کا دباؤ بھی مستقل بڑھ رہا ہو یا رحم میں موجود بچے کا وزن نہ بڑھ رہا ہو یا بچے کی حالت اطمینان بخش نہ ہو (Fetal compromise)، تو ہوسکتا ہے کہ وقت سے پہلے بچے کی ولادت کرنی پڑے۔ اس کے لئے کسی بڑے ہسپتال بھیجیں جہاں (EmOC) ہنگامی علاج کی مکمل سہولتیں موجود ہوں۔ **37 ہفتوں یا اس سے زیادہ مدت کے حمل کی صورت میں:** ☆ اگر رحم میں موجود بچے کی حالت صحیح نہ ہونے (Fetal compromise) کی علامات ہوں تو رحم کی گردن (Cervix) کا معائنہ کیجیئے (صفحہ 50) اور بچے کی پیدائش کا جلد سے جلد اور موزوں انتظام کریں۔ ☆ اگر رحم کی گردن موزوں ہے (نرم، مہین (thin) منہ کچھ کھلا ہوا) تو کوکر کلیمپ (Kocher clamp) یا اگر میسر ہو تو ایمنیوٹک ہک (amniotic hook) کے ذریعے جھلیوں میں شگاف ڈالیئے اور آکسی ٹوسین (Oxytocin) کے استعمال سے دردِزہ شروع کیجیئے (صفحہ 80)۔ ☆ اگر رحم کی گردن موزوں نہ ہو (سخت، (Thick) موٹا، اور منہ بند ہو) تو رحم کی گردن کو موزوں بنانے کی ضرورت ہے اس لئے کسی ماہر ڈاکٹر کے پاس مریضہ کو بھیج دیں **یا** ☆ اگر آپریشن کی ضرورت محسوس ہو تو ایسے ہسپتال بھیج دیں جہاں ہنگامی علاج (EmOC) کی مکمل سہولتیں موجود ہوں۔

خون کے دباؤ میں اضافہ بمعہ سر درد/ نظر کا دھندلانا، دورے یا بیہوشی کی کیفیت (حمل کی مدت 20 ہفتوں سے زیادہ)

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ سر درد (جو عام سر درد کی دوا لینے سے ٹھیک نہیں ہوتا) ☆ متلی/ قے ☆ دھندلا نظر آنا/ تارے نظر آنا ☆ پیٹ کے اوپری حصے میں درد **(Epigastric pain or pain in right upper quadrant)** ☆ پیشاب کم آنا (24 گھنٹوں میں 400 ml سے کم پیشاب آنا یا ایک گھنٹے میں 30 ml سے کم پیشاب آنا) ☆ سوجن (اوڈیما) بالخصوص چہرے اور ہاتھوں پر نوٹ: مریضہ میں یہ تمام یا ان میں سے کچھ علامات موجود ہو سکتی ہیں۔	☆ خون کا زیریں دباؤ 100mm Hg سے زیادہ ☆ پروٹینیوریا مستقل +1 یا زیادہ ☆ **Exaggerated Tendon Reflexes** ☆ **Clonus** ☆ پھیپھڑوں میں پانی کا جمع ہونا (Pulmonary Oedema) نوٹ: مریضہ میں تمام یا ان میں سے کچھ علامات موجود ہو سکتی ہیں۔	درمیانے درجے سے شدید درجے کا پری ایکلیمپشیا (Moderate to severe Pre-eclampsia)	**علاج کے لئے درج ذیل حکمت عملی اختیار کیجئے:** ☆ دورے/ جھٹکے سے بچاؤ کی تدابیر ☆ پیچیدگیوں سے بچنے کے لئے خون کے دباؤ میں شدید اضافے (Hypertension) کو کنٹرول کرنے کی کوشش کیجئے۔ (صفحہ 60) ☆ جس قدر جلد ممکن ہو بچے کی پیدائش کی کوشش کیجئے۔ قدرتی راستے (vagina) سے یا آپریشن (Caesarean Section) کے ذریعے۔ ☆ اگر شدید سر درد ہو، نظر متاثر ہو، قے، پیٹ کے اوپری حصے میں درد ہو، پیشاب کی مقدار بہت کم ہو جائے (24 گھنٹوں میں 400 ملی لیٹر سے کم پیشاب آنا یا ایک گھنٹے میں 30 ملی لیٹر سے کم پیشاب آنا) یا **Deep tendon reflexes** کے بڑھنے کی علامات یا کیفیات پائی جائیں تو ایکلیمپشیا کی طرح علاج کیجئے۔ (صفحہ 55) ☆ اگر مندرجہ بالا علامات یا کیفیات نہ پائی جائیں اور حمل 37 ہفتوں سے کم ہو تو پیٹ میں بچے کے پوری طرح بڑھنے (37 ہفتوں) تک انتظار کریں اور مندرجہ ذیل کے مطابق Expectant Management کیجئے۔ **ماں اور بچے کی مسلسل نگہبانی اور اگر حالات مناسب رہے تو بچے کے مکمل نشوو نما (37 weeks) ہونے کا انتظار اور پھر بچے کی پیدائش کا عمل میں لانا۔ (Expectant Management):** - خون کے زیریں دباؤ کو 90 سے 100 mm Hg تک کم کرنے کیلئے ادویات کا استعمال کیجئے مثلاً Aldomet (صفحہ 61)۔ - پیٹ میں موجود بچے کے پھیپھڑوں کی مکمل نشوونما کیلئے ماں کو steroids دیجئے۔ (12 گھنٹوں کے وقفے سے دو دفعہ 12mg Dexamethasone انجکشن پٹھوں میں لگائیں) - اگر ماں کی حالت بگڑنے لگے تو (Expectant Management) چھوڑ دیجئے اور بچے کو پیدا کرنے کی کوشش کیجئے۔ (صفحہ 53) حمل کے دوران پیشاب آور دوائیوں (Diuretics) کا استعمال نقصان دہ ہوتا ہے۔ پری ایکلیمپشیا میں ان کا استعمال صرف درج ذیل صورتوں میں کیا جاتا ہے: - پھیپھڑوں میں پانی آجانا (Pulmonary Oedema) - جسم میں زیادہ پانی کی وجہ سے دل فیل ہونا (Congestive heart failure) - گردے فیل ہونا (Acute renal failure)

خون کے دباؤ میں اضافہ بمعہ سردرد/نظر کا دھندلانا، دورے یا بیہوشی کی کیفیت (حمل کی مدت 20 ہفتوں سے زیادہ)

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ جھٹکے/ دورے پڑنا ☆ شدید پری ایکلیمپشیا کے چند یا تمام کیفیات کی موجودگی	☆ شدید پری ایکلیمپشیا کے چند یا تمام علامات کی موجودگی ☆ جھٹکے/ دورے	ایکلیمپشیا (Eclampsia)	شدید پری ایکلیمپشیا اور ایکلیمپشیا کا علاج عموماً ایک ہی طرح کیا جاتا ہے مگر بچے کی پیدائش دورہ پڑنے کے 12 گھنٹے کے اندر اندر ہو جانی چاہیئے۔ **ایکلیمپشیہ کے علاج کیلئے مرحلہ وار درج ذیل حکمت عملی اختیار کریں:** ☆ پہلا مرحلہ: دورے کو روکنے کے اقدامات اور آئندہ دوروں سے بچاؤ کیلئے تدابیر ☆ دوسرا مرحلہ: بڑھتے ہوئے خون کے دباؤ (بلڈ پریشر) کو کنٹرول کرنا ☆ تیسرا مرحلہ: مریضہ کی حالت سنبھالنا (Stabilize the patient) ☆ چوتھا مرحلہ: جلد از جلد بچے کی پیدائش کی کوشش کرنی چاہیئے۔ قدرتی راستے (Vagina) سے یا آپریشن (Caesarean section) کے ذریعے۔ بچے کی پیدائش دورہ پڑنے کے 12 گھنٹے کے اندر اندر ہو جانی چاہیئے اگر کسی مریضہ کو گھر یا چھوٹے صحت مرکز میں دورہ پڑے اور اس پر طویل بیہوشی (coma) طاری ہو جائے تو: ☆ اُسے کروٹ دلا کر لٹائیے۔ ☆ ایک چمچ کے ہینڈل پر کپڑا لپیٹ کر اُس کے منہ میں ڈالئے اور زبان دبا کر رکھیئے تاکہ زبان پیچھے نہ گر جائے۔ ☆ ڈائزاپام (Diazapam) کا 10 mg کا انجکشن پٹھوں میں لگائیے۔ ☆ فوری طور پر ایسے ہسپتال لے جائیے جہاں ہنگامی زچگی کی مکمل سہولیات (EmOC) میسر ہوں۔ اگر آپ کے صحت مرکز میں زچگی کی پیچیدگیوں سے نبٹنے کی سہولیات نہیں ہیں تو ابتدائی امداد دینے کے بعد **۲ گھنٹے کے اندر** مریضہ کو ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں EmOC کی سہولیات ہوں۔ **عمومی اقدام (General Measures)** - مریضہ کو ہسپتال میں داخل کریں - اگر مریضہ کو دورے پڑ رہے ہوں یا بیہوش ہو تو سارے عملے کو بلائیں تاکہ ابتدائی طبی امداد دینے میں مدد مل جائے۔ - مریضہ کی عمومی حالت کا تیزی سے جائزہ لیجیئے۔ اہم علامات دیکھیئے (خون کا دباؤ، تنفس، نبض) اور ساتھ ساتھ مریضہ کی موجودہ اور گذشتہ بیماریوں کی تفصیلات بھی یا تو مریضہ سے یا اُس کے تیماردار سے معلوم کریں۔ - ضروری آلات اکٹھے کر لیجیئے مثلاً ایروے (Airway)، سکشن (Suction) کا سامان، ماسک اور بیگ، آکسیجن، ناک کے ذریعے آکسیجن دینے کے لئے کینیولا اور Endotracheal tube **اگر مریضہ سانس نہیں لے رہی ہے یا اسکا سانس بہت آہستہ ہے (Shallow) تو:** - تنفس کے راستے کو چیک کیجئے - Ambu Bag اور چہرے کے ماسک کے ذریعے سانس لینے میں مدد دیجیئے - چہرے کے ماسک کے ذریعے 4 سے 6 لیٹر فی منٹ کے حساب سے آکسیجن دیجیئے۔ - اگر ضرورت ہو تو سانس کے راستے میں نلکی ڈالیئے (Intubate) اور endotracheal tube کے ذریعے 4 سے 6 لیٹر فی منٹ کے حساب سے آکسیجن دیجیئے۔

خون کے دباؤ میں اضافہ بمعہ سردرد/نظر کا دھندلانا، دورے یا بیہوشی کی کیفیت (حمل کی مدت 20 ہفتوں سے زیادہ)

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری ......)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
		ایکلیمپشیا (Eclampsia)	**اگر مریضہ سانس لے رہی ہو:** - ماسک یا ناک کے کینیولا کے ذریعے 4 سے 6 لیٹر فی منٹ کے حساب سے آکسیجن دیجئے۔ **اگر مریضہ بیہوش (unconscious) ہو:** - ایروے (Airway) منہ میں ڈالئے یا چمچ کے ہینڈل پر کپڑا لپیٹ کر زبان کو دبایئے تاکہ زبان کو پیچھے گرنے سے روکا جاسکے۔ - تنفس کا راستہ (Airway) چیک کیجئے۔ - خاتون کو کروٹ لٹایئے۔ - درجۂ حرارت چیک کیجئے۔ - گردن چیک کیجئے کہ اس میں اکڑاؤ (Neck Rigidity) تو نہیں۔ **اگر مریضہ کو دورے پڑ رہے ہوں:** - مریضہ کو کروٹ لٹایئے تاکہ لعاب یا قے سانس کی نالی میں نہ جاسکے (Aspiration)۔ - نس میں کینیولا لگایئے اور نس کے ذریعے آہستہ آہستہ محلول چڑھایئے (Ringer's Lactate یا Dextrose water)۔ - اگر شدید پری ایکلیمپشیا یا ایکلیمپشیا تشخیص ہو (صفحہ 46) تو میگنیشیم سلفیٹ دیجئے۔ (صفحہ 58) - کیتھیٹر (Catheter) کے ذریعے مثانے کو خالی کرلیجئے اور کیتھیٹر اندر چھوڑ دیجئے تاکہ پیشاب کی مقدار کا اندازہ لگایا جاسکے اور پیشاب میں پروٹین کو چیک کیا جاسکے۔ اگر پیشاب ایک گھنٹے میں 30 mL سے کم آرہا ہو تو میگنیشیم سلفیٹ کا استعمال روک دیجئے اور نس کے ذریعے محلول دیجئے (Dextrose saline یا Ringer's lactate)۔ 8 گھنٹوں میں ایک لیٹر محلول دیجئے۔ **اگر دوروں کی وجہ نہ معلوم ہوسکے تو ایکلیمپشیا کا علاج جاری رکھیئے اور دوسری وجوہات جاننے کی کوشش بھی کرتے رہیئے** - مریضہ کو چڑھائے جانے والے محلول اور خارج ہونے والے پیشاب کی مقدار کا جائزہ لیتے رہیئے تاکہ معلوم ہوتا رہے کہ محلول کی زیادہ مقدار تو نہیں چڑھائی جارہی ہے۔ - فلوئیڈ بیلنس (Fluid Balance) چارٹ بنایئے۔ - جائزہ لیتے رہیئے کہ پھیپھڑوں میں پانی جمع ہونے (Pulmonary oedema) کے آثار تو نہیں نمایاں ہو رہے ہیں۔ ہر گھنٹے بعد پھیپھڑوں میں آلے کی مدد سے سانس کی آمدورفت کو سنیئے اور خرخراہٹ (Crepitations) کا جائزہ لیجئے۔ یہ خرخراہٹ پھیپھڑوں میں پانی جمع ہونے کی نشاندہی کرتی ہے۔ اگر پھیپھڑوں میں خرخراہٹ کی آواز ہو تو محلول چڑھانا بند کردیجئے اور انجکشن فروسمائیڈ (Frusemide) 40 ملی گرام نس کے ذریعے ایک مرتبہ دیجئے۔

خون کے دباؤ میں اضافہ بمعہ سر درد/نظر کا دھندلانا، دورے یا بیہوشی کی کیفیت (حمل کی مدت 20 ہفتوں سے زیادہ)

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری ......)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج

		ایکلیمپشیا (Eclampsia)	- مریضہ کو تنہا بالکل مت چھوڑیئے۔ کسی بھی وقت اسے دورہ پڑ سکتا ہے اور دورے کے ساتھ قے کی صورت میں قے کا مواد سانس کے راستے میں جا سکتا ہے جو خاتون اور بچے کی موت کا سبب بن سکتا ہے۔
			- مریضہ کو خاموش اور روشن جگہ میں رکھیئے اور اندھیرے کمرے میں بالکل مت رکھیئے تاکہ اسکی کیفیت اور حالت کا مستقل جائزہ لینے میں سہولت ہو۔
			- اہم علامات یعنی تنفس، نبض، بلڈ پریشر، ریفلیکسز (Reflexes) اور بچے کے دل کی دھڑکن کا ہر تیس منٹ بعد یا اگر ضرورت ہو تو اس سے بھی کم وقفے سے متواتر جائزہ لیتے رہیں۔
			- خون جمنے کی صلاحیت معلوم کرنے کیلئے ٹیسٹ کریں (Bedside Clotting Test)(صفحہ 19)
			- مریضہ کو زخمی ہونے یا چوٹ لگنے سے بچائیں (دھیان رکھیئے کہ بستر سے گر نہ پڑے) مگر اس کے ہاتھوں اور پاؤں کو بستر سے مت باندھیئے۔
			- دورے کے بعد اگر ضرورت ہو تو منہ اور گلے کو صاف کیجیئے۔
			
			دوروں پر قابو پانا
			دورے روکنے کی ادویات:
			- دورے روکنے کے لئے کئے گئے اقدامات میں سب سے اہم دورے روکنے کی ادویات کا مناسب استعمال ہے۔
			- ہسپتال میں داخل خواتین کو دورے پڑنے کی ایک عام وجہ ان کا نامناسب علاج ہوتا ہے۔
			- ایکلیمپشیا یا شدید پری ایکلیمپشیا کی صورت میں دورہ کے علاج یا دورے سے بچاؤ کیلئے انجکشن میگنیشیم سلفیٹ کا استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اس کے استعمال کا طریقہ باکس نمبر 1 میں صفحہ 58 پر دیا گیا ہے۔
			- اگر میگنیشیم سلفیٹ دستیاب نہ ہو تو انجکشن ڈائزاپام بھی دیا جا سکتا ہے (باکس نمبر 2، صفحہ 59)
			  - ڈائزاپام آنول کے ذریعے بچہ تک پہنچ کر اس پر اثر انداز ہوتی ہے۔ اس لئے ڈائزاپام کا نس کے ذریعے **مستقل** استعمال بچے کے تنفس کو کمزور کرنے کے خدشات کو بڑھا دیتا ہے کیونکہ ایسے بچے پہلے ہی رحم اور آنول میں خون اور آکسیجن کی کمی (Utero - Placental ischaemia) اور قبل از وقت ولادت کے اثرات کا شکار ہوتے ہیں۔
			  - اگر ڈائزاپام کی ایک خوراک دی جائے تو یہ شاذونادر ہی بچے کے تنفس کو متاثر کرتی ہے۔ (تنفس کو کمزور کرتی ہے)۔
			
			میگنیشیم سلفیٹ کے استعمال کے دُرست طریقے اور احتیاطی تدابیر پر سختی سے کاربند رہنا چاہیئے۔

باکس نمبر 1

شدید پری ایکلیمپشیا اور ایکلیمپشیا کیلئے میگنیشیم سلفیٹ (Magnesium Sulphate) کا شیڈول

دوا شروع کرنے کی مقدار (Loading dose)

☆ 4 گرام میگنیشیم سلفیٹ کا 20% سلوشن نس کے ذریعے آہستہ آہستہ 5 منٹ میں دیں۔ میگنیشیم سلفیٹ 50% کے سلوشن میں دستیاب ہے اور اس کو 20% بنانے کے لئے 50% میگنیشیم سلفیٹ کے 8mL کو 12 ملی لیٹر ڈسٹلڈ واٹر (Distilled Water) میں ملائیں۔

اُس کے فوری بعد 50% میگنیشیم سلفیٹ کا 10 ml یعنی 5 گرام لیں اور اس میں Lignocaine 2% کا 1 ml ایک ہی سرنج میں ملائیں اور دونوں کولہوں میں باری باری لگائیں (یعنی دونوں کولہوں میں کُل 20 ml یا 10 گرام لگائیں)۔ مریضہ کو آگاہ کیجئے کہ ٹیکے کی جگہ گرمی کا احساس ہوگا۔ انجکشن لگاتے ہوئے انفیکشن سے بچاؤ کی تدابیر اختیار کی جائے۔

☆ اگر انجکشن لگانے کے 15 منٹ بعد دوبارہ جھٹکا پڑے تو 2 گرام میگنیشیم سلفیٹ، (50% سلوشن آہستہ آہستہ) 5 منٹ کے دوران نس کے ذریعے دیجئے۔

علاج برقرار رکھنے کے لئے دوا کی مقدار: (Maintenance dose)

☆ **5** گرام **(10** ملی لیٹر) میگنیشیم سلفیٹ (**50%** سلوشن) + 2% لگنوکین **(Lignocaine)** کا 1 ml ہر 4 گھنٹے کے بعد ایک دفعہ دائیں اور دوسری دفعہ بائیں کولہے پر لگائیں۔

☆ بچے کی ولادت یا دورہ پڑنے کی صورت میں جو صورتحال آخر میں پیش آئی ہو، اُس کے **24** گھنٹوں بعد تک علاج برقرار رکھنے کے لئے میگنیشیم سلفیٹ کا استعمال جاری رکھیئے۔ مگر ہر دفعہ انجکشن لگانے سے پہلے مندرجہ ذیل 3 کیفیات چیک کرلیں:

- تنفس کی رفتار کم از کم 16 دفعہ فی منٹ ہو۔
- **Reflexes** موجود ہیں۔
- گزشتہ چار گھنٹوں کے دوران پیشاب کم از کم 30 ملی لیٹر فی گھنٹہ کے حساب سے خارج ہوا ہو۔

☆ ادویات کا استعمال روک دیجئے اگر:

- تنفس کی رفتار 16 دفعہ فی منٹ سے کم ہو۔
- Reflexes موجود نہ ہوں۔
- گزشتہ 4 گھنٹوں میں پیشاب 30 ملی لیٹر فی گھنٹہ سے کم آ رہا ہو۔

نوٹ: میگنیشیم سلفیٹ کا Reaction (ردِعمل) ہوسکتا ہے۔ شدید ردِعمل کی اوپر دی گئی علامات ہونے پر اپنی تیاری پوری رکھیئے اور antidote یعنی انجکشن کیلشیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) ضرورت پڑنے پر استعمال کریں۔

☆ تنفس بند ہوجائے **(respiratory arrest)** تو:

- Ventilation (ہوا کی آمد رفت) میں مدد کیجئے (ماسک، اور بیگ، اینستھیسیا کی مشین تیار رکھیئے)۔
- میگنیشیم سلفیٹ کے اثرات کم کرنے کی ضرورت ہو تو کیلشیم گلوکونیٹ 1 گرام (10% سلوشن کا 10 ملی لیٹر) آہستہ آہستہ نس کے ذریعے اُس وقت تک دیجئے جب تک تنفس بحال نہ ہوجائے۔

باکس نمبر 2

شدید پری ایکلیمپشیا اور ایکلیمپشیا کیلئے ڈائزاپام (Diazepam) کا شِڈول

نوٹ: ڈائزاپام صرف اس وقت استعمال کیجئے جب میگنیشیم سلفیٹ دستیاب نہ ہو

ابتدائی مقدار (Loading dose)

- ڈائزاپام 10 ملی گرام نس کے ذریعے آہستہ آہستہ 2 منٹ کے دوران دیں۔
- اگر دورہ دوبارہ پڑے تو دوبارہ یہی مقدار اسی طریقے سے دیجئے۔

دوا کا اثر برقرار رکھنے کے لئے (Maintenance dose)

- 40 ملی گرام ڈائزاپام **500** ملی لیٹر فلوئیڈ (نارمل سیلائن یا رینگرز لیکٹیٹ) میں نس کے ذریعے دیجئے، اس طرح کہ مریضہ غنودگی (Sedated) میں رہے مگر آسانی سے جگایا جا سکے۔ اس سے دورے کا امکان کم ہو جاتا ہے۔
- اگر ایک گھنٹے میں 30 ملی گرام سے زیادہ دی جائے تو ماں کے تنفس متاثر ہونے کا خدشہ ہو سکتا ہے۔
- 24 گھنٹوں کے دوران 100 ملی گرام سے زیادہ مت دیجئے۔
- اگر ضرورت ہو تو سانس لینے میں مدد کیجئے۔ ماسک اور بیگ یا سانس کی نالی میں ٹیوب ڈال کر **(Intubation)** آکسیجن دیں۔

مقعد (Rectum) کے ذریعے دوا دینا

- اگر نس کے ذریعے ڈائزاپام دینا ممکن نہ ہو تو مقعد یعنی پاخانے کے راستے کے ذریعے جسم میں داخل کیجئے۔ ابتدائی مقدار 20 ملی گرام کو 10 ملی لیٹر کی سرنج میں بھر کر سرنج کی سوئی اُتار دیجئے۔ بیرل کو چکنا **(lubricate)** کیجئے اور سرنج کا سامنے کا آدھا حصہ پاخانے کے راستے میں داخل کر کے دوا اندر داخل کر دیں جیسے ٹیکہ لگاتے ہیں۔ سرنج کو وہیں پکڑے رہیں اور دونوں کولہوں کو دس منٹ تک آپس میں ملا کر دبائے رکھیں تا کہ دوا باہر نہ نکل جائے۔ ایک متبادل طریقہ فولی کیتھیٹر **(Foley's catheter)** ہے۔ کیتھیٹر سرنج کے سامنے لگا کر مقعد میں داخل کر کے دوا اندر دی جا سکتی ہے جیسے ٹیکا لگاتے ہیں۔
- اگر دورے 10 منٹ کے اندر کنٹرول نہ ہوں تو ایک گھنٹے میں 10 ملی گرام ڈائزاپام تک یا اس سے زیادہ (مریضہ کی جسامت/ سائز اور طبّی کیفیت کے مطابق) دیجئے۔ مگر 24 گھنٹوں میں 100 ملی گرام سے زیادہ مت دیں۔

