മിഡ്‌വൈഫ്

1091

ശ്രീ,

എൻ. കുഞ്ഞിക്കുട്ടൻ

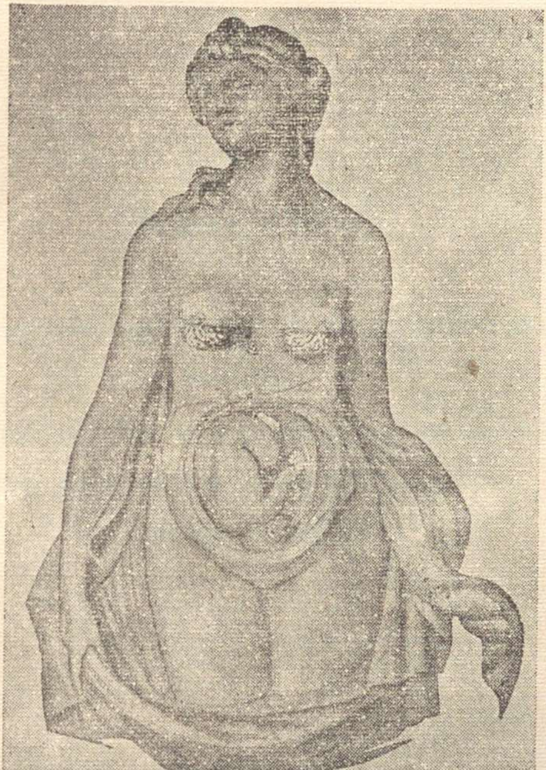
അവർകൾക്കു!

മിഢ്വൈഫ്

സ്നേഹാദരപൂർവ്വം,

[illegible]

7-4-73



i: പൗരാണികമായ ഒരു ഇററാലിയൻ മെഴുകുശില്പം

സമർപ്പണം

മാതൃത്വത്തിൻെറ ശ്രീകോവിലിലേയ്ക്കു പ്രവേശിക്കുന്ന,

അഥവാ—

നവജാതശിശുവിനെ മാറോടണച്ച് ഏതവസ്ഥയിലും

ആ മൃദുഭാരത്തിൽ നിർവ്വതികൊള്ളുന്ന

കുടുംബിനിക്ക്.

മിഡ്‌വൈഫ്

(പ്രസൂതിശാസ്ത്രം)

KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY
KOTTAYAM
130435

SANTHINIKETHAN MEDICAL MISSION

ഗ്രന്ഥകർത്താ

ഡാ. ജോസഫ് മംഗലം

ശാന്തിനികേതൻ മെഡിക്കൽമിഷൻ, കോട്ടയം—1.

വില 15 രൂപ

MALAYALAM

MIDWIFE

MIDWIFERY

BY DR. JOSEPH MANGALAM

SANTHINIKETHAN MEDICAL MISSION

KOTTAYAM, KERALA.

FIRST PUBLISHED
NOVEMBER 1969

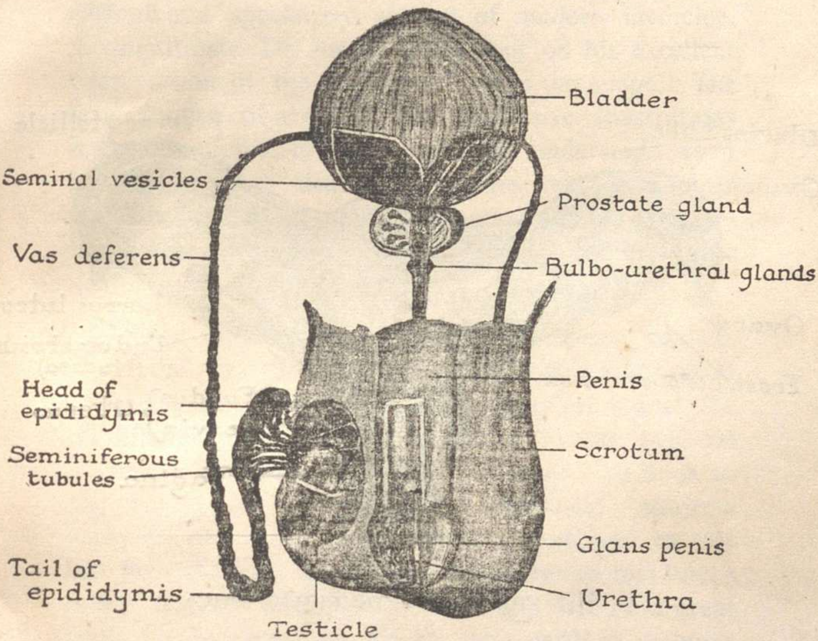
PRINTED AT
K. P. PRESS, KOTTAYAM.

COPY RIGHT:
DR. JOSEPH MANGALAM.

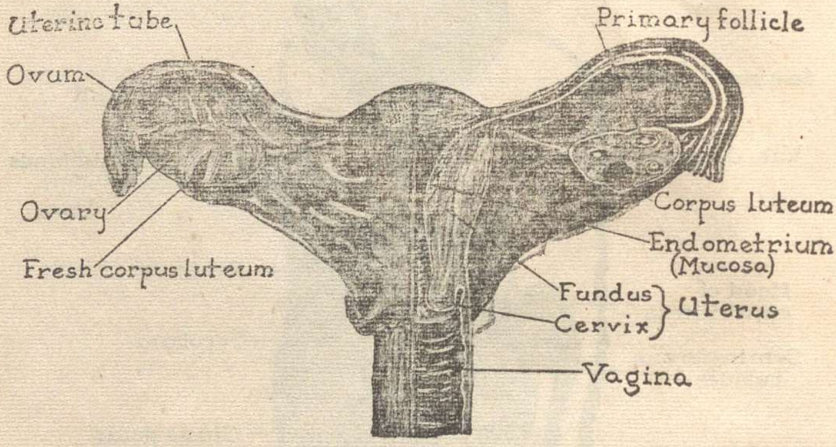
PUBLISHED BY THE AUTHOR.

PRICE RS. 15.

KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY * KOTTAYAM *
130435
M
618.2
JOS-M



ii: പുരുഷൻെറ ജനനേന്ദ്രിയങ്ങൾ



iii: സ്ത്രീയുടെ ജനനേന്ദ്രിയങ്ങൾ

PREFACE

I have great pleasure in writing an introduction to this excellent book in our mother tongue on a difficult and specialized subject of modern medicine. I congratulate Dr. Joseph Mangalam on his excellent presentation of the subject in simple language. The large number of accurate and expressive illustrations in each section help the reader to . understand even intricate matters dealt with in the text in a clear manner. Including the English terms and not attempting literal translation is a special commendable feature of this book.

Since the attainment of Independence, education in the regional languages in the schools and even at collegiate level has taken place. This has led to the teaching of even scientific subjects in the regional languages. People have also become anxious to acquire greater knowledge in technical subjects including Medicine. The great impediment to this has been the lack of good and authoritative text books in the regional languages. This book will be a great boon for the people of Kerala who wish to acquire a correct knowledge of the subject of Obstetrics but do not have sufficient proficiency in English. For the students of the Auxiliary Nurse-Midwife Course, this will be a very useful text book. To the medical student and those engaged in the practice of Midwifery, this will be a good reference book. Thus Dr. Joseph Mangalam has made a very significant contribution to the Scientific section of Malayalam literature.

This book is a compilation from various text books and journals in English, and not a translation. It must have been a stupendous task and the author must have spent a great deal of time with patience and diligence in producing it.

I am sure this book will be welcomed by the enlightened public. I wish Dr. Joseph Mangalam all success and I have great pleasure in commending the beautifully got up and profusely illustrated book-'Midwife,' which he has offered to our country.

R. KESAVAN NAIR,

F. R. C. S. (Eng.)

[Retd. Principal, Kottayam Medical College.]

Udyogamandal,
1-11-1969.

അവതാരിക

ആധുനികവൈദ്യശാസ്ത്രത്തിലെ ഗഹനവും, സവിശേഷവുമായ ഒരു വിഷയത്തെ അധികരിച്ച് മാതൃഭാഷയിൽ വിരചിക്കപ്പെട്ട ഈ വിശിഷ്ട ഗ്രന്ഥത്തിന്ന് ഒരവതാരിക എഴുതുന്നതിൽ എനിക്ക് അത്യധികം സന്തോഷമുണ്ട്. ലളിതമായ ഭാഷയിൽ—അഭിജാതമായ രീതിയിൽ—ഈ വിഷയം പ്രതിപാദിച്ച ഡോ. ജോസഫ് മംഗലം തികച്ചും അഭിനന്ദനം അർഹിക്കുന്നു. ഇതിൻെറ ഓരോ വിഭാഗദളത്തിലും, നിരവധി ചിത്രങ്ങൾ ഉൾക്കൊള്ളിച്ചിട്ടുണ്ട്. അവ പ്രകാശനക്ഷമങ്ങളും പൂർണ്ണകൃത്യങ്ങളുമാണ്. വിഷയാന്തർഗ്ഗതമായ അതിസങ്കീർണ്ണവസ്തുതകൾപോലും ഗ്രഹിക്കാൻ ആ ചിത്രങ്ങൾ അനുവാചകരെ സഹായിക്കുന്നു. ഇംഗ്ലീഷ് സാങ്കേതികപദങ്ങൾ അനുപദം വിവർത്തനംചെയ്യാതെ, സന്ദർഭാനുസാരം അതേരൂപത്തിൽത്തന്നെ സ്വീകരിച്ചിരിക്കുന്നതും ഈ ഗ്രന്ഥത്തിൻെറ സ്തുത്യർഹമായ ലക്ഷണമത്രേ.

സ്വാതന്ത്ര്യലബ്ധിക്കുശേഷം ഇന്ത്യയിൽ സ്കൂളുകളിലും, കോളേജുകളിൽപോലും നിലവിൽവന്നിട്ടുള്ളതു് പ്രാദേശികഭാഷകളിലൂടെയുള്ള അദ്ധ്യാപനമാണല്ലോ. ഈ മാററം ശാസ്ത്രവിഷയങ്ങൾപേലും പ്രാദേശികഭാഷകളിൽ പഠിപ്പിക്കുക, എന്നിടത്തോളം നമ്മെ നയിച്ചിരിക്കുന്നു. ഇന്നാകട്ടെ; വൈദ്യശാസ്ത്രമുൾപ്പെടെയുള്ള സാങ്കേതികവിഷയങ്ങളിൽ വേണ്ടത്ര പരിജ്ഞാനം സമ്പാദിക്കാൻ ജനങ്ങളും ആകാംക്ഷാഭരിതരാണ്. എന്നാൽ, ഈ കാര്യത്തിൽ നേരിടുന്ന ഏററം ഭീമമായ പ്രതിബന്ധം പ്രാമാണികങ്ങളും, ഉത്തമങ്ങളുമായ പാഠ്യപുസ്തകങ്ങൾ പ്രാദേശികഭാഷകളിൽ വിരളങ്ങളാകുന്നു, എന്നതാണ്. പ്രസൂതിശാസ്ത്രത്തെപ്പററി സമ്യക്ജ്ഞാനം ലഭിക്കാൻ അഭി

ലഷിക്കുന്നവരും, എന്നാൽ പര്യാപ്തമായ ഇംഗ്ലീഷ് ഭാഷാപരിചയം ഇല്ലാത്തവരുമായ കേരളീയക്ക് ഈ ഗ്രന്ഥം മഹത്തായ ഒരനുഗ്രഹമാകുന്നു. നഴ്സിംഗിനും, മിഡ്വൈഫറിക്കും പഠിക്കുന്നവക്ക് ഇതു സവ്വഥാ പ്രയോജനപൂണ്ണമായ പാഠ്യപുസ്തകമായിരിക്കും. എന്നല്ല; മെഡിക്കൽ വിദ്യാത്ഥികൾക്ക് —മിഡ്വൈഫറി പ്രാക്ടീസ്ചെയ്യുന്നവക്ക്—ഇതു് നല്ലൊരു 'റഫറൻസ്' ഗ്രന്ഥംകൂടിയാണ്. അങ്ങനെ ഡോ. ജോസഫ്മംഗലം മലയാളസാഹിത്യത്തിലെ ശാസ്ത്രകക്ഷ്യയിലേയ്ക്കു് സവിശേഷാങ്കിതമായ ഒരു സംഭാവന നല്കിയിരിക്കുന്നു.

ഈ ഗ്രന്ഥം ഒരു വിവത്തനമല്ല. വിവിധങ്ങളായ വൈദ്യശാസ്ത്രഗ്രന്ഥങ്ങളിൽനിന്നും, ഇംഗ്ലീഷ്ഭാഷയിലുള്ള ''നിബന്ധ' ങ്ങളിൽനിന്നും സമാഹൃതമാണ്. ഇതിൻെറ പിന്നിൽ ഗരീയസ്സായ കൃച്ഛ്റയത്നമുണ്ടു്. ക്ഷമാപുരസ്കൃതമായ ജാഗരൂകതയോടൊത്ത ദീർഘകാലതപസ്സ് ഡോ. മംഗലം അനുഷ്ഠിച്ചിട്ടുണ്ടാവണം.

നമ്മുടെ പ്രബുദ്ധരായ ജനങ്ങൾ ഈ ഗ്രന്ഥത്തെ സ്വാഗതംചെയ്യുമെന്ന് എനിക്കു ഉറപ്പുണ്ടു്. ഗ്രന്ഥകാരനാൽ കേരളത്തിനുവേണ്ടി സംഭാവിതവും, സുന്ദരമാംവിധം സംഗൃഹീതവും ബഹുചിത്ര ചിത്രിതവുമായ ഈ ഗ്രന്ഥം—മിഡ്വൈഫ്—അവതരിപ്പിക്കുന്നതിൽ ഞാൻ അതീവസന്തുഷ്ടനാണ്. ഗ്രന്ഥകാരനായ ഡോ. ജോസഫ് മംഗലത്തിനു് സമസ്തവിജയങ്ങളും ആശംസിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

ഡാ. ആർ. കേശവൻ നായർ,

എഫ്. ആർ. സി. എസ്സ്. (Eng)

ഉദ്യോഗമണ്ഡൽ,
1–11–1969.

ആമുഖം

വൈദ്യശാസ്ത്രസാഹിത്യം മലയാളത്തിൽ കുറ
വാണു്. അതിൻെറ നാന്ദിയെന്നോ വിഷ്കംഭമെ
ന്നോ പറയാവുന്നഘട്ടമേ ആയിട്ടുള്ളു. ഇതിനു് രണ്ടു
കാരണങ്ങളുണ്ടു്. ഒന്നു്: കേരളീയ വൈദ്യവിദ്യാ
ൎത്ഥികൾ സംസ്കൃതത്തിലോ ഇംഗ്ലീഷിലോ എഴു
തിയിട്ടുള്ള ശാസ്ത്രഗ്രന്ഥങ്ങളാണു് പഠിക്കുന്നതു്.
രണ്ടു്: വൈദ്യശാസ്ത്രസംബന്ധമായ ഗവേഷണ
ങ്ങൾ നടത്തി നിഗമനങ്ങളും നിർദ്ധാരണങ്ങളും
സ്വഭാഷയിൽ എഴുതിവയ്ക്കുന്നില്ല.

മാതൃഭാഷയിലൂടെ ശാസ്ത്രവിഷയങ്ങൾ അഭ്യസി
ക്കാൻ കഴിയാതെവരുന്നതും അടിസ്ഥാനപരമായ
ഗവേഷണങ്ങൾ നടക്കാതിരിക്കുന്നതും സാംസ്കാരിക
മായ നമ്മുടെ വളർച്ചയുടെയല്ല, തളർച്ചയുടെ ലക്ഷണ
ങ്ങളാണു്. എന്നും പരാന്നഭോജനം നടത്തുന്നവൎക്കു്
സ്വതന്ത്രരാണു് തങ്ങളെന്നവകാശപ്പെടുവാനാവി
ല്ലല്ലോ.

നമ്മുടെ ശാസ്ത്രസാഹിത്യശാഖ സമ്പുഷ്ടമാക്കു
വാൻ ബഹുമുഖമായ ശ്രമങ്ങൾ ആവശ്യമാണു്. അ
ന്യ ഭാഷകളിലുണ്ടായിട്ടുള്ള ഉത്തമഗ്രന്ഥങ്ങൾ വിവ
ൎത്തനംചെയ്തും, പഠിച്ചവർ സ്വാനുഭവങ്ങളിലൂടെ
ഉരുത്തിരിഞ്ഞുവരുന്ന അറിവുകൾ രേഖപ്പെടുത്തിയും
നിസ്തന്ദ്രമായ യത്നം ആരംഭിക്കണം.

മൂന്നാമതൊരു മാൎഗ്ഗംകൂടി സ്വീകാര്യമാണു്.
ഒരേ വിഷയത്തെ ഉപജീവിച്ചു് വിജ്ഞാനമേഖലക

ളിലെ അതികായന്മാർ വിവിധ ഭാഷകളിൽ രചി ച്ചിട്ടുള്ള ശാസ്ത്രഗ്രന്ഥങ്ങൾ പഠിച്ചുപസ്ഥിതിവരുത്തി സമാദരണീയമായ സങ്കലനസ്വഭാവത്തിൽ പുതിയ ഗ്രന്ഥങ്ങൾ തന്നെ തയ്യാറാക്കാവുന്നതാണ്.

മൂന്നാമത്തെ മാർഗ്ഗമാണ്, ഈ ഗ്രന്ഥകാരനുത്തമമെന്നു തോന്നിയതും പ്രകൃതകൃതിയുടെ കാര്യത്തിൽ സ്വീകരിച്ചിട്ടുള്ളതും.

ഗഹനശാസ്ത്രവിഷയങ്ങൾ പഠിപ്പിക്കുവാനും മൗലികകൃതികൾ രചിക്കുവാനും മലയാളഭാഷ അപര്യാപ്തമാണെന്നു വിശ്വസിക്കുന്നവരും വാദിക്കുന്നവരുമുണ്ട്. കണ്ണടച്ചിരുട്ടാക്കുകയാണ്, പല കാര്യങ്ങളിലും നാം. രാമായണത്തിൽ ഒരു വിചിത്ര കഥാപാത്രമുണ്ട്: ഹനുമാൻ. സ്വന്തം കഴിവുകളിൽ തികഞ്ഞ അജ്ഞതയാണുള്ളത്. മററുള്ളവരെ അന്ധമായി ആരാധിക്കുന്നതിലാണ് സുഖം! ഈ നാടിനെ പ്രതിനിധാനം ചെയ്യുന്ന കഥാപാത്രം!

വലിയ ക്ലേശംകൂടാതെ ചെയ്യാവുന്ന കാര്യങ്ങളിൽപ്പോലും ആത്മവിശ്വാസം നമുക്കു കുറവാണ്. ആത്മവിശ്വാസംകൊണ്ട് എന്തുചെയ്യുവാൻ കഴിയുമെന്നാണ് ചോദ്യമെങ്കിൽ, ഈ ഗ്രന്ഥകാരൻ ഒരു വ്യാഴവട്ടമായി നടത്തിവരുന്ന എളിയ ശ്രമങ്ങളുടെ നേക്ക് സവിനയം വിരൽചൂണ്ടുവാനാഗ്രഹിക്കുന്നു.

മെഡിക്കൽ കോളജുകളിൽ ശരീര—രോഗ—ചികിത്സാസംബന്ധമായി പഠിപ്പിക്കപ്പെടുന്ന മിക്ക വിഷയങ്ങളും സാധാരണക്കാർക്കുകൂടി സുഗ്രാഹ്യമായ മലയാളഭാഷയിൽ നാതിവിസ്തൃതപാഠങ്ങളായി എഴുതിയുണ്ടാക്കി 'ശാന്തിനികേതൻ മെഡിക്കൽ മിഷൻെറ' ആഭിമുഖ്യത്തിൽ തപാൽമാർഗ്ഗേണ നൂറു

കണക്കിന്നു് വൈദ്യശാസ്ത്രജിജ്ഞാസുക്കളെ പഠിപ്പിച്ചവരാകയാണു്. ഇതുകൊണ്ടുണ്ടായ നേട്ടങ്ങൾക്കു് കേരളത്തിലുടനീളവും അന്യരാജ്യങ്ങളിലും പ്രത്യക്ഷലക്ഷ്യങ്ങളുണ്ടു്. മറെറാന്നു് ഈ ലേഖകന്റെ കന്നിഗ്രന്ഥമായ 'കമ്പൗണ്ടർ' ആണു്.

മേല്പറഞ്ഞ പാഠങ്ങളും ഗ്രന്ഥവും ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രസംബന്ധികളാണു്. തികച്ചും വൈജ്ഞാനികമായ വിഷയങ്ങളാണു് കൈകാര്യംചെയ്തിട്ടുള്ളതു്. വിഷയഗ്രഹണം അപൂർണ്ണമെന്നോ ക്ലിഷ്ടമെന്നോ ബന്ധപ്പെട്ടവരിലാർക്കും തോന്നിയിട്ടില്ല. മറെറാരു സവിശേഷഗുണംകൂടി എടുത്തുപറയുവാനുണ്ടു്. അന്യഭാഷാസ്വാധീനം കുറഞ്ഞവർക്കും തീരെ ഇല്ലാത്തവർക്കും മലയാളത്തിലുള്ള വിശദീകരണംകൊണ്ടു് വിഷയാവബോധം സുകരമായി.

ഈ നാടിന്നു് ശാശ്വതവും സമഗ്രവുമായ സ്വാതന്ത്ര്യം ഇനിയും നേടാൻ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. രാഷ്ട്രീയവും സാമ്പത്തികവുമായ അടിമത്വം അവസാനിച്ചാലും 'മഴനിന്നാലും മരംപെയ്യുന്നതു'പോലെ സാംസ്കാരികരംഗത്തെ അസ്വാതന്ത്ര്യം തുടരും എന്നതിന്നു് ഭാരതീയ ജീവിതത്തേക്കാൾ നല്ല ദൃഷ്ടാന്തം ലോകചരിത്രത്തിൽ വേറെ കാണുമെന്നു തോന്നുന്നില്ല.

ഭാരതീയ ഭാഷകളിൽ സർവ്വതോമുഖമായ വികാസപ്രവണത ഏററുപുലർത്തിപ്പോരുന്ന മലയാളഭാഷ കൊള്ളേണ്ടതുകൊള്ളുവാൻ ശക്തമാണെന്നു് ഈ ലേഖകൻ സ്വാനുഭവങ്ങളിലുറച്ചുനിന്നു് ശക്തിയായി വാദിക്കും. ശാസ്ത്രവിഷയങ്ങളുടെ അംബരചുംബികളായ കുംഭഗോപുരങ്ങളും ധൂർത്തടിച്ചുള്ള ആർഭാടങ്ങളുമല്ല പ്രധാനം. ഇംഗ്ലീഷ്മാദ്ധ്യമത്തിലൂടെയുള്ള വിഷയബോധനശ്രമം നമ്മേ ആശാവഹമായ

ലക്ഷ്യത്തിലേയ്ക്കു് അടുപ്പിച്ചിട്ടില്ലെന്നു് ഇന്നോളമു ള്ള അനുഭവങ്ങൾ പഠിപ്പിക്കുന്നു.

ആയിരക്കണക്കിനു് അലോപ്പതി ഭിഷഗ്വര ന്മാർ ഈ നാട്ടിലുണ്ടു്. അവക്കു് നമ്മുടെ വൈദ്യശാ സ്ത്രശാഖ വളർത്തുന്നകാര്യത്തിൽ പ്രസ്താവ്യമായ ഒന്നും ചെയ്യുവാൻ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. ഈ ദുസ്ഥിതിക്കു് നമ്മു ടെ സാമ്പത്തിക വ്യവസ്ഥകൂടി കാരണമാണെന്നു തോന്നുന്നു. ചികിത്സാരംഗത്തു നിലനിന്നുപോരുന്ന അർത്ഥശൂന്യമായ അഭിജാതചിന്തയും കപടതന്ത്ര ങ്ങളും നാം ഉപേക്ഷിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. സ്വാത്മ മോഹമാണിതിനുതടസ്സം.

തൊഴിൽ സിദ്ധാന്തങ്ങൾ ഒളിച്ചും മറച്ചും വെയ്ക്കു വാനുള്ള വ്യഗ്രത ഫ്യൂഡലിസത്തിൻെറ മാത്രമല്ല ക്യാപ്പിററലിസത്തിൻേറയും കൂടെപ്പിറവിയാണു്. വൈദ്യശാസ്ത്രംപോലുള്ള ധനസമ്പാദനക്ഷമമായ വി ദ്യകൾ സാധാരണജനങ്ങൾക്കു സുഗ്രാഹ്യമായ ഭാഷ യിൽ പറഞ്ഞുവച്ചാൽ തങ്ങളുടെനില സുരക്ഷിതമാ യിരിക്കയില്ലെന്നു പലരും കരുതുന്നതുപോലെ തോ ന്നുന്നു. സാംസ്കാരികരംഗത്തെ ഈ കുത്തക തകന്നേ തീരൂ, വിശേഷിച്ചു് സോഷ്യലിസ്റ്റു് മാതൃകയിലു ള്ളൊരുസാമൂഹികക്രമത്തിൽ. കുത്തകകളുടെകോട്ട ത കക്കുവാനുള്ള ഭാഗികമായ ശ്രമമാണു്, ഈ ഗ്രന്ഥകാ രൻ നടത്തുന്നതെന്നു് ആരെങ്കിലും സമ്മതിക്കുമെ ങ്കിൽ ധന്യോസ്മ്യഹം!

വൈദ്യശാസ്ത്രസംബന്ധിയായ എൻെറ എളിയ ശ്രമങ്ങളെ അറിഞ്ഞാദരിക്കയും പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കു കയും ചെയ്തുപോരുന്ന കേരളത്തിലെ ഏകവൈദ്യശാ സ്ത്രപണ്ഡിതനാണു്, പ്രൗഢോജ്ജ്വലമായൊരവതാ രികയാൽ ഈ ഗ്രന്ഥത്തേയും എന്നെയും ധന്യമാക്കി യിട്ടുള്ള ഡാ. ആർ. കേശവൻനായർ, എഫ്. ആർ. സി. എസ്സ്. വൈദ്യശാസ്ത്രകുലകൂടസ്ഥനായ അദ്ദേ ഹത്തിൻെറ സംസ്കാരോദാരമായ മനീഷയ്ക്കുമുന്നിൽ എൻെറ ആദരാഞ്ജലികൾ.

ബ്ലോക്കുകൾ:— സങ്കേതജടിലമായ ഇതിലെ ചിത്രങ്ങൾ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വരയ്ക്കുകയും ബ്ലോക്കെടുക്കുകയുംചെയ്ത ആർട്ട്സ്ബ്യൂറോ പ്രവർത്തകരോട്--വിശിഷ്യാ ശ്രീ. സുരേന്ദ്രനോട് എനിക്കുള്ള കടപ്പാട് നന്ദിപൂർവ്വം രേഖപ്പെടുത്തുന്നു; വിജയാശംസകൾ!

കവർ:— എന്റെആശയത്തെ സർവ്വഥാ പ്രതിനിധാനം ചെയ്യുന്ന മനോഹരമായ കവർചിത്രം വരച്ചുതന്ന ശങ്കരൻകുട്ടിക്ക് നന്ദി; കലാകാരന് ആശംസകളും അഭിനന്ദനങ്ങളും!

അച്ചടി:— അതൊരു യജ്ഞംതന്നെയായിരുന്നു. ശ്രമകരമായ ആ ജോലി സ്തുത്യർഹമായി നിറവേറ്റിയ കെ. പി. പ്രസ്സ് മാനേജരോടും പ്രവർത്തകരോടും എനിക്കുള്ളകടപ്പാട് വാക്കുകൾക്കതീതമാണ്. ഹൃദയപൂർവ്വമായ അഭിനന്ദനങ്ങളും ആശംസകളും.

സ്നേഹപൂർവ്വം,

ഡോ. ജോസഫ് മംഗലം.

ശാന്തിനികേതൻ,
കോട്ടയം, 1–11–1969

വിഷയവിവരം

	പേജ്
പ്രസൂതിവിജ്ഞാനീയം	i–iv
അദ്ധ്യായം	
ഒന്നു്: പുനരുത്പ്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങൾ	1–9
രണ്ടു്: സ്ത്രീജനനേന്ദ്രിയങ്ങൾ	10–30
മൂന്നു്: ആർത്തവം	31–36
നാലു്: ഗർഭധാരണം	37–62
അഞ്ചു്: ഗർഭലക്ഷണങ്ങൾ	63–75
ആറു്: ഗർഭകാലസംരക്ഷണം	76–83
ഏഴു്: മറുപിള്ള	84–90
എട്ടു്: ഉപസ്ഥാശയം	91–107
ഒൻപതു്: പ്രസവം	108–119
പത്തു്: ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശയനനിലയും ജനനമുഖവും	120–142
പതിനൊന്നു്: പ്രസവപരിചരണം	143–178
പന്ത്രണ്ടു്: പ്രസവാനന്തരഘട്ടവുംപരിചരണവും	179–188
പതിമൂന്നു്: ഇരട്ടക്കുട്ടികൾ	189–205
പതിനാലു്: ക്രമവിരുദ്ധമായ ജനനമുഖങ്ങൾ	206–241
പതിനഞ്ചു്: ഉപസ്ഥാശയവൈരൂപ്യം	242–254
പതിനാറു്: പ്രസവത്തിനുമുമ്പുള്ള രക്തസ്രാവം	255–265
പതിനേഴു്: പ്രസവാനന്തര രക്തസ്രാവം	266–280
പതിനെട്ടു്: പ്രസവാനന്തരരോഗങ്ങൾ	281–293
പത്തൊൻപതു്: നവജാതശിശു	294–308
ഇരുപതു്: കൃത്രിമാഹാരങ്ങൾ	309–314
ഇരുപത്തൊന്നു്: ശിശുരോഗങ്ങൾ	315–332

	പേജ്
ഇരുപത്തിരണ്ട്: അകാലപ്രസവവും ശിശുപരിചരണവും	333–336
ഇരുപത്തിമൂന്ന്: ഗർഭകാലരോഗങ്ങൾ	337-343
ഇരുപത്തിനാല്: ഗർഭകാലരോഗങ്ങൾ (തുടർച്ച)	344–354
ഇരുപത്തഞ്ച്: ഗർഭകാലരോഗങ്ങൾ (തുടർച്ച)	355–362
ഇരുപത്താറ്: ഗർഭകാലരോഗങ്ങൾ (തുടർച്ച)	363–375
ഇരുപത്തേഴ്: പ്രസവസംബന്ധമായ ശസ്ത്രക്രിയകൾ	376–387
ഇരുപത്തെട്ട്: ,, (തുടർച്ച)	388–397
ഇരുപത്തൊമ്പത്: ,, (തുടർച്ച)	398–406
മുപ്പത് ,, (തുടർച്ച)	407–425
മുപ്പത്തൊന്ന്: വിസർജ്ജനേന്ദ്രിയവ്യവസ്ഥ	426–430
മുപ്പത്തിരണ്ട്: ഗർഭകാലമൂത്രാശയരോഗങ്ങൾ	431-444
മുപ്പത്തിമൂന്ന്: പാനിയങ്ങൾ—പരിചരണങ്ങൾ	445–449
മുപ്പത്തിനാല്: കുത്തിവെയ്പ്പുകൾ	450–462
ലോഷൻസ്	463
എനിമാ	464–466
നേത്രബിന്ദു	467
അളവുകളും തൂക്കങ്ങളും	468–469
അനുബന്ധം	473–491
അനുക്രമണിക	493–505
ഇൻഡക്സ്	506–515

ചിത്രങ്ങൾ

		പേജ്
i	പൗരാണികമായ ഒരു ഇററാലിയൻ മെഴുകുശില്പം	I
ii	പുരുഷൻെറ ജനനേന്ദ്രിയങ്ങൾ	VII
iii	സ്ത്രീയുടെ ജനനേന്ദ്രിയങ്ങൾ	VIII
1	പുരുഷൻെറ ഉല്പാദനാവയവം	
2	പുരുഷൻേറയും സ്ത്രീയുടേയും ലൈംഗികാവയവങ്ങൾ	9
3	ജനനേന്ദ്രിയ ബാഹ്യഭാഗം	11
4	സ്ത്രീയുടെ ജനനേന്ദ്രിയഭാഗങ്ങൾ	17
5	ഗർഭാശയഭാഗങ്ങൾ	22
6	സ്ത്രീ പുരുഷ ബീജങ്ങളുടെ സഞ്ചാരപഥം	28
7	അണ്ഡനിർഗ്ഗമനം	38
8	കോശങ്ങൾ	41
9	വർണ്ണതന്തുക്കൾ	43
10	പുരുഷബീജങ്ങൾ	45
11	സ്ത്രീബീജാണ്ഡം	46
12	സ്ത്രീ പുരുഷ ബീജാണ്ഡസംയോഗം	47
13	ഗർഭസ്ഥിരീകരണം	48
14	ലിംഗഭേദ നിർണ്ണയപ്രക്രിയ	51
15	ലിംഗഭേദനിർണ്ണയം	52
16	ഭ്രൂണവളർച്ച	54
17	ഭ്രൂണവളർച്ച	56
18	പൂർണ്ണവളർച്ചയെത്തിയ ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഗർഭാശയത്തിലെ സ്ഥിതി	61
19	ഗർഭകാലത്തു സ്തനങ്ങളിലുണ്ടാകുന്ന മാററം	64
20	ഗർഭിണിയുടെ ഉദരഭാഗത്തും മററും കാണുന്ന സമാന്തര വർണ്ണരേഖകൾ	66

		പേജ്
21	ഗർഭാശയത്തിനുണ്ടാകുന്നഉന്നതി, ദൈർഘ്യമാനം	68
22	36-ാമത്തേയും 40-ാമത്തേയും ആഴ്ചകളിലെ ഉദരം	69
23	ഗർഭാഭാസം	75
24	മറുപിള്ളയുടെ ഉൾവശം	85
25	അനുബന്ധിത മറുപിള്ള	87
26	രണ്ടു ഖണ്ഡങ്ങളുള്ള മറുപിള്ള	88
27	ഉപസ്ഥാശയം	92
28	ഉപസ്ഥാശയ ബഹിർഗമനമാർഗ്ഗം	92
29	ഉപസ്ഥാശയം	93
30–31	പരന്ന ഉപസ്ഥാശയം	95
32–33	ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പുറത്തെ അളവ്	100
34	സൂച്ചേഴ്സും ഉച്ചിയും	103
35	ശിശുശിരസ്സ്	104
36	ശിശുവിൻെറ തലയോട്ട്	105
37	ശിശുവിൻെറ തലയോട്ട്	106
38	പ്രസവഘട്ടങ്ങൾ	109
39	പ്രസവഘട്ടങ്ങൾ	118
40–43	ശിശുവിൻെറശയനനില–വിവിധഘട്ടങ്ങൾ	120
44	ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ വിലങ്ങനെയുള്ളകിടപ്പ്	121
45	ബാഹ്യപരിശോധന	125
46	പൊക്കിളിനു് ഇരുവശവുമുള്ള പരിശോധന	127
47–48	ജനനമുഖം നിർണ്ണയിക്കുന്ന രീതി	128–129
49	ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയശബ്ദ ശ്രവണരീതി	130
50	ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനം ശ്രവിക്കാൻകഴിയുന്ന ഭാഗങ്ങൾ	131
51	ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധനാക്രമം	134
52	ശിശുശിരസ്സിൻെറ ഒന്നാംനില	136
53	ഒന്നാംനില–ഉച്ചിഭാഗം	137

		പേജ്
54	ശിശുശിരസ്സിൻെറ രണ്ടാംനില	137
55	രണ്ടാംനില—ഉച്ചിഭാഗം	138
56	ശിരസ്സിൻെറ മൂന്നാംനില	139
57	ശിരസ്സിൻെറ മൂന്നാംനില—ഉച്ചിഭാഗം	138
58	ശിശുശിരസ്സിൻെറ നാലാംനില	139
59	നാലാംനില—ഉച്ചിഭാഗം	140
60	ഗുഹ്യഭാഗത്തെ രോമംവടിക്കുന്നരീതി	148
61	കുളിപ്പിക്കുന്ന രീതി	148
62	പ്രസവസമയത്തു് ഗർഭിണി കിടക്കേണ്ടരീതി	151
63	പ്രസവാരംഭം	152
64	പ്രസവം--രണ്ടാംഘട്ടം	152
65	ശിശുശിരസ്സിൻെറ ജനനഘട്ടങ്ങൾ	153
66	ശിരോഭാഗ ജനനം	153—154
67	ശിശുശിരസ്സ് വെളിയിൽവരുത്താനുള്ളമാർഗ്ഗം	156
68—69	പെരിനിയം സംരക്ഷിക്കുന്നവിധം	157
70	പെരിനിയത്തെ താങ്ങി കുട്ടിയുടെ തോൾ എടുക്കുന്നവിധം	158
71	ഗർഭസ്ഥശിശു ചരിഞ്ഞുവരുമ്പോൾ	159
72	ഉച്ചി യോനീകവാടത്തിൽ	159
73	മുഖം യോനീകവാടത്തിൽ	160
74	ശിശുവിൻെറ കഴുത്തിൽ ചുററിയിരിക്കുന്ന പൊക്കിൾക്കൊടി	161
75	നവജാതശിശുവിനെ പൊക്കിയെടുക്കുന്നരീതി	163
76	ജനനമാർഗ്ഗത്തിൽനിന്നു് ശിശുവിനെ എടുക്കുന്നവിധം	164
77	പ്രസവംകഴിഞ്ഞു് ശിശുവിൻെറ കിടപ്പ്	164
78	നവജാതശിശുവിൻെറകണ്ണിൽ മരുന്നിററിക്കുന്ന	165
79	നവജാതശിശു മിഡ്‌വൈഫിൻെറ കയ്യിൽ	166

		പേജ്
80	പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ ക്ലാമ്പുപിടിപ്പിക്കുന്നരീതി	167
81	പൊക്കിൾക്കൊടി മുറിക്കുന്നവിധം	167
82–84	മറുപിള്ള—പ്രസവം	170–171
85	മറുപിള്ളയെ എടുക്കുന്നവിധം	172
86	മറുപിള്ള വിട്ടുപോരുന്നു	173
87	മറുപിള്ളയുടെ അകവശം	174
88	മറുപിള്ള—പരിശോധന	175
89	മറുപിള്ള പിറക്കുന്നതുവരെയുള്ള ഗർഭാശയസ്ഥിതി	176
90	മൂത്രദ്വാരത്തിൽ കതീററർകടത്തുന്നവിധം	186
91	ബ്രസ്റ്റ് പമ്പ്	187
92	ബൈനോവുലർ ഇരട്ടകൾ	190
93	യൂനീഓവുലർ ഇരട്ടകൾ	192
94	ഇരട്ടകൾ--നെടുകെയുള്ള കിടപ്പ്	194
95	ഇരട്ടകൾ-വിലങ്ങനെയുള്ള കിടപ്പ്	194
96	ഇരട്ടകൾ	195
97	ഇരട്ടകൾ	107
98	ഇരട്ടകൾ—ശിരോദയത്തിലും പൃഷ്ഠോദയത്തിലും	198
99	ഇരട്ടകൾ ഒന്നിനുമീതെ ഒന്നായി	199
100	ഇരട്ടകൾ—തടസ്സമാകുന്നു	200
101	ഇരട്ടകൾ—തടസ്സമാകുന്നു	202
102	ഇരട്ടകൾ—താടിപ്പൂട്ട്	203
103–105	മുഖം—ജനനമുഖം	209–210
106	മുഖത്തിൻെറ ഒന്നാംനില	212
107	മുഖത്തിൻെറ രണ്ടാംനില	213
108	മുഖത്തിൻെറ മൂന്നാംനില	213
109	മുഖത്തിൻെറ നാലാംനില	214

പേജ്

110 നെററി—ജനനമുഖം 215
111 പൃഷ്ഠം—ജനനമുഖം 217—218
112 പൃഷ്ഠോദയം 219
113—116 പൃഷ്ഠോദയത്തിൻെറ നിലകഠം 222—223
117 ശിശുവിൻെറ തല പുറത്തെടുക്കുന്നവിധം 232
118—119 കുട്ടിയുടെ പുറം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ—
വിലങ്ങനെയുള്ള കിടപ്പു് 234—235
120 കയ്യു് യോനിയിലേയ്ക്കിറങ്ങിയുള്ളകിടപ്പു് 236
121 പൊക്കിഠംക്കൊടി—ജനനമുഖം 238
122 ഗർഭിണിയെ കിടത്തേണ്ടവിധം 239
123 പരന്ന ഉപസ്ഥാശയം 242
124 ചെറിയ ഉപസ്ഥാശയം 243
125 പുറമേകാണുന്ന രക്തസ്രാവം 256
126—127 പ്ലാസൻറാപ്രീവിയാ 260
128 സിംസ് വജയിനൽ സ്പെക്കുലം 264
129 പ്രസവാനന്തര രക്തസ്രാവം തടയുന്നരീതി 271
130 ഇരുന്നുകൊണ്ടു് മുലകൊടുക്കുന്ന രീതി 304
131 മുലക്കുപ്പി 310
132 കുടലിറക്കം 327
133 മാംസംതികയാത്തശിശുവിനെ
സംരക്ഷിക്കുന്നവിധം 335
134 ഗുഹ്യഭാഗത്തെരക്തസിരകഠംതടിച്ചിരിക്കുന്നതു് 342
135 വീക്കത്തിനുവിധേയമായ ഗുഹ്യഭാഗം 346
136 ബാൻഡേജ് അഴിച്ചെടുക്കുന്നവിധം 357
137 ബാൻഡേജ് മടക്കുന്നവിധം 358
138—139 ഗർഭാശയം തുററടസ്സുന്നു 358
140 വെസിക്യുലർ മോഠം 360
141 പ്രസവഘട്ടങ്ങഠം 375
142 ഫോഴ്സെപ്സ് ഡെലിവറി 381

		പേജ്
143–148	ഫോഴ്സ്സെപ്പ്-പ്രയോഗക്രമങ്ങൾ	383–387
149	വാകം എക്സ്ട്രാക്ടറർ	389
150–153	ക്രേണിയോട്ടമി	394–396
154–155	ഡീക്യാപ്പിറേഷൻ	398–399
156	ബാഹ്യമായ കെഫാലിക് വെർഷൻ	401
157	ബൈപോളാർ വെർഷൻ	402
158	ബൈപോളാർ വെർഷൻ രണ്ടാംഘട്ടം	403
159–160	ഇൻടേർണൽ വെർഷൻ	404–405
161	ഉദരഭിത്തിയിലുള്ള കീറൽ	409
162–165	ലോവർസെഗ്മെൻറ് സിസ്സേറിയൻ	410–412
166	കീറിയ ഗർഭാശയം തുന്നുന്നരീതി	413
167	ലോവർസെഗ്മെൻറ് സിസ്സേറിയൻ	414
168	ഉദരഭിത്തിയിലുള്ള സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയ	416
169	ഗർഭാശയഭിത്തി പിളന്ന് ശിശുവിനെ എടുക്കുന്നരീതി	417
170	ക്ലൈഡോട്ടമി	418
171	എംബ്രിയോട്ടമി	419
172	സ്പോൺഡൈലോട്ടമി	419
173–174	വജൈനൽ ശസ്ത്രക്രിയ	420
175	പ്യൂബിയോട്ടമി	421
176–180	ശസ്ത്രക്രിയോപകരണങ്ങൾ	420–423
181	വൃക്കകളും അനുബന്ധിതാവയവങ്ങളും	427
182	മൂത്രക്കുഴ	434
183	ഗ്ലിസറിൻസിറിഞ്ചും എനിമാസിറിഞ്ചും	442
184–185	മരുന്നു സിറിഞ്ചിലേയ്ക്കു വലിച്ചെടുക്കുന്നവിധം	452
186	സബ്കുട്ടേനിയസ് ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുന്ന രീതി	453
187	ഇൻട്രാമസ്ക്കുലർ ഇൻജക്ഷൻരീതി	455
188	ഇൻജക്ഷനുള്ള ഞരമ്പു കണ്ടുപിടിക്കുന്നവിധം	456
189	ഇൻജക്ഷൻകൊടുക്കുന്നവിധം	458
190–197	പലവിധ ചിത്രങ്ങൾ	470–472
198	ചിത്രം	492

പ്രസൂതിവിജ്ഞാനീയം

ഉപോദ്ഘാതം:

മാതൃത്വം മഹനീയമായി കണക്കാക്കപ്പെടുന്നതു് മാനവസമുദായത്തിൽ മാത്രമാണു്. പ്രകൃതി അതിനു് വേണ്ടുവോളം പരിരക്ഷയും പ്രാധാന്യവും കല്പിക്കുന്നു. മാനുഷികസങ്കല്പത്തിൽ മാതൃത്വം ഒരു യാഥാർത്ഥ്യവും പിതൃത്വം ഒരു വിശ്വാസവുമാണു്! മൃഗേതരമായൊരു സങ്കല്പം വളർന്നു് മനുഷ്യനിൽ മാതൃത്വം ദൈവീകമായൊരു പ്രതിഭാസമായി നിലകൊള്ളുന്നു.

മാതൃസംബന്ധിയായ മൗലിക കർമ്മം പ്രസവമാണല്ലോ. പ്രസവസംബന്ധമായ വിഷയങ്ങളുടെ നേർക്കുള്ള വൈദ്യശാസ്ത്രപരമായ സമീപനത്തെയാണു് ഇവിടെ പ്രസൂതിവിജ്ഞാനീയം അഥവാ പ്രസൂതിശാസ്ത്രം എന്നു വിവക്ഷിക്കുന്നതു്.

പ്രസൂതികർമ്മ വിഷയകമായ ശാസ്ത്രീയ ചർച്ചകളിലേയ്ക്കു കടക്കുന്നതിനുമുമ്പു് തത്സംബന്ധമായ പൂർവ്വകാല

ധാരണകളും പ്രവത്തനങ്ങളും അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ടതാവശ്യമാണു്. ഊഹാപോഹങ്ങളെയും പ്രാകൃത നരവംശശാസ്ത്രത്തേയും ഉപജീവിച്ച് പ്രസൂതികമ്മവിദ്യയുടെ പ്രാക്തന രൂപങ്ങളിലേയ്ക്കു കടക്കാം.

വംശവർദ്ധനവിനുവേണ്ടി ജന്തുവർഗ്ഗങ്ങൾക്കിടയിൽ, വിശേഷിച്ച് സ്തന്യോപജീവികൾക്കിടയിൽ സഹജപ്രേരണയാൽ സംഭവിക്കുന്നഒന്നാണ് ഗർഭധാരണവും പ്രസവവും. പ്രാകൃതികപ്രചോദനത്താൽത്തന്നെ പ്രസവശുശ്രൂഷയും സ്വയം ചെയ്യുകയാണു്; മനുഷ്യരൊഴിച്ചുള്ള ജന്തുവർഗ്ഗങ്ങളെല്ലാം. ജന്തുക്കളെപ്പോലെതന്നെ അതിപുരാതനകാലത്തു് മനുഷ്യസ്ത്രീകളും പ്രസവശുശ്രൂഷ സ്വയം ചെയ്തുപോന്നിരുന്നു. സ്വയം പ്രസവശുശ്രൂഷ നിർവ്വഹിച്ചിരുന്ന സ്ത്രീകൾ, പില്ക്കാലത്തു് മററുസ്ത്രീകളുടെ പ്രസവഘട്ടങ്ങളിൽ സ്വാഭാവികമായും അവരെ സഹായിച്ചിരുന്നിരിക്കണം.

കൂട്ടായി ജീവിക്കയും ഇരതേടുകയും വിശ്രമിക്കയും ചെയ്തിരുന്ന പൗരാണികയുഗത്തിൽ ഏറെ പ്രസവിക്കുകയും സ്വയം പ്രസവശുശ്രൂഷകൾ നടത്തി അനുഭവസമ്പത്തു നേടുകയും, മററ് അനേകം സ്ത്രീകളുടെ പ്രസവസമയത്തു് അവരെ ശുശ്രൂഷിക്കയും സഹായിക്കുകയും ചെയ്ത ഒരു മുതുമുത്തശ്ശിയായിരുന്നിരിക്കണം ആദ്യത്തെ മിഡ്‌വൈഫ്.

ആദ്യകാലങ്ങളിലെ സൂതികമ്മിണികൾക്ക് സ്വയം പ്രസവിച്ചുള്ള പരിചയവും മററു സ്ത്രീകളെ പ്രസവസമയങ്ങളിൽ സഹായിച്ചുണ്ടായ അനുഭവജ്ഞാനവും മാത്രമായിരുന്നു കൈമുതൽ.

ഇത്തരം സ്ത്രീകൾ പ്രസവശുശ്രൂഷ ഒരു തൊഴിലായി സ്വീകരിച്ചതോടെ പ്രസൂതികമ്മവിദ്യ (മിഡ്‌വൈഫറി—Midwifery) യും ഉടലെടുത്തു എന്നു പറയാം. പത്തൊൻപതാംനൂററാണ്ടിൻെറ ഉത്തരാർദ്ധം വരെയും പ്രസവശുശ്രൂഷകൾ ചെയ്തുപോന്നിരുന്നതു് അജ്ഞകളായ നാടൻ പതിച്ചി (വയററാട്ടി) മാരായിരുന്നു. ലോക

ത്തിൻെറ പല ഭാഗങ്ങളിലും ഇന്നും ഇക്കൂട്ടർ 'പേറെടുക്കുന്നു'ണ്ടു്.

കണ്ടുപരിചയവും, അന്ധവിശ്വാസങ്ങളും, തെററായ മുൻ ധാരണകളുമാണു് ബഹുഭൂരിപക്ഷം പതിച്ചിമാരുടേയും കൈമുതലെന്നു് ഖേദപൂർവ്വം പ്രസ്താവിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തല കീഴോട്ടിറങ്ങുന്നതിനുവേണ്ടി, പ്രസവവേദനകൊണ്ടു പുളയുന്ന ഗർഭിണിയുടെ കാലുകൾ അകററി പൊക്കിക്കെട്ടുക, വയറുപിടിച്ചു് കശക്കിത്തിരുമ്മുക; ജനനേന്ദ്രിയമാർഗ്ഗത്തിനു് അയവുകിട്ടുന്നതിനുവേണ്ടി ഭഗദ്വാരത്തിൽ എണ്ണ ഒഴിക്കുക തുടങ്ങി ക്രൂരവും അശാസ്ത്രീയവും അപകടപൂർണ്ണവുമായ ഒട്ടനേകം 'വിദഗ്ധമുറകൾ' ഇക്കൂട്ടർ അനുവർത്തിച്ചുപോരുന്നു. ഭഗാശയമാർഗ്ഗത്തിൽ എണ്ണയൊഴിച്ചു് കൈതള്ളിക്കയററി വിസ്താരം വർദ്ധിപ്പിക്കുന്ന ക്രൂരമായ ഏർപ്പാടു് ഇന്നും നിലനിന്നുവരുന്നു. പൊക്കിൾക്കൊടി മുറിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി തുരുമ്പുപിടിച്ചുകിടക്കുന്ന അരിവാൾ, കറിക്കത്തി, ബ്ലെയിഡ് തുടങ്ങിയ മാരകായുധങ്ങളാണു് നാട്ടിൻപുറങ്ങളിൽ നാടൻ വയററാട്ടിമാർ ഇന്നും ഉപയോഗിച്ചുവരുന്നതു്.

ഇരുപതാംനൂററാണ്ടിൻെറ ഉത്തരാർദ്ധത്തിലും അപകടകരമായ ഈ പ്രസവശുശ്രൂഷ നിലനില്ക്കുവാനെന്താണു കാരണം? മിഡ്വൈഫറി ശാസ്ത്രീയമായി പഠിച്ച മിഡ്വൈഫ്മാരെ പ്രസവപരിചരണങ്ങൾക്കു ലഭിക്കാത്തതുകൊണ്ടാണോ? ഇന്നു് ഏതു പഞ്ചായത്തിലും ''വിദഗ്ധ സൂതികർമ്മിണി''കളുണ്ടല്ലോ. എന്നിട്ടും നാടൻ പതിച്ചിമാരെ സാധാരണജനങ്ങൾ ആശ്രയിക്കാൻ കാരണമെന്തു്? സാമൂഹ്യക്ഷേമതല്പരരും മിഡ്വൈഫുമാരും ആലോചിക്കേണ്ട വിഷയമാണു്. കുററം മുഴുവൻ സാമാന്യജനങ്ങളുടെ തലയിൽ കെട്ടിവച്ചു തടിതപ്പുന്നതു് ശാസ്ത്രത്തിൻെറ മാർഗ്ഗമല്ല.

പ്രസവശുശ്രൂഷകഴിഞ്ഞാലുടനെ, കൈകൾ കഴുകി, ഫീസുംവാങ്ങി തിരിച്ചുപോകുന്നവരാണു് കുട്ടിമദാമ്മമാ

രായ മിഡ്‌വൈഫ്‌മാരിൽ ഭൂരിപക്ഷവും. പ്രസവ ശേഷം അവശ്യം ചെയ്യേണ്ട ഒട്ടനേകം കാര്യങ്ങൾക്ക വീണ്ടും നാടൻ വയററാട്ടിമാരെ ആശ്രയിക്കേണ്ട ഗതികേടാണ്‌ ഇന്നും നിലവിലുള്ളത്‌. ഇതുകൊണ്ടാണ്‌, തങ്ങളുടെ എല്ലാക്കാര്യങ്ങളും അശാസ്ത്രീയമായിട്ടാണെങ്കിലും ആത്മാർത്ഥതയോടെ നിറവേററി, കൊടുക്കുന്നതും വാങ്ങി തിരിച്ചുപോവുകയും ആവശ്യമുള്ളപ്പോഴെല്ലാം ഓടിയെത്തുകയും ചെയ്യുന്ന നാടൻ പതിച്ചിമാരെ ഇന്നും ബഹുജനങ്ങൾ ആശ്രയിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നത്‌.

പ്രസൂതികർമ്മവിദ്യയോളം സേവനം ആവശ്യമുള്ള മറെറാരു കർമ്മവും വൈദ്യശാസ്ത്രലോകത്തിലില്ല. പ്രസൂതിശാസ്ത്രം പഠിച്ചതുകൊണ്ടോ അതു സമർത്ഥമായി കൈകാര്യംചെയ്യുന്നതുകൊണ്ടോ ആയില്ല, വിനയവും സഹാനുഭൂതിയും സർവ്വോപരി ആത്മാർത്ഥമായ സേവനമനോഭാവവും ഈ തൊഴിലിന്റെ അനിവാര്യ ഘടകങ്ങളാകുന്നു. സേവനമനോഭാവം കൂടാതെയുള്ള വൈദ്യശാസ്ത്രവിജ്ഞാനംകൊണ്ടു്‌ ആക്കും ഒരു നന്മയുമുണ്ടാകയില്ല; എന്നുതന്നെയല്ല സേവനം എന്ന മൗലികഘടകംകൂടി ഉൾച്ചേർന്നാലേ വൈദ്യശാസ്ത്രവിജ്ഞാനം ശാസ്ത്രീയമാവുകയുള്ളു.

അദ്ധ്യായം 1

പുനരുത്പ്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങൾ

പ്രസൂതിശാസ്ത്രസംബന്ധമായ വിഷയങ്ങൾ പഠിക്കാനാരംഭിക്കുന്ന ഒരു സാധാരണവിദ്യാർത്ഥി,

അനാട്ടമി (Anatomy), ഫിസിയോളജി (Physiology), പതോളജി (Pathology), ഗൈനെക്കോളജി (Gynaecology), ഒബ്സ്റ്റെട്രിക്സ് (Obstetrics)

എന്നു തുടങ്ങിയ ചില വൈദ്യശാസ്ത്രസംജ്ഞകളും അവയെ സംബന്ധിക്കുന്ന ചില സാമാന്യവിവരങ്ങളും അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ടതാണ്.

അനാട്ടമി (ANATOMY)

അനാട്ടമി എന്ന ഗ്രീക്കു പദത്തിന് തുല്യാർത്ഥകങ്ങളായി, രചനാത്മകശാരീരം, അംഗവിശകലനശാസ്ത്രം, ശരീരനിർമ്മാണസൂത്രം, ശരീരവ്യവച്ഛേദനശാസ്ത്രം എന്നീ നാലു വാക്കുകൾ അർത്ഥശങ്ക കൂടാതെ മലയാളത്തിൽ പ്രയോഗിക്കാം.

അനാട്ടമി അഥവാ രചനാത്മകശാരീരം എന്നാൽ ശരീരം എപ്രകാരം നിർമ്മിച്ചിരിക്കുന്നുവെന്നതിനെപ്പററിയുള്ള സൂക്ഷ്മമായ അറിവ് എന്നു ചുരുക്കത്തിൽ പറയാം.

അനാട്ടമിയിൽ, അവയവങ്ങളുടെ ഘടന, ആകൃതി, വലിപ്പം, സ്ഥാനം, ഒററയ്ക്കും കൂട്ടുചേൎന്നുമുള്ള പ്രവൎത്തനങ്ങരം, മാംസപേശികരം, രക്തവാഹികരം, എല്ലുകരം എന്നുവേണ്ട എല്ലാററിനേയുംപററിയുള്ള സൂക്ഷ്മമായ അറിവാണ്—അംഗപ്രത്യംഗം കീറിമുറിച്ച്, നഖശിഖാന്തമുള്ള ശരീരനിൎമ്മാണസൂത്രത്തെപ്പററിയുള്ള അതിസൂക്ഷ്മമായ പഠനമാണ് അടങ്ങിയിരിക്കുന്നതു്.

ഫിസിയോളജി (PHYSIOLOGY)

ശരീരത്തിൻെറ ജീവധൎമ്മപരമായ എല്ലാ പ്രവൎത്തനങ്ങളെയുംപററി പ്രതിപാദിക്കുന്ന ശാസ്ത്രവിഭാഗത്തിനു് ഫിസിയോളജി അഥവാ ശരീരശാസ്ത്രം എന്നു പറയുന്നു. ഫിസിയോളജി എന്ന പദത്തിനു് തുല്യാൎത്ഥകങ്ങളായി മലയാളത്തിൽ ക്രിയാത്മകശാരീരം, ശരീരശാസ്ത്രം, ധൎമ്മശാരീരം എന്നീ വാക്കുകരം ഉപയോഗിച്ചുവരുന്നു.

പതോളജി (PATHOLOGY)

രോഗബാധയുണ്ടാകുമ്പോരം ശരീരത്തിൽ പ്രകടമാകുന്ന വ്യത്യസ്ഥ സ്ഥിതിഗതികളെയും അതിനു കാരണമായിത്തീൎന്ന ആദിഹേതുക്കളെയും മററും പററി പ്രതിപാദിക്കുന്ന വൈദ്യശാസ്ത്രശാഖയ്ക്കു് രോഗനിദാനശാസ്ത്രം അഥവാ പതോളജി (Pathology) എന്നു പറയുന്നു.

ഗൈനെക്കോളജി (GYNAECOLOGY)

ഗൈനെക്കോളജി എന്ന ഗ്രീക്കു ശബ്ദത്തിനു് വിപുലമായ അൎത്ഥവ്യാപ്തിയാണുള്ളതു്. സംക്ഷിപ്തമായി പറഞ്ഞാൽ ഈ വാക്കിൻെറ അൎത്ഥം സ്ത്രീരോഗശാസ്ത്രം എന്നാകുന്നു. എന്നാൽ ഗൈനക്കോളജി, ഗർഭിണികളല്ലാത്ത സ്ത്രീകളെ ബാധിക്കുന്ന രോഗകാരണങ്ങളെയും അവയ്ക്കുള്ള പ്രത്യേക ചികിത്സകളെയും രോഗപ്രതിരോധത്തെയും വിശേഷിച്ച് അവരുടെ ജനനേന്ദ്രിയങ്ങളെയും മററും പററി പ്രതിപാദിക്കുന്ന വൈദ്യശാസ്ത്രശാഖയാകുന്നു.

ഒബ്സ്റ്റെട്രിക്സ് (OBSTETRICS)

ഗൈനക്കോളജി എന്ന സ്ത്രീരോഗവിജ്ഞാനശാഖയിൽ തന്നെ പെടുന്നതും, ഗർഭധാരണത്തോടുകൂടി സ്ത്രീശരീരത്തിലും പ്രത്യേകിച്ച് ജനനേന്ദ്രിയങ്ങളിലും ഉണ്ടാകുന്ന മാററം, ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ വളച്ച്, പ്രസവം, പ്രസവാനന്തര ശുശ്രൂഷാകാലം, പ്രസവത്തോടനുബന്ധിച്ചുണ്ടാകാവുന്ന തകരാറുകൾക്ക് മുൻകൂട്ടിയുള്ള കരുതൽനടപടികൾ, പ്രസവശേഷം മാതാവിൻെറയും നവജാതശിശുവിൻെറയും സംരക്ഷണപരിചരണങ്ങൾ, ചികിത്സ തുടങ്ങി ഗർഭാരംഭം മുതൽ പ്രസവം കഴിഞ്ഞ് അവർ പൂർവ്വസ്ഥിതിയെ പ്രാപിക്കുന്നതുവരെയുള്ള കാലഘട്ടത്തിൽ സംഭവിക്കാവുന്ന സകല സംഭവവികാസങ്ങളെയും ശാസ്ത്രീയമായി കൈകാര്യംചെയ്യുന്ന പ്രത്യേക ശാഖയാണ് ഒബ്സ്റ്റെട്രിക്സ് അഥവാ പ്രസൂതികർമ്മവിദ്യ എന്നു പറയുന്നത്.

പുനരുത്പ്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങൾ
(REPRODUCTORY ORGANS)

പുരുഷജനനേന്ദ്രിയം (MALE GENITAL ORGAN)

പുരുഷൻെറ ജനനേന്ദ്രിയങ്ങൾ പ്രധാനമായി വൃഷണങ്ങളും (ടെസ്റ്റിസ്–Testes), ലിംഗവും (പെനിസ്–Penis) ആകുന്നു.

പുരുഷലിംഗം (പെനിസ്—PENIS)

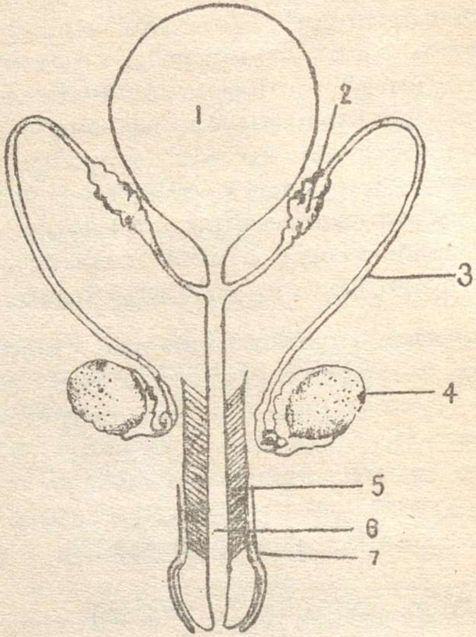
മാംസപേശീനിർമ്മിതവും ചുവട്, തണ്ട്, അഗ്രം എന്ന് മൂന്നു ഭാഗങ്ങളുള്ളതും ഞെക്കിയാൽ സ്പോഞ്ചു (Sponge) പോലെ ഇരിക്കുന്നതുമായ ഒന്നാണ് പുരുഷലിംഗം. ലിംഗത്തിൻെറ ചുവട് നാഭിയിലെ മാംസപേശികളോടും അസ്ഥിയോടും ബന്ധിച്ചിരിക്കുന്നു. ലിംഗാഗ്രത്തിൽ കാണുന്ന പിളർപ്പ് മൂത്രക്കുഴൽ വന്നവസാനിക്കുന്ന ദ്വാരമാണ്. ലിംഗത്തിൻെറ അഗ്രഭാഗത്തിന് മകുടം (കൊറോണ—Corona) എന്നു പറയും. മകുടത്തിൻെറ കീഴററം ഒരു മോതിരംപോലെ പൊന്തിനില്ക്കുന്നു. ഈ മോതിരവളയത്തിലും അതിനു പുറകിലുമായി തൈലപിണ്ഡങ്ങളുള്ളതിനാൽ പ്രസ്തുത ഭാഗം സ്നിഗ്ദ്ധമയമായിരിക്കുന്നു. ഈ ഭാഗം ദിവസേന വൃത്തിയാക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ ചൊറിച്ചിലും കടിയും ഉണ്ടാകുന്നു. ലിംഗതണ്ടിനെ ആവരണംചെയ്തിരിക്കുന്ന തൊലി മകുടത്തേയും മൂടിയിരിക്കുന്നു. മകുടത്തെ മൂടിയിരിക്കുന്ന തൊലിക്ക് അഗ്രചർമ്മം (പ്രിപ്യൂസ്—Prepuce) എന്നു പേർ. ലിംഗാഗ്രചർമ്മം ഇരട്ടപ്പാളിത്തൊലിയാണ്. ലിംഗത്തെ ഉദ്ദീപിപ്പിക്കേണ്ട ആവശ്യം വരുമ്പോൾ മുമ്പോട്ടും പുറകോട്ടും മാറത്തക്ക

വിധത്തിലാണ് ഇതിന്റെ ഘടന. ലിംഗത്തിലുള്ള രക്തസഞ്ചയനഭാഗത്ത് (ബ്ളഡ് സ്പെയിസ്–Blood space) രക്തം വന്ന് നിറഞ്ഞുനില്ക്കുമ്പോഴാണ് ലിംഗം നിവർന്നുനില്ക്കുന്നത്. നിദ്രാവസ്ഥയിലിരിക്കുന്ന ലിംഗത്തിൽ വ്യാപരിക്കുന്നതിന്റെ ഏതാണ്ട് അഞ്ചിരട്ടി രക്തം ലിംഗത്തിലുള്ള ബ്ളഡ് സ്പെയിസിൽ വന്നുകൂടുമ്പോഴാണ് ലിംഗം ബലവത്തായി ഉയർന്നുനില്ക്കുന്നത്. സംഭോഗപ്രേരണയുണ്ടാകുമ്പോൾ തലച്ചോറിന്റെ പ്രേരണയാൽ ഏകദേശം എട്ട് ഔൺസ് രക്തം ലിംഗത്തിലുള്ള ബ്ളഡ് സ്പേസിൽ വന്ന് നിറഞ്ഞുനില്ക്കുന്നു.

സാധാരണനിലയിൽ പുരുഷലിംഗത്തിന്റെ ശരാശരി നീളം 3–4 ഇഞ്ച് (7–10 സെ: മീ:) മാത്രമാണ്. എന്നാൽ ഭോഗപ്രേരണയോടുകൂടി എഴുന്നുനില്ക്കുമ്പോൾ അതിന്റെ നീളം ഏകദേശം 5–7 ഇഞ്ച് (12–18 സെ: മീ:) വരെ ആകുന്നു. ഇതൊരു സാധാരണ കണക്കു മാത്രമാണ്. ഇതിൽ കുറെ കുറഞ്ഞതുകൊണ്ടോ കൂടിയതുകൊണ്ടോ പ്രത്യേകിച്ച ദോഷമൊന്നുമില്ല.

വൃഷണങ്ങൾ (ടെസ്റ്റീസ്—TESTES)

പുരുഷബീജോല്പാദനം നടക്കുന്നത് ലിംഗത്തിന്റെ ചുവടിനുതാഴെ തൂങ്ങിക്കിടക്കുന്ന സഞ്ചിയിലുള്ള വൃഷണങ്ങളിലാണ്. ഈ സഞ്ചിക്ക് വൃഷണകോശം അഥവാ മുഷ്ക്കസഞ്ചി (സ്ക്രോട്ടം–Scrotum) എന്നു പറയുന്നു. തണുപ്പുകൊണ്ടു ചുരുങ്ങുകയും ചൂടുകൊണ്ടു് വികസിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന രീതിയിലാണ് ഇതിന്റെ ഘടന. തണുപ്പുകാലത്ത് ഇതു ചുരുങ്ങിപ്പററിയിരിക്കും. വേനല്ക്കാലത്തു അയഞ്ഞു തൂങ്ങിക്കിടക്കും. ജനനേന്ദ്രിയഭാഗത്തെ ചൂടു ക്രമപ്പെടുത്തി നിലനിർത്തുന്നതിനുള്ള പ്രകൃതിയുടെ ഒരു വിദ്യമാത്രമാണിത്. വൃഷണങ്ങളിൽ ഇടത്തേതു് താരതമ്യേന അല്പം വലുതായിരിക്കും. ഇവ അണ്ഡാകൃതിയിലുള്ളവയും ബലിഷ്ഠങ്ങളുമാകുന്നു. ഇവയിൽ അസംഖ്യം അതിസൂക്ഷ്മങ്ങളായ കുഴലുകൾ അല്ലികൾപോലെ അടുക്കിവച്ചിരിക്കുന്നു.



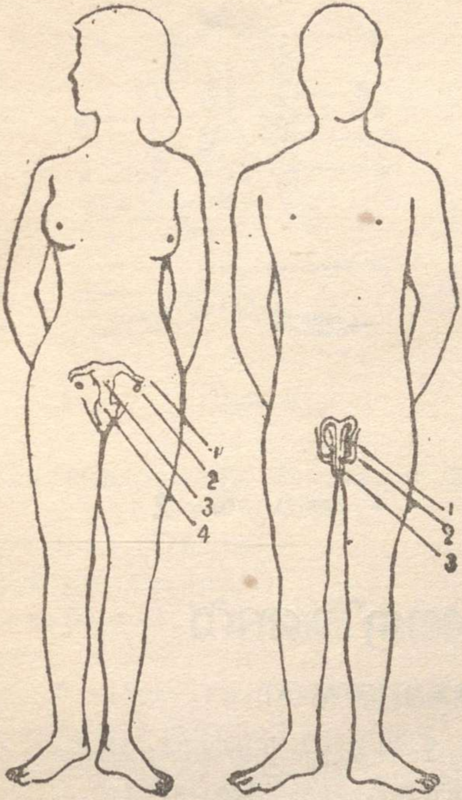
ചിത്രം 1

1. മൂത്രസഞ്ചി (യൂറിനറി ബ്ളാഡർ–Urinary bladder)
2. ശുക്ലകോശം (സെമിനൽ വെസിക്കിൾ–Seminal vesicle)
3. ബീജവാഹിനിക്കുഴൽ (വാസ്ഡിഫറൻസ്"–Vasdeferens)
4. വൃഷണം (ടെസ്റ്റിക്കിൾ–Testicle)
5 ഉദ്ധാരണകല (ഇറക്ടൈൽ ററിഷ്യൂ–Erectile tissue)
6. മൂത്രനിർഗ്ഗമനനാളി (യൂറിത്രാ–Urethra)
7. മകുടം (കൊറോണാ–Corona)

പുരുഷബീജം (സ്പെം–Sperm) ഈ കുഴലുകളിലാണ് ഉല്പാദിപ്പിക്കുന്നതു്. ലൈംഗികകോശങ്ങളെ ഉല്പാദിപ്പിക്കുന്ന ഗോണാഡ് (Gonad) എന്ന വൃഷണഗ്രന്ഥി അഥവാ ബീജഗ്രന്ഥിയും ഇവിടെ സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു. ഇവിടെ ഉല്പാദിപ്പിക്കപ്പെടുന്ന ഹോർമോൺ (Hormone) ധാതുവാണ് പൗരുഷലക്ഷണങ്ങളുടേയും ഓജസ്സിൻെറയും ഉറവിടം.

വൃഷണങ്ങൾക്കുള്ളിലുള്ള അതിസൂക്ഷ്മങ്ങളായ ശ്ലേഷ്മചർമ്മ (മ്യൂക്കസ്സ് മെംബ്രയിൻ–Mucus membrane) ത്തിൽനിന്നും ബീജം ഉത്ഭവിക്കുന്നു. ബീജം വളരുംതോറും മാറിമാറി ബീജസൂത്ര (എപ്പിഡിഡൈമിസ്–Epididymis) ത്തിൽ വന്നു വിശ്രമിക്കുന്നു. ബീജസൂത്രം വൃഷണങ്ങളോടുചേർന്നുള്ളതും ഇരുപത്താറടിയോളംനീളമുള്ളതും ചുരുണ്ടു വളഞ്ഞുകിടക്കുന്നതുമായ ചെറുകുഴലാണ്. അവിടെനിന്നും ആരംഭിക്കുന്ന ബീജവാഹിനിക്കുഴൽ (Vas-deferens) ഉദരത്തിൽ പ്രവേശിച്ച് പൊക്കിൾനിരപ്പുവരെ എത്തിയതിനുശേഷം താഴോട്ടും പുറകോട്ടും വളഞ്ഞു മൂത്രാശയപാർശ്വത്തിൽക്കൂടി അതിനടിയിൽവന്നുചേരുന്നു. ഈ ബീജവാഹിനിക്കുഴലിൻെറ അവസാനഭാഗം തന്നെ വിസ്താരംകൂടി ഒരു സഞ്ചിപോലെയായിരിക്കും. ബീജവാഹിനിക്കുഴലിൻെറ സഞ്ചിപോലെയുള്ള അവസാനഭാഗത്തെയാണ് ശുക്ലകോശം അഥവാ ബീജസഞ്ചി (Seminal vesicle) എന്നു പറയുന്നതു്. ബീജസഞ്ചിയിൽനിന്നു ശുക്ലവാഹിനിക്കുഴൽ പുറപ്പെടുന്നു. ബീജവാഹിനിയും ശുക്ലവാഹിനിയുമായി യോജിച്ചു സ്ഖലനനാളം (ഇജാക്കുലേററി ഡക്‌ററ്–Ejaculatory duct) എന്ന കുഴലായിത്തീരുന്നു. ഈ സ്ഖലനനാളം പൗരുഷഗ്രന്ഥി (പ്രോസ്റ്റേററു് ഗ്ലാൻഡ്–Prostate gland) യിൽ പ്രവേശിക്കുന്നു. പൗരുഷഗ്രന്ഥിയിലെ ചില സ്രവണങ്ങളുമായി, സ്ഖലനനാളംവഴിവരുന്ന ബീജശുക്ലങ്ങൾ കൂടിച്ചേരുന്നു. പൗരുഷഗ്രന്ഥി, പുരുഷശരീരത്തിൽ മൂത്രസഞ്ചിയുടെ കീഴ്ഭാഗത്തു സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതും മൂത്രനിർഗ്ഗമനമാർഗ്ഗത്തെ (Urethra) ആവരണംചെയ്യുന്നതുമായ ഒരു ഗ്രന്ഥിയാണ്.

പൗരുഷഗ്രന്ഥി (Prostate gland) പുരുഷന്മാരിൽ മാത്രമേ കാണുകയുള്ളു. പൗരുഷഗ്രന്ഥിയിൽവച്ചു സ്ഖലനനാളം മൂത്രനിർഗ്ഗമനമാർഗ്ഗ (യൂറിത്രാ) വുമായി ചേരുന്നു. ലിംഗം തടിച്ച് ഉണരുമ്പോൾ പൗരുഷഗ്രന്ഥിയുടെ അമർത്തലുണ്ടാകുന്നതിനാൽ മൂത്രനിർഗ്ഗമനമാർഗ്ഗത്തിൻെറ മേലററം അടയുന്നു. മൂത്രം വരാതെ തടയപ്പെടുന്നു. മൂത്രനിർഗ്ഗമനമാർഗ്ഗത്തിലേയ്ക്കു് ബീജശുക്ലം സ്ഖലിക്കുന്നതു്, ശുക്ലകോശം (Seminal vesicle), ബീജവാഹിനി (Vasdeferens), പൗരുഷഗ്രന്ഥി (Prostat gland) എന്നിവയുടെ സങ്കോചം (മസ്കുലർ കൺട്രാക്ഷൻ–Muscular contraction) മൂലമാണു്. മൂത്രനിർഗ്ഗമനമാർഗ്ഗത്തിലേയ്ക്കു ബീജശുക്ലം പ്രവേശിച്ചാൽ ലിംഗാഗ്രത്തിലെ പിളപ്പിൽ (Fissure) കൂടി അതു പുറത്തുവരുന്നു. ശുക്ലകോശം, ബീജവാഹിനി തുടങ്ങിയവയുടെ സങ്കോചവികാസങ്ങൾ ഉണ്ടാകുന്നതു് മസ്തിഷ്കത്തിൽനിന്നുമുള്ള പ്രേരണ കശ്ശേരുനാഡി (സ്പൈനൽ കോർഡ്–Spinal cord) വഴി ഉല്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങളിൽ പടർന്നുകിടക്കുന്ന സിരാനാരുകളിൽ എത്തി ഉദ്ദീപനം വരുത്തുന്നതുമൂലമാണു്.



ചിത്രം 2

സ്ത്രീ: i) അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴൽ (Fallopian tube or Oviduct)
ii) അണ്ഡകോശം (Ovary)
iii) ഗർഭാശയം (Uterus)
iv) യോനി (Vagina)

പുരുഷൻ: i) വൃഷണം (Testicle)
ii) വൃഷണസഞ്ചി (Scrotum)
iii) ലിംഗം (Penis)

അദ്ധ്യായം 2

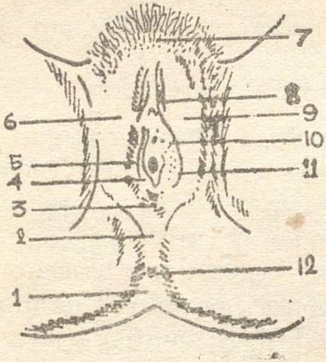
സ്ത്രീജനനേന്ദ്രിയങ്ങൾ

(THE FEMALE GENITALIA)

സ്ത്രൈണമായ എല്ലാ ഗുണദോഷങ്ങളോടും വിശിഷ്യ സ്ത്രീജനനേന്ദ്രിയങ്ങളോടും അവിഭാജ്യമാംവിധം ബന്ധപ്പെട്ട ഒരു വൈദ്യശാസ്ത്രശാഖയാണ് പ്രസൂതിശാസ്ത്രം.

സ്ത്രീയുടെ ജനനേന്ദ്രിയങ്ങളെ ബാഹ്യമെന്നും ആന്തരികമെന്നും രണ്ടായി വിഭജിക്കാം.

സ്ത്രീയുടെ ലൈംഗികാവയവത്തിൻെറ പുറമെ കാണുന്ന ഭാഗത്തിനു് ഉപസ്ഥം (വൾവാ–Vulva) എന്നു പേരാകുന്നു. ഈ ബാഹ്യവശം സൂക്ഷ്മമായി പരിശോധിച്ചാൽ പല ഭാഗങ്ങളുള്ളതായി കാണാം.



ചിത്രം 3

ജനനേന്ദ്രിയ ബാഹ്യഭാഗം (EXTERNAL GENITALIA)

1. ഗുദാസ്ഥി (Coccyx)
2. മൂലസേതു (Perinium)
3. യോനീസന്ധി (Posterior vaginal commissure)
4. യോനീവക്ത്രം (Orifice of bartholin's duct)
5. യോനീദ്വാരം (Vaginal entrance)
6. ലഘുഭഗാധരങ്ങൾ (Labium minus)
7. നാഭി (Pubis or Mons veneris)
8. ഭഗശിശ്നിക (Clitoris)
9. ബൃഹത്ഭഗാധരങ്ങൾ (Labium majus)
10. മൂത്രദ്വാരം (External urethral orifice)
11. കന്യാചർമ്മം (Hymen)
12. മലദ്വാരം (Anus)

ഇവയിൽ പ്രധാനപ്പെട്ടവയുടെ ലഘുവിവരങ്ങൾ താഴെ ചേർക്കുന്നു.

ഒന്നു് (ചി 3:7–മൂന്നാംനമ്പർ ചിത്രത്തിൽ 7 എന്നു അടയാളപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന ഭാഗം നോക്കുക)

നാഭി (പ്യൂബിസ്–PUBIS)

അടിവയറിന്റെ കീഴ്ഭാഗമായും ഗുഹ്യഭാഗത്തിന്റെ മേൽഭാഗമായും കാണുന്ന ഉയന്ന തട്ടാണിതു്. പ്രായപൂർത്തിയാകുന്നതോടുകൂടി രോമം മുളച്ചുതുടങ്ങുന്ന ഈ ഭാഗത്തെ തൊലിക്കടിയിൽ കൊഴുപ്പു ധാരാളമുള്ളതിനാൽ ഇവിടം മാംസളവും മൃദുലവുമായിരിക്കും. ആലങ്കാരികമായി ഈ ഭാഗത്തെ മോൺസ് വീനറീസ് (Mons veneris or Mountain of venus) എന്നാണു് വൈദ്യശാസ്ത്രസാഹിത്യത്തിൽ വിശേഷിപ്പിച്ചുവരുന്നതു്. ഇതിന്റെ അത്ഥം വീനസ്സിന്റെ വിഹാരരംഗം എന്നാണു്. വീനസ്സ് ഗ്രീക്കുകാരുടെ രതീദേവിയാകുന്നു.

രണ്ടു് (ചി 3:9)

ബൃഹത്ഭഗാധരങ്ങൾ

(ലബീയമെജോറാ—LABIA MAJORA—or OUTER LIPS)

യോനിയിൽ മേലുകീഴായിക്കാണുന്ന പിളപ്പിന്റെ ഇരുവശത്തും രണ്ടടുക്കു മാംസപേശികൾ അകത്തും പുറത്തുമായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു ഇതിൽ പുറമെ കാണുന്ന വലിയ മാംസപേശികളെയാണു് ബൃഹത്ഭഗാധരങ്ങൾ എന്നു പറയുന്നതു്. ഈ ബൃഹത്ഭഗാധരങ്ങൾ രണ്ടും കൂടിച്ചേന്നിരിക്കുകയും അവയുടെ ബാഹ്യഭാഗം രോമാവൃതമായിരിക്കുകയും ചെയ്യും.

മൂന്നു് (ചി 3:6)

ലഘുഭഗാധരങ്ങൾ

(ലബിയാംമൈനോറ–LABIA MINORA or INNER LIPS)

ബൃഹത്ഭഗാധരങ്ങൾക്കുള്ളിലായി രണ്ടു് ഇതളുകൾ പോലെ ലഘുഭഗാധരങ്ങൾ സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു. ഇവ

യാണ് ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗത്തെ മൂടി സുരക്ഷിതമാക്കിവച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നത്. ഒരുതരം സ്നിഗ്ദ്ധദ്രാവകം പുറപ്പെടുവാൻ തക്കവണ്ണം ഇവയിൽ സ്നിഗ്ദ്ധകലകളുണ്ട്. ഈ ദ്രാവകം അവയവങ്ങൾക്ക മാർദ്ദവവും സുഖവും നൽകുന്നു.

നാല് (ചി 3:8)

ഭഗശിശ്നിക (ക്ലൈറേറാറിസ്—CLITORIS)

ഭഗാധരങ്ങളാൽ ആവരണംചെയ്തുകൊണ്ട് യോനിയുടെ മുകളററത്തു സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന വളരെ ചെറിയ ഒരു അവയവമാണ് ഭഗശിശ്നിക. ക്ലൈറേറാറിസിനു് ഏതാണ്ട പുരുഷലിംഗത്തോട് സാദൃശ്യമുണ്ട്. സീമാതീതമായ കാമോദ്ദീപനശക്തിയുള്ള ഈ അവയവത്തിനു്, പുരുഷലിംഗത്തിനുള്ളതുപോലെതന്നെ ഒരഗ്രചർമ്മമുണ്ട്. പുരുഷലിംഗത്തിൽനിന്നും ഉത്ഭവിക്കുന്നതുപോലെയുള്ള ഒരു ദ്രവവിശേഷം ക്ലൈറേറാറിസിൽനിന്നും ആവിർഭവിക്കാറുണ്ട്. ഈ ദ്രാവകത്തിൻെറ ഊറൽമൂലമാണ് ഭഗാശയമുഖത്ത് അസാധാരണമായ ഒരു ദുർഗ്ഗന്ധം അനുഭവപ്പെടുന്നതു്. ഗുഹ്യഭാഗം കഴുകി സൂക്ഷിക്കാത്തപക്ഷം, ഈ ദ്രാവകസമ്പർക്കംമൂലം അമിതമായ കാമവികാരങ്ങൾക്കും രോഗാണുബാധകൾക്കും ഇടയായിത്തീരുന്നതാണ്. ഭഗാധരങ്ങൾ പിടിച്ചകററിയാൽ ഏററവും മുകളിലായി ഭഗശിശ്നികയും, അതിനുതാഴെയായി മൂത്രദ്വാരവും അതിനും താഴെയായി ഭഗദ്വാരവും കാണാം.

അഞ്ച് (ചി 3:10)

മൂത്രദ്വാരം (എക്സ്ടേർണർ യൂറിത്രൽ ഓറിഫിസ്— (EXTERNAL URETHRAL ORIFICE)

ഭഗശിശ്നികയിൽനിന്നും ഏതാണ്ട് രണ്ട സെ:മീററർ താഴെയാണ് മൂത്രദ്വാരം. അവിടെ വൃത്തപേശികൾ

(Sphinctor musscle) ഉള്ളതിനാൽ മൂത്രദ്വാരം സമനിരപ്പിൽനിന്നു അല്പം ഉയൎന്നിരിക്കും.

ആറു് (ചി 3.5)

ഭഗദ്വാരം അഥവാ യോനീദ്വാരം

(വജയിനൽ എൻട്രൻസ്–VAGINAL ENTRANCE)

മൂത്രദ്വാരത്തിനുതാഴെനിന്നും ഗർഭാശയമുഖം വരെ അകത്തേയ്ക്കുള്ള ഭാഗത്തിനാണു് ഭഗദ്വാരം അല്ലെങ്കിൽ യോനീദ്വാരം എന്നു പറയുന്നതു്. രണ്ടററവും ഒതുങ്ങി മദ്ധ്യഭാഗം വണ്ണംകൂടിയ കുഴലിന്റെ ആകൃതിയാണു് ഭഗദ്വാരത്തിനുള്ളതു്.

ഏഴു് (ചി 3:11)

കന്യാചർമ്മം (ഹൈമെൻ–HYMEN)

കന്യകയിൽ ഭഗദ്വാരമാൎഗ്ഗം കന്യാചർമ്മം എന്ന പാടയാൽ ആവരണംചെയ്തിരിക്കുന്നു. ഈ പാടയിൽ ആൎത്തവരക്തബഹിഷ്ക്കരണത്തിനുവേണ്ടി ഒന്നോ അതിലധികമോ സുഷിരങ്ങൾ ഉണ്ടായിരിക്കും. ചില പെൺകുട്ടികളുടെ കന്യാചർമ്മത്തിലെ സുഷിരങ്ങൾ ശരിയല്ലാതിരിക്കുന്നതിനാൽ ആൎത്തവരക്തബഹിഷ്ക്കരണം സാദ്ധ്യമല്ലാതായിത്തീരുന്നു. പ്രായപൂൎത്തിയായിട്ടും ആൎത്തവം (മെൻസസ്) കാണാത്തപക്ഷം ലഘുവായൊരുശസ്ത്രക്രിയ മൂലം കന്യാചർമ്മം നീക്കംചെയ്യേണ്ടതാണു്.

കന്യാചർമ്മം, ഭഗദ്വാരമുഖത്തെ ആവരണംചെയ്തിരിക്കുന്നതിനാലാണു് കന്യകകളായ സ്ത്രീകളിൽ പലരുടേയും ഭഗദ്വാരമാൎഗ്ഗത്തിലേയ്ക്കു കൈവിരൽ കടത്താൻ ശ്രമിച്ചാൽ അകത്തേയ്ക്കു കടക്കാതിരിക്കുന്നതു്. കന്യാചർമ്മം പൂൎണ്ണമായും പൊട്ടിപ്പോകുന്നതു് പ്രഥമസംഭോഗാവസരത്തിലാണു്. എന്നാൽ ലൈംഗികബന്ധത്തിലേപ്പെടാത്ത

കന്യകമാരിലും ചിലപ്പോഠ കന്യാചമ്മം പൊട്ടിപ്പോയിട്ടുള്ളതായിക്കാണാം. അമിതമായി അദ്ധ്വാനിക്കുക, വളരെ ഭാരമുള്ള വസ്തുക്കഠം സ്വയം പൊക്കിയെടുക്കുക, ഗുഹ്യഭാഗങ്ങളിൽ ചൊറിച്ചിലോമറേറാ ഉണ്ടാകുമ്പോഠ വിരൽ അകത്തുകടത്തി ചൊറിയുക, പ്രകൃതിവിരുദ്ധമായ പ്രവൃത്തികഠ ചെയ്യുക തുടങ്ങിയ കാരണങ്ങളാലും കന്യാചമ്മം പൊട്ടിപ്പോകാവുന്നതാണ്.

എട്ട് (ചി 3:2)

മൂലസേതു (പെരിനിയം–PERINIUM)

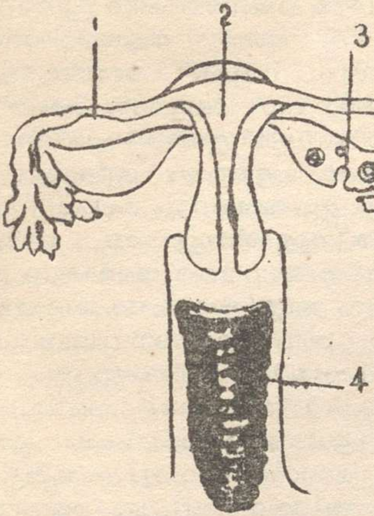
ജനനേന്ദ്രിയത്തിനും മലദ്വാരത്തിനും മദ്ധ്യേയുള്ള ഭാഗത്തിനാണ് പെരിനിയം അല്ലെങ്കിൽ മൂലസേതു എന്നു പറയുന്നതു്.

സ്ത്രീജനനേന്ദ്രിയങ്ങൾ—
അന്തർഭാഗത്തുള്ളവ

ഒന്നു്,

യോനി (വജയിനാ—VAGINA)

കന്യാചർമ്മത്തിനു താഴെനിന്നും ഗർഭാശയമുഖം വരെ ഏഴു മുതൽ പത്തു സെ: മീ: നീളത്തിലുള്ള മാർഗ്ഗത്തിനാണു് ഭഗദ്വാരം അല്ലെങ്കിൽ യോനീദ്വാരം എന്നു പറയുന്നതു്. ഇതു് അരക്കെട്ടിനുള്ളിൽ മലാശയത്തിനും മൂത്രാശത്തിനും ഇടയിലായി മുകളിലോട്ടു ചാഞ്ഞു് പുറകോട്ടു പോയിരിക്കുന്നു. യോനീഭിത്തികൾ മാംസപേശികളാൽ നിർമ്മിക്കപ്പെട്ടവയും അതിനുള്ളിലെ ആവരണികയായ ശ്ലേഷ്മചർമ്മം (Mucus membrane) പല ചുളിവുകളോടുകൂടിയതുമാകുന്നു. ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗത്തിന്റെ മേലററവും കീഴററവും ഇടുങ്ങിയും മദ്ധ്യഭാഗം വിസ്താരംകൂടിയും ഇരിക്കുന്നു. ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗത്തിലൂടെ ഗർഭസ്ഥശിശുവിനു പുറത്തേയ്ക്കു വരേണ്ടിയിരിക്കുന്നതിനാൽ ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗത്തിനു് അസാധാരണമായ സങ്കോചവികാസശക്തിയുണ്ടു്. ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗേണ വിരൽകടത്തിപ്പരിശോധിച്ചാൽ ഗർഭാശയകണ്ഠം സ്പർശിച്ചറിയാവുന്നതാണു്. ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗത്തിനു് അയവും മാർദ്ദവവും ലഭിക്കുമാറു് ദ്രാവകം ഊറിവരുന്നതിനുള്ള ഗ്രന്ഥികളും ഭഗാശയഭിത്തികളിലുണ്ടു്.



ചിത്രം 4

സ്ത്രീജനനേന്ദ്രിയഭാഗങ്ങൾ (ആന്തരികം)

i, അണ്ഡനാളം
ii, ഗർഭാശയം
iii, അണ്ഡകോശം
iv, യോനി

രണ്ട്:

ഗർഭാശയം (യൂട്ടെറസ്–UTERUS)

സ്ത്രീയുടെ ആന്തര ലൈംഗികാവയവങ്ങളിൽ പ്രധാനമായ ഒന്നാണ് ഗർഭാശയം അഥവാ യൂട്ടെറസ്സ്. ബലവത്തായ മാംസപേശികളാൽ നിർമ്മിതമായിരിക്കുന്ന ഈ അവയവത്തിന് അസാധാരണമായ ഉറപ്പും ബലവും മാർദ്ദവവുമുണ്ട്. പുനരുത്പ്പാദന പ്രക്രിയയിലെ ഏററവും പ്രധാന ഭാഗമായ ഗർഭധാരണം നടക്കുന്നത് ഈ അവയ

വത്തിലാകുന്നു ഗർഭധാരണത്തിൻെറ പ്രഥമ പടിയായ ബീജാണ്ഡസംയോഗം മുതൽ, സംയുക്താണ്ഡത്തിന്െറ സ്ഥാനസ്ഥിരീകരണം, വളച്ച്, അവയവരൂപവത്ക്കരണം തുടങ്ങിയ അനവധി ഘട്ടങ്ങൾ കടന്നു്, പൂർണ്ണ വളച്ച്യെത്തിയ ഗർഭസ്ഥശിശുവായി പരിണമിച്ചു് ജനിക്കുന്നതുവരെയുള്ള കാലഘട്ടമത്രയും ഗർഭസ്ഥശിശുവിനു് ആവശ്യമായ എല്ലാ സംരക്ഷണവും പോഷണവും നൽകുന്നതു് ഗർഭാശയത്തിനുള്ളിൽവച്ചാകുന്നു. ഒരിക്കൽ ഗർഭധാരണം നടന്നാൽ ഗർഭാശയത്തിനുണ്ടാകുന്ന നാനാതരത്തിലുള്ള മാററങ്ങൾ അത്ഭുതാദരജനകങ്ങളാണു്. ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ വലിപ്പവർദ്ധനവിനനുസരണമായി അതിനു സുഖമായി ശയിക്കുവാൻതക്കവണ്ണം ഗർഭാശയത്തിൻെറയും വലിപ്പം വർദ്ധിക്കുന്നു. പരിത:സ്ഥിതിക്കനുസരണമായി ഇത്രകണ്ടു ചുരുങ്ങുവാനും വികസിക്കുവാനും കഴിവുള്ള മറെറാരവയവവും മനുഷ്യശരീരത്തിലില്ല. ഗർഭാശയത്തിൻെറ വലിപ്പം, ആഭ്യന്തരഘടന, പ്രവൎത്തനക്ഷമത, സങ്കോചവികാസശക്തി, എന്നിവയിലുണ്ടാകുന്ന എല്ലാ വ്യതിയാനങ്ങൾക്കും നിദാനം, അതാതു സമയങ്ങളിൽ ശരീരത്തിലുള്ള വിഭിന്ന ഗ്രന്ഥികൾ പുറപ്പെടുവിക്കുന്ന അന്ത:സ്രവണങ്ങളുടെ (ഹോർമോൺ– Hormones) സ്വാധീനമാകുന്നു.

ആകൃതി (ഷെയ്പ്പ്–SHAPE)

മേൽഭാഗത്തിനു് അഥവാ ഉപരിധ്റുവത്തിനു് (Upper pole) കീഴ്ഭാഗത്തേക്കാൾ അഥവാ കീഴ്ധ്റുവത്തെ (Lower pole) ക്കാൾ വീതിയും ഘനവും കൂടുതലുണ്ടു്. അതിനാൽ മുൻവശത്തുനിന്നും വീക്ഷിക്കുമ്പോൾ മുകളിൽനിന്നും താഴേക്കു വരുംതോറും ക്രമേണ വീതി കുറഞ്ഞു കുറഞ്ഞു് കീഴററം ഒരു ഇടുങ്ങിയഭാഗമായി പരിണമിച്ചു് ഏതാണ്ടു് ശംഖിൻെറ ആകൃതി (Pyri form) യിലുള്ള ഒരു സഞ്ചിപോലെയായി കാണപ്പെടുന്നു. പരന്നിരിക്കുന്ന മുൻഭിത്തിതന്നെയാണു് ഇരുവശങ്ങളുടേയും മാർജ്ജിനിൽവരുമ്പോൾ ഉള്ളിലേക്കു ഉരുണ്ടു മടങ്ങി പിൻ

ഭിത്തിയായി പരിണമിക്കുന്നതു്. ഇതിനാലാണു് ഇടത്തും വലത്തും മാജ്ജിനുകളും ഒരു കുഴലിൻെറ ഭിത്തിപോലെ ഉരുണ്ടിരിക്കുന്നതു്. മുൻവശത്തെ ഭിത്തിതന്നെ മുകളററത്തേയ്ക്കുവരുമ്പോഠം ഒരു ആച്ചിൻെറ (കമാനം രൂപത്തിൽ പുറകോട്ടുവളഞ്ഞു് പുറകുവശത്തെ ഭിത്തിയായിത്തീരുന്നു.

ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉപരിധ്റുവത്തിൻെറ മദ്ധ്യബിന്ദുവിൽക്കൂടി കടന്നുപോകത്തക്കവണ്ണവും, ഇടത്തും വലത്തും വശങ്ങളിൽ രണ്ടു തുല്യ ഖണ്ഡങ്ങഠം ലഭിക്കത്തക്കവണ്ണവും മുകളിൽനിന്നും താഴോട്ടു മുറിച്ചാൽ ഗർഭാശയത്തെ രണ്ടായിപ്പിളക്കാം. സമാനങ്ങളായ ഈ രണ്ടു ഖണ്ഡങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്നിൻെറ മുറിപാടിൽക്കൂടി നോക്കിയാൽ ബലവത്തായ പേശികളാൽനിമ്മിതമായ പിൻഭിത്തിയും മേൽക്കൂരയുടെ ആകൃതിയിൽ വളഞ്ഞിരിക്കുന്ന ഉപരിധ്റുവഭാഗവും അതിൻെറ തുടച്ചയായിത്തീരുന്ന മുൻഭിത്തിയും വ്യക്തമായിക്കാണാം. ഇവയ്ക്കുള്ളിൽ കാണപ്പെടുന്നതും വളരെ ചെറുതുമായ ഒരറയാണു് ഗർഭാശയ അറ (യൂട്ടിറൈൻ ക്യാവിററി-Uterine cavity). ഇപ്രകാരമുള്ള ഒരു ഖണ്ഡത്തിലെ (Section) മുറിപാടിൽക്കൂടി നോക്കിയാൽ കാണുന്നതു് ഏകദേശം അണ്ഡാകൃതിയിലായിരിക്കുകയുംചെയ്യും.

എന്നാൽ ഉപരിധ്റുവത്തിൻെറയും, ഗർഭാശയക്കുഴലുകളുടെ ഉത്ഭവസ്ഥാനങ്ങളിലൂടെയും കടന്നുപോകത്തക്കവണ്ണവും മുൻഭാഗത്തും പിൻഭാഗത്തും രണ്ടു ഖണ്ഡങ്ങളായി വേർതിരിയത്തക്കവണ്ണവും ഗർഭാശയത്തെ മുകളിൽനിന്നും താഴേയ്ക്കു മുറിച്ചാൽ ചില കാര്യങ്ങഠം വ്യക്തമായിക്കാണാം. അപ്പോഴും മൊത്തത്തിൽ ഏതാണ്ടു് അണ്ഡാകൃതിയാണു് ഗർഭാശയസഞ്ചിക്കുള്ളതു്. മുൻപിൻ ഭിത്തികഠം ഇരുവശങ്ങളിൽനിന്നും വിഭിന്നമായി കൂടുതൽ പരന്നും വീതികൂടിയും കാണപ്പെടുന്നു.

വലിപ്പം (സൈസ്സ്-SIZE)

പ്രായപൂത്തിയായ ഒരു സ്ത്രീയുടെ ഗർഭാശയത്തിനു് 8 മുതൽ 9 സെൻറിമീററർ വരെ നീളവും ഏകദേശം 5

സെ: മീ: വീതിയും ശരാശരി 50 ഗ്രാം തൂക്കവും ഉണ്ടായിരിക്കും. ഗർഭായശഭിത്തിക്കു് 2–3 സെ: മീ: ഘനവുമുണ്ടു്.

ഗർഭാശയഭാഗങ്ങൾ (PARTS OF UTERUS)

i, ഗർഭാശയഗളം (സെർവിക്സ്–CERVIX):–

ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഇടുങ്ങിയ കീഴ്ഭാഗത്തിനാണു് ഗർഭാശയഗളം (Cervix uteri) എന്നു പറയുന്നതു്. ഏതാണ്ടൊരു കുഴലിൻെറ ആകൃതിയാണു് ഈ ഭാഗത്തിനുള്ളതു്. ഈ ഭാഗം യോനിയിലേക്കു് മുന്നോട്ടുന്തിനില്ക്കുന്നതിനാലാണു് ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗേണ വിരൽകടത്തിപ്പരിശോധിച്ചാൽ സ്പർശിച്ചറിയാൻകഴിയുന്നതു്. ഗർഭാശയം സ്വസ്ഥാനത്തു് നിവർന്നിരിക്കുമ്പോൾ ഗർഭാശയഗളം അല്പം പിന്നോട്ടും താഴോട്ടുമായി ചരിഞ്ഞിരിക്കുന്നതായി കാണുന്നു. ഗർഭാശയഗളത്തിലെ ദ്വാരം യോനിയുടെ പിൻ അഗ്രവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതിനാൽ സെർവിക്സിലെ ഈ ദ്വാരമാണു് യോനിയിൽനിന്നും ഗർഭാശയത്തിലേക്കുള്ള ബാഹ്യകവാടമായി പ്രവർത്തിക്കുന്നതു്. യോനിയിലേക്കിറങ്ങിയിരിക്കുന്ന സെർവിക്സിലെ ഈ സുഷിരത്തിനാണു് ഗർഭാശയ ബാഹ്യകവാടം (External os uteri) എന്നു പറയുന്നതു്. പ്രസവിക്കാത്ത സ്ത്രീകളുടെ ഈ ബാഹ്യകവാടം (എക്സ്ടേർണൽ ഓസ്) വൃത്താകൃതിയിലും, പ്രസവിച്ചവരുടേതു് അല്പംതുറന്ന ഒരു കണ്ണിൻെറ ആകൃതിയിൽ ഒരു വിള്ളൽപോലെയോ ഒരു നക്ഷത്രത്തിൻെറ ആകൃതിയിലോ ആയും കാണപ്പെടുന്നു. സെർവിക്സിൻെറ ബാഹ്യകവാടത്തിൻെറ തുടർച്ചയായി ഗർഭാശയമദ്ധ്യത്തിലൂടെ ഒരു ചാൽ ഉണ്ടു്. ഈ ചാലിനു് സെർവൈക്കൽ കനാൽ (Cervical cannal) എന്നു പറയുന്നു. ഈ ചാലിൻെറ ആന്തരികകവാടത്തിനു് ഗർഭാശയാന്തരികകവാടം (Internal os uteri) എന്നു പറയുന്നു.

(5–ാംനമ്പർ ചിത്രം നോക്കി ബാഹ്യകവാടവും E. os, ആന്തരികകവാടവും I. os മനസ്സിലാക്കുക)

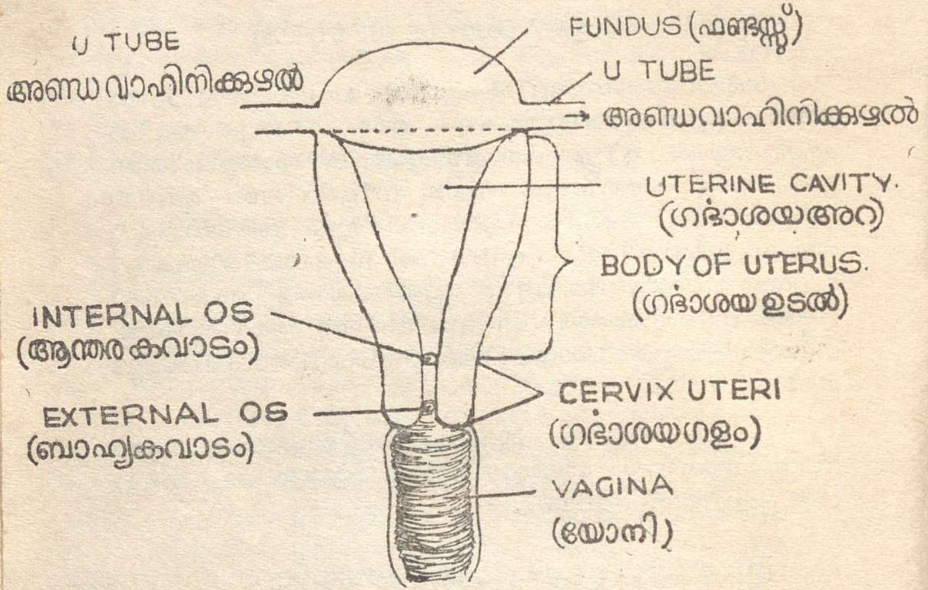
ii, ഗർഭാശയ ഉടൽ (BODY OF THE UTERUS)

ഗർഭാശയഭാഗങ്ങളിൽ ഏററവും വലുതു് ഉടൽഭാഗമാകുന്നു. പ്രായപൂർത്തിയാകുകയും ലൈംഗികപക്വതയിൽ എത്തുകയുംചെയ്തിട്ടുള്ള ഒരു സ്ത്രീയുടെ ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉടൽഭാഗം, അതിൻെറ ആകെ നീളത്തിൻെറ മൂന്നിൽ രണ്ടുഭാഗമായിരിക്കും. ഗർഭാശയകണ്ഠം (സെർവിക്സ്) ആകെ നീളത്തിൻെറ മൂന്നിലൊന്നോളമായിരിക്കുകയും ചെയ്യും. ലൈംഗികവളർച്ച പൂർണ്ണമാകാത്ത പെൺകുട്ടികളുടെ ഗർഭാശയത്തിൻെറ സ്ഥിതി നേരെമറിച്ചാകുന്നു. ഗർഭാശയകണ്ഠത്തിനായിരിക്കും ഉടലിനെക്കാരം നീളക്കൂടുതൽ.

ഉദരത്തിനുള്ളിൽ ഏററവും അടിഭാഗത്തായും ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗത്തായും ആയിരിക്കും ഗർഭാശയ ഉടലിൻെറ സ്ഥാനം.

iii, ഗർഭാശയമൂലം (ഫണ്ടസ്സ്–FUNDUS)

അണ്ഡവാഹിനികുഴലുകരം ഉത്ഭവിക്കുന്ന ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഇരുവശങ്ങളിലെ സ്ഥാനങ്ങരം തമ്മിൽ പരസ്പരം യോജിപ്പിച്ചാൽ കിട്ടുന്ന സങ്കല്പരേഖയുടെ നിരപ്പിനു മുകളിൽ കാണുന്ന ഭാഗത്തെയാണു് ഗർഭാശയമൂലഭാഗം അഥവാ ഫണ്ടസ്സ് (Fundus uteri) എന്നു പറയുന്നതു്. ഒരു വളഞ്ഞ മേൽക്കൂരയുടെ ആകൃതി (Dome shaped) യാണു് ഫണ്ടസ്സിനുള്ളതു്. നിവർന്നുനില്ക്കുന്ന ഒരു സ്ത്രീയുടെ ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉപരിധ്രുവമായ ഈ ഭാഗം, ഗർഭാശയകണ്ഠഭാഗത്തിൻെറ (Cervix) വിപരീതാഗ്രത്തിൽ സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതിനാലാണു് ഈ ഭാഗത്തെ മൂലഭാഗം എന്നു പറയുന്നതു്. ഫണ്ടസ്സ് ഭാഗത്തെപ്പററി മിഡ്‌വൈഫിനു വ്യക്തമായ ബോധമുണ്ടായിരിക്കേണ്ടതാവശ്യമായതിനാൽ താഴെക്കാണുന്ന ചിത്രം നോക്കി പ്രസ്തുത ഭാഗങ്ങരം മനസ്സിലാക്കുക.



ചിത്രം 5

ഗർഭാശയഭാഗങ്ങൾ

ഫണ്ടസ്സും മററുഭാഗങ്ങളും ശ്രദ്ധിക്കുക.

iv, അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലുകൾ (FALLOPIAN TUBES or OVIDUCTS)

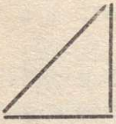
ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഇടതുവലതുവശങ്ങളിൽനിന്നും ഉത്ഭവിക്കുന്ന ഈ കുഴലുകൾ ഗർഭാശയഉടലും (Body of the uterus) ഗർഭാശയമൂലഭാഗവും (Fundus uteri) തമ്മിൽ സന്ധിക്കുന്ന സ്ഥാനത്തുനിന്നും പുറപ്പെട്ട് ഇരുവശങ്ങളിലോട്ടുമായി നീണ്ടുകിടക്കുന്നതും, ഉപസ്ഥാശയ അറയുടെ (പെൽവിക്ക് ക്യാവിററി–Pelvic cavity) ഇടത്തും വലത്തും പാശ്വതലങ്ങൾ വരെ ചെന്നെത്തുന്നതുമായ കുഴലുകളാകുന്നു. ഓരോ കുഴലിനും ശരാശരി 10 മുതൽ 12 സെ:

മീററർ വരെ നീളമുണ്ടായിരിക്കും. കുഴലുകളുടെ അഗ്രഭാഗങ്ങാംക്ക് ഒരു ചോർപ്പു കമഴ്ത്തിവച്ചിരിക്കുന്ന ആകൃതിയാണുള്ളതു്. ചോപ്പിൻെറ ആകൃതിയിലിരിക്കുന്ന ഈ അവസാനഭാഗം നമ്മുടെ കൈവിരലുകാംക്ക സമാനങ്ങളായ അനേകം തൊങ്ങലുകളായിരൂപാന്തരപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. ഈ തൊങ്ങലുകളെ ഫിംബ്രിയേ (Filmbriae–ബഹുവചനം, Fimbria–ഏകവചനം) എന്നു പറയും. ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഇരുവശങ്ങളിൽനിന്നുമായി ഉത്ഭവിക്കുന്ന ഈ അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലുകാം, ഉദര അറയ്ക്കുള്ളിൽ ഇടത്തും വലത്തുമായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന അണ്ഡാശയങ്ങളിലേയ്ക്കു് (ഓവറീസ്–Ovaries) പോകുന്നു. അണ്ഡനാളങ്ങളുടെ ഉത്ഭവസ്ഥാനം ഇടുങ്ങിയ രീതിയിലും, മദ്ധ്യഭാഗം അല്പം വിസ്താരം കൂടി സഞ്ചിപോലെയും അവസാനഭാഗം ചോപ്പിൻെറ ആകൃതിയിൽ തൊങ്ങലുകാം പോലെയുമാണു്. അണ്ഡാശയങ്ങളിൽനിന്നും പക്വമായി പുറത്തുവരുന്ന അണ്ഡ (ഓവം–Ovum) ത്തെ അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലിൻെറ അവസാനഭാഗമായ തൊങ്ങലുകാം പിടിച്ചെടുക്കുകയും അതിനെ ഗർഭാശയത്തിൽ എത്തിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. അണ്ഡത്തെ ഗർഭാശയത്തിലേയ്ക്കു നയിക്കുന്നതിനു് അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലുകളുടെ ഉള്ളിൽ ലോമസദൃശമായ അനേകം ചില്ലികകാം (സീലിയാ–Cilia) ഉണ്ടു്. അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലുകാംക്കുള്ളിലുള്ള സീലിയാ എന്ന ഈ ലോമസദൃശങ്ങളായ ചില്ലികകാം ഗർഭാശയത്തിൻെറ വശത്തേയ്ക്കു മാത്രം തിരിഞ്ഞു് ചലിക്കുന്നവയാണു്. അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലുകളിലെ ചാലുപോലെയുള്ള പൊള്ളയായ നേരിയ ഭാഗം ഗർഭാശയ അറയുടെ തുടർച്ചയുമാകുന്നു.

V, ഗർഭാശയകന്ദരം (യൂട്ടെറീൻ ക്യാവിററി–UTERINE CAVITY)

ഗർഭാശയഭിത്തികാംക്കുള്ളിൽ കാണുന്ന പൊള്ളയായ ഭാഗത്തെ അഥവാ അറയേയാണു് ഗർഭാശയകന്ദരം–യൂട്ടെറിൻ ക്യാവിററി എന്നു പറയുന്നതു്. ഗർഭാശയഭിത്തികാം

കളള്ളിൽ കാണുന്ന ഈ അറയ്ക്കു് ഏതാണ്ടു് ത്രികോണാകൃതിയാണുള്ളതു്. ത്രികോണാകൃതിയിലുള്ള ഗർഭാശയ അറയുടെ കീഴ്ക്കോണഗ്രം ഗർഭാശയ അറയും ഗർഭാശയകണ്ഠവും തമ്മിൽ സന്ധിക്കുന്ന ബിന്ദുവിനെക്കുറിക്കുന്നതായിരിക്കും. അതായത്തു് ആധാരം മുകളിലും ശീർഷകോൺ അടിയിലും ആയിരിക്കുന്ന ഒരു ത്രികോണത്തിൻെറ ആകൃതിയാണിതിനുള്ളതു്. അപ്പോൾ കീഴ് ഭാഗത്തായി വരുന്ന ശീർഷകോണിൻെറ അഗ്രം ഗർഭാശയാന്തരകവാടത്തെയും, മുകൾ ഭാഗത്തു കാണുന്ന ആധാരത്തിൻെറ ഇരുവശങ്ങളിലുമുള്ള കോണുകൾ ഗർഭാശയമൂലഭാഗത്തിൻെറ ഇരുവശങ്ങളിൽനിന്നും അണ്ഡവാഹിനികുഴലുകളിലേയ്ക്കു പോകുന്ന ചാലുകളുടെ ഉത്ഭവസ്ഥാനത്തേയും കുറിക്കുന്നു.



vi, ഗർഭാശയഭിത്തികൾ

ഗർഭാശയഭിത്തിക്കു് മൂന്നടുക്കുകളാണുള്ളതു്. ഏററവും ഉള്ളിലുള്ള ഭിത്തി ശ്ലേഷ്മചർമ്മം (Mucus membrane) കൊണ്ടു് നിർമ്മിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു; ഒരു നിര കോശങ്ങൾകൊണ്ടു മാത്രം നിർമ്മിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതും ധാരാളം ഗ്രന്ഥികൾ അടങ്ങിയിട്ടുള്ളതുമായ ഈ ശ്ലേഷ്മചർമ്മത്തെ ഗർഭാശയ ഉൾഭിത്തി (എൻഡോമെട്രിയം—Endometrium) എന്നു പറയുന്നു. ഇതിൻെറ തൊട്ടുപിന്നിലായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതും മൃദുലപേശികളാൽ നിർമ്മിതവുമായ ഭിത്തിയെ ഗർഭാശയമദ്ധ്യഭിത്തി (മയോമെട്രിയം—Myo metrium) എന്നു പറയുന്നു; മൃദുലപേശികളാൽ നിർമ്മിതമെങ്കിലും അസാമാന്യമായ ബലവും സങ്കോചവികാസശക്തിയും ഉള്ളതാണിതു്. ഈ പേശീഭിത്തി ഗർഭാശയഭിത്തിയുടെ മൂന്നടുക്കുകളിൽ മദ്ധ്യഭാഗത്തായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു.

ഗർഭാശയമദ്ധ്യഭിത്തിയെ (മയോമെട്രിയം) പൊതിഞ്ഞുകൊണ്ടു് പുറമെ കാണപ്പെടുന്ന മൂന്നാമത്തെ അടുക്കു് ബാഹ്യചർമ്മത്തിനു് പെരിമെട്രിയം (Perimetrium) എന്നും പറയുന്നു.

ആന്ത്രവേഷ്ടനം (പെരിട്ടോണിയം—Peritoneum) എന്ന മൃദുലചമ്മവിശേഷത്തിന്റെ ഒരു ഭാഗമാണ് പെരിമെട്രിയം എന്ന ഗർഭാശയത്തിന്റെ ബാഹ്യഭിത്തി അഥവ ബാഹ്യാവരണിക. ഉദരഭാഗത്തും ഉപസ്ഥാശയഭാഗത്തുമുള്ള ആന്തരാവയവങ്ങളെ ചില പ്രത്യേക രീതിയിൽ പൊതിഞ്ഞു സംരക്ഷിക്കുന്ന മൃദുചമ്മവിശേഷമാണ് ആന്ത്രവേഷ്ടനം അഥവാ പെരിട്ടോണിയം. ഇതു് മൂത്രാശയത്തിന്റെ ഉപരിഭാഗത്തെ പൊതിഞ്ഞു് വ്യാപിച്ചശേഷം പിന്നോട്ടും അല്പംതാഴോട്ടുംവന്നു് ഗർഭാശയഭിത്തിയുടെ മുൻവശത്തു് ഏതാണ്ടു മൂന്നിൽ രണ്ടു ഭാഗം പൊതിഞ്ഞു സംരക്ഷിച്ചുകൊണ്ടു്, ഗർഭാശയഭിത്തിയുടെ ഉപരിഭാഗത്തിന്റെ ആകൃതിക്കനുസരണമായി പിന്നോക്കം വളഞ്ഞു് താഴേയ്ക്കിറങ്ങി പിൻഭിത്തിയേയും മൂടിപ്പൊതിഞ്ഞശേഷം തൊട്ടുപിന്നിലുള്ള വൻകുടലിന്റെ മുൻഭാഗത്തെ മൂടിപ്പൊതിയുന്നതിനുവേണ്ടി മേല്പോട്ടുയരുന്നു.

130435

ഇപ്രകാരം പെരിട്ടോണിയം ഗർഭാശയഭിത്തിയുടെ മുൻവശവും പിൻവശവും പൊതിഞ്ഞു സംരക്ഷിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി മേലോട്ടുയരുകയും താഴോട്ടിറങ്ങുകയും ചെയ്തശേഷം വൻകുടലിന്റെ മുൻവശത്തേയ്ക്കു വീണ്ടും ഉയരുകയും ചെയ്യുന്നതിന്റെ ഫലമായി രണ്ടു പോക്കറ്റുകൾപോലെയുള്ള ചെറിയ അറകൾ (Pouches) ഉണ്ടാകുന്നു. പെരിട്ടോണിയം എന്ന ഒരേ ചമ്മത്തിന്റെ സഞ്ചാരഗതിയിൽ കുനിപ്പുകൾപോലെയുള്ള ചില വളവുകൾ ഉണ്ടാകുന്നതിന്റെ ഫലമായിട്ടാണ് ഇത്തരം അറകൾ ഉണ്ടാകുന്നതെന്നതിനാൽ ഈ അറകളുടെ മുൻഭിത്തിയും, പിൻഭിത്തിയും അടിവശവും ഒരേതുണികൊണ്ടുണ്ടാക്കുന്ന സഞ്ചിപോലെ ഒരേ ചമ്മത്താൽതന്നെ രൂപംകൊള്ളുന്നതാണ്. മൂത്രാശയത്തിനും ഗർഭാശയത്തിനും ഇടയ്ക്കുള്ള അറയെ മൂത്ര—ഗർഭാശശ വിഭജനഅറ (വെസൈക്കോ യൂട്ടിറൈൻ പൗച്ച്—Vesico uterine Pouch) എന്നു പറയുന്നു. അതുപോലെ ഗർഭാശയത്തിനും വൻകുടലിനും ഇടയ്ക്കുണ്ടാകുന്ന അറയെ ഗർഭാശയാന്ത്രവിഭജന അറ (റെക്ടോ യൂട്ടിറൈൻ പൗച്ച്—Recto uterine pouch) എന്നും പറയുന്നു.

ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഇടത്തും വലത്തു വശങ്ങളിലുള്ള പെരിട്ടോണിയത്തിൻെറ ഭാഗം ഗർഭാശയനാളത്തെ പരിപൂർണ്ണമായി ചുററിപ്പൊതിഞ്ഞശേഷം ഗർഭാശയനാളത്തിൻെറ തൊട്ടുതാഴെവച്ചു യോജിച്ച് ഒററച്ചർമ്മമായി താഴോട്ടു തൂങ്ങിക്കിടക്കുന്നു. ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഇടത്തു വലത്തു വശങ്ങളിലായും ഗർഭാശയനാളികളുടെ കീഴ്ഭാഗത്തായും കാണപ്പെടുന്ന ഈ പരന്ന ചർമ്മത്തെ ഗർഭാശയ പാർശ്വവിസ്തൃതചർമ്മം (ബ്രോഡ് ലിഗമെൻറ് ഓഫ് യൂട്രസ്സ്--Broad ligament of uterus) എന്നു പറയുന്നു. ഈ ചർമ്മത്തിൻെറ ഇരട്ടഭിത്തികൾ അതിൻെറ അടിവശത്തുവച്ച് വീണ്ടും രണ്ടായിപ്പിരിഞ്ഞകന്നുനില്ക്കുന്നു. ഇപ്രകാരം നില്ക്കുന്ന പെരിട്ടോണിയത്തിൻെറ അഗ്രഭാഗങ്ങളുടെ ഇടയ്ക്കു ബന്ധകലകൾകൊണ്ടു നിറച്ചിരിക്കുന്നു. ഈ ഭാഗത്തെ മുഴുവനുംകൂടിയാണ് പാരാമെട്രിയം (Para metrium) എന്നുപറയുന്നതു്.

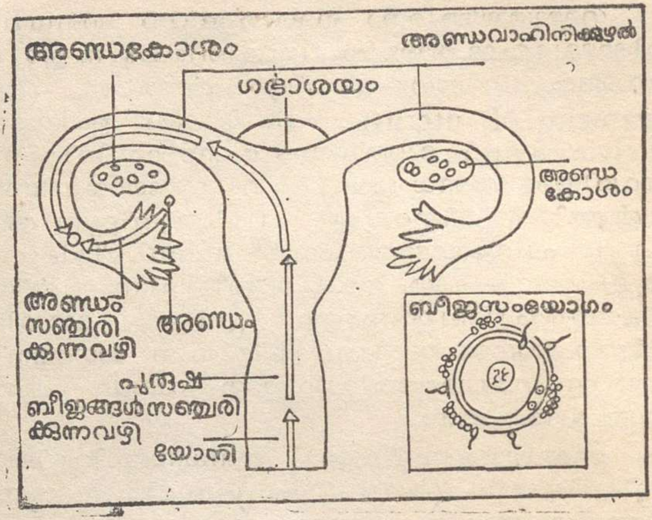
ഗർഭാശയഭിത്തിക്ക് മൂന്നടുക്കുകൾ ഉള്ളതുപോലെ ഗർഭാശയനാളങ്ങൾക്കും മൂന്നു ഭിത്തികൾ വീതമുണ്ട്. നാളങ്ങളുടെ ഉൾഭിത്തിയിലും ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉൾഭിത്തിയിലും ലോമസദൃശങ്ങളും അതിസൂക്ഷ്മങ്ങളുമായ ഒട്ടനേകം പൊടിപ്പുകളോടുകൂടിയ കോശങ്ങളുണ്ട്.

vii, അണ്ഡകോശങ്ങൾ (ഓവറീസ്--OVARIES)

പുരുഷൻെറ വൃഷണങ്ങളോടു സാദൃശ്യമുള്ളവയും അണ്ഡാകൃതിയിൽ നീണ്ടിരിക്കുന്നതുമായ രണ്ടു ഗ്രന്ഥികളാണ് അണ്ഡാശങ്ങൾ അഥവാ ഓവറീസ്. അനേകം ചെറിയ മുഴകൾ പുറത്തോട്ടു തള്ളിനില്ക്കുന്നരീതിയിലുള്ള ബാഹ്യാവരണത്തോടുകൂടിയ ഈ അവയവങ്ങളാണ് സ്ത്രീയുടെ ബീജോല്പാദനഗ്രന്ഥികൾ. പ്രായപൂർത്തിയായ സ്ത്രീയുടെ ഒരു അണ്ഡാശയത്തിന്ന് (ഓവറി--Ovary) ഏകദേശം നാലു സെൻറിമീററർ നീളവും ഒന്ന് ഒന്നര സെൻറിമീററർ വീതിയും ആറു മുതൽ എട്ടു ഗ്രാം വരെ തൂക്കവുമുണ്ടായിരിക്കും.

ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഇരുവശങ്ങളിൽ അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലുകൾക്കു താഴെയായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന ഈ അവയവങ്ങൾ ഗർഭാശയവിസ്തൃതചർമ്മത്തിനു (Broad ligament of uterus) പിന്നിലായും ഉപസ്ഥാശയ (Pelvic cavity) ഭിത്തിയോടു ചേർന്നുമാണിരിക്കുന്നതു്. ഓവറിയുടെ (അണ്ഡാശയം) ഒരഗ്രം, ഗർഭാശയവിസ്തൃതചർമ്മത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്തു് പിരിഞ്ഞുനില്ക്കുന്ന രണ്ടിതളുകളിൽ പിൻഭാഗത്തേതിനോടു് ബന്ധിച്ചിരിക്കുന്നു. തന്മൂലം അണ്ഡകോശം ഈ ചർമ്മത്തിൽനിന്നും തൂക്കിയിട്ടിരിക്കുന്നതുപോലെയാണുകാണപ്പെടുന്നതു്. ഓവറിയുടെ ഗർഭാശയഭാഗത്തോടഭിമുഖമായിരിക്കുന്ന ഭാഗത്തുനിന്നും ഓരോഞെഴ ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഇടത്തും വലത്തും വശങ്ങളിലേക്കു വന്നുചേരുന്നു.

അണ്ഡാശയങ്ങളിലുള്ള അണ്ഡസഞ്ചികളിലാണു് സ്ത്രീബീജാണ്ഡം (ഓവം—Ovum) സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതു്. അണ്ഡാശയങ്ങളിൽ സംയോജക ധാതുനാരുകൾകൊണ്ടുള്ള ഒരു പാതയുണ്ടു്. ഈ പാതയിൽക്കൂടിയാണു് അണ്ഡസഞ്ചികൾ വെളിയിലേക്കുവരുന്നതു്. സ്ത്രീകൾ ഋതുമതികളായശേഷമാണു് സാധാരണയായി ഈ അണ്ഡസഞ്ചികൾ (ഗ്രാഫിയൻ ഫോളിക്കിൾ—Garfian follicles) പൂർണ്ണവളർച്ച പ്രാപിക്കുന്നതു്. ആർത്തവശേഷം പന്ത്രണ്ടാം ദിവസത്തോടുകൂടിയാണു് മേല്പറഞ്ഞ പാതയിൽക്കൂടി അണ്ഡസഞ്ചികൾ അണ്ഡാശയത്തിൽനിന്നും പുറത്തുവന്നു് പൊട്ടുന്നതു്. ഓരോ അണ്ഡസഞ്ചിയിലും ഓരോ അണ്ഡം വീതമാണുണ്ടായിരിക്കുക. അണ്ഡസഞ്ചി പൊട്ടുമ്പോൾ അതിനുള്ളിൽനിന്നും പുറത്തുവരുന്ന അണ്ഡത്തെ അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലിൻെറ തൊങ്ങലുകൾ (Fimbria) പിടിച്ചെടുക്കുകയും അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴൽവഴി ഗർഭാശയത്തിലേക്കു നയിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.



ചിത്രം 6

സ്ത്രീപുരുഷബീജങ്ങളുടെ സഞ്ചാരപഥം

viii, ഗർഭാശയസ്ഥാനം (POSITION OF UTERUS)

പെരിട്ടോണിയം എന്ന മൂദ്ദലചർമ്മം പല ഭാഗങ്ങളിലായി പലതരം ചരടുകൾ അഥവാ ഇഴകളായി രൂപാന്തരപ്പെട്ട് ഗർഭാശയത്തെ ഒരു പ്രത്യേകസ്ഥാനത്ത് പ്രത്യേക നിലയിൽ താങ്ങിനിറുത്തിയിരിക്കുന്നതായി കാണുവാൻ കഴിയും. ഈ പ്രത്യേകനിലയിൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉടൽഭാഗം മുൻപോട്ടായും ഗർഭാശയഗളം പിന്നോട്ടും താഴോട്ടുമായി ഇരിക്കത്തക്കവിധമാണ് ഗർഭാശയസ്ഥാനീകരണം. ഈ നിലയിൽ ഗർഭാശയ ഉടലും, ഗർഭാശയ ഗളവും തമ്മിൽ മുൻഭാഗത്തുണ്ടാകുന്ന ആംഗിൾ (കോൺ) 90 ഡിഗ്രിയിൽ കൂടുതലായിരിക്കും. ഇത്തരത്തിൽ ഗർഭാശയത്തിനുണ്ടാകുന്ന പ്രത്യേക നിലയെ അഥവാ സ്ഥാനീകരണത്തെ ഗർഭാശയത്തിൻെറ മുന്നോട്ടുള്ള ചായ്‌വ് (ആൻറിവെർഷൻ–ഫ്ളക്ഷൻ– Anteversion-flexion)

ഈ നിലയിൽ ഗർഭാശയത്തിന്ന് സ്വസ്ഥാനത്തുനിന്നും ഇളക്കംതട്ടാവുന്നതും, പരിശോധനാസമയത്ത് സ്പർശനം ഏല്ക്കുമ്പോഠം അങ്ങോട്ടോ ഇങ്ങോട്ടോ മാറാവുന്നതുമാണ്. എന്നാൽ പരിശോധന നിറുത്തുമ്പോഠം അതായത് സ്പർശന വിമുക്തമാകുമ്പോഠം പഴയസ്ഥാനത്തേയ്ക്കു വരികയും ചെയ്യും.

ഗർഭാശയത്തിൻെറ വിവിധ ഭാഗങ്ങളിൽനിന്നും ഉത്ഭവിക്കുന്ന ചർമ്മനിർമ്മിതമായ ഇഴകഠം അഥവാ ചരടുകഠം ഉപസ്ഥാശയഭിത്തിയുടെ പലഭാഗങ്ങളിലായി വന്നു ചേൎന്ന് ബന്ധിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതിനാൽ, ഗർഭാശയ സ്ഥാനീകരണത്തിനു വ്യതിയാനം വരാത്തവിധം ഈ ചരടുകഠംക്കു് ഗർഭാശയത്തെ ഉറപ്പിച്ചുനിറുത്തുവാൻ സാധിക്കുന്നു. കൂടാതെ ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ചുവട്ടഭാഗം അഥവാ കീഴ്ത്തട്ട് ബലവത്തായ പേശികളെക്കൊണ്ടു് നിർമ്മിച്ചിരിക്കുന്നതിനാൽ അതും ഗർഭാശയത്തിന്ന് സ്ഥാനഭ്രംശം വരാത്തവിധം താങ്ങായി വർത്തിക്കുന്നുണ്ടു്. ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ചുവട്ടഭാഗത്തുള്ള മസ്സിലുകഠം ഏതെങ്കിലും കാരണവശാൽ ദുർബ്ബലമായിപ്പോയാൽ, ഗർഭാശയത്തിനും മററ് അവയവങ്ങഠംക്കും സ്ഥാനഭ്രംശം സംഭവിക്കുന്നതും വെളിയിലേയ്ക്കുതള്ളിവരുന്നതുമാണ്.

മേൽ വിവരിച്ചനിലയ്ക്ക് വിപരീതമായി ഗർഭാശയത്തിന്ന് സ്ഥാനഭ്രംശം സംഭവിച്ചാൽ ആ അവസ്ഥയ്ക്ക് ഗർഭാശയ പിന്നോക്കചായ്‌വ് (റിട്രോവെർഷൻ—Retro version) എന്നു പറയുന്നു.

ix, രക്തവിതരണം (ബ്ളഡ്സപ്ലൈ-BLOOD SUPPLY)

പ്രധാനപ്പെട്ട മൂന്നു് ധമനി (Artery) കളും അവയുടെ അനേകം ശാഖോപശാഖകളുംകൂടിയാണ്, ഗർഭാശയത്തിനും അതിനോടു ബന്ധപ്പെട്ട മററു ലൈംഗികാവയവ ഭാഗങ്ങഠംക്കും രക്തവിതരണം നടത്തുന്നതു്. ധമനികളോടൊപ്പം സിരകളും (വെയ്ൻസ്—Veins) സഞ്ചരിക്കു

ന്നുണ്ടു്. ഈ രക്തക്കുഴലുകളുടെ എല്ലാം ശാഖോപശാഖകൾ ഗർഭാശയഭിത്തിയിൽവച്ചു് അന്യോന്യം ചേർന്നു് ഒരു വലപോലെയാണു് ക്രമീകരിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതു്. ഗർഭ കാലത്തിൽ ഈ ശാഖോപശാഖകളുടെ എണ്ണം ക്രമാതീതമായി വർദ്ധിക്കുന്നതും അങ്ങനെ രക്തവിതരണത്തിന്റെ അളവു കൂടുന്നതുമാണു്.

X, നാഡികൾ (നെർവ്വു്—NERVE)

ഗർഭാശയത്തിനും അനുബന്ധിത ലൈംഗികാവയവങ്ങൾക്കും അതാതുകളുടെ പ്രവൎത്തനക്ഷമതയ്ക്കും, പ്രവൎത്തന രീതിക്കും ഉതകത്തക്കവിധം സുഷുമ്നാ ഞരമ്പുകളും (സ്പൈനൽ നെർവ്വു്—Spinal nerve) അനൈച്ഛിക ഞരമ്പുകളും (സിംപതററിക്കു്നെർവ്വു്-Sympathetic nerve) കൂടിച്ചേർന്നുള്ള നാഡീവ്യവസ്ഥതന്നെയാണുള്ളതു്. ഗർഭാശയഭാഗങ്ങളിൽവച്ചു് ഏററവും കൂടുതൽ നാഡീവിതരണമുള്ള ഭാഗം ഗർഭാശയാന്തരകവാട (Internal os)മാകുന്നു.

അദ്ധ്യായം 3.

ആർത്തവം

(മെൻസ്ട്രുവേഷൻ-MENSTRUATION)

ആർത്തവം (മെൻസസ്-Mensus) യൗവ്വനാരംഭത്തിൻെറ അടയാളമാകുന്നു. കൗമാരപ്രായം കഴിഞ്ഞു് യൗവ്വനാരംഭമായി എന്ന പ്രകൃതിയുടെ മുന്നറിയിപ്പാണിതു്. ഇതോടുകൂടി ഒരു പെൺകുട്ടിയുടെ ആകാരത്തിലും അവയവഘടനയിലും സാരമായ വ്യത്യാസങ്ങൾ കണ്ടുതുടങ്ങുന്നു. തൂക്കവും വണ്ണവും വർദ്ധിക്കുകയും സ്തനങ്ങൾ വളൎന്നു് ദൃഢപ്പെടുകയും മുമ്പില്ലാതിരുന്ന അഴകും ആരോഗ്യവും ശാലീനതയും പ്രത്യക്ഷപ്പെട്ടുതുടങ്ങുകയും ചെയ്യുന്നു.

ശൈശവ, കൗമാരപ്രായത്തിൽ പൈനിയൽ (Pineal body) എന്ന ഗ്രന്ഥിയും, തൈമസ്സ് (Thymus) എന്ന ഗ്രന്ഥിയുമാണു് ഉല്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങളോടനുബന്ധിച്ചുള്ള ഗ്രന്ഥികളെ നിയന്ത്രിക്കുന്നതു്, പൈനിയൽ ഗ്രന്ഥി ഏഴാമത്തെ വയസ്സിലും, തൈമസ്സ് ഗ്രന്ഥി ഏതാണ്ടു് പതിന്നാലാമത്തെ വയസ്സിലും ശുഷ്ക്കിച്ചുപോകുന്നു. പൈനിയൽ ഗ്രന്ഥി (Pineal gland) ശിരസ്സിലും, തൈമസ്സ് ഗ്രന്ഥി (Thymus gland) കഴുത്തിനു താഴെ നെഞ്ചറയിലുമാണു് സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതു്. ഇവയുടെ

നിയന്ത്രണം നില്ക്കുന്നതോടെ ഓജഗ്രന്ഥി (പിററ്യൂയിററി ഗ്ലാൻഡ്—Pituitary gland) പുറപ്പെടുവിക്കുന്ന അന്ത:സ്രവണങ്ങളുടെ (ഹോർമോൺ—Hormone) ശക്തി ഉല്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങളിൽ വ്യാപരിച്ചുതുടങ്ങുന്നു. മസ്തിഷ്ക്കത്തിൻെറ അധോഭാഗത്തു സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന ഓജഗ്രന്ഥിയിൽനിന്നുമുള്ള അന്ത:സ്രവണങ്ങളുടെ (Pituitary hormones) സമ്പർക്കം സ്ത്രീയുടെ അണ്ഡാശയത്തിൽ (Ovaries) ഉണ്ടാകുമ്പോഠം സ്ത്രീബീജാണ്ഡം (Ovum) പക്വമായിത്തീരുന്നതും, പുരുഷൻെറ വൃഷണങ്ങഠം (Testes) കണ്ടാകുമ്പോഠം അവിടെ പുരുഷബീജങ്ങഠം ഉണ്ടായിത്തുടങ്ങുന്നതുമാണ്.

ആർത്തവകാലത്തോടടുത്ത് അണ്ഡാശയങ്ങളിലെ അണ്ഡസഞ്ചികഠം (ഗ്രാഫിയൻ ഫോളിക്കിഠം—(Grafian follicle) ഈസ്ട്രജൻ (Oestrogen) എന്ന ഹോർമോൺ ഉത്ഭവിപ്പിക്കുന്നു. രണ്ട് ആർത്തവങ്ങളുടെ ഇടയിലുള്ള ദിവസത്തെ പന്ത്രണ്ടു ദിവസങ്ങഠം വീതമുള്ള രണ്ടു ഭാഗങ്ങളായി കണക്കിലെടുക്കാം. ആദ്യത്തെ പന്ത്രണ്ടു ദിവസങ്ങളിൽ അണ്ഡസഞ്ചികഠം പൂർണ്ണതപ്രാപിക്കുകയും അവയിൽനിന്ന് മേല്പറഞ്ഞ ഈസ്ട്രജൻ എന്ന ഹോർമോൺ* ഉത്ഭവിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ ഹോർമോൺ മൂലമാണ് ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉഠംഭിത്തി രക്തസമ്പന്നമാകുന്നതും കട്ടിയുള്ളതായിത്തീരുന്നതും. ആദ്യത്തെ പന്ത്രണ്ടു ദിവസങ്ങളുടെ അവസാനം അണ്ഡസഞ്ചി പൊട്ടി സ്ത്രീബീജാണ്ഡം (ഓവം—Ovum) പുറത്തുവരുന്നു. പൊട്ടുന്ന അണ്ഡസഞ്ചി ഒരു പുതിയ പിണ്ഡ (കോപ്പ്സ് ല്യൂട്ടിയം-Corpus luteum) മായിത്തീരുകയും, ഈ പുതിയ പിണ്ഡം അല്ലെങ്കിൽ കോപ്പ്സ് ല്യൂട്ടിയം മറെറാരു ഹോർമോൺ ഉല്പാദിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. കോപ്പ്സ്സ്

---

* ഹോർമോൺ-Hormone=ഒരു പ്രാണിയുടേയോ, സസ്യത്തിൻെറയോ ഗ്രന്ഥികളിൽനിന്നു സ്രവിക്കുന്നതും ഏതെങ്കിലും പ്രത്യേക ശാരീരികധർമ്മമോ (Physiological function) പ്രക്രിയയോ നിർവ്വഹിക്കുന്നതുമായ രാസവസ്തു. ഇതിനു് ഓജോവിശേഷം, അന്തർഗ്രന്ഥിസ്രാവം എന്നൊക്കെ പറയാം.

ല്യൂട്ടിയം ഉല്പാദിപ്പിക്കുന്ന ഈ ഹോർമോണിന്ന് പ്രോജസ്ട്രോൺ (Progesteron) എന്നു പറയുന്നു. രണ്ടാമത്തെ പന്ത്രണ്ടു ദിവസക്കാലത്തു് പ്രോജസ്ട്രോൺ എന്ന ഹോർമോൺ ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉൾഭിത്തിയിൽ ചില വ്യത്യാസങ്ങൾ വരുത്തുന്നു. സ്ത്രീബീജവും (Ovum), പുരുഷബീജവും (Sperm) തമ്മിൽ യോജിച്ച് ഗർഭധാരണം നടന്നിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ആ സംയുക്താണ്ഡത്തെ (ഫെർട്ടിലൈസ്ഡ് ഓവം–Fertilized ovum) ഗർഭാശയത്തിൽ സ്വീകരിച്ച് സ്ഥിരീകരിച്ച് സംരക്ഷിച്ചുവളത്തുന്നതിനാവശ്യമായ സംവിധാനങ്ങളാണ് രണ്ടാമത്തെ ഹോർമോൺ ആയ പ്രോജസ്ട്രോൺ ഉളവാക്കിത്തീക്കുന്നതു്. എന്നാൽ മേൽവിവരിച്ചപ്രകാരം സംഭവിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ എന്നുപറഞ്ഞാൽ ഗർഭധാരണം നടക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ ഗർഭാശയപാടയിൽ പ്രോജസ്ട്രോൺ വരുത്തിയ സംവിധാനങ്ങൾ ആവശ്യമില്ലാത്തതായിത്തീരുന്നു. പൊട്ടിയ അണ്ഡസഞ്ചി (ഗ്രാഫിയൻ ഫോളിക്കിൾ) ഒരു പുതിയ പിണ്ഡമായി (കോപ്പസ്സ് ല്യൂട്ടിയം) തീരുന്നുവെന്ന് പ്രസ്ഥാവിച്ചുവല്ലോ. ആ പിണ്ഡവും ആവശ്യമില്ലാത്തതായിത്തീരുന്നു. തൻനിമൂലം അതുടഞ്ഞുപോകുന്നു. ഈ സാഹചര്യത്തിലാണ് ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉൾപ്പാടയിലുള്ള അസംഖ്യം രക്തധമനികൾ പൊട്ടി, ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും രക്തം സ്രവിക്കപ്പെടുന്നതു്. ഇതിനെയാണ് ആർത്തവം, തീണ്ടാരി, മാസമുറ എന്നെല്ലാം പറയുന്നതു്. മറിച്ച് ഗർഭം സ്ഥിരീകരിക്കപ്പെട്ടാൽ ആർത്തവത്തിന്ന് ആവശ്യമില്ലാതായിത്തീരുന്നുവെന്നും മേൽവിവരിച്ചതിൽനിന്നും വ്യക്തമാണല്ലോ.

ഗർഭിണികളല്ലാത്ത സ്ത്രീകളിൽ മാസംതോറുമുണ്ടാകുന്ന മെൻസസ് (ആർത്തവം) എന്ന സ്ത്രീസഹജമായ പ്രക്രിയയെപ്പററി സംക്ഷിപ്തമായി ഇങ്ങനെ പറയാം. സ്ത്രീ പ്രായപൂത്തിയാകുന്നതോടുകൂടി അവൾ പുരുഷനുമായി ലൈംഗികബന്ധത്തിലേപ്പെടുന്നപക്ഷം ഒരു ശിശുജനിക്കുന്നതിനു സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്. സ്ത്രീപുരുഷസംയോഗ ഫലമായി ഒരു ശിശു ഉരുവായിത്തീരുന്നപക്ഷം അതിനെ സ്വീകരിച്ച് സംരക്ഷിച്ചു വളത്തിയെടുക്കേണ്ടതിന്

ആവശ്യമായ പല ഒരുക്കങ്ങളും പ്രകൃത്യാതന്നെ ഓരോ ചാന്ദ്രമാസത്തിലും സ്ത്രീയുടെ ഉല്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങളിൽ, വിശേഷിച്ച് ഗർഭാശയത്തിൽ നടക്കുന്നു. ഗർഭധാരണം നടക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ ഒരുക്കങ്ങളെല്ലാം അനാവശ്യമായിത്തീരുന്നു. ആവശ്യമില്ലാത്തവയെ ബഹിഷ്ക്കരിക്കുക ശരീരത്തിന്റെ സഹജവാസനയാണ്. അനാവശ്യമായിത്തീർന്ന ഗർഭാശയത്തിലെ ഒരുക്കങ്ങളെയെല്ലാം പുറംതള്ളുന്നതിനെയാണ് ചുരുക്കത്തിൽ മെൻസസ്സ് എന്നു പറയുന്നത്. ഒരു സ്ത്രീ ഗർഭം ധരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ പ്രായപൂർത്തി മുതൽ ആർത്തവസമാപ്തിവരെയുള്ള എല്ലാ ചാന്ദ്രമാസങ്ങളിലും ഈ പ്രക്രിയ നടന്നുകൊണ്ടേയിരിക്കും.

ആർത്തവരക്തപ്രവാഹം സാധാരണയായി മൂന്നു മുതൽ അഞ്ചു വരെ ദിവസത്തേയ്ക്ക് കാണാറുണ്ട്. അപൂർവ്വമായി ചില സ്ത്രീകളിൽ എട്ടുദിവസം വരെയും ഇതു കണ്ടുവരുന്നു. ഒരു ആർത്തവവും മറെറാരു ആർത്തവവും തമ്മിൽ 25 മുതൽ 33 വരെ ദിവസത്തെ ഇടയുണ്ടാകാറുണ്ട്. ആർത്തവ ദിവസങ്ങളിൽ ശാരീരികപഥ്യാചരണം ആവശ്യമാകുന്നു. അതിയായ ആയാസം, മൈഥുനം (Sexual intercourse) വളരെ ചൂടുള്ളതോ, തണുത്തതോ ആയ പാനീയങ്ങൾ, ശീതജലസ്നാനം, മാനസികക്ഷോഭങ്ങൾ എന്നിവ വർജ്ജ്യങ്ങളാണ്.

ആർത്തവത്തെപ്പററിയുള്ള ചിന്തയൊന്നുംകൂടാതിരിക്കുന്ന പെൺകുട്ടികൾ, പെട്ടെന്ന് ആദ്യമായി ആർത്തവരക്തം കാണുന്നത് ഭയപ്പാടോടുകൂടിയാണ്. ലജ്ജയും, ഭയവും അവരെ വല്ലാതെ അലട്ടുന്നുണ്ടായിരിക്കും. മാതാവും മററ് ബന്ധപ്പെട്ട സ്ത്രീകളും പഠിച്ച മിഡ്‌വൈഫും ആർത്തവം എന്നാൽ എന്താണെന്നും ആർത്തവകാലങ്ങളിൽ അനുഷ്ഠിക്കേണ്ട ചര്യകൾ എന്തൊക്കെയാണെന്നും പ്രായപൂർത്തിയായിവരുന്ന പെൺകുട്ടികളെ സ്നേഹപൂർവ്വം ഉപദേശിക്കേണ്ടതാകുന്നു.

ആർത്തവദിവസങ്ങളിൽ ജനനേന്ദ്രിയത്തിന്റെ ബാഹ്യഭാഗം ചൂടുവെള്ളംകൊണ്ട് ദിവസവും രണ്ടു പ്രാവശ്യമെങ്കിലും കഴുകി വൃത്തിയാക്കേണ്ടതാണ്. ഇങ്ങനെ

ചെയ്യുന്നതിനു മുമ്പും പിമ്പും കൈ ചൂടുവെള്ളവും സോപ്പും ഉപയോഗിച്ചു വൃത്തിയായി കഴുകണം. ആർത്തവദിവസങ്ങളിൽ കുളിക്കാതിരിക്കുകയാണുനല്ലതു്. കുരുമുളകു്, കടുകു്, മസാല തുടങ്ങിയ രൂക്ഷവസ്തുക്കൾ ആർത്തവദിവസങ്ങളിൽ ഉപയോഗിച്ചുകൂടാ. ഈ ദിവസങ്ങളിൽ മലശ്ശോധന ഇല്ലാതെവരുന്നെങ്കിൽ ആഹാരക്രമീകരണം കൊണ്ടു് അതുണ്ടാക്കാൻ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണു്. സാധിക്കാത്തപക്ഷം എനിമാവച്ചു് ശോധനയുണ്ടാക്കണം. ആർത്തവദിവസങ്ങളിൽ ശരീരത്തിന്റെ സ്വാഭാവിക പ്രതിരോധശക്തിക്കു് ഊനംതട്ടുന്നതാകയാൽ ഇക്കാലത്തു് രോഗികളുമായി ബന്ധപ്പെടുകയോ മറേറതെങ്കിലും തരത്തിൽ രോഗാണുബാധയുണ്ടാകാനുള്ള സാഹചര്യം സൃഷ്ടിക്കുകയോ ചെയ്തുകൂടാ. ആർത്തവദിവസങ്ങളിൽ മതിയായ കരുതലോടുകൂടി സാധാരണ ജോലിയിൽ ഏർപ്പെടാവുന്നതാണു്. വിദ്യാർത്ഥിനികൾ അമിതമായി പഠിക്കുകയോ ഉറക്കമിളയ്ക്കുകയോ ചെയ്തുകൂടാ.

ഏതു പ്രായത്തിലാണു് ആർത്തവം ആരംഭിക്കുന്നതെന്നു് കൃത്യമായി പറയുവാൻ വിഷമമുണ്ടു്. ശാരീരികവളച്ച ശീതോഷ്ണസ്ഥിതി തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങളെ ആശ്രയിച്ചു ഇതു് പല രാജ്യങ്ങളിലും വ്യത്യാസപ്പെട്ടുകാണുന്നു. ഉഷ്ണമേഖലാപ്രദേശങ്ങളിൽ ആർത്തവം മുൻകൂട്ടി കണ്ടുവരുന്നു.

ആർത്തവസംബന്ധമായ സ്ഥിതിവിവരക്കണക്കുകൾ താഴെച്ചേർക്കുന്നു.

ഉഷ്ണമേഖല	ആർത്തവപ്രായം
ഇൻഡ്യാ	13–15
സിറിയാ	10–14
ഇറാൻ	10–14
പലസ്തീൻ	10
ടർക്കി	10

ശീതമേഖല	
ലാപ്ലാൻറ്	18
ഫ്രാൻസ്	16
ഡൻമാർക്ക്	16
ഇംഗ്ലണ്ട്	15
ജർമ്മനി	15
ജപ്പാൻ	14

ആർത്തവസമാപ്തി (മെനോപ്പോസ്-MENOPAUSE)

നാല്പത്തഞ്ചു വയസ്സിനുമേൽ അമ്പതു വയസ്സിനിടയ്ക്കുള്ള കാലത്ത് സ്ത്രീയുടെ ആർത്തവം നിലയ്ക്കുന്നു. ഒരു സ്ത്രീയുടെ ആയുഷ്ക്കാലത്തിൽ ഏകദേശം മുപ്പത്തിഅഞ്ചു വർഷങ്ങളോളം മെൻസസ്സ് ഉണ്ടായിരിക്കും. ആർത്തവം നിലയ്ക്കുന്നതോടുകൂടി സ്ത്രീയുടെ ഗർഭധാരണശേഷിയും ഇല്ലാതാകുന്നു. ആർത്തവസമാപ്തിക്കാലത്തോടടുത്ത് ശാരീരികവും, മാനസികവുമായ ചില വ്യതിയാനങ്ങളും, അസ്വസ്ഥതകളും ഉടലെടുക്കാറുണ്ട്. ആർത്തവസമാപ്തിക്കു ശേഷം ഗർഭധാരണശേഷി നശിക്കുന്നു എന്നല്ലാതെ ലൈംഗികമായ കാര്യങ്ങൾക്ക് കാര്യമായ തകരാറൊന്നും സംഭവിക്കുന്നില്ല.

അദ്ധ്യായം 4

ഗർഭധാരണം

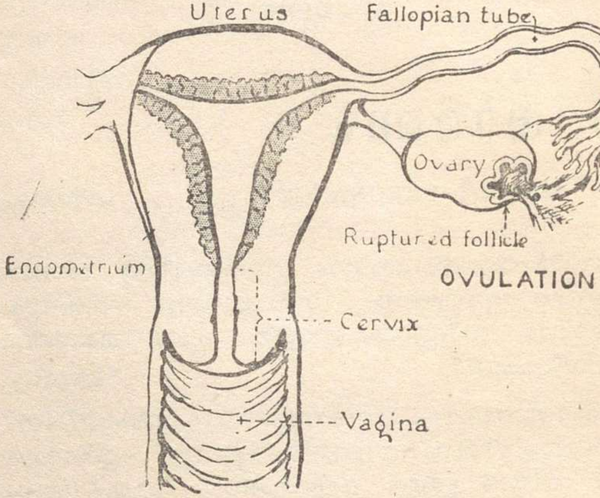
(പ്രഗ്നൻസി–PREGNANCY)

സ്ത്രീപുരുഷസംയോഗം (സുരതക്രിയ) ഗർഭധാരണ സാദ്ധ്യത ഉളവാക്കുന്നു. ഗർഭധാരണം നടക്കുന്നപക്ഷം സ്ത്രീശരീരം നിർണ്ണായകങ്ങളായ പല മാററങ്ങൾക്കും വിധേയമാകുന്നു.

ഓരോ സുരതക്രിയാവേളയിലും പുരുഷലിംഗം ഭഗ ദ്വാരാശയത്തിൽ വിസർജ്ജിക്കപ്പെടുന്നതു് ഏകദേശം 3–5 മില്ലി ലിററർ ശുക്ലം വീതമാണു്. ശുക്ലം (സെമൺ–(Semen) വെളുത്തു്, കൊഴുത്ത ഒരു ദ്രവവിശേഷമാകുന്നു. ഓരോ സംഭോഗാവസരത്തിലും വിസർജ്ജിക്കപ്പെടുന്ന പുരുഷശുക്ലത്തിൽ ഏകദേശം രണ്ടു മൂന്നു കോടിയോളം പുരുഷബീജങ്ങൾ ഉണ്ടായിരിക്കും.

ഓരോ പ്രാവശ്യവും വിസർജ്ജിക്കപ്പെടുന്ന പുരുഷ ശുക്ലത്തിൽ പുരുഷബീജങ്ങൾ ദശലക്ഷക്കണക്കിനുണ്ടാകുമെങ്കിലും, സ്ത്രീബീജാണ്ഡം ഓരോ ചാന്ദ്രമാസത്തിലും ഒന്നു വീതമേ ഉണ്ടാകയുള്ളു. ഓരോ മാസത്തിലും ഓരോ അണ്ഡം വീതമേ പക്വമായി അണ്ഡാശയത്തിൽനിന്നും പുറത്തുവന്നു് അണ്ഡവാഹിനികൾവഴി ഗർഭാശയത്തിലെത്തുകയുള്ളു എന്നു് മുൻ അദ്ധ്യായത്തിൽ വിവരിച്ചിട്ടുണ്ടല്ലോ. പക്വമായ ഒരണ്ഡം ആർത്തവചക്രക്രമമനുസ

രിച്ച് ഓരോ മാസവും പുറത്തുവന്ന് അണ്ഡനാളം വഴി ഗർഭപാത്രത്തിലെത്തിച്ചേരുന്നതും ഗർഭധാരണം നടക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ മാസംതോറും ആവത്തിക്കുന്നതുമായ ഈ പ്രക്രിയയ്ക്കാണ് അണ്ഡസഗ്ഗം അല്ലെങ്കിൽ അണ്ഡനിഗ്ഗമനം (ഓവുലേഷൻ–Ovulation) എന്നു പറയുന്നത്. അണ്ഡനിഗ്ഗമനം (ഓവുലേഷൻ) മിക്കവാറും ഒരാർത്തവത്തിനും



Ovulation, the rupture of the ripe follicle in the ovary and the release of the ovum. (From M. E. Davis: Natural Child Spacing, published by Doubleday and Company.)

