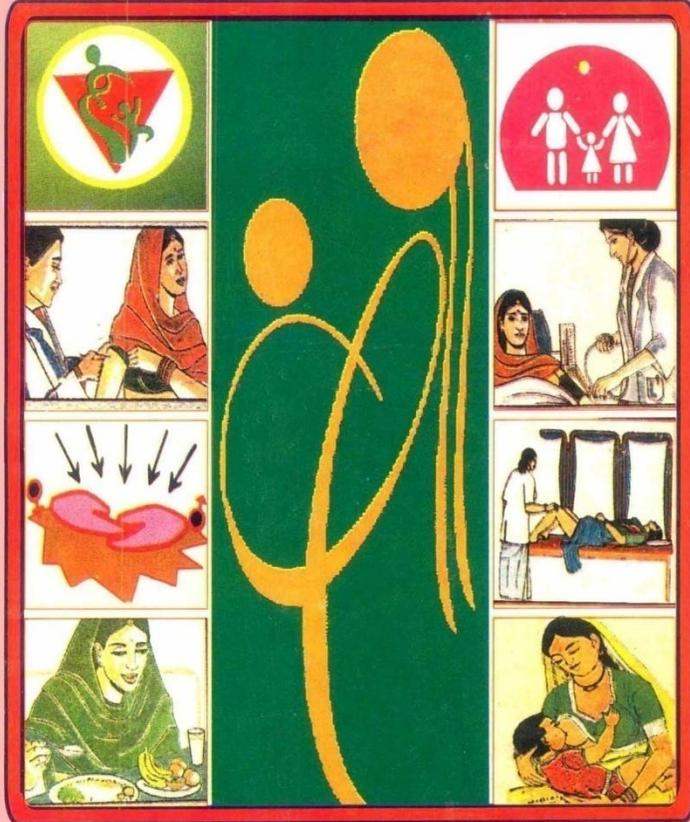




सी.ओ.ए.-4

वर्धमान महावीर खुला विश्वविद्यालय, कोटा



प्रसूति विज्ञान



वर्धमान महावीर खुला विश्वविद्यालय, कोटा

प्रसूति विज्ञान

ब्लॉक-I		
इकाई- 1	प्रजनन तंत्र एवं प्रजनन स्वास्थ्य	5-28
इकाई- 2	गर्भावस्था एवं प्रसव पूर्व देखभाल	29-61
इकाई- 3	प्रसव	62-98
ब्लॉक-II		
इकाई- 4	प्रसव की जटिलताएं	102-134
इकाई- 5	प्रसवोत्तर देखभाल	135-166
इकाई- 6	बाल स्वास्थ्य(शिशु स्वास्थ्य के संदर्भ में)	167-191

पाठ्यक्रम निर्माण समिति

1. डॉ. आर.वी. व्यास कुलपति	2. श्री राकेश वर्मा निदेशक विज्ञान एवं तकनीकी विद्यापीठ- पाठ्यक्रम संयोजक	
3. श्री केशव स्वर्णकार प्रधानाचार्य/ नर्सिंग ट्यूटर स्कूल ऑफ नर्सिंग एम.बी.एस. चिकित्सालय परिसर, कोटा	4. श्रीमती सोनाक्षी सोनी व्याख्याता कॉलेज ऑफ नर्सिंग जयपुर	5. डॉ. वीना एलहैन्स चिकि. अधि./प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ जे. के. लोन चिकित्सालय मेडिकल कॉलेज, कोटा

पाठ्यक्रम निर्माण

संपादक : केशव स्वर्णकार , मीनाक्षी सोनी

लेखक	पाठ्यक्रम एवं इकाई	लेखक	पाठ्यक्रम एवं इकाई
• डॉ. विनया पैन्डसे M.S.(O&G), FICOG पूर्वआचार्य एवं विभागाध्यक्ष (प्रसूति एवं स्त्री रोग विभाग) आर.एन.टी. मेडिकल कॉलेज एवं पूर्व अधीक्षक जनाना हॉस्पिटल, उदयपुर	COA III-1	• श्रीमती सुरजीत कौर उपनिदेशक (नर्सिंग) चिकित्सा एवं स्वा. निदेशालय एवं रजिस्ट्रार, राजस्थान नर्सिंग काउंसिल, जयपुर	COA II-1
• श्रीमती रेखा गुप्ता M.Sc., M.Phil	COA I-1,2	• श्री केशव स्वर्णकार RN. DNEA. M.A.,B.J.M.C.	COAII-2,3 COAIII-5,6
• डॉ. अविनाश बंसल M.D.(Paed.) वरिष्ठ शिशु एवं बाल विशेषज्ञ भा. वि. प. चिकित्सालय, कोटा	COA IV-6	• डॉ. श्रीमती मीनाक्षी सोनी M.A. M.Sc(N) व्याख्याता कॉलेज ऑफ नर्सिंग, जयपुर	COA I-3,4,5,6 COA I-(Case Book)
• डॉ. शोभा शर्मा M.S.(O&G), (प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ) ई.एस.आई. चिकित्सालय, कोटा	COA II-6 COA III-2 COA IV-1,4	• श्री अरविन्द चौरीसा M.A. B.Sc(N) प्रधानाचार्य /नर्सिंग ट्यूटर स्कूल ऑफ नर्सिंग, बांसवाड़ा	COA II-4,5
• डॉ. वीना एलहैन्स M.S.(O & G) प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ जे. के. लॉन हॉस्पिटल मेडिकल कॉलेज, कोटा	COA IV-2,3,5	• श्री प्रकाश व्यास M.A. B.Sc(N) प्रधानाचार्य /नर्सिंग ट्यूटर स्कूल ऑफ नर्सिंग, जोधपुर	COA III-3,4

अकादमिक एवं प्रशासनिक व्यवस्था

- डॉ. आर.वी. व्यास, कुलपति
 - डॉ. पी. के. शर्मा, निदेशक, पाठ्य सामग्री उत्पादन एवं वितरण विभाग
 - राकेश शर्मा, विभागाध्यक्ष
-

पाठ्य सामग्री उत्पादन

- योगेन्द्र गोयल, सहायक उत्पादन अधिकारी

© वर्धमान महावीर खुला विश्वविद्यालय, कोटा (राजस्थान)

- सर्वाधिकार सुरक्षित : इस पाठ्यक्रम पुस्तिका का कोई भी अंश किसी भी रूप में वर्धमान महावीर खुला विश्वविद्यालय, कोटा की बिना अनुमति के उद्धृत करना वर्जित है।
- यद्यपि पाठ्यक्रम के निर्माण में लेखकीय उत्तरदायित्व है तथा अध्ययन सामग्री में नवीनतम तथ्य दिये जाने का प्रयास किया गया है। किन्तु चिकित्सा विज्ञान में नित-नवीन परिवर्तन एवं तथ्य जुड़ते रहते हैं। अतः इस विषय में किसी भी त्रुटि हेतु लेखक, सम्पादक अथवा प्रकाशक उत्तरदायी नहीं हैं। इसलिए औषध सेवन चिकित्सक की देखरेख में ही उपयुक्त रहेगा।

वर्धमान महावीर खुला विश्वविद्यालय, कोटा के निर्देशानुसार मुद्रित एवं प्रकाशित

इकाई की रूपरेखा

- 1.0 प्रस्तावना
- 1.1 उद्देश्य
- 1.2 प्रजनन तंत्र
 - 1.2.1 श्रोणि
 - 1.2.2 स्त्रियों के प्रजनन अंग व उनके कार्य
- 1.3 मासिक धर्म
 - 1.3.1 मासिक धर्म की क्रिया
 - 1.3.2 सुरक्षित अवधि
 - 1.3.3 उर्वरक
 - 1.3.4 भ्रूणधारण
 - 1.3.5 गर्भधारण का समय
 - 1.3.6 शिशु का लिंग निर्धारण
- 1.4 भ्रूण का विकास क्रम
 - 1.4.1 भ्रूण का विकास क्रम
- 1.5 प्लेसेन्टा का विकास एवं कार्य, असमानताएं
 - 1.5.1 गर्भनाल असमानताएं
- 1.6 प्रजनन तंत्र व प्रजनन स्वास्थ्य
 - 1.6.1 प्रजनन स्वास्थ्य की समस्याएं
- 1.7 सारांश
- 1.8 प्रश्न

1.0 प्रस्तावना

स्त्री स्वास्थ्य से संबंधित विषय समझने के लिए प्रजनन अंगों का ज्ञान आवश्यक है। प्रजनन अंगों की संरचना गर्भधारण, गर्भपालन तथा प्रसव को सम्पादन करने के अनुरूप होती है। इसलिए सारांश में प्रजनन अंगों की संरचना तथा कार्यशैली का ज्ञान प्रजनन अंगों से संबंधित सभी विषयों को आत्मसात करने में सहयोग करेंगे। यह अत्यन्त विशाल एवं पेचीदा विषय है, इस तथ्य को देखते हुए इस इकाई में प्रसूति विज्ञान सहायिका के लिए आवश्यक जानकारी ही प्रस्तुत की जा रही है।

यह उल्लेखनीय है कि प्रजनन संबंधी स्वास्थ्य स्त्री की प्रजनन क्षमता को प्रभावित करता है, साथ स्त्री के सम्पूर्ण स्वास्थ्य पर प्रभाव डालता है। स्त्री के प्रजनन अंगों की संरचना तथा शिशु के जन्म तथा विकास की विभिन्न अवस्थाओं की जानकारी होने पर ही प्रसूति विज्ञान सहायिका गर्भावस्था, प्रसव, परिवार नियोजन संबंधी जानकारी को ठीक से समझ सकेगी।

1.1 उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद प्रसूति विज्ञान सहायिका निम्न विषयों को समझ सकेगी:

1. श्रोणि की संरचना
2. महिला प्रजनन अंगों की रचना तथा उनके कार्य
3. मासिक धर्म प्रक्रिया, डिम्ब क्षरण, सुरक्षित अवधि
4. गर्भ धारण
5. भ्रूणधारण
6. भ्रूण एवं उनका विकास
7. आंतरिक अंगों का विकास
8. लिंग निर्धारण
9. लिंग निर्धारण में पुरुष की भूमिका
10. प्लेसेन्टा का विकास, कार्य एवं असामान्यताएं
11. प्रजनन स्वस्थ की व्याख्या एवं विभिन्न पक्ष

1.2 प्रजनन तंत्र (Reproductive System)

1.2.1 श्रोणि (Pelvis)

श्रोणि एक अस्थिमय मार्ग है जिससे हो कर ही प्रसव के दौरान शिशु बाहर आता है। श्रोणि के आकार भिन्न-भिन्न होते हैं तथा उनकी पहचान आवश्यक है। सामान्य वजन का शिशु औसत श्रोणि से बाहर आ जाता है। प्रसव में प्रगति, श्रोणि के निश्चित चिन्हों तथा शिशु के संबंध से ज्ञात होती है।

(क) श्रोणि की अस्थियाँ :

यह चार अस्थियों की बनी होती है

दो इनामिनेट या कूल्हे की अस्थियाँ सेक्रम एवं कॉकसिक्स

कूल्हे की अस्थि के भी तीन भाग होते हैं - इलियम, इस्वियम, एवं प्यूबिस

- इलियम : इसकी सतह अवतल होती है तथा चपटी होती है।
- इस्वियम : यह इनामिनेट का नीचे का हिस्सा बनाती है। इसके उभरे हुए हिस्से पर शरीर बैठने की स्थिति में टिकता है जिसे ट्यूबरोसिटी कहते हैं। ट्यूबरोसिटी के पीछे एक थोड़ा नुकीला उभार होता है जिसे इस्वियम का स्पाइन कहते हैं। शिशु के सिर के स्तर को नापने में यह स्पाइन महत्वपूर्ण है।
- प्यूबिस : दोनों ओर की हड्डियाँ आगे को मिलती हैं यह भाग प्यूबिस कहलाता है। ऊपरी भाग इलियम से जुड़ता है और निचला इस्वियम से मिलता है। निचला हिस्सा एक आर्च बनाता है जिसे प्यूबिक आर्च कहते हैं। दोनों आर्च के मिलने की जगह प्यूबिक सिस्फाइसिस कहलाती है।
- सेक्रम : पीठ की तरफ की हड्डी सेक्रम है। इसमें पाँच टुकड़े या वर्टीब्रा होती हैं। ऊपरी वर्टीब्रा का उभरा मध्य भाग सेक्रेल प्रोमोन्टरी है। इसका महत्व श्रोणि को नापने में होता है। ये सभी हड्डियाँ आपस में बन्धनों या लिगामेन्ट्स से जुड़ी होती हैं। ये काफी मजबूत होते हैं।

(ख) श्रोणि के भाग : श्रोणि को दो भाग में बाट सकते हैं

- (i) अवास्तविक
- (ii) वास्तविक

- अवास्तविक श्रोणि : यह वास्तविक श्रोणि के आन्तरिक द्वार का ऊपरी भाग है और इलियक बोन के चपटे हिस्से से बना है । प्रसव में इसका कोई महत्व नहीं है ।
- वास्तविक श्रोणि : श्रोणि का मुड़ा हुआ अस्थि भाग मार्ग है । इस मार्ग से शिशु बाहर निकलता है ।

इसको निम्न तीन भाग में बांट सकते हैं :

आन्तरिक द्वार, श्रोणि गुहा, बाह्य द्वार

(i) **आंतरिक द्वार :**

ऊपरी किनारा आन्तरिक द्वार कहलाता है । आन्तरिक प्रवेश द्वार के कुछ नाप अत्यन्त महत्वपूर्ण हैं :

- एन्टीरियो पोस्टीरियर डायामीटर :

इसको तीन तरह से नापते हैं-

एनाटोमिकल कंजुगेट : सेकल प्रोमोन्ट्री से प्यूबिस की उपरी सतह तक के बीच की दूरी 11 सेमी होती है ।

आब्स्ट्रेटिक कंजुगेट : सेकल प्रोमोन्ट्री से प्यूबिस की अन्दर की सतह के मध्य सबसे उभरे बिन्दु तक की दूरी 10 सेमी होती है । यह नापी नहीं जा सकती है । इसे डायगोनल कंजुगेट में से 1.5 से 2 सेमी घटा कर निकालते हैं । इसे लेटरल रेडियोपेल्वीमीटरी से भी पता करते हैं । यह प्रसवा में शिशु को वास्तविक प्राप्त जगह है, इसलिये महत्वपूर्ण है । यह प्यूबिस की उपरी सतह से करीब 2 से. मी. नीचे का बिन्दु होता है ।

डाईगनल कंजुगेट : प्यूबिक सिम्फाइसिस के निचले किनारे से सेकल प्रोमोन्ट्री तक होता है और 12- 13 से.मी. होता है । यह नापी जा सकती है । साधारणतया मध्यमा अंगुली सेकल प्रोमोन्ट्री तक नहीं पहुँच पाती । ऐसी अवस्था में साधारण नाप के शिशु के लिये आन्तरिक द्वार की यह नाप सही मानते हैं ।

- **तिरछा व्यास (ओबलीक डायामीटर)**

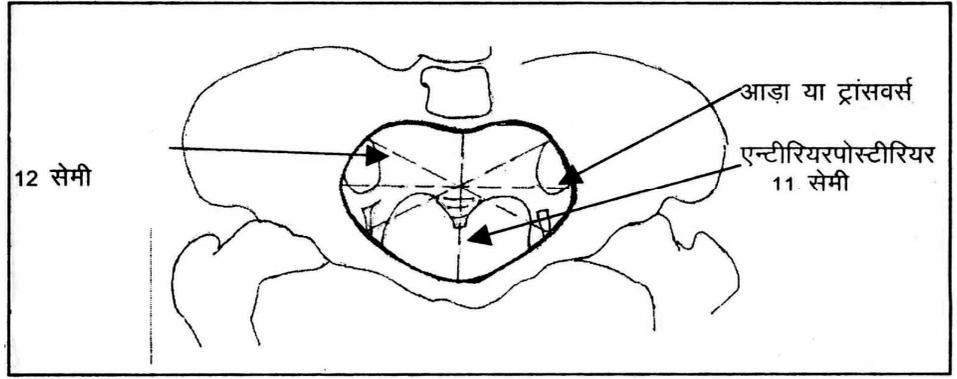
सेक्रोइलियक जोड़ से दूसरी तरफ इलियम में स्थित इलियोप्यूबिक एमिनेन्स तक नापते हैं । ये 12 सेमी होता है ।

- **आड़ा व्यास (ट्रान्सवर्स डायामीटर)**

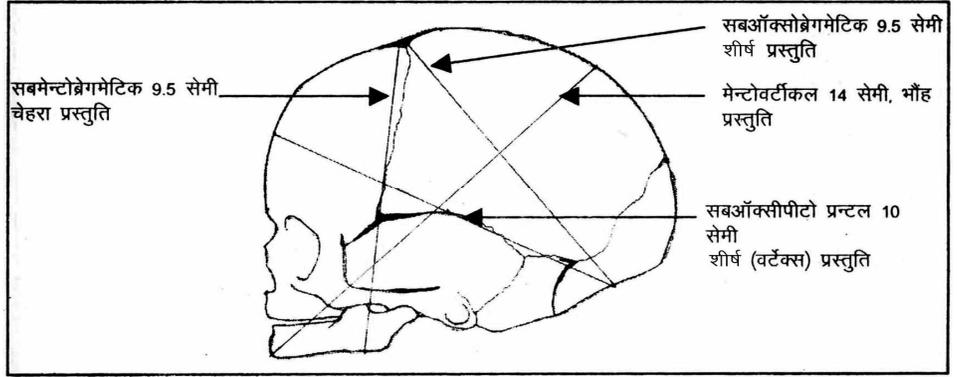
दोनों इलियोपेक्टिनियल लाइन्स के बीच का सबसे चौड़ा व्यास होता है । यह 13 से.मी. होता है और शिशु का प्रवेश इस व्यास में होता है । इसे रेडियोपेल्वीमीटरी से नाप सकते हैं ।

- **सेक्रोकोटिलाइड**

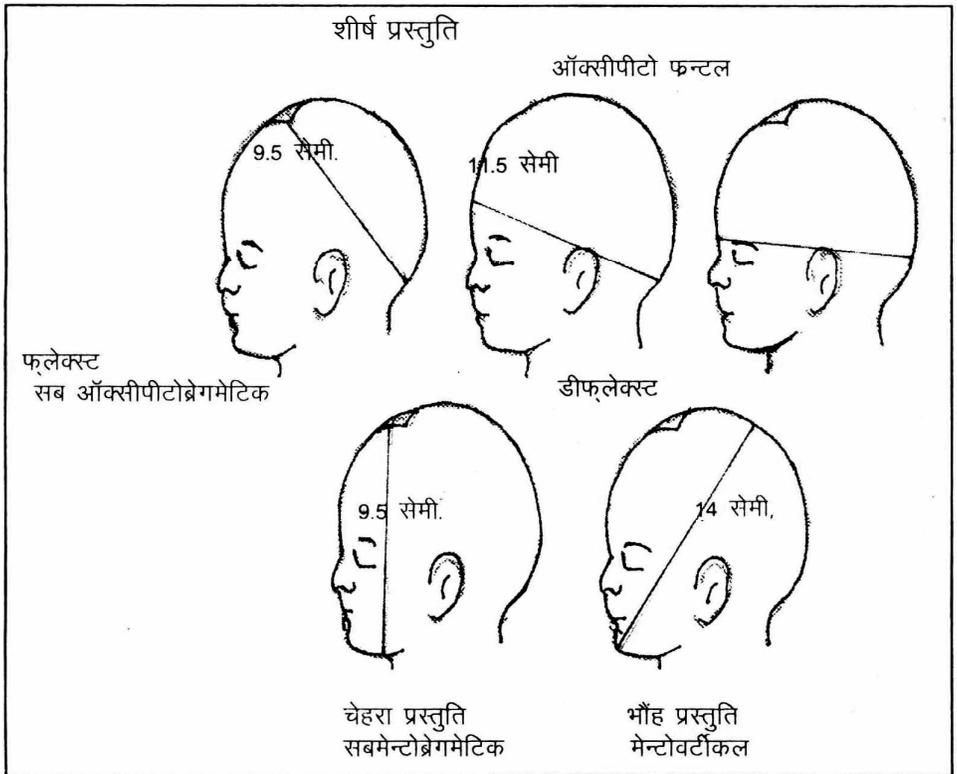
सेकल प्रोमोन्ट्री के मध्य बिन्दु से इलियोप्यूबिक उभार तक की दूरी है । इसका महत्व प्लेटीपलाइड श्रोणी में होता है ।



चित्र : आंतरिक द्वार के व्यास



चित्र : सिर के वह व्यास जो श्रेणी में प्रवेश करते हैं ।



चित्र : सिर के श्रेणी में प्रवेश के विभिन्न व्यास

(ii) **श्रोणि गुहिका (Pelvic Cavity)**

यह सबसे महत्वपूर्ण मार्ग है। आगे की दीवार 4 सेमी होती है। पीछे की दीवार 12 से.मी. लम्बी होती है। यह गोलाकार रास्ता है। सभी व्यास 12 सेमी. के लगभग होते हैं। यह ऊपर आन्तरिक द्वार तथा नीचे बाह्य द्वार के बीच की जगह है।

आगे से पीछे (एन्टीरियो पोस्टीरियर डायामीटर) : प्यूबिक की पिछली सतह के मध्य बिन्दु से सेकम की दूसरी व तीसरी हड्डी के बीच के बिन्दु तक नापते हैं। यह 12 सेमी. होता है।

आडा (ट्रान्सवर्स) : इसको सही तरह नापना संभव नहीं है। यह तकरीबन 12 सेमी होता है।

(iii) **बाह्य मार्ग**

यह उपर की श्रोणि की सबसे कम नाप की सतह तथा नीचे एनाटोमिकल बाह्य द्वार के बीच का स्थान है **आब्स्ट्रेटिक बाह्य मार्ग** - यह प्यूबिक सिम्फाइसिस के निचले बार्डर से इस्वीयम स्पाइन तक तथा पीछे सेक्रम की पाँचवी हड्डी तक नापते हैं। यह सबसे संकीर्ण नाप का स्थान है। इसी सतह से लीवेटरेनाइ माँसपेशी का उद्गम होता है। शिशु का सिर इसी सतह से घूमता है।

एन्टीरियो पोस्टीरियर डायामीटर : सिर की निचली सतह से कम के निचले बिन्दु तक होता है।

आड़ा डायामीटर : दोनों इस्वीयम स्पाइन के मध्य की दूरी है। यह 10-10.5 सेमी होती है।

पोस्टीरियर सेजाइटल डायामीटर : यह दोनों इस्वीयम स्पाइन के मध्य की दूरी के मध्य बिन्दु से

सेक्रम के निम्नतम बिन्दु तक नापते हैं यह 5 सेमी होती है। इस्वीयल स्पाइन नुकीली होने पर शिशु को प्राप्त स्थान कम हो जाता है। विभिन्न नाप तालिका में दर्शायी गई हैं :

	आन्तरिक द्वार	श्रोणि गुहा	बाह्य द्वार
आगे से पीछे	11सेमी.	12सेमी.	13सेमी.
तिरछा	12सेमी.	12सेमी.	
आड़ा	13 सेमी.	12सेमी.	11सेमी.

- **एनाटोमिकल बाह्य द्वार-** यह सामने प्यूबिक सिम्फाइसिस के निम्न किनारे तथा दोनों ओर इस्वीयो प्यूबिक रेमाई, इस्वीयल ट्यूबरोसिटी तथा पीछे कॉकसिक्स की नोक को मिलाने से बनता है। यह हीरे का आकार का होता है।

एन्टीरियो पोस्टीरियर डायामीटर : प्यूबिक सिम्फाइसिस के निचले किनारे से काकसिक्स की नोक तक 11.5 सेमी होता है। प्रसव में कॉकसिक्स काफी पीछे चला जाता है तथा नाप 13 सेमी हो जाता है।

आड़ा डायमीटर : दोनों इस्चीयल ट्यूबरॉसिटी के निचले किनारे के मध्य की दूरी है । यह 11 सेमी होती है

पोस्टीरियर सेजाइटल : सेक्रो कॉकसिजियल जोड के मध्य बिन्दु से आड़ा व्यास के मध्य बिन्दु तक की दूरी है । यह 8.5 सेमी होती है ।

वास्तविक प्राप्य एन्टीरियो पोस्टीरियर डायमीटर : प्यूबिक सिम्फाइसिस के नीचे शिशु के सिर से से क्रम के मध्य की दूरी को कहते हैं । यहीं से शिशु का सिर बाह्य द्वार से बाहर आता है ।

मारिस का व्यर्थ स्थान : प्यूबिक सिम्फाइसिस के निचले बिन्दु से सिर की उपरी सतह तक की दूरी है । यह लगभग 1 सेमी होता है ।

श्रोणि मार्ग की कल्पित रेखा

अगर आन्तरिक द्वार गुहिका व बाह्य द्वार की सतह के मध्य बिन्दु से समकोण रेखा खीचे तो एक तिरछा गोलाकार मार्ग बनता है जिससे ही शिशु श्रोणि, माग से बाहर आता है ।

(ग) श्रोणि के प्रकार (Type of Pelvis)

स्त्री की श्रोणि मुख्यतः चार प्रकार की होती है :

(i) गायनेकाइड (Gynaecoid)

सामान्य स्त्रियो मे मिलती है और अधिकतर स्थितियों मे सामान्य प्रसव होता है । इसमे आन्तरिक द्वार गोल होता है ।

(ii) एन्ड्राइड (Android)

पुरुष श्रोणि के समान होती है । अन्तरिक द्वार हृदयाकार होता है । यह आगे से पीछे अधिक चौड़ी होती है । इसमे बाइ-इस्चीयल तथा इन्टर ट्यूबरस डाइमीटर छोटा होता है । सबप्यूबिक कोण कम होता है । इस्चीयल स्पाइन अधिक तीखे होते हैं । लम्बा प्रसव, डीप ट्रान्नवस अरेस्ट अक्सर होते हैं । फोरसेप्स तथा सिजेरीयन की सभावनाए काफी होती हैं ।

(iii) एश्वोपाँड श्रोणि (Anthropoid)

इस श्रोणि मे आन्तरिक द्वार अंडाकार होता है । आड़ा व्यास काफी कम होता है एवं ट्रान्सवर्स डायमीटर एन्टीसे पोस्टीरियर से कम होता है । इसमे योनि प्रसव अक्सर संभव है । स्थाई आक्सीपिटो पोस्टीरियर स्थिति काफी मिलती है ।

(iv) प्लेटीपेलाँड (Platypelloid)

इसका आड़ा व्यास काफी अधिक होता है । इसमे एन्टीरोपोस्टीरियर डायमीटर काफी कम होता है। यह चपटी श्रोणि है । शिशु आड़ा ही प्रवेश करता है तथा प्रसव भी उसी स्थिति मे होगा । चपटी श्रोणि का कारण मुख्यतः बचपन में रिकेट्स होना है । इसमे आब्स्ट्रेटिक कंजुगेट तथा सेक्रोकाटिलाइड डाइमीटर तो कम होते हैं, परन्तु बाकी बढ़ जाते हैं । सेक्रल प्रोमोन्टरी सामने निकली होने की वजह से बच्चा योनि मे प्रवेश नहीं करता । अगर प्रवेश करता है तो सामान्य प्रसव की संभावना रहती है ।

शिशु धारण मे सबसे उचित गाइनाकाँड श्रोणि है । यह औसत गठन की स्त्रियों मे पाई जाती है । उनके कूल्हे कंधों से चौड़े होते हैं । ऊँचाई 150 से.मी से ऊपर होती है । शारीरिक विकृति नहीं होती । अन्य प्रकार की श्रेणियों मे प्रसव कठिन होता है तथा शिशु

को बाहर आने में अधिक समय लगता है । ऐसे में ऑपरेशन की संभावना अधिक होती है ।

श्रोणि की निचली सतह के बारे में संक्षिप्त जानकारी :

- श्रोणि के बाह्यद्वार पर पेशियों के समूह होते हैं ।
- ये नीचे एक ऐसी परत बनाते हैं जो काफी मोटी और ताकतवर होती है । इसमें लीवेटेर एनाई मुख्य है ।
- ये प्रसव, मूत्राशय एवं गुदाद्वार को उचित तरीके से कार्य करने में मदद भी करती है ।
- इसके अतिरिक्त वसा तथा अन्य ऊतक भी होते हैं ।
- निचली सतह पर कुछ अन्य पेशियाँ होती हैं । ये योनि छिद्र, गुदा व यूरेथ्रा के छिद्र को घेरती हैं ।
- प्रसव के दौरान श्रोणि की निचली सतह नर्म हो जाती है ।
- शिशु के प्रवेश से इन सभी पेशियों पर तनाव पड़ता है और यदि सही तरह से प्रसव न कराया जाये तो ये प्रसव के बाद भी कमजोर रहती हैं और मूत्राशय, गर्भाशय नीचे खिसक सकते हैं ।

1.2.2 स्त्रियों के प्रजनन अंग व उनके कार्य

स्त्री के प्रजनन अंगों को दो भाग में बाट सकते हैं (नोट COAI की इकाई-6 भी देखें)

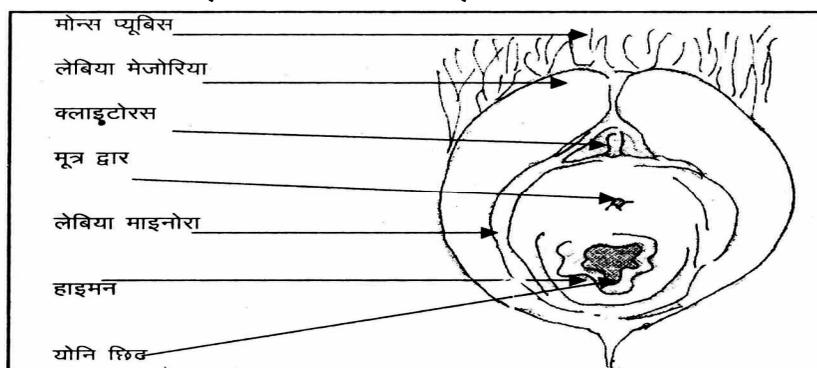
1. आंतरिक अंग - जो दिखाई नहीं देते ।

2. बाह्य अंग - जो दिखाई देते हैं ।

• बाह्य अंग :

(i) योनिद्वार :

- पेशाब के रास्ते व गुदा (पाखाने के रास्ते) के बीच होता है ।
- यह पतली झिल्ली से ढका होता है, जिसे हायमन कहते हैं ।
- हायमन संभोग के बाद फट जाती है कभी-कभी खेलने, चोट लगने आदि से भी यह फट जाती है ।
- योनिद्वार से मासिक धर्म के समय रक्त व योनि के स्राव बाहर आते हैं ।
- प्रसव के समय बच्चा इसी मार्ग से बाहर आता है ।
- इसी मार्ग से संभोग में लिंग प्रवेश करता है ।
- हायमन योनि को बाहरी संक्रमण से बचाती है ।



चित्र : महिला जनन अंग

(ii) **लेबिया माइनोरा**

योनिद्वार के दोनों ओर दो पतली होंठ जैसी रचना को लेबिया माइनोरा कहते हैं। पतले होंठ आगे तथा पीछे मिल जाते हैं। आगे की तरफ ये दोनों क्लाइटोरिस को ढकते हैं तथा उसके उपर की तरफ प्रिप्यूस तथा पीछे की तरफ फ्रेन्यूलम कहलाते हैं। नीचे की तरफ दोनों जुड़कर एक त्वचा की तह सी बनाते हैं। जिसे फोरचिट कहते हैं। फोरचिट तथा गुहा के मध्य एक गड्ढा होता है जिसे फोसा नेविक्यूलेरिस कहते हैं। लेबिया माइनोरा पर कल नहीं होते हैं।

(iii) **लेबिया मेजोरा**

माइनोरा के दोनों और दो मोटे होंठ जैसी रचना होती है, जिस पर बाल भी होते हैं।

(iv) **क्लाइटोरिस या मग अंकुर**

यह छोटे गोल दाने जैसी रचना लेबिया माइनोरा के ऊपरी जोड़ में होती है। इसको दबाने या रगड़ने से स्त्रियों में यौन उत्तेजना होती है। यह स्त्री जननांगों में पुरुष लिंग का अपअंश है।

(v) **बार्थोलिन ग्रंथियाँ**

बड़े होठों के पिछले भाग में मिलने वाली ग्रंथियों से लार जैसा पदार्थ निकल कर जननांग को चिकनाहट देता है जिससे संभोग क्रिया आसान हो जाती है।

(vi) **पेरिनियम**

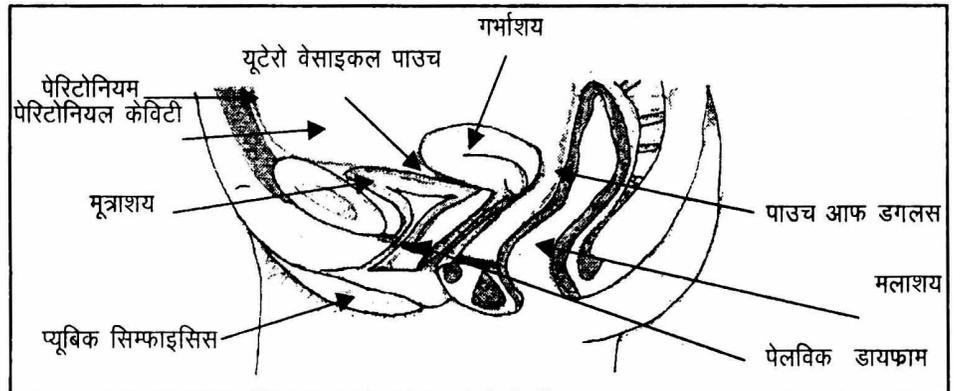
योनिद्वार के निचले हिस्से से गुदा के बीच के भाग को पेरिनियम कहते हैं। यह प्रसव के समय फट सकता है। इस कारण प्रसव में एपीजियोटोमी लगाते हैं।

(vii) **बेस्टीब्यूल**

यह एक तिकोनी जगह है जिसके आगे क्लाइटोरिस, पीछे फोरचिट तथा दोनों तरफ लेबिया माइनोरा होता है। इसमें चार छिद्र खुलते हैं : मूत्रमार्ग, छिद्र, योनिमार्ग छिद्र व दो बार्थोलिन ग्रंथियाँ।

(viii) **रक्त परिसंचरण**

- इन्टरनल प्यूडेन्डल शिरा एव धमनी
- फीमोरल नर्व की शाखाएँ
- पोस्टीरियर कुटेनियस नर्व तथा प्यूडेन्डल नर्व



चित्र : गर्भाशय का विभिन्न अंगों से सम्बंध

- **आंतरिक अंग**

- (i) **योनि (वैजाइना)**

शरीर के बाहरी भाग से गर्भाशय तक जाने का रास्ता है। इसी रास्ते से मासिक धर्म बाहर आता है। यही संभोग क्रिया का अंग है। संभोग के समय योनि में चिकनाहट आ जाती है। प्रसव के समय बच्चे को योनि रास्ता पार कर योनिद्वार से बाहर आना होता है।

- (ii) **गर्भाशय (यूटरस)**

नाशपाती के आकार का होता है। यह पेट के एकदम निचले भाग में होता है। यह 3 इंच लंबा, दो इंच चौड़ा तथा एक इंच मोटा एवं दो औंस वजन का होता है। मगर गर्भधारण के समय से यह बड़े थैले में परिवर्तित होने लग जाता है। इसकी भीतरी परत (एन्डोमीट्रियम) मासिक धर्म के दौरान रक्त स्राव करती है। शिशु 9 महीने इसी में पलता है।

- (क) **गर्भाशय के भाग :**

इसके दो मुख्य भाग होते हैं :

पहला मुख्य भाग (बॉडी) जो मूत्राशय के पीछे होता है। जबकि दूसरा मुख भाग या गर्भाशय ग्रीवा (सर्विक्स) नीचे का पतला भाग है जो योनि में चला जाता है। इसके दोनों ओर मुँह होते हैं जो क्रमशः आन्तरिक मुख (इन्टरनल ऑस)

तथा बाह्य मुख (एक्सटरनल ऑस) कहलाता है। प्रसव के समय यह पूरी तरह खुल जाते हैं तथा शिशु बाहर आ जाता है। गर्भाशय तथा सर्विक्स के मध्य की जगह इस्थमस कहलाती है। यह करीब 0.5 सेमी का संकीर्ण भाग है। कई लोग इसे मुख्य भाग का हिस्सा मानते हैं।

- (ख) **गर्भाशय की भीतरी गुहा :**

यह त्रिकोणी होती है जिसका नुकीला भाग नीचे की ओर होता है। यह करीब 3.5 सेमी होती है। फण्डस अर्थात् उपरी भाग में कोई गुहा नहीं होती है सर्विक्स की गुहा फ्यूजीफार्म होती है तथा 2.5 सेमी लम्बी होती है।

- (ग) **गर्भाशय की स्थिति :**

गर्भाशय के उपर पेरिटोनियम की परत होती है। आगे की तरफ मूत्राशय होता है पीछे की तरफ पाउच ऑफ डगलस

होता है। दोनों ओर पेरिटोनियम की पर्तें मिलती हैं। जिसमें होकर यूटीराइन धमनी गर्भाशय के दोनों ओर उपर बढ़ती हैं तथा गर्भाशय को शाखाएँ देती हैं। यही पर यह यूरेटर के सम्पर्क में आती है।

- (घ) **गर्भाशय की संरचना**

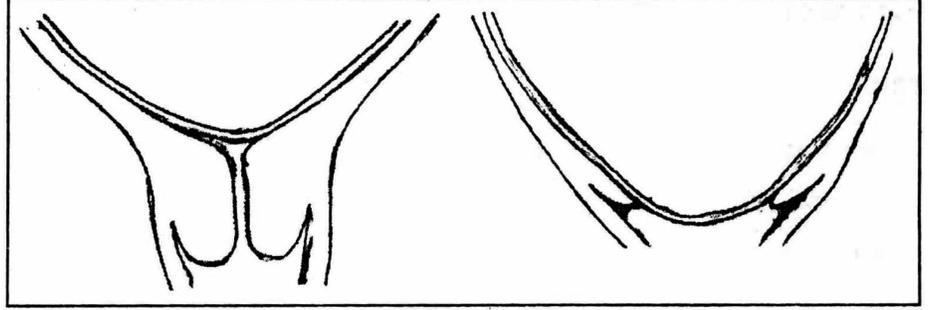
- **पेरामीट्रियम :** यह एक ऐसी परत है जो गर्भाशय के चारों ओर रहती है परन्तु गर्भाशय के दोनों ओर यह नहीं होती है। यह पर्त गर्भाशय की मांसपेशियों से चिपकी होती है।

- **मायोमीट्रियम :** ये गर्भाशय की दीवार का मुख्य हिस्सा है। यह तीन पर्तों में होती है। ये मांसपेशियाँ प्रसव में या मासिक धर्म के समय संकुचित व विस्तारित होकर सहायता करती हैं।

- एन्डोमिट्रियम : यह सबसे भीतरी म्यूकस झिल्ली होती है । यह सीधे मांसपेशियों के नीचे होती है । इस परत में एन्डोमिट्रियल ग्रन्थि (ग्लैण्ड), रक्त नलिकाये नेवर्स आदि होती हैं । प्रसव मे यह पर्त डेसिडुआ मे परिवर्तित हो जाती है ।

(य) पेरिटोनियम का गर्भाशय से सम्बन्ध :

मूत्राशय के उपर से होती पेरिटोनियम गर्भाशय की आगे की सतह पर इन्टरनल ऑस के उपर से होते हुए गर्भाशय को डकती है । इसके बाद पीछे की दीवार के उपर होते हुए वैजाइना के उपरी भाग तक पहुँच कर उपर की तरफ रेक्टम के छपर जाती है । इस प्रकार आगे यूटीरोवेसाइकल पाउच बनाती है ।



(र) गर्भाशय के प्रमुख कार्य है :

- मासिक धर्म - गर्भाशय की भीतरी परत का निकलना और उसके साथ खून का मिश्रित होना ।
- गर्भधारण तथा उर्वरित अंडे का पोषण
- प्रसव सम्पादन
- पूर्ववत् होना (इन्वोल्यूशन)

(iii) गर्भाशय नलिकाये (फेलोपियन ट्यूब्स)

गर्भाशय के ऊपरी भाग से दो नलिकाये निकलती हैं । इनसे हो कर अंडा बीजदानी से गर्भाशय की ओर जाता है । इनके भीतर अंडे का शुक्राणु से मिलन होकर प्रजनन होता है । यह करीब 10 से.मी. लम्बी होती हैं ।

(क) इसके चार भाग हैं:

- इन्ट्राम्यूरल- जो भाग गर्भाशय की दीवार के बीच होता है तथा 1.25 सेमी लम्बा होता है तथा 1 मि.मी. व्यास का होता है ।
- इस्थमस- यह 2.5 सेमी लम्बा सीधा हिस्सा है तथा इसका आन्तरिक व्यास 2.5 मि मी होता है।
- एमुला- यह 5 सेमी लम्बा मुड़ा हुआ हिस्सा है तथा काफी चौड़ा होता है ।
- इन्फन्डिबुलम- यह 1.25 सेमी लम्बा हिस्सा है । यह 6 मि.मि चौड़ा होता है । यह पेरिटोनियम केविटी या गुहा मे ऑस्टियम से खुलता है । ऑस्टियम चारों तरफ पतली सरचनाओ से घिरा होता है । जिन्हे फिस्टिया कहते हैं । यह अंडाणु के प्रवेश मे सहायता करती है ।

(ख) रचना :

यह भी तीन परत की बनी होती है :

- बाहरी सरिस कोट
- मध्य की माँसपेशी
- भीरतर की म्यूकस पर्त

(ग) कार्य :

- विकसित अंडे को नली के रास्ते गर्भाशय की ओर ले जाना
- मार्ग में अंडे एवं शुक्राणु के मिलन से उर्वरण होना
- उर्वरित अंडे को गर्भाशय तक पहुँचाना ।

(iv) अण्डाशय या ओवरीज (Ovaries) :

गर्भाशय नलिकाओ (फेलोपियन ट्यूब) के खुले मुँह के पास गर्भाशय के दोनों ओर स्थित होती हैं । इनके द्वारा हर माह 10-15 अंडे विकसित होना प्रारंभ होता है किंतु एक अंडा पूरा विकसित होता है तथा अण्डाशय से बाहर आ कर फेलोपियन ट्यूब में प्रवेश करता है । अण्डाशय में स्त्री हार्मोन इस्ट्रोजन तथा प्रोजेस्ट्रान बनते हैं जो स्त्री गुणों का विकास करते हैं । अण्डाशय पर शरीर के अन्य ग्रन्थिद्रव्य, जैसे थायरॉइड, एड्रिनल आदि का भी असर पड़ता है ।

अण्डाशय के मुख्य कार्य हैं :

- अंडा उत्पन्न करना
- हार्मोन इस्ट्रोजन, प्रोजेस्ट्रान उत्पन्न करना

(v) आंतरिक अंगों का रक्त परिसंचरण :

- यूटीराइन आर्टरी तथा वेन
- ऑवरियन आर्टरी तथा वेन
- इन्टरनल इलियक आर्टरी तथा वेन

(vi) पेल्विक पलोर (डायफ्राम) :

यह एक विभाजन दीवार है जो पेल्विक गुहा को पेरिनियम से अलग करती है । यह तीन जोड़ी मांसपेशी का बना होता है :

- प्यूबो कॉक्सीजियस
- इलियो कॉक्सीजियस
- इशिचो कॉक्सीजियस

ये तीनों मिल कर लिवेटर ऐनाई कहलाती है ।

इस दीवार में दो छिद्र होते हैं

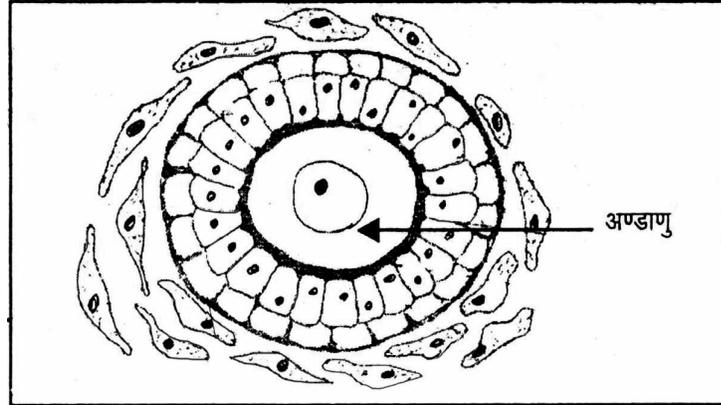
- हायेटस यूरोजेनाईटेलिस- इससे मूत्रनलिका (यूरीथा) तथा वैजाइना निकलते हैं ।
- हायेटस रेक्टेलिस- इसमें से रेक्टम (मलाशय) निकलता है ।

कार्य :

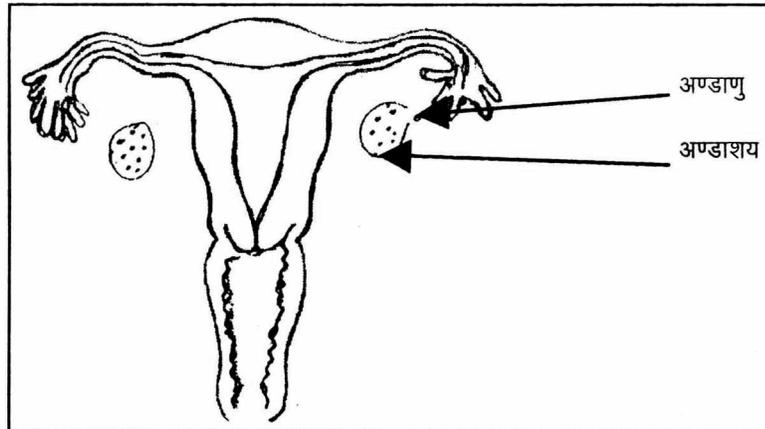
- पेल्विस में स्थित जननांगों को जगह पर बने रहने देना
- पेट के अन्दर का दबाव बनाये रखना

1.3 मासिक धर्म (Menstruation)

मासिक धर्म को लेकर अनेक अंधविश्वास हैं। यह शरीर की एक सहज क्रिया है जो शरीर के हार्मोन इस्ट्रोजन और प्रोजेस्ट्रोन के गर्भाशय पर असर से होती है। इसे हम गर्भधारण न कर पाने पर **गर्भाशय की निराशा** कह सकते हैं। गर्भधारण होने पर मासिक धर्म बन्द हो जाता है। मासिक धर्म सम्बन्धी निम्नलिखित बिन्दुओं पर यहां और अधिक प्रकाश डाला जा रहा है (COA की इकाई 8 भी देखें)



चित्र : अण्डाशय में ग्रैफियन फोलिकल



चित्र : अण्डाशय से अण्डा विसर्जन

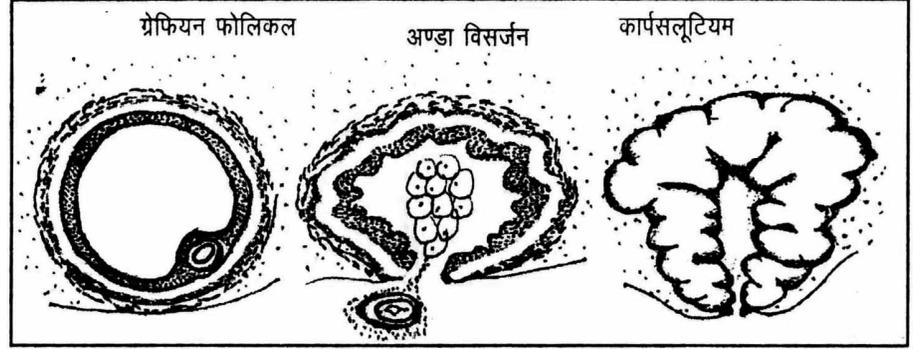
- मासिक धर्म की क्रिया
- सुरक्षित अवधि
- उर्वरण या गर्भधारण
- भ्रूणधारण
- भ्रूण एवं उसका विकास

1.3.1 मासिक धर्म की क्रिया

हर महीने अंडाशय में एक अंडा तैयार हो कर अंडाशय से निकल आता है। यह डिम्ब क्षरण या ओव्यूलेशन कहलाता है। गर्भाशय की दीवार अंडे के शुक्राणु से मिलन के बाद गर्भधारण की तैयारी करने लगती है और गर्भाशय की भीतरी सतह या एन्डोमीट्रियम

मोटी हो जाती है। उसमें रक्त का दौरा बड़ जाता है। अंडा अंडाशय से निकलने के बाद फेलोपियन ट्यूब में प्रवेश करता है। अगर शुक्राणु का अंडे से मिलन होता है तो गर्भधारण हो जाता है और गर्भाशय की अन्दर की परत और मोटी हो जाती है परन्तु ऐसा न होने पर गर्भाशय अपनी मोटी हुई परत-को निकाल देता है। जो रक्त के साथ योनि मार्ग से बाहर आती है।

यह चक्र हर महीने दोहराया जाता है, जिसे मासिक धर्म कहते हैं।



चित्र : अण्डा विसर्जन के बाद कार्पसलूटियम बनना

मासिक धर्म 22 से 35 दिनों के बीच होता है।

सामान्यतः रक्तस्राव 3-5 दिन रहता है।

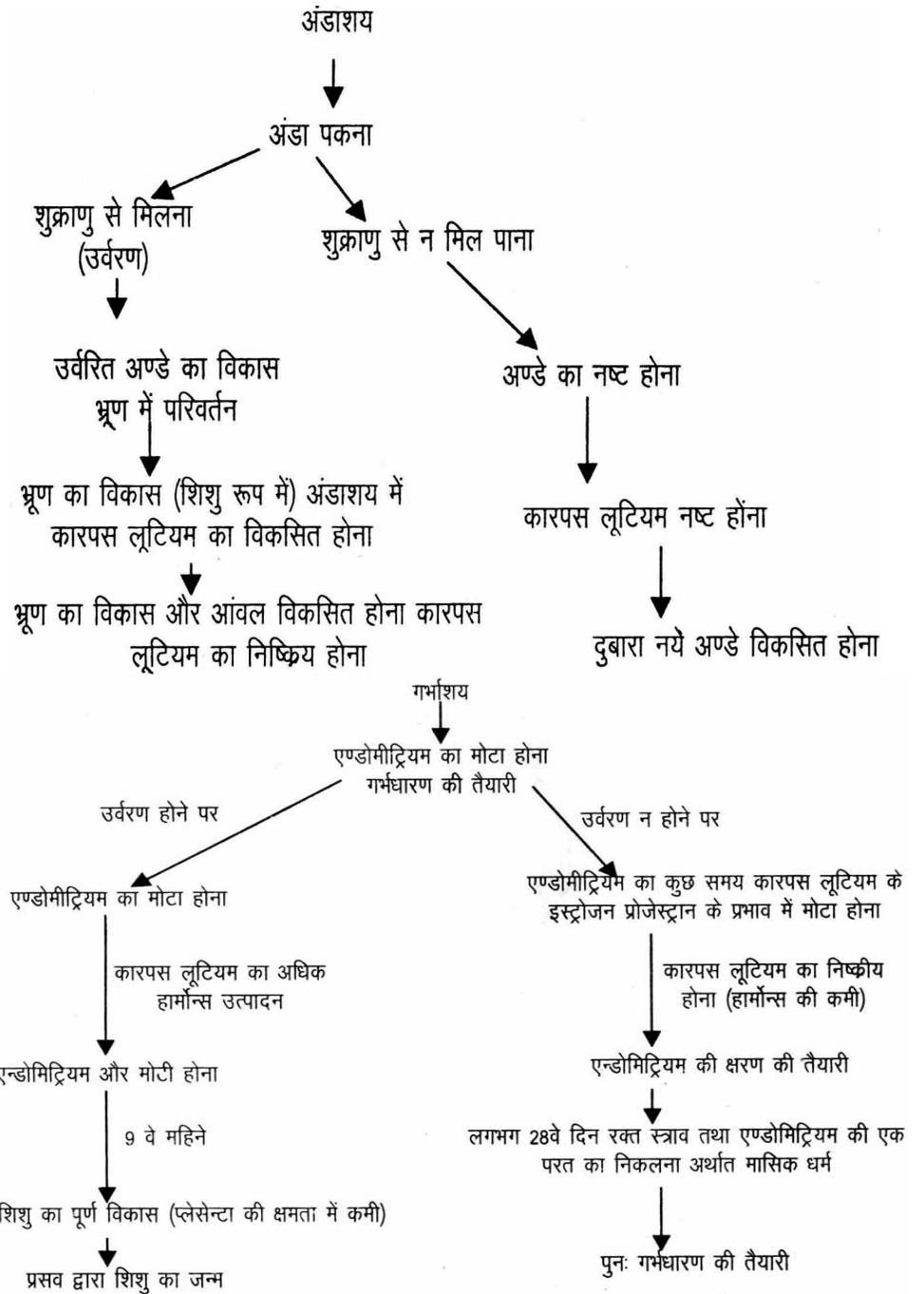
मासिक धर्म 11-15 साल से शुरू हो जाता है।

मासिक धर्म 45-50 साल तक चलता है। फिर मासिक धर्म हमेशा के लिये बन्द हो जाता है। जिसे मीनोपॉज (रजोनिवृत्ति) कहते हैं। उसके बाद रक्तस्राव खतरे का सूचक होता है।

एक मासिक धर्म में तकरीबन 3-7 औंस रक्त बहता है।

प्रसव के समय और प्रसव के बाद करीब 3-6 महीने मासिक धर्म नहीं आता है। ऐसा दूध पिलाने से शरीर में होने वाले हार्मोन में उताव चढाव के कारण होता है।

- दर्द होना - क्योंकि गर्भाशय अंदर की परत निकालते समय फैलती और सिकुडती है, कभी-कभी इस क्रिया में दर्द या असुविधा का अनुभव होता है। किसी-किसी को उल्टी या जी घबराने की शिकायत भी होती है। इस सब प्रक्रिया में शरीर की कुछ ग्रथियाँ जैसे अंडाशय के अतिरिक्त पिट्यूटरी, थाइराइड, एड्रिनल का भी सहयोग होता है। मासिक धर्म एवं गर्भधारण की प्रक्रिया को नीचे रेखाचित्रों द्वारा दर्शाया गया है।



1.3.2 सुरक्षित अवधि (Safe period)

यह विधि गर्भ न होने देने के लिये अपनाई जाती है। सुरक्षित अवधि वे दिन हैं जब सहवास करने पर गर्भधारण का खतरा नहीं होता। मासिक धर्म के लगभग 14 दिन पहले अंडा विसर्जन होता है। उस दिन के 7 दिन पहले व दो दिन बाद तक संभोग से बचना चाहिए। क्योंकि अंडे की जीवन अवधि 48 घंटे से अधिक नहीं होती। अगर मासिक धर्म का समय अनियमित है तो यह विधि कारगर नहीं होती।

1.3.3 उर्वरण या फर्टिलाइजेशन (Fertilization)

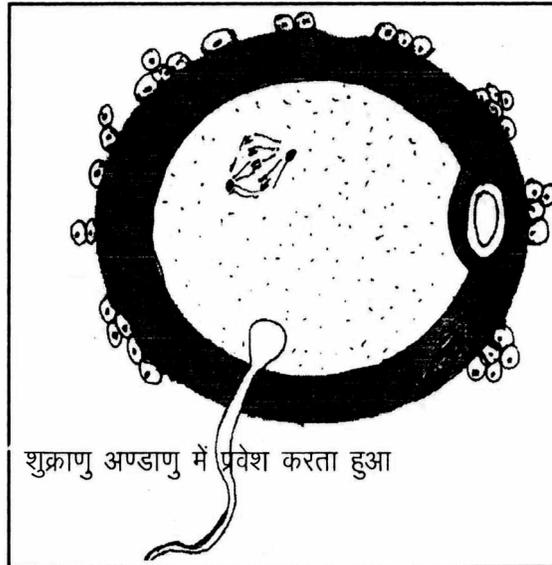
अंडे व शुक्राणु का मिलना उर्वरण (फर्टिलाइजेशन) होता है। सहवास में पुरुष के लिंग से निकलने वाला पदार्थ वीर्य योनि में आता है। इसमें लाखों शुक्राणु होते हैं। ये शुक्राणु गर्भाशय के मुखद्वार (सर्विक्स) से ऊपर तैरते हुए जाते हैं और फेलोपियन नली में पहुँचते हैं। वहाँ तैयार अंडे से किसी एक शुक्राणु का मिलन होता है और गर्भधारण आरम्भ होता है। ऐसा न होने पर अंडा और शुक्राणु नष्ट हो जाते हैं और मासिक धर्म आने की तैयारी शुरू हो जाती है।

1.3.4 भ्रूणधारण (Conception)

अगर फर्टिलाइजेशन होता है तो भ्रूण फेलोपियन ट्यूब से गर्भाशय में आ जाता है। वहाँ की मोटी परत में भ्रूण धंस जाता है। यह भ्रूणधारण या संकल्पन की प्रक्रिया कहलाती है।

1.3.5 गर्भधारण का समय

अंडे के विसर्जन के लगभग 48 घंटे के अन्दर ही गर्भधारण हो सकता है क्योंकि उसके बाद अंडा निश्क्रिय हो जाता है।



चित्र : उर्वरण की प्रक्रिया

1.3.6 शिशु का लिंग निर्धारण (Sex Determination)

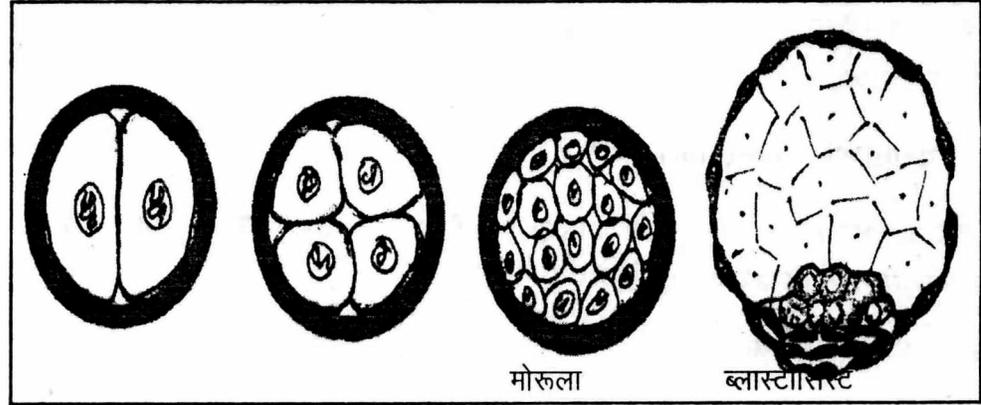
लिंग निर्धारण गर्भधारण के पहले दिन ही हो जाता है। बाद में संबंधित अंगों का विकास होता है।

लिंग निर्धारण : इस जानकारी से आप लड़का-लड़की पैदा होने का कारण जान पाएंगे। हमारे यही लड़का लड़की होने में महिला को जिम्मेदार ठहराया जाता है। परन्तु विज्ञान ने सिद्ध किया है कि लिंग निर्धारण में पुरुष की भागीदारी प्रमुख है। शुक्राणु दो तरह के होते हैं। एक में एकस क्रोमोसोम होता है और दूसरा वाई क्रोमोसोम कहलाता है। स्त्री के अंडे में सिर्फ एकस क्रोमोसोम होते हैं। पुरुष का वाई क्रोमोसोम महिला के एकस क्रोमोसोम से मिलेगा तो लड़का पैदा होगा, पुरुष का एकस क्रोमोसोम महिला के एकस क्रोमोसोम से मिलेगा तो लड़की होगी। यह महज एक संयोग है कि लाखों शुक्राणुओं में से एकस क्रोमोसोम अंडे में प्रवेश करे या वाई क्रोमोसोम।

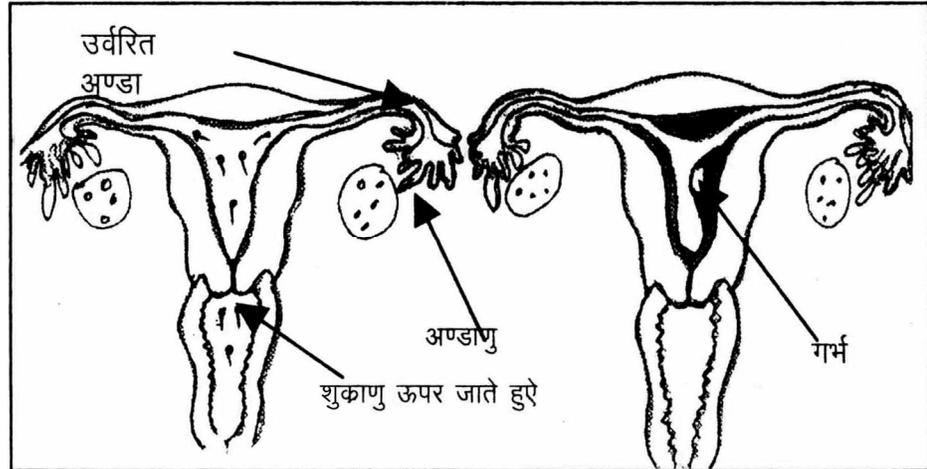
(नोट: प्रथम पाठ्यक्रम COA I की इकाई 4 भी संदर्भित करें।)

1.4 भ्रूण एवं उसका विकास

गर्भधारण के साथ नया जीवन शुरू हो जाता है। अंडाणु-शुक्राणु मिलन के साथ तेजी से नयी कोशिकाएँ बनने लगती हैं।



चित्र : उर्वरित बीज का शिशु में विकास



चित्र : गर्भधारण एवं गर्भरोपण

अब यह भ्रूण गर्भाशय की ओर बढ़ता है तथा गर्भाशय की भीतरी सतह में धस जाता है और वही से भोजन ग्रहण करता है। गर्भाशय और भ्रूण के बीच में जोड़ने वाली कड़ी प्लेसेन्टा (औवल) है। प्लेसेन्टा से होते हुए नाल के रास्ते, बच्चे की सारी जरूरतें अर्थात् ऑक्सीजन और खुराक माँ से बच्चे को पहुँचती हैं। भ्रूण के चारों तरफ पानी की थैली होती है जो उसे झटको, बाहरी चोटों से बचाती है और शिशु को अच्छी तरह विकसित होने में मदद करती है। शिशु के विकास में करीब 9 महीने लगते हैं।

डिम्ब का उर्वरण या फर्टिलाइजेशन होते ही भ्रूण तेजी से बढ़ने लगता है। निम्न तथ्य महत्वपूर्ण हैं।

- उर्वरित अंडा तेजी से और कोशिकाएँ बनाता है और छोटी गेद बन जाती है। इसे मोरूला कहते हैं।
- यह गेंद नली से होकर गर्भाशय में आ जाती है।
- अब इसकी कोशिकाएँ अलग-अलग कार्य के अनुसार परिवर्तित हो जाती हैं।

- अन्दर की कोशिकाएँ सायटोट्रोफोब्लास्ट तथा बाहरी प्लाज्योट्रोफोब्लास्ट कहलाती हैं ।
- बाहर की कोशिकाएँ कोरियोन तथा एम्नियोन ऊतक बनाती हैं तथा आँवल के सामने दीवार से चिपक जाती हैं ।
- अन्दर की कोशिकाएँ शिशु के शरीर की रचना करती हैं ।
- आँवल भीतर पल रहे शिशु के लिए भोजन तथा ऑक्सीजन को मां के शरीर से ग्रहण करती है तथा नाल के जरिए शिशु को पहुँचाती है ।
- एमनियोन की परत के अन्दर साफ द्रव इकट्ठा हो जाता है जिसे एम्नियोटिक द्रव (Amniotic Fluid) कहते हैं।
- यह द्रव तेजी से बढ़ाता है और गर्भस्थ शिशु इसमें तैरने लगता है ।
- इससे शिशु के अंगों के विकास में बाधा नहीं आती है ।

1.4.1 भ्रूण का विकास क्रम :

- पहले 3 महीने में शिशु की लगभग सधी अंगों की संरचना पूरी हो जाती है । उसके बाद वह आकार में बढ़ाता है।
- 6 महीने में गर्भस्थ शिशु के आन्तरिक अंगों का विकास होता है । उसके बाद के समय में शिशु की लम्बाई-चौड़ाई बढ़ती है ।
- गर्भस्थ तीसरे से आठवें सप्ताह तक भ्रूण कहलाता है ।
- नौवें सप्ताह के बाद उसे गर्भस्थ शिशु कहते हैं ।
- चौथे सप्ताह में भ्रूण करीब 1 से.मी. तथा 1 ग्राम होता है । शरीर अविकसित होता है पर दिल धड़कने लगता है ।
- आठवें सप्ताह का भ्रूण 3 से.मी. लम्बा तथा 4 ग्राम का होता है । हाथ पांव दिखने लगते हैं ।
- 10 वें सप्ताह में 10 से.मी. लम्बाई तथा 60 ग्राम होता है । शिशु के सभी अंग लगभग बन जाते हैं ।
- 16 वें सप्ताह में आसानी से पहचाना जाता है । शिशु पूर्णस्वरूप ले लेता है ।
- 20 वें सप्ताह में शिशु की हलचल व धड़कन सुन सकते हैं ।
- 28 वें सप्ताह में शिशु 11 किग्रा हो जाता है ।
- 7वें 8वें महीने में शिशु का दिमाग विकसित होता है । सुनने की क्षमता आती है । वह रोशनी महसूस करता है ।
- बत्तीसवें सप्ताह में शिशु 2.05-2.25 किग्रा होता है ।
- आठवें महीने तक बच्चा तकरीबन पूरी तरह विकसित हो जाता है
 - त्वचा झुरीदार होती है । नाखून भी विकसित हो जाते हैं ।
 - इनकी जीवित रहने की दर अच्छी होती है ।
 - वसा कम होती है ।
- चालीसवें सप्ताह में शिशु का नाप 50 से.मी. एवं वजन $2\frac{1}{2}$ से $3\frac{1}{2}$ कि.ग्रा. होता है।
 - वसा काफी होती है ।

- इसमें अधिकतर पानी होता है । कुछ लवणों, प्रोटीन और शिशु का मूत्र भी होता है ।

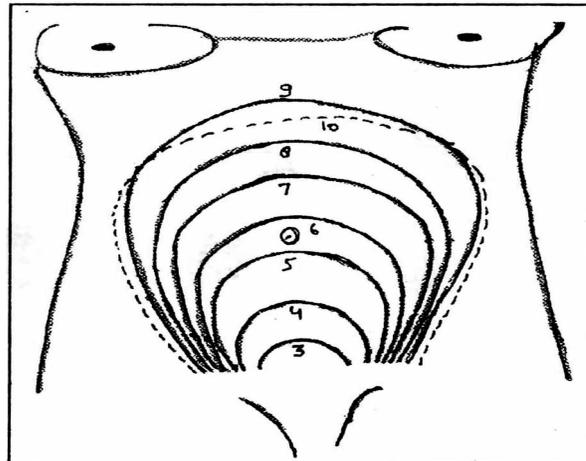
- अंतिम महीने में शिशु मोटा होने लगता है ।
- उसके फेफड़े (फुफ्फुस) मजबूत हो जाते हैं ।
- वजन $2\frac{1}{2}$ से $3\frac{1}{2}$ किलो होता है ।
- वह जन्म लेने के लिये तैयार होता है ।

(क) एम्नियोटिक के द्रव (Amniotic Fluid)

यह 500 से 1500 मि.ली. तक होता है । 300 मि.ली. से कम ऑलिगोहायड्रोम्नियोस कहलाता है तथा शिशु के लिये नुकसानदायक होता है । 500 मि.ली. से अधिक पॉलिहायड्रोम्नियोस कहलाता है । इसमें हरा रंग अर्थात् मिकोनियम आने पर शिशु को खतरे का सूचक है । परन्तु ब्रीच में मिकोनियम आ सकता है । पानी की थैली फटने के बाद प्रसव का होना जरूरी हो जाता है।

(ख) उत्पायी नाल (प्लेसेन्टल कॉर्ड)

- शिशु की नाभि से गर्भस्थ सतह तक फैली होती है ।
- इसमें दो धमनियाँ, एक शिरा तथा चिकना पदार्थ होता है ।
- इसकी धमनी में अशुद्ध रक्त होता है जो प्लेसेन्टा को अशुद्धियाँ देकर शुद्ध हो जाता है तथा शिरा से शुद्ध रक्त शिशु को पहुँचाता है ।
- औसत लम्बाई 50 से.मी. होती है ।
- 20 से.मी. से कम में शिशु नीचे नहीं आ पाता ।
- लम्बी नाल शिशु से लिपट जाती है । नाल में गाँठ लग सकती है जिससे कभी - कभी शिशु को रक्त नहीं पहुँचने से मृत्यु हो जाती है ।
- कभी-कभी गाँठ वास्तविक नहीं होती ।
- कभी-कभी नाल प्लेसेन्टा के किनारे से प्रवेश करती है ।
- कभी-कभी नाल प्लेसेन्टा में प्रवेश से पहले ही झिल्ली में कई टुकड़ों में बंट जाती है । ऐसे में कभी - कभी यह झिल्ली सरविकस के मुँह पर हो तो, प्रसव शुरू होने पर झिल्ली के साथ नाल की रक्त नलिकाएं टूट कर शिशु को नुकसान पहुँचाती हैं ।



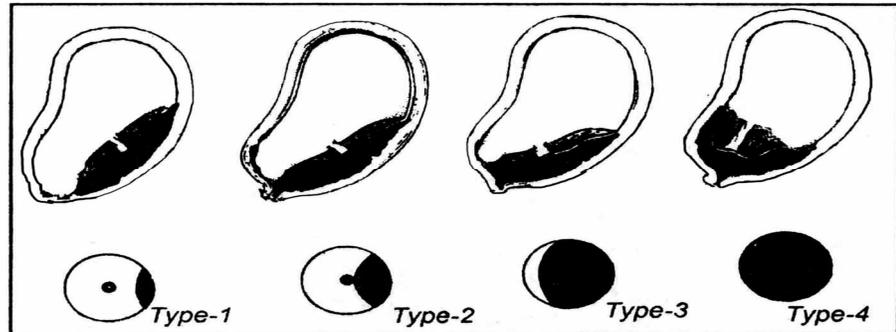
चित्र : गर्भावस्था के विभिन्न महीनों की ऊँचाई

(ग) गर्भाशय का विकास

शिशु की पानी की थैली को और प्लेसेंटा को संभालने के लिए गर्भाशय फैलता जाता है। 12 हफ्तों में शिशु इतना बढ़ जाता है कि पेट के निचले हिस्से में (योनि के बालों के पास) गर्भाशय को महसूस किया जा सकता है। 36 वे सप्ताह तक प्रतिमाह 2 अंगुली के बराबर गर्भाशय की ऊँचाई बढ़ती जाती है। 20 हफ्ते पर नाभि के पास और 36 हफ्ते पर पसली तक बढ़ जाता है। फिर बच्चा पेड़ में उतर जाता है और ऊँचाई कम हो जाती है।

1.5 प्लेसेन्टा (Placenta) का विकास एवं कार्य. असमानतायें

प्लेसेन्टा शुरु में पूरे गर्भाशय में फैला होता है। मगर तीन हफ्ते के बाद यह गर्भाशय के ऊपरी भाग में अधिक विकसित हो कर गुदगुदा और मोटा हो जाता है। प्लेसेन्टा के ऊपर एक झिल्ली होती है जो उसे पूरी तरह ढक लेती है। यह एम्नियोटिक झिल्ली कहलाती है। प्लेसेन्टा में जहाँ एक ओर माँ का रक्त आता है, दूसरी तरफ शिशु का रक्त भी आता है। माँ से शिशु के रक्त में ऑक्सीजन तथा शरीर के विकास को आवश्यक चीजें पतली परत से होकर जाती हैं और शिशु से माँ के रक्त में कार्बनडाईऑक्साइड और अवांछित तत्व जाते हैं। इस प्रकार शिशु की सभी आवश्यकताएं पूरी होती हैं। नाल में दो धमनी और एक शिरा होती हैं। धमनी में कार्बनडाईऑक्साइड और अवांछित तत्व होते हैं जो माँ के रक्त में चले जाते हैं। शिरा में ऑक्सीजन एवं पोषण तत्व माँ के रक्त में से आते हैं। सबसे उल्लेखनीय बात है कि पूरे 9 महीने में माँ और शिशु के रक्त में कभी मिश्रण नहीं होता। प्लेसेन्टा कई अनुपयोगी पदार्थों को निष्क्रिय करता है। माँ और शिशु के बीच अवरोधक झिल्ली से कुछ बीमारी के कीटाणु भी पार हो जाते हैं। कुछ वाइरस छोड़ कर बिरले ही जीवाणु प्लेसेन्टा द्वारा शिशु में पहुँचते हैं। इसमें सिफिलिस, मलेरिया तथा टोक्सोप्लाज्मोसिस तथा रूबेला आते हैं। 12 हफ्ते से पहले रूबेला के वाइरस शिशु में जन्मजात विकार करते हैं। कुछ दवाइयाँ भी प्लेसेन्टा के पार हो जाती हैं। इससे कभी-कभी बच्चे में कई तरह की कमियाँ या रोग हो सकते हैं। कुछ दर्द निवारक दवाएँ, नशे की दवाएँ एन्टीबायोटिक आदि दवाएँ माँ पर और शिशु पर भी असर करती हैं। कुछ दवाएँ शिशु में विकृति करती हैं। इसलिये माँ को सोचे समझे बिना दवा देना खतरनाक है। साथ ही माँ को होने वाली कुछ बीमारियाँ भी बच्चे पर असर डाल सकती हैं। 9 महीने के पूरा होने के साथ प्लेसेन्टा की कार्यक्षमता कम होने लगती है और इसलिये बालक का समय पर बाहर आना आवश्यक होता है।



चित्र : प्लेसेन्टा प्रीबिया

- **एक्सीडेन्टल हैमरेज**

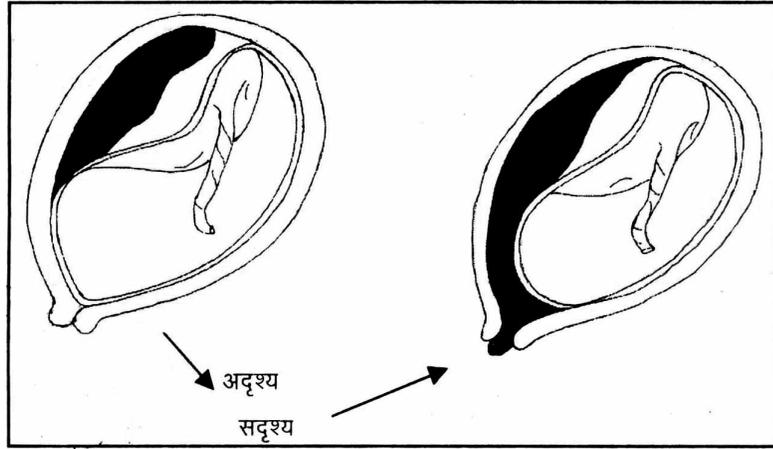
ऑवल के पीछे के हिस्से में रक्त स्राव होने पर रक्त का थक्का बनने से ऑवल का माँ से संपर्क कट जाता है। इसे एक्सीडेन्टल हैमरेज कहते हैं। यह स्थिति माँ और शिशु के लिये खतरनाक है

1.5.1 गर्भनाल असमानताएं

कभी - कभी ऑवल में कई तरह की असामान्यताये पाई जाती है, जो निम्न तरह की हो सकती हैं :

- गलत जगह पर विकसित होना
- बनावट में त्रुटि होना
- संरचना में खराबियाँ

इनके विषय में आगे संक्षेप में वर्णन दिया गया है :



चित्र : एक्सीडेन्टल हैमरेज

(क) गलत जगह पर विकसित होना

प्लेसेन्टा प्रीविया

अधिकतर प्लेसेन्टा गर्भाशय में ऊपरी भाग में स्थित होता है। मगर कभी-कभी यह आन्तरिक द्वार के पास या उसके ऊपर हो सकता है। इसे प्लेसेन्टा प्रीविया कहते हैं। यदि अपनी सामान्य जगह अर्थात् गर्भाशय के ऊपरी भाग में ऑवल नहीं है तो यह चिन्ता का कारण है। ऐसी स्थिति में सर्विक्स के विस्तारण के साथ रक्त स्राव शुरू हो जाता है क्योंकि ऑवल के गर्भाशय के निचले हिस्से में होने से प्रसव में बच्चेदानी का मुँह खुलेगा और ऑवल की रक्त नलिकाएं जायेंगी। इससे माँ और शिशु की जान को खतरा हो सकता है। योनि से रक्त स्राव होने पर, कभी भी योनि परीक्षण न करें व महिला को तुरंत अस्पताल ले जाना चाहिए।

ऐसा शक होने पर कभी घर में या छोटी सस्था में प्रसव नहीं करवाना चाहिए।

(ख) बनावट में त्रुटि होना -

कभी-कभी ऑवल का एक टुकड़ा अलग विकसित हो जाता है। जो प्रसव के बाद अदर रह जाता है और रक्त स्राव होता रहता है। कभी-कभी नाल ऑवल के बीच से न जुड़ी होकर किनारे की तरफ होती है। जुड़वाँ में दो अलग-अलग ऑवल या एक ही बड़ी

आवल हो सकती है। कभी-कभी डिलेवरी के बाद आँवल बाहर नहीं निकलती है। इसे रिटेन्ड प्लेसेन्टा कहते हैं। उस समय जोर जबरदस्ती से उसे नहीं निकालना चाहिये क्योंकि यह संभव है कि वह गर्भाशय से पूरी तरह चिपकी हो (प्लेसेन्टा एक्कीटा) और ऐसे में जोर करने से आँवल टूट जाती है या गर्भाशय को नुकसान हो जाता है। उपरोक्त बड़ी खतरनाक स्थितियाँ हैं। प्रसूति विज्ञान सहायिका को यह ध्यान रखना चाहिये। ऐसा शक होते ही महिला को सीधे अरपताल ले जाना चाहिये।

(ग) संरचना में खराबियाँ -

ब्लड प्रेशर ज्यादा होना या माँ / शिशु की कुछ बीममरडियों में आँवल का विकास ठीक नहीं होता है जो बच्चे के विकास को बाधित करता है। सामान्यतः नाल 50-60 से.मी. लम्बी होती है। यदि नाल 20 बच्चा नीचे आने में कठिनाई होती है।

1.6 प्रजनन तंत्र व प्रजनन स्वास्थ्य

प्रजनन प्रणाली से संबंधित सभी बातों में स्वस्थ रहना ही प्रजनन स्वास्थ्य है।

प्रजनन स्वास्थ्य निम्न पहलुओं से संबंधित है:

- प्रजनन संबंधी सभी पहलू में दम्पति का स्वास्थ्य ठीक हो।
- सहवास सुखद हो। उनको गर्भधारण की या यौन रोगों की चिन्ता न सताये।
- वांछित गर्भधारण हो और उसका सुखद अन्त हो।
- माँ और शिशु पूर्णतः आरोग्य रहें।
- इसको समझने के लिए निम्न बातें जाननी चाहियें
 - प्रजनन के लिये स्त्री-पुरुष दोनों जिम्मेदार हैं।
 - प्रजनन के लिये दोनों में विशेष अंग होते हैं।
- प्रजनन की निम्न अवस्थाएँ होती हैं
 1. सहवास
 2. गर्भधारण
 3. गर्भ विकास
 4. शिशु जन्म
- हम निम्न अवस्था को उत्तम कहेंगे
 - जब प्रजनन अग स्वस्थ होंगे।
 - जब संतान पैदा करना और न करना अपने नियंत्रण में होगा।
 - गर्भावस्था और प्रसव सुखद सुरक्षित होगा।
 - माँ और शिशु पूरी तरह स्वस्थ होंगे।
 - यौन रोगों और गर्भ का भय, सहवास के समय न हो।
- हर व्यक्ति को कुछ मूल प्रजनन अधिकार प्राप्त हैं
 - उनको अधिकार हैं -
 - अपनी इच्छानुसार बच्चे पैदा करने का।
 - कब पैदा करे, कब नहीं, यह वह बिना डरे फैसला ले।

- अपनी इस योजना को पूर्ण करने के लिये आवश्यक जानकारी प्राप्त करने का, उसे सही सूचना और जानकारी मिले ।
- अपनी प्रजनन एवं सहवास संबंधित समस्याओं के निदान की जानकारी का । वह यौन संबंध के लिये व अपने प्रजनन स्वास्थ्य के लिये बेहतर तरीके अपना सकें ।
- हमारा उद्देश्य निम्न होना चाहिये.
 - उनका यौन जीवन सुखद हो ।
 - वे सीमित परिवार के फायदे जाने और तरीके अपनायें ।
 - वे जन्म में सही अन्तर रखें और उसके तरीके अपनायें ।
 - निःसन्तान दम्पतियों को सही उपचार दिलवा कर बाँझपन पर काबू पायें ।

1.6.1 प्रजनन स्वास्थ्य की समस्याएं (Problems of Reproductive Health)

- मासिक धर्म में गड़बड़ी- ज्यादा / कम आना, जल्दी / देर से आना, अनियमितता, पीड़ा
- पुरुष में नपुंसकता, शीघ्र वीर्यपात
- बाँझपन
- जल्दी गर्भाधान, जिससे माँ का स्वास्थ्य बिगड़ता है और बच्चे भी स्वस्थ नहीं होते ।
- अनचाहा गर्भ और उसके दुष्परिणाम
- सहवास की समस्यायें
- यौन रोग
- प्रजनन अंग की बीमारियाँ, जैसे-संक्रमण, ट्यूमर, कैंसर आदि ।

सरकार तथा विभिन्न स्वास्थ्य इकाईयाँ बेहतर प्रजनन स्वास्थ्य के लिये निम्न बिन्दुओं पर विशेष रूप से प्रयत्नशील हैं:

- प्रसवपूर्व देखभाल, प्रसव के समय सुरक्षित प्रसव
- प्रसव पश्चात् माँ व शिशु की देखभाल
- परिवार नियोजन
- सुरक्षित गर्भपात
- यौन रोगों से बचाव व इलाज । इसमें बाँझपन का भी इलाज शामिल है।
- प्रजनन अंगों के संक्रमण से बचाव व इलाज
- टीकाकरण व स्तनपान को प्रोत्साहित करना
- बाँझपन का उपचार

उल्लेखनीय है कि प्रजनन महिला और पुरुष दोनों का अधिकार है । हम किसी व्यक्ति को बच्चे पैदा करने या न करने के लिये दबाव नहीं डाल सकते । इसलिये उचित जानकारी देकर, उनके बच्चों की सुरक्षा के विषय में उचित कदम उठाकर तथा उन्हें नियोजन की अच्छी सुविधा देकर हम उनको परिवार नियोजन की ओर प्रेरित कर सकते हैं ।

1.7 सारांश

श्रोणि शरीर का वह भाग है जो शरीर को आकार देता है और प्रजनन संबंधी अंगों का सुरक्षा कवच है । प्रसव में शिशु श्रोणि की गुहा से हो कर योनि मार्ग से बाहर आता है । श्रोणि तथा

शिशु के सिर के नाप में असमानता प्रसव को अवरोधित कर सकती है। इसलिये प्रसव में श्रोणि की जाँच आवश्यक है। डायगोनल कंजुगेट, दोनों इस्चीयल स्पाइन के मध्य की दूरी, सेक्रम का मुड़ाव, प्यूबिक आर्च की चौड़ाई तथा दोनों ट्यूबरोसिटी के बीच की दूरी कुछ ऐसे आवश्यक नाप हैं जिनके सही सीमा में होने से हम सामान्य प्रसव की आशा करते हैं। बाह्य प्रजनन अंगों का कार्य मैथुन क्रिया में सहयोग देना होता है। क्लाइटोरिस उत्तेजित करने, लेबिया माइनोरा तथा हायमन योनिद्वार को संक्रमण से बचाने तथा बार्थोलिन ग्लैंड योनि मार्ग को चिकना रखने का काम करती है। योनि में संभोग क्रिया होती है। गर्भाशय गर्भस्थ शिशु का घर है। 9 महीने उपरान्त बच्चा बाहर आ जाता है। गर्भाशय नलिकाओं में गर्भधारण क्रिया होती है। अण्डाशय में लगभग हर महीने एक ही अण्डा बनता है। यह अण्डाशय से निकल कर फेलोपिन ट्यूब की नलिकाओं में आता है जहाँ शुक्राणु से उर्वरित होता है। ऐसा न होने पर गर्भाशय की दीवार जो मोटी हो जाती है अपनी पर्त निकाल देती है। इससे रक्त स्राव होता है जो मासिक धर्म कहलाता है। अगले महीने फिर एक अण्डा बनता है।

उर्वरण के बाद अण्डा तेजी से विभाजित होकर मोरूला और ब्लास्टोसिस्ट बनता है। फिर यह गर्भाशय की दीवार में आरोपित होकर वहीं से भोजन ग्रहण करने लगता है। तीन महीने में शिशु के सभी अंग बन जाते हैं। आठ महीने के बाद शिशु पूर्णतः विकसित हो जाता है तथा चर्बी कम होती है। नौ महीने याद शिशु के फेंफड़े पूर्णतः विकसित होते हैं और उसमें चर्बी भी काफी होती है। इसके बाद आँवल शिशु की जरूरतें पूरी नहीं कर पाती, इसलिये शिशु का बाहर आना आवश्यक होता है। कभी कभी गर्भनाल असामान्यता शिशु के लिए खतरा कर देती है। सामान्यतः नाल 50 सेमी लम्बी होती है। प्रसूति विज्ञान सहायिकाओं तथा प्रसूति से जुड़े अन्य कर्मियों को प्रजनन संबंधी जानकारी देने का उद्देश्य महिला के प्रजनन स्वास्थ्य की रक्षा करना है। महिला एवं पुरुष को प्रजनन का अधिकार है। उचित जानकारी से स्वस्थ माँ और स्वस्थ शिशु का सरकार का लक्ष्य तो पूरा होगा, साथ ही सीमित परिवार, आर्थिक स्थिति में उन्नति आदि लक्ष्य प्राप्त होंगे।

1.8 प्रश्न

1. स्त्री जननांगों की बनावट कैसी होती है?
2. जननांग की ऐसी बनावट क्यों होती है?
3. विभिन्न जननांगों का क्या कार्य होता है?
4. मासिक धर्म कब होता है, क्यों होता है और कैसे होता है?
5. डिम्ब या अण्डा क्या होता है और कब, कैसे, कही फटीलाइज होता है?
6. भ्रूण किस प्रकार बनता है और शिशु का विकास कैसे होता है ?
7. लड़की या लड़का होगा- यह कैसे तय होता है?
8. गर्भधारण में पुरुष की क्या भूमिका है?
9. प्लेसेन्टा का क्या कार्य है और यह किस तरह विकसित होता है?
10. असामान्य प्लेसेन्टा किरने कहते हैं?
11. प्रजनन स्वास्थ्य से क्या तात्पर्य है व उसकी जानकारी की क्या आवश्यकता है?
12. प्रजनन की जिम्मेदारी किसकी है?