خون کے دباؤ میں اضافہ بمعہ سر درد/نظر کا دھندلانا، دورے یا بیہوشی کی کیفیت (حمل کی مدت 20 ہفتوں سے زیادہ)

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری ......)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج

		ایکلیمپشیا
		(Eclampsia)
			☆ بڑھے ہوئے بلڈ پریشر (Hypertension) پر قابو پانا
			
			بلڈ پریشر کم کرنے والی ادویات
			اگر خون کا نچلا دباؤ 110 mm Hg یا اس سے زیادہ ہو تو اسے کم کرنے والی ادویات دیجئے۔ اس کا مقصد خون کے نچلے دباؤ کو 90 mm Hg سے 100 mm Hg کے درمیان رکھنا ہے تا کہ دماغ کی رگ پھٹنے (Cerebral Haemorrhage) سے بچایا جا سکے
			ہائیڈرالازین (Hydralazine) (جو اپریسولین (Apresoline) کے نام سے دستیاب ہے) مندرجہ ذیل طریقے سے دی جا سکتی ہے:
			- ہر پانچ منٹ کے وقفے سے نس کے ذریعے اُس وقت تک 5 ملی گرام ہائیڈرلازین (Hydralazine) آہستہ آہستہ دیتے رہیں جب تک کہ خون کا دباؤ کم نہ ہو جائے۔
			- ہر ایک گھنٹے کے وقفے سے 5 mg دوبارہ نس میں دیں یا ہر دو گھنٹے پر 12.5 mg پٹھوں میں لگائیں۔
			
			اگر ہائیڈرالازین دستیاب نہ ہو تو:
			- لیبیٹولول **Labetalol** (جو **Trandate** کے نام سے دستیاب ہے) **10 mg** نس میں لگائیں۔
			  - اگر اس سے کوئی خاطر خواہ فائدہ نہ ہو اور دس منٹ بعد بھی خون کا دباؤ نچلا دباؤ 110 mm Hg سے زیادہ رہے تو 20 Labetalol ملی گرام نس کے ذریعے دیجئے۔
			  - اگر انجکشن دینے کے 10 منٹ بعد تک بھی بلڈ پریشر کم نہ ہو اور مریضہ کی حالت تسلی بخش نہ ہو تو 40 ملی گرام اور پھر بھی ضرورت ہو تو 80 ملی گرام تک دیجئے۔
			
			یا
			- نیفاڈیپین (Nifedipine) جو کہ ایڈالیٹ (Adalat) کے نام سے کیپسول کی صورت میں دستیاب ہے **5** ملی گرام کے کیپسول میں سوراخ کر کے زبان کے نیچے قطرے ٹپکائیے۔
			  - اگر دس منٹ بعد بھی اس سے کوئی خاطر خواہ فائدہ نہ ہو اور خون کا نچلا دباؤ **mm Hg110** سے زیادہ رہے تو مزید 5 ملی گرام پہلے کی طرح زبان کے نیچے ٹپکائیے۔
			
			نوٹ: Adalat کو میگنیشیم سلفیٹ کے ساتھ دینے سے بلڈ پریشر ضرورت سے زیادہ کم (Hypotension) ہو سکتا ہے۔ اس لئے احتیاط برتیں۔

خون کے دباؤ میں اضافہ بمعہ سر درد/نظر کا دھندلانا، دورے یا بیہوشی کی کیفیت (حمل کی مدت 20 ہفتوں سے زیادہ)

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری ......)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علامات
		ایکلیمپشیا (Eclampsia)	بلڈ پریشر کم کرنے والی ادویات (جاری....) **یا** ☆ اگر مندرجہ بالا میں سے کوئی بھی ادویات دستیاب نہ ہوں تو: - میتھائل ڈوپا (Methyldopa) جو کہ **Aldomet** کے نام سے دستیاب ہے استعمال کریں۔ یہ دوا اتنی مؤثر نہیں ہے اور بہت آہستہ آہستہ اثر کرتی ہے۔(4 گھنٹے میں)۔طریقۂ استعمال نیچے درج ہے: - 250 سے 500 ملی گرام کو 100 ملی لیٹر Dextrose water میں شامل کر کے نس میں آہستہ آہستہ 30 سے 60 منٹوں کے دوران چڑھائیے۔اگر ضرورت ہو تو 6 گھنٹے کے بعد دوبارہ یہ عمل دُھرائیے۔ ☆ **مریضہ کی حالت میں ٹھہراؤ لانے کے بعد (Stabilize the patient)** جب مریضہ کو دورے پڑنے رُک جائیں اور خون کا نچلا دباؤ 90 سے 100 mm Hg تک آجائے تو بچے کی ولادت کا مناسب انتظام کیجیئے۔ یا کسی ایسی جگہ منتقل کیجیئے جہاں زچگی کیلئے جامع سہولیات موجود ہوں۔

حمل کے دوران/ اسقاطِ حمل/ ولادت کے بعد دورے پڑنے کی دیگر وجوہات

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری ......)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ منہ کھولنے اور چبانے میں دِقت (Trismus/lockjaw) ☆ ممکن ہے کہ پہلے کوئی زخم آیا ہو، حال میں بچے کی ولادت ہوئی ہو یا اسقاطِ حمل ہوا ہو	☆ چہرے، گردن اور دھڑ کا اکڑنا ☆ کمر میں خم (Arched Back) ☆ لکڑی کی طرح پیٹ سخت ہونا (Board-like) ☆ اچانک دورے/ جھٹکے پڑنا	تشنج (Tetanus)	انتہائی نگہداشت کی ضرورت ہے۔ مریضہ کو فوراً ایسے ہسپتال بھیجیں جہاں جامع علاج کی سہولت ہو۔
☆ پہلے دورے پڑنے کی ہسٹری	☆ خون کا دباؤ معمول کے مطابق ☆ دورے	مرگی (Epilepsy)	فزیشن کو دکھائیں۔
☆ سردرد ☆ بخار، سردی لگنا ☆ پٹھوں/ جوڑوں میں درد ☆ شدید کپکپاہٹ (Rigors)	☆ خون کی کمی ☆ بڑھی ہوئی تلی اور اس میں دُکھن ☆ دورے/ جھٹکے ☆ یرقان (Jaundice)	پیچیدہ ملیریا (Complicated Malaria)	انتہائی نگہداشت کی ضرورت ہے۔ مریضہ کو فوراً ایسے ہسپتال بھیجیں جہاں جامع علاج کی سہولت ہو۔
☆ سردرد ☆ غنودگی/ بیہوشی	☆ گردن میں اکڑاؤ ☆ دورے/ جھٹکے	گردن توڑ بخار (Meningitis or Encephalitis)	انتہائی نگہداشت کی ضرورت ہے۔ مریضہ کو فوراً ایسے ہسپتال بھیجیں جہاں جامع علاج کی سہولت ہو۔
حمل میں سردرد کی دیگر وجوہات			
☆ سردرد ☆ نظر کا دھندلانا ☆ قے/ متلی ☆ سردرد کی ہسٹری	عام طور پر خون کا دباؤ معمول کے مطابق	مگرین Migraine (آدھے سر کا درد)	فزیشن کو دکھائیں۔

حمل، دردِ زہ کے دوران یا ولادت کے فوری بعد دورے کی صورت میں ایکلیمپشیا کی طرح علاج کریں جب تک کہ دوروں کی کوئی اور وجہ واضح نہ ہو

ولادت/زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا

UNSATISFACTORY PROGRESS OF LABOUR

زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا

- **زچگی میں تاخیر**
  (Prolonged Labour)
  12 گھنٹہ یا اس سے زیادہ دردِزہ میں گزر جانا
  - ☆ طویل سست دور (8 گھنٹے یا زیادہ)
  - ☆ طویل تیز دور (رحم کا منہ کھلنے کا عمل ایک سینٹی میٹر فی گھنٹہ سے کم)
  - ☆ طویل دوسرا مرحلہ
  - غیر مؤثر دردِزہ
    (Inefficient Uterine Contractions)
  - رحم میں بچے کی پوزیشن اور رُخ کا موزوں نہ ہونا
    (Malpresentation and Malposition)
  - کولہے کی ہڈی کے حوض اور بچے کے سر کے سائز/ وزن میں غیر مطابقت
    (Cephalo Pelvic Disproportion)
- **ولادت میں رکاوٹ**
  (Obstructed Labour)
  (ولادت میں تاخیر ہو بھی سکتی ہے اور نہیں بھی)
- پیدائش کے دوران بچے کے کندھوں کا پھنسنا
  (Shoulder Dystocia)

مصنوعی یا نقلی دردیں

یہ درد کچھ عرصے بعد خود ٹھنڈے پڑ جاتے ہیں

گلابی خانے زندگی کو خطرے کی صورتحال ظاہر کرتے ہیں

ولادت/ زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا

Unsatisfactory Progress of Labour

زچگی کے درد یعنی دردِ زہ اصلی بھی ہو سکتے ہیں اور نقلی بھی۔

اصلی دردِ زہ

رحم باقاعدہ وقفے سے سکڑتا ہے۔ یہ وقفہ آہستہ آہستہ کم ہوتا ہے اور دردوں کی شدت زیادہ اور مدت لمبی ہوتی جاتی ہے، جس کے نتیجے میں رحم کا منہ کھلتا جاتا ہے اور رحم کی گردن کی لمبائی آہستہ آہستہ کم ہو جاتی ہے (Effacement)۔ بچہ تولیدی راستے میں نیچے اترتا جاتا ہے اور جب رحم کا منہ پوری طرح کھل جاتا ہے تو بچے کی ولادت ہو جاتی ہے۔

مصنوعی یا نقلی دردِ زہ

مصنوعی یا نقلی دردوں میں رحم یا تو باقاعدہ وقفوں سے نہیں سکڑتا یا دیر دیر سے معمولی سا سکڑتا ہے۔ اس لئے نہ تو رحم کا منہ کُھلتا ہے اور نہ ہی رحم کی گردن کی لمبائی کم ہوتی ہے نہ ہی بچہ ولادت کے راستے میں نیچے نہیں اُتر سکتا ہے۔ یہ درد کچھ عرصے کے بعد خود بخود ٹھنڈے پڑ جاتے ہیں۔

> **جھوٹے دردوں کی اگر صحیح تشخیص نہ ہو تو طبی کارکن کو یہ غلطی ہو سکتی ہے کہ ولادت کی رفتار غیر تسلی بخش ہے اور یہ غیر ضروری آپریشن (Caesarean Section) کا باعث بن سکتی ہے۔**

زچگی کو تین مرحلوں میں تقسیم کیا گیا ہے:

- پہلا مرحلہ: رحم کے باقاعدہ وقفوں سے سکڑنے کے عمل کی ابتداء سے رحم کا منہ پورا کُھلنے تک۔
- دوسرا مرحلہ: رحم کا منہ پورا کُھلنے کے بعد سے بچے کی ولادت تک۔
- تیسرا مرحلہ: بچے کی ولادت سے لے کر آنول کے خارج ہونے تک۔

زچگی کے پہلے مرحلے کو دو حصوں/ دور میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ اک ابتدائی آہستہ دور (Latent Phase) دوسرا تیز دور (Active Phase)۔

☆ ابتدائی آہستہ دور

اس دور میں زچگی کی ابتدا ہوتی ہے۔ دردِ زہ ہلکے ہوتے ہیں اور رحم کا منہ آہستہ آہستہ کھلنا شروع ہوتا ہے اور 3 سے 4 سنٹی میٹر تک کُھل جاتا ہے۔

☆ تیز دور

جب رحم کا منہ 3 سے 4 سنٹی میٹر تک کُھل جائے تو پھر دردِ زہ زیادہ شدید ہو جاتے ہیں اور رحم کا منہ تیزی سے مزید کُھلتا ہے اور اب اس کے کھلنے کی رفتار ایک سنٹی میٹر فی گھنٹہ ہوتی ہے۔

زچگی کا دورانیہ

سابقہ زچگیوں کی تعداد (Parity)	پہلا مرحلہ (ولادت کیلئے رحم کی تیاری کا مرحلہ)		دوسرا مرحلہ (بچے کے خروج کا مرحلہ)	تیسرا مرحلہ (زچگی کی تکمیل کا مرحلہ)
	ابتدائی آہستہ دور	تیز درد		
پہلی زچگی (Primi Para)	8 گھنٹے	کم از کم ایک سینٹی میٹر فی گھنٹہ کی رفتار سے رحم کے منہ کا کھلنا	60منٹ	30منٹ
ایک یا زیادہ بچے کی ولادت ہو چکی ہو (Multipara)	8 گھنٹے	کم از کم ایک سینٹی میٹر فی گھنٹہ کی رفتار سے رحم کے منہ کا کھلنا	30 منٹ	30 منٹ

ولادت کے عمل کے شرکاء

☆ قوتیں/ طاقتیں (Powers): جنہیں عام زبان میں ''دردیں'' کہا جاتا ہے۔
☆ راستہ (Passage): تولیدی سرنگ نُما راستہ جس میں سے بچہ گزر کر باہر آتا ہے۔
☆ مسافر (Passenger): بچہ۔ ایک یا ایک سے زیادہ۔ آنول۔ جھلیاں۔

☆ قوتیں: (دردیں)

- **ابتدائی قوتیں** (Primary Powers or Forces):

یہ وہ قوتیں یا طاقتیں ہیں جس سے رحم کا منہ کھلتا ہے، رحم کی گردن چھوٹی ہو کر تقریباً غائب ہو جاتی ہے اور بچے کی ولادت کیلئے راستہ کھل جاتا ہے۔ یہی قوت بچے کو آہستہ آہستہ نیچے دھکیلتی ہے۔ بچہ وہ مرکزی مسافر ہے جسے قوتیں آگے دھکیلتی ہیں اور راستہ کشادہ ہو کر اُسے گزرنے دیتا ہے۔ باقی مسافر آنول اور جھلیاں ہیں۔

- **ثانوی قوتیں** (Secondary Powers or Forces):

جب رحم کا منہ پورا کھل جاتا ہے اور بچے کا وہ حصہ جو سب سے آگے ہوتا ہے، اس کے دباؤ سے پیٹ اور ڈایا فرام کے پٹھوں میں ردِ عمل شروع ہوتا ہے، جو ماں کو مجبور کرتا ہے کہ وہ زور لگائے اور بچے کو باہر دھکیلے۔ یہ ردِ عمل ثانوی قوت کہلاتا ہے اور بچے کی ولادت میں معاون ہوتا ہے۔

☆ تولیدی راستہ (Birth Canal):

تولیدی راستے کی ساخت کچھ ایسی ہے کہ کچھ حصے نرم ہیں جو گوشت پوست کے بنے ہوئے ہیں اور کچھ حصے سخت ہیں جو ہڈیوں سے بنتے ہیں۔

- **نرم راستہ** (Soft Passages):

تولیدی راستے کے نرم حصوں میں رحم اور فرج شامل ہیں

- **سخت راستہ**

کولہے کی ہڈیوں کا حوض (Bony Pelvis) شامل ہیں

☆ **مسافر:**

بچہ، آنول اور جھلیاں تولیدی راستے کے مسافر ہیں

ولادت میں قوتیں، راستے اور مسافر کی آپس میں مناسب مطابقت اور ہم آہنگی بیحد ضروری ہے ورنہ ولادت میں مسائل پیدا ہو جاتے ہیں۔

ولادت میں تاخیر

- جب پہلی زچگی **(Primigravida)** میں دردِ زہ 12 گھنٹوں یا اس سے زیادہ دیر تک جاری رہیں، مگر بچے کی ولادت نہ ہو۔

یا

- جب زچگی پہلی نہ ہو یعنی ایک یا زیادہ بچے پیدا ہو چکے ہوں **(Multigravida)** اور دردِ زہ 8 گھنٹے یا اس سے زیادہ دیر تک جاری رہیں مگر بچے کی ولادت نہ ہو۔

زچگی کے کسی بھی مرحلے کو صحیح طور پر معمول سے زیادہ طویل قرار دینے میں طبی کارکن کی مہارت کا بہت بڑا ہاتھ ہوتا ہے۔

زچگی طویل ہونے کی وجہ ولادت کے مختلف مراحل کا دیر سے مکمل ہونا ہے۔ مثلاً:

- **ابتدائی آہستہ دور کا معمول سے زیادہ طویل ہونا** (Prolonged Latent Phase)
  جب دردوں کے باوجود رحم کا منہ 8 گھنٹوں میں 4 سینٹی میٹر سے کم کھلا ہو۔

- **تیز دور کا معمول سے زیادہ طویل ہونا** (Prolonged Active Phase)
  جب شدید دردوں کے باوجود تیز دور میں رحم کا منہ ایک سینٹی میٹر فی گھنٹہ سے کم رفتار سے کھلتا ہو۔

- **ولادت کا دوسرے مرحلے یعنی خروج کے مرحلے کا معمول سے زیادہ طویل ہونا (Prolonged Expulsive Phase of Second Stage)**
  جب پہلے بچے کی ولادت کے دوسرے مرحلے کے دوران عورت ایک گھنٹہ یا اس سے زیادہ عرصے سے زور لگا رہی ہو اور بچہ نہ پیدا ہو یا وہ عورت جس کے پہلے ایک سے زیادہ بچے ہوں وہ آدھے گھنٹے سے زیادہ زور لگا رہی ہو مگر بچے کی ولادت نہ ہو۔

اگر دردِ زہ کے دوران بچہ بتدریج نیچے آرہا ہو اور ماں اور بچہ دونوں نڈھال نہ ہو رہے ہوں اور پیدائش میں تھوڑا زیادہ وقت بھی لگ جائے تو کوئی حرج نہیں۔

زچگی میں ہمیشہ وقت کی حدود کی پابندی نہیں کی جاسکتی۔ اس بات کا یقین کرلیں کہ ماں اور بچہ دونوں محفوظ ہیں۔

ولادت کا عمل طویل ہونے کی مندرجہ ذیل وجوہات ہو سکتی ہیں:

- ☆ کمزور دردیں / غیر مؤثر دردِ زہ (Inefficient Uterine Contractions)
- ☆ رحم میں بچے کی پوزیشن اور رُخ کا موزوں نہ ہونا (Malposition & Malpresentation)
- ☆ کولہے کی ہڈی کے حوض کا راستہ بچے کے سر / وزن کے حساب سے چھوٹا ہو (Cephalo Pelvic Disproportion)

☆ کمزور دردیں / غیر موثر دردِ زہ:

جب درد بہت دیر یا بے قاعدگی سے آئیں یا کم شدت کے ہوں جن میں رحم معمولی سا سکڑے (40 سیکنڈ سے کم) اور اس کی وجہ سے رحم کا منہ صحیح رفتار سے نہ کھل سکے۔

مؤثر دردِ زہ

دردِ زہ کے مؤثر ہونے کے لئے ضروری ہے کہ:

10 منٹ میں با قاعدہ وقفے سے 3 دردیں آئیں اور ہر درد کا دورانیہ 40 سیکنڈ یا اس سے زیادہ ہو۔

مؤثر دردِ زہ کا نتیجہ:

- زچگی کے پہلے مرحلے کے ابتدائی آہستہ دور میں رحم کا منہ آہستہ آہستہ کھلتا ہے **(Dilatation)** اور رحم کی گردن کی لمبائی کم ہو جاتی ہے **(Effacement)**۔
- ولادت کے دوران پہلے مرحلے کے تیز دور میں رحم کا منہ ایک سینٹی میٹر فی گھنٹہ کی رفتار سے کھلتا ہے۔
- بچے کا سر یا کولہا **(Breech)** آہستہ آہستہ تولیدی راستے میں نیچے آجاتا ہے۔

☆ بچے کا غیر موزوں رخ اور پوزیشن:

- بچے کے جسم کا جو حصہ رحم کے منہ کے اوپر ہوتا ہے، اس سے بچے کی پوزیشن اور رخ کا اندازہ لگایا جاتا ہے۔ طبعی پوزیشن میں بچہ رحم میں سر کے بل ہوتا ہے، سر آگے کو جھکا ہوا ہوتا ہے اور ٹھوڑی سینے کو چھو رہی ہوتی ہے (Well Flexed) اور پوزیشن Occipito anterior ہوتی ہے۔ یہ پوزیشن تولیدی راستے کے لئے سب سے زیادہ موزوں ہے۔

- اس پوزیشن کے علاوہ باقی سب پوزیشن اور رُخ چونکہ پیچیدگیاں پیدا کرتے ہیں انہیں ناموزوں قرار دیا جاتا ہے۔ مثلاً:

Occipito Transverse, Occipito Posterior، چہرے کے رُخ (Face Presentation)، پیشانی کے رخ (Brow Presentation)، اور آڑے یا ترچھے رخ (جب کاندھوں کے رخ پر ہو) (Tranverse / Oblique lie)

- اوپر دی ہوئی ان تمام ناموزوں رخ اور پوزیشن کی صورت میں چونکہ بچے کے جسم کے پہلے آنے والے حصوں (Presenting Part) کو ماں کے کولہے کی ہڈیوں کے حوض میں زیادہ جگہ کی ضرورت ہوتی ہے اس لئے ولادت کا عمل سست رفتار ہو جاتا ہے اور عام طور پر دردِ زہ بھی غیر مؤثر ہوتے ہیں لہٰذا بچے کے جسم کے حصے کولہے کی ہڈی کے حوض میں یا تو مشکل سے داخل ہوتے ہیں یا داخل نہیں ہو سکتے۔

☆ کولہے کی ہڈی بچے کے سر/ وزن کی مناسبت سے چھوٹی (Cephalo Pelvic Disproportion)

ماں کے کولہے کی ہڈی کے حوض اور بچے کے سر کے سائز/ وزن کی غیر مطابقت مندرجہ ذیل صورتحال میں ہوسکتی ہے:

- حوض تو نارمل ہوتا ہے مگر بچے کا وزن زیادہ ہوتا ہے یا بچے کے سر کا سائز بڑا ہوتا ہے مثلاً بچے کے سر میں نارمل سے زیادہ پانی جمع ہوجائے (Hydrocephalus) تو سر کا سائز بڑھ جاتا ہے۔
- بچہ تو نارمل سائز کا ہوتا ہے مگر حوض چھوٹے سائز کا ہوتا ہے۔
- بچہ بھی نارمل سائز کا ہے اور حوض بھی، مگر بچے کے سر کی پوزیشن اور رُخ غیر موزوں ہوتا ہے۔

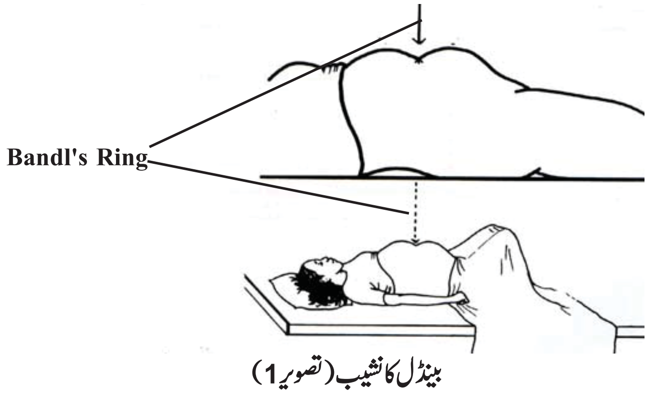
بچے کی پیدائش میں رکاوٹ (Obstructed Labour)

جب مؤثر دردِزہ کے باوجود بچہ تولیدی راستے میں نیچے نہ آئے، ایسی صورتحال میں بچہ لمبائی کے رخ (Longitudinal lie) اور سر یا کولہے کے بل، بچہ آڑا یا ترچھا (Transverse lie) بھی ہوسکتا ہے، جس کی وجہ سے ولادت میں تاخیر ہوسکتی اور کبھی کبھی بظاہر ولادت میں تاخیر نہیں ہوتی مگر بچہ کی پیدائش میں رکاوٹ کی علامات (صفحہ 71) موجود ہوتی ہیں اور ان علامات کو نظر انداز کرنے سے مندرجہ ذیل مسائل پیدا ہوسکتے ہیں:

- رحم کا پھٹنا
- فرج اور مثانہ کے درمیان سوراخ یا رحم کے منہ اور مثانہ کے درمیان سوراخ یا فرج اور پاخانے کے راستے کے درمیان سوراخ۔
  اگر بچہ کا سر تولیدی راستے میں بہت دیر تک پھنسا رہے تو مثانے، رحم کے منہ، فرج اور پخانے کے راستے کے کچھ حصے بچے کے سر اور کولہے کی ہڈیوں کے درمیان دب جاتے ہیں۔ جب یہ دباؤ ایک لمبے عرصے تک رہے تو اس کے نتیجے میں اس جگہ کا دورانِ خون رُک جاتا ہے اور ریشوں اور پٹھوں کی زندگی ختم ہوجاتی ہے (Tissue necrosis)۔ بعد میں یہ مرے ہوئے ریشے اور پٹھے خارج ہوجاتے ہیں اور وہاں پر سوراخ ہوجاتا ہے (Obstetric Fistula)۔ یہ سوراخ فرج اور مثانہ یا فرج اور پاخانے کے راستے کے درمیان دیوار میں ہوتا ہے۔ سوراخ کی جگہ کے مطابق پیشاب یا پاخانہ فرج کے راستے مستقل خارج ہوتا رہتا ہے۔
- چلّے کا بخار (Puerperal Sepsis)
- خون کی نالیوں میں خون کا جم جانا (Disseminated Intravascular Coagulation)
- ماں کی موت (Maternal Death)
- ولادت کے دوران بچے کو آکسیجن کی کمی ہونا (Fetal Distress) جو بچے کی ذہنی یا جسمانی معذوری کا باعث بن سکتا ہے۔
- بچے کی موت

بینڈل کا نشیب (Bandl's Ring) (بینڈل اُس شخص کا نام ہے جس نے یہ علامت پہلے پہل پہچانی تھی)

مؤثر دردوں کے باوجود ولادت میں تاخیر ہونے اور بچے کی پیدائش میں رکاوٹ کی یہ ایک خطرے کی علامت ہے۔ ناف کے نیچے پیٹ پر دو منڈیریں نظر آنے لگتی ہیں (تصویر 1، نیچے) ان دو منڈیروں کے درمیان پیٹ اندر کی طرف دھنسا ہوا نظر آتا ہے۔ یہ بہت واضح اشارہ ہے کہ بچے کی پیدائش میں رکاوٹ ہے اور اگر فوراً مناسب اقدام نہ کئے گئے تو رحم پھٹ جائے گا۔



بینڈل کا نشیب (تصویر 1)

بچے کے کندھوں کا پیدائش کے دوران پھنس جانا (Shoulder Dystocia)

- بچے کا سر باہر آ جاتا ہے مگر کندھے چوڑے ہونے کی وجہ سے کولہے کی ہڈی کے حوض کے سامنے والی ہڈی (Symphysis Pubis) کے پیچھے پھنس جاتے ہیں۔

- بچے کا سر فرج کے بیرونی حصے **(Vulva)** میں ٹھسا ہوا ہوتا ہے۔

- بچے کی ٹھوڑی فرج کی طرف واپس جاتی ہوئی **Perineum** کو دباتی ہے۔

- بچے کا سر کھینچنے سے بھی کندھوں کے باہر نکالنے میں کامیابی نہیں ہوتی۔

- اگر بچہ پیدا کرنے کیلئے فوری اور مؤثر انتظام نہ کیا جائے تو بچے کی موت واقع ہو سکتی ہے (صفحہ 78)۔

- زچگی سے پہلے بچہ بڑا محسوس ہو تو اس بات کا امکان ہے کہ پیدائش کے دوران اس کے کندھے پھنس جائیں گے، اس لئے ماہر ڈاکٹر سے مشورہ کریں کہ بچے کی پیدائش کیلئے کیا اور کہاں انتظام کیا جائے۔

مریضہ کا طبّی معائنہ

زچگی کی غیر تسلی بخش رفتار کی صورت میں مریضہ کے طبّی معائنے کیلئے ھدایات

طبّی معائنہ	
گذشتہ طبّی معلومات (History)	مریضہ سے یا مریضہ کے تیمار دار کی مدد سے معلومات حاصل کر کے ریکارڈ کر لیجیئے : **ہسٹری لینے کے ساتھ ساتھ ہنگامی طبّی امداد بھی فراہم کرتے رہیئے** ☆ آخری ماہواری کی تاریخ ☆ کیا پہلا حمل ہے/ گذشتہ زچگیوں کی تعداد ☆ گذشتہ پیٹ کا آپریشن (Caesarean Section) یا آلات کے ذریعے کی گئی زچگی یا دشوار زچگی ☆ گذشتہ زچگی کا نتیجہ (نارمل بچہ/ مردہ بچہ/Perinatal death / ذہنی یا جسمانی نقص) ☆ زچگی کے درد خود شروع ہوئے یا دوا کے ذریعے اور کب شروع ہوئے۔ ☆ کیا درد شروع ہو کر پھر بند ہو گئے ہیں؟ ☆ کیا جھلیاں پھٹ چکی ہیں (Leaking membranes) ☆ کیا مریضہ کو کوئی انجکشن لگایا گیا ہے؟ اگر ہاں تو وہ کون سا انجکشن تھا؟ ☆ فرج سے خون کا اخراج (مقدار اور مدت)
عمومی جسمانی معائنہ پیٹ کا معائنہ	☆ اہم علامات کا جائزہ لیجیئے (خون کا دباؤ، نبض، تنفس اور درجہ حرارت) ☆ مریضہ کی عمومی صحت کا جائزہ لیجیئے (پانی کی کمی، فاقہ زدہ ہونے کی علامت (Ketotic)، خون کی کمی) ☆ مریضہ کے دل، پھیپھڑوں، پیٹ اور ہاتھ پاؤں کا جائزہ لیجیئے ☆ پیٹ کے جائزے میں چیک کیجیئے : - دردوں میں وقفہ اور درد کی مدت و شدت - پیٹ کی شکل (بچے کے آڑا ہونے کی صورت میں پیٹ زیادہ چوڑا ہوتا ہے)/ بینڈل کا نشیب (Bandl's ring) - بچے کی پوزیشن اور رُخ (Lie) - بچے کا سر اوپر ہے یا کولہوں کی ہڈی کے حوض میں داخل ہو چکا ہے (Engaged) - مثانہ پیشاب سے بھرا ہوا نظر آتا یا محسوس ہوتا ہے کہ نہیں - بچے کے دل کی دھڑکن معمول کے مطابق/ تیز/ کمزور/ بے قاعدہ/ غائب ہے - بچے کے جسم کے حصے با آسانی محسوس کیئے جا سکتے ہیں (رحم پھٹنے کی علامت)
اندرونی معائنہ	فرج کا (PV) معائنہ کیجیئے اور جائزہ لیجیئے۔ ☆ بدبودار مواد/ Meconium یعنی بچے کا پاخانہ/خون کا اخراج ☆ خون کے اخراج کی مقدار ☆ فرج کے بیرونی حصے کی سوجن (Oedema of the vulva) ☆ سوجی ہوئی، گرم اور خشک فرج (Vagina) ☆ رحم کی گردن کی سوجن/رحم کا منہ کتنا کھلا ہے (Cervical dilatation) / رحم کی گردن کی لمبائی کتنی کم ہے (Effacement) ☆ جھلیاں موجود ہیں یا نہیں ☆ بچے کا سب سے پہلے آنے والا حصہ سَر/ کندھا/بازو/کولہے (breech) چہرہ یا سر کے ساتھ ہاتھ یا پیر (Compound Presentation) ☆ پوزیشن (Position) / بچے کے سامنے آنے والے حصے (Presenting part) تولیدی راستے میں کس سطح پر ہیں (Station) ☆ بچے کے سر کے گومڑے (caput) کا سائز اور بچے کے سر کی ہڈیاں ایک دوسرے پر کس قدر چڑھی ہوئی ہیں (Moulding) ☆ ماں کے کولہے کی ہڈیاں بچے کے سائز کے تناسب سے چھوٹی تو نہیں۔
تفتیش (جہاں سہولیات میسّر ہوں)	☆ ہیموگلوبن، لیوکوسائیٹس کاؤنٹ، پلیٹیلیٹ کاؤنٹ، خون میں شکر کی مقدار ☆ پیشاب میں پروٹین، شوگر اور کیٹونز (Ketones) ☆ خون کا گروپ اور ریسس فیکٹر (Rh) ☆ پیچیدگی کی صورت میں دیگر/ مزید ٹیسٹ کی ضرورت بھی پڑ سکتی ہے۔

مسئلے کی نشاندہی

ولادت کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا

حاصل شدہ معلومات (Findings)	تشخیص
دردوں کے ساتھ رحم کا سکڑنا محسوس نہیں ہوتا/غیر متواتر سکڑنا رحم کے منہ کے کھلنے اور گردن کی لمبائی میں کوئی تبدیلی نہ ہونا	جھوٹی دردیں False Labour
زچگی کے پہلے مرحلے کے سست دور میں رحم کے منہ کا 8 گھنٹے تک دردوں کے باوجود 4 سینٹی میٹر سے زیادہ نہ کھلنا	زچگی کے پہلے مرحلے کے سست دور میں طوالت (Prolonged latent phase)
زچگی کے پہلے مرحلے کے تیز دور میں رحم کا منہ کھلنے کی رفتار ایک سینٹی میٹر فی گھنٹہ سے کم یا partograph میں خبرداری کی لائن (Alert Line) کے دائیں جانب (صفحہ)	زچگی کے پہلے مرحلے کے تیز دور میں طوالت (Prolonged Active Phase)
☆ دردوں کی شدت صحیح ہونے کے باوجود رحم کا منہ کھلنے اور بچے کے نیچے آنے کے عمل میں رکاوٹ پیدا ہونے لگتی ہے (secondary arrest) اور پھر وقت گزرنے کے ساتھ ساتھ دردوں کی شدت بھی کم ہونے لگتی ہے۔ ☆ عام طور پر دردیں ''مؤثر'' ہوتی ہیں۔ مگر رحم کے منہ کے کھلنے اور بچہ نیچے آنے کے عمل میں رکاوٹ ہوتی ہے (Secondary Arrest) **بچے کی پیدائش میں رکاوٹ کی علامات:** - سر کے گومڑے کا ضرورت سے زیادہ بڑا ہو جانا (Caput) - تیسرے درجے کی ڈھال (مولڈنگ) (Third degree moulding) یعنی بچے کے تالو کی ہڈیاں ایک دوسرے پر معمول سے زیادہ چڑھی ہوئی ہوں - بچے کا سب سے پہلے آنے والا حصہ رحم کے منہ کے اندر فٹ نہ ہو یعنی رحم کے منہ تک صحیح طور پر نہ پہنچے ہوں (Cervix poorly applied to presenting parts) - رحم کی گردن میں سوجن (Oedematous cervix) - رحم کے نچلے حصے کا پھول جانا (Ballooning of lower uterine segment) - بینڈل کا نشیب (Bandl's Ring) کا بن جانا - ماں اور بچے کا نڈھال ہونا	کولہے کی ہڈی، بچے کے سر/وزن کی مناسبت سے چھوٹی (Cephalopelvic disproportion) بچے کی پیدائش میں رکاوٹ (Obstructed Labour)
☆ زچگی کے پہلے مرحلے کے تیز دور میں جب دردیں 10 منٹ میں 3 مرتبہ سے کم آئیں اور 40 سیکنڈ سے کم مدت کی ہوں	رحم کا ناکافی سکڑنا/غیر مؤثر دردِ زہ (Inadequate Uterine Activity)
☆ بچے کا سب سے پہلے آنے والا حصہ سر کے صحیح رخ یعنی (Occipito Anterior) کے علاوہ کسی اور رُخ پر ہو یا بچہ سر سے نہ آ رہا ہو مثلاً Breech	بچے کا غیر موزوں رُخ یا پوزیشن (Malpresentation or Malposition)
رحم کا منہ پوری طرح کھل چکا ہوتا ہے۔ دردیں مؤثر ہوتی ہیں یا نہیں بھی۔ عورت زور لگانا چاہتی ہے یا عورت زور لگانے کی ضرورت محسوس نہیں کرتی۔ بچے کا سب سے پہلے آنے والا حصہ دردوں کے ساتھ نیچے نہیں اترتا۔	زچگی کے دوسرے مرحلے میں تاخیر

ولادت/زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا

عمومی علاج

☆ اگر شاک (Shock) کی کیفیت ہو یا اس کا اندیشہ ہو تو فوری علاج شروع کر دیجیئے۔
☆ ماں اور بچے کی کیفیت/حالت کا فوری جائزہ لیجیئے اور فوری امداد (Supportive care) فراہم کیجئے یعنی زچگی کے دوران ماں کو جسمانی اور ذہنی آرام پہنچائیں۔
☆ دو مختلف جگہ پر مریضہ کے نس میں دو بڑے سائز کے کینولا لگایئے (14-16 گیج)
☆ ایک کینولا سے خون کے مختلف ٹیسٹ کیلئے خون کا نمونہ حاصل کیجئے اور ہیموگلوبن، ٹوٹل لیوکوسائیٹ کاؤنٹ، پلیٹیلیٹس، خون میں شکر کی مقدار، خون کا گروپ اور اگر سی زیرین سیکشن کا اندیشہ ہو تو خون کی مطابقت کے ٹیسٹ کیلئے بھجوایئے۔
☆ اگر یہ ٹیسٹ حال ہی میں کروائے جا چکے ہوں تو دوبارہ مت کروایئے۔
☆ پانی کی شدید کمی اور فاقہ زدگی کی حالت کا اندازہ لگایئے یعنی Ketotic حالت کا۔ اگر ہے تو نس کے ذریعے مائع جات مثلاً نارمل سیلائن یا رینگر زلیکٹیٹ تیزی سے چڑھایئے۔
☆ اگر مثانہ بھرا ہوا محسوس ہو تو مریضہ سے کہیئے کہ وہ پیشاب کر لے اور مثانہ خالی کر لے لیکن اگر مریضہ کیلئے ممکن نہ ہو تو کیتھیٹر کے ذریعے مثانہ خالی کر دیجیئے۔ آپریشن کے ذریعے بچے کی ولادت کا امکان ہو تو کیتھیٹر لگا رہنے دیجیئے۔
☆ Ketones چیک کرنے کیلئے پیشاب کا ٹیسٹ کروایئے۔
☆ اگر پارٹوگراف (partograph) بنایا گیا ہو تو اس کا جائزہ لیجیئے تا کہ پتا چل سکے کہ تاخیر ہو رہی ہے کہ نہیں۔ (صفحہ 82)
☆ اگر بچہ کی ولادت کیلئے آپریشن کا امکان ہو تو مریضہ کو کسی ایسے مرکزِ صحت میں بھجوایئے جہاں اُس کی زچگی کیلئے مکمل سہولیات دستیاب ہوں۔

☆ مریضہ کو خون چڑھانے کی ضرورت پڑ سکتی ہے، اس لئے خون کا عطیہ دینے والوں کا بندوبست کیجئے/مشورہ دیجیئے۔
☆ اگر بچہ کی ولادت کیلئے آپریشن کا امکان ہو تو مریضہ میں خون کی کمی کا اندازہ لگاتے ہوئے 1 سے 2 بوتل خون کا انتظام کیجیئے۔

ولادت/زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا

مسئلے کی نشاندہی اور علاج

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
- درد یا تو محسوس نہیں ہوتے یا باقاعدگی سے نہیں آتے	- رحم کی گردن اور منہ کی حالت میں کوئی قابلِ ذکر تبدیلی نہیں ہوتی (رحم کا مُنہ نہیں کھلتا/رحم کی گردن کی لمبائی کم نہیں ہوئی (Effacement) - جھلیاں سالم رہتی ہیں یعنی پھٹتی نہیں	مصنوعی یا نقلی دردِزہ (False Labour)	- معائنہ کیجئیے/جانچئیے: - پیشاب کے راستے میں انفیکشن تو نہیں - جھلیاں اگر پھٹ جائیں اور مؤثر دردِزہ نہ ہو سنٹوسینون کی ڈرپ لگا کر دردیں مؤثر بنائیں (صفحہ 80) - اگر اصلی دردِزہ کی کوئی علامات نہیں ہیں تو مریضہ کو گھر جانے دیجئیے اور زچگی کی علامات ظاہر ہونے پر دوبارہ آنے کیلئے کہیئے۔ گھر بھیجنے سے پہلے اطمینان کرلیں کہ بچہ اور ماں دونوں صحیح صحت مند حال میں ہیں۔
☆ باقاعدہ دردیں شروع ہوئے 8 گھنٹے یا اس سے زیادہ عرصہ گزر گیا ہو	☆ رحم کا منہ 4 سینٹی میٹر سے زیادہ نہیں کھل پایا	پہلے مرحلے کے ابتدائی آہستہ دور کی طوالت (Prolonged latent Phase)	رحم کے منہ اور گردن کے معائنے کے ذریعے صورتحال کا دوبارہ جائزہ لیجئیے: ☆ اگر رحم کے منہ کی کشادگی یا رحم کی گردن کی لمبائی (effacement) میں کوئی تبدیلی نہ آئی ہو اور بچہ بھی نڈھال (distress) نہ ہو تو دوبارہ جائزہ لیجئیے۔ ممکن ہے کہ مریضہ زچگی کی کیفیت میں نہ ہو۔ ☆ اگر رحم کے منہ کی کشادگی یا رحم کی گردن کی لمبائی میں تبدیلی ہوئی ہے تو Kocher clamp کے ذریعے یا اگر amniotic hook دستیاب ہو تو اس کے ذریعے جھلیوں میں شگاف کر دیجئیے اور آکسی ٹوسین (Oxytocin) کو استعمال کرتے ہوئے دردوں کو بڑھانے میں اور تیز کرنے میں مدد کیجئیے۔ (صفحہ 80) - ہر چار گھنٹے کے بعد صورتحال کا اندازہ لگائیے۔ - زچگی کے دردوں کا چارٹ (Partograph) استعمال کرتے ہوئے فیصلہ کیجئیے کہ کیا زچگی کا عمل صحیح رفتار سے چل رہا ہے۔ ☆ اگر Oxytocin شروع کرنے کے 8 گھنٹے بعد بھی متواتر دردیں نہ آئیں اور رحم کا منہ ایک سینٹی میٹر فی گھنٹہ کی رفتار سے نہ کھل رہا ہو تو سیزیرین سیکشن (Caesarean Section) کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ اس لئے مریضہ کو ایسے صحت مرکز یا ہسپتال بھیج دیں جہاں آپریشن کرنے کی سہولت ہو۔

ولادت/زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ باقاعدہ دردیں/ مؤثر دردِ زہ جو کہ بعد یں غیر مؤثر ہو سکتے ہیں۔	☆ رحم کے منہ کھلنے کی رفتار ایک سینٹی میٹر فی گھنٹہ سے کم ☆ پارٹوگراف (partograph) پر خبرداری کی لائن (Alert Line) کے دائیں طرف نشانات جو زچگی کی طوالت کی خبرداری کا نشان ہے۔	پہلے مرحلے کے تیز دور کی طوالت (Prolonged Active Phase	☆ اگر ماں کے کولہے کی ہڈیاں بچے کے سائز کے مطابق ہے (No Cephalopelvic Disproportion) اور بچے کی پیدائش میں رکاوٹ (Obstructed Labour) کی علامات نہیں ہیں تو Kocher Clamp کے ذریعے یا اگر Amniotic Hook دستیاب ہو تو اس کے ذریعے جھلیوں میں شگاف کیجئے۔ ☆ دردوں کی صورتحال کا جائزہ لیجئے: - اگر دردیں غیر مؤثر ہوں (10 منٹ میں 3 مرتبہ سے کم اور ہر درد کی مدت 40 سیکنڈ سے کم ہو) تو اس کا مطلب ہے دردیں ناکافی یا غیر مؤثر ہیں اور دردوں کو آکسیٹوسن (Oxytocin) محلول/ڈرپ کے ذریعے قوی کرنے کی کوشش کیجئے (صفحہ 80)۔ - اگر دردیں مؤثر ہیں (10 منٹ میں 3 دردیں اور ہر دردِ زہ کی مدت 40 سیکنڈ سے زیادہ ہے) تو اس بات کا امکان ہے کہ ماں کے کولہے کی ہڈی بچے کے سائز کے لحاظ سے چھوٹی ہے یا بچے کا رخ یا پوزیشن ناموزوں ہے (Malposition or Malpresentation)۔ اس صورتحال میں آپریشن کی ضرورت پڑ سکتی ہے اس لئے مریضہ کو ایسے ہسپتال بھیج دیں جہاں آپریشن کی سہولت ہو۔
☆ زچگی کی طوالت ☆ عام طور پر پہلے دردیں مناسب شدت سے اور باقاعدہ ہوتی ہیں مگر بعد میں اسکی شدت اور دورانیہ کم ہو جاتا ہے اور وہ غیر مؤثر ہو جاتی ہیں۔	☆ دردیں کچھ عرصہ صحیح رفتار پر آنے کے بعد سست پڑ جاتی ہیں یا رُک جاتی ہیں۔ - بچے کا سب سے پہلے آنے والا حصہ (Presenting Part) نیچے نہیں آتا - رحم کا منہ مناسب رفتار سے نہیں کھلتا اور کبھی رحم کا منہ مکمل طور کھلا بھی ہوتا ہے ☆ کولہے کی ہڈی کے حوض کا سائز معمول کے مطابق ہوتا ہے مگر بچہ بڑا ہوتا ہے۔ یا کولہے کی ہڈی تنگ ہوتی ہے اور بچے کا سائز معمول کے مطابق ہوتا ہے ☆ بچہ کے سر کے اندر زیادہ مقدار میں پانی (Hydrocephalus) کی وجہ سے سر بہت بڑا ہو جاتا ہے۔	ماں کے کولہے کی ہڈیاں اور بچے کے سائز/وزن میں غیر مطابقت (Cephalo Pelvic Disproportion)	ایسی صورتحال میں آپریشن کے ذریعے بچے کو پیدا کرنے کی ضرورت ہے، اس لئے مریضہ کو ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں آپریشن کرنے کی سہولت ہو۔

ولادت/زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری...)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ زچگی طویل ہوسکتی ہے اور نہیں بھی ☆ عام طور پر مؤثر دردِ زہ (10 منٹ میں 3 دردیں اور ہر درد 40 سیکنڈ یا زیادہ دیر تک رہتا ہے)	☆ دردیں کچھ عرصہ صحیح رفتار پر آنے کے بعد سُست ہوجاتی ہیں یا رُک جاتی ہیں۔ - بچے کا سب سے پہلے آنے والا حصہ (Presenting Part) نیچے نہیں آتا۔ - رحم کے منہ کے کھلنے کی رفتار سست ہوتی ہے یا رُک جاتی ہے۔ ☆ بینڈل منڈیر (Bandl's Ring) نظر آنے لگتی ہے۔ ☆ بچے کا غیر معمولی رُخ (Malpresentation/ lie) مثلاً آڑا/ تر چھا، کولہوں کے بل، یا اگر بچہ سر کے بل آ رہا ہو تو بچے کا سائز بڑا ہو یا کولہے کی ہڈیاں تنگ ہوں۔ ☆ بچے کا سر بڑا ہو/ یا سر میں پانی زیادہ ہونے کی وجہ سے بڑا ہو (Hydrocephalus) ☆ فُرج کا بیرونی حصہ (Vulva)، رحم کے منہ یا فرج میں سوجن۔ ☆ رحم کا منہ بچے کے پہلے آنے والے حصے پر فٹ نہیں بیٹھتا (Cervix poorly applied to presenting parts) ☆ سر کے گومڑے (Caput) کا بہت زیادہ بڑا ہوجانا ☆ تیسرے درجے کی ڈھال (مولڈنگ) یعنی بچے کے تالو کی ہڈیاں ایک دوسرے پر معمول سے زیادہ چڑھی ہوئی ہوں۔ ☆ ماں اور بچے کا نڈھال ہونا **(Maternal and Fetal distress)** ☆ ان حالات میں اگر آلات کے ذریعے بچے کی پیدائش کی کوشش کی گئی ہو تو فرج اور رحم کی گردن میں چیرے بھی آسکتے ہیں۔	بچے کی پیدائش میں رکاوٹ **(Obstructed Labour)**	☆ اگر بچہ زندہ ہو، رحم کا منہ پوری طرح کھل چکا ہو اور بچے کا سر نیچے آچکا ہو (O station or below) (یہ صورتحال شاذ و نادر ہی ہوتی ہے) تو اوزاروں (vacuum extraction/ فارسیپ) کے ذریعے بچہ پیدا کر دیجیئے۔ **بچہ کی پیدائش میں رکاوٹ سے عام طور پر سالم رحم بھی پھٹ جاتا ہے اور جس رحم پر پہلے آپریشن ہو چکا ہو اُس کا پھٹنا تو تقریباً یقینی ہوتا ہے۔** ☆ اگر بچہ زندہ ہو اور رحم کا منہ پوری طرح نہ کھلا ہو اور بچے کا سر نیچے نہ آیا ہو تو بڑے آپریشن کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ☆ اگر بچہ کا سر پانی بھرنے کی وجہ سے بڑا ہو یا بچہ مر چکا ہو تو سر سے پانی نکالنے (Craniocentesis) یا بچہ کے سر کی ہڈیاں توڑ کر (Craniotomy) بچہ کو نکالنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ایسی صورتحال میں مریضہ کو کسی ایسے ہسپتال بھیج دیں جہاں آپریشن کرنے کی سہولت ہو اور ماہر ڈاکٹر موجود ہوں۔