അണ്ഡാശയത്തിൽ പക്വമായ അണ്ഡസഞ്ചി പൊട്ടുകയും അണ്ഡനിഗ്ഗം നടക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ചിത്രം 7: അണ്ഡനിഗ്ഗമനം (OVULATION)

മറെറാരാർത്തവദശനത്തിനും ഇടയ്ക്കുള്ള മദ്ധ്യദിനത്തിലായിരിക്കും. അതായത് ഒന്നാംതീയതി ആർത്തവമാരംഭിച്ച ഒരു സ്ത്രീയുടെ ഓവുലേഷൻ (അണ്ഡനിഗ്ഗമനം) പതിന്നാലാം തീയതി ആയിരിക്കുമെന്ന് സാരം. ഓരോ സ്ത്രീയുടേയും

ആർത്തവചക്രക്രമമനുസരിച്ച് മദ്ധ്യദിവസം കണ്ടുപിടിക്കു വാൻപ്രയാസമില്ലല്ലോ. ഓവുലേഷനോടടുത്ത നാല്പത്തെട്ടു മണിക്കൂറുകൾക്കുള്ളിൽ സംഭോഗം നടത്തിയാലേ സ്ത്രീ ഗർഭംധരിക്കാറുള്ളൂ. കാരണം, അണ്ഡാശയത്തിൽ നിന്നും പുറത്തുവരുന്ന പകമായ ഒരു സ്ത്രീബീജാണ്ഡത്തിനു് നാല്പത്തെട്ടു മണിക്കൂറിൽക്കൂടുതൽ പുരുഷബീജ സംയോഗം കൂടാതെ ജീവിച്ചിരിക്കാൻ സാദ്ധ്യമല്ല. പുരുഷബീജത്തെ പ്രാപിക്കാൻ കഴിയുന്നില്ലെങ്കിൽ നാല്പത്തെട്ടു മണിക്കൂറിനുശേഷം അണ്ഡം മൃതിപ്പെട്ടുപോകുന്നു. അതുപോലെതന്നെ ഭഗാശയത്തിൽ വിസർജ്ജിക്കപ്പെടുന്ന പുരുഷശുക്ലത്തിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന പുരുഷബീജങ്ങൾക്കും നാല്പത്തെട്ടു മണിക്കൂറിൽക്കൂടുതൽ ആയുസ്സില്ല. അതായതു് ഒരു സുരതക്രിയയെത്തുടർന്നുള്ള നാല്പത്തെട്ടു മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ പുരുഷബീജത്തിനു് സ്ത്രീബീജത്തെ പ്രാപിക്കാൻ കഴിയുന്നില്ലെങ്കിൽ അതും മൃതിപ്പെട്ടുപോകുന്നു.

സന്താനോല്പാദനം സാധിക്കണമെങ്കിൽ സ്ത്രീയുടെ ആർത്തവചക്രകാലത്തിൻെറ മദ്ധ്യദിനത്തിനു് തൊട്ടടുത്തു് മുമ്പും പിമ്പുമുള്ള മൂന്നു നാലുദിവസങ്ങളിൽ തുടച്ചയായി സുരതക്രിയയിൽ ഏർപ്പെടുന്നതു് നന്നായിരിക്കും. ആർത്തവദർശനദിവസം തൊട്ടു 12 മുതൽ 15 വരെയുള്ള ദിവസങ്ങളായിരിക്കും സന്താനോല്പാദനത്തിനു് പററിയ ദിവസങ്ങൾ. ബാക്കിയുള്ള മിക്കവാറും ദിവസങ്ങളിലെ സംഭോഗംമൂലം ഗർഭധാരണം നടക്കാനിടയില്ല.

ജനനനിയന്ത്രണത്തിൻേറതായ ഈ യുഗത്തിൽ ഭൂരിപക്ഷം ഭർത്തൃമതികൾക്കും അറിയേണ്ടതു് സന്താനോല്പാദനദിവസങ്ങളല്ല; മറിച്ച് സുരക്ഷിതദിനങ്ങളെപ്പററിയാണു്. അതിനാൽ സന്താനോല്പാദനദിനങ്ങളും സുരക്ഷിതദിനങ്ങളും ഏററെക്കുറെ കണ്ടുപിടിക്കേണ്ടതെങ്ങനെയെന്നു് ഒരു മിഡ്വൈഫ് അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ടതും ഉപദേശിച്ചുകൊടുക്കേണ്ടതുമാകുന്നു. സുരക്ഷിതദിനങ്ങളെപ്പററിയുള്ള ഈ സാമാന്യനിയമത്തിനു് അപവാദങ്ങളുണ്ടു്. ഇതൊന്നും നൂറു ശതമാനം ശരിയായിക്കൊള്ളണമെന്നില്ല.

ജനനവും ശരീരനിർമ്മിതിയും

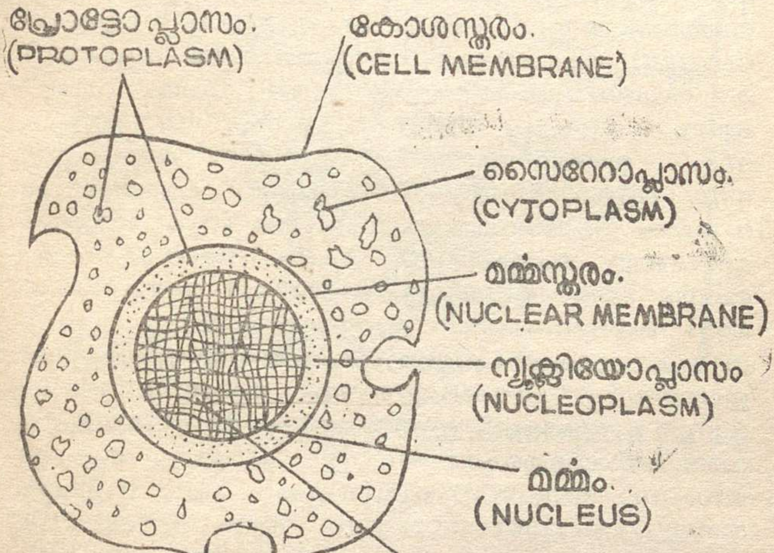
കോശങ്ങൾ (സെൽസ്—CELLS)

ഗർഭധാരണം, ഭ്രൂണവളച്ച്, അതിൻെറ ശരീര നിമ്മിതി എന്നീ വിഷയങ്ങളെപ്പററി പഠിക്കുന്നതിനു മുമ്പ് മനുഷ്യ ശരീരനിമ്മിതിക്കു് ആധാരമായിത്തീന്ന അടിസ്ഥാനഘടകമായ കോശങ്ങളെപ്പററിയും മററും സാമാന്യജ്ഞാനം നേടിയിരിക്കേണ്ടതാവശ്യമാണു്.

അനേകകോടി കോശങ്ങൾ (Cells) കൊണ്ടാണു് മനുഷ്യശരീരം നിമ്മിച്ചിട്ടുള്ളതു്. കല്ലും, മരവും, കമ്പിയും, സിമൻറും മററും യഥാക്രമം സംയോജിപ്പിച്ചാണല്ലോ നാമൊരു വീടു പണിയുന്നതു്. അതുപോലെതന്നെയാണു് മനുഷ്യശരീരത്തിലെ എല്ലാ ഭാഗങ്ങളും കോശങ്ങളാകുന്ന അടിസ്ഥാനഘടകങ്ങളുപയോഗിച്ചു നിമ്മിച്ചിരിക്കുന്നതു്. കയ്യും, കാലും, കണ്ണും, മൂക്കും, നഖവും, രോമവും, ഹൃദയവും, ശ്വാസകോശങ്ങളും, കരളും, ജനനേന്ദ്രിയങ്ങളും, എന്നുവേണ്ടാ എല്ലാ അവയവങ്ങളും ആകൃതിയിലും പ്രകൃതിയിലും പ്രവത്തനത്തിലും വൈവിദ്ധ്യമാന്നതാണെങ്കിലും അവയെല്ലാം കോശങ്ങൾകൊണ്ടു തന്നെയാണു് നിമ്മിച്ചിരിക്കുന്നതെന്നു സാരം.

നിയതമായ ഘടനാവിശേഷത്തോടുകൂടിയ എല്ലാ ജൈവകോശത്തേയും (Living cells) ആവരണംചെയ്തു

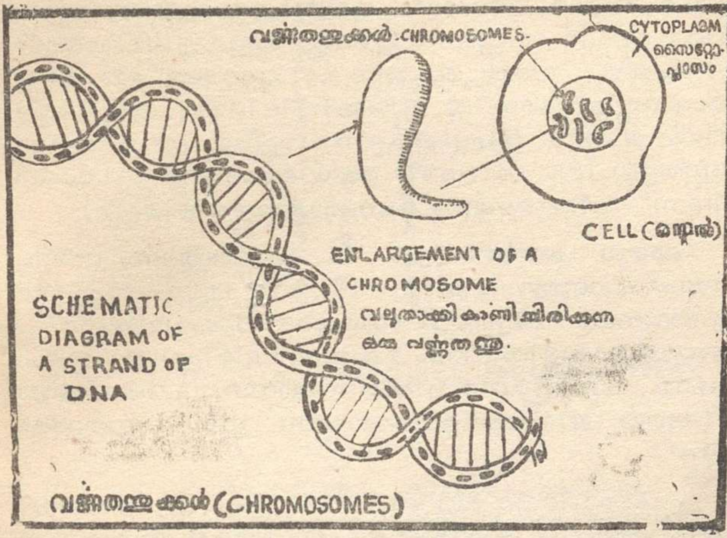
കൊണ്ടു് ഒരു തന്തുസ്തരമുണ്ടു്. കോശത്തിന്റെ ഈ ബാഹ്യവരണികയ്ക്കു് സെൽ മെംബ്രെയിൻ (Celi n embrane) എന്നു പറയും.



ചിത്രം 8

ഇതിനുള്ളിൽ അർദ്ധദ്രവാവസ്ഥയിലുള്ള ഒരു വസ്തുവുണ്ടു്. ഈ ദ്രവവസ്തുവിനെ പ്രോട്ടോപ്ലാസം (Protoplasm) എന്നു പറയുന്നു. ഈ ഗ്രീക്കു് ശബ്ദത്തിന്റെ അത്ഥം ആദ്യമുണ്ടായതു് എന്നാണു്. പ്രോട്ടോപ്ലാസത്തിലാണു് കോശത്തിലെ ജീവധമ്മപരമായ പ്രവത്തനങ്ങരം നടക്കുന്നതു്. ഏതാണ്ടു് കോശമദ്ധ്യത്തിൽ ഗോളാകൃതി

യിൽ കാണുന്ന കോശമമ്മം (ന്യൂക്ലിയസ്സ്-Nucleus) ആണ് കോശത്തിന്റെ പ്രവത്തനകേന്ദ്രം. കോശമമ്മത്തെ പൊതിഞ്ഞുകൊണ്ടു് നേരിയൊരാവരണംകൂടിയുണ്ടു്. ഇതിന് മമ്മസ്തരം എന്നു പറയുന്നു. ന്യൂക്ലിയസ്സിനു് ഉള്ളിലുള്ള ദ്രവം അതായതു് മമ്മദ്രവ്യം, വളരെ നേമ്മയേറിയതും വളഞ്ഞു് പല ആകൃതിയിലുള്ളതുമായ ഒട്ടനവധി ചെറുചരടുകൾ കോത്തുണ്ടാക്കിയ വലക്കണ്ണികൾ പോലെയാണിരിക്കുന്നതു്. ഒരു കോശം വിഭജിച്ചാണ് (Binary fission) മറ്റൊരു കോശമുണ്ടാകുന്നതു്. ഇങ്ങനെ കോശവിഭജനംമൂലമാണ് കോശവർദ്ധനവും ശരീരനിമ്മിതിയും സാധിക്കുന്നതു്. കോശങ്ങൾക്കു വിഭജനം നടക്കുമ്പോൾ മമ്മസ്തരം അപ്രത്യക്ഷമാവുകയും മുൻപറഞ്ഞ ചെറുചരടുകൾ വേർപിരിഞ്ഞുകാണുകയും ചെയ്യും. ശരീരകോശങ്ങളും അവയിലെ ചെറുചരടുകളും മററും കാണണമെങ്കിൽ പ്രത്യേകതരം ചായം പകന്നു നിറം കൊടുക്കുകയും വളരെ ശക്തിയേറിയ ഭൂതക്കണ്ണാടി ഉപയോഗിച്ചു് നോക്കുകയുംവേണം. കോശമമ്മത്തിലുള്ള പ്രസ്തുത ചരടുകൾക്കു് കൂടുതൽ നിറം ആഗിരണംചെയ്യുവാൻ കഴിവുള്ളതുകൊണ്ടാണ് ഈ ചരടുകളെ ക്രോമോസോംസ് അല്ലെങ്കിൽ വണ്ണതന്തുക്കൾ എന്നു വിളിച്ചുവരുന്നതു്. ക്രോമോസോംസ് എന്ന ഗ്രീക്കു് പദത്തിന്റെ അത്ഥം നിറംപിടിപ്പിച്ച ചരടുകൾ എന്നാകുന്നു.



ചിത്രം 9: വർണ്ണതന്തുക്കൾ (CHROMOSOMES)

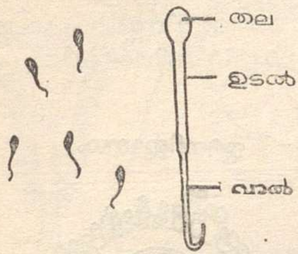
സ്ത്രീപുരുഷ ബീജങ്ങളൊഴിച്ചുള്ള ശരീരത്തിലെ എല്ലാ കോശങ്ങൾക്കും 46 ക്രോമോസോമുകൾ അഥവാ വർണ്ണതന്തുക്കൾ വീതമുണ്ട്. മനുഷ്യനെന്നപോലെതന്നെ ഓരോ ഇനം ജന്തുക്കൾക്കും ചെടികൾക്കുമെല്ലാം ക്ലിപ്തമായ വർണ്ണതന്തുക്കളുണ്ട്. മനുഷ്യശരീരത്തിലെ കോശങ്ങൾക്ക ഓരോ അവയവത്തിന്റേയും പ്രവർത്തനധർമ്മമനുസരിച്ച് ആകൃതിയിലും പ്രകൃതിയിലും വൈജാത്യങ്ങളുണ്ടെങ്കിലും ശരീരത്തിന്റെ ഏതു ഭാഗത്തുള്ള കോശങ്ങളിലേയും വർണ്ണതന്തുക്കൾ പ്രഥമകോശത്തിലുള്ളതിന്റെ തനിപ്പകർപ്പായിരിക്കും. അതിസങ്കീർണ്ണമായ മനുഷ്യശരീരത്തിന്റെ എല്ലാ സവിശേഷതകളേയും, ആന്തരികപ്രവണതകളെയും നിയന്ത്രിച്ചു ഭരിക്കുന്ന ശില്പശാലകളാണീവർണ്ണതന്തുക്കൾ. ഒരു

വൻെറ ആകാരം, സ്വഭാവം തുടങ്ങി ഒരു പൂർണ്ണമനുഷ്യനെ വാർത്തെടുക്കുന്ന ശില്പികൾ ഈ വർണ്ണതന്തുക്കളിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്നു. നമ്മെ അപ്പാടെ ഭരിച്ചുകൊണ്ടു് ഈ നാല്പത്താറു വർണ്ണതന്തുക്കളിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ശില്പികളെയാണു് ജീൻസ് (Genes) എന്നു വിളിക്കുന്നതു്. ഓരോ വർണ്ണതന്തുവിലും ശരാശരി ആയിരത്തി ഇരുനൂറിനുമേൽ ജീൻസ് വീതമുണ്ടെന്നും കണക്കാക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു.

ഓരോ കോശത്തിലും 46 വർണ്ണതന്തുക്കൾ വീതമുണ്ടെന്നു് പറഞ്ഞുവല്ലോ. ഈ 46-ൽ 23 എണ്ണം അച്ഛൻെറ സംഭാവനയും 23 എണ്ണം അമ്മയുടെ സംഭാവനയുമാണു്. മാതാപിതാക്കളിൽനിന്നും മക്കൾക്കു് ലഭിച്ചിട്ടുള്ള പ്രാഥമികവും, പരമപ്രധാനവുമായ സംഭാവന, പാരമ്പര്യവാഹികളായ ജീനുകൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്ന ഈ വർണ്ണതന്തുക്കളാണു്.

പിതാവിൻെറ ഒരു ബീജവും (Sperm) മാതാവിൻെറ ഒരണ്ഡവും (ഓവം—Ovum) തമ്മിൽ സമ്മേളിക്കുമ്പോഴാണു് മനുഷ്യശിശു രൂപംകൊള്ളുന്നതു്. മനുഷ്യസൃഷ്ടിക്കാധാരമായിത്തീർന്ന പുരുഷബീജം നഗ്നനയനങ്ങൾക്കു് ഗോചരമല്ല. ഇതിനു് തല, ഉടൽ, വാൽ എന്നു് മൂന്നു ഭാഗങ്ങളുണ്ടെന്നു് പറയാം.

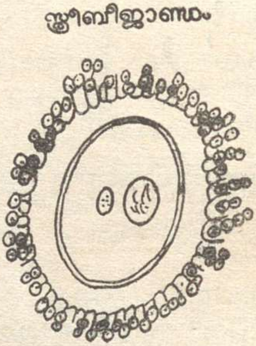
പുരുഷബീജം



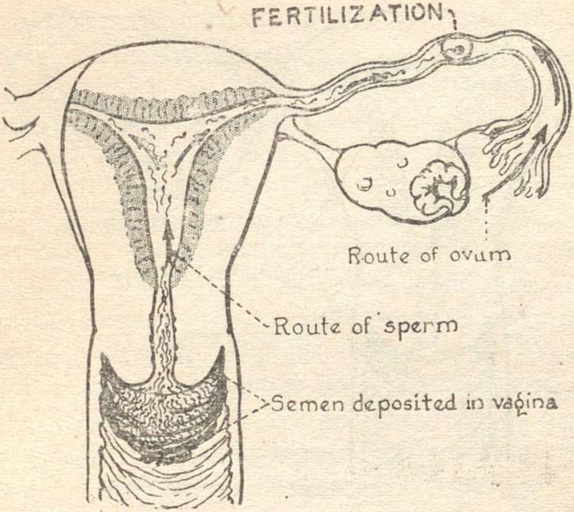
ചിത്രം 10: പുരുഷബീജങ്ങൾ (SPERMATOZON)

പുരുഷബീജത്തിൻെറ തലയ്ക്കു് ഏകദേശം അഞ്ചു മൈക്രോണും, ഉടലിനു് ആറു മൈക്രോണും വാലിനു് 50 മൈക്രോണുംവീതം നീളമുണ്ടു്. ഒരു മൈക്രോൺ എന്നതു് ഒരു മില്ലിമീററിൻെറ ആയിരത്തിലൊരംശമാണു്. പുരുഷബീജത്തിൻെറ വലിപ്പത്തെപ്പററി ഏതാണ്ടൊരുരൂപം ലഭിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ഒരുദാഹരണം പറയാം. ഇന്നു ലോകത്തിലുള്ള 350 കോടി മനുഷ്യരുടേയും സൃഷ്ടിക്കു് കാരണമായിത്തീന്നിട്ടുള്ള അത്രയും പുരുഷബീജങ്ങളെ ഒന്നിച്ചുചേർത്തുവച്ചാൽ പോലും ഒരു ആസ്പിരിൻ ഗുളികയുടെ അത്ര വലിപ്പമേകാണുകയുള്ളു. ഇത്ര ചെറുതായ പുരുഷബീജത്തിനു് സ്ത്രീബീജാണ്ഡത്തെ പ്രാപിക്കുക എന്നമൗലിക ധമ്മം നിറവേററപ്പെടണമെങ്കിൽ കടുത്ത മത്സരത്തെ അതിജീവിക്കുകയും അതിസാഹസികമായ ഒരു തീത്ഥയാത്ര നടത്തുകയും വേണം. പുരുഷബീജങ്ങളുടെ ഭഗാശയമാഗ്ഗേണയുള്ള സഞ്ചാരദൂരം ഏകദേശം 16 സെൻറിമീററാണു്. പുരുഷബീജത്തിൻെറ വലിപ്പവും അതിൻെറ ശരീരഘടനയുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ യോനീമാഗ്ഗേണയുള്ള ഈ ദൂരം ഏകദേശം 800 കിലോമീററിനു തുല്യമാണു്.

സ്ത്രീബീജാണ്ഡം പുരുഷബീജത്തേക്കാൾ അനേക മടങ്ങ് വലുതാണെങ്കിലും നഗ്നനേത്രങ്ങൾക്കിതും ഗോചര മല്ല. സ്ത്രീയുടെ ആർത്തവചക്രക്രമമനുസരിച്ച് ഏതെ ങ്കിലും ഒരണ്ഡാശയത്തിൽനിന്നും പക്വമായ ഒരണ്ഡം പുറത്തുവന്ന് അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലിൽ പ്രവേശിക്കുന്നു.



ചിത്രം 11: ബീജാണ്ഡം (OVUM)

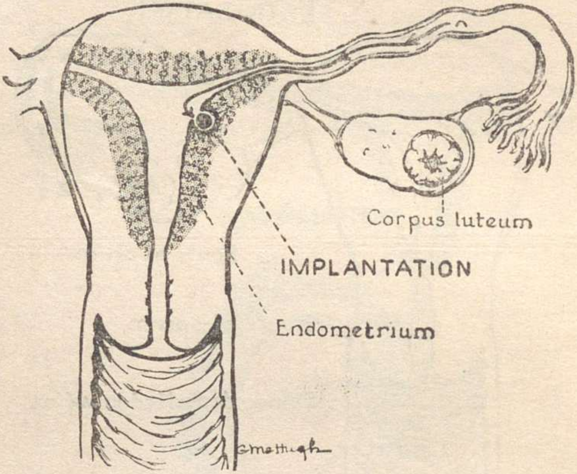


Fertilization. The ovum and spermatozoon meet in the fallopian tube and conception occurs. (From M. E. Davis: Natural Child Spacing, published by Doubleday and Company.)

അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലിൽവച്ച് സ്ത്രീപുരുഷ ബീജങ്ങൾ സംയോജിക്കുകയും ഗർഭധാരണം നടക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ചിത്രം 12: സ്ത്രീപുരുഷ ബീജാണ്ഡസംയോഗം

(FERTILIZATION)



ഗർഭധാരണത്തിനുശേഷം ഏതാണ്ട് എട്ടാമത്തെ ദിവസത്തോടുകൂടി സംയുക്താണ്ഡം ഗർഭാശയ Endometrium) ത്തിൽ സ്വയംബന്ധിക്കുകയും അവിടെക്കിടന്നുകൊണ്ട് അതിവേഗത്തിൽ വളരാൻ ആരംഭിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ചിത്രം 13: ഗർഭസ്ഥിരീകരണം—പ്രതിഷ്ഠാപനം
(IMPLANTATION)

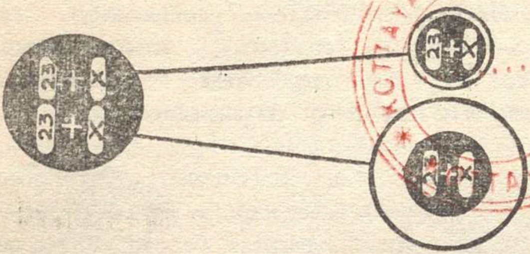
അണ്ഡത്തിന്റെ മർമ്മത്തിൽ അമ്മ മക്കൾക്ക് നൽകുന്ന സ്വഭാവങ്ങളുടെ സംക്ഷിപ്തചരിത്രം അതിലെ 23 വർണ്ണതന്തുക്കളിലെ ജീനുകളിൽ സൂക്ഷിച്ചുവച്ചിരിക്കുന്നു. സുരതക്രിയാവേളയിൽ സ്ത്രീയോനിയിൽ നിക്ഷേപിക്കപ്പെടുന്ന ശുക്ലത്തിലെ പുരുഷബീജാണുക്കൾ നീന്തിച്ചലിച്ച് അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലിൽവച്ച് സ്ത്രീബീജാണ്ഡത്തെ പ്രാപിക്കുന്നു. ഇങ്ങനെ സ്ത്രീബീജാണ്ഡ സംയോഗം (Fertiligation) നടക്കുന്ന അവസരത്തിൽ നാം ഉരുവായിത്തീരുന്നു; മാതാവ് ഗർഭം ധരിക്കുന്നു. പുരുഷബീജവും സ്ത്രീബീജാണ്ഡവും സംയോജിക്കപ്പെട്ടുകഴിഞ്ഞാൽ ബീജത്തിന്റേയും അണ്ഡത്തിന്റേയും മർമ്മസ്തരങ്ങൾ ഭേദിക്കപ്പെടുകയും അച്ഛന്റേയും അമ്മയുടേയും സംഭാവനകളുടെ—പാരമ്പര്യത്തിന്റെ മടിശ്ശീല തുറക്കപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്നു. അമ്മയുടെ 23 ഉം അച്ഛന്റെ 23 ഉം വർണ്ണതന്തുക്കൾ കൂടിച്ചേർന്ന് 46 വർണ്ണതന്തുക്കളുള്ള ഒരു കോശം രൂപം കൊള്ളുന്നു. ഈ കോശം വിഭജിച്ചു വിഭജിച്ച് പുതിയ പുതിയ കോശങ്ങളുണ്ടാകുന്നു. ഓരോ പുതിയ കോശത്തിലും പുരുഷബീജത്തിലെ 23 ഉം അണ്ഡത്തിലെ 23 ഉം കൂടിച്ചേർന്നുള്ള വർണ്ണതന്തുക്കളുടെ തനിപ്പകർപ്പുകൾ ഉണ്ടായിരിക്കുകയും ചെയ്യും.

കുട്ടി ആണോ പെണ്ണോ?

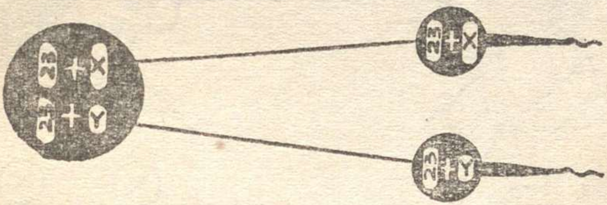
ഓരോ കോശത്തിലുമുള്ള 46 വർണ്ണതന്തുക്കളിൽ രണ്ടെണ്ണം മററുള്ളവയിൽനിന്നും ആകൃതിയിലും, പ്രകൃതിയിലും വ്യത്യസ്ഥമായിരിക്കും. ഈ രണ്ടു വർണ്ണതന്തുക്കളാണു് ലിംഗഭേദം നിർണ്ണയിക്കുന്ന നിയാമകഘടകം. പുരുഷനിലെ ലിംഗനിർണ്ണായകവർണ്ണതന്തുക്കൾ സദൃശ്യങ്ങളല്ലാത്തതുകൊണ്ടു് അവയെ x എന്നും y എന്നും രണ്ടക്ഷരങ്ങൾകൊണ്ടു് രേഖപ്പെടുത്താം. എന്നാൽ സ്ത്രീയിലെ ലിംഗനിർണ്ണായകവർണ്ണതന്തുക്കൾ സദൃശങ്ങളാണു്. അതുകൊണ്ടു് അവയെ xx എന്നും രേഖപ്പെടുത്താം. ഇതിൽനിന്നും പുരുഷനിലെ ഒരു ലിംഗനിർണ്ണായക വർണ്ണതന്തു സ്ത്രീയിലെ ലിംഗനിർണ്ണായക വർണ്ണതന്തുക്കളോടു് തുല്യമാണെന്നു് വ്യക്തമാണല്ലോ പുരുഷനിലെ y വർണ്ണതന്തു ആകൃതിയിലും പ്രകൃതിയിലും വ്യത്യസ്ഥമാണു്. സ്ത്രീപുരുഷ ബീജാണ്ഡങ്ങളുടെ ഉല്പാദനം നടക്കുമ്പോൾ സാധാരണ കോശങ്ങളിൽ കാണുന്ന 46 വർണ്ണതന്തുക്കൾ വിഭജിക്കുകയും, വിവിധ രീതിയിൽ സങ്കലനം നടന്നു് 23 വീതം ഓരോ അണ്ഡത്തിലും, ഓരോ ബീജത്തിലും പ്രവേശിക്കുകയുമാണു് ചെയ്യുന്നതെന്നകാര്യം ഓർത്തിരിക്കേണ്ടതാണു്. സ്ത്രീയുടെ xx വർണ്ണതന്തുക്കളും വിഭജിക്കപ്പെട്ടു് ഓരോ അണ്ഡത്തിലും ഓരോ വർണ്ണതന്തു വീതം പ്രവേശിക്കുന്നു. പുരുഷനിൽ ബീജോല്പാദനം നടക്കുന്ന അവസരത്തിൽ xy വർണ്ണതന്തുക്കൾ വിഭജിച്ചു് പകുതി ബീജങ്ങളിൽ x വർണ്ണതന്തുക്കളും, പകുതി ബീജങ്ങളിൽ y വർണ്ണതന്തുക്കളും പ്രവേശിക്കുന്നു. ചുരുക്കിപ്പറഞ്ഞാൽ സ്ത്രീകളിൽ ഓരേ ഇനം അതായതു് x വർണ്ണതന്തുക്കൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്ന അണ്ഡങ്ങൾ മാത്രം ഉണ്ടാകുമ്പോൾ പുരുഷനിൽ y വർണ്ണതന്തുക്കളും x വർണ്ണതന്തുക്കളും ഉൾക്കൊള്ളുന്ന രണ്ടിനം പുരുഷബീജങ്ങളാണുണ്ടാകുന്നതു്. ഒരു x വർണ്ണ

THE MIRACLE OF REPRODUCTION

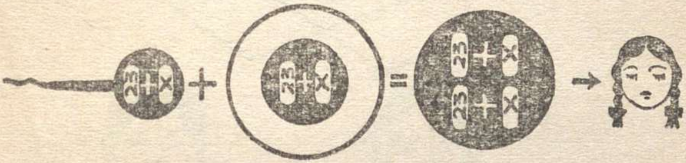
KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY * KOTTAYAM *



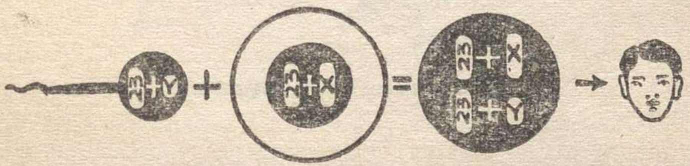
Each mature egg possesses an X chromosome.



Half of all sperm cells possess an X chromosome; half possess a Y chromosome.



After fertilization of the egg by a sperm cell having an X chromosome, the zygote will possess two X chromosomes and the child will be a girl.

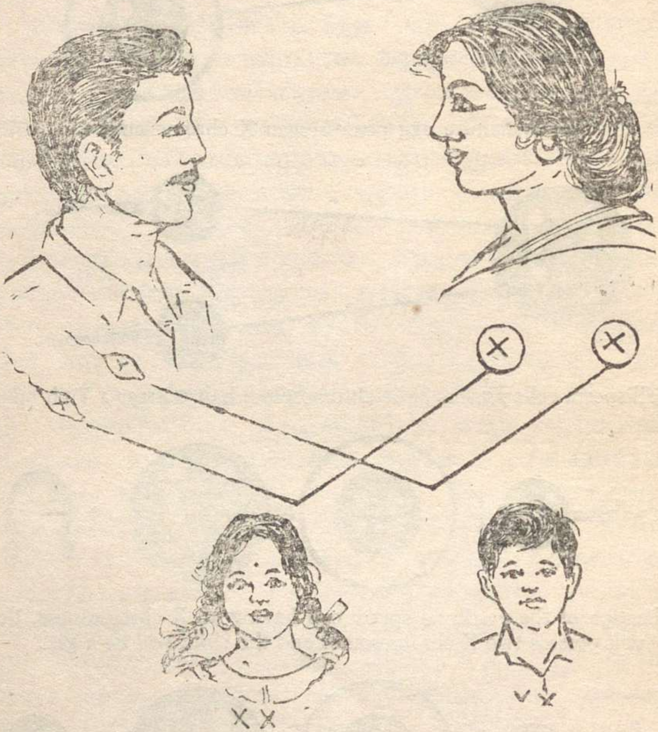


After fertilization of the egg by a sperm cell having a Y chromosome, the zygote will possess one X and one Y chromosome and the child will be a boy.

A diagrammatic illustration of how sex is determined (Courtesy of Edith L. Potter, Fundamentals of Human Reproduction.)

ചിത്രം 14: ലിംഗഭേദനിർണ്ണയ പ്രക്രിയ

തന്തു വഹിക്കുന്ന പുരുഷബീജവും ഒരണ്ഡവുമായി ചേരുമ്പോൾ കുട്ടി എന്തായിരിക്കും? പെൺകുട്ടി. ഒരു y വർണ്ണതന്തുവുംകൊള്ളുന്ന ബീജവും അണ്ഡവുമായി ചേരുമ്പോഴോ? കുട്ടി ആണായിരിക്കും. xx സ്ത്രീയും xy പുരുഷനും ആയിരിക്കുമെന്ന് വ്യക്തമായല്ലോ.

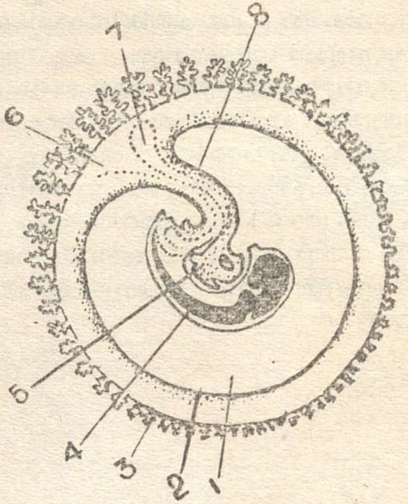


xx പെൺകുട്ടി xy ആൺകുട്ടി

ചിത്രം 15: ലിംഗഭേദനിർണ്ണയം

പതിനാറുകാരൻെറ ബീജവും എൺപതുകാരൻെറ ബീജവും ഒരുപോലെ സന്താനോല്പാദനശേഷിയുള്ളതാണ്. പുരുഷനിൽ പ്രായപൂർത്തിയായാലേ ബീജോല്പാദനം വൃഷണങ്ങളിൽ നടക്കുന്നുള്ളൂ. എന്നാൽ ഒരു പെൺകുട്ടി ജനിക്കുമ്പോൾതന്നെ അവളുടെ അണ്ഡകോശങ്ങളിൽ അഞ്ചുലക്ഷത്തോളം സ്ത്രീബീജാണ്ഡങ്ങൾ ഉണ്ടായിരിക്കും. പിടക്കോഴിയുടെ വയററിൽ കാണുന്ന കുരുന്നുമുട്ടകൾ പോലെ. പെൺകുട്ടി പ്രായപൂർത്തിയാകുന്നതോടുകൂടിമാത്രമെ അണ്ഡം പക്വമായി പുറത്തുവരുന്നുള്ളൂ എന്നു മാത്രം. ഒരു സ്ത്രീ 250 മുതൽ 400 വരെ അണ്ഡം അവളുടെ ജീവിതകാലത്ത് ഇടുന്നുണ്ടെന്ന് വേണമെങ്കിൽ ആലങ്കാരികമായി പറയാം.

ഭ്രൂണവളർച്ച (DEVELOPMENT OF THE EMBRYO)



ചിത്രം 16: ഭ്രൂണവളച്ച (DEVELOPMENT OF THE EMBRYO)

1. മുന്നീര് (ആംമ്നിയോട്ടിക് ഫ്ളൂയിഡ്-Amniotic fluid)

2, മുന്നീർക്കുടത്തോലിന്റെ ഉൾചർമ്മം (ആംമ്നിയോൺ-Amnion)

3, മുന്നീർക്കുടത്തോലിന്റെ ബാഹ്യചർമ്മം-ഗർഭകോശം (കോറിയോൺ-Chorion)

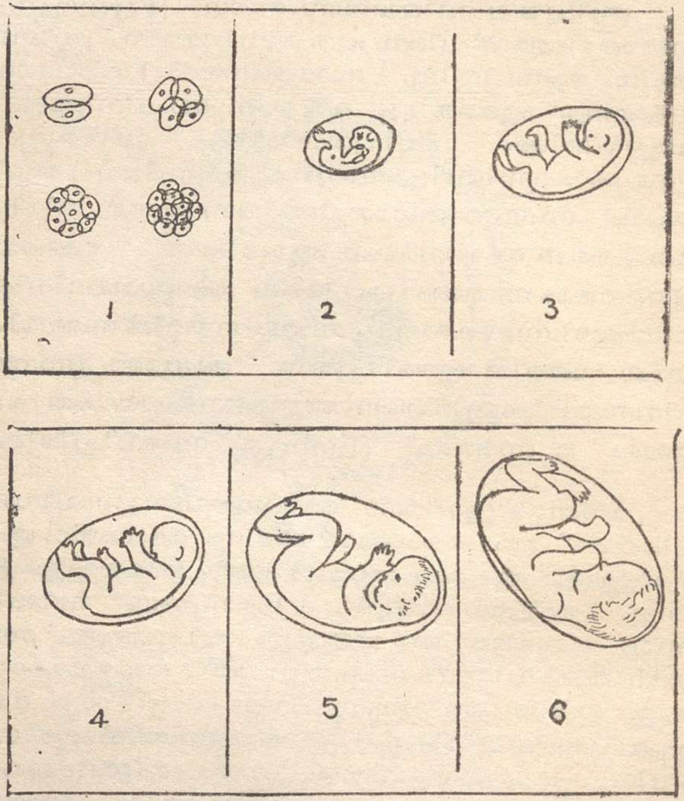
4, 5, ഭ്രൂണം (എംബ്രിയോ-Embryo)

6, 7, പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ രൂപംപ്രാപിക്കേണ്ട രക്തവാഹികൾ (Future blood vessels of the umbilical cord)

8, രൂപപ്പെട്ടുവരുന്ന പൊക്കിൾക്കൊടി (Umbilical cord being formed)

സ്ത്രീപുരുഷ ബീജാണ്ഡസംയോഗം (Fertilization) നടന്നുകഴിഞ്ഞാൽപിന്നെ പുരുഷബീജത്തിനും സ്ത്രീബീജത്തിനും ആസ്ഥിയില്ല. സാധാരണയായി ഗർഭധാരണം നടക്കുന്നതു് ഏതെങ്കിലും ഒരു അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലിൽ വച്ചായിരിക്കും. സ്ത്രീപുരുഷന്മാരുടെ സന്തത്യുല്പാദക സെല്ലുകൾ (സ്ത്രീബീജാണ്ഡവും പുരുഷബീജവും) തമ്മിൽ ചേൎന്നു് സംയുക്താണ്ഡമായിത്തീരുന്ന അതേ നിമിഷം മുതൽ തന്നെ കോശവർദ്ധന ആരംഭിക്കുന്നു. കോശവിഭജനം നടക്കുന്നതോടൊപ്പം തന്നെ അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലിൽക്കൂടി സംയുക്താണ്ഡം സാവധാനത്തിൽ സഞ്ചരിച്ചു് ഗർഭാശയത്തിൽ എത്തിച്ചേരുന്നു. ആദ്യത്തെ മൂന്നു നാലു ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽതന്നെ അത്ഭുതജനകമായ ഒരു പരിണാമം ഭ്രൂണത്തിനു് (Embryo) സംഭവിച്ചിരിക്കും.

മനുഷ്യശിശുവിൻെറ അവയവഘടനാസംവിധാനാദികൾക്കു് രൂപംകൊടുക്കുന്ന രണ്ടിനം കോശങ്ങൾ രൂപം കൊള്ളുന്നു. ഈ കോശങ്ങളിൽ ഒന്നു് പുറമേയുള്ളതും പരന്നതും അതിവേഗത്തിൽ വിഭജനംനടന്നു് വർദ്ധിക്കുന്നതും, മറെറാന്നു് അകമേയുള്ളതും തടിച്ചുരുണ്ടതും സാവധാനത്തിൽ വിഭജനംനടക്കുന്നതുമാണു്. ഒരാഴ്ചയാകുമ്പോഴേയ്ക്കും ഇതിനു് ഒരു മൊട്ടുസൂചിയുടെ മൊട്ടിനോളം വലിപ്പംവച്ചുകഴിഞ്ഞിരിക്കും. ഈ അവസ്ഥയിൽ ഈ ഗർഭബിന്ദു ഗർഭാശയദ്രാവകത്തിൽ പൊന്തിക്കിടക്കുകയാണു് ചെയ്യുന്നതു്. ഓരോ ചാന്ദ്രമാസത്തിലും ഗർഭാശയത്തിലെ അതിമൃദുലങ്ങളായ പേശികൾ രക്തധമനികളാൽ ആവരണംചെയ്യപ്പെട്ടുകൊണ്ടിരിക്കുന്നതിനാൽ അവ പട്ടുപോലെ മാർദ്ദവമുള്ളതും ഘനമുള്ളതുമായിത്തീരുന്നു. ഏഴാംദിവസമാകുമ്പോഴേയ്ക്കും ഗർഭാശയദ്രാവകത്തിൽ പൊങ്ങിക്കിടക്കുന്ന ഗർഭബിന്ദു ഗർഭാശയഭിത്തിയിൽ സ്ഥാനമുറപ്പിച്ചുകൊണ്ടു് അതിവേഗം വളരുന്ന ബഹുശതം കോശസമാനങ്ങളായ മൃദുലോമങ്ങളെ (Villi) മുളപ്പിക്കുന്നു. ചെടികളുടെ നാരുവേരുകൾപോലെയുള്ള ഈ മൃദുലോമങ്ങൾവഴിയായി ഗർഭാശയത്തിനുള്ളിലുള്ള രക്താശയ



ചിത്രം 17: ഭ്രൂണവളർച്ച

1, കോശവർദ്ധന—ആദ്യമാസത്തിൽത്തന്നെ ഇതിനു് പതിനായിരം ഇരട്ടിയായി തൂക്കം വർദ്ധിക്കുന്നു.

2, അഞ്ചാമത്തെ ആഴ്ച—ഭ്രൂണത്തിനു് ഇപ്പോൾ $\frac{1}{4}$ ഇഞ്ചു് നീളവും തലച്ചോറു്, ഹൃദയം, കരൾ തുടങ്ങിയ പ്രധാനപ്പെട്ട അവയവങ്ങളുടെ അങ്കുരങ്ങളുണ്ടു്.

3. ഒൻപതാമത്തെ ആഴ്ച—ആന്തര ലൈംഗികാവയവങ്ങൾ വളരാൻ ആരംഭിക്കുന്നു. ഇതിനു് ഇപ്പോൾ ചലിക്കാനുള്ള

വില്ലലുകളിൽനിന്നും പ്രാണവായു, അന്നാംശം, ധാതുലവണങ്ങരം, കൊഴുപ്പുകരം, മാംസ്യങ്ങരം തുടങ്ങിയവ വലിച്ചെടുത്തു് അതിവേഗം വളൻതുടങ്ങുന്നു. ഈ പ്രവത്തനങ്ങളൊന്നുംതന്നെ ഗർഭിണി അറിയുന്നില്ല. മൂന്നു് ആഴ്ചയെങ്കിലും കഴിയാതെ താൻ ഗർഭിണിയാണെന്നു് മനസ്സിലാക്കുവാൻ ഒരു സ്ത്രീക്കും കഴിയുകയില്ല. എന്നു പറഞ്ഞാൽ ഗർഭലക്ഷണങ്ങളൊന്നും ഈ സമയത്തുണ്ടായിരിക്കുകയില്ലെന്നത്ഥം.

ആദ്യത്തെ കോശവിഭജനഘട്ടത്തിൽ തന്നെ രണ്ടിനം കോശങ്ങരം ഉണ്ടായതായി പറഞ്ഞുവല്ലോ. അതിൽ അകമേയുള്ള ഉരുണ്ട സെൽസമൂഹം പ്രത്യേകമായി പിരിയുകയും അവ പരസ്പരം പ്രവത്തിച്ച് പുതുതായി ഒരുടുക്കു സെല്ലുകളുടെ സൃഷ്ടിക്കു് കാരണമായിത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇങ്ങനെ ആകെക്കൂടി മൂന്നടുക്കു് സെല്ലുകരം ഉള്ളതും സൂക്ഷ്മരന്ധ്രപൂരിതവുമായ ഒരു വൃത്തപാളീ (Disc) രൂപത്തിൻ എത്തിച്ചേരുന്നു. അടുത്ത രൂപാന്തരപരിണാമങ്ങരംക്കുള്ള കളമൊരുക്കലുകരം ഇതോടെ നടന്നുകഴിഞ്ഞു.

മനുഷ്യശിശുവിൻെറ രൂപസംവിധാനഭംഗികരംക്കു് ആധാരമായിത്തീരേണ്ട പ്രത്യേകതരം ധാതുക്കളുടെ ഉത്ഭവ

കഴിവും മനുഷ്യശിശുവിൻെറ സ്വഭാവസവിശേഷതകളും ഏറെക്കുറെ ലഭിച്ചിരിക്കുന്നു.

4. പതിമൂന്നാമത്തെ ആഴ്ച—ശ്വസനേന്ദ്രിയങ്ങരം, ദഹനേന്ദ്രിയങ്ങരം, കരരം, വൃക്കകരം എന്നിവ പ്രവർത്തനസന്നദ്ധമാകുന്നു.

5, ഇരുപത്തിആറാമത്തെ ആഴ്ച—മുടിയും, നഖങ്ങളും വളരാനാരംഭിക്കുന്നു. കണ്ണുകരം തുറക്കാനും കഴിയും. ഈ പ്രായത്തിൽ ജനിച്ചുപോയാൽ ജീവിക്കാനുള്ള സാദ്ധ്യത വളരെ വിരളമാണു്.

6, പൂർണ്ണവളർച്ച—ഏതാണ്ടു് മൂന്നു കിലോഗ്രാം തൂക്കവും 48 സെ, മീററർ നീളവും ഉണ്ടായിരിക്കും. തല കീഴോട്ടാക്കി പിറവിയുംകാത്തു കഴിയുന്നു.

ത്തിന് മേല്പറഞ്ഞ മൂന്നടുക്ക് സെല്ലുകളിൽ ഓരോഅടുക്കും ആസൂത്രിതവൈദഗ്ധ്യത്തോടുകൂടി പ്രവർത്തിക്കുന്നു. നാഡീവ്യൂഹം, മുടി, പല്ലുകളുടെ ഇനാമൽ, മൂക്കിലേയും തൊണ്ടയിലേയും മററും ശ്ലേഷ്മചർമ്മം, തൊലി എന്നിവയുടെ രൂപീകരണത്തിന് ഒന്നാമത്തെഅടുക്ക് സെൽസമൂഹവും, രക്തം, രക്തധമനികൾ, വൃക്കകൾ, പല്ലുകൾ, അസ്ഥികൾ, മൃദുലാസ്ഥികൾ, മാംസപേശികൾ എന്നിവയുടെ ഉത്ഭവത്തിന് മദ്ധ്യഭാഗത്തുള്ള രണ്ടാമത്തെ അടുക്ക് കോശങ്ങളും, ശ്വസനേന്ദ്രിയവ്യവസ്ഥ, ദഹനേന്ദ്രിയവ്യവസ്ഥ തുടങ്ങിയവയുടെ ഉല്പത്തിക്ക് മൂന്നാമത്തെ അടുക്ക് സെല്ലുകളും പ്രവർത്തിക്കുന്നു. ഏകദേശം 20 ദിവസമാകുമ്പോഴേക്കും ഭ്രൂണമാകുന്ന ഡിസ്കിന്റെ നടു കുഴിഞ്ഞു് രണ്ടു വക്കുകളോടുകൂടിയ ഒരു ചാലുപോലെയായിത്തീരുന്നു. വക്കുകൾ ഒരുഭാഗത്തു് തമ്മിൽച്ചേർന്ന് സംജാതമാകുവാൻപോകുന്ന ശിശുവിന്റെ തലയായിത്തീരുന്നു. ഡിസ്കിന്റെ വക്കുകൾ തമ്മിൽ ചേരുമ്പോൾ ചന്ദ്രക്കലയുടെ ആകൃതിയിൽ ഒരു കുഴൽ രൂപംപ്രാപിക്കുന്നു. ചന്ദ്രക്കലപോലെയായിത്തീന്ന ഡിസ്കിന്റെ വളഞ്ഞ ബാഹ്യഭാഗം ശിശുവിന്റെ പുറം (Back) ആയിത്തീരും. കുറച്ചു ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ തലയുടെ ഭാഗത്തു് തലച്ചോർ ഉത്ഭവിച്ചുതുടങ്ങുന്നതും, പുറത്തു് നട്ടെല്ലിന്റെ സൂചനയും, കൈകാലുകളുടെ സ്ഥാനത്തു് അവയുടെ അങ്കുരങ്ങളും പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നു. അതിമഹത്തായ 21-ാം ദിവസം മൗലികമായ ഹൃദയാങ്കുരം പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതും 31-ാം ദിവസത്തോടുകൂടി ജീവന്റെ സ്പന്ദനം—ഹൃദയസ്പന്ദനം ആരംഭിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ആദ്യമാസത്തിൽതന്നെ ഭ്രൂണത്തിന് പതിനായിരം ഇരട്ടിയായി തൂക്കം വർദ്ധിക്കുകയും അതൊരു സഞ്ചിക്കുള്ളിലായിത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നു. ഭ്രൂണത്തെ ആവരണംചെയ്തിരിക്കുന്ന സഞ്ചിയുമായി കോശനിർമ്മിതമായ ഒരു വള്ളികൊണ്ടു് ബന്ധിക്കുന്നു. 50–55 സെൻറിമീററർ വരെ നീളമുള്ളതും മങ്ങിയ വെള്ളനിറത്തോടുകൂടിയതുമായ ഈ വള്ളിക്കാണു് പൊക്കിൾക്കൊടി അല്ലെങ്കിൽ പൊക്കിൾവള്ളി (അംബ്ലിക്കൽ കോർഡ്— Aumbilical cord) എന്നു പറയുന്നതു്. അർദ്ധചന്ദ്രാകൃതി

യിലുള്ള ഭ്രൂണത്തെ ടിഷ്യൂനിർമ്മിതമായ രണ്ടു് ആവരണികകൊണ്ടു് വീണ്ടും പൊതിയുകയും അതിനെ അതിമൃദുലമായ ഗർഭാശയപേശികാംക്കളളിൽ മറയ്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ ആവരണികയ്ക്കുള്ളിലെ കോശങ്ങളിൽ ജലസമാനമായ ഒരു ദ്രാവകം നിറഞ്ഞിരിക്കുന്നതിനാൽ ബാഹ്യമായ ആഘാതങ്ങളൊന്നുംതന്നെ അതിനേല്ക്കാറില്ല.

രണ്ടാംമാസാവസാനമാകുമ്പോഴേയ്ക്കും ഭ്രൂണത്തിനു് നാലു സെൻറിമീററോളം നീളമുണ്ടായിരിക്കുന്നതും മൂക്കു്, വായു്, കണ്ണുകൾ, കണ്ണുങ്ങൾ എന്നിവയുടെ അങ്കുരങ്ങൾ ഉണ്ടായിത്തീരുന്നതുമാണു്.

മൂന്നാംമാസാവസാനത്തോടുകൂടി ഇതിൻെറ നീളം ഒൻപതു സെൻറീമീററായി വർദ്ധിക്കുന്നതും ഏകദേശം 30 ഗ്രാം തൂക്കമുണ്ടായിരിക്കുന്നതുമാണു്. അടഞ്ഞാണിരിക്കുന്നതെങ്കിലും കണ്ണുകളും കൺപോളകളും രൂപംപ്രാപിക്കുകയുംചെയ്തുതുടങ്ങുന്നു. മൂന്നു മാസത്തിനുള്ളിൽ അല്പം ദ്രവസമാനമായ സാധനത്തിൽനിന്നും അത്യന്ത സങ്കീർണ്ണമായ മനുഷ്യരൂപം കൈവരിച്ചുകഴിഞ്ഞു എന്നു് പറയാം. ഈ അവസ്ഥയിൽ ഭ്രൂണത്തിനു് അംഗങ്ങളെ ചലിപ്പിക്കുവാൻ കഴിയുമെങ്കിലും ഈ ചലനം മാതാവറിയുന്നില്ല. മൂന്നുമാസം പ്രായമാകുന്നതുവരെ ഗർഭപിണ്ഡത്തെ ഭ്രൂണം (Embryo) എന്ന വാക്കുകൊണ്ടാണു് വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിൽ വിശേഷിപ്പിക്കുന്നതു്. 3-ാംമാസത്തിനു ശേഷമുള്ള അവസ്ഥയിൽ ഗർഭസ്ഥശിശു എന്നർത്ഥമുള്ള ഫീററസ് (Foetus) എന്ന വാക്കുപയോഗിച്ചുവരുന്നു.

ഭ്രൂണത്തിൻെറ രക്തപര്യയന വ്യവസ്ഥയും നാഡീവ്യൂഹവുമൊക്കെ തികച്ചും സ്വതന്ത്രമാണു്. ഭ്രൂണത്തിനു് മാതൃശരീരവുമായുള്ള ഏക ബന്ധം പൊക്കിൾവള്ളിമൂലമുള്ളതു് മാത്രമാകുന്നു. മാതൃരക്തവും ഭ്രൂണരക്തവും തമ്മിൽ കൂടിക്കലരുന്നില്ല. ഇവ സാധനകൈമാററം നടത്തുന്നതു് മറുകുട്ടി അല്ലെങ്കിൽ മറുപിള്ള അഥവാ മാച്ചു് (Placenta) എന്നു പേരുള്ള പുതിയ ഒരു അവയവംവഴിയാകുന്നു. ഭ്രൂണവളർച്ചയുടെ സുസ്ഥിതിക്കും സുരക്ഷിതാവസ്ഥയ്ക്കും ആവശ്യമായ ആഹാരം, ജലം, പ്രാണവായു

മുതലായവ സുലഭമായികിട്ടുന്നതിനുവേണ്ടി പ്രകൃതി പ്രദാനംചെയ്തിട്ടുള്ള മറെറാരുപാധിയാണ് മറുപിള്ള അല്ലെങ്കിൽ മറുകുട്ടി (പ്ലാസൻറാ-Placenta). പ്ലാസൻറാ എന്ന വാക്കിൻെറ അത്ഥം പരന്നകേക്ക് എന്നാണ്. രക്തധമനികളെക്കൊണ്ടു് കെട്ടിയുണ്ടാക്കുന്ന ഒരു താല്ക്കാലികഏപ്പാടാണ് മറുകുട്ടി. ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ വളച്ച്യ്ക്കാവശ്യമായ എല്ലാം മാതൃരക്തത്തിൽനിന്നുംസംഭരിച്ച് അതിനുവേണ്ടി ദഹനക്രിയയും, ശ്വാസനക്രിയയും തുടങ്ങി മററനവധി എണ്ണമററ സേവനങ്ങൾ നടത്തിക്കൊണ്ടു് ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ പിറവിയോടുകൂടി സ്വയം ബഹിഷ്കൃതമാവുകയാണ് മറുകുട്ടിയും പൊക്കിൾവള്ളിയും. 4–ാംമാസാവസാനത്തോടുകൂടി ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ചലനങ്ങൾ മാതാവിനു് അനുഭവപ്പെട്ടുതുടങ്ങുന്നതാണ്. അപ്പോഴേക്കും 16 സെൻറീമീററോളം ഇതിനു് നീളവുമുണ്ടായിരിക്കും.

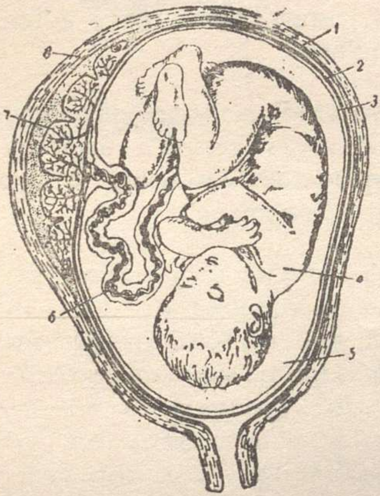
5 മാസം പ്രായമാകുമ്പോഴേയ്ക്കും കണ്ണിമകളും, പുരികക്കൊടികളും പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നു. നീളം 25 സെൻറീമീററും തൂക്കം 180 ഗ്രാമുമായി വർദ്ധിച്ചിരിക്കുകയുംചെയ്യും. ഈ പ്രായത്തിൽ ഹൃദയം മിനിട്ടിൽ 136 പ്രാവശ്യം സ്പന്ദിക്കുന്നതും അതു് ഹീററൽ സ്റ്റെതസ്കോപ്പുവഴി ശ്രവിക്കുവാൻ കഴിയുന്നതുമാണ്.

6–ാംമാസാവസാനത്തോടുകൂടി ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തൂക്കം ഏകദേശം ഒരു കിലോഗ്രാമും നീളം 30 സെൻറീമീററുമായിരിക്കും. ഇതിനു് ഈ പ്രായത്തിൽ മുഖം ചലിപ്പിക്കുവാനും തുമ്മുവാനുമൊക്കെ കഴിയുന്നതാണ്.

7-ാംമാസാവസാനത്തോടുകൂടി ശിശുവിൻെറ തൂക്കം ഏതാണ്ടു് ഒന്നര കിലോഗ്രാമും നീളം 35 സെൻറീമീററും ആയിരിക്കും. കൺപോളകൾ തുറക്കുന്നതും ഈ സമയത്താണ്. ഏഴാംമാസത്തിൽ പ്രസവം നടന്നാലും മതിയായ വൈദ്യസംരക്ഷണം ലഭിക്കുന്നപക്ഷം കുട്ടി ജീവിച്ചിരുന്നേക്കാനിടയുണ്ടു്. ഈ കാലഘട്ടം ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശക്തിപ്രകടനഘട്ടമെന്നു തോന്നുമാറു് അതു പുളയുകയും, നിവരുകയും കൈകാലുകളും തലയുമെല്ലാം ചലിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യും. അവയവങ്ങളെല്ലാം ശരിക്കും

പ്രവർത്തിച്ചുതുടങ്ങുകയും സ്തന്യപാനചേഷ്ടകൾ കാണിച്ചു തുടങ്ങുകയും ചെയ്യുന്നു. ചില ഗർഭസ്ഥശിശുക്കൾ വിരൽ കുടിക്കാറുമുണ്ട്.

8–ാം മാസാവസാനത്തോടുകൂടി കൈവിരലുകളിലെ നഖങ്ങൾ വിരലിൻെറ അഗ്രംവരെ വളർന്നിരിക്കുന്നതാണ്.



ചിത്രം 18: പൂർണ്ണവളർച്ച എത്തിയ ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഗർഭാശയത്തിലെ സ്ഥിതി.

1. ഡെസിഡുവാ (Decidua)
2. കോറിയോൺ (Chorion)
3. ആംമ്നിയോൺ (Amnion)
4. ഗർഭസ്ഥശിശു (ഫീറ്റസ്–Foetus)
5. മൂന്നീര് (Amniotic Fluid)
6. പൊക്കിൾക്കൊടി (Umbilical Cord)
7. മറുപിള്ള (Placenta)
8. ഗർഭാശയഭിത്തി (Uterine Wall)

9–ാംമാസാവസാനത്തോടുകൂടി ഗർഭസ്ഥശിശു പ്രായപൂർത്തിയാകുന്നു. 252 ദിവസം പൂർത്തിയാകുന്ന അവസരത്തിൽ ജനിച്ചുപോയാലും യാതൊരപകടവും ശിശുവിന് സംഭവിക്കുന്നതല്ല. ഈയവസരത്തിൽ മൂന്ന് മൂന്നര കിലോഗ്രാം തൂക്കവും 45 സെൻറീമീററർ നീളവും അതിനുണ്ടായിരിക്കും.

10–ാംമാസത്തിൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിന് 50 സെൻറീമീററർ നീളവും, രണ്ടര മുതൽ നാലു കിലോഗ്രാം വരെ തൂക്കവുമുണ്ടായിരിക്കും.

ഈയവസരത്തിൽ കാലുകൾ ഉദരഭാഗത്തേയ്ക്കും കൈകൾ മാറിടത്തിലേയ്ക്കും മടക്കി ഏററവും ചുരുങ്ങിയ സ്ഥലംമാത്രം ഉപയോഗിച്ചുകൊണ്ടു് നിദ്രയിലെന്നപോലെ ശാന്തമായി കിടക്കുന്നു.

പൂർണ്ണവളച്ച് എത്തിയ ശിശുക്കളുടെ തൂക്കത്തിൽ വ്യത്യാസം കാണുക സാധാരണമാണ്. 5 കിലോഗ്രാം തൂക്കമുള്ള ശിശുക്കളേയും പ്രസവിച്ചിട്ടുള്ളതായി കാണുന്നു. മാസംതികഞ്ഞു പ്രസവിക്കുന്ന ശിശുവിന് $2\frac{1}{2}$ കിലോഗ്രാമിൽ കുറവാണ് തൂക്കമെങ്കിൽ അതിന് ഗർഭാശയത്തിൽവച്ച് മതിയായ പോഷണം ലഭിച്ചിട്ടില്ല എന്നാണ് മനസ്സിലാക്കേണ്ടതു്. ഇങ്ങനെയുള്ള ശിശുക്കൾ ജീവിക്കുക വിരളമാണ്. എന്നാൽ പ്രസവത്തിൽ ഇരട്ട ശിശുക്കളാണ് ഉണ്ടായിരുന്നതെങ്കിൽ ഈ തൂക്കക്കുറവ് ദോഷകരമല്ല. 25–നും 35–നുമിടയ്ക്കുള്ള പ്രായത്തിൽ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുക്കൾക്കാണ് തൂക്കക്കൂടുതൽ കണ്ടുവരുന്നതു്. വളരെ പ്രായംകുറഞ്ഞ മാതാക്കൾ പ്രസവിക്കുന്ന കുട്ടികൾ നന്നേ ചെറുതായിരിക്കും. സാധാരണയായി ആൺകുട്ടികൾക്കാണ് പെൺകുട്ടികളെക്കാൾ തൂക്കക്കൂടുതൽ ഉണ്ടായിരിക്കുക.

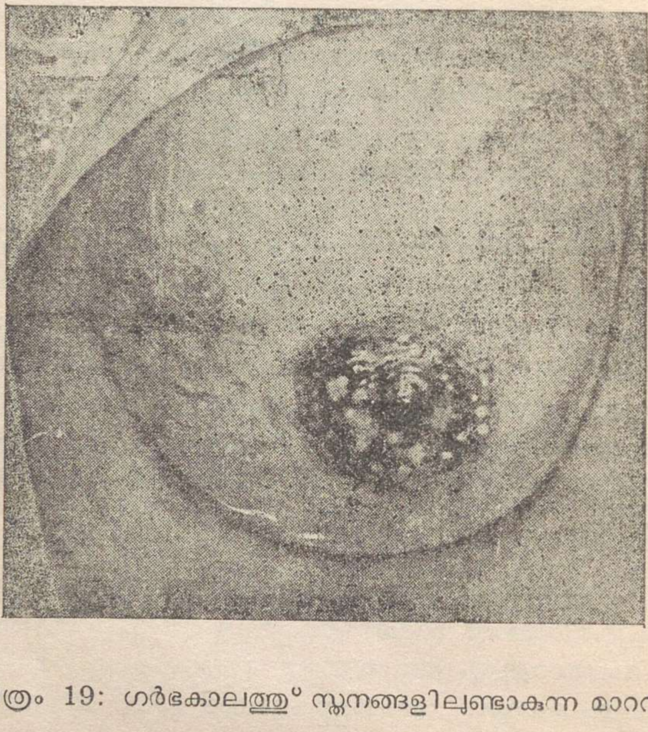
അദ്ധ്യായം 5

ഗർഭലക്ഷണങ്ങൾ

1. അനാർത്തവം (അമനോറിയ—AMENORRHOEA). പുരുഷസമ്പർക്കമുണ്ടാകുകയും പ്രതിമാസമുണ്ടാകാറുള്ള ആർത്തവം നിന്നുപോകുകയും ചെയ്യുന്നതു് ഗർഭലക്ഷണങ്ങളിൽ ആദ്യത്തേതായി പരിഗണിക്കാവുന്നതാണു്. എന്നാൽ ക്ഷയം, പിത്തം, ആർത്തവക്രമക്കേടുകൾ എന്നീ രോഗബാധയുള്ളവരിൽ മാസമുറ ഇല്ലാതിരിക്കാവുന്നതാണു്. മെൻസസ് ആദ്യമായി ആരംഭിക്കുന്നതിനു മുമ്പും, ഒരു പ്രസവത്തിനുശേഷം ആർത്തവമില്ലാതിരിക്കുന്ന കാലയളവിലും ഗർഭധാരണം നടന്നിട്ടുള്ളതായി ധാരാളം തെളിവുകളുണ്ടു്. ചില സ്ത്രീകൾ ഗർഭിണികളായിരിക്കുമ്പോഴും അവർക്കു് മാസമുറയുണ്ടാകാറുണ്ടു്. മിക്കവാറും അതു് ഗർഭമലസിപ്പോകുവാനുള്ള ഒരു ലക്ഷണമായിരിക്കും.

2. സ്തനങ്ങളിൽ ഉണ്ടാകുന്ന മാററങ്ങൾ:— ഗർഭം ധരിച്ചുകഴിഞ്ഞാൽ നാലാമത്തെ ആഴ്ച മുതൽ തന്നെ മുലകൾ വലുതാവുകയും അവയിലുള്ള രക്തസിരകൾ തടിച്ചുവരികയും ചെയ്യും. മുലക്കണ്ണുകളും വലുതായി വരുന്നതും

അവസ്ഥ ചുററുമുള്ള കറുപ്പുനിറം (Primary Areola) അധികരിച്ചുവരുന്നതുമാണു്. മുലക്കണ്ണുകളുടെ ചുററും തരിതരിയായി പൊന്തി (മോണ്ടുഗോമറീസ്സ് ഫോളിക്കിൾ—Montgomery's Follicles) വരുന്നതുമാണു്. മൂന്നുമാസം കഴിഞ്ഞാൽ മുലകൾ പിഴിഞ്ഞുനോക്കുന്നപക്ഷം ഒരുതരം ദ്രാവകം പുറപ്പെടുന്നതായിക്കാണാം. അഞ്ചാംമാസത്തോടുകൂടി മുലക്കണ്ണുകൾക്കു ചുററുമുള്ള കറുപ്പിൻെറ പുറത്തു് വളരെ ചെറിയതും ഉരുണ്ടതുമായ ഒരുതരം പൊട്ടുകൾ (Secondary Areola) പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതുമാണു്.

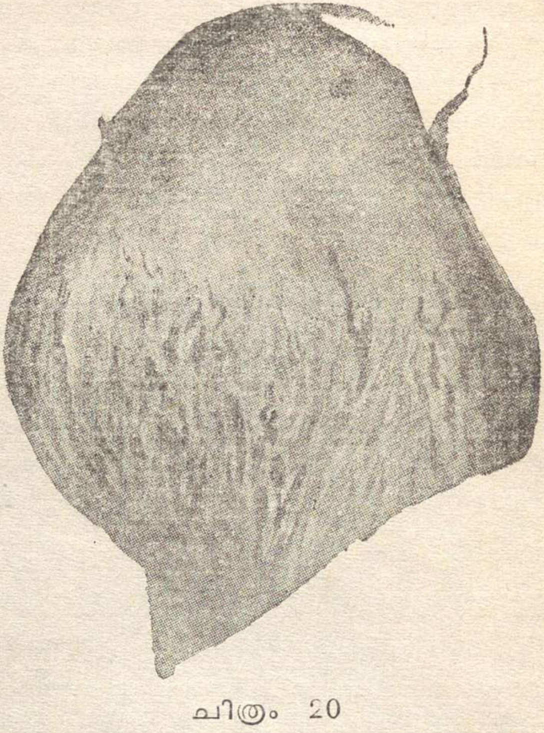


ചിത്രം 19: ഗർഭകാലത്തു് സ്തനങ്ങളിലുണ്ടാകുന്ന മാററം.

3. ഗർഭകാലഛർദ്ദി (മോർണിംഗ് സിക്ക്നസ്–MORNING SICKNESS):– ഗർഭലക്ഷണങ്ങളിൽ ഒന്നായ ഛർദ്ദി സാധാരണയായി രാവിലെയാണ് കണ്ടുവരുന്നതു്. ആദ്യമായി ഗർഭം ധരിക്കുന്ന സ്ത്രീകളിലാണ് ഈ ഛർദ്ദി കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്നതു്. ഗർഭധാരണം നടന്നതിൻെറ അഞ്ചാമത്തെയോ ആറാമത്തെയോ ആഴ്ചയിലാണ് ഛർദ്ദി ആരംഭിക്കാറുള്ളതു്. 16–ാമത്തെ ആഴ്ചയോടുകൂടി മിക്കവാറും ഈ ഛർദ്ദി അവസാനിക്കയും ചെയ്യുന്നു. രാവിലെയും, വൈകിട്ടും ഛർദ്ദിക്കുന്നവരും ആഹാരസാധനങ്ങളുടെ മണം ഏററാൽ ഛർദ്ദിക്കുന്നവരും ഇല്ലാതില്ല.

4. ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ചലനം (ഫീററൽ മൂവ്മെൻറ്–FOETAL MOVEMENT):– സാധാരണയായി നാലര, അഞ്ചുമാസമാകുന്നതോടുകൂടി ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ചലനം അനുഭവപ്പെട്ടുതുടങ്ങുന്നതാണ്. പ്രഥമഗർഭിണികാംക്ക് ഈ ചലനം ചിലപ്പോാം മനസ്സിലാക്കാൻ പ്രയാസമുണ്ടായിരിക്കും.

5. വയറു വലുതായി വരിക (ENLARGEMENT OF THE ABDOMAN):- ഗർഭാശയം വലുതാകുന്നതോടുകൂടി ക്രമേണ വയറും വലുതായിവരുന്നു. ഗർഭിണിയുടെ വയററത്തു് കൈവച്ചുനോക്കിയാൽ വലുതായിത്തീന്ന ഗർഭാശയം സ്പർശിച്ചറിയാൻ കഴിയുന്നതാണ്. വയറു വലുതാകുന്നതോടുകൂടി വയററത്തും, തുടകളിലും, മുലകളിലും ചില പാടുകാം ഉണ്ടാകുന്നു. 3.4 സെൻറീമീററർ നീളത്തിലും ഒരു സെൻറീമീററർ വീതിയിലുമായി ഈ പാടുകാം സമാന്തരവണ്ണരേഖകാം (Pregnancy scars) ആയി കാണപ്പെടുന്നു.

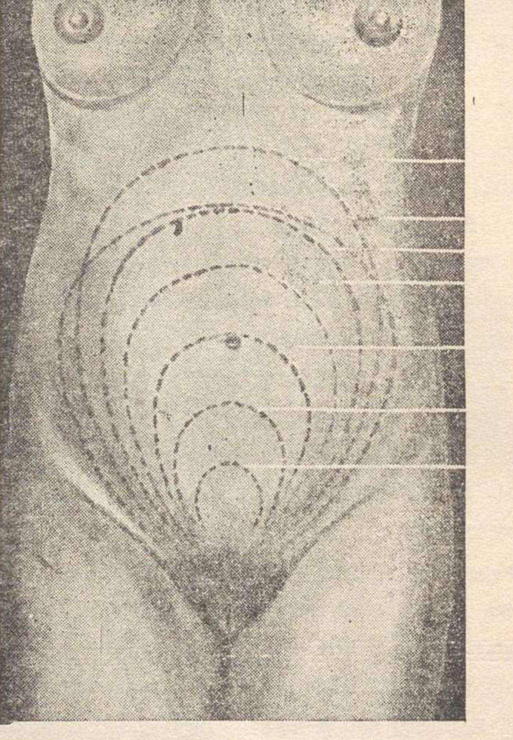


ചിത്രം 20

ഗർഭിണിയുടെ ഉദരഭാഗത്തും മററും കാണപ്പെടുന്ന സമാന്തരവർണ്ണരേഖകൾ—പൂർവ്വഗർഭധാരണ ഫലമായുണ്ടായ സമാന്തരവർണ്ണരേഖകൾ (Striae Gravidarum or Pregnancy Scars).

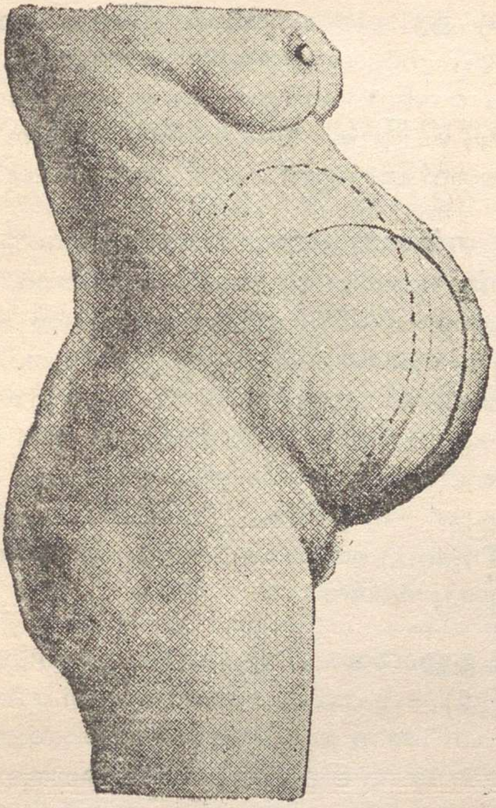
പൊക്കിളിൻേറയും നാഭിയെല്ലിൻേറയും മദ്ധ്യേ ഒരു കറുത്ത വരയും ചിലരിൽ കാണാറുണ്ട്. യോനി വികസിക്കുകയും അതിൻെറ ചമ്മം മാർദ്ദവപ്പെട്ട് ഏതാണ്ടൊരു നീലനിറത്തിലായിത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നു. ചിലക്ക് ഒരുതരം യോനീസ്രാവവും ജനനേന്ദ്രിയഭാഗങ്ങളിൽ കഠിനമായ ചൊറിച്ചിലും അനുഭവപ്പെടാറുണ്ട്.

6 **ഗർഭാശയം** (യൂടസ്സ്—UTERUS):— ഗർഭധാരണം നടന്നുകഴിഞ്ഞാൽ സ്ത്രീശരീരത്തിന് പൊതുവെയും ഉല്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങൾക്ക് പ്രത്യേകമായും പല പരിവത്തനങ്ങളും സംഭവിക്കുന്നു. ഈ പരിവത്തനങ്ങൾക്കെല്ലാം കാരണം അണ്ഡകോശങ്ങളിൽനിന്നും പുറപ്പെടുന്ന ഹോർമോണുകളാണ്. ഭ്രൂണം ഗർഭാശയത്തിൽ ഉറച്ച് വളച്ച്യാരംഭിക്കുന്നതോടുകൂടി ഗർഭാശയവും ക്രമേണ വലുതായി വരുന്നു. ഗർഭാശയം വികസിച്ചുവലുതാകുന്നതോടൊപ്പം അതു മേല്പോട്ടുമേല്പോട്ട് ഉയന്നുവരുന്നു. ഉപസ്ഥാശയത്തിനുള്ളിലായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന ഗർഭാശയം, ഗർഭധാരണത്തിനു ശേഷം മൂന്നുമാസമാകുമ്പോഴേയ്ക്കും നാഭിയെല്ലിൻെറ വക്കുവരെയെത്തുന്നു. നാലാംമാസത്തിൽ നാഭിയെല്ലിൻെറ മേൽഭാഗത്ത് അതിനെ സ്പർശിക്കാം. അഞ്ചാംമാസത്തിൽ നാഭിയെല്ലിൻേറയും പൊക്കിളിൻേറയും മദ്ധ്യഭാഗംവരെയെത്തുന്നു. ആറാംമാസത്തിൽ പൊക്കിളിനു സമംവരെ ഉയന്നിരിക്കും. ഏഴാംമാസത്തിൽ പൊക്കിളിന് ഒരിഞ്ച് മുകളിലും, എട്ടാംമാസത്തിൽ പൊക്കിളിൻേറയും നെഞ്ചിൻെറ കുഴിയുടേയും മദ്ധ്യഭാഗംവരെയും എത്തുന്നു.



ചിത്രം 21

ഗർഭകാലത്തു് വിവിധഘട്ടങ്ങളിൽ ഗർഭാശയത്തിനുണ്ടാകുന്ന ഉന്നതി ദൈർഘ്യമാനം. താഴെനിന്നും മേലോട്ടുള്ള രേഖകൾ യഥാക്രമം 16, 20, 24, 28, 32, 40, 36 എന്നീ ആഴ്ചകളിലെ ഉയർച്ചാവ്യത്യാസത്തെ കാണിക്കുന്നു,



ചിത്രം 22

36-ാമത്തെയും 40-ാമത്തെയും ആഴ്ചകളിൽ ഗർഭാശയത്തിന്റെ മുകളിലോട്ടുള്ള ഉന്നതിവർദ്ധനവിന്റെ സ്ഥാനക്രമങ്ങൾ. 40-ാമത്തെ ആഴ്ചയിൽ ആർച്ചിന്റെ ആകൃതിയിലുള്ള ഗർഭാശയത്തിന്റെ ഉപരിധ്രുവം മുന്നോട്ടുന്തി പതിക്കുന്നതു ശ്രദ്ധിക്കുക. മേൽരേഖ 36-ാമത്തെ ആഴ്ചയേയും കീഴ്‌രേഖ 40-ാമത്തെ ആഴ്ചയേയും സൂചിപ്പിക്കുന്നു.

9–ാംമാസാവസാനത്തോടുകൂടി (പ്രസവം അടുക്കുമ്പോൾ) കുട്ടിയുടെ ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു് താഴുകയും, ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗം പൊക്കിളിൻേറയും നെഞ്ചിൻെറ കുഴിയുടേയും മദ്ധ്യസ്ഥാനത്തേയ്ക്കു് താഴുകയും ചെയ്യുന്നു. 8–ാംമാസത്തിൽ കണ്ടിരുന്ന സ്ഥാനത്തേക്കാൾ അല്പംകൂടി താഴെയായുമിരിക്കുമിതു്.

7. ഗർഭാശയകണ്ഠം (സെർവിക്സ്–CERVIX):– ഗർഭാരംഭം മുതൽതന്നെ ഗർഭാശയത്തിൻെറ കഴുത്തു് അഥവാ സെർവിക്സ് മാർദ്ദവപ്പെട്ടുവരുന്നു. ഗർഭമില്ലാത്തപ്പോൾ യോനിയിൽ വിരലിട്ടുപരിശോധിച്ചാൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ കഴുത്തു് മൂക്കിൽതൊടുന്നതുപോലെയിരിക്കും. എന്നാൽ രണ്ടുമാസം ഗർഭമുള്ളപ്പോൾ പരിശോധിച്ചാൽ അധരത്തിൽ സ്പർശിക്കുന്നതുപോലുള്ള മാർദ്ദവം അനുഭവപ്പെടും. നാളഗർഭം (Tubular-Pregnancy), മുഴകൾ (Tumors) മുതലായവകൊണ്ടും ഗർഭാശയകണ്ഠം മാർദ്ദവപ്പെടാവുന്നതാണു്.

8. മൂത്രാശയം (യൂറിനറി ബ്ളാഡർ–URINARY BLADDER):– ഉപസ്ഥാശയത്തിൽതന്നെ ഗർഭാശയം വളന്നു വികസിക്കുന്ന ആദ്യത്തെ രണ്ടുമൂന്നുമാസങ്ങളിൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ മുമ്പിലായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന മൂത്രാശയത്തിനു് ഞെരുക്കം അനുഭവപ്പെടുന്നതിനാൽ മൂത്രാശയത്തിൽ മൂത്രം അധികനേരം കെട്ടിനില്ക്കുന്നതിനു് പ്രയാസമുണ്ടാകും. ഇതിനാലാണു് ആദ്യത്തെ മൂന്നുമാസക്കാലത്തു് ഗർഭിണിക്കു് കൂടെക്കൂടെ മൂത്രമൊഴിക്കണമെന്നു് തോന്നുന്നതു്, എന്നാൽ നാലുമാസം കഴിയുമ്പോഴേക്കും ഗർഭാശയം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽനിന്നും മേല്പോട്ടുയരുന്നതും ഈ പ്രയാസം ക്രമേണ കുറയുന്നതുമാകുന്നു. പ്രസവം അടുക്കാറാകുമ്പോഴും കൂടെക്കൂടെ മൂത്രം ഒഴിക്കണമെന്ന ഇതേ പ്രയാ

സം അനുഭവപ്പെടുന്നു. അതിനു കാരണം കുട്ടിയുടെ ജനന മുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങി മൂത്രാശയത്തിന് ഞെരുക്കമുണ്ടാക്കുന്നതിനാലാണ്.

9. ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ ഹൃദയസ്പന്ദനം (ഫീററൽ ഹാർട്ട് ബീററ്സ്—FOETAL-HEART BEATS):— ആറുമാസമാകുമ്പോൾ മുതൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ ഹൃദയമിടിപ്പ് കേൾക്കാൻ കഴിയുന്നു. ഈ ശബ്ദം ഒരു വാച്ചിന്റെ ടിക്ക്, ടിക്ക് ശബ്ദം പോലെയായിരിക്കും. ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ ഹൃദയസ്പന്ദനനിരക്ക് മിനിട്ടിൽ 120 മുതൽ 136 വരെയായിരിക്കും. ഗർഭിണിയുടെ ഹൃദയസ്പന്ദനനിരക്ക് 70 മുതൽ 80 വരെയായിരിക്കുന്നതും കൂടുതൽ വ്യക്തമായിരിക്കുന്നതും ആകയാൽ ഇതു തമ്മിൽ തെററിദ്ധരിക്കാനിടയില്ല. ഗർഭിണിയുടെ വയറിനുമേൽ ചെവിവച്ചു നോക്കിയാൽ ഇതു കേൾക്കാം. ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ ഹൃദയസ്പന്ദനം കേൾക്കുന്ന ഭാഗം കുട്ടിയുടെ കിടപ്പനുസരിച്ച് വ്യത്യാസപ്പെട്ടിരിക്കും. ഹൃദയസ്പന്ദനം കേൾക്കാൻകഴിയുന്ന ഭാഗങ്ങൾ മോതിരാകൃതിയിൽ (◯) അടയാളപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ചിത്രം നോക്കി മനസ്സിലാക്കുക.

10. ബാലോട്ടമെൻറ് (BALLOTTEMENT):—നാലാം മാസം മുതൽ 7 മാസംവരെയുള്ള കാലഘട്ടത്തിൽ ഗർഭാവസ്ഥയെ പരീക്ഷിക്കുന്നതിനുള്ള ഒരു മാർഗ്ഗമാണിതു്. പരിശോധകന്റെ ചൂണ്ടുവിരൽ തനിച്ചോ അതിനടുത്തുള്ള വിരലുംകൂടിയോ ഗർഭിണിയുടെ യോനിമാർഗ്ഗത്തിൽകൂടി കടത്തി ഗർഭാശയത്തിന്റെ കീഴററത്തു് സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ സ്പർശിക്കാൻ കഴിയുന്ന ഭാഗത്തെ മേലോട്ട് പെട്ടെന്നു് ഒന്നു തള്ളുകയും മുകളിലേക്കുയരുന്ന ഭാഗം പൂർവ്വസ്ഥാനത്തുതന്നെ തൽക്ഷണം തിരിച്ചുവരുന്ന

തിനെ കരസ്പർശത്താൽ ഗ്രഹിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന രീതി ക്കാണു് ബലോട്ടുമെൻറു് എന്നു പറയുന്നതു്. ബാഹ്യമായ മററൊരുതരം ബലോട്ടുമെൻറു് സമ്പ്രദായംകൂടിയുണ്ടു്.

ബാഹ്യമായ ബലോട്ടുമെൻറു് (EXTERNAL BALLOTTEMENT):– ഗർഭിണിയെ ഒരു മേശയുടേയോ, കട്ടിലിൻേറയോ അരികിൽ, ഗർഭാശയം പുറത്തു് തള്ളിനില്ക്കത്തക്കരീതിയിൽ ചരിച്ചുകിടത്തുക. ഒരു കൈ ഗർഭിണിയുടെ ഉദരത്തിൻെറ അടിയിലും മറേറ കൈ ഉദരത്തിൻെറ മുകളിലും പിടിച്ചുകൊണ്ടു് ഗർഭാശയത്തെ മുകളിലേക്കു് തള്ളുകയും അതു് പൂർവ്വസ്ഥാനത്തേക്കുതന്നെ വീഴുന്ന രീതി കണ്ടു് മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്യുന്ന സമ്പ്രദായമാണിതു്.

ബലോട്ടുമെൻറു്സമ്പ്രദായം കൂടെക്കൂടെ ആവത്തിച്ചാൽ മറുപിള്ള ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും വേർപെട്ടുപോരാനിടയുള്ളതുകൊണ്ടു് ഇതു് വളരെ സൂക്ഷിച്ചും കരുതലോടെയും ചെയ്യേണ്ട ഒരു പരിശോധനാസമ്പ്രദായമാകുന്നു.

11. ഫ്യൂണിക്കു് സൂഫിൾ (FUNIC SOUFFLE):– ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ പൊക്കിൾകൊടിക്കു മീതേ വരത്തക്കവിധം ഗർഭിണിയുടെ ഉദരഭാഗത്തു് ഫീററൽ സ്റ്റെതോസ്കോപ്പു് (Foetal Stethoscope) വച്ചു് ശ്രദ്ധിച്ചാൽ കൊല്ലൻ (കരുവാൻ) ഉലയൂതുമ്പോൾ കേൾക്കുന്നമാതിരി ഒരു ശബ്ദം കേൾക്കാൻ കഴിയുന്നതാണു്. ഗർഭാശയ രക്തധമനികളിൽക്കൂടി രക്തം ഒഴുകുന്ന ശബ്ദമാണിതു്. ഗർഭലക്ഷണങ്ങളിൽ പ്രധാനപ്പെട്ട ഒന്നാണു് ഈ ഫ്യൂണിക്കു് സൂഫിൾ എന്ന ശബ്ദമെങ്കിലും ഇതു കേൾക്കുക വിരളമാണു്. തന്നയുമല്ല നല്ല പരിശീലനം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള ഡാക്ടർക്കും മിഡ്വൈഫിനും മാത്രമേ ഇതു് കണ്ടുപിടിക്കുവാൻ കഴിയൂ.

12. എക്സ്റേ (X-RAY):-- 4–ാംമാസത്തിൽ എക്സ്റേ എടുത്താൽ സ്ത്രീ ഗർഭിണി ആണെങ്കിൽ ഗർഭസ്ഥ ശിശുവിൻെറ എല്ലുകളുടെ ഫോട്ടോ ലഭിക്കുന്നതാണ്. കൃത്യമായ ഒരു ഗർഭലക്ഷണമായി ഇതു് കണക്കാക്കാം.

ഗർഭലക്ഷണങ്ങളെ സംക്ഷിപ്തമായി ഇങ്ങിനെ ക്രോഡീകരിക്കാം.

(a) ആർത്തവം ഇല്ലാതാവുക.
(b) ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി, രുചിവ്യത്യാസം.
(c) മുലക്കണ്ണിനു് ചുററും കറുപ്പും, തരിപോലെയുള്ള പൊങ്ങലും.
(d) സ്തനങ്ങളുടെ വീർപ്പും കഴപ്പും.
(e) മുലഞെട്ടു പിടിച്ചുഞെക്കിയാൽ കൊളോസ്ട്രം (Colostrum) എന്ന ദ്രാവകം പുറപ്പെടുക.
(f) ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗത്തിൽ നീലനിറം വ്യാപിക്കൽ.
(g) ഗർഭാശയം വികസിച്ചുവരികയും ആകൃതിയിൽ മാററം സംഭവിക്കുകയും ചെയ്യുക. ഗർഭധാരണത്തിനുമുമ്പു് ശംഖിൻെറ ആകൃതിയിലാണു് ഗർഭാശയം. ഗർഭധാരണം നടന്നാൽ പ്രസ്തുത ആകൃതി മാറി ഉരുണ്ടു് പന്തുപോലെയായി തീരുന്നതാണു്.

ജൈവരാസപരമായ ചില പരീക്ഷണങ്ങൾ.

1. ആഷിംസോണ്ടക്ക് ടെസ്റ്റ് (Aschheim-Zondek test):– രണ്ടുമാസമാകുന്നതിനുമുമ്പു് ഒരു സ്ത്രീ ഗർഭിണി ആണോ എന്നു കണ്ടുപിടിക്കുക ഏതു വിദഗ്ദ്ധനും ബുദ്ധിമുട്ടുള്ള കാര്യങ്ങളാണു്. അതിനാൽ ഗർഭാരംഭത്തിൽ

അതു് കൃത്യമായി നിർണ്ണയിക്കുന്നതിനു് താഴെപ്പറയുന്ന പരീക്ഷണമാണു് നടത്തേണ്ടതു്. ആർത്തവംനിന്നു് ആറേഴ ആഴ്ചകരം കഴിയുമ്പോരം സ്ത്രീയുടെ മൂത്രം എടുത്തു് പ്രായപൂർത്തി ആയിട്ടില്ലാത്ത പെൺഎലികളിൽ കുത്തിവയ്ക്കുക. സ്ത്രീ യഥാർത്ഥത്തിൽ ഗർഭിണിയാണെങ്കിൽ അവളുടെ മൂത്രം കുത്തിവച്ച എലികളുടെ അണ്ഡാശയം തുടങ്ങിയ ഉല്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങരം പൂർണ്ണവളർച്ച പ്രാപിക്കുന്നതാണു്. സ്ത്രീ ഗർഭിണി അല്ലെങ്കിൽ അവളുടെ മൂത്രം കുത്തിവച്ച എലികളുടെ ഉല്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങളിൽ യാതൊരു മാററവും സംഭവിക്കുകയില്ല. ഇതുപോലെതന്നെ തവളകളിലും ഈ പരീക്ഷണം നടത്താവുന്നതാണു്. ഇപ്പോരം ഈ പരീക്ഷണം നടത്തുന്നതു് പബ്ളിക്കു് ഹെൽത്തു് ലാബറട്ടറിയിൽ മാത്രമാണു്.

2. സാധാരണ മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീസ്സിൽ ചെയ്തു വരുന്ന ഗർഭപരീക്ഷണസമ്പ്രദായം.

പ്രഗ്നൻസി ടെസ്റ്റ് (ഗർഭപരീക്ഷണം):-

ഡിസെക്രോൺ (Desecron) അല്ലെങ്കിൽ ഡ്യൂവോഗൈനോൺ (Duogynon) എന്നീ ഇഞ്ചക്ഷനുകളിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്നു് വാങ്ങി രണ്ടുദിവസം തുടർച്ചയായി ഓരോ ആംപ്യൂരംവീതം ഇൻട്രാമസ്ക്കലറായി കുത്തിവയ്ക്കുക. ഇഞ്ചക്ഷനുശേഷം അഞ്ചുദിവസംകഴിഞ്ഞു് സ്ത്രീ മെൻസസാകുന്നപക്ഷം അവരംക്കു് ഗർഭമില്ലെന്നും മെൻസസാവാത്തപക്ഷം അവരം ഗർഭിണിയാണെന്നും ഏറെക്കുറെ തീരുമാനിക്കാവുന്നതാണു്. മററു ഗർഭലക്ഷണങ്ങളും കൂടെ കണക്കിലെടുക്കാതെ ഇഞ്ചക്ഷൻെറ ഫലത്തെമാത്രം ആശ്രയിച്ചു് സ്ത്രീ ഗർഭിണി ആണെന്നോ അല്ലെന്നോ പറയുന്നതു് വളരെ സൂക്ഷിച്ചുവേണം. ഗർഭാശയസംബന്ധമായ പല രോഗങ്ങരംമൂലവും ആർത്തവം പെട്ടെന്നു് നിന്നുപോകാവുന്നതാണു്.

സാങ്കല്പികഗർഭം (സ്യൂഡോപ്രഗ്നൻസി-Pseudo Pregnancy):– താൻ യഥാർത്ഥത്തിൽ ഗർഭിണിയാണെന്ന് സങ്കല്പിക്കുകയും, വിശ്വസിക്കുകയുമാണ് ഈ അവസ്ഥാവിശേഷം ബാധിച്ച സ്ത്രീകൾ ചെയ്യുന്നത്. ഗർഭം ധരിക്കുവാനുള്ള അടങ്ങാത്ത ആഗ്രഹത്തിൽ നിന്നോ,

ചിത്രം 23: ഗർഭാഭാസം അഥവാ ഗുന്മൻ
(PSEUDOCYESIS OR PSEUDO PRECNANCY)

ഗർഭധാരണത്തെപ്പററിയുള്ള അത്യധികമായ ഭയപ്പാടു കൊണ്ടോ ആണ് ഈ ഗർഭാഭാസസ്ഥിതിവിശേഷമുണ്ടാകുന്നത്. വിവാഹിതയായിട്ട് ഏറെക്കാലം കഴിഞ്ഞിട്ടും ഗർഭം ധരിക്കാത്ത സ്ത്രീകൾക്കും, യാദൃശ്ചികമായി ഒരു ദുർബ്ബലനിമിഷത്തിൽ പുരുഷസമ്പർക്കമേററ അവിവാഹിതകളായ സ്ത്രീകൾക്കുമാണ് ഈ കപടഗർഭാവസ്ഥ അനുഭവപ്പെടുന്നത്. മായാമുഴ (Phantom Tumour), കല്പിതഗർഭം (Spurious Pregnancy) എന്നു തുടങ്ങിയ പേരുകളും ഈ അവസ്ഥാവിശേഷത്തിനുണ്ട്.

അദ്ധ്യായം 6

ഗർഭകാലസംരക്ഷണം

ഗർഭധാരണം മുതൽ പ്രസവംവരെയുള്ള കാലഘട്ടത്തിൽ പ്രത്യേകം പരിചരണങ്ങളും സംരക്ഷണങ്ങളും സ്ത്രീക്ക് ആവശ്യമാണ്. അവളുടെ കായികവും മാനസ്സികവുമായ ആരോഗ്യസംരക്ഷണം ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ വളർച്ചയ്ക്കും, ആരോഗ്യത്തിനും, നിലനില്പിനും സുഖപ്രസവത്തിനുതന്നെയും അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്. പ്രസവാശുപത്രികളും, വിദഗ്ദ്ധഡാക്ടറന്മാരും വിരളമായ നമ്മുടെ ഗ്രാമാന്തരങ്ങളിൽ ബഹുലക്ഷം ഗർഭിണികളിൽ അപൂർവ്വം പേർ മാത്രമാണ് ആശുപത്രികളിലേക്ക് പോകുന്നതും വിദഗ്ദ്ധ ഡാക്ടറന്മാരുടെ സേവനം തേടുന്നതും. മാതാവിന്റേയും ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റേയും രക്ഷയ്ക്കുവേണ്ടി ഗർഭിണി, ഗർഭാരംഭം മുതൽ ഒരു ഡോക്ടറുടെ മേൽനോട്ടത്തിലും ഉപദേശത്തിലും ജീവിക്കേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകത ഓരോ ഗർഭിണിയേയും പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കുകയും അവരെ ഒരു ഡാക്ടറെക്കൊണ്ട് പരിശോധിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ട ചുമതല ഒരു മിഡ്‌വൈഫിന്റേതാണ്. ഗർഭിണിയെ ഡാക്ടർ പരിശോധിക്കുന്ന അവസരത്തിൽ

മിഡ്വൈഫ് കൂടെയുണ്ടായിരിക്കേണ്ടതും ഗർഭാവസ്ഥയെ പററിയുള്ള എല്ലാ വിവരങ്ങളും ഡാക്ടറോടു ചോദിച്ചു മനസ്സിലാക്കേണ്ടതുമാണു്.

മിഡ്വൈഫ് കൂടെക്കൂടെ ഗർഭിണിയെ സന്ദർശിക്കുകയും അവരംക്കുവേണ്ട എല്ലാ ഉപദേശങ്ങളും സഹായങ്ങളും ചെയ്തുകൊടുക്കുകയും വേണം.

ഒരു ഗർഭിണിയെ സംബന്ധിച്ച എല്ലാ കാര്യങ്ങളും മിഡ്വൈഫ് അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ടതും, ഓർമ്മയ്ക്കുവേണ്ടി ഡയറിയിൽ കുറിച്ചുവയ്ക്കേണ്ടതുമാകുന്നു.

പ്രഥമ ഗർഭധാരണമല്ലെങ്കിൽ മുൻ ഗർഭകാലത്തെ സ്ഥിതിഗതികളേയും പ്രസവസന്ദർഭങ്ങളെയും, പ്രസവിച്ചുകിടന്നിരുന്ന കാലത്തെയും, ബന്ധപ്പെട്ട മറെറല്ലാ കാര്യങ്ങളെയും കുറിച്ചു് ചോദിച്ചറിയുകയും അസാധാരണമായി എന്തെങ്കിലും സംഭവിച്ചിട്ടുണ്ടായിരുന്നു എങ്കിൽ അതാവർത്തിക്കാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി എല്ലാ ഒരുക്കങ്ങളും ചെയ്തുകൊടുക്കുകയും വേണം.

ഗർഭം അലസിപ്പോകുകയോ മാസം തികയാതെ പ്രസവിക്കുകയോ ചാപിള്ളയെ (മരിച്ച കുട്ടിയെ) പ്രസവിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ഒരു ഡാക്ടറേ സമീപിച്ചു് ആവശ്യമായ പരിശോധനകളും, ചികിത്സകളും ചെയ്യുവാൻ ഉപദേശിക്കുക.

വാതപ്പനി (Rheumatic Fever), വൃക്കരോഗങ്ങരം (Kidney Disease), ശോണജ്വരം (Scarlet Fever), പറങ്കിപ്പുണ്ണു് (Syphilis), ആൽബുമിനൂറിയാ (Albuminuria), നീരു് (Oedema), രക്തസമ്മർദ്ദം, അപസ്മാരം, അഞ്ചാംപനി, കൊറിയ (Choria—നിയന്ത്രണാധീനമല്ലാത്ത വിധത്തിൽ ക്രമരഹിതമായി തുള്ളി

പ്പിടയ്ക്കുകയും കൈകാലുകളും മുഖവും ചലിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന വിധത്തിലുള്ള ഒരു ഞരമ്പുരോഗമാണിതു്) എന്നീ രോഗങ്ങൾ മുൻപു് ഗർഭിണിക്കുണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അവളെ വിദഗ്ദ്ധനായ ഒരു ഡോക്ടറെക്കൊണ്ടു പരിശോധിപ്പിക്കുകയും, അദ്ദേഹത്തിൻെറ ചികിത്സയിലും മേൽനോട്ടത്തിലും പ്രസവംവരെ കഴിഞ്ഞുകൂടുവാൻ ഉപദേശിക്കുകയും ചെയ്യണം.

മുൻപ്രസവത്തോടടുത്ത ആഴ്ചകളിൽ രക്തസ്രാവം ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അതു് യാദൃച്ഛിക രക്തസ്രാവമോ (Accidental Haemorrhage), ശിശുവിനുമുമ്പായി മറുപിള്ളയിരുന്നതിനാലുണ്ടായ രക്തസ്രാവമോ (Unavoidable Haemorrhage), ഗർഭാശയത്തിൻെറ കഴുത്തിലുള്ള അർബുദംമൂലമുണ്ടായ രക്തസ്രാവമോ എന്നു് അന്വേഷിച്ചറിയേണ്ടതാണു്. അമിതമായ ഛർദ്ദിയുണ്ടായിരുന്നു എങ്കിൽ അതു് രക്തത്തിൽ വിഷാവസ്ഥ (ടോക്ക്സീമിയാ–Toxaemia) നിലനിന്നിരുന്നതുകൊണ്ടാണെന്നും, ദേഹം മുഴുവൻ വിശേഷിച്ചു് കൺപോളകളിലും, കാലുകളിലും, ഗുഹ്യഭാഗങ്ങളിലും നീരുണ്ടായിരുന്നു എന്നും അപസ്മാരലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നു എന്നും അറിഞ്ഞാൽ അതു് മൂത്രാശയരോഗങ്ങൾമൂലമായിരുന്നു എന്നും ഊഹിക്കാവുന്നതാണു്.

മൂത്രം വളരെ കുറച്ചുമാത്രം പോകുക, ശക്തമായ തലവേദന, കാഴ്ചക്കുറവു്, മലബന്ധം, കൈകാലുകളിലും മുഖത്തും നീരു് ഇവ ഗർഭാപസ്മാര (എക്ലാംപ്സിയ–Eclampsia) ലക്ഷണങ്ങളാകുന്നു. അതിനാൽ ഏററവും വേഗം ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുവാൻ ഉപദേശിക്കുക.

ഭഗദ്വാരത്തിൽനിന്നും മഞ്ഞനിറത്തിലുള്ള സ്രവണം ഉണ്ടായിരുന്നു എങ്കിൽ അതു് ഗൂണോറിയാ എന്ന രോഗ

ബാധ മൂലവും വെള്ളനിറത്തിലുള്ള സ്രവണമാണുണ്ടായിരുന്നതെങ്കിൽ അതു് ല്യൂക്കോറിയാ എന്ന രോഗംമൂലവും ആയിരുന്നിരിക്കാനാണു് സാദ്ധ്യത.

പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽതന്നെ മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകുക, കുട്ടിക്കുമുമ്പായി പൊക്കിൾകൊടി വരിക, കുട്ടിയുടെ കിടപ്പു ക്രമവിരുദ്ധമായിരിക്കുക, ശസ്ത്രപ്രയോഗത്താൽ കുട്ടിയെ എടുക്കാൻ ഇടയാകുക തുടങ്ങിയവ ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ വൈരൂപ്യംമൂലമാണു് സംഭവിക്കുന്നതു്.

ചാപിള്ളയെ പ്രസവിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അതിനുകാരണം ആരാഞ്ഞറിയേണ്ടതാണു്. ശസ്ത്രപ്രയോഗം, പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരൽ, പ്രസവത്തിനുമുമ്പുതന്നെ കുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൽ മരിച്ചുകിടക്കൽ തുടങ്ങിയ കാരണങ്ങളാലാണു് ചാപിള്ളയെ പ്രസവിക്കാനിടയാകുന്നതു്. ഗർഭാശയത്തിൽവച്ചുതന്നെ മരിച്ചുപോയതാണു് കുട്ടിയെങ്കിൽ അതിൻെറ തൊലിക്കു് നീലനിറം വ്യാപിച്ചിരിക്കുന്നതും അവിടവിടെയായി തൊലി ഉരിഞ്ഞുപോയിരിക്കുന്നതുമായ ലക്ഷണങ്ങൾ പ്രകടമായിരുന്നിരിക്കും.

പ്രസവത്തിനുശേഷം എത്രദിവസം കിടക്കേണ്ടിവന്നിട്ടുണ്ടെന്നും, മറുപിള്ളയുടെ വല്ല ഭാഗങ്ങളും പൊട്ടി ഇരുന്നിരുന്നോ എന്നും, പ്രസവശേഷം പനിയുണ്ടായിരുന്നോ എന്നും, മുലകൾക്കു് നീരോ പഴുപ്പോ ഉണ്ടാകുകയും കുട്ടിക്കു് മുല കൊടുക്കുവാൻ കഴിയാതെ വരികയും ചെയ്തിരുന്നോ എന്നും, മുൻപ്രസവത്തിലെ ശിശുവിനു് പ്രസവിച്ചയുടനെ എന്തു ദുഃഖമുണ്ടായിരുന്നു എന്നും മററുമുള്ള സകല വിവരങ്ങളും ചോദിച്ചറിഞ്ഞു് കുറിച്ചുവയ്ക്കണം.

കഴിഞ്ഞ കാലപ്രസവങ്ങളുടെ പൂർണ്ണമായ വിവരം ലഭിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി സകല വിവരങ്ങളും ചോദിച്ചറി

ഞ്ഞതിനുശേഷവും ഗർഭിണിക്കു് അസാധാരണമായി ഒന്നുമില്ലെന്നു് ബോദ്ധ്യപ്പെടുന്നപക്ഷം പ്രസവം അവരുടെ വീട്ടിൽവച്ചുതന്നെ നടത്തുന്നതിനെ നിരുത്സാഹപ്പെടുത്തേണ്ടതില്ല. എന്നിരുന്നാലും വീട്ടിൽവച്ചു് പ്രസവം നടത്തുന്നതിനുള്ള സൗകര്യം, പ്രസവശേഷവും അതിനു മുമ്പും ഒരു സമീകൃതാഹാരം ദിവസേന കഴിക്കുന്നതിനുള്ള സാമ്പത്തികസ്ഥിതി, നിത്യവൃത്തിക്കുവേണ്ടി കഠിനമായി അദ്ധ്വാനംചെയ്യേണ്ട പരിതസ്ഥിതി, മാനസികവൈഷമ്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകുവാനുള്ള സാദ്ധ്യത എന്നിവയെല്ലാം പരിഗണിച്ചുവേണം പ്രസവം വീട്ടിൽവച്ചു നടത്തുവാനുള്ള തീരുമാനം എടുക്കേണ്ടതു്.

ആദ്യഗർഭമാണെങ്കിൽ വിവാഹം കഴിഞ്ഞിട്ടു് എത്ര കാലമായെന്നും, വളരെ താമസിച്ചാണു് ഗർഭമുണ്ടായിട്ടുള്ളതെങ്കിൽ അതിനു് വല്ല പ്രത്യേക കാരണങ്ങളുമുണ്ടോ എന്നും മിഡ്‌വൈഫ് ചോദിച്ചറിയേണ്ടതാണു്. ഇക്കാലത്തു് ഗർഭനിരോധനമാർഗ്ഗങ്ങൾ ധാരാളം സ്വീകരിച്ചുവരുന്നുണ്ടല്ലോ.

ഗർഭിണിയുടെ വസ്ത്രധാരണം:–

ഗർഭകാലത്തു് സ്തനങ്ങൾക്കും, അരക്കെട്ടിനും മുറുക്കം തട്ടാനിടയാകുന്ന വിധത്തിൽ വസ്ത്രധാരണം ചെയ്തുകൂടാ. വലിച്ചുമുറുക്കി കെട്ടുന്ന വിധത്തിലുള്ള പരിഷ്കൃത ബ്രേസിയറുകളും, അടിപ്പാവാടങ്ങളും വർജ്ജിക്കേണ്ടതാണു്.

ഭക്ഷണം:–

ഗർഭിണിയുടെ ഭക്ഷണം പോഷകാംശസമൃദ്ധവും സമീകൃതവുമായിരിക്കണം. ഗർഭകാലത്തു് സാധാരണയിൽകവിഞ്ഞു് അല്പംകൂടുതൽ ഭക്ഷണം ആവശ്യമാണു്. അധികം എരുവും മധുരവും ഉള്ള ഭക്ഷണസാധനങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കരുതു്. ഇറച്ചി, മുട്ട, മത്സ്യം എന്നിവയും മിതമായേ ഉപയോഗിക്കാവൂ.

സ്നാനം:-

ദിവസേന ചെറുചൂടുള്ള വെള്ളത്തിൽ കുളിക്കുന്നതാണുത്തമം.

വ്യായാമം:-

ഗർഭിണിക്കു് ക്രമവും മിതവുമായ വ്യായാമം ആവശ്യമാണു്. എങ്കിലും അധികം ആയാസം വരുത്തുന്ന രീതിയിലുള്ള വ്യായാമങ്ങൾ പാടില്ല. ദിവസേന കുറേദൂരം നടക്കുന്നതു് നല്ലതാണു്. ഗർഭം അലസിപ്പോയിട്ടുള്ള ഗർഭിണികൾ, തങ്ങൾക്കു് ഗർഭമില്ലാതിരുന്ന അവസരങ്ങളിൽ ആർത്തവമുണ്ടായിട്ടുള്ള തീയതികൾ ആകുമ്പോൾ ഒരിടത്തു് അനങ്ങാതെ സ്വസ്ഥമായി കിടക്കണം.

സ്തനപരിചരണം:

എട്ടാംമാസംമുതൽ മുലകൾ ദിവസേന സോപ്പു് ഉപയോഗിച്ചു് കഴുകുകയും, ചെറിയതോതിൽ തിരുമ്മിക്കൊടുക്കുകയും വേണം. മുലക്കണ്ണുകൾ പിടിച്ചു് മേലോട്ടുയർത്തിക്കൊടുക്കുന്നതും നല്ലതാണു്.

പല്ലുകൾ:-

ദന്തസംരക്ഷണത്തിനു് ഗർഭകാലത്തു് കൂടുതൽ പ്രാധാന്യമുണ്ടു്. അതിനാൽ പല്ലിനു് വേദനയോ ദ്വാരമോ ഇളക്കമോ മറെറന്തിങ്കിലും അസുഖങ്ങളോ ഉണ്ടെങ്കിൽ ദന്തഡാക്ടറെ സമീപിച്ചു് ആവശ്യമായ ചികിത്സകൾ ചെയ്യേണ്ടതാണു്.

മൂത്രപരിശോധന:

മൂന്നാംമാസംവരെ മാസത്തിൽ ഒരിക്കലും 9-ാംമാസത്തിൽ രണ്ടാഴ്ചയിൽ ഒരിക്കലും 10-ാംമാസത്തിൽ ആഴ്ച

യിൽ ഒരിക്കലും വീതം മൂത്രം പരിശോധിക്കേണ്ടതാണ്. മൂത്രത്തിൽ ആൽബ്യുമിൻ ഉണ്ടെങ്കിൽ ചികിത്സ ആവശ്യമാകുന്നു.

മലശോധന:

ഗർഭിണിക്ക് ക്രമമായ മലശോധന ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. പാലും പഴവർഗ്ഗങ്ങളും പച്ചക്കറികളും ആഹാരത്തിൽ ധാരാളം ഉൾപ്പെടുത്തിയാൽ നല്ല മലശോധന ഉണ്ടാകുന്നതാണ്. ഗർഭത്തിന്റെ ആദ്യമാസങ്ങളിൽ രൂക്ഷതയുള്ള ഔഷധങ്ങൾ ഉപയോഗിച്ച് വയർ ഇളക്കാൻ പാടില്ല. മലബന്ധം കഠിനമാണെങ്കിൽപോലും സാക്ടറുടെ ഉപദേശപ്രകാരമല്ലാതെ യാതൊരൗഷധവും ഗർഭിണി ഉപയോഗിച്ചുകൂടാ.

വൈരൂപ്യങ്ങൾ:

ഗർഭിണിക്ക് പൊക്കം വളരെ കുറഞ്ഞിരിക്കുക, കൂനുണ്ടായിരിക്കുക, മുടന്തുണ്ടായിരിക്കുക എന്നിവയും ഗർഭത്തിന്റെ അവസാനത്തെ രണ്ടാഴ്ചകളാകുമ്പോഴേയ്ക്കും ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ തല ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്ക് താണുവരാതിരിക്കുക, അല്ലെങ്കിൽ ഉപസ്ഥാശയത്തിന്റെ മീതെ ഉയർന്നുകിടക്കുക എന്നിവയും അപകടസാദ്ധ്യതകൾ വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതാണ്. കുട്ടിയുടെ ക്രമവിരുദ്ധമായ ഈ ശയനനില ഉപസ്ഥാശയത്തിന്റെ വൈരൂപ്യംകൊണ്ടാണ്. അതിനാൽ മേൽപറഞ്ഞവിധത്തിലുള്ള ഏതെങ്കിലും വൈരൂപ്യങ്ങൾ ഗർഭിണിക്കുണ്ടെങ്കിൽ ഡാക്ടറേ സമീപിക്കേണ്ടതാണ്.

ഗർഭിണിയുടെ ദേഹപരിശോധന

ഗർഭിണിയുടെ ദേഹപരിശോധന നടത്തുന്നതു് ഡാക്ടറാണ്. തൽസമയം മിഡ്‌വൈഫ് കൂടെയുണ്ടായിരി

കണ്ണതു് നന്നായിരിക്കം. അദ്ദേഹം ശിരസ്സുമുതൽ പാദം വരെ സമഗ്രമായ ഒരു പരിശോധന നടത്തുന്നതാണ്. അവയവങ്ങളുടെ ഘടനയും ഏതെങ്കിലും അവയവത്തിനു് വൈരൂപ്യമുണ്ടെങ്കിൽ അതും ഈ പരിശോധനമൂലം മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിയുന്നു. ഹൃദ്രോഗം, ശ്വാസകോശരോഗങ്ങൾ, ശ്വാസവിമ്മിഷ്ടം, രക്തവിളർച്ച, ദന്തരോഗങ്ങൾ തുടങ്ങിയ പ്രധാനപ്പെട്ട രോഗങ്ങളെപ്പററി അന്വേഷിക്കുകയുംരക്തം, രക്തസമ്മർദ്ദം, മൂത്രം എന്നിവ പരിശോധിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഗർഭിണിയുടെ സ്തനങ്ങൾ, ഉദരം, ഭഗദ്വാരം, ഉപസ്ഥാശയം എന്നിവയുടെ പരിശോധനയും അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്. ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ സ്ഥിതി മനസ്സിലാക്കുന്നതിനുവേണ്ടി യോനീമാർഗ്ഗമായുള്ള പരിശോധനയും അവശ്യമാകുന്നു.

ആദ്യതവണത്തെ പരിശോധനയ്ക്കുശേഷം കുറഞ്ഞ പക്ഷം മാസത്തിൽ ഒരുതവണ വീതമെങ്കിലും ഡാക്ടറുടെ പരിശോധനയ്ക്കു് ഗർഭിണി വിധേയയാകേണ്ടതാണ്.

കഠിനമായ തലവേദന, മൂത്രംപോകുന്നതിൽ ക്രമക്കേടു്, കാഴ്ചയ്ക്കു് തകരാറു്, ശരീരത്തിൽ എവിടെ എങ്കിലും നീരു്, രക്തസ്രാവം എന്നീ ലക്ഷണങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും എപ്പോൾ കണ്ടാലും ഏററവുംവേഗം ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതാണ്.

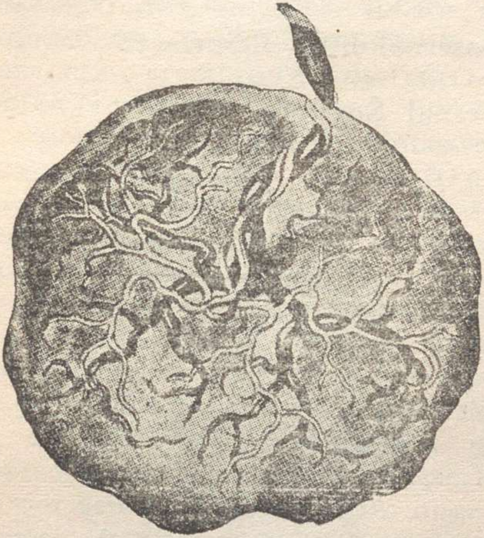
അദ്ധ്യായം 7

മറുപിള്ള (പ്ലാസൻറാ-PLACETA)

മറുകുട്ടിയും മുന്നീർക്കുടത്തോലും

ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉൾഭിത്തി:– വളരെ നേർമ്മയേറിയ ചർമ്മത്താലാണ് ആവരണം ചെയ്യപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതു്. മ്യൂക്കസ്സ് മെംബ്രയിൻ (Mucus Membrane) എന്ന ഈ ചർമ്മം (Endometrium) സ്ത്രീ, ഗർഭിണിയായിരിക്കുമ്പോൾ കൂടുതൽ ഘനവും, മൃദുത്വവും, നനവുമുള്ളതായി തീരുന്നു. ഗർഭധാരണം നടക്കുന്നപക്ഷം അതിൻെറ സ്വീകരണത്തിനുവേണ്ടി ആർത്തവചക്രത്തിൻെറ മദ്ധ്യകാലത്തു് ഗർഭാശയഭിത്തി നേർത്ത പട്ടിനേക്കാളും നേർമ്മയേറിയ ഒരുതരം ചർമ്മവിശേഷംകൊണ്ടാണ് ആവരണം ചെയ്യപ്പെടുന്നതു്. നമ്മുടെ വായിലെ തൊലിയോടു് ഇതിനേ ഏറെക്കുറെ ഉപമിക്കാം. ഗർഭാശയഭിത്തിയിലെ ഈ ശ്ലേഷ്മചർമ്മം (മ്യൂക്കസ്സ്മെംബ്രയിൻ-Mucus Membrane) സ്ത്രീ ഗർഭവതിയാകുന്നതോടുകൂടി മെത്തപോലെ കൂടുതൽ ഘനവും മാർദ്ദവവും ഉള്ളതായി തീരുന്നു. ഇപ്രകാരം ഗർഭകാലത്തു് രൂപാന്തരം പ്രാപിക്കുന്ന ഗർഭാശയത്തിലെ ഈ ചർമ്മവിശേഷത്തിനു് ഡെസീഡ്യൂവാ (Decidua) എന്നു പറയുന്നു. ഈ ചർമ്മത്തിനുള്ളിൽ സംയുക്താണ്ഡം അഥവാ ഗർഭബീജം (Fertilized Ovum) വളരാനാരംഭിക്കുന്നു; മുളയ്ക്കുന്നതിനുവേണ്ടി കുഴിച്ചിട്ട ഒരു വിത്തുപോലെ. ഗർഭധാരണം നടന്നു ഏതാണ്ടു് എട്ടാമത്തെ ദിവസത്തോടുകൂടി

യാണ് ഗർഭബീജത്തിന് ഡെസീഡ്യുവാ എന്ന ഗർഭാശയചർമ്മത്തിൽ വാസമുറപ്പിക്കുവാൻ കഴിയുന്നത്. ഗർഭബീജം വളരുന്നതോടുകൂടി ഡെസീഡ്യുവായും വളരുകയും ഗർഭബീജത്തിന് ആവശ്യമായ ആഹാരവും സംരക്ഷണവും നൽകുകയും ചെയ്യുന്നു. ഗർഭധാരണം നടന്ന് ഏകദേശം പന്ത്രണ്ടാമത്തെ ആഴ്ചയോടുകൂടിയാണ് ഡെസീഡ്യുവാ, പ്ലാസൻറാ (മറുപിള്ള) എന്ന രൂപത്തിൽ പൂർണ്ണത പ്രാപിക്കുന്നത്.



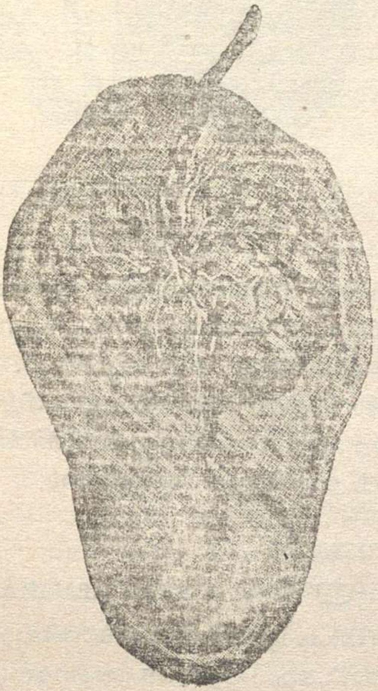
ചിത്രം 24: മറുപിള്ള അഥവാ മറുകുട്ടി (Placenta)
(മറുപിള്ളയുടെ ഉദരവശം)

മറുപിള്ളയ്ക്ക് വൃത്താകൃതി (Disk Like) യാണുള്ളത്. ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ വളർച്ചയുടെ അവസാനഘട്ടമാകുമ്പോഴേക്കും മറുപിള്ളയ്ക്ക് ഏകദേശം 16 $\times$ 20 സെൻറിമീററർ വലിപ്പംവച്ചിരിക്കും. മറുപിള്ളയുടെ കേന്ദ്ര(Centre) ഭാഗത്തിന് 3 സെൻറീമീററർ ഘനം ഉണ്ടായിരിക്കുമെ

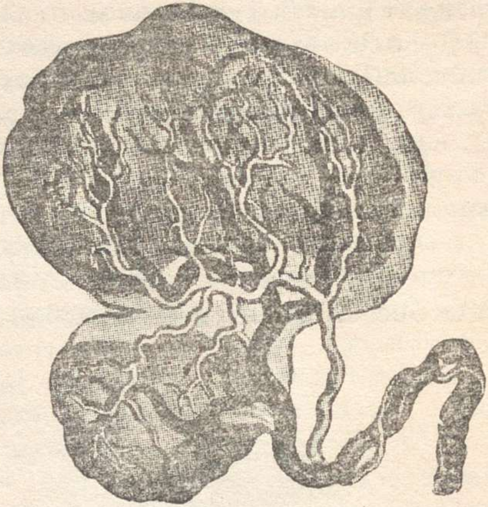
ങ്കിലും അരികിലേക്കു മാറുംതോറും ഈ ഘനം കുറഞ്ഞുകുറഞ്ഞുവരുന്നു. മറുപിള്ളയ്ക്കു് സാധാരണയായി 500 ഗ്രാം തൂക്കമൊണ്ടുണ്ടായിരിക്കുക. എന്നാൽ ശിശുവിൻെറ തൂക്കത്തിനു് ആനുപാതികമായി മറുപിള്ളയുടെ തൂക്കത്തിനും വ്യത്യാസമുണ്ടായിരിക്കും.

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ പൊക്കിൾക്കൊടി മറുപിള്ളയുടെ കേന്ദ്രഭാഗത്തോട്ടു് ബന്ധിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. മറുപിള്ളയ്ക്കു് അകവും പുറവുമായി രണ്ടു വശങ്ങളുണ്ടു്. അകവശം Internal or Fetal Surface) ഗർഭസ്ഥശിശുവിനോട്ടു് പൊക്കിൾക്കൊടിവഴിയായും, പുറവശം (Extrnal or Maternal Surface) ഗ്ർഭാശയഭിത്തിയോടും ബന്ധിച്ചിരിക്കുന്നു. ഗർഭാശയഭിത്തിയോട്ടു് ചേന്നിരിക്കുന്ന മറുപിള്ളയുടെ പുറവശത്തുകൂടിയാണു് ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ വളച്ച്യ്ക്കാവശ്യമായ പോഷകമൂല്യങ്ങൾ മാതൃരക്തത്തിൽനീന്നും സ്വീകരിക്കുന്നതും, അതിൻെറ വിസജ്ജനകൃത്യം നിവ്വഹിക്കപ്പെടുന്നതും. സംയുക്താണ്ഡം ഗർഭാശയത്തിൽ വാസമുറപ്പിക്കുന്നതോടുകൂടി അകമേയും പുറമേയുമായി അതിനെ രണ്ടിനം ചമ്മങ്ങൾ ആവരണം ചെയ്യുന്നു. ഗർഭബീജത്തെ ആവരണം ചെയ്യുന്ന, പുറമേയുള്ള ചമ്മത്തിനു് കോറിയോൺ (Chorion) എന്നും അകമേയുള്ള ചമ്മത്തിനു് ആംമ്നിയോൺ (Amnion) എന്നും പറയുന്നു. വളരെ മാർദ്ദവവും നനവുമുള്ള കോറിയോൺ എന്ന ചമ്മം ഡെസീഡ്യൂവായോട്ടു് പററിച്ചേന്നാണിരിക്കുന്നതു്. കോറിയോണിൽ നാരുവേരുകൾക്കു സമാനമായ കോറിയോണിക്കു് വില്ലൈ (Chorionic-villii) ധാരാളം വളരുന്നു. ഈ കോറിയോണിക്കു് വില്ലൈ, ഡെസീഡ്യൂവായിൽകൂടി പ്രവഹിക്കുന്ന മാതൃരക്തത്തിൽനിന്നു് ഗർഭബീജത്തിൻെറ വളച്ച്യ്ക്കാവശ്യമായ പോഷകമൂല്യങ്ങളെ വലിച്ചെടുക്കുകയും ഗർഭബീജം തിരസ്കരിക്കുന്ന വസ്തുക്കളെ മാതൃരക്തത്തിലേക്കു് തിരിച്ചയയ്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ആദ്യത്തെ മൂന്നുമാസക്കാലം ഗർഭബീജം മിക്കവാറും ഈ കോറിയോണിക്കു് വില്ലൈ കൊണ്ടു് ആവരണം ചെയ്യപ്പെട്ടിരിക്കും. എന്നാൽ മൂന്നുമാസംകഴി

യുന്നതോടുകൂടി ഇവയിൽ ഭൂരിപക്ഷവും നശിക്കുകയും ഏതാനും ചില വില്ലൈ മാത്രം അവശേഷിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. അവശേഷിക്കുന്ന കോറിയോണിക്ക് വില്ലൈ തഴച്ചുവളർന്നു മറുപിള്ളയുടെ രൂപം അവലംബിക്കുകയാണ് ചെയ്യുന്നതു്. പൂർണ്ണരൂപത്തിലുള്ള മറുപിള്ള ഡെസീഡ്വ വായും കോറിയോണിക്ക് വില്ലൈയുംകൂടി ചേർന്നുണ്ടായതാണെന്നു പറയാം. മറുപിള്ള ചിലപ്പോൾ വളരെ വലുതായോ വളരെ ചെറുതായോ ഇരിക്കും, ചിലപ്പോൾ മറുപിള്ളയോടനുബന്ധിച്ച് മറ്റൊരു അനുബന്ധിത മറുപിള്ള (Placenta Succenturiata) കൂടി കണ്ടെന്നുവരും.



ചിത്രം 25: അനുബന്ധിത മറുപിള്ള
(Placenta Succenturiata)



ചിത്രം 26: രണ്ടു ഖണ്ഡങ്ങളുള്ള മറുപിള്ള
(Placenta Bipartite)

ഇതു് പൊട്ടി ഗർഭാശയത്തിൽ ഇരുന്നുപോകാനിടയുണ്ടു്. അങ്ങിനെ സംഭവിച്ചിട്ടുണ്ടോ എന്നു് മിഡ്‌വൈഫ് മനസ്സിലാക്കേണ്ടതു് ആവശ്യമാണു്. അനുബന്ധിത മറുപിള്ളയുണ്ടായിരുന്നു എന്നിൽ പ്ലാസൻറായുടെ വക്കത്തുനിന്നു് ഒരു രക്തധമനി പുറപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതിയും മുന്നീർക്കുടത്തിൽ ഒരു ദ്വാരമുള്ളതായും കാണാം.

മുന്നീർക്കുടത്തോൽ

(ഫീററൽ മെംബ്രയിൻ—FOETAL MEMBRANE):—

ഗർഭത്തിൽ ശിശു മുന്നീർക്കുടത്തിലാണു് കിടക്കുന്നതെന്നു പറയാം. മറുപിള്ളയുടെ അകമേയുള്ള ചർമ്മത്തിനു് ആംമ്നിയോൺ എന്നു പറയുമെന്നു് മേൽപ്രസ്ഥാവിച്ചുവല്ലോ. ഗർഭസ്ഥശിശുവിനു് ഹേമങ്ങളൊന്നുമേല്ക്കാതെ

കാത്തുസൂക്ഷിക്കുന്നതു് ആംമ്നിയോൺ എന്ന ചർമ്മാവരണവും അതിനുള്ളിലുള്ള ലൈക്കർ ആംമ്നി (Liquor amnii) എന്ന മുന്നീരും കൂടിയാണു്. വളൎന്നുവരുന്ന ഗർഭബീജം വളരെ മൃദുലമായതുകൊണ്ടു് വളരെ വേഗം ക്ഷതമേല്ക്കാൻ ഇടയുള്ളതിനാൽ അതു് മുന്നീർ എന്ന ദ്രാവകത്തിൽ മുങ്ങിയാണു് കിടക്കുന്നതു്.

മുന്നീർ (LIQUOR AMNII OR AMNIOTIC FLUID):—

മുന്നീർ എന്ന ദ്രാവകത്തേയും അതിനെ ആവരണം ചെയ്യുന്നില്ക്കുന്ന ആംമ്നിയോൺ എന്ന ചർമ്മത്തേയുംകൂടിയാണു് മലയാളത്തിൽ മുന്നീർക്കുടം എന്നു പറയുന്നതു്. പ്രസവംവരെ ഗർഭസ്ഥശിശുവിനു് ക്ഷതമേല്ക്കാതിരിക്കുന്നതിനും അതിനു് ഗർഭാശയത്തിൽകിടന്നു് അനങ്ങുന്നതിനും പ്രസവാരംഭത്തിൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് വികസിപ്പിക്കുന്നതിനും മുന്നീർ സഹായിക്കുന്നു. മുന്നീർ, മനുഷ്യനിർമ്മിതമായ ഏതു് രോഗാണുനാശകഔഷധത്തേക്കാളും വിലപ്പെട്ട ഒരു ലോഷനാണു്. ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും ഗർഭസ്ഥശിശുവിനു് പുറത്തേയ്ക്കുവരേണ്ട വഴി, ശുദ്ധമാക്കുക എന്ന ഒരു കർമ്മംകൂടി മുന്നീരിനുണ്ടു്. പ്രസവത്തിനുമുമ്പു് മുന്നീർകുടം പൊട്ടി മുന്നീർ പുറത്തേയ്ക്കൊഴുകുമ്പോാം അതു് യോനീമാർഗ്ഗത്തെ കഴുകി ശുദ്ധമാക്കുകയും രോഗാണുവിമുക്തമാക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. മുന്നീരിൻെറ സാധാരണ അളവു് ഒരു ലിററർ ആയിരിക്കും. ഒന്നര ലിററോ അതിലധികമോ മുന്നീർ കാണപ്പെടുന്നപക്ഷം ആ അവസ്ഥയ്ക്കു് പോളീ ഹൈഡ്രാമ്നിയോസ്സ് (Poly hydramnios) എന്നും, ഒരു ലിറററിൽ കുറഞ്ഞു കാണപ്പെടുന്ന അവസ്ഥയ്ക്കു് ഒലിഗോഹൈഡ്രാമ്നിയോസ് (Oligo hydramnios) എന്നും പറയുന്നു.

പൊക്കിൾക്കൊടി
(അംബ്ലിക്കൽ കോർഡ്–UMBLICAL CORD):–

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ പൊക്കിളിൽനിന്നും ആരംഭിച്ച് മറുപിള്ളയുടെ മദ്ധ്യത്തിൽ അവസാനിക്കുന്നു. പൊക്കിൾക്കൊടിക്ക് സാധാരണയായി ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ നീളമാണുണ്ടായിരിക്കുക. ചിലപ്പോൾ ഇതു് വളരെ വലുതായും കണ്ടുവരുന്നു. ഇതിൻെറ സാധാരണ നീളം 50 സെ: മീററും വ്യാസം 1.5 സെ: മീററുമാണ്. മാതാവിൽനിന്നും ഗർഭസ്ഥശിശുവിനു പോഷണംഎത്തിക്കുന്ന രക്തധമനികൾ ഇതിലൂടെയാണ് സഞ്ചരിക്കുന്നതു്. ചെറുവിരലിൻെറ വണ്ണമുള്ള ഈ വള്ളി അല്പം പിരിഞ്ഞരീതിയിലുമാണിരിക്കുന്നതു്.

അദ്ധ്യായം 8

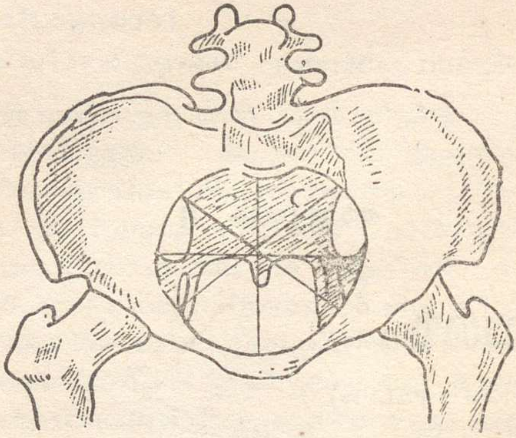
ഉപസ്ഥാശയം

(പെൽവിസ്—PELVIS)

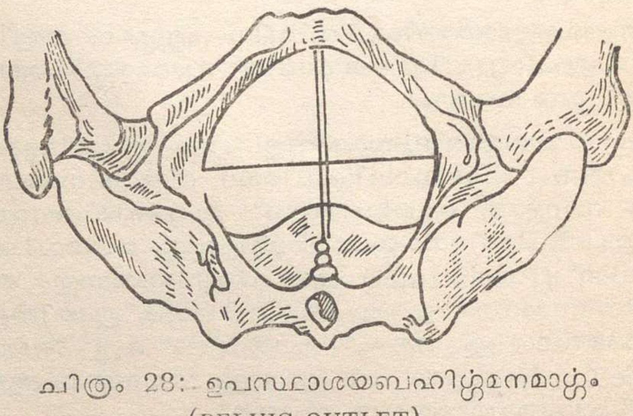
പ്രസവസന്ധിയിൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിന് പുറത്തേയ്ക്കു കടന്നുവരുവാനുള്ള മാർഗ്ഗത്തിലെ അസ്ഥിഭാജനത്തിനാണ് ഉപസ്ഥാശയം അഥവാ പെൽവിസ് എന്നു പറയുന്നതു്. പെൽവിസ് എന്ന ലത്തീൻവാക്കിന് കോപ്പയുടെ ആകൃതിയിലുള്ള ദ്വാരം—ഗഹ്വരം (Cavity) എന്നാണർത്ഥം. പെൽവിസ് എന്ന വാക്കിന് മലയാളത്തിൽ ഉപസ്ഥാശയം, ത്രികാസ്ഥിഭാജനം, കൂപകം എന്നൊക്കെ പറയാറുണ്ട്.

അരക്കെട്ടഭാഗത്തിലെ വിവിധ എല്ലുകൾ തമ്മിൽ ചേർന്ന് രൂപംപ്രാപിച്ച ഒരു വലിയ ദ്വാരമാണ് പെൽവിസ് എന്നു പറയാം.

പ്രസവഘട്ടത്തിലുണ്ടാകാറുള്ള മിക്ക ബുദ്ധിമുട്ടുകൾക്കും കാരണം, ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തല കടന്നുപോരത്തക്ക വിസ്താരം പെൽവിസിനു് ഇല്ലാതിരിക്കുന്നതാണ്. പെൽവിസിൻെറ ഉപരിഭാഗത്തുള്ളതും പെൽവിക്ക് ഇൻലെററ് (Pelvic Inlet) എന്നു വിളിച്ചുവരുന്നതും ഒരു കുഴലിനു സമാനമായതുമായ അതിൻെറ വക്ത്രത്തിൽക്കൂടി ഗർഭസ്ഥശിശു കടന്ന് പെൽവിക്ക് ഔട്ട് ലെററ് (Pelvic Outlet) എന്ന അടിയിലുള്ള ദ്വാരത്തിൽക്കൂടി കടന്ന് പുറത്തുവരികയാണു വേണ്ടതു്.

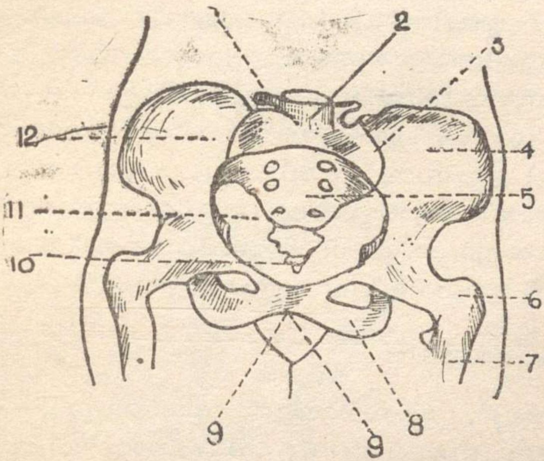


ചിത്രം 27: ഉപസ്ഥാശയം (PELVIS)
പ്രവേശനമാർഗ്ഗം (PELVIC INLET)
നെടുകെയുള്ള അളവ് (Longitudinal) 11 സെ: മീററർ. വിലങ്ങനെയുള്ള അളവ് (Transverese) 13 സെ: മീററർ. ചരിഞ്ഞ അളവ് (Oblique) 12 സെ: മീററർ.



ചിത്രം 28: ഉപസ്ഥാശയബഹിർഗ്ഗമനമാർഗ്ഗം
(PELVIC OUTLET)

പെൽവിസിനു് പല ഭാഗങ്ങളുണ്ടു്. ഇതു് മുതുകെല്ലിൻെറയും തുടകളുടെയും മദ്ധ്യത്തിലായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു. പെൽവിസ് മുതുകെല്ലിനുതാഴെയായിട്ടും, തുടയെല്ലുകൾ പെൽവിസിനു താഴ്ന്നായിട്ടുമിരിക്കുന്നു. പെൽവിസ് പ്രധാനമായി നാലു് എല്ലുകൾ ചേർന്നു രൂപംപ്രാപിച്ചിട്ടുള്ളതാണു്.



ചിത്രം 29: ഉപസ്ഥാശയം (PELVIS)

1 സേക്രൽപ്രമോണ്ടറി (Sacral promontory)
2 നട്ടെല്ലിൻെറ ഭാഗം
3. സേക്രവും ഇലിയവും ചേരുന്ന ഭാഗം
4. 12. ഇലിയം
5. സേക്രം
6. തുടയെല്ലിൻെറ മേൽഭാഗം
7. തുടയെല്ലു്
8. ഇസ്കിയം
9. 9. നാഭി
10. കോക്സിക്സ്
12. ഉപസ്ഥാശയം

അവ:– 1. ഒക്കെല്ലുകൾ–2 (Os innominatum):–

ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഓരോവശത്തും പരന്ന ഓരോ എല്ലുകൾ വീതമുണ്ട്. ഇവയ്ക്കാണ് ഒക്കെല്ലുകൾ അഥവാ ഇലിയം (Ileum) എന്നു പറയുന്നതു്. മൂന്നു എല്ലുകൾ ചേൎന്നാണ് ഇവയുണ്ടായിട്ടുള്ളതു്. ഒക്കെല്ലു (ഇലിയം–Ileum), ആസനയെല്ലു് (ഇസ്സിയം–Ischium), നാഭിയെല്ലു് (പ്യൂബിസ്–Pubis), എന്നിവയാണ് അവ. ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ രണ്ടു വശത്തുമായി ഓരോ ഒക്കെല്ലുകളും പിൻഭാഗത്തായി പൂണെല്ലും (സേക്രം) അതിൻെറ കീഴിൽ ഗുദാസ്ഥിയും (കോക്സിക്സ്) ഒക്കെല്ലിന്നു് (ഇലിയം) മുമ്പിലായി നാഭിയെല്ലും (പ്യൂബിസ്), കീഴ്ഭാഗത്തായി ആസനയെല്ലും (ഇസ്സിയം) സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു. ഇവയെല്ലാംകൂടിചേൎന്ന അസ്ഥിഭാജനത്തിനാണ് യഥാൎത്ഥത്തിൽ പെൽവിസ് എന്നു പറയുന്നതു്.

ഇലിയം (ILEUM):–

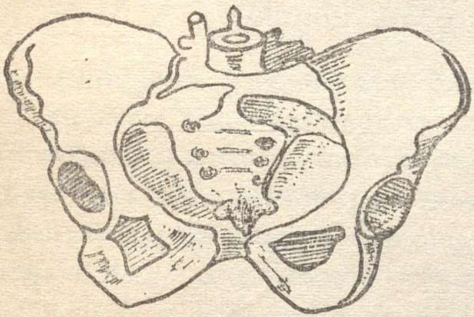
ഒക്കെല്ലു്, ആസനയെല്ലു്, നാഭിയെല്ലു്, എന്നീ മൂന്നെല്ലുകൾ ബാല്യത്തിൽ വേർപെട്ടാണിരിക്കുന്നതു്. ഇരുപതു്, ഇരുപത്തഞ്ചു വയസ്സാകുമ്പോഴേയ്ക്കു് ഇവ മൂന്നും തമ്മിൽചേൎന്നു് ഒന്നായിത്തീരുന്നു.

പൂണെല്ലു് (സേക്രം–SACRUM)

ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്തുള്ള എല്ലിനാണ് സേക്രം അല്ലെങ്കിൽ പൂണെല്ലു് എന്നു പറയുന്നതു്. ഇതിൻെറ മുൻഭാഗം കുഴിഞ്ഞിരിക്കുകയും മേൽഭാഗം മുതുകെല്ലുമായി ചേൎന്നിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. പൂണെല്ലും മുതുകെല്ലും കൂടിച്ചേരുന്ന ഭാഗത്തു് മുമ്പോട്ടു തള്ളിനില്ക്കുന്ന മുഴയ്ക്കു് സേക്രൽ പ്രമോണ്ടറി (Sacral promontory) എന്നു പറയുന്നു. ഈ മുഴയുടെ നില യോനീമാൎഗ്ഗമായി പരിശോ

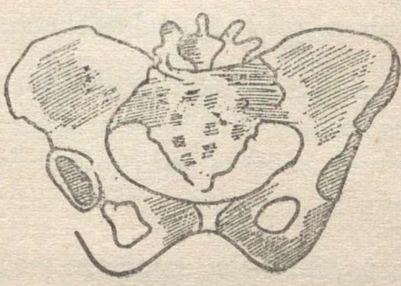
ധിച്ചാൽ നല്ലതുപോലെ മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിയും. ഈ മുഴ യോനിയിലേക്കധികംതള്ളിനില്ക്കുന്നപക്ഷം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ വാക്കു് (Brim) വിസ്താരം കുറവാണെന്നു് മനസ്സിലാക്കണം.

ബാല്യകാലത്തു് ശിശുക്കളെ ബാധിക്കുന്ന റിക്കററു് (Ricket) എന്ന രോഗബാധയാണു് ഈ വിസ്താരക്കുറവിനു കാരണമായിത്തീരുന്നതു്. റിക്കററു് എന്ന രോഗത്തിനു്, മലയാളത്തിൽ പക്ഷിപീഡ, പിള്ളവാതം, കണ എന്നൊക്കെ പറയാറുണ്ടു്. വിസ്താരംകുറഞ്ഞ ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് പരന്ന ഉപസ്ഥാശയം (ഫ്ളാററു് പെൽവിസ്— Flat pelvis) എന്നാണു് പറയുന്നതു്.



ചിത്രം 30

ചിത്രം 31



പരന്ന ഉപസ്ഥാശയം (FLAT PELVIS)
രണ്ടു മാതൃകകൾ

ഗുദാസ്ഥി (കോക്സിക്സ്–COCCYX):–

പൂണെല്ലിന്റെതാഴെ അതിനോടു ചേൎന്നിരിക്കുന്ന ചെറിയ എല്ലിനാണ് ഗുദാസ്ഥി എന്നു പറയുന്നതു്. ഗുദദ്വാരത്തിനു പിന്നിൽ തടവിനോക്കിയാൽ ഇതു് ബോദ്ധ്യപ്പെടുന്നതാണ്. ഈ ഭാഗത്തിന് നാടൻശൈലിയിൽ മൂലാതണ്ടു് എന്നും പറയാറുണ്ടു്. പ്രസവസമയത്തു് ഗുദാസ്ഥിയുടെ ഈ അഗ്രമുഴ ഒരു സെൻറീമീററിൽ കുറയാതെ പിന്നോട്ടു വളഞ്ഞുകൊടുക്കുന്നതിനാൽ ശിശുവിൻെറ തല പുറത്തേയ്ക്കുവരുവാനുള്ള മാൎഗ്ഗം വലുതായിത്തീരുന്നു.

ആസനയെല്ലു് (ഇസ്കിയം–ISCHIUM):–

ഗുഹ്യപ്രദേശത്തിനു താഴെയായി ഇരുവശത്തും രണ്ടു മുഴകൾ കാണാം. ഇവ ആസനയെല്ലുകളുടെ ഭാഗമാണ്. ഇവയാണ് നമുക്കു ഇരിക്കുവാൻ ആധാരമായിത്തീരുന്നതു്. ഈ മുഴകളിൽനിന്നും പൂണെല്ലിലേയ്ക്കു തടിച്ച ഞരമ്പുകൾ പോകുന്നു. പ്രസവസമയത്തു് കുട്ടിയുടെ തലയെ മുന്നോട്ടു തള്ളുന്നതു് ഈ ഞരമ്പുകളുടെ സഹായത്താലാണ്.

നാഭിയെല്ലു് (പ്യൂബിസ്–PUBIS):–

ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുമ്പിൽ മുകളിലായി രോമാവൃതമായിക്കാണുന്ന ഉയൎന്ന തട്ടിൽ അമൎത്തി തടവിനോക്കിയാൽ കാണുന്ന എല്ലിനാണ് നാഭിയെല്ലു് എന്നു പറയുന്നതു്.

ഉപസ്ഥാശയ എല്ലുകളെപ്പററി താഴെപ്പറയുംപ്രകാരം സംക്ഷിപ്തമായിട്ടെങ്കിലും ഒരു മിഡ്വൈഫ് മനസ്സിലാക്കിയിരിക്കേണ്ടതാണ്.

ഇടുപ്പിന്റെ രണ്ടുവശത്തും പുറത്തേയ്ക്കു തള്ളിനില്ക്കുന്ന എളി ഇലിയത്തിന്റെ മേൽവക്കാകുന്നു. ഈ വക്കിന്റെ പുറകിലും മുമ്പിലുമായി ഓരോ മുഴയുള്ളതായിക്കാണാം. ഗുഹ്യപ്രദേശത്തിന്റെ ഇരുവശത്തും അമർത്തിനോക്കിയാൽ കാണുന്ന മുഴകൾ ഓരോ ഭാഗത്തേയും ഇസ്കിയമാണ്. വയറിന്റെ കീഴററത്തു് രോമാവൃതമായിക്കാണുന്ന തട്ട് അമർത്തിനോക്കിയാൽ കാണുന്നഭാഗമാണ് പ്യൂബിസ്. ഇലിയം സേക്രത്തിന്റെ രണ്ടുവശത്തും ചേർന്നിരിക്കുന്നതാണ്. മുതുകെല്ല് സേക്രത്തിന്റെ മേൽഭാഗമാകുന്നു. സേക്രത്തിന്റെ പിൻവശം കുഴിഞ്ഞിരിക്കുന്നു. മുതുകെല്ലും സേക്രവും കൂടിച്ചേരുന്നഭാഗത്തു് മുമ്പോട്ടു തള്ളിനില്ക്കുന്ന മുഴയ്ക്കു് സേക്രൽപ്രമോണ്ടറി എന്നു പറയുന്നു. ഇതു് അധികം മുമ്പോട്ടു തള്ളിനില്ക്കുന്നപക്ഷം ഉപസ്ഥാശയത്തിന്റെ വായ്ക്കു് വിസ്താരം കുറവാണെന്നു് മനസ്സിലാക്കുകയുംചെയ്യണം.

ഉപസ്ഥാശയം മൊത്തത്തിൽ പരിശോധിച്ചാൽ അതു് കുഴിഞ്ഞിരിക്കുന്നതായിക്കാണാം. ഉപസ്ഥാശയത്തിന്റെ ഉള്ളിൽ അല്പം തടിച്ച ഒരു രേഖപോലെ കാണപ്പെടുന്നതാണ് ഉപസ്ഥാശയത്തിന്റെ വായ് (Brim of pelvis). ഈ രേഖയുടെ മീതെയുള്ള ഭാഗത്തിനു് മിഥ്യോപസ്ഥാശയം (ഫാൾസ് പെൽവിസ്–False pelvis) എന്നും അതിനുതാഴെയുള്ള ഭാഗത്തിനു് സാക്ഷാൽ ഉപസ്ഥാശയം (ട്രൂ പെൽവിസ്സ്–True pelvis) എന്നും പറയുന്നു. ഫാൾസ് പെൽവിസ് പ്രസവത്തെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം അപ്രസക്തവും ആവശ്യമില്ലാത്തതുമാണ്. എങ്കിലും ഇതിന്റെ ഭാഗങ്ങളെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയാണ് ട്രൂ പെൽവിസ്സിന്റെ അളവു തിട്ടപ്പെടുത്തുന്നതു്.

ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് (True-pelvis) മൂന്നുഭാഗങ്ങളാണുള്ളതു്.

(൧എ) വായ് (BRIM):— ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ അണ്ഡാകൃതിയിലുള്ള പ്രവേശനകവാടത്തിനാണ് വായ് എന്നു പറയുന്നത്. വലത്തുനിന്നും ഇടത്തോട്ടാണ് ഇതിന് കൂടുതൽ വിസ്താരമുള്ളത്. അത് ഏകദേശം $12\frac{1}{2}$ സെൻറീമീററർ ആണ്. മുൻഭാഗത്തുനിന്നും പിൻഭാഗത്തേയ്ക്കുള്ള വിസ്താരം താരതമ്യേന കുറവാണ്. അത് 10 സെൻറീമീറററിൽ കൂടുതൽ വരില്ല. ആദ്യഗർഭിണികളുടെ ഗർഭം ഒമ്പതു മാസം തികയുമ്പോഴേയ്ക്കും കുട്ടിയുടെ തല ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു ഇറങ്ങുന്നതാണ്. ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സ് ഈ സമയത്ത് ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു ഇറങ്ങീട്ടില്ലെങ്കിൽ അതിൻെറ കാരണം എന്താണെന്ന് കണ്ടുപിടിക്കേണ്ടതാണ്. താഴെപ്പറയുന്ന കാരണങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലുംകൊണ്ട് കുട്ടിയുടെ തല ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്ക് യഥാസമയം ഇറങ്ങാതിരിക്കാവുന്നതാണ്.

1) ഉപസ്ഥാശയം ചെറുതായിരിക്കുക (കൺട്രാക്ററഡ് പെൽവിസ്സ്—Contracted pelvis)
2) കുട്ടിയുടെ തല സാധാരണയിൽകവിഞ്ഞു വലുതായിരിക്കുക (ഹൈഡ്രോകെഫാലസ്—Hydro cephalus)
3) സാധാരണഗതിയിൽ പ്രസവഘട്ടത്തിൽ കുട്ടിയുടെശിരസ്സാണ് ജനനമുഖമായി വരിക, അതിനുപകരം ശിശുവിൻെറ മറേറതെങ്കിലും ഭാഗം ജനനമുഖമായി വരിക.
4) ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ ഏതെങ്കിലും വിധത്തിലുള്ള വളച്ച്കരം ഉണ്ടാകുക (ഉദാ: Fibroid, Ovarian tumour)
5) മുന്നീർ വളരെക്കൂടുതൽ ഉണ്ടായിരിക്കുക (Hydraminios)
6) ഗർഭസ്ഥശിശുവിന് മുമ്പായി മറുപിള്ള ഇരിക്കുക (Placenta-praevia)
7) ഗർഭാശയം ചരിഞ്ഞിരിക്കുക (Obliquity of the uterus)

ഈ സാഹചര്യങ്ങളിൽ ശിശുശിരസ്സ് യഥാസമയം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേക്ക് ഇറങ്ങാതിരിക്കുകയും യോനീമാർഗ്ഗേണ സ്പർശിച്ചറിയുവാൻ കഴിയാത്തവിധത്തിൽ ഉയന്നുകിടക്കുകയും ചെയ്താൽ ഉടനെ മിഡ്‌വൈഫ് ഒരു വിദഗ്ദ്ധ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതാണ്.

(ബി) ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഉള്ള്:– മുൻഭാഗത്തു് നാഭിയെല്ലും പിൻഭാഗത്തു് പൂണെല്ലും ഇടത്തും വലത്തും ആസനയെല്ലുകളുമാണ് ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഉരം ഭാഗത്തിനു ചുററുമുള്ളതു്.

(സി) ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പുറത്തേയ്ക്കുള്ളദ്വാരം:-

ഈ ഭാഗത്തിന് ഇരുവശവുമായി ആസനയെല്ലുകളുടെ മുഴകളും അവയേയും പൂണെല്ലിനേയും തമ്മിൽ ബന്ധിക്കുന്ന ഞരമ്പുകളുമാണുള്ളതു്. പ്രസവാവസരത്തിൽ ഗുദാസ്ഥി പിന്നോട്ടു വളയുമ്പോരം ഈ ദ്വാരത്തിൻെറ കൂടിയ നീളം 12½ സെൻറീമീററായിരിക്കും. ഈ അളവ് മുൻഭാഗത്തുനിന്നും പിൻഭാഗത്തേയ്ക്കുള്ളതാണ്

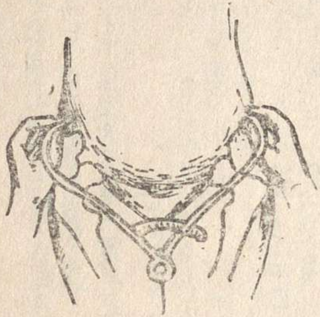
ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ വലിപ്പം

പുറമേയുള്ള അളവുകരം:–

I ഒക്കെല്ലുകളുടെ വക്കിൻെറ മുൻഭാഗത്തുള്ള മുഴകരം തമ്മിലുള്ള അകലം 25 സെൻറീമീററർ (Inter spinous Diameter)

II ഒക്കെല്ലുകളുടെ വക്കുകരം തമ്മിലുള്ള ഏററവും കൂടിയ അകലം 27.5 സെൻറീമീററർ (Inter-cristal Diameter)

III നാഭിയെല്ലിൻെറ മേൽവക്കിൽനിന്നു് പൂണെല്ലും മുതുകെല്ലും ചേരുന്ന ഭാഗം വരെയുള്ള അകലം 19 സെൻറീമീററർ (External conjugate diameter)



ചിത്രം 32

INTERSPINOUS DIAMETER

ചിത്രം 33: EXTERNAL CONJUGATE DIAMETER

ഉപസ്ഥാശയത്തിന്റെ ഉള്ളളവുകൾ

ഉപസ്ഥാശയം	മുൻവശത്തുനിന്നും പിൻവശത്തേയ്ക്കുള്ള അകലം	നേർമദ്ധ്യരേഖകളുടെ ഇടയ്ക്കുള്ള അകലം	വലത്തുനിന്നും ഇടത്തേയ്ക്കുള്ള അകലം
വായ്സ്	10 സെൻറിമീററർ	11.5 സെ: മീററർ	12.5 സെ: മീററർ
ഉള്ള്	11.5 സെ: മീററർ	11.5 സെ: മീററർ	11.5 സെ: മീററർ
പുറത്തേയ്ക്കുള്ളദ്വാരം	12.5 സെ: മീററർ	11.5 സെ: മീററർ	10 സെ: മീററർ

KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY KOTTAYAM 130435

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സ്

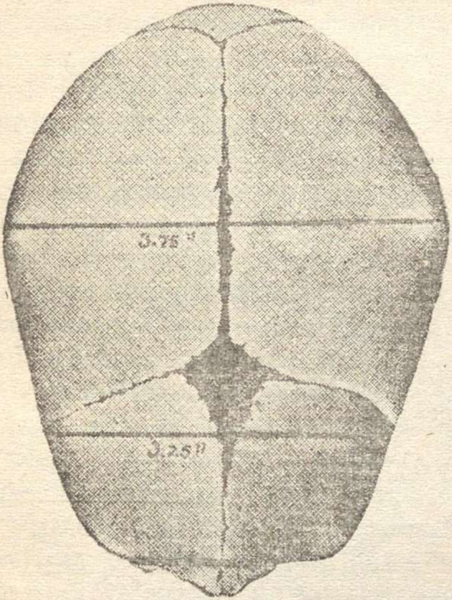
പ്രസവഘട്ടത്തിൽ അനുഭവപ്പെടുന്ന മിക്കവാറും ബുദ്ധിമുട്ടുകൾക്കും അപകടങ്ങൾക്കും പ്രധാന കാരണം ഉപസ്ഥാശയത്തിന്, ശിശുവിൻെറ തല കടന്നു പോരത്തക്ക വിസ്താരമില്ലായ്മയാണ്. അതിനാൽ പ്രസവശുശ്രൂഷ വിദഗ്ധമായി കൈകാര്യം ചെയ്യണമെങ്കിൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സിനെ സംബന്ധിച്ച വൈദ്യശാസ്ത്രപരമായ അറിവ് മിഡ്‌വൈഫിന് ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ടതാണ്.