13. प्रजनन की प्रक्रिया क्या है?
14. प्रजनन समस्याएँ क्या-क्या हो सकती हैं?
15. प्रजनन सेवाओं का क्या उद्देश्य है?
16. प्रजनन सेवाओं का परिवार नियोजन से क्या रिश्ता है?
17. मासिक धर्म का गर्भधारण से क्या रिश्ता है?
18. मासिक धर्म की प्रक्रिया समझाएं ।
19. गर्भधारण का समय क्या है?
20. सुरक्षित अवधि से क्या तात्पर्य है?
21. गर्भधारण के बाद मासिक धर्म क्यों नहीं होता?
22. लिंग निर्धारण में पुरुष की भूमिका बताओ ।

इकाई की रूपरेखा

- 2.0 प्रस्तावना
 - 2.1 उद्देश्य
 - 2.3 गर्भावस्था
 - 2.2.1 गर्भावस्था पूर्व सुरक्षित मातृत्व के पहलू
 - 2.2.2 गर्भावस्था का निदान
 - 2.2.3 गर्भस्थ-शिशु का गर्भाशय व श्रोणि से सम्बन्ध
 - 2.3 प्रसव पूर्व देखभाल
 - 2.3.1 गर्भवती महिला का इतिवृत्त
 - 2.3.2 प्रसवपूर्व गर्भस्थ शिशु की स्वस्थता जांचना
 - 2.3.3 गर्भवती को सलाह
 - 2.4 प्रसव पूर्व अवस्था की जटिलताएं, परामर्श एवं उनका प्राथमिक उपचार ।
 - 2.5 सारांश
 - 2.6 प्रश्न
-

2.0 प्रस्तावना

हमारे देश में मातृ-मृत्यु दर विशेष रूप से अधिक है । माताओं के स्वास्थ्य एवं जीवन की सुरक्षा हेतु योग्य सलाह, गर्भावस्था की समय से पहचान, उचित देखभाल तथा इस दौरान आने वाली जोखिम भरी बीमारियों के बारे में सही परामर्श अत्यन्त आवश्यक है । ये सेवाएँ प्रदान करते समय प्रसूति विज्ञान सहायिका अपना दायित्व पूर्ण रूप से निभा सकें, इस हेतु गर्भावस्था एवं प्रसव पूर्व देखभाल की समस्त जानकारी इस यूनिट के अन्तर्गत वर्णित की जा रही है ।

2.1 उद्देश्य

इस इकाई के अध्ययन के पश्चात प्रसूति विज्ञान सहायिका की क्षमताएँ निम्न प्रकार होनी चाहिए:

1. गर्भावस्था के पूर्व सुरक्षित मातृत्व को प्रभावित करने वाले पहलुओं से अवगत होना ।
2. गर्भावस्था के निदान हेतु लक्षण, चिन्ह इत्यादि के बारे में विस्तृत जानकारी होना ।
3. गर्भस्थ शिशु का गर्भाशय व श्रोणि से सम्बन्ध समझना ।
4. गर्भवती महिला का विस्तृत विवरण लेना (History taking), सामान्य शारीरिक परीक्षण एवं प्रासविक परीक्षण की योग्यता हासिल करना ।
5. प्रसव पूर्व देखभाल हेतु गर्भवती महिला को उचित सलाह प्रदान करना ।
6. प्रसव पूर्व अवस्था की जटिलताएँ एवं उनके प्राथमिक उपचार का ज्ञान होना ।

2.2 गर्भावस्था

2.2.1 गर्भावस्था पूर्व सुरक्षित मातृत्व के पहलू

- स्वास्थ्य स्तर भविष्य में सुरक्षित मातृत्व के लिए लड़की के स्वास्थ्य की देखभाल बाल्यावस्था से ही होनी चाहिए। पोषण स्तर अच्छा होना चाहिए।
- उम्र : मातृत्व के लिए 20-30 साल की उम्र योग्य एवं उपयुक्त है।
- दो बच्चों के बीच का अन्तर गर्भावस्था को योजनाबद्ध तरीके से लेना चाहिए। हर दो बच्चों के बीच तीन या चार साल का अन्तर होना चाहिए। इसके लिए गर्भ निरोधक तरीके इस्तेमाल करने हेतु योग्य सलाह देनी चाहिए।

2.2.2 गर्भावस्था का निदान (Diagnosis of Pregnancy)

इसका निम्न बिन्दुओं के अन्तर्गत अध्ययन किया जा सकता है।

- परिभाषा
 - गर्भावस्था की अवधि एवं चरण एवं अवधि अनुसार लक्षण, चिन्ह एवं जाँच।
 - गर्भावस्था की अन्य अवस्थाओं से पहचान।
 - गर्भावस्था निदान सारांश।
 - पूर्व गर्भावस्था के चिन्ह।
 - प्रसव समय, प्रसव की तारीख की गणना।
1. **परिभाषा** : गर्भावस्था अण्डाणु (Ovum) एवं शुक्राणु (Spermatozoon) के संयोजन से भ्रूण (Embryo) या गर्भस्थ शिशु (Fetus) के विकास की अवस्था है।
 2. **गर्भावस्था अवधि एवं चरण** : गर्भावस्था की अवधि अन्तिम रजोधर्म की तारीख से 280 दिन या 40 सप्ताह मानी जाती है। इस काल को तीन चरणों में बाँटा जाता है -
प्रथम चरण (First Trimester) : प्रथम 12 सप्ताह
द्वितीय चरण (Second Trimester) : 13 से 28 सप्ताह
तृतीय चरण (Third Trimester) : 29 से 40 सप्ताह

(i) प्रथम चरण (प्रथम 12 सप्ताह)

(क) अनुमानित लक्षण (Presumptive Symptoms)

1. एमेनोरिया (Amenorrhoea) : माहवारी आना बन्द होना, एमेनोरिया कहलाता है। साधारण बोलचाल की भाषा में इसे दिन चढ़ना कहते हैं।
2. प्रातः वमन (Morning Sickness) : प्रायः 50 प्रतिशत गर्भवती को उल्टी, जी मिचलाना प्रथम तीन माह तक होता है।
3. मूत्र त्याग की बारम्बारता (Frequency of Micturition) : प्रायः बिना दर्द के होती है।
4. स्तनों में परिवर्तन (Breast Discomfort) : प्रायः प्रथमगर्भा (Primigravida) में 6 से 8 सप्ताह में महसूस होते हैं। इसमें स्तनों में भारीपन, चुभन इत्यादि शामिल हैं।
5. थकान जल्दी महसूस होती है।

(ख) चिन्ह (Signs) जो हम देखते हैं :

1. स्तनों में परिवर्तन : निपल व प्राइमरी एरिओला में चारों तरफ गहरापन आता है, मोनटोगमरी ट्यूबरकल उभरते हैं।

2. गर्भाशय का फैलाव (Uterine Enlargement) :

- सात सप्ताह पर गर्भाशय मुर्गी के बड़े अंडे के बराबर होता है ।
- दस सप्ताह पर नारंगी के आकार का होता है ।
- बारह सप्ताह पर ग्रेप फ्रूट के आकार का व पेट से महसूस होना शुरू होता है ।

3. पेल्विक परिवर्तन

- जेक्वेमिअर चिन्ह (Jacquemier's Sign) 8 वें सप्ताह बाद तक श्रोणीय रक्त संकुलता (Pelvic Congestive) के कारण योनि मार्ग की श्लेष्मिक झिल्ली का रंग जामुनी-नीला हो जाता है
- ओसिएन्डर चिन्ह (Oslander Sign) : 8 वें सप्ताह से आगे अत्यधिक रक्त संवहन के कारण योनि मार्ग की लेट्रल फोरनिसेस में बड़ी हुई धड़कन महसूस की जा सकती है ।
- सर्विक्स का मुलायमपन (Softening of Cervix) 10 वें सप्ताह से आगे सर्विक्स का मुलायमपन होठों के समान रहता है, जबकि अगर्भस्थ की सर्विक्स नाक की नौक के समान कुछ कठोर होती है ।
- गर्भाशय में परिवर्तन : आठवें सप्ताह से आगे आकार में बढ़ाता है, बनावट में मुलायम व आकृति में नाशपाती के समान न होकर गोलाकार हो जाता है ।
- हेगर चिन्ह (Henger Sign) : 6 से 12 वे सप्ताह तक यह आरम्भिक चिन्ह, जब गर्भावस्था की जाँच सम्बन्धी सुविधा उपलब्ध नहीं होती तब इसका उपयोग कभी-कभी किया जाता है ।

योनि मार्ग के एन्ट्रिअर फोर्निक्स में दो अंगुलियाँ डालकर दूसरा हाथ उदर पर से गर्भाशय के पीछे रखते हैं । दोनों हाथों की अंगुलियाँ करीब-करीब मिल जाती हैं क्योंकि इस समय इस्थमस बहुत ही मुलायम रहता है । गर्भाशय को कठोरता से हाथ नहीं लगाना चाहिए ।



चित्र : हेगर चिन्ह (Hegar Sign)

- गर्भावस्था के इम्यूनोलोजिकल परीक्षण (Immunological Test of Pregnancy) यह मूत्र में कोरिऑनिक गोनेडॉट्रोपिन की उपस्थिति पर निर्भर रहते हैं । जैसे ही निषेचित डिम्ब अन्तः स्थापित होता है, यह हार्मोन मूत्र-में उत्सर्जित होता रहता है एवं सम्पूर्ण गर्भावस्था के दौरान व सूतिका अवस्था में भी यह विभिन्न मात्राओं में पाया जाता है ।

- समय : यदि आशान्वित गर्भधारण के कारण महावारी बन्द होने के दस से चौदह दिन बाद एकत्रित किये गये मूत्र का परीक्षण किया जाता है तो परिणाम अधिक विश्वसनीय होंगे ।
- सोनोग्राफी : 5 सप्ताह तक जेस्टेशनल रिंग (Gestational Ring) व सातवें सप्ताह तक हृदय की गति जानी जा सकती है।

(ii) **द्वितीय चरण (13-28 सप्ताह)**

लक्षण एवं चिन्ह

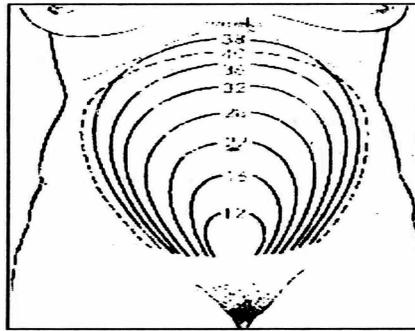
1. गर्भ की हलचल (Quickening) : यह हलचल माता के द्वारा पहली बार 16 से 20 सप्ताह के बीच महसूस होती है ।
2. गर्भाशय के आकार में परिवर्तन (क्रमशः बढ़ोतरी) : जिसे गर्भवती महसूस करती है ।
3. सामान्य शारीरिक परीक्षण :
 - त्वचा परिवर्तन : क्लोएज्या (Chloasma) गर्भावस्था में चेहरे का रंग गहरा होने को कहते हैं ।
 - स्तन परिवर्तन : 16 वें सप्ताह तक एक द्रव कोलोस्ट्रम (Colostrum) स्तन से निकाला जा सकता है। 20 वें सप्ताह तक द्वितीय एरिओला दिखाई देता है ।
 - उदर परीक्षण
निरीक्षण (Inspection) : लीनिया नाइगा व स्ट्राइ-ग्रेविडेरम (Striae-gravidarum) देखे जा सकते हैं।



चित्र : गर्भावस्था में उदर

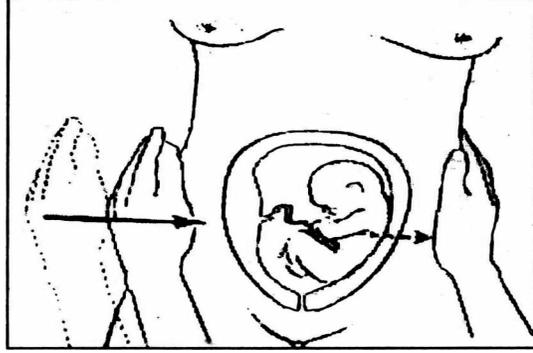
(क) **परिस्पर्शन (Palpation) :**

गर्भाशय का आकार बढ़ता जाता है तथा गर्भाशय मुलायम हो जाता है ।



चित्र : गर्भाशय का आकार बढ़ना

- (ख) ब्रेक्सटन-हिक संकुचन (Braxton-hick's Contraction)
20 वें सप्ताह से आगे ये बिना दर्द के गर्भाशयिक संकुचन हैं जो उदरीय परिस्पर्शन (Palpation) से महसूस किये जा सकते हैं।
- (ग) गर्भस्थ शिशु के अंग, द्वितीय ट्राइमेस्टर में महसूस किये जा सकते हैं। (Palpation of fetal parts) यह निश्चयात्मक चिन्ह है।
- (घ) गर्भस्थ शिशु की हलचलें (Fetal Movements) 22वें सप्ताह में परीक्षण के द्वारा महसूस की जा सकती हैं।
- (य) एक्सटरनल बोलोटमेन्ट (External Ballotment) एक हाथ से पेट पर थपकी (Tap) दी जाती है जो गर्भस्थ शिशु को गर्भाशय के दूसरी तरफ भेजता है व दूसरे हाथ से इस संवेग या स्पंदन (Impulse) को महसूस करते हैं।



चित्र : एक्सटरनल बैलोटमेन्ट

– परिश्रवण (Auscultation):

- (क) गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन (Fetal heart sounds) सुनना गर्भावस्था का विश्वसनीय चिन्ह है अच्छी तरह से सुनने पर 20वें सप्ताह के आरंभ में ही पहचानी जा सकती है (प्रायः करीब 24वें सप्ताह में)।
- (ख) गर्भाशयिक मर्मर (Uterine souffle) : 16वें सप्ताह से आगे एक हल्की फूँकने जैसी आवाज (blowing sound) सुन सकते हैं जो कि माता की नाड़ी की धड़कन के बराबर रहती है।
- (ग) गर्भस्थ शिशु की हलचल 20वें सप्ताह के बाद सुनी जा सकती हैं।
4. योनि मार्ग की श्लेष्मिक झिल्ली, सर्विकस का जामुनी-नीला रंग देखा जा सकता है व सर्विकस का मुलायमपन महसूस किया जा सकता है।

इन्टरनल बैलोटमेन्ट (Internal Ballotment) :



चित्र : इन्टरनल बैलोटमेन्ट

यह 16वें से 28वें सप्ताह तक मध्य गर्भावस्था अवधि के दौरान मोटेपन के मामलों में बहुत उपयोगी है। यह गर्भवती स्त्री को अर्ध लेटी स्थिति (Semirecumbent position) में रख कर किया जाता है।

विधि -योनि मार्ग में दो अंगुलियाँ प्रविष्ट करके सर्विक्स से ऊपर की तरफ गर्भाशय पर थपकी दी जाती है, इससे गर्भस्थ शिशु एमनिओटिक द्रव में ऊपर की ओर तैरता है। बाँये हाथ में जो फण्डस यूटेराई (Fundus uteri) के ऊपर रखा रहता है गर्भस्थ शिशु की हल्की सी थपकी महसूस होती है। पुनः वह नीचे की ओर खिसक आता है एवं योनि मार्ग में रखी हुई अंगुलियों से महसूस किया जा सकता है। टकराकर लौटने की इस क्रिया को इंटरनल बेलोटमेन्ट कहते हैं।

5. जाँच - सोनोग्राफी द्वारा गर्भस्थ शिशु स्पष्ट रूप से देखा जा सकता है। यह निश्चयात्मक प्रमाण है।

- फीटल डोपलर (Fetal doppler) द्वारा गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन 14वें सप्ताह से सुन सकते हैं। यह गर्भावस्था का स्पष्ट प्रमाण है।
- रेडियोलोजिकल डेमोन्स्ट्रेशन के द्वारा गर्भस्थ शिशु का अस्थि-कंकाल गर्भावस्था के 16वें सप्ताह में दिख सकता है। किन्तु अन्य निदान सूचक विधियाँ उपलब्ध होने से एक्स-रे परीक्षण का उपयोग नहीं किया जाता है क्योंकि इस आरंभिक अवस्था में रेडिएशन खतरों (Radiation Hazards) अधिक होते हैं।

(iii) तृतीय चरण (29-40 सप्ताह)

लक्षण एवं चिन्ह

1. एमेनोरिया बना रहता है।
2. उदर व गर्भाशय के आकार में क्रमशः बढोतरी।
3. बार-बार पेशाब आना।
4. गर्भस्थ शिशु की हलचल और अच्छी तरह से महसूस होने लगती है।
5. 38वें सप्ताह में Lightening अर्थात् हल्केपन का अहसास, गर्भस्थ शिशु के नीचे पेल्विस (Pelvis) में जाने की वजह से होता है। इसे Engagement of presenting part कहते हैं।
6. त्वचा में परिवर्तन और गहरे हो जाते हैं।
7. गर्भाशय का आकार और गोलाकार हो जाता है।
8. फण्डस की ऊँचाई बढती है।
9. ब्रेक्सटन-हिक संकुचन और बढ जाते हैं।
10. गर्भस्थ शिशु की हलचल आसानी से महसूस की जा सकती है।
11. गर्भस्थ शिशु के अंग आसानी से महसूस होने लगते हैं।
12. गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन बेहतर सुनाई देती है।

जाँच - सोनोग्राफी एवं रेडियोलोजी, गर्भस्थ शिशु का निश्चयात्मक प्रमाण देते हैं।

3. गर्भावस्था की अन्य अवस्थाओं से पहचान (Differential diagnosis)

(क) मिथ्यागर्भाभास (Pseudocyesis)- मिथ्यागर्भाभास या अवास्तविक गर्भावस्था उस स्थिति को कहते हैं जब स्त्री में गर्भावस्था के कई चिन्ह व लक्षण दिखने लगते हैं जैसे स्तनों में परिवर्तन, बढा हुआ उदर आदि। स्त्री को लगता है कि वह गर्भवती है परन्तु वास्तव में

नहीं होती है। प्रसव संबंधी जाँच करने से पता चलता है कि गर्भावस्था के निश्चयात्मक चिन्ह अनुपस्थित है ।

निम्न अन्य परिस्थितियों को गर्भावस्था के चिन्हों से पहचाना जा सकता है-

- (ख) गर्भाशय की गाँठ (Fibroid)
- (ग) अंडाशय की गाँठ (ovarian tumour)
- (घ) भरा हुआ मूत्राशय

4. गर्भावस्था निदान का सारांश (Summary of diagnosis of pregnancy)

(क) गर्भावस्था के निश्चयात्मक चिन्ह :

- गर्भस्थ शिशु के अंग ।
- गर्भस्थ शिशु की हलचल ।
- गर्भस्थ शिशु की हृदय धड़कन ।
- सोनोग्राफी व रेडियोलोजिकल प्रमाण ।

(ख) गर्भावस्था के अनुमानित चिन्ह व लक्षण

- एमेनोरिया, -मूत्रत्याग की बारम्बारता, -प्रातः वमन, -थकाम -स्तन परिवर्तन, -त्वचा परिवर्तन, -गर्भ की हलचल ।

(ग) संभावित चिन्ह

- उदर का फैलाव, -ब्रेक्सटन-हिक संकुचन, -एक्सटरनल बेलोटमेन्ट, गर्भाशय में परिवर्तन, -जेकिमअर चिन्ह, -सर्विक्स का मुलायमपन, -ओसिएन्डर चिन्ह, -इन्टरनल बेलोटमेन्ट, -इम्यूनोलोजिकल परीक्षण ।

5. पूर्व प्रसव के चिन्ह

- स्तन अधिक लटके हुए व एरिओला की रंजकता रहती है ।
- उदरीय पेशियाँ अधिक शिथिल व त्वचा ढीली रहती है ।
- गर्भाशय की दीवार कम कड़क रहती है, गर्भाशय का आकार अंडाकार की अपेक्षा चौड़ा व गोल हो जाता है । गर्भस्थ शिशु को अधिक आसानी से परिस्पर्श किया जा सकता है ।
- पुराने स्ट्राइग्रेविडेरेम चमकदार सफेद दिखते हैं परन्तु वर्तमान गर्भावस्था के कारण ये गुलाबी दिखने लगते हैं ।
- योनि चौड़ी व अधिक विस्तीर्ण हो जाती है । केरन्कुल मिरटीफोरमिस (Carunculae myrtiformis) उपस्थित हो सकते हैं । ढीली या त्रुटिपूर्ण पेरिनियम और पूर्व फटन या एपिजिऑट
- सर्वाइकल ऑस एक दरार के समान हो जाती है जिसमें एक या दो अंगुलियाँ प्रविष्ट स्त्री में गर्भावस्था के आरंभ में यह एक छोटे पिन की नोक के आकार का छिद्र रहता है परन्तु अन्तिम माह के दौरान इसमें एक अंगुली का सिरा प्रविष्ट हो सकता है ।

6. प्रसव समय व प्रसव तिथि की गणना

व्यवहारिक उद्देश्य के लिए अन्तिम माहवारी की तारीख विश्वसनीय विधि है । अन्तिम रजोधर्म समय के पहले दिन में सात दिन जोड़कर एवं तीन महीने पीछे की ओर गिनकर या नौ महीने आगे की ओर गिनकर कुल 280 दिनों की अवधि से प्रसव की अनुमानित तारीख मालूम कर सकते हैं । उदाहरण के लिए माहवारी की अन्तिम तिथि यदि 1.03.06

है तो प्रसव की अनुमानित तारीख 8.12.06 होगी । पूर्ण गर्भावस्था होते हुए भी इस तारीख के एक सप्ताह पहले या बाद में प्रसव हो सकता है । जिनमें रजोधर्म समय अनियमित है या स्त्री अन्तिम रजोधर्म की तारीख भूल जाती है तो गर्भस्थ शिशु की हलचल होने की तारीख में 22 सप्ताह जोड़ दिये जाते हैं ।
फण्डस की ऊँचाई से भी गर्भावस्था का अनुमान हो सकता है ।

2.2.3 गर्भस्थ शिशु का गर्भाशय व श्रोणि से संबंध

इन्हें निम्न बिन्दुओं के अन्तर्गत वर्णित किया गया है -

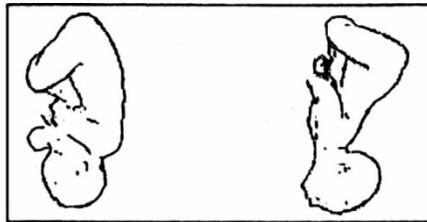
- गर्भस्थ शिशु का गर्भाशय व श्रोणि से सम्बन्ध
- गर्भस्थ शिशु की खोपड़ी
- श्रोणि (Pelvis)

(क) गर्भस्थ शिशु का गर्भाशय व श्रोणि से सम्बन्ध :

गर्भस्थ शिशु का गर्भाशय व श्रोणि से सम्बन्ध वर्णन करने के लिए परिभाषिक शब्दों का प्रयोग किया जाता है तथा उदर का परिस्पर्शन करने के बारे में सीखने से पहिले प्रसूति विज्ञान सहायिका को इनसे अवगत होना चाहिये ।

ये परिभाषिक शब्द निम्नलिखित हैं -

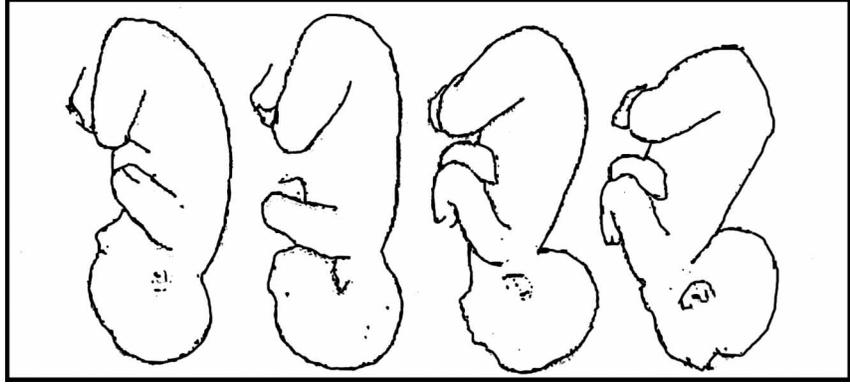
1. स्थिति (Lie)
 2. अवस्था (Attitude)
 3. गर्भप्रस्तुति (Presentation)
 4. निर्धारक अंग (Denominator)
 5. अंग स्थिति (Position)
 6. गर्भ प्रस्तुति अंग (Presentating Part)
1. स्थिति : गर्भाशय के लम्बवत् अक्ष के साथ गर्भस्थ शिशु का जो सम्बन्ध रहता है उसे स्थिति कहते हैं । यह 99.5% में लम्बवत् होती है जो कि सामान्य है । यह आड़ी या तिरछी हो सकती है जो असामान्य है ।
 2. अवस्था गर्भस्थ शिशु के हाथ, पैर व सिर का उसके धड़ के साथ सम्बन्ध अवस्था कहलाता है जो कि मोड़ (Flexion) का होना चाहिए ।



चित्र : गर्भस्थ की अवस्था (Attitude)

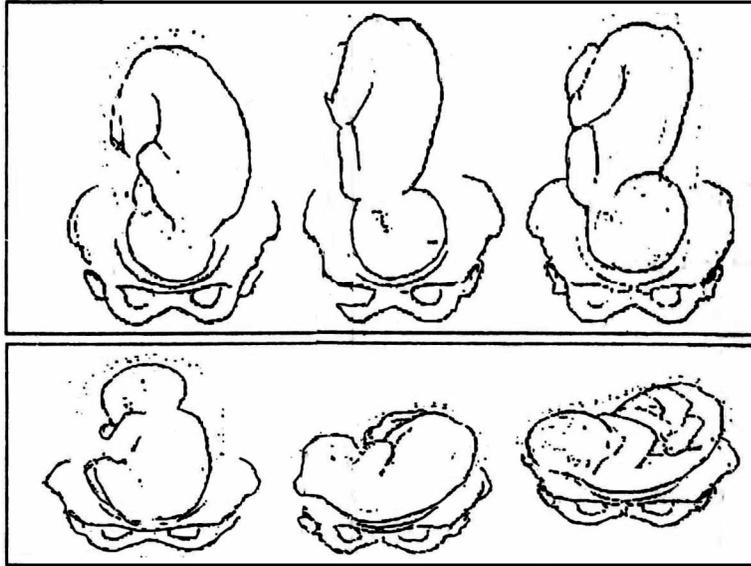
मोड़ की इस सामान्य अवस्था में परिवर्तन हो जाए तो प्रसव के दौरान कठिनाई हो सकती है ।

3. गर्भ प्रस्तुति : इसके अर्थ है कि गर्भस्थ शिशु का कौनसा अंग गर्भाशय के निचले खंड में हैं । इसके 5 प्रकार हैं-



चित्र : शीर्ष प्रस्तुति

- (i) शीर्ष प्रस्तुति (Vertex Presentation)
- (ii) नितम्ब प्रस्तुति (Breech Presentation)
- (iii) कंधा प्रस्तुति (Shoulder Presentation)
- (iv) चेहरा प्रस्तुति (Face Presentation)
- (v) भौंह प्रस्तुति (Brow Presentation)



चित्र : गर्भ प्रस्तुति की कुछ स्थितियाँ

4. निर्धारक अंग (Denominator): प्रस्तुति का वह भाग जो अंगस्थिति का निर्धारण एवं संकेत करता है -
 - शीर्ष प्रस्तुति में - निर्धारक अंग ऑक्सिपट होता है ।
 - नितम्ब प्रस्तुति में - निर्धारक अंग सेक्रम होता है ।
 - चेहरा प्रस्तुति में - निर्धारक अंग मेन्टम होता है ।
 - कंधा प्रस्तुति में - निर्धारक अंग एक्रोमिऑन उभार होता है ।
5. अंगस्थिति : श्रोणि के आन्तरिक द्वार के 6 क्षेत्रों से निर्धारक अंगों का सम्बन्ध है, जो हैं स्न है -

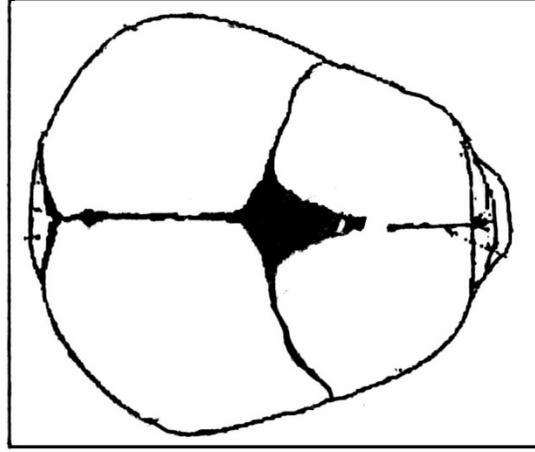
राइट लेटरल, राइट एन्टीरिअर, राइट पोस्टीरिअर, लेफ्ट लेटरल, लेफ्ट एन्टीरिअर, लेफ्ट पोस्टीरिअर।

6. गर्भप्रस्तुति अंग (Presenting Part) : गर्भप्रस्तुति अंग, वह अंग है जो प्रसव के दौरान ऑस पर स्थित रहता है ।

(ख) गर्भस्थ शिशु की खोपड़ी (Fetal Skull) : प्रसूति शास्त्र में गर्भस्थ शिशु की खोपड़ी, (Fetal Skull) का अत्यधिक महत्व है । प्रसव होने में सिर ही सबसे कठिन भाग है । खोपड़ी के सीमा चिन्हों का सही ज्ञान होने से प्रसूति विज्ञान सहायिका को कुप्रस्तुतिकरण (Malpresentation) या गर्भस्थ शिशु की खोपड़ी (Fetal Skull) एवम् श्रोणि में असमानता को पहचानने में आसानी होगी।

1. **अस्थियाँ एवं सन्धि रेखाएँ (जोड़) (Bones & Sutures) :**

गर्भस्थ शिशु की खोपड़ी (Fetal Skull) की अस्थियाँ जो प्रसूति शास्त्र में महत्व रखती हैं वे दो पेराइटल (Parietal) फ्रन्टल (Frontal) एवं ऑक्सिपिटल (Occipital) हैं ।



चित्र : सूचर दर्शाते हुए गर्भस्थ शिशु की खोपड़ी (फीटल स्कल)

खोपड़ी के वाल्ट की अस्थियों के बीच झिल्लीमय स्थान रहता है जिन्हें सन्धि रेखाएँ (Sutures) कहते हैं । ये निम्न प्रकार है-

सेजाइटल (Sagittal) सन्धि रेखा दो पेराइटल (Parietal) अस्थियों के बीच स्थित रहती है ।

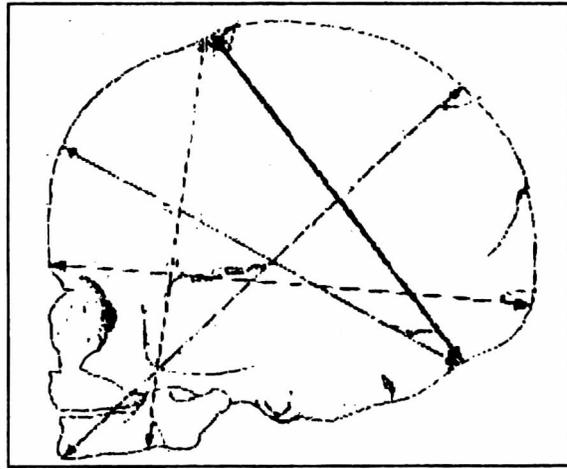
लेम्बोइडल सन्धि रेखा (Lamboidal Suture), दो पेराइटल व ऑक्सिपिटल अस्थियों को अलग करती है । कोरोनल सन्धि रेखा (Coronal Suture), दो पेराइटल व फ्रन्टल अस्थियों के बीच से जाती है व एक टेम्पल (कपनटी) दूसरे टेम्पल (कनपटी) तक रहती है । फ्रन्टल सन्धि रेखा दोनों फ्रन्टल अस्थियों को अलग करती है।

2. **फोन्टेनेल (Fontanelle) :**

जहाँ दो या अधिक सन्धि रेखाएँ मिलती हैं उनके संगम के झिल्लीमय स्थान को फोन्टेनेल (Fontanelle) कहते हैं । ये खोपड़ी पर 6 होते हैं पर प्रसूति शास्त्र की दृष्टि से दो महत्व की हैं । अगली (Anterior) व पिछली (Posterior) । अगली फोन्टेनेल समचतुर्भुजाकार व पिछली फोन्टेनेल त्रिकोणकार होती है ।

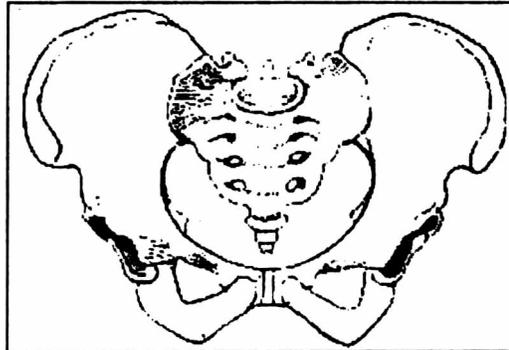
3. **खोपड़ी के क्षेत्र (Regions of Skull) :**

- वाल्ट : बड़े गुम्बज के आकार का दबने योग्य भाग है ।
- आधार (Base) : मजबूती से जुड़ी अस्थियों से बना है ।
- शीर्ष (Vertex) : वह क्षेत्र जो सामने से अगली (Anterior) फोन्टेनेल (Fontanelle) व पिछली (Posterior) फोन्टेनेल (Fontanelle) एवं बाजू से दोनों पेराइटल (Parietal) अस्थियों के उभारों से घिरा रहता है ।
- चेहरा (Face) : यह नाक की जड़ से ठुड्डी (Chin) एवं गर्दन के संगम तक का क्षेत्र है ।
- भौंह (Brow or Sinciput) : फ्रन्टल अस्थि से बना होता है व नेत्र गुहा के किनारों व केरोनल सन्धि से घिरा रहता है ।
- ऑक्सिपट (Occiput) - ऑक्सिपिटल अस्थि के ऊपर का क्षेत्र है ।
- 4. **डायमीटर्स (Diameters)** : विभिन्न डायमीटर्स चित्र में दर्शाये गये हैं ।



चित्र : डायमीटर्स

- (ग) अस्थिमय श्रोणि : श्रोणि (Pelvis) चार अस्थियों की बनी होती है - दो इनोमिनेट (Innominate) या कूल्हे की अस्थियाँ बाजू में व सामने, सेक्रम (Sacrum) व कॉक्सिक्स (Coccyx) पीछे की ओर ।



चित्र : श्रोणि

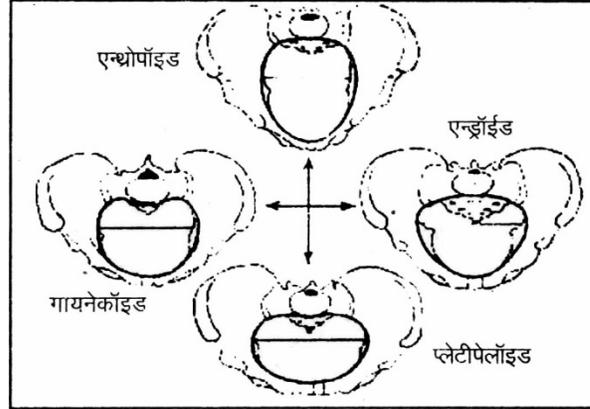
कूल्हे की अस्थि के तीन भाग होते हैं - इलियम (Ilium), इस्चियम (Ischium) व प्यूबिस (Pubis) ।

- श्रोणि : अस्थिमय श्रोणि दो भागों में विभाजित रहती है -

अवास्तविक श्रोणि (false Pelvis) : वास्तविक श्रोणि के आन्तरिक द्वार का ऊपरी भाग अवास्तविक श्रोणि है। इसका प्रसव सम्बन्धी महत्व कम है।

- वास्तविक श्रोणि (True Pelvis) : मुड़ा हुआ अस्थिमय मार्ग है, जिसमें से जन्म की प्रक्रिया के दौरान गर्भस्थ शिशु को निकलना होता है। इसमें एक आन्तरिक द्वार, गुहिका व बाह्य द्वार होते हैं।

श्रोणि के चार मुख्य प्रकार (Four Basis Types of pelvis) : श्रोणि के आन्तरिक द्वार के अनुसार स्त्री की श्रोणि के चार मुख्य वर्ग हैं -



चित्र : श्रोणि के प्रकार

- गायनेकोइड (Gynaecoid) : इसमें आंतरिक द्वार गोल होता है।
- एन्ड्रोइड (Android) : आन्तरिक द्वार हृदय के आकार का होता है।
- एन्थ्रोपॉइड (Anthropoid) : आंतरिक द्वार अडाकार व ट्रान्सवर्स डायमीटर सँकरी होती है।
- प्लेटीपेलॉइड (Platypelloid) : जिसका आंतरिक द्वार गुर्दे के आकार का व एन्टीरोपोस्टीरिअर डायमीटर संकरा होता है।
- मिश्रित श्रोणि : उपरोक्त श्रोणि का मिश्रण पाया जाता है।
(नोट. श्रोणि के विस्तृत विवरण हेतु इसी अध्याय की प्रथम इकाई तथा COAI की इकाई 6 भी संदर्भित करें)

2.3 प्रसवपूर्व देखभाल (Ante Natal Care- ANC)

गर्भावस्था के दौरान गर्भवती महिला की उपयुक्त जांच व उचित सलाह प्रदान करने को प्रसवपूर्व देखभाल (Antenatal care) कहा जाता है।

2.3.1 गर्भवती महिला का इतिवृत्त (History)

इसे बिन्दुओं के अन्तर्गत वर्णित किया गया है :

- इतिवृत्त लेने की पद्धति
- परिचय
- वर्तमान गर्भावस्था
- प्रसव संबंधी विवरण
- चिकित्सीय विवरण

- पारिवारिक विवरण
- व्यक्तिगत विवरण
- (i) **विवरण लेने की पद्धति** - विवरण लेने के लिए धैर्य व चतुराई की जरूरत होती है । आसान भाषा का प्रयोग करना चाहिए । सर्वप्रथम मुख्य तकलीफों के बारे में पूछना चाहिए ।
- (ii) **परिचय** - नाम, पति का नाम, उम्र, जाति, पता व व्यवसाय पूछा जाता है । अगर महिला की उम्र 18 से कम व 35 से अधिक है तब जटिलताएं होने की संभावना अधिक होती है ।
- (iii) **वर्तमान गर्भावस्था**
 - मासिक या रजोधर्म विवरण अंतिम माहवारी की तारीख से प्रसव समय की गणना करते हैं अथवा गर्भस्थ शिशु की हलचल होने की तारीख से प्रसव समय की गणना करते हैं ।
 - शादी के बाद का काल (Married life) : अगर शादी के बहुत वर्षों के बाद गर्भावस्था हो तो यह महत्वपूर्ण मानी जाती है।
 - वर्तमान गर्भावस्था प्रत्येक विजिट में स्वास्थ्य जानकारी लेनी चाहिए व जोखिम के निम्न लक्षणों के बारे में पूछना चाहिए-

उदाहरणार्थ :- गर्भावस्था में किसी भी समय पेट दर्द, गर्भावस्था में किसी भी समय रक्तस्राव, साँस फूलना, अत्यधिक थकावट, चक्कर आना, चेहरे व शरीर पर सूजन, अँगूठी का कसना, तेज सिर दर्द, दृष्टि में कमी, बुखार आदि ।

 - पेट के अंदर बच्चे की हलचल महसूस हो रही है, पूछना चाहिए ।
 - सेवन की गई दवाइयों व रिएक्शन के बारे में पूछना चाहिए चूँकि गर्भधारण के छह सप्ताह पहले एवम् गर्भावस्था के दौरान सेवन की गई दवाइयों के दुष्प्रभाव सम्भव हैं ।
- (iv) **प्रसव सम्बंधी विवरण**

प्रसव सम्बंधी विवरण से पूर्व निम्न शब्दावलियों से भी प्रसूति विज्ञान सहायिका को परिचित होना चाहिये :

 - **गर्भा (ग्रेविडा)(Gravida)**- गर्भा अवधि से अप्रभावित वर्तमान एवं भूत गर्भावस्था को दर्शाया जाता है । उदाहरणार्थ प्रथम गर्भा या प्राइमीग्रेविडा (G1)
 - **प्रसवा (पैरा)** - इससे भूत गर्भावस्था को जीवित रहने योग्य अवधि (Viability) के बाद प्रसव होने पर दर्शाया जाता है । उदाहरणार्थ P1 यानि पहले एक बच्चा हो चुका है ।
 - **वयस्क प्रथमगर्भा (Eldery Primigravida)** - प्रथमगर्भा की आयु 35 वर्ष या अधिक होने पर वयस्क प्रथमगर्भा कहा जाता है ।
 - **महाबहु प्रसवा (The Grand Mullipara)** - जो पूर्व में चार या अधिक शिशुओं को जन्म दे चुकी है ।

पूर्व गर्भावस्था, प्रसव एवं सूतिकावस्था का विवरण रखने से वर्तमान परिस्थिति में क्या हो सकता है, इसका अनुमान हो जाता है व जटिलताओं की समय पर रोकथाम व उपचार सम्भव है।
- (क) **पूर्वगर्भावस्था एवं पूर्वप्रसव (Previous labour) का विस्तृत विवरण प्राप्त करना चाहिये । एक उदाहरण यहां दिया जा रहा है :**

संख्या	वर्ष व तारीख	गर्भावस्था घटनाक्रम	प्रसव घटनाक्रम	प्रसव तारीका	सूतिकावस्था	शिशु
	2001,14 मार्च	गर्भपात 8 सप्ताह		MTP	सामान्य	
	2002,14 मार्च	सामान्य	सामान्य अस्पताल	स्वतः वैजाइन ल	सामान्य स्तनपान 6 माह	लड़का वजन 2.800 ग्राम
दो नों शि	2004, 25 दिसम्बर	सामान्य	सामान्य अस्पताल	स्वतः वैजाइन ल	सामान्य स्तनपान 3 माह	लड़की वजन 3.0 ग्राम

शु का पूर्ण टीकाकरण समयानुसार किया गया ।

कुल कितनी बार गर्भ धारण किया गया, जीवित व मृत बच्चों की संख्या, आखिरी बच्चे को जन्म कब दिया अथवा आखिरी गर्भपात की तारीख, सभी का विवरण क्रमवार अंकित किया जाना चाहिये ।

- **पूर्वागर्भावस्था सामान्य थी या नहीं** : निम्न बिन्दुओं के बारे में पूछताछ करनी चाहिए ।
 - गर्भावस्था में विषाक्तता (Toxemia\Prwwclampsia\Eclampsia)
 - गर्भावस्था में रक्तस्राव (APH)
 - प्रसव समय से, समय पूर्व या पश्चात हुआ ।
 - क्या प्रसव में ज्यादा समय लगा था? क्या वह सिर-श्रोणि की असमानता के कारण (Cephalopelvic disproportion) था?
 - यदि पहले आपरेशन सीजेरियन हुआ तो क्यों, कहीं हुआ?
 - तृतीय श्रेणी फटन (3rd degree perineal tear) सूचित करती है कि एपिजिओटॉमी की जरूरत है ताकि पेरिनियम में फिर से फटन न हो ।
 - प्रसव पश्चात रक्तस्राव या एडहेरेन्ट प्लेसेन्टा का विवरण हो तो ऐसी दुर्घटना पुनः होने की रोकथाम के लिए अस्पताल में भर्ती कराना जरूरी होगा ।

(ख) पूर्व सूतिकावस्था (Previous Puerperium)

सूतिकावस्था के दौरान स्वास्थ्य के ठीक होने का निर्धारण स्त्री से यह पूछ कर किया जा सकता है कि क्या उस समय के दौरान वह अच्छा महसूस कर रही थी या नहीं जटिलताएं जैसे कि शिरीय थ्रोम्बोसिस या सेप्सिस अथवा सूतिकावस्था संक्रमण के बारे में, प्रायः चतुराई से प्रश्न पूछने पर ही मालूम होता है ।

(ग) पूर्व शिशु (Previous Babies)

सामान्य आकार के जीवित व स्वस्थ शिशुओं के बारे में प्रायः रिकॉर्ड रखा जाता है । यदि पहले बालक का वजन 4 किलोग्राम से अधिक था तो यह जरूरी हो जाता है, कि

स्त्री के मूत्र की जांच शर्करा के लिए करें ताकि यह पता चल जायेगा कि मधुमेह है या नहीं, कुछ ग्लूकोज टॉलरेन्स टेस्ट भी करते हैं ।

(घ) **मृत जन्म (Still Birth)**

मृत जात या मृत जन्म का विवरण होने से और पूर्व रिकॉर्ड उपलब्ध न होने से सावधानी पूर्वक प्रश्न पूछने चाहिये और नवजात की मृत्यु के कारण की जाँच करनी चाहिये ।

यदि कोई भी जीवित बालक नहीं है या बार-बार समय से पूर्व बालक हुए हो या उन्हें गम्भीर पीलिया हुआ हो तो डॉक्टर को सूचित करना चाहिये ताकि वह ऐसे अस्पताल में प्रसव कराने की सलाह देगा जहाँ शीघ्र एवं विशिष्ट उपचार करने के साधन उपलब्ध होते हैं ताकि शिशु के जीवन की रक्षा हो सके ।

(v) **चिकित्सीय विवरण**

अभी व पूर्व में किसी भी प्रकार की बीमारी हो तो पूर्व जानकारी ले जैसे कि हृदय की बीमारी, मलेरिया, मधुमेह, थाइराइड की बीमारी इत्यादि । पूर्व बीमारी के कारण किसी अंग को क्षति पहुँचती है तो उसका परिणाम गर्भावस्था या प्रसव पर होता है । एन्टीरियर पोलियोमाइलाइटिस या कूल्हे एवम् रीढ़ के क्षय रोग के कारण उत्पन्न विकृतियाँ भी हो सकती हैं; या रूमेटिक संक्रमण के कारण उत्पन्न हृदय बीमारियाँ भी हो सकती हैं । नेफ्राइटिस (गुर्दे की बीमारी) जैसी बीमारियाँ गर्भावस्था के कारण बढ जाती हैं । पुरानी दुर्घटनाएं या श्रोणि के ऑपरेशन का गर्भावस्था पर प्रभाव हो सकता है । यह भी पूछना चाहिये कि उन्हें बचपन में या कभी रक्ताधान (Blood Transfusion) तो नहीं मिला है क्योंकि Rh निगेटिव स्त्रियों में आर एच एलोइम्यूनाइजेशन होने की संभावना होती है ।

(vi) **पारिवारिक विवरण**

कई परिवारों में कुछ आनुवांशिक बीमारियाँ होती हैं अतः निम्न बिन्दुओं पर पारिवारिक जानकारी एकत्रित करें- मधुमेह, उच्च रक्तचाप, जुडवां बच्चे, मानसिक विकार व जन्म से विकृत बच्चा, यदि माता-पिता, भाई बहिन की मृत्यु हो गई तो मृत्यु का कारण ।

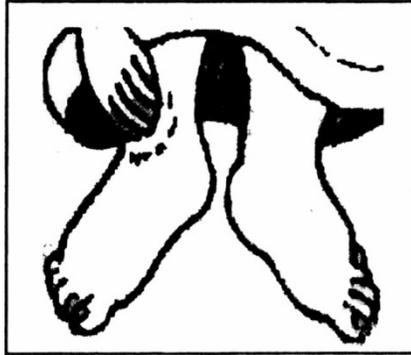
- **व्यक्तिगत विवरण** : आहार सम्बन्धी विवरण-गर्भवती पौष्टिक आहार ले रही है या नहीं, जानना चाहिए । आदत सम्बन्धी विवरण- गर्भवती सिगरेट, शराब या अन्य नशे का सेवन तो नहीं कर रही, जानना चाहिए । गर्भवती के व्यवसाय, सामाजिक व आर्थिक स्तर के बारे में भी जानना चाहिए ।

(vii) **गर्भवती, स्त्री का परीक्षण**

(क) **सामान्य शारीरिक परीक्षण (General Physical Examination)** : सामान्य शारीरिक गठन देखा-जाता है ।

- चाल : जैसे महिला कमरे में आती है, उसकी चाल देखिए । अगर पीठ में उसे तकलीफ है अथवा कटिबंध की हड्डी - या टाँगों में तकलीफ है (जैसे पोलियो) तो वह सामान्यतः नीचे से डिलीवरी देने में सक्षम नहीं होगी ।
- कद अगर लम्बाई 145 सेन्टीमीटर से कम है तो उसकी कटिबन्ध की हड्डी छोटी होगी । छोटे कद (145 सेंटीमीटर से कम) की महिलाओं को कम वजन के बच्चे होने और प्रसव अवरोध होने का खतरा है ।

- वजन : हर विजिट के समय वजन अंकित किया जाना चाहिए ।
पूरे गर्भावस्था काल में 10-12 किलो वजन बढ़ता है ।
- पहले तीन माह में 1-2 किलो हर माह
- दूसरे तीन माह में 1-2 किलो हर 15 दिन में
- तीसरे तीन माह में 1-2 किलो हर 7 दिन में
- वजन का अत्यधिक कम या ज्यादा खतरे का चिन्ह है ।
- सफेदपन (Pallor) से एनीमिआ (रक्त अल्पता) की उपस्थिति की सूचना मिलती है । यह होंठ, जीभ, नीचे की पलकों की भीतरी सतह, नाखून व हथेली पर देखा जा सकता है ।
- पीलिया-यह आंख व जीभ की निचली सतह पर देख सकते हैं ।
- दाँत-केरीज के लिए मुँह का परीक्षण करना चाहिए ।
- स्तन-गर्भावस्था के चिन्हों के लिए इनका परीक्षण किया जाता है व यदि कोई ऐसी स्थिति दिखे (जैसे फटे एव धंसे निप्पल (Cracked and retracted Nipple) जो कि दुग्धक्षरण में कठिनाई पैदा करे तो उपयुक्त सलाह देनी चाहिए ।
- शरीर पर सूजन
- चेहरे का फूलापन
- अँगुलियों में सूजन



चित्र : पैरों में सूजन देखना

- पेट पर सूजन (बच्चे की दिल की धड़कन सुनने के लिए जो फीटोस्कोप लगाया जाता है उसके निशान, पेट पर पाये जाना)
 - पावों पर सूजन-एडी के जोड़ के आगे वाले हिस्से पर अच्छा प्रेशर देकर देखें कि पात्र में गड़ढा पड रहा है या नहीं (दवाब 15-20 सेकंड के लिए रखिए)
- ईडिमा के कारण- 1 सामान्यतः 2 विषाक्तता 3 खून या प्रोटीन की कमी 4 दिल फेल 5 गुर्दे की बीमारी इत्यादि ।

(ख) जीवन के चिन्ह (Vital Signs)

1. नाड़ी (Pulse) यह अंगूठे के ऊपर रेडियस हड्डी के नीचे भाग पर महसूस की जा सकती है व सामान्यतः एक मिनट में 72 होती है ।
2. श्वसन गति सामान्यतः एक मिनट में 14-18 होती है ।
3. तापमान सामान्यतः 98.6 डिग्री F होता है ।

4. रक्तचाप (Blood Pressure) : प्रथम भेंट के समय सामान्य स्तर ज्ञात करने के लिए रक्तदाब लिया जाता है । इसके बाद प्रत्येक भेंट में रक्तचाप लेना चाहिए क्योंकि गर्भावस्था के उत्तरार्द्ध में रक्तदाब बढ़ जाता है तथा यह प्रीएक्लेम्पसीया का प्रारंभिक चिन्ह है ।

130\80 रक्तचाप को शंकास्पद और 140\90 रक्तचाप को रोगात्मक माना जाता है । निरन्तर रूप से बढ़ता हुआ डाइस्टॉलिक रक्तचाप महत्वपूर्ण हो सकता है । इसलिए उस स्त्री को प्रत्येक सप्ताह में देखना चाहिए । जब रक्तचाप लिया जाता है । तो स्त्री को अर्ध-लेटी स्थिति में रहना चाहिए और यदि नाड़ी की गति एवं रक्तचाप बढ़ जाता है तो यह घबराहट व्याकुलता के कारण हो सकती है तब इस परीक्षण को 20 मिनट बाद फिर करना चाहिए ।

(नोट COA II की इकाई 4 का भी अवलोकन करे ।)

(ग) प्रासविक परीक्षण

- उदरीय परीक्षण (Abdominal Examination)

विधियां : निरीक्षण, परिस्पर्श, परिश्रवण (Inspection, Palpation, Auscultation)

उदरीय परीक्षण की विधि (Method of Abdominal Examination)

- पेट देखने से पहले आवश्यक है कि महिला पेशाब करे, मूत्राशय खाली होना चाहिए ।
- उसे पीठ के बल लेटना चाहिए और घुटने तथा कटिबंध के जोड़ कुछ अधूरी सिकुड़ी स्थिति में रखें ।

(i) उदरीय निरीक्षण (Abdominal Inspection)

1. गर्भाशय का आकार :

गर्भाशय के आकार का निर्धारण निरीक्षण के द्वारा हो सकता है । बहु गर्भावस्था, पॉलिहाउट्रेम्निऑस, गर्भाशय की लम्बाई एवं चौड़ाई बढ़ा देते हैं जबकि बड़े शिशु के कारण सिर्फ लम्बाई ही बढ़ती है ।

2. गर्भाशय की आकृति :

जब गर्भावस्था शिशु की स्थिति लम्बवत होती है तब गर्भाशय की आकृति लम्बवत रूप में अण्डाकार होती है । जब गर्भस्थ शिशु की स्थिति आड़ी रहती है तो गर्भाशय की आकृति आड़े रूप से अण्डाकार रहती है । बहु प्रसूता गर्भाशय (Multiparous Uterus) की आकृति, प्रथम गर्भा की अण्डाकार आकृति के समान नहीं रहती है ।

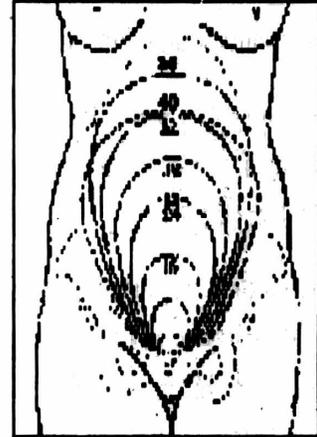
3. उदरीय दीवार की रूपरेखा : लटका हुआ उदर बहु प्रसूता स्त्री में सामान्यतः देखा जाता है।

4. त्वचा में परिवर्तन : स्टाइग्रेविडेरम, लिनियानाड्या दिखाई देते हैं ।

5. पूर्व में हुई शल्य क्रिया के चिन्ह दिखाई देते हैं ।

(ii) उदरीय परिस्पर्श (Abdominal Palpation)

गर्भाशय की ऊँचाई नापना : गर्भाशय की ऊँचाई व गर्भावस्था का परस्पर सम्बन्ध चित्र में दर्शाया गया है ।



चित्र : उदरीय परिस्पर्श

गर्भाशय का ऊपरी तरफ गोलाई का भाग "फण्डस" कहलाता है ।

"फण्डस" की ऊँचाई और गर्भाशय का काल :

12 सप्ताह - सिम्फाइसिस प्यूबिस पर ।

16 सप्ताह - सिम्फाइसिस प्यूबिस और नाभि के बीच ऊपरी दो तिहाई व निचले एक तिहाई लेवल पर ।

20 सप्ताह - सिम्फाइसिस प्यूबिस और नाभि के बीच ऊपरी एक तिहाई व निचले दो तिहाई लेवल पर ।

24 सप्ताह - नाभि के लेवल पर ।

नाभि और जिफिस्टरनम के बीच का अन्तर तीन भागों में बांटा जाए :

32 सप्ताह - नाभि और जिफिस्टरनम के बीच ऊपरी तिहाई व बीच के तिहाई के बीचों बीच ।

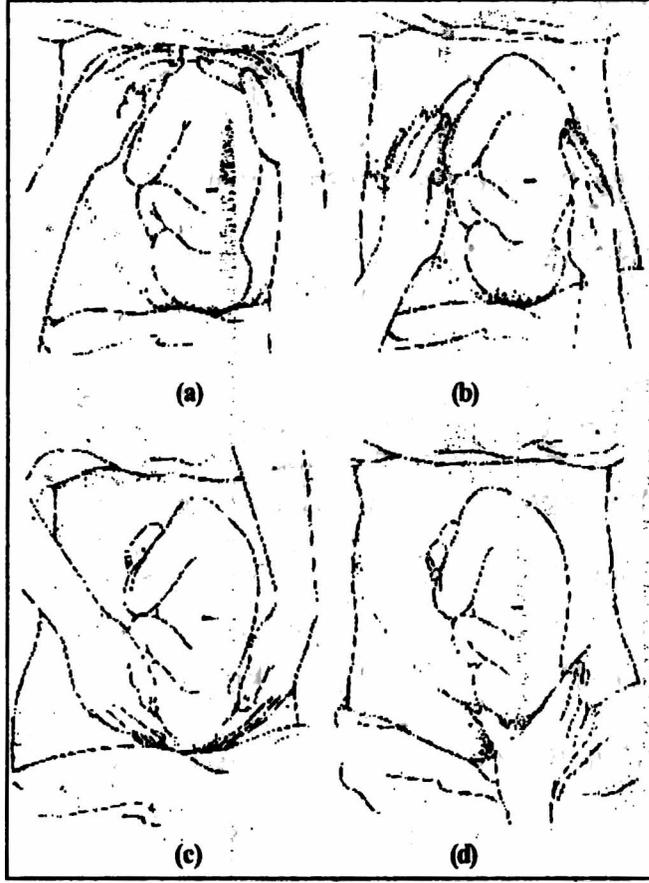
36 सप्ताह - जिफिस्टरनम के ठीक नीचे ।

40 सप्ताह - "फण्डस" की ऊँचाई 32 सप्ताह वाली जगह आ जाती है मगर पेट की दोनों तरफ की बाजूवाला भाग भर जाता है ।

- ग्रिप (Obsterics Grips)

गर्भाशय मे शिशु किस प्रकार लेटा है जानने के लिए आप निम्न तरह जाँच करें -

1. प्रथम फंडल ग्रिप - सावधानी से धीमे से गर्भाशय के फंडस को दोनों हाथों से महसूस करें और देखिए कि शिशु कौनसा हिस्सा फंडल हिस्से में है । (चित्र 8)
2. द्वितीय लेट्रल ग्रिप - गर्भाशय के दोनों तरफ एक ओर दाँया, दूसरी ओर बाँया हाथ लगाकर आप यह जानने की कोशिश कीजिए कि शिशु का पीठ वाला हिस्सा तथा हाथ पैर किस तरफ हैं । पीठ वाला हिस्सा बिल्कुल सीधा महसूस होगा तथा हाथ पैर छोटे-छोटे गोल गठानों जैसे महसूस होंगे । ऐसा करते समय शिशु की हलचल भी आप महसूस करेंगे ।



चित्र : ग्रिप

3. तृतीय सुपरफीशियल पेलविक ग्रिप - आप अपना दाहिना हाथ सिम्फाइसिस प्यूबिस के ऊपर पूरी तरफ फैलाइये। बच्चे का भाग आप अँगूठा एवं अन्य अँगुलियों के बीच पकड़ पाओगे। साथ ही यह भी देखिए कि पेलविक ग्रिप के ऊपर का भाग कितना हिल सकता है। (चित्र C)
 4. चतुर्थ डीप पेलविक ग्रिप - आप अपना मुँह महिला के पैरों की तरफ घुमाये और गर्भाशय के दोनों तरफ हाथ रखिए, हाथों को नीचे की ओर ले जायें तथा दोनों हाथों की अँगुलियों के मध्यभाग में रखते हुए शिशु का निचला हिस्सा हाथों से महसूस करें। साधारण-तौर पर सिर बड़े तथा गोल आकार का जरा कड़क महसूस होता है तथा पानी में डाली हुई कोई चीज जैसा दोनों तरफ हिलाया जा सकता है। अगर सिर का भार पेलविस में स्थिर हुआ है तथा यह सुनिश्चित नहीं हो पा रहा है कि निचले हिस्से में क्या है तो दोनों हाथों की अँगुलियों को नीचे एवम् अन्दर की ओर घुमाइये जब तक कि वे पेलविक ग्रिप की गहराई में समायी जाए। (चित्र d)
- (iii) **परिश्रवण (Auscultation)**
स्टेथोस्कोप से, फीटोस्कोप से, आवाज सुनकर अधिक जानकारी प्राप्त करने को परिश्रवण कहते हैं। आप इससे शिशु के हृदय की गति का पता लगा सकते हैं। इस काम में फीटोस्कोप की विशेष उपयुक्तता होती है। शिशु के हृदय की गति सामान्यतः प्रति

मिनट 120 से 160 होती है। इससे ऊपर या नीचे की गति बच्चे को कोई बीमारी या संकट का एहसास कराती है। बच्चे की पीठ की तरफ फीटोस्कोप रखने से उसके हृदय की गति का पता अच्छी तरह लगाया जा सकता है।

(घ) आमतौर पर की जाने वाले जाँचें :

1. रक्त परीक्षण : हीमोग्लोबिन का अनुमापन किया जाता है क्योंकि शिशु धारण वाली स्त्रियाँ एनीमिआ से पीड़ित रहती हैं। (नोट :COA II की इकाई 4 देखे।)
- रक्त समूह निर्धारण : ABO का रक्तस्राव का जोखिम रहता है इसलिए यदि रक्ताधान की आवश्यकता हुई तो अनुकूल रक्त दिया जा सके। माता और गर्भस्थ शिशु के ABO रक्त समूहों में असामनता (Incompatibility) हो सकती है और नवजात शिशु में कम गम्भीर प्रकार की हीमोलाइटिक बीमारी पैदा हो जाती है।
- Rh (आर. एच.) फैक्टर निगेटिव है या पॉजिटिव, इसका निर्धारण करने के लिए प्रत्येक गर्भवती स्त्री का रक्त परीक्षण करना चाहिए।
2. पेशाब की जाँच एलब्यूमिन एवं शुगर के लिए यह हर ए.एन.सी. विजिट के दौरान होना आवश्यक है। इस हेतु यूरिस्टिक्स पद्धति का उपयोग किया जाता है। (नोट : COA II की इकाई 4 देखें।)
3. अन्य जाँचें : सोनोग्राफी इत्यादि चिकित्सकीय सलाह के अनुसार करायी जानी चाहिए।
नोट : प्रसव पूर्व निदान तकनीक अधिनियम 1994 (PNDT Act 1994) के अन्तर्गत जन्म से पहले शिशु के लिंग की जांच अथवा बालिका हत्या के लिए लिंग परीक्षण करना, करवाना, इसके लिए सहयोग देना व विज्ञापन करना कानूनी अपराध है। जिसमें 3 से 5 वर्ष की जेल व 10,000 से 15,000 रुपये तक जुर्माना हो सकता है।

2.3.2 प्रसव पूर्व गर्भस्थ शिशु की स्वस्थता जाँचना (Antenatal Assessment of Fetal Well Being)

प्रसव पूर्व गर्भस्थ शिशु की स्वस्थता की जाँच निम्न बिन्दुओं के आधार पर की जा सकती है -

1. माता का वजन सामान्य रूप से बढ़ना।
2. गर्भावस्था के आकार व फण्डल ऊँचाई में वृद्धि।
3. दैनिक गर्भस्थ हलचल।
गर्भस्थ शिशु की सक्रियता और स्वस्थता का निर्धारण करने के लिए गर्भवती स्त्री को महसूस होने वाली पाद चलन की हलचल गर्भधारण के 30वें से 40वें सप्ताह के दौरान उसे घर पर ही रिकॉर्ड करने की सलाह दी जाती है। प्रतिदिन 12 घंटे की अवधि में हलचल कम से कम 10 होनी चाहिए। इस हेतु प्रतिदिन दिन में तीन बार एक-एक घंटे के लिए गणना की जाती है व कुल गणना को चार से गुणा कर दिया जाता है। यह उल्लेखनीय है कि गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन बंद होने के 24-48 घंटे पूर्व ही गर्भस्थ शिशु की हलचल होना प्रायः बंद हो जाती है।
4. परिश्रवण द्वारा शिशु की धड़कन सुनना।
5. अन्य लेबोरेट्री जाँचें व सोनोग्राफी।

2.3.3 गर्भवती को सलाह (Antenatal Advice)

यह निम्न बिन्दुओं के आधार पर प्रदान की जाती है

- शीघ्र पंजीकरण व नियमित जाँच ।
- आहार
- आयरन व फॉलिकएसिड युक्त गोलियाँ ।
- आराम एवं नींद
- ताजी हवा एवं सूर्य का प्रकाश
- व्यायाम
- यात्रा
- अनुकूल कपड़े, जूते व बेल्ट
- मल त्याग / शौच क्रिया
- दाँतों की देखभाल
- स्तनों की देखभाल स्नान
- दाम्पत्य सम्बन्ध
- धूम्रपान और शराब
- टीकाकरण (टेटनेस)
- चेतावनी
- दवाइयों का सेवन

इन पर आधारित कुछ तथ्य निम्न प्रकार है :

1. गर्भधारण के पश्चात शीघ्र पंजीकरण व नियमित चैकअप कराना चाहिए । सभी गर्भवती महिलाओं को निकटतम चिकित्सालय अथवा स्वास्थ्य केन्द्र की जानकारी दी जानी चाहिए जहाँ उन्हें आकस्मिक संकट हो जाने पर ले जाया जा सके । वाहन इत्यादि की भी व्यवस्था रखनी चाहिए ।
2. **आहार** - गर्भ में पल रहे बच्चे की वृद्धि के लिए माता को पौष्टिक व पर्याप्त भोजन करना चाहिए । उसे अधिक मात्रा में हरे पत्ते वाली सब्जियाँ, दालें और गुड़ का सेवन करना चाहिए, जिसमें अधिक लौह तत्व होते हैं ।
3. **आराम व नींद** : माँ को विश्राम की आवश्यकता होती है । उसे भारी काम नहीं करने चाहिए । उसे दोपहर बाद लगभग 2 घंटे का करवट से विश्राम और रात में कम से कम 4-5 घंटे की नींद लेने की सलाह दें ।
4. **आयरन (लौह) फॉलिक एसिड युक्त गोलियाँ** : गर्भावस्था के द्वितीय चरण से तृतीय चरण तक, सभी महिलाओं को ये गोलियाँ खानी चाहिए, जिससे खून की कमी होने की सम्भावना को रोका जा सके । सरकार की तरफ से प्रत्येक गर्भवती के लिए 100 गोलियाँ वितरित की जाती हैं । प्रसूति विज्ञान सहायिका को इनके वितरण में सक्रिय सहयोग देना चाहिए ।
5. **ताजी हवा एवं सूर्य का प्रकाश** : गर्भवती स्त्रियों को प्रतिदिन दो घंटे ताजी हवा में बिताना चाहिए । यदि उन्हें ध्यान दिलाया जाय कि शिशु को जन्म के पहले और बाद में प्रतिदिन ताजी हवा की जरूरत होती है तो ही वे बाहर घूमने जायेंगी ।

6. **व्यायाम** : व्यायाम के विभिन्न आयाम सोचे गये हैं ताकि आसान प्रसव एवं श्रोणीय जोड़ों को लचीला बनाया रखा जा सके । कुछ निदान गृहों में कज़ाएँ चलती हैं जहाँ स्वस्थ रहने के लिए स्त्रियों को व्यायाम सिखाये जाते हैं और यह भी बताया जाता है कि अच्छी स्थिति किस प्रकार बनाये रखें ।
7. **यात्रा** : रेल या मोटर से लम्बी यात्रा करते समय चिकित्सक सलाह लेनी चाहिए । अतिसंवेदनशील स्त्रियों में पहले तीन महीने के दौरान झटके एवं उत्तेजना से गर्भपात होने की संभावना रहती है, और समय से पूर्व प्रसव भी हो सकता है । अधिकांश अन्तर्राष्ट्रीय हवाई सेवाएँ गर्भवती स्त्रियों को नवें सप्ताह बाद हवाई यात्रा की अनुमति नहीं देती हैं और राष्ट्रीय हवाई सेवाएँ 35वें सप्ताह बाद । 28वें सप्ताह बाद महिला चिकित्सक से हवाई यात्रा करने का अनुमति पत्र और प्रसव की भावी तारीख (EDD) का प्रमाण पत्र प्राप्त कर लेना चाहिए ।
8. **अनुकूल कपड़े, जूते व बेल्ट** : गर्भावस्था के दौरान ढीले आरामदायक कपड़े पहिनने चाहिए । अनुकूल जूते जिनकी एडी (Heel) 4-5 सेंमी. एवम् तला (Base) चौड़ा हो । पतली एवम् ऊँची एडी से शरीर का भार संभालने में थकान महसूस होने लगती है । बहुप्रसवा स्त्रियों में उदरीय पेशियाँ शिथिल होती हैं जिसके कारण गर्भाशय आगे की ओर झुक जाता है जो कि अनुकूल सहारा देने वाले बेल्ट या कोरसेट्स पहनने से ठीक रहता है।
9. **शौच क्रिया** : गर्भावस्था के दौरान प्रायः कब्ज की शिकायत रहती है । बिना विरेचक (Laxative) लिए प्रतिदिन मलत्याग होना चाहिए । साधारण उपचार जैसे एक गिलास कुनकुना पानी, सुबह उठते समय पीना तथा मलत्याग की नियमित आदत से प्रायः सहायता मिलती है ।
10. **दाँतों की देखभाल** : इसमें मुख तथा दाँतों की दैनिक देखभाल शामिल है ।
11. **स्तनों की देखभाल** : गर्भावस्था के दौरान स्तनों की उचित देखभाल करनी चाहिए ताकि भविष्य में स्तनपान कराने में कठिनाई न हो । यदि स्तनाग्र (Nipple) दबे हुए या धंसे हुए हों तो उनको बाहर की ओर खींचना चाहिए ।
12. **स्नान** : त्वचा एक उत्सर्जन अंग है जिसे गर्भावस्था के दौरान सक्रिय रखना चाहिए । गर्भवती को प्रतिदिन स्नान करना चाहिए ।
13. **दाम्पत्य संबंध** : जिन स्त्रियों में गर्भपात का विवरण है, उन्हें गर्भावस्था के आरंभिक महीनों में सभोग नहीं करना चाहिए ।
14. **धूमपान व शराब सेवन** : गर्भावस्था के दौरान धूमपान व शराब का सेवन नहीं करना चाहिए क्योंकि दोनों ही गर्भस्थ शिशु पर दुष्प्रभाव डालते हैं ।
15. **टेटनस टोक्साईड (TT) का टीका** : गर्भवती को समझाना चाहिए कि धनुर्वात (टेटनस) एक खतरनाक बीमारी है, इससे माँ व बच्चे की मौत हो सकती है । अतः टेटनस निरोधक टीका (टेटनस टोक्साईड टीकाकरण) सभी गर्भवती महिला को सही समय पर लगवाना चाहिए । यह टीका अन्तःपेशीय (IM) हाथ या कूल्हे पर लगाया जाता है । इसकी डोज 0.5 मि.ली. होती है ।
- पहला इंजेक्शन गर्भवती महिला को गर्भ का पता लगते ही लगाया जाता है ।