ولادت/زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ زچگی طویل ہونا ☆ دردوں کا غیر مؤثر ہونا	☆ دردیں کمزور یعنی 10 منٹ میں 3 سے کم دردیں اور ہر درد کی مدت 40 سیکنڈ سے کم ☆ زچگی کا عمل سست پڑنا یا رُک جانا	غیر مؤثر دردیں **(Inadequate Uterine Activity)**	اگر ماں کے کولہے کی ہڈی بچے کے سائز کے لحاظ سے چھوٹی نہیں ہے اور بچے کی پیدائش میں کوئی رکاوٹ بھی نہیں ہے مگر دردیں غیر مؤثر ہیں تو بچے کو پیدائش کے لئے مدد درکار ہے۔ **غیر مؤثر دردِزہ ہونے کا امکان عام طور پر پہلے بچے کی پیدائش کے دوران (Primigravida) زیادہ ہوتا ہے بنسبت دوسرے یا اس سے زیادہ بچے کی پیدائش پر (Multigravida)۔ اس لئے (Multigravida) میں آکسیٹوسن کی ڈرپ لگانے سے پہلے یہ اچھی طرح اطمینان کرلیں کہ کہیں ماں کے کولہے کی ہڈی بچے کے سائز کے لحاظ سے چھوٹی تو نہیں۔** ☆ جھلیوں میں (Kocher clamp) کے ذریعے یا اگر (amniotic hook) دستیاب ہو تو اس کے ذریعے شگاف کیجئے اور آکسی ٹوسین (Oxytocin) کی ڈرپ لگا کر دردِزہ کی شدت بڑھائیے۔ (صفحہ 80) ☆ جب مؤثر درد شروع ہوجائیں تو 2 گھنٹے بعد زچگی کی صحیح رفتار سے بڑھنے کا جائزہ لینے کیلئے فرج کا اندرونی معائنہ کیجئے۔ - اگر زچگی صحیح رفتار سے بڑھ رہی ہو تو آکسیٹوسین کی ڈرپ جاری رکھئے اور 2 گھنٹے بعد دوبارہ اندرونی معائنہ کیجئے۔ زچگی کی رفتار کا مسلسل جائزہ لیتے ہوئے اُسے پارٹوگرام پر ریکارڈ کریں۔ - اگر زچگی صحیح رفتار سے نہ بڑھ رہی ہو تو بچے کی ولادت کیلئے آپریشن کی ضرورت پڑسکتی ہے۔ اس لئے مریضہ کو کسی ایسے ہسپتال بھیج دیں جہاں آپریشن کی سہولت ہو۔
☆ زچگی کے پہلے یا دوسرے مرحلے کی طوالت/تاخیر ☆ دردیں مؤثر یا غیر مؤثر بھی ہوسکتی ہیں	☆ بچے کا لمبائی کے رُخ پر ہونا (Longitudinal lie) اور : - بچہ سر سے آرہا ہو مگر سر کی پوزیشن غیر موزوں ہونا مثلاً سر کا وہ حصہ جو سامنے ہونا چاہیئے وہ پیچھے کو ہے (Occipito Posterior) اور (Occipito Transverse) یا سر اچھی طرح سے جھکا نہیں ہے اور ماتھا پہلے آرہا ہے (Brow Presentation) - سر پیچھے کو جھکا ہوا ہے اور چہرہ پہلے آرہا ہے (Face Presentation) - پیٹ میں سر اوپر ہے اور کولہے نیچے ہیں وہ پہلے آرہے ہیں (Breech Presentation) ☆ آڑا/ترچھا رُخ (کاندھوں/شانوں کے رُخ ہونا) ہاتھ، کبھی کبھی ناڑ واس کے ساتھ پہلے نیچے آسکتے ہیں۔ نوٹ: بچہ کسی بھی رُخ سے آرہا ہو ناڑ واس کے ساتھ پہلے نیچے آسکتی ہے۔ (Cord Prolapse)	بچے کا غیر موزوں رُخ یا پوزیشن **(Malpresentation or Malposition)**	اگر بچے کا رُخ یا پوزیشن غیر موزوں ہے تو بچے کی پیدائش کیلئے آلات یا آپریشن کی ضرورت پڑسکتی ہے۔ اس لئے مریضہ کو کسی ایسے ہسپتال بھیج دیں جہاں آپریشن کی سہولت ہو۔

ولادت/زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
زچگی کے دوسرے مرحلے میں تاخیر	☆ دردیں تیز ہونے کے باوجود یا دردیں غیر مؤثر/کمزور ہونے کی وجہ سے بچے کی پیدائش میں تاخیر ہو رہی ہو۔ ☆ رحم کا منہ پوری طرح کھل چکا ہو ☆ عورت کو "زور" لگانے/نہ لگانے کی ضرورت محسوس ہو رہی ہو۔ ☆ بچے کے جسم کا سب سے پہلے آنے والا حصہ (Presenting Part) بہت سُست رفتار سے نیچے آرہا ہو۔	زچگی کے دوسرے مرحلے کی طوالت **(Prolonged Second Stage)**	بچہ کی پیدائش کی کوشش میں وقت سے پہلے مسلسل زور لگانے سے بچے کو نقصان پہنچنے کا اندیشہ ہوتا ہے کیونکہ اس طرح بچے کو آنول کے ذریعے ملنے والی آکسیجن میں کمی آجاتی ہے۔ عورت کو تب ہی زور لگانے کی اجازت دیجیئے جب اُس کو خود زور لگانے کی ضرورت محسوس ہو مگر اُسے دیر تک زور لگانے کو یا سانس روکنے کو مت کہیئے۔ ☆ اگر بچے کی پوزیشن صحیح ہو اور کسی واضح رُکاوٹ کا امکان نہ ہو تو آکسی ٹوسین (oxytocin) کی ڈرپ کے ذریعے دردوں کو تیز کر کے بچے کو پیدا ہونے میں مدد دیجئے۔ (صفحہ 80) ☆ اگر آکسیٹوسن کی ڈرپ لگانے کے بعد مؤثر درد زہ آنے کے باوجود بھی بچے کا سر نیچے نہ آئے تو: - اگر بچے کے سر کا 1/5 سے زیادہ حصہ Symphysis Pubis سے اوپر محسوس نہیں ہوتا یا بچے کا سر تولیدی راستے میں 0 سٹیشن یا اس سے نیچے ہو تو اوزار (Vacuum extraction / Forceps) کے ذریعے بچے کی پیدائش کریں۔ - اگر بچے کے سر کا 2/5 سے زیادہ حصہ Symphysis Pubis کے اوپر محسوس ہو رہا ہو اور بچہ کا سر بھی تولیدی راستے میں 0 اسٹیشن سے اوپر ہو تو بچہ کے پیدائش کیلئے آپریشن کی ضرورت پڑ سکتی ہے اس لئے زیادہ مسائل پیدا ہونے سے پہلے ہی عورت کو کسی ایسے ہسپتال بھیجیں جہاں آپریشن کرنے کی سہولت ہو۔

ولادت/زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
بچے کا سر باہر آجاتا ہے مگر کاندھے باہر نہیں آتے	☆ بچے کا سر باہر آجاتا ہے مگر فُرج کے باہر کے حصے (Vulva) میں مضبوطی سے پھنسا ہوتا ہے۔ ☆ بچے کی ٹھوڑی پیرینیم (Perineum) کو دباتی ہے۔ ☆ بچے کے سر کو کھینچنے کے باوجود کندھوں کے باہر نکلنے میں کامیابی نہیں ہوتی کیونکہ وہ symphysis pubis کے پیچھے پھنسے/جکڑے ہوتے ہیں۔	بچے کے کاندھوں/شانوں کا پھنسنا **Shoulder Dystocia** **(stuck shoulders)**	تمام زچگیوں میں کندھے پھنسنے کی صورتحال کیلئے تیار رہنا چاہیئے۔ بالخصوص ایسی صورت میں جب بچے کا سائز بڑا ہونے کا اندازہ یا اندیشہ ہو۔ ☆ صورت حال سے نمٹنے کیلئے باقی عملہ کو بھی مدد کیلئے بلائیے ☆ مریضہ کو کھینچ کر بستر کے کنارے (پائنتی) پر نیچے لے آئیں۔ ☆ Perineum پر بڑا سا چیرا (Episiotomy) دیں تاکہ بچے کی پیدائش کیلئے جگہ وسیع/بڑی کی جاسکے۔ ☆ پیٹھ پر لیٹی ہوئی مریضہ کی دونوں ٹانگوں کو زیادہ سے زیادہ پیٹ کی طرف موڑیں۔ دو مددگاروں سے کہیں کہ اس طرح ٹانگ موڑنے میں مریضہ کی مدد کریں (تصویر 1، نیچے) صحت کارکن مریضہ کی ٹانگیں پیٹ کی طرف موڑتے ہوئے (تصویر 1) ☆ اُن میں سے ایک مددگار سے کہیں کہ وہ کولہے کی ہڈی (Symphysis Pubis) کے اوپر ماں کے پیٹ کو دبائیں تاکہ بچے کے پھنسے ہوئے کاندھے Symphysis pubis کے نیچے چلے جائیں۔ **رحم کے اوپر والے حصے (Fundus) سے مت دھکا لگائیں۔ ایسا کرنے سے کندھے مزید پھنس جاتے ہیں اور رحم کے پھٹنے کا بھی خطرہ ہوتا ہے۔** ☆ بچے کے سر کو دونوں طرف سے پکڑ کر نیچے کی طرف کھینچیں۔ **بے جا قوت استعمال کرنے سے بچے کے Brachialplexus کو نقصان پہنچ سکتا ہے جس کی وجہ سے معذوری بھی ہو سکتی ہے۔** **اگر کندھے پھر بھی پھنسے رہیں:** ☆ فُرج کے اندر ہاتھ ڈالیں ☆ بچے کے سامنے والے کندھے (Anterior shoulder) کو پیچھے کی طرف سے دبا کر بچے کے چہرے/سامنے کی جانب جھکائیں۔ ☆ اگر ضرورت ہو یہی عمل پچھلے کندھے (Posterior shoulder) کے ساتھ بھی کریں تاکہ کندھوں کا حجم کم ہو سکے۔

ولادت/زچگی کا غیر تسلی بخش رفتار سے بڑھنا
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
		بچے کے کاندھوں/شانوں کا پھنسنا (جاری۔۔۔) **Shoulder Dystocia** **(stuck shoulders)**	☆ بچہ کے سر کو دونوں ہاتھوں سے تھام کر دوبارہ نیچے کھینچیں۔ **اگر کندھے پھر بھی پھنسے رہیں:** ☆ فُرج کے اندر ہاتھ ڈال کر پچھلا بازو (Posterior arm) تھام لیں۔اس ہاتھ کو چھاتی کے سامنے سے کھینچتے ہوئے نیچے لے آئیں۔ایسا کرنے سے سامنے والا کندھا Symphysis Pubis کے نیچے آجائے گا (تصویر2، نیچے) اب آسانی سے سامنے والا بازو (Anterior arm) بھی چھاتی کے سامنے سے کھینچ کر باہر نکال لیں۔اب بچے کی پیدائش آسانی سے ہوجائے گی۔ پچھلا بازو تھام کر چھاتی کے سامنے سے نیچے لانا (تصویر2) **اگر کندھے پھر بھی پھنسے رہیں تو:** ☆ بچے کے ہنسلی کی ہڈی (clavicle) توڑ دیں۔اس سے کندھوں کا حجم کم ہوجاتا ہے۔ ☆ اوزار (hook) کے ذریعے پچھلا بازو باہر نکال لیں۔

ضمیمہ 1

دردِزہ بڑھانے کیلئے آکسیٹوسین کے محلول کا استعمال
(نوٹ ایک ملی لیٹر 20 قطروں کے برابر ہے)
ہر 30 منٹ بعد قطرے بڑھائیں

محلول شروع کرنے کے بعد سے گزرا ہوا وقت (گھنٹے)	آکسیٹوسین محلول کی مقدار	دینے کی رفتار (قطرے فی منٹ)	دوائی کی تقریباً مقدار (mIU فی منٹ)
0.00	2.5 یونٹ 500 ml ڈیکسٹروز یا نارمل سیلائن میں (5 mIU/ml)	10	3
0.30	"	20	5
1.00	"	30	8
1.30	"	40	10
2.00	"	50	13
2.30	"	60	15
3.00	5 یونٹ 500 ml ڈیکسٹروز یا نارمل سیلائن میں (10 mIU/ml)	30	15
3.30	"	40	20
4.00	"	50	25
4.30	"	60	30
5.00	10 یونٹ 500 ml ڈیکسٹروز یا نارمل سیلائن میں (20 mIU/ml)	30	30
5.30	"	40	40
6.00	"	50	50
6.30	"	60	60
7.00	"	60	60

آکسیٹوسین کے محلول کے قطروں کی مناسبت اور رفتار اُس وقت تک آہستہ آہستہ بڑھائیں جب تک کہ دردِزہ مؤثر ہو جائیں۔ اس کے بعد محلول اسی مناسبت اور رفتار سے جاری رکھیں۔ کبھی کبھی رفتار کم کرنے کی ضرورت بھی پڑ سکتی ہے۔

پہلی زچگی کے دوران(Primigravida) دردِ زہ بڑھانے کیلئے آکسیٹوسین کے محلول کا تیز رفتاری سے استعمال

(نوٹ ایک ملی لیٹر 20 قطروں کے برابر ہے)

تقریباً مقدار(mIU فی منٹ)	قطرے فی منٹ	آکسیٹوسین محلول کی مقدار	محلول شروع کرنے کے بعد سے گزرا ہوا وقت (گھنٹے)
4	15	2.5یونٹ 500 ml ڈیکسٹروز یا نارمل سیلائن میں (5 mIU/ml)	0.00
8	30	"	0.30
11	45	"	1.00
15	60	"	1.30
15	30	5یونٹ 500 ml ڈیکسٹروز یا نارمل سیلائن میں (10 mIU/ml)	2.00
23	45	"	2.30
30	60	"	3.00
30	30	10یونٹ 500 ml ڈیکسٹروز یا نارمل سیلائن میں (20 mIU/ml)	3.30
45	45	"	4.00
60	60	"	4.30
60	60	"	5.00

ضمیمہ 2

پارٹوگراف چارٹ کا استعمال

عالمی ادارۂ صحت نے پارٹوگراف چارٹ میں کچھ ایسی تبدیلیاں کی ہیں جس سے اس کا استعمال پہلے سے زیادہ آسان ہوگیا ہے۔ زچگی کے پہلے مرحلے کے سُست دور کو نکال دیا ہے، اور اب پارٹوگراف چارٹ تب ہی بنایا جاتا ہے جب مریضہ زچگی کے پہلے مرحلے کے تیز دور میں داخل ہو جاتی ہے یعنی رحم کا منہ 4 سینٹی میٹر یا اس سے زیادہ کھل چکا ہوتا ہے۔ نمونہ کے پارٹوگراف کو صفحہ 85 پر دیکھیں۔ پارٹوگراف چارٹ پر مندرجہ ذیل معلومات ریکارڈ کریں:

مریضہ کے کوائف (Patient information) : مثلاً نام، پچھلے حمل (Gravida) اور زچگیوں کی تعداد (Parity)، ہسپتال کا شناختی نمبر، ہسپتال میں داخلے کا وقت اور تاریخ اور جھلیوں کے پھٹنے کا وقت

بچے کے دل کی دھڑکن کا ریکارڈ (Fetal Heart Rate) : ہر 30 منٹ کے بعد چیک کر کے ریکارڈ کریں۔

بچے کے گرد پانی (Amniotic Fluid) : ہر اندرونی معائنے پر جھلیوں اور بچے کے گرد پانی کے مندرجہ ذیل کوائف ریکارڈ کریں۔

- I : جھلیاں سالم ہیں۔
- C : جھلیاں پھٹ گئی ہیں اور پانی شفاف/سفید ہے۔
- M : پانی کا رنگ سبز ہے یعنی بچے کا پاخانہ (Meconium) پانی میں ملا ہوا ہے۔
- B : پانی خون آلود ہے (Blood stained)

بچے کے تالو کی ہڈیوں کا ایک دوسرے پر چڑھنے کے درجے (Moulding) : اس طرح ریکارڈ کریں:

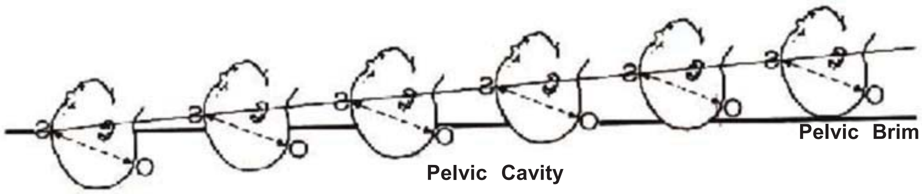
1: ہڈیاں آپس میں مل گئیں ہوں مگر ایک دوسرے پر چڑھی نہیں ہوں۔
2: ہڈیاں ایک دوسرے پر چڑھ گئیں ہوں مگر آسانی سے ہلائی (Reducible) جا سکتی ہیں۔
3: ہڈیاں ایک دوسرے پر اس طرح چڑھی ہوئی ہوں کہ انہیں ہلایا نہیں جا سکتا (Not Reducible)

رحم کے منہ کا کھلنا : ہر اندرونی معائنے پر رحم کا منہ کھلنے کا اندازہ لگائیں اور (x) کا نشان پارٹوگراف چارٹ پر لگائیں۔ رحم کا منہ جب 4 سینٹی میٹر تک کھل جائے تو پارٹوگراف پر نشان لگانا شروع کریں۔ اس سے پہلے کوئی نشان نہیں لگائیں۔

شدید توجہ کی ضرورت یعنی خبرداری کی لائن (Alert Line) رحم کے منہ کے 4 سینٹی میٹر کھلنے کے بعد سے شروع ہوتی ہے اور منہ پوری طرح کھلنے تک جاتی ہے۔ رحم کے منہ کھلنے کی نارمل رفتار ایک سینٹی میٹر فی گھنٹے کی ہے۔

عمل کی لائن (Action Line): یہ توجہ یعنی خبرداری کے لائن کے دائیں جانب متوازی (Parallel) 4 گھنٹے کے وقفے سے بنی ہوئی ہے۔

تولیدی راستے میں بچے کا سر نیچے آنے کی رفتار (descent) : O کے نشان سے ریکارڈ کیا جاتا ہے۔ بچہ کے سر کو 5 حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے اور جب پورا سر پیٹ سے محسوس ہوتو 5/5 ہوتا ہے، اور اگر بچہ کا سر مکمل طور پر کولہے کی ہڈیوں کے اندر داخل ہو جائے تو 0/5 ہوتا ہے۔ تصویر (تصویر 1، نیچے)



(تصویر 1)

گھنٹے (Hours) : یہ اس بات کا اندازہ لگانے کیلئے ہے کہ زچگی کے پہلے مرحلے کے تیز دور کو شروع ہوئے کتنا وقت گزر گیا ہے۔

وقت (Time) : اس وقت کا صحیح ٹائم۔ (یعنی گھڑی پر کیا بجا ہے)

دردِ زہ (Contractions) : ہر 30 منٹ میں دیکھیں کہ 10 منٹ کے دورانیئے میں کتنے درد آتے ہیں اور ہر درد کتنی دیر رہتا ہے (سیکنڈ) اور اس طرح نشان لگائیں

- 20 سیکنڈ سے کم لمبا درد
- 20 سے 40 سیکنڈ لمبا درد
- 40 سیکنڈ سے زیادہ لمبا درد

آکسیٹوسین (Oxytocin) : اگر آکسیٹوسین دیا جا رہا ہے تو ہر 30 منٹ کے بعد یہ ریکارڈ کریں کہ آکسیٹوسین کا محلول کتنے قطرے فی منٹ کی رفتار سے دیا جا رہا ہے۔

دی گئی ادویات (Drugs given) : کوئی بھی دی گئی ادویات یہاں پر ریکارڈ کریں۔

نبض (Pulse) : ہر 30 منٹ پر نبض کی رفتار گن کر (●) کے نشان سے ریکارڈ کر دیں۔

بلڈ پریشر (Blood Pressure) : ہر 4 گھنٹے کے بعد خون کا دباؤ لے کر (↕) کے نشان سے ریکارڈ کریں۔

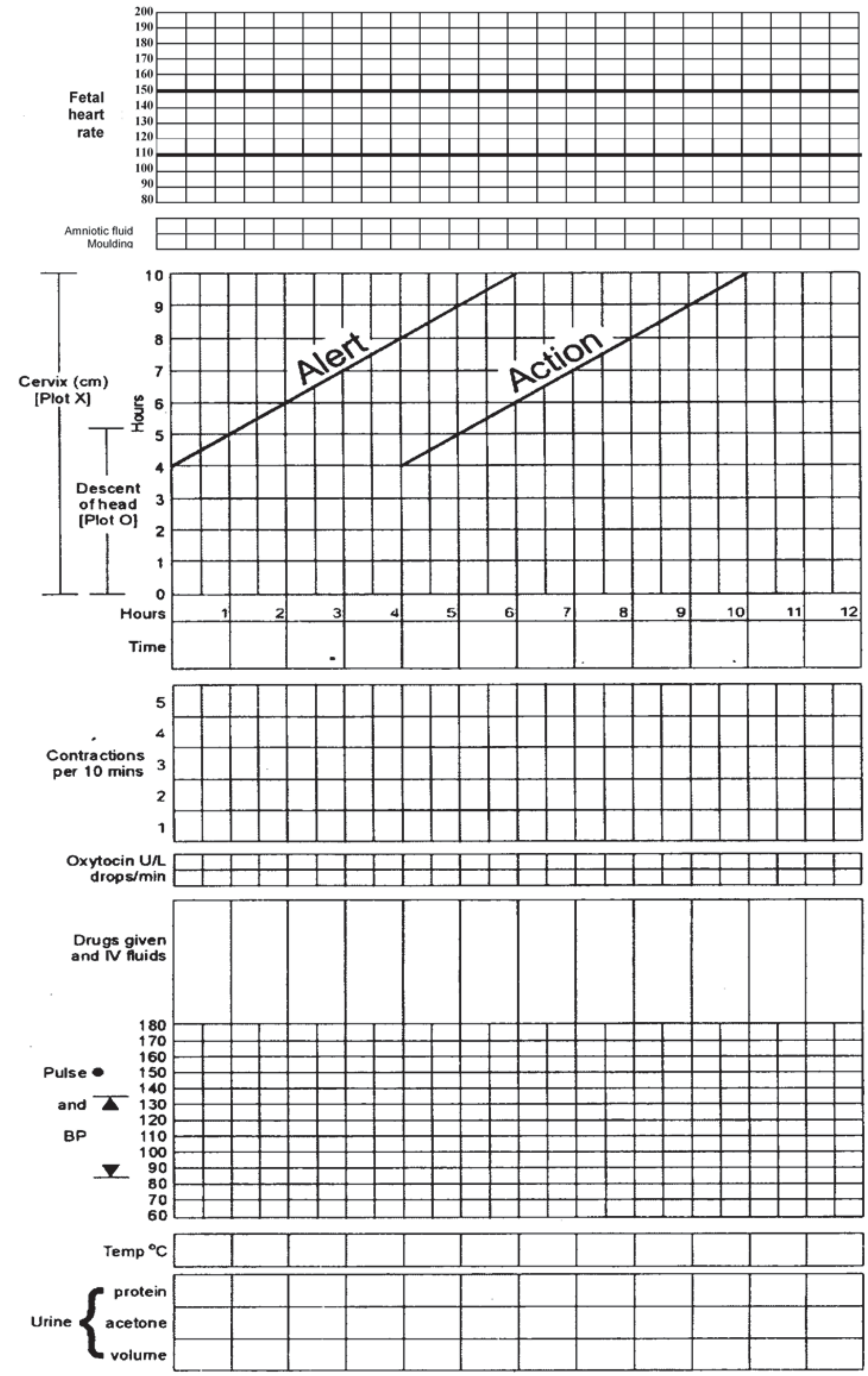
درجۂ حرارت (Temperature) : ہر 2 گھنٹے بعد درجۂ حرارت لے کر ریکارڈ کریں۔