ശിശുവിൻെറ തലയോട്

ശിശുവിൻെറ തലയോട്ടി അഞ്ചെല്ലുകൾ ചേർത്ത് ഉണ്ടാക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള ഒന്നാണ്.

1. നെററിയെല്ലുകൾ,—രണ്ട് (ഫ്രോണ്ടൽബോൺസ്—Frontal Bones—2)
2. തലയുടെ ഇരുവശത്തുമായി കാണപ്പെടുന്ന ഉച്ചിയെല്ലുകൾ—രണ്ട് (പരൈററൽ ബോൺസ്—Parietal Bones—2)
3. പിൻഭാഗത്തുള്ള എല്ല്—ഒന്ന് (ഓക്സിപ്പിററൽ ബോൺ—Occipital Bone—1)

നെററിത്തടത്തിലെ രണ്ടെല്ലുകളെ ഫ്രോണ്ടൽബോൺസ് എന്നും, ഉച്ചിയുടെ രണ്ടുവശത്തുമായി കാണപ്പെടുന്ന രണ്ടെല്ലുകളെ പരൈററൽ ബോൺസ് എന്നും, നാം മലർന്നു കിടക്കുമ്പോൾ കിടക്കയിൽ സ്പർശിക്കുന്ന എല്ലിന് ഓക്സിപ്പിററൽ ബോൺ എന്നും പറയുന്നു.

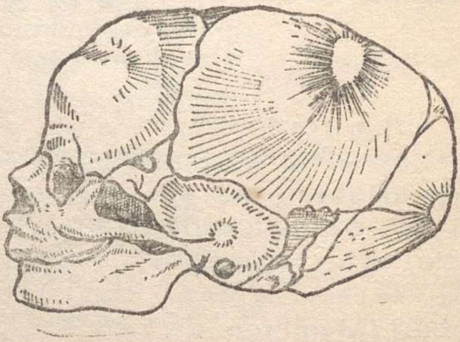


ചിത്രം 34: SUTURES and FONTANELLS of the CRANIAL VALUT—സൂച്ചേഴ്സും ഉച്ചിയും.

മുകളിൽ കുറുകെയുള്ള വര ശിശുശിരസ്സിന്റെ ഏററവും കൂടിയ അളവിനെയും താഴെ കുറുകെയുള്ള വര ഏററവും കുറഞ്ഞ അളവിനെയും കാണിക്കുന്നു.

ശിശുവിന്റെ തലയിലെ ഈ അഞ്ചെല്ലുകളെ പരസ്പരം ബന്ധിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നതു് സൂച്ചേഴ്സ് (Sutures) എന്നു വിളിക്കപ്പെടുന്ന ഒരു പ്രത്യേക സമ്പ്രദായത്തിലാണ്. ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ തലയിലെ എല്ലുകൾ പ്രായപൂർത്തിയായ നമുക്കുള്ളതുപോലെ ഉറപ്പായി ചേർന്നിരിക്കുന്നതിനുപകരം എല്ലുകൾ തമ്മിൽ തൊടാതെ നേരിയ തൊലി (Membranes)യാൽ ചേർക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. പ്രസ

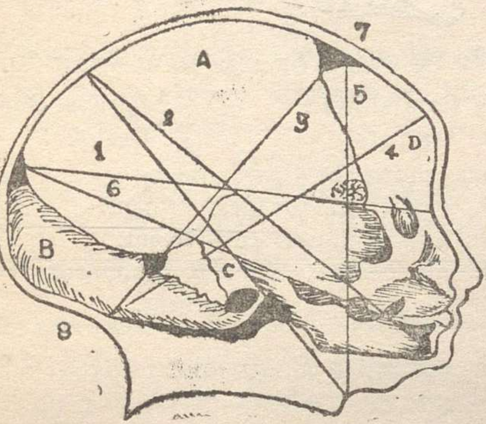
വസമയത്തു് ഉപസ്ഥാശയത്തിൽക്കൂടി കടന്നുപോരേണ്ട ശിശുവിൻെറ തല, ഏതുവിധത്തിൽ ചുരുങ്ങിയാൽ സുഗമമായി പുറത്തേക്കു വരുവാൻ കഴിയുമോ ആ വിധത്തിൽ ചുരുങ്ങുന്നതിനുവേണ്ടിയാണു് ഇപ്രകാരം എല്ലുകളെ തമ്മിൽ ചേൎത്തുറപ്പിക്കാതെ പ്രകൃതി നിബന്ധിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നതു്. നവജാതശിശുവിൻെറ തലയിലെ എല്ലുകളുടെ മദ്ധ്യേ പതുപതുപ്പായ രണ്ടു സ്ഥലങ്ങളും നിങ്ങളും കണ്ടിരിക്കുമല്ലോ. ഉച്ചിയെന്നാണല്ലോ ആ ഭാഗത്തിനു് നാം പറയാറുള്ളതു് ഉച്ചി ഉറച്ചിട്ടില്ല എന്നു് സാധാരണ പറഞ്ഞു കേൾക്കാറുമുണ്ടല്ലോ. കുട്ടിയുടെ തലയുടെ മദ്ധ്യഭാഗങ്ങളിൽ മുമ്പിലും പുറകിലുമായി കാണപ്പെടുന്ന പതുപതുപ്പായ കുഴികൾക്കു് അഥവാ ഉച്ചിക്കു് (ഫോൺടനലെ–Fontanelle) എന്നു പറയുന്നു. ഇവയിൽ വലിയതു് ചതുഷ്കോണാകൃതിയിൽ തലയുടെ മുൻഭാഗത്തും (ആൻറീരിയർ ഫോൺടനലെ–Anterior Fontanelle), മററതു് ത്രികോണാകൃതിയിൽ പിൻഭാഗത്തും (പോസ്റ്റീരിയർ ഫോൺടനലെ–Posterior Fontanelle) ആകുന്നു. പ്രസവഘട്ടത്തിൽ യോനിമാൎഗ്ഗേണ മിഡ്‌വൈഫ് നടത്തുന്ന സ്പർശനപരിശോധനയിൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തല മുന്നോട്ടോ പിന്നോട്ടോ വളഞ്ഞിട്ടുണ്ടോ എന്നു മനസ്സിലാക്കുവാൻ ഈ രണ്ടു സ്ഥാനങ്ങളും സഹായകമായിതീരുന്നു. മുൻഭാഗത്തുള്ള ഉച്ചി ശിശുവിനു് ഏകദേശം ഒന്നര വയസ്സാകുന്നതോടുകൂടിമാത്രമേ നികന്നു കിട്ടുകയുള്ളു. എന്നാൽ



ചിത്രം 35
ശിശുശിരസ്സ്

പിൻഭാഗത്തുള്ള ഉച്ചിപ്രസവശേഷം ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നികന്നു് അദൃശ്യമായിത്തീരുന്നതാണു്.

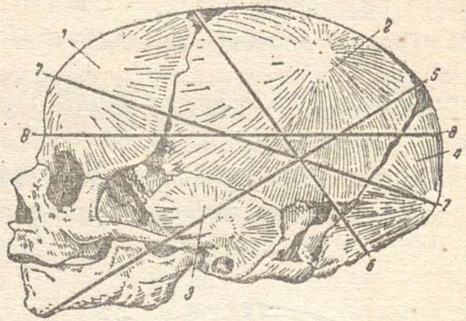
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തലയുടെ ആകൃതി ഏതാണ്ടു് കോഴിമുട്ടയുടേതുപോലെയാണു്. താഴെക്കാണുന്ന ചിത്രങ്ങൾ നോക്കി ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തലയുടെ ഓരോ ഭാഗങ്ങളും, ഓരോ ഭാഗത്തിൻെറ അളവുകളും മനസ്സിലാക്കുക.



ചിത്രം 36: ശിശുവിൻെറ തലയോട്ടു്.

A: തലയുടെ ഇരുവശത്തുമുള്ള എല്ലു് C: ചെന്നിഎല്ലു്
B: പിൻഭാഗത്തുള്ള എല്ലു് D: നെററിഎല്ലു്

1 താടിയും കഴുത്തും ചേരുന്നഭാഗത്തുനിന്നു് ഉച്ചിയിലേയ്ക്കുള്ള അളവു്. 2, ഉച്ചിയിൽനിന്നു് താടിയുടെ അററത്തേയ്ക്കുള്ള അളവു്. 3, പിടലിയിൽനിന്നു് നെറുകെയിലേയ്ക്കുള്ള അളവു്, 4. പിടലിയിൽനിന്നും നെററിയുടെ മേൽഭാഗത്തേയ്ക്കുള്ള അളവു്. 5. കഴുത്തും താടിയും ചേരുന്ന ഭാഗത്തുനിന്നു് നെറുകെയിലേയ്ക്കുള്ള അളവു്. 6, തലയുടെ പിൻഭാഗത്തു് എല്ലില്ലാത്ത സ്ഥലത്തുനിന്നു് മൂക്കിൻെറ മേഖഭാഗംവരെയുള്ള അളവു്. 7. നെറുകെയിലുള്ള എല്ലില്ലാത്ത ഭാഗം, 8. തലയുടെ പിൻഭാഗത്തു് എല്ലില്ലാത്ത ഭാഗം.



ചിത്രം 37: CRANIUM OF THE NEW BORN (SIDE VIEW)

1. Frontal Bone. 2. Parietal Bone
3. Temporal 4. Occipital

The lines shows the dircctions of:-

5. Greater oblique measurement.
6. Lesser oblique measurement.
7. Intermediate oblique measurement.
8. Longitudinal measurement.

കുട്ടിയുടെ തലയുടെ അളവുകൾ

A. പൂർണ്ണവളർച്ചയെത്തിയ ഒരു ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ തലയ്ക്കു് ഏകദേശം 11 സെൻറീമീററർ നീളവും 8 സെൻറീമീററർ വീതിയും 28 സെൻറീമീററർ ചുററളവും ഉണ്ടായിരിക്കും.

B. തലയുടെ മുൻഭാഗത്തെ ഉച്ചിയിൽനിന്നും താടിയുടെ അററത്തേയ്ക്കുള്ള അളവു് (Vertico Mental Diameter), 14 സെൻറീമീറററും, പിൻഭാഗത്തെ ഉച്ചിയിൽനിന്നും താടിയുടെ അററത്തേയ്ക്കുള്ള അളവു് 17 സെൻറീമീറററുമാകുന്നു.

C. തലയുടെ പിൻഭാഗത്തെ ഉച്ചിയിൽനിന്നും മൂക്കിന്റെ മേൽഭാഗം വരെയുള്ള അളവ് (Occipito Frontal Diameter) ഏകദേശം 11 സെൻറീമീററർ ആകുന്നു.

D. തലയും പിടലി(പിരടി)യും തമ്മിൽ ചേരുന്ന ഭാഗത്തുനിന്നും നെററിയുടെ മേൽഭാഗത്തേയ്ക്കുള്ള അളവ് (Suboccipito Frontal Diameter) ഏകദേശം 10 സെൻറീമീററും,

E. പിടലിയിൽനിന്നും നെറുകെയിലേയ്ക്കുള്ള അളവ് (Suboccipito Bregmatic Diameter) 10 സെൻറീമീററും,

F. കഴുത്തും താടിയും ചേരുന്ന ഭാഗത്തുനിന്നും നെറുകെയിലേയ്ക്കുള്ള അളവ് (Submento Bregmatic Diameter) 9 സെൻറീമീററും,

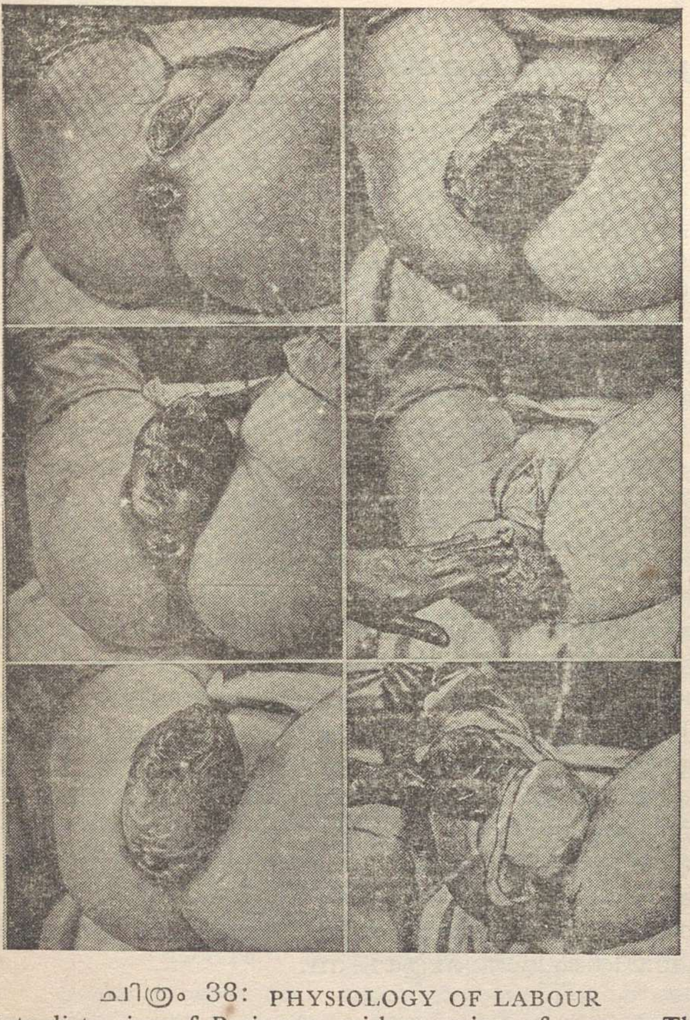
G. കഴുത്തും താടിയും ചേരുന്ന ഭാഗത്തുനിന്നും ഉച്ചിയിലേയ്ക്കുള്ള അളവ് (Submento Vertical Diameter) 11 സെൻറീമീററും ആകുന്നു.

അദ്ധ്യായം 9

പ്രസവം

ഗർഭധാരണത്തിനുമുമ്പുണ്ടായ അവസാനത്തെ ആർത്തവാരംഭദിനം മുതൽ 280 ദിവസം പൂർത്തിയാകുന്ന തോടുകൂടി പ്രസവലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടുതുടങ്ങുന്നതാണ്. സ്തന്യാപജീവികളിൽ സഹജമായുള്ള ഒരു പ്രക്രിയയാണ് പ്രസവം. പ്രസവസന്ധിയിൽ ഗർഭാശയകണ്ഠം (സെർവിക്സ്), ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗം (വജയിനൽ കനാൽ–Vaginal Cannal), യോനീമുഖം എന്നീ ഭാഗങ്ങളെല്ലാം വികസിച്ച് വണ്ണമുള്ള ഒരു കുഴൽപോലെയായിതീരുന്നു.

പ്രസവമടുക്കുമ്പോൾ ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ ജനനമുഖം (ആദ്യം പിറക്കുന്ന ഭാഗം) ഉപസ്ഥാശയത്തിലേക്ക് താഴുന്നു. പ്രഥമ ഗർഭിണികളിൽ പ്രസവതീയതിക്കു രണ്ടു മൂന്നാഴ്ച മുമ്പുതന്നെ ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേക്ക് ഇറങ്ങാറുണ്ട്. എന്നാൽ പിന്നീടുള്ള പ്രസവങ്ങളിൽ പ്രസവവേദന (ലേബർ പെയിൻ–Labour Pain) യുടെ ആരംഭത്തിൽ മാത്രമേ ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേക്കിറങ്ങുന്നുള്ളു. ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലിറങ്ങിക്കഴിഞ്ഞാൽ ഗർഭാശയത്തിന്റെ മേൽഭാഗം കീഴോട്ടിരുന്നതായും, ഗർഭിണിക്കുണ്ടായിരുന്ന ശ്വാസവിമ്മിഷ്ടം കുറഞ്ഞതായും അനുഭവപ്പെടുന്നു. ഗർഭാശയഭാഗം കീഴോട്ടിരുന്ന് മൂത്രാശയത്തിൽ അമച്ച് വരുത്തുന്നതിനാൽ ഈ ഘട്ടത്തിൽ ഗർഭിണിക്ക് കൂടെക്കൂടെ മൂത്രശങ്കയുണ്ടായിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നതാണ്. കാലുകളിൽ വീക്കവും വേദനയും, അപൂർവ്വമായി ചിലക്ക് അർശ്ശസ്സിന്റെ (മൂലക്കുരു) ഉപദ്രവവും ഈ ഘട്ടത്തിൽ അനുഭവപ്പെടാറുണ്ട്.



ചിത്രം 38: PHYSIOLOGY OF LABOUR

Note distention of Perineum with opening of anus, This beeing called "Crowning"; the head rises up on pubis; Chin drops over perineum, external restitution; light pressure down ward aids delivery of the anterior Shoulder; lifting head up allows posterior Shoulder to come out.

Follow action from above.

പ്രസവവേദന (LABOUR PAIN)

ഗർഭം പൂർത്തിയാകുന്നതോടുകൂടി ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങുവാനും വികസിക്കുവാനും ആരംഭിക്കുന്നതും ഗർഭസ്ഥശിശുവിനെ പുറത്തേക്കു തള്ളുവാൻ ശ്രമിക്കുന്നതുമാണ്. ഈ സാഹചര്യത്തിലുണ്ടാകുന്ന ഗർഭാശയത്തിന്റെ ചുരുങ്ങൽ (കൺട്രാക്ഷൻ–Contraction) മൂലം ഉത്ഭൂതമാകുന്ന വേദനയ്ക്കാണ് ലേബർ പെയിൻ അഥവാ പ്രസവവേദന എന്നു പറയുന്നത്. പ്രസവവേദനയ്ക്ക് നോവ് എന്നും പ്രസവവേദന ആരംഭിച്ചതിനു് നോവു കെട്ടി എന്നും ഗ്രാമീണസ്ത്രീകൾ പറയാറുണ്ട്. ഗർഭാശയത്തിന്റെ മേൽഭാഗത്തെ മാംസപേശികൾ സങ്കോചിക്കുകയും (ചുരുങ്ങുകയും) കീഴ്ഭാഗത്തെ മാംസപേശികൾ അയയുകയും (റിലാക്സേഷൻ–Relaxation) തന്മൂലം ഗർഭാശയത്തിന്റെ മേൽഭാഗത്തിനു് കട്ടികൂടുകയും കീഴ്ഭാഗമയഞ്ഞു് കട്ടികുറഞ്ഞതും മാർദ്ദവമുള്ളതുമായി തീരുകയും ചെയ്യുന്നു. പ്രസവവേദന നീണ്ടുനില്ക്കുന്നപക്ഷം, ഗർഭാശയത്തിന്റെ മേൽഭാഗവും കീഴ്ഭാഗവുംകൂടി ചേരുന്ന ഭാഗത്തു് മോതിരാകൃതിയിൽ ഒരു വളയം സ്പർശിക്കാറാകുന്നു. സാധാരണ പ്രസവത്തിൽ ഈ വളയം നാഭിയെല്ലിന്റെ നിരപ്പിനു് താഴെയായിരിക്കുന്നതുകൊണ്ടു് അറിയാറില്ല. വളരെനേരം അസഹനീയമായ നോവ് തുടരുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ ഈ വളയം മേലോട്ടുയരുകയും നാഭിയെല്ലിന്റെ മേൽഭാഗത്തു് സ്പർശിച്ചറിയാൻ കഴിയുന്ന വിധത്തിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്നതാണ്. ഇതു് അപകടകരമായ ഒരു സൂചനയായി മിഡ്‌വൈഫ് മനസ്സിലാക്കേണ്ടതും കഴിയുന്നത്രവേഗം ഈ വിവരം ഡാക്ടരുടെ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെടുത്തേണ്ടതുമാകുന്നു.

വ്യാജനോവ് (ഫാൾസ് പെയിൻ–FALSE PAIN)

ഏറെക്കുറെ പ്രസവവേദനപോലെതന്നെയുള്ള ഒരു വേദന അനുഭവപ്പെട്ടുതുടങ്ങുന്നു. ഈ വേദന വയർ ആകമാനവും ഒരുതരം കടിപോലെയുമാണ് അനുഭവപ്പെടുന്നത്.

മലശോധനയുണ്ടാക്കുന്നതിന്ന് മരുന്നുകഴിക്കുകയോ, എനിമാവസ്തുകയോ ചെയ്താൽ ഈ കള്ളനോവ് ശമിക്കുന്നതായിരിക്കും.

യഥാർത്ഥ പ്രസവവേദന (ട്രൂ പെയിൻ—TRUE PAIN)

ശരിയായ പ്രസവവേദന ആരംഭിക്കുന്നത് ഇടവിട്ട് ഇടവിട്ട് ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങുന്നതിനാലും അയയുന്നതിനാലുമാകുന്നു. യഥാൎത്ഥത്തിലുള്ള പ്രസവവേദന മുതുകിൽ നിന്ന് ആരംഭിക്കുന്നതായി തോന്നുന്നതും ക്രമേണ വേദന അധികരിച്ചും അസഹനീയമായും തീരുന്നതുമാണ്. യഥാൎത്ഥത്തിലുള്ള പ്രസവവേദന നിമിത്തമാണ് ഗർഭാശയം മാർദ്ദവരഹിതമായി തീരുന്നതും അതിന്റെ വായ് വികസിച്ചുവരുന്നതും, മുന്നീർക്കുടം യോനിയിലേക്ക് തള്ളിവരുന്നതും.

പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽ ഗർഭാശയത്തിന്റെ ഉൾവായ് (ഇന്റേർണൽ ഓസ്—Internal Os) വികസിക്കുകയും ഗർഭാശയകണ്ഠത്തിന്റെ (സെർവിക്സ്) നീളം കുറഞ്ഞുവരികയും ചെയ്യുന്നു. (Obliteration of the Cervical Cannal).

പ്രസവവേദന അധികരിക്കുന്നപക്ഷം നാഡിമിടിപ്പ് വർദ്ധിക്കുകയും രക്തസമ്മർദ്ദ (ബ്ളഡ് പ്രഷർ—Blood Pressure) നിരക്ക് ഉയരുകയും ചെയ്യുന്നു.

നോവ്, ഇടുപ്പിന്റെ പിൻഭാഗത്തുനിന്നും ആരംഭിച്ച് മുൻവശത്തുവന്ന് കാലുകളിലേക്ക് വ്യാപിക്കുന്നു.

ഗർഭാശയത്തിന്റെ വായിൽ പററിയിരിക്കുന്ന മുന്നീർക്കുടത്തോൽ അവിടെനിന്നും വേർപെടുന്നതിനാൽ രക്തവൎണ്ണത്തിലുള്ള ഒരു വാച്ച് ഉണ്ടാകുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഈ വാച്ചിന്ന് അടയാളം അഥവാ ഷോ (show) എന്നു പറയുന്നു. പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിലുണ്ടാകുന്ന പ്രഥമ ലക്ഷണങ്ങളിൽ പ്രധാനമാണിത്.

പ്രസവഘട്ടങ്ങൾ

പ്രസവത്തെ മൂന്നു ഘട്ടങ്ങളായി വിഭജിക്കാം. ഓരോ ഘട്ടങ്ങളിലും ഗർഭിണിയിലുണ്ടാകുന്ന വ്യതിയാനങ്ങളെ മിഡ്‌വൈഫ് ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വീക്ഷിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കേണ്ടതും ഡാക്ടറുടെ സഹായം ആവശ്യമാണെന്നു് തോന്നുന്നപക്ഷം ഉടനടി അദ്ദേഹത്തെ വിളിപ്പിക്കേണ്ടതുമാകുന്നു.

ഒന്നാംഘട്ടം (FIRST STAGE)

ശരിയായ നോവു് (True pain) ആരംഭിക്കുമ്പോൾ മുതൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് പൂർണ്ണമായി വികസിക്കുന്നതുവരെയുള്ള സമയത്തെയാണു് സാധാരണയായി ഒന്നാംഘട്ടം എന്നു പറയുന്നതു്. ഈ സമയം ആദ്യപ്രസവത്തിൽ ഏതാണ്ടു് 12 മണിക്കൂർ മുതൽ 16 മണിക്കൂർ വരെയും, പിന്നീടുള്ള പ്രസവങ്ങളിൽ ഏകദേശം 6 മുതൽ 12 മണിക്കൂർ വരെയും നീണ്ടുനില്ക്കും. ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് വികസിക്കുകയല്ലാതെ ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ജനനമുഖം അധികമായി കീഴോട്ടിറങ്ങുകയില്ല. കുട്ടിയുടെ തല (സാധാരണ ജനനമുഖം) ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു് ഇറങ്ങിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ ഈ പതനത്തിൻെറ അവസാനസമയത്തോടുകൂടി ജനനമുഖം ഇറങ്ങുന്നതായിരിക്കും. ആദ്യഗർഭിണികളിൽ യോനീമാർഗ്ഗമായി പരിശോധിക്കുമ്പോൾ ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് ഒരു നേരിയ വളയം പോലെ വിരലിൽ തടയുന്നതും അതിലൂടെ മുന്നീർക്കുടം ഒരു കുമിളപോലെ തള്ളിനില്ക്കുന്നതായി കാണപ്പെടുന്നതുമാകുന്നു. വിരലുകൊണ്ടു് അമർത്തിയാൽ അതു് പൊട്ടിപ്പോകാനിടയുള്ളതുകൊണ്ടു് അങ്ങിനെ ചെയ്തുകൂടാത്തതാകുന്നു.

ഈ ഒന്നാംഘട്ടത്തിൽ പ്രസവവേദന (നോവ്) ലഘുവായിരിക്കുന്നതും ഏതാനും സെക്കൻറു മുതൽ ഒരു മിനിററു വരെ മാത്രം നിലനില്ക്കുന്നതുമായിരിക്കും. ക്രമേണ നോവു വർദ്ധിച്ച് ഒന്നാംപതനത്തിൻെറ അവസാനഘട്ടത്തോടടുക്കുമ്പോഠം മൂന്നു മുതൽ പത്തു മിനിററു വരെ ഇടവിട്ടിടവിട്ട് ഉണ്ടാകുന്നു. ചില സ്ത്രീകഠംക്ക് ഈ ഘട്ടത്തിൽ ഛർദ്ദി ഉണ്ടായി എന്നുവരാം. ഛർദ്ദി ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായുടെ വികസനത്തിലും പ്രസവത്തെ ത്വരിതപ്പെടുത്തുന്നതിനും സഹായകമാണ്. ഈ ഘട്ടത്തിൽ ഗർഭിണി നടന്നുകൊണ്ടിരിക്കുന്നതായാൽ കുട്ടിയുടെ ജനനമുഖത്തിൻെറ ഘനംകൊണ്ട് ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് നന്നായി വികസിക്കുന്നതിനു സഹായിക്കുന്നു. പ്രസവത്തിൻെറ പുരോഗതിക്ക് മലബന്ധവും മൂത്രതടസ്സവും പ്രതിബന്ധമാകയാൽ മലമൂത്രവിസർജ്ജനം ശരിയായി നടന്നിട്ടില്ലെങ്കിൽ എനിമാ കൊടുത്ത് മലശ്ശോധനയുണ്ടാക്കേണ്ടതും കത്തീററർ ഉപയോഗിച്ച് മൂത്രം എടുത്തുകളയേണ്ടതുമാകുന്നു. ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് പൂർണ്ണമായി വികസിക്കുന്നതിനുമുമ്പ് ചില കേസുകളിൽ മുന്നീക്കുടം പൊട്ടിപ്പോയെന്നു വരാവുന്നതാണ്. അങ്ങനെ സംഭവിച്ചാൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ്ക് പൂർണ്ണമായി വികസിക്കുന്നതിന് പ്രയാസം നേരിടുന്നതും ഒന്നാംഘട്ടം ദീർഘിച്ചു പോകുന്നതുമാണ്.

മുന്നീക്കുടം നേരത്തെ പൊട്ടുന്നത് അഭിലഷണീയമല്ലായെന്ന നിലവിലുള്ള അഭിപ്രായഗതിയിൽ ആധുനിക സൂതിശാസ്ത്രജ്ഞന്മാക്ക് വിയോജിപ്പാണുള്ളത്. ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വരുന്ന സാധാരണ പ്രസവങ്ങഠംക്ക് മുന്നീക്കുടം നേരത്തെ പൊട്ടുന്നതാണ് നല്ലതെന്ന അഭിപ്രായമാണ് എനിക്കുള്ളത്. മുന്നീക്കുടം നേരത്തെ പൊട്ടുന്ന പല ഗർഭിണികളിലും പ്രസവം നേരത്തെ നടക്കുന്നതാ

യാണ് കണ്ടുവരുന്നതു്. മുന്നീക്കുടം പൊട്ടിക്കുന്നതു്, പ്രസവത്തെ ത്വരിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള ഒരുപാധിയായി ഇന്നു സ്വീകരിച്ചുവരുന്നുമുണ്ടു്. ശിരോദയത്തിനുപകരം (തല ജനനമുഖമായിവരുന്ന അവസ്ഥ) അസാധാരണമായ ഉദയം (പ്രസൻേറഷൻ) ഉണ്ടാവുകയോ, പ്രസവത്തിനു വളരെ താമസം നേരിടുകയോ ചെയ്യുന്നപക്ഷം ഒന്നാംഘട്ടത്തിൻെറ അവസാനംവരെ മുന്നീക്കുടം പൊട്ടിക്കാതിരിക്കുകയാണ് വേണ്ടതു്.

ഗർഭാശയത്തിലെ അസാധാരണമായ പ്രവത്തനങ്ങൾമൂലം മുന്നീക്കുടം വളരെ നേരത്തെതന്നെ പൊട്ടിപ്പോകാറുണ്ടു്. ഇത്തരം സന്ദർഭങ്ങളിൽ കുട്ടിയുടെ ജീവനു് അപകടം സംഭവിച്ചേക്കാം. മുന്നീക്കുടം വളരെ താമസിച്ചു പൊട്ടുന്നതുകൊണ്ടും അപകടസാദ്ധ്യതയുണ്ടു്. ഗർഭാശയത്തിൻെറ കഴുത്തു് ഒൻപതു സെൻറീമീററോളം വികസിച്ചിട്ടും, മുന്നീക്കുടം പൊട്ടാതിരുന്നാൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിനെ ഗർഭപാത്രത്തിൽനിന്നും പുറത്തേയ്ക്കുതള്ളുവാനുള്ള സങ്കോചവികാസങ്ങൾ ക്ഷയോന്മുഖമായിത്തീരുന്നു. പ്രസവിക്കപ്പെടുന്നതിനുമുമ്പു് മുന്നീക്കുടം പൊട്ടുന്നില്ലെങ്കിൽ മുന്നീക്കുടത്തിൻെറ ഒരു ഭാഗമായിരിക്കുന്ന ആംമ്നിയോൺ (Amnion) അതിൻെറ സ്ഥാനത്തുനിന്നു് വേർപെട്ടെന്നോ വേർപെട്ടില്ലെന്നോ വരാവുന്നതാണ്. വേർപെട്ടാലും വേർപെട്ടില്ലെങ്കിലും കുട്ടിയുടെ തല ആംമ്നിയോൺ ചമ്മസഞ്ചിയാൽ ആവരണംചെയ്യപ്പെട്ടനിലയിലായിരിക്കും ജനിക്കുന്നതു്. മിഡ്വൈഫ് ഏററവും വേഗം ശിശുശിരസ്സിലെ ഈ ആവരണം നീക്കംചെയ്യേണ്ടതാകുന്നു. ഇപ്രകാരം ചെയ്യാതിരുന്നാൽ ശിശു ശ്വാസംമുട്ടി മരിച്ചുപോകുന്നതാണ്. ഗർഭാശയകണ്ഠം പൂണ്ണമായി വികസിച്ചിട്ടും മുന്നീക്കുടം പൊട്ടുന്നില്ലെങ്കിൽ നോവില്ലാത്തസന്ദർഭം നോക്കി കത്രി ഉപയോഗിച്ചു് അതു പൊട്ടിക്കുകയാണ് ബുദ്ധിപൂവ്വമായ നടപടി.

രണ്ടാംഘട്ടം (SECOND STAGE):-

ഗർഭാശയം പൂൎണ്ണമായി വികസിച്ചതിനുശേഷം, കുട്ടി പുറത്തേയ്ക്കുവരുന്നതുവരെയുള്ള സമയത്തിനാണ് രണ്ടാംഘട്ടം എന്നു പറയുന്നതു്. ഈ ഘട്ടത്തിൽ കുട്ടിയുടെ ജനനമുഖം ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും യോനീമാൎഗ്ഗത്തിലേയ്ക്കു് ഇറങ്ങുന്നു. ഈ അവസരത്തിലാണ് മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടുന്നതും മുന്നീർ, യോനീമാൎഗ്ഗം—ജനനമാൎഗ്ഗം കഴുകി ശുദ്ധിയാക്കിക്കൊണ്ടു പുറത്തേയ്ക്കു് ഒഴുകുന്നതും. ഈ പതനത്തിലാണ് വേദന ശക്തമായിത്തീരുന്നതും, തുടരെത്തുടരെയുണ്ടാകുന്നതും. വേദന ഒന്നു മുതൽ മൂന്നു മിനിററുവരെ സമയം നീണ്ടുനില്ക്കുന്നതുമാണ്. ഗർഭിണി വേദന സഹിയാതെ നിലവിളിക്കുന്നതും ശക്തമായി മുക്കുന്നതുമായിരിക്കും. ഈ സന്ദർഭത്തിൽ ഗർഭിണിയെ കട്ടിലിൽനിന്നും മാററിക്കൂടാത്തതും, മലത്തിക്കിടത്തി കാലുകൾ മടക്കിക്കുത്തി അവരുടെ കൈകൾ കൊണ്ടുതന്നെ കട്ടിലിലോ തുടകളിലോ അമർത്തിപ്പിടിപ്പിച്ചുകൊണ്ടു് മുക്കുവാൻ ഉപദേശിക്കുകയുമാണ് കരണീയമായിട്ടുള്ളതു്. ഈ അവസരത്തിൽ കാലുകളിലെ മസ്സിലുകൾ സങ്കോചിക്കുവാൻ ഇടയാകുന്നതിനാൽ ഉരുണ്ടുകയററം (ക്രാംപ്‌സ്-Cramps) ചിലൎക്കനുഭവപ്പെടാറുണ്ടു്.

ജനനമുഖം യോനിയിലേയ്ക്കിറങ്ങുമ്പോൾ മലാശയത്തിനു് അമച്ചയുണ്ടാകുന്നതിനാൽ മലം വിസൎജ്ജിക്കപ്പെടാനിടയുണ്ടു്. ഇങ്ങനെ സംഭവിക്കാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടിയാണ് പ്രസവത്തിന്റെ ഒന്നാംഘട്ടത്തിൽതന്നെ എനിമാ കൊടുത്തു് മലാശയശുദ്ധിവരുത്തണമെന്നു് നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ളതു്. ഏതെങ്കിലും കാരണവശാൽ പ്രസവഘട്ടത്തിൽ മലവിസൎജ്ജനം ഉണ്ടായാൽ ലോഷനിൽ മുക്കിയ പഞ്ഞികൊണ്ടു് മിഡ്‌വൈഫ് അതു് പിന്നോക്കം

തുടച്ചുമാററേണ്ടതാണ്. ഇങ്ങനെ ചെയ്യാതിരുന്നാൽ ഗർഭിണിക്ക് വിഷപ്പനി (Septic fever) ഉണ്ടാകാനിടയുണ്ട്. ഗർഭസ്ഥശിശു യോനീവാതൽ കടക്കാറാകുമ്പോഠം ഗർഭിണിയെ ഇടതുവശത്തേയ്ക്ക് ചരിച്ചുകിടത്തുകയാണ് നല്ലതു്. ഓരോ തവണ നോവുണ്ടാകുമ്പോഴും കുട്ടിയുടെ തല ക്രമേണ പുറത്തേയ്ക്കിറങ്ങിവരുന്നു. കുട്ടി വരുന്ന മാർഗ്ഗത്തിൽ കുറെനേരമിരുന്നുപോയാൽ ജനനമുഖം വീങ്ങി മുന്നോട്ടുന്തിവരുന്നതാണ്. കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സിൽ ഇപ്രകാരമുണ്ടാകുന്ന വീക്കത്തിന് അഥവാ മുഴയ്ക്ക് ക്യാപ്ററ് സക്സീഡനം (Caput Succedaneum) എന്നുപറയുന്നു. പ്രസവശേഷം ഏതാനും മണിക്കൂറുകളോ, ദിവസങ്ങളോ കഴിയുമ്പോഠം കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സിലെ ഈ മുഴ അപ്രത്യക്ഷമാവുന്നതാണ്.

രണ്ടാംഘട്ടം ഏകദേശം അര മണിക്കൂർ നീണ്ടുനില്ക്കുന്നു. ഈ ഘട്ടത്തിൻെറ അവസാനത്തോടുകൂടി പ്രസവവും നടക്കുന്നു.

മൂന്നാംഘട്ടം (THIRD STAGE)

ശിശുജനനത്തിശേഷം മറുപിള്ള പൂർണ്ണമായി പിറക്കുന്നതുവരെയുള്ള സമയത്തിനാണ് മൂന്നാംഘട്ടം എന്നു പറയുന്നതു്. പ്രസവം കഴിയുന്നതോടെ മാതാവിൻെറ വേദന പെട്ടെന്നു ശമിക്കുന്നതും, അവർ ആശ്വാസനിശ്വാസത്തോടെ കുറേസമയത്തേയ്ക്ക് അനങ്ങാതെ കിടക്കുന്നതുമാണ്. തുടന്ന് വീണ്ടും നോവാരംഭിക്കുന്നതും മറുപിള്ള പൂർണ്ണമായി വെളിയിൽ വരുന്നതുവരെ ഇടവിട്ടിടവിട്ട് നോവുണ്ടായിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നതുമാണ്. അപ്പോഠം അടിവയററിൽ മെല്ലെ തടവിക്കൊടുക്കുന്നതു് അവക്കു ആശ്വാസകരവും മറുപിള്ള വീഴാൻ സഹായകവുമാണ്. ഈ മൂന്നാംഘട്ടവും അരമണിക്കൂറിൽക്കൂടുതൽ നീണ്ടുനില്ക്കാറില്ല. മറുകിട്ടി പിറക്കുന്നതോടുകൂടി കുറേ രക്തവും

സ്രവിക്കപ്പെടുന്നു. ഇതു് ഏതാനും ഔൺസിൽക്കൂടുതൽ ഉണ്ടായിരിക്കുകയില്ല.

മറുപിള്ള ഗർഭാശയഭിത്തിയിൽനിന്നും വേർപെട്ടു പോന്നതിനുശേഷം ഗർഭാശയം നല്ലതുപോലെ ചുരുങ്ങാത്തപക്ഷം രക്തസ്രാവം (ഹെമറേജ്‌- Haemorrhage) ഉണ്ടാവുന്നതാണ്. മറുപിള്ള പോന്നശേഷം ഗർഭാശയം നന്നായി ചുരുങ്ങീട്ടുണ്ടെങ്കിൽ വളരെ കുറഞ്ഞ തോതിൽ മാത്രമെ രക്തം ഒലിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുകയുള്ള മറുകുട്ടി പിറന്നതിനുശേഷം വയറിനുമീതെ കൈവച്ചു് ഗർഭാശയത്തെ സ്പർശിച്ചുനോക്കിയാൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തലയ്ക്കുണ്ടായിരുന്നത്ര വലിപ്പത്തിലും, കട്ടിയുള്ള ഒരു പന്തിൻെറ ആകൃതിയിലും അതു് വ്യക്തമാകുന്നതാണ്.

സാധാരണ പ്രസവത്തിൽ ഏതാണ്ടു് മുന്നൂറു മില്ലീലിററർ (10 ഔൺസ്) രക്തത്തോളം നഷ്ടപ്പെടുന്നു. ഇതിൽ പകുതി മറുപിള്ളയുടെ പിറവിക്കു മുമ്പും പകുതി അതിൻെറ പിറവിയോടുകൂടിയുമാണ് പോകുന്നതു്.

പ്രഥമഗർഭിണികളിൽ—വിശേഷിച്ചു് മുപ്പതു വയസ്സിനുമേൽ പ്രായമുള്ള പ്രഥമഗർഭിണികളിൽ പ്രസവത്തിനു് 20 മണിക്കൂർ വരെ സമയമെടുക്കാറുണ്ട്.

ഒന്നിലധികം പ്രസവിച്ചിട്ടുള്ള ചില സ്ത്രീകൾ രണ്ടോ മൂന്നോ മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ പ്രസവിക്കാറുമുണ്ടു്.

ചിത്രം 39: THIRD STAGE OF LABOUR.

Delivery of the placenta. Cord laid straight up, gauze sponge in episiotomy wound: cord advancing, froms loop showing that placenta has loosened and slipped down, placenta with blood behind it appears, note that traction is not made on cord; only membranes still attached, note how midwife places basin-not over anus; weight of placenta drags membranes off; aid last part of membranes with finger.
Follow action from above down ward.

അദ്ധ്യായം 10

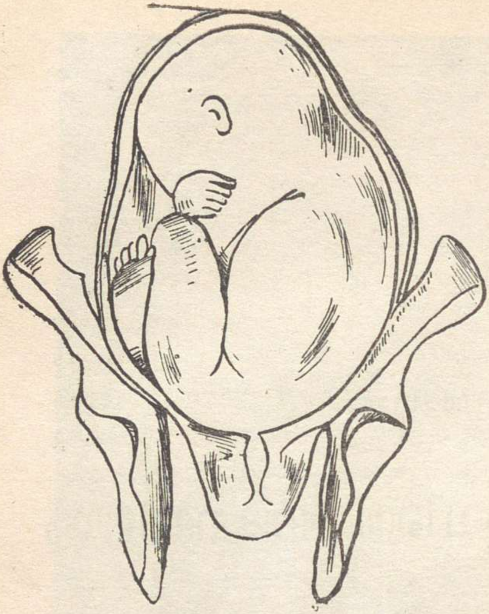
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശയനനിലയും ജനനമുഖവും

(LIE AND PRESENTATION OF FOETUS)

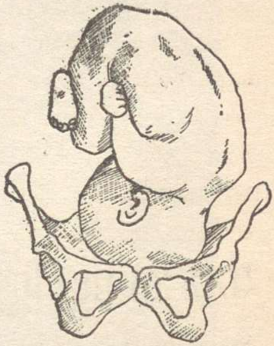
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഗർഭാശയത്തിലെ കിടപ്പ് (ശയനനില) ഏതെല്ലാംവിധത്തിലായിരിക്കുമെന്നുള്ളത് വ്യക്തമായും മിഡ്ഢ്വൈഫ് മനസ്സിലാക്കിയിരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. ശിശുവിൻെറ ശയനനിലയെ ആശ്രയിച്ചാണ് ജനനമുഖത്തിൻെറ അഥവാ ഉദയഭാഗത്തിൻെറ (പ്രസൻേറഷൻ) ആവിർഭാവം.

ശയനനില

I. നെടുകെയുള്ള കിടപ്പ് (LONGITUDINAL LIE):— കുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൽ മേലുകീഴായിക്കിടക്കുന്ന ഈ രീതിയിൽ തലയോ, പൃഷ്ടമോ ഏതെങ്കിലും ഒരു ഭാഗം താഴെയോ മുകളിലോ ആയി വരുന്നു. നെടുകെയുള്ള കിടപ്പിൻെറ വിവിധ മാതൃകകൾ ചിത്രങ്ങൾ നോക്കി മനസ്സിലാക്കുക.

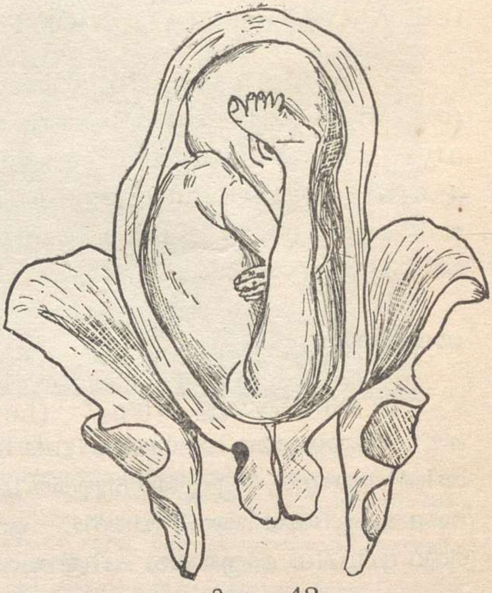


ചിത്രം 40



ചിത്രം 41

ചിത്രം 42

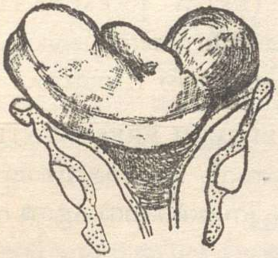


ചിത്രം 43

നെട്ടകെയുള്ളശയനനില—വിവിധമാതൃകകൾ

ഈ കിടപ്പിൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ തല, നെററി, മുഖം, പൃഷ്ഠം എന്നീ ഭാഗങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്നായിരിക്കും ജനനമുഖം അഥവാ ഉദയഭാഗമായി വരുന്നതു്.

II. വിലങ്ങനെയുള്ളകിടപ്പ് (TRANSEVERSE LIE):- കുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൽ കുറുകെയായി കിടക്കുന്ന ഈ ശയനനിലയിൽ അതിന്റെ തല ഒരു വശത്തും പൃഷ്ഠം മറുവശത്തുമായിരിക്കും. ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ തോൾ, മുട്ടുകൈ, കൈ എന്നീ ഭാഗങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലുമൊന്നു് ആദ്യമായി വരുന്ന കേസുകളിൽ കുട്ടിയുടെ ശയനനില വിലങ്ങനെയുള്ളതായിരിക്കും.



ചിത്രം 44: ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ
വിലങ്ങനെയുള്ള കിടപ്പ്
(TRNSVERSE POSITION OF FETUS)

ജനനമുഖം (പ്രസൻേറഷൻ–PRESENTATION)

ഗർഭിണിയുടെ യോനീമാർഗ്ഗത്തിലൂടെ വിരലുകടത്തി പരിശോധിക്കുമ്പോൾ ശിശുവിന്റെ ഏതു ഭാഗത്താണോ വിരലുകൾ ആദ്യമായി സ്പർശിക്കുന്നതു് ആ ഭാഗത്തിനു് ജനനമുഖം അഥവാ ഉദയഭാഗം എന്നു പറയുന്നു. പ്രസവഘട്ടത്തിൽ ഉദയഭാഗമായി വരാവുന്ന ഭാഗങ്ങൾ താഴെപ്പറയുന്നവയാണു്,

I) ശിരസ്സ് (VERTEX PRESENTATION):– കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സിൽ എല്ലില്ലാതെയുള്ള (Pesterior Fontanelle) ഭാഗം (ഉച്ചി) ജനനമുഖമായി വരുന്ന അവസ്ഥയ്ക്ക് വെർട്ടക്സ് പ്രസൻേറഷൻ എന്നു പറയുന്നു.

II മുഖം (FACE PRESENTATION):– മുഖം ആദ്യമായി വരുന്നതിനു് അഥവാ മുഖം ഉദയഭാഗമായി വരുന്നതിനു് ഫേയ്സ് പ്രസൻേറഷൻ എന്നു പറയുന്നു.

III നെററി (BROW PRESENTATION):– നെററി ജനനമുഖമായി വരുന്ന അവസ്ഥയ്ക്കു് ബ്രോ പ്രസൻേറഷൻ എന്നു പറയുന്നു.

IV പൃഷ്ഠം (BREECH PRESENTATION):– ശിശുവിൻെറ ആസനം ജനനമുഖമായി വരുന്നതിനു് ബ്രീച്ചു് പ്രസൻേറഷൻ എന്നു പറയുന്നു.

V കാൽമുട്ട് (KNEE PRESENTATION):- ശിശുവിൻെറ കാൽമുട്ടു് ജനനമുഖമായി വരുന്ന സ്ഥിതിവിശേഷത്തിനു് നീ പ്രസൻേറഷൻ എന്നു പറയുന്നു.

VI പാദം (FOOT PRESENTATION):– കുട്ടിയുടെ ഒരു പാദം ആദ്യംവരുന്ന അവസ്ഥയ്ക്കു് ഫൂട്ട് പ്രസൻേറഷൻ എന്നു പറയുന്നു.

VII തോൾ (SHOULDER PRESENTATION).– ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഏതെങ്കിലും ഒരു തോൾ ഉദയഭാഗമായി വരുന്നതിനു് ഷോൾഡർ പ്രസൻേറഷൻ എന്നു പറയുന്നു.

VIII കൈമുട്ട് (ELBOW PRESENTATION):– കുട്ടിയുടെ കൈമുട്ട് ജനനമുഖമായിവരുന്ന അവസ്ഥക്ക് എൽബോ പ്രസൻേറഷൻ എന്നു പറയുന്നു.

IX കൈ (HAND PRESENTATION):– ശിശുവിൻെറ ഏതെങ്കിലും ഒരു കയ്യ് ജനനമുഖമായി വരുന്നതിനു് ഹാൻഡ് പ്രസൻേറഷൻ എന്നും പറയുന്നു.

മേൽപറയപ്പെട്ട പലവിധ ജനനമുഖങ്ങളിൽ ഏററവും കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്നതു് ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വരുന്ന വെർട്ടക്സ് പ്രസൻേറഷൻ ആകുന്നു. 96 ശതമാനം പ്രസവങ്ങളും ഈ രീതിയിലാണ് നടക്കുന്നതു്. ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വരുന്ന ഈ അവസ്ഥയാണ് പ്രകൃത്യാലുള്ളതും അപകടരഹിതവുമായ ഉദയഭാഗം അഥവാ ജനനമുഖം.

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ നില (POSITION)

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഒരു പ്രത്യേക ഭാഗം, ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഏതു ഭാഗത്തേക്കു് തിരിഞ്ഞിരിക്കുന്നുവോ അതനുസരിച്ചാണ് ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ നില നിർണ്ണയിക്കപ്പെടുന്നതു്. തലയാണ് കീഴോട്ടിറങ്ങുന്നതെങ്കിൽ അതിൻെറ പിൻഭാഗം ഇടത്തോ വലത്തോ എന്നു നിർണ്ണയിക്കുന്നു. അതുപോലെതന്നെ മുഖമോ പൃഷ്ഠമോ ജനനമുഖമായി വരുമ്പോഴും കുട്ടിയുടെ പിൻഭാഗം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തോ പിൻഭാഗത്തോ എന്നു തീർച്ചപ്പെടുത്തേണ്ടിവരുന്നു. കുട്ടിയുടെ പിൻഭാഗം തലയായാലും പൃഷ്ഠമായാലും മാതാവിൻെറ ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തു് ഇടതുവശംമാറിയായിരുന്നാൽ അതിനു്

ഒന്നാംനിലയെന്നും, വലതുവശം മാറിയാണെങ്കിൽ അതിന്ന് രണ്ടാംനിലയെന്നും, കുട്ടിയുടെ പിൻഭാഗം മാതാവിൻെറ ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്തു് വലതുവശം ചേൎന്നാണെങ്കിൽ അതിന്നു് മൂന്നാംനിലയെന്നും, ഇടതുവശം ചേൎന്നാണെങ്കിൽ നാലാംനിലയെന്നും പറയുന്നു. കുട്ടി ഏതു നിലയിലായാലും ഏതു വിധത്തിൽ കിടന്നാലും സാധാരണയായി അതിൻെറ ശിരസ്സ് മുന്നോട്ടുകുനിഞ്ഞും ഉടൽ വളഞ്ഞും കൈകൾ മാറിടത്തിൽ ചേൎത്തു മടക്കിയും താടി നെഞ്ചോടുചേൎന്നും കാലുകൾ മടങ്ങിയും ആകെക്കൂടി വളരെക്കുറച്ചു മാത്രം സ്ഥലമുപയോഗിച്ചുകൊണ്ടു് ഏതാണ്ടു് ചുരുണ്ടുകൂടിയമട്ടിലാണു് ഗർഭാശയത്തിൽ അതു് സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതു്.

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ കിടപ്പു്, നില, ഉദയഭാഗം (ജനനമുഖം) എന്നിവ കണ്ടുപിടിക്കുന്നതിനുള്ള മാൎഗ്ഗങ്ങൾ താഴെ വിവരിക്കുന്നു.

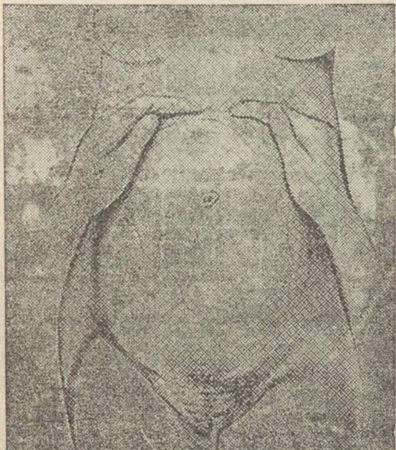
1) വയറിനുമീതെയുള്ള പരിശോധന (അബ്ഡോമിനൽ എക്സാമിനേഷൻ–Abdominal Examination) ഇതു് മൂന്നു വിധത്തിൽ ചെയ്യാവുന്നതാണു്.

a) വീക്ഷണം (INSPECTION):– ആദ്യമായി മിഡ്‌വൈഫ് ഗർഭിണിയുടെ സമീപത്തുനിന്നുകൊണ്ടു് വയറിൻെറ സ്ഥിതി നോക്കി മനസ്സിലാക്കുക. ഗർഭിണിയുടെ വയറിൻെറ മേലുകീഴായുള്ള നീളം വീതിയേക്കാൾ കൂടുതലാണെങ്കിൽ ശിശു മേലുകീഴായിട്ടാണു് കിടക്കുന്നതു് (Longitudinal lie) എന്നു് തീരുമാനിക്കാം. വയറിൻെറ വീതി, നീളത്തേക്കാൾ കൂടുതലാണെങ്കിൽ കുട്ടി വിലങ്ങനെ (Transvers lie) യാണു് കിടക്കുന്നതെന്നും മനസ്സിലാക്കണം. കുട്ടിയുടെ പുറം (Back side) ഗർഭാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തായാണു് സാധാരണ കണ്ടുവരുന്നതു്. എന്നാൽ ശിശുവിൻെറ പുറം ഗർഭാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്താണെങ്കിൽ ഗർഭിണിയുടെ വയറു് സാധാരണയിൽ കവിഞ്ഞു് മുന്നോട്ടു തള്ളിയിരിക്കുന്നതായും കുട്ടിയുടെ കൈകാലുകളും മുട്ടുകളും കൂടെക്കൂടെ മുഴച്ചുവരുന്നതുപോലെയും കാണാവുന്നതാണു്.

ഗർഭം പൂർണ്ണമായിരിക്കുന്ന അവസ്ഥയിൽ പൊക്കിളിനുചുററുമുള്ള വയറിൻെറ അളവ് സാധാരണയായി നൂററ സെൻറീമീററർ ആയിരിക്കും. ഈ അളവിൽ കൂടുതലായി തോന്നിക്കുന്നപക്ഷം അതു് മുന്നീർ ആധിക്യം (Hydraminos) കൊണ്ടോ, ഇരട്ടക്കുട്ടികൾ (Twins), കോശമുഴ (ട്യൂമർ–Tomour) വളരെ വലിപ്പംകൂടിയ കുട്ടി എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലുംകൊണ്ടോ ആയിരിക്കും.

b) **സ്പർശപരിശോധന** (PALPATION):—സ്പർശപരിശോധന നാലു വിധത്തിൽ നിർവ്വഹിക്കാവുന്നതാണു്.

ഒന്നു്:– ഫണ്ടൽ ഗ്രിപ്പു് (FUNDAL GRIP)



ചിത്രം 45: ബാഹ്യപരിശോധന.
ഫണ്ടസ്സിൻെറ ഉയർച്ച നിർണ്ണയിക്കുന്ന രീതി
(Fundal grip)

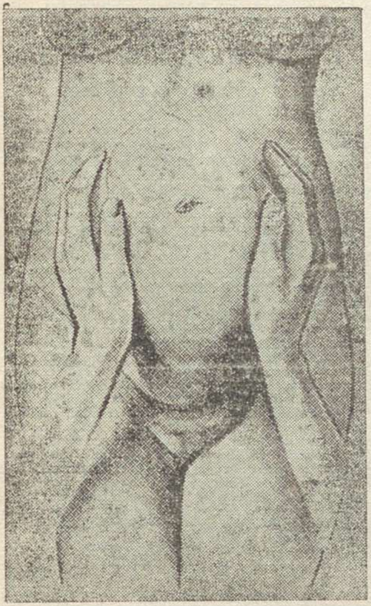
ഗർഭിണിയെ മലർത്തിക്കിടത്തി അവളുടെ കാലുകൾ അല്പം അകററി മടക്കിക്കുത്തിച്ചുവച്ചുകൊണ്ടു് മിഡ്‌വൈഫ് അവൾക്കഭിമുഖമായി വലതുവശത്തിരുന്നുകൊണ്ടു് കൈകൾ കമഴ്ത്തി ഉദരത്തിൽവച്ചു് കുട്ടിയുടെ ആകൃതിയും വലിപ്പവും ഫണ്ടസ്സിൻെറ ഉയർച്ചയും മററും കണ്ടുപിടിക്കുന്നതുവരെ സാവധാനത്തിൽ തലോടിനോക്കുക.

ഈ സ്പർശപരിശോധനയിൽ ആദ്യമായി ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗത്തു് (Fundus) അമർത്തിനോക്കി അവിടെ കുട്ടിയുടെ ഏതു ഭാഗമാണു് കിടക്കുന്നതെന്നു് കണ്ടുപിടിക്കണം. മേൽഭാഗത്തു് സ്പർശിച്ചറിയുവാൻ കഴിയുന്ന ഭാഗം ഉരുണ്ടതും സാമാന്യം കഠിനമായും ആണു് അനുഭവപ്പെടുന്നതെങ്കിൽ അതു് കുട്ടിയുടെ തലയാണെന്നും മറിച്ചു് വലിപ്പംകൂടിയും മാർദ്ദവപ്പെട്ടുമാണു് തോന്നുന്നതെങ്കിൽ അതു് പൃഷ്ഠമാണെന്നും മനസ്സിലാക്കണം. കുട്ടിയുടെ തല ഉരുണ്ടും കട്ടിയായരീതിയിലും അങ്ങോട്ടുമിങ്ങോട്ടും തള്ളിമാററാവുന്ന വിധത്തിലും, പൃഷ്ഠഭാഗം വലിപ്പംകൂടിയും പതുപതുപ്പായിട്ടും തള്ളിയാൽ ഇളകാത്ത രീതിയിലുമായിരിക്കുമെന്നു് സംക്ഷിപ്തമായി പറയാം.

ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗത്തു് ശിരസ്സോ പൃഷ്ഠഭാഗമോ കാണാത്തപക്ഷം കുട്ടിയുടെ കിടപ്പു് വിലങ്ങനെയാണെന്നു് മനസ്സിലാക്കണം.

രണ്ടു്:- അംബിലിക്കൽ ഗ്രിപ്പു് (UMBILICAL GRIP)

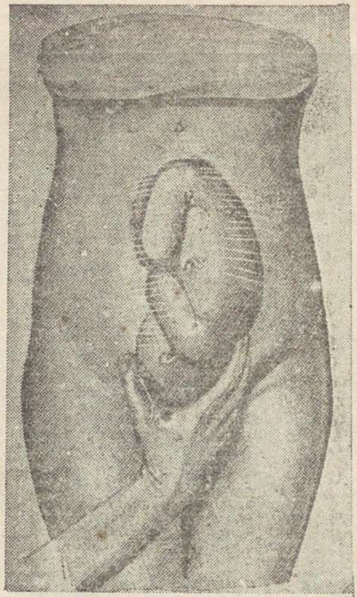
ഗർഭിണിയുടെ പൊക്കിളിനു് ഇരുവശത്തും മുൻപറഞ്ഞ പ്രകാരം അമർത്തിനോക്കിയാൽ കുട്ടിയുടെ പുറം പൊക്കിളിൻെറ ഒരു ഭാഗത്തും കൈകാലുകൾ കുഴയും മുഴയുമായി മറുവശത്തും കാണാം.



ചിത്രം 46: പൊക്കിളിന്ന് ഇരുവശവുമായുള്ള പരിശോധന
(Umbilical grip)

മൂന്നു്:- പെൽവിക്കു് ഗ്രിപ്പു് (FIRST PELVIC GRIP)

ഗർഭിണിയുടെ നാഭി അടക്കിപ്പിടിച്ചുനോക്കിയാൽ കുട്ടിയുടെ ഏതു ഭാഗമാണു് ജനനമുഖമായി വരുന്നതെന്നു് മനസ്സിലാക്കാം. പ്രസവാരംഭത്തിൽ കുട്ടി ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ ഉദയഭാഗം, പൃഷ്ഠം, നെററി, മുഖം, ഇതിലേതെങ്കിലുമോ ശിരസ്സിന്റെ നാലു

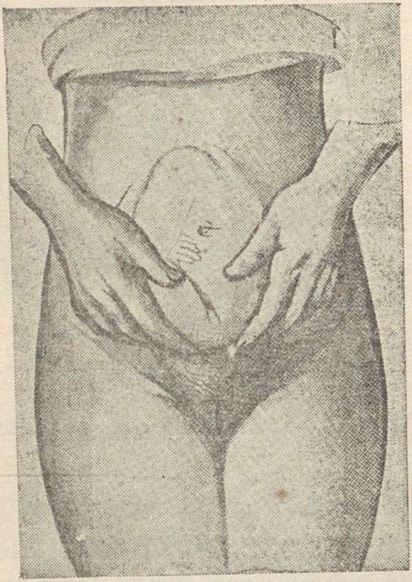


ചിത്രം 47. ഒരു കൈകൊണ്ടു് നാഭി അടക്കിപ്പിടിച്ചു് ജനനമുഖം നിർണ്ണയിക്കുന്ന രീതി (First pelvic grip)

നിലകളിൽ മൂന്നാമത്തേതോ നാലാമത്തേതോ ആയിരിക്കുമെന്നു് മനസ്സിലാക്കേണ്ടതാണു്.

ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വൈരൂപ്യമുണ്ടായിരിക്കുകയോ, കുട്ടിക്കുമുമ്പായി മറുപിള്ള സ്ഥിതിചെയ്യുകയോ, കുട്ടിയുടെ തല വളരെ വലുതായിരിക്കുകയോ ആണെങ്കിൽ ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുകയില്ല. നോവു തുടങ്ങിയിട്ടും ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങാതിരിക്കുന്ന ക്രമവിരുദ്ധമായ നിലയിൽ പ്രസവം വളരെ ക്ലേശകരമാവാനിടയുണ്ടു്. അതിനാൽ ഡോക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതാണു്.

നാല്:- പെൽവിക്ക് ഗ്രിപ്പ് (SECOND PELVIC GRIP)

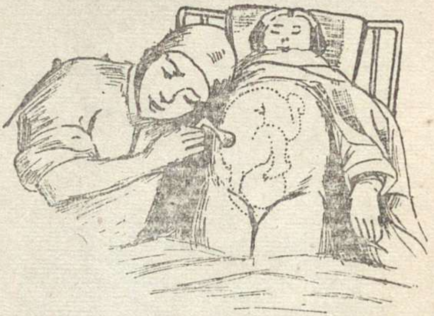


ചിത്രം 48: ഇരുകരങ്ങളുമുപയോഗിച്ച് നാഭി അടക്കിപ്പിടിച്ച് ജനനമുഖം നിർണ്ണയിക്കുന്ന രീതി (Second pelvic grip)

മിഡ്‌വൈഫ്, ഗർഭിണിയുടെ കാലിൻെറ ഭാഗത്തേയ്ക്കു് തിരിഞ്ഞുനിന്നുകൊണ്ടു് നാഭിയുടെ ഇരുവശത്തും കൈകറം കമഴ്ത്തിവച്ച് അമർത്തിനോക്കുക. കുട്ടിയുടെ തല ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു് എത്രത്തോളം ഇറങ്ങിയിരിക്കുന്നു എന്നു് താടിയുടേയും തലയുടേയും പിൻഭാഗത്തിൻേറയും നിലകൊണ്ടു് മനസ്സിലാക്കാം.

മൂത്രാശയം നിറഞ്ഞിരിക്കുകയാണെങ്കിൽ അതൊരു മുഴപോലെ നാഭിയെല്ലിൻെറ മേൽഭാഗത്തു് കാണുമെന്നുള്ളതിനാൽ മിഡ്‌വൈഫ് തെററിദ്ധരിക്കാനിടയാകരുതു്.

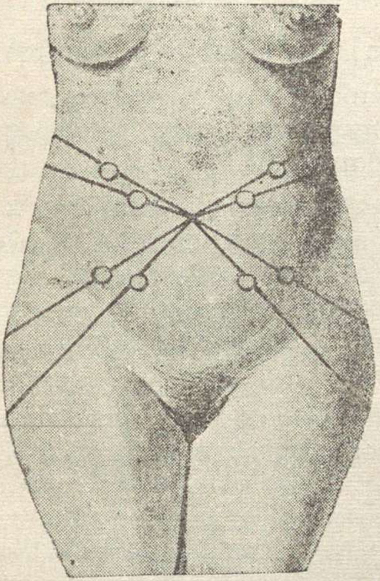
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയശബ്ദശ്രവണം (AUSCULTATION OF FOETAL HEART)



ചിത്രം 49 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയശബ്ദശ്രവണരീതി

കരസ്പർശന പരിശോധനയ്ക്കുശേഷം മിഡ്‌വൈഫ് ഫീററൽ സ്റ്റെതസ്കോപ്പിൻെറ (Foetal Stethoscope or Obstetric Stethoscope) സഹായത്തോടെയോ, ഗർഭിണിയുടെ വയററത്ത് ചെവിമുട്ടിച്ചുവച്ചോ ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനനിരക്ക് ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതാകുന്നു. കുട്ടിയുടെ ഹൃദയസ്പന്ദനം ശ്രദ്ധിക്കാൻകഴിയുന്ന സ്ഥലം അതിൻെറ ഗർഭാശയത്തിലെ കിടപ്പിന്ന് അനുസരണമായിരിക്കും. ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയമിടിപ്പ് ഒരു റിസ്റ്റ് വാച്ചിൻെറ അടിപ്പുപോലെയായിരിക്കുന്നതും മിനിട്ടിൽ 120 പ്രാവശ്യം മിടിക്കുന്നതുമായിരിക്കും. ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയമിടിപ്പും ഗർഭാശയത്തിൻെറ സീല്ക്കാരശബ്ദം (യൂട്ടറിൻ സൂഫിൾ—Uterine Souffle) വും ഏകകാലത്ത് ശ്രവിക്കപ്പെടുന്നതാണ്. ഗർഭാശയ സീല്ക്കാരശബ്ദം ഗർഭിണിയുടെ ഹൃദയസ്പന്ദനത്തിനനുസരണമായി മിനിട്ടിൽ 72 പ്രാവശ്യം മാത്രമേ ഉണ്ടായിരിക്കയുള്ളു.

കുട്ടിയുടെ കിടപ്പനുസരിച്ച് താഴെപ്പറയുന്ന ഭാഗങ്ങളിൽ ഫീററൽ സ്റ്റെതസ്കോപ്പുവച്ച് അതിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനം ശ്രവിക്കാൻ കഴിയുന്നതാണ്.



ചിത്രം 50

ശിരോദയത്തിലും (Vertex) പൃഷ്ഠോദയ (Breech) ത്തിലും ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനങ്ങൾ ശ്രവിക്കാൻ കഴിയുന്ന വിവിധ ഭാഗങ്ങൾ. O ഈ അടയാളം നോക്കുക

ശിരസ്സ് ഒന്നാംനിലയിൽ:–

1) കുട്ടിയുടെ ഹൃദയസ്പന്ദനം ഗർഭിണിയുടെ പൊക്കിളിനുതാഴെ ഇടതുഭാഗത്തായി ശ്രവിക്കാം.

ശിരസ്സ് രണ്ടാംനിലയിൽ:–

2) കുട്ടിയുടെ ഹൃദയമിടിപ്പ് ഗർഭിണിയുടെ പൊക്കിളിനുതാഴെ വലതുഭാഗത്തായി ശ്രവിക്കാം.

ശിരസ്സ് മൂന്നാംനിലയിൽ:–

3) രണ്ടാംനിലയിൽ ഹൃദയസ്പന്ദനം ശ്രവിക്കുന്ന സ്ഥാനത്തുനിന്നും അല്പംകൂടി വലത്തോട്ടുമാറിയാണ് ഈ നിലയിൽശ്രവിക്കാൻകഴിയുന്നതു്.

ശിരസ്സ് നാലാംനിലയിൽ:–

4) ഒന്നാംനിലയിൽ ഹൃദയസ്പന്ദനം ശ്രവിച്ചസ്ഥാനത്തുനിന്നും അല്പം ഇടത്തോട്ടുമാറി ശ്രവിക്കാവുന്നതാണ്.

5) കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വരുന്ന ഘട്ടങ്ങളിൽ ഹൃദയസ്പന്ദനം അതിൻെറ നെഞ്ചിൽകൂടിയാണ് കേൾക്കുന്നതു്. സാധാരണയായി ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനം അതിൻെറ പുറകുവശത്തുനിന്നുമായിരിക്കും ശ്രവിക്കുക.

6) മുഖത്തിൻെറ ഒന്നും രണ്ടും നിലകളിൽ വളരെ അപൂർവ്വമായി മാത്രമെ അതിൻെറ ഹൃദയമിടിപ്പ് ശ്രവിക്കപ്പെടുന്നുള്ളു. ഗർഭിണിയുടെ പൊക്കിളിൻേറയും ഒക്കെല്ലിൻേറയും (Crest of Ileum) മദ്ധ്യേകൂടിയായിരിക്കും അപൂർവ്വമായെങ്കിലും കേൾക്കാൻ കഴിയുന്നതു്. കേട്ടാൽതന്നെ വ്യക്തമായിരിക്കയുമില്ല.

7) മുഖത്തിൻെറ മൂന്നാംനിലയിലും നാലാംനിലയിലും ഗർഭിണിയുടെ പൊക്കിളിൻേറയും ഒക്കെല്ലിൻേറയും മേൽവക്കിലുള്ള മുഴയുടെ മദ്ധ്യേ ഇടത്തോ വലത്തോ ഭാഗത്തായി ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയമിടിപ്പ് ശ്രവിക്കാം.

8) നെററി ജനനമുഖമായി വരുന്ന അവസരത്തിൽ അതിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനം വ്യക്തമായി കേൾക്കാൻ കഴിയുകയില്ല.

9) പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവത്തിൽ കുട്ടിയുടെ പുറം ഏതു ഭാഗത്തേയ്ക്കു് തിരിഞ്ഞി

രിക്കുന്നുവോ ആ ഭാഗത്തായിരിക്കും അതിൻെറ ഹൃദയമിടിപ്പു കേരംക്കാൻ കഴിയുന്നതു്.

10) പൃഷ്ഠം ഒന്നാംനിലയിലാണെങ്കിൽ ഗർഭിണിയുടെ പൊക്കിളിൻെറ നിരപ്പിനു് അല്പം ഇടത്തോട്ടോ, മേൽഭാഗംകണ്ടു് അല്പം ഇടത്തോട്ടു മാറിയോ ആയിരിക്കും കുട്ടിയുടെ ഹൃദയമിടിപ്പു കേരംക്കുക.

11) പൃഷ്ഠത്തിൻെറ രണ്ടാംനിലയിൽ മേൽപറഞ്ഞ സ്ഥാനത്തുതന്നെ അല്പം വലത്തോട്ടുമാറിയായിരിക്കും ഹൃദയമിടിപ്പു കേരംക്കുന്നതു്.

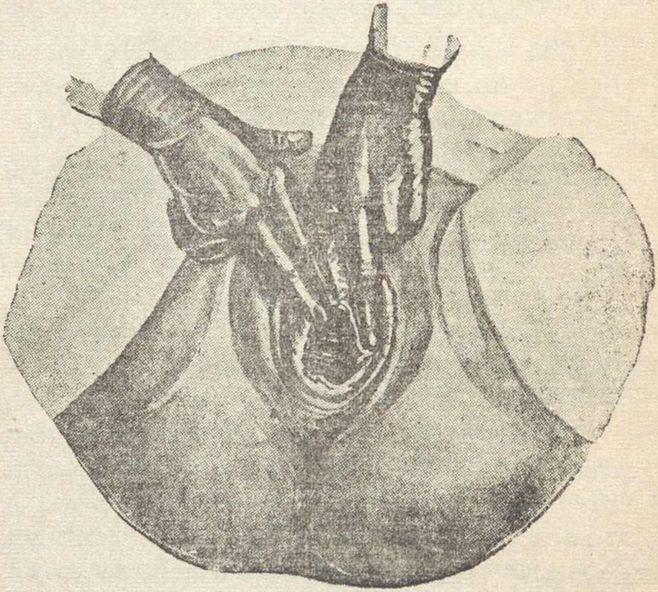
12) പൃഷ്ഠത്തിൻെറ മൂന്നും നാലും നിലകളിൽ ചില കേസ്സുകളിൽ ഹൃദയസ്പന്ദനം കേരംക്കുവാനേ കഴിയുകയില്ല. കേരംക്കുന്ന കേസുകളിൽ അതു് പൊക്കിളിൻേറയും വാരിയെല്ലിൻേറയും മദ്ധ്യേയായിരിക്കുകയും ചെയ്യും.

ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധന

യോനീമാർഗ്ഗമായി ഗർഭപരിശോധന നടത്തുതിനു മുമ്പു് ഗർഭിണിയുടെ ഗുഹ്യപ്രദേശം ശുദ്ധിയാക്കുക. അതിനുശേഷം ഗർഭിണിയെ മലത്തിക്കിടത്തി കാലുകരം അകററി മടക്കിക്കുത്തിച്ചതിനുശേഷം പ്രഥമദർശനത്തിൽ ഗുഹ്യപ്രദേശത്തു് പ്രത്യേകതകരം വല്ലതുമുണ്ടോയെന്നു് ശ്രദ്ധിച്ചുനോക്കണം. നോട്ടത്തിൽ യോനീവീക്കം, പഴപ്പുപോലെയുള്ള വാച്ച്, വലുതായി വീത്ത രക്തസിരകരം, വൃണം എന്നിവ വല്ലതുമുണ്ടോയെന്നു് കണ്ടുപിടിക്കണം. യോനീവീക്കമുണ്ടെങ്കിൽ വൃക്കരോഗവും, ചലംപോലെയുള്ളവാച്ചയുണ്ടെങ്കിൽ ഉഷ്ണപ്പുണ്ണും ഗർഭിണിക്കുണ്ടായിരിക്കാമെന്നു് മിഡ്വൈഫ് മനസ്സിലാക്കണം.

അനന്തരം മിഡ്വൈഫ് തൻെറ കൈകരം സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവും ഉപയോഗിച്ചു് വൃത്തിയായി കഴുകിയതിനുശേഷം ലൈസോരം (Lysol) ലോഷനിൽ മുക്കി

വച്ചതിനുശേഷം ഗർഭിണിയുടെ വലതുവശത്തുനിന്നുകൊണ്ടു് ഇടതുകൈവിരലുകാംകൊണ്ടു് യോനീദളങ്ങരം അകററി വലതുകയ്യുടെ രണ്ടു വിരലുകരം യോനിയിലേയ്ക്കു കടത്തി താഴെപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങരം കണ്ടുപിടിക്കാൻ ശ്രമിക്കുക.



ചിത്രം 51: ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധനാക്രമം. യോനിയിലേയ്ക്കു് രണ്ടു വിരലുകരം കടത്തുന്നു. ഉള്ളിലേയ്ക്കു് വിരലുകരം കയററുമ്പോരം അവയുടെ പ്രത്യേകഗതി ശ്രദ്ധിക്കുക.

1 ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് എത്രത്തോളം വികസിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും അതിൽനിന്നും പ്രസവം എത്രത്തോളം പുരോഗമിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും മനസ്സിലാക്കുക.

2 മുന്നീക്കുടം പൊട്ടിയിട്ടുണ്ടോ എന്നു് നോക്കുക.

3 കുട്ടിയുടെ ഏതു ഭാഗം ജനനമുഖമായിരിക്കുന്നു എന്നു് മനസ്സിലാക്കുക.

4 കുട്ടിയുടെ തലയ്ക്കു് വീക്കമുണ്ടോ എന്നും ഉണ്ടെങ്കിൽ എത്രത്തോളമുണ്ടെന്നും നിർണ്ണയിക്കുക.

5 ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വൈരൂപ്യമോ അതിൽ മുഴകളോ മററോ ഉണ്ടോയെന്നും ശ്രദ്ധിക്കുക.

6 പൊക്കിൾക്കൊടി യോനിയിലേയ്ക്കുവീണിട്ടുണ്ടോ എന്നു നോക്കുക.

7 മൂത്രാശയം നിറഞ്ഞു് യോനിയുടെ മുൻഭാഗത്തേയ്ക്കു് തള്ളിനില്ക്കുന്നുണ്ടോ എന്നും അതു് വിരലിൽ തട്ടുന്നുണ്ടോ എന്നും മനസ്സിലാക്കുക.

പ്രസവവേദന അനുക്രമം വർദ്ധിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന പക്ഷം മുന്നീർക്കുടം സ്വയം പൊട്ടുന്നതുവരെ ക്ഷമിച്ചിരിക്കണം. യോനീമാർഗ്ഗമായുള്ള പരിശോധന കൂടുതൽ പ്രാവശ്യം ആവർത്തിക്കാതിരിക്കാൻ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതാണു്. മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടാതിരിക്കുകയും കുട്ടിയുടെ ഹൃദയസ്പന്ദനം കേൾക്കുകയും ചെയ്യുന്നുണ്ടെങ്കിൽ യാതൊരുവിധമായ പരിഭ്രമത്തിനും ധൃതികൂട്ടലിനും കാര്യമില്ല.

പ്രസവസമയത്തു് മിഡ്വൈഫ് പ്രത്യേകമായി ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ:-

a ഗർഭാശയഗളം (സെർവിക്സ്) പൂർണ്ണമായി വികസിക്കുന്നതിനുമുമ്പു് മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ക്രമവിരുദ്ധമായി എന്തെങ്കിലും സംഭവിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നു് മനസ്സിലാക്കുക.

b സെർവിക്സ് പൂർണ്ണമായി വികസിച്ചതിനുശേഷവും നോവിനു് അനുസരണമായി ജനനമുഖം യോനിയിലേയ്ക്കു് ഇറങ്ങുന്നില്ലെങ്കിൽ എന്തോ തടസ്സമുണ്ടെന്നു മനസ്സിലാക്കുക.

c) കുട്ടിയുടെ കിടപ്പ് സാധാരണനിലയിലല്ലെങ്കിൽ മുന്നീർക്കുടം, സെർവിക്സിനുള്ളിൽക്കൂടി കുമ്പിളിന്റെ ആറാംപോലെ കൂത്ത് പുറത്തേയ്ക്കു തള്ളിവരും. ഇങ്ങനെ മുന്നീർക്കുടം കൂത്തുതള്ളി വരുന്നപക്ഷം എന്തോ തകരാറുണ്ടെന്നു് നിശ്ചയിക്കുക.

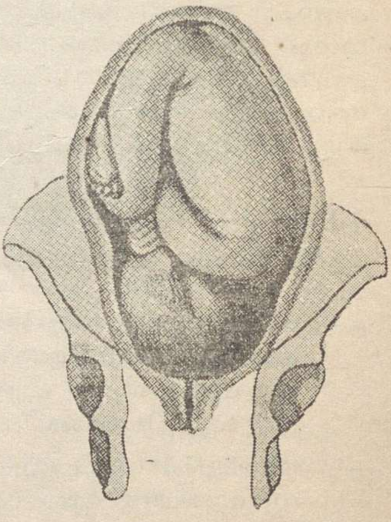
ഈ മൂന്നു സാഹചര്യത്തിലും ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതു് ആവശ്യമാണു്.

പ്രസവപുരോഗതി

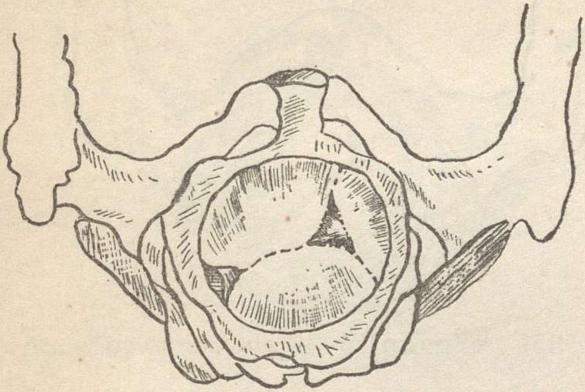
തൊണ്ണൂററിആറു ശതമാനം പ്രസവങ്ങളിലും കുട്ടിയുടെ തലയുടെ ഏതെങ്കിലും ഭാഗമാണു് ജനനമുഖമായി വരുന്നതു്. അതിൽതന്നെ ഭൂരിഭാഗവും വെർടക്സ് പ്രസന്റേഷൻ (ഉച്ചിയുടെ പിൻഭാഗം മുമ്പിൽവരുന്ന രീതി) ആയിരിക്കുകയും ചെയ്യും.

ഉച്ചി ജനനമുഖമായി നാലു നിലകളിൽ വരാവുന്നതാണു്.

1 ഗർഭസ്ഥ ശിശുവിന്റെ തലയുടെ പിൻഭാഗം മുമ്പിലായി ഉപസ്ഥാശയത്തിന്റെ ഇടതുവശത്തായിട്ട് ഉള്ള നില. ഇതിനു് എൽ. ഓ. ഏ. (Left Occipito Anterior L. O. A.) എന്നു പറയുന്നു.

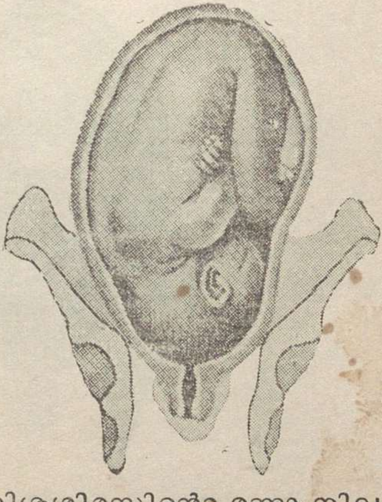


ചിത്രം 52: ശിശു ശിരസ്സിന്റെ ഒന്നാംനില.
(Vertex Presentation—First Position—L. O. A.)

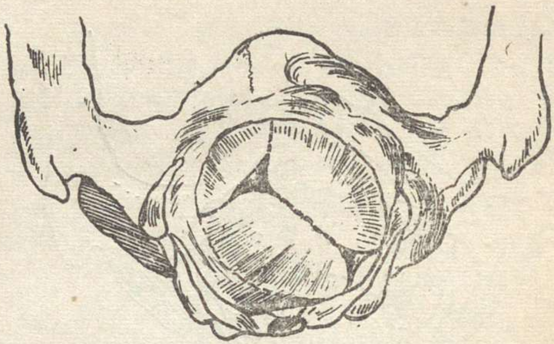


ചിത്രം 53: ഒന്നാംനില (ഉച്ചിഭാഗം ശ്രദ്ധിക്കുക)

2 ശിശുവിൻെറ തലയുടെ പിൻഭാഗം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുമ്പിൽ വലതു ഭാഗത്തായിട്ടുള്ള നില. ഇതിനു് ആർ.ഓ.ഏ. (Right Occipito Anterior –R. O. A.) എന്നു പറയുന്നു.

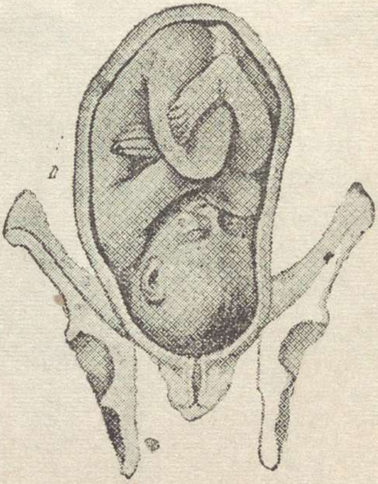


ചിത്രം 54: ശിശുശിരസ്സിൻെറ രണ്ടാംനില
(Vertex Presentation—Second Position—R. O. A.)

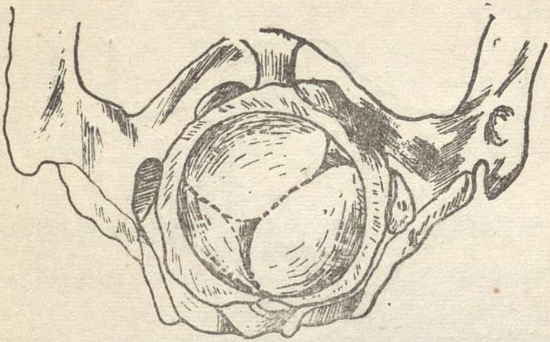


ചിത്രം 55: രണ്ടാംനില (ഉച്ചിഭാഗം ശ്രദ്ധിക്കുക).

3 കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സിൻെറ പിൻഭാഗം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്തു് വലതുവശത്തായിട്ടുള്ള നില. ഇതിനു് ആർ. ഓ. പി. (Right Occipito Posterior-R. O. P.) എന്നു പറയുന്നു.

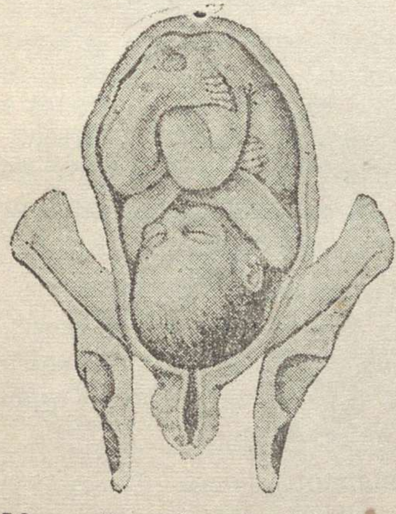


ചിത്രം 56: ശിരസ്സിൻെറ മൂന്നാംനില.
(Vertex Presentation—Third Position—R. O. P.)

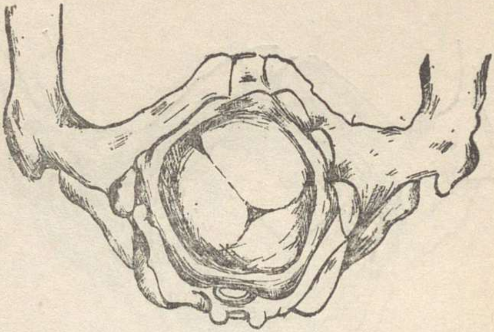


ചിത്രം 57: മൂന്നാംനില (ഉച്ചിഭാഗം ശ്രദ്ധിക്കുക).

4 കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സിന്റെ പിൻഭാഗം ഉപസ്ഥാശയത്തിന്റെ പിൻഭാഗത്തു് ഇടതുവശത്തായിട്ടുള്ള നില. ഇതിനു് എൽ. ഓ. പി. എന്നു പറയുന്നു. (Left Occipito Posterior--L. O. P)



ചിത്രം 58: ശിശുശിരസ്സിന്റെ നാലാംനില
(Vertex Presentation—Fourth Position—L. O. P.)



ചിത്രം 59: നാലാംനില (ഉച്ചിഭാഗം ശ്രദ്ധിക്കുക).

പ്രസ്തുത നാലു നിലകളിൽ ആദ്യത്തേതായ എൽ. ഓ. ഏ. ആണ് കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്നത്.

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി കിടക്കുന്ന സാധാരണപ്രസവത്തിൻെറ പുരോഗതി:-

പ്രസവത്തിനു മൂന്നു ഘട്ടങ്ങൾ ഉണ്ടെന്നും അതിൽ രണ്ടാംഘട്ടത്തിലാണ് പ്രസവം നടക്കുന്നതെന്നും നേരത്തെ പ്രസ്താവിച്ചുവല്ലോ. രണ്ടാംഘട്ടത്തിൽ കുട്ടി കീഴോട്ടിറങ്ങുന്നത് ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങി അതിനെ പുറത്തേക്കു തള്ളുന്നതുകൊണ്ടാണ്. ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സ് കീഴോട്ടിറങ്ങി പുറത്തുവരുന്നത് താഴെപ്പറയുന്ന ആറുവിധ ചലനങ്ങൾ മൂലമാകുന്നു.

1) ഇറക്കം (DESCENT)

ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങുന്നതുനിമിത്തമാണ് ജനനമുഖം കീഴോട്ടിറങ്ങുന്നത്. ഈ ചുരുങ്ങൽ രണ്ടാംഘട്ടത്തിൻെറ ആരംഭം മുതൽ പ്രസവാവസാനംവരെ ഇടവിട്ടിടവിട്ട് സംഭവിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു.

2) മടങ്ങൽ (FLEXION)

ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവത്തിൽ വേദന തുടങ്ങുന്നതിനു മുമ്പുതന്നെ കുട്ടിയുടെ തല മുന്നോട്ട് കു

നിഞ്ഞിരിക്കുന്നു. മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിയതിനുശേഷം തലയുടെ കുനിവ് അധികമാകുകയും അത് ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു് ഇറങ്ങുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ കുനിവുമൂലം കുട്ടിയുടെ തല നെററിയെക്കാറം താഴെയായിരിക്കുകയും ആ ഭാഗം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ അസ്ഥിബന്ധനഞരമ്പുകളിന്മേൽ ആദ്യം വന്നുതടയുകയും തന്മൂലം അത് മുന്നോട്ടുതിരിയുകയും ചെയ്യും.

3) ഉള്ളിലുള്ള തിരിച്ചിൽ (INTERNAL ROTATION)

ശിരസ്സ് കീഴോട്ടു താഴുംതോറും ഉച്ചിയുടെ പിൻഭാഗം നാഭിയെല്ലിൻെറ കീഴിലും, നെററി, പൂണെല്ലിൻെറ മുമ്പിലുമായി തിരിയുന്നു.

നിവരൽ (EXTENSION)

തലയുടെ പിൻഭാഗം കീഴ്പ്പോട്ടിറങ്ങുന്നതിന് നാഭിയെല്ല് തടസ്സമായി തീരുന്നതുകൊണ്ടു്, താടി, നെഞ്ചത്തുനിന്നും അകലുകയും മുഖം യോനീദ്വാരത്തിലേക്ക് വരികയും ചെയ്യുന്നു. തുടന്നു നെററി, മുഖം, താടി എന്നിവ ക്രമേണ പുറത്തേയ്ക്കു് വരുന്നു.

5) പൂർവ്വസ്ഥിതിപ്രാപിക്കൽ (RESTITUTION)

ഉപസ്ഥാശയത്തിലൂടെ കീഴോട്ടിറങ്ങുന്ന ശിശുവിൻെറ തല മുൻവശത്തേക്ക് വന്നുകഴിയുമ്പോറം പഴയ സ്ഥിതിയിലേക്ക് തിരിയുകയും ചെയ്യുന്നു.

6) പുറത്തുള്ള തിരച്ചിൽ (EXTERNAL ROTATION)

ശിശുവിൻെറ തല മുഴവനും വെളിയിൽ വന്നശേഷം ഒരു തോറം നാഭിയെല്ലിനു കീഴിലും മറേറ തോറം പൂണെല്ലിനു് മുമ്പിലും ആകുന്നവിധം തല തിരിയുന്നു. പിൻഭാഗത്തുള്ള തോറം ആദ്യവും നാഭിയെല്ലിൻെറ കീഴിലുള്ള തോറം പിന്നാലെയുമായി കുട്ടി പുറത്തേയ്ക്കു വരുന്നു. ശിശുജനനം കഴിഞ്ഞു് ഗർഭാശയം പത്തു് പതിനഞ്ച്യ മിനിട്ടു നേരത്തേയ്ക്കു് നിശ്ചലമായിരിക്കുന്നു. തുടന്നു വീണ്ടും ചുരുങ്ങൽ ആരംഭിക്കുകയും അതോടുകൂടി ഗർഭാശയഭിത്തിയിൽ ഒട്ടിപ്പിടിച്ചിരിക്കുന്ന മുന്നീർക്കുടത്തോൽ അല്പാല്പ

മായി ഇളകി വേർപെട്ടു് അവസാനം എല്ലാംകൂടി ഒന്നിച്ചു വെളിയിൽ വരുകയും ചെയ്യുന്നു. ചില സാഹചര്യത്തിൽ മുന്നീർക്കുടത്തോൽ ഗർഭാശയഭിത്തിയിൽനിന്നും പൂർണ്ണമായി വേർപെട്ടാലും വെളിയിൽ വരാതിരിക്കുന്നു. ആ സാഹചര്യത്തിൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗംകൊണ്ടു് വയററിൽ തിരുമ്മിയാൽ ആതു പുറത്തുപോരുന്നതാണു്. മിഡ്വൈഫ് തൻെറ കൈ ശുദ്ധിയാക്കിയശേഷം യോനിയിൽനിന്നും മറുകുട്ടിയെ സാവധാനത്തിൽ വലിച്ചെടുക്കുന്നതിനും വിരോധമില്ല. ഇങ്ങിനെ ചെയ്യുമ്പോൾ മറുപിള്ളയുടേയോ മുന്നീർക്കുടത്തോലിൻേറയോ ഏതെങ്കിലും ഭാഗം പൊട്ടിപ്പോകാനിടയാകരുതു്. ഏതെങ്കിലും ഭാഗം പൊട്ടി അകത്തിരുന്നുപോയാൽ രക്തസ്രാവം നില്ക്കുന്നതല്ല എന്ന കാര്യം പ്രത്യേകം ഓർത്തിരിക്കേണ്ടതാണു്.

തല രണ്ടാംനിലയിലാണെങ്കിൽ പ്രസവം, ഒന്നാം നിലയിലേതുപോലെ തന്നെയാണു്. പക്ഷെ, അവസാനം തലയുടെ പുറത്തുള്ള തിരച്ചിലിൽ പുറകുവശം വലത്തോട്ടും മുഖം ഇടത്തോട്ടും തിരിയുമെന്നു മാത്രമേയുള്ളു. തല മൂന്നും നാലും നിലകളിൽ ആണെങ്കിൽ ഇറക്കംകഴിഞ്ഞു് ഉള്ളിലുള്ള തിരിച്ചിലിൽ തലയുടെ പുറകുവശം നാഭിയെല്ലിൻെറ കീഴിലേയ്ക്കു് തിരിഞ്ഞുവന്നു് സ്വാഭാവികരീതിയിൽതന്നെ പ്രസവം നടക്കുന്നു. എന്നാൽ തലയുടെ പിൻഭാഗം മുമ്പോട്ടുതിരിഞ്ഞുവരാതിരുന്നാൽ അതു് പൂണെല്ലിൻെറ ചുവട്ടിലേയ്ക്കു് തിരിഞ്ഞു് അവിടെ തങ്ങിനിന്നുപോകുന്നു. ഈ **പ**തനത്തിൽ (Unreduced Occipito Posterior) പ്രസവം വളരെ പ്രയാസമായിരിക്കും. ഗുഹ്യപ്രദേശം കീറിപ്പോകുന്നതിനും കുട്ടി മരണപ്പെടുന്നതിനും മാതാവിനു് ഗുരുതരമായ തളർച്ചയും മററും ഉണ്ടാകുന്നതിനും ഇടയാകുന്നു. അതിനാൽ സാഹചര്യത്തിൻെറ ഗൗരവം മനസ്സിലാക്കി ഏററവും വേഗം വിദഗ്ദ്ധവൈദ്യസഹായം തേടേണ്ടതു് ഒരു മിഡ്വൈഫിൻെറ ചുമതലയാകുന്നു.

അദ്ധ്യായം II

പ്രസവ പരിചരണം

പ്രസവക്കേസ്സിനുവേണ്ടി പോകുന്ന മിഡ്‌വൈഫ് നല്ല വെള്ളവസ്ത്രം ധരിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്. കുപ്പായ (ബ്ളൗസ്സ്) കയ്യ്മുട്ടിനുമുകളിൽ നില്ക്കത്തക്കവിധത്തിൽ ആയിരിക്കണം. കയ്യിൽ മോതിരമോ, വളയോ, വാച്ചോ അണിയാൻ പാടില്ല. പ്രസവസമയത്ത് ഗർഭിണിയെ പരിചരിക്കുമ്പോൾ മിഡ്‌വൈഫ് ഏപ്രൺ (Apron) ധരിച്ചിരിക്കുന്നത് നന്നായിരിക്കും. പ്രസവപരിചരണത്തിനുവേണ്ടി വിളിക്കപ്പെടുന്ന മിഡ്‌വൈഫ് ഗർഭിണിയുടെ അടുത്തെത്തിയാൽ ആദ്യമായി ചെയ്യേണ്ടത് പ്രസവാരംഭമായോ എന്നു നിശ്ചയിക്കലാണ്. ചില ഘട്ടങ്ങളിൽ പ്രസവസമയത്തിന് വളരെ മുമ്പുതന്നെ മിഡ്‌വൈഫ് വിളിക്കപ്പെട്ടു എന്നു വരാം. കുറേ മണിക്കൂറു സമയത്തേയ്ക്ക് ഒരു പക്ഷേ മിഡ്‌വൈഫിൻെറ സാന്നിദ്ധ്യം ആവശ്യമില്ലെന്നും വരാം. എങ്കിലും ഗർഭിണിയെ വിട്ടുപോകുന്നത് ശരിയായിരിക്കയില്ല. പ്രസവക്കേസ്സിന് വിളിച്ചയുടനെ ചെല്ലുന്നതുകൊണ്ട് വിശദമായി പരിശോധിക്കുന്നതിനുള്ള സമയവും സാവകാശവും ലഭിക്കുന്നതും, അപകടകരമായ വല്ല ലക്ഷണങ്ങളും

കണ്ടാൽ അതിനു് ആവശ്യമായ മുൻകരുതലുകൾ ചെയ്യുന്നതിനും സാധിക്കുന്നു.

ഗർഭിണിയെ ആദ്യമായിട്ടാണു് കാണുന്നതെങ്കിൽ ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വല്ല വൈരൂപ്യവുമുണ്ടോ എന്നും, കുട്ടി ക്രമവിരുദ്ധമായാണോ കിടക്കുന്നതെന്നും, കുട്ടികൾ മുമ്പായി പൊക്കിൾക്കൊടി ഇറങ്ങുന്നുണ്ടോ എന്നും മററും പരിശോധിച്ചറിയേണ്ടതാണു്. വൃക്കരോഗങ്ങൾ, അപസ്മാര ലക്ഷണങ്ങൾ എന്നിവ ചില സ്ത്രീകളിൽ കണ്ടുവരുന്നുണ്ടു്. പ്രസവക്കേസ്സിനുവേണ്ടി ഒരാൾ എപ്പോൾ വിളിച്ചാലും പോകാൻ ഒരു മിഡ്‌വൈഫിനു് ധാർമ്മികമായ ചുമതലയുണ്ടു്. ഈ ചുമതല നിറവേററാതിരിക്കുകയോ ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള പരിഭവംകൊണ്ടു് പോകാതിരിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നതു് വൈദ്യശാസ്ത്ര നീതിബോധത്തിനു് നിരക്കാത്തതും കുററകരവുമാകുന്നു.

പ്രസവ പരിചരണത്തിനുവേണ്ടി പോകുമ്പോൾ പ്രസവശുശ്രൂഷയ്ക്കാവശ്യമായ എല്ലാ ആധുനിക ഉപകരണങ്ങളും കൊണ്ടുപോകേണ്ടതു് അത്യാവശ്യമാകുന്നു. മിഡ്‌വൈഫറി ബാഗ് (Midwifery bag) ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ടതും അതിൽ താഴെപ്പറയുന്ന സാധനങ്ങളെങ്കിലും എപ്പോഴുമുണ്ടായിരിക്കേണ്ടതുമാണു്.

1 തെർമ്മോമീററർ (Thermo-meter) പനിനോക്കുന്നതിനുള്ള ഉഷ്ണമാപിനി

2 കതീററർ (Catheter) മൂത്രമെടുക്കുവാനുള്ള കുഴൽ (മൂത്രക്കുരു)

3 എനിമാകാൻ (Enema-can) മലാശയം ശുദ്ധിവരുത്താനുള്ള ഉപകരണം.

4 ഡൂഷിംഗ് സിറിഞ്ചു് (Douching Syringe or Douch can and Nozzles) യോനി കഴുകാനുള്ള ഉപകരണം.

5 സോപ്പ് (Soap)
6 നെയ്ൽ ബ്രഷ് (Nail brush) നഖങ്ങളും മററും തേച്ചുകഴുകാനുള്ള ബ്രഷ്.
7 പഞ്ഞി (Sterilized Cotton)
8 ബാൻഡേജ് (Bandage) വച്ചുകെട്ടുന്നതിനുള്ളത്.
9 മാക്കിൻ ടോഷ് ഷീററ് (Mackintosh sheet) റബ്ബർ ഷീററ്.
10 കത്രിക (Scissors)
11 ഫോർസെപ്സ് (Forceps) കൊടിൽ.
12 കുത്തിക്കെട്ടാനുള്ള സൂചികൾ (Suture needles)
13 സൂചിപിടിക്കാനുള്ള ഹോൾഡർ (Needle holder)
14 ചരടുകൾ (Silk worm gut, Cat gut ect) പുക്കിൾക്കൊടി കെട്ടുവാനുള്ളത്.
15 സിറിഞ്ച് (Hypodermic Syrnge and Needle എന്നു തുടങ്ങിയ ഉപകരണങ്ങളും,

ഔഷധങ്ങൾ

1 രോഗാണുനാശിനികൾ (Antiseptics) ലൈസോൾ, ഡെറേറാൾ മുതലായവ.
2 മോർഫിയാ (Morphia), പെത്തിഡിൻ (Pethidine) ഇവ വേദന ഇല്ലാതാക്കാനും, ഉറക്കമുണ്ടാക്കാനുംവേണ്ടിയുള്ളതാണ്. ഇതിൽ ഏതെങ്കിലും കുത്തിവയ്ക്കുന്നു.
3 എർഗോട്ട് (Ergot), പിറേറാസിൻ (Pitocin) പ്രസവശേഷം ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങുന്നതിനും വേദന ശമിക്കുന്നതിനും വേണ്ടി ഇവയിൽ ഏതെങ്കിലും കൊടുക്കുന്നു.
4 ലോബെലിൻ (Lobelin) ശിശുവിൻെറ ശ്വാസോഛ്വാസത്തിനോ മറേറാ കോട്ടമുണ്ടായാൽ ഇതു് കുത്തിവയ്ക്കുന്നു.

5 കൊറാമിൻ (Coramin) നാഡീക്ഷീണമോ മററോ ഉണ്ടായാൽ മാതാവിനും ശിശുവിനും ഇതു് കുത്തിവയ്ക്കുന്നു.

6 ററിങ്ങ്ചർ അയോഡിൻ, ബെൻസോയിൻ, ബോറിക്കു് പൗഡർ. (Tr. Ionine, Tr. Bensoinco, Boric acid) മുറിവുകൾക്കു് പുറമേ ഉപയോഗിക്കാനുള്ളതു്.

7 **ക്ലോറൽ ബ്രോമയിഡ് മിക്സ്ചർ**

(CHLORAL BROMIDE MIXTURE)

℞
Chloral Hydrat 20 grs (1.5 gm.)
Pot Bromide 20 grs (1.5 gm)
Aqua Chloroform 2 ozs (60 Ml.)

നോവു് തീരെ ബലഹീനവും ഇടവിട്ടുമാത്രം വരുന്ന പരിതസ്ഥിതിയിൽ ഈ മിക്സ്ചർ ഒന്നോ രണ്ടോ ഔൺസ് കൊടുക്കാം.

8 സിൽവർ നൈട്രേറ്റ് സൊല്യൂഷൻ (Silver nitrate Solution 1–2%)

പ്രസവമുറി (LABOUR ROOM)

നേരത്തെതന്നെ സന്ദർശിക്കാറുള്ള വീടാണു് ഗർഭിണിയുടേതെങ്കിൽ പ്രസവവേദന തുടങ്ങുന്നതിനുമുമ്പുതന്നെ അവിടെ പോയി പ്രസവമുറി ക്രമപ്പെടുത്താൻ മിഡ്‌വൈഫ് ബാദ്ധ്യസ്ഥയാണു്.

ഗർഭിണിയുടെ വീട്ടിൽ ഏററവും കൂടുതൽ വായുവും, വെളിച്ചവും കിട്ടത്തക്കവണ്ണം ജനലുകളും മററുമുള്ളതും, വിസ്താരമുള്ളതുമായ മുറി വേണം പ്രസവത്തിനുവേണ്ടി ഒരു

ക്കേണ്ടതു്. പ്രസവമുറിയിൽ ഒരു കട്ടിൽ, ചെറിയ ഒരു മേശ, ഒരു സ്റ്റൂ‍ം, രണ്ടോ നാലോ ബേസിൻ എന്നിവ മാത്രമേ ഉണ്ടായിരിക്കാവൂ. മററു സാധനങ്ങാം മുറിയിൽ ഉള്ളപക്ഷം അവ മുറിയിൽനിന്നും നീക്കംചെയ്യതിനുശേഷം, മുറിയാകെ അടിച്ചുവാരി തുടച്ചുവൃത്തിയാക്കിക്കണം. ചൂടുവെള്ളവും തണുത്തവെള്ളവും ആവശ്യംപോലെ ലഭിക്കത്തക്കവിധത്തിൽ ഏപ്പാടുചെയ്യുകയും വേണം. മുറിയുടെ മദ്ധ്യഭാഗത്തും ജനലിനു് എതിരായും, കട്ടിലിൻെറ രണ്ടു വശത്തും ആളുകാംക്കു് നില്ക്കത്തക്കവിധത്തിലും കട്ടിലിട്ടു്, കിടക്കവിരിച്ചു് അതിനുമുകളിൽ ഒരു മാക്കിൻടോഷ് ഷീററു് (റബ്ബർ ഷീററു്) വിരിച്ചു്, സൗകര്യപ്പെടുത്തേണ്ടതാണു്.

പ്രസവമുറിയിൽ പ്രവേശിച്ചാൽ ആദ്യമായി മനസ്സിലാക്കേണ്ടതു് ഗർഭിണിക്കു് ശരിയായ പ്രസവവേദന തന്നെയാണോ എന്നും, ആദ്യപ്രസവമാണോ എന്നും, ആദ്യപ്രസവമല്ലെങ്കിൽ മുൻപ്രസവത്തിൽ പ്രസവത്തിനു് വല്ല ബുദ്ധിമുട്ടുകളും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ എന്നും, ചാപിള്ളയെ പ്രസവിച്ചിട്ടുണ്ടോ എന്നും കുട്ടി അനങ്ങുന്നുണ്ടോ എന്നും, മലമൂത്രവിസജ്ജനം നടന്നിട്ടു് എത്രസമയമായി എന്നും മററുമാകുന്നു.

അനന്തരം ഗർഭിണിയുടെ ഗുഹ്യപ്രദേശവും പ്രസവാവശ്യത്തിനുള്ള എല്ലാ ഉപകരണങ്ങളും ശുദ്ധിയാക്കി രോഗാണുവിമുക്തമാക്കണം. തുടന്നു് പുറമേയുള്ള പരിശോധനകൊണ്ടു് ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ കിടപ്പും നിലയും മനസ്സിലാക്കണം. കുട്ടി ശരിയായ നിലയിലും കിടപ്പിലുമായിരിക്കയും ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വൈരൂപ്യമൊന്നും ഇല്ലാതിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം യോനീമാഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധന ആവശ്യമില്ലാത്തതാകുന്നു.

പ്രസവത്തിൻെറ ഒന്നാംഘട്ടത്തിൽ ചെയ്യേണ്ടതു്:

പ്രസവവേദന ആരംഭിച്ചാലുടനെ എനിമാകൊടുത്തു മലം കളയുക. അതിനുശേഷം ഗുഹ്യപ്രദേശത്തെ രോമം വടിച്ചു കളഞ്ഞതിനുശേഷം അവരെ കുളിപ്പിക്കുക. കുളി

ചിത്രം 60:
ഗുഹ്യഭാഗത്തെ രോമം വടിച്ചുകളയുന്ന രീതി.

ചിത്രം 61: കുളിപ്പിക്കുന്ന രീതി.

പ്പിക്കുമ്പോൾ ഗുഹ്യപ്രദേശം പ്രത്യേകമായി സോപ്പു തേച്ച് കഴുകിക്കണം. ഏതെങ്കിലും കാരണവശാൽ കുളിപ്പിക്കാൻ കഴിയാതെ വരുന്നപക്ഷം മിഡ്വൈഫ് ഗർഭിണിയെ കിടത്തിക്കൊണ്ടു് ചൂടുവെള്ളത്തിൽ തുണിമുക്കി പിഴിഞ്ഞു് ശരീരം മുഴുവൻ തുടച്ച് ശുദ്ധിയാക്കണം. ഗുഹ്യപ്രദേശം സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവുമുപയോഗിച്ചു കഴുകി തുടച്ചതിനുശേഷം ഗർഭിണിയുടെ തലമുടി രണ്ടായി ഭാഗിച്ച് പിന്നിയിടുകയും അലക്കിയ വെള്ളവസ്ത്രം ധരിപ്പിക്കുകയും വേണം. ഇടയ്ക്കിടയ്ക്കു് മൂത്രമൊഴിക്കുവാൻ ഗർഭിണിയെ പ്രേരിപ്പിക്കുക. മൂത്രം തനിയെ ഒഴിക്കുന്നതിനു് സാധിക്കാത്തപക്ഷം മൂത്രക്കുഴൽ കടത്തി മൂത്രമെടുത്തു കളയുക. മൂത്രം കെട്ടിനിന്നാൽ പ്രസവത്തിനു തടസ്സമാകുന്നതാണു്. നോവു് എപ്പോൾ തുടങ്ങിയെന്നും എത്ര മിനിട്ടു് ഇടവിട്ടുണ്ടാകുന്നു എന്നും, ഓരോ തവണയും എത്ര സമയത്തേക്കു് നോവു് നിലനില്ക്കുന്നു എന്നും മനസ്സിലാക്കണം.

കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സ് ഒന്നും രണ്ടും നിലകളിൽ (First and Second Vertex) ജനനമുഖമായി വരുന്നപക്ഷം ഗർഭിണിയെ മുറിക്കകത്തു് അങ്ങോട്ടുമിങ്ങോട്ടും നടത്തേണ്ടതാണു്. ഗർഭിണി നടക്കുമ്പോൾ കുട്ടിയുടെ ഘനംകൊണ്ടു് ഗർഭാശയത്തിന്റെ വായ് വികസിക്കുന്നതിനു് കൂടുതൽ എളുപ്പമായി തീരുന്നു. കൂടാതെ സേക്രൽ പ്രൊമോണ്ടറി പിന്നോക്കം ചായാനും തൽഫലമായി ഉപസ്ഥാശയത്തിന്റെ വായ് വിസ്താരം അധികമാകുന്നതിനും സഹായകമാണു്. നടന്നുകൊണ്ടിരിക്കുന്നതിനിടയ്ക്കു് ഗർഭിണിയെ മലർത്തിക്കിടത്തുകയും ചെയ്യണം. കാരണം, മലർന്നുകിടക്കുന്ന നിലയിലാണു് മുന്നീർക്കുടം ഗർഭാശയത്തിന്റെ വായയെ പൂർണ്ണമായും വികസിപ്പിക്കുന്നതു്. കുട്ടിയുടെ മുഖം, നെററി, പൃഷ്ഠം കയ്യ് എന്നിവയിൽ ഏതെ

ങ്കിലുമോ, മൂന്നും നാലും നിലകളോ (Third and Fourth Vertex) ജനനമുഖമായി വരുന്നപക്ഷം ഗർഭിണിയെ നടക്കാൻ അനുവദിച്ചുകൂടാ. കാരണം ഈ സാഹചര്യത്തിൽ, നടന്നാൽ മുന്നീക്കുടം എളുപ്പം പൊട്ടിപ്പോകുന്നതാണു്. പ്രസവവേദന ക്രമേണ വർദ്ധിച്ചുവരുന്നുണ്ടെന്നുകണ്ടാൽ മുന്നീക്കുടം പൊട്ടുന്നതുവരെ യോനീമാർഗ്ഗമായുള്ള പരിശോധനയുടെ ആവശ്യമില്ല. കുട്ടിയുടെ ഹൃദയമിടിപ്പു് ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതും എണ്ണിനോക്കേണ്ടതും ആവശ്യമാണു്.

പ്രസവത്തിൻെറ ഒന്നാംപതനത്തിനുമുമ്പു് മേൽപ്പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങളെല്ലാം മിഡ്വൈഫ് ചെയ്തിരിക്കേണ്ടതാണു്.

നോവു തുടങ്ങുമ്പോൾ സെർവിക്സ് (Cervix) ഒട്ടും തന്നെ വികസിച്ചിരിക്കയില്ല. കുറെക്കഴിയുമ്പോൾ യോനീമാർഗ്ഗേണ പരിശോധിച്ചാൽ സെർവിക്സിൻെറ ഉള്ളിൽ ഒരു വിരൽ കടക്കത്തക്കവണ്ണവും, ഒന്നാംപതനം കഴിയാറാകുമ്പോഴേക്കും നാലുവിരൽ കടക്കത്തക്കവണ്ണവും (Cervix fully Dialated) ക്രമേണ വികസിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നതാണു്. ഒന്നാംപതനത്തിൽ ഗർഭിണിക്കു് രണ്ടു മണിക്കൂർ ഇടവിട്ടു് ആഹാരവും കുടിക്കുന്നതിനു് ചായ, കാപ്പി, ഓറഞ്ചുനീരു്, കഞ്ഞിവെള്ളം, മോരു് തുടങ്ങിയ പാനീയങ്ങളും ആവശ്യാനുസരണം കൊടുക്കേണ്ടതാണു്. ഗർഭിണിയെ രസകരമായ വർത്തമാനങ്ങൾ പറഞ്ഞു് സന്തോഷിപ്പിക്കുകയും ധൈര്യപ്പെടുത്തുകയും മററു കാര്യങ്ങളിലേയ്ക്കു് അവളുടെ ശ്രദ്ധയെ തിരിച്ചുവിടുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണു്. ഒന്നാംഘട്ടത്തിൽ നോവുണ്ടാകുമ്പോൾ മുക്കുന്നതിൽനിന്നു അവളെ പിൻതിരിപ്പിക്കേണ്ടതും മുക്കുന്നതു് അപകടകരമാണെന്നും അവളുടെ ശക്തിയെ ക്ഷയിപ്പിക്കലായിരിക്കുമെന്നും പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കണം.

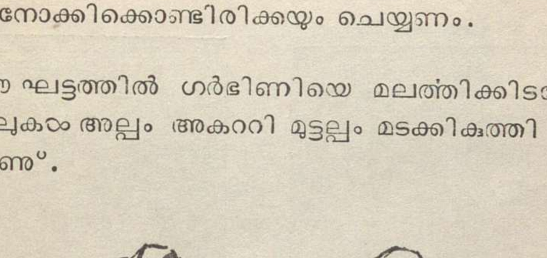
KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY
KOTTAYAM

പ്രസവത്തിൻെറ രണ്ടാംഘട്ടത്തിൽ ചെയ്യേണ്ടതു്

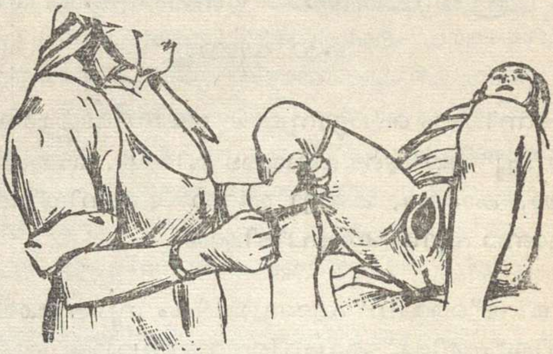
മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടുമ്പോൾ യോനീമാർഗ്ഗമായി പരിശോധിച്ചു് കുട്ടിയുടെ തലയുടെ കിടപ്പും, പൊക്കിൾക്കൊടിയോ, കാലോ, കയ്യോ മറേറാ യോനിയിലേയ്ക്കു വീണിട്ടുണ്ടോ എന്നും കണ്ടുപിടിക്കുക.

മിഡ്‌വൈഫ് ഏററവുമധികം സൂക്ഷിക്കേണ്ട ഘട്ടമാണിതു്. മിഡ്‌വൈഫിൻെറ ലഘുവായ ഒരശ്രദ്ധപോലും കുട്ടിക്കു് അപായവും മാതാവിനു് വിഷമങ്ങളും വരുത്തിത്തീർക്കുന്നതിനു് ഇടയാകുന്നു. 15 മിനിട്ടു് ഇടവിട്ടു ശിശുവിൻെറ ഹൃദയമിടിപ്പു് പരിശോധിക്കയും ജനനമുഖം ക്രമമായി യോനിയിലേയ്ക്കിറങ്ങിവരുന്നുണ്ടോ എന്നു് നോക്കിക്കൊണ്ടിരിക്കയും ചെയ്യണം.

ഈ ഘട്ടത്തിൽ ഗർഭിണിയെ മലർത്തിക്കിടത്തേണ്ടതും കാലുകൾ അല്പം അകററി മുട്ടല്പം മടക്കികുത്തി വയ്ക്കേണ്ടതുമാണു്.

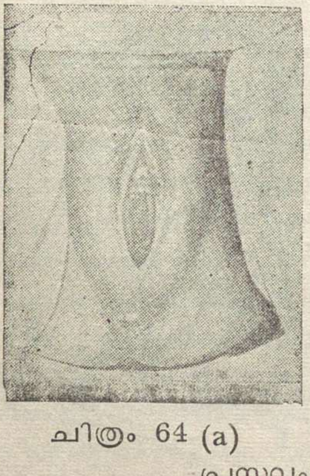


ചിത്രം 62: പ്രസവസമയത്തു് ഗർഭിണി കിടക്കേണ്ട രീതി.

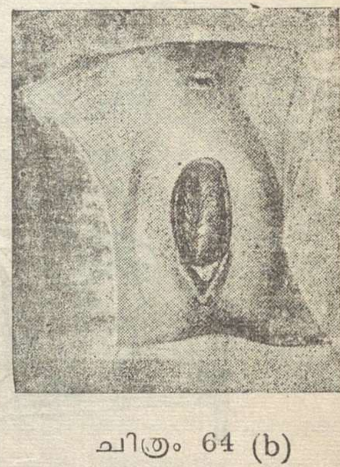


ചിത്രം 63: പ്രസവാരംഭം.

ശിശുശിരസ്സ് യോനീകവാടത്തിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നു. ആവശ്യമായ സഹായം നൽകുന്നതിനുവേണ്ടി മിഡ്‌വൈഫ് ശ്രദ്ധയോടെ സമീപത്തുനിൽക്കുന്നു,



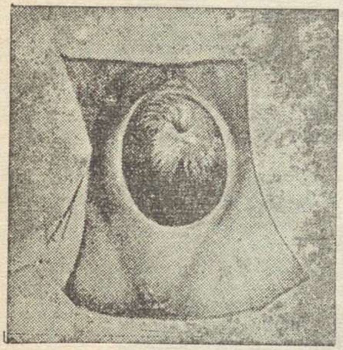
ചിത്രം 64 (a)



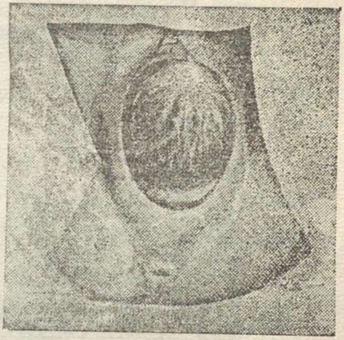
ചിത്രം 64 (b)

പ്രസവം—രണ്ടാംഘട്ടം.

ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ ശിരസ്സ് ഉപസ്ഥാശയത്തിന്റെ കീഴ്ഭാഗത്തേക്ക് തള്ളിവരുന്നതുമൂലം ഉണ്ടാകുന്ന വികാസവർദ്ധനവ്.



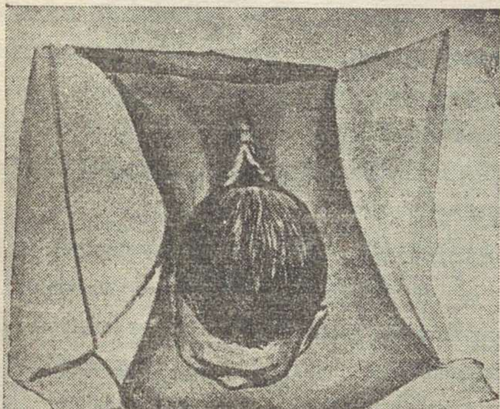
ചിത്രം 65 (a)



ചിത്രം 65 (b)

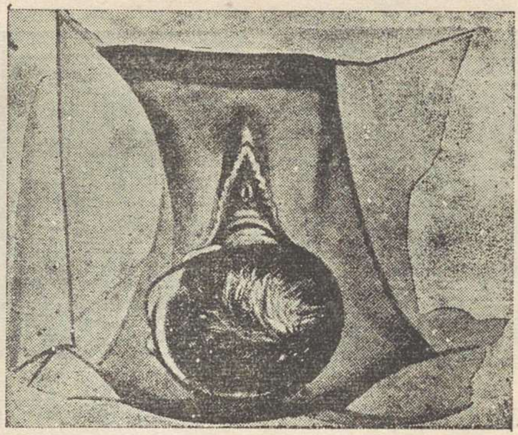
ശിശുശിരസ്സിന്റെ ജനനഘട്ടങ്ങൾ.

(പെരിനിയത്തിന്റെ വലിച്ചിലും വിസ്താരവർദ്ധനവും ശ്രദ്ധിക്കുക)



ചിത്രം 66 A: ശിരോഭാഗജനനം.

ശിരസ്സും കഴുത്തും പൂർണ്ണമായി നിവർന്നുനില്ക്കുന്ന ഘട്ടം.



ചിത്രം 66 B: ശിരോഭാഗജനനം.
ബാഹ്യവശത്തേയ്ക്കുള്ള തിരിച്ചിൽ.

നല്ല നോവുണ്ടായിരിക്കുകയും ക്രമേണ കുട്ടി കീഴോട്ടിറങ്ങുകയും ചെയ്യുന്നുണ്ടെങ്കിൽ ഗർഭിണി അധികമായി മുക്കേണ്ട ആവശ്യമില്ല. ശക്തിയായ നോവുണ്ടെങ്കിൽ പിന്നെ അധികമായി മുക്കുന്നതു് പെട്ടെന്നുള്ള പ്രസവത്തിനു് കാരണമായിത്തിരുന്നതും തൻനിമിത്തം യോനിയോ ഗുഹ്യപ്രദേശമോ ചീന്തിപ്പോകുന്നതിനു് ഇടയായിത്തീരുന്നതുമാണു്.

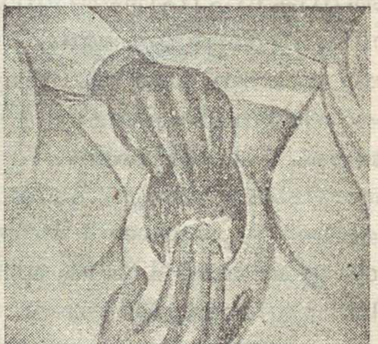
ഈ പതനത്തിൻെറ അവസാനത്തിൽ ഗർഭിണിയെ ഇടത്തോട്ടു ചരിച്ചു കിടത്തണം, ഇടത്തോട്ടു ചരിച്ചു കിടത്തുന്നതുകൊണ്ടു് ഗുദാസ്ഥി പിന്നോട്ടു വളയുന്നതും ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പുറത്തേയ്ക്കുള്ള ദ്വാരത്തിനു് കൂടുതൽ വിസ്താരമുണ്ടാകുന്നതുമാണു്. ഗുഹ്യപ്രദേശവും തുടകളുടെ ഉൾഭാഗവും നല്ലവണ്ണം തുടച്ചു ഉണങ്ങിയതിനുശേഷം ലൂഗോൾസ് അയോഡിൻ (Lugol's Iodine) പുരട്ടണം. ദാഹമുണ്ടെങ്കിൽ പാലോ സൂപ്പോ കൊടുക്കേണ്ടതുമാകുന്നു.

വേദന വരുമ്പോൾ മിഡ്‌വൈഫ് ഗർഭിണിയുടെ പുറം മെല്ലെ അമർത്തിക്കൊടുത്താൽ അവൾക്കാശ്വാസം ലഭിക്കുന്നതാണ്. മസ്സിൽ ഉരുണ്ടുകയറുന്നുണ്ടെങ്കിൽ കാൽ നീട്ടിവച്ച് പാദം മുന്നോട്ടുവളച്ചാൽ ആശ്വാസം ലഭിക്കും. പല തവണ പ്രസവിച്ചിട്ടുള്ള സ്ത്രീയാണെങ്കിൽ അവളുടെ വയറു ഞാന്നു കിടക്കാതിരിക്കുന്നതിനു് ഒരു ബൈൻഡർ സാമാന്യം മുറുക്കിക്കെട്ടണം. അതിവേദന തുടരുന്ന പക്ഷം ബൈൻഡർ അല്പാല്പമായി മുറുക്കി, മുറുക്കിക്കെട്ടേണ്ടതും തുടയിൽ തടവിക്കൊടുക്കേണ്ടതും ഇടയ്ക്കിടയ്ക്ക് ലൈസോൾ ലോഷനിൽ മുക്കിയ പഞ്ഞികൊണ്ടു് ഗുഹ്യപ്രദേശം, മലദ്വാരം, ഗുദഭാഗം എന്നിവയെല്ലാം പുറകോട്ടു തുടച്ചു വൃത്തിയാക്കേണ്ടതുമാണ്. കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സ് യോനീദ്വാരത്തെ വികസിപ്പിച്ചുതുടങ്ങുമ്പോൾ ഒരു തലയിണ കാലിനടിയിൽ വച്ചുകൊടുക്കണം. പെരിനിയം (മലദ്വാരത്തിനും ജനനേന്ദ്രിയത്തിനും ഇടയ്ക്കുള്ള ഭാഗം) പൊട്ടിപ്പോകാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി മിഡ്‌വൈഫ് വളരെ കരുതലോടെ പ്രവർത്തിക്കണം. പെരിനിയം പൊട്ടിയാൽ അവിടം പഴുക്കുന്നതും പ്രസവജ്വര (Puerperal Fever) ത്തിനു് കാരണമായി തീരുന്നതുമാണ്. പ്രസവജ്വരബാധ ഗുരുതരമായ പല ആഘാതങ്ങളും അവളുടെ ശരീരത്തിൽ ഏല്പിക്കാൻ കാരണമായിത്തീരും. കൂടാതെ ഗർഭാശയം, മൂത്രാശയം, മലാശയം എന്നിവ ക്രമേണ കീഴോട്ടിറങ്ങാൻ ഇടയാകുന്നതും മററനേകം ഉപദ്രവങ്ങൾക്ക് കാരണമായിത്തീരുന്നതുമാണ്.

പെരിനിയം പൊട്ടിപ്പോകാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി മിഡ്‌വൈഫ് താഴെപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ കരുതലോടെ ചെയ്യുക.

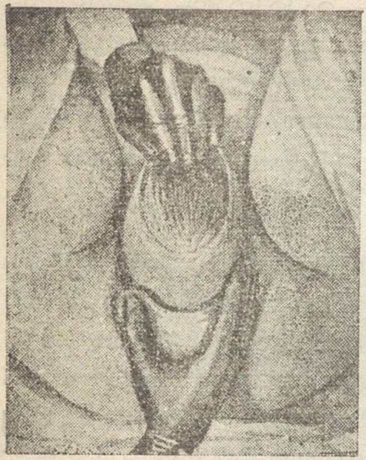
ഗർഭിണിയെ ഇടത്തോട്ടു ചരിച്ചുകിടത്തി അവളുടെ വലത്തേകാൽ അല്പം ഉയർത്തിവയ്ക്കുക. വേദന വരുമ്പോൾ

കുട്ടിയുടെ തല പെട്ടെന്നു് പുറത്തേയ്ക്കു വരാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി മിഡ്‌വൈഫ് തന്റെ ഇടത്തെ കൈ ഗർഭിണിയുടെ തുടകൾക്കിടയിലൂടെ കടത്തി വിരലുകൾ കുറച്ചു മടക്കിവച്ചു് കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സു് താങ്ങുകയും, വലത്തെ കൈ കൊണ്ടു് കീഴോട്ടുള്ള ഇറക്കത്തെ തടയുകയും തൽസമയം തന്നെ വലതുകരംകൊണ്ടു് മലദ്വാരത്തിന്റെ ഇരുവശവും അമർത്തി താങ്ങി പെരിനിയം പൊട്ടാതെ സൂക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണു്.

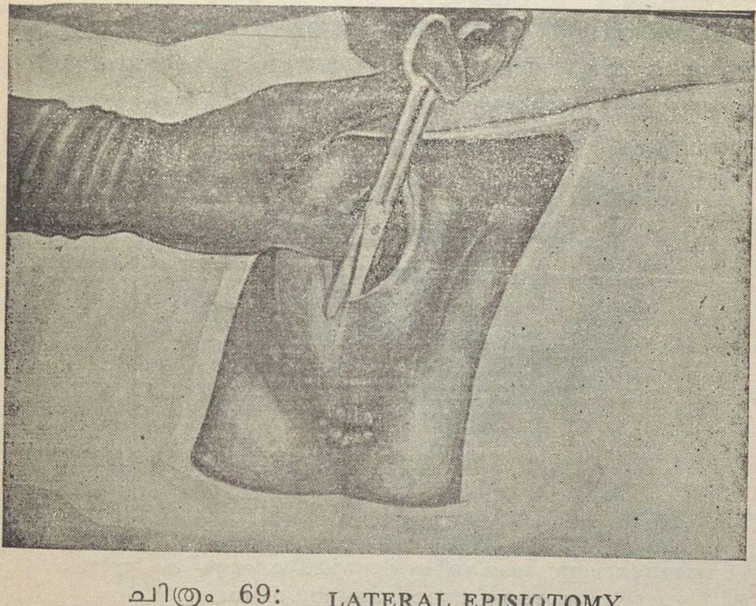


ചിത്രം 67:

പെരിനിയത്തിന്റെ അമിതമായ വികാസവർദ്ധനവു് ഒഴിവാക്കിക്കൊണ്ടു് ശിശുശിരസ്സു് പൂർണ്ണമായും വെളിയിലേയ്ക്കു് വരുത്തുവാനുള്ള മാർഗ്ഗം.



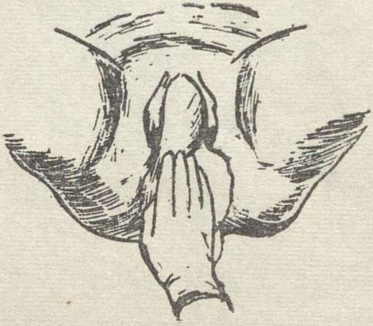
ചിത്രം 68:
പെരിനിയം സംരക്ഷിക്കുന്ന വിധം.



ചിത്രം 69: LATERAL EPISIOTOMY

എപ്പിസിയോട്ടമി:– പെരിനിയം കൂടുതലായി കീറിപ്പോകാതിരിക്കുന്നതിനും, പ്രസവവൈഷമ്യത്തെ ദൂരീകരിച്ച് പ്രസവം സുഗമമായി നടത്താനുംവേണ്ടി യോനിയുടെ കീഴററം മുതൽ അല്പമൊന്നു കീറാറുണ്ട്. ഈ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് എപ്പിസിയോട്ടമി (Episiotomy) എന്നു പറയുന്നു.

കുട്ടിയുടെ ജനനമുഖത്തിന്റെ ഗതി, യോനിയുടെ മേൽപ്പകുതിഭാഗത്തുവച്ച് മലദ്വാരത്തിന്റെ നേർക്കായിരിക്കും. കീഴ്പ്പകുതിയിലാകുമ്പോൾ അതിന്റെ ഗതി യോനീവാതിലിന്റെ നേർക്കായിത്തീരുന്നു. കുട്ടി യോനീവാതിലിൽ എത്തുമ്പോഴായിരിക്കണം അവളെ ചരിച്ചു കിടത്തുന്നതും വലതുകാൽ അല്പം ഉയർത്തിവയ്ക്കുന്നതും, യോനിയുടെ കീഴ്ഭാഗത്ത് ജനനമുഖം എത്തുന്നതിനുമുമ്പ് മലദ്വാരത്തിന്റെ പിന്നിൽ അമർത്തരുത്. അമർത്തിയാൽ കുട്ടിയുടെ തല വെളിയിൽ വരുന്നതിന് തടസ്സമായിത്തീരും. ഈ ഘട്ടത്തിൽ മിഡ്വൈഫ് രണ്ടു കാര്യങ്ങൾ പ്രധാനമായി ചെയ്യേണ്ടതുണ്ട്.



ചിത്രം 70
ഒരേസമയത്ത് പെരിനിയത്തെതാങ്ങിക്കൊണ്ട് കുട്ടിയുടെ താഴത്തെ തോൾ എടുക്കുന്ന വിധം.

ചിത്രം 71

ഗർഭസ്ഥശിശു ചരിഞ്ഞുവരുമ്പോൾ ഒരു തോൾ നാഭിക്കിടയിലും അഭിമുഖമായും, മററേ തോൾ പെരിനിയത്തിനു മേലും അതിനഭിമുഖമായും ആയിരിക്കും.

ചിത്രം 72

ഉച്ചി യോനീകവാടത്തിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുമ്പോൾ മുൻകൂട്ടിയുള്ള തിരിച്ചിൽ ഉണ്ടാകാനിടയുള്ളതുകൊണ്ടു് മിഡ്‌വൈഫ് പെരിനിയം താങ്ങി സംരക്ഷിക്കുന്നു. തിരിച്ചിൽ ഉണ്ടായാൽ പെരിനിയം കീറിപ്പോകാനിടയുണ്ടു്.

ചിത്രം 73

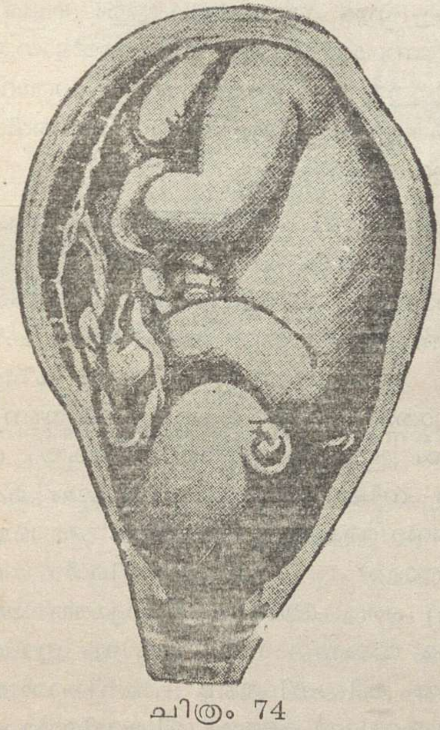
മുഖം യോനീകവാടം കടന്നു കഴിയുമ്പോൾ പെരിനിയത്തിൽനിന്നും അകററിപ്പിടിക്കുന്നു.

1) കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സിന്റെ പുറകുവശം (Occiput) നാഭിയെല്ലിന്റെ കീഴിൽ കടക്കുന്നതുവരെ അതിന്റെ തല നിവരാൻ ഇടവരുത്തരുതു്. ഈ പതനത്തിൽ തല നിവന്നുപോയാൽ പെരിനിയം പൊട്ടിപ്പോകാൻ സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്. അതിനാൽ ശിശുവിന്റെ തല പെട്ടെന്നു് നിവരാതിരിക്കുന്നതിനും താടി, നെഞ്ചിൽതന്നെ ചേർന്നുനിൽക്കുന്നതിനും കരുതലോടെ പ്രവർത്തിക്കുക.

2) നോവില്ലാത്ത അവസരത്തിലായിരിക്കണം കുട്ടിയെ വെളിയിലേയ്ക്കെടുക്കേണ്ടതു്. നോവു വരുമ്പോൾ അധികം മുക്കിയാൽ കുട്ടി പെട്ടെന്നു വെളിയിൽ വരുന്നതും പെരിനിയം പൊട്ടിപ്പോകാനിടയാകുന്നതുമാകുന്നു.

തല മുഴുവനും പുറത്തുവന്നാൽ ആദ്യമായി നോക്കേണ്ടതു് പൊക്കിൾക്കൊടി കുട്ടിയുടെ കഴുത്തിൽചുററിയിട്ടു

ണ്ടോ എന്നാണ്. ചുററിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അതു് തലയിലൂടെ കീഴ്പ്പോട്ടു് ഊരുകയോ, ചുമലിൽക്കൂടി പുറകോട്ടു തള്ളുകയോ ചെയ്യണം. ഏതെങ്കിലും വിധത്തിൽ കഴുത്തിൽ ചുററിക്കിടക്കുന്ന പൊക്കിൾക്കൊടി മാററാൻ കഴിയാതെവന്നാൽ പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ രണ്ടുഭാഗത്തു് ചരടുകൾകൊണ്ടു് മുറുക്കിക്കെട്ടിയശേഷം കെട്ടുകളുടെ ഇടയ്ക്കുവച്ചു് കത്രികകൊണ്ടു് മുറിച്ചുവിടണം. ഇങ്ങിനെ ചെയ്യാത്തപക്ഷം പൊക്കിൾക്കൊടി മറുകുട്ടിയിൽനിന്നും



ചിത്രം 74
ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ കഴുത്തിൽ ചുററിപ്പിണഞ്ഞുകിടക്കുന്ന പൊക്കിൾക്കൊടി.

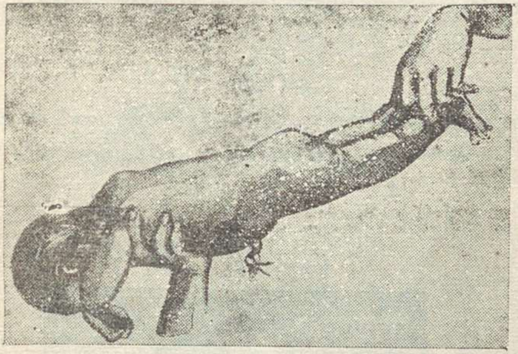
പൊട്ടിപ്പോകുന്നതിനും ഗുരുതരമായ രക്തവാർച്ചയുണ്ടായി മാതാവിൻെറ മരണത്തിന്ന് ഇടയായിത്തീരുന്നതുമാണ്.

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തല പുറത്തു വന്നുകഴിഞ്ഞാൽ പിന്നെ പെരിനിയം പൊട്ടുകയില്ല എന്നൊരു പൊതുധാരണയുണ്ട്. ഈ ധാരണ തികച്ചും ശരിയല്ല. കുട്ടിയുടെ ചുമൽഭാഗം പുറത്തേക്കു വരുമ്പോഴും പെരിനിയം പൊട്ടാൻ സാദ്ധ്യതയുണ്ട്. അതുകൊണ്ടു് ചുമൽ പുറത്തേക്ക് വരുന്ന സമയത്തു് പെരിനിയം പൊട്ടാതിരിക്കുന്നതിനു വേണ്ടി കുട്ടിയുടെ തലയും കഴുത്തും പെരിനിയത്തിനു നേരെ പിന്നോക്കം പിടിച്ചാൽ മേൽഭാഗത്തുള്ള ചുമൽ ആദ്യം പുറത്തുവരും. തുടന്ന് തല, മാതാവിൻെറ ഉദരത്തിനുനേരെ മുമ്പോട്ടുയർത്തിയാൽ ചുമലിൻെറ കീഴ്ഭാഗവും പുറത്തുവരും.

കുട്ടിയുടെ തല പിറന്നുകഴിഞ്ഞാൽ അടുത്ത വേദനയോടുകൂടി കൈകൾ പിറക്കുകയാണ് പതിവ്. കൈകൾ ഓരോന്നായി പിറക്കുവാനേ അനുവദിക്കാവൂ. ഇരുകരങ്ങളും ഒന്നിച്ചുപിറന്നാൽ പെരിനിയം കീറിപ്പോകാൻ ഇടയുണ്ട്. തല പിറന്നിട്ടും കരങ്ങൾ കീഴോട്ടിറങ്ങാതിരുന്നാൽ മാതാവിനോട് മുക്കുവാൻ പറയണം. മുക്കിയിട്ടും കരങ്ങൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെടാതിരിക്കുകയും ശിശുവിൻെറ മുഖത്തിനു നീലനിറം വ്യാപിക്കുകയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം ശിശുവിൻെറ കൈകളെ പുറത്തേക്ക് കൊണ്ടുവരുവാൻ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണ്. ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗത്തു് (Fundus) കൈകൊണ്ടു് കീഴോട്ടമർത്തിയാൽ കൈകൾ പുറത്തേക്ക് വരുന്നതാണ്. എങ്കിലും ഈ രീതികൊണ്ടും പെരിനിയം കീറാനിടയുണ്ട്. അതിനാൽ യോനിക്കുള്ളിലേയ്ക്കു് ഒരു വിരൽ കടത്തി ശിശുവിൻെറ കക്ഷത്തിനടിയിലിട്ടു് കൊളുത്തി താഴേക്ക് വലിച്ച് ഈ ദുർഘടസ

സധി തരണം ചെയ്യാവുന്നതാണ്. യാതൊരു കാരണവശാലും ശിശുവിൻെറ കരങ്ങാം പുറത്തേക്കു കൊണ്ടുവരുന്നതിനുവേണ്ടി അതിൻെറ തല പിടിച്ചുവലിച്ചു കൂടാത്തതാകുന്നു.

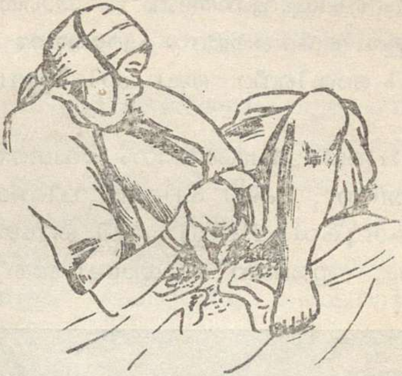
ശിശുവിൻെറ ബാക്കിഭാഗം വേഗത്തിൽ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്നതാണ്. കുട്ടി പിറന്നു വീണാലുടനെ അതിൻെറ കണങ്കാലുകാം പിടിച്ച് തല കീഴോട്ടാക്കി തൂക്കി പിടിക്കണം. ഇങ്ങനെ ചെയ്താലേ അതിൻെറ മൂക്കിലും



ചിത്രം 75

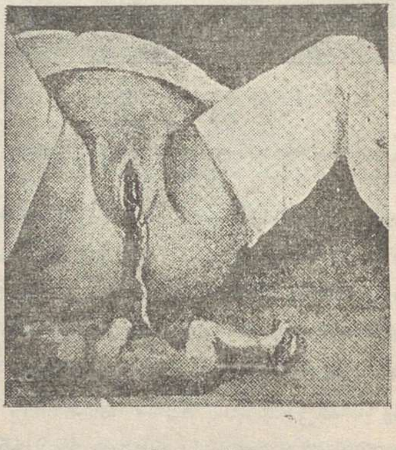
നവജാതശിശുവിനെ പൊക്കിഎടുക്കുന്ന രീതി.

വായിലും കടന്നുകൂടിയിട്ടുള്ള കഫം (മ്യൂക്കസ്സ്–Mucus) പുറത്തേക്കു പോരികയുള്ളു. പ്രസവം കഴിഞ്ഞാൽ ഏതാനും സെക്കൻെറുകാംക്കുള്ളിൽ കുട്ടി ശ്വാസോച്ഛ്വാസം ചെയ്തുതുടങ്ങുന്നതാണ്. ശ്വാസോച്ഛ്വാസം ചെയ്തുതുടങ്ങുന്നില്ലെങ്കിൽ കുറെ ഉണങ്ങിയ പഞ്ഞി കയ്യിലെടുത്ത് അതുകൊണ്ട് കുട്ടിയുടെ പുറം അമർത്തി തിരുമ്മിയാൽ അതു കരഞ്ഞുതുടങ്ങുന്നതും ശ്വാസോച്ഛ്വാസം ആരംഭിക്കുന്നതുമാണ്.



ചിത്രം 76

കുട്ടിയുടെ രണ്ടു കക്ഷത്തിലും പിടിച്ച്, ഉയർത്തി അതിൻെറ ഉടൽ ജനനമാർഗ്ഗത്തിൽനിന്നും എടുക്കുന്നവിധം.



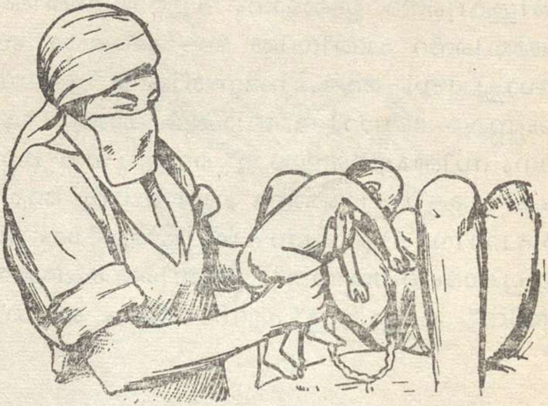
ചിത്രം 77

പ്രസവം കഴിഞ്ഞാലുടനെയുള്ള ശിശുവിൻെറ കിടപ്പ്.

ശിശുവിൻെറ ഉടൽഭാഗം ചൂടുവെള്ളത്തിൽ മുക്കുകയോ അതിൻെറ ചന്തിയിൽ അടിക്കുകയോ ചെയ്താലും ശ്വാസോച്ഛ്വാസം ആരംഭിക്കുന്നതാകുന്നു. തുടർന്ന് കുട്ടിയുടെ കണ്ണുകൾ ബോറിക്ക്ലോഷൻകൊണ്ടു് കഴുകി രണ്ടു ശതമാനം സിൽവർനൈട്രേററു് സൊലൂഷൻ കണ്ണിൽ ഇററിക്കുക. കുട്ടി പുറത്തേക്കു വരുമ്പോൾ അതിൻെറ കണ്ണിൽ പററിയിരിക്കാവുന്ന പഴുപ്പുകൾ നീക്കം ചെയ്യാനാണ് ഇപ്രകാരം ചെയ്യുന്നതു്. ഇങ്ങിനെ ചെയ്യാത്തപക്ഷം ശിശുവിനു് കണ്ണുപഴുപ്പ് എന്ന രോഗം ബാധിക്കാനിടയുണ്ടു്.

ചിത്രം 78: നവജാതശിശുവിൻെറ കണ്ണിൽ മരുന്നിററിക്കുന്നു.
പ്രസവശേഷം ഗൊണോക്കോക്കസ്സ് അണുക്കൾ മൂലമുണ്ടാകാവുന്ന നയനരോഗ പ്രതിരോധനടപടി.

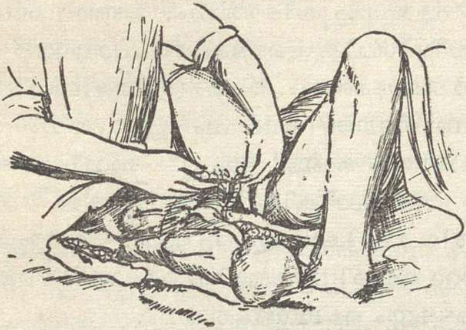
ശിശു നന്നായി കരയുന്നതുവരെ പൊക്കിൾക്കൊടി മുറിച്ചുകൂടാ. ശിശുവിൻെറ പൊക്കിൾ മുതൽ ഏകദേശം 10 സെൻറീമീററർവരെയുള്ള പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെ ഭാഗത്തു് മാത്രമേ ഈ അവസരത്തിൽ മിടിപ്പ് കാണുകയുള്ളു. ബാക്കി ഭാഗത്തു് സ്പന്ദനം തീരെ ഉണ്ടായിരിക്കുകയില്ല.



ചിത്രം 79
നവജാതശിശു മിഡ്‌വൈഫിൻെറ കയ്യിൽ.

പൊക്കിൾക്കൊടി മുറിക്കേണ്ട വിധം.

പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെ മിടിപ്പുനിന്നാൽ പൊക്കിളിൽനിന്നും 10 സെൻറിമീററർ അകലെയായി പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ ഒരു കെട്ടു കെട്ടുക. ഈ കെട്ടിൽനിന്നും അല്പം അകലെയായി രണ്ടാമതൊരു കെട്ടുകൂടി കെട്ടുക. ഈ രണ്ടു കെട്ടുകളുടേയും മദ്ധ്യഭാഗം കണ്ടു് പൊക്കിൾക്കൊടി മുറിക്കുക. പൊക്കിൾക്കൊടി കെട്ടുവാൻ ഉപയോഗിക്കേണ്ട ചരടു് (Silk worm gut) വെള്ളത്തിൽ ഇട്ടു് തിളപ്പിച്ചതോ, കെട്ടുവാനെടുക്കുന്നതുവരെ ആൻറീസെപ്ററിക്കു് ലോഷനിൽ ഇട്ടുവച്ചിരുന്നതോ ആയിരിക്കണം. തിളപ്പിച്ചെടുത്ത ഒരു വളഞ്ഞ കത്രിക (Curved Scissors) കൊണ്ടുവേണം പൊക്കിൾക്കൊടി മുറിക്കുവാൻ.



ചിത്രം 80

പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ ആദ്യത്തെ ക്ലാമ്പ് പിടിപ്പിക്കുന്നു. അല്പം മാറി രണ്ടാമത്തെ ക്ലാമ്പും പിടിപ്പിക്കണം. ക്ലാമ്പ് പിടിപ്പിക്കുന്ന സ്ഥാനങ്ങളിൽ കെട്ടിയാലും മതി.

ചിത്രം 81

ക്ലാമ്പുകളുടെയോ കെട്ടുകളുടെയോ ഇടയ്ക്കുവച്ച് രോഗാണുവിമുക്തമാക്കിയ കത്രികകൊണ്ട് പൊക്കിൾക്കൊടി മുറിക്കുന്നു.

പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽനിന്നും രക്തം പോകുന്നില്ലെന്ന് തീർച്ചയായാൽ പിന്നെ സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവും ഉപയോഗിച്ച് ശിശുവിനെ കുളിപ്പിക്കുക. പൊക്കിൾ നന്നായി തുടച്ച് ഡസ്റ്റിംഗ്പൗഡർ ഇട്ടതിനുശേഷം കമ്പിളി

കൊണ്ടു് പുതപ്പിച്ചുകിടത്തണം. അതിനുശേഷം മാതാവിനു് ക്ഷീണാധിക്യമുണ്ടെങ്കിൽ ചായയോ കാപ്പിയോ കുടിക്കാൻ കൊടുക്കണം. രക്തം ക്രമത്തിലധികം പോകുന്നുണ്ടോ എന്നു് നോക്കിയശേഷം ഗുഹ്യഭാഗം ലോഷനിൽ മുക്കിയ പഞ്ഞികൊണ്ടു് തുടച്ചു് അവിടെയോ, യോനിയിലോ, സെർവിക്സിലോ, മുറിവുകൾ വല്ലതുമുണ്ടോ എന്നു പരിശോധിക്കുകയും ചെയ്യുക. വിള്ളലോ, കീറലോ മറേറാ പെരിനിയത്തിൽ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അതു് തുന്നിക്കെട്ടുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണു്.

പ്രസവത്തിൻെറ മൂന്നാംഘട്ടത്തിൽചെയ്യേണ്ടതു്:—

പ്രസവത്തിൻെറ മൂന്നാംഘട്ടത്തിൽ രക്തസ്രാവമുണ്ടെങ്കിലല്ലാതെ, മിഡ്‌വൈഫോ, ഡാക്ടറോ അതിൽ ഇടപെടേണ്ട ആവശ്യമില്ല. ശിശു ജനനശേഷം സ്വാഭാവികമായ നിലയിൽ തന്നെ മൂന്നാംഘട്ടം അവസാനിച്ചുകൊള്ളും.

പ്രസവശേഷം അവളെ മലത്തിക്കിടത്തി കാൽ കുത്തിച്ചുവയ്ക്കണം. ഗർഭാശയം ശരിയായി ചുരുങ്ങുന്നുണ്ടോ എന്നു നോക്കണം. ഗർഭാശയത്തിൻെറ സങ്കോചവികാസങ്ങൾമൂലം അടിവയറിനുമീതെ സ്പർശിച്ചാൽ ഇടയ്ക്കിടയ്ക്കു് കഠിനമായും, മാർദ്ദവമായും അനുഭവപ്പെടും. ഈ സമയത്തു് ഗർഭാശയത്തിനു മുകളിൽ ഉദരഭാഗത്തു് മിഡ്‌വൈഫ് മെല്ലേ തടവിക്കൊടുക്കുകയല്ലാതെ അമർത്തി ഉഴിയരുതു്. അമർത്തിയാൽ മറുകുട്ടി സമയത്തിനുമുമ്പായി ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും വേർപെടാൻ ഇടയാകുന്നതും തൽഫലമായി അതു് പൊട്ടിപ്പോകാനും അതിൻെറ അംശങ്ങൾ ഗർഭാശയത്തിൽ പററിയിരിക്കുവാനും രക്തസ്രാവം ഉണ്ടാകാനും ഇടയാകുന്നു.