- दूसरा टीका एक माह बाद लगता है ।
 - यह सुनिश्चित करें कि डिलीवरी से एक माह पूर्व यह टीकाकरण का कार्य पूरा होना चाहिए ।
 - इंजेक्शन के बाद थोड़ा सा दर्द एक या दो दिन बुखार हो सकता है ।
16. **चेतावनी** : गर्भवती स्त्री को यह कहना आवश्यक है कि वह कोई भी असामान्य लक्षणों की तुरन्त सूचना दे, क्योंकि यथासमय उपचार से बड़ी जटिलताओं का निवारण हो सकता है ।
- यदि उसे अस्वस्थता महसूस हो, योनिमार्ग से रक्तस्राव होने लगे, चेहरे या हाथ पर सूजन हो या तेज सिर दर्द हो तो तुरन्त डॉक्टर को दिखाना चाहिए ।
17. **दवाईयों का सेवन** : गर्भवती स्त्री को चेतावनी देनी चाहिए कि गर्भावस्था के दौरान डॉक्टर के आदेश के बिना कोई दवा न लें । विशेषतः प्रथम सप्ताहों के दौरान भ्रूण जोखिम में रहता है । प्रसूति विज्ञान सहायिका को ए.एन.एम. अथवा महिला चिकित्सक के निर्देशानुसार ही औषधि प्रयोग करना चाहिये ।
- (नोट गर्भावस्था / प्रसूता के व्यक्तिगत स्वास्थ्य की रक्षा हेतु अन्य विवरण COA II की इकाई 2 में दिया गया है ।)

2.4 प्रसव पूर्व अवस्था की जटिलताएँ, योग्य परामर्श एवं उनका प्राथमिक उपचार

इनमें जोखिम भरी स्थितियाँ, गर्भावस्था के लघु विकार जैसे : प्रातःवमन, अल्म शूल, कमर दर्द, स्फिक्त शिराएँ, बवासीर, कब्जियत, त्वचा पर खुजलाहट, आदि गर्भावस्था की असामान्यताएँ : गर्भपात (Abortion), अस्थानिक गर्भधारण (Ectopic Pregnancy), हाइडेटिफॉर्म मोल इत्यादि, गर्भाशयिक असामान्यताएँ (Uterine Abnormalities) पॉलीहाइड्रेमनिऑस, ऑलिगोहाइड्रेमनिऑस आदि, गर्भावस्था के कारण उत्पन्न विकार-हाइपरएमेसिसग्रेविडेरम, प्रि-एक्लेम्पसिया, एक्लेम्पसिया इत्यादि, गर्भावस्था में सम्बन्धित बीमारियाँ तथा प्रसव पूर्व रक्तस्राव इत्यादि सम्मिलित हैं । इनका विवरण आगे दिया जा रहा है ।

(क) जोखिम भरी स्थितियाँ (High Risk Factors) या गर्भावस्था में खतरे के सूचक

1. उम्र 16 से कम, 35 से अधिक
2. छोटा कद, 145 सेन्टीमीटर से कम ।
3. पूर्व में ऑपरेशन ।
4. पूर्व में मृत जन्म (Still Birth) ।
5. पूर्व में चार या अधिक बच्चों को जन्म देना ।
6. पूर्व प्रसवावस्था में गर्भकाल में अन्दर लम्बा समय लगना, प्लेसेन्टा का ऊपर रह जाना, इंफेक्शन तथा प्रसवावस्था में बच्चे को जन्म देने से पूर्व अथवा जन्म देने के बाद योनिमार्ग से काफी खून बहने का इतिवृत्त ।
7. बार-बार गर्भपात हुआ हो।
8. रक्ताल्पता (Anemia)

9. विषाक्त संक्रमण (Toxemia) ।
10. गर्भावस्था में रक्तस्राव ।
11. गर्भ की हलचल धीमी या बंद हो ।
12. किसी मुख्य बीमारी से पीड़ित हो - हृदय, मधुमेह, तपेदिक, मलेरिया, पीलिया आदि ।
13. असामान्य अंतःस्थिति (आडा, उल्टा बच्चा होना) ।
14. नौ महीने का समय पूरा होने से पहले ही प्रसव पीडा या पानी की थैली फूट जाना ।
15. तेज बुखार ।
16. बच्चे का आकार बहुत बड़ा या छोटा ।
17. गर्भाशय का आकार बहुत बड़ा या छोटा ।

(ख) गर्भावस्था के लघुविकार (Minor Disorders Of Pregnancy)

लघु विकारों से गर्भवती के जीवन कोई खतरा नहीं होता है फिर भी इनकी उपेक्षा नहीं करनी चाहिए और न ही लापरवाही । इनका उपचार कराना चाहिए क्योंकि इससे स्वास्थ्य को क्षति पहुँचती है ।

इनमें सम्मिलित है :

प्रातः वमन

अम्ल शूल

कमर दर्द

स्फित शिराएँ

बवासीर

कब्जियत

1. प्रातः बमन (Morning Sickness)

गर्भावस्था के चौथे सप्ताह से 14वें सप्ताह तक प्रायः 50 प्रतिशत स्त्रियों को उल्टियाँ होती हैं या सुबह उठते ही उबकाई आती है । यदि उल्टियाँ होती रहती हैं तो माता का पोषण प्रभावित हो जाता है । इस स्थिति का पर्याप्त उपचार करने से हाइपरएमेसिस ग्रेविडेरम कभी भी नहीं होगा ।

उपचार-रात को सोने से पहले कुछ हल्की मीठी चीज खानी चाहिए, दूध व बिस्किट भी पर्याप्त होते हैं । सुबह उठते ही स्त्री को चाय के साथ टोस्ट या बिस्किट लेने चाहिए । प्रत्येक दो-दो घंटे में शीघ्र पचने वाली चीज खाने से लाभ होता है । पर्याप्त मात्रा में द्रव ग्रहण करना आवश्यक है ।

2. अम्ल शूल (Heartburn)

यह गर्भावस्था का सबसे लघुविकार है जो कि अधिक समय तक चिल्ल लेटे रहने से होता है । रात्रि के वक्त अधिक कष्टप्रद होता है । जलनयुक्त संवेदन आहार नली में आमाशयिक रस और पित्त (Bile) के प्रतिवाहन (Regurgitation) से होता है ।

उपचार - आहार में चिकनाई युक्त अत्यधिक मसाले वाली अथवा शीघ्र न पचने वाली चीजें नहीं लेनी चाहिए । बिस्तर के सिर वाले भाग को 30 सेमी. ऊँचा करने से या एक तकिया लगाने से आराम मिलता है । दूध, गरम पानी के घूंट, मिल्क ऑफ मेग्नेशिया (Antacid) लाभदायक हो सकता है ।

3. **कमर दर्द (Backache)**

गलत संस्थिति के कारण मामूली कमरदर्द हो सकता है एवम् यह अधिक सामान्यतया थकी हुई बहुप्रसवा स्त्रियों में होता है जिनकी उदरीय पेशिया कमजोर होती है । इसमें यथोचित आराम की आवश्यकता होती है ।

अनुकूल जूते, आरामदायक बिस्तर (जो कि लटका हुआ न हो) उपयोग करने से आराम मिलता है व कमरदर्द भी नहीं होता है। यदि कमरदर्द बहुत अधिक है और निरन्तर रहता है तो चिकित्सीय सलाह लेनी चाहिए ।

4. **स्फित शिराएँ (Varicose Veins)**

स्फित शिराओं की प्रवृत्ति गर्भावस्था में बढ़ जाती है और करीब 10% गर्भवती स्त्रियों में स्फित शिराएं पैरों पर दिखाई देती हैं । यदि इनसे तकलीफ है तो चिकित्सीय सलाह अवश्य लेनी चाहिए । चोट लगने से रक्तस्राव या त्वचा पर धाव हो सकता है परन्तु स्फित शिराओं की सबसे गंभीर जोखिम शिरीय थ्रोम्बोसिस होती है । प्रसव के बाद स्फित शिराएं समाप्त हो जाती हैं परन्तु पुनः हो सकती है और प्रत्येक गर्भावस्था में बढ़ती हैं ।

5. **बवासीर (Haemorrhoids)**

बाह्य बवासीर गुदा के किनारे पर स्फित शिराएँ होती हैं । कुछ मामलों में कब्जियत समाप्त करना एवं आरामदायक हेमरोइडल मलहम लगाना पर्याप्त होता है ।

6. **कब्जियत (Constipation)**

गर्भावस्था के दौरान कब्जियत की प्रवृत्ति रहती है । इस स्थिति का उपचार करने के लिए आहार में फल एवं सब्जियों की पर्याप्त मात्रा न हो तो दवाइयों का सहारा लेना पड़ता है ।

7. **त्वचा पर खुजलाहट (Itching of the skin)**

उदर एवं स्तनों की त्वचा पर खुजलाहट अत्यधिक हो सकती है । सम्पूर्ण शरीर पर भी फैल सकती है । साधारण उपचार हेतु कोल्ड क्रीम लगा सकते हैं ।

लघु विकारों की अपेक्षाकृत अधिक शिकायत मालूम पड़े तो गर्भवती को डॉक्टर के पास भेजना चाहिए ।

(ग) **गर्भावस्था की असमान्यताएँ (Abnormalities of Pregnancy)**

आरम्भिक गर्भावस्था में रक्तस्राव से सम्बन्धित स्थितियाँ :

- गर्भपात
- अस्थानिक गर्भधारण
- हाइडेटिफॉर्म मोल

(i) **गर्भपात (Abortion)**

गर्भावस्था के आरम्भ में योनिमार्ग से होने वाले रक्तस्राव का सामान्य कारण गर्भपात है, जिसे गर्भधारण के 28वें सप्ताह के पहले गर्भावस्था की बाधा के रूप में वर्णित किया जा सकता है । इसके बाद गर्भस्थ शिशु जीवित रहता है ।

• **संभावित गर्भपात (Threatened Abortion)**

संभावित गर्भपात वह है जिसमें गड़बड़ी इतनी कम रहती है कि गर्भावस्था की पूर्णावधि तक निरन्तर रखना सम्भव रहता है। रक्तस्राव गम्भीर नहीं होता है। कमर दर्द हो सकता है। आँस बन्द रहता है। कभी-कभी उदर के निचले भाग में बार-बार दर्द होता है।

- **अपरिहार्य गर्भपात (Inevitable Abortion)**

इस मामले में गर्भावस्था को निरन्तर रखना सम्भव नहीं होता है। रक्तस्राव का प्रायः यह मतलब होता है कि प्लेसेन्टा का अधिकांश भाग अलग हो चुका है।

- **पूर्ण गर्भपात (Complete Abortion)**

इसमें गर्भस्थ थैली पूर्ण रूप से बाहर निकल जाती है। जब गर्भपात पूर्ण होता है तो रक्तस्राव सिर्फ धबके के समान दिखाई देता है, दर्द समाप्त हो जाता है, सरविक्स बन्द हो जाती है और गर्भाशय का प्रत्यावर्तन (गर्भाशय का यथापूर्वक होना) हो जाता है।

- **अपूर्ण गर्भपात (Incomplete Abortion)**

गर्भस्थ शिशु बाहर निकल जाता है परन्तु सम्पूर्ण प्लेसेन्टा या इसके कुछ भाग एवं झिल्लियाँ गर्भाशय में रुक जाती हैं। रक्तस्राव अधिक हो सकता है। आँस अपूर्ण रूप से बन्द रहती है। दर्द हो सकता है और नहीं भी।

अतिनिराशाजनक मामलों में जब रक्तस्राव जीवन को खतरे में डाल देता है और घर बहुत दूर के क्षेत्र में होता है तो रुके हुए पदार्थ निकालने चाहिए अन्यथा रक्तस्राव लगातार होता रहेगा। दाहिने हाथ की तर्जनी अँगुली से ऐन्टीसेप्टिक सावधानी से रुके हुए पदार्थों को बाहर निकाला जाता है व तुरन्त अस्पताल पहुँचाना चाहिए।

- **विलीन गर्भपात (Missed Abortion)**

इसमें गर्भस्थ शिशु मृत हो जाता है और गर्भाशय में रुक जाता है। संभावित गर्भपात के चिन्ह पैदा होते हैं और बाद में समाप्त हो जाते हैं।

- **उपचारार्थ गर्भपात (Therapeutic Abortion)**

उपचारार्थ गर्भपात में गर्भाशय का रिक्तीकरण योग्य मेडिकल प्रेक्टीशनर द्वारा उपचार के रूप में, माता के जीवन या उसकी सम्पूर्ण स्वस्थता के लिए किया जाता है।

- **गर्भपात कानून (The Abortion or MTP Act)**

कानून की धाराएँ संक्षेप में निम्नलिखित हैं -

यदि दो रजिस्टर्ड मेडिकल प्रेक्टीशनर इस मत के हों कि निम्नलिखित कारणों से गर्भावस्था समाप्त करना चाहिए तो वे गर्भपात कानून के अनुसार दोषी नहीं ठहराये जायेंगे।

गर्भावस्था को जारी रखने से गर्भवती स्त्री के जीवन को खतरा हो या उसके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को आघात पहुँच सकता हो है या उसके परिवार के मौजूदा बालक या पैदा होने वाले बालक की ऐसे शारीरिक या मानसिक असामान्यताओं से होने की सम्भावना हो जिनसे वह गंभीर रूप से विकलांग हो सकता है।

(नोट : COA III की पांचवी इकाई सदर्थित करे)

- **अपराधिक गर्भपात (गैर कानूनी) (Criminal Abortion)**

अपराधिक गर्भपात वह है जो गर्भपात कानून में वर्जित की गई स्थितियों का, पालन नहीं करते हुए किया गया है। जैसा कि नाम से ही स्पष्ट है यह विधि गैर कानूनी है और यह कारावास के रूप में सजा देने योग्य है। अपराधिक गर्भपात करने वाले प्रायः योनिमार्ग से हस्तक्षेप करते हैं जिन्हें एसेप्सिस के बारे में कोई ज्ञान नहीं होता है।

• **विषाक्त गर्भपात (Septic Abortion)**

यह गम्भीर स्थिति प्रायः अपूर्ण गर्भपात से सम्बन्धित रहती है और विशेष तौर पर जब, अपराधिक गर्भपात (गैर कानूनी) करवाया जाता है।

चिन्ह एवं लक्षण

गर्भाशय परिस्पर्शन करने पर दर्द।

लॉकिआ-अत्यधिक एवं दुर्गन्धमय।

नाड़ी-तेज।

तापक्रम-बढ़ा हुआ।

(ii) **अस्थानिक गर्भधारण (Ectopic Gestation)**

यदि निषेचित डिम्ब या जाइगोट गर्भाशय के बाहर अन्तःस्थापित हो जाता है तो इस स्थिति को अस्थानिक गर्भधारण (Ectopic Gestation) कहते हैं, अधिकतर यह ट्यूबल होती है परन्तु कभी-कभी यह उदरीय एवं ओवेरियन भी हो सकती है।

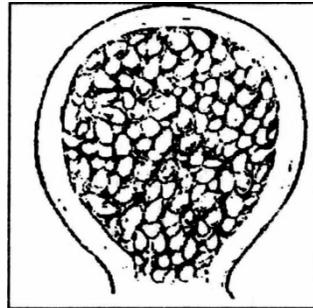
ट्यूबल गर्भावस्था की तीन संभावित समाप्तियाँ :

1. ट्यूबल गर्भपात (Tubal Abortion)
2. ट्यूबल मील (Tubal Mole)
3. ट्यूबल फटन (Tubal Rupture)

योनिमार्ग से जितना थोड़ा रक्तस्राव होता है उसकी अपेक्षा स्त्री की सामान्य स्थिति हमेशा खराब रहती है। गम्भीर उदरीय दर्द या आन्तरिक रक्तस्राव के चिन्ह होने पर तुरन्त चिकित्सा सहायता मिलनी चाहिए।

(iii) **हाइडेटिफॉर्म मोल (Hydatiform Mole)**

हाइडेटिफॉर्म मोल वेसिकल्स का एक पिण्ड है जो कोरिऑनिक एपिथिलियम की सिसटिक प्रफलन (Cystic Proliferation) के परिणाम स्वरूप बनता है।



चित्र ; हाइडेटिफॉर्म मोल

चिन्ह एवं लक्षण -

- योनिमार्ग से रक्तस्राव होना एक आरंभिक चिन्ह है।

- वेसिकल्स जो कि लाल किशमिश के रस में सफेद किशमिश के समान दिखते हैं, पाये जा सकते हैं ।
- अधिकांश मामलों में गर्भाशय की अत्यधिक वृद्धि हो जाती है और 12 सप्ताह के एमेनोरिया वाली स्त्री के गर्भाशय का आकार 24 सप्ताह की गर्भास्था के समान हो सकता है ।
- गर्भस्थ शिशु की हलचल, धड़कन व अंग महसूस नहीं होते हैं । चिकित्सीय सहायता आवश्यक है ।

(घ) गर्भाशयिक असामान्यताएं (Uterina Abnormalities)

- (i) पॉलिहाइड्रेमिनऑस मे एमिनऑटिक थैली में द्रव की मात्रा, सामान्य मात्रा 500-1500 मिली. से अधिक बढ जाती है ।
चिन्ह व लक्षण- निरीक्षण में गर्भाशय बडा रहता है । उदरीय दीवार पतली एवम् तनी हुई दिखाई देती है ।
परिस्पर्शन- गर्भस्थ शिशु को परिस्पर्श करना मुश्किल होता है ।
- (ii) ऑलिगोहाइड्रेमिनऑस (Oligohydramnios) एमिनऑटिक थैली में द्रव की मात्रा सामान्य मात्रा से बहुत कम होती है ।

(य) गर्भावस्था के कारण उत्पन्न विकार (Disorders Due to Pregnancy)

- (i) हाइपरएमेसिस ग्रेविडेरम - अति वमन प्रातः वमन से भिन्न है क्योंकि उल्टियाँ दिन भर होती रहती है । और स्त्री का स्वास्थ्य बिगड़ जाता है ।
सभी मामलों मे अस्पताल मे भर्ती कराना चाहिए ।
- (ii) प्रि-एकलेम्पसिया (Preeclampsia)
- (iii) प्रि-एकलेम्पसिया (Preeclampsia)- गर्भावस्था की व्याधि है जो प्रायः 24 वें सप्ताह के बाद होती हैं । यह प्रथम गर्भा में अधिक होती है । इसके चिन्ह निम्न हैं-

मंद	गंभीर
रक्तचाप 140/90 mm of Hg	रक्तचाप 160/110 mm of Hg
प्रोटीनयूरिया 0.5 ग्राम प्रति लीटर से कम	प्रोटीनयूरिया 1 ग्राम प्रति लीटर से अधिक
टखनों पर ईडिमा	हाथ एवं चेहरे पर अधिक ईडिमा

उच्चरक्तचाप (Hypertension)

बढा हुआ रक्तचाप-प्रि-एकलेम्पसिया का एक मूलभूत चिन्ह है । इसलिए आरम्भिक वृद्धि की जांच के लिए गर्भावस्था के आरम्भ मे ही रक्तचाप नापना चाहिए ताकि उसका सामान्य रक्तचाप मालूम हो सके ।

प्रोटीनयूरिया : प्रोटीनयूरिया प्रि-एकलेम्पसिया का एक गम्भीर चिन्ह है ।

ईडिमा : प्रि-एकलेम्पसिया का एक चिन्ह है । पैरो में सूजन सामान्यतया भी हो सकती है । पैरों में यदि सूजन हो तब दबाकर छोड देने से एक गढ़दा सा बन जाता है । सूजन चेहरे पर, विशेषकर आँखों के चारों ओर एवम् सूजन की वजह से चूडियाँ, अंगूठी व चप्पल कसी हुई हो सकती हैं ।

- **रोगनिरोधन (Propylaxis)**

आजकल प्रसवपूर्व भेंट बार-बार की जाती है और प्रि-एक्लेम्पसिया के प्रारम्भिक लक्षणों की जांच के प्रति अत्यधिक सतर्कता बरती जाती है ।

- प्रि-एक्लेम्पसिया (Preeclampsia) के खतरे
 - मातृक खतरे : एक्लेम्पसिया (Eclampsia)
 - गर्भस्थ शिशु के खतरे : अन्तर्गर्भाशयिक वृद्धि में रुकावट

गम्भीर चिन्ह एवम् लक्षण - निम्न गम्भीर चिन्हों के प्रति निरन्तर सतर्क रहना चाहिए-

- रक्तचाप में त्वरित वृद्धि
- प्रोटीनयूरिया में वृद्धि
- गंभीर सिर दर्द
- वजन में अत्यधिक वृद्धि
- मूत्रीय निष्कासन में कमी (Oliguria)
- दृष्टि सम्बन्धी गडबडियां, देखने में धुंधलापन या कमी, रोशनी की चकाचौंध
- एपिगेस्ट्रिकदर्द (Epigastric pain) व उल्टियाँ होना-

यह अशुभ लक्षण है । इसके बारे में कई बार भांति हो जाती हैं क्योंकि स्त्री प्रायः तीव्र अपचन के समान दर्द होना बताती है । ये सभी एक्लेम्पसिया के आरम्भ होने का संकेत देते हैं, अतः डॉक्टर को सूचित करना चाहिए ताकि बिना किसी देरी के उपचार शुरू हो सके ।

(iii) **एक्लेम्पसिया (Eclampsia)**

एक्लेम्पसिया एक गम्भीर स्थिति है जिसमें विशिष्ट रूप से ऐंठन एवम् मूर्छा होती है । यह गम्भीर प्रि-एक्लेम्पसिया की बढ़ी हुई अवस्था है । सतर्कतापूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल एवम् प्रि-एक्लेम्पसिया के पूर्ण प्रबन्ध के द्वारा एक्लेम्पसिया की रोकथाम हो सकती है ।

- 20% मामले प्रसवपूर्व होते हैं ।
- 45% मामले प्रसव के दौरान होते हैं ।
- 35% मामले प्रसव पश्चात् होते हैं ।
- **चिन्ह एवं लक्षण-** प्रि-एक्लेम्पसिया (Preeclampsia) के गम्भीर चिन्ह एवम् लक्षण-ही एक्लेम्पसिया (Eclampsia) के पूर्व चिन्ह एवम् लक्षण होते हैं ।
- **एक्लेम्पसिया दौरे की अवस्थाएँ (The Stages of Eclampsia Fit)**
 - पूर्वसूचक अवस्था (Premonitory Stage) (10-20 सैकण्ड रहती है) स्त्री बेचैन रहती है । उसकी आंखें बाजू में या ऊपर की ओर घूम जाती हैं, सिर एक तरफ खिंच जाता है और चेहरे की पेशियों में फड़कन (Twitching) होती रहती है ।
 - तानात्मक अवस्था (Tonic Stage) (10-20 सैकण्ड) सम्पूर्ण शरीर ऐंठन की अवस्था में कड़क हो जाता है ।
 - ऐंठन युक्त अवस्था (Clonic Stage) (60-90 सैकण्ड रहती है) पेशियों के उग्र संकुचनों से ऐंठन युक्त हलचल पैदा हो जाती है । जबड़ों की शीघ्र हलचलों के कारण अत्यधिक लार स्रावित होने लगती है एवं मुँह से झाग निकलने लगते हैं, यदि जबान कट जावे तो रक्तस्राव हो सकते हैं । धीरे-धीरे ऐंठन समाप्त होने लगती है ।

- मूर्छा की अवस्था (Stage of Come) : घरघराहट पूर्ण श्वसन क्रिया चालू रहती है एवम् मूर्छा मिनटों या घंटों तक लगातार रहती है । रोगी को तुरन्त अस्पताल पहुँचाया जाना चाहिए । यह मातृ मृत्यु की तीन प्रमुख कारणों में से एक है ।

(र) **गर्भावस्था से सम्बन्धित बीमारियाँ (Diseases Associated With Pregnancy)**

हृदीय बीमारी, मधुमेह, फेफड़े का क्षय रोग (Pulmonary Tuberculosis), एनीमिया, संक्रमण (रूबेला मूत्रीय मार्ग का), गुर्दीय बीमारी, तीव्र गुर्दीय विफलता, संभोग द्वारा फैलने वाली बीमारियाँ, ट्राइकोमोनिऐसिस, केंण्डिडाइएसिस, सिफिलिस, गॉनोरिया इत्यादि गर्भावस्था से सम्बंधित रोग हैं ।

- **हृदीय बीमारियाँ (Cardiac Diseases)**

गर्भावस्था के दौरान बढ़ा हुआ रक्त आयतन और कार्डिअक आउटपुट (हृदीय निष्कासन मात्रा) क्षतिग्रस्त हृदय पर गंभीर तनाव डालता है । हृदीय बीमारी से पीड़ित गर्भवतियों को थोड़े-थोड़े अन्तरालों से देखा जाता है और प्रत्येक भेंट के दौरान अक्षमता की श्रेणी मालूम की जाती है व गंभीर मामलों में अस्पताल में भर्ती किया जाता है ।

तीव्र हृदीय विफलता (Acute Heart Failure) में अतिशय धड़कन, अत्यधिक श्वास कष्ट, ब्रान्कोस्पाज्य (श्वास नली में ऐंठन), खांसी और झागयुक्त श्लेष्मा के साथ फेफड़े (फुफ्फुसों) के ईडिमा का आरम्भ अचानक होता है ।

- **मधुमेह (Diabetes)**

गर्भावस्था के दौरान मधुमेह पहली बार मालूम हो सकती है । गर्भावस्था पहले से ही आनुवांशिक रूप से प्रवृत् स्त्रियों में मधुमेह को बढ़ा देती है । यदि मधुमेह से पीड़ित महिला प्रसूति रोग विशेषज्ञ एवं मधुमेह विशेषज्ञ की मिलीजुली देखभाल के अन्तर्गत रहती है तो उसमें गर्भावस्था एवं प्रसव तुलनात्मक दृष्टि से सुरक्षित रूप से पूर्ण हो सस्ते हैं ।

- **फेफड़े का क्षय रोग (Pulmonary Tuberculosis)**

इन रोगियों को प्रसूति रोग विशेषज्ञ एवं क्षय व वक्ष रोग विशेषज्ञ की मिलीजुली देखभाल के अन्तर्गत रहना चाहिए ताकि गर्भावस्था एवं प्रसव सुरक्षित रहे ।

- **एनीमिआ (Anaemia)**

शिशुधारण एवं कम आय समूह वाली स्त्रियों में सामान्यतया एनीमिआ पाया जाता है । कई स्त्रियाँ गर्भवती होने से पहले एनिमिक रहती हैं, इसलिए यह आवश्यक है कि इस स्थिति का निदान एवं प्रभावकारी उपचार गर्भावस्था के आरम्भ में ही होना चाहिए । हीमोग्लोबिन निधारण प्रथम विजिट में व इसके बाद आवश्यक हो तो प्रत्येक भेंट के समय होना चाहिए ।

एनीमिआ के चिन्ह एवं लक्षण

- श्लेष्मिक झिल्लियों का सफेदपन (Pallor)
- पलकों की भीतरी सतह, जीभ, होंठ, नाखून हथेली पर देखा जा सकता है ।
- थकावट (Lassitude) हमेशा थकान ।
- श्वास लेने में कठिनाई (Breathless)
- अतिशय धड़कन (Palpitation)

एनीमिआ के प्रभाव :

यह स्त्री के सामान्य स्वास्थ्य को प्रभावित करता है व इसके होने पर गर्भावस्था की दूसरी जटिलताएँ अधिक गम्भीर हो जाती हैं । बच्चे और स्वयं की रक्त रचना के लिए माँ को अतिरिक्त लौह तत्व की आवश्यकता होती है । उसे पर्याप्त मात्रा में हरे पत्ते वाली सब्जियाँ, दालें और गुड़ का सेवन करना चाहिए, जिनमें अधिक लौह तत्व होते हैं ।

- उसे आयरन एवं फॉलिक एसिड की गोलियाँ नियमित रूप से गर्भावस्था के द्वितीय चरण से भोजन के बाद पानी के साथ लेनी चाहिए । आयरन की गोली खाने वाली महिला को मल (दल) काले रंग का होता है । यह उसे बताना जरूरी है

- **रूबेला (Rubella)**

जब गर्भवती स्त्री को यह बीमारी हो जाती है तो बहुत खतरनाक रहती है क्योंकि गर्भस्थ शिशु पर इसके हानिकारक प्रभाव होते हैं । यदि स्त्री में गर्भावस्था के 12वें सप्ताह के दौरान रूबेला पैदा होता है तो विशेषज्ञ, उपचारार्थ गर्भपात करना न्याय संगत मानते हैं ।

रोगनिरोधन (Prophylaxis) :

वेक्सिनेशन के द्वारा रूबेला का रोगनिरोधन किया जा सकता है । वेक्सिनेशन के बाद 3 महीने के लिए विश्वनीय गर्भनिरोधक का उपयोग करना चाहिए क्योंकि यदि इस अवधि के दौरान गर्भधारण हो जाता है तो पैदा होने वाले शिशु को रूबेला हो जायेगा ।

- **मूत्रीय मार्ग का संक्रमण (Urinary Tract Infection)**

करीब 2 प्रतिशत गर्भवती स्त्रियों में पाइलोनेफ्राइटिस हो सकती है । 7 प्रतिशत गर्भवती स्त्रियों में अलक्षणात्मक बैक्टीरिया (Asymptomatic Bacteriuria) पाया जाता है । गर्भावस्था के दौरान जाँच एवं उपचार करने से तीव्र पाइलोनेफ्राइटिस के सभी 60 प्रतिशत मामलों में रोकथाम हो सकती है ।

- **गुर्दीय बीमारी (Renal Diseases)**

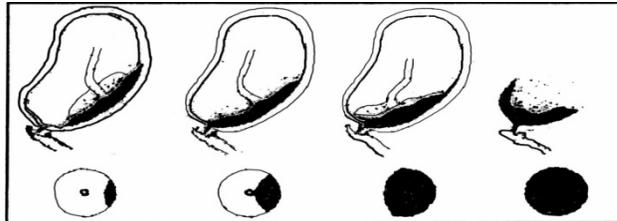
जब गुर्दीय बीमारी वाली स्त्री गर्भवती होती है तो लक्षण जैसे कि प्रोटीन्यूरिया, उच्च रक्तचाप, इडिमा या बढा हुआ रक्त यूरिया स्तर, 20वें सप्ताह के पहले हो सकते हैं ।

- तीव्र गुर्दीय विफलता (Acute Renal Failure)

बिना किसी देरी के डॉक्टर को सूचित करना चाहिए । अल्पमूत्रता (Oligouria) एक विशिष्ट चिन्ह है । (प्रतिदिन 500 मिली. मूत्र से भी कम)

(ल) प्रसवपूर्व रक्तस्त्राव (Antepartum Haemorrhage - APH)

प्रसवपूर्व रक्तस्त्राव : गर्भावस्था के 28वें सप्ताह के बाद एवं शिशु जन्म के पहले प्लेसेन्टा के समय से पूर्व पृथक होने के कारण प्लेसेन्टा के स्थान से होने वाले रक्तस्त्राव को प्रसवपूर्व रक्तस्त्राव कहते हैं ।



चित्र : प्रसवपूर्व रक्तस्त्राव (अपरिहार्य)

वर्गीकरण : प्रसवपूर्व रक्तस्राव को प्लेसेन्टा की स्थिति के अनुसार वर्गीकृत किया जाता है - यह आधार है, प्लेसेन्टा का गर्भाशय के ऊपरी या निचले खण्ड में अन्तःस्थापित होना ।

(i) **अपरिहार्य रक्तस्राव (Unavoidable Haemorrhage)**

प्लेसेन्टा के समय से पूर्व पृथक होने जो गर्भाशय के निचले खण्ड में अन्तःस्थापित हुआ है (अशतः या पूर्णतः) अर्थात् प्लेसेन्टा प्रीविया (Placenta Praevia) के कारण होने वाले रक्तस्राव को अपरिहार्य रक्तस्राव कहते हैं ।



(ii) **आकस्मिक रक्तस्राव (Placental Abruptio)**

सामान्य रूप से स्थित प्लेसेन्टा के समय से पूर्व पृथक होने वाले रक्तस्राव आकस्मिक रक्तस्राव कहते हैं । रक्तस्राव मामूली हो या गम्भीर स्त्री को जितना शीघ्र हो अस्पताल में भर्ती कराना चाहिए ।

2.5 सारांश

हमारे देश में मातृ-मृत्यु दर विशेष रूप से अधिक है । माताओं के स्वास्थ्य एवं जीवन की सुरक्षा हेतु योग्य सलाह, गर्भावस्था की समय से पहचान, उचित देखभाल तथा इस दौरान आने वाली जोखिम भरी बीमारियों के बारे में सही परामर्श अत्यन्त आवश्यक है । ये सेवाएँ प्रदान करते समय प्रसूति विज्ञान सहायिकाएँ के विद्यार्थी अपना दायित्व पूर्ण रूप से निभा सकें, इस हेतु गर्भावस्था एवं प्रसव पूर्व देखभाल की विस्तृत जानकारी विभिन्न शीर्षकों के अन्तर्गत इस इकाई द्वारा दी गई है । प्रसूति विज्ञान सहायिका इस जानकारी का उपयोग प्रसव पूर्व देखभाल एवं गर्भावस्था में कर सकें, यही इस अध्ययन सामग्री का अभीष्ट है ।

2.6 प्रश्न

1. गर्भावस्था के निदान हेतु लक्षण एवं चिन्ह बताये । गर्भावस्था के निश्चयात्मक चिन्ह कौनसे हैं?
2. गर्भावस्था की अवधि एवं चरण तथा प्रसव समय व प्रसव तारीख की गणना के बारे में बतायें।
3. गर्भवती शिशु का गर्भाशय व श्रोणि से सम्बन्ध पर प्रकाश डालिए व श्रोणि के प्रकार बतायें ।
4. गर्भवती स्त्री का विवरण किस प्रकार लेना चाहिए ।
5. गर्भवती स्त्री का परीक्षण किस प्रकार करना चाहिए।
6. गर्भवती स्त्री को क्या सलाह देनी चाहिए ? टेटनस टीकाकरण के बारे में बतायें ।

7. गर्भावस्था में जोखिम भरी स्थितियाँ क्या हैं?
8. गर्भावस्था के लघु विकार एवं उनका सामान्य उपचार क्या है?
9. गर्भावस्था की असामान्यताएँ व गर्भावस्था के कारण उत्पन्न विकार क्या हैं? प्रि-एक्लैम्पसिआ (Preclampsia) के चिन्ह, गम्भीर चिन्ह व लक्षण क्या हैं? एक्लैम्पसिआ (Eclampsia) के बारे में बतायें ।
10. गर्भावस्था में खून की कमी, लक्षण व रोकथाम तथा सामान्य उपचार बताये ।
11. प्रसवपूर्व रक्तस्राव क्या होता है?

इकाई की रूपरेखा

- 3.0 प्रस्तावना
- 3.1 उद्देश्य
- 3.2 सामान्य प्रसव
 - 3.2.1 प्रसव का आरम्भ होना एवं प्रसव के सूचक चिन्ह
 - 3.2.2 वास्तविक प्रसव के चिन्ह
 - 3.2.3 प्रसव की अवस्थाएँ
- 3.3 प्रसव के दौरान शरीर क्रियात्मक परिवर्तन व प्रसव की क्रिया-विधि
 - 3.3.1 प्रसव की प्रथम अवस्था के दौरान शरीर क्रियात्मक परिवर्तन
 - 3.3.2 प्रसव की द्वितीय अवस्था के दौरान शरीर क्रियात्मक परिवर्तन
 - 3.3.3 प्रसव की तृतीय अवस्था के दौरान शरीर क्रियात्मक परिवर्तन
 - 3.3.4 प्रसव की क्रिया-विधि
- 3.4 सामान्य प्रसव का प्रबन्ध व गृह-प्रसव
 - 3.4.1 प्रसव की प्रथम अवस्था का प्रबन्ध
 - 3.4.2 प्रसव की द्वितीय अवस्था का प्रबन्ध
 - 3.4.3 प्रसव की तृतीय अवस्था का प्रबन्ध
 - 3.4.4 प्रसव की चतुर्थ अवस्था का प्रबन्ध
 - 3.4.5 गृह-प्रसव
- 3.5 सारांश
- 3.6 प्रश्न

3.0 प्रस्तावना

हमारे देश में बड़ी संख्या में महिलाओं की मृत्यु प्रसव के दौरान हो जाती है। प्रसव के दौरान उचित देखभाल व जोखिम भरी स्थितियों की सही समय पर पहचान व उपचार द्वारा मातृ-मृत्यु दर में कमी हो सकती है। प्रस्तुत इकाई में प्रसूति विज्ञान सहायिका की जानकारी हेतु प्रसव से सम्बन्धित विभिन्न तथ्यों को वर्णित किया गया है।

3.1 उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद प्रसूति विज्ञान सहायिका निम्न बिन्दु सीख पायेंगी -

1. सामान्य प्रसव
2. परिभाषा, प्रसव आरम्भ होने के कारण, प्रसव के पूर्व सूचक चिन्ह
3. प्रसव के वास्तविक चिन्ह
4. प्रसव की अवस्थाएँ
5. प्रसव की प्रथम अवस्था, द्वितीय अवस्था व तृतीय अवस्था के दौरान शरीर क्रियात्मक परिवर्तन
6. प्रसव की क्रिया-विधि

7. प्रसव की प्रथम, द्वितीय, तृतीय व चतुर्थ अवस्था का प्रबन्ध
8. गृह-प्रसव

3.2 सामान्य प्रसव

प्रसव : वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा गर्भस्थ शिशु, प्लेसेन्टा एवम् झिल्लियाँ जनन मार्ग से बाहर निकलते हैं। प्रसव शब्द गर्भ धारण के 28वें सप्ताह के बाद प्रयोग किया जाता है, इसके पहले यह प्रक्रिया गर्भपात कहलाती है।

सामान्य प्रसव : सामान्य प्रसव में गर्भस्थ शिशु पूर्णावधि में पैदा होता है, शीर्ष के द्वारा गर्भप्रस्तुति होती है, यह प्रक्रिया सामान्य अवधि में अपने आप पूर्ण होती है व जटिलताएँ उत्पन्न नहीं होती हैं।

3.2.1 प्रसव का आरम्भ होना एवं प्रसव के पूर्वसूचक चिन्ह

(क) प्रसव आरम्भ होने के कारण

प्रसव का आरम्भ इस्ट्रोजन, प्रोजेस्ट्रोन, ऑक्सिटोसिन, प्रोस्टाग्लैन्डिन, गर्भाशयिक वृद्धि के भौतिक पहलू इत्यादि के संयोग से होता है।

(ख) प्रसव के पूर्वसूचक चिन्ह

प्रसव आरम्भ होने के पूर्व तीन सप्ताहों के दौरान परिवर्तन होते हैं जो प्रसव आरम्भ होने का निर्धारण करने के लिए उपयोगी होते हैं। ये निम्न प्रकार हैं :

- हल्कापन होना
- मूत्र त्याग की बारम्बारता
- अवास्तविक दर्द
- सर्विक्स का ऊपर की ओर फैलना

(i) हल्कापन होना (lightning)

पूर्णवधि के करीब 2 या 3 सप्ताह पहले गर्भस्थ शिशु गर्भाशय में और नीचे की ओर खिसक जाता है। निचला खण्ड तन जाता है। इसलिए फण्डस निचले स्तर पर रहता है, गर्भाशय और अधिक उभरा हुआ दिखता है। प्रथमगर्भा में यदि उदरीय पेशियाँ अच्छी तनी हुई रहती हैं एवम् असमानता नहीं होती है तो सिर श्रोणि में प्रविष्ट हो जाता है।

बहुप्रसवा स्त्रियों में उदरीय पेशियाँ ढीली रहती हैं, इसलिए गर्भाशय और आगे की ओर झुक जाता है, उदर कुछ लटक जाता है व गर्भस्थ शिशु का सिर श्रोणि में प्रविष्ट नहीं होता है।

इस समय घूमना फिरना मुश्किल हो जाता है। श्रोणि जोड़ों के शिथिलन (Relaxation) के कारण कमर दर्द या निचले उदर एवम् जाँघों में अस्पष्ट दर्द का अनुभव हो सकता है।

(ii) मूत्र त्याग की बारम्बारता (Frequency of Micturition)

यह मूत्राशय पर गर्भस्थ शिशु के सिर का दबाव पड़ने से होता है।

(iii) अवास्तविक दर्द (False Pains)

ये अनिश्चित एवम् अनियमित होते हैं।

- (iv) सर्विक्स का ऊपर की ओर फैलना (Taking up of cervix)
 सर्विक्स का ऊपर की ओर फैलना सर्विक्स के ऊपर उठने से एवम् निचले गर्भाशयिक खण्ड में मिल जाने के कारण होता है ।
 आगे चित्र प्रथमगर्भा व बहुगर्भा में सर्विक्स का फैलना दर्शाया गया है।



3.2.2 वास्तविक प्रसव के चिन्ह

- दर्दमय तालबद्ध गर्भाशयिक संकुचन व वास्तविक दर्द का शुरु होना ।
 - प्रसूतिसूचक स्राव (Show)
 - सर्विक्स का विस्तारण (Dilatation & Effacement of cervix)
 - पानी की थैली का बनना
- विस्तृत जानकारी आगे के पृष्ठों में है ।

3.2.3 प्रसव की अवस्थाएँ

1. प्रथम अवस्था - यह वास्तविक प्रसव आरम्भ होने से सर्विक्स के पूर्ण विस्तारण होने तक रहती है । इसकी सामान्य अवधि प्रथमगर्भा में 12 घण्टे व बहुगर्भा में 6 घण्टे होती है ।
2. द्वितीय अवस्था - यह अवस्था सर्विक्स के पूर्ण विस्तारण के बाद से आरम्भ होकर शिशु के पैदा होने तक होती है । इसकी सामान्य अवधि प्रथमगर्भा में एक से 2 घण्टे व बहुगर्भा में 30 मिनट से एक घण्टा होती है ।
3. तृतीय अवस्था - यह प्लेसेन्टा एवम् झिल्लियों के अलग होने और निष्कासन की होती है । यह शिशु के पैदा होने के बाद से प्रारम्भ होकर प्लेसेन्टा एवम् झिल्लियों के अलग होने और निष्कासन तक रहती है । इसकी सामान्य अवधि प्रथमगर्भा में व बहुगर्भा में व 5 से 20 मिनट होती है ।
4. चतुर्थ अवस्था - यह तृतीय अवस्था के बाद से एक घण्टे की अवधि स्त्री व गर्भाशय की देखभाल हेतु होती है ताकि किसी भी तरह के अत्यधिक रक्तस्राव को रोका जा सके ।

3.3 प्रसव के दौरान शरीर क्रियात्मक परिवर्तन व प्रसव की क्रिया-विधि

प्रसव के दौरान होने वाले शरीर क्रियात्मक परिवर्तनों के बारे में जानना प्रत्येक प्रसूति विज्ञान सहायिका अथवा प्रसव-कर्म से जुड़े अन्य कर्मियों के लिए आवश्यक है ताकि वे निरीक्षणों के बारे में सही निर्णय कर सकें अर्थ तथा सामान्य स्थिति से विभिन्नता को पहचानने योग्य हो जायें ।

3.3.1 प्रसव की प्रथम अवस्था के दौरान शरीर क्रियात्मक परिवर्तन

- गर्भाशयिक पेशियों का संकुचन एवम् पुनः संकुचन ।
- ऊपर एवम् निचले गर्भाशयिक खण्ड का बनना ।
- रिट्रैक्शन रिंग का विकास ।
- सर्विक्स का ऊपर की ओर फैलना व सर्विक्स का विस्तारण ।
- प्रसूतिसूचक स्राव ।
- पानी (एमनिऑटिक द्रव) की थैली का बनना ।
- झिल्लियों का फटना ।

(क) गर्भाशयिक संकुचन

ये अनैच्छिक होते हैं तथा स्नावयिक तंत्र एवम् अन्तःस्रावी प्रभाव से नियंत्रित होते हैं । ये प्रायः तालबद्ध नियमितता के रूप में होते हैं । प्रत्येक संकुचन बिना दर्द के आरम्भ होता है । दर्द धीरे-धीरे तीव्रता से बढ़ता है जब तक की यह चरम सीमा तक नहीं पहुँच जाता, इसके बाद कम होकर बिना दर्द के समाप्त हो जाता है । मामूली कमर दर्द भी हो सकता है । संकुचनों के दौरान गर्भाशय छूने से कड़ा हो जाता है ।

(i) अन्तराल व अवधि

प्रथम अवस्था के आरम्भ होने पर संकुचनों के बीच का अन्तराल 15 मिनट से अधिक से धीरे-धीरे कम होकर द्वितीय अवस्था के अन्त तक 2 या 3 मिनट हो जाता है । प्रथम अवस्था में परिस्पर्श करने लायक संकुचन अवधि 30 सेकण्ड से धीरे- धीरे बढ़ कर द्वितीय अवस्था में 60 से 70 सेकण्ड हो जाती है । यदि ये अधिक समय तक रहते हैं तो गर्भाशयिक दीवार में उपस्थित रक्त गुहिकाएं (Blood sinuses) दब जाती हैं और गर्भस्थ शिशु की ऑक्सीजन पूर्ति में बाधा होती है ।

(ii) फन्डस का उभार (Fundal Domiance)

प्रत्येक संकुचन फन्डल क्षेत्र से आरम्भ होते हैं तथा नीचे की ओर फैलते जाते हैं और ऊपरी क्षेत्र में अधिक ताकतवर एवम् अधिक देर तक रहते हैं । संकुचन की सम्पूर्ण अवधि के दौरान फन्डस तथा मध्य भाग कड़क रहता है । निचले गर्भाशयिक खण्ड पर पहुँचने तक संकुचन की लहर अत्यधिक रूप से कमजोर हो जाती है और इस कारण सर्विक्स विस्तारित हो जाती है एवम् अत्यधिक ताकत से संकुचित होने वाले फन्डस के द्वारा गर्भस्थ शिशु का निष्कासन हो जाता है ।

(iii) पोलैरिटी (Polarity)

एक परिभाषिक शब्द है जिसका प्रयोग प्रसव के दौरान गर्भाशय के दोनों खण्ड या छोर के बीच प्रचलित स्नायु-पेशीय सुसंगति (Neuromuscular harmony) का वर्णन करने के

लिए करते हैं। पोलेरिटी का स्नावयिक नियंत्रण अभी तक नहीं समझा जा सका है। प्रत्येक गर्भाशयिक संकुचन के दौरान, ये दोनों छोर सुसंगतता से कार्य करते हैं। ऊपरी छोर अत्यधिक रूप से संकुचित एवम् पुनः संकुचित होकर गर्भस्थ शिशु का निष्कासन करता है। निचला छोर कम संकुचित होता है तथा निष्कासन होने के लिए विस्तारित हो जाता है। यदि पोलेरिटी क्रम भंग हो जाती है तो प्रसव की प्रगति रूक जाती है।

(iv) **पुनः संकुचन (Retraction)**

यह गर्भाशयिक पेशियों की विशेष कार्य शक्ति है जिसके द्वारा संकुचन पूर्णतया समाप्त नहीं होते हैं।

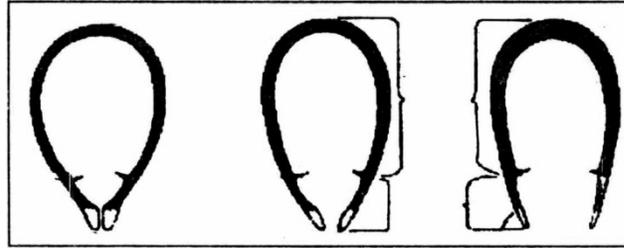
पुनः संकुचन - गर्भस्थ शिशु के बढ़ते हुए निष्कासन में सहायता करता है, गर्भाशय का ऊपरी खण्ड छोटा एवं मोटा हो जाता है और इसकी गुहिका भी।

(ख) **ऊपरी एवम् निचले गर्भाशयिक खण्ड का बनना (Formation of Upper & Lower Uterine Segment)**

गर्भावस्था के अन्त में गर्भाशय कार्यात्मक रूप से दो भागों में विभाजित हो जाता है :-

ऊपरी एवं निचला गर्भाशयिक खण्ड; ऊपरी खण्ड मोटा एवम् पेशीय संकुचनशीलता वाला भाग होता है। निचला खण्ड पतला और फैलने वाला भाग 75 सेमी से 10 सेमी लम्बा क्षेत्र होता है जो गर्भाशय के इस्थमस वाले भाग से विकसित होता है।

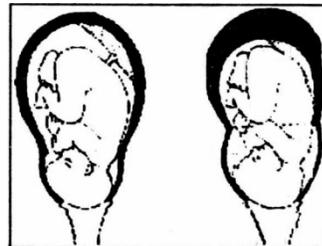
जब प्रसव प्रारम्भ होता है। तो ऊपरी खण्ड के पुनः संकुचित अनुलम्ब तन्तु (Retracted longitudinal fiber) निचले खण्ड को खींचते हैं जिससे वह तन जाता है। इसमें नीचे खिसकते हुए सिर या नितम्ब के द्वारा उत्पन्न दबाव से और अधिक सहायता होती है।



चित्र : गर्भाशयिक खण्डों का बनना

(ग) **रिट्रैक्शन रिंग का विकास (Development of Retraction Ring)**

एक पतला उभार जो मोटे ऊपरी खण्ड एवम् पतले निचले खण्ड के मिलने के स्थान पर बनता है, उसे रिट्रैक्शन रिंग कहते हैं, जैसा कि चित्र में दर्शाया गया है। यह प्रत्येक प्रसव में बनती है। और पूर्णतया सामान्य होती है।



चित्र : रिट्रैक्शन रिंग

अवरोधित प्रसव में जहाँ गर्भस्थ शिशु सर्विक्स में से नीचे की ओर नहीं निकल सकता, उसे समाने के लिए निचले खण्ड को फैलाना जरूरी होता है क्योंकि गर्भस्थ शिशु को छोटे ऊपरी खण्ड से नीचे की ओर खिसकना होता है। इस प्रकार के मामलों में रिट्रैक्शन रिंग परिस्पर्श हो सकती है और उदर पर सिम्फाइसिस प्यूबिस के ऊपर एक दबी हुई नाली जैसी आड़ी य तिरछी दिखाई देती है इसे पेथोलॉजिकल रिट्रैक्शन रिंग या बेन्डल रिंग (Bandl's Ring) कहते हैं।

निचले खण्ड का जितना अधिक फैलाव होगा उतनी ही अधिक रिट्रैक्शन रिंग ऊपर की ओर रहेगी तथा गर्भाशय के फटने का खतरा भी अधिक होगा।

(घ) सर्विक्स का ऊपर की ओर फैल जाना (Taking up of cervix)

गर्भावस्था के अन्त में सर्विक्स पहले से ही कुछ छोटी हो जाती है। जब प्रसव आरम्भ होता है तो आन्तरिक ऑस के आसपास के पेशीय तन्तु पुनः संकुचित ऊपरी खण्ड के द्वारा ऊपर की ओर खिंच जाते हैं और सर्विक्स छोटी हो जाती है क्योंकि वह निचले खण्ड में मिल जाती है तथा उसी का भाग बन जाती है। सर्विक्स धीरे-धीरे प्रभावित होती है उसका मार्ग ऊपर की ओर फैल कर एक कीप जैसा हो जाता है। बाह्य ऑस संकरा भाग ही रहता है।

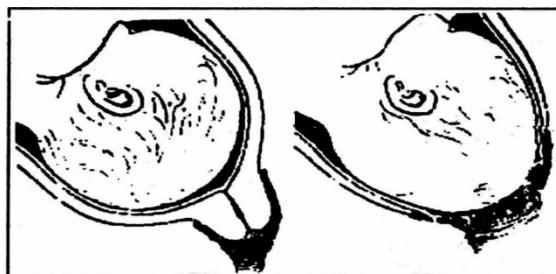
(नोट - योनि परीक्षण करने पर सर्विक्स का ऊपर की ओर फैल जाना व सर्विक्स महसूस न होना; इन दोनों में भ्रंति नहीं होनी चाहिए। सर्विक्स महसूस न होना इसका अर्थ यह है कि सर्विक्स का पूर्ण विस्तारण हो चुका है एवम् प्रसव की प्रथम अवस्था समाप्त हो चुकी है।)

(य) सरवाइकल ऑस का विस्तारण (Dilatation of cervical os)

यह बाह्य ऑस का चौड़ा होना है जो एक गोलाकार छिद्र बना देता है। ऊपरी खण्ड के पुनः संकुचित पेशी तन्तु कमजोर क्षेत्र सर्विक्स को ऊपर की ओर खींचते हैं तथा ऑस को चौड़ा बना देते हैं।

प्रथम गर्भा स्त्री में प्रसव के आरम्भ में बाह्य ऑस बन्द हो सकती है या इसमें एक अंगुली की नोक प्रविष्ट हो सकती है। यह ऊपर की ओर फैलने के बाद ही विस्तारित होता है लेकिन आन्तरिक ऑस सर्विक्स के ऊपर की ओर फैलने की प्रक्रिया के दौरान विस्तारित होती है।

बहुप्रसवा स्त्री में प्रसव के आरम्भ में बाह्य तथा आन्तरिक ऑस का विस्तारण, सर्विक्स ऊपर की ओर फैलने की प्रक्रिया के साथ साथ होता है।

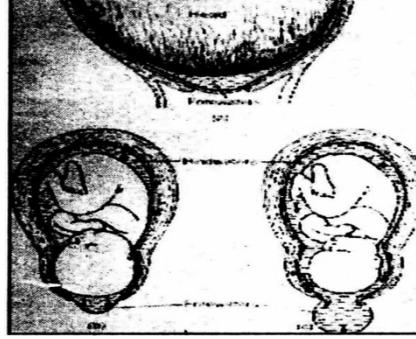


चित्र : बहुप्रसवा में सरवाइकल ऑस का विस्तारण

(र) **प्रसूति सूचक स्त्राव (Show)**

यह रक्त मिश्रित श्लेष्मिक निष्कासन है जो प्रसव आरम्भ होने के कुछ घन्टे बाद दिखाई देता है। श्लेष्मा गाढा चिपचिपा पदार्थ है जो गर्भावस्था के दौरान सरवाइकल अवरोधक (Cervical Plug) ढक्कन के समान रचना बना देता है।

(ल) **एमनिऑटिक द्रव की थैली का बनना (Formation of Bag of Waters)**



चित्र : एमनिऑटिक द्रव की थैली का बनना

जब निचला गर्भाशयिक खण्ड फैलता है तो वहां से कोरिऑन अलग हो जाता है और बड़े हुए अन्तर्गर्भाशयिक दबाव के कारण द्रव की थैली का ढीला भाग विस्तारित आन्तरिक ऑस में नीचे की ओर 6 से 12 मि०मी० तक फूल जाता है। अच्छी तरह से मुड़ा हुआ सिर आसानी से सर्विक्स में प्रविष्ट हो जाता है, इसलिए सिर के सामने का द्रव बाकी एमनिऑटिक द्रव से अलग हो जाता है जिसे अग्र एमनिऑटिक द्रव (Fore-Water) कहते हैं; बचे हुए भाग को

पश्च-एमनिऑटिक द्रव (Hind-waters) कहते हैं।

सामान्य द्रव दबाव :

जब तक झिल्लियाँ फटती नहीं हैं तब तक गर्भाशयिक संकुचन का दबाव द्रव पर पड़ता है, चूंकि द्रव दबता नहीं है इसलिए दबाव सम्पूर्ण गर्भाशय पर एक समान होता है, इसे सामान्य द्रव दबाव कहते हैं।

जब झिल्लियाँ फट जाती हैं तथा द्रव की थोड़ी मात्रा निकल जाती है तो प्लेसेन्टा संकुचनों के दौरान गर्भाशयिक दीवार एवम् गर्भस्थ शिशु के बीच दब जाता है, इस कारण गर्भस्थ शिशु की ऑक्सीजन पूर्ति कम हो जाती है।

जब झिल्लियाँ फटी हुई नहीं रहती हैं तो गर्भस्थ शिशु में हाइपॉक्सिया एवम् माता में गर्भाशयिक संक्रमण की जोखिम कम रहती है।

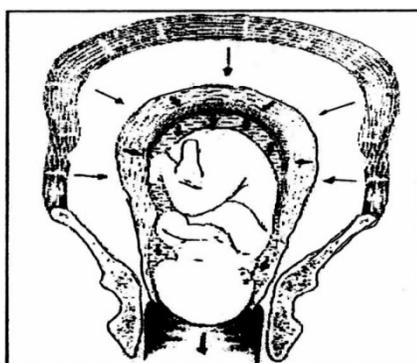
(भ) **झिल्लियों का फटना (Rupture of membranes)**

जब तक सर्विक्स पूर्णतया विस्तारित नहीं हो जाती तब तक एमनिऑटिक द्रव की थैली नहीं फटनी चाहिए, परन्तु ऐसा हमेशा नहीं होता है। प्रसव आरम्भ होने के एक दिन पहले, प्रथम या द्वितीय अवस्था के दौरान झिल्लियाँ फट सकती हैं और कुछ मामलों में तब तक नहीं फटती जब तक कि सिर बाहर नहीं निकल जाता है। प्रथम अवस्था के अन्त तक झिल्लियों का थैली पर बहुत कम सहारा होता है क्योंकि सर्विक्स का अत्यधिक विस्तारण रहता है। तेज गर्भाशयिक संकुचनों के बड़े हुए दबाव का भी प्रभाव

पडता है। यदि किसी कारणवश गर्भप्रस्तुति अंग अच्छी तरह से प्रविष्ट नहीं होता है तो झिल्लिया शीघ्र फट जाती हैं, परन्तु कुछ मामलों में ऐसा बिना किसी कारण के भी हो सकता है।

3.3.2 प्रसव की द्वितीय अवस्था के दौरान शरीर क्रियात्मक परिवर्तन

संकुचन तेज एवम् बार-बार होते हैं; उदरीय पेशियाँ एवम् डायफ्राम की क्रिया निष्कासीय हो जाती है। श्रोणि की निचली सतह विस्थापित हो जाती है। गर्भस्थ शिशु निष्कासित हो जाता है। प्रसव की द्वितीय अवस्था में प्रसव की क्रिया विधि (Mechanism of Labour) महत्वपूर्ण भूमिका अदा करती है। पेशीय तन्तुओं के पुनः संकुचन के कारण ऊपरी गर्भाशयिक खण्ड छोटा एवम् मोटा होता है। तथा प्लेसेन्टल रक्तपरिसंचरण में प्रथम अवस्था की अपेक्षा अत्यधिक बाधा हो जाती है। गर्भस्थ शिशु धीरे-धीरे बाहर निकलता है।



चित्र : प्रसव की द्वितीय अवस्था

(क) गर्भस्थ शिशु की एक्सिस का दबाव (Fetal Axis Pressure)

प्रत्येक गर्भाशयिक संकुचन के दौरान गर्भाशय आगे की ओर झुक जाता है और संकुचन का दबाव गर्भस्थ शिशु की लम्बवत एक्सिस के द्वारा संचारित होता है। और इसको जन्म मार्ग की ओर निर्देशित करता है। इसे गर्भस्थ शिशु के एक्सिस का दबाव कहते हैं। यह प्रथम अवस्था के द्रव के दबाव से भिन्न है।

(ख) श्रोणि की निचली सतह का विस्थापन (Displacement Of Pelvic Floor)

मूत्राशय का फन्डस उदर में पहुँच जाता है, जहाँ पर इसमें नीचे की ओर आने वाले सिर के द्वारा चोट लगने की जोखिम बहुत कम रहती है तथा गर्भस्थ शिशु को निकलने के लिए श्रोणि में अधिक जगह उपलब्ध हो जाती है। श्रोणि की निचली सतह का पिछला खण्ड गर्भप्रस्तुति अंग के सामने नीचे की ओर दब जाता है; नीचे की ओर आते सिर द्वारा मलाशय दब जाता है। और मलवस्तु बाहर निकलती है। गुदा बाहर निकल जाती है और धीरे-धीरे चौड़ी होती जाती है जब तक कि उसके छिद्र की डार्इमीटर 2.5 सेमी न हो जाए। इसमें मलाशय की अग्र दीवार दिखने लगती

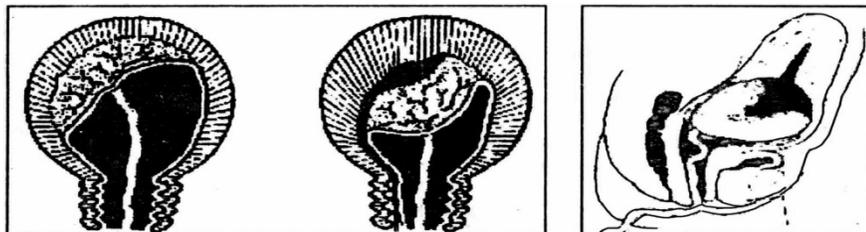
(ग) गर्भस्थ शिशु निष्कासित हो जाता है (The Fetus is expelled)

सिर योनि पर दिखने लगता है प्रत्येक संकुचन के दौरान आगे बढ़ता है। संकुचनों के बीच पुनः अन्दर की ओर चला जाता है जब कि कि क्रॉउनिंग (Crowning) नहीं हो जाती है। इसके बाद सिर प्रसरण के द्वारा बाहर निकलता है। दूसरे संकुचन के साथ कंधा

एवम् शरीर और इसके साथ ही बचा हुआ एमनिऑटिक द्रव भी बाहर निकलता जाता है । शिशु के पैदा होने पर दूसरी अवस्था समाप्त हो जाती है ।

3.3.3 तृतीय अवस्था के दौरान शरीर क्रियात्मक परिवर्तन

तृतीय अवस्था प्लेसेन्टा के पृथक्करण एवम् निष्कासन की होती है । यह शिशु के जन्म होने से प्लेसेन्टा के निष्कासन तक रहती है । इसकी सामान्य अवधि 15 से 20 मिनट होती है ।



चित्र : प्लेसेन्टा का अलग होना

(क) प्लेसेन्टा के पृथक् होने की क्रिया-विधि (Mechanism of Placental separation)

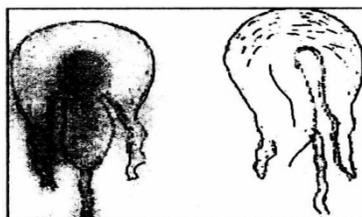
प्लेसेन्टा का पृथक्करण गर्भाशयिक पेशियों के संकुचन एवम् आकुंचन के द्वारा होता है जो दीवार को मोटी बना देते हैं । इससे ऊपरी गर्भाशयिक खण्ड की क्षमता कम हो जाती है अतः प्लेसेन्टा के स्थान का क्षेत्र भी कम हो जाता है ।

पृथक्करण प्रायः प्लेसेन्टा के मध्य भाग से आरम्भ होता है परन्तु निचले किनारे से भी हो सकता है । पृथक्करण के क्षेत्र पर रक्त गहिकाएं फट जाती हैं और प्लेसेन्टा की मातृक सतह तथा डेसिड्युआ बेसेलिस के बीच 30 से 60 मि.ली. रक्त एकत्रित हो जाता है जिसे रिट्रोप्लेसेन्टल थक्का (Retroplacental clot) या हीमटोमा कहते हैं । इसके बाद होने वाले संकुचनों के साथ ही गर्भाशय से प्लेसेन्टा अलग हो जाता है जो बाद में ऊपरी गर्भाशयिक खण्ड से निचले गर्भाशयिक खण्ड में आ जाता है ।

प्लेसेन्टा के निष्कासन की दो प्राकृत विधियाँ हैं :-

1. शल्ज (Schultze) विधि -

इसमें प्लेसेन्टा मध्य भाग (Central separation) में अलग होता है ।



(a) (b)

चित्र : शल्ज (a) एवं मेथ्यूज डंकन (b) विधि

2. मेथ्यूज डंकन (Mathew-Duncan) विधि

इसमें प्लेसेन्टा एक किनारे (Marginal separation) से अलग होना शुरू होता है ।

(ख) रक्तस्राव का नियंत्रण (Control of Bleeding)

फटे हुए प्लेसेन्टल साइनसेस से होने वाले रक्तस्राव को नियंत्रित करने की योजना यदि प्रकृति ने प्रदान नहीं की होती तो चन्द मिनटों में ही रक्तस्राव के कारण स्त्री की मृत्यु हो सकती थी ।

गर्भाशयिक पेशियों के तन्तुओं के संकुचन एवम् आकुंचन जो प्लेसेन्टा का पृथक्करण करते हैं वे रक्तवाहिकाओं को दबाकर और रक्त स्राव का नियंत्रण करने के लिए जीवित बन्धनों (Living Lightures) का कार्य भी करते हैं ।

3.3.4 प्रसव की क्रियाविधि (The Mechanism of Labour)

प्रसव की क्रियाविधि जन्म मार्ग से निकलने के दौरान गर्भस्थ शिशु की निष्क्रिय हलचलों (Passive Movement) का क्रम है । इस प्रकार की हलचलें आवश्यक होती हैं चूँकि जन्म मार्ग बेलनाकार होता है जिसमें आन्तरिक द्वार और बाह्य द्वार विभिन्न आकार एवम् आकृति के होते हैं तथा अगला मोड़ (Forward curve) इसके निचले सिरे पर होता है । गर्भस्थ शिशु का शरीर बेलनाकार होता है जो जन्म प्रक्रिया के दौरान अपने आपको श्रोणि मार्ग के मोड़ एवम् डाइमीटर्स के अनुकूल बना लेता है ।

सामान्य प्रसव का प्रबन्ध, प्रसव की क्रिया-विधि के ज्ञान पर आधारित रहता है । अतः यह आवश्यक है कि इन सभी प्राकृतिक हलचलों के बारे में विस्तृत रूप से समझा जाए । प्रसूति विज्ञान सहायिका / नर्स को प्रत्येक हलचल के साथ जो उद्देश्य होता है उसे जानना आवश्यक है ।

शीर्ष प्रस्तुति की क्रिया विधि (Mechanism of Vertex presentation).