پیشاب کی مقدار اور پیشاب میں پروٹین اور ایسیٹون کی موجودگی: (Protein, Acetone & volume) جب بھی مریضہ پیشاب کرے اُس کی مقدار ناپیں اور پروٹین اور ایسیٹون کا معائنہ کر کے اُس کا نتیجہ اور پیشاب کی مقدار ریکارڈ کریں۔

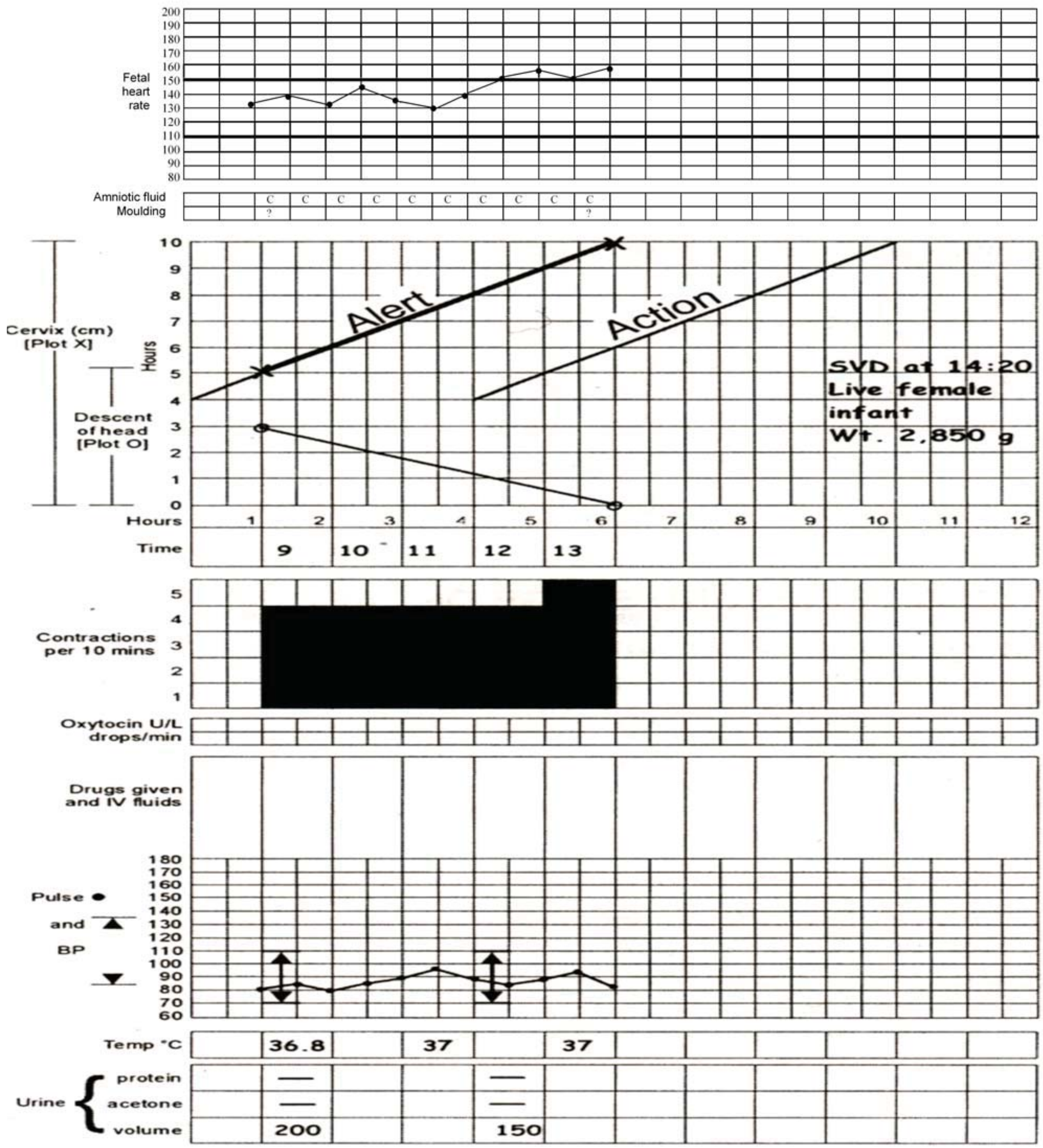
بین الاقوامی ادارۂ صحت کا ترمیم شدہ پارٹوگراف چارٹ

Name Gravida Para Hospital number

Date of admission Time of admission Ruptured membranes hour



طبعی زچگی کے دوران استعمال شدہ پارٹوگراف چارٹ کانمونہ



بچے کی ولادت کے بعد بخار/ چلّے کا بخار

PUERPERAL PYREXIA

بچے کی ولادت کے بعد بخار ہونے کی وجوہات

تولیدی نظام کا انفیکشن (Puerperal sepsis)

- ☆ انفیکشن تولیدی راستے تک محدود
  یا
  جسم کے دوسرے حصے میں پھیلاؤ
  مثلاً:
- ☆ پیٹ کی جھلیوں کا انفیکشن (Peritonitis)
- ☆ پیڑو میں پیپ پڑنا/ پھوڑا (Pelvic abscess)

پیشاب کے نظام کا انفیکشن

- ☆ مثانے میں انفیکشن (Cystitis)
- ☆ گُردوں میں انفیکشن (Pyelonephritis)

چھاتیوں کی کیفیات/ انفیکشن

- ☆ چھاتیوں کا سوج جانا (Engorgement)
- ☆ چھاتیوں کے ٹشوز میں انفیکشن (Mastitis)
- ☆ چھاتی میں پھوڑا بن جانا (Breast Abscess)

زخم میں انفیکشن (Wound infection)

- ☆ پرینیم، فُرج اور رحم کی گردن کے چیرے (Episiotomy)
- ☆ سیزیرین آپریشن کرنے کے لئے پیٹ پر چیرے

سینے میں انفیکشن (Chest Infection)

- ☆ نمونیہ (Pneumonia)

نسوں میں خون کا جمنا (Thrombotic Conditions)

- ☆ ٹانگوں کی سطحی نسوں میں خون کا جمنا (Thrombophlebitis)
- ☆ ٹانگوں اور پیڑو کی گہری نسوں میں خون جمنا (Deep venous thrombosis)

دیگر طبّی وجوہات (جنکا بچے کی پیدائش سے تعلق نہیں ہوتا)

- ☆ ملیریا
- ☆ ہیپی ٹائٹیس/ (پیلیا)
- ☆ ٹائیفائیڈ
- ☆ تپ دق/ (ٹی بی)
- ☆ دیگر وجوہات

گُلابی خانہ حمل اور زچگی کی پیچیدگی کی وجہ سے زندگی کو خطرے کی نشاندہی کرتا ہے۔

بچے کی ولادت کے بعد بخار/ چلے کا بخار

(Puerperal Pyrexia)

چلے کا بخار (Pueperal pyrexia)

بچے کی ولادت کے بعد 42 دن کے اندر کسی بھی دن 24 گھنٹوں کے دوران دو مرتبہ جسم کا درجۂ حرارت 38 ڈگری سینٹی گریڈ (100.4 ڈگری فارن ہائیٹ) تک ہونا۔

وجوہات: (اس کی کئی وجوہات ہوسکتی ہیں)

- ☆ تولیدی نظام کا انفیکشن (Puerperal sepsis)
- ☆ پیشاب کے نظام کا انفیکشن
- ☆ چھاتیوں کی کیفیات/ انفیکشن
- ☆ زخم میں انفیکشن (آپریشن کا زخم یا تولیدی راستے میں کہیں بھی زخم)
- ☆ سینے میں انفیکشن
- ☆ خون کی نسوں/ رگوں میں خون کا جمنا (Thrombotic Conditions)
- ☆ دیگر وجوہات/ امراض مثلاً ملیریا، یرقان، ہیپی ٹائیٹس، ٹائیفائیڈ وغیرہ

تولیدی نظام کا انفیکشن/ پیور پرل سیپسس (Puerperal Sepsis)

بچے کی ولادت کے چھ ہفتوں کے اندر تولیدی نظام میں انفیکشن ماؤں کی اموات کی ایک بڑی وجہ ہے۔ علامات درج ذیل ہیں۔

- ☆ 38 ڈگری سینٹی گریڈ (100.4 ڈگری فارن ہائیٹ) تک یا اس سے زیادہ بخار ہونا۔ بخار سردی/ جاڑے کے ساتھ بھی ہوسکتا ہے۔
- ☆ پیٹ میں درد
- ☆ پیڑو/ پیٹ کے نچلے حصے میں درد (Pelvic Pain)
- ☆ فُرج سے بدبودار مواد کا اخراج (Smelly Lochia)
- ☆ رحم میں دُکھن
- ☆ رحم کے سکڑنے اور سائز کم ہونے میں تاخیر

تنبیہ/خطرہ

غیر مناسب علاج،علاج میں تاخیر یا علاج نہ ہونے کی صورت میں درج ذیل میں سے ایک یا ایک سے زیادہ پیچیدگیاں ہوسکتی ہیں:

☆ پیڑو میں پیپ پڑنا (collection of pus in the pouch of Douglas)
☆ پیٹ کی جھلیوں کا ورم (Peritonitis)
☆ انفیکشن کے باعث شاک (Septic shock)
☆ پیڑو میں دائمی انفیکشن (Chronic pelvic infection) اور اس کی جگہ سے پیڑو میں مستقل درد (Chronic pelvic pain)
☆ جنسی ملاپ کے دوران درد (Dyspaerunia)
☆ فیلوپین ٹیوب (Fallopian Tube) میں انفیکشن جسکے نتیجے میں بانجھ پن ہوسکتا ہے
☆ خون کی رگوں میں خون جمنا (Deep venous thrombosis)
☆ جمے ہوئے خون کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں کا پھیپھڑوں میں پھنس جانا (Pulmonary embolism)
☆ موت واقع ہونا

پیشاب کے نظام کا انفیکشن

- مثانے میں انفیکشن (Cystitis)
- گُردوں میں انفیکشن (Pyelonephritis)

چھاتیوں کی کیفیات/انفیکشن

- چھاتیوں کا سوج جانا (Engorgement of Breast)

دودھ پلانے سے قبل چھاتیوں میں خون اور لیمف (Lymphatic fluid) کے بہاؤ کے بڑھنے کی وجہ سے چھاتیاں سوج جاتی ہیں اور یہ سمجھنا غلط فہمی ہے کہ زیادہ دودھ بھرنے کی وجہ سے چھاتیاں سوجتی ہیں۔

- چھاتیوں کے ٹشوز (Tissues) میں انفیکشن (Mastitis)
- چھاتی میں پھوڑا بن جانا (Breast Abscess)

زخم میں انفیکشن

تولیدی راستے میں کہیں بھی زخم میں انفیکشن ۔ یہ زخم بچے کی ولادت کے لئے بنایا گیا ہو جیسے سیزیرین آپریشن یا (Episiotomy) یا زخم تولیدی راستے میں بچے کی پیدائش کے دوران زیادہ کھچاؤ سے بن گیا ہو جیسے رحم کی گردن پر یا فُرج میں یا Perineum میں۔

سینے میں انفیکشن (Chest infection)

یہ صورتحال آپریشن مثلاً سیزیرین کے بعد ہوسکتی ہے یا ایکلیمپشیا کے دورے کے دوران یا بیہوشی کی حالت میں قے کا مواد سانس کے ذریعے سانس کی نالی میں اندر جانے سے ہوسکتی ہے مثلاً:

- نمونیا (Pneumonia)

☆ نسوں میں خون کا جمنا (Thrombotic conditions)

- ٹانگوں کی سطحی نسوں میں خون جمنا اور دورانِ خون کا متاثر ہونا (Superficial Thrombophlebitis)
  اس حالت میں ٹانگوں کی اوپری سطح کی نسوں میں خون جمتا ہے، جس کی وجہ سے خون کا بہاؤ متاثر ہوتا ہے اور ٹانگوں پر ورم ہو جاتا ہے۔
- ٹانگوں اور پیڑو کی گہری نسوں میں خون کا جمنا (Deep venous Thrombosis) اور جمے ہوئے خون کے باریک لوتھڑوں کا ٹوٹ کر دورانِ خون میں شامل ہو جانا (Pulmonary Embolism)۔ یہ صورتحال شدید خطرے کی نشاندہی ہے۔

☆ دیگر طبی وجوہات (جن کا بچے کی ولادت سے تعلق نہیں ہوتا) مگر جن کے باعث بچے کی ولادت کے بعد بخار ہوسکتا ہے:

- ملیریا
- یرقان/ پیلیا
- ٹائی فائیڈ/ معیادی بخار
- تپ دِق/ ٹی بی

مریضہ کا طبّی معائنہ

بچے کی پیدائش کے بعد بخار میں مبتلا مریضہ کے طبّی معائنے کیلئے ہدایات

طبّی معائنہ	
گزشتہ طبّی معلومات (History)	مندرجہ ذیل معلومات مریضہ سے یا اُس کے ساتھ آنے والوں سے لے کر نوٹ کیجیئے : **مریضہ کی گزشتہ طبّی معلومات حاصل کرنے کے ساتھ ساتھ مریضہ کو ہنگامی طبّی امداد کی فراہمی جاری رکھیئے** ☆ زچگی کا وقت اور تاریخ ☆ بخار کی مدت اور شدت/ کیا بخار کے ساتھ سردی لگتی ہے یا لرزہ طاری ہوتا ہے؟ ☆ زچگی گھر پر ہوئی یا کسی صحت مرکز میں۔ تربیت یافتہ شخص نے کی یا غیر تربیت یافتہ نے ☆ زچگی کی نوعیت معمول کے مطابق (نارمل)، فارسیپ کے ذریعے/ ویکیوم/ سی زیرین سیکشن (آپریشن) ☆ جھلیوں کے پھٹنے اور بچے کی ولادت کے درمیان وقفے کی مدت ☆ کیا آنول رحم کے اندر ہاتھ ڈال کر نکالی گئی؟ ☆ پیٹ میں درد/ جسم کے کسی اور حصے میں درد ☆ فرج سے خون کا اخراج (مدت، مقدار، بدبودار مواد) ☆ پیشاب کا بار بار اور تکلیف سے آنا ☆ چھاتیوں سے دودھ پلانا/ چھاتیوں میں درد
عمومی جسمانی معائنہ پیٹ کا معائنہ	☆ اہم علامات (Vital signs) کو چیک کیجیئے اور ریکارڈ کیجیئے (درجۂ حرارت، نبض، تنفس اور خون کا دباؤ) ☆ مریضہ کی عمومی صحت کا جائزہ لیجیئے، جراثیم کے زہریلے اثرات **(toxic)**، خوراک کی کمی کا شکار، خون کی کمی، جسم میں پانی کی کمی، عمومی صحت کی کمزوری۔ ☆ مریضہ کے پھیپھڑوں، دل کا معائنہ اور ٹانگوں پر دُکھن اور سُرخی کیلئے چیک کیجیئے۔ ☆ پیٹ کے معائنے میں مندرجہ ذیل چیک کیجیئے اور نوٹ کیجیئے : - کیا پیٹ پھولا ہوا اور سخت ہے - درد کی جگہ اور شدت۔ - پورے پیٹ میں دبانے سے درد ہوتا ہے/ زیادہ درد پیٹ دبانے کے بعد ہاتھ اُٹھانے سے ہوتا ہے۔ (Rebound Tenderness) - رحم کا سائز اور کیا رحم دبانے سے درد ہوتا ہے۔ - آنتوں کی حرکت کی آواز (Bowel sounds)

مریضہ کا طبّی معائنہ

بچے کی پیدائش کے بعد بخار میں مبتلا مریضہ کے طبّی معائنے کیلئے ہدایات

طبّی معائنہ	
اندرونی معائنہ	**درج ذیل کیلئے فُرج بین (Vaginal Speculum) سے معائنہ کیجیئے :** ☆ فرج میں یا رحم کے منہ (os) میں آنول کے ٹکڑوں کی موجودگی؟ ☆ فُرج میں کسی بیرونی شے (Foreign body) کی موجودگی۔ ☆ فُرج یا رحم کی گردن میں زخم یا چیرے بالخصوص اس صورت میں جب زچگی اوزار کے ذریعے کی گئی ہو یا زچگی نارمل سے زیادہ طویل تھی۔ ☆ خون کا رنگ، مقدار اور بد بو نوٹ کیجیئے۔ ☆ فُرج سے بد بو دار مواد، پیپ اور خون کا اخراج نوٹ کیجیئے۔ فُرج کا دستی معائنہ (P/V): ☆ کیا رحم کا منہ کُھلا ہے؟ (تو ممکن ہے کہ آنول یا جھلیوں کا کوئی ٹکڑا رحم میں رہ گیا ہو۔) ☆ رحم کے سائز کا اندازہ لگائیے۔ ☆ پیڑو میں درد کے بارے میں معلوم کیجیئے (شدت، مقام اور یہ کہ درد کس وجہ سے یا کب ہوتا ہے چیک کیجیئے۔ ☆ کیا رحم کی گردن کو حرکت دینے سے درد ہوتا ہے؟ اگر ہاں تو یہ انفیکشن کی علامت ہے۔ ☆ پیڑو میں پیپ جمع ہونے (Pelvic abscess) کا جائزہ لیجیئے (اس صورت میں P/V پر شدید درد اور پیڑو میں سوجن (Bulge) محسوس ہوگا۔ (پیڑو میں پھوڑا)
تفتیش (جہاں سہولیات میسر ہوں)	☆ ہیموگلوبن، ٹوٹل لیوکوسائیٹ کاؤنٹ، پلیٹلیٹس، Erythrocyte sedimentation rate ☆ خون جمنے کی صلاحیت کا ٹیسٹ (صفحہ 19) ☆ خون کا گروپ اور ریسس فیکٹر (Rh) ☆ صورتحال کی مناسبت سے فرج کے اوپری حصے میں موجود مواد (high vaginal swab) / پیشاب اور خون کے نمونے کلچر اور جراثیم کے خلاف موزوں اینٹی بائیوٹک کا انتخاب کرنے کے لئے ٹیسٹ کیلئے بھجوایئے (Culture and Sensitivity) ☆ رحم میں رہ جانے والے آنول کے ٹکڑوں اور پیڑو میں پیپ جمع ہونے (Pelvic abscess) کی تصدیق کیلئے الٹراساؤنڈ کروایئے۔ ☆ پیٹ کی جھلیوں کے انفیکشن کی صورت میں یوریا، کریٹانین اور الیکٹرولائٹس ☆ پیچیدگی کی صورت میں چند دوسرے ٹیسٹ کروانے کی ضرورت بھی پڑ سکتی ہے۔

بچے کی ولادت کے بعد بخار/ چلے کا بخار

عمومی علاج

☆ اگر مریضہ شاک (Shock) کی حالت میں ہو یا اس کا ندیشہ ہو تو فوری طور پر علاج شروع کیجیئے۔

☆ نس (Vein) میں بڑے سائز کا کینولا لگائیے (16 گیج یا اس سے بڑا)۔ اگر مریضہ شاک کی حالت میں ہو تو مختلف جگہ پر دو نسوں میں ایک ایک کینولا لگائیے۔

☆ ایک کینولا سے خون حاصل کر کے ہیموگلوبن، ٹوٹل لیوکو سائٹ کاؤنٹ، پلیٹیلیٹ کاؤنٹ، خون میں شکر کی مقدار اور خون کا گروپ ٹیسٹ کروایئے۔ مریضہ کے رشتہ دار و احباب کا بھی خون کا گروپ ٹیسٹ کروائیں تا کہ یہ معلوم ہو سکے کہ ان میں سے کس کا خون مریضہ کے خون سے ملتا ہے تا کہ ضرورت پڑنے پر مریضہ کو خون دیا جا سکے۔

☆ جسم میں پانی کی مناسب مقدار برقرار رکھنے کیلیئے منہ کے ذریعے مشروبات یا نس کے ذریعے نارمل سیلائن یا رینگر لیکٹیٹ (Ringer Lactate) کی ڈرپ دیجیئے۔ اگر مریضہ کو شدید پانی کی کمی ہو تو ضروری ہے کہ پہلے نس کے ذریعے مائع جات جسم میں داخل کیئے جائیں۔ اگر مریضہ ہوش میں ہو اور آئندہ چند گھنٹوں میں آپریشن کرنے کیلیئے بیہوش کرنے کی ضرورت درپیش نہ ہو تو اور معمولی درجے کی پانی کی کمی ہو تو منہ کے ذریعے ہی مشروبات دیجیئے۔

☆ اگر مریضہ ہوش میں ہے اور اُسے بخار یا درد ہے تو ہر 4 سے 6 گھنٹے کے وقفے سے Paracetamol کی 500mg کی گولی دیجیئے تا کہ درد کی شدت میں کمی رہے اور بخار بھی تیز نہ ہو۔
نوٹ: اگر مریضہ کو سرجری کی ضرورت کا امکان ہو اور اُسے کوئی گولی دینے کی ضرورت ہو تو صرف ایک گھونٹ پانی کے ساتھ دیجیئے۔

☆ بخار کم کرنے کیلیئے پنکھا استعمال کیجیئے یا ہلکے ٹھنڈے پانی میں چھوٹا تولیہ بھگو کر ماتھے اور جسم پر رکھیئے جب تک بخار کم نہ ہو جائے۔

☆ شدید بیمار مریضہ کے پیشاب کی مقدار کا صحیح اندازہ لگانے کیلیئے مثانے میں کیتھیٹر لگائیے۔

☆ درجۂ حرارت، نبض، خون کا دباؤ، پیشاب کے اخراج کی مقدار اور منہ کے ذریعے یا نس کے ذریعے دیئے گئے مائع جات کا جائزہ لیجیئے اور ریکارڈ رکھیئے۔

☆ منہ یا نس کے ذریعے دیئے گئے مشروبات/محلولات اور پیشاب کی مقدار کا حساب رکھیئے اور چارٹ بنائیے۔

☆ مریضہ کو دی جانے والی ادویات کا دُرست ریکارڈ رکھیئے

☆ انفیکشن کو پھیلنے اور دوسرے مریضوں کو انفیکشن سے بچانے کی کوشش کیجیئے ۔

☆ حالت کے مطابق مریضہ کو اینٹی بائیوٹک ادویات تجویز کیجیئے ۔

☆ اگر خاتون کے تشنج (Tetanus) میں مبتلا ہونے کا اندیشہ ہو (فُرج میں گوبر، جڑی بوٹیاں یا مٹی داخل کی گئی ہو) اور مریضہ کو ماضی میں تشنج کا حفاظتی ٹیکہ لگنے کے بارے میں یقین نہ ہو تو اُسے **tetanus toxoid** اور **anti tetanus serum** دیجیئے (صفحہ 13 اور 94)

☆ مریضہ کو آرام کرنے کے لئے کہیئے ۔

☆ اگر خون چڑھانے کی ضرورت محسوس ہو تو رشتہ دار اور عزیزوں کو خون کا عطیہ دینے کا مشورہ دیجیئے ۔

☆ اگر خون کی شدید کمی ہو تو 2 سے 3 بوتل خون کا بندوبست کیجیئے اور ضرورت کے مطابق خون چڑھایئے۔ اگر دستیاب ہوں تو پیکڈ سیلز (packed cells) استعمال کیجیئے ۔