ഗർഭാശയം പെട്ടെന്ന് അയഞ്ഞു മാർദ്ദവപ്പെടുന്നതായി തോന്നിയാൽ അതിൽ രക്തം വന്നു നിറയാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി മിഡ്‌വൈഫിനു് താഴെപ്പറയും പ്രകാരം ചെയ്യാവുന്നതാണു്. ഇടത്തേ കയ്യുടെ തള്ളവിരൽ ഗർഭാശയത്തിനു മുകളിൽ മേൽഭാഗത്തു വയ്ക്കുകയും മററു വിരലുകൾ കീഴോട്ടു നീട്ടി ഭഗാശയത്തെ അമർത്തുകയും ചെയ്യുക.

സാധാരണഗതിയിൽ 3–ാംഘട്ടത്തിൻെറ ആരംഭം മുതൽ ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങുന്നതും അരമണിക്കൂറിനകം മറുകുട്ടിയും മുനീക്കുടത്തോലും ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും വേർപെട്ടു യോനിയിലേയ്ക്കു വീഴുന്നതുമാണു്.

മറുകുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നു വേർപെട്ടു് യോനിയിൽ വീണിട്ടുണ്ടോ എന്നു് താഴെപ്പറയുന്ന ലക്ഷണങ്ങൾ കൊണ്ടു് മനസ്സിലാക്കാവുന്നതാണു്.

1 മറുകുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും വേർപെട്ടു് യോനിയിൽ വീണിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ഗർഭാശയം ഉരുണ്ടും കഠിനമായും കയ്യുള്ളിൽ ഒതുങ്ങുന്ന വലിപ്പത്തിലുമായിത്തീരുന്നു.

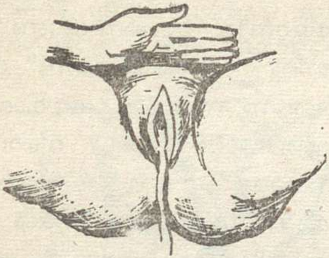
2 ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗം പൊക്കിൾ വരെ എത്തിയിരിക്കും.

3 വെളിയിൽ കണ്ടിരുന്ന പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെ ഭാഗം കുറേക്കൂടി കീഴ്പ്പോട്ടിറങ്ങിയിരിക്കുന്നതായി കാണുന്നു.

ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും മറുകുട്ടി വേർപെട്ടുപോന്നിട്ടില്ലെങ്കിൽ മുകൽ നിർത്തിയാലുടനെ പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെ ഭാഗം വീണ്ടും മേലോട്ടുകയറുന്നതായി കാണാവുന്നതാണു്.

ചിത്രം 82

മിഡ്‌വൈഫ് രണ്ടു കൈകൾ കൊണ്ടും ഉദരപേശികൾ പൊക്കി മടക്കിപ്പിടിച്ചുകൊണ്ടു് മുക്കുവാൻ ഉപദേശിക്കുക. ഉദരാന്തർഭാഗത്തെ സമ്മർദ്ദം കൂടുന്നതും മറുപിള്ളയുടെ പിറവിയെ സഹായിക്കുന്നതുമാണു്.



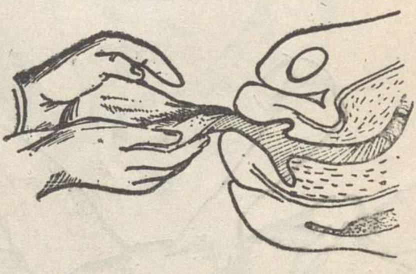
ചിത്രം 83

മറുപിള്ള ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും വേർപെട്ടിട്ടുള്ള സാഹചര്യത്തിൽകൈപ്പത്തി ചരിച്ചുപിടിച്ച് നാഭിക്കമീതെ അമർത്തുന്ന സമ്പ്രദായം. (ഇങ്ങനെ ചെയ്യുമ്പോൾ പൊക്കിൾക്കൊടി തിരിച്ചുകയറി ചുരുണ്ടുകൂടിപ്പോകുവാൻ ഇടയാകരുത്)

ചിത്രം 84

മറുപിള്ള ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും വേർപെട്ടിട്ടും പിറക്കാതെ ഭഗാശയമാർഗ്ഗത്തിൽ തടയപ്പെട്ടാൽ ചിത്രത്തിൽ കാണുന്നതുപോലെ വിരലുകൾ പിടിച്ച് അമർത്തുക.
(Crede's Method)

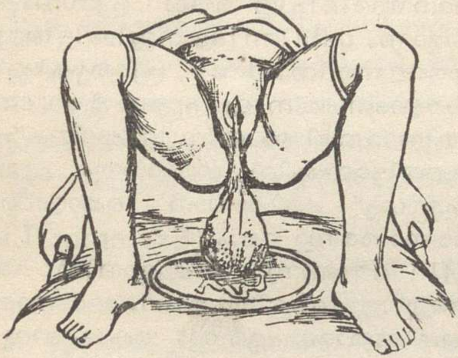
ലക്ഷണങ്ങൾകൊണ്ടു് മറുകുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും വേർപെട്ടു് യോനിയിൽത്തന്നെയാണു് കിടക്കുന്നതെന്നു് ബോദ്ധ്യമായാൽ ഇടതുകൈകൊണ്ടു് ഗർഭാശയം പിടിച്ചു് അതു് ചുരുങ്ങുന്ന സന്ദർഭം നോക്കി വയററത്തു് മെല്ലെ കീഴോട്ടമത്തിയാൽ മറുകുട്ടി യോനിയിൽനിന്നും വെളിയിൽവരുന്നതാണു്. മുന്നീക്കുടത്തോൽ അതിലോലമായ ഒരു ചർമ്മവിശേഷമായതിനാൽ എളുപ്പത്തിൽ പൊട്ടിപ്പോകുന്നതിനു് സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്. അതിനാൽ ഒരിക്കലും മറുകുട്ടിയുടെ ഏതെങ്കിലും ഭാഗത്തോ പൊക്കിൾക്കൊടിയിലോ പിടിച്ചു വലിക്കരുതു്. വീഴുന്ന മറുകുട്ടിയെ താങ്ങിപ്പിടിച്ചു്, പിരിച്ചു, പിരിച്ചു് വളരെ സാവധാനത്തിൽ എടുക്കുന്നപക്ഷം യാതൊരു ബുദ്ധിമുട്ടുകളും ഉണ്ടാകുന്നതല്ല.



ചിത്രം 85: മറുപിള്ളയെ എടുക്കുന്നവിധം

മറുകുട്ടി സുഗമമായി പിറക്കുന്നതിനു് മറെറാരു സമ്പ്രദായംകൂടി പുതുതായി ആവിഷ്ക്കരിച്ചിട്ടുണ്ടു്. അതിനു് മിഡ്വൈഫിൻെറയോ, മററാരുടെയെങ്കിലുമോ സഹായമാവശ്യമില്ല. ആരും തൊടുകയും വേണ്ട. യഥാർത്ഥ സന്ദർഭത്തിൽ മിഡ്വൈഫ് ഒരു നിർദ്ദേശംകൊടുത്താൽ മാത്രം മതി. മറുകുട്ടി യോനിയിൽനിന്നും പൂർണ്ണമായി

വെളിയിലിറങ്ങി എന്നു കാണുന്ന സമയത്തു് അവളുടെ ഉപസ്ഥാശയഭാഗംകണ്ടു് അല്പം മേല്പോട്ടുയർത്താൻപറയുക.



ചിത്രം 86

ചിത്രത്തിൽ കാണുന്നതുപോലെ കാലുകറം ഉറപ്പിച്ചു കൊണ്ടു് അല്പം പൊങ്ങിയാൽ മറുകുട്ടിയുടെ ഭാരം കൊണ്ടുതന്നെ എല്ലാം വേർപെട്ടുപോരുന്നതാണു്.

അങ്ങിനെചെയ്താൽ മറുകുട്ടിയുടെ ഭാരംകൊണ്ടു് അതെല്ലാം പൂർണ്ണമായും പുറത്തുവരുന്നതാണു്. പ്രസവത്തിൻെറ മൂന്നാംഘട്ടം സ്വാഭാവികമായി നടക്കുന്നപക്ഷം മറുപിള്ള യുടെ പിന്നാലെ മുന്നീർക്കുടത്തോൽ വഴുതി പുറത്തേയ്ക്കുപോരുകയാണു് പതിവു്. മറുകുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും യോനിയിലേയ്ക്കു വീഴുവാൻ താമസമുണ്ടായാൽ പൊക്കിറം ക്കൊടി പിടിച്ചു വലിക്കരുതു്. വലിച്ചാൽ പൊക്കിറം ക്കൊടി അററുപോകുന്നതും മറുകുട്ടിയുടെ ഭാഗങ്ങറം പൊട്ടി ഗർഭാശയത്തിൽത്തന്നെ പററിയിരുന്നുപോകുന്നതും തന്മൂലം ഗുരുതരമായ രക്തസ്രാവമുണ്ടാകുന്നതും പ്രസവജ്വരത്തിനും മററും കാരണമായിത്തീരുന്നതുമാണു്. ഗർഭാശയം തന്നെ അകം പുറമായി മറിയുന്നതിനുപോലും സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്.

മറുകുട്ടിയും മുന്നീർക്കുടത്തോലും പൂർണ്ണമായും വെളിയിൽവന്നുകഴിഞ്ഞാൽ അവയെ നല്ലവണ്ണം പരിശോധി

ച്ചുനോക്കണം. ഏതെങ്കിലും ഭാഗം പൊട്ടിപ്പോയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ഉടനെതന്നെ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതാണ്. പ്രസവവേദനയാരംഭിച്ചതു മുതൽ പ്രസവിക്കുന്നതുവരെ ഔഷധങ്ങളൊന്നും ഗർഭിണിക്കു നല്കിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങുന്നതിനുവേണ്ടി പ്രത്യേകിച്ച് മരുന്നുകളൊന്നും കൊടുക്കണമെന്നില്ല. എന്നാൽ വേദനയ്ക്ക് ശമനമുണ്ടാകുന്നതിനുവേണ്ടി പെതിഡിൻ ഇൻജക്ഷനോ മറ്റോ കൊടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങുന്നതിനുവേണ്ടി എർഗട്ട് കുടിക്കുവാൻ കൊടുക്കേണ്ടതാണ്. എർഗട്ട് ഒന്നോ രണ്ടോ ഡ്രാം (Ext ergot Liq 1--2 dr. or 4-8 Ml) ഒരൗൺസ് വെള്ളത്തിൽ ചേർത്താണ് കൊടുക്കേണ്ടതു്. മറുകുട്ടിയും മുന്നീക്കുടത്തോലും പൂർണ്ണമായി വീണുകഴിഞ്ഞാലെ എർഗട്ട് കൊടുക്കാവൂ എർഗോമെട്രിൻ (Ergo metrine), ഓക്സിടോസിൻ (Oxytocin = പോസ്റ്റീരിയർ പിററ്യൂട്ടറി എക്സ്ട്രാക്ററ് - Posterior Pituitary Extract) എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് ഇൻട്രാമസ്ക്കുലറായി കുത്തിവയ്ക്കുക.

മറുകുട്ടിയുടെ പരിശോധന:-

മറുകുട്ടിയുടെയോ, മുന്നീക്കുടത്തോലുകളുടെയോ വല്ല അംശവും പൊട്ടിയിരുന്നു പോയിട്ടുണ്ടോ എന്നറിയുവാൻ മറുപിള്ളയെ ഒരു പാത്രത്തിലെടുത്തു് വെള്ളത്തിൽ

ചിത്രം 87

മറുപിള്ളയുടെ അകവശം (Foetal side) മേശപ്പുറത്തും പുറകുവശം (Maternal side) മുകളിലും വരത്തക്കവിധം വച്ച് മെംബ്രയിൻ മാററി പരിശോധിക്കുന്ന വിധം.

നന്നായി കഴുകിയതിനുശേഷം അതെടുത്ത് ഗർഭാശയഭി ത്തിയോടു ചേർന്നിരുന്ന ഭാഗം മേലോട്ടു വരത്തക്കവിധം തിരിച്ചുപിടിച്ച് സൂക്ഷ്മമായി പരിശോധിക്കുക. മറുകുട്ടി യെ ഏകദേശം ഇരുപതു് ചെറുതുണ്ടുകളായി ഭാഗിച്ചിരി ക്കുന്ന വിധത്തിലുള്ള ചുളിവുകൾ അതിൽ കാണാവുന്നതാ ണ്. ഈ തുണ്ടുകളിൽ ഏതെങ്കിലുമൊന്ന് ഇല്ലെന്നു വരു ന്നപക്ഷം അതു് ഗർഭാശയത്തിൽ തങ്ങിയിരിക്കുന്നു എന്നു നിശ്ചയിക്കാം.

അനന്തരം മുന്നീക്കുടത്തോലും വിടർത്തി സൂക്ഷ്മമായ പരിശോധനയ്ക്കു് വിധേയമാക്കുക. ശിശു കടന്നുപോന്നി ട്ടുള്ള ഭാഗമൊഴിച്ചാൽ അതു് ഒരു സഞ്ചിപോലെയായിരി ക്കുന്നതാണ്. ഇടതുകൈകൊണ്ടു് പൊക്കിൾവള്ളി പിടി ച്ച് വലതുകൈ ശിശു കടന്നുപോന്ന ഭാഗത്തുകൂടി കടത്തി പരിശോധിച്ച് എല്ലാം ശരിയായിട്ടുണ്ടെന്ന് ബോദ്ധ്യ

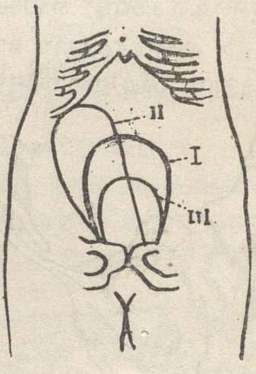
ചിത്രം 88

പൊക്കിൾക്കൊടി ഒരു കയ്യിലെടുത്തു് തൂക്കിപ്പിടിച്ചുകൊ ണ്ടു് മറേറ കൈ ശിശു പുറത്തേയ്ക്കു് വന്നപ്പോൾ ഉണ്ടായ വിടവിൽക്കൂടി അകത്തേയ്ക്കു കടത്തി മറുപിള്ളയുടെ രണ്ടു ചർമ്മഭാഗങ്ങളും പരിശോധിക്കുന്ന രീതി.

പ്പെടുക. മറുകുട്ടിയുടെ ഏതെങ്കിലും ഭാഗം ഗർഭാശയത്തി നുള്ളിൽ സ്ഥിതിചെയ്യുന്നപക്ഷം വിവരം ഉടനെ ഡാക്ടറെ

അറിയിക്കണം. കൈകാംകൊണ്ടോ ഉപകരണസഹായത്തോടെയോ അദ്ദേഹം അതു് പുറത്തെടുത്തുകളയുന്നതാണു്. മറുപിള്ളയുടെ അംശം പൂർണ്ണമായും ഗർഭാശയത്തിൽ നിന്നും നീക്കംചെയ്യപ്പെടുന്നതുവരെ രക്തസ്രാവം തുടരുന്നതായിരിക്കും.

മുന്നീക്കുടത്തോൽ പൊട്ടി അകത്തിരുന്നുപോയാലും അതുകൊണ്ടു് പ്രത്യേകിച്ചു് ദോഷമൊന്നും ഉണ്ടാകുന്നതല്ല. അതു് ഒന്നോ രണ്ടോ ദിവസങ്ങാംക്കുള്ളിൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ ചുരുങ്ങൽകൊണ്ടു് മററു് സ്രവണങ്ങളോടൊപ്പം പുറത്തേയ്ക്കു പോരുന്നതാണു്.



ചിത്രം 89

ശിശുജനനത്തിനു ശേഷം മറുപിള്ള പിറക്കുന്നതുവരെയുള്ള ഘട്ടത്തിലെ (Placental stage) ഗർഭാശയത്തിൻെറനില.

I ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ പിറവിയ്ക്കു ശേഷം.

II മറുപിള്ളയും അനുബന്ധിതഭാഗങ്ങളും വേർപെട്ടു് ഭഗാശയത്തിൽ വീണതിനുശേഷം.

III മറുപിള്ളയുടെ പൂർണ്ണമായ പിറവിക്കുശേഷം,

പ്രസവത്തിൻെറ മൂന്നാംഘട്ടവും ശുഭമായി പര്യവസാനിച്ചു എന്നു ബോദ്ധ്യപ്പെട്ടാൽ ഒരിക്കൽക്കൂടി പെരിനിയവും, യോനിയുടെ കീഴ്ഭാഗവും പരിശോധിക്കുക. കീറലോ മറേറാ ഉണ്ടെങ്കിൽ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുകയോ, തുന്നിക്കെട്ടുകയോ യുക്തംപോലെ ചെയ്യാവുന്നതാണ്. അനന്തരം അഴുക്കുതുണികളെല്ലാം മാററി ഗുഹ്യപ്രദേശം ലൈസോറം ലോഷൻ കൊണ്ടോ, പൊട്ടാസ്യം പെർമാംഗനേററ് ലോഷൻകൊണ്ടോ നന്നായി കഴുകി തുടച്ച് കെട്ടി ഉടുപ്പിക്കുക (Diaper Andpad). വയററത്ത് ഒരു ബയിൻഡർ സാമാന്യം മുറുക്കി ഇടണം. ബയിൻഡർ ഇടുന്നത് ഒക്കിൻെറ ഏകദേശം പത്തു സെൻറീമീററർ താഴെയായിരിക്കണം. അതിനുശേഷം മാതാവിനെ നല്ല കിടക്കയിലേയ്ക്കു മാററി കുടിക്കുന്നതിനു് ഓറഞ്ചുനീരോ അല്ലെങ്കിൽ അവക്കിഷ്ടമുള്ള ഏതെങ്കിലും പാനീയമോ കൊടുത്തു് ആശ്വസിപ്പിച്ചതിനുശേഷം പുതപ്പിച്ചുകിടത്തി ഉറങ്ങാൻ പ്രേരിപ്പിക്കുക അനന്തരം നവജാതശിശുവിനെ പരിശോധിക്കുക. കുട്ടി നല്ലവണ്ണം ശ്വസിക്കുന്നുണ്ടോ എന്നും പൊക്കിൾക്കൊടിയിന്മേലുള്ള കെട്ടു മുറുകിയിട്ടുണ്ടോ എന്നും മിഡ്‌വൈഫ് സൂക്ഷ്മമായി പരിശോധിക്കണം.

കൂടാതെ

ശിശുവിൻെറ കൈകാലുകൾക്കു് വൈരൂപ്യം,

അണ്ണാക്കിൽ വിള്ളൽ,

മുച്ചുണ്ടു് (മുച്ചിറി)

തലയിലോ, മുതുകെല്ലിലോ മുഴ,

മല, മൂത്ര ദ്വാരങ്ങൾ,

നാക്കെട്ട് (ടങ്ങ് ടൈ–Toungue tie) എന്നിവയുണ്ടോ എന്നു് കണ്ടുപിടിക്കാൻ ശ്രമിക്കണം.

മറുകുട്ടിയും പിറന്നു് രണ്ടു മണിക്കൂറെങ്കിലും കഴിയാതെ മിഡ്‌വൈഫ് പ്രസവമുറി വിട്ടുപോകരുതു്. ഇടക്കിടെയ്ക്കു് തെർമോമീററർ ഉപയോഗിച്ചു് പനി ഉണ്ടോ എന്നു നോക്കുകയും, നാഡി മിനിട്ടിൽ 75—ൽ അധികം പ്രാവശ്യം അടിക്കുന്നുണ്ടോ എന്നു് എണ്ണിനോക്കുകയും വേണം. നാഡീസ്പന്ദനനിരക്കു് മിനിട്ടിൽനൂറിൽ അധികമായി കാണുന്നപക്ഷം അതു് രക്തസ്രാവത്തിന്റെ ഒരു ലക്ഷണമായി കണക്കാക്കേണ്ടതും അവശ്യം വേണ്ട മുൻകരുതലുകൾ ചെയ്യേണ്ടതുമാകുന്നു. രക്തസ്രാവമുണ്ടെന്നു കണ്ടാൽ അതു് നിന്നതിനുശേഷമേ പ്രസവിച്ച സ്ത്രീയെ വിട്ടുപോകാവൂ എന്നതും പ്രത്യേകം ഓർമ്മിപ്പിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

അദ്ധ്യായം 12

പ്രസവാനന്തരഘട്ടവും പരിചരണവും

(PUERPERIUM AND THE CARE OF THE PUERPERA)

മറുപിള്ളയുടെ പിറവി മുതൽ ഏതാണ്ട് ഒന്ന് ഒന്നര മാസംവരെയുള്ള കാലഘട്ടത്തേയാണ് പ്രസവാനന്തര ഘട്ടം എന്ന് മലയാളത്തിലും പ്യൂയർപ്പേറിയം (Puerperium) എന്ന് സൂതിശാസ്ത്രത്തിലും പറയുന്നത്. പ്യൂയർപ്പേറിയം എന്ന ലത്തീൻവാക്കിൻെറ അർത്ഥം ''പ്രസവശേഷം'' എന്നാകുന്നു. ഗർഭാശയവും മററും പൂർവ്വസ്ഥിതിയിൽ എത്തിച്ചേരുന്നത് ഈ കാലഘട്ടത്തിലാണ്. പ്രസവശുശ്രൂഷ കഴിയുന്നതോടുകൂടി മിഡ് വൈഫിൻെറ ചുമതല കഴിയുന്നില്ല. തുടന്ന് ദിവസേന ഒന്നോ, രണ്ടോ പ്രാവശ്യം മാതാവിനേയും ശിശുവിനേയും സന്ദർശിക്കേണ്ടതും അവരെ പരിശോധിച്ച് താഴെപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ എപ്രകാരമിരിക്കുന്നു എന്ന് ശ്രദ്ധിച്ചു മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

A. ഗർഭാശയ പൂർവ്വസ്ഥിതി

(INVOLUTION OF THE UTERUS)

പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന കാലത്താണ് ശിശു ജനനത്തിനുവേണ്ടി വികസിച്ചു വലുതായിതീൎന്ന ഗർഭാശയം, യോനി തുടങ്ങിയ സ്ത്രീജനനേന്ദ്രിയഭാഗങ്ങൾ ചുരുങ്ങി ഗർഭധാരണത്തിനുമുമ്പുണ്ടായിരുന്നഅവയുടെപൂർവ്വസ്ഥിതിയിൽ എത്തിച്ചേരുന്നതു്. ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങി പൂർവ്വസ്ഥിതിയെ പ്രാപിക്കുന്നതിനു് ഏകദേശം ഒരു മാസം സമയം വേണം. പ്രസവംകഴിഞ്ഞു് മറുകുട്ടിയും പിറന്നതിനുശേഷം ഗർഭാശയം നാഭിയെല്ലിൽനിന്നു് ഏകദേശം പതിനഞ്ചു സെൻറിമീററർ മുകളിലായിരിക്കുന്നതും അതിനു് ആ സമയത്തു് ഏകദേശം ഒരു കിലോഗ്രാം തൂക്കമുണ്ടായിരിക്കുന്നതുമാണു്. ഒരാഴ്ച കഴിഞ്ഞാൽ ഗർഭാശയം നാഭിയെല്ലിൽനിന്നു് എട്ടു സെൻറിമീററർ മുകളിലായിരിക്കുന്നതും അതിൻെറ അപ്പോഴത്തെ തൂക്കം ഏകദേശം 400 ഗ്രാമായി ചുരുങ്ങിയിരിക്കുന്നതുമായിരിക്കും. പ്രസവശേഷം ഗർഭാശയം ക്രമാൻസരണം ചുരുങ്ങി വരുന്നുണ്ടോ എന്നും മിഡ്വൈഫ് പ്രത്യേകമായി ശ്രദ്ധിക്കണം.

ഗർഭാശയം ക്രമാനുസരണം ചുരുങ്ങാതെ വരുന്നതു് താഴെപ്പറയുന്ന കാരണങ്ങൾ കൊണ്ടായിരിക്കും.

1. മറുകുട്ടി, മൂന്നീക്കടത്തോൽ എന്നിവയുടെ ഭാഗങ്ങൾ പൊട്ടിയിരിക്കുന്നതുകൊണ്ടോ, രക്തക്കട്ടകൾ കിടക്കുന്നതുകൊണ്ടോ ആയിരിക്കാം. ഇവ പുറത്തെടുത്തുകളഞ്ഞില്ലെങ്കിൽ അതു് രക്തസ്രാവത്തിനും ഈററപ്പനിക്കും കാരണമായിത്തീരും. പ്രസവജ്വരം അല്ലെങ്കിൽ ഈററപ്പനി ആരംഭിക്കുന്നതു് മിക്കവാറും പ്രസവം കഴിഞ്ഞു് മൂന്നാംദിവസമായിരിക്കും.

2. മൂത്രാശയത്തിൽ മൂത്രം കെട്ടിനില്ക്കാനിടയാകുന്ന പക്ഷം, മൂത്രാശയം ഗർഭാശയത്തെ മേല്പോട്ടു തള്ളുന്നതിനാൽ അതുയന്നു വികസിച്ചുനില്ക്കും.

3. കുട്ടിക്കു മുല കൊടുക്കാതിരിക്കുകയോ പ്രസവത്തിനുമുമ്പും, പ്രസവശേഷവും രക്തസ്രാവം ഉണ്ടായിരിക്കുകയോ ഗർഭാശയത്തിൽ മുഴകഠം ഉണ്ടായിരിക്കുകയോ ചെയ്താൽ ഗർഭാശയം വലുതായിരിക്കും.

4. ഗർഭാശയം പുറകോട്ടു ചരിഞ്ഞുകിടന്നാൽ അതു ക്രമത്തിലധികം ചെറുതാണെന്നു തോന്നിയേക്കാം.

B. യോനീവാച്ച് (ലോക്കിയ–LOCHIA)

പ്രസവശേഷം രണ്ടാഴ്ചക്കാലത്തോളം യോനിയിൽനിന്നു് ഒരുതരം വാച്ചയുണ്ടായിക്കൊണ്ടിരിക്കും. ഇതു് ആരംഭത്തിൽ രക്തവും രക്തക്കട്ടകളും അടങ്ങിയതായിരിക്കും. നാലഞ്ചുദിവസം കഴിയുമ്പോഴേക്കും ഇതിൻെറ നിറം മാറിത്തുടങ്ങുന്നതും ഒൻപതാംദിവസം മുതൽ അതിനു നേരിയ പച്ചനിറം കാണുന്നതുമായിരിക്കും. ഗർഭാശയത്തിൽ മറുപിള്ളയുടെ ചർമ്മത്തിന്റെയോ മറുകുട്ടിയുടേയോ വല്ല അംശങ്ങളും ഇരിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ ലോക്കിയ എന്ന പ്രസവശേഷവാച്ച് ക്രമാനുസരണം കുറഞ്ഞുവരുന്നതല്ല എന്ന കാര്യം മിഡ്വൈഫിൻെറ ഓർമ്മയിൽ ഇരിക്കേണ്ടതാണു്. ഈ വാച്ചയ്ക്കു് സാധാരണയായി യാതൊരു ദുർഗ്ഗന്ധവും ഉണ്ടായിരിക്കയില്ല. എന്നാൽ പ്രസവജ്വരമുണ്ടെങ്കിൽ ഈ വാച്ചയ്ക്കു് ദുർഗ്ഗന്ധമുണ്ടായിരിക്കും. കുട്ടി മുല കുടിക്കുന്നതു് ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങുന്നതിനു് വളരെ സഹായകമാണു്. പരിഷ്ക്കാരികളായ മാതാക്കഠം മുലയിൽ പാലില്ലെന്ന വ്യാജേന ശിശുവിനു് മുല കൊടുക്കാതിരിക്കുന്നുണ്ടു്. മുല കുടിപ്പിക്കാത്തതുകൊണ്ടു് മുലകഠക്കു്, അവർ നിലനിത്താനാഗ്രഹിക്കുന്ന ഭംഗിയും, ആകാരസൗഷ്ഠവവും നില

നിത്താനാവില്ല. സ്ത്രീയുടെ സൗന്ദര്യവും മാദകത്വവും നില നിത്തുന്നതിനുവേണ്ടി ഉദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതല്ല മുലകൾ. നവജാതശിശുവിനെ പാലൂട്ടിവളത്തുവാൻവേണ്ടി പ്രകൃതി വളത്തിയെടുത്തിട്ടുള്ള പരിപാവനമായ അവയവ വിശേഷങ്ങളാണ് സ്തനങ്ങൾ.

C. ശരീരോഷ്മാവ് (TEMPERATURE)

ശരീരത്തിൻെറ ചൂട് 99 ഡിഗ്രിയിൽ അധികമായിരിക്കരുത്. അതിൽ കൂടുതലായി ശരീരോഷ്മാവ് വർദ്ധിച്ചാൽ അതു് രോഗലക്ഷണത്തെയാണ് സൂചിപ്പിക്കുന്നതു്. 102 ഡിഗ്രിയിലധികം പനിയുണ്ടായിരിക്കുകയും അതു് ഇരുപത്തിനാലുമണിക്കൂറിൽ അധികം സമയം നിലനില്ക്കുകയും, നാഡിമിടിപ്പ് വർദ്ധിച്ചുകാണുകയും ചെയ്യുന്ന പക്ഷം, അവൾക്ക് പ്രസവജ്വരത്തിൻെറ ആരംഭമാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കുകയും, അവളെ ഉടനെ ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയയാക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

D. നാഡി (പൾസ്–PULSE)

പ്രസവശേഷം സുഖസ്ഥിതിയിലാണെങ്കിൽ നാഡീസ്പന്ദനനിരക്ക് 72–നും 80–നും ഇടയിലായിരിക്കും. നാഡീസ്പന്ദനനിരക്ക് 80–ൽ അധികമായി വർദ്ധിക്കുന്ന പക്ഷം എന്തോ തകരാറുണ്ടെന്ന് മനസ്സിലാക്കണം. പ്രസവജ്വരാരംഭത്തിനുമുമ്പ് നാഡിമിടിപ്പ് വർദ്ധിക്കുന്നതായി കണ്ടുവരുന്നുണ്ട്.

E. പ്രസവാനന്തരവേദന
(ആഫ്റ്റർ പെയിൻ–AFTER PAIN)

പ്രസവത്തിനുശേഷം മൂന്നാലുദിവസത്തേക്ക് നോവുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്. കൂടുതൽ പ്രസവിച്ചിട്ടുള്ള സ്ത്രീക

ളിലാണ് നോവ് അധികമായി കണ്ടുവരുന്നത്. മറുകുട്ടിയുടേയോ മുന്നീക്കടത്തോലിൻേറയോ അംശങ്ങാം ഗർഭാശയത്തിൽ അവശേഷിക്കുന്നതുകൊണ്ട് നോവുണ്ടാവുന്നതാണ്. ഈ നോവ് വളരെ കലശലാണെങ്കിൽ ചികിത്സ ആവശ്യമാണ്. പ്രസവാനന്തരവേദനയോടുകൂടി പനിയോ, അധികനാഡീസ്പന്ദനനിരക്കോ ഉണ്ടായിരിക്കയില്ല.

F. സ്തന്യദാനം (LACTATION)

ഗർഭകാലത്തും, പ്രസവശേഷം 48 മണിക്കൂർവരെയും മുലകളിൽ ജലസമാനമായ ഒരു ദ്രാവകവിശേഷമായിരിക്കും ഉണ്ടായിരിക്കുക. ഇതിന്ന് കൊളൊസ്ട്രം (Colostrum) എന്നു പറയുന്നു. മൂന്നാംദിവസം മുതൽ ശരിയായ പാൽ ഊറിത്തുടങ്ങുന്നതാണ്. മുലപ്പാലിന്ന് നേരിയ നീലനിറം കലൻ ശുഭ്രവർണ്ണമാണുള്ളതു്. മുലപ്പാലിൻെറ ആപേക്ഷികസാന്ദ്രത (Specific Gravity) 1024–1035 വരെയാണ്. ആദ്യം മുതൽതന്നെ ശിശുവിന്ന് മാതാവിൻെറ സ്തനങ്ങളിൽ ഉള്ളതുമാത്രം കൊടുക്കുന്നതാണുത്തമം.

പ്രസവകാലത്തെ പരിചരണക്രമങ്ങാം.

ആഹാരം (ഡയററ്–DIET):– പ്രസവശേഷം ആദ്യത്തെ മൂന്നു ദിവസം, പാല്, ചായ, കാപ്പി, റൊട്ടി, പൊടിയരിക്കഞ്ഞി തുടങ്ങിയ ലഘുഭക്ഷണങ്ങാം മാത്രമേ കൊടുക്കാവൂ. അതിനുശേഷം സാധാരണ ഭക്ഷണക്രമങ്ങാം ആകാം. പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന സ്ത്രീ ധാരാളം വെള്ളം കുടിച്ചാൽ വയർ ചാടുമെന്നുള്ള ധാരണ തെററാണ്. പകൽ സമയങ്ങളിൽ മൂന്നു മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് ഭക്ഷണം കൊടുക്കണം.

പ്രസവംകഴിഞ്ഞു് 8 മണിക്കൂറിനുശേഷം നിശ്ചയമായും മിഡ്‌വൈഫ് വീണ്ടും മാതാവിനേയും ശിശുവിനേയും സന്ദർശിക്കേണ്ടതാണു്, പ്രസവാനന്തരം മിഡ്‌വൈഫ് ആദ്യമായി പോകുമ്പോഴും, തുടർന്നുള്ള എല്ലാ ദിവസങ്ങളിലും മാതാവിൻെറ നാഡീസ്പന്ദനനിരക്കും, ടെമ്പറേച്ചറും എത്രവീതമുണ്ടെന്നു് കണ്ടുപിടിച്ചു്, സമയവും, അതാതിൻെറ നിരക്കും ഡയറിയിൽ കുറിച്ചുവയ്ക്കണം. രാവിലെ 6 മണിക്കും ഉച്ചതിരിഞ്ഞു് മൂന്നുമണിക്കുമാണു് ഇതു് ചെയ്യേണ്ട ഏററവും നല്ല സമയം. പത്തു ദിവസമെങ്കിലും മിഡ്‌വൈഫ് തുടച്ചയായി മാതാവിനേയും, ശിശുവിനേയും, രാവിലേയും വൈകിട്ടും സന്ദർശിക്കേണ്ടതും, ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങുന്നുണ്ടോ എന്നും, അമർത്തിനോക്കിയാൽ വേദനയുണ്ടോ എന്നും, മൂത്രാശയത്തിൽ മൂത്രം കെട്ടിനില്ക്കുന്നുണ്ടോ എന്നും, തററുടുപ്പിച്ചിട്ടുള്ള തുണിയിൽ എത്രത്തോളം വാച്ച്യുണ്ടെന്നും മററും പരിശോധിച്ചു കണ്ടുപിടിക്കണം.

മലവിസർജ്ജനം:– പ്രസവശേഷം മലബന്ധം അനുഭവപ്പെടുകയാണു് പതിവു്. മൂന്നാംദിവസം കാലത്തു് ഒരൗൺസ് ആവണക്കെണ്ണ കൊടുത്തു് വയറിളക്കണം. അതിനു പ്രയാസമാണെങ്കിൽ എനിമാകൊടുത്തു് മലശോധനയുണ്ടാക്കാം. ഓരോ തവണയും, മലശോധനയുണ്ടാകുമ്പോഴും മൂത്രവിസർജ്ജനം നടത്തുമ്പോഴും ഗുഹ്യപ്രദേശവും മററും ചുടുവെള്ളത്തിൽ കഴുകുകയും അതിനുശേഷം ലൈസോൾലോഷനിൽ മുക്കിയ പഞ്ഞികൊണ്ടു് തുടച്ചു് വൃത്തിയാക്കുകയും ചെയ്യണം.

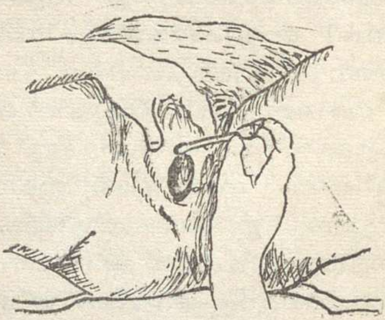
മൂത്രവിസർജ്ജനം: - മൂത്രം പോകുന്നുണ്ടു് എന്നു് പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന സ്ത്രീ പറയുന്നതുകൊണ്ടുമാത്രം മിഡ്‌വൈഫ് വിശ്വസിക്കരുതു്. മൂത്രം കെട്ടിനിന്നു് മൂത്രാശയം വീർത്തു വലുതായാൽപോലും പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന

സ്ത്രീക്കു് മൂത്രമൊഴിക്കണമെന്നു് തോന്നാറില്ല. അതിനാൽ അവരുടെ കടവയറു് മിഡ്വൈഫ് സൂക്ഷ്മമായി പരിശോധിക്കേണ്ടതും മൂത്രം കെട്ടിനില്ക്കുന്നു എന്നു് കണ്ടാൽ മൂത്രമൊഴിപ്പിക്കുന്നതിനു് അവരെ പ്രേരിപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ടു്. പ്രസവശേഷമുള്ള ആദ്യത്തെ കുറെ ദിവസങ്ങളിൽ മൂത്രം കെട്ടിനില്ക്കാനിടയായാൽ അതു് വളരെയേറെ അപകടങ്ങൾക്കു് വഴി തെളിക്കുമെന്നുള്ളതിനാൽ ഇക്കാര്യത്തിൽ മിഡ്വൈഫ് പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധ പതിപ്പിക്കേണ്ടതാണു്. മൂത്രം ശരിക്കു പോകുന്നില്ലെങ്കിൽ കൈകളുടേയും കാലുകളുടേയും മുട്ടുകൾ ഊന്നിനിന്നുകൊണ്ടു് മൂത്രമൊഴിക്കുവാൻ പ്രേരിപ്പിക്കണം. ബഡ്പാൻ അടിയിൽവച്ചിട്ടു് കിടക്കയിൽവച്ചുതന്നെ ഇങ്ങനെ ചെയ്യിക്കുക. അതുകൊണ്ടും പ്രയോജനമില്ലെന്നു കണ്ടാൽ അടിവയററിൽ ചൂടുവയ്ക്കുകയോ ബൈൻഡർ കുറച്ചുകൂടി മുറുക്കിയിട്ടു് ചൂടുവയ്ക്കുക (Hotwater bag) യോ ചെയ്യണം. എന്നിട്ടും മൂത്രം പോകുന്നില്ലെങ്കിൽ കുറെ ചൂടുവെള്ളം ഗുഹ്യഭാഗത്തു് ഒഴിച്ചുകൊടുക്കുക, പ്രസ്തുത ഭാഗത്തു് ചൂടുവെള്ളത്തിൻെറ സ്പർശനം ഉണ്ടായാൽ മൂത്രമൊഴിക്കാത്ത സ്ത്രീകൾ വിരളമാണു്. ഈ ഉപചാരങ്ങളെല്ലാം വിഫലമാകുന്നപക്ഷം കാർബക്കോൾ (Carbachol) എന്ന ഇൻജക്ഷൻ IM. ആയി കൊടുത്താൽ മൂത്രവിസർജ്ജനം ഉണ്ടാകുന്നതാണു്. മേൽപറഞ്ഞ ശ്രമങ്ങളെല്ലാം വിഫലമായാൽ മൂത്രാശയത്തിലേയ്ക്കു് ഒരു കത്തീററർ കടത്തി മൂത്രം എടുക്കുകയാണു് വേണ്ടതു്.

കത്തീററർ ഉപയോഗിച്ചു് മൂത്രമെടുക്കേണ്ട വിധം:-

സ്ത്രീയെ മലത്തിക്കിടത്തി അവളുടെ കാലുകൾ അല്പം അകററി കുത്തനെവച്ചു് ഗുഹ്യപ്രദേശം സോപ്പും ചൂടുവെ

ളളവും ഉപയോഗിച്ച കഴുകുക. അതിനുശേഷം മിഡ്‌വൈഫ് തന്റെ കൈകരം ശുദ്ധിയാക്കി യോനീദളങ്ങരം പിടിച്ചകററി ലൈസോരം ദ്രാവകത്തിൽ മുക്കിയ പഞ്ഞി കൊണ്ടു് തുടച്ചതിനുശേഷം വലത്തെ കൈകൊണ്ടു് കത്തീററർ മെല്ലെ മൂത്രദ്വാരത്തിലൂടെ അകത്തേയ്ക്കു കടത്തുക. കത്തീററർ മൂത്രാശയത്തിൽ കടന്നാലുടനെ കത്തീററ



ചിത്രം 90: മൂത്രദ്വാരത്തിലേയ്ക്കു് കത്തീററർ കടത്തുന്ന വിധം

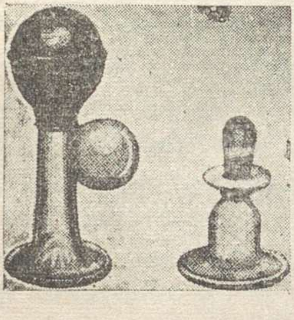
റിനുള്ളിലെ ദ്വാരം വഴി മൂത്രം പുറത്തേയ്ക്കുവരുന്നതാണു്. കത്തീററർ വെള്ളത്തിലിട്ട തിളപ്പിച്ചു് രോഗാണുവിമുക്തമാക്കിയശേഷമേ ഉപയോഗിക്കാവൂ. മൂത്രമെടുത്തതിനുശേഷം കത്തീററർ പുറത്തെടുക്കുമ്പോരം അതിന്റെ കീഴററം വിരൽകൊണ്ടമർത്തിപ്പിടിക്കണം. അങ്ങിനെ ചെയ്യാതിരുന്നാൽ കുഴലിനുള്ളിലുള്ള മൂത്രം കിടക്കയിലേയ്ക്കു് ഇററുവീഴുന്നതിനിടയാകും.

കത്തീററർ ഉപയോഗിച്ച മൂത്രം എടുക്കേണ്ട പരിതസ്ഥിതി സംജാതമായാൽ 8 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ടു് മൂത്രമെടുത്തുകൊണ്ടിരിക്കണം. മൂത്രമെടുക്കുന്നതിനു മുമ്പും മൂത്രമെടുത്തതിനു ശേഷവും മൂത്രക്കുഴൽ (Catheter) വെള്ളത്തിലിട്ടു് തിളപ്പിക്കുകയും അതിനുശേഷം ഡെറേറാരം ലോഷനിലിട്ടു വച്ചിരിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാകുന്നു.

ഉറക്കം:– പ്രസവം കഴിഞ്ഞാൽ ശരീരശുദ്ധി വരുത്തി ബൈൻഡർ ഇട്ടു് തററുടുപ്പിച്ചതിനുശേഷം ഒരുഗ്ലാസ്സു്

പാലും കൊടുത്തു് അവരെ ഉറങ്ങാൻ അനുവദിക്കണം. പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന സമയത്തു് മാതാവിനും ശിശുവിനും നല്ല ഉറക്കം ആവശ്യമാണു്. പ്രസവശേഷം പത്തു ദിവസം സ്വസ്ഥമായിക്കിടക്കുകയാണുവേണ്ടതു്. എന്നാൽ പിറേറദിവസംതന്നെ അവൾക്കു എഴുന്നേററിരിക്കാവുന്നതാണു്. യോനീമാർഗ്ഗേണയുള്ള ലോക്കിയാവാച്ച് നല്ലവണ്ണം ഒഴുകിപ്പോകുന്നതിനു് ദിവസവും കുറേ സമയത്തേയ്ക്കെങ്കിലും എഴുന്നേററിരിക്കുന്നതു് നന്നായിരിക്കും. പത്തു ദിവസങ്ങൾക്കു ശേഷം എഴുന്നേററുനില്ക്കുന്നതിനും വിരോധമില്ല.

സ്തനങ്ങൾ:– കുട്ടിക്കു് മുലകൊടുക്കുന്നതിനു മുമ്പും, മുലകൊടുത്തതിനു ശേഷവും മുലഞെട്ടുകൾ ബോറിക്കു് ലോഷൻകൊണ്ടു് കഴുകുന്നതു നന്നായിരിക്കും. മുലപ്പനിയുണ്ടാകുകയോ, നീരും വേദനയും അനുഭവപ്പെടുകയോ, മുലപ്പാൽ സ്രവിക്കാതിരിക്കുകയോ, മുലഞെട്ട വിണ്ടുകീറിപ്പോകുകയോ ചെയ്താൽ ഉടനെതന്നെ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതാണു്. മുലകൾ വീങ്ങി വേദനയുണ്ടായാൽ ഒരു ബാൻഡേജ് ഇട്ടുകൊടുക്കേണ്ടതും ബ്രസ്റ്റ് പമ്പുപയോഗിച്ചു് പാൽ പിഴിഞ്ഞുകളയേണ്ടതുമാണു്.



ചിത്രം 91: BREAST PUMP AND NIPPLE SHIELD.

1) മുലപ്പാൽ പിഴിഞ്ഞുകളയാനുള്ള ബ്രസ്റ്റ് പമ്പ്.
2) മുലക്കണ്ണുകൾക്കു് വിള്ളലോ മറേറാ ബാധിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ നിപ്പിൾ ഷീൽഡ് എന്ന ഈ ഉപകരണം പിടിപ്പിച്ചു വേണം ശിശുവിനു മുലകൊടുക്കുവാൻ.

ശരീരശുശ്രൂഷ:-

പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന സ്ത്രീയുടെ കൈകാലുകളും, ദേഹവും കാലത്തും വൈകിട്ടും തുടച്ചുകൊടുക്കണം. ദിവസേന രണ്ടു നേരവും അവളുടെ തലമുടി ചികി രണ്ടായി ഭാഗിച്ച് പിന്നിയിടണം. ഗുഹ്യഭാഗങ്ങൾ സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവും ഉപയോഗിച്ച് ദിവസം രണ്ടു നേരം കഴുകി ലൈസോൾ ലോഷൻകൊണ്ടു തുടച്ച് ശുദ്ധിയാക്കണം. അതിനുശേഷം ശുദ്ധമായ തുണികൊണ്ട് തററുടുപ്പിക്കണം. ദിവസത്തിൽ പല പ്രാവശ്യം തുണി മാററി തററുടുപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. കിടക്കവിരി, മററ് അഴുക്കുവസ്ത്രങ്ങൾ എന്നിവ കാലത്തും വൈകിട്ടും മാററുകയും ബൈൻഡർ മാററിക്കെട്ടുകയും ചെയ്യണം.

അദ്ധ്യായം 13

ഇരട്ടക്കുട്ടികൾ

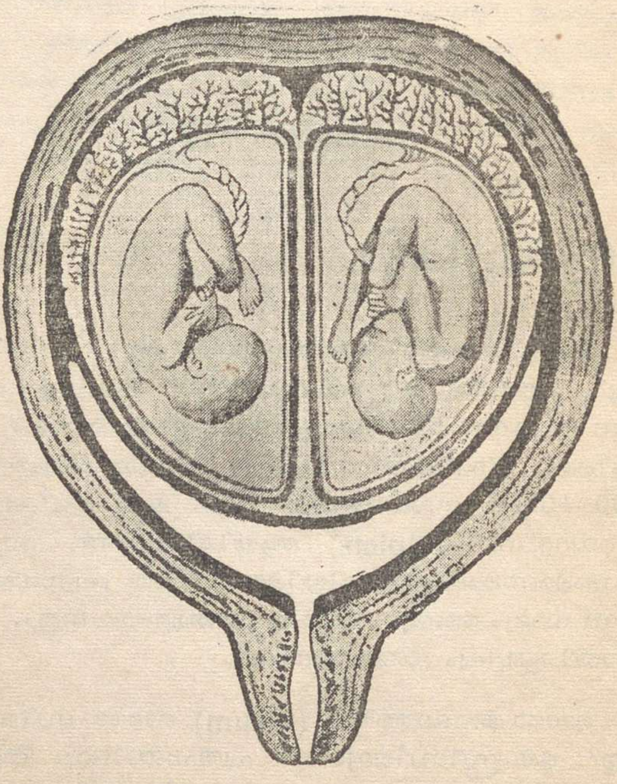
ഒരു പ്രസവത്തിൽ ഒന്നിലധികം കുട്ടികൾ ജനിക്കാറുണ്ട്. അതിന് പ്ലൂറൽ ബർത്ത്സ് (Plural Births) എന്നു പറയുന്നു. 50–100 പ്രസവങ്ങളിൽ ഒന്നിൽ ഇരട്ടക്കുട്ടികൾ (ട്വിൻസ് – Twins) ആയിരിക്കുമെന്നും, 7000–10000 പ്രസവങ്ങളിൽ ഒന്ന് മൂന്നു കുട്ടികൾ (ട്രിപ്പ്ലെറ്റ്സ്–Triplets) ആയിരിക്കുമെന്നും സ്ഥിതിവിവരക്കണക്കുകൾ തെളിയിക്കുന്നു. ഒരു പ്രസവത്തിൽ തന്നെ നാലും അഞ്ചും കുട്ടികൾ വീതമുണ്ടാകുന്നതും അപൂർവ്വമായിട്ടെങ്കിലും കണ്ടുവരുന്നുണ്ട്.

ഓരോ അണ്ഡത്തിലും (Ovum) ഓരോ ബീജമാണുള്ളത്. ഒരു സ്ത്രീബീജവും ഒരു പുരുഷബീജവും തമ്മിൽ ചേരുമ്പോഴാണല്ലൊ സാധാരണയായി ഒരു ശിശു ജനിക്കുന്നത്.

ഇരട്ടശിശുക്കളുടെ ജനനം

ഇരട്ടശിശുക്കളുടെ ജനനം രണ്ടുവിധത്തിൽ സംഭവിക്കാവുന്നതാണ്.

1 **ബൈനോവുലർ** (BINOVULAR):– ഒരു സ്ത്രീക്ക് രണ്ട് അണ്ഡാശയങ്ങൾ (ഓവറീസ്–Ovaries) ഉണ്ടെന്നും ആർത്തവചക്രക്രമമനുസരിച്ച് ഏതെങ്കിലും ഒരു



ചിത്രം 92: ബൈനോവുലർ ഇരട്ടകൾ
(BINOVULAR TWINS)

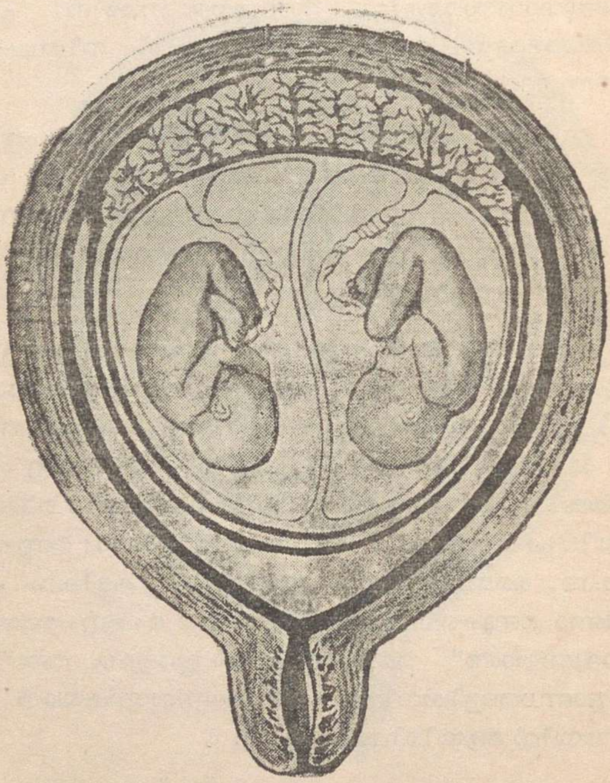
അണ്ഡാശയത്തിൽനിന്നും ഒരണ്ഡം പാകമായി പുറത്തുവരുന്നു എന്നും പഠിച്ചതോക്കുമല്ലോ. എന്നാൽ ചില പ്രത്യേക സന്ദർഭത്തിൽ രണ്ടു് അണ്ഡാശയങ്ങളിൽനിന്നും ഏകകാലത്തു് ഓരോ സ്ത്രീബീജാണ്ഡം വീതം പുറത്തുവന്നു എന്നു വരാവുന്നതാണു്. ഇങ്ങനെ സംഭവിക്കുന്ന പക്ഷം രണ്ടു സ്ത്രീബീജാണ്ഡങ്ങൾക്കും പുരുഷബീജങ്ങളുമായി സംയോജിക്കുവാൻ പ്രയാസമില്ലല്ലോ. ഓരോ സംഭോഗാവസരത്തിലും ദശലക്ഷക്കണക്കിനു് പുരുഷബീജങ്ങളാണല്ലോ ഭഗാശയമാർഗ്ഗത്തിൽ നിക്ഷേപിക്കപ്പെടുന്നതു്.

സ്ത്രീയുടെ രണ്ടു് അണ്ഡാശയങ്ങളിൽനിന്നും ഏക കാലത്തു് ഓരോ സ്ത്രീബീജാണ്ഡം വീതം പകവമായി പുറത്തുവന്നു് പുരുഷബീജസമ്പക്ക്മേല്ക്കാനിടയാകുന്നതിനാൽ ഉണ്ടാകുന്ന ഇരട്ടശിശുക്കൾക്കാണു് ബൈനോവുലർ ഇരട്ടകൾ എന്നു പറയുന്നതു്.

ബൈനോവുലർ ഇരട്ടകളിൽ ഓരോന്നിനും പ്രത്യേകം പ്രത്യേകം മറുപിള്ളകളും മന്നീർസഞ്ചികളുമുണ്ടായിരിക്കും. ചിലപ്പോൾ മറുപിള്ളകൾ രണ്ടിൻേറയും അരികുകൾ യോജിച്ചു് ഒററ മറുപിള്ള എന്നു് തോന്നുമാറു് ഇരിക്കുമെങ്കിലും അവയുടെ രക്തപര്യയനവ്യവസ്ഥ വെവ്വേറെ ആയിരിക്കുന്നതാണു്. യഥാൎത്ഥത്തിൽ അവ രണ്ടു തന്നെയാകുന്നു. ബൈനോവുലർ ഇരട്ടകളിൽ കുട്ടികൾ രണ്ടും ആണോ രണ്ടും പെണ്ണോ ഒരാണും ഒരു പെണ്ണും ആയിട്ടോ വരാവുന്നതാണു്. ബൈനോവുലർ ഇരട്ടകൾ രണ്ടു് സ്ത്രീബീജാണ്ഡങ്ങളിൽനിന്നും ജനിക്കുന്നവയാകയാൽ ഒരേ ഛായയിൽ ആയിരിക്കുകയുമില്ല.

2. യൂനിഓവുലർ (UNIOVULAR):– ഒരേ സ്ത്രീബീജാണ്ഡത്തിൽനിന്നും ഉത്ഭവിക്കുന്ന ഇരട്ടശിശുക്കളെ

ആണ് യൂനി ഓവുലർ ഇരട്ടകൾ (Uniovular Twins) എന്നുപറയുന്നതു്. ഒരു സ്ത്രീബീജാണ്ഡം പുരുഷബീജവുമായി സമ്പർക്കത്തിലേർപ്പെട്ടതിനുശേഷം ആ സംയുക്താണ്ഡം വിഭജിച്ചു വിഭജിച്ചാണ് വളരുന്നതെന്ന് മുൻ അദ്ധ്യായത്തിൽ വിവരിച്ചിട്ടുണ്ടല്ലോ. ഇപ്രകാരമുള്ള വിഭജനഘട്ടത്തിൽ ചിലപ്പോൾ അവ രണ്ടായി വേർതിരിഞ്ഞു് രണ്ടുശിശുക്കളായി വളരാറുണ്ട്. ഇങ്ങനെയുണ്ടാകുന്ന യൂനിഓവുലർ ഇരട്ടശിശുക്കൾ—ഒരേ സ്ത്രീബീജാണ്ഡത്തിൽ



ചിത്രം 93: യൂനിഓവുലർ ഇരട്ടകൾ

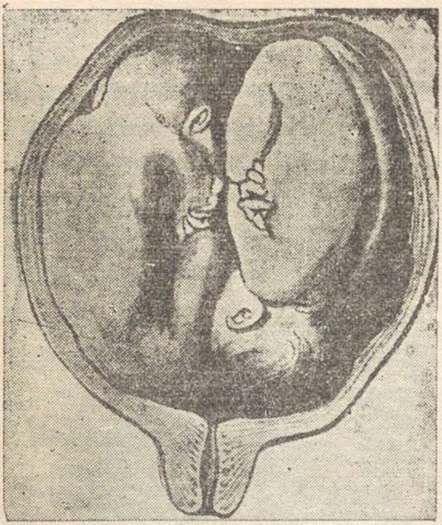
(UNIOVULAR TWINS)

നിന്നും ഉണ്ടായ ഇരട്ടകൾ, ഒരേ ഛായയിലും, രണ്ടും ആണോ, രണ്ടും പെണ്ണോ ആയിരിക്കുന്നതുമാകുന്നു. യൂനീഓവുലർ ഇരട്ടകളിൽ ഒരിക്കലും ഒരാണും ഒരു പെണ്ണുമായി കാണപ്പെടുകയില്ല. ഇത്തരം ഇരട്ടകളുടെ കായികവും, മാനസ്സികവും വാസനാപരവുമായ കാര്യങ്ങൾപോലും ഒരേവിധത്തിലായിരിക്കും. യൂനിഓവുലർ ഇരട്ടശിശുക്കൾക്ക് രണ്ടിനുംകൂടി ഒരു മറുപിള്ളയും, ഒരു കോറിയോണും മാത്രമേ ഉണ്ടായിരിക്കയുള്ളു. എന്നാൽ മുന്നീക്കുടം രണ്ടിനും, പ്രത്യേകം പ്രത്യേകമായുണ്ടായിരിക്കും. വളരെ അപൂർവ്വമായി ഒരു ആംമ്നിയോട്ടിക്ക് സഞ്ചിയിലും (മുന്നീക്കുടം) യൂനിഓവുലർ ഇരട്ടകൾ കണ്ടുവരുന്നുണ്ട്. എന്നാലും പൊക്കിൾക്കൊടികൾ രണ്ടിനും രണ്ടായിരിക്കും.

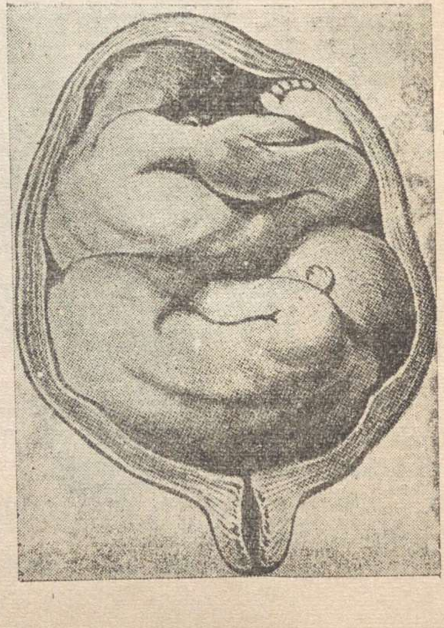
യൂനിഓവുലർ ശിശുക്കളിൽ രക്തപര്യയനത്തിൽ സംഭവിക്കുന്ന ക്രമക്കേടുകൾനിമിത്തം രണ്ടിന്റേയും വളച്ച് ഒരുപോലെ ആയിരിക്കുകയില്ല. മിക്കവാറും യൂനിഓവുലർ ഇരട്ടകൾ ഗർഭാശയത്തിൽവച്ചുതന്നെ മൃതിപ്പെട്ടുപോകുന്നു. ചില യൂനിഓവുലർ ഇരട്ടകളിൽ ഒന്ന് ഗർഭത്തിന്റെ ആദ്യകാലത്തുതന്നെ മരിച്ചുപോകുന്നതും മറ്റേ ശിശുവിന്റെ വളച്ച് പൂർത്തിയായി പ്രസവിക്കപ്പെടുന്നതുവരെ മൃതിപ്പെട്ട ശിശു ഗർഭാശയത്തിൽ ഞെങ്ങിഞെരുങ്ങി ഇരുന്നുപോകുന്നതുമാണ്. യൂനിഓവുലർ ഇരട്ടകളിൽ ഒന്ന് മൃതിപ്പെട്ട് ഗർഭാശയത്തിൽതന്നെ ഇതരശിശുവിന്റെ ജനനംവരെ കിടന്നുപോകുന്ന അവസ്ഥക്ക് ഫീററസ്സ് പപ്പിറേഷിയസ്സ് (Foetus Papyraceous) എന്നോ ഫീററസ്സ് കംപ്രസ്സസ്സ് (Foetus Compressus) എന്നോ പറഞ്ഞുവരുന്നു.

ഒരു പ്രസവത്തിൽ മൂന്നു ശിശുക്കൾ (Triplets) ഉണ്ടാകുന്നത് ഒരു സ്ത്രീബീജാണ്ഡത്തിൽനിന്നോ, ഒന്നിലധികം സ്ത്രീബീജാണ്ഡങ്ങളിൽനിന്നോ ആകാവുന്നതാണ്. നാലും അഞ്ചും ശിശുക്കൾ ഒററ പ്രസവത്തിൽ ഉണ്ടാകുന്നതും ഇപ്രകാരംതന്നെയാണ്.

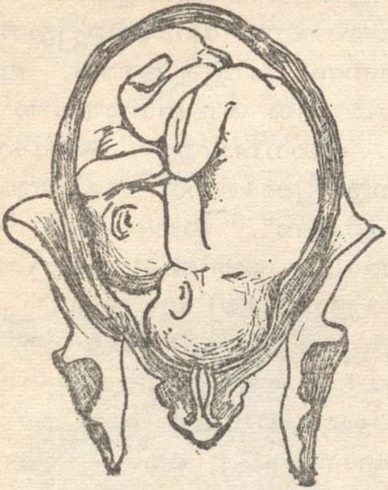
ഇരട്ടശിശുക്കൾ; കണ്ടുപിടിക്കാനുള്ളമാർഗ്ഗങ്ങൾ:—



ചിത്രം 94: ഇരട്ടകൾ
നെടുകെയുള്ള
കിടപ്പ്.
ഒന്നിൻെറ പൃഷ്ഠം ജനന മുഖമായും മററതിൻെറ ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായും സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു.



ചിത്രം 95:
ഇരട്ടകൾ.
രണ്ടും വിലങ്ങനെ
കിടക്കുന്നതു്.



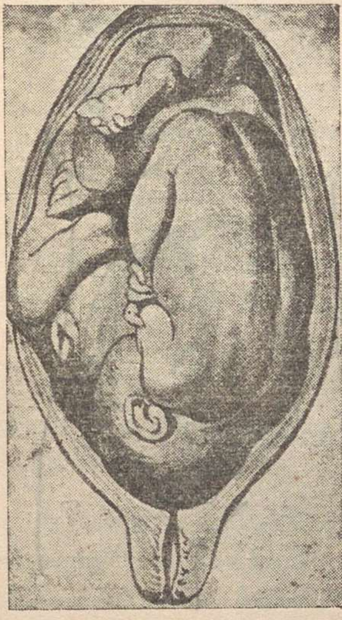
ചിത്രം 96: ഇരട്ടകരം.
രണ്ടിൻേറയും ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു.

ഗർഭത്തിൽ ഒന്നിലധികം ശിശുക്കളുള്ള ഗർഭിണികളുടെ വയർ സാധാരണയിൽകവിഞ്ഞു് വലുതായിരിക്കുന്നതും, മാസം തികയാറാകുമ്പോഠം പൊക്കിഠംഭാഗത്തെ ചുററളവു് നൂറു സെൻറിമീററിൽ കൂടുതലായിരിക്കുന്നതുമാണു്. വയറിൻെറ അസാധാരണമായ ഈ വലിപ്പം ഒന്നിലധികം ശിശുക്കഠം ഗർഭത്തിലുള്ളതുകൊണ്ടോ, മുന്നീർആധിക്യം (ഹൈഡ്രാമിനസ്സ്) കൊണ്ടോ ഉണ്ടാകാവുന്നതാണു്. ചില കേസ്സുകളിൽ വയറിൻെറ വലിപ്പത്തിനു കാരണം മുന്നീരാധിക്യമാണോ, ഒന്നിലധികം ശിശുക്കളാണോ എന്നു കണ്ടുപിടിക്കുവാൻ പ്രയാസമായിരിക്കും.

ഗർഭിണിയുടെ ഉദരം സ്പർശിച്ചുനോക്കിയാൽ രണ്ടു തലകൾ, രണ്ടു പുറങ്ങൾ, നാലിൽക്കൂടുതൽ ചെറിയ ഭാഗങ്ങൾ എന്നിവയുണ്ടെന്നു് ബോദ്ധ്യപ്പെട്ടാൽ ഗർഭത്തിൽ ഇരട്ടപ്രജകളാണെന്നു് തീർച്ചപ്പെടുത്താം. ഇരട്ട ശിശുക്കളാണു് ഗർഭാശയത്തിൽ കിടക്കുന്നതെങ്കിൽ ഗർഭിണിയുടെ ഉദരത്തിലും യോനീഭാഗത്തും, കാലുകളിലും നീരു വന്നു് വീങ്ങുന്നതും വൃക്കരോഗവും, ഛർദ്ദിയും കൂടുതലായി അനുഭവപ്പെടുന്നതുമാണു്. ശ്വാസംമുട്ടൽ, ടോക്സീമിയാ എന്നീ രോഗങ്ങൾ, ഗർഭത്തിൽ ഇരട്ടശിശുക്കളുള്ള ഗർഭിണികളെ വളരെക്കൂടുതലായി അലട്ടാറുണ്ടു്. ഉദരഭാഗത്തു ചെവി അടുപ്പിച്ചുവച്ചോ, ഫീററൽ സ്റ്റെതു് ഉപയോഗിച്ചോ പരിശോധിച്ചാൽ രണ്ടു സ്ഥലത്തു് ശിശുക്കളുടെ ഹൃദയമിടിപ്പു് വ്യക്തമായി കേൾക്കാൻ കഴിയുന്നതാണു്. എന്നാൽ ഈ ഹൃദയമിടിപ്പു് ഒരു കുട്ടിയുടെ തന്നെയോ, രണ്ടു കുട്ടികളുടേതോ എന്നു് തീർച്ചപ്പെടുത്തേണ്ടതുണ്ടു്. അതിനാൽ രണ്ടാൾ ഏകകാലത്തു് ഗർഭസ്ഥശിശുക്കളുടെഹൃദയമിടിപ്പു് എണ്ണിനോക്കുന്നതായാൽ ഒരാൾ കൂടുതൽ എണ്ണുന്നതായിരിക്കും. ഇരട്ട ശിശുക്കളാണു് ഗർഭാശയത്തിലുള്ളതെങ്കിൽ രണ്ടിൻേറയും ഹൃദയസ്പന്ദനങ്ങൾ തമ്മിൽ മിനിട്ടിൽ ഏകദേശം പത്തു് സ്പന്ദനങ്ങളുടെ വ്യത്യാസം ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതാണു്.

ഗർഭത്തിലുള്ളതു് ഇരട്ട ശിശുക്കളാണെങ്കിൽ ഒന്നോ രണ്ടോ ആഴ്ചകൾ നേരത്തെ പ്രസവം നടക്കാറുണ്ടു്. തന്നെയുമല്ല ശിശുക്കൾ നന്നേ ചെറുതാണെങ്കിൽ പ്രസവം വളരെ വേഗത്തിൽ കഴിയാറുമുണ്ടു്. എന്നാൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ ആലസ്യംകൊണ്ടോ, ആദ്യശിശുവിൻെറ ജനനമുഖം ക്രമവിരുദ്ധമായി വരുന്നതുകൊണ്ടോ ചില പ്രസവങ്ങൾക്കു് വളരെ സമയമെടുക്കാറുണ്ടെന്നുള്ളതും സ്മരണീയമാണു്.

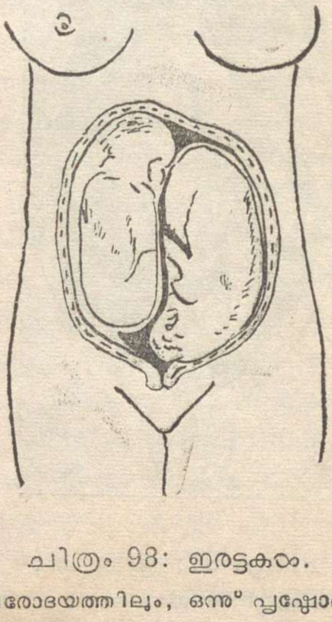
എക്സ്റേ പരിശോധനകൊണ്ടു് ഇരട്ട ശിശുക്കളാണോ അല്ലയോ എന്നു് സ്ഥിരീകരിക്കാവുന്നതാണു്. എങ്കിലും ഗർഭാശയത്തിൽ മുന്നീർ വളരെക്കൂടുതൽ ഉണ്ടെങ്കിൽ എക്സ്റേ ഫോട്ടോ വ്യക്തമായിരിക്കയില്ല. ചില കേസ്സുകളിൽ ഒരു കുട്ടി പിറന്നതിനു ശേഷമേ, രണ്ടാമത്തു് ഒരു കുട്ടികൂടിയുണ്ടെന്നുള്ള വിവരം തന്നെ മനസ്സിലാക്കാൻ സാധിക്കയുള്ളു. ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉയർച്ച, കരസ്പർശനംമൂലമുള്ള രണ്ടാമത്തെ ശിശുവിൻെറ പരിശോധന,



ചിത്രം 97: ഇരട്ടകരം.
രണ്ടിൻേറയും ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വരുന്ന സ്ഥിതി
(Both Vertex)

രണ്ടാമത്തെ ഒരു ജനനമുഖം പ്രത്യക്ഷപ്പെടൽ, മറെറാരു മുന്നീക്കുടം കാണൽ, എന്നുതുടങ്ങിയവയെല്ലാം മറെറാരു കുട്ടികൂടി ഉണ്ടെന്നുള്ളതിൻെറ തെളിവുകളാണല്ലോ. ഇരട്ട ശിശുക്കളുള്ള സാഹചര്യത്തിൽ, പ്രസവവേദനയാരംഭിച്ചാൽ സമയത്തിനുമുമ്പ് മുന്നീക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകുന്നതാണ്. മിക്കവാറും രണ്ടു ശിശുക്കളുടേയും തലയായിരിക്കും ഇരട്ട പ്രസവത്തിൽ ജനനമുഖമായി വരുന്നതു്.

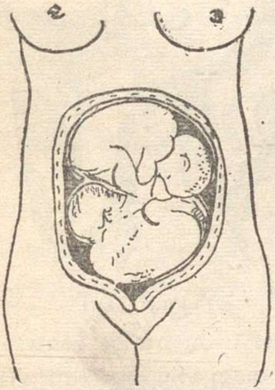
ചില ഇരട്ട പ്രസവങ്ങളിൽ ഒന്നിൻെറ തല ജനനമുഖമായും മറെറാന്നിൻെറ പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായും വരുന്നതാണ്.



ചിത്രം 98: ഇരട്ടകൾ.

ഒന്ന് ശിരോദയത്തിലും, ഒന്ന് പൃഷ്ഠോദയത്തിലും

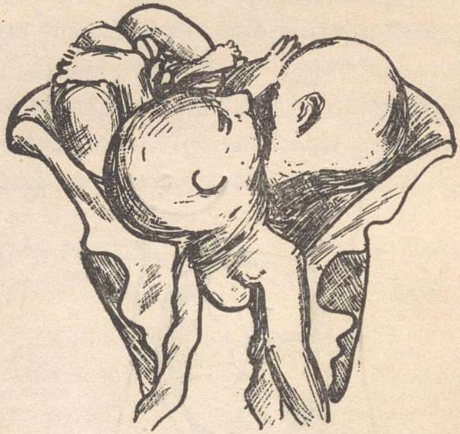
(Vertex and Breech)



ചിത്രം 99: ഇരട്ടകൾ.
ഒന്നിനുമീതെ ഒന്നായി വിലങ്ങനെ കാണപ്പെടുന്ന രീതി.

ചില കേസ്സുകളിൽ രണ്ടിന്റേയും പൃഷ്ഠമായിരിക്കും ജനനമുഖമായി വരുന്നതു്.

ഇരട്ട പ്രസവങ്ങളിൽ ഒരു കുട്ടി ജനിച്ച് അര മണിക്കൂറിനു ശേഷം മറേറക്കുട്ടി ജനിക്കുകയാണു പതിവു്. ഒടുവിൽ മറുകുട്ടിയും പിറക്കുന്നു. അപൂർവ്വമായി ചില കേസ്സുകളിൽ ഒരു കുട്ടിയുടെ തല മുന്നിലും മററതു് വിലങ്ങനെയും കിടക്കാറുണ്ടു്. അങ്ങിനെവന്നാൽ കുട്ടിയുടെ തല ഇറങ്ങുന്നതിനു്, രണ്ടാമത്തെ കുട്ടിയുടെ തോളം തടസ്സമായിത്തീരുന്നു.



ചിത്രം 100

ഒരു കുട്ടിയുടെ തലയിറങ്ങുന്നതിനു് രണ്ടാമത്തെ കുട്ടിയുടെ തോൾ തടസ്സമായിത്തീർന്നിരിക്കുന്നു.

ഇരട്ട പ്രസവവും അപകടസാദ്ധ്യതകളും:-

ഇരട്ട പ്രസവം താരതമ്യേന ആപൽക്കരമാണു്.

ടോക്സീമിയാ, എക്ലാംപ്സിയാ എന്നീ രോഗങ്ങൾ ഉണ്ടാകുവാൻ സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്.

പ്രസവശേഷം കൂടുതൽ രക്തസ്രാവം ഉണ്ടാകുവാനിടയുണ്ടു്.

രോഗാണുസംക്രമണസാദ്ധ്യതയും കൂടുതലാണു്.

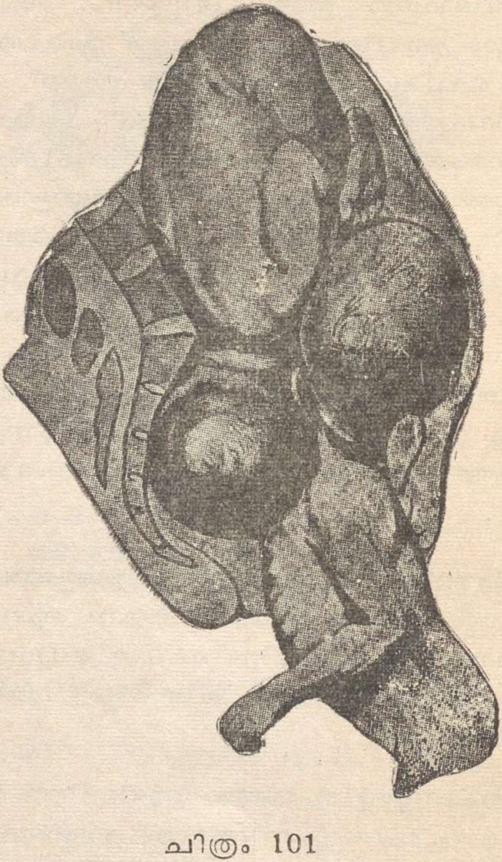
മുപ്പത്തഞ്ചു്, നാല്പതു് ശതമാനം ഇരട്ട പ്രസവങ്ങളിലും ശിശുക്കൾ മരിച്ചു പിറക്കുകയോ പ്രസവിച്ചു ഉടനെ മരിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നു.

KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY KOTTAYAM

യൂനീഓവുലർ ഇരട്ട ശിശുക്കരം, ടോക്സീമിയാ കൊണ്ടോ, മറുപിള്ളയിൽക്കൂടിയുള്ള രക്തപര്യയനത്തിന്റെ വൈകല്യങ്ങരംകൊണ്ടോ ആണ് ഗർഭാശയത്തിൽവച്ചുതന്നെ മൃതിപ്പെടുന്നതു്. ജനനമുഖം ക്രമവിരുദ്ധമായി വരിക, പൊക്കിരംക്കൊടി ക്രമവിരുദ്ധമായി ഇറങ്ങിവരിക തുടങ്ങിയ കാരണങ്ങളാൽ പ്രസവഘട്ടം അപായകരമായിത്തീരുന്നതാണ്. ഒരു ശിശുവിന്റെ ക്രമവിരുദ്ധമായ ജനനമുഖംമൂലം, പ്രസവം ദീർഘിക്കുന്നതും രണ്ടാമത്തെ ശിശുവിന്റെ ഇറക്കത്തെ തടയുന്നതും പ്രസവം ദുഷ്കരമായിത്തീരുന്നതുമാണ്. കൂടാതെ ഗർഭാശയത്തിന്റെ ആലസ്യംകൊണ്ടും സമയത്തിനുമുമ്പ് മറുപിള്ള ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നു വേർപെടുന്നതുകൊണ്ടും രണ്ടാമത്തെ ശിശുവിന് ജീവഹാനി സംഭവിക്കാനിടയുണ്ടു്.

ഗർഭത്തിൽ ഒന്നിലധികം ശിശുക്കളുണ്ടെന്നു ബോദ്ധ്യമായാൽ മുന്നീർക്കുടം സമയത്തിനുമുമ്പ് പൊട്ടിപ്പോകാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി മിഡ്വൈഫ് ബദ്ധശ്രദ്ധയായിരിക്കേണ്ടതും താഴെപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങരം സൂക്ഷ്മതയോടെ ചെയ്യേണ്ടതുമാണ്.

ഒന്നാംഘട്ടത്തിൽ തന്നെ ഗർഭിണിയെ കട്ടിലിൽ കിടത്തുക. പ്രഥമഘട്ടം നീണ്ടുപോകുകയോ വേദന അസഹനീയമായിത്തീരുകയോ ചെയ്യുന്നപക്ഷം പെത്തിഡിൻ (Pethedine) ഇൻജക്ഷനോ ഉറങ്ങുവാനുള്ള മററു മരുന്നുകളോ കൊടുക്കുക. മുന്നീർ വളരെയധികമുണ്ടെന്നു തോന്നുന്നപക്ഷം, മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിക്കുക. ശിശുക്കരം താരതമ്യേന ചെറുതാണെങ്കിൽ രണ്ടിന്റേയും ജനനമുഖങ്ങരം ഒരുമിച്ചു പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതാണ്. ജനനമുഖങ്ങരം ഒരുമിച്ച് പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നപക്ഷം മേലേ സ്ഥിതി



ചിത്രം 101

ആദ്യത്തെ കുട്ടിയുടെ തല ഇറങ്ങുന്നതിന് രണ്ടാമത്തെ കുട്ടി യുടെ തല തടസ്സമായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു

(Inter locking of twins)

ചെയ്യുന്ന ശിശുവിനെ ഉപസ്ഥാശയത്തിൽനിന്നും മുകളി ലേയ്ക്കു മെല്ലെപിടിച്ചു തള്ളിക്കൊണ്ട് മററതിനെ കീഴോ ട്ടിറങ്ങുവാൻ സഹായിക്കുക. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ ഒരു

ചിത്രം 102

താടിതമ്മിൽ പൂട്ടവീണ് ജനനത്തിനു തടസ്സമായിത്തീരുന്നു.

ശിശുവിൻെറ ജനനമുഖം ശിരസ്സും മററതിൻെറതു് പൃഷ്ഠവും ആണെങ്കിൽ ശിരസ്സു ജനനമുഖമായിട്ടുള്ളതിനെ കീഴോട്ടിറങ്ങുവാനാണ് സഹായിക്കേണ്ടതെന്ന കാര്യം മിഡ്‌വൈഫ് പ്രത്യേകം ഓർമ്മിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്.

ഒരു ശിശുവിൻെറ ജനനത്തിനുശേഷം അതിൻെറ പൊക്കിൾക്കൊടിയെ മറുപിള്ളയോടു ചേരുന്നഭാഗത്തു

വച്ചു കെട്ടുക. പൊക്കിൾക്കൊടി കെട്ടിയതിനുശേഷം രണ്ടാമത്തെ ശിശുവിൻെറ കിടപ്പു എപ്രകാരമാണെന്നു് മനസ്സിലാക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ഗർഭാശയത്തിനുമീതെ കൈ വച്ചു് ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം പരിശോധിക്കുക. രണ്ടാമത്തെ ശിശുവിൻെറ ശയനനില വിലങ്ങനെയാണെങ്കിൽ, രണ്ടാമത്തെ മുന്നീർക്കുടസഞ്ചി പൊട്ടുന്നതിനുമുമ്പ് പുറമേയുള്ള ''എക്സ്ടേർണൽ വെർഷൻ'' മൂലം ശിശുവിൻെറ ശയനനില ശരിപ്പെടുത്തേണ്ടതാണു്. മിഡ്‌വൈഫിനു് ഡാക്ടറുടെ സഹായം ആവശ്യമുണ്ടെങ്കിൽ ഡാക്ടറെ വിളിപ്പിക്കണം. സാധാരണയായി പ്രഥമശിശുവിൻെറ ജനനം കഴിഞ്ഞു് പത്തുപതിനഞ്ചു മിനിട്ടുനേരം മാതാവു് സ്വസ്ഥമായി കിടക്കുന്നതും ഗർഭാശയപ്രവർത്തനങ്ങൾ താല്ക്കാലികമായി നിലയ്ക്കുന്നതുമാണു്. അതിനുശേഷം ഗർഭാശയസങ്കോചമാരംഭിക്കുന്നതും രണ്ടാമത്തെ ശിശു കീഴോട്ടിറങ്ങിത്തുടങ്ങുന്നതുമാണു്".

രണ്ടാമത്തെ ശിശുവിനെ പ്രസവിച്ചുകഴിയുന്നതുവരെ സാധാരണയായി മറുപിള്ള ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും വേർപെടുകയില്ല. എങ്കിലും ഇരട്ടപ്രസവങ്ങളിൽ ഓരോ ശിശുവിൻേറയും, പിന്നാലെതന്നെ മറുപിള്ളയും മുന്നീർക്കുടവും പോരാറുണ്ടു്. വളരെ അപൂർവ്വമായി ആദ്യശിശുവിൻെറ ജനനത്തിനു ശേഷം ഏതാനും ദിവസങ്ങളോ ആഴ്ചകളോ കഴിഞ്ഞതിനുശേഷമായിരിക്കും രണ്ടാമത്തെ ശിശുവിനെ പ്രസവിക്കുന്നതു്. പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെ ഇറക്കം മറുപിള്ള വേർപെട്ടതുമൂലമുള്ള രക്തസ്രാവം എന്നിവ മാത്രമാണു് രണ്ടാമത്തെ ശിശു ഉടനെ പിറക്കുവാനുള്ള ലക്ഷണങ്ങൾ. ഇരട്ടകളിൽ ഒന്നിൻെറ പ്രസവം കഴിഞ്ഞു് അര മണിക്കൂറിനു ശേഷം പ്രസവവേദന വീണ്ടും ആരംഭിക്കാത്തപക്ഷം മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിക്കുക. പ്രസവവേദന—ഗർഭാശയ സങ്കോചപ്രവർത്തനങ്ങൾ ഇല്ലാതിരിക്കുന്നയവ

സരത്തിൽ ശക്തിപ്രയോഗിച്ച കുട്ടിയെ പുറത്തെടുക്കാൻ മിഡ്വൈഫ് ഒരിക്കലും ശ്രമിക്കരുത്. ഇരട്ട പ്രസവങ്ങൾക്കു ശേഷം രക്തസ്രാവം അധികരിക്കാനിടയുള്ളതുകൊണ്ട് രക്തസ്രാവത്തെ തടയുന്നതിനുവേണ്ടി എല്ലാ മുൻകരുതലുകളും മിഡ്വൈഫ് ചെയ്തിരിക്കണം. പ്രസവത്തിൻെറ മൂന്നാംഘട്ടം ആരംഭിക്കുന്നതുമുതൽ അവസാനിക്കുന്നതുവരെ ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഓരോ സങ്കോചത്തേയും മേലോട്ട തിരുമ്മുവാനായി മിഡ്വൈഫിൻെറ ഒരു കൈ ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗമായ "ഫണ്ടസ്സി"ൽ തന്നെ വച്ചുകൊള്ളണം. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ മറുകുട്ടിയെ ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും തള്ളാൻ ശ്രമിക്കരുത്. അത് സ്വയം വേർപെടുന്നതിന് അനുവദിക്കുകയും കാത്തിരിക്കുകയും വേണം. മറുപിള്ള പുറത്തുപോന്നതിനു ശേഷം എർഗോമെട്രിൻ (Ergometrine 0 5 amg I. M.) ഇൻട്രാമസ്ക്കുലറായി കുത്തിവയ്ക്കണം. സാധാരണ പ്രസവങ്ങളിലും ഇരട്ട പ്രസവങ്ങളിലും ജനനമുഖങ്ങൾ അപകടകരമായ പരിതസ്ഥിതിയിൽ കുടുങ്ങിപ്പോയാൽ ഫോർസെപ്പ് ഉപയോഗിച്ച് കുട്ടിയെ എടുക്കുകയോ, ഇരട്ടകളാണെങ്കിൽ ഒന്നിനെ ക്രേണിയോട്ടമി (Craniotomy) നടത്തി നശിപ്പിക്കുകയോ ചെയ്യാറുണ്ട്. പലപ്പോഴും വയറു കീറി—സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയും കുട്ടികളെ എടുക്കാറുണ്ട്.

അദ്ധ്യായം 14

ക്രമവിരുദ്ധമായ ജനനമുഖങ്ങൾ

(ABNORMAL PRESENTATIONS)

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വന്നുകൊണ്ടുള്ള പ്രസവങ്ങളേയാണ് ''സാധാരണ പ്രസവങ്ങൾ'' എന്നു പറയുന്നതു്. ഭൂരിപക്ഷം കേസ്സുകളിലും ഈ രീതിയാണ് കണ്ടുവരുന്നതു്. സാധാരണ ''സുഖപ്രസവ''മെന്നു വിവക്ഷിക്കാറുള്ളതും ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വരുന്നതുമായ എല്ലാ പ്രസവങ്ങളും പ്രയാസരഹിതമാണെന്നു് കരുതരുതു്. അതുപോലെ തന്നെ ക്രമവിരുദ്ധമായി ജനനമുഖം പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്ന എല്ലാ പ്രസവങ്ങളും അപകടകരമാണെന്നും വിചാരിക്കുന്നതിൽ അർത്ഥമില്ല. ക്രമവിരുദ്ധമായ ജനനമുഖത്തോടുകൂടിയ അനേകം പ്രസവങ്ങൾ മാതാവിനും ശിശുവിനും യാതൊരപകടവും വരുത്തിവയ്ക്കാതെതന്നെ നടക്കുന്നുണ്ടു്. എങ്കിലും ക്രമവിരുദ്ധമായ ജനനമുഖം പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതു സാധാരണ പ്രസവങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് കൂടുതൽ ആയാസകരവും ആപല്ക്കരവും ആണെന്നുള്ളതിൽ പക്ഷാന്തരമില്ല.

ക്രമവിരുദ്ധമായ പ്രസവങ്ങളുടെ കാരണങ്ങൾ കൃത്യമായി നിർണ്ണയിക്കുവാൻ പലപ്പോഴും കഴിഞ്ഞെന്നുവരികയില്ല. എങ്കിലും ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഉൾവായിലേയ്ക്കുള്ള ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഇറക്കത്തിനു വിഘ്നമുണ്ടാക്കുന്ന ഒന്നോ അതിലധികമോ കാരണങ്ങളാണ് ക്രമവിരുദ്ധമായ ജനനമുഖത്തിനു നിദാനമായിത്തീരുന്നതെന്ന് മൊത്തത്തിൽ പറയാം.

ക്രമവിരുദ്ധമായ പ്രസവത്തിൻെറ പ്രധാന കാരണങ്ങൾ:-

1 ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ വൈരൂപ്യം, ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തല സാധാരണയിൽക്കവിഞ്ഞു് വലുതായിരിക്കുക, ഗർഭാശയത്തിൻെറ ചരിവ്, കുട്ടിക്കുമുമ്പായി മറുകുട്ടി വരിക, ഉപസ്ഥാശയത്തിലെ മുഴ തുടങ്ങിയ കാരണങ്ങളാൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സിന് ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുവാൻ സാധിക്കാതെവരികയും, തന്നിമിത്തം മറേറതെങ്കിലും ഭാഗം ജനനമുഖമായി ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുവാൻ ഇടയായിത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നു.

2 ഒന്നിലധികം ശിശുക്കൾ ഉണ്ടായിരിക്കുന്ന പരിതസ്ഥിതിയിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്നിനു ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുന്നതിന് മറേറ കുട്ടി തടസ്സമായിത്തീരുന്നു.

3 ഗർഭത്തിൽ ശിശു മരിച്ചുകിടക്കുകയാണെങ്കിൽ അതിൻെറ ഏതെങ്കിലും ഭാഗം ജനനമുഖമായി വരാവുന്നതാണ്.

4 മുന്നീർ ആധിക്യം; ഇതുമൂലം കുട്ടിക്രമവിരുദ്ധമായ നിലയിലായിരിക്കും ഗർഭാശയത്തിൽ സ്ഥിതി ചെയ്യുന്നതു്.

5 വികൃതരൂപി (Monster) യാണ് ശിശുവെങ്കിൽ ക്രമവിരുദ്ധമായിരിക്കും ജനനമുഖം.

ക്രമവിരുദ്ധമായ ചിലഘട്ടങ്ങളും പ്രതിവിധികളും:—

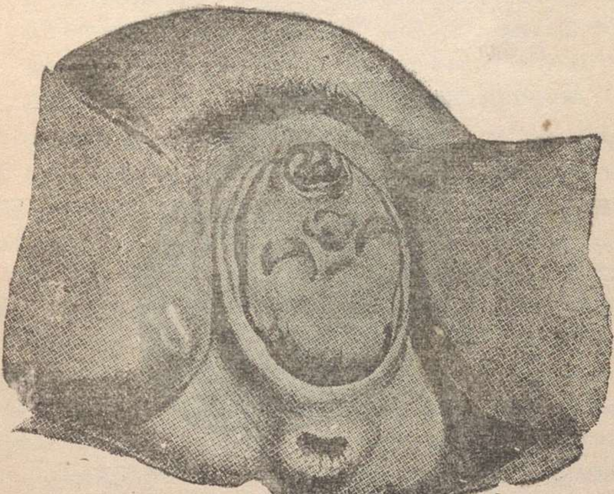
ശിരസ്സ് മൂന്നും നാലും നിലകളിൽ ജനനമുഖമായിവരുന്ന പ്രസവം:— ഈ നിലകളിൽ സംഭവിക്കുന്ന പ്രസവം മിക്കവൊറും ബുദ്ധിമുട്ടുകളൊന്നുംകൂടാതെതന്നെ കഴിയുന്നതാണ്. എന്നാൽ ചില കേസ്സുകളിൽ കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സു തിരിഞ്ഞു് ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തേയ്ക്കു വരാത്തതുകൊണ്ടു പ്രസവത്തിനു് ബുദ്ധിമുട്ടു നേരിടുന്നതാണ് (Un reduced occipito posterior position) ഈ സാഹചര്യത്തിൽ കുട്ടിയുടെ മുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തേയ്ക്കു തിരിഞ്ഞു് നാഭിയെല്ലിൻെറ താഴെ വന്നു നില്ക്കുകയും തലയുടെ പിൻഭാഗം പൂണെല്ലിൻെറ മുമ്പിലായി വന്നുനില്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. പ്രസവവേദന വളരെ ശക്തമായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ഈ നിലയിലുള്ള പ്രസവത്തിനു വളരെ സമയമെടുക്കുന്നതും പെരിനിയം വല്ലാതെ കീറിപ്പോകാൻ ഇടയായിത്തീരുന്നതുമാണ്.

പ്രതിവിധി:— ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സ് മൂന്നാമത്തെ നിലയിലാണോ നാലാമത്തെ നിലയിലാണോ എന്നു പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽതന്നെ മനസ്സിലാക്കാൻകഴിഞ്ഞാൽ മിഡ്വൈഫ് ഉടനെ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതാകുന്നു. കുട്ടിയുടെ മുന്നിൽ കാണുന്ന അതിൻെറ തോറം മുന്നോട്ടു തള്ളിനില്ക്കത്തക്കവണ്ണം ഒരു ചുരുട്ടു തുണി (പാഡ്—Pad) വച്ച് ബൈൻഡർ ഇടുക. അതിനുശേഷം പാഡ് വച്ചതിൻെറ എതിർഭാഗത്തേയ്ക്കു ചരിച്ചുകിടത്തുക. ഈ സാഹചര്യത്തിലുള്ള പ്രസ

വത്തിനു താമസം നേരിടുന്നതുകൊണ്ടു് ഇടയ്ക്കിടയ്ക്കു കുട്ടിയുടേയും, തള്ളയുടേയും നാഡിമിഡിപ്പു എത്രുവീതമുണ്ടെന്നു് പരിശോധിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുകയും ചെയ്യണം.

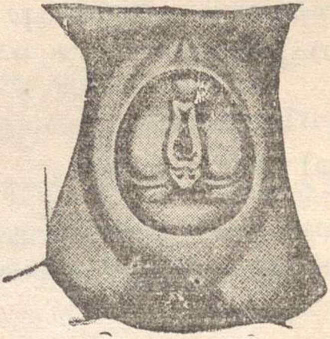
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ മുഖം ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവം

മുഖം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസ്സുകൾ വളരെച്ചുരുക്കമാണു്. 300–നു് ഒന്നു് എന്ന കണക്കിനേ ഇപ്രകാരം കണ്ടുവരുന്നുള്ളു.

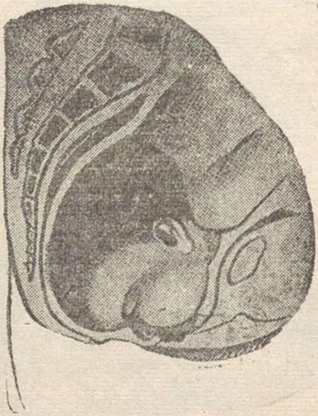


ചിത്രം 103

മുഖം. ജനനമുഖമായിവരുന്ന അവസരത്തിലെ മുഖജനനം.



ചിത്രം 104



ചിത്രം 105

മുഖം ജനനമുഖമായി വരുന്നതു് ക്രമവിരുദ്ധമാണെങ്കിലും ചിലതു ബുദ്ധിമുട്ടൊന്നുംകൂടാതെ സ്വാഭാവിക പ്രസവം പോലെതന്നെ നടക്കാറുണ്ടു്.

താഴെപ്പറയുന്ന കാരണങ്ങളാലാണ് മുഖം ജനനമുഖമായി വരുന്നത്.

1 മേൽപ്രസ്ഥാവിച്ചതുപോലെ പ്രസവാരംഭത്തിൽ കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സ് മൂന്നാമത്തേയോ, നാലാമത്തേയോ നിലകളിലാണ് കിടക്കുന്നതെങ്കിൽ, മുഖം ജനനമുഖമായി ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുന്നതിന്ന് സൗകര്യമുണ്ടാകുന്നു.

2 ഗർഭാശയത്തിൻെറ ചരിവുനിമിത്തം കുട്ടിയുടെ ശിരസ്സു കീഴോട്ടിറങ്ങുമ്പോൾ അതു് ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ വശത്തുള്ള എല്ലിനുനേരെ തിരിയുന്നതുകൊണ്ടു് മുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഉള്ളിലേയ്ക്കിറങ്ങാൻ തരപ്പെടുന്നു.

3 ഉപസ്ഥാശയം സാധാരണയിൽക്കവിഞ്ഞു പരന്നിരുന്നാൽ ശിശുശിരസ്സ് മുന്നോട്ടു കുനിഞ്ഞിരിക്കുന്നതിന്നുപകരം പിന്നോട്ടു നിവന്നിരിക്കുന്നതിനാൽ മുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുന്നു.

ക്രമവിരുദ്ധമായ പ്രസവങ്ങളിൽ, പ്രസവാരംഭത്തിൽ ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ ഉറച്ചുനില്ക്കാതെ ഉയന്നുകിടക്കുന്നതായിക്കാണാം. ക്രമവിരുദ്ധമായ ഉദയങ്ങളുടെ മുഖ്യമായൊരടയാളമാണിതു്. യോനീമാർഗ്ഗമായി പരിശോധിച്ചാൽ മുന്നീക്കുടം കൂത്ത സഞ്ചിപോലെയും, കുട്ടിയുടെ കണ്ണുകൾക്കുചുററുമുള്ള എല്ലുകളും, മൂക്കു്, വായ് താടി എന്നിതുകളും സ്പർശിച്ചറിയുവാൻ കഴിയുന്നു. മുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു നല്ലവണ്ണം ഇറങ്ങാതെയും മുന്നീക്കുടം പൊട്ടിയും കാണപ്പെടുന്ന കേസ്സുകളിൽ കുട്ടിയുടെ മുഖം നീരുവന്നു വീങ്ങുന്നതാണെന്നും, അതിനാൽ മുഖം പൃഷ്ഠമാണെന്നു് തെററിദ്ധരിക്കാൻ ഇടയാകുന്നതാണെന്നുമുള്ള കാര്യം ഇത്തരുണത്തിൽ സ്മരണീയമാണു്. ഈ സംശയം തീക്കുവാൻ വിരൽകടത്തി നോക്കിയാൽമതി. വിരൽ കുട്ടിയുടെ വായ്ക്കകത്തുകടക്കുന്നതുമാണു്. കുട്ടിയുടെ വായ്ക്കുള്ളിലായ വിരൽ പുറത്തെടുക്കുമ്പോൾ അതിൽ മഷി പുരണ്ടിരിക്കയില്ല. എന്നാൽ മല

ദ്വാരത്തിനുള്ളിലാണ് വിരൽ കടക്കുന്നതെങ്കിൽ ബലമായി പിടിക്കുന്നതുപോലെ തോന്നുന്നതും വിരൽ പുറത്തേയ്ക്കെടുക്കുമ്പോൾ അതിൽ മഷി (Meconium) പുരണ്ടിരിക്കുന്നതും കാണാം.

മുഖം—ജനനമുഖം

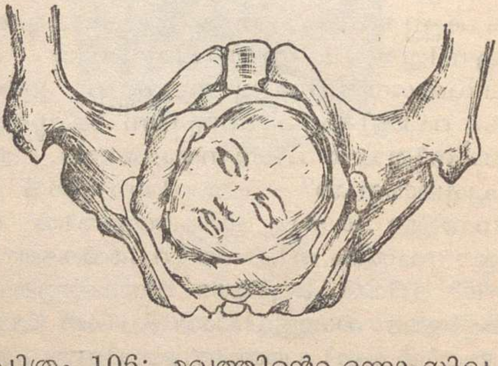
(ഫെയ്സ് പ്രസൻറേഷൻ—FACE PRESENTATION):—

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സ് ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു നാലു നിലകളിൽ ഇറങ്ങുമെന്നു് മുന്നദ്ധ്യായത്തിൽ വിവരിച്ചിട്ടുണ്ടല്ലോ. അതുപോലെതന്നെ മുഖം, ജനനമുഖമായി വരുമ്പോഴും നാലു നിലകളിലായിട്ടാണ് ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുന്നതു്.

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ താടി, ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഏതു ഭാഗത്തായി കിടക്കുന്നുവോ ആ ഭാഗത്തിൻെറ പേരനുസരിച്ചാണ് മുഖത്തിൻെറ ഓരോ നിലയ്ക്കും പേരുകളുണ്ടായിട്ടുള്ളതു്.

മുഖത്തിൻെറ ഒന്നാംനില (FIRST FACE):—

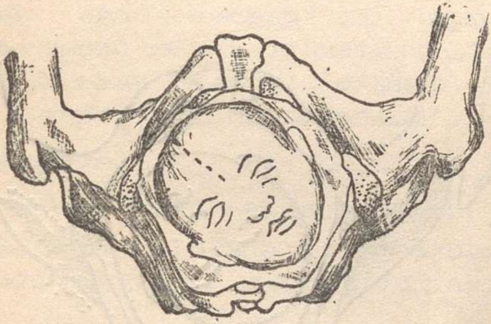
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ താടി പിൻഭാഗത്തു വലതുവശം ചേർന്നും നെററി ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തു ഇടതുവശം ചേർന്നുമിരിക്കും.



ചിത്രം 106: മുഖത്തിൻെറ ഒന്നാംനില.

മുഖത്തിൻെറ രണ്ടാംനില (SECOND FACE):–

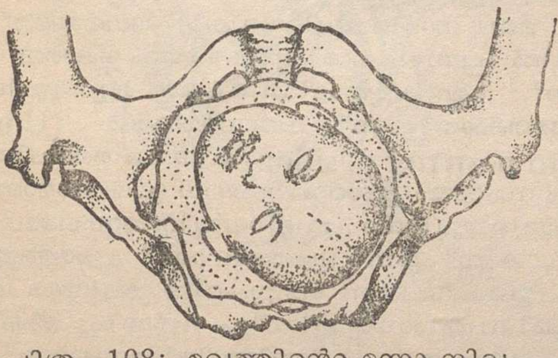
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ താടി ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്തു് ഇടതുവശം ചേൎന്നും, നെററി ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തു വലതുവശംചേൎന്നുമിരിക്കും.



ചിത്രം 107: മുഖത്തിൻെറ രണ്ടാംനില.

മുഖത്തിൻെറ മൂന്നാംനില (THIRD FACE):–

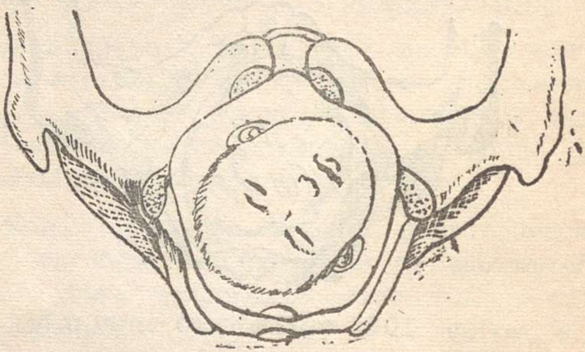
കുട്ടിയുടെ താടി ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തു് ഇടതുവശം ചേൎന്നും, നെററി ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്തു് വലതുവശം ചേൎന്നുമിരിക്കും.



ചിത്രം 108: മുഖത്തിൻെറ മൂന്നാംനില.

മുഖത്തിൻെറ നാലാംനില (FOURTH FACE):—

ശിശുവിൻെറ താടി ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തു് വലതുവശം ചേൎന്നും, നെററി ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്തു് ഇടത്തോട്ടു ചേൎന്നുമിരിക്കുന്നു.



ചിത്രം 109: മുഖത്തിൻെറ നാലാംനില.

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ മുഖം ഗർഭാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുംതോറും താടി തിരിഞ്ഞുവന്നു് നാഭിയെല്ലിൻെറ ചുവട്ടിലോ, മുതുകെല്ലിൻെറ മുമ്പിലോ ആയിട്ടാണു് വരുന്നതു്. മുഖം നാഭിയെല്ലിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്താണു് വരുന്നതെങ്കിൽ പ്രസവം അരിഷ്ടതകളൊന്നും കൂടാതെ നടക്കുന്നതാണു്. എന്നാൽ താടി തിരിഞ്ഞു് മുതുകെല്ലിൻെറ മുൻഭാഗത്തേക്കായിട്ടാണു് വരുന്നതെങ്കിൽ (Unreduced mento posterior position) പ്രസവം ഒരു വിദഗ്ദ്ധ ഡാക്ടറുടെ സഹായം കൂടാതെ നടക്കാൻ പ്രയാസമാണു്. താടി നാഭിയെല്ലിൻെറ ചുവട്ടിലേയ്ക്കിറങ്ങുന്നപക്ഷം വായു്, മൂക്കു്, കണ്ണു് എന്നീ ക്രമത്തിലാണു് പുറത്തേയ്ക്കു വരുന്നതു്. ഇങ്ങനെവരുന്ന കേസ്സുകളിൽ കുട്ടിയുടെ തലയുടെ ആകൃതി വ്യത്യാസപ്പെട്ടു് നീളം വർദ്ധിച്ച രീതിയിലും, കണ്ണും മൂക്കും മററും വീങ്ങിയുമിരിക്കുന്നതാണു്.

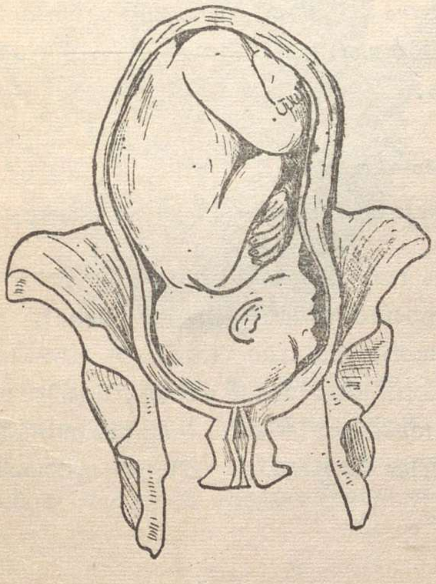
പ്രതിവിധി:–

ഏതെങ്കിലും പ്രസവത്തിൽ മുഖമാണ് ജനനമുഖമായി വരുന്നതെന്നു മനസ്സിലാക്കിയാലുടനെ മിഡ്‌വൈഫ് ഡാക്ടറുടെ സഹായം അഭ്യർത്ഥിക്കേണ്ടതാണ്. മുഖം, ജനനമുഖമായിട്ടുള്ള പ്രസവത്തിൽ ഗർഭിണിയെ നടത്തുകയോ, എനിമാകൊടുത്തു് മലം കളയുകയോ, ഒന്നിലധികം തവണ യോനി പരിശോധനചെയ്യുകയോ, മുക്കാനനുവദിക്കുകയോ അരുതു്. അങ്ങനെ ചെയ്താൽ മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകാനിടയാകുന്നതാണ്.

ജനനമുഖം-നെററി

(ബ്രോ പ്രസൻേറഷൻ–BROW PRESENTATION)

മുഖം ജനനമുഖമായി വരുന്ന അതേ കാരണങ്ങൾകൊണ്ടുതന്നെയാണ് നെററിയും ജനനമുഖമായി വരുന്നതു്.



ചിത്രം 110: നെററി ജനനമുഖമായി വരുന്നതു്.

തല ജനനമുഖമായി വരുന്ന വിവിധ നിലകളെക്കുറിച്ച് മുൻ അദ്ധ്യായത്തിൽ വിവരിച്ചിട്ടുണ്ടല്ലോ. അതിനെക്കാളെല്ലാം വളരെ വിഷമകരമായിട്ടുള്ളതാണ് നെററി ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവങ്ങൾ. പ്രസവത്തിനും വളരെ സമയമെടുക്കും.

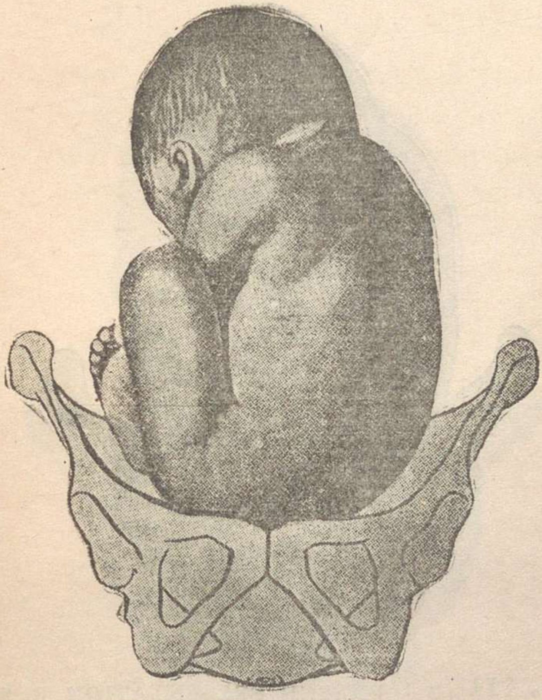
നെററി ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവത്തിൽ ജനനമുഖം വളരെ ഉയന്നായിരിക്കും കിടക്കുക. അതിനാൽ യോനീമാർഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധനയിൽ വിരൽകൊണ്ടു ജനനമുഖം സ്പർശിച്ചറിയുവാൻ പ്രയാസമായിരിക്കും.

പ്രതിവിധി:-

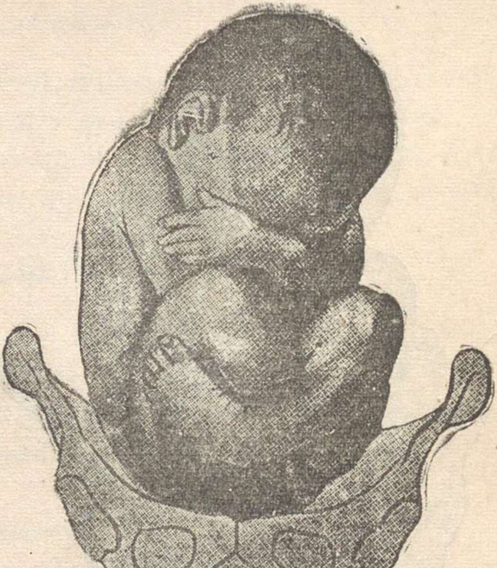
നെററി ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസ്സുകളിൽ ഡാക്ടറുടെ സഹായം കൂടാതെ അപകടരഹിതമായി പ്രസവം സാദ്ധ്യമല്ലാത്തതിനാൽ മിഡ്വൈഫ് ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുക.

ജനനമുഖം—പൃഷ്ഠം
(ബ്രീച്ച് പ്രസന്റേഷൻ—(BREECH PRESENTATION):—

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്നതു് രണ്ടു വിധത്തിലാകാം. ഒന്നാമത്തേതിൽ (Flexed breech) ശിശുവിൻെറ തുടകൾ അതിൻെറ വയററിനുമീതെ മടങ്ങിയും കൈകൾ മാറോടു ചേന്ന രീതിയിൽ ശിരസ്സ് കീഴോട്ടു കുനിഞ്ഞും ഉള്ള രീതിയിലായിരിക്കും. പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന വിവിധ മാതൃകകൾ ചിത്രം നോക്കി മനസ്സിലാക്കുക.



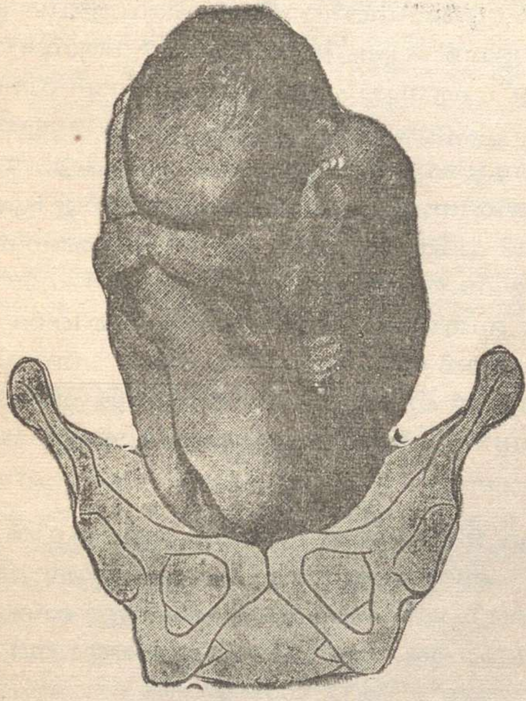
ചിത്രം 111 (A): പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായിവരുന്ന രണ്ടു മാതൃകകൾ—BREECH PRESENTATION—L. S. A. ഇടത്തേ ആസനം, വലത്തേതിനേക്കാൾ സേക്രത്തിൽനിന്നും കൂടുതൽ മുൻഭാഗത്തേയ്ക്കു അടുത്തുകാണുന്ന അവസ്ഥ.



ചിത്രം 111 (B): BREECH PRESENTATION R. S P.
വലത്തേ ആസനം ഇടത്തേതിനേക്കാൾ മുൻഭാഗത്തേയ്ക്കു കൂടുതൽ അടുത്തുകാണുന്ന അവസ്ഥ.

നാല്പതു കേസ്സുകളിൽ ഒന്നു വീതം പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരാറുണ്ട്. അധികം പ്രസവിച്ച സ്ത്രീകളിലാണ് സാധാരണയായി ഈ രീതി കണ്ടുവരുന്നതും. പൃഷ്ഠം ജന

നമുഖമായിട്ടുള്ള രണ്ടാമത്തെ വിധത്തിൽ (Extended breech) ശിശുവിൻെറ തുടകളും, കാലുകളും അതിൻെറ ഉദരത്തിനുമേൽഭാഗത്തേയ്ക്കു നീണ്ടിരിക്കുകയാണുചെയ്യുന്നതു്.



ചിത്രം 112

ഒരു കാൽ നിവർന്നിരിക്കുന്ന രീതിയിലുള്ള പൃഷ്ഠോദയം

(Breech presentation with one leg extended).

ആദ്യപ്രസവത്തിലാണു് ഇതു സാധാരണയായി കണ്ടുവരുന്നതു്.

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായിവരുവാനുള്ള കാരണങ്ങൾ:-

ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഇടുങ്ങിയ പ്രകൃതി, ഉപസ്ഥാശയത്തിലെ വളച്ചകരം (മുഴകരം), കുട്ടിക്കുമുമ്പായി മറുകുട്ടി വരിക (Placenta praevia), മുന്നീർ ആധിക്യം, ഇരട്ട ശിശുക്കരം, ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ വൈരൂപ്യം തുടങ്ങി കാരണങ്ങളാണു് പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്നതിനു് പറയാറുള്ളതു്. എന്നാൽ പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന 90 ശതമാനം കേസ്സുകളിലും മേല്പറഞ്ഞ കാരണങ്ങളൊന്നും തന്നെ കണ്ടുവരുന്നില്ലെന്നുള്ളതാണു് വിചിത്രമായിരിക്കുന്നതു്. അതിനാൽ എൻെറ അഭിപ്രായത്തിൽ പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്നതു് വെറും യാദൃശ്ചികമാണെന്നാണു്. എന്നാൽ മാസംതികയാത്ത പ്രസവങ്ങളിൽ ഗർഭസ്ഥശിശു വളരെ ചെറുതായിരിക്കുന്നതിനാൽ അതിൻെറ ചലനങ്ങൾക്കു കൂടുതൽ സൗകര്യം ലഭിക്കുമല്ലോ. അത്തരം സാഹചര്യങ്ങളിൽ പലപ്പോഴും ഗർഭസ്ഥശിശു പൃഷ്ഠോദയനിലയിലാണു് സ്ഥിതിചെയ്യാറുള്ളതെന്ന കാര്യം വിസ്മരിച്ചുകൂടാ.

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസ്സുകളിൽ ഗർഭിണിയുടെ ഉദരഭാഗത്തു് (ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗത്തു്) സ്പർശിച്ചുനോക്കിയാൽ അവിടെയുള്ള ഭാഗം സാമാന്യം വലുതും, ഉരുണ്ടതും മാർദ്ദവമില്ലാത്തതുമായി അനുഭവപ്പെടുന്നതാണു്. കീഴ്ഭാഗത്താകട്ടെ ഉരുണ്ടതും, മാർദ്ദവമുള്ളതുമായ ഭാഗം സ്പർശിച്ചറിയുവാൻ കഴിയുന്നു. കീഴ്ഭാഗത്തു് പൃഷ്ഠമായതുകൊണ്ടാണു് ഉരുണ്ടു് മാർദ്ദവപ്പെട്ടു തോന്നുന്നതു്. മുന്നീക്കുടം പൊട്ടുന്നതിനുമുമ്പു് യോനീമാർഗ്ഗമായി പരിശോധിച്ചാൽ, ജനനമുഖം ഉയർന്നുകിടക്കുന്നതുകൊണ്ടു് എന്താണെന്നുമനസ്സിലാവുകയില്ല, മുന്നീക്കുടം കൂർത്തിരിക്കുന്നതായിമാത്രം അനുഭവപ്പെടും. മുന്നീക്കുടം

പൊട്ടിയതിനുശേഷം ശിശുവിൻെറ ഗുദാസ്ഥിയും മലദ്വാരവും മററും വിരലിൽ തടയുന്നതാണു്. മുൻപു് സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുള്ളതുപോലെ പൃഷ്ഠം മുഖമാണെന്നു് തെററിദ്ധരിക്കാൻ ഇടയാകരുതു്. മുഖമാണോ, പൃഷ്ഠമാണോ എന്നു സംശയമുണ്ടായാൽ വിരലിൻെറ അററം ദ്വാരമായി തോന്നുന്ന ഭാഗത്തു കടത്തിയാൽ, മലദ്വാരമാണെങ്കിൽ വിരലിൽ പിടിക്കുന്നതുപോലെതോന്നുന്നതും വിരലിൽ മഷിപോലെയുള്ള ഒരു സാധനം (മെക്കോണിയം—Meconium) പുരണ്ടിരിക്കുന്നതുമായിരിക്കും. മുഖമാണെങ്കിൽ വിരലിൻെറ അററം കടത്തിയാൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ നാക്കും, തൊണ്ണയും വിരലിൽ തടയുന്നതും വിരലിൽ കുട്ടി കടിച്ചതായി തോന്നുകയും ചെയ്യും. ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ മലദ്വാരത്തിലുള്ള മെക്കോണിയം എന്ന മഷിപോലെയുള്ള വസ്തു വിരലിൽ പററുക എന്നുള്ളതു് പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന എന്നുള്ളതിനു് സ്പഷ്ടമായ തെളിവാണു്.

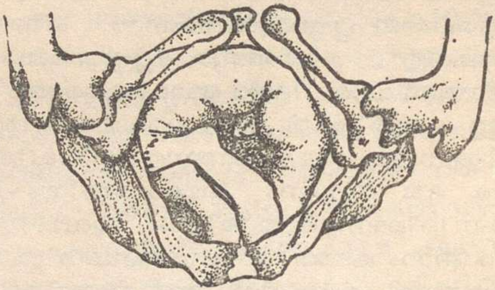
പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുമ്പോൾ സംഭവിക്കാവുന്ന അപകടങ്ങൾ

ശിരസ്സു് ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവത്തേക്കാൾ അപകടകരമാണു് പൃഷ്ഠം ജനനമുഖ (Breech presentation) മായി വരുന്നതു്. പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസ്സുകളിലെല്ലാംതന്നെ പല പ്രാവശ്യം യോനീമാർഗ്ഗമായി പരിശോധിക്കേണ്ടിവരുന്നതും ശസ്ത്രപ്രയോഗംമൂലം കുട്ടിയെ എടുക്കേണ്ടിവരുന്നതുമാണു്. ഈ പ്രവർത്തനങ്ങൾ മാതാവിനും ശിശുവിനും അപകടങ്ങൾ വരുത്തിത്തീർക്കാനുമിടയുണ്ടു്.

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന 50 ശതമാനം കേസ്സുകളിലേയും കുട്ടികൾക്കു് പരുക്കേൾക്കുകയും, മരണപ്പെട്ടുപോകുകയുമാണുചെയ്യുന്നതു്.

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന 50 ശതമാനം കേസ്സുകളിലും, നാലു നിലകളിൽ പൃഷ്ഠം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുന്നു.

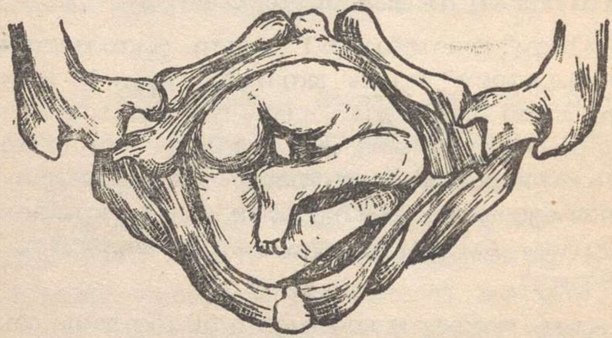
പൃഷ്ഠോദയം; ഒന്നാംനില (FIRST BREECH):—



ചിത്രം 113: പൃഷ്ഠോദയത്തിൽ: ഒന്നാംനില.

1 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ പുറം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തു് ഇടതുവശംചേൎന്നാണു് ഒന്നാംനിലയിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതു്.

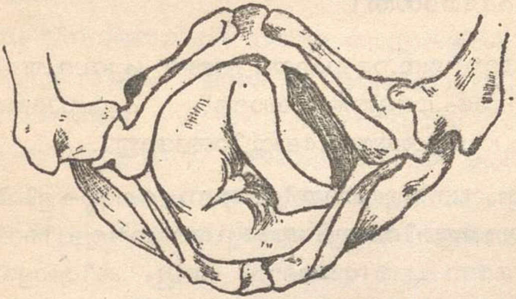
പൃഷ്ഠോദയം; രണ്ടാംനില (SECOND BREECH):—



ചിത്രം 114: പൃഷ്ഠോദയത്തിൽ: രണ്ടാംനില.

2 ശിശുവിൻെറ പുറം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻവശത്തു് വലതുഭാഗം ചേൎന്നാണു് രണ്ടാംനിലയിൽ കാണുക.

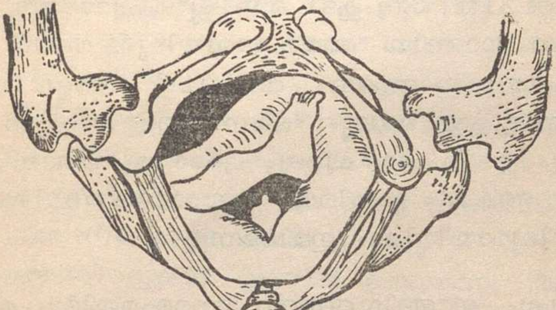
പൃഷ്ഠോദയം; മൂന്നാംനില (THIRD BREECH):—



ചിത്രം 115: പൃഷ്ഠോദയത്തിൽ: മൂന്നാംനില.

3 കുട്ടിയുടെ പുറം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്ത് വലതുവശം ചേർന്നാണ് കാണപ്പെടുന്നത്.

പൃഷ്ഠോദയം; നാലാംനില (FOURTH BREECH):—



ചിത്രം 116: പൃഷ്ഠോദയത്തിൽ: നാലാംനില.

4 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ പുറം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്ത് ഇടതുവശം ചേർന്ന് നാലാം നിലയിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നു.

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസ്സുകളിലെ പ്രസവപുരോഗതി

ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവത്തിൽ സംഭവിക്കുന്നതുപോലെതന്നെയാണ് പൃഷ്ഠോദയത്തിലും, പൃഷ്ഠം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുന്നതു്.

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസ്സുകളിൽ അതു് ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങുമ്പോൾ ശിശുവിൻെറ ചന്തി (കുണ്ടി) മറേറ ചന്തിയേക്കാൾ അല്പം കീഴോട്ടായി ഒരു മുഴപോലെ മുന്നോട്ടു തള്ളിനില്ക്കും. മുന്നോട്ടു തള്ളിനില്ക്കുന്ന ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ അടിയിൽ എത്തുമ്പോൾ അതു തിരിഞ്ഞു് ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുന്നിലേയ്ക്കു വന്നു് നാഭിയെല്ലിൻെറചുവട്ടിൽ നില്ക്കുന്നു. പെരിനിയം ചീന്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ നാഭിയെല്ലിൻെറ ചുവട്ടിലുള്ള ആസനമുഴ ആദ്യം പുറത്തേക്കു വരും. പെരിനിയം കീറിപ്പോയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ചന്തി രണ്ടുംകൂടി ഒന്നിച്ച് പുറത്തേയ്ക്കു വരും. പൃഷ്ഠഭാഗം ഇറങ്ങിയ അതേ രേഖയിലൂടെ തന്നെ കുട്ടിയുടെ ചുമലും ഇറങ്ങുകയും ഒരു ചുമൽ അല്പം മുന്നോട്ടു തള്ളി നില്ക്കുകയും ചെയ്യും. മുന്നോട്ടു തള്ളിനില്ക്കുന്ന ചുമൽ ആദ്യവും തുടർന്നു മറേറ ചുമലും പുറത്തേയ്ക്കു വരുന്നു. ശിശുവിൻെറ കൈകൾ അതിൻെറ മാറോടു ചേർന്നു് മടങ്ങിയ നിലയിലുമായിരിക്കും ഇരിക്കുന്നതു്.

പൃഷ്ഠം ഇറങ്ങിയതിൻെറ നേരെഎതിർ രേഖയിലൂടെയാണ് കുട്ടിയുടെ തല ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു് ഇറങ്ങുന്നതു്. തല ഉപസ്ഥാശയത്തിലേക്കിറങ്ങുംതോറും അതിൻെറ താടി നെഞ്ചിലേയ്ക്കു കുനിഞ്ഞു് അമർന്നുകൊണ്ടിരിക്കും. തല ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ അടിയിൽ എത്തുമ്പോൾ അതു് തിരിഞ്ഞു് നാഭിയെല്ലിൻെറ ചുവ

ട്ടിലും, മുഖം പൂണെല്ലിൻെറ മുമ്പിലുമായി വരും. ക്രമേണ താടി, മുഖം, നെററി, ശിരസ്സ് എന്നീ ക്രമത്തിൽ പുറത്തേയ്ക്കു വരുന്നു.

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസ്സുകളിൽ ശിശുവിൻെറ പൃഷ്ഠത്തിലും, ജനനേന്ദ്രിയത്തിലും വീക്കമുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്. പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസുകളിൽ ശിശുവിന്നു അപകടസാദ്ധ്യത കൂടുതൽ ഉള്ളതിനാൽ, ഇത്തരം പ്രസവങ്ങളുടെ എല്ലാ ഘട്ടങ്ങളെപ്പററിയും മിഡ്വൈഫിന്നു വ്യക്തമായ അറിവുണ്ടായിരിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസുകളിൽ ശിശുമരണത്തിനും, മററു പരുക്കുകൾക്കും ഇടയായിത്തീരാവുന്ന കാരണങ്ങൾ താഴെ വിവരിക്കുന്നു.

1 പൊക്കിൾകൊടി തലയുടേയും ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറയും മദ്ധ്യേ പെട്ട് ഞെരുങ്ങി അമന്നു പോകുന്നതിനാൽ അതിൽക്കൂടിയുള്ള രക്തപ്രവാഹം നിലച്ചുപോകുന്നു.

2 തല അവസാനം വരുന്നതിനാൽ ഗർഭാശയം അതിന്മേൽ ചുരുങ്ങുകയും തന്നിമിത്തം മറുകുട്ടിക്ക് അമച്ച് പററുകയും അതിൽക്കൂടിയുള്ള രക്തപ്രവാഹം നിലച്ചുപോകുകയും ചെയ്യുന്നു.

3 ശിശുവിൻെറ ഉടൽ പുറത്തേയ്ക്കു വന്നതിനുശേഷം കുറേ നിമിഷങ്ങൾക്കകം ശിരസ്സ് പുറത്തേയ്ക്ക് വരുന്നില്ലെങ്കിൽ ഉടലിൽ ഉണ്ടാകുന്ന തണുത്ത വായുസമ്പക്കം മൂലം ശിശു ശ്വസിക്കുവാൻ ശ്രമിക്കുന്നു. ഈ ശ്രമത്തിൽ മുന്നീർ, കഫം തുടങ്ങിയവ കുട്ടിയുടെ ശ്വാസകോശങ്ങളിലേയ്ക്ക് വലിച്ചെടുക്കപ്പെടുന്നു. ഫലം ശ്വാസബന്ധനവും മരണവുമായിരിക്കും.

4 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തോളും, കൈകളും പുറത്തേക്കു വലിച്ചെടുക്കുന്നതിനു് കാലുകളിൽ പിടിക്കുന്നതിനു പകരം ഉടലിൽ പിടിച്ചു് വലിക്കുന്നതിനു് ഇടയായാൽ അതിൻെറ കരളിനു് (Liver) കേടുപററാനിടയാകുന്നു.

5 ശിശുവിൻെറ കൈകാം അതിൻെറ തലയ്ക്കു മീതെയിരിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ കൈകാം കീഴോട്ടാക്കുന്നതിനുള്ള ശ്രമത്തിൽ അതിൻെറ ഭുജാസ്ഥി ഒടിയാനിടയാകുന്നു.

6 മേൽപ്രസ്ഥാവിച്ചതുപോലെ കൈകാം തലയ്ക്കു മീതെ നിന്നു് കീഴ്പോട്ടു കൊണ്ടുവരുന്നതിനുള്ള ശ്രമത്തിനിടയിൽ ഞരമ്പിനു് പരുക്കു പററാനിടയാകുന്നതും ശിശുവിൻെറ കൈ തളന്നുപോകുന്നതിനും കാരണമായിത്തീരുന്നു.

7 താടിയിൽ പിടിച്ചുവലിച്ചു് തല പുറത്തേയ്ക്കു് കൊണ്ടുവരാൻശ്രമിച്ചാൽ ചിലപ്പോാം താടിയെല്ലു പൊട്ടിപ്പോയേക്കാം.

8 ശിശുവിൻെറ പുറമേയുള്ള ജനനേന്ദ്രിയങ്ങാം ഉരഞ്ഞു പൊട്ടുന്നതുകൊണ്ടു് നീരുണ്ടായി വീങ്ങി പഴുക്കാനിടയാകുന്നു.

9 ശസ്ത്രപ്രയോഗം മൂലമാണു് തല പുറത്തേയ്ക്കു് എടുക്കുന്നതെങ്കിൽ മുഖം കോടി പോകാനിടയുണ്ടു്.

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവങ്ങളിൽ ഉണ്ടാകാവുന്ന വിഷമസന്ധികളും, അപകടങ്ങളും എന്തെല്ലാമാണെന്നു് കൃത്യമായി മുൻകൂട്ടി പറയുവാൻ സാദ്ധ്യമല്ല. പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവങ്ങളിൽ ഒരു ഡാക്ടറുടെ സഹായം ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതാണു് എന്തുകൊണ്ടും നല്ലതു്. വിശേഷിച്ചു് ആദ്യപ്രസവത്തിൽ ഡാക്ടറും

മിഡ്‌വൈഫും അതീവ ജാഗ്രതയോടെ പ്രവൎത്തിക്കേണ്ടതാകുന്നു. പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവങ്ങളിൽ മിഡ്‌വൈഫ് താഴെപ്പറയുന്ന മുൻകരുതലുകരം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ഗർഭിണിയെ കിടത്തുകയും, മുക്കരുതെന്നും മുക്കിയാൽ വരാവുന്ന അപകടങ്ങളും പറഞ്ഞുമനസ്സിലാക്കണം.

ബാഹ്യമായ പരിശോധന മൂലമോ യോനിമാൎഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധന മൂലമോ, പൃഷ്ഠമാണ് ജനനമുഖമായി വരുന്നതെന്നു മനസ്സിലാക്കിയാൽ പിന്നെ മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിയല്ലാതെ യോനീമാൎഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധന നടത്തരുത്. ആദ്യത്തെ യോനീപരിശോധനയിൽ തന്നെ കാര്യങ്ങരം വ്യക്തമായി മനസ്സിലാക്കാൻ ശ്രമിക്കണം.

പ്രഥമ യോനീപരിശോധനയിൽ തന്നെ കുട്ടിക്കു മുമ്പായി പൊക്കിരംകൊടി ഇറങ്ങീട്ടുണ്ടോ എന്നു് വ്യക്തമായും മനസ്സിലാക്കാൻ ശ്രമിക്കുക. കുട്ടിക്കു മുമ്പായി പൊക്കിരംകൊടി വന്നാൽ കുട്ടിക്കു് അപായം നേരിടാൻ വളരെ സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്.

കുട്ടിക്കു മുമ്പായി മറുകുട്ടി വരുന്നുണ്ടെന്നു മനസ്സിലാക്കിയാൽ ശിശുപ്രസവംകഴിഞ്ഞാലുടനെ അതിനു് കൃത്രിമ ശ്വാസോഛ്വാസം നൽകുന്നതിനു വേണ്ടി രണ്ടു പാത്രങ്ങളും, ധാരാളം ചൂടുവെള്ളവും, പച്ചവെള്ളവും തയ്യാറാക്കി വയ്ക്കുവാൻ വേണ്ട ഏൎപ്പാടുകരം മിഡ്‌വൈഫ് ചെയ്തിരിക്കണം.

ശിശുവിൻെറ പൊക്കിളിൻെറ ഭാഗം പുറത്താകുന്നതുവരെ മേല്പറഞ്ഞതിൽ കൂടുതലൊന്നും മിഡ്‌വൈഫ് ചെയ്യേണ്ടതില്ല.

കുട്ടിയുടെ ഉടൽ പുറത്തേയ്ക്കു് വന്നാലുടനെ ആ ഭാഗം ശുദ്ധമായ ഒരു ടവ്വൽകൊണ്ടു് പൊതിയുക. ഇങ്ങിനെ

ചെയ്താൽ കുട്ടിയുടെ ഉടലിൽ തണുത്ത കാററ് ഏല്ക്കാതിരിക്കുന്നതും കുട്ടി ശ്വാസം കഴിക്കാൻ ശ്രമിക്കാതിരിക്കുന്നതുമാണു്. ശിരസ്സും പുറത്തുവന്നതിനു ശേഷമല്ലാതെ ശ്വാസം കഴിക്കാൻ ശ്രമിച്ചാൽ വരാവുന്ന അപകടത്തെപ്പററി മുൻപു പ്രസ്ഥാവിച്ചിട്ടുള്ളതു് മിഡ്‌വൈഫ് ഓർമ്മിക്കേണ്ട സന്ദർഭമാണിതു്.

പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെഭാഗംവരെ ശിശു പുറത്തായിക്കഴിഞ്ഞാൽ പൊക്കിൾക്കൊടി അല്പം പുറത്തേയ്ക്കു വലിച്ചു് അതിൽ സ്പന്ദനമുണ്ടോ എന്നു് പരിശോധിക്കുക. പൊക്കിൾക്കൊടിയിലെ മിടിപ്പു് വളരെ സാവധാനത്തിലാണെങ്കിൽ പൊക്കിൾക്കൊടി ശിരസ്സിൻേറയും ഉപസ്ഥാശയത്തിൻേറയും ഇടയിൽപ്പെട്ടു് അമന്നുപോയിരിക്കുന്നതായി മനസ്സിലാക്കുകയും ഉടനെതന്നെ പൊക്കിൾക്കൊടി ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്തേയ്ക്കു് മാററിയിടുകയും വേണം.

പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെ സ്പന്ദനം ശരിയായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ചുമലുകൾ പുറത്താകുന്നതുവരെ മിഡ്‌വൈഫ് ഒന്നും ചെയ്യേണ്ടതില്ല. പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെഭാഗംവരെ ശിശു പുറത്തായിക്കഴിഞ്ഞാൽ പിന്നെ ഒന്നോ, രണ്ടോ വേദനയോടുകൂടി ബാക്കി ഭാഗവും പ്രസവിക്കപ്പെടുന്നതാണു്.

പൊക്കിൾക്കൊടി ശരിയായ രീതിയിൽ മിടിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ കുട്ടിയെ വലിച്ചു പുറത്തേക്കെടുക്കുവാൻ മിഡ്‌വൈഫ് ശ്രമിക്കേണ്ടതില്ല. താമസംതോന്നുന്നപക്ഷം മിഡ്‌വൈഫ് കുട്ടിയുടെ ഉടൽ നാഭിയെല്ലിൻെറ ഭാഗത്തേയ്ക്കാക്കിപ്പിടിക്കുകയും മറെറാരാളെക്കൊണ്ടു് ഗർഭാശയം അമർത്തിപ്പിടിപ്പിക്കുകയും മുക്കുവാൻ പ്രേരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്താൽ പ്രസവം വേഗം നടക്കും.

ശിശുവിൻെറ മുഖം യോനീദ്വാരത്തിൽ കണ്ടാലുടനെ അതിൻെറ മൂക്കും, വായും തുടസ്സുന്നപക്ഷം അതു് ശ്വസിച്ചാലും അപായം നേരിടുകയില്ല. കുട്ടിക്കു് ശ്വാസതടസ്സമുണ്ടെങ്കിൽ കൃത്രിമ ശ്വാസോച്ഛ്വാസമാർഗ്ഗങ്ങൾ സ്വീകരിക്കണം.

പ്രസവശേഷം ശിശുപരിചരണത്തിൽ ശ്രദ്ധിക്കുന്നതോടൊപ്പംതന്നെ പ്രാധാന്യമുള്ളതാണു് ഗർഭാശയത്തിൻെറ സ്ഥിതി മനസ്സിലാക്കുക എന്നുള്ളതും. പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസുകളിൽ രക്തവാർച്ചയുണ്ടാകാൻ സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്.

പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസുകളിലെല്ലാം പ്രസവംസ്വാഭാവികമായിരിക്കയില്ല. ജനനമുഖത്തിൻെറ പ്രത്യേകത കാരണം, അസാധാരണമായ പല ദുർഘടങ്ങളും പ്രസവപുരോഗതിക്കു് സാരമായ വിഘ്നം വരുത്തുന്നതാണു്. പ്രസവപുരോഗതിക്കു് തടസ്സമായിത്തീരാവുന്ന കാരണങ്ങൾ താഴെപ്പറയുന്നവയാണു്.

1) പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽ മുന്നീക്കുടം പൊട്ടുക:–

(PREMATURE RUPTURE OF THE MAMBRANE)

ഇങ്ങനെ സംഭവിക്കുന്നപക്ഷം ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് വികസിക്കുന്നതിനു് വളരെ താമസം നേരിടുന്നതും പൊക്കിൾക്കൊടി യോനിയിലേയ്ക്കു വീഴുന്നതും കുട്ടിക്കു് അപായം നേരിടുന്നതുമാണു്. പൃഷ്ഠം എപ്പോഴും ശിരസ്സിനെക്കാൾ ചെറുതായിരിക്കുമല്ലോ. അതിനാൽ പൃഷ്ഠം കടന്നുപോരുവാനുള്ള വിസ്താരം ഗർഭാശയത്തിൻെറ വാതു്ക്കു് ഉണ്ടായിരുന്നാൽ തന്നെയും ശിരസ്സു കടന്നുപോരുവാനുള്ള വികാസം അതിനുണ്ടാവുന്നതുവരെ താമസം നേരിടുകതന്നെ ചെയ്യും.

2) പൃഷ്ഠം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ തങ്ങിനില്ക്കുക:–
(IMPACTION OF BREECH)

കുട്ടിക്കു് കൂടുതൽ വലിപ്പമുണ്ടായിരിക്കുകയോ ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വിസ്താരം കുറവായിരിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നസന്ദർഭത്തിൽ പൃഷ്ഠം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ തങ്ങിനിന്നുപോകുന്നു. (Impaction of Breech) വേദനനന്നായുണ്ടായിക്കൊണ്ടിരിക്കുകയും, യോനിപരിശോധനയിൽ ശിശുവിൻെറ പാദം മിഡ്‌വൈഫിൻെറ വിരലിൽ തടയുകയും ചെയ്യുന്ന സന്ദർഭത്തിലും പൃഷ്ഠം കീഴോട്ടിറങ്ങാതെയിരിക്കുന്നെങ്കിൽ ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ വിസ്താരക്കുറവുകൊണ്ടു് പൃഷ്ഠം തങ്ങിനില്ക്കുന്നതാണെന്നു മനസ്സിലാക്കുകയും ഡാക്ടറുടെ സഹായം ഉടനടിതേടുകയും വേണം.

3) കാലുകൾ നിവന്നിരിക്കുക:–
(EXTENSION OF THE LEG)

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ കാലുകൾ മടിങ്ങിയിരിക്കേണ്ടതിനു പകരം നിവന്നിരിക്കുക (Extension of the Child's leg). മാസം തികയാത്തപ്രസവങ്ങളിലാണു് ഇങ്ങനെ കണ്ടുവരുന്നതു്. ഉപസ്ഥാശയം സാമാന്യത്തിലധികം വലുതായിരുന്നാൽ ഈ സാഹചര്യത്തിലും പ്രസവം സ്വാഭാവികമായിനടക്കാറുണ്ടു്. എന്നാൽ കുട്ടി വളരെ വലുതായിരിക്കുകയോ ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വിസ്താരമില്ലാതിരിക്കുകയോ പ്രഥമഗർഭമായിരിക്കുകയോ ആണെങ്കിൽ പ്രസവത്തിനു് താമസം നേരിടുന്നതാണു്. ഇത്തരം കേസുകളിൽ പൃഷ്ഠം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേക്കു് ഇറങ്ങിയിരിക്കുകയും വേദനശക്തമായി ഉണ്ടായിക്കൊണ്ടിരിക്കുകയും ചെയ്താൽക്കൂടിജനനമുഖം ആനിലയിൽനിന്നു് കൂടുതലായി കീഴോട്ടിറങ്ങിവരാതിരിക്കുന്നതായി കണ്ടാൽ കുട്ടിയുടെ കാലു നിവന്നിരിക്കുന്നതുകൊണ്ടാണെന്നു് മന

സ്സിലാക്കുകയും ഉടനെ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുകയും വേണം. പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെ ഭാഗംവരെ കുട്ടിപിറന്ന തിനുശേഷമേ ചിലപ്പോൾ ഈ അപകടം കണ്ടുപിടിക്കാൻ കഴിഞ്ഞൊള്ളു എന്നുവരാം. ഈ സ്ഥിതിയിൽ കുട്ടിക്കു് അപകടം നേരിടുമെന്നു് മിഡ്വൈഫിനു് പൂണ്ണബോദ്ധ്യം വന്നാൽ ഗർഭാശയം നല്ലവണ്ണം അമർത്തിക്കൊണ്ടു് കുട്ടിയുടെ മുട്ടുമടക്കി കീഴ്പ്പോട്ടുകൊണ്ടു വരാൻ ശ്രമിക്കണം.

4) കൈകൾ തലയ്ക്കുമീതെ ഉയർന്നിരിക്കുക:—

(EXTENSION OF THE CHILD'S ARM)

കുട്ടിയുടെ കാലുപിടിച്ചുവലിച്ചു് അതിനെ പുറത്തേയ്ക്കുകൊണ്ടുവരാൻ ശ്രമിക്കുന്നതിനാലാണു് ഈ അപകടം സംഭവിക്കുന്നതു്. കുട്ടിയുടെ കൈകൾ തലയ്ക്കുമീതേഉയർന്നു പോയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പൊക്കിൾ ഭാഗംവരെ പുറത്തേയ്ക്കുവന്നതിനുശേഷം മററു ഭാഗങ്ങൾ വരാതിരിക്കുന്നു. പൊക്കിൾഭാഗം വരെ പിറന്നതിനുശേഷം പിന്നീടു് താമസം കാണുന്നപക്ഷം യോനിമാർഗ്ഗമായി പരിശോധനനടത്തുക. കുട്ടിയുടെ കൈകൾ മാറോടുചേർന്നുമടങ്ങിയിരിക്കുന്നില്ലെന്നു മനസ്സിലാക്കാം. ഈ പരിതസ്ഥിതിയിൽ ഡാക്ടറുടെ സഹായം ഉടനെ ലഭിക്കാതിരിക്കുകയും കുട്ടിക്കു് അപകടം നേരിടുമെന്നു മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം, താഴെപറയും പ്രകാരം പ്രവർത്തിച്ചു് മിഡ്വൈഫ്കുട്ടിയെ എടുക്കേണ്ടതാണു്. മറെറാരാളെക്കൊണ്ടു് ഗർഭാശയം നല്ലപോലെ അമർത്തിക്കുകയും മിഡ്വൈഫ്കുട്ടിയുടെ കാലിൽ പിടിച്ചു് കഴിയുന്നിടത്തോളം ഉടൽ പെരിനിയം ഭാഗത്തേക്കും അതിനുശേഷം നാഭിയെല്ലിൻെറ ഭാഗത്തേക്കും വലിച്ചുടുപ്പിക്കുക.

പിന്നീടു് മിഡ്വൈഫ്തൻെറ ഇടതുകൈ യോനിയിൽ കടത്തി, ശിശുവിൻെറ പുറത്തുകൂടി മേല്പോട്ടു കൊണ്ടുപോയി ശിശുവിൻെറ കൈമുട്ടിൻെറ മടക്കിൽ പിടിച്ചു് അമർത്തുക. തുടർന്നു് മുട്ടിനുതാഴെ പിടിച്ചു് സാവധാനത്തിൽ വലിച്ചു് ശിശുവിൻെറ നെഞ്ചത്തുകൂടി കൈപുറ

ത്താക്കണം. ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്തായികിടക്കുന്ന കയ്യാണ് ആദ്യമായി പുറത്തേക്ക കൊണ്ടുവരേണ്ടതു്. കുട്ടിയുടെ ഉടൽ പിടിച്ച് പെരിനിയത്തിൻെറഭാഗത്തേക്ക് വലിച്ചടിപ്പിച്ചതിനുശേഷം മിഡ്വൈഫ് തന്നെ വലതുകൈ മുൻ പറഞ്ഞപ്രകാരം യോനിയിലൂടെ കടത്തി ശിശുവിൻെറ മറേറക്കയ്യും വലിച്ചുപുറത്താക്കുക.

5) തലപുറത്തേയ്ക്കു വരുവാൻതാമസംനേരിടുക:-

(DELAY IN THE AFTER COMING HEAD)

ഈ സാഹചര്യമുണ്ടായാൽ കുട്ടിക്ക് അപകടം നേരിടാനാണ് സാദ്ധ്യത. ഡാക്ടർകൂടെയില്ലെങ്കിൽ മിഡ്വൈഫ് തലപുറത്തേയ്ക്കു കൊണ്ടുവരാൻ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണ്. അല്ലെങ്കിൽ കുട്ടിമരിച്ചുപോകും. അതിനാൽ താഴെ പറയുംപ്രകാരം ചെയ്തുകുട്ടിയുടെ തലപുറത്തെടുക്കണം. മിഡ്വൈഫ് തൻെറ ഇടതുകൈ യോനിയിലേക്ക് കടത്തി രണ്ടു വിരലുകരം ശിശുവിൻെറ പുറത്തുകൂടെ യോനിക്കുള്ളിലേക്ക് കൊണ്ടുചെന്നു വിരലുകരം പിൻകഴുത്തിൻെറ ഇരുവശവുമായി പിടിച്ച് ചുമലുകരം കൊളുത്തിപി

ചിത്രം 117

പൃഷ്ഠംജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവത്തിൽ ശിശുവിൻെറ തലപുറത്തേയ്ക്കെടുക്കേണ്ടവിധം.

ടിക്കുക. അതിനുശേഷം തല ആദ്യം പെരിനിയം ഭാഗത്തിനുനേരേയും പിന്നിട്ട് നാഭിയെല്ലിൻെറ നേരേയും വലിച്ചാൽ പുറത്തേയ്ക്കുപോരും. ഈ ക്രിയചെയ്യുമ്പോരം ഗർഭാശയം കീഴോട്ടും പുറകോട്ടുമായി അമർത്തി തള്ളിക്കൊണ്ടിരിക്കേണ്ടതിനാൽ മററൊരാളുടെ സഹായം തേടണം.

കാൽമുട്ടോ കാൽപാദമോ ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവം:-

കാൽമുട്ട്, പാദം എന്നിവ ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസുകരംക്കും വളരെ താമസമുണ്ടാകും. യോനീപരിശോധനയിൽ പാദവും, കാൽമുട്ടുകളും വേർതിരിച്ചറിയാനും പ്രയാസമില്ലല്ലോ. കാൽമുട്ടാണെങ്കിൽ മുട്ടുചിരട്ടകരം ഇളക്കാൻ കഴിയുന്നതും പാദമാണെങ്കിൽ വിരലുകരം ഒരേ നീളത്തിൽ ആയിരിക്കുന്നതുമാണ്. പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവത്തിലുള്ള തടസ്സങ്ങളും ബുദ്ധിമുട്ടുകളും എല്ലാം ഇതിനുമുണ്ട്. ഗർഭാശയത്തിൻെറ ആലസ്യം (Sluggish uterus) മൂലവും പ്രസവത്തിനു് താമസവും അതിനാലുണ്ടാകാവുന്ന ബുദ്ധിമുട്ടുകളും പ്രയാസങ്ങളുമുണ്ടാകുന്നതുമായിരിക്കും.

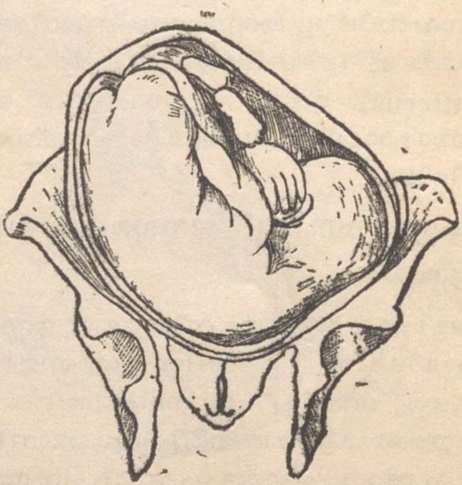
ശിരസ്സും കയ്യും ഒന്നിച്ച് ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവം:-

ഇരട്ടക്കുട്ടികരം, കുട്ടിയുടെ വിലങ്ങനെയുള്ള കിടപ്പ്, കുട്ടി മരിച്ചുകിടക്കൽ, തുടങ്ങിയ കാരണങ്ങളാലാണ് കയ്യും, ശിരസ്സും ഒരുമിച്ച് ജനനമുഖമായി വരുന്നത്. മാസം തികയാത്ത കുട്ടിയാണെങ്കിൽ സ്വാഭാവിക പ്രസവംപോലെ പ്രയാസംകൂടാതെ പ്രസവം നടന്നുകൊള്ളും. യോനീപരിശോധനയിൽ കയ്യ്, പാദമാണെന്ന് തെററിദ്ധരിക്കാനിടയുള്ളതിനാൽ വിരലുകരം സ്പർശിച്ച് അത് കയ്യുടെയോ കാലിൻേറതോ എന്ന് മനസ്സിലാക്കണം.

കൈവിരലുകൾ തുല്യനീളത്തിലായിരിക്കയില്ല. തള്ള വിരൽ മററു വിരലുകളേക്കാൾ ചെറുതായിരിക്കും. പാദമാണെങ്കിൽ വിരലുകളെല്ലാം തുല്യനീളത്തിലായിരിക്കുമെന്ന കാര്യം മിഡ്‌വൈഫ് ഓർത്തിരിക്കേണ്ടതാണ്. കയ്യും കാലും ഒന്നിച്ചാണെങ്കിൽ അതിനിറങ്ങുവാൻ ഉപസ്ഥാശയത്തിന് വിസ്താരമുണ്ടായിരിക്കയില്ല, ഏററവും വേഗം ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടണം.

കുട്ടിയുടെ വിലങ്ങനെയുള്ള കിടപ്പ്

കുട്ടി വിലങ്ങനെയായി കിടക്കുന്ന പ്രസവത്തിൽ കുട്ടിയുടെ ദീർഘമദ്ധ്യരേഖ, ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഹ്രസ്വമദ്ധ്യരേഖയിലായിട്ടായിരിക്കും.

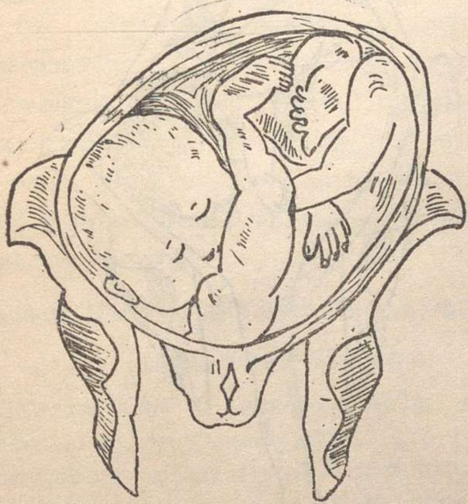


ചിത്രം 118:
കുട്ടിയുടെ പുറം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻവശത്തായി വിലങ്ങിയുള്ള കിടപ്പ്.

കുട്ടിയുടെ പുറം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻവശത്തായി വിലങ്ങിക്കിടക്കുന്നതു്:

ഈ നിലയിലുള്ള പ്രസവത്തിൽ ശിശുവിൻെറ തോറാംഭാഗമോ, കൈമുട്ടോ, കൈതന്നെയോ യോനിയിലേയ്ക്കിറങ്ങുന്നു. ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ വൈരൂപ്യവും ചരിവുമാണു് ഈ സ്ഥിതിവിശേഷത്തിനു് കാരണമായിത്തീരുന്നതു്. ആദ്യപ്രസവത്തിൽ ഇങ്ങിനെ കാണാറില്ല. വളരെ അപൂർവ്വമായേ കുട്ടി വിലങ്ങനെ കിടക്കാറുള്ളു. അതും ഒന്നിലധികം പ്രസവിച്ചിട്ടുള്ള സ്ത്രീകളിൽമാത്രം.

മറെറാരു രീതിയിലും കുട്ടി വിലങ്ങിക്കിടക്കാറുണ്ടു്. കുട്ടിയുടെ തല ഏതെങ്കിലും ഒരു ഒക്കെല്ലിനോടു് ചേർന്നും

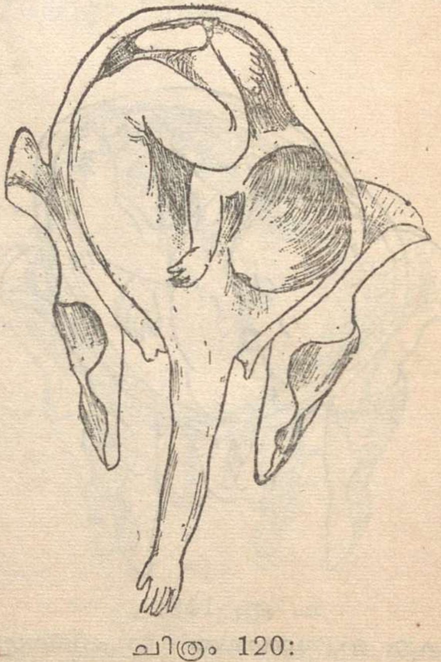


ചിത്രം 119:

ശിശുവിൻെറ പുറം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്തേയ്ക്കായും, തലയും പൃഷ്ഠവും ഓരോ ഒക്കെല്ലിനോടു ചേർന്നുമുള്ള കിടപ്പ്

പൃഷ്ഠം എതിർവശത്തുള്ള ഒക്കെല്ലിനോടു ചേൎന്നും പുറംഭാഗം ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻപിലോ, പിൻപിലോ ആയിട്ടും ആയിരിക്കും ഈ രീതി.

ഈ സാഹചര്യമുണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മുന്നീക്കടം കൂത്തിരിക്കുന്നതായി കാണാം. ശിശുവിൻെറ ജനനമുഖം ഉയൎന്നിരിക്കുന്നതുകൊണ്ടു് അതു് ഏതു ഭാഗമാണെന്നു് കണ്ടുപിടിക്കുവാൻ ആദ്യം വളരെ പ്രയാസമായിരിക്കും. യോനിയിലേക്കു് കൈ കടത്തിയാൽ, വാരിയെല്ലുകരം, കഴുത്തിലെ അസ്ഥി എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലും കൈയിൽ തടയും. ഈ സ്ഥിതിവിശേഷമുള്ളപ്പോരം പ്രസവവേദനയുടെ ആ



ചിത്രം 120:
കയ്യ് യോനിയിലേയ്ക്കിറങ്ങി വിലങ്ങിക്കിടക്കുന്നതു്.