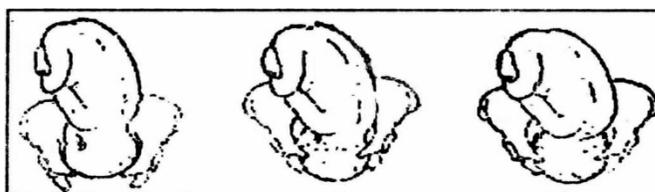
लेफ्ट ऑक्सिपिटो एन्टीरिअर अंग स्थिति (Left Occipito Anterior Position) एवं प्रसव की क्रिया विधि का वर्णन करते वक्त उपयोग में आने वाले शब्दों - स्थिति (Lie), अवस्था (Attitude), गर्भप्रस्तुति (Presentation), निर्धारक अंग (Denominator), अंग स्थिति (Position), एवम् गर्भप्रस्तुति अंग (Presenting Part) की परिभाषाएँ द्वितीय यूनिट में आप पढ़ चुके हैं ।

- प्रसव के दौरान निम्नलिखित हलचलें गर्भाशयिक और उदरीय पेशियों एवम् डायफ्राम की निष्कासन क्रिया तथा श्रोणि, सर्विक्स व श्रोणि की निचली सतह के द्वारा पैदा होने वाले प्रतिरोधक के परिणाम स्वरूप होती हैं
 - गर्भस्थ शिशु का नीचे की ओर आना
 - सिर का मुड़ना
 - आन्तरिक गर्भवर्तन
 - सिर का बाहर आना
 - सिर का पीछे की ओर तनना (प्रसरण)
 - सिर का पूर्व स्थिति में आना
 - कंधों का आन्तरिक गर्भवर्तन
 - सिर का बाह्य गर्भवर्तन
 - शरीर का पार्श्वीय झुकाव
- (क) गर्भस्थ शिशु का नीचे की ओर आना (Descent)

अधिकांश प्रथमगर्भा स्त्रियों में गर्भस्थ शिशु का नीचे की ओर आना (Descent), प्रसव आरम्भ होने के दो सप्ताह पहले शुरू होता है, जब सिर प्रविष्ट हो जाता है और सिर एवम् श्रेणी के बीच कोई असमानता नहीं रहती है। गर्भस्थ शिशु का और नीचे की ओर आना प्रथम अवस्था के दौरान होता है तथा यह गर्भाशयिक संकुचन के दबाव के द्वारा होता

(ख) सिर का मुडना (Flexion of Head)

सिर प्रायः प्रसव आरम्भ होते वक्त ही मुड जाता है और साथ ही उसका सब ऑक्सिपिटो फ्रन्टल डाइमीटर (10सेमी.) श्रोणि के आन्तरिक द्वार पर स्थित रहता है। जब मुडना बढ़ जाता है तब सब-ऑक्सिपिटो ब्रेगमेटिक डाइमीटर (95 सेमी.) प्रविष्ट हो जाता है। यह छोटा गर्भप्रस्तुति डाइमीटर गर्भस्थ शिशु को नीचे की ओर आने में सहायता करता है।



चित्र : सिर का मुंडना

मुडना विभिन्न पहलुओं द्वारा होता है। गर्भाशय में गर्भस्थ शिशु पहले से मुड़ी हुई अवस्था (Flexion Attitude) में रहता है। गर्भाशयिक संकुचन इस अवस्था को और बढ़ा देते हैं। सिर के अत्यधिक मुडने का परिणाम यह होता है कि ऑक्सिपुट अग्र भाग बन जाता है तथा यह दूसरी हलचल को प्रभावित करता है जो आन्तरिक गर्भवर्तन (Internal Rotation) की होती है।

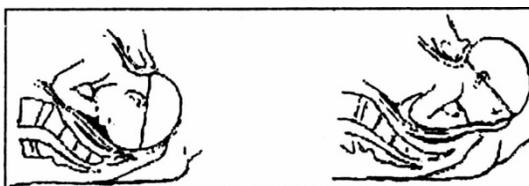
(ग) आन्तरिक गर्भवर्तन (Internal Rotation)

नाली की आकृति के समान श्रोणि की निचली सतह के आधे पार्श्वीय भाग पर गर्भस्थ शिशु का कोई भी अंग जो आगे की ओर पहले घूमता है उसे आन्तरिक गर्भवर्तन (Internal Rotation) कहते हैं।

एल. ओ. ए. (लेफ्ट आक्सिपिटो एन्टीरिअर) स्थिति में पहले ऑक्सिपिट आगे की ओर घूमता है। यह हलचल गर्भस्थ शिशु को जन्म मार्ग के निचले मोड़ के अनुकूल बना देती है।

(घ) सिर का बाहर आना (Crowning of head)

जब ऑक्सिपिटल उभार सिस्फाइसिस प्यूबिस के नीचे से निकल जाता है एवम् गर्भाशयिक सिर अन्दर की ओर नहीं जाता है तब इसके लिए क्राउनिंग (Crowning) शब्द का प्रयोग किया जाता है।



चित्र : सिर का बाहर आना

(य) **सिर का पीछे की ओर तनना (प्रसरण) (Extension)**

सिर का पीछे की ओर तनना एक प्रकार की हलचल है जिसके द्वारा सिर का मुड़ना समाप्त हो जाता है। गर्दन के पीछे का भाग सिस्फाइसिस प्यूबिस के निचले किनारे पर घूम जाता है जबकि सिन्सिपट चेहरा एवम् ठुड़ी पतली हुई पेरिनिअम के ऊपर निकल जाते हैं।

(र) **सिर का पूर्व स्थिति में आना (Restitution)**

सिर के आन्तरिक गर्भवर्तन के दौरान गर्दन में होने वाले मोड़ को समाप्त करने के लिए, यह सिर के घूमने की स्थिति है।

(ल) **कंधों का आन्तरिक गर्भवर्तन (Internal rotation of Shoulder)**

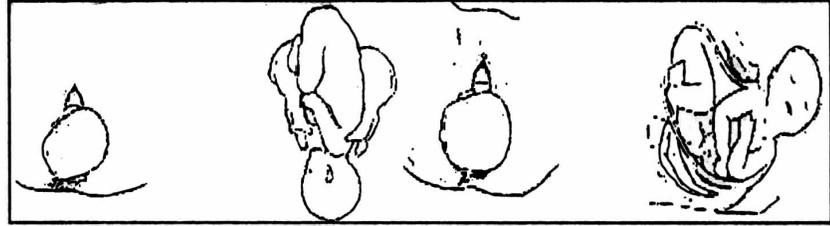
यह हलचल सिर के आन्तरिक गर्भवर्तन के समय होती है।

(व) **सिर का बाह्य गर्भवर्तन (External rotation of Head)**

यह सिर का घूमना है जो कंधों के आन्तरिक गर्भवर्तन के साथ होता है।

(च) **शरीर का पार्श्वीय झुकाव (Lateral flexion of Body)**

शरीर का पार्श्वीय झुकाव स्पाइन के बाजू में झुकने के कारण होता है जो शरीर के निष्कासन के वक्त होता है ताकि वह जन्म मार्ग के मोड़ के अनुकूल हो जाये। अग्र कंधा सिम्प्राइसिस प्यूबिस के नीचे से निकल जाता है; पश्च कंधा पेरिनिअम के ऊपर से निकलता है जिसके कारण वह योनि मार्ग के छिद्र को फैला देता है अपेक्षाकृत उसके कि दोनों कंधे एक साथ निष्कासित हों। डिलीवरी कराते समय शिशु को आगे की ओर सिस्फाइसिस प्यूबिस के ऊपर माता के उदर की तरफ शरीर के पार्श्वीय झुकाव को आसान बनाकर लाया जाता है।



चित्र : शिशु का जन्म मार्ग से बाहर आना

3.4 सामान्य प्रसव का प्रबन्ध व गृह-प्रसव

प्रसव के सामान्य सिद्धान्त :

- (i) सभी महिलाओं के लिए डिलीवरी जहाँ तक हो अस्पताल में होनी चाहिए।
- (ii) जो महिलाएँ किसी कारणवश अस्पताल में प्रसव नहीं करा पाती हैं उनके घर में डिलीवरी प्रशिक्षित व्यक्ति द्वारा होनी चाहिए। लेकिन सदैव यही प्रयत्न रहना चाहिए कि डिलीवरी अस्पताल में हो चूँकि साधारण लगने वाली डिलीवरी कभी-कभी संकटमय साबित होती है जिसमें माँ व बच्चे को जान को खतरा होना सम्भव है।
- (iii) डिलीवरी के दौरान लगातार निगरानी व हानिकारक स्थितियों की सही समय पर पहचान आवश्यक है।

- (iv) प्रसव मे स्त्री की भावनाएँ, दर्द एवम् बैचेनी की प्रतिक्रिया को अत्यधिक प्रभावित करती हैं । अतः शिशु जन्म की सम्पूर्ण प्रक्रिया संवेदनशीलता एवम् सहानुभूति पूर्वक होनी चाहिए ।
- (v) प्रसव भी उतनी ही एसेप्टिक सावधानियों से करना चाहिए जितनी कि एक शल्य क्रिया में की जाती है । स्त्री को प्रत्येक उपलब्ध विधियों द्वारा संक्रमण से बचाना चाहिए ताकि अस्वस्थता व जीवन की हानि से सुरक्षा हो सके ।
- (vi) निम्न कारणों से स्त्री संक्रमण के प्रति असुरक्षित रहती है :
 - उसकी पेरिनियम योनि, योनिमार्ग एवम् सर्विक्स की चोटों से जीवाणु प्रवेश कर सकते हैं।
 - प्लेसेन्टा एक बड़ा स्थान एक अपरिपक्व क्षेत्र होता है जिसके द्वारा जीवाणु रक्त प्रवाह में आसानी से प्रवेश कर सकते हैं ।
 - प्रसव के तुरन्त बाद जन्म मार्ग जीवाणुओं के विकास के लिए एक अच्छा माध्यम होता है ।
 - थकावट व रक्त की कमी के कारण उसकी सामान्य क्षमता कम हो जाती है ।

3.4.1 प्रसव की प्रथम अवस्था का प्रबन्ध

इसको तीन भागों में वर्णित किया जा रहा है :

- परिभाषा
 - सिद्धान्त
 - इतिवृत्त लेना व परीक्षण
1. **परिभाषा** : सामान्य डिलीवरी का प्रथम चरण पेट में सच्चे दर्द होने के साथ शुरू होता है और बच्चेचानी - का मुँह पूरी तरह खुलने तक चलता है ।
 2. **सिद्धान्त** :
 - बिना किसी दखलअंदाजी के गर्भवती महिला की देखरेख करते हुए सामान्य प्रसव के लिए तैयार करना ।
 - प्रसव की प्रगति. गर्भवती व गर्भस्थ शिशु की सावधानी पूर्वक देखरेख व खतरों की शीघ्र पहचान।
 3. **इतिवृत्त लेना** : महिला की जाँच, परीक्षणों सम्बन्धी रिकॉर्ड का सही अध्ययन करें । यदि महिला को पूर्व में कभी नहीं देखा है तो उसकी इस गर्भावस्था व प्रसव अवस्था के बारे में पूरी जानकारी प्राप्त करनी चाहिए ।

(क) प्रसव का इतिवृत्त या विवरण लेना (Taking the History of Labour)

प्रसव विवरण निम्न चार शीर्षकों में लिया जाता है

- (i) **गर्भाशयिक संकुचन** : गर्भवती से पूछा जाता है कि नियमित संकुचन (दर्द) कब आरम्भ हुए हैं, कितनी शीघ्रता से आते हैं और क्या उसे कमरदर्द हो रहा है । संकुचनों की अवधि एवम् शक्ति की विशेषता के बारे में स्त्री के कथन की पुष्टि स्वयं के निरीक्षण से कुशलता से करनी चाहिए व वास्तविक प्रसव-दर्द के समय का रिकॉर्ड रखना चाहिए ।
- (ii) **प्रसूति सूचक स्त्राव (Show)** : स्त्री से पूछना चाहिए कि क्या उसने रक्त एवम् श्लेष्मा मिश्रितम स्त्राव देखा है। प्रसूति सूचक स्त्राव प्रसव आरम्भ होने के कुछ घंटे पहले या बाद में दिख सकता है।

(iii) **झिल्लियों का फटना (Rupture of Membrane)** : प्रसूता को इस बारे में निश्चय नहीं हो सकता है कि एमनिऑटिक द्रव की थैली फटी है या नहीं, यह स्नानगृह या शौचालय में भी फट सकती है जिसके बारे में उसे मालूम नहीं होता है। उसे यह पूछना चाहिए कि क्या उसने पानी या पानी की बूँदों को निकलते हुए देखा है तथा समय नोट किया है। मूत्र की बारम्बारता या थोड़ा सा असंयमन, गलती से एमनिऑटिक द्रव के निकास के रूप में समझा जा सकता है।

(iv) **प्रासविक इतिवृत्त (Obstetric History)** : प्रसवपूर्व रिकॉर्ड के आधार से पूर्व प्रसव सम्बन्धी महत्व की कुछ निश्चित बातें मालूम की जा सकती हैं। परन्तु यदि वह केस दर्ज नहीं है तो पूर्व प्रसव सम्बन्धी पूछताछ करनी चाहिए। स्वाभाविक रूप से होने वाले शिशुओं के वजन से श्रोणीय क्षमता का अनुमान लगाया जा सकता है। विशेष-तौर से जब वे 4 किग्रा. या अधिक वजन के हों।

- पहले कोई शल्य-क्रिया द्वारा प्रसव, सीजेरियन सेक्शन या मृत हुआ हो तो सूचित करना चाहिए।
- प्रसव रिकॉर्ड से यह मालूम होता है कि क्या सिर श्रोणि में असमानता है?
- उसकी उम्र 30 वर्ष से अधिक है तो क्या यह उसका पहला शिशु है?
- क्या उसे कोई जीवित शिशु नहीं है?
- यदि गर्भावस्था के दौरान कोई असामान्य स्थिति है तो उसका रिकॉर्ड रखना चाहिए जैसे कि - प्रि-एक्लेम्पसिया, एनीमिया, मधुमेह या हृदय बीमारी।
- ऐसे रोगी जिसमें आर. एच. फेक्टर निगेटिव रहता है, उनके शिशुओं में नवजात पीलिया (Lcterus Neonatorum) होने का विवरण या मृत प्रसव हुआ है तो यह गम्भीर बात है।

(ख) प्रसव में स्त्री का परीक्षण (Examination of Woman in Labour)

- क्या प्रसव आरम्भ हो चुका है?
- सामान्य परीक्षण
- उदरीय परीक्षण
- योनि परीक्षण
- योनि मार्ग परीक्षण

प्रसव के आरम्भ में हमेशा यह तय करना आसान नहीं है कि प्रसूता को वास्तविक प्रसव है।

(i) **अवास्तविक या वास्तविक प्रसव (False or True Labour)**

अवास्तविक प्रसव - बहुप्रसवा स्त्रियों में सामान्यतया होता है। रात्रि के समय यह बहुधा कष्टप्रद होता है। संकुचन अनिश्चित एवम् अनियमित होते हैं। एनिमा देने से ये सामान्यतया समाप्त हो जाते हैं और वास्तविक संकुचन उत्तेजित हो जाते हैं। प्रसूति सूचक स्त्राव उपस्थित नहीं रहता है।

यदि वास्तविक प्रसव आरम्भ हो चुका है तो योनि मार्ग परीक्षण करके छोटी हुई सर्विक्स के बारे में मालूम किया जा सकता है तथा संकुचन के दौरान विस्तारित ऑस पर एमनिऑटिक द्रव की तनी हुई थैली महसूस होती है। बहुप्रसवा स्त्रियों में निदान करना मुश्किल होता है क्योंकि उनमें सर्विक्स चौड़ी होती है तथा गर्भावस्था के अन्तिम सप्ताहों के दौरान बाह्य ऑस सामान्यतया विस्तारित रहती है। इस प्रकार के मामलों में नियमित

संकुचन एवम् सर्विक्स का बढ़ता हुआ विस्तारण उत्तम मार्गदर्शक है। सारणी में दोनों स्थितियों का अन्तर वर्णित है:

वास्तविक प्रसव	अवास्तविक प्रसव
<p>गर्भाशयिक संकुचन</p> <ul style="list-style-type: none"> • हमेशा उपस्थित रहते हैं। • उदरीय तनाव, बैचेनी या दर्द साथ होते हैं। • 60 सैकण्ड से अधिक देर तक नहीं रहते हैं। • लयबद्ध नियमितता से बार -बार होता है। • बहुधा कमर दर्द के साथ होते हैं। 	<ul style="list-style-type: none"> • हमेशा उपस्थित नहीं रहते हैं। • हमेशा दर्दमय नहीं होते हैं। • तीन से चार मिनट तक रहते हैं। • अनिश्चित एवम् अनियमित होते हैं। • कमरदर्द के साथ नहीं होते।
<p>सर्विक्स</p> <ul style="list-style-type: none"> • सर्विक्स छोटी हो जाती है। • ऑस का विस्तारण बढ़ता जाता है। • संकुचन के दौरान झिल्लियाँ तनी हुई महसूस होती हैं। • प्रायः प्रसूति सूचक स्त्रव उपस्थित रहता है। 	<ul style="list-style-type: none"> • सर्विक्स छोटी नहीं होती है। • ऑस का विस्तारण नहीं होता है। • झिल्लियाँ तनी हुई नहीं रहती हैं। • प्रसूति सूचक स्त्राव नहीं रहता है।

(ii) सामान्य शारीरिक परीक्षण (General physical Examination)

- शारीरिक गठन एवम् कद
 - दिखावट
 - तापक्रम
 - नाडी की गति
 - श्वसन की गति
 - रक्तचाप
 - ईडीमा
- शारीरिक गठन एवम् कद: स्त्री के शारीरिक गठन एवम् कद पर अधिक ध्यान देक चाहिए, विशेषतौर पर जब वह 145 सेमी. की ऊँचाई से कम हो या विकृति का कोई प्रमाण हो।
- दिखावट (Appearance) प्रसूता की सामान्य दिखावट से उसके स्वास्थ्य एवम् पोषण का पता लगता है। सफेदपन एनीमिआ के कारण हो सकता है। तथा गम्भीर प्रसव पूर्व रक्तस्राव के मामलों में भी हो सकता है।
- नाडी की गति, तापक्रम, श्वसन की दर नाडी की गति ली जाती है परन्तु गर्भाशयिक संकुचन के दौरान नहीं क्योंकि तब नाडी की गति एवम् श्वसन की दर दोनों बढ़ जाते हैं।

तापक्रम लिया जाता है यदि बढ़ा हुआ है तो कारण ज्ञात करना चाहिए। सामान्य प्रसव के दौरान नाडी की गति, तापक्रम श्वसन की दर नहीं बढ़ती है इसलिए इनमें किसी भी प्रकार की वृद्धि महत्व की होती है।

- रक्तचाप: प्रसव हेतु भर्ती की गई प्रत्येक खी का रक्तचाप लेना चाहिए।
- ईडीमा: प्रि-एकलैम्पसिआ के कारण हो सकता है। इसके साथ बढ़ा हुआ रक्तचाप रहता है और प्रोटीनयूरिया भी रहता है। अँगूठी कसी हुई हो जाना या चेहरा फूल जाना, अत्यधिक ईडीमा होने के संकेत हैं, जो गम्भीर हो सकता है। योनि पर भी ईडीमा हो जाता है।

(iii) उदरीय परीक्षण (Abdominal Examination)

इसका विस्तृत विवरण निरीक्षण, परिस्पर्शन परिश्रवण के रूप में यूनिट -2 में दिया गया है।

उदरीय परीक्षण से पूर्व खी का मूत्राशय खाली करवाना जरूरी है।

फण्डस की ऊँचाई एवम् परिस्पर्शन (Fundal height & Palpation) हेतु यूनिट 2 - देखिए।

• बाजू से परिस्पर्शन (Lateral Palpation)

यह रीति गर्भस्थ शिशु की पीठ का स्थान निश्चित करने में उपयोगी होती है जो कि अंग स्थिति के निदान में सहायक है। मोटापन एवम् ऐमनिऑटिक द्रव की अधिक मात्रा, परिस्पर्शन में कठिनाई पैदा कर सकती है।

विधि: स्त्री के सिर या पाँव की तरफ खड़े रहकर हाथों को गर्भाशय के दोनों तरफ करीब नाभि के स्तर पर रखा जाता है। हाथों की हथेलियों से बारी-बारी से दबाव लगाया जाता है और गर्भाशय के दानों तरफ के प्रतिरोध में अन्तर ज्ञात किया जाता है। एक हाथ से गर्भाशय को स्थिर रखा जाता है और गर्भस्थ शिशु को जाँच करने वाले हाथ की ओर दबाया जाता है जिससे चौड़ी प्रतिरोधी पीठ की उपस्थिति या छोटे-छोटे अंग जो कि जाच करने वाली अँगुलियों के नीचे से फिसलते हैं, का निर्धारण होता है। यदि पीठ आसानी से परिस्पर्श नहीं की जा सकती और छोटे-छोटे अंग चौड़ी सतह पर प्रत्यक्ष मालूम होते हैं तो ऑक्सिपिटो-पोस्टीरिअर अंग स्थिति हो सकती है। दोनों हाथों की अँगुलियों के सिरों को उदर पर एक तरफ से दूसरी तरफ चलाकर, पीठ की स्थिति मालूम करना उत्तम विधि है।

• श्रोणिय परिस्पर्शन (Pelvic Palpation)

उदरीय परिस्पर्शन में यह रीति महत्वपूर्ण है क्योंकि यह गर्भस्थ शिशु की प्रस्तुति, अंगस्थिति गर्भस्थ शिशु के सिर का प्रविष्ट होना एवम् सिर व श्रोणि के बीच असमानता का निदान करने में उपयोगी है।

विधि उदरीय पेशियों को शिथिल करने के लिए स्त्री के घुटनों को थोड़ा सा ऊपर उठाना चाहिए। नाभि के स्तर के ठीक नीचे गर्भाशय के दोनों बाजुओं को हाथों की हथेलियों के बीच अच्छी तरह से पकड़ कर, अँगुलियों को एक साथ मिलाकर नीचे की ओर अन्दर की तरफ रखते हैं। यदि हाथों को सही ढंग से रखा गया है तो छोटी अँगुली का पहला जोड़ अगले ऊपरी इलियाका स्पाइन्स के स्तर पर रहेगा और फैला हुआ अँगूठा, करीब नाभि के स्तर पर रहेगा।

• शीर्ष प्रस्तुति का निदान (Diagnosis of cephalic Presentation)

अँगुलियों को अन्दर की ओर रखा जाता है और यदि सिर प्रस्तुति है तो एक कड़ा आकार (स्पष्ट गोलाकार एवम् चिकनी रूपरेखा) मालूम होता है। शीर्ष प्रस्तुति का निर्धारण करने के लिए सिर के दो उभारों ऑक्सिपिट व सिन्सिपट के स्थान मालूम करने होते हैं। यदि गर्भस्थ शिशु की पीठ के विपरीत दिशा में ऊँचाई की ओर रहने वाला उभार सिन्सिपट रहता है तो यह शीर्ष गर्भप्रस्तुति एवम् मुड़े हुए सिर का संकेत है। चेहरा प्रस्तुति में सिर के ऊपर वाला उभार पीठ की तरफ होता है।

- **अंग स्थिति का निदान (Diagnosis of Position)**

हाथों से गर्भाशय के निचले खण्ड को पकड़ते हुए अँगुलियों के सिरे, सिर के दोनों ओर परिस्पर्श करते हैं एवं सिर के ऊँचे उभार पर रूक जाते हैं जो दूसरी तरफ के उभार से 5 से 75 सेमी. ऊपर रहता है। सिर का ऊँचा उभार सिन्सिपट होता है और शीर्ष प्रस्तुति में यह हमेशा उदर पर गर्भस्थ शिशु की पीठ के विपरीत दिशा में रहता है। सिर का निचला एवम् कम स्पष्ट उभार ऑक्सिपिट होता है तथा श्रोणि के आन्तरिक द्वार के रु क्षेत्रों में ऑक्सिपिट किस तरफ रहता है, इससे गर्भस्थ शिशु की अंग स्थिति का निर्धारण होता है। निम्नलिखित में से एक अंग स्थिति होगी :

- राइट ऑक्सिपिटो पोस्टीरिअर (ROP)
- राइट ओक्सिपिटो लेट्रल (ROL)
- राइट ऑक्सिपिटो एन्टीरिअर (ROA)
- लेफ्ट ऑक्सिपिटो पोस्टीरिअर (LOA)
- लेफ्ट ऑक्सिपिटो लेट्रल (LOL)
- लेफ्ट ऑक्सिपिटो एन्टीरिअर (LOA)

- **सिर का प्रविष्ट होना (Engagement of Head)**

प्रविष्ट हुआ सिर वह है जिसमें गर्भप्रस्तुति डायमीटर (अच्छी तरह से मुड़े हुए सिर का बाइ-पेराइटल डायमीटर) श्रोणि के आन्तरिक द्वार से गुजर सकता है।

प्रथमगर्भा स्त्री में गर्भावस्था के 38 वे से 39 वे सप्ताह में सिर श्रोणि के आन्तरिक द्वार में प्रविष्ट हो जाना चाहिए और यदि प्रविष्ट नहीं हुआ है तो इसके कारण की जाँच करनी चाहिए ताकि चिकित्सीय सहायता प्राप्त की जा सके। बहुप्रसवा स्त्रियों में सामान्यतया प्रसव आरम्भ होने के बाद ही सिर प्रविष्ट होता है।

- **सिर प्रविष्ट होने के जांच परिणाम (Findings When head is engaged)**

- सिर का अधिकांश भाग श्रोणि के आन्तरिक द्वार के ऊपर परिस्पर्श नहीं किया जा सकता है।
- सिर गतिशील नहीं रहता है।
- सिर का ऊपरी उभार आन्तरिक द्वार के ऊपर 5 सेमी से कम दूरी पर महसूस होता है।
- अगला कंधा सिस्फाइसिस प्यूबिस के ऊपर 5 सेमी. से कुछ अधिक दूरी पर रहता है। कभी-कभी प्रविष्ट हुए सिर का उल्लेख करने के बजाय स्थिर (Fixed) शब्द का प्रयोग किया जाता है। यह सत्य है कि प्रविष्ट सिर स्थिर है परन्तु इसके विपरीत यह जरूरी नहीं कि स्थिर सिर प्रविष्ट ही होगा।

- (iv) **परिश्रवण (Auscultation)**

गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन उस स्थान पर सुनाई देती है जहां उसकी बाईं स्केपुला (Scapula) (कन्धे की अस्थि) और पसलियाँ गर्भाशयिक दीवार के सम्पर्क में आती हैं। गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन एक तकिए के नीचे रखी हुई धड़ी की टिक-टिक के समान रहती है। दूसरी आवाजें भी सुनाई देती हैं जैसे कि गर्भस्थ शिशु की हलचल, आंतों की गडगड़ाहट गर्भाशयिक एवम् कभी-कभी फ्यूनिक् मर्मर (funic Souffle) भी सुनाई देती है। 120 से 140 प्रति मिनट की दर सामान्य होती है। प्रसूति विज्ञान सहायिका या नर्स को माता की नाड़ी की दर, तुलना करने के लिए गिननी चाहिए।

- **गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन सुनने की नैदानिक उपयोगिता**

- गर्भावस्था का निश्चयात्मक चिन्ह
- गर्भस्थ शिशु के जीवित होने का प्रमाण

(v) **योनि परीक्षण (Vulval Examination)**

यदि स्त्री को प्रसव दर्द अधिक है तो योनि को वास्तविक रूप से बिना छुए अवलोकन करना चाहिए। यदि योनिमार्ग छिद्र चौड़ा है और पेरिनिअम फूला हुआ है तो ये प्रसव की द्वितीय अवस्था के सांकेतिक चिन्ह हैं। सिर्फ प्रसूति सूचक स्राव के अलावा कोई रक्तस्राव है तो इसकी सूचना देनी चाहिए।

एमनिऑटिक द्रव के रंग एवम् गंध को नोट करना चाहिए। यदि गंध घृणास्पद है तो द्रव सक्रमित है। यह झिल्लियों के शीर्ष फट जाने के कारण होता है। यदि द्रव का रंग हरा है तब गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन सुननी चाहिए क्योंकि मिकोनिअम (Mconium) (हरा पदार्थ) की उपस्थिति गर्भस्थ शिशु की विपत्ति के कारण होती है।

योनि का ईडीमा अधिक मात्रा में हो सकता है। कभी-कभी लेबिया बन्द मुठी के आकार के हो जाते हैं। यह प्रि- एकलेम्पसिया के कारण होता है।

(vi) **योनि मार्ग परीक्षण (Vaginal Examination)**

(क) **योनि मार्ग परीक्षण के लिए निर्देश:**

1. यह निश्चित करने के लिए कि क्या स्त्री प्रसव में है?
2. जब-गर्भप्रस्तुति के बारे में शंका हो।
3. सर्विक्स का विस्तारण जानने के लिए।
4. जब द्वितीय अवस्था के आरम्भ होने में शंका हो।
5. देरी होने के कारण का निर्धारण करने के लिए तथा गर्भप्रस्तुति अंग का स्तर, कैपट का आकार, मोल्डिंग (Moulding)(शीर्ष अनुकूलन) की डिग्री जानने के लिए।
6. निम्नलिखित स्थितियों में जब नाभि-नाल के प्रोलेप्स होने की सम्भावना रहती है:
 - पोलीहाइड्रेमनिऑस में झिल्लियों के फटने के बाद।
 - नितम्ब या चेहरा प्रस्तुति में झिल्लियों के फटने के बाद।
 - बहुप्रसवा स्त्रियों में जब सिर प्रविष्ट नहीं होता है तब झिल्लियों के फटने के बाद।
7. जब गर्भस्थ शिशु में कुछ असामान्यता होने की आशंका हो, उदाहरणार्थ अमस्तिष्कता (Anencephaly), जल शीर्ष (Hydrocephaly) इत्यादि

- **योनिमार्ग परीक्षण की विधि (Method of Vaginal Examination)**

एसेप्सिस: हाथों एवम् योनि की सफाई करने व विसंक्रमित दस्ताने पहनने से संक्रमण की जोखिम काफी कम हो जाती है।

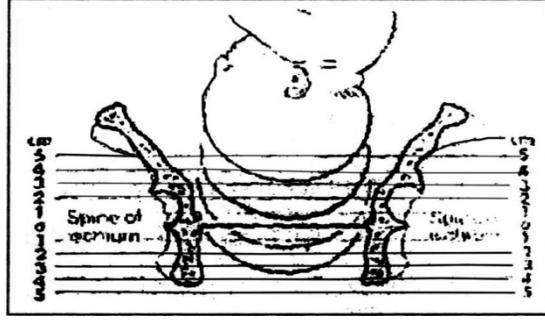
- मूत्राशय खाली होना चाहिए।
- बाँये हाथ के अँगूठे व पहली अँगुली से लेबिया को अलग करके दाहिने हाथ की पहली दो अँगुलियाँ धीरे से योनिमार्ग में प्रविष्ट करनी चाहिए। यह ध्यान रखना चाहिए कि लेबिया को स्पर्श न करें। अँगुलियों को योनिमार्ग की अगली दीवार के सहारे डालना चाहिए और तब तक नहीं निकालना चाहिए जब तक कि आवश्यक निष्कर्ष प्राप्त न हो जाए क्योंकि लापरवाही से किया गया परीक्षण पुनः करना होता है तथा अँगुलियों को बार-बार डालने से संक्रमण की जोखिम बढ़ जाती है।

(ख) योनिमार्ग परीक्षा के जांच परिणाम

इनका निम्न बिन्दुओं के अतर्गत अध्ययन करेंगे -

- योनिमार्ग की स्थिति
- सर्विक्स एवम् ऑस
- ऐमनिऑटिक द्रव की थैली
- गर्भप्रस्तुति अंग का स्तर या स्थान
- गर्भप्रस्तुति का निदान
- अगस्थिति का निदान
- शीर्षानुकूलन की डिग्री
- असामान्यताएँ
- **योनिमार्ग की स्थिति:** योनिमार्ग की दीवारें मुलायम तथा फैली हुई होनी चाहिए, जब थोड़ी कड़क एवम् सख्त होती हैं तो प्रसव देर से होने की सम्भावना रहती है। भरा हुआ मलाशय, ट्यूमर के समान महसूस हो सकता है परन्तु इसका मुलायमपन मल वस्तु का निदान सूचक है।
- **सर्विक्स एवं ऑस:** यदि सर्विक्स 25 सेमी लम्बी है और ऑस बन्द है तो यह निष्कर्ष निकलता है कि प्रसव आरम्भ होने में कुछ देरी की सम्भावना है। प्रसव के आरम्भ में सर्विक्स आसानी से महसूस की जा सकती है, हालांकि यह कुछ छोटी होती है। यदि इस समय प्रसव आरम्भ हो गया है तो सरवाइकल मार्ग पूर्ण रूप से ऊपर की ओर फैल जाता है या अदृश्य हो जाता है तथा सर्विकर बहुधा गर्भरथ शिशु के सिर से बिल्कुल सट जाती है।
- **ऐमनिऑटिक द्रव की थैली (The Bag of Waters):** जब झिल्लियाँ नहीं फटती हैं तो अग्र-ऐमनिऑटिक द्रव की मात्रा बहुत थोड़ी रहती है। गर्भाशयिक संकुचन के दौरान झिल्लियाँ तन जाती हैं।
- **गर्भप्रस्तुति अंग का स्तर का स्थान Level or Station of Presentation Part) :** यदि सिर गहराई से प्रविष्ट हो चुका है तो यह श्रोणि-गुहिका में इस्विअल स्पाइन के स्तर पर महसूस होता है तथापि कैपट इस स्तर के नीचे हो सकता है।

- **गर्भप्रस्तुति का निदान (Diagnosis of Presentation):** 96 प्रतिशत मामलों में शीर्ष प्रस्तुति होती है और इसे सिर की कड़क अस्थियों, फोन्टेनेल एवम् सन्धि-रेखाओं को महसूस करके पहचाना जा सकता है।



चित्र : गर्भप्रस्तुति अंग का स्तर

- **अंगस्थिति का निदान (Diagnosis of Position):** शीर्ष प्रस्तुति में इसका निदान कौनसी फोन्टेनेल आगे की ओर हेड्सके द्वारा किया जाता है। ऑक्सिपिटो-पोस्टीरिअर अंगस्थिति में पोस्टीरिअर फोन्टेनेल आगे रहती है व यह श्रोणि के दांयी या बांयी तरफ हो सकती है।
- **शीर्षानुकूलन की डिग्री (Degree of Moulding):** यह खोपड़ी की अस्थियों की एक के ऊपर एक चढ़ने की मात्रा को महसूस करके निर्धारित की जाती है। यदि यह अत्यधिक है तो अर्धमस्तिष्कीय चोट (Intracranial Injury) होने की अधिक सम्भावना रहती है।
- **असामान्यताएँ:** जैसे कुगर्भ - प्रस्तुति, नाभि-नाल का प्रोलेप्स, अमस्तिष्कता, जल-शीर्ष एवम् मिश्रित गर्भ-प्रस्तुति का निदान योनिमार्ग के द्वारा हो सकता है।
- **प्रसव की प्रथम अवस्था की सुप्त अवस्था (Latent Phase of First Stage of Labour) :** प्रसव के आरम्भ में तीन सेन्टीमीटर सरवाइकल विस्तारण की अवधि को सुपा अवस्था कहते हैं। सुपा अवस्था के दौरान प्रगति धीमी होती है।
- **प्रसव में स्त्री की तैयारी (Preparation of Woman in Labour)**
 - (1) **मलाशय को खाली करना**
प्रसव के आरम्भ में मलाशय को एनीमा के द्वारा खाली करना उचित है। इरसे डिलीवरी के समय मल नहीं निकलेगा। खाली मलाशय गर्भस्थ शिशु को नीचे उतरने के लिए अधिक स्थान देता है। यदि मलाशय खाली नहीं हुआ है तो नीचे की ओर उतरते हुए सिर के कारण शिशु के जन्म के तुरन्त पहले एवम् दौरान मलवस्तु बाहर निकल जाती है जो क्षेत्र को गदा करती है।
नोट: यदि स्त्री ऐक्लेम्पसिया या प्रसवपूर्व रक्तस्राव से पीडित है तो एनीमा नहीं देते हैं।
 - (2) **योनि को साफ करना**
प्यूबिक एवम् योनि के क्षेत्र को साबुन व पानी से पूर्णतः साफ करना चाहिए।
 - (3) **प्रसव में स्थिति**
प्रथम अवस्था में जब झिल्ली साबुत है, तो महिला को चलने की छूट होती है। बाँयी करवट की सिफारिश की जाती है क्योंकि कुछ स्त्रियों में प्रथम अवस्था के दौरान निम्न महाशिरा पर दबाव पड़ता है। पीठ के सहारे लेटने पर निम्न रक्तचाप संलक्षण

(Supine Hypotensive Syndrome) हो सकता है। यदि किसी भी करवट से सोती है तो गुर्दीय काय सुचारु रूप से होने लगते हैं।

जब सकुचनो की तीव्रता के कारण पीडा होने लगती है तो स्त्री को बिस्तर मे लेटना चाहिए ताकि दर्द से आराम पाने के लिए दर्द निवारक दवाई दी जा सके।

(4) प्रसव के दौरान आहार

पौष्टिक पेय पदार्थ देने चाहिए। प्रत्येक घण्टे में करीब 75 मिली. द्रव देना चाहिए। हल्की चाय, पानी, सूप, कम, जूस इत्यादि दे सकते हैं।

(5) मूत्राशय का ध्यान रखना

सम्पूर्ण प्रसव मे (प्रत्येक दो घण्टे मे) स्त्री का मूत्राशय खाली है या नहीं, इसका ध्यान रखना चाहिए। भरे हुए मूत्राशय के कारण सिर की श्रोणि के अन्तरिक द्वार में प्रवेश होने मे रुकावट होती है। कम गर्भाशयिक संकुचन बहुधा भरे हुए मूत्राशय से सम्बन्धित रहते हैं। जैसे ही मूत्राशय खाली होता है, गर्भाशयिक क्रिया मे प्राय सुधार हो जाता है।

प्रथम अवस्था के अन्तिम भाग के दौरान मूत्र त्याग करने में असमर्थता मूत्राशय की ग्रीवा पर गर्भस्थ शिशु के सिर का दबाव पडने के कारण होती है। यदि स्त्री ने छह घण्टो तक मूत्रत्याग नहीं किया है तो मूत्राशय फूला हुआ दिखाई देता है तथा स्त्री मूत्रत्याग करने मे असमर्थ रहती है। इस स्थिति में चिकिलाक की देखरेख में कैथेटर प्रविष्ट करना चाहिए। मूत्र के नमूने का कीटोन एवम् प्रोटीन के लिए परीक्षण करना चाहिए।

(6) आराम एवम् नींद

नींद लाने के लिए सामान्य विधियो का प्रयोग करना चाहिए। मूत्राशय खाली करना चाहिए, पौष्टिक पेय पदार्थ दिये जाते हैं, बिस्तर आरामदायक होना चाहिए, कमरे में कुछ अँधेरा हो व शान्ति बनाये रखने के लिए हर प्रयत्न करना चाहिए।

(7) व्यक्तिगत स्वच्छता

प्रसूता के व्यक्तिगत प्रसाधनों (स्नान) की परिचर्या करने से उसके आराम मे बहुत सहायता मिलती है। प्रसूता के मुँह एवम् हाथ धुलाने चाहिए, उसके बालो मे कधी करने में सहायता करनी चाहिए। उसके नितम्ब एवम् जाँघो को धोना चाहिए। साफ कपडे पहनने से ताजगी महसूस होती हे। बिस्तर के कपडे स्वच्छ होने चाहिए। जब ऐमनिऑटिक द्रव का मुआ रूप से निकास होता है तो नितम्ब के नीचे पैड्स रखने चाहिए। पैरों में ऐंठन (Cramp) बहुत कष्टप्रद हो सकती है तथा शीघ्र आराम प्राप्त करने के लिए पैर को सीधा तानकर पाँव को ऊपर की ओर मोडना लाभकारी होता है । (नोट: COA II की इकाई 3 को संदर्भित करें।)

(8) सावधानी

प्रसव की प्रथम अवस्था के दौरान नीचे की ओर जोर लगाने को मना करना चाहिए, क्योकि जब सर्विक्स पूर्ण रूप से विस्तारित नहीं होती है और स्त्री गर्भाशय को नीचे की ओर दबाती है तब ट्रान्सवर्स सरवाइकल बन्धन तथा परासरवाइकल ऊतक पर इतना जोर पडता है कि प्रसव के बाद गर्भाशयिक प्रॉलेप्स होने की सम्भावना रहती है।

समय से पूर्व जोर लगाने के कारण सर्विक्स गर्भस्थ शिशु के सिर एवम् सिम्फाइसिस प्यूबिस के बीच दब जाती है जिससे सर्विक्स का अगला किनारा इडिमेटस एवम् कडा हो जाता है, इस कारण दर्द व प्रसव की देरी में वृद्धि हो जाती है।

बढ़े हुए अन्तर्गर्भाशयिक दबाव के कारण झिल्लियाँ समय से पूर्व फट सकती हैं। ऐसी स्त्रियाँ बहुत ही शीघ्र दर्द लेना शुरू कर देती हैं, उन्हें मना करना चाहिए एवम् उन्हें करवट पर लिटाकर यह बतलाना चाहिए कि गर्भाशयिक संकुचनों के दौरान आराम से साँस लें।

(9) प्रसव में स्त्री की देखभाल एवं निरीक्षण

निरीक्षण निम्नलिखित शीर्षको पर आधारित होना चाहिए -

- **गर्भाशयिक क्रिया :** सकुचनों की बारम्बारता, अवधि एवं शक्ति नोट करनी चाहिए। गर्भाशय पर हाथ रखकर सकुचनों के दौरान कड़ेपन की मात्रा व अवधि ज्ञात करनी चाहिए। संकुचनों के बीच गर्भाशय हमेशा शिथिल होना चाहिए। यदि सकुचन अनावश्यक रूप से लम्बे या बहुत तेज एवम् शीघ्र हैं तो गर्भस्थ शिशु को हाइपॉक्सिया (ऑक्सीजन की कमी) होने का ध्यान रखना चाहिए।
- **सर्विक्स का विस्तारण:** जब तक सर्विक्स का विस्तारण आरम्भ नहीं होता तब तक स्त्री वास्तविक प्रसव में नहीं समझी जाती है। यदि तब सर्विक्स तीन सेमी. विस्तारित हो जाती है और नियमित संकुचन करीब दस मिनट के अन्तराल से हो रहे हों तो प्रसव रथापित हुआ कहा जा सकता है।
- **गर्भप्रस्तुति अंग का नीचे उतरना:** प्रथम अवस्था के दौरान सिर्फ उदरीय परिस्पर्शन के द्वारा इसका पता लग सकता है परन्तु जब आशका होती है तब योनि मार्ग के परीक्षण से जाना जाता है। अत्यधिक शीर्षानुकूलन (Moulding) तथा कैपट (Caput) हो तो गलत अनुमान हो सकता है कि सिर काफी आगे जा चुका है लेकिन वास्तव में कैपट ही योनि में दिखाई देता है और सिर ऊपर ही रहता है।
- **योनिमार्ग से निष्कासन:** प्रसूतिसूचक स्त्राव रका रजित श्लेष्मा (Show) है जो प्रसव के प्रारम्भ में दिखाई देता है। झिल्लियों के फटने के बाद योनिमार्ग से ऐमनिऑटिक द्रव टपकता हुआ दिखता है। मिकोनियम दिखाई देने पर यह गर्भस्थ शिशु की विपत्ति का सन्देश है।
- **गर्भस्थ शिशु की स्थिति :** प्रसव के दौरान गर्भस्थ शिशु कैसा रहेगा, इसके लिए गर्भस्थ शिशु की हृदीय दर सबसे उत्तम संकेत है। आधार रेखा गर्भस्थ हृदीय (Baseline Fetal Heart) यह गर्भाशयिक सकुचनों के बीच गर्भस्थ हृदीय दर की नियमितता है जो सामान्य रूप से 120 से 160 धड़कन प्रति मिनट होती है। जब धड़कन 160 से अधिक होती है तो 'आधार रेखा अतिशय धड़कन' (Baseline Tachycardia) और जब 120 से कम तब आधार रेखा कम धड़कन (Baseline Bradycardia) शब्दों का उपयोग किया जाता है। दोनों को गर्भस्थ शिशु में ऑक्सीजन की कमी के रूप में माना जाता है। आधार रेखा विभिन्नता सामान्य स्थितियों में 5 धड़कन से अधिक अन्तर होने पर मानी जाती है। 2 प्रकार निम्न हैं:

प्रकार-1 झुकाव (आरम्भिक मंदता)

गर्भस्थ शिशु का हृदय करीबन 30 धडकन प्रति मिनट धीमा हो जाता है। मदता का अन्तिम बिन्दु गर्भाशयिक संकुचन की चरम सीमा पर मिलता है तथा सकुचन के अन्त में आधार रेखा पर पुनः लौट आता है। यह गर्भस्थ शिशु के सिर पर अरिथमय या नरम ऊतको उदाहरणार्थ श्रोणि या सर्विक्स के दबाव के कारण माना जाता है। हालांकि यह गंभीर रूप से महत्वपूर्ण नहीं है पर इसकी उपेक्षा नहीं करनी चाहिए।

प्रकार-2 झुकाव (बाद में होने वाली मंदता)

गर्भस्थ शिशु की हृदीय दर करीब 40 से 50 मिनट कम हो जाती है। सबसे निचला बिन्दु गर्भाशयिक संकुचन बन्द होने के बाद पहुँचता है। इसके लिए तुरन्त उपचार की आवश्यकता होती है। प्रत्येक आधे घण्टे में गर्भस्थ शिशु की हृदीय धडकन सुननी चाहिए।

(9) मातृक स्थिति

स्त्री की सामान्य स्थिति की लगातार देखरेख करनी चाहिए। नाडी की गति, श्वास की दर, तापक्रम, रक्तचाप आदि प्रथम अवस्था में प्रत्येक एक या दो घण्टे में देखना चाहिए।

माता की विपक्ति के चिन्ह (Signs of Maternal Distress)

- नब्ज 100 प्रति मिनट से अधिक।
- रक्तचाप ज्यादा या कम।
- जीभ शुष्क होना।
- श्वसन की गति तेज।
- कीटोनयूरिया व श्वसन में कीटोन गंध।

(10) गर्भस्थ शिशु के विपत्ति चिन्ह (Signs of Fetal Distress)

- हृदीय धडकन 160 से अधिक या 120 से कम।
- टाइप 2-डिप्स (बाद में होने वाली हृदीय मदता)
- अनियमितता।
- मिकोनियम का निकलना।

3.4.2 प्रसव की द्वितीय अवस्था का प्रबन्ध

यह अवस्था सर्विक्स के पूर्ण विस्तारण के (10 से० मी०) बाद से आरम्भ होकर शिशु के पैदा होने तक होती है। इसकी सामान्य अवधि प्रथमगर्भा में एक से दो घण्टे व बहुगर्भा में आधे से एक घण्टा होती है।

1. प्रसव की द्वितीय अवस्था के चिन्ह (Signs of Second Stage of Labour)

- निश्चयात्मक चिन्ह (Positive Sign)
 - योनिमार्ग परीक्षण करने से सर्विक्स महसूस नहीं होती है ।
- संभावित चिन्ह (Probable signs)
 - निष्कासीय गर्भाशयिक संकुचन (Expulsive uterine contractions)
 - झिल्लियों का फटना।
 - गुदा चौड़ी होना व फैल जाना।
 - कॉक्सिक्स व गुदा के बीच तनाव।
 - योनि चौड़ी हो जाती ।
 - गर्भप्रस्तुति अंग दिखने लगता है।

- पेरिनियम का उभरना (Bulging)
- (i) निष्कासीय गर्भाशयिक संकुचन निदानसूचक होते हैं। प्रथम अवस्था के अन्त में जोर लगाने की तीव्र इच्छा होती
- (ii) झिल्लियों का फटना प्रसव आरम्भ होने से पहिले हो सकता है या सिर बाहर निकलने के पहिले, किसी भी समय सकता है। यह बहुत ही अनिश्चित चिन्ह है।
- (iii) गुदा चौड़ी होना व फैल जाना. जब सिर श्रोणि की निचली सतह पर पहुँचता है, तब होता है।
- (iv) कॉक्सिक्स व गुदा के बीच तनाव नीचे की ओर आने वाले सिर का मलाशय व श्रोणि की निचली सतह पर दबाव पडने से होता है।
- (v) योनि का चौड़ा होना प्रथमगर्भा में अधिेक उपयोगी चिन्ह है।
- (vi) गर्भ प्रस्तुति अग दिखने लगता है जो प्रायः वास्तविक चिन्ह माना जाता है, परन्तु पाँव बाहर आने वाले नितम्ब प्रस्तुति (Footling Breech Presentation) में सर्विक्स का पूर्ण रूप से विस्तारण नहीं होने पर भी एक पाँव योनि पर दिखने लगता है। कभी-कभी जब अत्यधिक शाषानुमूलन (Moulding) हो जाता है तब संकुचन के दौरान योनि में बड़ा कैपट दिख सकता है हॉलाकि सिर इस्वियल स्पाइन के ऊपर रहता है और सर्विक्स सिर्फ 6 सेमी. विस्तारित रहती है।
- (vii) पेरिनियम का उभरा। अन्तिम चि-हो मे से एक अच्छा चिन्ह माना जाता है। प्रायः इसका अर्थ होता है कि प्रसूति शीघ होने वाली है:

2. प्रसव की द्वितीय अवस्था को दो भागो मे विभाजित किया जा सकता है

I अवतरण या नीचे की ओर उतरने की अवस्था (Phase of Descent)

अधिकाश बहु प्रसवाओं में यह सिर्फ कुछ क्षणों तक रहती है, सर्विक्स के पूर्ण विस्तारण होने के तुरन्त बाद ही सिर पेरिनियम पर नीचे की ओर आता है। प्रथमगर्भा में बहुधा सिर 30 मिनट में दिखाई देता है और यदि दिखाई न दे तो देरी का कारण मालूम करने के लिए योनिमार्ग परीक्षण करना चाहिए।

II पेरिनियल अवस्था (Perineal Stage)

जब सिर दिखाई दे तब 30 या 45 मिनट के अन्दर ही प्रसूति हो जानी चाहिए, ऐसा सामान्य गत है। प्रत्येक संकुचन के दौरान सिर कुछ आगे बढना चाहिए और यदि 15 मिनट की अवधि के दौरान अच्छे संकुचनों के साथ भी सिर आगे नहीं बढता है तो तुरन्त प्रसूति विशेषज्ञ से परामर्श करना चाहिए।

(3) प्रसव के द्वितीय चरण का प्रबन्ध निम्न बिन्दुओं के अन्तर्गत वर्णित किया जा रहा है:

- गर्भस्थ शिशु की स्थिति का निरीक्षण
- मूत्राशय देखभाल
- झिल्लियों को पंक्चर करना
- प्रसूता की स्थिति
- कब और कैसे नीचे की ओर जोर लगाना।
- प्रसूति के लिए तैयारी व स्वच्छ प्रसव
- प्रसव कराने कि विधि 1. सिर की प्रसूति 2. कन्धों की प्रसूति 3. धड की प्रसूति

- शिशु की देखभाल
- (क) **गर्भस्थ शिशु की स्थिति का निरीक्षण (Observation of Fetal Condition)**
गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन सावधानीपूर्वक सुननी चाहिए क्योंकि द्वितीय अवस्था के दौरान हाइपॉक्सिया (ऑक्सीजन की कमी) एवम् अन्तर्मस्तिकीय चोट की जोखिम अत्यधिक रहती है। प्रत्येक संकुचन के बाद गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन सुननी चाहिए। यदि गर्भस्थ शिशु की विपत्ति अपेक्षित है तो गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन प्रत्येक संकुचन के पूर्व, दौरान एवम् बाद में सुननी आवश्यक।
जैसे ही द्वितीय अवस्था आगे बढ़ती है तब अत्यधिक तीव्रता का केन्द्र माता के उदर पर नीचे की ओर खिसकता रहता है तथा जब सिर पेरिनियम पर आ जाता है तब फीटल स्टेथोस्कोप, सिस्काइसिस प्यूबिस के ऊपर रखना चाहिए।
- (ख) **मातृक स्थिति का निरीक्षण (Observation of Maternal condition)**
नाडी की गति प्रत्येक 10 मिनट में लेनी चाहिए।
संकुचन की तीव्रता एवम् बारम्बारता तथा संकुचनों के बीच गर्भाशय शिथिल है या नहीं का ध्यान रखना आवश्यक है।
- (ग) **मूत्राशय देखभाल**
प्रथम अवस्था के अन्त में या द्वितीय अवस्था के आरम्भ में भरे हुए मूत्राशय को पहचानना और उसे खाली करना चाहिए।
इस समय यदि स्त्री मूत्रत्याग करने में असमर्थ रहती है तो इसमें कोई शका नहीं कि गर्भस्थ शिशु का सिर मूत्रमार्ग या मूत्राशय की गर्दन पर दबाव डाल रहा है। यदि स्त्री ने 6 घण्टों तक मूत्रत्याग नहीं किया और मन्त्राशय फूला हुआ दिखता है तो कैथेटराइजेशन करना आवश्यक होगा।
किसी भी स्थिति में स्त्री को भरे हुए मूत्राशय के साथ तृतीय अवस्था में नहीं पहुँचने देना चाहिए क्योंकि इससे प्लेसेन्टा के पृथक्करण (separation) और निष्कासन (Expulsion) की प्रक्रिया में बाधा होत
- (घ) **झिल्लियों को पकचर करना**
प्रथम अवस्था के अन्त में झिल्लियों को फटना चाहिए क्योंकि उनका कार्य समाप्त हो चुका है। गर्भस्थ शिशु को नीचे की ओर उतरने में रूकावट हो सकती है, यदि यह द्वितीय अवस्था में ऐमनिऑटिक द्रव की थैली में बन्द रहता है, जो गर्भाशय से प्लेसेन्टा के द्वारा जुड़ी रहती है। संकुचन के दौरान जब यह तन जाती है तो आरट्री फोरसेप्स का प्रयोग करके झिल्लियों को पकचर किया जाता है।
- (य) **प्रसूता की स्थिति**
पृष्ठ रिथ ति में (Dorsal Podotion) स्त्री अधिक प्रभावशाली ढंग से जोर लगा सकती है। संकुचनों के बीच वह आराम कर सकती है और शिथिल भी हो सकती है तथा थोड़े समय के लिए नौद की झपकी भी ले सकती है। उसके उदर का परीक्षण अधिक सावधानी से किया जा सकता है। गर्भस्थ शिशु के हृदय की धड़कन अधिक आसानी से तथा बार-बार सुन सकते हैं। सम्पूर्ण समय में स्त्री का चेहरा दिखाई देता है। सामान्य स्थिति का

अधिक निरीक्षण रखा जा सकता है और विपत्ति के आरम्भिक लक्षण मालूम किए जा सकते हैं।

हृदीय बीमारी वाली प्रसूताओं और बहुगर्भावस्था के मामलों में पृष्ठ स्थिति में अधिक आराम महसूस होता है। यदि महा-शिरा अवरोधन हो जाता है तो रत्री को करवट पर लिटाना चाहिए।

(र) कब और कैसे नीचे की ओर जोर लगाना

जब गर्भ प्रस्तुति अग योनि पर दिखाई देने लगता है तो स्त्री को जोर लगाने को कहना चाहिए।

- नीचे की ओर जोर लगाने का तरीका (Method of Bearing Down)
- प्रत्येक गर्भाशयिक संकुचन के आरम्भ होने पर प्रसूता स्त्री अपने घुटनों को मोड़ कर पाँव के पंजों को बिस्तर पर सपाट रखती है। उसकी कमर मुड़ी हुई ठुंडी छाती से लगी हुई और घुटने चौड़े एवं फैले हुए रहते हैं। शिशु को अधिक आसानी से निकलने देने के लिए वह अपनी श्रोणि की निचली सतह के क्षेत्र को जोर लगाने के वक्त शिथिल रखती है।
- जब स्त्री को नीचे की ओर जोर लगाना होता है तब वह गहरे श्वास लेकर अपने होठों और ग्लॉटिस (Glottis) को बन्द करके फिर जोर लगाती है। क्रमानुसार थोड़े-थोड़े अन्तरालों से जोर लगाने की बजाय थोड़ी देर के लिए निरन्तर जोर लगाना अधिक प्रभावकारी होता है। संकुचनों के बीच उसके पैर लम्बे होने चाहिए ताकि वह शिथिल होकर आराम कर सके।
- स्त्री को न तो रोना चाहिए और न ही चिल्लाना चाहिए क्योंकि अत्यधिक शक्ति व्यर्थ चली जायेगी। स्त्री को संकुचनों के बीच जोर लगाने की इजाजत नहीं देनी चाहिए अन्यथा ट्रान्सवर्स-सरवाइकल बन्धन अधिक तन जायेगा और गर्भाशय के प्रॉलेप्स की सम्भावना अधिक बढ़ जायेगी।
- उसे प्रोत्साहन देते रहना चाहिए तथा प्रत्येक निष्कासीय प्रयत्न के बाद उसकी प्रशंसा करनी चाहिए, क्योंकि प्रशंसा प्रयत्न को निरन्तर उत्तेजित करती है। इस स्थिति में स्त्री कम दर्द की शिकायत करती है क्योंकि निःसन्देह वह प्रसव को प्रगति में सक्रिय भाग लेती है और वह यह भी जानती है कि प्रसव प्रगति हो रही है तथा प्रसव शीघ्र समाप्त हो जायेगा।

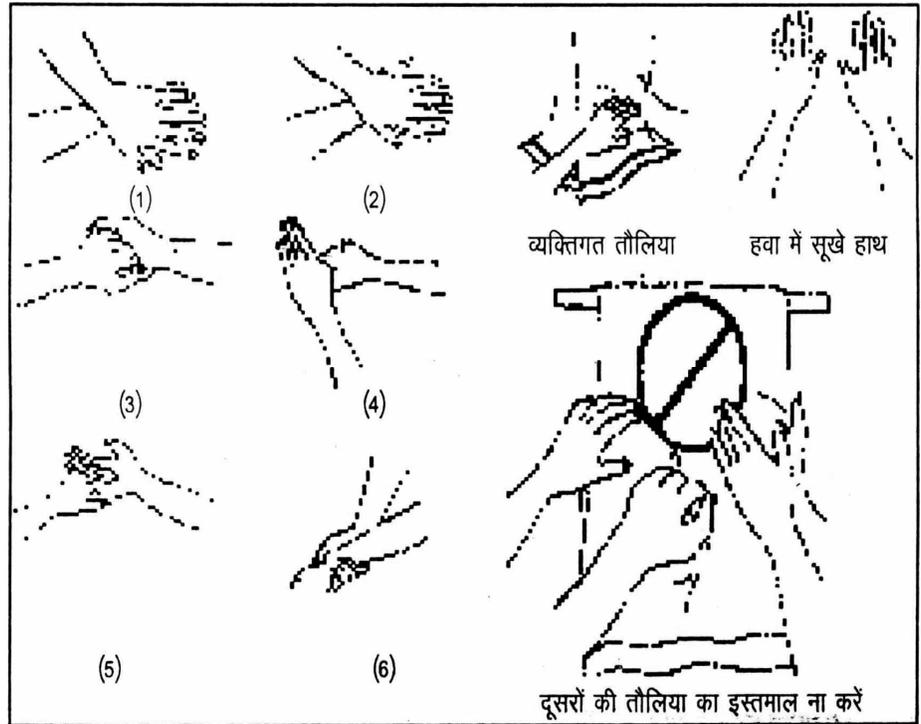
(ल) प्रसूति के लिए तैयारी व स्वच्छ प्रसव

- स्थिति: प्रसव निम्न स्थितियों में कराया जा सकता है -
पृष्ठ स्थिति: 15 डिग्री बांयी तरफ झुकाव लिए हुए।
अर्ध बैठी हुई स्थिति।
इसमें प्रथम स्थिति उत्तम है।
- प्रसूति कराने के लिए हाथों को स्टेब करना चाहिए व विसंक्रमित (Sterile) गाउन, मारक व दस्ताने पहन कर टेबल के दाहिनी ओर खड़ा होना चाहिए।
- प्यूबिक क्षेत्र, जाँघों, नितम्ब को सेवेत्नॉन या डिटोल कॉटन स्वाब से साफ करना चाहिए। एक स्टेराइल शीट नितम्ब नीचे व एक उदार के ऊपर रखनी चाहिए।

- स्वच्छ प्रसव (Clean Delivery)

स्वच्छ प्रसव कराना अत्यधिक महत्वपूर्ण है चूँकि अस्वच्छ प्रसव स्थल, अस्वच्छ उपकरणों एवम दूषित हाथों से हुए सक्रमण के कारण बड़ी सख्या मे महिलाओ और बच्चों की मृत्यु हो जाती है। स्वच्छ प्रसव हेतु निम्न 5 स्वच्छताओं का ध्यान रखना आवश्यक है

1. स्वच्छ: स्थान जहाँ प्रसव कराया जाता है वह स्थान कीटाणुरहित एवं साफ होना चाहिए। स्वच्छ स्थान में गर्भवती का स्वच्छ पृष्ठ भाग शामिल है। इस हेतु साफ चादर / प्लास्टिक शीट का प्रयोग किया जा सकता है।
2. स्वच्छ हाथ हालांकि हाथ साफ दिखाई देते हैं लेकिन उन पर भारी सख्या में कीटाणु होते हैं। नाखून कटे होने चाहिए। हाथ धोने से पहिले अँगूठिया, चूड़ी इत्यादि उतारने चाहिए। हाथों को साबुन व पानी से ठीक प्रकार धोना चाहिए। धोना के बाद हाथों को कपड़े से नहीं पोंछना चाहिए। क्योकि कपड़े पर कीटाणु जमा रहने के कारण हाथ दुबारा दूषित हो जायेंगे। अँगुलियो को फैलाकर ऊपर की ओर उठाकर रखना चाहिए व हाथों को ऊँचा करके सुखाना चाहिए। प्रसव सम्पन्न कराने के लिए 20 मिनट उबले दस्ताने या उपलव्य स्टेराइल दस्ताने पहनने चाहिए।



3. स्वच्छ ब्लेड: नाल हमेशा नयी स्टेराइल (sterile) ब्लेड सँ काटनी चाहिए। यदि कैंची का प्रयोग करें तो रासायनिक विसक्रामको से कीटाणु रहित करें अथवा उसको 20 मिनटतक उबाले। किसी भी अन्य औजार को नाल काटने में प्रयोग में नहीं लेना चाहिए।
4. स्वच्छ धागा: नाल बाँधने के लिए स्वच्छ धागे या कार्ड क्लेम्प (Cord Clamp) का प्रयोग करना चाहिए।
5. स्वच्छ नाल: नाल के कटे हुए छोर पर कुछ नहीं लगाना चाहिए।

(नोट: इस हेतु डिलीवरी किट का प्रयोग अनुशंसीय है।)

(व) प्रसव विधि :

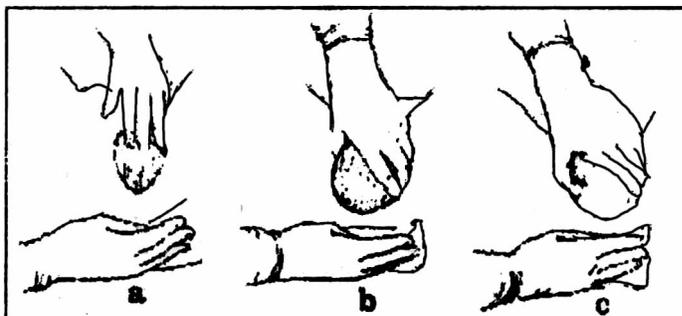
सामान्य प्रसव मे दी जाने वाली सहायता की तीन अवस्थाओं मे बाँटते हैं -

- सिर की प्रसूति
- कन्धों की प्रसूति
- धड की प्रसूति

I. सिर की प्रसूति (Delivery of Head)

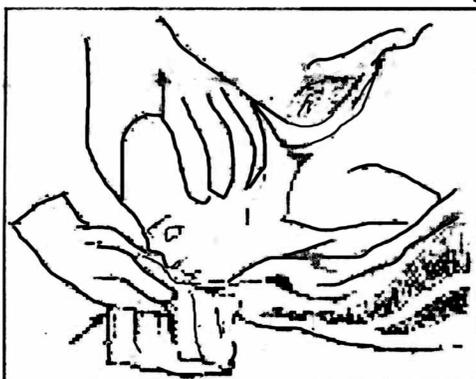
सिद्धान्त: पूरे समय सिर की मुडो (Flexion) हुई स्थिति बनी रहनी चाहिए ताकि जल्दी प्रसरण (Extension) को रोकते हुए सिर के धीरे-धीरे बाहर निकलने को नियंत्रित किया जा सके।

विधि: मरीज को गर्भाशयिक संकुचन के समग्र जोर लगाने को कहा जाता है। जब सिर योनिमार्ग पर 5 सेमी. दिखाई देने लगे तब हाथो से सहारा देकर फ्लेक्शन (Flexion) बरकरार रखने में सहायता की जाती है। इस हेतु बाँये हाथ की तर्जनी अँगुली व अँगूठे (Index Finger & Thumb) से ऑक्सिपट (Occiput) को नीचे व पीछे की ओर दबाया जाता है तथा दाये हाथ से पेरिनियम पर स्टेराइल वत्तल पेड (Sterile Vulval Pad) रखकर सहारा दिया जाता है। जब सिर की क्राउनिंग (Crowning) हो जाती है व पेरिनियम पूरी तरह उभर व फैल (Stretch) जाती है तब जरूरत होने पर ऐपिजिऑटमी दी जाती है।



चित्र : सिर की प्रसूति

दाहिने हाथ से ठुड्डी (Chin) पर व बाँये हाथ ऑक्सिपट (Occiput) पर दबाव बनाते हुए सिर की डिलीवरी नियंत्रित की जाती है, जितसे क्रमशः माथा, नाक व मुँह बाहर आते हैं।



चित्र : सिर की प्रसूति का नियंत्रण

सिर निकलते ही मुँह व नाक स्टेराइल गॉज (Steril Gauze) से साफ करने चाहिए व जरूरत पडने पर म्यूकस सकर का इस्तेमाल करन चाहिए। दोनों आँखे साफ कर नी चाहिए। यदि गर्दन के चारो और नाभि लिपटी है तो उसे धीरे से निकालना चाहिए।

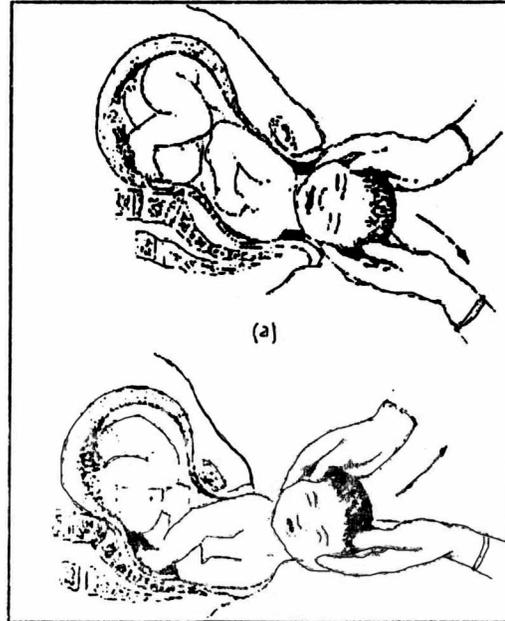
II. कन्धों की प्रसूति (Delivery of Shoulders)

सामान्य स्वाभाविक प्रसव मे सिर निकलते वक्त कन्धे भी निकल जाते है। संकुचन के कारण अगला कन्धा घूमकर सामने आ जाता है एवम् इस तरह क्षोणि के बाह्य द्वार के ऐन्टेरो-पोस्टीरियर डायमीटर मे कन्धे आ जाते हैं। सिर के बाहरी घुमाव से यह प्रत्यक्ष दिखाई देता हैं। इस स्थिति में शीघ्रता करने की प्रवृत्ति को रोकना चाहिए। कन्धों का अन्दरूनी घुमाव होने तक प्रतीक्षा करने मे नाक एवम् मुँह से निकुल रहे श्लेष्मा को साफ करने का अवसर मिल जाता है। अगले कन्धो का निष्कासन आसान बनाने के लिए सिर को धीरे से गुदा की ओर दबाया जाता है, परन्तु अगली भुजा को निकालने का प्रयत्न नही करना चाहिए।

जब अगला कन्धा मुक्त हो जाता है तब सिर को ऊपर की ओर माता के उदर की तरफ किया जाता है ताकि पिछला कंधा पोरिनियम से बाहर निकल जाये। जो खिंचाव लगाया जावे वह कम से कम हो एवम् गर्दन मुडनी तथा झुकनी नहीं चाहिए। क्योंकि ब्रेकियलप्लक्सस (Brachial Plexus) पर चोट लगने की जोखिम रहती है जिससे शिशु की ऊपरी भुजा का पक्षाघात (Paralysis) हो जाता है।

III. धन की प्रसूति (Delivery of Trunk)

कन्धो की डिलीवरी के पश्चात् प्रत्येक हाथ की पहली अँगुली बगल (Axilla) मे डालकर आहिस्ता से खिंचाव बनाते हुए धड की प्रसूति लेट्रल फ्लेक्शन (Lateral Flexion) से कराते हैं।



चित्र : कंधे एवं धड़ की प्रसूति

पेरिनियल फटन की जोखिम कम करने के उपाय

1. स्त्री का सहयोग प्राप्त करना क्राउनिंग होने के समय से ही यह आवश्यक है कि स्त्री तभी जोर लगाये जब उसे कहा जाये।
2. आगे बढ़ते हुए सिर पर नियन्त्रण करना।
3. क्राउनिंग होने के पहिले सक्रिय प्रसरण (Extension) की रोकथान करना।
4. संकुचनों के अन्त में या बीच में सिर का प्रसव कराना।
5. प्रसूता के निःश्वसन के साथ सिर को बाहर निकालना।
6. समय से ऐपिजिऑटोमी देना।
7. कन्धो एवम् धड का प्रसव कराने में सावधानी रखना।

(च) शिशु की तुरन्त देखभाल (Immediate Care of Newborn)

1. डिलीवरी के तुरन्त बाद शिशु को ट्रे में स्वच्छ सूखे एवं साफ कपड़े पर व सिर नीचे ओर (15Degree) रखना चाहिए ताकि म्यूकस श्वसन मार्ग से बाहर निकल सके।
2. श्वसन मार्ग को बिना देरी किए साफ करना आवश्यक है।
3. नाभि-नाल को दो कॉर्कर्स फोरसेप्स से क्लेम्प (Clamp) कर काटा जाता है। पहली फोरसेप्स नाभि से 5 सेम. दूर लगाई जाती है।
4. नाभि-नाल व शिशु का फुर्ती से निरीक्षण कर बच्चे को शुल्क, स्वच्छ एव गरम तौलिये में लपेटा जाता है।

3.4.3 प्रसव की तृतीय अवस्था का प्रबन्ध:

तृतीय अवस्था: परिभाषा - यह प्लेसेन्टा एवम् झिल्लियों के पृथक्करण और निष्कासन की होती है। यह शिशु के पैदा होने के बाद से शुरू होकर प्लेसेन्टा एवम् झिल्लियों के पृथक्करण और निष्कासन तक रहती है। इसकी सामान्य अवधि प्रथम गर्भा व बहु गर्भा में 15 मिनट से 30 मिनट तक होती है।

तृतीय अवस्था का अच्छा प्रबन्ध प्रसवपूर्व अवधि के दौरान ही आरम्भ हो जाता है क्योंकि प्रसव में स्त्री को अच्छी शारीरिक स्थिति में होना चाहिये ताकि गर्भाशय में संकुचन एवम् आकुंचन की क्षमता रहे और सामान्य रक्तस्राव से शक्तिपात (Collaps) न हो सके।

अगला कन्धा निकलने के साथ ऑक्सिटोसिक दवाई देने से तृतीय अवस्था की अवधि कम हो जाती है व रक्त की क्षति कम होती है। तृतीय अवस्था प्रबन्ध के कुछ तथ्य निम्न हैं

(क) गर्भाशय की संरचना:

शिशु जन्म के बाद गर्भाशय की संरचना टेनिस की ठोस गेंद के समान होती है। ऊपरी किनारा नाभि से करीब 2.5 सेमी. नीचे रहता है। आकृति में गर्भाशय आगे पीछे की बजाय बाजू से चौड़ा रहता है। संकुचनों के बीच गर्भाशय की ठोस रूप रेखा स्पष्ट रूप से दिखनी चाहिये। यह नरम और ढीला नहीं होना चाहिये। मजबूत रूप से गर्भाशयिक पेशी रक्तस्राव को रोकेगी।

(ख) गर्भाशय का आकार:

शिशु जन्म के बाद फण्डस नाभि से 2.5 सेमी से अधिक ऊपर है तो चार कारणों के बारे में सोचना चाहिये:

1. गर्भाशय में दूसरा शिशु है।
2. प्लेसेन्टा अनावश्यक रूप से बड़ा है।
3. रक्त का थक्का उपस्थित है। जब गर्भाशय शिथिल (Atonic) होता है तब यह न रक्तस्राव का नियन्त्रण कर सकता है और न ही रक्त को बाहर निकाल सकता है, इसलिये रक्त गर्भाशय में जम जाता है, नाडी की गति तेज हो जाती है।
4. भरा हुआ मूत्राशय।

(ग) ऐसेप्सिस (Asepsis)

प्रसव की पहली अवस्थाओं की अपेक्षा अब ऐसेप्सिस की अधिक आवश्यकता होती है, क्योंकि माता का सामान्य एवम् स्थानिक प्रतिरोध कम हो जाता है। फटन एवं चोटें, योनि तथा योनिमार्ग के ऊतकों को निर्जीव कर देती हैं व उन्हें जीवाणुओं के आक्रमण के लिये उपयुक्त बना देती है।

(घ) प्लेसेन्टा के पृथक होने तथा नीचे की ओर आने के चिन्ह (Signs of Placental Separation & Descent)

कोई भी चिन्ह पूर्ण नहीं है लेकिन चिन्हों के समूह को विश्वसनीय माना जाता है।

- फण्डस: गोलाकार की अपेक्षा चौड़े एवम् चपटे आकार का हो जाता है तथा सख्त महसूस होता है क्योंकि जब यह खाली रहता है तब अच्छी तरह से संकुचित होता है।
- नाभि-नाल लम्बी हो जाती है।
- यदि प्लेसेन्टा पूर्ण रूप से पृथक होकर नीचे की ओर आ चुका है तो दबाव हटाने से योनि के बाहर निकली हुई नाभि-नाल पुनः अन्दर नहीं जाती है।
- रक्त का प्रवाह: जब प्लेसेन्टा पृथक होने लगता है तब प्रायः 30 से 60 मिली. रक्त निकलता हुआ दिख सकता है।

(य) प्लेसेन्टा का निष्कासन (Expulsion of Placenta)

मल त्याग करने की स्थिति के समान जब स्त्री पैरों को मोड़कर बैठती (Squatting Position) है, तो गुरुत्वाकर्षण की शक्ति द्वारा प्लेसेन्टा का निष्कासन स्वतः प्राकृतिक विधि से हो जाता है। जब तृतीय अवस्था पृष्ठ स्थिति में की जाती है तो सहायता प्रायः आवश्यक होती है।

प्लेसेन्टा निष्कासन के प्रबन्ध हेतु दो निम्न तरीके प्रचलित हैं -

- सामान्य रीति प्रबन्ध:

सिद्धान्त: इसमें प्लेसेन्टा के स्वयं निकलने का इन्तजार करते हैं।

विधि जब प्लेसेन्टा के पृथक होने तथा नीचे की ओर आने के चिन्ह नजर आने लगते हैं तो मरीज को गर्भाशयिक संकुचन के साथ नीचे की ओर जोर लगाने को कहा जाता है।

यदि रक्तस्राव नहीं है तो 10 मिनट तक सुरक्षित रूप से प्लेसेन्टा के निष्कासन का इन्तजार कर सकते हैं। जब प्लेसेन्टा योनिमार्ग से बाहर आ जाता है तब इसे दोनों हाथों से पकड़ना चाहिये क्योंकि यह अत्यधिक बड़ा एवम् चिकना होता है और यदि यह हाथ से फिसलकर नीचे गिर जाता है तो चिपकी हुई झिल्लियां फट जाती हैं तथा अन्दर रह जाती हैं। चिपकी हुई झिल्लियों का निकालने का प्रयत्न करने के लिए प्लेसेन्टा को सम्पूर्ण गोलाई में घुमाया जाता है। यदि झिल्लियां अत्यधिक मुड़ गईं तो ये प्लेसेन्टा के किनारे से फटकर अन्दर रह जाती हैं। इस स्थिति में झिल्लियों में आर्टरी फोरसेप्स

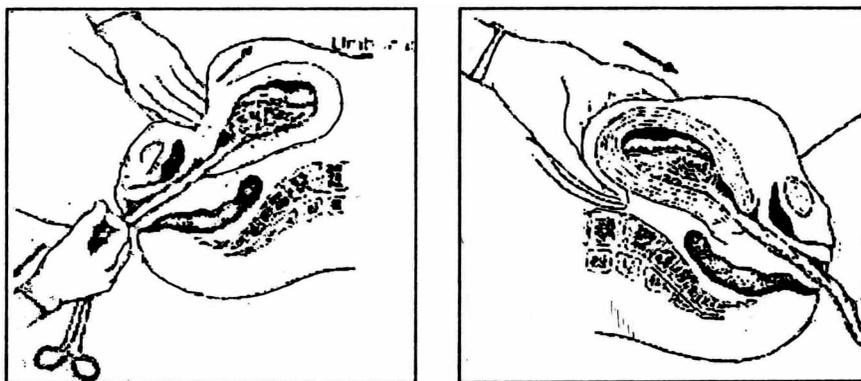
लगाकर ऊपर नीचे व बाजू में गोलाकार विधि से धीरे-धीरे खिंचाव लगाकर बाहर निकाला जाता है।

यदि प्लेसेन्टा का स्वतः निष्कासन नहीं हो पाता है तो निम्न विधियों द्वारा कराया जा सकता है:

(i) **नियंत्रित नाल खिंचाव विधि (Controlled Cord Traction or Modified Brandt Andrew Method)**

योनि के पास नाभि-नाल पर आरट्री फोरसेप लगानी चाहिये। इससे खिंचाव के लिये अच्छी पकड़ मिल जाती है तथा नाभि-नाल को अँगुलियों पर लपेटने की अपेक्षा इससे कुछ अधिक अंश तक प्लेसेन्टा नीचे की ओर आ रहा है इसका अनुभव हो जाता है। तेज गर्भाशयिक सकुचन के लिये इतजार करना चाहिये।

प्रसूति के बाद प्रायः 2 से 4 मिनट बाँये हाथ को निचले उदर पर रखकर गर्भाशय को ऊपर, पीछे व नाभि की ओर खिसकाया जाता है ताकि गर्भाशय का उल्टापन (Inversion) होने की रोकथाम हो सके व दीये हाथ से नाभि-नाल का खिंचाव नीचे व पीछे की तरफ रखा जाता है, जब तक प्लेसेन्टा बाहर नहीं आ जाता है। यदि गर्भाशय शिथिल हो जाता है तो खिंचाव को थोड़ी देर के लिये बन्द कर देते हैं।



चित्र : प्लेष्कासन विधियाँ

(ii) **फन्दस दबाव की विधि :**

इसमें प्लेसेन्टा का पृथक होना आवश्यक है तथा प्लेसेन्टा निचले गर्भाशयिक खण्ड या योनिमार्ग में स्थित होना चाहिये। सख्त संकुचित फन्दस का उपयोग प्लेसेन्टा को बाहर निकालने के लिये पिस्टन के रूप में किया जाता है।

इसमें: स्त्री को मुँह खोलकर धीरे-धीरे शान्ति से श्वास लेने को कहा जाता है क्योंकि उदरीय पेशियाँ शिथिल होनी चाहियें। स्त्री के दाहिनी तरफ खड़े होकर बाँये हाथ का उपयोग फन्दस पकड़ने के लिये, सकुचन के दौरान अँगुलियों को गर्भाशय के पीछे एवम् अँगूठे को सामने की सतह पर रखकर करते हैं।

दाहिना हाथ योनि पर प्लेसेन्टा को पकड़ता है, परन्तु जब यह पूर्ण रूप से निष्कासित हो जाता है तो दोनों हाथों का उपयोग करना चाहिये, जैसा पूर्व में बताया जा चुका है

(र) **प्लेसेन्टा का परीक्षण (Examination of Placenta)**

जब तक प्लेसेन्टा का परीक्षण नहीं किया जाता है और यह निश्चित नहीं हो जाता है कि उसका कोई भाग रह तो नहीं गया है तब तक तृतीय अवस्था का प्रबन्ध पूर्ण नहीं होता है और यह सावधानीपूर्वक क्रमवार रूप से करना चाहिये। यह उचित होगा कि झिल्लियों का परीक्षण पहले करे, क्योंकि प्लेसेन्टा की मातृक सतह का परीक्षण करते वक्त ये फट सकती हैं।

(i) झिल्लियों का निरीक्षण (Inspection of Membranes)

कोरिऑन की मात्रा पर्याप्त होनी चाहिये। क्योंकि उसमें ऐमनिऑटिक द्रव एवम् गर्भस्थ शिशु उपस्थित रहते हैं। नाभि-नाल तक ऐमनिऑन कोरिऑन से पृथक होना चाहिये। जब तक ऐमनिऑन कोरिऑन से अलग नहीं हो जाता तब तक कोरिऑन पूर्ण है या नहीं, यह निश्चित नहीं कहा जा सकता है। जब झिल्लियों में मिकोनियम के धब्बे रहते हैं तब यह सम्भव हो सकता है कि शिशु ने मिकोनियम रंजित ऐमनिऑटिक द्रव अन्तः श्वसित कर लिया है तब उसमें फेफड़ों (फुफसों) की जटिलताएँ पैदा हो जाती हैं।

(ii) मातृक एवम् गर्भस्थ सतहों का निरीक्षण (Inspection of membranes)

सभी कॉटीलीडन्स उपस्थित होनी चाहिये। यदि प्लेरोन्टा का खण्ड रह जाता है तो गम्भीर रक्तस्राव हो सकता है। जरूरत पडने पर गर्भाशय का एक्सप्लोरेशन (Exploration) किया जाता है।

(ल) पेरिनियम व योनिमार्ग का निरीक्षण :

पेरिनियम व योनिमार्ग का निरीक्षण सावधानीपूर्वक किया जाता है। किसी भी तरह की फटन होने पर ट्रीके लगाये जाते हैं व यदि ऐपिजिओटॉमी है तो उसको सिला जाता है। पेरिनियम को अच्छी तरह ऐन्टीसेप्टिक सोल्यूशन (Antiseptic) से साफ कर स्वच्छ पैड रखना चाहिये।

(च) तृतीय अवस्था के दौरान रक्त की हानि की रोकथाम व मात्रा ज्ञात करना :

प्रसव की तृतीय अवस्था के दौरान प्रसव पश्चात् रक्तस्राव का उपस्थित रहना जोखिम है। अगला कन्धा निकलने के साथ सिन्टोमेट्रिन देने से यह खतरा कम हो जाता है फिर भी प्रसव की तृतीय अवस्था के दौरान रोकथाम के उपायों को काम में लाना व सतर्क देखरेख जरूरी है।

तृतीय अवस्था के दौरान और तुरन्त बाद रक्तहानि की औसत मात्रा करीब 120 से 140 मिली है लेकिन प्रायः रक्त में कुछ ऐमनिऑटिक द्रव भी रहता है इसलिये यह मात्रा गम्भीर नहीं है। रक्त बहुत ही मूल्यवान द्रव है। इसलिये यह प्रयत्न करना चाहिये कि तृतीय अवस्था के दौरान कम से कम रक्त की हानि हो। प्लेसेन्टल समूह के थक्कों सहित सम्पूर्ण रक्त को नापना चाहिये, बिस्तर की चादर पर गिरी हुई रक्त की मात्रा भी निर्धारित की जाती है।

रक्त की हानि मालूम करने के लिये नाड़ी की गति उचित मार्गदर्शक है। यदि नाड़ी की गति बढ रही है और विशेष रूप से जब 90 से अधिक हो जाती है तब रक्तस्राव की सम्भावना के बारे में सोचना चाहिये।

(छ) लेबर के द्वितीय चरण एवम् तृतीय चरण में क्या करें व क्या न करे, सारांश में ये निम्नलिखित हैं:

- **जो करना चाहिए:**
- पीने के लिये भरपूर तरल पदार्थ दीजिए।
- औजारों की तैयार व रख रखाव पर ध्यान दें।
- अर्गोमेट्रिन तैयार रखें।
- बच्चे की हृदय गति देखें।
- योनिमार्ग के मुँह के आसपास के भाग को साफ करें तथा बाहर की तरफ आने वाले बच्चे के शरीर के भाग को देखें।
- अपने हाथ साफ धोइये।
- बच्चेदान आकुंचित होती है। केवल उसी वक्त 'जोर लगाने की बात माता को कहिए। उसके बाद उसे विश्राम करना चाहिए।
- जैसे ही सिर बाहर आवे, बच्चे का बदन अपने आप घूमने का इंतजार कीजिए व बाकी शरीर का भाग बाहर लाने हेतु उसके कन्धे को बाहर लाने में मदद करें।
- प्लेसेन्टा के अलग होने का व 10-15 मिनट इंतजार कीजिए।
- प्लेसेन्टा के अलग होने के चिन्ह देखें व जरूरत होने पर पूर्व में बताये अनुसार प्लेसेन्टा निकालें।
- प्लेसेन्टा के बाहर आने के बाद वह पूरी अवस्था में है या नहीं, इसका परीक्षण कीजिए।
- बच्चे को सूखे-साफ कपड़े से रवच्छ कीजिए, वजन लीजिए और यथा शीघ्र उसे स्तनपान पर लगाने के लिए दीजिए।

- **जो नहीं करना चाहिए:**

- महिला का अकेली नहीं छोड़ना चाहिए।
- डिलीवरी से पहिले ऑक्सीटोसिन जैसे कोई इन्जेक्शन मत लगाइये।
- ठोस आहार न दें।
- पेट पर दवाब देकर बच्चे को नीचे की ओर ढकेलने की कोशिश मत कीजिए।
- अँगुली योनि में डालकर बार-बार परीक्षण न करें।
- योनिमार्ग में तेल, क्रीम आदि पदार्थ न लगाये।
- नाभि-नाल के ऊपर कुछ मत लगाइये।
- प्लेसेन्टा को अलग करने हेतु नाभि-नाल को खींचना नहीं चाहिए, जब तक कि प्लेसेन्टा अलग होने के चिन्ह दिखाई नहीं पड़ते हैं।
- योनि मार्ग में किसी प्रकार की चीज या कपड़े का टुकड़ा न डालिए।

3.4.4 प्रसव की चतुर्थ अवस्था का प्रबन्ध

प्लेसेन्टा के निष्कासन के बाद पहला घण्टा, प्रसव की चतुर्थ अवस्था माना जाता है। यह महत्वपूर्ण है। इसमें निम्न बिन्दुओं का निरीक्षण किया जाता है:

- नाड़ी की गति
- रक्तचाप व श्वसन दर
- गर्भाशय की स्थिति देखी जाती है कि वह पूर्ण रूप से सकुचित है अथवा नहीं।
- किसी भी तरह के रक्तस्राव के लिये देखा जाता है।
- मूत्राशय खाली होना चाहिये।

सभी कुछ सामान्य होने पर मरीज को लेबर रूम से वार्ड में भेजा जा सकता है। गृह प्रसव में लगातार निरीक्षण आवश्यक

3.4.5 गृह प्रसव (Home Delivery)

जिन महिलाओं की घर में ही सामान्य डिलीवरी करानी होती है तो उनके बारे में निम्न बातें याद रखनी चाहिये:

(क) निम्न महिलाओं की डिलीवरी घर में करायी जा सकती है:

- जिन्हें पूर्व में एक या अधिक बार सामान्य डिलीवरी का अनुभव है तथा जिन्होंने स्वस्थ शिशु को जन्म दिया हो तथा बच्चे का वजन अच्छा है और बच्चे की हालत अच्छी है।
- वर्तमान गर्भावस्था में महिला को किसी हानिकारक परिस्थिति से गुजरना नहीं पड़ा हो।
- वह महिला जिसे टेटनस का टीका लगा हो तथा लौह-फोलिक युत। गोलियाँ मिली हो, जिसने ए.एन.सी. [ANC- Antenatal clinic] में समय के अनुसार चैकअप करवाया हो।

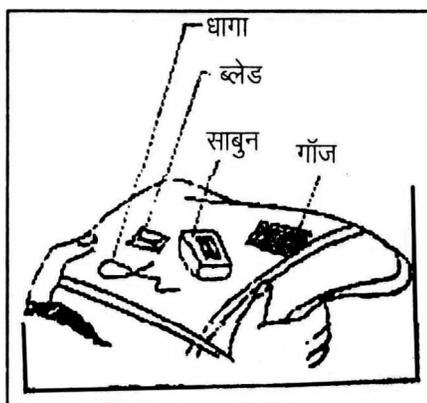
(ख) घर में सामान्य डिलीवरी कराने के लिये निम्न सामान की जरूरत होती है:

बच्चे के लिये सामान:

कॉटन (कई), कपड़े के टुकड़े, स्टोव जलाने हेतु व्यवस्था, नरम साफ कपड़ा, नरम साफ लिनन:

घर में डिलीवरी कराने हेतु निम्न बातों का ध्यान रखना चाहिये:

- ऐसा कमरा देखिये जहाँ पर अच्छी रोशनी हो, हवा का आना-जाना आसान होना चाहिये।
- एक बार लेबर शुरू हो तब कमरा झटकारना या झाड़ू नहीं लगानी चाहिये।
- साफ खटिया, साफ प्लारिटक शीट, कागज या केले के पत्ते तैयार रखने चाहिये।
- रोशनी की अच्छी व्यवस्था होनी चाहिये।
- जब लेबर शुरू हो तब पानी उबालना चाहिये, फिर ठंडा करना चाहिये और साफ ढक्कन से ढक कर रखना चाहिये।
- बर्तन साबुन पानी से साफ धोने चाहिये फिर गरम पानी से धोकर तैयार रखने चाहिये।
- डिलीवरी ऐसी कीजिए जैसे डी.डी के [डिस्पोजेबल दाई किट-(धागा ,ब्लेड ,साबुन, गॉज)] की मदद से स्थाय्य स्वास्थ्य केन्द्र में हो रही है।



चित्र : डी. डी. किट का सामान

- मां के लिये तथा बच्चे के लिये साफ नरम कपड़े तैयार रखिए। जो करना है, जो नहीं करना है उसे फिर से याद करें। अस्पतालों में तथा स्वास्थ्य केन्द्रों में आप प्लैसेन्टा तथा

- खून से भरे कपडों के निस्तारण की जो व्यवस्था करते हैं, वैसी ही घर की डिलीवरी के बारे में कीजिए।
- लेबर के दौरान किसी भी तरह के जोखिम के लक्षण व चिन्ह प्रकट होने पर मरीज को तुरन्त रेफर करना चाहिए।
 - लेबर की प्रक्रिया चालू होने के बाद मां को निम्न परिस्थितियों में रेफर करना चाहिए।
 - छोटा कद।
 - गर्भ की अन्दरूनी मौत।
 - समय से पूर्व लेबर।
 - नौ महीने पूरे हो जाने के पश्चात भी प्रसव शुरू ना होना।
 - पहले सीजेरियन सेक्शन किया हो।
 - बच्चेदानी का बहुत ज्यादा फूलना।
 - जन्म से ही कम वजन का बच्चा।
 - हृदय की बीमारी।
 - खून की भारी कमी।
 - प्रथम गर्भावस्था और मा की ज्यादा उम्र।
 - हर समय डिलीवरी में दिक्कतें आयी हो।
 - गर्भावस्था के बीस सप्ताह बाद योनिमार्ग से खून का ज्यादा बहाव और गम्भीर अवस्था।
 - सिर के अलावा बच्चे का कोई और भाग पहले नीचे आना।
 - लेबर की धीमी प्रक्रिया।

3.5 सारांश

हमारे देश में बड़ी संख्या में महिलाओं की मृत्यु प्रसव के दौरान हो जाती है। प्रसव के दौरान उचित देखभाल व जोखिम भरी स्थितियों की समय पर पहचान व समय पर उपचार द्वारा मातृ रूग्णता तथा मातृ-मृत्यु दर में कमी हो सकती है। इस जानकारी द्वारा प्रजनन स्वास्थ्य का संरक्षण एवं सम्बर्धन भी सम्भव है। इस इकाई में इन्हीं तथ्यों पर विचार-विमर्श किया गया। इस इकाई में प्रसूति विज्ञान सहायिका पाठ्यक्रम के विद्यार्थियों को प्रसव, प्रसव की अवस्थाएं, प्रसव के दौरान होने वाले शरीर क्रियात्मक परिवर्तन, प्रसव की विभिन्न अवस्थाओं के प्रबंध आदि की जानकारी दी गई है। शिक्षा में उन्हें गृहप्रसव के विभिन्न बिन्दुओं से भी परिचित करा दिया गया है।

3.6 प्रश्न

1. सामान्य प्रसव किसे कहते हैं? प्रसव के पूर्व-सूचक चिन्ह एवम् वास्तविक चिन्ह क्या हैं?
2. प्रसव की कितनी अवस्थाएं हैं? प्रसव के दौरान होने वाले शरीर क्रियात्मक परिवर्तन क्या हैं?
3. प्रसव की क्रिया विधि के बारे में प्रकाश डालिये।
4. प्रसव की प्रथम की अवस्था का प्रबन्ध किस प्रकार करेंगे ?
5. प्रसव की द्वितीय अवस्था के प्रबन्ध के बारे में विस्तार से उत्तर दीजिए।
6. प्रसव की तृतीय अवस्था क्या है? इसका प्रबन्ध किस प्रकार करेंगे?