بچے کی ولادت کے بعد بخار
مسئلے کی نشاندہی اور علاج

تولیدی راستے کا انفیکشن

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ بخار/سردی لگنا ☆ فرج سے معمولی خون کا اخراج ☆ فُرج سے بدبودار مواد اور پیپ کا اخراج ☆ پیٹ کے نچلے حصے میں درد	☆ رحم میں دُکھن/ تکلیف ☆ رحم کا توقع سے بڑا سائز ☆ شاک (Shock) کی کیفیت جب جراثیم خون میں شامل ہوجائیں (septicaemia اور bacteraemia کی صورت میں)	تولیدی نظام تک محدود انفیکشن **(Puerperal Sepsis)**	☆ اگر مریضہ زیادہ بیمار نہیں ہے(**معمولی انفیکشن ہے**)یعنی بخار معمولی ہے یا نہیں ہے، نبض بہت تیز نہیں ہے اور مریضہ چاق و چوبند ہے تو منہ کے ذریعے کھانے والی اینٹی بائیوٹک ادویات تجویز کیجئے مثلاً: - Augmentin (375 ملی گرام / 625 ملی گرام) ہر 8 گھنٹے بعد 7 دن کیلئے **یا** - Amoxicillin پہلی خوراک ایک گرام اور بعد میں 500 ملی گرام ہر 8 گھنٹے بعد 7 دن کیلئے **اور ساتھ ہی** - Metronidazole 400 یا 500 ملی گرام ہر 8 گھنٹے بعد 7 دن کیلئے۔ ☆ اگر مریضہ بہت بیمار ہو(**شدید انفیکشن کا شکار ہو**) مثلاً تیز بخار، نبض کی تیز رفتار اور پریشان حال ہو تو عام طور پر ایک سے زیادہ جراثیم نے جسم پر حملہ کیا ہوتا ہے۔ مریضہ کو علاج کیلئے کسی ماہر ڈاکٹر یا ہسپتال بھجوایئے(Refer)۔ **شدید انفیکشن** کے شکار مریضوں کو ایک سے زیادہ مناسب اینٹی بائیوٹک ادویات انجکشن کے ذریعے اکٹھے دی جاتی ہیں تاکہ ان کے اثرات کا دائرہ کار بڑھایا جاسکے اور یہی اینٹی بائیوٹک دیتے رہیں جب تک مریضہ کا بخار اُتر جائے اور 48 گھنٹوں تک بخار دوبارہ نہ آئے۔ - Ampicillin 1 گرام بذریعہ نس ہر 6 گھنٹے بعد **اور** - Gentamicin 80 ملی گرام بذریعہ نس ہر 8 گھنٹے بعد **اور** - Metronidazole 500 ملی گرام بذریعہ نس ہر 8 گھنٹہ بعد اگر اینٹی بائیوٹک دینے کے 48 گھنٹے بعد بھی بخار نہ اترے تو مریضہ کا دوبارہ معائنہ کیجئے اور تشخیص پر دوبارہ غور کرکے یہ فیصلہ کریں کہ کہیں علاج میں تبدیلی کی ضرورت تو نہیں۔ ☆ اگر مریضہ کو تشنج کا خطرہ ہو(گوبر، مٹی اور جڑی بوٹیاں فرج میں داخل کی گئی ہوں)اور مریضہ کو ماضی میں تشنج کی ویکسین دیئے جانے کے بارے میں یقین نہ ہو تو مریضہ کو Tetanus Toxoid (TT) 0.5 ml اور 1500 یونٹس Anti tetanus serum پٹھوں میں لگایئے۔ 4 ہفتوں بعد TT دوبارہ لگایئے تاکہ مریضہ آئندہ بھی تشنج سے محفوظ رہے۔ ☆ اگر مریضہ کی حالت بہتر نہ ہو اور یہ شک ہو کہ آنول کے ٹکڑے رحم میں رہ گئے ہیں یا پیٹ کی جھلیوں کے انفیکشن کا شک ہو تو آپریشن کی ضرورت پڑسکتی ہے، ایسی حالت میں مریضہ کو فوراً کسی ایسے ہسپتال بھیج دیں جہاں EmOC کی جامع سہولیات ہوں (refer)۔

بچے کی ولادت کے بعد بخار

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری......)

تولیدی راستے کے اطراف میں انفیکشن پھیلنا

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ بھوک نہ لگنا ☆ متلی/ قے ☆ ہلکا بخار/ سردی لگنا ☆ پیٹ کے نچلے حصے میں درد	☆ پیٹ پھولنا ☆ پورے پیٹ میں درد ☆ پیٹ دبانے کے بنسبت دبانے کے بعد ہاتھ اُٹھانے سے زیادہ درد ہونا (Rebound tenderness) ☆ پیٹ سے آنتوں کی حرکت کی آواز (bowel sounds) نہ آنا ☆ دورانِ خون میں جراثیم داخل ہوجانے کی وجہ سے شاک (Bacteraemia) اور (septicaemia)	پیٹ کی جھلیوں کا انفیکشن **(Peritonitis)**	☆ منہ کے ذریعے کوئی خوراک یا مائع مت دیجیئے۔ ☆ ناک کے ذریعے ٹیوب (nasogastric tube) ڈالیئے اور اس کے ذریعے معدہ کو خالی کیجیئے۔ ☆ نس کے ذریعے مائع جات دیجیئے۔ ☆ مریضہ کو اینٹی بائیوٹک ادویات کا مندرجہ ذیل مرکب دیجیئے جب تک کہ اسکا بخار نہ اُتر جائے اور پھر 48 گھنٹوں تک بخار دوبارہ نہ ہو: – Ampicillin ایک گرام نس کے ذریعے ہر چھ گھنٹے بعد **اور** –Gentamicin 80 ملی گرام نس کے ذریعے ہر آٹھ گھنٹے بعد **اور** –Metronidazole 500 ملی گرام نس کے ذریعے ہر آٹھ گھنٹے بعد اگر اینٹی بائیوٹک شروع کرنے کے 48 گھنٹے کے بعد بھی مریضہ کو آرام نہ آئے تو آپریشن کی ضرورت پڑسکتی ہے، اس لئے مریضہ کو ایسے ہسپتال بھجوانا لازمی ہے جہاں جامع طبی سہولیات موجود ہوں۔
☆ پیٹ کے نچلے حصے میں درد اور پیٹ پھولنا ☆ مستقل تیز بخار/ سردی سے بخار چڑھنا ☆ بدبودار مواد کا فرج سے اخراج (Lochia) ☆ دست آنا	☆ رحم میں دکھن ☆ اینٹی بائیوٹک ادویات کا اثر نہ ہونا ☆ رحم کے اطراف (Adnexa) یا پیچھے (Pouch of Douglas) میں سوجن/ پھولا ہوا محسوس ہونا اور سوئی ڈالنے سے پیپ آنا (Culdocentesis)	☆ پیڑو میں پیپ پڑنا/ پیپ جمع ہونا (Pelvic Abscess) (Tubo-ovarian masses) نل اور بیضہ دانی میں پھوڑا/ گومڑا	☆ Abscess میں چیرا لگانے سے پہلے اینٹی بائیوٹک ادویات کا مرکب شروع کیجیئے اور اُس وقت تک جاری رکھیئے جب تک خاتون کا بخار نہ اُتر جائے اور پھر 48 گھنٹوں تک بخار دوبارہ نہ آئے۔ نس میں کینیولا کے ذریعے دیں: – Ampicillin ایک گرام نس کے ذریعے ہر 6 گھنٹے بعد **اور** –Gentamicin 80 ملی گرام نس کے ذریعے ہر 8 گھنٹے بعد **اور** – Metronidazole 500 ملی گرام نس کے ذریعے ہر 8 گھنٹے بعد ☆ پھوڑے میں چیرا دینے کے لئے مریضہ کو ہسپتال بھجوانا لازمی ہے جہاں جامع سہولیات موجود ہوں۔

بچے کی ولادت کے بعد بخار
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری......)

چھاتیوں سے متعلق تکلیف دہ کیفیات/انفیکشن

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ زچگی کے 3 سے 5 دن بعد چھاتی میں درد اور دُکھن	☆ چھاتیوں کا بڑھا ہوا سائز ☆ سخت چھاتیاں ☆ دونوں چھاتیوں کا متاثر ہونا	چھاتیوں کی سوزش (Breast Engorgement)	**چھاتیوں کی سوزش (Breast Engorgement)** ☆ **اگر ماں بچے کو دودھ پلانا چاہتی ہو** مگر بچہ کمزور ہو اور خود سے دودھ پینے کے قابل نہ ہو تو ماں سے کہیئے کہ ہاتھ سے دبا کر یا چھاتی کے خاص پمپ کے ذریعے چھاتیوں سے دودھ نکالے اور بچے کو چمچے سے پلائے۔ ☆ **اگر ماں بچہ کو دودھ پلاتی ہو اور بچہ دودھ خود سے پی سکے تو:** - ماں سے کہیئے کہ بچے کو دودھ بار بار پلائے اور ہر مرتبہ دودھ پلاتے ہوئے دونوں چھاتیوں سے دودھ پلائے۔ - ماں کو بتایئے کہ دودھ پلاتے ہوئے بچے کو کیسے پکڑنا چاہیئے اور بچہ کو چھاتیوں سے لگانے میں اُس کی مدد کیجیئے۔ **دودھ پلانے سے قبل اس عمل میں سہولت اور آرام کیلیئے درج ذیل اقدامات کیئے جاسکتے ہیں:** - دودھ پلانے سے پہلے چھاتیوں کو گرم ٹکور کیجیئے یعنی گرم چیز مثلاً کپڑے کو نیم گرم پانی میں ڈبو کر چھاتی پر رکھیئے یا ماں سے کہیئے کہ وہ گرم پانی سے غسل کرلے۔ - بچے کو دودھ پلانے سے پہلے ماں اپنے ہاتھ سے چھاتیوں کو دبا کر کچھ دودھ نکال لے تاکہ چھاتیاں نرم ہوجائیں (دودھ نکالنے کا طریقہ دکھایئے) **دودھ پلانے کے بعد سہولت اور سکون کیلیئے درج ذیل اقدامات کیئے جاسکتے ہیں:** - کوئی کپڑا باندھ کر چھاتیوں کو سہارا دیجیئے یا انگیہ (بریزر) استعمال کروایئے۔ - چھاتیوں کی سوجن اور درد کم کرنے کیلیئے کسی ٹھنڈی چیز (مثلاً ٹھنڈے گیلے کپڑے) سے چھاتیوں پر ٹھنڈی ٹکور کیجیئے۔ - اگر درد ہو تو Paracetamol 500 ملی گرام کی گولی ہر 6 - 4 گھنٹے بعد دیجیئے۔ - علاج شروع کرنے کے تین دن بعد دوبارہ معائنہ کریں تاکہ تسلی ہوسکے کہ علاج مؤثر ہے۔ ☆ **اگر ماں بچے کو اپنا دودھ نہ پلانا چاہے:** - کوئی کپڑا باندھ کر چھاتیوں کو سہارا دیجیئے یا انگیہ استعمال کروایئے۔ - اگر درد ہو تو پیراسٹامول 500 ملی گرام کی گولی ہر چھ گھنٹے بعد دیجیئے۔ - درد اور سوجن کم کرنے کیلیئے چھاتیوں کی ٹھنڈی ٹکور کیجیئے۔ - چھاتیوں کی مالش مت کیجیئے اور نہ ہی سکائی کیجیئے۔ - نپل کو مسلنے یا دبا کر دودھ نکالنے سے گریز کیجیئے۔ - علاج شروع کرنے کے تین دن بعد دوبارہ معائنہ کریں تاکہ تسلی ہوسکے کہ علاج مؤثر ہے۔

بچے کی ولادت کے بعد بخار
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری......)

چھاتیوں میں انفیکشن

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ زچگی کے 2 سے 4 ہفتوں کے بعد: - چھاتی میں درد - بخار/سردی لگنا	☆ پہلے چھاتیوں کی سوزش (engorgement) ہوئی ہو ☆ نپل میں خراشیں پڑنا (Cracked) ☆ عام طور پر ایک چھاتی متاثر ہوتی ہے ☆ چھاتی پر سرخی مائل تکون حصہ	چھاتیوں میں انفیکشن (Mastitis)	☆ اینٹی بائیوٹک ادویات کے ذریعے علاج کیجئے: - Cloxacillin (Orbenin کے نام سے دستیاب ہے)۔ 500 ملی گرام منہ کے ذریعے دن میں 4 مرتبہ، 10 دن کیلئے یا - Erythromycin 250 ملی گرام منہ کے ذریعے دن میں 3 مرتبہ، 10 دن کیلئے ☆ ماں کی حوصلہ افزائی کیجئے کہ وہ بچے کو اپنا دودھ پلاتی رہے۔ ☆ کپڑا باندھ کر چھاتیوں کو سہارا دیجئے یا انگیہ استعمال کرنے کیلئے کہیئے۔ ☆ دودھ پلانے سے پہلے چھاتیوں کی ٹھنڈی ٹکور کیجئے تا کہ سوجن اور درد کم ہو جائے۔ ☆ اگر ضرورت ہوتو 4 سے 6 گھنٹوں کے وقفے سے Paracetamol 500 ملی گرام کی گولی دیجئے۔ ☆ علاج شروع کرنے کے ۳ دن بعد دوبارہ معائنہ کریں تا کہ تسلی ہو سکے کہ علاج موثر ہے۔ اگر مؤثر نہ ہو تو اسپتال بھیجیں۔
☆ زچگی کے 3 سے 4 ہفتوں کے بعد: - چھاتی میں درد - بخار/سردی لگنا	☆ سخت چھاتی اور چھاتی میں درد ☆ عام طور پر صرف ایک چھاتی متاثر ہوتی ہے۔ ☆ چھاتی پر سُرخی مائل حصہ ☆ چھاتی پر گلٹی نما ورم جو کہ نرم محسوس ہوتا ہے۔ ☆ گلٹی پھٹ سکتی ہے جس میں سے پیپ خارج ہوگی۔	چھاتی میں پھوڑا (Breast abscess)	☆ اینٹی بائیوٹک ادویات کے ذریعے علاج کیجئے۔ - Cloxacillin (Orbenin کے نام سے دستیاب ہے) 500 ملی گرام منہ کے ذریعے۔ دن میں چار مرتبہ 10 دن کیلئے یا - Erythromycin 250 ملی گرام منہ کے ذریعے دن میں 3 مرتبہ 10 دن کے لئے۔ ☆ چھاتی میں جمع ہوا پیپ آپریشن کے ذریعے نکالیں۔ ☆ خاتون کی حوصلہ افزائی کیجئے کہ چھاتی کے پھوڑے کے باوجود بچہ کو اپنا دودھ پلائے۔ ☆ کپڑا باندھ کر چھاتیوں کو سہارا دیجئے یا انگیہ استعمال کرنے کو کہیئے۔ ☆ درد اور سوجن کم کرنے کیلئے دودھ پلانے سے پہلے چھاتیوں پر ٹھنڈی ٹکور کیجئے۔ ☆ اگر درد ہو تو Paracetamol 500 ملی گرام کی گولیاں ہر 4-6 گھنٹے بعد دیجئے۔ ☆ علاج شروع کرنے کے ۳ دن بعد دوبارہ معائنہ کریں تا کہ تسلی ہو سکے کہ علاج موثر ہے۔

بچے کی ولادت کے بعد بخار
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری......)

زخموں میں انفیکشن

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ بچے کی پیدائش کی وجہ سے تولیدی راستے یا سیزیرین آپریشن کے زخم میں درد ☆ زخم سے خون اور مواد کا اخراج (Serous discharge)	☆ عام طور پر زخم دبانے سے تکلیف ☆ زخم کے اطراف میں ہلکی سرخی	زخم میں پیپ پڑنا (Wound Abscess) زخم میں خون جمع ہونا (Wound Haematoma)	زخم میں خون جمع ہونا (Haematoma) یا زخم میں پیپ جمع ہونا (wound abscess) اور زخم میں سوجن (Wound Cellulitis) میں فرق ضروری ہے کیونکہ Wound abscess اور haematoma میں زخم کھولنے اور پیپ یا خون نکالنے کی ضرورت ہوتی ہے جبکہ wound cellulitis میں اینٹی بائیوٹک دینے کی ضرورت ہوتی ہے اور کسی آپریشن کی ضرورت نہیں ہوتی۔ ☆ اگر زخم میں پیپ یا مواد جمع ہو تو زخم کھول کر اُسے خارج کر دیجیئے ☆ انفیکشن زدہ زخم کے ٹانکوں (Sutures) کو کاٹ کر نکال دیجیئے۔ ☆ زخم کھول کر اُسے اچھی طرح صاف کریں اور انفیکشن زدہ حصوں کو کاٹ کر نکال دیں۔ ☆ زخم کے گہرے سطح کے ٹانکوں (fascial sutures) کو مت نکالئے۔ ☆ اگر زخم میں سوجن (cellulitis) کے آثار نہیں تو اینٹی بائیوٹک دینے کی ضرورت نہیں ہے۔ ☆ زخم میں ایک گیلی پٹی (damp dressing) رکھیئے اور مریضہ کو ہر 24 گھنٹے بعد پٹی بدلنے کے لئے آنے کی ہدایت کیجیئے۔ ☆ خاتون کو ھدایت کیجیئے کہ وہ صفائی کا خصوصی خیال رکھے، صاف کپڑے یا پیڈ استعمال کرے اور انہیں جلدی جلدی تبدیل کرے۔
☆ زخم میں درد	☆ زخم دبانے سے تکلیف/ دُکھن ☆ زخم کے اطراف میں سُرخی اور سوجن/ ورم ☆ زخم میں سختی آجانا ☆ زخم سے پیپ خارج ہونا	زخم کے گرد ٹشوز (tissues) میں سوجن اور انفیکشن (Wound cellulitis)	☆ اگر زخم میں پیپ یا مواد جمع ہے تو زخم کھول کر اُسے خارج کیجیئے۔ ☆ متاثرہ جلد کو نکال دیجیئے اور جلد کے نیچے (subcutaneous sutures) کے ٹانکے نکال دیجیئے۔ ☆ زخم کھول کر اسے اچھی طرح صاف کریں اور انفیکشن زدہ حصوں کو کاٹ کر نکال دیں۔ ☆ گہرے ٹانکوں (fascial sutures) کو مت نکالئے۔ ☆ اگر انفیکشن سطحی ہے اور گہرائی میں ٹشو متاثر نہیں ہیں تو اس میں پیپ جمع ہونے کے امکانات کا جائزہ لیجیئے اور اینٹی بائیوٹک ادویات کے مرکب سے علاج کیجیئے: – Ampicillin 500 ملی گرام۔ منہ کے ذریعے دن میں چار مرتبہ 5 دنوں کے لئے **اور** – Metronidazole 400 ملی گرام منہ کے ذریعے دن میں 3 مرتبہ، 5 دنوں کے لئے – اگر انفیکشن گہرائی میں ہو اور پٹھوں کے متاثر ہونے کا خطرہ ہو تو مریضہ کو بڑے صحت مرکز یا ہسپتال بھیجیں جہاں تمام طبّی سہولت اور ماہر ڈاکٹر موجود ہوں۔

بچے کی ولادت کے بعد بخار
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری......)

پیشاب کے نظام کا انفیکشن

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ درد/ یا جلن کے ساتھ پیشاب آنا ☆ پیشاب کی بار بار حاجت ☆ پیشاب روکنے میں دشواری ☆ پیٹ میں درد	☆ پیٹ کے نچلے حصے کو دبانے سے درد (Retropubic / suprapubic tenderness)	مثانہ کا انفیکشن (Cystitis)	☆ اینٹی بائیوٹک کے ذریعے علاج کیجیے: - Amoxicillin 500 ملی گرام منہ کے ذریعے دن میں تین مرتبہ دیں۔ 3 سے 5 دن کیلئے۔ **یا** - Sulpamethoxazole/Trimethoprim (160/800 mg) 1 گولی منہ کے ذریعے دن میں دو مرتبہ، 3 دن کیلئے۔ **یا** - Pipedimic Acid (Urixin) 400 ملی گرام کی گولی دن میں 2 مرتبہ، 5 سے 7 دن کیلئے۔ ☆ اگر علاج سے آرام نہ آئے اور سہولت میسر ہو تو پیشاب کا کلچر اور حساسیت چیک کیجیے، اور پھر ایسی اینٹی بائیوٹک سے علاج کیجیے جو جراثیم کے خلاف کام کرے۔ ☆ اگر انفیکشن دو یا اس سے زیادہ مرتبہ ہو جائے تو پیشاب کا کلچر اور حساسیت چیک کیجیے (اگر سہولت دستیاب ہو) اور پھر ایسی اینٹی بائیوٹک سے علاج کیجیے جو جراثیم کے خلاف کام کرے۔
☆ بھوک نہ لگنا ☆ متلی/ قے ☆ تیز بخار/ سردی لگنا ☆ تکلیف اور جلن کے ساتھ پیشاب آنا ☆ پیشاب کی بار بار حاجت ☆ پیشاب روکنے میں دشواری ☆ پیٹ میں درد، جو کمر سے شروع ہو کر سامنے آئے (radiating from loin to groin)	☆ پیٹ کے نچلے حصے کو دبانے سے درد (Retropubic/suprapubic Tenderness) ☆ گردے کی جگہ یعنی کمر دبانے سے درد (Loin tenderness) ☆ پسلیوں کے نیچے والے حصّے میں درد	گُردے کا انفیکشن (Acute pyelonephritis)	☆ اگر مریضہ شاک (Shock) کی حالت میں ہو یا شاک (Shock) میں جانے کا اندیشہ ہو تو فوری طور پر علاج شروع کیجیے۔ ☆ اگر ممکن ہو تو موزوں اینٹی بائیوٹک کے انتخاب کیلئے پیشاب کا کلچر کروایئے اور مناسب علاج شروع کیجیے۔ ☆ اگر پیشاب کا کلچر کرنے کی سہولت دستیاب نہ ہو تو مریضہ کو اینٹی بائیوٹک ادویات دیجیے۔ جب تک مریضہ کا بخار اُتر جائے اور 48 گھنٹوں تک دوبارہ بخار نہ آئے: - انجکشن Ampicillin 1 گرام نس کے ذریعے ہر چھ گھنٹے بعد **اور** - انجکشن Gentamicin 80 ملی گرام نس کے ذریعے ہر آٹھ گھنٹے بعد ☆ جب مریضہ کا بخار اُتر جائے اور 48 گھنٹوں تک بخار دوبارہ نہ آئے تو 1 گرام Amoxicillin منہ کے ذریعے دن میں تین مرتبہ دیجیے، تاکہ 14 دن کا علاج مکمل ہو جائے۔ نوٹ: دوا شروع کرنے کے 48 گھنٹوں کے اندر ادویات کا اثر متوقع ہوتا ہے۔ اگر 72 گھنٹوں تک کوئی اثر نہ ہو تو دوبارہ معائنہ کیجیے، نتائج کا جائزہ لیجیے اور دی گئی اینٹی بائیوٹک کو تبدیل کرنے پر غور کیجیے۔

بچے کی ولادت کے بعد بخار آنا

مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری ....)

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
خون کی نسوں میں خون جمنا (Thrombotic Conditions)			
☆ اینٹی بائیوٹک استعمال کرنے کے باوجود بخار نہ کم ہونا ☆ بخار کا اونچا نیچا ہوتے رہنا مگر نارمل نہ ہونا	پنڈلیاں دبانے سے درد ہونا۔	ٹانگوں کی گہری نسوں میں خون جمنا (Deep Vein Thrombosis)	مریضہ کو ایسے ہسپتال بھیجیں جہاں جامع طبی سہولیات ہوں
سینے میں انفیکشن			
☆ بخار ☆ سانس لینے میں تکلیف ☆ کھانسی کے ساتھ بلغم آنا ☆ سینے میں درد	☆ حلق میں سوجن اور سرخی ☆ سانس تیز تیز چلنا ☆ آلے سے معائنے پر چھاتی سے غیر معمولی آوازیں سنائی دینا (Rhonchi / crepitations) ☆ انفیکشن کی وجہ سے پھیپھڑے میں رطوبت کا جمع ہونا (Consolidation)	نمونیہ	مریضہ کو ایسے ہسپتال بھیجیں جہاں جامع طبی سہولیات ہوں

بچے کی ولادت کے بعد بخار آنا
مسئلے کی نشاندہی اور علاج (جاری.....)