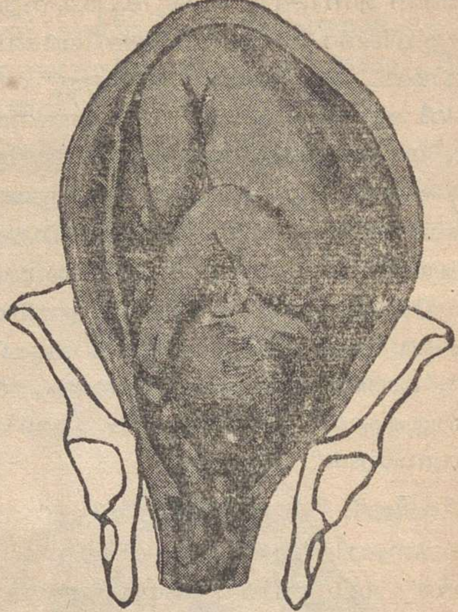
രംഭത്തിൽതന്നെ മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകുന്നതും, അതോടൊപ്പം ശിശുവിൻെറ ഒരു കയ്യ് യോനിയിലേയ്ക്ക് ഇറങ്ങുന്നതുമായിരിക്കും. കയ്യ് യോനിയിലേയ്ക്ക് നീണ്ടിറങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ കുട്ടിയുടെ കിടപ്പ് വിലങ്ങനെയാണെന്ന് ഊഹിക്കാം. ശിശുവിൻെറ തോരം കവിളായിട്ടും കക്ഷം, കഴല (ഒടി) ഭാഗമായിട്ടും കൈമുട്ട് കാൽമുട്ടായിട്ടും കയ്യ്, കാലായിട്ടുമൊക്കെ ഈ സാഹചര്യത്തിൽ തെററിദ്ധരിക്കാനിടയുള്ളതിനാൽ സൂക്ഷ്മമായ പരിശോധന ആവശ്യമാണ്. വാരിയെല്ലുകരം, കണ്ഠാസ്ഥി എന്നിവയുടെ സാമീപ്യംമൂലം കവിളല്ലാ തോളാണെന്നും, മുട്ടചിരട്ടയില്ലാത്തതുകൊണ്ട് കാൽമുട്ടല്ലാ കൈമുട്ടാണെന്നും, വിരലുകരം തുല്യമല്ലാത്തതുകൊണ്ട് കയ്യാണെന്നും ശ്രദ്ധിച്ചാൽ മനസ്സിലാക്കാവുന്നതാണ്.

പ്രതിവിധി. ശിശുവിൻെറ കിടപ്പ് വിലങ്ങനെയാണെന്ന് കണ്ടുപിടിച്ചാലുടനെ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതാണ്. ശിശുവിൻെറ കയ്യ് പുറത്തേയ്ക്ക് നീണ്ടു കിടക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ അതു് രോഗാണുവിമുക്തമാക്കപ്പെട്ട നല്ല തുവാലയിൽ പൊതിഞ്ഞുവയ്ക്കണം. ഇത്തരം പ്രസവത്തിൽ മാതാവിനു് അപകടം നേരിടാൻ വളരെ സാദ്ധ്യതയുണ്ട്. പ്രസവസമയം ദീർഘിച്ചാൽ ഗർഭാശയം പിളന്നുപോകാനുമിടയുണ്ട്.

പൊക്കിൾക്കൊടി ജനനമുഖമായി വരിക

(CORD PRESENTATION)

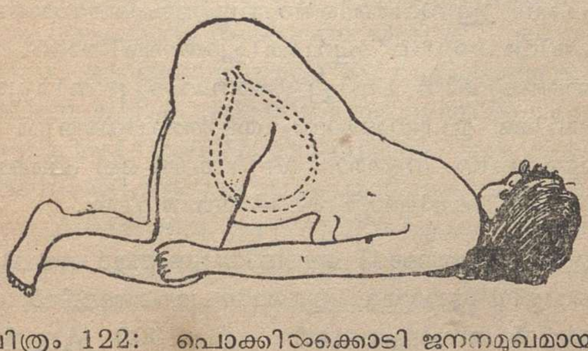
പ്രസവഘട്ടത്തിൽ ജനനമുഖത്തിനു മുമ്പായി പൊക്കിൾക്കൊടി താഴോട്ടിറങ്ങാറുണ്ട്. ഈ സ്ഥിതിവിശേഷം ഗുരുതരമായ ചില പ്രത്യാഘാതങ്ങൾക്കിടയാക്കുമെന്നുള്ളതിനാൽ മിഡ്വൈഫ് അതിൻെറ കാരണങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കിയിരിക്കേണ്ടതും ഡാക്ടറുടെ സഹായം ഉടനെ തേടേണ്ടതുമാണ്.



ചിത്രം 121: പൊക്കിൾക്കൊടി ജനനമുഖമായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു.

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ അസാധാരണമായ കിടപ്പ്, മുന്നീർആധിക്യം, ഉപസ്ഥാശയവൈരൂപ്യം, ഗർഭാശയത്തിൻെറ ചരിവ് തുടങ്ങി ക്രമവിരുദ്ധമായ പ്രസവത്തിനുള്ള എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും വിശിഷ്യാ പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെ അസാധാരണമായ നീളവും, പൊക്കിൾക്കൊടി ജനനമുഖമായി ഇറങ്ങിവരുന്നതിനു് കാരണമായിത്തീരാറുണ്ടു്. മുന്നീക്കുടം പൊട്ടുന്നതിനുമുൻപു് പൊക്കിൾക്കൊടി കീഴോട്ടിറങ്ങുവാൻ കാരണം ശിശുവിൻെറ ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ അടഞ്ഞിരിക്കുന്നതുകൊണ്ടാണു്. ശിശുവിൻെറ ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ

അടഞ്ഞിരിക്കുകയും, ജനനമുഖത്തിനുമുമ്പായി പൊക്കിൾക്കൊടി ഇറങ്ങുകയും ചെയ്യുന്നതിനാണ്, പൊക്കിൾക്കൊടി ജനനമുഖമായി വരിക (Presentation of the Cord) എന്നു പറയുന്നതു്. മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടി മുന്നീർ മുഴുവൻ പോയതിനുശേഷം പൊക്കിൾക്കൊടി ജനനമുഖത്തിന്നടിയിലായി ഗർഭാശയകണ്ഠത്തി (Cervix) ലേയ്ക്കോ യോനിയിലേയ്ക്കുതന്നെയോ തള്ളിവരുന്ന രീതിയിലും പൊക്കിൾക്കൊടി ഇറങ്ങാറുണ്ടു്. (Prolapse of the Cord). ഇങ്ങിനെ സംഭവിച്ചാൽ പൊക്കിൾക്കൊടി ജനനമുഖത്തിൻെറയും, ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറയും ഇടയിൽപ്പെട്ടു് അമന്നു പോകുന്നതും അതിൽക്കൂടി ശിശുവിലേയ്ക്കുള്ള രക്തവിതരണം തടയപ്പെടുന്നതും തന്മൂലം ശിശു മരണപ്പെടാനിടയുള്ളതുമാകുന്നു. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ യോനീമാർഗ്ഗമായുള്ള പരിശോധനയിൽ പൊക്കിൾക്കൊടി വിരലിൽ തടയുന്നതാണു്. പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ സ്പന്ദനം (മിടിപ്പു്) അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടെങ്കിൽ കുട്ടി മരിച്ചിട്ടില്ലെന്നു തീരുമാനിക്കാം. ഏററവും വേഗം ഡാക്ടരുടെ സഹായം തേടേണ്ടതും, ശിശുവിൻെറ ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു് ഇറങ്ങിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ



ചിത്രം 122: പൊക്കിൾക്കൊടി ജനനമുഖമായി വരുമ്പോൾ ഗർഭിണിയെ കിടത്തേണ്ട രീതി.

മേൽഭാഗമായ ഫണ്ടസ്സ് (Fundus) താഴെയും ഗർഭാശയ കണ്ഠം (Cervix) ഉയൎന്നും വരത്തക്കവിധത്തിൽ ഗർഭിണി യെ കിടത്തണം. ഇങ്ങനെ പുറത്തേയ്ക്കിറങ്ങിയ പൊക്കിൾ ക്കൊടി അകത്തേയ്ക്കു വലിയാൻ സാദ്ധ്യതയുണ്ട്.

ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗം താഴെയും, ഗർഭാശയ കണ്ഠം ഉയൎന്നും വരത്തക്കവിധത്തിൽ ചിത്രത്തിൽ കാണു ന്നതുപോലെ ഗർഭിണിയെ കിടത്തുക. 15–20 മിനിട്ടിൽ കൂടുതൽ ഈ നിലയിൽ കിടക്കാൻ പ്രയാസമായതുകൊ ണ്ട് അതിനുശേഷം ചരിച്ചു കിടത്തുക. ജനനമുഖത്തിൻെറ ഏതുവശത്തുകൂടിയാണ് പൊക്കിൾക്കൊടി വെളിയിലേ യ്ക്കു് വന്നിട്ടുള്ളതെന്നു് മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിഞ്ഞാൽ ആ ഭാഗം മീതെ വരത്തക്കവിധമാണ് അവരെ ചരിച്ചുകിട ത്തേണ്ടതു്; (Sims Position). അപ്പോൾ പൊക്കിൾ ക്കൊടിയിൽ ജനനമുഖം അമരാതിരിക്കുന്നതും, ശിശുവി ന് പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽക്കൂടിയുള്ള രക്തവിതരണം സുഗമമായിത്തീരുന്നതുമാണ്.

പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ മിടിപ്പ് അനുഭവപ്പെടുകയും ശിശുവിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനം കേൾക്കാൻ കഴിയുകയും ചെ യ്യുന്നപക്ഷം പ്രസവത്തിൻെറ ഘട്ടങ്ങൾക്കനുസരണമായി മാത്രം മിഡ്വൈഫ് പ്രവൎത്തിച്ചാൽ മതിയാകും. പൊ ക്കിൾക്കൊടിയിൽ മിടിപ്പ് അനുഭവപ്പെടുന്നില്ലെങ്കിലും ഗർഭിണിക്ക് ഉപദ്രവമൊന്നും തട്ടാത്തവിധത്തിൽ പ്രസ വം വളരെവേഗം നടത്താൻ കഴിഞ്ഞാൽ ഒരു പക്ഷെ ശി ശുവിനേയും രക്ഷിക്കാൻ കഴിഞ്ഞെന്നു വരും.

പൊക്കിൾക്കൊടി യോനിയിലേയ്ക്കോ അവിടെനി ന്നും വെളിയിലേയ്ക്കോ ഇറങ്ങിപ്പോകുന്നെങ്കിൽ അക്രി ഫ്ളാവിൻ സൊല്യൂഷനിൽ (1–1000 Acriflavine Solution) മുക്കിയ ഗോസ്സുതുണികൊണ്ട് പൊതിഞ്ഞ

ശേഷം ശിശുവിൻെറ ശിരസ്സിനു് മീതേക്കൂടി അകത്തേക്കു് തള്ളിയിടേണ്ടതാണു്. ഗർഭാശയകണ്ഠം വളരെ വികസിക്കുന്നതിനുമുൻപു് ഇങ്ങിനെ ചെയ്യുകയാണുത്തമം.

തലയ്ക്കുണ്ടാകുന്ന ജലവീക്കം
(ഹൈഡ്രോസിഫാലസ്—HYDROCEHHALUS)

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തലച്ചോറിനുള്ളിൽ വെള്ളം കെട്ടിനിന്നു് തല വീർത്തു വലുതായിരിക്കുന്ന അവസ്ഥയാണിതു്. തലയിൽ വെള്ളം കെട്ടിനില്ക്കുന്ന ഈ അവസ്ഥയിൽ തലയോട്ടിയുടെ ഘനം വളരെ കുറഞ്ഞുപോകുന്നു. അതിനാൽ പുറമേയുള്ള പരിശോധനയിൽ തലയ്ക്കു് സ്വാഭാവികമായുണ്ടായിരിക്കേണ്ട ദാർഢ്യം ഇല്ലാതെ മാർദ്ദവപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതായി കാണുന്നതാണു്. ഇത്തരം കേസുകളിൽ പൃഷ്ഠമായിരിക്കും ജനനമുഖമായി വരുന്നതു്. അപൂർവ്വമായി ശിരസ്സുതന്നെ ജനനമുഖമായി വരുന്നതും അങ്ങിനെ വരുന്നപക്ഷം അതു് ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ ഉറയ്ക്കാതെ പൊങ്ങിനില്ക്കുന്നതും തലയുടെ എല്ലില്ലാത്ത ഭാഗങ്ങൾ തള്ളിനില്ക്കുന്നതും അതു് മുന്നീക്കടമാണെന്നു് തെററിദ്ധരിക്കാനിടയുള്ളതുമാകുന്നു. മാസം തികയുന്നതിനുമുമ്പു് കുട്ടി മരിച്ചുപോവുകയാണു സാധാരണ പതിവു്. അപൂർവ്വമായി മാസം തികയുന്നതിനുമുമ്പു് പ്രസവിക്കാറുമുണ്ടു്. പ്രസവവേദന ആരംഭിച്ചതിനു ശേഷമായിരിക്കും മിക്കവാറും ശിശുവിൻെറ തലയുടെ ജലവീക്കം കണ്ടുപിടിക്കുന്നതു്. മാസം തികഞ്ഞുള്ള പ്രസവമാണെങ്കിൽ ഈ അപകടം മനസ്സിലാക്കാതെ പ്രസവം നടത്തുവാൻ ശ്രമിച്ചാൽ ഗർഭാശയം പിളൻുപോകുന്നതായതുകൊണ്ടു് ഏററവും വേഗം ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതാണു്.

അദ്ധ്യായം 15

ഉപസ്ഥാശയവൈരൂപ്യം

പലവിധത്തിലുള്ള കാരണങ്ങരംകൊണ്ടു് ഉപസ്ഥാശയത്തിന്നു് വൈരൂപ്യം സംഭവിക്കാവുന്നതാണു്. പ്രധാനമായും ഈ വൈരൂപ്യം മൂന്നു വിധത്തിലാണു് സംഭവിക്കുന്നതു്.

1) പരന്ന ഉപസ്ഥാശയം (FLAT PELVIS):—

ചിത്രം 123: പരന്ന ഉപസ്ഥാശയം

ഉപസ്ഥാശയം സാധാരണയിൽക്കവിഞ്ഞു പരന്നിരിക്കുന്ന അവസ്ഥയ്ക്കുനിദാനമായിട്ടുള്ളതു് കുട്ടിക്കാലത്തുണ്ടാകുന്നബാലപീഡ അല്ലെങ്കിൽ പക്ഷിപീഡ (Rickets) എന്നു വിശേഷിപ്പിക്കപ്പെടുന്ന രോഗമാകുന്നു. ഈ രോഗം മൂലം എല്ലുകൾ മാർദ്ദവപെടുന്നതിനാലാണു് ഉപസ്ഥാശയം പരന്നുപോകുന്നതു്. പരന്ന ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് മുൻഭാഗത്തുനിന്നു പുറകോട്ടുള്ള അളവു കുറഞ്ഞിരിക്കും. മററളവുകൾ മിക്കവാറും സാധാരണയുള്ളതുപോലെ തന്നെയായിരിക്കുകയും ചെയ്യും. അപൂർവ്വമായി അല്പംവ്യത്യാസം കാണാറുണ്ടെന്നു മാത്രം.

2) ചെറിയ ഉപസ്ഥാശയം:-

(GENERALLY CONTRACTED PELVIS)

ചെറിയ ഉപസ്ഥാശയം എന്നതുകൊണ്ടു വിവക്ഷിക്കുന്നതു് മൊത്തത്തിൽ ചെറുതായ ഉപസ്ഥാശയത്തെയാണു്. സാധാരണ ഉപസ്ഥാശയത്തേക്കാൾ ആകെപ്പാടെ ആകൃതിയിലും മറെറല്ലാ അളവുകളിലും ഇതു് ചെറുതായിരിക്കും.

ചിത്രം 124: ചെറിയ ഉപസ്ഥാശയം.

3) പരന്നതും ചെറുതുമായ ഉപസ്ഥാശയം:-
(GENERALLY CONTRACTED AND FLAT PELVIS)

എല്ലുകൾക്ക് സ്വാഭാവികമായുണ്ടായിരിക്കേണ്ട കാഠിന്യം നഷ്ടപ്പെടത്തക്കവിധത്തിൽ എല്ലുകൾക്കുണ്ടാകുന്ന രോഗബാധയാണ് ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഈ വൈരൂപ്യങ്ങൾക്കെല്ലാം മുഖ്യകാരണമെന്നു പറയാം. ഉപസ്ഥാശയ വൈരൂപ്യങ്ങൾ സാധാരണമായതിനാൽ തൻെറ പരിചയത്തിലുള്ള എല്ലാ ഗർഭിണികളേയും നേരത്തെതന്നെ ഡാക്ടറുടെ പരിശോധനക്കു വിധേയമാക്കാൻ മിഡ്‌വൈഫിനു് പ്രത്യേകബാദ്ധ്യതയുണ്ടു്. ഉപസ്ഥാശയവൈരൂപ്യങ്ങൾ മുൻകൂട്ടി കണ്ടുപിടിക്കാൻ കഴിയുന്നതിനെ ആശ്രയിച്ചിരിക്കും പ്രസവസന്ധിയിലുള്ള അപകടങ്ങളുടെ ഗുരുലഘുത്വം. ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ അളവുകൾക്കും പുറമേ താഴെപ്പറയുന്ന ലക്ഷണങ്ങൾകൂടി കണ്ടാൽ ഉപസ്ഥാശയം പരന്നതാണെന്നു മനസ്സിലാക്കണം.

1 ആദ്യഗർഭിണിയുടെ വയർ തൂങ്ങിക്കിടക്കുക.
2 ഗർഭാശയം ഒരു ഭാഗത്തേക്കു ചരിഞ്ഞിരിക്കുക.
3 പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽതന്നെ മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകുക.
4 പൊക്കിൾക്കൊടി യോനിയിലേക്കിറങ്ങിയിരിക്കുക.

ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വൈരൂപ്യമുണ്ടോ എന്നറിയുന്നതിനു് മുൻ പ്രസവത്തിൻെറ ചരിത്രം ചോദിച്ചറിയുന്നതു് സഹായകമായിരിക്കും.

മുൻ പ്രസവത്തിനു് വളരെ താമസം നേരിട്ടു എന്നും പ്രസവവേദന ശരിയായിട്ടുണ്ടായിരുന്നിട്ടുകൂടി ശസ്ത്രക്രിയ വേണ്ടിവന്നു എന്നും, ചാപിള്ളയേയാണ് പ്രസവിച്ച

തെന്നും, ശിരസ്സുതുരന്നാണ് കുട്ടിയെ എടുത്തതെന്നും, മററുമുള്ള അറിവ് ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വൈരൂപ്യമുണ്ടെന്നുള്ളതിൻെറ ലക്ഷണങ്ങളായി കണക്കാക്കാവുന്നതാണ്.

ഉപസ്ഥാശയം വളരെ ചെറുതാണെങ്കിൽ കുട്ടിയുടെ തലയിലുള്ള വീക്കം വളരെ വലുതായിരിക്കുകയും ഗർഭാശയമുഖം വീർത്തിരിക്കുകയും ഗുഹ്യപ്രദേശവും യോനിയും, നീരുവന്നു് വീങ്ങിയിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നതായിരിക്കും. ഉയരക്കുറവ്, കുറുകാല് (കാലിൻെറ നീളം വളരെ കുറഞ്ഞിരിക്കുക), കവകാല് (കവച്ചുനില്ക്കുമ്പോഴത്തെപ്പോലെയുള്ള കാല്), കൂനു്, കുത്തനെഞ്ചു്, ഉന്തിയവയറു്. എന്നീ ലക്ഷണങ്ങളുള്ള ഗർഭിണിയുടെ ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വൈരൂപ്യമുണ്ടായിരിക്കാനാണ് കൂടുതൽ സാദ്ധ്യത.

നാലാം മാസത്തിൽ കൂടെക്കൂടെ മൂത്രമൊഴിക്കണമെന്ന തോന്നൽ (മൂത്രശങ്ക), മൂത്രതടസ്സം എന്നിവ ഉണ്ടായിരുന്നതായി ഗർഭിണി പറയുന്നപക്ഷം അവളുടെ ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വൈരൂപ്യമുണ്ടെന്നു തീരുമാനിക്കാം.

പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽതന്നെ മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകുകയും ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശയനനില ക്രമവിരുദ്ധമായിരിക്കുകയും, ശിരസ്സു ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ ഇറങ്ങാതിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം ഉപസ്ഥാശയത്തിനു വൈരൂപ്യമുണ്ടെന്നു തീരുമാനിക്കാം. യോനീമാർഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധനയിൽ ജനനമുഖം വിരൽകൊണ്ടു് തൊടുവാൻ സാധിക്കാത്തവിധം ഉയൎന്നുകിടക്കുകയും, പൊക്കിൾക്കൊടി കുട്ടിക്കുമുമ്പായി യോനിയിലേക്കു ഇറങ്ങിയിരിക്കുകയും ചെയ്താൽ ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വൈരൂപ്യമുണ്ടെന്നു കണക്കാക്കാം.

പരന്ന ഉപസ്ഥാശയമാർഗ്ഗേണയുള്ള പ്രസവം:—

പരന്ന ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുഖവിസ്താരം കുറവായതുകൊണ്ടു് ശിശുവിൻെറ ശിരസ്സിനു അതിലേയ്ക്കു നേരെ ഇറങ്ങുവാൻ കഴിയാതെവരുന്നു. അതിനാൽ ശിശുശിരസ്സു് ഒരു വശത്തേയ്ക്കു ചരിഞ്ഞു കിടക്കുന്നതിനോ, കുട്ടിയുടെ ശയനനിലതന്നെ വിലങ്ങനെ ആയിത്തീരുന്നതിനോ ഇടയാകുന്നു. കുട്ടിയുടെ തല ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ നന്നായി അമർന്നിരിക്കാത്തതുകൊണ്ടു് ഉണ്ടാകാവുന്ന വിടവിൽക്കൂടി മുന്നീർക്കുടം കുത്തു തള്ളി പുറത്തേയ്ക്കുനില്ക്കുന്നതിനും കാരണമായിത്തീരുന്നു. ജനനമുഖത്തിനുമുമ്പായി മുന്നീർക്കുടം കുത്തു തള്ളിനില്ക്കുന്നതു് ഉപസ്ഥാശയവൈരൂപ്യത്തിൻെറയും, ശിശുവിൻെറ ക്രമവിരുദ്ധമായ ശയനനിലയുടേയും ഒരു ലക്ഷണമാകുന്നു. പരന്ന ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ കുട്ടിയുടെ തല നല്ലവണ്ണം അടഞ്ഞിരിക്കാത്തതുകൊണ്ടു്, കുട്ടിക്കുമുമ്പായി പൊക്കിൾക്കൊടി ഇറങ്ങാനിടയുണ്ടു്. പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽത്തന്നെ മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകാനും ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായുടെ വികാസത്തിനു് താമസമുണ്ടാകാനും കുട്ടിക്കു് അപായം നേരിടാനും പരന്ന ഉപസ്ഥാശയം കാരണമായിത്തീരുന്നു. പരന്ന ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ വായ്ക്കു് വിസ്താരം കുറവായതിനാൽ കുട്ടിയുടെ തലയ്ക്കു് സുഗമമായി ഇറങ്ങുവാൻ പ്രയാസമുണ്ടാകുമെന്നു മേൽപ്രസ്താവിച്ചിട്ടുണ്ടല്ലോ. അതുകൊണ്ടു് ശിശുശിരസ്സിൻെറ ഇരുവശവുമുള്ള എല്ലുകളിൽ ഒന്നിൻെറ ഭാഗം ആദ്യമായി ഇറങ്ങും (Parietal bone presentation). ശിരസ്സു് ഉപസ്ഥാശയത്തിനുള്ളിലേയ്ക്കിറങ്ങിയാൽ പിന്നെ പ്രസവം ക്ലേശംകൂടാതെ നടന്നു എന്നുവരാം. എന്നാൽ മിക്ക കേസ്സുകളിലും തല തിരിഞ്ഞു് ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻവശത്തേയ്ക്കു (Unreducted occipito-Position) വരാത്തതിനാൽ പ്രസവം തടസ്സപ്പെടുന്നതും ഡാക്ടറുടെ സഹായം ആവശ്യമായിത്തീരുന്നതുമാണു്.

മൊത്തത്തിൽ ചെറുതായ ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ (Generally contracted pelvis) വായും വളരെ ചെറുതായതിനാൽ ശിശുവിൻെറ ശിരസ്സിനു് അതിലേയ്ക്കിറങ്ങു

വാനേ സാധിക്കാതെവരുന്നു. ഇത്തരം പ്രസവങ്ങളിൽ യഥാസമയം ഡാക്ടറുടെ സഹായത്തോടെ ഏററവും വേഗം പ്രസവം നടന്നില്ലെങ്കിൽ കുട്ടി ശ്വാസംമുട്ടി മരിച്ചുപോകുന്നതും ഗർഭാശയം പിളൎന്നു മാതാവിൻെറ മരണത്തിന്നു തന്നെ ഇടയാകുന്നതുമാണു്.

പ്രസവത്തിൻെറ ക്രമരാഹിത്യം:–

ഒരു പ്രസവത്തിനു് സാധാരണ ആവശ്യമായ സമയത്തിൽ സംഭവിക്കുന്ന ഏററക്കുറച്ചിലുകളെയാണു് പ്രസവത്തിൻെറ ക്രമരാഹിത്യം എന്നതുകൊണ്ടു ഞാൻ വിവക്ഷിക്കുന്നതു്. വളരെ പെട്ടെന്നു പ്രസവിക്കുന്നതും വളരെ സമയംകൊണ്ടു് പ്രസവം നടക്കുന്നതും ശരിയല്ല. അതിനു് പല കാരണങ്ങളും ഉണ്ടാകാം. അവയിൽ പ്രധാനപ്പെട്ടവയെ സംക്ഷിപ്തമായി താഴെ വിവരിക്കാം.

A. പെട്ടെന്നുള്ള പ്രസവം (PRECIPITATE LABOUR):–

വളരെ പെട്ടെന്നുള്ള പ്രസവം മാതാവിനും ശിശുവിനും അപകടം വരുത്തിവയ്ക്കുന്നതാണു്. യാത്രചെയ്യുമ്പോഴോ, നില്ക്കുന്നനിലയിൽതന്നെയോ, പെട്ടെന്നു പ്രസവിച്ചു എന്നു വരാവുന്നതാണു്. നില്ക്കുമ്പോൾ പെട്ടെന്നു പ്രസവിച്ചുപോയാൽ കുട്ടിക്കു് അപകടം നേരിടാനും, പൊക്കിൾക്കൊടിയുടെ കീഴോട്ടുള്ള ശക്തിയായ വലിവുമൂലം ഗർഭാശയം അകം പുറമായി മറിഞ്ഞുപോകാനും വളരെ സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്. വളരെ ശക്തിയായ വേദന പെട്ടെന്നുണ്ടായി പ്രസവിക്കപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ യോനിയും പെരിനിയവും വല്ലാതെ കീറിപ്പോകുന്നതുമാണു്. പെട്ടെന്നുണ്ടാകുന്ന പ്രസവശേഷം ഗുരുതരമായ രക്തവാൎച്ചയും ഉണ്ടാകാനിടയുണ്ടു്.

പെട്ടെന്നുള്ള പ്രസവകാരണങ്ങൾ:-

1 കൂടെക്കൂടെയുള്ള ഗർഭാശയത്തിൻെറ സങ്കോചം (Contraction) മൂലവും,

2 പ്രസവത്തിൻെറ ഒന്നാംഘട്ടത്തിൽ വേദനയുണ്ടാകാത്തതിനാൽ പ്രസവം ആരംഭിച്ച വിവരം മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിയതിനുശേഷം മാത്രം മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിയുന്നതുകൊണ്ടും,

3 ശിശുവിൻെറ ജനനമുഖത്തെ താങ്ങിത്താങ്ങി കീഴോട്ടിറക്കുവാനുള്ള ശക്തി ഉപസ്ഥാശയമാർഗ്ഗത്തിനും ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗത്തിനും ഇല്ലാതെവരുന്നതുകൊണ്ടും ആണു് പ്രസവം പെട്ടെന്നു് നടക്കാനിടയാകുന്നതു്.

പ്രതിവിധി:-

പെട്ടെന്നുണ്ടാകുന്ന പ്രസവങ്ങളിൽ തക്കസമയത്തു് മിഡ്‌വൈഫ് ഗർഭിണിയുടെ അടുത്തുണ്ടെങ്കിൽ കുട്ടിയുടെ തല പെട്ടെന്നു പുറത്തേയ്ക്കുവരാതിരിക്കാൻവേണ്ടി വേദനയുണ്ടാകുന്നസമയത്തു ശിശുശിരസ്സ് അകത്തേയ്ക്കു തള്ളിപ്പിടിക്കണം. വളരെ പെട്ടെന്നു് പ്രസവംനടക്കുന്ന സ്ത്രീയാണെന്നു മുൻകൂട്ടി അറിവുണ്ടെങ്കിൽ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുന്നതായാൽ അല്പം ക്ലോറഫോം കൊടുത്തോ, മററു യുക്തമായ മരുന്നു കുത്തിവച്ചോ പ്രസവവേദനയുടെ ശക്തി കുറയ്ക്കുവാൻ ഡാക്ടർ ശ്രമിക്കുന്നതായിരിക്കും.

B. ഗർഭാശയത്തിൻെറ ശക്തമായ സങ്കോചം (TONIC CONTRACTION OF UTERUS):-

പ്രസവത്തിൻെറ സുഗമമായപുരോഗതിക്കു് തടസ്സമുണ്ടായാൽ ഗർഭാശയം ശക്തിമത്തായി ചുരുങ്ങുന്നതും കുട്ടിയെ

പുറംതള്ളാൻ ശ്രമിക്കുന്നതുമാണ്. ശക്തമായുള്ള ഈ സങ്കോചം മൂലം ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗം തടിച്ചു ചെറുതായിത്തീരുന്നതും കീഴ്ഭാഗം പൊട്ടിപ്പോകത്തക്ക വിധം അയഞ്ഞു ലോലമായിത്തീരുന്നതുമാണ്. ചുരുങ്ങി തടിച്ചു ചെറുതായ ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗത്തിനും, അയഞ്ഞു ലേലമായിത്തീൎന്ന കീഴ്ഭാഗത്തിനും മദ്ധ്യേ തടിച്ച ഒരു രേഖ ഈ സാഹചര്യത്തിലുണ്ടാകും. ഈ രേഖയ്ക്കു് ബാൻഡിൽസ് റിംഗ് (Bandil's ring) എന്നാണ പറയുന്നതു്. ഗർഭാശയത്തിൻെറ കഠിനമായ ഈ സങ്കോചത്തിനു് പല കാരണങ്ങളുമുണ്ടു്. അവ കണ്ടുപിടിക്കാൻ പല ലക്ഷണങ്ങളുമുണ്ടു്. അവ താഴെച്ചേർക്കുന്നു.

കാരണങ്ങൾ:-

1 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സ് വളരെ വലുതായിരിക്കുക.

2 ശിശുശിരസ്സിൽ വെള്ളംനിറഞ്ഞു് വളരെ വലുതായിരിക്കുക.

3 ഉപസ്ഥാശയം വളരെ ചെറുതായിരിക്കുക.

4 അണ്ഡാശയം, ഉപസ്ഥാശയം, ഭഗാശയം, എന്നീ ഭാഗങ്ങളിൽ മുഴയുണ്ടായിരിക്കുക.

5 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ നെററി ജനനമുഖമായി വരിക.

6 ശിശു വിലങ്ങനെ കിടക്കുക.

7 മുഖം, ജനനമുഖമായി വരുന്ന ഘട്ടങ്ങളിൽ താടി തിരിഞ്ഞു് ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുന്നിലേയ്ക്കു് വരാതിരിക്കുക. എന്നിവയാണ് ഗർഭാശയം വളരെ ശക്തമായി ചുരുങ്ങുവാനുള്ള കാരണങ്ങൾ.

ഗർഭാശയം വളരെ ശക്തമായി ചുരുങ്ങുവാനിടയുണ്ടോ എന്നു മുൻകൂട്ടി കണ്ടുപിടിക്കുവാനുള്ള ലക്ഷണങ്ങൾ:–

1 ഗർഭിണിയുടെ നാഡീസ്പന്ദനം 115–ൽ കൂടുതലായിരിക്കുകയും, അവൾക്കു് വളരെ അവശതയുണ്ടെന്നു പറയുകയും ചെയ്യുക.

2 100 ഡിഗ്രിയിലധികം പനിയുണ്ടായിരിക്കുക.

3 മുഖത്തിനു വിളർച്ചയും, ക്ഷീണവും ദു:ഖഭാവവും ഉണ്ടായിരിക്കുക.

4 ഗർഭിണി അസ്വസ്ഥയായിരിക്കുന്നതും, അവളുടെ നാക്കും ചിറിയും വരണ്ടിരിക്കുകയും ചെയ്യുക.

5 വയററത്തു് എപ്പോഴും വേദനയുണ്ടെന്നും തൊടാൻ കൂടി പാടില്ലെന്നും പറയുക.

6 ഗർഭാശയം തടിച്ചു് കഠിനമായും ചുരുങ്ങിയും ഇരിക്കും. അതിനാൽ സ്പർശനപരിശോധനയിൽ കുട്ടിയുടെ ഒരു ഭാഗവും തിരിച്ചറിയാൻ കഴിയാതിരിക്കുക.

7 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയമിടിപ്പു് ശ്രവിക്കാൻ കഴിയാതെ വരിക.

8 യോനിമാർഗ്ഗമായുള്ള പരിശോധനയിൽ ശിശുശിരസ്സു് ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ തിങ്ങിയിരിക്കുന്നതായും യോനി വരണ്ടു് ചൂടുള്ളതായും വീക്കത്തോടുകൂടിയും ഇരിക്കുന്നതായി ബോദ്ധ്യപ്പെടുകയും ഗുഹ്യഭാഗം മൊത്തത്തിൽ വീങ്ങിയിരിക്കുകയും ചെയ്യുക.

9 ഗർഭാശയഗളം (Cervix) വീങ്ങിയിരിക്കുക.

10 ജനനമുഖം ഉറച്ചിരിക്കുന്നതായും വീങ്ങിയിരിക്കുന്നതായും കാണപ്പെടുക.

KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY KOTTAYAM

പ്രതിവിധി!-

മിഡ്വൈഫ് കഴിയുന്നത്ര ശാസ്ത്രീയമായ പരിചരണം നടത്തിക്കൊണ്ടു് എത്രയുംവേഗം ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുക.

C ഗർഭാശയമാന്ദ്യം (SLUGGISH UTERUS):-

പ്രസവഘട്ടത്തിൽ ഗർഭാശയത്തിനു് സ്വാഭാവികമായുണ്ടായിരിക്കേണ്ട സങ്കോചവികാസശക്തിക്കു് സംഭവിക്കുന്ന മാന്ദ്യത്തെയാണു് ഞാൻ ഈ പദപ്രയോഗം കൊണ്ടു വിവക്ഷിക്കുന്നതു്. ഗർഭാശയത്തിൻെറ സങ്കോചരാഹിത്യത്തിനുള്ള കാരണങ്ങൾ താഴെ ചേർക്കുന്നു.

1 പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽ തന്നെ മുന്നീക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകുക.

2 ഗർഭിണിയുടെ വർദ്ധമാനമായ ഭയം.

3 കൂടുതൽ പ്രസവിച്ചിട്ടുള്ളവരുടെ ഗർഭാശയമാംസപേശികൾക്കു് സ്വാഭാവികമായുണ്ടാകാവുന്ന ശക്തിക്ഷയം.

4 പ്രായംചെന്ന പ്രഥമഗർഭിണികളുടെ ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് വികസിക്കാതിരിക്കുക.

5 മുന്നീരിൻെറ ആധിക്യംകൊണ്ടോ, ഒന്നിലധികം കുട്ടികളുള്ളതുകൊണ്ടോ ഗർഭാശയം വളരെ വലുതായിരിക്കുക.

6 പ്രസവാരംഭത്തിൽ രക്തസ്രാവമുണ്ടാകുക.

7 മൂത്രാശയം മൂത്രംകൊണ്ടു് നിറഞ്ഞിരിക്കുക.

എന്നിവയാണു് ഗർഭാശയത്തിനു് ആലസ്യമുണ്ടാകുന്നതിനും ചുരുങ്ങുവാനുള്ള ശക്തി കുറയുന്നതിനും കാരണങ്ങൾ.

ഗർഭാശയമാന്ദ്യത്തിൻെറ ലക്ഷണങ്ങൾ:-

1 പ്രസവവേദന വളരെ സമയം ഇടവിട്ടു മാത്രം ഉണ്ടാവുക.

2 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനം വ്യക്തമായി കേൾക്കാൻ കഴിയുക.

3 പ്രസവവേദന ഇല്ലാത്ത സമയത്തും കുട്ടിയുടെ ശരീരഭാഗങ്ങൾ ഉദരസ്പർശനപരിശോധനകൊണ്ടു് വ്യക്തമായി മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിയുക.

4 യോനീപരിശോധനയിൽ അസാധാരണമായോ, ക്രമവിരുദ്ധമായോ ഒന്നും കണ്ടുപിടിക്കുവാൻ കഴിയാതിരിക്കുക.

പ്രതിവിധി:-

മൂത്രാശയം നിറഞ്ഞിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മൂത്രമൊഴിപ്പിക്കുകയോ, കതീററർ ഉപയോഗിച്ചു മൂത്രമെടുത്തു കളയുകയോ ചെയ്യുക. പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽ തന്നെ മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടുകയും ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായു് വികസിക്കാതിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം ഉടനെ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുക. ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായു് പൂർണ്ണമായി വികസിച്ചിട്ടും രണ്ടു മണിക്കൂറിനകം പ്രസവം നടക്കാത്ത പക്ഷം കുട്ടിക്കു് അപായം നേരിടാനിടയുള്ളതിനാൽ ഡാക്ടറുടെ സഹായം അത്യന്താപേക്ഷിതമാണു്. ചൂടു വെള്ളത്തിൽ കുളിക്കുന്നതുകൊണ്ടു് പ്രസവവേദന കുറേ കൂടി ശക്തമായുണ്ടാകുമെന്നുള്ളതിനാൽ ഗർഭിണിയെ ചൂടുവെള്ളത്തിൽ കുളിപ്പിക്കേണ്ടതാണു്.

പ്രസവത്തിൻെറ ഒന്നാംഘട്ടത്തിൽ മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടുന്നതുവരെ ഗർഭസ്ഥശിശുവിനു് അപകടമൊന്നും ഉണ്ടാകുന്നതല്ല.

D. ഗർഭാശയത്തിൻെറ തളർച്ച:—
(EXHAUSTED UTERUS)

പ്രസവാരംഭത്തിൽ വേദന ക്രമാനുഗതമായി വന്നുകൊണ്ടിരിക്കയും ആ വേദന ക്രമേണ കുറഞ്ഞുവരികയും, അവസാനം തീരെ ഇല്ലാതാകുകയും ചെയ്യുന്ന സ്ഥിതിവിശേഷത്തെയാണ് ഗർഭാശയത്തിൻെറ തളർച്ച് അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷീണം എന്നതുകൊണ്ട് ഇവിടെ വിവക്ഷിക്കുന്നതു്.

പ്രസവഘട്ടങ്ങളിൽ അതാതു ഘട്ടങ്ങൾക്കനുസരണമായി ഗർഭാശയസങ്കോചവും തജ്ജന്യമായി ഉണ്ടാകുന്ന പ്രസവവേദനയും സ്വാഭാവികമാണല്ലോ. എന്നാൽ സ്വാഭാവികമായുണ്ടാകേണ്ട ഈ വേദന തീരെ ഇല്ലാതാകുന്നതിനു് താഴെപ്പറയുന്ന കാരണങ്ങളാണ് പ്രധാനമായിട്ടുള്ളതു്.

1 പ്രസവാരംഭത്തിൽതന്നെയുണ്ടാകുന്ന രക്തസ്രാവം.

2 പ്രസവത്തിൻെറ ഏതെങ്കിലും ഘട്ടത്തിൽ സംജാതമായ തടസ്സത്തെ നീക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ഗർഭാശയം ശക്തമായി സങ്കോചിച്ചതിനാലുണ്ടായ ക്ഷീണം.

3 ഗർഭാശയത്തിൻെറ അസാധാരണമായ വലിപ്പം.

ഗർഭാശയത്തിൻെറ ചുരുങ്ങൽ ശക്തി നഷ്ടപ്പെട്ട്, ക്ഷീണിച്ച് ആലസ്യവിധേയമായിരിക്കുന്നു എന്ന് സൂക്ഷ്മദൃക്കായ ഒരു മിഡ്വൈഫിനു കണ്ടുപിടിക്കാൻ പ്രയാസമില്ല. അതിനു് താഴെപ്പറയുന്ന ലക്ഷണങ്ങൾ മിഡ്വൈഫിനെ സഹായിക്കുന്നതായിരിക്കും.

1 വേദനയില്ലാത്തപ്പോൾ അവളുടെ നാഡീസ്പന്ദനം 100—ൽ കുറവായിരിക്കും.

2 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ അവയവഭാഗങ്ങൾ ഗർഭിണിയുടെ വയററത്തു് കൈവച്ചു പരിശോധിച്ചു കണ്ടുപിടിക്കാൻ പ്രയാസമില്ലാതിരിക്കും.

3 വയററത്തു കൈ വച്ചു് അമത്തിയാൽ ഒട്ടും വേദന യില്ലാതിരിക്കുന്നു
4 വല്ലാത്ത ക്ഷീണം തോന്നുന്നു എന്നു പറയുന്നു.
5 ശിശുവിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനം ക്രമമായിരിക്കും.
6 യോനീമാർഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധനയിൽ ക്രമ രഹിതമായി ഒന്നുംതന്നെ കണ്ടുപിടിക്കുവാൻ കഴി യാതിരിക്കുന്നു.
7 ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ ഉറസ്സാതിരിക്കുന്നു.

പ്രതിവിധി:-

സൂക്ഷ്മമായ പരിശോധനയിൽ പ്രസവത്തിനു് തടസ്സ മൊന്നുമില്ലെന്നു കണ്ടാൽ ഗർഭിണിക്കു് ഉറക്കംവരുവാൻ മരുന്നുകൊടുക്കുക. പ്രസവശേഷം രക്തസ്രാവമുണ്ടാകാ നുള്ള സാദ്ധ്യത ഈ സാഹചര്യത്തിൽ ഇല്ലാതില്ല.

E. മുക്കുവാൻ സാധിക്കായ്ക:-

(UNEFFICIENT ACTION OF THE AUXILIARY POWERS)

ശ്വാസംപിടിച്ചു മുക്കുവാൻ ഗർഭിണിക്കു് കഴിയാതെ വന്നാൽ പ്രസവത്തിൻെറ രണ്ടാം ഘട്ടത്തിൽ പതിവി ലേറെ താമസമുണ്ടാകും. താഴെപ്പറയുന്ന കാരണങ്ങളാ ലാണു് ഗർഭിണിക്കു് ശ്വാസംപിടിച്ചു കീഴോട്ടു മുക്കുവാൻ കഴിയാതെ വരുന്നതു്.

1 ശ്വാസകോശരോഗങ്ങളും ഹൃദ്രോഗവും.
2 മൂന്നീർ ആധിക്യംകൊണ്ടോ, ആന്തരികമായ മുഴകൾ കൊണ്ടോ വയർ, ക്രമത്തിലധികം വലു തായിരിക്കുക.
3 കൂടുതൽ തവണ പ്രസവിച്ചിട്ടുള്ള സ്ത്രീകളുടെ ഉദര മാംസപേശികൾ ബലഹീനമായിരിക്കുക.

ഗുരുതരമായ ബലക്ഷയം തോന്നിക്കുകയും തീരെ മുക്കാൻ കഴിയാതെവരികയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുകയാണുത്തമം.

അദ്ധ്യായം 16

പ്രസവത്തിനുമുമ്പുള്ള രക്തസ്രാവം

ഏഴാംമാസത്തിനുശേഷമോ, പ്രസവത്തിൻെറ ഒന്നും രണ്ടും ഘട്ടങ്ങളിലോ ഉണ്ടാകുന്ന രക്തവാർച്ച പ്രസവക്ലേശത്തെ വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനും ഗുരുതരമായ പല പ്രത്യാഘാതങ്ങൾക്കും കാരണമായിത്തീരുന്നതുമാണു്. ഏഴാം മാസത്തിനുശേഷം ഉണ്ടാകുന്ന രക്തസ്രാവത്തെ രണ്ടായി വിഭജിക്കാം.

A. യാദൃശ്ചിക രക്തസ്രാവം

(ACCIDENTAL HAEMORRHAGE)

സാധാരണ ഗതിയിൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗത്തു് സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന മറുപിള്ള ഗർഭാശയഭിത്തിയിൽനിന്നും വേർപെടുന്നതിനാലാണു് യാദൃശ്ചികമായ ഇത്തരം രക്തസ്രാവം ഉണ്ടാകുന്നതു്

B. അനിവാര്യമായ രക്തസ്രാവം

(UNAVOIDABLE HAEMORRHAGE)

ക്രമവിരുദ്ധമായി മറുപിള്ള ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്തു് സ്ഥിതിചെയ്യുകയും, അതു് അവിടെനിന്നു് ഇളകിപ്പോരുകയും ചെയ്യുന്നതിനാലാണു് രക്തസ്രാവം അനിവാര്യമായിത്തീരുന്നതു്.

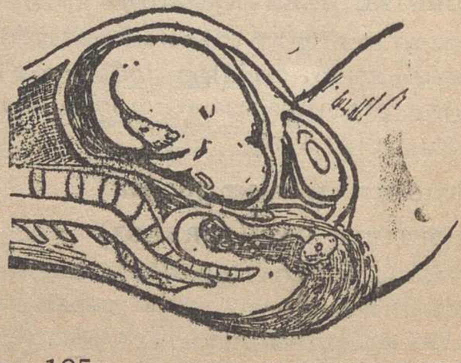
ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗത്തായിട്ടാണ് മറുപിള്ള സ്ഥിതിചെയ്യേണ്ടതു്. സാധാരണഗതിയിൽ പ്രസവത്തിൻെറ മൂന്നാംഘട്ടത്തിലേ അതു് ഗർഭാശയഭിത്തിയിൽ നിന്നും വേർപെടുകയുള്ളു. അതുകൊണ്ടാണ് പ്രസവത്തിൻെറ ഒന്നും രണ്ടും ഘട്ടങ്ങളിൽ രക്തവാച്ച്യയില്ലാതിരിക്കുന്നതു്. എന്നാൽ ക്രമവിരുദ്ധമായി മറുപിള്ള ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്തു സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗം വികസിക്കുന്നതോടുകൂടി അതു വേർപെടാനും രക്തസ്രാവം അനിവാര്യമായിത്തീരാനും ഇടയാകുന്നു.

ഗർഭാശയഭിത്തിയിലുള്ള നേർമ്മയേറിയ പാടകൾക്കുണ്ടാകുന്ന വീക്കം, മൂത്രപിണ്ഡരോഗങ്ങൾ, വയറിനുമീതേ ഏല്ക്കാനിടയാകുന്ന വീഴ്ചയോ, മററു ഹേമദണ്ഡങ്ങളോ ആണ് യാദൃശ്ചിക രക്തസ്രാവത്തിനു കാരണമായിത്തീരുന്നതു്. യാദൃശ്ചികരക്തസ്രാവം രണ്ടുവിധത്തിലാണുള്ളതു്.

I പുറമേ കാണുന്ന രക്തസ്രാവം

(REVEALED HAEMORRHAGE OR ACCIDENTAL EXTERNAL HAEMORRHAGE)

മറുപിള്ളയുടെ ഒരു ഭാഗം ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നു് ഇളകുന്നതുമൂലം സ്രവിക്കുന്ന രക്തം ഗർഭാശയഭിത്തിയുടേയും



ചിത്രം 125: പുറമെ കാണുന്ന രക്തസ്രാവം.

മുന്നീക്കടത്തിൻേറയും ഇടയിൽക്കൂടി ഒഴുകി ഗർഭാശയത്തിന്ന പുറത്തുവരുന്നു. ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും രക്തം പുറത്തേക്കു വരുന്നതിനാലാണ് നമുക്കിതു ദൃശ്യമാകുന്നതു്.

പുറമേ കാണുന്ന വിധത്തിലുള്ള രക്തസ്രാവത്തിൻെറ ലക്ഷണങ്ങൾ.

1 വയററിൽവേദനയും, രക്തവാർച്ചയും.

2 യോനീമാർഗ്ഗമായുള്ള പരിശോധനയിൽ ജനനമുഖം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേക്ക് ഇറങ്ങിയിരിക്കുന്നതായും മുന്നീക്കടം വിരലിൽ തടയുന്നതായും അനുഭവപ്പെടൽ.

പ്രതിവിധി. കുറഞ്ഞ തോതിലേ രക്തവാർച്ചയുള്ളവെങ്കിൽ ഗർഭം അലസി പോകുമ്പോൾ ചെയ്യുന്നതുപോലെയുള്ള പരിചരണങ്ങൾ ചെയ്യുക.

രക്തവാർച്ച അധികമായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ നല്ല ചൂടുള്ള ലൈസോൾ ലോഷൻകൊണ്ടു് ഡൂഷ് ചെയ്തതിനുശേഷം ''ബൈൻഡർ'' ഉദരത്തിനുമീതേ ഇട്ട് ഒരുമാതിരി നല്ലവണ്ണം മുറുക്കിക്കെട്ടുക. എന്നിട്ടും രക്തസ്രാവം നിലയ്ക്കാത്തപക്ഷം ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുക. ഡാക്ടറുടെ സഹായം ലഭിക്കാൻ താമസം നേരിടുകയും, രക്തസ്രാവം തുടരുകയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം യോനി തുററടയ്ക്കേണ്ടതാണ്. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ തുററടയ്ക്കുക എന്നതു് പ്രയാസമുള്ള കാര്യമാണ്. രക്തസ്രാവം ഒരുവിധത്തിലും നില്ക്കാതെയും, അധികമായും തുടരുന്നതായാൽ മാത്രമേ മിഡ്ഢ്വൈഫ് തുററടയ്ക്കാവൂ. യോനി തുററടച്ചതിനുശേഷം പ്രസവവേദന ഉണ്ടാകുന്നുണ്ടോ എന്നും, രക്തം പോകുന്നുണ്ടോ എന്നും ശ്രദ്ധിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കേണ്ടതാണ്. രക്തസ്രാവവും പ്രസവവേദനയും അധികരിച്ചുണ്ടാകുന്നപക്ഷം മിഡ്ഢ്വൈഫ് തന്നെ മുന്നീക്കടം പൊട്ടിക്കുക.

കുട്ടി വിലങ്ങനെ കിടക്കുകയും, ഉപസ്ഥാശയത്തിനു വൈരൂപ്യമുണ്ടായിരിക്കയും ചെയ്യുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ മുന്നീക്കുടം പൊട്ടിച്ചുകൂടെന്ന കാര്യം മിഡ്‌വൈഫ് ഓർമ്മിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്.

II ഗർഭാശയത്തിൽ തങ്ങിനില്ക്കുന്ന രക്തസ്രാവം (CONCEALED HAEMORRHAGE)

ഭഗദ്വാരംവഴിയായി രക്തം പുറത്തേയ്ക്കു പോകാതെ ഗർഭാശയത്തിനുള്ളിൽതന്നെ കെട്ടിക്കിടക്കുന്ന രീതിയിലുള്ള രക്തസ്രാവം കൂടുതൽ വിപൽക്കരമാണ്. രക്തം ഉള്ളിൽതന്നെ കെട്ടിനിന്ന് ഗർഭാശയത്തിന് കൂടുതൽ വലിപ്പം വയ്ക്കുന്നതും താഴെപ്പറയുന്ന ലക്ഷണങ്ങൾ പ്രകടമാവുന്നതുമാണ്.

1 അമിതമായ ക്ഷീണം, മനംമറിച്ചിൽ (മനംപുരട്ടൽ), ചെവിയിൽ മൂളൽ, വിളർച്ച്.

2 ശ്വാസവിമ്മിഷ്ടം, ദാഹം, കണ്ണുകൾ, ചിറികൾ (ചുണ്ട്) എന്നിവ വിളറുക.

3 കാഴ്ചക്കുറവ്, കണ്ണിനു മുകളിൽ മിന്നൽ, മിന്നൽ പിണർപോലെ തോന്നുക.

4 ദേഹം തണുത്തും, വിയർത്തുമിരിക്കുക, ശരീരം വളരെ അവശനിലയിലായിത്തീരുക.

5 വയററിൽ കഠിനമായ വേദന.

6 ഗർഭാശയം പെട്ടെന്നു വലുതാകുകയും, കഠിനമായിത്തീരുകയും ചെയ്യുക.

7 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനം കേൾക്കാൻ പാടില്ലാതാവുക.

8 വയററത്ത് തൊടാൻ പാടില്ലാത്ത വിധത്തിൽ വേദന തോന്നുക.

9 നാഡീസ്പന്ദനം ക്ഷീണിച്ചുവരികയും, അതു് എണ്ണിത്തിട്ടപ്പെടുത്തുവാൻ പാടില്ലാത്തവിധത്തിലായിത്തീരുകയും ചെയ്യുക.

10 ശരീരത്തിൻെറ ചൂടു കുറയുകയും, മാനസ്സികവിഭ്രാന്തിയും, അവസാനം മോഹാലസ്യവും ഉണ്ടാവുക.

പ്രതിവിധി. ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുക. അതിനുമുമ്പായി യോനി തുററടക്കുകയും ഒരു ബൈൻഡർ സാമാന്യം മുറുക്കി ഇടുകയും ചെയ്യണം. രക്തസ്രവണത്താൽ ഉണ്ടാകുന്ന ക്ഷീണം പരിഹരിക്കുന്നതിനായി കാപ്പിയോ, അല്പം ബ്രാൻഡിയും വെള്ളവുംകൂടി ചേർത്തോ കൊടുക്കുക. കാൽ ഉയർത്തിവയ്ക്കുകയും, തലയിണ എടുത്തു മാററുകയും ചെയ്യണം. ഒരു പയിൻറ് (Pint) വെള്ളത്തിൽ ഒരു ടീസ്പൂൺ (Teaspoon) ഉപ്പുചേർത്തു മലദ്വാരത്തിലൂടെ തുള്ളിതുള്ളിയായി കയററുകയും ചെയ്യുക.

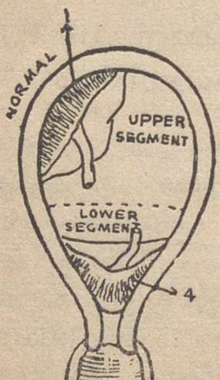
അനിവാര്യമായ രക്തസ്രാവം
(UNAVOIDABLE HAEMORRHAGE)

ക്രമവിരുദ്ധമായി ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്തു സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന മറുപിള്ള അവിടെനിന്നും കുട്ടിക്കുമുമ്പായി വേർപെടുന്നതിനാലാണു് അനിവാര്യമായ രക്തസ്രാവം ഉണ്ടാകുന്നതെന്നു് മേൽപ്രസ്താവിച്ചിട്ടുണ്ടല്ലോ. ഒരു ശതമാനം കേസുകളംപോലും ഇപ്രകാരം കണ്ടുവരുന്നില്ല എന്നതു് ആശ്വാസകരമാണു്. ഒന്നിലധികം പ്രസവിച്ചിട്ടുള്ള സ്ത്രീകളിലാണു് വളരെ അപൂർവ്വമായിട്ടാണെങ്കിലും ഇങ്ങനെ സംഭവിക്കുന്നതു്. ഇത്തരം കേസ്സുകളിൽ മറുകുട്ടിയുടെ നില മൂന്നുതരത്തിലായിരിക്കാവുന്നതാണു്.

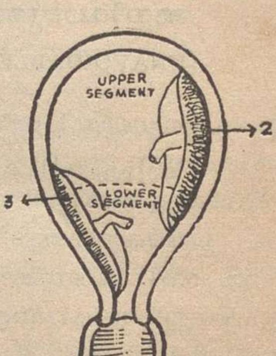
കുട്ടിക്കു മുമ്പായി മറുകുട്ടി

(പ്ലാസെൻറാ പ്രീവിയ-PLACENTA PRAEVIA)

സാധാരണയായി ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗത്തു് എവിടെയെങ്കിലുമാണു് ഗർഭപിണ്ഡത്തോടൊപ്പം മറുപിള്ള പതിയുന്നതു്. എന്നാൽ അപൂർവ്വമായി ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്തു് എവിടെയെങ്കിലും ഗർഭപിണ്ഡം ഉറച്ചു വളരുന്നതാണു്. അങ്ങനെ സംഭവിച്ചാൽ പ്രസവഘട്ടത്തിൽ കുട്ടിക്കുമുമ്പായി മറുപിള്ള പോരേണ്ടതായി വരുന്നു. ഈ സാഹചര്യത്തിലാണു് ഗർഭമെങ്കിൽ ഏഴു മാസമാകുമ്പോഴേയ്ക്കു് ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽമാഗം വളരുന്നതനുസരിച്ചു് കീഴ്മാഗത്തിനു വികസിക്കാൻ നിവൃത്തിയില്ലാതാകുകയും മറുകുട്ടിയുടെ കീഴ്ഭാഗം ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉൾവശത്തുനിന്നും ഇളകാനും തന്മൂലം രക്തവാർച്ചയുണ്ടാകാനും ഇടയായിത്തീരുന്നതു്. ഇതിനെയാണു് അനിവാര്യമായ രക്തസ്രാവം എന്നതുകൊണ്ടു് അർത്ഥമാക്കുന്നതു്. പ്ലാസെൻറാ പ്രീവിയ മൂന്നു വിധത്തിലുണ്ടു്. ചിത്രം നോക്കി മനസ്സിലാക്കുക.



ചിത്രം 126:



ചിത്രം 127:

1 നോർമൽ—Normal – മറുപിള്ളയുടെ സാധാരണ സ്ഥിതി.

2 മാർജിനൽ പ്ലാസെൻറാ പ്രീവിയാ—Marginal Placenta Praevia – ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗത്തു് ഒരുവശത്തായി ഉൾവായുടെ (Internal Os) വക്കവരെയായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു.

3 പാർഷിയൽ പ്ലാസെൻറാ പ്രീവിയാ—Partial or Lateral Placenta Previa—ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്തു് ഉൾവായുടെ ഏതാനും ഭാഗം അടയത്തക്കവിധം മറുപിള്ള സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു.

4 കംപ്ലീററ് പ്ലാസെൻറാ പ്രീവിയം—Complete or Central Placenta Previa – ഗർഭാശയത്തിൻെറ അടിഭാഗത്തു് ഉൾവായ് മുഴുവനായി അടയത്തക്കവിധം സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു.

കുട്ടിക്കു മുമ്പായി മറുകുട്ടി ഇപ്രകാരം മൂന്നുവിധത്തിൽ സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതിൻെറ പ്രധാന ലക്ഷണങ്ങൾ താഴെ ചേക്കുന്നു.

1 പ്രത്യേകകാരണമൊന്നുംകൂടാതെ ഇടയ്ക്കിടയ്ക്കു് രക്തസ്രാവമുണ്ടാകുക.

2 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശയനനില ക്രമവിരുദ്ധമായിരിക്കുക.

3 നാഭിയെല്ലിൻെറ മേൽഭാഗത്തു് വീക്കംപോലെ കാണുക; അതു സ്പർശിച്ചുനോക്കിയാൽ പതുപതുപ്പായിരിക്കുക.

4 വയററത്തു തടവിനോക്കിയാൽ കുട്ടിയുടെ തല ഉപസ്ഥാശയത്തിലേക്കിറങ്ങിയിട്ടില്ലെന്നു് കാണുക.

5 യോനീമാർഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധനയിൽ കുട്ടിയുടെ ജനനമുഖം സ്പർശിക്കാൻ കഴിയാതെ വരിക. ഒരു വിരൽ കടത്തിനോക്കത്തക്കവിധത്തിലെങ്കിലും ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് വികസിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ വിരൽ കടത്തിനോക്കിയാൽ മറുകുട്ടി വിരലിൽ തടയുക.

ഏഴാംമാസത്തിനുശേഷമുണ്ടാകുന്ന രക്തവാർച്ചയുടെ ഏററവും പ്രധാന കാരണം കുട്ടിക്കുമുമ്പായി മറുകുട്ടി സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ പ്രസവാരംഭത്തിൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ വായ് വികസിച്ചുതുടങ്ങുമ്പോഠം അവിടെയിരിക്കുന്ന മറുകുട്ടി വേർപെട്ടുപോകുന്നതിനാലാണു്. താഴെപ്പറയുന്ന കാരണങ്ങളാൽ ഇത്തരം പ്രസവങ്ങഠം അപകടപൂർണ്ണമാകുന്നു. അതിനാൽ പ്രസവത്തിനു മുമ്പായി രക്തസ്രാവം കാണുന്ന എല്ലാ കേസ്സുകളിലും ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുകയാണു് മിഡ്‌വൈഫ് ചെയ്യേണ്ടതു്.

മറുകുട്ടി കുട്ടിക്കുമുമ്പായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതിനാൽ കുട്ടിയുടെ ആദ്യംവരുന്ന ഭാഗത്തിനു് യഥാവസരം കീഴോട്ടിറങ്ങുവാൻ സാധിക്കാതെ വരുമല്ലോ. അക്കാരണംകൊണ്ടുതന്നെ കുട്ടിയുടെ കിടപ്പു് ക്രമവിരുദ്ധമായി തീരാം. മിക്കവാറും കേസ്സുകളിൽ പൃഷ്ഠമോ, മുഖമോ ആയിരിക്കും ജനനമുഖമായി വരിക. ഇതിനൊക്കെ പുറമേ ചിലപ്പോഠം ഇത്തരം കേസ്സുകളിൽ പൊക്കിഠംക്കൊടി ആദ്യം ഇറങ്ങിവരുന്നതായും കാണുന്നുണ്ടു്. മറുകുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്തു് സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതാണു് ഇതിനെല്ലാം മുഖ്യകാരണം.

പ്രസവത്തിനുമുമ്പുള്ള രക്തസ്രാവത്തിൽ ചെയ്യേണ്ട പരിചരണങ്ങളും പ്രതിവിധികളും

ബാഹ്യമായ യാദൃശ്ചിക രക്തവാർച്ച താല്ക്കാലികവും അപകടരഹിതവും ഗർഭാവസ്ഥയ്ക്കു ഹാനിയൊന്നും സംഭവിപ്പിക്കാത്തതുമാണെന്നുള്ള പ്രതീക്ഷയോടുകൂടി വേണം മിഡ്‌വൈഫ് പരിചരണങ്ങളും മററുപ്രതിവിധികളും ചെയ്യേണ്ടതു്.

ഗർഭാശയത്തിൽ തങ്ങിനില്ക്കുന്ന വിധത്തിലുള്ള രക്തസ്രാവമോ മററു ഗുരുതരമായ രോഗങ്ങളോ ഒന്നുമില്ലെന്നു ബോദ്ധ്യപ്പെട്ടാൽ ഗർഭിണിയെ കട്ടിലിൽ കിടത്തിയശേഷം ഒരു മോർഫിയാ ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുക. എനിമാ കൊടുക്കുകയോ വയറിളകാനുള്ള ഔഷധം കൊടുക്കുകയോ ചെയ്യരുതു്. ഇത്രയും കാര്യങ്ങൾ ചെയ്താൽ രക്തവാർച്ച നില്ക്കുന്നതാണു്. എന്നാൽ ചിലയവസരങ്ങളിൽ ബാഹ്യമായ യാദൃശ്ചിക രക്തവാർച്ചതന്നെ അപകടകരമായ പരിത:സ്ഥിതിയിലേക്കു നീങ്ങാറുണ്ടു്. അത്തരം പരിത:സ്ഥിതിയിൽ വേഗം പ്രസവം നടത്തിയില്ലെങ്കിൽ കുട്ടി മരിച്ചുപോകാനിടയുണ്ടു്. അതിനാൽ പ്രസവത്തെ ത്വരിപ്പിക്കാതിരിക്കാൻ നിവൃത്തിയില്ല. വേഗത്തിൽ പ്രസവം നടന്നാലുള്ള അപകടങ്ങളെപ്പററി മേൽപ്രസ്താവിച്ചിട്ടുമുണ്ടല്ലോ. അതിനാൽ വളരെ കരുതലോടെ മാത്രമേ പ്രസവത്തെ ത്വരിപ്പിക്കാൻ പാടുള്ളു. ബാഹ്യമായ രക്തസ്രാവം വളരെ മിതമായ തോതിൽ മാത്രമായിരിക്കുകയും ഗർഭാശയസങ്കോചം മന്ദഗതിയിലായിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം പിറേറാസിൻ (Pitocin) മൂന്നുയൂണിററ് I. M. ആയി കുത്തിവയ്ക്കുക. ആവശ്യമെങ്കിൽ ഈ ഇൻജക്ഷൻ ആവർത്തിക്കാവുന്നതുമാണു്. പിറേറാസിൻ കുത്തിവച്ചിട്ടും രക്തസ്രാവം തുടരുന്നപക്ഷം മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിക്കുക

യും വയററത്തു് ബൈൻഡർ ഇട്ടു മുറുക്കിക്കെട്ടുകയും ചെയ്യ ണം. ആവശ്യമെന്നു തോന്നുന്നപക്ഷം യോനി തുററടയ്ക്കുക യും ചെയ്യുക.

ഗർഭിണിയുടെ യോനീമാർഗ്ഗം തുററടയ്ക്കുന്ന വിധം:-

ഒരു ഗർഭിണിയുടെ ഭഗദ്വാരം പ്ലഗ് ചെയ്യുന്നതിനു് ധാരാളം ഗോസുതുണി ആവശ്യമുണ്ടു്. ഗോസുതുണി ആറി ഞ്ചുവീതിയിൽ കീറിയെടുത്തു് സ്റ്റെറിലൈസു് ചെയ്യുക. ഇങ്ങിനെ രോഗാണുവിമുക്തമാക്കിയ തുണി ചുരുളായി തയാറാക്കിയതിനുശേഷം ഡെറേറാൾലോഷനിൽ മുക്കി പിഴിഞ്ഞെടുത്തു വയ്ക്കുക. അതിനുശേഷം ഗർഭിണിയെ മൂത്രമൊഴിപ്പിച്ചു് ഒരു വശത്തേക്കു് ചരിച്ചുകിടത്തുക. യോനി തുററടയ്ക്കുന്നതിനുമുൻപു് യോനീമുഖത്തിൽ ഡെ റോൾ ക്രീം (Dettol Cream) പുരട്ടേണ്ടതാണു്. ഒരു സിംസ് വജയിനൽ സ്പെക്കുലം (Sims' Vaginal Speculam) കൊണ്ടു് പെരിനിയം അമർത്തിപ്പിടിച്ചതി നുശേഷം ഗോസു്തുണികൊണ്ടു് യോനീദ്വാരം നല്ലവണ്ണം നിറയ്ക്കുക. യോനീദ്വാരം നിറഞ്ഞുകഴിയുമ്പോൾ മറെറാരു തുണികൊണ്ടു് അതിനെ T ആകൃതിയിൽ മൂടി ബൈൻ ഡറോടുചേർത്തു് ഉടുപ്പിക്കുക. തുററടയ്ക്കൽ പൂർത്തിയാകു

ചിത്രം 128: സിംസ് വജയിനൽ സ്പെക്കുലം
(SIMS' VACINAL SPECULAM)

മ്പോഠം കുട്ടിയുടെ തല കടന്നുപോരുവാനുള്ളത്ര വിസ്താര ത്തിൽ യോനീദ്വാരം വികസിച്ചിരിക്കും. യോനീദ്വാരം നല്ലതുപോലെ തുററടസ്സുന്നതിനുമുമ്പു് ഗർഭിണിയെ ബോ ധരഹിതയാക്കുകയാണു് വേണ്ടതു്. ഇപ്രകാരം പ്ലഗ്ഗ് ചെയ്തതിനുശേഷം എട്ടു മണിക്കൂർ കഴിഞ്ഞിട്ടും ഗർഭാശയ സങ്കോചങ്ങഠം ആരംഭിക്കാത്തപക്ഷം സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തി കുട്ടിയെ എടുക്കേണ്ടതായി വരും. സിസ്സേറിയൻ ഓപ്പറേഷനുമുൻപു് രക്തവും സലൈനും (Blood and Saline-Transfusion) നൽകി, ഗർഭിണി യുടെ നില മെച്ചപ്പെടുത്തുക തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങഠം ചെയ്യേ ണ്ടതായിട്ടുള്ളതിനാൽ അതെല്ലാം ഒരാശുപത്രിയിലെ സാദ്ധ്യമാകൂ.

ബാഹ്യമായ യാദൃശ്ചിക രക്തസ്രാവത്തിൽ, പ്രസവ ത്തിൻെറ മൂന്നാംഘട്ടത്തിൽ മിഡ്വൈഫ് പ്രത്യേക ശ്രദ്ധ പതിപ്പിക്കുകയും പ്രസവം നടന്നാലുടനെ എർഗോ മെട്രിൻ (Ergometrine) എന്ന ഇൻജക്ഷൻ I. M. ആയി കുത്തിവയ്ക്കുകയും വേണം.

പ്രസവത്തിനുമുൻപുള്ള രക്തസ്രാവം ഏതുവിധത്തി ലുള്ളതായാലും അതു് അപകടകരമായ സ്ഥിതിവിശേഷ ത്തിലേയ്ക്കു് നീങ്ങാനിടയുള്ളതിനാൽ ഗർഭിണിയെ ഏററ വുംവേഗം ഒരാശുപത്രിയിൽ എത്തിക്കുവാൻ മിഡ്വൈ ഫ് ബാദ്ധ്യസ്ഥയാണു്.

അദ്ധ്യായം 17

പ്രസവാനന്തര രക്തസ്രാവം

പ്രസവശേഷമുണ്ടാകുന്ന കൂടുതലായ രക്തവാർച്ചയേയാണ് പ്രസവാനന്തരരക്തസ്രാവം (പോസ്റ്റ്പാർട്ടം ഹെമറേജ്-Post partum haemorrhage) എന്നു പറയുന്നതു്. പ്രസവാനന്തര രക്തസ്രാവത്തെ രണ്ടു വിഭാഗമായി തരം തിരിക്കാവുന്നതാണ്.

1) പ്രാഥമികരക്തസ്രാവം
(PRIMARY POST PARTUM HAEMORRHAGE)

2) ദ്വിതീയ രക്തസ്രാവം
(SECONDARY POST PARTUM HAEMORRHAGE)

ഇതിൽ പ്രാഥമിക രക്തസ്രാവത്തെതന്നെ രണ്ടായി വിഭജിക്കാം.

1) മറുപിള്ളസ്ഥിതിചെയ്യുന്നസ്ഥാനത്തു (Plascntal-site) നിന്നുമുള്ള രക്തവാർച്ച (എറേറാണിക്ക ഹെമരേജ്–(Atonic Haemorrhsge)

(2) പ്രസവഘട്ടത്തിൽ ജനനേന്ദ്രീയമാർഗ്ഗത്തിലുണ്ടാകുന്ന മുറിവുകളിൽനിന്നുള്ള രക്തവാർച്ച (ട്രോമാററിക്ക് ഹെമരേജ്–Traumatic haemorrhage).

ഇതിൽഎറേറാണിക്ക് ഹെമരേജ് ആണ് സാധാരണപ്രസവങ്ങളിൽ കണ്ടുവരുന്നതും കൂടുതൽ ഗുരുതരമായിത്തീരുന്നതും. മറുകുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും വേർപെടുന്ന അവസരത്തിൽ അവിടെയുള്ള കുറെ രക്തധമനികൾ സ്വാഭാവികമായും പൊട്ടിപ്പോകുന്നു. അതുകൊണ്ടാണ് പ്രസവത്തിൻെറ മൂന്നാം ഘട്ടത്തിൽരക്തവാർച്ചയുണ്ടാകുന്നതു്; സാധാരണഗതിയിൽ ഇതു് അപകടകാരിയല്ല. സാധാരണ വിഷമങ്ങളൊന്നുംതന്നെ ഇല്ലാത്ത പ്രസവങ്ങളിൽ ഏതാണ്ടു് എട്ടു പത്തു് ഔൺസു് രക്തം പോകുന്നതാണ്. ഇതിലധികം രക്തം പോകുന്നപക്ഷം ക്ഷീണം നേരിടുന്നു. ആരോഗ്യവതിയായ ഒരു സ്ത്രീക്കു് ഇതിലല്പം കൂടുതൽരക്തം പോയാലും തകരാറൊന്നും സംഭവിക്കുന്നതല്ല. എന്നാൽ 20 ഔൺസോ അതിൽ കൂടുതലോ രക്തം പോകുന്നപക്ഷം സ്ഥിതിഗുരുതരമായിത്തീരുന്നതാണ്. പ്രസവത്തിനുമുമ്പു് ഗുരുതരമായ രക്തസ്രാവമുണ്ടായ ഒരു സ്ത്രീക്കു് പ്രസവശേഷം അഞ്ചോ ആറോ ഔൺസു് രക്തം പോകുന്നതുപോലും ജീവഹാനിക്കിടവരുത്തുന്നതാണ്. രക്തനഷ്ടം എത്രകുറച്ചായിരുന്നാലും അതു് അവളുടെ നാഡീസ്പന്ദനത്തെ എങ്ങിനെ ബാധിക്കുന്നു എന്നുള്ളതാണ് പ്രധാനം. അതിനാൽ മിഡ്വൈഫ് വളരെ കരുതലോടെ പെരുമാറണം. മറുപിള്ള പുറത്തുപോയതിനുശേഷം അമിതമായ രക്തസ്രാവമുണ്ടാകുന്നതിനു് താഴെപറയുന്ന കാരണങ്ങളാണ് പ്രധാനമായിട്ടുള്ളതു്.

1 പ്രസവശേഷം ഗർഭാശയം നല്ലവണ്ണം ചുരുങ്ങാതിരിക്കുക.
2 ഇരട്ടശിശുക്കൾ മൂലം ഗർഭാശയം വളരെ വലുതായിരിക്കുക.
3 മുന്നീർ വളരെ കൂടുതലായി ഉണ്ടായിരിക്കുക.
4 ഉള്ളിൽ തങ്ങിനിന്നിരുന്ന യാദൃശ്ചികരക്തസ്രാവം ഉണ്ടായിരുന്നിരിക്കുക.
5 അധികപ്രസവങ്ങൾ നിമത്തം ഗർഭാശയമാംസപേശികൾ ദുർബ്ബലപ്പെട്ടിരിക്കുക.
6 ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭഗത്തു് മറുപിള്ളസ്ഥിതിചെയ്യുക.
7 മയക്കമരുന്നുകൾ അമിതമായി ഉപയോഗിക്കുക.
8 ഗർഭാശയം അകം പുറമായി മറിയുക.
9 പ്രസവഘട്ടത്തിൽ ഗർഭാശയഗളം, യോനി, പെരിനിയം എന്നീഭാഗങ്ങൾ കീറാൻ ഇടയാകുക.
10 മൂത്രപിണ്ഡരോഗം, വിളർച്ച് (Anaemia) എന്നീ രോഗങ്ങൾ ഉള്ളതുകൊണ്ടു്.
11 രക്തസംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ ഉണ്ടായിരിക്കുക.

രക്തസ്രാവം ഗുരുതരമായാൽ ഉണ്ടാകുന്നലക്ഷണങ്ങൾ

1 മുഖംവിളറിയും കണ്ണുകൾ അകത്തേക്കു് വലിഞ്ഞും അധരങ്ങൾക്കു് നീലനിറം വ്യാപിച്ചും കാണപ്പെടുന്നു.
2 ശരീരത്തിൻെറ ചൂടു കുറഞ്ഞു കുറഞ്ഞുവരുന്നു.
3 നാഡീസ്പന്ദനനിരക്കു് വളരെ കൂടുതലാകുന്നു.
4 കൈകാലുകളിട്ടുതല്ലി അസ്വാസ്ഥത പ്രകടിപ്പിക്കുന്നു.
5 ശ്വാസംകിട്ടാതെ വിഷമിക്കുന്നു.
6 അമിതമായ ദാഹവും, ചിലപ്പോൾ ഛർദ്ദിയുമുണ്ടാകുന്നു.
7 താല്ക്കാലികമായി കാഴ്ചശക്തി നഷ്ടപ്പെടുന്നു.

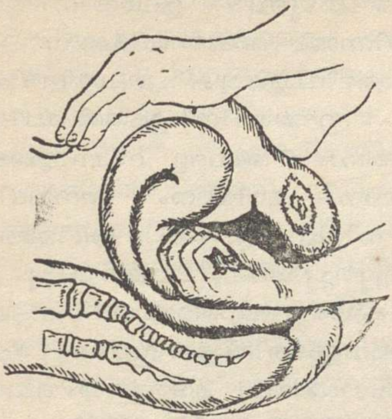
പ്രതിവിധി:-

പ്രസവഘട്ടത്തിൽ മിഡ്വൈഫ് തൻെറ സവിശേഷ ശ്രദ്ധപതിപ്പിക്കുന്നപക്ഷം രക്തസ്രാവത്തെ ഫലപ്രദമായി തടയുവാൻ കഴിയുന്നതാണ്. പ്രസവത്തിൻെറ ഒന്നാം ഘട്ടത്തിൽ ഗർഭാശയത്തിനു ആലസ്യമുണ്ടെങ്കിൽ ഗർഭിണിയെ ഉറക്കാൻ ശ്രമിക്കുക. രണ്ടാംഘട്ടത്തിൽ പ്രസവവേദനയുടെ ശക്തികുറഞ്ഞു കുറഞ്ഞാണ് വരുന്നതെങ്കിൽ ഡാക്ടറുടെ സഹായത്തോടെ. കുട്ടിയെഎടുക്കുകയാണുത്തമം. മൂന്നാം ഘട്ടത്തിൽ രക്തസ്രാവത്തെ തടയുന്നതിനാവശ്യമായ ഔഷധങ്ങൾ, ചൂടുവെള്ളം തുടങ്ങിയവ തയാറാക്കിവച്ചിരിക്കണം. മറുപിള്ളയും പിറന്നുകഴിഞ്ഞാലുടനെതന്നെ പരിചരണങ്ങൾ ആരംഭിച്ചിരിക്കണം. മറുപിള്ള യഥാസമയം പിറക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ മറുപിള്ളയെ പുറത്താക്കുവാൻ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണ്. മറുപിള്ളയെ പുറത്തുകൊണ്ടുവരുന്നതിനുവേണ്ടി അവളെ മലർത്തിക്കിടത്തി ഗർഭാശയത്തിനു ദാർഢ്യം ഉണ്ടാകുന്നതുവരെ അവളുടെ ഉദരഭാഗം മിഡ്വൈഫിൻെറ ഇടതുകരം കൊണ്ടുതന്നായിത്തിരുമ്മുക. ഗർഭാശയം ഘനീഭവിച്ചുകഴിഞ്ഞാൽ മേൽഭാഗം പിടിച്ചു കീഴ്പ്പോട്ടുഴിയുക ഗർഭാശയത്തെകീഴ്പ്പോട്ടുഴിയുകയല്ലാതെ ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു തള്ളാൻ ശ്രമിക്കരുത്. ഇരുകരങ്ങൾ കൊണ്ടും ചിലപ്പോൾ കീഴ്പ്പോട്ട് ഉഴിയേണ്ടതായിവരും. മറുപിള്ളയെ പുറത്താക്കുന്നതിനുവേണ്ടിയുള്ള ഈ ഉഴിച്ചിൽ സമ്പ്രദായത്തിനു (ക്രെഡെയിസ് മെത്തഡ്—Crede's Method)എന്നാണ് പേർ പറയുന്നത്.

ക്രെഡെയിസ് മെത്തഡ് സ്വീകരിച്ചിട്ടും മറുപിള്ള പിറക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ കൈ ഗർഭാശയത്തിനകത്തു കടത്തി അതു് നീക്കം ചെയ്യുകയാണ് കരണീയമായിട്ടുള്ളതു്. മറു

പിള്ളയെനീക്കംചെയ്യുന്നതോടുകൂടി മിക്കവാറും രക്തവാർച്ച യും നിലയ്ക്കുന്നതാണ്. ഗർഭാശയത്തിൻെറ സങ്കോചന സ്വഭാവം മാറിത്തളൎന്നു എന്നു് ബോദ്ധ്യമാകുന്നതുവരെ കൈ ഗർഭാശയത്തിനകത്തുതന്നെ വച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുകയാ ണു് നല്ലതു്. ഗർഭാശയത്തിൽ കൈകടത്തി മറുപിള്ളയെ നീക്കം ചെയ്യുക എന്നുള്ളതു് വളരെ കരുതലോടെ ചെയ്യേ ണ്ട ഒരു കൃത്യമാണു്. കൈവിരൽ ഗർഭാശയത്തിനു് ക്ഷത മേല്പിക്കുവാനും മറുപിള്ളയാണെന്നു കരുതി ഗർഭാശയഭി ത്തിയുടെ തന്നെ ഭാഗം പിടിച്ചു്കീറാനും മററും ഇടയാ കാതെ സൂക്ഷിക്കണം. മറുകുട്ടി വീണു കഴിഞ്ഞാലുടനെ സാധാരണയായി രക്തസ്രാവം നിലയ്ക്കുന്നതാണു്. മറുകുട്ടി പുറത്തു വന്നതിനുശേഷവും രക്തസ്രാവം തുടരുന്നപക്ഷം, ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങി ദൃഢമാകുന്നതുവരെ അതു് പിടിച്ചു മൎത്തിക്കൊണ്ടിരിക്കണം. ഇത്രയും ചെയ്തിട്ടും രക്തവാർച്ച നില്ക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ നല്ല ചൂടുവെള്ളം കൊണ്ടു് ഡൂഷ്ചെ യ്യുകയും 4 മി.ലി. എർഗട്ടു് 30 മി. ലിററർ വെള്ളത്തിൽ ചേർത്തുകൊടുക്കുകയും ചെയ്യുക. ഇതുകൊണ്ടും പ്രയോജനം കാണാത്തപക്ഷം എർഗോമെട്രിൻ (Ergometrine— 0.5 mg.) എന്ന ഇൻജക്ഷൻ ഇ:മസ്ക്കുലാറായി കുത്തിവയ്ക്കുക. ഈ പരിചരണങ്ങൾ കൊണ്ടു് ബഹുഭൂരി പക്ഷം കേസുകളിലേയും രക്തസ്രാവം നില്ക്കുന്നതായിരി ക്കും. എന്നാൽ അപൂർവ്വം ചില കേസുകളിൽ ഇതൊന്നും ഫ ലിച്ചില്ലെന്നുവരാം. സാധാരണ ചികിത്സകളും, പരിചര ണങ്ങളും ഫലിക്കുന്നില്ലെന്നുകണ്ടാൽ മിഡ്വൈഫ് ത ൻെറ ഇരുകരങ്ങളും ഉപയോഗിച്ചു് അകത്തുനിന്നും പുറ ത്തുനിന്നും ഗർഭാശയത്തെ അമർത്തുകയാണു്വേണ്ടതു്.

മിഡ്വൈഫിൻെറ കരങ്ങൾ ശുദ്ധിവരുത്തിയതിനു ശേഷം വലതുകൈ യോനിയിലേയ്ക്കു കടത്തി കൈവിരലു കൾ മടക്കി ഗർഭാശയഗളത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തു വയ്ക്കുക.



ചിത്രം 129
പ്രസവാനന്തരരക്തസ്രാവം തടയുന്ന രീതി.

ഇടതുകരം ഉദരത്തിനു മീതെ വച്ച് ഗർഭാശയം പിടിച്ച് അകത്തു മടക്കി വച്ചിരിക്കുന്ന കയ്യിലേയ്ക്കു് അമത്തുക. ഇതു ശരിയായി ചെയ്യുന്നപക്ഷം രക്തസ്രാവം നിലയ്ക്കുന്നതാണു്. രക്തസ്രാവം നിന്നു എന്നുള്ളതുകൊണ്ടു് അപകടഘട്ടം കഴിഞ്ഞതായി വിചാരിക്കാൻ പാടില്ല.. രക്തസ്രാവവും, പ്രസവാരിഷ്ടതകളും മൂലം ഉണ്ടായിട്ടുള്ള ക്ഷീണം മാററിയില്ലെങ്കിൽ മരണംതന്നെ സംഭവിക്കാനിടയുണ്ടു്. രക്തസ്രാവം മൂലം സംഭവിച്ചിട്ടുള്ള വിഷമതകളെ നീക്കംചെയ്യുന്നതിനു വേണ്ടി പ്ലാസ്മാ (Plasma) കൊടുക്കുകയാണു വേണ്ടതെങ്കിലും ഒരു സാധാരണ മിഡ്വൈഫിനു് ഇതിനുള്ള സാദ്ധ്യത വിരളമായിരിക്കുമല്ലോ. പ്ലാസ്മാ കൊടുക്കുവാൻ സാധിക്കാത്ത പരിതസ്ഥിതിയിൽ സലൈൻ സൊലൂഷൻ 20 ഔൺസ് (Saline Solution) മലദ്വാരം വഴിയായി കൊടുക്കണം.

ഇതിനു് റെക്ടൽട്യൂബ് ഉപയോഗിക്കയാണുത്തമം. രക്തസ്രാവം നിന്നാൽ അവരു കിടക്കുന്ന കട്ടിലിൻെറ കാലുഭാഗം ഉയർത്തിവയ്ക്കുകയും തലയിണ എടുത്തു മാററുകയും ചെയ്യുക. ഹൃദയത്തിനു് കൂടുതൽ ക്ഷീണം തട്ടാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി അവളെ സ്വസ്ഥമായി കിടത്തുകയും, തിരിയാനും മറിയാനും അനുവദിക്കാതിരിക്കുകയും വെള്ളം നിറച്ച കുപ്പികൾ ശരീരത്തോടു് ചേർത്തുവച്ചും കമ്പളിപ്പുതപ്പുകൊണ്ടു് പുതപ്പിച്ചും കിടത്തണം. ചൂടുള്ള കാപ്പി കുറേശ്ശെ കുറേശ്ശെയായി കൊടുക്കുകയും, ഒരു പയിൻറു് ചൂടുവെള്ളത്തിൽ ഒരു ഡ്രാം ഉപ്പു ചേർത്തു് സാവധാനത്തിൽ മലദ്വാരംവഴി കടത്തുകയും ചെയ്യുക. ആവശ്യമെങ്കിൽ 3 മണിക്കൂർ കഴിഞ്ഞു് വീണ്ടും ഈസലൈൻ മലദ്വാരത്തിൽകൂടി കൊടുക്കാവുന്നതാണു്. ഇങ്ങിനെ ചെയ്യുന്നതായാൽ ഹൃദയത്തിനു് ശക്തി ലഭിക്കുന്നതും ക്ഷീണം മാറുന്നതുമായിരിക്കും.

2. ദ്വിതീയ രക്തസ്രാവം

(SECONDARY POST PARTUM HAEMORRHAGE)

പ്രസവം കഴിഞ്ഞു് ഒന്നോ രണ്ടോ ദിവസത്തിനു ശേഷം ചിലരിൽ രക്തസ്രാവം ആരംഭിക്കാറുണ്ടു്. ഇത്തരം രക്തപ്രവാഹത്തെയാണു് സെക്കണ്ടറി പോസ്റ്റ്പാർട്ടം ഹെമറേജ് എന്നു വിളിച്ചുവരുന്നതു്. ഗർഭാശയത്തിലേയ്ക്കു് വല്ല മുഴകളും (Fibroids) തള്ളിനില്ക്കാനിടയാകുന്നതിനാലും, മറുകുട്ടിയുടെ അംശങ്ങൾ ഗർഭാശയത്തിൽ പററിയിരിക്കുന്നതിനാലും മററുമാണു് ദ്വിതീയ രക്തവാർച്ചയ്ക്കു് കാരണമായിത്തീരുന്നതു്. മറുപിള്ളയുടെ കഷണങ്ങൾ ഗർഭാശയത്തിൽ തങ്ങിക്കിടക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ വിരലുകൾ ഗർഭാശയത്തിൽ കടത്തി അതെടുത്തു കളഞ്ഞാൽ രക്തവാർച്ച നിലയ്ക്കുന്നതാണു്. പ്രസവഘട്ടത്തിൽ ഗർഭാശയകണ്ഠത്തിനു് സംഭവിച്ച മുറിവു മൂലവും, ക്രമ

വിരുദ്ധമായി ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്തു് മറു പിള്ള സ്ഥിതിചെയ്തിരുന്നതിനാലും, പ്രസവാനന്തര രക്തസ്രാവമുണ്ടാകാം. പ്രസവം കഴിഞ്ഞയുടനേ രക്തസ്രാ വം ആരംഭിക്കുകയും ഗർഭാശയം ഏതാണ്ടു് പൂർവ്വസ്ഥിതി യെ പ്രാപിച്ചിട്ടും അതു് നില്ക്കാതെയിരിക്കുകയും ചെയ്യു ന്നപക്ഷം അതിൻെറ കാരണം ഗർഭാശയ ഗളത്തിനു സംഭവിച്ച ക്ഷതങ്ങൾ (കീറലോ—മുറിവോ) തന്നെയാ ണെന്നു തീർച്ചപ്പെടുത്താവുന്നതാണു്. ജനനമാർഗ്ഗങ്ങളിലു ണ്ടാകുന്ന ക്ഷതങ്ങൾ മൂലം ഉണ്ടാകുന്ന രക്തസ്രാവം കൂടിയ നിലയിൽ കാണപ്പെടാറില്ലെങ്കിലും അതിനെ യഥാവസരം തടയേണ്ടതാണു്. ഏതുഭാഗത്തു് ക്ഷതമേററ തിനാലാണു് രക്തസ്രാവമുണ്ടാകുന്നതെന്നു കണ്ടുപിടിക്കു കയും ആ പോയൻറ് ബന്ധിക്കുകയും തുന്നിക്കെട്ടുകയും ചെയ്യണം. തുന്നുവാൻ (Suture) നിർവ്വാഹമില്ലാത്ത പരിത സ്ഥിതിയിൽ ഒരു സ്പോഞ്ചു് ഫോർസെപ്സ് (Sponge Forceps) കൊണ്ടു് ഗർഭാശയകണ്ഠത്തിൻെറ രണ്ടു് അധര ങ്ങളും തമ്മിൽ അമർത്തി യോജിപ്പിക്കാം. ഇതിനു സാദ്ധ്യ മല്ലാത്തപക്ഷം ചൂടുവെള്ളംകൊണ്ടു് ഡൂഷ് ചെയ്തശേഷം ഗോസ്തുണികൊണ്ടു് യോനി പ്ലഗ്ഗ് ചെയ്യുകയാണു് മിഡ്വൈഫ് ചെയ്യേണ്ടതു്. ജനനേന്ദ്രിയത്തിൻെറ പുറമേ കാണുന്ന ഭാഗങ്ങളിലാണു് മുറിവു പററിയിട്ടുള്ള തെങ്കിൽ യഥായോഗ്യം തുന്നിക്കെട്ടുകയോ മരുന്നു വച്ചു കെട്ടുകയോ ചെയ്യണം.

പ്രസവസംബന്ധമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന ക്ഷതങ്ങൾ

പ്രസവഘട്ടത്തിൽ പലവിധത്തിലുള്ള മുറിവുകളും പരിക്കുകളും ജനനേന്ദ്രിയങ്ങൾക്കു് സംഭവിക്കാവുന്ന താണു്. അവയിൽ പ്രധാനപ്പെട്ടവയെപ്പററി താഴെപ്പറ യുന്നു:

1. പെരിനിയം (മലദ്വാരത്തിനും യോനിക്കും ഇടയ്ക്കുള്ള ഗുഹ്യഭാഗം) കീറിപ്പോകുക:– (LACERATION OF THE PERINEUM)

പെരിനിയം കീറിപ്പോകുന്നതിനും, ചിലപ്പോൾ പെരിനിയം കീറുന്നതോടുകൂടി മലക്കുടലും കീറിപ്പോകുന്നതിനും ഇടയുണ്ട്. ഇതിനു പല കാരണങ്ങളാണുള്ളത്. അവയിൽ പ്രധാനപ്പെട്ടവ താഴെ ചേർക്കുന്നു:

a) യോനീദ്വാരം തീരെ ചെറുതായിരിക്കുക.
b) യോനീദ്വാരത്തിന് അയവില്ലാതിരിക്കുക.
c) പ്രസവം പെട്ടെന്നു നടക്കുക.
d) പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽ തന്നെ മുന്നീക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകുക.
e) പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസ്സുകളിൽ ശിശുവിൻെറ തല നിവന്ന നിലയിൽ വരിക.
f) ശിശുവിൻെറ ശിരസ്സിലോ, ദേഹത്തിലോ മുഴകൾ ഉണ്ടായിരിക്കുക.
g) പ്രസവത്തിൻെറ രണ്ടാം ഘട്ടത്തിൽ മിഡ്‌വൈഫ് കരുതലോടെ പ്രവർത്തിക്കാതിരിക്കുക.

പെരിനിയംകീറിപ്പോകുക എന്നുള്ളത് ഇക്കാലത്ത് സാധാരണയായി കണ്ടുവരുന്നു. പെരിനിയത്തിൻെറ ബാഹ്യവശം കീറിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ എളുപ്പത്തിൽ കണ്ടുപിടിക്കാമെങ്കിലും അതിൻെറ ഉൾവശം എത്രത്തോളം കീറിയിട്ടുണ്ടെന്ന് മിഡ്‌വൈഫ് പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതാണ്. പെരിനിയം കീറിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അത് പഴുക്കുന്നതിനും പ്രസവജ്വരം ഉണ്ടാകുന്നതിനും ഇടയുണ്ട്. കീറിയ ഭാഗം വൃത്തിയായി തുന്നിക്കെട്ടി സൂക്ഷിച്ചില്ലെങ്കിൽ ക്രമേണ ഗർഭാശയവും, യോനിയും കീഴോട്ടിറങ്ങിപ്പോകാനിടയാകുന്നു.

പ്രതിവിധി:–

പ്രസവത്തിൻെറ രണ്ടാം ഘട്ടത്തിൽ മിഡ്‌വൈഫ് വളരെ കരുതലോടെപ്രവൎത്തിക്കണം. ശിരസ്സ് പറത്തേയ്ക്കു പോരുമ്പോഠം പെരിനിയം കീറിയിട്ടില്ലെങ്കിലും ചുമലു കഠം പുറത്തേക്കു വരുമ്പോഠം അനേകം കേസുകളിൽ പെരിനിയം കീറിപ്പോകുന്നതായി കണ്ടുവരുന്നു. പെരിനിയം ഭാഗത്തു് ഏററവും ചെറിയ ഒരു പൊട്ടൽ മാത്രമേ ഉള്ളെങ്കിലും അതു് തുന്നേണ്ടതാണ്. തുന്നിയ ഭാഗം ഡ്രസ്സ്ചെയ്തു് നനവു തട്ടാതെ വളരെ വൃത്തിയായി സൂക്ഷിക്ഷണം. തുന്നലുള്ളപ്പോഠം ആറുദിവസത്തേക്കെങ്കിലും എഴുനേല്ക്കാൻ അനുവദിക്കരുതു്. ഇപ്രകാരം ചെയ്തെങ്കിൽ മാത്രമേ തുന്നൽ പൊട്ടാതിരിക്കുന്നതിനും നന്നായി ചേൎന്നു പൂൎവ്വസ്ഥിതിയെ പ്രാപിക്കുന്നതിനും സാദ്ധ്യമാകുകയുള്ളു. തുന്നൽ വെട്ടിക്കളയുന്നതു് സാധാരണ എട്ടാംദിവസമാണ്. ഇക്കാലത്തു് കുട്ടിക്കു മുലകൊടുക്കുന്നതിനു് ഓരോ വശത്തേയ്ക്കു് ചരിച്ചുകിത്തിയാൽ മതിയാകും.

2. ഉപസ്ഥം കീറിപ്പോവുക:–
(LACERATION OF THE VALVA)

യോനീദ്വാരം തീരെ ചെറുതായിരുന്നാൽ ശിശുശിരസ്സ് പുറത്തേയ്ക്കു വരുമ്പോഠം ചിലപ്പോഠം ഉപസ്ഥപ്രദേശം കീറിപ്പോയി എന്നു വരാവുന്നതാണ്. ശസ്ത്രപ്രയോഗം മൂലം പ്രസവം എടുക്കേണ്ടി വരുമ്പോഴും ഗുഹ്യപ്രദേശം ചീന്തിപ്പോയി എന്നു വരാവുന്നതാണ്. ഭഗശിശ്നിക (Clitoris) യുടെ ഭാഗമാണ് കീറിയതെങ്കിൽ ശക്തിയായ രക്തസ്രാവമുണ്ടാകുന്നതാണ്.

പ്രതിവിധി:-

രക്തനഷ്ടം തടയുന്നതിനുവേണ്ടി കീറിയഭാഗം ഉടനെ തുന്നികെട്ടുക. അതു് സാദ്ധ്യമല്ലെങ്കിൽ സ്റ്റെറിലൈസ്ചെയ്ത ഗോസുതുണി ഘനത്തിൽ മടക്കിവച്ചു് ആ ഭാഗം അമർത്തിപ്പിടിക്കുകയും, ഉടനെ ഡാക്ടറെ വരുത്തി ആ ഭാഗം തുന്നിക്കെട്ടിക്കുകയും ചെയ്യുക.

3) യോനി കീറിപ്പോവുക:-
(LACERATION OF THE VAGINA)

പ്രസവഘട്ടത്തിൽ യോനിയുടെ മേൽഭാഗവും കീഴ് ഭാഗവും കീറിപ്പോകാനിടയുണ്ടു്. യോനിയുടെ മേൽഭാഗം കീറിപ്പോയാൽ മൂത്രാശയം യോനീദ്വാരത്തിലേയ്ക്കു് തുറക്കാനിടയുള്ളതും അതുവഴിയായി മൂത്രവാർച്ചയുണ്ടാകുന്നതുമാണു്. ഇങ്ങനെസംഭവിച്ചാൽ അതിനു് വെസൈക്കോവജയിനൽ ഫിസ്റ്റുല (Vesico-Vaginal fistula) എന്നു പറയുന്നു. യോനിയുടെകീഴ്ഭാഗം ചീന്തിപ്പോയാൽ മലാശയം യോനീദ്വാരത്തിലേയ്ക്കു് തുറക്കാനിടയാകുന്നതും, മലവും വായുവും യോനീദ്വാരത്തിലൂടെ പുറത്തുവരുന്നതിനിടയാകുന്നതുമാണു്. ഇങ്ങിനെ സംഭവിച്ചാൽ അതിനു് റെക്ടോ വജയിനൽ ഫിസ്റ്റുല (Recto-Vaginal fistula) എന്നു പറയുന്നു. ശസ്ത്രപ്രയോഗത്താൽ പ്രസവം നടത്തുമ്പോഴാണു് സാധാരണയായി ഇങ്ങനെസംഭവിക്കുന്നതു്. എന്നാൽ അപൂർവ്വമായി ഉപസ്ഥാശയവൈരൂപ്യംമൂലം ശിശുവിൻെറതല അധികനേരം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ അമർന്നു പോകാനിടയായാൽ ആ ഭാഗത്തു് വീക്കംതട്ടി പഴുക്കാനും വ്രണപ്പെടാനും ഇടയായാലും ഫിസ്റ്റുലാ ഉണ്ടാകും. ഇത്തരം ഫിസ്റ്റുലാ പ്രസവശേഷം നാലോ അഞ്ചോ ദിവസങ്ങൾക്കു ശേഷമെ ഉണ്ടാകൂ എന്നൊരുവ്യത്യാസമുണ്ടു്.

പ്രതിവിധി:-

ഡാക്ടറെ വരുത്തി കീറിപ്പോയഭാഗങ്ങൾ തുന്നിക്കെട്ടിക്കുക.

4) ഗർഭാശയഗളം കീറിപ്പോവുക:-
(LACERATION OF THE CERVIX)

ശസ്ത്രപ്രയോഗം മൂലം പ്രസവമെടുക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ ഗർഭാശയഗളം കീറിപ്പോകാനിടയുണ്ട്. ശസ്ത്രപ്രയോഗമൊന്നും നടക്കാത്തപ്പോഴും ചില കേസ്സുകളിൽ ഇങ്ങനെ സംഭവിക്കാറുണ്ട്. പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽതന്നെ മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിപ്പോകുകയോ, കുട്ടിയുടെ തല വളരെ വലിപ്പമുള്ളതായിരിക്കുകയോ ഗർഭാശയം കൂടുതൽ ശക്തിയായി ചുരുങ്ങുകയോ ചെയ്താലും ഗർഭാശയഗളം കീറിപ്പോകാനിടയുണ്ട്. ഗർഭാശയഗളത്തിന് സംഭവിക്കുന്ന ഈ ക്ഷതംമൂലം പ്രസവശേഷം വളരെ അധികം രക്തം വാർന്നുപോകുന്നു. ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങി കഠിനമായിത്തീർന്നതിനുശേഷവും രക്തസ്രാവമുണ്ടെന്നുകണ്ടാൽ ഗർഭാശയഗളം കീറിപ്പോയതായി അനുമാനിക്കാം.

പ്രതിവിധി:-

നല്ല ചൂടുള്ള ലൈസോൾ ലോഷൻകൊണ്ട് ഡൂഷ് ചെയ്തതിനുശേഷം യോനി നല്ലവണ്ണം പ്ലഗ്ഗ് ചെയ്യണം. ഉടനെതന്നെ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുന്നതു് ഉത്തമമായിരിക്കും.

5) ഗർഭാശയം പിളർന്നുപോവുക:-
(RUPTURE OF THE UTERUS)

ഉപസ്ഥാശയം വളരെ ചെറുതായിരിക്കുക, പ്രസവത്തിന് ശക്തിയായ തടസ്സമുണ്ടായിരിക്കുക, കുട്ടി വിലങ്ങനെ കിടക്കുക, കുട്ടിയുടെ തല വെള്ളംകൊണ്ടുനിറഞ്ഞു് ക്രമത്തിലധികം വലുതായിരിക്കുക, നെററി ജനന

മുഖമായി വരിക, മുഖം ജനനമുഖമായിവരുന്ന കേസ്സുക ളിൽ താടിതിരിഞ്ഞു" ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗ ത്തേയ്ക്കു വരാതിരിക്കുക, അണ്ഡാശയം, ഗർഭാശയം, ഉപ സ്ഥാശയം, യോനി എന്നീഭാഗങ്ങളിൽ മുഴയുണ്ടായിരി ക്കുക, ശസ്ത്രപ്രയോഗങ്ങൾ മുതലായ കാരണങ്ങളാലാണു് ഗർഭാശയം പിളന്നുപോകുന്നതു്. ഇങ്ങനെ സംഭവിച്ചാൽ സ്ഥിതി ഗുരുതരമായിത്തീരുന്നു. രക്തസ്രാവംമൂലമോ, ഗർഭാശയം പിളരുമ്പോഴുണ്ടാകുന്ന ഷോക്കുകൊണ്ടോ ഗർഭിണി മരണപ്പെട്ടുപോകുന്നു.

ഗർഭാശയം പിളരുന്നതിനു മുമ്പുള്ള ലക്ഷണങ്ങൾ:-

ഗർഭാശയം പിളരുന്നതിനുമുമ്പു് ഗർഭിണി വല്ലാതെ തളന്നുപോകുന്നു എന്നു പറയുകയും, കഠിനമായ ക്ഷീണം തോന്നുന്നതും, നാഡീസ്പന്ദനം മിനിട്ടിൽ 120-ൽ കൂടുത ലായിത്തീരുകയുംചെയ്യുന്നു. പനി 101 ഡിഗ്രിയിൽ അ ധികമായിത്തീരുകയും ശരീരം ചുട്ടുപൊള്ളുന്ന രീതിയി ലോ, തണുത്തും വിയത്തുമോ ഇരിക്കും. നാവും ചിറി യും വരളുന്നതും എപ്പോഴും അസ്വസ്ഥത പ്രകടിപ്പിക്കുന്നതു മായിരിക്കും. വയററത്തു തൊടുവാൻപോലും പാടില്ലാ ത്തവിധത്തിൽ വേദനയുണ്ടാകുന്നതും ഉദരസ്പർശനംമൂലം കുട്ടിയുടെ ഭാഗങ്ങൾ കണ്ടുപിടിക്കാനും ശിശുവിൻെറ നാ ഡീസ്പന്ദനം ശ്രവിക്കുവാനും കഴിയാത്തവിധത്തിലായി ത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഗർഭാശയം പിളരുന്നസമയത്തുള്ള ലക്ഷണങ്ങൾ:-

വളരെ ശക്തിയായി ഒരു വേദനയുണ്ടായി എന്നും ഉള്ളിൽ എന്തോ പൊട്ടിപ്പോയതുപോലെ തോന്നി എന്നും, തുടന്നു വേദനയില്ലാതായി എന്നും ഗർഭിണി പറയുന്നു.

ഗർഭാശയം പിളൎന്നുപോയതിനുശേഷമുള്ള ലക്ഷണങ്ങൾ:-

ഗർഭാശയത്തിൻെറ പിളർപ്പു വലുതാണെങ്കിൽ കുട്ടിയുടെ അവയവഭാഗങ്ങൾ ആ പിളൎപ്പിലൂടെ ഉദരഭിത്തിയിലേയ്ക്കു തള്ളിവരുന്നതും വയററത്തു കൈവച്ചുനോക്കിയാൽ ശിശുവിൻെറ അവയവങ്ങൾ വളരെ വ്യക്തമായി കാണപ്പെടുന്നതും, ചുരുങ്ങിയ ഗർഭാശയം കുട്ടിയുടെ ഏതെങ്കിലും ഭാഗത്തു് കഠിനമായി കാണപ്പെടുന്നതുമായിരിക്കും. യോനീമാൎഗ്ഗമായി പരിശോധിച്ചാൽ ജനനമുഖം ഉള്ളിലേയ്ക്കുപോയതായും മനസ്സിലാക്കാം.

പ്രതിവിധി:–

ഗർഭാശയം പിളൎന്നുപോയി എന്നു് മനസ്സിലായാൽ ഒട്ടും വൈകാതെ ഗർഭിണിയുടെ വയററത്തു് ബൈൻഡർ ഇടുകയും അവളെ ആശുപത്രിയിലെത്തിക്കുകയും ചെയ്യണം. പ്രസവത്തിൻെറ രണ്ടാംഘട്ടത്തിൽ വേദന ശക്തിയായി ഉണ്ടായിട്ടും ജനനമുഖം കീഴോട്ടിറങ്ങാതിരുന്നാൽ ഉടനെ ഡാക്ടരുടെ സഹായംതേടിയാൽ ഈ അപകടം സംഭവിക്കുന്നതല്ല. സാധാരണ കേസ്സുകളിൽ ഗർഭാശയം പിളൎന്നുപോകുന്നതു് കൂടുതലും മിഡ്ഢ്വൈഫിൻെറ കുററം കൊണ്ടാണു്. പ്രസവശുശ്രൂഷയിലെ അജ്ഞതയും, അശ്രദ്ധയുംമൂലം രണ്ടു ജീവൻ നഷ്ടപ്പെടാനിടയുണ്ടെന്നുള്ള സംഗതി മിഡ്ഢ്വൈഫ് ഓൎത്തിരിക്കേണ്ടതാണു്.

6) ഗർഭാശയം അകം പുറമായി മറിയുക:–

(INVERSION OF THE UTERUS)

ഗർഭാശയം അകംപുറമിയി മറിയുകയെന്നുള്ളതു് അപൂൎവ്വമായി സംഭവിക്കുന്ന ഒരു കാര്യമാണു്. മറുപിള്ളയെ എടുക്കുന്നതിനുവേണ്ടി പൊക്കിൾക്കൊടിപിടിച്ചു വലിക്കുക, ഗർഭിണി നില്ക്കുന്നനിലയിൽത്തന്നെ പ്രസവി

ച്ചുപോകുക, പൊക്കിൾക്കൊടിക്ക് നീളം വളരെ കുറവായിരിക്കുക, വേദനയില്ലാത്തസമയത്തു് ഗർഭാശയത്തിൽ അമർത്തി കുട്ടിയെ പുറത്തെടുക്കുവാൻ ശ്രമിക്കുക, പ്രസവശേഷം ഒരു മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ മലമൂത്രവിസർജ്ജനത്തിനു വേണ്ടി എഴുന്നേല്ക്കുക തുടങ്ങിയ കാരണങ്ങളാലാണ് ഗർഭാശയം അകംപുറമായി മറിഞ്ഞുപോകുന്നതു്.

ലക്ഷണങ്ങൾ:–

രക്തം കിനിഞ്ഞുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന മാംസപിണ്ഡം പോലെയുള്ള ഒരു സാധനം യോനിയിൽ കാണുക, പ്രസവശേഷം കടവയർഭാഗത്തു് കാണേണ്ടതായ ഗർഭാശയം അവിടെ കാണാതിരിക്കുക, ശരീരത്തിനു തണുപ്പു്, വിയർപ്പു്, കിതപ്പു്, നാഡിതളർച്ച, രക്തസ്രാവം, ഷോക്ക് (ധാതുക്ഷോഭം) എന്നിവയാണ് ഗർഭാശയം അകം പുറമായി മറിഞ്ഞാലുണ്ടാകുന്ന ലക്ഷണങ്ങൾ.

പ്രതിവിധി:–

മറുപിള്ള പിറന്നുകഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ഈ സാഹചര്യത്തിൽ കലശലായ രക്തസ്രാവമുണ്ടായിരിക്കും. അതു് ശമിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി നല്ല ചൂടുള്ള വെള്ളത്തിൽ മുക്കിപ്പിഴിഞ്ഞ തുണി യോനിയിൽക്കാണുന്ന മാംസപിണ്ഡത്തിൽ വയ്ക്കുകയും ഡാക്ടറെ ഉടനെ വരുത്തുകയും ചെയ്യുക മാത്രമാണ് മിഡ്‌വൈഫിനു ചെയ്യാനുള്ളതു്.

അദ്ധ്യായം 18

പ്രസവാനന്തരരോഗങ്ങൾ

പ്രസവജ്വരം—ഈററപ്പനി
(പ്യൂഎർപ്പറൽ—PUERPERAL FEVER)

പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന കാലത്തു് പല കാരണങ്ങളാലും പനി ഉണ്ടാകാവുന്നതാണു്. എങ്കിലും പ്രധാനമായിട്ടുള്ളതും, അപകടസാദ്ധ്യതയുള്ളതുമായ ഒരുതരം വിഷപ്പനിക്കാണു് പ്രസവജ്വരം എന്നു പറയുന്നതു്. പ്രസവസമയത്തോ, പ്രസവശേഷമോ കുട്ടിയുടെ ജനനമാർഗ്ഗത്തിലൂടെ വിഷബീജാണുക്കൾ പ്രവേശിക്കാനിടയാകുന്നതിനാലാണു് വിഷജ്വരമുണ്ടാകുന്നതു്. ഭാരതത്തിൽ കൊല്ലംതോറും അനേകായിരം സ്ത്രീകൾ പ്രസവജ്വരം ബാധിച്ചു് അകാലമൃത്യുവിന്നിരയായിത്തീരുന്നുണ്ടു്. നമ്മുടെ നാട്ടിൽ ബഹുഭൂരിപക്ഷം പ്രസവങ്ങൾക്കും, മിഡ്ഡ്വൈഫിന്റേയോ, നാടൻവയററാട്ടിയുടേയോ സേവനം മാത്രമേ ലഭ്യമാകുന്നുള്ളു. അതിനാൽ ഈററപ്പനിയുടെ കാരണങ്ങളെപ്പററിയും, അതു് ഫലപ്രദമായി തടയുന്നതിനുള്ള മാർഗ്ഗങ്ങളെപ്പററിയും, ഈ പുസ്തകം വായിക്കാനിടയാകുന്ന

എല്ലാ വായനക്കാക്കും, വിശിഷ്യാ മിഡ്‌വൈഫിനും അറിവുണ്ടായിരിക്കേണ്ടതു് അത്യന്താപേക്ഷിതമാണെന്നു് ഞാൻ കരുതുന്നതിനാൽ അവ താഴെ വിവരിക്കുന്നു.

സ്ത്രീയുടെ ജനനേന്ദ്രിയമാൎഗ്ഗത്തിലൂടെ പ്രസവസമയത്തോ, പ്രസവശേഷമോ, രോഗബീജാണുക്കൾ ഉള്ളിൽ പ്രവേശിക്കുന്നതു് പ്രധാനമായും മൂന്നുവിധത്തിലാകുന്നു.

1) യോനിയിൽതന്നെയുള്ള വിഷാണുക്കൾക്കു് ഗർഭാശയത്തിലേക്കു് പ്രവേശിക്കുവാൻ ഈ അവസരം സഹായകമായി തീരുന്നതുകൊണ്ടും,

2) ഗുഹ്യഭാഗം രോഗാണുവിമുക്തമാക്കാതെ മിഡ്‌വൈഫ് യോനിയിൽ കൈ കടത്തി പരിശോധിക്കുമ്പോൾ, മിഡ്‌വൈഫിൻെറ കൈ വഴിയായി രോഗാണുക്കൾക്കു് അകത്തേക്കു കടക്കുവാൻ സാധിക്കുന്നതുകൊണ്ടും,

3) മിഡ്‌വൈഫിൻെറ അഴക്കുള്ള കൈകളിൽനിന്നും ഉപകരണങ്ങളിൽനിന്നും വിഷാണുക്കൾക്കു് സുഗമമായി ഉപസ്ഥാശയമാൎഗ്ഗത്തിലേയ്ക്കു് പ്രവേശിക്കാൻ കഴിയുന്നതുകൊണ്ടും ആണു് മാതാക്കൾക്കു് രോഗാണുബാധ ഉണ്ടാകുന്നതു്.

ഭിന്നലക്ഷണങ്ങളോടുകൂടിയ മൂന്നു തരം പ്രസവജ്വരങ്ങളാണു് പ്രധാനമായിട്ടുള്ളതു്.

1. സെപ്ററിസീമിയ (SEPTICAEMIA). രോഗബീജാണുക്കൾ രക്തപര്യയനത്തിൽ കടന്നുകൂടിയാണു് ഈ രോഗാവസ്ഥ ഉണ്ടാക്കിത്തീക്കുന്നതു്.

സെപ്ററിസീമിയാ എന്ന പ്രസവജ്വരത്തിൻെറ ലക്ഷണങ്ങൾ.

പ്രസവശേഷം രണ്ടാംദിവസം മാതാവിനു പെട്ടെന്നു പനിയും വിറയലും അനുഭവപ്പെടുന്നു. പനി 103 ഡിഗ്രിയിൽ കൂടുതലുണ്ടായിരിക്കുകയും, നാഡിമിടിപ്പു് വർദ്ധി

ച്ച് 140–ഓളമായി ഉയരുന്നതുമാണ്. നാഡീസ്പന്ദനനിരക്ക് 140–ഓ അതിലധികമോ ആകുന്നത് ശുഭലക്ഷണമല്ല. യോനിയിലൂടെയുള്ള വാച്ച്യും മുലപ്പാൽസ്രവണവും നിന്നുപോകുന്നു. ഗർഭാശയത്തിനു വേദനയോ മററസുഖങ്ങളോ ഒന്നുമില്ലെന്നും, തനിക്ക് വളരെ സുഖമുണ്ടെന്നും ഈ രോഗാവസ്ഥയിൽ രോഗി പറയുന്നു എന്നതാണ് വിചിത്രമായിരിക്കുന്നത്. ഇതു വരാൻപോകുന്ന വലിയ അപകടത്തിൻെറ ലക്ഷണമാണ്. തുടന്നു വയററിൽ വേദന, വയർസ്തംഭനം, ഛർദ്ദി, ഇടവിട്ടിടവിട്ട് മലബന്ധവും, ഒഴിച്ചിലും, മലത്തിനു ദുർഗ്ഗന്ധം എന്നീ ലക്ഷണങ്ങൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നു. സന്നി, വയറിളക്കം, മഞ്ഞപ്പിത്തലക്ഷണങ്ങൾ, എന്നിവ അവസാനമായി പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതും രോഗി മരണപ്പെടുന്നതുമായിരിക്കും.

2. സപ്രീമിയാ (SAPRAEMIA). വിഷാണുക്കൾ ജനനമാർഗ്ഗത്തിലൂടെ ഗർഭാശയത്തിലേയ്ക്കു പ്രവേശിപ്പിക്കുകയും അവിടെയുള്ള വളരെ ചെറിയ രക്തക്കട്ടകളിലും മറുപിള്ളയുടേയും, മുന്നീക്കടത്തോലിൻേറയും അവശിഷ്ടങ്ങളിലും പററിപ്പിടിച്ച് ജീവിച്ച് പെരുകുകയും ചെയ്യുന്നു. നാഡീസ്പന്ദനം അല്പം കൂടുതലായിരിക്കുമെങ്കിലും സെപ്ററിസീമിയായിലുള്ളതുപോലെ വർദ്ധിച്ച തോതിൽ ആയിരിക്കയില്ല. കുറേ ദിവസങ്ങൾ പനിച്ചതിനുശേഷം ക്രമേണ കുറഞ്ഞുകുറഞ്ഞു വരുന്നു. യോനിയിൽനിന്നുള്ള വാച്ച് അധികമായിരിക്കയും അതിനു ദുർഗ്ഗന്ധമുണ്ടായിരിക്കയും ചെയ്യും. ഗർഭാശയം അല്പം വീർത്തു വലുതായിരിക്കുന്നതും വേദന അനുഭവപ്പെടുന്നതുമായിരിക്കും.

3. പയീമിയ (PYAEMIA). ഗർഭാശയത്തിലുള്ള ചെറിയ രക്തക്കട്ടകൾ, രക്തധമനികളിൽക്കൂടി ശരീരത്തിൻെറ വിവിധ ഭാഗങ്ങളിലേയ്ക്കു് സഞ്ചരിച്ച് ഓരോ

അവയവങ്ങളിൽ എത്തിച്ചേരുകയും അതു് അവിടെ ഒരു കുരുപോലെ ആയിത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നു.

ലക്ഷണങ്ങൾ.

വിറയലോടുകൂടി പനിക്കുക, പനി 105 ഡിഗ്രിവരെ ആയിത്തീരുക, വിറച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുമ്പോൾതന്നെ പനി കുറഞ്ഞു് സാധാരണഗതിയിൽ ആയിത്തീരുക, വിറയലും പനിയും കൂടെക്കൂടെ ആവർത്തിക്കുക, കലശലായി വിയർക്കുക, ഏതാണ്ടു് പത്തു ദിവസത്തിനുള്ളിൽ കുരു പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്ന സ്ഥലത്തു് ശക്തിയായ വേദന അനുഭവപ്പെടുക, തൊക്കു്, ഏപ്പുകൾ, കരൾ, ശ്വാസകോശങ്ങൾ, എന്നീ ഭാഗങ്ങളിലും കുരുക്കൾ ഉണ്ടായിത്തീരുക തുടങ്ങിയവയാണു് പയീമിയ എന്ന പ്രസവജ്വരത്തിൻെറ ലക്ഷണങ്ങൾ. ഈ രോഗം ജീവാപായം വരുത്തുന്നതാണെങ്കിലും ഫലപ്രദമായ ചികിത്സകൊണ്ടു് പലരും ഇക്കാലത്തു് സുഖപ്പെടാറുണ്ടു്. പ്രസവജ്വരം ഉണ്ടാകാതിരിക്കുന്നതിനു വേണ്ടിയും, ഉണ്ടായാൽ രോഗിയെ എങ്ങിനെ പരിചരിക്കണമെന്നുള്ളതിനെപ്പററിയും വ്യക്തമായി മിഡ്ഢ്വൈഫിനു് അറിവുണ്ടായിരിക്കേണ്ടതാണു്. അതിനാൽ താഴെപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ ശ്രദ്ധയോടെ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടു വേണം പ്രസവമുറിയിൽ മിഡ്ഢ്വൈഫ് പ്രവേശിക്കേണ്ടതു്.

പ്രതിവിധി

1) പ്രസവത്തിനുമുൻപും, പ്രസവസമയത്തും, പ്രസവശേഷവും, രോഗാണുക്കളുടെ ആക്രമണത്തിനു് വളരെയേറെ സാദ്ധ്യതകളുള്ളതിനാൽ, മിഡ്ഢ്വൈഫിൻെറ ശരീരവും വിശേഷിച്ചു് കൈകാലുകളും പ്രസവാവശ്യത്തിനുള്ള എല്ലാ ഉപകരണങ്ങളും രോഗാണുവിമുക്തമാക്കിയിരിക്കണം.

2) ഗുഹ്യഭാഗത്തുള്ള രോമംവടിച്ച് സോപ്പും ചൂട വെള്ളവും ഉപയോഗിച്ചു തേച്ചുകഴകിയതിനുശേഷം ലൈസോറം ദ്രാവകംകൊണ്ടു് തുടച്ച് രോഗാണുവിമുക്തമാക്കണം. മിഡ്വൈഫിൻെറ പ്രവത്തനമേഖലയിലുള്ള എല്ലാ ഗർഭിണികളേയും ഗർഭകാലത്തു് ഇടയ്ക്കിടെ സന്ദർശിക്കുകയും അവർക്കു് എന്തെങ്കിലും രോഗങ്ങരം ഉണ്ടെങ്കിൽ ഒരു ഡാക്ടറെക്കൊണ്ടു് പരിശോധിപ്പിച്ച് ചികിത്സിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യണം. യാതൊരു സുഖക്കേടുമില്ലെങ്കിൽപോലും ഗർഭകാലത്തു് ഒരിക്കലെങ്കിലും ഗർഭിണിയെ ഒരു ഡാക്ടറെക്കൊണ്ടു് പരിശോധിപ്പിക്കുകയും അദ്ദേഹത്തിൻെറ നിർദ്ദേശപ്രകാരം പ്രവത്തിക്കാൻ ഉപദേശിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണു്.

3) ഒരു പ്രസവശിശ്രൂഷ കഴിഞ്ഞതിനുശേഷവും, മററൊരു പ്രസവക്കേസ്സിൽ ഇടപെടുന്നതിനുമുൻപും മിഡ്വൈഫ് തൻെറ കൈകരം സോപ്പുതേച്ച് ബ്രഷ്കൊണ്ടു് നല്ലവണ്ണം ഉരച്ചുകഴകി ശുദ്ധി വരുത്തേണ്ടതാണു്. ഇങ്ങിനെ ചെയ്യില്ലെങ്കിൽ ഒരു പ്രസവശുശ്രൂഷാസമയത്തു് നഖങ്ങരംക്കിടയിൽ പററിയിരിക്കാനിടയുള്ള രക്തം, മുന്നീർ, യോനീവാച്ച് തുടങ്ങിയവ അവിടെയിരുന്നു് അഴുകുകയും, അതു് മററൊരു പ്രസവക്കേസ്സിൽ രോഗാണുസംക്രമണത്തിനു് സാദ്ധ്യതയുളവാക്കുകയും, പ്രസവജ്വരത്തിനു് കാരണമായിത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നതാണു്.

4) യോനീമാർഗ്ഗമായി പരിശോധന നടത്തുന്നതിനുമുമ്പും മൂത്രമെടുക്കുന്നതിനുമുമ്പും മററും ഗുഹ്യഭാഗങ്ങളും തുടയുടെ ഉരംഭാഗവും സോപ്പുതേച്ച് വൃത്തിയായി കഴകിയതിനുശേഷം ലൈസോറംദ്രാവകംകൊണ്ടു് ശുദ്ധിയാക്കേണ്ടതാണു്.

5) പ്രസവജ്വരമുള്ള ഒരു രോഗിയെ പരിചരിച്ചുകൊണ്ടിരുന്ന ഒരു മിഡ്വൈഫ് തൻെറ വസ്ത്രങ്ങളും,

ഉപകരണങ്ങളും വെള്ളത്തിലിട്ട് നന്നായി തിളപ്പിച്ചതിനുശേഷം വെയിലത്തുണക്കി, വീണ്ടും വസ്ത്രങ്ങൾ അലക്കിയതിനുശേഷമേ ഉപയോഗിക്കുവാൻ പാടുള്ളു. അതിനുശേഷം മിഡ്‌വൈഫ് സോപ്പുതേച്ചു കുളിക്കുകയും, വീണ്ടും ഒരൗൺസ് ലൈസോൾ ഒഴിച്ച വെള്ളത്തിൽ കുളിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്. പ്രസവജ്വരം ബാധിച്ച ഒരു രോഗിയെ പരിചരിച്ചതിനുശേഷം രണ്ടാഴ്ചക്കാലത്തേയ്ക്ക് മററൊരു പ്രസവക്കേസ്സിനു് മിഡ്‌വൈഫ് പോകാൻ പാടില്ല എന്നാണ് പൊതുനിയമം.

6) പ്രസവം കഴിഞ്ഞാലുടനെ എല്ലാ അഴുക്കുവസ്ത്രങ്ങളും, മറുപിള്ള, മററു് മലിനവസ്തുക്കൾ തുടങ്ങിയവയെല്ലാം പ്രസവമുറിയിൽനിന്നും നീക്കംചെയ്യേണ്ടതാണ്.

7) വായ്, മൂക്ക്, ചെവി എന്നീ ഭാഗങ്ങളിൽ പഴുപ്പോ, വ്രണമോ മിഡ്‌വൈഫിനുണ്ടെങ്കിൽ പ്രസവക്കേസ്സുകൾക്ക് പോകുവാൻ പാടില്ല.

8) മാതാവിനു പ്രസവശേഷം 100 ഡിഗ്രിയിലധികം പനി ഉണ്ടായിരിക്കുകയും, അതു 24 മണിക്കൂർ കഴിഞ്ഞും തുടരുന്നതായി കാണുകയും ചെയ്താലുടനെ ഡാക്ടറെ വരുത്തി ചികിത്സിപ്പിക്കുക.

9) പ്രസവസംബന്ധമായ മററു നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഈ പുസ്തകത്തിൽ സന്ദർഭാനുസരണം പ്രതിപാദിച്ചിട്ടുള്ളതും കൃത്യമായി പാലിക്കേണ്ടതാണ്.

പരിചരണം

പ്രസവജ്വരമുള്ള രോഗിയെ ശുശ്രൂഷിക്കുമ്പോൾ അവർക്ക് നല്ല ശരീരശക്തിയുണ്ടെങ്കിലേ രോഗഹരണം സാദ്ധ്യമാകൂ എന്നു് മിഡ്‌വൈഫ് മനസ്സിലാക്കിയിരിക്കുകയും അതുകൊണ്ടു് പോഷകഗുണസമ്പന്നമായ ആഹാരംമാത്രം കൊടുക്കാൻ ശ്രദ്ധിക്കുകയും വേണം. രോഗിക്കു

കൊടുക്കേണ്ട ആഹാരക്രമങ്ങളെപ്പററി ഡാക്ടറോടു ചോദിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, അതനുസരിച്ചുമാത്രം പ്രവർത്തിക്കുകയും വേണം. പ്രസവജ്വരരോഗിയുടെ വായും ചിറിയും എപ്പോഴും വരണ്ടിരിക്കും. ഇതിന് ബോറിക്ക്‌ലോഷൻ ഉപയോഗിച്ച് വായും, ചിറിയും വൃത്തിയാക്കികൊടുക്കേണ്ടതും, ചിറി പൊട്ടിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ബോറാക്സ്, ഗ്ലിസറിനിൽ ചേർത്തു പുരട്ടിക്കൊടുക്കുകയും വേണം.

രോഗി കിടക്കുന്ന മുറി വൃത്തിയുള്ളതും, ധാരാളം വായു കടക്കത്തക്കവിധം ജനലുകളും വാതിലുകളും ഉള്ളതും, അതു് എപ്പോഴും തുറന്നിട്ടിരിക്കേണ്ടതുമാകുന്നു.

പ്രസവജ്വരരോഗികൾ ഏറെനാൾ കിടക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നതിനാൽ, അവരുടെ പുറവും മററും പൊട്ടി പരുക്കൾ (Bed Sores) ഉണ്ടാവാൻ ഇടയുള്ളതിനാൽ ഓരോ ദിവസവും പല പ്രാവശ്യം അങ്ങോട്ടുമിങ്ങോട്ടും തിരിച്ചു കിടത്തേണ്ടതും, കാലുകൾ ഇടയ്ക്കിടയ്ക്ക് മടക്കി കുന്തിച്ചു നിർത്തേണ്ടതുമാണ്. കാൽ നീട്ടിവച്ച നിലയിൽ വളരെ നേരം കിടന്നാൽ കാൽ വീണ്ടും മടക്കുന്നതിന് പ്രയാസം നേരിടുന്നതാണ്.

പ്രസവജ്വരരോഗാവസ്ഥയിൽ പലപ്പോഴും രോഗിക്ക് വിറയൽ അനുഭവപ്പെടുന്നതായിരിക്കും. വിറയൽ കണ്ടാലുടനെ ചൂടുവെള്ളം നിറച്ച സഞ്ചി കാലിൻെറ പാദത്തിൽ വയ്ക്കുകയും കമ്പിളികൊണ്ടു് നന്നായി പുതപ്പിച്ച് രോഗിയെ കിടത്തുകയും വേണം. കഴിയുമെങ്കിൽ ഒരൗൺസ് ബ്രാണ്ടി ചൂടുപാലിലോ വെള്ളത്തിലോ ചേർത്തുകൊടുക്കുന്നതു് ഉത്തമമായിരിക്കും. വിറയൽ അവസാനിക്കുമ്പോൾ, പുകച്ചിൽ തോന്നുകയും, വിയർക്കുകയും ചെയ്യും. ഉടനെ കമ്പിളിപ്പുതപ്പു മാററുകയും, ഹോട്ടുവാട്ടർ ബാഗ് എടുക്കുകയും ചെയ്തതിനുശേഷം വിയർത്തുനനഞ്ഞിരിക്കുന്ന

കിടക്കവിരി, വസ്ത്രങ്ങരം മുതലായവ മാററുകയും ചെയ്യണം.

പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന കാലത്തു് മററു സാധാരണ കാരണങ്ങരംകൊണ്ടും പനി ഉണ്ടാകാറുണ്ടു്. ഏതുവിധമുള്ള പനി ആയാലും, പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന കാലത്തു് പ്രത്യേകിച്ചു് ആദ്യത്തെ രണ്ടാഴ്ചക്കാലങ്ങളിൽ ഉണ്ടാകുന്ന ഏതൊരു പനിയും, നിസ്സാരമായി കരുതുവാൻ പാടുള്ളതല്ല. സാധാരണ പനികളെല്ലാം ആരംഭിച്ചാൽ മിക്കവാറും ഒരു ദിവസംകൊണ്ടുതന്നെ മാറിക്കിട്ടുന്നതാണു്.

പ്രസവസംബന്ധമായ ചിത്തഭ്രമം

(പ്യൂഎർപ്പറൽ ഇൻസാനിററി—PUERPERAL INSANITY)

പ്രസവശേഷം ആദ്യവാരത്തിനുള്ളിലാണു് പ്രസവസംബന്ധിയായ ചിത്തഭ്രമം ആരംഭിച്ചുകാണുന്നതു്. പ്രസവജ്വരം, രക്തസ്രാവം, ആരോഗ്യഹാനി, വ്യസനം, കലശലായപരിഭ്രമം തുടങ്ങിയ കാരണങ്ങളാലാണു് ചിത്തഭ്രമം ഉണ്ടാകുന്നതു്. ചിത്തഭ്രമലക്ഷണങ്ങളിൽ പ്രധാനം ശക്തമായ തലവേദന, ഉറക്കമില്ലായ്മ, ബുദ്ധിമാന്ദ്യം, ഭർത്താവിനോടും സന്താനങ്ങളോടും കടുത്ത വിരോധം, ഒച്ചപ്പാടുണ്ടാക്കൽ, ആത്മഹത്യാശ്രമം എന്നിവയാണു്. 80 ശതമാനം കേസ്സുകളും രണ്ടു മൂന്നു മാസത്തിനകം സുഖപ്പെടുന്നതാണു്. ചിലർ ക്ഷീണിച്ചു മരിച്ചുപോകുകയും മററു ചിലർ ആയുഷ്കാലം മുഴുവനും ചിത്തഭ്രമരോഗികളായിത്തന്നെ കഴിയുകയും ചെയ്യുന്നു.

പ്രതിവിധി. ഒരു വിദഗ്ദ്ധ ഡോക്ടറുടെ മേൽനോട്ടത്തിലും ചികിത്സയിലും വളരെനാരം കഴിഞ്ഞുകൂടണം. സംസാരത്തിനു കുഴപ്പമുണ്ടായിരിക്കുകയും ഉറക്കമില്ലാതിരിക്കയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം ശിശുവിനെ അവരിൽനിന്നും മാററണം. ചിത്തഭ്രമരോഗികരം ചെയ്യുന്ന പ്രവൃത്തികരം

മനഃപൂർവ്വമല്ലാത്തതുകൊണ്ടു് അവരോടു് ദയാപൂർവ്വമായി പെരുമാറുകയും, അങ്ങിനെ പെരുമാറുവാൻ മററുള്ളവരോടു നിർദ്ദേശിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതു് മിഡ്വൈഫിൻെറ കടമയാകുന്നു.

മുലക്കണ്ണുകൾ പിൻവലിഞ്ഞിരിക്കുക
(RETRACTED NIPPLES)

ഈ അവസ്ഥയിൽ ശിശുവിനു് മുല ഉറിഞ്ചികുടിക്കുവാൻ പാടില്ലാത്തവിധം മുലക്കണ്ണുകൾ മുലഞെട്ടിനുള്ളിലേക്കു് താഴ്ന്നിരിക്കുന്നു. കുട്ടി മുല വലിച്ചുകുടിക്കുവാൻ തുടരെത്തുടരെ ശ്രമിക്കുന്നതിനാൽ മുലക്കണ്ണുകളിലെ തൊലി പൊട്ടിപ്പോകുന്നു. മുലക്കണ്ണുകൾ ഉൾവലിഞ്ഞിരിക്കുന്നതായിക്കണ്ടാൽ ഗർഭകാലത്തുതന്നെ മുലഞെട്ടിനു ചുവട്ടിൽപിടിച്ചു് സാവധാനത്തിൽ ഉയർത്തിക്കൊണ്ടിരിക്കുവാൻ ഉപദേശിക്കണം. ശിശുവിനു മുല വലിച്ചുകുടിക്കുന്നതിനു പ്രയാസമില്ലാതാകുന്നതുവരെ പാൽ പിഴിഞ്ഞുകളയുകയും ചെയ്യണം.

മുലഞെട്ടുകൾ വ്രണപ്പെടുക
(SORE NIPPLES)

മുലക്കണ്ണുകൾ വ്രണപ്പെടുന്നതിനു പല കാരണങ്ങളാണുള്ളതു്.

മുല വായിൽ വച്ചുകൊണ്ടു് കുട്ടി ഉറങ്ങുക, കുട്ടിയുടെ നാക്കിൽ പൂപ്പൽ ഉണ്ടായിരിക്കുക, വളരെ പ്രാവശ്യവും അധികനേരവും കുട്ടി മുല കുടിക്കുക, ആദ്യത്തെ മൂന്നുനാലു ദിവസങ്ങളിൽ മുലയിൽ ആവശ്യത്തിനു് പാലില്ലാതിരിക്കുകയും, മുലക്കണ്ണുകൾ പിൻവലിഞ്ഞിരിക്കുകയും ചെയ്യുമ്പോൾ പല പ്രാവശ്യം മുല കുടിക്കുവാൻ കുട്ടി ശ്രമിക്കുക, മുതലായവയാണു് സാധാരണ കാരണങ്ങൾ.

മുല കൊടുക്കുമ്പോൾ മാതാവു മുലഞെട്ടിനു താഴെ മെല്ലെ അമർത്തിപ്പിടിക്കേണ്ടതാണ്. അങ്ങിനെ ചെയ്യാതിരുന്നാൽ കൂടുതൽ പാൽ വായിൽ നിറയുന്നതും, ശിശുവിനു് ശ്വാസംമുട്ടൽ അനുഭവപ്പെടുന്നതുമായിരിക്കും. ശ്വാസംമുട്ടൽ അനുഭവപ്പെട്ടാൽ കുട്ടി മുലഞെട്ടിൽനിന്നും വിട്ടു് ശ്വാസമെടുക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നതും, വീണ്ടും വീണ്ടും ഇതുപോലെ ആവർത്തിച്ച് മുല കുടിക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നതുകൊണ്ടും, മുല കൊടുക്കുന്നതിനുമുമ്പും മുല കൊടുത്തുകഴിഞ്ഞതിനുശേഷവും മുലകൾ കഴുകി ശുദ്ധിയാക്കാത്തതുകൊണ്ടും മറ്റും മുലക്കണ്ണുകൾ വ്രണപ്പെടാനിടയാകുന്നതാണ്. മുലക്കണ്ണുകൾ വ്രണപ്പെട്ടാൽ വേദനനിമിത്തം മുല കൊടുക്കാൻ കഴിയാതെ വരുന്നതും ചിലപ്പോൾ മാതാവിനു പനി ഉണ്ടാകുന്നതുമാകുന്നു. മുലക്കണ്ണുകളിലെ വ്രണത്തിൽക്കൂടി രോഗാണുക്കൾക്കു ഉള്ളിൽപ്രവേശിക്കുവാൻ എളുപ്പമായതുകൊണ്ടു് പരു ഉണ്ടാകുന്നതിനും സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്. വ്രണപ്പെട്ട മുലക്കണ്ണുകളിൽക്കൂടി, മുല കുടിക്കുമ്പോൾ രക്തംതന്നെ കുട്ടി വലിച്ചുകുടിച്ചുപോകാനുമിടയുണ്ടു്. കുട്ടി രക്തം കുടിക്കാനിടയായാൽ അതു് രക്തം ഛർദ്ദിക്കുന്നതിനോ, ഒഴിയുന്നതിനോ ഇടയായിത്തീരുന്നതുമാകുന്നു.

പ്രതിവിധി. സാധാരണഗതിയിൽ ടിങ്ചർ ബെൻസോയിൻ (Tr. Benzoin Co) പുരട്ടുകയും കുട്ടിക്കു മുല കൊടുക്കുമ്പോൾ നിപ്പിൾഷീൽഡ് (Nipple Shield) ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്താൽ മതിയാകും. അല്ലെങ്കിൽ ബോറിക്ക് ഓയിൻറ്മെൻറ് (Boric Ointment) പുരട്ടിയാലും മതിയാകും. ഇത്രയും ചെയ്തിട്ടും ആശ്വാസം ലഭിക്കാത്തപക്ഷം ഡാക്ടറെ കാണിക്കുക.

ഗർഭകാലത്തു് മുലശുശ്രൂഷ ക്രമമായി ചെയ്യുകയും, പ്രസവിച്ചുകിടക്കുമ്പോൾ കുട്ടിക്കു മുല കൊടുക്കേണ്ടതെ

ങ്ങിനെയെന്നു മനസ്സിലാക്കി, അതുപോലെ ചെയ്യുകയും ചെയ്താൽ ഈ രോഗം ഉണ്ടാകുന്നതല്ല.

സ്തനവീക്കം (ENGORGED BREASTS)

മുലകാംക്ക് വീക്കമുണ്ടാകുന്നതു് പാൽ കെട്ടിനില്ക്കാനിടയാകുന്നതുമൂലമാണു്. അങ്ങിനെ സംഭവിച്ചാൽ മുലസ്സു് കഠിനമായ വേദന അനുഭവപ്പെടുന്നതും അതു് വല്യതായിവീങ്ങി കല്ലുപോലെ ആയിത്തീരുന്നതും അതോടൊപ്പം കക്ഷങ്ങളിൽ കഴലയും പനിയും ഉണ്ടാകുന്നതുമാണു്.

പ്രതിവിധി. പനിയും വേദനയും ശക്തിയായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ഡാക്ടറെ കാണിക്കുക. കുട്ടിക്കു പാൽ കൊടുക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ കുറെ പഞ്ഞികൊണ്ടു് മുലകാം പൊതിഞ്ഞു് കെട്ടിവയ്ക്കുകയും ഇടയ്ക്കിടയ്ക്കു് ചൂടുവെള്ളത്തിൽ തുണി മുക്കിപ്പിഴിഞ്ഞു് ആവി പിടിക്കുകയും ചെയ്യുക. പാൽ പിഴിഞ്ഞുകളയുകയോ ബ്രസ്റ്റ്പമ്പ് ഉപയോഗിച്ചു പാൽ എടുത്തുകളയുകയോ ചെയ്യണം. മുല പിഴിയേണ്ടതു് മുലയുടെ മേലററത്തുനിന്നും മുലക്കണ്ണുകളുടെ നേക്കു് ഉഴിഞ്ഞുകൊണ്ടായിരിക്കണം.

സ്തനങ്ങളിൽ ചോര കെട്ടുക (FLUSHED BREASTS)

പ്രസവാനന്തരം പത്തു ദിവസങ്ങാംക്കുള്ളിൽ രോഗാണുബാധമൂലം സംഭവിക്കുന്ന ഒരു രോഗമാണിതു്. സ്തനങ്ങാംക്കു് അസഹ്യമായ വേദനയും, വളരെ ശക്തിയായ പനിയും കാണപ്പെടുന്നു. പനി 105 ഡിഗ്രിവരെ ഉയരാറുണ്ടു്. പരിശോധനയിൽ മുലയുടെ ഒരു ഭാഗത്തു് ത്രികോണാകൃതിയിൽ ചുവന്നു് മിനുസ്സമുള്ള ഒരു ഭാഗം കാണപ്പെടുകയും ചെയ്യും.

പ്രതിവിധി. ചുടുവെള്ളത്തിൽ തുണി മുക്കിപ്പിഴിഞ്ഞു് കൂടെക്കൂടെ മുലയുടെ പുറത്തിടണം. രണ്ടു ദിവസത്തിനുള്ളിൽ ഇതു് സ്വയം മാറുന്നതാണു്. അപൂർവ്വമായി ചില കേസുകളിൽ ചുവന്നുകണ്ട ഭാഗത്തു് ഒരു പരു ഉണ്ടാകുന്നതുമാണു്.

മുലപ്പരു (ABSCESS OF THE BREAST)

മുലക്കണ്ണുകളിൽക്കൂടിയോ, മുലഞെട്ടിലുള്ള വിള്ളലുകളിൽക്കൂടിയോ രോഗാണുക്കൾ ഉള്ളിൽ പ്രവേശിക്കുന്നതിനാലാണു് മുലയിൽ കുരു (പരു) ഉണ്ടാകുന്നതു്. വിറയലോടുകൂടിയുള്ള പനി, ശക്തമായ വേദന, മുല ചുവന്നും വീങ്ങി മിനുസപ്പെട്ടും ഇരിക്കുക, കക്ഷത്തിൽ കഴല ഉണ്ടാകുകയും കൈ അനക്കാൻ പാടില്ലാത്ത വിധത്തിലായിത്തീരുകയും ചെയ്യുക, തുടങ്ങിയവയാണു് മുലപ്പരുവിൻെറ പ്രധാന ലക്ഷണങ്ങൾ.

പ്രതിവിധി. പരുവുള്ള മുലയിൽ സ്വാഭാവികമായി പഴുപ്പുണ്ടായിരിക്കുമല്ലോ. അതിനാൽ മുല കുടിപ്പിക്കാതിരിക്കയാണു് വേണ്ടതു്. ഡാക്ടറെ കാണിച്ചു ചികിത്സിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യണം.

കാൽവീക്കം (WHITE LEG)

കാലുകളിലുള്ള രക്തധമനികളിൽ രക്തക്കട്ടകൾ വന്നുകൂടി രക്തസഞ്ചാരം തടയപ്പെടുന്നതിനാലാണു് ഈ രോഗാവസ്ഥ ഉണ്ടാവുന്നതു്. പ്രസവശേഷം ഏതാണ്ടു് മൂന്നാഴ്ചയ്ക്കുശേഷമാണു് കാൽവീക്കം കണ്ടുവരുന്നതു്.

പനി, കാലുകളിലും തുടകളുടെ ഉൾഭാഗങ്ങളിലും വേദന അതേത്തുടർന്നു വീക്കവും, തടിപ്പും ഉണ്ടാവുക എന്നിവയാണു് കാൽവീക്കത്തിൻെറ പ്രധാന ലക്ഷണങ്ങൾ. ഗർഭകാലത്തുണ്ടാകുന്ന കാൽവീക്കംപോലെ പതുപതുപ്പായിട്ടല്ല പ്രസവശേഷമുണ്ടാകുന്ന ഈ വീക്കം കണ്ടുവരുന്നതു്.

കാലുകൾ വിളറിവെളുത്തും മിനുസപ്പെട്ടും ഇരിക്കും. വീക്കവും വേദനയും നിമിത്തം കാലനക്കാൻകൂടി കഴിയാത്ത സ്ഥിതിയിലെത്തിച്ചേരുന്നു ഒന്നൊന്നരമാസംകൊണ്ടേ ഈ രോഗം ഭേദപ്പെട്ടു കാണുന്നുള്ളു.

പ്രതിവിധി. ഡാക്ടറെ കാണിച്ചു് ചികിത്സിപ്പിക്കുകയും രോഗിയെ അനക്കാതെ കിടത്തുകയും മലമൂത്രവിസർജ്ജനത്തിനു് ബഡ്പാൻ (Bedpan)വച്ചുകൊടുക്കുകയും ചെയ്യണം. കാലിന്റെ ഇരുവശങ്ങളിലും ചൂടുലഭിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി മണൽകിഴികൾ വയ്ക്കുകയോ ഡാക്ടറുടെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം കാലുകളിൽ മരുന്നുപുരട്ടി പഞ്ഞികൊണ്ടു് മൂടിക്കെട്ടി വയ്ക്കുകയോ ചെയ്യുക. കാലിന്റെ വീക്കവും, വേദനയും മാറിയിട്ടല്ലാതെ യാതൊരുകാരണവശാലും എഴുന്നേല്ക്കാൻ രോഗിയെ അനുവദിച്ചുകൂടാ. ഈ രോഗാവസ്ഥയിൽ കാൽ അനക്കുന്നതു് അപകടകരവും, ജീവഹാനിക്കു തന്നെ കാരണമായേക്കാവുന്നതുമാണു്.

പ്രസവഘട്ടത്തിൽ ഗർഭാശയത്തിന്റെ കഴുത്തു് കീറിപ്പോകുന്നതുകാരണം രണ്ടോ മൂന്നോ ആഴ്ചകൾക്കുശേഷം ഉണ്ടായേക്കാവുന്ന പെൽവിക്കു്സെലൂലൈററിസ് (Pelvic cellulitis), ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നുതന്നെ രോഗാണുസംക്രമണം നടക്കുന്നതിനാൽ ഉണ്ടാകാവുന്ന പെൽവിക്കു് പെരിട്ടോണൈററീസ് (Pelvic peritonitis), ശ്വാസകോശ രക്തധമനികളിൽ രക്തക്കട്ടകൾ വന്നുകൂടി തടസ്സമുണ്ടാക്കുന്നതിനാൽ പെട്ടെന്നു ശ്വാസംമുട്ടലുണ്ടാകുകയും, മുഖത്തു് നീലനിറം വ്യാപിക്കുകയും മിക്കവാറും മരണപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്നതായ പൾമണറി എംബോളിസം (Pulmonary embolism) തുടങ്ങിയ ഗുരുതരമോ, മാരകമോ ആയേക്കാവുന്ന ചില രോഗങ്ങൾകൂടി പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന കാലത്തു് ഒരു മാതാവിനുണ്ടാകാവുന്നതാണു്. അതിനാൽ പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന കാലത്തു് കാര്യമായിട്ടു് എന്തെങ്കിലും രോഗലക്ഷണം കണ്ടാലുടനെ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുവാൻ ഒരിക്കലും അമാന്തിച്ചുകൂടാത്തതാകുന്നു.

അദ്ധ്യായം 19

നവജാത ശിശു

നവജാതശിശുവിൻെറ നിറം നേരിയ ചുവപ്പായിരിക്കും. ശിശുവിൻെറ നിറം, നീലനിറത്തിലാണെങ്കിൽ അതിന് ശ്വാസതടസ്സമുണ്ടെന്ന മനസ്സിലാക്കേണ്ടതാണ്. മഞ്ഞനിറം കാണപ്പെടുന്നപക്ഷം അതു് സ്വയം മാറിക്കൊള്ളും. മഞ്ഞപ്പിത്ത രോഗചികിത്സ ചെയ്യേണ്ട ആവശ്യമില്ല. ആരോഗ്യമുള്ള ഒരു ശിശു ജനിക്കുമ്പോൾ അതു് നന്നായി തടിച്ചു കൊഴുത്തിരിക്കുന്നതാണ്. വളരെ മൃദുവായ തൊലിയും മുതുകിലും, തലയിലും പട്ടുപോലെ നേർമ്മയുള്ള രോമവും ശരീരമാകെ ഒരുതരം കൊഴുപ്പും ഉണ്ടായിരിക്കും. പ്രസവിക്കുമ്പോൾ കാണപ്പെടുന്ന ഈ രോമം പൊഴിഞ്ഞുപോകുന്നതും, തലയിൽ പുതിയ മുടി വളരുന്നതുമാകുന്നു.

മാസം തികയാതെ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുക്കൾ വളരെ മെലിഞ്ഞും, സിഫിലിസ് എന്ന രോഗത്തോടുകൂടി ജനിക്കുന്ന ശിശുക്കളുടെ കണ്ണുകൾ പഴുത്തും ശരീരം മെലിഞ്ഞു് തൊലി ചുളുങ്ങി വാർദ്ധക്യസഹജമായ ലക്ഷണങ്ങളോടുകൂടിയും ആയിരിക്കും ജനിക്കുന്നതു്.

ടെമ്പറേച്ചർ (TEMPERATURE)

നവജാത ശിശുവിന്റെ ശരീരോഷ്മാവ് 99.9 ഡിഗ്രിയായിരിക്കും. ക്രമേണ ഈ ചൂട് കുറയുന്നതും എന്നാൽ ഇടയ്ക്കിടയ്ക്ക് ചൂടുയന്ന് 99 ഡിഗ്രി വരെ എത്തിച്ചേരുന്നതുമാകുന്നു. കുട്ടിയുടെ ടെമ്പറേച്ചർ നോക്കേണ്ടതു് തെർമ്മോമീററർ മലദ്വാരത്തിൽവച്ചായിരിക്കണം.

പൾസ് (PULSE)

ജനനശേഷം ആദ്യത്തെ രണ്ടു മാസത്തേയ്ക്കു് ശിശുവിന്റെ നാഡീസ്പന്ദനനിരക്ക് മിനിട്ടിൽ 130 മുതൽ 140 വരെ ആയിരിക്കുന്നതും, മൂന്നാംമാസം മുതൽ ആറാംമാസം വരെ 130 നും 120 നും ഇടയ്ക്കും, ഏഴാം മാസം മുതൽ 115 നും 105 നും ഇടയ്ക്കു ആയിരിക്കുന്നതാണു്.

ശ്വാസോച്ഛ്വാസം (റെസ്പിറേഷൻ–RESPIRATION)

ജനിച്ചയുടനെ ശിശുവിന്റെ ശ്വാസോച്ഛ്വാസനിരക്ക മിനിട്ടിൽ 30–35 പ്രാവശ്യമായിരിക്കും. ക്ലോറോഫോം, മോർഫിയാ തുടങ്ങിയ മയക്കമരുന്നുകൾ പ്രസവഘട്ടത്തിൽ മാതാവിൽ പ്രയോഗിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ കുട്ടിയുടെ ശ്വാസോച്ഛ്വാസനിരക്ക് ഇതിലും കുറവായിരിക്കുന്നതാണു്.

മൂത്രം (യൂറിൻ–URINE)

ശിശു പിറന്നാൽ ഉടനെതന്നെയോ പന്ത്രണ്ടു് മണിക്കൂറിനുള്ളിലോ, മൂത്രവിസർജ്ജനം നടക്കുന്നതായിരിക്കും. തുടന്നു് രണ്ടു രണ്ടര മണിക്കൂറിടവിട്ടു് ഏകദേശം ഒരൗൺസു വീതം മൂത്രവിസർജ്ജനമുണ്ടായിക്കൊണ്ടിരിക്കും.

മലശോധന (മോഷൻ—MOTION)

ജനനശേഷം പന്ത്രണ്ടു മണിക്കൂറിനകം ആദ്യത്തെ മലശോധനയുണ്ടാകും. മലം അല്പം അയഞ്ഞും കറുപ്പുനിറത്തിലുമായിരിക്കും. ആദ്യത്തെ രണ്ടു ദിവസങ്ങളിൽ പ്രതിദിനം ഏഴെട്ടു പ്രാവശ്യം വീതം മലശോധനയുണ്ടാകുന്നു. നാലാം ദിവസത്തോടുകൂടി മലത്തിൻെറ കറുപ്പുനിറം മാറി മഞ്ഞ നിറമായിത്തീരുന്നതാണ്. ആദ്യത്തെ ആഴ്ചയിൽ ദിനംപ്രതി മൂന്നു നാലു പ്രാവശ്യവും, തുടൎന്ന് ഒന്നോ രണ്ടോ പ്രാവശ്യം വീതവും മലശോധനയുണ്ടായികൊണ്ടിരിക്കും.

ഉറക്കം

ശരാശരി ഒരു ദിവസം ഇരുപതു മണിക്കൂർ വീതം ശിശുവിന്ന് ഉറക്കമാവശ്യമാണ്. രാത്രി 9–10 മണിക്ക് കുട്ടിയെ ഉണൎത്തി പാൽ കൊടുത്തു് ഉറക്കുക. പിന്നീട് രാവിലെ ആറുമണിക്കു മാത്രമേ കുട്ടിയെ ഉണൎത്തി പാൽ കൊടുക്കാവൂ. രാത്രിയിൽ പല പ്രാവശ്യം മുലകൊടുക്കുന്ന സമ്പ്രദായം നല്ലതല്ല. ദാഹമുള്ളപ്പോഴും വയററിൽ വേദനയുള്ളപ്പോഴും മാത്രമേ ശിശു ഉറങ്ങാതിരിക്കൂ. കുറെ ദിവസങ്ങൾക്കു ശേഷം ശിശുവിനെ മാതാവിൻെറ കിടക്കയിൽനിന്നും മാററി മറെറാരു കിടക്കയിൽ കിടത്തി വേണം ഉറക്കുവാൻ. മാതാവിൻെറകൂടെ കിടത്തി കുട്ടിയെ ഉറക്കുന്നതിനാൽ അനേകം കുട്ടികൾ ശ്വാസംമുട്ടി മരിച്ചുപോകാറുണ്ടു്. കുട്ടികളെ തൊട്ടിലിൽ ആട്ടി ഉറക്കുന്നതും നല്ലതല്ല.