7. प्रसव की द्वितीय व तृतीय अवस्था के दौरान क्या करना चाहिए व क्या नहीं करना चाहिये?
8. प्रसव की चतुर्थ अवस्था क्या है?
9. गृह प्रसव क्या है? लेबर की प्रक्रिया चालू होने के बाद किन परिस्थितियों में मरीज को रेफर करना चाहिए?

ब्लॉक - II

इकाई - 4 प्रसव की जटिलताएं

इकाई - 5 प्रसवोत्तर देखभाल

इकाई - 6 बाल रचारथ्य (शिशु स्वास्थ्य के संदर्भ में)

इकाई- 4 प्रसव की जटिलताएं

इकाई की रूपरेखा

- 4.0 प्रस्तावना
- 4.1 उद्देश्य
- 4.2 असामान्य प्रस्तुति
 - 4.2.1 नितम्ब प्रस्तुति
 - 4.2.2 चेहरा प्रस्तुति
 - 4.2.3 भौंह प्रस्तुति
 - 4.2.4 कंधा प्रस्तुति
 - 4.2.5 अस्थिर स्थिति
 - 4.2.6 ऑकरीपीटो पोस्टीरियर शीश प्रस्तुति
- 4.3 पर गर्भाशय की असामान्य गतिविधियाँ
 - 4.3.1 अल्प तनाव अवस्था
 - 4.3.2 असमन्वय गर्भा क्रिया
 - 4.3.3 अति तनाव अवस्था
 - 4.3.4 सर्विक्स कर की असामान्य गतिविधियाँ
- 4.4 दीर्घकालीन प्रसव
- 4.5 प्रसवकालीन आपात स्थितियाँ
 - 4.5.1 गर्भाशय का फटना
 - 4.5.2 नाभिनाल प्रस्तुति
 - 4.5.3 नाभिनाल प्रोलेप्स
 - 4.5.4 एम्निओटिक द्रव एम्बोलिज्म
 - 4.5.5 गर्भाशय का उलट जाना
 - 4.5.6 प्लेसेन्टा का अलग न होना
 - 4.5.7 प्रसव उपरान्त रक्तस्राव
 - 4.5.8 एकलैम्पसिआ
- 4.6 प्रसव संबंधी शल्य चिकित्सा
 - 4.6.1 एनेस्थीसिया व एनेलजीसिआ
 - 4.8.2 प्रसव अभिप्रेरण
 - 4.6.3 गर्भवर्तन
 - 4.6.4 एपिजियोटॉमी
 - 4.6.5 फॉरसेप्स द्वारा प्रसूति
 - 4.6.6 सीजेरियन सेक्यान
- 4.7 सारांश
- 4.8 प्रश्न

4.0 प्रस्तावना

गर्भावस्था में यदि सब सामान्य स्थिति में है अर्थात् पूरा समय है, सिर नीचे की तरफ है, सिर का पिछला हिस्सा (आक्सीपुट) सर्विक्स पर है, श्रोणि की लम्बाई-चौड़ाई ठीक है तथा गर्भाशय की मांसपेशियाँ ठीक से कार्य कर रही हैं, तो अधिकतर बच्चे जन्म मार्ग अर्थात् योनिद्वार से बाहर आ जाते हैं। परन्तु अगर ऊपर लिखित में से कही भी त्रुटि है तो शिशु के बाहर निकलने में विलम्ब हो सकता है और खतरनाक स्थिति पैदा हो जाती है। इन असामान्य स्थितियों का प्रसूति विज्ञान सहायिका को पता होना चाहिये जिससे वह समय रहते मरीज को सुरक्षित स्थान पहुँचा सके, जहाँ आपात स्थिति का सही उपचार हो सके तथा मा व गर्भस्थ शिशु के स्वास्थ्य की रक्षा संभव हो सके। इन्हीं सब विषयों को प्रस्तुत इकाई में वर्णित किया गया है।

4.1 उद्देश्य

इस इकाई में अध्ययन के पश्चात् प्रसूति विज्ञान सहायिका निम्न विषयों की जानकारी प्राप्त करेगी तथा तत्सम्बन्धी प्रश्नों का उत्तर देने में समर्थ हो सकेगी

1. प्रसवकाल में असामान्य प्रस्तुति
 2. प्रसवकाल में गर्भाशय की असामान्य गतिविधियाँ
 3. दीर्घकालीन प्रसव
 4. प्रसव संबंधी आपात स्थितियाँ
 5. प्रसव संबंधी शल्य चिकित्साओं की सामान्य जानकारी
-

4.2 असामान्य प्रस्तुति

गर्भावस्था में सामान्यतः शिशु प्रस्तुति मिलती है तथा श्रोणि अगर गायनीकोर्ड हो तो सामान्य शिशु को आने में परेशानी नहीं होती। परन्तु शिशु के अतिरिक्त शिशु के अन्य अंग भी प्रस्तुति कर सकते हैं। ऐसी कुछ स्थितियों में सामान्य प्रसव हो सकता है। परन्तु भीश आक्सीपीटो ऐन्टीरियर के सिवा. सभी में प्रसव काल लम्बा तथा शिशु मृत्यु दर अधिक होती है। इसलिए उनमें विशेष सावधानी की आवश्यकता है।

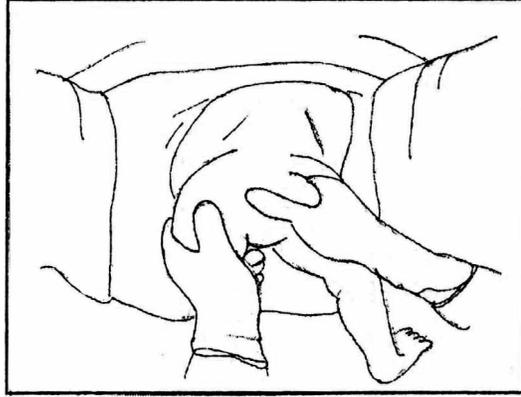
असामान्य प्रस्तुति निम्न हो सकती हैं:

- नितम्ब प्रस्तुति
 - कंधा प्रस्तुति
 - चेहरा प्रस्तुति
 - भौंह प्रस्तुति
 - नाल प्रस्तुति
 - अस्थिर स्थाति प्रस्तुति
 - ऑक्सीपीटो पोस्टीरियर प्रस्तुति
-

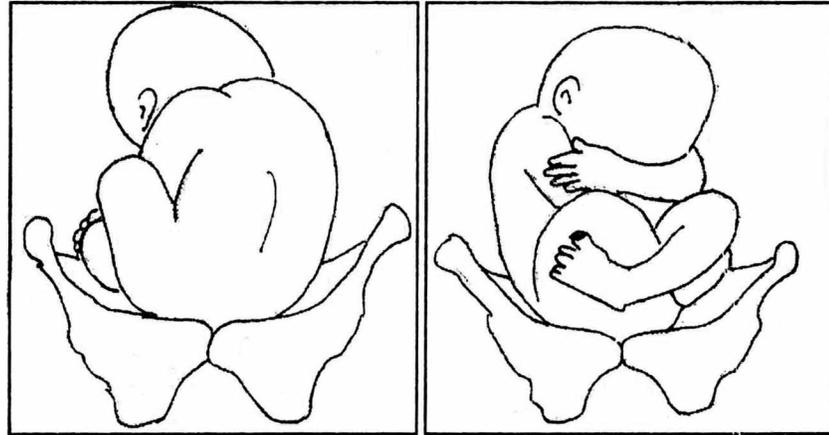
4.2.1 नितम्ब प्रस्तुति (Breech Presentation)

गर्भस्थ शिशु के नितम्ब गर्भाशय के मुखद्वार की ओर होते हैं। 34वें सप्ताह तक करीब 20-25 प्रतिशत तथा तत्पश्चात् 2-5 प्रतिशत मामलों में यह प्रस्तुति होती है।

- पूर्ण निताम्ब - जाँघें मुडी होती हैं।
घुटने सीधे होते हैं।
पैर छाती पर तने हुए होते हैं।
- पाँव प्रस्तुति - जाँघें और पैर दोनों पूरी तरह मुडे नहीं होते।
- घुटना प्रस्तुति - जाँघें सीधी तथा पैर मुडे होते हैं।
- गर्भ स्थिति को सेक्रम से निर्धारित करते हैं:
- सेक्रोएन्टीरियर - दायी :सेक्रम दायी और आगे की तरफ
बायीं सेक्रम बायीं और आगे की तरफ
- सेक्रोपोस्टीरियर - दायी :सेक्रम दायी और पीछे की तरफ
बायीं :सेक्रम बायीं और पीछे की तरफ



चित्र : ब्रीच में प्रसव करते हुए



चित्र : सेक्रो एन्टीरियर

चित्र : सेक्रो पोस्टीरियर

(क) निताम्ब प्रस्तुति के कारण :

समय पूर्व प्रसव (प्रि-टर्म)

बहु गर्भावस्था

पॉलिहाइड्रेम्निओस

हाइड्रोकिफेलस

- प्रि-टर्म में छोटा होने के कारण शिशु अनिश्चित स्थिति में रहता है।

- पॉलिहाइड्रेमिनओस मे द्रव अधिक होने के कारण शिशु की स्थिति निश्चित नहीं होती।
- हाइड्रोकिफेलस में सिर बड़ा होने के कारण वह गर्भाशय के उपरी हिस्से में फिट हो जाता है।

(ख) प्रसव पूर्ण निदान:

- उदर परीक्षण - फण्डस में गोला, स्वतंत्र घूमने वाला, कड़ा अंग सिर महसूस होता है। योनि की ओर कुछ नर्म कम स्वतंत्र अंग महसूस होता है। बच्चे की धड़कन नाभि से कुछ ऊपर या आस - पास सुनाई पडती है। नितम्ब के श्रोणि में प्रवेश करने पर धड़कन नीचे भी सुनाई पड सकती है।
- निश्चित करने के लिए जाँच- सोनोग्राफी

(ग) गर्भवर्तन :

उदर से हाथों द्वारा स्थिति को बदल कर सिर नीचे ला सकते हैं। परन्तु इसमें खतरे भी हैं। बहुत कुशल हाथों तथा सक्षम चिकित्सालय में ही गर्भवर्तन करना चाहिये।

(घ) प्रसव:

सेक्रोएन्टीरियर-प्रसव के समय शिशु निम्न अवस्थाओं से गुजरता है:-

जैसे-जैसे बच्चा नीचे जाता है, हाथ पैर और अधिक मुड़ जाते हैं और नितम्ब नीचे उतरता है। पहले सेक्रम दायीं या बायीं ओर होता है। इस्वीयल स्पाइन तक आ कर वह घूम कर एन्दीरोपोस्टीरियर हो जाता है, अर्थात् आन्तरिक घुमाव या इन्टरनल रोटेशन होता है। इसके बाद नितम्ब प्यूबिक सिमफाइसिस के नीचे से पेरीनियम को फैलाते हुये बाहर आ जाते हैं। तत्पश्चात् शिशु के शरीर में लेटरल पलेमान या टेडापन आता है जिससे तो श्रोणि में नीचे उतरता जाता है। कंधे बिल्कुल इसी तरह नीचे आकर बाहर निकलते हैं। सिर आन्तरिक द्वार पर आड़े व्यास में प्रवेश करता है और नीचे जाकर आक्सीपुट आगे आ जाता है। सब-आक्सीपुट क्षेत्र प्यबिरा के नीचे आता है और सिर मुड़ कर बाहर आ जाता है। पहले चेहरा आता है फिर सिर के पीछे का हिस्सा आता है।

नितम्ब प्रसव में कई खतरे रहते हैं :

- खास तौर पर बड़े शिशु में गर्दन अटकने की संभावना रहती है।
- शिशु के सिर पर चोट लगने की संभावना बनी रहती है।
- अगर शिशु की पीठ के पीछे है (सेक्रोपोस्टीरियर) तो योनिमार्ग से प्रसव संभव नहीं है।
- अंत्मस्तिष्कीय रक्त स्राव :

सिर पर एकदम से दबाव पडता है । शीर्ष प्रस्तुति की तरह अनुकूलन का समय नहीं मिलता । इससे वीनस कन्जेशन होत है तथा अन्दर की रक्त नलिका फट सकती है । दबाव कम करने के लिए ऐपिजियोटमी लगाते हैं ।

- हाइपोक्सिया (ऑक्सीजन की कमी)
- नाभि नाल पर दबाव : जब शिशु के कंधे व सिर नीचे आते हैं तो नाभिनाल पर दबाव पडता है तथा रक्त संचरण बंद हो जाता है ।
- नाभि नाल का प्रोलेप्स : पूर्ण नितम्ब योनि को पूरा नहीं घेरता इसलिये कभी-कभी नाभिनाल नीचे आ जाते हैं । हाइपोक्सिया से शिशु समय से पहले सांस ले लेता है और उसके फेफड़ों में द्रव प्रवेश कर जाता है तथा निमोनिया हो जाता है ।

- चोटें : लापरवाही से पकड़ने से अक्सर निम्न चोटें लग सकती हैं
- क्लेविकल, ह्यूमरस का फ्रैक्चर
- गर्दन घूमने से ब्रेकियल प्लेक्सस को क्षति
- यकृत का फटना
- गर्दन का फ्रैक्चर

(च) प्रसव का प्रबंध :

प्रसव हर संभव अस्पताल में ही होना चाहिये । इसलिये दर्द प्रारंभ होते ही या सभावित तिथि आते ही अस्पताल में भर्ती हो जाना चाहिए । वयस्क प्रथम गर्भा, नितम्ब प्रस्तुति, खराब प्रासविक इतिहास, सकीर्ण योनि, गर्भस्थ शिशु की विपत्ति में आपरेशन करना चाहिए । अजकल अक्सर सभी प्रथम गर्भा नितम्ब प्रस्तुति का आपरेशन किया जाता है ।

(i) उपचार के सिद्धांतों :

- चातुर्य पूर्ण देखरेख
- बार - बार जाँच न करें । इससे इ इन्फेक्शन का खतरा और शिशु को चोट लगने की संभावना होती है ।
- अनुभवी हाथों द्वारा प्रसव समापन । इससे जीवित स्वस्थ शिशु की संभावना बढ़ जाती है ।
- शिशु विशेषज्ञ की उपस्थिति अनिवार्य है ।

(ii) प्रसव की प्रथम अवस्था :

शीर्ष प्रस्तुति की तरह सेडेशन (प्रशमनकारी औषधियाँ) देते हैं । एनीमा देते हैं । नितम्ब योनि में प्रवेश करने पर मरीज को घूमने फिरने देते हैं । इससे नितम्ब के और नीचे उतरने में सुविधा होती है । एम्निओटिक द्रव की झिल्ली फटने के तुरंत बाद परीक्षण करते हैं, जिससे निम्न बातें ज्ञात होती हैं :

1. नाभि नाल का प्रोलेप्स तो नहीं है ।
2. नितम्ब पूर्ण या अपूर्ण किस प्रकार स्थित हैं ।
3. सर्विक्स की स्थिति प्रसव के अनुकूल है या नहीं ।
4. नितम्ब की स्थिति ।

(iii) द्वितीय अवस्था

सर्विक्स का पूर्ण विस्तारण हो जाता है । महिला को जोर लगाने को कह सकते हैं । जब नितम्ब योनिद्वार पर आ जाये तथा पेरिनियम फैलने लगे तो शिशु के प्रसव को सहायता से पूर्ण करते हैं । मूत्राशय खाली रहना चाहिये । फण्डस पर दबाव देने से प्लेसेन्टा के रक्त संचार में बाधा हो सकती है जिससे हाइपोक्सिया हो सकता है । एनालजीसिया या प्यूडेन्डल ब्लाक देना अच्छा रहता है । आने वाले सिर के लिये फारसेप्स की जरूरत पड़ सकती है । शिशु विशेषज्ञ की आवश्यकता पड़ती है । नितम्ब को अपने आप बाहर आने देते हैं । एपिजीयोटी से सहायता मिलती है । कंधों को बाहर निकलने में सहायता करना उचित रहता है । सिर की डिलीवरी बर्न मार्शल तरीके से करते हैं ।

इसके अतिरिक्त एक्सटेन्डेड लिम्ब एक्सटेन्डेड आर्मस या एक्सटेन्डेड हेड की स्थिति में कई विशिष्ट तरीकों से डिलीवरी कराते हैं । नितम्ब डिलीवरी में अति कुशल हाथों से प्रसव कराने

के बाद भी शिशु मृत्युदर अधिक है । इसलिए यही कोशिश होनी चाहिए कि प्रसव अस्पताल में हो, जहाँ हर परिस्थिति से निपटने की क्षमता हो ।

(छ) शिशु का जन्म :

शिशु को पूरी तरह अनुभवी मिड वाइफ अथवा नर्स / चिकित्सक ही ठीक से सम्हाल सकती है । प्रथम प्रसव या बड़े शिशु या समय पूर्व प्रसव में अनुभवी डाक्टर की उपस्थिति अनिवार्य है । जन्म के बाद सभी शिशुओं को कुछ दिन विशिष्ट देखभाल यूनिट में रखना चाहिये।

4.2.2 चेहरा प्रस्तुति (Face Presentation)

जब सिर की अवस्था पूरी तनी होती है तब योनि के आन्तरिक द्वार पर चेहरा होता है ।

ठुंडी सबसे अग्र प्रस्तुत होता है । अंग स्थितियाँ इस प्रकार हैं -

- मेन्टोएन्टीरियर - दायँ : शिशु की स्थिति बायीं आक्सीपिटो पोस्टिरियर की होती है ।
बायाँ : शिशु की स्थिति दायीं आक्सीपिटो पोस्टिरियर की होती है।
- मेन्टोपोस्टीरियर - दायँ : शिशु की स्थिति बायीं आक्सीपिटो एन्टीरियर की होती है ।
बायीं : शिशु की स्थिति दायीं आक्सीपिटो एन्टीरियर की होती है ।

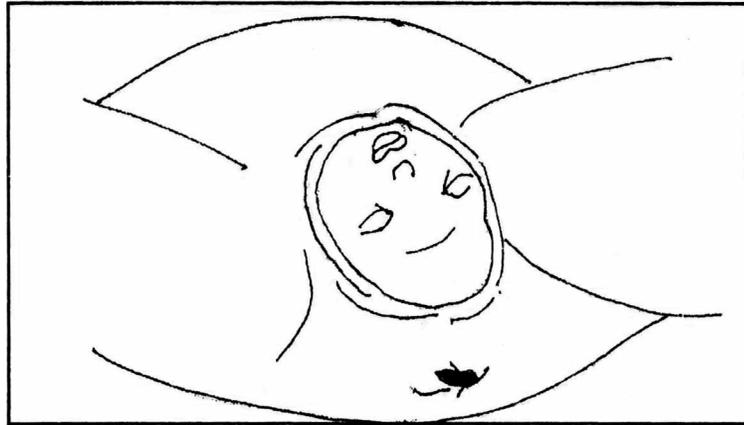
सबसे अधिक पायी जाने वाली स्थिति बायीं मेन्टो एन्टीरियर है ।

(क) कारण :

- बहुप्रसव में गर्भाशय का आगे लटका होना
- संकीर्ण योनि
- पालि हाइड्रोमिनिऑस
- अपॉलिहाइड्रोमिनिऑस
- अमस्तिष्कता

(ख) निदान :

स्पर्श से नहीं मालूम पड़ता । परन्तु योनि के अगले भाग तथा पीठ के बीच एक दरार दिखती है । हाथ-पाँव और ठुंडी आगे होने पर आसानी से महसूस हो सकते हैं । शिशु की धड़कन काफी स्पष्ट सुनाई पड़ती है तथा नाभि के नीचे रहती है । पीठ को नितम्ब के पास महसूस किया जा सकता है ।



चित्र : चेहरा

(ग) योनिमार्ग परीक्षण :

प्रस्तुति अंग ऊँचा, मुलायम तथा अनियमित होता है। फांटेनिल महसूस नहीं होते, मसूड़े महसूस होते हैं। गुदा व मुँह के बीच भ्रांति हो सकती है, परन्तु गुदा में उंगली जाने पर संकुचन होता है। अगस्थिति निर्धारण लिये टुड्डी को महसूस करते हैं। सामान्यतः टुड्डी आगे की ओर होती है। ठोड़ी पीछे होने पर यह अगर सिन्सिपुट से नीचे है तो अधिकतर बच्चा घूम कर ठोड़ी आगे आ जाती है। अगुली से आँखों की चोट लगने की संभावना होती है। अतः योनि परीक्षण बहुत धैर्य से किया जाना चाहिए। चेहरे का अनुमान मुँह, नाक तथा आँखों को महसूस कर लगाते हैं।

(घ) प्रसव की क्रिया विधि :

नीचे आने के साथ प्रसरण बढ़ता जाता है। टुड्डी योनि की सतह पर आ कर 1/8 भाग घूमती है, यह आन्तरिक गर्भवर्तन है। टुड्डी सिम्फाइसिस प्यूबिस के नीचे आती है और मुड़ाव से सिर बाहर निकलता है। टुड्डी वापस पुरानी अवस्था में घूम जाती है यह प्रत्यानयन है। अब कंधे बाँये तिरछे व्यास में घूमते हैं और साथ ही बाहर सिर घूमता है। यह बाह्य गर्भवर्तन है। कंधे शीर्ष प्रस्तुति की तरह बाहर आ जाते हैं।

(च) प्रसव का पूर्वानुमान :

- यदि टुड्डी आगे है और योनि का नाप अच्छा है तो डिलीवरी सामान्य होने की संभावना काफी है। फिर भी डिलीवरी अस्पताल में होना ठीक है।
- यदि टुड्डी पीछे है और वह आगे धूम जाती है तो योनि मार्ग से डिलीवरी हो सकती है। डिलीवरी अस्पताल में ही होनी चाहिये। इससे प्रसव में देरी हो सकती है।

(छ) प्रसव में, होने वाली परेशानियाँ :

- चेहरों सिर की तरह सर्बिक्स को विस्तारित नहीं करता, न ही गर्भाशय के संकुचन को उत्तेजित करता है, इसलिये प्रसव में देरी होती है।
- पीछे टुड्डी होने पर गर्भवर्तन नहीं हो तो स्थिर मेन्टोपोस्टीरियर स्थिति हो जाती है तथा बच्चा ऑपरेशन द्वारा निकालना पडता है।
- नाभि-नाल का प्रोलेप्स।
- पेरिनियम तथा गुदा द्वार में फटन हो सकती है क्योंकि बड़ा व्यास पेरिनियम को फैलाता है।

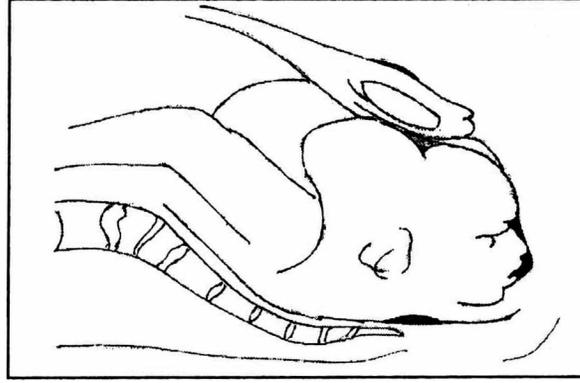
(ज) प्रसव प्रबंध :

- मेन्टोएन्टीरियर
 - 75 प्रतिशत में प्रसव स्वाभाविक होता है।
 - झिल्लियाँ फटने पर नाल प्रोलेप्स की जाँच करनी चाहिये।
 - आँखों पर चोट लगने की संभावना ध्यान में रखनी चाहिये
 - शिशु के दिल की धडकन लगातार देखनी चाहिये।
 - सिर के मुड़ने के पहले टुड्डी बाहर निकाल लेनी चाहिये।
 - चेहरे तथा सिन्सिपुट को दबा कर प्रसरण बनाए रखना चाहिये।
 - एपिजियोटोमी लगनी चाहिए। कभी-कभी फारसेप्न की आवश्यकता पडती है।
 - डिलीवरी के बाद शिशु का चेहरा थोड़ा चपटा सा होता है जो बाद में ठीक हो जाता है। माँ को इस विषय में आश्वस्त करना चाहिए।
 - शिशु को बार-बार उठाना तथा बहुत लोगो द्वारा छूना ठीक नहीं है।

- शिशु पर निरन्तर ध्यान देना चाहिए ।
- चेहरा प्रस्तुति में शिशु की मृत्यु दर, भीश प्रस्तुति से काफी अधिक है ।
- **मेन्टोपोस्टोरियर**
 - प्रसव में डाक्टर की उपस्थिति आवश्यक है ।
 - मेन्टोपोस्टोरियर से अगर मेन्टोएन्टीरियर हो जाता है, तो प्रसव संभव है ।
 - स्थाई मेन्टोपोस्टोरियर में आपरेशन करना पडती है ।

4.2.3 भौंह प्रस्तुति (Brow Presentation)

कभी-कभी सिर का विस्तारण पूरा न होने पर सर्विक्स पर भौंह प्रस्तुत होते हैं । इस अवस्था में योनि मार्ग से डिलीवरी संभव नहीं है सिवाय जब विस्तारण पूर्ण हो कर फेस प्रस्तुति हो जाये या मुड कर आक्सीपुट या सिन्सिपुट प्रस्तुति हो जाये । इसमें सिर का सबसे बड़ा व्यास, आन्तरिक द्वार से प्रवेश करता है । इन स्त्रियों का सीजेरियन किया जाता है ।



- (क) **निदान** - अगर सिर अनावश्यक बड़ा लगे तो आंशका करनी चाहिये परन्तु पूर्ण निदान प्रसव के समक्ष होता है । प्रसव शुरू होने के काफी समय बाद योनि परीक्षण में एक तरफ भौंहों के आकार तथा दूसरी तरफ एन्टीरियर फान्टेनिल महसूस होते हैं । ऐसी प्रस्तुति की आशंका होते ही गर्भवती को तुरन्त अस्पताल पहुँचाने की व्यवस्था करनी चाहिये ।

4.2.4 कंधा प्रस्तुति (sholder Persentation)

गर्भाशय से आड़ी स्थिति मे उपस्थित शिशु होने पर उसका कंधा प्रस्तुत होगा । अगर तिरछा शिशु है तो दर्द होने पर वह आडा हो जायेगा या लम्बवत् हो जायेगा । यह स्थिति बहु प्रसवा स्त्रियों में अधिक पाई जाती है, क्योंकि उनके गर्भाशय की मांसपेशियां कमजोर होने से गर्भाशय थैली की तरह हो जाता है ।

निम्न स्थितियाँ हो सकती हैं

डोरसो एन्टीरियर - पीठ आगे

डोरसो पोस्टोरियर - पीठ पीछे

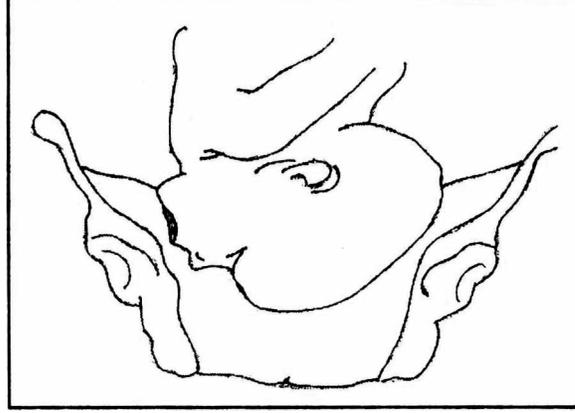
डोरसो सुपीरियर - पीठ ऊपर

डोरसो इन्फीरियर - पीठ नीचे

प्रत्येक स्थिति मे सिर दायी या बायीं ओर हो सकता है । नितम्ब इसके विपरीत दायीं या बायीं स्थिति में होगा।

- (क) **कारण** :

- बहु प्रसवा में अक्सर उदर पेशियों ढीली हो जाती हैं ।
- समय पूर्व प्रसव : द्रव अधिक होने से शिशु की स्थिति परिवर्तनशील होती है ।
- पॉलिहाइड्रोमिनिऑस : अधिक द्रव होने पर स्थिति परिवर्तनशील होती है ।
- बाईकारनुएट गर्भाशय होने पर गर्भस्थ शिशु का सिर एक ओर तथा नितम्ब दूसरी ओर होता है ।
- प्लेसेन्टा प्रिविया : शिशु के लिये लम्बवत जगह कम रह जाती है ।
- संकीर्ण श्रोणि (कॉन्ट्रेक्टड पेलविस) : सिर योनि में प्रवेश नहीं कर पाता ।
- फाइब्राइड ट्यूमर. : शिशु का शरीर मुड़ाव में नहीं रहता ।



(ख) निदान :

इसका निदान जानना बहुत जरूरी है ताकि शीघ्र महिला को सुविधा संपन्न अस्पताल में भेज सकें । अन्यथा दुश्परिणाम माँ की मृत्यु, गर्भाशय का फटना, शिशु की मृत्यु कुछ भी हो सकता है ।

• **गर्भावस्था के समय**

- गर्भाशय की चौड़ाई ज्यादा होती है ।
- स्पर्श करने पर न तो सिर और न नितम्ब फण्डस पर महसूस होते हैं ।
- सिर दायीं अथवा बायीं तरफ होता है और नितम्ब दूसरी ओर होता है ।
- प्रसवकाल में झिल्ली जल्दी फट जाती है ।

• **प्रस्तुति अंग**

योनि मार्ग से प्रसव के आरंभ में प्रस्तुति अंग महसूस नहीं होता । बाद में संकुचन बढ़ने पर कंधा योनि द्वार में करता है या कभी-कभी हाथ सामने आ जाता है जिससे निदान कर लिया जाता है । हाथ पैर के मध्य फर्क करने कुछ बातें ध्यान रखनी चाहियें

- घुटनों से अधिक गोल होते हैं ।
- हथेली चपटी तथा पैर थोड़े सिलिडर की तरह होते हैं ।
- अंगूठा सिर्फ बाहर की ओर घुमा सकते हैं ।
- कंधा प्रस्तुति के निदान होते ही सीधे अस्पताल भेजने की व्यवस्था करना चाहिये ।

(ग) उपेक्षित कंधा प्रस्तुति

प्रसव में अधिक समय लगने पर कंधा श्रोणि के आन्तरिक द्वार पर आ जाता है, भुजा बाहर निकल जाती है । यह उपेक्षित कंधा प्रस्तुति कहलाती है । गर्भाशय संकुचन कर या तो

शिथिल पड जाता है, या फट भी सकता है। शिशु की मृत्यु हो सकती है। जितनी जल्दी हो सके ऑपरेशन होने से माँ और शिशु दोनों सुरक्षित रहते हैं। कभी - कभी सुविधाविहीन क्षेत्र में मृत शिशु होने पर उदर के अग निकाल कर प्रसव कराते हैं या सिर काट कर अलग करते हैं। ये स्वयं काफी खतरनाक तरीके हैं तथा बहुत कुशल अनुभवी हाथों में ही सुरक्षित हैं, अन्यथा मृत शिशु होने पर भी आपरेशन करते हैं। कभी - कभी प्रसव पूर्व या आरम्भ होते ही बाहर अपवर्तन द्वारा सिर या ब्रीच तथा आन्तरिक अपवर्तन द्वारा झिल्ली फटने के बाद ब्रीच में परिवर्तित कर देते हैं। ये भी काफी जोखिम भरी विधियाँ हैं किन्तु आजकल सीजेरियन सबसे आम विधि है।

4.2.5 अस्थिर स्थिति

कभी-कभी 36वें सप्ताह बाद भी शिशु की स्थिति बदलती रहती है अर्थात् भिन्न-भिन्न समय शिशु का भिन्न हिस्सा, गर्भाशय के निचले हिस्से में महसूस होता है।

ऐसा निम्न परिस्थितियों में होता है :

- पानी अधिक हो।
- बच्चा बहुत छोटा हो।

ऐसी स्थिति में प्रसवकाल के समय निम्न दिक्कते आ सकती हैं

- समय पूर्व पानी की थैली फूटना।
- नाल का योनिमार्ग के रास्ते बाहर आ जाना।

(क) उपचार :

दर्द शुरू होते ही महिला को लिटा देते हैं जब तक शिशु का निचला हिस्सा सिर या ब्रीच योनि में प्रवेश न कर जाये। कभी पानी की थैली को नियंत्रित तोड़ कर कुछ द्रव कम कर देते हैं। इससे दर्द बढ़ते हैं और नाल नीचे आने की संभावना घट जाती है।

(ख) रेफर :

प्रसूति विज्ञान सहायिका / ए.एन.एस. के लिये ऐसे केस को अच्छे सेंटर में भेजना जरूरी है, जहाँ हर तरह की स्थिति को संभाला जा सके।

4.2.6 ऑक्सीपीटो पोस्टीरियर शशि प्रस्तुति

गर्भाशय की चौड़ाई ज्यादा होती है। हाथ-पाँव आगे होने पर आसानी से महसूस हो सकते हैं। शिशु की धड़कन स्पष्ट नहीं सुनाई पड़ती है तथा किनारे की तरफ रहती है। अगर आक्सीपुट सिन्सिपुट से नीचे है तो अधिकतर बच्चा घूम कर ऑक्सीपीटो एन्टीरियर जाता है। ऑक्सीपीटो पोस्टीरियर का पता अक्सर प्रसव शुरू होने के बाद ही लगता है।

प्रसवकाल के समय निम्न दिक्कतें आ सकती हैं :

- समय पूर्व पानी की थैली फूटना
- दीर्घकालीन प्रसव

स्थाई ऑक्सीपीटोपोस्टीरियर में ऑपरेशन करना पड सकता है। योनि मार्ग से डिलीवरी संभव है। ऐसी प्रस्तुति की आशका होते ही गर्भवती को अस्पताल पहुंचाने की व्यवस्था करनी चाहिये, जहाँ हर तरह की स्थिति को संभाला जा सके। फारसेप्स या सीजेरियन की संभावना आ सकती है।

4.3 गर्भाशय की असामान्य गतिविधियाँ

गर्भाशय प्रसव के समय एक नियमित लय से संकुचित होता है तथा आराम की स्थिति में आता है जिससे आँवल में रक्त स्राव बना रहता है एव शिशु सुरक्षित रहता है। कभी - कभी कुछ विशेष परिस्थितियों में यह लय अनियमित या विलम्बित हो जाती है और कई तरह की माँ व शिशु संबंधित परेशानियाँ उत्पन्न हो जाती हैं। ऐसी स्थितियाँ हैं :

- अल्प तनाव गर्भाशयिक क्रिया (हाइपोटोनिक यूटेरस)
- असमन्वय गर्भाशयिक क्रिया (इनकोआर्डिनेट यूटेरस)
- अति तनाव गर्भाशयिक क्रिया (हाइपरटोनिक यूटेरस)

4.3.1 अल्प तनाव अवस्था

- कमजोर संकुचन होने से प्रसव की गति धीमी हो जाती है जो पारटोग्राम से पता लगता है।
- सर्विक्स विस्तारण दर धीमा होता है, परन्तु शिशु को अक्सर हानि नहीं होती।

• उपचार

- 5 प्रतिशत 500 मि.लि. ग्लूकोज में 0.5 यूनिट सिन्टोसिनोन डालकर 1 मि.लि. प्रति 1 मिनट की दर से आरम्भ कर, हर 30 मिनट में 1 यूनिट बढ़ाते हैं और 2.5 यूनिट तक डाल देते हैं।
- शिशु एव माँ की स्थिति मॉनीटर से देखते हैं।
- इलेक्ट्रोलाइट आपूर्ति करते हैं।
- आँवल निकलने के बाद 1 घंटा सिन्टोसिनोन ड्रिप देते हैं।
- मेथरर्जिन का प्रयोग भी आवश्यक है।
- बहुत अधिक समय लगने पर शल्य क्रिया की जाती है या नर्व ब्लाक लगा कर फारसेप्स लगाते हैं।

4.3.2 असमन्वय गर्भाशयिक क्रिया :

इसमें गर्भाशय के ऊपरी तथा निचले भाग में समन्वय नहीं रहता जिससे सर्विक्स का विस्तारण भी धीरे होता है। स्त्री को लगातार दर्द की स्थिति रहती है। इस तनाव से वह थक जाती है। शिशु को गर्भाशय की मांसपेशियों के ठीक काम न करने से खून के दौरों में रूकावट आती है। इलेक्ट्रोलाइट तथा द्रव देने के साथ कुछ सेडेशन देने पर आराम होता है। ऐसा न होने पर आपरेशन द्वारा डिलीवरी कराते हैं।

• रिट्रैक्शन रिंग :

यह शुरुआत में सामान्य प्रसव क्रिया की तरह आरम्भ होती है जो गर्भाशय के उपरी हिस्से के संकुचन से तथा निचले हिस्से के विस्तारण से बनती है। अगर यह रिंग सिस्फायसिस प्यूबिस के काफी उपर तथा अधिक उभरी दिखाई है तो सतर्क हो जाना चाहिए। अगर सामान्य प्रसव का प्रयत्न करते हैं तो महिला को लम्बे साँस लेने की कहेँ तथा जोर न लगाने दें। पेथिडीन का इंजेक्शन लगाते हैं।

• कानस्ट्रिक्शन रिंग :

इसमें गर्भाशय के किसी विशेष भाग के पेशीय तन्तु में ऐंठन आ जाती है जो ऊपर या निचले खंड में होती है। अक्सर यह गर्भाशय के ऊपर तथा निचले भाग में मिलने के स्थान पर

बनती है तथा गर्दन की जगह पर होती है। तृतीय अवस्था में यह रिग होने पर इसे आवर ग्लास कान्ट्रेक्शन कहते हैं।

(i) कारण

- झिल्लिया आरम्भ में ही फटने से गर्भाशय शिशु से चिपक सा जाता है और उत्तेजित हो जाता है।
- अर्न्तगर्भाशय में हस्तक्षेप से भी गर्भाशय उत्तेजित हो जाता है।

(ii) निदान

- दर्द आने पर भी शिशु आगे नहीं बढ़ता है।
- गर्भाशय छूने पर तकलीफ देह होता है।
- योनि मार्ग परीक्षण से शल्य क्रिया के समय रिंग दिखती ओर महसूस होती है।

(iii) उपचार

पेथिडीन का इंजेक्शन देने से तनाव पेशियां शिथिल हो जाती हैं। एमिलनाइट्रेट, मेग्नीशियम सल्फेट आदि भी प्रयोग होते हैं।

4.3.3 अति तनाव अवस्था

- कभी - कभी गर्भाशय बहुत तेजी से संकुचित होता है तथा संकुचन के बीच गर्भाशय आराम की स्थिति में नहीं रहता।
- अक्सर पेथिडीन एपीड्यूरल एनेलजीसिआ तथा आक्सीटोसिन की कम मात्रा से प्रसव सामान्य हो सकता है।
- महिला को इलेक्ट्रोलाइट तथा द्रव दे कर उसकी स्थिति सुधारते हैं।
- सीजेरियन डिलीवरी माँ और शिशु दोनों के हित में है। क्योंकि अक्सर झिल्ली फट जाती है तथा बार - बार जांच से संक्रमण का खतरा होता है. इसलिये एम्पेसिलीन या अमौक्सेसिलीन 500 मि.ग्रा हर आठ घंटे में दी जाती है।
- नर्सिंग देखभाल अत्यन्त कुशल तरीके से होनी चाहिये क्योंकि इन स्थितियों में कीटो ऐसिडोसिस हो सकती है जो शरीर में कार्बोहाइड्रेट की अपर्याप्त मात्रा (भूखे रहने या उल्टी से) के कारण वसा के छने से होती है।
- मूत्र में कीटोन बोडिज आती हैं।
- इलेक्ट्रोलाइट्स की कमी भी हो जाती है।
- ये मां और शिशु दोनों के लिये खराब स्थिति है।
- ऐसी स्थिति में महिला की अस्पताल में देखरेख होनी चाहिये।

4.3.4 सर्विक्स की असामान्य गतिविधियाँ

- इसमें सर्विक्स बहुत धीरे विस्तारित होती है।
- प्रथम अवस्था लम्बी तथा दर्दमय होती है।
- कमर दर्द बहुत ज्यादा होता है।
- सर्विक्स पहले पतली तंग होती है मगर बाद में मोटी हो जाती है।
- **उपचार :**

अति तनाव गर्भाशयिक क्रिया के समान ही होता है । सर्र्विक्स सिर के ऊपर सरकाने का प्रयत्न करते हैं । इसमें सर्र्विक्स फटने का खतरा है । आजकल सीजेरियन आपरेशन अच्छा उपचार है ।

4.4 दीर्घकालीन प्रसव

प्रसव काल अगर 18 घंटे से अधिक हो तो उसे लम्बा प्रसव कहते हैं । परन्तु अवास्तविक प्रसव से इसे अलग पहचानना चाहिए । अवास्तविक प्रसव में सर्र्विक्स का विस्तारण, संकुचन के साथ नहीं होता । आधुनिक स्थितियों में लम्बा प्रसव नहीं होने देते हैं । प्रसव के लम्बे रहने के कई कारण हो सकते हैं :

- गर्भाशय की संकुचन क्षमता कम होना ।
- गर्भाशय की संकुचन का प्रभावी न होना ।
- शिशु की स्थिति अनुकूल न होना ।
- श्रोणि तथा शिशु के मध्य असंतुलन होना ।

लम्बी द्वितीय अवस्था गर्भस्थ शिशु को नुकसान पहुँचाती है । इस प्रकार के मामलों में आक्सीजन की कमी एवं रक्त अम्लता तथा नवजात में न्यूमोनिया का जोखिम बढ़ता है, माँ और शिशु में संक्रमण हो सकता है । महिला की नाड़ी, रक्तचाप, ताप देखते हैं । जीभ तथा त्वचा से जलीय स्थिति का पता लगता है । मूत्र परीक्षण में कीटोन का होना गंभीरता का सूचक है । जाँच करने पर संकुचन का विस्तृत विवरण करते हैं । शिशु की पूरी स्थिति तथा धडकन की जाँच करते हैं । अन्दरूनी जाँच करने में सर्र्विक्स की स्थिति, झिल्ली, गर्भ प्रस्तुति अंग, तथा स्तर आदि पता लगाते हैं । अगर नाड़ी 90 से ऊपर हो व महिला थकी हुई लगे तथा ताप 37.2° सेल्सीयस से अधिक हो तो स्त्री के मूत्र की जाँच कीटोसिस के लिए करें । अगर आँखें व गाल धंसे हो तथा स्त्री बीमार और निर्जलीकृत लगे तथा उल्टी भी हों, तो यह गंभीर परेशानी का सूचक है ।

• शिशु के खतरे

- झिल्ली फटने तथा गर्भाशय में निरन्तर संकुचन से शिशु को आक्सीजन पहुँचने में बाधा होती है ।
- शिशु को मेटाबोलिक एसिडोसिस होती है तथा यह जोखिम स्थिति है ।
- केपट या शीशानुकूलन भी, सिर पर देर तक तनाव रहने का सूचक है ।

• प्रबंध

- कीटोएसिडोसिस तथा इलेक्ट्रोलाइट असंतुलनकी स्थिति के लिये ग्लूकोज तथा रिंगरलैक्टेट की प्रचुर मात्रा दी जाती है ।
- विभिन्न जाँचें की जाती हैं जैसे रक्त में इलेक्ट्रोलाइट, यूरिया, क्रियेटिनिन, मूत्र में कीटोन बोडिज प्रोटीन आदि ।
- गर्भाशय की स्थिति देखते हैं ।
- कभी-कभी अच्छे संकुचन तथा शिशु के नीचे न आने पर गर्भाशय फट भी सकता है ऐसे में तुरन्त ऑपरेशन करना पड़ता है ।
- प्रथम अवस्था में भी अगर शिशु श्रोणि में असमानता है तो सीजेरियन करते हैं ।

- सिर अगर श्रोणि की निचली सतह पर है तथा द्वितीय अवस्था है तो एपीजियोटमी, फॉरसेप्स या वेन्ट्यूज लगा कर जल्दी प्रसव कराते हैं ।
- शिशु को संभालने के लिए विशेषज्ञ उपस्थित होना उचित रहता है । सतर्क नर्सिंग एवं उचित देखभाल का काफी प्रभाव पडता है ।

(क) श्रोणि कुरचना

जब एक या अधिक डायमीटर सामान्य नाप से 1 से.मी. कम होते हैं तब इसे संकीर्ण श्रोणि कहते हैं । औसत शिशु ऐसी योनि से बाहर नहीं निकल सकता तथा अवरोधित प्रसव होता है । इनको पहचानना प्रसूति विज्ञान सहायिका से मिडवाइफ तक सबके लिये नितान्त आवश्यक है । इसमें सीजेरियन करते हैं ।

निम्न स्त्रियों में श्रोणि की कुरचना की अधिक संभावना है :

- ऊँचाई 1.5 मी से कम
- श्रोणि की विकृतियाँ जैसे रिकेट्स, क्षय रोग, रीढ़ की हड्डी में विकृति या बीमारी, चाल में लंगडापन ।
- पूर्व प्रासविक विवरण का विशेष महत्व है ।
- पिछले प्रसव में लम्बा प्रसव. फॉरसेप्स सीजेरियन या मृत शिशु होने पर श्रोणिक कुरचना की शंका करें ।
- गर्भवती स्त्री में 37 सप्ताह बाद अगर सिर श्रोणि में प्रवेश नहीं किया हो तो सिर श्रोणि असमानता की जाँच होनी चाहिए ।
- श्रोणि संकीर्णता या सिर-श्रोणि असमानता की आशंका होने पर गर्भवती को प्रसूति विशेषज्ञ को दिखाना आवश्यक है जिससे प्रसव के तरीके का निर्णय लिया जा सके ।]
- परीक्षण प्रसव के लिये भी निश्चित समय पर उसे अस्पताल भर्ती कराना जरूरी है ।
- छोटी श्रोणि अक्सर छोटी स्त्रियों में मिलती है जिसमें सभी नाप कम होते हैं परन्तु अक्सर शिशु का नाप भी कम होने से प्रसव सामान्य हो जाता है । प्रसव सिर-श्रोणि असमानता पर निर्भर करता है । समय पर सही निदान आवश्यक है ।
- स्त्री की श्रोणि मुख्यतः चार प्रकार की होती है । गायनेकाइड, एन्ड्राइड, एन्थ्रोपाइड, प्लेटीप्लाइड
- गायनेकाइड सामान्य स्त्रियों में मिलती है और अधिकतर सामान्य प्रसव होता है । एन्ड्राइड, एन्थ्रोपाइड तथा प्लेटिपलोइड श्रोणि का प्रसव अस्पताल में उचित रहता है ।
- ऑस्टियोमलेशिया नामक बीमारी मे अस्थियाँ नरम हो जाती हैं और आन्तरिक द्वार बहुत छोटा हो जाता है । यह आहार में खाने तथा विटामिन की कमी से होता है तथा सामान्य प्रसव संभव नहीं है ।
- स्पाइनल विकृति में भी श्रोणि की सतर्कता से जाँच होनी आवश्यक है ।

• प्रसव सामान्य कब संभव है?

अगर महिला की श्रोणि सामान्य है तथा शिशु लम्बवत् है तो प्रसव नर्स अथवा कुशल मिडवाइफ या प्रशिक्षित प्रसूति विज्ञान सहायिका करा सकती हैं । परन्तु अगर थोडा भी सदेह हो तो प्रसव वरिष्ठ विशेषज्ञ की देखरेख में होना चाहिए जो समय पर उचित निर्णय ले सके।

(ख) परीक्षण प्रसव

- इसमें स्त्री को प्रासविक कक्ष में निरंतर पार्टोग्राम रिकॉर्डिंग के साथ रखते हैं । अच्छे संकुचन आरम्भ होने के बाद विशेषज्ञ समय-समय पर स्थिति का आकलन करते हैं तथा प्रसव की विधि का निर्धारण करते हैं ।
- नर्सिंग स्टाफ की सूझबूझ से प्रसव का अन्त अच्छा होता है ।
- प्रसवा की आते ही पूरी जाँच होनी चाहिये ।
- अगर सिर प्रस्तुति तथा ऑक्सीपीटो एन्टीरियर में है तथा सिर आन्तरिक द्वार से प्रवेश कर गया है तो स्थिति अनुकूल है ।
- अगर ऐसा नहीं है तो योनि परीक्षण से श्रोणि की अनुकूलता, प्रस्तुति भाग आदि पता लगाते हैं और शिशु के हृदय की धड़कन सुनते हैं । तत्पश्चात डाक्टर को सूचित करते हैं ।

- **सतर्कीय निरीक्षण**

इसके अन्तर्गत नर्स / कुशल मिड वाइफ / प्रसूति विज्ञान सहायिका गर्भाशय के संकुचन की विस्तृत जानकारी, शिशु हृदय की 15 मिनट में रिकॉर्डिंग, विपत्ति चिन्ह जैसे मिकोनियम धड़कन की गति में परिवर्तन आदि होने पर डाक्टर से संपर्क करती है । प्रसव की गति को अनुमानित करती है और खतरा महसूस होते ही चिकित्सक से संपर्क करती है । महिला को विश्वास दिलाती है । उसमें निर्जलीकरण नहीं होने देती । झिल्ली का फटना एम्नियोटिक द्रव के रंग, प्रगति के विषय में अपने विचार, सर्विक्स की स्थिति, कैपट, सभी स्थितियों से डाक्टर को सजग रखती है ।

- (ग) **अवरोधित प्रसव (Obstructed Labour)**

जब अच्छे संकुचन के बाद भी प्रस्तुति अग की प्रगति नहीं होती तब प्रसव अवरोधित कहलाता है । अवरोध निम्न प्रकार हो सकता है ।

- मार्ग संकरा हो ।
- मार्ग अवरुद्ध हो : सर्विक्स का ट्यूमर श्रोणि के अंदर कोई गांठ ।
- शिशु का आकार बड़ा हो : शिशु का वजन 4.5 किग्रा से ऊपर हो हाइड्रोकिफेलस
- सिर : श्रोणि असमानता ।

संकुचन में गड़बड़ी से ऐसा कम ही होता है । अवरोध अधिकतर आन्तरिक द्वार पर होता है परन्तु बाह्य द्वार पर भी हो सकता है ।

- **निदान**

यह ध्यान रखे कि जाँच से पूर्व प्रसव का मूत्राशय खाली होना चाहिये ।

- प्रस्तुति अंग आन्तरिक द्वार से प्रविष्ट नहीं होता ।
- अच्छे संकुचन होने से सर्विक्स धीरे - धीरे विस्तारित होकर, ढीली होकर अलग महसूस होती है । झिल्ली फट जाती है परन्तु शीर्ष अंग नीचे नहीं आता ।

- **जटिलताएँ**

अगर इस स्थिति में कोई कार्यवाही न की गई तो निम्न स्थिति होगी :

- लगातार संकुचन से तथा पानी निकलने से गर्भाशय शिशु को जकड़ लेता है ।
- शिथिल अवस्था नहीं आती जिससे गर्भाशय लगातार सख्त बना रहता है ।
- सिर की हड्डियाँ पास आती हैं । कैपट भी बन जाता है ।

- अगर स्थिति नहीं संभाली गई तो कुछ समय संकुचन शिथिल हो जाते हैं तत्पश्चात पुनः जोर से आरम्भ हो जाते हैं ।
- बहुप्रसवा का गर्भाशय फट सकता है । कभी - कभी बेन्डल रिंग बन जाती है ।
- माँ तथा शिशु में जैव रसायन परिवर्तन होने से स्थिति संकटमय हो जाती है ।
- गर्भाशय फटने, इलेक्ट्रोलाइट कमी, निर्जलीकरण आदि से मृत्यु भी हो सकती है ।
- आक्सीजन की कमी से या अन्तर्मस्तिष्क की चोट से शिशु की मृत्यु हो सकती है ।
- अधिक समय शिशु के नीचे योनि में रहने से मूत्र मार्ग को चोट पहुँचती है और फिस्टूला (Fistula) बन सकता है ।
- **उपचार**
गर्भवस्था के दौरान - सिरे असमानता का शक हो तो डाक्टर से परीक्षण करवायें । आड़े शिशु में गर्भवर्तन तथा हाइड्रोकिफेलस को अस्पताल में भर्ती कर उपचार कराते हैं ।
- **प्रसव के समय**
स्थिति का पता लगते ही कार्यवाही करते हैं । सीजेरियन अब आसान उपाय है । रक्त देने की आवश्यकता पड़ सकती है । मृत शिशु में क्रेनियोटमी कर सकते हैं । आजकल इसको भी अधिक पसन्द नहीं करते व सीजेरियन ही करते हैं । महिला व शिशु को आपरेशन पश्चात नर्सिंग स्टाफ की विशेष देखरेख चाहिये ।

4.5 प्रसव कालीन आपात स्थितियाँ

प्रसव काल के विषय में यह कभी पूरी तरह निश्चित नहीं कह सकते कि आपात स्थिति उत्पन्न नहीं होगी । कई परिस्थितियाँ ऐसी होती हैं जो प्रसव के समय ही पता लगती है । फिर हमारे देश में जहाँ स्वास्थ्य सेवायें अभी कमजोर हैं, आपात स्थितियों की संभावना बहुत रहती है। इनमें से कुछ तथा उनका वर्णन इस प्रकार है.

- गर्भाशय का फटना
- नाभिनाल प्रोलेप्स
- नाभिनाल प्रस्तुति
- एम्नियोटिक द्रव एम्बोलिज्म
- गर्भाशय का उलट जाना
- प्लेसेन्टा क्रा अलग न होना (रिटेन्ड प्लेसेन्टा)
- प्रसव उपरांत रक्तस्राव
- एकलैम्पसिआ (गर्भाक्षेपक)

4.5.1 गर्भाशय का फटना (Rupture of Uterus)

इसके प्रमुख कारण हैं

- पूर्व सीजेरियन या स्कार
- अवरोधित प्रसव
- आक्सीटोसिक का अनुचित उपयोग
- शल्य क्रिया जैसे फॉरसेप्स या गर्भवर्तन आदि करते समय

(क) पूर्व सेजेरियान स्कार कमजोर होने के कारण :

- पहले आपरेशन में संक्रमण हो गया हो.
- दूसरा गर्भ पहले आपरेशन के छः महीने में ठहरा हो
- जुड़वाँ बच्चों का जन्म
- पालिहायड्रोमिओस

(ख) **साइलेन्ट रप्चर** : सिवा हल्के दर्द के कभी - कभी गर्भाशय के फटने का पता भी नहीं लगता । इसे साइलेन्ट रप्चर कहते हैं । अवरोधित प्रसव में दर्द से युक्त संकुचन होते हैं तथा फटने के बाद दर्द कम हो जाता है । बहुत तेज पेट दर्द, उल्टी, नाडी का कमजोर होना, फटने के सूचक हैं । आन्तरिक रक्त स्राव महिला की स्थिति पर निर्भर करता है । गर्भाशय अलग पिंड की तरह महसूस होता है । शिशु की धड़कन बन्द होने लगती हैं । शिशु पेरिटोनियल गुहा में आ जाता है । स्राव तथा रक्त के पेरिटोनियम को उत्तेजित करने से कंधे तथा पेट में दर्द होता है ।

आक्सीटोसिक दवाइयों का दाईं आदि द्वारा काफी अनुचित प्रयोग होता है । आक्सीटोसिक बिना डाक्टर की आज्ञा नहीं देना चाहिये । आक्सीटोसिन इन्ट्राविनस ड्रिप से देना होना सुरक्षित है । कभी - कभी एन्डोमीट्रियम तथा मायोमीट्रियम फट जाती है पर पेरामीट्रियम नहीं फटती । यह तृतीय अवस्था के समय पर पता लगता है जब आघात अपेक्षा से ज्यादा हो या उपचार देने से आराम ना मिले ।

• **उपचार :**

- तुरन्त पास के अस्पताल स्थानान्तरित करें ।
- ड्रिप शुरू कर दें ।
- छोटे अस्पताल में आघात का उपचार करते हैं तथा रक्त चढ़ाते हैं । साथ ही कुछ सेडेशन देते हैं, जैसे - पेथेडिन तथा एम्बुलेन्स से सुविधा सम्पन्न अस्पताल भेज देते हैं ।
- बड़े अस्पताल में गर्भाशय की फटने को सिलते हैं या हिस्टरेक्टॉमी कर देते हैं ।
- मातृ एव शिशु की मृत्यु दर काफी ज्यादा होती है । अवरोधित प्रसव में कुछ अधिक होती है।

4.5.2 नाभिनाल प्रस्तुति (Umbilical Cord Presentation)

अगर झिल्लिया फटी न हों तो नाभिनाल प्रस्तुति कहते हैं । इसमें योनि मार्ग की जाँच में सबसे पहले नाल अनुभव होती है ।

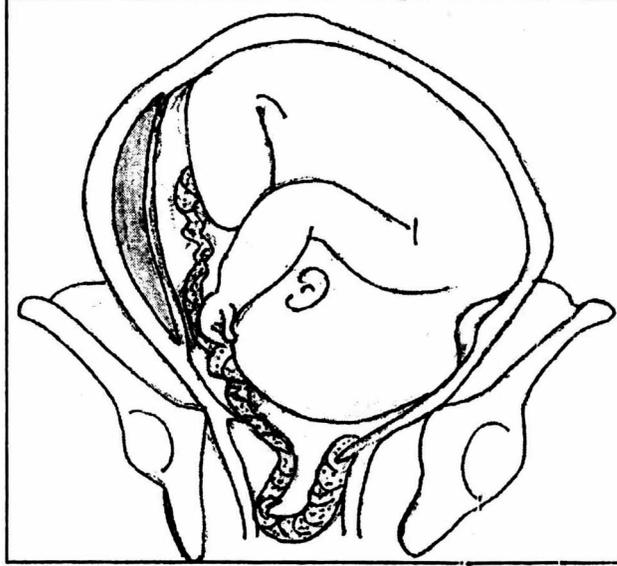
• **कारण :**

- प्रस्तुति अंग पूरी तरह निचले हिस्सों में प्रविष्ट नहीं होता और उस बची जगह में-नाल फिसल जाती है ।
- कुगर्भ प्रस्तुति, जैसे पूर्ण नितम्ब या कंधा प्रस्तुति ।
- पॉलिहाइड्रोमिओस ।
- ऊँचाई पर सिर (फ्लोटिंग हेड) ।

नाल प्रस्तुति कम मिलती है । झिल्लियों से उंगलियों में धड़कन महसूस होती है । शक होते ही डाक्टर को बुलाना चाहिये । बिस्तर का पैर का हिस्सा ऊँचा कर प्रसूता को अस्पताल में भेजते हैं जहाँ आपरेशन की तैयारी की जाती

4.5.3 नाभिनाल प्रोलेप्स (Umbilical cord prolapse)

कभी-कभी झिल्ली फटते ही नाभिनाल बाहर आ जाती है। शीघ्र निदान तथा तुरंत उपचार से शिशु को बचाया जा सकता है।



- प्रथम अवस्था में - नाल में धड़कन होने की स्थिति में तुरंत सीजेरियन करते हैं, तब तक नाल को साफ कर योनिमार्ग में रख देते हैं जिससे नाल में ऐंठन न हो।
- द्वितीय अवस्था में - फॉरसेप्स लगा कर डिलीवरी कराते हैं।
- सिर प्रस्तुति से नितम्ब प्रस्तुति में शिशु को खतरा कम होता है।
- अगर अस्पताल पहुँचाना हो तो महिला को बाई करवट लिटाते हैं। (लेफ्टलेटरल या सिम्म पोजीशन)।
- कमर के नीचे तकिये लगाते हैं। योनिमार्ग में दो अंगुली डाल कर प्रस्तुति अंग उठाते हैं। यह क्रिया आप्रेशन थियेटर ले जाने तक चलती है।

4.5.4 एम्नियोटिक द्रव एम्बोलिज्म (Amniotic Fluid Embolism)

यह स्थिति बहुत गंभीर है। यह प्रथम अवस्था के अन्त में अधिक होती है, जब झिल्ली फट जाती है और तेज संकुचन होते हैं। आक्सीटोसिन के बाद इसकी संभावनाएं अधिक देखी जाती हैं। स्त्री अधिकतर 35 वर्ष से ऊपर होती है। इसमें एम्नियोटिक द्रव रक्तसंचरण में चला जाता है। उसमें स्थित थ्रोम्बोप्लास्टिन रक्त जमाव विकार पैदा करते हैं तथा निम्न लक्षण उत्पन्न होते हैं:

- श्वास लेने में कठिनाई
- रक्तचाप में कमी
- नीलापन आ जाना
- नाड़ी तेज होना
- शॉक की स्थिति
- उपचार :
- ऑक्सीजन

- अगर संकुचन है तो एनेस्थीसिया
- हृदय श्वास मशीन (वेन्टीलेटर)
- रक्त चढ़ाना
- फोरसेप्स
- रक्तस्त्राव, रक्त जमाव दोष सुधारना

4.5.5 गर्भाशय का उलट जाना

इसमें गर्भाशय अन्दर से बाहर मुड़ जाता है । यहाँ तक कि फण्डस की अन्दर की सतह योनिमार्ग से बाहर दिखती है ।

(क) उलटने के कारण :

- फण्डल दबाव से प्लेसेन्टा निकालना
- नाल को प्लेसेन्टा से अलग हुए बिना खींचना

(ख) उलटने के लक्षण :

- इसमें स्त्री एकदम शॉक में चली जाती है, जो डिम्ब ग्रंथि, फेलोपियन ट्यूब व ब्राड लिगामेन्ट के खिंचाव के कारण होता है ।
- प्लेसेन्टा अगर दीवार से अलग है तो रक्त स्त्राव होने लगता है ।
- अगर गर्भाशय पूरा नहीं उल्टा है तो फण्डस न नीचे दिखेगा न पेट से महसूस होगा ।

(ग) गाँव में उपचार :

गर्भाशय बाहर होने की स्थिति में तुरंत वापस स्थापित करने का प्रयत्न होना चाहिये । गर्भाशय कपड़े में लपेट कर पैर ऊँचे करे । प्लेसेन्टा को अलग करें तथा गर्भाशय को वापिस स्थापित करने का प्रयत्न करें । यह अक्सर संभव हो जाता है । दर्द निवारक देकर गर्भाशय को सर्दिकस के पास वाले हिस्से से शुरू कर धीरे - धीरे अन्दर डालने का प्रयत्न करते हैं । पेट पर हल्का दबाव लगाते हैं । अगर यह संभव न हो तो गर्भाशय को योनिमार्ग में प्रविष्ट करा कर पेड्स रखते हैं । पैरों का हिस्सा ऊँचा कर 50 से.मी. उठाते हैं तथा बड़े अस्पताल में ले जाते हैं ।

(घ) बड़े अस्पताल में उपचार :

- प्लेसेन्टा हटाकर रक्त स्त्राव रोकना ।
- बेहोशी देकर गर्भाशय पुनः स्थापना हाथ से करते हैं । योनि मार्ग छिद्र से डुशकुप्पी डाल कर शेष छिद्र बन्द करके काफी तेजी से एन्टिसेप्टिक द्रव डालते हैं । इससे भी गर्भाशय वापिस स्थापित हो जाता है ।

(च) आघात का उपचार :

गर्भाशय पुनः स्थापन ही आघात का उपचार है । देरी होने पर शॉक बढ़ता जाता है । अक्सर गाँव आदि से आने वाली स्त्री शॉक में होती है । तब जैविक स्थिति सुधार कर, कैथेटराइज कर एनेस्थीसिया देते हैं । पुनः स्थापन करते ही एर्गोमेट्रिन इन्जेक्शन लगाते हैं ।

4.5.6 प्लेसेन्टा का अलग न होना

कभी-कभी डिलीवरी के बाद आँवल बाहर नहीं निकलती है । इसे रिटेन्ड प्लेसेन्टा कहते हैं । उस समय जोर जबरदस्ती से उसे नहीं निकालना चाहिये क्येकी यह वह संभव है कि वह

गर्भाशय से पूरी तरह चिपकी हो (प्लेसेन्टा इंक्रीटा) और ऐसे में जोर करने से आँवल टूट जाती है या गर्भाशय को नुकसान सहो जाता है ।

रेफर - 30 मिनट में प्लेसेन्टा अलग न हो तब तेज इन्ट्रावीनस आक्सीटोनिन ड्रिप देते हैं । यदि फिर भी प्लेसेन्टा अलग न हो तब महिला को फौरन अस्पताल पहुँचाना आवश्यक है । उसे लेटा कर ही ले जाना चाहिए । साथ ही रिश्तेदारों को रक्त देने के लिए तैयार रहना चाहिए ।

4.5.7 प्रसव पश्चात रक्त स्राव (Post Partum Haemorrhage-PPH)

(क) कारण :

दीर्घकालीन प्रसव, अवरोधित प्रसव, ऑक्सीटोसिक का अनुचित उपयोग, शल्य क्रिया जैसे फॉरसेप्स या गर्भवर्तन आदि करते समय, अल्प तनाव अवस्था, नाल को प्लेसेन्टा अलग हुए बिना खींचना, प्लेसेन्टा प्रविया, एबरप्शियो प्लेसेन्टा इत्यादि ।

(ख) उपचार :

प्लेसेन्टा अलग करते ही एर्गोमेट्रिन इन्जेक्शन लगाते हैं । सिन्टोसिनोन अभिप्रेरण में शिशु बाहर आने के साथ सिन्टोसिनोन ड्रिप तेज कर देते हैं, फिर प्लेसेन्टा निकलने के बाद 30 मिनट में धीरे - धीरे कम कर हटा देते हैं । गर्भाशय के न सिकुड़ने की स्थिति में सांद्रता बढ़ा देते हैं और तेजी से चलाते हैं । गर्भाशय पूरी तरह संकुचित अवस्था में रहे तब तक ड्रिप चलाते हैं । जैविक स्थिति सुधारते हैं । रक्त चढ़ाते हैं । प्रोस्टाग्लेन्डिक, सिन्टोसिनोन, एर्गोमेट्रिन से रक्त स्राव नियंत्रण अक्सर संभव हो जाता है ।

सर्विक्स का फटना, प्रसव पश्चात रक्त स्राव का कारण हो सकता है । गर्भाशय पूरी तरह संकुचित अवस्था में हो तब रक्त स्राव नियंत्रण न होने की स्थिति में योनिमार्ग में पेड्स रख कर सर्विक्स पर दबाव रखते हैं तथा बड़े अस्पताल में जाते हैं व फटने को सिलवाते हैं ।

4.5.8 एकलैम्पसिआ (गर्भाक्षेपक)

पूर्व में वर्णित (नोट इसी अध्याय की इकाई-2 संदर्भित करें ।)

4.6 प्रसव संबंधी शल्य चिकित्सा

4.6.1 एनेस्थीसिया व एनेलजीसिया (Anaesthesia and Analgesia)

एनेस्थीसिया के प्रकार-

1. जनरल एनेस्थीसिया :

- आवश्यक सामान - सोडियम थायोपेन्टोन एम्प्यूल, डिस्टिल्ड वाटर एम्प्यूल, आर्म बेण्ड, स्वाब ड्रेसिंग टावल, कैप मास्क, हाइपोडर्मिक नीडल्स व वेनफ्लान, 20 मिली. सीरिज, त्वचा साफ करने का एन्टीसेप्टिक घोल नाइट्रस आक्साइड तथा दूसरी गैस के सिलिण्डर तथा ट्राली, आक्सीजन सिलिण्डर, चूषण यंत्र, इन्ट्यूबेशन का सामान, इन्ट्रावीनस उपयोग के इन्जेक्शन ।
- अन्य सामान - आमाशयिक नली व 50 मिली. की सीरिज, कैथेटर, किडनी ट्रे, गॉज स्वाब, एअरवेज, माउथ गैंग, लैरिन्गोस्कोप. एण्डोट्रेकियल ट्यूब. बीपी इन्स्ट्रुमेंट, स्टेथोस्कोप, मिचल कफ इनफ्लेटर, तथा डिजोक्सिन हाईड्रोक्लोराइड, मेफेन्टीन, इफेड्रीन आदि इन्जेक्शन
- आवश्यकता - छः घंटे से मरीज ने कुछ नहीं खाया या पिया हो । (आपात स्थिति में यह जरूरी नहीं।)

2. स्पाइनल एनेलजीसिया :

आजकल सीजेरियन सेक्शन हिस्टरेक्टमी आदि के लिये इसे प्रयोग करते हैं । एनेस्थीसिया देने के पहले रक्त परिसंचरण बढ़ाने के लिये 1 लीटर हार्टमेन घोल देते हैं ।

- आवश्यकता - लूअर लाक सिरिंज, रोबाटम इन्ट्रोड्यूसर, पतली स्पाइनल नीडल तथा इन्ट्रोड्यूसर. लिग्नीकेन 0.25 प्रतिशत 1:400,000 एड्रिनेलिन के साथ, कैप. मास्क. पायोमर्सिल 1 प्रतिशत घोल । सभी औजार ऑटोकलेव होने चाहियें ।

3. एपीड्यूरल एनेलजीसिया :

निरंतर दर्दहीन स्थिति बनाए रखने के लिये इस विधि को प्रयोग करते हैं । इससे 95 प्रतिशत केस में प्रसव दर्द नहीं होता । परन्तु इसके लिये स्त्री की अनुमति आवश्यक है ।

- एपीड्यूरल एनेलजीसिया के लाभ :

- दर्दहीन प्रसव ।
- प्लेसेन्टा का रक्त परिसंचरण बेहतर रहने से शिशु को कम जोखिम ।
- समय से पूर्व होने वाले नवजात को अन्तर्मस्तिशकीय चोट कम लगती है ।
- एकलैम्पसिआ में दर्द कम होने के साथ यह रक्तचाप भी कम करता है ।
- जुड़वाँ शिशु प्रसव में कोई भी हस्तक्षेप आसान है ।
- नितम्ब प्रस्तुति समय पूर्व जोर लगाने से रोका जा सकता है ।
- प्रसव के समय हस्तक्षेप संभव है । सीजेरियन कर सकते हैं ।
- हृदीय व श्वसनीय बीमारियों में जनरल एनेस्थीसिया से बेहतर है ।

अनिर्देश (कोन्ट्राइन्डिकेशन) :

- रोगी द्वारा अनुमति न देना
- इंजेक्शन के स्थान पर संक्रमण
- महा-बहु प्रसवा (बहुत प्रसव 'हो चुके हों)
- विशेषज्ञ का अभाव
- नाड़ी तंत्र की बीमारी
- सावधानियों :
- कड़ी असंक्रमित व्यवस्था
- त्वरित उपयोग की दवाइयाँ जैसे वेसोप्रेसर, एफेड्रिन, समान, आक्सीजनीकरण यंत्र रक्त का आयतन बढ़ाने के लिये ग्लूकोज या और द्रव्य समीप हों । मूत्राशय खाली हो, स्त्री का सिर नीचे किया हुआ हो, हाथ में प्लास्टिक केन्मूला लगी हो तथा ड्रिप ब्लाक देने से पहले शुरू कर दी जाती है । प्रसव स्थापित होने के बाद ही चयनात्मक एपिड्यूरल ब्लाक दिया जाता है ।
- ब्यूपिवेकैन कुशल विशेषज्ञ के हाथों में सुरक्षित दवा है ।

4.6.2 प्रसव अभिप्रेरण (इन्डक्शन)

खतरे की स्थितियों में प्रसव को जल्दी समाप्त करना होता है ।

(क) निर्देश / संकेतक (Indication)

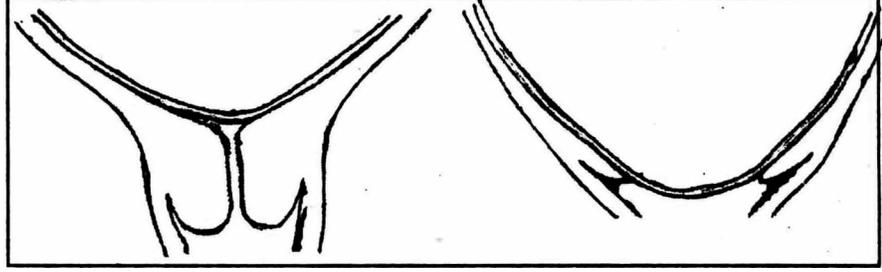
- पश्च परिपक्वता (नियत तिथि से 7 दिन अधिक होने पर)
- प्री एकलैम्पसिआ (उच्च रक्त चाप, पेशाब में प्रोटीन, सूजन), एकलैम्पसिआ
- मधुमेह (37 सप्ताह के बाद शिशु को गर्भ में खतरा बढ़ जाता है ।)

- गर्भस्थ शिशु की वृद्धि में कमी (आइयूजीआर), 34 सप्ताह के बाद
- एबरप्शियो प्लेसेन्टा (झिल्ली पंचर करते हैं)
- मृत गर्भस्थ शिशु अन्य
अगर शिशु को प्रसव के समय एनाक्सिक (ऑक्सीजन की कमी) स्थिति को सहने की शक्ति न हो तो सीजेरियन अधिक उचित है।

(ख) अनिर्देश (कान्ट्राइन्डिकेशन) :

- सिर योनि के बीच असमानता एवं कुगर्भ प्रस्तुति

(ग) विशेष सावधानी : पूर्व प्रसव, बहु प्रसव



सफल अभिप्रेरण निम्न बातों पर निर्भर करता है

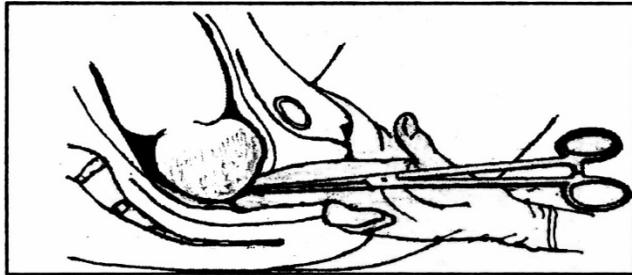
- सर्विक्स की अवस्था : नरम, ऊपर को फैली, आगे की ओर हो तो यह अच्छी स्थिति मानते हैं और सर्विक्स राइप कहलाता है। सर्विक्स की अवस्था को बिशप प्रणाली से नापते हैं।
- गर्भधारण की अवधि - पूर्णावधि के पास अच्छी स्थिति है।
- शिशु के सिर का स्तर : सिर का, 3 / 5वीं भाग योनि में प्रवेश कर जाता है तब अच्छी स्थिति है। गर्भाशय की संवेदनशीलता अधिक हो तो स्थिति अच्छी है।

(घ) अभिप्रेरण के तरीके (Methods of Induction) :

- योनिमार्ग में प्रोस्टाग्लैन्डिन जैल रखना
- झिल्लियां पंचर करना
- इन्ट्रावीनस आक्सीटोसिन