طبّی کیفیات جن کا حمل اور اس کی پیچیدگیوں سے تعلق نہیں ہے

کیفیات	علامات	ممکنہ تشخیص	علاج
☆ بخار (باری کا) ☆ سردی لگنا/کپکپی طاری ہونا ☆ سردرد ☆ پٹھوں/ جوڑوں میں درد	☆ تلی کا بڑھنا ☆ عام طور پر بار بار بخار کا آنا اور اُترنا	سادہ ملیریا (Uncomplicated Malaria)	اگر علاج کی سہولت نہ ہو تو مریضہ کو ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں ڈاکٹر اور مناسب تفتیش اور علاج کی سہولیات موجود ہوں۔
☆ بخار ☆ سردی لگنا/کپکپی طاری ہونا ☆ سردرد ☆ پٹھوں/ جوڑوں میں درد	☆ خون کی کمی (Anaemia) ☆ یرقان/ پیلیا Jaundice ☆ دورے پڑنا (Convulsions) ☆ بیہوشی (Coma)	شدید/ پیچیدہ ملیریا (Complicated Malaria)	مریضہ کو ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں ڈاکٹر اور مناسب تفتیش اور انتہائی نگہداشت کی سہولیات موجود ہوں۔
☆ مستقل بخار ☆ سردرد ☆ خشک کھانسی ☆ سُستی (Malaise) ☆ بھوک نہ لگنا (Anorexia)	☆ نیم بیہوشی/غنودگی ☆ تِلی کا بڑھنا ☆ صبح اور شام کے ٹیمپریچر میں فرق مگر نارمل نہیں ہوتا ☆ علاج کے ساتھ بخار کا آہستہ آہستہ کم ہونا	ٹائیفائیڈ/ معیادی بخار	مریضہ کو ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں ڈاکٹر اور مناسب تفتیش اور علاج کی سہولیات موجود ہوں۔
☆ بخار ☆ سُستی (Malaise) ☆ بھوک نہ لگنا (Anorexia) ☆ پتّی اچھلنا ☆ متلی ☆ پٹھوں/ جوڑون میں درد	☆ یرقان ☆ جسم پر خارش /پتّی اچھلنا (Urticaria) ☆ پیشاب کی رنگت گہری اور پاخانے کی رنگت ہلکی مٹیالی ☆ بڑھی ہوئی تِلی ☆ بڑھا ہوا جگر	جگر کا انفیکشن/ ہپی ٹائیٹس (Hepatitis)	مریضہ کو ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں ڈاکٹر اور مناسب تفتیش اور علاج کی سہولیات موجود ہوں۔

ضمیمہ

پیشاب کے نظام کے انفیکشن کی تشخیص کے لئے پیشاب کا معائنہ

پیشاب کے نظام میں انفیکشن کی موجودگی کا پتہ چلانے کے لئے کیمیکل پٹی والا ٹیسٹ (Dipstick)، خورد بینی ٹیسٹ (microscopy) اور پیشاب کا کلچر کئے جاسکتے ہیں مگر یہ مثانے کے انفیکشن (Cystitis) اور گردے کے انفیکشن (acute pyelonephritis) میں فرق نہیں کر سکتے۔

☆ پیشاب کے نمونے کا مائیکروسکوپ سے معائنہ کرنے پر پیشاب میں خون کے سفید خلیئے گچھوں (Clumps) کی شکل میں، جراثیم اور کبھی کبھی سُرخ خون کے خلیے بھی نظر آسکتے ہیں۔

☆ اگر سہولیات دستیاب ہوتو پیشاب کا کلچر اور حساسیت کا ٹیسٹ بھی کر لینا چاہیئے تاکہ جراثیم کی نشاندہی ہوسکے اور یہ بھی پتا چل سکے کہ کونسی موزوں اینٹی بائیوٹک سے علاج کیا جائے۔

نوٹ: پیشاب کے معائنے کیلئے ضروری ہے کہ عورت پیشاب کرنے سے پہلے اپنے آپ کو پانی اور صابن سے دھولے۔ پھر پیشاب کرنا شروع کرے اور تھوڑا پیشاب کر لینے کے بعد مخصوص بوتل میں تھوڑا پیشاب جمع کر لے۔ پیشاب کا نمونہ صفائی کے ساتھ (clean catch) لینے سے آلودگی کا اندیشہ کم ہو جاتا ہے۔ مخصوص بوتل اُسی لیبارٹری سے ملے گی جہاں پیشاب کا معائنہ ہوگا۔

نوزائیدہ کی دیکھ بھال

CARE OF THE NEWBORN

نوزائیدہ کی دیکھ بھال

Birth Asphyxia

پیدائش کے بعد جب بچہ خود سے باقاعدگی سے سانس نہ لے سکے اور اُسے سانس لینے میں مدد کی ضرورت پڑے۔ اس کیفیت میں بچے کے پھیپھڑوں میں اور خون میں آکسیجن کی کمی ہو جاتی ہے اور یہ بچوں کی اموات اور معذوری کی سب سے بڑی وجہ ہے۔

چند اصطلاحات

Blue Asphyxia: جب بچہ باقاعدگی سے سانس نہ لے رہا ہو، نیلا ہو مگر ہاتھ پیر چلا رہا ہو۔

Pale Asphyxia: جب ایک لمبے عرصے تک بچہ باقاعدگی سے سانس نہ لے تو آکسیجن کی شدید کمی ہو جاتی ہے اور جلد کا رنگ پھیکا اور سفیدی مائل ہوتا ہے۔

Still Birth: جو بچہ ۲۸ ہفتوں کے حمل کے بعد (عالمی ادارۂ صحت کے مطابق ۲۰ ہفتے) مردہ پیدا ہو یعنی پیدائش کے بعد زندگی کے کوئی آثار نہ ہوں۔

Perinatal Death: وہ سب بچے جو ۲۸ ہفتوں کے حمل کے بعد (عالمی ادارۂ صحت کے مطابق ۲۰ ہفتے) یا تو مردہ پیدا ہوں یا پیدائش کے ۷ دنوں کے اندر مر جائیں۔

Perinatal Mortality Rate: Perinatal Death کی تعداد کی نسبت فی ہزار زندہ بچوں کی پیدائش سے۔

Neonatal Death: پیدائش کے ۲۸ دنوں کے اندر بچے کی موت واقع ہونا۔

Early Neonatal Death: پیدائش کے ۷ دنوں کے اندر بچے کی موت واقع ہونا۔

نوزائیدہ بچے کے فوری مسائل

نوزائیدہ بچے کے **تشویشناک** مسائل جن میں فوری مدد کی ضرورت ہے:

☆ پیدائش کے بعد بچہ خود سے باقاعدگی سے سانس نہ لے سکے **(Birth Asphyxia)**:

- بچہ سانس نہ لے رہا ہو یا **Gasp** کر رہا ہو یعنی سانس لینے کی جدوجہد کر رہا ہو۔
- بچہ مشکل سے سانس لے رہا ہو (سانس کی رفتار ایک منٹ میں 30 دفعہ سے کم یا 60 دفعہ سے زیادہ ہو)۔ سانس لیتے ہوئے چھاتی اندر کو دھنس رہی ہو یا بچہ سانس لیتے وقت کراہ رہا ہو۔
- بچہ نیلا پڑ گیا ہو/ یا رنگ پھیکا ہو **(Pale)**

نوزائیدہ بچے کے دوسرے مسائل جن کی وجہ سے بچے کو دھیان سے دیکھنے کی ضرورت ہے:

- بچہ یا تو وقت سے پہلے پیدا ہو گیا ہو(32 ہفتوں سے کم مدت کا حمل) (Preterm) یا بہت کم وزن کا پیدا ہو(1500 گرام سے کم وزن)
- بچہ سُست ہو۔
- بچے کا درجۂ حرارت کم ہو۔
- بچے کو جھٹکے/ دورے پڑ رہے ہوں۔
- بچہ پورے وقت پر پیدا ہو مگر وزن کم ہو(2500 گرام سے کم)
- بچے کے گرد پانی کی تھیلی دردِزہ شروع ہونے سے کئی گھنٹے پہلے پھٹ گئی ہو تو ایسے بچوں میں انفیکشن کا خطرہ ہے۔

بچے کی پیدائش کے دوران سانس لینے میں دشواری اور آکسیجن کی کمی (Asphyxia) کے امکان کی اکثر حالتوں میں پہلے سے پیشن گوئی کی جاسکتی ہے مگر کبھی اچانک بغیر کسی سمجھ آنے والی وجہ کے بھی سانس میں دشواری اور آکسیجن کی کمی ہو سکتی ہے۔

زچگی کے دوران آکسیجن کی کمی سے متاثر ہونے کی وجہ سے پیدائش کے بعد سانس لینے میں دشواری کی کیفیت

ایسے بچے کا معائنہ

چیک کریں:

☆ سانس کی نالی (Airway)

- کوئی رکاوٹ تو نہیں؟ (منہ سے نکلنے والے لعاب میں خون یا بچے کا پاخانہ (meconium) تو نہیں ملا ہوا)

☆ سانس (Breathing)

- کیا بچہ سانس لے رہا ہے؟
- سانس کی رفتار کیا ہے؟
- کیا سانس باقاعدگی سے لے رہا ہے (regular)، رُک رُک کر تو نہیں؟
- کیا سانس لیتے ہوئے چھاتی اندر کی طرف دھنستی ہے (Indrawing)
- کیا بچہ سانس لیتے ہوئے کراہتا ہے؟

☆ خون کا دوران (Circulation)

- دل کی دھڑکن کی رفتار کیا ہے(100 دفعہ فی منٹ سے کم تو نہیں)؟

- بچے کے چہرے کا رنگ کیا ہے؟ نیلا/ پھیکا (Pale) تو نہیں۔ زیادہ تر بچوں کے ہاتھ پیر کی انگلیاں پیدائش کے فوراً بعد نیلی ہوتی ہیں (peripheralcyanosis)۔ یہ اتنی تشویش کی بات نہیں لیکن اگر ہونٹ، زبان اور ناک نیلے نظر آئیں (Central Cyanosis) تو یہ تشویش کی بات ہے۔

فوری علاج کی ضرورت:

ان تین صورتحال میں فوری علاج کی ضرورت ہے:

- بچہ سانس نہ لے رہا ہو یا gasp کر رہا ہو۔
- بچہ نیلا ہو/ رنگ پھیکا پڑا ہو
- بچہ مشکل سے سانس لے رہا ہو۔

بچہ سانس نہ لے رہا ہو/ Gasp کر رہا ہو/ مشکل سے سانس لے رہا ہو/ رنگ نیلا یا پھیکا ہو

عمومی علاج

☆ بچے کو کپڑے سے اچھی طرح سکھا کر گیلا کپڑا ہٹا دیں اور سوکھی موٹی چادر یا کمبل میں لپیٹ دیں۔
☆ اگر ناڑوا ابھی تک نہ کٹا ہو تو اوزار (clamp) کے درمیان دبا کر یا ستلیوں سے جلدی سے باندھ کر کاٹ دیں۔
☆ اگر ہیٹر میسر ہو تو بچے کو اس کے قریب منتقل کریں اور سخت سطح پر لٹا دیں۔

نوٹ: یاد رکھیں ہمیشہ بچے کو ہاتھ لگانے سے پہلے ہاتھ اچھی طرح دھولیں اور انفیکشن سے بچاؤ کی تدابیر اختیار کریں۔

باکس نمبر 1: بچے کا سانس بحال کرنے میں مدد (Resuscitation) کیلئے آلات۔

جو ضروری آلات بچے کی سانس بحال کرنے کیلئے درکار/ موجود ہوں وہ ہر وقت صحیح کام کرنے کی حالت میں ہونے چاہیئے تاکہ ضرورت پڑنے پر اُن کے خراب ہونے کی وجہ سے تاخیر نہ ہو:

☆ گرمائش پہنچانے اور روشنی کا انتظام (ہیٹر، لیمپ اور بچے کو گرم رکھنے کی مشین (Infant warmer)۔ اگر دستیاب ہو)
☆ منہ اور ناک سے لعاب نکالنے کے آلات یعنی سکشن مشین یا لعاب نکالنے کے لئے سکشن بلب (Mucous extractors)
☆ آکسیجن (سلینڈر یا سینٹرل سپلائی)
☆ بچے کے وزن کے مطابق ماسک (ایک عام وزن کے بچے کیلئے سائز 1 اور چھوٹے بچے کیلئے سائز صفر یعنی 0) صحیح سائز کا بیگ جس میں خود سے ہوا بھر جائے اور اس میں پریشر کم کرنے کے لئے والو (valve) بھی ہو
☆ مختلف سائز کے ایروے (Air way) یعنی سائز ایک صفر۔ دو صفر۔ تین صفر (000,00,0)

اطمینان کر لیں کہ ماسک صحیح کام کر رہا ہے۔ اس مقصد کے لئے ماسک کو ہتھیلی پر دبا کر رکھیں اور بیگ کو دوسرے ہاتھ سے دبائیں:

- اگر ہتھیلی پر پریشر محسوس ہو تو اس کا مطلب ہے کہ بیگ صحیح طور پر پریشر بنا رہا ہے۔
- اور بیگ پر ہاتھ ہٹانے سے اگر وہ خود سے دوبارہ ہوا سے بھر جائے تو اس کا مطلب ہے کہ بیگ صحیح کام کر رہا ہے۔

مریضہ کا طبّی معائنہ

ایسی مریضہ کے طبّی معائنے کیلئے ہدایات جس میں بلڈ پریشر بڑھ جانے/ سردرد/ نظر دھندلانے/ دورے یا ہوش وحواس کھونے کی علامات پائی جائیں۔

طبّی معائنہ	
گذشتہ طبّی صورتحال (History)	مریضہ یا اس کے تیماردار سے درج ذیل معلومات حاصل کیجئے اور ریکارڈ کیجئے **ہسٹری لینے کے ساتھ ساتھ ہنگامی طبّی امداد کی فراہمی جاری رکھیئے** ☆ حمل کی مدت/ کیا دردِ زہ میں تو نہیں۔ ☆ موجودہ یا گذشتہ حمل میں دورے/ جھٹکے ☆ سردرد، متلی اور قے، نظر کا دھندلانا ☆ پیٹ کے اوپری حصے میں درد(Epigastrium or right hypochondrium) ☆ چہرے اور ہاتھوں پر سوجن (کیا انگوٹھیاں پھنسنے لگی ہیں) ☆ پیٹ میں موجود بچے کی حرکت موجود نہ ہونا یا کم ہونا ☆ حمل سے پہلے نارمل سے زیادہ بلڈ پریشر کی ہسٹری/ حمل کے باعث خون کے دباؤ میں اضافہ (PIH) / ایکلیمپشیا / گُردوں کے مرض وغیرہ کی ہسٹری
عمومی جسمانی معائنہ	☆ اندازہ لگائیے (چیک کیجئے) کہ مریضہ ہوش میں ہے، نیم بیہوش یا بیہوش ہے ☆ چیک کیجئے کہ دورے/ جھٹکے تو نہیں پڑ رہے ☆ چیک کیجئے اور ریکارڈ کیجئے: بلڈ پریشر، نبض، تنفس، درجۂ حرارت، سوجن **(Oedema)** بالخصوص ہاتھوں اور چہرے پر ☆ مریضہ کی عمومی صحت کا اندازہ لگائیے (غذائیت کی کمی، خون کی کمی، ذاتی صفائی کی کمی/ جھٹکے کے دوران دانتوں کے درمیان آ کر زبان تو نہیں کٹ گئی۔ ☆ معائنہ کیجئے: - پھیپھڑے **(Basal Crepitations and Air Entry)** - دل (دل کی دھڑکن اور سرسراہٹ. **(Heart Sounds & Murmurs)** - پیٹ (دردِ زہ کی موجودگی/ بچہ دانی کا سائز حمل کی مدت کا اندازہ لگانے کے لئے/ بچے کا رُخ پیدائش کے لئے، بچے کا کون سا حصہ نیچے ہے **(Presentation)**، بچے کے دل کی دھڑکن وغیرہ) - **Tendon Reflexes** - **Clonus**

شدید پری ایکلیمپشیا اور ایکلیمپشیا کیلئے میگنیشیم سلفیٹ (Magnesium Sulphate) کا شِڈول

(Loading do

20% سلوشن نس کے ذریعے آہستہ آہستہ 5 منٹ میں دیں۔ میگنیشیم سلفیٹ 50% کے سلوشن میں دستیاب ہے اور اس کو 20% بنانے کے لئے 50% میگنیشیم سلفیٹ کے
ر واٹر (Distilled Water) میں ملائیں۔

گنیشیم سلفیٹ کا 10 ml یعنی 5 گرام لیں اور اس میں 2% Lignocaine کا 1 ml ایک ہی سرنج میں ملائیں اور دونوں کولھوں میں باری باری لگائیں (یعنی دونوں کولھوں
رام لگائیں)۔ مریضہ کو آگاہ کیجیئے کہ ٹیکے کی جگہ گرمی کا احساس ہوگا۔ انجکشن لگاتے ہوئے انفیکشن سے بچاؤ کی تدابیر اختیار کی جائے۔
منٹ بعد دوبارہ جھٹکا پڑے تو 2 گرام میگنیشیم سلفیٹ، (50% سلوشن آہستہ آہستہ) 5 منٹ کے دوران نس کے ذریعے دیجئے۔

مقدار: (Maintenance dose)

م سلفیٹ (**50%** سلوشن) + 2% لگنوکین (**Lignocaine**) کا 1 ml ہر 4 گھنٹے کے بعد ایک دفعہ دائیں اور دوسری دفعہ بائیں کولہے پر لگائیں۔
صورت میں جو صورتحال آخر میں پیش آئی ہو، اُس کے **24** گھنٹوں بعد تک علاج برقرار رکھنے کے لئے میگنیشیم سلفیٹ کا استعمال جاری رکھیئے۔ مگر ہر دفعہ انجکشن لگانے سے پہلے مندرجہ ذیل

16 دفعہ فی منٹ ہو۔
ہیں۔
ے دوران پیشاب کم ازکم 30 ملی لیٹر فی گھنٹہ کے حساب سے خارج ہوا ہو۔
اگر:
دفعہ فی منٹ سے کم ہو۔
ر نہ ہوں۔
میں پیشاب 30 ملی لیٹر فی گھنٹہ سے کم آرہا ہو۔

R (ردِعمل) ہوسکتا ہے۔ شدید ردِعمل کی اوپر دی گئی علامات ہونے پر اپنی تیاری پوری رکھیئے اور antidote یعنی انجکشن کیلشیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) ضرورت پڑنے پر استعمال کریں۔

(respiratory a) تو:

ہوا کی آمدرفت) میں مدد کیجئے (ماسک، او ربیگ، اینستھیسیا کی مشین تیار رکھیئے)۔
ثرات کم کرنے کی ضرورت ہوتو کیلشیم گلوکونیٹ 1 گرام (10% سلوشن کا 10 ملی لیٹر) آہستہ آہستہ نس کے ذریعے اُس وقت تک دیجئے جب تک تنفس بحال نہ ہو جائے۔

شدید پری ایکلیمپشیا اور ایکلیمپشیا کیلئے ڈائزاپام (Diazepam) کا شِڈول

ے استعمال کیجئے جب میگنیشیم سلفیٹ دستیاب نہ ہو

(Load

گرام نس کے ذریعے آہستہ آہستہ 2 منٹ کے دوران دیں۔
ے تو دوبارہ یہی مقدار اسی طریقے سے دیجئے۔

(Maintenance dose

پام **500** ملی لیٹر فلوئیڈ (نارمل سیلائن یا رینگرز لیکٹیٹ) میں نس کے ذریعے دیجئے، اس طرح کہ مریضہ غنودگی (Sedated) میں رہے مگر آسانی سے جگایا جا سکے۔ اس
ن کم ہو جاتا ہے۔
30 ملی گرام سے زیادہ دی جائے تو ماں کے تنفس متاثر ہونے کا خدشہ ہو سکتا ہے۔
وران 100 ملی گرام سے زیادہ مت دیجئے۔
انس لینے میں مدد کیجئے۔ ماسک اور بیگ یا سانس کی نالی میں ٹیوب ڈال کر **(Intubation)** آکسیجن دیں۔

یعے دوا دینا

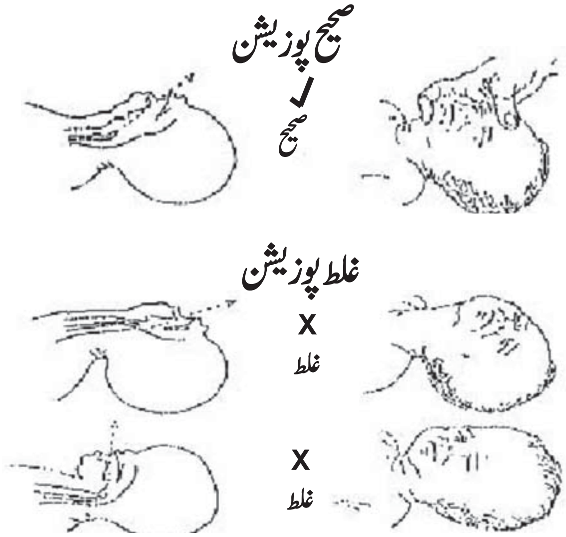
دینا ممکن نہ ہو تو مقعد یعنی پاخانے کے راستے کے ذریعے جسم میں داخل کیجئے۔ ابتدائی مقدار 20 ملی گرام کو 10 ملی لیٹر کی سرنج میں بھر کر سرنج کی سوئی اُتار دیجئے۔ بیرل کو چکنا
رنج کا سامنے کا آدھا حصہ پاخانے کے راستے میں داخل کر کے دوا اندر داخل کر دیں جیسے ٹیکہ لگاتے ہیں۔ سرنج کو وہیں پکڑے رہیں اور دونوں کولہوں کو دس منٹ تک آپس میں ملا کر
ں جائے۔ ایک متبادل طریقہ فولی کیتھیٹر **(Foley's catheter)** ہے۔ کیتھیٹر سرنج کے سامنے لگا کر مقعد میں داخل کر کے دوا اندر دی جا سکتی ہے جیسے ٹیکا لگاتے ہیں۔
ندر کنٹرول نہ ہوں تو ایک گھنٹے میں 10 ملی گرام ڈائزاپام تک یا اس سے زیادہ (مریضہ کی جسامت/ سائز اور طبّی کیفیت کے مطابق) دیجئے۔ مگر 24 گھنٹوں میں 100 ملی
۔

سانس کے راستوں کی صفائی

☆ بچے کو پیٹھ پر کسی سخت سطح پر لٹائیں۔

☆ بچے کو کپڑے سے اچھی طرح لپیٹ کر رکھیں سوائے چہرے اور سینے کے اوپر والے حصے کو۔

– سر کو تھوڑا پیچھے کی طرف جھکائیں (extended) تا کہ گردن ذرا لمبی ہو جائے اور سانس کی نالی سیدھی ہو جائے (تصویر 1 نیچے)۔



بچے کو سانس لینے میں مدد دینے کے لئے سر کی پوزیشن۔ (تصویر 1)

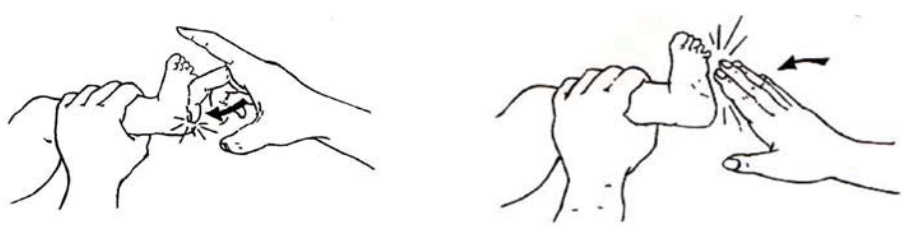
– سانس کے راستے کو سکشن کے ذریعے صاف کریں۔ **پہلے** منہ اور پھر ناک کو صاف کریں۔
اگر خون یا میکونیم (بچے کا پاخانہ) بچے کے منہ یا ناک میں نظر آئے تو فوراً زیادہ احتیاط سے سکشن کے ذریعے صاف کریں تا کہ یہ سانس کی نالیوں میں نہ چلا جائے۔

نوٹ: حلق کی گہرائی میں سکشن نہ کریں۔ ایسا کرنے سے دل کی رفتار کم ہو سکتی ہے اور بچے کی سانس بھی بند ہو سکتی ہے۔ اگر سکشن مشین استعمال کریں تو پریشر **100 cm of water** سے زیادہ نہ ہو۔