ശിശുസ്നാനം

പ്രസവശേഷം മാതാവിനു ചെയ്യേണ്ട പ്രാഥമിക ശുശ്രൂഷകൾ ചെയ്തുകഴിഞ്ഞാലുടൻതന്നെ കുട്ടിയെ കുളിപ്പി

ക്കണം. നവജാതശിശുവിനെ കുളിപ്പിക്കുന്നതിനു മുമ്പായി സോപ്പ്, എണ്ണ, ടവ്വൽ, പൗഡർ ബോറിക്ക് ലോഷൻ, പൊക്കിൾക്കൊടി കെട്ടുവാനുള്ള സാധനങ്ങൾ, ബൈൻഡർ, ഉടുപ്പ് മുതലായവ തയാറാക്കിവച്ചിരിക്കണം.

നവജാത ശിശുവിൻെറ കണ്ണ്, മൂക്ക്, ചെവി എന്നിവ ബോറിക്ക് ലോഷനിൽ മുക്കിയ പഞ്ഞികൊണ്ടു് നല്ലവണ്ണം തുടച്ചു വൃത്തിയാക്കണം. എണ്ണയിൽ മുക്കിയ ഒരു തുണിക്കഷണംകൊണ്ടു് ശിശുശരീരത്തിലുള്ള എച്ചിൽ തുടച്ചുകളഞ്ഞതിനുശേഷം സോപ്പുതേച്ച് കുട്ടിയെ കുളിപ്പിക്കണം. കുളിപ്പിച്ചു തുവർത്തിയതിനുശേഷം വീണ്ടും മാർദ്ദവമുള്ള ഒരുണങ്ങിയ തുണികൊണ്ടു് ശരീരം മൊത്തത്തിലും വിശേഷിച്ച് കക്ഷം, കൈകാലുകളുടെ ഒടി എന്നീഭാഗങ്ങൾ നല്ലവണ്ണം തുടച്ച് പൗഡർ ഇടണം. ഒരു വയസ്സ് പ്രായമാകുന്നതുവരെ ദിവസം ഒരു പ്രാവശ്യം വീതം മാത്രമേ ശിശുക്കളെ കുളിപ്പിക്കാവൂ.

പൊക്കിൾക്കൊടി

സാധാരണയായി അഞ്ചാറുദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ പൊക്കിൾക്കൊടി പൊഴിഞ്ഞുപോകുന്നു. പൊക്കിൾക്കൊടി നനവില്ലാതെവയ്ക്കുവാൻ എപ്പോഴും ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതാണ്. പൊക്കിൾക്കൊടി നനഞ്ഞാൽ പഴുക്കുന്നതിനും, പഴുത്താൽ രോഗാണുബാധമൂലം ചിലപ്പോൾ ജീവാപായത്തിനും കാരണമായിത്തീരുന്നതാണ്.

പൊക്കിൾക്കൊടി സൂക്ഷിക്കേണ്ട വിധം

സ്റ്റെറിലൈസ് ചെയ്ത ഒരു കഷണം ലിൻറ് (Lint) നെടുകെയും കുറുകെയും മടക്കി, മടക്കുകൾ തമ്മിൽച്ചേരു

ന്ന അഗ്രഭാഗം കത്രികകൊണ്ടു് അല്പം വെട്ടി ഒരു ദ്വാരമു ണ്ടാക്കുക, ആ ദ്വാരത്തിൽക്കൂടി പൊക്കിൾക്കൊടി കട ത്തിയെടുത്തു് ഡസ്റ്റിംഗ് പൗഡറിട്ടു് ലിൻറിൻെറ നാല രികുകളും മേലോട്ടു മടക്കി അതിൻെറമീതെ കുറെ പഞ്ഞി കൂടെ വച്ചു് ഒരു ബയിൻറർ ഇടുക. ബയിൻറർ ഫ്ളാനൽ കൊണ്ടുണ്ടാക്കിയതും, അഞ്ചിഞ്ചു വീതിയും, രണ്ടടിയിൽ കുറയാതെ നീളവും പലകഷണങ്ങൾ കൂട്ടിച്ചേർത്ത (Many tailed bandage) തരത്തിലുള്ളതുമായിരുന്നാൽകൊള്ളാം. ബൈൻഡർ വയററത്തിട്ടു് അധികം മുറുക്കാതെ അതി ൻെറ അററങ്ങൾ തമ്മിൽ ചേർത്തു് നൂലുകൊണ്ടു് തുന്നി പ്പിടിപ്പിക്കണം. പൊക്കിൾക്കൊടി വീണാലും കുറെ ദിവസത്തേയ്ക്കുകൂടി ഡസ്റ്റിംഗ് പൗഡറിട്ടു് കെട്ടിവയ്ക്കു ണം. പൊക്കിൾ നന്നായുണങ്ങിയാൽപ്പിന്നെ ബൈൻ ഡർ മാററാവുന്നതാണു്.

കുട്ടി ഉടുപ്പു്

ശിശുവിനു തയ്ക്കുന്ന ഉടുപ്പു് നേർമ്മയുള്ള തുണികൊ ണ്ടുള്ളതും നല്ല അയവുള്ളതുമായിരിക്കണം. ഉടുപ്പു് ധരി പ്പിക്കുന്നതുകൊണ്ടു് ശിശുവിനു കൈകാലുകൾ ഇളക്കുന്ന തിനും, സുഗമമായി ശ്വാസോച്ഛ്വാസം ചെയ്യുന്നതിനും ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ടാകരുതു്. ശിശുവിൻെറ ശരീരത്തിൽ തൊട്ടി രിക്കുന്ന ഏതു തുണി നനഞ്ഞാലും കുട്ടി ഉടനെ കരയുന്ന താണു്. അതിനാൽ പ്രത്യേക കാരണമൊന്നും കൂടാതെ കുട്ടി കരയുമ്പോൾ അതു് മൂത്രമൊഴിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും, തുണി യും ശരീരവും നനഞ്ഞിട്ടുണ്ടെന്നും മനസ്സിലാക്കി നനഞ്ഞ തുണികൾ മാററുകയും ശരീരം തുടച്ചു് ഉണക്കുകയും ചെയ്യണം.

കുട്ടിയുടെ തൂക്കം

പ്രസവിച്ചയുടനെ ആരോഗ്യമുള്ള ഒരു സാധാരണ ശിശുവിൻെറ ശരാശരി തൂക്കം 3--3½ കിലോഗ്രാമാണ്. എന്നാൽ ആദ്യത്തെ മൂന്നു ദിവസത്തേക്കു് 120 മുതൽ 300 ഗ്രാം വരെ തൂക്കം കുറയും. അതിനുശേഷം കുറഞ്ഞ തൂക്കം ക്രമേണ കൂടി രണ്ടാഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ ജനിച്ചപ്പോഴുണ്ടായിരുന്ന തൂക്കത്തിൽ എത്തിച്ചേരും. ആദ്യത്തെ ആറുമാസങ്ങളിൽ ശിശുവിനു് ആഴ്ചയിൽ 175 ഗ്രാം വീതം തൂക്കം വർദ്ധിച്ചുകൊണ്ടാണ്ടുമിരിക്കും. തൂക്കത്തിൻെറ അഭിവൃദ്ധി മനസ്സിലാക്കുന്നപക്ഷം കുട്ടിയുടെ വളർച്ചയുടെ സ്വഭാവവും മനസ്സിലാക്കാവുന്നതാണ്.

സ്തന്യദാനം

മാതാവിൻേറയും ശിശുവിൻേറയും ശാരീരികവും, മാനസ്സികവും, വൈകാരികവുമായ സുസ്ഥിതിക്കുവേണ്ടി മാതാവു് കുട്ടിക്കു് സ്വന്തം മുലപ്പാൽ നല്കി വളർത്തേണ്ടതാവശ്യമാണ്. നിർഭാഗ്യവശാൽ പല യുവ മാതാക്കളും കുട്ടിക്കു മുല കൊടുക്കുന്നതിൽ വിമുഖരാണ്. എന്തുകൊണ്ടു് മുലകുടിപ്പിക്കുന്നില്ലെന്നു ചോദിച്ചാൽ മുലയിൽ പാലില്ലെന്നു പറയും. മുലയിൽ പാൽ ഇല്ലെങ്കിൽ ഡാക്ടറെക്കണ്ടു വിവരം പറഞ്ഞു് അതിനു പരിഹാരമുണ്ടാക്കുകയാണു വേണ്ടതു്. കുട്ടിക്കു മുല കൊടുത്താൽ മുലയുടെ മുഴപ്പും ഭംഗിയും നഷ്ടപ്പെടുമെന്നും തൻെറ സൗന്ദര്യത്തിനു കുറവു പററുമെന്നും മററുമുള്ള തെററായ ധാരണകളാണ് മാതാക്കളെ ഇതിനു പ്രേരിപ്പിക്കുന്നതെന്നു് തീർത്തും പറയുവാൻ എനിക്കു കഴിയും.

കുട്ടിയുടെ ശാരീരികവും, മാനസ്സികവുമായ ഘടനയ്ക്കു് ഏററവും യോജിച്ച ആഹാരം മുലപ്പാലാണ്.

ശിശുവിൻെറ വളർച്ചയ്ക്കും ആരോഗ്യത്തിനും ആവശ്യമായ എല്ലാ പോഷകമൂല്യങ്ങളും അടങ്ങിയിട്ടുള്ളതും മുലപ്പാലിൽ മാത്രമാകുന്നു. നവജാതശിശുവിൻെറ ദഹനേന്ദ്രിയങ്ങൾക്ക് മാതാവിൻെറ മുലപ്പാൽ ദഹിപ്പിച്ചാഗിരണം ചെയ്യുവാനുള്ള കഴിവു മാത്രമേയുള്ളൂ. മററു പാലോ, ഭക്ഷണസാധനങ്ങളോ കൊടുക്കുന്നതുമൂലം, ദഹനത്തകരാറുകളും തജ്ജന്യമായ രോഗങ്ങളും ഉണ്ടാകുന്നു. ശിശുരോഗങ്ങൾക്കും, ശിശുമരണങ്ങൾക്കും മുഖ്യകാരണം ടിൻ പാലുകളും, ടോണിക്കുകളും, പശുവിൻപാലും മററുമാകുന്നു.

മുലപ്പാൽ മാത്രം കുടിച്ചു വളരുന്ന കുട്ടികളേക്കാൾ പത്തിരട്ടി കൃത്രിമാഹാരം കഴിച്ചു വളരുന്ന കുട്ടികൾ മരണപ്പെടുന്നതായി സ്ഥിതിവിവരക്കണക്കുകൾ തെളിയിക്കുന്നു. ഉഷ്ണാതിസാരം (സമ്മർഡയറിയ– Summer Dirrhoea) എന്ന രോഗംമൂലം മരണപ്പെടുന്ന കുട്ടികളിൽ ബഹുഭൂരിപക്ഷവും, മററു പാലോ, ഭക്ഷണസാധനങ്ങളോ കഴിച്ചു വളരുന്നവരാണ്. മുലപ്പാൽ മാത്രം കുടിച്ചു വളരുന്ന കുട്ടികൾക്ക് താരതമ്യേന രോഗബാധ വളരെ കുറവും, രോഗം പിടിപെട്ടാൽത്തന്നെ അതെളുപ്പത്തിൽ ഭേദമാക്കാൻ കഴിയുന്നതുമാണ്.

മുലപ്പാലിലെ ഘടകങ്ങൾ

മുലപ്പാലിൽ കുട്ടിയുടെ ആരോഗ്യത്തിനും, ഓജസ്സിനും വളർച്ചയ്ക്കും അനുപേക്ഷണീയമായ എല്ലാ ഘടകങ്ങളും, ഏററവും എളുപ്പത്തിൽ ദഹിക്കത്തക്കവിധത്തിലാണ് അടങ്ങിയിട്ടുള്ളത്. മുലപ്പാലിലെ പ്രധാന ഘടകങ്ങൾ മാംസ്യം, പഞ്ചസാര, കൊഴുപ്പ്, ഉപ്പ്, ജീവകങ്ങൾ, വെള്ളം എന്നിവയാണ്. ഇതേ ഘടകങ്ങളെല്ലാംതന്നെ പശുവിൻ പാലിലും അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെ

ങ്കിലും, മുലപ്പാലിലുള്ളതിൻെറ ഇരട്ടി മാംസ്യം പശു വിൻ പാലിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്നതിനാൽ കുട്ടിയുടെ ആമാശയത്തിന്ന് അതു ദഹിപ്പിക്കുവാൻ കഴിവില്ല.

KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY KOTTAYAM

മുലവെള്ളം (കൊളൊസ്ട്രം-COLOSTRUM)

പ്രസവശേഷം ചിലപ്പോൾ കുറേദിവസത്തേയ്ക്കു മുലയിൽ പാലിനു പകരം വെള്ളംപോലെയുള്ള ഒരു ദ്രാവകമായിരിക്കും ഉണ്ടായിരിക്കുക. ഈ ദ്രവവിശേഷത്തിന്ന് മുലവെള്ളം അല്ലെങ്കിൽ കൊളോസ്ട്രം എന്നു പറയുന്നു. അമൂല്യങ്ങളായ പോഷകഗുണങ്ങളോടു കൂടിയ ഈ ദ്രാവകത്തിൽ കൊഴുപ്പും, പഞ്ചസാരയും, ഉപ്പും കുറവാണെങ്കിലും മാംസ്യസമൃദ്ധമായിരിക്കും. ഈ മാംസ്യമാകട്ടെ ദഹനക്രിയ കൂടാതെ തന്നെ രക്തത്തിലേയ്ക്കു സ്വീകരിക്കാവുന്ന വിധത്തിലായതുകൊണ്ടു് മററു മാംസ്യങ്ങൾ നിമിത്തമുണ്ടാകുന്ന ദോഷഫലം ഇതിനൊരിക്കലുമുണ്ടാകുകയില്ല.

പ്രസവിച്ച രണ്ടോ മൂന്നോ ദിവസം കഴിഞ്ഞിട്ടും മുലയിൽ പാൽ കാണുന്നില്ലെന്നും വെള്ളം മാത്രമാണുള്ളതെന്നും പറഞ്ഞുകൊണ്ടു് പലരും കുട്ടിക്കു് പശുവിൻ പാലോ മററു ടിൻ പാലുകളോ കൊടുത്തുതുടങ്ങുകയും, മുല കുടിപ്പിക്കാതിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നതുകൊണ്ടാണു് മുലപ്പാൽ സ്രവണംതന്നെ നിന്നുപോകാനിടയാകുന്നതു്.

മാതൃത്വത്തിൻെറ മഹനീയതയ്ക്കും, സന്താനങ്ങളുടെ മാതൃവാത്സല്യത്തിനും സ്തന്യദാനം ഒഴിച്ചുകൂടാൻ പാടില്ലാത്ത ഘടകമാകുന്നു. ശിശുവിന്നു് പെററമ്മയുടെ പാൽ കുടിക്കാനുള്ള അവകാശവും, സ്വന്തം കുട്ടിയെ പാലൂട്ടാനുള്ള ബാദ്ധ്യതയും പ്രകൃതിസഹജമായ ഒരവകാശവും, ബാദ്ധ്യതയുമാണു്. സ്തന്യോപജീവികളുടെ ഈ സഹജവാസനയെ പരിഷ്ക്കാരത്തിൻെറ പേരിലായാലും, മറെറന്തിൻെറ

പേരിലായാലും തടയുന്നതു് കുററകരവും ശിക്ഷാർഹവു മാണെന്നാണു് എൻെറ സുചിന്തിതമായ അഭിപ്രായം.

സ്തന്യദാനംകൊണ്ടുള്ള ഗുണങ്ങൾ

1 മാതാവിനു് ശിശുവിനോടും, ശിശുവിനു് മാതാവിനോടും, ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ട അഭേദ്യമായ ബന്ധത്തിനും വൈകാരികമായ സത്ഭാവങ്ങൾക്കും സ്തന്യപാനമല്ലാതെ മററു മാർഗ്ഗങ്ങളൊന്നുമില്ല.

2 സ്തന്യദാനംകൊണ്ടേ മാതാവിൻെറ ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങി പൂർവ്വസ്ഥിതിയെ പ്രാപിക്കയുള്ളു.

3 സ്തന്യപാനംകൊണ്ടല്ലാതെ ശിശുവിനു് യോഗ്യവും, മാതൃകാപരവുമായ ഭക്ഷണം ലഭിക്കയില്ല. കുപ്പിപ്പാലുകളും, പാട്ടപ്പൊടികളും മാതാപിതാക്കൾക്കു് ദ്രവ്യയമുണ്ടാക്കാൻ സഹായിക്കുമെന്നല്ലാതെ സ്വന്തം കുട്ടിയുടെ ആരോഗ്യത്തിനു യോജിച്ചതല്ല.

4 കൃത്രിമാഹാരം കൊടുക്കുന്നതിനേക്കാൾ എളുപ്പവും, സന്തോഷകരവുമായ ഒരു പാവനകൃത്യമാണു് മുലപ്പാലൂട്ടുക എന്നതു്.

5 സ്തന്യദാനംകൊണ്ടല്ലാതെ മാതൃത്വം എന്ന മഹനീയപദവിയിലേയ്ക്കു് യാതൊരു സ്ത്രീയും ഉയരുകയില്ല.

സ്തന്യദാനക്രമം

പ്രസവം കഴിഞ്ഞു് മാതാവു് നല്ലവണ്ണമുറങ്ങിയശേഷമാണു് സ്വന്തം കുട്ടിക്കു് ആദ്യമായി മുലകൊടുക്കേണ്ടതു്. പ്രസവശേഷമുള്ള ആദ്യത്തെ രണ്ടു ദിവസങ്ങളിൽ ആറു മണിക്കൂർ ഇടവിട്ടു് മുലകൊടുക്കണം. ഈ

രണ്ടു ദിവസംകൊണ്ടു് കുട്ടി മുല വലിച്ചു കുടിക്കാൻ പഠി ക്കുന്നതും, മുലയിൽ പാൽ ഉണ്ടായിത്തുടങ്ങുന്നതുമാണു്. ആദ്യദിവസങ്ങളിൽ അധികംപ്രാവശ്യവും വളരെ നേര വും മുല കൊടുക്കരുതു്. അങ്ങിനെ ചെയ്താൽ മുലക്കണ്ണു കഠം പൊട്ടുന്നതാണു്. ഒരൗൺസ് തിളപ്പിച്ചാറിയ വെള്ളം നേരിയ ചൂടോടുകൂടി കുറേദിവസങ്ങഠം തുടർച്ച യായി ഇടയ്ക്കിടയ്ക്കു് ശിശുവിനു കൊടുത്തുകൊണ്ടിരിക്ക ണം. ചെറുചൂടുള്ള വെള്ളം കൊടുത്താൽ കുട്ടി വല്ലാതെ കരഞ്ഞു് ബുദ്ധിമുട്ടുകയുമില്ല.

മുലയിൽ പാൽ ആവശ്യത്തിനുണ്ടായാൽ പിന്നെ അഞ്ചോ, പത്തോ മിനിട്ടിൽ കൂടുതൽ സമയം മുല കുടി പ്പിക്കരുതു്. അധികനേരം മുല കുടിപ്പിച്ചാൽ കുട്ടിയുടെ ആമാശയത്തിൽ കൊള്ളാത്തത്ര പാൽ അകത്തു ചെല്ലു ന്നതും കുട്ടി ഛർദ്ദിക്കുന്നതുമാണു്.

ആരോഗ്യമുള്ള ഒരു ശിശുവിനു് നാലുമണിക്കൂറിട വിട്ടു് മുലകൊടുത്താൽ മതിയാകും. രാത്രി പത്തുമണിക്കു ശേഷം രാവിലെ ആറു മണിയാകുന്നതുവരെ മുല കൊടുക്കു കയുമരുതു്. ഒരിക്കൽ മുല കൊടുത്തിട്ടു് നാലുമണിക്കൂറെ ങ്കിലും ആകുന്നതിനു മുമ്പു് കുട്ടി കരഞ്ഞാൽ കുട്ടിയെ കിട ത്തിയിരിക്കുന്ന തുണിയോ, ഷീറ്റോ നനഞ്ഞിട്ടുണ്ടോ എന്നാണു് ആദ്യമായി ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതു്. നനഞ്ഞിട്ടുണ്ടെ ങ്കിൽ അതു മാററി പകരം ഉണങ്ങിയതുപയോഗിക്കുക. തുണി നനഞ്ഞിട്ടില്ലെങ്കിൽ മുമ്പു പറഞ്ഞതുപോലെ ഒരൗ ൺസ് ചെറുചൂടുവെള്ളമാണു് കുട്ടിക്കു കൊടുക്കേണ്ടതു്. കുട്ടികഠം കരയുന്നതു് വിശന്നിട്ടാണെന്നും, മുലകുടിക്കാ നാണെന്നും മററുമുള്ള ധാരണകഠം ശരിയല്ല. മുലകൊടു ക്കേണ്ടതു് ഇരുന്നുകൊണ്ടായിരിക്കണം.

ചിത്രം 130

ഇരുന്നുകൊണ്ടു് മുലകൊടുക്കേണ്ട രീതി

ചിത്രത്തിൽ കാണുന്നതുപോലെ ഒരു കാൽ അല്പം പൊക്കിവച്ചുവേണം മുലകൊടുക്കുവാൻ. മുല കുടിക്കുമ്പോൾ കുട്ടിക്കു് ശ്വാസംമുട്ടാതിരിക്കുന്നതിനു വേണ്ടി മുല വിരൽകൊണ്ടു് അല്പം അമർത്തിപ്പിടിച്ചുകൊടുക്കണം. മുല കൊടുക്കുന്നതിനു മുമ്പും പിമ്പും മുലകൾ കഴുകി തുടച്ചു വൃത്തിയാക്കണം.

ശിശുവിനു് നല്ല ഉറക്കമുണ്ടായിരിക്കുകയും അതിന്റെ തൂക്കം ക്രമമായി വർദ്ധിക്കുകയും ക്രമമായി മലശോധന യുണ്ടായിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം മുലകൊടുക്കുന്ന ക്രമം ശരിയായിട്ടുണ്ടെന്നു മനസ്സിലാക്കണം. മറിച്ചാണു് കാണുന്നതെങ്കിൽ ആദ്യമായി മുലകൊടുക്കൽ ക്രമം ശരിപ്പെടുത്തുകയാണു വേണ്ടതു്.

ശിശു ആവശ്യത്തിൽ കവിഞ്ഞ് മുല കുടിച്ചാൽ വയറുവദന നിമിത്തം എപ്പോഴും കരഞ്ഞുകൊണ്ടിരിക്കുന്നതും, ദഹിക്കാത്ത പാല്ക്കട്ടയോടുകൂടിയ മലമിളകിപ്പോകുന്നതും, ഛർദ്ദി ഉണ്ടാകുന്നതും തൂക്കം ക്രമാതീതമായി വർദ്ധിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നതുമാണ്. ഈ ലക്ഷണങ്ങൾക്കു ശേഷം തൂക്കക്കുറവ്, ക്ഷീണം, പച്ചനിറത്തിലുള്ള അതിസാരം, കുടിക്കുന്ന പാൽ ദഹിക്കാതെ തൈരുപോലുള്ള ഛർദ്ദി മുതലായ ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടുതുടങ്ങും. മേൽ വിവരിച്ച ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടാൽ മററു പ്രത്യേകകാരണങ്ങളൊന്നുമില്ലെങ്കിൽ കുട്ടി ആവശ്യത്തിൽ കവിഞ്ഞ് പാൽ കുടിക്കുന്നുണ്ടെന്നു മനസ്സിലാക്കി അതു് നിയന്ത്രിക്കുകയാണു ബുദ്ധിമതിയായ മിഡ്വൈഫിന്റേയും, മാതാവിന്റേയും ചുമതല.

ഇതുപോലെതന്നെ ആവശ്യത്തിനു പാൽ ലഭിക്കാതെ വന്നാലും ശിശുവിന്റെ ആരോഗ്യത്തെ അതു സാരമായി ബാധിക്കുന്നു. കുട്ടികൾക്ക് ആവശ്യത്തിനു പാൽ ലഭിക്കാതെ വന്നാൽ അതിന്റെ ശരീരത്തിന്റെ ചൂട് കുറയുന്നു. വയർ ഒട്ടുകയും, മലബന്ധം ഉണ്ടാകുകയും, മലം ഉറച്ചും ഉണങ്ങി വരണ്ട രീതിയിലും പോകുകയും ചെയ്യും. തുടന്ന് പച്ചനിറത്തിലുള്ള അതിസാരമുണ്ടാവുകയും തൂക്കം കുറഞ്ഞുവരികയും ചെയ്യുന്നു.

മുലയിൽ പാൽ കുറവായിരിക്കുന്നതുകൊണ്ടാണല്ലോ കുട്ടിക്ക് ആവശ്യമുള്ളത്ര പാൽ ലഭിക്കാതെ വരുന്നതു്. മുലയിൽ പാൽ കുറയുവാനുള്ള കാരണം എന്താണെന്ന് അന്വേഷിച്ചറിഞ്ഞ് അതിനു പരിഹാരം ഉണ്ടാക്കുകയെന്നതാണ് ആദ്യമായി ചെയ്യേണ്ടതു്.

മാതാവിനോ, ശിശുവിനോ എന്തെങ്കിലും അസുഖമുണ്ടെങ്കിൽ അതിന് ആവശ്യമായ ചികിത്സകൾ ചെയ്യുക. പ്രത്യേതിച്ച് അസുഖമൊന്നും ഇല്ലാതിരിക്കുകയും

മുലയിൽ പാൽ കുറവായിരിക്കുകയും പെയ്യുന്നപക്ഷം മുല കൊടുക്കുന്നതിനുമുമ്പ് ഓരോ പ്രാവശ്യവും മാതാവ് ഓരോ ഗ്ലാസ്സ് നല്ല വെള്ളം കുടിക്കുക. രണ്ടു മുലകളും ചൂടുവെള്ളംകൊണ്ടും, പച്ചവെള്ളംകൊണ്ടും മാറി മാറി അഞ്ചു മിനിട്ടു നേരത്തേയ്ക്ക് ധാരകോരുക. ദിവസേന ഈ ധാര രണ്ടു പ്രാവശ്യം വീതം ചെയ്യുന്നതു നന്നായിരിക്കും. രാവിലെയും വൈകിട്ടും മുലകളുടെ മേൽഭാഗത്തു നിന്നും മുലഞെട്ടിൻെറ ഭാഗത്തേയ്ക്ക് പത്തു മിനിട്ടു നേരം മെല്ലെ ഉഴിഞ്ഞുകൊടുക്കുകയും ചെയ്യുക. ഓരോ പ്രാവശ്യം മുലകൊടുക്കുമ്പോഴും അഞ്ചു മിനിട്ടുനേരത്തേയ്ക്ക് രണ്ടു മുലകളും മാറി മാറി കുടിപ്പിക്കുക. മുലകൾക്കു ഇത്രയും സംരക്ഷണം നൽകുന്നപക്ഷം ധാരാളം പാൽ മുലയിൽ ഉണ്ടാകുന്നതാണ്. ഇവയെല്ലാം ചെയ്തിട്ടും പ്രയോജനമുണ്ടാകാത്തപക്ഷം മാത്രം ഡാക്ടറെ കാണുകയും, അദ്ദേഹത്തിൻെറ നിർദ്ദേശങ്ങളനുസരിക്കുകയും ചെയ്താൽ മതിയാകും.

മുലകുടി മാററൽ (വീനിംഗ്—WEANING)

പത്തുമാസം പ്രായമാകുന്നതോടുകൂടി മുലകുടി ക്രമേണ നിർത്തേണ്ടതാകുന്നു. മുലകൊടുക്കുന്നതിൻെറ സമയം ദീർഘിപ്പിച്ച് ക്രമേണ ഒന്നൊന്നര മാസംകൊണ്ടേ മുലകുടി നിർത്താവൂ. പെട്ടെന്നു് മുലകുടി നിർത്താൻ ശ്രമിക്കുന്നതുകൊണ്ടാണ് അതു സാധിക്കുന്നില്ലെന്നും, ചെന്നിനായകം അരച്ചുപുരട്ടീട്ടുപോലും കുട്ടി മുലകുടിക്കുന്നു എന്നും പറയുന്നതു്. കുട്ടി കരയുമ്പോഴൊക്കെ മുല വായിൽ വച്ചുകൊടുത്തു ശീലിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള കുട്ടികളുടെ മുലകുടി മാററാനാണ് കൂടുതൽ പ്രയാസം അനുഭവപ്പെടുന്നതു്. നേരത്തെതന്നെ മുല കൊടുക്കേണ്ട ക്രമം കൃത്യമായി പാലിച്ചിട്ടുള്ളവർക്ക് അവരുടെ കുട്ടികളുടെ മുലകൊടി മാററാനും പ്രയാസം നേ

രിടുന്നതല്ല. പെട്ടെന്നു മുലകുടി നിത്തിയാൽ മുലകാംക്കു വീക്കവും, വേദനയും അനുഭവപ്പെടുന്നതായിരിക്കും. പെട്ടന്നു് ഒരു ദിവസം മുലകൊടി പൂൎണ്ണമായും നിത്തി കുട്ടിക്കു മററു ഭക്ഷണം കൊടുത്തുതുടങ്ങിയാൽ അതിനു് ദഹനക്കേടും മററസുഖങ്ങളും ഉണ്ടാകും. അതിനാൽ ക്രമേണ മുലകുടിപ്പിക്കുന്ന സമയം ദീർഘിപ്പിക്കുകയും, മുലകൊടുക്കുമ്പോാം കുറേശ്ശെ മാത്രം കൊടുത്തുകൊണ്ടു് ഇടസമയങ്ങളിൽ മററു ഭക്ഷണങ്ങാം കൊടുത്തു ശീലിപ്പിക്കുകയുമാണു് വേണ്ടതു്.

രണ്ടു തരം മാതാക്കളെയാണു് ഇക്കാലങ്ങളിൽ കണ്ടുവരുന്നതു്. വിദ്യാഭ്യാസവും, പരിഷ്കാരവുമൊക്കെയുണ്ടെന്നഭിമാനിക്കുന്ന അഭ്യസ്ഥവിദ്യകളായ മാതാക്കാം; ഇക്കൂട്ടർ മുലകൊടുക്കാതിരിക്കുകയും, ഇതൊന്നുമില്ലാത്ത ഗ്രാമീണസ്ത്രീകാം അഞ്ചുമാറും വയസ്സുവരെ മുലകൊടുക്കുകയും ചെയ്തുവരുന്ന പരിതാപകരമായ അവസ്ഥാവിശേഷമാണിന്നുള്ളതു്, ഈ രണ്ടു സമ്പ്രദായങ്ങളും ഒരുപോലെ തെററും, ശിക്ഷാർഹവുമാണു്. 10 മാസം വരെ മുലകൊടുക്കുകയും. അതിനുശേഷം ഒരുവയസ്സാകുന്നതിനുള്ളിൽ മുലകുടി നിശ്ശേഷം മാററുകയുമാണുവേണ്ടതു്. പരിഷ്കൃതരെന്നോ, അപരിഷ്കൃതരെന്നോ ഉള്ള വ്യത്യാസംകൂടാതെ ഈ നിയമം കർശനമായും പാലിക്കേണ്ടതാണു്. പത്തു മാസം പൂർത്തിയാകുന്നതോടുകൂടി മുലപ്പാലിലെ പോഷകമൂല്യങ്ങാം നഷ്ടപ്പെട്ടുതുടങ്ങുന്നതാണു്. അതിനാൽ പിന്നീടു മുലകുടിപ്പിക്കുന്നതുകൊണ്ടു് മാതാവിനോ, ശിശുവിനോ പ്രത്യേകിച്ച ഒരു പ്രയോജനവും ലഭിക്കുന്നില്ല എന്നു തന്നെയല്ല തുടൎന്നുള്ള മുലകുടിപ്പിക്കൽ മാതാവിൻെറ ആരോഗ്യസ്ഥിതിക്കു ഹാനികരവുമാണു്.

സ്തന്യദാനം പാടില്ല

ചിത്തഭ്രമം, അപസ്മാരം, ക്ഷയം, ഹൃദ്രോഗം, അർബ്ബുദം എന്നീ രോഗങ്ങൾ മാതാവിനുണ്ടെങ്കിൽ കുട്ടിക്ക് മുല കൊടുത്തുകൂടാ. അപസ്മാരം, ചിത്തഭ്രമം എന്നീ രോഗങ്ങളുള്ള മാതാക്കളുടെ സമീപത്ത് ശിശുവിനെ കിടത്താനും പാടില്ല. സിഫിലിസ് എന്ന രോഗബാധയുണ്ടെങ്കിൽ അതു് ചികിത്സിച്ചു ഭേദമാക്കുന്നതുവരെ ശിശുവിനു് മുല കൊടുത്തുകൂടാത്തതാകുന്നു.

ഗർഭധാരണത്തിനുശേഷമുള്ള സ്തന്യദാനവും പാടില്ലാത്തതാണു്. ആർത്തവദിവസങ്ങളിൽ മുല കൊടുക്കുന്നതുകൊണ്ടു് അപകടമൊന്നുമുണ്ടാകുന്നതല്ല.

അദ്ധ്യായം 20

കൃത്രിമാഹാരങ്ങൾ

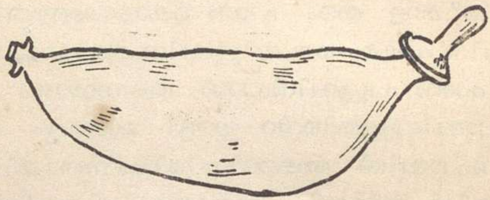
മാതാവിനുണ്ടാകുന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥകൊണ്ടോ, മുലയിൽ പാൽ തീരെ ഇല്ലാതെ വരുന്നതുകൊണ്ടോ ശിശുവിന് മററു തരം പാൽ കൊടുക്കേണ്ടതായിവരും. മുലപ്പാലിനു പകരം ഒരു ശിശുവിനു കൊടുക്കാവുന്ന ഏററവും നല്ല പാൽ പശുവിൻപാൽ തന്നെയാണ്. അമ്മയുടെ മുലപ്പാലിലുള്ളതിൻെറ ഇരട്ടി മാംസ്യം (Protein) പശുവിൻപാലിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്നതായി മുൻ അദ്ധ്യായത്തിൽ വിവരിച്ചിട്ടുണ്ടല്ലോ. പശുവിൻപാൽ അതേപടി ദഹിപ്പിക്കുവാൻ ശിശുവിൻെറദഹനേന്ദ്രിയങ്ങൾക്കു കഴിവില്ലാത്തതിനാൽ അതിൽ മൂന്നിരട്ടി തിളച്ചവെള്ളം ചേർത്ത് അരിച്ചുവേണം കൊടുക്കുവാൻ.

ശിശുവിൻെറ ദഹനേന്ദ്രിയങ്ങൾക്കും, ദഹനശക്തിക്കും കോട്ടം തട്ടാതിരിക്കണമെങ്കിൽ കൃത്യസമയങ്ങളിൽ മാത്രം പാൽ കൊടുക്കേണ്ടതാകുന്നു. കുട്ടി കരയുമ്പോഴൊക്കെ മുലക്കുപ്പി പിടിച്ചുകൊടുക്കുന്നതു് ശരിയല്ല.

ഒരു ശിശു പിറന്നാലുടനെ അതിൻെറ ആമാശയത്തിനു് ഒരൗൺസു് കൊള്ളാനുള്ള വലിപ്പമേ ഉണ്ടായിരിക്കു. രണ്ടാഴ്ചകഴിഞ്ഞാൽ രണ്ടൗൺസും, മൂന്നു മാസം പ്രായമായാൽ 5 ഔൺസും ആറാംമാസത്തിൽ 7 ഔൺസും ഒരു വയസ്സാകുമ്പോഴേയ്ക്കു് 9 ഔൺസും കൊള്ളുന്നതിനുള്ള വലിപ്പമേ ഉണ്ടായിരിക്കയുള്ളു. പ്രായാനുസരണം ശിശുവിൻെറ വയററിൽ കൊള്ളുന്നതിലപ്പുറം പാലോ മററു ഭക്ഷണസാധനങ്ങളോ കൊടുത്താൽ ഉണ്ടാകാവുന്ന അപകടം എന്തായിരിക്കുമെന്നൂഹിക്കാമല്ലോ.

മുലക്കുപ്പികറം:-

പശുവിൻപാൽ കൊടുക്കുന്ന കുട്ടികറംക്കു് പാലു കൊടുക്കുന്നതിനുവേണ്ടി രണ്ടുമുലക്കുപ്പികളും നിപ്പിളുകളും ആവശ്യമാണു്. മുലക്കുപ്പികറം ഉപയോഗിക്കുന്നതിനുമുമ്പു് ചൂടുള്ള കാരവെള്ളത്തിൽ കഴുകണം.



ചിത്രം 131: മുലക്കുപ്പി

കുപ്പിയുടെ അകം അനുയോജ്യമായ ഒരു ബ്രഷുകൊണ്ടു് ഉരസികഴുകിയതിനുശേഷം വീണ്ടും പച്ചവെള്ളത്തിലിട്ടു് തിളപ്പിച്ചെടുക്കേണ്ടതാണു്. ഓരോപ്രാവശ്യം പാൽ കൊടുത്തുകഴിയുമ്പോഴും മുലക്കുപ്പി നല്ലവണ്ണംകഴുകി

പച്ചവെള്ളം നിറച്ചു വച്ചിരിക്കണം. കുപ്പികാം മാറിമാറി ഉപയോഗിക്കേണ്ടതും ദിവസത്തിൽ ഒരിക്കൽ മുൻപറഞ്ഞതുപോലെ കാരവെള്ളത്തിൽ കഴുകി വീണ്ടും തിളപ്പിച്ചെട്ടക്കേണ്ടതുമാണ്.

നിപ്പിറം:—

പുതിയ നിപ്പിറം അല്പം ഉപ്പുതേച്ച് പച്ചവെള്ളത്തിൽ കഴുകി, വീണ്ടും ചൂടുവെള്ളത്തിൽ നന്നായികഴുകി മൂടിവച്ചുകൊള്ളണം. ഓരോപ്രാവശ്യം പാൽ കൊടുത്തുകഴിയുമ്പോഴും നിപ്പിറം ഊരി ഉപ്പുതേച്ചു കഴുകി മൂടിവയ്ക്കേണ്ടതാണ്. ദിവസത്തിൽ ഒരിക്കലെങ്കിലും അതു് ചൂടുവെള്ളമൊഴിച്ച് കഴുകുകയും ചെയ്യേണ്ടതാകുന്നു. നിപ്പിളിൻെറ ദ്വാരത്തിനു് വലിപ്പം കൂടിയാൽ പാൽ കൂടുതലായി വന്നു് കുട്ടിക്കു് ശ്വാസംമുട്ടൽ ഉണ്ടാകുന്നതിനും, ദ്വാരംതീരെ ചെറുതായിപ്പോയാൽ വലിച്ചു കുടിക്കാൻ കുട്ടിക്കു് പ്രയാസം നേരിടുന്നതിനും ഇടയായിത്തീരുന്നതാണ്. ശിശുവിനു കൊടുക്കേണ്ട പാലിൻെറചൂടു് 100 ഡിഗ്രിയിൽ കൂടാതിരിക്കുവാൻ പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കണം. ഒരു തുള്ളി പാൽ പുറം കയ്യിൽ ഇററിച്ചാൽ ചൂടനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടെങ്കിൽ പാലിൻെറ ചൂടു് പാകമാണെന്നു തീരുമാനിക്കാവുന്നതാണ്. ഒരിക്കൽതിളപ്പിച്ചപാൽ വീണ്ടുംതിളപ്പിച്ചുകൂടാ. ചൂടു പോരെന്നു തോന്നുന്നപക്ഷം പാൽ മുലക്കുപ്പിയിലാക്കി ചൂടുവെള്ളത്തിൽ കുപ്പി അല്പനേരം വച്ചിരുന്നാൽ മതിയാകും.

പ്രായാനുസരണം ശിശുവിനു് ഓരോപ്രാവശ്യവും കൊടുക്കേണ്ട പാലിൻെറയും മററു ഭക്ഷണപാനീയങ്ങളുടെയും അളവുകളും സമയക്രമങ്ങളും

ഒന്നാംദിവസം മുതൽ ഒരു വയസ്സ് പ്രായമാകുന്നതുവരെയുള്ള കാലഘട്ടത്തിൽ ശിശുക്കൾക്ക് പ്രതിദിനം നൽകേണ്ട ഭക്ഷണവിവരപ്പട്ടിക

പ്രായം	ശിശുവിൻെറ തൂക്കം (കിലോഗ്രാം)	പശുവിൻപാൽ A (മില്ലി ലിററർ)	പാലിൽ ചേർക്കേണ്ട തിളച്ച വെള്ളം (മില്ലി ലിററർ)	പഞ്ചസാര (ഗ്രാം)	പ്രതിദിനം ഭക്ഷണം കൊടുക്കേണ്ട തവണ	ഒരുതവണ കൊടുക്കേണ്ട അളവ്	പഴച്ചാറുകൾ B (മില്ലി ലിററർ)	മീനെണ്ണ (Shark liver oil) B (ററീസ്പൂൺ)	പഴങ്ങളുടെയും പച്ചക്കറികളുടെയും മാംസളഭാഗം (ഗ്രാം) D	ധാന്യപ്പൊടികൾ E (ഗ്രാം)
ദിവസം 3–5	2–3	30 ML (1 ഔ)	90 ML (3 ഔ)	....	5	30 ML (1 ഔ)	....	....	....	....
7–13	....	45 ML ($1\frac{1}{2}$ ഔ)	120 ML (4 ഔ)	....	5	30 ML (1 ഔ)	....	....	....	....
14–20	....	60 ML (2 ഔ)	150 ML (5 ഔ)	....	5	45 ML ($1\frac{1}{2}$ ഔ)	....	....	....	....
21–30	....	75 ML ($2\frac{1}{2}$ ഔ)	180 ML (6 ഔ)	....	6	60 ML (2 ഔ)	....	....	....	....

മാസം 1	3.0	300 ML (10 ഔ)	150 ML (5 ഔ)	15 G (½ ഔ)	6	75 ML (2½ ഔ)	30 ML (1 ഔ)	½ ടീ സ്പൂൺ	....	....
2	3.5	360 ML (12 ഔ)	180 ML (6 ഔ)	15 G (½ ഔ)	6	90 ML (3 ഔ)	30 ML (1 ഔ)	½ ടീ സ്പൂൺ	....	....
3	4.0	420 ML (14 ഔ)	210 ML (7 ഔ)	22½ G (¾ ഔ)	6	105 ML (3½ ഔ)	30 ML (1 ഔ)	½ ടീ സ്പൂൺ	....	....
4–5	4.5–5	480–540 ML (16-18 | 240 ML 8 ഔ)	30 G (1 ഔ)	5	120 ML (4 ഔ)	45 ML (1½ ഔ)	½ ടീ സ്പൂൺ	....	....
6–7	5.5–6	600–660 ML (20-22	240 ML (8 ഔ)	37½ G (1¼ ഔ)	5	135 ML (4½ ഔ)	60 ML (2 ഔ)	¾ ടീ സ്പൂൺ	15 ഗ്രാം (½ ഔ)	....
8–9	6.5–7	720 ML (24 ഔ)	240 ML (8 ഔ)	45 G (1½ ഔ)	5	150 ML (5 ഔ)	60 ML (2 ഔ)	1 ടീ സ്പൂൺ	30 ഗ്രാം (1 ഔ)	15 ഗ്രാം (½ ഔ)
10–11	7.5–8	780 ML (26 ഔ)	240 ML (8 ഔ)	52½ G (1¾ ഔ)	5	180 ML (6 ഔ)	90 ML (3 ഔ)	1 ടീ സ്പൂൺ	45 ഗ്രാം (1½ ഔ)	30 ഗ്രാം (1 ഔ)
12	8.5	840 ML (28 ഔ)	240 ML (8 ഔ)	60 G (2 ഔ)	5	210 ML (7 ഔ)	90 ML (3 ഔ)	1 ടീ സ്പൂൺ	45 ഗ്രാം (1½ ഔ)	45 ഗ്രാം (1½ ഔ)

A മുലകുടിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്കു്, പശുവിൻപാൽ രണ്ടോ മൂന്നോതവണയിൽക്കൂടുതൽ കൊടുക്കരുതു്. മുലപ്പാൽ ആവശ്യത്തിനുണ്ടെങ്കിൽ അതു മാത്രം മതിയാകും.

B ഓറഞ്ചു്, തക്കാളി എന്നിവയുടെ നീരു് വിററാമിൻ ''സി'' ലഭിക്കുന്നതിനും നല്ലമലശ്ശോധനയുണ്ടാകാനും സഹായിക്കുന്നു.

C മീനെണ്ണ വിററാമിൻ ''എ'' യും, ''ഡി''യും നൽകുന്നു.

D നേന്ത്രപ്പഴം, മാമ്പഴം, പപ്പായ (കർമൂസ്) എന്നിവയുടെ മാംസളഭാഗങ്ങളും, വേവിച്ച ഇളം പച്ചക്കറികളും ആറേഴ മാസമാകുമ്പോൾ മുതൽ ആവശ്യമെങ്കിൽ കൊടുക്കാം.

E 8–ാംമാസം മുതൽ ധാന്യപ്പൊടികളും, റൊട്ടിയും, പാലും പഞ്ചസാരയും ചേർത്തു് കുറുക്കിക്കൊടുക്കാവുന്നതാണു്.

ഈ പട്ടികപ്രകാരം ഓരോപ്രാവശ്യവും കൊടുക്കേണ്ട പാലിന്റെ അളവും പാലിൽ ചേർക്കേണ്ട വെള്ളത്തിന്റെ അളവും മററും മനസ്സിലാക്കുക. പാലും വെള്ളവും ചേർത്തു തിളപ്പിക്കുകയോ തിളച്ചവെള്ളത്തിൽ പാൽ ചേർക്കുകയോ ആവാം. പാലും വെള്ളവും ചേർത്തതിൽനിന്നാണു് ഓരോ പ്രാവശ്യവും കൊടുക്കേണ്ട അളവു് എടുക്കേണ്ടതു്. രാവിലെ 6 മണിക്കും 10 മണിക്കും, ഉച്ചയ്ക്കു് 2 മണിക്കും വൈകുന്നേരം 6 മണിക്കും രാത്രി 10 മണിക്കുമായി ഒരു ദിവസം അഞ്ചുപ്രാവശ്യം ശിശുക്കൾക്കു് പാൽ കൊടുക്കണം. നാലാം മാസംമുതൽ പാലിൽ വെള്ളം ചേർക്കാതെയോ അഥവാ അല്പം മാത്രം വെള്ളം ചേർത്തോ കൊടുക്കാവുന്നതാണു്. പശുവിൻ പാലിൽ ഉണ്ടാകാവുന്ന രോഗാണുക്കളെ നശിപ്പിക്കുന്നതിനുവേണ്ടിയാണു് പാൽ തിളപ്പിക്കുന്നതു്. പാലുകാച്ചുമ്പോൾ അതിളക്കിക്കൊണ്ടിരിക്കേണ്ടതും ഏററവും വേഗം തിളപ്പിച്ചെടുക്കേണ്ടതുമാകുന്നു. തിളപ്പിച്ചപാൽ ചൂടുതട്ടാത്തസ്ഥലത്തുവേണം സൂക്ഷിക്കുവാൻ. പാലിന്റെചൂടാറാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി അതു് അടുപ്പിനുസമീപം വച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നതു് തെററാണു്.

അദ്ധ്യായം 21

ശിശുരോഗങ്ങൾ

കണ്ണു പഴുപ്പ് (OTHTHALMIA NEONATUS):-

പ്രസവസമയത്തു് ശിശുശിരസ്സു് യോനീമാർഗ്ഗമായി കടന്നുവരുമ്പോൾ, മാതാവിനു് ഏതെങ്കിലുംതരത്തിലുള്ള രോഗാണുബാധമൂലം യോനീസ്രാവമുണ്ടെങ്കിൽ പ്രസ്തുത സ്രവണം ശിശുവിൻെറ കണ്ണിൽ പററുന്നതിനാലാണു് ഈ രോഗമുണ്ടാകുന്നതു്. ഈ രോഗബാധമൂലം അനേകം ശിശുക്കളുടെ കാഴ്ചശക്തി നഷ്ടപ്പെടുന്നുണ്ടു്.

ലക്ഷണങ്ങൾ:-

പ്രസവശേഷം 48 മണിക്കൂറിനു ശേഷം ശിശുവിൻെറ കൺപോളകൾ വീങ്ങിവരികയും കണ്ണിൽ പഴുപ്പുണ്ടാവുകയും ചെയ്യുന്നു. കൺപോളകളുടെ വീക്കം നിമിത്തം ശിശുവിനു് കണ്ണു തുറക്കുവാൻ സാധിക്കാതെയും വരുന്നു.

പ്രതിവിധി:-

പ്രസവം കഴിഞ്ഞാലുടനെ ശിശുവിൻെറ കണ്ണുകൾ ബോറിക് ലോഷൻകൊണ്ടുകഴുകി സിൽവർ നൈട്രേററു്

സൊല്യൂഷൻ (Silver Nitrate Solution 2 %) കണ്ണിൽ ഇററിച്ചാൽ ഈ രോഗത്തിൽനിന്നും ശിശുക്കളെ രക്ഷിക്കാവുന്നതാണ്. പ്രസവശേഷം ശിശുവിൻെറ കണ്ണിന് ഈ രീതിയിലുള്ള പരിചരണം നല്കാൻ ഓരോ മിഡ്‌വൈഫും ബാദ്ധ്യസ്ഥയാണ്.

ഓരോ മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് ബോറിക് ലോഷൻ കൊണ്ട് കണ്ണു കഴുകുകയും സിൽവർ നൈട്രേററ് സൊല്യൂഷൻ ഒന്നോ രണ്ടോ തുള്ളി വീതം കണ്ണിൽ ഇററിക്കുകയും ചെയ്താൽ മിക്കവാറും ഈ രോഗം ഭേദമാകും. കണ്ണുപഴപ്പ് ഗുരുതരമായി തോന്നുന്നപക്ഷം ഡാക്ടറെ കാണിക്കുകയും അദ്ദേഹത്തിൻെറ നിർദ്ദേശാനുസരണം ചികിത്സിക്കുകയും ചെയ്യണം. ഈ രോഗം പകരുന്നതായതിനാൽ കുട്ടിയുടെ കണ്ണുകൾ കഴുകിയതിനു ശേഷം, മിഡ്‌വൈഫ് തൻെറ കൈകൾ വൃത്തിയായി കഴുകി കുറെനേരത്തേയ്ക്ക് ബോറിക്ക് ലോഷനിൽ മുക്കിവയ്ക്കണം. കുട്ടിയുടെ ഒരു കണ്ണിൽ മാത്രമേ പഴപ്പു ബാധിച്ചിട്ടുള്ളു എങ്കിൽ കുട്ടിയെ ആ വശത്തേയ്ക്കു ചരിച്ചു കിടത്തണം. എന്നാൽ മറേറക്കണ്ണിൽ പകരാതെ സൂക്ഷിക്കാം. രണ്ടു കണ്ണുകളും ബോറിക്ക് ലോഷൻകൊണ്ടു കഴുകേണ്ടതും രോഗബാധയുള്ള കണ്ണിൽ മാത്രം സിൽവർ നൈട്രേററ് സൊല്യൂഷൻ ഒഴിച്ചാൽ മതിയാകുന്നതുമാണ്.

ജന്മനാലുള്ള പറങ്കിപ്പുണ്ണ്:—

(CONGENITAL SYPHILIS)

ജനിക്കുമ്പോൾത്തന്നെ പ്രകടമായ രോഗലക്ഷണങ്ങളോടുകൂടിയും, ഏതാണ്ട് ഒരുമാസം പ്രായമാകുമ്പോൾ മാത്രം രോഗലക്ഷണങ്ങൾ പ്രകടമാവുന്ന രീതിയിലും ഈ രോഗം കണ്ടുവരുന്നുണ്ട്.

ശിശു വല്ലാതെ ക്ഷീണിച്ച മെലിഞ്ഞും, തൊലി ഞൊറിഞ്ഞു തൂങ്ങിയ വിധത്തിലും ആയിരിക്കുക, കട വായ് പഴുത്തും, മലദ്വാരത്തിന്ന ചുററുമുള്ള തൊലി വിണ്ടു കീറിയവിധത്തിലുമിരിക്കുക, ചെമ്പു നിറത്തിലുള്ള ചിരങ്ങുകറം ശരീരമാസകലം വ്യാപിക്കുക, കൈകാലു കളുടെ സന്ധികളിൽ നീരുണ്ടായിരിക്കുക, മഞ്ഞപ്പിത്ത രോഗലക്ഷണങ്ങറം പ്രകടമായിരിക്കുക, കണ്ണിൽനിന്നും മൂക്കിൽനിന്നും വെള്ളമൊലിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുക മുതലായ ലക്ഷണങ്ങളാണ് ജന്മനാലുള്ള സിഫിലിസ് രോഗ ത്തിൻെറ പ്രത്യേകലക്ഷണങ്ങറം.

പ്രതിവിധി:-

ഡാക്ടറെ കാണിച്ച് ഏററവും വേഗം ചികിത്സയാ രംഭിക്കുക. സിഫിലിസ് രോഗം പകരുന്ന ഒന്നായതി നാൽ മററു സ്ത്രീകറം രോഗബാധയുള്ള കുട്ടികറംക്ക് മുല കൊടുക്കുകയോ, എടുത്തു താലോലിക്കുകയോ ചെയ്യരുതു. ശിശുവിനെ പരിചരിക്കുന്ന മിഡ്‌വൈഫിന്ന് പ്രത്യേക ശ്രദ്ധ ഇക്കാര്യത്തിൽ ഉണ്ടായിരിക്കണം.

വായ്പുണ്ണ് (THRUSH):-

ശിശുവിൻെറ നാക്കിലും വായിലും അണ്ണാക്കിലും വട്ടത്തിൽ വട്ടത്തിൽ വെളുത്തും അരികു ചുവന്നും വ്രണ ങ്ങറം കാണപ്പെടുന്നതാണ് ഈ രോഗത്തിൻെറ പ്രത്യേക ലക്ഷണങ്ങറം. വായ്പ്പുണ്ണിൻെറ വേദന നിമിത്തം ചിലപ്പോറം മുല വലിച്ചു കുടിക്കുവാൻ കുട്ടി പ്രയാസ പ്പെടുന്നതാണ്. അതിസാരവും കണ്ടെന്നു വരാം. മുല ക്കണ്ണുകറം കഴുകാതെ മുല കൊടുക്കുന്നതുകൊണ്ടും, മുല കുപ്പിയിൽ പാൽ കൊടുക്കുമ്പോറം നിപ്പിറം ശരിയായി വൃത്തിയാക്കാത്തതുകൊണ്ടുമാണ് ഈ രോഗമുണ്ടാകുന്നതു്.

പ്രതിവിധി:–

രോഗം വരാതെ സൂക്ഷിക്കുകയാണ് പ്രധാനം. അതിന്നു പാൽ കൊടുക്കേണ്ട ക്രമങ്ങളും മററും മനസ്സിലാക്കി പ്രവത്തിക്കുക. ബോറക്സ് (Borax) ഗ്ലിസറിനിൽ ചേത്തു പുരട്ടുക. ശമനം കാണാത്തപക്ഷം ഡാക്ടറെ കാണിച്ച് പ്രത്യേകചികിത്സ ചെയ്യണം.

പൊക്കിൾക്കൊടി പഴുക്കുക (UMBILICAL SEPSIS):–

ഉണങ്ങിയിരിക്കേണ്ട പൊക്കിൾക്കൊടിക്ക് നനവുണ്ടായിരിക്കുകയും അതിൽനിന്നും ദുർഗ്ഗന്ധമുള്ള ഒരുതരം വാച്ച്യുണ്ടാകുകയും ചെയ്യുന്നു. തുടന്ന് പൊക്കിളിന്നു ചുററും നീരുണ്ടാകുകയും പൊക്കിൾ പഴുക്കുകയും അതിൽനിന്നും രക്തം വരുകയും ചെയ്യുന്നു.

പ്രസവശേഷം പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ അഴുക്കു പററിയിരിക്കാനിടയാകുന്നതിനാലാണ് ഇങ്ങനെ സംഭവിക്കുന്നതു്. പ്രസവശേഷം പൊക്കിൾക്കൊടി സംരക്ഷിക്കേണ്ടതു് എങ്ങനെയെന്നു ശരിക്കു മനസ്സിലാക്കി മിഡ്‌വൈഫ് പ്രവത്തിക്കാത്തതാണ് ഈ അപകടത്തിന്നു കാരണം. പൊക്കിൾക്കൊടി പഴുത്താലുടനെ ഡാക്ടറെക്കൊണ്ടു് ചികിത്സിപ്പിക്കുക.

പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽനിന്നും രക്തവാർച്ച:–
(UMBILICAL HAEMORRHAGE)

പൊക്കിൾക്കൊടി പൊഴിഞ്ഞുപോകുന്നതിന്നു മുമ്പോ അതിന്നു ശേഷമോ രക്തവാർച്ച്യുണ്ടാകാവുന്നതാണ്.

പൊക്കിൾക്കൊടി പൊഴിയുന്നതിന്നു മുമ്പാണ് രക്തം പോകുന്നതെങ്കിൽ അതു വീണ്ടും കെട്ടേണ്ടതാണ്.

പൊഴിഞ്ഞതിനു ശേഷമാണ്‌ രക്തവാച്ച്‌യുണ്ടാകുന്നതെങ്കിൽ, ശിശുവിനു് സിഫിലിസ്‌, രക്തദോഷരോഗങ്ങൾ, പഴുപ്പ്‌ എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലും ഉണ്ടെന്നു് അനുമാനിക്കേണ്ടതും അതിനാൽ ഉടനേതന്നെ ഡാക്ടറെ കാണിക്കേണ്ടതുമാണ്‌. ഇതു് വളരെ ഗുരുതരമായ ഒരു രോഗാവസ്ഥയാണ്‌. പൊക്കിളിൽനിന്നു രക്തം വന്നുകൊണ്ടിരിക്കുക, കഠിനമായ പിത്തരോഗലക്ഷണം പ്രത്യക്ഷപ്പെടുക, ദേഹത്തിൽ അവിടവിടെയായി ചുവപ്പു നിറമുണ്ടായിരിക്കുക, കാൽ പാദങ്ങളിൽ നീരുണ്ടായിരിക്കുക, ഇടയ്ക്കിടയ്ക്കു് ബോധക്ഷയമുണ്ടാകുക എന്നീ ലക്ഷണങ്ങൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതും ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ കുട്ടി മരിച്ചുപോകുന്നതുമാണ്‌.

ടെററനസ്സ്‌ (TETANUS):—

വളരെ അപൂർവ്വമായി മാത്രം ഉണ്ടാകുന്ന ഒരു രോഗമാണിതെങ്കിലും, ശിശുവിൻെറ ജീവൻതന്നെ അപകടപ്പെടുവാൻ ഇടയുള്ള ഒരു രോഗമാണിതു്. പൊക്കിൾക്കൊടി വഴി ടെററനസ്സ്‌ രോഗാണുക്കൾ പ്രവേശിക്കാനിടയാകുന്നതിനാലാണ്‌ മാരകമായ ഈ രോഗമുണ്ടാകുന്നതു്.

ശിശുവിനു് പാലോ, വെള്ളമോ ഇറക്കാൻ കഴിയാതെ വരികയും തുടന്നു് അപസ്മാരലക്ഷണങ്ങളും (Fits), വായ്‌ തുറക്കാൻ പാടില്ലാത്ത അവസ്ഥ (Lock jaw) യും ഉണ്ടാകുന്നു. ഈ ലക്ഷണങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും കണ്ടാലുടനെ ശിശുവിനെ അടുത്തൊരാശുപത്രിയിൽ എത്തിക്കാൻ സഹായിക്കയല്ലാതെ മ ഡ്‌വൈഫിനു് മറെറാന്നും ചെയ്യുവാൻ കഴികയില്ല.

അതിസാരം (INFANTILE DIARRHOEA):—

പശുവിൻ പാൽ കൊടുത്തുവളത്തുന്ന കുട്ടികരംക്കാണു് ഈ രോഗബാധ കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്നതു്. മാതാവിൻെറ മുലപ്പാൽ കുടിച്ചു വളരുന്ന കുട്ടികരംക്കു് ഈ രോഗം ഉണ്ടാകാറില്ലെന്നുതന്നെ പറയാം. വേനല്ക്കാലത്താണു് ഈ ബാലാതിസാരം കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്നതു്. പാൽ ചീത്തയാകാൻ കൂടുതൽ സാദ്ധ്യതയുള്ളതു് വേനല്ക്കാലത്താകയാലാണു് ഈ രോഗബാധയും കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്നതു്.

പച്ചനിറത്തിൽ കൂടെക്കൂടെ വയറിളകുക, വയററിൽ വേദനയും, ഛർദ്ദിയുമുണ്ടായിരിക്കുക, വിസജ്ജനത്തിനു് ദുഗ്ഗന്ധമുണ്ടായിരിക്കുക തുടങ്ങിയവയാണു് പ്രധാനലക്ഷണങ്ങരം. ഗുരുതരമായ രോഗാവസ്ഥയിൽ ശിശുവിനു വളരെപെട്ടെന്നു് ക്ഷീണവും മെലിച്ചിലും അനുഭവപ്പെടുന്നു. ഈ രോഗാവസ്ഥയിൽ ഉച്ചി (Fontanelle) താന്നു വരുന്നതു് അപകടസൂചനയായി കണക്കാക്കേണ്ടതാണു്. ഇങ്ങനെ കണ്ടാൽ മിക്കവാറും ശിശു മരിച്ചുപോകുന്നതുമാണു്.

പ്രതിവിധി:-

ഏററവും വേഗം ഡാക്ടറെ കാണിക്കുക.

വയററിൽ വേദന (COLIC):—

വേദന നിമിത്തം കുട്ടി പുളഞ്ഞു കരഞ്ഞുകൊണ്ടിരിക്കും. പാൽ ദഹിക്കാത്തതുകൊണ്ടും, ആവശ്യത്തിൽ കൂടുതൽ പാൽ കൂടെക്കൂടെ കൊടുക്കുന്നതുകൊണ്ടുമാണു് ഇങ്ങനെയുണ്ടാകുന്നതു്.

പ്രതിവിധി:—

ശിശുവിനു കൊടുക്കുന്ന പാലിൻെറ അളവു കുറയ്ക്കുകയും പാൽ കൊടുക്കുന്ന സമയം ദീർഘിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുക. ഡാക്ടറെ കാണിച്ചു ചികിത്സിപ്പിക്കുകയും വേണം.

ഛർദ്ദി (VOMITING):—

ശിശുവിനു് പാൽ കൊടുക്കുന്നതിലുള്ള ക്രമക്കേടുകളാണു് ബഹുഭൂരിപക്ഷം ഛർദ്ദിക്കും കാരണമായിത്തീരുന്നതു്. പാൽ അധികം കുടിച്ചു് വയർ വീക്കുന്നതുകൊണ്ടും പാൽ വളരെവേഗം വലിച്ചുകുടിക്കുന്നതുകൊണ്ടും, പാലിൽ കൊഴുപ്പു കൂടുതലുണ്ടായിരിക്കുന്നതുകൊണ്ടും മററുമാണു് ശിശുക്കൾ ഛർദ്ദിക്കാനിടയാകുന്നതു്. പാൽ കൊടുക്കേണ്ട ക്രമം ശരിക്കും പാലിക്കുന്നപക്ഷം ഛർദ്ദി താനേ മാറുന്നതാണു്. പാൽ കൊടുക്കുന്നതു് ക്രമീകരിച്ചിട്ടും ഛർദ്ദി മാറാതെ തുടരുന്നപക്ഷം ഡാക്ടറെ കാണിക്കേണ്ടതാണു്.

മലബന്ധം (CONSTIPATION):—

മുലപ്പാൽ കുടിക്കാതെ മററു ഭക്ഷണസാധനങ്ങളോ പാലോ കൊടുത്തുവളർത്തുന്ന കുട്ടികൾക്കാണു് മലബന്ധം കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്നതു്. മുല കുടിച്ചുവളരുന്ന കുട്ടികൾക്കു് മലബന്ധം ഉണ്ടാകാറില്ല. കൊഴുപ്പിൻെറ അംശം പോരാത്തതുകൊണ്ടാണു് മലബന്ധമുണ്ടാകുന്നതു്. മുല കുടിച്ചു വളരുന്ന കുട്ടികൾക്കു് മലബന്ധമുണ്ടാകുന്നെങ്കിൽ അതിനു കാരണം മാതാവിനു മലബന്ധമുള്ളതാണു്. മാതാവു് കൂടുതൽ കൊഴുപ്പുചേർന്ന ഭക്ഷണം കഴിച്ചാൽ ശിശുവിൻെറ മലബന്ധവും മാറിക്കൊള്ളും. കൃത്രിമാഹാരം കൊടുക്കുന്ന കുട്ടികൾക്കാണു് മലബന്ധമുണ്ടാകുന്നതെ

ങ്കിൽ അവരുടെ ഭക്ഷണത്തിൽ കൂടുതൽ കൊഴുപ്പുചേർക്കണം. ശിശുക്കളുടെ മലബന്ധം താല്ക്കാലികമായി മാററുന്നതിനു് ഏതാനും തുള്ളി ശുദ്ധമായ ആവണക്കെണ്ണയോ, അര ററീസ്പൂൺ ഒലിവെണ്ണയോ (Olive oil) കൊടുത്താൽ മതിയാകും.

മലത്തിൽ രക്തം കാണപ്പെടൽ

(MELAENA NEONATUS):—

ശിശുവിൻെറ മലം കറുത്തതാണെങ്കിൽ അതിൽ രക്തം കലന്നിട്ടുണ്ടെന്നനുമാനിക്കാം. മാതാവിൻെറ മുലക്കണ്ണുകരംക്കു് പഴുപ്പുണ്ടെങ്കിൽ കുട്ടി മുല കുടിക്കുമ്പോരം രക്തം അതിൻെറ വയററിലേക്കു് ചെല്ലാനിടയാകുന്നതിനാലാണു് സാധാരണയായി ശിശുക്കളുടെ മലത്തിൽ രക്തം കാണപ്പെടുന്നതു്. എന്നാൽ മാതാവിൻെറ മുലക്കണ്ണുകരംക്കു് പഴുപ്പില്ലാതിരിക്കയും കുട്ടി വിളറിയും ക്ഷീണിച്ചും ഇരിക്കുന്നതായി കാണപ്പെടുകയും ചെയ്താൽ മലത്തിൽ കാണപ്പെടുന്ന രക്തം അതിൻെറ കുടലിൽനിന്നു വരുന്നതായിരിക്കും. കുടലിൽനിന്നുള്ള രക്തമാണെങ്കിൽ അതിനു മിക്കവാറും ചുവപ്പുനിറമുണ്ടായിരിക്കും. മാതാവിൻെറ മുലക്കു് പഴുപ്പില്ലാത്ത അവസരത്തിൽ കുട്ടിയുടെ മലത്തിൽ രക്തം കാണപ്പെടുന്നതു് നല്ല ലക്ഷണമല്ല. അതിനാൽ ഉടനെ ഡാക്ടറെ കാണിച്ചു് ചികിത്സിപ്പിക്കേണ്ടതാണു്.

മലദ്വാരത്തിനു ചുററും തൊലി പോവുക

(SORE BUTTOCK):—

മലമൂത്രവിസജ്ജനം നടത്തുമ്പോരം ശിശു കരയുന്ന പക്ഷം മലദ്വാരം പരിശോധിച്ചുനോക്കേണ്ടതാണു്. മലദ്വാരത്തിനു ചുററും ചുവന്നിരിക്കുകയും അവിടം വ്രണപ്പെ

ട്ടിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം അതിന്ന് ചികിത്സ ആവശ്യമാണ്.

നനഞ്ഞതും അഴുക്കുള്ളതുമായ തുണികൾക്കുമീതെ ശിശുവിനെ കിടത്തുക, കാരവെള്ളത്തിൽ അലക്കിയ തുണികളുപയോഗിക്കുക, പച്ചനിറത്തിലുള്ള ഒഴിച്ചിൽ ഉണ്ടാവുക, ജന്മനാ സിഫിലിസ് രോഗമുണ്ടായിരിക്കുക തുടങ്ങിയ കാരണങ്ങളാലാണ് മലദ്വാരത്തിന്നുചുററും ചുവപ്പും വ്രണങ്ങളുമുണ്ടാകുന്നതു്.

പ്രതിവിധി:— മലവിസർജ്ജനത്തിന്നുമുമ്പ് കഴിയുമെങ്കിൽ അല്പം വാസ്‌ലൈനോ ഒലിവെണ്ണയോ മലദ്വാരത്തിന്നുചുററും പുരട്ടുക. മലശോധനയ്ക്കുശേഷം കഴുകിത്തുടച്ച് അല്പം ബോറിക്ക് ഓയിൻറ്മെൻറോ (Boric ointment), സിങ്ക് ഓയിൻറ്മെൻറോ (Zinc ointment) എടുത്തു് അല്പം ആവണക്കെണ്ണയും ചേർത്തു പുരട്ടുക. ജന്മനാ സിഫിലിസ്‌രോഗമുള്ള കുട്ടിയാണെങ്കിൽ മററു ചികിത്സകൾ ആവശ്യമാണ്.

മൂത്രതടസ്സം (RETENTION OF URINE):—

നവജാതശിശുക്കളിൽ ചിലതിന്ന് മൂത്രദ്വാരമില്ലാതിരിക്കുന്നതുകൊണ്ടും, ലിംഗചർമ്മം ഇറുകി ഇരിക്കുന്നതുകൊണ്ടും, മൂത്രദ്വാരത്തിൽ അഴുക്ക് അടിഞ്ഞിരിക്കുന്നതുകൊണ്ടും മൂത്രതടസ്സമുണ്ടാകാവുന്നതാണ്. മൂത്രം പോകാതെ വന്നാൽ കടവയർ ഭാഗത്തു് വീക്കം പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതും കുട്ടി കരഞ്ഞുകൊണ്ടിരിക്കുന്നതുമാണ്.

പ്രതിവിധി:— മൂത്രദ്വാരമുണ്ടായിരിക്കുകയും, ലിംഗചർമ്മത്തിന്ന് തകരാറൊന്നുമില്ലാതിരിക്കയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം മൂത്രദ്വാരം തുടച്ചുവൃത്തിയാക്കി കടവയർ ഭാഗത്തു് ചൂടുവയ്ക്കുക. എന്നിട്ടും മൂത്രം പോയില്ലെങ്കിൽ ശിശുവി

നെ ചൂടുവെള്ളത്തിൽ വയ്ക്കുക. ഇതുകൊണ്ടൊന്നും ഫലമുണ്ടായില്ലെങ്കിൽ ഡാക്ടറെ കാണിക്കുക.

മഞ്ഞപ്പിത്തം (JAUNDICE):-

പ്രസവശേഷം മൂന്നുനാലു ദിവസത്തിനകം മഞ്ഞപ്പിത്തലക്ഷണങ്ങൾ (Physiological Jaundice) ചില ശിശുക്കളിൽ കണ്ടുവരുന്നു. ഇതു ക്രമേണ കുറഞ്ഞു് 8–10 ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ അപ്രത്യക്ഷമാവുന്നതാണു്. ഈ അവസ്ഥയിൽ ശിശുവിൻെറ ശരീരത്തിനു് മഞ്ഞനിറമുണ്ടായിരിക്കുമെന്നല്ലാതെ മൂത്രത്തിനു മഞ്ഞനിറമുണ്ടായിരിക്കുകയില്ല.

എന്നാൽ യഥാർത്ഥ മഞ്ഞപ്പിത്തം അപകടകാരിയാണു്. യഥാർത്ഥ മഞ്ഞപ്പിത്തമാണെങ്കിൽ ശിശുവിൻെറ മൂത്രത്തിനും കണ്ണിൻെറ വെള്ളഭാഗത്തിനും മഞ്ഞനിറമുണ്ടായിരിക്കുന്നതും മലത്തിനു് കളിമണ്ണിൻെറ നിറമുണ്ടായിരിക്കുന്നതുമാണു്.

ഇവ തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം മനസ്സിലാക്കി യഥാർത്ഥ മഞ്ഞപ്പിത്തമാണെങ്കിൽ ചികിത്സിപ്പിക്കേണ്ടതാണു്. തിരിച്ചറിയുവാൻ മിഡ്‌വൈഫിനു കഴിയാതെ വരുന്ന പക്ഷം ഉടനെ ഡാക്ടറെ കാണിക്കേണ്ടതുമാകുന്നു.

ശിശുവിൻെറ മുലകൾക്കു വീക്കം:-
(ENGORGED BREAST)

പ്രസവശേഷം ഏതാനും ദിവസങ്ങൾ കഴിയുമ്പോൾ ശിശുവിൻെറ മുലകൾ വീങ്ങുകയും ചിലതിൽ അല്പാല്പമായി വെള്ളമുണ്ടാകുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇതു സ്വയം മാറിക്കൊള്ളും. പ്രത്യേക ചികിത്സ ആവശ്യമില്ല. എന്നാൽ മുലയിൽ തൊടുകയോ അമർത്തുകയോ ചെയ്യരുതു്. അങ്ങ

നെ ചെയ്താൽ അവ പഴക്കുന്നതും പരുവായിത്തീരുന്നതു മാണ്.

യോനിയിൽനിന്നും രക്തംവരിക:-

മേൽ പ്രസ്താവിച്ചതുപോലെതന്നെ പ്രസവശേഷം ഏതാനും ദിവസങ്ങരം കഴിയുമ്പോരം പെൺകുട്ടികളുടെ യോനിയിൽക്കൂടി അല്പം രക്തംസ്രവിച്ചേക്കാനിടയുണ്ട്. ഇതിനു പ്രത്യേക ചികിത്സയൊന്നും ആവശ്യമില്ല. തുടച്ചു വൃത്തിയാക്കിയാൽമാത്രം മതിയാകും.

അപസ്മാരം (CONVULSION):-

മാതാവിനു് ഗർഭകാലത്തു് അപസ്മാരരോഗബാധയുണ്ടായിരുന്നതുകൊണ്ടോ, ദഹിക്കുവാൻ പ്രയാസമുള്ളതും അയോഗ്യവുമായ എന്തെങ്കിലും ഭക്ഷണം ശിശുവിനു് കൊടുക്കുന്നതുകൊണ്ടോ, മററെന്തെങ്കിലും രോഗത്തിൻെറ ലക്ഷണമായി ശക്തിയായ പനി വരുന്നതുകൊണ്ടോ ആണു് കുട്ടിക്കു് അപസ്മാരം (കോട്ടു്, ഇളക്കം) ഉണ്ടാകുന്നതു്.

പ്രതിവിധി:- ഡാക്ടറുടെ സഹായം ഉടനെ നേടുക. അതിനിടയിൽ സാമാന്യം ചൂടുള്ള വെള്ളത്തിൽ കഴുത്തുവരെ കുട്ടിയെ താഴ്ത്തിക്കിടത്തിക്കൊണ്ടു്, നല്ല തണുത്ത വെള്ളത്തിൽ മുക്കിയ തുണി അല്പം പിഴിഞ്ഞു തലയിൽ ഇടുകയും ചെയ്യുക.

ജന്മനാലുള്ള വൈരൂപ്യങ്ങരം

(CONGENITAL DEFORMITIES)

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശാരീരികഘടനയിലും വളർച്ചയിലും പലവിധത്തിലുള്ള വൈരൂപ്യങ്ങരം സംഭവിക്കാവുന്നതാണു്. അവയിൽ സാധാരണ കണ്ടുവരുന്ന

ചില അവസ്ഥാവിശേഷങ്ങളെപ്പററി താഴെ വിവരിക്കുന്നു.

1. മൂത്രദ്വാരം ഇല്ലാതിരിക്കുക (Imperforate Urethra):– ജന്മനാ ചില കുട്ടികൾക്ക് മൂത്രദ്വാരം രൂപം പ്രാപിക്കാതെയിരിക്കാറുണ്ട്. പ്രസവം കഴിഞ്ഞാലുടനെ ശിശുവിനു് മൂത്രദ്വാരമുണ്ടോ എന്നു് പരിശോധിക്കേണ്ടതും ഇല്ലെന്നുകണ്ടാൽ ഡാക്ടറുടെ സഹായം അഭ്യർത്ഥിക്കേണ്ടതുമാണു്.

2. ലിംഗചർമ്മം ഇറുകിയിരിക്കുക (Phimosis): ജന്മനാതന്നെ ചില ആൺകുട്ടികളുടെ ലിംഗചർമ്മം വളരെ ഇറുകിയിരിക്കുന്നതാണു്. ശക്തിയായി മുക്കിയാലെ ലിംഗചർമ്മം ഇറുകിയിരിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ മൂത്രം പോകയുള്ളു. മൂത്രമൊഴിക്കുമ്പോഴൊക്കെ ശക്തിയായി മുക്കിയാൽ കുടലിറക്കം (Hernia) ഉണ്ടാകാനിടയുണ്ട്.

പ്രതിവിധി:– കുട്ടിയെ കുളിപ്പിക്കുമ്പോൾ ലിംഗചർമ്മം മേലോട്ടു പിടിക്കണം. ലിംഗചർമ്മം മേലോട്ടു മാറാത്തപക്ഷം ഡാക്ടറെ കാണിച്ച് അതിനു് പ്രതിവിധി ചെയ്യിക്കേണ്ടതാണു്.

3. മലദ്വാരം ഇല്ലാതിരിക്കുക (Imperforate Rectum):– ജന്മനാതന്നെ ചില ശിശുക്കൾക്കു് മലദ്വാരമില്ലാതെയിരിക്കും. പ്രസവശേഷം ഏതാനും മണിക്കൂറുകൾക്കുശേഷം മലവിസർജ്ജനം ഉണ്ടാകേണ്ടതാണു്. അങ്ങനെയുണ്ടായില്ലെങ്കിൽ, മിഡ്‌വൈഫ് തൻെറ ചെറുവിരലിലെ നഖം വെട്ടി വൃത്തിയാക്കിയതിനുശേഷം വിരലിൽ അല്പം വാസ്‌ലൈൻ പുരട്ടി ശിശുവിൻെറ മലദ്വാരത്തിലേയ്ക്കു് സാവധാനം കടത്തണം. വിരൽ കടക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ ചെറിയ ഓപ്പറേഷൻ ആവശ്യമാണു്.

4. മൂലം പുറത്തേയ്ക്കു് തള്ളിനില്ക്കൽ (Prolapse of the Rectum):- മലദ്വാരത്തിലൂടെ മൂലം പുറത്തേയ്ക്കു് തള്ളിനില്ക്കുന്നതായി കണ്ടാൽ അതു് അകത്തേയ്ക്കു് തള്ളിവയ്ക്കാൻ ശ്രമിക്കുകയും ഡാക്ടറെ വിവരം ധരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുക.

5. കുടലിറക്കം (Umbilical Hernia):- ശിശുവിൻെറ പൊക്കിൾഭാഗത്താണു് ഇങ്ങനെ സംഭവിക്കുന്നതു്. ഡാക്ടറെ കാണിച്ചു് പ്രതിവിധി ചെയ്യിക്കണം.

ചിത്രം 132: കുടലിറക്കം (Umbilical Hernia).

6. മുച്ചുണ്ടും അണ്ണാക്കുവിള്ളലും (Hare-Lip and Cleft Palate):- മേൽച്ചുണ്ടു് (ചിറി-കിറി) നടുവെ പിളന്നിരിക്കുകയും ചിലരിൽ ഈ വിള്ളൽ മൂക്കിലേയ്ക്കു് വ്യാപിച്ചിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. അണ്ണാക്കിലും വിള്ളൽ കണ്ടുവരുന്നുണ്ടു്. ഇങ്ങനെയുള്ള ശിശുക്കൾക്കു് മുലകുടിക്കാൻ സാദ്ധ്യമല്ലാത്തതിനാൽ പാൽ കോരിക്കൊടുക്കേണ്ടതാണു്. ഇതിനു് ഓപ്പറേഷനല്ലാതെ മററു മാർഗ്ഗങ്ങളൊന്നുമില്ല.

കൂടാതെ കുറുങ്കാല് (Club Foot), തലയിൽ മുഴകരം (Meningocele), മുതുകെല്ലിൽ മുഴ (Spina Bifida), തലയിൽ വീക്കം (Caput Succednum), തലയിൽ രക്തം കെട്ടിനിന്നിട്ടുണ്ടാകുന്ന വീക്കം (Cephal Haema-toma), മുഖത്തിനു വീക്കം, തലയോട്ടിക്കു് പരുക്കുകളോ മുറിവുകളോ, സന്ധുക്കളിൽ ഉളുക്കു്, എല്ലുകൾക്കു ഒടിവു്, ഞരമ്പുകൾക്കു തകരാറു് തുടങ്ങി അനേകം വൈരൂപ്യങ്ങൾ ജന്മനാലുള്ളവയായും, പ്രസവഘട്ടങ്ങളിൽ സംഭവിക്കുന്ന അനിവാര്യമായ അപകടങ്ങൾ മൂലവും, ശസ്ത്രപ്രയോഗങ്ങൾ മൂലവും ശിശുക്കൾക്കു സംഭവിക്കാറുണ്ടു്.

അതിനാൽ ശിശുജനനത്തിനുശേഷം അതിനെ ആപാദചൂഡം സസൂക്ഷ്മം പരിശോധിച്ചു് എന്തെങ്കിലും വൈരൂപ്യങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ ഡാക്ടറെ വിവരം ധരിപ്പിക്കുവാൻ മററാരെക്കാളും കൂടുതലായി മിഡ്‌വൈഫ് ബാദ്ധ്യസ്ഥയാണു്.

ശ്വാസബന്ധം (ASPHYXIA NEONATUS)

ശ്വാസബന്ധത്തോടുകൂടിയോ ശ്വാസവിമ്മിഷ്ടത്തോടുകൂടിയോ ജനിക്കുന്ന ശിശുക്കളുണ്ടു്. നവജാത ശിശുക്കളിൽ ശ്വാസബന്ധം രണ്ടു വിധത്തിലാണു് കണ്ടുവരുന്നതു്.

A) ശ്വാസബന്ധവും നീലനിറവും (BLUE ASPHYXIA)

പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ മിഡിപ്പുണ്ടായിരിക്കുമെങ്കിലും ശിശുവിൻെറ മുഖത്തു് നീലനിറം വ്യാപിച്ചിരിക്കുന്നതായും അതിനു് ശ്വാസവിമ്മിഷ്ടം അനുഭവപ്പെടുന്നതായും കാണപ്പെടുന്നു. രക്തത്തിലുണ്ടായിരിക്കേണ്ട പ്രാണവായു (Oxygen) വിൻെറ കുറവുമൂലമാണു് ശിശുശരീരത്തിൽ വിശിഷ്യാ മുഖത്തു നീലനിറം വ്യാപിക്കുന്നതു്.

കാരണങ്ങൾ: (1) മറുപിള്ള സമയത്തിനുമുമ്പ് ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും വേർപെട്ടുപോകുന്നതിനാൽ മാതൃരക്തവുമായുള്ള അതിന്റെ ബന്ധം ഇല്ലാതാകുന്നു. തന്നിമിത്തം മറുപിള്ളയിൽനിന്നും ശിശുവിനു ലഭിച്ചുകൊണ്ടിരുന്ന രക്തവിതരണത്തിന് തടസ്സം നേരിടുക.

2) ഗർഭാശയത്തിന്റെ ശക്തമായ സങ്കോചം (Tonic contraction of the uterus) മൂലം മറുപിള്ളയും ചുരുങ്ങുന്നതും അതിൽക്കൂടി ശിശുവിലേയ്ക്കുള്ള രക്തവിതരണം തടസ്സപ്പെടുകയും ചെയ്യുക.

3) പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ ഏതെങ്കിലുംവിധത്തിലുള്ള ഞെരുക്കം അനുഭവപ്പെടുക.

4) ശിശു പൂർണ്ണമായും പിറക്കുന്നതിനുമുമ്പ് ശ്വാസിക്കുവാൻ ശ്രമിക്കുക.

5) ശസ്ത്രപ്രയോഗത്താലും മററും തലച്ചോറിലെ ശ്വാസോച്ഛ്വാസ നിയന്ത്രണകേന്ദ്ര (Respiratory centre) ത്തിന് തകരാറു സംഭവിക്കുക.

B. ശ്വാസബന്ധവും വിളറി വെളുത്ത മുഖവും (WHITE ASPHYXIA):—

ശിശുവിന്റെ മുഖം വിളറി വെളുത്തും ശ്വാസിക്കുവാനുള്ള യാതൊരുശ്രമവുംകൂടാതെയുമിരിക്കുന്നു. ഈ അവസ്ഥയിലുള്ള ശിശുക്കളുടെ മാംസപേശികൾ തളർന്നും, പൊക്കിൾ വള്ളിയിലെ മിഡിപ്പ് വളരെ മന്ദഗതിയിലും ആയിരിക്കും. ഈ സ്ഥിതിവിശേഷമുണ്ടായാൽ പിന്നെ ശിശുവിനെ രക്ഷിക്കുക പ്രയാസ്സമാണ്. ശിശു ശ്വാസോച്ഛ്വാസം ആരംഭിച്ചാൽപോലും അതിടയ്ക്കുനിന്നു പോകുന്നതും കുട്ടി മിക്കവാറും മരണപ്പെടുന്നതുമാണ്.

പ്രതിവിധി: കുട്ടിപിറക്കുമ്പോൾതന്നെ അതിനു് നീലനിറമുണ്ടായിരിക്കുകയും പൊക്കിൾക്കൊടി സ്പന്ദിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന (Blue Asphyxia) സാഹചര്യത്തിൽ മിഡ്‌വൈഫ് താഴെ പറയുംപ്രകാരം ചെയ്യുക. കുട്ടിയുടെ ജീവൻ രക്ഷിക്കാൻ കഴിയുന്നതാണു്.

1) കുട്ടി പിറക്കുമ്പോൾതന്നെ അതിനു് നീലനിറമുണ്ടായിരിക്കുകയും, പൊക്കിൾക്കൊടി സ്പന്ദിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന (Blue Asphyxia) സാഹചര്യത്തിൽ പൊക്കിൾക്കൊടി മുറിക്കുവാൻ ധൃതിവയ്ക്കരുതു്. കുട്ടികരയാത്തപക്ഷം രണ്ടു മൂന്നു പ്രാവശ്യം അതിനെ ഇളക്കിനോക്കുകയും, മൂക്കിലോ വായിലോ വല്ല അഴുക്കുമുണ്ടെങ്കിൽ എടുത്തുകളയുകയും ചെയ്യുക.

2) എന്നിട്ടും കരയുകയോ ശ്വാസോച്ഛ്വാസം ആരംഭിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നില്ലെങ്കിൽ മ്യൂക്കസ്സ് എക്സ്ട്രാക്ററർ (Mucus Extractor) എന്ന കുഴൽ ശിശുവിൻെറ നാസാദ്വാരത്തിനുള്ളിൽക്കടത്തി മറേറ അററത്തുകൂടി മിഡ്‌വൈഫ് ശ്വാസം വലിക്കുവാൻ ശ്രമിച്ചാൽ ഉള്ളിലുള്ള അഴുക്കും വെള്ളവും കുഴലിൽക്കൂടി പുറത്തുപോരുന്നതാണു്. പിന്നീടു് പൊക്കിൾക്കൊടി മുറിച്ചു മാററിയതിനുശേഷം മിഡ്‌വൈഫ്തൻെറ ഇടത്തേക്കയ്യിൽ കുട്ടിയുടെ കാൽ രണ്ടുംകൂടി കൂട്ടിപ്പിടിച്ചു് തലകീഴാക്കിപ്പിടിച്ചുകൊണ്ടു് കുറച്ചുനേരം നെഞ്ചിൽ മെല്ലെ അമർത്തുക. ശ്വാസകോശങ്ങളിലോ ശ്വാസനാളത്തിലോ കയറിപ്പോയിട്ടുള്ള മുന്നീരും കഫവും മററും വാർന്നുപൊയ്ക്കൊള്ളും. അതിനുശേഷം ഒരു കഷണം നല്ല തുണിയോ ഗോസോ ചൂണ്ടു വിരലിൽ ചുററിശിശുവിൻെറ തൊണ്ടയിൽ കടത്തി കഫവും മററും തുടച്ചെടുത്തുകളയുകയും ചെയ്യണം.

3) എന്നിട്ടും ഫലമില്ലെങ്കിൽ ശിശുവിൻെറ പൃഷ്ഠത്തിൽ രണ്ടു മൂന്നുപ്രാവശ്യം തട്ടുകയോ ചൂടുവെള്ളവും പച്ചവെള്ളവും മാറിമാറി ശരീരത്തിൽ തളിച്ചുനോക്കുകയോ ചെയ്യണം. തലയൊഴിച്ചുള്ളഭാഗം ചൂടുവെള്ളത്തിൽ മുക്കാവുന്നതാണു്. എന്നാൽ പച്ചവെള്ളം തളിക്കുകമാത്രമേചെയ്യാവൂ. പച്ചവെള്ളത്തിൽ മുക്കരുതു്. ഇതെല്ലാം ചെയ്തിട്ടും കുട്ടികരയുകയോ ശ്വാസപാച്ഛ്വാസം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യുന്നില്ലെങ്കിൽ അടുത്തതായി കൃത്രിമശ്വാസോച്ഛ്വാസം നൽകാൻ ശ്രമിക്കുക.

കൃത്രിമശ്വാസോച്ഛ്വാസം:-
(ARTIFICIAL RESPIRATION)

മിഡ്വൈഫ് ശിശുവിൻെറ തലയ്ക്കുപിന്നിൽനിന്നുകൊണ്ടു് അതിൻെറ കൈമുട്ടുകളിൽ പിടിച്ചു് ആദ്യം തലയ്ക്കു മീതെ കൊണ്ടുവന്നു് അതിൻെറ വാരിഭാഗത്തേയ്ക്കു് അമർത്തുക. മിന്നിട്ടിൽ ഇരുപതുപ്രാവശ്യംവരെ ഇങ്ങനെ ചെയ്യാം. അതിൽ കൂടരുതു്. ഇങ്ങനെ ചെയ്യുമ്പോൾ മററൊരാളെക്കൊണ്ടു് ശിശുവിൻെറ കാലിൽ പിടിപ്പിച്ചിരിക്കണം. ഇങ്ങനെ കുറച്ചുസമയം ചെയ്തിട്ടും കുട്ടി കരയുന്നില്ലെങ്കിൽ അരമണിക്കൂർ നേരത്തേയ്ക്കു് തുടച്ചയായി ഈ ക്രിയ ചെയ്യുക. ഇതു ചെയ്തുകൊണ്ടിരിക്കുമ്പോൾ ഇടയ്ക്കിടയ്ക്കു് തൊണ്ടയിൽ വിരലിട്ടു് കഫമോ മററോ ഉണ്ടെങ്കിൽ എടുത്തുകളയുകയും വേണം.

കൃത്രിമ ശ്വാസോച്ഛ്വാസത്തിനു് ലഘുവായ ചില മാർഗ്ഗങ്ങളുമുണ്ടു്.

1 കുട്ടിയുടെ മൂക്കിലേയ്ക്കു് വണ്ണംകുറഞ്ഞ ഒരു റബ്ബർ കത്തീററർ കടത്തി അതിൽക്കൂടെ ഊതുക.

2 ശിശുവിനെ മലത്തി കയ്യിലെടുത്തു് കുനിക്കുകയും നിവക്കുകയും ചെയ്താൽ വായു ഉള്ളിലേയ്ക്കു കയറുന്നതിനും ശ്വാസം വലിക്കുന്നതിനും സഹായകമാവുന്നു.

3 കുട്ടിയുടെ കാലുകളിൽ പിടിച്ചു് തല കീഴോട്ടാക്കി പിടിച്ചുകൊണ്ടു് മുമ്പോട്ടും പുറകോട്ടും ആട്ടിയതിനുശേഷം തല പെട്ടെന്നു് മേല്പോട്ടു പൊക്കിയാൽ കുട്ടി കരഞ്ഞേക്കും.

4 ശിശുവിൻെറ നാക്കിൽ പിടിച്ചു വലിക്കുകയും വിടുകയും വീണ്ടും ആവത്തിക്കുകയും ചെയ്താൽ ചിലപ്പോരം ഫലം കിട്ടാറുണ്ടു്.

എല്ലാം പരാജയപ്പെട്ടുന്നപക്ഷം ഓക്സിജൻ (പ്രാണവായു) കൊടുത്തേ മതിയാവൂ. ആശുപത്രികളിലേ അതിനു സൗകര്യമുണ്ടായിരിക്കയുള്ളു

നീലനിറം അധികമാവുമ്പോരം പൊക്കിറംക്കൊടി മുറിച്ചു് അല്പം രക്തം ചോത്തിക്കളയുന്നതു് ശ്വാസം വീഴുന്നതിനുപകരിക്കാറുണ്ടു്. അഡ്രിനലിൽ (Adrenalin), ലോബെലിൻ (Lobelin) തുടങ്ങിയ ചില ഔഷധങ്ങരം കുത്തിവച്ചാൽ ചിലപ്പോരം കുട്ടി കരഞ്ഞേക്കും. ഡാക്ടറുടെ നിർദ്ദേശം കൂടാതെ മിഡ്വൈഫ് ഔഷധപ്രയോഗങ്ങളൊന്നും ചെയ്യുകൂടാത്തതാകുന്നു.

അദ്ധ്യായം 22

അകാലപ്രസവവും ശിശുപരിചരണവും

ഏഴുമാസം പൂർത്തിയായതിനുശേഷം പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുവിനു് ജീവനുണ്ടായിരിക്കുമെങ്കിലും അതിനെ വളർത്തിക്കൊണ്ടുവരുവാൻ വളരെ പ്രയാസമാണു്. എത്ര തന്നെ ശാസ്ത്രീയമായ പരിചരണം നൽകിയാലും 75 ശതമാനം ശിശുക്കളും മരിച്ചുപോകുന്നതായിട്ടാണു് സ്ഥിതിവിവരക്കണക്കുകൾ തെളിയിക്കുന്നതു്. എന്നാൽ 36 ആഴ്ച പൂർത്തിയായിട്ടുള്ള ശിശുക്കളെ വളർത്തിയെടുക്കുവാൻ പ്രയാസമില്ല. എങ്കിലും മാസംതികയാതെ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുക്കളിൽ ഭൂരിപക്ഷവും ഒരു വയസ്സാകുന്നതിനു മുമ്പുതന്നെ മരണപ്പെടുന്നതായികണ്ടുവരുന്നു. മാസം തികയാതെ പ്രസവിക്കുന്ന ശിശുക്കളെ വളർത്തിയെടുക്കുന്നതിനു് അത്യാധുനികങ്ങളായ സൗകര്യങ്ങളുള്ള ഒരാശുപ

ത്രിയിൽ ഇത്തരം ശിശുക്കളെ വളർത്തിക്കൊണ്ടുവരാൻ ഇന്നു് വലിയ പ്രയാസമില്ല.

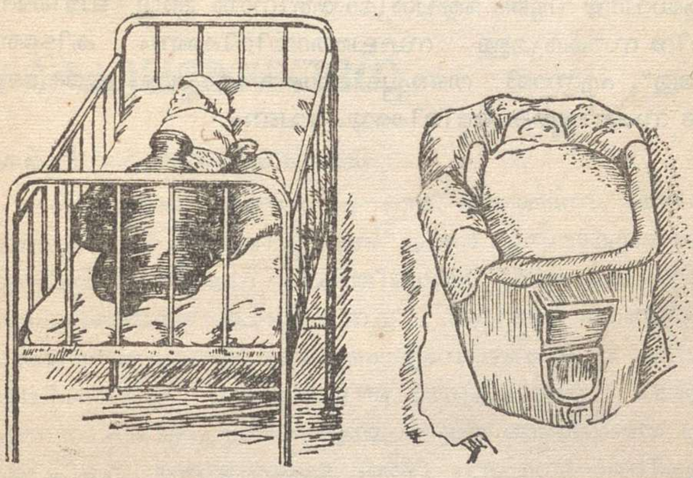
മാസംതികയാതെ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുക്കൾക്കും മാസംതികഞ്ഞു് പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുക്കൾക്കും തമ്മിൽപ്രകടമായ പലവ്യത്യാസങ്ങളുമുണ്ടു്. ഈ വ്യത്യാസങ്ങളും ലക്ഷണങ്ങളും ഒരു മിഡ്‌വൈഫ് എപ്പോഴും ഓത്തിരിക്കേണ്ടതാണു്. ഗ്രാമീണ സ്ത്രീകളിൽ പലക്കും മാസനിശ്ചയമില്ലാതെ വരാറുണ്ടു്. മാസമുറയില്ലാതെതന്നെ ഗർഭധാരണം നടക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിലും ഈ നിശ്ചയമില്ലായ്മ പലർക്കും ഒരു പ്രശ്നമാണു്.

മാസംതികയാതെ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുക്കളുടെ തൂക്കത്തിനും പൊക്കത്തിനും വളരെക്കുറവുണ്ടായിരിക്കും. രണ്ടര കിലോഗ്രാമിൽ (2500 gm) താഴെ ഒരു കിലോഗ്രാം (1000 gm) വരെ തൂക്കവും 46 സെൻറീ മീററിനു താഴെ 36 സെ: മീ: വരെ പൊക്കവുമുള്ള ശിശുക്കളെല്ലാം മാസംതികയാതെ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്നതായി കണക്കാക്കണം. മാസംതികയാതെ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുക്കളുടെ തൊലി ചുവന്നും ചുളുങ്ങി (ഞൊറിഞ്ഞും) യും ഇരിക്കുന്നു. ദേഹമാസകലം രോമങ്ങൾ കണ്ടുവരികയും ചെയ്യുന്നു. നഖങ്ങൾ വിരൽത്തുമ്പുവരെ വളരാതെയും, ശബ്ദം അടച്ചുമിരിക്കും. വളരെ സാവധാനത്തിൽ മാത്രം അനങ്ങുന്നതും എപ്പോഴും ഉറങ്ങിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നതുമായിരിക്കും. മുല വലിച്ചുകുടിക്കാനും സാധിക്കയില്ല.

മാസംതികയാതെ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുക്കളെ പരിചരിക്കേണ്ടക്രമം:-

ചൂടുള്ള തുണികൊണ്ടു് ശിശുവിൻെറ ശരീരമാസകലം നന്നായിതുടച്ചു്, വസ്ത്രം ധരിപ്പിച്ചു് ഫ്ളാനൽ തുണി

കൊണ്ടു് പുതപ്പിച്ചുകിടത്തുക. മാസംതികയാതെ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുക്കളുടെ ശരീരത്തിന്റെ ചൂടു വളരെ കുറവായിരിക്കും. അതിനാൽ ശിശുവിന്റെ കിടക്കയുടെ അടിയിൽ ഇരുവശങ്ങളിലും കാൽച്ചുവട്ടിലുമായി മൂന്നു നാലു് ഹോട്ടു് വാട്ടർ ബാഗ് (Hot water bag) വച്ചു കൊടുക്കണം.



ചിത്രം 133: CUVETTE.

മാസംതികയാതെ പ്രസവിക്കപ്പെടുന്ന ശിശുക്കളെക്കിടത്തി ഹോട്ടുവാട്ടർ ബാഗ് വച്ചു് സംരക്ഷിക്കുന്നവിധം.

കുട്ടിയുടെ ശരീരത്തിന്റെ ചൂടു് മലദ്വാരത്തിൽ തെർമോമീററർ വച്ചു് പരിശോധിച്ചു് കുറിച്ചുവയ്ക്കണം. രാവിലെയും വൈകിട്ടും ഇങ്ങനെ നോക്കേണ്ടതാണു്. പ്രസവശേഷം നാലു മണിക്കൂർ എങ്കിലും കഴിയാതെ ശിശുവിനു് പാൽ കൊടുക്കരുതു്. മാതാവിന്റെ മുലയിൽ പാൽ ഉണ്ടാ

കുന്നതുവരെ മററൊരു സ്ത്രീയുടെ പാൽ കൊടുക്കണം. പാൽ കൊടുത്തു തുടങ്ങിയാൽപിന്നെ മൂന്നു മണിക്കൂർ ഇടവിട്ടു് രാത്രിയിലും പകലും പാലുകൊത്തുകൊണ്ടിരിക്കണം. ശിശുവിനു മുല വലിച്ചുകുടിക്കുവാൻ കഴിയാത്തപക്ഷം മുലപ്പാൽ പിഴിഞ്ഞെടുത്തു് സമം ചൂടുവെള്ളം ചേർത്തു് ഒരു സ്പൂൺകൊണ്ടു് കോരിക്കൊടുക്കണം. കുറെദിവസങ്ങൾ കഴിഞ്ഞിട്ടേ ശിശുവിനെ കുളിപ്പിക്കാവൂ. അതിനു് ശുദ്ധവായു വളരെ ആവശ്യമായതിനാൽ അതു ലഭിക്കുന്നതിനു സൗകര്യമുള്ള സ്ഥലത്തായിരിക്കണം കിടത്തേണ്ടതു്. എന്നാൽ തണുപ്പടിക്കാതെ എപ്പോഴും കരുതലോടെ സൂക്ഷിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കയും വേണം.

അദ്ധ്യായം 23

ഗർഭകാലരോഗങ്ങൾ

ഛർദ്ദി (MORNING SICKNESS)

ഗർഭധാരണത്തിനുശേഷം ഒന്നു് ഒന്നരമാസം കഴിയുമ്പോഠം മുതൽ ആരംഭിച്ചു് മൂന്നു് മൂന്നര മാസമാകുമ്പോഴേയ്ക്കും അവസാനിക്കുന്ന വിധത്തിലാണു് ഗർഭകാലഛർദ്ദി സാധാരണയായി കണ്ടുവരുന്നതു്. ആഹാരം വേണ്ടായ്ക, ആഹാരസാധനങ്ങഠം പാകംചെയ്യുമ്പോഴുണ്ടാകുന്ന ഗന്ധം പിടിക്കായ്ക, മനംമറിച്ചിൽ (മനംപുരട്ടൽ), ഛർദ്ദി എന്നിവ പലക്കും ഉണ്ടാകാറുണ്ടു്. ഈ അസുഖങ്ങഠം പ്രത്യേകിച്ചു്, രാവിലെയുള്ള ഛർദ്ദി പ്രഥമഗർഭിണികളിലാണു് കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്നതു്. അണ്ഡാശയങ്ങളിലുണ്ടാകുന്ന അന്ത:സ്രവണങ്ങളുടെ (Hormones) വ്യത്യാസമാണിതിനു് പ്രധാന കാരണം. പ്രത്യേകിച്ചൊരു ചികിത്സയും കൂടാതെതന്നെ ഈ ഘട്ടം പല ഗർഭിണികളും തരണം ചെയ്യാറുണ്ടു്. രാവിലെ എഴുന്നേല്ക്കുന്നതിനു മുമ്പു തന്നെ കിടന്നുകൊണ്ടു് ഒരു ഗ്ലാസ്സു് കടുപ്പംകുറഞ്ഞ ചായയും ഒരു കഷണം റൊട്ടിയും കഴിച്ചുകൊണ്ടു് കുറെനേരം കൂടി കിടന്നാൽ മനംപുരട്ടലിനും ഛർദ്ദിക്കും ആശ്വാസം ലഭിക്കുന്നതാണു്. ശരിയായ മലശോധനയുള്ളവക്കു് ഈ

അസുഖങ്ങൾ താരതമ്യേന വളരെ കുറവാണ്. ഛർദ്ദിയുണ്ടാകുമെന്നു കരുതി ഗർഭിണി ആഹാരം കഴിക്കാതിരുന്നുകൂടാ.

മൂന്നു് മൂന്നര മാസമായിട്ടും ഛർദ്ദി മാറാതെ ഗുരുതരാവസ്ഥയെ പ്രാപിക്കുന്ന ചില കേസ്സുകളുണ്ടു്. ഈ അവസ്ഥയ്ക്കു് ഹൈപ്പർ എമിസിസ് ഗ്രാവിഡാരം (Hyper Emesis Gravidarum)എന്നാണു് വൈദ്യശാസ്ത്രസംജ്ഞ.

ചികിത്സ (ട്രീററ്മെൻറു്–TREATMENT)

പരിചരണങ്ങൾകൊണ്ടും സാമാന്യചികിത്സകൾ കൊണ്ടും ഛർദ്ദിയും മററസുഖങ്ങളും മാറാത്തപക്ഷം ഗർഭിണിയെ ഹോസ്പിററലൈസ് (ആശുപത്രിയിൽ ആക്കുക) ചെയ്യുകയാണു വേണ്ടതു്. അവിടെ അവക്കു് സ്വസ്ഥമായ ഉറക്കം ലഭിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി മോർഫിയാ (Morphia ½ Gr.), സോഡിയം ലൂമിനൽ (Sodium Luminal ½ Gr.)എന്നിതിൽ ഏതെങ്കിലും I. M. ആയി കുത്തിവയ്ക്കുന്നു.

ഗർഭകാലഛർദ്ദിക്കു് സാധാരണയായി താഴെപ്പറയുന്ന ഔഷധങ്ങളാണു് കൊടുത്തുവരുന്നതു്.

(1) വിററമിൻ ബി–6 (Pyridoxin Hydrochloride) കാലത്തും ഉച്ചയ്ക്കും വൈകിട്ടും ഓരോ ഗുളികവീതം.

(2) സിറൈ ഓക്സാലസ് (Cerii Oxalas ½ Gr.)
സോഡാ ബൈ കാർബു് (Soda Bi Carb 3 Gr)
ഇവ കൂട്ടിച്ചേർത്തു് ദിവസം 3 നേരംവീതം കൊടുക്കുന്നു.

(3) ററിങ്ചർ ജൻഷൻ കൊ(Tr. Gentian Co 4 ml)
അകചാക്ലോറോഫോം (Aqua Chloroform 30 ml)
ഈ മിക്സ്ചർ കൂട്ടിയെടുത്തു് രാവിലെ കൊടുക്കുന്നു.

(4) അവോമിൻ (Avomin)

(5) സികചിൽ (Sequil)

ഈ ഗുളികകളിൽ ഏതെങ്കിലുമൊന്നു് ആവശ്യാനുസരണമോ മൂന്നു നേരമോ രോഗാവസ്ഥയുടെ ഗൗരവസ്ഥിതിയനുസരിച്ചു് കൊടുക്കാവുന്നതാണു്. സികപിൽ ഇൻജക്ഷൻരൂപത്തിലും ലഭിക്കും. ഇവ കൂടാതെ മററനേകം പേററൻറു് ഔഷധങ്ങളും മോർണിംഗ്ഗ് സിക്ക്നെസ്സ് എന്ന രോഗാവസ്ഥയ്ക്കുവേണ്ടി മാക്കററിലുണ്ടു്.

ചിലപ്പോൾ ഔഷധപ്രയോഗങ്ങളെല്ലാം വിഫലമാകാറുണ്ടു്. അങ്ങനെയായാൽ 24 മണിക്കൂർനേരത്തേയ്ക്കു് യാതൊരു ആഹാരവും കൊടുക്കാതിരിക്കയാണുവേണ്ടതു്. ആഹാരമില്ലാത്തതിനാൽ ഗർഭിണിക്കു് ക്ഷീണം വർദ്ധിക്കുന്നതായി കണ്ടാൽ സലൈൻ ഗ്ലൂക്കോസ് (Saline Glucose) ഇൻട്രാവീനസ്സ് ഡ്രിപ്പ് ആയി കൊടുക്കുന്നപക്ഷം ക്ഷീണം മാറിക്കിട്ടുന്നതാണു്.

ഏതു സാഹചര്യത്തിലും ഗർഭിണിക്കു് കൃത്യമായ മലശോധന ആവശ്യമാണു്. മലശോധനയ്ക്കുവേണ്ടി ഔഷധങ്ങൾ വായിൽക്കൂടി കൊടുക്കരുതു്. സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവുമുപയോഗിച്ചു് എനിമാ വയ്ക്കുന്നതാണുത്തമം.

24 മണിക്കൂറിനുശേഷം ആഹാരം കൊടുത്തുതുടങ്ങാവുന്നതാണു്. പാൽ, പഞ്ചസാര, കൊഴുപ്പു് എന്നിവ ഈ സാഹചര്യത്തിൽ കൊടുത്തുകൂടാ. പഞ്ചസാരയ്ക്കുപകരം ലാക്ടോസ് (Lactose) കൊടുക്കാം.

ചില അപൂർവ്വസന്ദർഭങ്ങളിൽ എല്ലാവിധ പരിചരണങ്ങളെയും ഔഷധപ്രയോഗങ്ങളെയും പരാജയപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ടു് ഛർദ്ദി ഗുരുതരമായി തുടരുന്നതും രോഗിയുടെ നില ആശങ്കാജനകമായി പരിണമിക്കുന്നതുമാണു്. ഇത്തരം സന്ദർഭങ്ങളിൽ രോഗിയുടെ ജീവൻ രക്ഷിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ഗർഭം അലസിപ്പിച്ചുകളയാറുണ്ടു്.

സാമാന്യപരിചരണങ്ങൾകൊണ്ടൊന്നും തന്റെമേൽനോട്ടത്തിലുള്ള ഒരു ഗർഭിണിയുടെ ഛർദ്ദിയും മററും ശമി

ക്കുന്നില്ലെന്നുകണ്ടാൽ അവരെ ഒരാശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുകയാണു് ഒരു മിഡ്ഢ്വൈഫിൻെറ കടമ. അതിൽ കവിഞ്ഞൊന്നും ചെയ്യുവാൻ മിഡ്ഢ്വൈഫിനു് കടമയോ അധികാരമോ ഇല്ല.

മലബന്ധം (കൺസ്റ്റിപ്പേഷൻ—CONSTIPATION):—

ഗർഭകാലത്തു് സാധാരണയായി മലശോധന കുറഞ്ഞുകാണുന്നു. ആഹാരക്രമീകരണംകൊണ്ടു് ഇതു് മാററുകയാണുത്തമം. ധാരാളം വെള്ളം കുടിക്കുകയും ഫലവർഗ്ഗങ്ങളും പച്ചക്കറികളും സമൃദ്ധിയായി ഉപയോഗിക്കയും ചെയ്താൽ മലബന്ധം മാറിക്കിട്ടുന്നതാണു്. മലശോധനയ്ക്കുവേണ്ടി മരുന്നുകഴിക്കുന്നതിലും നല്ലതു് എനിമാ വയ്ക്കുകയാണു്. ഗർഭാവസ്ഥയുടെ ആദ്യകാലങ്ങളിൽ ഒരു കാരണവശാലും വയറിളക്കുന്നതിനുവേണ്ടി മരുന്നു കഴിച്ചുകൂടാ.

മൂത്രത്തിൽ ആൽബുമിൻ:—

(ആൽബുമിനൂറിയ—ALBUMINURIA)

മൂത്രത്തിൽ ആൽബുമിൻ കാണപ്പെടുന്ന അവസ്ഥയ്ക്കാണു് ആൽബുമിനൂറിയാ എന്നു പറയുന്നതു്. പ്രഥമ ഗർഭിണികളിലാണു് ഇതു് കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്നതെങ്കിലും അഞ്ചുശതമാനത്തിലധികം ഗർഭിണികളിൽ ആൽബുമിനൂറിയാ എന്ന രോഗം കണ്ടുവരുന്നില്ല. എട്ടുമാസം കഴിഞ്ഞതിനുശേഷമാണു് സാധാരണയായി ഈ അവസ്ഥ കണ്ടുവരുന്നതു്. ഗർഭിണിയുടെ കൈകാലുകരം, മുഖം, ഉദരഭാഗം, യോനീമുഖം എന്നീ ഭാഗങ്ങളിൽ നീരുണ്ടായി വീങ്ങുന്നതാണു് ഇതിൻെറ പ്രധാന ലക്ഷണങ്ങരം.

ഗർഭിണികരംക്കുണ്ടാകുന്ന നീരിനു് (Oedema) ആൽബുമിനൂറിയാ എന്ന രോഗാവസ്ഥ മാത്രമല്ല കാരണമായിട്ടുള്ളതു്. ഗർഭാശയം, ഉപസ്ഥാശയത്തിലുള്ള രക്തധമനികളിൽ അമന്നിരിക്കുന്നതുകൊണ്ടും, ഹൃദ്രോഗങ്ങരം ഉള്ളതുകൊണ്ടും നീരു് ഉണ്ടാകാവുന്നതാണു്.

പ്രതിവിധി:– മൂത്രം പരിശോധിച്ച് ആൽബ്യുമിൻ അധികമുണ്ടെന്നു കണ്ടാൽ ഡാക്ടറെ വിവരം ധരിപ്പിച്ച് അദ്ദേഹത്തിൻെറ നിർദ്ദേശാനുസരണം ചികിത്സിക്കുക. നിസ്സാരമായിട്ടുള്ള നീരും മററു ലക്ഷണങ്ങളും വിശ്രമംകൊണ്ടു മാറുന്നതാണ്. കാൽപാദങ്ങളിലും മററും നീരുണ്ടെങ്കിലും പ്രത്യേകിച്ച് മററസുഖങ്ങളൊന്നുമില്ലാതിരിക്കുമ്പോൾ സാധാരണയായി ഗർഭിണികൾ കാര്യമായ വിശ്രമമെടുക്കാതെ നിരന്തരമായി വീട്ടുജോലികളിൽ വ്യാപൃതരായിരിക്കുകയാണ് പതിവ്. ഈ സമ്പ്രദായം നല്ലതല്ലെന്നും എവിടെയെങ്കിലും സ്വസ്ഥമായിക്കിടന്ന് വിശ്രമിക്കേണ്ടതാണെന്നും ഗർഭിണികളെ പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കേണ്ടതു് മിഡ്വൈഫിൻെറ ചുമതലയാണ്.

നല്ല ശോധനയുണ്ടാകുന്നതിനുവേണ്ടി ആൽബാമിക്സ്ച്ചർ കൊടുക്കാവുന്നതാണ്.

Mist Alba

Mag Sulph	1 oz (28 gm.)
Mag Carb	30 grs. (18·00 gm)
Spt Mentha Pip	1 m. (1 drop)
Aqua ad	3 oz (90 ml)

ഈ മിക്സ്ച്ചർ ദിവസവും രാവിലെ കഴിക്കുകയാണു വേണ്ടതു്. അത്യാവശ്യസന്ദർഭങ്ങളിൽ ഏതു സമയത്തും ഇതു കഴിക്കാവുന്നതാണ്.

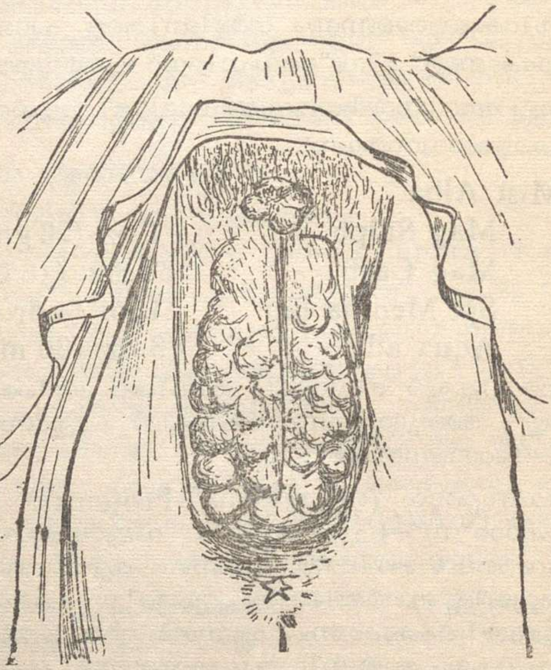
മാംസ്യങ്ങൾ (പ്രോട്ടീൻസ്–Proteins), കൊഴുപ്പുകൾ (ഫാററ്സ്–Fats) എന്നിവ വജ്ജിക്കേണ്ടതും അന്നജാഹാരങ്ങൾ കഴിക്കയും വേണം. നീരു് അധികമായിട്ടില്ലെങ്കിൽ ബാർലിവെള്ളം തുടങ്ങിയ പാനീയങ്ങൾ ധാരാളമായി കൊടുക്കണം. എന്നാൽ നീരു ക്രമേണ കൂടികൂടി വരികയും അതു നിലനില്ക്കുകയുമാണ് ചെയ്യുന്നതെങ്കിൽ അധികം വെള്ളം കൊടുക്കരുതു്. ഉപ്പ് വജ്ജിക്കുകയും ചെയ്യണം.

ആൽബുമിനൂറിയാ വളരെ ഗുരുതരമായൊരവസ്ഥയെ പ്രാപിക്കുന്ന ചില അപൂർവ്വസന്ദർഭങ്ങളുണ്ട്. ആ അവസ്ഥയിൽ ഗർഭിണിയുടെ ജീവൻ രക്ഷിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി അവളുടെ ഗർഭാവസ്ഥതന്നെ ചിലപ്പോൾ അവസാനിപ്പിച്ചുകളയുന്നു.

സിരാവീക്കം:-

(വെരിക്കോസ് വെയിൻ–VERICOSE VEIN)

ഗർഭകാലത്തു ഗുഹ്യപ്രദേശത്തും, മലദ്വാരത്തിനുചുററും, കാലിലും മററുമുള്ള രക്തസിരകൾ വീങ്ങി തടിക്കാറുണ്ട്.



ചിത്രം 134: ഗുഹ്യഭാഗത്തുള്ള രക്തസിരകൾ വീങ്ങി തടിച്ചിരിക്കുന്നതു്.

പ്രതിവിധി:– ഗുഹ്യഭാഗത്തും, മലദ്വാരത്തിനുചു റ്റും ചൂടുവെള്ളത്തിൽ മുക്കിപ്പിഴിഞ്ഞ തുണികൊണ്ടു് ആവി പിടിക്കുകയും, കാലിൽ താഴെനിന്നും മേലോട്ടു് അല്പം മുറുക്കി ഒരു ബാൻഡേജ് ഇടുകയും ചെയ്യുക. ആശ്വാസം ലഭിക്കുന്നതായിരിക്കും. തീരെ ആശ്വാസം ലഭിക്കാത്തപക്ഷം ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുക.

ഗുഹ്യഭാഗത്തു ചൊറിച്ചിൽ:–

(പ്രൂറിററസ് വൾവാ–PRURITUS VULVA)

ഗർഭകാലത്തിൽ ഗുഹ്യഭാഗത്തു് അസഹനീയമായ ചൊറിച്ചിൽ അനുഭവപ്പെടാറുണ്ടു്. പടിക്കാരം (Alum Lotion 1%) ചൂടുവെള്ളത്തിൽ ലയിപ്പിച്ചു് അതുകൊണ്ടു പല പ്രാവശ്യം ചൊറിച്ചിലുള്ളിടം കഴുകിയാൽ ആശ്വാസം ലഭിക്കും. യോനീവാച്ച്യുടെ ഫലമായും ചൊറിച്ചിൽ ഉണ്ടാകുന്നുണ്ടു്. അങ്ങനെയുള്ളവർ ആലം ലോഷൻകൊണ്ടു് ദിവസം രണ്ടുപ്രാവശ്യം യോനിയും ഗുഹ്യഭാഗവും ശുദ്ധിചെയ്യേണ്ടതാണു്. ഈ പരിചരണങ്ങൾകൊണ്ടും ആശ്വാസം ലഭിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ ഡാക്ടറുടെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം താഴെപ്പറയുന്ന മരുന്നുകളിൽ ഏതെങ്കിലും പുരട്ടുക.

1) Anthisan Cream.
2) Bradex Vioform Cream.
3) Mycostatin Ointment.

ചൊറിച്ചിൽ അസഹനീയമായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ താഴെപ്പറയുന്ന ഗുളികകളിൽ ഏതെങ്കിലും ഉള്ളിലേയ്ക്കു കഴിക്കുകയും ചെയ്യാവുന്നതാണു്.

1) Vallergan Tabs
2) Periactin Tabs

അദ്ധ്യായം 24

ഗർഭകാലരോഗങ്ങൾ (തുടർച്ച)

മസ്സിലുകയററം (ക്രാംപ്സ്–CRAMPS):–

കാൽവണ്ണയിലും തുടകളുടെ പിൻഭാഗത്തുമുള്ള മാംസപേശികളുടെ ഉരുണ്ടുകയററം ചില ഗർഭിണികൾക്കനുഭവപ്പെടാറുണ്ട്. ഗർഭത്തിൻെറ അവസാനത്തെ ആഴ്ചകളിലാണ് ഇതു സാധാരണയായി അനുഭവപ്പെടുന്നതു്.

പ്രതിവിധി:–

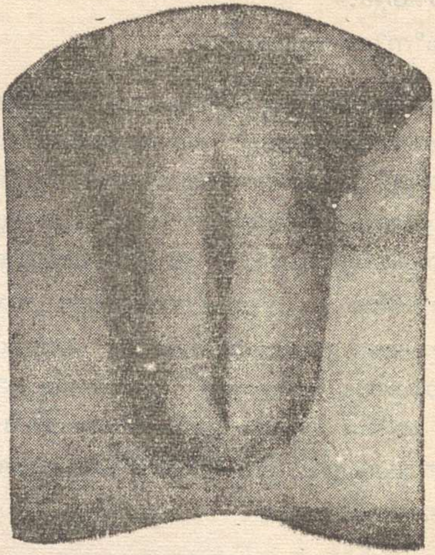
കാൽ നീട്ടിവച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുവാൻ ഉപദേശിക്കുകയും തിരുമ്മിക്കൊടുക്കുകയും ചെയ്യുകയല്ലാതെ മററു ഫലപ്രദമായ മാർഗ്ഗങ്ങളൊന്നുമില്ല.

നിദ്രാരാഹിത്യം:-
(ഇൻസോംമ്നിയ—INSOMNIA)

ഗർഭിണികാംക്കു നല്ല ഉറക്കം ആവശ്യമാണ്. ഉറക്കമില്ലായ്മ ഒഴിവാക്കേണ്ടതു് അത്യന്താപേക്ഷിതമാകുന്നു. കുറേനാളത്തേയ്ക്കു് ഉറക്കം തീരെയില്ലാതെ വന്നാൽ അതു് ചിത്തഭ്രമം ഉണ്ടാകാനിടയുള്ളതിൻെറ മുൻ സൂചനയായി കണക്കാക്കപ്പെടേണ്ടതാണ്. രാത്രിയിൽ ഭക്ഷണം കഴിക്കാതിരിക്കുകയോ അഥവാ ലഘുഭക്ഷണം മാത്രം കഴിക്കുകയോ ചെയ്യുകയും ഉറങ്ങാൻ നേരത്തു് ഒരുഗ്ലാസ്സ് ചൂടുള്ള പാൽ കുടിക്കുകയും ചെയ്യുന്നതു് ഉറക്കത്തെ സഹായിക്കുന്നതാണ്. തീരെ ഉറക്കം ലഭിക്കാത്തപക്ഷം ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതും ഉറക്കമരുന്നു കഴിച്ചെങ്കിലും സുഖനിദ്രയുണ്ടാക്കേണ്ടതുമാണ്.

ഗർഭകാലത്തുണ്ടാകുന്ന വൃക്കരോഗം:—
(PREGNANCY KIDNEY)

ഗർഭകാലത്തുണ്ടാകുന്ന അപകടകരമായ രോഗങ്ങളിൽ ഏററവും പ്രധാനപ്പെട്ടതാണ് വൃക്കരോഗം. എട്ടാം മാസത്തിനു ശേഷമാണ് സാധാരണയായി വൃക്കകാം രോഗബാധിതമായി കാണപ്പെടുന്നതു്. പ്രഥമഗർഭിണികളിലാണ് ഈ രോഗബാധയും കൂടുതലായി കണ്ടുവരുന്നതു്. ശക്തിയായ ഛർദ്ദി, അപസ്മാരം, രക്തസ്രാവം എന്നീ രോഗങ്ങാംക്കും ഇതു വഴിതെളിക്കുന്നു. വൃക്കരോഗത്തിൻെറ പ്രധാനലക്ഷണങ്ങാം വിട്ടുമാറാത്ത തലവേദന, ഗുഹ്യഭാഗത്തും കൈകാലുകളിലും, മുഖത്തും നീരു്, മൂത്രക്കുറവ്, മൂത്രത്തിൽ ആൽബുമിൻ, ഛർദ്ദി, കാഴ്ചക്കുറവ് എന്നിവയാണ്.



ചിത്രം 135:–വീക്കത്തിന്ന വിധേയമായ ഗുഹ്യഭാഗം

ഈ രോഗത്തിന്ന് വിദശ്ധമായ ചികിത്സ ആവശ്യമായതിനാൽ ഏററവും വേഗം ഡാക്ടറെ കാണേണ്ടതാണ്.

ഗർഭകാല മഞ്ഞപ്പിത്തം:–

(ACUTE YELLOW ATROPHY)

ഗർഭകാലരോഗങ്ങളിൽ അപകടകാരിയായ ഈ രോഗം സാധാരണമല്ലെങ്കിലും ഗർഭാവസ്ഥയിൽ ഏതു കാലത്തും പെട്ടെന്നു പ്രത്യക്ഷപ്പെടാവുന്നതാണ്. എങ്കിലും ഗർഭത്തിൻെറ ആറാമത്തെ ആഴ്ചയിലോ, പ്രസവകാലമടുക്കുമ്പോഴോ ആണ് ഈ രോഗബാധ ഉണ്ടായി കണ്ടുവരുന്നതു്. ഗർഭിണിക്കു് പ്രത്യേകിച്ചൊരസുഖവും

ഇല്ലാതിരിക്കുമ്പോഠം പെട്ടെന്നു് ശക്തമായ തലവേദന, വയററിൽവേദന ഛർദ്ദി എന്നിവ ആരംഭിക്കുകയും മഞ്ഞപ്പിത്തലക്ഷണങ്ങഠം പ്രകടമാവുകയും ചെയ്യുന്നു. മഞ്ഞപ്പിത്ത രോഗലക്ഷണങ്ങഠം പ്രകടമായിട്ടുള്ള ഈ രോഗത്തിനു് ഇക്ടറസ്സ് ഗ്രാവിസ് ഗ്രാവിഡാരം (Eturus Gravis Gravidarum) എന്നാണു് യഥാത്ഥത്തിലുള്ള വൈദ്യശാസ്ത്രസംജ്ഞ. ഈ രോഗാവസ്ഥയിൽ ഗർഭിണിയുടെ മൂത്രത്തിലും, ഛർദ്ദിയിലും രക്തം കലന്നിരിക്കും. മൂത്രം വളരെ കുറവായിമിക്കുന്നതും ഉള്ള മൂത്രത്തിൽ ആൽബ്യുമിൻ വളരെക്കൂടുതൽ കാണപ്പെടുന്നതുമായിരിക്കും. അല്പദിവസങ്ങഠംക്കുള്ളിൽ രോഗസ്ഥിതി ആശങ്കാജനകമായിത്തീരുന്നതും ഗർഭിണി അബോധാവസ്ഥയിലോ, ദീർഘനിദ്രയിലോ അകപ്പെടുന്നതുമായിരിക്കും.

പ്രതിവിധി:-

ഗർഭിണിയുടെ ജീവൻ രക്ഷിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ഗർഭം നശിപ്പിക്കുക ആവശ്യമായതിനാൽ ഏററവും വേഗം അവരെ ഒരു നല്ല ആശുപത്രിയിൽ എത്തിക്കുക. നാലുമാസത്തിനു മുമ്പാണു് ഈ സ്ഥിതിവിശേഷം സംജാതമാവുന്നതെങ്കിൽ ഗർഭാശയഗളം വികസിപ്പിക്കുവാനും (സെർവിക്കൽ ഡയലറേഷൻ-Cervical Dialatation), ഓവം ഫോർസെപ്സ് (Ovum Forceps) ഉപയോഗിച്ച് ഗർഭം നശിപ്പിക്കുവാനും പ്രയാസമുണ്ടാവുകയില്ല. എന്നാൽ നാലുമാസത്തിനു ശേഷം ഇങ്ങനെ ചെയ്യുന്നതു് പലപ്പോഴും ആപത്സാദ്ധ്യത വർദ്ധിപ്പിക്കുകയേയുള്ളു.

ഗർഭാപസ്മാരം

(എക്ലാംപ്സിയ—ECLAMPSIA):—

ഗർഭകാലത്തോ, പ്രസവസമയത്തോ, അതിനു ശേഷമോ ഉണ്ടാകുന്ന ഒരുമാതിരി ഇളക്കത്തിനാണു്

എക്ലാംപ്സിയ (ഗർഭാപസ്മാരം) എന്നു പറയുന്നതു്. വളരെ അപകടകാരിയായ ഈ രോഗം പ്രഥമഗർഭിണികളിലാണു കൂടുതലായി കണ്ടുവരാറുള്ളതു്. ഏഴാം മാസം മുതലാണു് രോഗം കണ്ടുവരുന്നതും.

ഗർഭാപസ്മാരബാധ (ഇളക്കം—കോട്ടു്) ഉണ്ടാകാമെന്നുള്ളതിൻെറ മുൻ സൂചനയായി താഴെപ്പറയുന്ന ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടുവരുന്നു.

വളരെ പെട്ടെന്നു് അതിശക്തമായ തലവേദന ആരംഭിക്കൽ,
മനംമറിച്ചിൽ (മനംപുരട്ടൽ),
നെഞ്ചെരിച്ചിൽ,
ഛർദ്ദി,
കാഴ്ചക്കുറവു്,
മൂത്രത്തിൽ ആൽബ്യുമിൻ.

ഈ ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടാലുടനെ വിദഗ്ധമായ വൈദ്യപരിശോധനയ്ക്കും, ചികിത്സയ്ക്കും ഗർഭിണിയെ വിധേയയാക്കേണ്ട ചുമതല മിഡ്വൈഫിനുള്ളതാണു്. ഏററവും വേഗം ഫലപ്രദമായ ചികിത്സ ആരംഭിക്കാൻ കഴിഞ്ഞാൽ അപകടകാരിയായ ഈ രോഗത്തിൽനിന്നും അവരെ രക്ഷിക്കാൻ കഴിയുന്നതാണു്. ഗർഭിണി ഒരുദിവസം ഒഴിക്കുന്ന മൂത്രം ആകെ ശേഖരിക്കുകയും അളന്നുനോക്കി എത്രയുണ്ടെന്നു മനസ്സിലാക്കുകയും അതിൽനിന്നും കുറെ മൂത്രമെടുത്തു് പരിശോധനയ്ക്കു വേണ്ടി ഡാക്ടറെ ഏല്പിക്കുകയും ചെയ്യണം.

ഇളക്കം (Fits) പെട്ടന്നാരംഭിക്കുകയും, ഇളക്കമുള്ളസമയത്തും അതിനുശേഷവും ഗർഭിണിക്കു് ബോധമില്ലാതിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന ഗർഭാപസ്മാരരോഗത്തിനു് മൂന്നു ഘട്ടങ്ങളാണുള്ളതു്.

ഒന്നു് പ്രഥമഘട്ടം:—

(പ്രിലിമിനറി സ്റ്റേജ്—PRELIMINARY STAGE)

ഈ പ്രാഥമികാവസ്ഥയിൽ ശിരസ്സിലും മുഖത്തിലുമുള്ള മാംസപേശികൾ അനങ്ങിക്കൊണ്ടിരിക്കുകയും കൺപോളകൾ വിറയ്ക്കുകയും, കൺമിഴികളും തലയും ഒരുവശത്തേയ്ക്കു് തിരിയുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ പ്രഥമ ഘട്ടം ഒരുമിനിട്ടിൽ കൂടുതൽ ദീർഘിക്കാറില്ല.

ദ്വിതീയഘട്ടം:-

(ടോണിക്കു് സ്റ്റേജ്—TONIC STAGE)

ഞരമ്പു വലിമൂർദ്ധന്യാവസ്ഥയെ പ്രാപിക്കുന്ന അവസ്ഥയാണു് ടോണിക്കു് സ്റ്റേജ് എന്നു പറയുന്നതു്. ഈ ഘട്ടത്തിൽ ശരീരമാസകലമുള്ള മാംസപേശികൾ ചുരുങ്ങുന്നതും താടി വിറച്ചുതുടങ്ങുന്നതുമാണു്. തല പിന്നോട്ടു വളയുകയും കഴുത്തു് (പിടലി,പിരടി) വിറങ്ങലിക്കയും (ബലവത്തായി തീരുകയും) ഉപ്പൂററിമാത്രം നിലത്തുറപ്പിച്ചുകൊണ്ടു് വില്ലുപോലെ വളഞ്ഞുനില്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. കൈകൾ നീട്ടി മുഷ്ടിചുരുട്ടിപ്പിടിച്ച രീതിയിലായിരിക്കുകയും ചെയ്യും. ഈ അവസ്ഥയിൽ ശ്വാസംമുട്ടൽ അനുഭവപ്പെടുന്നതും അതിനാൽ മുഖം നീലനിറമായിതീരുന്നതുമാണു്. നാക്കു് പല്ലുകൾക്കിടയിൽപ്പെട്ടു് മുറിയുവാനും രക്തവും, നുരയും പതയും ഒഴകുവാനും ഇടയാകുന്നു. രോഗിപൂർണ്ണമായും അബോധാവസ്ഥയിലായിരിക്കുകയും ചെയ്യും ഈ ഘട്ടവും അധികനേരം നിലനില്ക്കുകയില്ല.

തൃതീയഘട്ടം:-

(ക്ലോണിക്കു് സ്റ്റേജ്—CLONIC STAGE)

ഈ ഘട്ടത്തിൽ എല്ലാമാംസപേശികളും വിറച്ചുതുടങ്ങുന്നതും, വിറയൽ മുഖത്തുനിന്നും ആരംഭിച്ചു് ശരീരമാ

സകലം വ്യപിക്കയും ചെയ്യുന്നു. വായ്പെട്ടന്നു് തുറക്കുക യും അടയ്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നതും വായിൽനിന്നും രക്തവർണ്ണ ത്തിൽ നുരയും പതയും ഒഴുകിതുടങ്ങുന്നതുമാണു്. തുടന്നു് മാംസപേശികരം തളന്നു് അയയുന്നതും രോഗിബോധര ഹിതയായി കിടക്കുന്നതുമാണു്. ക്രമേണ ബോധം തെളി ഞ്ഞു് ആശ്വസിക്കുന്നു. വളരെ ഗുരുതരമായ ചില കേസ്സു കളിൽ ബോധം തെളിയാതെ തന്നെ മരണം സംഭവിക്കാ റുണ്ടു്.

ഗർഭാപസ്മാരത്തിൻെറ അപായ ലക്ഷണങ്ങരം:–

1 തുടച്ച്യായി വളരെ പ്രാവശ്യം ഇളക്കമുണ്ടാവുക.
2 പനി 103 ഡിഗ്രിയിലധികമാവുക.
3 മൂത്രം തിളപ്പിച്ചുനോക്കിയാൽ അതു കട്ടിയായി തീരുക.
4 നീരു് തീരെയില്ലാതിരിക്കുക.
5 മൂത്രം പോകാതിരിക്കുക. പോയാൽതന്നെ വളരെ മണിക്കൂറുകരംക്കുശേഷം മാത്രമായിരിക്കുക.
6 മഞ്ഞപ്പിത്ത ലക്ഷണമുണ്ടായിരിക്കുക.
7 ഇളക്കത്തിനു ശേഷം തീരെ ബോധമില്ലാതിരി ക്കുക.
8 ഹൃദയപ്രവത്തനത്തിനു് ഗുരുതരമായ മാന്ദ്യംസംഭ വിക്കുക.
9 പ്രസവവേദന ആരംഭിച്ചതിനുശേഷമോ പ്രസവം നടന്നുകഴിഞ്ഞതിനെ തുടന്നോ ഇളക്കമുണ്ടാവുക.

മേൽവിവരിച്ച ലക്ഷണങ്ങളൊന്നും ശുഭസൂചകമല്ല.

പ്രതിവിധി:–

ഗർഭകാലത്തു് മൂത്രം ആഴ്ചയിലൊരിക്കലെങ്കിലും പരിശോധിക്കുകയും ആൽബ്യുമിൻ ഉണ്ടെന്നുകണ്ടാൽ അ

KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY KOTTAYAM

തിനുള്ള പ്രത്യേകചികിത്സ ചെയ്യുകയും, ഗർഭകാലം മുഴുവൻ ഡാക്ടറുടെ മേൽനോട്ടത്തിൽ കഴിയുകയും ചെയ്യണം.

ഏതെങ്കിലും ഗർഭിണിക്കു് പെട്ടെന്നു് അപസ്മാര ഇളക്കം ആരംഭിച്ചാൽ ഏററവും വേഗം ഡാക്ടറെ വരുത്തുവാൻ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണു്.

ഇളക്കംബാധിച്ച സ്ത്രീയുടെ വസ്ത്രങ്ങളെല്ലാം അയച്ചിടുകയും, ഇറുകിക്കിടക്കുന്ന ആഭരണങ്ങളെന്തെങ്കിലുമുണ്ടെങ്കിൽ അവ അഴിച്ചുമാററുകയും ചെയ്യണം. രോഗി കിടക്കുന്ന മുറിയിൽ അധികം വെളിച്ചവും ശബ്ദവും ഉണ്ടാകാതെയിരിക്കാൻ പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കുകയും, ദേഹത്തു് പരുക്കുകൾ ഒന്നുമേല്ക്കാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി മുറിയിലുള്ള മേശ, കസേര തുടങ്ങിയ ഉപകരണങ്ങൾ നീക്കംചെയ്യുകയുംവേണം. ചെവികൾ പഞ്ഞിവച്ചു് അടയ്ക്കുകയും നാക്കു കടിച്ചുമുറിക്കാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ഒരു സ്പൂണിൻെറ പിടിയിലോ ഒരു കമ്പിലോ തുണിചുററി അതു് പല്ലിനിടയിൽ വച്ചുകൊടുക്കുകയുംചെയ്യുക. ഇളക്കം കഴിഞ്ഞാലുടനെ വായിലെ നുരയും പതയും മററും ഒഴുകിപ്പോകുന്നതിനുവേണ്ടി രോഗിയെ ഒരു വശത്തേയ്ക്കു് ചരിച്ചുകിടത്തുക. മൂത്രം കെട്ടിനില്ക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ അതെടുക്കുകയും, ഡാക്ടറുടെ പരിശോധനയ്ക്കുവേണ്ടി സൂക്ഷിച്ചുവയ്ക്കുകയും ചെയ്യണം. എനിമാ കൊടുത്തു് മലം കളയേണ്ടതും ശ്വാസോച്ഛ്വാസക്രമം, നാഡീസ്പന്ദനനിരക്കു്, പനി എന്നിവനോക്കി കുറിച്ചുവയ്ക്കുകയും ഡാക്ടറെ അറിയിക്കുകയും ചെയ്യണം. ഇളക്കത്തിനുശേഷം രോഗി വെള്ളംകുടിക്കുമെങ്കിൽ ആവശ്യമുള്ളിടത്തോളം ചൂടുവെള്ളം കുടിക്കാൻകൊടുക്കുകയും ഒരു കമ്പിളികൊണ്ടു് പുതപ്പിച്ചുകിടത്തുകയും ചെയ്യണം

മുന്നീർ ആധിക്യം:-

(ഹൈഡ്രാമ്നിയോസ്—HYDRAMNIOS):—

ഗർഭിണിക്ക്, ഹൃദ്രോഗം, വൃക്കരോഗങ്ങൾ, സിഫിലിസ്സ് തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങളുള്ളപ്പോഴും, ഗർഭത്തിൽ ഒന്നിലധികം ശിശുക്കൾ ഉള്ളപ്പോഴും, ശിശു ഗർഭാശയത്തിൽ വച്ചു മരണപ്പെട്ടമ്പോഴും ആണ് സാധാരണയായി മുന്നീർ ആധിക്യം ഉണ്ടാകുന്നതു്. മുന്നീർ അധികമായാൽ ഗർഭിണിക്കു ശ്വാസംമുട്ടൽ, ഇരിക്കുവാനും കിടക്കുവാനുമുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട് എന്നിവ അനുഭവപ്പെടുന്നു. മുന്നീർ അഞ്ചു പൈൻറിലധികം ഉണ്ടായിരുന്നാലെ ഈ ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ അനുഭവപ്പെടുകയുള്ളൂ. മുന്നീർ ആധിക്യം സാധാരണയായി കണ്ടുവരുന്നതു് ഗർഭം അഞ്ചാറു മാസമാകുമ്പോഴാണ്.

മുന്നീർ ആധിക്യംമൂലം മാസംതികയാതെ പ്രസവിച്ചുപോവുകയോ, ഗർഭസ്ഥശിശു ക്രമവിരുദ്ധമായ ശയനനിലയിലായിരിക്കുകയോ, പൊക്കിൾക്കൊടി ജനനമുഖമായി വരികയോ, പ്രസവശേഷംരക്തസ്രാവമുണ്ടാവുകയോ ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

താഴെപ്പറയുന്ന ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടാലുടനെ ഒരു ഡാക്ടറെക്കാണിച്ച് ചികിത്സിപ്പിക്കുവാൻ മാഡ്വൈഫ് ഉപദേശിക്കേണ്ടതാണ്.

1 വയറു് ക്രമാതീയമായി വീങ്ങിയിരിക്കുകയും വയറിനുമേൽതൊടുമ്പോൾ നൊമ്പരവും, വയററിൽ വേദനയും ഉണ്ടായിരിക്കുക.

2 ശ്വാസംമുട്ടലുണ്ടായിരിക്കുകയും, മുഖം ക്രമേണ നീലനിറമായിവരികയും ഇരിക്കുവാനും കിടക്കുവാനും പ്രയാസം അനുഭവപ്പെടുകയും ചെയ്യുക.

3 വയറ്, ഗുഹ്യഭാഗം, കാലുകൾ എന്നിഭാഗത്തു വീക്കമുണ്ടായിരിക്കുക.

4 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയമിടിപ്പു ശ്രവിക്കുവാനോ അംഗങ്ങൾ സ്പർശിച്ചറിയാനോ കഴിയാതെ വരിക.

എന്നിവയാണ് മുന്നീർ ആധിക്യംമൂലം പ്രകടമാവുന്ന പ്രധാന ലക്ഷണങ്ങൾ. ഗൗരവാവഹമായ ചില കേസ്സുകളിൽ ഛർദ്ദി, പനി, ദ്രുതഗതിയിലുള്ള നാഡിമിടിപ്പ് എന്നിവയും കാണപ്പെടുന്നതാണ്.

ഗർഭാശയത്തിൽവച്ചുള്ള ശിശുമരണം:-

(INTRA UTERINE DEATH OF THE FOETUS):—

ഗർഭാശയത്തിൽവച്ചുള്ള ശിശുമരണങ്ങൾക്കു പ്രധാന കാരണം മാതൃശരീരത്തിൻെറ രോഗസ്ഥിതിയാണ്. മാതൃരക്തത്തിൽ ഗർഭകാലത്തുണ്ടാകുന്ന വിഷാവസ്ഥ (Toxaemia of pregnancy), പറിങ്കിപ്പുണ്ണ് (Syphilis), മലമ്പനി (Maleria), സന്നിപാതജ്വരം (Typhoid) തുടങ്ങി രോഗാണുക്കൾമൂലമുണ്ടാകുന്ന രോഗങ്ങൾ, പ്രസവത്തിനുമുമ്പുണ്ടാകുന്ന രക്തസ്രാവം എന്നിവയാണ് ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ മരണത്തിനുള്ള മാതൃസംബന്ധിയായ കാരണങ്ങൾ.

ശിശുവിൻെറ അംഗവൈകല്യങ്ങൾ, പൊക്കിൾക്കൊടിയിലുണ്ടാകുന്ന കെട്ടുകൾ തുടങ്ങിയകാരണങ്ങൾ കൊണ്ടും ശിശു ഗർഭത്തിൽവച്ചുതന്നെ മരണപ്പെടാവുന്നതാണ്.

ഗർഭസ്ഥശിശു ഗർഭാശയത്തിൽവച്ചുതന്നെ മരണപ്പെട്ടാൽ താഴെപ്പറയുന്ന ലക്ഷണങ്ങൾ ഗർഭിണിക്കനുഭവപ്പെടുന്നതായിരിക്കും,

1 ശിശുവിൻെറ അനക്കം പെട്ടെന്നുനിന്നുപോവുക.

2 വയറു വലുതാകാതെയിരിക്കുക.

3 മുലകൾ വലുതാകാതിരിക്കുക.

4 അടിവയററിൽ ഘനവും തണുപ്പും അനുഭവപ്പെടുക.

5 രാവിലെയുണ്ടാകുന്ന ഛർദ്ദി പെട്ടെന്നു നിന്നുപോവുക.

6 ഭക്ഷണത്തിന് തീരെരുചിയില്ലാതാവുകയും ശരീരത്തിനു മൊത്തത്തിൽ വിവരിക്കാനാവാത്ത അസുഖം തോന്നുകയും ചെയ്യുക.

7 രക്തവർണ്ണത്തിലുള്ളതും ദുർഗ്ഗന്ധമുള്ളതുമായ യോനീവാർച്ചയുണ്ടാവുക.

മേൽപ്പറഞ്ഞ ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടാൽ ശിശു ഗർഭാശയത്തിൽവച്ച് മരണപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതായി മിഡ്‌വൈഫ് മനസ്സിലാക്കേണ്ടതും ഉടനെതന്നെ അവരെ ഒരാശുപത്രിയിൽ എത്തിക്കാൻ സഹായിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

അദ്ധ്യായം 25

ഗർഭകാലരോഗങ്ങൾ (തുടർച്ച)

ഗർഭം അലസിപ്പോവുക (അബോർഷൻ—ABORTION):—

ഭ്രൂണം പൂർണ്ണശിശുവായി വളർച്ച പ്രാപിക്കുന്നതിനു മുമ്പ് അതായത് പ്രസവിച്ചാൽ ശിശുവിനു ജീവിക്കാവുന്ന കാലമായ ഏഴുമാസത്തിനുമുമ്പ് ഗർഭം നശിച്ചുപോകുന്ന അവസ്ഥയ്ക്കാണു് അലസിപ്പോവുക (Abortion) എന്നു പറയുന്നതു്. ഏഴുമാസത്തിനുശേഷവും പത്തുമാസത്തിനുമുമ്പും പ്രസവിച്ചാൽ അതിനു് അകാലപ്രസവം (Premature Birth or Miscarriage) എന്നുമാണു് പറയുന്നതു്. പത്തുമാസം തികയുന്നതിനുമുമ്പുള്ള ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ നാശത്തിനു് മൊത്തത്തിൽ ഗർഭം അലസി എന്നാണു് മലയാളത്തിൽ പറഞ്ഞുവരുന്നതു്. അബോർഷനും, മിസ്കാര്യേജും തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം മിഡ്‌വൈഫ് ശരിക്കും മനസ്സിലാക്കിയിരിക്കേണ്ടതാണു്.

ഏഴാംമാസത്തിനുമുമ്പുള്ള ഗർഭനാശത്തിനു് അബോഷൻഎന്നും, ഏഴാംമാസത്തിനുശേഷവും പത്താംമാസത്തിനുമുമ്പും ഉണ്ടാകുന്ന പ്രസവത്തിനോ ഗർഭനാശത്തിനോ മിസ്കാരേജ്ജ് എന്നും ചുരുക്കത്തിൽ പറയാം.

ഏഴാംമാസത്തിനുമുമ്പ് ഗർഭം നശിക്കുന്നതിനുള്ള പ്രധാന കാരണങ്ങൾ താഴെ ചേർക്കുന്നു.

പ്രമേഹം (ഡയബെററിസ്--Diabetes), വൃക്കരോഗങ്ങൾ (കിഡ്നി ഡിസീസ്-Kidney Diseases), ഹൃദ്രോഗം (ഹാർട്ടു് ഡിസീസ്–Heart Disease), വസൂരി (സ്മാൾപോക്സ്–Small Pox), ന്യുമോണിയാ (Pneumonia), സന്നിപാതജ്വരം (ടൈഫോയ്ഡ്–Typhoid), പറങ്കിപ്പുണ്ണ് (സിഫിലിസ്–Syphilis) എന്നീ രോഗങ്ങളിലേതെങ്കിലും ഗർഭകാലത്തു് ഗുരുതരാവസ്ഥയെ പ്രാപിക്കുന്നതുകൊണ്ടും, ഗർഭാശയത്തിൻെറ ക്രമവിരുദ്ധമായ കിടപ്പ്, ശക്തമായ വീഴ്ച, ഉദരഭാഗത്തു് അടി, ഇടി എന്നീ കാരണങ്ങൾകൊണ്ടും, രൂക്ഷമായഔഷധസേവകൊണ്ടും അബോർഷൻ ഉണ്ടാകാവുന്നതാണു്.

ഗർഭിണിക്കു് അടിവയർ ഭാഗത്തു് ശക്തമായ വേദനയും, നടുകഴപ്പും, രക്തവാർച്ചയും കാണുന്നപക്ഷം അതു് ഗർഭമലസിപ്പോകാനുള്ള ലക്ഷണമായി കണക്കാക്കി ഉടനെ ഡാക്ടറെ വരുത്തേണ്ടതാണു്. ഡാക്ടർ എത്തിച്ചേരുന്നതിനുമുമ്പ് താഴെപ്പറയുന്ന പരിചരണങ്ങൾ മിഡ്വൈഫ് നൽകേണ്ടതാണു്.

ഗർഭിണിയെ അനക്കാതെ കിടത്തുകയും മലമൂത്രവിസർജ്ജനത്തിനു് ബെഡ്പാൻ (Bedpan) വച്ചുകൊടുക്കുകയും യോനീമാർഗ്ഗമായി പോകുന്ന രക്തക്കട്ടകൾ, ഡാക്ടറെ കാണിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി എടുത്തുവയ്ക്കുകയും ചെയ്യണം.

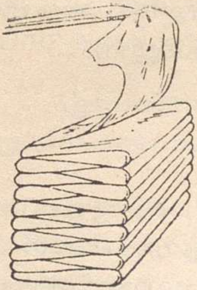
രക്തസ്രാവം അധികമായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ചൂടുവെള്ളത്തിൽ ലൈസോറം ചേർത്ത് അതുകൊണ്ട് ഡൂഷ് (Douche–യോനീവസ്തി) ചെയ്യണം. ഡൂഷ് ചെയ്തിട്ടും രക്തവാർച്ച ശമിക്കാതെ തുടരുന്നപക്ഷം യോനി തുററടയ്ക്കണം.

യോനി തുററടയ്ക്കേണ്ട രീതി:-
(PLUGGING THE VAGINA)

യോനി തുററടയ്ക്കുന്നതിന് (പ്ലഗ്ഗ് ചെയ്യുന്നതിന്) മുമ്പ്, ഗുഹ്യഭാഗം സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവുമുപയോഗിച്ച് വൃത്തിയായി കഴുകി, ലൈസോറം ലോഷൻകൊണ്ട് ഡൂഷ് ചെയ്തതിനുശേഷം ഗർഭിണിയെ കട്ടിലിന്റെ ഒരരുകിൽ കിടത്തി കത്തീററർ ഉപയോഗിച്ച് മൂത്രമെടുത്തു കളയുക. അതിനുശേഷം സ്റ്റെറിലൈസുചെയ്ത ഗോസ്സ് തുണികൊണ്ട് ആദ്യം ഗർഭാശയത്തിന്റെ കഴുത്തിന് (Cervix) ചുററും, പിന്നീട് യോനീദ്വാരവും നല്ലവണ്ണം പ്ലഗ്ഗ് ചെയ്യണം. പ്ലഗ്ഗ് ചെയ്തതിനുശേഷം വയററത്ത്

Plugging the uterus and vagina. Wide three-layer bandage is grasped with a dressing forceps so that by turning the dressing forceps in one direction the bandage is gradually unrolled

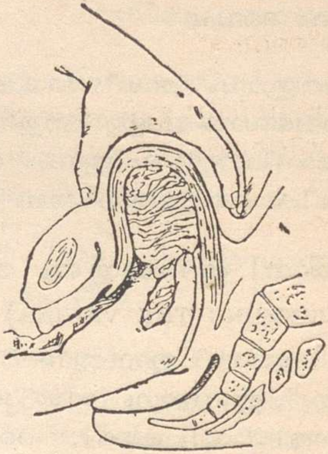
ചിത്രം 136: ഗർഭാശയവും യോനിയും തുററടയ്ക്കാനുള്ള ബാൻഡേജ് അഴിച്ചെടുക്കുന്ന വിധം.



Plugging the vagina. The bandage used for packing is folded accordion-fashion

ചിത്രം 137:

യോനി തുററടയ്ക്കാനുള്ള ബാൻഡേജ് മടക്കിവയ്ക്കേണ്ട വിധം.



Plugging the uterus by hand in cases of atonic hemorrhage after childbirth

ചിത്രം 138

പ്രസവശേഷമുള്ള ശക്തമായ രക്തസ്രാവം തടയുന്നതിനുവേണ്ടി ഗർഭാശയം തുററടയ്ക്കുന്നു.

Plugging the vagina. After packing the vagina a pressure bandage is applied by means of a towel tied around the waist with a rolled sheet placed under the towel

ചിത്രം 139

യോനി തുററടയ്ക്കുന്നു: തുററടച്ചതിനുശേഷം ചിത്രത്തിൽ കാണുന്നതുപോലെ മടക്കിയ ഷീററ്‌വച്ച് അതിനുമുകളിൽക്കൂടി അരക്കെട്ടു ചുററി ഒരു ടൗവ്വൽകൊണ്ടു് മുറുക്കിക്കെട്ടുക.

ഒരു ബൈൻഡർ ഇട്ടു്, ഒരു തുണികൊണ്ടു് തററുടപ്പിക്കുക. സ്റ്റെറിലൈസു് ചെയ്ത ഗോസ്സു്തുണി ലഭിക്കാത്തപക്ഷം ഒരടിയന്തിര പരിത:സ്ഥിതിയിൽ തിളപ്പിച്ചു് ലൈസോൾ ലോഷനിൽ മുക്കിപ്പിഴിഞ്ഞ നല്ല പഴന്തുണികൊണ്ടും തുററടയ്ക്കാവുന്നതാണു്.

പ്ലഗ്ഗിംഗ്(തുററടയ്ക്കൽ)വളരെ പ്രയാസമുള്ളതാകയാൽ തീരെ നിവൃത്തിയില്ലാത്ത ഒരു സാഹചര്യത്തിൽ മാത്രമേ മിഡ്വൈഫ് അതു ചെയ്യാവൂ.

രക്തസ്രാവം നിന്നതിനുശേഷവും ഗർഭിണി ഒരാഴ്ചത്തേയ്ക്കെങ്കിലും സ്വസ്ഥമായിക്കിടന്നു് വിശ്രമിക്കേണ്ടതാണു്.