(i) झिल्लियां पंचर करने की विधि :

- मूत्राशय खाली करवा कर लिथोटोमी स्थिति में रख कर योनि साफ करते हैं।
- पंचर का सामान : लिथोटोमी शीट, टॉवेल, एमिनोटोमी फॉरसेप्स
- झिल्ली पंचर होने पर एमिनोटिक द्रव को देखना चाहिये।
- साधारणतया यह रंगहीन या सफेद होता है। हरा या पीलापन होने पर शिशु को खतरे का संकेत है। पंचर करने के बाद अक्सर सिरसिनोन या प्रोस्टाग्लैन्डिन अभिप्रेरण करते हैं।



चित्र : झिल्ली पंचर करना

(ii) **इन्ट्राविनस आक्सीटोसिन :**

- गर्भास्थिति प्रस्तुति और धडकन देखते हैं ।
- योनि की जाँच करते हैं । सिर योनि में असमानता नहीं होनी चाहिए ।
- योनिमार्ग से सर्विक्स की जाँच करते हैं । अक्सर झिल्ली पंचर करते हैं ।

विधि : ग्लूकोज बोटल तैयार करते हैं, उस पर डाली गई सिन्टोसिनोन का जिक्र करते हैं । लगातार गर्भाशय के संकुचन व शिशु की स्थिति पर निगाह रखी जाती है । धीरे - धीरे सिन्टोसिनोन के प्रवाह को बढ़ाते हैं । यदि 3 यूनिट सिन्टोसिनोन से भी गर्भाशय संकुचित नहीं होता तो स्थिति का पुननिर्धारण करते हैं ।

ड्रिप बन्द करने की जरूरत - गर्भाशय में तेज, 60 सेकण्ड से अधिक लम्बे तथा 2 मिनट से कम समय में, अत्याधिक तेज संकुचन तथा बीच में शिथिलन न होना, गर्भस्थ शिशु पर विपत्ति, धडकन बहुत तेज, धीमी या अनियमित, हरा एम्निओटिक द्रव, स्त्री की स्थिति में गिरावट ।

आक्सीटोसिन अभिप्रेरण यह अधिक सुरक्षित है व सामान्यतः यही किया जाता है ।

• **प्रसूति विज्ञान सहायिका / नसिंग दायित्व :**

- स्त्री एवं परिवारजनों की इसकी जरूरत बताना ।
- लगातार माँ के गर्भाशय एवं शिशु की अवस्था पर निगाह रखना ।
- आपात स्थिति भाँपते ही डाक्टर को बुलाना ।

• **रक्त स्राव का नियंत्रण :**

शिशु बाहर आने के साथ सिन्टोसिनोन ड्रिप तेज कर देते हैं । फिर प्लेसेन्टा निकलने के बाद 30 मिनट में धीरे - धीरे कम कर हटा देते हैं । गर्भाशय के न सिकुड़ने की स्थिति में सांद्रता बढ़ा देते हैं और तेजी से चलाते हैं । गर्भाशय पूरी तरह संकुचित अवस्था में रहे तब तक ड्रिप चलाते हैं ।

• **निरीक्षण :**

- हर घंटे में रक्तचाप
- नाड़ी की गति लेना
- तापक्रम मापना
- मूत्र की मात्रा नोट करना
- द्रव संतुलन चार्ट बनाना

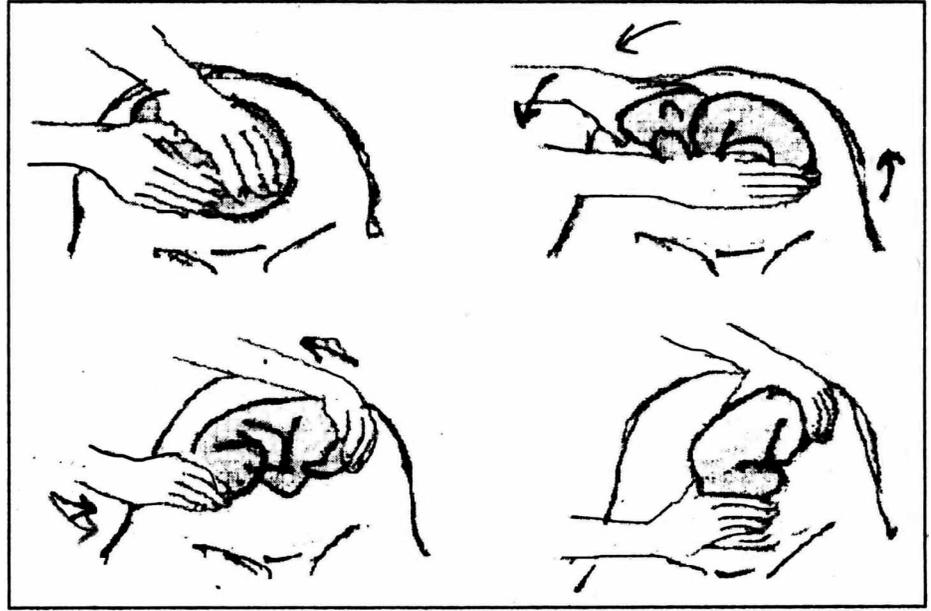
अभिप्रेरण के तरीके में लापरवाही हो जाये तो माँ एवं शिशु दोनों के स्वास्थ्य को खतरा हो सकता है ।

4.6.3 गर्भवर्तन (Version)

गर्भस्थ शिशु कि परिवर्तन कि क्रिया गर्भवर्तन की क्रिया गर्भवर्तन कहलाती है । यह स्वभाविक रूप से होता है या हस्तविधि से किया जात है ।

(क) हस्त बाह्य गर्भवर्तन (एक्सटरनल वर्जन)

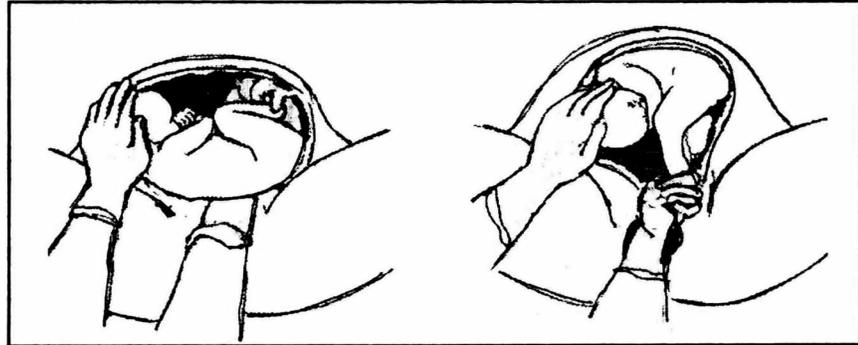
पेट से हाथों द्वारा बच्चे की स्थिति में परिवर्तन करते हैं । पानी की थैली फटी नहीं होनी चाहिये । यह सिर्फ डाक्टर के हाथों होना चाहिये । इसमें प्रसूति सहायिका को कुछ तैयारी रखनी होती है जैसे सोनोग्राफी, स्टेथोस्कोप तथा पेट पर छिड़कने के लिये टेल्कम पाउडर । पलंग का पैर का हिस्सा करीब आधा फुट ऊँचा रखे व तथा मूत्राशय खाली रहे ।



चित्र : बाह्य गर्भवर्तन

(ख) आंतरिक गर्भवर्तन (इन्टरनल वर्जन)

योनिमार्ग के रास्ते कभी-कभी आड़े बच्चे की स्थिति बदल कर उल्टा कर देते हैं और योनिमार्ग से डिलीवरी हो जाती है। ऐसा होने से पहले सर्विक्स पूरा विस्तारित होना चाहिये। आजकल आपरेशन करना अधिक सुरक्षित मानते हैं।



4.6.4 एपिजियोटॉमी (Episiotomy)

योनि मार्ग को बड़ा करने के लिये पेरिनियम से चीरा लगाते हैं। यह गुदा से कुछ दूरी पर लगाया जाता है। इससे गुदा मार्ग तक फटने नहीं होती। साफ चीरा लगाने से वह अच्छी तरह जुड़ जाता है। एपिजियोटॉमी मिडवाइफ या डाक्टर द्वारा सिली जाती है। प्रयत्न किया जाता है कि पेरिनियम अपने पूर्व रूप में आ सके। एपिजियोटॉमी द्वितीय श्रेणी फटने का रूप है।

(i) इसे तीन तर्हों में सिलते हैं :

- योनिमार्ग का घाव, ऊपरी व अन्दरूनी ऊतक
- योनि की निचली सतह की पेशी एव पेरिनियल बाडी
- पेरिनियल त्वचा एवं अवत्वचीय ऊतक।

विधि : पहला टीका चीरे के सिरे के ऊपर लगाना चाहिये ।- टीका लगाते समय गर्भाशय में चोट नहीं लगनी चाहिये । ऊपरी टीके अलग- अलग लगाने चाहियें । लगातार भी लगाते हैं मगर इससे योनिमार्ग की पिछली दीवार छोटी होकर उसमें झुर्रियाँ हो सकती हैं । इसमें केटगट का प्रयोग करते हैं । योनि की निचली सतह की भावी मजबूती अलग - अलग तहों को ठीक तरह सिलने से होती है । इसके लिये पेशियाँ ठीक से जुड़नी चाहियें । पेरिनियल बाडी ठीक से बननी चाहिये । घाव की पूरी गहराई में टांके लगाने चाहिये । त्वचा एवं अवत्वचीय ऊतकों को पास ला कर मरसिल्क स्यूचर्स नं 1 से 0.5 सेमी. की दूरी पर कटिंग नीडिल से इन्टरप्टेड टांके लगाते हैं, ये इन्टरप्टेड होते हैं ताकि सूजन में कट कर न निकल जायें । इथिकोन तथा क्रोनिक केटगट का प्रयोग भी करते हैं । कुछ लोग सब-क्यूटिकुलर टीके भी लगाते हैं । तृतीय श्रेणी की फटने को जनरल में सिलते हैं । टीके जल्दी से जल्दी लगाने से जुड़ाव अच्छा होता है और संक्रमण की तथा टीके खुलने की संभावना कम होती है ।

(ii) एपिजियोटॉमी के लिये संकेतक (इन्डीशन) :

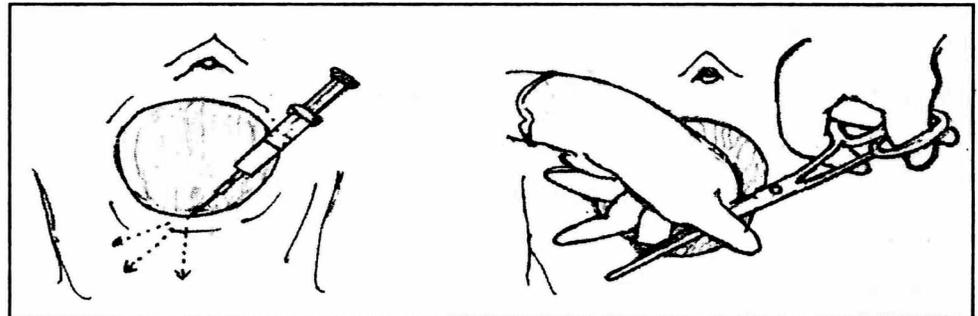
- सख्त पेरिनियम जो कि आसानी से न फैलती हो । ऐसा विशेशकर प्रथम प्रसूता में होता है ।
- द्वितीय अवस्था में गर्भस्थ शिशु पर विपत्ति एवं शिशु जन्म की जल्दी ।
- फॉरसेप्स से पहले ।
- नितम्ब प्रसूति के समय ।
- 22 किग्रा से कम वजन के बच्चे को मस्तिष्क चोट से बचाने के लिये ।

(iii) लाभ :

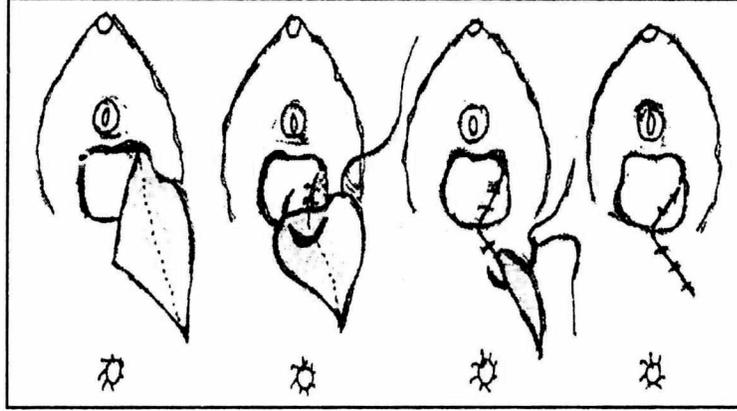
- शिशु को बाहर आने में कम तनाव झेलना पड़ता है जिससे उसमें आक्सीजन की कमी नहीं होती है ।
- मूत्र मार्ग पर चोट नहीं लगती ।
- माँ को कम जोर लगाना पड़ता है जो खून की कमी, हृदय रोग, उच्च रक्त चाप में हितकारी है । अगर एपिजियोटॉमी नहीं लगाई जाये तो तृतीय श्रेणी की फटने पुनः हो सकती है ।

(iv) एपिजियोटॉमी के प्रकार :

- मध्य पार्श्वीय (मीडियो लेटरल) - सामान्यतः प्रयोग में आती है ।
- मीडियन - बहुत अनुभवी विशेषज्ञ को लगाना चाहिये, क्योंकि गुदा मार्ग तक फटने हो सकती है ।
- पार्श्वीय (लेटरल) - इसमें अधिक रक्तस्राव होता है, लीवेटर एनाई कमजोर हो सकती हैं, तथा टीके लगाना कठिन होता है ।



चित्र : एपिजियोटोमी लगाना



चित्र : एपिजियोटोमी का तीन पार्टों में सिलना

(v) विधि :

सुई में दर्द निवारक लिग्नोकेन 10 प्रतिशत घोल की 10 मि.ली. लेकर पेरिनियम में चीरे की जगह और आस - पास लगाते हैं । 1 -2 मिनट में प्रभाव आता है । रक्त वाहिका में दवाई इन्जेक्ट होना खतरनाक हो सकता है । इसलिये यह निश्चित करना आवश्यक है कि सुई रक्त वाहिका में तो नहीं है । ऐसा होने पर तुरंत डाक्टर से संपर्क करें । सिर नीचे करें तथा आक्सीजन दें । अस्पताल में लिथोटॉमी स्थिति तथा घर पर कूल्हों को सख्त पैड पर ऊँचा रखते हैं ।

एन्टीसेप्टिक घोल से योनि को साफ करते हैं । दो अंगुलियाँ पेरिनियम तथा गर्भस्थ शिशु के बीच योनिमार्ग में प्रविष्ट करते हैं, जिससे गलती से शिशु को इन्जेक्शन न लगे । पहले पिस्टन खींच कर देखते हैं । अगर सूई रक्त वाहिका में नहीं है तो सुई बाहर खींचते-खींचते दवा इन्जेक्शन द्वारा चौड़ी आकृति के क्षेत्र में इन्जेक्ट करते हैं ।

दो अंगुलियों तथा खोपड़ी के बीच तब चीरा लगाते हैं जब गर्भाशय संकुचन कर रहा हो । इससे पेरिनियम तना होता है और चीरा आसानी से तथा साफ लगता है । फारचेट से तकरीबन 3 से.मी. का चीरा पर्याप्त होता है । सामान्यतः 17.5 सेमी. सीधी ब्लन्ट पाइन्ट मेयो सीजर्स प्रयोग आती है ।

(vi) समय का निर्धारण :

एपिजियोटोमी न बहुत जल्दी तथा न देर में लगनी चाहिये । पहले लगाने से रक्त स्राव होता रहता है । देर से लगाने से मूत्राशय की गर्दन का सहारा कमजोर हो जाता है । ऊतकों पर भी चोट लगती है । सिर पेरिनियम पर इतना नीचे हो कि पेरिनियम तना हो । माता एवं गर्भस्थ शिशु पर अनावश्यक तनाव पडने पर एपिजियोटोमी का उद्देश्य विफल हो जाता है ।

(vii) रक्त स्राव:

शिशु का सिर स्वतः पेरिनियम को दबाकर रक्त स्राव नियंत्रित करता है । ऐसा न होने पर गाज स्वाब द्वारा दबाव दिया जाता है । डिलीवरी के बाद वल्ल पैड के दबाव से रक्त स्राव नियंत्रित करते हैं । आवश्यकता पडने पर स्पैन्सर वैल्स फारसेप्स लगाते हैं ।

4.6.5 फॉरसेप्स द्वारा प्रसूति (Forceps Delivery)

विकासशील देशों में मिडवाइफ को फॉरसेप्स लगाना बताया जाता है क्योंकि वहां स्वास्थ्य सुविधा में इनका महत्वपूर्ण स्थान होता है। प्रसूति विज्ञान सहायिका को भी फॉरसेप्स डिलीवरी के बारे में जानना जरूरी है।

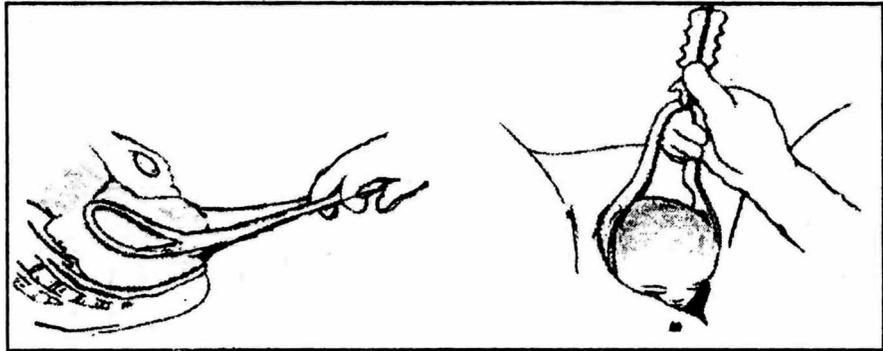
(i) फॉरसेप्स निम्न प्रकार लग सकती हैं :

- आउट लेट फॉरसेप्स
 - लो फॉरसेप्स
 - मिड केविटी फॉरसेप्स
- जब सिर का बड़ा व्यास इस्चियल स्पाइन के काफी नीचे आ जाता है और पेरिनियम फूल जाती है, बिना लेबिया फैलाये योनि द्वार से दिखता है तथा सेजाइटल सूचर-एन्टीरोपोस्टीरियर व्यास में हो तो आउट लेट फारसेप्स लगती है। इसके लिये रिगली फारसेप्स प्रयोग में आती है।
- जब सिर का प्रस्तुति भाग इस्चियल स्पाइन स्तर से नीचे होता है जैसे डीप ट्रांसवर्स अरेस्ट तथा ऑक्सीपीटो पोस्टीरियर पोजीशन स्थिति में हो तो लो फॉरसेप्स का प्रयोग करते हैं। इसके लिये कीलेन्ड फॉरसेप्स प्रयोग में आती है। इस फॉरसेप्स से सिर घुमा कर आक्सीपीटो एन्टीरियर कर सकते हैं। वैसे आजकल सिर्फ आउट लेट फॉरसेप्स का प्रयोग ही करते हैं। फॉरसेप्स का निर्णय मिडवाइफ या प्रसूति विज्ञान सहायिका की-सीमा में नहीं आता है।

(ii) आवश्यक उपकरण :

गाउन, लिथोटमी शीट, शिशु के लिये शीट, गाज वूल स्वाल्स स्वाब्स, एनल पैडस, वलवल पैडस, कॉर्ड लिगेचर्स वैजाइनल पेड, बउल पैक - ग्लब्ज, कैप, मास्क, एपिजियोटमी सिजर्स, लोकल लगाने की सुई, फॉरसेप्स स्पन्ज होल्डिंग फॉरसेप्स कैथेटर, 20 मि.ली. की सिरिंज, प्यूडेंडल नीडल, मेयो सीजर्स नाल काटने की सीजर्स, दूथ डिसेक्टिंग फॉरसेप्स नीडल होल्डर, एक कर्ड कटिंग तथा राउन्ड बॉडी निडिल केटगट एवं मर्सिल्की नं0 या नं 1।

- फॉरसेप्स के संकेतक :
- द्वितीय अवस्था में देरी
- गर्भाशय के कमजोर संकुचन
 - बाहरी द्वार में थोड़ी संकीर्णता
 - गहरी आडी रूकावट (डीप ट्रांसवर्स अरेस्ट)
 - आक्सीपीटो पोस्टीरियर



चित्र : फोरसेप्स लगाना

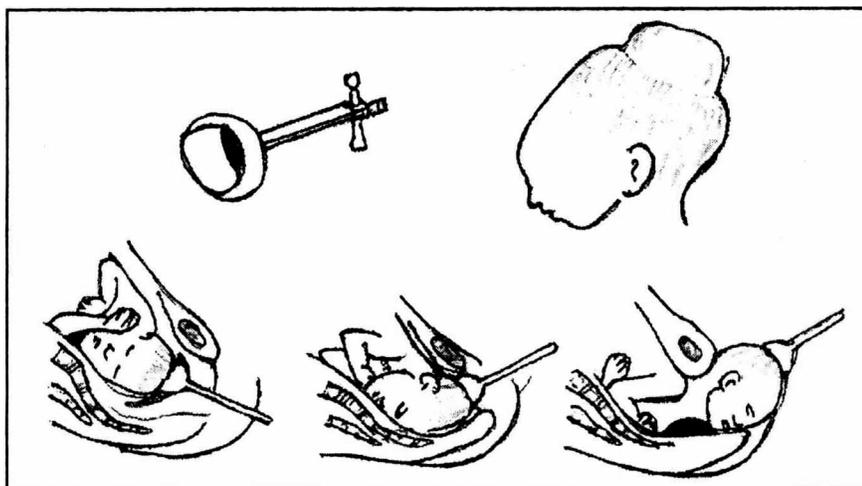
- प्रीएक्लेम्प्सिया, जिसमें माँ को जोर न लगाना पड़े ।
- हृदय रोग या खून की सख्त कमी - माँ को जोर न लगाना पड़े ।
- गर्भस्थ शिशु पर विपत्ति (फीटल डिस्ट्रेस) ।
- नाभिनाल का प्रोलेप्स (सर्विक्स का विस्तारण पूरा है) ।
- नितम्ब के बाद आने वाले सिर की नियंत्रित डिलीवरी के लिये ।

(iv) वेन्ट्यूस फॉरसेप्स

यह एक विशेष उपकरण है । शिशु के सिर पर कप चिपका कर शिशु को बाहर निकालते हैं । अनुभवी विशेषज्ञ सिर की नियंत्रित डिलीवरी के लिये प्रयोग करते हैं ।

• प्रसूति विज्ञान सहायिका / नर्सिंग कर्मियों के कर्तव्य :

- ऑपरेशन एवं एनेस्थीसिया के लिये परिजनों की अनुमति के हस्ताक्षर लेना
- कैथेटर, एपिजियोटोमी लगाने एवं फॉरसेप्स की तैयारी
- शिशु को संभालने के लिये तैयारी: समानाकेशन आक्सीजन आदि
- संभावित पीपीएच के उपचार की तैयारी
- महिला को लिथोटोमी में लिटाना
- डॉक्टर फॉरसेप्स लगाते हैं । परिचारिका शिशु को लेकर फौरन शिशु रोग विशेषज्ञ को संभलवाती है । माँ तथा शिशु के हाथ पहचान पट्टी (Identification Band) बाँधती हैं । शिशु को विशेषज्ञ द्वारा देखने के बाद उसकी नाल बाँध कर तथा रूई से पोंछकर कपड़े पहनाती है, तथा विशेषज्ञ के आदेश की पालना करती है ।



4.6.6 सीजेरियन सेक्शन (Caesarean Section)

उदर मार्ग से गर्भाशय पर चीरा लगा कर भी प्रसव कराया जा सकता है । 28 सप्ताह के बाद इसे सीजेरियन सेक्शन कहते हैं ।

(i) सिजेरियन सेकान के मुख्य संकेतक :

- संकीर्ण श्रोणि (कान्ट्रेक्टड पेलविस)
- सिर योनि असमानता
- प्लेसेन्टा प्रीविया एबरपाप्शियो प्लेसेन्टा

- विफल अभिप्रेरण
- अनियमित गर्भाशयिक क्रिया (इनकॉरडीनेट यूटेरस)
- गंभीर महिला - प्री एकलैम्पसिआ
- पूर्व दो सीजेरियन सेक्शन
- गर्भस्थ शिशु पर विपत्ति (फीटल डिसट्रेस)
- नाभि नाल की प्रस्तुति

इसके अतिरिक्त आजकल सीजेरियन ऑपरेशन सुरक्षित होने के कारण बहुमूल्य (प्रेशियस) प्रेगनेंसी, मधुमेह तथा आक्सीपिटोपोस्टीरियर आदि में भी करते हैं ।

(ii) सीजेरियन सेक्यान के प्रकार

- मरीज की स्थिति अनुसार
 - इलेक्टिव. पहले से प्लानिंग कर आपरेशन करना, जैसे संकीर्ण श्रोणि ।
 - इमरजेंसी आपात स्थिति में ऐसा करते हैं ।

इलेक्टिव सीजेरियन में पहले भर्ती करते हैं तथा आपरेशन की तैयारी करते हैं । यह अधिक सुरक्षित है ।

- आपरेशन के चीरे के आधार पर -
 - निचले खंड का सीजेरियन सेक्शन : इसमें गर्भाशय के निचले हिस्से पर चीरा लगा कर शिशु बाहर निकालते हैं ।
 - क्लासिकल सीजेरियन सेक्शन : इसमें गर्भाशय पर खड़ा चीरा लगता है । यह अब काम में नहीं लेते क्योंकि इसके बाद अगली गर्भावस्था में गर्भाशय फटने की काफी संभावना होती है ।

(iii) आपरेशन पूर्व की तैयारी :

रक्त एवं मूत्र की जांच, रक्त की क्रास मैचिंग करना, स्किन प्रिपरेशन रात को 10 बजे बाद निराहार, फिजियोथिरापिस्ट द्वारा गहरी श्वसन क्रिया व पैरों के व्यायाम की जानकारी, महिला तथा परिजन को एनेस्थीसिया व आपरेशन की जानकारी तथा हस्ताक्षर । रात के दौरान कोई निद्राजनक दवाई, छः घंटे पूर्व स्त्री निराहार हो, आधे घंटे पूर्व कुछ डाक्टर एन्टेसिड देते हैं । सुबह पहचान पट्टी कलाई पर बाँधें, मूत्राशय खाली करें, स्त्री को आपरेशन कक्ष में उसके चार्ट सहमति पत्र तथा जाँचों के साथ पहुँचायें ।

• सामान को जमाना :

ट्रॉली में निम्न औजार वरिष्ठ नर्स / प्रसूति कर्मों के आदेश पर रखते हैं :-

स्पंज होल्डिंग फॉरसेप्स, टॉवल क्लिप्स, बार्ड पारकर हेन्डल, ब्लेड नं 23, मेयो स्ट्रेट सीजर्स, मेयो कर्व्ड सीजर्स, कर्व्ड आरटरी फॉरसेप्स ग्रीन आर्मिटेज फॉरसेप्स एलिस टिशू फॉरसेप्स, काकर फॉरसेप्स, रिगली प्रसूति फॉरसेप्स प्लेन डिसेक्टिंग फॉरसेप्स डामेन एबडा मिनल रिट्रेक्टर, वेल फोरसेल्फ रिटैनिंग फॉरसेप्स सक्शन नोजल एव ट्यूब, मेयो नीडल होल्डर, आइ लेस नीडल्स कैटगट, एथिकान व 75 ग्रा. मरसिल्क सू तथा एनेस्थीसिया का तथा ड्रेसिंग का सामान ।

• मिडवाइफ का कार्य :

- उपकरणों को साफ रखना व ट्रॉली को व्यवस्थित करना
- आवश्यक सामग्री की पूर्ति करना

- स्त्री को आपरेशन कक्ष में लाना
- एनेस्थेसिस्ट की सहायता करना व आवश्यकताओं की पूर्ति करना
- प्रसूति विज्ञान सहायिका को मिडवाइफ के कार्य में सहायता करनी चाहिये ।

(iv) सीजेरियन सेक्शन के दौरान नर्सिंग स्टाफ के कार्य :

(प्रसूति विज्ञान सहायिका को नर्स / चिकित्सक के निर्देशानुसार ही काम करना चाहिये ।)

अनस्क्रब्ड नर्स महिला के गर्भ की धड़कन सुनती है । मूत्राशय खाली कराती है । स्त्री को रबर वेज पर सहारा देकर थोड़ा बाई करवट लिटाती है । स्क्रब्ड नर्स आपरेशन में आवश्यक सभी औजारों को आवश्यकतानुसार डाक्टर को देती है तथा वापस जमाती है । शिशु को बाहर निकालते समय डाक्टर की सहायता करती है तथा शिशु का मुँह साफ कर उसे ट्रे में दूसरी नर्स को सम्हालाती है । आरएच निगेटिव होने पर रक्त का नमूना लेती है । प्लेसेन्टा को किडनी ट्रे में लेती है व जरूरत पड़ने पर स्पंज से रक्त पोंछती है जिससे डाक्टर ठीक से कार्य कर सके । सिलने के लिए सभी आवश्यक सामान देती है तथा आपरेशन क्षेत्र को साफ रखती है । आपरेशन पूरा होने पर त्वचा के चीरे को स्पिरिट से पोंछ ड्रेसिंग रखती है । उसको पूरी तरह ढक कर प्लास्टर चिपकाती है । सारी ड्रेसिंग हटाने के बाद वैजाइना साफ करती है । कैथेटर की जांच करती है कि वह ठीक कार्य कर रहा है कि नहीं । मरीज के पुनः होश में आने पर तथा एनेस्थेसिस्ट की आज्ञा पर उसे वार्ड में पहुँचाती है जहाँ उसके सारे कागजात (जिनमें ऑपरेशन के विषय में तथा इलाज कि जानकारी होती है) को वर्ड कि नर्स-को सुपुर्द करती है ।

(v) ऑपरेशन की तकनीक :

त्वचा पर खड़ा या आडा चीरा लगाते हैं । इसके बाद सबकुटेनियस टिशू व रेक्टस शीट को काटते हैं । माँसपेशी को अलग (स्प्लिट) करते हैं । पेरिटोनियम को लम्बवत काटते हैं । मूत्राशय को गर्भाशय के निचले हिस्से से अलग करते हैं । गर्भाशय के निचले हिस्से पर चीरा लगा कर शिशु को बाहर निकालते हैं । जरूरत पड़ने पर फॉरसेप्स इस्तेमाल करते हैं । प्लेसेन्टा डिलीवर कराने के बाद गर्भाशय को तीन पर्त में सिलते हैं । योनि में जमा रक्त हटा कर तथा सभी औजार गिनने के बाद पेरिटोनियम सिलते हैं । उसके बाद रेक्टस शीट, अवत्वचीय ऊतक व त्वचा को क्रम से सिला जाता है।

ट्रांसवर्स इनसिजन के फायदे : महिला को दर्द कम होता है, हर्निया की संभावनाएं कम होती हैं, निशान अच्छा जुड़ता है तथा बाद में दिखाई भी नहीं देता ।

(vi) शिशु की देखभाल :

शिशु के जन्म का समय तुरंत नोट करो । शिशु विशेषज्ञ तक उसे तुरंत पहुँचाये जहाँ पर समान, आक्सीजन, लैरिग्नोस्कोप, एन्डोट्रेकियल ट्यूब, रक्त का नमूना लेने की ट्यूब, सोडाबाइकार्ब, फ्रक्टोज एम्प्यूल, नाल बांधने का धागा या क्लेम्प 10 एम.एल. सिरिज नलौक्सॉन (मार्फीन का असर हटाने) तथा विटामिन K के एम्प्यूल होने चाहियें । शिशु को गर्म रखने की व्यवस्था होनी चाहिये ये । शिशु को रिवाइव कर उसकी नाल में क्लेम्प लगाते हैं और शेष काट देते हैं । उसको पहचान पट्टी बाँधते हैं जिसमें जन्म का समय, लिंग, माँ का नाम आदि लिखा जाता है । डाक्टर के आदेश पर उसे इनक्यूबेटर में रखते हैं य परिजनों को देते हैं ।

(vii) आपरेशन थियेटर की संभावित गलती :

- गलत पेशेन्ट का ऑपरेशन. स्त्री की कलाई पर पहचान पट्टी होनी चाहिये । टेबल पर लिटाते समय उसका दोबारा मिलान करना चाहिये । केस के नोट्स, एक्स रे अनुमति पत्र साथ होने चाहिये ।
- आपरेशन क्षेत्र में किसी वस्तु का रह जाना स्वास्ब, पैक्स, औजार, सुइयाँ आदि गिनी हुई होनी चाहिये । चीरा बंद करने से पूर्व सभी स्वाब औजार तथा सुइयाँ गिनना आवश्यक है । टाँकों की सख्या चार्ट में लिखनी चाहिये जिससे निकालते समय चेक कर सके ।
- वैजाइनल पेक्स विशेषज्ञ द्वारा निकाले जाते हैं । अगर जानबूझ कर रखे गये हैं तो उनकी गिनती एव निकालने का समय चार्ट पर लिखा होना चाहिये ।

(viii) ऑपरेशन के बाद की देखभाल (Postop Care)

- पहले दिन गहन देखरेख इकाई (Intensive Care Unit-ICU) में रखते हैं ।
- प्रसूता को ग्लूकोज, डीएनएस तथा रिगर की ड्रिप देते हैं । पूरा होश आने तक कंधे के नीचे तकिया रख कर करवट देना अच्छा रहता है । हर 15 मिनट में उसकी नाड़ी देखनी चाहिये।
- होश में आने के बाद दर्द निवारक इंजेक्शन लगाते हैं । हर दो घंटे में रक्तचाप लेते हैं । गंभीर मरीज का जल्दी-जल्दी रक्तचाप लेते हैं ।
- मूत्र त्याग न कर पाने की स्थिति में तथा मूत्राशय भरा हुआ लगने पर कैथेटर डालना पड़ सकता है ।
- इनटेक, आउट पुट का चार्ट बनाना आवश्यक है । हर चार घंटे में नाड़ी, रक्तस्राव तथा श्वसन का रिकार्ड रखते हैं ।
- दूसरे दिन आँतों के क्रियाशील होने पर पानी तथा अन्य द्रव्य पदार्थ देते हैं ।
- प्रसूता को पैरों का व्यायाम तथा गहरी सांस लेनी चाहिये ।
- उसे बिस्तर से खड़ा कर कुछ कदम चला सकते हैं । पैरों का परीक्षण भी किया जाता है।
- दवाईयाँ चिकित्सक के अनुसार दी जाती हैं, जिसमें एन्टीबायोटिक तथा दर्दनिवारक औषधियाँ शामिल हैं ।
- तीसरे दिन एनीमा लगाते हैं तथा हल्का फुल्का खाना देते हैं । कैथेटर हटा देते हैं ।
- उसे चलने को प्रोत्साहित करते हैं । छठे से आठवें दिन टाँके निकाले जाते हैं तत्पश्चात महिला की दशा अनुसार छुट्टी करते हैं ।

(ix) सीजेरियन के बाद की गर्भावस्था :

- महिला की निरन्तर जांच की जाती है ।
- संभावित तारीख से पहले भर्ती करना अच्छा-रहता है ।
- दो गर्भ के बीच कम से कम तीन साल के अन्तराल को रखने के लिये कापर टी या गर्भनिरोधक सोलियों का प्रयोग किया जा सकता है ।
- सीजेरियन केस की बाद में सामान्य डिलीवरी संभव है ।

4.7 सारांश

साधारणतः एक सामान्य उँचाई वाली महिला में प्रसव सामान्य तरीके से होता है, अगर गर्भाशय की गतिविधि भी सामान्य हो तथा शिशु शीश. प्रस्तुति में हो । शीर्ष प्रस्तुति में

आक्सीपीटो एन्टीरियर को छोड़ कर सभी अन्य प्रस्तुतियों में प्रसव लम्बा तथा शिशु मृत्यु दर ज्यादा होती है। ऐसे प्रसव अस्पताल में ही होने चाहिए। गर्भाशय की माँसपेशिया लयबद्ध तरीके से संकुचित तथा प्रसारित होती हैं तथा साथ ही सर्विक्स का विस्तारण भी होता है। अगर संकुचन कम हो तो प्रसव की गति धीमी होगी। अधिक संकुचन होने पर शिशु के रक्त प्रवाह पर असर पड़ता है और उसको ऑक्सीजन की कमी हो जाती है। यह गंभीर स्थिति है। संकुचन गर्भाशय के किसी छोटे से भाग पर होने पर रिंग या वलय बन जाता है और शिशु फंस जाता है। सर्विक्स का विस्तारण ठीक न होने पर भी प्रसव की प्रगति नहीं होगी। इस सभी अवस्थाओं में माँ व शिशु के लिए खतरा होता है। प्रसव अधिक लम्बा होने पर सचेत होना जरूरी होता है। दुबारा आकलन करना चाहिए। दर्द कमजोर होने पर ऑक्सीटोसिन ड्रिप क्वर्डसहायता लेते हैं। संकीर्ण श्रोणि आदि में रेफर करना आवश्यक है। इसके अतिरिक्त रक्त स्त्राव, फटने का शक, गर्भाशय का उलटना, रिटेन्ड प्लेसेन्टा, एम्बोलिजम आदि गंभीर स्थितियाँ हैं जिसमें आघात का प्रारंभिक उपचार कर महिला को अस्पताल रेफर कर देना चाहिए एपीजियोटोमी पेरिनियम को फटने तथा कमजोर होने से बचाती है। वेन्ट्यूज तथा आउटलेट फॉरसेप से शिशु को आवश्यकता पड़ने पर जल्दी तथा सुरक्षित बाहर निकाल सकते हैं। सीजेरियन में पेट को चीर कर शिशु बाहर निकालते हैं। अवरोधित प्रसव ब्रीच आदि में आजकल ऑपरेशन करते हैं। गर्भाशय के उलटने पर उसे तुरन्त ठीक करना आवश्यक होता है। यह विधि प्राथमिक स्तर पर भी की जा सकती है। इस प्रकार इस इकाई में प्रसूति विज्ञान सहायिका को प्रसव की असामान्य प्रस्तुति, गर्भाशय की गतिविधियाँ, प्रसव की आपातकालीन परिस्थितिया तथा प्रसव सम्बन्धी शल्य चिकित्सा इत्यादि से परिचित कराने का प्रयास किया गया है।

4.8 प्रश्न

1. प्रसव कालीन आपात स्थितियाँ वर्णन कीजिए।
2. असामान्य प्रस्तुति से क्या अर्थ है? नितम्ब प्रस्तुति वर्णन कीजिए?
3. एनेस्थीसिया कितने प्रकार से देते हैं?
4. रिट्रैक्शन रिंग और कॉन्स्ट्रिक्शन रिंग में क्या अन्तर है?
5. एपिजियोटोमी से क्या लाभ है? एपिजियोटोमी कब देना अनिवार्य है?
6. एपीड्यूरल एनेस्थीया से क्या लाभ है?
7. प्रसव के वक्त शिशु की देखभाल कैसे करते हैं?
8. प्रसव अभिप्रेरण के क्या निर्देश हैं? इसके लिये क्या तैयारियाँ करनी चाहियें? किन कारणों से आप आक्सीटोसिन ड्रिप बन्द करेंगे।
9. अन्तर बताइये : मिडियन एपिजियोटोमी, मिडियोलेटरल एपिजियोटोमी लेटरल एपिजियोटोमी? प्रत्येक के लाभ व दोष बताइये।
10. फॉरसेप्स के क्या निर्देश हैं? इसके लिये क्या तैयारियाँ करनी चाहिये?
11. फॉरसेप्स प्रसूति के लिए आवश्यक तैयारियों का वर्णन कीजिए?
12. ऑपरेशन पूर्व क्या तैयारी करते हैं?
13. थियेटर में शिशु के लिए क्या तैयारी करेंगे?

14. ऑपरेशन के बाद प्रथम तीन दिन की देखभाल की रूपरेखा कीजिए ।
15. सीजेरियन से पूर्व महिला की देखभाल कैसे करते हैं?
16. सीजेरियन के समय ऑपरेशन कक्ष में क्या तैयारी होनी चाहिए?
17. सीजेरियन के निर्देश क्या हैं? पोस्ट ऑपरेटिव देखभाल के विषय में बताये ।
18. गर्भवर्तन किसे कहते हैं?

इकाई- 5 प्रसवोत्तर देखभाल

इकाई की रूपरेखा

- 5.0 प्रस्तावना
 - 5.1 उद्देश्य
 - 5.2 सूतिकावस्था व प्रसवोत्तर सामान्य परिवर्तन
 - 5.2.1 परिभाषा एवं अवधि
 - 5.2.2 गर्भाशय व अन्य जननेन्द्रिय संस्था के अवयवों का प्रत्यावर्तन व सूतिकास्त्राव
 - 5.2.3 सामान्य शरीर क्रियात्मक, मानसिक परिवर्तन एवं रजोधर्म तथा डिम्बक्षरण
 - 5.2.4 स्तन परिवर्तन एवं दुग्धक्षरण
 - 5.3 सूतिकावस्था का प्रबन्ध, प्रसवोत्तर परीक्षण व प्रसवोत्तर देखभाल
 - 5.3.1 सामान्य सूतिकावस्था का प्रबन्ध
 - 5.3.2 प्रसव पश्चात् लघु विकार
 - 5.3.3 प्रसव पश्चात् छुट्टी करते समय परीक्षण व सलाह
 - 5.3.4 प्रसवोत्तर परीक्षण व प्रसवोत्तर देखभाल
 - 5.3.5 प्रसव पश्चात् सामान्य शिकायतें व प्रबन्ध
 - 5.4 प्रसवोत्तर जटिलताएं व स्तन देखभाल
 - 5.4.1 प्रसवोत्तर जटिलताएं
 - 5.4.2 स्तन देखभाल
 - 5.5 सारांश
 - 5.6 प्रश्न
-

5.0 प्रस्तावना

शिशु के जन्म के बाद चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवा प्रदान करना अत्यधिक महत्वपूर्ण है। प्रसवोत्तर उचित देखभाल न होने के कारण हमारे देश में अनेक माताओं की मृत्यु इस दौरान हो जाती है। इस यूनिट में प्रसवोत्तर देखभाल (Postnatal Care) से सम्बन्धित विस्तृत जानकारी वर्णित की गई है।

5.1 उद्देश्य

इस इकाई के अध्ययन के पश्चात् प्रसूति विज्ञान सहायिका निम्न तथ्य सीख पायेंगी :

1. सूतिकावस्था (Puerperium) : परिभाषा व अवधि
2. प्रसवोत्तर सामान्य परिवर्तन जैसे कि गर्भाशय व अन्य जननेन्द्रिय संस्थान के अवयवों का प्रत्यावर्तन (पूर्व स्थिति में आना) व सूतिकास्त्राव (लॉकिआ), सामान्य शरीर क्रियात्मक, मानसिक परिवर्तन एवं रजोधर्म तथा डिम्बक्षरण तथा दुग्धक्षरण।
3. सूतिकावस्था का प्रबन्ध, प्रसवोत्तर परीक्षण व प्रसवोत्तर देखभाल।
4. प्रसवोत्तर सामान्य असुविधाएँ, जटिलताएँ व स्तन देखभाल।

5.2 सूतिकावस्था व प्रसवोत्तर सामान्य परिवर्तन

5.2.1 परिभाषा व अवधि

सूतिकावस्था (Puerperium) : यह शिशु जन्म बाद का वह काल है जिसके दौरान शरीर के अवयव विशेष तौर पर जननेन्द्रिय संस्थान के अवयव (Pelvise Organs) शारीरिक व क्रियात्मक रूप से गर्भावस्था पूर्व जैसी अवस्था में धीरे-धीरे आ जाते हैं ।

प्रत्यावर्तन (पूर्व स्थिति में आना) : जिस प्रक्रिया द्वारा जननांग गर्भावस्था की पूर्व स्थिति में आते हैं उसे प्रत्यावर्तन (पूर्व स्थिति में आना) कहते हैं ।

अवधि : जैसे ही प्लेसेन्टा निष्कासित होता है, सूतिकावस्था आरम्भ हो जाती है और लगभग 6 सप्ताह तक रहती है, जब तक कि गर्भाशय अपनी गर्भावस्था वाली स्थिति में नहीं आता है ।

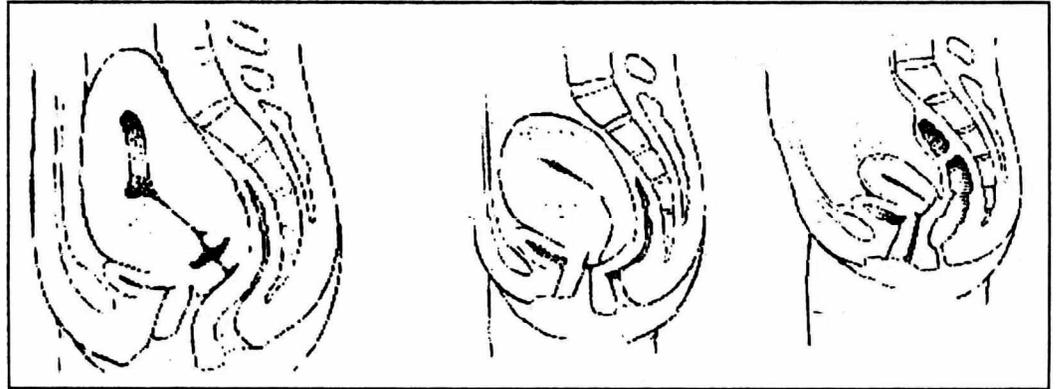
इस काल को सुविधा के लिए तीन भागों में बाँटा जा सकता है -

1. प्रसव के तुरन्त 24 घण्टे के भीतर
2. प्रारम्भिक सात दिवस तक और
3. दूरस्थ 6 सप्ताह तक

5.2.2 गर्भावस्था व अन्य जननेन्द्रिय संस्थान के अवयवों का प्रत्यावर्तन. सूतिकास्त्राव (लॉकिआ)

(क) गर्भाशय का प्रत्यावर्तन (पूर्व स्थिति में आना) :

प्रसव के पूर्ण होने पर गर्भाशय का नाप $15 \times 12 \times 7.5$ सेमी. एवं वजन 900 ग्राम होता है । सूतिकावस्था के अन्त में यह करीबन पूर्व स्थिति में आ जाता है, अर्थात् नाप $7.5 \times 5 \times 2.5$ सेमी. एवं वजन 60 ग्राम । आकार में अत्यधिक कमी, प्रथम सप्ताह के दौरान शीघ्रता से होती है, इस समय गर्भाशय का आकार आधा कम हो जाता है ।



चित्र : गर्भाशया का प्रत्यावर्तन

यह पेशीय तन्तुओं के ऑटोलिसिस (स्वतःलयन) एवं गर्भाशय के इस्चिमिया (अरक्तता) के कारण होता है । पेशीय तन्तु जो गर्भावस्था के दौरान लम्बाई में दस गुना तथा मोटाई में 5 गुना बढ़ गये थे, अब सामान्य आकार के हो जाते हैं । ऑटोलिसिस के कारण पेशीय तन्तुओं का कुछ प्रोटोप्लाज्म (Protoplasm) विभाजित होकर रक्त-प्रवाह में शोषित हो जाता है तथा

गुर्दों द्वारा उत्सर्जित हो जाता है । गर्भाशयिक पेशियों के संकुचन एवं आकुंचन के कारण रक्त वाहिकाएँ दब जाती हैं और गर्भाशयिक रक्त पूर्ति कम हो जाती है । -

(ख) गर्भाशय के आकार में कमी

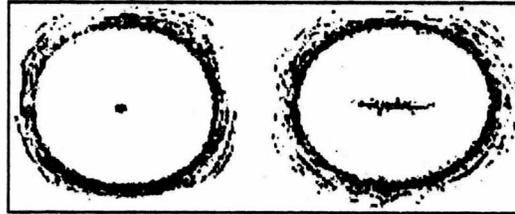
प्रसव के पूर्ण होने पर फण्डस नाभि से 5 सेमी. नीचे आ जाता है या सिम्फाइसिस प्यूबिस के 12 सेमी. ऊपर रहता है । 24 घण्टों के बाद यह नाभि के स्तर तक ऊपर आ जाता है । प्रसव के एक सप्ताह बाद फण्डस सिम्फाइसिस प्यूबिस से 75 सेमी. ऊपर रहता है । प्रसव के 12 दिनों बाद प्रायः फण्डस को परिस्पर्श नहीं किया जा सकता है।

निम्नलिखित सूची से तुलनात्मक निष्कर्ष मालूम होता है-

अवधि	गर्भाशय का वजन	प्लेसेन्टा क्षेत्र का डायमीटर	सर्विक्स
प्रसव के अन्त में	900 ग्राम	12.5 सेमी.	मुलायम
एक सप्ताह के अन्त में	450 ग्राम	7.5 सेमी.	2 सेमी.
दो सप्ताह के अन्त में	200 ग्राम	5 सेमी.	1 सेमी
तीन सप्ताह के अन्त में	80 ग्राम	2.5 सेमी.	एक दरार

सडेसिड्यूआ की स्पॉन्जी तह का बचा हुआ भाग जिससे प्लेसेन्टल तथा झिल्लियां जुड़ी हुई थी, बाहर निकल जाता है; प्रारम्भिक या अपरिवर्तित तह नई एन्डोमेट्रियम को पुनः बना देती है और आठ सप्ताह के अन्त में प्लेसेन्टल स्थान ठीक हो जाता है । इसके बाद रजोधर्म आरम्भ होने में चार या अधिक सप्ताह लग जाते हैं ।

सर्विक्स कभी भी पूर्ण रूप से पहले वाली स्थिति में नहीं आ पाती है । बाह्य सरवाइकल आंस एक दरार के रूप में पूर्व प्रसव को दर्शाता है ।



(ग) जननेंद्रिय संस्थान के अन्य अवयवों का प्रत्यावर्तन

योनि, योनि-मार्ग इत्यादि का प्रत्यावर्तन होने में लगभग चार से आठ सप्ताह लग जाते हैं । फटे हुए हाइमन के चिन्ह केरन्कुलि-मिटिफोर्मिस दिखाई देते हैं जो कि पूर्व प्रसवास्था दर्शाते हैं ।

(घ) सूतिकास्त्राव (लॉकिआ)

- (i) **परिभाषा** - सूतिकावस्था के दौरान प्रथम दो सप्ताह तक गर्भाशय, सर्विक्स व योनिमार्ग से होने वाले द्रव निष्कासन को सूतिकास्त्राव कहा जाता है ।
- (ii) **गंध व प्रतिक्रिया (Odour & Reaction)** - इसकी गंध तीव्र होती है । इसकी क्षारीय प्रतिक्रिया (Alkaline Reaction) होती है जो आखिर में अम्लीय (Acidic) हो जाती है । क्षारीय प्रतिक्रिया में जीवाणु योनिमार्ग के अम्लीय स्त्रावण की अपेक्षा अधिक आसानी से बढ़ते हैं ।
- (iii) **मात्रा**- विभिन्न स्त्रियों में सूतिकास्त्राव की मात्रा भी भिन्न-भिन्न होती है । रजोधर्म में होने वाले निष्कासन की मात्रा की अपेक्षा यह अधिक मात्रा में होता है ।

(iv) रंग व बनावट

– रंग के आधार पर सूतिकास्त्राव को निम्न नाम दिए गये हैं :

- लॉकिआ रूब्रा लाल सूतिकास्त्राव
- लॉकिआ सिरोसा गुलाबी सूतिकास्त्राव
- लॉकिआ एल्बा सफेद सूतिकास्त्राव

लॉकिआ रूब्रा लाल सूतिकास्त्राव

यह एक से चार दिन तक रहता है। प्रथम तीन दिनों तक सूतिका-स्त्राव में मुख्यतः रक्त ही होता है। इसमें डेसिड्यूआ और कोरिऑन के टुकड़े; ऐम्ब्रिऑटिक द्रव एवम् लेन्यूगो (मुलायम बाल) भी रहते हैं। वर्निक्स केजिऑसा तथा मिकोनियम भी रहते हैं।

लॉकिआ सिरोसा गुलाबी सूतिकास्त्राव

यह 5 से 9 दिन तक रहता है, निष्कासन रंग में पीला एवम् भूरा होता है जिसमें रक्त कम व सीरम अधिक और साथ ही ल्यूकोसाइट्स (सफेद रक्ताणु) एवम् जीवाणु रहते हैं।

लॉकिआ एल्बा सफेद सूतिकास्त्राव

यह 10 से 15 दिन तक रहता है। निष्कासन कुछ पीले एवम् भूरे रंग का होता है, जिसमें सफेद रक्ताणु जीवाणु, सरवाइकल म्यूकस एवम् गर्भाशय तथा योनिमार्ग के घाव भरने की प्रक्रिया से निकले हुए पदार्थ रहते हैं।

(v) सामान्य अवधि - तीन सप्ताहों तक रह सकती है। रक्त के मामूली धबे 3 सप्ताह तक दिखाई दे सकते हैं। जो महिलाएं पहली बार बिस्तर से देरी से उठती हैं, उनमें लाल सूतिकास्त्राव अधिक समय तक रहता है।

(vi) महत्व - लॉकिआ के गुणों के आधार पर असामान्य सूतिकावस्था के बारे में जानकारी प्राप्त की जा सकती है। इस हेतु योनि पर लगाये गये पैड का प्रतिदिन निरीक्षण करना चाहिये।

- गंध - तीव्र व दुर्गन्धमय गंध संक्रमण को इंगित करती है। योनि-मार्ग में रह गये कॉटन के टुकड़े इसका कारण हो सकते हैं।
- मात्रा - अत्यधिक मात्रा संक्रमण के कारण हो सकती है।
- रंग- निरन्तर लाल सूतिकास्त्राव होना (ताजा रक्त) चेतावनी का चिन्ह है, अर्थात् गर्भधारण का कोई पदार्थ गर्भाशय में रूक गया है तथा गम्भीर सूतिकावस्था-रक्तस्त्राव होने की सम्भावना रहती है। अतः रूके हुए पदार्थों के खतरों का ध्यान रखना चाहिए और निरन्तर लाल सूतिकास्त्राव होने के बारे में चिकित्सक को सूचित करना चाहिए।

(vii) अवधि- तीन सप्ताह से अधिक लॉकिआ एल्बा (सफेद सूतिकास्त्राव) होना असामान्य है।

5.2.3 सामान्य शरीर क्रियात्मक, मानसिक व भावनात्मक परिवर्तन एवम् रजोधर्म तथा डिम्बरक्षण

(क) सामान्य शरीर क्रियात्मक परिवर्तन

(i) नाडी- प्रसव के कुछ घण्टे बाद नाडी की गति बढ़ सकती है जो कि दूसरे दिन तक सामान्य हो जाती है। थकान एवम् उत्तेजना से भी नाडी की गति अस्थायी रूप से बढ़ जाती है।

(ii) तापक्रम- सूतिकावस्था में प्रथम 24 घण्टों के दौरान तापक्रम 37.2 डिग्री सेन्टीग्रेड (99°F) से ज्यादा नहीं होना चाहिए। डिलीवरी के बाद प्रथम 12 घण्टों में तापक्रम में 0.5 डिग्री फोरेनहाइट की वृद्धि हो सकती है। तीसरे दिन अतिपूरित स्तन (Engorged Breast) के

कारण तापक्रम में थोड़ी वृद्धि हो सकती है जो कि प्रायः 24 घण्टों के अन्दर सामान्य हो जाती है ।

जब नाड़ी की गति और तापक्रम दोनों ही बढ़ते हैं तो सूतिकावस्था संक्रमण या अन्य संक्रमण होने की अधिक सम्भावना रहती है ।

- (iii) मूत्रीय मार्ग - मूत्रीय मार्ग को पूर्णतया पूर्व अवस्था में आने में लगभग आठ सप्ताह लग जाते हैं । सूतिकावस्था के दूसरे व तीसरे दिन अधिक मात्रा में पेशाब होता है ।
- (iv) गेस्ट्रोइन्टेस्टाइनल ट्रेक्ट (Gastro-intestinal Tract) - प्रसव के दौरान, सूतिकावस्था में, ज्यादा मूत्र आने से व पसीने में हुई द्रव हानि के कारण प्रारम्भिक सूतिकावस्था में महिला को ज्यादा प्यास लगती है । आँतों की पेशियों की शिथिलता के कारण कब्ज हो सकती है ।
- (v) वजन में कमी- सूतिकावस्था में गर्भाशयिक पदार्थों के निकलने के कारण वजन में कमी के अलावा, लगभग दो किलो वजन में कमी, ज्यादा मूत्रत्याग होने के कारण होती है ।
- (vi) द्रव हानि (Fluid loss) - सूतिकावस्था के प्रथम सप्ताह में दो लीटर द्रव हानि होती है तथा अगले 5 सप्ताह में 1.5 लीटर अतिरिक्त द्रव हानि होती है । यह मात्रा गर्भावस्था के दौरान रूके हुए द्रव की मात्रा एवं प्रसव के दौरान हुई द्रव तथा रक्त की हानिकी मात्रा पर निर्भर करती है ।
- (vii) रक्त-मात्रा- प्रसव के तुरन्त बाद रक्त-आयतन में थोड़ी कमी आ जाती है जो कि सूतिकावस्था के दूसरे सप्ताह तक सामान्य हो जाता है । रक्त में अन्य बदलाव भी प्रायः सूतिकावस्था के दूसरे सप्ताह तक सामान्य हो जाते हैं ।

(ख) रजोधर्म तथा डिम्बरक्षण (Menstruation & Ovulation)

डिलीवरी के बाद पहली माहवारी का समय अस्थिर होता है व दुग्धक्षरण (Lactation) पर निर्भर करता है । जो माताएं बच्चे को दूध नहीं पिलातीं, उनमें से 40 प्रतिशत में 6 सप्ताह व 80 प्रतिशत में डिलीवरी के बाद 12 सप्ताह तक रजोधर्म प्रारम्भ हो जाता है ।

डिम्बरक्षण (Ovulation): दूध नहीं पिलाने वाली माताओं में चार सप्ताह व दूध पिलाने वाली माताओं (Lactating Mothers) में डिलीवरी के बाद लगभग दस सप्ताह बाद डिम्बरक्षण हो सकता है ।

(ग) मानसिक और भावनात्मक परिवर्तन

शिशु जन्म के बाद स्त्रियां मनोवैज्ञानिक रूप से अतिसंवेदनशील रहती हैं । सूतिकावस्था में स्त्रियों की भिन्न-भिन्न प्रतिक्रियाएँ होती हैं अधिकांश स्त्रियाँ खुश एवम् सतुष्ट रहती हैं जब कि कुछ को अपने शिशुओं के बारे में चिन्ता या भय रहता है । स्त्री के स्वभाव का उसकी प्रतिक्रिया पर महत्वपूर्ण प्रभाव पड़ता है ।

- (i) मातृक प्रवृत्ति (अन्तर्बोध) (The Maternal Instinct)- इस समय मातृत्व की भावना बहुत प्रबल होती है । यह स्वाभाविक उमंग जो स्नेहमय एवम् संरक्षात्मक होनी चाहिए, बहुत ही सरलता से तीव्र चिन्ता की स्थिति में परिणित हो जाती है, विशेषतः तब जब उसे ऐसा लगता हो कि जिस तरह शिशु की वृद्धि होनी चाहिए, वैसी नहीं हो रही है ।
- (ii) समन्वय की प्रक्रिया - स्त्री अपने प्रथम शिशु के साथ समन्वय की प्रक्रिया से गुजरती है और अच्छी तरह से संतुलित स्त्री के लिए यह कोई समस्या नहीं होती है । बहुत लाड-प्यार में

पत्नी स्त्री को अपना स्वयं का ध्यान हटाकर शिशु पर केन्द्रित करने में असन्तोष होता है, ऐसी भावनाएँ झल्लाहट में बदलती हुई दिखाई दे सकती हैं ।

- (iii) प्रसव पश्चात् दुःखद स्थिति (चौथे दिन उदासी)- यह स्थिति शिशु-जन्म के बाद अस्थायी अनास्त्रावी असंतुलन के कारण पैदा हो सकती है, कुछ स्त्रियों में मामूली उदासीन और अस्थिर मनःस्थिति हो सकती है । यह क्षणिक अवस्था होती है व प्रसव-पश्चात् लगभग 50 प्रतिशत माताओं में यह उदासीनता (Postpartum Tears) छा सकती है ।

5.2.4 स्तन परिवर्तन व दुग्धक्षरण (Lactation)

• स्तन की रचना एवम् कार्य

स्तन, संयुक्त स्त्रावी ग्रन्थियाँ (Secretory glands) हैं, जो मुख्यतया ग्रन्थीय ऊतकों के बने होते हैं। इनकी संख्या करीबन 20 रहती है । प्रत्येक खण्ड लोब्यूस (छोटे खण्ड) में विभाजित रहते हैं, ये कोष्ठ या गुहिकाएँ बनाते हैं, जिन पर स्त्रावी कोशिकाओं का अस्तर चढ़ा हुआ रहता है जो दूध तैयार करती हैं । स्तनों में अत्यधिक रक्त पूर्ति रहती है । छोटी लेक्टिफेरस वाहिकाएँ प्रत्येक खण्ड की गुहिकाओं से दूध ले जाती हैं और ये जुड़कर करीब 20 वाहिकाएँ बनाती हैं: ये स्तनाग्र की सतह पर खुलने के पहले, चौड़ी होकर एम्प्यूली (Ampullae) बनाती हैं जो दूध के लिए अस्थायी पात्र का कार्य करती हैं । स्तनाग्र उठे हुए ऊतक (Erectile tissue) के बने होते हैं तथा एपिथेलियम से ढके हुए रहते हैं और इसमें प्लेन तन्तु होते हैं जिनकी दूध के प्रवाह का नियंत्रण करने में अवरोधिनी (Sphincter) जैसी क्रिया होती है । स्तनाग्र के आसपास के क्षेत्र पर ढीली त्वचा रहती है जिसे एरिओला (Areola) कहते हैं ।

पिट्यूटरी ग्रोथ हार्मोन में लेक्टोजेनिक गुण (दूध उत्पादक) होता है । प्रोजेस्ट्रोन एवम् इस्ट्रोजन के साथ मिलकर यह कोष्ठ एवम् वाहिकाओं की वृद्धि करता है और साथ ही स्थानिक दुग्ध स्त्रावण को उत्तेजित करता है । गर्भावस्था के दौरान दुग्ध का बनना, इस्ट्रोजन के अधिक स्तर के कारण स्थगित हो जाता है जो एन्टीरिअर पिट्यूटरी के लेक्टोजेनिक हार्मोन के कारण नियंत्रण में रखा जाता है । इस्ट्रोजन प्लेसेन्टा और डिम्ब ग्रन्थियों द्वारा बनता है एवम् जब प्लेसेन्टा बाहर निकल जाता है तब इसकी मात्रा कम हो जाती है । सूतिकावस्था के दौरान माता के प्लाजा में प्रोलेक्टिन की सान्द्रता अत्यधिक बढ़ जाती है । कुछ स्नायु-पेशीय क्रिया-विधि ऑक्सिटोसिन को प्रभावित करके और चूसने की प्रक्रिया से दुग्धस्त्रावित स्तन से दूध का प्रवाह उत्तेजित होता है । दुग्धप्रवाह होने (खिंचाव प्रक्रिया), जिससे दूध मुक्त रूप से निकलता है, यदि माता चिंतित या घबराई हुई है तो यह प्रवाह बन्द हो सकता है; इसलिए वातावरण शांत और विश्वासप्रद होना चाहिए । दूध का निष्कासन, निष्कासनीय प्रतिक्रिया (Ejection reflex) द्वारा नियंत्रित होता है ।

स्तन यौन-क्रिया में भी महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं ।

5.3 सूतिकावस्था का प्रबन्ध प्रसवोत्तर परीक्षण व प्रसवोत्तर देखभाल

5.3.1 सामान्य सूतिकावस्था का प्रबन्ध (Management of Normal Puerperium)

सूतिकावस्था के प्रबन्ध के अन्तर्गत स्त्री शारीरिक एवम् मानसिक रूप से स्वास्थ्य लाभ कैसे कर सकती है और शिशु की देखभाल तथा दुग्ध-पान के निरीक्षित अनुभव कैसे प्राप्त कर सकती है की सभी बातें सम्मिलित हैं। इससे निम्नलिखित उद्देश्यों की पूर्ति होती है :

- शारीरिक स्वास्थ्य की प्रगति-अच्छा पोषण, एनीमिआ का उपचार, आराम, स्वच्छता, अच्छी पेशीय शक्ति बनाये रखने के लिए पर्याप्त शारीरिक कार्य।
- मानसिक स्वास्थ्य की स्थापना : शांति, उत्तेजना एवम् चिंताओं से मुक्ति, उपयुक्त मनोवैज्ञानिक दृष्टिकोण।
- संक्रमण एवम् दूसरी जटिलताओं की रोकथाम।
- स्तनपान को बढ़ावा देना।
- शिशु देखभाल सम्बन्धी शिक्षण की व्यवस्था।

• तुरन्त देखभाल (Immediate Care)

यद्यपि प्लेसेन्टा निष्कासन के तुरन्त बाद ही सूतिकावस्था आरम्भ हो जाती है फिर भी पहला घन्टा प्रसव-प्रबन्ध के (प्रसव की चतुर्थ अवस्था) अन्तर्गत माना जाता है। तुरन्त देखभाल के कुछ बिन्दु निम्न हैं

- नाडी की गति 90 से कम होनी चाहिए।
- गर्भाशय क्रिकेट-गेद की बनावट के समान हो जाना चाहिए।
- रक्त-हानि की मात्रा सामान्य होनी चाहिए।

यदि रक्तस्राव ज्यादा होता है या ऐसा माना जाता है कि गर्भाशय में रक्त के थक्के हैं तो जब तक यह संकुचित नहीं होता तब तक मालिश करके थक्के को बाहर निकाल दिया जाता है। और ऑक्सिटोसिक दवाईयाँ जैसे कि एर्गोमेट्रिन 0.5 मि. ग्रा. या सिन्टोमेट्रिन 1 मि. ग्रा. इन्ट्रामस्क्यूलर विधि से दी जाती है। यदि रक्तस्राव का नियंत्रण नहीं हो सके तो तुरन्त चिकित्सकीय सहायता देनी चाहिए।

सूतिकावस्था प्रबन्ध के अन्य महत्वपूर्ण तथ्य निम्न प्रकार हैं।

(i) एसेप्सिस एवम् एन्टिसेप्सिस (Asepsis & Antisepsis)

एसेप्सिस बनाये रखना आवश्यक है, विशेषतः सूतिकावस्था के प्रथम सप्ताह के दौरान क्योंकि इस समय स्त्री को संक्रमण होने की विशेष संभावना रहती है। जीवाणुओं की वृद्धि के लिए गर्भाशय का वातावरण अनुकूल होता है। योनि एवम् योनिमार्ग के ऊतक फटे हुए या चोट लगे हुए होते हैं, अतः ये कमजोर हो जाते हैं इसलिए संक्रमण का प्रतिरोध नहीं कर सकते हैं। योनिमार्ग का छिद्र फैला हुआ रहता है और जीवाणु आसानी से प्रवेश कर सकते हैं। कम शक्ति, कम नींद, कम भोजन के कारण स्त्री की प्रतिरोध क्षमता भी कम हो जाती है। आवश्यकतानुसार एन्टिसेप्टिक पदार्थों का प्रयोग किया जाना चाहिये।

(ii) गृह सम्बन्धी स्वच्छता (Domestic Cleanliness)

साबुन एवम् पानी का पर्याप्त उपयोग पहली आवश्यकता है । संक्रमित धूल को फैलने से रोकने के लिए अस्पतालों में आधुनिक उपकरणों का उपयोग किया जाता है । कमरा और बिस्तर की चादरें, स्त्री की त्वचा तथा कपड़े साफ होने चाहिए । गृह प्रसव की स्थिति में प्रसवोत्तर काल में गृह-स्वच्छता अत्यन्त आवश्यक है।

(iii) तापक्रम एवम् नाड़ी की गति

स्त्री की स्थिति के बारे में तापक्रम एवम् नाड़ी की गति दो अच्छे मार्गदर्शक हैं और सूतिकावस्था के दौरान दोनों ही सामान्य होने चाहिए । प्रथम सप्ताह के दौरान तापक्रम में किसी भी प्रकार की वृद्धि हो तो यह सूतिकावस्था संक्रमण से सम्बन्धित हो सकती है, जब तक कि अन्य स्थिति की पुष्टि न हो जाए । सूतिकावस्था के दौरान तापक्रम अस्थिर रहता है और छोटे-छोटे विकारों के कारण बढ़ जाता है, जैसे कि अतिपूरित स्तन (Engorged Breast) या उत्तेजना के कारण, परन्तु इस प्रकार की वृद्धि क्षणिक होती है । और 37.8⁰ (सेन्टीग्रेड) से अधिक नहीं रहती है ।

नाड़ी की गति धीमी होनी चाहिए, 60 एवम् 80 के बीच, परन्तु यदि 90 से अधिक है तो इसे लाल स्याही से रिकॉर्ड करने की सलाह दी जाती है ताकि इस बिन्दु पर विशेषगौर किया जा सके । थकान एवम् उत्तेजना से भी नाड़ी की गति अस्थायी रूप से बढ़ जाती है, परन्तु जब नाड़ी की गति और तापक्रम दोनों ही बढ़ते हैं तो सूतिकावस्था संक्रमण या अन्य संक्रमण होने की अधिक सम्भावना रहती है ।

प्रत्येक सुबह व शाम नाड़ी की गति एवम् तापक्रम लिया जाता है, और यदि नाड़ी की गति दो से अधिक बार 90 से ज्यादा हो तथा तापक्रम एक बार 38 डिग्री सेन्टीग्रेड या दूसरी बार 37.4 डिग्री सेन्टीग्रेड से ज्यादा हो तो प्रत्येक चार घण्टे में नाड़ी की गति व तापक्रम नोट करना चाहिए एवम् चिकित्सक से अवश्य परामर्श करना चाहिए । चिकित्सकीय सलाह के अनुसार एन्डोसरवाइकल स्वाब, मूत्र का मध्य-प्रवाह नमूना तथा थ्रोट स्वाब लेकर प्रयोगशाला में भेजे जाते हैं ।

(iv) गर्भाशय का प्रतिस्पर्शन (हाथ से परीक्षण करना) करना

गर्भाशय के प्रत्यावर्तन के आकार में होने वाली सामान्य कमी को पहचानने के बारे में आप पढ़ चुके हैं । आकार में कमी प्रतिदिन करीब एक सेमी. होती है और 11वें या 12वें दिन तक फण्डस को प्रतिस्पर्श नहीं किया जा सकता है । किसी भी प्रकार की असामान्यता को नोट करना चाहिए।

फण्डस को परिस्पर्श करने से अत्यधिक भरे हुए मूत्राशय की तरफ ध्यान जा सकता है । जल्दी घूमना फिरना शुरू करने से ऐसा होने की सम्भावना कम हो जाती है । लेकिन यदि नित्य परीक्षण न किया जाए तो लापरवाही हो सकती है ।

गर्भाशय का परिस्पर्श करने से पहिले मूत्राशय खाली होना चाहिए क्योंकि भरे हुए मूत्राशय से गर्भाशय ऊपर की ओर खिसक जाता है और इसी प्रकार भरे हुए मलाशय से भी हो सकता है । यदि फण्डस की ऊँचाई स्थिर रहती है या पहले दिन की अपेक्षा कुछ ऊँचा है तो मूत्राशय का परिताड़न (Percussion) करके यह निश्चित कर लेना चाहिए कि उसमें बचा हुआ मूत्र तो नहीं है।

(v) सूतिकास्त्राव का निरीक्षण व महत्व

सूतिकास्त्राव के बारे में आप पिछले पृष्ठों में पढ़ चुके हैं । सूतिकावस्था के निरीक्षण हेतु प्रतिदिन वत्तल पैड्स को देखना चाहिए जिसका वर्णन निम्न प्रकार है :

देखना व रिकॉर्ड रखना	तुरन्त चिकित्सकीय परामर्श लेना	महत्व
मात्रा	अत्यधिक	रूका हुआ पदार्थ
रंग	बहुत कम (बुखार के साथ) लगातार चमकीला लाल भूरा एवं अत्यधिक (बढ़े गर्भाशय के साथ)	सूतिकावस्था संक्रमण (सेप्टिसीमिया) रक्तस्त्राव का खतरा कम प्रत्यावर्तन (Subinvolution)
बनावट गंध	प्लेसेन्टा या झिल्लियों के टुकड़े घृणास्पद (बुखार के साथ)	रूका हुआ पदार्थ सूतिवस्था संक्रमण

(vi) मूत्राशय की देखभाल एवं मूत्र की रूकावट

मरीज को प्रसव होने के बाद मूत्रत्याग के लिए प्रोत्साहित करना चाहिए । अन्य महत्वपूर्ण देखभाल निम्न प्रकार है :

मूत्र की रूकावट (Retention of Urine) : प्रसव होने के बाद शीघ्र चलने-फिरने के कारण मूत्र की रूकावट कम होती है, परन्तु कभी-कभी कठिन प्रसव के बाद निम्न कारणों से ऐसा हो सकता है -

- अत्यधिक फूले हुए मूत्राशय पर गर्भस्थ शिशु के सिर द्वारा चोट लग सकती है और मूत्राशय के आधार के ऊतक इडिमेड हो जाते हैं ।
- यदि द्वितीय अवस्था लम्बी है तो मूत्रमार्ग एवं मूत्राशय की ग्रीवा (Bladder Neck) पर चोट लग सकती है और साथ ही योनि एवं पेरिनिअम के टीकों पर ईडीमा हो जाता है, इस कारण मूत्रत्याग की क्रिया में बाधा हो जाती है ।
- योनि में दर्द एवं बैचेनी के कारण मूत्रमार्ग की अवरोधिनी पेशी के शिथिल होने में रूकावट होती है, जिससे ऐंठन हो सकती है ।

मूत्रमार्ग का संक्रमण न हो, इसके लिए मूत्र की रूकावट का उपचार सक्रिय रूप से करना चाहिए व कैथेटर चिकित्सकीय सलाह से डॉक्टर की देखरेख में प्रविष्ट करना चाहिए ।

- अवशिष्ट मूत्र (Residual Urine) : सामान्यतया प्रसव होने के बाद स्त्री स्पष्ट रूप से पर्याप्त मात्रा में मूत्र त्याग करती है । प्रसूति विज्ञान सहायिका / नर्स को बचे हुए मूत्र की सम्भावना के बारे में ध्यान रखना चाहिए, क्योंकि यह मूत्रीय मार्ग के संक्रमण का कारण हो सकता है । यदि बचे हुए मूत्र के बारे में कोई शंका होती है तब चिकित्सकीय देखरेख में कैथेटर प्रविष्ट करके रूकी हुई मात्रा का सही नाप लिया जाता है व 60 मिली, से अधिक मात्रा अवशिष्ट या बचे हुए मूत्र को इंगित करती है ।

(vii) आँतों की देखभाल व मलत्याग

सूतिकावस्था के दौरान शीघ्र चलने-फिरने एवम् आहार में पर्याप्त मोटा आहार या रूक्षांश (Roughage) तथा द्रव लेने से कब्ज नहीं रहती व मल त्याग आसानी से हो जाता है ।

यदि प्रसव के बाद तीसरी सुबह के पहले मलत्याग नहीं होता है तब मलत्याग के लिए कृत्रिम उत्तेजना हेतु थोड़ा एनीमा, ग्लिसरीन या डलकोलेक्स (Dulcolax) सपोजिटरी दी जा सकती है।

(viii) आहार

माता को अपनी शक्ति बनाये रखने के लिए व पर्याप्त स्तन दुग्ध तैयार करने के लिए भरपूर पौष्टिक आहार की जरूरत होती है। अच्छा पौष्टिक आहार, जिसमें प्रतिदिन के लिए पर्याप्त प्रोटीन (80 ग्राम), खनिज एवम् विटामिन्स होने चाहिए।

कई स्त्रियाँ इस समय एनीमिक रहती हैं, इसलिए स्त्री को भोजन में ऐसे खाद्य पदार्थ लेने को कहना चाहिए जिनमें आयरन की मात्रा अधिक हो।

दूध में प्रोटीन व कैल्सियम अधिक रहता है, जब स्त्री प्रतिदिन दुग्धस्त्रावण करती है तब उसके शरीर में कैल्सियम की अतिरिक्त मात्रा की आवश्यकता होती है। अतः माता को अपने आहार में प्रतिदिन 1200 मिली. दूध अवश्य लेना चाहिए।

प्रत्येक बार, भोजन करते वक्त फल व सब्जियाँ लेनी चाहिए।

(ix) आराम व नींद

प्रसव के बाद स्त्री को शारीरिक, मानसिक आराम तथा पर्याप्त नींद की जरूरत होती है। माता को चिन्ता, भय व थकान से दूर रहने में सहयोग प्रदान करना चाहिए। यदि सूतिकावस्था में किसी भी प्रकार की तकलीफ या प्रसव पश्चात दर्द अथवा बवासीर या अतिपूरक स्तन के कारण नींद नहीं आती है तो चिकित्सकीय सलाह से दर्द निवारक दवाई दी जा सकती है।

(x) जल्दी घूमना-फिरना

सामान्य प्रसव के बाद माता को जल्दी घूमने-फिरने के लिए प्रोत्साहित करना चाहिए। प्रसव के 6 घंटे बाद स्त्री, फुहार-स्नान (Shower bath) ले सकती है।

जल्दी घूमने-फिरने (Early ambulation) के निम्न लाभ हैं -

- महिला अच्छा महसूस करती हैं।
- मूत्राशय की समस्याएँ व कब्ज इत्यादि कम होते हैं।
- सूतिकास्त्राव को निकलने में आसानी रहती है।
- गर्भाशय का प्रत्यावर्तन शीघ्र होता है।
- सूतिकावस्था वीनस थ्रोम्बोसिस व एम्बॉलिज्म (Puerperal venous thrombosis & embolism) होने की संभावना कम हो जाती है।

(xi) योनि की स्वच्छता व एपीजिऑटॉमी घाव की देखभाल

पेरिनियम की स्वाबिंग करने के पूर्व प्रसव के कुछ समय पश्चात जाँघों के ऊपरी भाग, जाँघों व नितम्बों को साबुन तथा पानी से अच्छी तरह धोना चाहिए।