بچے کی سانس بحال کرنے کیلئے اُکسانا (Stimulate)

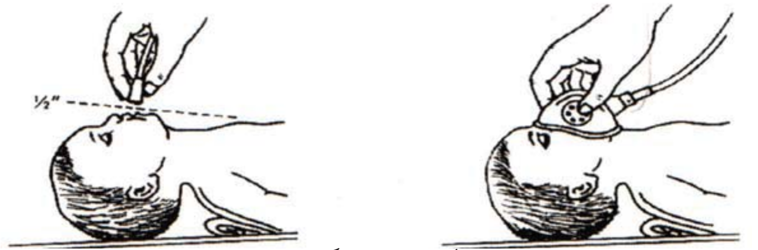
☆ بچے کو کپڑے سے اچھی طرح سکھائیں، اس سے بچہ سانس لینے کے لئے **Stimulate** ہوتا ہے۔

☆ بچے کے پیر کے تلوے کو سہلائیں یا **flick** کریں۔ (تصویر 2، نیچے)



تلوے کو سہلانا اور **Flick** کرنا۔ (تصویر 2)

☆ ایک سے دو لیٹر فی منٹ کے حساب سے آکسیجن دیں (تصویر 3، نیچے)۔



چہرے کے ماسک اور نلکی کے ذریعے آکسیجن دینا (تصویر 3)

جو شخص زچگی میں مدد کرے اس کے لئے لازم ہے کہ نوزائیدہ بچے کی سانس بحال (Neonatal Resuscitation) کرنے کی ٹریننگ بھی حاصل کرے تا کہ ضرورت پڑنے پر مدد کر سکے۔

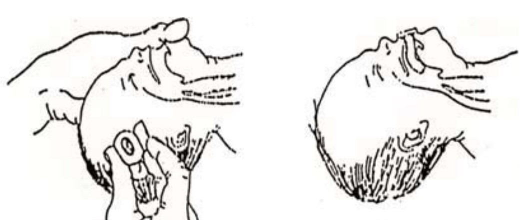
☆ بچے کی حالت کا دوبارہ جائزہ لیں:

- اگر بچہ سانس لینا شروع کر دے یا رونے لگے تو کسی اور علاج کی ضرورت نہیں۔ بچے کو موٹے کپڑے میں لپیٹ دیں اور دوبارہ اطمینان کر لیں کہ بچہ ٹھیک ہے اور ماں کو دودھ پلانے کے لئے دے دیں۔
- اگر بچہ مدد کے باوجود بھی سانس نہ لے یا **gasp** کر رہا ہو یا نیلا ہو اور دل دھڑکنے کی رفتار 100 مرتبہ فی منٹ سے کم ہو تو بیگ اور ماسک کے ذریعے سانس بحال کرنے میں مدد کریں **(Positive Pressure Ventilation)**

بیگ اور ماسک سے نوزائیدہ کا سانس بحال کرنا

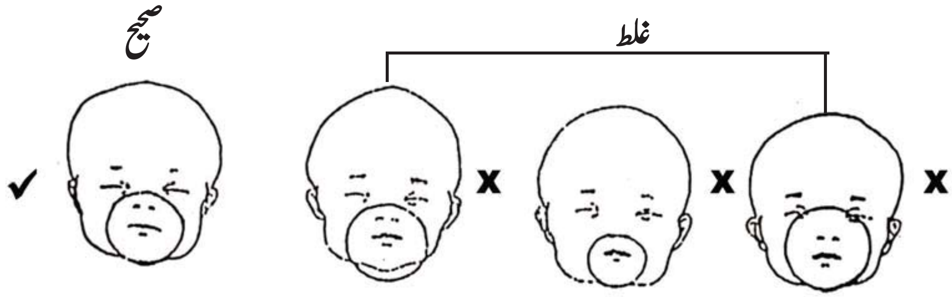
آکسیجن کے بغیر بھی ممکن ہے کہ بیگ اور ماسک کے ذریعے 30 منٹ تک بچے کو سانس لینے میں مدد دی جا سکے۔

- بچے کی پوزیشن کا دوبارہ جائزہ لیں۔ سر اور گردن تھوڑا پیچھے کی طرف جھکی ہونا چاہیئے۔ (تصویر 1، صفحہ **106**)
- بیگ کو آکسیجن کے سلینڈر سے یا آکسیجن کے دیوار پر لگے ہوئے پوائنٹ سے نلکی کے ذریعے جوڑیں۔
- منہ میں صحیح سائز کا ایروے **(Air way)** ڈالیں (تصویر 4)



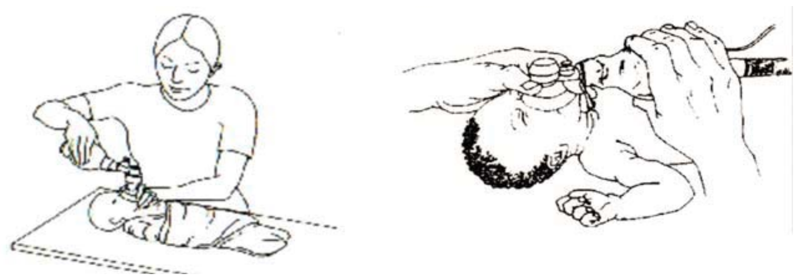
ایروے (Air way) **ڈالنا (تصویر 4)**

- ماسک کو بچے کے چہرے پر اس طرح رکھیں کہ ٹھوڑی، منہ اور ناک کو اچھی طرح ڈھک لے (تصویر 5، صفحہ **108**)۔



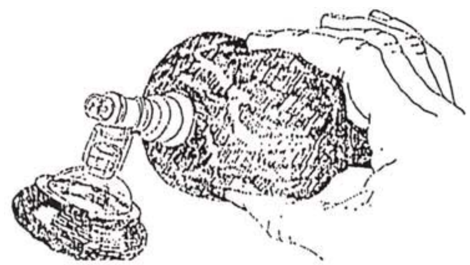
ماسک کا صحیح سائز اور صحیح استعمال (تصویر 5)

- ماسک کو بچے کے چہرے پر اس طرح لگائیں کہ چہرے پر اچھی طرح سے چپکا ہوا ور بیگ کو دبانے سے اطراف سے ہوا یا آکسیجن خارج نہ ہو۔ (تصویر 6، نیچے)



بیگ اور ماسک کے ذریعے سانس میں مدد دینا (تصویر 6)

- اطمینان کرلیں کہ ہوا ماسک کے اطراف سے خارج نہیں ہو رہی۔ بیگ کو دو دفعہ دبائیں اور دیکھیں کہ بچہ کی چھاتی اُٹھتی ہے کہ نہیں۔
- بیگ کو صرف دو انگلیوں اور انگوٹھے سے دبائیں (تصویر 7، نیچے)



دو انگلیوں اور انگوٹھے کی مدد سے بیگ کو دبانا (تصویر 7)

☆ ایک دفعہ جب یقین ہو جائے کہ ہوا خارج نہیں ہو رہی اور چھاتی بھی بیگ دبانے سے اُٹھ رہی ہے تو اسی طرح ایک منٹ میں تقریباً **40** دفعہ بیگ کو دبائیں۔

- اگر بچے کی چھاتی بیگ دبانے سے اُٹھ رہی ہو تو اس کا مطلب ہے کہ پریشر صحیح ہے۔
- اگر بچے کی چھاتی نہ اُٹھ رہی ہو تو:
  - بچے کی پوزیشن کا دوبارہ جائزہ لیں اور صحیح کرلیں (تصویر 1، صفحہ 106)
  - بچہ کے چہرے پر دوبارہ ماسک بیٹھائیں اور یقین کرلیں کہ ماسک کے اطراف سے ہوا نہ خارج ہو رہی ہو۔
  - منہ اور ناک کو دوبارہ سکشن کے ذریعے صاف کریں تا کہ لعاب، خون اور میکونیم سانس کی نالی سے نکل جائے۔
  - یہ یقین کرلیں کہ صحیح سائز کا ایروے (Air way) بچے کے منہ میں موجود ہو۔

اگر زچگی کے دوران ماں کو Morphine یا Pethidine کا ٹیکہ لگایا گیا ہو اور بچے کو سانس لینے میں دشواری ہو یا سانس نہ لے رہا ہو تو انجکشن Naloxone لگائیں۔ (باکس نمبر 2 صفحہ 110)

☆ ایک منٹ تک بیگ اور ماسک کے ذریعے سانس دلانا جاری رکھیں اور جائزہ لیں کہ آیا بچے نے خود سے سانس لینا شروع کر دیا۔

- بچے کو **بیگ اور ماسک** کے ذریعے سانس دلانے میں مدد کی ضرورت نہیں اگر:

- بچہ خود سے اور باقاعدگی سے سانس لے رہا ہو (30 سے 60 مرتبہ فی منٹ)
- سانس لینے سے چھاتی اندر کی طرف نہ دھنس رہی ہو۔
- بچہ سانس لیتے ہوئے آوازیں نہ نکال رہا ہو/ کراہ نہ رہا ہو۔
- بچہ نیلا نہ ہو۔
- بچے کے دل دھڑکنے کی رفتار 100 دفعہ فی منٹ سے زیادہ ہو۔

☆ اگر بچے کی رنگت گلابی رہتی ہے تو ایک سے دو منٹ تک بغور جائزہ لیتے رہیں۔

- **بچے کو سانس دلانے میں مزید مدد کی ضرورت نہیں اگر:**

- سانس صحیح رفتار سے چل رہی ہو (30 سے 60 مرتبہ فی منٹ)
- چھاتی اندر کی طرف سانس لینے سے دھنس نہیں رہی ہو۔
- سانس لیتے ہوئے **ایک منٹ** تک بچہ کراہتا نہیں ہو۔
- بچے کے دل دھڑکنے کی رفتار 100 دفعہ فی منٹ سے زیادہ ہو۔

☆ سانس لینے میں مدد جاری رکھیں اگر بچہ خود سے باقاعدگی سے سانس نہ لے رہا ہو اور رنگ نیلا ہو۔

☆ چھاتی کو اوپر سے دبائیں

☆ بچہ کی دل کی رفتار چیک کریں:

- اگر دل کی دھڑکن کی رفتار 60 دفعہ فی منٹ سے کم ہو یا 60 سے 80 مرتبہ فی منٹ کے درمیان ہو اور رفتار بڑھ نہ رہی ہو تو چھاتی کو اوپر سے دبانا شروع کریں (external cardiac compresssions) (تصویر 8، نیچے)

بیگ اور ماسک کے ذریعے اور چھاتی کو اوپر سے دبا کر سانس بحال کرنا۔ (تصویر 8)

- دونوں ہاتھوں کے انگوٹھے کی مدد سے چھاتی کے اوپر (sternum) کو درمیان سے دبائیں (تصویر 8، صفحہ 109)۔ ہر ایک سانس پر چھاتی کو 3 مرتبہ دبائیں۔ منہ کے ذریعے یا بیگ اور ماسک کی مدد سے سانس لینے میں مدد جاری رکھیں۔

☆ اگر سانس بحال کرنے کی کوشش میں 20 منٹ گزر جائیں اور چھاتی کو اوپر سے دبانے کے باوجود بچہ پھر بھی خود سے اور باقاعدگی سے (regularly) سانس نہ لے رہا ہو تو:

- بچے کو کسی ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں بیمار بچوں کیلئے ہنگامی اور انتہائی نگہداشت کی سہولت ہو۔
- راستے میں بچے کو سانس لینے میں مدد جاری رکھیں اور کسی موٹی چادر یا کمبل میں لپیٹ کر رکھیں۔

☆ اگر سانس بحال کرنے کی کوشش میں 20 منٹ گزر جائیں اور بچہ بالکل سانس نہ لے تو پھر کوشش چھوڑ دیں۔ بچہ اب مر چکا ہے اور ماں اور خاندان والوں کو بتا دیں۔ انہیں دلاسہ دینا بھی صحت کے کارکن کا فرض ہے۔

باکس نمبر 2 : ماں کو درد زہ کم کرنے کے لئے زچگی کے دوران دی گئی نشہ آور (نارکوٹک) دواؤں کی وجہ سے بچے کو سانس میں دشواری کا علاج

اگر ماں کو Pethidine یا Morphine کا ٹیکہ زچگی کے دوران لگایا گیا ہو اور نوزائیدہ بچے کو سانس لینے میں دشواری ہو تو ان ٹیکوں کا اثر زائل کرنے کیلئے Naloxone کا ٹیکہ لگایا جاتا ہے۔

نوٹ: Naloxone کا ٹیکہ ایسے نوزائیدہ بچوں کو نہ لگائیں جن کی مائیں عام زندگی میں نشہ آور دواؤں کی عادی ہوں۔

☆ اگر بچے کو سانس لینے میں دشواری ہو تو فوراً سانس لینے میں مدد کریں:

- جب دل بھی صحیح رفتار سے دھڑک رہا ہو اور سانس بھی شروع ہو جائے تو Naloxone کا ٹیکہ mg 0.1 فی کلو گرام وزن کے حساب سے نس میں دیں یعنی ایک عام سائز کے بچے کو 0.25 سے mg 0.3 تک کی ضرورت پڑتی ہے۔

- Naloxone کا ٹیکہ پٹھوں میں بھی لگایا جا سکتا ہے بشرطیکہ خون کا دوران بحال ہو چکا ہو۔ اگر بار بار سانس لینے میں دشواری ہو رہی ہو تو دوبارہ ٹیکہ لگانے کی ضرورت بھی پڑ سکتی ہے۔

☆ اگر سانس لینے میں کوئی دشواری نہ ہو مگر بچے کی پیدائش سے 4 گھنٹے پہلے کے عرصے میں Pethidine یا Morphine کا ٹیکہ ماں کو لگایا ہو تو بچے کا بغور معائنہ جاری رکھیں۔ اگر سانس لینے میں دشواری ہو رہی ہو تو پھر اوپر دیئے ہوئے طریقے سے علاج کریں۔

باکس نمبر 3 ۔نوزائیدہ کے لئے آکسیجن کا استعمال

جب آکسیجن کا استعمال ضروری ہو جائے تو یاد رکھیں:

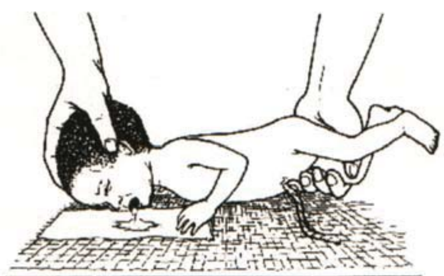
- آکسیجن صرف اُس وقت دیں جب بچہ نیلا پڑ رہا ہو اور سانس لینے میں دشواری ہو۔
- جب بچے کی چھاتی سانس لیتے ہوئے اندر کو دھنس رہی ہو، بچے کو سانس لینے میں دشواری ہو اور نیلا پڑ رہا ہو، تو بچے کو آکسیجن نلکی کے ذریعے دیں۔نلکی کو بچے کے چہرے کے قریب رکھیں لیکن ناک یا منہ کے اندر نہ ڈالیں (تصویر3، صفحہ107). آکسیجن ماسک یا hood کے ذریعے بھی دی جا سکتی ہے۔

نوٹ: یاد رہے کہ جو بچہ وقت سے پہلے پیدا ہوتا ہے یعنی Premature ہے اُسے غیر ضروری طور پر آکسیجن دینے سے بچے کی بینائی متاثر ہو سکتی ہے اور بچہ اندھا بھی ہو سکتا ہے۔

اگر گھر یا چھوٹے صحت مرکز میں نوزائیدہ بچے کا سانس بحال کرنے (Resuscitation) کی ضرورت پڑ جائے اور کوئی آلات اور سہولت نہ ہو تو یہ ''منہ سے منہ'' کا طریقہ استعمال کریں:

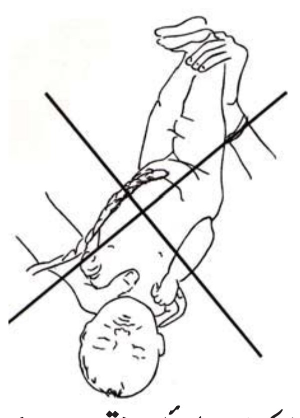
- منہ اور ناک صاف کریں (تصویر9، نیچے)
- بچے کو اوندھے منہ لیٹائیں تاکہ ناک اور منہ سے لعاب، خون وغیرہ نکل جائے اور سانس کے راستے صاف ہو جائیں (تصویر10، نیچے)
- اپنے منہ کے ذریعے سانس لینے میں مدد دیں۔ بچے کے منہ پر صاف باریک کپڑا رکھیں، گہرا سانس لیں اور منہ میں بھری ہوئی ہوا کو بچے کے منہ میں پھونکیں۔ (تصویر11، نیچے)

منہ اور ناک صاف کرنا (تصویر9)



اوندھا لیٹا کر ناک اور منہ صاف کرنا (تصویر10)

منہ کے ذریعے سانس لینے میں مدد کرنا (تصویر11)



بچے کو الٹا نہ لٹکائیں (تصویر12)

سانس بحال کرنے میں مدد کرتے وقت جو عمل نہیں کرنا چاہیئے (DO NOTs of Resuscitation):

- غیر ضروری طور پر بچے کے حلق کو مت سکشن کریں۔ ایسا کرنے سے دل کی رفتار کم ہو سکتی ہے۔
- بچے کو تھپڑ مت ماریں۔ آہستہ سے جلد کو مالش کریں یا تلوے کو flick کریں (تصویر 2، صفحہ 106)۔
- بچے کو الٹا مت لٹکائیں (تصویر 12 صفحہ 111)
- منہ کے ذریعے سانس لینے میں مدد کرنے کے دوران (تصویر 11، صفحہ 111) زیادہ زور سے ہوا نہ پھونکیں۔ آپ کے منہ کے اندر جتنی ہوا بھر سکتی ہے وہ کافی ہے۔
- بچے کو ٹھنڈا نہ پڑنے دیں اس لئے چادر یا کمبل میں لپیٹ کر رکھیں۔
- نس کے ذریعے بائیکاربونیٹ نہ دیں جب تک کہ بچہ خود سے سانس نہ لینے لگے۔
- ضرورت پڑنے پر مدد مانگنے سے مت ہچکچائیں۔

سانس بحال کرنے (Resuscitation) میں کامیابی کے بعد نوزائیدہ کا خیال

یاد رکھیں کہ وہ بچے جن کو زچگی کے دوران آکسیجن کی کمی ہوئی ہو اور سانس دلانے میں مدد کی ضرورت پڑی ہو انہیں کم از کم 24 گھنٹے تک نگہداشت کی ضرورت ہے۔

☆ بچے کو گرم رکھیں:

- بچے کو ماں کے سینے پر جلد سے جلد ملا کر رکھیں اور بچے کے جسم کو اوپر سے اور سر کو ڈھانک دیں۔
- اگر سردی ہو اور ہیٹر میسر ہو تو بچے کو اس کے قریب رکھیں۔

☆ بچے کا معائنہ کرتے رہیں اور گنیں کہ وہ ہر منٹ میں کتنی مرتبہ سانس لے رہا ہے۔

- اگر بچہ نیلا پڑ رہا ہو یا سانس لینے میں دشواری ہو (فی منٹ 30 دفعہ سے کم یا 60 دفعہ سے زیادہ یا سانس لینے پر چھاتی اندر دھنستی ہو) تو آکسیجن دیں (باکس نمبر 3 صفحہ 111)

☆ بغل میں تھرمامیٹر لگا کر درجۂ حرارت ناپیں۔

- اگر درجۂ حرارت $36\ C^0$ (97^0F) یا زیادہ ہو تو بچے کو ماں کی چھاتی پر جلد سے جلد ملا کر رکھیں اور ماں کو کہیں کہ چھاتی سے دودھ پلائے۔

دوسری اشاعت کا دیباچہ

حمل اور زچگی کی پیچیدگیوں کے لئے ہنگامی طبی امداد کا مینوئیل پہلی دفعہ ۲۰۰۳ء میں شائع ہوا اور بہت سراہا گیا تقریباً 4000 کاپیاں جن میں وہ بھی شامل ہیں جو کہ مینوئیل کے بارے میں لوگوں کی رائے حاصل کرنے کے لئے چھاپی گئیں۔اور پھر پورے پاکستان اور دیگر ممالک میں تقسیم کی گئیں۔اس کا ردعمل کا بڑا مثبت تھا۔ مینوئیل اور کتابچہ کو حکومتی اور پرائیوٹ سیکٹر کے صحت مراکز میں کئی ٹریننگ پروگرامز اور منصوبے جو کہ ماں اور نوزائیدہ کی صحت سے متعلق ہیں میں استعمال کی جا رہیں ہیں۔ طبی کارکنوں نے اس کو ریفرنس مینوئیل کے طور پر بھی استعمال کیا ہے۔

اس بڑی مانگ کی وجہ سے اس کو دوبارہ چھاپنے کی ضرورت محسوس کی گئی۔اس سے ہمیں مینوئیل میں ترامیم کرنے کا موقع مل گیا۔ موجودہ اشاعت میں دوسری چیزوں کے علاوہ ماں اور نوزائیدہ کی صحت سے متعلق معلومات کی تجدید (update) کی گئی اور ہزار سالہ ترقیاتی منازل سے متعلق معلومات کو شامل کیا گیا ہے۔ پوسٹ پارٹم ہیمرج کے باب میں علاج کے نئے طریقوں کو بھی شامل کیا گیا ہے۔

ترمیم کی وجہ سے کچھ نئے صفحوں کا اضافہ ہو گیا۔ان کو نیا صفحہ نمبر نہیں دیا گیا بلکہ پُرانے صفحہ نمبر کے آگے (الف) اور (ب) کا اضافہ کر دیا گیا ہے۔

ہمیں امید ہے کہ یہ دوسری ترمیم شدہ اشاعت ماں اور نوزائیدہ کی صحت کے فائدے کے لئے اُسی طرح کثرت سے استعمال کی جائے گی۔ جیسے کہ پہلی اشاعت کو کیا گیا۔

ڈاکٹر صادقہ جعفری

ڈاکٹر عذرا احسن

مسز امتیاز کمال

- اگر درجۂ حرارت $36\ C^0$ (97^0F) سے کم ہوتو بچے کو مندرجہ ذیل اقدامات کر کے گرم رکھیں:
  - بچے کو اچھی طرح کپڑے سے سکھا کر سوکھے موٹے اور نرم کپڑوں میں لپیٹ لیں۔
  - کسی ٹھنڈی جگہ پر بچے کو نہ لٹائیں اور دروازے، کھڑکی، پنکھے اور ایرکنڈیشنر سے دور رکھیں۔
  - بچے کو پیدائش کے 24 گھنٹوں کے بعد یا اُس سے بھی بعد نہلائیں۔
  - سفید چکنا مواد (vernix) جو بچے کی جلد پر ہوتا ہے اُسے نہ اتاریں، وہ قدرت نے بچے کی حفاظت کے لئے بنایا ہے۔
  - بچے کو ماں کے ساتھ لٹائیں اور بار بار دودھ پلانے کا مشورہ دیں۔
  - بچے کے سر پر ٹوپی پہنائیں اور ہاتھ پیر کو اچھی طرح کپڑے میں لپیٹیں۔
  - ہر 30 منٹ بعد بغل میں بچے کا درجۂ حرارت چیک کریں ،جب تک درجۂ حرارت نارمل نہ ہو جائے۔
  - اگر بچے کو بجلی سے گرم رکھنے والی پلنگڑی یعنی انکیوبیٹر (Incubator) یا ہیٹر کی سہولت موجود ہوتو اُسے استعمال کریں۔

☆ ماں کی مدد کریں کہ وہ بچے کو دودھ پلائیں۔ایسے بچوں میں خون میں شکر کی مقدار کم (Hypoglycaemia) ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے۔
- اگر بچہ چھاتی کو اچھی طرح چوستا ہے تو یہ اطمینان بخش ہے۔
- اگر بچہ چھاتی کو اچھی طرح نہیں چوس سکتا تو اسے ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں بیمار بچوں کیلئے انتہائی نگہداشت کی سہولت ہو۔

☆ اگلے 24 گھنٹوں تک بچے کی نگہداشت جاری رکھیں۔اگر سانس لینے میں دوبارہ دشواری ہوتو فوراً ایسے صحت مرکز بھیجیں جہاں بیمار بچوں کی انتہائی نگہداشت کی سہولت ہو۔