ഗർഭം അലസിപ്പോകാനിടയായാൽ പിന്നെ ആറുമാസത്തേയ്ക്കെങ്കിലും ഗർഭിണിയാകാതിരിക്കാൻ സൂക്ഷിക്കേണ്ടതുമാകുന്നു.

ഗർഭം അലസി പോയിട്ടുള്ളവർ ആ വിവരം പ്രത്യേകമായി ഡാക്ടറെ ധരിപ്പിക്കേണ്ടതും ഗർഭമലസിപ്പോകാതിരിക്കുന്നതിനുള്ള ചികിത്സ ചെയ്യേണ്ടതുമാണു്.

അകാലപ്രസവം:—

(MISCARRAGE OR PREMATURE BIRTH)

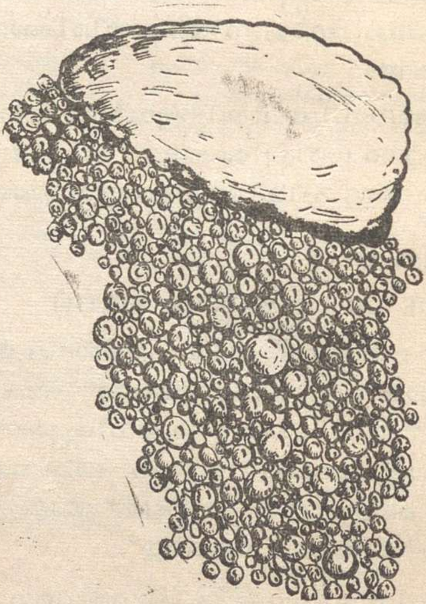
ഏഴ മാസത്തിനുശേഷവും പത്തുമാസം തികയുന്നതിനുമുമ്പും ഉണ്ടാകുന്ന പ്രസവത്തെയാണു് അകാലപ്രസവം എന്നു പറയുന്നതു്. ഗർഭം അലസിപ്പോകുന്നതിനു പറഞ്ഞിട്ടുള്ള കാരണങ്ങൾതന്നെയാണു് മിക്കവാറും അകാലപ്രസവങ്ങൾക്കുമുള്ളതു്. പരിചരണങ്ങളും അപ്രകാരം തന്നെയാണു് അനുവർത്തിക്കേണ്ടതു്.

ശിശുവിനു ജീവനുണ്ടെങ്കിൽ അതിനെ ഇൻക്യുബേററിൽ (Incubator) കിടത്തിയോ ചുററും ചൂടുവെള്ളം

നിറച്ച സഞ്ചികഠം (Hot water bag) വച്ചോ ശുശ്രൂഷി ക്കേണ്ടതാണ്. [അകാലപ്രസവവും ശിശുപരിചരണവും എന്ന ഭാഗം നോക്കുക.]

വെസിക്യൂലർ മോഠം (VESICULAR MOLE) –

മുന്നീക്കുടത്തോലിന് ആംമ്നിയോൺ (Amnion) എന്നു പേരുള്ള ഒരു ബാഹ്യപാളി (പുറംതോൽ) യും കോറിയോൺ (Chorion) എന്നു പേരുള്ള ഒരു ആന്തരികപാളിയും (ഉഠംതോൽ) ചേൎന്ന് രണ്ടടുക്കുകളാണുള്ളത്. അപൂർവ്വം ചില ഗർഭിണികളിൽ ഗർഭം മൂന്നു മാസമാകുന്നതിനു മുമ്പ് കോറിയോണിൽ മുന്തിരിക്കുലപോലെ ഒരു വളച്ച്



ചിത്രം 140: വെസിക്യൂലർ മോഠം.

യുണ്ടാകുന്നു. മുന്തിരിക്കുലപോലെയുള്ള ഈ കുമിളകൾ (Vesicular mole) ധാരാളമായി വളർന്ന് ഗർഭാശയം നിറയുകയും ഭ്രൂണവളർച്ചയ്ക്കു ഹാനികരമായിത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നു.

അതിനുശേഷം കുമിളകളുടെ ആകൃതിയിലുള്ള ഇത് കുറേശ്ശെയായി പൊട്ടി രക്തത്തോടുകൂടി ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗേണ വെളിയിൽ വരുന്നു. അപ്പോഴേയ്ക്കും ഭ്രൂണം നശിച്ച് നാമാവശേഷമായിക്കഴിഞ്ഞിരിക്കും.

ലക്ഷണങ്ങൾ:– പരിശോധനയിൽ ഗർഭാശയം ക്രമത്തിലധികം വലുതായും മാർദ്ദവപ്പെട്ടുമിരിക്കുന്നതായി ക്കാണാം. മൂന്നാംമാസത്തെ വലിപ്പത്തിൽ ആയിരിക്കേണ്ട ഗർഭാശയം ആറാംമാസത്തെ വലിപ്പത്തിൽ ഉയർന്ന് പൊക്കിൾവരെ എത്തിയിരിക്കുന്നതായിക്കാണുന്നു. രക്തവാർച്ച അല്പാല്പമായി ആരംഭിച്ച് ക്രമേണ കൂടിക്കൂടി വരുന്നു. സ്രവിക്കപ്പെടുന്ന രക്തത്തിൽ വെന്ത ചൗവ്വരിപോലെയുള്ള ചെറിയ ചെറിയ കുമിളകൾ കാണുകയും ചെയ്യുന്നു. ക്രമേണ ഗർഭിണിക്കു് വിളർച്ചബാധിച്ച് ക്ഷീണിച്ചവശയായിത്തീരുകയും ചെയ്യുന്നു. യാദൃശ്ചികമായി ചിലപ്പോൾ ഇതെല്ലാം കൂടി അലസി വെളിയിൽപ്പോകുകയും അങ്ങനെ ഗർഭിണിക്കു് ആശ്വാസം ലഭിക്കുകയും ചെയ്യാറുണ്ടു്. എന്നാൽ മിക്കവാറും കേസ്സുകളിൽ രക്തവാർച്ചയുടെ ആധിക്യംമൂലമോ, ഗർഭാശയം പൊട്ടിയോ ഗർഭിണിക്കു ജീവഹാനി സംഭവിക്കുന്നതായി കണ്ടുവരുന്നു.

പ്രതിവിധി:-

ഏററവും വേഗം ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടുക. ഗർഭിണിയെ സ്വസ്ഥമായികിടത്തുകയും യോനിമാർഗ്ഗേണ സ്രവിക്കപ്പെടുന്നതെല്ലാം ശേഖരിച്ച് വച്ച ഡാക്ടറെ കാണിക്കുകയും ചെയ്യുക എന്നുള്ളതാണു് ഇത്തരം കേസുകളിൽ മിഡ്‌വൈഫിനു് ചെയ്യാനുള്ളതു്.

കാർണിയസ്സമോൾ:–

(CARNEOUS MOLE)

ഗർഭാശയ രോഗങ്ങൾ നിമിത്തം മൂന്നു മാസമാകുന്ന തിനുമുമ്പ് പ്രജമരിച്ചാൽ കുറെനാൾ അതു ഗർഭാശയത്തിൽത്തന്നെ കിടന്നു് ശുഷ്കിക്കുകയും അതിനുശേഷം രക്തവർണ്ണമായ ഒരു വാർച്ച യോനിയിൽക്കൂടി ഉണ്ടാകുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഓക്കാനം ഛർദ്ദിമുതലായ ഗർഭലക്ഷണങ്ങൾ ഏതാനും ആഴ്ചകൾ മാത്രം നിലനിന്നതിനുശേഷം പെട്ടെന്നു് നിന്നു പോകയും രക്ത വർണ്ണമായ യോനീവാർച്ച തുടരുകയും ചെയ്യുന്നതായികണ്ടാൽ പ്രജമരിച്ച് ''കാർണിയസ്സമോൾ'' ആയി രൂപാന്തരപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതായി ഊഹിക്കേണ്ടതും ഉടനെ ഡാക്ടറെ വിവരം ധരിപ്പിക്കേണ്ടതുമാണു്.

അദ്ധ്യായം 26

ഗർഭകാലരോഗങ്ങൾ (തുടർച്ച)

ഗർഭകാലത്തുണ്ടാകുന്ന നീരൊഴുക്ക്:—
(ഹൈഡ്രോറിയാ ഓഫ് പ്രഗ്നൻസി—
HYDRORRHOEA OF PREGNANCY)

മൂന്നാം മാസത്തിനുശേഷം ചില ഗർഭിണികൾക്ക് ഇടയ്ക്കിടയ്ക്ക് ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നുമുള്ള നീരൊഴുക്കു അനുഭവപ്പെടാറുണ്ട്. ഇതു് ഗർഭാശയഭിത്തിയുടേയും മുന്നീക്കുടത്തോലിൻെറയും ഇടയ്ക്കുണ്ടാകുന്ന നീരോ (ദ്രാവകം), മുന്നീരുതന്നെയോ ചോർന്നുവരുന്നതാവാം. ഏതു വിധത്തിലായാലും യോനീമാർഗ്ഗേണ നീരൊഴുക്കു കാണപ്പെടുന്നതു് ഗർഭം അലസിപ്പോകുന്നതിനോ അകാലപ്രസവത്തിനോ ഉള്ള സാദ്ധ്യത വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതാണ്. ഇതിനു് പ്രത്യേക ചികിത്സയൊന്നുമില്ലെന്നുതന്നെ പറയാം. പൂർണ്ണമായ വിശ്രമമാണ് പ്രധാന പ്രതിവിധി. അതിനാൽ ഈ ലക്ഷണം കാണുന്ന ഗർഭിണികൾ പൂർണ്ണവിശ്രമമെടുത്തു് കഴിയുന്നത്ര അപകടസാദ്ധ്യത ഒഴിവാക്കേണ്ടതാണ്.

വെള്ളപോക്ക് (ല്യൂക്കോറിയാ-LEUCORRHOEA):—

അസ്ഥിസ്രാവം, ഉഷ്ണത്തിൻെറ ദീനം, അസുഖം എന്നൊക്കെ സ്ത്രീകൾ പറഞ്ഞുവരാറുള്ള ഒരുതരം യോനീസ്രാവത്തെയാണ് വെള്ളപോക്ക് എന്ന പദംകൊണ്ട് ഇവിടെ വിവക്ഷിക്കുന്നത്. ''ല്യൂക്കോറിയാ'' എന്ന പദത്തിനു വെളുത്ത ഊറൽ എന്നാണർത്ഥം. യോനീമാർഗ്ഗേണയുള്ള ഈ വെള്ളപോക്കിന് അസ്ഥിയുമായോ മററോ യാതൊരു ബന്ധവുമില്ല. അസ്ഥിയുരുകിപ്പോവുകയാണെന്നുവരെ തെററിദ്ധരിച്ചു ഭയപ്പെടുന്ന അനേകം സ്ത്രീകളുണ്ട്. ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗത്തിനു ഉരച്ചിൽ തട്ടാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ആ ഭാഗത്ത് ഒരുതരം ദ്രാവകം ഊറി എപ്പോഴും മയപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ടാണിരിക്കുന്നത്. പ്രസ്തുത ദ്രാവകം അല്പസ്വല്പമായി പുറത്തേയ്ക്കും ഊറിവരാറുണ്ടെന്നുമാത്രം. ഇതിനെയാണ് അസ്ഥിസ്രാവമെന്നും ഉഷ്ണത്തിൻെറ ദീനമെന്നുമൊക്കെ വിശേഷിപ്പിക്കുന്നത്. ഇതൊരുരോഗമേയല്ല. വെള്ളപോക്ക് അല്പമായിട്ടെങ്കിലും ഇല്ലാത്ത സ്ത്രീകളുമില്ല. എന്നാൽ വെള്ളപോക്ക് അമിതമായി കാണപ്പെട്ടാൽ അതൊരു രോഗലക്ഷണമായി കണക്കാക്കുകയും ഡാക്ടറെ വിവരം ധരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്. അമിതമായ വെള്ളപോക്കിനു കാരണമെന്തെന്നു അദ്ദേഹം കണ്ടുപിടിക്കുന്നതും ആവശ്യമെങ്കിൽ ചികിത്സ നിർദ്ദേശിക്കുന്നതുമാണ്.

എല്ലാ സ്ത്രീകളുടേയും ഗർഭാശയത്തിൻെറ ഉൾഭിത്തിയിലും സെർവിക്സിൻെറ (ഗർഭാശയഗളം) ചർമ്മത്തിലും എപ്പോഴും ദ്രാവകമൂറിക്കൊണ്ടിരിക്കും. ഈ ദ്രാവകം പുറത്തേയ്ക്കു ഊറിവരുന്നതിൻെറ കൂടെ പ്രസ്തുതഭാഗങ്ങളിലെ ചർമ്മത്തിൻെറ ചില ഭാഗങ്ങളും ഇളകിപ്പോരാറുണ്ട്. ഇതിന് നേരിയ വെള്ളനിറമായിരിക്കും.

പോഷകാഹാരങ്ങളുടെ അഭാവം, വിളർച്ച് (അനീമിയാ–Anaemia) തുടങ്ങിയ കാരണങ്ങളാൽ ശരീരത്തിനു പൊതുവായി സംഭവിക്കുന്ന ക്ഷീണംമൂലവും,

ഗുഹ്യഭാഗം ശുചിയായി സൂക്ഷിക്കാത്തതുമൂലം രോഗാണുക്കൾ ഉള്ളിൽ പ്രവേശിക്കുകയും ഭഗാശയചർമ്മത്തിനു വീക്കമുണ്ടാകുകയും ചെയ്യുന്നതിനാലും,

കൃമിശല്യമുള്ളവരുടെ മലദ്വാരത്തിൽനിന്നു കൃമികൾ യോനീമാർഗ്ഗത്തിൽ പ്രവേശിക്കുന്നതിനാലും,

ജനനനിയന്ത്രണോപകരണങ്ങൾ യോനിയിൽ നിക്ഷേപിക്കുന്നതിനാലുംമററുമാണ് വെള്ളപോക്കു കൂടുതലായി ഉണ്ടാകുന്നതു്. വെള്ളപോക്കുമൂലമാണ് ശരീരം ക്ഷീണിച്ചുവരുന്നതെന്നാണ് പലരും ധരിച്ചിരിക്കുന്നതു്. ഈ ധാരണ ശരിയല്ല; മറിച്ച് ശരീരക്ഷീണവും തൻമൂലമുണ്ടാകുന്ന പ്രതിരോധശക്തിക്കുറവുമാണ് രോഗാണുബാധയും തജ്ജന്യമായ വെള്ളപോക്കിനും കാരണം.

പ്രതിവിധി:–വെള്ളപോക്കു അധികമായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അതിനുള്ള യഥാർത്ഥ കാരണം ആരാഞ്ഞറിഞ്ഞു യുക്തമായ ചികിത്സ ചെയ്യേണ്ടതാവശ്യമായതിനാൽ ലജ്ജിക്കാതെ ഡാക്കുറെ വിവരം ധരിപ്പിക്കേണ്ടതും അദ്ദേഹം നിർദ്ദേശിക്കുന്ന ചികിത്സാവിധികൾ അനുസരിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്. യോനീസ്രാവത്തിൻെറ നിറം ഇളംമഞ്ഞനിറത്തിലായാൽ രോഗാണുബാധയുണ്ടെന്നു മനസ്സിലാക്കേണ്ടതും ചികിത്സ അടിയന്തിരമായി ചെയ്യേണ്ടതുമാകുന്നു.

ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗത്തിലെ ചർമ്മത്തിൻെറ നിലനിൽപ് അണ്ഡാശയത്തിൽ (Ovary) നിന്നുള്ള അന്ത:സ്രവണ (Hormone) ത്തെ ആശ്രയിച്ചാണ്. കുറെ പ്രായമായ സ്ത്രീകൾക്കു അന്ത:സ്രവണത്തകരാറുകൾ ഉണ്ടാകാറുള്ളതി

നാൽ വെള്ളപോക്കു പ്രത്യക്ഷപ്പെടാവുന്നതാണു്. അന്ത:സ്രവണത്തകരാറുകരംമൂലമാണു് വെള്ളപോക്കു ഉണ്ടാകുന്നതെങ്കിൽ അതും ഔഷധങ്ങരംകൊണ്ടു് പരിഹരിക്കാവുന്നതാണു്.

ഗർഭകാലത്തും മെൻസസ്സ് അടുക്കുമ്പോഴും വെള്ളപോക്കു് കൂടുതലായി കാണാറുണ്ടു്. അതിനു പ്രത്യേക ചികിത്സയുടെ ആവശ്യമില്ല.

വൃത്തിഹീനതകൊണ്ടാണു് വെള്ളപോക്കുണ്ടാകുന്നതെങ്കിൽ അതിനു കോൺഡീസ്സ് ലോഷൻ (Condy's Lotion) കൊണ്ടു് ഡൂഷ്ചെയ്യുകയും ഗുഹ്യപ്രദേശം എന്നും വൃത്തിയാക്കി സൂക്ഷിക്കുകയും ചെയ്താൽമതിയാകും.

ആർത്തവസമാപ്തി (Menopause) ക്കുശേഷമുണ്ടാകുന്ന വെള്ളപോക്കിനു പടിക്കാരം (Alum) ചേർത്ത വെള്ളംകൊണ്ടു് ഡൂഷ്ചെയ്യുന്നതു് ഉത്തമമായിരിക്കും.

ശിശുപ്രായത്തിലും, കൗമാരപ്രായത്തിലും പെൺകുട്ടികരംക്കു വെള്ളപോക്കുണ്ടാകാറുണ്ടു്. അതിനു പ്രധാന കാരണം അവർ മണ്ണിലുംമററുമിരുന്നു കളിക്കുമ്പോരം രോഗാണുക്കളോ മലിനവസ്തുക്കളോ ഉള്ളിൽ പ്രവേശിക്കാൻ ഇടയാകുന്നതുകൊണ്ടാണു്.

ഗുഹ്യഭാഗം എന്നും ശുചിയായി സൂക്ഷിക്കുന്നതിൽ നിഷ്കർഷപാലിക്കയും, ശരീരത്തിനു ഗുരുതരമായ ക്ഷീണംതട്ടാതെസൂക്ഷിക്കുകയുംചെയ്യുന്നപക്ഷം വെള്ളപോക്കു് ആക്കും സാധാരണയിൽക്കവിഞ്ഞു് ഉണ്ടാകുന്നതല്ല.

ഗൊണോറിയ (GONORRHOEA):—

പൂയമേഹം, ഉഷ്ണസ്രാവം എന്നൊക്കെ മലയാളത്തിൽ പറയുന്നതു് ''ഗൊണോറിയാ'' എന്ന രോഗത്തെയാണു്. ഗൊണോറിയാ രോഗബാധയുള്ളവരുമായി ലൈംഗികവേഴ്ചയിൽ ഏർപ്പെടുന്നതിനാലുംമററുമാണു് ഈ രോഗബാധയുണ്ടാകുന്നതു്.

ലക്ഷണങ്ങൾ:– മഞ്ഞനിറത്തിൽ ദുർഗ്ഗന്ധത്തോടു കൂടിയ ചലം യോനിയിൽനിന്നും സ്രവിച്ചുതുടങ്ങുന്നു. യോനീദളങ്ങൾക്കും മൂത്രദ്വാരത്തിനും വീക്കവും, മൂത്രവിസർജ്ജനം നടത്തുമ്പോൾ ചുടിച്ചിലും വേദനയും ഉണ്ടാകുന്നു. കഴലസ്സു നീരു്, വേദന, ചെറിയതോതിൽ പനി എന്നിവയും സാധാരണമാണു്.

ഗൊണോറിയ രോഗത്തിനു് ഏററവും വേഗം ഫലപ്രദമായ ചികിത്സചെയ്യേണ്ടതുണ്ടു്. ഗൊണോറിയ അണുക്കൾക്കു് (Gonococci) മൂത്രദ്വാരംവഴി മൂത്രാശയത്തിലേയ്ക്കും, വൃക്കകളിലേയ്ക്കും, യോനീമാർഗ്ഗമായി ഗർഭാശയത്തിലേയ്ക്കും അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലുകളിലേയ്ക്കും അണ്ഡാശയങ്ങളിലേയ്ക്കും വ്യാപിക്കുവാൻ കഴിയും. ഇങ്ങനെ വ്യാപിക്കാനിടയായാൽ പ്രസ്തുതഭാഗങ്ങളിലെല്ലാം വീക്കവും പഴുപ്പും വേദനയും ഉണ്ടാക്കുവാൻ ഈ രോഗാണുക്കൾക്കു കഴിവുണ്ടു്. ഗൊണോറിയ രോഗാണുബാധമൂലം പ്രസവജ്വരം, വന്ധ്യത, എന്നീരോഗങ്ങളും ഉണ്ടാവാം. ശരിയായ ചികിത്സ യഥാസമയം ചെയ്യാതിരുന്നാൽ കുറെക്കാലം കഴിയുമ്പോൾ യോനീദ്വാരം, മൂത്രദ്വാരം എന്നിവയ്ക്കു ചുററും അരിമ്പാറ (Warts) പോലെയുള്ള വളച്ച്യുണ്ടാകുന്നു. ഗൊണോറിയ രോഗംമൂലമുണ്ടാകുന്ന യോനീവാച്ച്യിൽ രോഗാണുക്കൾ ധാരാളമുള്ളതിനാൽ ഈ വാച്ച് കണ്ണിൽ പററാൻ ഇടയായാൽ മാതാവിനും ശിശുവിനും ഗുരുതരമായ കണ്ണുപഴുപ്പു ഉണ്ടാകുന്നതിനും ഇടയാകുന്നു.

ഗൊണോറിയ രോഗത്തിൻെറ പ്രധാനലക്ഷണങ്ങളിലൊന്നായ ഉഷ്ണസ്രാവത്തിനു്, ദിവസേന കോൺഡീസ് ലോഷൻകൊണ്ടു് യോനീവസ്തി (Donche) ചെയ്യുകയും, മലമൂത്രവിസർജ്ജനത്തിനുശേഷം ഈ ലോഷൻകൊണ്ടു് കഴുകുവാൻ ഗർഭിണിയെ ഉപദേശിക്കുകയും ചെയ്യേ

ണ്ടതാണ്. പ്രസവം കഴിഞ്ഞാലുടനെ ശിശുവിന്റെ കണ്ണിൽ സിൽവർ നൈട്രേറ്റ് സൊലൂഷൻ (Silver nitrate solution 2%) ഇററിക്കേണ്ടതുമാണ്.

ഗൊണോറിയ രോഗം പകരുന്നതായതിനാൽ മിഡ് വൈഫ് വളരെ ശ്രദ്ധയോടെ പെരുമാറണം. പരിചരണങ്ങൾക്കുശേഷം കൈകളും മററും വൃത്തിയായി ലോഷനിൽ കഴുകേണ്ടതും രോഗികൾ ഉപയോഗിച്ച തുണികളോ മററോ യാതൊരാവശ്യത്തിനും ഉപയോഗിക്കാതിരിക്കുവാൻ ശ്രദ്ധിക്കുകയുംവേണം.

ലൈംഗികബന്ധം കൂടാതെതന്നെ, ഗൊണോറിയ രോഗികൾ ഉപയോഗിച്ചസാധനങ്ങൾ കൈകാര്യംചെയ്തിട്ടുള്ളവർക്കുകൂടി ഈ രോഗം പിടിപെട്ടിട്ടുള്ളതായി രേഖകൾ കാണുന്നതിനാൽ രോഗികളും മററു ബന്ധപ്പെട്ടവരും കരുതലോടെ പെരുമാറേണ്ടതാകുന്നു.

പറിങ്കിപ്പുണ്ണ് (സിഫിലിസ്—SYPHILIS):—

രോഗബാധിതരുമായി ലൈംഗികവേഴ്ചയിൽ ഇടപെടുന്നതിനാൽ ഉണ്ടാകുന്ന മറെറാരു മാരകരോഗമാണ് സിഫിലിസ്. ഉഷ്ണപ്പുണ്ണ്, പറിങ്കിപ്പുണ്ണ്, എന്നെല്ലാം ഈ രോഗത്തിനു പേരുണ്ട്. സ്ത്രീപുരുഷഭേദമെന്യേ എല്ലാ നിലകളിലുമുള്ള ആളുകളുടെ ഇടയിൽ ഈ രോഗത്തെ ''കപ്പൽ'' എന്നു പറയാറുണ്ട്. ഈ വാക്ക് വിശേഷിച്ചിവിടെ എടുത്തുപറയുവാൻ ചില കാരണങ്ങളുണ്ട്. സിഫിലിസ്, പറിങ്കിപ്പുണ്ണ് എന്നൊന്നും അറിഞ്ഞുകൂടാത്തവരും ഈ രോഗത്തിന്റെ യഥാർത്ഥ നാമം ''കപ്പൽ'' എന്നുതന്നെയാണെന്നു ധരിച്ചിട്ടുള്ളവരുമായ അനേകംരോഗികളെ എനിക്കറിയാം. കപ്പൽമാർഗ്ഗം കേരളത്തിലെത്തിയ പറിങ്കികളാണ് ഈ രോഗം ഇവിടെ കൊണ്ടുവന്നതെന്നുള്ള വിശ്വാസത്തിൽനിന്നായിരിക്കണം

ഈ രോഗത്തിനു് പറിങ്കിപ്പുണ്ണു്, കപ്പൽ എന്നീ പര്യായ പദങ്ങൾ കൂടി ഉണ്ടായതു്.

സിഫിലിസ്സ് രോഗബാധിതരുമായുള്ള സംസർഗ്ഗം കൊണ്ടും അവരുപയോഗിക്കുന്ന തുണികൾ പാത്രങ്ങൾ തുടങ്ങിയ സാധനങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുന്നതുകൊണ്ടും ഈ രോഗപ്പകർച്ചയുണ്ടാകാവുന്നതാണു്.

ലക്ഷണങ്ങൾ:—രോഗപ്പകർച്ചബാധിച്ചസ്ഥാനത്തു് ആദ്യമായി ഒരു ചിരങ്ങു് പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നു. ക്രമേണ അതു് കട്ടിയുള്ള ഒരു പുണ്ണു് (ഹാർഡു് ഷാങ്കർ—Hard Chancre) ആയിത്തീരുന്നു. ലൈംഗികവേഴ്ചയ്ക്കുശേഷം ഒന്നു മുതൽ അഞ്ചാഴ്ചയോളം കഴിഞ്ഞിട്ടേ സാധാരണയായി ഈ ചിരങ്ങു് പ്രത്യക്ഷപ്പെടാറുള്ളു.

ആദ്യത്തെ ചിരങ്ങു് പ്രത്യക്ഷപ്പെട്ടതു മുതൽ ഒന്നുരണ്ടു മാസത്തിനുള്ളിൽ തലവേദന, പനി, വിശപ്പില്ലായ്മ, അസ്ഥികഴപ്പു്, തൊണ്ട വേദന, കലശലായ ക്ഷീണം, മുടി കൊഴിച്ചിൽ, ഗുഹ്യഭാഗത്തും മററും കൂടുതൽ വ്രണങ്ങൾ, നഖങ്ങൾക്കു പഴുപ്പു്, വായിലും തൊണ്ടയിലും ചാരനിറത്തിലുള്ള വ്രണങ്ങൾ, ശരീരത്തിൻെറ പല ഭാഗങ്ങളിലും ചെമ്പുനിറത്തിലുള്ള ചിരങ്ങുകൾ, കഴലകൾ തുടങ്ങിയ ലക്ഷണങ്ങൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നു.

സിഫിലിസ് രോഗബാധ നിമിത്തം, അനേകം മാസങ്ങളോ കൊല്ലങ്ങളോ കഴിഞ്ഞതിനു ശേഷവും ശരീരത്തിൽ അങ്ങിങ്ങായി ആഴത്തിലുള്ള വ്രണങ്ങൾ ഉണ്ടാകാവുന്നതാണു്. യഥാകാലം ശരിയായി ചികിത്സ ചെയ്യാതിരുന്നാൽ ഭയങ്കരമായ ഈ രോഗം നിമിത്തം മൂക്കു്, അസ്ഥികൾ എന്നിവ ദ്രവിച്ചുപോകുന്നതിനും, ഹൃദ്രോഗം, സിരാരോഗങ്ങൾ, ഭ്രാന്തു് തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങൾ ഉണ്ടാകുന്നതിനും ഇടയുണ്ടു്. സിഫിലിസ് രോഗമുള്ള

വക്കം, മുമ്പ് ഉണ്ടായിട്ടുള്ളവക്കും ഗർഭം മിക്കവാറും അല സിപ്പോകുന്നു. അല്ലെങ്കിൽ ചാപിള്ളയെ പ്രസവിക്കുന്നു. ജീവനോടുകൂടിയ ശിശുവിനെ പ്രസവിച്ചാൽത്തന്നെയും ആ ശിശു നിത്യരോഗിയായിത്തീരാനാണു സാദ്ധ്യത.

പ്രതിവിധി:-

പെനിസ്സിലിൻ, ടെറാമൈസിൻ തുടങ്ങിയ ആൻറി ബയോട്ടിക്ക് സിദ്ധൗഷധങ്ങളുള്ള ഇക്കാലത്ത് സിഫി ലിസും, ഗൊണോറിയായുമൊന്നും ഒരു പ്രശ്നമേയല്ലാതാ യിത്തീന്നിട്ടുണ്ട്. എങ്കിലും ഈ രോഗബാധയുണ്ടായാൽ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽത്തന്നെ ലഘുവായ ചില ലക്ഷണങ്ങൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതാണ്. പ്രത്യക്ഷലക്ഷണ ങ്ങളൊന്നുമില്ലെങ്കിൽക്കൂടി സംശയാസ്പദമായ കാരണങ്ങളു ണ്ടെങ്കിൽ ഉടനേതന്നെ ഒരു ഡാക്ടറെ കാണേണ്ടതും അദ്ദേ ഹത്തിൻെറ നിർദ്ദേശാനുസരണം പ്രവത്തിക്കേണ്ടതുമാ കുന്നു. സിഫിലിസ് രോഗം ബാധിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നു മന സ്സിലായാൽപ്പിന്നെ ഡാക്ടർ നിർദ്ദേശിക്കുന്നത്രയും കാലം ചികിത്സ തുടരേണ്ടതാണ്. രണ്ടോ മൂന്നോ പെനിസ്സി ലിൻ ഇൻജക്ഷൻ എടുക്കുന്നതോടുകൂടി രോഗലക്ഷണ ങ്ങൾ അപ്രത്യക്ഷമാവുന്നതിനാൽ പല രോഗികളും ചി കിത്സ തുടരാറില്ല. ഇതു് വളരെ ഗുരുതരമായ പ്രത്യാഘാ തങ്ങൾക്കിടവരുത്തുന്നതാണ്. ഡാക്ടർ നിർദ്ദേശിക്കുന്നത്ര ഇൻജക്ഷനും മററു് ഔഷധങ്ങളും ഉപയോഗിക്കുവാൻ എല്ലാ രോഗികളും ബാദ്ധ്യസ്ഥരാണ്.

പരിചരണം:-

സിഫിലിസ് രോഗബാധയുള്ള ഒരു ഗർഭിണിയെ പരിചരിക്കുമ്പോൾ മിഡ്‌വൈഫ് തനിക്കു രോഗം പക രാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി കരുതലോടെ പെരുമാറേണ്ട

താണ്. ശർഭിണിയെ പരിശോധിക്കുന്നതിനു മുമ്പും പിമ്പും മെക്കൂറിലോഷനിൽ കൈകളും മററുപകരണങ്ങളും ശുദ്ധിയാക്കേണ്ടതാകുന്നു. പ്രസവഘട്ടത്തിൽ റബ്ബർ കയ്യുറ ധരിക്കുന്നതും നന്നായിരിക്കും.

സിഫിലിസ് രോഗമുള്ള ഗർഭിണി ഉപയോഗിക്കുന്ന പാത്രങ്ങളും വസ്ത്രങ്ങളും മററും മററാരും ഉപയോഗിച്ചുകൂടാ. രോഗബാധയുള്ള സ്ത്രീകൾ മറെറാരാളെ ചുംബിക്കുകയോ, അവരുടെ കുട്ടിക്കു് മററു സ്ത്രീകൾ മുലകൊടുക്കുകയോ ചെയ്തുകൂടാത്തതുമാകുന്നു.

സിഫിലിസ് രോഗത്തിൻെറ ഗൗരവം ഗർഭിണിയെ പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കേണ്ടതും വിദഗ്ദ്ധമായ ചികിത്സയ്ക്കു വിധേയമാക്കേണ്ടതും മിഡ്‌വൈഫിൻെറ മാനുഷികമായ ഏററവും വലിയ ധർമ്മമാകുന്നു.

അസ്ഥാനഗർഭം:-

(എക്ടോപ്പിയൻജസേഷൻ—ECTOPIAN GESTSTATION OR എക്സ്ട്രാ യൂട്ടറിൻ പ്രഗ്നൻസി-EXTRA-UTERINE PREGNANCY)

സ്ത്രീബീജാണ്ഡം അണ്ഡകോശത്തിൽനിന്നും വെളിയിൽ വന്നു് അണ്ഡവാഹിനികുഴലിൽക്കൂടി സഞ്ചരിച്ചു്, പുരുഷബീജവുമായി സമ്പക്ത്തിലേപ്പെട്ടു് ഗർഭാശയത്തിൽ എത്തി ശിശുവായി വളരുക എന്നതാണല്ലോ സാധാരണസംഭവം.

എന്നാൽ ഈ സാധാരണപ്രക്രിയയ്ക്കു വിപരീതമായി ചിലപ്പോൾ ഗർഭം ഗർഭാശയത്തിനു വെളിയിൽ വളരാറുണ്ടു്. ഗർഭാശയത്തിനു പുറത്തുണ്ടാകുന്ന ഈ അസ്ഥാനഗർഭം മൂന്നുവിധത്തിൽ കണ്ടുവരുന്നു.

1. അണ്ഡാശയഗർഭം:-

(ഒവേറിയൻ പ്രഗ്നൻസി—OVARIAN PREGNANCY)

ഭഗദ്വാരത്തിൽ സ്രവിക്കപ്പെടുന്ന പുരുഷബീജം അവിടെനിന്നും ഗർഭാശയത്തിലൂടെയും അണ്ഡവാഹിനി

കുഴലിലൂടെയും സഞ്ചരിച്ച് അണ്ഡാശയ (Ovary)ത്തിൽ എത്തി അവിടെവച്ച് സ്ത്രീബീജാണ്ഡവുമായി സമ്പക്ക ത്തിലേപ്പെട്ട് ഗർഭമായി അവിടെത്തന്നെ ഉറച്ച് വളരാ നിടയാകുന്നു. ഇപ്രകാരമുള്ള ഗർഭാവസ്ഥയാണ് അണ്ഡാ ശയഗർഭം (Ovarian Pregnancy) എന്നു പറയുന്നതു്.

2. നാളഗർഭം:-

(ട്യൂബൽ പ്രഗ്നൻസി—TUBAL PREGNANCY)

അണ്ഡനാളത്തിൽ (Fallopian Tube) വച്ച് ഗർഭ സ്ഥിരീകരണം നടന്നു് അതു് അവിടെത്തന്നെ ഉറച്ച് ഗർഭമായി വളരുന്ന അവസ്ഥയാണ് നാളഗർഭം എന്നു പറയുന്നതു്.

3. ഉദരഗർഭം:—

(അബ്ഡോമിനൽ പ്രഗ്നൻസി—ABDOMINAL PREGNANCY)

നാളഗർഭം (Tubal Pregnancy) ഒന്നര മുതൽ രണ്ടര മാസംവരെ അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലിൽ തന്നെ കിടന്നു വളരാൻ ഇടയാകുന്നതിനാൽ സ്വാഭാവികമായി അണ്ഡ വാഹിനിക്കുഴൽ പൊട്ടി പിളന്നുപോകാനിടയാകുന്നു. ആ പിളപ്പിൽക്കൂടി ഗർഭപിണ്ഡം വയററിൽ പ്രവേശിക്കു കയും അവിടെക്കിടന്നു് വളരാനിടയാകുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ ഗർഭാവസ്ഥയാണ് ഉദരഗർഭം എന്നു പറയുന്നതു്. അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴൽ പൊട്ടുന്ന അവസരത്തിൽ രക്ത സ്രാവം കൂടുതലായിട്ടുണ്ടാകുന്നപക്ഷം ഗർഭിണി മരണ പ്പെടുന്നതാണ്.

ഭാഗ്യവശാൽ വളരെ അപൂവ്വമായി മാത്രമേ ഈ മൂന്നു വിധത്തിലുമുള്ള അസ്ഥാനഗർഭം കണ്ടുവരുന്നുള്ളു അപൂവ്വ മായിട്ടാണെങ്കിലും അസ്ഥാനഗർഭങ്ങളിൽ പ്രധാനമായി കണ്ടുവരുന്നതു് ട്യൂബൽ പ്രഗ്നൻസി (നാളഗർഭം) ആകുന്നു.

അസ്ഥാന ഗർഭലക്ഷണങ്ങാം:-

1 ആർത്തവം നിന്നുപോവുക, രാവിലെ ഛർദ്ദിയുണ്ടാവുക, സ്തനങ്ങാംവലുതാവുകയും അതിന്ന് ചുളുചുളുപ്പ് അനുഭവപ്പെടുകയും ചെയ്യുക തുടങ്ങി സാധാരണഗർഭാവസ്ഥയിൽ അനുഭവപ്പെടുന്ന എല്ലാലക്ഷണങ്ങളും അസ്ഥാന ഗർഭത്തിലുമുണ്ടാകുന്നു.

2 പരിശോധനയിൽ ഗർഭാശയം സാധാരണവലുപ്പത്തിൽത്തന്നെ സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതായും അതു് അടിവയററിൽ ഒരുവശത്തേയ്ക്കു് മാറിയിരിക്കുന്നതായും കാണപ്പെടുന്നു.

3 ഗർഭാശയം ഇരിക്കുന്ന വശത്തിന്ന് എതിർവശത്തായി ഒരു മാംസപിണ്ഡം വളൎന്നുവരുന്നതായി കാണുന്നു.

4 നാളഗർഭമാണെങ്കിൽ രണ്ടോ മൂന്നോ മാസത്തിനുള്ളിൽ അണ്ഡവാഹിനികുഴൽ പൊട്ടി പ്രജ വയററിനുള്ളിലേയ്ക്കു വീഴുന്നതാണ്. അങ്ങനെ സംഭവിച്ചാൽ ശക്തിയായ വയററിൽ വേദനയും, വയററിനുള്ളിലേയ്ക്കു രക്തവാർച്ചയും ഉണ്ടാകുന്നു. യോനീ മാർഗ്ഗമായും കുറേശ്ശേരക്തം വരാവുന്നതാണ്. ഇങ്ങനെ സംഭവിച്ചാൽ മിക്കവാറും, ഗർഭിണി മരിച്ചുപോകുന്നു.

നാളഗർഭം പൊട്ടുന്ന അവസരത്തിലുണ്ടാകുന്ന പ്രത്യേക ലക്ഷണങ്ങാം:-

1 ഛർദ്ദി, ചെവിയിൽമൂളൽ, കാഴ്ചയില്ലാതെവരൽ, കണ്ണിൽ മിന്നൽപോലെ തോന്നൽ, കഠിനമായ ക്ഷീണം, കലശലായ ദാഹം, ബോധക്ഷയം.

2 നാഡീസ്പന്ദനനിരക്ക് വർദ്ധിക്കുന്നു: എന്നാൽ മിടിപ്പ് വളരെ ക്ഷീണിച്ചരീതിയിലായിരിക്കുക.

3 കണ്ണുകളും ചിറികളും ശരീരം മൊത്തത്തിലും വിളറുന്നതും വളരെ അധികരിച്ച രീതിയിലുള്ള വിയർപ്പും, അസ്വസ്ഥതയും അനുഭവപ്പെടുക.

4 ശ്വാസോച്ഛ്വാസഗതി അതിവേഗത്തിലാവുകയും തുടർന്ന് ശ്വാസവിമ്മിഷ്ടം അനുഭവപ്പെടുകയും ചെയ്യുക.

5 ശരീരത്തിന്റെ ചൂട് നോർമലിൽ താഴുകയും കൈകാലുകൾ തണുക്കുകയും ചെയ്യുക.

പ്രതിവിധി:–

ഏററവും വേഗം രോഗിയെ ഒരു സിസ്സേറിയൻ ഓപ്പറേഷനു വിധേയമാക്കേണ്ടതിനാൽ അല്പംപോലും സമയം പാഴാക്കാതെ അവരെ ഹോസ്പിററലിൽ എത്തിക്കുക.

അണ്ഡാശയഗർഭവും, നാളഗർഭം പോലെതന്നെ പൂർത്തീകരിക്കപ്പെടാതെ പൊട്ടിപ്പോവുകയാണു പതിവ്. എങ്കിലും അപൂർവ്വമായി അണ്ഡാശയവും അണ്ഡവാഹിനിക്കുഴലും പൊട്ടിയതിനു ശേഷവും അണ്ഡാശയഗർഭവും, നാളഗർഭവും വയററിൽ ഉറച്ച് വളർന്ന് പൂർണ്ണതയിലെത്താറുണ്ട്. അങ്ങനെ ഗർഭം ഏതാണ്ട് പൂർണ്ണതയിലെത്തുമ്പോൾ പ്രസവലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടുതുടങ്ങുന്നു. പക്ഷേ കുട്ടിക്ക് പുറത്തു വരുവാൻ യാതൊരു മാർഗ്ഗവുമില്ലാത്തതിനാൽ അതു് വയററിൽത്തന്നെ കിടന്നു മരിച്ചുപോകുന്നു. അതിനു മുൻപ് വയറു കീറി കുട്ടിയെ രക്ഷപെടുത്താൻ കഴിഞ്ഞാൽ കുട്ടി ജീവിച്ചിരുന്നേക്കാം.

നാളഗർഭത്തിൽ, കുട്ടി അവിടെക്കിടന്നുതന്നെ മരിച്ചു ശുഷ്ക്കിച്ചുപോകുകയാണ് സാധാരണയായി സംഭവിക്കുന്നതു്.

അസ്ഥാനഗർഭം പൊട്ടുമ്പോഴുണ്ടാകുന്ന മേല്പറഞ്ഞ ലക്ഷണങ്ങൾ എപ്പോഴും മിഡ്‌വൈഫിന്റെ ഓർമ്മയിലുണ്ടായിരിക്കേണ്ടതും, പ്രസ്തുത ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടാലുടനെ രോഗിയെ ഒരാശുപത്രിയിൽ എത്തിക്കേണ്ടതുമാണു്. അല്പമായ താമസംപോലും ഗർഭിണിയുടെ ജീവൻ അപഹരിക്കാൻ ഇടയാക്കുന്നതാണു്.

ചിത്രം 141: OBSTETRIC OPERATIONS.

Note how the Doctor makes the head follow the natural curve of birth cannal; head rises up on pubis; external restitution (see physiology of labour); anterior shoulder comes out; Posterior Shoulder (don't overstretch neck!); Note obliquity of head from pressure during pregnancy and labour (disappears soon); Cord has been tied; identification band on wrist.

അദ്ധ്യായം 27

പ്രസവസംബന്ധമായ ശസ്ത്രക്രിയകൾ

പ്രസവസംബന്ധമായ ശസ്ത്രക്രിയകൾ ചെയ്യുന്നതും ചെയ്യേണ്ടതും ഡാക്ടർമാരാണ്. എങ്കിലും പ്രസവസംബന്ധമായ ശസ്ത്രക്രിയകൾ ഏതേതു സാഹചര്യങ്ങളിലാണ് ആവശ്യമായി വരുന്നതെന്നതിനേക്കുറിച്ച് സാമാന്യമായിട്ടെങ്കിലും ഒരു മിഡ്‌വൈഫ് അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ടതാവശ്യമാകുന്നു. എങ്കിൽ മാത്രമെ ഗർഭകാലപരിചരണത്തിൽ ഏർപ്പെട്ടുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന മിഡ്‌വൈഫിനു് തക്ക സമയത്തു് ഡാക്ടറുമായി ബന്ധപ്പെടുന്നതിനും അദ്ദേഹത്തിൻെറ സഹായം തേടുന്നതിനും ലഘുവായ തോതിലെങ്കിലും അദ്ദേഹത്തെ സഹായിക്കുന്നതിനും കഴിയൂ.

പ്രസവസംബന്ധമായി സാധാരണ ചെയ്യേണ്ടിവരുന്ന ചില ശസ്ത്രക്രിയകൾ,

1 ശസ്ത്രപ്രയോഗംമൂലം കുട്ടിയെ എടുക്കുക. (ഫോഴ്‌സെപ്സ് ഡെലിവറി–Forceps Delivery)

2 വാകപ്പം എക്സ്ട്രാക്റ്റർ (Vacuum Extractor)
3 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തല തുരന്നു് അതിനെ എടുക്കുക. (ക്രേണിയോട്ടമി–Craniotomy)
4 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തല മുറിച്ചെടുക്കുക. (ഡീക്യാപ്പിറ്റേഷൻ–Deccapitation)
5 മാസം തികയുന്നതിനുമുൻപ് പ്രസവിപ്പിക്കുക. (ഇൻഡക്ഷൻ ഓഫ് ലേബർ–Induction of Labour)
6 കീറിപ്പോയിട്ടുള്ള യോനിയും പെരിനിയവും തുന്നുക. (Suture of Lacerated Vagina and Perineum)
7 ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ക്രമരഹിതമായ ജനനമുഖം തിരിച്ചു നേരെയാക്കുക. (വെർഷൻ–Version)
8 വയറുകീറി കുട്ടിയെ എടുക്കുക. (സിസ്സേറിയൻ സെക്ഷൻ–Caesarean Section)

പ്രസവസംബന്ധമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന ഈ പ്രധാന ശസ്ത്രക്രിയകളിൽ സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയയിലൊഴിച്ചു് ബാക്കിയുള്ളവയിലെല്ലാം ഓപ്പറേഷനുമുമ്പു് താഴെപ്പറയുന്ന ഒരുക്കങ്ങൾ അത്യാവശ്യമാകുന്നു.

1. മലശോധന.– പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭത്തിൽതന്നെ എനിമാകൊടുത്തു് മലശോധനയുണ്ടാക്കിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ ഓപ്പറേഷനുമുമ്പു് എനിമാകൊടുത്തു് മലശോധനയുണ്ടാക്കേണ്ടതാണു്.

2. മൂത്രം:– പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭംമുതൽ ഗർഭിണി പല പ്രാവശ്യം മൂത്രവിസർജ്ജനം നടത്തിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മൂത്രാശയത്തിൽ മൂത്രം കാണാനിടയില്ല. മൂത്രാശയത്തിൽ മൂത്രം കെട്ടിനിന്നാൽ ശസ്ത്രപ്രയോഗം നടത്തു

മ്പോൾ മൂത്രാശയം കീറിപ്പോകാനിടയുണ്ട്. അതിനാൽ ശസ്ത്രപ്രയോഗത്തിനുമുൻപ് മൂത്രമെടുത്തുകളയുകയും, വേണ്ടിവന്നാൽ ഉപയോഗിക്കത്തക്കരീതിയിൽ ഒരു കത്തീററർ സ്റ്റെറിലൈസ് ചെയ്തുവച്ചിരിക്കയും വേണം.

3. ഗുഹ്യഭാഗത്തെ രോമം:— ഗർഭിണിയുടെ ഗുഹ്യഭാഗത്തുള്ള രോമംവടിച്ച്, സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവും ഉപയോഗിച്ച് കഴുകി ശുദ്ധിയാക്കി തുടച്ചതിനുശേഷം ഡെറേറാൾ ക്രീം (Dettol Cream) പുരട്ടണം.

4. ഭക്ഷണം:— ആമാശയത്തിൽ ഭക്ഷണപദാത്ഥങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ, ഗർഭിണിയെ ബോധംകെടുത്തുമ്പോൾ അവക്ക് ഛർദ്ദിയുണ്ടാകുന്നതിനും ശ്വാസംമുട്ടൽ അനുഭവപ്പെടുന്നതിനും ഇടയാകും. സാധാരണയായി പ്രസവവേദനയുടെ ആരംഭംമുതൽതന്നെ ഗർഭിണികൾ ഭക്ഷണം കഴിക്കാറില്ല. അതിനാൽ അപകടംകൂടാതെതന്നെ ബോധംകെടുത്താൻ കഴിയും. പ്രസവഘട്ടത്തിൽ ഗർഭിണിയെ ബോധംകെടുത്തേണ്ട ആവശ്യം ചിലപ്പോൾ നേരിട്ടേക്കാമെന്ന് മിഡ്‌വൈഫ് ഓർത്തിരിക്കേണ്ടതും, പ്രസവവേദന ആരംഭിക്കുമ്പോൾമുതലെങ്കിലും ഘനാഹാരങ്ങൾ കഴിക്കുന്നതിൽനിന്നും ഗർഭിണിയെ വിലക്കേണ്ടതുമാകുന്നു.

5. ഗർഭിണിയെ കിടത്തേണ്ട രീതി:— എല്ലാ ശസ്ത്രക്രിയകൾക്കും ഗർഭിണികളെ മലത്തിക്കിടത്തുകയാണ നല്ലതു്. കാലുകൾ മടക്കി അകററികുത്തിവച്ച നിലയിലായിരിക്കണം കിടത്തേണ്ടതു്. ഫോഴ്സെപ്സ് ഡെലിവറിയിൽ, ചില സാഹചര്യത്തിൽ ഗർഭിണിയെ ഇടത്തോട്ടു ചരിച്ചുകിടത്തേണ്ടിവന്നാൽ വലത്തെകാൽ അല്പം ഉയർത്തിവയ്ക്കേണ്ടതാണ്.

ശസ്ത്രപ്രയോഗം മൂലം കുട്ടിയെ എടുക്കുന്നതിനും (Forceps Delivery), ജനനമുഖം തിരിക്കുന്നതിനും (Version) ഗർഭിണിയെ കട്ടിലിൽതന്നെ കിടത്തിയാലും മതിയാകും. മററു ശസ്ത്രപ്രയോഗങ്ങൾക്കെല്ലാംതന്നെ മേശമേൽ കിടത്തുകയാണു വേണ്ടതു്.

6. മേശ ഒരുക്കേണ്ട വിധം:– ഒരടിയന്തിര സന്ദർഭത്തിൽ വീട്ടിൽവച്ചു് ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തേണ്ടതായി വന്നാൽ, ഒരു സാധാരണ മേശയുടെ പുറത്തു് രണ്ടുമൂന്നു് കമ്പിളി മടക്കി ഘനത്തിൽ വിരിക്കുക. കമ്പിളിക്കു മീതെ ഒരു വെളുത്ത വിരിപ്പും അതിനുമീതെ ഒരു റബ്ബർഷീററും വിരിക്കണം. റബ്ബർഷീററു് വിരിക്കേണ്ടതു്, ഗർഭിണിയെ കിടത്തിയാൽ അവരുടെ അരക്കെട്ടുഭാഗം മേശയുടെ ഏതുഭാഗത്തു വരുമോ അതിനു് അല്പം മുകളിൽനിന്നു് കീഴോട്ടായിരിക്കണം. റബ്ബർഷീററിൻെറ കീഴ്ഭാഗം മേശയ്ക്കുതാഴെ വയ്ക്കുന്ന ബക്കററുവരെയുണ്ടായിരിക്കുകയും ചെയ്യണം. റബ്ബർഷീററു് വിരിച്ചതിനുശേഷം അതു് ഊന്നുപോകാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി വിരിപ്പും റബ്ബർഷീററും തമ്മിൽ സേഫ്ററിപിൻ ഉപയോഗിച്ചു് കുത്തിപ്പിടിപ്പിക്കുക. റബ്ബർഷീററിനു മീതെ സ്റ്റെറിലൈസു് ചെയ്ത ഒരു വലിയ തുവാല വിരിച്ചിരിക്കയും വേണം.

ശസ്ത്രക്രിയാവസരത്തിലെ ഉപയോഗത്തിനായി ഒരുക്കിവയ്ക്കേണ്ട മററു സാധനങ്ങൾ,

1) ബക്കററു് (വെള്ളവും മററും ഒഴുകി വീഴുന്നതിനു് മേശച്ചുവട്ടിൽ വയ്ക്കുന്നതിനു്).
2) ഡൂഷ്കാൻ (യോനീവസ്തി ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഉപകരണങ്ങൾ).

3) ഇനാമൽബേസിൻ	5	എണ്ണം
4) ഇനാമൽ ജഗ്ഗ്	1	,,
5) ഇനാമൽ ട്രേ	1	,,
6) ചെറിയ മേശ	2	,,
7) സ്റ്റൂൾ	1	,,
8) വലിയ പാത്രം	1	,,

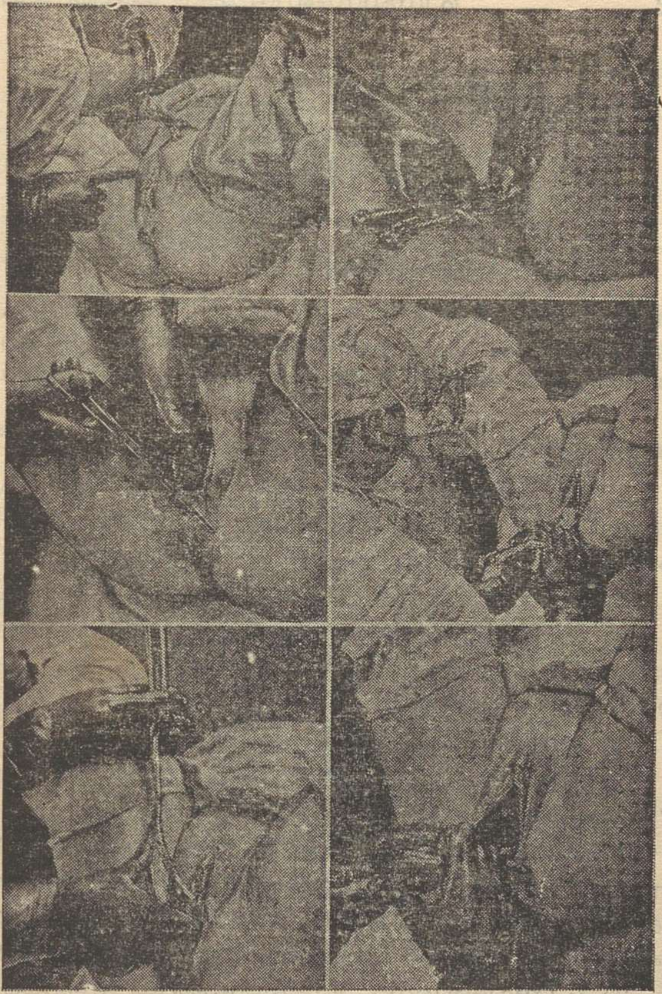
കൂടാതെ ലോഷൻ ഉണ്ടാക്കുന്നതിനും ഡൂഷ് ചെയ്യുന്നതിനും മററുമായി ധാരാളം വെള്ളം ശുദ്ധമായി തിളപ്പിച്ചുവച്ചിരിക്കണം. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു് ആവശ്യമുള്ള എല്ലാ ഉപകരണസാമഗ്രികളും സ്റ്റെറിലൈസു് ചെയ്യണം.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം രോഗിയെ പരിചരിക്കേണ്ടതു് എപ്രകാരമെന്നു് ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സ്വഭാവമനുസരിച്ചു് ഡാക്ടർ പറഞ്ഞുതരും. ഓപ്പറേഷൻകഴിഞ്ഞു് രോഗിക്കു് ബോധം വീണ്ടുകിട്ടുകയും മററു് അസുഖങ്ങൾ ഒന്നുമില്ലെന്നു് ബോദ്ധ്യംവരികയും ചെയ്തതിനുശേഷമേ മിഡ്‌വൈഫ് രോഗിയുടെ അടുക്കൽനിന്നും മാറാവൂ. ബോധംകെടുത്തിയ രോഗികൾക്കു് ബോധം വീഴുമ്പോൾ ഛർദ്ദിയുണ്ടാകുവാനും കട്ടിലിൽനിന്നു വീണു പരിക്കേൽക്കാനും ഇടയുള്ളതിനാൽ മിഡ്‌വൈഫ് വളരെ ജാഗ്രതയായിരിക്കണം.

ഫോഴ്സെപ്സ് ഡെലിവറി

(FORCEPS DELIVERY)

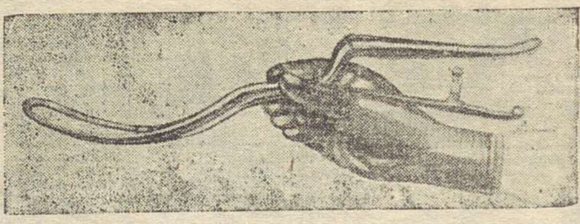
താഴെപ്പറയുന്ന സാഹചര്യങ്ങളിൽ ശസ്ത്രപ്രയോഗം മൂലം കുട്ടിയെ എടുക്കേണ്ടതായി വരും. കുട്ടിയെ എടുക്കുന്നതിനു് ഒബ്സ്റ്റെട്രിക് ഫോഴ്സെപ്സു് (Obstetric Forceps) എന്ന കരുവാണു് സാധാരണയായി ഉപയോഗിച്ചുവരുന്നതു്.



ചിത്രം 142: FORCEPS DELIVERY.

Making sure the baby is well. Prophylactic Episiotomy; applying the first blade, usually left; testing the "fit" for the forceps; position for traction; head visible.

Follow action from above down ward.



ചിത്രം 143: ഫോഴ്സെപ്സിൻെറ പ്രയോഗക്രമം.
ഫോഴ്സെപ്സ് പ്രയോഗസ്ഥാനത്തു കടത്തുന്നതിനുമുമ്പായി അതിൻെറ ഇടത്തെ അഥവാ താഴത്തെ ബ്ലയ്ഡ് പിടിക്കുന്നവിധം.

ഫോഴ്സെപ്സ് ഉപയോഗിക്കേണ്ട ഘട്ടങ്ങൾ:

1) ഗർഭാശയത്തിൻെറ ആലസ്യംമൂലം ഗർഭസ്ഥശിശുവിനെ പുറത്തേയ്ക്കു തള്ളുവാനുള്ള ശക്തി ഗർഭാശയസങ്കോചങ്ങൾക്ക് (Contractions) ഇല്ലാതെ വരിക.

2) ഉപസ്ഥാശയത്തിന് വൈരൂപ്യമുണ്ടായിരിക്കുക.

3) ഗർഭിണിക്ക് രക്തസ്രാവമോ, ഹൃദ്രോഗമോ, ശ്വാസകോശരോഗങ്ങളോ ഉള്ളതുകൊണ്ട് പ്രസവം വേഗത്തിൽ നടത്തേണ്ടതായി വരിക.

4) ഗർഭാശയം ചരിഞ്ഞിരിക്കുക.

5) പ്രായംചെന്ന ഗർഭിണികളുടെ പെരിനിയത്തിന് അയവില്ലാതിരിക്കുക.

6) ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവങ്ങളിൽ മൂന്നാമത്തെയും നാലാമത്തെയും നിലകളിൽ ശിരസ്സ് തിരിഞ്ഞു് ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തേയ്ക്കു് വരാതിരിക്കുക. (Unreduced Occipito-Posterior Position).

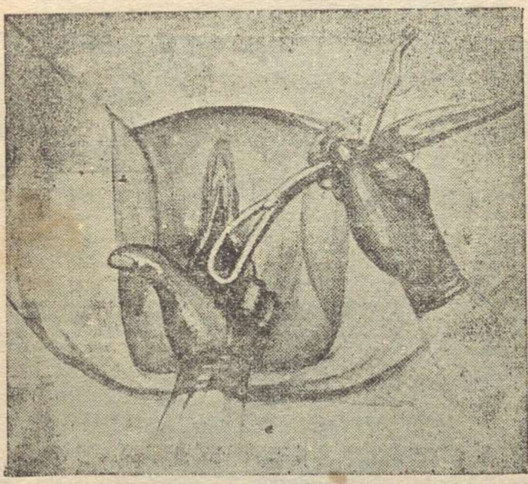
7) പ്രസവത്തിൻെറ രണ്ടാംഘട്ടത്തിൽ സാധാരണയിൽ വളരെക്കൂടുതൽ താമസം നേരിടുക.

8) മുഖം, ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവങ്ങളിൽ ശിശുവിൻെറ താടി ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തേയ്ക്കു തിരിഞ്ഞുവരാതിരിക്കുക. (Unreduced Mento Posterior Position).

9) പൃഷ്ടം ജനനമുഖമായിവരുന്ന കേസ്സുകളിൽ ശിശു ശിരസ്സ് അവസാനം വരുമ്പോഠം ചിലപ്പോഠം ഫോഴ്സെപ്സ് ഉപയോഗിക്കേണ്ടതായി വരിക.

മാതാവിനും ശിശുവിനും ദോഷമൊന്നും സംഭവിക്കയില്ലെന്നു ബോദ്ധ്യമുള്ള സന്ദർഭത്തിൽ മാത്രമേ ശസ്ത്രപ്രയോഗംമൂലം കുട്ടിയെ എടുക്കാൻ ശ്രമിക്കയുള്ളൂ.

ഫോർസെപ്സ് ഉഠംപ്പെടെയുള്ള എല്ലാ ശസ്ത്രപ്രയോഗങ്ങഠംക്കുംമുമ്പ് ഗർഭിണിയുടെ ബന്ധുക്കളെയോ ഭർത്താവിനെയോ വിവരമറിയിക്കണം.



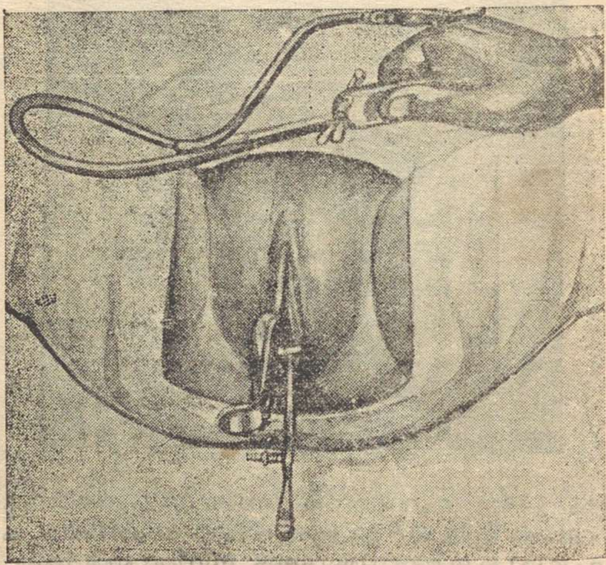
ചിത്രം 144: ഫോർസെപ്സിൻെറ പ്രയോഗക്രമം. ഇടതുവശത്തെ ബ്ലയ്ഡ് കടത്തുന്ന രീതി. യോനിയിൽ കടത്തപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന രണ്ടുവിരലുകളുടെ സ്ഥിതി ശ്രദ്ധിക്കുക.

ശിശുശിരസ്സ് ഉപസ്ഥാശയത്തിനുമീതെ സ്ഥിതിചെയ്യുമ്പോഴും, മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടുന്നതിനുമുമ്പും, സെർവിക്സ് പൂർണ്ണമായി വികസിച്ചിട്ടില്ലാത്തപ്പോഴും, ഉപസ്ഥാ

ശയത്തിൻെറ ബാഹ്യകവാടം (External Os) വളരെ ഇടുങ്ങിയതായിരിക്കുമ്പോഴും, ഗർഭാശയസങ്കോചങ്ങരം ഇല്ലാതിരിക്കുമ്പോഴും ഫോർസെപ്സ് ഉപയോഗിക്കാറില്ല.

ശിശുവിൻെറ ശിരസ്സിലല്ലാതെ മററൊരു ഭാഗത്തും ഫോർസെപ്സ് ഉപയോഗിക്കാൻ പാടുള്ളതല്ല.

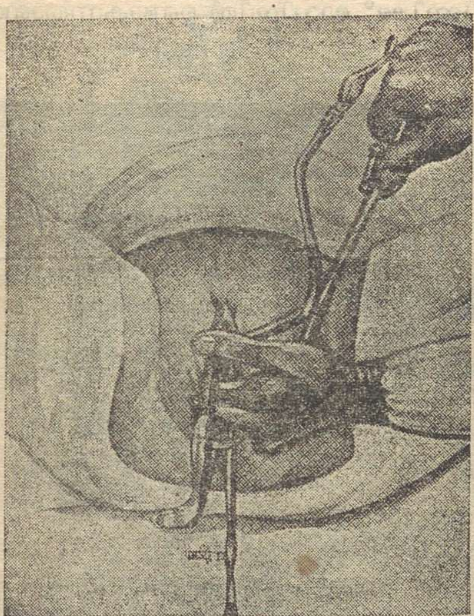
ഗർഭിണിയെ ബോധം കെടുത്തിയതിനുശേഷമേ ശസ്ത്രപ്രയോഗങ്ങരം ചെയ്യാറുള്ളു. ബോധരഹിതയാകുന്നതുമൂലം വേദന അനുഭവപ്പെടുന്നില്ലെന്നുമാത്രമല്ല അവർ അനങ്ങാതെ കിടക്കുന്നതുമാണു്.



ചിത്രം 145: ഫോർസെപ്സിൻെറ പ്രയോഗക്രമം.

വലത്തും മുകളിലുമായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന ബ്ലേഡ് പിടിക്കുന്ന വിധം. ഇടത്തും അടിയിലും ആയി ഇരിക്കുന്ന ബ്ലേഡ് അതേസ്ഥാനത്തുതന്നെ ഇരിക്കുന്നു.

ശസ്ത്രപ്രയോഗംമൂലം കുട്ടിയെ എടുക്കേണ്ടതു് ചില സാഹചര്യങ്ങളിൽ അനിവാര്യമാണെങ്കിലും അതുമൂലം പല വിപത്തുകളും ഉണ്ടാകാനിടയുണ്ടു്. കുട്ടിയുടെ തലയ്ക്കു് പരിക്കു് ഏല്ക്കുന്നതും ചിലപ്പോൾ രക്തവാർച്ച ഉണ്ടാകുന്നതുമാണു്. കണ്ണിനും ക്ഷതമേല്ക്കാനിടയുണ്ടു്. ഗർഭാശയഗളം പൂർണ്ണമായി വികസിച്ചിട്ടില്ലാത്ത സാഹചര്യത്തിൽ ഫോർസെപ്സ് ഉപയോഗിച്ചു് ശിശുവിന്റെ

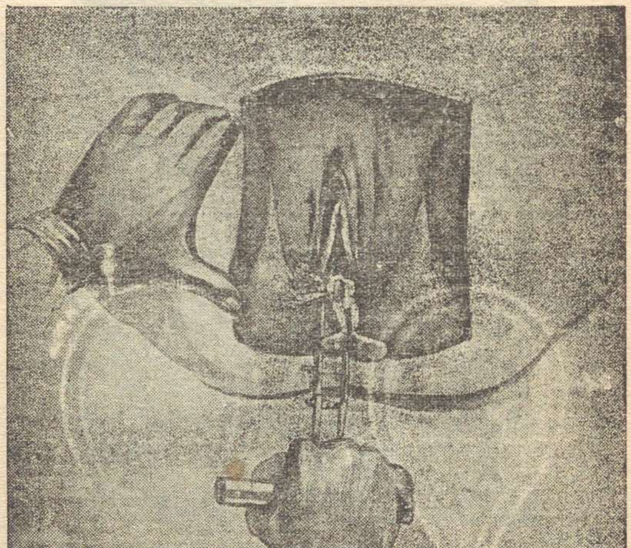


ചിത്രം 146: ഫോർസെപ്സ് പ്രയോഗക്രമം.

വലത്തും മുകളിലുമായിരിക്കുന്ന ബ്ലേഡ് കടത്തുന്ന രീതി. ഉപകരണത്തിന്റെ നേരെയുള്ള നിലതെററാരത ഒരു വലിവോടുകൂടി ബലപ്പെടുത്തി നിറുത്തുവാനുള്ള വലത്തെ ബ്ലേഡിനോടു് ഘടിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ദണ്ഡു്, ചുരുട്ടിവച്ചിരിക്കുന്ന കൈത്തലോപരിഭാഗത്തു് നടുവിരലിന്റെ മുഴച്ചുനിൽക്കുന്ന ചുവടുഭാഗത്തു താങ്ങിയിരിക്കുന്നു.

തല ശക്തിയായി പുറത്തേയ്ക്കു വലിക്കുന്നതുമൂലം ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗവും ഗർഭാശയകണ്ഠവും (സെർവിക്സ്) കീറിപ്പോകാനിടയാകുന്നു. അതുപോലെതന്നെ യോനീമാർഗ്ഗത്തിനും മൂത്രാശയത്തിനുതന്നെയും ക്ഷതമേല്ക്കാവുന്നതുമാണു്.

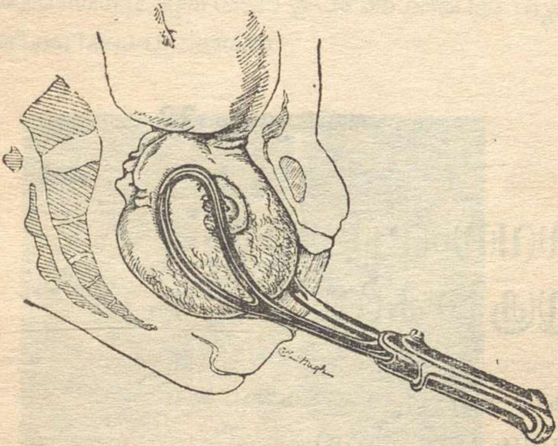
ഗർഭാശയഗളം പൂർണ്ണമായും വികസിക്കുന്നതിനുമുമ്പ് ശസ്ത്രപ്രയോഗം നടത്തിയാൽ ഗുരുതരമായ ചില തകരാറുകൾ ഗർഭിണിക്കു് ഭാവിയിൽ ഉണ്ടാകുന്നതാണു്. ഗർഭാ



ചിത്രം 147: ഫോർസെപ്സിൻെറ പ്രയോഗക്രമം.

ഫോർസെപ്സ് ശരിയായി കടത്തി ബലപ്പെടുത്തി പൂട്ടിയശേഷം ആക്കത്തോടെ വലിക്കുന്ന രീതി.

ശയം ഇറങ്ങി വരിക (യൂട്ടിറൈൻ പ്രൊലാപ്സ്– Uterine Prolapse) എന്ന ഗർഭാശയരോഗാവസ്ഥയ്ക്ക്, ഇതു കാരണമായിത്തീരുന്നു. അതു അവരുടെ ഭാവിയിലു ള്ള ലൈംഗികജീവിതത്തേയും പ്രസവത്തേയും ക്ലേശകര വും ആപൽക്കരവുമാക്കിത്തീർക്കുന്നതാണ്.



ചിത്രം 148: ശിശുശിരസിൽ ഫോർസെപ്സ് പിടി പ്പിക്കേണ്ട ശരിയായ രീതി.

(The proper application of the forceps to the baby's head

അദ്ധ്യായം 28

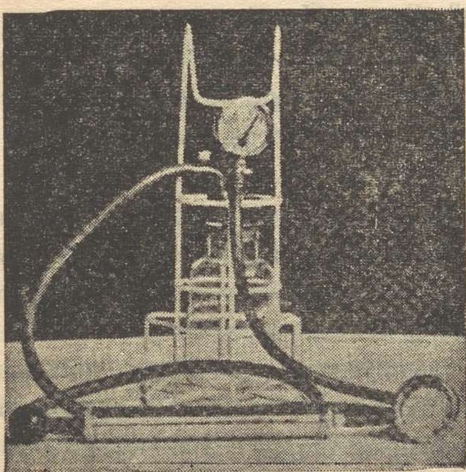
പ്രസവസംബന്ധമായ ശസ്ത്രക്രിയകൾ (തുടർച്ച)

വാകപം എക്സ്ട്രാക്ററർ:–
(VACUUM EXTRACTOR)

ഫോർസെപ്സ് എന്ന ഉപകരണംപോലെതന്നെ പ്രസവഘട്ടത്തിൽ, കൂടുതൽ ഉപയോഗക്ഷമമായ മറെറാരുപകരണമാണ് വാകപം എക്സ്ട്രാക്ററർ. ഈ ഉപകരണം, ജനനമാർഗ്ഗത്തിൽ വന്നിരിക്കുകയും വെളിയിലേക്കു വരുവാൻ ബുദ്ധിമുട്ടനുഭവപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്ന ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരോഭാഗത്തെ നന്നായി ഇറുക്കിപ്പിടിച്ചെടുക്കുവാനുപയോഗിക്കുന്ന ഒന്നാണ്. ജനനശിശുവിൻെറ തലയോട്ടിയും തലമുടിയും കൂട്ടിപ്പിടിച്ച് ശിശുവിനെ ആകെ വെളിയിലേയ്ക്കെടുക്കുന്ന വിധത്തിലാണ് ഇതിൻെറ പ്രവർത്തനമെന്നു പറയാം.

1956–ൽ മാം സ്ട്രോം (Malam Strom) എന്ന ശാസ്ത്രജ്ഞൻ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച മേൽപ്പറഞ്ഞ ഉപകരണ

ത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരണപത്രികയിൽ, തൻെറ സ്വന്തം ഉപകരണത്തിൻെറ രൂപഭാവങ്ങൾ എപ്രകാരം അനുയോജ്യമാണെന്നു് ഗണിതശാസ്ത്രരീത്യാ ന്യായീകരിച്ചിട്ടുമുണ്ടു്. യാന്ത്രികോപയോഗസൗകര്യങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ചിന്തിച്ചാലും ഫോർസെപ്സിനേക്കാൾ കൂടുതൽ സുരക്ഷിതത്വം ഇതിൻെറ ഉപയോഗത്തിൽ ന്യായമായും പ്രതീക്ഷിക്കാവുന്നതാണു്.



ചിത്രം 149: വാക്വം എക്സ്ട്രാക്ടർ
(VACUUM EXTRACTOR)

വാക്വം എക്സ്ട്രാക്ടറും, ഫോർസെപ്സും തമ്മിൽ തട്ടിച്ചുനോക്കുമ്പോൾ കൂടുതൽ അപകടകാരി ഫോർസെപ്സ് ആണെന്നു മനസ്സിലാക്കാൻ പ്രയാസമില്ല. ഈ ഉപകരണത്തിൻെറ ആവിർഭാവത്തോടുകൂടി കൂടുതൽ കൂടുതൽ ഡോക്ടറന്മാർ ഇതു് ഉപയോഗിച്ചുതുടങ്ങിയിരിക്കുന്നു.

ഈ ഉപകരണത്തിന്ന് താഴെപ്പറയുന്ന പ്രധാന ഭാഗങ്ങളാണുള്ളത്.

വാകം ബോട്ടിൽ (Vacuum Bottle–വായു ബഹിഷ്ക്കരണി)

അങ്കനം ചെയ്തിട്ടുള്ള ഡയൽ (Gauge).

റബ്ബർ അടപ്പ് (Rubber Stopper)

ലോഹക്കുഴലുകൾ 3 (Metal pipes)

പമ്പ് (Pump)

പമ്പ് (Pump Hose)

വലിച്ചെടുക്കാനുള്ള കപ്പുകൾ (Extraction Cups)

പല വലിപ്പത്തിലുള്ള കപ്പുകൾ ഉണ്ടായിരിക്കും. അവയ്ക്ക് 30, 40, 50, 60 മില്ലിമീററർ വീതം വ്യാസമാണുണ്ടായിരിക്കുക.

ഉപകരണം കടത്തി പ്രയോഗിക്കേണ്ട ജനനമാർഗ്ഗവും സമീപഭാഗങ്ങളും മാത്രം മരവിപ്പിച്ച ശേഷമാണ് (Local Infiltration Anaesthesia) ജനനശിശുവിന്റെ ശിരസ്സിൽ ഇറുകിയിരിക്കത്തക്കവിധത്തിൽ കപ്പ് പിടിപ്പിച്ച് കെട്ടിയെ പുറത്തേയ്ക്കെടുക്കുന്നത്. സന്ദർഭാനുസരണം അനുയോജ്യമായ കപ്പ് തിരഞ്ഞെടുത്ത് അതിന്റെ വായഗ്രം ജനനമാർഗ്ഗത്തിലേയ്ക്ക് തിരിഞ്ഞിരിക്കത്തക്കവണ്ണം യോനിയിലേയ്ക്കുവച്ച് പിന്നോട്ട് അല്പം ബലമായി പെരിനിയത്തിന്റെ നേക്ക് അമർത്തി വേണം ഉള്ളിലേയ്ക്ക് കടത്തുവാൻ. രണ്ടു വിരലുകളുടെ സഹായത്താൽ കപ്പ്, ശിശുശിരസ്സിന്നു നേക്ക് തള്ളി, അതിന്റെ കീഴ്ഭാഗവും പിൻഭാഗവുംകൂടി ഒരുമിച്ചോ, അല്ലെങ്കിൽ പിൻഭാഗവും കീഴ്ഭാഗവും തനിച്ചോ നേരിട്ടു പററിച്ചേർന്നിരിക്കത്തക്കവണ്ണം വയ്ക്കുക. കപ്പിന്റെ മുന്നോട്ടു തിരിഞ്ഞിരിക്കുന്ന ഉരുണ്ട മൂടുഭാഗം ജനനമാർഗ്ഗത്തിൽ വയ്ക്കുമ്പോൾ അതു് കൂടുതലായി മുൻവശത്തേയ്ക്കു നേരെ തിരിഞ്ഞിരിക്കാൻ ഇട

യാകാതെ സൂക്ഷിക്കണം; കാരണം ഇങ്ങനെയിരിക്കുന്ന പക്ഷം ജനനമാർഗ്ഗദിശയ്ക്കു് നേരെനിന്നും കൂടുതൽ അകന്നതും കൂടുതൽ ചരിഞ്ഞതുമായ ഒരു ദിശയിലേയ്ക്കായിരിക്കും വലിച്ചെടുക്കാനുള്ള ശക്തിപ്രയോഗം ഉണ്ടാവുക. ഇങ്ങനെ സംഭവിച്ചാൽ യോനീമാർഗ്ഗത്തിനനുസരണമല്ലാതെ പ്രയോഗിക്കുന്ന ശക്തിയുടെ ദിശയിലേയ്ക്കു് ശിശുശിരസ്സ് വലിക്കപ്പെടുന്നതും ബന്ധം വിച്ഛേദിക്കുക എന്ന അപകട സാദ്ധ്യത വർദ്ധിക്കുന്നതുമായിരിക്കും.

ശിശുശിരസ്സിൻെറ യുക്തമായ ഭാഗത്തു് ഡാക്ടർ വിരലുകളുടെ സഹായത്താൽ കപ്പ് ശരിയായി ചേർത്തുപിടിച്ചുവയ്ക്കുമ്പോൾ മിഡ്വൈഫ് അതേസമയംതന്നെ വായു ബഹിഷ്ക്കരണം നടത്തി ശൂന്യാവസ്ഥ സൃഷ്ടിക്കുവാനുള്ള ശ്രമം നടത്തണം. സാധാരണ അന്തരീക്ഷസമ്മർദ്ദത്തിൻെറ പത്തിൽ രണ്ടുഭാഗം എന്ന കണക്കിനാണു് ശൂന്യാവസ്ഥ സംജാതമാക്കേണ്ടതു്. ശിശുശിരസ്സിൻെറ പുറത്തായി കപ്പിനുള്ളിൽ വഴുവഴുപ്പുള്ള ഒരു ദ്രവപദാർത്ഥം രൂപവൽകൃതമാകുന്നതിനു് ഏതാനും മിനിട്ടുകൾ ആവശ്യമാണു്. കപ്പിൻെറ വായ്ക്കുചുറ്റും പുറമേ ചൂണ്ടുവിരലോടിച്ചു്, കപ്പിനകംഭാഗത്തു് ശിരോഭാഗമല്ലാതെ യോനീഭിത്തിയുടേയോ, ഗർഭാശയകണ്ഠത്തിൻെറയോ ഏതെങ്കിലും ഭാഗംകൂടി അകപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ എന്നു് പരിശോധിക്കുവാൻ ഈസമയം ഉപയോഗിക്കണം. രണ്ടുമൂന്നു മിനിട്ടിനുശേഷം ശൂന്യം സാധാരണ അന്തരീക്ഷമർദ്ദത്തിൻെറ പത്തിൽ നാലു് എന്ന കണക്കിനും, അതേ ഇടനേരത്തിനുശേഷം പത്തിൽ ആറായും വർദ്ധിപ്പിക്കുക. ആവശ്യമെങ്കിൽ അവസാനമായി പത്തിൽ എട്ടായും വർദ്ധിപ്പിക്കാവുന്നതാണു്. ഈ ഇടവേളകൾ എല്ലാം കഴിഞ്ഞതിനുശേഷമേ ശിശുശിരസ്സ് പുറത്തേയ്ക്കു വലിച്ചെടുക്കാനുള്ള ശ്രമം ആരംഭിക്കാൻ പാടുള്ളു. ശിരോപരിഭാഗത്തു് ഉണ്ടാകേണ്ട കൊ

ഴത്ത ദ്രവപദാൎത്ഥമാണു്, ഉപകരണവിച്ഛേദനത്തിന്നിടയാകാതെ ശിരസ്സും കപ്പും തമ്മിൽ പററിച്ചേൎന്നിരിക്കുവാനും പുറത്തേയ്ക്കു വലിച്ചെടുക്കുവാനും സഹായിക്കുന്നതു്. അതുകൊണ്ടു് ആ പദാൎത്ഥം ഉണ്ടാകുവാനുള്ള സമയം ആവശ്യത്തിനു് അനുവദിച്ചശേഷമേ അടുത്ത പടിയിലേയ്ക്കു കടക്കാവൂ.

മേൽവിവരിച്ചപ്രകാരമെല്ലാം ചെയ്തതിനുശേഷം ശിശുവിനെ പുറത്തേയ്ക്കു വലിക്കുവാനുള്ള ശ്രമം ആരംഭിക്കാം. എന്നാൽ ഈ ശ്രമം ഇടവിട്ടിടവിട്ടുമാത്രമേ നടത്താവൂ, എന്നു തന്നെയുമല്ല ഗൎഭാശയത്തിനു് സ്വയമുണ്ടാകുന്ന സങ്കോചവികാസങ്ങളോടൊപ്പംമാത്രമേ ഇതു ചെയ്യുവാനും പാടുള്ളു.

വാകം എക്സ്ട്രാക്ററിന്റെ ഉപയോഗത്തെക്കുറിച്ചും ഗുണങ്ങളെക്കുറിച്ചും വിദഗ്ദ്ധരുടെ ഇടയിൽ ഭിന്നാഭിപ്രായങ്ങളാണുള്ളതു്. ഗൎഭസ്ഥശിശുവിന്റെ സ്ഥാനനില, ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് ചുവട്ടിൽ പുറകുവശത്തു് ഇരുവശങ്ങളിലുമുള്ള ഇസ്ക്കിയം എന്ന അസ്ഥിഭാഗത്തിന്റെ നിരപ്പിലേയ്ക്കു താഴ്ന്നിറങ്ങിയ രീതിയിലാണെങ്കിലും പ്രസ്തുത നിരപ്പിനു താഴോട്ടു എത്രമാത്രം ഇറങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിലും ഈ ഉപകരണം പ്രയോഗിക്കാം എന്നാണു് ഭൂരിപക്ഷം സൂതിശാസ്ത്രവിദഗ്ദ്ധരുടെയും അഭിപ്രായം.

ഈ ഉപകരണത്തിന്റെ ഏററവും പ്രധാനപ്പെട്ട ഗുണം, ഇതിന്റെ ഉപയോഗത്തിൽ മാതാവിനും ശിശുവിനും ഉണ്ടാകുവാനിടയുള്ള പരിക്കുകളോ മററപകടങ്ങളോ വളരെ ലഘുവായിരിക്കുമെന്നുള്ളതാണു്.

ഇതുപയോഗിച്ചുള്ള പ്രസവത്തിനു് കൂടുതൽ സമയം വേണമെന്നുള്ളതാണു് ഇതിന്റെ പ്രധാന ദോഷമായി ചൂണ്ടിക്കാണിക്കപ്പെടുന്നതു്.

ഈ ഉപകരണം ഉപയോഗിച്ചുള്ള പ്രസവത്തിനു കൂടുതൽ താമസം ഉണ്ടാകുന്നതിനാൽ വിമ്മിഷ്ടം കൂടുതലുള്ള ഗൎഭിണികളിൽ പ്രസവം എളുപ്പം നടത്തുന്നതിനു് ഫോർസെപ്സ് ഉപയോഗിക്കുന്നതാണു് ഇതിനേക്കാൾ ഉത്തമമെന്നു് പറയേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

അദ്ധ്യായം 29

പ്രസവസംബന്ധമായ ശസ്ത്രക്രിയകൾ (തുടർച്ച)

ക്രേണിയോട്ടമി (CRANIOTOMY):–

താഴെപ്പറയുന്ന സാഹചര്യങ്ങളിൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തല തുരന്നു് കുട്ടിയെ എടുക്കാറുണ്ടു്. തല തുരന്നു് തലച്ചോറുകളയുന്നതുകൊണ്ടു് തലയുടെ വലിപ്പം കുറയുന്നതും കുട്ടിയെ സുഗമമായി പുറത്തെടുക്കുവാൻ കഴിയുന്നതുമാണു്.

കാരണങ്ങൾ:–

1) ശിശു ഗർഭാശയത്തിൽ മരിച്ചുകിടക്കുകയോ, ശിശുശിരസ്സു് ക്രമത്തിലധികം വലുതായിരിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നതിനാൽ പ്രകൃത്യാലുള്ള പ്രസവം നടക്കുവാൻ യാതൊരുസാദ്ധ്യതയുമില്ലാതിരിക്കുക.

2) ശസ്ത്രപ്രയോഗംകൊണ്ടോ ജനനമുഖം തിരിച്ചോ കുട്ടിയെ എടുക്കുവാൻ യാതൊരുനിവൃത്തിയുമില്ലാതെവരിക.

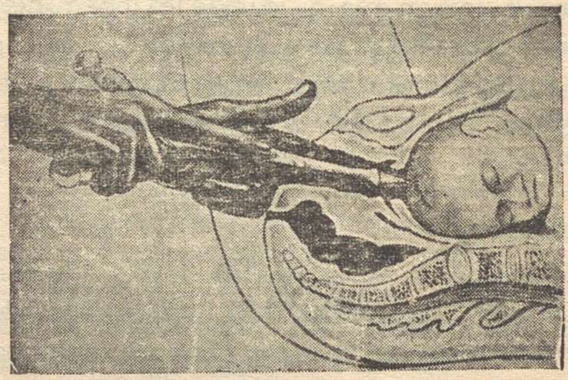
3) ശിരസ്സ് ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസ്സുകളിൽ മൂന്നാമത്തെയോ നാലാമത്തെയോ നിലകളിൽ ശിരസ്സ തിരിഞ്ഞ് ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തേയ്ക്കു വരാതിരിക്കുകയും ശസ്ത്രപ്രയോഗംമൂലം കുട്ടിയുടെ തല എടുക്കാൻ കഴിയാതെവരികയും ചെയ്യുക.

4) പൃഷ്ഠം, കാല് എന്നീ ഭാഗങ്ങൾ ജനനമുഖമായി വരുന്ന കേസ്സുകളിൽ ശിശുശിരസ്സ് ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ തിങ്ങിയിരുന്നുപോവുക.

5) മുഖം, ജനനമുഖമായിവരുന്ന പ്രസവത്തിൽ ശിശുവിൻെറ താടിതിരിഞ്ഞ് ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്തേയ്ക്കു വരാതിരിക്കുമ്പോൾ, ശസ്ത്രപ്രയോഗം നടത്തിയിട്ടും തല പുറത്തേയ്ക്കെടുക്കുവാൻ കഴിയാതെവരിക.

6) ശിശുശിരസ്സ് വെള്ളംകൊണ്ടുനിറഞ്ഞ് വളരെ വലുതായിരിക്കുക.

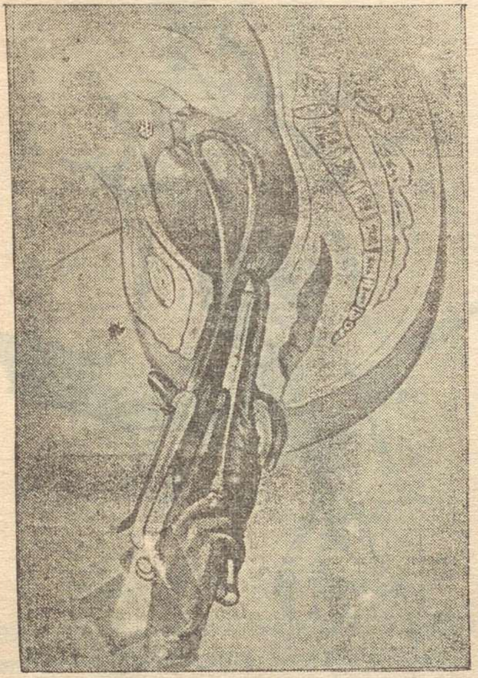
7) ഉപസ്ഥാശയം വളരെച്ചെറുതായിരിക്കുക.



ചിത്രം 150: CRANIOTOMY

LONGITUDINAL SLIT MADE BY PERFORATOR.

(രന്ധ്രനിർമ്മാണോപകരണംകൊണ്ട് നെടുകെ ഒരു ദ്വാരമുണ്ടാക്കിയിരിക്കുന്നു)



ചിത്രം 151: CRANIOTOMY:

യോനീമാർഗ്ഗേണ രന്ധ്രനിർമ്മാണോപകരണം കൈവിരലുകളുടെ സഹായത്താൽ കടത്തുന്നു. അതിനുമുമ്പായിത്തന്നെ ഫോർസെപ്സ് എന്ന ഉപകരണത്താൽ ശിശുശിരസ്സ് യഥാസ്ഥാനത്ത് ഉറപ്പിച്ചശേഷം, യോനിയിലേക്കു കടത്തപ്പെടുന്ന രന്ധ്രനിർമ്മാണോപകരണം ശിരസ്സിനുനേരെ, സ്ഥാനചലനം ഉണ്ടാകാത്തവിധത്തിൽ കടത്തുന്നു.

ചിത്രം 152: CRANIOTOMY

LANCE LIKE PERFORATOR IS INTRODUCED IN TO THE CRANIUM OF THE DEAD FETUS.

ഗർഭാശയത്തിനുള്ളിൽവച്ച് മരണപ്പെട്ട ശിശുവിന്റെ തലയോട്ടിക്കുള്ളിലേയ്ക്ക് ശൂലംപോലെയുള്ള രന്ധ്രനിർമ്മാണോപകരണം കടത്തുന്നു.

ചിത്രം 153: CRANIOTOMY

CRANIOCLAST APPLIED TO PERFORATED HEAD OF FETUS

ദ്വാരമുണ്ടാക്കിയ ശിശുശിരസ്സിൽ ക്രേണിയോക്ലാസ്റ്റ് എന്ന ഉപകരണം പിടിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നു.

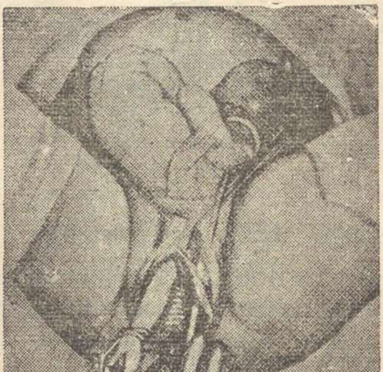
എന്നീ ഘട്ടങ്ങളിൽ ശിശുശിരസ്സുതുരന്ന് തലച്ചോറു കളഞ്ഞതിനുശേഷമാണ് കുട്ടിയെ പുറത്തെടുക്കുന്നത്. ക്രേണിയോട്ടമി നടത്തുന്നതുകൊണ്ടു് ഗർഭാശയഗളത്തിലും യോനിയിലും മൂത്രാശയത്തിലും ക്ഷതമേല്ക്കാനും തൽഫലമായി പഴുപ്പുണ്ടാകുവാനും സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്. സാധാരണയായി ശിശു മരിച്ചതിനുശേഷമാണ് ഈ ശസ്ത്രക്രിയ ചെയ്യാറുള്ളത്. ഏതെങ്കിലും കാരണവശാൽ സാധാരണ

മാർഗ്ഗങ്ങളിലൂടെ പ്രസവം നടക്കയില്ലെന്നു ബോദ്ധ്യമായാൽ ശിശു മരണപ്പെടുന്നതിനുമുമ്പുതന്നെ സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയ (Lower Segment Caesarian) ചെയ്തു് കുട്ടിയെ എടുക്കുകയാണിപ്പോൾചെയ്തുവരുന്നതു്. അതിനാൽ ക്രേണിയോട്ടമി ഇക്കാലങ്ങളിൽ വളരെ അപൂർവ്വമായിട്ടേ ചെയ്തുവരുന്നുള്ളു.

ഡീക്യാപ്പിറേഷൻ (DECAPITATION):—

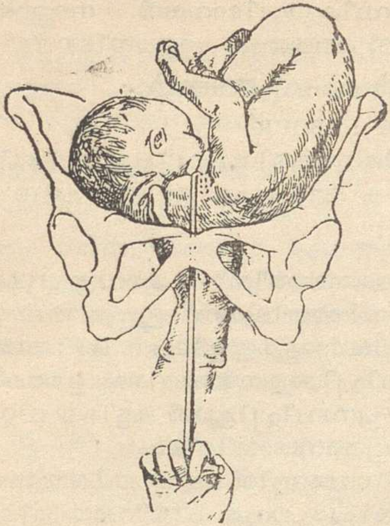
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സു മുറിച്ചു് അതിനെ പുറത്തെടുക്കുന്ന സമ്പ്രദായത്തിനാണു് ഡീക്യാപ്പിറേഷൻ എന്നു പറയുന്നതു്.

താഴെപ്പറയുന്ന സന്ദർഭങ്ങളിൽ ഈ ശസ്ത്രക്രിയ ചെയ്യേണ്ടതായി വരും.



ചിത്രം 154: DECAPITATION

ശിര:ഛേദീകരണ ശസ്ത്രക്രിയ: ചൂണ്ടപോലുള്ള കൊളുത്തു് യഥാസ്ഥാനത്തുറപ്പിക്കുന്നു. അതിൽ മുഴപോലുള്ള ഭാഗം തദവസരത്തിൽ ശരീരത്തിൻെറ പുറംഭാഗത്തേയ്ക്കു് തിരിഞ്ഞിരിക്കും.



ചിത്രം 155: DECAPITATION
BRAKING THE SPINE BY A TURN OF BRAUN'S DECAPITATION HOOK.
(ബ്രാൺസ് ഡീ ക്യാപ്പിറേഷൻ ഹുക്ക് ഉപയോഗിച്ച് നട്ടെല്ല് ഒടിക്കുന്നു)

1 ഗർഭത്തിൽ രണ്ടു കുട്ടികൾ ഉണ്ടായിരിക്കുകയും അവ കുറുകെയും വിലങ്ങനെയുമായി പൂട്ടവീണ പോലെ (Locked twins) കിടക്കുകയും ചെയ്യുന്നതിനാൽ പ്രസവം സ്വാഭാവികമായി നടക്കാൻ യാതൊരു സാദ്ധ്യതയുമില്ലാതിരിക്കുക.

2 ഗർഭസ്ഥശിശു വിലങ്ങനെ കിടക്കുകയും അതിൻെറ കൈ ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങിയിരിക്കുകയും ജനനമുഖം തിരിച്ചാൽ ഗർഭാശയം പിളർന്നുപോകത്തക്ക രീതിയിൽ ചുരുങ്ങിയിരിക്കുകയും ചെയ്യുക.

ഈ സന്ദർഭങ്ങളിൽ ശിശുവിൻെറ ശിരസ്സു മുറിച്ചെടുക്കാതെ ഗർഭിണിയുടെ ജീവൻ രക്ഷിക്കാൻ പ്രയാസമാ

യിരിക്കും. ഡീക്യാപ്പിറേറഷൻ നടത്തുന്നതുകൊണ്ടു് ജനനമാർഗ്ഗത്തിൽ ക്ഷതങ്ങൾ ഏല്ക്കാനിടയുണ്ടു്.

ഇൻഡക്ഷൻ ഓഫ് ലേബർ:-

(INDUCTION OF LABOUR)

മാസം തികയുന്നതിനുമുമ്പ് പ്രസവിപ്പിക്കുന്ന രീതിക്കാണു് ഇൻഡക്ഷൻ ഓഫ് ലേബർ എന്നു പറയുന്നതു്.

കാരണങ്ങൾ:-

1 ഉപസ്ഥാശയത്തിനു് വൈരൂപ്യമുണ്ടായിരിക്കുന്ന സന്ദർഭത്തിലാണു് ഇപ്രകാരം ചെയ്യുന്നതു്. മുപ്പത്തിയാറാഴ്ചയെങ്കിലും കഴിഞ്ഞതിനുശേഷം പ്രസവിപ്പിക്കുകയായിരിക്കും ഉത്തമം. അതിനു മുൻപു പ്രസവിപ്പിച്ചാൽ കുട്ടിയെ വളർത്തിയെടുക്കുവാൻ പ്രയാസമായിരിക്കും.

2 മുൻ പ്രസവങ്ങളിൽ മാസം തികയുന്നതിനു മുൻപു് കുട്ടി മരിച്ചുപോവുക പതിവായിരിക്കുക.

3 ഗർഭിണിക്കു് ഹൃദ്രോഗം, വൃക്കരോഗങ്ങൾ, രക്തവിളർച്ച് തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങൾ ഗുരുതരാവസ്ഥയിലാണെങ്കിൽ മാസം തികയുന്നതിനു മുൻപു് പ്രസവിപ്പിക്കേണ്ടതായിവരും.

വെർഷൻ (VERSION—തിരിക്കൽ):—

ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശയനനിലയെ മാററിത്തിരിച്ചു് ശിരസ്സോ, പൃഷ്ഠമോ ജനനമുഖമാക്കിക്കൊണ്ടു വരുന്ന സമ്പ്രദായത്തിനാണു് വെർഷൻ എന്നു പറയുന്നതു്. ഈ തിരിക്കൽ സമ്പ്രദായം സന്ദർഭാനുസരണം പലവിധത്തിൽ ചെയ്യാറുണ്ടു്.

1. കെഫാലിക്കു് വെർഷൻ:—

(CEPHALIC VERSION)

ജനനമുഖത്തെ തിരിച്ചു് സ്വാഭാവികവും സുഗമവുമാക്കിത്തീർക്കുക എന്നതാണു് ഇതിൻെറ ലക്ഷ്യം. ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ പൃഷ്ഠം, തോൾ എന്നിവ ജനനമുഖമായിരിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ അതു് തിരിച്ചു ശിരോദയമാക്കിത്തീർക്കുന്നു. ഈ കെഫാലിക്കു് വെർഷൻ രണ്ടു

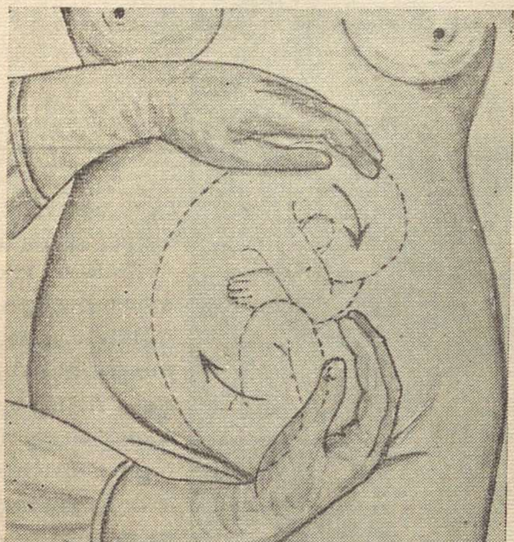
വിധത്തിൽ ചെയ്യാം. ബാഹ്യമായ തിരിക്കൽകൊണ്ടും ബാഹ്യവും ആന്തരികവുമായി ഏകസമയത്തുള്ള തിരിക്കൽ കൊണ്ടും ഇതു സാധിക്കുന്നു.

a) എക്സ്റ്റേർണൽ കെഫാലിക്ക് വെർഷൻ:-

(EXTERNAL CEPHALIC VERSION)

KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY KOTTAYAM 130435

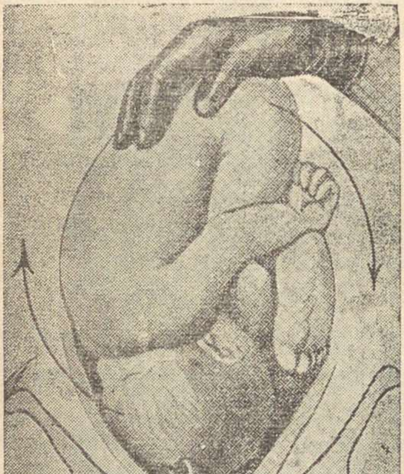
ഒരു കൈ ഗർഭാശയത്തിനു മുകൾഭാഗത്തും മറ്റേ കൈ നാഭിഭാഗത്തും വച്ചുകൊണ്ടു് ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ ശയനനിലയെ തിരിച്ചു കൊണ്ടുവരുന്നതിനു് ഉദരോപരി ഭാഗത്തു ചെയ്യുന്ന ക്രിയയ്ക്കാണു് എക്സ്റ്റേർണൽ കെഫാലിക്ക് വെർഷൻ എന്നു പറയുന്നതു്.



ചിത്രം 156: ബാഹ്യമായ കെഫാലിക്ക് വെർഷൻ
(EXTERNAL CEPHALIC VERSION)

b) ബൈപോളാർ വെർഷൻ:—
(BIPOLAR OR COMBINED VERSION)

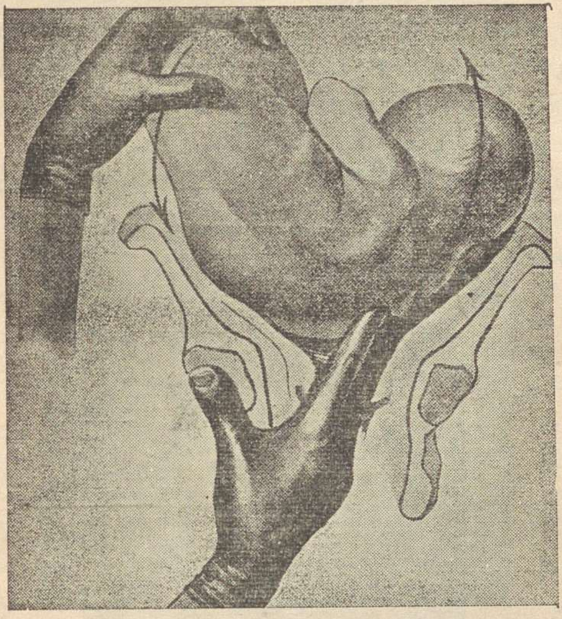
ഇടതുകരം ഉദരത്തിനു മീതേ വച്ചുകൊണ്ടു് വലതു കയ്യുടെ രണ്ടു വിരലുകൾ യോനീമാർഗ്ഗേണ കടത്തി ജനന മുഖം തിരിക്കുന്ന സമ്പ്രദായത്തിനു് ബൈപോളാർ വെർഷൻ എന്നു പറയുന്നു.



ചിത്രം 157

BIPOLAR OR COMBINED VERSION: FIRST STAGE

ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ ശിരസ്സിലും പൃഷ്ഠഭാഗത്തും ഒരേ സമയം മുറുക്കിപ്പിടിച്ചുകൊണ്ടു് ശിരസ്സും പൃഷ്ഠവും ഒരേ ദിശയിലേയ്ക്കു തിരിയത്തക്കവണ്ണം ചലനമുണ്ടാക്കുന്നരീതി. ഇപ്രകാരമുള്ള ബാഹ്യപ്രേരണയാൽ ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ മറേറതുജനനമുഖത്തിനും സ്ഥാനചലനമുണ്ടാക്കി പകരം ശിരസ്സോ പൃഷ്ഠമോ ജനനമുഖമാക്കി മാററുവാൻകഴിയും. ഈ സമ്പ്രദായത്തിന്റെ ഒന്നാം ഘട്ടം.



ചിത്രം 158

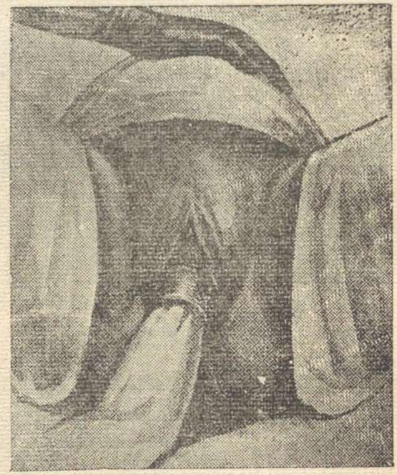
BIPOLAR OR COMBINED VERSION: SECOND STAGE.

ഇരുഭാഗങ്ങളും ബാഹ്യപ്രേരണയാൽ സ്ഥാനഭ്രംശവിധേയമാക്കി പുതിയ ജനനമുഖം സ്വീകരിപ്പിക്കുന്ന രീതി. ഗർഭസ്ഥശിശുവിനുണ്ടാകുന്ന സ്ഥാനഭ്രംശക്രമം: രണ്ടാം ഘട്ടം.

c) ഇൻടേർണൽവെർഷൻ (INTERNAL VERSION):-

ഇടത്തെ കയ്യു് വയറിനു മീതേ വച്ചുകൊണ്ടു് വലത്തെ കയ്യു് ഗർഭാശത്തിനുള്ളിലേയ്ക്കു കടത്തി ശിശുവിനെ തിരിക്കുന്ന സമ്പ്രദായത്തിനാണു് ഇൻടേർണൽ വെർഷൻ എന്നു പറയുന്നതു്. ഇൻടേർണൽ വെർഷൻ നടത്തുന്നതു് മുന്നീർക്കുടം പൊട്ടിയ ഉടനെയാണു്.

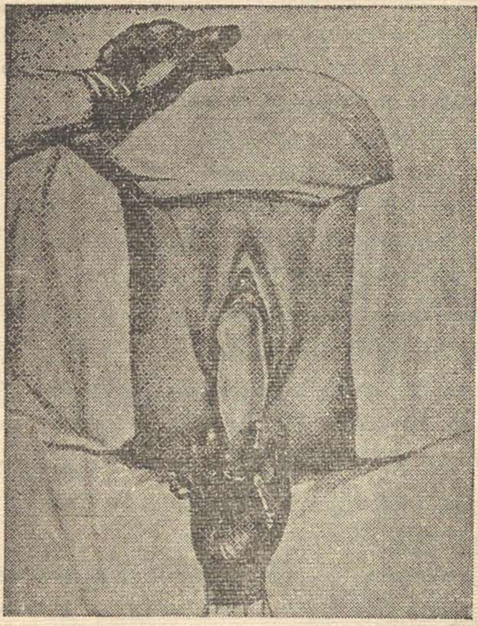
ഗർഭസ്ഥശിശു ഗർഭാശയത്തിൽ വിലങ്ങനെ കിടക്കുന്ന അവസരത്തിലാണു് ഇൻടേർണൽ വെഷൻ അനിവാര്യമായിത്തീരുന്നതു്. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ ശിശുവിൻെറ ശയനനിലയെ തിരിച്ചു് പൃഷ്ഠോദയമാക്കി മാററുന്നു. ശയനനിലയെ ആന്തരികമായി തിരിച്ചു് പൃഷ്ഠോദയമാക്കുന്ന സമ്പ്രദായത്തിനു് ഇൻടേർണൽ പൊഡാലിക്കു് വെർഷൻ (Internal Podalic Version) എന്നും പറയുന്നു.



ചിത്രം 159

INTERNAL PODALIC VERSION.

ഗർഭാശയത്തിനുള്ളിൽ കൈവിരലുകൾ കടത്തി ജനനമുഖം തിരിക്കുന്ന രീതി. ഈ സമ്പ്രദായത്തിൽ പൃഷ്ഠംമാത്രമേ ജനനമുഖമായി വരികയുള്ളു. ഒരു കൈ ഗർഭാശയത്തിനുള്ളിൽ കടത്തിയിരിക്കുമ്പോൾ മറേറ കയ്യ് ഗർഭാശയമേൽഭാഗം (Fundus) അനങ്ങാതിരിക്കുന്നതിനു വേണ്ടി അമർത്തിപ്പിടിച്ചിരിക്കുന്നതു ശ്രദ്ധിക്കുക.



ചിത്രം 160

INTERNAL PODALIC VERSION.

ഒരു കാല് പുറത്തേയ്ക്കു കൊണ്ടുവന്നിരിക്കുന്നു.
കാൽ പിടിച്ചിരിക്കുന്നസമ്പ്രദായം ശ്രദ്ധിക്കുക.

താഴെ വിവരിക്കുന്ന വിധത്തിലുള്ള പ്രസവങ്ങളിൽ ജനനമുഖം തിരിച്ചുകൊണ്ടുവരേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

1 ഗർഭസ്ഥശിശു വിലങ്ങനെ കിടക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ അതിനെ തിരിച്ച് ശിരസ്സോ പൃഷ്ഠമോ ജനനമുഖമാക്കിത്തീർക്കേണ്ടതാണ്.

2 മുഖം, നെററി എന്നിവ ജനനമുഖമായി വരികയും അതു് ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്ക് ഇറങ്ങാതെ വരികയും ചെയ്താൽ അതു തിരിക്കേണ്ടിവരും.

3 പൊക്കിൾക്കൊടി യോനിയിലേയ്ക്കു വീഴുകയും അതു് തിരിച്ചുവയ്ക്കുവാൻ സാധിക്കാതെ വരികയും ചെയ്താൽ ജനനമുഖം തിരിച്ചു് പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമാക്കി കൊണ്ടുവരേണ്ടതാണു്.

4 ശ്വാസകോശരോഗങ്ങരം, ഹൃദ്രോഗം, ഗർഭാപസ്മാരം, എന്നിവയുള്ളപ്പോരം പ്രസവം കഴിവതും വേഗത്തിൽ നടത്തേണ്ടതുണ്ടു്. ഈ ഘട്ടത്തിൽ ജനനമുഖം തിരിച്ചു് പൃഷ്ഠോദയമാക്കി പ്രസവം ത്വരിതപ്പെടുത്തുന്നു.

5 കുട്ടിക്കുമുമ്പായി മറുപിള്ള സ്ഥിതിചെയ്താൽ ജനനമുഖംതിരിച്ചു് പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമാക്കേണ്ടിവരും.

ജനനമുഖം തിരിക്കേണ്ട പല സന്ദർഭങ്ങളും പ്രസവഘട്ടത്തിൽ ഉണ്ടാകുമെങ്കിലും അതു വളരെ കരുതലോടെ ചെയ്യേണ്ട പ്രവൃത്തിയാകുന്നു.

താഴെപറയുന്ന സന്ദർഭങ്ങളിൽ ജനനമുഖം തിരിക്കാൻ ശ്രമിച്ചുകൂടാ.

1 ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങുന്നസമയത്തും. ശക്തിയായി ചുരുങ്ങിനില്ക്കുന്ന സമയത്തും ജനനമുഖം തിരിക്കാൻ ശ്രമിക്കരുതു്. അങ്ങനെചെയ്താൽ ഗർഭാശയം പിളർന്നു പോകാനിടയുണ്ടു്.

2 ശിരസ്സോ. പൃഷ്ഠമോ ഉപസ്ഥാശയത്തിനുള്ളിൽ ഇറങ്ങി ഉറച്ചിരിക്കുന്ന അവസരത്തിൽ ജനനമുഖം തിരിക്കാൻ ശ്രമിക്കരുതു്.

3 ശിശു ശിരസ്സു് വെള്ളംകൊണ്ടു് നിറഞ്ഞു് വളരെ വലുതായിരിക്കുമ്പോഴും ഉപസ്ഥാശയം വളരെ ചെറുതായിരിക്കുമ്പോഴും ജനനമുഖം തിരിക്കാൻ ശ്രമിച്ചുകൂടാ.

ഈവകകാര്യങ്ങളൊന്നും മിഡ്‌വൈഫ് ചെയ്തുകൂടാത്തതാകുന്നു. ഡാക്ടർമാർ ചെയ്യേണ്ടകാര്യങ്ങളാണിവ

എക്സ്ടേർണൽ വെർഷൻ ദോഷരഹിതവും, ബൈപോളാർ വെർഷൻ വളരെ പ്രയാസമുള്ളതും ഇൻടേർണൽവെർഷൻ വളരെ അപകടകരവുമായ ക്രിയകളാകുന്നു.

അദ്ധ്യായം 30

പ്രസവസംബന്ധമായ ശസ്ത്രക്രിയകൾ (തുടർച്ച)

സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയ:-
(CAESAREAN SECTION)

ഗർഭിണിയുടെ വയറുകീറി കുട്ടിയെ എടുക്കുന്ന സമ്പ്രദായത്തിനാണ് സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയ എന്നു പറയുന്നതു്.

പ്രധാനമായും താഴെപ്പറയുന്ന കാരണങ്ങളാലാണ് വയറുകീറി കുട്ടിയെ എടുക്കേണ്ടതായി വരുന്നതു്.

1) ഉപസ്ഥാശയം വളരെ ഇടുങ്ങിയതായിരിക്കുക.

2) ഗർഭാശയത്തിലോ, യോനീമാർഗ്ഗത്തിലോ ഏതെങ്കിലും വിധത്തിലുള്ള മാംസപിണ്ഡവളർച്ച് (മുഴ) ഉണ്ടായിരിക്കുകയും അതു് പ്രസവത്തിനു തടസ്സമായിരിക്കുകയും ചെയ്യുക.

3) നാല്പതുവയസ്സു കഴിഞ്ഞിട്ടുള്ള പ്രഥമ ഗർഭിണിയെ സ്വാഭാവികപ്രസവത്തിന് അനുവദിച്ചാൽ ശിശുവി

ന് അപകടം സംഭവിച്ചേക്കാനിടയുണ്ട്. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ സിസ്സേറിയൻഓപ്പറേഷൻ നടത്താവുന്നതാണ്.

4) യാദൃശ്ചികമായുള്ള രക്തസ്രാവം, കുട്ടിക്കുമുമ്പായി മറുപിള്ള സ്ഥിതിചെയ്യൽ എന്നീ സാഹചര്യത്തിൽ ചിലപ്പോൾ സിസ്സേറിയൻ ഓപ്പറേഷനായിരിക്കും മാതാവിനെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം അപായരഹിതമായ പ്രതിവിധി.

സിസ്സേറിയൻ ഓപ്പറേഷനുമുമ്പ് ചെയ്യേണ്ട കാര്യങ്ങൾ:-

സിസ്സേറിയൻ ഓപ്പറേഷൻ നടത്താൻ തീരുമാനിച്ചാൽ പിന്നെ വയറിളക്കുന്നതിനുള്ള ഔഷധങ്ങളൊന്നും ഗർഭിണിക്കു കൊടുത്തുകൂടാ. എനിമാകൊടുത്തു മലശോധനയുണ്ടാക്കുകയാണു വേണ്ടതു്. ഗുഹ്യഭാഗത്തും വയററത്തുമുള്ള രോമം വടിച്ച്, സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവും ബ്രഷും ഉപയോഗിച്ച് വൃത്തിയായി ഉരച്ചുകഴുകി തുടയ്ക്കണം. അതിനുശേഷം പ്രസ്തുത ഭാഗങ്ങൾ ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശാനുസരണമുള്ള രോഗാണുനാശകൗഷധങ്ങൾ പുരട്ടി രോഗാണുവിമുക്തമാക്കിയിരിക്കണം.

ഓപ്പറേഷൻ തീയേററിലേയ്ക്കു് ഗർഭിണിയെ കൊണ്ടുപോകുന്നതിനുമുമ്പ് അവരുടെ മുടി രണ്ടായി പിന്നിയിടുകയും നല്ല വസ്ത്രങ്ങൾ ധരിപ്പിക്കുകയും മൂത്രമെടുത്തു കളയുകയും ചെയ്യണം.

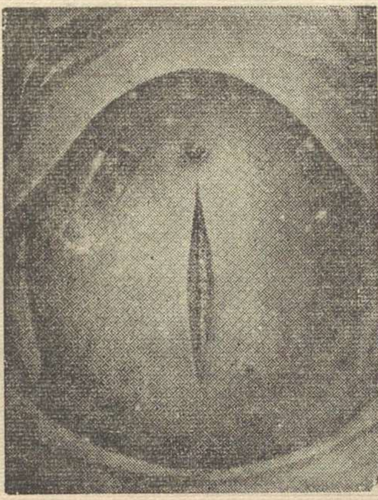
സിസ്സേറിയൻ ഓപ്പറേഷൻെറ വിശദാംശങ്ങൾ മിഡ്‌വൈഫ് അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ട ആവശ്യമില്ല. എങ്കിലും വയറുകീറി കുട്ടിയെ എടുക്കുക എന്നു പറഞ്ഞാൽ എന്താണെന്ന് ഏറെക്കുറെ ഒരു മിഡ്‌വൈഫും അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ടതാവശ്യമാണ്. അതിനാൽ സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയയെ സംബന്ധിച്ച് സാമാന്യമായും സംക്ഷിപ്തമായും വിവരിക്കാം.

സിസ്സേറിയൻ ഓപ്പറേഷൻ രണ്ടുവിധത്തിൽ ചെയ്തു വരുന്നു.

A. ലോവർ സെഗ്മെൻറ് ഓപ്പറേഷൻ:–

(LOWER SEGMENT OPERATION)

ഈ ഓപ്പറേഷനിൽ ഗർഭിണിയുടെ തല താഴ്ന്നും കാലുകരം ഉയർന്നും ഇരിക്കത്തക്കവിധത്തിലാണ് കിടത്തുന്നതു്. ആദ്യമായി അവരെ ബോധം കെടുത്തുന്നു. അതിനുശേഷം ഡാക്ടർ ഒരു ഓപ്പറേഷൻ കത്തികൊണ്ടു് ഗർഭിണിയുടെ പൊക്കിളിൻെറ അടിഭാഗത്തുനിന്നും നേരെ കീഴോട്ടു് ഉദരം രണ്ടായി കീറി പിളരുന്നു.

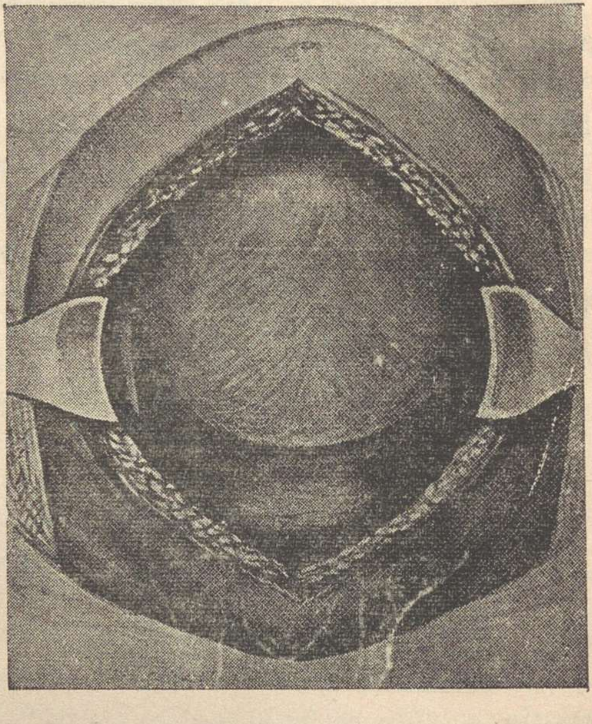


ചിത്രം 161: ഉദരഭിത്തിയിലുള്ള കീറൽ

(LOWER SEGMENT CEASEREAN: ABDOMINAL INCISION)

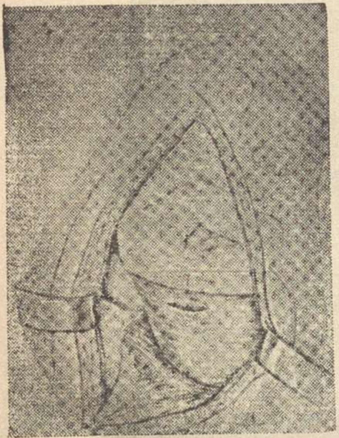
ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഖണ്ഡത്തിൽ നടത്തുന്ന സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയ: ഉദരഭാഗം നെടുകെ ആഴത്തിൽ കീറിയ മാതൃക.

പിളന്ന ഭാഗത്തു് സലൈൻ സൊലൂഷനിൽ മുക്കിയ തുണിവച്ച് സംരക്ഷിക്കുന്നു. അതിനുശേഷം കുടലുകൾ ഒരു വശത്തേയ്ക്കു് മാററിവയ്ക്കുകയും, ഡോയൻസ് റിട്രാക്ററർ (Doyen's Retractor) എന്നുളപകരണംകൊണ്ടു് പിളന്ന ഉദരഭിത്തികൾ സാവധാനമായിവലിച്ച് വികസിപ്പിക്കുകയുംചെയ്യുന്നു. അനന്തരം പെരിട്ടോണിയം വിലങ്ങനെ

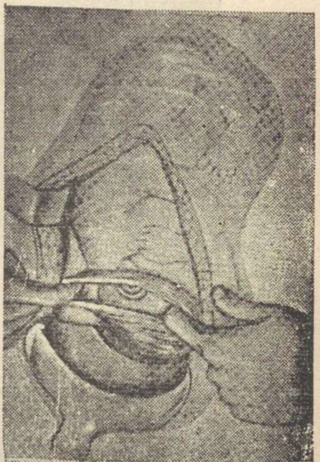


ചിത്രം 162: LOWER SEGMENT CAESAREAN.
ഉദരഭിത്തി പിളന്നു് അകത്തിവെച്ചുകൊണ്ടു് ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഖണ്ഡത്തിൽ കുറുകെ അല്പം വളഞ്ഞരീതിയിൽ, മൂത്രാശയത്തിനുമുകളിലായി കീറിയിരിക്കുന്നതു് ശ്രദ്ധിക്കുക.

രണ്ടായി കീറുന്നു. ഇങ്ങനെ ചെയ്യുമ്പോൾ മൂത്രാശയം സ്വയം കീഴോട്ടുമരാത്തപക്ഷം അതു കീഴോട്ടമത്തിവയ്ക്കുന്നു. തുടന്നു് ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗം ഏകദേശം 9 സെൻറിമീററർനീളത്തിൽ കീറിയതിനുശേഷം കുട്ടിയുടെ തല വില്ലെററു് ഫോർസെപ്സുകൊണ്ടു് പിടിച്ചു പുറ



ചിത്രം 163:



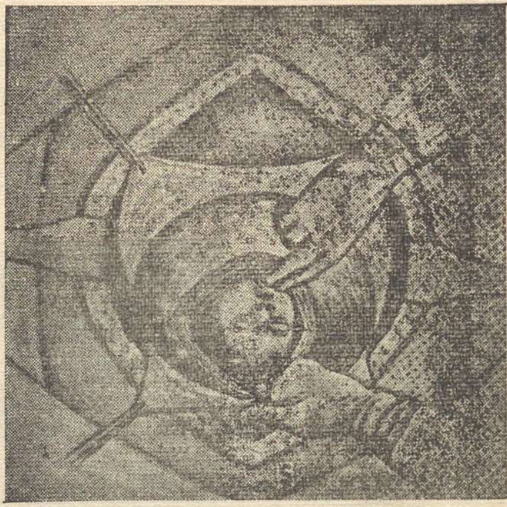
ചിത്രം 164:

LOWER SEGMENT CAESAREAN:

അധോഖണ്ഡശസ്ത്രക്രിയ: ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഖണ്ഡത്തിൽ ഉണ്ടാക്കുന്ന ചെറിയ കീറൽ.

അധോഖണ്ഡശസ്ത്രക്രിയ: ആദ്യം ഇടുന്ന കീറൽ, കൈവിരലുകൾ കടത്തി അകത്തി വലുതാക്കുന്ന രീതി.

ത്തേയ്ക്കെടുക്കുന്നു. പിന്നീടു് പൊക്കിൾക്കൊടി കെട്ടി മുറിച്ചു് മറുപിള്ളയേയും ഗർഭാശയത്തിൽനിന്നും നീക്കംചെയ്യുന്നു. തുടന്നു് ഗർഭാശയവും ഉദരഭാഗവും തുന്നുകയുംചെയ്യുന്നു.



ചിത്രം 165: LOWER SEGMENT CAESAREAN:
അധോഖണ്ഡ ശസ്ത്രക്രിയ: കീറിയുണ്ടാക്കിയ
വിടവിൽക്കൂടിയുള്ള പ്രസവം.

ലോവർ സെഗ്മെൻറ് ഓപ്പറേഷൻ ചെയ്യുന്നതാണു കൂടുതൽ നല്ലതെങ്കിലും അതു ചെയ്യുവാൻ പ്രയാസമുള്ളതു കൊണ്ടു് ഈ ഓപ്പറേഷൻ സാധാരണ ചെയ്യാറില്ല.

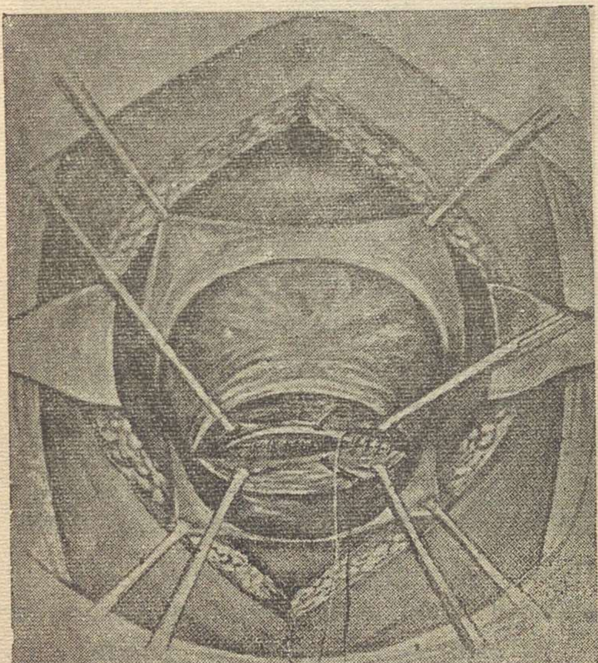
ലോവർ സെഗ്മെൻറ് ഓപ്പറേഷൻ ചെയ്യുന്നതായാൽ ചില പ്രത്യേക മെച്ചങ്ങളുണ്ടു്. അവ:—

a) ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്തു്, മേൽഭാഗത്തെ അപേക്ഷിച്ചു് രക്തപ്രവാഹം കുറവാണു്. അതിനാൽ രക്തസ്രാവം താരതമ്യേന കുറവായിരിക്കും.

b) പെരിട്ടോണിയത്തിൽ കൂടുതൽ നീളത്തിൽ മുറിവുണ്ടാക്കേണ്ടതായി വരുന്നില്ല.

c) ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗം, മേൽഭാഗത്തെ ക്കാരം നേർമ്മയുള്ളതായതുകൊണ്ടു് തുന്നലിടുവാൻ എളുപ്പ മുണ്ടു്.

d) ഗർഭാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്തിടുന്ന തുന്നലു കരം കൂടുതൽ ഉറപ്പുള്ളതായിരിക്കുന്നതിനാൽ, പിന്നീടുള്ള പ്രസവത്തിൽ ആ ഭാഗം, അപ്പർ സെഗ്മെൻറു് ഓപ്പറേ



ചിത്രം 166

LOWER SEGMENT CAESAREAN: കീറിയ ഗർഭാശയ ത്തിൻെറ അധോഖണ്ഡം തുന്നുന്ന രീതി.

ഷനിൽ സംഭവിക്കുന്നതുപോലെ വീണ്ടും പൊട്ടിപ്പോകാറില്ല.

e) മരണനിരക്കും താരതമ്യേന വളരെ കുറവായിരിക്കുന്നു.

ചിത്രം 167: LOWER SEGMENT CAESAREAN: ഗർഭാശയത്തിന്റെ കീഴ്ഖണ്ഡത്തെ പൊതിഞ്ഞിരിക്കുന്ന പെരിട്ടോണിയം തുന്നുന്നു.

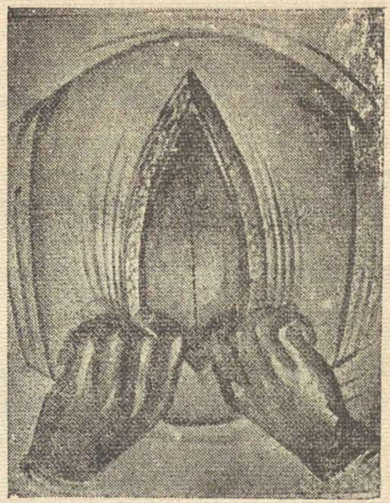
ലോവർ സെഗ്മെന്റ് ഓപ്പറേഷനുശേഷം മലദ്വാരമാർഗ്ഗേണ സലൈൻ ഗ്ലൂക്കോസ് (Saline Glucose Solution) കൊടുക്കുന്നു. ഓപ്പറേഷനുശേഷമുള്ള പന്ത്രണ്ടു മണിക്കൂർനേരത്തേയ്ക്കും അതിനുശേഷവും വെള്ളവും പാലു

മല്ലാതെ മററൊന്നും കൊടുക്കാറില്ല. അതുതന്നെ ഓരോ മണിക്കൂർ ഇടവിട്ടു് ഒരൗൺസിൽ കൂടുതൽ കൊടുക്കാറുമില്ല. നാലാംദിവസം ഗ്ലിസറിൻ എനിമാ കൊടുക്കുന്നു. അതിനുശേഷം കുട്ടിക്കു് മുല കൊടുക്കാവുന്നതാണു്.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം മററസുഖങ്ങൾ ഒന്നുമില്ലെങ്കിൽ ചാരിയിരുത്തുകയാണുനല്ലതു്. ''ലോക്കിയാ'' ശരിക്കു് ഒഴുകിപ്പോകുവാൻ ഈ സമ്പ്രദായമാണു് അഭികാമ്യം.

B. അപ്പർ സെഗ്മെൻറു് ഓപ്പറേഷൻ:—
(UPPER SEGMENT OPERATION)

ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഖണ്ഡത്തിൽ നടത്തുന്ന ഈ ശസ്ത്രക്രിയയിൽ പൊക്കിളിൻെറ അല്പം മീതെവരെ ഉദരഭാഗം നെടുകെ കീറുന്നു. അതിനുശേഷം ലോവർ സെഗ്മെൻറു് ഓപ്പറേഷനിൽ ചെയ്തതുപോലെ കുടലുകൾ ഒരു ഭാഗത്തേയ്ക്കു മാററിയതിനുശേഷം ഗർഭാശയത്തിൻെറ മേൽഭാഗം 10 സെൻറിമീററർ നീളത്തിൽ നെടുകെ കീറുന്നു. ഗർഭാശയഭിത്തിയുടെ മുൻഭാഗത്താണു് മറുകുട്ടി സ്ഥിതി ചെയ്യുന്നതെങ്കിൽ ഈ ഘട്ടത്തിൽ രക്തസ്രാവം സാധാരണയിൽ വളരെക്കൂടിയിരിക്കും. എങ്കിലും ഇതിൽ ഭയപ്പെടേണ്ടതായിട്ടില്ല. കാരണം ശിശുവിനെയും മറുപിള്ളയേയും പുറത്തെടുക്കുന്നതോടുകൂടി ഗർഭാശയം ചുരുങ്ങിത്തുടങ്ങുന്നതും രക്തസ്രാവം നിലയ്ക്കുന്നതുമാണു്. മറുകുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൻെറ മുൻഭാഗത്താണു് സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതെങ്കിൽ അതിനെ ഉടനെ ഛേദിക്കുന്നതും അതോടുകൂടി മുന്നീർ പുറത്തേയ്ക്കു പ്രവഹിക്കുന്നതുമാണു്. മറുകുട്ടി ഗർഭാശയത്തിൻെറ പിൻഭാഗത്താണു് സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതെങ്കിൽ മുന്നീർക്കുടം ഭേദിക്കുമ്പോഴേ മുന്നീർ പ്രവാഹമുണ്ടാകയുള്ളു. തുടന്നു് ഡാക്ടറുടെ ഒരു കയ്യു് ഗർഭാശയത്തിനുള്ളിൽ കടത്തി ശിശുവിൻെറ കാലുകൾ പിടിച്ചു് അതിനെ പുറത്തേയ്ക്കെടുക്കുന്നു.



ചിത്രം 168

THE ABDOMINAL CAESAREAN SECTION: CLASSICAL

ഉദരഭിത്തിയിലുള്ള സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയ: പ്രാമാണിക മാതൃക. ഉദരഭിത്തി ഭേദിച്ച ശേഷം ഗർഭാശയഭിത്തിയിൽ പിളക്കാനുള്ള രേഖ കാണിച്ചിരിക്കുന്നു.

കുട്ടിയെ പുറത്തെടുത്തു കഴിഞ്ഞാലുടനെ ''പിറേറാസിൻ'' എന്ന ഇൻജക്ഷൻ (Pitocin 5 units) ഗർഭാശയത്തിൽ കുത്തിവയ്ക്കുന്നു. ഇങ്ങനെ ചെയ്യുന്നതുകൊണ്ട് ഗർഭാശയസങ്കോചം ഉടനെ ആരംഭിക്കുന്നതിനും രക്തസ്രാവം തടയുന്നതിനും സഹായകമായിത്തീരുന്നു. അനന്തരം ഗർഭാശയം പൊന്തിച്ചുപിടിച്ചുകൊണ്ട് സലൈൻ ലോഷനിൽ മുക്കിപ്പിഴിഞ്ഞ പാഡുകൊണ്ട് അമർത്തുന്നു. ശിശുവിൻെറ പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽ രണ്ടു സ്ഥലത്ത് ക്ലാമ്പുചെയ്തുകൊണ്ട് നടുവിൽ മുറിച്ച് ശിശുവിനെ വേർ

ചിത്രം 169: ഗർഭാശയഭിത്തി പിളന്ന്
ശിശുവിനെ എടുക്കുന്ന രീതി.

പെടുത്തുന്നു. പൊക്കിൾക്കൊടി കെട്ടി, മറുകുട്ടിയും മുന്നീർ കുടത്തോലും നീക്കം ചെയ്തതിനുശേഷം ഗർഭാശയം തുന്നി വയ്ക്കുകയും തുടർന്ന് ഉദരഭാഗവും തുന്നിക്കെട്ടുകയും ചെയ്യുന്നു.

മേൽവിവരിച്ച ശസ്ത്രക്രിയകൾ കൂടാതെ,

ഗർഭസ്ഥശിശുവിന്റെ തോളെല്ലുഭാഗം കണ്ടു് രണ്ടായി മുറിച്ച് പ്രസവവൈഷമ്യം ലഘൂകരിക്കുന്ന ക്ലൈഡോട്ടമി (Cleidotomy),

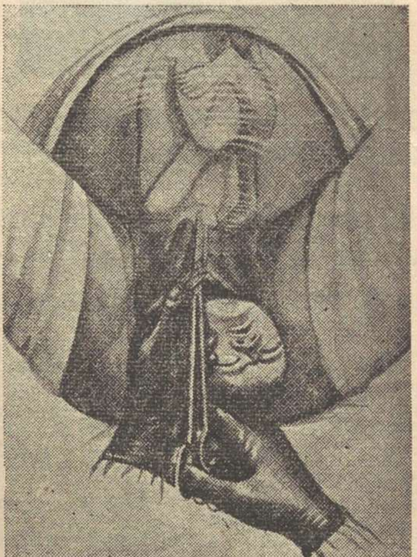
ഗർഭസ്ഥശിശുവിനെ ഗർഭാശയത്തിൽവച്ചുതന്നെ തുണ്ടുതുണ്ടായി മുറിച്ച് പുറത്തെടുക്കുന്ന എംബ്രിയോട്ടമി (Embryotomy),

നട്ടെല്ലു രണ്ടായി മുറിച്ച് ഉടൽ രണ്ടു ഭാഗമാക്കി പുറത്തെടുക്കുന്ന സ്പോൺഡൈലോട്ടമി (Spondylotomy),

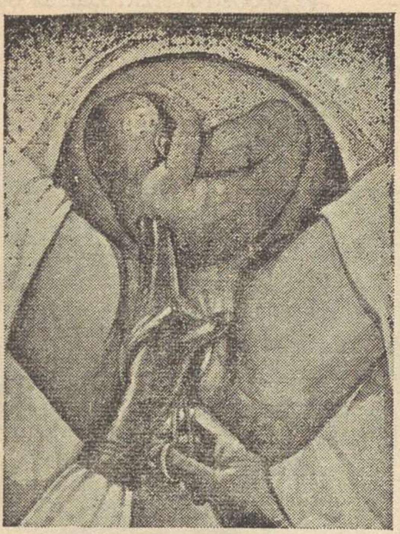
വജയിനൽ സിസ്സേറിയൻ സെക്ഷൻ (Vaginal Caesarian Section),

പ്യൂബിയോട്ടമി (Pubiotomy)

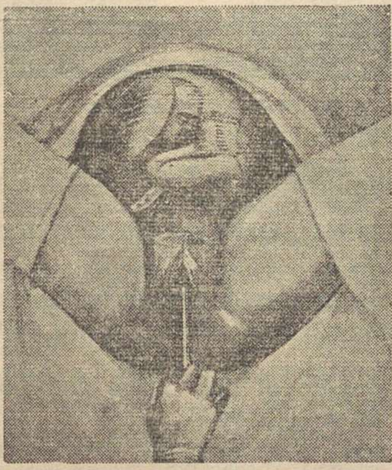
തുടങ്ങിയ മററനേകം ശസ്ത്രക്രിയകളും പ്രസവസംബന്ധമായി നിലവിലുണ്ട്. വളരെ അപൂർവ്വമായി മാത്രമേ ഇത്തരം ശസ്ത്രക്രിയകൾ ഇക്കാലങ്ങളിൽനടത്താറുള്ളൂ.



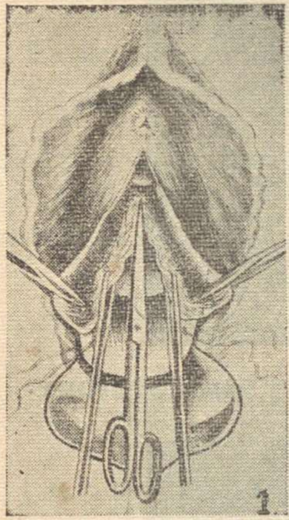
ചിത്രം 170: ക്ലൈഡോട്ടമി—CLEIDOTOMY.



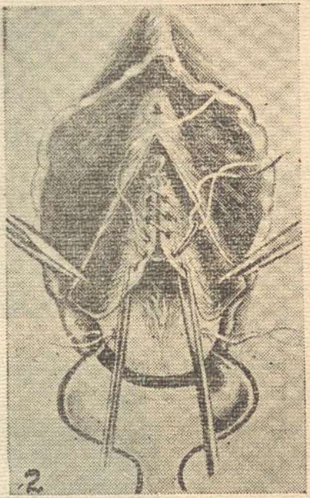
ചിത്രം 171: എംബ്രിയോട്ടമി—EMBRYOTOMY.



ചിത്രം 172: സ്പോൺഡൈലോട്ടമി—SPONDYLOTOMY.
(Delivery of the distal half of the body after Spondylotomy)



ചിത്രം 173:



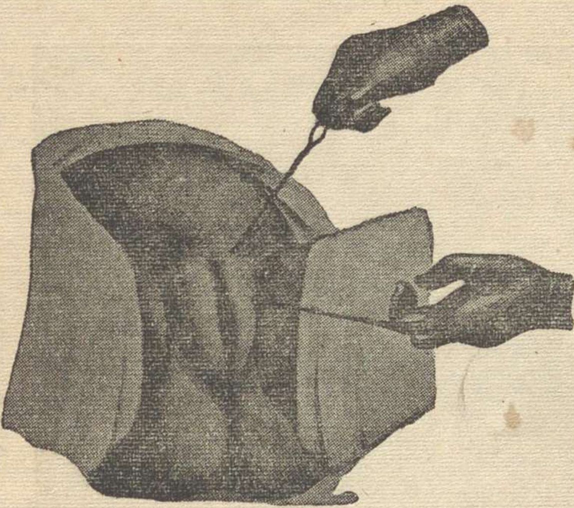
ചിത്രം 174:

വജൈനൽ സിസ്സേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയ—

VAGINAL CAESARIAN SECTION.

1. Incision on the Cervix and Lower Uterine Segment:
(ഗർഭാശയഗളവും, കീഴ്ഖണ്ഡവും കീറിപ്പിളർന്നിരിക്കുന്നു)

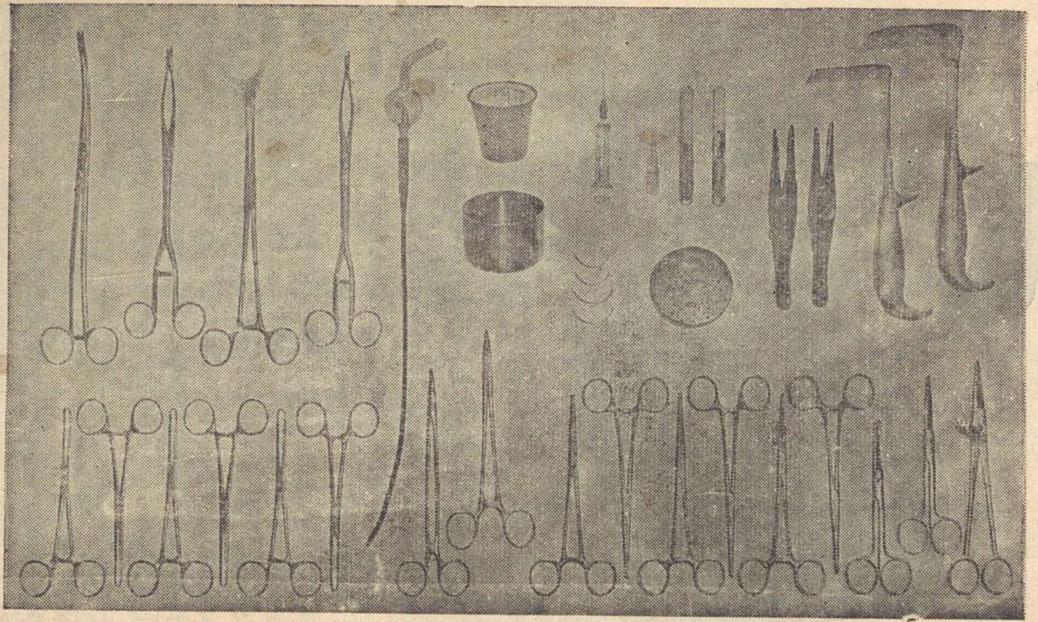
2. The suturing-up of the Cervix and Lower Uterine Segment after delivery.
(പ്രസവശേഷം ഗർഭാശയഗളവും, കീഴ്ഖണ്ഡവും തുന്നുന്നു)



ചിത്രം 175: പ്യൂബിയോട്ടമി—PUBIOTOMY.

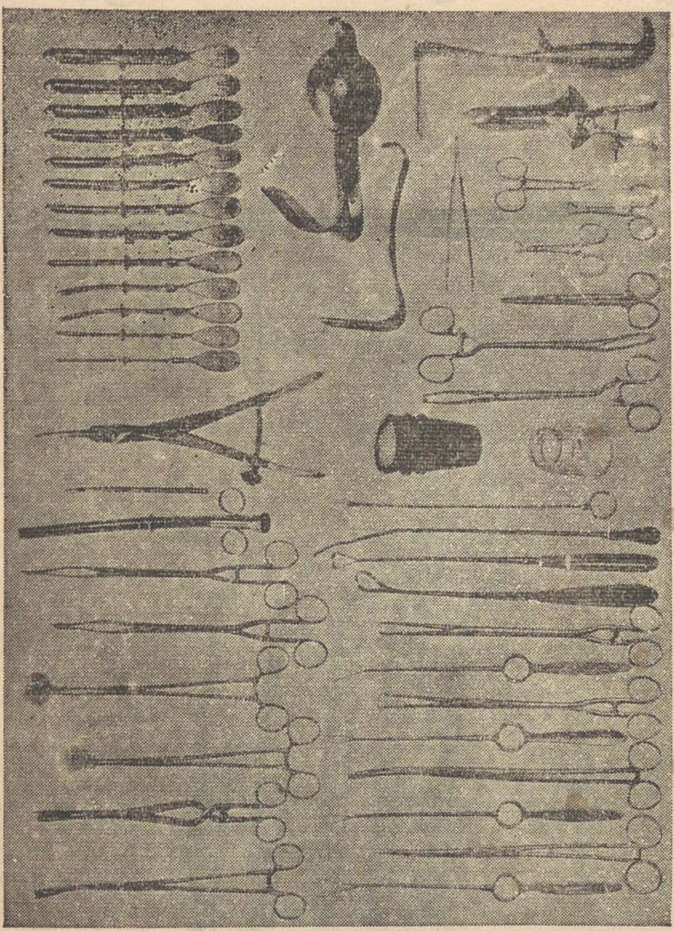
ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷമുള്ള പരിചരണങ്ങൾ:—

ഓപ്പറേഷനുശേഷം രോഗിയെ കിടക്കയിൽ കൊണ്ടുപോയി കിടത്തി ഒരു കമ്പിളികൊണ്ടു് പുതപ്പിക്കുന്നു. അവർക്കു ബോധം വീണ്ടുകിട്ടുന്നതുവരെ മിഡ്വൈഫ് അവരുടെ സമീപത്തുനിന്നും മാറിക്കൂടാ. ചിലപ്പോൾ ഓപ്പറേഷനുശേഷം രോഗി അസ്വസ്ഥയായിരിക്കുന്നതും തന്നിമിത്തംകട്ടിലിൽനിന്നു് മറിഞ്ഞുവീഴാനിടയുള്ളതുമാണു്. അബോധാവസ്ഥയിൽ രോഗി ഛർദ്ദിച്ചു എന്നും അതു് ശ്വാസനാളത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങി ശ്വാസംമുട്ടലുണ്ടാക്കി കൂടുതൽവൈഷമ്യങ്ങൾ സൃഷ്ടിച്ചു എന്നും വരാവുന്നതാണു്. അതിനാൽ രോഗിയുടെ തല അവരുടെ ഇടതുഭാഗത്തേയ്ക്കു് ചരിച്ചുവയ്ക്കേണ്ടതും കഴുത്തിനുചുററും ഒരു തുവാലയോ മഫ്ളറോ മടക്കിച്ചുററി വയ്ക്കുകയും ഒരു ചെറിയ പാത്രം ഛർദ്ദിക്കുവേണ്ടി അടുത്തുതന്നെ സൗകര്യപ്രദമായി വച്ചിരിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാകുന്നു. മററു കാര്യങ്ങളെല്ലാം ഡാക്ടറുടെ നിർദ്ദേശാനുസരണംമാത്രം ചെയ്യേണ്ടതുമാകുന്നു.



ചിത്രം 176: OBSTETRIC OPERATIONS

Instruments for forceps operation. The Surgeon Selects the appropriate Obstetric forceps. Tracheal Catheter and trap should always be available.

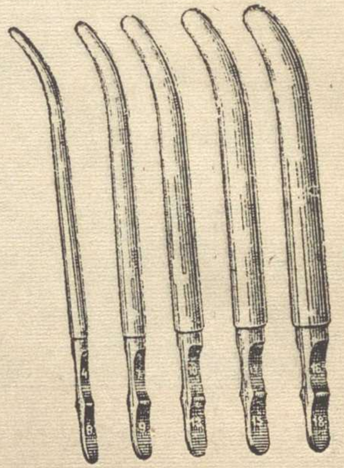


ചിത്രം 177: OBSTETRIC OPERATIONS.

Instruments for dialatation and Curettage for the treatment of abortion. Several sizes sharp and semi sharp curets should be available. The graduated Hegar's dialators illustrated have shields to prevent slipping through the uterus.

Uterine curet

ചിത്രം 178:

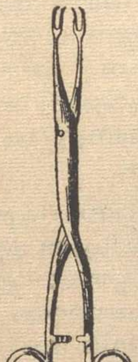


Hegar's dilators

ചിത്രം 179

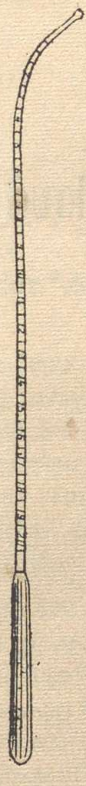
Vaginal speculums
a—grooved; b—flat, elevator

Bullet
forceps for grasping the lips of
the cervix uteri



Mjuso forceps
(double-pronged)

Dressing forceps



Uterine
probe graduated in centimetres

ചിത്രം 180:

അദ്ധ്യായം 31

വിസർജ്ജനേന്ദ്രിയവ്യവസ്ഥ

എക്സ്ക്രീററി സിസ്റ്റം—EXCRETORY SYSTEM)

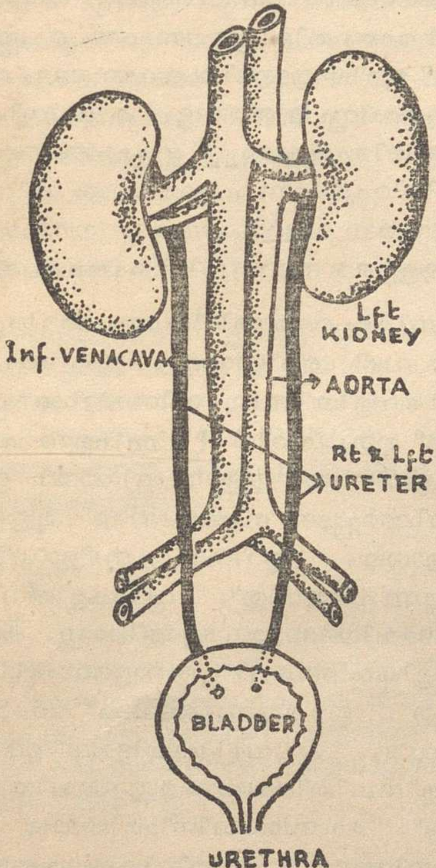
ശരീരത്തിലുണ്ടാകുന്ന വജ്ജ്യപദാത്ഥങ്ങളെ നീക്കം ചെയ്യുന്ന പ്രവത്തനങ്ങളിൽ ഏപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന അവയവങ്ങളാണു് വിസജ്ജനേന്ദ്രിയങ്ങൾ എന്നു പറയുന്നതു്. വിസജ്ജനേന്ദ്രിയവ്യവസ്ഥയിൽ വൃക്കകൾ, ശ്വാസകോശങ്ങൾ, ത്വക്കു് എന്നീ അവയവങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുന്നു. ഇവയിൽ ഏററവും പ്രധാനപ്പെട്ട വിസജ്ജനേന്ദ്രിയം വൃക്കകൾ (കിഡ്നീസു്—Kidneys) ആകുന്നു.

ഗർഭകാലത്തും പ്രസവസമയത്തും പ്രസവിച്ചുകിടക്കുമ്പോഴും വൃക്കകളിലും അതിനോടനുബന്ധിച്ചുള്ള മൂത്രമാഗ്ഗങ്ങളിലും രോഗബാധയ്ക്കു് കൂടുതൽ സാദ്ധ്യതകൾ ഉള്ളതിനാൽ വൃക്കകളേയും അനുബന്ധിതാവയവങ്ങളെയും പററി മിഡ്വൈഫിനു് സാമാന്യമായ അറിവെങ്കിലും ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ടതാണു്.

വൃക്കകൾ (KIDNEYS):—

ഏകദേശം പത്തു സെൻറീമീററർ നീളവും, ആറു സെൻറീമീററർ വീതിയും, മൂന്നര സെൻറീമീററർ ഘനവും അമരവിത്തിൻെറ ആകൃതിയിലുള്ളവയുമാണു് വൃക്ക

കരം. ഇവ രണ്ടെണ്ണമുണ്ട്. ഉദര അറയുടെ മേൽഭാഗം കണ്ട് ആമാശയ (Stomach) ത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗത്ത്



ചിത്രം 181: വൃക്കകളും അനുബന്ധിതാവയവങ്ങളും

1. ഇടത്തെ വൃക്ക (Lft Kidney)
2. മൂത്രനാളികം (Rt & Lft Ureters)
3. മൂത്രസഞ്ചി (Bladder)
4. മൂത്രദ്വാരം (Urethra)

നട്ടെല്ലിൻെറ ഇരുവശങ്ങളിലുമായി ഓരോ വൃക്ക വീതം സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു. ഓരോ വൃക്കയിലും ഓരോ വലിയ രക്തധമനിവഴി രക്തം വന്നുചേരുകയും ഓരോ വെയിൻ (സിര) വഴി രക്തം തിരിച്ചുപോവുകയും ചെയ്യുന്നു. രക്തത്തിൽനിന്നു് യൂറിയ തുടങ്ങിയ ലവണങ്ങളും അധികമുള്ള ജലവും മററു മലിനപദാൎത്ഥങ്ങളും കിഡ്നികൾ (വൃക്കകൾ) വേർതിരിച്ചെടുക്കുന്നു. ഇപ്രകാരം രക്തത്തിൽനിന്നും വേർതിരിച്ചെടുക്കുന്ന പദാൎത്ഥങ്ങൾ കിഡ്നിയിൽനിന്നും താഴോട്ടുവരുന്ന ഓരോ കുഴലുകൾ (യൂറിററർ–Ureter) വഴി താഴെയുള്ള ഒരു സഞ്ചിയിൽ ചെന്നുചേരുന്നു.

കിഡ്നികൾ രക്തത്തിൽനിന്നും അരിച്ചെടുത്തു് യൂറിറേറഴ്സ് വഴി ബ്ളാഡറിലേയ്ക്കും അവിടെനിന്നു് യൂറിത്രാവഴി വെളിയിലേയ്ക്കും വിസജ്ജിക്കപ്പെടുന്ന ദ്രാവകത്തെയാണു് മൂത്രം (യൂറിൻ–Urine) എന്നു പറയുന്നതു്. കിഡ്നികളിൽനിന്നും തുള്ളിതുള്ളിയായി ഊറിവരുന്ന മൂത്രം ശേഖരിക്കപ്പെടുന്ന സഞ്ചിക്കാണു് മൂത്രസഞ്ചി അഥവാ മൂത്രാശയം (യൂറിനറി ബ്ളാഡർ–Urinary Bladder) എന്നു പറയുന്നതു്. വൃക്കകളിൽനിന്നും മൂത്രത്തെ മൂത്രസഞ്ചിയിലേയ്ക്കു എത്തിക്കുന്ന കുഴലുകൾക്കാണു് മൂത്രനാളികൾ അഥവാ മൂത്രനാളങ്ങൾ (Ureters) എന്നു പറയുന്നതു്. ഈ മൂത്രനാളങ്ങൾക്കു് 25–30 സെ: മീററർ നീളം വരും. ഇവവഴിയായിട്ടാണു് ഉദര അറയുടെ കീഴ്ഭാഗത്തു് സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന മൂത്രസഞ്ചിയിൽ മൂത്രം വന്നുചേരുന്നതു്. മാംസപേശീനിൎമ്മിതമായ മൂത്രസഞ്ചി മൂത്രംകൊണ്ടുനിറയുമ്പോൾ ശാരീരികപ്രേരണാനുസരണം, മൂത്രസഞ്ചിയിൽനിന്നും പുറത്തേയ്ക്കുള്ള ഒരു കുഴൽവഴിയായി മൂത്രം വിസജ്ജിക്കപ്പെടുന്നു. മൂത്രസഞ്ചിയുടെ കഴുത്തിൽനിന്നും ആരംഭിക്കുന്നതും, വെളിയിൽപ്പോകുവാനുള്ള മൂത്രത്തിനു് ഒഴുകിപ്പോകുന്നതിനുള്ള മാൎഗ്ഗമായിരിക്കുന്ന

ത്തുമായ ഒരു കുഴലുണ്ട്. ഈ കുഴലിനാണ് യൂറിത്രാ (Urethra—മൂത്രദ്വാരം—മൂത്രമാർഗ്ഗം) എന്നു പറയുന്നതു്.