टाँके लगी हुई पेरिनियम को स्वच्छः, ऐन्टिसेप्टिक लगाना एवं शुष्क रखना चाहिए।

प्रत्येक मूत्र त्याग के बाद या दिन में कम से कम दो बार एपीजिऑटॉमी घाव को स्वच्छ करके ऐन्टिसेप्टिक लगाना चाहिए।

स्त्री को समझना चाहिए कि टाँकों पर जोर न पड़े, इसलिए पैरो को लम्बा करके बैठना चाहिए।

प्रथम कुछ सप्ताहों के दौरान प्रतिदिन पेरिनिअल टाँको का निरीक्षण करना बहुत महत्वपूर्ण है। वत्तल पैड्स का निरीक्षण भी प्रतिदिन करना चाहिए।

(xii) स्तन देखभाल

शिशु को दूध पिलाने से पहले व बाद में स्तनों को साफ करना चाहिए । माता को स्तनपान के लाभ के बारे में बताना चाहिए तथा इस हेतु प्रोत्साहित करना चाहिए । शिशु जन्म के तुरन्त बाद माता बच्चे को स्तनपान करा सकती है जो कि शिशु व माता दोनों के लिए लाभप्रद है । (इसी अध्याय की इकाई 6 संदर्भित करें ।)

स्तनों को तंग ब्रेसयॉअर से सहारा देना चाहिए परन्तु इससे स्तनाग्र नहीं दबने चाहिए । स्तन देखभाल का विस्तृत विवरण अगले पृष्ठों में दिया गया है ।

(xiii) माता एवं शिशु को साथ रखने की योजना (Rooming in plan or maternal-infant bonding plan)

इस योजना के अन्तर्गत शिशु को उसके पालने में माता के पलंग के बाजू में अधिकांश समय तक रखा जाता है एवम् माता व शिशु को एक इकाई के रूप में माना जाता है । यह एक अति उत्तम देखभाल पद्धति है जिसमें माता एवं शिशु दोनों के लिए शारीरिक तथा मानसिक लाभ हैं । खानपान की आवश्यकता होने पर इसे सफलतापूर्वक कराया जा सकता है ।

• **माता एवम् शिशु को साथ रखने की योजना के शैक्षणिक लाभ :**

- अनुभवहीन माता अपने शिशु के बारे में कुछ जान सकती है तथा वह इस प्रकार ज्ञान, अनुभव एवम् विश्वास प्राप्त कर सकती है जो उसके लिए (जब वह घर जायेगी) अमूल्य होगा।
- अपने शिशु को सँभालने से और उसके नेप्किनर तथा कपडे बदलने एवम् स्नान करवा ने जैसी विधियाँ से उसमें आत्मविश्वास पैदा होता है ।
- शिशु के आपचरण का निरीक्षण करके वह कुछ बातों को नोट करती है । उनके बारे में पूछताछ कर सकती है, उदाहरणार्थ सोते हुए शिशु का सफेदपन, अनियमित या मंद (ऊथली हुई) श्वसन क्रिया, हिचकी, हरे दस्त, आदि जिनके बारे में घर जाने पर उसे चिन्ता हो सकती है ।
- अपने शिशु को कैसे सँभालना, नेप्किनस बदलना, स्नान करवाना आदि सब वह देखती है । और घर जाने से पूर्व स्वयं करती है । जैसे-जैसे आवश्यकता होती है उसे सवालों का जवाब मिलता जाता है, अन्यथा घर में कोई सलाह देने वाला न मिलने से समस्याएँ बिना निवारण के ही रह जायेंगी ।
- साथ रखने की योजना सीखने की प्रक्रिया के लिए सबसे अच्छा वातावरण बनाये रखती है ।

• **माता एवं शिशु को साथ रखने की योजना में मनोवैज्ञानिक लाभ**

- शिशु को नर्सरी (बाल कक्ष) की अपेक्षा अधिक मातल मिलता है: लाड-प्यार, गरमी एवम् शारीरिक सम्पर्क, प्यार व्यक्त करने और शिशु को भावनात्मक सहारा देने के लिए आवश्यक होते हैं ।
- माता में पास में रहने एवम् शीघ्र दुग्ध-पान कराने से भूख लगने तथा रोने का समय एवम् निराशा कम हो जाती है इससे शिशु के स्वभाव पर लाभकारी प्रभाव होता है । माता-शिशु सम्बन्ध अधिक सन्तोषपूर्ण एवम् संतुष्ट बनाये जा सकते हैं ।
- शिशु को माता के पास रखने, जब वह चाहे उसे देखने एवम् मातृत्व भाव व्यक्त करने का अवसर दिया जाए तो माता बहुत खुश होती है ।
- पिता की भेंट के दौरान दोनों माता व पिता परिवार के बारे में अधिक जागृत रहते हैं ।

- **माता एवं को साथ रखने की योजना के शारीरिक लाभ**

- स्तनपान अधिक संतोषपूर्ण ढंग से आरम्भ लिया जा सकता है ।
- यदि पर्याप्त व्यक्तिगत उपकरण दिए गए हैं तो नवजात शिशुओं को एक दूसरे से संक्रमण होने के खतरे कम हो जाते हैं ।
- नर्सिंग स्टाफ और शिशु के सम्पर्क अत्यधिक कम करने से भी संक्रमण कम हो जाता है ।

(xiv) टीकाकरण (Immunisation)

अनइम्यूनाइज्ड आर.एच. निगेटिव माता (Unimmunised Rh-negative mother) को आर.एच. पोजिटिव शिशु होने पर एन्टि-डी गामा ग्लोब्यूलिन (Anti-D-gamma globulin) का टीका लगाया जाता है ।

माताएँ जिनमें रूबेला होने की सम्भावना रहती है रूबेला वैक्सिन दिया जाता है व टीकाकरण के बाद, कम से कम दो महीने तक गर्भ न ठहरने की सलाह दी जाती है ।

यदि गर्भावस्था के दौरान स्त्री के टेटनस की बूस्टर डोज नहीं दी गई है तो डिस्चार्ज के समय दी जा सकती है ।

(xv) हीमोग्लोबिन निर्धारण

प्रसव के 48 घण्टों बाद या छुट्टी के पूर्व हीमोग्लोबिन स्तर चेक किया जाता है । प्रायः घर पर आयरन एक महीने तक या आवश्यकतानुसार निरन्तर दिया जाता है । हीमोग्लोबिन स्तर कम होने पर रक्ताधान की भी आवश्यकता हो सकती है ।

5.3.2 प्रसव पश्चात् लघु विकार

(क) **प्रसव पश्चात् दर्द (After Pains)** : ये ऐंठनयुक्त गर्भाशयिक संकुचनों के कारण होते हैं और डिस्मेनॉरिया (रजोधर्म में कठिनाई) के समान होते हैं । ये सूतिकावस्था के 48 घण्टों के दौरान होते हैं और सामान्यता बहुप्रसवा द्वारा ही महसूस होते हैं । कई बार ये गर्भाशय में रक्त के थक्को की उपस्थिति के कारण होते हैं, यदि गर्भाशय बढ़ा रहता है तो प्रायः उसमें थक्के रहते हैं और उन्हें निकालना चाहिए । दर्द कम करने के लिए दर्द निवारक दवाई चिकित्सकीय सलाह से दी जाती है ।

(ख) **पेरिनियम पर दर्द** : सूतिकावस्था में पेरिनियम का निरीक्षण करना आवश्यक है । योनि-योनिमार्ग का हीमेटोमा (Vulvo-vaginal haematoma) पेरिनियम पर दर्द का कारण हो सकता है व पेरिनियम का निरीक्षण करने से, इसका शीघ्र निदान तथा उपचार हो सकता है ।

(ग) **एनीमिआ को सही करना** : हमारे देश में अधिकतर महिलाएँ डिलीवरी के बाद एनीमिक होती हैं । अतः डिलीवरी के बाद कम से कम 4 से 8 सप्ताह तक आयरन देना जरूरी होता है । लौह-युक्त भोजन दिया जाना चाहिये ।

(घ) **उच्च रक्तचाप** : रक्तचाप सामान्य होने तक इलाज किया जाता है व प्रोटीनयूरिआ के बने रहने पर फिजिशियन से सलाह लेनी चाहिए ।

(य) **बवासीर (Haemorrhoids)** : प्रसव की पेरिनियल अवस्था के दौरान गुदा पर शिशु के सिर के दबाव के कारण कभी-कभी बवासीर बाहर निकल जाते हैं तथा दर्द एवं अत्यधिक बैचेनी पैदा कर देते हैं । रक्तसंकुलता (Congestion) को कम करने के लिए 48 घण्टों तक हाइपरटॉनिक सॅलाइन सॉक्स लगाए जाते हैं । कोई भी सूदिंग ऑइन्टमेन्ट लगाने से बहुत आराम मिलता है । इसके बाद जब बवासीर का आकार कम हो जाता है तो कोई सपोजिटॉरी

लगाई जा सकती है। दर्द से आराम पाने के लिए चिकित्सकीय सलाह से दर्दनिवारक गोली दी जा सकती है।

तीव्र मामलो में बिस्तर के पाँव वाले भाग (Foot End) को ऊपर की ओर उठाना सहायक होता है।

- (र) **गर्भाशय का आंशिक प्रत्यावर्तन (Subinvolution)** : इस स्थिति में गर्भाशय के सामान्य स्थिति में वापस आने में देरी हो जाती है। कुछ दिनों तक फण्डस की ऊँचाई रहती है। गर्भाशय नरम एवम् अधिक मुलायम रहता है, सूतिका-स्त्राव लाल भूरे रंग का अत्यधिक रहता है। गर्भाशय का आंशिक प्रत्यावर्तन, अच्छे गर्भाशयिक संकुचनों में बाधा करने वाली स्थितियाँ जैसे कि अवधारित पदार्थ (रूके हुए) फाइब्रॉइडस या गर्भाशय के संक्रमण के कारण हो सकता है। जल्दी घूमने- फिरने, भरे हुए मूत्राशय एवम् मलाशय की रोकथाम करने से गर्भाशयिक निकास अच्छी तरह हो सकता है।

5.3.3 प्रसवपश्चात् छुट्टी करते समय परीक्षण (चैकअप) व सलाह

प्रसव पश्चात् छुट्टी करने से पूर्व माता एवम् शिशु का सावधानी पूर्वक परीक्षण किया जाता है। डिस्चार्ज सर्टिफिकेट में माता एवम् शिशु के बारे में सभी महत्वपूर्ण बिन्दु लिखे जाने चाहिए।

प्रसव पश्चात् छुट्टी करने से पूर्व माता का परीक्षण

- सामान्य शारीरिक परीक्षण किया जाता है। तापक्रम, नाड़ी की गति, श्वसन दर, रक्तचाप इत्यादि नोट किये जाते हैं।
- स्तनों का परीक्षण किया जाता है।
- गर्भाशय को परिस्पर्श करते हैं।
- पेरिनियम का निरीक्षण करते हैं।
- पैरों की काफ पेशीयों (Calf muscles) को परिस्पर्श किया जाता है।

प्रसव पश्चात् के छः सप्ताह बाद दूसरे परीक्षण के लिए आने को कहा जाता है।

प्रसव पश्चात् छुट्टी करने से पूर्व माता को निम्न बिन्दुओं के अन्तर्गत सलाह दी जाती है -

- स्वास्थ्य शिक्षा (Health education)
- व्यक्तिगत बातों पर सलाह (Advice on personal matter)
-रजोधर्म (Menstuation), सम्भोग (Intercourse), सूतिकास्त्राव (Lochia), काम पर लौटना
- प्रसव पश्चात् व्यायाम (Postpartum exercises)
- स्तनपान एवम् शिशु देखभाल
- परिवार नियोजन सलाह
- प्रसवपश्चात् परीक्षण छः सप्ताह बाद
- पति को सलाह

इनका विवरण आगे दिया जा रहा है :

(क) स्वास्थ्य शिक्षा

अच्छा स्वास्थ्य बनाए रखने के लिए अच्छे पोषण का महत्वपूर्ण योगदान होता है इसलिए ऐसा भोजन हो, जिसमें प्रोटीन, खनिज (आयरन सहित) एवम् विटामिन अधिक हों। स्वास्थ्य संरक्षण के सभी तथ्यों से रोगी को परिचित कराना चाहिये।

स्त्री को अच्छे मानसिक व भावनात्मक स्वास्थ्य हेतु भी उचित मार्गदर्शन प्रदान करना चाहिए।

(ख) व्यक्तिगत बातों पर सलाह

(i) रजोधर्म व डिम्बरक्षण

– महिला को यह बताना चाहिए कि रजोधर्म पुनः कब शुरू होता है। शिशु जन्म के बाद रजोधर्म प्रायः दो या तीन महीनों में पुनः शुरू हो सकता है। लेकिन स्त्री को यह अवश्य समझाना चाहिए कि माहवारी आये बिना भी डिम्बरक्षण (Ovulation) हो सकता है व गर्भावस्था हो सकती है।

(ii) **सम्भोग** : शिशु जन्म होने के बाद लगभग छः सप्ताह तक सम्भोग न करना ही लाभप्रद होता है ताकि इस दौरान पेरिनियम के घाव, एपिजिऑटॉमी घाव इत्यादि को ठीक होने का पर्याप्त समय मिल सके।

(iii) **सूतिकास्त्राव (Lochia)** :- महिला को यह समझाना चाहिए कि योनि से निष्कासन कब तक होगा। यह शिशु जन्म के बाद तीन या अधिक सप्ताहों तक मामूली रक्तरंजित निष्कासन हो सकता है।

(iv) **काम पर लौटना** :- आजकल सूतिकावस्था वाली स्त्री को बीमार नहीं समझा जाता है बल्कि स्वाभाविक शरीर क्रियात्मक प्रक्रिया में ठीक होती हुई सामान्य स्त्री के रूप में माना जाता है। जल्दी चलना फिरना शुरू करने से, पर्याप्त आराम, नींद एवम् अच्छा आहार लेने से स्त्री अपने दैनिक कार्य स्वयं कर लेती है। शिशु की देखभाल भी पारिवारिक सहायता से पूरे कर सकती है व धीरे-धीरे पुनः काम पर लौट सकती है।

(ग) प्रसवपश्चात व्यायाम

(i) प्रसव पश्चात व्यायाम के उद्देश्य

– गर्भावस्था व प्रसव के दौरान ढीली हुई विशेषरूप से उदरीय व पेरिनियम पेशियों की टोन (Tone) पुनः प्राप्त करने हेतु।

– स्त्री को बिस्तर से उठते समय, चीजें उठाते समय व दैनिक कार्य करते समय सही स्थिति (Correct posture) से अवगत कराना।

– सूतिकावस्था में वीनस थ्रोम्बोसिस के खतरे को कम करना।

– कमरदर्द की रोकथाम।

– जॅनाइटल प्रोलेप्स व मूत्रीय तनाव असंयमन (Stress incontinence of urine) की रोकथाम।

(ii) **विधि-** अधिकांश माताएँ सूतिकावस्था के पहले दिन से ही चलने योग्य रहती हैं। स्वास्थ्य शिक्षा के प्रोग्राम के साथ ही अच्छी स्थिति (Good posture) एवम् पुनः ठीक होने के लिए व्यायाम करवाना आरम्भ करना चाहिए। जो स्त्रियाँ बिस्तर में ही रहती हैं उनके लिए बिस्तर में ही गहरी श्वसन क्रिया व्यायाम लाभकारी होते हैं। वीनस थ्रोम्बोसिस की रोकथाम के लिए घुटनों को ऊपर उठाना एवम् नीचे करना, टखनों को मोड़ना और घुमाना, पांव की अँगुलियों को मोड़ना तथा फैलाना दिन में कई बार करना चाहिए।

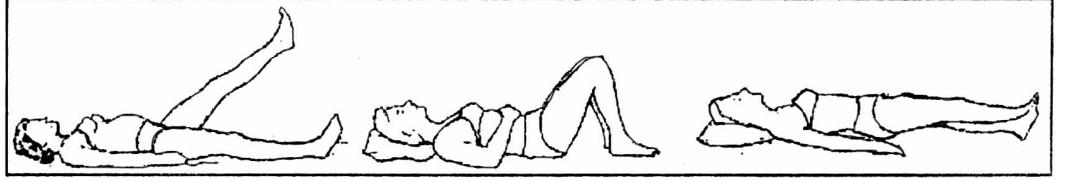
रुचि पैदा करने और बनाये रखने के लिए सिर्फ शारीरिक व्यायाम करने की अपेक्षा व्यायाम के साथ गृहकार्य एवम् शिशु की देखभाल सम्बन्धी कार्य भी होना चाहिए।

न चलने योग्य माताओं के लिए प्रसवपश्चात् व्यायाम में सभी हलचलें धीरे-धीरे, सरलता एवम् नियमितता से होनी चाहिए। प्रसव के एक दिन बाद गहरी श्वसन क्रिया आरम्भ करनी चाहिए।

(iii) श्रोणि की निचली सतह के लिए व्यायाम :

श्रोणि की निचली सतह की पेशीय शक्ति लाने के लिए स्त्री को कहा जाता है कि वह श्रोणि की निचली सतह को इस प्रकार कसे जैसे कि उसे मूत्रत्याग व मलत्याग को रोकना पड़ रहा हो व फिर धीरे-धीरे ढीला छोड़ना चाहिए। यह क्रिया दिन में कई बार करनी चाहिए।

(iv) उदरीय-पेशियों की शक्ति पुनः प्राप्त करने हेतु व्यायाम : महिला को घुटने मोड़कर बिस्तर पर कमर के बल लेटने को कहा जाता है। उदरीय पेशियों को क्रमशः कसा व ढीला छोड़ने को कहा जाता है। यह क्रिया दिन में कई बार दोहराई जानी चाहिए।



(v) कमर की पेशीय- शक्ति पुनः प्राप्त करने हेतु व्यायाम : महिला को बिस्तर पर पेट के बल लेटने को कहा जाता है तथा सिर व कन्धों को धीरे-धीरे ऊपर व नीचे करवाया जाता है। यह क्रिया दिन में तीन से चार बार शुरू करके धीरे-धीरे बढ़ायी जाती है।

सूतिकावस्था के तीसरे दिन से पेशीय शक्ति बढ़ाने वाले व्यायाम शुरू कर सकते हैं।

गहरी श्वसन-क्रिया से रक्तपरिसंचरण बढ़ता है और वीनस थाम्बोसिस की जोखिम कम हो जाती है; इसे प्रत्येक व्यायाम के पूर्व करना चाहिए।

(घ) स्तनपान एवम् शिशु देखभाल

माता को निम्न बातें समझानी चाहिए

- माता के दूध से बढ़कर और कोई भी पोषण शिशु के लिए श्रेष्ठ नहीं है।
- माता का दूध शिशु की आवश्यकताओं और पाचन के अनुकूल होता है।
- जब यह बनता है तब कीटाणु रहित होता है; यह बिना हाथ लगाये शिशु तक सीधा जाता है।
- यह हमेशा ताजा रहता है और गाय के दूध की अपेक्षा इसमें गुर्दीय विलेय (Renal solute) कम रहते हैं।
- माता के दूध में सुरक्षात्मक एन्टिबॉडीज, एन्टि-वाइरल गुण एवम् विटामिन रहते हैं। माता के दूध में लैक्टोफेरिन (Lactoferrin) रहता है जिसका इ-कोलाई पर जीवाणु विरोधी प्रभाव होता है।
- स्तनपान करने वाले शिशुओं को अधिक मातृत्व प्यार मिलता है और जब उन्हें स्तन पर सटाकर रखा जाता है तब प्यार एवम् सुरक्षा महसूस होती है।
- माता का दूध पीने वाले शिशुओं में जीवन के प्रथम वर्ष के दौरान बहुत ही कम बीमारियां होती हैं।
- स्तनपान से हाइपोकैल्सीमिया (कैल्सियम की कमी) और दूध एलर्जी की जोखिम कम रहती है
- स्तनपान माता एवम् शिशु के स्नेहबन्धन में भी लाभकारी है।

- स्तनपान करवाने में कम कार्य करना पड़ता है दूध का परिवर्तन नहीं करना, बर्तनों को साफ नहीं करना, और न ही दूध को गरम करना पड़ता है । माता के दूध को तैयार करना आसान होता है परन्तु इसे खरीदना सम्भव नहीं है ।
- स्तनपान से डिम्बक्षरण (Ovulation) के पुनः शुरु होने में विलम्ब होता है इसलिए जनन की (Infertility) अवधि भी बढ़ सकती है ।
- स्तनों की सफाई के बारे में समझाना चाहिए ।
- स्तनपान करवाने से पूर्व शिशु की नाक या आँख से होने वाले किसी भी प्रकार का निष्कासन साफ किया जाता है, नेपकिन बदलना चाहिए और गाउन पर गंदगी नहीं रहनी चाहिए । इस प्रकार की बातों पर ध्यान देने से स्तन के संक्रमण की सम्भावना कम हो जाती है ।
- स्तनपान के सही तरीके के बारे में समझाना चाहिए ।
- शिशु को स्तनपान कराने के बाद हर बार उकार अवश्य दिलवानी चाहिए । (विस्तार से आगे दिया गया है ।)
- शिशु को स्नान करवाने का बर्तन स्टूल पर इस प्रकार रखा जाना चाहिए ताकि उसका किनारा घुटने के बराबर रहे ।
- शिशु रोग सम्बन्धी सामान्य सलाह देनी चाहिए व तकलीफ होने पर अस्पताल में अविलम्ब दिखाना चाहिए ।
- शिशु के टीकाकरण के बारे में बताना चाहिए व समय पर टीके लगवाने की सलाह देनी चाहिए।

(नोट : स्तनपान काल में माता के आहार हेतु COA III की इकाई-3 तथा COA I की इकाई-5 तथा शिशु देखभाल हेतु इसी अध्याय की इकाई-6 संदर्भित करें ।)

(य) परिवार नियोजन सलाह

माता-पिता को उनकी प्रजनन शक्ति (Fertility) का नियंत्रण करना चाहिए एवम् अपने परिवार को सीमित तथा शिशुओं के बीच कुछ अन्तर रखना चाहिए क्योंकि अनैच्छिक मातृत्व एवम् पैतृक स्थिति से कई समस्याएँ हो जाती हैं, उदाहरणार्थ-सामाजिक एवम् आर्थिक और साथ ही साथ शारीरिक एवम् भावनात्मक समस्याएँ । राष्ट्रीय परिवार नियोजन योजना के अन्तर्गत स्वास्थ्य अधिकारियों द्वारा परिवार नियोजन सम्बन्धी सलाह, चिकित्सकीय परीक्षण और गर्भनिरोधक साधन एवम् उपकरण दिये जाते हैं । यह सेवा सभी राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा अस्पतालों एवम् परिवार नियोजन निदान गृहों में मुफ्त दी जाती है ।

प्रसवपश्चात छुट्टी करने से पूर्व परीक्षण के दौरान गर्भनिरोधन के प्रश्न पर चर्चा करनी चाहिए व स्त्री को तीन सप्ताह में अपने फेमिली डॉक्टर के पास या निकट के परिवार नियोजन केन्द्र में जाने की सलाह देनी चाहिए ।

समय : दुग्धपान नहीं कराने वाली माताओं को गर्भनिरोधक साधन डिलीवरी के तीन सप्ताह बाद इस्तेमाल करना शुरू कर देना चाहिए ।

दूध पिलाने वाली माता को डिलीवरी के डेढ माह बाद गर्भनिरोधक साधन इस्तेमाल शुरू करने चाहिए ।

- गर्भनिरोधक साधन का चुनाव निम्न बिन्दुओं पर निर्भर करता है-
 - स्तनपान का सार

- स्त्री का स्वास्थ्य
- बच्चों की संख्या

कुछ गर्भनिरोधक साधन निम्न प्रकार हैं :

- अन्तर्गर्भाशयिक गर्भनिरोधक साधन (I.U.C.D.)-** विकासशील देशों में जनसंख्या वृद्धि का नियंत्रण करने के लिए इस विधि के अत्यधिक लाभ हैं । प्रसव के छः सप्ताह बाद चिकित्सकीय सलाह से कॉपर टी लगायी जा सकती है । यह सरकार द्वारा मुफ्त उपलब्ध है।
- गर्भनिरोधक गोलियाँ** - ये चिकित्सकीय सलाह से लेनी चाहिए । दूध नहीं पिलाने वाली माता को संयुक्त इस्ट्रॉजन व प्रोजेस्टोजन डिलीवरी के तीन सप्ताह बाद शुरू की जा सकती है । यह भी सरकार द्वारा मुफ्त उपलब्ध है । दूध पिलाने वाली माता को सिर्फ प्रोजेस्टोजन गोलियाँ दी जाती है ताकि दुग्धक्षरण में बाधा न हो ।
- इन्जेक्शन द्वारा दिये जाने वाले गर्भनिरोधक (Injectable contraceptive)** - डिप्रो-प्रोवेरा (Depoprovera) (मेड्रोक्सी-प्रोजेस्टोन एसिटेट) का उपयोग 70 से अधिक देशों में किया जाता है । यह इन्जेक्शन इन्ट्रामस्कुलर विधि से दिया जाता है और 12 सप्ताह तक प्रभावकारी होता है । यह दूध पिलाने वाली माता को डिलीवरी के छः सप्ताह बाद व दूध नहीं पिलाने वाली माता को डिलीवरी के तीन सप्ताह बाद आरम्भ किया जा सकता है ।
(नोट - गर्भनिरोधक साधनों के बारे में विस्तृत जानकारी COA-III की परिवार कल्याण एवं नियोजन" इकाई में दी गई है ।)

(र) प्रसव पश्चात परीक्षण - छः सप्ताह बाद

अस्पताल से छुट्टी करते वक्त प्रसव के छः सप्ताह बाद माता एवम् शिशु के परीक्षण हेतु चिकित्सक को दिखाने की सलाह दी जानी चाहिए । प्रसव पश्चात परीक्षण व सलाह (Postnatal examination & Advice) का विस्तृत विवरण आगे के पृष्ठों में दिया गया है ।

(र) पति को सलाह

माता व शिशु की उचित देखभाल के लिए छुट्टी करते वक्त पति को परामर्श देना भी आवश्यक है । उसे शिशु की देखभाल के सम्बन्ध में प्रोत्साहन देना चाहिए । पति को समझाना चाहिए कि शिशु की वजह से गृह सम्बन्धी अव्यवस्था के प्रति नाराजगी प्रकट नहीं करनी चाहिए । उसे आवश्यकता होने पर गृह कार्य में सहायता करनी चाहिए । उसे यह निश्चित करना चाहिए कि माता को पर्याप्त आराम, नींद व अच्छा आहार प्राप्त हो । अतः पति को माँ एवम् शिशु के अच्छे स्वास्थ्य हेतु हमेशा सहानुभूति पूर्वक, स्नेहयुक्त देखभाल प्रदान करनी चाहिए ।

5.3.4 प्रसवोत्तर परीक्षण व प्रसवोत्तर देखभाल

प्रसव पश्चात देखभाल के अन्तर्गत माता एवम् शिशु का परीक्षण व इस दौरान माता को प्रदान की जाने वाली सलाह निहित है । प्रथम प्रसवपश्चात परीक्षण अस्पताल से छुट्टी करते समय किया जाता है व उचित परामर्श प्रदान किया जाता है जिसके बारे में आप विस्तार से पूर्व पृष्ठों में पढ़ चुके हैं । दूसरा रूटिन प्रसवपश्चात परीक्षण डिलीवरी के छः सप्ताह बाद किया जाता है ।

• प्रसव पश्चात देखभाल के उद्देश्य

- माता के स्वास्थ्य स्तर की जाँच व उपचार

- प्रसव के परिणामस्वरूप होने वाली किसी भी गाइनिकॉलोजिकल स्थिति के शीघ्र निदान व उपचार हेतु ।
- शिशु के स्वास्थ्य स्तर की जाँच; शिशु दुग्धपान से सम्बन्धित समस्याओं का निराकरण व टीकाकरण हेतु ।
- परिवार नियोजन मार्गदर्शन प्रदान करने हेतु ।

प्रसवपश्चात देखभाल (Postnatal Care) का निम्न बिन्दुओं के अन्तर्गत अध्ययन करेंगे -

- माता का परीक्षण व सलाह ।
- शिशु का परीक्षण

(i) **माता का परीक्षण** - निम्न बिन्दुओं के अन्तर्गत किया जाना चाहिए -

सामान्य शारीरिक परीक्षण-महिला का रक्तचाप, तापक्रम, नाड़ी की गति, खून की कमी के चिन्ह एवं स्तनों का परीक्षण किया जाता है । उदरीय व योनिमार्ग परीक्षण - प्रसव पश्चात देखभाल का मुख्य भाग है ।

सामान : विसंक्रमितग्लोब्ल्स स्वाब्स, स्वाबिंग घोल, एन्टिसेप्टिक क्रीम, स्पेकुलम, ट्रेसिंग फॉरसेप्स गर्भनिराधक साधन आदि ।

ऐसी स्त्रियाँ जिनको प्रि-एकलैम्पसिया हो चुका है, या जिनको क्षय रोग, हृदय बीमारी, एनीमिया या मूत्रीय मार्ग का संक्रमण है उनके लिए विशिष्ट फॉलोअप क्लिनिक निदानगृह की व्यवस्था की जानी चाहिए ।

महिला का उदरीय परीक्षण किया जाता है । उदरीय पेशियों की शक्ति नोट की जाती है । सरवाइकल फटने या कटाव (Erosion) मालूम करने के लिए स्पेकुलम परीक्षण किया जाता है । योनिमार्ग परीक्षण किया जाता है श्रोणि की निचली सतह की शक्ति नोट की जाती है । अन्तर्गर्भाशयिक गर्भनिरोधन (I.U.C.D.) लगाये जा सकते हैं ।

- **लेबोरेट्री जाँच** - हीमोग्लोबिन निर्धारण किया जाता है और यदि आवश्यक हो तो आयरन उपचार (Iron Therapy) शुरू किया जाता है । गर्भावस्था के दौरान यदि मूत्रीय संक्रमण हो चुका है तो जीवाणु परीक्षण के लिए मध्य प्रवाह का मूत्र नमूना (Mid Stream Urine Sample) लिया जाता है ।
- **माता को सलाह** - माता का स्वास्थ्य सही पाये जाने पर पुनः काम पर लौटने की इजाजत दी जा सकती है ।

प्रसवपश्चात् व्यायाम अगले 4 से 6 सप्ताह, और की जाने की सलाह दी जानी चाहिए । परिवार नियोजन सम्बन्धी मार्गदर्शन देना चाहिए तथा गर्भनिरोधक साधन के इस्तेमाल के लिए प्रोत्साहन देना चाहिए ।

(ii) **शिशु का परीक्षण व सलाह** - शिशु का परीक्षण शिशु रोग विशेषज्ञ द्वारा किया जाना चाहिए। अतः प्रसवपश्चात् इकाई (Postpartum unit) के साथ एक बेबी क्लिनिक का होना भी जरूरी होता है । शिशु के स्वास्थ्य की जाँच की जाती है । शिशु की शारीरिक व मानसिक वृद्धि को परखा जाता है । शिशुओं को होने वाली बीमारियों की रोकथाम के बारे में बताया जाता है तथा उपचार किया जाता है । शिशु का टीकाकरण किया जाता है ।

(नोट इसी अध्याय की इकाई 6 संदर्भित करें ।)

5.3.5 प्रसव पश्चात् शिकायतें एवम् प्रबन्ध

1. अनियमित योनिमार्ग रक्तस्त्राव
2. सफेद रक्त स्त्राव
3. सरवाइकल इरोजन
4. कमरदर्द
5. रिट्रोवरशन
6. गर्भाशय का प्रोलेप्स
7. तनाव मूत्रीय असंयमन
8. मूत्रीय-मार्ग संक्रमण

1. अनियमित योनिमार्ग रक्तस्त्राव (Irregular Vaginal Bleeding)

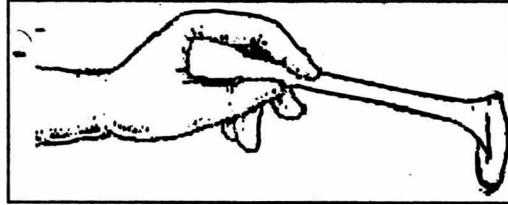
प्रसव के चार से छः सप्ताह बाद अनियमित व अधिक रक्तस्त्राव की शिकायत हो सकती है । यह प्रायः डिलीवरी के पश्चात् पहली माहवारी होती है, विशेषतौर पर दुग्धपान नहीं कराने वाली माताओं में, एवम् साधारणतया महिला को दिलासा देना ही पर्याप्त होता है । यदि स्त्री को डिलीवरी के बाद से लगातार रक्तस्त्राव रहता है तब यह गर्भाशय में रूके हुए पदार्थों के कारण हो सकता है। ऐसी अवस्था में चिकित्सकीय सलाह के अनुसार जाँच (सोनोग्राफी इत्यादि) की आवश्यकता होती है व जरूरत होने पर सफाई (D & C) की जाती है ।

2. सफेदस्त्राव (Leukorrhoea)

योनिमार्ग से अत्यधिक सफेद स्त्राव निम्न कारणों से हो सकता है.

- योनिमार्ग संक्रमण (Vaginitis)
- सर्विक्स संक्रमण (Cervicitis)
- गर्भाशय का आंशिक प्रत्यावर्तन (Subinvolution of uterus)

- प्रबन्ध-चिकित्सकीय परीक्षण किया जाता है तथा सरवाइकल स्मीअर (Cervical smear) लिया जाता है ।



निदान के अनुसार समुचित उपचार किया जाता है ।

3. सरवाइकल इरोजन (Cervical erosion)

गर्भावस्था में हार्मोन के कारण सरवाइकल इरोजन हो सकता है । यह प्रायः प्रसव होने के बाद, बारह सप्ताह में अपने आप ठीक हो जाता है । यदि घृणास्पद दुर्गन्ध के साथ सरवाइकल इरोजन होता है अथवा प्रसव के बारह सप्ताह बाद भी रहता है तब कॉटराइजेशन (Cauterization) किया जाता है । योनिमार्ग से निष्कासन, संक्रमण या सरवाइकल इरोजन के कारण हो सकता है ।

4. कमरदर्द (Bachache)

कुपोषित, अत्यधिक कार्य करने वाली बहुप्रसूता स्त्रियों में, जिनकी पेशियाँ शिथिल रहती हैं एवम् जो जल्दी थक जाती हैं, यह एक आम शिकायत है। इसका उपचार (जो आसानी से नहीं किया जा सकता) अच्छा भोजन, आराम एवम् ताजी हवा है।

सेक्रो-इलिअक लिगामेन्ट्स (Scaroiliac Ligaments) के शिथिल होने के कारण सेक्रो-इलिअक तनाव से गम्भीर कमर दर्द होता है जो बहुधा फिजियोथेरेपी द्वारा ठीक हो जाता है, उदाहरणार्थ - रेडियन्ट ऊष्मा, उपचार हेतु व्यायाम, गलत स्थिति को ठीक करना आदि।

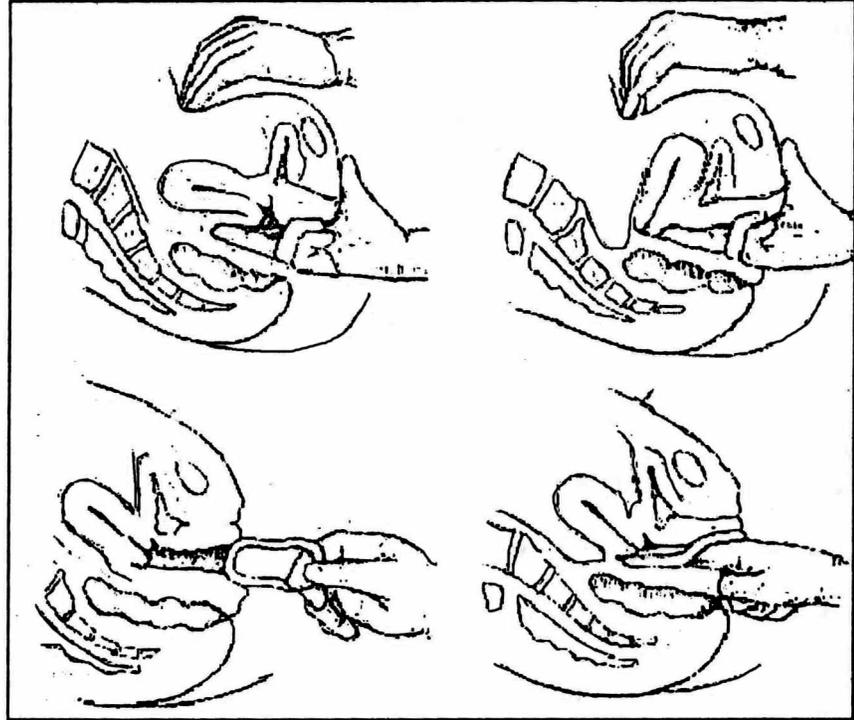
सहारा देने वाली अनुकूल बेल्ट कभी-कभी लगाने की सलाह दी जाती है परन्तु अस्थि-रोग विशेषज्ञ की सलाह लेना आवश्यक होता है। वर्तमान में लम्बो-सेकल कमर दर्द का कारण श्रोणीय स्थितियाँ नहीं मानी जाती हैं।

5. रिट्रोवरशन (Retroversion)

रिट्रोवरशन के कारण कभी-कभी कमर दर्द हो सकता है। यदि रिट्रोवरशन के साथ आंशिक प्रत्यावर्तन (Subinvolution) व अन्य लक्षण हैं तब रिट्रोवरशन को सही करके पैसेरी लगायी जाती है व इसे लगभग दो माह तक रखा जाता है।

6. गर्भाशय का प्रोलेप्स (Uterina prolapse)

गर्भाशय का प्रोलेप्स, सिस्टोसिल (Cystocele) व रेक्टोसिल (Rectocele) प्रायः इस समय देखे जा सकते हैं। प्रारम्भिक अवस्था में उपचार हेतु श्रोणीय व्यायाम (Pelvic floor Exercise) बताये जाते हैं। गर्भाशय का प्रोलेप्स अधिक होने पर ऑपरेशन द्वारा इलाज किया जाता है। ऑपरेशन डिलीवरी के तीन माह बाद कभी भी कराया जा सकता है।



चित्र : रिट्रोवरशन में पाएसरी लगाना

7. तनाव मूत्रीय असंयमन (Stress incontinence)

तनाव मूत्रीय मार्ग असंयमन प्रायः श्रोणि की निचली सतह की शिथिलता एवम् सिस्टोसिल से सम्बन्धित रहता है । चिकित्सकीय सलाह के अनुसार उपचार कराना चाहिए ।

8. मूत्रीय-मार्ग संक्रमण (Urinary tract infection)

मूत्रीय मार्ग की स्थितियां जैसे कि बारम्बारता, त्वरितता, मूत्रकष्ट; यदि संक्रमण के कारण हैं तो एन्टिबायोटिक देने से ये ठीक हो जाती हैं । लक्षणों के बराबर बने रहने पर स्त्री को उपचार हेतु मूत्रीय-रोग विभाग में भेजा जाता है ।

5.4 प्रसवोत्तर जटिलताएँ व स्तन देखभाल

5.4.1 प्रसवोत्तर जटिलताएँ

सूतिकावस्था की जटिलताएँ (Complications of puerperium) निम्न बिन्दुओं के अन्तर्गत वर्णित की गई है :

- सूतिकावस्था संक्रमण
- जननागों के अलावा अन्य संक्रमण
 - मूत्रीय मार्ग संक्रमण
 - श्वसनीय संक्रमण
 - स्तन के संक्रमण
- शिरीय थ्रोम्बोसिस
- फेफड़ों का थ्रोम्बोएम्बोलिज्म
- सूतिकावस्था रक्तस्राव
- मूत्रीय असंयमन
- वेसिको-वैजाइनल फिस्च्यूला
- मनोविकार
- सूतिकावस्था के दौरान होने वाले मनोरोग

1. सूतिकावस्था संक्रमण (Puerperal sepsis) -

(क) सूतिकावस्था संक्रमण की परिभाषा :

सूतिकावस्था संक्रमण जीवाणुओं द्वारा जनन मार्ग का संक्रमण है जो गर्भपात या शिशु जन्म के बाद 14 से 21 दिनों में होता है । एन्टिबायोटिक आने के बाद सूतिकावस्था संक्रमण से मात-मृत्यु दर कम हो चुकी है ।

(ख) सूतिकावस्था संक्रमण के कारण :

- हीमोलाइटिकस स्ट्रेप्टोकोकस ग्रुप ए (haemolyticus streptococcus group A) : यह नाक तथा गले में सामान्यतया रहता है । अभी भी सूतिकावस्था में स्त्री के लिए खतरनाक है क्योंकि यह जीवाणु रक्त-प्रवाह में शीघ्र प्रवेश करने लायक होता है ।
- स्टेफिलोकोकल संक्रमण (Staphylococcal) स्थानिक होता है परन्तु गर्भस्थ शिशु में सेप्टिसीमिया (Septicaemia) हो सकता है ।
- क्लोस्ट्रिडियम वेल्वाइ (Clostridium welchi) : योनिमार्ग में कभी-कभी पाया जाता है और ये चोट लगे हुए एवम् क्षतिग्रस्त ऊतक में इकट्ठे हो जाते हैं तथा सेप्टिसीमिया पैदा कर देते हैं ।

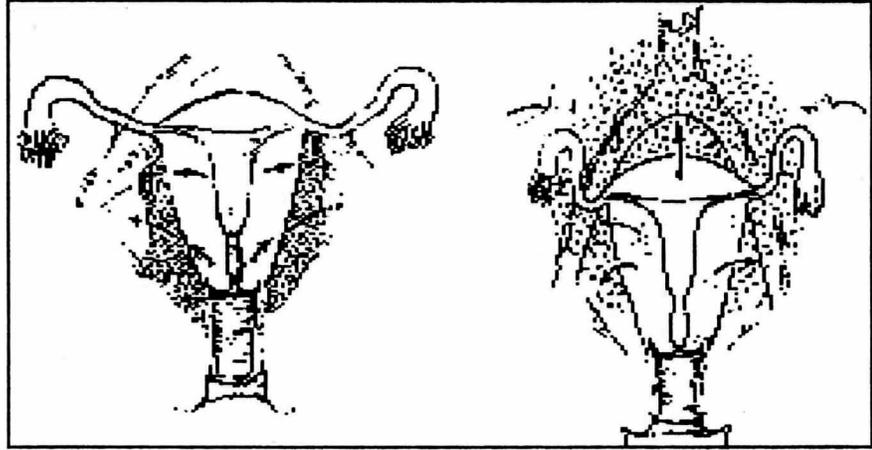
- एस्चीरिया कोलाइ (Escheria coli) इस जीवाणु द्वारा जननमार्ग का संक्रमण प्रायः गर्भाशय तक ही सीमित रहता है और इससे दुर्गन्धमय सूतिकास्त्राव होने लगता है । कभी-कभी सेप्टिसीमिया हो जाता है ।

(ग) सूतिकावस्था संक्रमण का नियंत्रण :

- अच्छी तरह से मास्क पहनना ।
- हाथों को धोने के बाद अच्छी तरह से पौछना ।
- अधिक सावधानीपूर्वक घरेलू स्वच्छता ।
- ताजी हवा ।
- धूल नियंत्रण की आधुनिक विधियां ।
- उपयुक्त एवं कठोर प्रासविक ऐसेप्टिक एवम् ऐन्टिसेप्टिक तकनीकें ।

(घ) स्थानिक गर्भाशयिक संक्रमण (Local uterine infection) :

- तापक्रम धीरे-धीरे बढ़ता है ।
- नाड़ी की गति 90 से अधिक एवं कभी-कभी 120 से अधिक हो जाती है ।
- सूतिकास्त्राव अत्यधिक, भूरा एवं दुर्गन्धमय होता है और इसमें बहुधा कोरिऑन के टुकड़े रहते हैं।
- गर्भाशय बड़ा (आंशिक प्रत्यावर्तन), मुलायम एवं स्पर्श करने से संवेदनशील रहता है ।
- स्त्री सिरदर्द एवं साधारण अस्वस्थता की शिकायत कर सकती है ।
- ऐन्टिबायोटिक के शीघ्र उपचार से यह स्थिति प्रायः तीन या चार दिन में ठीक हो जाती है ।
- स्थानिक गर्भाशयिक संक्रमण (Local Uterine Infection) का फैलाव : सूतिकावस्था फेलोपियन ट्यूब, ब्रोड-लीगमेन्ट, पेरिटोनियम आदि में फैल सकता है । इससे पेल्विक कैविटी में मवाद (Pelvic Abscess) भी हो सकता है।



चित्र : संक्रमण का फैलाव

(य) सामान्य या रक्त-प्रवाह संक्रमण (General or Blood Stream Infection)

- सेप्टिसीमिया :
- तापक्रम शीघ्रता से बढ़ जाता है ।

- गम्भीर मामलों में नाड़ी की गति 140 या 160 हो सकती है और यह स्त्री की स्थिति के बारे में अच्छी बढी हुई नाड़ी की गति के साथ तापक्रम में कमी होना सुधार होने के चिन्ह नहीं है।
- सूतिकास्त्राव कभी-कभी पीला एवं थोड़ा रहता है, इसमें दुर्गन्ध भी हो सकती है
- एनीमिया के कारण सफेदपन और अधिक बढ़ जाता है ।
- उल्टियों लगातार हो सकती हैं और कभी-कभी कष्टप्रद दस्त होने लगते हैं ।
- भूख में कमी एवं अनिद्रा बहुधा रहती है, सामान्यतः सन्निपात (Delirium) भी हो सकता है।

(र) सूतिकावस्था संक्रमण (Puerperal Sepsis) का प्रबन्ध :

(i) सूतिकावस्था संक्रमण की जाँच :

प्रसव एवं प्रसूति का प्रकार और योनिमार्ग में किये गये किसी भी प्रकार के हस्तक्षेप को नोट किया जाता है । तापक्रम एवं नाड़ी की गति का चार्ट ध्यान से देखा जाता है । संक्रमण के चिन्हों के लिए स्तन, वक्षस्थल, गला और पैरों का परीक्षण किया जाता है । उदर, सूतिकास्त्राव एवं योनि का परीक्षण किया जाता है । संवर्द्धन (Culture) के लिए एन्डोसर्वाइकल स्वाब, मूत्र का मध्य-प्रवाह नमूना, नाक एवं गले के स्वाब्स और कुछ मामलों में रक्त संवर्द्धन के लिए रक्त लिया जाता है । एन्टिबायोटिक्स के प्रति जीवाणुओं की सुग्राहिता (Sensitivity) का परीक्षण किया जाता है । रक्त परीक्षण किया जाता है क्योंकि सूतिकावस्था संक्रमण में एनीमिया सामान्यतः होता है, जो कुछ जीवाणुओं और उनके विष (Toxins) द्वारा लाल रक्ताणुओं के हीमोलाइसिस एवं रक्त-हानि के कारण होता है ।

(ii) चिकित्सकीय उपचार :

जैसे ही एन्डोसर्वाइकल स्वाब, गले का स्वाब और मूत्र का मध्य-प्रवाह नमूना प्राप्त कर लिया जाता है तब उपयुक्त एन्टिबायोटिक दी जाती है । यदि हीमोग्लोबिन कम हो तो रक्ताधान दिया जाता है । पेल्विक एस्तेस (Pelvic Abscess) होने पर शल्य चिकित्सा द्वारा उपचार किया जाता है ।

(iii) नर्सिंग देखभाल :

अच्छी नर्सिंग पूर्णरूप से आवश्यक होती है तथा जीवन बचाने का एक उपाय हो सकती है । द्रव संतुलन चार्ट रखा जाता है और बचे हुए मूत्र की जाँच करने के लिए मूत्राशय का प्रतिदिन धीरे-धीरे परिस्पर्शन (Palpation) एवं परिपथक (Percussion) करना चाहिए । गर्भाशयिक निकास अच्छी तरह से होने के लिए स्त्री को तकिए के सहारे, बैठी हुई स्थिति में रहने को कहा जाता है । प्रसूति विज्ञान सहायिका की नर्सिंग देखभाल में महत्वपूर्ण भूमिका है । आहार अधिक कैलोरी युक्त, अधिक विटामिन युक्त और शीघ्र पचने वाला होना चाहिए । पर्याप्त प्रोटीन आवश्यक होते हैं । घाव के भरने एवं प्रतिरोधक शक्ति के लिए विटामिन C सहायक होता है ।

2. जननांगों के अलावा अन्य संक्रमण (Extragenital Infection)

(क) मूत्रीय मार्ग संक्रमण (Urinary Tract Infection)

सूतिकावस्था के दौरान अधिकांश मामलों में पाइलोनैफ्राइटिस (Pyelonephritis) हो जाती है परन्तु गर्भावस्था के दौरान प्रभावकारी उपचार होने से इस स्थिति की पुनरावृत्ति होने की रोकथाम में सहायता होती है ।

- उपचार - गर्भावस्था के दौरान दिए गए उपचार के समान ही रहता है ।
- रोगनिरोधन उपाय निम्नलिखित हैं :
 - एनीमिया की रोकथाम और कठिन प्रसव एवं कैथेटेराइजेशन से बचाना ।
 - मूत्रीय रुकावट का सक्रिय उपचार ।
 - उपयुक्त एन्टिबायोटिक ।

(ख) श्वसनीय संक्रमण (Respiratory Infections)

श्वसनीय संक्रमण एवं टोन्सिलाइटिस से सूतिकावस्था ज्वार हो सकता है । इसका उपचार चिकित्सकीय सलाह के आधार पर किया जाता है ।

(ग) स्तन के संक्रमण (Breast Infection) :

यह प्रायः अतिपूरित स्तन द्वारा दुग्ध की रुकावट (Stasis) के कारण होता है । स्तनों के अपूर्ण रूप से रिक्त होने, बुरी तरह से या लम्बे समय तक दुग्ध निकालने से, स्तनों के ऊतक की चोट से या स्तनाग्र में चीरे होने से जीवाणु प्रविष्ट हो सकते हैं ।

• चिन्ह एवं लक्षण :

- तापक्रम में शोध वृद्धि ।
- नाड़ी की गति तेज, स्तनों में कम्पित दर्द (Throbbing Pain)
- फैला हुआ सख्त लाल क्षेत्र
- साधारण अस्वस्थता के साथ सिरदर्द एवं कंपकपी

• उपचार

बेक्टीरिओलोजिकल परीक्षण के लिए दूध का नमूना भेजा जाता है । आरम्भिक लक्षणों को शीघ्र पहचानने और तुरन्त एन्टीबायोटिक देने से फोड़ा बनने की रोकथाम में सहायता होती है । स्तन व्रण (Breast Abscess) बनने पर उपचार शल्य-क्रिया विभाग में किया जाता है ।

3. शिरीय थ्रोम्बोसिस (Venous Thrombosis)

यह निम्न प्रकार के हो सकते हैं

- ऊपरी शिरा में थ्रोम्बोसिस (Superficial vein thrombosis)
- अन्दरूनी शिरा में थ्रोम्बोसिस (Deep vein thrombosis)

शिरीय थ्रोम्बोसिस में प्रायः पैरों की शिराओं में रक्त के थक्के बन जाते हैं ।

(क) सूतिका-स्त्रियों की थ्रोम्बोसिस के प्रति संवेदनशीलता :

- 28वें सप्ताह बाद रक्त का बढ़ा हुआ गाढ़ापन प्रायः प्रसव के दौरान निर्जलीकरण एवं रक्तस्त्राव के कारण अत्यधिक बढ़ जाता है ।
- शिराओं में रक्त की रुकावट : स्फिक्त शिराएँ (Varicose Veins) रुकावट को बढ़ावा देती हैं।
- शिराओं की दीवारों में परिवर्तन : ये स्फिक्त शिराओं या चोट के कारण हो सकते हैं।
- 35 वर्ष से अधिक उम्र व अधिक प्रसवावस्था।

(ख) रोगनिरोधन (Prophylaxis) :

• गर्भावस्था के दौरान :

थ्रोम्बो-एम्बोलिक विकारों से पीड़ित स्त्रियों में ईस्ट्रोजनयुक्त दवाईयाँ नहीं दी जाती हैं । गर्भावस्था के दौरान सभी स्त्रियों को अधिक व्यायाम करने की सलाह देनी चाहिए और अन्तिम अवधि के दौरान पैरों को लटकाकर नहीं बैठना चाहिए । अत्यधिक स्फिक्त शिराओं या

शिरिय अक्षमता (Vernous Insufficiency) वाली स्त्रियों को या तो एम्बोलिज्म-विरोधी लम्बे मौजे पहनना या क्रेप बेन्डेज लगानी चाहिए । जरूरत होने पर चिकित्सक द्वारा हिपेरिन दिया जा सकता है । गर्भावस्था के दौरान स्फित शिराओं का शल्य-क्रिया उपचार नहीं किया जाता है ।

• **प्रसव के दौरान :**

थकान, निर्जलीकरण एवं रक्तस्त्राव की रोकथाम एवं निम्नलिखित कारणों से पैरों पर चोट लगने से बचाव :

- जब लिथोटॉमी स्थिति में रखा जाता है तब टेबल के डंडों द्वारा बचाव से ट्रॉली पर बेहोश रची को घुमाने में ।
- पैरों पर चोट लगने से ।
- मूत्राशय के अत्यधिक फैलाव की रोकथाम करना जो बढ़े गर्भाशय के साथ इलिओ-फिमोरल शिरा के मुड़े हुए भाग पर दबाव पैदा कर देता है ।

• **सूतिकावस्था के दौरान :**

शिरिय रूकावट नहीं होने देने के लिए सभी स्त्रियों को जब वे बिस्तर में रहती हैं तब अधिक से अधिक पैरों की हलचल करने को कहना चाहिए । शीघ्र चलना-फिरना शुरू करने से थ्रोम्बोसिस कम हो जाता है । जिन रोगियों को सहायता की आवश्यकता होती है उन्हें सहायता प्रदान करके में चलने-फिरने के लिए प्रोत्साहित करना चाहिए । मात्र बैठने, अगतिशील और आरामदायक कुर्सी में पाँवों को लटकाकर बैठने के बजाय टखनों के व्यायाम, पैरों का ऊपर उठाकर रखना तथा बिस्तर पर पैरों की मुक्ता हलचल अधिक उपयोगी होती है। जिनमें गहरा शिरिय थ्रोम्बोसिस होने की जोखिम रहती है उन्हें प्रसूति के छः घण्टे बाद रोगनिरोधन के लिए हिपेरिन की कम खुराक, सबक्यूटेनिअस विधि से चिकित्सकीय सलाह के अनुसार दी जा सकती है ।

(ग) **निरीक्षण (Observation) :**

काफ (पिण्डलियों) या जाँघों के ऊपरी भाग में यदि स्थनिक दर्द या संवेदनशीलता होने पर डॉक्टर को सूचित करना चाहिए । सफल उपचार आरम्भिक निदान पर निर्भर रहता है ।

4. **फेफड़ों (फुफुसों) को थ्रोम्बोएम्बोलिज्म (Pulmonary Thrombembolism)**

पैरों या श्रोणि की शिराओं के थ्रोम्बस से रक्त के थक्के का एक टुकड़ा अलग हो जाता है एवं निम्न महाशिरा द्वारा हृदय के दाहिने भाग में फेफड़ों की धमनी (Pulmonary Artery) द्वारा फेफड़ों (फुफुसों) में चला जाता है ।

(क) **चिन्ह एवं लक्षण :**

छाती में दर्द, जो श्वसन क्रिया में रूकावट पैदा कर देता है, फेफड़ों के थ्रोम्बोएम्बोलिज्म का महत्वपूर्ण आरम्भिक लक्षण है । श्वांस फूलना सामान्य बात और करीब 40 प्रतिशत मामलों में रक्तयुक्त खाँसी (Haemoptysis) हो सकती है ।

एम्बोलस के आकार के अनुसार रोगी, कांतिहीन, श्वांस कष्ट से पीड़ित, पसीना, निम्न रक्तचाप आदि से और बैचेन हो सकता है । शक्तिपात, श्वसनीय विफलता और हृदय रूकावट भी हो सकती है । कभी-कभी कुछ ही क्षणों में मृत्यु हो जाती है । फेफड़ों के

थ्रोम्बोएम्बोलिज्म का निदान, नैदानिक आधार पर इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम (ECG) की सहायता से किया जाता है ।

(ख) उपचार :

चिकित्सकीय सहायता तुरन्त बुलानी चाहिए । स्त्री को अतिरिक्त तकिए और ऑक्सीजन दी जानी चाहिए । रोगी के रिश्तेदारों को इस गम्भीर बीमारी की सूचना देनी चाहिए । ड्रिप लगानी चाहिए । चिकित्सकीय परामर्श अनुसार हेपेरिन आदि दिए जाने चाहिए ।

5. सूतिकावस्था रक्तस्राव (Puerperal Haemorrhage)

[द्वितीयक प्रसवपश्चात् रक्तस्राव (Secondary Postpartum Haemorrhage)]

सूतिकावस्था के 24 वें घण्टे से छः सप्ताहों तक रक्तस्राव हो सकता है परन्तु सामान्यतया 10वें एवं 14वें दिन के बीच होता है । यह प्लेसेन्टा का टुकड़ा अन्दर रह जाने के कारण होता है जो गर्भाशयिक दीवार पर से निकल जाने के कारण बड़ी गर्भाशयिक रक्त गुहिकाओं को खुला कर देता है । (गर्भधारण के रूके हुए पदार्थों का पता लगाने के लिए अस्ट्रासोनोग्राफी का उपयोग किया जाता है ।) कुछ मामलों में गर्भधारण का कोई भी पदार्थ अन्दर रूका हुआ नहीं रहता है । रक्तस्राव, विषाक्तता से सम्बन्धित भी हो सकता है और नहीं भी । निरन्तर लाल सूतिकास्राव होना एक चेतावनी चिन्ह है ।

गम्भीर रक्तस्राव प्रायः सहखण्डी प्लेसेन्टा या प्लेसेन्टा के बड़ी कोटीलिडन को उपस्थिति के कारण होता है । यदि गम्भीर रक्तस्राव नियंत्रित नहीं हो पाता है तो कभी-कभी हिस्टेरेक्टॉमी (Hysterectomy) करनी पड़ जाती है ।

• गम्भीर रक्तस्राव का आपातकालीन स्थिति में प्राथमिक उपचार

ऐसी स्थिति में गर्भाशय की मालिश करना, थक्का बाहर निकालना व तुरन्त चिकित्सकीय सहायता प्राप्त करनी चाहिए । एगोमेट्रिन 0.5 मिग्रा. या सिन्दोमेट्रिन 1 मिली. इन्ट्राविनस विधि से दिया जा सकता है । गम्भीर रक्तस्राव के बने रहने पर गर्भाशय का द्विहस्त दबाव (Bimanual Compression) किया जाना चाहिए ।

उपचार एवं रक्ताधान हेतु स्त्री को तुरन्त अस्पताल में स्थानान्तरित किया जाना चाहिए ।

6. मूत्रीय असंयमन (Incontinence of Urine)

विरोधाभासी असंयमन, मूत्रीय रूकावट के साथ अतिप्रवाह के कारण हो सकता है । बहुप्रसूता स्त्री, जिसकी श्रोणि की निचली सतह के ढीली होने एवं मूत्रीय छिद्र जो शिशु जन्म के बाद चौड़ा हो जाता है, के कारण तनाव असंयमन (Stress Incontinence) हो सकता है तथा सिस्टोसिल भी हो सकता है । इस प्रकार के मामलों में संयम पूर्ण रूप से नहीं रहता है और खाँसने, छींकने या अचानक कोई चीज उठाने के दौरान मूत्र बूँद-बूँद टपकने लगता है । यह स्थिति स्त्री का स्वास्थ्य ठीक होने पर कभी-कभी ठीक हो जाती है । पेशीय शक्ति बढ़ाने के लिए पौष्टिक आहार, आयरन एवं श्रोणि की निचली सतह का व्यायाम सहायक होता है । यदि असंयमन निरन्तर रहता है तो ऑपरेशन कराना जरूरी हो जाता है ।

7. वेसिको-वैजाइनल फिस्च्युला (Vesico- Varginal Fistula)

यह मूत्राशय एवं योनिमार्ग के बीच एक कृत्रिम छिद्र है । यह स्थिति उन देशों में विरले ही होती है, जहाँ अच्छी प्रासविक देखभाल उपलब्ध रहती है ।

जब असंयमन शिशु जन्म के तुरन्त बाद होता है तब प्रायः कठिन फॉरसेप्स फटने के कारण होता है । जब प्रसव के बाद पाँच या छः दिनों में असंयमन आरम्भ होता है तब यह मूत्राशय के चोट लगे हुए क्षेत्र पर से पपड़ी निकलने (Sloughing) के कारण होता है जो प्रसव के दौरान गर्भस्थ शिशु के सिर के निरन्तर दबाव से होता है । इस प्रकार की स्थिति नहीं होने देने के लिए सम्पूर्ण प्रसव में प्रत्येक दो घण्टे में मूत्राशय खाली करना चाहिए और लम्बा प्रसव नहीं होने देना चाहिए, विशेषतौर से द्वितीय अवस्था अधिक लम्बी नहीं होनी चाहिए।

- अन्दर रहने वाला कैथेटर (फोलीज कैथेटर) प्रविष्ट किया जाता है और 10 दिन तक या कुछ अधिक समय तक बन्द निकास के साथ जोड़कर अन्दर ही रहने दिया जाता है । तीन लीटर द्रव प्रतिदिन दिया जाता है, एन्टिबायोटिक भी दी जाती है । फिस्च्यूला (नासूर) प्रायः बिना ऑपरेशन के भी ठीक हो सकता है परन्तु यदि यह बना रहता है तो ऑपरेशन के लिए स्त्री को करीब आठ से दस सप्ताह बाद, जब उसका स्वास्थ्य ठीक हो, स्त्री रोग विभाग व यूरोलोजी विभाग में भेजना चाहिए ।

8. मनोविकार (Psychiatric Disorder)

ये करीब 1000 जन्म में से एक में होते हैं । सामान्यतया प्रथमगर्भा स्त्री में तथा गर्भावस्था, प्रसव, सूतिकावस्था के दौरान एवं बाद के वर्षों में भी हो सकते हैं । ऐसा कोई विशेष प्रकार का मनोविकार नहीं होता है जो सिर्फ शिशु धारण वाली स्त्रियों से ही सम्बन्धित हो ।

उत्तेजनशील स्वभाव वाली स्त्री में सामान्य गर्भावस्था एवं प्रसव से भी भावनात्मक तनाव हो सकता है और गम्भीर तनाव से ये मनोविकार और अधिक बढ़ जाते हैं, विशेषतौर से यदि उसका पारिवारिक विवरण मानसिक अस्थिरता का हो । परन्तु अधिकांश स्त्रियाँ, यदि अन्य सहायक पहलू नहीं होते हैं तो बिना मानसिक गड़बड़ी के, शिशु धारण अनुभव से गुजर जाती हैं । यदि स्त्री अपने गृहस्थ जीवन में सुखी है और उसे कोई गम्भीर मनमुटाव या चिन्ता नहीं होती है तो उसमें मनोविकार सम्बन्धी लक्षण पैदा होने की सम्भावना कम रहती है । असंतुलित व्यक्तित्व वाली स्त्री को जब अधिक अशांति का सामना करना पड़ता है तब उसमें मनोविकार होने की सम्भावना रहती है ।

• प्रसूति विज्ञान सहायिका की भूमिका :

- (i) गर्भावस्था के दौरान सभी रोगियों में शिशुधारण और शिशुपालन से सम्बन्धित पूर्ण विश्वास और शांत दृष्टिकोण के विचार मन में बिठाने चाहिए । प्रसूति विज्ञान सहायिका को स्त्री की गलतफहमी दूर करने में सहायता करनी चाहिए और उसकी घबराहट को समाप्त करने में मदद करनी चाहिए ।
- (ii) आरम्भिक चिन्हों को पहचानना और उदासीनता के मंद मामलों में सुरक्षात्मक देखभाल के सम्बन्ध के बारे में जानना चाहिए ।
- (iii) कुछ अधिक जोखिम वाले पहलू गर्भावस्था के दौरान व्यक्त हो सकते हैं जो सूतिकावस्था के दौरान स्त्री में उदासीनता पैदा होने की सम्भावना के संकेत हो सकते हैं । इस प्रकार के संकेतों के प्रति सचेत रहना चाहिए और इस बारे में डॉक्टर को सूचित करना चाहिए । ये निम्न हैं :
 - मानसिक बीमारी का पारिवारिक विवरण ।
 - सूतिकावस्था बीमारी में पूर्व में हुई उदासीनता ।

- गर्भावस्था की प्रथम तिमाही के दौरान होने वाली अत्यधिक चिन्ता ।
- (iv) **चौथे दिन होने वाली उदासी (Fourth Day Blues) के लिए सलाह और देना :** सूतिकावस्था के आरम्भिक दिनों के दौरान महसूस होने वाली भावनात्मक अवस्था को रूऑसापन और मंद उदासी कहते हैं, अतः इसे मनोविकार के रूप में नहीं मानना चाहिए । इसका कारण पूर्ण रूप से ज्ञात नहीं है और जब स्त्री प्रसव के भावनात्मक आघात से पीड़ित हो चुकी है एवं शिशु की देखभाल के प्रति चिन्तित हो सकती है तब यह अन्तः स्त्रावी असंतुलन, चयापचयी समायोजनता शारीरिक एवं मनोवैज्ञानिक अनुकूलन के कारण हो सकती है । स्तनों और पेरिनियल क्षेत्र में होने वाली तकलीफ भी उदासी की भावनाओं को बढ़ाती है । उदासी के करीब एक प्रतिशत मामलों में उदासीनता, चिन्ता और चिड़चिड़ेपन के साथ और भी गम्भीर हो सकती है । इस प्रकार के मामले सामान्य चिकित्सक द्वारा प्रायः सन्तोषजनक रूप से ठीक किये जा सकते हैं । जब उदासीनता असामान्य सोच विचार की प्रक्रियाओं अर्थात् भ्रान्तिपूर्ण विचार के कारण होती है तब आत्महत्या या नवजात शिशु की हत्या करने की जोखिम रहती है, ऐसे मामलों में मनोचिकित्सक द्वारा उपचार किया जाना आवश्यक है । जब उदासी होती है तब प्रसवपश्चात् अवधि में स्त्रियाँ व्याकुल हो सकती हैं । अतः माताओं को सलाह देनी चाहिए कि यह स्थिति सामान्य न क्षणिक है और कुछ दिनों में समक्ष हो जायेगी । पतियों को यह कहना चाहिए कि उनकी पत्नियों में अक्षमता की भावनाओं के साथ उदासी एवं रूऑसापन हो सकता है और उन्हें आशाप्रद, धैर्यवान और शिष्ट और सहयोगी रहने की सलाह दी जाती है ।
- (v) **उदासीनता (Depression) :** सूतिकावस्था के दौरान यह अत्यधिक रूप से होने वाला स्नायुरोग (Neurosis) है और यह उदासी (Blues) की अपेक्षा अधिक गम्भीर एवं निरन्तर रहने वाली स्थिति है।
 - चिन्ह एवं लक्षण :
 - अनिद्रा बिना किसी कारण के ।
 - असामान्य उदासीपन चिन्ता या चिड़चिड़ापन ।
 - शिशु की देखभाल करने की उसकी योग्यता के बारे में स्वयं का अत्यधिक शंकालुपन ।
 - स्वयं की निन्दा या अपराध-भावना के विचार ।
 - स्वयं या शिशु को नुकसान पहुँचाने वाले विचार ।
 - उपचार :

उपचार चिकित्सक द्वारा किया जाना चाहिए । माता को उसके शिशु के प्रति यदि कोई निराशावादी भावनाएँ हों तो इस बारे में बात करने के लिए प्रोत्साहित करना चाहिए । पति को विश्वास दिलाना चाहिए कि उपचार के तीन से छः सप्ताहों में अधिकांश स्त्रियाँ ठीक हो जाती हैं।
- 9. **सूतिकावस्था के दौरान होने वाले मनोरोग (Psychosis Occurring During Puerperium)**
ये गम्भीर विकार हैं जिनमें माता का सम्पर्क वास्तविकताओं से टूट जाता है ।
तीन मुख्य मनोविकार हैं :
 - शाइजोफ्रीनिया (Schizophrenia)
 - सनक उदासीनता मनोरोग (Manic Depressive Psychosis)

- आंगिक मनोरोग (Organic Psychosis)
इन मनोरोगों का उपचार मनोचिकित्सक द्वारा ही किया जाता है । माता की मनोदशा या व्यवहार से सम्बन्धित निरीक्षण को रिकॉर्ड करना चाहिए । जब निम्नलिखित लक्षण उपस्थित हो तब मनोरोग के आरम्भ होने की सम्भावना रहती है :
- अनिद्रा बिना किसी उचित कारण के ।
- मनोदशा की असामान्य अस्थिरता, उदाहरणार्थ अचानक उदासी और अनपेक्षित रूप से हँसना।
- अकारण आशंकाएँ और उत्पीड़क विचार ।
- मतिभ्रम ।
- चिड़चिड़ाहटपूर्ण व्यवहार या अत्यधिक बैचेनी और उल्लास ।
- माता और अपने शिशु को सम्हालने में बदला हुआ या विषम व्यवहार ।
- **प्रबन्ध :**
माता को मनोचिकित्सा इकाई में भर्ती किया जाता है । सूतिकावस्था की यदि कोई शारीरिक जटिलताएँ हो तो उनका निदान करके पर्याप्त रूप से उपचार किया जाता है । चिकित्सक द्वारा प्रशांतक दवाईयाँ (Tranquillisers) आदि दी जाती हैं ।
मनोरोग-विशेषज्ञ द्वारा उचित वातावरण में शीघ्र उपचार देने से पूर्ण रूप से ठीक होने की सम्भावना अत्यधिक रहती है । आवश्यक नर्सिंग देखभाल विशिष्ट रूप से की जानी चाहिए ।

5.4.2 स्तन देखभाल (Breast Care)

प्रसूति विज्ञान सहायिका को स्तनपान की तैयारी एवं सामान्य प्रबन्ध के बारे में स्त्री को सलाह देनी चाहिए । गर्भावस्था के दौरान भावी माता को स्तनपान के लाभ के बारे में बताना चाहिए व इस हेतु प्रोत्साहित करना चाहिए । स्तन एवं स्तनाग्रों का निरीक्षण किया जाना चाहिए । स्तनाग्र त्वचा की सतह के स्तर से नीचे भी हो सकते हैं और उनको ऊपर उठाने में बहुत तकलीफ महसूस होती है । कभी-कभी ये बिल्कुल चपटे होते हैं । (त्वचा की सतह के स्तर पर)



चित्र : अन्दर की ओर धँसे हुए स्तनाग्र

ऐसे केसेज में ब्रेस्ट पम्प (Breast Pump) का उपयोग किया जाता है ।

(क) स्तनपान का प्रबन्ध :

प्रसव-पश्चात् स्त्री को सलाह, सहायता, प्रोत्साहन और भावनात्मक सहारा देना चाहिए । स्वच्छता प्रथम आवश्यकता है । प्रत्येक माता को सलाह देनी चाहिए कि उनके नाखून छोटे और साफ हों और वह अपने स्तनाग्रों को बिना हाथ धोए न तो छुए और न ही पीछे । हर बार स्तनपान करवाने से पूर्व हाथ धोने चाहिए । स्पिरिट या एन्टिसेप्टिक का उपयोग नहीं

करना चाहिए, क्योंकि ये स्तनाग्र को शुष्क कर देते हैं और स्तनाग्र की एपिथीलियम को उत्तेजित करके फटने या कटन (Excoriation) करते हैं ।

साफ एवं सहारा देने वाली ब्रेसियेअर पहनना चाहिए ।

स्तनपान करवाने से पूर्व शिशु की नाक या आँख से होने वाले किसी भी प्रकार के निष्कासन को साफ किया जाता है, नेपकिन बदलना चाहिए और गाउन पर गंदगी नहीं लगनी चाहिए । इन सभी बातों का ध्यान रखने से स्तन के संक्रमण की सम्भावना कम हो जाती है ।

(ख) स्तनपान का तरीका :

पहला स्तन-पान (First Feed) : माता एवं शिशु आरामदायक स्थिति में होने चाहिए । शिशु के गाल का स्तन के साथ सम्पर्क होने से दूँढने की प्रक्रिया उत्तेजित होती है । माता सीधी बैठी हुई एवं सामने की ओर थोड़ा सा झुकी हुई रहती है और स्तन को उसकी हथेली से सहारा देकर स्तनाग्र को पहली दो अंगुलियों के बीच में रखती है । इस प्रकार वह स्तनाग्र को शिशु के मुँह की ओर निर्देशित करती है और स्तन को शिशु की नाक से दूर रखती है ।

(ग) स्तनाग्रों के फटने की रोकथाम :

गर्भावस्था के दौरान स्तनाग्रों को मजबूत बनाने का प्रयत्न करना चाहिए और घर्षण होने से भी बचना चाहिए ताकि वे स्तनपान के लिए तैयार हो सकें । स्तनाग्रों को ऊँगली एवं अँगूठे के बीच दबाकर मालिश की जाती है और आवश्यकतानुसार उनको बाहर की ओर खींचना चाहिए ।

स्तनपान कराते समय यह ध्यान रखना चाहिए कि शिशु ने ठीक तरह से स्तनाग्र मुँह में लिया है. ताकि स्तनाग्र पर उसके मसूड़ों से चोट न लगे । नाक साफ होना चाहिए, नहीं तो श्वास लेने के लिए शिशु स्तनाग्र छोड़ देता है और फिर बार-बार छोड़ता एवं पकड़ता है, इससे भी स्तनाग्र पर चोट लगती है ।

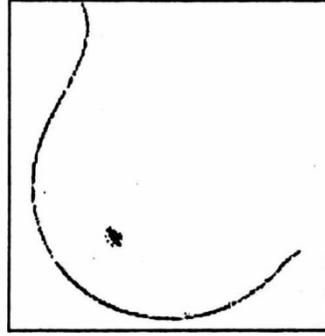
जब शिशु ने स्तनपान पूर्ण कर लिया हो तो उसे खींचना नहीं चाहिए, गाल दबाकर निचले जबड़े को नीचे की ओर दबाना चाहिए ताकि स्तनाग्र पर चोट न पहुँचे या फिर ऊपरी होठ का बाहरी किनारा उठाकर स्तनाग्र छुड़वाना चाहिए, नाक को पकड़ना खतरनाक रहता है । प्रत्येक बार स्तनपान के बाद स्तनाग्रों को अच्छी तरह से पोंछना चाहिए ।

(घ) डकार दिलवाना :

सभी शिशु स्तनपान करते वक्त हवा ग्रहण कर लेते हैं, जिस शिशु के मुँह को अच्छी तरह से स्तनाग्र पर नहीं लगाया जाता है या जो खाली स्तन अधिक समय तक चूसता रहता है वह भी हवा ग्रहण कर लेता है । डकार दिलवाने के लिए शिशु को छाती के बाँयी ओर सीधे पकड़कर रखा जाता है और पीठ पर धीरे-धीरे थपकियाँ लगायी जाती है तब थोड़ी सी हिलने की हलचल द्वारा आमाशय से हवा बाहर निकल जाती है, जैसे ही हवा बाहर निकलती है, शिशु को डकार आ जाती है ।

(ङ) अतिपूरित स्तन (Engorged Breast) :

यह स्थिति मामूली से गम्भीर हो सकती है एवं सामान्यतया सूतिकावस्था के तीसरे व पाँचवें दिन के बीच में होती है । शिरा एवं लसिकाओं के अतिपूरित होने से स्तन भारी एवं सख्त हो जाते हैं । पेशीय क्रियाविधि, जिसके द्वारा दूध का निष्कासन होता है, में बाधा हो जाती है ।



चित्र : स्तनों का अतिपूरित होना

• **उपचार :**

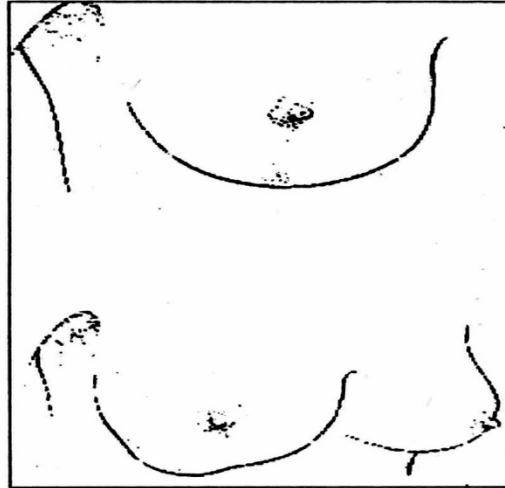
मामूली अतिपूरिता (Slight Engorgement) : स्तनपान करवाने से पूर्व स्तनों को गर्म पानी से धोना चाहिए और उनको स्तनाग्र की तरफ धीरे-धीरे सहलाना चाहिए । शिशु को स्तनपान करवाना चाहिए व बचे हुए दूध को बाहर निकालना चाहिए । सहारे युक्त तंग ब्रेसियेअर का उपयोग कीजिए।

• **गम्भीर अतिपूरिता (Severe Engorgement)**

यदि स्तन इतने सख्त, तने हुए एवं सूजे हुए हों कि स्तनाग्र चपटा हा जाता है और शिशु एरिऑला को भी नहीं पकड़ सकता है तो दूध हाथ से निकालकर उपयोग करना चाहिए । जैसे ही शिशु स्तनाग्र पकड़ लेता है उसे स्तनपान करवाना शुरू कर देना चाहिए एवं स्तन को मुलायम रखने का प्रयत्न करना चाहिए ।

(र) **फटे हुए स्तनाग्र :**

माता को समझाना चाहिए कि स्तनाग्रों में दर्द होने पर चिकित्सक को दिखाना चाहिए । आरम्भिक निदान एवं शीघ्र उपचार से फटे हुए स्तनाग्र जल्दी ठीक हो जाते हैं । शिशु को 24 घण्टों तक स्तनपान न करवाकर दूध हाथ से बाहर निकालना चाहिए । प्रत्येक छः घण्टों में 20 मिनट तक हवा में खुला रखने से फटे हुए स्तनाग्रों को ठीक होने में सहायता होती है।



चित्र : स्तनों का संक्रमित होना

(र) स्तन संक्रमण :

कभी-कभी फटे हुए स्तनाग्र तथा अतिपूरितस्तनों में स्तन संक्रमण हो जाता है । स्तन संक्रमण से स्तन में मवाद भी बन सकता है । ऐसी स्थिति में तुरन्त चिकित्सक द्वारा उपचार करवाना चाहिए ।

5.5 सारांश

प्रसवोत्तर उचित देखभाल न होने के कारण हमारे देश में अनेक माताओं की मृत्यु इस दौरान हो जाती है । इस इकाई में आप प्रसवोत्तर देखभाल (Postnatal Care) से सम्बन्धित विस्तृत जानकारी विभिन्न बिन्दुओं के अन्तर्गत कर चुके हैं । इनमें मुख्य हैं: सूतिकावस्था व प्रसवोत्तर सामान्य परिवर्तन, सूतिकावस्था का प्रबन्ध, प्रसवोत्तर परीक्षण, प्रसवोत्तर देखभाल, प्रसवोत्तर जटिलताएँ व स्तन देखभाल इत्यादि ।

इस इकाई के अध्ययन के पश्चात् प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रजनन स्वास्थ्य के महत्वपूर्ण भाग प्रसवोत्तर देखभाल में अपनी भूमिका सार्थक रूप से निभा सके, यही इस इकाई का अभीष्ट है ।

5.6 प्रश्न

1. सूतिकावस्था क्या है? प्रसवोत्तर गर्भाशय व अन्य जननेन्द्रिय संस्थानों के अवयवों का प्रत्यावर्तन क्या होता है?
2. सूतिकास्त्राव के बारे में विस्तार से लिखिए। इसके निरीक्षण का क्या महत्व है?
3. प्रसवोत्तर सामान्य शरीर क्रियात्मक व मानसिक परिवर्तन क्या हैं? प्रसवोत्तर रजोधर्म व डिम्बक्षरण कब पुनः प्रारम्भ होते हैं?
4. प्रसवोत्तर स्तन परिवर्तन व दुग्धक्षरण के बार में लिखिए।
5. सामान्य सूतिकावस्था का प्रबन्ध किस प्रकार करेंगे?
6. प्रसव पश्चात् लघुविकार क्या हैं? उनका प्रबन्ध किस प्रकार करेंगे?
7. प्रसव पश्चात् छुट्टी करते समय क्या परीक्षण करना चाहिए तथा क्या सलाह प्रदान करनी चाहिए? प्रसव पश्चात व्यायाम के क्या लाभ हैं?
8. प्रसवोत्तर परीक्षण व देखभाल किस प्रकार करेंगे? प्रसव पश्चात सामान्य शिकायतें क्या हैं व उनका प्रबन्ध किस प्रकार करेंगे?
9. प्रसवोत्तर जटिलताएँ क्या हैं? सूतिकावस्था संक्रमण के बारे में विस्तार से बताइये।
10. शिरीय थ्रीम्बोसिस क्या है? इसका रोगनिरोधन किस प्रकार करेंगे?
11. स्तन देखभाल हेतु महिला को क्या बतायेंगे? फटे हुए स्तनाग्र की रोकथाम व अतिपूरित स्तनों का उपचार किस प्रकार किया जाता है?