യൂറീററർ, യൂറിത്രാ എന്നീ വാക്കുകാംക്ക് മലയാളത്തിൽ മൂത്രനാളം എന്നാണ് പറഞ്ഞുവരുന്നതു്. ഇവ രണ്ടിന്റേയും സ്ഥാനങ്ങൾ വ്യക്തമായി മനസ്സിലാക്കിയിരിക്കേണ്ടതാവശ്യമായതിനാൽ വൃക്കകൾ (കിഡ്നീസ്) മുതൽ കീഴോട്ടുള്ള മൂത്രമാർഗ്ഗത്തെ സംക്ഷിപ്തമായി ഒന്നുകൂടി വിവരിക്കാം.

കിഡ്നി (KIDNEY):—

ഇവ രണ്ടെണ്ണമുണ്ട്. ഇവയ്ക്കു വൃക്കകൾ എന്നും മൂത്രപിണ്ഡങ്ങൾ എന്നും നമ്മുടെ ഭാഷയിൽ പറഞ്ഞുവരുന്നു. ഇവ ആമാശയത്തിനു താഴെയായി പുറകിൽ നട്ടെല്ലിന്റെ ഇരുവശങ്ങളിലുമായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു. രക്തത്തിലുണ്ടാകുന്ന മലിനാംശങ്ങളെ അരിച്ചെടുത്തു് വെളിയിൽതള്ളുന്ന മുഖ്യാവയവമാണ് വൃക്കകൾ.

യൂറിററർ (URETER):-

ഓരോ വൃക്കയിൽനിന്നും ഓരോ കുഴൽ മൂത്രസഞ്ചിയിൽ അഥവാ മൂത്രാശയത്തിൽ എത്തിച്ചേരുന്നു. ഈ കുഴലുകളിലൂടെയാണ് വൃക്കകൾ രക്തത്തിൽനിന്നും അരിച്ചെടുക്കുന്ന മൂത്രം (മലിനാംശങ്ങൾ) മൂത്രസഞ്ചിയിൽ എത്തുന്നതു്. ഈ കുഴലുകളെയാണ് മൂത്രനാളങ്ങൾ (യൂറിറേഴ്സ്) എന്നു പറയുന്നതു്.

യൂറിനറി ബ്ലാഡർ:—

(മൂത്രസഞ്ചി അഥവാ മൂത്രാശയം)

അടിവയർ ഭാഗത്തായി സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന മൂത്രാശയത്തിൽ മൂത്രം ഇല്ലാത്ത അവസരത്തിൽ അതു് ഉപസ്ഥാശ

യത്തിൽ സ്ഥിതിചെയ്യുന്നു. മൂത്രം നിറയുമ്പോൾ അതു് നാഭിയെല്ലിന്റെ മുകൾ വരെ ഉയർന്നുനില്ക്കും. സ്ത്രീകളുടെ മൂത്രാശയത്തിൽ മൂത്രമില്ലാത്തപ്പോൾ അതു് ഗർഭാശയത്തിന്റെ മുൻഭാഗത്തും, നാഭിയെല്ലിന്റെ പിൻഭാഗത്തുമായിട്ടാണു് സ്ഥിതിചെയ്യുന്നതു്.

യൂറിത്രാ (മൂത്രക്കുഴൽ അഥവാ മൂത്രദ്വാരം):–

മൂത്രാശയത്തിൽനിന്നും വെളിയിലേയ്ക്കുവരുന്നതും ഏകദേശം 4 സെ: മീററർ നീളമുള്ളതുമായ ഒരു ചെറുകുഴലാണിതു്. ഈ കുഴലിനെയാണു് യൂറിത്രാ എന്നു് ഇംഗ്ലീഷിലും മൂത്രക്കുഴൽ, മൂത്രദ്വാരം എന്നൊക്കെ മലയാളത്തിലും പറയുന്നതു്. ഈ കുഴലിലൂടെയാണു് നാം മൂത്രവിസർജ്ജനം നടത്തുന്നതു്.

യൂറിൻ (മൂത്രം):–

ശരീരത്തിലുണ്ടാകുന്ന മലിനാംശങ്ങൾ മൂത്രരൂപേണയാണു് മുഖ്യമായും വിസർജ്ജിക്കപ്പെടുന്നതു്. പ്രായപൂർത്തിയായ ഒരാൾ ശരാശരി ഒരു ദിവസം 1200 മുതൽ 1500 വരെ മില്ലി ലിററർ (40–50 ഔൺസു്) മൂത്രം വിസർജ്ജിക്കുന്നു. മൂത്രത്തിന്റെ നിറം നേരിയമഞ്ഞയായിരിക്കുകയും ചെയ്യും.

അദ്ധ്യായം 32

ഗർഭകാല മൂത്രാശയരോഗങ്ങൾ

A. മൂത്രശങ്ക (ഫ്റീക്വൻസി ഓഫ് മിക്ച്ചുറീഷൻ–FREQUENCY OF MICTURITION)

കൂടെക്കൂടെ മൂത്രമൊഴിക്കണം എന്ന തോന്നലിനെയാണ് മൂത്രശങ്ക എന്നതുകൊണ്ട് ഞാൻ വിവക്ഷിക്കുന്നത്.

ഗർഭകാലത്ത് മൂത്രശങ്കയുണ്ടാകാൻ പല കാരണങ്ങളുണ്ട്.

1) ഗർഭംധരിച്ചാൽ ആദ്യത്തെമൂന്നുമാസങ്ങളിൽ കൂടെക്കൂടെ മൂത്രമൊഴിക്കണമെന്ന തോന്നലുണ്ടാവുക സ്വാഭാവികം മാത്രമാണ്. ഇക്കാലത്ത് ഗർഭാശയം മൂത്രാശയത്തിലേയ്ക്ക് അല്പം അമരുന്നതിനാലാണ് ഈ തോന്നലുണ്ടാകുന്നത്. ക്രമേണ ഗർഭാശയം വലുതായി അത് നാഭിയെല്ലിന്റെ മുകളിലേയ്ക്കുയരുന്നതോടുകൂടി ഈ ബുദ്ധിമുട്ട് സ്വയം മാറുന്നതാണ്. ഗർഭകാലത്തിന്റെ അവസാനഘട്ടത്തിലും മൂത്രശങ്കയുണ്ടാവാറുണ്ട്. ഇതിനുകാരണം കുട്ടിയുടെ ജനനമുഖം (ആദ്യം വരുന്നഭാഗം) ഉപസ്ഥായശത്തിലേയ്ക്കിറങ്ങി മൂത്രാശയത്തിനുമേൽ അമരുന്നതുകൊണ്ടുമാകുന്നു. മൂത്രം കെട്ടിനില്ക്കാനിടയായാലും, മൂത്രവസ്തിക്കു (മൂത്രസഞ്ചി) വീക്കം (cystitis) സംഭവിക്കുന്നതിനാലും മൂത്രശങ്കയുണ്ടാകുന്നതാണ്.

2) പ്രസവസമയത്തു് ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ തല ഇറങ്ങിവരുന്നതോടുകൂടി മൂത്രശങ്കയുണ്ടാകും. അതിനാൽ പ്രസവ വേദനയുടെ ആരംഭംമുതൽ കൂടെക്കൂടെ മൂത്രമൊഴിക്കുവാൻ ഗർഭിണിയെ പ്രേരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

3) പ്രസവിച്ചുകിടക്കുന്ന കാലത്തും മൂത്രശങ്കയുണ്ടാകാവുന്നതാണ്. ഇതിനുകാരണം മൂത്രം കെട്ടിക്കിടക്കാനിയാവുന്നതോ മൂത്രാശയ വീക്കമോ ആയിരിക്കും.

B. മൂത്രം കെട്ടിനില്ക്കൽ:–

(റിറെറൻഷൻ ഓഫ് യൂറിൻ –RETENTION OF URINE)

ഗർഭകാലത്തു് ഈ ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ടാകുന്നതു് മിക്കവാറും നാലുമാസം ഗർഭമായതിനുശേഷമായിരിക്കും. ഗർഭാശയം ഉപസ്ഥാശയത്തിലേയ്ക്കു് പിന്നോക്കം ചരിയുന്നതു (റിട്രോവെർഷൻ ഓഫ് ഗ്രാവിഡ് യൂട്രസ്സ്–Retroversion of gravid uterus) കൊണ്ടാണ് ഇങ്ങനെ സംഭവിക്കുന്നതു്. ഈ സ്ഥിതിയിൽ ഗർഭാശയത്തിൻെറ കഴുത്തു (cervix) മുന്നോട്ടു വന്നു് മൂത്രാശയത്തിന്മേൽ അമരുന്നതും മൂത്രമൊഴിക്കാൻ കഴിയാതെ മൂത്രംകെട്ടിനില്ക്കാനിടയാകുന്നതുമാണ്.

പ്രസവത്തിൻെറ പ്രഥമഘട്ടത്തിൽ കൂടെക്കൂടെ മൂത്രവിസജ്ജനം ഉണ്ടായില്ലെങ്കിൽ മൂത്രാശയത്തിൽ മൂത്രം കെട്ടിനില്ക്കാനിടയാകുന്നു. പ്രസവഘട്ടത്തിൽ മൂത്രം കെട്ടിനില്ക്കാനിടയാകുന്നതു് പ്രസവവേദനയെ മന്ദീഭവിപ്പിക്കുന്നതിനുകാരണമായിത്തീരുകയും ചെയ്യും.

പ്രസവത്തിൻെറ രണ്ടാംഘട്ടത്തിൽ ശിശുശിരസ്സ് മൂത്രക്കുഴലിൽ അമർന്നിരിക്കും. ഒന്നാംഘട്ടത്തിൽ മൂത്രം ശരിക്കുപോയിട്ടില്ലെങ്കിൽ അതു കെട്ടിനില്ക്കുകയേയുള്ളു. കാരണം രണ്ടാംഘട്ടത്തിൽ മൂത്രവിജ്ജനം സാദ്ധ്യമല്ലാതെ വരുന്നു.

മൂത്രാശയവീക്കം (സിസ്റ്റൈററിസ്-CYSTITIS):–

പലകാരണങ്ങൾ കൊണ്ടു് മൂത്രാശയവീക്കം ഉണ്ടാകാവുന്നതാണ്. ഗുരുതരമായ ശാരീരികസ്ഥിതിവിശേഷം ഉളവാക്കുവാൻ പര്യാപ്തമായ ഒരു രോഗമാണിതു്. മൂത്രാ

ശയ വീക്കത്തിനുള്ള കാരണങ്ങളിൽ ഏററവും പ്രധാനമെന്നുപറയാവുന്നതു് കത്തീററർ ഉപയോഗമാണ്. കത്തീററർ (മൂത്രക്കുഴൽ) ഉപയോഗിച്ച മൂത്രമെടുക്കുന്നതിലുള്ള അശ്രദ്ധയാണിതിൽ മുന്നിട്ടുനിൽക്കുന്നകാരണം. തിളപ്പിച്ചു് രോഗാണു വിമുക്തമാക്കാത്ത കത്തീററർ മൂത്രദ്വാരംവഴി മൂത്രാശയത്തിലേയ്ക്കു കടത്തുന്നതുകൊണ്ടും, ഗുഹ്യഭാഗങ്ങൾ ശുദ്ധിവരുത്താതെ കത്തീറററർകടത്തുന്നതിനാൽ പുറമെയുള്ള അഴുക്കും രോഗാണുക്കളും അകത്തേയ്ക്കു പ്രവേശിക്കുവാൻ ഇടയാകുന്നതുകൊണ്ടുമാണ് അപകട കാരിയായ ഈ രോഗം ബാധിക്കാനിടയാകുന്നതു്.

ചെറിയൊരശ്രദ്ധ ചിലപ്പോൾ ഒരു ജീവനെ അപഹരിക്കാനിടയാകുമെന്നുള്ള ബോധം എപ്പോഴും മിഡ്ഢ്വൈഫിനുണ്ടായിരിക്കണം. തിളപ്പിച്ചു് രോഗണുവിമുക്തമാക്കുകയും ഉപയോഗത്തിനുശേഷം വീണ്ടും തിളപ്പിച്ച ലോഷനിൽ സൂക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യാത്ത കത്തീററർ ഒരിക്കലും ഉപയോഗിക്കരുതു്.

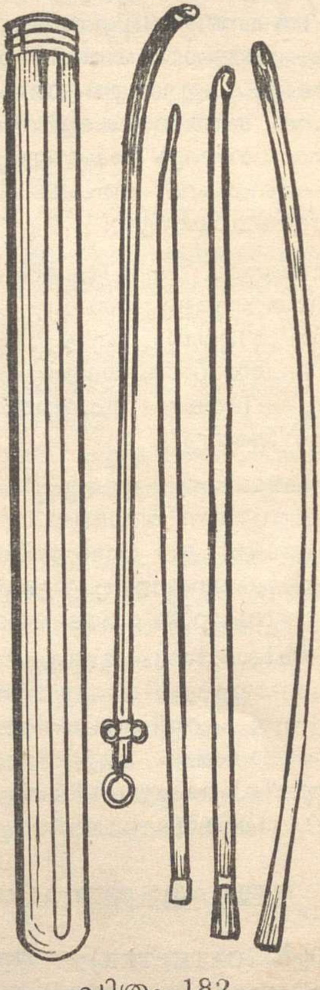
മൂത്രമൊഴിക്കുമ്പോൾ ചുളുചുളുപ്പു്, വേദന, കൂടെക്കൂടെ മൂത്രമൊഴിക്കണമെന്ന തോന്നൽ, വിറയലോടുകൂടിയ പനി എന്നിവയാണ് ഈ രോഗത്തിൻെറ പ്രധാനലക്ഷണങ്ങൾ. രോഗലക്ഷണങ്ങൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെട്ടാൽ ഒട്ടുംവൈകാതെ ഡാക്ടറുടെ സഹായം തേടേണ്ടതാണ്.

ഏതുഘട്ടത്തിലായാലും മൂത്രക്കുച്ചുറം (Suppresion of urine) വേദനയോടുകൂടിയ മൂത്രവിസർജ്ജനം (painful micturition), എന്നീ ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടാൽ അവ യഥാക്രമം വൃക്കരോഗങ്ങൾ, മൂത്രാശരോഗം എന്നിവമൂലമാണെന്നു് മനസ്സിലാക്കുകയും വിവരം ഡാക്ടറെധരിപ്പിച്ചു് ചികിത്സിപ്പിക്കുകയും വേണം.

മൂത്രം എടുക്കുന്നവിധം

കത്തീററർ (CATHETER):– മൂത്രം എടുക്കാനും മൂത്രവസ്തി കഴുകാനും മററുമുപയോഗിക്കുന്ന ഉപകരണത്തിനാണ് കത്തീററർ എന്നു പറയുന്നതു്. കത്തീററർ റബ്ബർ,

ഗ്ലാസ്സ്, ലോഹം, പ്ലാസ്റ്റിക്ക് എന്നിവകൊണ്ടെല്ലാം ഉണ്ടാക്കിവരുന്നു. സാധാരണ ഉപയോഗത്തിലുള്ളത്



ചിത്രം 182

മൂത്രമെടുക്കാനുപയോഗിക്കുന്ന മൂത്രക്കുഴൽ (CATHETER)

റബ്ബർ കത്തീററുകളാണു്. സ്ത്രീകൾക്കും പുരുഷന്മാക്കും ഉപയോഗിക്കുവാൻ പ്രത്യേകം കത്തീററുകൾ ഉണ്ടു്. പുരുഷന്മാക്കുപയോഗിക്കുന്ന കതീററിനു് മെയിൽ കതീററർ (Male catheter) എന്നും സ്ത്രീകൾക്കുപയോഗിക്കുന്ന കതീററിനു് ഫീമെയിൽ കതീററർ (Female catheter) എന്നും പറയും. കതീററർ ലിംഗത്തിൻെറ വലുപ്പമനുസരിച്ചു പല നമ്പരുകളിലായി ഉണ്ടാക്കിവരുന്നു. സാധാരണയായി പ്രായമായവക്കു് 8-ാംനമ്പർ കതീററർ (Catheter No 8) ഉപയോഗിച്ചാണു് മൂത്രമെടുക്കുന്നതു്.

ഒരു രോഗി മൂത്രംപോകാതെ വിഷമിക്കുമ്പോൾ മൂത്രം എടുത്തു കളയാതെ നിവൃത്തിയില്ലല്ലോ. മൂത്രം എടുക്കുന്നതിനുമുമ്പു് കതീററർ വെള്ളത്തിലിട്ടു തിളപ്പിച്ചു് രോഗാണുവിമുക്തമാക്കുക. അതിനുശേഷം അതിൽ അല്പം വാസ്ലൈൻ പുരട്ടി, വശത്തുമാത്രം ദ്വാരമുള്ളതും വണ്ണംകുറഞ്ഞതുമായ ഭാഗം മൂത്രദ്വാരത്തിൽക്കൂടി മേലോട്ടു കയററുക. കതീററിൻെറ മുകളററം മൂത്രവസ്ഥി (Bladder) ക്കുള്ളിലായാൽ മൂത്രം പുറത്തേയ്ക്കു ഒഴുകിവരുന്നതാണു്. മൂത്രക്കുരു മൂത്രദ്വാരത്തിൽക്കൂടി കടത്തുന്നതിനു മുൻപു്, മൂത്രം താഴെവീഴാതിരിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി രോഗിയുടെ ജനനേന്ദ്രിയത്തിനു ചുവട്ടിലായി ഒരു പാത്രം വച്ചിരിക്കയും വേണം.

പുരുഷന്മാക്കാണു് മൂത്രമെടുക്കേണ്ടതെങ്കിൽ ലിംഗാഗ്രം നന്നായി കഴുകിയതിനുശേഷം അഗ്രചമ്മം പുറകോട്ടു പിടിച്ചുവച്ചുകൊണ്ടു് കതീററിൻെറ വണ്ണംകുറഞ്ഞഭാഗത്തുള്ള ദ്വാരം അടിയിൽ വരത്തക്കവിധം കതീററർ പിടിച്ചു് മൂത്രദ്വാരം വഴി സാവധാനത്തിൽ കടത്തുക. രോഗിയെ മലത്തിക്കിടത്തി കാൽമുട്ടുകൾ മടക്കി മേലോട്ടാക്കിനിറുത്തിക്കൊണ്ടുവേണം മൂത്രം എടുക്കേണ്ടതു്. ഇരിക്കുമ്പോഴും, മലന്നുകിടക്കുമ്പോഴും മൂത്രമെടുക്കാറുണ്ടു്.

സ്ത്രീകൾക്കാണ് മൂത്രമെടുക്കേണ്ടതെങ്കിൽ മുൻപറഞ്ഞതുപോലെ കിടത്തി കാൽമുട്ടുകൾ മടക്കി മേലോട്ടാക്കിവച്ചുകൊണ്ടു് യോനീമാർഗ്ഗം വൃത്തിയാക്കിയതിനുശേഷം ഇടത്തെ കൈകൊണ്ടു് യോനീദളങ്ങൾ പിടിച്ചുകററി കതീററർ ഉള്ളിലേയ്ക്കു പ്രവേശിപ്പിക്കണം.

ചിലപ്പോൾ കത്തീററർ ഉപയോഗിക്കുന്ന അവസരത്തിൽ അല്പം ചോരവരുന്നതും മററുചിലപ്പോൾ മൂത്രംകിട്ടാതെവരുന്നതുമായിരിക്കും. കതീററർ ഉപയോഗിച്ചിട്ടും മൂത്രംവരാതിരിക്കുന്നസാഹചര്യത്തിൽ ഡാക്കുറെ വിളിക്കേണ്ടതാകുന്നു. കതീററർവഴി മൂത്രം വരാതെയിരിക്കുമ്പോൾ മൂത്രവസ്തിക്കു മുകളിൽ ഉദരഭാഗം തുളച്ചു് മൂത്രം വലിച്ചെടുക്കുകയാണുചെയ്യുന്നതു്.

മൂത്രാശയവസ്തി:-

(ബ്ളാഡർ ലാവേജ്—BLADDER LAVAGE)

മൂത്രാശയം കഴുകി ശുദ്ധിയാക്കുവാൻ ഒരു റബ്ബർ കത്തീററും ഒരു ഗ്ലാസ്സ് ഫണലും അതിൻെറ അററത്തു ഘടിപ്പിക്കുവാൻ ഒരു റബ്ബർ ട്യൂബും ആവശ്യമാണ്. ഈ ഉപകരണങ്ങളെല്ലാം വെള്ളത്തിലിട്ടു തിളപ്പിച്ചു് രോഗാണുവിമുക്തമാക്കിയശേഷമേ ഉപയോഗിക്കാവൂ. രോഗിയെ മലത്തിക്കിടത്തി കാലുകൾ അകററിക്കുത്തിവച്ചു് ഗുഹ്യഭാഗങ്ങൾ ശരിക്കും ശുദ്ധിയാക്കിയതിനുശേഷം കതീററർ കടത്തി മൂത്രമെടുക്കുക. അതിനുശേഷം ഫണലിൽ ഘടിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള റബ്ബർട്യൂബും കതീററുമായി ഘടിപ്പിക്കുക. എന്നിട്ടു 100 ഡിഗ്രിയെങ്കിലും ചൂടുള്ള ബോറിക്ക് ലോഷൻ പത്തു മുപ്പതു മില്ലി ലിററർ വീതം ഫണലിൽ ഒഴിക്കുക. അനന്തരം താഴെവച്ചിട്ടുള്ള ഒരു പാത്രത്തിലേയ്ക്കു ഫണൽ കമഴ്ത്തിപ്പിടിച്ചാൽ മൂത്രാശയത്തിലേയ്ക്കു കടത്തിയ

ലോഷൻ തിരിച്ചൊഴകി പുറത്തേയ്ക്കു വരുന്നതാണ്. പല പ്രാവശ്യം ഇങ്ങനെ ചെയ്യണം. തിരിച്ചു പുറത്തേയ്ക്കു വരുന്ന ലോഷൻ തെളിഞ്ഞുവരുന്നതുവരെ ഈ ക്രിയ തുടരണം. അതിനുശേഷം കതീററർ എടുത്തു മാററുക.

യോനീവസ്തി:-

(വജയിനൽ ഡൂഷ്—VAGINAL DOUCHE)

സാധാരണ എനിമാകാൻ, വജയിനൽ സിറിഞ്ച് എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലും ഉപയോഗിച്ച് യോനീമാർഗ്ഗം കഴകി ശുദ്ധിയാക്കാവുന്നതാണ്. ഡൂഷ് ചെയ്യുന്നതിനു സാധാരണ എനിമാകാൻ (Enemacan) ആണ് ഉപയോഗിക്കുന്നതെങ്കിൽ അതിന്റെ നോസ്സൽ (Nozzle) മാററിയിട്ടു പകരം വജയിനൽ നോസ്സൽ (Vaginal nozzle) ഘടിപ്പിച്ചു ഡൂഷ് ചെയ്യുകയാണുവേണ്ടതു്. ഒന്നര ലിററർ വെള്ളത്തിനു് 4 മില്ലി ലിററർ എന്ന കണക്കിനു് ലൈസോൾ (Lysol) ചേർത്താണ് സാധാരണയായി വജയിനൽ ഡൂഷ് ചെയ്യുന്നതു്. മൂന്നു മുതൽ ആറുവരെ ലിററർ വെള്ളം ഒരു പ്രാവശ്യം ഉപയോഗിക്കുന്നു.

മിഡ്വൈഫ് തന്റെ കൈകൾ സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവുമുപയോഗിച്ചു കഴകി ശുദ്ധിയാക്കിയശേഷം രോഗിയെ മലർത്തിക്കിടത്തി കാലുകൾ മടക്കി അല്പം അകററികുത്തിച്ചുവച്ച് അവരുടെ വലത്തുഭാഗത്തു നില്ക്കണം. ആദ്യമായി രോഗിയുടെ ഗുഹ്യഭാഗം സോപ്പുതേച്ചു കഴകി വൃത്തിയാക്കുക. അതിനുശേഷം ഇടത്തേക്കയ്യുടെ തള്ളവിരലും ചൂണ്ടുവിരലും ഉപയോഗിച്ചു യോനീദളങ്ങൾ അകററിപ്പിടിച്ചു വലത്തേ കൈകൊണ്ടു് വജയിനൽ നോസ്സൽ മെല്ലെ യോനീദ്വാരത്തിനുള്ളിലേയ്ക്കു കടത്തണം. നോസ്സൽ മെല്ലേ അങ്ങോട്ടുമിങ്ങോട്ടും അനക്കിക്കൊണ്ടിരിക്കുകയുംചെയ്യണം.

സാധാരണ ഡൂഷ് ചെയ്യാനുപയോഗിക്കുന്ന ലോഷനുകൾ:–

1. Boric acid Irrigation

℞

Boric acid	(20 grs)
D/water	(20 ozs)

2. Pot: Permanganate Irrigation

℞

Pot: Permanganate	(10 grs)
D/water	(20 ozs)

3. Zinc Chloride Irrigation

℞

Zinc Chlorid	(5 grs)
D/water	(20 ozs)

മൂത്രപരിശോധന (യൂറിൻ ടെസ്റ്റ്–URINE TEST):–

TEST FOR SUGAR:

1) മൂത്രത്തിൽ പഞ്ചസാരയുണ്ടോ എന്നു പരീക്ഷിക്കുന്ന വിധം.

Benedict's test:- വൃത്തിയുള്ള ഒരു പരീക്ഷണനാളി (Test tube) എടുത്തു അതിൽ 5 M. L ബനഡിക്റ്റ്സ് ലായനി (Benedict's Solution) എടുക്കുക ഇതിൽ 8 തുള്ളി മൂത്രവും ചേർക്കുക. തുടന്നു അതു് ഒരു സ്പിരിററ് ലാമ്പു കത്തിച്ചു അതിനുമുകളിൽപിടിച്ചു തിളപ്പിക്കുക. തിളപ്പിച്ചതിനുശേഷം തണുക്കുവാനനുവദിക്കുക. മൂത്രത്തിൽ പഞ്ചസാരയുണ്ടെങ്കിൽ ലായനിയുടെ നീലനിറം

മാറി പച്ച, മഞ്ഞ, ചുവപ്പ് എന്നീനിറങ്ങളിൽ മൂത്രത്തിലെ പഞ്ചസാരയുടെ ആധിക്യമനുസരിച്ചുള്ള നിറം പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതാണ്. പച്ചനിറത്തിൽ തീരെകുറച്ചും മഞ്ഞനിറത്തിൽ അതിലധികവും ചുവപ്പുനിറത്തിനു വളരെക്കൂടുതലും പഞ്ചസാരയുടെ അംശമുള്ളതായി കണക്കാക്കണം.

കുറിപ്പ്:– പതിവായി മൂത്രപരിശോധനയ്ക്കുപയോഗിക്കുന്നതാണു പരീക്ഷണനാളിയെങ്കിൽ ബനഡിക്റ്റ് സൊലൂഷൻ എടുത്തു തിളപ്പിച്ചതിനുശേഷമേ അതിൽ മൂത്രം ചേർക്കാവൂ. മുൻപു പരിശോധിച്ച മൂത്രത്തിലെ പഞ്ചസാരയുടെ അംശം പരീക്ഷണനാളിയിൽ പററിയിരിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ അതു കണ്ടുപിടിക്കുന്നതിനാണിപ്രകാരം ചെയ്യുന്നതു്.

TEST FOR ALBUMIN:

2) മൂത്രത്തിൽ ആൽബുമിൻ (Albumin) ഉണ്ടോ എന്നു പരീക്ഷിക്കുന്ന വിധം:–

ഒരു ചെറിയ പരീക്ഷണനാളിയെടുത്തു അതിൽ മുക്കാൽഭാഗം മൂത്രം എടുക്കുക മൂത്രത്തിൻെറ ഉപരിഭാഗം ചൂടാക്കുക. ചൂടാക്കിയഭാഗത്തു വെളുപ്പുനിറം പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നു എങ്കിൽ മൂത്രത്തിൽ ആൽബുമിനോ, ഫോസ്ഫേററോ (Phosphate) ഉണ്ടെന്നർത്ഥമാണ്. 5% അസററിക്കാസിഡ് (Acetic acid) അല്പം ഒഴിക്കുമ്പോൾ വെളുപ്പുനിറം അപ്രത്യക്ഷമാകുന്നെങ്കിൽ മൂത്രത്തിൽ ഫേസ്ഫേററ് ഉണ്ടെന്നും, അസററിക്കാസിഡ് ഒഴിച്ചിട്ടും വെളുപ്പുനിറം അപ്രത്യക്ഷമാകാതെ നില്ക്കുന്നെങ്കിൽ ആൽബുമിൻ ഉണ്ടെന്നു തീരുമാനിക്കാം.

TEST FOR BILE PIGMENT:–

3) മൂത്രം പരിശോധിച്ചു് മഞ്ഞപ്പിത്തമുണ്ടോ എന്നു കണ്ടുപിടിക്കുന്ന വിധം.

(a) ഒരു പരീക്ഷണനാളിയിൽ പകുതിഭാഗം മൂത്രമെടുത്തു് നാളി അല്പം ചരിച്ചുപിടിച്ചുകൊണ്ടു് മൂത്രത്തിനുമീതെ നിൽക്കത്തക്കവിധം ഒരു മില്ലിലിററർ ററിങ്ങ്ചർ അയോഡിയൻ (Tr Iodine) വളരെ സാവധാനം ഒഴിക്കുക. മൂത്രത്തിൽ പിത്തരസവർണ്ണവസ്തു (Bile Pigment) ഉണ്ടെങ്കിൽ അയോഡിനും മൂത്രവുംകൂടി യോജിക്കുന്നഭാഗത്തു് പച്ചനിറം ദൃശ്യമാകുന്നതാണു്. മൂത്രത്തിൽ ''ബൈൽപിഗ്മെൻറ്സ്'' പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതു് മഞ്ഞപ്പിത്ത രോഗലക്ഷണമാകുന്നു.

TEST FOR BILE SALTS:—

(b) ഒരു പരീക്ഷണനാളിയിൽ മുക്കാൽഭാഗം മൂത്രമെടുത്തു് അതിൽ അല്പം ഗന്ധകപ്പൊടി (Sulphur) ഇടുക. മൂത്രത്തിൽ പിത്തരസലവണം (Bile Salts) ഉണ്ടെങ്കിൽ ഗന്ധകപ്പൊടി താണു പോകുന്നതായിക്കാണാം. മൂത്രത്തിൽ ബൈൽ സാംട്ട്സ് പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതും മഞ്ഞപ്പിത്ത രോഗലക്ഷണമാകുന്നു.

TEST FOR BLOOD:—

4) മൂത്രത്തിൽ രക്തമുണ്ടോ എന്നു പരിശോധിക്കുന്നവിധം.

ഒരു പരീക്ഷണനാളിയിൽ കുറച്ചു മൂത്രമെടുത്തു് അതിലേയ്ക്കു ഏതാനും തുള്ളി ററിങ്ങ്ചർഗയക്കം (Tr Guaiacum) ചേർത്തു നല്ലവണ്ണം കുലുക്കുക. അതിനുശേഷം അതിൽ അല്പം ഓസോണിക്കു ഈതർ (Ozonic Eather) പരീക്ഷണനാളി അല്പം ചരിച്ചുപിടിച്ചു വക്കിൽക്കൂടി സാവധാനത്തിൽ ഒഴിക്കുക. മൂത്രത്തിൽ രക്തമുണ്ടെങ്കിൽ ഒരു ഇരുണ്ട നീലവളയം പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതാണു്.

TEST FOR PUS:—

5) മൂത്രത്തിൽ പഴപ്പുണ്ടോ എന്നു പരീക്ഷിക്കുന്നവിധം.

ഒരു പരീക്ഷണനാളിയിൽ കുറച്ചു മൂത്രമെടുത്തു് അതിൽ ഏതാനും തുള്ളി ലൈക്കർ പൊട്ടാസി Liq Potassae) ചേർത്തതിനുശേഷം അതു് മറെറാരു പരീക്ഷണനാളിയിലേയ്ക്കു ഒഴിക്കുക. മൂത്രത്തിൽ പഴപ്പുണ്ടെങ്കിൽ അതു പശപോലെ കൊഴുത്തുവരുന്നതായിരിക്കും.

എനിമാ

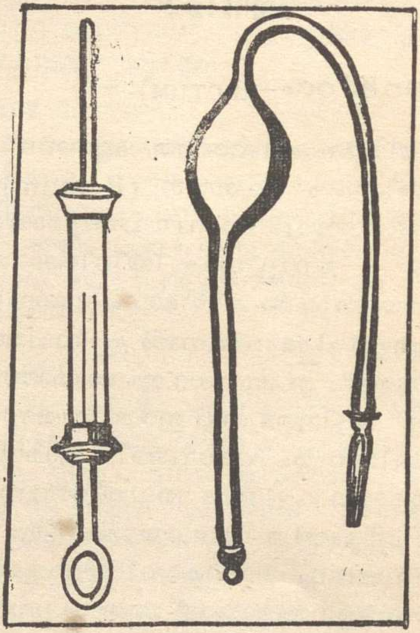
മലാശയം (റെക്ററം—RECTUM):-

വൻകുടലിൻെറ കീഴററത്തെ ഏതാണ്ട് 15 സെ. മീററർ ഭാഗത്തിനാണ് മലാശയം (Rectum) എന്നു പറയുന്നത്. മലാശയവും മററവയവങ്ങളുമായുള്ള ബന്ധം മിഡ്‌വൈഫ് മനസ്സിലാക്കിയിരിക്കേണ്ടതാവശ്യമാണ്. മലാശയത്തിൻെറ കീഴ്ഭാഗം യോനിയുടെ കീഴ്ഭാഗത്തോടു തൊട്ടിരിക്കുന്നതിനാൽ പ്രസവത്തിനു മുമ്പ് എനിമാ കൊടുത്തു് മലശോധനയുണ്ടാക്കാത്തപക്ഷം പ്രസവസമയത്തു് കുട്ടിയുടെ തല ഇറങ്ങിവരുന്നതിന് അതു തടസ്സമായിത്തീരുന്നതും പ്രസവത്തിനു താമസം നേരിടുന്നതുമാണ്, കൂടാതെ കുട്ടിയുടെ തലയിറങ്ങുന്ന സമയത്തു് മലാശയം സമ്മർദ്ദത്തിനു വിധേയമാകുന്നതും തൽഫലമായി മലവിസർജ്ജനം ഉണ്ടാകാനിടയുള്ളതുമാണ്. ഇപ്രകാരം മലവിസർജ്ജനമുണ്ടായാൽ അതു പ്രസവജ്വരത്തിനു കാരണമായിത്തീരാവുന്നതുമാണ്.

പ്രസവഘട്ടത്തിൽ പെരിനിയം മുഴവനായി ചീന്തിപ്പോകാനിടയായാൽ അതോടുകൂടി മലാശയവും കീറിപ്പോവുകയും മലം വെളിയിൽ വരികയും ചെയ്യുന്നതാണ്. അർശ്ശസ്സ് (മൂലക്കുരു) എന്ന രോഗമുണ്ടെങ്കിലും പ്രസവസമയത്തു് വലിയ വേദനയും ബുദ്ധിമുട്ടും അനുഭവപ്പെടുന്നു.

എനിമാ (ENEMA):–

മലാശയം കഴുകി മലം പുറത്തുകളയുന്ന സമ്പ്രദായത്തിനാണ് എനിമാ കൊടുക്കുക, വസ്തിവയ്ക്കുക വയറു കഴുകുക എന്നൊക്കെ പറയുന്നതു്.



ചിത്രം 183

1 ഗ്ലിസറിൻ സിറിഞ്ചു് (GLYCERINE SYRINGE)

2 എനിമാ സിറിഞ്ചു് (ENEMA SYRINGE)

എനിമാ വയ്ക്കുന്നതിനു് ഒരു എനിമാകാനും (Enema Can and Nozzles) നോസ്സലും ആവശ്യമാണു്. തിളപ്പി

ച്ചാറിയ ചെറുചൂടുവെള്ളത്തിൽ സോപ്പു കലത്തിയാണ് സാധാരണ എനിമാ കൊടുക്കാറുള്ളതു്. പ്രായപൂർത്തിയായ ഒരാറംക്കു് മൂന്നോ നാലോ ലിററർ വെള്ളം ഉപയോഗിക്കാം.

എനിമാൻ കാൻ, എനിമാ സിറിഞ്ചു്, ഗ്ലിസ്സറിൻ സിറിഞ്ചു് എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലും ഉപയോഗിച്ച് എനിമാ കൊടുത്തുവരുന്നു. എനിമാസ്സുപയോഗിക്കുന്ന സോപ്പുവെള്ളത്തിൻെറ കൂടെ രണ്ടു സ്പൂൺ ഒലിവെണ്ണയോ ഒന്നോ രണ്ടോ സ്പൂൺ ഗ്ലിസറിനോ ചേക്കുന്നതു കൊള്ളാം. ചൂടുവെള്ളത്തിൽ സോപ്പുചേത്തു മാത്രമായും ചൂടുവെള്ളത്തിൽ ഗ്ലിസറിൻ മാത്രം ചേത്തും ഗ്ലിസറിൻ തനിച്ചും എനിമാസ്സു് ഉപയോഗിക്കാറുണ്ടു്.

എല്ലാം തയ്യാറാക്കി വച്ചതിനുശേഷം കിടക്കയിൽ ഒരുറബ്ബർഷീററു വിരിച്ച് രോഗിയെ ഇടത്തോട്ടു ചരിച്ച് കാൽ അല്പം മടക്കിവച്ച രീതിയിൽ കിടത്തണം. അനന്തരം എനിമാകാനിൻെറ അററത്തുള്ള നോസ്സലിൽ അല്പം വാസ്‌ലൈനോ, സോപ്പോ പുരട്ടി മയപ്പെടുത്തിയശേഷം സാവധാനം മലദ്വാരത്തിലേയ്ക്കു കടത്തുക. എനിമാ കൊടുക്കുന്നതിനു മുൻപു് ഉപകരണത്തിൽക്കൂടി വെള്ളം കടത്തിവിട്ടു് അതിൻെറ ഉള്ളു വൃത്തിയാക്കേണ്ടതും പ്രവത്തനം ശരിയാണോ എന്നു പരിശോധിക്കേണ്ടതുമാണ്.

നോസ്സൽ മലദ്വാരത്തിനകത്തു നല്ലവണ്ണം കടത്തിയതിനു ശേഷം എനിമാകാനാണ് ഉപയോഗിക്കുന്നതെങ്കിൽ അതിൻെറ ററാപ്പു തുറന്നുവിടുക. വെള്ളം മലാശയത്തിലേയ്ക്കു കയറിക്കൊള്ളും. എനിമാകാൻ ഉപയോഗിക്കുമ്പോറം അതു് ഒരുമീററർ ഉയരത്തിൽ കുറയാത്ത ഒരു സ്റ്റൂളിൽ വച്ചിരിക്കുകയോ മറെറാരാളെക്കൊണ്ടു് ഉയത്തിപ്പിടിപ്പിച്ചിരിക്കുകയോ ചെയ്യണം.

എനിമാസിറിഞ്ചാണ് ഉപയോഗിക്കുന്നതെങ്കിൽ അതിൻെറ ആദ്യഭാഗംകുഴൽ സോപ്പുവെള്ളത്തിലും നോസ്സൽഭാഗം മലദ്വാരത്തിലും കടത്തിവച്ച് മദ്ധ്യഭാഗത്തുള്ള റബ്ബർഗോളത്തിൽ പിടിച്ച് അമത്തുകയും വിടുകയും ചെയ്യുക.

വെള്ളം മുഴുവനും മലാശയത്തിലേയ്ക്കു കയറിക്കഴിയുന്നതുവരെ മലവിസർജ്ജനത്തിനുള്ള ആഗ്രഹം തടയാൻ രോഗിയെ ഉപദേശിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണു്.

വായുകൊണ്ടു് വയറു വീർത്തിരിക്കുന്ന അവസരത്തിൽ സോപ്പുവെള്ളത്തിൻെറകൂടെ രണ്ടു മില്ലിലിററർ ടെർപ്പെൻടൈൻ ചേർത്തു് എനിമാകൊടുക്കുന്നതു നല്ലതാണു്.

കുട്ടികൾക്കു് എനിമാ കൊടുക്കുന്നതിനു ഗ്ലിസ്സറിൻ സിറിഞ്ചു് ഉപയോഗിക്കുകയാണു വേണ്ടതു്. ഒരു വയസ്സിനു് അഞ്ചു മില്ലിലിററർ ദ്രാവകം എന്ന തോതിലെ കുട്ടികളിൽ വെള്ളം കയററാവൂ ഗ്ലിസ്സറിൻ സിറിഞ്ചിൽ വെള്ളം വലിച്ചെടുത്തശേഷം അതിൻെറ നോസ്സലിൽ വാസ്ലൈനോ സോപ്പോ പുരട്ടി മലദ്വാരത്തിൽ കടത്തി വച്ചു് ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുന്നതുപോലെ അതിൻെറ പിസ്റ്റൺ തള്ളിയാൽ മതിയാകും.

സലൈൻ എനിമാ:—

(റെക്ററൽ സലൈൻ—RECTAL SALINE)

ഓപ്പറേഷനു ശേഷവും, രക്തസ്രാവത്തിനുശേഷവും രോഗിയുടെ ഹൃദയബലത്തിനു വേണ്ടി സലൈൻ മലാശയം വഴിയായി കൊടുക്കാറുണ്ടു്. ഒരു ലിററർ വെള്ളത്തിനു് 3 ഗ്രാംഎന്ന കണക്കിനു് ശുദ്ധമായ കറിയുപ്പു ചേർത്തു് സലൈൻ സൊലൂഷൻ ഉണ്ടാക്കുന്നു. ഈ സൊലൂഷൻ ഒരു എനിമാകാനിൽ ഒഴിച്ചു് റബ്ബർ ട്യൂബിൻെറ അററത്തു് നോസ്സലും അതിൻെറ അററത്തു് ഒരു കത്തീററും ഘടിപ്പിച്ചു് സലൈൻ സൊലൂഷൻ തുള്ളി തുള്ളിയായി കയറത്തക്കവിധത്തിൽ ശരിപ്പെടുത്തി, കത്തീററർ മലദ്വാരത്തിലേയ്ക്കു കടത്തണം. ഒരു ലിററർ സലൈൻ ഒരു മണിക്കൂർ നേരംകൊണ്ടേ കയറാൻ അനുവദിക്കാവൂ. എനിമാകാൻ അര മീററററിൽ കൂടുതൽ ഉയർത്തി വയ്ക്കരുതു്. ഉയരം കൂടിയാൽ ഒഴുക്കു് വേഗത്തിലാകുന്നതും ഒരുമണിക്കൂറിനു മുൻപു് സലൈൻ ഉള്ളിൽ കയറുന്നതുമായിരിക്കും.

അദ്ധ്യായം 33

പാനീയങ്ങൾ-
പരിചരണങ്ങൾ

റവക്കഞ്ഞി:—

എട്ടു ററീസ്പൂൺ റവ, രണ്ടു ഗ്ലാസ്സ് വെള്ളത്തിൽ ഇട്ടുവയ്ക്കുക. വേറെ കുറച്ചു വെള്ളത്തിൽ അല്പം ഉപ്പുചേർത്ത് തിളപ്പിക്കുക. ഉപ്പുചേർത്ത വെള്ളം തിളച്ചുതുടങ്ങുമ്പോൾ റവ ചേർത്തുവച്ചിരിക്കുന്ന വെള്ളം അതിൽചേർത്തു അരമുക്കാൽ മണിക്കൂർനേരം ഇളക്കി തിളപ്പിച്ചെടുത്താൽ റവക്കഞ്ഞിയായി.

കൂവപ്പൊടിക്കഞ്ഞി:—

ഒന്നര ററീസ്പൂൺ കൂവപ്പൊടി (Arrow Root), രണ്ടു ററീസ്പൂൺ പച്ചവെള്ളത്തിൽ കലക്കുക അതിൽ ഒരു ഗ്ലാസ്സ് തിളയ്ക്കുന്ന വെള്ളംചേർത്ത് 10 മിനിട്ടുനേരത്തേയ്ക്ക് തിളപ്പിക്കണം. അതിനുശേഷം ഒരു ഗ്ലാസ്സ് പാലും അല്പം ഉപ്പും ചേർത്ത് വീണ്ടും 10 മിനിട്ടുനേരംകൂടി തിളപ്പിച്ചെടുക്കുക.

ബാർലിവെള്ളം:—

15 ഗ്രാം ബാർലി കഴുകി ഒരു ലിററർ വെള്ളത്തിലിട്ടു് തിളപ്പിക്കുക. ഏകദേശം മുക്കാൽ ലിററർ ആകുമ്പോൾ വെള്ളം അരിച്ചെടുത്തു് ഉപയോഗിക്കാം. ബാർലിവെള്ളം വളരെ വേഗത്തിൽ പുളിക്കുന്നതായതുകൊണ്ടു് ആവശ്യാനുസരണം അപ്പോഴപ്പോൾ ഉണ്ടാക്കി ഉപയോഗിക്കുകയാണുത്തമം.

ആൽബുമിൻവാട്ടർ:—

രണ്ടു് കോഴിമുട്ടയുടെ വെള്ളമാത്രമെടുത്തു് അതിൽ ഒന്നൊന്നര ലിററർ തിളപ്പിച്ചാറിയ വെള്ളംചേർത്തു് നന്നായി കുലുക്കുക. പഞ്ചസാര, നാരങ്ങാനീരു് എന്നിവ വേണമെങ്കിൽ ചേർത്തുപയോഗിക്കാം.

എഗ്ഗ് ഫ്ളിപ്പ് (EGG FILP):—

ഒരു കോഴിമുട്ടയുടെ വെള്ള എടുത്തു് അതു് നല്ലവണ്ണം അടിച്ചു പതയാക്കി അതിൽ മുക്കാൽലിററർ ചൂടുപാൽ കുറേശ്ശെ ഒഴിച്ചു് അടിച്ചു് പഞ്ചസാരയും ചേർത്തുപയോഗിക്കാം. ക്ഷീണം മാറുന്നതിനു വളരെ വിശേഷപ്പെട്ട ഒരു പാനീയമാണിതു്. ഒരൗൺസു് ബ്രാൻഡികൂടെ ഇതിന്റെകൂടേ ചേർത്തുപയോഗിക്കുന്നതുകൊണ്ടു് നല്ല ദഹനവും വിശപ്പും ഉണ്ടാകുന്നതുമാണു്.

ഉപകരണങ്ങളും പരിചരണങ്ങളും

ഹോട്ടു് വാട്ടർ ബാഗ് (HOT WATER BAG):—

റബ്ബർകൊണ്ടുള്ളതും ചൂടു പിടിക്കാൻ ഉപയോഗിക്കുന്നതുമായ ഈ സഞ്ചിയിൽ പകുതിയോളം മാത്രമേ ചൂടു വെള്ളം എടുക്കാവൂ. ചൂടുവെള്ളം ഒഴിച്ചതിനുശേഷം വെള്ളം നില്ക്കുന്നതിനു മുകൾഭാഗം രണ്ടു കൈകൊണ്ടും അമർത്തി അതിലുള്ള വായു കളഞ്ഞതിനുശേഷം അതിൻെറ പിരിഅടപ്പുകൊണ്ടു് നന്നായി പിരിച്ചുമുറുക്കി അടക്കുണം. അടച്ചതിനുശേഷം സഞ്ചി കീഴോട്ടാക്കിപ്പിടിച്ചു് വെള്ളം ചോരുന്നില്ലെന്നു ബോദ്ധ്യപ്പെട്ടതിനുശേഷം മാത്രം ഉപയോഗിക്കണം. ഹോട്ടു് വാട്ടർ ബാഗു് നല്ലവണ്ണം തുടച്ചു് അതൊരു തുണികൊണ്ടു് പൊതിഞ്ഞതിനു ശേഷമേ ശരീരഭാഗത്തോടു ചേർത്തുവക്കാവൂ.

ഐസ്സു് ബാഗ് (ICE BAG):—

ഹോട്ടു്വാട്ടർ ബാഗു്പോലെ തന്നെയുള്ള ഒരു റബ്ബർ സഞ്ചിയാണിതും. ഐസ്സു് ചെറിയ കഷണങ്ങളായി പൊട്ടിച്ചു് ബാഗിൻെറ കാൽഭാഗം നിറച്ചു് അതിൽ കുറെ ഉപ്പുകല്ലുമിട്ടു് മേൽപ്പറഞ്ഞതുപോലെ വായുകളഞ്ഞു് നന്നായി മുറുക്കി അടക്കുക. ഐസ്സു് ബാഗു് വക്കേണ്ട ശരീരഭാഗത്തു് ഒരു കഷണം ലിൻറു് ഇട്ടു് അതിനുമീതെ വേണം ബാഗു് വക്കുവാൻ.

ഫോമെൻേറഷൻ (FOMENTATION):—

താഴെപ്പറയുംപ്രകാരമാണു് ആവി പിടിക്കേണ്ടതു്. ആവി പിടിക്കുന്നതിനു് ഒരു ബേസിൻ, മൂന്നോ നാലോ

ആയി മടക്കിയ ഒരു കഷണം ഫ്ളാനൽ, ഒരു ടൗവ്വൽ, ബൈൻഡർ, സേഫ്ററിപിൻ, തിളച്ചവെള്ളം എന്നിവ യെല്ലാം തയ്യാറാക്കി വയ്ക്കുക. ടൗവ്വൽ നിവത്തിവച്ച് മട ക്കിയ ഫ്ളാനൽ തുവാല നിവത്തി അതിനുള്ളിൽവച്ച് അതു ബേസിനിൽ വയ്ക്കണം. ഇങ്ങനെ വയ്ക്കുമ്പോൾ ടൗവ്വലിൻെറ അററങ്ങൾ ബേസ്സിനു പുറത്തു കിടക്കണം. ഫ്ളാനൽ മുങ്ങത്തക്കവണ്ണം തിളച്ച വെള്ളമൊഴിച്ച് ടൗ വ്വലിൻെറ അററങ്ങൾ പിടിച്ചുമുറുക്കി പിഴിയുക. വേദന യുള്ള ഭാഗത്തു് ഫ്ളാനൽ കഷണം വരത്തക്കവിധംവച്ച് അതിൻെറ മുകളിൽ പഞ്ഞിവച്ച് ബൈഡൻ ഇട്ട് സേ ഫ്ററിപിൻകൊണ്ടു് കുത്തിപ്പിടിപ്പിക്കണം. വേദന കൂട തലായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ഫ്ളാനലിൽ ടെർപ്പൻറയിൻ തളിച്ചു വച്ച് കെട്ടാവുന്നതാണ്. പതിനഞ്ചുമിനിട്ടിടവിട്ട് ആവശ്യമുണ്ടെങ്കിൽ മാററിവയ്ക്കാം. മറെറാന്നു് തയ്യാറാ ക്കി വച്ചതിനുശേഷമേ ആദ്യത്തേതു മാററാവൂ.

ഫോമെൻേറഷൻ എന്ന ഇംഗ്ലീഷ്‌വാക്കിന് തുല്യാ ൎത്ഥകങ്ങളായി മലയാളത്തിൽ, ആവി പിടിക്കുക, കിഴി കുത്തുക, ചൂടുവയ്ക്കുക, വിയപ്പിക്കുക എന്നീ പദങ്ങൾ ഉപ യോഗിച്ചുവരുന്നുണ്ടു്.

ടെമ്പറേച്ചർ (TEMPERATURE):—

മനുഷ്യശരീരത്തിൻെറ സാധാരണ ചൂട് (നോർമൽ ടെമ്പറേച്ചർ) 98.4 ഡിഗ്രി ''ഫാരൻഹീററു്'' (98.4°F) ആകുന്നു. ഇതിൽ കൂടുതലായി ഒരാളുടെ ശരീരോഷ്മാവ് വർദ്ധിക്കുമ്പോൾ ആ ആളിനു് പനിയാണെന്നു് നാം പറയുന്നു.

ഒട്ടനേകം രോഗങ്ങളുടെ, ബാഹ്യലക്ഷണങ്ങളിൽ ഏ റവും പ്രധാനമാണു് ചൂടു് 98.4 ഡിഗ്രിയിൽ കൂടുക അഥ വാ പനിയുണ്ടാവുക എന്നുള്ളതു്.

ശരീരത്തിൻെറ ശീതോഷ്ണസ്ഥിതി കണ്ടുപിടിക്കുവാൻ ഉപയോഗിക്കുന്ന ഉപകരണത്തിനു് ക്ലിനിക്കൽ തെർമോമീററർ (Clinical Thermo-meter) എന്നു പറയുന്നു. ഒരു സാധാരണ തെർമോമീറററിൽ 95 മുതൽ 110 വരെയുള്ള അക്കങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്നതു നിങ്ങൾ കണ്ടിരിക്കുമല്ലോ. ഇതിൽ ഓരോ രേഖയും ഓരോ ഡിഗ്രിയെ കുറിക്കുന്നു. 98–നും 99–നും ഇടയ്ക്കു് ഒരു ചുവന്ന അടയാളം കാണാം. അതു് ശരീരത്തിൻെറ നോർമൽ ടെമ്പറേച്ചറിനേ (സാധാരണ ചൂടു്) സൂചിപ്പിക്കുന്നു.

തെർമോമീററർ, നാക്കിനടിയിലോ, കക്ഷത്തിലോ, മലദ്വാരത്തിലോവച്ചു് പനി നോക്കാവുന്നതാണു്.

കക്ഷത്തിലാണു് തെർമോമീററർ വയ്ക്കുന്നതെങ്കിൽ കക്ഷം തുടച്ചുവേണം വയ്ക്കുവാൻ. മലദ്വാരത്തിലാണെങ്കിൽ തെർമോമീറററിൽ അല്പം വാസ്‌ലൈൻ പുരട്ടുകയും ചെയ്യണം.

കക്ഷത്തിലെ ചൂടിനേക്കാൾ ഒരു ഡിഗ്രി കൂടുതൽ വായിലും, വായിലെ ചൂടിനേക്കാൾ അരഡിഗ്രി കൂടുതൽ മലദ്വാരത്തിലും എപ്പോഴുമുണ്ടായിരിക്കും.

തെർമോമീററർ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനുമുമ്പു് രസം കിടക്കുന്ന ഭാഗം കീഴോട്ടാക്കിപ്പിടിച്ചു് കുടഞ്ഞു് രസം നോർമലിനുതാഴെയാക്കണം. തെർമോമീററർ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനു മുമ്പും പിമ്പും സോപ്പും പച്ചവെള്ളവുമുപയോഗിച്ചു കഴുകി ഡെറേറാൾലോഷനിൽ മുക്കിക്കുടഞ്ഞുവേണം ഉപയോഗിക്കുവാൻ. തെർമോമീററർ ചൂടുവെള്ളത്തിൽ കഴുകിക്കൂടാ. വളരെ ചെറിയ കുട്ടികളുടേയും, അബോധാവസ്ഥയിലുള്ളവരുടേയും, അപസ്മാരലക്ഷണങ്ങളുള്ളവരുടേയും വായിൽ തെർമോമീററർ വച്ചു പനി നോക്കുകയുമരുതു്.

അദ്ധ്യായം 34

കുത്തിവെയ്പ്പുകൾ

(ഇൻജക്ഷൻസ്–INJECTIONS):-

സബ്കുട്ടേനിയസ്, ഇൻട്രാമസ്ക്കുലർ, ഇൻട്രാവീനസ് എന്നീ കുത്തിവയ്പുകൾ നടത്തുന്ന വിധങ്ങൾ. (Technique of Subcutaneous, Intramuscular and Intravenous Injection):–

ഏതുവിധത്തിലുള്ള കുത്തിവയ്പുകൾ നടത്തുന്നതിനു മുൻപും കുത്തിവയ്ക്കാനുദ്ദേശിക്കപ്പെടുന്ന ശരീരഭാഗങ്ങൾ രോഗാണുവിമുക്തമാക്കിയിരിക്കണം. കുത്തിവയ്ക്കാൻ ഉപയോഗിക്കുന്ന സിറിഞ്ചും സൂചിയും തിളപ്പിച്ചെടുക്കുകയോ റെക്റ്റിഫൈഡ് സ്പിരിററിൽ കഴുകിയെടുക്കുകയോ ചെയ്താൽ അവ രോഗാണുവിമുക്തമായി. നിങ്ങളുടെ കൈകളും, സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവുമുപയോഗിച്ചു കഴുകി രോഗാണുവിമുക്തമാക്കിയതിനുശേഷമേ സിറിഞ്ചും സൂചിയും കൈകൊണ്ടെടുക്കാവൂ. സിറിഞ്ചിനുള്ളിലും സൂചിക്കുള്ളിലുമുള്ള വെള്ളമോ സ്പിരിട്ടോ നന്നായി കുടഞ്ഞു കളഞ്ഞതിനു ശേഷമേ കുത്തിവയ്ക്കാനുള്ള മരുന്ന് വലിച്ചെടുക്കാവൂ.

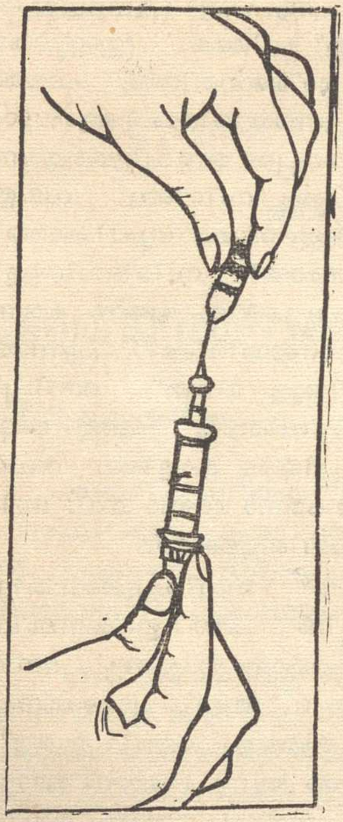
KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY KOTTAYAM

കുത്തിവയ്ക്കാനുള്ള മരുന്ന് ആംപ്യൂളി (Ampule) ൽ ആണെങ്കിൽ അതിന്റെ കഴുത്ത് മുറിക്കുക. (ഗ്ലാസ്സുകൊണ്ടുണ്ടാക്കിയിട്ടുള്ള ആംപ്യൂം മുറിക്കുന്നതിനുള്ള ഫയൽ മിക്കവാറും മരുന്നുകളോടൊപ്പമുണ്ടായിരിക്കും.) ആംപ്യൂം ഇടത്തുകയ്യിൽ തള്ളിവിരൽ ഉൾപ്പെടെ മൂന്നു വിരൽകൊണ്ടു പിടിക്കുക. സൂചി ഉറപ്പിച്ചിട്ടുള്ള സിറിഞ്ച് വലതു കയ്യിലും പിടിച്ച് ആംപ്യൂളിനുള്ളിലേക്ക് സൂചി കടത്തി അതിലുള്ള മരുന്നു സാവധാനമായി സിറിഞ്ചിനുള്ളിലേയ്ക്കു വലിച്ചെടുക്കുക. ആംപ്യൂളുകളിൽ വരുന്ന മരുന്നുകൾ മിക്കവാറും ഒരു ഡോസായിരിക്കും. എന്നാൽ അഞ്ചോ പത്തോ കുത്തിവയ്പിനുള്ള മരുന്ന് ഒന്നിച്ച് ചെറിയ കുപ്പികളിലും (Vials) വരാറുണ്ട്. അതും മേല്പറഞ്ഞതുപോലെ പിടിച്ച് കുപ്പിയുടെ മുകളിലെ റബർ ക്യാപ്പിൽക്കൂടി സൂചിയിറക്കി ഒന്നോ രണ്ടോ സി. സി. മരുന്ന് ആവശ്യാനുസരണം വലിച്ചെടുക്കുന്നു.

കുപ്പികളിൽ വരുന്ന മരുന്ന് വലിച്ചെടുക്കുന്നതിനു വേണ്ടി സൂചി റബർ ക്യാപ്പിൽ കുത്തി ഇറക്കുന്നതിനു മുൻപ് റബർ ക്യാപ്പ് സ്പിരിട്ടുകൊണ്ടു തുടയ്ക്കണം. റബർ ക്യാപ്പിൽ കുത്തിയിറക്കി മരുന്നു വലിച്ചെടുക്കുവാനുപയോഗിക്കുന്ന സൂചികൊണ്ടു് ആരെയും കുത്തിവയ്ക്കരുത്. മരുന്നു വലിച്ചെടുത്തതിനുശേഷം ആ സൂചി മാററി മറെറാരു നല്ല സൂചി സിറിഞ്ചിൽ പിടിപ്പിച്ചുവേണം രോഗിയെ കുത്തിവയ്ക്കുവാൻ.

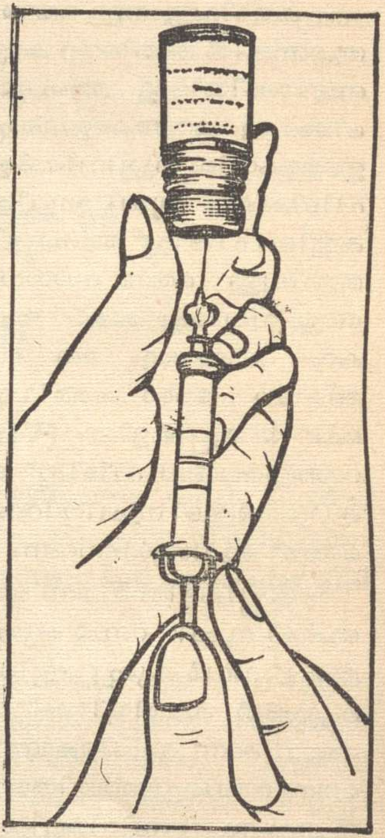
മരുന്നു വലിച്ചെടുത്തതിനുശേഷം സൂചി മുകളിലോട്ടാക്കി പിടിച്ചുകൊണ്ടു്, സിറിഞ്ചിനുള്ളിൽ മരുന്നിനോടൊപ്പം കടന്നുകൂടിയിട്ടുള്ള വായുകുമിളകളെ പിസ്റ്റൺ മേലോട്ടുതള്ളി പുറത്തുകളഞ്ഞതിനു ശേഷമേ കുത്തിവയ്ക്കാവൂ.

കുത്തിവയ്ക്കാനുദ്ദേശിക്കുന്ന ശരീരഭാഗം സ്പിരിറേറാ, അയോഡിനോ, (Tr. Iodine) പഞ്ഞിയിൽ മുക്കി അതു



ചിത്രം 184

ആംപ്യൂളിൽനിന്നു് മരുന്നു് സിറിഞ്ചിലേയ്ക്കു് വലിച്ചെടുക്കുന്ന വിധം



ചിത്രം 185

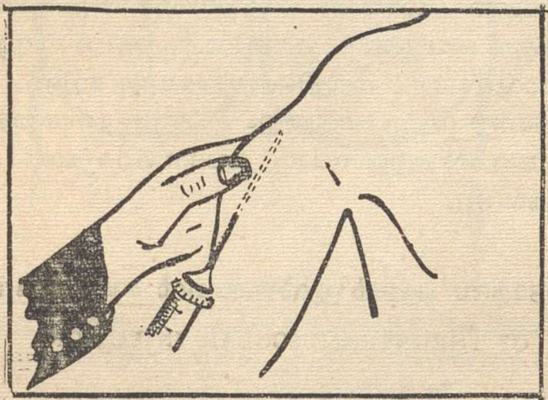
കുപ്പിയിൽനിന്നും മരുന്നു് സിറിഞ്ചിലേയ്ക്കു് വലിച്ചെടുക്കുന്ന വിധം

കൊണ്ടു തുടച്ചു് രോഗാണുവിമുക്തമാക്കണം. കുത്തിവച്ചതിനുശേഷം സൂചി വലിച്ചെടുത്താലുടനെയും മേല്പറഞ്ഞതുപോലെ തുടയ്ക്കേണ്ടതാകുന്നു.

സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് അഥവാ ഹൈപ്പോഡെർമിക ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുന്ന ഭാഗം:-

(SITE OF SUBCUTANEOUS OR HYPODERMIC INJECTION)

രക്തവാഹികളും സിരകളും വളരെ കുറവുള്ള ഭാഗമാണ്, സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് അഥവാ ഹൈപ്പോഡെർമിക്ക് ഇൻജക്ഷനുവേണ്ടി തെരഞ്ഞെടുക്കേണ്ടതു്. ക



ചിത്രം 186
സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുന്ന രീതി.

SUBCUTANEOUS INJECTION, SHOWING THE METHOD OF INSERTING NEEDLE.

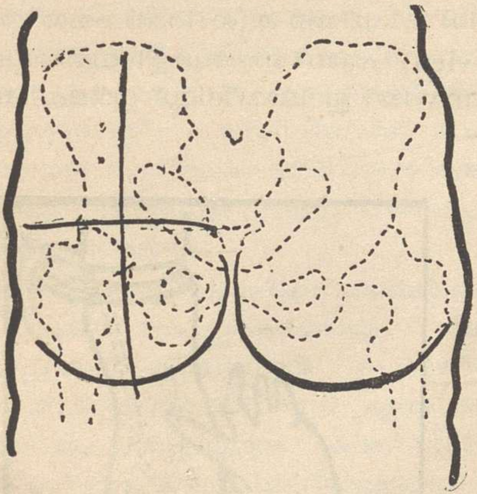
യ്യുടെ മുകറംഭാഗത്തു് അല്പം പുറത്തോട്ടു മാറി (Supra Lateral Aspect) അതായതു് ഉരത്തിൽനിന്നും ഏകദേശം 15 സെ: മീ: താഴെ തൊലിക്കടിയിലോ' തുടയുടെ മുകറംഭാഗത്തോ ആണു് സാധാരണയായി ഹൈപ്പോഡർമിക് ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുന്നതു്. (ഹൈപ്പോ-Hypo = താഴെ, ഡർമിസ്-Dermis = തൊലി.)

ചിത്രത്തിൽ കാണുന്നതുപോലെ തൊലി പൊക്കിപ്പിടിച്ചുകൊണ്ട് ഉരത്തിനു സമാന്തരമായി, സൂചിയുടെ മുകൾ ഭാഗം മേലോട്ടിരിക്കത്തക്കവിധത്തിൽ സൂചി കുത്തിക്കടത്തുക. സൂചിയിറങ്ങി ഉരത്തിനു സമാന്തരമായി തൊലിക്കടിയിലായിക്കഴിഞ്ഞാൽ പിടിച്ചിട്ടുള്ള തൊലി വിടുക. തുടന്ന് സാവധാനത്തിലും തുടച്ചയായും മരുന്നു കുത്തിവയ്ക്കുക. കുത്തിവച്ചുകഴിഞ്ഞാൽ രോഗിക്കസുഖമുണ്ടാവാത്തവിധത്തിൽ സാവധാനമായിത്തന്നെ സൂചി ഊരുകയും ചെയ്യുക. കുത്തിയ പാടിൽ സ്പിരിറേറാ അയോഡിനോ പുരട്ടിക്കൊടുക്കുകയും വേണം. സൂചി കഴിയുന്നത്ര വണ്ണംകുറഞ്ഞതും മൂച്ചയുള്ള മുനയോടുകൂടിയതുമായിരുന്നാൽ കുത്തുമ്പോൾ വേദന കാര്യമായി അനുഭവപ്പെടുകയില്ല.

ഇൻട്രാമസ്ക്കുലർ ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുന്നഭാഗം:

(SITE OF THE INTRAMUSCULAR INJECTION)

ഇൻട്രാമസ്ക്കുലർ ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുവാൻ പററിയ ഏററവും നല്ല ശരീരഭാഗം നിതംബം (ചന്തി–കുണ്ടി) ആകുന്നു. കുത്തിവയ്ക്കാനുള്ള മരുന്ന് ഒരു സി. സി. യോ അതിൽ കുറവോ ആണെങ്കിൽ ഉരത്തിനു താഴെയും കുത്തിവയ്ക്കാവുന്നതാണ്. സബ്കൃട്ടേനിയസ്സ് ഇൻജക്ഷനു വിവരിച്ചതുപോലെ കുത്തിവയ്ക്കാനുള്ള ഭാഗം വൃത്തിയാക്കുക. നിതംബത്തിന്റെ വലിപ്പമനുസരിച്ച് $1\frac{1}{2}$'', 2'', $2\frac{1}{2}$'' സൂചിയിൽ ഏതെങ്കിലും ഉപയോഗിച്ചുവേണം കുത്തിവയ്ക്കുവാൻ. നിതംബത്തിൽ കുത്തിവയ്ക്കാനുള്ള സ്ഥലം തെരഞ്ഞെടുക്കുന്ന കാര്യത്തിൽ അല്പം ശ്രദ്ധയാവശ്യമാണ്. താഴെക്കാണുന്ന ചിത്രം നോക്കി കുത്തിവയ്ക്കുന്ന സ്ഥലം നിശ്ചയിക്കുന്ന വിധം മനസ്സിലാക്കുക.



ചിത്രം 187

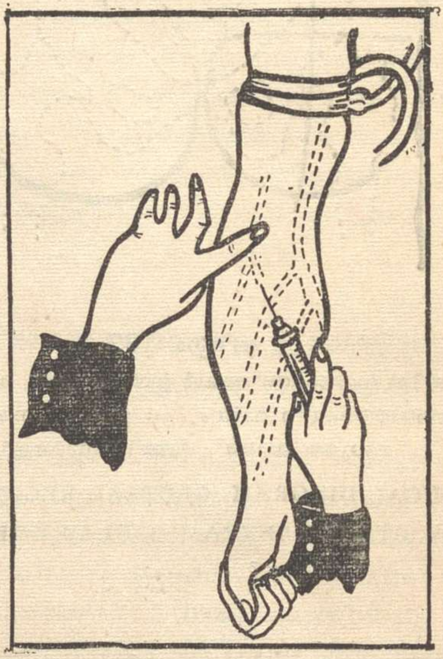
നിതംബത്തിൽ ഇൻട്രാമസ്ക്കുലർ ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുന്ന ഭാഗം തെരഞ്ഞെടുക്കുന്ന വിധം. + ഈ ചിഹ്നത്തിന്റെ മദ്ധ്യത്തിലാണ് കുത്തിവയ്ക്കേണ്ടതു്.

ANATOMICAL DIAGRAM, GLUTEAL REGION SHOWING THE SITE FOR INTRAMUSCULAR INJECTIONS

ഇൻട്രാവീനസ് ഇൻജക്ഷൻ ചെയ്യുന്ന ഭാഗം:-
(SITE FOR INTRAVENOUS INJECTION)

ഞരമ്പിൽക്കൂടി മരുന്നുകളോ ഗ്ലൂക്കോസ്സോ മററു ദ്രാവകങ്ങളോ സിറിഞ്ചുപയോഗിച്ചു കുത്തിവയ്ക്കുന്ന സമ്പ്രദായത്തിനാണു് ഇൻട്രാവീനസ് ഇൻജക്ഷൻ എന്നു പറയുന്നതു്. കൈമുട്ടിന്റെ അകത്തുഭാഗത്തുള്ള 'മീഡി

യൻ സീഫാലിക്ക് വെയിൻ' (Median cephalic vein) അല്ലെങ്കിൽ 'മീഡിയൻ ക്യൂബിററൽ വെയിൻ' (Median cabital vien) എന്നീ ഞരമ്പുകളിലേതിലെങ്കിലുമാണ് സാധാരണയായി ഇൻട്രാവീനസ്സ് ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുന്നതു്.



ചിത്രം 188

ഇൽട്രാവീനസ് ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കേണ്ട ഞരമ്പ് കണ്ടു മനസ്സിലാക്കുക

DIAGRAM SHOWING INTRODUCTION OF NEEDLE IN MEDIAN CEPHLIG VEIN FOR INTRAVENOUS INJECION.

ഏതെങ്കിലും കാരണവശാൽ കുത്തിവയ്ക്കുന്നതിന് ഈ ഞരമ്പുകൾ കിട്ടാതെവരുന്നപക്ഷം 'മീഡിയൻബേസിലിക്ക് വെയിനിൽ (Median bas.lic vein) കുത്തിവയ്ക്കാവുന്നതാണ്. എന്നാൽ ഇക്കാര്യത്തിൽ കൂടുതൽ ശ്രദ്ധ ആവശ്യമാണ്. ബേസിലിക്ക് വെയിനിൽ കുത്തിവയ്ക്കുമ്പോൾ അതിന്റെ പിന്നിൽക്കിടക്കുന്ന ബ്രാക്കിയൽ ആർട്ടറി (Brachial artery) യിൽ സൂചി കൊള്ളാതെ സൂക്ഷിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

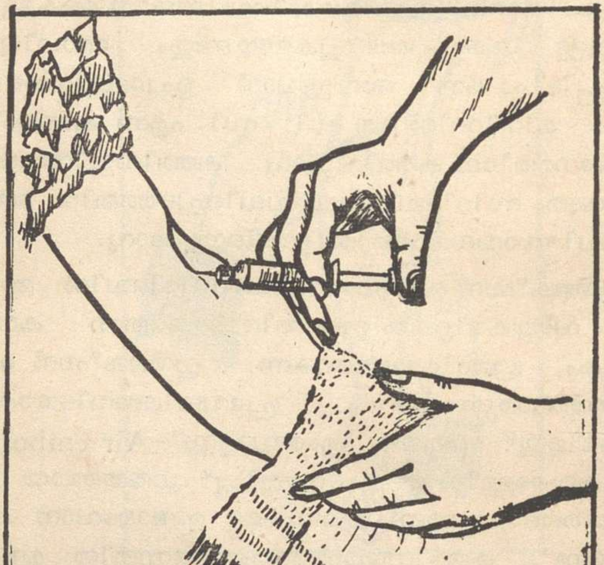
സൂചി ഞരമ്പിനുള്ളിലാക്കിക്കഴിഞ്ഞാൽ കൈമുട്ടിനു മുകളിലുള്ള കെട്ട് അഴിച്ചുകളയേണ്ടതും രോഗിയുടെ ചുരുട്ടിപ്പിടിച്ച കയ്യ് അയയ്ക്കുവാൻ ഉപദേശിക്കേണ്ടതുമാകുന്നു. മിനിററിൽ ഒരു സി. സി. എന്ന കണക്കിൽ സാവധാനത്തിലേ കുത്തിവയ്ക്കാവൂ. കുത്തിവയ്പിനുശേഷം അല്പം രക്തം സിറിഞ്ചിലേയ്ക്കു വലിച്ചെടുത്തതിനു ശേഷമേ സൂചി സാവധാനത്തിൽ ഊരിയെടുക്കാവൂ.

ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുമ്പോൾ സിറിഞ്ചിൽ അല്പം പോലും വായുകുമിളകൾ ഉണ്ടായിരിക്കരുതെന്ന കാര്യം പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതാകുന്നു. ഇൻജക്ഷൻ വഴി പൊതുരക്തപര്യയനത്തിൽ പ്രവേശിക്കാനിടയാകുന്ന വായുകുമിളക്കു് (എയർ എംബോളസ്—Air embolus) ഞരമ്പുകൾക്കുള്ളിൽ തടസ്സം സൃഷ്ടിച്ച് ഗുരുതരമായ പ്രത്യാഘാതങ്ങളോ മരണം തന്നെയോ ഉണ്ടാക്കുവാൻ കഴിയുന്നതാണ്. കുത്തിവയ്ക്കാൻ ആരംഭിക്കുന്നതിനു മുൻപ് സിറിഞ്ചിലുള്ള വായുകുമിളകളെ മുഴവൻ തള്ളിക്കളയുകയും, അല്പം മരുന്ന് സിറിഞ്ചിൽ അവശേഷിപ്പിച്ചുകൊണ്ട് ഇൻജക്ഷൻ അവസാനിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നപക്ഷം വായുകുമിളകൾ അകത്തു കടക്കാതിരിക്കുന്നതാണ്. സൂചി ഊരിക്കഴിഞ്ഞാൻ 'ടിങ്ക്ചർ ബെൻസോയിൻ കൊ' (Trbenzoin co) പഞ്ഞിയിൽ മുക്കിവച്ച് അല്പ

നേരം അമർത്തിപ്പിടിക്കേണ്ടതും അതിനുശേഷം പഞ്ഞി അവിടെത്തന്നെ വച്ചുകൊണ്ടു് രോഗിയുടെ കയ്യ് മേല്പോട്ടു ചേർത്തുമടക്കി അല്പനേരത്തേയ്ക്കു പിടിക്കുവാൻ ഉപദേശിക്കേണ്ടതുമാകുന്നു.

ഇൻട്രാവീനസ് ഇൻജക്ഷൻ ചെയ്യുന്നവിധം:-

കൈ മലർത്തി നീട്ടി പുറകോട്ടു് ചരിഞ്ഞിരിക്കുന്ന വിധത്തിൽ വച്ചുകൊണ്ടു് കൈമുട്ടിനു മുകളിൽ ഒരു കെട്ടു



ചിത്രം 189

ഇൻട്രാവീനസ് ഇൻജക്ഷൻ കൊടുക്കുന്ന വിധം

ILLUSTRATION SHOWING THE PROCESS OF PUSHING THE INTRA VENOUS INJECTION AFTER REMOVING THE CONSTRICTION ROUND THE UPPER ARM AND RELAXING THE FIST.

കെട്ടുക. കൈവിരലുകഠം അകത്തോട്ട് ബലമായി ചുരുട്ടിപ്പിടിക്കുവാനും രോഗിയോടു നിർദ്ദേശിക്കുക. കൈമുട്ടിനു മുകളിൽ കെട്ടാൻ സൗകര്യപ്പെടാത്തപക്ഷം മററൊരാളെക്കൊണ്ടു് ഏതാനും നിമിഷത്തേക്കു് കൈമുട്ടിനു മുകളിൽ അമർത്തിപ്പിടിപ്പിച്ചാലും മതിയാകും. ഇങ്ങനെ ചെയ്യുന്നതു് ഞരമ്പു തെളിഞ്ഞുവരുന്നതിനു വേണ്ടിയാകുന്നു. ചിലപ്പോഠം ഇതുകൊണ്ടൊന്നും ഞരമ്പു തെളിഞ്ഞു കിട്ടാതെ വിഷമിച്ചുപോകാറുണ്ടു്. അത്തരം സാഹചര്യത്തിൽ രോഗിയുടെ കൈവിരലുകഠം ശക്തിയായി ചുരുട്ടുകയും നിവക്ക്ുകയും ചെയ്യുവാൻ ഉപദേശിക്കുക. അപ്പോഠം ഞരമ്പു തെളിഞ്ഞു കിട്ടുന്നതാണു്. കുത്തിവയ്ക്കാനുള്ളഭാഗം സ്പിരിററുകൊണ്ടോ അയോഡിൻകൊണ്ടോ തുടച്ചതിനു ശേഷം മാത്രം കുത്തുക. ഇൻട്രാവീനസ് ഇൻജക്ഷനു സാധാരണയായി ഉപയോഗിക്കുന്നതു 10 c. c. സിറിഞ്ചും, സാമാന്യം വലുതും ബലമുള്ളതുമായ സൂചിയുമാകുന്നു. സൂചി ഞരമ്പിനുള്ളിൽ ആയാൽ സിറിഞ്ചിലേയ്ക്കു് രക്തം വരുന്നതാണു്. സിറിഞ്ചിലേയ്ക്കു് രക്തം നല്ലവണ്ണം ഒഴുകിവരുന്നുണ്ടെന്നു ബോദ്ധ്യമായാൽ വളരെ സാവധാനത്തിൽ തുള്ളിതുള്ളിയായി മരുന്നു കയററുക. സൂചി 1½ ഇഞ്ചെങ്കിലും നിളമുള്ളതായിരിക്കുവാനും സൂചിമുനയിലെ ദ്വാരം മേലോട്ടായിരിക്കുവാനും ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതാകുന്നു. ഏതെങ്കിലും ഒരു വശത്തുനിന്നും സൂചി കുത്തി മേലോട്ടു പോകുന്നവിധത്തിലുമായിരിക്കണം എപ്പോഴും കുത്തേണ്ടതു്.

ഇൻജക്ഷൻ ചെയ്യുമ്പോഠം ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട പ്രധാനകാര്യങ്ങഠം:-

1 ഇൻട്രാമസ്ക്കുലർ ഇൻജക്ഷനും സബ്കുട്ടേനിയസ്സ് ഇൻജക്ഷനും ചെയ്യുമ്പോഠം സൂചി ഒരു ഞരമ്പിൽ പ്രവേശിക്കുവാൻ ഇടയാവാതെ

സൂക്ഷിക്കുക. സൂചി ഞരമ്പിൽ പ്രവേശി ച്ചിട്ടുണ്ടോ എന്നറിയുവാൻ സൂചി കുത്തിയിറക്കി യതിനു ശേഷം സിറിഞ്ചിൻെറ പിസ്റ്റൺ അല്പം പുറകോട്ടുവലിച്ച് പത്തിരുപതു സെക്കൻഡു നേര ത്തേയ്ക്കു പിടിക്കുക. ഞരമ്പിലാണ് സൂചിയുടെ മുന കൊണ്ടിരിക്കുന്നതെങ്കിൽ രക്തം സിറിഞ്ചി ലേയ്ക്കു വരുന്നതാണ്. അല്പമെങ്കിലും രക്തം സിറിഞ്ചിലേയ്ക്കു വരുന്നപക്ഷം മരുന്നു കയററരു ത്. അവിടെനിന്ന് ഊരി അടുത്ത കയ്യിലോ മററോ കുത്തിവയ്ക്കുക.

2 തിളപ്പിച്ചതിനുശേഷം സിറിഞ്ചിൻെറ പിസ്റ്റ ണിലും സൂചിയിലും കൈകൊണ്ടു തൊടരുത്. അഥവാ തൊട്ടന്നെങ്കിൽത്തന്നെ കൈകരം സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവുമുപയോഗിച്ചു കഴുകി റെക്ററിഫൈ ഡ് സ്പിരിട്ട് പുരട്ടിയതിനു ശേഷമേ ആകാവൂ.

3 കുത്തിവയ്പിനു മുമ്പും പിമ്പും കുത്തിവച്ച ശരീരഭാ ഗത്തു് സ്പിരിററോ അയോഡിനോ പഞ്ഞിയിൽ മുക്കി തേയ്ക്കുക.

4 ഏതു് ഇൻജക്ഷൻ കൊടുത്താലും അതിനുശേഷം കഴിയുമെങ്കിൽ അരമണിക്കൂർ നേരത്തേയ്ക്കെങ്കിലും രോഗിയെ വിട്ടുപോകാതിരിക്കുക. വിശ്രമിക്കു വാൻ പ്രേരിപ്പിക്കുക.

5 ലഘുവായ അസുഖങ്ങരം എന്തെങ്കിലും ഇൻജക്ഷ ഷനു ശേഷം കാണുന്നപക്ഷം ചൂടുള്ള ഏതെങ്കിലും പാനീയം കടിക്കാൻ കൊടുക്കുക, ചായയാണ് ഉത്തമം.

6 ഗുരുതരമായ പ്രതികരണങ്ങരം കാണുന്നപക്ഷം പ്രതികരണങ്ങരംക്കുള്ള ചികിത്സയ്ക്കു വേണ്ടി ഡോ ക്ടറെ വിവരമറിയിക്കുക.

സ്റ്ററിലൈസേഷൻ (STERILIZATION):—

ചൂട്, മിക്കവാറും എല്ലാരോഗാണുക്കളെയും നശിപ്പിക്കുന്നു. എന്നാൽ ശക്തമായ ചൂട് വേണ്ടത്രസമയം നിലനിർത്തിയാൽ മാത്രമേ ഇതു സാധിക്കയുള്ളു.

വെള്ളത്തിലിട്ട് നന്നായിതിളപ്പിച്ചോ, ആവികൊള്ളിച്ചോരോഗാണുക്കളെ നശിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്. ഡാക്ടറും മിഡ്വൈഫും ഉപയോഗിക്കുന്ന എല്ലാഉപകരണങ്ങളും അരമണിക്കൂർ സമയമെങ്കിലും വെള്ളത്തിലിട്ട് തിളപ്പിച്ച് രോഗാണു വിമുക്തമാക്കണം. ആവികയററിയും രോഗാണുക്കളെ വേഗത്തിൽ നശിപ്പിക്കുവാൻ കഴിയുന്നതാണ്. ആശുപത്രികളിൽ ആവികയററിയാണ് എല്ലാ ഉപകരണങ്ങളും ശുദ്ധമാക്കുന്നതു്. ചൂടേററാൽ ഉരുകിപ്പോകുന്നഉപകരണങ്ങൾ ആൻറിസെപ്ററിക്ലോഷൻ ഉപയോഗിച്ചും ശുദ്ധമാക്കുന്നു. ഇപ്രകാരമുള്ള ശുദ്ധീകരണക്രമങ്ങൾക്കാണ് സ്റ്ററിലൈസേഷൻ എന്നുപറയുന്നതു്.

ആൻറിസെപ്ററിക്സ്:—

(ANTISEPTICS—രോഗാണുനാശിനികൾ)

രോഗാണുക്കളെ നശിപ്പിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ഉപയോഗിക്കപ്പെടുന്ന ഔഷധങ്ങൾക്കു് മൊത്തത്തിൽ ആൻറിസെപ്ററിക്സ് എന്നുപറയുന്നു. പ്രസവസംബന്ധമായ കാര്യങ്ങൾക്കു് താഴെപ്പറയുന്ന ഔഷധങ്ങളാണ് രോഗാണുക്കളെ നശിപ്പിക്കുന്നതിനുവേണ്ടി ലോഷനായി ഉപയോഗിച്ചുവരുന്നതു്.

1) **ലൈസോൾ** (LYSOL):—

ഒരുലിററർ വെള്ളത്തിനു് മൂന്നു മില്ലിലിററർ എന്ന കണക്കിനു് ചേർത്തു് ആവശ്യമുള്ളിടത്തോളം ലോഷനുണ്ടാക്കി ഉപയോഗിക്കാം.

2) **കോൺഡീസ് സൊലൂഷൻ**

(CONDY'S SOLUTION):—

300 മില്ലിഗ്രാം (300mg) പൊട്ടാസ്സിയം പെർമാംഗനേററ് ഒരുലിററർവെള്ളത്തിൽ ലയിപ്പിച്ചെടുക്കുന്ന ദ്രാവകത്തിനാണ് കോൺഡീസ് സൊലൂഷൻ എന്നുപറയു

ന്നതു്. ഇതിൽനിന്നും ഒരുഭാഗമെടുത്തു് നാലുഭാഗംവെള്ളം കൂടിചേർത്താൽ വായിൽ കവിൾക്കൊള്ളുന്നതിനും ഉപയോഗിക്കാം. ഇതിനു് കോൺഡീസു് ഗാർഗിൾ (condy's gargle) എന്നും പറയുന്നു.

3) ഡെറേറാൾ (DETTOL):–

മുറിവുകൾ, വ്രണങ്ങൾ, ഉപകരണങ്ങൾ എന്നിവ കഴുകാനും, ശുദ്ധീകരണത്തിനും മററും സർവ്വസാധാരണമായി ഉപയോഗിക്കുന്ന ഒരു ആൻറിസെപ്റ്റിക്കു് ഔഷധമാണിതു്. ഇതു് വിഷമില്ലാത്തതും കറപിടിക്കാത്തതും, ഉപയോഗിച്ചാൽ നീററലോ വേദനയോ ഇല്ലാത്തതുമാകുന്നു. 1: 50 എന്ന അനുപാതത്തിൽ ചേർത്തു് ലോഷനുണ്ടാക്കിവരുന്നു.

4) കാർബോളിക്കു് ആസിഡു് (CARBOLIC ACID):-

ശക്തിയേറിയ ഒരു രോഗാണുനാശിനിയാണിതു്. കാർബോളിക്കആസിഡു് കൈകൊണ്ടു് തൊട്ടാൽ പൊള്ളുന്നതാണു്. അതിനാൽ വെള്ളത്തിൽ ചേർത്തു് വീര്യംകുറയ്ക്കാതെ ഉപയോഗിക്കരുതു്. ഒരു ലിററർ വെള്ളത്തിനു് രണ്ടോ മൂന്നോ മില്ലിലിററർ എന്നകണക്കിനു ചേർത്തു് കാർബോളിക്കു്ലോഷൻ ഉണ്ടാക്കുന്നു.

5) ബോറിക്കു് ആസിഡു് (BORIC ACID):–

വിവിധോപയോഗസമർത്ഥമായ ഒരു സാധാരണ രോഗാണുനാശിനിയാണിതു്. പേരുസൂചിപ്പിക്കുന്നതുപോലെ ഇതൊരാസിഡല്ല. ശരീരത്തിനുയാതൊരു ദോഷവും ചെയ്യാത്തതും ബാഹ്യോപയോഗത്തിനു മാത്രമുള്ളതുമായ ഒരു വെളുത്തപൊടിയാണിതു്. ബോറിക്കു് പൗഡർ എന്നു് സാധാരണ പറയും.

6) സിൽവർ നൈട്രേററു് (SILVER NITRATE):–

300 മില്ലിഗ്രാം (5 grs) സിൽവർ നൈട്രേററു് മുപ്പതു് മില്ലിലിററർ (1oz) വാററുജലത്തിൽ ലയിപ്പിച്ചു് അതിൽനിന്നും രണ്ടു തുള്ളിവീതം എടുത്തു് കണ്ണിൽ ഇററിക്കാം. നയനരോഗങ്ങൾക്കു് ഉപയോഗിച്ചുവരുന്നു.

ലോഷൻസ് (LOTIONS)

1) ANTIPRURITIC LOTION

℞

Menthol	600 mg. (10 gr)
Phenol	2 gm. (½ dr)
Glycerine	8 ml (2 dr)
Alcohol (30 percent)	300 ml (10 oz)

2) BORIC ACID EYE LOTION

℞

Boric Acid	6 gm. (90 gr)
Sterile water	180 ml (6 oz)

3) POTASSIUM PERMANGANATE LOTION
(For Gastric Lavage)

℞

Potassium Permanganate	1 g. (15 gr)
Water	2 L (4 pint)

എനിമാ (ENEMAS)

1) GLYCERINE OLIVE OIL ENEMA

℞

Glycerine	60 ml (2 oz)
Olive Oil	120 ml (4 oz)

2) SOAP ENEMA

℞

Soft Soap	30 g. (1 oz)
Water	570 ml (1 pint)

3) STARCH OPIUM ENEMA

℞

Tincture of Opium	4 ml (60 m)
*Mucilage of Starch	120 ml (4 oz)

BATHS

1) ALKALINE BATH

℞

Sodium Bicarbonate	30 g (1 oz)
Warm water	1 L (2 pint)

---

*Starch powder	30 g (1 oz)
Water	120 ml (4 oz)

2) POTASSIUM PERMANGANATE BATH

℞

Potassium Permanganate	100 mg (1½ gr)
Warm Water	1 L (2 pint)

MOUTH WASH

POTASSIUM PERMANGANATE MOUTH WASH

℞

Potassium Permanganate	500 mg (10 gr)
Water	240 ml (8 oz)

OINTMENTS

1) AMMONIATED MERCURY OINTMENT

℞

Ammoniated Mercury	600 mg (10 gr)
Soft Paraffin to	30 g (1 oz)

2) ATROPINE YELLOW OXIDE OF MERCURY OINTMENT

℞

Atropine Sulphate	250 mg (4 gr)
Yellow Oxide of Mercury	120 mg (2 gr)
Soft Paraffin to	30 g (1 oz)

For Application to the Eyes only.

3) WHITFIELD'S OINTMENT

℞

Salicylic Acid	1 g (15 gr)
Benzoic Acid	1·6 g (25 gr)
*Cocoanut Oil	16 g (4 dr)
*Bees Wax to	30 g (1 oz)

For External Application only

*Soft white paraffin (40 g) may be Substituted for both.

PAINTS

1) GENTIAN (CRYSTAL) VIOLET PAINT

℞

Gentian (Crystal) Violet	200 mg (3 gr)
Weter	30 ml (1 oz)

For External Application only.

2) GLYCERINE BORIC ACID PAINT

℞

Boric Acid	8 g (2 dr)
Glycerine	30 ml (1 oz)

For Application in the Mouth.

BORIC ACID DUSTING POWDER

℞

Boric Acid	5 g (75 gr)
Starch	5 g (75 gr)
Talc (Purified and Sterilised)	60 g (2 oz)

For External Application only.

ANTISEPTIC BODY OIL FOR SMALL POX

℞

Boric Acid	8 g (120 gr)
Thymol	4 g (60 gr)
Eucalyptus Oil	10 ml (120 m)
Olive Oil up to	570 ml (1 pint)

For External Application only.

നേത്രബിന്ദു (EYE DROPS-OPHTHALMIC)

1) ARGYROL DROPS

℞

Argyrol	48 grs
Distilled water	1 oz

2) ATROPINE SULPHATE DROPS

℞

Atropine Sulphate	5 grs
D/Water	1 oz

3) COPPER SULPHATE DROPS

℞

Copper Sulphate	3 grs
D/Water	1 oz

4) SILVER NITRATE LROPS

℞

Silver Nitrate	5 grs
D/Water	1 oz

അളവുകളും തൂക്കങ്ങളും
(WEIGHTS AND MEASURES)

1 Grain (Gr)
1 Ounce 1 oz=437½ Grains
1 Pound=16 oz=7000 Grains
    1 Gram (Grm or G)
    1 Kilogram kg=1000 Grms
    1 Milligram mg=1000 Microgram
    1 Gram=15.43 Grains=0.26 drachm
    1 Kilogram=35 27 oz=2 2 lb
1 Decigram (dg)=1.54 Grain
1 Centigram (cg)=0 15 Grain
1 Milligram (mg)=0 015 Grain
    1 oz (Troy)=480 grs=31 1 Grams
    1 oz (Avoir)=437½ grs=28 35 Grams
    1 lb=16 oz=7000 grs=435.59 Grams
1 Millimetre (m m)=0.039 Inch
1 Centimetre (cm)=0.39 Inch
1 Metre=100cm=39 37 Inch=3.28 ft=1.09yard
1 Kilometre=1000Metres= 093 6yds=0.62mile
1 Mile = 1.6 Kilometre
1 Yard = 11.4 Centimetre
1 Foot = 3.48 Centimetre
1 Inch = 2.54 Centimetre

DOMESTIC MEASURES

A teaspoonful = 1 fl, dr = 3 5 c.c. or ml
A dessertspoonful = 2 fl, dr = 7.0 c. c. or ml
A tablespoonful = ½ fl, oz = 15 0 c. c. or ml

APOTHECARIES WEIGHT

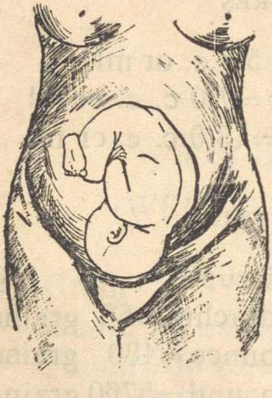
20	grains	=	1 scruple
3	scruples	=	1 drachm = 60 grains
8	drachms	=	1 ounce = 480 grains
12	ounces	=	1 pound = 5760 grains

APOTHECARIES FLUID MEASURE

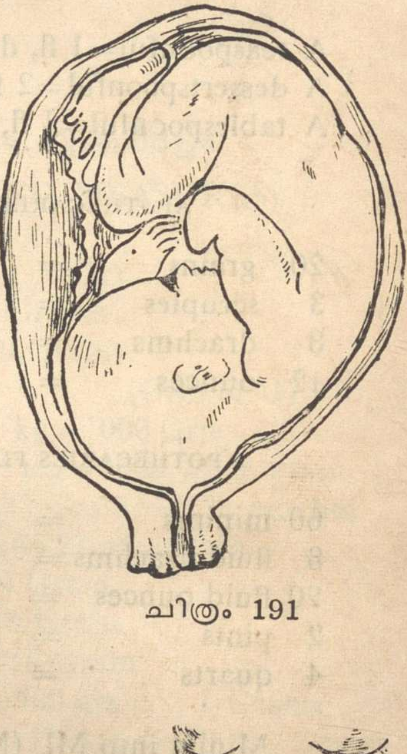
60	minims	=	1 fluid drachm
8	fluid drachms	=	1 fluid ounce
20	fluid ounces	=	1 pint
2	pints	=	1 quart
4	quarts	=	1 gallon

Minim into Ml. (Ml = Milli litter)

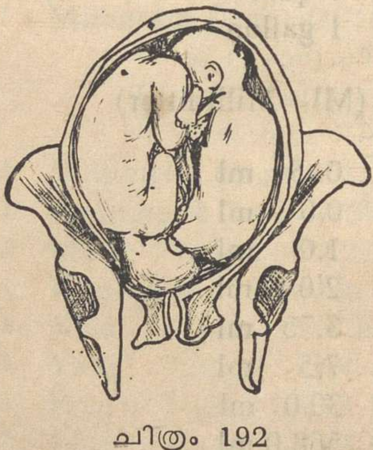
5	minims	=	0. 3 ml
10	,,	=	0.6 ml
17	,,	=	1.0 ml
35	,,	=	2 0 ml
60	,,	=	3.75 ml
120	,,	=	7.5 ml
1	fl ounce	=	30.0 ml
1	pint	=	568.0 ml



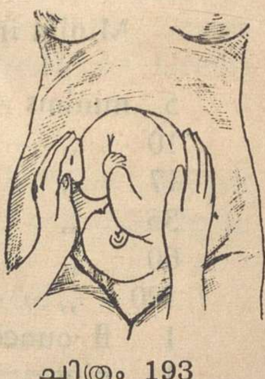
ചിത്രം 190



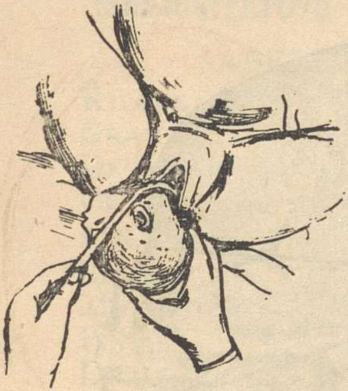
ചിത്രം 191



ചിത്രം 192

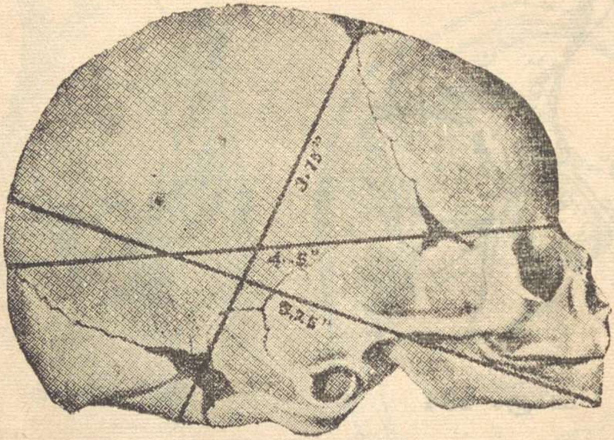


ചിത്രം 193

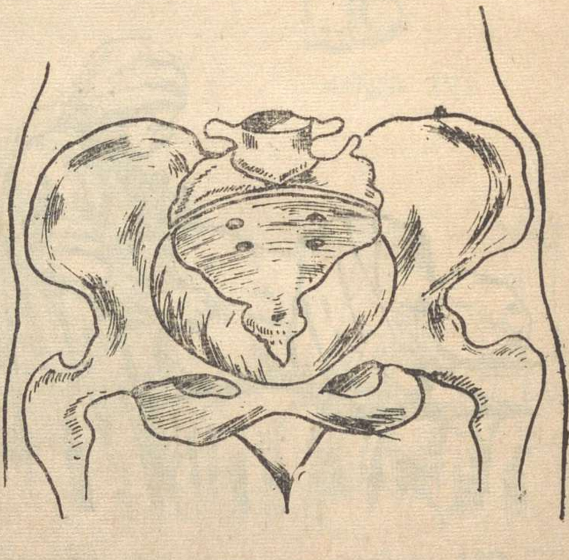


ചിത്രം 194

ചിത്രം 195



ചിത്രം 196



ചിത്രം 197

അനുബന്ധം (APPENDIX) A

ABBREVIATIONS

Kilogram	=	kg
Gram	=	gm
Decigram	=	dg
Centigram	=	cg
Milligram	=	mg
Liter	=	L
Milliliter	=	ml
Pint	=	o
Drachm	=	ʒ or dr
Ounce	=	℥ or oz
Minims	=	m
Drops	=	gtt
Cubic centiteter	=	cc. (ml)

CAPACITY

4 cc.	=	1 Fluid drachm
32 cc.	=	1 Fluid ounce
480 cc.	=	1 Pint
960 cc.	=	1 Quart
1 Ounce	=	(fl) 8 Drachms
60 Minims	=	(fl) 1 Drachm
480 Minims	=	(fl) 1 Ounce
1 Drachm	=	1 Teaspoonful
4 Drachm	=	1 Tablespoonful

DISTANCES

Meter	=	39 37 Inch
Kilometer	=	0.62137 Mile
Centimeter	=	0 3937 Inch
1 Inch	=	2.54 cm
1 Foot	=	30.48 cm
1 Yard	=	91.44 cm

METRIC MEASURES & EQUIVALENTS

Grams	Deci grams	Centi grams	Milli grams	Grains	c.c.	Minims
0.0003		..	0.3	1/200	0.06	1
0.00045	..	..	0.45	1/150	0.12	2
0.0006	..	..	0.6	1/100	0.18	3
0.001	..	..	1.0	1/64	0.25	4
0.002	..	..	2.0	1/30	0 31	5
0.003	..	..	3.0	1/20	0.37	6
0.005	..	..	5.0	1/12	0.43	7
0.006	..	..	6.0	1/10	0.50	8
0.008	..	..	8.0	1/8	0.56	9
0.1	..	1.0	10.0	1/6	0.62	10
0.012	..	1.2	12.0	1/5	0.68	11
0.016	..	1.6	16.0	1/4	0.75	12
0 022	..	2.2	22.0	1/3	0.81	13
0.032	..	3.2	32.0	1/2	0.87	14
0.044	..	4.4	44.0	2/3	0.93	15
0.048	..	4.8	48.0	3/4	1.00	16
0.65	..	6.5	65.0	1	..	..
0.13	1.3	13.0	..	2	..	..
0.2	2.0	20.0	..	3	..	..
0.26	2.6	26.0	..	4	..	..
0.33	3.3	33.0	..	5	..	..
0.4	4.0	40.0	..	6	..	..
0.47	4.7	47.0	..	7	..	..
0 5	5.0	50.0	..	7 1/2	..	..
0.54	5.4	54.0	..	8	..	..
0.6	6.0	60.0	..	9	..	..

Grams	Deci grams	Centi gram	Milli gram	Grains	c.c.	Minims
0.67	6.7	67.0	..	10	..	..
0.73	7.3	73.0	..	11	..	..
0.8	8.0	80.0	..	12	..	..
0.87	8.7	87.0	..	13	..	..
0.94	9.4	94.0	..	14	..	..
1.0	..	..	..	15	..	..
1.33	..	..	..	20	..	..
1.67	..	..	..	25	..	..
4.0	..	..	..	60-1 drachm	..	..
8.0	..	..	..	120-2 drachm	..	..
11.5	..	..	..	3 ,,	..	..
15.0	..	..	..	4 ,,	..	..
31.0	..	..	..	1 ounce	..	..
455.0	..	1.0 lb	..	..	..	..
1000.0	..	2.2 lb	..	..	..	..

THERMO METERS

CENTIGRADE	FAHREN HEIT
36.0	96.8
37.0	98.6
38.0	100.4
38.6	101.4
39.0	102.2
39.4	103.0
40.0	104.0
40.6	105.2
41.0	105.8
42.0	107.6

RECOMMENDED DIETARY ALLOWANCES

	Ca gm	Fe mg	Vitamin A I. U.	Thiamine. mg	Riboflavin mg	Niacin mg	Ascorbic Acid mg	Protein mg
Normal Woman (55 kg)	0.8	12	5000	1.2	1.4	12	70	55
Pregnancy	1.5	15	6000	1.5	2.0	15	100	80
Lactation	2.0	15	8000	1.5	2.5	15	150	100

അനുബന്ധം (APPENDIX) B

NORMAL VALUES

BLOOD

Bleeding time (Duke)	1–3 minutes
Clotting time:	
Capillary blood	4–8 minutes
Venous blood	5–10 minutes
Clot retraction:	
Begins in	2 hours
Completes in	24 hours
Colour index	0.98–1.04
Fragility test:	
Begins	0.45–0.38% Nacl
Completes	0.36–0.30% Nacl
Haemoglobin (Adults):	
Male	14.4–16.3 g. percent
Female	13 5–15 g. percent
Mean corpuscular volume (M. C. V.)	80.94 cu microns
Mean corpuscular hemoglobin (M. C. H.)	27.32 micrograms
Mean corpuscular haemoglobin concentration (M. C. H. C.)	33.38 g. percent
Packed cell volume (P. C. V.)	41.45 percent
Prothrombin time (Quick)	12.14 seconds

Platelets	200,000–600,000/cu.mm	
Red cells (Adults):		
Male	4.6–5.8 million/cu. mm.	
Female	4.2–5.4 ,, ,,	
Reticulocytes	0.–3.8 per cent	
Sedimentation Rate	(Wintrob)	(Westergren)
Male	0–9	2--8 mm/hr.
Female	0.20	4–15 ,, ,,
White cells (total)	5000–10,000/cu.mm (Adult)	
	10,000-12,000/cu.mm(infant)	
Polymorphs	60–65 percent	
Lymphocytes	20–30 ,,	
Eosinophils	4–8 ,,	
Monocytes	2–6 ,,	

URINE

(PHYSIOLOGIC NORMALS)

Average volume in 24 hours	1200 to 1500 ml
Reaction to litmus	faintly acid
Specific gravity	1005 to 1020
Colour	amber or straw colour
Constituents (in 24 hour specimen)	
Urea	20.0-30.0 g
Chlorides	10.0–15.0 g

PULSE RATE VARIATIONS

VARIATION WITH AGE

Foetus in Utero	150–140	7th to 14th year	90–81
New born	140–130	15th to 20th year	85 to 78
Ist year	130–115	Adult	75 to 68
2nd year	115–100	very old age	60 to 70
3 years	105–95		

Variation with sex–Average of pulse rate in women is as a rule higher than in men of same age.

Variation with size–Tall individuals have a slow-r pulse rate than shorter persons of same age.

Variation with temperature–With each Fahrenheit degree rise of temperature of an adult, the pulse rate usually rises by 10.

RESPIRATION RATE VARIATIONS

Age:

At infancy	35	12 to 15 years	10-18
2 to 6 years	23	Adults	18
6 to 12 years	20	Very old age	16–18

Sex: Respiration in the adult female is usually slightly more than in the male, especially during pregnancy.

BLOOD PRESSURE VARIATIONS

Age	Healthy systolic range in mm. Hg.	Healthy diastolic range in mm Hg.
15–24	106–136	
25–34	109–139	
35–44	111–141	70–105
45–54	115–145	
55–64	120–150	
	124–154	

AVERAGE PRESSURE OBTAINED IN INDIA

Age:	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Systolic:	113	120	122	123	154	126	128	130	132	135
Diastolic:	75	80	81	82	83	84	85	86	87	89

RELATION BETWEEN HEIGHTS AND WEIGHTS

(INDIAN LIVES)

Height	Minimum	Average	Maximum
5 ft. 1 inch	95	125	155
5 ft. 2 inches	97	128	158
5 ft. 3 ,,	100	131	161
5 ft. 4 ,,	102	134	164
5 ft. 5 ,,	105	137	167
5 ft. 6 ,,	108	141	171
5 ft. 7 ,,	111	146	176
5 ft. 8 ,,	115	151	181
5 ft 9 ,,	119	156	166
5 ft. 10 ,,	123	161	191
5 ft. 11 ,,	126	167	197
6 ft.	131	173	203

DENTITION TABLE

MILK TEETH

Central incisors	(1) Lower 6th month
	(2) Upper 7th month
Lateral incisors	(1) Upper 9th month
	(2) Lower 10th month
First molars	12th month
Canines	18 th month
Second molars	2nd year (often later)

FULL PRIMARY DENTITION IS 20 TEETH

PERMANENT TEETH

First Molars	6 years
Lower Central Incisors	7 years
Upper Central Incisors	8 years
Lateral Incisors	9 years
First Biscuspid	10 years
Second Biscuspid	11 years
Canines	12 years

COMPOSITION AND CALORIE VALUES OF PRINCIPAL FOODS

(PER 30 G., ONE OUNCE)

	Food:	g. per oz. Carb	Prot	Fat	Calories
ഭക്ഷ്യധാന്യങ്ങൾ	Cereals				
കൂവ (കിഴങ്ങ്, പൊടി)	Arrowroot	25	0.24	trace	101
ബാർലി	Barley ,,	22.7	2.4	0.5	105
റൊട്ടി	Bread (White)	15	2	0.3	73
ഗോതമ്പ് മാവ്	Flour whole meal (atta)	20.7	3.4	0.8	102
സൂചിഗോതമ്പ്	Wheat grains (Sooji)	14.7	4.2	0.6	80
ഓട്ടമീൽ	Oat meal	19	3.8	1.7	106
കൈക്കുത്തരി	Rice unmilled	25.7	1.9	0.2	104
മില്ലിൽ കുത്തിയ അരി	Milled	22.7	1.6	0.1	106
ചോറ്	Cooked	7.7	0.8		32

		g. per oz.			
		Carb	Prot	Fat	Calories
മലരു്	Fried rice	25	1.4	trace	105
പയർവർഗ്ഗം	Pulses as peas, lentils etc	15–17	5.7	0.5-1.5	100
മുട്ടയും മാംസവും	**Egg & Meat**				
താറാവിൻമുട്ട	Eggs (duck's)	..	3.9	3.2	46
കോഴിമുട്ട	Do (hen's)	..	3.8	2.3	38
കാട്ടുകോഴി	Fowl	..	7	1.9	47
മൃഗമാംസം	Meat	..	5	7	36
ആട്ടിറച്ചി	Mutton	..	6	8	40
	Fish:				
കൊഞ്ചു്/ചെമ്മീൻ	Prawns	..	5	0.6	21
	Bhetki (Lates calcarifer	..	46	1.2	30
	Hilsa	..	4.2	2.6	40
	Rohi (Labia rohita)	..	4.9	2.2	40
	Magoor (clarias batrachus)	..	5.7	0.1	23
മീൻമുട്ട/പനിഞ്ഞിൽ	Fish roe ,,	..	5.6	2.5	45
ക്ഷീരവും ക്ഷീരോല്പന്നങ്ങളും	**Milk and Milk products:**				
പശുവിൻപാൽ	Cow's milk	1.1	1.2	1.1	20

എരുമപ്പാൽ	Buffalo's milk	1.2	1.8	2.2	22
തൈര്	Curd	0.8	1.4	1	17
മോര്	Butter milk	0.1	6.6	5.5	76
പാൽപ്പാട	Cream 50%	..	3.5	13.2	127
വെണ്ണ	Butter	..	0.3	24	224
എണ്ണകളം—കൊഴുപ്പുകളം	**Fats & Oils**				
കടുകെണ്ണ	Mustard oil			20	264
ഒലിവെണ്ണ	Olive oil			30	273
നെയ്യ്	Clarified butter (Ghee)			38	252
ഫലവർഗ്ഗങ്ങളം	**Fruits:**				
ബദാം	Almond (Badam)	5.1	3.0	14	158
ആപ്പിൾ	Apple	5	0.1	0.1	21
നേത്രക്കായ്	Banana	4.8	0.3	Trace	25
നാളികേരം	Coconut	6	1.1	16.8	290
വെള്ളരിക്ക	Cucumber	0.9	3.2	..	6
ഈന്തപ്പഴം	Dates (Khejur)	23.5	0.6	..	103
മുന്തിരിങ്ങാ	Grapes	5.7	0.3	0.4	29
കമ്പിളിനാരങ്ങാ	Grape fruit	3.4	0.3	0.8	16
പേരയ്ക്കാ	Guave	5.1	0.2	0.1	22
ചക്ക	Jack fruit	5.3	2.1	0 5	38

		g. per oz			
		Carb	Prot	Fat	Calories
ചെറുനാരങ്ങാ	Lemon	2.2	0.1	0.6	13
മാങ്ങാ	Mango	5.3	0.4	0.3	25
തണ്ണിമത്തങ്ങാ	Melons (Tarmu)	2.1	0.1	Trace	9
മധുരനാരങ്ങാ	Orange	3.4	0.2	..	15
കപ്പളങ്ങ/കർമ്മൂസ്സ്	Papaya	2.0	0.2	Trace	10
പീച്ചപ്പഴം	Peaches	3.2	0.2	..	14
കരുവില്ലാമുന്തിരി	Plums (Kool)	4.1	0.0	..	17
കൈതച്ചക്ക	Pineapple	2.1	0.1	..	9
കിസ്മിസ്സ്	Raisins (Kismis)	23.0	0.7	1	104
പച്ചക്കറികൾ	**Vegitables:**				
ശതാവരി	Asparaged green	0.3	0.9	0.3	..
ബീൻസ്സ്	Beans	1.8	0.5	0.2	10
വഴുതനങ്ങാ	Brinjal	0.5	01.	..	10
മുട്ടക്കൂസ്സ്	Cabbage	1.5	0.6	0.1	10
കാരട്ട്	Carrot	0.2	..	2.6	10
കാളിഫ്ളവർ	Cauliflower	0.4	0.5	0.2	5
പച്ചനേന്ത്രക്കായ്	Green Banana	4.6	0.3	4.5	24
പച്ചച്ചക്ക	do Jack fruit	2.1	5.2	0.4	20

പച്ചപ്പയറ്	do Peas	6.6	2.5	0.5	39
പച്ചകപ്പങ്ങ/കർമ്മൂസ്	do Papaya	0.1	0.1	..	1
വെണ്ടക്കായ്	Lady's finger	1.7	0.5	0.3	12
ഉള്ളി	Onions	3.4	0.7	Trace	14
ഉരുളക്കിഴങ്ങ്	Potato	5.9	0.5	0.1	27
ചീര	Spinach	0.3	1.5	..	5
തക്കാളി	Tomoto	1.0	0.2	0.2	7
തക്കാരിക്കിഴങ്ങ്	Turnip	2.2	0.3	..	11
പലവക, ബിസ്ക്കററ്	**Miscellaneus, Biscuits:**				
ഉപ്പുബിസ്ക്കററ്	Salted	10	3.0	4.5	82
മധുരമുള്ള ബിസ്ക്കററ്	Sweets	18	3.5	6	152
ചോക്ലേററ്	**Chocolate:**				
പാൽ ചോക്ലേററ്	Milk	18	1.5	10	147
സാധാരണ ചോക്ലേററ്	Plain	20	1.5	8.5	137
ജാം, മാർമലേഡ്	Jam, Marmalade	18	0.2	..	75
ചായ, കാഫി	Coffee or tea	8	0.4	0.5	19
തേൻ	Honey	21	..	..	18
പഞ്ചസാര	Sugar	28	..	..	115

NORMAL HEIGHTS AND WEIGHTS

CHILDREN

Age	BOYS				GIRLS			
	Weight		Height		Weight		Height	
	Kg.	Lbs.	Cm.	Inches	Kg.	Lb.	Cm.	Inches
At birth	3.4	7.5	50	19.70	3.2	7.1	49	19.30
1 month	3.6	7.9	53	20.87	3.4	7.5	52	20.47
2 months	4.4	9.7	57	22.44	4.2	9.3	56	22.05
3 ,,	5.1	11.2	60	23.62	4.8	10.6	59	23.23
4 ,,	6.0	13.2	63	24.80	5.6	12.4	62	24.41
5 ,,	6.7	14.8	66	25.98	6.3	13.9	65	25 59
6 ,,	7.3	16.1	68	26.77	6.8	15 0	67	26.38
7 ,,	7.8	17.2	70	27.56	7.2	15.9	69	27.17
8 ,,	8.2	18.1	71	27.95	7 6	16.8	70	27.56
9 ,,	8.6	18.9	72	28.35	8.0	17.6	71	27.95
10 ,,	9.0	19.8	73	28.74	8.4	18.5	72	28.25
11 ,,	9.4	20.7	74	29.13	8.8	19.4	73	28.74
12 ,,	9.8	21.6	75	29.53	9.2	20 3	74	29.13

13 ,,	10.1	22.3	76	29.92	9.5	20.9	75	22.53
14 ,,	10.3	22.7	77	30.31	9.8	21.6	76	29 92
16 ,,	10.5	23.1	78	30.71	10.0	22.1	77	30.31
17 ,,	10.7	23.6	79	31.10	10.2	22.5	78	31.10
18 ,,	10.9	24.0	80	31.50	10.4	22.9		
19 ,,	11.1	24.5	81	31.89	10.6	23.4	80	31.50
20 ,,	11.3	24.9	82	32.28	10.8	23.8	81	31.90
22 ,,	11.6	25.6	83	32.68	11.0	24.2	82	32.68
	11.8	26.0	84	33.07	11.5	24.7		
2 Years	12.0	26.5	85	33.46	11.5	25.3	84	33.07
3 ,,	14.1	31.1	93	36.61	13.6	30.0	92	36.22
5 ,,	16.5	36.4	101	39.76	15.8	34.8	100	39.37
6 ,,	20.2	44.5	113	44 49	19.1	·42.1	111	43.70
7 ,,	22.0	48.5	118	46.46	20.9	46.1	116	45.67
8 ,,	24.4	53.8	123	48.43	23.2	51.2	121	47 64
9 ,,	2.68	59.1	128	50.39	25.6	56.4	126	49.61
10 ,,	29.0	63.9	132	51.97	28.4	62.6	131	51.57
11 ,,	32.0	70.6	137	53.94	32.0	70.6	137	53.94
12 ,,	35.5	78.2	142	55.91	36.5	80.5	143	56.30
13 ,,	40.0	88.2	148	58.27	52.0	92.6	150	59.06
14 ,,	45.0	99.2	154	60.63	46.5	02.6	155	61 0
15 ,,	50.5	111.3	160	62.99	50.0	110.2	158	62.2

INDIAN ADULTS

HEIGHT		WEIGHT					
		Minimum		Average		Maximum	
Feet.	Cm.	Lbs.	Kg.	Lbs.	Kg.	Lbs.	Kg.
5' 1"	154.9	95	43.09	125	56.70	155	70.31
5' 2"	157.5	97	44.00	128	58.06	158	71.67
5' 3"	160.0	100	45.36	131	59.42	161	71.67
5' 4"	162.1	102	46.27	134	60.78	164	73.03
5' 5"	165.1	105	47.63	137	62.14	167	75.75
5' 6"	167.6	108	48.99	141	63.96	171	77.56
5' 7"	170.2	111	50.35	146	66.22	176	79.83
5' 8"	172.7	115	52.16	151	68.49	181	82.10
5' 9"	175.3	119	53.98	156	70.76	186	84.37
5' 10"	177.8	123	55.79	161	73.03	191	86.64
5' 11"	180.3	126	57.15	167	75.76	197	89.36
6' 0"	182.9	131	59.42	173	78.47	203	92.08

ELY'S TABLE
FOR
CALCULATING THE DATE OF DELIVERY

പ്രസവതീയതി കണ്ടുപിടിക്കാനുള്ള പട്ടിക

അവരവരുടെ ആർത്തവദിനത്തിന്റെ അവസാനതീയതി ഏതെന്നു് മുകളിലത്തെ വരിയിൽ നോക്കികണ്ടുപിടിക്കുക. അതിനു് നേരെതാഴെയുള്ള തീയതിയായിരിക്കും പ്രസവദിനം. ഉദാഹരണത്തിനു് നവംബർ ഒന്നാംതീയതി ആയിരുന്ന ആർത്തവത്തിന്റെ അവസാന ദിവസം എന്നുവിചാരിക്കുക. പ്രസവതീയതി ഏതായിരിക്കും? നവംബർ 1–നു് നേരെ താഴെയുള്ള ദിവസംതന്നെ ആഗസ്റ്റ്–8.

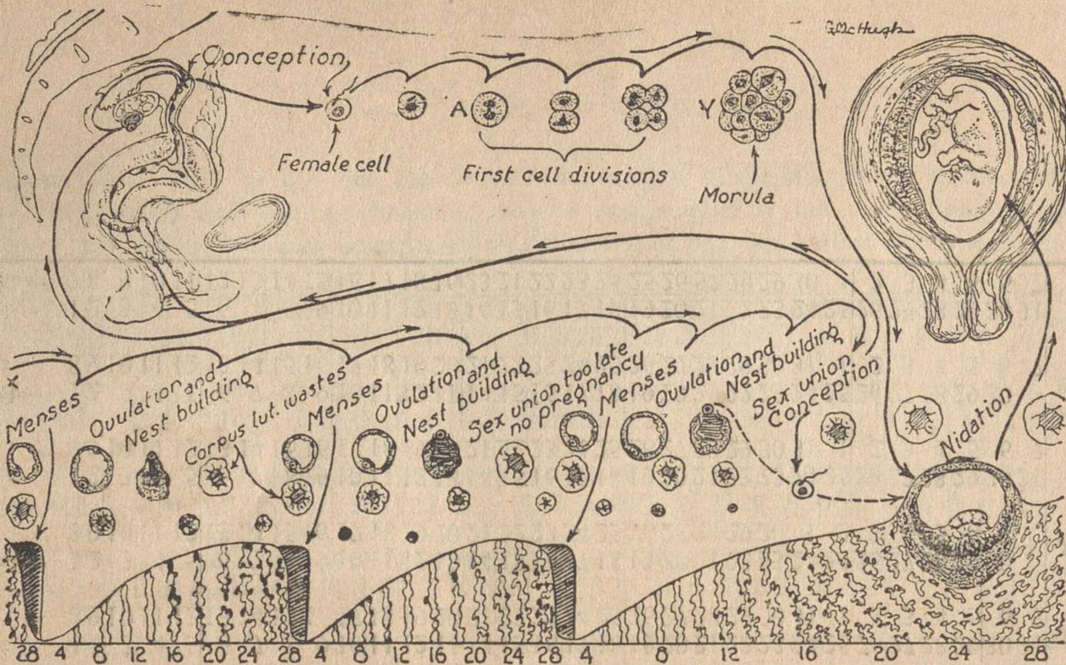
അതിവർഷം(Leap year) ആണെങ്കിൽ ഒരു ദിവസംമുൻപേ ആയിരിക്കും അതായതു് ആഗസ്റ്റ്–7.

(ഇതു് വളരെ കൃത്യമായൊരു കണക്കാണെന്നു് കരുതരുതു്. ഏറ്റക്കുറച്ചിലുകൾ ഉണ്ടാകാം)

Explanation:- Find in top line the date of the last day of the last menstruation, the figure below will indicate the date when confinement may be expected-ie. if the date of menstruation is November 1, the confinement may be expected on August 8, or one day earlier if it is leap year.

January	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	November
October	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	26	30	31	1	2	3	4	5	6	7	
February	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
November	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5				December
March	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	January
December	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	
April	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		February
January	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	25	27	28	22	30	31	1	2	3	4		
May	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	March
February	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	
June	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	30		April
March	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		

July	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	May
April	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	14	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	
August	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	June
May	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	
September	1	2	3	4	5	6	7	1	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		July
June	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7		
October	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	August
July	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	
November	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		September
August	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	
December	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	October
September	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	16	23	21	22	23	24	25	26	57	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	



The chronology of reproduction. (Diagram.) Nurse, follow red line and arrows: begin at left, x. Below are days of the menstrual cycle and changes in the uterine mucosa. Note growth of its glands. Follow course of corpus luteum.

ചിത്രം 198

അനുക്രമണിക

	പേജ്
അ	
അകാലപ്രസവം	359
അകാലപ്രസവവും ശിശുപരിചരണവും	333-336
അഗ്രചർമ്മം	4
അണ്ണാക്കുവിള്ളൽ	327
അണ്ഡകോശങ്ങൾ	26–27
അണ്ഡവാഹിനികുഴലുകൾ	22
അണ്ഡസഞ്ചികൾ	27
അണ്ഡാശയം	23
അണ്ഡാശയഗർഭം	371
അതിസാരം	320
അധോഖണ്ഡശസ്ത്രക്രിയ	409
അനാട്ടമി	1
അനാർത്തവം	63
അനിവാര്യമായ രക്തസ്രാവം	255–259
അനുബന്ധിതമറുപിള്ള	87
അപസ്മാരം	325
അപ്പർസെഗ്മെൻറ് ഓപ്പറേഷൻ	415
അസ്ഥാനഗർഭം	371
അസ്ഥാനഗർഭലക്ഷണങ്ങൾ	373
അളവുകളും തൂക്കങ്ങളും	468
അംബിലിക്കൽകോർഡ്	468
ആ	
ആന്ത്രവേഷ്ടനം	25
ആൽബുമിൻവാട്ടർ	446
ആസനയെല്ല്	94–96
ആഹാരം	183
ആർത്തവം	31–36
ആർത്തവസമാപ്തി	36

പേജ്

ഇ

ഇൻജക്ഷനുകൾ 450
ഇൻടേർണൽവെർഷൻ 403
ഇൻട്രാമസ്ക്കുലർ ഇൻജക്ഷൻ 454
ഇൻട്രാവീനസ് ഇൻജക്ഷൻ 455
ഇൻഡക്ഷൻ ഓഫ് ലേബർ 400
ഇരട്ടക്കുട്ടികൾ—ഏകാണ്ഡജം, ദ്വയാണ്ഡജം 189–205
ഇരട്ടപ്രസവവും അപകടവും 200
ഇളക്കം 348
ഇറക്കം 140

ഈ

ഈററപ്പനി 281

ഉ

ഉച്ചി 103
ഉദരഗർഭം 372
ഉപകരണങ്ങളും പരിചരണങ്ങളും 447–449
ഉപസ്ഥം 10
ഉപസ്ഥം കീറിപ്പോവുക 275
ഉപസ്ഥാശയം 91–107
ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഉള്ള് 99
ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ഉള്ളളവുകൾ 101
ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ ദ്വാരം 99
ഉപസ്ഥാശയത്തിൻെറ വൈരൂപ്യം 242–254
ഉപോദ്ഘാതം 1
ഉള്ളിലുള്ള തിരിച്ചിൽ 141
ഉഴിച്ചിൽ 269
ഉറക്കം 180

എ

എക്സ്ക്രീററി സിസ്റ്റം 426
എക്സ്റേ 73
എഗ്ഗ്ഫ്ളിപ് 446

പേജ്

എനിമ	441–464
എപ്പിസിയോട്ടമി	158
ഏപ്രൺ	143

ഐ

ഐസ്ബാഗ്	447

ഒ

ഒക്കെല്ലേകരം	94

ക

കണ്ണുപഴപ്പ്	315
കണ്ണുപഴപ്പ്– പ്രതിവിധി	315
കണ്ണുപഴപ്പ്–ലക്ഷണങ്ങൾ	315
കതീററർ	433
കന്യാചർമ്മം	14
കല്പിതഗർഭം	75
കാൽവീക്കം	292
കാർണിയസ്മോൾ	362
കാർബോളിക് ആസിഡ്	462
കാലുകൾ നിവർന്നിരിക്കുക	230
കാൽമുട്ടോ കാൽപാദമോ ജനനമുഖമായ പ്രസവം	233
കിഡ്നി	429
കുടലിറക്കം	327
കുട്ടി–ആണോപെണ്ണോ?	50–53
കുട്ടിഉടുപ്പ്	298
കുട്ടിക്കുമുമ്പ് മറുകുട്ടി	260
കുട്ടി–തലയുടെ അളവുകൾ	106
കുട്ടിയുടെ തൂക്കം	299
കുത്തിവെയ്പുകൾ	450–462
കുത്തിവെയ്ക്കുമ്പോൾ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടകാര്യങ്ങൾ	459
കുറുങ്കാല്	328
ക്ലുവപ്പൊടികഞ്ഞി	445
കൃത്രിമശ്വാസോച്ഛ്വാസം	331
കൃത്രിമാഹാരങ്ങൾ	309–314

	പേജ്
കെഫാലിക് വെർഷൻ	402
കൈകഠം തലയ്ക്കുമീതെ ഉയർന്നിരിക്കുക	231
ക്ലൈറേറാറിസ്	13
കോൺഡഡീസ് സൊല്യൂഷൻ	461
കോശങ്ങഠം	40
ക്രമവിരുദ്ധമായ പ്രസവകാരണങ്ങഠം	207
ക്രമവിരുദ്ധമായ പ്രസവം–പ്രതിവിധികഠം	208
ക്രമവിരുദ്ധമായ ജനനമുഖങ്ങഠം	206
ക്രേണിയോട്ടമി	393
ക്രോമസോമുകഠം	43
ഗ	
ഗർഭകാലഛർദ്ദി	65
ഗർഭകാലത്തുണ്ടാകുന്ന നീരൊഴുക്ക്	363
ഗർഭകാല മഞ്ഞപ്പിത്തം	346
ഗർഭകാലരോഗങ്ങഠം	337–375
ഗർഭകാല വൃക്കരോഗം	345
ഗർഭധാരണം	37–39
ഗർഭലക്ഷണങ്ങഠം	63–73
ഗർഭകാലസംരക്ഷണം	76–83
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ചലനം	65
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ നില	123
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ മുഖം ജനനമുഖമായി വരുന്ന പ്രസവം	209
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശയനനില	119
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ശിരസ്സ്	102
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയശബ്ദശ്രവണം	130
ഗർഭസ്ഥശിശുവിൻെറ ഹൃദയസ്പന്ദനം	71
ഗർഭം അലസിപ്പോവുക	355
ഗർഭാപസ്മാരം	78–347
ഗർഭാശയം	17–20, 67
ഗർഭാശയം അകം പുറമായി മറിയുക	279
ഗർഭാശയ ഉടൽ	21
ഗർഭാശയകണ്ഠം	70

	പേജ്
ഗർഭാശയകന്ദരം	23
ഗർഭാശയഗളം	20
ഗർഭാശയഗളം കീറിപ്പോവുക	277
ഗർഭാശയത്തിൻെറ തളച്ച്	253
ഗർഭാശയത്തിൽ തങ്ങിനില്ക്കുന്ന രക്തസ്രാവം	258
ഗർഭാശയത്തിൽവെച്ചുള്ള ശിശുമരണം	353
ഗർഭാശയ പാശ്വവിസ്തൃതചമ്മം	26
ഗർഭാശയം പിളരുന്നസമയത്തുള്ള ലക്ഷണങ്ങൾ	278
ഗർഭാശയം പിളന്നുപോയതിനുശേഷമുള്ള ,,	279
ഗർഭാശയം പിളന്നുപോവുക	277
ഗർഭാശയ പൂർവ്വസ്ഥിതി	180
ഗർഭാശയഭാഗങ്ങൾ	20
ഗർഭാശയഭിത്തികൾ	24
ഗർഭാശയമാന്ദ്യം	251
ഗർഭാശയമൂലം	21
ഗർഭാശയസങ്കോചം	248
ഗർഭാശയസങ്കോചം കണ്ടുപിടിക്കാനുള്ള മാർഗ്ഗം	250
ഗർഭാശയസ്ഥാനം	28
ഗർഭാശയാന്ത്രവിഭജന അറ	25
ഗർഭിണിയുടെ ദേഹപരിശോധന	82
ഗർഭിണിയുടെ വസ്ത്രധാരണം	80
ഗുദാസ്ഥി	94, 96
ഗുന്മൻ	75
ഗുഹ്യഭാഗം കീറിപ്പോവുക	274
ഗുഹ്യഭാഗത്തുള്ള ചൊറിച്ചിൽ	343
ഗൈനക്കോളജി	2
ഗൊണോറിയ	366
ച	
ചെറിയ ഉപസ്ഥാശയം	243
ഛ	
ഛർദ്ദി	321, 337
ഛർദ്ദി–ചികിത്സ	338

	പേജ്
ജ	
ജനനമുഖം	121
ജനനമുഖം—നെററി	215
ജനനമുഖം—പൃഷ്ഠം	216
ജനനവും ശരീരനിർമ്മിതിയും	40–50
ജന്മനാലുള്ള പറങ്കിപ്പുണ്ണ്	316
ജന്മനാലുള്ള വൈരൂപ്യങ്ങൾ	325
ജലവീക്കം	241
ജൈവരസപരമായ പരീക്ഷണങ്ങൾ	73
ട	
ടെമ്പറേച്ചർ	295, 448
ടെസ്റ്റീസ്	5
ടെററനസ്	319
ഡ	
ഡീ ക്യാപ്പിറേറഷൻ	398
ഡൂഷുചെയ്യുവാനുപയോഗിക്കുന്ന ലോഷനുകൾ	438
ഡെറേറാൾ	462
ത	
തല പുറത്തേയ്ക്കു വരാൻ താമസം	232
തലയിൽ മുഴ	328
തലയിൽ വീക്കം	328
ദ	
ദ്വിതീയ രക്തസ്രാവം	268, 272
ന	
നവജാതശിശു	294–308
നാഡി	182
നാഡികൾ	30
നാഭി	12
നാഭിയെല്ല്	94, 96
നാളഗർഭം	372
നാളഗർഭം—പൊട്ടുന്ന ലക്ഷണങ്ങൾ	373
നിദ്രാരാഹിത്യം	345

മിഡ്‌വൈഫ് 499

പേജ്
നിപ്പിറം 311
നിവരൽ 141
നേത്രബിന്ദു 467
പ
പതോളജി 2
പയീമിയ 283
പയീമിയാ–പരിചരണം 286
പയീമിയാ–പ്രതിവിധി 284
പയീമിയാ–ലക്ഷണങ്ങറം 284
പരന്ന ഉപസ്ഥാശയം 242
പരന്നതും ചെറുതുമായ ഉപസ്ഥാശയം 244
പരിചരണം 280
പല്ലുകറം 81
പറങ്കിപ്പുണ്ണ് 368
പാനീയങ്ങറം–പരിചരണങ്ങറം 445–446
പുനരുത്പ്പാദനേന്ദ്രിയങ്ങറം 1–9
പുരുഷജനനേന്ദ്രിയം 4
പുരുഷബീജങ്ങറം 45
പുരുഷലിംഗം 4
പുറത്തുള്ള തിരിച്ചിൽ 141
പുറമേ കാണുന്ന രക്തസ്രാവം 256
പുറം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ കുടുങ്ങിക്കിടന്നാൽ 235
പൂണെല്ല് 94
പൂർവ്വസ്ഥിതി പ്രാപിക്കൽ 141
പൃഷ്ഠം ഉപസ്ഥാശയത്തിൽ തങ്ങിനില്ക്കുക 230
പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമാകുന്നതിനുള്ള കാരണം 224
പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമാകുന്ന കേസുകളിലെ
പ്രസവപുരോഗതി 242
പൃഷ്ഠം ജനനമുഖമാകുമ്പോഴുള്ള അപകടങ്ങറം 221
പൃഷ്ഠോദയം 222–223
പെട്ടെന്നുള്ള പ്രസവം 247
പെരിനിയം 15
പൊക്കിറംക്കൊടി 90, 297

	പേജ്
പൊക്കിൾക്കൊടി ജനനമുഖമായി വരിക	237
പൊക്കിൾക്കൊടി പഴുക്കുക	318
പൊക്കിൾക്കൊടി മുറിക്കേണ്ട വിധം	166
പൊക്കിൾക്കൊടിയിൽനിന്നുള്ള രക്തവാർച്ച	318
പൌരുഷഗ്രന്ഥി	8
പ്രഗ്നൻസി ടെസ്റ്റ്	74
പ്രസവം	109–117
പ്രസവ ഓപ്പറേഷനുമുമ്പ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ	377
പ്രസവകാല പരിചരണങ്ങൾ	183
പ്രസവക്ഷതങ്ങൾ	273
പ്രസവഘട്ടങ്ങൾ	113
പ്രസവചിത്തഭ്രമം	288
പ്രസവജ്വരം	281
പ്രസവത്തിനു മുമ്പുള്ള രക്തസ്രാവം	255–265
പ്രസവത്തിന്റെ ക്രമരാഹിത്യം	247
പ്രസവപരിചരണം	142
പ്രസവപുരോഗതി	136–142
പ്രസവമുറി	146
പ്രസവാനന്തരഘട്ടവും പരിചരണവും	179-188
പ്രസവാനന്തര രക്തസ്രാവം	266–280
പ്രസവാനന്തര രോഗങ്ങൾ	281–293
പ്രസവാനന്തര വേദന	182
പ്രസവവേദന	110
പ്രസവശുശ്രൂഷയ്ക്കു കരുതേണ്ട സാധനങ്ങൾ	379
പ്രസവസംബന്ധമായ ചിത്തഭ്രമം	288
പ്രസവസംബന്ധമായ ശസ്ത്രക്രിയകൾ	376–425
പ്രസവസംബന്ധമായ സാധാരണ ശസ്ത്രക്രിയകൾ	376
പ്രസൂതികർമ്മവിദ്യ	3
പ്രസൂതിവിജ്ഞാനീയം	1
പ്രാഥമിക രക്തസ്രാവം	267
പ്രോട്ടോപ്ലാസം	41
ഫ	
ഫണ്ടൽഗ്രിപ്പ്	125

	പേജ്
ഫിസിയോളജി	2
ഫ്യൂണിക് സൂഫിൾ	72
ഫ്രോമെൻേറഷൻ	447
ഫോഴ്‌സെപ്സ് ഡെലിവറി	380
ബ	
ബലോട്ടമെൻറ്	71
ബാഹ്യചർമ്മം	25
ബാഹ്യമായ ബലോട്ടമെൻറ്	72
ബാർലിവെള്ളം	446
ബീജസൂത്രം	7
ബൃഹത് ഭഗാധരങ്ങൾ	12
ബൈനോവുലർ—ദ്വയാണ്ഡജം	190
ബോറിക് ആസിഡ്	462
ഭ	
ഭക്ഷണം	80
ഭക്ഷണപട്ടിക	312–313
ഭഗദ്വാരം	14
ഭഗദ്വാരമാർഗ്ഗേണയുള്ള പരിശോധന	133
ഭഗശിശ്നിക	13
ഭ്രൂണവളർച്ച	54–62
മ	
മഞ്ഞപ്പിത്തം	324
മടങ്ങൽ	140
മലത്തിൽ രക്തം	322
മലദ്വാരം ഇല്ലാതിരിക്കുക	326
മലദ്വാരത്തിനു ചുററും തൊലിപോവുക	322
മലബന്ധം	321–340
മലവിസർജ്ജനം	184
മലശോധന	82–296
മലാശയം	441
മസ്സിലുകയററം	344
മറുകുട്ടിയുടെ പരിശോധന	174

KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY
130435
KOTTAYAM

	പേജ്
മറുപിള്ള	84–90
മായാമുഴ	75
മാസം തികയാതെ പ്രസവിക്കുന്ന കുട്ടികളെ പരിചരിക്കേണ്ട വിധം	334
മിഡ്‌വൈഫ് ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടവ	135
മിഡ്‌വൈഫറിബാഗ്	144
മുക്കുവാൻ സാധിക്കായ്ക	254
മുഖം—ജനനമുഖമായി വരിക	212
മുച്ചുണ്ട്	327
മുന്നീർ	89
മുന്നീർ ആധിക്യം	352
മുന്നീർക്കുടത്തോൽ	88
മുന്നീക്കുടം പൊട്ടുക	229
മുലകുടി മാററൽ	306
മുലകൊടുക്കേണ്ട രീതി	304
മുലക്കണ്ണുകൾ പിൻവലിഞ്ഞിരിക്കുക	289
മുലക്കുപ്പികൾ	310
മുലഞെട്ടുകൾ വ്രണപ്പെടുക	289
മുലപ്പരു	292
മുലപ്പാലിലെ ഘടകങ്ങൾ	300
മുലവെള്ളം	301
മൂത്രം	295–430
മൂത്രംഎടുക്കുന്ന വിധം	433
മൂത്രംകെട്ടിനില്ക്കൽ	432
മൂത്രക്കരു	185
മൂത്രക്കുഴൽ	430
മൂത്രഗർഭാശയ വികസനയറ	25
മൂത്രതടസ്സം	323
മൂത്രത്തിൽ ആൽബുമിൻ	340
മൂത്രദ്വാരം	13
മൂത്രദ്വാരം ഇല്ലാതിരിക്കുക	326
മൂത്രംപരിശോധന	81–438
മൂത്രമെടുക്കേണ്ട വിധം	185

	പേജ്
മൂത്രവിസർജ്ജനം	184
മൂത്രശങ്ക	431
മൂത്രസഞ്ചി	429
മൂത്രാശയം	70
മൂത്രാശയവസ്തി	436
മൂത്രാശയവീക്കം	432
മൂലം തള്ളിനില്ക്കൽ	327
മൂലസേതു	15
യ	
യഥാർത്ഥ പ്രസവവേദന	111
യാദൃശ്ചിക രക്തസ്രാവം	255
യൂട്ടെറസ്	17
യൂനി ഓവുലർ—ഏകാണ്ഡജം	191
യൂറിത്ര	430
യൂറിൻ	430
യൂറിററർ	429
യോനി	16
യോനി കീറിപ്പോവുക	276
യോനി തുററടയ്ക്കേണ്ട രീതി	357
യോനീദ്വാരം	14
യോനീമാർഗ്ഗം തുററടയ്ക്കുന്ന വിധം	269
യോനിയിൽനിന്നു രക്തം	325
യോനീവസ്തി	437
യോനീവാച്ച്	181
ര	
രക്തവിതരണം	29
രക്തസ്രാവം—പരിചരണവും പ്രതിവിധിയും	263
രക്തസ്രാവം—പ്രതിവിധി	257
രക്തസ്രാവലക്ഷണങ്ങൾ	268
ല	
ലഘുഭഗാധരങ്ങൾ	12
ലബിയാമെജോറ	12

പേജ്

ലബിയാമൈനോറാ 12
ലിംഗചർമ്മം ഇറുകിയിരിക്കുക 326
ലിംഗഭേദനിർണ്ണയം 51–53
ലൈസോസം 461
ലോവർസെഗ് മെൻറുഓപ്പറേഷൻ 409
ലോഷൻ 463

വ

വയറു വലുതായിവരിക 65
വയററിൽവേദന 320
വാക്വം എക്സ്ട്രാക്ററർ 388
വായ്പുണ്ണ് 317
വിലങ്ങനെയുള്ള കിടപ്പ് 121–234
വിസർജ്ജനേന്ദ്രിയ വ്യവസ്ഥ 426-430
വൃക്കകൾ 426
വൃഷണങ്ങൾ 5
വെസിക്കുലർമോൾ 360
വെള്ളപോക്ക് 364
വെർഷൻ 400
വൈരൂപ്യങ്ങൾ 82
വ്യാജനോവ് 110

ശ

ശരീരശുശ്രൂഷ 188
ശരീരോഷ്മാവ് 182
ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷമുള്ള പരിചരണങ്ങൾ 421
ശിരസ്സിൻെറ നില 131–33
ശിരസ്സും കൈയ്യും ഒന്നിച്ചുവരുന്ന പ്രസവം 233
ശിശുരോഗങ്ങൾ 315–332
ശിശുവിൻെറ മുലകൾക്കു വീക്കം 324
ശിശുശിരസ്സ് 104
ശിശുസ്നാനം 296
ശ്വാസബന്ധം 328
ശ്വാസബന്ധവും നീലനിറവും 328

മിഡ്‌വൈഫ് 505

പേജ്

ശ്വാസബന്ധവും വിളറിവെളുത്ത മുഖവും 329
ശ്വാസോച്ഛ്വാസം 295
ശ്ലേഷ്മചർമ്മം 24

സ

സപ്രീമിയ 283
സബ്‌കുട്ടേനിയസ് ഇൻജക്ഷൻ 453
സലൈൻ എനിമാ 441
സാധാരണപ്രസവത്തിൻെറ പുരോഗതി 140
സാങ്കല്പികഗർഭം 75
സിരാവീക്കം 342
സിൽവർനൈട്രേററ് 462
സിസേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയ 407
സൂച്ചേഴ്സ് 103
സെപ്ററിസീമിയ 282
സ്തനം 63-187
സ്തനങ്ങളിൽ ചോരകെട്ടുക 291
സ്തനപരിചരണം 81
സ്തനവീക്കം 291
സ്തന്യദാനം 183-299
സ്തന്യദാനംകൊണ്ടുള്ള ഗുണങ്ങൾ 302
സ്തന്യദാനക്രമം 302
സ്തന്യദാനംപാടില്ലാത്തഘട്ടങ്ങൾ 309
സ്ത്രീജനനേന്ദ്രിയങ്ങൾ 10–30
സ്ത്രീബീജാണ്ഡം 27--46
സ്നാനം 81
സ്പർശപരിശോധന 125
സ്റ്റെറിലൈസേഷൻ 461

ഹ

ഹോട്ട്‌വാട്ടർബാഗ് 447

റ

റവക്കഞ്ഞി 445

INDEX

A	Pages
Abdominal Pregnancy	372
Abnormal Presentations	206
Abortion	355
Abscess of the Breast	292
Acute Yellow Atrophy	346
After Pain	182
Albuminuria	340
Amenorrhoea	63
Amniotic Fluid	89
Anatomy	1
Antiseptics	461
Apron	143
Arrow root	445
Aschheim-Zon-dek test	73
Asphyxia Neonatus	328
Atonic Haemorrhage	267
B	
Ballottement	71
Baths	464
Bed sores	287
Binovular	190
Bipolar version	402
Bladder Lavage	436
Blue Asphyxia	328
Blue Asphyxia	330
Body of the Uterus	21
Breech Presentation	216
Broad Ligament of Uterus	26
Brow Presentation	215

C

	Pages.
Caesarean Section	407
Carbolic Acid	462
Carneous mole	362
Cavity	91
Cells	40
Constipation	240
Cephal Haematoma	328
Cephalic version	400
Cervix	20-70
Chromosomes	43
Cleft Palate	327
Clitoris	13
Club Foot	328
Coccyx	96
Colostrum	301
Colic	320
Combined Version	402
Concealed Haemorrhage	258
Condy's Solution	461
Congenital Deformities	325
Congenital Syphilis	316
Constipation	321
Convulsion	325
Cord Presentation	237
Craniotony	393
Cramps	344
Credes Method	269
Cystitis	432

D

Decapitation	398
Delay in the after coming head	232

	Pages.
Descent	140
Dettol	462
Diet	183
E	
Eclampsia	347
Ectopian Geststation	371
Egg Flip	446
Endometrium	84
Engorged Breasts	291
Engorged Breast	324
Enema	442–464
Enlargement of the Abdomen	65
Episiotomy	158
Eye Drops	467
Excretory System	426
Exhausted uterus	253
Extension	141
Extension of the childs arm	231
Extension of the leg	230
External Ballottement	72
External Cephalic Version	401
External Rotation	141
External Urethral Orifice	13
F	
Face Presentation	212
False Pain	110
Female Genitalia	10–30
Fimbriae	23
Fimbria	27
Fits	348
Flat Pelvis	95

Pages.
Flat Pelvis 242
Flexion 140
Flushed Breasts 291
Foetus Compressus 193
Foetal heart beats 71
Foetal membrane 88
Foetal Movement 65
Foetus Papyraceous 193
Fomentation 447
Forceps delivery 380
Frequency of Micturition 431
Fundal grip 125
Fundus 21
Funic souffle 72

G

Garfian Follicles 27
Generally contracted and flat pelvis 244
Generally contracted Pelvis 243
Gonorrhoea 366
Gynaecology 2

H

Hare-lip 327
Hydramnios 352
Hydrocephalus 241
Hydrorrhoea 363
Hymen 14

I

Ice Bag 447
Imperforate Rectum 326
Imperforate Urethra 326
Induction of Labour 400
Infantile Diarrhoea 320

Pages

Ileum 94
Impaction of Breech 230
Injections 450
Innerlips 12
Insomnia 345
Internal rotation 141
Internal Podalic Version 404
Internal Version 403
Intramuscular Injection 454
Intera Uterine death of the Foetus 353
Interavenous Injection 455
Inversion of the Uterus 279
Involution of the Uterus 180
Ischium 96

J

Jaundice 324

K

Kidneys 426-429

L

Labia Majora 12
Labia Minora 12
Labour Pain 110
Labour room 146
Laceration of the Cervix 277
Laceration of the Perineum 274
Laceration of the Vagina 276
Laceration of the vulva 275
Leucorrhoea 364
Liquor Amnii 89
Living Cells 40

	Pages
Lochia	181
Longitudinal lie	119
Lotions	463
Lower segment operation	409
Lysol	461
M	
Melaena Neonatus	322
Male Genital Organ	4
Menopause	36
Mensturation	31-36
Midwifery Bag	144
Miscarrage	359
Morning Sickness	65-337
Motion	296
Mouth Wash	465
Meningocele	328
Mucus membrane	24-84
Myometrium	24
O	
Obstetrics	3
Ointments	465
Ophthalmic	467
Os innominatum	94
Ophthalmia neonatus	315
Outer lips	12
Ovum	27-46
Ovaries	23-26-27
Ovarian Pregnancy	371
P	
Paints	466
Palpation	125

	Pages
Parametrium	26
Parts of Uterus	20
Pathology	2
Pelvic grip	127
Pelvic inlet	90
Pelvic outlet	90–91
Pelvis	90
Penis	4-5
Precipitate Labour	247
Perinium	15
Peritoneum	25
Phantom Tumor	75
Phimosis	326
Physiology	2
Physiology of Labour	110
Placenta	84–90
Plaeenta Praevia	260
Placenta Succenturiata	87
Plural birth	189
Position	123
Post Partum Haemorrhage	266–280
Pregnancy	37–39
Pregnancy-Kidney	345
Pregnancy Scars	65
Premature Rupture of the Membranc	229
Presentation	121
Prostate Gland	8
Prolapse of the Rectum	327
Protoplasam	41
Pseudo Pregnancy	75
Pyemia	283

	Pages
Pubis	10-96
Puerperium and the care of the Puerpera	179
Puerperal fever	281
Puerperal Insanity	288
Pulse	182-295
Pruritus Vulva	343
R	
Rectal Saline	444
Rectum	441
Recto Uterine Pouch	25
Reproductory organs	4-9
Respiration	295
Restitution	141
Retention of Urine	432-323
Retracted Nipples	289
Revealed Haemorrhage	256
Ricket	95
Rupture of the Uterus	277
S	
Sacrum	94
Sapraemia	283
Secondary post partum Haemorrhage	272
Septicaemia	282
Silver Nitrate	462
Sluggish Uterus	251
Sore Nipples	289
Sore Buttock	322
Spermatozon	45
Spina bifida	328
Spurious Pregnancy	75
Sterilization	461

	Pages
Subcutaneous Injection	453
Sutures	103
Syphilis	368
T	
Temperature	295–182
Testes	5
Tetanus	319
Thrush	317
Tonic contraction of Uterus	248
Traumatic Haemorrhage	267
Transeverse lie	121
Triplets	189
True Pain	111
Tubal Pregnancy	372
U	
Umbilical Cord	90
Umbilical grip	126
Umbilical Haemorrhage	318
Umbilical Hernia	327
Umbilical Sepsis	318
Unavoidable Haemorrahage	255–259
Unefficient action of the auxiliary powers	254
Uniovular	191
Upper segment Operation	415
Uterine cavity	23
Uterus	67-17-20
Ureter	429
Urinary Bladder	70-429
Urine test	438

Pages

V

Vacuum Extractor 388
Vagina 16
Vaginal Douche 437
Vaginal entrance 14
Vericose vein 342
Version 400
Vesico Uterine Pouch 25
Vesicular mole 360
Vomiting 321
Vulva 10

W

Weaning 306
White Asphyxia 329
White leg 292

X

X-ray 73

മോഡേൺ മെഡിസിൻ

കറസ്പോണ്ടൻസ്

കോഴ്സ് (മലയാളം)

അലോപ്പതി വൈദ്യശാസ്ത്രവും ചികിത്സാമുറകളും മററും വിശദമായി മലയാളഭാഷയിൽ തപാൽമാർഗ്ഗം അഭ്യസിപ്പിക്കുന്ന ഇൻഡ്യയിലെ ഏകസ്ഥാപനമാണ് ശാന്തിനികേതൻ മെഡിക്കൽ മിഷൻ.

അലോപ്പതി ഡിഗ്രികോഴ്സിൻെറ പാഠപദ്ധതിയിൽനിന്നും ശസ്ത്രക്രിയയും (സർജറി-surgery) സൂതികർമ്മവിദ്യയും (മിഡ്വൈഫറി-midwifery) മാത്രം ഒഴിവാക്കിക്കൊണ്ടും, മററുകാര്യങ്ങളെല്ലാം ഉൾപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ടും എൺപത്തഞ്ചോളം പാഠങ്ങളിലായി ചോദ്യോത്തരരൂപേണ വൈദ്യശാസ്ത്രം, ശരീരശാസ്ത്രം. അംഗവിശകലനശാസ്ത്രം, രോഗികളെ പരിശോധിക്കേണ്ടവിധം, രക്തപരിശോധന, രക്തസമ്മർദ്ദനിർണ്ണയം, രോഗനിർണ്ണയം കുത്തിവെയ്പ്പുകൾ, അത്യാധുനിക ചികിത്സകൾ എന്നുതുടങ്ങി ഒരു ആധുനിക ഡാക്ടർ അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ട എല്ലാ കാര്യങ്ങളും ചിത്രങ്ങളുടെയും ചാർട്ടുകളുടെയും സഹായത്തോടെ സംശയലേശമെന്യേ വിശദമായി മലയാളത്തിൽ പഠിപ്പിക്കുന്നതാണ്.

വിശദവിവരങ്ങൾക്ക്,

ഡയറക്ടർ,

ശാന്തിനികേതൻ മെഡിക്കൽമിഷൻ, കോട്ടയം–1.

KOTTAYAM PUBLIC LIBRARY

KOTTAYAM

Cl. No. M618.2 Acc. No. 130435.

This book should be returned on or before the date last stamped below.

If the book is not returned on due date a fine of 25 Ps. per day will be charged

copy
083321

M618.2
JOS-M

130435

ജോസഫ് മംഗളം

മിസ് വൈഫ്

മിഢ്വൈഫ്

Indic Digital Archive Foundation
gpura.org