इकाई-6 बाल स्वास्थ्य (शिशु स्वास्थ्य के संदर्भ में)

इकाई की रूपरेखा

- 6.0 प्रस्तावना
- 6.1 उद्देश्य
- 6.2 नवजात की तत्काल देखभाल
 - 6.2.1 विशेष ध्यान देन योग्य बातें
 - 6.2.2 नवजात की नाल की देखभाल
 - 6.2.3 खतरे के चिन्ह
- 6.3 नवजात का तापक्रम बनाये रखना
 - 6.3.1 कंगारू केअर
- 6.4 सामान्य स्वास्थ्य परीक्षण
 - 6.4.1 नवजात शिशु का प्रारम्भिक परीक्षण
 - 6.4.2 नवजात के विषय में कुछ महत्वपूर्ण तथ्य
 - 6.4.3 बच्चों का आवधिक परीक्षण
 - 6.4.4 शिशु का वजन लेना
- 6.5 जन्मजात विकृतियां / विकार
- 6.6 विकार सूचक चिन्ह (Developmental Milestones)
 - 6.6.1 विकास चार्ट
- 6.7 पोषण सम्बन्धी आवश्यकताएं : स्तनपान एवं अपस्तनन
 - 6.7.1 मां का दूध ही क्यों?
 - 6.7.2 अपस्तनन एवं पूरक आहार
- 6.8 टीकाकरण
 - 6.8.1 टीकाकरण सम्बन्धी कुछ बिन्दु
- 6.9 स्वस्थ शिशु क्लिनिक
- 6.10 जन्म रिपोर्ट एवं अन्य रिकॉर्ड
- 8.12 शिशु स्वास्थ्य के कुछ महत्वपूर्ण मंत्र
 - 6.1.2 सारांश
- 6.13 प्रश्न

6.0 प्रस्तावना

किसी भी देश के स्वास्थ्य स्तर की जानकारी में मात एवं शिशु स्वास्थ्य सम्बन्धी संकेतकों की प्रमुख भूमिका होती है। हमारे देश में शिशु मृत्यु दर (In Fant Mortality Rare-IMR), अन्य विकसित देशों की तुलना में काफी अधिक है। देश की जनसंख्या के महत्वपूर्ण घटक एवं भावी नागरिकों के स्वास्थ्य की रक्षा करना हम सभी का उत्तदायित्व है। इन्हीं उद्देश्यों के दृष्टिगत प्रस्तुत इकाई में शिशु एवं बाल स्वास्थ्य की सुरक्षा तथा सम्बर्धन हेतु अध्ययन सामग्री वर्णित की

गई है। प्रसूति विज्ञान सहायिका को अपने क्षेत्र की बाल जनसंख्या के स्वास्थ्य के विषय में जानकारी प्रदान करना इस इकाई का मुख्य प्रयोजन है।

6.1 उद्देश्य

इस इकाई के अध्ययन के पश्चात् प्रसूति विज्ञान सहायिका निम्न के विषय में जानकारी प्राप्त करेगी तथा सम्बन्धित प्रश्नों का उत्तर दे सकेगी

1. जन्म के समय नवजात शिशु की देखभाल एवम् उन्हें कृत्रिम श्वसन देने में सक्षम होना।
 2. जन्म पश्चात् नवजात का तापमान बनाये रखने का महत्व और तरीका सीखना तापमान बनाये रखने में दक्षता प्राप्त करना।
 3. नवजात का सामान्य परीक्षण, विकृतियों की पहचान, श्वसन की देखभाल करना।
 4. नवजात में सामान्य समस्याएं- संक्रमण, कम वजन, पीलिया आदि की पहचान करना।
 5. शिशु पोषण की जानकारी. स्तनपान, कृत्रिम (पूरक) आहार इत्यादि की जानकारी प्राप्त करना।
 6. सामान्य टीकाकरण तालिका, टीकों के सामान्य दुकभाव की जानकारी प्राप्त करना।
 7. स्वस्थ शिशु क्लिनिक का गठन एवं रिकॉर्ड की देखभाल जानना।
-

6.2 नवजात की तत्काल देखभाल

जन्म से लेकर 28 दिन अथवा एक माह के समय को नवजात समय (New Natal Period) कहा जाता है। हमारे देश में नवजात की देखभाल अभी उच्चस्तरीय नहीं है। और इसी कारण शिशु मृत्युदर करीब 63/1000 (सन् 2002) बनी हुई है। माँ के गर्भ से बाहर आने की जीवन की सबसे छोटी यात्रा, सबसे जोखिम भरी है। माँ के शरीर में उपयुक्त वातावरण में पल रहे नवजात शिशु का संकीर्ण से, अधियारा रास्ते में से निकलना प्रकृति का करिश्मा ही कहा जा सकता है।

साधारणतः पहले सिर बाहर निकलता है, सर निकलते ही इससे पहले कीचड़ बाहर आये हमें तुरन्त म्यूक्स एक्सट्रेक्टर से शिशु के मुँह में भरा पानी साफ करना चाहिये। उसे तुरन्त एक गर्म किये कपड़े में संभाले, साफ करें, (कपड़े से पोछें) और दूसरे स्वच्छ कपड़े में लपेटें।

शिशु को हीटर, 100 वाट के बल अथवा रेडियन्ट हीटर के नीचे रखें। गर्मी के स्रोत की दूरी शिशु से करीब 18 इंच होनी चाहिये। देखें कि शिशु रो रहा है अथवा सामान्य श्वांस ले रहा है, उसका रंग गुलाबी है और दिल की धड़न 100 अथवा उससे ऊपर चल रही है। ऐसी स्थिति में उसे साफ करें, नाल को नवीन ब्लेड अथवा स्टरलाइजर (कीटाणु रहित) कैची से काटें और धागे अथवा कार्ड क्लेप से बांधें।

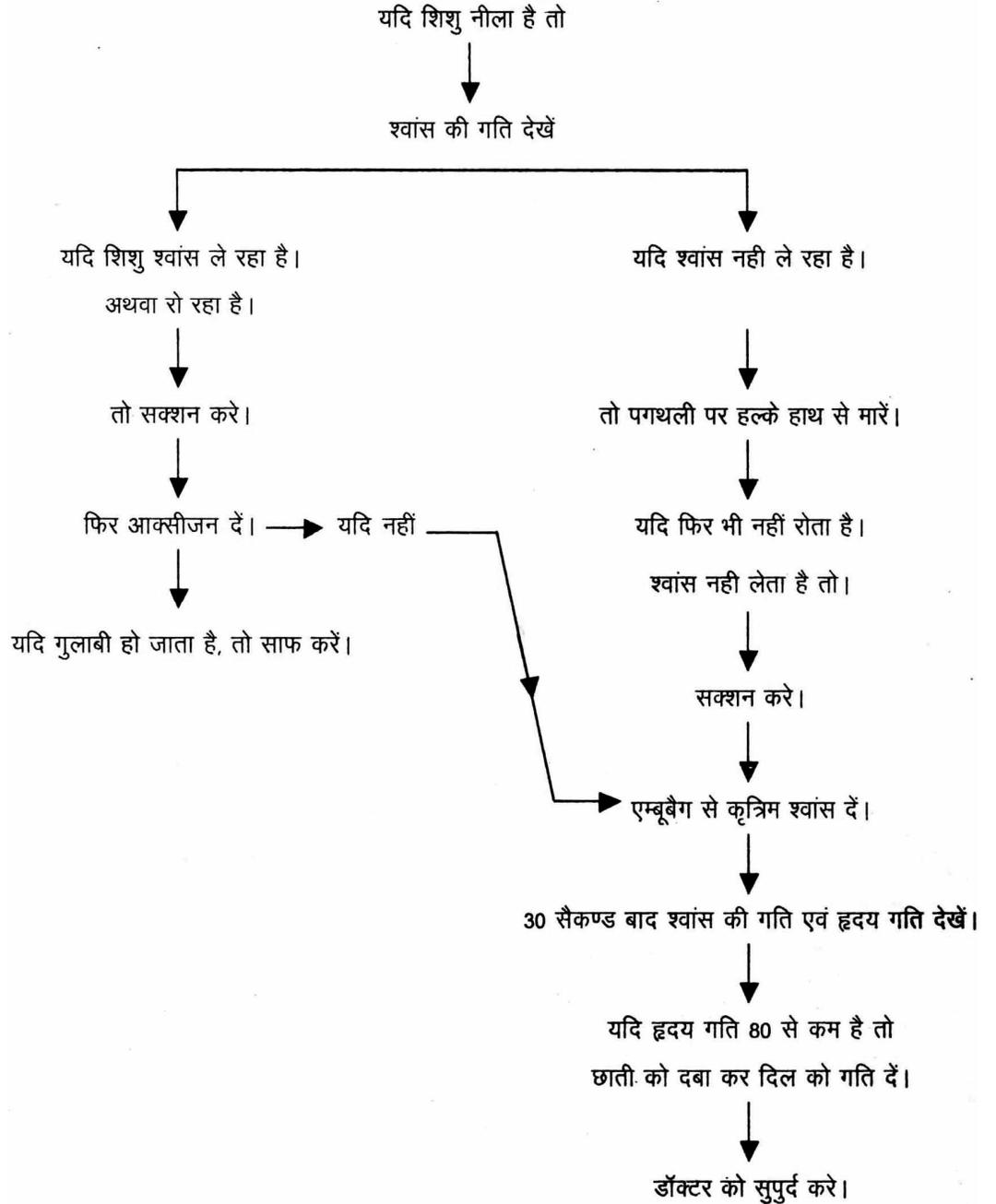
यदि शिशु नीला दिखता है. रोता नहीं है, तो तुरन्त पहले मुँह और फिर नाक से समान करें. ऑक्सीजन दें। यदि शिशु इससे ठीक हो जाता है तो साफ कर माता-पिता को सौंपें।

यदि शिशु उपरोक्त करने पर भी श्वांस नहीं लेता है और दिल की धड़कन 80 से कम है तो तुरन्त एक्खू बैग से कृत्रिम श्वांस देना प्रारम्भ करें। एम्बू का मास्क, नाक मुँह एवम् ठोड़ी के उपर अच्छी तरह से लगायें और वैग में आक्सीजन लगाकर करीब 40-60 प्रति मिनट की गति से श्वांस दें। यदि दिल की धड़कन 100 से अधिक है तो चिन्ता न करें, यदि यह 60 से कम है तो छाती को दोनों हाथों के बीच ले - अंगूठे के दबाव से छाती का आध इंच तक करीब 100 प्रति मिनट की गति से दबायें।

इस प्रक्रियाओं से करीब करीब 95 प्रतिशत नवजात ठीक हो जाते हैं यदि इन प्रक्रिया से आराम न मिले तो डॉक्टर को सूचित करना चाहिए।

6.2.1 विशेष ध्यान देने योग्य बातें

- प्रत्येक डिलीवरी (प्रसूति) में एसफिक्सिया (Asphyxia) के लिये तैयार रहें।
- आपरेशन / औजार / उल्टा बच्चा होने में ज्यादा खतरा है पर साधारण प्रसूति में भी एसफिक्सिया हो सकता है। प्रसूति पूर्व आक्सीजन, सक्तान, दो साफ चादर, म्यूक्स एक्सट्रैक्टर, एब्यू बैग, तैयार रखें।
- प्रसूति कक्ष का तापमान 27° - 30° सेन्टीग्रेड रखना चाहिये।
- दिल की धड़कन को 6 सेकण्ड से गिने - धड़कन की मात्रा को दस से गुणा कर - एक मिनट में धड़कन गति निकाल लें। यह आधी मिनट (30 सेकण्ड) गिन कर, दुगनी भी की जा सकती है।
- अपने हाथ साबुन से अवश्य धोयें / दस्ताने पहन कर रहें।
- गर्भ से निकलते ही नवजात का मुंह म्यूक्स एक्सट्रैक्टर से साफ करें। उसको स्वच्छ गर्म कपड़े में ग्रहण कर जल्दी से सुखाये।
- बल (100 वॉट) अथवा हीटर के नीचे रखें।
- रंग, श्वास की गति, हृदयगति का अवलोकन करें।
- **जन्म पर नवजात की देखभाल**
यदि शिशु गुलाबी है। रो रहा है। हाथ पैर मार रहा है - तो उसे साफ करें, नाल बांधें, वजन करें और गर्म कपड़ों में लपेट कर रिश्तेदार / माता-पिता को सौंपें।



6.2.2 नवजात की नाल की देखभाल

- गर्भावस्था में नाल गर्भस्थ शिशु एवम माँ के बीच का सेतु है। नाल द्वारा शिशु को माँ से रक्त तथा आहार प्राप्त होता है।
- जन्म पर नाल कीटाणु रहित कैंची अथवा नवीन ब्लैड से काटी जाती है। काटने के पश्चात नाल पर स्प्रिट / जेंशन वायलेट / ट्रिपल डाई लगाई जाती है। ये एन्टिसेप्टिक औषधियां कीटाणुओं से रक्षा करती हैं।
- नाल को प्रत्येक दिन स्प्रिट से साफ करे अथवा कुछ भी न लगायें।

- नाल पर घी, तेल, हल्दी, गोबर, डिटोल / सेवलोन पाउडर क्रीम कुछ भी न लगायें। यह संक्रमण के स्रोत हैं।
- साधारणतः नाल 3- 10 दिन में स्वयं गिर जाती है। सर्दियों में नाल देरी से गिरती है और गर्मियों में जल्दी। यह वातावरण के तापमान एवम् उष्णता पर निर्भर करता है।

6.2.3 खतरे के चिन्ह

1. पहले 24 घण्टों में शौच (मल) नहीं करना।
2. पहले 48 घण्टे में मूत्र नहीं करना।
3. बच्चे का दूध नहीं पीना।
4. निढाल होना और बहुत अधिक रोना।
5. उल्टी करना।
6. पेट का फूलना।
7. नाल का लाल होना एवम् उसमें मवाद इकट्ठा होना, तापमान कम होना (97° F) एवम् अधिक होना (101° F), तान आना (दौरें आना), हाथ-पांव का अकड़ना, आँखों का नटेरना।
8. श्वास की गति तेज होना (60 प्र.मि.) अथवा श्वास की गति कम होना (20 प्र.मि.)।
9. श्वास लेने में तकलीफ होना- आवाज करना।
10. नीला पड़ जाना।
11. तालू में फुलाव आना।
12. नाल का लम्बे समय तक भी गीला रहना।
13. नाल में छोटे से लाल मसने का बनना।

खतरे के चिन्ह दिखने पर तुरन्त शिशु को डाक्टर को दिखवायें।

6.3 नवजात का तापक्रम बनाये रखना

नवजात शिशु में तापमान बनाये रखना अत्यन्त आवश्यक है। नवजात का तापमान, वातावरण के तापमान के अनुसार रहता है। यदि वातावरण थोड़ा सा भी ठण्डा है तो उनका तापमान गिर सकता है। वयस्क का तापमान, वातावरण के तापमान के सामान्य परिवर्तन से प्रभावित नहीं होता है। जो दुश्प्रभाव बड़ों में वातावरण का तापमान 0° सेन्टीग्रेड होने से होते हैं वे नवजात में 23° सेन्टीग्रेड के वातावरणीय तापमान होने पर होते हैं।

वयस्क एवं नवजात के तापमान में अंतर का कारण

हम बड़े लोग तो वातावरण की गर्मी-सर्दी के होते, विभिन्न तापमान की रेंज में अपना शारीरिक तापमान $98-99^{\circ}$ फारेनहाईट के बीच में रख सकते हैं। परन्तु नवजात की तापमान बनाये रखने की क्षमता क्षीण होती है। वह थोड़े से वातावरण के तापमान के बदलाव में भी अपना सामान्य तापक्रम नहीं बनाये रख सकता है। जैसा कि बताया जा चुका है, नवजात के लिए 23° सेन्टीग्रेड, बड़ों के लिए 0° सेन्टीग्रेड तापमान के बराबर होता है।

नवजात में उर्जा उत्पन्न करने और शरीर की उर्जा के निकास को रोकने के साधन सीमित होते हैं। अतः जल्दी ही उनका तापमान बढ़ सकता है और घट सकता है। नवजात में तापमान घटना ज्यादा हानिकारक होता है। शरीर का आकार वजन के अनुपात में बड़ा, चमड़ी के नीचे पाया जाने वाली वसा कम होना इत्यादि के कारण शरीर से उर्जा अधिक निकलती है।

(क) शिशु का तापमान मापना

शिशु का तापमान मापने के लिये थर्मामीटर को बगल में तीन-चार मिनट तक रखें और थर्मामीटर में जो तापमान आये, वही शिशु का असली तापमान है। उसमें एक जोड़ने की आवश्यकता नहीं शिशु का सामान्य तापमान 36.5° - 37.5° सेन्टीग्रेड, होता है। शीत प्रभाव 36.0 - 36.4° सेन्टीग्रेड माना जाता है।

शिशु का तापमान गुदा में थर्मामीटर डालकर माप सकते हैं। यह शरीर का अंदरूनी तापमान बताता है। यदि थर्मामीटर न हो तो शिशु की पगथली एवं नाक को छू कर तापमान का अनुमान लगाया जा सकता है। तापमान नापने हेतु इलेक्ट्रॉनिक थर्मामीटर का प्रयोग किया जा सकता है जो कि सरल एवं विश्वसनीय विधि है। केमिकल थर्मामीटर तथा कान के द्वारा (टिम्पैनिक थर्मामीटर) भी शिशु का तापक्रम लिया जा सकता है।

(नोट: COA II की इकाई-4 का अवलोकन करें।)

(ख) नवजात का तापमान:

सामान्य	-	$36.5 - 37.5^{\circ}$	'सेन्टीग्रेड
शीत प्रभाव	-	$36.0 - 36.4^{\circ}$	सेन्टीग्रेड
कम तापमान	-	$32.0 - 35.9^{\circ}$	सेन्टीग्रेड
बहुत कम	-	$32 - 29.6^{\circ}$	सेन्टीग्रेड से कम

(कम तापमान / बहुत कम तापमान - शिशु के लिये जान लेवा सिद्ध हो सकता है।)

(ग) कौन से शिशुओं में तापमान कम होने का भय ज्यादा रहता है।

- कम वजन के शिशु (2 किलो से कम)
- समय पूर्व पैदा हुआ शिशु - प्री-मैच्योर (36 सप्ताह पूर्व)
- जन्म पर देर से रोने वाले शिशु (एसफिक्सिसआ)
- संक्रमित शिशु
- जन्मजात विकृति वाले शिशु

(घ) तापमान कम कर वाली क्रियाएं

- जन्म के तुरन्त बाद नहलाना।
- बच्चे को बारबार अनेक लोगों द्वारा देखना या गोदी में लेना इत्यादि।
- दूध पिलाने में देरी करना।
- नाल कटने में विलम्ब - बच्चा अधिक देर तक बिना कपड़े गीला पड़ा रहता है।
- बच्चे के न रोने पर ठण्डे पानी के छींटे मारने के कारण इत्यादि।

(य) कैसे पहचानें कि बच्चे का तापमान कम हो रहा है?

- शिशु की पगथली एवं पेट पर हाथ रख कर देखें। यदि पगथली ठण्डी है और पेट गर्म तो बच्चे के तापमान कम होने की प्रक्रिया प्रारम्भ हो चुकी है। पगथली नीली पड़ सकती है। पगथली में खून का दौरा कम हो सकता है। पगथली को अँगूठे से दबायें और फिर छोड़ें। यदि 2-3 सैकण्ड में वह वापस अपने पहले रंग जैसा नहीं होती है तो इसका अर्थ यह है कि खून का दौरा कम हो रहा है।
- नाक ठण्डी महसूस होगी।
- शिशु अपने आप को सिकोड़ने का प्रयास करेगा।

- रौने की आवाज कमजोर होगी।
- श्वांस की गति एवन् आवाज तीव्र होगी।

(र) तापमान कम होने के खतरे

- बच्चे का वजन बढ़ना रूक सकता है।
- बच्चे का वजन कम हो सकता है अथवा वजन बढ़ना बन्द हो सकता है।
- शरीर में ब्लड शुगर की मात्रा कम हो सकती है।
- संक्रमण हो सकता है।
- शरीर में रक्तस्राव हो सकता है।
- हृदय की गति कम हो सकती है।
- बच्चा दूध पीना कम कर सकता है।

(ल) तापमान कम होने पर क्या करें?

- तापमान कम होने पर तुरन्त शिशु को गर्मी देने का प्रयास करे।
- कमरे में हवा के स्रोत बन्द करें।
- कमरे में हीटर या 100 वाट का बल्ब शिशु से डेढ़ से दो फीट उपर रखें।
- शिशु को अच्छी तरह से लपेटें और अपने शरीर से लगाकर रखें।
- आवश्यकता पडने पर तत्काल चिकित्सक से सम्पर्क करें।

(व) तापमान कम होने से कैसे रोकें?

- जन्म के समय जिस कमरे में प्रसव हो रहा है उसका तापमान 25⁰ सेन्टीग्रेड से ऊपर रखे। हीटर, चूल्हा इत्यादि द्वारा यह किया जा सकता है। कमरा बन्द रखे ताकि ठण्डी हवा के झोके न आयें। बच्चे को गर्म कपडे में संभालें। जल्दी से उसका शरीर पौछ कर, नये गर्म कपडे में लपेटें।
- **जन्म के पश्चात:**
 - कमरे का तापमान 28-30⁰ डिग्री सेन्टीग्रेड तक रखे, तापमान ऐसा हो जिसमें बडों को गर्मी का अहसास हो।
 - शिशु को सिर पर टोपी / पैर में मौजे पहना कर अच्छी तरह लपेट कर माँ के पास सुलाये या कोई अन्य अपनी छाती से लगाकर रखें। इससे शिशु को शरीर की गर्मी प्राप्त होती है।

6.3.1 कंगारू केयर (Kangaroo Care)

शिशु को बिना कपडे माँ के वक्ष स्थल के पास रखा जाता है और फिर दोनों को अच्छी तरह कम्बल इत्यादि से लपेटा जाता है। इसे, कंगारू केअर या देखभाल कहा जाता है। जिस प्रकार कंगारू अपने नवजात को अपने शरीर में ही एक विशिष्ट थैली में रखता है। इसी प्रकार यह शिशु को माँ के शरीर की गर्मी वक्ष से दूध पीने का आराम और एक भावनात्मक जुडाव का अत्यन्त कारगर उपाय है।

अन्य बिन्दु निम्न प्रकार हैं:

1. कम से कम लोग शिशु को बारबार उठायें। शिशु के कपडे हटाकर देखने का प्रयत्न न करें।
2. शिशु को गीले में न रहने दें।
3. शिशु का शरीर ठण्डे स्थान के सम्पर्क में न आये।

6.4 सामान्य स्वास्थ्य परीक्षण

6.4.1 नवजात-शिशु का प्रारम्भिक परीक्षण

यह परीक्षण शिशु के सारे कपड़े उतारकर गर्म किये हुये कमरे में, अच्छी रोशनी में करना चाहिये। हम नवजात का सिर से पाँव तक निरीक्षण एवम् परीक्षण करते हैं।

नवजात के प्रारम्भिक परीक्षण में निम्न मापदंड देखते हैं:

- श्वसन एवं हृदय की गति सामान्य हो।
- वजन: 2.5-3.5 किग्रा (औसतन 3.0 किग्रा) के बीच हो।
- लम्बाई: 44-52 सेमी (50 सेमी) के मध्य हो।
- सिर का माप 32-38 सेमी (सामान्य 35 सेमी) हो ।

यदि वजन 25 किग्रा से कम अथवा 35 किग्रा से अधिक है, तो शिशु को डाक्टर को दिखायें।

समय पूर्व जन्मे नवजात बच्चे:

माँ की माहवारी की तारीख से यदि प्रसव 36-37 सप्ताह की अवधि से पूर्व होता है तो उसे समय पूर्व प्रसव माना जाता है। इन बच्चों की चमड़ी पतली, अधिक लाल होती है। कान की हड्डी मुलायम होती है। पगथली पर रेखाएँ कम और कम गहरी होती है। उनकी छाती पर निपल छोटे होते हैं और लड़कों में गोलियाँ (Testies) नीचे नहीं आई होती हैं। इनमें कुछ जन्मजात विकृतियाँ जानलेवा हो सकती हैं या अधिक पाई जाती हैं। उनके लिये विशेष ध्यान देना जरूरी है। परीक्षण में निम्न अवलोकन करें:

- सिर पूर्ण नहीं बना हो और पीछे से खुला हो, मस्तिष्क बाहर निकल रहा हो।
 - सिर बहुत बड़ा दिखता है। (मापने पर 36 सेमी या अधिक हो)।
 - ओशठ एवम् तालु (Palate) का कटा होना।
 - मुँह से झाग आना।
 - नाल में से आते बाहर आना।
 - अंगुलियों का जुड़ा होना अथवा कुछ अधिक अंगुलियों का होना।
 - मल द्वार बन्द होना।
 - श्वास की गति सामान्य 40-60 प्रति मिनट (बड़ों की तुलना में तिगुनी से चौगुनी) होती है श्वास रूक-रूक कर लेते हैं, कभी कभी रोक भी लेते हैं।
 - पसली के धंसने पर नजर रखें। यदि पसलिया धंस रही हैं तो निमोनिया का चिन्ह है।
 - हृदय की गति धडकन मापें। यह सामान्यतः 100-200 तक हो सकती है।
 - शरीर का तापमान छूकर देखें अथवा थर्मामीटर से देखें। अपने हाथ के पिछले भाग से तापमान पेट एवम् पगथली पर देखा जा सकता है। सामान्यतः यह दोनों बराबर होने चाहियें। यदि पगथली ठण्डी है और पेट गर्म तो यह संक्रमण तथा खतरे की निशानी है।
- नवजात की पगथली को देखना बहुत आवश्यक है। पगथली का रंग बताता है कि रक्त का बहाव ठीक है अथवा नहीं (नीला - कम रक्त प्रवाह, गुलाबी- उपयुक्त रक्त प्रवाह), छूने से यदि ठण्डा है तो तापमान की कमी एवम् रक्त प्रवाह की कमी। यदि पीली हों तो गम्भीर पीलिया की निशानी है।

6.4.2 नवजात के विषय में कुछ महत्वपूर्ण तथ्य

1. सभी बच्चे प्रथम 24 घण्टों के भीतर ही शौच कर लेते हैं। यदि ऐसा नहीं होता है तो तुरन्त अपने डॉक्टर को बतायें। शुरु के 3-4 दिनों में टट्टी काली एवं चिकनी आती है। तत्पश्चात 4-5 दिन यह पीली, पतली एवं दिन में अनेक बार (औसतन 5-15बार) तक आ सकती है। अगले दिनों में वह सुनहरे पीले रंग की एवं अर्द्ध ठोस हो जाती है। जो बच्चे डिब्बे का अथवा गाय का दूध पीते हैं उनमें मल सफेद अथवा हल्के पीले रंग की होती है एवम् काफी ठोस (बकरी की मँगनी समान) हो सकता है।
2. जन्म के 48 घण्टे के भीतर ही करीब 98 प्रतिशत बच्चे पहला मूत्र कर लेते हैं। यदि ऐसा नहीं हो तो डाक्टर की राय लें। पहले 2 दिन वह 2-5 बार मूत्र कर सकते हैं। तत्पश्चात 5-20 बार तक। स्वस्थ शिशु औसतन 6बार मूत्र कर लेता है।
3. जन्म के पश्चात कुछ दिनों तक वजन कम होता है आम तौर से 5-10 प्रतिशत तक। बच्चे 5-10 दिन के बीच अपने जन्म के समय का वजन वापस प्राप्त कर लेते हैं। इसके बाद बच्चे का वजन 1 प्रतिशत के बराबर रोज बढ़ता है। उदाहरणतः यदि बच्चे का वजन 3 किलो है तो वह करीब 30 ग्राम प्रतिदिन वजन में बढ़ोतरी करेगा।
4. बच्चों के तालु पर सफेद फूसी सामान्य रूप से हो सकती है। लड़कों में यह मूत्र स्थल पर भी हो सकती है।
5. करीब 60 प्रतिशत बच्चों को तीसरे दिन थोड़ा सा पीलिया हो सकता है। इसके रोकथाम हेतु बच्चे को बिना कोई कपड़ा पहनाये प्रातः एवं सायं 15-30 मिनट तक घूप में रखें।
6. लड़कियों में योनि से खून अथवा सफेद द्रव निकल सकता है। इससे परेशान न हों, यह तीन चार दिन में स्वयं ठीक हो जायेगा। उबाल कर ठण्डे किये हुए पानी से योनि को साफ रखें।
7. लड़के एवं लड़कियों की छाती में दूध भर सकता है। यह सामान्य बात है। यह अपने आप 4-5 दिन में ठीक हो जाता है। दूध निकालने से अथवा मालिश करने से तकलीफ बढ़ सकती है और मवाद पड़ सकती है। अतः यह न करें।
8. कुछ बच्चों में सर पर थोड़ा खून जमा हो सकता है। और एक उभार बन सकता है। यह अपने आप ही ठीक होता है। इसमें काफी समय लग सकता है। इस पर मालिश न करे और न ही बिना डाक्टर की राय के चीरा लगवायें।
9. सामान्य मापदण्ड

वजन	- 25 - 4.0 कि.ग्रा. (औसतन 3.2 कि.ग्रा.)
लम्बाई	- 44-52 सेमी (50सेमी)
सर का माप	- 32-36 सेमी (35सेमी)
नींद	- 16-18 घण्टे प्रतिदिन
पहली शौच	- जन्म के 24घण्टे के भीतर
पहला मूत्र	- जन्म के 48 घण्टे के भीतर
नाल गिरने का समय	- 3- 10 दिन
प्रथम स्तन पान	- जन्म के बाद जितना जन्दी हो सके। (सामान्यतः आधा से दो घण्टे के बीच)
10. आँखों की देखभाल

आख को दिन में चार बार साफ करें। 10-12 रूई के स्त्राव बनायें और फिर उन्हें पानी में डाल कर व 10 मिनट तक उबालें। इसको एक बड़े मुंह की बोतल में भर कर रखें। इन रूई के टुकड़ों से आख को अन्दर से बाहर की तरफ साफ करें। हर आख के लिए अलग टुकड़ा प्रयोग करें। यदि फिर भी आखें चिपकती हैं, लाल होती हैं, उनमें से मवाद निकलता है तो तुरन्त डाक्टर को दिखायें।

6.4.3 बच्चे का आवधिक परीक्षण

प्रथम 3 माह - 15 दिन के अन्तराल पर।
 3- 12 माह - 1 माह के अन्तराल पर।
 1-5 वर्ष - हर 3-6 माह में

• हर परीक्षण में :

- बच्चे का वजन एवम् लम्बाई अवश्य नापें। यह बच्चे के शारीरिक विकास के सर्वोत्तम मापदण्ड हैं। वजन एवं लम्बाई को शिशु स्वास्थ्य कार्ड पर अंकित करें।
- बच्चे के मानसिक विकास हेतु परीक्षण करें।
- रोग निरोधक टीकों के विषय पर वार्ता एवम सलाह प्रदान करें।
- बच्चे के आहार के विषय पर वार्ता एवम सलाह दें।
- 1 वर्ष की उम्र के पश्चात हर 6 माह पर विटामिन "ए" घोल - 2 मि.लि. पिलावें।
- 6 माह, 9 माह. एवम् 3 साल की उम्र पर आखों का परीक्षण करवायें।

6.4.4 शिशु का वजन लेना

1. बच्चे का वजन : विकास का दर्पण

शिशु का वजन उसके शारीरिक विकास का एक उत्तम मापदण्ड है। सामान्यतः शिशु का वजन उसके जन्म के पश्चात एक सप्ताह तक 5-10 प्रतिशत कम होता है और फिर करीब 7-10 दिन में वापस जन्म वाला वजन होता है और तत्पश्चात यह करीब वजन के 1 प्रतिशत प्रतिदिन की गति से बढ़ता है। यदि वजन 25 किग्रा है तो करीब 25 ग्राम प्रतिदिन बढ़ना चाहिये। यह माना जाता है कि एक माह में 500 ग्राम से अधिक वजन बढ़ना चाहिये। यदि वजन इससे कम बढ़ता है, तो कारण का पता लगाना चाहिये।

यह महत्वपूर्ण नहीं कि बच्चे का वजन और बच्चों की तुलना में कैसा है, यह आवश्यक है कि वजन नियमित रूप से बढ़ना चाहिये।

2. वजन कब-कब लें:

- जन्म के समय, फिर हर माह में एक बार व -साल की उस तक, तत्पश्चात हर दो माह 3 साल की उम्र तक। वजन को विकास चार्ट पर अंकित करें।
- यदि वजन कम हो रहा है अथवा 2 माह तक नहीं बढ़ रहा है तो यह चिन्ता का विषय है।
- विकास चार्ट बच्चे के विकास का दर्पण एवं संकेतक है। हर माह वजन कर बच्चे का वजन चार्ट पर अंकित किया जाता है और बिन्दुओं को मिलाने से बनने वाली रेखा, शिशु विकास की जानकारी देती है।
- यदि रेखा ऊपर की ओर बढ़ती है तो विकास ठीक है। यदि समतल रही है तो वजन नहीं बढ़ रहा है। यदि रेखा नीचे जाने लगती है तो इसका यह अर्थ हुआ कि वजन कम हो रहा है

अर्थात् खतरा है, विकास पिछड़ रहा है तथा बच्चा अस्वस्थ हो सकता है। चिकित्सक की देख रेख की आवश्यकता है।

3. बच्चे का वजन कैसे लें?

बच्चे का वजन बिना कपड़े अथवा ऊनी कपड़ों में लेना चाहिये। वजन लेने से पूर्व मशीन को शून्य के माप पर लायें और फिर बच्चे को बैठा कर, लिटाकर अथवा खड़ा करके वजन लें। मां के साथ भी बच्चे का वजन लिया जा सकता है, उसमें मां का वजन घटा कर शिशु का वजन प्राप्त किया जा सकता है। (नोट : COAI की इकाई-4 का अवलोकन करें।)

4. बच्चे का वजन न बढ़ने का अर्थ

यदि बच्चे का वजन एक या दो महीने की अवधि में न बढ़े, तो कहीं कोई गड़बड़ है। इसका कारण बीमारी या कम भोजन या बच्चे पर ध्यान न देना हो सकता है।

6.5 जन्मजात विकृतियां / औविकार (Congenital Deformities / Anomalies)

ऐसी स्थितियां अथवा रचनात्मक / क्रियात्मक समस्याएं, जो शिशु को मां के गर्भ से ही प्राप्त होती हैं तथा जन्म के समय अथवा प्रारम्भिक जीवन में पहचानी जाती हैं, उन्हें जन्मजात विकृतियां / विकार कहते हैं।

इनमें सभी जैव रासायनिक, संरचनात्मक एवं क्रियात्मक कमियां निहित हैं।

• **कारण:** इनको निम्न वर्गों में रखा जा सकता है:

(क) आनुवांशिक एवं गुणसूत्रीय असमानता

(ख) उपापचयी

(ग) गर्भावस्था में संक्रमण

(घ) मातृ-रोग

(य) विकिरण

(र) एक्टोपिक या अस्थानिक गर्भ (Ectopic Pregnancy), फॉरसेप्स डिलीवरी इत्यादि से भी शिशु में जन्मजात विकार आ जाते हैं।

इसी प्रकार मां की गर्भावस्था में वातावरण, पोषण, दवाईयां, गर्भावस्था के जोखिम, मां में श्वसन तन्त्र तथा मूत्र तंत्र के विकार इत्यादि भी नवजात में विकृतियों अथवा विकार के कारण हो सकते हैं।

• **कुछ जन्मजात विकार / विकृतियां**

- | | |
|---|----------------------------|
| - डाउन सिन्ड्रोम | - हीमोफीलिआ |
| - स्पाईनल वाईफिडा | - माइक्रोसेफेली |
| - हाइड्रोसेफलस | - रिटार्डेड ग्रोथ |
| - अछिद्रित मलद्वार | - क्लैपट पैलेट एवं ओष्ठ |
| - बहु अंगुलियां / अंगुलियों का जुड़ा होना | - फाइमोसिस |
| - जन्मजात हृदय विकार | - श्वसन क्षीणता (Asphyxia) |
| - गलगण्ड, मधुमेह आदि | |

• **प्रबन्ध**

जन्मजात विकार अथवा विकृतिये का सम्पूर्ण उपचार अथवा समाधान सभी मामलों में यद्यपि सम्भव नहीं है। फिर भी समय पर सही कदम उठाने से शिशु की भावी परेशानियां कम की जा सकती हैं।

कुछ उपायों के द्वारा जन्मजात विकारों की घटनाओं को कम किया जा सकता है अथवा उन्हें ठीक किया जा सकता है इनमें शामिल हैं

- (i) गर्भाशय में विकार होने पर गर्भपात कराना।
- (ii) सर्जिकल उपचार
- (iii) परामर्श
 - सगोत्र विवाह पर रोक।
 - अधिक उम्र में मां बनने से रोकना।
 - आनुवांशिकी एवं विवाह परामर्श सेवाए देना।
 - दवाईयों का कम से कम प्रयोग।
- (iv) प्रभावी टीकाकरण।
- (v) संयम, नैतिकता पूर्ण वैवाहिक जीवन इत्यादि।

6.6 विकास सूचक चिन्ह (Developmental Milestones)

नीचे कुछ मापदण्ड एवं चिन्ह दिये जा रहे हैं जिनके आधार पर बच्चे का विकास शात किया जा सकता है

4 मास के आस पास :

गोद में बिठाए जाने पर गर्दन ऊपर उठाये रख सकता है। (लडका इससे पहले भी कर सकता है), हाथ वस्तुओं को पकड़ने के लिए लपकते हैं। चलती चीजों के पीछे-पीछे आँखे चलती हैं। आवाज जाने की दिशा में अपना सिर मोड़ लेता है। जोर से हंसता है।

8 मास के आस-पास:

बिना दूसरो की सहायता के बैठ सकता है (लडकियां यह काम पहले भी कर सकती हैं), आगे खिसकने की कोशिश करता है। हाथों को चलाने लगता है। आसपास की चीजों में खूब दिलचस्पी लेने लगता है। नाम पुकारने पर प्रतिक्रिया होती है। बोलने की कोशिश करता है।

1 वर्ष के आस-पास:

बिना मदद के खडा हो सकता है। हाथ पकड़कर चलने लगता है। कपड़े पहनाने देता है। प्याले या कटोरी आदि से पानी पीने लगता है। छोटी-मोटी बातों को मानने लगता है। तीन शब्द साफ बोल लेता है।

1^{1/2} वर्ष के आस पास:

स्वच्छद होकर चल फिर लेता है। कुर्सी पर चढ़ने का प्रयत्न करता है। शौच जाने पर नियंत्रण रखता है। पेन्सिल से लकीरे खींचने लगता है। खाना चबाने लगता है। दस शब्दों तक साफ बोलने लगता है। जीना चढ़, उतर लेता है। खाध अखाध समझने लगता है। चित्र में अंकित चीजों की ओर इशारा कर लेता है। पेशाब जाने पर उसका नियंत्रण हो जाता है। तीन शब्दों से युक्त वाक्य बोल लेता है।

3 वर्ष के आस पास:

कपड़े पहन व उतार सकता है। कुछ देर तक पैर पर खड़ा रह सकता है। वृत्त खींच लेता है। आम वस्तुओं के नाम और उपयोग जानता है। छोटे-मोटे आदेश मानने लगती है। अपने अनुभव सुनाने का प्रयत्न करता है।

4 वर्ष के आस-पास :

अपने हाथ स्वयं धो सकता है। छोटे-छोटे घरेलू कामों में हाथ बँटाता है। बड़ों की नकल करने लगता है। उपयोग के हिसाब से शब्द समझने लगता है। छोटे-छोटे प्रश्नों के उचित उत्तर देता है।

5 वर्ष के आस पास:

बिना दूसरों की मदद के मुँह धो सकता है। पेन्सिल से चित्र खींचने लगता है। सरल शब्दों को लिखने लगता है, अकेला अडोस-पडोस में जाने लगता है। एक से सौ तक गिन लेता है। महीनों के नाम बता सकता है।

उपर वर्णित क्रियाओं को कुछ बच्चे पहले भी कर सकते हैं और कुछ बाद में। इनमें कुछ विलम्ब हो जाने का अनिवार्यतः यह अर्थ नहीं कि बच्चा असामान्य है लेकिन जब निम्न स्थितियों में विलम्ब होता दिखाई दे तो किसी विशेषज्ञ से सलाह मशविरा लेना हमेशा ठीक रहता है।

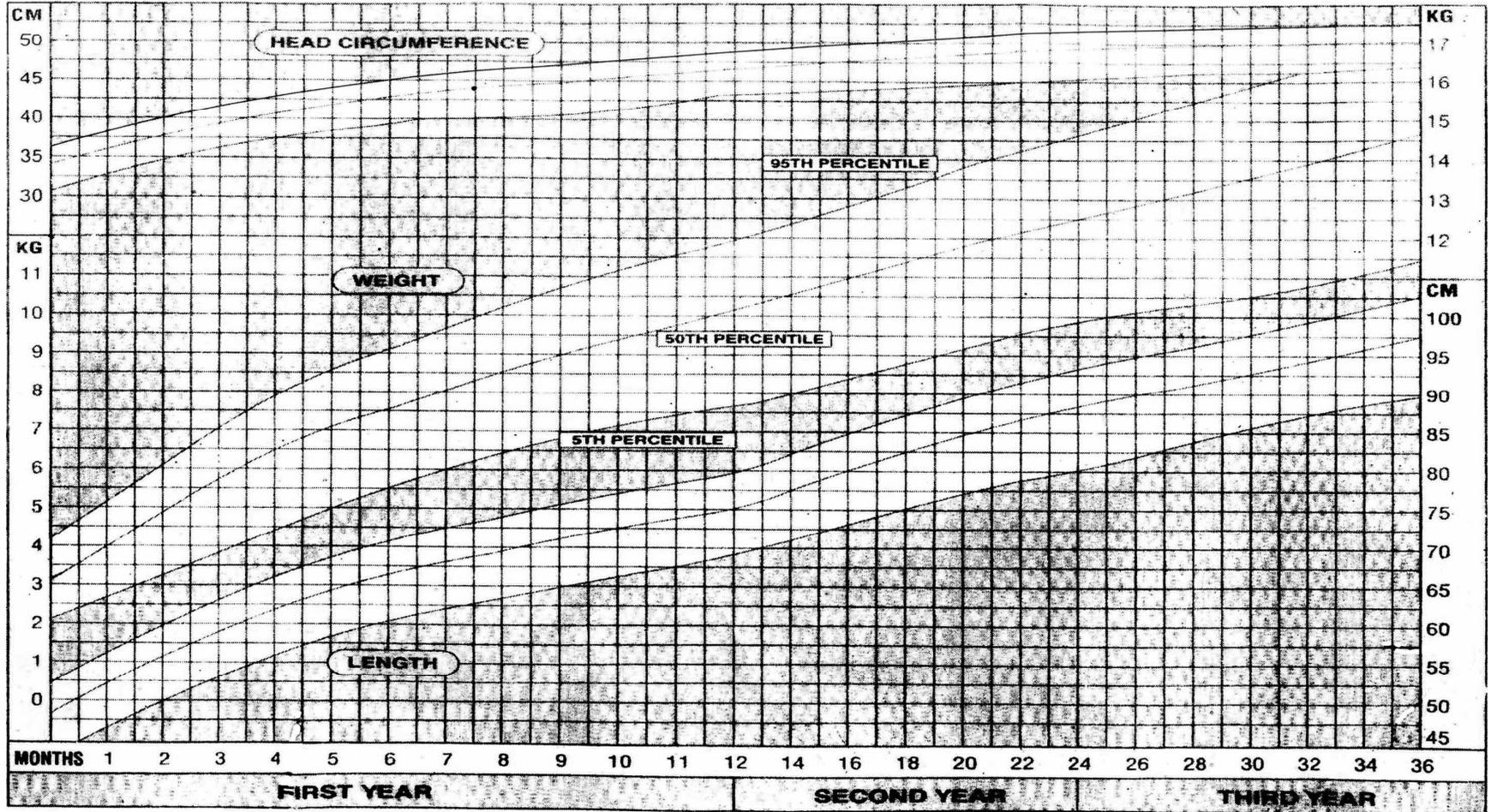
- बच्चे को सुनने या बोलने में कुछ कठिनाई होना।
- बुलाये जाने पर प्रत्युत्तर नहीं देना।
- साधारण शिशु की भाँति नहीं रोना।
- तुतलाना या आवाज नहीं निकालता।
- पहचानी आवाज सुनकर प्रतिक्रिया नहीं दिखाना।
- बोलने में रूकना या देर-देर से बोलना अथवा कान बहने की शिकायत होना।
- बच्चे का अशान्त और अति उत्तेजित रहना।

6.6.1 विकास एवं वृद्धि चार्ट (Growth Chart)

• विकास चार्ट क्या होता है?

- विकास चार्ट बच्चे के विकास का प्रतीक है। हर माह बच्चे का वजन इस चार्ट पर एक बिन्दु द्वारा अंकित किया जाता है। हर बार के वजन के बिन्दुओं को मिलाने से जो रेखा बनती है उससे हम बच्चे के विकास के बारे में जान सकते हैं। निम्न स्थितियां हो सकती हैं
- यदि रेखा उपर की ओर जाती है तो इसका अर्थ है कि बच्चे का विकास ठीक से हो रहा है।
 - यदि रेखा चपटी है तो इसका अर्थ है कि बच्चे का वजन नहीं बढ़ रहा है और यह चिंता की बात है।
 - यदि रेखा नीचे की ओर जा रही है तो यह इस बात का निश्चित लक्षण है कि बच्चा अस्वस्थ है और उसे सही स्वास्थ्य जाँच और विशेष देखभाल की आवश्यकता है।
- प्रसूति विज्ञान सहायिका को बच्चे के विकास सूत्रक चिन्हों की जानकारी रखना आवश्यक है। इनके आधार पर बच्चे का स्वास्थ्य स्तर जाना जा सकता है। यहाँ संलग्न 2 चार्टों से विकास एवं वृद्धि को स्पष्ट किया जा सकता है।

GROWTH RECORD



6.7 व पोषण सम्बन्धी आवश्यकताएं : स्तनपान एवम् अपस्तनन

मानव जीवन में विकास की दर जीवन के प्रथम वर्ष में सबसे अधिक होती हैं। जन्म पर 2.5 किग्रा एवम् 50 से.मी. लम्बाई वाला नवजात, साल भर तक पहुँचते पहुँचते अपना वजन तिगुणा और लम्बाई डेढ़ गुणा बढ़ा लेता है। 5 माह की उस पर वजन दुगुना हो जाता है। इस समय पोषण पर विशेष ध्यान देना चाहिये। यदि शिशु इस समय कमजोर रह गया तो जीवन पर्यन्त यह कमजोरी रह सकती है।

जीवन के प्रथम 6 माह केवल माँ का दूध सर्वोत्तम एवम् पूर्ण आहार है तथा 6 माह से 2 साल तक माँ के दूध के साथ-साथ पूरक आहार देना अत्यन्त आवश्यक है। शिशु आहार एवं उससे सम्बन्धित कुछ तथ्यों की जानकारी यहां दी जा रही है।

उल्लेखनीय है कि प्रसूति विज्ञान सहायिका, स्तनपान को बढ़ावा देने में प्रमुख भूमिका निभा सकती है।

6.7.1 माँ का दूध ही क्यों?

क्योंकि यह.

- सम्पूर्ण पौशिक तत्व युक्त है।
- सुपाच्य है।
- संक्रमण से रक्षा करता है।
- मानसिक विकास में सहयोग करता है।
- माँ-शिशु के अन्दर भावनात्मक बंधन उत्पन्न करने वाला है।
- अगले गर्भ में अन्तराल लाने में सहयोग करता है।
- माँ के स्वास्थ्य एवम् सौंदर्य की रक्षा करने वाला है।
- माँ को गर्भाशय, अण्डाशय के कैंसर से बचाने वाला है।
- सदैव उपलब्ध होता है।
- कम खर्च (नोट: यदि हमारे देश में उत्पन्न सभी बच्चों को गाय / डिबा बंद दूध पिलाया जावे तो उसका खर्चा हमारे रक्षा बजट के बराबर आयेगा।)
- पर्यावरण मित्रवत (ऊपर का दूध पिलाने में ईंधन का प्रयोग, लकड़ी का प्रयोग एवम् वातावरण प्रदूषण होता है।)

(क) तालिका : माँ एवं अन्य दूध का तुलनात्मक विवरण

विशेषता / तत्व	माँ का दूध	गाय / भैंस का दूध	डिब्बा बंद
संक्रमण निरोधक एवं शक्तिवाला है	हाँ	नहीं	नहीं
कीटाणुओं द्वारा दूषित	नहीं	हो सकता है	हो सकता है
विकास तत्व	हाँ	नहीं	नहीं
प्रोटीन	उपयुक्त सुपाच्य	अधिक	संतुलित किए हुए
वसा	उपयुक्त मात्रा में एवं सुपाच्य	अधिक आवश्यक वसा नहीं	संतुलित किया हुआ

लौह तत्व	कम पर सुपाच्य	कम / अपाच्य	सुपाच्य नहीं
विटामिन	उपयुक्त	ए एवं सी कम	संतुलित
पानी	उपयुक्त	ऊपर से पानी की आवश्यकता	ऊपर से पानी की आवश्यकता
उपलब्धता	सदैव	गर्म करना	बनाने का झंझट
खर्चा	न के बराबर	काफी	बहुत अधिक

(ख) सामान्य निर्देश

- माँ का दूध बच्चे के जन्म के बाद आध-एक घण्टे में प्रारम्भ करें।
- प्रथम छ माह केवल माँ का दूध ही दें।
- (पानो, घुट्टी, गुड, शहद, चाय इत्यादि कुछ भी नहीं दें)
- प्रथम दिनों में आने वाला सुपाच्य कोलेस्ट्रॉल अवश्य दे। यह संक्रमण रक्षक है।
- शिशु के छः मत्ह का होने पर उसे घर पर बनाई हुई सूजी की खीर, दाल, खिचड़ी, फल, सब्जी इत्यादि दें।
- माँ का दूध दो वर्ष तक पिलाते रहें।

(ग) ऊपर के दूध से नुकसान

- अधिक दस्त एव श्वास रोग होना।
- कुपोषण।
- विटामिन ए की कमी से अंधापन।
- एलर्जी।
- मोटापा।
- माता-शिशु बंधन में बाधक।
- मानसिक विकास में पिछड़ापन।
- अनेक दीर्घकालीन रोग(मधुमेह उच्च रक्तचाप आदि)।
- माँ में एनीमिआ।
- माँ के स्तन एवं अण्डाशय में कैंसर का अतिरिक्त खतरा।
- जल्दी गर्भावस्था संभव।

(घ) दूध पिलाने की स्थिति / अवस्थाएं

सही:

- छाती को नीचे से सहारा देने की जरूरत है। बच्चे को कष्ट न हो, मां भी सुखद भाव महसूस करे।
- निम्न स्थितियों में दूध पिलाने में समस्याएं हो सकती हैं :
 - बिटकनी (निपल्स में कटाव, दर्द, सूजन) में दूध न निकल पाने के कारण दूध का इकठ्ठा होना।
 - बच्चे का दूध नहीं पीना, चिड़चिड़ापन।
 - दूध के बनने में कमी।
 - माँ के दूध का सूखना।

- स्तन की कुछ समस्याएँ एवं रोग सान में निपल्स का नही बन पाना, निपल्स में कटाव, स्तन में सूजन, मवाद. स्तन का छोटा / बड़ा होना इत्यादि आम समस्यायें हैं। उल्लेखनीय है कि सान के आकार का उनके दूध बनाने की क्षमता पर कोई असर नहीं होता है।

निपल्स के कटाव का मुख्य कारण बच्चे का स्तन पर सही तरह से नही लग पाना है। निपल एवं उसके चारों ओर का काला हिस्सा बच्चे के मुँह में रहना चाहिये। छाती को केवल पानी से साफ करे। साबुन का प्रयोग ना करें। यह सूखापन लाते हैं। दूध पिलाने के पश्चात् निपल्स को खुला छोड़ें। दूध सुखने दें। थोड़ा सा दूध निपल्स पर लगाने से निपल्स स्वस्थ व मुलायम रहते हैं।

यदि बच्चा सही अवस्था में दूध पी रहा हो तो छाती में सूजन एव मवाद की समस्या उत्पन्न नहीं होती है। यदि हो तो डॉक्टर से सलाह लें, उपचार करायें। दूध पिलाना जारी रखें। स्तन सौंदर्य को बनाये रखने के लिए सही कप साईज काम में लेकर, सामने से खुलने वाली ब्रा पहनें।

(य) कम दूध की समस्या

अधिकतर माताओं को लगता है कि उनका दूध कम आ रहा है। प्रतिशत स्त्रियां अपने बच्चे के लिए उपयुक्त मात्रा में दूध बनाने एवं पिलाने में सक्षम होती हैं। प्रथम प्रसव और ऑपरेशन, डिलीवरी के बाद दूध आने में थोड़ा समय लग सकता है। जितना मां शिशु को स्तन से लगायेगी, दूध उतना ही जल्दी और ज्यादा आयेगा।

(र) दूध की मात्रा की उपयुक्तता मापना

1. शिशु 24 घण्टे में छः बार या अधिक पेशाब कर रहा है।
2. उसका वजन नियमित रूप से बढ़ रहा है।
(औसतन 5 दिन बाद से बच्चे का वजन उसके कुल वजन के 1 प्रतिशत बराबर बढ़ता है। सप्ताह में 100 ग्राम महीने में कम से कम 500 ग्राम)

(ल) दूध कम आने के मुख्य कारण

1. दूध कम पिलाना, बच्चे का कम पीना, माँ का चिन्ता करना, थकान. बच्चे के प्रति रूझान नहीं होना आदि। यह सब समस्यायें बातचीत से सुलझाई जा सकती हैं। किसी दवाई की आवश्यकता नहीं होती है। स्तनपान कराने वाली मां का धूम्रपान एवम् मद्यपान करना। दूध की मात्रा कम करते हैं और शिशु के स्वास्थ्य पर विपरीत असर डालते हैं।
2. कुछ विशेष समस्यायें जैसे कि बच्चे का होंठ / तालु, कटा हुआ हो, माँ को कैंसर की दवाई चल रही हो तो ऐसी स्थिति में डॉक्टर की राय लें।

(व) कम वजन शिशु की समस्या

समय पूर्व अथवा कम वजन शिशुओं की रोग प्रतिरोधक शक्ति कमजोर होती है। बहुत जल्दी बढ़ने के लिए उन्हें अधिक प्रोटीन की आवश्यकता होती है और कुछ तरह की वसा को वह पचा नहीं पाते हैं।

माँ का दूध इन सब चीजों का ध्यान रखते हुये सबसे उपयुक्त है और कम वजन नवजात की सभी जरूरतों को पूर्ण करता है। अन्य स्वास्थ्य कर्मियों की तरह प्रसूति विज्ञान सहायिका भी माँ के दूध के बारे में प्रचार-प्रसार कर सकती इसी प्रकार जिन माताओं ने सफलतापूर्वक अपने

शिशु को दूध पिलाया है वह किसी भी अस्पताल, क्लिनिक अथवा अन्य स्थान पर उन माताओं को सहयोग एवम् प्रोत्साहन दे सकती हैं, जिन्हें दूध पिलाने में समस्या आ रही है। ज्ञातव्य है कि स्तनपान को बंटा देने हेतु डिबा बंद दूध बोतल एवं शिशु आहार (सेरेलक, फेरेक्स) इत्यादि के विरुद्ध 1991 में एक नियम बना है। जिसके तहत इनके विज्ञापन पर (टीवी., पेपर, मैगजीन इत्यादि में) और माताओं को फ्री सेम्पल देने पर जुर्माना एवं सजा की व्यवस्था है। (इसी अध्याय की इकाई-5 तथा COA III की इकाई-3 भी देखें)

6.7.2 अपस्तनन एवं पूरक आकार

जैसे-जैसे बच्चा बढ़ता है वैसे-वैसे उसकी आवश्यकताएँ भी बढ़ती हैं। 6 माह के बच्चे को माँ के दूध के साथ-साथ अन्य अतिरिक्त खाद्य पदार्थ और पेय की जरूरत होती है। इसलिये 4-6 महीने क्यई उम्र से बच्चे को अन्य अतिरिक्त भोजन देने चाहिये। इसे अपस्तनन या स्तन त्याग (Weaning) कहते हैं।

(i) बच्चे को किस प्रकार के भोजन देने चाहियें?

बच्चे को सूजी, खीर, राबडी, पकाई और मसली हुई दालें व सब्जियाँ इत्यादि जैसे नर्म और आसानी से पचने वाले खाद्य पदार्थ देने चाहियें। शुरु-शुरु में बच्चे को एक समय में एक ही नया भोजन दिन में 5 से 6 बार दें। जब उसे एक चीज खाने की आदत हो जाए, तब उसे किसी दूसरे भोजन से परिचित कराएँ। अतिरिक्त भोजन के साथ-साथ बच्चे को स्तन का दूध बराबर मिलते रहना चाहिये।

(ii) माँ का दूध और अतिरिक्त भोजन किस क्रम में देने चाहियें?

बच्चे को अतिरिक्त भोजन से पहले स्तनपान कराना चाहिये। ऐसा करने से माँ को ज्यादा और अधिक अवधि तक दूध आता रहेगा।

(iii) क्या बच्चे को अलग-अलग प्रकार का भोजन खिलाना उचित है?

जितना अधिक प्रकार का भोजन बच्चा खाएगा उतना ही अच्छा होगा। अलग-अलग खाद्य पदार्थों में अलग-अलग पोशाहार शामिल होते हैं। बच्चे के विकास के लिए सभी किस्मों के पोशाहार जरूरी हैं।

(iv) बच्चों को दिन में कितनी बार खिलाना चाहिये?

तीन वर्ष से छोटे बच्चे को प्रतिदिन 5 या 6 बार खिलाना चाहिये। बच्चे का पेट बड़े आदमी के पेट से कहीं छोटा होता है। बच्चा एक बार या दो बार में उतना नहीं खा सकता है जितना कि उसके विकास के लिए चाहिये। बढ़ते हुए बच्चे को, अपने विकास के लिए उचित और पर्याप्त मात्रा में भोजन की आवश्यकता होती है। इसलिए बच्चे को दिन में ज्यादा बार भोजन देना जरूरी होता है।

(v) क्या बच्चे को हर बार ताजा भोजन खिलाना चाहिये?

बच्चे को हर बार ताजा भोजन खिलाना उचित है। बासी खाने में रोगाणु पैदा होते हैं जो कि बच्चे को बीमार कर सकते हैं। बच्चे को कई ऐसे भोजन दिये जा सकते हैं जिन्हें पकाने की जरूरत नहीं होती है उदाहरण डबल रोटी, बिस्कुट, केला इत्यादि।

ऊपर के भोजन के साथ-साथ माँ का दूध मिलते रहना चाहिये।

बच्चे के लिए कुछ उचित भोजन :

- सूजी की खीर, सूजी का हलवा, मुरमुरे की खीर

- राबडी
- डबल रोटी
- खिचड़ी
- पकाई व मसली हुई सब्जियाँ
- केला
- खीर
- पकाई व मसली हुई दालें
- बिस्कुट
- अण्डा और माँस (मांसाहारी होने की स्थिति में)
- अन्य उपयुक्त भोजन

(vi) क्या बच्चे के भोजन में चिकनाई मिलानी चाहिये?

बच्चे के भोजन में थोड़ा अधिक घी, तेल या मक्खन मिलाना चाहिये। भोजन में अतिरिक्त चिकनाई मिलाने से बढ़ते हुए बच्चे की शक्ति की विशेष आवश्यकता की पूर्ति होती है। इसलिए मसली हुई सब्जियाँ, दालें दलिया, खीर इत्यादि में थोड़ी मात्रा में कोई चिकनाई डालना उचित है।

(vii) क्या बच्चे के विकास में ऐसे कोई समय होते हैं जब उसे सामान्य से अधिक भोजन की जरूरत होती है?

बीमारी के बाद बच्चे को ज्यादा भोजन की आवश्यकता होती है। बीमारी में, विशेष कर दस्त, खाँसी, जुकाम, बुखार व खसरे में बच्चे को भूख कम लगती है और जो थोड़ा-बहुत वह खाता भी है तो वह शरीर को लगता नहीं। यदि बच्चा बार-बार बीमार पड़ता है तो उसका वजन घटने लगता है और उसका विकास रुक जाता है। बीमारी के ठीक होने के बाद अतिरिक्त भोजन से बीमारी के दौरान आई हुई कमजोरी दूर हो जाती है। बच्चे का वजन पुनः बढ़ने और उसका विकास सामान्य रूप से होने लगता है। इसे 'कैचअप विकास' कहते हैं जो बिना अतिरिक्त खाने के संभव नहीं होता है।

(viii) यदि बीमार बच्चा खाने से मना कर दे तो क्या करना चाहिये?

बीमार बच्चे को बार-बार खाने पीने के लिये प्रेरित करना चाहिये। ऐसा करना मुश्किल हो सकता है। इसलिए जरूरी है कि बच्चे को उसके मनपसंद भोजन दिये जाएँ। ये भोजन नर्म होने चाहिये। बच्चे को दिन में 5-6 बार थोड़ी- थोड़ी मात्रा में ताजा खाना खिलाते रहना चाहिये। माँ को अपना दूध बराबर पिलाते रहना चाहिये।

बीमारी दूर हो जाने पर बच्चे को कम से कम एक सप्ताह तक प्रतिदिन सामान्य भोजन के साथ-साथ एक अतिरिक्त बार भोजन मिलना चाहिये। बच्चे को तभी पूरी तरह से ठीक माना जा सकता है जब वह बीमारी से पहले वाला वजन पुनः प्राप्त कर ले। एक से लेकर 2 वर्ष तक के बच्चों के लिए आहार का वर्णन आगे तालिका में दिया गया है।

तालिका : एक वर्ष से लेकर दो वर्ष के शिशु के लिए आहार (अनुशंसित)

क्र.सं.	भोजन का नाम	वजन ग्राम में	पकी हुई मात्रा	ऊर्जा	प्रोटीन	पोशक तत्व
1.	चावल	60	दो कटोरी	206	4.1	कार्बोहाइड्रेट, प्रोटीन

2.	गेंहू-अनाज	88	तीन चपाती	300	10.6	विटामिन बी-1,2,6, प्रोटीन, कार्बोहाइड्रेट. निएसिन
3.	दाल	50	दो कटोरी	167	11.1	बी-1 निएसिन कार्बोहाइड्रेट, प्रोटीन
4.	दूध	250 मिली.	एक ग्लास	168	8.0	विटा ए,डी, बी,2,6, कैल्शियम
5.	चीनी या गुड़	15	तीन चम्मच	60	--	कार्बोहाइड्रेटस
6.	हरी साग-भाजी	50	एक कटोरी	--	--	कैरोटीन विटा .बी 2,6 लौह, कैल्शियम
7.	तेल	11	तीन चम्मच	99	--	वसा
8.	फल-सब्जी	यदि आर्थिक स्थिति सबल हो				
		कुल उर्जा		1000		33.8(ग्राम)

भोजन विकल्प :

- 1 कटोरी चावल = दो चपाती
1 चपाती = आधा कटोरी चावल = दो छाटी डबल रोटी के स्लाइस
1 कटोरी = 200 मिली खाद्य पदार्थ

6.8 टीकाकरण या प्रतिरक्षण (Vaccination / Immunization)

टीकाकरण शिशु स्वास्थ्य सुरक्षा का एक अति उत्तम सुलभ और किफायती तरीका है। आज हमारे पास लगभग सभी गम्भीर रोगों से बचाव के टीके उपलब्ध हैं। टीकाकरण के कारण ही बड़ी माता (Small Pox) का आज नामोनिशान नहीं है और पोलियो भी अन्तिम श्वास गिन रहा है। सन् 2007 तक भारत के पोलियो मुक्त राष्ट्र की श्रेणी में आने की सम्भावना है।

टीकाकरण मानव शरीर की रोग प्रतिरोधक शक्ति को बढ़ावा देता है और उसको जानलेवा बीमारियों से लड़ने की क्षमता प्रदान करता है। टीकाकरण का प्रारम्भ आज से करीब 2 शताब्दी पूर्व (1796) में जैनर द्वारा बड़ी माता के टीके की खोज से हुआ था और तत्पश्चात् कुत्ते के काटने से रेबीज रोग से बचाव के लिये 1655 में पाश्चर नामक वैज्ञानिक ने दण्टी रेबीज टीके का आविष्कार किया। अभी भी एड्स, कैंसर आदि रोगों से बचाव हेतु टीकों की खोज जारी है।

सरकारी क्षेत्र में उपलब्ध निःशुल्क टीके तथा टीकाकरण समय

रोग	टीका	जन्म	1½ माह	2½ माह	3½ माह	समय 9 माह	16-24 माह	गर्भवती को
टी.बी	बी.सी.जी.	✓						
पोलियो	ओ.पी.वी.		✓	✓	✓		✓बूस्टर	
गलघोंटू	डी.						✓	

काली खांसी	पी.		✓	✓	✓		बूस्टर	
टेटेनस	टी.							टी.टी.1व टी.टी.2
खसरा	खसरा					✓		

स्त्रोत: आई. ई. सी. ब्यूरो चि. स्वा. एव. प. क. निदेशालय राजस्थान
राष्ट्रीय टीकाकरण कार्यक्रम के अन्तर्गत कुछ जिलों में अप्रैल 2002 से हिपैटाइटिस बी से बचाव हेतु पायलट प्रोजेक्ट के तौर पर टीकाकरण प्रारम्भ हो चुका है।

6.8.1 टीकाकरण सम्बन्धी कुछ विशेष बिन्दु

- टीके जन्म से लेकर बुढ़ापे तक भी लगाये जा सकते हैं। अधिकतर बीमारियां छोटे बच्चों में होती हैं। अतएव टीकाकरण प्रथम वर्ष में ही पूरा करना चाहिए अन्यथा चिड़िया चुग गई खेत फिर काहे का पछताग वाली कहावत हो जाएगी।
- साधारण खांसी, जुकाम, बुखार एवं दस्त में टीके लगाये जा सकते हैं। बिना डाक्टरी राय के अपने टीके की तिथि आगे न बढ़ायें।
- एक साथ दो या तीन टीके लगाये जा सकते हैं, जैसे डी.पी.टी. एवं पोलियो साथ-साथ दिये जाते हैं।
- पोलियो की खुराक के पहले एवं तुरन्त बाद, माँ का दूध पिलाया जा सकता है। खुराक के आधे घण्टे पहले और बाद में गर्म पेय न दें।
- एक ही प्रकार के टीके - जैसे पोलियो की दो खुराक के बीच में कम से कम 4 सप्ताह का अन्तराल आवश्यक है। इसी प्रकार अलग-अलग टीके या तो एक साथ लगे अथवा दोनों में 4 सप्ताह का अन्तराल होना आवश्यक है।
- टीके सही तापमान पर रखे जाने चाहिए।
- हर टीके के लिए अलग सिरिंज एवं सुई प्रयोग करें। एक सिरिंज में बारबार सुई बदलकर अथवा बिना सुई बदले टीके न लगवायें। पूर्णतया स्टरलाइज्ड अथवा डिस्पोजेबल सिरिंज से टीके लगवायें। ऑटो डिसेबल सिरिंज का प्रयोग करने से टीकाकरण अधिक सुरक्षित होता है।
- बी.सी.जी का टीका 4-6 सप्ताह बाद पकता है, उसमें से मवाद निकलती है, फिर 12 सप्ताह तक एक अमिट निशान छोड़ता है, यदि यह निशान टीकाकरण के बाद तक नहीं बनता है तो अपने डॉक्टर की राय से टीका वापस लगवायें।
- डी.पी.टी. के बाद बुखार आ सकने है, टीके के स्थान पर दर्द बच्चे का अत्यधिक रोना संभव है। बुखार हेतु दवाई टीका लगवाने के तुरन्त बाद प्रारंभ कर दें, टीके के स्थान पर बर्फ से सेक करें। यदि बच्चा 3-4 घण्टे लगातार रोता है, तो तुरन्त डाक्टर को दिखायें।
- खसरे के टीके में 4-5 दिन बाद हल्का बुखार एव दाना दिख सकता है। यह एक दो दिन में स्वयं ही ठीक हो जाता है। कोई विशेष दवाई की आवश्यकता नहीं है। बुखार तेज होने पर बुखार की दवाई दें।

टीके शिशु की रक्षा के लिए होते हैं परन्तु कभी-कभी इनके दुःप्रभाव दस्त, उल्टी, दौरा आना, बेहोशी छाना, लकवा मारना इत्यादि के रूप में हो सकते हैं। कुछ दुःप्रभाव के कारण इनको लगवाने से ओं नहीं। इनका समय रहते उपचार किया जाना संभव है।

6.9 स्वस्थ शिशु क्लिनिक (Well Baby Clinic)

जन्म से लेकर 5 वर्ष तक का समय शिशु विकास में अत्यन्त महत्वपूर्ण समय है। अतः इस समय - प्रथम एक वर्ष में हर माह, एक वर्ष से तीन वर्ष तक हर 2 माह में, तीन से पाँच वर्ष तक हर 6 माह में एक बार शिशु का परीक्षण किया जाना चाहिये।

यह परीक्षण सामान्य ओ.पी.डी की भीड-भाड से अलग - स्वस्थ शिशु क्लिनिक में किया जाना चाहिये। स्वस्थ शिशु क्लिनिक में डॉक्टर एवम् नर्स द्वारा शिशु का परीक्षण किया जाता है। स्वस्थ शिशु क्लिनिक में वजन मापने की मशीन, लम्बाई नापने के लिये यंत्र (स्टेडियोमीटर), सिर के माप के लिये - इंची टेप तथा अन्य आवश्यक उपकरण होने चाहियें।

स्वस्थ शिशु क्लिनिक में विकास चार्ट, टीकाकरण चार्ट, मानसिक विकास चार्ट भी होने चाहियें। क्लिनिक नर्स शिशु का वजन, लम्बाई एवम् सिर का माप लेकर - शिशु विकास चार्ट पर अंकित करती है और शिशु के विकास के बारे में माता-पिता को बताती है। यदि विकास ठीक है तो उन्हें बधाई देती है और आगे भी ऐसी देखभाल करने के लिये प्रोत्साहित करती है। यदि विकास पिछड़ रहा है तो डॉक्टर के पारा भेजती है। शिशु का टीकाकरण चार्ट देखती है और उपयुक्त टीकों के बारे में जानकारी देती है।

माता-पिता को स्वच्छता एवं हाथ धोने का महत्व बताना, पानी का उपयुक्तता प्रयोग, पोषण स्तनपान. भोजन हाइजीन. विटामिन ए का घोल पिलाना, मातापिता की समस्याओं को ध्यान से सुनना आदि भी स्वस्थ शिशु क्लिनिक के माध्यम से सम्भव है।

स्वस्थ शिशु क्लिनिक में प्रसूति विज्ञान सहायिका के उत्तरदायित्व निम्न हैं

- माता-पिता को स्वस्थ शिशु क्लिनिक की जानकारी देना।
- उन्हें क्लिनिक के उद्देश्य, स्थान, दिन एवं समय के बारे में बताना।
- माताओं को क्लिनिक जाने हेतु प्रेरित करना।
- क्लिनिक में नर्स / चिकित्सक की आवश्यकतानुसार सहायता करना।

6.10 जन्म रिपोर्ट एवं अन्य रिकॉर्ड

जिस हॉस्पिटल / चिकित्सा संस्थान अथवा गाव या शहर, जहां भी शिशु का जन्म हो उसकी तत्काल सूचना सम्बन्धित जन्म-मृत्यु पंजीयक के पास पहुंचाना स्वास्थ्य कर्मों ही नहीं अपितु प्रत्येक नागरिक का कर्तव्य है। जन्म सूचना एवं मृत्यु सूचना रिपोर्ट का प्रपत्र पूर्व में ही COA - III की इकाई-6 में दिये जा चुके हैं। इसी प्रकार ग्राम स्तर पर रखे जाने वाले रिकॉर्ड के विषय में भी समुचित जानकारी संदर्भित इकाई (COA-III इकाई-6) में दी गई है। प्रसूति विज्ञान सहायिका को जन्म सूचना एवं सम्बन्धित रिकॉर्ड की देखभाल में अपनी भूमिका सही तरह से निभाना आवश्यक है।

6.11 शिशु स्वास्थ्य के कुछ महत्वपूर्ण मंत्र

1. प्रथम 4-6 माह तक माँ का दूध ही दें। नवजात को शहद, जन्म घूँटी, पानी, जायफल, चाय,उपर का दूध नहीं दें।
 2. बोतल से दूध आँख में काजल. कान में तेल, अपनी इच्छा से दवाई इत्यादि न दें।
 3. छः माह पश्चात बच्चे को घर पर बना हुआ अर्द्ध ठोस / ठोस आहार प्रारम्भ करें। जैसे सूजी की खीर, मथा हुआ दलिया, खिचड़ी, फल इत्यादि।
 4. नाल को केवल लिट से साफ करें। उस पर हल्दी, क्रीम, पाउडर, तेल इत्यादि न लगावें।
 5. स्वच्छता का विशेष ध्यान रखें।
 6. नवजात को सुबह बिना कपड़े घूप में लिटाये।
 7. टीकाकरण सारणी अनुसार नियमित टीके लगवायें।
 8. नवजात की प्रथम तीन माह तक हर माह में एक बार, 3 माह से एक साल तक हर तीन माह में एक बार, फिर 5 साल की उम्र तक हर छः माह में एक बार जांच आवश्यक है। नियमित वजन / लम्बाई करवाये।
 9. छः माह की उस पर देखने एवं सुनने की जाँच अवश्य करवायें।
 10. विकास सूचक चिन्हों (Developmental Mile Stones) पर सतर्क निगाह रखें।
-

6.12 सारांश

शिशु स्वास्थ्य को मात अथवा प्रजनन स्वास्थ्य से अलग रखना संभव नहीं है। प्रसूति विज्ञान सहायिका, प्रसूता के स्वास्थ्य की देखभाल के साथ नवजात पर भी पर्याप्त ध्यान दे सके, उन्हें रोगों से बचा सके, इन्हीं सब तथ्यों के दृष्टिगत वर्णित इकाई में शिशु एवं बाल स्वास्थ्य के विभिन्न पक्षों पर अध्ययन सामग्री प्रस्तुत की गई है। इनमें नवजात की देखभाल, उसका परीक्षण, जन्मजात विकार, पोषण आवश्यकताएं, अपस्तनन एवं पूरक आहार, विकास चार्ट, टीकाकरण आदि स्पष्टमुख हैं। प्रसूति विज्ञान सहायिका वर्णित विषय के आधार पर देश में शिशु मृत्यु दर (IMR) को घटाने में अपनी भूमिका प्रभावी तरीके निभा सकें, यही हमारा अभीष्ट है।

6.13 प्रश्न

1. नवजात की तत्काल देखभाल का क्या अर्थ है?
2. नवजात में खतरे के चिन्हों को वर्णित करें।
3. समय पूर्व जन्मे बच्चे (प्री मैच्योर बेबी) में क्या समस्याएं हो सकती हैं?
4. नवजात के सामान्य मापदण्ड क्या हैं?
5. जन्मजात विकृतियां क्या हैं?
6. 'कंगारू केअर' को परिभाषित करें।
7. नवजात को मां का दूध ही क्यों., वर्णित करें।
8. मां के दूध की अन्य उपलब्ध दूधों से तुलना करें।
9. अपस्तनन (Weaning) किसे कहते हैं? बच्चे को पूरक आहार में क्या देना चाहिए?
10. स्तनपान के लाभों पर टिप्पणी लिखो।
11. वर्ष तक की टीकाकरण सारणी बनाइये।

12. विकास चिन्हों से आप क्या समझती हैं? विस्तार से बताइये।